

アドバイス・レポート

平成26年3月9日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年7月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「訪問看護ステーション東山」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>○人材育成に対する取り組み (通番8・9) 人材育成に対する取り組みとして「ローテーションナース」という制度を設けています。現在試行的ですが、看護学校卒業後3年間に、在宅・施設・病院など様々なサービスの経験を積ませ、3年後に訪問看護師として育成するよう取り組んでいます。 法人規模が大きいというスケールメリットをいかした取り組みとなっており、人材育成を図る姿勢を伺い知ることができるものとなっています。</p> <p>○課題設定・OJTへの取り組み (同行訪問の実施) (通番4・9) 課題設定とOJTへの取り組みとして、同行訪問の実施に力を入れています。キャリアパス(力量評価)の一環ともなっており、同行する側・される側両者にとって「気づき」を得る機会として機能しています。 課題の明確化を図る、サービスの質の向上と統一化、職員の安心など様々な効果を発揮する取り組みとなっています。</p> <p>○利用者・家族の希望尊重と計画の見直し (通番18・20) 個別援助計画の策定・見直しについては、丁寧にアセスメントから見直しまで実施しています。特にターミナルの利用者に対する対応として、一週間ごとに計画を見直しサービスの提供にあたっていることを聞き取りました。本人の希望とともに、家族の意向として在宅で過ごす選択をとりたい、との希望に沿うサービスの提供を事業所や関係者との連携を図りながら実施しています。本人・家族の思いをどのようにかねえるか、という視点に立ったサービス提供に努めていることを窺い知ることができました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者・責任者に対する評価方法の構築 (通番6) 経営責任者や運営管理者が自らの行動が信頼を得ているか、把握・評価・見直しをする方法として「話し合える体制づくりについてもう少し踏み込んだ取り組みが望まれます。</p> <p>○休憩場所の確保 (通番12) ハード面での制約があるかと思われませんが、休憩室の確保が必要であると考えます。利用者の面談をするときは個人情報等のこともありますので、遮へいされた空間が必要であるものと思われます。</p> <p>○業務マニュアルの活用 (通番22) 業務マニュアルや手順書は作成し、整備しており、特に手順書は具体的で分かりやすいものとなっています。法人全体で作成されているマニュアル(認知症・法令遵守・個人情報など)も分かりやすく、見直しも定期的に行われていますが、ヒヤリングから「活用される工夫」が必要であると認識しました。マニュアルとして存在はするが、事業所で活用される機会が少ないように思われます。今後活用への工夫が望まれます。</p> <p>○第三者への相談機会の確保 (通番36) 公的な相談機関は重要事項説明書に記載してお伝えしていますが、それ以外の第三者相談機関の設置が望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○「話し合える体制づくり」は大変良い取り組みだと考えますので、更に一歩踏み込んだ具体的な取り組みがあるとなお良いと考えます。サービスの質の向上にはどのような「取り組み」を実施し、どのように積み重ねていくかが大事であると考えます。「話し合える体制」をつくるために、どのような取り組みをされていくと効果的か検討してみたいかがででしょうか。</p> <p>○ハード面での制約があり、難しい課題ではあるかと思われませんが、遮へいされた空間での相談スペースの確保が望まれます。事業所の一存では、実現できない事項かと思えますが、今後の検討課題として取り上げていかれることをおすすめします。</p> <p>○「マニュアルの積極的な活用への工夫」について今一度検討されてみてはいかがでしょうか。手順書は日々の業務において活用していますが、それ以外のマニュアルは形骸化してしまうおそれがあるものと考えます。それらのマニュアルをどう日々の業務にいかすか、見直してみられることをおすすめします。</p> <p>○公的機関以外の第三者の相談窓口の設置を検討することをおすすめします。その取り組みがサービスの質の向上につながるものと思われます。</p> <p>○様々な取り組みや委員会、ISO、様々なシートなど、多くの取り組みやシートなどを、一度整理する必要があるように思われます。同じようなものが重複している様子が全体から見るとれました。それらが、本来の「利用者へのサービス提供」にかける時間を減らしてしまえば、「質の向上」が図りにくいものと考えます。まずは、事業所単位で、そこから法人全体へと整理を進めていくことで、双方向(トップダウン・ボトムアップ)からの改善がなされていくものと思われしますので、今後の取り組みに期待しています。</p>

