

(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 訪問看護
- 事業所名 (施設 訪問看護ステーションやまなみ)
- 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)	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。	○「訪問看護ステーション基本方針」の最初に「人権を尊重し、常に利用者の立場に立った看護・・・」と謳われている。職員各自が備えている地域医療部ハンドブックにも同様の記載があり、毎朝、唱和し共通の理解をしている。 ○法人で定期的に行われる、接遇研修会、医療安全研修会は全員参加が義務づけられ利用者尊重を学んでいる。事業所内においては、法人の「行動基準」「倫理マニュアル」の読み合わせを行っている。
					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。	
			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。					
	○法人の「個人情報取扱基準」がハンドブックに記載されている。今年度は病院での研修会参加と、プライバシー保護についてマニュアルの読み合わせを行う。 ○利用者との契約時、秘密保持、個人情報の保護について、文書での同意を得ない限り個人情報を用いない事を説明している。					

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)
	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>○地域医療部の基本目標、事業所の基本方針等の実現を目指して質の高い看護を提供する為に計画的な研修、自己研鑽を進めている。</p> <p>○利用者満足を問うアンケートは、長野県厚生連、地域医療部のアンケート委員会で行っている。結果について今年度は10月の広報誌で公表した。看護計画作成時、サービス担当者会議等で利用者満足を把握するよう努めている。また、訪問時には傾聴する気持ち、姿勢を持って満足度を押し量れる様に指導している。</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<b>非該当</b></p>	<p>○重要事項説明書に相談・苦情窓口として事業所名、電話番号、管理者名が記載されている。事業所内入口には掲示もあり、利用者向けの便り「看護の宅配便」にはその都度、同様の記載をしている。</p> <p>○意思疎通が困難な場合は利用者の担当介護支援専門と連携をして代理人の決定や公的サービスの利用、成年後見制度の手続きについて説明している。</p> <p>○相談は事務所内の「面接室」やプライバシーが守れる別室にて対応し自宅への電話連絡も個室で対応している。</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>○訪問看護ステーションとして意見・苦情対応マニュアルが策定され解決の手順を定め、重要事項説明書に明記されている。他に公的な相談窓口として、各市・町の、高齢者介護課、福祉課、地域包括支援センター、及び国民健康保険団体連合会等の記載がある。</p> <p>○苦情対応マニュアルの対応手順に拠り報告書は鹿教湯三才山リハビリテーションセンター病院運営委員会にも報告される。</p> <p>○苦情は即日対応するように心がけ、対応策は文書にして申し出者にお伝えし納得の上で署名、押印して頂く。広報誌に苦情内容を掲載し再発防止に心掛け、苦情受付から解決までファイリングして保管している。（5年以上保管する）</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)	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。	○利用者からの意見、提案については「苦情対応マニュアル」を基に速やかに対応している。意見や提案を受けた際の手順、具体的な事業所内での検討方法等対応方法、記録の方法を定め、利用者、家族への経過とフィードバック、公表方法（広報誌等）、内容別に具体的に記載されている。マニュアルの見直しを行い対応方法の徹底が図られている。	
					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。		○契約書内に、（事業所は、利用者が苦情申し立てを行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。）と明記して利用者等に周知する取り組みを行なうとともに、その仕組みが機能している。 ○利用者に対して不利益な取り扱いを行った職員に対する処分等について入職時の誓約書に明記されており職員は認識してサービスに当たっている。
	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)	サービスの向上に向けた取り組みを組織的にやっている。	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。	○第三者評価が今年度、初めて行われ、内部監査なども定期的に行っている。今後、評価結果に基づき、統括会議等で検討し各部署での分析見直しを行う仕組みがある。	
					204	第三者評価を定期的に受審している。		
					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>	<p>○所長会議、統括会議等で業務分析を行い整備すべきマニュアル、既存のマニュアルの整備を業務改善委員会中心に行われている。</p> <p>○管理マニュアルの充実に向け改善点を盛り込み、管理者の責任において実行する内容や、理念に基づいた行動計画も見直しが行われている。</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>○マニュアルは、新人に対して重要な内容はファイルにして配布し、標準的な実施方法に基づいたサービス提供に努めている。</p> <p>○利用者の状況に応じて個別性に合わせ支援を行っている。現任者は、評価表を利用し確認する仕組みがある。業務手順マニュアル等、他のマニュアルは場所を決めて保管し自由に閲覧できる仕組みとなっている。</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>○業務改善委員会を設置して、ステーション会議にて意見を集め業務改善委員により定期的に検証し、必要な見直しを行い報告している。</p> <p>○災害マニュアルの見直し、ターミナルケアマニュアル・認知症マニュアルについても更に充実が図られている。</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	(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>○利用者に関するサービス実施状況の記録がカルテ内にありモバイル端末に全ての情報を入力している。緊急時訪問でも担当者も自宅から利用者宅へ直行し対応が容易なるとともにスタッフによる対応の差異が少なくなった。</p> <p>○記録管理マニュアルがあり、SOAP記入様式の要点が記載され、モバイル端末の利用開始により重要な部分、記載ポイントなどスタッフ全員で確認している。</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>○職務権限表に記録管理の責任者が設置されている。利用者の記録保管、保存、廃棄は法人内の規定が定められている。</p> <p>○利用者や家族からの情報開示については契約書に記載するとともに個人情報の利用については契約時に同意が得られている。</p> <p>○守秘義務の規程は行動基準に定められ退職後の守秘義務は入職時に契約書を提出されている。</p> <p>○記録管理についても病院の全体研修等で行われるとともに、ステーション会議においてもマニュアルの読み合わせや所長から説明を受けるなど、法人の就業規則にも明記されている。院内メールからも確認でき周知しやすくなっている。</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>○毎朝申し送りを行い、訪問後にも申し送りをし、日誌の記録、共有連絡ノート、モバイル等の活用によりスピーディーに情報の共有化が図られている。</p> <p>○事業所内だけでなく、月1回、JA信州うえだ系列、鹿教湯病院系列と実施し、情報共有をしている。</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)
	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。</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>○「SOAP」を基本とした記入方法で統一を図るとともに、記録管理マニュアルの充実に努め職員に周知されている。</p> <p>○看護記録の記載上のポイントとして、何を重視して記載すべきなのかまとめたものを利用し指導に使用している。</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>○苦情対応マニュアルの中の手順にて利用者・関係スタッフより十分に内容を聞くように定め、職員の聞き取りもしっかり行う仕組みがある。時系列に記録がされ、主任・所長が手順に沿って対応されている。</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>○目標管理面接や職員の状況を勘案し、様々な機会にサポートしている。</p> <p>○現場からの声を吸い上げ、一人で抱え込まないよう報告された事例にはチーム全員で考え検討されている。</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>○全ての職員の研修カリキュラムがあり、臨時、パートにも新任研修マニュアルを活用されている。本人の目標希望・経験年数等により、eラーニング・看護協会・訪問看護連絡協議会・地区の事業者協会・厚生連の研修など計画的に研修計画を立てる等、訪問看護内には教育委員会があり年2回研修を計画し実施されている。</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 )	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。	○法人のホームページでの公開や病院祭のパネル展示、JA祭に広報誌パンフレット、訪問看護のチラシを用意して配布されている。 ○事業所パンフレットは文字・絵等分りやすく作成されている。	
					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。		
					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。		
					246	問い合わせへの対応担当者を定めている。		
					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に説明している。		○初回訪問時の説明は、管理者・主任・常勤職員が訪問して重要事項説明書や契約書等、契約に必要な書面をわかりやすく説明されている。文字の大きさにも配慮して、わかりやすく説明を行い利用者・家族より同意を得ている。 ○サービス開始時には介護支援専門員との同行等、一方的な説明にならないように、また、他のサービスとの関係を含め説明をされている。
					248	利用契約書を取り交わしている。		
		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。					
		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。					
		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。					
		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。					
		(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 )	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。	○施設入所時、他サービス利用移行時にはサマリーを送付して必要な処置、ケア内容を情報提供している。細かいケアが必要な方には別紙添付、また、電話での対応も行われている。ケアが途切れる事がないよう他のサービス業者と連携が図られている。 ○グリ フケアとして訪問する場合にも家族への支援とともにサービス終了後の相談窓口を示している。	
					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。		
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。							
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。							

