

(別添2)

## 事業評価の結果 (評価対象)

福祉サービス種別 訪問看護

第三者評価の判断基準

事業所名 (施設名)

訪問看護ステーションなごの

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
- 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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>「民医連要領」「医療生協の介護」「医療生協接遇マニュアル」などでしっかり定めています。利用者を尊重する姿勢については組合員、利用者、職員がともに目指す医療生協の介護に明文化されている。(医療生協の介護 医療生協接遇マニュアル 個人情報保護の方針・規則 利用者の個人情報取り扱い規定 就業規則第7章43条)</p> <p>利用者を尊重したサービス提供をするために、全職員を対象とした制度教育に力をいれています。制度教育は年度ごと教育テーマを作成し、全職員が参加できる仕組みがとられています。参加者の感想文や報告書は「職員教育個人ファイル」に保管され、管理者の下で個人別に管理されています。</p> <p>プライバシー保護、尊厳について記載されていて、業務マニュアルにも記載があり、職員周知がされています。また毎週火曜日の朝は学習会を開催して研修を充実させています。</p>
			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)	<p>159 サービスの標準的な実施方法を定めたマニュアルに、利用者の尊重に関する記載がある。</p> <p>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。</p> <p>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。</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	(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。	a)	<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>利用者満足の上昇を意図した取り組みは、医療生協が全国的に行う「医療介護満足度調査」のアンケート結果を指標に、職場会議で分析や検討を行っています。</p> <p>サービス担当者会議では、利用者要望の把握に重点を置いています。</p>
		(3) 利用者が意見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。—</p>	<p>毎月発行される「みんなの医療」やそのタブロイド判を毎月利用者に配布し、利用者が意見を述べやすい体制を確保しています。プライバシーに配慮した相談室があり対応しています。また、手話通訳を派遣する配慮があります。</p> <p>重要事項説明書には相談窓口に関する情報がわかりやすく記載されていて、事業所内のわかりやすい場所に掲示があります。</p> <p>病院や診療所に設置されている「虹の箱」は医療生協組合員や理事会役員が参加した「利用委員会」や「運営委員会」で定期的に関与され、職員は内容を職場会議で確認します。「虹の箱」の意見を参考にして改善された事例があります。</p> <p>177は非該当になります。</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>第三者的立場の人（組合員）が参加する「運営委員会」が第三者委員会として位置付き、機能しています。</p> <p>苦情などは病院や診療所に設置された「虹の箱」の投書箱に投書できる仕組みがあり、「虹の箱」の管理や検討は「利用委員会」や「運営委員会」で行われます。</p> <p>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されています。また、掲示が必要なものは個人情報に配慮して掲示される仕組みがありますが、利用者の希望で掲示されない場合もあります。</p> <p>重要事項説明書には苦情相談に関する情報がわかりやすく記載されていて、事業所内のわかりやすい場所に掲示があります。苦情解決のための手順や処理体制を明確にした対応マニュアルが整備され職員は共有しています。職員は師長に随時報告の上、苦情対応記録簿に記入していて、対応可能なことは直ちに改善し、事業所内で対応ができないことは、ケアマネジャーなど関係者と連携を図って対応しています。</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)	<p><b>193</b> 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> <p><b>194</b> 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。</p> <p><b>195</b> 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）。</p> <p><b>196</b> 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p><b>197</b> 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。</p> <p><b>198</b> 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。</p> <p><b>199</b> 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。</p>	<p>相談・苦情・意見対応マニュアルがあり、それぞれの対応記録があり、問題点の改善に取り組んでいます。随時管理者に報告の上、対応記録に記入しています。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され、掲示が必要なものは個人情報に配慮して掲示される仕組みがあります。利用者の希望で掲示されない場合もあります。</p> <p>医療生協が全国的に行う「医療介護満足度調査」のアンケートにある自由記述に記載された意見や要望を指標に職場会議で分析や検討を行っています。</p> <p>意見や苦情を職場会議で職員が検討し、対応や改善策を具体化しています。</p>
			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)	<p><b>200</b> 「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> <p><b>201</b> 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。</p> <p><b>202</b> 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。</p>	<p>就業規則第7章服務規律、43条服務の心得、重要事項説明書、苦情・意見対応マニュアルに記載があります。職員に対する処分は、就業規則第8章46条懲戒に記載があります。</p>
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やっている。	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)	<p><b>203</b> 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> <p><b>204</b> 第三者評価を定期的に受審している。</p> <p><b>205</b> 内部監査を毎年実施している。</p> <p><b>206</b> 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p><b>207</b> 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。</p>	<p>就業規則第7章服務規律、43条服務の心得、重要事項説明書、苦情・意見対応マニュアルに記載があります。職員に対する処分は、就業規則第8章46条懲戒に記載があります。</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	(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>事業所全体で改善が必要なサービス内容については職員が師長に報告し課題を明確にしています。評価については、ミーティングやカンファレンスや職場会議での職員の話し合いを通して、評価を行っています。評価結果は職場会議で組織として取り組むべき課題を明確にして、改善のための計画を作り実施しています。職場会議記録や職員個人記録や個人面談記録に記載があり、業務改善記録でも確認ができます。</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>マニュアルに記載があり、業務の基本や手順が明確になっています。どの職員でも同じ水準の看護が可能になるように看護技術についての手順が整理されています。標準的サービス内容の見直しが必要な場合は、週1回のミーティングや月1回に職場会議で職員の参画のもと検討します。また、本部との連携で医療生協全体に関する見直しも行き、学習会も実施しています。</p> <p>感染対策マニュアルを整備し、感染対策委員会のもと組織的に対応を行い、研修会で職員にも周知徹底を図っています。</p> <p>マニュアルはスタッフルームのいつでも誰でも自由に見れる場所にあり、職員は活用しています。ターミナルケアについては、マニュアルが整備され実施する体制があります。主治医の意見や指示に従いかつ自己決定や家族の希望を尊重しています。また、精神的ケアの対応に関しても研修を行っています。安定的で継続的なサービスを提供しています。</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>マニュアルは見直しを行い追加事項が新たに加わった項目のあるマニュアルがあります。職員は、職場会議で見直しを検討しています。</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。		<p>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情報が整備、更新されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>個人記録は書式が統一されており、必要な情報が整理されています。書式の見直しが行われ更新されて、定期的な整備がされています。職員への学習会も行われていて、記録はSOAPを用いています。利用者一人ひとりについて毎回記録されていて、経過が記録されています。服薬管理については適切に指導を行っています。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>224 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>227 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>231 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p>	<p>記録保管管理規定や情報開示ガイドラインで定めています。</p> <p>個人情報保護方針・規則、接遇マニュアル、就業規則、個人情報取り扱い規定で定めていて、職員から誓約書をとっています。また、契約時には利用者や家族に説明を行い、同意の署名をもらっています。職員は、制度教育の中で研修や教育が行われています。参加職員の感想文や報告書があり、職員は理解と遵守を行っていることがわかります。</p>
			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)	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>カンファレンスは毎週木曜日に行っています。また毎朝開催するミーティングや月1回の職場会議でも実施していて、その内容は記録されています。</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	(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「何のためにある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>サービス提供記録に具体的な内容が記載されています。</p> <p>朝のミーティングや毎週行うカンファレンスの記録に実施した内容が記載されています。</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>師長が管理しており、記録があります。苦情・意見対応マニュアルに記載があります。</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が変化したか(カウンセリング効果)の記録がある。</p>	<p>組織的な取り組みがあり、仕組みが機能しています。師長が対応しています。</p> <p>師長が丁寧に対応しています。また、法人相談室に保健師が2名常駐していて、対応もしています。メンタルヘルス学習会で職員には周知ができています。</p>
			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体系的な体制があり、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>組織的に取り組んでいる制度教育があり、実施記録があります。長野県看護協会が実施する研修に積極的かつ意欲的に参加しています。認知症ケアや認知症に関する研修を受けていて、認知症の利用者への対応が適切に行われています。</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)
	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>	ホームページがあり、サービスの紹介など情報を公開し、わかりやすいパンフレットがあり、中央病院内や行政の関係機関に置いています。県が管理する「介護サービス情報の公表システム」で情報を公開しています。見学や問い合わせについては師長が窓口となって対応しています。
			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>	契約書と重要事項説明書は読みやすく、必要な項目は記載されています。契約書と重要事項説明書は利用者や家族に丁寧に説明され、同意の署名がされています。また、サービス提供内容も丁寧に説明しています。利用者が家族の状況や環境に応じて余裕のある対応や配慮を行っています。
		(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>	他事業所でのサービスの継続については、担当者会議で対応し、必要な情報などの伝達を行っています。サービス終了後の相談窓口は師長が担当していますが、相談方法について明記した書面は用意されていません。



