

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 6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) | 稲毛駅前訪問看護ステーション<br>イナゲエキマエハウモンカンゴステーション   |       |              |
| 所在地           | 〒263-0043<br>千葉県千葉市稲毛区小仲台1-4-20イオン稲毛店4階  |       |              |
| 交通手段          | JR総武線 稲毛駅 徒歩3分<br>駐車場800台完備  |       |              |
| 電 話           | 043-290-1234   | FAX   | 043-290-1235 |
| ホームページ        | <a href="http://www.inage-houkan.com/">http://www.inage-houkan.com/</a>              |       |              |
| 経営法人          | 株式会社在宅支援総合ケアサービス   |       |              |
| 開設年月日         | 平成23年 8月16日  |       |              |
| 介護保険事業所番号     | 1260190520   | 指定年月日 | 平成23年10月 1日  |
| 併設しているサービス    | 居宅介護支援・訪問介護・訪問入浴・福祉用具貸与販売<br>通所介護・住宅改修・介護タクシー・在宅療養支援診療所<br>看護小規模多機能型居宅介護（平成28年秋開設予定） |       |              |

(2) サービス内容

|      |                                |
|------|--------------------------------|
| 対象地域 | 千葉市・四街道市・八千代市・習志野市・船橋市・市川市・佐倉市 |
| 利用日  | 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日            |
| 利用時間 | 9時00分 ～ 18時00分                 |
| 休 日  | 土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月30日～1月3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 |
|---------|-------|---------|-------|-----|
|         | 29    | 17      | 46    |     |
| 職種別従業者数 | 保健師   | 看護師     | 准看護師  |     |
|         | 0     | 22      | 1     |     |
|         | 助産婦師  | 理学療法士   | 作業療法士 |     |
|         | 0     | 14      | 4     |     |
|         | 言語聴覚士 | その他従業者  | 事務員   |     |
|         | 2     | 1       | 2     |     |
|         |       |         |       |     |

(4) サービス利用のための情報

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 利用申込方法   | 居宅介護支援事業所経由若しくはステーションに直接相談<br>(ご来店、電話やホームページお問い合わせページ) |   |
| 申請窓口開設時間 | 9時00分 ~ 18時00分   |   |
| 申請時注意事項  | ご利用者ご家族がご相談時は、個人情報管理の為、<br>ご本人やご家族の本人確認をさせて頂くことがあります。  |   |
| 苦情対応     | 窓口設置   | 有 |
|          | 第三者委員の設置   | 無 |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

|        |  |
|--------|--|
| サービス方針 | <p>健全で明朗かつ快活なサービス環境に努め、利用者の人間性を尊重し、適正な医療・介護面での援助をもって明るく楽しい家庭的なサービスを提供し、利用者が安心して在宅生活をおくることが出来るようにする。</p> <p>障害や疾病を持つ人が、その家族と住みなれた地域・家庭で療養生活が継続できるよう支援していく。</p> <p>障害や疾病を持つ人が、その家族と住みなれた地域・家族でより元気で活動的に日常生活を継続できるよう予防看護を行なっていく。</p> <p>居宅介護支援事業所、病院と連携をとり、より質の高い在宅サービスを提供する。</p> |
|--------|--|

|                    |   |
|--------------------|---|
