

[様式 9 - 1]

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

受診施設名	ヘルパーステーションルイ	施設種別	居宅介護、重度訪問介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

平成30年11月30日

<p style="text-align: center;">総 評</p>	<p>ヘルパーステーション ルイは、ヘルパーステーション ルイ合同会社を経営主体とし、平成27年12月に開設、居宅介護、重度訪問介護の他、介護保険事業(訪問介護)を併設して事業を行っています。</p> <p>職員10名未満の少人数の事業所ではありますが、開設当時から「困っている人を助けたい」という思いを大切に、「利用者の立場に立ったケア」をめざしてサービス提供されています。</p> <p>事業所職員が一堂に会する機会が少なく、組織的な動きが取れていませんが、現在の組織としての課題を把握した上で、今後少しずつ改善していきたいとの前向きな思いから今回の第三者評価を受診されました。</p> <p>現状においては事業所の体制整備や取り組み状況としては不十分な点が多いため、事業を継続して、より良いサービス提供を進めていくに当たっては、今回の受診結果も参考に、改善を進めていただきたいと思います。</p>
<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>○利用者の意思を尊重した生活の支援</b></p> <p>「利用者の立場に立ったケア」をめざして、一人ひとりの利用者の状態に応じ、また利用者の意思を確認し日常生活の支援に取り組まれています。利用者宅での物品の配置や声かけの方法等についても個別の手順書の内容から細やかな支援の状況を読み取ることができました。また、外出希望への支援、自宅内での日中活動の提案や支援にも利用者の希望を反映されています。</p> <p><b>○事業所における課題把握と改善への姿勢</b></p> <p>事業所運営の透明化、サービスの質の向上をめざして、組織の現状を直視し、改善に向けた取り組みを始めようとしています。経営者からもその熱意が伝わりました。</p>

<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○理念、基本方針の明文化</p> <p>「利用者の立場になったケア」をめざすという利用者に対する姿勢は、職員間でも共有されていることが聴き取りでわかりましたが、明文化されたものはありません。今後、職員が増えるとのことですので、理念及び理念に基づく基本方針を明文化し、職員や利用者への周知を図っていかれることを期待します。</p> <p>○事業計画の策定</p> <p>中・長期計画、各年度の事業計画が策定されていません。福祉サービスの内容や組織体制、設備、職員体制、人材育成の現状分析を行った上で、課題の把握、目標設定、評価、見直しなどの過程を組織的に実施していくことが望めます。まずは、職員が集まる機会を作り、職員間の交流・意見交換の仕組みづくりから始められてはいかがでしょうか。</p> <p>○質の向上に向けた組織的な取り組み</p> <p>個別支援計画の作成だけでなく、利用者の状態に合わせて、より詳細な手順書の作成、複数回同行の上での支援の引継ぎなど、個別性に留意して支援されていますが、サービスの質に関して確認する仕組みや組織的に評価・分析する仕組みが確立できていません。また、マニュアル類の定期的な見直しがなされていません。個別事例の職員間共有に止まらず、組織として一般化し職員間で課題共有した上で、マニュアルの見直し等にも取り組まれることで、全体的なサービスの質の向上につながると考えます。質の向上への取り組みに、管理者がリーダーシップを発揮されることを期待します。</p>
----------------------	--

※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は「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

# 京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

## 【障害事業所版】 評価結果対比シート

受診施設名	ヘルパーステーション ルイ
施設種別	居宅介護、重度訪問介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	平成30年9月28日

## I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	C
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B	C
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	C	C
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	C	C
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	C	C
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	C	C
		③ 事業計画が職員に周知されている。	C	C
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	C	C
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	C	C
		② 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。	C	C
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	B	B
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	C	B

