

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	それいゆ訪問看護ステーション姫路	種別：	訪問看護	
代表者氏名：	高橋 早苗	定員（利用者人数）：	95 名	
所在地：	兵庫県姫路市飾磨区今在家1058-3 A-4			
TEL	079-233-8880	ホームページ：		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成27年2月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	医療法人社団 奉志会			
職員数	常勤職員：	9 名	非常勤職員：	1 名
専門職員	（専門職の名称）			
	訪問看護師	6 名		
	理学療法士	3 名		1 名
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）	

③理念・基本方針

基本理念・お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 基本方針 1 新たな挑戦を続けます。2 日々の出会いに感謝します。3 お客様に最善を尽くします。4 信頼できる仲間をつくれます。5 健康に働ける環境を追及します。

④施設・事業所の特徴的な取組

①同グループ内に、訪問診療・サ高住・訪問介護などがあり、他職種で連携が取りやすい。②居宅介護事業所が併設しており、利用者の情報共有・連携が取りやすい。③明石、加古川方面にも同グループの訪問看護があり、情報共有・指導・助言が受けやすい。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 29 年 10 月 4 日（契約日）～ 平成 30 年 5 月 28 日（評価結果確定日）
評価実施日	平成30年3月21日・3月29日
受審回数 （前回の受審時期）	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、定期的なエリア会議等で経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。
- ・併設の居宅介護支援事業所・法人内の多種の事業所・医療機関とのバイタルリンク等、専門職と連携を密にとり、情報共有や助言を、職員の資質向上やサービス向上に活用できる体制がある。
- ・24時間・365日対応体制で、指導看護師資格を持った看護師・理学療法士が所属し、専門性の高い支援により、利用者・家族が安心して在宅生活を継続できるように取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、それを基に事業計画を策定することが望まれる。また、事業計画の主な内容については、理解しやすい方法を工夫し、利用者・家族にも周知することを期待する。
- ・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・現在見直し中の、アセスメント・モニタリングシート等の書式、研修体制の整備と定着が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めてこのような機会を経験し、日常業務を見直すことが出来ました。わからないまま管理者になり、どれが正しいか、何が足りないかわからなかったのですが、評価を受け理解することが出来ました。足りない部分は補えるよう業務を見直し、努めて行きたいと思いました。また、改善が必要な箇所は早々に見直し改善して行きます。この度は、お世話になりありがとうございました。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<コメント> 法人の理念・基本方針をホームページに明示している。理念は法人が目指す方向を明示し、基本方針は法人の理念と整合性が確保され、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。理念・基本方針を事務所内に掲示して職員間の周知を図り、内容を解説した法人配布の資料を回覧し理解を深めている。利用者・家族には、契約時にホームページでの掲載を紹介し説明している。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<コメント> 姫路市のホームページから地域福祉計画を把握し、訪問看護連絡協議会・日の出塾・エリア会議・姫路会議等に参加し、社会福祉事業や地域福祉の動向や、地域の利用者状況・福祉ニーズ等について把握に努めている。事業所の月次報告と、法人の月次の収支決算をもとに、エリア会議で利用率やコストの分析を行っている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<コメント> 利用率やコストの分析をもとに、エリア会議で課題の抽出を行い、課題解決に向けて取り組んでいる。エリア会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。エリア会議の内容は、ステーション会議で資料をもとに報告して職員に周知が図られ、広報活動の強化等、課題解決に向けて取り組んでいる。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<コメント> 中長期計画の作成には至っていない。 中長期計画を策定し、実施状況の把握・必要に応じた計画の見直しを行い、理念・基本方針の実現に取り組むことが望まれる。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>法人共通の書式で、単年度の収支計画と事業計画を策定している。「課題」「目標」「課題解決・目標達成のための具体的な施策」の項目に沿って、実行可能で具体的な内容になっており、数値目標を設定する等、実施状況の評価を行える内容になっている。また、事業計画をもとに、項目別に具体的な四半期期ごとの「短・中・長期事業計画」を策定している。 単年度の事業計画は、中長期計画をもとに策定することが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画をステーション会議で説明し理解を促している。事業計画を具体化した「短・中・長期事業計画」と月次の収支・利用率の報告書を事務所に掲示し周知を図っている。月次報告作成時に収支計画の進捗状況を把握し、エリア会議で定期的に評価している。年度末に事業報告書を作成し、次年度の事業計画作成に反映している。 事業計画の策定については、職員参画で意見を反映して策定することが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容を、利用者や家族に周知するには至っていない。 