

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (訪問看護)

### 1 評価機関

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 名 称    | 特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所   |
| 所 在 地  | 千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7         |
| 評価実施期間 | 平成 28年 5月 1日～平成 28年 8月 31日 |

### 2 受審事業者情報

#### (1) 基本情報

|               |                                                                          |       |              |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 名 称<br>(フリガナ) | 医療法人財団東京勤労者医療会 わかくさ訪問看護ステーション<br>イリヨホクザン ガイダノトキョウシヨウカイ ワカクサハウモンカンゴステーション |       |              |
| 所 在 地         | 〒270-1138<br>千葉県我孫子市下ヶ戸1811-5                                            |       |              |
| 交通手段          | JR常磐線天王台駅南口より徒歩7分                                                        |       |              |
| 電 話           | 04-7165-4751                                                             | FAX   | 04-7165-4755 |
| ホームページ        | <a href="http://www.tokyo-kinikai.com">http://www.tokyo-kinikai.com</a>  |       |              |
| 経 営 法 人       | 医療法人                                                                     |       |              |
| 開設年月日         | 平成12年9月1日                                                                |       |              |
| 介護保険事業所番号     | 1262590032                                                               | 指定年月日 | 平成12年9月1日    |
| 併設しているサービス    | 居宅介護支援事業                                                                 |       |              |

#### (2) サービス内容

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 対象地域 | 我孫子市全域                                     |
| 利用日  | 月曜日から土曜日                                   |
| 利用時間 | 午前8時45分から午後4時45分まで。土曜日は午前8時45分から午後12時45分まで |
| 休 日  | 日曜・国民の祝日、12月29日～1月3日、5月1日                  |

#### (3) 職員(スタッフ)体制

| 職 員     | 常勤職員 | 非常勤、その他 | 合 計   | 備 考 |
|---------|------|---------|-------|-----|
|         | 4    | 3.4     | 6.4   |     |
| 職種別従業者数 | 保健師  | 看護師     | 准看護師  |     |
|         | 0    | 5.2     | 0     |     |
|         | 助産婦師 | 理学療法士   | 作業療法士 |     |
|         | 0    | 0.8     | 0     |     |
|         | 事務員  | その他従業者  |       |     |
|         | 0.4  | 1       |       |     |
|         |      |         |       |     |

(4) サービス利用のための情報

|          |                        |    |
|----------|------------------------|----|
| 利用申込方法   | 電話、FAX若しくは、居宅介護支援専門員経由 |    |
| 申請窓口開設時間 | 利用時間に同じ                |    |
| 申請時注意事項  | 介護保険及び医療証等の確認          |    |
| 苦情対応     | 窓口設置                   | あり |
|          | 第三者委員の設置               | あり |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス方針      | <p>【私達の目指すもの】<br/>大人も、子どもも、年をとっても、身体が不自由になっても、一人暮らしであっても経済的な事情に関わらず、住み慣れた地域に、当たり前で暮らし続けていくことをサポートします。</p> <p>【事業方針】<br/>地域ニーズに積極的に答える為、利用者様の心身の特徴を踏まえて日常生活動作の維持・回復を図ると共に生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。法人内外の様々な組織や関係者の方々と顔の見えるネットワーク構築を目指し、24時間365日の対応で、地域で安心して暮らせるまちづくりに貢献します。</p>                                                                                                                                                            |
| 特徴          | <p>我孫子市に拠点を置き、頂いた依頼を断らないことをモットーにしています。利用者様とご家族が在宅で療養されている皆さまが、住み慣れた地域で安心して生活が出来ることを目指しています。利用者様の年齢は赤ちゃんからお年寄りまで幅広く、看護師、リハビリスタッフによるサービス提供を行っています。利用者様の急な病状の変化に対し24時間連絡体制をとり対応を行っています。地域との連携、医療機関等と密接な連携に努めています。居宅介護支援事業所を併設しており、介護保険の相談にも随時応じることもできます。</p>                                                                                                                                                                                      |
| 利用（希望）者へのPR | <p>○赤ちゃんからお年寄りの方まで、幅広い年代層を対象に、病状や障害が重度で高くても利用者様・ご家族の要求に寄り添い療養生活を支援します。</p> <p>○経験豊富な看護師を配置しております。利用者様のニーズにお応えする為、新たな知識・技術を要する医療処置等各研修を年間計画として位置づけています。研修終了後は、伝達学習を行い、職員全体の知識と技術の向上を目指しています。</p> <p>○看護職だけでなく、リハビリスタッフも在籍しており、機能訓練から安全安楽な療養環境の整備、身体機能低下に向けた予防活動にも力を入れています。</p> <p>○利用者様について、常にご希望をお聞きし、チーム内で情報を共有しながらその方にあった支援計画を作成します。また、最良のサービスが提供できるよう、カンファレンスを通じて、支援計画の見直しを行い、介護支援専門員をはじめとする地域の支援事業所の方々とも連携し「その方らしい暮らし」が営まれますようお手伝いします。</p> |

