

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 2 月 2 7 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

令和 2 年 7 月 2 1 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東大路 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>●通番 1 理念と基本方針の確立、周知と実践</p> <p>法人の理念とコーポレートスローガン「夢、そして誇り。この街で・・・」に則して、介護事業部の「NO1 方針」と事業所の単年度計画／アクションプランが策定されています。介護事業部が定めた目標「自分が利用したい事業所になる」に基づいて、「NO1」方針には【1. 信頼される施設・事業所を目指して共に研鑽します 2. 他機関・他職種と協働して、地域づくりを推進します 3. 働きやすく・働きがいのある組織にします】の 3 点を上げています。3 点を実現させる為に、事業所独自の行動計画「アクションプラン」を策定し、「NO1 シート」に落とし込んでいます。行動計画の一つひとつを PDCA マネジメントサイクルを通して検証し、介護事業部と一体的に事業の改善・発展の持続性を図っています。また、介護事業部の主導で取り組んでいる「事業所評価」では、「事業所評価表」を使って、グループ内の他の事業所職員 2 人が年 1 回訪問し、全ての事業所の相互評価を実施しています。「NO1 シート」と「事業所評価表」を活用して各事業所の課題を明確にし、課題解決に介護事業部と事業所とが一体となって取り組んでいます。法人は SDGs（持続可能な開発目標）に取り組みられ、法人理念と介護事業部「NO1 方針」に沿って具体的な目標を掲げています。</p> <p>●通番 8、通番 9 質の高い人材の確保と継続的な研修・OJT の実施</p> <p>法人の理念と「NO1 方針」に基づいて、介護事業部の人事採用課と NO1 課が質の高い人材の確保と職員の継続的な教育・育成に努めています。ホームページを媒体とした看護職員募集キャンペーン「How to 訪問・PT」で募集し、先ず、採用前に応募者と事業所に同行訪問し、訪問看護の理解を得る取り組みを行っています。採用後は新任教育プログラム「プリセプター／プリセプティ研修」を実施し、「キャリアパス制度／ラ</p>
-----------------------------	--

	<p>ダー研修」や「看護師の力量評価」等で、段階的にキャリアを積む研修等を実施しています。職員自らが将来のデザインを描けるような仕組みを構築しスペシャリスト又はジェネラリストの道への選択の可能性を広げています。職員の仕事に向かう意欲の向上や離職防止に繋がっていることが、訪問調査の当日、職員ヒアリングから伺うことができました。</p> <p>●通番 17～通番 21 個別状況に応じた看護計画の策定</p> <p>職員は細分化された50種の「業務マニュアル」をイントラネットで閲覧することが出来、日常的に各種のマニュアルを実用書として活用できる様になっています。また、訪問看護サービスが「業務マニュアル」に沿って提供されているかを事業所自らが「NO1シート」「事業所評価表」「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」等で確認する仕組みが構築されています。また、「カルテ（ケースファイル）管理マニュアル」、「訪問看護業務フロー」等によって、アセスメントの実施、訪問看護計画書の作成、3か月毎のモニタリング等の一連のケアマネジメントをPDCAサイクルを通して実施し、また、利用者一人ひとりの訪問看護実践を「個別ケア手順書」に沿って行い、実施記録が時系列にファイル化されています。利用者の情報や看護実践の記録類は、介護ソフト「ちょうじゅ」に記録され、訪問看護計画書の作成には医師・リハビリ職・介護職等の職種と協働で行っています。記録の重要性の観点から、職員にカルテの記録の書き方や整備の仕方等をマニュアルで周知しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>●通番 35 意見・要望・苦情等の対応とサービスの改善</p> <p>利用者の意見・要望・苦情等を利用者アンケートやご意見箱で把握し、「事業所評価票の利用者インタビュー」や、日々の訪問、モニタリング訪問の機会に二人体制で訪問する等で聴き取っておられます。また、利用者アンケートの結果をレーダーチャートで図式化し、利用者の記述内容も添えた報告書を利用者・家族等にフィードバックされています。把握された意見・要望・苦情・トラブル等の要点と対応(改善策等)が公開されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>●通番 35 意見・要望・苦情等の対応とサービスの改善</p> <p>利用者の意見・要望・苦情等の改善状況を、匿名性を確保した上で、事業所のホームページや広報誌等を活用し、公開されてはいかがでしょうか。プライバシー保護の条項を盛り込んだ「利用者満足度調査」では、満足度100%の回答を得ています。</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	2660690252