わかりやすい方法を工夫し、事業計画の主な内容を利用者・家族に周知する取り組みが望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課を活用し、PDCAサイクルに基づく職員の質向上から、サービスの質向上につなげる取り組みを実施している。毎月、ステーション会議を実施し、サービス内容について評価する機会を設けている。介護サービス情報の公表・チェックシートを使用し、年1回自己評価を行っている。 ステーション会議等、評価結果を分析・検討する場を設けることが望まれる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>評価結果にもとづき課題を明確にし、計画的に改善策を実施するには至っていない。 評価結果から分析した課題を文書化して職員間で共有し、計画的に改善に取り組み、経過を記録に残すことが望まれる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を 図っている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 29年度年間事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・具体的施策を明確にしている。単年度計画を4半期ごとと通年に分けて収支・人員体制等を具体化し、年度初めのステーション会議で説明し、事業所内に掲示して周知している。運営規程・決裁規程の職務権限表等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所内に設置し周知を図っている。規定・組織図等で管理者不在時の権限委任を明確にすることが望まれる。		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 法令集、法人諸規定等を事務所に設置して、遵守すべき法令等を理解できるよう努めている。集団指導への参加や、取引は経理規定・稟議規定等に沿って行い、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に努めている。ホームページでも入札情報を公表している。法令順守について、全国訪問看護事業者協会や県訪問看護協会主催の研修、日の出塾での研修等に参加している。産業廃棄物処理法等、事業所が遵守すべき法令を理解し、適切に実施している。新入職者には法人で研修を実施し、遵守すべき法令等を周知している。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を 発揮している。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 介護サービス情報の公表・県のチェックリストを使用し、年1回自己評価を行っている。ステーション会議・申し送り等に参画し、サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築している。個人面談、ステーション会議、申し送り等で、意見等を収集・反映するための仕組みがある。法人の新人・フォローアップ研修、褥瘡・喀痰吸引等の外部研修、日の出塾等に参加し、教育・研修機会の充実を図っている。評価結果から課題抽出、改善検討を、ステーション会議の議事録等に残すことが望まれる。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮して いる。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 事業所独自のシートで毎月稼働率・収支等を分析し、エリア会議で報告し、改善に向け取り組んでいる。理念や基本方針の実現に向けて、人員配置を運営規定・重要事項説明書で定め、医療面での福利厚生・時間単位の有給制度等、働きやすい環境整備等に取り組んでいる。ステーション会議で業務改善について話し合っている。また、エリア会議で検討した経営・業務改善のための取り組みをステーション会議で周知し、改善への実効性を高めるための体制を構築している。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>運営規定に、人材確保・育成に関する基本方針を明確にしている。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にし、人員確保に努め、専門職等必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。パンフレット・採用広告・就職セミナー・ハローワーク・ホームページ・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本方針に、法人として期待する職員像を明確にしている。就業規則で人事基準を明確にし、人事考課制度を、等級運用規定で昇進昇格等の要件を定めている。入職時に説明し、規程を事務所に設置して周知している。人事考課制度の仕組みの中で階層ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、能力・成果・貢献度等を評価している。法人で外部の専門機関、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行う仕組みがある。職員用意見箱・ミーティング・個別面談・自己申告カード等で把握した意見等に基づき、法人として検討・改善に取り組んでいる。等級運用規定で階層ごとに求められる等級や、昇進昇格の要件を明確にしており、将来の姿を描くことが出来る仕組みがある。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職務権限表で、労務管理に関する責任体制を明確にしている。事業所で集計した就業状況に関する情報が本部でデータ化され、職員の就業状況を把握している。職員自身も就業状況を把握できる仕組みがある。健康診断・ストレスチェックを年1回実施し、法人で、オンライン診療制度を採り入れている。管理者・エリア長等が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。自己申告カードにより直接本部へ相談出来る仕組みもある。育児・介護休業休暇、時間単位・半日単位有給休暇制度・医療費補助等総合的な福利厚生を実施し、ワークライフバランスに配慮している。事業計画にも採り入れて、計画的な人材育成や確保を推進し、定着の観点から、働き方改革を推進している。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度の仕組みの中で個別に期待する職員像を明確にし、上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、階層に応じて目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に反映させている。</p>		

