

アドバイス・レポート

平成29年3月1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28年6月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京丹後市立弥栄病院訪問看護ステーションふれあい）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>○理念の周知と実践 病院理念に基づいて訪問看護部としても理念を掲げています。また、部署目標や職員各自が個別目標を立てることで、理念の徹底が図られていました。それにより地域に対する訪問看護の果たす役割を職員一人ひとりが明確に認識され、それぞれが持つ経験やスキルを最大限活用し、利用者、家族の支えとして活動されています。</p> <p>○計画的な研修によるスキルアップの取り組み 年3回の定期的な職員面接を実施するとともに、クリニカルラダーを用いた習熟度評価を行っています。職員の個別の状況に応じた計画的な研修を実施し、スキルアップの機会を確保されています。</p> <p>○満足度調査の実施 弥栄病院として利用者満足度調査が実施されていますが、その上で訪問看護部においても独自で満足度調査を行っています。利用者、家族の意向や希望の把握を積極的に行う姿勢がサービスの質の向上に対する意識の向上につながっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○実習受け入れマニュアルの整備 専門教育機関として実習を多く受け入れられており、各看護師養成校の要請に応じた実習プログラムを遂行されていますが、受け入れ施設側として標準的な受け入れ方法や担当者を示した実習マニュアルがありません。</p> <p>○定期的な個別援助計画の見直し 利用者及び家族からの意向・希望等により、必要に応じて毎日実施されているミーティングの中で「訪問看護計画」の検討が行われ、こまめに変更されていますが、定期的な見直しの時期や基準が定められていませんでした。</p> <p>○相談や苦情を訴えるための方法の周知 相談や苦情に関する窓口として京丹後市の担当課や公的機関の連絡先が重要事項説明書に記載されていますが、病院・事業所内への掲示等、利用者にはわかりやすい周知方法が確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>高齢化が進行する丹後地域において、京丹後市立弥栄病院は地域医療の中核を担っており、地域に根差した病院運営に対して地域住民から厚い信頼が寄せられています。そのような中で、弥栄病院を母体とする訪問看護ステーションふれあいは、住み慣れた地域で利用者が暮らし続けることが出来るように、また、その家族を支える為に病院理念を核に使命感を持ってサービス提供を行っています。</p> <p>今後も現在までに築き上げられてきた地域住民の方との絆をさらに強固にされ、京丹後市弥栄地域の在宅医療の中心として活動される事を期待して、今回の評価で気づいた点を記載します。</p> <p>○実習受け入れマニュアルの整備 実習プログラムに関して、受け入れ担当者の明確化や受け入れに関する共通の手順を示したマニュアルの整備を行うことで、実習指導に関する質の担保が出来ると思われます。</p> <p>○定期的な個別援助計画の見直しの基準・時期の策定とマニュアル化 「訪問看護計画」は利用者及び家族からの意向・希望など必要に応じて、毎日実施されているミーティングの中で検討が行われ、こまめに変更が行われていたが、職員の気づきや利用者・家族からの発信で見直しを行う場合、見直し時期にバラつきが生じる可能性もあります。見直しの基準および時期を明確にし、マニュアル化することで全ての利用者の状態に沿った訪問看護計画になるのではないかと考えます。</p> <p>○相談や苦情を訴えるための方法の周知 公的機関として相談や苦情に対して適切な方法で取り扱い、誠実に対応されていることは調査時に知ることができました。しかし、地域住民の方が相談をしたり、要望を伝えたりする方法については、わかりやすい掲示や掲載物が確認できませんでした。方法を周知することで、これまで以上に相談や要望が寄せられ、それにより、更なる住民ニーズの把握や潜在的なニーズの発見にもつながると考えますので、窓口を周知する方法をご検討いただければと思います。</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	2663390025
事業所名	京丹後市立弥栄病院訪問看護ステーションふれあい
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	平成28年11月22日
評価機関名	一般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
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. 病院理念に基づき、訪問看護ステーションの事業所理念を掲げています。その理念に沿って部署目標をたて、その目標に基づき個人目標を設定し業務に取り組んでいます。 2. 管理会議を月1回実施しており、経営、運営に関する情報を共有し、管理会議の結果は各部門長が出席する診療会議によって共有を図っています。		
(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。	B	A
	(評価機関コメント)			3. 京丹後市保健福祉計画に基づき、弥栄病院として中長期計画を策定しており、それに沿った事業所運営を実施しています。また、管理会議・診療会議において組織や運営に関する現状分析を行っています。 4. 職員各自が作成する目標管理シートを用い、年3回の面接によって目標管理を実施しています。訪問看護部としても目標設定、中間総括、年間総括を行い、評価・見直しを行っています。		
(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。	A	A
	(評価機関コメント)			5. 幹部・管理職は法令遵守に関する研修に参加しています。関係法令については実務に関する書籍を設置し、調べることが出来る状態でしたが、事業を実施する上で把握すべき法令のリスト化は行っていません。 6. 管理者の役割と責任について「京丹後市例規集第2節第4条 京丹後市病院事業管理規則」に規定しています。また、管理者は目標管理シートを用いた面接において職員の意見を把握し事業運営に反映しています。 7. 管理日誌によって業務の状況を確認できる体制になっています。また、緊急時連絡網によって連絡体制を確保しています。		

