

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 21 年 4 月 21 日

平成 21 年 1 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社団法人京都保健会 訪問看護ステーションつくし居宅介護支援事業所 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>I (通番1) 理念の周知と実践 (通番3) 事業計画等の策定 (通番7) 管理者等による状況把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上京ブロック総括会議が開催され、ブロック品質方針、事業所品質目標の掲示、閲覧が可能です。毎月役責会議と部会で品質目標の評価と次の月の計画を確認されています。管理者は現場サイドからの意見に耳を傾け、会議に出席、職員に報告し、常に連絡と指示ができる体制になっています。</li> </ul> <p>II (通番8) 質の高い人材の確保 (通番11) 労働環境への配慮 (通番13) 地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就業規則に採用基準があり有資格者を採用。夏期、有給、生理休暇の取得も良く臨床心理士がスーパーバイザーとなりストレス管理されています。青空健康相談会や釘抜き健康相談会等に参加され事業所が持つ専門的な技術や情報を地域に提供されています。</li> </ul> <p>III (通番17) アセスメントの実施 (通番18) 利用者・家族の希望尊重 (通番27) 事業所内の衛生管理等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・MDS方式で情報を収集・分析し、利用者一人ひとりの心身の状況や生活環境を踏まえたアセスメントがなされています。相互チェック表を作成、お互いに意見交換をし、利用者本位の計画を立案、自立に向けての取り組みをされている事は高く評価できます。事業所内は衛生的で整理・整頓され、効率的かつ安全なサービス提供が行われていると評価できます。</li> </ul> <p>IV (通番30) 人権等の尊重 (通番33) 意見・要望・苦情等の受付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本位のサービス提供や利用者の尊厳に配慮したサービス提供をする為、勉強会や研修へ参加して職員間に周知徹底が図られています。年1回の利用者満足度調査が実施され、利用者や家族の意見、要望、苦情等収集する仕組みが構築されています。</li> </ul>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>II (通番10) 実習生の受け入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護学生の実習を受け入れ、連絡窓口や実習オリエンテーションマニュアル等の整備をされていますが、指導者研修がなされていません。</li> </ul> <p>III (通番28) 事故・緊急時等の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故・緊急時のマニュアルは整備されていますが、それに基づく研修や実践訓練が行われていません。また火災の訓練はされていますが、地域との連携を意識したマニュアルがありません。</li> </ul> <p>IV (通番35) 第三者への相談機会の確保 (通番36) 利用者満足度の向上の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年1回の満足度調査を実施されていますが、前年度より改善されたかどうかの比較がされていません。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年、看護学生の実習生を受け入れられ、マニュアル整備等受け入れ体制が整っていますが、指導者研修がなされていません。グループの病院で行われている実習指導者研修会や勉強会に参加される事をお勧めいたします。</li> <li>・災害が発生した時にどのように対応するのか、地域との連携を意識したマニュアルを作成され、研修や訓練をされては如何でしょうか。</li> <li>・公的機関の相談窓口を掲示、掲載され、第三者や公的機関を経て寄せられた苦情等に、迅速な対応ができるように明文化される事が望まれます。</li> <li>・年1回満足度調査を実施されていますが、前年よりもサービスが改善されたか、比較検討が可能な調査の内容、様式にされては如何でしょうか。 今後もより質の高い事業所になっていただけることを期待いたします。</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	2660190030
事業所名	社団法人京都保健会 訪問看護ステーションつくし 居宅介護支援事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援事業所
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問看護
訪問調査実施日	平成21年2月25日
評価機関名	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)		理念、運営方針は明文化されていますし、ブロック品質方針・事業所品質目標を掲示され、職員全員に周知し運営方針に沿ったサービスが提供されています。毎月、定期的な会議が行われています。機関紙「つくしんぼ」の中に理念及び運営方針を明示されては如何でしょうか。			
<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。	A	A	
	(評価機関コメント)		事業計画書が作成され、会議の中で問題点を明らかにし、職員の意見を取り入れ、毎月の会議で品質目標の評価が行われています。			
<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。	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)		管理者は全ての会議に参加し、職員の意見を聞く機会を持ち、管理日誌等で業務の状況を把握すると共に、緊急時対応マニュアルが作成され、携帯電話を所持し、いつでも職員に指示を行う体制ができています。			

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
<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)		就業規則の中に職員の採用基準があり、実務経験者の採用がなされ、フォローアップ研修など実施されています。日々の業務の振り返りが行われ、目標管理をされています。実習の受け入れに対しては、基本姿勢の明文化、マニュアル等整備されていますが実習指導者の研修がなされていませんでした。		
<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。	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)		夏期休暇や有給休暇取得可能、生理休暇は100%取得できていました。職員へのヒアリングでも働きやすい職場であるとの言葉もありました。また、精神面でのカウンセリングは臨床心理士に紹介する体制がとられていました。		
<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。	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	A
		(評価機関コメント)		青空健康相談会や釘抜き健康相談会への参加、介護予防ネットワーク会議主催の介護相談会企画、また機関紙「つくしんぼ」を発行し、利用者と地域との関わりを大切にされています。		

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
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		利用者に対して、サービスの選択に必要な資料が準備され、機関紙の発行や配布、ホームページでの情報の提供がされています。居宅介護支援事業所としてのオリジナルパンフレットの作成をされて、選ばれる事業所として邁進して頂きたいと思います。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書で明確に記載され、契約時には詳細をわかりやすく説明されて、同意を得られています。		

(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	A	
(評価機関コメント)		MDS方式で情報収集、課題分析、アセスメントされています。「サービス計画チェック表」を有効利用して、利用者や家族の希望を尊重した計画作成となっています。専門職への意見照会も密にされ、個別援助計画等の見直しも的確に実施されています。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		主治医とは報告書を通して情報の提供を行い、他の専門職や福祉事務所支援課等で情報交換がされ、連携、支援体制は十分に確立されています。			
(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、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。	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)		各業務要領として整備され活用されています。ISOの不適合報告書で是正を図り、事故防止や安全の確保に取り組まれています。記録物の管理も的確であり、利用者の情報は職員間で共有化されています。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		感染症の利用者への二次感染を防止する為のマニュアルも整備され、事業所内も清潔感があり、安全で安心なサービス提供が実施できる環境があると評価致します。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		ISOで不適合報告書で、是正、PDCAサイクルで展開、事故防止に努められています。研修や訓練、災害時の地域への連携を意識したマニュアルの強化を図られては如何でしょうか。			

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	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。	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)		利用者本位のサービス提供や利用者の尊厳について、勉強会や研修に参加、職員間の意識強化や周知徹底が図られています。利用者の決定方法も会議等で検討され、公平、公正にされています。			
<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。	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。	B	A	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		満足度調査を年1回実施されて、利用者や家族の意見、要望、苦情は把握されています。第三者への相談機会の確保で、訪問者も少ないとの事ですが、掲示、掲載がされていません。検討され、オリジナルパンフレット等作成時に記載されては如何でしょうか。			
<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	B	
	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の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。	B	A	
	(評価機関コメント)		年に1回ISOの定期審査を受けられて、質の向上を図られていますが、満足度調査など有効に利用され、前年度の課題が改善されたか等比較されては如何でしょうか。			