

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大山崎につきましては、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"> ●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「NO.1」課が、中・長期計画（「3年で日本1」になる）を私が利用したい事業所になる（顧客満足NO.1）の推進役を務めています。「顧客満足NO.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。「NO.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NO.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」等に取り組まれ、職員の質とモチベーションを向上させています。地域の医師・医療機関と連携を密に、他職種とのチームワークで医療依存度の高い利用者の看護ケアに力を入れておられます。 ●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（イントラネット）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 「顧客満足NO.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・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「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しています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●ストレス管理 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出来る休憩場所がスペース的に不十分に思われました。尚、新築の事業所には専用の休憩室が設置されます。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、職員の内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。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●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、同法人の特別養護老人ホームは福祉避難所に指定されています。また、来年に事業所が大山崎町の官庁街に移転されます。これらをバックにして、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。

(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	2661090015
事業所名	洛和会訪問看護ステーション大山崎
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14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. 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、名札の裏に明示、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組織、住民等誰もが知ることができるように、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。エリア内の同法人特別養護老人ホームで月3回開催している「みんなでいこカフェ」で「こうゆう時に利用できる訪問看護」をテーマに家族や地域の方に話をしている。「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. 各種の会議（理事会・事業部・NO1課・業績・事業所・統括、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。職員は検討会議の内容を企業内ネットワーク（イントラ）で閲覧することができ、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、職員の声を吸い上げている。職員はヒヤリングの中で、職員の意見が事業所の運営に活かされていると述べている。組織図と各種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）を引き次ぎ、介護事業部（本部）に新設の「NO. 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NO. 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、NO. 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／NO. 1自己評価」シートを使って全事業所を巡回し相互評価している。事業所は1～2（4段階評価）で要改善と評価された課題を◎○△で評価し改善に取り組んでいる。介護事業部全体で【アクションプラン「目指せ顧客満足NO. 1」】の課題と「事業所評価／NO. 1自己評価」に取り組む仕組みとなっている。 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、実施状況・達成状況を個人の「目標・研修計画」シートで確認している。本年度目標の教育は「個別研修計画・実施一欄表」に基づいて、職員ひとり一人の研修報告が事業所→大山崎グループ統括（施設長）→訪問看護ステーション統括等でチェックされ、職員のキャリアアップと質の向上が進められている。看護ニーズにターミナルケアや特定疾患のケアが多く、乙訓医師会との連携で実践されている。		

