

## アドバイス・レポート

令和7年10月7日

令和7年6月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ぐりっど洛西訪問看護ステーション」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

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特に良かった点とその理由<br>(※) | <p>○<b>質の高い人材確保</b><br/>毎年の事業指針となる経営計画書において、毎年、人材確保についての方策を表明しており、事業所のホームページだけでなく、求人サイトなどにおいても人材確保に取り組んでいます。ホームページには求める人物像なども明記しており、事業所の魅力、採用後の新人育成カリキュラムやキャリアパスなども掲載し、就職後のキャリアアップがイメージしやすいものとなっています。</p> <p>○<b>労働環境への配慮</b><br/>日常的な残業がなく、有給休暇も取得しやすい職場風土となっています。ICT化や情報共有ツールを導入し、職員の業務負担軽減にも取り組んでいます。季節に応じて職員にドリンクやカイロを支給するなど、働きやすい職場環境づくりを実践しています。</p> <p>○<b>職員間の情報共有</b><br/>ICT化を推進しており、常勤職員には全員にスマートフォンを配布し、訪問時にはスマートフォンやタブレットを持参しています。電子カルテや業務上の情報共有ツールなどを活用し、訪問先で記録の入力を行うことで、タイムリーに全職員が情報を共有することができ、職員間でのカンファレンスや業務上の連絡・相談もすぐにできる体制となっています。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p>○<b>業務マニュアルの作成</b><br/>各種マニュアルは作成していますが、マニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みがありません。また、見直しの基準についても、職員間で大まかな認識はあるものの、具体的に明記したものではありません。</p> <p>○<b>利用者満足度の向上の取り組み</b><br/>利用者に対する満足度調査を実施しておらず、満足度調査に関する担当部署などの設置もありません。このため、利用者満足度の把握、分析ができていません。</p> <p>○<b>評価の実施と課題の明確化</b><br/>内部監査など定められた評価基準に基づいた自己評価を行う仕組みがなく、評価結果の分析や評価を基にして次年度の事業計画に反映させる取り組みには至っていません。</p>                                                                                                                                                                                               |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>当事業所の母体となる「株式会社グリッド」は、２００３年１０月に設立され、２０１２年１月に洛西地域にて訪問介護、居宅介護支援の事業を開始、２０１６年７月より訪問看護事業を開始されました。会社全体として、現在、洛西地域で５事業所、右京区で２事業所、桂地域で１事業所を運営しています。</p> <p>「Peace&amp;Happiness」の理念のもと、利用者の尊厳を大切にし、安心してその人らしい生活が送れるよう、質の高い訪問看護サービスの提供に努めておられます。また、代表自ら「職員ファースト」の意識が高く、労働環境や福利厚生なども手厚く実践されており、職員も代表の思いに応えるように働く意識が高く、相乗効果が生まれることで、質の高い看護の実践につながっています。現在、５００名を超える利用者を支援しており、引き続き、質の高いサービス提供が継続できることを期待して、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p><b>○業務マニュアルの作成</b><br/> 各種マニュアルはありますが見直しをする機会がなかったり、マニュアルが活用できていない状況が見受けられました。看護サービスの質の維持向上のために、「看護サービス提供マニュアル」に基づいたサービスが実践されているかを確認する仕組みを構築されてはいかがでしょうか。また感染症対策委員会や業務継続計画策定委員会のように、業務マニュアルについての委員会を立ち上げるなど、定期的な見直しの仕組みづくりを構築されることをお勧めします。</p> <p><b>○利用者満足度の向上の取り組み</b><br/> 以前、満足度調査を実施していたとのことですが、利用者が増え対応できなくなったとのことでした。利用者の声を聴くことは貴事業所の理念を実現する上で重要であると思います。まずは、満足度調査を実施するための担当部署を立ち上げ、満足度調査の意義、目的などを話し合うところから始めてみてはいかがでしょうか。その上で、満足度調査を実施し、得られた意見を事業のサービス向上に活用してみてもはいかがでしょうか。</p> <p><b>○評価の実施と課題の明確化</b><br/> 事業規模が大きくなりつつある事業所でもあるため、サービスの体制、内容、質などの維持向上を目的とし、評価基準を定めた上で、内部監査、事業所の自己点検を実施し、その結果を基に課題の抽出や目標設定などに取り組んでみてはいかがでしょうか。そうすることで、さらに質の高いサービスの提供につながると考えます。</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)

