

アドバイス・レポート

平成 28年 2月 14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右京山ノ内につきましては、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>	<ul style="list-style-type: none"> ●良い職場環境 所長は人事考課での職員ヒヤリング（年2回）を含め、日々のミーティングから課題を抽出しサービスや運営に活かしています。職員の提案により、利用者1名を職員2名の受け持ち制に変え、必要に合わせ2人同行訪問を行っています。ホワイトボードでしていた訪問日予定を紙表示に変え、取り消し時の間違いが起こらないように訪問時間確認をミーティングで行う等、改善を行っています。職員ヒヤリングでは「よく話を聞いてもらい風通しが良い職場である」「先輩後輩の区別なく仕事の話はしており、皆生き生き励まし合う人間関係の良い職場である」等の話が聞けました。上司や先輩達の聞く姿勢が良い職場環境を作っています。 ●継続的な研修・OJTの実施 法人で人材育成の為にキャリアパス制度が構築されています。新人・初級・中級・管理職と段階的に研修を行い、試験や小論文で合格すれば次の段階に進みます。訪問看護師を目指すには、2年間の現場実技研修があり、訪問看護に関する知識を得るための2～3日の研修も組まれています。各職員にはキャリアパス台帳「個別研修計画・実施一覧」があり、介護事業部と個人で管理し職場を異動しても継続します。また、毎年「個別目標と研修計画」を作成し、目的を明確にした上で法人内・外の研修に臨み、研修レポートの提出や事業所内での報告を行っています。年2回所長から達成度の確認やアドバイスが行われます。新採用者は「訪問看護育成プログラム」に沿い先輩が同行しての現場指導（約3ヶ月）のもと、利用者への理解や看護技術の確認を経て単独訪問に繋がっています。異動の職員にも数回の同行訪問を行い看護の統一を図っています。統括の同行での指導もありスーパービジョン体制が確立しています。 ●地域への貢献 洛和会のメディカルフェスティバルでは、職員は介護・看護の相談ブースに相談員として参加し、地域の方の諸相談を受けています。介護事業部主催で訪問看護シンポジウムを開催し、一般の方の参加もあります。右京区役所の連絡協議会では右京消防署も参加し、災害対策についての意見交換等に参加しています。また、右京事業所として、地域の方対象に健康教室（認知症研修）を行い、認知症とは・訪問看護について等、講師を務めています。右京ふれあいまつりでは職員の栽培したジャガイモでジャガバタの販売や訪問看護相談を行い、京都マラソンでは救護員を努めジュース配り等支援をしています。このように専門性を活かし、様々な分野で地域貢献が行われています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●リラックスできる休憩室の整備 休憩は単独での指定場所が定められてない為事務所内にとる職員が多いとのことでした。事務所内に個人毎に机・椅子がありゆったりしたスペースがある為か、特に要望もないようです。しかし、利用者宅への訪問後疲れた身体をのんびり伸ばせる場所があれば心も体も休まり、余裕をもって次の訪問に行けるのではないのでしょうか。 ●災害発生時の対応 対応マニュアルは整備され指揮命令系統も明確です。防災訓練は右京事業所全体で年2回行っていますが、防災訓練時に地域住民の参加はなく、地域の防災訓練へは参加はされていませんでした。地域住民とともに安全対策を模索されることを望みます。 ●情報の追記 アセスメントの内容に利用者の趣味・生活習慣・生活上のこだわり等を記入する箇所がありませんでしたが、追記され職員間の統一が出来ること、家庭生活の中でより利用者を尊重し寄り添う看護に繋がるのではないかと思います。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●リラックスできる休憩室の整備 勤務中の休憩は、業務を離れてリラックスできる環境でとられているか、今一度皆で考察され、右京事業所として休憩室のありようを検討されることを期待します。 ●災害発生時の対応 火災等いざという時には近隣住民の支援は不可欠になります。事業所の力と地域の力で相互支援を行う関係の樹立を期待します。

※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)