## 福祉サービス第三者評価総合コメント

|                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特に力を入れて取り組んでいること                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>利用者の気持ちに寄り添った支援を実践している</b></p> <p>どうい生活を送りたいかを聴きとり、利用者の気持ちに寄り添った支援に努めている。聴きとった意向や要望は看護記録にも記載して、スタッフ間で共有し支援につなげている。お花見に行きたいという利用者の希望を実現させた事もある。利用者アンケートでも「あなたの気持ちを大事にしてくれると思うか」の設問に対して、全員が「はい」との答えを寄せている。</p>                          |
| <p><b>関係機関とも連携して在宅生活継続に取り組んでいる</b></p> <p>地域では唯一、精神疾患の利用者への訪問看護を行っており、市役所や精神科病院からの依頼も多い。超重症児の訪問も実施しており、主治医や行政などとも連携しながら家族も含めた支援を行っている。市役所から精神訪問看護についての講義依頼があるなど、地域からも信頼される存在となっている。地域包括ケアの実践にむけ、関係機関とネットワークを構築しながら在宅生活継続のために取り組んでいる。</p>    |
| <p><b>医療機関と連携を図り利用者の情報共有に取り組んでいる</b></p> <p>退院前カンファレンスには積極的に参加し利用者の情報を把握するとともに、関係者とつながりを持つように努めている。また、医療機関とのカンファレンスも定例化し情報の共有を図っている。行政と市内のステーションとの連絡会に参加し、重度障害者の福祉サービス充実に向けた取り組みも行っている。</p>                                                 |
| <p><b>個別の手順書がありケアの統一を図っている</b></p> <p>訪問看護計画に沿った個別の手順書があり、訪問時の注意点や利用者の呼び方についても記載している。手順書は必要に応じて更新をし、変更があった場合は朝のミーティングでも伝達している。分かりやすくするために写真を添付することもあり、スタッフ間で共有しながらケアの統一を図っている。</p>                                                          |
| <p><b>利用者満足度調査を毎年実施しサービスの質の向上に取り組んでいる</b></p> <p>利用者満足度調査の結果については、カンファレンスや職場会議でも課題や改善点を話し合っている。話し合われた内容は次年度の事業所の方針にも反映させている。2016年度は「利用者参加型看護計画の作成」「相談を受けやすい訪問業務のあり方」の実現に向け取り組んでいる。</p>                                                      |
| さらに取り組みが望まれるところ                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>利用者の意向を反映した看護計画作成に向け更なる取り組みに期待したい</b></p> <p>契約時や訪問を通して利用者の意向や要望を聴きとり、看護計画に反映させている。看護・リハビリの目標には「安心して暮らしたい」など利用者の意向を取り入れている。しかしながら疾患に対する内容が中心となっていることもあるため、今後は利用者が望む生活についても計画に盛り込んでいきたいとしており、今後が期待される。</p>                             |
| <p><b>看護の質の向上に更に取り組むことを期待したい</b></p> <p>1人1研修を掲げスタッフを研修に派遣し、知識の習得やスキルアップを支援している。看護部でも研修委員会を設置するなど、事業所の研修をサポートする体制づくりをしている。スタッフ一人ひとりの力量を上げるため、ベテラン看護師による同行指導や手技の自己点検、職場内での学びの場の整備なども望まれる。地域のニーズに応えるべく常勤・非常勤問わず専門性を高め、更なる質の向上を図ることが期待される。</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(評価を受けて、受審事業者の取組み)</p> <p>基本理念、倫理、接遇等の研修が計画的に行えるよう事業者の年度計画に組み入れることになりました。利用者の希望を反映した看護計画とPDCAサイクルの機能する看護実践の質を高めるため、事業者全体で研修を計画しています。調査を通し、看護実践やマニュアルに改善が必要な点に気付くことができました。</p> <p>新規はマニュアル委員会を中心に各所長と創案し、不備のあるマニュアル、事故・苦情報告書を見直し業務を計画しています。単に見直すだけでなく、評価基準を設定し、さらに改善させる仕組みづくりに取り組みたいと考えています。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

