

(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 佐久総合病院訪問看護ステーション) 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 (評価細目ごと)
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>	訪問看護ステーションの基本方針に「人権の尊重」や「寄り添える訪問看護」と謳われている。そして、基本方針は事業所内の掲示、パンフレット、訪問看護だより、名刺の裏に表示するなど、スタッフと利用者の両者が意識できるよう取り組んでいる。
			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)	<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、利用者のプライバシー保護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 (評価細目ごと)
	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>これまで、利用者アンケートは、定期的には実施してはなかったが、平成28年より毎年実施することが決まり年次計画に組み込まれている。本ステーションは、利用者の担当を決めず、チームで利用者を支える体制であるため、一人の利用者に複数の訪問看護師が関わっている。そのため、利用者の満足度を知ること、どのスタッフが担当しても訪問看護サービスの質が担保されているか知ることにつながっている。</p> <p>アンケート結果から、訪問時間に対する遅刻に関する不満があることがわかり、訪問の順番や担当区分を工夫するなど、利用者を待たせないための取り組みをすることとなった。多少の到着時間の遅れは仕方がないで済まらず、改善できることに取り組むことに繋がった。</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とする。</p>	<p>相談室の設置や相談窓口・担当者など、重要事項説明書など記載し利用者に説明している。相談の時間帯などもプライバシーに配慮し、スタッフが訪問している時間帯などを利用するなど工夫している。</p> <p>環境整備に加え、利用者との信頼関係が築かれており利用者や家族が相談や意見を述べやすい雰囲気が出た。</p> <p>意思疎通が困難な利用者に対しては、勉強会を実施したり、他の関係機関と連携をしたり、理学療法士や作業療法士によるコミュニケーションツールを工夫したりしている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価細目ごと)
	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>各事業所に苦情窓口が設置され、管理者が責任者となっている。契約時には重要事項説明書などで説明している。マニュアルは、年1回は見直され更新している。</p> <p>第三者委員は、ステーション毎ではなく、佐久総合病院内に第三者委員が設置され、必要に応じて対応を依頼している。</p> <p>苦情については、即日対応が基本であり、その日のうちに苦情提供者に対して説明を行っている。実際の記録をファイルされており内容も、利用者の視点で苦情を理解し対応を検討、説明についても署名をいただいている。</p> <p>苦情の内容や対応策については、了解を得たうえで「訪問看護だより」などに掲載し、他の利用者にも公開している。こうした丁寧な取り組みにより、苦情を言いやすい環境を構築していると考えられる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	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>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> <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。</p> <p>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）。</p> <p>196 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>○意見・苦情対応マニュアルが作成され、管理者の管理により迅速に対応できるシステムがある。苦情だけではなく意見や提案を受けた際もフローチャートに添った手順で対応され、検討した会議録のファイルと公表されている文書を確認した。 具体例としては『連絡ノートの字が小さい』という苦情に対し、大きく読みやすい字を書くようスタッフに周知するとともに、意見のあった利用者への報告だけではなく訪問看護だよりに載せるなど公表がされていた。意見や提案から改善課題を見出し、サービスの質の向上につなげる体制が確認できた。</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>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いる。</p> <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。</p> <p>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。</p>	<p>○契約書と重要事項説明書には「利用者が苦情申し立てを行ったことを利用として何らかの不利益な取り扱いをすることはない」と記載されている。万が一不利益な扱いを受けた場合に担当者に申し出る際の窓口についても記載されていた。 不利益な扱いを行った職員に対する処分に関しては、長野県厚生農業協同組合連合会諸規程集第8章の「その他」としての扱いであるとの説明であったため、具体的な項目として明記することが望ましい。</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>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> <p>204 第三者評価を定期的に受審している。</p> <p>205 内部監査を毎年実施している。</p> <p>206 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</p> <p>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。</p>	<p>○「事業所自己評価のガイドライン」チェックシートを用い、年1回自己評価を行っている。第三者評価は今回初めての受審であるが、評価結果は地域ケア科会議やコア会議で分析・検討を行い回覧等で周知する仕組みが確立されている。 内部監査はJA長野県厚生連内部監査や県による実地指導が行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	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>	○評価結果はケア科全体会議、ステーション会議、各係会などで再評価、分析し、改善計画の策定が行われている。改善策はマニュアルに追加され、各会議で見直しを行っている。 ○今回の第三者評価後の結果から組織として取り組むべき課題を見出し、改善策につなげられることを期待する。
