

(別添2)

事業評価の結果(評価対象)

第三者評価の判断基準

福祉サービス種別	訪問看護	a・・・着眼点をすべて実施している状態
事業所名(施設名)	相澤訪問看護ステーションひまわり塩尻事業所	b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
		c・・・着眼点を一つも実施していない状態 実施していない状態 実施している状態

(H22.9 修正版)

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
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	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a)	155 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者の尊重についての記載がある。 156 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。 157 利用者尊重や基本的人権への配慮をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。 158 利用者の尊厳を損なう言動や身体拘束、虐待等を防止するため「職員行動規範」を定めている。	○法人のミッション・ビジョンや法人の職業倫理規程の中や運営規程の中に、利用者尊重の記載があり、毎朝「職場の教養」を読み合わせ、基本的人権、尊重について確認している。また、医療安全セミナーにおいて全員が利用者人権、利用者尊重を研修している。 ○看護計画の作成マニュアルには、「利用者及び家族の意向を尊重した看護計画作成」としてマニュアル化されており、利用者が意向や意志を表出できるようにし、それを汲みとっていくことも明記されている。 ○利用者の尊厳を損なう言動、身体拘束虐待防止については、法人の「患者権利と義務、虐待対応の規程、倫理規程」などに定めている。
			利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a)	159 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者のプライバシー保護に関する記載がある。 160 利用者のプライバシー保護や、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識をテーマとした勉強会・研修会を、年1回以上実施している。 161 利用者の訪問看護計画(又はサービス提供記録)の中に、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供を行う(又は行った)旨の記載がある。	○訪問看護師職務規程の中に利用者及びそのプライバシー保護として定め、在宅感染予防対策マニュアルにも看護職の役割としてプライバシー保護が明記され、看護記録の中から実施記録の確認ができた。 ○入職時研修や医療安全セミナーにおいて毎年、全員に研修(必須と明示)を行っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	b)	<p>162 サービス提供の理念や基本方針を定めた文書に、利用者満足の上昇を図る旨の記載がある。</p> <p>163 利用者満足に関する調査・アンケートを年1回以上行っている。</p> <p>164 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取を年1回以上行っている。</p> <p>165 利用者の家族との面談等により、家族の満足度や要望を把握している。</p> <p>166 利用者満足に関する調査の担当者(担当部署)を定めている。</p> <p>167 調査結果に関する検討会議を設置している。</p> <p>168 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。</p> <p>169 検討結果に基づいて具体的な改善策を立て、実施した記録がある。</p>	<p>○利用者の満足度の上昇については、法人の理念や、訪問看護のミッション、ビジョンの中でも質の向上により、利用者満足度に応じていくことが記載されている。</p> <p>○毎月の訪問の中で、利用者のサービスの要望や満足度について家族から聴き取り、サービスの満足度の把握に努めている。</p> <p>○把握した利用者・家族の要望、満足度などについて、職員間での検討を行い、検討結果により具体的な改善策を立て、実施していくことが組織的なサービスの改善、しいては、質の向上に結び付くと思われる。</p>
		(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	<p>170 利用者からの意見・要望等を受け付ける相談窓口を設置している。</p> <p>171 利用者からの意見・要望等に対する担当者及び責任者を定めている。</p> <p>172 重要事項説明書に、当該事業所の相談窓口及び電話番号、担当者・責任者の氏名を明記している。</p> <p>173 重要事項説明書の当該部分を事業所内の見やすい場所に掲示している。</p> <p>174 事業所便り等に相談窓口や相談方法を載せることにより、利用者に周知している(年1回以上)。</p> <p>175 意思の疎通が困難な利用者に対して、手話、筆記や成年後見制度の利用が用意されている。</p> <p>176 事業所において利用者や家族が相談や意見を述べる場合、利用者等のプライバシー保護に配慮している(会議室を利用する、ついたて等で周囲から遮蔽する、音声周囲に漏れないように職員の机等から十分な距離をとる等)。</p> <p>177 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。 市町村が実施していないので非該当</p>	<p>○重要事項説明書に要望、意見窓口の設置が記載され担当者名、連絡先が明記されている。事業所内に掲示されている。</p> <p>○事業所の配布通信やパンフレットにも相談方法が記載され利用者に周知されている。</p> <p>○事業所内で相談を受けるときは、面談室を利用しプライバシーに配慮した環境が整っている。