

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 11 月 11 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 30 年 6 月 26 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>「ウェルフェアひかり」は京阪深草駅近くにある、介護分野と併せて障がい分野のサービスを提供する訪問介護事業所です。</p> <p>○ 労働環境への配慮</p> <p>利用者への配慮のみならず、社員や登録訪問介護員への配慮が行き届いています。職員の有給休暇取得を積極的に奨励し、勤務シフトに連休を取り入れ、疲れを溜めないような気配りがなされています。夏冬の親睦会やバス旅行、会議後のアンケートなどで職員が素直に意見を述べる機会があります。管理者は職員の思いをしっかり受け止め、給料袋にコメントを入れて返しています。職員離職率は低く長期勤務者が研鑽を積んでおり、また障害がい者分野もあり、困難事例の場合でも頼りにされていることが管理者の言葉からうかがえました。利用者も働く人も同じように人として大事にされているのがこの事業所の特徴です。</p> <p>○ 人材育成</p> <p>外部研修への受講料補助、介護福祉士資格取得の前提である実務者研修に参加できるよう勤務調整がなされ、学べる環境を保障しています。障がい分野で難度の高い利用者に係わっている事もあり、各職員の技術力は直接利用者の生命に関わるという自覚のもとで各々が日々研鑽しています。喀痰吸引の研修を終えた職員も多く、多様な利用者のニーズに幅広く対応できる職員が育成されています。</p> <p>○ 個別支援の計画と実践</p> <p>初回利用時には、特に丁寧にアセスメントを行っています。また、独自の様式を用いたアセスメントを介護計画と個別の手順書に反映させ、日々の支援の中で着実に実践しています。</p>
---------------------	---

特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>○ 組織の運営管理 評価項目Ⅱ「組織の運営管理」内において、数点改善が望まれる点がありますので表記させていただきます。 まず、実習生の受け入れに対して、実習希望者があったときに対応のできる仕組みや体制づくりが望れます。また、ストレス管理において、ハラスメント規程はあるものの、職員が相談を行う公的な窓口が不明瞭であったりするので、その体制づくりが望れます。そして、地域への貢献に関して、地域住民との身近な交流もご検討ください。</p> <p>○ 意見・要望・苦情への対応 本項目内において、事業所で得た意向（意見・要望・苦情）に対する改善状況をどのように公開するか、また、利用者並びにご家族が苦情を訴えるための第三者の相談窓口の設置が望れます。</p> <p>○ 質の向上に関わる取り組み 年1度行っておられる満足度調査の結果と分析・検討内容について、どのように公開を行うか、また、第三者評価における課題を事業運営計画に組み入れる仕組みづくりが望れます。</p>
具体的なアドバイス	<p>○ ご高齢の訪問介護員も若い職員も、それぞれが専門的な知識と技術を持ってサービスの質の向上に努めておられます。より高い知識と技術を持った訪問介護員が長く定着して働いておられるのは事業所の強みと言えます。利用者にとっても本人を熟知した訪問介護員による適切な支援は何より心強く安心で、重度化防止効果にも通じます。今後も更なる研鑽を重ね、利用者の信頼とニーズに応え得る事業所としてますます発展されるよう期待します。</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	ウェルフェア 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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成30年9月26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				
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. 理念には「親切」、「真心」、基本指針には「安心安全」、「地域との協力」をうたい、パンフレットに掲載している。ヘルパー研修(以下、全員参加の職員会議とする)の場で年2回、接遇研修などに併せ全職員へ理念の周知と実践を促している。 2. 組織図・職務権限規程などで職務・職責を明文化し、組織としての透明性を図っている。組織が小規模であるため、経営者と職員が常に対話している。経営者は「ヘルパー研修」と「サービス提供者会議」に出席し職員の意見を吸い上げている。風通しの良い経営がなされていることが職員ヒアリングから確認された。								
(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)		3. サービスの質の向上に力点を置いた中長期及び単年度計画が策定している。その計画は基本指針に沿っている。 4. 職員自らが目標を設定し、年1度、内部監査自主チェックシートで課題達成度を報告している。								
(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ふことができる。		A	A					
(評価機関コメント)		5. 内部監査自主チェックシートを用い、必要な法令のリストを作成し、いつでも職員が見られるように事務所に置いている。主任サービス提供責任者が京都市の集団指導を受け、行政からの最新情報を職員会議で伝えている。 6. 「服務規定」「職務権限規定」に管理者の役割と責任が明記され、適宜リーダーシップは発揮されている。管理者への評価や意見は会議後のアンケート用紙に自由に書いてもらっている。 7. 職員は常時、運営管理者に連絡することができる。事故発生時には、指示を仰ぐことができる。ヒアリングでも交通事故などの際管理者が適切に処理をしたことが聴取出来、事故処理台帳でも確認できた。管理者は職員の行動を日誌で確認することができる。訪問確認書、サービス実施報告書などでも日々の職員の行動を把握している。事故等の経過報告書を個人ファイルに綴じ注意喚起や再発防止策を講じている。								