		(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>	○在宅ファイル、訪問看護ファイル、疾患症状別ファイル、訪問看護ステーション業務基準があり、実施するサービス全般にわたるマニュアルが文書化され、事務所の定められた位置に設置されいつでも閲覧可能となっている。 訪問看護において一定の水準以上のサービス提供を担保するための標準的な実施方法がわかり、技術方法をも含めた在宅看護で実際に活用できるマニュアルへと修正されることを期待する。
			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>	○標準的な実施方法について必要時ステーション会議、各係会、所長会議等で話し合い、年1回以上はマニュアルの見直しを行っている。 定期的な見直しのほか、シリンジポンプをはじめ各種医療機器の在宅への新規導入や処置手順の変更があった場合は、マニュアルに使用方法の手順や注意点などを追加している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価細目ごと)
	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)	<p><b>221</b> 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><b>222</b> 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><b>223</b> 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>個人台帳は、親族、緊急連絡先、主治医、通院先など必要な情報を読み取りやすく整理された様式に統一されている。投薬は変更の可能性があるため、医師の指示書で最新の状況を確認することで記入漏れや間違いを防止している。</p> <p>利用者の状況、意向をふまえ援助したアセスメント、援助内容、結果や評価がSOAP形式で記載されている。記録係が記録のチェックを行い、管理者からの指導が行われ、適切に記録が行われていることを確認した。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p><b>224</b> 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p><b>225</b> 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><b>226</b> 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><b>227</b> 就業規則や雇用契約書に守秘義務の規定がある。</p> <p><b>228</b> 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><b>229</b> 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><b>230</b> 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><b>231</b> 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p>	<p>○各ステーションの管理者が記録責任者であり、訪問看護記録基準に記録の保存・管理について定められている。就業規則や雇用契約書には守秘義務について規程があり、退職後の守秘義務についても就職時に誓約書を提出している。</p> <p>廃棄についてはシュレッター等で個人情報が流出しないような方法の規定があり廃棄されている旨をうかがった。廃棄手順や方法、廃棄担当者については、後日、廃棄の手順や廃棄の履歴などの書式を確認した。</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><b>232</b> 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><b>233</b> 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>各ステーションの申し送りやFAX,院内ITツール(サイボウズ)の活用により、看護師だけではなく医師との情報共有の仕組みが構築されている。朝、昼、夕の1日3回の申し送りが行われるほか、申し送りノートによる利用者の状態の変化に応じた情報の共有が図られている。</p> <p>利用者の担当制ではなく『すべての利用者が自分の担当である』という意識で関わるため、利用者の状況把握に対する看護師の情報共有の意識は高く、定期的な医師とのカンファレンスやケア会議などで情報の共有に努められている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	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>○訪問看護記録基準には、様式別の記録内容や注意点など記録に関する記載要領が明文化されている。訪問看護記録に関しては、問題別にSOAP形式で記載し、判断や対応、報告まで記載することで統一されている。</p> <p>利用者の状況の身体状況に関する注意事項は、計画書に記載されている。記録は各ステーションの管理者が確認し、必要時個別に指導が行われている。</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>○利用者や職員のトラブルの際は、苦情対応マニュアルにより責任者が職員の状況を聞き取り、面接記録に残している。</p> <p>○利用者からの苦情記録の書式に『事実確認』の欄を追加することで、利用者の言い分だけでなく職員の意見を聴きとる仕組みとなった。事実確認を管理者が面談した記録が残されていた。</p>
