

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 2 月 5 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 29 年 7 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた洛和会訪問看護ステーション 21 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

特に良かった点とその理由
(※)

●通番 9 継続的な研修 OJT の実施

法人内の介護・医療に従事する職員が、日頃の業務遂行の中で経験した事、研究したこと、業務改善を行ったこと、等の成果を発表しあう洛和ヘルスケア学会を年 2 回開催しています。これは法人内全事業所の代表がそれぞれ発表しあうもので、法人全体としてのサービスの質の向上はもとより、職員の学び合う機会の創出並びにモチベーションの向上に大きな役割を果たしているものと思われます。この取り組みは医療・介護の相互の連携の在り方や、日常的な現場で発生する様々な事象を介護学として定義づける等、業界全体の発展に寄与する取り組みとして評価されるものと思われます。

●通番 29 事故の再発防止

訪問系のサービス提供に際しては、利用者の様々な状況に応じて対応が可能なようにするために、常に予測をした事前の対策が重要となります。ケアマネージャーや医師など関係する機関との連携、情報共有はもとより、利用者との訪問時間の認識のずれをなくすことや、誤薬を如何に防ぐか等、訪問看護ステーションとして大きな役割を担っています。そこで当事業所では「訪問調整マニュアル」を作成し、日程変更等の際には必ず文書を交付し齟齬が生じないように工夫を凝らしたり、サービス提供内容の変更に関する職員間の情報共有のあり方も細かくマニュアルに定め徹底を図っています。そうした予め想定されるような事故の防止に対する備えが徹底されています。

●通番 34 意見・要望・苦情の受付

「時間が守れているか」「説明がわかりやすいか」「相談しやすいか」などの項目で、毎年 2 回満足度調査を実施しています。その回収は法人事業部で行い、回収した調査資料はそのまま事業所に下されます。事業所では管理者を中心に調査の内容を分析し、改善を要する内容については改善策を検討

	<p>し、その結果を利用者全員に報告・配布すると共に、法人事業部へも報告することとしています。利用者の意見や苦情に対応する仕組みが法人全体としてしっかりと構築されています。利用者からの苦情や意見が、サービスの質の向上の源泉であると共に、利用者との良好な信頼関係を維持するという点で最も重要であるという姿勢の表れとして高く評価できるものと思われます。</p> <p>●通番38 質の向上に対する検討体制</p> <p>月1回のランチミーティングでは、具体的な利用者の情報共有だけではなく、全体的なサービスの質の向上についても協議すると共に、職員が変わっても同じサービスが提供できるように、という視点でカンファレンスも行っています。又、特筆すべきは、法人事業部と事業所の管理者がペアとなり各事業所を巡回、事業所相互評価を実施しながら質の向上に努めているということです。また、事故や苦情の情報は、法人内の全事業所で共有できるようにすると共に、同じ訪問系の訪問介護の事業所と訪問看護の事業所の管理者が共通課題に関する情報交換会議を毎月行い、相互の啓発に努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●通番3 事業計画等の作成</p> <p>「地域で頼られる事業所」「お待たせしない事業所」を念頭に、「自分達が使いたいと思える事業所」を目指して職員が方針を共有しています。又、業績、質の向上、ヒヤリハット、機能強化型加算の増、看取り件数等々の目標設定をしながら、単年度事業計画を策定しています。しかし、少し先を見据えた事業所としての中・長期の事業計画の策定がされていませんでした。</p> <p>●通番12 ストレス管理</p> <p>職員の業務上の悩みやストレスを解消する為の福利厚生施策に関しては、法人全体として様々な制度が構築されています。毎年10日間のリフレッシュ休暇の取得が義務化されていることや、毎年の日帰り旅行の計画、更には職員の趣味を楽しむ為の各種サークル活動（約30種）が活発に行われています。ただ日々の職員の方々が業務を離れてリラックスできる休憩場所の確保がされていません。建物の構造上、休憩場所を確保することが難しい状況にあることは理解できますが、職員の皆さんの想いを汲み取りながら、あえて指摘をしておきたいと思います。</p>

具体的なアドバイス	<p>●通番3 事業計画等の作成</p> <p>職員が日々の業務を遂行して行く上で、当面の方針や目標の設定は、組織としての成果や業績の向上に向けた取り組みとして大事なところであります。一方で、少し先を見据えた中・長期の事業計画の策定も又事業の安定的な成長、利用者や家族の安心、そして職員の目標意識並びにモチベーションの向上といった点で極めて重要な課題であります。法人全体の方針を踏まえた、事業所としての中・長期の事業計画の策定が望まれます。</p> <p>●通番12 ストレス管理</p> <p>建物の構造上、職員の方々が業務を離れてリラックスできる休憩場所を確保することが難しい状況にあることは理解できますが、職員の皆さんからの提案を募るなど、事業所並びに法人全体として、何らかの工夫・改善に取り組まれることを期待します。</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

