

アドバイス・レポート

平成27年9月20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2月24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宝ヶ池につきましては、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6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 職員に対しては、各事業所の管理者等によるスーパービジョンが随時実施され、管理者に対しては責任者による面談が年に2回実施されています。事業所ごとの職員が参加してのミーティング、法人内システムによる情報の共有に加え、日常的に対話を持つ機会を設けるなど、管理者が状況を把握しリーダーシップを発揮できるような環境づくりを積極的に進めておられます。</p> <p>(通番8) 質の高い人材の確保 スタッフ全員が経験を有する正看護師で構成されています。研修についても事業計画に則りスタッフ自らが提出した年間目標に基づいて、参加されており、主体的に業務に取り組む環境が整備されている。</p> <p>(通番21) 多職種協働 法人の母体が病院ということもあり、医療をはじめ、介護・福祉など様々な施設との連携体制を確保されています。そのため訪問看護では対応できない要望があった際にも他の事業所を紹介するなどして対応されています。また事業所内にヘルパー事業所が隣接しており密に連携されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番22) 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは整備されており、細かな見直しについて検討を開始されているところです。ヒヤリ・ハットの事例や利用者及びその家族からの意見や要望を分析・検討することを通じてマニュアルの見直しが行われ、事業所として今後のあるべき姿を考える機会につながることを期待します。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み この3年間、事業所への苦情がないとのことでしたが、アンケートなどを通じて利用者の声を聞く機会を持つことは重要と考えます。より一層利用者の満足度を高め、サービスの向上を図られることを期待します。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番5) 法令遵守の取り組み 管理者は、法令遵守の観点から必要な研修会や内部勉強会には適切に参加している状況がうかがえますが、必要な関連法令把握の取り組みや周知・共有する必要のある法令をリスト化する等の取り組みは確認できませんでした。多くの関係法令をだたリスト化するだけでなく、特に注意が必要な部分を抜粋して、周知及び周知状況の確認ができる体制を整えられますことを期待しています。</p> <p>(通番10) 実習生の受け入れ 実習生の受け入れに関しては、その姿勢を明示しマニュアルに沿って毎年継続的に受け入れが行われている状況を聞き取ることができます。実習指導者に対する研修が行われていないとのことでしたが、資格によっては、実習指導者の研修受講が受け入れの必須となっている場合もありますので、状況を精査いただき実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>現状においては、熟練の看護師等により派遣現場も円滑に機能している状況を聞き取ることができます。それぞれに外勤対応が多い中、勤務の時間帯を工夫するなどしてうまくコミュニケーションや状況の共有がはかられている様子をうかがうことができます。 看護師等の従業者のそれぞれに雇用状況・希望に違いがあり、なかなか全体で課題の抽出をしたりケース検討を行うことは難しいかもしれません。しかし、今後、従業者の能力や場面によっては、全体で議論をする必要が求められる場合も想定されます。年に数回程度でも全体で会議の場がもてますよう計画的に検討されますことを期待しています。</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	2660690039
事業所名	医療法人社団 行陵会 訪問看護ステーション宝ヶ池
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27年7月1日
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構

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）運営方針については事務所に掲げるとともに、毎朝メーリングリストで唱和している。 利用開始時にはパンフレットとともに口頭で理念、運営方針を説明している。 （2）法人内の3事業所によるグループ内連携会議、在宅管理者会議をそれぞれ月1回開催しており、内容は事業所内会議にて報告している。「組織図」及び「管理者業務」にて各々の業務や責任が明確にされていることを確認した。			
(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	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)		（3）年間の事業計画として「訪問看護事業所の行動目標」を、個々のスタッフは「スタッフ年間目標」を作成している。 （4）年2回面談を実施するとともに、人事考課表及び目標管理表の記載により自己評価を行っている。			
(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	B	
	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）法令遵守のための取り組みとして看護協会主催の管理者研修への参加、集団指導への毎年の参加、自主点検表を毎年スタッフ全員で確認するなどを行っている。しかし法令をリスト化したものがないためB評価とした。 （6）「管理者業務」にてそれぞれの業務と責任が明記されていることを確認した。「在宅看護管理者会議」の内容については各事業所で管理者が説明するとともにその会議録を全員で回覧していることを確認した。 （7）管理者は管理者携帯を常備し緊急時においても状況を把握し具体的な指示を行うことができることを事故連絡表、組織図兼緊急連絡網により確認した。事業所の実施状況は週間予定表にて随時確認できることを現地に確認した。			

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) 人員の配置は事業計画に則り決定されており、常勤・非常勤職員ともに全員が実務経験のある正看護師を採用している。認定看護師制度についても本人の希望により法人として支援している。 (9) 研修計画を個人別に毎年作成しており、研修参加者は報告書を作成し提出、全員で回覧し、場合によっては伝達講習も実施している。 (10) 看護専門学校からの実習を法人として受入れている。受け入れにあたっては毎年担当教官と事前に面談を行っている。実習の指導は管理者が担当しているが実習指導者に対する研修は今後検討している。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		(11) 土・日・祝は休日となっている。有休もほぼ希望通りに取得でき、研修参加の際にはシフトの調整などにも対応していることをヒアリングにより確認した。 (12) 時差出勤となる非常勤職員も含め、昼食が一緒にとれるように昼休みを調整するなど思いが表出しやすい環境づくりを行っている。また休憩室には横になれるスペースもある。		
(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) 法人で広報誌「和音」を発行、ホームページでも情報を公開している。 (14) 地域ケア会議、左京連絡協議会、上北左京地域の訪問看護協議会などに参加している。社会福祉協議会が主催している介護の会にて責任者が講演を行うなど事業所が有する機能を地域に還元している。		