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 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>	アセスメントは統一された様式で定期的に見直しを行っています。計画書には一人ひとりのニーズが盛り込まれていません。
		(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>	利用者や家族の希望や主治医の指示及び心身の状況を踏まえて目標を達成するためのサービス内容を説明しています。また計画書にはそれらが記載されていて長期目標や短期目標は明確になっていません。利用者や家族に説明を行い、同意のサインをもらっていて、計画書の目標は心身機能の維持や回復が盛り込まれており、自立支援を大切にしました内容になっています。

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>	<p>当該サービス計画の見直し時期を明示しており、計画と実績を評価・見直しを行っています。サービス担当者会議に参加して、関係者の意見を参考にしています。見直した計画には、利用者や家族の希望や意向を取り込んであり、変更した計画は家族に説明を行い同意をもらって、同意した署名があります。急な変更についてもケアマネージャーとの連携を図って計画を修正しています。</p>
		(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>	<p>朝のミーティングや毎週行うカンファレンスにおいて、また職場会議でも説明や指導を行っています。会議録にこれらの記録があります。</p>
			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>	<p>朝のミーティングや毎週行うカンファレンスにおいて説明を行っていて、担当者会議にて方向性の一致を図っています。会議録にこれらの記録があります。</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)
	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)	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題がある場合は主治医やケアマネージャーや家族と連絡を取り、サービス内容の変更を行っています。</p>
(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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>同行訪問を行って指導が行われていません。認知症ケアや認知症に関する研修が行われていて、認知症の利用者への対応がマニュアルに記載されています。</p> <p>その人らしく生活できるように工夫があり、計画書に記載があり、職員への指導も行っています。</p>	
				<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>職場会議で検討し指導した記録があります。</p> <p>師長が継続的に行っていて、経過記録にその内容の記録があります。</p>	