※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	2660790011
事業所名	洛和会訪問看護ステーション右京山ノ内
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	2016年1月22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
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 事業所内に法人理念は掲示し、毎朝のミーティング時に唱和を行い、名札の裏に明示し常に意識を高めている。法人理念をもとに右京事業所では、【基本方針：目標達成に向けてみんなで助けあう】【課題：右京事業所全体で情報を共有し助け合う】【具体的アクション：スタッフに声をかけ困りごとや取り組みの様子を汲み取り対応する。】と立案し、当事業所アクションプラン[4.1ポイントを目指す]と掲げ、日々4件以上の訪問看護を目標に業務に取り組んでいる。理念はホームページやパンフレット・各種広報誌に掲載し、利用者（家族）・地域に向け広報している。 2 介護事業部全体の組織図・右京事業者の組織図により、指示命令系統は明確になっている。職員の意見・要望は、毎日のミーティング時に随時所長が聞き取っている。右京事業所業績会議で検討し、必要な案件は各種会議（リーダー・所長（管理者）・統括・事業所・NO. 1課・事業部・理事会）にかけられる。職員から、「所長が良く意見を聞いてくれて運営の改善を行い、風通しの良い職場である。」との話が聞けた。		
(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	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 介護事業部のNO. 1課がH26年度から「3年で日本一」となるというスローガンの下に私が利用したい事業所になる一顧客満足NO. 1をスローガンに3年間の中期目標を掲げプロジェクトが始動している。単年度では右京事業所長と看護事業統括がアクションプランを作成し、それを受け事業所は単年度アクションプランを立案している。 4 アクションプランは毎月第三木曜日のミーティング時に、全員で進捗状況を確認し、顧客満足NO. 1シートで査定後事業所管理状況取りまとめシート（業績・NO. 1シート進捗状況・懸案事項・事故苦情報告）で毎月報告している。		