福祉サービス第三者評価項目（訪問看護）の評価結果

| 大項目                                    | 中項目              | 小項目                                                                           | 項目                                                    | 標準項目                     |       |
|----------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|-------|
|                                        |                  |                                                                               |                                                       | ■実施数                     | □未実施数 |
| I                                      | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針                                                                     | 1 理念や基本方針が明文化されている。                                   | 3                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。                              | 3                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。                               | 3                        | 0     |
|                                        |                  | 2 計画の策定                                                                       | 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。                      | 4                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。   | 3                        | 0     |
|                                        |                  | 3 管理者の責任とリーダーシップ                                                              | 6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。                | 5                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 4 人材の確保・養成                                            | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | 3     |
|                                        |                  | 8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                              |                                                       | 4                        | 0     |
|                                        |                  | 9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 |                                                       | 4                        | 0     |
|                                        |                  | 10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。                                 |                                                       | 5                        | 0     |
| II                                     | 適切な福祉サービスの実施     | 1 利用者本位の福祉サービス                                                                | 11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | 6                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。                          | 4                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 13 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。                      | 4                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。                                | 4                        | 0     |
|                                        | 2 サービスの質の確保      | 15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。                                     | 3                                                     | 0                        |       |
|                                        |                  | 16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。                          | 4                                                     | 0                        |       |
|                                        | 3 サービスの利用開始      | 17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。                                              | 3                                                     | 0                        |       |
|                                        | 4 個別支援計画の策定      | 18 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。                                               | 4                                                     | 0                        |       |
|                                        |                  | 19 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。                                          | 5                                                     | 0                        |       |
|                                        |                  | 20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。                          | 4                                                     | 0                        |       |
|                                        | 5 実施サービスの質       | 項目別実施サービスの質                                                                   | 21 訪問看護計画に基づいて自立した療養生活が営めるよう支援している。                   | 5                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 22 健康管理のための取り組みが適切に行われている。                            | 4                        | 0     |
|                                        |                  |                                                                               | 23 在宅ターミナルケアを行っている。                                   | 5                        | 0     |
| 24 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。       |                  |                                                                               | 3                                                     | 0                        |       |
| 25 サービス提供が利用者家族にとって安心・快適なものとなるようにしている。 |                  |                                                                               | 3                                                     | 0                        |       |
| 26 安定的で継続的なサービスを提供している。                |                  |                                                                               | 4                                                     | 0                        |       |
| 6 安全管理                                 | 利用者の安全確保         | 27 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。                                         | 5                                                     | 0                        |       |
|                                        |                  | 28 事故や非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。                                 | 3                                                     | 0                        |       |
| 計                                      |                  |                                                                               |                                                       | 110                      | 0     |