18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>自己啓発奨励規定で、組織が職員に必要とされる資格取得を推奨している。研修計画の策定等により、期待する職員像を明示することが望まれる。内部研修計画・外部研修計画の策定と、内部研修実施記録・外部研修受講履歴・外部研修の伝達実施記録等により、教育・研修の実施が明確になる仕組み作りが望まれる。また、実施記録・報告書の内容等の分析・評価により、次年度の研修計画・内容に反映させることが望まれる。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別に取得した資格状況・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。新任職員には、法人で採用時研修、フォローアップ研修を実施している。配属後はオリエンテーションを実施して指導担当者が同行研修を実施し、職務が遂行できるまで教育を行っている。個別に職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じ、喀痰吸引・褥瘡研修等に参加している。外部研修案内は、回覧・ホワイトボード等で行い、管理者が適任者に参加を推奨している。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めている。配属後の新人研修実施時には、新人研修資料と、実施記録やチェックシート等で研修実施と職員の習熟を記録に残すことが望まれる。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに法人の理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。第三者評価の受審結果は公表の予定である。事業内容等を記載したパンフレットを、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に配布している。苦情、事相談内容や改善・対応の状況について公表する仕組みづくりが望まれる。</p>		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、これらを事務所に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、法人本部からエリア会議で報告されている。事業会計状況等については、監事が定期的に監事監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については、外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本姿勢に、地域の支えとなる「地域の喜び」を謳い、理念として文書化している。「病院診療所一覧」等を設置して必要な利用者に情報を提供し、利用・活用できるよう取り組んでいる。訪問時に必要性を感じた場合は、配食サービス・介護タクシー等の社会資源を利用者が利用できるように、介護支援専門員に提案している。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a • b • c
<p><コメント></p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>「病院診療所一覧表」等を、いつでも見ることが出来るように設置し、職員間で情報の共有を図っている。中播磨地区訪問看護連絡会議等に参加し、共通の問題に対して解決に向けて取り組んでいる。太子町など自治体との連絡会に参加し、協働している。医師会と連携して「バイタルリンク」に参加し、情報共有を行っている。サービス担当者会議に参加し利用者のアフターケア等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>訪問看護事業所の理学療法士による体力測定を実施し、地域に参加を呼びかけている。活性化やまちづくりに貢献することを期待する。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>訪問看護連絡会議やケアマネジメント向上委員会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。サービス付き高齢者住宅の内覧会時等で地域住民からの相談に応じている。訪問看護連絡会議等で把握した課題の解決に努めている。民生委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めることが望まれる。把握した福祉ニーズに基づき活動の実施や事業計画等での明示が望まれる。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者尊重の基本姿勢を、法人の理念・基本方針、倫理規定・運営規定、各種マニュアルに明記し、サービス実施に反映している。入職時オリエンテーションで、個人情報保護・利用者尊重について学ぶ機会を設けている。利用者尊重や基本的人権への配慮の実施については、ステーション会議や人事考課等で確認している。 入職時オリエンテーションの内容を、マニュアルや研修計画で明示することが望まれる。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアル、個人情報保護規定、高齢者個人情報保護・プライバシー保護・虐待防止・身体拘束廃止についてのマニュアルを整備し、事務所に設置している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等をマニュアルに明示している。契約書に条項を設け、利用者や家族にプライバシー保護・権利擁護に関する取組を周知している。マニュアルにもとづいたサービスの実施に努め、ステーション会議や人事考課等で確認している。 プライバシー保護や権利擁護に関する研修の実施が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページや、法人の訪問看護事業所のパンフレット・事業所独自のパンフレットで情報提供している。パンフレットは、わかりやすい説明、写真・絵の使用等で、理解しやすく工夫し、居宅介護支援事業所や法人内の事業所に配布している。情報提供の内容は、必要に応じて適宜見直している。利用希望者については、自宅等に訪問し個別に丁寧な説明を行っている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。法人の訪問看護事業所のパンフレット・事業所独自のパンフレットを資料とし、サービス内容を具体的に例を挙げながらわかりやすく説明するように努めている。契約書に代理人の署名欄を設け、意思決定が困難な利用者にも、適正な説明・運用が図られている。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>契約を終了する際には、要請に応じてサマリーを作成して情報提供を行う等、対応している。契約終了後も管理者が窓口となり、相談に対応する旨を口頭で伝えている。 契約終了後の相談窓口や連絡先を記載した文書を手渡すことが望まれる。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者が利用者宅を訪問し、利用者満足把握する機会を設けている。訪問結果は、対応と共に記録に残すことが望まれる。利用者満足に関する調査等を行い、分析・検討・改善の取り組みが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書の「苦情・相談窓口」に、事業所の窓口・公的窓口を記載し、利用者・家族に配布している。「苦情・陳情・報告書」に、苦情内容・対応・結果を記録し、申立者へのフィードバックは「対応内容」欄に記載する仕組みがある。苦情・相談内容は、朝のミーティングやステーション会議で話し合いサービスに反映する仕組みがある。苦情解決の体制を、明確にすることが望まれる。アンケートを実施する等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行うことが望まれる。苦情内容や解決結果等の公表について検討することが望まれる。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>相談についても、重要事項説明書の「苦情・相談窓口」に、事業所の窓口・公的窓口を記載し、利用者・家族に配布している。契約時より、苦情だけでなく相談や連絡を行いやすいように、電話番号を明示した書面を配布している。事業所内に相談スペースを設け、相談しやすい環境に配慮している。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>相談・苦情については「苦情・相談・事故対応マニュアル」が整備されており、マニュアルの流れに沿って対応する仕組みがある。訪問時に相談対応と意見の傾聴に努め、相談・意見があった場合は訪問記録の「その他の実績」に記録として残し、システム内で情報共有を図っている。内容に応じて、朝のミーティングやステーション会議で共有し、サービスに反映している。マニュアルについては定期的な見直しを行うことが望まれる。アンケートの実施等利用者の意見を積極的に把握し、サービスの質向上に反映する仕組みづくりが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情・相談・事故対応マニュアル」があり、事項発生時の対応についてフローチャート等で明示し、最終管理責任者を所長としてフローチャートに明示している。事故・ヒヤリハット報告書の書式を現在作成中である。事業所の特性にもとづいたインシデント・アクシデントを検討し、記録する仕組みづくりが望まれる。また、研修の実施が望まれる。</p>		

