

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壬生につきましては、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>●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〉〈私が利用したい事業所になる—顧客満足NO.1—〉の推進役を務めておられます。「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」としておられます。「NO. 1」課の3つのプロジェクトの内一つ「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まれています。「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。</p> <p>●継続的な研修・OJTの実施 法人特有の採用前・直後の研修を始めに、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）と、研修報告・伝達研修、研修の個人管理（台帳）が体系的に丁寧に行われています。「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」…等の取り組みで職員の質とモチベーションを向上させています。</p> <p>●業務マニュアルの作成 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）で閲覧でき、日常的に実用書として活用しておられます。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。</p> <p>●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」を実施されています。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おられます。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、送付先を介護事業部（本部）にしておられます。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。</p> <p>●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おられます。</p> <p>●地域との連携 複合施設としての強みを活かし、併設の事業との連携を密に取られ、認知症サポーター講座やもちつき大会を開催されたり、壬生祭りに参加して交流を深めておられます。また地域併設の地域密着型サービス（グループホーム・小規模多機能）の運営推進会議に参加する中で地域住民や利用者及び利用者家族の生の声を聴く場を得られています。毎年しみんむ「訪問看護シンポジウム」や「認知症を考える」持ちうる知識や資源を還元しておられます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>●ストレス管理 事業所の事務所は福利厚生のために必要な備品を揃えておられましたが、職員が現場を離れて寛げる休憩場所の確保ができると良いと思われます。</p> <p>●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されています。また併設の事業所と合同で防災訓練にも取り組まれましたが、自然災害を意識し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>●ストレス管理 空き部屋を利用して、交代に休憩を取られるようにしてはいかがでしょうか。</p> <p>●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 | 2660390127 |
| 事業所名 | 洛和会訪問看護ステーション壬生 |
| 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14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) | | | <p>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、研修（新人研修・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。「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。</p> <p>2. 法人の各種会議【理事会・NO1課・業績・事業所・統括・ステーション所長（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の検討を行なっている。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思決定され、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（イントラネット）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。訪問看護ステーション統括が定期的に事業所（11ヶ所）を訪問し職員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。組織図と各種の検討会議の実施記録で確認できた。</p> | | |
| (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) | | | <p>3. ISO90001（提供サービスの品質管理）を引き継ぎ、介護事業部（本部）に新設の「NO. 1」課が平成27年～29年（3か年）の中・長期計画をリードしている。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」シートを使って各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）の評価を改善課題にあげ、毎月◎△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。</p> <p>4. 【アクションプラン】を、職員ひとり一人が取り組む課題にまで落とし込み、毎月、進捗状況を職員個々の【個別目標・研修計画シート】で確認している。組織（介護事業部）全体が一丸となって【アクションプラン】の進捗管理を行っている。</p> | | |