(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 法人事業部で毎年法令遵守に関する研修が行われている。集団指導も受講し情報は全職員に伝達している。法人では虐待等のニュース報道時には臨時で研修を行った。感染症は年1回、交通安全講習会は年2回行われ参加している。職員は各種の遵守すべき法令を法人内ネットワークで閲覧できる。</p> <p>6 管理者の役割や責任は運営規程第5条に明記している。職員は年1回「やりがいアンケート」を介護事業部に提出している。結果は集計して棒グラフとリーダーチャートで分析し統括のコメントとともに事業所に返される。また、年2回NO. 1課の事業所評価もある。人事考課での職員ヒヤリングも行い、日々のミーティングからも課題を抽出しサービスや運営に活かしている。最近ではホワイトボードでしていた訪問日予定を紙表示に変え、取り消し時間違いが起きないようにした。訪問時間確認をミーティングで開始した。働きやすいよう事業所内レイアウトを行った。所長は、アクションプランの毎月の状況・課題・翌月へのアクションも示している。</p> <p>7 所長は申し送りノート・カンファレンス記録・訪問報告書を確認しているが、訪問後の報告は口頭でも受けている。業務用携帯電話は日中は所長、夜間は当番看護師が持っている。緊急時報告は所長・統括には電話で常に連絡出来る体制になっている。通常の夜間報告はミーティング時に職員全員で受ける。</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
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 初回の採用面接は、介護事業部の統括が行う。その後採用場所の所長を含む課長職2名で面接評価表を用い面接に当たる。正看護師のみの採用である。希望者には、職場見学や体験も行っている。採用後の資格取得支援として訪問看護認定看護師・実習指導者・介護支援専門員等があるが、特に介護支援専門員の資格取得には外部講師による研修を組み受験を支援している。</p> <p>9 法人としてキャリアパス制度が構築されている。新人・初級・中級・管理職と段階的に組み立ててあり、試験と小論文で合格すれば次の段階に進む。各職員にはキャリアパス台帳があり、介護事業部と個人で管理し職場を異動しても継続できる。また、毎年「個別目標と研修計画」を作成し、目的を明確にした上で法人内・外の研修に臨み研修レポートの提出や事業所内での報告を行っている。年2回所長から達成度の確認を受ける。新採用者は「訪問看護育成プログラム」に沿い先輩が同行しての現場指導（約3ヶ月）が行われ、単独訪問に繋げている。ミーティングでの勉強会も行っている。</p> <p>10 「実習の受け入れマニュアル」は整備している。法人の看護学校・橋大学・京都大学・府立大学の学生が来ている。他に法人の新人研修生や訪問看護師を目指す研修生を受け入れている。実習指導者講習会修了者が配置されている。</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るげ、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	B
		(評価機関コメント)		<p>11 有給休暇は全職員が希望に応じて取得出来るように勤務調整を行っている。休暇制度として育児休業・介護休業・半日公休・半日有給・連続10日間のリフレッシュ休暇も保障している。職員の休暇により利用者に迷惑がかからないように、一人の利用者に対し3名以上の看護師が対応できる体制を整えている。訪問に利用する自転車は電動自転車である。</p> <p>12 法人内に臨床心理士によるメンタルヘルス相談窓口「心の相談室（ヒューマン・フロンティア）」が設置されている。全職員は周知しており利用されている。研修でも「職場におけるパワハラ防止とパワハラにならない叱り方」を行っている。福利厚生として、リロクラブ・むつみ会に参加しており旅行等補助がある。また、法人からは勤続10年・20年表彰があり副賞がつく。休憩室は決まった場所はなく、事務所内の各職員毎のデスクで過ごす職員が多い。職員からの不満はないとの事であるが、業務を離れてリラックスできる環境とは言い難い。右京事業所として適切な場所の確保を期待したい。</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 ホームページやパンフレット・各種広報誌で事業所情報は公開している。洛和会の広報活動としメディカルフェスティバルを開催している。介護・看護の相談ブースに職員は参加しており、地域の方80名程度の参加がある。また、右京ふれあいまつりでは、職員の栽培したジャガイモでジャガバタの販売や訪問看護相談を行い、京都マラソンには救護員やジュース配り等行っている。</p> <p>14 法人介護事業部主催で訪問看護シンポジウムを開催し、一般の方の参加も呼びかけている。右京区役所の連絡協議会では右京消防署も参加し、災害対策について意見交換を行っている。右京事業所として地域の方対象に、健康教室（認知症研修）を行っている。認知症とは・訪問看護について等、講師を務めている。</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
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 ホームページ・パンフレット（法人及び訪問看護協議会）・法人から発行する各機関誌により、サービス内容の情報を公開している。利用者の問い合わせに対しては、電話でも説明するが個別面談でも説明をしている。			
(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 利用開始時に契約書・重要事項説明書・利用料金表・パンフレット等で説明し同意を得ている。成年後見人が必要と思われる利用者には、居宅ケアマネジャーから薦められている。同意は利用者（家族）・成年後見人とも行っている。			
(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 法人でカルテ管理マニュアルが整備しており、記録類は全事業所同一である。カルテファイリングの順序・記入方法・取り扱い注意点・看護計画見直し基準等細部にわたり統一されている。利用開始時に利用者（家族）から生活歴の聞き取りや、ADLの状態・利用にあたっての希望・要望を法人で統一したアセスメントシートを使用し聞きとっている。かかりつけ医や他の医療関係者・担当の介護支援専門員等からの指示や情報提供を受け、利用者の課題をとらえている。アセスメントの内容に利用者の趣味・生活習慣・生活上のこだわり等、記入する箇所があり職員間の統一が出来ると、より利用者を尊重し寄り添う看護に繋がるのではないかと期待する。 18 サービス担当者会議は利用者の自宅で行われる。本人（家族）・各関係機関（訪問看護・通所介護施設・薬剤師・介護用具）の参加もある。個別援助計画と共に訪問サービス手順書を作成している。手順書は看護師が変更しても統一した看護提供が出来るよう細部にわたって記してある。計画は本人（家族）・成年後見人に説明し同意を得ている。 19 訪問看護時には、利用者の状況を連絡帳に記録し、家族やかかりつけ医、他のサービス機関との連携を図っている。サービス担当者会議で意見を得ると共に状況に合わせ電話・ファックスを使用し関係機関と連絡を取り合っている。薬剤師とは、利用者の状態に合わせ薬剤を一包化するなど情報を密に提供している。利用者の希望についても各関係機関に連絡している。毎月、各かかりつけ医と担当介護支援専門員には月締めで「利用者状況報告書」を送付している。 20 看護計画のモニタリング・見直しは3か月毎と緊急時に担当者が行っている。見直し時はアセスメントを行い、カンファレンスで職員のアドバイスを得ると共に医師の指示書に基づき計画変更を行っている。			
(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 利用者のかかりつけ医とは常に連携のとれる体制であり、他の事業所や関係機関との連携体制も出来ている。利用者の入院時には看護サマリーを提出し担当者は面会に行っている。退院カンファレンスに参加し職員間の情報共有を行っている。			