評価結果対比シート

事業所番号	2660890043
事業所名	訪問看護ステーション東山
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年2月13日
評価機関名	京都府認知症グループホーム協議会

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
	(評価機関コメント)			(1) 組織の理念を事業所内に掲示し、社員証の裏面に記載する等の方法でその周知を図っています。また、運営規程・重要事項説明書を事業所内で閲覧できるようにしています。法人内の研修において、職員に理念や運営方針を浸透するよう取り組んでいます。利用者・家族に対しては、重要事項説明時に理念・運営方針について伝え、広報誌も活用することで理解を深めるよう取り組んでいます。 (2) 組織図に基づいた明確な意思決定プロセスを構築していることが確認できました。訪問看護ステーション会議・ブロック会議・業務会議・業績会議などの会議が意図的に行われ、組織の意思決定プロセスにおいて機能しています。職員のヒアリングからも意見の吸い上げが行われていることが確認できました。各責任者の職務や権限については、法人の本部において規定しています。		
(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。	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)			(3) 毎年、「アクションプラン」を統括責任者が策定し、それに基づいた事業所の計画を策定・実行する体制をとっています。「ISO事業所評価」等を活用しながら、その計画の実行状況を確認する仕組みづくりに取り組んでいることが確認できました。事業所として「自分の親や自分が利用したい事業所になる」という目標を設定し、その実行に取り組んでいます。課題の設定には、「質の向上プロジェクト」に法人全体で取り組むことで、課題・問題点を明らかにし、事業計画の策定に反映しています。 (4) 業務レベルの課題設定とその達成に向けた取り組みとして「力量評価」という評価指標を活用しています。期間を設定し、その達成状況を確認・検証する仕組みを導入されています。この評価指標に基づいて達成状況の定期的な確認と見直しを行っています。訪問看護においては、「同行訪問」を定期的実施しており、課題達成のための取り組みとして機能しています。各種会議も課題の達成状況を確認する機会としています。		
(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	B
	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)			(5) 法令遵守への取り組みとして、法人において研修を実施しています。またイントラネットで全職員が遵守すべき法令について閲覧可能なシステムを構築し、法令遵守に対して意識を持てるよう工夫を行っています。事業を実施する上で把握すべき法令についても書籍等を整備しており、いつでも調べられる体制づくりに取り組んでいます。 (6) 管理者は自らの役割と責任をISOの品質方針において職員に表明しています。また、職員の自己申告(個人面談)の機会を設け、職員の意見を聞く機会を設定しています。運営管理者が、「自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しをする方法」としては「話し合える体制づくり」を行っているとのことでしたが、更に一工夫を行い、具体的な取り組みが望まれます。 (7) 管理者は業務用携帯を所持し、いつでも連絡が取れる体制を整備しています。また、緊急時訪問看護加算も算定しており、緊急時でも常に連絡が取れる体制を整備しています。ミーティングや業務日誌等で状況把握を行っていることも確認できました。事故発生時には、素早い対応がなされていることが、事故報告書からも確認できました。		

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
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。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>(8) 法人全体で人事管理の方針を確立し、人材の確保に努めています。職員の30%以上が勤続3年以上となっており、質の高い人材の確保に努めていることが窺えます。介護支援専門員の資格取得のため、講習会の実施などバックアップ体制も整備しています。また、「ローテーションナース」という制度を設け、卒後3年間で様々な在宅・サービス経験を積み、訪問看護師を育成することに取り組んでいます。</p> <p>(9) 研修の実施計画を定め、その計画に基づいた研修を実施しています。外部研修にも積極的に参加するように努めており、職員間の伝達研修の実施にも力を入れています。また、勉強会の実施や同行訪問の実施が、互いに学び合う良い機会となっています。「キャリアパス制度」も導入しており、段階的に必要な知識や技能を身に付ける体制整備が行われています。</p> <p>(10) 法人が運営する看護学校の学生を中心に積極的に実習生を受け入れる体制を整備しています。実習に関するマニュアルの整備も行われており、実習指導者に対する研修にも参加しています。積極的に実習生を受け入れる姿勢が見て取れました。</p>		
(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。	B	B
	(評価機関コメント)	<p>(11) 時間外労働も少なく有休も必要があれば取得しやすいなど、職員のヒアリングからも働きやすい労働環境にあることが窺えました。職員から自己申告をする機会を設け、希望を考慮するよう努めています。週1回「ノー残業デー」を設けたり、移動手段に電動自転車や夜間はタクシーの使用を認める等、労働環境への配慮を行う体制が整備しています。</p> <p>(12) 職員が悩みなどを相談できるよう「EAP相談室」という相談支援機関を設けています。職員との個人面談も定期的に、必要があれば随時実施し要望等をくみ取る機会を設定しています。福利厚生制度の充実にも力を入れ、職員が利用しやすいものとなっています。休憩場所が確保されていなかったので、今後の工夫が期待されます。</p>		
(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)	<p>(13) 法人の機関誌（おとまるくん）やホームページを通じて地域への情報提供を行っています。情報の公表制度についても、広報や開示を行っていることが確認できました。</p> <p>(14) 無料の健康教室やシンポジウム・認知症研修（法人主催）を実施しています。「メディカルフェスティバル」への参加も事業の有する機能の還元となっています。また、事業所連絡協議会等に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。</p>		

