

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 27 日

平成 28 年 10 月 19 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた医療法人相馬病院 訪問看護ステーションそうま 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>(通番 8) 質の高い人材の確保</b> 訪問看護師の人材不足が世間で言われている中、常勤・非常勤ともに看護師の人数が充実し、新たに平成 29 年 4 月までに 2 名の採用も決まっているとのことで、人材確保に法人全体が力を入れておられ、理念にもある「住み慣れたご家庭での療養をお手伝いします」を、併設の病院との有機的な連携や、法人内の皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問による褥瘡処置など、強みを活かした訪問看護ステーションの活動が行われています。地域に根差した訪問看護が提供されていました。</p> <p><b>(通番 11) 労働環境への配慮</b> 指定基準以上の人数の訪問看護師を配置し、常勤の事務職員も配置しています。年間休日が多く、有給休暇の取得率も高く、時間外勤務も少なく、年に 10 日のリフレッシュ休暇の取得を促進されており、産前休暇、介護休暇は法人内のワークライフバランス委員会の取り組みにより取得しやすい環境でした。</p> <p><b>(通番 20) 個別援助計画等の見直し</b> 訪問看護の提供は担当制ですが、どのスタッフでも訪問に行けるよう情報交換を常に行い、患者の状況や看護について頻回に相談する場を設けて訪問看護計画に反映させ、質の高い統一した看護の提供につながる取り組みをされていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 3) 事業計画等の策定 単年の事業計画は確認できましたが、中・長期計画について、ヒアリングでは口頭で数点確認できましたが、明確にした上で策定したことの確認ができませんでした。</p> <p>(通番 2 2) 業務マニュアルの作成 (通番 2 6) 感染症の対策及び予防 訪問看護業務マニュアル・感染対策マニュアル、医療安全対策マニュアルの更新が定期的に行われていませんでした。</p> <p>(通番 3 7) 利用者満足度の向上の取り組み ヒアリングや利用者アンケートの結果から、職員・利用者・家族からの満足度が高いことを確認できましたが、事業所として年 1 回以上満足度調査を実施していることが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理者へのヒアリングにてお話いただいた内容などを盛り込み、中・長期計画を策定されることをお勧めします。</li> <li>・ 法人内の感染対策委員会に参加され、最新の感染情報を取得され、伝達講習・勉強会も実施されています。法人内では各種マニュアルを更新されていましたので、同じタイミングで事業所のマニュアルの更新も行われてははいかがでしょうか。年度ごとの更新を、時期を決めて行うことをお勧めします。</li> <li>・ 事業所として、サービスの提供に関する利用者の満足度を把握し、分析することは非常に重要なことであり、その中から課題を見出すことで、更なるサービスの質の向上につながると思われまます。是非実施されることをお勧めします。</li> </ul>

※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	2660290079
事業所名	訪問看護ステーションそうま
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問看護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防訪問看護
訪問調査実施日	2016年11月9日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		運営方針は事業所の入り口に掲示されていました。また、ホームページに理念が掲載されていました。理念に基づき年間目標が立案されています。相馬病院看護部に訪問看護事業所も属しており、組織図に明記されていました。また、意思決定のプロセスも明記されており、役職、業務別の看護管理基準が定められていました。			
<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。	A	A	
	(評価機関コメント)		スタッフミーティング、管理者ミーティングを毎月1回開催し、定期的に現場の問題点を把握し改善に取り組んでおられます。また、事業計画に沿って、サービスが提供できているかを評価しています。単年の目標は事業計画にて確認できました。中長期の目標については、管理者のヒアリングにて確認できましたが、事業計画には明記されていませんでした。 管理者は、利用者のニーズやスタッフが抱えている課題等を常に確認するよう心がけており、スタッフも相談がしやすく、現状の分析や課題・問題点を明らかにされています。			
<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。	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	B	
	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)		管理者は集団指導や法改正の研修に参加し、毎週月・火曜日の朝の10分間の勉強会にて職員に報告・周知を行っています。また、自主点検を年2回実施することで業務の振り返りを行っています。関係法規の書籍は常に閲覧できるよう事務所に設置されていますがリスト化はされていませんでした。訪問看護マニュアルに、管理者の役割や業務内容が明記されていました。管理者が状況を把握するため、訪問時に特記事項があれば常に職員と連絡の取れる仕組みがあり、緊急時、事故発生時の対応マニュアルもあります。管理者自らの評価や見直しなどの方法は確認できませんでした。			