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
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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		8. 人材や人員体制について「京丹後市例規集 任用規定」に規定しています。また、任用後も毎年1～2名ずつ「訪問看護師養成研修」を受講し、スキルアップを図っています。 9. 看護師クリニカルラダーを用いたスキル評価に基づき、研修を実施しています。 10. 看護業務を定めた「看護基準」内の「看護教育基準」において実習受け入れに関する姿勢を明文化していますが、受け入れ担当者や手順を記したマニュアルが確認できませんでした。		
(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. 人事課において就業状況や就業意向の把握・管理を行っています。職員の負担軽減については、訪問看護部所属の理学療法士が体位交換用のスライドシートを自作するなど、身体の負担の軽減を工夫しています。 12. 職員互助会によりストレス解消の機会を確保しています。また、必要に応じて所属病院内の診療を受けることが出来る体制があります。しかし、メンタルヘルスに対する専門のカウンセラーに相談できる体制はありません。		
(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。	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. ホームページやパンフレットで事業所の情報を掲載しています。情報の公表は行っていますが、地域住民への情報の公表制度の広報を実施していません。 14. 弥栄病院の「病院祭り」の一環として講演会などを実施しています。また、地域の福祉施設に参加を呼びかけて研修会を実施し技術や情報を伝えています。		

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
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. 事業所概要をわかりやすく記載したパンフレットがあり、弥栄病院のホームページにも訪問看護ステーションの概要が掲載しています。利用者からの問い合わせや相談は電話にて対応することが多く、その都度丁寧に対応し、記録を「電話ノート」に記載しています。		

(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. サービス内容や料金などは契約時に重要事項説明書にて説明を行い、書面にて同意を得ています。また、成年後見制度及び地域福祉権利擁護事業の活用が必要だと判断した場合には、ケアマネジャーに連絡する等、利用に繋ぐ仕組みがあります。		
(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	B
(評価機関コメント)		17. 「訪問看護記録書Ⅰ」を用いてアセスメントを行い、訪問の都度、利用者・家族のニーズを聞き取り「訪問看護記録書Ⅱ」に記録しています。 18. 個別の「訪問マニュアル」を作成し、利用者や家族からの要望を訪問看護計画に反映しています。 19. サービス担当者会議や退院前カンファレンスに参加し、他職種からの意見を参考に「訪問看護計画」を策定しています。 20. 「訪問看護計画」は利用者及び家族からの意向・希望など必要に応じて検討の上、こまめに変更を行っていますが、定期的な見直しの時期や基準等は定められていません。		
(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. 主治医からの訪問看護指示書に従い、訪問看護を行い、本人や家族の状況、想い等を記入した報告書を毎月提出し、情報共有、連携を図っています。また、関係機関とも退院前カンファレンス、担当者会議を通して情報共有を図っています。		
(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、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	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. 看護業務マニュアルを踏まえて、利用者毎の「訪問マニュアル」を作成し、利用者や家族の希望に沿ったサービス提供に努めています。 23. 訪問の都度「訪問看護記録Ⅱ」を用いてアセスメントやモニタリングを行い、利用者や家族の要望等も細かに記録しています。記録の管理方法は京丹後市例規集に拠ります。 24. 毎日訪問看護終了後のミーティングでケアカンファレンスを行い、その日の情報共有を行っています。 25. 訪問時に状態の説明、相談対応を行っています。不在時には電話にて情報交換を行っています。		

(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. 院内で整備している「感染対策マニュアル」「褥瘡対策マニュアル」を基に「在宅感染対応マニュアル」を作成し、年に1回見直しを行っています。 27. 現在改築中で限られた空間の中であっても整理整頓を行っています。また、日々職員が清掃をし清潔な空間を保っています。		
(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。	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. 「緊急時対応マニュアル」「事故発生時対応マニュアル」を整備し、責任者および指揮命令系統を明確にしています。また、医療安全研修、交通安全研修を実施しています。 29. 事故が発生した場合は、マニュアルに則り迅速に対応を行い、アクシデントレポートを作成し、対策や今後の対応を検討した上で部署会議に報告しています。 30. 「弥栄病院 看護部 防災マニュアル」内の「災害時の対応マニュアル」に、有事の際の訪問看護部の役割を明記しています。また、京丹後市防災訓練に参加しています。		

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
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。	B	B
	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. 病院看護基準内の「看護師の倫理綱領」において人権や尊厳保持に関する姿勢を定め、毎日のミーティングで振り返りを行っています。高齢者虐待防止法の研修については、実施していません。 32. 倫理に関する研修を実施するとともに、看護手順書に基づきプライバシーや羞恥心に配慮したサービスを徹底しています。 33. 原則、サービス利用に関する申し込みはすべて受け入れています。		
(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	A
	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)				34. 利用者満足度調査が実施し、利用者や家族の希望を引き出す取り組みを行っています。事業所管理者は利用者・家族の病院来院時に随時声をかけるなどで面談の機会を確保していますが、定期的な実施ではありません。 35. 意見・要望・苦情については目安箱や電話でも受付し、申告があれば即時対応し、対応結果について個人情報に配慮し、ホームページで公表するなど、透明化を図っています。 36. 京丹後市の担当課が対応窓口となっていますが、利用者にはわかりやすい周知方法ではありません。		

(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。	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)		37. 病院で満足度調査を実施するとともに、訪問看護部として独自で調査を行いサービスの改善・向上に役立てています。 38. 看護師長会、主任会、合同会議などでサービスの質の向上に関する検討を行い、訪問看護部としてサービスにつなげています。 39. 看護技術を評価するクリニカルラダーを用いて個別評価を実施するとともに、年度目標を定め、定期的に確認が実施しています。第三者評価は初めての受診です。		