### 【自由記述欄】

I-1-(1)①法令を遵守し、「利用者の立場になったケアをめざす」という事業所の使命・役割については職員間で共有していますが、理念として明文化していません。

I-1-(1)②「介護職員としてのあるべき基本方針」「運営方針」等がありますが、理念が明文化されておらず、基本方針として確立できていないとのことでした。

I-1-(2)①理念、基本方針が確立していないため、職員への周知に至りません。

I-1-(2)②理念、基本方針が確立していないため、利用者への周知に至りません。

I-2-(1)①設立当時は収支等の目標を設定していましたが、中・長期計画は策定していません。

I-2-(1)②各年度の事業計画を策定していません。

I-2-(1)③事業計画を策定していないため、職員への周知に至りません。

I-2-(1)④事業計画を策定していないため、利用者への周知に至りません。

I-3-(1)①管理者の役割や責任について、研修等で口頭で説明することはありますが、文書化したものはありません。

I-3-(1)②守秘義務や個人情報保護について職員研修を行う等していますが、経営に関する研修・勉強会への参加、遵守すべき法令のリスト化等の取り組みは行っていません。

I-3-(2)①管理者はサービスの質に関する課題が見つかった際に、利用者や職員を交えた話し合いにより、より良いサービスの提案につなげられるようにしていますが、質の向上についての組織的な体制の構築や職員のチームワークづくりのための取り組みは行っていません。

I-3-(2)②経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務面等からの分析を経営者が行っていますが、組織内職員へ意識形成のための取り組みは行っていません。

## II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	C	B
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	C	B
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	C	C
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	B	B
		② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	B	B
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	C	B
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	B	B
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	B	B
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	C	C	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	C	C
		③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	B	B
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	C	B
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	C	C
		③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	C	C
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	B	B
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

**【自由記述欄】**

Ⅱ-1-(1)①障害者地域生活支援センターとの連携や研修会等への参加により、社会福祉事業全体の動向を把握していますが、地域の福祉サービスニーズや潜在的利用者に関するデータ収集はできていません。

Ⅱ-1-(1)②経営者はサービスのコスト分析や利用者の推移、利用率等の分析を定期的に行っていますが、経営状況や改善課題について職員間で共有・検討する場は設けておらず、組織的な取り組みには至っていません。

Ⅱ-2-(1)①有資格職員の配置等、サービスの質を確保するための具体的な人材確保計画はありません。また、登録ヘルパーが多く、管理者と面談する機会が持てないこともあり、職員一人ひとりの能力向上に関する希望を十分に聞いていません。

Ⅱ-2-(2)①職員の有給休暇取得率や時間外労働のデータについては毎月チェックしていますが、分析結果について改善策を検討する仕組みはありません。また、職員との定期的な個別面談の機会はなく、職員の意向・意見を把握することが十分にできていません。

Ⅱ-2-(2)②年1回の健康診断の実施、感染症対策に関する職員研修会の実施、新入職員への腰痛予防に関する指導等を行っていますが、余暇活動の支援や外部カウンセラーを紹介する仕組みはありません。

Ⅱ-2-(3)①組織として、職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示していません。

Ⅱ-2-(3)②職員一人ひとりの知識や技術、資格等を把握し、都度、必要な研修の受講を勧めていますが、教育・研修計画が策定されておらず中・長期的な視点を持った仕組みになっていません。

Ⅱ-2-(3)③研修を終了した職員からの伝達講習や研修報告は行っていますが、報告レポート等の作成は徹底できていません。また、研修成果に関する評価・分析は実施していません。

Ⅱ-2-(4)①実習生の受け入れは行っておらず、受け入れに関する基本姿勢の明文化や体制整備に向けての取り組みは行っていません。

Ⅱ-3-(1)①個人情報保護マニュアルを整備し、重要事項説明書、個人情報使用同意書で説明、同意を得ています。

Ⅱ-4-(1)①安全確保に関する担当者は設置していますが、マニュアルの整備、安全に関する検討会、利用者一人ひとりの健康管理票等の作成はできていません。

Ⅱ-4-(1)②災害時の対応体制が決まっておらず、利用者の外出時等の事故についても連絡方法や支援体制を策定していません。

Ⅱ-4-(1)③ヒヤリハット・アクシデント報告書、事故報告書を作成し、その事例についての防止策は検討・指導していますが、収集した事例について職員参画のもと組織として分析し防止策を検討するには至っていません。

