令和４年度老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業）

訪問看護の評価指標の標準化に関する
調査研究事業
報 告 書

令和５（2023）年３月

公益財団法人　日本訪問看護財団

はじめに

少子化が想定を上回る速さで進行し、人口減少・現役世代の減少・高齢化が更に加速する中、保健医療福祉に関連するサービスにかかわる人材を確保し、サービスの質の保証と効率化を進めることは喫緊の課題となっています。質の高いサービスが継続的に提供できる仕組みを担保することは、利用者にとってのみならず、提供者、さらに社会全体にとっても有益であることは言うまでもありません。

保健医療サービスの中でも、医療と生活をつなぐ訪問看護は、対象の多様化やニーズの複雑化に伴い重要性が増しています。訪問看護の利用者数は、介護保険による利用者が令和 4 年 11 月の介護給付費等実態統計において 62 万人超、医療保険による利用者も令和 3 年の訪問看護療養費実態調査において 38 万人に近い推計値と、いずれも大幅に増加しており、今後も需要がさらに増大することが見込まれます。

増大する訪問看護の需要に応え、療養者の生活の質の向上を図るには、訪問看護におけるクオリティマネジメントが重要であり、それにはまず質の評価が必要となります。訪問看護の質評価については、昨年度の本事業において、既存の様々な評価方法について、開発者や関係者の方々から情報提供をいただき、その特徴や利点を洗い出し、整理しました。併せて、現場での評価の実施状況についても、全国調査とヒアリングにより把握しました。これらを通して、訪問看護の質評価の現状と課題を把握することができました。

今年度は昨年度の知見を踏まえ、更に訪問看護の現場で、評価を踏まえた PDCA サイクルを回しての質保証・質改善が、どのように行われているかを把握し、それをもとに現場で活用可能な手引きを作成することを目指しました。実際に現場でヒアリングを行う中で、評価や業務改善に向けた様々な取り組みが行われていました。一方で、定量的なアウトカム評価や、評価に基づく事業所全体でのサービス改善に向けた取り組みの実施に向けては、まだ課題が多いことが明らかになりました。この結果に基づき、PDCA サイクルを回しての質改善の実施に向けた手引きの作成が行われました。是非、今後の質評価・質改善の実施に役立てていただければと思います。

また、効果的・継続的な質評価においては、日常使用する記録システムの標準化・効率化が不可欠であることは、昨年度事業においても指摘されていました。今年度は、システムの専門家による現場ヒアリングを実施し、システムの現状と課題についてより詳細な把握が行われました。この結果も、今後のシステム改善、更に質評価の推進に向けて有意義な成果であると考えます。

新型コロナウイルス感染症の影響などでご多忙な中、事前アンケートやヒアリングにご協力くださった事業所の皆様には、ご協力に心より感謝申し上げます。本報告書が、訪問看護サービスの質評価と質改善を進めるうえでの一助となることを願っております。

令和 5 年 3 月 31 日

検討委員会委員長　永田　智子
慶応義塾大学看護医療学部　教授

目次

第１章　　事業概要 1
　１．　事業目的 1
　２．　事業実施体制..... 1
第２章　　ヒアリング調査..... 4
　１．　調査の目的 4
　２．　調査の内容・方法..... 4
第３章　　ヒアリング調査結果..... 6
　１．　ヒアリング調査対象事業所..... 6
　２．　質向上のための取り組み..... 6
　３．　システムに関する調査結果..... 66
第４章　　ヒアリング調査の考察..... 69
　１．　訪問看護事業所における質向上の取り組み..... 69
　２．　LIFE につなげるための提案、訪問看護の評価指標の標準化について 70
　３．　システムに関する考察..... 72
　４．　今後の展望と提案..... 77
第５章　　おわりに 78
「訪問看護事業所における PDCA サイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」
..... 81
参考資料 149
1 フェイスシート
2 ヒアリング調査ガイド

第1章　事業概要

１．事業目的

訪問看護は、退院・退所者の在宅移行支援から全世代のあらゆる疾病や障がいのある人、介護予防や医療ニーズの高い人への対応、エンドオブライフ期などの支援をするサービスでありその対象は多岐にわたる。現在、訪問看護事業所数は 14,000 か所を超え増加しており、精神疾患やリハビリテーション、小児などの特色のある訪問看護事業所も現れるなど利用者ニーズの拡大がみられる。一方で、それら各ニーズに対応するため、訪問看護サービスの質の向上を図ることが求められ、その評価指標が必要となっている。

これまで、訪問看護における質評価指標では、訪問看護サービス質評価のためのガイドなどが開発されてきたが、訪問看護業界で統一した指標がないため、訪問看護事業所間でのサービスの質の比較や統一した指標によるデータの蓄積および質評価の分析の全国的な実施には課題がある。

当財団では、令和 3 年度老人保健健康増進等事業において、主に訪問看護に関わる様々な評価指標のレビューを行い、さらに実態調査を実施し、質評価指標の課題を整理した。その結果、質評価の中でも特に訪問看護のアウトカム評価は十分とは言えない現状が明らかになった。また、訪問看護の評価は、訪問看護の特徴を考慮した評価指標が必要であるとされた。その例としては、疼痛管理、ターミナルケア、家族介護力・家族機能などが挙げられた。さらに、質評価指標を使用し訪問看護の現場で PDCA サイクルを回し、質向上を図る方策の検討や現場の負担軽減のために質評価方法をシステム化し効率化することが期待された。

これら昨年度事業の知見を踏まえて、本事業では、訪問看護における評価指標を検討し、質評価のシステム上の課題を検討する。さらに、訪問看護事業所が PDCA サイクルを回しながら質向上を推進できるような取り組みの実態を明らかにし、「訪問看護事業所が PDCA サイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」の作成を目的とする。

２．事業実施体制

１）検討委員会・ワーキング委員会の設置

学識経験者、訪問看護事業所の管理者等により構成された検討委員会を設置し、本事業の方向性、評価指標の標準化、調査計画の作成、調査内容・方法、調査結果の分析、PDCA サイクルの活用等について検討を行った。また、学識経験者、システムベンダ等により構成されたワーキング委員会を設置し、ヒアリング調査の結果より PDCA サイクルのプロセス、質向上の取り組み、質評価効率化のためのシステム上の具体的な課題について検討を行った。

（１）検討委員会委員構成（◎：委員長、五十音順・敬称略）

岩　本　大　希　　WyL 株式会社　代表取締役
高　砂　裕　子　　一般社団法人　全国訪問看護事業協会　副会長
中　村　奈　央　　公益社団法人日本看護協会　医療政策部在宅看護課
◎永　田　智　子　　慶応義塾大学　看護医療学部　教授
福　井　小紀子　　東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 在宅ケア看護学　教授
山　本　則　子　　東京大学大学院医学系研究科高齢者在宅長期ケア看護学　教授
吉　江　　悟　　一般社団法人 Neighborhood Care　代表理事
佐　藤　美穂子　　公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事
平　原　優　美　　公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事

（２）ワーキング委員会委員構成（五十音順・敬称略）

潮　崎　　圭　　帝人株式会社　ヘルスケアコネクト企画開発部
永　田　智　子　　慶応義塾大学　看護医療学部　教授
星　芝　由美子　　三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング
米　澤　　章　　株式会社レスコ Another 事業部 Marketing Produce

（３）その他（五十音順・敬称略）

＜オブザーバー＞

川　中　淑　恵　　厚生労働省老健局老人保健課　介護予防対策専門官

＜業務委託＞

潮　崎　　圭　　帝人株式会社　ヘルスケアコネクト企画開発部
星　芝　由美子　　三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング
米　澤　　章　　株式会社レスコ Another 事業部 Marketing Produce

＜事務局＞

佐　藤　美穂子　　公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事
小　林　弘　美　　公益財団法人日本訪問看護財団　事業部
山　辺　智　子　　公益財団法人日本訪問看護財団　事業部
戸　田　亜希子　　公益財団法人日本訪問看護財団　事業部

２）検討委員会の開催

（１）目的

検討委員会は、本事業の方向性、評価指標の標準化、調査計画の作成、調査内容・方法、調査結果の分析、PDCA サイクルの活用等について検討することを目的として開催した。

（２）方法・内容

①開催方法

ZOOMによる開催

②主な内容とスケジュール

・第1回検討委員会　2022年9月9日(金)

本事業の概要及び方針、年間計画、ヒアリング調査項目の検討、その他

・第2回検討委員会　2022年12月23日(金)

ヒアリング調査中間報告・検討

・第3回検討委員会　2023年2月10日(金)

報告書案・手引き案についての検討

３）ワーキング委員会の開催

（１）目的

ワーキング委員会は、ヒアリング調査の結果からPDCAサイクルのプロセス、質向上の取り組み、質評価効率化のためのシステム上の具体的な課題等を整理することを目的として開催した。

（２）方法・内容

① 開催方法

ZOOMによる開催

② 主な内容とスケジュール

・第1回ワーキング委員会　2022年11月22日(火)

ヒアリング調査中間報告および今後の整理について検討

・第2回ワーキング委員会　2023年1月17日(火)

報告書案・手引き案についての検討

第2章　ヒアリング調査

１．調査の目的

訪問看護事業所の管理者を対象とし、事業所で実施している質評価と PDCA サイクルを回して質向上を図る取り組みの実態、および、システム上での課題を明らかにすることを目的にヒアリング調査を実施した。

２．調査の内容・方法

１）ヒアリング調査

（１）方法

メールアドレスが登録及び公表されている、日本訪問看護財団会員3,731人、一般社団法人日本訪問看護認定看護師協議会会員313人、日本財団在宅看護センター起業家育成事業修了者81人の訪問看護事業所管理者を対象に web アンケートを実施した。web アンケートにて、PDCA サイクルを回し質向上を図る取り組みの事例があり、調査に協力の得られた12か所の訪問看護事業所管理者を対象に個別半構造化面接を実施した。新型コロナウイルス感染症対策として、対象の希望に応じ、オンライン又は現地での調査とした。現地での調査の場合には、滞在時間を可能な範囲で短縮し、対面での接触時間を短くし、ヒアリング調査が実施できるように配慮した。そのため、事前に ZOOM で調査概要や同意書に関する内容を説明した。ヒアリング調査時間は1件につき60～90分とした。

調査期間は2022年9月28日～12月13日であった。

（２）ヒアリング調査内容

①質評価指標について

現場で実際に評価している質評価指標や使用している尺度等について把握した。

②PDCA サイクルについて

訪問看護の質評価実施において、褥瘡、疼痛、ターミナルケア、栄養などケアの評価それぞれの事例について、目標設定と目標達成のための付帯的な行動計画を事業所としてどのように立てているか、計画を実行し、その効果を事業所としてどのように測定・記録をしているか、計画を事業所としてどのように評価し、分析しているか、次の計画へ反映させるために事業所としてどう対応しているか、という、PDCA サイクルに沿った内容と現在使用している記録ソフトの使い勝手、質評価においてのメリットやデメリット、課題感等、評価方法全般について把握した。

（３）分析方法

面接内容について逐語録を作成し、意味内容を損なわないように単文を 1 記述単位としてコード化した。次にコードを統合、比較検討を繰り返しながら PDCA サイクルのプロセス、質向上の取り組みについて整理しカテゴリを抽出した。

（４）倫理的配慮

本事業は、日本訪問看護財団研究倫理審査の承認を得て実施した（No. 2022-01）。

対象者へは、本事業の目的、内容、日程・方法の他、情報の取り扱いおよび倫理的配慮として本事業の参加に同意した後にも辞退できること、調査内容は研究期間終了後 5 年間の保存期間を経て復元不可能な状態にして消去又は廃棄すること、外部に漏洩しないように厳重な管理をすること等を文章および口頭にて説明し、署名にて同意を得た。

なお、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、対象者の希望に応じ、オンラインまたは現地での調査とした。ヒアリング調査時は個室を確保し、対象者の声が他者にきこえない環境を確保して実施した。本事業に関わる者は、日本学術振興会「研究倫理 e ラーニングコース」を受講した。

第3章　ヒアリング調査結果

１．ヒアリング調査対象事業所

今回ヒアリング調査対象となった 12 か所の訪問看護事業所の基本属性について、事業開始年は 1993 年～2021 年であり、開設主体は営利法人、医療法人、一般財団法人、看護協会などであった。(図表 1: ヒアリング調査対象者の属性)

他に運営している施設・事業所として、居宅介護支援事業所や看護小規模多機能型居宅介護、療養通所介護等を併設していた。

職員体制について看護師の常勤換算人数は、3.5 人～30.0 人であり、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は 0.4 人～4.2 人、准看護師は全ての事業所で所属していなかった。

専門の研修を受けた看護師が所属している事業所数については、専門看護師が3か所、認定看護師が5か所、特定行為研修修了看護師が2か所であった。

2022 年 4 月の利用者の実態について、介護保険による訪問看護利用者数は 7 人～198 人であり、医療保険による利用者数は 9 人～158 人であった。

全利用者のうち、2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況については、介護保険のターミナルケア加算算定者は 1 人～54 人、医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費算定者は 1 人～221 人であった。

報酬・加算の届出状況の事業所数は、機能強化型訪問看護管理療養費の届出が 4 か所（うち、機能強化型 1 が 1 か所、機能強化型 2 が 2 か所、機能強化型 3 が 1 か所)、24 時間対応体制加算の届出、特別管理体制の届出、緊急時訪問看護加算の届出については 11 か所、ターミナルケア体制の届出は全 12 か所、看護体制強化加算の届出は 7 か所であった。

２．質向上のための取り組み

ヒアリング調査で得られた内容は、本事業の目的である、事業所で実施している質評価プロセスを明らかにするために「PDCA サイクルを回すための取り組み」「事業所の評価」「その他」の 3 つの枠組みで整理した。

「PDCA サイクルを回すための取組み」について質的に分析した結果、カンファレンスや事例検討、記録 (記録の共有、記録の統一、統一したアセスメントシートの利用)、ケア方法の統一（手順書)、専門的な研修を受けた看護師等の活用、個人面談、同行訪問等にカテゴリ化した。なお、カンファレンスは利用者の情報共有を目的としており、事例検討は利用者の現在のケアの振り返りや相談を目的としていることから分けて整理した。

「事業所評価」は、利用者満足度評価や職員満足度評価に加え、事業所独自で行っている評価について、「その他」は、事業所内での特徴的な取り組みやシステムに関すること、事業所として大事にしていること等について整理した。

なお、各事業所におけるシステムの実施状況については一覧表にて整理した (図表 2: 各事業所におけるシステム実施状況、67 ページ)。

図表 1:　ヒアリング調査対象者の属性

事業所	1	2	3	4	5	6
事業所所在地	長崎県	福岡県	兵庫県	静岡県	埼玉県	神奈川県
事業開始年	2021	2018	2016	2016	2015	2014
開設主体	営利法人	一般社団法人	営利法人	営利法人	営利法人	営利法人
他に運営している施設・事業	無	無	無	薬局/居宅介護支援/訪問介護/福祉用具貸与/共同生活援助(グループホーム)	保育所/児童発達支援(放課後等デイサービス)	居宅介護支援
看護職/理学療法士等常勤換算人数	3.5　/　無	9.4　/　4.4	5.5　/　2.0	9.8　/　2.0	30.0　/　無	7.2　/　2.1
専門の研修を受けた看護師	無	無	無	無	がん看護専門看護師	無
訪問看護事業所の利用者数						
介護予防	0	2	30	14	20	4
介護保険	7	41	168	99	227	94
医療保険	9	57	35	20	158	50
看取り件数(1年間)						
介護保険：ターミナルケア加算算定者数	1	2	3	9	54	14
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者数	3	11	7	29	221	22
報酬・加算の届出状況	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出	・機能強化型訪問看護管理療養費3の届出 ・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出	・ターミナルケア体制の届出	・機能強化型訪問看護管理療養費2の届出 ・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

事業所	7	8	9	10	11	12
事業所所在地	長野県	福島県	大阪府	静岡県	東京都	長野県
事業開始年	2007	2005	2004	2000	1994	1993
開設主体	地方公共団体	一般財団法人	医療法人	医療法人	財団法人	看護協会
他に運営している施設・事業	介護老人保健施設	看護小規模多機能型居宅介護/居宅介護支援/相談支援	診療所/居宅介護支援/療養通所介護/児童発達支援(放課後等デイサービス)	病院/通所リハビリテーション/介護医療院/居宅介護支援/介護老人保健施設/健診センター	居宅介護支援/療養通所介護/児童発達支援(放課後等デイサービス)/就労支援	居宅介護支援
看護職/理学療法士等常勤換算人数	5.3　/　無	12.2　/　3.0	21.4　/　4.2	5.2　/　1.6	7.4　/　1.0	6.7/0.4
専門の研修を受けた看護師	訪問看護認定看護師/緩和ケア認定看護師	家族看護専門看護師/救急看護認定看護師/特定行為研修修了者	訪問看護・在宅ケア・認知症看護・緩和ケア認定看護師/特定行為研修修了者	訪問看護認定看護師	緩和ケア認定看護師/在宅看護専門看護師	訪問看護認定看護師
訪問看護事業所の利用者数						
介護予防	17	5	32	9	10	5
介護保険	44	37	180	35	39	46
医療保険	19	36	88	26	34	20
看取り件数(1年間)						
介護保険：ターミナルケア加算算定者数	4	2	8	3	3	4
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者数	1	11	32	14	7	5
報酬・加算の届出状況	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出	・機能強化型訪問看護療養費2の届出 ・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出	・機能強化型訪問看護管理療養費1の届出 ・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出	・24時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

以下にヒアリング調査を実施した 12 か所のヒアリング調査結果を整理した。

事業所１）

〈事業所の概要〉

所在地	長崎県
事業開始年	2021 年
開設主体	営利法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	無
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	3.5 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	無
その他の職員	0.5 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	無
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険(予防を含む)	7 人
医療保険	9 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	1 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	3 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出

