

# アドバイス・レポート

平成27年3月7日

## ※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成27年 1月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた[医療法人啓信会ヘルパーステーション萌木の村21]につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

### 記

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点とその理由<br/>(※)</p> | <p>(1) 利用者の状況や支援内容について情報の共有化ができています。<br/>         ・月2回ヘルパーミーティングを開催し、終了後チーム会議を開いています。<br/>         サービス担当者会議には2名のサービス提供責任者が出席し、利用者の状況や支援の内容は的確に共有されています。誰が行なっても均質で良質なサービスを心がけ実行されています。</p> <p>(2) 人材の育成・確保に努めています。<br/>         ・人材の育成は、法人内にケアスクールを開設しており、職員は授業料の減免制度を使いキャリアアップを図ることができます。人材確保については、昨年の退職者はゼロで、全職員の半数以上の職員が勤続5年以上です。各種会議を通じ職員が参画できる仕組みがあること、研修の機会も多く外部研修には支援もあり、職員が成長できる環境があります。職員のヒアリングでも働きやすい職場の雰囲気伝わりました。</p> <p>(3) 利用者の受け入れに積極的です。<br/>         ・開設以来、利用者の受け入れを断ったケースはありません。難しいケースでも前向きにとらえ、法人内の医療機関との連携もあり、工夫を重ねながらサービスの提供をしています。今年度から地域の利用者ニーズに応え、障害居宅介護事業、重度訪問介護事業を新たに始めています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>  | <p>(1) 事業所の情報提供について<br/>         ・現在のパンフレットやホームページである程度の情報を得ることはできますが、事業所をより地域に知ってもらうには、事業所の特性を活かした独自の広報が必要です。</p> <p>(2) 地域への貢献について<br/>         ・地域包括ケア会議、城陽市高齢者虐待防止ネットワーク会議、訪問介護事業所連絡会など地域連携は行われていますが、地域住民や利用者家族を対象にした事業所独自の取り組みが課題です。</p> <p>(3) 利用者の意見・要望・苦情の公開について<br/>         ・「苦情処理報告書」において迅速に対応しており、「アクシデント・インシデント報告書」はサービスの質の向上に活用されていますが、その結果を公開するまでには至っていません。</p>  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p><b>(1) 事業所の情報提供について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレットは、法人が運営するすべての介護事業が載っている「介護保険サービス総合案内」とヘルパーステーション6事業所が記載されている「訪問介護サービスご利用案内」があります。これに加えて当事業所独自のパンフレットの作成が望まれます。パンフレットには、事業所の理念や思いを記載し地域の方が安心して介護を受けられるような内容にしてください。事業所は地域の社会資源としての役割がありますので、出来上がったパンフレットは高齢者が集まる場所に設置されるとよいと思います。</li> <li>・ホームページにも、法人の理念、各事業所の理念、運営方針、事業内容、サービスの質の公開など、今の時代に求められている情報を掲載されることを望みます。</li> </ul> <p><b>(2) 地域への貢献について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民や利用者家族を対象にした取り組みとして、事業所を使って介護予防教室、認知症サポート講座、訪問介護で蓄積したノウハウなどを、お伝えしたり交流されてはいかがでしょうか。</li> <li>・また出掛けて行き、小学校や中学校での認知症のお話、老人会、女性会など地域の方にも知っていただく機会をつくって下さい。一歩踏み出すことで学びと気づきを得られ、今まで行なってきたことへの確信にもつながるものと思われま</li> </ul> <p><b>(3) 利用者の意見・要望・苦情の公開について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公開することは、利用者の知る権利を保障し、情報の共有にもなります。事業所への信頼、利用者が受けているサービスへの信頼につながるものと思われま</li> </ul> <p><b>(所感)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の理念は「ゆっくり、ゆったり、優しいケア」です。高齢者の生活に寄りそったケアの理念です。職員の方から、名札の裏に書かれた理念を、サービス提供時に確認しているとのことをお話を聞きました。働きやすい職場の雰囲気を感じました。</li> </ul> |
|------------------|--|

