

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 23 日

平成 21 年 8 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた株式会社ウエルネット居宅介護支援事業所につきましては、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(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●理念の周知と実践            洛和会ヘルスケアシステムとして、理念、法人のスローガンをホームページに明示しています。理念、運営規程、運営方針は事業所内に掲示し、社員証とともに携帯しています。年3回の自主点検を通じて運営方針を確認し、「力量評価基準」で定期的に点検をしています。            年3回（4月・8月・12月）の力量評価は、資格と経験年数、一般力量（理念、マナー）、専門力量（情報収集、認定調査、アセスメント、ケアプラン立案、サービス担当者会議、モニタリング、連絡調整、資質向上）の目安が示され、自己と責任者による評価を実施しています。</li> <li>●評価の実施と課題の明確化            品質管理課によるケアプランの点検（年1回程度）、ISOの審査（定期審査・年2回、書類は毎月）のほか、6月・10月・2月に自己評価を実施しています。結果は、事業所内ミーティング等で検討し、課題を明確にして改善を図るなど、品質の向上に日常的に取り組んでいます。</li> <li>●管理者等による状況把握及び職員間の情報共有            緊急時対応マニュアル、緊急連絡網を整備し、全職員が携帯電話、PHSを所持しています。朝礼時には職員の行動予定の確認もしています。実施状況は業務日誌やISO関連報告書等により把握しています。また、月4回の事業所ミーティングでケース概要等の情報を共有し、利用者に対して、ケアマネジャー個人としてだけでなく、事業所として対応することを心がけています。</li> </ul>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●実習生の受け入れ 看護師・ケアマネジャー実務研修の実習生を受入れています が、実習生受入れマニュアルが策定されていません。</li> <li>●ストレス管理 日常的には事業所内外で自由に休憩をとっているとのこと ですが、事業所内には休憩のための場所が確保できていま せん。</li> <li>●情報公開 情報の公表制度のリーフレットを備えています が、調査確認情報を自ら開示することができていません。また、相談・苦情 対応についても、苦情報告書をもとにミーティングで検討して いますが、改善状況の公開はできていません。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>洛和会ヘルスケアシステムの一員として、事業展開をしてい ますので、情報開示、管理システム、各種マニュアル、広報、 地域との連携、研修等の多くを共有しています。</p> <p>本事業所には120名の登録があり、105名の支援をして います。病院相談員との連携により退院前から関わるものが可 能というメリットもあり、日常業務に丁寧に取り組んでいま す。</p> <p>改善点は、全てを事業所のみで実施するのは難しいかも知れ ませんので、法人の支援も得て取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●実習生受入れマニュアルの策定をして下さい。また、スー パービジョン研修において、実習生への対応を学ぶ機会はある ますが、外部の実習指導者研修等への参加の検討もされてはい かがでしょうか。</li> <li>●休憩には業務の場(机)を離れることも必要ではないでし ょうか。現状では限られた空間で限界はあると思いますが、パ ーティションでの区切り等の工夫をされてはいかがでしょうか。 また、他の事業所を含めると広いスペースがありますので、 共同で設置することを検討されても良いのではないでしょ うか。</li> <li>●第三者評価の結果については、ホームページからリンクさ れています。情報の公表についても同様の取り組みを期待しま す。されに、相談・苦情対応による改善状況についても公表・ 公開をすることが望まれます。</li> </ul> <p>ホームページや広報誌『おとまるくん』の発行もしていま すので、取り組まれている内容を法人内に留めず、これらの広報 手段を活用して情報開示をされてはいかがでしょうか。</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を「評価結果  
対比シート」に記載しています。