〈ポイント〉

○事業所理念は「その人がその人らしく暮らしていくために支えたい看護の力で」

○売り上げ、訪問件数、訪問率、客単価等のデータを抽出してグラフ化し営業時や補助金申請に活用している

○合同会社の役員 3 名で会社を立ち上げ、管理者は 5 年ごとに交代する体制をしいている

○介護職との連携は市の取り組みで作られた「連携ノート」で連携している

○SWOT 分析を実施し、新規利用者獲得のための地域活動の推進につなげている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　記録の統一

・電子カルテに、肺雑音、排泄、入浴、着替え、整容、接触状況、睡眠、服薬、保清、環境整備、対人関係、金銭管理の項目を入れて毎回の訪問で評価を実施している
・「連携ノート」には利用者ごとの統一したケア内容（例えば、内服カレンダーセット、PEG 処置、カフ確認等）を記載し、ケアの漏れがないように、また、実施したケアがすぐわかるように工夫されている
・ケア内容は看護計画の評価とともに評価し記載を変更している

○　褥瘡・特別管理加算算定者の集計と分析

・褥瘡、特別管理加算の算定者数と加算の算定理由を記録し、毎月集計している
・介護保険から医療保険への変更、訪問終了の理由の記載と毎月の集計の実施
・困難事例のすくい上げや特別管理加算の難治性褥瘡が増えてきた等の利用者の分析に役立てている
・データから看護の必要度や地域特性の分析を実施している
・分析結果は困難事例等における適正な訪問回数の指標にしている

○　研修

・地域の訪問看護関連団体等が実施している年間研修計画に基づいて、研修担当が事業所内での研修計画を立案している
・研修受講後、受講スタッフが他のスタッフに内容を説明し、共有している
・研修の分野については、高齢者虐待の担当、認知症の担当など分野ごとに役割分担を行い、担当の分野の研修は担当者が受講するという体制をとっている
・合同会社で看護師全員が役員のため、管理者研修についても役割分担をして受講することができる
・実習指導については、研修の分野別担当のように、実習指導者として１人担当をおいている

○　随時の話し合いの実施

・病院でのウォーキングカンファレンスのような形で、困ったことや迷うことは現場ですぐに話合いを実施している
・人数が少ないからこそタイムリーな情報交換ができる

２　事業所の評価

○　SWOT 分析

・SWOT 分析を実施し、新規利用者獲得のための地域活動の推進につなげている

○　年間計画の見直し

・3・6 ヶ月、1 年ごとに事業、研修計画、目標を設定し、計画の見直しや評価を行っている

○　バランス・スコアカード（BSC）の策定、利用者人数・売上・営業人数などのグラフ化

・売上、訪問件数、訪問率、客単価、営業数と紹介の比率等を毎月グラフ化して整理している
・売上について、利用者単体の医療費・介護費の合計を集計している
・看護師常勤換算数、介護保険・医療保険ごとの利用者数、新規利用者数、利用終了人数、褥瘡を有する利用者数、介護保険利用者における訪問時間別人数、各加算算定利用者数を毎月集計している
・毎月の集計は担当者が集計している。集計には給与計算も含め、半日ほど時間がかかる
・分析結果は利用者の適正な訪問回数や今後の収支予測、営業活動に反映している
・分析の結果、全国的な訪問看護の保険種別割合と事業所の保険種別の割合は逆になっており医療保険の割合が多い。加えて、予後 1 か月未満の終末期の紹介が多く、一般の人たちに訪問看護が知られてないということが地域の特徴としてわかった。「もっと早くから頼んでおけば良かった」「こんなことまでしてくれるとは知らなかった」という利用者の意見もあり、訪問看護を周知、普及させるための地域支援活動の開始につながっている
・分析した結果を用いて地域の訪問看護ニーズの把握や地域支援の活動（まちの保健室の開設）等に活用している
・地域の医療機関や居宅介護支援事業所等への営業実績は営業担当者ごとにグラフにして壁に貼り、営業目標も掲示している
・事業継続のためには、経営をきちんとしないといけない。そこのために、まず外せないところとして、経営上の指標、データ収集、分析を毎月行っている。その上で、口コミも大事なため、中途半端な訪問はしない、きちんと日々の看護をしっかり行うよう心掛けている
・事業所評価を行う一番のメリットは、自分の事業所がどういう傾向にあるか、どういう状態にあるかが分かりやすい。他のメリットとしては融資を受けている企業への信頼にもつながる。ただ漠然と費用などの収支だけではなく、企業のモラルや意識を反映させる事業計画にしている

３　その他

○　事業所理念、看護者の倫理綱領の掲示と周知

・事業所理念、事業所基本方針、看護者の倫理綱領を掲示し職員がいつも見られるようにしている

・事業所理念は「その人がその人らしく暮らしていくために　支えたい看護の力で」

○　地域連携方法

・介護職とは、連携ノート（事業所所在市の取り組み）を使って連携している。家族やサービス利用施設（デイサービス等）に訪問内容について記載している

事業所２）

〈事業所の概要〉

所在地	福岡県
事業開始年	2018 年
開設主体	一般社団法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	無
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	9.4 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	4.4 人
その他の職員	1.0 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	無
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険（予防を含む）	43 人
医療保険	57 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	2 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	11 人
報酬・加算の届出状況	・機能強化型訪問看護管理療養費 3 の届出 ・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○大学との共同研究・実証実験や企業との研修、ラジオ番組などを実施、推進している

○利用者満足度調査の結果より、どの訪問看護師が訪問しても最低限のケアは必ずできるように手順書を統一して作成している

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　カンファレンス

・1 週間に 1 回、利用者の情報共有を目的としたカンファレンスと、毎月、研修計画立案を目的としたカンファレンスを実施している

○　事例検討

・1 カ月に 1 回全体ミーティングを実施している。主に困難事例、例えば、難病の見守りの仕組み、独居、認知症について看護師として何ができるのか、多職種とどう連携するかを話し合っている

・特に服薬管理では、管理方法の工夫をスタッフ皆で話し、アイデアを試行錯誤して実践の中で繰り返し試すことで、他の利用者にも活用できるようなアイデアや工夫が生まれている

・今後の参考になるので、失敗談も話すようにしている。ヒヤリハットの事例や自分は良かれと思ってやったことがなかなか受け入れられなかったこと等を発表している

・落ち込んでいるスタッフが自分で発表することで皆からアドバイスを受け、共感されることで自信につながるため、事例検討は大事な機会だと思っている

○　提供時間ごとの手順書（ケアシート）

・ケア提供時間 30 分、60 分ごとの処置内容、ケア内容を記載した「ケアシート」を作成している

・誰が訪問しても最低限の統一したケアを実施できるようにしている

・経験の少ない看護師でも経験のある看護師でも不安なく訪問できることが課題であったため、「ケアシート」を作成した経緯がある。「ケアシート」では訪問時間ごとに、例えば、30 分訪問の利用者であったら、このケアを 5 分、このケアを 10 分で行うことがわかるようにケアの流れを記載した。さらに使用する物品や物品の場所、留意点を記載するようにした。「ケアシート」を用いることで、新人でも経験のある看護師でも個別性があるケアの中で、外してはいけないポイントが確認できるようになり、統一したケアを行えるようになった

・「ケアシート」は訪問の必要時間数の適正化などにも役立てている

○　記録の統一

・記録ソフト上で、病状・トピックス、処置内容・訓練内容、備考、外部連絡・伝達事項、内部連絡・伝達事項の枠組みを作り、日々の記録をしている

・記録は、課題の優先順位順に記録するようにした

・利用者がどこを一番不安に思っているか、今は何に困っているのか、それは早急に解決すべきことなのか、長いスパンで解決していくことなのかを区別して記載するようにした。今の生活で何が問題かを一見してわかるように記録で記載するように

したところ、チームでの問題意識の統一や共通の課題から解決の糸口を見つけられるような話し合いができるようになった

・新人でもベテランでも、同じ指標でアセスメントをすることを目指しており、記録ソフト上で、体重の増減した値や排便が何日ないかなどを自動で表示できるようにした。将来的には、記録時のその時のその情報だけではなく、その先に看護のケアとして何をしたら良いかまで連動できるようなシステムにしたいと思っている

○　アセスメントシートの統一：疼痛管理表

・疼痛については、スタッフ皆が同じアセスメントができるように統一したアセスメントシートを作成している

・疼痛管理表は、記録ソフトの中に記録できるように組み込んでいる

○　ケアの時間管理の実施

・大学と協働し、「FonLog」というアプリケーションで、ひとつひとつのケアにかかる時間の測定・管理をしている。例えば排便処置や褥瘡処置等について 1 人の看護師がどれぐらいその時間を要するかを把握することで、30 分ごとで、1 時間ごとでできる看護のケアといった看護メニュー表のような指標ができるのではないか考えている

・30 分よりも 1 時間、時間を長くすれば良いケアができると看護師の感覚としては思いがちだが、時間を長くすれば良いケアができているのかという見えにくいところを可視化できると良いと思う

・今後 FonLog にストーマケアや褥瘡ケア等の処置方法の動画を連動させることも検討している

・今後は FonLog のデータを利用し「行動の分析」を行い、行動の予測を立てることに使用したい。予測できると例えば転倒や独居の見守り等に役立つのではないかと思っている

○　スタッフ、利用者の気持ちの変動の記録

・「お天気ケア」という評価ツールの開発を大学と共同で研究を始めている。お天気ケアでは利用者、訪問した看護師両方の気持ちの変動をデータで収集している。例えば、新人が緊張して訪問した時、経験のある看護師が自信を持って訪問した時には、利用者の気持ちはどう変化するかなど気持ちの変容をデータ収集、評価している。今後は感情・気持ちの変化を認知行動療法などに応用して、精神や認知症の利用者に活用できればと思っている。今までは見える化できなかった内面のケアの部分を可視化できるようにしたい

・「お天気ケア」を用いることで、看護師のケア側も自分の気持ちや行動次第でどのように利用者の気持ちや態度が変わるのかを客観視できるようになった

○　看取り人数・利用者受け入れ計画の立て方

・看取りの人数は月 3 人程度の受け入れとしている。10 人を超すと稼働率としては緊急体制がとれないため、その程度の受け入れとしている

・看取りのケアが対応できるかよりも、緊急体制がとれるかという人員体制を基本にして事業所の計画を立案している

・緊急体制をとれる人員体制を保つためには、介護保険等で病状があまり変わらない人と看取りや病状の急変や緊急対応が見込まれる人の人数の割合を一定に保つようにしている

○　利用者情報の集約

・常勤ミーティングを 1 週間に 1 回実施し、利用者の情報共有をしている

○　職員満足度評価・個人面談

・年に 1 回、職員アンケートを実施している。アンケート結果と合わせて面談を実施し、新規利用者を担当看護師に割り振っている

・ABC で評価し、「技術面で実施可能なこと」は A、「自信がないこと」は B、「全くできないこと」は C とし、A が年々増えていくように教育している

・一定の段階になったら教育委員に任命するという教育体制にしている。事業所の教育体制を作る時は、新人の目線も大事にしている。新人としては、日々の業務やケアで困ること、それを解消するためには仕組みがあると良いかという視点を入れることで、新人が定着しやすいという印象がある

・教育の一環として、スタッフのモチベーションがあることや得意なことについて、自信を付けさせるために、あえて事業所内の研修で発表や講演をしてもらうこともある。スタッフを教える役に回すことで、スタッフ自身の価値が高められ、肯定感を上げられることに貢献すると考えている

○　研修

・研修計画は毎月のカンファレンスで計画を立案している

・企業に所属している WOC ナース（皮膚・排泄ケア認定看護師）と協働し、スキンケア教室等を定期的に開催している。おむつやケア用品に見て・触れて・実演する経験ができるスキンケア教室は、介護職やケアマネジャーだけではなく、近隣の住民にも呼び掛けて開催している

・地域の企業と共同し研修を実施している。例えば、石鹸メーカーと感染管理の勉強会、栄養補助食品を取り扱っている会社と模型やシミュレーターを使用した栄養の研修等を開催している

・管理者が参加している在宅ネットワークの中で、認定看護師を紹介され勉強会を開催することがある。また、認定看護師のコンサルテーションを受けることもある

２　事業所の評価

○　事業所評価

・１年に１回、決算書を出す際に、介護保険、医療保険の利用者人数・売上などの経営指標を算出し、経営上のマネジメントを行っている
・経営的に安定する介護保険・医療保険での利用者の人数割合を保持できるように、新規利用者の依頼を受けている
・離職率などにより看護師の定着ができたか、なぜ定着できたかできなかったかの分析も行っている
・何人の利用者を看護師１人あたりが受け持てるかを算出している。また地域でのケアニーズがある利用者人数に対して、地域では何人にサービスの介入ができているのか、地域単位の視点でも分析をしている

○　利用者満足度

・半年に１回実施している。利用者に手渡し、郵送で回収している
・質問内容は「時間通りに看護師は来るか」「説明はされているか」等としている

３　その他

○　産学連携

・事業所の場所は研究機関が集まっている環境となっている。A 大学とは無人自動車の開発に協力して試乗を行っている
・アカデミックな環境であるから実証実験がしやすく、現場の声を大学に届けることで実証実験をできる場に使ってもらっている。ロボットの研究ではアシストジャケットを着用して、訪問看護の腰痛予防にもなっている
・A 大学と共同で自動車の自動運転、認知症ケアロボット(コミュニケーションケアロボット)等の共同研究・開発等にも協力している。認知症ケアロボットはロボットが認知症の人に「今日何したの」など質問をしてコミュニケーションをするロボットで、看護の視点からどのようなコミュニケーションがあったら良いのかなどの意見を出し、共同研究・開発を進めている

○　地域への活動

・ボートレース場の災害時の避難場所での活用等を計画している

○　ヘルスリテラシーの向上への取り組み

・看護のノウハウを利用者や家族、介護士にも少しずつできるように伝えていく環境をつくることは大事だと思う。料理教室があるように看護教室を地域でも開き、いつでも学べる環境が必要だと思っている

○　ラジオ番組での啓発活動

・ラジオ番組で定期的に地域の方へ向けて訪問看護の情報を発信している

○　給与体系はインセンティブ制を採用

・スタッフの給与体系は訪問件数に応じたインセンティブ制を採用している

事業所３）

〈事業所の概要〉

所在地	兵庫県
事業開始年	2016 年
開設主体	営利法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	無
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	5.5 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2.0 人
その他の職員	無
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	無
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険（予防を含む）	198 人
医療保険	35 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	3 人
医療保険：訪問看護ターミナル療法費算定者	7 人
報酬・加算の届出状況	・ターミナルケア体制の届出

〈ポイント〉

○管理者が初回訪問で得たアセスメント内容を担当者と共有している
○利用者からの電話対応は管理者が担っている
○訪問看護を細く長く続けて欲しい思いから、管理者や経験豊富な看護師がまずは訪問し、関係性ができてからスタッフが訪問している
○スタッフはすぐに管理者に連絡、相談ができるような体制にし、ケアについて悩んで孤立しないように心がけている
○生活の状況を重視しアセスメントできる看護師を育てたいと思っている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　カンファレンス

・一人の利用者を複数の看護師で担当しているため、同じケアができるよう、アセスメント内容や次回訪問時のケアについて、朝と夕方に担当者間でミーティングをし、伝達している

○　**記録の共有**

・記録ソフトの中に、訪問時に何を確認するかがすぐにわかるように明記している。内服確認、バイタルチェックとガーゼ交換、導尿などの処置項目を記録ソフトに作成している。緊急で訪問する際はメッセージアプリで伝えることが多い

○　**記録の統一**

・処置・観察項目の一覧を記録ソフトに入力し、キーボックスの位置などもすべて記録ソフト中で一元管理している。このため、急に別の看護師が訪問する場合にも対応できている

○　**マニュアル等の見直し**

・2～3 月に一度、マニュアルやアセスメント表等の見直しを行っている

○　**利用者情報の集約：管理者との相談体制**

・アセスメントは基本的に担当看護師が行い、毎月の報告書や計画書作成時に担当者がそれぞれで評価し、最終的に管理者が確認している

・管理者の電話番号を利用者に渡し、何かがあった場合にはすぐに管理者に電話をかけるように伝えている

・スタッフはメッセージアプリですぐに管理者に連絡、相談ができるようにしている。スタッフがケアについて悩んで孤立しないように心がけている

・事業所内での相談などは基本的にメッセージアプリを使用している

○　**多職種連携**

・メッセージアプリを使ってケアマネジャーや介護職と随時連絡するのは、全ての利用者ではなく、要介護度が高く毎日訪問して処置する必要がある利用者に限定している

・訪問時のタイムリーな相談には、電話で直接管理者に電話するように連携先に周知している

・メッセージアプリで情報共有する際は、ポイントが伝わるように端的に入力するようにしている

○　**連携先機関との勉強会の開催**

・月に１回、連携先医療機関や事業所の医師、ケアマネジャー、介護士と勉強会を開催し、顔の見える関係づくりを行っている

○　**土台を築いてから経験の浅いスタッフが訪問**

・初回訪問は必ず管理者が同行訪問し、アセスメントした内容をスタッフに口頭で伝えている。これにより、スタッフが日常生活の視点を持ったアセスメントができるよう教育的な効果もある

・利用者の状況をスタッフが管理者に報告する際は、カンファレンス形式ではなく、スタッフが事業所に集まる時間帯に行っている。このため、スタッフそれぞれの担当の利用者について、全てのスタッフがおおよそ把握できている
・初回訪問は必ず管理者が信頼関係の土台をつくってから、担当となるスタッフが訪問している
・経験の浅い看護師は管理者と同行して見て学び、介入が難しい場合は話している内容をまずは真似るようにスタッフに指導している

