

アドバイス・レポート

平成 23 年 1 月 7 日

平成 22 年 10 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた訪問看護ステーションいわと様につきましては、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</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織としての理念を掲げ、高齢化する地域の中での施設の役割を、福祉の拠点とはっきりと位置付け、24時間の看護師の対応ができることで、地域住民の安心や信頼を得ています。また、運営方針を明文化し、具体的数値を目標設定して業務にあたっておられました。 <p>継続的な研修・OJTの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 定められた研修計画に沿って研修が実施されており、希望した外部研修にも参加できる環境がありました。また、2か月に一度の割合で職員が順番に研修を担当して開催される勉強会があり、お互いに学びあう体制が整っていました。チャレンジシートという独自のシートを使い、気付きを促し、助言が行われる仕組みがありました。 <p>地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域と一緒に防災訓練を実施されており、訪問看護としては救護班として活動し、止血法等の技術を参加した住民に提供されていました。また、介護教室を開催し、「高齢と健康と栄養」について地域の方に提案されていました。 <p>感染症の対策及び予防</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設全体で塩素系の消毒剤を使用し、加湿器による噴霧が施設内のいたるところで行われ、感染症の予防に努めておられました。 <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人全体の機関誌「ききょう」や施設独自の機関誌「岩戸だより」を活用し、地域の活性化のための陶芸教室や夏祭りの案内、また、アンケートの結果を家族等に分かりやすく伝えるとともに、サービス改善の内容を公開しておられました。 |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>個別援助計画等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別援助計画の見直しが規定の期間になっていませんでした。 |

| | |
|-----------|---|
| 具体的なアドバイス | 個別援助計画等の見直し <ul style="list-style-type: none">・ 個別援助計画の見直しの期間を早くすることによって、細かい状況の変化に対応でき、より安心感のある訪問看護ステーションになるのではないのでしょうか。 |
|-----------|---|

※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 | 2662690037 |
| 事業所名 | 訪問看護ステーションいわと |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 2010年11月12日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都府介護福祉士会 |

| 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。 | 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) | | <ul style="list-style-type: none"> ・組織の理念および運営方針を施設の入り口に貼り出していると同時に、法人全体の機関誌などで広く家族にも知らせておられました。 ・法人全体で決められた仕組みによって、各委員の活動報告が上司に伝わる仕組みが作られていました。 | | | |
| (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) | | <ul style="list-style-type: none"> ・年度ごとに目標を作成し、その達成度を管理者が参加するリーダー会議で報告し、上司にアドバイスを受けておられました。 | | | |
| (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。 | 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) | | <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての法令遵守規定を明文化しており、リーダー会議や職員会議で勉強会などを通して、職員への周知を行っていました。また、独自の人事システムを導入することで、管理者が職員の意見を把握し、課題ごとにアドバイスできる仕組みが作られていました。 | | | |

| 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 |
| 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ・年間を通して研修計画が立てられており、外部研修へも積極的に参加できる体制がとられていました。 | | |
| (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、スタッフの労働環境に配慮している。 | A | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ・ストレスマネジメント対応として、役職を配置しており組織や上司に対する要望や、不満を汲みとる体制が整えられていました。また職員が休憩する場所も十分確保されていました。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ・法人としての機関誌やホームページにて情報公開されていました。地域の行事に参加し、看護師が常駐している施設という特徴を、地域にアピールすることで高齢化する地域に安心感を与えていました。 | | |

| 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 |
| 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) | | ・法人の機関誌、訪問看護ステーション独自のホームページで利用者に必要な情報を提供していました。 | | |
| (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) | | ・説明し、同意を得られていることが、書面にて確認されました。 | | |

| (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。 | A | B | |
| (評価機関コメント) | | ・アセスメントの実施、個別計画の策定では、見直しは行われていましたが、見直し期間が規定より長くなっていました。 | | | |
| (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。 | A | A | |
| (評価機関コメント) | | ・主治医や関係機関との連絡リストを作成しており、連携体制を確保されていました。 | | | |
| (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、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。 | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A | |
| (評価機関コメント) | | ・訪問看護記録をファイルにして利用者や家族との情報交換を密に行っておられました。また、計画書を全員に回覧し、申し送りや情報の共有を行っておられました。 ・施設と在宅の看護課を統一することで、情報共有が容易となり質の高いサービスにつながっていました。 | | | |
| (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。 | 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) | | ・感染予防委員会を設置し、内部研修を実施するなど、対応しておられました。 | | | |
| (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。 | 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 | |
| (評価機関コメント) | | ・事故発生時の独自対応マニュアルで対応しており、それに基づいて、地域での防災訓練に救護班として参加されていました。 | | | |

| 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 |
| IV利用者保護の観点 | | | | | | |
| (1)利用者保護 | | | | | | |
| | | 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。 | A | 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ・法人統一のマニュアルを配布するとともに、各種研修会の開催、新入職員研修時に人権学習の実施が行われていました。 | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | | 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | A |
| | | 第三者への相談機会の確保 | 35 | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ・法人の独自マニュアルにより、苦情解決規定を設けており、機関誌で改善内容を公開されていました。 | | |
| (3)質の向上に係る取組 | | | | | | |
| | | 利用者満足度の向上の取組み | 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。 | A | 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。 | A | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ・利用者満足度をISOによる審査で、毎年サービスの評価を行ってられました。 | | |