事業所名	洛和会 訪問看護ステーション東大路
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	令和2年12月7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. 法人組織の理念(以下、理念)、コーポレートスローガン、及び、運営方針(以下、NO1方針)を明確化し、法人及び事業所のホームページや法人広報誌(INGS・RAKUWA・おとまるくん等)、事業所のパンフレット・重要事項説明書・運営規程等に記載し、広く地域や利用者・家族等に周知している。職員は朝礼で唱和し、社員証(裏面に貼付)で日々確認し、月例の職員会議で提供サービスが理念及び「NO1方針」に沿っているかを「NO1シート」で確認している。理念と方針を事業所内にも掲示している。 2. 組織の案件別の意思決定方法が明確に定められている。定期的に、各種の検討会議【法人理事会・介護事業部の「NO1課」・業績・所長・リーダー】等や委員会、事業所のスタッフミーティング等を開催し、案件別の意思決定を公正・適切なプロセスを踏んで行っていることが、組織図・委員会図・議事録等で確認できた。職員は検討会議の内容を法人内ネットワーク(以下、イントラネット)で確認できる仕組みとなっている。		
(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. 法人本部策定の中・長期計画と介護事業部策定の運営方針「NO1方針」を基に、事業所が単年度計画「アクションプラン」を作成している。「アクションプラン」の一つひとつを「NO1シート」に落とし込み、月例のスタッフミーティングでPDCAマネジメントサイクルを通して、実施状況を評価・分析し、解決・達成のためのアクションプランを次月にあげ、介護事業部に報告している。事業所の「アクションプラン」の実施状況を介護事業部と事業所が「NO1シート」で確認し、持続的に事業を改善・発展させる仕組みを構築している。 4. 介護事業部下の13か所の訪問看護ステーションが、定期的に所属長会議やリーダー会議を開催し、事業の実施状況等の取り組みについて意見交換・情報共有し、組織的に訪問看護ステーションの質の向上に取り組んでいる。		

(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. 行政主導の「自主点検表」、介護事業部主導の「NO1シート」や「事業所評価表」を活用し、遵守すべき法令などを正しく理解しているかを確認している。また、職員はイントラネットの「事業運営に関する法令一覧表」や「マニュアル一覧表」、書籍「訪問看護の手引き」と「訪問看護Q&A」や法定研修等で理解している。</p> <p>6. 組織図・職務分掌・業務マニュアル等に、管理者（以下、所長）やリーダー及び職員の業務と役割を明記している。NO1課が実施する「職員やりがいアンケート」に上長評価の項目があり、職員一人ひとりがイントラネットを使って評価する仕組みがある。所長はその結果で自らの行動を把握し評価・見直しを行っている。月例のスタッフミーティングで職員の意見や要望を把握し、事業所のアクションプランや所長会議等で反映させ、自らの役割と責任を職員に示し、事業運営をリードしている。</p> <p>7. 所長は事業所に常駐し、日々の業務の実態を的確に把握している。また、朝礼時の申し送りノートや職員研修、事故等の報告書、介護ソフト「ちょうじゅ」の看護実践記録、カンファレンス等のケース検討記録、各種の検討会議の記録等で日々の看護実践の内容を把握している。所長はいつでも職員に対して具体的な指示を出せる仕組みとなっている。</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 B
		(評価機関コメント)		<p>8. 介護事業部の人事採用課・NO1課と事業所とが一体となって質の高い人材の確保と育成(教育・研修)に努めている。就職希望者を訪問看護のホームページ「How To 訪看・PT」で受け付け、現場見学(訪問)を事業所職員同行で行い、訪問看護ステーション業務を理解した後、面談と適正テストで採用の可否を決めている。</p> <p>9. 新卒者と既卒者の教育・育成に「プリセプター・プリセプティ研修」、「キャリアパス制度/ラダー研修」等を導入し、「資格取得支援制度」、「奨学金制度」等で支援している。「教育・研修プログラム」に沿って実施し、「個別計画・実施一覧表」で管理している。看護協会や看護財団主催の派遣研修や特定行為認定看護師・専門看護師の育成研修等で既卒者の技能向上を目指している。