

## アドバイス・レポート

平成23年5月2日

平成22年7月14日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（医療法人社団 洛和会 訪問看護ステーション府庁前）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>◎理念に基づく医療と介護の連携 居宅介護支援事業所と訪問介護ステーションと同一の部屋で事業が行われていることにより、気軽に聞ける、共に考える関係にあります。特に、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは「医療関係の知識が苦手」と言われることが多い中で、困った時に何でも相談できる医療と介護が連携をとれる環境で、苦手意識の解消が図れています。</p> <p>◎ 研修体制の整備とOJTの実施 新規採用時には法人で労務や理念、マナーなどの基礎研修を実施して配属しています。また、基本理念の伝達や責任体制の明確化、組織づくりの体制があります。職員の向上意欲も高く、多数の研修受講希望者には選定基準も設けられています。受講後は伝達や指導を行うことにより、組織全体のスキルアップにもつながっています。風通しの良さ、働きやすさ、人間関係の良さが感じられます。</p> <p>◎ 事故の再発防止 「ヒヤリハット」を広い意味の事故として捉えて、事細かに記載し報告しています。「それが何故起こったか」の原因を究明し、同じ事故は二度と起こさないように取り組んでいます。こうした姿勢が利用者からの評価に繋がっているのではないかと感じられました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>◎ 事故・緊急時の対応 事故・緊急時のマニュアルがあり、そこには地域の方との連携についても記載され、事業所内では周知しています。しかし災害発生時の地域との連携を意識した具体的な訓練は行われていません。</p> <p>◎ 意見・要望・苦情の受付・対応とサービス改善 苦情・要望を利用者から聞くにとどめ、家族や後見人等からの意見が聞き取れない事例もありました。その対応結果がサービスの向上に役立てられていない場面が見受けられました。</p>

<p>具体的な アドバイス</p>	<p>医療法人社団洛和会 居宅介護支援事業所は、洛和会ヘルスケアシステムの一事業所として、「医療」「介護」「健康・保育」「教育・研究」が総合的に連携しています。マニュアルの整備や見直しも行っています。</p> <p>管理者によるリーダーシップの発揮や、組織図、業務文掌等に関して業務遂行のためのシステムが有効活用されています。また、利用者アンケートの中でも見られるように、利用者は事業部門の垣根を越えてどのサービスも洛和会のサービスと捉えて、意見や感想を述べています。どの部署のことでも通じるという一体感が感じられます。</p> <p>日々、利用者を第一に、質の高い医療と連携した介護の提供を心がけ実践されていますが、今後、事業所の更なる発展に期待をし、下記の点についてアドバイスいたします。</p> <p>◎ 事故・緊急時の対応</p> <p>事故・緊急時のマニュアルはありますが、地域との連携を意識したマニュアルが不備のように見受けられます。大災害時の想定も念頭に入れた「連絡先の把握のためのマニュアル」づくり、避難場所の把握を通して利用者の安否確認が速やかに取れるように工夫されること等が望まれます。災害はいつやってくるとも限りません。利用者の不安を少しでも軽減するためにも日常的な利用者宅への訪問時に、災害時の事も予測した支援体制を会話に入れることで安心感の提供がより一層深まり、頼られるステーションとして利用者の心をつなぎとめられと思われれます。</p> <p>◎ 意見・要望・苦情の受付・対応とサービス改善</p> <p>毎月、訪問を行い、モニタリングはなされていますが、家族から意向を聞き取れていないものが見受けられます。また、苦情・要望を聞くにとどめ、その対応結果がサービスの向上に役立てられていない場面が見受けられました。</p> <p>モニタリングや実践記録に関しては確実になされていて評価記載もできています。ただし、評価で確認されたことが特記事項として取り上げられていますが、そのことがプランに反映されていないという場面がありました。更新プランの作成は過去の実績を踏まえた継続性を持ったプランの作成が望まれます。</p> <p>◎ プライバシーへの配慮</p> <p>訪問看護事業所と同じフロアを使っていますが、仕切りがありません。利用者情報が共有できる半面、事業所としてのプライバシー確保が十分ではないと言えます。パーティション等を用いるなどし、情報共有とプライバシー確保の両立に努めてください。</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)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2660390010
事業所名	医療法人社団洛和会 訪問看護ステーション府庁前
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅支援事業所
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問看護、介護予防訪問看護
訪問調査実施日	平成22年11月15日
評価機関名	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
<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）及び事業所のスタッフ全員が、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。		B	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。		B	A
	(評価機関コメント)		1:理念や運営規定が明確に作成され、掲示もしています。職員ミーティングで「顧客第一、質の高い介護の提供、サービスに責任を」などを常に確認しています。 2:組織図や役割分担は明確であり、定例のミーティングは週に一回と決めています。事業所評価加算も算定していることから業務を振り返る意味で日常的に話し合っています。			
<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。		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:利用者ニーズを把握するために満足度調査を行い、それらをもとに計画作成に取り組んでいます。 4:業務レベルの課題の達成は、現状認識を明確化するために、全員が確認する事を徹底し、全員の承認・チェック体制を取っています。			
<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組みを行っている。		B	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。		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、いつでもスタッフ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:関係法令を理解するために毎週一回項目を立てて取り組んでいます。 6:管理者として、職員の要望を聞く機会を設け、事業運営に反映しています。 7:ISO承認の組織図があり、職務分掌も作成しています。携帯電話を使用し、常に連絡、情報の入手に努めており、緊急時にも迅速な対応が可能です。			

