

(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

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 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。	地域在宅医療支援センター ミッションに“・・・在宅で療養する人々の尊厳と自立を尊重し・・・”と明記されている。「訪問看護運営規程」や「慈泉会職業倫理規程」に利用者の尊重や尊厳について述べられている。 基本的人権について法人の研修があり、倫理的な配慮について毎朝“今日の一言”を唱和している。 「身体拘束管理規程」「虐待対応規程」を整備して、身体拘束や虐待等の防止に努めている。	
					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、利用者の尊重に関する記載がある。		「慈泉会個人情報保護規程」が定められている。また、訪問看護における「利用者およびその家族のプライバシー保護」の文書では、具体的な配慮について述べられている。 研修は法人で実施されている。採用時には、職員が誓約書を提出している。 訪問看護契約書で秘密保持について述べられ、利用者の同意書ももらっている。
				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。						

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。	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>法人として、利用者満足についての調査・アンケートを毎年実施しているが、訪問看護としては平成24年度以降行っていない。法人で行ったアンケート結果で関係する項目については、見直しをしている。</p> <p>看護計画の作成や日々の訪問時に、要望等聞きながら満足度を把握するように努めている。</p> <p>今後、担当者を中心に、利用者・家族等の満足に関する調査・アンケートを実施され、結果について検討・改善をされることが望ましい。</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。 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、相談窓口・担当者等が明記されており、事務所の入り口に掲示されている。</p> <p>訪問看護計画書の備考欄や訪問看護のパンフレットに記載されている。また、ひまわり交流会の挨拶では、毎回わかりやすく話をして伝えている。</p> <p>相談を受けるのは利用者宅が多いが、事業所内に面談室がありプライバシー保護には配慮している。</p> <p>介護支援専門員と連携をとり、代理人をお願いする、必要な時は専門の方に依頼するなどしている。</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>重要事項説明書に、苦情相談窓口・担当者等が明記され、入り口に掲示されている。公的な苦情相談窓口についても介護保険全般と医療保険全般と区別して明記されている。</p> <p>法人内に医療安全部があり、第三者委員を設置している。</p> <p>苦情対策規程を整備し、苦情対応手順・フローチャートに沿って対応しており、即日の対応に努めている。</p> <p>苦情報告書で、原因、対応状況、改善・再発防止策等を明確にして、今後に活かしている。内容については、必要に応じて公表している。</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)	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>「苦情対策規程」では、「苦情」を「クレーム」と言われるもののほか、申し立てのあった苦情や意見を含むと定義して取り組んでいる。苦情対応の心得や手順が記載され、早めの対応がなされている。</p> <p>内容については、法人内医療安全部に報告し、そこで必要な件については公表されている。</p> <p>訪問時のお茶の提供について、職員にアンケートをとり、その結果をまとめて改善を図ってきた事例がある。</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>対応マニュアルに、不利益な扱いをしてはならないと記載がある。</p> <p>就業規則賞罰規程で、職員に対する処分が定められている。</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、センター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>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、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>マニュアルは、印刷されたものは一箇所まとめてカートに置かれ、各種の書類や報告書など使いやすいよう工夫して置かれている。また、電子ファイルでいつでも閲覧可能である。</p> <p>朝のカンファレンスでの確認、管理者や経験年数の長い職員と同行訪問、ケアカンファレンスなど訪問における単独のサービス実施状況を確認する体制を工夫している。</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、現場指導の先輩看護師と一緒に最初のおおよそ一ヶ月間及び初めての訪問時は、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、訪問看護として組織的になされている。</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行っている。	a)	<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な情報が整備、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、地域在宅医療支援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。</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>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、利用者から同意書を頂いている。</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>朝のカンファレンスは、非常勤の職員も含めて全員参加の体制をとり、迅速な周知と共有化に取り組んでいる。 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やカンファレンスが定期的また必要時に開催され、その記録も共有されている。 組織図や業務分担表が明示され、教育プログラムのチェックリスト内でも達成度を確認しており、情報の共有や分別の仕組みが整備されている。</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)		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。	記録の書き方は、電子カルテに関する規程、看護計画の手順等が作成されている。 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。 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終礼や個別の報告、記録などがされている。
						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。	
			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)		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。	法人の「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、対応状況が時系列に記載されている。 主任やセンター長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。朝のミーティング、カンファレンスや面談、育成面接なども活用している。
						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。	
			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)		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。	定期的な面談、育成面接が実施されている。援助困難な利用者の担当職員には、朝のカンファレンス、訪問後の短時間のミーティング、ケアカンファレンスでの検討など状況に応じて、主任や仲間から助言をもらうなど対応している。その記録は看護計画に沿ってなされている。
						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。	看護科役割分担表、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、担当職員が交替するケースもある。
			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)		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。	新人教育プログラムを異動や中途採用の職員にも適用して、実施している。今年度は、インターネット配信による講座(eラーニングの訪問看護入門編)を19名が受講している。
						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。	法人の看護部の研修体制が確立しており、実務研修シートなどを活用して、小児の研修など希望に沿って職員は事業所内外の研修に参加している。多様な研修が定期的に案内され、全員が確認できるように掲示や回覧がされている。
						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)。	認定看護師の資格取得のために、長期研修に参加する体制が整備され、活用している職員がいる。

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)		
	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が公開され、随時更新されている。 事業所のパンフレットは、病院内のロビーや地域包括支援センターに置かれている。 事業所のパンフレットは、写真や図入りで、わかりやすい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。	
					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。		
			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)	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。		サービス開始時は、管理者等と担当看護師が2名で訪問している。 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、利用者に合わせて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。
					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。	a)	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。	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。	サービス終了後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、活用方法を現在検討中である。 施設入所、他サービス利用時には看護経過記録（サマリー）や情報提供書等、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、相談にのったり、他のサービス利用に繋がったり、助言する場合もある。	
					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。	看護計画・評価の手順が定められ、それに沿って担当者を中心にスタッフの意見や関係者の評価も確認しながら、アセスメントを実施している。 電子カルテを活用し、サービス担当者会議、医師からの指示書または面談記録などが記録されている。 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、毎月介護保険の定められた様式に基づき主治医や介護支援専門員など関係者に報告している。
					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。	
		(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)	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。	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置き換えて説明し、同意のサインをもらっている。 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。
					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)	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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	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ヶ月の見直しをしている。ケアカンファレンスは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。利用者の状況の変化に応じて、主治医、介護支援専門員とも連携し、朝のカンファレンスでも確認しながら、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)	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。 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。	朝のカンファレンスにて口頭で周知し、パソコン内の共通のファイルでも訪問看護計画や電子カルテが確認できる。居宅サービス計画書は、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、訪問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)	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。 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。	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。

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。	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、指示や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。		
					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、新旧の担当者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。 訪問看護の経験年数の浅い看護師は、教育プログラムにそって看護技術の習得状況の達成度の確認がなされ、管理者や指導担当の先輩看護師と同行訪問もされている。訪問看護計画に沿って、利用者の状況に合わせた看護の実施が記録されている。 主治医や介護支援専門員との連携など、マニュアルも整備され、日常的に情報交換がされている。
					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、できる限り自分で行え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。	利用者や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、家族の思いなど傾聴して、状況改善に向けて看護計画に沿って記録し、サービス担当者会議等も開催して検討している。 家族と信頼関係を築き、家族関係が改善している事例などが記録されている。	
					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。		