

アドバイス・レポート

平成28年4月8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28年2月29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ピア・サポート訪問看護ステーション様につきましては、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 (※)	<p>労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて2名での訪問や介助でスライディングシートを活用して、職員の精神的・身体的負担の軽減に配慮されていました。 <p>多職種協働</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医や薬剤師、PT等とメール、電話、ファックスを活用して情報交換されていました。提供したサービスやその時の利用者の状態を記録する「訪問看護報告書」を訪問先に置き、必要に応じて多職種が記載できる欄を設けていました。 <p>プライバシーの保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別性に対応するため、訪問車両に会社名を表示せず私服で訪問するなどして、サービスの利用が近隣の方にわかりにくいよう配慮されていました。 <p>(その他)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福利厚生として、夏季休暇3日間が付与され、年2回事業所の負担で懇親会をされていました。また広い食堂と和室のある休憩場所があり、職員もゆっくり休めると好評でした。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用時のパンフレットはありましたが、ホームページの開設は無く理念や事業所の情報を地域へ広報する仕組みがありませんでした。また、情報の公表制度の内容を地域に広報する仕組みがありませんでした。 <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意見、要望、苦情を収集し対応されていましたが、公開はされていませんでした。 <p>利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期的な利用者の満足度調査が実施されていませんでした。
具体的なアドバイス	<p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの推進にともなって、住み慣れた場所で介護を受けながら生活を継続していくためにも、今後訪問看護サービスは益々重要なサービスとなり地域住民の関心の高い事業と思われれます。訪問看護サービスの内容や事業所の特徴をホームページや機関誌などにより広報されることで、一層地域住民の理解が深まり、安心につながるのではないのでしょうか。 <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・寄せられた意見、要望、苦情に対する改善状況を公開することで、事業所の対応が理解され信頼が高まるのではないのでしょうか。また、公開の方法としてはホームページや機関誌の中で匿名性に配慮して掲載されてはいかがでしょうか。 <p>利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普段のサービス提供場面で満足度の把握に努めておられますが、満足度調査を実施することで、広く利用者からサービス提供についての意見や感想を聞くことができます。また、直接話しにくいという状況においては無記名で記述することで意見を出しやすい状況になるのではないのでしょうか。調査結果については、経営会議等で分析・検討され、改善に時間を要するものであれば事業計画に反映をさせてはいかがでしょうか。

※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)

※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	2662790068
事業所名	有限会社ピア・サポート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)	
訪問調査実施日	平成28年3月15日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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	B
	(評価機関コメント)			1. 理念を事務所に掲示し、新任職員には所長が採用時に説明し理解と浸透が深まるようにされていました。また、家族等には契約時にパンフレットにて理念を説明されていました。 2. 経営会議（所長、管理者、介護支援専門員、事務員）を年3~4回開催、週1回情報共有会議を開催し、事業運営、サービス提供や業務全般の検討をされていましたが、職務や権限を明確に規定されたものはありませんでした。		
(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. 事業計画は運営会議で検討し、職員の意見を反映したものとなっていましたが、中長期の計画としては不十分でした。 4. 管理・看護・事務と部門別に課題を設定し取り組まれ、年2回進捗状況を確認されていました。		
(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)			5. 所長は介護保険サービス事業者等に係る集団指導に参加して、会議でその内容を職員に伝達し法令遵守に取り組まれていました。関係法令をリスト化し、法令集を事務所に設置されすぐに調べられるようになっていました。 6. 組織図により指揮命令系を明確にされていました。所長は会議にも参加し意見を述べ、随時職員の意見や相談に対応されていました。職員からの評価を受ける方法はありませんでした。 7. 所長は通常事業所内で事業の実施状況を確認されており、事業所を離れる時は携帯電話を所持されていました。また、緊急時の連絡網を整備し対応されていました。		

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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 理念に基づき、「利用者の個性を尊重したケアの提供ができる職員」を常勤の採用の方針とされていました。採用後は、訪問看護師基礎研修や精神訪問看護師研修の受講費を支給されていました。 9. 年間の職員の研修計画が策定され、外部研修を中心に受講し、伝達研修をされていました。また、新任職員には1ヶ月間指導職員が付いて指導し、その後も定期的に指導者が訪問するOJTの体制がありました。毎日昼食を挟んで職員が食堂に集まり、気づきや対応について検討や助言が行われていました。 10. 実習受け入れマニュアルを整備し、中学生の職場体験や退院調整看護師の実習を受け入れておりましたが、実習指導者に対する研修の受講はされていませんでした。		
(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、スタッフが充分に休むことができ、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. 有給休暇は事務所で管理され、運営会議で検討されていました。年1回職員へのアンケートを実施され、就業に関する希望や意見の集約をされていました。育児・介護休業の規程が整備されていました。 12. 所長が常に事業所において職員の意見や要望を聞いて対応されていました。福利厚生として、夏季休暇3日間が付与され、年2回事業所の負担で懇親会をされていました。また広い食堂と和室のある休憩場所があり、職員がゆっくり休めていましたが、ハラスメントの規程がありませんでした。		
(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	C
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		13. サービス利用時のパンフレットはありましたが、ホームページの開設は無く理念や事業所の情報を地域へ広報する仕組みがありませんでした。情報の公表制度の内容を地域に広報する仕組みがありませんでした。 14. 地域のショッピングセンターで開催される5月の「看護の日」のイベントでは、血圧測定や健康相談等の運営に協力されましたが、地域住民への研修会等の開催や地域ニーズを把握する機会がありませんでした。		

