

アドバイス・レポート

平成28年 1月 5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四条鉾町につきましては、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

●理念の周知と実践

介護事業部（洛和会介護事業本部）に新設の「N.O.1」課が、中・長期計画く「3年で日本1」になるく「私が利用したい事業所になる一顧客満足N.O.1」の推進役を務めています。「顧客満足N.O.1」の目標は「サービスの利用者本人・家族等、そして提供者（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こと」です。「N.O.1」課の3つのプロジェクトの内の一つ「めざせ事業所評価90%プロジェクト」で、介護事業部門の全ての事業所が「事業所評価シート」を使って相互評価を行い、自己の課題の明確化と課題解決に取り組んでいます。「顧客満足N.O.1」の運営上の意志決定に肝要とされる職員間のコミュニケーションのプロセスが丁寧に行われています。

●継続的な研修・OJTの実施

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人材の確保と育成（継続的な研修・OJTの実施）が体系的に行われています。さらに、「顧客満足度N.O.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即した同行訪問、複数の看護大学からの実習生の受け入れ、「職員やりがいアンケート」…等の取り組まれ、職員の質とモチベーションを向上させています。3か所の事業所が統合された事業所である為、特に、同行訪問で職員の均質化を図っておられます。

特に良かった点とその理由 (※)

●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

職員は、細分化された50種の「業務マニュアル」を企業内ネットワーク（インターネット）で閲覧出来、日常的に実用書として活用しています。また、サービスが「業務マニュアル」に添って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」「顧客満足度調査」等で点検・確認される仕組みがあります。アセスメントや看護計画書の作成等のケアマネジメント実践が「カルテ（ケースファイル）管理マニュアル」に基づき、時系列にファイル化されています。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が職員にマニュアルで周知され、利用者ひとり一人の看護が「ケアマニュアル（手順書）」に添って実施・記録されています。

●意見・要望・苦情の受付

一顧客満足N.O.1に基づき、訪問時の聴き取りと「顧客満足度調査／10項目」を実施しています。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し、公開しています。利用者アンケートは本人・家族等から忌憚のない意見を聴き取る為、送先を介護事業部（本部）にしています。二人体制で訪問し利用者本人と家族等の話を別々に聴き取る機会を設け、家族間の良好な信頼関係を構築されています。

●事故の再発防止

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「N.O.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

特に改善が望まれる点とその理由 (※)

●ストレス管理

併設のクリニック等の空きスペースが職員の休憩場所として確保されていましたが、必要な設備や備品を備え、職員が適切にくつろげ、心身を休めることができるスペースには不十分と思われました。尚、メンタルヘルスをサポートするES対策部会や専門家による「心の相談室（ヒューマン・フロンティア）」の設置、有給・公休の半日休暇や連続10日間のリフレッシュ休暇制度を設け、職員の業務上の悩みやストレスを解消するための具体的な取り組みによって、職員の心身の健康を高めておられます。

●自然災害発生時の対応

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。

具体的なアドバイス

●自然災害発生時の対応

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。

※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

※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

事業所番号	2660490075
事業所名	洛和会訪問看護ステーション四条鉾町
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27年12月10日
評価機関名	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. 法人及び事業所の理念・品質方針を策定し、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）等で職員に周知している。また、広く地域の関係団体や住民誰もが知ることが出来るようにホームページ、パンフレット、職員・利用者・地域向けそれぞれの広報誌に掲載している。「事業所評価シート」等を使った取り組みで理念・品質方針に沿ったサービスの提供状況を振り返っている。文書で確認できた。 2. 法人の各種会議【理事会・N.O.1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】で、定期的に理念・品質方針に基づく事業実施に関する検討を行っている。各種の会議で議論された事項が、案件別に法人としての適切なプロセスを経て意志決定され、プロセスに職員が参画している。また、職員は企業内ネットワーク（イントラ）で検討会議の内容を閲覧・確認することができ、案件別の意志決定が適切な範囲で公開されている。ステーション統括が定期的に事業所を訪問し、職場の声を吸い上げている。職員はヒヤリングの中で、職員の意見が事業の運営に活かされていると述べている。組織図と各種の検討会議の実施記録で確認できた。			