</p> <p>○意思疎通の困難な利用者には、成年後見利用パンフレットなども用意され、重要事項説明書では代理人サイン欄を設け説明を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(3)	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<p>178 苦情相談窓口を設置している。</p> <p>179 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。</p> <p>180 第三者委員を設置している。</p> <p>181 重要事項説明書に、当該施設の苦情相談窓口及び電話番号、苦情受付担当者・苦情解決責任者の氏名を明記している。</p> <p>182 重要事項説明書に、公的な苦情受付窓口として、市町村介護保険担当課、長野県国民健康保険団体連合会、長野県社会福祉協議会（福祉サービス運営適正化委員会）及びそれぞれの電話番号を明記している。</p> <p>183 重要事項説明書の当該部分を施設内の見やすい場所に掲示している。</p> <p>184 施設便り等に苦情相談窓口や苦情解決方法を載せることにより、利用者に周知している（年1回以上）。</p> <p>185 苦情の受付から解決、結果の公表までの手続きを定めた「対応マニュアル」がある。</p> <p>186 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>187 苦情解決記録（受付、原因究明、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）があり、適切に保管している。</p> <p>188 苦情に対して即日の対応が行われている（苦情解決記録により確認）。</p> <p>189 苦情への検討内容や対応策を、苦情を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。</p> <p>190 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p> <p>191 苦情解決責任者は全ての苦情とその対応結果を把握している（苦情解決記録により確認）。</p> <p>192 苦情解決の経験が蓄積・活用され、同様の苦情が繰り返し発生していない（苦情解決記録により確認）。</p>	<p>○法人の苦情対策規程が策定され 苦情対応手順がある。</p> <p>○苦情対応窓口設置、苦情対応担当者・苦情解決責任者は重要事項説明書に記載され、公的な相談窓口としての市町村の介護保険担当、国民健康保険団体連合会、福祉サービス適正化委員会の窓口の連絡先も記載されている。</p> <p>○利用者、家族からの苦情、要望などの窓口は複数設置しているため、家族からの申し出がしやすく日々の要望でもすぐに書面での対応や、スタッフ間での共有を行い解決に結びつき同様な要望、苦情につながらないようにマニュアル化することもある。</p> <p>○苦情件数に対しては、プライバシーに配慮し年報に集計され公表されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)		
	1	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	193	意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定した「対応マニュアル」を整備している。	<p>○利用者からの意見について、交通安全に関することや、「訪問時のお茶準備への負担」などに対する意見には迅速に行い、職員皆で検討し対応マニュアルに沿った対応を行っている。</p> <p>○意見など対応については対応記録から確認できる仕組みがあり、利用者や家族に配慮し、広報誌などでも意見や対応について、対応策を公表することもある。</p>	
			194		意見等への対応記録（受付、検討内容、結果、公表に至るプロセスの記録）がある。			
			195		対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している（対応記録により確認）。			
			196		対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。			
			197		意見等への検討内容や対応策を、意見等を申し出た利用者や家族等に文書で通知している。			
			198		意見等を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、意見等の内容及び対応策等を公表している。			
			199		要望や意見等により具体的にサービスを改善した事例がある。			
			苦情や意見等を述べた利用者等を保護する仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	200	「就業規則」「利用契約書」「対応マニュアル」に、苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いをしてはならない旨の規定を設けてある。		<p>○苦情や意見を述べた利用者等を保護する仕組みは、法人の苦情対策規程に苦情対応基本方針として定められている。</p> <p>○職員が利用者や家族に不利益な対応をしたときの職員への対応は、就業規則罰則規程、法人の倫理規程に定められている。</p>
			201		重要事項説明書等に、「万が一不利益な扱いを受けた場合は、事業所として責任ある対応をとるので、責任者にその旨申し出願いたい」旨が明記されている。			
			202		苦情や意見等を述べた利用者に対して不利益な扱いを行った職員に対する処分が定められている。			
2 サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的にしている。	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a)	203	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行っている。	<p>初回受審である。</p> <p>担当者を定め、ステーション長を中心に質の向上に向けて全職員で取り組んでいる。</p>		