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)		(15) ホームページやパンフレット等で事業所の情報を提供しており、それらの情報は分かりやすく整理されています。相談は居宅介護支援事業所や地域包括支援センターからのケースがほとんどですが、適切に情報提供されていることが記録から確認できました。			
(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)		(16) 重要事項説明書にてサービスの内容や料金は説明し、同意を得ていることが確認できました。利用者本人の理解能力に支障がある場合は家族や代理人に説明・同意を得ています。成年後見制度等の利用もあり、同制度についての研修を行うなど推進と活用を行う体制づくりに努めています。			
	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	A	

(評価機関コメント)		(17) 定められた様式に基づき、利用者の個別状況を踏まえたアセスメントを実施しています。サービス担当者会議において、その検討を行い利用者ニーズの把握や明確化を行っていることが確認できました。必要に応じて(更新時など法令で定められた基準も含む)定期的なアセスメントを実施しています。 (18) 訪問看護の個別援助計画は、アセスメントや居宅介護計画書に基づき具体的な目標が設定されています。また、居宅介護支援のプランも適切なアセスメントに基づき策定されています。策定において利用者や家族の希望も尊重し、同意を得ています。サービス担当者会議に基づき、その意向を反映するよう努めています。 (19) サービス担当者会議において専門家への意見照会を行っています。利用者のケースファイルからも連携の具体例が確認できました。訪問看護においては、居宅のプランに沿い、看護師としての視点も交えながら計画の策定がなされています。 (20) 3ヶ月に1回は計画の見直しを行い、利用者の状況変化の有無について検証しています。利用者のケースファイルからも定期的・必要に応じての見直しが行われていることが確認できました。モニタリングも居宅との連携がなされ、見直しも適切に実施しています。		
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)		(21) 特に入退院時に訪問看護サマリーや入院時サマリー等を活用し、医師や関連機関との連携を図っています。サービス担当者会議の記録からも関係機関との連携が図られていることが確認できました。居宅介護支援事業所は主治医との連携表活用や居宅療養管理指導に関する連携を行っています。利用者の状況変化があった場合は、主治医に連絡し、指示を仰いでいることが確認できました。		
(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		(22) 標準的なサービスの実施方法を定めたマニュアルが整備されています。これらの見直しにあたり、「顧客満足度調査」の結果や事故報告書・苦情報告書を検討し反映するように仕組み化されています。定期的な見直しも行われていることが確認できました。 (23) 利用者の状況やサービスの提供状況が適切に記録されています。個人情報の保護の観点に立った研修も実施されており、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程も定められています。記録は、ファイルされ施設できる書庫に保管するなどその管理体制も確立しています。 (24) 事業所内の朝・夕の申し送り等において職員間の情報共有を図っています。月1回のカンファレンスを全員参加を基本に実施しており、参加できない場合も必ず回覧等で確認する形をとり、情報共有の強化に努めています (25) 必要時には家族との面談の機会を設け、情報の交換を行っています。同行訪問時や電話を活用し、状況報告を行っていることも確認できました。		
(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)		(26) 感染症に関するマニュアルの整備が行われています。法人内に整備されたイントラネットにおいて最新の感染症に関する情報が周知しています。また、年間の研修プログラムにおいて感染症について学ぶ機会を設け、感染症に関する知識や対応策について深める取り組みとしています。感染予防や二次感染予防の対策もとられていることが確認できました。 (27) 事業所内は整理整頓され、清潔に保たれています。清掃については職員が行っています。必要な衛生材料等も適切に整理していることが確認できました。		
(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。	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
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。	A	B

