

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 9 月 23 日

平成 28 年 5 月 23 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 公益社団法人信和会 訪問看護ステーションたんぽぽ 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10) 実習生の受け入れ 限られた時間の中で他施設の実習を積極的に受け入れ、自らの施設のレベルアップと人材育成のための取り組みを強化されています。</p> <p>(通番24) 職員間の情報共有 毎日時間を決めて2回の申し送りをし、スタッフカンファレンス記録・連携シートで利用者の情報が切れ目なく伝えられ、質の高いサービス提供につながっております。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情の受付 毎年1回の満足度調査アンケートを実施し、85%の回収率をあげています。利用者からの多くの意見・要望・苦情を吸い上げ、公表して改善につながっております。</p> |
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番3) 事業計画の策定 短期計画は策定されていますが、中長期計画が策定されていませんでした。</p> <p>(通番13) 地域への情報公開 (通番14) 地域への貢献 組織内の情報伝達等は行っておりましたが、事業所としてより地域に貢献することが課題と思われまます。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 マニュアルに基づいた研修や訓練が行われていませんでした。また、地域との連携が十分にとられていませんでした。</p> |

| | |
|------------------|---|
| 具体的なアドバイス | <ul style="list-style-type: none">・より一層質の高い訪問看護事業所を目指しておられます。他の訪問看護事業所にとって今後のモデルケースになると思われます。 ISOの取得により、事業所の個別目標は策定されておりますので、ますます良好なサービスを提供するために、中長期計画の策定にもチャレンジしていただきたいと思います。・事業所単独の災害発生時の訓練は難しいかと思いますが、法人内の病院と連携しての訓練は可能ではないでしょうか。また、事業所として、地域における防災に関する情報を収集し、防災マニュアルの作成や、地域との防災協定を推進されることが必要ではないでしょうか。・地域とのかかわりにおいて、運動会や健康相談等の行事に積極的に参加され、住民との交流をより図ることが地域との連携につながると思います。 |
|------------------|---|

※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)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 事業所番号 | 2660690021 |
| 事業所名 | 公益社団法人信和会 訪問看護ステーションたんぼぼ |
| 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 (介護予防)訪問介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成28年6月15日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都私立病院協会 |

| 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）及び事業所のスタッフ全員が、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) | | 公益社団法人としての理念を、事務所の入口に掲示し、職員には文書で配布し、利用者には事業所発刊の「たんぼぼ通信」を全員に配布し周知を図っておられました。ISOの取得により必要な文書類はまとめられ整備されていました。また、組織としての透明性の確保に向けた取組にスタッフ全員がかかわる体制があり、毎月の部会にて情報を共有し、その意思が上部会議につながる仕組みがありました。 | | | |
| (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) | | ISOの取得により事業所の課題や問題点が明らかになり、単年度の事業計画は事業所の意向が反映されていますが、中長期計画がありませんでした。月に一度、たんぼぼ部会を開催し、業務に専念できる仕組みがありました。 | | | |
| | 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、いつでもスタッフ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) | | マニュアルや各種法令についてはISO9001に基づいた書類管理が行われており、事務所内ですぐに確認することができるようになっていました。職員とのヒアリングや個人目標カードの記述から、管理者との関係は良好であり、職員からの信頼を得ていると感じました。 | | | |

| 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 | B |
| | | 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) | | 職員のキャリアアップについては自己目標シートや事業所の研修計画により配慮されています。OJTについては三年前まで開催されていましたが現在は実施されていません。常に実習を受け入れる体制があり、多数の実績を持たれています。三年前に事業拡張のためサービス提供地域を拡大したことに伴い、訪問先への移動は車による送迎を開始する等、職員の負担軽減に努めておられます。 | | |
| (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、スタッフの労働環境に配慮している。 | A | A |
| | | ストレス管理 | 12 | スタッフ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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | ストレス解消のための24時間対応の専門カウンセリング体制があります。また、職員ヒアリングから、個人の希望による年次休暇の消化や急な休暇に配慮され、時間外労働を軽減する努力もされていることがわかりました。また、育児・介護休業法についての記載がありました。体を休めることができる場所も設けておられました。 | | |
| (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 | B |
| | | 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 基幹病院のホームページで、事業所の概要や運営についての記載を確認できましたが、地域に対する広報を意識したものにはなっていませんでした。パンフレットは利用者・家族への配布だけでなく、より広く周知することが望まれます。また、民主医療機関連合会としての情報交換や外部からの依頼には対応されていますが、事業所自らが地域へ発信されていくことが今後の課題と思われます。 | | |

| 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) | | 重要事項説明書及び、パンフレット・たんぼぼ通信で情報を発信されています。問い合わせ・見学への対応については情報共有紙に記載されていました。 | | |
| (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) | | 重要事項説明書及び、契約書等でサービス内容や料金を説明し、同意を得ておられました。また、保険外のサービスについても説明されています。契約書第16条で成年後見制度・地域福祉権利擁護事業についても明記されています。 | | |

| (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 | 定期的又は必要に応じて、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) | | サービス担当者会議や退院カンファレンスで情報を共有し、利用者や家族の希望及び専門家の意見を反映した計画が作成され、定期的に見直しがなされています。 | | |
| (4)関係者との連携 | | | | |
| 多職種協働 | 21 | 利用者の主治医をはじめ、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) | | 往診時の情報が医師から即時にFAXで送られています。また定期的に医師・ケアマネジャー・薬剤師等でカンファレンスが行われています。入退院時はサマリーで情報を共有し、関係機関が連携して利用者を支援されています。 | | |
| (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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 各マニュアルが整備され、ISO規定で文書レビューを行い見直しがなされています。申し送りやカンファレンスで利用者の情報共有がなされ、チームによるケアが実施されています。また、家族とも連絡ノートや電話で適切に情報交換ができています。 | | |
| (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、スタッフ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) | | 感染症マニュアルが整備され、定期的に見直しがなされています。学習会や研修会に積極的に参加され、全職員の感染予防への意識の高さがうかがえます。事業所内は整理整頓され、定期的な清掃されています。 | | |
| (7)危機管理 | | | | |
| 事故・緊急時等の対応 | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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) | | 事故・緊急時マニュアル・連絡網が整備され、職員にも周知されています。インシデント・アクシデント報告書を回覧することで、情報共有し再発防止に努めておられます。災害発生時の手順書や利用者災害マップはありますが、地域との連携にはいたっていません。 | | |

| 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) | | 無差別・平等の医療と福祉を目指すという組織理念のもとに、研修会や勉強会に参加され、虐待防止・人権尊重に積極的に取り組んでおられます。プライバシー保護手順書にもとづき利用者個々への配慮もなされています。 | | |
| (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) | | 年1回、満足度調査アンケートを実施し、意見・要望・苦情を広く吸い上げ、結果は匿名性に配慮して公表し、改善と再発防止に努めておられます。苦情相談窓口は公的機関と法人全体の窓口を明記し掲示されています。 | | |
| (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スタッフ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) | | 担当者2名で作成した満足度調査アンケートを年1回実施し、全職員で結果の分析、改善策の検討を行い、ISO内部監査で評価する仕組みが構築されています。 | | |