

(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りんどう

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

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。	パンフレットには、わかりやすく“利用される皆様お一人おひとりの人格を尊重し・・・”また、「訪問看護業務の流れ」の実施の項には“利用者を尊重しつつまでも自分らしく・・・”と記載されている。 倫理規程があり、人権週間にあわせて基本的人権への配慮について勉強会を実施している。	
						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。		
			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)		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。		個人情報保護、プライバシー保護のマニュアルを整備し、マニュアルにそってサービスを実施している。研修も行い、内容を確認している。 病名の告知等、家族や本人の状況に配慮している。
						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。	a)		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。	パンフレットにサービス向上に努める旨が明記されており、事務局が担当して利用者満足に関するアンケートを実施している。アンケート結果は、サービス向上に向け、結果集計・考察・改善策・反映とプロセスに沿って取り組んでいる。講演会開催時のアンケートにも、充実してほしいサービス等の設問を設け日常業務に活かしている。 利用者や家族等には介護相談や日常業務の中で面談して、個別に話を聞いている。
						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。	
		(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)		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。	担当者を決め、意見・要望・苦情を受け付ける相談窓口が設置されている。重要事項説明書は、相談室に掲示されており、利用者や家族には、契約時や定期訪問で説明をして、周知している。また、広報紙「りんどうだより」にも掲載している。 意思の疎通が難しい利用者に対しては、行政と連携しており、筆談やコミュニケーションツールを使うなど工夫をしている。
						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)。	
						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>	

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>苦情受付窓口を設置し、重要事項説明書に当該事業所と公的機関の相談窓口の内容が明記されており、相談室に掲示してある。</p> <p>苦情・意見・相談・事故対応マニュアルがあり、苦情・事故の経路と対応処理の流れが明記されている。また、苦情・相談記録があり、同様の苦情がでないように経験を活かして取り組まれている。</p> <p>苦情に対しては、電話や訪問をして、即日対応をしている。内容や結果については、全職員で共有し、広報紙にも載せている。</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。	対応マニュアルを整備して、マニュアルに沿って取り組みを行い、迅速に対応している。 日常業務のなかで出された意見、アンケート結果等、改善に努めている。内容等は、広報紙に掲載している。 改善の事例として、自費看護サービスの開始、看護師の交替、看護師二人訪問、訪問時間の調整等があげられる。
						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。	重要事項説明書の苦情・相談窓口の項に、苦情や意見を述べても、“不利益な扱いをすることは決してありません。・・・”と明記されている。 職員に対しては、就業規則・服務規程で処分が定められている。
						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。	

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 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。	204	第三者評価を定期的に受審している。	今回が初回の受審であり、管理者、事務担当者を中心に職員全員で取り組んでいる。 理事会、総会、運営委員会、内部監査が実施され、定款に基づき適正な事業運営に努めている。
					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。			
					208	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		自己評価から明確になった課題に対して、迅速に改善策を実行している。 改善課題に向けて、職員の定例カンファレンスにて検討、共有している。 評価結果に基づいて、改善策・改善計画の実施、見直しなど段階的にPDCAサイクルを継続的に実施していくことが期待される。	
		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。						
		(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)	213	必要に応じて改善策・改善計画の見直しを行っている。	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	提供するサービス全般にわたってマニュアルが文書化され、留意点(予防的視点や事故防止)、利用者のプライバシーへの配慮なども含まれている。また、疾患や症状に応じたケアについての専門書も事業所で購入しており、インターネットからの情報も活用している。 「訪問看護業務の流れ」として業務手順が文書化されている。 定例カンファレンスなどで事例検討やマニュアルの見直し、経過記録、朝会での報告などで管理者は定期的にサービスの提供について検証している。
					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。	
					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。			