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 事業所番号                    | 2672800295                    |
| 事業所名                     | 医療法人啓信会<br>ヘルパーステーション萌木の村 2 1 |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問介護                          |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 介護予防訪問介護                      |
| 訪問調査実施日                  | 平成27年2月10日                    |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>きょうと介護保険にかかわる会   |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 評価項目 | 評価結果 |       |
|-----|-----|-----|----|------|------|-------|
|     |     |     |    |      | 自己評価 | 第三者評価 |

## I 介護サービスの基本方針と組織

## (1) 組織の理念・運営方針

|            |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|
| 理念の周知と実践   | 1 | 組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。  | B | B |
| 組織体制       | 2 | 経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。  | A | A |
| (評価機関コメント) |   | <p>○法人の理念、運営規定を事業所内に掲示しています。職員の名刺や名札、パンフレットに事業所の理念が明記されていますが、理解を深める取り組みが不十分であるという認識です。</p> <p>○組織の運営は、職務権限規定により役割が明確になっています。定期的な各種会議を経て職員の意見は運営会議に反映されています。</p> |   |   |

## (2) 計画の策定

|                |   |   |   |   |
|----------------|---|---|---|---|
| 事業計画等の策定       | 3 | 組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。   | A | A |
| 業務レベルにおける課題の設定 | 4 | 各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。  | A | A |
| (評価機関コメント)     |   | <p>○事業計画書は、単年度と中・長期が策定されています。利用者聞き取りチェックリストで利用者ニーズの把握とサービスの質の確認を行い、各種会議を経て事業計画に反映しています。</p> <p>○各業務レベルにおいて自己評価を年2回行い、課題の達成状況を定期的に確認しています。</p> |   |   |

|                   |   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|---|
| 法令遵守の取り組み         | 5 | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。  | A | A |
| 管理者等によるリーダーシップの発揮 | 6 | 経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。  | A | A |
| 管理者等による状況把握       | 7 | 経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。   | A | A |
| (評価機関コメント)        |   | <p>○各種法令はリスト化されています。法令遵守管理規定、倫理要領などで遵守すべき事項が明確にされており、定例会議及び必要に応じて職員に周知しています。</p> <p>○運営管理者の役割と責任については職務権限規定で明文化されています。各種会議を開催し職員の意見を聞き運営方針に反映させています。管理者自らも評価される仕組みができています。</p> <p>○職員全員が携帯電話を所持し、24時間の連絡体制ができています。管理日誌で状況の把握をしています。</p> |   |   |

| 大項目                 | 中項目 | 小項目           | 通番 | 評価項目  | 評価結果 |       |
|---------------------|-----|---------------|----|---|------|-------|
|                     |     |               |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>Ⅱ 組織の運営管理</b>    |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 質の高い人材の確保     | 8  | 質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。   | A    | A     |
|                     |     | 継続的な研修・OJTの実施 | 9  | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。   | A    | A     |
|                     |     | 実習生の受け入れ      | 10 | 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。  | B    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | <p>○良好なチームワークが機能しており昨年の離職者はゼロでした。法人の運営するケアスクールでの職員の資格取得支援をしています。(授業料の減免など)</p> <p>○月2回のヘルパー研修と年1回の事業所合同研修を実施しています。サービス提供責任者は、個別研修計画で内部、外部の研修を受けています。外部研修には援助があります。</p> <p>○法人内のケアスクールから実習生を受け入れています。実習指導者への研修は未実施でした。</p> |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 労働環境への配慮      | 11 | 質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。   | A    | A     |
|                     |     | ストレス管理        | 12 | 職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。   | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | <p>○時間外労働は残業管理表で、有給休暇は有給休暇残日数管理表で組織的に管理し、運営会議で職員の就業状況や意向を把握しています。</p> <p>○法人内の医師が産業医として相談できる体制があります。休憩場所が確保されており職員が有効に利用しています。</p>  |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 地域への情報公開      | 13 | 事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。  | B    | B     |
|                     |     | 地域への貢献        | 14 | 事業所が有する機能を地域に還元している。  | B    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | <p>○ホームページはありますが法人全体の紹介が主で、各事業所の地域を意識した情報発信が不十分です。</p> <p>○地域包括ケア会議などに参加をしていますが、地域住民をを対象にした事業所主催の取り組みが今後の課題となります。</p>   |      |       |