## 項目別評価コメント

標準項目 ■整備や実行が記録等で確認できる。 □確認できない。

| 評価項目                                                   | 標準項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>理念や基本方針が明文化されている。                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。</li> <li>■理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>■理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。</li> </ul> <p>(評価コメント)法人の理念が明文化されており、内容は人間の尊厳が保障されるために、心の通い合う医療・福祉をめざすことを謳っている。また、理念を踏まえ事業所では、住み慣れた地域で当たり前暮らし続けていくことをサポートすることを、「私達の目指すもの」として明示している。目指していることは、法人の精神である無差別平等の医療を具現化し、人権を尊重した利用者支援を基本に据えていることがうかがえる。</p>                                                                                                                                                            |
| 2<br>理念や基本方針が職員に周知・理解されている。                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。</li> <li>■理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。</li> <li>■理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。</li> </ul> <p>(評価コメント)理念は事業所内に掲示するとともに職員に配布し読み合わせを行い理解を深めている。具体化した「私達の目指すもの」は各自がネームプレートの裏側に貼付しいつでも確認ができるようにしている。職場会議などでもスタッフ一人ひとりにプレが生じないよう目指していることを周知している。また、年度中間や年度末の総括では目指していることに立ち返るなど看護実践の検証に活かしている。また、日々のカンファレンスでも理念に沿った看護実践について話し合っている。</p>                                                                                                                                                                |
| 3<br>理念や基本方針が利用者等に周知されている。                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。</li> <li>■理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。</li> <li>■理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。</li> </ul> <p>(評価コメント)法人の理念をもとに事業所の目指していることを分かりやすくパンフレットに記載し、契約時に利用者・家族に説明している。三つ折りのパンフレットは広げたときに理念が真っ先に目につくように工夫されている。理念に沿った実践についてホームページのブログでも紹介している。看護計画も理念であるその人らしく暮らし続けることに寄り添うことを基本に据えており、訪問時は看護計画に基づいた看護を実践し記録に残し利用者・家族に伝えている。</p>                                                                                                                                                                          |
| 4<br>事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画は中長期視点を踏まえて、具体的に計画されている。</li> <li>■理念・基本方針より重要課題が明確にされている。</li> <li>■事業環境の分析から重要課題が明確にされている。</li> <li>■現状の反省から重要課題が明確にされている</li> </ul> <p>(評価コメント)中長期の視点を盛り込んだ看護部の年度方針があり、それに沿って事業所の事業計画が策定されている。事業計画を立案するにあたり前年度の総括を行い成果や課題を明確にして当年度の計画につなげている。事業計画には医療・介護・行政機関と連携し、地域で安心して生活が続けられるよう支援するなどの、目指していることの実現に向けて重点目標が掲げられている、また、看護の質と職員の仕事力の向上などの方針を明示するとともに、昨年度の振り返りから取り組み課題を明確にしている。</p>                                                                                                                                                         |
| 5<br>施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。</li> <li>■年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。</li> <li>■一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。</li> </ul> <p>(評価コメント)事業計画の策定にあたっては管理者が原案を作成し、事前に職員に渡して意見をまとめてもらい職場会議で意見を集約するなどの仕組みがある。事業計画の実施状況の評価は中間及び年度末に行い成果や課題などを抽出している。方針は日常の業務の中で確認し徹底している。事業計画の策定、実施、評価、見直しのサイクルを廻し、事業所の目標については職員会議で協議し決定していることがうかがえた。</p>                                                                                                                                                                |