				204	第三者評価を定期的を受審している。			
				205	内部監査を毎年実施している。			
				206	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。			
				207	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	2	(1)	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	<p>208 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</p> <p>209 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</p> <p>210 職員間で課題の共有化が図られている。</p> <p>211 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定している。</p> <p>212 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。</p> <p>213 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。</p>	<p>受審決定した後、計画的かつ組織的に評価に取り組んでいる。</p> <p>評価受審をきっかけとして、規程や手順など、既存の文書類全体を見直している。</p> <p>マニュアル類は在宅サービスの特性に合ったものに見直し、サービスの質の向上、業務改善を図っている。</p>
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	提供するサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a)	<p>214 次の内容に関してサービスの標準的な実施方法が文書化されている。 (1)訪問看護職員が遵守するきまり (2)報告、連絡、記録の方法 (3)疾患・症状別のケア (4)緊急・急変時の対応 (5)口腔ケア</p> <p>215 新規利用者と契約し、アセスメントから担当者選定、同行訪問、再調整に至る業務手順が文書化されている。</p> <p>216 マニュアルはいつでも閲覧できる場所に備え付けられている。</p> <p>217 マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。</p> <p>218 管理者は、マニュアルに基づいてサービスが提供されているかどうかを定期的に確認している。</p>	<p>朝夕のカンファレンス、センター長や経験年数の長い職員と同行訪問、など単独で実施するサービスの状況を確認し、助言や相談する体制の工夫をしている。</p> <p>新規利用者の契約は、契約締結マニュアルに沿ってリーダー（センター長、主任等）の業務として、担当看護師の選定から同行訪問、助言や指導など文書化されて実施している。</p> <p>中途採用や異動したての職員は、新人教育プログラムを活用して、手順の達成度を把握しており、最初のおおよそ一ヶ月間及び初めての利用者への訪問時は、現場指導の先輩看護師と一緒に同行訪問している。これは、先輩看護師にとっても、手順や実施方法の留意点を再確認する機会ともなっている。</p>
			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)	<p>219 サービスの標準的な実施方法のマニュアルを見直すための検討会議が毎年1回以上開かれている。</p> <p>220 職員や利用者等からの意見や提案をもとにマニュアルを見直した具体的事例がある。</p>	<p>運営会議で、年度ごとに規程を見直している。また、制度や法律改定に合わせても見直しが行なわれ、訪問看護の部門や塩尻センターなど関係部署ごとの見直しも組織的に実施されている。</p> <p>職員から消毒方法について提案があり、在宅での方法、家にあるものの活用などマニュアルを改善している。また、サービス終了時の対応方法、ご家族に渡す文書についても職員の提案により運営会議にて検討している。</p> <p>職員、利用者等からの意見を基に、予定変更時の対応、身だしなみ規程、ユニフォーム代規程など見直している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)			
	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a)	221	利用者一人ひとりの個人記録(台帳)があり、親族、緊急連絡先、主治医・通院先、投薬、障害と注意点、疾病と禁忌、担当の介護支援専門員、他に利用するサービス事業者などが書かれ、担当の不在時にも対応できるような情報が整備、更新されている。	個別の紙のファイルもあるが、電子カルテの個人ファイルでも情報を共有している。 新人教育プログラムで、記録の書き方を確認している。また、センターにおける電子カルテの記録に関する規程が策定されており、手順の徹底や記録係で検討して統一を図るなど工夫もされている。		
					222	訪問看護職員の記録は、作業内容の記録ではなく、その時の利用者の状況に対して、ある目的のために何を行い、その結果がどうであったかを記録した内容になっている。			
					223	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。			
					利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	224	記録管理の責任者が設置されている。	電子カルテを活用し、法人の担当部署が一元管理している。 記録の管理に関する研修は、法人全体で実施され、職員には必修研修と明記された回覧や個別通知で周知されている。就業規則、個人情報保護規程、記録に関する規程、退職後の守秘義務に関する誓約書提出など法人全体で体制が確立している。 個人情報の利用については、契約時に「個人情報の取り扱いについて」の文書に沿って説明し、利用者及び家族から同意書を頂いている。
