

アドバイス・レポート

令和 3 年 9 月 22 日

令和 3 年 3 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人 社団石鎚会 訪問看護ステーションやすらぎ 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(※)	通番 30：災害発生時の対応 地域における役割をしっかりと認識され、積極的に連携を図るとともに、災害発生時・緊急時等に持ち出すことのできる個人ファイルを全利用者に提供しておられます。必要な情報は随時更新され、緊急時にこのファイルを持ち出せば、現在のサービスや身体状況がわかり、利用者の不安軽減やサービスの継続につながる素晴らしい取り組みと感心しました。 通番 37：利用者満足度の向上の取り組み 満足度調査で、とても高い評価を得ておられます。質の高いサービスを提供され、利用者との良い信頼関係を築かれていることがわかります。 通番 38：質の向上に対する検討体制 コロナ禍において、感染リスクの高い利用者への訪問を続けるために、情報共有や感染対策の強化を図っておられます。法人からの支援も受けながら、二次感染防止に努めている様子が色々な場面で見受けられ、事業所全体の感染に対する意識の高さに感服しました。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	通番 36：第三者への相談機会の確保 地域の介護保険サービス事業所連絡協議会の会長が第三者の相談窓口を担っておられ、相談窓口は2年ごとに変わりますが、訪問調査時点において、同じ法人の他事業所の職員が相談窓口を担っておられ、事業所関係者以外の第三者による相談窓口ではありませんでした。
具体的なアドバイス	第三者への相談機会の確保の目的は、利用者が事業所関係者以外の方に相談をしたい場合に、利用者と事業所とは別の第三者が相談や苦情を受け付け、利用者と事業所との間をつなぎ、助言等を行うことでサービスの質の向上を目指すということです。 地域の介護保険サービス事業所連絡協議会会長が相談窓口を担っておられることを否定しませんが、相談窓口が同じ法人の事業所の方になった場合には、法人とは関係のない方が相談窓口を担うことのできるような仕組みが望まれます。 例えば、民生委員や地域の自治会長等に相談窓口を依頼することを検討されてはいかがでしょうか。 今後も地域に根ざした、利用者一人一人に寄り添った、素晴らしいサービス提供を継続いただくことを期待しております。

※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	2663290019
事業所名	医療法人社団石鎚会 訪問看護ステーションやすらぎ
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	令和3年3月26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）		法人の理念や訪問看護事業所の基本方針が明確になっており、理念及び基本方針を看護部・職員個人の目標に反映しています。所長は管理者・看護師長・介護関連の各会議の内容についてステーションカンファレンスや朝会で報告したり、ノートに記載して全スタッフに周知するシステムを確立しておられます。また、所長は職員から出た意見について各種会議で報告・提案しており、職員の意見にもとづき災害マニュアルのファイル作成やiPadの購入等が実現しています。			
(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	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）		利用者満足度調査を毎年実施し、年度末に調査結果を確認し、次年度の事業計画の策定に活かしています。また、調査結果を基にスタッフで話し合っマニュアルの内容を変更したり、標語を定期的に決めるなど、サービス向上に向けて取り組んでおられます。本年度は「看護師が出来るリハビリ・自主トレマニュアル」を作成されました。看護部・訪問看護ステーションの目標が記載された目標管理シートを用いて個々の「戦略目標」や計画を立案しています。ステーションの目標・課題ごとに担当者を決めて活動しています。所長の目標面接において職員の意見や希望等を確認し、半期ごとに目標の進行状況の確認や方向性を決めています。			
(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	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）		必要な法令等をリスト化しています。訪問看護実践相談Q&A・模範六法等にタグをつけて、見やすいように工夫しています。所長は看護部長による面接において報告・相談ができる体制があります。スタッフの目標面接・職場満足度調査・上司評価の調査を毎年実施し、スタッフの希望が検討課題として取り上げられ、環境改善等に繋がっています。管理者は緊急用の携帯電話を所持しており、常に連絡を受ける体制があります。異常事態発生時の対応マニュアルも作成され、訪問時の鞆にも連絡網を装備するなど、具体的な対策を講じています。			

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)	正看護師・理学療法士が配置されています。看護管理マニュアルの看護職員採用基準に基づき、看護部と所長が相談しながら、採用・離職・グループ内異動について管理しています。職員は、精神科訪問看護研修や糖尿病管理指導士の特定行為研修、理学療法士の3号研修に法人の負担により参加することができます。実習指導者講習会に参加し、実習生マニュアルを整備しています。実習終了後は、看護学生のアンケート結果や教務員からの意見をまとめ、事業所内で「在宅看護論実習の振り返り」をテーマに勉強会を実施していました。看護力再開発研修にも法人で参加され、チャレンジ体験の受け入れ体制もあります。			
(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)	労務の状況は法人本部でICTを活用して記録・統計・把握しておられます。職員1人につき営業車1台と事務スペースを確保し、iPad等で記録を作成しています。ストレスチェックは職員全員が受診しています。健康管理センターの保健師が相談に対応しており、常時電話対応可能な体制を整備しておられます。法人の福利厚生が充実しています。定期的な目標面接の実施の他、スタッフが相談しやすい雰囲気づくりが定着しています。事務所やロッカールームとは別に休憩室があります。電話対応等については、事務職員が対応しておられます。			
(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)	法人の広報誌「やすらぎ」やホームページに事業所情報を掲載しています。また、パンフレットを病院の窓口や入口に設置して広報しています。平成30年度に地域住民を対象とした認知症の研修会を実施されました。連携する訪問介護事業所に対し、在宅看取りに関するパンフレットや在宅での終末期支援マニュアルを作成して指導を行っておられます。			

