

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 16 日

平成 28 年 8 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 公益社団法人京都保健会 ほっとステーションきぼう 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>(通番11) 労働環境への配慮 仕事をしながら、家族を介護できるよう、職員間で協力しておられ、大変働きやすい職場環境への配慮ができています。</p> <p>(通番14) 地域への貢献 周辺の訪問看護ステーションが閉鎖になった状況を受け、地域のニーズに応えられるよう、職員が一丸となって取り組んでおられます。「床ずれができたら、きぼうへ」という周囲からの信頼もあります。</p> <p>(通番21) 多職種協働 訪問看護だけを提供するのではなく、利用者の利用している他のサービスも職員が自分の目で確認して、常に関係者とも共通認識のもと話ができるよう心がけておられます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番22) 業務マニュアルの作成 法人全体で共通の業務マニュアルを活用されていますが、計画を変更する基準や、マニュアルの見直しについての基準がなく、定期的な見直しが行われていませんでした。</p> <p>(通番28) 事故・緊急時の対応 事故や緊急時のマニュアルに、訪問看護や居宅介護支援で起こり得る事故の内容について、具体的な記載がなく、実践的な訓練も行われていませんでした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組 満足度調査が実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none">・法人全体の業務マニュアルに、訪問看護や居宅介護支援の独自の内容を追加されることをお勧めします。現状行っておられることを、基準として明文化しておくことも必要と思います。・まずは、訪問看護や居宅介護支援において想定される事故について、職員全員で協議して項目を整理し、その予防策や対処方法について、マニュアルを作成されてはいかがでしょうか。マニュアルが整備されることで実践的な訓練もより行いやすくなると思います。・今年度、アンケートによる満足度調査を行う準備中でしたので、実施されることをお勧めいたします。併せて、第三者委員の設置や、利用者個別の相談面接や懇親会の実施もご検討ください。利用者から寄せられた意見・要望等の分析・検討をするための検討会等を設置し、広報誌を活用して内容を公表するなど、サービスの更なる改善に役立てられることを期待しています。
------------------	--

※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	2662690094
事業所名	公益社団法人京都保健会 ほっとステーションきぼう
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 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年9月10日
評価機関名	一般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
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）及び事業所の職員全員が、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・運営方針を掲示され、エリア会議、部会、ミーティングを通じて職員に周知されています。利用者や家族には、ホームページ・広報誌により周知を図られています。組織体制は確立されており、会議は適切に開催され、透明性を確保されています。			
(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)		事業計画は策定されています。利用者ニーズに基づく現状分析、課題の設定の更なる強化が望まれます。			
(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	B	
	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、いつでも職員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)		遵守すべき法令等がリスト化されていませんでした。管理者等は、職場診断アンケート等を実施し、状況を把握されています。部会やミーティングを通して指示を行い、リードされています。			

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
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)	正看護師のみを募集、採用され、業務の充実を図っておられます。各種研修への参加を奨励し、伝達講習や勉強会を行い、ミーティングで情報を共有されています。実習生の受入についてマニュアルは整備されていましたが、基本姿勢が明記されていませんでした。			
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員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)	事務職員を採用し、看護業務の効率化を図るなど時間外勤務の減少に努めておられます。有給休暇も適切に取得でき、休憩場所も確保されています。ストレス管理は相談センターを指定され、職員に周知されており、配慮されています。			
(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)	広報誌やホームページで情報を公開されています。地域や友の会への講師派遣や、ケアマネ相談会、健康ひろば等を開催されています。			

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
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)	ホームページや事業所の入り口にパンフレットや、運営規程の掲示があり、事業所の見学にはいつでも応じる体制がありました。見学に対応した記録は、新規受付用紙に記入され、職員間で内容を共有されています。			
(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)	サービスの開始時に、重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ておられます。訪問看護や居宅介護支援の内容や料金もわかりやすく記載されていました。			

(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	定期的及び必要に応じて、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)		アセスメントから訪問看護計画の作成及び見直しまで、丁寧かつ個別に応じた対応がなされています。病状の変化は、常に職員間で共有しており、計画変更のタイミングを逃さないようにされていましたが、手順書の中に、計画を変更する明確な基準が定められていませんでした。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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)		併設の診療所とは、2週間に1回情報交換会を行っています。関係機関や団体に対してはパンフレットやリストを配布し、新しい事業所には直接見学に行くなど、しっかりと利用者に情報提供できるよう連携されています。		
(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、職員に活用されている。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	B
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	B
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	B
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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		業務マニュアルは、法人で共通のものを使用されています。内容は工夫されたものになっていましたが、見直しの基準が定められておらず、定期的に見直したことが確認できませんでした。また、記録に関しては、廃棄に関する規程がなく、個人情報保護と情報開示の観点からの職員教育も課題と思われましたが、職員はきちんとした認識を持ち業務を行っておられます。 利用者の状況に関する情報共有は、カンファレンスで行われていますが、その頻度が定期的ではなく、その都度必要な方を優先してカンファレンスを実施されています。		
(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、職員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)		感染症に対するマニュアルが整備されており、毎年学習会を実施されています。今年も10月に予定されていました。事業所内も職員が分担して清掃を行っており、全体的に清潔で、整理整頓もしっかりされていました。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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	B
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		マニュアルは準備されていましたが、訪問看護や居宅介護支援における事故をより想定したものが望まれます。事故の予防や対応方法についての実践的な訓練が行われていませんでした。「インシデント報告書」に記載され、エリアの医療安全衛生管理・薬事委員会で報告されていましたが、事故の分析結果がマニュアルの見直し等につながっていませんでした。災害のマニュアル等は整備されていましたが、実践的な訓練が行われていませんでした。		

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	31	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	32	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。	B	B
利用者の決定方法	33	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)		利用者の人権や自尊心に配慮した取り組みが実践されていることを確認しました。日頃の業務の中でプライバシーや羞恥心に配慮したケアが実践されていますが、勉強会等が行われていませんでした。利用者からの申し込みに対しては断らず、積極的に受け入れる姿勢がありました。		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	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	B
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	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	B
(評価機関コメント)		利用者からの意向や希望を引き出す工夫の一つとして、できるだけ同じ職員ばかりが訪問しないよう配慮されています。利用者の個別面談や懇談会等は実施されていませんでした。利用者からの意見等に対し、改善状況について、内部の委員会で報告していますが、公表する仕組みがありませんでした。また、第三者の相談窓口が設置されていませんでした。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	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。	C	C
質の向上に対する検討体制	38	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職員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	39	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)		今年度、満足度調査を行う予定で準備が進められていました。第三者評価の受診は前回から3年以上経過していましたが、今後は定期的を受診するという意欲も感じられました。		