38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「感染症・食中毒発生時の対応マニュアル」「感染性廃棄物取扱マニュアル」を作成し、職員に配布して周知している。研修は、マニュアル配布による資料研修で行っている。うがい・手洗い、ソリューションウォーターの携帯、マスク・手袋の装着を周知徹底し、予防策を講じている。感染症発生時には、常備している感染症対応セットを用いて対応している。マニュアルについては定期的な見直しを行うことが望まれる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「防災及び非常災害時対応マニュアル」が作成され、地震・風水害対応など状況別に、また、訪問時の対応についてもフローチャート等で明示されている。ハザードマップにより災害の影響を把握し、情報についてはバックアップ体制がある。すべての職員が業務用携帯を持参しており、管理者から緊急非常時の連絡を行う仕組みがある。管理者以外の職員も利用者の安否確認が行えるよう、緊急連絡先一覧などの整備が望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>訪問看護で提供するサービスについての標準的な実施方法・手順を、項目別に作成したマニュアルに文書化している。マニュアル内に、プライバシー保護についても言及している。標準的な実施方法については、同行訪問で適切に行えているかを確認し、適宜指導する仕組みがある。朝のミーティング等で、画像等も活用して情報共有し、標準的な実施方法を確認する機会を設けている。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス内容の追加などにより、必要時に現状に即したマニュアルの見直しを行っている。マニュアルは時期を決めて、職員参画のもとで検証し見直すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>訪問看護計画書の策定責任者を管理者としている。併設の居宅介護支援事業所と検討したり、また、サービス担当者会議に参加し、他職種の関係者と共に、アセスメントの協議・計画策定の協議を行っている。訪問看護計画書の「目標」欄に具体的なニーズを記載している。訪問記録と毎月の訪問介護報告書により、計画通りにサービスを実施していることを確認する仕組みがある。支援困難ケースについても、関係機関と連携してサービス提供し、経過を訪問記録に記録し職員間で共有し支援している。事業所独自のアセスメントシートの定着が望まれる。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>訪問看護計画書は毎月作成し、主治医に提出している。計画内容に変化があった場合は、利用者・家族に説明し、担当介護支援専門員にも提出している。毎月の訪問看護計画書の内容は、システム内で共有している。緊急に変更する場合は、月途中でも同じ手順で変更し、新たなニーズは、「目標」欄に記載している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等は、訪問記録によって把握し記録している。計画にもとづくサービスが実施されていることを、訪問記録・訪問看護報告書により確認することができる。入職時に記録についての説明を行い、管理者が確認・指導することにより、記録内容の書き方に差異が生じないように工夫している。毎朝のミーティング、毎月のステーション会議、ホワイトボード、パソコンのネットワークシステム、バイタルリンク等により、情報の伝達と共有が適切に行われている。</p> <p>記録要綱や記録マニュアルを、オリエンテーションマニュアルに追加することが望まれる。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「個人情報保護マニュアル」に、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・情報漏洩の場合の対応についても明示されている。個人情報保護管理者は管理者としている。入職時の法人研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設けている。また、職員に守秘義務について説明し誓約書を交わしている。利用契約時に、個人情報使用について利用者・家族に説明し同意書を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a · b · c
A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a · b · c