			援助困難な利用者には、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>○担当制はとらずに、ステーションごと全員またはチームの利用者の訪問看護を、職員が交代で行っている。担当制を取らないことで、援助困難な利用者への対応についてはチームリーダー、管理者、ケア科師長が把握し、看護師全員が情報共有できている。また、援助困難な利用者への訪問は、一人の看護師に偏ることはないようにスケジュールを組み、必要に応じて二人体制で訪問を行うなど、看護師の負担の軽減を図っている。</p> <p>利用者への対応や援助の中でストレスや負担を抱えた場合は、管理者が面談し相談に乗るほか、メンタルヘルスチェックが行われている。</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>○非常勤を含めたすべての訪問看護職員がその経験と希望に応じて在宅リーダー研修やラダー研修など、必要な研修を受けられる体制がある。また、認定看護師資格取得への支援や、職員の資質向上と事業所のレベルアップにつながる研修カリキュラムが計画されている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	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>	<p>○佐久総合病院のホームページで訪問看護事業所の紹介や、パンフレットの配布など、利用者へのサービス選択に資する情報提供を行っている。</p> <p>○事業所パンフレットは、読みやすい大きさの文字、言葉遣いや挿絵、事業所の地図などにより、事業所の方針やケアの内容、所在地や相談窓口などが、高齢者にも理解しやすいように作られている。</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>○初回訪問時の説明は、管理者と担当看護師が訪問し説明している。重要事項説明書、契約書などの書面は文字を大きくし、読みやすい書式となっている。説明時はゆっくりと、また、事例など提示し利用者が理解しやすいよう工夫している。</p> <p>○説明後、一考する時間を設け、即答は求めていない。契約解除の自由については契約書に項目があり説明を行っている。</p>
		(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>	<p>○他事業所への移行については地域統一の情報提供書で申し送りを行っている。</p> <p>○契約書には、サービス終了後でも相談ができることが明記されている。また、終了時には文書を発行し、再度相談できることを伝えている。</p> <p>○利用者が亡くなられた後も、家族の悲しみに寄り添うための訪問を行っている。大切な人を亡くした家族の支えになれるよう、個々に応じたグリーフケアに努められていた。</p>



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)
	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 定期的にア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>	○利用者台帳、アセスメント表、等により利用者の身体状況や生活状況が把握され、訪問看護記録基準に従って記録されている。アセスメントにより利用者の個別的で具体的な計画が立案され、管理者や記録係によるチェックも行われている。
		(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>	○訪問看護計画は、主治医からの指示書や介護支援専門員による居宅サービス計画書を反映して作成されており、利用者の意向や家族の意見を取り入れながら立案している。 ○利用者やその家族にもわかりやすく説明し、納得していただき同意の上で署名が得られている。 ○意思疎通の困難な方の希望や要望は、家族と価値観や人生観の情報を共有しあうことで、利用者が希望されると思われる要項を推測し、また、文字盤等の利用などにより把握している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価細目ごと)
	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>	○訪問看護計画は、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を作成し、長期目標は半年、短期目標は3カ月に一度の見直しを行っている。計画を変更した際は申し送り時にスタッフに伝達し、共有している。
		(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>	○居宅サービス計画書は、初回、更新、変更は全職員で検討し、変更した内容は回覧や読み合わせを行い全職員に周知されている。 ○居宅サービス計画の目標と訪問看護計画の目標との関連を理解し、目標の方向性を全員が理解できるよう、施設長が指導を行っている。
			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>	○訪問看護業務手順マニュアルに、担当者の役割と手順が明記されている。居宅サービス計画書に従い観察やケアを行い、個別看護記録に記録している。看護記録は管理者やスタッフ同士でチェックをしている。 ○訪問診療、通所系サービス、訪問介護、家族などが利用者の身体状況や日常生活の変化を把握できるよう、利用者宅には共有ノートが作成されている。共有ノートは、訪問看護のない日の利用者の状況の把握に役立っている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着	眼	点	講評 (評価細目ごと)
	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。	○利用者の訪問看護記録により、利用者の健康チェックが訪問のたびに行われていることを確認した。体調の変化や症状の特徴や推移が把握できるよう記録がされていた。 ○利用者の健康状況だけでなく、利用者の意向、ケアの内容、主治医や介護支援専門員に報告した内容も記録されている。
					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。	○初回訪問時には管理者が同行し、援助内容や方法の確認や指導が行われている。 ○認知症ケアマニュアルがあり、勉強会や研修に参加したうえで、利用者の状態や症状に応じて個別的なかかわりができるよう日々取り組まれている。状態変化は特に詳細に記録し情報を共有することで、安全な看護を提供している。 担当制をとらないことで、看護師は所属するステーションの全利用者を把握できているため、夜間などの緊急時の利用者への安全で速やかな対応が可能となっている。		
	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。						
	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。						
		(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)	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。	○家族介護者の負担の軽減を図りながら利用者の意向も尊重できるように、担当者会議等で意見を出し合い最善の方法を検討している。 ○利用者とその家族の意向が異なる場合にも、信頼関係を保ちながら援助を受け入れていただけるよう計画を立てサービスに結び付けている。	
		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。					