

アドバイス・レポート

平成30年2月5日

平成29年7月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた居宅介護支援事業所ウエルネットにつきましては、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>	<p>○継続的な研修・OJTの実施 年間研修計画が立てられ、職員が希望する研修や一人ひとりの力量にあった研修参加に繋がっている。またキャリアパス制度の運用や、年2回開催される「ヘルスケア学会」において、職員一人ひとりが学びあい、力量、スキルアップを図っている。月1回、事例検討会を開催し職員間で事例に対するアドバイスをするなど、お互い気づきや学びを促しています。</p> <p>○法令順守への取組み 法人全体の取り組みとして、年2回の内部監査（事業所評価）により、事業所が遵守すべき法令を正しく理解できているかの確認や改善点を明確にするとともに、指摘された内容についての対応策を職員全員で検討し取組まれています。</p> <p>○労働環境の整備 年間で10日間連続して取得できるリフレッシュ休暇制度がある。また職員一人ひとりの希望に添った有給休暇や看護休暇、介護休暇が取得できる体制となっており、職員からの意見、要望に対しても柔軟に対応できる働きやすい職場環境となっています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情受付窓口や公的機関の相談苦情窓口については重要事項に記載され、規定のマニュアルも整備されており問題はありませんでした。ただし苦情は報告書により1件のみ確認できましたが報告件数としては少なく、また要望については報告書へ記録されていませんでした。今後は改善状況の確認を踏まえて記録されることを望みます。</p> <p>2) 地域の方が相談しやすい環境 母体である音羽病院から近くにある事業所ですが、玄関入り口がわかりづらく、地域の方々や利用者、家族が相談しやすい事業所に環境を整えられることが望ましいです。</p> <p>3) 職員間の情報共有 職員間の情報共有は申し送りや事業所会議などで行われています。また利用者の支援や状況については、ケース検討会などを実施し取り組まれており大きな問題はありません。ただし検討した結果の報告記録や、タイムリーな状況になると記録されず、情報共有することができません。</p> <p>4) 評価の実施と課題の明確化 前回第三者評価を受診されたのは2009年であり、長期間受診できていない状況です。定期的な受診を行い事業所としての質の向上を図られることが望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 苦情だけに捉われるのではなく、利用者や家族との面談など、会話の中からも声を拾い上げ、要望などが聞かれた際には報告書を作成し職員間で対策を検討されてはいかがでしょうか。また事業所にご意見箱を設置され、地域の方々や利用者、家族が自由にいつでも意見の言いやすい環境を作られてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 事業所へ入りやすく相談しやすい環境にするために、玄関の環境整備を行い、地域の方々や利用者、家族から事業所内が見えやすく、入りやすいいつでも話せる地域の相談窓口となれることを期待します。</p> <p>3) 事業所会議やケース検討会などで話し合い実際に取り組まれた結果までを次回の会議や、ケース検討会で報告され記録に残されると、参加できなかった職員までにも情報を確実に共有することができるようになります。またタイムリーに緊急で話し合ったような状況においても記録を残されるように取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>4) 今後、サービスの質向上の取組みとして3年に1回は、第三者評価を受診し、評価結果に基づき課題を明確にし、職員全員で解決に向けて取り組まれることに期待いたします。</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	2674100116
事業所名	居宅介護支援事業所ウエルネット
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)	訪問介護
訪問調査実施日	平成29年10月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 あい・ライフサポートシステムズ