# 評価結果対比シート

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| 事業所番号                    | 2664090111       |
| 事業所名                     | ぐりっど洛西訪問看護ステーション |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問看護             |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) |                  |
| 訪問調査実施日                  | 令和7年9月9日         |
| 評価機関名                    | 一般社団法人 京都社会福祉士会  |

| 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。                                                                                                                                                    |      | B    | B     |
|                     | 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. 組織の理念などが職員全員に浸透するよう、年度初めに全職員参加のスタッフ総会を開催し、「経営計画書」を配布、説明しています。ホームページにも掲載し誰もが閲覧できるようになっていますが、利用者や家族への理念・運営方針の周知、理解が深まるような取り組みは不十分です。<br>2. 職員面談とは別に年1回職員アンケートを実施し、現場の意見を吸い上げる仕組みがあります。グループ全体で開催する「管理者経営会議」を年3回開催し、経営状況などを把握、分析しています。 |      |      |       |
| (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。                                                                                                                                                                             |      | B    | A     |
|                     | (評価機関コメント)           |     | 3. 役員間で経営状況などを分析、協議し「ストラテジーレポート」を作成しています。作成したレポートに基づき、毎年「経営計画書」を整備しています。また、経営計画書に中・長期計画の項目があり、2030年に目指す姿を明文化しています。<br>4. 毎月、訪問看護ステーション事業所単独で開催する「管理者経営会議」の中で、年度初めに設定した事業所の目標に対して、9月に振り返りを行い、12月に見直しをしています。2月には次年度の目標設定について協議しています。    |      |      |       |
| (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。                                                                                                                                                                                                        |      | B    | 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) | <p>5. 運営管理者は「訪問看護新任管理者研修会」に参加するなど、法令遵守の観点での研修会に参加しています。医療保険制度や介護保険制度の最新情報は本部のコーディネーターが収集し、現場責任者と共有し、業務上の情報共有ツールを使用し、職員全員に周知しています。</p> <p>6. 経営責任者は、「経営計画書」において自らの役割と責任について明文化しています。運営管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかなどの把握をするために、年1回「コンピテンシー評価」を実施しています。</p> <p>7. 職員全員が社用携帯を所持し、運営管理者などと連絡が取れる体制があります。事業の実施状況については、電子カルテを確認するなど随時状況を把握しています。</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 |