(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. 法人内部で毎年、種別の法令遵守に関する研修を行っている。外部では所長が集団指導（亀岡）や新任管理者研修（看護協会）を受講している。毎年感染症（年1回）や交通安全講習会（年2回）等の研修を行い、法令に関する文献も事業所内に揃えている。虐待等のニュース報道には臨時で内部研修を行っている。職員は各種の遵守すべき法令を企業内ネットワーク（イントラ）で閲覧でき、事業所内に設置の書籍「Q&A」や「業務手引き」で理解を深めている。</p> <p>6. 所長の役割と責任については運営規程第5条に明記している。職員に実施する年1回の「やりがいアンケート」と、年2回事業所が受ける「自己評価【NO.1課の“事業所評価”】」とヒヤリングの結果をサービスの質の向上や職場環境改善に活かしている。賞与時に職員ひとり一人に人事考課の結果と本人への期待感を伝え、その際、所長自らの評価を職員等に聴き取っている。また、ステーション統括が職員の意見の吸い上げの状況を確認している。毎月、所長からアクションプランの進捗状況・課題・翌月へのアクションが示される仕組みとなっている。「やりがいアンケート」の結果はリーダーチャートで事業所にフィードバックしている。</p> <p>7. 業務用携帯電話は日中は所長、夜間は当番看護師が持ち、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ている。職員は所長・管理者・統括に携帯電話でいつでも指示を仰ぐことができる。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。	B	B
	(評価機関コメント)		<p>8. 人事管理（募集・採用事務）は本部採用課が実施している。採用希望者は、採用面接前に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」を使った面接の流れで採用となる。希望者には職場見学や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キャリア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。</p> <p>9. キャリアパス制度・キャリアパス台帳（個人管理シート）で、全ての職員が段階別・職階別研修（採用時・初級・中級・管理職）を、職場異動の後も続けて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、達成度を年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は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にも「研修・勉強会レポート」の提出を義務付けている。採用後の職員には一定期間、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。月1回、ケースカンファレンスを実施している。地域包括支援システムが進んでいる乙訓地域では医療依存の高い難病やターミナル期等の利用者が多く、看護師の力量が要求されている。</p> <p>10. 「実習の受け入れマニュアル」整備している。同一法人の厚生学校（看護学校）の実習生を受け入れ、看護学校のマニュアルに沿って、職員が実習担当者として指導に当たっている。同一法人運営の実習指導者育成カリキュラム（40日間 小論文 審査）は、ハードルが高い為、来年、近畿厚生局の10日間コースを受講する予定である。</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。	B	B
	(評価機関コメント)		<p>11. 労基法に基づいて、育児休業や介護休業等を保障している。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「ノー残業デー」を設けている。看護ソフト「ちようじゅ」の活用や訪問2人体制を採る等で業務の負担の軽減に努めている。職員ヒヤリングで働きやすい職場であることが確認できた。</p> <p>12. 職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持の為に取り組みとして、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」】を開設している。職員にチラシやポスターで周知し活用されている。ハラスメントに関する取り組みでは、就業規則に明記し、ES対策部に相談窓口を設置し、「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」をテーマに研修を行っている。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。福利厚生制度に「リロクラブ」や職員互助会（むつみ会）主催の旅行への補助等がある。職場の歓送迎会は子どもの参加を歓迎している。現在の更衣室兼休憩室は職員数に対応できるスペースではないが、来年度に移転予定の事業所には職員専用の休憩室が確保されている。</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. ホームページやパンフレット・数種の広報誌を定期的に利用者、地域住民、関係団体等に配布し、法人の理念とともに事業所の基本情報や豊富な活動の内容を開示している。</p> <p>14. 月3回開催の「みんなでいこカフェ」で訪問看護に関する情報を伝えている。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「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。いずれもホームページで広報し多くの参加を得ている。乙訓地域の地域包括ケアシステムの（乙訓在宅療法手帳小委員会）で活躍されている。平成28開催予定の事業「在宅療養コーディネーター養成研修会」の準備に取り組んでいる。同法人の特別養護老人ホームのコミュニティスペースで月3回、ボランティア15人程の協力を得て、ストレッチ体操や小物づくり等を行っている。健康相談も良い、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・パンフレット・法人発行の複数の広報誌で様々な情報（健康・生活・医療介護サービス等）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。			
(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と重要事項説明書・利用料金表（別紙 根拠も説明）・パンフレット等で説明し同意を得ている。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。介護力が脆弱な高齢者世帯が多く利用者の権利擁護のための成年後見制度等の利用を積極的に進めている。			
(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)		<p>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】に基づいて実践されている。訪問看護計画書には、本人のニーズ・課題・具体的な目標・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や変更・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見を反映させている。実施記録・会議録で確認できた。</p> <p>17. アセスメントは所定のアセスメント様式を使い、ケアマネジャー作成のケアプランに添って、ケアマネジャーや医療関係者等からの情報（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か月毎又は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。</p> <p>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。訪問看護計画は利用者本人と家族等に説明・同意を得ている。サービス担当者会議は利用者の自宅か本人が通うデイサービス等で行っている。個々利用者の「訪問サービス手順書」を作成している。手順書は絵や写真を用い、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工夫してある。</p> <p>19. 訪問看護時の本人の心身の状況や意向等を利用者の「在宅療養手帳」に記録している。「在宅療養手帳」でかかりつけ医や他のサービス事業所と利用者の情報を共有している。毎月、かかりつけ医と担当介護支援専門員に「利用者状況報告書」を送付している。</p> <p>20. 訪問看護計画に本人のニーズ・課題・具体的目標・看護内容評価を記入し、かかりつけ医の同意を得ている。3ヶ月毎、又は状態の変化時に再アセスメントを行い、医師の指示書に基づいて計画の変更を行っている。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。</p>			

