

(別添2)

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

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）

丸の内訪問看護ステーション

- 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)
Ⅲ 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。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 	法人の理念に基づいた基本方針の一つに「私たちは、患者さんの一人ひとりの要望を尊重し、信頼関係に基づいた医療を提供いたします」とある。職員は法人理念と基本方針が記載された職員証を常に携帯し、組織としての基本姿勢に沿い共通の理解を深めている。また「業務関係規程集」や各種マニュアルの中に利用者の尊厳を守ることや身体拘束、虐待等を防止することを掲げている。
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 167 調査結果に関する検討会議を設置している。 ■ 168 調査結果の分析や検討内容に関する記録がある。 ■ 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。 	法人の理念の「高度の専門技術により、地域の皆さまの疾病管理と疾病予防に努力いたします」と事業所独自の理念としての「医療水準の向上に努め、つねに最先端の在宅医療が提供できるよう努めます」が掲げられている。また、事業所訪問業務基準に沿った訪問看護計画書の定期的な見直しを図り、利用者や家族の満足に繋げている。事業所としての利用者満足度調査を年1回実施し、在宅支援センターの事務担当者が集計し課題分析後、改善策を講じている。利用者満足度調査の結果は法人の年報等に載せられている。法人として5年に一度の病院機能評価を受けている。
		(3) 利用者が意見を述べやすい体制を確保している。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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)。 ■ 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。 ■ 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、ついで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)。 	事業所利用前に利用者や家族に重要事項説明書を使用し「相談、苦情窓口」の担当者、連絡先、事業所以外の市町村の相談苦情窓口の連絡先等を説明している。また法人として「コンフリクト対応報告書」運用フローがあり、相談等に対応する手順が定められ実際に運用されている。「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の手段」もあり苦情処理手順に沿って速やかに対応している。また、利用者や家族等からの相談時には相談室が使用されプライバシーも確保している。法人には専門職員として言語聴覚士がおり、意思の疎通が困難な利用者に対しても支援している。
					177 市町村が実施する介護相談員を受け入れている。	在宅サービスのため非該当

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)
Ⅲ	1	(3)	② 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 178 苦情相談窓口を設置している。 ■ 179 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を定めている。 ■ 180 第三者委員を設置している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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）。 ■ 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>法人として第三者委員を設け、苦情解決についての社会性と客観性を確保している。苦情相談窓口は重要事項説明書に記載し利用者や家族等に示されている。苦情が発生した時点で迅速な対応に心がけ担当責任者は発生状況と要因等を総合的に判断し対策を話し合い改善に努めている。職員の共通認識として、朝礼時のミーティングや運営会議等で報告されている。また、文書化されファイルにて保管されている。事業所として、苦情を受け付けた時点の正確な記録と解決に向けた話し合いの内容、解決策等について経過と結果を記録し、苦情を申し出た利用者等にフィードバックし、苦情を申し出た利用者等に不利にならない配慮をした上で、法人運営病院内掲示板にて公表している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(3)	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。	マニュアルは担当者を決め定期的に見直しをしている。苦情以外の利用者、家族等からの意見や要望、提案等も受け、事業所として課題も見つけ、サービスの質の向上に繋げ、利用者の在宅での生活を支える各専門分野の担当者とも連携し、具体的に福祉サービスの改善に取り組んでいる。また、ケアマネジャーとの連携をとりながら利用者や家族等からの要望・意見を伺い迅速に対応している。
					■ 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。						
			④ 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。	事業所の利用契約書の「相談・苦情対応」と重要事項説明書の「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の手段」を利用者等に明確に示している。職員には「業務関係規程集」の中の「職務権限規程」に規則として定めている。
				■ 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) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	① 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。	b	■ 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。	第三者評価は今回が初めての受審になる。事業所として独自の評価基準があり定期的実施しており、サービス提供時の接遇や業務に関する項目に沿い職員として自己評価が行われている。評価の推進や結果を分析する部署として法人の業務改善委員会があり課題を検討すると共に、法人の副部長以上の経営会議、課長以上の運営会議等にも上げ、更に、検討が加えられている。
				□ 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 (評価分類ごと)
Ⅲ	2	(1)	② 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	■ 208 職員の参画により評価結果の分析を行っている。	法人の業務改善委員会で検討後、改善策等を文書化し、電子媒体で共通情報として職員に配信されている。検討された改善策等は単年度計画や中期計画に盛り込まれ継続的に対応がされている。
					■ 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。	
					■ 210 職員間で課題の共有化が図られている。	
■ 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。						
■ 212 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施している。						
■ 213 必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。						
(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。	① 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	■ 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	訪問看護ステーションとしての業務基準があり一人ひとりに合わせたサービスを提供している。事業所として「内服、座薬、貼付剤の使用手順」、「注射薬の使用手順」、「破損・紛失時の報告連絡体制手順」等、業務実践マニュアルがそれぞれのケアに合わせ細かく整備されている。所長はサービス計画に沿ったマニュアルが実施されているか訪問看護報告書や訪問看護記録を確認し必要とあればマニュアルの変更をかけている。		
			■ 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。			
			■ 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。			
■ 217 マニュアルを用いた研修や個別の指導を行っている。						
■ 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。						
② 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	■ 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。	それぞれのケアに合わせた業務実践マニュアルがあり、一人ひとりの利用者の状態も違うことから新しく対応しなければならないことも多く、法人の他部門と連携したり法人内部や外部研修で得られた新しい知識・技術を取り入れマニュアルを変更している。マニュアルの末尾には改定日も付されている。			
		■ 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。				

