アドバイス・レポート

2024年 2月 22日

令和5年12月5日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（葵会総合ケアステーション）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><事業所の概要> 京都市域の北部に位置し、北山や賀茂川等の多くの自然に囲まれ、歴史的・文化的資源も多い、京都市北区の閑静な住宅街にある訪問看護事業所です（2000年4月開所）。利用者に対して親切丁寧、公平を絶えず心がけ、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を、モットーにしています。</p> <p>1. 理念・運営方針に基づいた中・長期事業計画が策定され、適切に事業運営が行われています ○「利用者の立場に立ったサービス、利用者本位のサービス」の理念に基づいた中・長期の事業計画、単年度計画が策定され、具体的な課題や問題点の解決・改善に向けた内容になっています。 ○職員は、日々の業務の中で、利用者の要望や意見の把握に努め、利用者の意向を尊重しています。得られた情報は、職員間で共有しています。 ○管理者は、訪問看護部会等で職員から出た意見を、事業所運営に反映させるようにしています。部会の中で、職員間で課題を明確にするとともに、透明性の高い組織づくりに尽力しています。</p> <p>2. 職員が一丸となって質の高いサービス提供に取り組んでいます ○初回訪問時には 主治医の指示書やケアマネジャーの情報をもとに、アセスメントを行い、心身状況や生活情報を把握しています。本人・家族の意向を反映した訪問看護計画を策定し、課題や目標は看護師間で共有して、同一・同質のサービスが提供できる体制となっています。 ○利用者満足度調査は、毎年実施し、その内容は、ホームページや広報誌で、開示しています。調査結果は、職員間で集計・分析・共有し、要望に対しては、真摯に取り組んでいます。また、利用者からの意見を、単年度計画や業務マニュアルの見直しに、つなげています。 ○各種業務マニュアルは、適切に見直され、いつでも閲覧できるよう、事務所に配備されています。業務マニュアルの見直しは、毎年行い、制度の変更や利用者の要望を反映して更新し、職員間で共有しています。</p> <p>3. 職員個別の研修計画を策定し、質の高い人材の育成に努めています ○法人策定の教育要綱に基づいた人材の確保や育成に、努めています。キャリアパスを明確にすることで、職員が自ら、将来の姿を描くことができる仕組みが、構築されています。 ○毎月、定期的に学習会を開催し、互いに学び合う機会を、設けています。さらに、職員の経験や年数に応じた知識や技能を身に付けることができるように、外部研修への参加も、積極的に行われ、質の向上に役立っています。 ○研修計画に沿った外部研修参加や認定看護師取得等の支援を行っており、公休の調整や費用の事業所負担等、希望者には、資格取得を支援する制度が整っています。 ○職員個人個人は、Eラーニングを受講し、十分に研鑽を積まれています。さらに、研修内容を復習するフォローアップ研修や職員同士の意見交換を行うことで、新たな気付きも生まれ、より質の高い訪問看護が、提供できるようになると期待します。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 記録と情報管理のデジタル化が望まれます ○サービスの提供状況は、しっかりと記録され、事務所で適正に保管されています。しかし、記録は、紙媒体で行われています。昨今は、紙媒体から電子媒体への代替が、推奨されています。2024年度の改定では、訪問看護事業所には、デジタル化が求められており、電子媒体への代替が望まれます。 ○医師等との連携には、MCS（医療介護専用完全非公開型SNS）という専用の情報共有ツールを活用していますが、対応するパソコンが限定されています。看護師それぞれに、スマホやタブレット等の端末を支給し、必要時には、迅速に連絡や記録が出来る体制を整えることが、望まれます。</p>