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>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。	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。	B	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	A
		(評価機関コメント)	8:人事管理に関する方針があり、有資格者や実務経験者を優先して採用しています。 9:法人で採用後基礎研修を行っており、理念、労務関連マナー等の研修もあります。また、現場では管理者や現場実習指導者の研修も行っています。 10:実習の受け入れに関しては、年間計画を立てて、実習内容や指導要領に基づいて実習計画を立てています。今後はもっと広く実習を受け入れる事を検討しています。			
<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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	スタッフ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	A
		(評価機関コメント)	11:訪問活動の移動は一人一台の自転車为中心ですが、原付バイクや車も使用できます。ベンチコートやジャンパー、ブレザーが支給されています。育児休業や介護休業も取得できます。 12:産業医との契約が行われるなど、職場環境の改善に取り組んでいます。休憩場所は別棟になっていますが、すぐに使える状態です。			
<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)	13:機関誌『おとまるくん』を発行してろい、その他のチラシも訪問時に配布しています。 14:法人で月に一回「上手な利用の仕方」や「らくわ介護教室」を開催して一般市民や専門家に広報しています。メディカルフェスティバルも年一回大々的に開催していますが、当事業所独自の物はありません。			

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)	15:パンフレットやエリアマップを活用して、わかりやすく情報提供を行っています。広域的にはインターネットを通して情報発信をしています。			
<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:介護保険外のサービスについても丁寧に説明し、プランに入れて料金も提示しています。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用も行っていきます。			

(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。	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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	A	
(評価機関コメント)		17: 全社協のアセスメント様式を使い、身体状況や生活環境も定期的に把握しています。 18: 家族の同席でサービス担当者会議が開かれ、本人・家族の意見の尊重に努めています。 19: 個別援助計画には頻りに医師から、短期入所の入・退院には病院から情報を取り寄せ、計画に反映しています。 20: 計画の見直しは必要に応じ随時行っています。			
(4)関係者との連携					
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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。	B	B	
(評価機関コメント)		21: 医師や理学療法士、行政のケースワーカーとの連携は取れていますが、利用者支援のための地域包括支援センター等との十分な連携までには至っていませんでした。			
(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、スタッフに活用されている。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。	B	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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A	
(評価機関コメント)		22: ヒヤリハット、不適合報告、再発防止では、是正処置・予防処置・苦情処置に分けて事故をとらえています。それを業務マニュアルや手順書を作成する際に反映させています。また、今後に向けて事故防止の話合いが職員会議で行われています。 23: 個人情報保護とプライバシーに関する研修を行い、マニュアルも整備しています。サービス提供状況の記録保管も鍵付き書庫できちん保管されています。 24: 利用者の心身の状況変化を把握し、サービス担当者会議においての意見交換がサービスに反映されています。毎日ミーティングを実施し情報を共有しています。 25: サービス提供にあたっては認知症の症状にも配慮した相談を行っています。家族や家族のいない認知症の方には成年後見人とともに積極的に面談を行い、意見を聴取しています。			
(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、スタッフ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	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。	B	B	
(評価機関コメント)		26: 感染症に関するマニュアルはあり、毎朝のミーティングで職員の健康確認がなされています。 27: 訪問外勤後の手洗いが徹底され、事業所内は整理整頓できています。室内は職員が清掃を行い、階段とトイレは業者に委託しています。ただし点検表がありません。			
(7)危機管理					
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	
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	B	

		(評価機関コメント)	<p>28: 事故・緊急時のマニュアルがあり事業所内では周知しています。そこには地域の方との連携についてもマニュアルに記載されています。しかし、地域との連携を意識した災害発生時の訓練は行われていません。</p> <p>29: 感染症を有する方にも適切に対応していましたが、一部の感染症についてはマニュアルに記載がありませんでした。</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
<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	30	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	31	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	32	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	B	A
		(評価機関コメント)	<p>30: 利用者一人ひとりを尊重した取り組みがなされています。</p> <p>31: 訪問看護事業所と同じフロアを使っているが仕切りがなく、利用者情報が共有できている半面、事業所としてのプライバシー確保がなされていません。</p> <p>32: 利用者とゆっくり対面し、傾聴し、サービスが公平・公正に提供できるように取り組んでいます。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	公的機関等の窓口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)	<p>33: 毎月利用者への訪問を行いモニタリングはなされていますが、家族から意向を聞き取れていないものもありました。</p> <p>34: 利用者の要望は事業所に伝えているにとどまっています。</p> <p>35: 重要事項説明書には、相談窓口が記入されてる、これを契約時に伝えています。</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	36	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	37	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スタッフが積極的に参加している。	B	A
		評価の実施と課題の明確化	38	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	A
		(評価機関コメント)	<p>36: アンケートは実施していますが、回収率は決して良いとは言えません。アンケート結果を職員間で話し合い、自己を振り返る材料として活用しています。</p> <p>37: ケアマネ会議や業績会議を定期的開催し、職員全員で検討しています。</p> <p>38: 自己評価を行い、ケアマネ会議で課題の明確化と達成に取り組んでいます。</p>			