○　新人教育

・訪問看護師として経験したケアを通して、利用者と良い関りができたケースについては、他のスタッフへの情報提供を積極的に促すことで互いに学びあっている

2　その他

○　困難事例の新規依頼の増加

・精神疾患の困難事例について依頼が増えている。これまでの経験や対応から、困難事例は自事業所に頼られることが増えてきている

○　生活の視点からのアセスメントを重視

・生活の視点からアセスメントができる看護師に成長して欲しいことから、日頃からスタッフに生活状況についてあえて細かく確認している
・生活を見ようと努力していると、利用者の反応が変わってくると思っている
・生活状況（食事、排泄、清潔状況など）について、スタッフが何に気付くことができているかというアセスメントの視点は、スタッフの教育上の基準にもなっている

○　訪問が終了しても繋がる関り

・利用者を看取った経験から、その家族に紹介され新規利用の依頼をされることも増えてきている。医療機関に入院中から、利用者本人からの自事業所を利用したいといった依頼も増えてきている。自事業所の訪問看護を受けたことをきっかけに、利用者の家族で介護職になった人もいる

事業所４）

〈事業所の概要〉

所在地	静岡県
事業開始年	2016 年
開設主体	営利法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	薬局、居宅介護支援、訪問介護、福祉用具貸与、共同生活援助（グループホーム）
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	9.8 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2.0 人
その他の職員	1.0 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	無
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険（予防を含む）	113 人
医療保険	20 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	9 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	29 人
報酬・加算の届出状況	・機能強化型訪問看護管理療養費 2 の届出 ・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○　経営母体が薬局であるため薬剤師との連携がスムーズである

○　利用者満足度の結果から、ケア内容を統一するため、独自の様式を作成した

○　地域包括ケアサポートセンターが運営するシステムを使って連携している

○　ターミナルの依頼は、同一法人の薬局と訪問介護、訪問看護のセットで依頼を受けることが多い

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　事例検討・研修：多職種との事例検討・勉強会

・薬局と介護事業所で連携勉強会を 2～3 カ月に 1 回行っている

・訪問看護はターミナルの症例を発表し、薬剤師は麻薬に関する内容を話した。外部事業所との連携の前に、自事業所の多職種連携を推進するために開始した

・訪問看護師、ケアマネジャー、介護職員、薬局薬剤師の 4 人が毎月集まり、事例検討のテーマを決めている

・薬剤師を含む自事業所、他職種との検討・相談体制ができている。例えば、内服忘れのある利用者についてカンファレンスで検討し、薬剤師と看護師のダブルチェックの体制を敷くことで、飲み忘れが減る効果があった

○　記録の統一：麻薬表の作成

・定時で麻薬を使用している場合は、日付、排便、排尿、飲水量、定時薬の確認、麻薬使用のチェックと頓服使用時の時間を記入できる一覧表を作成している

・頓服で麻薬を使用している場合は、頓服薬を使用した日時、残薬数を記入する表を別に作成している

○　記録の統一：食事や排泄の記録

・栄養状態や排泄状況を把握する必要がある利用者に対し、訪問した時に摂食状況や排泄状況がすぐわかるように、食事内容、排便・排尿回数を利用者や介護士等に毎日記載してもらっている。介護士は、朝昼晩で異なる介護士が訪問することがあり、1 日もしくは 1 週間単位での排泄状況が把握しにくいことから記録表を作成した経緯がある

○　記録の統一：統一した退院カンファレンス様式

・利用者が多いことから、情報共有をどのようにするかが課題となっていたため、独自で退院カンファレンス様式を作成した。退院カンファレンス様式の使用により、もれなく情報収集ができ、同じ様式を用いているため情報の把握を容易にし、情報共有をしやすくした

・退院カンファレンス様式の内容は、「日時」「場所」「参加者」「介護度」「入院中の経過と現在の状態」「訪問看護利用目的（内容、介入頻度）」「他のサービス」「退院日」「退院後の診療（外来通院、訪問診療）」となっている

○　統一したアセスメントシートの利用

・誰が訪問しても同じケアができるように、記録のフォーマットを作成し、フォーマットには利用者ごとの観察項目（心不全なら浮腫や体重等、褥瘡ならば DESIGN を活用して位置・大きさ・深さ等）を記入し、誰が訪問しても、観察ポイントを逃さず、同様の観察ができるように工夫している

・他スタッフの意見を参考にしながら、アセスメントシートの観察項目の作成と随時の見直しは各利用者の担当者が行っている

○　多職種連携

・多職種連携は医師会が主となり作った、地域包括ケアサポートセンターが運営する文書やメッセージ、画像データなどをやり取りできるシステム（以下「地域サポートシステム」と略す。）を利用しており、主に、連携先の医療機関等の医師や薬剤師、ケアマネジャーとタイムリーに相談や情報共有ができる。介護士は個別に連絡をとる場合も多いが、地域サポートシステムを利用している場合もある

・地域サポートシステムは、医師が処方箋を出したという連絡から、薬剤師が内服薬を利用者宅に届けたといった連絡まで、利用者に関わるケアチームの中での一連のやりとりが確認できる。さらに地域サポートシステムでのメッセージの内容をFAXで送信できる機能もあり、緊急の場合にはFAXを利用する場合もある

・総合病院の退院支援室は、積極的に地域サポートシステムを活用しているとこもある。積極的に利用している病院では、訪問看護師が医療機関の外来に利用者の状態を知らせるために出向くことや、主治医の外来に合わせて、創部などの写真を訪問看護師が持参する必要もなくなり使い勝手は良いと感じている

・総合病院であると頻繁に細かい部分まで連絡をしにくいことが多いが、地域サポートシステムを使用すると随時の連絡ができるため、やり取りが円滑に進む利点がある

・地域連携会議なども地域サポートシステムを利用し開催することもある。地域での研修の周知にも地域サポートシステムは利用されている

・地域サポートシステムが一番活躍するのは、末期がんや難病など状態が頻繁に変化する利用者だと感じている。少し呼吸状態が悪くなってきた等、医師の診察が必要というよりは、タイムリーに病状の報告だけをしたい時に、その都度、報告ができる利点がある

・地域サポートシステムを使用すると創の画像の比較も容易にできるため、悪化しているか改善しているかも確認しやすい。創の画像の比較をして悪化している場合に、そのまま地域サポートシステムを通して医師に連絡できるため、医師の指示の変更も円滑にされる

・地域サポートシステムは記録ソフトと連携していないため、地域サポートシステム内の情報をコピーアンドペーストをして入力している。二重三重の入力となり、入力には負担感がある

・地域サポートシステムの情報を活用し、病状の悪化がみられた場合には、利用者・家族と担当者会議を開き随時計画の見直しを行っている。担当者会議に開催を依頼するのは、訪問看護師が状態悪化と判断した際に行っている。複数の訪問看護師が関わっている利用者は、訪問した看護師が担当者に伝え、担当者から医師に報告するように、地域サポートシステムの報告・運用方法は一本化している

○　**看護師間での連携**

・地域サポートシステムに加えて、利用者の症状以外の内容については自事業所内の連絡はメッセージアプリを活用している。メッセージアプリでは、緊急訪問時にスムーズに行けるように、スタッフ間で駐車場の位置など具体的な内容でやり取りすることが多い

2　事業所の評価

○　**利用者満足度評価**

・県ステーション協議会で作成している利用者満足度評価票を使用し実施している
・項目は「時間は守られている」「いつでも連絡がつき相談に対応している」「言葉遣いや態度はよい」「サービスについての事前説明」「分かりやすく教えているか」「思いや不安などよく聞いているか」「体の状態や症状などの説明」「処置や手当は手際よく丁寧」「伝えていることが他の職員に伝っている」「医師やケアマネジャーとの連絡」「利用で不安や困ったことが軽減」「看護師が変わっても同じケア」について5段階で評価する

○　**職員満足度評価**

・職員満足度評価は年1回実施している
・項目は「看護職員を大切にする組織である」「今の勤務先は目先の利益に捉われず長期的な視点にたった経営をしている」「今の勤務先にできるだけ長く勤めたい」「あなたの部署では看護に費やす時間を十分にとることができる」「現在の仕事の量と仕事の内容に対して今の給与は妥当である」「組織は能力開発の研修の実施、またはその参加を支援してくれる」「あなたの部署では上下関係にこだわらず、主張すべきことを自由に話し合える」を4段階で評価している

○　**個人面談：ステップアップシート**

・個人の評価は法人全体でステップアップシートを使っている。事業所ごとに項目は多少変わるが、管理者のコンピテンシーの部分は共通項目となっている
・ステップアップシートはコーチングの手法を基に作成している
・面接時に必ず理念と目標を伝えてから個人評価をしている

○　**個人面談：看護技術チェック表**

・個人面談では、看護技術について、看護技術チェック表を用いて、今まで経験してきた医療行為について確認をしている（浣腸、摘便、尿道カテーテル管理、膀胱ろうカテーテル管理、胃ろう管理、点滴・注射、吸引、人工呼吸器、死後の処置、看護計画など）

３　その他

○　同一法人内のサービスを一括利用

・訪問看護事業所の利用者の半数は、同法人の他のサービス（調剤薬局の居宅管理指導や訪問介護など）を利用している

・ターミナルの新規利用者の依頼では、同法人の調剤薬局、訪問介護、訪問看護のサービスをひとまとまりで依頼を受けることが多い。自事業所内での多職種連携が円滑にされている強みから、依頼されていると思う

・指摘を受けて、在宅看取り数が同地域で多いことが分かった。同地域に訪問看護事業所が７か所あるが、在宅看取り数のように自事業所の指標が他の事業所と比較できると、事業所運営にも活かせる

事業所５）

〈事業所の概要〉

所在地	埼玉県
事業開始年	2015 年
開設主体	営利法人(会社)
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	2 か所
他に運営している施設・事業所	保育所、児童発達支援（放課後等デイサービス）
職員数（常勤換算数）	
保健師・看護師	30.0 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	無
その他の職員	10.0 人
認定看護師人数・分野	1 人（がん看護）
専門看護師人数・分野	無
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険(予防を含む)	247 人
医療保険	158 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	54 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	221 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出

〈ポイント〉

○事業所として、「利用者の利用希望は決して断わらない」「根拠のあることをしよう」ということを大切にしている

○専門看護師が体制の統括と随時の相談・助言をすることで、現場での訪問看護師を随時サポートする

○看護計画は統括看護師が作成し、そこに実際に訪問している看護師が追記・変更をすることで、業務の効率化を図っている

○統括看護師には専門看護師を配置している。そのため、専門看護資格の取得のための大学院への進学等を支援している

○看護師の業務時間に対する訪問件数を数値化している。事業所内の滞在時間が短いこと（効率性）を重視し、そのための働きかけ、取り組みを行っている

○システム開発を内製化し、同じ情報を複数回入力せず、１度の入力で済むように効率化している。計画書や報告書もメッセージアプリに入力したことが自動的に記録ソフトに取り込めるようにしている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　専門的な研修を受けた看護師の活用

・統括看護師による看護計画の作成、現場看護師のサポートをしている

○　ケアの質の底上げ

・各専門看護師を統括看護師として配置している。統括看護師は利用者への訪問は行わず、スタッフが訪問先で判断に困った際に具体的に指示が出せるように、相談対応に専従している。これにより、質の高いケアを行うことができている

・統括看護師が全ての利用者の看護計画を作成している。そこに訪問看護師が追記・変更をすることにより、状態に応じて計画をすぐに変更し、ケアを実施できる体制となっている

・統括看護師が訪問看護計画立案、相談対応に専念していることで、訪問看護師から連絡があったその場で、訪問看護計画の修正とケアの変更を実施できる。つまり、一般的な訪問看護事業所だと訪問後、事業所で相談して訪問看護計画やケアを変更することが、訪問時に迷った時にすぐに相談できる体制があるため、訪問時に訪問看護計画とケアの変更を即時に実施できる

・ターミナルケアを実施する利用者に対して、夜間などに困らないよう鎮痛剤等の内服薬がセッティングされているか、また、状態を予測し、経口摂取できなくなった時の座薬の鎮痛剤など必要な薬が用意されているか、訪問看護師が実施したケアを専門看護師が確認することで、漏れなく必要なケアが提供できる体制をとっている。さらに、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning: ACP)は、説明を利用者にしただけで、説明後のフォローがされていないことも多く、説明後のフォローがされているかなどについても専門看護師が確認している

・統括看護師には専門看護師を配置している。そのため、専門看護資格の取得のための大学院への進学等を支援している

・新人に対しては月に１度、専門看護師が看護師のラダーを活用して面談している。専門看護師は統括看護師として、体制の統括から教育、相談・助言までを担っている

・看護部長と新人教育担当看護師は全体の利用者の状態、統括看護師はがん、小児などそれぞれの担当の領域の利用者の状態を把握することで、担当訪問看護師だけではなく複数人でケアを確認しチェックする体制になっている

・「今日はこの緊急の対応がとても良かった」「利用者から、看護師のこういうところが良かった」「同行の看護師はこんなふうに評価していた」など、日々の対応を具体的に統括看護師からスタッフにフィードバックしている。フィードバックには、統括看護師と職員本人にしか読めず、返信できない独自のメールのシステム（メッセージボックス）を用いている
・このような体制を敷き、統括看護師を活用することで、ケアの質の底上げを行っている

○　記録の統一：手順書

・看護師が何のケアをするか、自宅のどこに何の物品あるかをチェックリストにして書き出している。チェックリストは1枚の紙に記載し、変更があった場合には、そこに追記していく方法をとっている

○　記録の統一：アセスメントシート

・がん性疼痛の評価には、がん性疼痛のアセスメントシートを利用している。現地ですぐ評価できるよう紙媒体のものを使用している

2　事業所の評価

○　業務時間あたりの訪問件数の数値化

・看護師の業務時間に対する訪問件数を数値化している。事業所内の滞在時間が短いこと（効率性）を重視し、そのための働きかけ、取り組みを行っている
・業務時間当たりの訪問件数を数値化すると、訪問件数は変わらないが記録を書くことに時間を使っていることがわかった。記録を長く書くと読むことをしないため、記録は書くことよりも読むことに時間を費やしてほしいと思っている。必要な情報だけを端的に記録に書けるように指導している。訪問看護記録に必要な情報を端的に書けているか、効率よく記録ができているかは業務時間当たりの訪問件数の数値で把握できる
・看護師の人的リソースは限られているため、看護師はただ長時間訪問すれば良いのではなく、必要なケアをいかに必要最小限の時間で訪問ができるかを大切にしている。いかに効率よく、看護師は看護の仕事に注力できるかを大切にしている

3　その他

○　情報システムは独自・内製化

・情報システムは独自システムで内製化している。元システムエンジニアが事務部門にいるため、現場に必要な機能がすぐにシステムに反映できる点が強みだと思う。

例えば、新型コロナウイルス感染症の加算算定についても、すぐに請求のシステムに組み込むことができた

・独自のシステムでは、指示書の情報、ケアマネジャーの情報、請求、給与システムなど事務関連のことが全部連動するようになっている

○　看護師と事務員の分業

・訪問看護師による記録は基本的には紙媒体としている。入力が必要な業務は事務職員が実施しているため、看護師は看護業務に集中できるようにしている

・現地でパソコンを立ち上げてシステムを開くのは非効率であるため、プランを紙に記載し、プランの追記や変更を自由に書き込みができるようにしている

・主治医の指示内容なども、事務職員が必要な内容を入力している。指示期間の管理などもシステムで計算したものを事務員が確認し管理している

○　メッセージアプリの活用、入力の自動化

・利用者情報の共有には、メッセージアプリでの独自の掲示板がある。会議などは行わず、掲示板上でコミュニケーションをとり、その都度解決する仕組みをとっている。訪問看護師が訪問で困ったことがあった場合には掲示板で連絡し、専門看護師が掲示板を確認し、その場で返信、フィードバック、電話をして解決を図っている

・具体的にはメッセージアプリを用いている。また、メッセージアプリで共有したことは自動で記録システムに取り込むことができ、計画や報告書にもそのまま反映されるので同じ情報を入力や転記を複数回せず、1 回の入力で済むようにしている

○　訪問看護事業所の規模の課題

・看護師が 30 人の規模になると、夜間、土日を含めた年間 365 日休みなしの体制が安定して運用できるようになる

・看護師は特に人的リソースが不足している職種なので、なるべく看護に集中できる形をつくるよう様々な業務効率化を実施している

○　従業員を大事にする経営マインド

・経営者は、必要なコンプライアンス、従業員を大事にする姿勢を大切にしている。サービス残業は一切なし、育休の取得は 100%、有給休暇も取得しやすい環境を整備している。有給休暇も必ず消化できている

・スタッフの働き方は多様化している。例えば、ダブルワークをしているため 17 時半から出社、オンコールだけ対応する等、さまざま働き方を認めている

・利用者の訪問時間も希望にあわせ、24 時間訪問しているが、職員の人数が多いため、利用者の訪問希望と職員の勤務希望のバランスが無理なくとれる

○　**事業所としての決まり**

・自事業所は「利用者の利用希望は決して断わらない」「根拠のあることをしよう」ということを大事にしている。この根拠とは医療的根拠、とともに、制度的な根拠（報酬算定ができるかどうか）も満たすことにしている

○　**学会の加入**

・専門看護師をはじめとして、職員には学会での発表を奨励しており、そのための支援も行っている

事業所６）

〈事業所の概要〉

所在地	神奈川県
事業開始年	2014 年
開設主体	営利法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	居宅介護支援
職員数（常勤換算数）	
保健師・看護師	7.2 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	2.1 人
その他の職員	0.5 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	無
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和４年４月分）	
介護保険（予防を含む）	98 人
医療保険	50 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	14 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	22 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○事業所の特徴として、呼吸器疾患の利用者が多い

