

# アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 7 日

平成 19 年 12 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申しいただいた洛和会ヘルスケアシステム訪問看護ステーション嵯峨（訪問看護）につきまして、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスいたしますので、今後の事業所の運営およびサービスの提供に役立ててください。

|          |  |
|----------|--|
| 評価が高かった点 | <p>I 健全な組織体制</p> <p>II 適正なサービス提供体制 (3) 利用者等の希望尊重 (4) 衛生管理 (5) 危機管理</p> <p>III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護②③④ (2) 情報提供①②③ (3) 利用契約①</p> <p>IV サービスの質の向上の取組 (1) 苦情解決①②③ (2) 質の向上に係る取組②③ (3) 評価の実施①③</p>   |
| 理由       | <p><b>I 健全な組織体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 洛和会ヘルスケアシステムとしての理念は「顧客第一、サービスに誇りと責任をもつ、経営基盤の確立」を掲げ、これをふまえて、訪問看護ステーション嵯峨としての理念を職員が話し合い、「すべてのサービスに誠心誠意対応します。顧客に満足していただけるサービスを提供します」の2点を策定し、事業所内に掲示されている。職員はこの理念にそって在宅での生活を支えるべく業務に励んでいる。</li> <li>・ 組織としての意思決定は訪問看護会議、事業所所長会議、介護事業部部長会議が開催され、各段階での課題が決められており予算管理、運営管理ともに明確である。当事業所内は数名の職員で構成されており、管理者の状況把握、職員間の情報の共有化、相互の相談・連携等、十分である。</li> <li>・ 法人の事業計画を踏まえ、当事業所としては右京区事業者連絡会、右京区訪問看護ステーション協議会等に参加し地域情報を把握することにより、年度の業務課題を設定スタッフへの役割分担がおこなわれている。個々のスタッフの課題も管理者や所長との間で話し合い設定され支援されている。</li> <li>・ 医師、介護保険施設、福祉用具業者等とは直接訪問したり、サマリーの交換等により連携をとっている。</li> <li>・ 研修は法人内の年度計画により実施されている。外部研修も積極的に情報を収集し、自費でも参加しようという意欲が高い。新採用の職員には在宅でのQOLの把握について同行で指導している。現在の職員は看護師のみならず種々の資格をもっている人が多い。</li> <li>・ 職員の業務量の適正化、休憩場所の確保、ストレス管理等十分されている。</li> </ul> <p><b>II 適正なサービス提供体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護業務処置マニュアル、認知症ケアマニュアル、感染症マニュアル、感染性廃棄物処理マニュアル、緊急時対応マニュアル、リスクマネジメント、排泄援助マニュアル、入浴介助マニュアル、苦痛緩和マニュアル等が策定され、職員に周知されている。衛生管理、危機管理が万全である。</li> </ul> |

|           |  |
|-----------|--|
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の生活環境、生活スタイル、趣味・嗜好、性格、家族構成等の情報を収集するとともに、利用者や家族の希望をケアマネジャーと連携しながら、ていねいに聞きとり利用者自身が自己決定できるように個別援助計画に反映している。個別援助計画の見直しにあたっては訪問し、利用者の声を聞き、モニタリングと新たなアセスメントをおこなっている。</li> <li>・ 支援経過は介護計画の項目にしたがって、①利用者の発言・行動、②看護師の観察③介護計画の実施とアセスメントの3項目が記録されており優れたものである。</li> </ul> <p><b>Ⅲ 利用者保護の観点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者のプライバシーに関しては個人情報保護規程とともに業務マニュアルにも規定されている。</li> <li>・ 利用開始にあたっては当事業所独自のパンフレットにより丁寧に説明するとともにわかりやすく書かれた京都府訪問看護ステーション協議会作成のパンフレットを手渡して理解を図っている。</li> <li>・ 利用者および家族との情報交換は連絡帳、随時の電話、直接訪問の懇談等でおこなっている。</li> </ul> <p><b>Ⅳ サービスの質の向上の取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービスの質の向上について、年2回の満足度調査をおこなっており評価が高い。訪問時間の遅刻、看護師の交代への不満等の個々の苦情に対しては会議で検討し、ていねいに対応している。</li> </ul> <p><b>全体として</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 京都市内に医療、福祉、教育の各分野で数多くの事業を展開している洛和会ヘルスケアシステムの1事業所である。事業所同士の連携・学びあい、的確な事業計画と研修計画およびその実施、職員異動、マニュアルの整備、苦情事例や事故事例の学びあい等、大きな法人のメリットが十分生かされている。</li> <li>・ 自らが策定した理念にしたがって業務をおこなうことにより利用者の満足度は高い。</li> <li>・ 職員はチームワーク良く、勉強熱心である。</li> </ul> |
| 改善努力を要する点 | <p><b>Ⅱ 適正なサービス提供体制</b> (1) サービスの品質の確保④ (2) 個別援助計画①</p> <p><b>Ⅲ 利用者保護の観点</b> (1) 利用者保護① (2) 情報提供④ (3) 利用契約②</p> <p><b>Ⅳ サービスの質の向上の取組</b> (1) 苦情解決④ (2) 質の向上に係る取組① (3) 評価の実施②</p>   |
| 理由        | <p><b>Ⅱ 適正なサービス提供体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者のフェイスシート、アセスメントは、現在の生活状況は収集されているが生活歴の情報は少ない。</li> <li>・ カンファレンス会議の記録が結論のみとなっている。</li> </ul> <p><b>Ⅲ 利用者保護の観点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 契約書等に「利用者人権尊重、高齢者の尊厳を守る」等の明記がない。また利用者および事業者双方の権利・義務の明記がない。</li> <li>・ 事業所の地域に対しての情報提供が少ない。</li> </ul> <p><b>Ⅳ サービスの質の向上の取組</b></p>   |

