

アドバイス・レポート

平成28年 1月 31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9月7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた洛和会訪問看護ステーション21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>●<b>理念の周知と実践</b> 介護事業部（洛和会介護事業本部）に新設の「NO.1」課が、中・長期計画「3年で日本1になる」「私が利用したい事業所になるー顧客満足NO.1ー」の進行役を務めています。「顧客満足NO.1」の目標を「サービスの利用者本人・家族等、提供者（職員）の誰もが満足感を得ることがより良い社会づくりにつながる」としています。「NO.1」課の3つのプロジェクトの一つ「めざせ事業所評価90%プロジェクト」において「事業所評価シート」を使い介護事業部門の全ての事業所が相互に評価し合い、事業所それぞれの課題の明確化とその解決に向けた取り組みを行っています。「顧客満足NO.1」の運営に肝要な意志決定が職員間のチームワーク、コミュニケーションにより行われています。</p> <p>●<b>継続的な研修・OJTの実施</b> 法人特有の採用前・直後研修を始めに、研修報告・伝達研修、個人管理（台帳）に徹したキャリアパス制度で体系的に人材の確保と育成（継続的な研修・OJTの実施）に取り組みられています。また、「顧客満足度NO.1」の取り組みの中で、職員ひとり一人が「個別目標と研修計画」に添い、段階的に必要な技能と経験を積まれています。他に「看護師の力量評価」、職員や利用者のニーズに合わせた同行訪問、複数の看護大学や系列の医療機関からの実習生の受け入れ、「職員やりがいアンケート」の取り組み等々があります。門前の同一法人総合病院と直結し、2ヶ所の事業所が統合した事業所であるメリットを活かし、専門的スキルを習得された職員（看護師）が子ども・障がい・難病・緩和・精神等々、多種多様な年齢・疾患・状態、重度の看護ケアを提供されています。情報を共有する中でお互いにスーパーバイザーとしての役割を担っておられます。門前の病院の病棟カンファレンスに参画し、入院中の外泊希望の方に訪問看護を提供されています。総勢21名の職員（看護師）が事業所のアクションプランの一つ「看護の質の確保、向上を目指す」が着実に実行されていました。</p> <p>●<b>業務マニュアル・個人ケアマニュアルの作成 サービス提供に係る記録の充実</b> 50種の「業務マニュアル」は企業内ネットワーク（イントラネット）で閲覧出来、全ての職員が実用書として活用されています。また、「業務マニュアル」に添って訪問看護が提供されているかどうかを「事業所評価」「事業所管理状況とりまとめ」「看護師の力量評価」「顧客満足調査」等で点検・確認されています。アセスメント表や看護計画書等のケアマネジメントの実践記録が「カルテ（ケースファイル）管理マニュアル」に沿って時系列にファイル化されていて、関係者が確認し易い様に整備されています。また、記録の重要性の観点から、カルテの記録の書き方や整備の仕方等も職員に周知徹底されています。利用者ひとり一人に対する看護実践が「ケアマニュアル（手順書）」に添って行われていました。</p> <p>●<b>意見・要望・苦情の受付</b> 顧客満足NO.1に基づき、利用者の意向を訪問時に聴き取り、顧客満足度調査（10項目）を行い、カンファレンスで分析・評価し、対応の経過と改善内容を関係者にフィードバックするとともにホームページで公開されています。聞き取り調査は二人体制で訪問し、利用者本人と家族等から別々に行い、顧客満足度調査では郵送先を介護事業部（本部）にする等、本人・家族等からの意見・要望・苦情をダイレクトに把握されています。</p> <p>●<b>事故の再発防止</b> 文章「ヒヤリハット・不適合サービス・重大事故・苦情再発防止及び予防対策の手順」を作成し、「検討シート」「事故発生経緯再発防止策報告書」「事故トラブル発生時の対応」で事故の原因・要因・発生防止策等を検討されています。特に重大事故には介護事業部「NO.1」課の事故対策部会が再発予防に向けた注意喚起・周知のポスターを現場に配信されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>●<b>自然災害発生時の対応</b> 災害マニュアルを整備し、災害を想定した緊急連絡網の実施訓練を行っておられますが、地域を意識された地域と協働で行う防災訓練が実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●<b>自然災害発生時の対応</b> これまで、大きな自然災害に遭遇されていませんが、まさかの事態に地域と事業所が連携できる関係づくりとして、平素より支援関係のある地域の人々や関係機関と協働で、防災計画の作成と実践的な研修・訓練を行うことを行政に呼びかけられては如何でしょうか。</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	2664190010
事業所名	洛和会訪問看護ステーション21