Ⅱ-5-(1)①利用者の外出介助の際に季節を感じられるような道を選ぶ、旬の食材選びに配慮する、利用者の身体状態や希望に合わせて地域の公共施設等の情報提供をする等していますが、利用者が企画から参加するような地域行事等はありません。また、自治会への加入もしていません。

Ⅱ-5-(1)②事業所が持つ専門的な技術や情報を、地域に開放・提供する取り組みを行っていません。

Ⅱ-5-(1)③ボランティアの受け入れは行っておらず、受け入れに対する基本姿勢の明示や体制整備に向けての取り組みは行っていません。

Ⅱ-5-(2)①利用者の利用・活用している社会資源を把握し、ケアカンファレンスの参加や支援センターとの連絡により関係機関との情報共有、支援方法の提案等をしてしていますが、関係機関のリストや連絡方法の資料は作成できていません。

Ⅱ-5-(2)②連絡ノートや口頭で利用者の現況を家族に知らせています。また、家族からの相談・質問は管理者に報告し、職員間で共有しています。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	C	C
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	B
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	B	B
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	B	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	A	A
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	A	B
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
	Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	C
② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。			C	C
Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。		① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	B
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	C	C
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	C	B
Ⅲ-4 サービスの確保		Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	C
	② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		C	C
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	C	C
		② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	C	C

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)①利用者に事業所の情報を提示できる媒体は現在のところありませんが、ホームページは今後開設予定とのことです。  
Ⅲ-1-(1)②重要事項説明書、契約書で説明し同意を得ています。利用者からの質問に対しても、理解しやすい説明を心がけています。  
Ⅲ-1-(2)①他の事業所との間でサービスを引き継ぐ際は、同行訪問を行い手順の確認等を行っていますが、手順・留意点などの引継ぎ文書は定めていません。  
Ⅲ-2-(1)①利用者のアセスメント票を作成していますが、利用者に関わる複数職員の意見の反映や定期的なアセスメントの見直し等の手順を定めていません。  
Ⅲ-2-(2)①利用者の個別支援計画を作成し、年1回の頻度で見直しを行っており、職員へ周知しています。  
Ⅲ-2-(3)①訪問により利用者から聴き取りを行ったり、記録から評価を行い、モニタリング記録票に記載しています。定期的なモニタリングの他、利用者の状況変化により随時モニタリングをしています。  
Ⅲ-2-(4)①利用者への支援内容、時間の記録は、サービス実施記録や支援経過票に記載し、毎月チェックしています。書き方の差異や不備については個別に職員へ指導しています。  
Ⅲ-2-(4)②個人情報保護についての職員への研修を行っています。また、記録管理の責任者を設置し、保管や保存に関する規程を定めていますが、破棄に関しては定めていません。  
Ⅲ-2-(4)③利用者の状況に関する情報は、職員から管理者に報告、他の職員には口頭やメールアプリで伝達し共有しています。他事業とはサービス担当者会議等を通じて共有化を図っています。  
Ⅲ-3-(1)①利用者のニーズ充足をめざす姿勢は運営方針に明示しており、利用者や家族からの聴き取りを行っていますが、利用者自治会や家族会等はありません。  
Ⅲ-3-(1)②把握した利用者のニーズに関して、利用者参画のもとでの検討会等は設置しておらず、ニーズの結果を活用するための仕組みが整っていません。  
Ⅲ-3-(2)①重要事項説明書に相談窓口を記載し、日常的には利用者へ声掛けを行っていますが、相談・意見・苦情記入カードの配布や匿名アンケートの実施等はしていません。  
Ⅲ-3-(2)②重要事項説明書に苦情等申し立て先の窓口責任者を記載し、説明していますが、第三者委員の設置や受け付けた苦情の解決結果等の公表を行っていません。  
Ⅲ-3-(2)③相談苦情事故対応マニュアルを整備し、利用者の相談や意見について記録をしていますが、マニュアルの定期的な見直しが行っていません。  
Ⅲ-4-(1)①「介護職員としてあるべき基本指針」、「ヘルパー業務開始にあたっての心得」、「生活援助マニュアル」、「身体介護マニュアル」、「移乗・移動・外出・通院・介助マニュアル」等を作成し、利用者の本人尊重やプライバシー保護の姿勢も明示しています。新人研修や個別の指導等により職員に周知徹底していますが、実施されているかどうかを確認する仕組みがありません。  
Ⅲ-4-(1)②利用者や家族等から意見を聴取し、その都度実施方法の工夫をしているとのことですが、実施方法のマニュアル等について見直しを行う時期や方法を定めていません。  
Ⅲ-4-(2)①サービス内容について、定期的に自己評価を行う体制が整備されていません。  
Ⅲ-4-(2)②サービス内容について定期的な評価が行えておらず、結果の分析や組織として取り組むべき課題の明確化に至っていません。

#### IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	C	B
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	A	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	B	B
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	B	B
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	A	B
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	A	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	B	A
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	A	A
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	A	A
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	B	B
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	A	B
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	B	A

#### 【自由記述欄】

IV-1-(1)①利用者本人のプライバシーや、守秘義務等、利用者本人の尊重や、基本的人権への配慮について勉強会や研修を実施しています。また、職員に対しては「ヘルパー業務開始にあたっての心得」等の文書、利用者に対しては契約書や重要事項説明書等により、利用者のプライバシー保護について周知していますが、倫理綱領が整備されていません。

IV-1-(1)②コミュニケーションが困難な利用者については、アセスメント票を用いて抽出・把握し、例えば筆談によれば、よりコミュニケーションがとりやすいなどと具体的な方法を摘示しています。また職員間でも共有し、利用者の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努めています。

IV-1-(1)③支援センター等と交流を図れるように情報の提供をしていますが、事業所においては、利用者による自治会や家族会等がありません。

IV-2-(1)①入浴介助については、利用者に応じて手順書の準備や個別支援計画の作成をしています。またモニタリングにおいて課題が発見されれば、その解決に向けてサービス担当者会議等で検討する仕組みがあります。

IV-2-(1)②衣服については、利用者の希望を聞くなど、みだしなみに配慮した支援を行っています。また利用者によっては、面前に衣服を並べ、利用者自身が選択しやすいような配慮をしています。

IV-2-(1)③個別の手順書にブラシやドライヤーの位置について記載し実施したり、本人の意思に応じて爪切りや口腔ケアを実施する等していますが、理美容についての課題の把握や解決に向けた具体的な動きについては確認できませんでした。

IV-2-(2)①夜間の支援を実施している利用者においては、睡眠に関する相談に応じているほか、部屋の温度調節、ヒーリング音楽の利用等、課題解決に向けた支援をしていますが、マニュアル整備や支援を記録するための所定の様式がありません。

IV-2-(2)②排泄介助のマニュアルや排泄用具の使用法についてのマニュアルを整備し、利用者によっては個別の手順書を作成して利用者本人の状況に応じた支援を行っています。

IV-2-(2)③日常の健康状態を把握し、個別支援計画にも反映しモニタリングをしています。課題があれば、サービス担当者会議で報告、情報共有する仕組みがあります。

IV-2-(3)①食事については、利用者の希望に沿って提供し、食べやすい大きさ、固さに調理するなど利用者の状態に応じた配慮をしています。

IV-2-(4)①利用者とともに買い物に行く、一緒に食事を作る、ショッピングモールに行く等、利用者本人の個別のニーズや特性に応じた活動を支援しています。

IV-2-(5)①利用者の希望を聞いて、テレビやパソコン等の操作を支援したり、新聞や雑誌を読むための支援をするなど、利用者の意思を尊重した日常生活を送ることへの支援の取り組みを行っていますが、金銭管理についての学習プログラム等は用意していません。

IV-2-(5)②事業所外での活動や行動については、利用者本人の希望を確認して取り組んでいますが、外出時の安全確保や不測の事態に備えて、利用者本人に必要な学習を行う機会を設けていません。

IV-2-(6)①ご本人の希望に応じて、コンサートへ同行したり、外に出ることが困難な場合はマニキュアやヘアセット、パソコンゲームなどの活動を提示し、日常生活が楽しく快適になるような余暇の過ごし方について支援しています。