	<p>2. 事故や緊急時、災害発生時等に備えた訓練の実施が望まれます ○事故や緊急時における責任者及び指揮命令系統は、明確にしていますが、実践的な訓練は、行えていません。 ○事業所が有する機能を地域に還元していますが、行政や消防署、警察、自治会、福祉関係団体との連携や合同訓練等は、実施できていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 記録と情報管理のデジタル化について ○近年オンライン化が進み、様々な場面で、ICT（情報通信技術）が活用されています。特に、日々の記録や情報の管理、共有は、紙媒体に比べて、電子媒体の方が遥かに効率的であり、資源の節約にも、寄与することが出来ます。現場の情報を素早く記録し、職員間での共有もスムーズになることから、作業の効率化が期待できます。 さらに、2024年度には、訪問看護におけるオンライン資格確認、オンライン請求が、開始となります。ぜひ、早期のデジタル化を、ご検討ください。 ○MCS（医療介護専用完全非公開型SNS）を用いて医師等との連携をされていますが、現状は、事務所に戻ってから、パソコンを使っての作業となっています。スマートフォンやタブレット端末で、現場からリアルタイム報告をすることで、より迅速かつ正確に情報を共有し、より緊密な連携が図れると考えます。必要なすべての職員に、専用の端末の支給をご検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 事故や緊急時、災害発生時等に備えた訓練の実施について ○事故や緊急時における実践的な訓練は、行われていません。近年、異常気象や自然災害等が多く発生していることから、普段から、これらの緊急事態を想定した訓練を行っておくことで、いざという時に、的確に行動することが出来ると考えます。何か災害が発生したと仮定し、連絡をする訓練等から始めてみてはいかがでしょうか。 ○大規模災害が発生した際には、事業所だけの対応は、困難です。緊急時に備えて、常日頃から地域の関係諸団体と連携を図っておくことが必要です。地域との窓口となる担当者を選任し、より積極的に地域の会議に出席することで、地域住民や関係諸団体との関係性を深めることが、出来るのではないのでしょうか。</p>

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2660190022
事業所名	葵会総合ケアステーション
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和5年12月20日
評価機関名	きょうと介護保険に関わる会

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思決定を行い、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) 組織の理念「利用者の意思および人権を尊重したサービスの提供」及び運営方針が明文化され、施設玄関に掲示されています。利用者や家族には、契約時に説明するとともに、機関誌やホームページにも掲載し、理解がしやすいように、努めています。職員には、入職時に説明するとともに、理念の書かれた名札を着用し、いつでも確認できる体制です。 2) 運営に関わる会議が、定期的で開催され、必要な構成員が出席しています。各種会議には、管理者が出席し、職員からの意見が反映されるよう、取り組んでいます。また、組織表や業務分掌表が策定され、職務権限を明確化し、組織の透明性を確保しています。		

(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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
(評価機関コメント)		3) 理念や基本方針に基づいた中・長期計画が策定され、2年毎に見直しを行っています。中・長期計画を基に、単年度の事業計画が策定され、年度途中での見直しも行っています。さらに、職員が参加する会議で、グループ討議を行い、計画の策定や課題の明確化を、組織的に行うとともに、職員の意向を反映する仕組みとなっています。 4) 年度初めに、訪問看護会議で、現状の課題把握や計画の中で位置づける目標を設定し、毎月の部会で、目標達成に向けた議論を行っています。役席者は、年度途中で、達成状況の振り返りを行い、必要に応じて追加、修正を行っています。その内容は、職員と共有し、組織として、計画的に目標達成に向けて取り組んでいます。		

(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)		5) 管理者の他に法令遵守責任者を定め、複数名で集団指導に参加したり、自主点検を実施しています。集団指導に関わる資料や訪問看護の手引き、Q&Aなどの文書は、事務所内に整備し、誰でもすぐに確認できる体制となっています。さらに、特に重要な内容は、印刷して配布したり、学習会を開催し、職員全員が理解できるよう努めています。 6) 「職務分掌規程」を策定し、運営管理者の役割と責任について、明文化しています。管理者は、機会を設けて職員の意見を聞き、事業所の運営方針に反映させています。さらに、より良い職場づくりのために、無記名での職場診断アンケートを実施し、職員からの意見を聞き取るように努めています。 7) 管理者は、日常的に事業所内で業務実施状況を把握し、不在時には、携帯電話により、職員からの報告や相談に、対応できる体制となっています。また、管理者は、日々の管理日誌やMCSという医療介護専用の情報共有ツールやインシデントレポート、苦情報告などでも、状況を把握しています。「緊急時マニュアル」が策定されており、緊急事態が発生した際には、そのマニュアルに沿って対応する仕組みとなっています。		

