

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 164-0001

所在地 東京都中野区中野4-11-10 アーバンネット中野ビル

評価機関名 特定非営利活動法人NPO専門職ネット

認証評価機関番号

機構 02 - 009

電話番号 03-5913-6417

代表者氏名 松浦 哲哉

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号	
	①	高山 修	H1101032	
	②	若林かね子	H0401023	
	③	須永十三男	H0201052	
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	訪問看護			
評価対象事業所名称	めぐみ園訪問看護ステーション		指定番号	1365490034
事業所連絡先	〒	202-0022		
	所在地	東京都西東京市柳沢4-1-3		
	TEL	042-460-5777		
事業所代表者氏名	事業所長 木村智子			
契約日	2018年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2018年 8月 20日			
利用者調査結果報告日	2018年 12月 12日			
自己評価の調査票配付日	2018年 8月 20日			
自己評価結果報告日	2018年 12月 12日			
訪問調査日	2018年 12月 18日			
評価合議日	2019年 2月 15日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査は、利用者本人を対象として、利用者の状況に応じて家族等の協力を得てアンケート調査を実施した。事業評価については、数年継続して実施している点を踏まえ、職員への周知は、シート配付時に内容や記入の流れを簡潔にまとめた書面を同封し、第三者評価の理解と記入法等の周知徹底を図った。また、継続して前向きに評価に取り組んでいることから、特に、改善課題の取組状況等に着目し評価を実施した。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2019年 3月 14日

事業者代表者氏名 木村智子

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 利用者の「個人の尊厳」を守るケアの実現 2) 利用者の「プライバシーの保護」「プライドの保持」「自由」が保障される 3) 利用者の自己決定を尊重する 4) 利用者・介護者に「寄り添う看護」を大切にする 5) 地域に根差した訪問看護を目指す
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 人間力を高めていく向上心と訪問看護に関する専門性の追求</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 利用者の笑顔を大切にする。利用者・家族に寄り添う看護について考え提供できる。</p>

調査対象

現在サービスを利用している利用者全員を対象とした。

調査方法

事業所を通じて対象の利用者へアンケート用紙と返信用封筒（料金受取人払い）を配付し、利用者の状況に応じて家族等の協力も得ながら調査を実施した。無記名にて直接評価機関へ郵送して回収した。

利用者総数

79

共通評価項目による調査対象者数

79

共通評価項目による調査の有効回答者数

35

利用者総数に対する回答者割合（％）

44.3

利用者調査全体のコメント

事業所に対する利用者の総合的な感想については、回答した利用者の約53%が「大変満足」、約44%が「満足」と回答している。「どちらともいえない」（1名・約2%）との回答もみられるものの、感謝の言葉とともに、「チームワークの良さを感じる」、「てきぱきとした行動に感動している」、「体調をよく理解してもらっている」などの意見が寄せられ、総合的な満足度は高い状況にある。さらに、「訪問時間の遅れに対する要望など信頼関係を背景とした率直な意見も寄せられている。具体的な質問についても、12項目中9項目は、肯定的な回答が80%を超えている、各質問に対する利用者の満足度もおおむね高い状況にある。特に、「看護師の接客対応」（問5）に対する満足度、信頼度の高さがうかがえる。一方で、「外部の相談窓口の告知」（問12）については、他の質問に比べ、肯定的な回答（「はい」）がやや少ない（60%）傾向がみられる結果となっている。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 看護に関する必要な情報提供を受けているか	28	5	1	1
回答者の80%が「はい」と答えている。「良くしてくれる、急に具合が悪くなった時のことなど」との意見が寄せられている。回答した利用者の多くは、事業所および看護師との信頼関係のもとに、看護に関する必要な情報の提供に、おおむね満足している様子がうかがえる。「どちらともいえない」（約14%）・「いいえ」（約3%）・「非該当」（約3%）との回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。				
2. 事業所や看護師等に、相談しやすいか	31	1	1	2
回答者の約89%が「はい（相談しやすい）」と答えている。「良く相談に乗ってくれる、親身になってアドバイスをしてくれる」との意見が寄せられている。必要に応じた相談・助言を受けている状況がうかがえる結果となっている。また、「どちらともいえない」（約3%）・「いいえ」（約3%）・「非該当」（約6%）との回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。				
3. 訪問する回数や時間は、要望や状況に応じて調整することができるか	31	3	0	1
回答者の約89%が「はい（要望・状況に応じて対応してくれる）」と答えている。「いいえ」との回答は無く、要望や状況に応じた回数・時間の調整がされている状況がうかがえる結果となっている。また、「どちらともいえない」（約9%）・「非該当」（約3%）との回答もみられるが、特に意見は寄せられていない。				