(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. 所長は京都府の集団指導の資料や、看護事業財団（入会）の「訪問看護業務の手引き」等から遵守すべき法令を理解し遵守している。職員は所長による伝達研修や内部研修（交通安全や労働関係、感染症予防、虐待防止、情報保護、災害対策、医療・等法令）で周知している。また、全ての職員は各種の遵守すべき法令・業務マニュアル等を企業内ネットワーク（イントラ）で閲覧できる体制となっている。</p> <p>6. 所長の役割を運営規程第5条で明記している。所長はエリア事業所会議・所長会議に参画し、スタッフミーティング、朝の申し送り等で把握した職員の意向やの自己評価【NO.1課の“事業所評価”】を事業運営に活かしている。人事考課以外に年1回、職場の環境調査「やりがいアンケート」を無記名で実施し、現場職員の声を職場環境の改善とサービスの品質向上に役立てている。アンケートは介護事業部で集計・分析・評価され、結果がリーダーチャートで事業所にフィードバックされている。所長の評価はステーション統括が職員等から直接聴取している。日常的に所長と職員が話し易い雰囲気であることが職員のヒアリングで確認できた。</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き、緊急時の連絡体制を確保している。いつでも所長の指示を仰げる体制となっている。所長は事業の実施状況は業務日誌や訪問看護報告書等で把握している。</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」を使った面接を受けて採用される。この間、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ことが出来る。また、介護支援専門員の資格取得のための研修(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)を職場異動の後も継続的に受講する仕組みとなっている。所長と職員とで「個別目標と研修計画」を作成し、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。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に「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。月1回、ケースカンファレンスを開き、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。</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。法人の医療機関勤務の中級看護師1か月や新卒から3年間育成の為実習生、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。実習担当者は実習指導者研修を受け「訪問看護の実施は、学ばせる・気付かせる実習であることが最優先課題である」としている。</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、育児休暇や介護休暇を保障している。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「ちょうじゅ」の活用や、訪問の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。</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、職員にチラシやポスターで周知している。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対策部会がパワハラ相談窓口となり、「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。福利厚生制度として「リクラブ」に加入している。職員休憩室については、現在、休憩場所が職員が業務を離れてリラックス出来るほどのスペースではなかった。</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. 読者に役立つ記事が満載の広報誌「イングルス」「おとまるくん」「らくわ」等を利用者・地域住民・関係団体等に定期的に配布し、法人の理念・品質方針とともに事業所の基本情報や活動の内容を開示している。壬生祭りなど地域と一緒に取り組みを行い交流を深めている。</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、ケアマネジャーと看護師による介護相談の場を設けている。各拠点に設置されている法人の「医療介護サービスセンター」が、地域の人の医療・介護・福祉の相談窓口となっている。又、毎年、市民向けに法人の複数の訪問看護ステーションによる「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、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の希望には、電話もしくは個別面談で対応している。 | | | |
| (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. 重要事項説明書にサービス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、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。看護計画の策定や変更・見直し等は利用者・家族等の意向、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。実施記録と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（月次の定期報告書・変更後の計画書）で報告している。 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」を作成している。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きている。 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。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 | 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をはじめ、医療機関、地域包括等の関係機関との連携体制・支援体制を確保し、利用者の生活や心身の状態等の把握に努めている。連携には地域連絡協議会作成のリスト等を活用している。行政とは行政主導の研修会等に参加し、医療機関とは利用者の入退院時のカンファレンス等に参加し、看護サマリーや退院時サマリー等で情報交換している。 | | | |

(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) | | <p>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。各種の「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得た利用者・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。</p> <p>23. 「記録の書き方マニュアル」を作成し研修を行っている。訪問看護サービスの実施記録は、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。記録の開示請求には「情報開示マニュアル」に基づき応じている。</p> <p>24. 毎朝の申し送りや月次のケースカンファレンスの検討内容を記録している。職員は訪問時以外にこれらの会議録や「連絡ノート」等で利用者・家族等の状況等に関する情報を共有している。本人・家族等の相談に時間を必要とする時は二人体制を採っている。</p> <p>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、職員は家族等に連絡ノートや電話で情報を伝えている。</p> | | |

(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) | | <p>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」を作成している。NO. 1課で研修を行っている。マニュアルの見直しは年に1回以上、新しい情報はその都度、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・消毒液等を常備している。</p> <p>27. 事業所内の帳票類を整理し、備品類は整理整頓の上、安全に保管されている。掃除は職員で分担して行い、掃除のチェック表で衛生管理を徹底している。業務用の車両の清掃・洗車は自己管理している。</p> | | |

(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・事故対応マニュアル」「交通事故対応マニュアル」「業務災害事故マニュアル」を作成している。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。緊急連絡網により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、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」提出と緊急カンファレンスの開催等を義務付けている。「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ようにしている。年2回、防災訓練を併設の事業所と共に行っている。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なかった。</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 |
| 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. 32. 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、個人情報保護の重要性を周知している。訪問看護の実践の場で同行訪問者がサービス提供者のマナーや接遇を評価している。「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。</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、同一法人や他の法人の訪問看護ステーションを紹介することになっている。</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) | | <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、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。⑦番目の問い「どの職員も同じ看護ができる」で96%の高い評価を得ている。</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務めている。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】で改善勧告が発せられる。</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。</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。</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。事業所評価は中長期計画「目指せ顧客満足NO.1」を目指すための取り組みであり、新設のNO.1課が自己評価の中心的役割を担った部署である。今回の様な第三者評価の受診は始めてである。ISOの認証取得で年2回外部評価・自己評価（内部監査）を行っている。</p> | | |