○呼吸器疾患のケアに特化した項目を記載した観察項目のチェック表やアセスメントシート、呼吸困難等などの緊急時の共通の対応方法などを整備している

○呼吸器専門医が開催している研修会や勉強会に参加している。また、実践報告を学会等で発表している。それらがケアの振り返りに繋がっている

○利用者ごとの「手順書」を作成し、実際の訪問看護で使用しながら、ケアの方法や内容を改善している。手順書のひな形自体も呼吸器疾患に特化したものに改善している。それらのプロセスがケアの質向上に繋がっている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　事例検討

・毎週 1 回、1 時間～1 時間 30 分程度カンファレンスの時間を設け、事例検討を実施している。事例検討は、自事業所は呼吸器疾患の利用者が多いことから、呼吸困難感の対応等、呼吸に関するケアについて検討することが多い

・事例検討では、自分が訪問した際に対応に困ったことを取り上げている

・呼吸器疾患に対応した具体的なケア方法、例えば呼吸困難感への対処や吸入薬の使用の説明などをスタッフ間で共有することは、互いのケアの参考になっている

・もともと事業所内に呼吸器疾患を専門とする看護師または呼吸器疾患のケアの経験が沢山ある看護師がいるというわけではなかったが、事例検討を繰り返していく中で、スタッフの呼吸器疾患に関する能力を高めていった。それが事業所全体の質の向上につながっている

○　統一したアセスメントシートの利用:基本情報シート・アセスメント表

・基本情報シート（フェイスシート）で利用者の日常生活自立度、身体状況、生活状況、食事、排泄、資格、聴覚、認知機能、睡眠の状況、家族状況、障害や難病の申請有無などの情報を一覧で記載、収集できるようにしている

・事業所がある場所は低所得の人が多い地域のため、初回訪問では、障害認定などの申請や特発性間質性肺炎等の難病の医療費助成制度の申請有無、医療費・介護費などの補助がでるか確認している。それにより、経済的な理由でサービスを受けられないことがないよう、使用できる制度などを説明し支援している。障害認定などを確認できる項目を基本情報シートに組み込んでいる

・アセスメント表では呼吸、栄養（摂食）、循環、運動、排泄、睡眠、身体の清潔、危険回避（転倒、疼痛の知覚、火災等を引き起こすリスク等）、コミュニケーション、痛み、不安、療養に対する知識、役割、ストレス、内服薬、IADL の領域ごとに情報を記載し、関連した看護問題が抽出できるようにしている

・基本情報シートやアセスメント表を活用し情報収集した後、看護診断を行い、問題点を絞り込んでいる

・利用者の負担を考えると、全ての情報を初回訪問時に収集することは難しいため、訪問を重ねて基本情報シートやアセスメント表に追記し、情報収集するようにしている

・アセスメント表の情報は随時更新し、ケア内容を見直しているが、年に１回、４月頃に利用者のアセスメント表を見直し、事業所内でケアを検討する機会を設けている。これにより、利用者の症状の維持・悪化等を判断し、ケアの変更を検討している。初回訪問では歩行可能であったが現在は歩行不可能と悪化した場合、下肢のリハビリテーションを増やすといったケアの見直しにつながっている

○　統一したアセスメントシートの利用：呼吸器疾患のアセスメントチェック表

・呼吸器疾患のアセスメントチェック表は、胸郭のかたさや喀痰の性状、水分量、吸入薬の実施状況、息切れが強くなった時の対処、活動量、歩行距離、部屋の環境等を確認する内容となっている。呼吸器疾患の利用者の初回訪問時に情報を記入し、その後は変化が見られた時に随時情報を更新している

・呼吸器疾患のアセスメントチェック表では、居宅の行動範囲の距離を測定し、確認している。それにより、呼吸困難感が出現しやすい場所を予測することができる。行動範囲や呼吸困難感の出現しやすい場所は、利用者ごとの行動と家での役割によっても異なることから、生活状況を細かく確認・把握している

・呼吸器疾患のアセスメントチェック表を作成することで呼吸器疾患に特有の観察項目や注意点、吸入薬の内容などの確認を看護師が誰でも漏れなくできるようにしている

○　ケア方法の統一（手順書）

・利用者一人一人の生活状況、特に、呼吸器疾患の特徴をふまえた訪問時のケアの注意点、使用物品と位置、訪問する上での鍵の場所や駐車場の場所などの注意点を記載したケアの手順書を作成している。この手順書を作成し、利用者個人に合わせて、特に、呼吸器疾患の特徴に合わせて改変している。手順書の改変を繰り返すことでケアの質向上に繋がっている

・緊急訪問等で急遽訪問する際に、利用者の概要や息切れが強くなった際の対処の仕方、服薬内容、物品の場所等がわかるようにしている

・息切れが強くなった際に対処の仕方がわからず、不安を感じやすい利用者にとっては、息切れをしにくい動作の仕方なども記載している。例えば入浴の際、服の着脱の仕方などを細かく記載している。他には入浴の際に息切れが強くなった場合にはどこで休むかなども事前に決めるなどを記載している

・看護師だけではなく、理学療法士等他の職種より助言を受けて手順書に注意点などを加えることもある。年１回の手順書の検討は多職種で実施している

・手順書を作成し実施しているケアを可視化し、ケアの方法や内容を機会を設けて見直すのを繰り返すことで、事業所の質の向上に繋がっている。また、手順書自体のもともとのひな形の改善・検討をすることも、質向上につながっている

・呼吸管理のケアは、服薬や吸入薬、食事管理の指導など利用者個々に合わせた個別性のある指導が必要となる。呼吸器疾患の利用者は「苦しいから動かない」傾向になりやすいことから、少しでも呼吸困難感がなく活動ができるように、生活状況からの動作の工夫など個別の指導が必要となる。例えば、自分の分だけではなく、家族の食事の準備をすることが必要で、数人分の食事を準備するために時間をかけて作っている人には、食事を作る際には、途中で休憩をはさめるように椅子を近くに置くなど、生活状況に合わせた工夫を取り入れられるよう具体的に指導している。

他には、吸入薬を使用することを忘れてしまう利用者には、洗面時に吸入をする場合には、「洗面所の近くに置きましょう」等と生活上の導線やタイミングなどを加味した、生活状況にあわせた助言や指導をしている

○　多職種連携

・医師と看護師は医療用メッセージアプリで担当者が直接やり取りをしている。一方で、介護職に連絡する場合には、管理者に伝えてから担当者に伝えられるため、即時的に伝わらないことが多い

・非侵襲的陽圧換気(non-invasive positive pressureventilation：NPPV)など、特に、呼吸器を使用している利用者に関わる場合には、病状や状態について介護職にも認識してもらうため、ケアマネジャーを通して逐一情報共有をはかっている

・介護職は外国人が増えていることから、情報共有するために利用者宅にある共有ノートを活用し、大事な部分は朱字で記載することや写真や絵で工夫して伝えることもある

・自治体が作成した連携ノートがあり、その連携ノートでは、紙のノートに医師が基本情報や診療の記録を記載している。緊急入院などの際には、連携ノートに情報が集約しているので、入院先の医療機関にそのまま連携ノートを持っていくこともある。ただし、連携ノートを使用・推奨しているのは一部の医療機関であり、使用してない医療機関も多いため、統一が図られていないことが課題となっている。連携ノートも記入する医師としない医師がいるため、緊急入院時などは足りない情報を連携ノートに急いで記入しなければいけない場面もある。救急搬送が頻回にある利用者などは特に、統一した情報共有ツールの開発がされれば情報共有が円滑に進むと考える

○　研修・学会発表

・連携先の診療所の呼吸器専門医が開催する研修会や勉強会にスタッフが参加している

・日頃実践しているケアをまとめ、実践報告を学会等で発表することでケアの振り返りに繋がっている

○　呼吸器疾患における緊急対応の共有方法

・呼吸困難感が強い時のそれぞれの利用者の対処方法などをホワイトボードで共有し、対応を統一して実施できるようにしている

2　事業所の評価

○　事業所評価

・事業所評価は日本訪問看護財団の訪問看護サービス質評価のためのガイドを使用している。年１回程度、管理者が実施し、必要に応じて内容を職員と共有している

３　その他

○　アセスメントとケアプラン

・日本訪問看護財団の日本版成人高齢者用アセスメントとケアプランを使用している。全ての指標を使用するのではなく、対象者に応じて必要な部分を選択し使用している

・生活面の課題などの観察項目をもれなく網羅して観察できることが利点だと考える。特に新人の訪問看護師の場合に、この指標を使う事で詳細に多角的に情報収集ができるため、利用者のニーズの把握ができるようになる

・現在は紙ベースでのチェックリストになっているが、項目が多く、新人などが取りかかるには難易度が高く、新人でなくとも、多くの項目からニーズなどを探し当てることも難しいと感じている。このため、情報収集については選択制の採用や選択肢からの類推などでニーズが表示されるなどシステム化されるとさらに使いやすくなると考える

事業所７）

〈事業所の概要〉

所在地	長野県
事業開始年	2007 年
開設主体	地方公共団体
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	介護老人保健施設
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	5.3 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	無
その他の職員	1.0 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	2 人（訪問看護、緩和ケア）
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和４年４月分）	
介護保険（予防を含む）	61 人
医療保険	19 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	4 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	1 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○　病院併設の訪問看護事業所（利用者半数が併設病院の医師が主治医）であり、電子カルテで連携が取れている

○　1 年間で在宅看取り件数が倍以上になった。医師を含めた多職種カンファレンス等で事例報告をすることで依頼が増えたこと、訪問診療をする内科医が増えたことが要因と考えている

○　カンファレンスを 1 日 3 回実施することでその日のうちにスタッフ間の不安が解消され、即時的にアドバイスを受けることができる

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　褥瘡、感染管理、ターミナルケアにおけるアウトカム評価

・褥瘡の発生回数、感染管理、カンファレンスの回数等は数値でグラフにまとめ、各委員会で発表している。例えば、褥瘡委員会で褥瘡発生件数を発表している

・カンファレンスは実施後看護記録に記入した回数を数値化し、カンファレンス内容の記録漏れがないような取り組みを実施している

・看取り人数を月々で集計し、多職種でのデスカンファレンスを実施し記録に残している。年々在宅看取りの人数は増加している

○　カンファレンス

・毎日朝、昼、夕でカンファレンスを実施している。朝は同室のケアマネジャー、訪問リハビリスタッフとともに実施。内容は主に前日の訪問で共有した方がよい利用者について情報共有をする。昼は、緊急性のある利用者や初回訪問、担当者会議を実施した利用者について情報共有、夕は夜間の電話対応の看護師に申し送り、緊急対応について伝える

・カンファレンスは運用基準・手順に沿って実施している。カンファレンスの目的・目標・内容を共有し実施している

・受け持ちは決まっているがプライマリではないので、日々の情報を共有することが重要

・職員は利用者全員のことがおおよそわかる体制をとっている（電話当番があるため）

・カンファレンスを密に実施することで処置・ケア方法を統一している

○　事例検討

・病院と共同の退院支援カンファレンス、デスカンファレンスと事業所内での事例検討を実施している

・退院支援カンファレンスは、併設病院退院前の利用者において、病棟看護師、外来看護師、訪問看護師が参加し実施する。併設病院退院後の訪問看護利用者については、継続看護記録用紙を用いて退院後の状況の共有、初回訪問後の評価、振り返りを実施し、病棟・外来等担当部署との話合いを実施している

・デスカンファレンスは、併設病院の医師が主治医であり、在宅で亡くなったすべての訪問看護利用者について、主治医、訪問リハビリ、訪問看護師、外来看護師、併設病院のソーシャルワーカー、薬剤師が参加し、各事例の振り返りを話し合っている。地域のスタッフ（ヘルパー・訪問入浴）が参加する場合もある

・デスカンファレンスに際しては、訪問看護師がデスサマリーに事例の概要、今までの経過、支援の中で良かったこと、支援後の振り返りを一覧にまとめている。カン

ファレンスでは、事例の振り返りと今後のターミナルケアに活かせることを話し合っている

・デスカンファレンスを実施するようになり、在宅看取りの件数が増加した

・事業所内の事例検討は月１回実施し、現在訪問している利用者の事例検討を目的に必要な支援内容を話合っている

○　専門的な研修を受けた看護師等の活用

・在宅ケア認定看護師は、院内の在宅療養支援チームに参画しアドバイス等をしている。また病棟の退院支援のカンファレンスへの出席、県看護協会の新人看護師への講義を行っている

・緩和ケア認定看護師は、病院での看取りの困難事例のカンファレンスやデスカンファレンスに参加してアドバイスをしている。また、緩和ケアチームのアドバイザーとして活動している

・地域のスタッフ、他訪問看護事業所より電話で相談を受けることもある

○　記録の統一：記録の監査

・訪問看護開始後１か月、特別指示書にて介入時、ターミナル利用者を対象に本人・家族の意向や実施したケアなど記録に記載があるかを監査している

・訪問看護は去年から実施し、監査で指摘を受けた部分（家族の反応を記載など）は意識して記録するようになった

○　ケア方法の統一（手順書）：統一したケアをするための工夫

・利用者個人ファイルに処置方法を統一して書いている

・記録（処置方法、服薬管理、ポジショニングの写真等）をセットにして訪問時に持参している。バイタルサイン等は記録用紙に記入し、事業所に戻ってから電子カルテに入力している。2023 年 2 月よりタブレット記録に変更予定

○　地域連携方法：継続看護記録

・3～5 年前から電子カルテ内で、退院後の様子を継続看護記録に記入し、訪問看護師・病棟看護師双方から一言コメントを書くようにした。その結果、緊急入院などの場合でも外来、病棟から電話が来るようになり連携の効果が見られた

・病棟と訪問看護師から伝達したいことや感想等を記載することで、より連携がとれやすくなった

○　新人教育

・新人は１か月間、毎日振り返りノートをつけ、担当者がコメントを書いている

・1、3、6 月、１年で評価をし、スタッフ全員が目を通しコメントを入れている

・基本的に同行訪問をし、処置がある場合は同行訪問を増やしている

・県のクリニカルラダーを用いて評価をしている

○　併設病院薬剤師との連携

・連携することで、看護師の薬の使い方が改善されたように思う
・医師によっても薬の使い方が異なるので、薬剤師に相談することで医師にも意見を投げかけできるようになった

2　事業所の評価

○　利用者満足度

・年１回利用者満足度調査をアンケート調査にて実施している
・アンケート調査は、「看護師は時間通りに訪問する。また、時間の変更の際には連絡をしている」「看護師の言葉遣いや態度は良い」「医療の専門的知識や技術があって安心できる」「処置や手当を適切に、手際よく行ってくれる」「処置や手当をする時、ケアの内容とその理由を毎回説明してくれる」「訪問する看護師が変わっても、同じ看護を受けることができる」「本人・家族の話をよく聞いてくれる」「本人・家族への説明をきちんとしてくれる」「この先、本人の状態がどうなりそうかを予測して、注意点や対処方法を教えてくれる」「医師・ケアマネジャー・関係機関と連絡・連携をとってくれる」の 10 項目について、「はい」「いいえ」「どちらともいえない」の 3 段階で質問している
・「訪問する看護師が変わっても、同じ看護を受けることができる」をオリジナル項目として独自で質問項目に追加した
・ケア方法が看護師によって違うことで、利用者の満足度が低かったため、ケアの方法を統一した。ケア方法について、対応の違いを感じた意見が多かったのは「全身状態の観察」、「リハビリ・体位の調整」、「内服に関するアドバイス」、「清潔に関する援助」であった。「全身状態の観察」「清潔に関する援助」については、「ケア統一表」を作成し、実際訪問時に実施しているケアを一覧で利用者ごとに記載している。「リハビリ・体位の調整」については、写真でポジショニングやリハビリの方法をまとめている。「内服に関するアドバイス」については、「内服管理表」を作成し、内服管理をしている利用者には、内服管理方法、頓服薬の使用方法などについて一覧で確認できるようにしている。以上について日々のカンファレンスにて情報共有を密にした。その結果、経年で調査している満足度が改善した
・「ケア統一表」で処置方法を統一して記載している。利用者ごとに「ケア統一表」を作成し、すべての利用者について、「ケア統一表」を作成している
・アンケート結果を受け、カンファレンスで結果の考察や次年度の課題を話し合っている。内容としては、主に利用者・家族への説明の仕方、ケア方法の統一などについて話し合われ、改善している
・集計結果を地域に向けた病院の広報誌に掲載している

○　**ケアマネジャーへの満足度調査**

・今年度はケアマネジャーへの満足度調査、アンケート調査を実施する予定

・アンケート調査は「当訪問看護ステーションに相談しやすいか」「当訪問看護ステーションと連携がとれていると感じるか」「十分な医療情報などの共有がされているか」「新規利用者の依頼をしやすいか」「訪問看護師の言葉遣い、態度」「看護サービスの内容に満足しているか」「訪問看護師の緊急時、予定変更への対応が良いか」「利用者から当訪問看護ステーションの苦情を受けたことがあるか」「利用者からの苦情を報告・相談しやすいか」「当事業所を利用者に勧めたいと思うか」の 10 項目について、「はい」「いいえ」「どちらでもない」の 3 段階で質問している

○　**職員満足度・面談**

・年 1 回、看護部で実施している。訪問看護スタッフの満足度は概ね高かった

○　**事業計画・目標の立案：病院との関連**

・年間の目標などは病院の目標、看護部の目標を確認し、訪問看護部の目標に落とし込んでいる

・年間目標は月間評価、中間評価、年度末評価をしている

・自治体病院のため、定期的に自治体に経営状況を報告する義務がある

・経営の数値、超過勤務、有休の取得状況、緊急呼び出し回数をグラフにて可視化している

3　その他

○　**在宅看取りの増加**

・2022 年度は 2021 年度に比較し、在宅看取り人数が倍に増えた。理由としては、併設病院の内科医師による訪問診療が充実したことが大きい

・随時カンファレンスを実施することで、併設病院の医師との綿密な情報共有が図れるようになった。在宅看取りや訪問診療を経験したことがない医師の場合でも、訪問診療が実施できるように変化した。それは、訪問看護事業所による事例を築き上げ、関係性を作ったことが要因だと考えている

