

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 3 年 3 月 2 8 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

特に良かった点とその理由
(※)

●通番 1、3 理念の周知と実践、事業計画等の策定

法人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／アクションプランを策定しています。また、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【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点の課題を実現させる為に、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」に落とし込み、行動計画の一つひとつを毎月PDCAマネジメントサイクルを通して検証し、介護事業部に報告しています。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、毎年、介護事業部主導の「事業所評価表」を使った「事業所評価」の取り組みは、法人グループの他の事業所職員2人がチームで各事業所を訪問し、事業所の相互評価を実施しています。介護事業部と事業所とが一体となって、「NO1シート」と「事業所評価表」を活用し、各事業所の課題を明確にすることで、各事業所の課題の早期解決に成果をあげています。法人はSDGs（持続可能な開発目標）にも取り組んでいます。

●通番 8、9 質の高い人材の確保、継続的な研修・OJTの実施

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・育成を実施しています。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 訪看・PT」で募集し、採用前に、応募者と事業所職員が同行訪問し、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」に沿って研修を実施し、「キャリアパス制度／ラダー研修」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、新卒看護師の育成においても、性急に即戦力を求めず、訪問看護の技能習得に「新卒採用者研修プログ

	<p>ラム／3年間」を設けた末に現場に配置されています。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、職員の仕事に向かう意欲を向上させ、離職防止に繋げています。訪問調査当日に職員ヒアリングから、法人及び事業所での学びが多く、職員が訪問看護の力量を計画的に積み上げていることが理解できました。</p> <p>●通番17～21 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でき、日常的に各種のマニュアルを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」に沿って提供しているかを、「N01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」等に沿って、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サイクルで実施し、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」に沿って行っています。訪問看護の実施記録が時系列にファイル化され、医療的ケアを提供している利用者への状態に応じた看護計画が提供できる様にしています。利用者の情報や看護実践の記録類は携帯のタブレット端末に連動した介護ソフト「ちょうじゅ」に記録され、職員全てが協働で訪問看護計画書に沿って看護ケアを提供しています。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>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番12 職員の休憩場所の確保</p> <p>通番11の労働環境への配慮や通番12のストレス管理などへの取り組みは、職員一人ひとりに配布している「福利厚生ガイドブック」から伺い知ることができ高く評価できますが、休憩室のスペースが客観的に見て十分とはいえませんでした。</p> <p>通番30 自然災害時に地域との連携</p> <p>事業所は透析・在宅酸素、呼吸器使用等の医療依存度の高い利用者や認知症の利用者を多くケアしています。事業所独自では、個別の手順書を作成し、疾患や状態の重度化に応じた対応策を講じていますが、自然災害に備えた地域との連携が十分とは言えませんでした。</p> <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、「事業所評価票の利用者インタビュー」、日々の訪問、モニタリング訪問等で聴き取ってお</p>

	<p>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が、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> <p>通番36 苦情・相談窓口の明示（第三者の設置） 苦情の受付・解決についてのマニュアルや手順書を整備し、重要事項説明書や運営規程等に事業所や公的機関のアクセス方法を明記し、苦情やトラブルに迅速に対応していましたが、第三者が明記されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番12 休憩場所の設置 常に担当者直々の電話対応が要求される業務ですが、心身をリラックスできる環境を整備されることを望みます。</p> <p>通番35 意見・要望・苦情等の対応とサービスの改善 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する等で公開されてはいかがでしょうか。プライバシー保護の項目を盛り込んだ「利用者満足度調査」では、満足度100%に近い回答を得ています。</p> <p>通番36 苦情・相談窓口の明示（第三者の設置） 法人と利害関係のない第三者を苦情・相談窓口を設置し、重要事項説明書や運営規程等に明記し、事務所内に掲示することを望みます。</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	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	令和3年3月24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. 法人の理念（以下、理念）、コーポレートスローガン、運営方針（以下、NO1方針）を法人及び事業所のホームページや法人広報誌（月刊インクス・季刊らくわ等）に明示し、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）や職員研修、月例の職員会議等で「NO1シート」でサービスが理念及び方針に沿っているかを確認している。理念と方針は事業所内に掲示してある。 2. 組織の案件別意思決定の方法をマニュアルや組織図等で定めている。各種の定例の検討会議【法人理事会・介護事業部の「NO1課」・業績・所長・リーダー・事業所スタッフミーティング等】等の定例会議で、案件別の意思決定が公正・適切なプロセスを踏んで行っている。議事録で確認できた。職員は「通達」や法人内ネットワーク（以下、イントラネット）でも確認できるしくみとなっている。「業務マニュアル」に所長・リーダー・職員それぞれの職務に応じた権限を規定している。		
(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、事業所の単年度計画「アクションプラン」を策定している。「アクションプラン」の各課題を「NO1シート」に落とし込み、月例のスタッフミーティングで実施状況をPDCAマネジメントサイクルを通して分析・評価している。「NO1シート」を介護事業部と共有し、持続的に事業を改善・発展させている。 4. 介護事業部傘下の14か所の訪問看護ステーションの所長とリーダーが、毎月それぞれ検討会議を開催し、事業所の課題について意見交換・情報共有を図り、課題の達成と訪問看護の質の向上に努めている。		