4. 医療処置や介護方法などサービス内容についての説明はわかりやすいか	26	8	0	1
回答者の約74%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」との回答もやや多い(約23%)傾向にあるが、「いいえ」との回答は無く、回答した利用者の多くが、サービス内容の説明はわかりやすいと評価している状況がうかがえる結果となっている。特に意見は寄せられていない。				
5. 看護師等の接遇・態度は適切か	32	2	0	1
「はい(適切だと思う)」との回答が多数(約92%)を占めている。「プライドを持って仕事をしている」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」との回答も少数(約6%)みられるが、「いいえ」との回答は無く、看護師等の利用者の気持ちに寄り添う姿勢や丁寧な対応を評価している結果となっている。				
6. 病気やけがをした際の看護師等の対応は信頼できるか	28	4	0	3
回答者の80%が「はい」と答えている。「信頼できる」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」との回答(約11%)もみられるが、「いいえ」との回答は無く、病気やケガなどの状況に応じた対応について、信頼している状況がうかがえる結果となっている。「非該当」(約9%)の回答からは、「急に悪くなったことがないのでわからない」と言って意見も寄せられている。				
7. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	30	3	0	2
回答者の約86%が「はい(気持ちを大切にしながら対応してくれている)」と答えている。「どちらともいえない」との回答が少数(約9%)みられるが、「いいえ」との回答は無く、利用者の気持ちを尊重した対応が評価されている結果となっている。				
8. 利用者のプライバシーは守られているか	26	6	1	2
回答者の約74%が「はい(守られている)」と回答している。「どちらともいえない」との回答も比較的多く(約17%)、「いいえ」との回答(1名・約29%)もみられ、「わからない」との意見がみられるものの、利用者の多くは、事業者のプライバシー保護の取り組みをおおむね評価している結果となっている。				
9. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	29	4	0	2
回答者の約83%が「はい」と回答している。「どちらともいえない」(約11%)・「非該当」(約6%)との回答もみられるが、「いいえ」との回答は無く、訪問看護計画の作成に関し、回答した利用者の多くが、状況や要望を聞かれていることを認識している状況がうかがえる。特に意見は寄せられていない。				
10. サービス内容や計画に関する看護師等の説明はわかりやすいか	31	2	0	2
回答者の約89%が「はい」と答えている。「いいえ」との回答は無く、回答した多くの利用者が、計画に関する説明のわかりやすさを評価している状況がうかがえる。一方で、「どちらともいえない」(約6%)・「非該当」(約6%)との回答も少数みられるが、特に意見は寄せられていない。				