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

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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) 理念・運営方針に基づく「職員育成指針」を策定し、指針に基づいた人材の確保並びに採用後の一貫した人材育成に、努めています。さらに、キャリアパスが策定され、職員は、自らの将来の姿を描くことができる、総合的な仕組みとなっています。</p> <p>9) 法人全体で必要な人数を把握し、計画に基づいた採用を行っています。ホームページや事業所玄関、看護協会、ハローワーク、人材紹介会社など、地域看護に関心のある看護師の人材確保には、幅広く取り組んでいます。また、既存の職員には、希望があれば、雇用形態や勤務時間の調整なども、柔軟に対応し、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保に努めています。</p> <p>10) 研修の実実施計画及び方法は、体系的に定められ、計画に沿った研修を、行っています。外部研修にも参加しやすいように、勤務時間を調整するとともに、費用は、一部を法人が負担し、キャリアアップとして、資格取得支援なども行っています。特に参加して欲しい研修は、管理委員会が選定し、その場合の費用は、全額法人負担としています。さらに、毎月、定期的に学習会を開催し、互いに学び合う機会を設けています。</p> <p>11) 実習の受け入れに関する基本方針・マニュアルが策定されており、方針に沿って、事業所の社会的責務の一つとして、実習受け入れを行っています。年度初めに「臨床指導者研修」を受けた職員から、実習指導者を選定し、各看護学校が主催する説明会に、参加しています。学校の要望にも沿いながら、倫理的配慮や個人情報保護に留意しています。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分に休むことができ、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>12) 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、組織として管理し、労働環境水準に配慮しています。夜間や時間外の緊急コールに対応した場合は、翌日の勤務時間を調整したり、休日に変更する等の、配慮を行っています。また、介護者の腰痛対策として、スライディングシート・ボードやリフトなどの導入を、提案しています。</p> <p>13) 法人内に、悩みやストレス解消の相談窓口が設置されており、要望や不満をくみ取り、対応・解決する体制があります。また、毎年ストレスチェックを行い、自らの状態を客観的に判断できるように努めています。休憩場所は、事務所とは別に設けられており、ゆったりとくつろぐことができる環境を、整備しています。ハラスメント規程が策定されており、職員が安心して働けるように努めています。</p>		

(3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流 (入所系・通所系サービスのみのみ)	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	—	—
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		14) ホームページは、毎月更新するとともに、広報誌を、年4回発行し、事業所の理念、基本情報、利用者アンケートや第三者評価の内容等を、公開しています。地域の関係諸団体等と連携したイベントを、定期的開催し、活用できる社会資源や地域の情報を収集したり、利用者に提供する等して、サービス提供に役立てています。また、依頼があれば、地域ケア会議にも、看護師が出席しています。 15) 非該当 16) 介護や医療・福祉について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、事業所が有する機能を、地域に還元しています。また、事業所内にある広い会議室や交流スペースを活用し、健康クイズや体操、平和写真展、作品展、バザー等、幅広い活動を展開し、地域貢献活動を行っています。		