## 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | B | A |
| (評価機関コメント)             |    | <p>8. 「人材育成に関する方針」を作成し、理念・運営方針に基づく「期待する職員像」を明確にしています。また、「採用に関する方針」を作成し、職員が自ら将来の姿を描くことができる仕組みがあります。職員の専門性や職務遂行能力等に関して、「2025年前期賞与評価」にて評価しています。</p> <p>9. 機能強化型訪問看護ステーションの要件を満たし続けるために、有資格の職員の配置など「採用に関する方針」を作成し、必要な人材や人員体制を整備しています。ホームページを活用し事業所の魅力や取り組みをこまめに発信しています。</p> <p>10. 階層別人材育成計画（新入職員・中堅職員・主任やリーダー・管理職）として4区分を設け、動画研修などを受講できる仕組みがあります。外部研修の情報は、業務上の情報共有ツールで周知し、上長に相談し参加できる仕組みがあります。研修の参加費用は事業所負担となっています。また、資格取得支援として精神科訪問看護研修も事業所負担で受講できる仕組みがあります。</p> <p>11. 「看護学生実習マニュアル」を整備し、実習の受け入れに関する基本姿勢や連絡窓口等を明文化しています。実習指導者に対する研修については、実習依頼先の看護学校が開催する実習指導者に対する研修会に参加しています。</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>12. 経理課の職員が勤怠管理ソフトを活用し、職員の有給休暇の消化率や時間外労働データについて、把握や管理をしています。職員の負担軽減につながるようにスマートフォンやタブレットを支給するなど、ICT機器を活用しています。また、身だしなみ手当を毎月支給するなど労働環境に配慮しています。</p> <p>13. 産業保健師の配置や年4回「ハラスメント対策委員会」を開催するなど、ハラスメントに関する相談ができる環境を構築していますが、ハラスメントに関する規定を就業規則に明記していません。</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。                                                                                                                                                                     | B | A |  |
| 地域との交流（入所系・通所系サービスのみ） | 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. 運営管理者が、2か月に1回開催する地域の事業所で構成された「洛西いきいき調整会議」に副会長として在籍し、地域の介護ニーズの状況に関する情報を積極的に収集しています。地域との関わり方についての基本的な考え方は、事業所の目標として「経営計画書」に明文化しています。<br>15. 非該当<br>16. 障害支援センターが開催している「家族のつどい」から精神障害をテーマに講演依頼を受け、講師として出講しています。また、講演後には相談ブースを設け、相談会を行い、医療や福祉ニーズの把握に努めています。 |   |   |  |

| 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。                           | B | A |  |
| (評価機関コメント) |    | 17. ホームページ、パンフレットなどで事業所の情報提供をしています。利用者や支援者からの問い合わせにも対応しています。 |   |   |  |

#### (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. サービス開始時には、重要事項説明書等を用いて、サービスの内容や利用料金について説明を行い、利用者、家族等から同意を得ています。また、判断能力に支障があると思われる利用者には、ケアマネジャー等と連携して権利擁護にも取り組んでいます。 |   |   |  |

#### (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)   |    | 19. 独自のアセスメント様式を活用し、利用者の心身状況や生活状況を把握しています。アセスメントは毎月実施しています。<br>20. 利用者、家族等から希望を聞き取り、アセスメントの結果も踏まえて、利用者や家族の意向を尊重した個別援助計画を策定しています。<br>21. 主治医、支援関係者とは、医療介護専用SNS「京あんしんネット」や文書照会などにより意見集約をし、得られた情報を個別援助計画に反映しています。<br>22. モニタリングは毎月行い、報告書を作成して主治医や関係機関に送付しています。長期目標1年、短期目標3か月を目安として、計画書の見直しを行っています。 |   |   |  |

| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B | 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 | B |
| (評価機関コメント)        |    | 23. 医療介護専用SNS「京あんしんネット」の活用により医師等、医療関係者と情報の共有、意見交換を行っています。また、利用者の入院時には医療機関に情報提供を行い、退院時には退院前カンファレンスにも参加しています。地域包括支援センター主催の事例検討会や情報交換会などにも参加しています。<br>24. 利用者が他サービスへ移行する際に情報提供などは行っていますが、サービスの継続性に配慮した手順や手続きを定めた文書はありません。                                                                                                                                                 |   |   |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                               | B | B |
| 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 | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | 25. 「看護サービス提供マニュアル」は作成していますが、提供しているサービスがマニュアルに基づいて実施できているか確認する仕組みはありません。また、マニュアルの見直しを行った日は確認できましたが、見直しの基準は定められていません。<br>26. サービス提供に係る記録は、訪問時に持参するスマートフォンやタブレットで記録の入力を行っています。個人情報に関する研修は実施していますが、記録管理に関する規程がありません。<br>27. 電子カルテや業務上の情報共有ツールを活用し、全職員がタイムリーに情報共有や意見交換ができる仕組みを作っています。<br>28. 訪問時には連絡ノートを活用し、家族と情報の共有を図っています。その他、電話や業務上の情報共有ツールなどで報告を行い、必要に応じて家族訪問も実施しています。 |   |   |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B | 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)        |    | 29. 感染症マニュアルを作成し、「感染症対策委員会」で年1回はマニュアルの見直し、更新をしています。全職員を対象に感染症に関する研修も実施しています。感染対策用の物品を各職員に配布し、訪問時に持参し活用することで二次感染を防ぐ対策をとっています。<br>30. 事業所内の清掃やゴミ出しは職員が当番制で行っており、休憩室等の清掃は外部委託にて週2回清掃をし、点検表も確認しています。                                                                                                                                                                       |   |   |