				225	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程を定めている。				
				226	利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。				
				227	就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。				
				228	退職後の守秘義務について、職員から誓約書をとっている。				
				229	個人情報の利用について、契約時に利用者及びその家族から同意書を得ている。				
				230	記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。				
				231	職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。				
					利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a)	232	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	朝夕のカンファレンスの情報は、日誌等に記録され、迅速な周知と共有化に努めている。 電子カルテで、利用者の記録は共有されている。また、サービス担当者会議、毎月の定期的カンファレンス(訪問看護計画の見直し、変更と勉強会など)とその記録も記載し、共有されている。 リーダーの役割、組織図が文書化され、情報の分別や流れが明確に整備され、法人本部との距離が離れているが、情報機器の整備や研修方法への配慮で補っている。
	233	情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等の取組みがなされている。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	2	(4) 職員に必要なサポートを行っている。	記録の書き方、報告すべき事項等についての個別に指導している。	a)	<p>234 訪問看護職員の記録が、作業の記録ではなく「何のために行う行為を行いその結果がどうなったか」「利用者のある状態に対し、どのような考えによって何を働きかけ、その結果がどうであったか」という目標に向けた援助としての記載が含まれているか。</p> <p>235 個別の利用者ごとに、身体の状態などについて注意して報告すべき事項を指示した文書、または訪問看護計画書の記載で指示した記録がある。</p>	<p>記録の書き方は、電子カルテに関する規程、看護計画の手順等作成されている。</p> <p>新人教育プログラムに沿って、先輩看護師による指導体制が生まれ、記録の書き方、報告事項についても達成度の確認と個別指導がされている。</p> <p>ケア実施計画書に、ポイント・注意点の欄が設定され記録されている。また、24時間対応の当番看護師への申し送りも朝夕のカンファレンス、個別の報告など、記録がされている。</p>
			トラブルの際に職員の言い分も十分に聞き、その気持ちを受け止める仕組みがある。	a)	<p>236 職員との話し合いの内容やその後の訪問看護職員の状況等に関する記録がある。</p> <p>237 利用者からの苦情などを受けた場合、担当の訪問看護職員からの意見を聴取することが「苦情対応の手引き」に記載がある。</p>	<p>法人苦情対策規程に基づき、苦情対応報告書には、苦情などを受けた場合、原因調査を行い、対応状況を時系列に記載されている。</p> <p>ステーション長や主任などの対応職員が法人規程及び手順に則って対応しており、常に担当職員が相談できるように配慮されている。朝夕のミーティング、カンファレンスや面接なども活用して、職員のストレス軽減や予防にも努めている。</p>
			援助困難な利用者の担当職員には、管理者が常に状況を聞き、大変さや努力を認めている。	a)	<p>238 援助困難な状況でのケース会議とは別に、その担当訪問看護職員の日常業務でのストレスを受けとめ、支えることを目的にした担当職員との定期的な面談、および担当や前担当職員と管理者等による短時間ミーティングなどを設定している。</p> <p>239 解決が難しい状況で管理者は、指示や励ましではなく、大変な気持ちを受けとめ、傾聴、受容による支えで担当者の気持ちの変化したか(カウンセリング効果)の記録がある。</p>	<p>定期的な面談、育成面接が実施されている。援助困難な状況では、朝夕のカンファレンス、訪問後の短時間のミーティング、ステーション長から現状の確認や助言など状況に応じて、その場で助言をもらうなど対応しており、その記録も看護計画に沿ってなされている。</p> <p>「リーダーの役割」、「相談・報告に関する規程」や手順が作成され、一人で悩まず、チーム(仲間)で対応できる体制を目指している。状況によっては、複数担当制、同行訪問、担当職員が交替するケースもある。</p> <p>法人内の臨床心理士への相談や精神科医への受診など体制も整備されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
			非常勤の職員も含め、経験年数に応じた研修や、担当利用者の疾病等の知識が得られる研修等に参加する機会を提供している。	a)	<p>240 非常勤の職員も対象に含め経験年数に応じた研修カリキュラムがあり、該当者に受講を促している。</p> <p>241 医学の進歩に沿った新しい技術の習得、研鑽を積むための研修への参加を職員に促している。</p> <p>242 対応の難しい疾病を持つ利用者や認知症などの利用者を担当する職員に該当する疾病・障害の知識が得られるような患者会などの場や研修機関を紹介できる系統的な体制があり、活用されている（研修費用を事業者が負担するか否かは問題でない）。</p>	<p>新人教育プログラムを異動や中途採用の職員に適用して、実施している。今年度は、インターネット配信e ラーニング（訪問看護入門編）受講に取り組んでいる。</p> <p>法人の看護部の研修体制が確立しており、実施研修シートなどを活用して、希望に沿って職員は法人内外の研修に参加している。</p> <p>地域の医療福祉関係者を対象とした地域講習会、症例検討会を開催している。昨年は、症例検討会を大学難病診療センターの医師や地域におけるかかりつけ医も参加して開催し、地域連携、多職種連携について意見交換を実施している。</p>