| 6<br>理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。</li> <li>■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。</li> <li>■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。</li> <li>■知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。</li> <li>■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。</li> </ul> <p>(評価コメント)管理者は事業所の重点課題や看護の質向上に向けての課題について明示している。経営活動での課題では数値目標を掲げ取り組んでいる。利用者満足度調査も毎年実施して内容を分析し、問題点を職場会議で話し合い改善に結び付けている。研修においては1人1研修を掲げ、年間計画のもとスタッフを最低でも1回以上研修に派遣するなど学びの場を確保している。また、年2回の個別面談も実施して悩みや相談に乗ったり、普段から意見を出しやすい職場の雰囲気づくりに心がけている。管理者は法人や地域の会議などにも参加し、関係者と連携し方針の実現に向け取り組んでいる。</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 倫理規程があり、職員に配布されている。</li> <li>■ 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。</li> <li>■ 倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| (評価コメント)職業倫理規定を策定して職員に配布し職場会議などで読み合わせを行っている。上部組織の倫理綱領も掲示し守るべき倫理を明確にしている。入院を勧めても自宅でこれからも生活したいと話す利用者には在宅で看護していくなど個人の意思を尊重している。最近ではハンセン病の患者への人権侵害の問題から尊厳についても学んでいる。入職時には個人情報の保護に関する誓約書を取り交わし遵守に努めている。                                                                                       |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人事方針が明文化されている。</li> <li>■ 職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。</li> <li>■ 評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。</li> <li>■ 評価が公平に行われるように工夫している。</li> </ul>                                                                                                          |
| (評価コメント)法人看護部の人事方針がありキャリアアップのための異動が行われている。運営管理マニュアルには役職ごとの役割が明確になっている。職員の育成を目的に年2回個別面談を実施しており、お互いに目標を確認し年度の中間と年度末に評価を行い次年度につなげている。とくに、スタッフと管理者が成長を実感できるような面談のあり方にしたいとしている。面談は運用基準に基づき実施しており客観性や公平性を担保している。                                                                               |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。</li> <li>■ 把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。</li> <li>■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。</li> </ul>                                                               |
| (評価コメント)法人の担当部門が職員の有給休暇の消化や時間外労働の状況を管理しており、問題があれば事前に連絡が入る体制がある。非常勤のスタッフにも重度の患者を診てもらうなど常勤スタッフの負担を軽減している。また、週1回のノー残業デイを設けたり訪問前には健康体操を行うなど健康管理に取り組んでいる。今年度は全職員がストレスチェックを実施予定である。年2回の職員との個別面談では健康のことやローテーションの希望、職場づくりなどの意見を聴いている。事業所内の親睦会もあり、忘年会や歓迎会などを実施している。法人は共済会に加入しており総合的な福利厚生が整備されている。 |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。</li> <li>■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。</li> <li>■ 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。</li> <li>■ 個別育成目標を明確にしている。</li> <li>■ OJTの仕組みを明確にしている。</li> </ul>                                                                                                                      |
| (評価コメント)キャリアアップのための定期的な職場異動があり、さまざまな部門を経験し知識やスキルを身に付けることができる。法人の研修体制も整備されており、年次別のプログラムができています。事業所では1スタッフ1研修を掲げ、年間研修計画のもと外部研修などに派遣している。新任スタッフにはベテラン職員が同行して手技の確認を行っている。目標管理制度も導入しており、年2回の個人面談で目標を確認し、中間及び年度末に評価を行い結果をフィードバックしながら育成に取り組んでいる。                                                |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 憲法、社会福祉法、介護保険法などの法の基本理念の研修をしている。</li> <li>■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。</li> <li>■ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。</li> <li>■ 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。</li> <li>■ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。</li> <li>■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。</li> </ul> |
| (評価コメント)憲法学習はDVDなどを活用して実施し、個人の尊重については規定を読み合わせ基本的なことを学んでいる。また、理念は利用者の権利を擁護する内容であり読み合わせなどで理解を深めている。管理者は同行時に職員の利用者・家族への対応を確認し、不適切な言動があれば指導を行っている。法人では接遇研修も実施しており電話などでの言葉遣いも気を付けている。日常の看護やケアではカーテンを閉めたりバスタオルを使うなど羞恥心に配慮して支援している。                                                             |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。</li> <li>■ 個人情報の利用目的を明示している。</li> <li>■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。</li> <li>■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。</li> </ul>                                                                                            |