月2回実施の「ラダー研修」では職員一人ひとりの研修課題を明確に定め「ラダーチェック表(5段階評価)」「力量評価(100項目)」等で習熟度を評価している。新任者や中途採用者、また、必要とあれば現任者にも同行訪問を実施し、技能の早期習得を組織的に支援している。毎日、職員間でその日の看護実践を振り返っている。その時間帯が新任職員の事例研修の機会となっている。職員研修の充実を図り、職員のモチベーションの維持・向上や離職予防、事業所の質の向上に効果を上げている。</p> <p>10. 「実習受け入れマニュアル」「実習生対応オリエンテーションマニュアル」を整備している。今年はコロナの影響で洛和会京都厚生学校・橘学園・看護協会リスタートナース等の実習生の受け入れは自粛していたが、京都医療センターの看護学生3名の実習を受け入れた。実習指導者に対する教育・研修は実施していない。現在、介護事業部で準備中である。</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. 運営方針「NO1方針」に「働きがいのある組織にします」を掲げている。毎年実施の「職員やりがいアンケート」で職員一人ひとりの意向を介護事業部が直接、イントラネットを通して把握する仕組みを構築し、業務内容や労働環境の見直しと改善に反映させている。全職員が所持する「福利厚生ガイドブック」に、ワーク・ライフ・バランスに配慮した休暇制度や保障制度等を盛り込み、職員の余暇活動や健康維持等を推進している。看護実践記録にタブレット型端末とイントラネットの介護ソフト「ちょうじゅ」を活用し、事情があれば2人体制で訪問する等、業務の効率化と職員の業務負担の軽減に努めている。職員は互助会「むつみ会」主催のイベントやスポーツ等で親睦を図っている。労働時間の拘束を軽減した時間休や出来高払い制を設けている。</p> <p>12. 毎年、職場検診でストレスチェックを実施し、法人の内・外に職員の業務上の悩みやストレスを解消するための体制を整備している。職員のメンタルヘルスの相談窓口として、外部に専門家(臨床心理士)による「ヒューマンフロンティア/心の相談室」を開設している。また、介護事業部のES対策部会がハラスメントに関する規定等を整備し、内部の相談窓口となっている。今年度「洛和会メンタルサポート室」を新設し、職員誰もがダイレクトに専門職(カウンセラー)に相談できる体制を構築している。月2回、専門家による法律相談を受け付けている。心身を休める休憩場所を確保している。</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. 法人及び事業所のホームページ（ブログあり）や法人の複数の広報誌、事業所のパンフレット等で法人及び事業所の情報を地域に開示している。広報誌はカラー印刷で法人や事業所のサービスの内容が理解できる様に工夫を凝らしている。事業所の見学には「受付け記録」を用意し、個別に対応している。隔月開催の地域包括ケア会議に出席し、事例検討等を通して、利用者の在宅療養生活を包括的な視点で支援している。</p> <p>14. 毎年、法人開催の「メディカルフェスティバル」で健康相談の窓口を設置している。「洛和ヘルスケア学会」では「理学療法士と看護師との協働について」をテーマに、理学療法士と協働で取り組む訪問看護事業の強みについて発表している。「洛和ヘルスケア学会」は広く地域に公開したアカデミックなイベントとして、毎年、地域の関係者や住民等が多く参加している。地域住民向けの「らくわ健康教室」、看護の日イベント、認知症サポーター講座等で事業所の力を発揮している。法人のコーポレートスローガンに「夢、そして誇り。この街で・・・」をかかげ、社会貢献「SDGs」を意識した活動を行っている。</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(ブログを含む)、パンフレット、法人の各種の広報誌やチラシ等で、読み手に、健康・生活・医療・介護・福祉サービス等の情報を発信している。また、事業所のホームページや案内冊子等で、併設の居宅介護支援「ケアマネジャー」の相談受付、介護保険の手続き、空き情報、訪問看護の導入検討のチェック表、事業所の具体的なサービス内容等をカラー印刷・イラスト入りで説明している。訪問看護協議会のホームページ等でも事業所の情報を開示している。			
(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. 訪問介護を開始するにあたり、あらかじめ利用書と家族等に訪問看護・介護予防訪問看護の内容・利用料等を重要事項説明書や運営規程、パンフレット等で説明し、同意を得ている。重要事項説明書の別紙に緊急時訪問看護加算や特別管理加算等の利用料金表を明示している。成年後見人等にも家族と同様に説明し同意を得ている。年間を通して、利用者に24時間オンコール体制で対応している。			