(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. ISO90001（提供サービスの品質管理）を引き続き、介護事業部に新設の「N.O.1」課が平成27年～29年（3ヶ年）の中・長期計画を推進している。年度始めにエリア事業所長と訪問看護事業統括が【アクションプラン「目指せ顧客満足N.O.1」】を策定し、これを受けて事業所が現場独自のアクションプランを設定している。事業所は毎月、1.質の確保、2.教育目標・計画、3.業績の内容を「事業所管理状況取りまとめシート（業績、N.O.1シート進捗状況、懸案事項、事故苦情報告）」で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（管理者）がペアで「事業所評価／N.O.1自己評価」シートを使って全事業所を巡回し相互評価をしている。介護事業部全体で【アクションプラン「目指せ顧客満足N.O.1」】と「事業所評価／N.O.1自己評価」に取り組む仕組みとなっている。事業所は「働きやすい職場作りの改善策を掲げる」をテーマに検討会議「カンファレンス」を月1回開催している。 4. 【アクションプラン】は、職員ひとり一人が取り組む課題に落とし込まれ、毎月、実施及び達成状況が個人の【目標・研修計画シート】で確認され、N.O.1課が分析・評価し、現場にフィードバックしている。組織（介護事業部）全体が一丸となって【アクションプラン】に取り組んでいる。		

(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. 所長は京都府主催の集団指導や内部の医療改正の研修、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。職員は各種の遵守すべき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、伝達研修や内部研修（交通安全や労働関係等）で理解に努めている。</p> <p>6. 所長の役割を運営規程に明記している。所長は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把握した職員の意向、及び年2回実施の自己評価【N.O. 1課の“事業所評価”】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、職場の環境調査「やりがいアンケート」を全職員（無記名）で実施し、現場の職員の意向を職場環境と職務改善、サービスの質の向上に役立てている。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ている。所長評価はステーション統括が職員から直接聴取している。</p> <p>7. 事業所専用の携帯電話を所長（日中）と当番職員（夜間）が持ち、「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、いつでも所長の指示を仰げる体制となっている。所長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)		8. 人事管理(募集・採用事務)は本部採用課が一括で行っている。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確認 → 「面接評価表」を使った採用面接の流れで採用される。希望者には職場体験も可能としている。採用された看護師(正看)はキャリアパス制度のもとで、訪問看護職員としての知識や技能を積んでいく仕組みとなっている。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)を業務扱いで受講出来る制度がある。 9. キャリアパス制度・キャリアパス台帳(個人管理ノート)で、全ての職員が段階別・階層別研修(採用時・初級・中級・管理職)を職場異動の後も継続的に受講する仕組みとなっている。「個別目標と研修計画」を所長と職員とで作成し、職員ひとり一人の学習課題と行動計画を明確にし、到達度を年2回チェックしている。事業所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「力量ペーパーテスト/ 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、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、所長や先輩職員が同行訪問・OJTを行い、誰も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。 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。実習指導者は近畿厚生局の養成研修を受講している。経験5~6年目の病棟看護師の退院調整ナース講座(現場研修)、新卒から訪問看護師育成の為の研修(3年間)、法人の看護学校、府立・京大・橋大の看護学科の資格取得の為の実習等多くの実習生を受け入れている。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		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、有給・公休の半日休暇や連続10日間のリフレッシュ休暇がある。週1回「ノー残業デイ」を設けている。看護ソフト「ちょうどじゅ」の活用や、訪問に2人体制を採る等で業務の負担軽減に努めている。事業所が職員にとって働きやすい職場であることが職員ヒヤリングで確認できた。 12. 職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持のための取り組みとして、専門家(臨床心理士)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」】を開設し、チラシやポスターで職員に周知している。福利厚生制度として「リロクラブ」に加入している。ハラスマントに関する取り組みでは、就業規則に明記し、ES対策部会がパワハラの相談窓口となり研修も行っている。文書は企業内ネットワーク(イントラ)で職員誰もが閲覧出来る。現在の事務所の休憩室は、3ヶ所の訪問看護事業所の統合により、スペース的に対応できなくなっている。職員が業務を離れてリラックスできる広さの休憩室が望まれ、現在検討中である。		