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)	
Ⅲ	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	訪問看護記録記載基準があり、訪問看護計画書等の記録は統一された記入用紙と方法により電子化され入力されている。電子化された利用者一覧があり、また、一人ひとりの利用者の個人記録もパソコンで閲覧することができるようになっている。評価見直しを行う際の基本情報の共有化についても、あらかじめ決められた手順により、スムーズに職員に周知されるようになっている。	
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 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。 		「個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)」に沿い法人としての「個人情報保護管理マニュアル」があり、その他に「全日本病院協会における個人情報保護指針について」や別表として「通常の業務で想定される個人情報の利用目的」等が整備されている。また、個人情報保護管理委員会が法人組織としてあり、様々な資料等の発信を行っている。職員の入職時には法人として誓約書を交わし、法人退職後も利用者や法人の情報の守秘義務を定めている。
			③ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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り組みがなされている。 		職員として知っておくべき情報が正確に伝わる仕組みができています。利用者一人ひとりの個人記録がパソコンで閲覧でき、また、定期的なカンファレンスや毎朝の朝礼で利用者の状態を把握することもでき、職員間での共有化も図られている。

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)
Ⅲ	2	(4) 職員に必要なサポートを行っている。	① 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>	電子化された訪問看護記録Ⅱと訪問看護報告書を作成し、職員の情報の共有化を図っている。訪問看護計画書の様式も「目標」、「問題点」や「解決策」、「評価」が一体化したもので実践的な様式となっており、見直しの際の重要な基本情報となっている。職員からの報告ルートがシステムとして確立されているため、所長は総合的な視点に立ち情報を把握し関係者と連携を取ることができている。
			② 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>	苦情等を受けた時点で専用の「苦情・トラブル記録表」に記録し、利用者スタッフの情報、発生した問題の種類と状況、発生要因と対策に至るまでの検討した内容が文書として保管されている。
			③ 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>	法人内に労働安全衛生委員会があり職員の心理的なストレスに対する対策を検討している。職員のメンタルヘルスチェックもすでに平成26年度から始めている。法人としてメンタルヘルス相談室を設置しており、法人外のカウンセラーによるカウンセリングを受けることができる。職員本人とカウンセラーが直接連絡を取り相談することができ、個人情報も守られることから職員は安心して利用することができる。
			④ 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>	法人として県内研修の受講については制限がなく、職員は年2回の県外研修を受講することができる。職員は研修開催予定資料を閲覧し、一年間の研修計画を決め上司に報告し承認が得られた後、研修に参加している。職員は資格習得にも積極的に取り組んでおり、自己研鑽に励んでいる。法人の研修等のバックアップ体制は手厚く、法人の目指す医療技術の研鑽に努め、安心で安全な医療を実践いたしますという法人の基本方針が具現化されている。