特記事項

訪問看護計画やリハビリプログラムに、自立に向けた動機づけや自立支援を記載し実施している。訪問時には安全面・衛生面にも留意し、環境整備を行っている。理学療法士は動線や家具のレイアウト等にも留意し、介護支援専門員と協働し、安全の確保・事故防止について働きかけを行っている。日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用の必要性を感じた場合は、介護支援専門員に報告し、制度利用につなげている。

事業所独自のアセスメントシートの定着により、利用者の心身の状況、ADL、環境（物的・人的）、生活習慣、暮らしの意向等の把握が望まれる。基本的には鍵は預からない方針であるが、預かる場合があるため、ルールを決め、マニュアルや預かり書の整備が望まれる。

難聴の利用者に筆談を行う等、特に配慮が必要な利用者には個別の方法でコミュニケーションを行っている。日頃から、利用者とは話しやすい関係づくり・環境づくりが行えるように、職員間で情報共有に努めている。入職時時の法人の研修で接遇についても学ぶ機会を設けている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

利用者の心身の状況や意向に合わせ、訪問看護計画書の問題点・解決策の欄に入浴方法を明示している。マニュアルを整備し、標準的な実施方法を共有している。特別な留意点があれば、訪問看護計画書やシステム内で共有し安全に実施できるように取り組んでいる。湯温・室温調整、入浴後の水分補給、スキンケア等は、一連の手順として行っている。安全に入浴するため、必要に応じて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

標準的な入浴可否判断基準を入浴マニュアルや健康管理マニュアルに明示するとともに、個別の判断基準を訪問看護計画書に明示して支援することが望まれる。

利用者の心身の状況や意向に合わせ、訪問看護計画書の問題点・解決策の欄に入浴方法を明示している。主にリハビリプログラムで、排泄の自立に向けた支援を行っている。尿や便の状態は訪問看護記録に記録し、健康状態の確認を行っている。換気や排泄用品の処理など、衛生や臭いにも配慮している。安全で適切な排泄のため、必要に応じて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