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。	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思決定を行い、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. 法人理念は「顧客第一に、質の高い介護を提供します」「すべてのサービスに、誇りと責任を持ちます」「経営基盤を確立し、個人と組織の向上を目指します」と掲げています。朝礼時に職員全員で唱和するのみではなく、職員のネームプレートの裏に理念が書かれたカードを入れいつでも確認できるようにし職員へ周知を図っている。 2. 組織全体の組織図があり体制が整っています。理事会が定期的に開催され、決定事項は本部通達として各事業所へ伝達周知される。月1回、管理者が出席する業績会議において職員の意見を反映させている。		
(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。	B	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. 組織として、介護サービスの質向上に向けた取組みとして「キャリアパス制度」「NO1シート」などを作成し定期的に進捗状況を確認している。また居宅介護支援事業として年度初めに中、長期目標「アクションプラン」が設定されていることからA評価とする。 4. 居宅介護支援事業として出された目標に沿って、事業所の年度目標や課題を設定し、達成に向けての取組みを行っている。また事業所として年1回、顧客満足度アンケートを実施し、いただいた意見から課題分析を行い、課題達成に向けての目標設定、取組みを行い事業所会議で進捗状況を確認し、管理者会議等で報告している。		
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	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>5. 集団指導の資料や行政が開催する勉強会の資料などは常に職員が見て確認できるようデスク上に設置している。また法令遵守に関する研修に参加し、参加できない職員へは伝達研修を行い職員全員で周知を図っている。</p> <p>6. 年1回の「やりがいアンケート」、年2回の自己申告書により面談を実施し職員の意見を聞く機会をもち、より良い事業所となるよう努めている。</p> <p>7. 管理者は業務携帯を持ち常に連絡が取れる体制となっている。また緊急時の対応などについては業務マニュアルの中で手順や対応方法が規定されている。</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

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 職員採用については本部採用課が一括しており、介護事業部が新人職員を育成するシステムができています。また資格取得の取組みとして受験対策講座なども開催され職員のスキルアップにつなげている。</p> <p>9. 年間研修計画が立てられ、職員が希望する研修や一人ひとりの力量にあった研修参加に繋げている。またキャリアパス制度が運用され、職員一人ひとりの力量アップを図っている。</p> <p>洛和会として年2回開催される「ヘルスケア学会」において、職員が互いに学びあう機会を設けている。</p> <p>月1回、事例検討会を開催し職員間で事例に対するアドバイスをするなど、お互い気づきや学びを促している。</p> <p>10. 主任ケアマネによる介護支援専門員合格者の実習を3日間受け入れている。また看護学生の実習を受け入れ利用者に同意を得た上で訪問同行を行っている。</p>		

(2) 労働環境の整備

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>11. インターネットを活用し勤怠が一括管理されている。勤務表は職員の希望に考慮されており、職員の希望に添った有給や看護休暇が取得できている。また年に1度リフレッシュ休暇が10日間取得できる。</p> <p>12. 休憩場所と相談室が兼用ではあるものの、職員間で声をかけあいながら活用できている。また職員からの要望で必要なものとして冷蔵庫も設置されている。年に1度、福利厚生ガイドブックが職員に配布されている。</p> <p>職員のメンタルヘルスの維持のためにカウンセラーへの相談体制が確保されている。職員からの相談は随時、管理者へ相談できていることを聴き取りから確認できた。</p>		

