

様式 7

## アドバイス・レポート

平成30年5月15日

平成29年9月12日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、社会福祉法人青谷福祉会 訪問看護ステーションあじさい 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<br>その理由(※)        | <p><b>(通番3) 事業計画等の策定</b><br/>           年度計画の達成状況が、年度方針展開表を用いて達成率を確認すること等によりわかりやすく管理されています。</p> <p><b>(通番24) 職員間の情報共有</b><br/>           日々の朝礼に加え、訪問看護計画の作成時や毎月のモニタリングの実施時、事例検討会等において、利用者情報の共有を密に行っています。その結果、訪問のスケジュール管理等が確実に行われていることを高く評価いたします。</p> <p><b>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み</b><br/>           利用者の満足度調査を年に1回必ず実施し、結果を機関紙やホームページ上で公表しています。また、利用者からの要望により手作りの名刺を作成する等、改善策を講じ、実践しています。</p> |
| 特に改善が<br>望まれる点と<br>その理由(※) | <p><b>(通番20) 個別援助計画等の見直し</b><br/>           計画の見直しの基準をしっかりと持っていますが、手順書に明記されていませんでした。</p> <p><b>(通番30) 災害発生時の対応</b><br/>           加茂町高齢者福祉センターとして防災訓練を実施していますが、訪問看護ステーションとしての災害発生時対応マニュアルが確認できませんでした。</p>                                                                                                                                                                                    |

**具体的なアドバイス**

- ・新規採用や異動などで新しい職員が訪問看護ステーションに従事する際に、職員によって提供するサービスの内容に差が生じないよう、アセスメントから計画の作成・実行、モニタリングまでの流れについて、手順や基準を明文化しておくことが望まれます。
- ・訪問看護ステーションの利用者について、災害発生時にどのような事態になる可能性があるのか等を想定しておくことはとても重要です。災害発生時の医療機器の対応方法や利用者の安否確認の方法等の検討をお願いします。

※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                    | 2663590061                    |
| 事業所名                     | 社会福祉法人青谷福祉会<br>訪問看護ステーションあじさい |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問看護                          |
| 併せて評価を受けたサービ<br>ス(複数記入可) | 介護予防訪問看護<br>(介護予防) 訪問介護       |
| 訪問調査実施日                  | 平成30年2月28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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |     |     |    |                                                                                                                                              |      |       |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |     |     |    |                                                                                                                                              |      |       |
| 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)                 |     |     |    | 経営理念及び基本方針を事業所内に掲示し、ホームページ上にも明示しています。また、すべての職員が行動指針（品質方針）を記載したカードを常に携帯し、サービス提供時に確認できる仕組みがあります。理事会や各種会議を通じて運営方針を決定し、運営方針には職員の意見を反映する仕組みがあります。 |      |       |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |     |     |    |                                                                                                                                              |      |       |
| 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)                 |     |     |    | 加茂町高齢者福祉センター全体の中・長期計画及び年度計画に、訪問看護ステーションで検討した内容を反映しています。訪問看護ステーション及び同センターの看護部門とリハビリテーション部門で目標を設定し、達成率を毎月確認し、半期ごとに評価を行っています。                   |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |     |     |    |                                                                                                                                              |      |       |
| 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)                 |     |     |    | 法令遵守規程に基づき、法令に関する研修等を実施しています。加茂町高齢者福祉センターの管理者と訪問看護ステーションの責任者は、各種会議や職員面談等を通じて職員の意見を集約しています。                                                   |      |       |

| 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 |

## 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 | B |
| 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)    | 採用・配置する人材について経験年数や資格要件等に関する基準がありますが、明文化されていませんでした。研修は計画に基づき確実に実施し、外部研修にも積極的に参加できる仕組みがあります。実習を受け入れる体制も整備されています。 |                                                                                         |   |   |

### (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) | 有給休暇を取得しやすい環境で超過勤務もほとんどありませんでした。職場環境や仕事内容に関する調査を実施して職員の意向を把握しています。日々の会話やミーティング、面談などを通じて職員からの要望等に対応しています。必要時に外部の専門職に相談できる仕組みを職員に周知しています。 |                                                                                                |   |   |

