

**アドバイス・レポート**

平成27年11月29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6月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ウェルフェアひかり」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><b>(1) 継続的な研修・OJTの実施</b> 事業所2階に福祉用具等を備えた研修室兼休憩室があり、様々なテーマ別の職員研修に取り組んでいます。「倫理規定及び法令遵守、接遇マナー」、「足浴・手浴・顔清拭」、「調理実習」、「ヘルパーに必要なスキル・コミュニケーションの方法」、「災害時・緊急時対応」等多岐にわたるテーマで毎月ヘルパー会議を開催しています。「高次脳機能障害」の研修など、総合支援事業サービスの研修にも取り組んでいます。また、外部研修には研修補助費として費用の半額負担や出勤扱いなど、職員ひとり一人のスキルアップに事業所全体で取り組んでいます。</p> <p><b>(2) 労働環境の整備・ストレス管理</b> 職員のストレス軽減への取り組みに努めています。有給休暇は賃金台帳で管理され、職員の急用時には職員間での調整を速やかにできるよう、管理者や主任サービス提供責任者は職員の勤務や体調を細やかに把握しています。また、職員用のマッサージチェアやステップボードを備え、職員が気楽に気分転換できるよう整えたり、訪問用の電動自転車を備えるなど働きやすい職場環境作りに努めています。</p> <p><b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b> 独自のアセスメント様式を使い、利用者一人ひとりに応じた適切な個別援助計画が策定されています。併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの連携も取れ、利用者個々のケアプランに沿った個別ケアを提供していることが「訪問確認簿」より読み取れました。また、利用者別の「手順書」を作成し、利用者の状態やニーズに合わせて随時見直しを行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○個別援助記録の整理</b> 利用者一人ひとりのケース記録が、時系列に沿ったファイリングがされていませんでした。第三者等が見てもマネジメントの一連の流れが把握できるよう記録ファイルの整理をお奨めします。</p> <p><b>○マニュアル研修の実施</b> 各種業務マニュアルは必要時と年1回の見直しは行っていますが、マニュアル自体が現場に沿った運用がなされるための職員研修の開催が望まれます。</p> <p><b>○地域への貢献</b> 法人の基本指針に「地域との連携協力」を掲げていますが、より具体的な取り組みが望まれます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○アセスメントは定期的に更新され、個別援助計画もケアプランに沿って更新されモニタリングも適宜実施されています。一連のケアマネジメントが適切に実施されていますが、ファイリングがすっきりしていないため見難いものとなっています。インデックスを付けるなどしてケアプランとサービス計画が比較検討でき、時系列で把握しやすい形にすると、見る人誰にも確認し易いファイルなると思われます。</p> <p>○年1回顧客満足度調査をアンケート形式で実施していますが、その集計結果を分析し事業所としてどのように改善していくかを、利用者や家族へフィードバックされていますが、更に個人情報に配慮しながら地域へ向け公開されることをお奨めします。</p> <p>○事業所2階の研修室の活用や専門職による介護技術講習会や相談会の開催、地域サロンを催す等、地域とのつながりが深まるような取組み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)

※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	2670900626
事業所名	ウエルフェアひかり
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	予防訪問介護
訪問調査実施日	平成27年9月24日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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. 法人理念及び運営方針を事業所内に掲示しています。理念に「親切と真心」を掲げ、ヘルパー会議やサービス提供責任者会議等を通じて職員へ定期的に周知しています。利用者や家族へはパンフレットや契約時に説明し理解を得ています。 2. 「役職員倫理規程」や「服務規律」から各職種の役割を明確にしていることが確認できました。月1回以上「サービス提供責任者と介護職員連携会議」を開催し、職員の意見を拾い上げています。			
<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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 平成27年度の事業目標として「学んだことを活かし継続する」をテーマに掲げ、サービスの質の向上に取り組んでいます。中・長期の事業計画が文書として確認できませんでした。 4. 「ヘルパー研修議事録」から各業務レベルでの課題を設定していることは確認できましたが、その課題解決に向けての具体的計画や定期的な見直しが行われていませんでした。			
<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。	B	B	
	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。	B	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。	B	A	

	(評価機関コメント)	<p>5. 医療・介護に関する法令集は整っていますが、その他の訪問介護に付随する関係法令等の明文化がなされていませんでした。</p> <p>6. 研修アンケートに管理者の評価、質問等が記載されており、その対応策を職員へ返していることが議事録等から確認できました。管理者や主任サービス提供責任者と現場職員とが細かく連携をとっており、コミュニケーションが密に保たれていることが職員ヒアリングより聞き取れました。</p> <p>7. 緊急時の連絡は主任サービス提供責任者の持つ携帯へ24時間つながる体制を作っています。その都度適切な指示を出していることが「事故処理台帳」で読み取れました。</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。	C	C
(評価機関コメント)		<p>8. 職員採用は介護職員初任者研修（旧ヘルパー2級研修）修了者以上の資格者に限っている。サービス提供責任者手当や研修補助費を出しており、職員のキャリアアップを支援しています。</p> <p>9. 管理者や介護支援専門員と常に連携が取れ、随時スーパーバイズを行っています。また、業務の指示、決定、対応が素早く行われていることが職員ヒアリングより聞き取れました。</p> <p>10. 実習生を受け入れる姿勢は持っていますが、実際の依頼がなく受け入れ実績はありません。マニュアルを作成し、近隣への介護相談や実習受け入れの情報を地域へ出していくことを期待します。</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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		11. 12. 有給休暇は賃金台帳に記載して適切に消化されています。福利厚生面では健康診断等を実施し、職員の心身の状態に気を配っています。職員がゆっくりできる休憩室を備え、責任者が随時アドバイスできるよう努めています。職員のメンタルヘルスの維持のためのカウンセラー等の専門職は確保されていません。		