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)		事業所は病院に併設しており、病院における在宅医療推進にも力を入れておられました。人員体制については、指定基準以上の看護師を配置し、常勤のクラークも1名配置されていました。平成29年4月までに産前休暇等に対する増員を考えておられました。訪問看護クリニカルラダーに沿った外部研修への参加や、キャリアアップ（資格取得支援）への仕組みがしっかり確立していました。プリセプターシップによる新人教育を実施され、教育委員を中心に毎週2日朝のミーティング後の10～15分間の勉強会を継続して実施され、外部研修に参加した後は伝達講習や情報共有がしっかりできていました。 平成30年度から看護学生の実習受け入れを予定されていることから、組織としての基本方針、受入方法のマニュアルの作成をお勧めします。現在、同法人から経験年数3年目の看護師のラダー研修を半年間継続して受け入れていることは素晴らしい取り組みです。また、訪問看護ステーション協議会、看護協会の訪問看護実務者研修（eラーニング）の受講も継続されることを望みます。		
<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、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	A
		(評価機関コメント)		年間休日は多く、有給休暇消化率も高く、年に10日のリフレッシュ休暇の取得を推進されていました。勤怠管理システム、時間外勤務申請承認表を導入して、時間外勤務を管理されており、時間外勤務は少なくなっていました。 法人内のワークライフバランス委員会の活動も活発で、産前休暇や介護休暇等取得しやすい環境づくりをされていました。 所長は年2回の個人面談で、スタッフより就業状況や意向を聞き取り、法人の看護部長に報告書を半年に1回提出する等、職員の心身の負担軽減への取り組みをされていました。また、訪問看護師1名がカウンセラーの資格を有しています。ストレスチェック制度の導入に際し、8月から非常勤の心療内科医を雇用されています。ステーション内は清潔で広く、休憩室兼更衣室にはテーブルや椅子を設置し、働きやすい環境でした。		
<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。	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	A
		(評価機関コメント)		地域への情報公開については、同法人内のホームページ、機関紙(そうまニュース)、病院の受付の掲示板で行っており、病院の受付には訪問看護についての相談ポストを設置されていました。また、訪問看護師が上京オレンジカフェボランティアとして参加され、健康相談や健康講座等で地域に貢献されていました。		

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。	B	A	
	(評価機関コメント)		サービスの提供を開始する際に、ステーションのリーフレットを配布されています。ホームページや機関紙（そまニュース）、病院受付にも訪問看護について掲示されています。訪問看護ステーションに対して直接利用者からの問い合わせや見学等の希望は今までなく、ケアマネジャーや開業医からの紹介がほとんどであるため現時点では対応していませんが、対応できる仕組みは確認できました。			
<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)		サービスの利用に際して必要な内容や料金についての説明書はA3判で4週間に1回提示し、文字も大きくわかりやすく工夫されていました。利用者アンケートの結果では、「サービスの内容の説明をわかりやすく受けている」、「利用料金と支払方法の説明をわかりやすく受けている」の回答が多く出されていました。			
<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。	B	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)		計画作成は担当制ですが、どのスタッフでも訪問に行けるよう、情報交換を常に行い、毎朝ミーティング終了後に患者カンファレンスを開催し、訪問から帰った後や昼食後等も患者の状況や看護等について頻回に相談する場を設けておられます。スタッフの意見を看護計画に反映させ、質の高い統一した看護を提供されていました。			
<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)		毎週木曜日の在宅療養部ミーティングで、医師・訪問看護師全員・居宅介護支援事業所の相談員・ケアマネジャー全員が参加し、計画の見直しや情報共有を行い、連携・支援体制がしっかり整っていました。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		毎朝患者カンファレンスを行っています。朝の勉強会の時間を用いて担当患者について意見交換するシステムや、カンファレンス情報の共有を常に行っておられることは、素晴らしいと感じました。ただ、業務マニュアル・手順書は整備されましたが、定期的な見直しは行われていませんでした。また、記録の保管・保存・廃棄に関する情報は勉強会等でスタッフに周知できていましたが、規程の作成を検討されてはいかがでしょうか。			