| <p>特 徴</p>         | <p>1. 「機能強化型訪問看護ステーション」の指定を受けております。</p> <p>① 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上。</p> <p>② 24時間対応体制加算を届け出ている。</p> <p>③ 訪問看護「ターミナルケア療養費」又は「ターミナルケア加算」の算定件数が年に合計20件以上。</p> <p>④ 重症患者（別表第七「特別管理加算」対象者）に該当する利用者が月に10人以上。</p> <p>⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成している。</p> <p>⑥ 休日、祝日も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。また、営業日以外であっても、24時間365日訪問看護を必要とする利用者に対して、訪問看護を提供できる体制を確保し、対応する。</p> <p>⑦ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。特に、人材育成のための研修については、看護学生の在宅看護実習、病院及び地域において在宅療養を支援する医療従事者の知識及び技術の習得等、在宅医療の推進に資する研修である。</p> <p>※ 以下に記載されているものは既に開催若しくは受入実施事項。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大規模集合住宅において地域住民に対する介護相談会開催</li> <li>・看護学生の実習受入・医療機関の病棟看護師の同行研修受入</li> <li>・厚労省、平成26年度「小児等在宅医療連携拠点事業」の研修を看護師及びリハビリ職員全員が受講し、技術的支援を受けて小児・障害児等の受入体制を整備。</li> </ul> <p>2. 「精神科重症者早期集中支援管理訪問看護」の指定を受けております。</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を1年以上。</p> <p>② 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を1年以上。</p> <p>③ 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を1年以上。</p> <p>④ 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している。</p> |
| <p>利用（希望）者へのPR</p> | <p>「ターミナル患者・小児・障害・精神等重症患者」を継続的に受入れ、在宅生活を可能とするために</p> <p>弊社の取組事項・・・</p> <p>現職の看護師は当然のことながら、リハビリ職員やケアマネージャー及び併設の稲毛駅前訪問介護ステーションの職員のスキル向上を図っています。</p> <p>① 厚労省、平成26年度「小児等在宅医療連携拠点事業」の出張研修を看護師及びリハビリ職員全員が受講し、技術的支援を受けて小児・障害児等の受入体制を整備。</p> <p>② 喀痰吸引を可能とする介護職員を増員。（現状4名の職員が喀痰吸引可能）</p> <p>③ リハビリ職員全員が喀痰吸引を可能とする体制とする。</p> <p>④ 年内に相談支援専門員（障害者・障害児のケアプラン作成）を2名増員。（現状ゼロ）</p> <p>⑤ 障害者の為の障害福祉サービスの「介護給付事業」の同行援護・重度訪問介護・居宅介護サービスを提供しています。</p> <p>また、「地域生活支援事業」の移動支援サービスの指定も受け、障害者等の外出が円滑にできるよう、移動を支援しています。</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>サービス事業所と連携し利用者の支援に取り組んでいる</p> <p>法人は在宅の総合サービスを実施しており、併設の居宅支援事業所と連携した訪問介護や訪問入浴、福祉用具貸与などのサービスを、柔軟に提供ができる体制がある。今年度の事業方針にも法人内の事業所との連携強化を謳うなど、強みを活かした利用者支援を目指している。職員からは「他職種と連携したサービスが実施できている」との声が多数上がっており、利用者・家族のニーズに合わせた支援がうかがえる。</p>                                  |
| <p>精神疾患や小児難病など重度の利用者を受け入れる体制を整えている</p> <p>在宅療養している重度の利用者や精神疾患の利用者支援を行えるよう、リハビリスタッフ全員が喀痰吸引の研修を受けたり、経験を積んだ看護スタッフを配置し受け入れ態勢を整えている。また、小児看護を強化しており、研修を受講したり複数で訪問するなどして利用者支援に取り組んでいる。地域には小児や障害児のケアを行っている事業所が少ないことから、依頼に対応できるよう体制を整えている。機能強化型事業所として更に地域ニーズに応えることを期待したい。</p>  |
| <p>看護師とセラピストの連携で利用者支援に取り組んでいる</p> <p>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのセラピストが配置され、看護スタッフと連携し利用者の支援にあたっている。リハビリ計画はセラピストが提案したものを看護師が作成し、評価は3～6か月毎に両者で行い見直している。職員からは「リハビリスタッフとの連携が取れている」との意見があり、利用者アンケートでも「リハビリスタッフからの日常生活での注意事項や、体力の維持などの指導を感謝している」というコメントが見られる。</p>                  |
| <p>情報の共有がタイムリーに行えるシステムを導入している</p> <p>タブレット(コンピューター携帯機器)をスタッフ全員が所持し、利用者情報がいつでも、どこでも確認できたり、入力できるシステムを導入している。日常の訪問では利用者のバイタルやケア内容、日々の記録、特記事項等を入力しており、利用者の状態やケア内容の変更等利用者の情報をタイムリーに共有ができています。事業所は居宅介護支援事業所、訪問介護事業所などを併設しており、看護・介護両面からの情報を共有し、連携しながら利用者の生活を支える体制を整えている。</p> |
| <p>スタッフが働きやすい職場づくりに取り組んでいる</p> <p>大規模事業所であるが風通しがよく、上長やスタッフとも気軽に相談しやすい職場環境となるよう努めている。訪問当日もスタッフ間の意見交換などが普通に見られた。また、業務などではスタッフ間の協力体制があり看護師の負担軽減にもつながっている。今年度の重点方針にも働きやすい環境づくり掲げており、更なる取り組みに期待したい。なお、サテライト事業所が複数あり、今後は全スタッフで顔の見える関係づくりを工夫し、組織の一体感を高めることも期待したい。</p>        |