| (評価コメント)個人情報の取り扱いに関する方針と規定があり読み合わせを行っている。規定では個人情報の内容や使用の例示や第三者への使用の例示などのほか、情報の開示や訂正・消去を求めることができることも明記している。また、契約時に個人情報使用の同意書ももらっている。職員とは入職時に誓約書を取り交わすほか、実習生にも実習時に改めて提出を求めている。カルテについては鍵のかかるキャビネットに保管し管理を徹底している。                                                                            |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 利用者満足度を向上を図った仕組みを整備し、取り組んでいる。                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者満足度を把握し改善する仕組みがある。</li> <li>■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。</li> <li>■ 利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。</li> <li>■ 利用者又はその族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。</li> </ul>                                                                                                                                |
| (評価コメント)毎年、利用者満足度アンケートを実施し結果を分析して改善に取り組んでいる。法人の訪問看護部では昨年のアンケート結果から、利用者参加型の看護計画作成や訪問時に利用者や家族から気軽に相談してもらえるような関わり方など課題を抽出している。第三者評価での利用者アンケートでは、「不満や要望を気軽に言うことができますか」の質問に対し、全員が「はい」と答えており信頼関係が構築されていると思われる。利用者・家族から意見や苦情を受け付けた場合は「相談苦情記録書」に記入し解決を図っている。内容によっては法人訪問看護部でも共有し解決を図ることもある。       |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。</li> <li>■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。</li> <li>■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。</li> <li>■苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。</li> </ul> |
| <p>(評価コメント) 苦情解決制度を整備し事業所や行政の相談窓口を明示し、契約時に重要事項説明書で利用者・家族に説明している。受け付けた意見や苦情は苦情相談対応マニュアルに沿って迅速に対応しているが、内容によっては職場会議で話し合い解決を図ることもある。対応結果は申出人にフィードバックし理解を求めている。意見や苦情は職場会議で共有するが内容によっては所長会議など法人内でも共有している。利用者アンケートでは、「不満や要望をよく聞いて対応してくれますか」の質問に対し、全員が「はい」と答えている。実際に利用者・家族意見から訪問ルートの見直しを行っている。</p> |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                         | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。</li> <li>■自ら提供する当該サービスの質についての自己評価を定期的に行い改善課題を明確にしている。</li> <li>■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。</li> </ul>                                    |
| <p>(評価コメント) 朝のミーティング、職場会議などでサービスの質や看護実践の検討を行っている。服薬の自己管理が難しくなってきた利用者には、服薬カレンダーのポケット部分に薬を配薬して飲み忘れを防止したり、リハビリスタッフの情報からサービス内容を検討するなど、連携して改善に取り組んでいる。利用者満足度調査を毎年実施して、カンファレンスや職場会議で課題等について話し合い、内容は議事録に記載しスタッフ間で共有している。改善に向けた具体的な取り組みは、次年度の事業所方針にも反映させている。</p>                                   |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■業務の基本や手順が明確になっている。</li> <li>■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。</li> <li>■マニュアル見直しを定期的に行っている。</li> <li>■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。</li> </ul>                                                       |
| <p>(評価コメント) 業務に必要なマニュアルを整備しており、新人職員には配布している。マニュアルは必要があれば確認できるように、閲覧可能な場所に保管されている。法人の訪問看護部門のマニュアル委員会では毎年見直しを行い、改訂した場合は更新した日付を記載している。カンファレンスについても規定があり、目的、内容、記録の方法などが明記され、カンファレンスを開く意味が明確になっている。マニュアル類を改訂した場合は日付を記載しているが、今後は変更がなかった場合でも更新した日付を記載するとよいと思われる。</p>                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                         | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス提供内容、重要事項等を分かりやすく説明している。</li> <li>■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。</li> <li>■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。</li> </ul>                                                                        |
| <p>(評価コメント) 契約時には、サービスの内容や重要事項などについて分かりやすく説明している。利用者負担金については、介護保険、医療保険別の料金案内に沿いながら、1ヶ月の利用料の概算を伝えている。自費サービスや加算についても丁寧に説明している。退院前のカンファレンスに参加して、事前に顔合わせをしているスタッフが契約時に訪問するなど、利用者や家族が安心できるように配慮している。また、認知症など理解力が低下している場合は、家族等に同席を依頼するなど利用者の不安の軽減を図っている。</p>                                     |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。</li> <li>■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。</li> <li>■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。</li> <li>■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。</li> </ul>              |