11. 利用者の不満や要望は対応されているか	29	4	0	2
<p>回答者の約83%が「はい(対応してくれている)」と答え、「そのようなことをしたことがない」との意見が寄せられている。また、「どちらともいえない」(約11%)・「非該当」(約6%)との回答もみられるが、「いいえ」との回答は無く、要望等に対する対応におおむね満足している状況がうかがえる結果となっている。</p>				
12. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	21	7	0	7
<p>回答者の約60%が「はい(伝えられている)」と答えている。また、「いいえ」との回答は無いものの、「どちらともいえない」・「非該当」との回答(各20%)に分かれている。特に意見は寄せられていないが、認識のある利用者も多い状況とともに、現状において外部の相談窓口を必要としていない状況もうかがえる結果となっている。</p>				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1~3、5~6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
	サブカテゴリ1の講評		
	<p>組織としての透明性やわかりやすさを重視した情報提供に取り組んでいる 法人のホームページや法人季刊誌「いきいきまち」、さらに「訪問看護のご案内」としてA43つ折りのリーフレットにおいて事業所の情報を提供している。ホームページやリーフレットでは、運営方針・サービス内容・利用対象者・料金、相談受付など、わかりやすく明示している。プライバシーとプライドを保持し自由な生活を尊重しながら利用者自身の自立と生活の質向上の理念を念頭にサービス提供機関と連携を図るとして、透明性やわかりやすさを重視した情報提供に取り組んでいる。</p> <p>利用する対象者を意識した地域関係機関との連携を重視した情報提供に努めている 利用する対象者を意識して、契約書や重要事項説明書などの書類は文字を大きくし見やすく工夫している。サービス内容については書面や口頭で適宜説明している。法人の季刊誌いきいきまちでは、法人内事業所の紹介や介護情報、食事、イベント情報など地域へ情報を紹介している。介護保険事業者ガイドブックへの掲載、自治体、地域の関係事業所等にも提供している。居宅介護支援事業所や医療機関からの依頼にスムーズに対応できるよう、カンファレンスの参加などを通じて顔の見える連携に努め、関係機関を通じた情報提供に取り組んでいる。</p> <p>問い合わせ等に丁寧な対応を行なう体制により信頼関係の構築に努めている 利用希望者からの問い合わせには、所定の「新規依頼受付シート」を用意して、質問者や連絡先を記録し、確実な回答ができる者からコールバックするようにしている。問い合わせ対応の際には、利用希望者から支援についての基本的な方向性についての希望を聞き取り、対応可能と判断される場合には、新規依頼の申し込みにつなげている。責任ある回答ができる職員からの丁寧な対応を行なう体制により、信頼関係の構築に努めている。</p>		
	サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>サービス開始時の手順とともに必要な手続き書面・項目を明確にして対応している</p> <p>サービス開始時にあたっては、「新規依頼の流れ」、「契約関係書類チェックリスト」を活用し手順とともに必要な手続き書面・項目を明確にしている。初回訪問とは別に契約の時間を設け、管理者が契約書・重要事項説明書を中心に説明し、同意を得ている。契約時と初回訪問時において、訪問看護記録Ⅰ、アセスメントシート、ケア手順書等の書式を活用して、必要な情報を収集・記録し、チームとして利用者を共通理解のもと支援できるようにしている。</p> <p>幅広い視点で生活環境等を把握し適切な支援が行なえるような体制をとっている</p> <p>初回訪問は、可能であれば二人体制で行ない、より幅広い視点で生活環境等を把握し、適切な支援が行なえるようにしている。利用開始時には、サービスの内容について具体的なイメージが持てるように、介護支援専門員の情報や申し込み時や契約時に把握した利用者からの希望をもとに暫定の計画書を作成して持参し、説明を行ない、同意を得ている。</p> <p>支援の変化や継続性に配慮したスムーズな移行ができるよう支援している</p> <p>入院などでのサービス契約終了時には、状況に応じて利用者・家族の承諾のもとに、看護サマリーを作成し、介護支援専門員、医療機関への必要な情報提供を行ない、支援の変化や継続性に配慮したスムーズな移行ができるよう支援している。また、利用者が亡くなることによりサービスが終了する場合には、家族に対するグリーフケア(悲嘆のケア)を実施し、1カ月程度を目途に訪問し、気持ちの整理や、日常生活への復帰等の状況把握を行なっている。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況
		10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者本人等の希望と関係者の意見を取り入れた訪問看護計画を作成している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリー3の講評		
計画作成・見直しに関する一連の流れを明確化し、手順に沿った対応を行なっている 訪問看護計画作成マニュアルにおいて、アセスメント・計画の策定・実施・記録等の一連の流れを明確化し、手順に沿った対応を行なっている。アセスメントの定期的見直しは、年1回の更新と利用者の状況変化に伴い、必要に応じた見直しの実施を定めている。訪問看護計画書は、毎月同意をもらう際に希望を確認し、見直しをしている。さらに、介護保険の更新や変更時や利用者の状態の変化に応じてサービス担当者会議、ケアカンファレンス等を経て見直しが行なわれることとされている。		
看護記録のやり方について定めた共通の様式を用いて統一のルールを共有している 訪問時に把握された状況は、「訪問看護サービス記録票」として、利用者やカルテ用に保管できる複写式の記録用紙を使用し記録している。アセスメントシートや訪問看護サービス記録票により把握された状況の変化については、看護記録のやり方について定めた共通の様式を用いて統一ルールのもとに記録され、看護職員間の記録の統一化を図っている。さらに、モバイルの導入により、インターネットによる地域連携、情報共有がしやすくなり、タイムリーな看護の提供につながっている。		
職員および組織としての看護に関する実践的なスキルアップに努めている 事業所では朝夕ミーティングを実施し、日々の報告・連絡・相談を徹底している。朝のミーティングは夜間の申し送り等が中心となるが、夕方のミーティングは1日の流れの中での状況変化を共有するものとなるため、時間をとって行なっている。それに加えて、毎週1回の定期的なカンファレンスとミーティングの時間を確保し、月の前半の2回はケースカンファレンス等、後半の2回は研修を中心に実施し、職員および組織としての看護に関する実践的なスキルアップに努めている。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5 / 5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー5の講評		
プライバシーの保護、羞恥心に配慮した支援に努めている 利用契約時に個人情報の取り扱いについて説明し、個人情報に関する承諾書を用いて同意を得ている。職員の入職契約時には個人情報取り扱い確認・承諾書を用いて同意を得ている。プライバシーの保護をテーマとして事業所内研修を実施している。さらに、プライバシーの保護や羞恥心に配慮した支援については「訪問看護マニュアル」で周知している。また、カンファレンスの中で看護倫理を基に利用者のケアについて話し合いを行ない、常に自己のケアを振り返ることができるようにしている。		
尊厳あるケアの追求に努め、利用者の意思を尊重した支援の実践に繋げている 行動指針には、個人の尊厳を守るケアの実現を掲げ、プライバシーの保護、プライドの保持、自己決定の尊重などに努めると明記している。さらに事業所の基本方針で、①利用者の「個人の尊厳」を守るケアの実現、②利用者のプライバシーの保護、プライド、自由の保障、③利用者の自己決定の尊重を掲げている。法人理念を基にした研修を通じて、職員一人ひとりが尊厳あるケアの追求に努め、利用者の意思を尊重した支援の実践に繋げている。		
個々の利用者の価値観を否定せずに尊重した支援に努めている 担当の介護支援専門員や利用者本人・家族から情報を収集し、利用者の価値観や生活習慣などを把握して、訪問時におけるケア、コミュニケーションを通じて、個々の利用者の価値観を否定せずに尊重した支援に努めている。		
サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