(様式6)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2674100017
事業所名	株式会社ウェルネット
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	2009年11月20日
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
		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）及び事業所のスタッフ全員が、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。	A	A
		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)		1. 洛和会ヘルスケアシステムとして、理念、法人のスローガンをホームページに明示しています。理念、運営規程、運営方針は事業所内に掲示し、社員証とともに携帯しています。年3回の自主点検を通じて運営方針を確認し、「力量評価」で定期的に点検をしています。 2. 運営規程で役割等が定められ、事業所内ミーティング(月4回)、洛和会ケアマネ会議、エリア事業所(地域の拠点事業所)での業績検討会議(月1回)等で職員の意見を反映しています。		
<b>(2)計画の策定</b>						
		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)		3. 中・長期計画は洛和会として策定しています。利用者満足度調査により課題や問題点を明確にし、職員の意向は各種会議を通して反映しています。また、実行計画書で進捗状況を確認しています。 4. 課題は個人レベルにまで明確にしています。自己申告書で業務目標、計画目標を立て具体化しています。		
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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、いつでもスタッフ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)		5. 法令遵守を経営の健全化、リスクマネジメントの観点で位置づけ、研修等に参加しています。アクションプラン(単年度行動計画)においては法令遵守を具体化し、介護支援部での研修もしています。 6. ミーティングにおいて、職員の意見を聴取し、運営に活用する仕組みがあります。また、自己申告書の内容から問題点を把握するように努力しています。 7. 緊急時対応マニュアル、緊急連絡網を整備し、全職員が携帯電話、PHSを所持しています。朝礼時には職員の行動予定の確認をしています。実施状況は業務日誌やISO関連報告書等により把握しています。新人職員については時間単位で状況把握をし、アドバイスをしています。		

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>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)		8. 介護支援専門員が主任介護支援専門員研修を受講できるように支援しています。洛和会として、進学等休職制度、海外留学休職制度を整備しています。 9. 外部研修には業務として参加を支援する体制があります。事例検討を通してのスーパービジョン、ピアスーパービジョンの仕組みがあり、洛和会としての「ヘルスケア学会」で定期的に学ぶ機会もあります。 10. 実習受け入れをしていますが、マニュアルが策定されていません。スーパービジョン研修において実習生への対応を学ぶ機会はありませんが、外部の実習指導者研修等への参加は確認できません。		
<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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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	B
		(評価機関コメント)		11. 勤務シフトは職員の希望をもとに作成し、勤怠状況一覧表において就業状況の把握をしています。就業規則において、育児休業、介護休業にも対応しています。 12. 洛和会として専門機関との契約による相談、臨床心理士による相談(月に1~2回)などで職員の悩みやストレスへのサポートをしています。「むつみ会」(洛和会親睦会)の活動、「リロクラブ」(福利厚生倶楽部)の利用のほか、年1回連続7日間のリフレッシュ休暇制度がありますが、日常業務において休憩するための場所は確保できていません。		
<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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 広報誌『おとまるくん』を事業所に置き、利用者には請求書と一緒に届けています。情報の公表制度のリーフレットを備えています。調査確認情報を自ら開示することができていません。 14. 洛和会としての「洛和メディカルフェスティバル」で介護相談コーナーを設け、職員が対応しているほか、医療やリハビリテーションに関する講座の案内をしています。		

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>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)		15. 洛和会ヘルスケアシステムのホームページで情報を提供しています。今後は利用者本人にとってより分かりやすいものになるような工夫を期待します。		
<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)		16. 重要事項説明書に交通費や領収書の再発行文書料について明記し、利用料金表を添付して説明をしています。契約書や重要事項説明書に代理人の署名・捺印欄を設けています。		