(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. 所定のアセスメント様式を活用して、初回利用時につづき、目標期間・サービス内容・介護保険等の変更時に再アセスメントを実施し、状況の変化を看護計画書に反映している。初回訪問及びモニタリング訪問で利用者の状況を把握・観察できる様に、聞き取りと看護ケアを二人体制で実施している。また、所長やリーダーが同行訪問し、家族との面会の機会を持っている。 18. 19. 20. 利用者一人ひとりの訪問看護実施記録を「カルテ作成チェックシート」に沿って作成し、「ケースファイル」に整備している。3か月毎に訪問看護計画を見直ししている。サービス提供内容は利用者及び家族等の意向を反映し「判定チェック表」を使って決定している。サービス担当者会議に利用者及び家族同伴で出席し、利用者のサービス内容に関する情報を地域の関係者(ケアマネジャー・主治医・理学療法士・訪問介護職員等から聞き取り、訪問看護計画書に反映させている。入退院時カンファレンスで医療機関と情報を共有している。疾患や症状に適した看護サービスを提供するにあたり、タブレット型端末の「褥瘡評価表」「バルン交換手順」等で医療ケアの情報や「退院時共同指導説明書」「担当者会議要点」等を活用している。			
(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. 毎月、医師やケアマネジャーに訪問看護計画と報告書を送付している。医師とは常時FAXで情報を共有している。入・退院時は医療機関とサマリーで情報を共有し、退院時はカンファレンス開催時に同席している。虐待等の事例は地域包括支援センターや行政と連携し適切な対応に努めている。利用者の支援機関や組織のリストを作成し、職員全員が所持するタブレット型端末に入力している。訪問介護職員と二人体制で支援しているケースもある。			

(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. 全職共通の業務マニュアルと38項目の看護業務マニュアル、マニュアル見直しのルールを策定している。毎年（6月）に所長会議で見直し、必要に応じ改訂し、感染症対策マニュアル等は基準日前でも改訂している。「NO1シート」で訪問漏れやキャンセルの確認ミス、誤薬などの業務中に生じた不適合事項を分析・評価し、マニュアル改訂に反映させている。職員はマニュアルを介護実践の実用書として活用している。</p> <p>23. 介看護ソフト「ちょうじゅ」に連動するタブレット型端末は、鍵のかかる充電箱で管理し、介護実施記録等の個人情報を保護している。個人情報保護について、職員は法人研修と事業所の伝達研修で周知し、夜間・休日のオンコール待機の職員はタブレット型端末と携帯電話の自宅持ち出しは記録に残している。実施記録作成に職員の差異が生じない様、記録の書き方の研修を採用後6か月で行っている。</p> <p>24. 朝のミーティングや臨時のカンファレンスで職員全員が「申し送りノート」とタブレット型端末で利用者の情報を共有している。特にタブレット型端末内の利用者一人ひとりの情報は事業所のコンピューターと連動している為、職員はいつでも利用者全員の情報を把握することが出来、オンコール待機の職員が夜間・休日に全ての利用者の要請に対して的確に対応できる仕組みとなっている。</p> <p>25. 訪問時に不在の家族、事業所外の在宅支援のメンバー（訪問介護、往診医、訪問リハビリテーション等）とは、訪問宅の「連絡ノート」でコミュニケーションを図っている。</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. 「感染症予防対策マニュアル」を策定し、研修で職員に周知している。今回、新型コロナウイルス感染症拡大防止に関するマニュアル/「COVID-19マニュアル」を作成し、緊急事態宣言が発令された時期は、4～5回、マニュアルの改訂を行っている。看護師が講師となって他事業所の感染予防や衛生管理等の相談に専門職として応じている。看護ケア別の感染予防具を整備し、病態や看護内容に応じてマスク、ゴーグル、手袋、シャワーキャップ等の予防着等を装着して、訪問時の二次感染防止に努めている。</p> <p>27. 毎週、職員全員で事業所内、外回りの清掃と事業所内の整理整頓を行っている。清掃点検表を作成している。</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)		28. 緊急時対応マニュアルを策定し、介護事業部の「事故部会」が各事業所の多種多様な事故・トラブル等の事例を集約し、発生の原因究明と対応策を検討している。マニュアルには看護師特有の針刺し事故対応等も作成している。職員は月2回、「キャリアアップ制度／ラダー研修」で事例に基づいて疾患別の緊急時の対応を修得し、事業所で伝達研修を行なっている。利用者一人ひとりの「個別手順書」を作成し、交代職員でも同質のサービスが提供でき、また、タブレット型端末で迅速に病状確認を行い、緊急時に速やかな対応が出来る体制となっている。指示命令システムを明確にし、職員は所長等の指示を仰ぐ体制を整えている。 29. 