### (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) | 機関紙やホームページ上で積極的に事業所に関する情報を発信しています。事業所の作業療法士が地域の介護予防教室の講師を担うなど、事業所の強み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) | ホームページやパンフレットに事業所の概要をわかりやすく掲載しています。利用者からの問い合わせの対応状況等を記録に残し職員間で情報共有しています。 |                                    |   |   |

### (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)  | サービスの利用開始にあたり、契約書・重要事項説明書を用いて利用者・家族にサービス内容及び料金について説明し、同意の署名・捺印を得ています。判断能力の低下している方に関しては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所へ情報提供し、成年後見制度等につなげています。 |                                                   |   |   |

(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 | B |
| (評価機関コメント)   | 看護師が利用者及び家族との面接においてアセスメントを行い、その結果に基づき訪問看護計画を作成しています。看護計画の見直しのタイミングについて、「指示内容の変更時」「体調変化時」「目標達成時」など具体的な基準がありますが、手順書に明記されていませんでした。担当看護師は月末に職員全員に看護計画の実施状況等を報告し、職員全員でモニタリングを行っています。 |                                                                  |   |   |

(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されている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | できる限り主治医と直接会って利用者の状態変化等に関する相談を行っています。約2月に1回開催される「きづがわねっと」に参加する等、相楽医師会との連携を図っています。 |                                               |   |   |

(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)        | 各種手順書やマニュアルを作成し、ISO9001の仕組みの中で「文書管理規程」「記録管理規程」を定めて運用しています。職員間の情報共有は、毎朝の朝礼や月1回の事例検討会及びモニタリングの際に行っています。家族等との面接は、事業所から家族に連絡し、計画的・能動的に実施されています。サービス担当者会議の場も上手く活用し、サービス利用時の状況を伝えています。 |                                                                                            |   |   |

(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) | 感染症対策に関するマニュアルは最新情報を盛り込んで改訂しています。感染症対策に関する職員研修を年2回実施しています。自宅で使用した物を事業所に持ち込まない等の感染症の予防・対策を実践しています。事業所内は整理整頓され、床清掃は施設と同じ業者に委託し、行われています。 |                                                             |   |   |

| (7) 危機管理 |            |    |                                                                                                                                                                                         |   |   |
|----------|------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 評価機関コメント | 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 | B |
|          | (評価機関コメント) |    | 事故発生時要領書及び利用者緊急時対応要領書を作成し、それに関する職員研修も実施しています。日頃より事故に対する意識を持ち、「“ほつ”と報告書」や「コールバック連絡書」を作成し、運営会議にてその内容を検討し、事故発生防止に努めています。加茂町高齢者福祉センター全体で防災訓練を実施していますが、訪問看護ステーションとしての災害発生時の対応マニュアル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 |

#### IV 利用者保護の観点

|                  |                       |    |                                                                                                                                                                    |   |   |
|------------------|-----------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| (1) 利用者保護        | (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)            |    | 利用者の人権尊重やプライバシー保護に関する職員研修を行い、実際のケアの中で実践していることを職員との会話から感じ取れました。また、サービス利用の申し込みは基本的に断らず受け入れています。人員体制等を理由にやむを得ず受け入れが困難な場合はその理由をしっかりと説明しています。                           |   |   |
| (2) 意見・要望・苦情への対応 | (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てている。                                                                                                                       | A | A |
|                  | 第三者への相談機会の確保          | 36 | 公的機関等の窓口に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)            |    | 加茂町高齢者福祉センター内にご意見箱を設置しています。センター内の他の入所・通所サービスと同じように、訪問看護においても毎月の請求書の郵送時に「ご意見はがき」を同封し、利用者・家族の要望等をより引き出せるよう工夫されることをおすすめします。利用者の満足度調査を実施し、集計結果を機関紙やホームページに掲載し、公開しています。 |   |   |
| (3) 質の向上に係る取組    | (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てている。                                                                                                                                      | 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)            |    | ISO9001の更新審査を毎年受審する他、内部監査も実施するなど、事業所内で自らの提供するサービス等について評価を行う体制があることを確認しました。今後も継続的に第三者評価を受診して頂くことを望みます。                                                              |   |   |