	3サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a)	<p>243 インターネットを利用して、事業所及びサービスの内容等を紹介したホームページを作成し公開している。</p> <p>244 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。</p> <p>245 事業所及びサービスの内容等を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</p> <p>246 問い合わせへの対応担当者を定めている。</p>	<p>法人のホームページが公開され、随時更新されている。</p> <p>事業所のパンフレットは、地域包括支援センターなどに置かれている。</p> <p>事業所のパンフレットは、写真や図入りで、わかりやすいよう字の大きさも配慮され、事業計画に沿って職員が参画して工夫して作成している。</p>
			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。	a)	<p>247 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書を用いて利用者説明している。</p> <p>248 利用契約書を取り交わしている。</p> <p>249 重要事項説明書及び契約書の文字の大きさは読みやすいものとなっている。</p> <p>250 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。</p> <p>251 利用の決定について迷っている人には即答を求めず、余裕をもって自己決定できるようにしている。</p> <p>252 利用者が、いつでも契約の解除ができることを説明している。</p>	<p>サービス開始時は、ステーション長と担当看護師が2名で訪問している。</p> <p>説明は、わかりやすいように重要事項説明書の字の大きさ、料金の一覧表など工夫している。制度の特性から介護保険の加算や医療保険と介護保険の違いなど、書面でわかりやすく記載し、利用者に関わった言葉に置き換えるなど配慮に努めている。また、自治体のパンフレット等も活用して説明している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	他の施設への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	<p>253 他の事業所への移行、施設入所、家庭での自立した生活などにあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>254 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>255 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p> <p>256 サービス終了時に、利用中の状況を踏まえ、介護に必要な情報やアドバイスを利用者及び家族に行っている。</p>	サービス終了は霊前訪問となる事例が多く、終了時のパンフレットも作成したが、活用方法に課題を感じ、検討中である。 施設入所、他サービス利用時には看護経過記録(サマリー)や情報提供書など、書式に沿って作成して移行先に提供している。 利用者以外の家族のときにもまたお願いしたいという家族もあり、相談にのり、他のサービス利用に繋げたり、助言したりする場合もある。
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	<p>257 アセスメントの様式が統一されている。</p> <p>258 利用者の身体状況や、生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>259 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。</p> <p>260 定期的にあセスメントの見直しが行われている。</p> <p>261 部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も)が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。</p> <p>262 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題がサービス実施計画上に明示されている。</p>	看護計画・評価の手順が明文化され、それに沿ってスタッフの意見や関係者の評価も確認しながら、定期的にあセスメントを実施している。 訪問看護報告書の経過は、訪問看護計画書に沿って記載され、様式に基づき主治医や介護支援専門員など関係者に毎月報告している。 利用者に変化があった時、介護保険の更新時などは、初回アセスメントシートに文字色を変えて変更点を書き加えており、情報の共有も図っている。
		(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<p>263 訪問看護計画に利用者又はその家族の希望が記載されている。</p> <p>264 訪問看護計画を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。</p> <p>265 訪問看護計画に主治の医師の指示からの指示書の内容が反映されている。</p> <p>266 訪問看護計画には長期目標・短期目標が明確に記載されている。</p> <p>267 訪問看護計画の目標として心身機能の維持・回復を盛り込んでいる。</p> <p>268 訪問看護計画は利用者の自立支援を重視したものとなっている。</p> <p>269 意思表示が困難な利用者の希望・要望の聴取に関する留意事項がマニュアルに記載されている。</p>	訪問看護計画書は、電子カルテの規程に則した語句を使用しており、専門用語やわかりにくい言葉は利用者、家族に対してわかりやすい言葉にその都度、置き換えて説明し同意のサインを頂いている。 