事業所８）

〈事業所の概要〉

所在地	福島県
事業開始年	2005 年
開設主体	一般財団法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	6 か所（ただし、運営は独立している）
他に運営している施設・事業所	看護小規模多機能型居宅介護/居宅介護支援/相談支援
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	12.2 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	3.0 人
その他の職員	11.1 人
認定看護師人数・分野	1 人（家族看護）
専門看護師人数・分野	1 人（救急看護）
特定行為研修修了看護師数・研修区分	1 人 ・呼吸器（気道確保に係るもの）関連 ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 ・呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 ・栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・動脈血液ガス分析関連
利用者数（令和４年４月分）	
介護保険（予防を含む）	42 人
医療保険	36 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	2 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	11 人
報酬・加算の届出状況	・機能強化型訪問看護療養費 2 ・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○訪問看護事業所の運営方針は「訪問看護サービスの質の向上と、在宅医療の充実を図る。いつものくらしを、その人らしく最後まで支える。必要なときに、必要なケアを提供する。」
○看護小規模多機能型居宅介護事業所（以下「看多機」と略す。）と併設し、訪問看護事業所とほぼ一体で運営している
○毎朝 10 分間朝礼を行い、理念の共有をしている
○月 2 回のケアカンファレンスを実施している
○ACP について、スタッフの意識を高め、相談・実施することで PDCA サイクルを回し、よりよい ACP の実施へ繋がっている
○事業所内での利用者の情報共有は、記録ソフトの「連携の記録」の活用だけでなく、スタッフ間で直接話すことも重要だと考えている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　カンファレンス

・毎朝、朝礼の形でカンファレンスを実施している
・毎日、所長からの話の時間があり、それによりスタッフ間にも理念の浸透が図られていると考えている。他に、業務上の連絡、インシデントの報告等も行っている

○　事例検討

・事例検討(ケアカンファレンス)では、新規事例や困難事例、サービス担当者会議での方針変更が生じた事例等を取り上げて検討している
・訪問看護事業所でのカンファレンスは月 2 回、看多機でのカンファレンスは月 1 回実施している。看護職の担当者がローテーションでテーマを決めている
・作業療法士等も参加し、リハビリテーションの観点でも事例検討を実施している
・事例検討では主に、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)や呼吸器ケア等の事例について検討している
・ACP については、看多機が併設しているため、看多機を利用している場合、家族も利用者の状態が段々と悪化している状況を理解しやすい。また、看護師は家族に繰り返し話をしやすい環境となっている。看多機は利用せず、訪問看護サービスだけを利用している場合、訪問看護以外の他事業所のサービス利用もあり、自事業所だけの関わりではないため、対応の工夫が必要である
・看多機での関わりを通して、ACP の必要なタイミングや介入方法等を訪問看護のスタッフにも共有し、スタッフ全体で検討、相談している。この効果として、看多機の利用者だけではなく、訪問看護の利用者にも ACP の介入について適用、応用ができている

・事例検討の効果は、例えば、ACP を進めていくなかで主治医からの重要なインフォームドコンセントの説明のタイミングについて、看多機での経験を活かし、主治医と連携して調整を図ることができる
・ACP は状態に応じて説明や意思決定のターニングポイントがあり、そのタイミングを逃さないことが重要であるが、事例検討を繰り返すことでタイミングの判断がスタッフ全体で共有できる
・特に利用者の価値観が大事になる ACP や看取りは、事業所の理念がスタッフに浸透することで、ケアの方向性を進められている
・重要な病状等の説明のタイミングを事業所内で統一できることは、事業所としては訪問の割り振りができ、訪問するスタッフは利用者への説明を管理者とともに確認がきる
・訪問して説明した結果を管理者等に報告をすることは、次の対応につなげることができている
・看護職と介護職が共通して行うケア（口腔、栄養ケアなど）は、看多機のスタッフも含めて検討することで、ケア方法の統一ができている
・看護師は医療的な側面から介入することが多いが、生活全般の側面からのアセスメントも大事にして介入している

○　専門的な研修を受けた看護師等の活用：統括・管理・チーム体制（専門的な研修を受けた看護師等の訪問調整や助言）

・自事業所には特定行為研修修了の看護師が所属しているため、人工呼吸器の取扱いやケアについて困ったことがある場合、カンファレンスで共有し、特定看護師等の訪問調整をしている
・人工呼吸器のケアについて、例えば、夜間アラームが鳴り続けて母親が寝られない状況の時は、特定行為研修修了の看護師がアラーム履歴の確認し、分析した結果を伝えることで母親の安心につながった
・別の事例では、痙攣が多くなっている子どもについて、痙攣後の状況を母親に聞き取り、痙攣後の入眠では SPO2 は下がらない点をデータで確認した。この内容をケアカンファレンスで検討し、主治医への連絡や処方薬の相談等につなげた。母親には痙攣の動画を撮り、受診時に主治医に情報提供するよう伝えた
・小児で人工呼吸器を使用している利用者が複数名いるため、それぞれの利用者への対応をカンファレンスで共有している。共有することで、事業所としての人工呼吸器ケアの質向上に取り組んでいる

２　事業所の評価

○　科学的介護情報システム（LIFE）のモデル事業の実施

・訪問看護のアセスメントやケアについて、LIFE を試行したことで、事業所で抜けている視点に気付くことができた。例えば、認知症で会話がでる利用者や食事が摂れる利用者の口腔ケアは、訪問介護が介入することで、これまでのケアが十分でなかったことに気づいた

・独居利用者の短期記憶がない人に口腔ケアの指導をしても、それを我々が自己評価として「実施した」と評価して良いのか疑問に感じる。継続性が無ければ意味がないため、訪問看護に LIFE の導入は難しいように思う

３　その他

○　記録ソフトの活用（連携記録）とスタッフ間の「直接の会話」の重要性

・訪問前に記録ソフトで利用者の状況を確認し、次の訪問予定の人には直接話をして状況を伝えている

・記録ソフトのなかに「連携記録」の記載欄を作成していることが特徴的である。他の事業所との連携状況を記録し、事業所内で共有している。集計はできないが、この内容がシステムで集計できるとよいと思っている

・スタッフ間の「直接の会話」が１番の共有方法と言える。併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーも含め、情報共有をしている

○　システムの活用

・システムは看多機の請求ソフトと連動している

・日々のアセスメントを入力できるため、計画書作成時間を短縮できている

○　スタッフ体制

・看多機と訪問看護事業所をほぼ一体で運営しており、看護スタッフと介護スタッフは、看多機と訪問看護を兼務している

・看多機の利用者（登録）は 26 名である。訪問看護事業所と併せて１か月あたり 800～900 回の訪問を行っている

・訪問スタッフは受け持ち制ではるが、固定ではない

事業所９）

〈事業所の概要〉

所在地	大阪府
事業開始年	2004 年
開設主体	医療法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	無
他に運営している施設・事業所	診療所、居宅介護支援、療養通所介護、児童発達支援(放課後等デイサービス)
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	21.4 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	4.2 人
その他の職員	2.5 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	4 人（訪問看護、在宅ケア、認知症看護、緩和ケア）
特定行為研修修了看護師数・研修区分	2 人 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ・創傷管理関連 ・ろう孔管理関連 ・精神及び神経症状に係る薬剤管理関連
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険(予防を含む)	212 人
医療保険	88 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	8 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	32 人
報酬・加算の届出状況	・機能強化型訪問看護管理療養費 1 の届出 ・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出

〈ポイント〉

○経営母体の基本理念は、「地域住民による多年にわたる自由獲得の人権運動の努力と成果をふまえ、安心し信頼できる地域医療機関としての役割を果たすため、治療・予防・在宅を３本柱としケアしていく」である

○選ばれる訪問看護事業所になるために努めていることは、看護の質を維持・向上するために自己研鑽し続けることと考えている。また、地域の他事業所の方と顔の見える連携を心がけている
○伝統芸能のように、訪問看護の技を伝達していくことが自事業所の役割だと思っている。 訪問看護師のチェックリストでは測れない、肌で感じる感覚や判断を大事にしたいと思っている
○毎年新人看護師を採用しており、半年～１年は同行訪問を実施している。また、1年間は研修生として併設施設の診療所や療養通所介護等にて研修を実施している
○アセスメント能力を高めるために、同行訪問の際は、「こういうアセスメントをしたから、このようなケアをした」という看護過程を丁寧に言語化して説明するようにしている
○頑張った部分の評価は、職員の自信につながり、職員が幸せであれば、自然と利用者のケアの質が上がり、利用者の幸せにつながる
○医療機関へ紹介された利用者の在宅での療養の様子、薬剤やケアの変更点などを文書でフィードバックしている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　カンファレンス

・連絡事項や全体で共有する必要のある利用者について申し送りをした後、チームに分かれ、毎日 30 分間、情報共有を行っている

○　事例検討

・月 1 回、毎回テーマを決め、業務改善会議と勉強会を行っている
・会議運営は新卒 3～4 年目が担当している。事前準備（テーマの周知、司会依頼等）から当日の会議運営までを担当が行っている
・事業所内での会議運営は、事業所外で開催される会議参加の為の練習の機会ととらえている
・事例検討では、建設的に話し、結果としてのケア方法だけを発言するのではなく、それに至った前後のアセスメントも発言するよう心掛け、事業所全体の学びとなるように取組んでいる

○　専門的な研修を受けた看護師等の活用

・認定看護師が困難事例の訪問を率先して行うことで、スタッフが安心して訪問できるように土台作りをしている
・スタッフは認知症看護認定看護師と一緒に同行訪問することで、認知症の利用者のケアや対応方法について学んでいる。認定看護師だけではなく、スタッフも認定看護師と同様のケアができるように教育している

○　**記録の統一**

・初回訪問時の記録書、フェイスシートは統一した書式を用いて記録している

○　**個人面談**

・個人面談を半年に１度の頻度で行っている

・個人面談は「目標設定シート」に目標課題を各スタッフ２つ（看護についてと、事業所内での役割やチームワークについて）設定し、「実行手段計画」「結果」を記載し、それをもとに面談をしている。例えば、「ターミナル期の看護」が目標であったならば、「実行手段計画」としては、研修の受講やケアの振り返り、チームで相談をするなどがあった

・個人面談では知識や技術面での評価表を用いて評価をしていたが、点取り表のようにできてないことを一生懸命克服するような指導になってしまう。そのため、今は個人で目標を立てそれに対して、できる力のところだけを発揮して、生かせるような指導にしている

・個人面談では、面談後スタッフが元気になるように面談する管理者は批判的なことは一切言わず、頑張っている事、できていることを褒めるようにしている

○　**研修**

・定期的に研修を受講できるような体制を構築している。研修はチラシやメッセージアプリで随時情報提供している。精神や小児訪問看護等の分野など、個人面談などでのスタッフ個人の目標をもとに、スタッフから学びたいと希望があった場合には、その都度該当の研修を管理者が紹介している

○　**新人教育・同行訪問**

・新人看護師の教育の一環として、併設施設の診療所や療養通所介護等で１年間研修を実施している。訪問看護事業所では半年～１年間は同行訪問を行っている

・毎年新人看護師を採用しているため、事業所の特徴として新人看護師が多い。このため、先輩看護師は、「こういうアセスメントをしたから、このようなケアをした」という看護過程を丁寧に説明するようにしている

・言語化して説明できる看護師を目指しているため、「きっと分かっていると思うけど、確認するので教えて欲しい」と、質問するようにしている

・技術的な課題が見つかった場合は、次に同行訪問する看護師に指導して欲しい内容を具体的に伝える

・通常、新人看護師が小児の訪問をするのは難しいと言われるが、併設の療養通所介護・児童発達支援等(放課後等デイサービス)で研修をすることで、人工呼吸器や胃ろう、吸引の取扱いができ、併設施設の送迎を通して、併設施設だけではなく訪問看護も利用している小児の保護者と顔見知りの関係を構築することができる。その結果、新人看護師でも、小児の利用者はスムーズに受け入れられることができる

・自事業所では技術チェック表を作成していない。その理由は採血や点滴、膀胱洗浄等はチェック表では合格しているが、利用者が変わるとできないという事もある。そのため、できないところをできるようにするよりも、「できる力」の部分を活かせるように人材配置をしている

○　地域連携方法：ハッピーライフ通信

・医療機関等利用者の紹介元へ「ハッピーライフ通信」という手紙を、退院後 2～3 週間以内に送付している。「ハッピーライフ通信」では、退院後の在宅での療養生活について療養者の写真をつけて紹介元へ報告し、退院指導された内容のなかで、在宅移行後変更した点を肯定的にフィードバックしている

・紹介元の病棟看護師から「在宅の様子が見えない」という意見がありこの取り組みを始めた。紹介元の病棟看護師より、「ハッピーライフ通信」を通して、在宅での様子を知ることで、悩みながら退院指導をしていたことが間違っていなかったと自信になったという意見があった。また、この取り組みを開始してから、在宅療養を意識した退院指導をしてくれるようになった印象がある。主治医からは訪問看護報告書よりわかりやすいという意見もあった

○　フィードバック：職員の特徴による評価、利用者への配置

・職員の性格や技術、アセスメント力を考慮して特徴を 3 分類※にわけそれぞれの看護師の特徴ごとに職員 3 人から 5 人を一チームとして、訪問する利用者を振り分けている

2　事業所の評価

○　職員満足度評価

・職員の満足度評価は法人内で統一して年 1 回行っており、項目は法人独自のものを作成している。「今の職場に満足しているか」を 4 段階、「やりがいのある仕事」「仕事内容が自分にあっている」「スキル・能力が身につく職場環境」「社員教育・キャリア開発などの制度が充実」「ワークライフバランスが保たれている」「法人内の人間関係が良好」の項目を 5 段階で評価している

・職員の満足度が上がるとケアの質も上がると考えている。職員の幸せためにどうすればいいのかということを考えれば、自然と利用者の幸せにもつながると思っている

・頑張った部分を評価してもらえることは、職員の自信につながると考えている

・職員満足度評価は、訪問看護、診療所、居宅介護、療養通所介護の 4 か所で実施している

・調査結果で「気を使って帰れない」という意見があり、ノー残業デーを設ける等、事業運営にも活かしている

3　その他

○　既存の評価指標

・日本訪問看護財団や全国訪問看護事業協会の評価表も過去5年ほど使ったが負担感があるため止めた経緯がある。大事にしていることを測れるツールがなかなかないので、システムでは測れない職員の幸せを大事にしている

○　選ばれる訪問看護ステーションになるために大事にしていること

・同地区に40か所以上の訪問看護事業所があるため、選ばれる事業所になるためには、職員の努力や質の向上が必至だと日頃から伝えている

・選ばれる訪問看護ステーションになるために努めていることは、看護の質を維持・向上するために自己研鑽し続けることと考えている。このために、働きながら学べる環境を作り、定期的に勉強会を開催し研修に参加する、活用できる資格を取得する支援をしている。また、地域の他事業所の方と顔の見える連携を心がけている。このために、他事業所、連携先とのカンファレンスやサービス担当者会議には積極的に参加する、定期的に交流の場に参加する、新規依頼を快く受けることを事業所として心がけている

・伝統芸能のように、訪問看護の技を伝達していくことが自事業所の役割だと思っている。訪問看護師のチェックリストでは測れない、肌で感じる感覚や判断を大事にしたいと思っている

※看護師の3分類

・先発：アセスメント能力に優れどのようなケースでも対応できる看護師。家に入った瞬間に家族の空気感等を感じ取れる。経験年数だけではない、人間観察力にたけている感性・人間力ともいえる。専門看護師や認定がそれにあたる

・中継ぎ：特殊な処置ではなく、基本的な技術があれば訪問できるというケースを担当する

・抑え：抑えは先発兼抑え。先発でも抑えにもなれる看護師

事業所１０）

〈事業所の概要〉

所在地	静岡県
事業開始年	2000 年
開設主体	医療法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	2 ヵ所
他に運営している施設・事業所	病院、通所リハビリテーション、介護医療院、居宅介護支援、介護老人保健施設、健診センター
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	5.2 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.6 人
その他の職員	2.0 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	1 人（訪問看護）
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険（予防を含む）	44 人
医療保険	26 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	3 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	14 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出

〈ポイント〉

○病院併設の訪問看護事業所であり、デスカンファレンスや倫理カンファレンス等で事例を共有している

○「サマリー返し」の取り組みで在宅での様子を医療機関へ伝えることで連携の強化が図られている

○病棟との連携を強化することで以前より入院期間が短縮された効果が表れている

○これまで在宅で看取りや医療的ケアが必要な人は医療機関や施設への入院・入居が多かった地域であったが、訪問看護事業のなかで地域資源を整備した結果、在宅看取りや在宅での医療ケアが推進された

○ボランティアで地域の活動に参加し、体験を通して地域資源を知る機会をつくっている。通り一辺倒な看護知識だけではなく実践レベルで地域を把握するよう努めている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　カンファレンス

・１週間に１回カンファレンスを行い、利用者の状況の共有をしている

○　事例検討：利用者カンファレンス

・月に１回利用者カンファレンス（事例カンファレンス）を行い、事業所内でケアの振り返りを行っている

・毎月担当者１名を決め、担当者が事例を提供する。事例の利用者は担当者が受け持っている利用者だけではなく、事業所内で何か問題になっている人などをあげている

○　事例検討：デスカンファレンス

・すべての在宅看取りの事例について、事業所内で事例検討、カンファレンスを行った後、デスカンファレンスとして、併設病院との報告会に同事例を出すことも多い。毎月１回、併設病院と合同で振り返りを行う報告会を実施している

