

アドバイス・レポート

平成27年4月27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26年10月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（千春会訪問看護ステーション）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。

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○マニュアル整備と職員への周知徹底 ISO認定後、更新を継続されており、その一環としての緻密なマニュアル整備しています。また、随時及び定期的なマニュアル改訂を法人の中で組織的にを行っています。 ○事業計画策定と評価の整合性徹底のシステム 単年度の法人事業計画、事業所事業計画、職員の個人計画の整合性が図られてあり、評価時期もマニュアルで設定をし、PDCAサイクルで評価、策定の循環システムがあります。現場職員の意見も理事長ミーティングでボトムアップしています。 ○質の向上のための法人内外訪問看護ステーションとの連携 法人内会議や訪問看護ステーション連絡会、京都府訪問看護ステーション協議会で質の向上に向けてのワーキングチームに参画する等、訪問看護の質の向上に向けての連携を図っています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○中長期計画の策定 単年度の計画は前年度からの法人事業計画、事業所事業計画、職員の個人計画が連動して策定し明確になっていますが、中長期計画は策定されていません。 ○記録と情報の保護 個人情報保護についての研修も実施していますが、文書管理規程に記録の持ち出しに関する規定が定められていません。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>医療法人社団千春会 訪問看護ステーションは、医療法人社団千春会の一事業所として、病院、施設、在宅サービスが総合的に連携しています。ISO認証を取得し、サービスの質の向上のために緻密なマニュアルの整備や見直しも集団的に行っています。管理者によるリーダーシップの発揮や、組織図、業務文掌等に関して業務遂行のためのシステムが有効活用されています。また、24時間対応の事業所であることから1日3回の申送りを実施しスタッフ全員で情報をタイムリーに周知しておく等看護の質を高める取り組みを日々実践しています。</p> <p>今後、事業所の更なる発展に期待をし下記の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○単年度計画は明確になっており、年度内も規定に沿って評価を計画的に行っています。中長期的視野で法人、事業所、職員の目指す方向性を示すためにも中長期計画の策定することが望ましいと思われます。</p> <p>○記録の保管や開示等については、文書管理規定を策定し、取り扱いを徹底されていますが、持ち出しに関する規則はありませんので、早急に作成されることを期待します。</p> <p>○法人の広報誌が年4回発行されており、事業所の取組みも紹介されていますが、掲載スペースが限られていますので、事業所独自で乙訓地域での医療、行政、地域との連携で実践されていることや、地域の方が在宅で療養する上で役立つ情報などを事業所独自の機関紙等で発信されてはいかがでしょうか。（評価は変更していますが、アドバイス部分であることから、残しています。）</p> <p>※今回の第三者評価につきましては、受診事業所のと評価機関との間で評価に関する見解に少なくない相違がありましたことを、ご報告します。</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)

※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

評価結果対比シート

	2663090054
事業所名	千春会訪問看護ステーション
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、定期巡回随時対応型訪問 介護看護
訪問調査実施日	平成26年11月26日
評価機関名	京都社会福祉士会

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)		1. 毎日、朝礼で理念を唱和し、意識づけしています。 2. 「訪問看護マニュアル」で職務権限を規定しています。全従業員の意見を毎日の申送りと月1回のステーション内会議で吸い上げる仕組みがあります。			
(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	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. 平成26年度年間計画に部署目標を記載しています。単年度計画は前年度からの継続性があり次年度への継続性がありますが、「中長期計画」はありませんでした。 4. 業務レベルでの課題、個人目標を設定し達成状況を確認しています。			
(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	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)		5. 集団指導への参加、インターネットの活用、乙訓訪問看護ステーション連絡会、京都府訪問看護ステーション協議会に参加し、法令等の理解に努めています。 6. 毎年の理事長ミーティングや毎月のステーションミーティングで全職員が意見や思いを言いやすい雰囲気があります。 7. 管理者は、常時携帯電話を持ち24時間連絡が取れるようにしています。日々の業務については管理日誌で把握する仕組みができています。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 正看のみ採用とし、あらゆるニーズに対応できるようステーション大型化を目指しています。 9. 新人にはプリセプター制度で教育指導要綱に沿って定期的評価を行っています。外部研修、内部研修には積極的に参加しています。 10. 2校の実習受け入れをしており、利用者に実習同行訪問説明同意書を得て実習を実施しています。		
¥ (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、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	B
		(評価機関コメント)		11. 職員の有給休暇消化一覧を掲示し消化率の把握、取得の勧奨もしています。 12. 職員対象に毎年満足度調査を実施してストレス管理や働き易い職場作りに生かしています。また、法人内に職員用の投書箱設置や法人の弁護士、社会保険労務士等の相談窓口はありますが、福利厚生制度は法人として十分に整えているとは言えません。		
(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. 広報誌『せんしゅん』を法人が年4回発行して利用者に配付、ホームページにも掲載しています。 14. 法人として認知症ケアの講座、介護相談等を実施し地域への貢献と交流を行っています。		