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) ホームページやパンフレットにて事業所の情報を提供している。ホームページではイラストを使って訪問看護について解説している。			
(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) 重要事項説明書にてサービスや料金について利用者の同意を得ていることを、新規の場合はサービス開始前に責任者が担当者とともに事前訪問を行い、時間をかけて説明を行っていることを記録と現地でのヒアリングにより確認した。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		(17) 訪問看護計画書（個別サービス計画書）にて適切に問題点やニーズを把握し目標が設定されていることを確認した。 (18) 個別援助計画等の策定及びサービス提供内容の決定に際しては利用者やその家族の希望を尊重していることを記録により確認した。またサービス担当者会議にて利用者や家族の意向を直接聞くことができるよう取り組んでいる。 (19) 必要に応じて法人内の医療機関（医師）、ケア・マネージャー、介護事業所などと連携し専門家の意見を照会している。 (20) 更新月や担当者の交代時、その他特に変更がないときも半年に1度、ケア・マネージャーも同席し看護計画の見直しが実施されていることをヒアリングにて確認した。			
(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) 必要に応じて担当看護師が医師にFAXにて連絡を取っている。事業所フロアに居宅・ヘルパー事業所が、グループに地域包括支援センターがあり緊密な連携体制が確保されている。			

(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。	B	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	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)		<p>(22) 業務についての標準的な実施方法を定めたマニュアルは整備されているが、1年に1回の見直しが出来ていないものもあった。</p> <p>(23) 利用者の状況は適切に管理されていることを記録により確認した。情報の持ち出しや文書の廃棄についても規程があることを確認した。</p> <p>(24) 毎月利用者情報伝達会議を実施し、職員全員が利用者の状況や要望などを共有している。また法人独自のパソコンシステムが整備されており、その中の連絡メモでも日常的に情報の共有を行っている。</p> <p>(25) 必要に応じて訪問時に家族等と面接する機会を設けたり、サービスの状況を電話にて報告するなどしている。また担当者会議に家族が参加されることも多くその際に状況を報告している。</p>		

(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	B
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)		<p>(26) 法人グループ内に院内感染対策マニュアルが整備され定期的に改定されている。事業所には在宅感染委員会、法人病院には感染対策委員会があり連携している。ただ二次感染を防ぐための記載がなく、評価をBとした。</p> <p>(27) 書類、備品等は整理・整頓され安全に保管されていることを現地にて確認した。</p>		

(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)		<p>(28) 交通事故、看護上の事故、訪問時に急変した時などに対応したマニュアルが整備されていることを確認した。</p> <p>(29) インシデント、アクシデント、クレーム等の報告書は責任者及び職員が回覧し必要時には検討会にて検討を実施している。</p> <p>(30) 災害時マニュアルが整備されており、年2回併設するデイサービスが実施する消防訓練に参加している。また事業所のある施設が災害時避難場所となっており、おむつなどの備品が準備されている。事業所単独で研修や訓練は行っていないが、併設しているデイ・サービスの訓練に参加しているためA評価とした。</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
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	B	
	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	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)		<p>(31) 法人の基本方針において利用者の権利の尊重が明確にされている。グループ内の共有ファイルに資料は整備されているが、勉強会は実施されていない。</p> <p>(32) 初回訪問時に管理者が同行し処置時の配慮について確認はしているが職員の経験年数が長いためあえてプライバシー保護についての取り組みは行っていないことをヒアリングにて聞き取った。</p> <p>(33) 原則として利用希望を断ることはないが、重要事項説明書にある事業実施地域以外の場合はそのエリアにある事業所を紹介している。また訪問看護サービスとして対応できない要望があった際には他の事業所を紹介するなど連携している。</p>			
(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)		<p>(34) 意見・要望・苦情については新規に契約する際に詳しく説明するとともに訪問時に直接、口頭でも説明している。しかしながら個別相談などは定期的には実施していない。</p> <p>(35) 苦情マニュアルを確認した。苦情があれば責任者が直接訪問し対応しているが、ここ3年は苦情がないことをヒアリングにより確認した。</p> <p>(36) 相談・要望・苦情の窓口については重要事項説明書に記載するとともに口頭でも説明している。</p>			
(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	C	
	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)		<p>(37) 満足度調査を実施していないためCとした。</p> <p>(38) 在宅管理者ミーティングを毎月実施、クレームやアクシデントも報告し意見交換を行っている。</p> <p>(39) 介護保険事業者自主点検表にもとづき自主点検を行っているが、第三者評価は今回が初めてのため自己評価どおりBとした。</p>			