

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 組織項目〕

| 標準項目 | | グラフ |
|---------|---|--|
| 1-1-1-1 | 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している | <div style="text-align: right;"> ■あり ■なし ■非該当 </div>  |
| 1-1-1-2 | 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている |  |
| 1-1-1-3 | 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている |  |
| 1-1-1-4 | 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) |  |
| 1-1-2-1 | 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている |  |
| 1-1-2-2 | 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している |  |
| 1-1-3-1 | 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている |  |
| 1-1-3-2 | 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している |  |
| 1-1-3-3 | 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている |  |
| 2-1-1-1 | 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している |  |
| 2-1-1-2 | 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる |  |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 組織項目〕

| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---------|---|---|
| 2-1-2-1 | 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる | 100.0% |
| 2-1-2-2 | 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している | 100.0% |
| 2-2-1-1 | 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など) | 100.0% |
| 2-2-1-2 | 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている | 100.0% |
| 2-2-2-1 | ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している | 100.0% |
| 2-2-2-2 | ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など) | 100.0% |
| 2-2-2-3 | ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている | 100.0% |
| 2-2-3-1 | 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している | 100.0% |
| 2-2-3-2 | 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている | 100.0% |
| 3-1-1-1 | 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている | 100.0% |
| 3-1-1-2 | 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる | 100.0% |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 組織項目〕

| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---------|---|---|
| 3-1-2-1 | 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる | 100.0% |
| 3-1-2-2 | 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している | 100.0% |
| 3-1-2-3 | 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる | 100.0% |
| 3-1-3-1 | 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる | 100.0% |
| 3-1-3-2 | 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる | 100.0% |
| 3-1-3-3 | 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している | 100.0% |
| 4-1-1-1 | 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している | 100.0% |
| 4-1-1-2 | 年度単位の計画を策定している | 100.0% |
| 4-1-1-3 | 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる | 100.0% |
| 4-1-2-1 | 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている | 100.0% |
| 4-1-2-2 | 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている | 100.0% |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 組織項目〕

| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---------|---|---|
| 4-1-2-3 | 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している | 100.0% |
| 4-1-2-4 | 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している | 100.0% |
| 4-1-3-1 | 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している | 100.0% |
| 4-1-3-2 | 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている | 100.0% |
| 4-1-3-3 | 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している | 100.0% |
| 4-1-3-4 | 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | 100.0% |
| 4-2-1-1 | 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している | 100.0% |
| 4-2-1-2 | 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している | 100.0% |
| 4-2-1-3 | 再発防止・予防対策の実践に向けて、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている | 100.0% |
| 5-1-1-1 | 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している | 100.0% |
| 5-1-1-2 | 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている | 100.0% |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 組織項目〕

| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---------|--|---|
| 5-1-1-3 | 適材適所の人員配置に取り組んでいる | 100.0% |
| 5-1-2-1 | 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している | 100.0% |
| 5-1-2-2 | 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している | 100.0% |
| 5-1-2-3 | 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている | 100.0% |
| 5-1-2-4 | 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している | 100.0% |
| 5-1-2-5 | 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している | 100.0% |
| 5-2-1-1 | 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している | 100.0% |
| 5-2-1-2 | 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる | 100.0% |
| 5-2-1-3 | 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる | 100.0% |
| 5-2-2-1 | 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている | 100.0% |
| 5-2-2-2 | 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる | 100.0% |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 組織項目〕

| | | <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> ■あり ■なし ■非該当 </div> |
|---------|--|--|
| 5-2-2-3 | 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 5-2-2-4 | 福利厚生制度の充実に取り組んでいる | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-1-1 | 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-1-2 | 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-1-3 | 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-2-1 | 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-2-2 | 個人情報の保護に関する規定を明示している | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-2-3 | 開示請求に対する対応方法を明示している | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |
| 7-1-2-4 | 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ■ 100.0% </div> |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 サービス項目〕

| 標準項目 | | グラフ |
|---------|---|-----|
| 6-1-1-1 | 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している | |
| 6-1-1-2 | 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにして | |
| 6-1-1-3 | 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | |
| 6-1-1-4 | 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している | |
| 6-2-1-1 | サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している | |
| 6-2-1-2 | サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている | |
| 6-2-1-3 | サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している | |
| 6-2-2-1 | サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している | |
| 6-2-2-2 | 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している | |
| 6-2-2-3 | サービス利用前の生活をふまえた支援をしている | |
| 6-2-2-4 | サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている | |





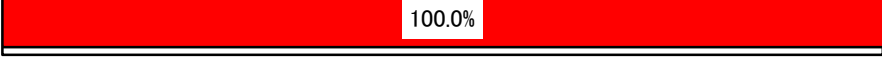
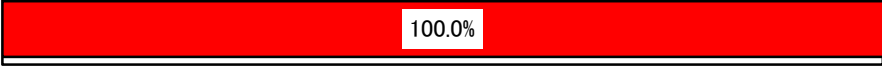