・併設病院が作成した倫理委員会マニュアル「終末期の治療・ケアに関する振り返り」の様式を使用し、「事例の概要（年齢・性別・主病名）」「終末期の治療・ケアの経過」「検討結果とその対応」を整理している

・デスカンファレンスを行うようになり、併設病院の医師の意識も、終末期のタイミングで退院し、開業医に返すことを躊躇していたのが、早期に退院する方向で良いと変わってきた。その結果、在宅で看取る場合について、以前より併設病院からの退院が早まった。また、自事業所に訪問看護を依頼されることも増えた

○　事例検討：倫理のカンファレンス

・併設病院が作成した倫理委員会マニュアル「倫理問題」の様式に則り、療養者・家族とサービス提供者と意向のずれがある事例や身体拘束に関する事例などを取り上げ、ケアの中での倫理的ジレンマを整理している。月１回、併設病院の医療福祉相談員やケアマネジャー、病棟の看護師長なども参加し検討会を行っている

・「倫理問題」の様式では「倫理上の問題点」「事例」「検討結果とその対応」を整理している

・検討会では、看護倫理綱領や倫理原則を活用して、なぜ自分達がジレンマを感じたのか、どう対応すると良かったのかなど振り返りを行っている

・倫理の検討会では、検討が終わった、良い結果だったケースの振り返りの報告もあるが、今現在問題が起こっているケースをあげることも多い

○　**記録の統一：終末期ケア介入チェックリスト**

・終末期における確認リストを作成し、説明や意思決定などがどこまでされているかをスタッフ間で共有できるようにしている

・確認リストは「退院時カンファレンスの方針」「意向確認（最期の療養場所の希望、胃瘻、呼吸器の使用、緊急契約など）」「終末期カンファレンスの設定」「在宅サービス」「看取りのパンフレットを渡した日程とその反応」「宗教の有無や段取り」などの項目で構成されている

・看護記録Ⅱは、どこまで療養者・家族に説明したのか一見して経過を追いにくいため、確認リストで管理している

・「意向確認」の項目では、ターミナルの経過よって意向が変わることも多いため、退院前と主治医が在宅医に代わったタイミングなどで、再度説明と確認をできるように複数回、項目を設定できるようにしている

○　**サマリー返し（訪問看護連絡票）**

・訪問看護ステーション協議会が作成したフォーマットを活用し、退院後の利用者の在宅療養の状況を報告する「サマリー返し」（訪問看護連絡票）を作成している。退院後、次回の医療機関の外来受診日までに、入院していた医療機関に送付している

・初回訪問後の状況で、体調が悪化していた場合、今後、緊急訪問が予測されることや外来受診が予測されるようなことや、医療処置のこと、家族の退院指導後の理解の補足や支援、家族状況などの医療機関に伝えたいことを記載している

・「サマリー返し」は「初回訪問日」「利用者の病状」「緊急訪問の有無と回数」「緊急連絡の有無と回数」「予定外の外来受診」「医療処置のトラブル」「再入院の可能性」「家族の状況」の項目があり、それぞれ記載している

・「サマリー返し」は基本的にFAXで送付している。訪問看護報告書は病院によっては、退院調整の看護師の手元に届くこともあれば、電子カルテにスキャンされて医師や看護師の目に留まることがない場合もある。診療所や小規模な病院などは紙で内容を担当者に回覧してくれる現状があるため、FAXで送付する「サマリー返し」の方が手元に届きやすいことがある

・病棟看護師は、退院指導をして「たくさんの医療処置を教えたけど、大丈夫だったのか」と気になっていたが、サマリー返しを通して安定して過ごされていることを知り安心したということがあった。病棟看護師に在宅での様子を報告することは大事だと思っている

○　**個人面談**

・四半期ごとの個別目標管理票があり、スタッフごとの自己評価を記入する
・個別目標管理表では、「病院・看護部・部署方針」「自分の将来の姿・求める姿」「今年度の役割（部署での役割）」「SWOT 分析」「目標・実施計画・成果」「自己評価（4 半期ごと）」を記入する
・半年に１度の頻度で管理者が面談をして評価をする

２　事業所の評価

○　**利用者満足度調査**

・県訪問看護ステーション協議会が利用者満足度アンケートの作成・実施・分析を行い、各訪問看護事業所へ結果がフィードバックされている
・満足度の質問の内容は「訪問時間は守られている」「いつでも連絡がつき、相談に対応している」「言葉遣いや態度は良い」「サービスについての事前説明」「分かりやすく教えているか」「思いや不安などよく聞いているか」「からだの状態や病状などの説明」「処置や手当は手際よく丁寧」「伝えたことが他の職員に伝わっている」「医師やケアマネジャー等と連携」「利用で、不安や困ったことが軽減」「看護師が変わっても同じケア」について 4 段階で質問している

○　**事業計画・目標の立案**

・四半期ごとの目標管理シートによる目標を立てている
・目標管理シートでは、「病院・看護部・部署方針」「自分の将来の姿・求める姿」「今年度の役割（部署での役割）」「SWOT 分析」「目標・実施計画・成果」「自己評価（4 半期ごと）」を記入している

３　その他

○　**地域資源を知る機会の設定**

・（所長が就職する前に地域診断をし、業務に生かした体験から）スタッフも地域活動（地域包括支援センター主催の詐欺対策の勉強会や介護教室相談会など）にスケジュール調整して業務内で参加し、地域資源を知る機会をつくっている
・市で開催している栄養教室や体操教室、詐欺対策の勉強会等に参加することは訪問看護にも活かせると思っている。研修会参加後、「あなたが訪問看護として、やるべきことは何ですか」というテーマで参加スタッフそれぞれが感想をまとめ、自事業所スタッフ全員で共有している
・一般的な看護の知識だけではなく、実践レベルで活用できる地域資源の把握をすることは必要だと思っている

○　在宅療養移行を可能にするような地域資源の整備

・数年前まで（認定看護師着任前　2019 年）看取りの際は、在宅での看取りはほぼなく、病院に入院や施設に入居するという地域の特性があった。訪問看護事業所として、積極的に在宅での看取りや困難事例の新規利用者を受けることで、在宅での麻薬管理や医療的ケアの事例や看取り件数が増えた

・在宅での看取り件数や困難事例の訪問看護依頼数が増えた要因として、管理者が認定看護師であり、そのため難しい症例も依頼してくるようになった経緯がある

・他の要因として、これまで在宅看取りを行っていなかった地域の診療所の医師などに手紙を送り、どのような症例でも地域で看ることができるということを認識してもらうような下地づくりを行い、退院する病院の方にも主治医となる診療所の医師の実績などを説明し、安心して利用者を送り出せる下準備を行ったためだと思っている

・在宅看取りが進む体制として、訪問薬剤師を探し、必要とされる器具（点滴調剤のできるクリーンベンチ）について相談し、整備してもらう事で（ちょうど予定もあったそう）訪問診療医が運んでいた点滴や麻薬を地元で調達できるようにした。診療所の在庫管理の負担が減った。また利用者にとっても自宅に多量にストックする事もなく、必要時に配達され助かっている。看護師も調剤に係る時間が削減され、必要なケアにあたれるようになった

・全てを訪問看護師が担うのではなく、ヘルパーなどの導入があればその部分は他のサービスに任せるといったサービスの引き算も必要だと思っている

事業所１１）

〈事業所の概要〉

所在地	東京都
事業開始年	1994 年
開設主体	財団法人
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	3 カ所
他に運営している施設・事業所	居宅介護支援、療養通所介護、児童発達支援（放課後等デイサービス）、就労支援
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	7.4 人
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1.0 人
その他の職員	1.3 人
認定看護師人数・分野	1 人（在宅看護）
専門看護師人数・分野	1 人（緩和ケア）
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険（予防を含む）	49 人
医療保険	34 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	3 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	7 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○事業所のモットーは「希望と安心をお届けします」

○初回訪問時に得た情報は、看護診断（NANDA）をもとにした情報アセスメントシートに記載して総合的にアセスメントできるようにしている

○月 1 回事例検討をし、自事業所で作成したターミナルケア報告書の枠組み（成功、課題、自分の学びになったこと）に則って報告している

○必要に応じて事業所内でオリジナルのアセスメントシート等の様式を作成している

○事例検討を通してスタッフが自ら学び、各々が得意分野を持っているのが自事業所の特徴であり、事業所の質向上につながっている

○毎月 1 回、地域住民向けにフレイル予防や感染予防など、毎回テーマを決めて地域の相談活動を行っている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　カンファレンス

・カンファレンスを週 1 回行い、利用者の経過や新規事例、ターミナルの事例について共有している

・カンファレンス内容は整理して保存しているため、いつでも過去の事例を確認することができる

○　事例検討

・事例検討を月 1 回実施している。事例検討は困難事例や在宅看取りをした場合にはその事例について振り返りを行っている

・ターミナルケアの事例に関しては、訪問看護認定看護師が作成した「ターミナルケア報告書」の枠組みに則って報告している。自分が看取る中で課題に思ったこと、看取りを通して考えたことをスタッフ全員で共有し、課題についてディスカッションしている。「ターミナルケア報告書」は看取り後 1 か月以内に記載するようルール作りをしている

・困難事例については、「事例の概要」、これまでの「経過」と今現在困っていることを「相談したいこと」として整理して記載している

・事例検討は 30 分間で行うため、質問で討論が終わらないように、発表者は課題に結び付くよう事例を整理して記載し、参加者は事例検討の前に確認するようにしている

・ディスカッションした内容を蓄積することで、例えば、痛みのマネジメントや独居の看取りをどう支えるかを考えるという際に活かしている。他にも、今は特に筋萎縮性側索硬化症(ALS)の利用者の人工呼吸器を装着するかどうかの意思決定支援を事例検討で取り上げることで、同じような他の利用者の意思決定支援にも生かしている

・実際に困った事例を事例検討に出し、さまざまなアドバイスをもらう中で、担当スタッフがさらに学び直しをして、学びを深めている。さらに、事例検討の結果を実践に生かすことで、ALS に特化した難病看護師の資格やリンパ浮腫療法士、呼吸療法士等の資格取得や専門的な研修を受けるなど深い学びにつながっていくことも多い。その過程を繰り返すことで、スタッフの強みとなっていき、スタッフの強みとキャリア支援は結び付いている。スタッフがそれぞれの強みを持っていることが自事業所の特徴だと言える。それが事業所として質の向上につながっている

・管理者がスタッフの訪問先の調整をする場合には、スタッフのキャリア形成も考えながら訪問先を割り振るようにしている。その際、スタッフが事例検討であげて経験した事例と同じような利用者を割り振ることもしている

・事例検討を行う意義は、訪問は基本的に１人で行うため、個々で大事にしている部分や看護展開をスタッフ全員で共有することは大事だと思っている。自らの看護を振り返り、そのケアは利用者にとって最善だったのかをみんなで共有すること、スタッフ間で大変な問題に向き合っていることを認め合うことはモチベーションにつながる

○　統一したアセスメントシートの利用：情報アセスメントシート

・初回訪問時にアセスメントした内容は、「情報アセスメントシート」に記入し、NANDA の領域別に主観的データ、客観的データの情報集についてチェックリストで記載し、誰でもすべての情報を網羅して情報収集できるようにしている。また、「情報アセスメントシート」を使用することで、情報の分析と看護問題の立案のプロセスを明確化できるようにしている。これによって、新人看護師でもキャリアがある看護師が訪問しても、同じように情報収集や看護問題の立案をできるようにした

・看護問題の有無を評価する方法については、各領域の主観的データについて「はい」「いいえ」をチェックし、「はい」にチェックが付いた場合に客観的データを追加し、看護診断名に結び付くという立て付けになっている。問題を立案した後、各領域の「アセスメント」の欄にアセスメント内容を記載する

・「アセスメント」には、収集した情報から、看護介入が必要なのか、具体的な看護介入を記入する

・1 回の訪問で情報を全て取得することは難しいため、「アセスメント」や「主観的データ」「客観的データ」の部分などは初回訪問からその後の訪問でも追記していき、月末の訪問看護報告書を作成するまでにデータを揃えるようにしている

・初回の看護計画立案が一番重要なため、「情報アセスメントシート」は主に初回訪問時に使用している。アセスメント内容は 2～3 カ月後など定期的な見直しが必要であり、初回訪問後は、日々の記録や看護計画の評価の中で見直している

・「事例検討」で話合ったことや現状悩むことなどの「事例検討」の結果を踏まえて、現状の「情報アセスメントシート」だけでは不足していることを追記し、「情報アセスメントシート」の内容を随時ブラッシュアップしている

・使用する薬剤や人工呼吸器、訪問看護を取り巻く様々な状況や情報が、年々変化するため、その都度勉強会をしながら「情報アセスメントシート」を刷新してきた経緯がある。現在は、事例検討に上げられたきっかけで「情報アセスメントシート」を改善するという流れになっている

・直近で「情報アセスメントシート」に追記したものは、新型コロナウイルス感染症の内容である

○　統一したアセスメントシートの利用：疼痛アセスメントシート

・疼痛症状は評価が難しいため、事業所オリジナルで様式を作成している。項目は痛みが起きた時間、不快感の有無、何時に薬を使用したか等を記録している

・どのような痛みに対してどのようにコントロールしたかが、記録を追わなくてもわかりやすく、時系列でみられるように疼痛アセスメントシートを作成している
・疼痛アセスメントシートは「頓用薬（レスキュー）を何時に使用したか」「使用前後の痛みの変化と効果」「吐き気」「眠気」「排便」「睡眠」を記載する
・他にターミナルの時の苦痛をアセスメントするのに「生活のしやすさシート」を使用している。このシートを用いて、「痛み」「眠気」「だるさ」「食欲不振」「嘔気・嘔吐」、「レスキューの使用状況」「精神状況」などをアセスメントしている
・これらのアセスメントシートには内服状況だけではなく、看護師が行ったリラクゼーションなどのケアを記入している。これらのアセスメントシートを用いて、薬ではなく、リラクゼーションケアを実施した時に疼痛の数値が改善したと示すことができれば、自分たち看護師が実施したケアの評価を数値化できると考えている。今は訪問した看護師は疼痛など利用者の状態が改善していることを主観的にはわかるが、他の訪問していない看護師にも改善していることを客観的に示すことができていないことが自事業所の課題として捉えている

○　統一したアセスメントシートの利用：統一した服薬シート

・内服薬は変更が多く把握しにくいため、事業所オリジナルで、一見して服薬内容を確認できる統一した服薬シートを作成した

○　統一したアセスメントシートの利用：統一した排便シート

・毎日の排便記録を排便シートにまとめ、経過として一覧で見られるようにした

○　統一したアセスメントシートの利用：統一した栄養管理シート

・特に慢性閉塞性肺疾患（COPD）など栄養管理が必要な利用者に対して摂取カロリー、食事内容、栄養補助食品の使用などを一覧に記載して管理して把握している
・これらの「疼痛アセスメントシート」「服薬シート」「排便シート」「栄養管理シート」などは全員の利用者について作成しているのではなく、「情報アセスメントシート」でアセスメントをし、その結果、介入が必要な利用者に対して作成している

○　専門的な研修を受けた看護師等の活用

・緩和ケア認定看護師が中心となり、ターミナルケア報告書の枠組みを作成した。またターミナルケアについて相談助言を行っている

2　事業所の評価

○　科学的介護情報システム(LIFE)

・項目の整理が必要だと思う。例えば栄養状態について、施設では食事は準備されたものを摂れるが、在宅では、例えば日中は家族が不在のため食事の準備ができず「おにぎりしか食べていない」という状況になった場合、栄養状態の評価は在宅では「不十分」となり、施設の評価と齟齬が出るので評価が難しいのではないかと考

えている。訪問看護は食事量だけではなく、体重や活動状況、採血データ等をみて総合的に判断するので施設とは視点が違うと思っている

・LIFE 自体が施設の加算を中心に、あるケアを「しているか」「してないか」で評価していると見受けられた。例えば口腔ケア加算を取るために、「口腔の状態を確認しているか」という項目があるが、在宅では訪問看護が毎回の訪問で口腔内をみて、ケアを実施しているのではなく、訪問歯科診療が入っており、他のサービスと役割分担をしている場合も多々ある。その場合には、口腔ケア加算については訪問看護がケアを「していない」という評価になるのかが疑問に思っている

・LIFE にあげられている栄養も口腔ケアもリハビリテーションも、全て訪問看護がサービスを提供するとなれば提供は可能だが、限られた訪問時間で提供する看護が、LIFE の中に当てはまらない内容や介入していない部分は評価できない、「何もしていない」という評価になるのだとしたら、LIFE は訪問看護の評価にはあまり当てはまらないように思われる

・在宅療養者へのケアはチームケアで行っているため、訪問看護がリハビリテーションを担当してなくても他のサービス、訪問リハビリテーション等がリハビリテーションを実施して、総合的に見たときに療養者が良くなっていくという視点が、LIFE の各事業所のデータ提出では欠けているため、それも課題と考えている

・利用者がショートステイやデイサービスを利用している際は、どのように過ごしているか情報が得られないことが多いため、LIFE を活用して、共通言語として、利用者の状況を把握するには良いツールだと思う。また、施設では同じ利用者をどのように評価しているのか客観的にみられるのは利点だと思っている。しかし、今の LIFE の様式では、在宅の良さや医療的ケア、看護の視点はなかなか伝わらないと思う

○　全国訪問看護事業協会と日本訪問看護財団の評価

・全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」の評価は入力数が多い。評価基準が主観的なため、回答に悩むことがあった

・日本訪問看護財団「訪問看護サービス質評価のためのガイド」は紙での評価なのでシステムなどで自動計算され、レーダーチャートが作成されると良いと思う。評価後のフィードバックはレーダーチャートで示され、簡単な助言の文章（その評価の部分が低い時はこういうことができてないのかもしれない、こういうことが足りないのではないか、こうすると自事業所の強みになる等）が示されると良い。文章でのコメントがあると、評価を実施するやりがいがある

