

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 6 月 18 日

平成 22 年 2 月 23 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和会訪問看護ステーション 四条鉾町）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>1) 人材の確保・育成 (通番 8) 質の高い人材の確保 (通番 9) 継続的な研修・OJT の実施 ・3 年以上の経験を持つ看護師を採用するなど質の高い人材確保に努めています。研修計画は職員の意向をふまえた上で体系別に定められ、個々の職員に応じた研修体制が整っています。外部研修の一部を勤務として認め、又資格取得を推進し合格者には資格取得手当てを支給するなど支援体制が充実しています。</p> <p>2) 地域との交流 (通番 14) 地域への貢献 ・年1回地域住民に向けたイベント「メディカルフェスティバル」を開催し、介護相談や健康相談を行い多くの地域の方々の参加を得るなど事業所の持つ特性を活かし地域に貢献する取り組みが行われています。又法人としては糖尿病教室など疾患に応じた催しを開催しています。</p> <p>2) サービスの提供 (通番 22) 業務マニュアルの作成 (通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護 (通番 25) 利用者の家族との情報交換 ・月1回業務委員会を開催しマニュアルが実状に合っているかを確認すると共に必要に応じて見直しを行っています。利用者の記録類はケースごとにファイルし、鍵付の書庫に適切に保管されると共に廃棄基準が定められています。利用者・家族との情報交換は日常業務の中で訪問時や、電話・連絡帳で行っています。また、利用者の支援については随時カンファレンスを開催し職員間で意見集約しています。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1) 計画の策定 (通番3) 事業計画の策定 ・単年度アクションプラン(基本方針・行動計画)が策定され達成状況の確認もされていますが中・長期計画が書面では確認できない状況です。</p> <p>2) 労働環境の整備 (通番12) ストレス管理 ・職員の休憩場所は十分な広さとは言えないものの数ヶ所確保されています。ただ利用する職員は少なくそれぞれの机で休憩を取っている状況です。</p> <p>3) 意見要望苦情への対応 (通番33) 意見・要望・苦情の受付 (通番34) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・利用者アンケートの結果は分析・検討などを詳細に記録に残し結果を書面で利用者へ配布していますが、広く公表はされていない状況です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 計画の策定 (通番3) 事業計画の策定 ・全職員で取り組む目標を定めてその目標の達成に向けた取り組みが積極的に行われていますので、その取り組みを中・長期計画の作成に繋がられてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 労働環境の整備 (通番12) ストレス管理 ・専門のカウンセラーと契約するなど職員のストレス管理に勤めています。休憩場所については十分な広さとはいえませんがハード面での問題でもあり、交代で休憩を取るなど職員が利用しやすい工夫を行うことで、今ある休憩場所を活用して仕事の延長上ではなく仕事と休憩を分離し、リフレッシュできるような工夫をされてみてはいかがでしょうか。</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	2260490075
事業所名	洛和会訪問看護ステーション 四条鉾町
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22年3月10日
評価機関名	NPO法人市民生活総合サポートセンター

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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		法人理念を事業所内に掲示すると共に、パンフレットや広報誌へ掲載し配布しています。各スタッフは名札と共に理念と事業部の品質方針を常時携帯しています。入社時の新人研修や年度初めの全体会議において全職員に浸透するように説明しています。組織としての意思決定方法はISO文書管理要綱の組織図に明確にされており透明性が確保されています。			
(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。	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)		単年度アクションプラン(基本方針・行動計画)を策定し、課題と具体的解決策を明らかにしています。年に1度達成状況を確認すると共に次年度のプランに反映されています。又日々のカンファレンスでも随時確認しています。中長期計画は書面としては確認できませんでしたが全職員での取り組み目標があり全員で目標の達成に向けて取り組んでいます。			
(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)		関連する法令等のマニュアルが整備され、法令遵守の研修及び伝達研修も行なわれています。年2回職員の自己申告書に基づいた面接を行い意見を聞く機会を設けています。責任者の役割等についてはISO品質マニュアルに記載されており、ステーション会議(月1回)等に参加し、参加できない場合は記録に目を通す等事業の実施状況の把握に努めています。責任者は携帯電話を持ち事故発生時等いつでも指示できる体制がとられています。			