平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 サービス項目〕

| | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---------|--|--|
| 6-3-1-1 | 利用者の心身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記録し、把握している | 100.0% |
| 6-3-1-2 | 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している | 100.0% |
| 6-3-1-3 | 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 | 100.0% |
| 6-3-2-1 | 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | 100.0% |
| 6-3-2-2 | 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている | 100.0% |
| 6-3-2-3 | 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている | 100.0% |
| 6-3-2-4 | 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している | 100.0% |
| 6-3-3-1 | 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある | 100.0% |
| 6-3-3-2 | 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している | 100.0% |
| 6-3-4-1 | 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している | 100.0% |
| 6-3-4-2 | 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している | 100.0% |

平成20年度 標準項目チェック状況 〔訪問看護 サービス項目〕

| | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非該当 |
|---------|---|---|
| 6-5-1-1 | 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている | 100.0% |
| 6-5-1-2 | 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している | 100.0% |
| 6-5-1-3 | 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | 100.0% |
| 6-5-2-1 | 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) | 100.0% |
| 6-5-2-2 | 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している | 100.0% |
| 6-5-2-3 | 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている | 100.0% |
| 6-5-2-4 | 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている | 100.0% |
| 6-6-1-1 | 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている | 100.0% |
| 6-6-1-2 | 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている | 100.0% |
| 6-6-1-3 | 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している | 100.0% |
| 6-6-1-4 | 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している | 100.0% |


平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 サービス項目〕

| | | <div style="text-align: right;"> <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>非該当 </div>  |
|---------|--|---|
| 6-6-2-1 | 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている |  |
| 6-6-2-2 | 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映している |  |
| 6-6-2-3 | 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる |  |
| 6-6-3-1 | 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている |  |
| 6-6-3-2 | 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している |  |
| 6-6-3-3 | 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている |  |
| 6-6-3-4 | 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している |  |
| 6-6-3-5 | 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている |  |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 サービス項目〕

| 標準項目 | | グラフ |
|---------|--|---|
| 6-4-1-1 | 訪問看護計画に基づいて療養上の支援(世話)を行っている | <div style="text-align: right;"> ■あり ■なし ■非該当 </div> |
| 6-4-1-2 | 全身状態や生活状態を把握し、適切なケアや助言・指導を行っている | |
| 6-4-1-3 | 残存能力の活用や日常生活動作の維持・拡大に向けたリハビリテーションを行っている | |
| 6-4-1-4 | 利用者の支援は、主治医及び関係機関との連携を図って行っている | |
| 6-4-2-1 | 医師の指示書を確認し、それに基づく医療処置について、利用者等に十分に説明している | |
| 6-4-2-2 | 医療処置は二次的障害や過誤等の防止に向けた取り組みをしている | |
| 6-4-2-3 | 主治医に看護の内容や利用者の療養状況の変化を必要に応じて随時報告している | |
| 6-4-3-1 | 在宅ターミナルケアは、利用者の自己決定や、家族の希望を尊重している | |
| 6-4-3-2 | 在宅でターミナルケアを行う体制がある | |
| 6-4-4-1 | 利用者にあった介護の方法(適切な社会資源の活用を含む)を助言・指導している | |
| 6-4-4-2 | 家族への精神的支援や、相談を行っている | |

平成20年度 標準項目チェック状況
〔訪問看護 サービス項目〕

| | | <div style="text-align: right;"> <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>非該当 </div> |
|---------|--|--|
| 6-4-4-3 | 家族の健康状態に配慮している |  |
| 6-4-5-1 | 感染症を持っていたり、体力が低下している利用者に対応するためのしくみがある |  |
| 6-4-5-2 | 家族等に感染予防の方法を指導している |  |
| 6-4-5-3 | 医療廃棄物の適正な処理を行うとともに、利用者にも適切な取り扱い方法を説明している |  |
| 6-4-6-1 | 訪問看護師等に対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している |  |
| 6-4-6-2 | 訪問の際、利用者の状態や環境に変化がないか確認をし、必要に応じて関係機関と連携をとるなどの対応をしている |  |
| 6-4-6-3 | 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている |  |
| 6-4-7-1 | 訪問日・時間等は利用者のニーズに合うように関係機関等と調整するなど配慮している |  |
| 6-4-7-2 | 担当訪問看護師等が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している |  |
| 6-4-7-3 | 訪問看護師等が交代した場合も継続してサービスを供給できるしくみを整えている |  |
| 6-4-7-4 | 訪問看護師等が替わるときには、利用者に与える負担を最小限にするための取り組みを行っている |  |