| 大項目                     | 中項目          | 小項目 | 通番   | 評価項目 | 評価結果 |       |
|-------------------------|--------------|-----|--|------|------|-------|
|                         |              |     |  |      | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>   |              |     |  |      |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |              |     |  |      |      |       |
|                         | 事業所情報等の提供    | 15  | 利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。   | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)   |     | ○サービス内容や事業所の概要は、法人のホームページ、パンフレットで情報を提供しています。   |      |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |              |     |  |      |      |       |
|                         | 内容・料金の明示と説明  | 16  | 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。  | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)   |     | ○重要事項説明書に介護サービスの内容や料金について詳しく記載されており、同意を得ています。権利擁護サービスに対応できる体制があります。  |      |      |       |
| <b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b> |              |     |  |      |      |       |
|                         | アセスメントの実施    | 17  | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。   | A    | A    |       |
|                         | 利用者・家族の希望尊重  | 18  | 個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。  | A    | A    |       |
|                         | 専門家等に対する意見照会 | 19  | 個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。   | A    | A    |       |
|                         | 個別援助計画等の見直し  | 20  | 定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。   | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)   |     | ○利用者の全体像が記入できるアセスメントシートを使用し、利用者理解に努めています。利用者に変化があった場合は、些細なことでも連絡するよう指導がなされています。<br>○個別援助計画作成にあたり、利用者及びその家族の希望を確認するため、3ヶ月毎（必要に応じて随時）にモニタリングを行っています。<br>○サービス担当者会議には必ず2名で参加しています。必要に応じて法人内の専門職に意見を聞いています。<br>○毎月モニタリングを実施し、3ヶ月に1回訪問介護計画検討会議を開いています。また、状況に変化があった場合は適宜見直しをしています。 |      |      |       |
| <b>(4) 関係者との連携</b>      |              |     |  |      |      |       |
|                         | 多職種協働        | 21  | 利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。  | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)   |     | ○サービス担当者会議などで他機関との連携が取れています。利用者の主治医一覧表を作成し、緊急時の対応ができる体制になっています。  |      |      |       |

(5) サービスの提供

|                   |    |  |   |   |
|-------------------|----|--|---|---|
| 業務マニュアルの作成        | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。   | A | A |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 23 | 利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。   | A | A |
| 職員間の情報共有          | 24 | 利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。   | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換     | 25 | 事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | ○マニュアルは法人統一で年1回見直しをしています。事業所では具体的な手順書を作成し、担当ヘルパーに配布しています。<br>○サービス提供活動記録表、経過記録用紙への記載などでサービスの実施状況を把握・確認をしています。記録の管理について、個人情報保護の観点から、職員の入職時・退職時には誓約書の提出をさせています。<br>○利用者の経過記録用紙を活用し、日々情報の共有をしています。定例会、ミーティング、チーム会議で利用者の状況や支援内容について意見を交換しています。その積み重ねがサービスの質の向上につながっています。<br>○サービス提供活動記録の下段に連絡事項記入欄があり、家族との連絡に使用しています。また連絡ノートを使用しているケースもあります。（訪問看護など他事業所との連絡） |   |   |