電子カルテの記載事項に関する規程や報告書・計画書作成手順など、適切な計画策定への配慮事項が、場面ごとにわかりやすく明示されている。さらに、看護計画作成に関する勉強会などスタッフ全員で話し合いアドバイスをもらう機会も設定している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	4	(2)	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	<p>270 訪問看護計画の見直し時期(最長3ヶ月)が計画上に明示されている。</p> <p>271 訪問看護計画は定期的に見直すほか、必要に応じて随時見直している。</p> <p>272 訪問看護計画の見直しは、利用者又はその家族の希望を取り込んで行なっている。</p> <p>273 訪問看護計画の変更を利用者又はその家族に説明し、同意のサインを得ている。</p> <p>274 3ヶ月に1回以上ケアカンファレンスを実施し、サービス実施計画の評価をしている。</p> <p>275 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>276 訪問看護計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p>	看護計画の評価は毎月実施しており、長期目標は半年、短期目標は3ヶ月の見直し、ケアカンファレンスを3ヶ月に1回以上を原則としている。 記録は、手順に沿って、ケースごとに電子カルテと紙媒体の個人ファイルに記録されている。 主治医、介護支援専門員とも連携しながら、状況の変化などを、朝のカンファレンスでチーム内でも検討しながら、緊急の見直しも実施している。
		(3) 個別業務と全体の目標との関連を明確にしている。	居宅サービス計画の目標と訪問看護計画の目標の関連が分かり、訪問看護業務による働きかけの方向が明確になるよう指導している。	a)	<p>277 訪問看護計画を担当する全ての訪問看護職員に渡して、説明した記録がある。</p> <p>278 担当する利用者の居宅サービス計画の目標を説明し、訪問看護計画の目標との関連を指導した記録がある。</p>	朝のカンファレンスにて口頭で周知している。 居宅サービス計画は、電子カルテ、個別ファイルと一緒にファイルされ、記録されており、看護計画との関連性が確認でき、手順にも明示されている。
			利用者の生活全体のなかで担当する業務の果たす役割が明らかになるように指導している。	a)	<p>279 訪問看護計画を担当する全ての訪問看護職員に渡して、担当業務の果たす役割を説明した記録がある。</p> <p>280 担当する利用者の居宅サービス計画を説明し、担当看護職員が訪問と訪問のあいだの生活を理解し、業務での配慮、観察と報告のポイントが分かるような指導をした記録がある。</p>	看護計画に関する手順やマニュアルは共通ファイルにあり、また、印刷されて個人ファイルと一緒に棚におかれ、情報共有が図られている。 ケア内容指導の記録様式があり、担当看護職員が記入して、事業所内のチームでの周知に活用している。また、利用者の連絡ノートや塩尻市いきいき手帳にも記入し、他の事業所や関係者との情報共有に努めている。必要に応じて、主治医や介護支援専門員とも電話やファックス、メール等を活用して連携に努めている。 個々のケア手順書を作成し、カンファレンスで周知するケースもある。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価分類ごと)	
	5 職員の 接し方と ケアの 内容	(1) 訪問看護が適切に提供されている	訪問のたびに健康状態のチェックがなされ、記録されている。	a)		281	訪問中に観察された健康状態を示す情報や具体的なバイタルサインが記録されている。	様式に沿って、健康状態が記録されている。また、夜間等の電話相談や臨時の訪問の様子も、記載され、朝夕のカンファレンス等で事業所内情報が共有されている。 異変があった場合は、必要に応じて主治医や介護支援専門員などに報告、その対応も記録されている。	
						282	普段と異なる健康状態が把握された場合、その情報を誰に伝え、どのように対応されたのか記録されている。		
			利用者の状態にあわせた訪問看護を職員全員が安全に提供している。	a)		283	新たに担当になる訪問看護職員の初回時には、管理者等による同行訪問による指導がされ、習得状況の結果が記録されている。		担当看護師の変更の際には、看護経過記録(サマリー)が作成されるとともに、新旧の担当看護師が同行訪問を実施し、安全なサービス提供に配慮している。 主治医、介護支援専門員との連携などのマニュアルも整備され、担当者会議など顔の見える関係、機会を大切に支援に努めている。 電話、ファックス、連絡ノート、いきいき手帳など活用し、他のサービス事業者との連携に努めている。
						284	認知症症状をもつ利用者には、不安や心の世界を理解する内容を含んだマニュアルがある。		
						285	独居又は高齢者2人暮らし世帯の担当訪問看護職員は、訪問していない間の生活状況や危険を把握するために介護支援専門員、他の居宅サービス事業者などと情報交換している。		
		(2) 家族介護者と訪問看護職員との援助関係	本人と家族の意向が異なる場合、家族援助の視点を持てるよう指導している。	a)		286	訪問看護職員は、本人の意欲を促し、できる限り自分でやれるような工夫をする指導したマニュアルがある。	利用者と家族の意向が異なる場合、ケース記録にも注意事項として記載され、カンファレンス等で情報共有している。利用者の状況、家族の想いなど丁寧に傾聴して、最善の方向を多角的にアセスメントしながら、看護計画に沿って、関わる看護師が統一した支援となるように努めている。 デイサービス利用において利用者と家族の意向が異なる場合など、介護支援専門員、主治医、や他の介護サービス事業者とも連携して、サービス担当者会議等で対応を相談している事例などがケア会議用紙に記載されている。	
						287	利用者本人と家族の意向が異なる場合に、本人と家族の関係経緯、家族の考え方を理解するためにケア会議を行い、担当職員に指導した記録がある。		
						288	指導の上で、家族介護者と訪問看護職員との援助関係の改善状況を継続的に確認した記録がある。		