

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 4 月 27 日

平成 29 年 12 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた

「医療法人社団石鎚会 訪問看護ステーションやすらぎ」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 4) 業務レベルにおける課題の設定 運営管理者によるサポート体制がしっかり整備された上で、全職員から課題ごとの担当者を決めて目標の達成に向けて取り組んでいます。</p> <p>(通番 21) 多職種協同 訪問看護という特性を活かし、特に主治医とスムーズに連携ができています。利用者の受診時の同行や、入退院時のサマリー交付など細やかな取り組みを行っています。</p> <p>(通番 39) 評価の実施と課題の明確化 事業所独自の自己評価表を作成し、自己評価を行った後は、他者評価やカルテ監査を受け、自事業所の取り組みが適切であるかどうかの確認を定期的に行っています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 10) 実習生の受け入れ 実習生受け入れの目的や手順、基本姿勢が実習生マニュアルに明記され、積極的に受け入れを行っている実績も確認できましたが、実習指導者に対する研修への参加は事業所の内外ともに確認できませんでした。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換 家族が居宅におられる場合は面談を行い、不在時は訪問ノートにて情報提供を行っていますが、定期的に家族と情報交換を行うための機会や、別居の家族と会う機会が設定されていませんでした。</p> <p>(通番 36) 第三者への相談窓口 公的機関の相談窓口が明示されていることを確認できましたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置が確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none">・ 実習指導者が実習指導者向けの研修に参加することで、ステーション運営やスタッフの質向上、利用者の対応等にこれまで以上に活かすことができると考えますので、研修に参加されることをお勧め致します。・ 訪問看護においては、電話や訪問ノートのみで家族の意向をくみ取ったり情報交換を行うことは難しい場合もあると思われま す。家族等と情報交換を行う機会を3ヶ月に1回つくるなど定期的 に情報交換することを検討されてはいかがでしょうか。より確実に 利用者・家族の意向を把握できると考えます。・ 事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置を検討されては いかでしょうか。
------------------	--

※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	2663290019
事業所名	医療法人社団石鎚会 訪問看護ステーションやすらぎ
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
訪問調査実施日	平成30年1月18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)		事業所内に法人の理念と訪問看護ステーションの基本方針が掲示され、これを反映した目標が設定されています。また、法人の組織運営図に基づき、運営管理者が各種会議へ参加して意見を述べ、ステーションの運営に繋がっています。			
(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)		事業計画（短期・中期・長期）は利用者や家族の意見が反映され策定されています。業務における目標の達成に向けては、職員全員から課題ごとの担当者を決め、ステーション会議で課題に対する進行状況の確認や意見交換が行われています。また、運営管理者が目標面接を行い半期ごとに目標の達成状況を確認されています。			
(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	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)		業務マニュアルに運営管理者の役割や職務が明記されています。運営管理者は目標面接等で職員の個々の意見を聞き事業所運営に活かしています。運営管理者は常に携帯電話を所持し、アクシデント等が発生した場合、速やかに対応を指示する体制があります。また、運営管理者が法人の看護部長からヒアリングを定期的に受ける仕組みがありますが、自らが事業所の職員から信頼を得ているかどうかを把握し、評価、改善するための仕組みが確認できませんでした。			

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
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)		人材確保は法人看護部で行われ、訪問看護ステーションを希望する看護師が優先的に配置されています。年間の研修計画が立てられ、職員が外部研修への参加を希望する場合は費用が負担され、研修後に報告書を提出し、朝のミーティング等を利用して伝達研修を実施しています。実習生の受け入れについて、手順や基本姿勢は明確にマニュアル化され積極的に受け入れが行われていますが、実習指導者に対する研修への参加は事業所の内外ともに確認できませんでした。		
(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るげ、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)		年間40時間（5日分）の時間有給休暇取得制度があり、職員からは利便性が喜ばれています。時間外労働については、時間外の記録作成や夜間等の緊急呼び出しが発生する場合がありますが、職員ヒアリングではストレスに感じているという声はありませんでした。メンタル及びハラスメント規程があり、法人の福利厚生等の行事等に参加しスタッフ間のコミュニケーションも良好で働きやすい職場環境という声がありました。		
(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)		法人の広報紙やホームページ、名刺の裏等で事業内容を紹介しています。たなべ健康祭りではブース出展され、介護相談や介護用品の試供品の提供等の活動を行っています。広報紙は年2回発行され、全利用者に配布されています。		

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)		法人の総合的なパンフレットで事業所概要を確認いたしました。相談コーナーは明るく落ち着いた場所でした。相談記録は日報に記載していました。		
		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)		重要事項説明書で説明し同意を得ています。重要事項説明書には保険外の料金に関してもしっかり明示されていました。		

(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	A
(評価機関コメント)		サービス担当者会議で出た意見等を集約し、ケアマネジャーとケアプランの整合性を図っています。		
(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)		主治医や関係機関と密に連携しています。入退院時はサマリーへの記載や会議にて情報提供がなされていました。		
(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	B
(評価機関コメント)		業務マニュアルを作成し、定期的に内容の見直し、更新が行われています。職員との情報共有の仕組みがあることを確認いたしました。家族が居宅におられる場合は面談を行い、不在時は訪問ノートを用いて情報提供を行っていますが、定期的に家族と情報交換を行うための機会や、別居の家族と会う機会が設定されていませんでした。		
(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)		感染症の対策及び予防に関するマニュアルが整備され、マニュアルの内容は定期的に見直しが行われ、更新されていました。事業所内は清掃や物品の整理整頓が行き届いていました。トイレには清掃点検表を設置しチェックされていました。		
(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。	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)		事故・緊急時の対応マニュアルや安全運転マニュアルがあり、マニュアルの内容に基づくシミュレーション形式の研修が実施されています。災害時対応マニュアルを確認しましたが法人としてのマニュアルになっており、事業所として地域との連携を意識した内容が確認できませんでした。		

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。	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)		人権等の尊重やプライバシー等の保護に関するマニュアルを確認しました。利用者満足度調査の結果や研修で得た知識等をマニュアルの見直しに活かしています。利用者の決定方法について、利用の申し込みは断らないことが原則になっていますが、やむを得ずお断りする場合は他のサービスを紹介するなどの対応をされています。			
(2)意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	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	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。	A	A	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		利用者・家族の意向を引き出す方法をカルテで確認できました。利用者や家族へ計画書の内容を説明した後に希望や目標達成状況に対する意見を聞いているとのことでしたが、先に意見を聞いてから計画を立案されるとより良いと考えます。また、サービス担当者会議を定期的に行う面談等として捉えていましたが意味合いが少し異なると思われまます。事業所関係者以外の第三者の相談窓口がありませんでした。			
(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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		毎年利用者満足度調査を実施し、調査結果を分析・検討し改善を行う取り組みを確認いたしました。事業所独自の自己評価表を作成し、自己評価を実施した後、法人の他事業所による他者評価を受けることで改善につなげています。			