○　SWOT 分析

・事業計画を立てるために SWOT 分析を毎年行っている

３　その他

○　スタッフのキャリア形成

・難病、呼吸リハビリテーション等それぞれの分野に特化したようなスタッフのキャリア形成をしている（それぞれの分野ごとの研修受講など）

・事例検討を重ねることでスタッフの特徴、強みや苦手としていることがわかり、スタッフのキャリア形成（研修受講の勧めや資格取得、経験させたい種類の訪問に同行させる等）にも生かしている

・地域の特性として認知症等の高齢者が多い。それぞれのスタッフの強みの分野が重複せず、事業所の中でそれぞれの強みを網羅するようになっているので、多疾患の高齢者に対して結果的にそれぞれのスタッフの強みが生かせることになっている

・スタッフのキャリア形成では、それぞれのスタッフがそれぞれの強みとして持っていることを伸ばしていくことを大切にしている。ある一人がオールマイティーに全ての分野についてできるのではなく、呼吸リハビリテーション、難病のケアやターミナルケア等といった一人一人が１つの分野のことに特化して、チームとして総合的に質の向上が図られているということが自事業所の特徴と考えている

○　記録する際の工夫

・ターミナルケアと意思決定支援については、利用者の言葉をそのまま記録し、書き残すようにしている

○　地域の保健室活動

・毎月１回、地域住民向けにフレイル予防や感染予防など、毎回テーマを決めて相談活動を行っている

事業所１２）

〈事業所の概要〉

所在地	長野県
事業開始年	1993
開設主体	看護協会
自事業所以外に有する訪問看護事業所数	4 ヵ所
他に運営している施設・事業所	居宅介護支援
職員数（常勤換算）	
保健師・看護師	6.7 人（うち 1 人はケアマネジャー専従）
准看護師	無
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.4 人
その他の職員	0.9 人
認定看護師人数・分野	無
専門看護師人数・分野	1 人（訪問看護）
特定行為研修修了看護師数・研修区分	無
利用者数（令和 4 年 4 月分）	
介護保険（予防を含む）	51 人
医療保険	20 人
全利用者のうち 2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	4 人
医療保険：訪問看護ターミナルケア療養費算定者	5 人
報酬・加算の届出状況	・24 時間対応体制加算の届出 ・特別管理体制の届出 ・緊急時訪問看護加算の届出 ・ターミナルケア体制の届出 ・看護体制強化加算の届出

〈ポイント〉

○「住み慣れた地域で暮らせるように、いつでも相談にのれるステーション」を事業所の目標としている

○SWOT 分析での年間目標の立案を実施している。年間計画も県看護協会の「目標達成シート」を参考にして詳細に設定し、定期的に評価と計画の見直しをしている

○事業所内での定期的なカンファレンスや事例検討だけではなく、看護協会立訪問看護ステーション間での発表の機会が年１回あり、そこで特定の事例を発表しケアの振り返りを行っている

1　PDCA サイクルを回すための取組

○　在宅看取り率の集計

・毎月在宅看取り人数を集計している。年間の在宅看取り人数が減少しており、今年は在宅看取り人数を増やすことを目標にスタッフ間で取り組みについて話合った

○　褥瘡の人数の集計

・毎月褥瘡を有する利用者の人数を集計している

○　ケア内容別利用者人数の集計

・膀胱留置カテーテル、経管栄養（胃ろう・腸ろう）、吸引、気管カニューレ・人工呼吸器使用、在宅酸素、褥瘡処置、浣腸・摘便、ストーマ、中心静脈栄養（IVH）・点滴静脈内注射(DIV)、インスリン注射実施人数をそれぞれ保険種別ごとに毎月集計している

○　カンファレンス：

・利用者について個別で相談することはあっても、スタッフ全員が集まり話し合う機会がなかったため、毎週 1 回 30 分間でカンファレンスを開催することになった

・カンファレンスの司会・書記は順番制とし、司会者は前週末までに議題を決め全員に周知している

・話合う内容は現状困っている利用者の事例のことや業務上の改善すべきことにしている

・カンファレンス後、職員アンケートを実施したところ、効果として、「統一した看護の提供」「安全面での安心」「情報共有の機会が広がった」などの意見が多かった

・カンファレンスをする際は、グランドルール（自律：チームの中に埋没しない・協働：ともに活動し高めていく・貢献：チームに貢献・責任：一人ひとりが責任を持つ・敬意：メンバーに敬意を持つ）やカンファレンスのルール（安心して意見を出す。批判せず、話を中断せずブレーンストーミングで聞く。相手の意見も大切にアサーティブな対話で話し合いを進める等）を決めている

・ルールを作ったことは、仲間へ自分の気持ちを伝え、働きかける機会となり、個々の成長にもつながっている

・定期的なカンファレンスを実施することによって、振り返りの機会をもち事業所の取り組みやケアの質向上を行うことができたが、カンファレンスで決まったルールや事業所での取り組み（マニュアルや様式の作成、統一したケア方法など）を軌道に乗せ、定着させることが課題であり、今後はカンファレンスの回を重ねるごとにルールや取り決めの確認の機会を持つことにしている

○　カンファレンス：デスカンファレンス

・デスカンファレンス用紙を活用して、カンファレンスをしている
・デスカンファレンス用紙は、看取りにかかわった職種（ケアマネジャー、介護職、訪問入浴、看護師）に「良かったと思うことはありましたか」「反省していることはありますか」「モヤモヤしていることはありますか」「その他（感じたことなど自由に）」の４項目について、「はい」「いいえ」で回答し、その内容について自由記載を記入してもらっている
・直近では、特に看取りの説明のタイミングについて検討と振り返りを行った

○　事例検討：ミニカンファレンス

・事例検討は随時実施している。ミニカンファレンス（事例検討）で事前にスタッフにアンケートを取って議題を決めているが、困難事例や業務改善などが多い
・ミニカンファレンス（事例検討）を行うことで互いの思いが共有でき、ケア内容を統一しやすくなった効果がある
・ミニカンファレンス（事例検討）を通してスタッフ間で話す機会が増えたことで、いきいきと働くようになったと思う

○　事例検討：看護協会立訪問看護ステーション間での事例検討

・年１回、看護協会立訪問看護ステーション（5 事業所）が事例発表を行い、共同して事例の振り返りをしている。新規事例、困難事例等の検討が多い
・事例検討のテーマは各事業所の年間目標に合わせて設定している。例えば、在宅看取りのことを目標にしていたら、在宅看取りの事例を発表している

○　専門的な研修を受けた看護師等の活用

・週１回４時間、認定看護師の活動（主に地域への教育活動）の時間を確保するよう勤務調整を行っている
・訪問看護認定看護師がスタッフに対してエンゼルケア等の講義を実施している

○　ケア方法の統一：連絡ノート（申し送りノート）

・連絡ノート（申し送りノート）を作成しケア方法を統一できるようにしている
・連絡ノート（申し送りノート）には、訪問時に行うケア（洗浄・洗髪・清拭・シーツ交換・着替え介助・紙おむつ交換等）の注意する点を利用者個別に記入している
・カルテに残す必要がある内容は複写の紙に書いて１枚は連絡ノートで共有し、１枚はカルテに貼り保存している
・複写の内容は、尿量や発熱、注射薬の変更や呼吸器の設定変更、家族からの「手洗いの場所は台所で統一」等の細かい要望なども記載している

○　**ケア方法の統一（手順書）：物品マニュアル**

・カンファレンスを通して、スタッフごとに物品や衛生材料等の使用方法、請求の対応なども違うことがわかった。スタッフごとに使用する衛生材料や物品を統一するために事業所独自にマニュアルを作成した

・CV ポートがある利用者など使用する衛生物品が多い場合には、事業所で統一した物品リストを作成し、物品管理ができるようになった

○　**統一したアセスメントシートの利用：初回訪問時のアセスメントシート**

・初回訪問時に食事、排泄、入浴、整容、移動、麻痺、視力障害、聴覚障害、言語障害、意思の伝達、服薬管理、アレルギー、睡眠、皮膚状態について、アセスメントのチェックシートを作成し、スタッフ全員が統一して網羅的にアセスメントができるようにしている

○　**利用者満足度**

・県看護協会立で統一したフォーマットを活用して毎年定期的に評価している。その結果をスタッフに周知し、どう対応するか話し合いをしている

・「スタッフは訪問時間に遅れる時や変更自には連絡してくれる」「スタッフの言葉遣いや態度は良い（電話対応も含む）」「処置や手当を行う前に説明してくれる」「意見や要望を気軽に言うことができる（利用者ご本人）」「家族の話をよく聞いてくれる」「この先、本人の状態がどうなりそうかを予測して、注意点や対処方法を教えてくれる」等 13 項目を 4 段階で質問している

・内容を整理し、結果の概要を利用者・家族にフィードバックしている

・昨年の結果では、総合的な満足度については、85%が満足と回答した結果だったが、病状を予測した説明や処置に対する説明の部分の満足度の結果が若干低かったため、十分な説明を行うようにスタッフに周知をした

○　**研修**

・事業所全体の研修計画を立案している

○　**地域連携**

・地域の診療情報連携システムで住民の個人情報を参加施設（病院、医科・歯科診療所、薬局、訪問看護事業者、介護関係事業者等）間で共有している。褥瘡などコメントや写真を添付して情報共有に使用している

2　事業所の評価

○　**事業計画・目標の立案：年間目標の立案・SWOT 分析**

・利用状況（介護保険、医療保険ごとの利用者数・新規利用者数・利用終了者数・訪問回数）、利用頻度ごとの人数（1 回/月、1 回/週、2 回/週など）、加算算定人

数、利用者年齢別、要介護度別内訳、常勤患者の看護師の人数、新規利用者の人数等を月々集計している
・SWOT 分析およびスタッフへのヒアリングをした後、年間での取組内容を決めている
・今年度は機能強化型管理療養費 1 を取得することを目標に挙げ、看取り件数の増加や住民からの相談に応じること、実習の受け入れ等を実施することの取り組みを話し合って決めた。その結果、学生実習の指導については訪問看護に興味が持てる内容として指導内容を具体的に話し合い、指導方法や内容を改善できた。他にも小児利用者の新規依頼が少なかったため、連携病院や診療所に自事業所の紹介を積極的に行うことで、小児の新規利用の増加が見込まれる
・訪問看護認定看護師が入職したことから、教育活動の実施について話し合いをする等、具体的な取り組みが挙がるようになった
・1 年間の計画は目標達成シートとして策定している。目標管理シートでは自事業所の目標を策定し、成果目標（行動目標）ごとの成果指標（尺度）、現状値を記入し、目標値と期限、担当者を設定し、成果（行動）目標を達成するための具体的な内容を記入する。成果目標に対する評価は、中間、年度で年 2 回進捗評価をしている。目標達成シートの中間・年度評価は看護協会立ステーション間の所長会議（後述）にて報告、発表と事業所の状況を話し合い情報交換している
・目標達成シートの評価には、目標管理シート作成と評価、クリニカルラダー評価、月々の収入実績による評価、インシデント・アクシデントレポート、苦情受付書による分析・評価、利用者への満足度評価を使用している
・一番大事にしているのは、どのような事業所にしたいか、みんなの目指すところを共有すること
・評価をすることでスタッフ間のコミュニケーションが活発になったと思う

3　その他

○　所長会議（師長会議）

・所長会議を年間 10 回開催し、経営的な分析や目標管理・教育・医療安全制度等について係を作りマニュアル等を作成している
・目標達成シートの中間・年度評価時は所長会議にて報告、発表と事業所の状況を話し合い情報交換している

○　自事業所内のコミュニケーションで大事にしていること

・個々に仕事をして、優秀な人を 10 人集めても、信頼関係や良質のコミュニケーションがなければチームの成果は個々の成果の総和を下回る。皆で活発にアサーティブな意見交換、情報共有をして楽しく働くことを大事にしている

３．システムに関する調査結果

各事業所におけるシステムの実施状況について一覧表にて整理した（図表 2: 各事業所におけるシステム実施状況)。

システムの実施状況として、使用しているソフトを訪問看護サービス専用で開発された「訪問看護専用記録ソフト」、主に訪問介護や通所介護、特別養護老人ホーム等の介護施設サービス等の介護サービスで用いられている「介護記録ソフト」、主に医療機関等で用いられている「電子カルテ」、その他事業所が独自で開発している「独自システム」の 4 種類に分類した。そのうち、「訪問看護専用記録ソフト」は 7 か所、「介護記録ソフト」は 2 か所、「医療機関電子カルテ」2 か所、「独自システム」は 1 か所で使用されていた。

システムの提供体系は事業所内にサーバを設置しシステムを運用する方法である「オンプレミス」、事業所内にサーバを設置せずにサーバ・Operating System(OS)等をクラウド事業者が管理しシステムを提供する方法である「クラウド」、事業所内にサーバを設置せず、サーバ等の管理は、システム提供業者で管理し、システムを提供する方法である「アプリケーション・サービス・プロバイダ(Application Service Provider: ASP)」の 3 種類に分類した。なお、クラウド、ASP ともに、事業所には、端末のみを設置しインターネットを介して運用を行い、ASP は個々のユーザーごとに専用サーバなど「個別の環境」を提供する。システムの提供体制は、「オンプレミス」が 6 か所、「クラウド」が 4 か所、「ASP」が 2 か所であった。

多職種連携に使用されている多職種連携ツールは、医療機関向けに開発された「医療用メッセージアプリ」と医療機関以外でも他業種、個人利用等でも汎用的に用いられている「メッセージアプリ」、その地域の地域包括支援センターが独自に運営するシステムである「地域包括支援センターが運営するシステム」の 3 つに分類された。多職種連携に多種職種連携ツールの使用がある事業所は 7 か所であり、そのうち、「医療用メッセージアプリ」のみを使用している事業所は 1 か所、「医療用メッセージアプリ」と「メッセージアプリ」の両方を使用している事業所は 3 か所、「メッセージアプリ」のみを使用している事業所は 2 か所、「地域包括ケア支援センターが運営しているシステム」のみを使用している事業所は 2 か所であった。

使用しているソフトのうち、LIFE との連携が可能なソフトを使用している事業所は 7 か所であった。

システムを活用した利用者ごとの評価では、各評価の項目ごとに評価の参照をできるデータがシステム上にあるか、過去のデータを確認できる「履歴管理」の機能があるか、データを管理している画面はどこに該当するかを記述した。ADL、褥瘡については、全ての事業所で使用しているソフトで、システム上にデータがあった。褥瘡については、全ての事業所で使用しているソフトにて履歴管理が可能であった。