	(評価機関コメント)	<p>(28) 事故や緊急時におけるマニュアルを策定し、職員に対して研修も実施しています。また、リスクマネジメントに関する研修も実施しています。事故や緊急時の連絡網も整備し、介護事業部全体で救急救命講習を受けるなど訓練についても実施しています。</p> <p>(29) 「ヒヤリハット報告書(気付いて良かった報告書)」や軽微な事故報告を積み重ね、その検証を行い再発防止を図る取り組みを実施しています。また、ISOの不適合報告書を活用し、再発防止策の検討を行っています。保険者への報告が必要な事故等ありませんが、リスクマネジメントの視点に立った積み重ねがなされています。</p> <p>(30) 災害時の対応マニュアルが整備され、防災に関する研修も実施しています。マニュアルには災害時の指揮命令系統が明確に示されています。前述の介護事業部全体の訓練も実施しています。地域との連携を意識したマニュアルの整備が今後望まれます。</p>
--	------------	--

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。	A	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。	A	A
		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)	<p>(31) 組織の理念や方針にも人権の尊重や尊厳保持の視点が盛り込まれ、重要事項説明書に明示されています。人権や虐待防止の視点に立った研修も、年間の研修計画に沿って実施されています。利用者満足度調査の結果分析が日常業務を振り返り、検討・対応するものとして活用されています。</p> <p>(32) プライバシーの保護、個人情報の保護という視点での研修を通して職員への意識付けを図っています。訪問系のサービスということで、プライベートな空間でのサービス提供を意識するようマニュアルや研修にも盛り込まれています。</p> <p>(33) 利用者の受け入れについては、原則「断らない」ことが各種規程にも盛り込まれています。今まで依頼のあったケースは、断ったことがなくすべて受け入れを行っています。特に、ターミナルの受け入れにも力を注いでいます。</p>			
(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。	A	A
		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。	A	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)	<p>(34) 日常業務や顧客満足度調査を通じて、利用者の意見・要望・苦情の収集を行っています。また特に「利用者・家族の身近な相談相手となる」ことを意識付けながら、業務に取り組んでいます。満足度調査の結果については、全職員で共有するよう伝達を行っています。</p> <p>(35) 利用者から受付けた意見・要望・苦情等については苦情処理要領や苦情相談マニュアルに基づき、迅速に対応していることが確認できました。ISOの仕組みを活用することで、サービスの改善につなげています。意見・苦情・要望の改善状況についても利用者にお知らせするなど、個人情報に配慮しながら公開されています。</p> <p>(36) 苦情対応に関するマニュアルを整備し、その対応ができる仕組みを構築しています。公的機関を相談窓口として重要事項説明書等に記載しお知らせしていますが、第三者の相談機関を設置することが望まれます。</p>			
(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。	A	A
		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	A
		(評価機関コメント)	<p>(37) 利用者満足度調査を実施し、分析結果を事業所内で共有しています。「質の向上プロジェクト」を社内に設置し、その改善方法についても検討しています。職員自身も利用者向けの「満足度調査」に取り組み、利用者満足度調査と比較検討し、質の向上に活かしています。ISOの満足度調査についても年2回実施しています。</p> <p>(38) 多職種が縦断的にかかわる「質の向上プロジェクト」や管理者会議、各部門別会議においてサービスの質の向上についての検討を行っています。また、業務委員会を設置し検討内容を職員全員に伝達しています。質の向上に関して、基本的なサービスの提供方法などについてあらためて学ぶ機会も設けています。</p> <p>(39) ISO9001の認証を受けており、そのチェック項目に基づいた定期的な評価や内部監査を自ら実施するなどその「サービスの質の向上」という観点に立った評価に力を入れています。また、「キャリアパス制度」を課題の明確化にも活用しています。第三者評価については、ISOに認証のにおいて受けていると判断できました。</p>			