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 感染症の対策及び予防 | 26 | 感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。   | A | A |
| 事業所内の衛生管理等 | 27 | 施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。   | A | A |
| (評価機関コメント) |    | ○全職員対象にインフルエンザの予防接種を無料で行っていきます。感染症対策及び感染症予防マニュアルが整備されており、研修で周知を図っています。<br>○事務所内は整理整頓され清潔が保たれています。法人内の別部署から、事務所内環境のチェックに来てもらい、他者の目で確認してもらうシステムがあります。 |   |   |

(7) 危機管理

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| 事故・緊急時の対応  | 28 | 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。   | A | A |
| 事故の再発防止等   | 29 | 発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。   | A | A |
| 災害発生時の対応   | 30 | 災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。  | B | B |
| (評価機関コメント) |    | ○事故緊急時対策マニュアル、事故予防マニュアルが整備されており、年1回救急救命講習会を開催しています。各利用者の緊急時連絡順を全利用者に確認を取り把握されています。<br>○アクシデント・インシデント報告書は書きやすい様式で、多くの気づきが報告されています。報告書をもとに事例検討が行われ事故件数は減少しています。他事業所の事故についても事例検討をし、共有する仕組みができています。<br>○災害発生時における緊急時連絡網は作成されていますが、地域との連携を意識したマニュアルは未整備でした。災害時にサービス提供責任者が利用者を手分けして訪問する仕組みを設けています。 |   |   |

| 大項目                     | 中項目 | 小項目                   | 通番 | 評価項目  | 評価結果 |       |
|-------------------------|-----|-----------------------|----|---|------|-------|
|                         |     |                       |    |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>       |     |                       |    |   |      |       |
| <b>(1) 利用者保護</b>        |     |                       |    |   |      |       |
|                         |     | 人権等の尊重                | 31 | 利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。   | A    | A     |
|                         |     | プライバシー等の保護            | 32 | 利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。   | A    | A     |
|                         |     | 利用者の決定方法              | 33 | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。  | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | <p>○身体拘束禁止、高齢者虐待防止法の研修を実施しています。ヘルパー自己チェック表や利用者聞き取り調査で、利用者の尊厳の保持について日常を振り返る体制ができています。</p> <p>○プライバシーの保護は、入職時の誓約書提出とヘルパー服務心得で周知しています。</p> <p>○困難な事例でも受け入れており、今までに断ったケースはありません。今年度から障害居宅介護、重度訪問介護を始めました。</p>   |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |   |      |       |
|                         |     | 意見・要望・苦情の受付           | 34 | 利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。  | A    | A     |
|                         |     | 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 35 | 利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。  | A    | B     |
|                         |     | 第三者への相談機会の確保          | 36 | 公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。  | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | <p>○利用者の意見・要望・苦情は、利用者聞き取り調査を実施、また定例会、ミーティングなどで情報を収集し、サービスの改善につなげています。</p> <p>○苦情処理報告書により迅速に対応されていますが、利用者の意向などの公開はされていません。</p> <p>○公的機関等の窓口は重要事項説明書に明記され、利用者や家族に説明しています。第三者委員は事業所内に掲示されています。</p>   |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |   |      |       |
|                         |     | 利用者満足度の向上の取組み         | 37 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。   | A    | A     |
|                         |     | 質の向上に対する検討体制          | 38 | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。   | A    | A     |
|                         |     | 評価の実施と課題の明確化          | 39 | サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。   | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | <p>○利用者聞き取り調査で満足度を把握しています。その結果を訪問介護計画検討会議で検討し、ケアプランに反映させています。</p> <p>○各種会議で検討する体制ができていますが、特にヘルパーミーティングが活発に行われ、サービスの質の向上に役立っています。他事業所の取り組みは、センター長会議や運営会議で情報を収集しています。</p> <p>○全職員が半年ごとに自己評価を行ない、サービス提供状況の確認と見直しを実施、次年度の事業計画につなげています。3年に1回第三者評価を受診しています。</p> |      |       |