事業所番号	2664190010
事業所名	洛和会訪問看護ステーション21
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、介護予防訪問看護
訪問調査実施日	平成29年11月10日
評価機関名	あい・ライフサポートシステムズ

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) 法人の運営理念は、事業所に掲示すると共に、HPや広報誌に掲載している。又、朝礼で唱和を行い職員への周知を図っている。毎年11月頃に法人本部介護事業部が主体となって「事業所評価」を全事業所を対象に行っている。介護事業部と事業所の管理者とが2名1組になって、全事業所を巡回。設定された評価表並びに職員へのインタビューを行うという形で実施され、サービスの質・理念の浸透等についてチェックを行っている。 2) 法人全体の組織図があり、職務権限規程に役割と権限が明確に示されている。組織としての意思決定への意見反映は、ST内職員会議⇒所長会議⇒介護事業部という形で反映され、風通しの良い運営が図られている。			
(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。	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) 「地域で頼られる事業所」「お待たせしない事業所」を念頭に、「自分達が使いたいと思える事業所」を目指して職員が意思統一を図っている。又、業績、質の向上、ヒヤリハット、機能強化型加算の増、看取り件数等々の目標設定をしながら、単年度事業計画を策定している。しかし、事業所としての中・長期の計画が策定されていないことをもってB評価とした。			
(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)	<p>5) 年間の研修計画の中で法令遵守に関する研修が計画・実施されている事を計画書並びに研修記録で確認できた。又、新任管理者研修でも学ぶ機会を作っている。これらの研修の内容は事業所内研修で事業所の全員に伝達される。関係法令については法人のイントラネットで確認することが出来る体制となっている。</p> <p>6) 管理責任者業務マニュアルが整備され、管理者の役割と責任が明記されている。法人全体として年1回、全職員を対象にした「やりがいアンケート」を実施している。(アンケート項目12項目)このアンケート項目の中に、部下が上司を評価する項目も含まれている。又、常勤・非常勤を問わず、自己申告制度があり年2回実施されている。退職を迷っている職員の情報があれば、即座に介護事業部等が対応する仕組みも構築されている。</p> <p>7) 管理者が他の用務等で事業所を離れる場合は、携帯電話にて連絡が取れる体制となっている。また、携帯電話使用マニュアルも整備されている。交通事故対応マニュアルは常に携帯し、万一の時に備えている。</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
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) 必要な人材の採用に関しては、基本的には各事業所からの要請を受け、法人本部が法人全体の人事管理の一環として行っている。法人全体としては、介護福祉士、介護支援専門員の資格取得に際して専門対策講座を開催し職員の資格取得支援に繋げている。</p> <p>9) 法人内の介護・医療に従事する職員が、日頃の業務遂行の中で経験した事、研究したこと、業務改善を行ったこと、等の成果を発表しあう洛和ヘルスケア学会を年2回開催している。これは法人内全事業所の代表がそれぞれ発表しあうもので、サービスの質の向上はもとより、職員の学び合う機会の創出並びにモチベーションの向上に繋げている。</p> <p>10) 洛和会音羽病院が併設している厚生看護学校並びに看護協会からの依頼を受け、毎年5月～7月、9月～11月に実習の受け入れを行っている。実習にあたっては職員との同行訪問による実習を行っている。</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)		12) 職員の福利厚生施策に関しては、毎年10日間のリフレッシュ休暇の取得が義務化されていることや、職員の趣味等のサークル活動(約30種)が活発に行われている。又、毎年日帰り旅行が計画される等、法人全体として職員のストレス解消の為に取組が行われている。ただ建物の構造上、休憩場所の確保が難しいことをもってB評価となった。			

(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)	13) 事業所の概要や理念については「おとまるくん」という機関紙を介して利用者や家族、更には地域に対して広報している。又、年1回「洛和メディカルフェスティバル」をエリアごとに実施し、医療・介護相談を実施するなど、地域との関わりを大切にしている。情報の公表制度の結果についてもインターネットで公開している。			

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

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) 事業所のチラシには記載する情報を絞り込んで、サービスの内容が一目でわかるように工夫されている。利用開始前にご自宅を訪問し、サービス内容について説明を行っている。			

(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) サービス内容や負担金について重要事項説明書により説明を行い押印を頂いている。又、必要な場合には、利用契約時にケースワーカー同席で説明をし、同意を得るということを行っている。現状では後見人の利用は多くないが、法人が作成した「成年後見制度のご案内」の冊子を使い、必要な方には紹介ができる体制となっている。			