(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. 行政主導の「自主点検表」、介護事業部主導の「NO1シート」と「事業所評価表」等を活用し、遵守すべき法令等の周知と理解に努めている。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」や「訪問看護Q&A」、法定研修等でも周知している。</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役割と権限を明示している。NO1課が実施する「職員やりがいアンケート」に上司を評価する項目があり、職員一人ひとりがイントラネットを介して評価している。所長はその結果から、自らの行動等を評価・見直ししている。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、14カ所が集まる所長会議に反映させる等、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、朝礼時の申し送りノート、業務日誌、職員研修や事故等の報告書、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業務の実態と看護実践の内容を把握している。所長は職員に対して必要時に具体的な指示が出せる体制となっている。</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	A
	(評価機関コメント)		<p>8. 法人本部人事採用課と介護事業部「NO1課」、そして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「HowTo訪問・PT」で受け、現場見学(訪問)を職員同行で行い、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。新卒の看護師は「新卒採用者研修プログラム/3年間」の履修を義務化している。</p> <p>9. 新卒者と既卒者、現任者の教育・育成に「新任・中途採用者研修」、「キャリアパス制度/ラダー研修」等を実施し、「個別計画・実施一覧表」「キャリアパス台帳」で管理している。「資格取得支援制度」、「奨学金制度」等を導入し、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後押ししている。月2回実施している「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、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り、後輩が先輩から学ぶ機会となっている。</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。毎年、洛和会京都厚生学校・橘大学・京都大学等の法人内外から看護学生の実習を受け入れている。所長が実習指導者に対する教育・研修を履修している。</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。	A	B
	(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。毎年介護事業部主導の「職員やりがいアンケート」を実施している。介護事業部が、職員一人ひとりの意向をイントラネットを通して直接把握し、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、職員の余暇活動や心身の健康維持等を盛り込み活用を促している。職員は看護実践記録をタブレット型端末とイントラネット内の介護ソフト「ちょうじゅ」に入力している。必要時には「同行訪問チェック表」基に2人体制で訪問している。腰痛ベルト購入の補助金支給制度がある。また、互助会「むつみ会」主催のイベントや文化活動やスポーツ等で親睦を図っている。</p> <p>12. 毎年、職場検診でストレスチェックを実施するとともに法人の内・外に職員の業務上の悩みやストレス解消のための仕組みを整備している。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、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、専門家による法律や財務の相談を受け付けている。仕事を離れて心身を休める場所が確保されていないが、定めた休憩時間内の外出は保障されている。</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. 法人及び事業所のホームページ（ブログあり）や複数の広報誌等で法人及び事業所の情報を地域に発信している。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解り易く理解できる様に編集している。事業所の見学に「受け付け記録」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「終末期の在宅看取り時における家族ケア」をテーマに発表している。「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であり、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」等を併設の看護小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催、また、近隣のスーパーを会場に講習会を開き、事業所機能（専門性）を地域に還元している。法人は、コーポレートスローガンに「夢、そして誇り。この街で・・・」をかがげ、医療・介護・保育・福祉等、幅広い分野で、社会貢献「SDGs」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、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。利用開始時に、契約書・重要事項説明書・運営規程・料金表等で情報を提供している。			
(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. 訪問看護を提供するにあたり、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書面で説明し同意を得ている。利用者に認知症の方や医療ケアを必要としている方が多く、24時間オンコール体制でサービスを提供している。			
(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、再アセスメントを初回利用時、目標期間・サービス内容・介護保険等の変更時に実施し、看護計画書に反映している。利用者の状況を初回訪問及びモニタリング訪問で把握・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、所長やリーダーが同行訪問している。 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、3か月毎に訪問看護計画を見直し「ケースファイル」に時系列に整備している。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)から聴き取っている。入退院時カンファレンスに出席し「看護要約」を入手し、医療機関と情報を共有している。疾患や症状に適した介護サービスの提供に、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)		22. 38項目の「看護業務マニュアル」に基づき、利用者の手順書を作成している。マニュアル見直しのルールに従って、毎年（6月）に所長会議で見直している。「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評価し、マニュアルの改訂に反映させている。全職共通の業務マニュアルはPC内の法人ネットワークで職員全てが閲覧できる。感染症対策マニュアルは今年は基準日前でも複数回改訂している。 23. 職員はタブレット型端末の利用者の看護実施記録を事務所のPC内の介護ソフト「ちょうじゅ」で共有している。「文書管理規程」や「カルテ管理マニュアル」に沿って、タブレット型端末や紙ベースの記録は事務所の施錠保管庫で、PC内の記録はパスワードで厳重に管理している。職員は個人情報保護について、法人研修と事業所の伝達研修で周知し、個人情報開示については重要事項説明書で周知している。記録の書き方の研修を行なっている。 24. 職員は利用者の情報を朝のミーティングや随時開催のカンファレンス、申し送りノート・業務日誌・同行訪問・PC内の介護ソフト等で共有している。オンコール待機の職員が夜間・休日に利用者の要請に的確に対応できる仕組みとなっている。 25. 利用者の家族とはサービス担当者会議や定期訪問で情報を共有している。訪問時不在の家族や遠方の家族等とは、電話や訪問宅の「連絡ノート」で行っている。「連絡ノート」は事業所以外の多職種とのコミュニケーションに役立っている。		