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28年1月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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)		1. 法人及び事業所の理念・品質方針等を策定し、事業所内に掲示、始業時に唱和、名札の裏に明記、法人内研修（採用時・中堅研修）で職員に周知している。また、ホームページ、パンフレット、職員・利用者・地域向けの各広報誌に掲載し、広く地域の関係団体や住民にも周知している。サービスの提供が理念や品質方針に基づいているかどうかを「事業所評価シート」等で確認している。 2. 法人の各種会議に職員が参画し、案件別の意志決定を理念や品質方針に基づいて行っている。合議体には、理事会・NO1課・業績・事業所・所長（管理者）・リーダー・スタッフミーティング、申し送り・カンファレンス等がある。職員は企業内ネットワーク（イントラ）で会議の内容を閲覧・確認することができ、案件別の意志決定事項を適切な範囲で公開している。訪問看護ステーション統括が定期的に事業所（11ヶ所）を訪問し、職場の声を聴き取っている。職員はヒヤリングの中で、職員の意向が月次の会議で吸い上げられ事業の運営に活かされていると述べられた。組織図と各種の検討会議の実施記録で確認できた。			
<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)		3. ISO90001（提供サービスの品質管理）を引き次ぎ、介護事業部（本部）新設の「NO. 1」課が、中・長期計画（平成27年～29年）を遂行している。年度始めにエリア事業所長と訪問看護事業統括が発表した【アクションプラン目指せ顧客満足NO. 1】を基に、事業所が現場独自のアクションプランを策定している。事業所は毎月、「事業所管理状況取りまとめシート」に挙げられた課題（業績、NO. 1シート進捗状況、懸案事項、事故苦情報告）（質の確保、教育目標・計画、業績）を本部に報告している。また、各サービス事業所の統括と所長（以下、管理者）がペアで全事業所を巡回し「事業所評価／NO. 1自己評価シート」で質を数値化した相互評価を行っている。介護事業部の全事業所が【アクションプラン「目指せ顧客満足NO. 1」】と「事業所評価／NO. 1自己評価」に取り組むことで、事業所の強み・弱みが明確となり、ピンポイントで弱みを補強する事ができる。現場では、毎月事業所の検討会議「カンファレンス」で取り組み状況を確認している。 4. 【アクションプラン】を職員ひとり一人の業務レベルの課題に落とし込み、毎月、達成状況を個人の【目標・研修計画シート】に記録している。NO. 1課が行った分析・評価が現場にフィードバックされ、組織（介護事業部門）全体で【アクションプラン】の進捗確認を行っている。			

(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	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)		<p>5. 管理者は京都府主催の集団指導や看護事業財団（入会）の「訪問看護業務の手引き」等で遵守すべき法令を理解している。職員は遵守すべき各種法令をいつでも企業内ネットワーク（イントラ）で閲覧できる。また、伝達研修や内部研修（交通安全や労働関係等）で理解を深めている。自主点検表には職員全員が取り組んでいる。本部の業務監査室にコンプライアンスに関する相談をし指導を仰ぐことができる。</p> <p>6. 管理者は運営規程にある役割を遂行する為、エリアの事業所会議・所長会議に参画し、スタッフミーティング、申し送り、カンファレンス等で掌握した職員の意向や年2回実施の自己評価【NO. 1課の“事業所評価”】の結果等を事業運営に活かしている。また、人事考課とは別に年1回、全職員（無記名）を対象に職場環境調査「やりがいアンケート」を行い、職員の生の声を職場環境の改善とサービスの質の向上に反映させる仕組みがある。アンケートは介護事業部（本部）で分析・評価され、結果がレーダーチャートで事業所にフィードバックされる。管理者に対する職員からの評価はステーション統括が直接、職員から聴き取っている。</p> <p>7. 事業所専用の携帯電話を管理者（日中）と当番職員（夜間）が所持し、「緊急時・事故対応マニュアル」に基づいて、緊急時の連絡体制を確保している。管理者は業務日誌や訪問報告書等で事業の実施状況を把握している。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	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)		<p>8. 人事管理(募集・採用事務)は本部採用課が行っている。応募者は採用面接の前にDVDを使った「Howto訪問看護講座」を受講 → 訪問看護従事に関する意思表示 → 「面接評価表」を使った採用面接の流れで採用に至る。希望者には職場見学や体験も可能とし採用後はキャリアパス制度により、段階的に専門職(訪問看護師)としてスキルをアップし、サービスの質の向上に努めることが求められる。