

アドバイス・レポート

平成28年3月23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27年11月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた訪問看護ステーションにしがもにつきましては、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>○人材の確保・育成 訪問看護ステーションの看護師、看護学生、医学生、薬学生等の多岐にわたる実習生を受入れる体制を整備しており、実習生の受け入れを職員自身の成長や指導力の向上に繋げています。また、認定看護師資格の取得支援を行うことも職員のモチベーションアップに繋がっています。事業所での研修は段階的に知識や技術を身に付けられる仕組みとなっています。</p> <p>○地域への貢献 地域のニーズの把握に努め、専門的技術・知識・情報等の発信の取組みを積極的に行い、地域に貢献しています。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定 一人ひとりの心身状況や生活状況を踏まえ、利用者および家族の希望を尊重した個別援助計画を策定して実行できるよう努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中長期計画について 単年度計画の振返りを行い、課題を明確にして次年度に活用する体制となつていますが、中長期計画はありません。</p> <p>○文書の管理について 記録の保管・保存の規程はありますが、持ち出し・廃棄に関する規程が明文化されていません。</p> <p>○苦情対応の公開について 意見・要望・苦情についての対応は迅速に行っていますが、その結果、どのようにサービスの向上に役立てているかの公開がなされていません。</p>

訪問看護ステーションにしがもは、西賀茂の御園橋商店街の中にあります。商店街の行事に参加したり、自らが開催する行事を地域住民にオープンして、地域に根差した活動をしています。24時間365日途切れない業務が、職員の負担にならないように勤務に配慮をしながら、市民の在宅療養生活を支えて、住み慣れた地域でその人らしく生きられることに寄り添うことをモットーにしておられます。今後、より一層の活躍を期待し以下のアドバイスをいたします。

○中長期計画の策定について

中長期計画で経営ビジョンや運営ビジョンを明確にすることでサービスの質の改善に向けた取組をどのように実行すべきかが具体的になり、職員のモチベーションアップにも繋がると考えます。職員の意見も取り入れながら中長期計画が策定されることを期待します。

○文書の管理について

保管・保存については「介護保険サービスの提供に関する記録の保存について」の条例に従い、定められた運営規程通り遵守されています。しかし、持ち出し・廃棄に関する記述がありません。持ち出し・廃棄についても規程することにより、更に正確な取り扱いができ、情報の漏えい防止や事務の効率的運営の促進につながると思います。

○苦情対応の公開について

意見・要望・苦情に対して行った取り組みは、その内容等をホームページや広報誌で公開することで、新たな意見を引き出す呼び水ともなります。また、社会的な信頼を向上させることにもなりますので、是非、公表の取り組みを検討ください。

※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	2660190071
事業所名	訪問看護ステーションにしがも
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28年1月27日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 全職員は、半期ごとに作成する「管理目標シート」について、法人の理念を踏まえて作成するよう心掛けています。また、個人面談の度に法人の理念及び運営方針を確認しています。 2. 「組織体制権限業務分担マニュアル」に職務に応じた権限の記載があり、組織としての透明性の確保を図っています。経営責任者と現場従業員の意見交換は日常的に行われています。		
(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	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し、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. 単年度の事業計画を策定していますが、中長期計画はありません。 4. 週1回ミニカンファレンスを行い、事業所の課題を明確にし、課題達成に向けて取り組んでいます。		
(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)			5. 隔週に行われる管理職会議で関係法令の活用方法や留意点を話し合い、管理職および中間管理職（主任）から全職員に伝達しています。 6. 管理者は日常的に職員から意見を聞く態度を心掛けており、年2回は全職員それぞれが書いた「自己管理シート」を用いて個人面接を行い、自由な議論のできる機会としていますが、管理者を評価する仕組みとはなっていません。 7. 緊急時の連絡を即時受けられるように管理者は常時業務用の携帯電話を所持し、いつでも職員に対して具体的な指示を行える体制があります。主任・副主任も業務用の携帯電話を所持して確実に連絡がとれる体制となっています。管理者以外にも「夜当番（夜間の電話当番）」があり、業務用電話をローテーションで所持し緊急時に備えています。		