主にリハビリプログラムで、安全で自立した移動・移乗のための支援を行っている。訪問看護でも、車椅子への移乗や室内歩行の支援を行っている。使用している福祉用具が利用者の心身の状況に合っているかを含め、利用者・家族に移乗・移動に関しての助言や福祉用具の利用についての情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

「褥瘡マニュアル」を整備し、褥瘡予防の標準的な実施方法を周知している。褥瘡処置は、訪問看護計画書に挙げ、利用者の状況に応じて、体位変換・姿勢の変換・軟膏塗布を行い、皮膚にずれが起きないように配慮している。褥瘡についての外部研修や、医療機関での研修等で学ぶ機会を設けている。褥瘡予防について必要に応じて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ b ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

訪問時、利用者の状況に応じて、口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。口腔内の衛生保持が十分に行えない、義歯の不具合などがある場合は、家族等関係者に訪問歯科についての情報提供を行う等、歯科受診を促している。口腔ケアについては、外部研修で学ぶ機会を設けている。口腔ケアについて必要に応じて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a ・ b ・ c

特記事項

「ターミナルケア・精神的ケア対応マニュアル」を整備し、終末期を迎えた場合の対応について手順を明示している。終末期を迎えた場合、訪問看護計画書に対応・ケアについて明示し、利用者・家族に説明と確認を行っている。担当者を固定せずに看護師が交代で訪問する体制があり、職員の精神的負担の軽減を図っている。終末期に関する研修を実施することが望まれる。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ b ・ c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

周辺症状を呈する利用者には、主治医と相談しながら、症状に合わせた対応や配慮を行い、経過は訪問記録に記録している。認知症ケアについて家族からの相談を受けた場合は、助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員にも報告している。「モニタリング・アセスメント記録」での日常生活能力や残存機能の評価の定着が望まれる。認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修の実施や外部研修の受講が望まれる。

事故防止や衛生管理の面で、訪問時に確認・観察を行い、安全な環境整備を行っている。必要に応じて、利用者・家族に環境整備に関しての提案・助言や情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員に報告している。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

訪問時に認知症状の状態の変化に留意して、介護支援専門員に報告している。自主訓練メニューを絵や図を用いて作成し、訪問宅に設置し機能訓練が自主的に実施できるようにしている。機能訓練が必要な利用者については、適切なサービスについて助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ・ (b) ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

訪問時には、バイタルチェック・状態観察・服薬状況の確認等により、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づく工夫を行っている。利用者の体調変化に気づいた場合の連絡先として、家族・主治医・介護支援専門員の連絡先を一覧表で把握し連携体制を整備している。高齢者の病気・薬・体調変化時の対応について、研修の実施と実施記録の整備が望まれる。

「感染症・食中毒対応マニュアル」を整備し、予防対策・発生した場合の対応方法を明示している。インフルエンザの予防接種は、法人負担で実施している。必要に応じて、冷蔵庫内の食材等の衛生管理を支援している。職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりが望まれる。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法の文書化が望まれる。感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、研修の実施が望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

訪問看護計画書の説明時に、家族に対しサービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。訪問時には家族や家庭状況にも気を配り、家族の心身の状況・介護負担に問題があれば、介護支援専門員者に報告している。電話・メール等、利用者・家族の状況に応じて、報告すべき事項が必ず伝わるように伝達方法を工夫している。必要に応じて、家族に介護に関する指導・助言を行っている。また、介護支援専門員や関係機関と連携し、家族が必要とする情報を提供している。

家族に対し、定期的に利用者の状況を報告したり、相談に対応する機会づくりと、相談についての記録が望まれる。

A-9 サービスの適切な実施

	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

朝のミーティング・ステーション会議、また、パソコンのネットワークシステムで、サービスの実施方法や手順・利用者の状況等を職員間で情報共有し周知するようにしている。初回訪問は基本的には管理者が行い、初めて訪問する職員に管理者が同行訪問し伝達している。ステーション会議を毎月開催し、事業所内と併設居宅介護支援事業所の上司・先輩・専門職者から相談・助言を得られる機会がある。必要に応じて、法人内の医療機関・他事業所の専門職の指導助言を得られる体制がある。