(3) 地域との交流

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	A
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)		<p>13. 年1回、「洛和メディカルフェスティバル」に参加し健康相談や介護相談を行い、地域の方との交流や関係作りを行っている。また広報誌「おとまる」を直接利用者へ届けている。</p> <p>14. 地域ケア会議に参加し、依頼があればファシリテーターや認知症サポーター講座などいつでもできる体制である。</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
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
	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としてのホームページで情報を発信している。また事業所として定期的にブログなどで発信している。 事業所独自のリーフレットを作成し地域包括や地域の病院へ持参している。			
(2) 利用契約						
	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. 重要事項説明書により事業サービス提供内容や料金などをわかりやすく説明している。			
(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)		17. アセスメント様式が法人すべてで統一されており、利用者の心身状況や生活状況を把握し記録されている。 18. 利用者やその家族の意向は面接や担当者会議に参加し、直接個別な事情や要望を確認している。サービス担当者会議には必ず利用者本人、家族も参加されている。 19. 主治医がサービス担当者会議に参加できない場合は、「居宅介護支援計画連絡表」を送付し返信していただき意見照会を行っている。また参加できない事業所においても「サービス担当者に対する照会」用紙にて意見照会を行っている。 20. 介護保険証認定更新時や区分変更実施時に居宅サービス計画書の変更を行っている。また目標期間満了時に現状のプラン継続でいいのか検討を行っている。			
(4) 関係者との連携						
	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)		21. 利用者の退院時には、必ず病院へ行き担当医とのカンファレンスを開催している。またそこから得られた情報は必ず在宅医へ伝えている。			
(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)	22. 居宅介護支援マニュアルが整備されており、定期的、また必要に応じてマニュアルの見直しを図っている。 23. モニタリングの状況、ケアマネの動きなど必要な事項については支援経過に記録している。利用者の記録等は鍵付き書庫にて管理されており、事務所から職員が不在となる時には施錠し所定の場所に片付けることを徹底している。 介護事業部全体として年1回、個人情報とプライバシー研修を実施し職員が参加している。また参加できない職員へは伝達研修を行っている。 24. 事業所内での情報共有は、事業所会議を通じて実施している。利用者についての情報は、担当ケアマネジャーだけではなく、事業所ケアマネジャー全員で情報共有できるように会議やケース検討会などを通して行っている。 25. サービス担当者会議には家族に同席していただき、情報交換を行っている。			
(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、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)		26. 「感染症予防」についての研修を受講し、受講した職員より事業所内で伝達研修を実施し、感染症に関する知識習得を図っている。また「感染症マニュアル」が整備され定期的に見直している。 27. 事業所全体の環境整備については、職員と話し合い改善できるようにしている。また職員がそれぞれに役割を担って整理整頓、清掃などを行っている。		
(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	A
	(評価機関コメント)		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が整備されており、常に職員が確認できる所に設置されている。また年1回、全職員を対象に緊急連絡網訓練を実施している。 29. 事故発生対応マニュアルに基づいて手順等が定められている。ヒヤリハット、事故が発生した場合は事業所内はもちろん、他事業所の事故についても事故内容についての情報共有され再発防止につとめている。 30. 災害発生時マニュアルが整備されており、また介護事業部全体研修として災害に関する研修を受講している。		

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
IV 利用者保護の観点						
	(1) 利用者保護					
	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)		31. 職員全員が「高齢者虐待防止法」「人権・虐待・身体拘束」についての研修を受講している。また事業所内で伝達研修を行い周知徹底を図っている。 32. 「個人情報・プライバシー保護」について研修を受講し、事業所内で伝達研修を行い周知徹底を図っている。また利用者宅で面談を行う時は利用者のプライバシーに配慮されるよう玄関先など場所を変えて行っている。 33. 営業地域外となる状況以外は原則断らず、新規居宅介護支援依頼はすべて受諾している。			

(2) 意見・要望・苦情への対応

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。	B	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)		34. 苦情対応マニュアルが整備されている。利用者や家族から苦情が聞かれた際には、これを改善の機会と捉えられるよう職員の意識付けを行っている。また利用者満足度調査を実施し意見が出易いように事業所を介さず、直接介護事業部へ返信できるように配慮している。 月1回開催される管理者出席の業績会議において他事業所の苦情等については必ず再発防止に向けて情報共有している。 35. 苦情については報告件数がほとんどなく、要望などについては現状記録がなく確認できないことからB評価とする。 36. 重要事項説明書に苦情申立先を記載しています。また契約時には口頭で説明を行っている。		

(3) 質の向上に係る取組

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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 年1回利用者満足度調査を実施し質の向上に努めています。またアンケートから得られた意見を職員全員で分析し事業所年度目標として策定し事業所改善に活かしている。 38. 年2回、質の向上の取組みとして法人独自の内部監査（事業所評価）が実施されており、改善項目については、職員全員で結果を受け止め改善に向けての取組みを行っている。 39. 今回29年度の第三者評価受診は6年ぶりである。今後は3年に1度、定期受診され事業所を運営する中で具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に繋がるよう取り組まれることを期待する。		