|                              |   |
|------------------------------|---|
|                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者からの苦情は数は少ないが、きちんと対応されている。しかし、その情報を公開していない。</li> <li>・ 利用者の満足度調査は実施され検討されているが、その結果を公開していない。</li> <li>・ 事業所全体の運営に関して、また職員一人ひとりの業務に対して自己評価がおこなわれていない。</li> </ul>   |
| <p>具 体 的 な<br/>ア ド バ イ ス</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の在宅の自立生活を支えるという視点から、利用者の長い人生の生活歴や生きがい、家族関係等の情報などを収集し、訪問看護計画に反映するとともに、インフォーマルなサービスなどもケアマネジャーとともに取り入れることができないだろうか。</li> <li>・ ケアカンファレンスは単に対応を結論として出すだけではなく、特に認知症の対応には種々の考察を繰り返すことが必要であり、その記録を詳細に残すことにより職員のレベルアップをはかることが望まれる。</li> <li>・ 契約書、重要事項説明書等に、「利用者の人権尊重、高齢者の尊厳重視」をうたうとともに、利用者・事業者双方の権利・義務を明記することが望まれる。</li> <li>・ 事業所の運営自体を自らが点検し評価するとともに、スタッフの日常の業務のあり方を点検することが望まれる。評価項目は自らが考案したり、ネット上で検索することにより可能である。</li> <li>・ 苦情の対応状況と利用者のアンケート結果は、利用者に公開することが望まれる。</li> </ul> |

(様式6)

## 評価結果対比シート

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 事業所番号                    | 2660790151               |
| 事業所名                     | 洛和会ヘルスケアシステム訪問看護ステーション嵯峨 |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問看護                     |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 訪問看護 居宅介護支援              |
| 訪問調査実施日                  | 平成20年2月5日                |
| 評価機関名                    | (社)京都ボランティア協会            |

| 大項目       | 中項目                          | 小項目              | 評価項目   | 評価結果 |       |    |
|-----------|------------------------------|------------------|--|------|-------|----|
|           |                              |                  |  | 自己評価 | 第三者評価 |    |
| I 健全な組織体制 | (1)組織の理念・運営方針                | ① 理念の周知と実践       | 組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。 | A    | A     |    |
|           |                              | ② 運営方針の周知と実践     | 事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。                       | A    | A     |    |
|           |                              | ③ 運営規程の遵守        | 事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。               | A    | A     |    |
|           | (2)組織体制                      | ① 責任者等の協働        | 責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。                                     | A    | A     |    |
|           |                              | ② 管理者による状況把握     | 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     |    |
|           |                              | ③ 透明性の確保         | 責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。   | A    | A     |    |
|           |                              | ④ 支援体制の充実        | 利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。  | A    | A     |    |
|           | (3)労働環境                      | ① 労働環境への配慮       | 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     |    |
|           |                              | ② ストレス管理         | 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。                                       | A    | A     |    |
|           |                              | ③ 休憩場所の確保        | 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、必要な設備・備品を備えている。                                      | A    | A     |    |
|           | (4)課題の設定                     | ① 重点課題の設定        | 外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。                              | A    | A     |    |
|           |                              | ② 業務レベルにおける課題の設定 | 各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。  | B    | A     |    |
|           | (5)人材の確保・育成                  | ① 質の高い人材の確保      | スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。  | A    | A     |    |
|           |                              | ② 継続的な研修の実施      | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。                                | A    | A     |    |
|           |                              | ③ OJTの実施         | スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。                                     | A    | A     |    |
|           | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) |                  |  |      | 29    | 30 |