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
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。	B	A
		(評価機関コメント)		看護師全員が3年以上の経験を持ち、質の高いサービスの提供を行っています。希望する研修への参加や勤務として参加できる研修等もあり、職員ごとの研修計画が体系別に定められています。又、ケアマネジャー受験を推進し、合格者には資格手当を支給するなど支援体制が充実しています。実習生の受け入れ体制があり実習指導者研修も法人単位で毎年度実施されています。今年度は参加できませんでしたが来期は2名の参加を予定しています。		
(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)		法人内にEAP制度(従業員支援プログラム)があり専門のカウンセラーと契約しています。年2回の職員ヒヤリングや課長が定期的に聞き取りを行うなど把握に努めています。職員はほぼ希望日に有休休暇を取得できており、有給休暇の消化率や時間外労働については勤務表で把握しています。福利厚生制度が充実しており「福利厚生ガイドブック」を全スタッフに配布しています。休憩スペースは確保されていますが、十分な広さはなく利用する職員は少なくそれぞれの机で休憩をしています。		
(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)		理念が掲載された事業所のパンフレットや広報誌(年1回発行)を地域の医院に置いてもらったり、ホームページ等で広報しています。年1回地域住民に向けたイベント「メディカルフェスティバル」を開催し介護相談や健康相談を実施し多くの地域住民の参加を得る等交流に努めています。		

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)		パンフレット・ホームページ・広報誌などに掲載し情報提供しています。パンフレット等も分かりやすく見やすいものとなっています。		
(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)		サービスの内容や料金については、契約時重要事項説明書で丁寧に説明されています。現在権利擁護を活用している利用者がおられ、必要に応じて行政やケアマネジャーと連携をとっています。		

(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)		定期的(3ヶ月)・随時にアセスメントを実施しています。アセスメントに基づき様々な関連する専門職協働のもと、ケアプランに沿った訪問看護計画書が策定されており、随時及び3ヶ月ごとに評価、見直しが行われています。		
(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)		サービス提供開始にあたっては、主治医と面談する事を基本とし、面談できない場合は書面で貰っています。入退院時は看護サマリーや退院時カンファレンスに出席するなど連携を図っています。また地域包括支援センターへも情報提供や報告、相談などを行い連携がとれるよう心がけています。京都市パンフレット「すこやか」や事業所エリアマップなどを備え情報提供しています。		
(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。	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)		業務委員会を月1回開催しマニュアルが実状に合っているかを確認しています。必要であれば随時見直しを行い、標準的なサービスが提供されているかを確認しています。記録類は鍵付き書庫に適切に保管され、廃棄についても基準が定められています。日々の申し送りや訪問前にカルテを確認するなどして情報を共有しています。連絡ノートや日常業務の中で家族との相談や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、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)		感染症予防マニュアルが整備され、採用時と年1回感染症予防に関する研修を実施しています。感染症が発生した場合は申し送り時や申し送り簿で職員に周知し、二次感染の予防の徹底に努めています。事業所内は整理整頓され備品等の管理は事業所長が行っています。事業所内の清掃は職員が交代で行い清潔に保たれています。		
(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。	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)		事故及び緊急時対応マニュアルを整備し、損害賠償保険に加入しています。事故及び緊急時には下京事業所エリアの連絡網に沿って連絡を行い、重大事故や苦情は本部へ報告をしています。ヒヤリ・ハットは時系列に詳細に記録されており全職員で改善策を検討しています。今年度は事故の発生はありませんが事故発生時はISOマニュアルに沿って報告書を作成し改善に向けて取り組む体制が整っています。		

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	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)		ISOマニュアルに理念や方針を記載し、人権遵守・虐待に関する研修を実施しています。管理者が利用者宅を訪問したり、職員ヒヤリングなどから把握に努め、職員は日常業務の中で振り返る機会を持っています。利用者のプライバシーに関しては常にマニュアルを意識しその時々に応じた支援を行っています。利用者の受け入れが困難な場合は理由を分かりやすく説明し他の事業所を紹介しています。		
(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。	B	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	B
		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)		重要事項説明書に相談苦情窓口を記載し契約時に説明を行っています。年2回利用者満足度調査を実施しています。また、担当職員が休んだ際に代行訪問した看護師が問い合わせするなど相談しやすい状況づくりを心がけています。利用者から出された意見や要望についての検討結果を利用者に配布していますが公表はされていません。匿名性を確保した上で広報誌等に掲載されると、より事業所への信頼度が増すのではないのでしょうか。		
(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)		京都府訪問看護協議会に所属し、ブロック会議に所長が出席し他の事業所の参加者などとサービスの質の向上に向けた情報交換を行うとともに事業所では伝達研修を行っています。今回の第三者評価受診に当たっては委員会を立ち上げ取り組んでいます。ISO認証を取得し、年3回自主点検を実施するなど振り返りの機会を持っています。		