

様式 7

アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 13 日

平成 26 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 有限会社
 パイン・コーン 訪問看護ステーションゆりかもめ 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8) 質の高い人材の確保 常勤職員が7割となっており、勤務体制が充実しています。 また、認定看護師、精神看護師のいずれかの資格取得を1年 に一人、3年間継続しており、質の高い人材の確保に取り組 んでいます。採用後の資格取得支援として、費用は事業所が負 担し、出勤扱いとしています。</p> <p>(通番21) 多職種協働 利用者のかかりつけ医と連携を取ると共に、利用者の入退院 時カンファレンスを依頼しています。その他、月一回の左京区 事業所連絡会や年2回の地域連携懇談会に参加されています。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 マニュアル及び緊急時連絡リストを作成し、対策を整備して います。また、災害時にはインフラ（水道や道路、電力網等の 社会基盤）が途絶えた場合に備えて、人工呼吸器や在宅酸素等、 電気を必要とする利用者の名簿を作成しています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 単年度及び中・長期計画が作成され、目標・課題・問題点等 が記載されていますが、利用者アンケートの集計を行い、ニー ズ等による現状分析は、確認できませんでした。</p> <p>(通番10) 実習生の受け入れ 看護学生や大学病院看護師の実習生を受け入れています。 また、受け入れ先のオリエンテーションマニュアルにて対応し ています。一方で、「ゆりかもめ日案」に当日のスケジュール は記載されていましたが、受け入れに関する基本姿勢、連絡窓 口、事前説明、実施方法等についてのマニュアルは確認でき ませんでした。</p> <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 利用者一人一人の記録が整備され保存されていますが、 記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程は、確認でき ませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>ゆりかもめは訪問看護ステーションと居宅介護支援を開業されて8年目の事業所として、地域との繋がりを大切にしながら運営されています。また、地域医師会及び職能団体と連携を行い、情報交換を日常的に行い、質の高い医療サービスの提供が行われています。</p> <p>KES環境基準（京都環境マネジメントシステム）の認証、京都府健康づくり職場の認証を受け、外部からの視点においても質の評価を受けておられます。</p> <p>常勤職員が7割を超えており、資格取得支援も積極的にされておられます。また、福利厚生、労働環境の整備により、職員の定着の高さが伺えます。</p> <p>初めての第三者評価受診につきましては、総括的に準備をされていました。</p> <p>今後もさらに、地域の重要な拠点として、また、利用者にとってより良いサービスの提供を追及して頂きたいと思います。</p> <p>・下記に具体的なアドバイスを記載させていただきます。今後の取り組みに役立てて頂ければと考えます。</p> <p>①利用者の満足度調査を行うことで、利用者ニーズや課題が明らかになるかと考えます。組織としてサービスの質の向上及び計画策定に取り組む為に、年に1回利用者アンケートを行い、現状分析をされてはいかがでしょうか。</p> <p>②記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する期間、取扱い担当者等を規程に明記されてはいかがでしょうか。</p> <p>③苦情対応マニュアルを整備し、利用者の要望や苦情に対しては、組織的に検討し対応されています。また、公的機関等の相談窓口についての情報を、契約時に説明し、明示しています。一方で事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置されていませんでした。事業所関係者以外の相談窓口について検討され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	2660690104
事業所名	訪問看護ステーションゆりかもめ
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11月17日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)		1) 法人の理念をホームページ及び運営規程で明示している。新規利用者との契約時には、運営方針等の書類をファイルし、わかりやすく説明している。 2) 法人理事会を年に2回開催し、事業計画等を職員に報告している。職場会議を月に1回開催し、組織として意見を反映する仕組みがある。			
(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)		3) 単年度、及び中・長期計画は、目標・課題・問題点等を明確にして策定されている。利用者ニーズ等による現状分析は、確認できなかった。 4) 法人として業務を一つの事業と捉えて課題に取り組んでいる。年に2回の取締役会議で達成状況を確認し、見直しを行っている。			
(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)		5) 法令に関する書籍を設置し、常時閲覧可能にしている。KES受審(京都環境マネジメントシステム)を毎年行い、遵守事項の確認を行っている。 6) 運営管理者は職場会議に出席し、直接職員の意見を聞いている。職場には、直属の上司に話しやすい雰囲気があることを確認した。 7) 運営管理者は携帯電話を所持し、常時、相談対応や指示等ができる体制になっている。			