A-10 サービスの適切な実施

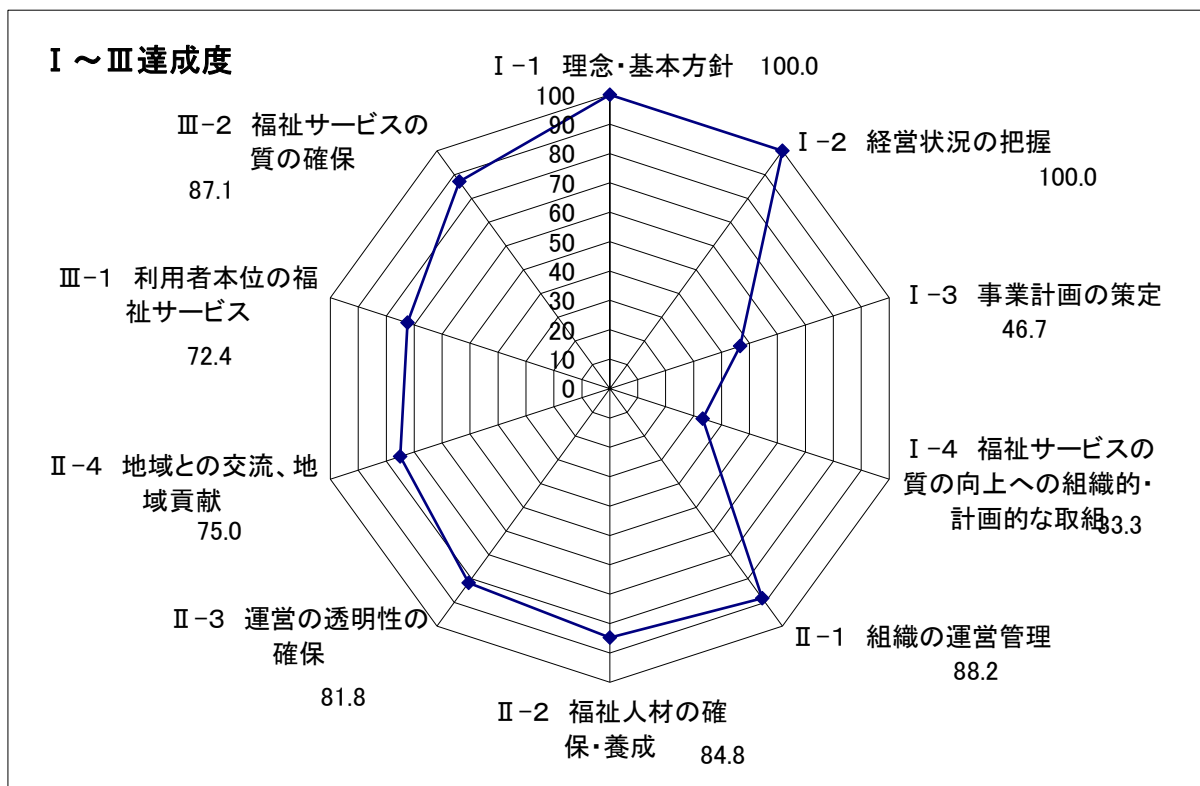
<p>A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。</p>	<p>第三者評価結果 a ・ b ・ c</p>
---	------------------------------

特記事項

居宅サービス計画書をもとに、訪問看護計画書を作成し、排泄・清潔保持・心理面に着目したサービス等について、個別・具体的な実施方法を明示している。機能訓練については、訪問看護計画書に、訓練の種類別に個別具体的な訓練方法を明示している。意思疎通についても、個別・具体的な実施方法を明示することが望まれる。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	7	46.7
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	33	28	84.8
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	16	12	75.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	58	42	72.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	15	13	86.7
2 身体介護	29	28	96.6
3 食生活	4	4	100.0
4 終末期の対応	5	4	80.0
5 認知症ケア	11	9	81.8
6 機能訓練、介護予防	3	3	100.0
7 健康管理、衛生管理	11	7	63.6
8 家族との連携	8	6	75.0
9 サービス提供体制	5	5	100.0
10 サービスの適切な実施	5	4	80.0