介護支援専門員の資格取得の為の研修(外部講師/6回シリーズ)を業務扱いで実施している。</p> <p>9. キャリアパス制度で全ての職員がキャリアパス台帳(個人管理ノート)を持ち、職場異動の後も継続的に段階別・階層別研修(採用時・初級・中級・管理職)を受講する仕組みとなっている。「個別目標と研修計画」を管理者と職員が共有し、年2回、職員ひとり一人の学習課題と行動計画の実践状況及び到達度をチェックしている。事業所内独自の研修も年間プログラムに添って行っている。初級研修では、職員個々の力量把握と到達目標をねらった「看護師力量評価 / 必須33項目・専門48項目」でテストと小論文を行い、年2回(5月・10月)評価している。全ての研修受講者に報告書の提出と伝達研修の実施を義務付け、さらに伝達研修の受講者も「研修・勉強会レポート」の提出を義務付けている。採用後の職員に一定期間、管理者や先輩職員が同行訪問(OJT)を行い、全職員が様々なケースに対応できるようにしている。ケースカンファレンスを月1回開催している。</p> <p>10. 「実習の受け入れマニュアル」に実習受け入れに関する姿勢、連絡窓口・事前説明・オリエンテーション等を明記している。実習指導は指導者養成研修修了者が担当している。法人系列の病院からの病棟看護師の中堅ローテーション実習、退院調整ナース講座/現場研修、新卒者訪問看護師育成の為の研修、法人系列の看護学校、外部の大学看護学科等の実習生を受け入れている。学校ごとに実習要項を作成している。</p>		

(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)		<p>11. 労基法に基づいて、育児休暇や介護休暇等を保障している。休暇制度に、有休・公休の半日休暇や連続10日間のリフレッシュ休暇、子ども看護休暇(年間10日/3歳まで7日/小学生まで)があり、週1回「ノー残業デイ」を設けている。看護ソフト「ちょうじゅ」の活用、訪問に2人体制を採る等、業務の負担軽減に努めている。職員ヒヤリングで職員にとって働きやすい職場であることが確認できた。</p> <p>12. 福利厚生制度として「リロクラブ」に加入し、専門家によるカウンセリング【ヒューマンフロンティア「心の相談室」】を受けることが出来、職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持に取り組んでいる。ハラスメントに関する取り組みでは、就業規則に明記し、パワハラ相談窓口であるES対策部会が研修を行っている。職員は悩みやトラブルの相談・回答のやり取りをHPで出来る様になっている(秘密は守られている)。職員には小冊子「福利厚生ガイドブック」やチラシやポスター等で周知している。職員が業務を離れてリラックスできる専用の休憩室が設けられている。</p>		

(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)		<p>13. 広報誌「イングルス」「おとまるくん」「らくわ」等に、法人の理念や基本方針と、健康・生活・医療介護サービス等の情報を掲載し、利用者・地域住民・関係団体等に定期的に配布している。</p> <p>14. 年1回、地域交流フェスタを開催し地域にアピールしている。事業所に併設の「医療介護サービスセンター」が地域の人々の介護相談の窓口となっている。又、毎年市民向けに、法人の複数の訪問看護ステーションが合同で「訪問看護シンポジウム」や「認知症を考える会」を開催している。ホームページで広報し、毎回、集客率が高く盛況である。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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、法人発行の各種の広報誌で健康・生活・医療介護サービス等の情報を地域に公開している。利用契約時は文書（契約書・重要事項説明書等）で説明し同意を得ている。利用者からの相談や見学希望には電話や個別面談で対応している。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. 重要事項説明書にサービスの内容を具体的に記載している。料金は根拠も含めて別紙に記載し、利用者本人・家族等に説明・同意を得ている。判断能力に支障のある利用者には、ケアマネジャーの協力のもとで説明・同意を得、契約を結んでいる。利用者の権利擁護の為に成年後見制度や日常生活自立支援事業等の活用を推奨している。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 18. 19. 20のマネジメントサイクルが【カルテ（ケースファイル）管理マニュアル】に沿って実施されている。訪問看護計画書に本人のニーズ・課題・具体的目標・看護内容・評価等を記載している。アセスメントや看護計画の策定・変更・見直し等は、利用者・家族等の意向とスタッフカンファレンスで集約した職員の意向を反映させている。実施記録・会議録で確認できた。 17. アセスメントは所定のアセスメント様式を使い、ケアマネジャー策定のケアプランに添って、ケアマネジャーや医療機関等からの情報（サービス依頼書・情報提供書・入退院サマリー、医師の指示書等）を基に実施している。