サービスの基本事項や手順の明確化とサービス水準の維持・向上に取り組んでいる

新規受け入れの流れ、一日の流れ、緊急時対応などの「訪問マニュアル」を整備してサービスの基本事項や手順の明確化に取り組んでいる。また、看護技術の資料等を中心とした「訪問看護技術のマニュアル」を整備して、サービス水準の維持・向上に取り組んでいる。さらに、「ケア手順書」として利用者ごとの訪問ケアの内容(物品の位置やケアの注意点など)をまとめた手順書を活用して、複数の看護師によるチームケアを基本とした対応の標準化に取り組んでいる。

朝夕のミーティングや週1回のカンファレンスにおいて、事業所の課題を検討している

職員全体でマニュアルの周知と見直しを行ない統一したサービス提供ができるようにしている。年1回マニュアルの見直しについての話し合いがなされ、業務手順についても再確認や深化が図られている。朝夕のミーティングや週1回のカンファレンスにおいて、事業所の課題を組み込み、日々の気づきについての話し合いがなされている。また、月1回役職者による話し合いもなされ、そこで話し合われた利用者・職員の状況等については、ミーティングやカンファレンスで周知されている。

所内ミーティング形式の研修が実施され、支援についてのスキルアップが図られている

定期的な所内ミーティング形式の研修が実施され、支援についてのスキルアップが図られている。また、外部研修について、年間計画を立てて実施され、伝達研修を通じて職員全体の知識と技術の向上に取り組んでいる。さらに、統一した指導ができるように、パンフレットの活用、事例検討を重ね質の高い看護の提供に努めている。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	22/22															
1	<p>評価項目1 訪問看護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 訪問看護計画に基づいて療養上の支援(世話)を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 全身状態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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 残存能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けたリハビリテーションを行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 主治医及び関係機関との連携をとって、支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 訪問看護計画に基づいて療養上の支援(世話)を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 全身状態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	○非該当	●あり ○なし	3. 残存能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けたリハビリテーションを行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 主治医及び関係機関との連携をとって、支援を行っている	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 訪問看護計画に基づいて療養上の支援(世話)を行っている	○非該当																
●あり ○なし	2. 全身状態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	○非該当																
●あり ○なし	3. 残存能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けたリハビリテーションを行っている	○非該当																
●あり ○なし	4. 主治医及び関係機関との連携をとって、支援を行っている	○非該当																
評価項目1の講評																		
<p>訪問、アセスメントを通じて利用者の問題となる点の改善に向けた計画書を作成している</p> <p>事業所では利用者宅に訪問し、専門的な見地からアセスメントを実施し利用者の生活や疾患の状況を把握、問題点がどこにあるのかを分析している。事業所の分析と担当介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書との間に認識の相違がある場合には都度、相談し調整している。特に医療分野における相違は利用者の健康状態に直結するため丁寧な連携を取って対応することを心がけている。</p> <p>利用者への説明は資料やパンフレットなどを活用して分かり易く説明している</p> <p>訪問看護の利用者は医療的なケアや処置が必要となることが多い。利用者は高齢であるため専門的なケアや処置などについての理解が難しい場合も多い。サービス内容を説明する際は疾患の説明や必要となるケア、処置についてわかりやすく説明することを心がけている。疾患別の資料やパンフレットを事業所にて作成し説明の際に用いている。これらの資料は図解されており高齢者でも理解しやすい内容となっている。また、ケアや処置の方法などは進歩も早い必要に応じて見直しも行なわれている。</p> <p>リハビリテーションが必要な利用者にはリハビリの専門職と連携して支援している</p> <p>事業所には看護師が6名在籍している。看護師はリハビリテーションを行なうセラピストとは役割が異なるため、リハビリテーションが必要な利用者に対しては訪問リハビリ事業所などと連携を図っている。利用者が自宅で行なうことができるリハビリテーションの提案を依頼、看護師が訪問した際にも同様のリハビリテーションを促すなどを行なって連続性を確保している。近年、高齢者支援についてはアウトカム評価が推奨されるようになっており、事業所としても効果、結果に注視して支援を展開している。</p>																		
2	<p>評価項目2 医療処置は医師との連携のもと安全に適切な方法で行われている</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 医師の指示書を確認し、それに基づく医療処置について、利用者等に十分に説明している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 医療処置は二次的障害や過誤等の防止に向けた取り組みをしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 主治医に看護の内容や利用者の療養状況の変化を必要に応じて随時報告している</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 医師の指示書を確認し、それに基づく医療処置について、利用者等に十分に説明している	○非該当	●あり ○なし	2. 医療処置は二次的障害や過誤等の防止に向けた取り組みをしている	○非該当	●あり ○なし	3. 主治医に看護の内容や利用者の療養状況の変化を必要に応じて随時報告している	○非該当					
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. 医師の指示書を確認し、それに基づく医療処置について、利用者等に十分に説明している	○非該当																
●あり ○なし	2. 医療処置は二次的障害や過誤等の防止に向けた取り組みをしている	○非該当																
●あり ○なし	3. 主治医に看護の内容や利用者の療養状況の変化を必要に応じて随時報告している	○非該当																