(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が取れ、他の事業所や関係機関との連携体制も確保している。利用者の医療機関の入・退院時には互いに「看護サマリー」を提供し合い、退院カンファレンスに参加し、情報を共有している。乙訓ステーション会議に参加し、地域の同事業者と情報交換を行っている。		

(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. 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。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。利用者のニーズに沿ったケア方法が利用者個々の「ケアマニュアル」に記載されている。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。利用者訪問時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や手順書に基づいて行われているかどうかを検証している。 23. サービス提供時の様子はカルテとともに「在宅療養手帳」にも記録している。記録の管理は「カルテ（ケースファイル）管理マニュアル」に基づいて行っている。 24. 訪問の前に必ずカルテに目を通し情報を確認している。かかりつけ医や他事業所の訪問時の情報は「在宅療法手帳」で確認している。カンファレンスで、職員間で利用者の情報を共有している。「在宅療養手帳」やカンファレンス記録で確認できた。 25. 家族は利用者の状況を「在宅療養手帳」で把握できる様になっている。家族から持ち込まれた相談は所長自らが訪問するか電話で対応している。訪問看護計画の見直しの結果は利用者及び家族に説明し同意を得ている。		

(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。	B	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。見直しは年に1回以上、新しい情報はその都度行っている。二次感染のマニュアルを作成し、訪問時にマスク・使い捨てガウン・手袋・消毒液等を常備している。 27. 事業所内の掃除は同居の居宅介護事業所といっしょに職員が毎週土曜日に行っている。		

(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)		28. 「緊急・事故対応」「交通事故対応」「業務災害事故」それぞれのマニュアルと緊急連絡網を整備している。個人カルテ内に緊急時の医師や家族への連絡方法を明記し、自宅に緊急連絡先を表示している。業務用携帯電話にかかりつけ医や協力病院の連絡方法を登録し、いつでも医師の指示が仰げる体制にしている。法人で行う救命救急（AEDを含む）研修や交通安全研修に職員全員が参加している。毎年、9月9日に緊急連絡網を使った緊急時の実施訓練を行っている。 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、発見者が「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、全職員の参画のもとで発生要因を分析し未然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。適合サービス・苦情等の報告が法人事業部NO.1課で集約され、事故検討部会で検討される体制となっている。報道された事故を各事業所にポスター配信し、職員の気づきを促している。 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ようにしている。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。利用者の必要に合わせて、手動式吸引器・パウチの予備等を備蓄している。自然災害に備えた地域との話し合い・研修・訓練等が行われていませんでした。		

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)		<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、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。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・個人情報保護等の重要性を周知している。「個別ケア手順書」には利用者本人のプライバシー保護に関する文章を明記している。利用者の中に虐待が見受けられ、行政等と協力し解決した実績がある。</p> <p>32. 「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。</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は他の事業所を紹介している。男性のバルーンカテーテル留置においても、医師の責任を確認し受け入れている。</p>			
(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、利用契約時に文章と口頭で伝えている。訪問看護計画書の作成にあたっては、利用者・家族の意向を尊重し、事業所に対する要望や苦情があれば直接訪問し聞き取っている。年1回行う顧客満足度調査（10項目）は、苦情や意見が出し易い様に、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。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「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）で改善報告が寄せられる。</p> <p>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。いづれも事業所内に掲示している。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され、対応している。</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)		<p>37. 38. 法人のスローガン「自分が利用したいサービス事業所になる一顧客満足NO. 1」を目標に、顧客満足度調査の結果をNO. 1課検討部会が分析・評価している。所長会議・事業所会議・業績会議・NO. 1課会議等で、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している。同法人の他の事業所の取り組み等の情報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。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>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。昨年はどの職員も同じ質の看護が出来ているとの評価であった。</p> <p>39. 利用者の満足度の向上を目指して、中長期計画・単年度計画に挙げた課題に対して、法人全体（事業部・事業所・職員）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>			