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	B
		(評価機関コメント)		8)常勤職員の比率が多い。認定看護師、精神訪問看護師のいずれかの資格取得を1年に一人、3年間継続している。費用は事業所が負担し、出勤扱いとしている。 9)職員個別の研修計画を策定し、報告書により確認している。職場内では、随時事例検討会等の勉強会を行っている。看護協会や訪問看護協会に加入し、外部研修を把握し、職員に伝えている。 10)看護学生や大学病院看護師の実習生を受け入れている。受け入れ先のオリエンテーションマニュアルにて対応している。「ゆりかもめ日案」に当日のスケジュールは記載されていたが、受け入れに関する基本姿勢、連絡窓口、事前説明、実施方法等についてのマニュアルは確認できなかった。		
(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、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、具体的な取り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)		11)職員の健康を守る「きょうと健康づくり実践企業認証制度」の認証を受けている。勤務は完全週休二日制で、希望する有給休暇がほぼ取得できていることを確認した。 12)「地域産業保健センター」の案内を職員の見えるところに掲示し、相談ができる仕組みを周知している。福利厚生制度として、懇親会、お花見会、忘年会等を実施している。休憩所は、事務室と分離されており、水サーバー等を設置し、くつろげる環境になっている。		
(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)		13)事業所の理念や概要は、ホームページやパンフレットで公表している。地域の相談には随時対応していると説明を受ける。 14)小学生に対する認知症サポーター養成講座、学区社協の集まり、看護の日市民向け行事参加等、利用者と地域との関わりが多いことを確認した。		

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
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で、必要な情報を分かりやすく提供している。利用申し込みは記録されている。		
(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)重要事項説明書にサービス内容や料金が明記され、利用者及び家族の同意の署名・押印を確認する。必要な場合は、地域包括支援センターや社会福祉協議会の権利擁護制度につないでいる。		

(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)		17) 利用開始時に初回アセスメントを行い、入退院時等随時更新している。課題や目標を記録している。 18) アセスメントに基づき、サービス計画を策定している。サービス担当者会議には本人・家族が出席している。 19) 主治医の訪問看護指示書に基づき、サービス内容を検討している。担当者会議開催後には、訪問看護計画書を策定し、主治医及びケアマネージャーに送付している。 20) 毎月モニタリングを行い、サービス実施状況を主治医及びケアマネージャーに報告している。状態の変化があった場合には、主治医に報告し、計画書を見直している。		
(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)		21) 利用者のかかりつけ医と連携を取ると共に、利用者の入退院時カンファレンスを依頼している。その他、月一回の左京区事業所連絡会や年2回の地域連携懇談会に参加している。		
(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	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	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)		22) 業務マニュアルを作成し、見直しの基準を定めている。 23) 利用者個別の記録を作成し、保存している。保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程は定めていない。 24) 毎日の朝礼にて、職員間で利用者の情報を共有している。事例検討会の記録を確認する。 25) 面接、電話、メール等で家族との情報交換を行っている。		
(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)		26) 感染症マニュアルを作成し職員が閲覧しやすいところに設置している。インフルエンザの予防接種を利用者に推奨し、職員も受けている。 27) 事業所内は整理整頓され、職員が毎日清掃を行っている。		

(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
災害発生時の対応	30	災害発生時における対策など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
(評価機関コメント)		28)事故緊急時対応マニュアルを作成し、職員が閲覧しやすいところに設置している。緊急時連絡網は、変化に応じて、随時見直しを行っている。 29)ヒヤリハット、事故報告書を作成し、検討、対応経過まで記録している。 30)マニュアルを整備すると共に、緊急対応を必要とする利用者のリストアップ、各種機関への連絡体制を整備し、職員に周知している。		

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)		31)利用者本位のサービス提供を、理念・運営方針において明確化している。権利擁護等の外部研修に参加すると共に、事業所内で学習会を開催している。 32)利用者のプライバシー・守秘義務について、職員採用時に説明し、同意を得ている。随時学習会を開催して、職員同士で意見の交換を行っている。 33)基本的に利用申し込みは断らないという姿勢だが、区域外の場合については適切な事業所を紹介する仕組みがある。				
(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	B		
第三者への相談機会の確保	36	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	B		
(評価機関コメント)		34)苦情相談窓口を契約時に提示して、同意を得ている。 35)あがってきた利用者の要望や苦情に対しては、組織的に検討し対応している。改善状況を公表するには至っていない。 36)苦情対応マニュアルを整備している。公的機関等の相談窓口についての情報を、契約時に説明し、明示している。事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置されていない。				
(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。	B	B		
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	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)		37)利用者満足度調査は、実施されていない。 38)部門会議で、サービスの向上について検討を行っている。職能団体の会合に参加し、情報収集に取り組んでいる。 39)年2回の取締役会において、自己評価を行っている。第三者評価は、今回初めて受診している。				