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	17	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)		17) ホームページにて、事業所の理念や基本情報、利用者アンケート、第三者評価結果等の内容を公開し、毎月更新もされています。事業所の情報は、広報誌「むつみ」でも公開し、利用者や他事業所に配布しています。利用者からの相談や体験利用の問い合わせがあれば、その都度対応しています。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	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)		18) 契約時には、重要事項説明書を用いて料金や加算についての詳細説明を行い、書面での同意も得てから、サービス提供を行っています。認知症等により利用者の判断能力に支障がある場合は、家族若しくは後見人、保佐人等の同意を書面で得られるように、代理人欄も設けています。必要時には、利用者の権利擁護のために、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）が活用できる体制をとっています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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>19) 所定のアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況等を把握しています。利用者（判断能力に支障がある場合はその正当な代理人）が望む生活像やサービス内容を聞き、医師や専門家と連携して、アセスメントを行い、3ヵ月毎に、訪問看護計画書を更新しています。また、退院時や担当者会議で内容が変わった場合等も、計画の変更を、適宜行っています。</p> <p>20) 個別援助計画等の策定及びサービス提供内容を決定するサービス担当者会議には、本人もしくは家族が、参加しています。本人・家族の意向を反映した目標を設定し、アセスメントに基づいた訪問看護計画を、策定しています。計画の実施に当たっては、必ず本人・家族の同意を書面で得ています。</p> <p>21) サービス担当者会議やカンファレンスには、可能な限り参加し、多職種との意見交換を、行っています。居宅サービス計画書や主治医からの指示書、リハビリ専門職等から得られた情報や意見を、訪問看護計画に反映しています。</p> <p>22) 訪問看護計画の見直しは、毎月の訪問看護報告書発行のタイミングで、行っています。また、計画の見直しは、基本的に3ヶ月毎に行い、モニタリングにより状況の変化が見られる場合は、医療機関やケアマネジャー等から情報を得て、行っています。</p>		

(4) 関係者との連携

多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>23) 毎月の報告書や電話、ファックス、医療介護現場における多職種連携ツール等を活用し、医療機関や多職種との連携を図っています。利用者の状況に対応できる関係機関や団体の連絡先はリスト化し、職員間の情報の共有化が図られています。困難事例に対しては、医師や地域包括支援センター、保健所、サービス事業所、近隣住民と有機的に連携して、支援しています。</p> <p>24) 利用者の状況変化等により、他サービスへ移行する場合や介護施設を変更する場合には、個人情報保護に留意し、家族等の同意を得て、看護サマリー等にて、適切に申し送りを行っています。サービスの利用が終了した後も、利用者・家族からの相談に対応する窓口を定めています。</p>		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。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	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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>25) 各種業務マニュアルが策定され、職員全員で、1年に1回、見直しを行っています。業務マニュアルはファイル化し、いつでも閲覧できるようにしています。利用者満足度調査で得られた意見やヒヤリハット報告から、業務の改善点を訪問看護部会で検討し、業務マニュアルの見直しに反映する仕組みになっています。</p> <p>26) 訪問看護の実施記録や業務日誌等のサービス提供状況は、統一した様式により、適切に記録されています。個人情報保護規程等により、記録管理の責任者が設置され、利用者記録の保管・保存・持ち出し・廃棄について、研修を行い、規程やマニュアルに沿った管理体制が確立しています。利用者の状態の推移に関しても、記録に明記し、個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明しています。</p> <p>27) 訪問看護計画等の内容や利用者の状況等に関する情報を、担当する職員全員が、毎日、朝礼にて情報共有しています。新たに得た情報は、カルテの連絡調整欄に記入することで共有し、訪問前や必要時には、迅速に確認できるシステムとなっています。また、利用者の支援について、定期的にカンファレンスを開催し、職員間の意見交換、集約を行う仕組みが、構築されています。</p> <p>28) サービス提供にあたり、担当者会議には可能な限り参加し、利用者家族と情報交換する機会としています。訪問時に家族が不在の場合は、看護記録や利用者宅の連絡ノートに記載する等して、情報交換に努めています。緊急時や必要時には、電話にて情報交換を行っています。</p>		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	29	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	30	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>29) 感染症マニュアルが策定されており、マニュアルに基づいた対応を、行っています。感染症マニュアルは、年1回は、職員で見直しを行い、新しい情報に更新しています。職員は、全員が感染対策に関する研修を受講しており、感染発生時のシミュレーションも、行っています。感染症を発生した利用者宅訪問に当たっては「使い捨て防護服」を、着用しています。</p> <p>30) 事業所内の書類や備品等は整理整頓され、安全に保管されています。事業所内の清掃は、職員全員で、毎週行っており、年に3回は、業者による事業所内の定期清掃も行い、清潔を保っています。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A

(評価機関コメント)

31) 「事故・緊急時の対応マニュアル」が策定され、責任者及び指揮命令系統が、明らかにされています。職員全員が「エラーニング研修」を受講し、マニュアルに基づいた対応が出来るようにしています。利用者宅での防護服の着用方法等の実践的な訓練を、行っています。