<b>(6) 衛生管理</b>				
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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		同法人の感染防止委員会に所属し、最新の感染情報を取得し、朝のミーティングでスタッフに伝達していますが、感染症対策マニュアルは定期的に更新されていませんでした。 法人の看護手順によってケアを実施し、看護手順は定期的に見直しがされていまして、当該マニュアルも同様に定期的に見直されることをお勧めします。 ケアの実施時はディスポエプロンを着用し、全スタッフが消毒液を持参し、またノロウイルス等にも対応できるよう防護用の物品も常時持参しています。職員個々の感染防止への意識が高いと思われます。清掃は外部委託であり、ステーション内は清潔な環境でしたが、点検表をつけておられませんでしたので、外部業者の点検システムを確認され、チェック表を事業所内に配置されることをお勧めします。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		インシデント・アクシデント報告書その日のうちに提出し、当日、次の日の朝のミーティング時に対応策の話し合いをしています。危険予知訓練レポートを提出し、再発しないよう行動目標を立てています。年に2回法人内で行われる危険予知訓練研修にも参加されていました。事故・緊急時の対応マニュアル、緊急連絡網もしっかりと整備され、発生した事故を保険者等に報告するシステムもありました。災害時救助優先度の判定基準・使用基準、災害時のワンポイントメモも作成され、訪問看護手順に災害時対応避難場所、災害時・緊急時しおりも作成していました。ステーション内にチームレスキューがあり、その人たちを中心に災害発生時の対応が出来るよう研修をしておられ同法人内で1回/年の消防訓練に参加していましたが、災害発生時の地域との連携を意識したマニュアルが作成できておらず、訓練もできていませんでした(演習事例での訓練のみ)。上京区ステーション協議会の災害対策勉強会では、地域における認知症高齢者の捜索方法の訓練についての勉強会に参加していましたので、協議会において災害発生時の地域との連携を意識したマニュアルの作成を検討されてはいかがでしょうか。		

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。	B	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		虐待等の研修会に参加し、職員に伝達講習をされています。虐待事例があった場合に、関係機関に報告・相談をする仕組みがあり、事業所内で事例として取り上げ検討を行い、虐待防止についての具体策や相談方法など職員に周知徹底されています。 プライバシーに関して、法人内で個人情報保護及びプライバシーについての研修を実施し参加しています。それがサービスを提供する際の職員の意識付けとなっています。個別のケアにおけるサービス提供時の具体的な方策については記録がありませんでした。 利用申込においては、受付記録はありましたが、受け入れできない場合の対応記録はありませんでした。			

(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。	B	B
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)		管理者が利用者宅に訪問し面談する機会を作り、利用者や家族からニーズや希望・課題などを確認されています。接客サイドの基本5原則というマニュアルが整備されていました。また、苦情対応マニュアルにより苦情・要望への対応が定められており、相談・苦情対応ノートにも記録しています。スタッフミーティングにてカンファレンスを行い、情報共有を行っています。事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置されていませんでした。		

(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。	C	C
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。	C	C
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	C
(評価機関コメント)		サービスの質の向上に対する検討体制については、スタッフミーティングや管理者ミーティングにて検討されていますが、定期的ではありませんでした。また、満足度調査の実施や自己評価を行う仕組みがなく、PDCAサイクルの確認もできませんでした。		