(3)個別状況に応じた計画策定				
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	定期的又は必要に応じて、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)		17. 所定の様式で記録し、更新時や状態変化時にはアセスメントを実施し、記録しています。居宅介護支援計画連絡票等を活用して主治医とも連携をしています。 18. 品質管理職員によるケアプラン点検支援マニュアルを活用した点検を受けています。 19. 担当者会議への参加が得られない場合は、居宅介護支援計画連絡票や退院・退所サマリー等を通して意見交換を行っています。 20. ケアプラン管理票を活用して見直しを行い、毎月のモニタリングでサービスが適正かを確認しています。変更は更新時や状態の変化に応じて行っています。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		21. リストは「エリアマップ」や「京都府医師会名簿」等を利用しています。関係機関とは、居宅介護支援事業所連絡会を通して連携しています。		
(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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルは年1回を基準に見直していますが、年2回の見直しの必要性を確認しています。ISOの業務計画書を活用し、苦情や不適合報告に対する是正をしています。利用者満足度調査の結果は年2回事業所内ミーティングで分析し、業務改善に反映しています。 23. 業務上の動きについては経過記録に記しています。洛和会として、年1回個人情報保護、プライバシー保護に関する研修を実施しています。ケースファイルは取り扱いマニュアルに基づいて管理しています。 24. 月4回の事業所ミーティングでケース概要等の情報を共有しています。利用者に対して、ケアマネジャー個人としてだけでなく、事業所として対応することを心がけています。 25. 初回サービス導入時にはキーパーソンの同席を求め、モニタリング、更新調査、担当者会議等に家族の同意を求めています。		
(6)衛生管理				
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、スタッフ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)		26. 感染予防マニュアルを作成し、年1回感染症に関する研修に参加しています。訪問時には、消毒薬、マスクを持参しています。 27. トイレ掃除は職員による当番制で点検表で確認をしています。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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

	(評価機関コメント)	<p>28. 事故発生対応マニュアル、緊急時・事故発生対応マニュアル、風水害対応マニュアルを作成しています。指揮命令系統はマニュアルに明記し、業務車両には事故発生時の連絡図を掲載しています。救急の日(9月9日)に連絡訓練を実施し、年2回交通安全講習会に参加しています。エリア地域の避難収容施設、広域避難場所となっています。</p> <p>29. 事故発生対応マニュアルに基づいて体制を整備しています。ヒヤリハット報告や不適合サービス報告に対してはミーティングにおいて再発防止の方策を検討しています。</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>IV利用者保護の観点</b>						
	<b>(1)利用者保護</b>					
	人権等の尊重	30	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	31	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	32	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>30. 運営規程で人権・意思の尊重を明確にし、職員全員が年1回、人権・虐待・身体拘束に関する研修に参加しています。</p> <p>31. 職員全員が年1回、個人情報・プライバシー保護に関する研修に参加しています。</p> <p>32. 運営規程でケアマネジャー1人当たりの標準担当者数を規定しています(35人)。重要事項説明書でサービス提供地域を指定し、状況により受け入れられない場合は他事業所の紹介等で対応しています。</p>				
	<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>					
	意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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>33. 年2回、利用者満足度調査を実施しています。相談窓口として、医療サービスセンター山科駅前店(洛和会の総合相談窓口)や公的機関を重要事項説明書に明記しています。</p> <p>34. 相談・苦情対応マニュアル、苦情報告書、苦情処理報告書を作成し、苦情報告書をもとにミーティングで検討していますが、改善状況についての公開ができていません。</p> <p>35. 公的機関を重要事項説明書に明記し、契約締結時に説明をしています。</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	36	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	37	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スタッフ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	38	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>36. 年2回の利用者満足度調査を実施し、事業所ミーティングで集約・分析した結果をケアマネジャー統括に報告しています。その後、品質管理課、ケアマネジャー統括から事業部全体の考察、コメントを受け、各事業所の改善に取り組んでいます。</p> <p>37. サービス検討委員会において共通評価項目チェックシートを活用して業務の見直しを行っています。他事業所のチェックシートを入手し、比較検討をしています。</p> <p>38. 品質管理課によるケアプランの点検(年1回程度)、ISOの審査(定期審査・年2回、書類は毎月)のほか、6月・10月・2月に自己評価を実施しています。結果は、ミーティングで検討し、改善を図っています。</p>				