| <p>(評価コメント) 医師の指示書、心身状況、利用者、家族の意向などの基本情報をもとに、初期看護計画を立案している。その後の訪問を通して利用者、家族のニーズや課題などをカンファレンスでも話し合い必要に応じて計画を見直している。計画書は毎月利用者、家族に説明し同意を得ており、主治医やケアマネジャーにも渡し共有している。また、利用者別に個別の手順書がありケアの統一を図っている。利用者満足度調査の結果を踏まえ、今後はさらに利用者の意向を反映させた看護計画の作成を目指している。</p>                                         |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。</li> <li>■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。</li> <li>■急変など緊急見直し時の手順を明示している。</li> <li>■当該サービス計画の変更について、介護支援専門員との連携に努めている。</li> <li>■居宅支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有している。</li> </ul>   |
| <p>(評価コメント) 計画にそった日々の実践は、看護記録に記載している。看護計画は担当者が毎月評価、見直しを行っており、気になる利用者についてはカンファレンスでも話し合っている。また、サービス担当者会議にも参加して関係者からの意見も取り入れている。看護記録は複写になっており、利用者宅にも保管しケアマネジャーや他の事業所とも情報の共有をしている。利用者の状態が変化した場合、ケアマネジャーに電話やファックスで連絡して連携しながら支援を行っている。急変時の連絡先や対応方法については、基本情報や個別の手順書に記載している。</p>                  |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者一人ひとりに関する情報を記録する仕組みがある。</li> <li>■計画や記録は支援担当職員すべてが情報共有している。</li> <li>■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。</li> <li>■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。</li> </ul>                                      |
| <p>(評価コメント) 利用者の状態が変化した場合は看護記録と日報に記載し、訪問前に必ず内容を確認している。また、朝のミーティング時に口頭でも伝えている。サービスの実践では利用者別に手順書があり、訪問時の留意事項や利用者個別の禁忌事項等についても、具体的に記載している。利用者の状態の変化についてはケアマネジャーに連絡し、情報を共有しながら支援に努めている。場合によっては福祉用具の導入やヘルパーの訪問回数を増やすなどの提案を行うこともある。担当者会議にも参加して関係機関との連携を図りながら利用者支援に取り組んでいる。</p>                   |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 訪問看護計画に基づいて自立した療養生活が営めるよう支援している。    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■訪問看護計画に基づいて療養上の支援を行っている。</li> <li>■病状や生活状態を把握し、適切なケアや助言・指導を行っている。</li> <li>■日常生活動作の維持・改善のために機能訓練を行っている。</li> <li>■寝たきり、褥そう、廃用症候群、転倒等の防止や病状悪化の予防のための対応を行っている。</li> <li>■利用者に病状が急変した場合の対応方法を示しており、機能している。</li> </ul>                  |
| (評価コメント)利用者の状態を把握して、日常生活動作の改善や生活の質の確保に向けた支援、助言を行っている。リハビリスタッフが利用者や家族等にもできるリハビリメニューをイラスト入りで作成している。座位保持トレーニング等の機能訓練を実施し、自立した日常生活に向けた支援を実践している。リハビリの結果シルバーカーで移動していた利用者が、杖歩行まで改善した事例もある。また、寝たきりの利用者のオムツ交換時に、ワセリンを塗布するよう家族にアドバイスするなど、褥瘡予防にも配慮している。看護記録には利用者や家族に行った指導やアドバイスを記録して、情報の共有を図っている。緊急時の連絡先や連絡の手順については書面で提示し、利用者宅に掲示するよう依頼している。 |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 健康管理のための取り組みが適切に行われている。             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■主治医から治療及び処置に関する指示を受けている。指示書に基づく医療処置について、利用者や家族への丁寧な説明に努めている。</li> <li>■主治医に看護内容や利用者の療養状況の変化を随時報告している。</li> <li>■服薬の管理について指導等適切に実施している。</li> <li>■サービス開始時に体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題が有る場合はサービス内容の変更を行っている。また、家族や主治医と連絡を取っている。</li> </ul> |
| (評価コメント)指示書、看護計画書に基づいた看護の実践は看護記録に記載し、利用者等へ説明した内容なども記録に残している。利用者の状態に変化があれば、電話やファックスで主治医に報告している。利用者の状態を写真で主治医に送ったり、利用者が受診する時に身体状況を記載して情報提供をすることもある。また、定期的に往診医とカンファレンスを開催しており、連携しながら支援している。服薬管理については利用者や家族の状況に応じて対応しており、内容は個別の手順書に記載している。利用者の病態や処置内容の変化については、担当者会議で報告するなど関連機関とも連携して利用者支援に努めている。                                       |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 在宅ターミナルケアを行っている。                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ターミナルケアの対応についての記載があるマニュアル等を整備し研修を行っている。</li> <li>■ターミナルケアを実施する体制がある。</li> <li>■ターミナルケアの実施に関する医師の意見書がある。</li> <li>■ターミナルケアの実施に関する利用者の自己決定やその家族の希望を尊重している。</li> <li>■精神的ケアの対応についての記載があるマニュアル等があり、研修をしている。</li> </ul>                  |