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. 有資格者の採用、資格習得や研修への参加等に積極的な支援を実施しています。認定看護師資格取得のための研修受講は半年間の通学が必要となりますが、法人が学費を負担します。 9. OJTは仕事の要領やコツだけではなく、管理者や上司が職務遂行を通して知識、技術、仕事への意欲等を効果的かつ有効に身につけさせることを意識して行っています。 10. 看護学生、研修医や医学生、薬学生等の実習生を数多く受け入れています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11. 職員の私生活充実を目指して、休暇の希望をほほ叶えるようにしたり、有給休暇を取得しやすいように管理者や上司から声かけをしています。 12. ストレス管理に関しては、カウンセラーによる相談体制はありませんが、産業医による専門相談を実施しています。		
(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. 広報誌や、ポスター等で事業所情報を公表している他、地域行事に参加する等、地域との関わりを大切にしています。また、月1回「おせっかいカフェ」を開催し、地域の子ども、障がいのある方、認知症の方等に利用してもらうことで、地域の方と顔見知りの関係を築いています。 14. 介護保険の訪問看護のほか、医療保険の機能強化型訪問看護ステーションの指定を受けており、実習生受け入れのほか、講師派遣、「おせっかいカフェ」での医療情報提供など、事業所の機能を地域に還元しています。		

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
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. パンフレットやフェイスブックを活用し、事業所の情報を提供しています。利用者からの問い合わせには丁寧に対応することを心掛けています。		

(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. サービス利用に際して重要事項説明書や契約書で利用者へ内容、利用料金等について十分な説明を行い同意を得ています。権利擁護については担当ケアマネジャーと連携し成年後見制度等の説明をしています。		
(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。	B	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. アセスメントした内容を毎月、主治医に「訪問看護報告書」で報告しています。最新かつ十分な情報を発信するために、訪看の業務とか面談を通して心身の状況や生活の状況の把握に努め、見直しも適宜行っています。 18. 医師の治療方針と利用者・家族から聴取した日常生活の意向を踏まえ、予測される結果を提示しながら、家族の希望を尊重に努めています。 19. ケアプランに基づいた個別援助計画を策定するために、医師、病院看護師、理学療法士、作業療法士等や福祉関係者、介護関係者に積極的に意見を照会しています。 20. 月に1回定期的におよび状況の変化に応じて個別援助計画を見直しています。		
(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している。	A	A
(評価機関コメント)		21. 利用者の主治医や居宅介護支援事業所、他のサービス事業所、行政機関等の間で電話・FAX・面談・カンファレンス参加等で有機的な連携をとっています。		
(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）が整備し、職員に活用している。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しており、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. 標準的な実施方法を各種マニュアルに整備し活用しており、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。 23. サービス提供にかんする記録はグループウェアに適切に記録にしています。記録に関する保管、保存の規程はありますが、持ち出し・廃棄に関する規程がありません。 24. 毎朝のミーティングや電子カルテ、ネットワークシステムで情報を共有しています。 25. 週1回、ランチョンセミナー（ランチミーティング）で、家族に情報提供する内容を職員同士が確認しながら、利用者の家族等と情報交換を行っています。		

(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. 在宅向けの感染症対策マニュアルを作成して感染予防対策委員会を設置して、随時感染に関しての報告を行っています。 27. 事業所内の物品はいつも整理・整頓し、効率的で安全なサービスの提供が行えるようになっています。積極的な予防的取り組みをしています。		
(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. 緊急時の対応マニュアルを作成し、年1回見直しています。また、マニュアルに定められた予防・対応方法についての研修をしています。緊急連絡網の訓練は削除 29. 事故発生時には即時に対応する他、緊急ミーティングを行っています。事故対策委員会を設置して、発生した事故の分析を行い、再発の防止に役立てています。 30. 「おせっかいカフェ」で地域住民に防災意識の向上を促しています。年2回北消防署と一緒に地域住民も参加する避難訓練を行っています。		

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
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。	B	B
	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. 「マニュアル」という名称ではありませんが、人権等の尊重や高齢者虐待防止法に関する書類を整備し、マニュアルとして使用しています。高齢者虐待防止法に関する研修を年1回実施し、高齢者の尊厳の保持に努めています。 32. プライバシーに関する研修が行われていません。平成28年度に「医療におけるプライバシー保護」の研修をする予定です。 33. どのような条件の利用者であっても受け入れており、断ったケースはないとのことです。		

(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している。	B	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。	A	A
(評価機関コメント)		34. サービス向上委員会を設置しています。 35. 年1回、管理者が利用者宅を訪問し面接を実施しています。また、公的機関窓口等に関しては重要事項説明書で周知しています。苦情については、緊急ミーティング開催等に対応していますが、公開はしていません。 36. 公的機関の相談・苦情窓口を重要事項説明書に記載し、説明しています。		

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 年1回利用者満足度調査を実施しています。アンケート実施前に前年度のアンケートを分析し、当該年度のアンケートを作成するのに活用しています。 38. サービス向上委員会を月1回開催し、サービスの向上に努めています。 39. 第三者評価は今回初めての受診です。		