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	(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。	マニュアル一覧表が作成され、見直し時に記録するなど工夫されている。 マニュアルの見直しは、定例カンファレンスで実施し、全職員に確実に周知し、活用している。
						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。	
		(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)		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。	記録要領や業務の流れに沿って、日常業務の記録方法を統一している。 個人記録ファイルは、訪問時の必要情報と留意点が工夫して綴じられている。 状況ごとに用意された記録様式に則り、訪問ごとの記録、月末には報告書、そして評価見直しの記録が工夫され個人ファイルに整備している。
						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。	
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)		224	記録管理の責任者が設置されている。	記録管理責任者が決められ、個人ファイルは施錠して保管されている。 個人情報についてマイナンバーも含めて職員研修を実施し、個人情報利用、守秘義務、情報開示など規程を整備し、適正な管理に努めている。 電子データはバックアップをとり、セキュリティにも配慮、外部流出しない管理体制に努めている。
						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。	

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)	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)		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。	利用者ごとの連絡は、「在宅連絡ノート」が利用者宅にあり、ノートを活用して家族や他のサービス事業者などと情報を共有している。 全員出席の定例カンファレンスで利用者の事例検討等をしている。また、朝夕のミニカンファレンス、訪問前後の担当チームでの打ち合わせ、24時間対応者への引き継ぎなど、速やかに対応できるような情報が的確に届く仕組みの整備に努めている。 事業所内での職員同士の積極的な情報交換、利用者からの伝達事項も確実に伝わる体制、さらに職員が互いに尊重して業務に努めている様子が拝察された。
						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。	
		(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。	
						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。	記録要領が作成され、統一した適切な記録となるよう努めている。目標に向けた援助としての記載は、毎月の経過報告書ではチーム内で検討して記録しており、事業所内で回覧している。 注意事項や留意点など、個別ファイルの見やすいところに記載され、メモ用紙の活用など工夫している。経験が浅い職員の訪問時は、チーム内のベテラン職員と訪問前後に確認するなど、配慮がされている。 サービス実施計画の目標に沿っての実施記録、訪問時以外の電話対応記録などにおける記録要領の見直しを実施している。
			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。	苦情やトラブルの場合は、管理者が苦情解決責任者であり、対応マニュアルに沿って対応が実施され、記録もされている。クレームや疾患、状況に応じた対応の手引など、具体的な記載があり、適宜の見直しとともに活用されている。 トラブルに際しては、組織的に対応し、職員をフォローしながらも、担当職員の交代など利用者の意向を尊重した配慮をしている。
						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。	

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)	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。	援助困難な事例に対しては、担当看護師のチーム制や状況に応じて、複数訪問、管理者のサポートなど配慮がなされている。事例に応じて、医療関係者、地域包括支援センター、福祉関係機関などとも連携して取り組んでいる。 設立の経過から、市民のための訪問看護ステーションとして、どのような事例にも前向きに職員全員で組織的にかつ迅速に取り組み、利用者やその家族に寄り添った支援に努めている。	
						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の変化したか(カウンセリング効果)の記録がある。		
						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。		
			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)		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。		非常勤の職員を含む全職員が、計画的な個々の研修に積極的に参加して研鑽をつみ、質の高いサービス提供を目指している。 事業所の目指す方向に合わせた資格取得(介護支援専門員、算定要件資格)に努力するとともに、各自の専門性や希望にも配慮し、研修計画の策定と参加、そして資料の回覧やカンファレンスでの共有を実施している。
						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)。		
						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。		
継3 続サ ー ビ ス の 開 始	(1)	サービス提供の開始を適切に行っている。	a)		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。	事業所のホームページを作成し、公開している。 地域の医療機関や開業医、公共施設などにパンフレットを置いている。 問い合わせに対しては、利用や契約の有無にかかわらず、丁寧に迅速に対応しており、市民から信頼を得ていることが、利用者調査に記載されている。		
					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。			