| さらに取り組みが望まれるところ   |
| <p>業務に必要なマニュアルの作成や定期的な見直しが期待される</p> <p>マニュアル係を置き業務に必要なマニュアルの作成や見直しを行っている。マニュアルは入職時に配布し人材育成に活用したり、必要なときに閲覧し確認している。今後は、業務や看護のマニュアルの作成や整備を計画的に行うとともに、ミーティングなどでマニュアル内容の読み合わせなども期待したい。また、業務の標準化と質の向上につなげるため、見直しは定期的に行い更新することが望まれる。</p>                                     |
| <p>安全対策についてスタッフ間で共有し検討することが望まれる</p> <p>事故が発生した場合は事故報告書にまとめ、電子回覧システムを活用し全スタッフに伝えている。当事者及び管理者は事故について原因や対策を検討し再発防止策を打ち出しているが、事故についてはミーティングなどの場で内容を全員で共有し、安全対策について話し合うことも望まれる。また、再発防止策の実行・評価についても期間を決めて行うことや、重大事故の予防策としてヒヤリハットノートなどの活用を検討することも望まれる。</p>                   |
| <p>(評価を受けて、受審事業者の取組み)初めて今回の第三者評価を受けさせていただき、ご利用者様の率直なご意見を伺えることが出来たことが一番の収穫となりました。そして、改めて事業所の強みや課題をご指摘いただけたことにより強みは更に磨き、課題とする部分は会社全体で見直し向上を早期に対応させていただき全てが強みになれることを目標にしたいと思っております。</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   | 事業計画と重要課題の明確化   | 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  | 管理者のリーダーシップ   | 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   | 人事管理体制の整備 | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 |
|  |                  | 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。                              | 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         |                          |
|  |                  |   | 職員の就業への配慮   | 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   | サービスの質の向上への取り組み                                       | 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   | 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   | 個別支援計画の策定・見直し   | 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。                                  | 4         | 1                        |
|  |                  |   |   | 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。                                 | 2   | 1  |           |                          |
| 計                                      |                  |   |   | 108  | 2         |                          |

## 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 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>   |
| (評価コメント) 会社が目指していることを「クレド」(価値観や行動規範)として明文化している。クレドには顧客の尊厳の保持などが謳われ、人権擁護の精神が盛り込まれている。また、事業計画には基本方針が明示され、「人間性を尊重し家庭的なサービスを提供し、安心して在宅生活を送ることができるようにする」と掲げている。なお、目指していることなどはパンフレット等にも記載し、関係機関や利用希望者に発信することも期待される。                                     |   |
| 2 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>  |
| (評価コメント) クレドは職員に配布するハンドブックに掲載し、入社時には読み合わせなどで周知を図っている。年度終了後には決算報告を行い、代表は事業方針など会社の目指していることを説明している。方針に沿った看護実践については毎週のミーティングで確認したり振り返っている。また、方針の実現に向け電子掲示板やのSNS(ソーシャル・ネットワーク・システム)で指示を出したり情報の共有を図っている。  |   |
| 3 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>  |