初期のアセスメントは「問題抽出・情報収集シート」を使い、事前カンファレンスで行っている。見直しは本人・家族の意向を尊重し、3か月毎に、また状態の変化に応じて行っている。ケアマネジャーとかかりつけ医には文章（定期報告書・変更後の計画書）で毎月報告している。 18. ケアマネジャー作成のケアプランに添って、利用者ひとり一人の訪問看護計画書を作成している。サービス担当者会議には利用者・家族等と参加し、訪問看護計画を利用者本人と家族等に説明し、同意を得ている。個別援助計画（看護計画）とともに、個々利用者の「訪問看護サービス手順書」を作成し、看護師が変更しても同質の看護サービスが提供出来るようになっている。 19. サービス担当者会議や入退院カンファレンスに参加し、また電話等で主治医、薬剤師、理学療法士等、他の利用サービス事業所、ケアマネジャー等に意見照会している。訪問看護計画書に関係者からの情報を基に本人のニーズ・課題・具体的目標・看護内容評価を記載している。 20. 訪問看護計画は3ヶ月毎に、又は状態変化時に再アセスメントを行い、ケアマネジャーを通し、医師の指示書をもとに作成している。カルテの記録から確認できた。朝のミーティング時や夕の業務報告時に、見直しや変更の為にカンファレンスを行っている。議事録で確認できた。			

(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. かかりつけ医やケアマネジャー、医療機関、地域包括等の関係機関との連携・支援体制を確保している。在宅支援の視点で1/W、同一法人の病院カンファレンスに積極的に参画している。又、管轄の地域は家庭医(在宅医)が比較的少ない為、事業所(訪問看護)は地域医療の担い手としての役割が期待されている。連携には地域連絡協議会のリストを活用している。医療機関とは利用者の入退院時のカンファレンス参加、看護サマリー・退院時サマリー等を介して密に連携している。行政主催の研修会には必ず参加している。		
(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	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)		22. 現場が作成した50種の「業務マニュアル」を実務書として活用し、年1回以上、その内容によっては必要時に見直しを行っている。「マニュアル一覧表」で制定日・見直しの確認日・改定日が一目で確認できる様になっている。利用者個々の「ケア手順書」に利用者のニーズに沿ったケア方法を記載している。各種のマニュアルに苦情・顧客満足度調査の結果、訪問時に聴取した利用者・家族等の声、ヒヤリハット事例等を反映させている。ステーション統括が訪問に同行し、サービス提供がマニュアルに基づいて行われているかどうかを検証している。 23. 「記録の書き方マニュアル」の研修を行っている。訪問看護の実施記録は利用者の状況やサービス提供状況をSOAP形式で記載している。個人情報保護の為、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄等は「カルテ管理マニュアル」に基づいて行っている。記録の開示請求は「情報開示マニュアル」に即して応じている。 24. ケースの情報は毎朝の申し送りや月1回のケースカンファレンスで共有している。会議録や「連絡ノート」等で確認できた。毎朝の申し送りは口頭とメモで行っている。 25. サービス担当者会議に利用者・家族等と参加している。訪問時にサービス提供時の状況やモニタリングの結果等を伝えている。また、利用者に変化が生じた時や気になることがあれば、その都度、連絡ノートや電話等で伝えている。医療機関の病棟カンファレンスに参画し、外泊希望の方の支援にも関わり、本人・家族等が望まれる安心と安全に繋げている。		
(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. 「感染症予防マニュアル」「感染症報告ルートマニュアル」「感染症報告書マニュアル」を作成し、NO.1課で研修を行っている。マニュアルの見直しは年1回以上行い、最新の情報はその都度追記等している。二次感染のマニュアルを作成し、訪問鞆にマスク・使い捨てガウン・手袋・消毒液を常備している。 27. 物品係りと発注係りが事業所内の帳票類・備品類の整備・整理を行っている。フロアの掃除は1/W トイレ掃除は毎日行っている。		

(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	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)		<p>28. 「緊急・事故対応」「交通事故対応」「業務災害事故」それぞれにマニュアルを作成し、年2回「交通安全研修」等の職員研修を実施している。「針刺し事故予防マニュアル」で業務災害事故の防止に努めている。緊急連絡網で責任と指揮命令系統を明らかにし、毎年、9月9日(救急の日)に緊急連絡網を使った緊急時の電話連絡の実施訓練を行っている。バイク・自転車・自動車は法人系列のトランスポートで安全管理している。</p> <p>29. 