

アドバイス・レポート

2023年 3月10日

令和4年9月20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まどか 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2) 【組織体制】 組織図があり、役割と責任が明確に定められている。役員会議、経営会議、運営カンファレンス会議等が毎月開催され、案件別の意思決定が行われています。運営カンファレンス会議や日々のコミュニケーションで職員達からの意見を聞き取り、事業所運営に反映させています。</p> <p>(通番24) 【職員間の情報共有】 カルテは全職員が閲覧できるようにしており、利用者のカンファレンスを毎月実施して情報共有しています。職員は常に事務所でコミュニケーションを取り合っています。職員は連絡ツールを利用して、必要時に直接情報交換ができる仕組みになっています。</p> <p>(通番28) 【事故・緊急時の対応】 「緊急時対応マニュアル」を整備し、研修を実施しています。乙訓消防本部で講習を受けて「患者等搬送乗務員適任証」を取得し、利用者の緊急時には併設の介護タクシー事業部と連携し、看護師が乗車して、車内で酸素や吸引等の必要な医療行為を行いながら病院へ搬送する体制を整備しています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番3) 【事業計画の策定】 事業所としての改善点等は、長期目標や目標の達成期間を定めて、毎月開催される職員会議の中で話し合いながら事業を運営していますが、開設1年を経過したばかりのため、中・長期計画や事業計画の策定は出来ていませんでした。</p> <p>(通番13・通番14) 【地域への情報交換・地域への貢献】 情報の公表制度や事業所独自のホームページで事業所の情報を開示しています。地域住民への広報活動はあまり出来ていませんでした。また、開設2年目であることもあり、地域での介護や医療・福祉についての講演会や研修会等の開催や、相談事業の実施等は出来ていませんでした。</p> <p>(通番32) 【プライバシー等の保護】 利用者の状況に合わせてプライバシーや羞恥心には十分に配慮してサービス提供を実施しています。秘密保持及び個人情報に関するマニュアルはありましたが、プライバシーや羞恥心について明文化されたものがなく、研修会等も実施出来ていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>株式会社まどかは、2014年9月に設立され、2015年4月に介護タクシー事業を開設、そして、同年7月に訪問介護ステーションを開設されています。</p> <p>2019年11月には、向日市から長岡京市の光明寺の近くにある現在の場所に事業所を移転し、2021年8月には訪問看護ステーションを開設し、2022年2月には訪問リハビリ事業も開始されています。</p> <p>今回の調査事業である、訪問看護ステーションまどかは、開設1年経過したところですが、早期に改善点の修正を図り、適切な事業運営を実施していきたいと第三者評価を受診されました。利用者の主治医や、併設の訪問介護事業や介護タクシー事業とも連携しながら「病院の延長ではなく、利用者一人ひとりのニーズに寄り添いたい」「家族の悩みや苦しみを理解し、利用者と家族と一緒に過ごす時間を支えたい」との思いから事業を運営されています。</p> <p>事業所は小人数で、常に事務所でコミュニケーションを取りあえる状況にあるため、管理者と主任を中心にチームワークが良く、業務分担も一人の職員に偏らないように配慮されています。また、子育て世代の看護師も多いため、急な休みもフォローし合いながら、お互い助け合える働きやすい労働環境が整備されています。また、従業員が増えていく中でIT化による業務効率化や職場内研修等による個々の職員のスキルアップにも力を入れています。</p> <p>課題としては、中・長期計画や事業計画の策定、地域との交流、文書の持ち出しや廃棄等の規程の整備、利用者・家屋への満足度調査の実施とその結果の公開等があげられます。</p> <p>まだ、開設1年が経過したばかりであるため、改善点を一つ一つ修正し、これから地域の訪問サービスの拠点となるべく、より良いサービスを追求されることを期待します。</p> <p>以下に、今回の評価で気づいた点とアドバイスを記載します。</p> <p>(通番3) 【事業計画の策定】 開設1年を経過したばかりのため、中・長期計画や事業計画の策定は出来ていませんでした。法人としての中・長期計画を策定されると共に、今回の第三者評価での課題も加味した、事業所としての単年度の事業計画を策定し、課題解決を図られては如何でしょうか。</p> <p>(通番13) 【地域への情報交換】 地域住民への広報活動はあまり出来ていませんでした。移転して、3年が経過し、訪問看護や訪問リハビリ事業を開設して1年が経過してきています。パンフレットや広報誌の配布等で、地域住民にもまどかの事業を積極的に広報されては如何でしょうか。</p> <p>(通番37) 【利用者満足度の向上の取組み】 利用者や家族への満足度調査は実施出来ていませんでした。開設1年以上経過したことから、一度、アンケート形式での満足度調査を実施し、その内容を取りまとめ公開されては如何でしょうか。自らのサービス提供内容の指標になると考えます。</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	2663090179
事業所名	訪問看護ステーション まどか
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)	訪問看護
訪問調査実施日	令和4年11月8日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)理念や方針を策定し、職員が常に見えるよう事業所の壁に掲示している。毎月の研修時に理念を唱和している。ホームページに理念や方針を明示して利用者・家族に周知している。 2)組織図があり、役割と責任が明確に定められている。役員会議、経営会議、運営カンファレンス等が毎月開催され、案件別の意思決定が行われている。運営カンファレンスや日々のコミュニケーションで職員達からの意見を聞き取り、事業所運営に反映させている。			
(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。	B	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)		3)事業所の課題や改善点等は毎月の運営カンファレンス会議で職員の意向が反映されている。事業所としての長期目標や目標の達成期間を定めて事業を運営しているが、開設1年を経過したばかりのため、中・長期計画や事業計画の策定までは出来ていない。 4)職員一人ひとりの目標管理シートを策定し、長期や短期の目標を設定して課題の達成状況を定期的な面談で確認している。運営や業務上の課題については、運営カンファレンス会議や経営会議等で話し合っている。			
(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	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)経営者や管理者が関係法令に関する各種勉強会に参加したり、行政とやり取りして情報収集している。関係法令のリスト化や職員への周知は出来ていない。 6)管理者は毎月の職員個別ヒアリングや運営カンファレンスで職員の意見を聞き、運営に反映している。組織図を定めて管理者が日々の申し送りや事業所会議で必要な指示を行い、リーダーシップを発揮している。組織図はあるが、職務分掌等の役割と責任を文書化したものは確認できなかった。 7)管理者は日々の申し送りや記録の閲覧等でサービスの実施状況を確認し、必要な指示を行っている。休日や不在の時は携帯電話で連絡が取れるようになっている。			