| (評価コメント) 契約時には重要事項説明書で事業所の運営方針を利用者や家族等に伝えている。また、訪問看護計画書についても利用者や家族等に説明している。実践面については「訪問看護報告書」として医師やケアマネジャーに報告しており、利用者によっては連絡ノートで家族や居宅サービス事業者と情報の共有を図っている。  |   |
| 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。  | <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>   |
| (評価コメント) 年度の事業計画を策定し、重点事業を明確にしている。重点事業は活動拠点の拡大など中長期の視点を踏まえ、必要とする利用者へより多くサービスの提供をするなどの目標や、利用者及び家族等の希望に迅速かつ丁寧に対応するなど地域ニーズに応えた課題を明確にしている。  |   |
| 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。   | <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>  |
| (評価コメント) 事業計画の策定にあたっては管理者と代表者が話し合い原案を作成している。また、管理者と主要スタッフが話し合う仕組みができています。事業計画に基づいた取り組みは月次ミーティングなどで実施状況の報告を行い、電子掲示板などにより全スタッフに周知している。なお、事業計画における重点事業については、具体的な活動の振り返りを定期的に行い、成果と課題を明確にして推進することが望まれる。   |   |
| 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。  | <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> |
| (評価コメント) 毎月主任会議を実施しサービスの現状などを話し合い課題の把握に努めている。管理者はサテライトを回り事業所間の協力体制や、他の在宅サービス事業所との連携について現状の把握に努めている。事業所内では役割分担を行い、スタッフには自分の得意分野で力が発揮できるよう環境を整備し、働く意欲や自信につながるよう支援している。また、チームで動くことによりスタッフ間のコミュニケーションが深まることも期待している。管理者はできるだけスタッフと対話し意向を組織の運営に反映させている。 |   |
| 7 施設的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) 就業規則が整備され遵守事項が服務規定に盛り込まれている。入職時にはコンプライアンス規定について説明し、秘密保持に関して誓約書を取り交わしている。個人情報保護のためカルテは持参せず情報はタブレットで管理している。利用者アンケートでは、職員は丁寧に対応してくれるかの設問に対し、回答者の99%が「はい」と答えており、個人を尊重した支援がされていることがうかがえる。   |   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 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)人事評価基準があり職種別の評価表をもとに、半年ごとに自己評価及び上位職による評価を実施している。結果は通知表をもとに面談しフィードバックされている。評価者への研修も実施しており、公正・公平な評価に心がけている。   |   |  |
| 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)管理者は有給休暇や時間外勤務の状況を把握し、場合によっては代休の取得を勧めている。職員の意見は月次ミーティングのほか個別の面談で吸い上げ、就業上の問題点について改善に努めている。オンコール体制の見直しを行い休みの週を設けたり、ターミナルケアは一人で担当しないなど負担の軽減に取り組んでいる。また、交通費・受講料を支援して外部研修に派遣したりクラブ活動を行うなど福利厚生にも力を入れている。そのほか、毎年ストレスチェックも実施してメンタルヘルス対策に取り組んでいる。  |   |  |
| 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)職務能力評価規定を作成し、職員向けガイドブックで明示している。研修については研修係を設け情報提供や受講の取りまとめを行っている。ニーズの高い精神研修や苦手分野の研修受講を推進している。新人職員には指導者がOJTを中心に育成を図っており、手技などはチェックリストをもとに習熟度を確認している。また、目標管理制度を導入し職員には目標を掲げてもらい、個別の面談で達成状況を確認している。なお、個別の育成計画に合わせた研修への派遣など計画的な人材育成を期待したい。  |   |  |
| 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いる場合には、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)全社員対象の虐待防止に関する研修を実施し権利擁護への意識を高めている。看護師の職務評価にも接遇の項目があり自己点検をしている。また、虐待の恐れのある利用者がいる場合はケアマネジャーや地域包括センターに連絡する体制ができていて、日常の支援では個人の意思を尊重した看護に努め、親しくとも節度ある声かけを行い、クレームなどがあつた場合は報告書に上げて振り返りを行っている。異性による看護は事前に伝え了解をもらうなどプライバシーに配慮している。利用者アンケートでは「あなたの気持ちを大事にしてくれると思うか」の設問に、92%が「はい」と答えており利用者の意思を尊重していることがうかがえる。 |   |  |