「緊急・事故対応マニュアル」と、「ヒヤリハット、不適合サービス、重大事故・苦情再発及び予防対策の手順」で、発見者「気づいて良かったシート」「検討シート(ヒヤリハット・不適合サービス・苦情報告書)」を作成し、全職員の参画の基で、原因究明と事故の防止策を検討している。重大事故には「事故発生経緯再発防止策報告書」を作成し、緊急カンファレンスを開催している。「事故・苦情管理シート」で発生件数を把握している。各種の報告書で確認できた。新聞等で報道された事故の事例を各事業所にポスター配信し、職員に気づきを促している。事故・労働災害報告書、アクシデント・インシデント報告書を整備している。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアル(火災・地震・水害・台風)を作成し、種別の災害に対応できる様にしている。災害時フローチャートで責任者と指揮命令系統を明確にし、年2回、防災訓練を行っている。自然災害に備えた取り組みとして、地域との連携を意識したマニュアルの作成や実際の訓練を行う体制づくりが望まれる。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	評価結果	
				自己評価	第三者評価
<b>IV利用者保護の観点</b>					
<b>(1)利用者保護</b>					
	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)		<p>31. 理念の実現に向けて、品質方針に「利用者の意思及び人権尊重したサービス提供」を明記している。プライバシー保護については、運営規程・重要事項説明書・就業規則に明記している。事業計画に「月1回は全員参加のカンファレンスを行う」を掲げ、職員はマナー・接遇研修等で、人権擁護・身体拘束廃止・プライバシー保護・虐待防止・個人情報保護の重要性を周知している。「個別ケア手順書」に本人のプライバシー保護に関する事柄を明記している。虐待が疑われるケースの早期発見に努めている。</p> <p>32. プライバシー保護はマナー・接遇研修に位置付けている。「個別ケア手順書」に本人のプライバシー保護・マナーや接遇に関する文章を明記し、プライバシーに配慮した行動を取っている。</p> <p>33. 基本的には利用の申し入れを断わらない方針である。体制的に受け入れられない場合や回数が増える様な場合は複数の事業所で支援するようにしている。</p>		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>					
	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)		<p>34. 重要事項説明書に苦情・相談窓口を記載し、利用契約時に文書と口頭で伝えている。訪問看護計画書の作成に当たっては利用者・家族の意向を尊重し、事業所に対する要望や苦情には直接訪問し聞き取っている。年1回実施の顧客満足度調査（10項目）は苦情や意見が出し易いように利用者が直接、介護事業部に郵送する仕組みにしている。アンケート結果をNO.1課で取り纏め、法人全体でサービスの質の向上に役立っている。意見や苦情を出された利用者には検討経過や解答をフィードバックしている。</p> <p>35. 「苦情・相談対応マニュアル」「苦情対応チャート」の規定に沿って、組織全体で迅速な対応に努めている。事業所に寄せられた苦情等は「苦情検討シート」に記載し、NO.1課の苦情部会で分析・評価を行う仕組みとなっている。苦情や意見はお客様の声としてホームページや広報誌で公開している。NO.1課で取り纏めた満足度調査の結果を訪問時に利用者全員に渡し、事業所には企業内ネットワーク（イントラ）で改善報告を発している。</p> <p>36. 第三者委員を設置している。第三者委員と公的機関の相談窓口の案内を事業所内に掲示し、重要事項説明書に明記している。</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)		<p><b>37. 38.</b> スローガン「自分が利用したいサービス事業所になるー顧客満足NO. 1ー」を目標に、顧客満足度調査の結果をNO. 1課が分析・評価している。所長会議・事業所会議・業績会議・NO. 1課会議で、顧客満足度調査や事業所評価「顧客満足NO. 1シート」等のデータを基に、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。同法人の他の事業所の取り組み等は所長(管理者)会議で収集している。結果はホームページに掲載・公開している。</p> <p>顧客満足度調査アンケート結果を昨年と比較して振り返りを行っている。</p> <p><b>39.</b> 利用者の満足度の向上を目指し、中長期計画・単年度計画に挙げた課題の達成状況を法人全体(事業部・事業所・職員)で確認し、評価結果を次年度の事業計画に反映させている。「事業所評価シート」を使った事業所評価の取り組みは、中・長期計画「目指せ顧客満足NO. 1」の自己評価であり、現場の管理者が利用者宅を訪問してチェックする仕組みとなっている。今回の様な第三者評価の受診は始めてであるが、ISOの取り組みで年2回の外部評価・自己評価(内部監査)を行っている。</p>		