評価項目2の講評		
<p>主治医との連携を密にしてFAX、手紙、電話などの方法で情報交換を行なっている</p> <p>利用者の中には主治医が大規模病院や大学病院の場合もある。これらの病院は規模が大きく、主治医の勤務もまちまちであったりするため事業所では主治医との連携にはFAXや手紙などの方法でアクセスしている。手紙は利用者が受診の時に持参してもらうように依頼し連絡の取れにくい医師に対しても積極的にアプローチしている。医師によっては治療方針が変更となっても連絡が来ないこともあるため訪問した看護師が気づいた時点で問い合わせを行なうようにしている。</p> <p>初めて連携する医師とは顔を合わせて意思の疎通を図るようにしている</p> <p>利用者支援において初めて連携する医師とは事業所として顔合わせの機会を設けて連携することを心がけている。連絡方法や指示の内容などを確認し必要な医療が展開されるように留意している。点滴などについては看護師間での伝達ミスが無いように点滴指示受け付け用紙を作成して、文章として残している。実施した内容については訪問看護報告書を作成して主治医、担当介護支援専門員に交付して報告している。初歩的なミスを防ぐためのしくみが構築されている。</p> <p>看護師間の情報共有を正確にするためのしくみがある</p> <p>看護師は日々訪問があるため事業所に在席している時間が少ないが、利用者の状態や必要な医療処置、申し送り事項は速いスピードで動いているため事業所ではその連絡方法を工夫している。看護師間での情報伝達をスムーズにするため情報共有メモが作成され事務所に戻った時に各看護師が確認している。メモの作成は情報に最初に触れた看護師が作成している。これらの工夫により全看護師が利用者の状態やケアの内容等を把握できる仕組みとなっている。</p>		
<p>3 評価項目3 最期まで自分らしく生きられるための支援をしている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 在宅ターミナルケアは、利用者の自己決定や、家族の希望を尊重している	○非該当
●あり ○なし	2. 在宅でターミナルケアを行う体制がある	○非該当
評価項目3の講評		
<p>24時間に対応できる体制を利用者、家族に伝え安心してもらっている</p> <p>事業所では24時間対応で訪問ができること必要性のある利用者には契約時に説明している。専用の電話番号をわかりやすい用紙に記載して電話のそばに貼付して緊急時に備えるように説明している。緊急連絡を受けた看護師は訪問までの時間を伝えた上で訪問している。主治医に対しても訪問の状況や救急車対応の必要性などを確認したり報告を行なっている。事業報告書では24時間対応を契約している利用者は全体の80%おり、需要の高さが伺われる。</p> <p>看取りの際には家族の意向を確認しながらサービスを提供している</p> <p>利用者が看取りの段階に入ると看護師は利用者、家族に対して精神的援助を展開している。利用者、家族の話を傾聴し必要に応じて助言やアドバイスなどを行なっている。世帯によっては話がサービス提供時間より延びることもあるが可能な限り傾聴することを心がけている。看取りに向かう家族に対しては専用のパンフレットを用意し不安の軽減に努めている。また、看取りが終了した際には展開したケアについて振り返るためのカンファレンスを行なうなどのきめ細かな配慮もみられる。</p>		
<p>4 評価項目4 安心して家族が介護できるように支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者にあった介護の方法(適切な社会資源の活用を含む)を助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族への精神的支援や、相談を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族の健康状態に配慮している	○非該当