| 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)個人情報保護の規定を整備し就業規則にも明記している。入職時には利用者及び家族に関する個人情報の漏えい防止について誓約書を取り交わし、実習生に対しても学校から誓約書を提出してもらっている。利用者に対しては契約時に個人情報の適切な取扱いや、外部への情報提供は了解を得ることを説明し、同意書もらっている。なお、ホームページやパンフレットなどにも法人の個人情報保護方針を掲載することを期待したい。  |   |  |
| 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。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者満足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>■利用者又はその家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)利用者の記録は、実施した看護の内容のほかに要望・意見・相談等を記入しており、タブレットでスタッフ間で共有している。問題点があればミーティングなどで話し合い、必要な改善に結び付けている。第三者評価の利用者調査結果も勉強会でスタッフにフィードバックしたいとしており、更なる利用者満足に向けた取り組みが期待される。なお、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るか」や「よく聞いて対応してくれているか」に設問に対し、少数ではあるが「いいえ」の回答が見られた。更なる環境整備が期待される。   |   |  |
| 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>   |
| (評価コメント)苦情解決の仕組みを整備し、事業所の苦情相談の担当者及び国保連や行政の苦情申し出窓口を重要事項説明書に明示している。また、苦情対応マニュアルを整備し、苦情を受け付けた場合は苦情報告書に記入し、事実確認のうえ管理者等が申し出人宅に訪問するなどして解決を図っている。意見や苦情は電子掲示板でスタッフ間の共有が図られている。  |   |  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 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>  |
| (評価コメント) サービス内容についての評価は管理者と主なスタッフが月次ミーティングで実施しており、職員の見解は主任が集約している。内容については電子掲示板を通じて職員に伝えている。また、職員の面談を実施する際に事業所の課題について話す機会を設けている。月1回の事例検討会ではサービス内容や介護方法の改善課題について話し合っている。   |   |  |
| 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>   |
| (評価コメント) 感染症予防や虐待防止、非常災害時対応マニュアル等を整備しており、各マニュアルには手順を分かりやすく記載している。新人職員にはマニュアルを活用し丁寧に業務内容を説明している。またマニュアル係りの職員が見直しを行い、マニュアルを最新のものにしている。医療行為が多い利用者やスタッフが必要と判断した場合は、利用者の個別の手順書を作成しケアに生かしている。なお、必要なマニュアルの作成や整備及び定期的な見直しに期待したい。               |   |  |
| 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易く説明している。</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>   |
| (評価コメント) サービス申し込みの時点で利用者が受けることのできるサービス内容や利用料金、加算について重要事項説明書を用いて説明し同意を得ている。特に加算項目は利用料金が別途発生するため、丁寧に分かりやすく説明し同意を得ている。また、ターミナルケアについてはターミナルケア加算説明時に家族の意向を聞いている。利用者アンケートでも、「契約の際、内容について説明がありましたか」の設問に、回答者の85%が「はい」と答えており、十分に説明していることがうかがえる。 |   |  |
| 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>                            |
| (評価コメント) ケアマネジャーからの事前情報や退院時カンファレンス参加時の情報、ナースサマリーを把握し、契約時に利用者のアセスメントを行い記録している。このアセスメント表には家族の意向及び心身状態も記録し、訪問看護計画書作成に反映させている。訪問看護計画書は担当看護師が作成し、サービス開始前に説明し本人、家族等の同意を得ている。   |   |  |
| 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>                 |
| (評価コメント) 訪問看護計画書は毎月評価し利用者、主治医、ケアマネジャーに提出している。ケアマネジャーや主治医には報告書を作成し情報の共有を図っている。急変時は医師やケアマネジャーに報告し、担当者会議を開催してもらったり主治医に直接指示を仰ぎ、見直しを行うなど利用者の状態に即した訪問看護計画書を作成している。なお、難病などの利用者の訪問看護計画書についての評価は複数で行うことも検討されたい。                                 |   |  |
| 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>  |
| (評価コメント) 利用者個々の記録はスタッフ全員が所持しているタブレットで閲覧ができ、タイムリーな情報の共有ができるシステムになっている。利用者情報は計画書からアセスメント、看護記録、サービス内容等全ての情報が記録されている。スタッフの認証ICカードを使用しなければアクセスすることができないようにしており、個人情報の保護は徹底している。他のサービスも利用している人や家族等の希望があった場合は申し送りノートで情報を共有している。                |   |  |