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
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。	B	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。	c	c
		(評価機関コメント)		8) 新規採用の職員には有資格者で実務経験者を優先的に採用している。精神科訪問看護や喀痰・吸引等指導者等の研修受講を推奨し、受講費を会社負担して資格取得を促している。 9) 法人全体で職員年間研修計画を策定し、介護技術や高齢者虐待防止、身体拘束廃止等の研修を実施している。訪問看護事業所内で毎週火曜日に職員同士が学び合うミニ勉強会を実施している。法人として必要な外部研修、オンライン研修、YouTube研修に参加させている。 10) 開設1年の事業所であり、実習生の受け入れについては、体制整備が出来ていない。実習受け入れの基本姿勢の明文化や受け入れマニュアルも整備出来ていない。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11) 時間外労働や有給休暇取得等のデータを管理者が把握し、労働環境の改善に努めている。子育て中の職員が、子供の体調不良等で急に休める環境を整備している。業務が一人の職員に偏らないように配慮している。職員面談等を通じて就業についての意向を把握して必要な対応をしている。 12) 福利厚生制度や職員同士の食事会等があり、子育て中の職員には食事会に子供をつれて参加できるようにしている。休憩室があり、リラックスできる環境が整備されている。外部カウンセラー等の専門職への相談体制は整備されていない。		
(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。	B	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。	C	C
		(評価機関コメント)		13) 情報の公表制度や事業所独自のホームページで事業所の情報を開示している。地域住民への広報活動はあまり出来ていない。 14) 開設2年目であり、地域での介護や医療・福祉についての講演会や研修会等の開催や相談事業の実施等は出来ていない。		

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) 事業所の情報については、ホームページやパンフレットを作成して分かりやすい内容にしている。利用者の問い合わせの場合は、個別の状況に応じて対応している。			
(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) 契約時には、重要事項説明書に則り、わかりやすい説明をして同意を得ている。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を利用している利用者はいないが、仕組みとしては整備している。			
(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)		17) 事業所内でアセスメント内容の確認も含む利用者のカンファレンスを毎月実施し、かかりつけ医と介護支援専門員に情報提供をしている。月に1回または状態が大きく変わった際にアセスメントを実施して、計画書を更新している。 18) 利用者及び家族の希望を尊重した上で、自立支援のための訪問看護計画を策定している。計画書は説明の上、同意を得ている。 19) サービス担当者会議等に参加して介護支援専門員や他のサービス事業者等と情報を共有している。訪問看護計画の策定は医師の指示を受けたものとなっている。 20) 毎月、事業所内でモニタリングも兼ねた利用者のカンファレンスを実施している。訪問看護計画は定期的（6か月に1回）または必要に応じて見直ししている。かかりつけ医等には随時連絡し、情報収集や指示を受けている。			
(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) 利用者一人ひとりのカルテにかかりつけ医や介護支援専門員等の各情報を記載し、随時連絡が取れるようにしている。退院前のカンファレンスには管理者が参加し、退院後の支援方法を把握している。京都府訪問看護ステーション協議会等の関係機関の会議に参加して、関係団体との連携を図っている。			