32) 事故が発生した場合には、先ず、適切に対応した上で、本人や家族に説明しています。事故によっては、保険者等にも報告しています。速やかにインシデント・アクシデント報告書を作成し、職員間で共有しています。訪問看護部会にて改善策を検討し、必要時には、マニュアルの改訂も、行うようにしています。さらに、法人の事業所管理委員会にて、再発防止策を確認する体制となっています。

33) 「災害発生時対応マニュアル」を策定し、責任者や指揮命令系統を、明確にしています。マニュアルは、職員に周知され、シミュレーションを行っています。地域包括支援センター主催の「地域防災会議」に出席し、今後は、地域での合同訓練にも、参加する予定です。

34) BCP（事業継続計画）を策定し、シミュレーションも行っています。また、地域ケア会議で、地域の事業所や関係機関と災害時の支援体制等について検討する会議に参加しています。さらに、MCS（医療介護専用完全非公開型SNS）という情報共有ツールでの災害時連絡網にも参加し、大規模災害時でも、利用者に必要なサービスを提供出来るように、体制を整えています。

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	35	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
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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>35) 基本理念に、利用者の意思および人権を尊重したサービスを行うことが、明確にされています。職員は、利用者個々の認知能力を適切に評価した上で、意思決定支援を、行っています。また、日常業務を振り返り、組織として、利用者本位のサービス提供が出来ているかを、検討する仕組みがあります。利用者の尊重や基本的人権への配慮等については、全員が、Eラーニングで学んでいます。</p> <p>36) 虐待防止及び身体拘束禁止についての指針が定められ、利用者の虐待防止等の権利擁護について、職員全員が、Eラーニングを受講しています。不適切な事案の発生や目撃した際には、地域包括支援センターへ報告し、カンファレンスにも参加しています。事業所内でも、役責者が中心となり、事例の共有と今後の対応策の検討を行っています。</p> <p>37) プライバシー保護についてのマニュアルを策定し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うことが、職員に意識づけられています。感染対策で防護具を着用した際には、人目につかないように着脱する等の配慮を、職員全員が行っています。</p> <p>38) 利用者の受け入れについては、原則、断ることなく、曜日を調整する等して、受け入れる努力をしています。希望と空き状況がどうしても合わないときは、受け入れが可能となる時期の目途を、明確にしています。急を要する場合には、他ステーションを紹介する等、適切に対応されています。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>39) 職員は、ケアマネジャーや医療機関からも、利用者や家族の意向を確認し、適切に対処しています。相談窓口には、第三者委員を設置し、利用者が相談しやすい体制を整えています。</p> <p>40) 利用者の意向（意見・要望・苦情）への対応方法については、マニュアルを策定しています。苦情があった場合は、訪問看護部会で分析し、改善策を検討しています。さらに、法人の事業所管理委員会や役員会議で、意見交換を行い、改善に努めています。</p> <p>41) 公的機関を相談窓口として、事業所内に掲示するとともに、重要事項説明書に記載しており、相談方法について、契約時に管理者から説明を行っています。苦情等があった場合には、マニュアルに基づき迅速に対応するように、努めています。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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>42) 利用者満足度調査を、毎年、行っており、結果は、機関誌やホームページにて、公表しています。把握した結果は、訪問看護部会で共有するとともに、サービスの質の向上について検討を行っています。さらに、今後の課題については、事業所目標に反映させています。</p> <p>43) 毎月の会議の中で、サービスの質の向上に係る検討を、職員全員で行っています。京都民医連ステーション委員会や京都府訪問看護ステーション協議会の管理者会議で、情報交換を行うことで、他事業所の取り組み等の情報を積極的に収集し、自事業所の取り組みを検討して、サービスの質の向上に努めています。</p> <p>44) 法人内で内部監査を実施し、PDCAサイクルを目指した取り組みを、行っています。評価結果の分析・検討を行い、サービスの内容についての課題を明確にし、次年度の事業計画に、反映させています。しかし、コロナ禍の影響で、3年に1回の第三者評価受診は、来ていません。</p>		