| 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) 訪問看護計画書は毎月見直しを行い、変更時は随時書き直して利用者の状態に即したものとしている。事業所は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置しており、多角的に利用者を支える体制が整っている。リハビリの評価は3～6か月ごとに利用者全員分の評価を看護師とセラピストで行い、次の計画書に反映させている。利用者アンケートでは「正しい歩き方や杖の使用法の指導、日常生活での注意点等を指導してもらい感謝している」との声が多くリハビリの評価は高い。     |   |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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> |
| <p>(評価コメント) サービス開始時に主治医の指示書の内容や医療処置について利用者、家族等に説明している。主治医には毎月の訪問看護計画書と報告書を提出している。また、利用者の状態に変化があった場合は電話やファックス、メール等で報告したり、往診時に合わせ訪問し直接指示を仰ぐ等して連携を図っている。服薬に関しての手順書があり利用者の持っている力に応じて薬カレンダーを利用したり、認知症の利用者には訪問介護事業所と連携して服薬管理に努めている。</p>  |  |   |
| 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している。</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>                   |
| <p>(評価コメント) ターミナルや緊急時に備えオンコール対応できる体制を敷いており、担当看護師が携帯電話を携行し24時間体制で対応している。ターミナル期は経験豊富な看護師2～4人がチームを組んで看護にあたっており、家族に寄り添い、どのような状態に変化していくかを説明し、精神的なケアを行っている。また外部や内部の研修で精神的ケア、緩和ケアを学ぶ機会を設け利用者や家族に対するケアに生かせるようにしている。なお、ターミナルケアに関する説明文書の作成や、グリーフケアなどは今後の取り組みとして期待したい。</p>          |  |   |
| 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>  |
| <p>(評価コメント) 認知症の外部研修を受講したり講師を招いて内部研修を実施して、認知症ケアについて勉強している。受講内容はフィードバックして情報の共有を行いサービスに生かしている。認知症ケアマニュアルも整備しており、服薬の管理が必要な利用者は個別の手順書を作成し、訪問介護事業所等の関連機関と連携してケアを行っている。また、事業所は室内温度、湿度の管理や安否確認を兼ねた見守り用のセンサーを独居や認知症の利用者に貸し出し、異常がある場合はコールセンターから連絡が入るようになっており、見守り体制を整えている。</p>     |  |   |
| 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>  |
| <p>(評価コメント) 毎年接遇マナーの研修を実施している。ユニフォームはなく服装は自由であるが、ドレスコード規定を設けエチケットに気をつけている。訪問前にスタッフ間でお互いに身だしなみチェックを行い、確認して利用者訪問を行っている。利用者訪問時はバイタルチェックや状態を観察し、変化がないか確認しており、状態の変化が見られた場合や急変時は主治医、ケアマネジャーに報告して助言や指示をもらっている。また、急変時に救急車を要請することもあるが、管理者に連絡を入れ指示を仰ぎ対応している。</p>                   |  |   |
| 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>                                   |
| <p>(評価コメント) 訪問日や回数、時間等については利用者や家族等の希望を取り入れ、サービス担当者会議で関係機関と調整して決めている。利用者や家族からの変更希望には柔軟に対応し、変更時は随時ケアマネジャーに報告している。担当看護師が訪問できない場合でも、主担当、副担当制を敷いていることから常に顔見知りの看護師が訪問できる体制が整っている。また、担当者の交代時は前任者が同行訪問を行い引き継いでいる。</p>  |  |   |
| 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) スタッフ自らが感染源にならないよう手洗い、うがい、マスクの着用を徹底しており、手指消毒剤や液体せっけんペーパータオルを常備し清潔保持に努めている。また、感染症に罹患している利用者の訪問は最後の時間に組み込む等配慮してケアを行っている。家族や訪問介護員には病状や対応について説明し安全に対処できるよう伝えている。予防対策としてのガウン着用については了解を得て訪問している。医療廃棄物の処理については注射針やカテーテルは専用ボックスに保管し、事業所に持ち帰り医療廃棄物処理業者に処分してもらっている。</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) 事故が発生した場合は管理者に報告し、当日話し合いを行い対応策を当事者と管理者で話し合っている。全スタッフには共同回覧で事故について報告している。また、主任会議で取り上げた事故については勉強会を開催し、再発防止に努めているが事故を未然に防ぐためにヒヤリハットについても職員間で話し合う場を設けると良いと思われる。災害時のマニュアルが作成されており、利用者の避難場所の確認を進めている。</p>  |  |   |