評価項目4の講評

医療相談の場面では医師の意向を確認した上で行なっている

看護師の訪問を利用者は頼りにし、不明な点を看護師に相談することが多い。相談を受けた看護師は相談内容がその場で受けて良い内容か医師の意向を確認した方が良い内容なのかを判断している。特に治療方針などの相談についてはその場で看護師が回答することは避け、医師に確認するようにしている。医師の方針と擦り合わせることでより適切な助言となるためである。また利用者本人のことでなく家族の健康についても相談を受けることがあるが家族支援の視点でできるだけ丁寧に対応することを心がけている。

必要なケアを家族に対してわかりやすく指導している

家族の中には初めて介護に携わる家族も多い。このため看護師が訪問した際にオムツ交換のやり方や喀痰の吸引、更衣など様々な問い合わせがある。相談を受けた看護師は必要な手技に対してわかりやすく指導することを心がけている。また、制度についても理解が及ばない家族もいるため制度についても説明なども行っている。看護師の視点から他のサービスの必要性が認められた時には担当介護支援専門員に相談の事実を報告しより良い生活が実現できるように情報提供を行なっている。

訪問看護計画書には家族支援を含み対応している

介護を担っている家族の中には自身が重い疾患を抱えながらも介護にあたっている家族もみられる。事業所ではそのような家族に対しても寄り添う支援を行なっている。家族支援で大切なことは傾聴することと認識し訪問時や電話の際も丁寧に対応している。パンフレットは家族向けのものも用意し必要に応じて活用している。また、所内カンファレンスを毎月開催し利用者のみならず家族についての情報の共有も行なっている。

5 評価項目5

感染予防の取り組みを行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 感染症を持っていたり、体力が低下している利用者に対応するためのしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 家族等に感染予防の方法を指導している	○非該当
●あり ○なし	3. 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	○非該当

評価項目5の講評

家族に対して感染症予防についてパンフレットを活用して説明している

事業所では感染症予防についてのマニュアルを策定して職員に周知を行っている。また、感染症を患っている利用者を持つ家族に対してもその疾患に適合した感染症予防の手技を指導している。必要に応じて事業所で作成したインフルエンザやノロウイルス等の疾患別のパンフレットを用いて説明を行っている。パンフレットは大きな文字とイラストなどを多用し高齢者でも理解し易いものとなっている。支援の場面においても注意喚起や助言を行ない家族感染の予防に取り組んでいる。

法人として感染を予防する取り組みを行なっている

事業所では年に2回マニュアル類の見直し及び整備を行っている。医療的ケアや治療方法などの進歩は早く最新の手法を取り入れる取り組みを行なっている。また、法人として感染症予防のための実際の場面を想定した対応研修を実施しより実践的な対応方法の共有を行なっている。疾患やケアの内容によりディスポ グローブやエプロンの着用を推進して感染症予防を実践している。また、処置の前後には手洗いやうがいを励行し感染の拡散防止に取り組んでいる。

医療廃棄物の適正な処理に努めている

ケアや処置の過程で発生した注射針などの医療廃棄物については利用者宅にて一時的に保管した後、医療機関や薬局等にて処理されている。処理についてはルールに則って処理を確実にしない、針刺し事故などの二次被害の予防に取り組んでいる。

6 評価項目6

サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 訪問看護師等に対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している	○非該当
●あり ○なし	2. 訪問の際、利用者の状態や環境に変化がないか確認をし、必要に応じて関係機関と連携をとるなどの対応をしている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当

評価項目6の講評

接遇やマナーについては看護師同士で意識しあい注意するように心がけている

事業所では内部研修において接遇やマナーについての研修を実施している。サービス提供の現場において言葉遣いや振る舞いなど利用者、家族に失礼のないように学ぶとともに各看護師間で同行訪問の際などに注意しあうなどの取り組みが行なわれている。また、事業所内でそれぞれの良いところを指摘しあうポジティブフィードバックなどの手法を用いて相手を尊重する訓練なども行なわれ基本に立ち返るような取り組みを実施している。

状態変化や緊急時には訪問予定を調整して対応している

事業所では朝、夕に実施される申し送りやカンファレンス、情報共有メモなどを活用して情報の共有を図っている。また、専用のITシステムも導入され事業所内のみならず他の医療機関とも情報の共有が図られている。状態変化があった利用者については訪問スケジュール表にチェックをしてカルテを確認し訪問、把握漏れを防止している。緊急時対応により他の利用者に影響が及びそうな時には電話にて連絡を入れて了承をとっている。これらのしくみにより適切な支援ができる体制が整えられている。

理念に基づき利用者の尊厳を守るケアを心がけている

事業所では「人間の尊厳と自己決定に基づく自立支援」を大切な理念としその実践に努めている。事業所内部で毎月行なわれている研修においても尊厳を守るケアの追求について繰り返し話し合われている。また、ケースカンファレンスや支援の振り返りの時間を設けてより良いケアの実践に繋げる取り組みが行なわれている。利用者が在宅で安心した生活を送るためには適切なケアは基より、傾聴や相談などのソフト面と緊急時対応や24時間対応などのしくみが大切であることの職員理解を深めている。