(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. カラフルなデザインの広報誌「イングルス」「おとまるくん」「らくわ」等を、利用者・地域住民・関係団体等それぞれに定期に配布し、法人の理念・品質方針とともに事業所の基本情報や活動に関する豊富な情報を開示している。</p> <p>14. 年に1回開催の「洛和メディカルフェスティバル」で、看護師とケアマネジャーによる介護相談の場を設けている。各拠点に設置された法人の「医療介護サービスセンター」が、地域の人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、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

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. ホームページやパンフレット、法人発行の各種の広報誌で様々な情報（健康・生活・医療介護サービス等）の情報を公開している。利用契約時は文章（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、電話もしくは個別面談で対応している。利用者の権利擁護の為の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。		

(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. 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・同意を確認し、契約が結べるようにしている。		

(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. 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】に基づいて実施されている。訪問看護計画書には本人のニーズ・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、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、訪問看護計画は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。訪問看護計画書には、関係者からの情報を基に本人のニーズ・課題・具体的目標・看護内容評価が記載されている。 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、見直しや変更の為の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 (評価機関コメント)	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。 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。利用者ひとり一人のケースファイルに関係機関や担当者の名刺等を貼付し、一目で分かる様に工夫している。連携には地域連絡協議会のリストを活用している。行政や医療機関とは、行政主催の研修や利用者の入退院時のカンファレンスと看護サマリー・退院時サマリー等を介して連携を密にしている。	A	A
---------------------	----	--	---	---

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成 (評価機関コメント)	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
		22. 職員は50種の「業務マニュアル」を実用書として活用している。マニュアルは年1回以上、その内容によっては必要時に見直している。「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「ケアマニュアル」に利用者のニーズに沿ったケア方法を記載している。各種のマニュアルは、苦情・顧客満足度調査の結果や訪問時に聴取した利用者・家族等の意向を反映させている。訪問にステーション統括が同行し、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」に基づいた研修を行っている。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」に基づき応じている。 24. 担当制を敷いている。毎朝の申し送りや月1回のケースカンファレンスの内容を記録している。職員は確認票や会議録、「連絡ノート」等で利用者・家族等の状況や意向に関する情報を共有している。 25. 家族等には、サービス担当者会議や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。		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防 (評価機関コメント)	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
		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、N.O. 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、訪問鞄にマスク・使い捨てガウン・手袋・消毒液を常備している。 27. 事業所内の帳票類を整理し、備品類を整理整頓している。掃除はフロアの全職員で分担し、掃除のチェック表で衛生管理に徹している。		

(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	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)		<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。</p> <p>29. 「緊急・事故対応マニュアル」と、文章「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、原因究明と事故の芽全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。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。</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。備蓄は医療関係のものを備え、利用者宅に食料品や水を蓄えるように指導している。事業所は祇園祭りで山鉾が2つ出る町内であり、日頃より地域とは連携を密にしている。</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

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、常に問題意識をもつ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. 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文章を明記している。虐待が疑がわれるケースの早期発見に努めている。 32. プライバシー保護は看護実践の基本であり、マナー・接遇研修に位置付け重要視している。利用者個々のカルテを開ける際、直接基本情報が目に留まらないように白紙1枚で覆っている。「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、訪問時はプライバシーに配慮した行動を取っている。 33. 基本的には利用の申し込み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は、京都府訪問看護ステーション協議会や法人の訪問看護ステーションに紹介している。			
	(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。		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)		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く。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なっている。アンケート結果をN.O. 1課で取り纏め、法人全体でサービスの質の向上に役立てている。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。 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「検討シート」に記載し、N.O. 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。N.O. 1課で取り纏めた満足度調査の結果は、訪問時に利用者全員に渡している。事業所には、企業内ネットワーク（イントラ）で改善報告が発せられる。 36. 第三者委員を設置し、公的機関の相談窓口等は重要事項説明書で周知している。事業所内にも掲示している。			

(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>37.38. スローガン「自分が利用したいサービス事業所になる－顧客満足N.O.1－」を目標に、顧客満足度調査の結果をN.O.1課が分析・評価している。所長会議・事業所会議・業績会議・N.O.1課会議で、顧客満足度調査や事業所評価「顧客満足N.O.1シート」等のデーターを基に、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>39. 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N.O.1」の自己評価である。今回の様な第三者評価の受審は始めてであるが、ISOの認証取得で年2回の外部評価・自己評価（内部監査）を行っている。</p>