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

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)		8. 正職員は介護福祉士資格を有し、喀痰吸引の研修も修了しているので、幅広い支援が出来る体制となっている。知識技能の向上に必要な外部研修には受講料を負担し、職員のやる気を引き出している。 9. 主任サービス提供責任者は訪問介護員の自信がつくまで何度も同行し、時には抜き打ち訪問して到達度を確認している。またヘルパー研修（常勤、非常勤全て）で実技の演習や勉強会を行い技術力を高めている。日ごろからお互いに学び合う姿勢があり、何気ない会話にもスーパーバイズの要素が含まれている。利用者支援に関する気付きやアイディアは相互に交換し合う。 10. 実習マニュアルは作成していない。実習依頼がなく受け入れ実績がない。				
(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。		B	B	
(評価機関コメント)		11. 職員の有給休暇取得を奨励しリフレッシュの機会を多く持つてもらうようにしている。各種休暇は事務所で一括管理している。育児休業や介護休暇は就業規則にはあるが取得実績は無い。職員の腰痛予防の為、腰ベルトを支給している。事業所内外に観葉植物や季節の花々を置き職員の癒し効果を高めている。 12. 外部の心の相談機関は利用していないが、信頼できる方に相談できるようになっている。2階研修室には研修用の広い部屋があり、ソファを置き自由に休憩できるようになっている。1階にはマッサージチェア、つぼマッサージ、フィットネスなどを置き、職員の心身のリラクゼーションを図っている。夏冬の慰労の会、花見旅行なども行っている。就業規則にハラスマント規程があったが、相談をする環境や体制が整っていなかった。				
(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。		B	B	
(評価機関コメント)		13. 地域の地図や回覧板に事業所の広告を出し、地域への周知を図っている。町内会に加入し回覧板を回し相互交流している。情報の公表をインターネット上で行っている。 14. 事業所前の大きな看板を見て地域の方が介護の相談に来られるので対応している。65歳以上の障がい者分野の事例を深草支所で発表している。車いすで事業所周辺をヘルパーが試乗体験したが地域住民を巻き込むまでに至っていない。				

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. 分かり易いパンフレット、重要事項説明書を用いて丁寧に説明している。情報の公表をしておりインターネットでも見ることが出来る。		

(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. 重要事項説明書にサービス内容や料金等を明示している。契約時重要事項の説明をして本人・家族・後見人の署名捺印を貰っている。現在4~5名の利用者に後見人が付いており、必要な方には積極的に後見人への橋渡しをしている。		

(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. 初回利用時に、独自のアセスメント様式と「手順書」を用いて丁寧にアセスメントを行っている。また、状態が変わった時にはアセスメントを行い、最低でも1年に1度アセスメントを行っている。 18. 介護計画に利用者・家族等の思いを尊重して介護計画を作成し家族等の署名捺印をもらっている。サービス担当者会議は利用者宅で行い、本人または家族の参加を得ている事を会議録により確認した。 19. サービス担当者会議録に医師以外全職種の参加記録があり、各職種が支援の方針を共有していることが確認できた。医師は照会の場合が多いが、医師を含めた各職種の意向を念頭に訪問介護計画を策定している。 20. ケアマネジャーのケアプランの変更、更新時に連動して訪問介護計画を作成し利用者や家族、成年後見人の確認とサインを貰っている。他に個々の利用者に合った「手順書」を作成して変化のある度に更新している。3か月に1度モニタリングを実施し訪問介護計画の妥当性を検証している。		