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)
Ⅲ	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。	① 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。	事業所案内パンフレットには事業所の理念を掲載し、「訪問看護ステーションとは?」、「訪問看護の内容」、「利用方法」、「申し込み・問い合わせ先」等が挿絵付きで、読みやすく、わかりやすく記載されている。法人のホームページがあり当訪問看護ステーション他、在宅支援センター全体の内容を見ることができる。
					■ 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。						
			② 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。	運営規定や重要事項説明書を使用し、利用開始時に、利用者事業所の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守ると同時に事業所にとっても不必要なトラブルを回避するために十分な説明をしている。必要な書類は適切な文言と具体的な表記でわかり易くなっている。また、説明に際し法人内の言語聴覚士などの協力を仰ぐこともあり、利用者の心身の状態に配慮している。利用の決定についても即答を求めず余裕を持たせ、利用者や家族の判断に委ねている。
			■ 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。	① 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。	利用者の状態の変化や家庭環境の変化などでサービス内容や事業所の変更、施設や病院への移行等を行う場合には、利用者へのサービスの継続性を損なわない配慮のもとに、引継ぎや申し送りの手順を記載した書類を作成している。
				■ 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 (評価分類ごと)
Ⅲ	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。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 257 アセスメントの様式が統一されている。 ■ 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。 	サービス開始直後には、事前に把握していた身体状況や生活状況等が実際と異なっている場合もあるが、そのような状況も視野に入れたアセスメントが行われている。利用者の状況を正確に把握しニーズを明らかにし訪問看護計画に反映している。事業所の入る在宅支援センター内には居宅介護支援や訪問リハビリテーション、訪問介護などの事業所があり、同一の利用者もいることから職種を横断した報告や相談も行われている。
		(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	訪問看護計画書には利用者・家族等の意向や医療機関からの訪問看護指示書などを踏まえた目標が設定されている。アセスメント結果を計画に反映させる際には各専門分野の関係職員の意見も聞き具体的な対応策を立てている。利用者の状態の急変等に合わせ医師やケアマネージャーと連絡をとりながら緊急に変更することもある。

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)
Ⅲ	4	(2)	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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	職員毎の訪問予定カレンダーの他、事業所としての業務日誌、利用者毎の訪問看護報告書、訪問看護記録Ⅱもある。実施状況の確認や担当者からの報告等はパソコンのシステムで確認することが可能となっており、所長やリーダーが総合的な視点で情報を管理できる体制になっている。訪問看護計画の評価は居宅サービス計画や訪問看護指示書などに沿う形で行われ、最短の2週間から最長の6ヶ月となっており、利用者の状態の急変等に合わせ医師やケアマネージャーと連絡をとりながら緊急に変更することもある。
		(3) 個別業務と全体の目標との関連を明確にしている。	① 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	利用者の担当職員がいるが、シフトの関係で交替することもありパソコン上で利用者の看護の内容などを把握し利用者や家族が戸惑わないようにしている。職員は担当する利用者のサービス担当者会議に出席し居宅サービス計画と連動しサービスを提供している。訪問看護サービスは居宅において能力に応じ自立した日常生活を営めるよう生活全般にわたる援助を行なうものである旨を職員は良く理解し、サービス計画や訪問看護指示書に沿って提供している。
			② 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 	一人の利用者に対して同じ在宅支援センターの複数の職員が担当に当たる場合があり、自身の担当分野だけではなく全体の中での自身の役割について、訪問看護職員は理解をしている。所長やリーダーが異動仕立ての職員に同行し「質の確保」の大切さを指導している。

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)			
Ⅲ	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	① 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。	利用者ごとの訪問看護記録Ⅱにはバイタルサインの訪問日ごとの記録があり体調や症状の変化が時系列的にわかるようになっている。毎月開かれるカンファレンスや毎朝行なわれる朝礼で状態の変化については報告がされ、医師の判断を仰いだり、在宅のケアマネジャーと情報共有もしている。			
			② 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。		異動仕立ての職員については所長やリーダーが同行し「質の確保」の大切さを指導している。利用者の中には同じ法人の病院からの利用者も多く、退院時のカンファレンスなどにケアマネジャーとともに出席し、自宅復帰後の生活支援について看護計画を作成している。栄養に関するケア、ADL障害に関するケア、精神症状のケアなどの業務実践マニュアルを参考に、職員は看護計画に基づいて利用者自身の意欲を促し自分でできるように援助している。		
			■	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
(2) 家族介護者と訪問看護職員との援助関係	① 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。	■	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。		利用者や家族等からの要望、希望等があった時点で、随時、各関係担当者とのケア会議を開き対応に当たっている。訪問看護計画書や記録はパソコンで管理され時系列的に遡ることができる。	