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
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. パンフレットなどでわかりやすく情報提供を行っています。広域的にはホームページを通して情報発信をしています。		
(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)		16. 介護保険外のサービスについても丁寧に説明し、プランに入れて料金も提示しています。成年後見制度等のパンフレットも常備し説明できるようにしています。		

(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. 訪問看護ステーション内で1日3回日課業務としてミニカンファレンスを行い即時に必要なアセスメントをチームで実施しています。 18・19. サービス担当者会議への出席、定期的な医師とのカンファレンスなどで助言を受けて計画に反映しています。 20. 毎月のモニタリング、評価、計画書を作成しています。		
(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)		21. 在宅に関わる地域の在宅医療委員会に毎月参加し、医師やヘルパーとのカンファレンスも毎週実施されています。退院時などは病院やケアマネジャーから必要な情報を入手しています。		
(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、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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 苦情・インシデント・アクシデント報告書等を基に、是正・予防処置を評価総括する介護運営委員会で適宜マニュアル見直しを行っています。また、年に一度の定期的な見直しも行っていきます。 23. 記録などの文章管理規程があり、マニュアルに沿ってサービス提供状況の記録は、鍵付き書庫で保管されています。情報開示請求に備え開示に関する指針のマニュアル整備、手続き様式も準備しています。しかし、記録物の持ち出しに関する規定がありませんでした。 24. 1日3回の申し送り・ミニカンファレンスを日課として行い、休みの職員にも周知出来るよう連絡ノートに各自既読でサインするシステムがあります。 25. 新規や必要時は家族と面接を行っています。サービス提供時の状況は毎回在宅療養手帳に記録し、家族にもわかりやすく情報提供しています。		
(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)		26. 法人内の院内感染防止対策委員会による感染防止対策マニュアルを整備し、予防・感染時の対策それぞれの項目を毎年見直しています。外部講師による感染の学習会開催後はステーション内で伝達講習し、職員の感染予防の意識を高めています。 27. 毎朝職員全員で掃除し、整理整頓しています。		

(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	A
(評価機関コメント)		28. 医療安全委員会企画で年4回の緊急事対応研修を実施し、マニュアルも整備しています。 29. インシデント・アクシデント報告書も職員が小さな気づきでも積極的に提出しています。報告書がステーション→介護安全管理委員会→介護責任者会議に報告し検討するシステムによりマニュアル改訂に生かしています。 30. 非常災害対策のマニュアルがあり、緊急時連絡網の予行演習も実施しています。		

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

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. 「医療介護従事者における倫理観」というテーマで法人で学習会を実施しています。身体拘束防止、虐待防止のマニュアルがあります。 32. プライバシー保護マニュアルがあります。訪問用の事業所名が記載された車両を近隣に対して気にする利用者等には、少し離れた所に駐車するなど配慮しています。 33. 利用依頼や相談があった時は断らないようにしています。				
(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	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	A		
(評価機関コメント)		34. 法人病院に投書箱設置し、利用者の意向を収集する仕組みがあります。法人事業所利用者懇談会を開催し利用者や家族から意見を得る機会を作っています。 35. 苦情内容と対策を記入した「お客様の声」を職員や来所者が見やすいよう掲示しています。 36. 契約書に公的相談窓口を記入しており、契約時に伝えています。				
(3) 質の向上に係る取組						
利用者満足度の向上の取組み	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)		37. 利用者満足度調査を毎年実施しています。 38. 利用者満足度調査結果内容をサービスに活かすために利用者満足度調査分科会を設置して分析評価し「改善案シート」に繋げるPDCAサイクルにしています。 39. ISO更新を毎年更新しており自己評価チェックを年2回、部署目標評価を年3回実施し、恒常的な改善への検討、次年度の目標設定や事業計画に反映する仕組みがあります。				