| 大項目            | 中項目                          | 小項目            | 評価項目   | 評価結果 |       |    |
|----------------|------------------------------|----------------|--|------|-------|----|
|                |                              |                |  | 自己評価 | 第三者評価 |    |
| II 適正なサービス提供体制 | (1)サービスの品質の確保                | ① 業務マニュアルの作成   | 事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。                         | A    | A     |    |
|                |                              | ② サービス提供に係る記録  | 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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。           | A    | A     |    |
|                |                              | ③ 確実な情報伝達      | スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。       | A    | A     |    |
|                |                              | ④ ケアカンファレンス    | 定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。                    | A    | B     |    |
|                | (2)個別援助計画                    | ① アセスメントの実施    | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。           | A    | B     |    |
|                |                              | ② 個別援助計画の作成    | アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。                      | A    | A     |    |
|                |                              | ③ 専門家等に対する意見照会 | 個別援助計画の策定に当たり、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     |    |
|                |                              | ④ スタッフの意見の集約   | 個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。 | A    | A     |    |
|                |                              | ⑤ 個別援助計画の見直し   | 定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。                                    | A    | A     |    |
|                | (3)利用者等の希望尊重                 | ① 利用者・家族の希望尊重  | 個別援助計画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     |    |
|                |                              | ② 希望等を引き出す働きかけ | 利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。            | A    | A     |    |
|                | (4)衛生管理                      | ① 感染症の対策及び予防   | 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     |    |
|                |                              | ② 事業所内の衛生管理等   | 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     |    |
|                | (5)危機管理                      | ① 事故・緊急時等の対応   | 事故や緊急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     |    |
|                |                              | ② 事故の再発防止等     | 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     |    |
|                | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) |                |  |      | 30    | 28 |

| 大項目                           | 中項目      | 小項目          | 評価項目  | 評価結果 |       |
|-------------------------------|----------|--------------|---|------|-------|
|                               |          |              |   | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ 利用者保護の観点                    | (1)利用者保護 | ① 人権等の尊重     | 利用者の人権や意思の尊重について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。                     | A    | B     |
|                               |          | ② プライバシー等の保護 | 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     |
|                               |          | ③ 個人情報保護     | 利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。                        | A    | A     |
|                               |          | ④ 利用者の決定方法   | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。                                      | A    | A     |
|                               | (2)情報提供  | ① 事業所情報等の提供  | 事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。                   | A    | A     |
|                               |          | ② 利用者に係る情報交換 | サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。     | A    | A     |
|                               |          | ③ 開示請求への対応   | 利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。 | B    | A     |
|                               |          | ④ 地域への情報公開   | 事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。            | A    | B     |
|                               | (3)利用契約  | ① 料金の明示と説明   | 介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。           | A    | A     |
|                               |          | ② 合意書面の作成    | サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。  | A    | B     |
| 小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) |          |              |   | 19   | 17    |

| 大項目                           | 中項目          | 小項目             | 評価項目   | 評価結果 |       |
|-------------------------------|--------------|-----------------|--|------|-------|
|                               |              |                 |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅳサービスの質の向上の取組                 | (1)苦情解決      | ① 苦情・相談窓口の明示    | 利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。              | A    | A     |
|                               |              | ② 苦情やトラブルへの対応   | 苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。                         | A    | A     |
|                               |              | ③ 第三者への相談機会の確保  | 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    | A     |
|                               |              | ④ 苦情に基づくサービスの改善 | 利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。                                       | B    | B     |
|                               | (2)質の向上に係る取組 | ① 利用者満足度の把握     | 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    | B     |
|                               |              | ② 質の向上に対する検討体制  | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。                 | A    | A     |
|                               |              | ③ 評価の意義についての周知  | サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。 | A    | A     |
|                               | (3)評価の実施     | ① 自主点検の実施       | 京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。                 | A    | A     |
|                               |              | ② 自己評価の実施       | 事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。  | B    | C     |
|                               |              | ③ 第三者評価の受け入れ    | 客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。                     | A    | A     |
| 小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) |              |                 |  | 16   | 16    |

【大項目ごとの点数】

| 大項目            | 自己評価 | 第三者評価結果 |
|----------------|------|---------|
| I 健全な組織体制      | 29   | 30      |
| II 適正なサービス提供体制 | 30   | 28      |
| Ⅲ利用者保護の観点      | 19   | 17      |
| Ⅳサービスの質の向上の取組  | 16   | 16      |

【達成率換算表】

| 大項目            | 達成率   |      |       |      |
|----------------|-------|------|-------|------|
|                | 自己評価  |      | 第三者評価 |      |
| I 健全な組織体制      | 29/30 | 97%  | 30/30 | 100% |
| II 適正なサービス提供体制 | 30/30 | 100% | 28/30 | 93%  |
| Ⅲ利用者保護の観点      | 19/20 | 95%  | 17/20 | 85%  |
| Ⅳサービスの質の向上の取組  | 16/20 | 80%  | 16/20 | 80%  |