「事故・ヒヤリハット・不適合・苦情マニュアル」に沿って、緊急事故発生には12時間・24時間の経過報告書を作成し、事業所カンファレンスで職員全員で分析・評価し、介護事業部の聴き取り調査の結果も併せた改善策をマニュアルの改訂に活かしている。カンファレンスには職員全員が参画し、OJT研修にも取り入れている。 30. 本部作成の災害対策マニュアル及び消防計画に基づいて、年2回、消防及び防災訓練を地域と合同で行っている。今年は新型コロナウイルス感染症拡大防止の為、合同訓練は自粛している。在宅酸素や呼吸器使用のケースは事前に入院させ、停電によるリスクを回避している。職員の子どもの保育園が被災した場合は法人の保育所が預かる等、事業の継続を図っている。地域連絡協議会で地域の事業所合同でハザードマップを作成し、地域の防災に対する意識を高めている。緊急時に備えて利用者宅に衛生材料等の備蓄を促し、事業所の被災に備えて、事業所の必要物品のチェックリストを作成している。地域との連携は今のところ具体的には実施していない。今後の課題としている。		

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. 理念に利用者の尊厳を謳い、事業所の運営規程に「個人の人権尊重」を記載している。職員は年2回、法人主催の人権・虐待・身体拘束の研修を受講し、事業所で伝達研修を実施している。「NO1シート」のヒヤリハット項目の「不適切ケア」に身体・言語・放棄などの項目を盛り込み、同行訪問の看護師が同僚に助言（指導）し、家族による言語虐待の有無などをチェックしている。利用者満足度調査で虐待の早期発見に努めている。</p> <p>32. 「プライバシー保護規程」を整備し、「業務手順書」、看護計画書に規定の遵守について記載している。同行訪問者が指導やチェックを行うとともに、入浴・保清・おむつ交換などのケアには特に気を付けて注意喚起している。プライバシー保護条項を盛り込んだ利用者満足度調査は満足度100%の回答を得ている。</p> <p>33. 研修や同行訪問等で職員の技能の向上に努め、疾患や症状等で安易に利用者の依頼を断らないようにしている。医療的ケアを必要とする利用者をホームページやパンフレットで案内し、積極的に受け入れている。</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	B	
	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. 日々の訪問や3か月毎に実施するモニタリング訪問等で聴取した利用者及び家族等の意向を検討シートに記載し、訪問看護計画に反映させている。事業所内カンファレンスの結果を「NO1シート」で分析・評価している。また、事業所外の2人の職員が「事業所評価表」を使って、「事業所評価/60項目」の「利用者インタビュー/11項目」で事業所の利用者の本音を直接聴き取る仕組みがある。</p> <p>35. 「苦情相談対応マニュアル」及び「苦情・要望チャート」に沿って、介護事業部「NO1課」と事業所が一体的に報告書を基に利用者の苦情や意見等に対応している。介護事業部で利用者の意見や苦情、利用者満足度調査の結果等を分析・評価し、対応策等を利用者一人ひとりにフィードバックしているが、匿名性を確保した上で公開するまでには至っていない。</p> <p>36. 「相談・苦情対応マニュアル」、「事故・苦情のトラブル発生時の対応マニュアル」等に沿って迅速に対応している。重要事項説明書に苦情受付窓口のアクセス方法（電話番号・FAX番号）を明記し、契約時に利用者に説明している。法人・事業所関係者以外の公的機関への相談窓口を明記しているが、第三者の窓口を明記していない。公的機関経由の苦情等はこれまでにない。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. 毎年、介護事業部主導で事業所の利用者満足度調査を実施している。挨拶・服装・プライバシー等の10項目の調査結果をレーダーチャートで表記し、書面で利用者一人ひとりにフィードバックしている。全て100%で推移している。</p> <p>38. 事業所のアクションプランの質の向上に関する項目に「確実に抜けのないカルテを作成する」「不適切な声掛けをなくす」等の実践課題を具体的に上げている。毎月、PDCAサイクルを通して振り返り、4段階で評価し「NO1課」に報告している。質の向上に向けた研修を法人内の13の訪問看護ステーションの所長会議やリーダー会議、事業所会議、ラダー研修等で実施し、非常勤職員や会議の欠席者には閲覧や個別研修で行っている。</p> <p>39. 介護事業部主導の事業所評価(相互評価)に取り組んでいる。理念の周知・法令遵守・質の向上・業務フローの整備等、61項目のチェック項目と11項目の利用者インタビューを2人体制で事業所を評価する仕組みになっている。結果をレーダーチャートで表示し、施設内に掲示している。また、毎月、ISOに代わる評価基準を「NO1シート」に落とし込み、PDCAマネジメントサイクルを通し自己評価を行っている。事業所は新規開設から3年であり、第三者評価は今回が初めてである。</p>		