(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. サービス担当者会議において各職種と連携していることが担当者会議録により確認された。緊急の時は直接医師等とやり取りをすることもある。要支援の利用者を数名担当しているので包括支援センターとも連携し、深草事業者連絡会でも情報交換をしている。利用者の退院の時は必ず退院時カンファレンスに参加し利用者の状態を把握している。		

(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. 各種マニュアルが整備され、年1度見直され、必要に応じてマニュアルを追加している。ヘルパー研修で学習した写真入りの緊急時や感染予防への対応なども一緒に綴じるなどして、更に身近で実用的なものとして活用された。 23. サービス提供責任者は月1度「訪問確認書」を作成し、訪問介護員は毎訪問時「サービス実施報告書」を作成している。これらの帳票で支援内容を知ることができる。個人情報は施錠されたキャビネットに保管している。書類の持ち出しは禁止しており、廃棄はクロスシュレッダーで行っている。個人情報・プライバシー研修は入職時の他年1回、今年は9月に実施している。 24. 利用者別カンファレンス、ヒヤリハットや事故報告等をヘルパー研修で取り上げ情報を共有していることが研修記録より確認された。会議の全員参加を目指し同じ会議を3回持ち、職員はいずれかの日に参加している。 25. 別居家族・後見人とは電話等で情報を交換している。同居家族とは直接又は連絡ノートを通して情報交換している。			
(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. マニュアルに則りヘルパー研修で感染予防策を講じている。ヒアリングでは職員の受け答えの的確さから習得度合いも確認できた。 27. 当番表により職員は交代で掃除を行っているが、負担にならないよう、清掃チェック表は作成していない。事業所内は適度に整頓されている。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		28. 緊急時のマニュアルに基づき、会議で行動確認、応急処置などを行っている。写真入り実施記録がある。消防署の救急救命講座に参加して知識や技術を磨き、緊急時に対応できるようにしている。 29. 「ヒヤリハット報告書」、「事故処理台帳」を基にヘルパー研修（ヘルパー会議）に提示し全員周知を図っている事が会議録で確認できた。事故処理台帳には4人のサービス提供責任者のコメントを書き再発防止への取り組みをしている。 30. 災害時マニュアルに基づき、最近起こった台風や地震に学び、退避方法や在宅の利用者把握・応急処置、IT機器の置き場の変更など9月の会議で検討した。今後防災センターでの風力体験も計画している。			

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. 冷房器具のないお宅には扇風機を持って走るなど職場全体が利用者を非常に大事にし健康面にも気配りと工夫をしている。サービス提供責任者は、職員の不行き届きがないか、時々訪問し確認している。身体拘束と虐待に関しては9月の会議で学習会を開き、10月に接遇に絡めて実施予定である。						
			32. おむつ交換時はバスタオルで覆う、トイレでは座位安定を確認し扉を閉めて待つなど日常的にプライバシーに配慮をしている。プライバシーの勉強会は年1度以上している。						
			33. 障がい者自立支援事業所を併設しており、高い技術を持った職員が多く、介護事業所としても幅広い利用者の受け入れが可能である。						
	(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てている。		B	B			
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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	B			
	(評価機関コメント)		34. サービス提供責任者が毎月利用者宅を訪問して意向を聞き取り、支援経過や「訪問確認書」に記録している。受けた苦情等に関しては迅速に対応し改善している。						
			35. 意向に対して、主任サービス提供責任者が中心となり迅速に対処している事が「苦情処理台帳」、「事故処理台帳」に記載されていた。改善策を検討しているが、改善状況の公開はされていない。						
			36. 重要事項説明書に市役所や各支所の窓口と国民健康保険団体連合会の連絡先は明記しているが第三者の相談窓口を設置していない。						
	(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てている。		A	B			
	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度満足度調査を行い利用者の意向を把握している。ヘルパー研修で報告し、利用者や家族・後見人にも配布している。統計を取り意見・要望の把握はしているが、分析・検討・改善を次に生かす仕組みが十分とは言えない。						
			38. 月3回の「ヘルパー研修(全員参加の為同じ会議を3回実施)」、月1度の「サービス提供者会議」でサービスの質に関して話し合っている。接遇やプライバシー、身体拘束、虐待防止、コミュニケーション研修の折にも関連付けてサービスの質を検証している。						
			39. 今年度は第三者評価受診に向けて評価委員会を立ち上げ自己評価を行った。しかし前年の課題を次年度計画に取り入れるなどはしていなかった。						