(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. 「感染症予防対策マニュアル」を整備し、職員は研修で周知している。本年度、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に4～5回、改訂している。また、発生した際はホームページで情報を開示している。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、出勤時の体調・体温のチェック、頻回のマスク交換・消毒等を励行する等、訪問時の二次感染防止に徹している。 27. 事業所内の清掃は毎土曜日に実施し、所内の整理整頓、消毒や換気等を頻回行っている。水回りやトイレの清掃は共用の併設事業所に一任している。		

(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	B
(評価機関コメント)		<p>28. 「緊急時対応マニュアル」「事故対応マニュアル」に沿って、緊急連絡網や事業所専用通信アプリケーション連絡網で対応している。介護事業部「事故部会」が各事業所の事故・トラブル等の事例を集め、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ある。職員は月2回、「キャリアアップ制度／ラダー研修」疾患別の緊急時対応を修得している。利用者の「個別手順書」で交代職員でも同質のサービスが提供できる。また、緊急時でもタブレット型端末で迅速に病状を確認し速やかな対応が出来る体制となっている。指示命令系統を明確にし、職員が所長等の指示を仰ぐ体制を整備している。法人主催「救急救命講習」と消防署の講習で「受講修了書」の受理と「救急救命」のテクニックを取得している。</p> <p>29. 「検討シート」の事故・ヒヤリハット・不適合・苦情等の分類に沿って、事故報告書を「NO1課」に提出している。月例の事業所ミーティングで再発防止策を検討し、カンファレンス記録に記録している。また、事後1か月、3か月評価を行い、発生した事故を再度振り返り、マニュアルの改訂に活かしている。</p> <p>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併設の看護小規模多機能型居宅介護事業所と合同で行っている。緊急連絡網で指揮命令系統を明らかにしている。透析・在宅酸素・呼吸器使用の利用者に対して、優先度に応じた個別手順書を作成し被災時に備えている。地域の組織や団体との協働による自然災害対策については十分とは言えない。</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. 理念に「顧客第一に質の高い医療と介護と保育を提供します」を掲げ、事業所の運営規定に「個人の人権尊重」を明記している。介護事業部「NO1課」主導で、サービスの質に重点を置いたケアを推進している。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」に上げた「不適切ケア」の項目に身体・言語・放棄などを追記し、4段階方式で評価している。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. 「個別手順書」に具体的にプライバシーを尊重した業務手順を文章化している。同行訪問報告書にスピーチロックの記載項目を設ける等、同行訪問者がチェック機能を働かせ、入浴・保清・おむつ交換等のケアで注意喚起するようにしている。プライバシー保護の項目を盛り込んだ利用者満足度調査では満足度100%の回答を得ている。満足度調査結果を受け、今後、看護計画にプライバシー保護に関する文言を盛り込むことを計画している。</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等で案内し、積極的に受け入れている。受けた電話でサービスに繋がらなかったケースも業務日誌に記録している。</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	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 3か月毎に看護計画を更新している。更新前のモニタリング訪問や更新後の説明等で利用者及び家族等の意向を聴き取り「検討振り返りシート」に記載している。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／61項目」の「利用者インタビュー／18項目」を活用して、事業所の利用者の意向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」、「苦情・要望チャート」に沿って、「検討振り返りシート」で介護事業部「NO1課」と事業所が一体的に利用者の苦情や意見等に対応している。利用者の立場に立って考えることの重要性を職員間で共有している事例の紹介があった。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。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。重要事項説明書に法人・事業所関係者以外の公的機関への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。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10項目にわたる「利用者満足度調査」を実施している。調査はダイレクトに介護事業部に届き、事業所毎の傾向が表記される。10項目（挨拶・服装・プライバシー等）の調査結果をレーダーチャートで分かりやすくし、利用者一人ひとりにフィードバックしている。利用者満足度が高い結果となっていた。全体会議やNO1会議で評価し、次年度の取り組みや事業計画に活かしている。</p> <p>38. 運営方針に「最も信頼される施設・事業所を目指して、ともに研鑽します」等を挙げている。それをもとに事業所の単年度のアクションプランを作成し、実践課題を「NO1シート」に上げている。毎月、スタッフミーティングでPDCAサイクルを通して振り返り、4段階方式で評価し「NO1課」に報告している。質の向上に向けた研修を法人内の14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、リーダー研修等で行い、非常勤職員や会議の欠席者には研修資料の配布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。事業所評価では、理念の周知・法令遵守・質の向上・業務フローの整備等、61項目にわたるチェック項目（18項目の利用者インタビューを含む）を事業所に2人体制で訪問し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サイクルを通して事業所の自己評価を行っている。第三者評価を5年前（2016年1月）に受診している。</p>		