| (評価コメント)スタッフが交替で携帯電話を所持し、いつでも対応できる体制がある。利用者には緊急時連絡先を渡し、目につきやすい場所に掲示するように伝えている。ターミナルにおける利用者や家族の意向については丁寧に希望を聴きとり、基本情報や日々の看護記録にも記載し、利用者の気持ちに寄り添ったケアの実践につなげている。これから予測される状態の変化について、イラスト入りで分かりやすく記載したパンフレットに沿って説明するなど家族の不安軽減にも努めている。法人等の研修でターミナルケアにおける医療処置の知識や利用者・家族に対する言葉かけなどについても学んでいる。                                               |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。</li> <li>■認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。</li> <li>■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。</li> </ul>                                                                                              |
| (評価コメント)認知症に関する研修は年間の研修計画に位置づけられており、カンファレンスでも認知症について学ぶ機会を設けている。利用者の生活歴や何を大切にしているかを探りながら、日々のケアにつなげている。必要な情報は家族から聴きとったり、ケアマネジャーからも得ながら、利用者の理解に努めている。便秘により不穏状態になる利用者には、下剤のコントロールについて家族に指導を行ったり、介護者の状況によってはショートステイの利用をすすめるなど生活全体を支える支援を実践している。                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | サービス提供が利用者家族にとって安心・快適なものとなるようにしている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■訪問看護職員に対して、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している。</li> <li>■訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認し、変化のある場合の対応体制を整え、必要に応じて関係機関と連絡をとるなどの対応をしている。</li> <li>■利用者から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている。</li> </ul>                                                    |
| (評価コメント)接遇・マナーマニュアルが整備されており、職場内でも接遇について学ぶ機会を設けている。利用者個別の手順書があり、訪問時の留意点についてスタッフ間で共有している。訪問時は介護者の様子をみながら、場合によっては血圧を測ったり、受診を勧めるなど家族の健康状態にも配慮している。汚物の処理方法やゴミ袋を防水スーツの代用として利用する方法についてアドバイスするなど、安心して療養生活が送れるように支援している。利用者の状態などの変化については、ケアマネジャーとも連携しながら迅速に対応している。                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 安定的で継続的なサービスを提供している。                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■訪問日・時間等は利用者のニーズに合うように関係機関と調整するなど配慮している。</li> <li>■訪問看護職員が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している。</li> <li>■訪問看護員が変更になる場合は、決められたルールに従って利用者に事前に連絡している。</li> <li>■訪問看護員が替わるときには、利用者の負担が最小限になるように取り組んでいる。</li> </ul>                                   |
| (評価コメント)訪問日や時間帯は利用者の希望に添うようにしている。受診や他の在宅サービスの利用などにより訪問時間が変更になった場合も柔軟に対応している。訪問する看護師が変更になった場合は対応マニュアルに即して適切に対応しており、時間が変更になった場合は事前に連絡して了解を得ている。担当性ではなくスタッフ全員で利用者を支援しているため、すべてのスタッフが利用者の状態を把握しており、安定したサービスの提供に努めている。利用者アンケートでも「家での介護の助けになっている」「何でも相談できる」などの声が寄せられている。                                                                 |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。         | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 感染症の防止に関するマニュアル等を整備し研修を実施している。</li> <li>■ 感染症の防止方法を家族に説明している。</li> <li>■ 医療廃棄物の適正な処理を行うとともに、利用者にも適切な取り扱い方法を説明している。</li> <li>■ 訪問看護職員の清潔保持や健康管理を行っている。</li> <li>■ 感染症の利用者へ適切なサービスを提供するための仕組みを整備している。</li> </ul> |
| <p>(評価コメント) 訪問看護師が感染源にならないために訪問時の手洗いを徹底し、処置の内容に応じてマスク、エプロンなどを着用して処置にあたっている。医療廃棄物の処理については、点滴などの針はペットボトルに入れ主治医が回収したり、利用者が医療機関に持参するようになっている。使用した手袋やエプロンなどは、市の規定に従ってゴミとして処分するよう家族に依頼している。事業所内では感染症対応マニュアルや在宅感染予防のDVDなどからも学ぶ機会を設けている。また、年2回職員の健康診断の実施や、インフルエンザやB型肝炎の予防接種などスタッフの健康管理も適切に行っている。</p> |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 事故や非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応手順等に関するマニュアル等整備している。</li> <li>■ 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討をしている。</li> <li>■ 事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応に関する研修を実施している。</li> </ul>                                                         |
| <p>(評価コメント) 災害対策マニュアルを整備し、発生した時間帯(訪問中かあるいは時間外か)別の対応手順を示し、安否確認表として避難場所、使用している医療機器等の一覧を作成している。家族に対しても、吸引器の電源が失われた場合を想定して手動による操作方法を指導するなど災害時における対応を伝えている。事故対応についてはインシデント・アクシデントマニュアルがあり、関わったスタッフが報告書に記載し職場会議で改善策を検討して再発防止に取り組んでいる。法人内外で報告があった事故事例についても職員会議で話し合い共有している。</p>                      |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                         |