(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	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 各種マニュアル（50種）が整備され、法人のステーション会議で随時見直しをしている。職員から提案され「訪問看護ステーションでの緊急呼び出し出勤の取り決め」「利用者不在時職員取り扱い」等、作成された。利用者訪問時に統括が同行し、マニュアルや手順書に基づいたサービス提供の検証を行っている。 23 サービス提供時の記録は、カルテに記載すると共に連絡帳に記載している。記録の管理は「カルテ管理マニュアル」にもとづき行っている。 24 訪問看護前にはカルテに目を通し情報の確認をしている。かかりつけ医や他事業所訪問時の情報は適宜得ている。日々の申し送りやカンファレンスで利用者の状況の変化は情報交換し、職員間の情報共有をしている。申し送りノート・カンファレンス記録書に残している。 25 家族は連絡帳で利用者の状況は把握できるが、変化があった時は直接電話で状況を伝えている。計画見直し（3ヶ月毎）の結果は利用者（家族）に説明している。		
(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 各感染症マニュアルは整備している。居宅訪問時には一般備品と共に手擦込式アルコール消毒も携帯している。感染が疑われる利用者には、手順書で感染症予防策を作成し対応している。法人研修や外部研修に参加し最新情報を全職員で得ている。 27 事業所内は備品棚・デスク周り等整理整頓が行き届いている。週2回の掃除（トイレ毎日）は当番表で管理し、清掃当番にて清潔を保つ努力が行われている。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		28 マニュアル・緊急連絡網は整備している。カルテ内に緊急時の医師指示書や家族への連絡方法が記してある。自宅にも緊急連絡先は表示しており、業務用携帯電話にもかかりつけ医や協力病院を登録している。法人での救命救急（AEDを含む）研修は毎月行われており、参加し更新している。交通安全研修も全員参加している。救急の日（9月9日）には連絡網を使用して緊急連絡実施訓練を行っている。 29 事故やヒヤリハットの報告書類は法人統一で整えられている。カンファレンスで原因の究明を行い再発防止に繋げ、利用者（家族）に速やかに対応している。事故・ヒヤリハット・不適合サービス・苦情等の報告は法人事業部NO.1課に提出する。サービス別に取りまとめ集計し事故検討部会で報告検討を行う体制が出来ている。また、ニュース等での事故報道は各事業所にポスター配信され、職員の気づきを促している。 30 マニュアルは整備され指揮命令系統も明確である。防災訓練は右京事業所全体で年2回行っている。京都市消防局主催の防火アドバイザー研修に参加し学びを深めている。事業所の防災訓練時に地域住民の参加は得ていない。地域の防災訓練への参加出来ない。		

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
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)		31 運営規程の運営の方針の中で、「利用者の意思及び人権を尊重したサービスを尊重するものとする」と明記しており、一人ひとりにあった看護計画を実践するとともに、処置を行う時には利用者によく説明するようにしている。人権・虐待・身体拘束についての研修は、毎年法人の全体研修で実施している。参加した職員から伝達講習がある。 32 個別看護計画の手順書のなかで、プライバシー保護・マナーや接遇に個別に配慮し計画を立案し実施している。訪問時の車両の置き場所にも利用者の了解を得て配慮している。 33 基本的には利用申し込みは断らない方針である。エリア外の訪問依頼の場合は、他の事業所を紹介している。疾患によって断ることはない。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		34 重要事項説明書に苦情相談窓口を記載し契約時に説明している。事業所内にも掲示している。計画見直し前や日々の訪問時に利用者の意向の聞き取りは行っている。介護事業部で年1回顧客満足度調査（アンケート調査）を行い、集計・分析した結果が事業所に届き、サービスの質の改善に役立っている。本人（家族）にも経過や結果は手渡しで説明し返している。 35 介護事業部に苦情対策委員会が設置されている。「苦情・相談対応マニュアル」「苦情対応チャート」に沿って対応する体制が整っている。事業所で受けつけた苦情は「検討シート」に記載し介護事業部に提出する。苦情対策委員会で検討・分析した結果は、お客様の声としてインターネットや広報誌で公表している。職員には企業内ネットワーク（イントラ）で改善報告が発信される。所長会議でも苦情等の共有が行われている。日々受ける意見や要望はミーティングで話し合い、必要に合わせ介護支援専門員に伝達しサービス内容の変更等に繋げている。 36 外部の相談・苦情窓口は重要事項説明書に明記している。また、医療介護サービスセンターから、法人事業部に寄せられた苦情等も事業所に伝達があり対応している。		
(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。	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)		37 毎年一度、満足度調査を行い前年度と比較し、課題を分析して今後のサービスの質の向上に役立っている。またその結果を事業所ごとに振り返り、職員間で共有している。 38 介護事業部NO. 1課の会議で話し合わせ、各会議におろしている。管理者は毎月所長会議、業績会議に出席し、話し合われたことを事業所に持ち帰り職員に伝えている。地区の訪問看護協議会の管理者会議、研修会に参加し情報交換している。 39 利用者の満足度向上を目指して、中長期計画・単年度計画に挙げた課題に対して法人全体で達成状況を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」を用いて取り組んでいる。内部監査を行うと共に、第三者評価としてISO評価を昨年まで受けていた。		