(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。	A	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	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) 業務マニュアルが整備されている。変更時や定期的に修正をしているが、見直しにあたり、苦情や顧客満足度調査分析、事故防止策などの具体案が反映される仕組みにはなっていない。 23) 記録は全職員に訪問看護専用アプリを導入して、各自パスワードにて管理し、サービス提供時の内容を記録している。文書の持ち出しや廃棄等に関する規程は定めていない。 24) カルテは全職員が閲覧できるようにしており、利用者のカンファレンスを毎月実施して情報共有している。職員は常に事務所でコミュニケーションを取り合っている。職員は連絡ツールを利用して、必要時に直接情報交換ができる仕組みになっている。 25) 利用者ごとに自宅にノートを置き、家族と共有している。サービス提供時の状況は月に1回、管理者が訪問して確認している。		

(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) 「感染対策・衛生管理マニュアル」を設置しており、特に新型コロナウイルス対策については、厚労省から発信される度に更新と研修を実施している。感染対策備品を各職員が持っており、感染症である利用者については、二次感染を防ぐ対策を講じた上で支援している。 27) 事業所内は、整理整頓し、職員が交代制で掃除をしている。備品等は物品担当者が管理している。		

(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	B
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)		28) 「緊急時対応マニュアル」を整備し、研修を実施している。乙訓消防本部で講習を受けて「患者等搬送乗務員適任証」を取得し、利用者の緊急時には併設の介護タクシー事業部と連携し、看護師が乗車して、車内で酸素や吸引等の必要な医療行為を行いながら病院へ搬送する体制を整備している。 29) ヒヤリハットや事故報告書を作成し、事故の再発防止に活用している。発生時はその都度、職員間で共有している。ただ分析をして定期的な評価や見直しなどには活用されていない。 30) 「災害時利用者一覧表」を作成し、利用者の避難場所や安否確認方法など利用者ごとに定めている。利用者の避難の優先順位などを含めた訓練や研修を事業所で年に1回実施している。		

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
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	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)「接遇・人権・虐待等のマニュアル」を整備し、年間計画に織り込んで研修を実施している。理念や運営方針に、「真心のコミュニケーション」として、「人と人の絆や結びつきを大切に、利用者様の尊厳を守り、命を大切にします。」として、利用者の人権や意思を尊重したサービス提供を行うことをホームページ等で明示している 32)利用者の状況に合わせてプライバシーや羞恥心には十分に配慮してサービス提供を実施している。秘密保持及び個人情報に関するマニュアルはあるが、プライバシーや羞恥心について明文化されたものがなく、研修会等も実施出来ていない。 33)ご利用依頼については基本的に断ることはない。方が一、依頼が受けられない場合は理由を説明し、代替えサービスや他事業所の利用など相談の上、紹介などの対応をさせて頂くことにしている。		
(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。	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)管理者が毎月1回訪問して、意見や苦情等がないかを個別面談で確認している。希望があれば随時に個別訪問し、サービス担当者会議にも必ず出席し、ご家族からの意見を聴取している。 35)サービス提供時に意見・要望・苦情等があれば利用者カルテに記録し、管理者に報告し職員間で情報共有している。意見・要望・苦情があれば、その都度対応を検討して改善や必要な対応を実施しているが、改善状況の公開は出来ていない。 36)事業所として、相談窓口としての第三者委員を設置している。公的機関や事業所が設置した第三者委員の連絡先を重要事項説明書に明記し、利用者・家族に周知している。		
(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	B
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		37)管理者が毎月訪問し、サービス提供内容についての意見・要望・満足度等を確認しており、ミーティングや会議等で必要な検討を実施している。利用者・家族へのアンケート(満足度調査)は実施出来ていない。 38)京都府訪問看護ステーション協議会等で他事業所の管理者と情報交換を行っている。利用者ごとのカンファレンスは実施しているが、サービスの質の向上に係る検討委員会の開催は出来ていない。 39)第三者評価を受診し、管理者や主任、リハビリ担当者を中心に話あり事業所の自己評価を取りまとめている。自主点検以外の自己評価を毎年実施することは出来ていない。		