

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 2 月 18 日

平成 21 年 10 月 19 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うずまさ 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

特に良かった点と その理由(※)	I (1)組織体制(2)計画の策定 組織体制が整備され、各種会議の実施やエリア毎のバックアップ体制があり、定期的な運営会議・介護事業会議・代表会議などの際には各事業所間で情報交換がしやすく、経営面・サービスの質の向上に組織的に取り組める体制が確立されています。また、業務レベルにおいては、全職員による会議を毎週実施し、年度目標として「利用者の満足度向上」を掲げ、会議やカンファレンスを通じて毎月達成状況を確認し、事業所全体で課題の達成に取り組んでいます。 Ⅲ (3)個別状況に応じた計画策定 利用者や家族の心身状況や希望等を踏まえて丁寧にアセスメントを行った上で計画を策定し、毎月のモニタリングを通じて目標の達成度等計画の評価を行っており、見直しも適切に行っています。データをパソコン管理することで1回ごとの評価のみでなく、長期に渡って利用者の変化を見ることが出来るシステムを整え、利用者毎に分かりやすく管理しやすいものとなっています。訪問看護ステーションが併設されている為、医療的なケアを必要とする利用者からの依頼も多く、困難なケースもできる限り受け入れられるよう体制を整えています。 Ⅳ (3)質の向上に係る取組み 年に2回、利用者満足度調査を実施し、結果に基づき事業所内で会議を行い、前回の結果とも比較検討することで、常にサービスの質の向上に努めています。法人全体としてもアンケート結果を集計し、結果は利用者にお知らせしています。利用者からの意見、要望、苦情についてはマニュアルに基づき対処し、記録として残し、ミーティングでも対応を徹底しています。様々な形で利用者からの声を聞く機会を大切にし、サービスの質の向上に繋がる取り組みとなっています。
-----------------------------	--

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	I (2)計画の策定 毎年の事業計画は、法人の事業部全体としての方針を踏まえてサービス毎にアクションプランとして定められており、事業所としてはISOの目標として「利用者の満足度向上」を定めていますが、事業所の職員の意向を反映させた課題設定が明確になっていません。 IV (2)意見・要望・苦情への対応 年に2回の満足度調査等で、利用者の意見要望などは把握され、利用者にもアンケート結果を報告されていますが、個々の苦情や要望に対する改善状況については個々の利用者に対しては対応されていますが、公開されていません。
具体的なアドバイス	I (2)計画の策定 「どんな事例でも受け入れる地域の頼れる事業所を目指す」という目標を持っていますので、職員と話し合っ具体的課題を設定されてはいかがでしょうか。 IV (2)意見・要望・苦情への対応 利用者アンケートを報告される際などに、個々の苦情や要望に対する改善状況を一緒に報告され、可能な範囲内で公開されてはいかがでしょうか。公表することにより、他の利用者もまた、意見や要望が言いやすい環境作りができ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	2660790011
事業所名	医療法人社団洛和会 訪問看護ステーションうずまさ
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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12月14日
評価機関名	特定非営利活動法人 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。	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)		法人としての理念が明文化され、事業所に掲示するとともに、職員は名札の裏に理念カードを携帯しています。また、会議やミーティング、自主点検時等に理念に立ち返り、理念に沿ったサービスが提供できるよう取り組んでいます。組織体制については、組織図を作成し、命令系統が明確にされており、エリア毎に各事業所を統括する事業所長、統括の役職が置かれています。そのため、定期的な運営会議・介護事業会議・代表会議などの際には各事業所間で情報交換がしやすく、経営面・サービスの質の向上に組織的に取り組める体制が確立されています。			
(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)		毎年の事業計画については事業部全体の方針があり、それを踏まえてサービス毎にアクションプランとして目標を定めています。アクションプランは達成について評価し、来年度の目標作成に繋げています。事業所単体での目標や課題設定はされていないので、職員の意見を吸い上げながら、事業所としての独自の目標や課題を設定されてはいいでしょうか。業務レベルにおいては、毎週職員全員でカンファレンスを行う時間を確保し、サービスの質の向上に職員全員で取り組んでいます。また、ISOにて「利用者の満足度向上」を目標に掲げ、カンファレンス等を通じて毎月達成状況を確認するなどの取り組みも行っています。			
(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)		研修会、京都府の集団指導、連絡会への参加等により法令遵守を周知・徹底しています。また、職員は半年毎に自分の職務や業務目標、希望等について自己申告・力量評価し、その際管理者は職員と面接を行い、職員の意見等を聞く機会を設けています。サービスの状況把握に関しては、毎月職員がひと月のまとめとしての業務報告書を作成し、管理者はそれらをまとめて事業所全体で問題点、課題などを把握するシステムを作成しています。また、エリアを統括する事業所長、統括から指示をすることもできる体制になっています。			