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
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. 事業所のパンフレットは介護保険・医療保険・保険外のサービス（おむつ代や死後の処置）の他、保険を使わない個人契約によるサービス提供などについても記載し説明されていました。		

(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. 契約時には重要事項説明書を用いて、サービス内容の説明や料金について事務員が説明し同意を得ておられました。			
(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)	17. アセスメントソフトを活用してアセスメントし、医師の指示書が出る度に再アセスメントを行い、最長でも6か月ごとにされていました。 18. 利用者宅で行われるサービス担当者会議で、毎回本人、家族の意向を直接確認されていました。 19. 主治医を中心に薬剤師、PTなどにメールやFAXで意見照会をして訪問看護計画に反映されていました。 20. 最長6か月で訪問看護計画を見直すほか、入退院や状態の変化時に見直しをされていました。			
(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. 主治医や薬剤師、PT等とメール、電話、ファックスを活用して情報交換されていました。提供したサービスやその時の利用者の状態を記録する「訪問看護報告書」を訪問先に置き、必要に応じて多職種が記載できる欄を設けていました。			
(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	B
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. 各種業務マニュアルを作成し活用されていましたが、見直しの基準がなく、作成日や見直し日が記載されていませんでした。 23. サービス提供記録は事業所独自様式を使用し、個人情報保護に関する研修も実施されていましたが、記録に関する規程では、持ち出しの規定が定められていませんでした。 24. 毎日昼食後に意見交換や情報共有のためのミーティングを行うほか、情報共有会議を毎週火曜日に開催されていました。また週1回以上カンファレンスを行い、内容周知のため記録用紙にサイン欄を設けておられました。 25. 利用者宅に連絡ノートを置き、家族を含めた多職種が記入して情報交換をされていました。他に家族との連絡はメールや電話を使ってされていました。			
(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. 感染症マニュアルに基づき、感染症のある利用者へのサービス提供時には使い捨てのガウンを使用するほか、訪問時にはマスク、消毒薬を携帯していました。事業所内にシャワー室・浴室があり、必要があればシャワー、更衣して次の訪問に向かわれていました。 27. 週2回掃除の日を決めて事業所内、倉庫内とも整理整頓されていました。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故対応マニュアル、車両事故マニュアルがあり、対応方法がチャート図になっていました。外部講師によるAEDや小児用人工呼吸器の取扱い研修をさせていました。 29. 受診の有無を事故報告とヒヤリハット報告の違いとしていました。事故発生時には、管理者を中心にスタッフで対応し、ヒヤリハットは管理者が対応策を検討・考察しスタッフと意見交換されていました。看護師賠償責任保険に加入されていました。 30. 災害発生時マニュアルは、事務所・訪問中・移動時の3パターンに分けたフローチャートとなっていました。舞鶴市内のハザードマップ(雨・地震・津波対応)や利用者を担送・護送・独歩に分けたリスト(そこに高齢者世帯、単身世帯、人工呼吸器・在宅酸素使用者の目印を入れたわかりやすいもの)を作成しておられましたが、地域との連携した訓練がされていませんでした。		

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
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。	B	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. プライバシー保護と併せて人権尊重、虐待防止の勉強会を開催し、虐待が疑われる事例に対して情報共有会議を行い関係機関へ報告されていました。 32. 訪問車両に会社名を表示せず私車で訪問するなどして、サービスの利用が近隣の方にわかりにくいよう配慮されていました。 33. 訪問看護サービスの性質上、利用を断ることはできないという方針で、これまで利用申し込みを断ったケースはなく、サービス提供エリアを超えてのサービス提供もされていました。			
(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	公的機関等の窓口で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	A	
	(評価機関コメント)		34. サービス提供時に希望や意見を聞いたり、利用者が意見を言いやすいように担当以外のスタッフが訪問する日を設ける工夫もされていました。 35. 収集した意見や苦情は、苦情受付簿に記録し、内容に応じて必要な対応をされましたが、公開はされていませんでした。 36. 重要事項説明書に外部の相談窓口を記載し、説明をされていました。			
(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。	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	B	
	(評価機関コメント)		37. 真の評価はリポート利用(利用の継続)や口コミによる利用との考えから、利用者満足度調査は行われていませんでした。介護支援専門員から口頭で聞き取ったり、サービス担当者会議での意見やモニタリング内容を記録されていました。これらの内容は運営会議の場で検討されていました。 38. 情報共有会議の中で、個々の利用者へのサービスを検討していました。京都府の訪問看護ステーション協議会の会合に参加し、情報収集されていました。 39. 運営会議や情報共有会議で評価を行う体制はありましたが、自主点検以外の自己評価は行われていませんでした。			