(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)	18) 毎回の訪問時のサービス提供状況並びに観察の記録がタブレットで保存され、それらの記録が訪問看護計画の見直しに生かされている。医療と連携し、医師の指示のもとで機敏に対応できるようになっており、「最期を自宅で看取りたい」というような本人並びに家族の希望にこたえることができる体制が整っている。最低3か月に1度、また状態の変化があった場合に再アセスメントが実施され、また計画書には本人のサイン・押印を受けて確認する仕組みになっている。担当者会議には本人も概ね参加している。 19) 訪問看護計画策定に当たってはサービス担当者会議を行い、介護支援専門員及び薬剤師等専門家との意見交換をし、得られた意見を計画に反映している。			

(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) 利用者の様々な状況に応じて対応が可能なようにするために、地域の介護保険事業所のエリアマップを活用し、必要に応じて情報提供することができるようになっている。退院時のカンファレンスに参加し、医療機関と連携しているほか、訪問の薬剤師や理学療法士との連携もはかっている。			

(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、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) 45種類の業務マニュアルが作成・整備されている。提供されているサービスがマニュアルに基づいて実施されているかについては、他の職員が同行訪問を行いサービス内容や提供方法を確認している。マニュアルの見直しは規程に基づき、毎年6月の事業所会議の際に行うこととしている。 24) 「食事が食べられなくなった」「歩けなくなった」などの利用者の変化があった場合、職員が持つタブレット上に記載することで、共有するようにしている。また、月ごとに開催するランチミーティングの際に利用者の情報共有を図っている。 25) 家族との情報交換については、訪問時に行うほか、直接面談できない場合に、連絡ノートに連絡事項を記載したうえで電話をかけるなどして共有をはかっている。普段は電話連絡になることが多い遠方に在住する家族の場合も、戻ってきた機会をとらえ、直接情報共有を図っている。		
(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、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) 蚊、マダニ、結核、ノロウイルス、疥癬、HIV、B、C型肝炎についてマニュアルが整備されている。職員自身が媒介者となることがないように、早めに予防接種を受けることや、虫よけスプレーを訪問前にふりかけるなど、ダニ対策をして訪問するよう配慮がされている。感染症のマニュアルには、訪問時の留意点、ケア提供時の注意点が記載され、感染症である利用者の受け入れ体制も整えられている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		28) 事故対応マニュアル、緊急時対応マニュアルが作成・整備され、非常時の連絡体制も確立されている。訪問時の緊急事態に対応するため、職員が緊急時の連絡フロー図を常に携帯している。 29) 服薬等の事故が発生した場合、ケアマネージャーや医師など関係する機関に報告し、情報共有がなされている。利用者との訪問時間の認識のずれをなくすため、訪問ステーション側の都合での日程変更は極力行わないという見直しを行うと共に、「訪問調整マニュアル」を作成し、日程変更等の際には必ず文書を交付し齟齬が生じないよう工夫を凝らしている。又、変更の内容に関する職員間の情報共有のあり方も細かくマニュアルに定め徹底を図っている。 30) 防災マニュアルを作成し、災害発生時に備えている。災害発生時に備えて、利用者に備蓄物資のストックや充電式の機器の使用をすすめるなど、利用者の安全を高める取り組みも行っている。年に1回「防災の日」には緊急連絡網に従い緊急連絡訓練を実施している。又、消防署との連携の中で防災に関する研修会を実施すると共に、利用者宅の住宅防火点検結果連絡票のチェックも行っている。これらの取り組みをもってA評価とした。		

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)		32) おむつ交換等の際にはプライバシーに配慮したサービス提供がなされているかどうか、お互いに確認し合う為の、相互実習の形で研修が実施されている。虐待の防止については「高齢者虐待に対する考え方・高齢者虐待防止法の理解」というテーマでの研修が実施されている。 33) サービス提供エリア外でない限り原則的に利用者の受け入れを断らないこととしている。精神科など専門的な対応が必要なケースではそうした対応のできるステーションを紹介するという対応をとっている。		
(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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		34) 「時間が守れているか」「説明がわかりやすいか」「相談しやすいか」などの項目で、毎年2回満足度調査を実施している。その回収は事業部で行い事業所に下される。事業所では管理者を中心に調査の内容を分析し、改善を要する内容については改善策を検討し、その結果を利用者全体に報告・配布すると共に、事業部へも報告することとしている。利用者の意見や苦情に対応する仕組みがしっかりと構築されている。		
(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)		38) 月1回のランチミーティングでは、具体的な利用者の情報共有だけでなく、全体的なサービスの質の向上についても協議すると共に、職員が変わっても同じサービスが提供できるようにという視点でカンファレンスも行っている。法人事業部と事業所の管理者がペアとなり各事業所を巡回、事業所評価を実施しながら質の向上に努めている。また、事故や苦情の情報は、法人内の事業所で共有できるように、同じ訪問系の訪問介護の事業所と訪問看護の事業所の責任者が共通課題等に関する情報交換・会議を毎月行っている。		