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)	257	アセスメントの様式が統一されている。	○利用者概況表を利用し、基本情報を統一して病状、経過、身体状況、家族背景、生活状況等を確認し記録している。手順を定めて利用者全員の計画的なアセスメントを行い個別に具体的なニーズが明示されている。 ○居宅サービス計画書に沿って看護計画が作成され、訪問看護記録にSOAP方式で記録され、評価見直しが行われている。 ○サービス担当者会議やケアカンファレンス等は医師、在宅サービスチーム、利用者状況により民生委員、独居者などは後見人等の参加を得て利用者の個別性に合わせ多職種で協議の上ニーズ・課題が設定される。
					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。	
					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。	
					260	定期的にあセスメントの見直しが行われている。	
					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。	
					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。	
					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。	
	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。					
	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。					
	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。					
	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。					
	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。					
	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。					

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>○訪問看護計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として業務スケジュールに組み込まれており3ヶ月ごとの見直しが行われている。</p> <p>○訪問看護では、訪問リハビリ・居宅介護支援事業所と月1回カンファレンスを行い、情報を交換し実施内容・計画の評価を行っている。なお、カンファレンス等の内容を記録に残し、文書にて回覧、連絡ノートの活用、モバイル等で常に確認でき共有が図られている。</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>○担当する利用者の居宅サービス計画書の目標と、訪問看護計画の目標の関連が理解できるよう訪問看護職員に、朝・夕のミーティングで伝えカルテに記入とモバイルに入力し周知が図られている。</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>○業務手順のマニュアルに担当者の役割と手順が明記されている。</p> <p>○ケア表は、訪問時に担当者が記入し、ステーション会議等皆でケアカンファレンスを行い管理者、主任がアドバイスをを行っている。次回の観察ポイントは記録や申し送りノートに残し、職員間の共有を図っている。</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。	○訪問看護記録に記録している、体調変化については必要に応じて主治医、介護支援専門員に報告、その対応も記録するとともに、主任やリーダー看護師に伝え状況よりリーダーからの指示を仰ぎ実施している。
					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が記録されている。	
		(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)	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。	○24時間拘束体制をとっており、初回の拘束当番の前には同行訪問し、対応方法の確認や統一を図る等看護方法を指導する体制があり、習得の結果が記録されている。 ○認知症マニュアルの用意や研修に参加し、認知症の利用者にも安心した支援が行えるように努めている。 ○独居、高齢者世帯は、リスト化し緊急時の連絡先など介護支援専門員やサービス間で確認している。 ○利用者の自立支援を促すよう利用者・家族指導をする看護師の姿勢を定め実践されている。
					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。			
			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。	○家族の信頼関係が保てるような傾聴を計画に盛り込み評価・再検討を繰り返すとともに、訪問看護記録に家族の状況も記入し、意向については、担当者会議にて検討し記録に残されている。		
			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。			