7 評価項目7

安定的で継続的なサービスを提供している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 訪問日・時間等は利用者のニーズに合うように関係機関等と調整するなど配慮している	○非該当
●あり ○なし	2. 担当訪問看護師等が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. 訪問看護師等が交代した場合も継続してサービスを供給できるしくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 訪問看護師等が替わるときには、利用者に与える負担を最小限にするための取り組みを行っている	○非該当

評価項目7の講評

事業所全員をチームとして全ての利用者を把握している

事業所では今年度途中まで利用者をグループ分けをしてそこに対応する看護師を配置する2チーム制としていたが、年度途中より事業所を1チームとして全看護師が全ての利用者を把握するシステムに変更している。メリットは一人の利用者に対して複数の看護師が訪問するため多面的に利用者の状況をとらえられることが挙げられる。看護師の固定を希望する利用者には要望に対応している。利用者を事業所全体で把握することにより緊急時対応などについてもスケールメリットが生かされている。

初めての看護師が訪問する時には事前に同行訪問を実施している

事業所では初対面の看護師が訪問する際には事前に同行訪問を行ない、利用者が不安にならないよう配慮している。全ての看護師が利用者の支援を確実に実施することができるようにケア手順書を作成し、実施されるケアが統一できるようなしくみがある。そのような中でも担当看護師には利用者、家族が相談しやすい環境を整え、チーム内で中心的役割を果たせるように心がけている。

ケア手順書を作成してサービス内容の統一を図っている

事業所では利用者へのサービス内容や処置等の方法や手順を記載したケア手順書を作成している。今年度途中より利用者管理のシステムを変更し在籍している看護師がどの利用者にも対応し得ることになったためケアの統一のために手順書が重要となっている。また、日々のミーティングや申し送り、情報共有メモなども活用し利用者状況の変化やサービス内容の急な変更などにも対応している。訪問スケジュールの調整については週間訪問スケジュールにより管理、新規の受け入れなどの調整も柔軟に対応している。