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
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	B
		(評価機関コメント)		法人として全体の年間研修計画を作成しており、各種研修が体系的に受講できるようになっています。その他ケアマネ会議での勉強会の実施、伝達研修も行われています。研修報告書を職員が作成したのち、所属長・事業所長のコメント、統括のコメントといった助言が書き添えられ、本人にフィードバックする仕組みになっています。実習生は定期的に受け入れています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		有給休暇、育児休暇など適切に取得できるよう体制が整っています。職員の休憩室は事務所の隣にあり、十分にくつろげるスペースと冷蔵庫、流し、レンジなどの設備も整っています。法人内・外に相談室があり、福利厚生、労働環境が整っています。		
(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)		法人のパンフレット、広報誌、ホームページなど各種広報の手段が充実しています。また、法人のメディカルフェスティバルを地区毎に毎年開催し、講演会、フリーマーケット、お茶会、模擬店、介護相談コーナー、福祉用具展示など利用者以外の地域の方が気軽に立ち寄れる取り組みをしています。講演会では一般向きの優しいテーマから専門的なテーマまで、様々な情報を地域に提供しています。		

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)		総合パンフレット、広報誌、ホームページや第三者評価、情報の公表システム等でわかりやすく提供しています。		
(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)		重要事項説明書により、サービスの内容や料金が丁寧にわかりやすく説明されています。今回の第三者評価の利用者アンケートにおいても全員がわかりやすく説明を受けたと回答しています。		

(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)	アセスメントにおいては本人、家族の希望や困っていること等を丁寧に聞き取り、担当者会議で状況を把握しつつ、ケアプランを作成しています。利用者毎に、見直しも含めて一連の流れがわかるケアプラン管理表を作成しています。毎月モニタリングを行う際に、目標の達成度等、計画の評価を行っており、データをパソコン管理することで1回ごとの評価のみでなく、長期に渡って利用者の変化を見ることができているシステムを整えています。また、専門家に対する意見照会については、サービス担当者会議の開催、主治医への意見照会のみでなく、訪問看護ステーションが併設されていることを生かして、医療的なケアを必要とする利用者についても、看護師に助言を求めています。			
(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)	地域包括支援センターが開催する2カ月毎の地域ケア会議には、民生委員、老人福祉委員、自治連合会、社協、福祉事務所、地域の各種事業所が参加し、意見交換を行うなど連携しています。また、医療機関や併設の訪問看護ステーションと協力しています。			
(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)	法人が作成した各種業務マニュアルが整備されています。見直しは毎年行っており、見直しの時期も明確にされています。サービス提供に係る記録は書面が整備され、丁寧に記録され、個人ごとに適切に管理されています。職員間の情報共有については、毎週全職員が出席してのミーティングの時間が確保され、その際の議事録の記録もあり、職員間の意見交換、意見集約、情報の共有に力を入れておられます。			
(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)	法人によりマニュアルが完備され、年間研修計画にも感染症に関する研修が盛り込まれています。事業所は定期的に職員が清掃しており、整理、整頓されています。			
(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)	法人によりマニュアルが作成されており、事業所内だけでなく、職員が使用する自動車、バイクにも常備されています。緊急連絡の訓練も毎年実施しています。事故・ヒヤリハット報告書はミーティングで検討したり、回覧するなどして職員に周知徹底されています。			

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
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)		年間研修計画に人権に関する研修、身体拘束に関する研修、個人情報・プライバシー保護、守秘義務に関する研修が組み込まれており、法人の介護事業部の品質方針にも人間の尊厳、プライバシーに関して明文化されており、職員は名札の裏に理念とともに携帯しています。また、「地域の頼れる事業所」を目指して、困難事例もできるだけ受け入れる体制が整えられています。			
	(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。	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てている。	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)		年に2回、利用者に満足度調査を実施し、集計結果を事業所内で会議をして前回の結果と比較するなどして、サービスの向上につなげています。法人全体としても事業所ごとの結果を集計し、法人全体でサービスの質の向上に取り組んでいます。アンケートの結果は利用者にお知らせしています。利用者からの意見、要望、苦情についてはマニュアルに基づき対処し、記録として残し、ミーティングでも対応を徹底しています。ただ、公開はされていないので、改善点等はアンケートの結果のお知らせの際に公開するなどされてはいかがでしょうか。公開することで、別の利用者も又、意見等が言いやすい環境作りにつながると考えられます。			
	(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てている。	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	B	
	(評価機関コメント)		今回の第三者評価受診にあたって、第三者評価委員会を立ち上げ、サービスの質の向上について検討されています。又、法人内では、管理者やエリアの事業所長、統括が行う地域ケア会議や同サービスの管理者が情報交換等を行う代表者会議などを実施し、定期的に質の向上について検討しています。さらに地域の連絡会への参加で外部とも情報交換をしています。自己評価については、今回の第三者評価やISOの認証取得、年に3回の自主点検の実施、利用者アンケートからの課題の掘り起こしなど様々な形でっていますが、さらに確実な自己評価を行うために、アクションプランを利用するなど、事業所独自の目標や課題を定め、自己評価につなげるなどの工夫をされてはいかがでしょうか。			