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)		法人のホームページ上や機関誌で事業所情報の提供を行っています。また、利用前の面会時や必要時に事業所のパンフレットを配布しています。				

(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)	契約時に重要事項説明書を用いて丁寧に説明しています。料金表は、受診の付き添いやエンゼルケア等の介護保険外サービスの費用やキャンセル料について赤字で記載する等、わかりやすいように工夫しています。必要に応じて成年後見制度を活用していることを確認しました。			
(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)	3ヶ月ごとに開催するカンファレンスで利用者の心身状況を把握しており、急変があった場合はその都度カンファレンスを開催しています。訪問看護計画はケアプランや利用者・家族の希望、多職種の意見等を踏まえ、複数のスタッフで作成しており、計画の内容については、iPadを活用して全スタッフが共有する仕組みがあります。			
(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)	関係機関に対し、利用者へのサービス提供の実施状況等について記載した訪問看護報告書を毎月提供しています。また、病状の変化等については、医師や相談員等に報告・相談をしています。医師・ケアマネジャーからの連絡内容は必ず記録を残しています。連携する機関のリストについては住所録にファイリングしています。			
(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)	マニュアルは年1回必ず見直しを行い、変更内容についてはスタッフ全員で読み合わせを行っています。ICTを活用して記録を整備され、スタッフは利用者の状況をいつでも確認することができます。記録マニュアルを作成し、スタッフの記録の記載方法の統一を図っています。iPadは使用基準・持ち出し基準にもとづき使用しています。利用者の状態等については訪問時に家族に報告していますが、家族が不在の場合でもノートに記載したり、後で必ず電話で状況を報告する等、情報共有を行っています。また、電話で随時相談を受け付けたり、面会にも対応しておられます。			
(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)	感染症対策及び予防に関するマニュアルを整備しています。新型コロナウイルス対応については、厚生労働省や保健所の情報を別にファイリングしています。法人全体で、感染症から利用者・スタッフを守るという意識が高く、感染防御の物品が充実しています。全職員に対して物品の種類や保管場所を周知しています。制服の支給枚数や洗濯の実施回数が多めに設定されています。特に感染対策が必要な利用者には、訪問順序や援助方法を検討しておられ、本人・家族の理解を得ておられます。			

(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)	緊急事態・事故発生時・安全運転の各マニュアルを整備しています。法人の研修や警察署の安全運転講習に参加し、安全運転の意識付けを行っています。京田辺市のシェイクアウト訓練に参加しています。インシデント対応マニュアルを整備し、所長から法人へ報告する仕組みがあります。インシデントの種類や要因について分析しスタッフにフィードバックするシステムも確立しています。近隣にある福祉施設と災害時の避難方法や避難場所について検討し、情報共有を行っておられます。自事業所の災害マニュアルを用いて、訪問介護事業所の職員に、災害時の対応について指導しています。また、利用者一人一人に、災害発生時の注意事項や関係防災情報、連絡先、非常持ち出し物品、備蓄品がイラスト等で分かりやすく記載された「災害対策マニュアル」を提供しています。また、利用者ごとに、薬剤情報、居宅サービス計画、週間予定表、看護計画書、注意事項等の記録をファイリングし、緊急時にそのファイルを見れば利用者へのサービス提供の状況や身体状況がすぐにわかり、利用者の不安軽減・サービス継続に繋がる素晴らしい取り組みと感じました。			

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
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)		満足度調査で利用者の意見を吸い上げ、サービス向上に繋げています。看護倫理、認知症、身体拘束・高齢者虐待防止等の研修に参加しています。プライバシーの保護については、個人情報保護の規程や職員の必見・業務マニュアルに記載があることを確認しましたが、単独のマニュアルとして、ファイルや冊子を分けた方がより見やすいのではないかと考えます。利用者の受付については、訪問看護管理日誌に新規相談について記録しておられます。待機が必要な場合には利用可能な時期を提案したり、急ぐ場合には他事業所を勧めています。			
	(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	B	
	(評価機関コメント)		要望・苦情の対応結果はしっかり記録して職員間で情報共有を行っています。利用者の思い・相談を電子カルテの個別のダッシュボード欄に記入し、朝のカンファレンスで周知、共有を行っています。満足度調査を実施し、その結果・改善点は利用者へ郵送し、ステーションにも掲示しています。苦情への対応体制を整備し、行政機関等の苦情受付機関・相談窓口は、重要事項説明書に明示しています。ただ、地域の介護保険サービス事業所連絡協議会の会長が第三者の相談窓口を担っておられ、相談窓口は2年ごとに変わりますが、訪問調査時点において、同じ法人の事業所の方が相談窓口を担っておられ、事業所関係者以外の第三者による相談窓口ではありませんでした。			
	(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)		毎年、利用者満足度調査を実施し、その結果について年度末までに評価・分析・報告を行い、次年度の事業計画に活かしています。また、良かった点や改善点を把握して、次年度の調査の設問に反映しています。法人が自己評価の基準を作成し、その基準にもとづき、毎年自己評価を実施し、他事業所による評価を受けておられます。			