## (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | B | B |
| (評価機関コメント)    |    | <p>31. 事故・緊急時対応マニュアルを作成し、事故や緊急時における指揮命令系統は定めています。しかしながら、マニュアルに定められた予防や対応方法についての研修や実践的な訓練は行っていません。</p> <p>32. 事故が発生した際には、事故報告書を作成し、パソコンやスマートフォンにて全職員に回覧できる仕組みとなっています。リスクマネジメント委員会がなく、事故発生要因の分析、対応策の検討は十分ではありません。</p> <p>33. 職員用の非常災害物品の備蓄を行い、また、災害対応マニュアルを作成し、マニュアルに基づく机上訓練を実施しています。しかしながら、地域との連携を意識したマニュアル作りや各種関係団体と連携した訓練は実施できていません。</p> <p>34. 災害用BCPや感染症BCPを作成し、事業の維持、継続する体制を整えています。しかし、BCPに基づく定期的な研修や実践的な訓練の実施はしていません。</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     | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B | 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. 利用者の尊厳保持については、「看護サービス提供マニュアル」にも記載しており、利用者の尊厳についての研修も実施しています。コミュニケーションが取れない利用者に対しても、職員間で対応方法を検討し、実践しています。</p> <p>36. 虐待防止に関するマニュアルを整備し、3か月に1回、虐待防止委員会を開催しています。虐待防止に関する研修も実施しています。一人の利用者に複数の職員の関与がかわることで、虐待が起こっていないかを確認できる仕組みにもなっています。不適切ケアについての対応方法が定められていません。</p> <p>37. プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、研修も実施しています。同性介助で対応することの他、サービス利用を近所に知られたくない利用者についてはユニフォームや事業所名が目立たないように訪問するなど、プライバシー保護に配慮しています。</p> <p>38. 新規利用者は断らず、迅速に受け入れを行っています。虐待ケース、サービス拒否の利用者など困難ケースの利用者も受け入れをしています。</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っている。       | A | B |
| 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。         | A | B |

|               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |  |
|---------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|
| (評価機関コメント)    |    | <p>39. 一人の利用者に複数名の職員が関わるようにしており、利用者が話しやすい職員が選べる仕組みとなっています。また、訪問時に直接意見を聞くだけでなく、連絡ノートや電話、ケアマネジャーを経由して意向を確認するなど多くの方法を用意しています。意思表示が十分にできない利用者についても、専門職として、表情や動作などから意思を読み取るようにしています。</p> <p>40. 苦情等に関するマニュアルを整備し、苦情等があれば記録を残し、内容について全職員が確認できるようにしています。苦情等の内容や改善状況などを公開する仕組みはありません。</p> <p>41. 重要事項説明書に苦情等の相談窓口を記載し、利用契約時に説明を行っています。事業所と行政機関のみの記載となっており、地域住民など第三者の相談窓口はありません。</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | C | C |  |
| 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 | C |  |
| (評価機関コメント)    |    | <p>42. 利用者に対する満足度調査は実施していません。今後の実施に向けて検討しています。</p> <p>43. サービスの質の向上については、全職種が参加をする毎月の「管理者経営会議」にて話し合いをしており、オンコール体制の改善などサービスの質の向上につながった事例があります。ステーション連絡会やステーション協議会などにも参加し、他の事業所の取り組みについての情報収集し、業務の改善につなげています。</p> <p>44. 定められた評価基準に基づき自己評価をする仕組みがなく、評価結果の検討、次年度の事業計画への反映などにも至っていません。</p>                                                                                      |   |   |  |