### (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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>13. 事業所の運営実績が14年と長いため、地域での知名度は高い。町内会の回覧板や地域の地図に事業所の情報を掲載しています。地域ケア会議へも毎月参加し、「地域に根差した事業所」として関係機関へ広報しています。</p> <p>14. 「地域との連携協力」を基本指針に掲げていますが、具体的な活動には至っていません。2階の研修室を地域向けの介護教室等に活用されることをお奨めします。</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)		15.リーフレットは準備していますが、ホームページの開設等には至っていません。新規利用者は他の利用者からの紹介が多く、地域包括支援センターからの緊急要請にも即応しています。また、利用者の事情を優先した土日祝・夜間もサービス対応しています。			
<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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16.重要事項説明書に料金を記載するとともに、別に料金表を作成し利用者が分かり易いよう努めています。成年後見制度も必要時に関係機関へつなぐ体制を整えています。			
<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。	B	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. 独自のアセスメント表を使い、利用者の心身状況や生活状況の把握に努めています。また、主治医や専門職と連携したアセスメントが行われ、定期的に見直しています。 18. ケアプランに連動した個別援助計画が作成されています。利用者や家族の希望を反映した計画が作られていることがケース記録より確認できました。 19. 主治医や介護支援専門員等の専門家との情報交換を行い、計画に反映していることが「支援経過記録」より読み取れました。 20. 利用者の状態変化時と定期的（3か月ごと）にモニタリングを実施し、計画の見直しを行っています。			
<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)		21. 併設の居宅介護支援事業所のケアマネを介して、関係機関との情報共有に努めています。利用者や専門職・関係機関と連携が取れていることは、サービス担当者会議録や介護記録から確認できました。			

(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。	B	B
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. 業務マニュアルや手順書が整備さ、必要時と年1回の見直しが行われています。更に、マニュアルについての理解・確認のための勉強会を、毎月開催されるヘルパー会議のテーマとして実施されることをお奨めします。 23. 利用者の記録の持ち出し、廃棄についての規定が定められていません。 24. 訪問介護サービスの実施については計画書及び手順書により標準化されています。また、利用者の状態の変化についてもサービス提供責任者へ情報が集約され、ヘルパー会議の場などで共有化されています。 25. 利用者家族との情報交換は、計画更新時や退院時の面談、電話連絡や「連絡ノート」を活用し関係作りに努めています。		

(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、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. 感染症の対策や予防に関する研修も年間研修計画に盛り込まれ実践されています。 27. 訪問時に消毒液を携帯し、予防に努めています。消毒液、マスク、スリッパ等を準備するなど衛生管理に努めています。		

(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。	B	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。	A	B
(評価機関コメント)		28. 緊急対応マニュアルを定め事故・緊急時における対応について記載した文書を利用者宅へ配布し、どの職員でも適切に対処できる体制を整えています。 29. 事故発生時は報告・対応の後、「事故報告台帳」を作成し管理者へ提出しています。管理者、主任、サービス提供責任者とは携帯電話により随時連絡を取り、職員間で携帯メールで情報を共有する体制となっています。 30. 災害発生時のマニュアルを作成しています。ハザードマップ等を活用し地域自治会との連携を意識したマニュアル作りや防災訓練が望まれます。		

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>31. 32. 人権・プライバシー保護・高齢者虐待に関する研修会を開催していません。高齢者虐待については訪問介護という事業形態から、訪問時の早期発見・早期対応につながる可能性が高く、今後も定期的な虐待対応研修の開催をお奨めします。</p> <p>33. 利用者の決定に関し断ったことはない。この実績が地域から信頼される事業所として認められていることに繋がっています。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 年1回「ウェルフェアアンケート」を行い利用者の意向を収集しています。利用者、家族からの意見・要望・苦情は都度ヘルパーから入るか、または管理者へ直接意見をもらい対応しています。その具体的対応策は「苦情処理台帳」に集約され、管理・運用しています。</p> <p>35. 利用者の意見、苦情等には管理者が迅速に対応している。その対応策や改善点を利用者に伝えているが、広く他の利用者・家族や地域住民へ個人情報に配慮しながら公開されることをお奨めします。</p> <p>36. 第三者又は公的機関を通じて寄せられた利用者の苦情等に対して、対応する仕組みが確認できませんでした。</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。	B	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)		<p>37. 38. 毎年「ウェルフェアアンケート」を実施し、結果をサービスの質の改善に役立っています。アンケートの分析結果をサービス提供責任者会議で検討し、調査前後の改善点を確認し、ヘルパー会議の場で全職員へ周知しています。</p> <p>39. 事業所として年1回サービス提供状況の自己評価を行っています。その評価結果から明らかになった課題を次年度の事業計画に反映する取り組みを行った記録文書が確認できませんでした。</p>			