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	9/9
1	評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている	評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当	
2	評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている	評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している	○非該当	
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当	
3	評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる	評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当	
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当	
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当	
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当	
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>苦情も要望という観点を持って、事業所全体の課題として原因・対策を検討している</p> <p>契約時に重要事項説明書を用いて苦情窓口について説明している。法人の管理者会議で事故や苦情について報告、他部署からも意見が上げられ情報共有を図っている。苦情については、迅速かつ真摯な態度で対応し、苦情を苦情で終わらせることなく要望という観点を持って、事業所全体の課題として原因・対策を検討している。チームで支援していることにより、それぞれの利用者にとって話しやすい看護師を通じて意向が把握できることもあり、希望に合わせた対応に努めている。</p> <p>接遇の研修やカンファレンスの機会を通じて職員相互の態度の振り返りを行なっている</p> <p>法人のミッションステートメント、行動指針を基本として、「個人の尊厳を守るケアの実現」課題・目標として、組織が一体となって一人ひとりの利用者の尊厳ある生活が保たれるケアを追及している。接遇の研修やカンファレンスの機会を通じて職員相互の態度を振り返りを行なっている。さらに、同行訪問を通じて自身の言動を客観的に知る機会が設定されている。虐待の疑いの情報には、介護支援専門員や地域包括支援センターなどの関係機関に状況を報告し、対応を統一している。利用者・家族を含めて早期発見・対応に努めている。</p> <p>BCP(事業継続計画)について具体化に向けた継続した取り組みに期待したい</p> <p>リスクの抽出、対策について対応マニュアルを整備するなど取り組みを行なっている。年間事業計画において、リスクマネジメントの高いチーム体制の構築を実践し職員一人ひとりが自主的にリスク管理ができる体制作り継続して取り組んでいる。危険予知トレーニングを実施するなど事故に対する予知能力の向上に努めている。利用者向けの災害時対策のパンフレット利用者自身が自立できるように取り組んでいる。さらに、法人全体の取り組みとしてBCP(事業継続計画)の取り組みを実施しているが、具体化に向けた継続した取り組みに期待したい。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	医療処置は医師との連携のもと安全に適切な方法で行われている
タイトル①	医師や多職種との連携を図り訪問看護の視点に立って支援を展開している	
内容①	事業所では利用者の主治医との連携において様々な手法を用いて連携を図り、情報の共有を行っている。またリハビリテーションが必要な利用者に対してはリハビリチームとも連携し、看護師として可能なリハビリテーションについても展開している。介護支援専門員とは在宅での支援についての擦り合わせを実施し、見解を統一した上でケアの提供を行なっている。地域の中で多職種と連携し訪問看護事業所としての役割を理解し看護の視点からより良いケアについての意見を発信している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	利用者保護(3)	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル②	災害時等の緊急時の利用者対応に備えて情報を集約して活用できるようにしている	
内容②	事業所のリスクマネジメントの一環で、事業所の「災害対策マニュアル」を作成している。災害発生直後の行動、災害時に備えて利用者への配付物(利用者向けの災害時対策のパンフレット)の使い方、防災チェックシート、さらに、各利用者の緊急時申し送りカードを作成している。カードは、表面が、直前の情報・緊急連絡先、裏面が搬送・避難先でケアにあたる方への指示が記載され、3月と9月に更新されている。災害時持ち出しファイルに全員分のカードを集約し、緊急時の利用者対応に活用できるようにしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者とともに家族に寄り添い相談や説明など、丁寧な対応に努めている
	内容	患者を抱える家族の日常的な不安が尽きることはない。それらの家族にとって看護師の訪問は心強く頼りしていることが多い。看護師は利用者のみならず家族に寄り添い疾患そのものや処置、ケアについての説明を口頭もしくは事業所で作成したパンフレットなどを用いて説明している。高齢者世帯も多い為、できるだけ理解しやすいようにわかりやすい説明を心がけている。時には介護者自身の健康などの相談を受けることもあり、家族支援もまた重要との視点から丁寧な対応に努めている。
2	タイトル	一人ひとりの利用者の尊厳ある生活が保たれるケアの追及に向けて積極的に取り組んでいる
	内容	法人のミッションステートメント、行動指針を基本として、「個人の尊厳を守るケアの実現」課題・目標として、組織が一体となって一人ひとりの利用者の尊厳ある生活が保たれるケアを追及している。倫理研修、意思表示できない利用者への意思決定支援に関する研修、利用者を支える家族支援の研修にロールプレイを取り入れている。法人理念を基にしたこれらの研修や終礼ミーティングにおける各職員の発表する機会を設けるなどの取り組みのより、職員一人ひとりが尊厳あるケアの追求に努め、利用者の意思を尊重した支援の実践に繋げている。
3	タイトル	チーム制(チームナーシング)を基本として、安心できめ細かなサービス提供に取り組んでいる
	内容	「訪問マニュアル」、「訪問看護技術のマニュアル」かつ「ケア手順書」として利用者ごとの訪問ケアの内容(物品の位置やケアの注意点など)をまとめた手順書を活用して、複数の看護師によるチームケアを基本とした対応の標準化に取り組んでいる。一人の利用者に複数の看護師が訪問することにより多面的に利用者を捉えることができている。また、看取りや24時間対応が可能な体制などを構築し、安心できめ細かなサービス提供に取り組んでいる。地域からも高い信頼と利用しやすい事業所として周知されいている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	多様化する利用者の状況に応じた適切な支援に向けて、さらなる専門知識の獲得・スキル向上への取り組みが期待される
	内容	事業所はこれまでも、運営体制の構築、業務の標準化、さらに業務水準の維持・向上に積極的に取り組んでいる。さらに、ミーティングや研修の実施による職員全体の知識と技術の向上に努めている。現状において、精神疾患を抱える利用者の増加し、支援において専門性を求められるニーズが多くなっていることを課題として捉えている。継続して、職員各自のコミュニケーションスキルやさらなる専門知識の獲得、スキルの向上に向けた取り組みが期待される。
2	タイトル	人材の確保および専門性の高い職員の育成、組織全体の看護の質の向上に向けた取り組みに期待したい
	内容	事業所では、24時間のサービス提供を可能とすべく、体制構築に取り組んでいる。利用者から認められ、利用件数等も増加してきている現状において、今後とも24時間体制を安定的に維持し、一人ひとりの利用者の支援の充実に向けて、人材の確保および専門性の高い職員の育成、組織全体の看護の質の向上が求められている。法人各部署との連携のもとでの職場環境整備、人材育成計画など、組織体制づくりを課題としてとらえている。継続した検討、取り組みに期待したい。
3	タイトル	事業所の特性を意識したリスクマネジメント体制の充実に向けた継続した取り組みに期待したい
	内容	リスクの抽出、対策について対応マニュアルを整備するなど取り組みを行なっている。年間事業計画において、リスクマネジメントの高いチーム体制の構築を実践し職員一人ひとりが自主的にリスク管理ができる体制作りを継続して取り組んでいる。危険予知トレーニングを実施するなど事故に対する予知能力の向上に努めている。さらに、法人全体の取り組みとしてBCP(事業継続計画)の取り組みを実施しているが、併せて、事業所の特性を意識した阻害要因の検討、対策などを含む継続した取り組みに期待したい。