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	(1)	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>重要事項説明書及び契約書は、文字の大きさを内容により変えるなど、見やすいような工夫をしている。</p> <p>説明は、利用者、家族が同席の上、利用者に合わせて丁寧に分かり易い言葉に置き換え、ゆっくり説明するなど理解が得られるよう配慮している。</p> <p>契約前の対応は迅速であるが、利用を迷っている方には、納得するまで待つように努めている。また、契約解除の説明も実施している。</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>業務手順の流れに沿って、引き継ぎ書類作成やサービス担当者会議を実施している。</p> <p>サービス終了時は、担当者の名刺の裏に、「いつでも相談にのります」と書いたスタンプを押して渡している。サービス終了後も相談を受けており、助言や他機関に紹介した事例もある。</p> <p>看取りの事例などは後日、訪問時に個人を偲び、家族をねぎらい、対話にも努めている。</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)
	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。	初回のアセスメントは管理者が担当し、受付用紙、フェイスシート、看護業務の流れにそって記録されている。アセスメントは1ヶ月ごとに実施し、担当者やそのチームで経過報告書を作成し、事業所内で回覧している。報告書は、医師や介護支援専門員などに報告している。サービス実施計画に基づきアセスメント、評価見直しが毎月実施されて、適切な記録に努めている。
						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。	
						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。					
		(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。	訪問看護計画は、所定の手順、様式に沿って適切に計画が記載されている。利用者や家族に対して説明し、意思表示が困難な方にもコミュニケーションツールを工夫するなど、希望・要望の聴取に努めている。看護師が、介護支援専門員を兼務している事業所であり、生活全般を見通しての計画策定、在宅生活の継続、利用者が自分でできることを見極め、計画に位置付けている。
	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。	訪問看護計画の見直しは毎月、手順に従って実施されている。緊急に変更する場合についても手順に記載され、特別指示書の対応など仕組みが整備され周知されている。 変更された計画は、朝夕のミニカンファレンスなどで周知している。また、個人ファイルの見やすい場所に入れている。 見直しは毎月実施しており、必要に応じて、定例カンファレンスで事例検討を行うケースもある。
						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。	
		(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。	居宅サービス計画の1-3表など全ての情報が個人ファイルに整備しており、職員に回覧しており、いつでも閲覧が可能な体制である。 サービス担当者会議で利用者や家族、他のサービス事業者なども交えて話し合い、その記録もファイルに入っている。
						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。	

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	(3)	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。	個別ファイルは、最新の計画や留意点が見やすい場所に入っており、図や写真も用いて業務での配慮、観察、報告のポイントが記載されている。また、業務での配慮について職員に周知されている。主任や担当看護師、チームの看護師などで訪問前にミニカンファレンスを実施している。また、状況に応じて、介護支援専門員に情報提供が電話や報告書で行われている。 24時間対応の当番職員用に、簡潔明解にまとめた利用者の情報や医療機関、介護事業所のリストが作成されて、活用している。
						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。	
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。	健康状態のチェックは、所定の様式に記入されており、状況に応じて必要な情報が記載されている。 急変時の対応はマニュアルに従い、記録されている。必要に応じて、医療関係者、介護支援専門員や他事業所などへの情報提供が記録されている。	
					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が記録されている。		
	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。	初回訪問は、管理者と担当看護師が同行訪問し、利用者や家族の思いを含めた情報収集に努め、利用者の意思を尊重した支援を目指している。 認知症、独居や高齢者二世帯、老々介護など利用者の状況を把握し、生活全般を多角的な視点で検討している。介護支援専門員や民生委員、各関係者と連携して「連絡ノート」や電話連絡で情報交換に努めている。		
				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。						

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	(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>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>利用者と家族のそれぞれの悩みを中立な立場で根気よく傾聴し、関係者で情報を共有し、どちらかに偏ることのないよう努めている。</p> <p>サービス担当者会議などの機会を利用して対応を相談し、情報の共有に努めている。</p> <p>利用者調査からも、根気よく丁寧に話を聞いており、よき相談相手であり、安心の拠り所ともなっており、利用者、家族から感謝の言葉が多々述べられている。</p>