図表2：各事業所におけるシステム実施状況

事業所所在地		長崎県	福岡県	兵庫県	静岡県	埼玉県	神奈川県	長野県	福島県	大阪府	静岡県	東京都	長野県
使用しているソフト		訪問看護専用記録ソフト	訪問看護専用記録ソフト	訪問看護専用記録ソフト	訪問看護専用記録ソフト	独自システム	介護記録ソフト	訪問看護専用記録ソフト	介護記録ソフト	訪問看護専用記録ソフト	電子カルテ、介護記録ソフト	訪問看護専用記録ソフト	電子カルテ、介護記録ソフト
システムの提供体系		クラウド※2)	ASP※3)	クラウド※2)	クラウド※2)	オンプレミス※1)	オンプレミス※1)	オンプレミス※1)	ASP※3)	オンプレミス※1)	オンプレミス※1)	クラウド※2)	オンプレミス※1)
多職種連携ツール使用		なし	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし	あり	あり	なし
多職種連携ツール		－	医療用メッセージアプリ、メッセージアプリ	医療用メッセージアプリ、メッセージアプリ	地域包括ケア支援センターが運営するシステム	メッセージアプリ	医療用メッセージアプリ、メッセージアプリ	－	－	－	地域包括ケア支援センターが運営するシステム	医療用メッセージアプリ	－
医療連携		－	あり	あり	あり	なし	あり	－	－	－	あり	あり	
介護連携		－	なし	なし	あり	あり	なし	－	－	－	あり	なし	
事業所で評価を実施する際に基にしているシステム機能		褥瘡マネジメント	なし	訪問看護記録Ⅱ・計画書・報告書	なし	訪問看護計画書 訪問看護記録Ⅱ 褥瘡管理	なし	なし	訪問看護記録Ⅱ連携記録（事業所内共有のための記録）	DESIGN-R® 2020	なし	なし	訪問看護報告書 訪問看護記録Ⅱ
LIFEとの連携可否		不可	不可	不可	不可	可	可	可	不可	可	可	可	可
システムを活用した利用者毎の評価	ADL	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	利用者管理	利用者管理	利用者管理	訪問看護記録Ⅰ	その他	利用者管理	利用者管理	報告書	利用者管理	利用者管理	利用者管理	報告書
	IADL	あり	あり	なし	なし	あり	あり	なし	あり	なし	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	あり	あり	－	あり	－	あり	あり	あり
	管理している画面	利用者管理	利用者管理	－	－	その他	利用者管理	－	その他	－	利用者管理	利用者管理	報告書
	認知機能	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	その他	利用者管理	利用者管理	利用者管理	利用者管理	訪問看護記録Ⅰ	利用者管理	訪問看護記録Ⅰ
	認知症の行動・心理	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	なし	あり	なし
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	あり	あり	あり	あり	あり	－	あり	－
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	その他	利用者管理	訪問看護記録Ⅱ	アセスメント	訪問看護記録Ⅱ	－	利用者管理	－
	意欲	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	－
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	その他	利用者管理	計画書	その他	計画書	利用者管理	利用者管理	－
	栄養状態	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	－
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	その他	利用者管理	利用者管理	その他	利用者管理	その他	利用者管理	－
	口腔・嚥下機能	あり	なし	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
	履歴管理の有無	あり	－	－	－	あり	あり	なし	あり	なし	あり	あり	－
	管理している画面	利用者管理	－	－	－	その他	利用者管理	計画書	訪問看護記録Ⅱ	計画書	その他	利用者管理	－
	褥瘡	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	利用者管理	その他	利用者管理	その他	その他	利用者管理	利用者管理	訪問看護記録Ⅱ	利用者管理	その他	利用者管理	その他
	排泄	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	なし	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	利用者管理	その他	－	訪問看護記録Ⅱ	その他	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅰ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ
	日中の活動	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	その他	利用者管理	利用者管理	その他	利用者管理	利用者管理	利用者管理	利用者管理
	薬剤	なし	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	－	なし	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
	管理している画面	－	利用者管理	－	利用者管理	その他	利用者管理	その他	その他	その他	指示書	その他	訪問看護記録Ⅰ
	自立支援促進	なし	あり	なし	あり	あり	あり	なし	あり	なし	あり	あり	なし
	履歴管理の有無	－	なし	－	あり	あり	あり	－	あり	－	あり	あり	－
	管理している画面	－	その他	－	報告書	その他	利用者管理	－	その他	－	その他	利用者管理	－
	疼痛管理	あり	あり	なし	なし	なし	あり	あり	あり	あり	なし	あり	なし
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	－	あり	あり	あり	あり	－	あり	－
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	－	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	アセスメント	訪問看護記録Ⅱ	－	訪問看護記録Ⅱ	－
	ターミナルケア	あり	あり	なし	なし	なし	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	なし	－	－	－	あり	あり	－	あり	あり	あり	なし
	管理している画面	利用者管理	その他	－	－	－	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	－	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	その他
	家族介護力・家族機	なし	あり	なし	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
	履歴管理の有無	－	なし	－	－	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	－
	管理している画面	－	その他	－	－	－	訪問看護記録Ⅰ	訪問看護記録Ⅰ	利用者管理	訪問看護記録Ⅰ	訪問看護記録Ⅰ	訪問看護記録Ⅰ	－
	多職種連携	なし	あり	なし	なし	なし	あり	なし	あり	なし	なし	あり	あり
	履歴管理の有無	－	なし	－	－	－	あり	－	あり	－	－	あり	あり
	管理している画面	－	利用者管理	－	－	－	その他	－	利用者管理	－	－	その他	その他
	感染・発熱の管理	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	あり	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	－	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	利用者管理	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅰ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ
	呼吸管理	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	あり	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	－	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	アセスメント	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ
	循環機能管理	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	履歴管理の有無	あり	あり	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	管理している画面	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	－	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	アセスメント	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	訪問看護記録Ⅱ	その他
	利用者のwell-beir	なし	あり	なし	なし	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり
	履歴管理の有無	－	なし	－	－	－	あり	－	あり	あり	－	あり	なし
	管理している画面	－	その他	－	－	－	訪問看護記録Ⅰ	－	利用者管理	訪問看護記録Ⅰ	－	訪問看護記録Ⅰ	訪問看護記録Ⅰ
	社会参加	なし	あり	なし	なし	なし	あり	なし	あり	あり	なし	あり	なし
	履歴管理の有無	－	なし	－	－	－	あり	－	あり	あり	－	あり	－
	管理している画面	－	その他	－	－	－	訪問看護記録Ⅰ	－	訪問看護記録Ⅱ	利用者管理	－	訪問看護記録Ⅰ	－
	利用者の満足度	なし	あり	なし	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし	あり	なし
	履歴管理の有無	－	なし	－	－	－	あり	－	－	－	－	あり	－
	管理している画面	－	その他	－	－	－	訪問看護記録Ⅰ	－	－	－	－	訪問看護記録Ⅰ	－

※1)オンプレミスとは、事業所内にサーバーを設置しシステムを運用する方法のことを指す。
※2)クラウドとは、事業所内にサーバーを設置せずにサーバ・Operating System(OS)等をクラウド事業者が管理しシステムを提供する方法のことを指す。事業所には、端末のみを設置しインターネットを介して運用を行う。
※3)アプリケーション・サービス・プロバイダ（Application Service Provider: ASP）は、事業所内にサーバを設置せず、サーバ等の管理は、ASPを提供する業者で管理しシステムを提供する方法のことを指す。
事業所には、端末のみを設置しインターネットを介して運用を行う。個々のユーザーごとに専用サーバなど「個別の環境」を提供する。

第4章　ヒアリング調査の考察

１．訪問看護事業所における質向上の取り組み

ヒアリング調査の結果より、訪問看護事業所における質向上の取り組みは、どの事業所においても実施されていた。訪問看護事業所の質向上の取り組みは、主に事業計画策定など事業所評価に関わるところとケアに関わるところの二つに分類できた。

訪問看護事業所における質向上の具体的な取り組みは、カンファレンスの実施、事例検討、記録の統一、統一したアセスメントシートの利用、手順書等によるケア方法の統一、専門的な研修を受けた看護師等の活用、研修の実施、経営指標の策定・評価などがあった。このうち、カンファレンスは事業所内での業務上の情報共有、事例検討は事例の振り返りと分類した。事業所における質向上の取り組みのうち、ケアに関わるところでは事例検討、統一したアセスメントシートの利用、記録の統一、手順書等によるケア方法の統一、専門的な研修を受けた看護師等の活用、研修の実施などがあった。

ケアに関するPDCAサイクルは、１人の利用者に対するPDCAである利用者単位と事業所全体に対するPDCAである事業所単位にわけられた。利用者単位のPDCAにおいては、看護過程の展開として、利用者の状態の評価であるアウトカム評価も実施され、多くの事業所でPDCAが回され質向上の取り組みが実施されていた。事業所単位のPDCAでは、事業所単位で利用者の状態を示すアウトカムデータを集積し、アウトカム評価を実施し、PDCAを回しているところはほぼなかった。さらに、ケアに関する事業所単位のPDCAは、褥瘡や疼痛管理などのように、各ケアごとに焦点をあててPDCAサイクルを回しているのではなく、ケアを特定せず、事業計画や研修計画の一部などといった事業所の業務上の取り組みのひとつとして、PDCAサイクルを回していた。

以上のように、事業所単位でアウトカム評価を実施し、PDCAサイクルを回して質向上の取り組みを実施している事業所は少なかった。しかし、訪問看護事業所の質向上を実現するためには、事業所単位においてもアウトカム評価を活用しPDCAサイクルを回すことが必要になる。そのような訪問看護における質向上の取り組みを推進するために、訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回すための手引きが必要であり、本事業において「訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」を作成した。

２．LIFE につなげるための提案、訪問看護の評価指標の標準化について

１）量的データ収集と分析の必要性

今回のヒアリング調査では、開設主体や従業員数などのストラクチャー評価や何のケアを実施したかのプロセス評価に関する量的データを収集している事業所は多かった。一方で、褥瘡の状態や栄養状態、疼痛の状態など利用者の状態を表すアウトカム評価における量的データについては、利用者個人の場合には継続的に収集し、分析していたが、事業所のデータとして集積・分析まで実施している事業所は少なかった。また、プロセス評価やアウトカム評価のデータは文書として、定性的に記録されていることが多かった。

従って、アウトカム評価のデータに関しては、質的データだけではなく、量的データを継続して収集する方法や事業所での分析方法、LIFE におけるフィードバックデータのような事業所の質向上における活用方法を示す必要がある。

２）アウトカム評価は他事業所と合わせて比較・評価ができるような仕組みが必要

令和３年度「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」の調査でも示されたように、訪問看護サービスをはじめとした在宅サービスにおけるアウトカム評価は、特別養護老人ホームなどの施設サービスと比較し、訪問看護サービス以外の医療・介護サービス等の複数サービスにおける影響や利用者の社会的・経済的背景等の様々な要因に影響を受ける。在宅サービスにおけるアウトカム評価指標については、レセプト調査などにより入院率、再入院率、時間外受診率、自宅療養者割合（要介護者に占める自宅で療養する者の割合）などが検討されている。また、米国の在宅サービス評価指標である OASIS(The Outcome Assessment Information Set) では、転倒、再入院、褥瘡、利用者満足度のように簡潔に示されている。日本の在宅サービスにおいても、複雑なアウトカム評価指標を用いることは訪問看護の評価をするうえでも、現場の運用上においても困難であり、質評価指標は簡潔に示される必要性が示唆された。その一方で、在宅サービスにおける様々な要因を加味すると、在宅におけるアウトカム評価指標については、より慎重な検討や分析が求められる。

さらには、在宅療養者が利用する介護保険サービスは、訪問看護や訪問介護の居宅サービス、デイサービス等の通所サービスがあり、在宅療養者はさまざまなサービスを利用して生活している。また、訪問看護サービスだけに限っても、複数看護事業所を利用する場合もあることから、適切なアウトカム評価のためには、一サービス、一事業所のみで評価することには限界がある。よって今後は LIFE のような他事業所、他サービスとまとめて比較や評価ができるような仕組みが必要と言える。

3）在宅サービス共通の評価指標（LIFE）に加え、各在宅サービスを特徴立てる評価指標への期待

現状、利用者が自事業所の訪問看護サービス以外のサービスを利用している場合、他のサービス利用中の情報は得ることが難しいことが多い。その場合、LIFE は他のサービスにおける利用状況や栄養・身体状況などの共通の情報も参照できるため、複数サービス間の情報共有には利点がある。一方で、現行の LIFE の評価方法や様式では、医療的ケアやターミナルケアなどの看護の視点は評価できないという課題もあった。現行の LIFE の様式に当てはまる、どのサービスでも一意に評価できる栄養状態や身体状況などの共通の評価指標に追加し、それぞれの在宅サービスを特徴立てる評価指標が必要だと考えられた。

4）在宅における「ターミナルケア」指標の示唆

今回のヒアリング調査では「ターミナルケア」に特化した取り組みが多く、2024 年度から始まる第 8 次医療計画では、ターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加することもあり、日本における在宅医療では、特に、在宅ターミナルケアの質向上をはかることは重要と言える。よって、ますます在宅医療におけるターミナルケアの質指標の重要性は高まると考えられる。ターミナルケアにおける具体的な評価指標においては、客観性妥当性のある指標が望まれ、さらなる検討が必要となる。

5）訪問看護サービス提供の効率化と質の担保における LIFE の活用

事業所の規模が大きくなり、訪問看護師一人当たりのサービス提供利用者数が増え、効率的なサービス提供体制がある場合に、ケアの質を担保しながら効率化がはかられることの有用性も検討された。その訪問看護事業所のケアの質の担保の方策として、LIFE の活用が示唆された。

6）フィードバックデータが即時的に届き次のケアに役立つような方法の検討の必要性

LIFE の利点として、事業所の評価より質向上のための助言が示されるフィードバックデータの活用があげられる。フィードバックデータの活用方法としては、ケアの質を高めるためにフィードバックデータを基にスタッフで議論を重ねる、全国平均と事業所のデータを比較することで利用者に提供しているケアについて振り返るなどの方法がある。利用者の状況は日々変化するため、LIFE へのデータ提出をしてからフィードバックデータが戻るまでに時間を要すると、日々のケアに役立てることは難しくなってくる。このため、日々のケアに活かして PDCA サイクルを回すためには、フィードバックデータは LIFE へのデータ提出とともに即時的に示されることが望ましい。よって、LIFE へのデータ提出からフィードバックデータが即時的に届くような体制を構築することが必要であると言える。

7）今後、記録の自由記載を質評価に抽出する仕組みづくりの検討が必要

日々の訪問看護の記録方法は、看護記録様式Ⅱに実施したケアや観察項目、アセスメント、利用者の状態などを定性的に記録していることが多い。看護記録様式Ⅱの定性的なデータから必要部分を抽出し、共通のデータの型として作成することができれば、現在の訪問看護の業務プロセスを変更し、事業所のケアの評価のために追加の業務を発生させることなく、質評価指標に訪問看護記録Ⅱなどのデータをそのまま活用できるという将来が考えられる。そのためには、記録の電子化とデータ抽出の方策を検討することは重要である。

3．システムに関する考察

1）訪問看護事業所のシステム導入状況

システムの導入について、ヒアリング調査を行った事業所のうち、特に病院等医療機関や介護施設を併設していない訪問看護単体で運営している事業所では、コスト面を重要視することから、介護システム全般を開発している大手企業のメーカーよりも訪問看護システムのみを専門に開発しているメーカーを導入している事業所が多かった。大手企業のメーカーを導入しているケースは、医療機関や介護事業所等を併設している訪問看護事業所であり、医療機関の電子カルテやや介護サービス等の記録システムとあわせて訪問看護にシステムを導入している場合のみであった。

システムの活用においては、訪問看護を専門に開発しているか否かにかかわらず、訪問看護システムは様々な機能が搭載されているが、現場では必要最低限の機能のみを使用しているケースが多く、未使用な機能が多く見られた。例として、訪問スケジュール管理や医療保険・介護保険種別利用者人数、要介護度別利用者人数などの統計データ作成は、システムに搭載されているケースも見受けられたが、その機能は使用せず、システム外でエクセル表などを独自に作成し対応していた。未使用の機能が多い背景には、様々な機能が多く覚えきれていない、システムのバージョンアップにより新たに開発された機能に追いつくことが難しい、職員の退職時に、充分な引継ぎが出来ずに最低限の機能に限定して利用しているなどが考えられる。

システムタイプについて、以前はサーバを事業所内に置く、オンプレミス型が多かったが、現在は各メーカーともにサーバを事業所内におかないクラウド型への移行が進んでいる。今回のヒアリング対象事業所では、ASP（Application Service Provider）・クラウド型とオンプレミス型を利用する事業所数は半々であった。クラウド型が主流になることで、システムに記録されたデータを収集しやすいという利点がある。近年、訪問看護事業所におけるシステムの導入が進み、クラウド型システムの利用が進んでいる。クラウド型のシステム利用は、場所を選ばずに利用者情報などを情報共有できるなどの利点がある一方で、ネットワークに接続する必要があり、通信経路上では、「盗聴」、「侵入」、「改ざん」、「妨害」等の様々な脅威が存在する。した

がって、十分なセキュリティ対策を実施することが必須である。訪問看護事業所においても、厚生労働省より開示されている、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」※を遵守した上でシステムを利用する必要がある。この様な医療情報システムの安全管理の観点から、システムを導入・利用する際には、ガイドラインを十分確認し、ガイドラインを遵守し、システム開発しているメーカーを選択する必要がある 。

訪問看護のアセスメント方法については、システム内に搭載されているアセスメント方法を使用するケースはほぼなく、NANDA や ヘンダーソン、財団方式などの事業所独自で定めた内容に基づいてアセスメントをし、看護計画を立案している事業所が大半を占めていた。訪問看護記録Ⅱは、各社とも管理項目を事業所独自で設定が可能であるが、管理項目の設定は導入時に１回のみであり、運用を始めてからの管理項目の変更は出来ないケースが多かった。訪問看護記録Ⅱの管理内容に関して各社で共通管理している項目としてバイタルチェックや観察項目があった。

システムからデータを抽出し、活用している事業所は多く見られなかったが、訪問看護計画書・報告書、訪問看護記録Ⅱを作成する際には、他の場所に記録されたデータを参照しているケースがあった。例えば、訪問看護報告書を作成する際は月内の訪問看護記録Ⅱを参照し報告書に引用していた。

システムの活用は、請求業務と厚生労働省から義務付けられている帳票の作成が中心であった。

２）多職種連携の状況

情報共有の手段として、今回のヒアリング調査では、主に、都市部ではメッセージアプリ等のシステムを活用していたが、地方では「連絡ノート」のような紙媒体の用紙を利用者宅に置くなどして、情報共有していた。アプリの導入の違いが生まれる要因としては、前述の地域差以外に、主治医のアプリ利用に対する意欲や事業所の紙媒体を好む特性、補助金導入等が考えられた。

多職種連携については、連携する職種別に「医療連携」と「介護連携」の２つが存在した。「医療連携」は主に主治医、医療機関の看護師、訪問看護師間で情報共有し連携していた。「介護連携」は主にケアマネジャー、介護職、訪問看護師間で情報共有し連携していた。その中でも「医療連携」ではメッセージアプリ等を使用し連携がとられている傾向があったのに対し、「介護連携」では連絡ノート等の手書きのノート等を利用し連携を取っている傾向があった。

※「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」
医療情報システムの安全管理や「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律」（e-文書法）への適切な対応を行うため、技術的及び運用管理上の観点から所要の対策を示したガイドライン。

多職種連携は「医療連携」と「介護連携」に分かれている傾向があり、医療と介護間の連携には課題がある。ケアマネジャーや介護士など、特に介護職は、医師へ直接質問をすることに対して心理的な困難さを感じている。その為、たとえ連携システムを使用したとしても、ケアマネジャーや看護師との情報連携が中心となり医師の質問は看護師を経由する場合が多くなっている。このことからシステムを利用したとしても、「医療連携」と「介護連携」で分断している連携のやり取りは看護師を経由し、看護師の負担軽減にはつながらない要因にもなっている。

① 多職種連携におけるシステム使用のメリット

連携システムのメリットとして、一つ目に画像等を用いて状況を視覚的に、メッセージアプリ等の形式でやり取りできることで的確な状態把握が可能になったことがあげられた。二つ目には、利用者における別の事業所や他のサービスの情報をシステム内で確認できるようになり、多角的な視点で利用者の状況を把握できるようになったことがあった。さらに、三つ目として、主に総合病院等の医師と連携する際は、頻繁に細かい部分まで連絡をしにくいことが多かったが、システムを使用することで随時連絡がとれるため、医師との連携が円滑になったことがあげられた。

② 多職種連携におけるシステム使用のデメリット

連携システムのデメリットとしては、まず、システムにおける多職種連携は主に、「医師と看護師間」と「看護師と介護職間」の２つの連携の傾向がみられた。特に、介護職は医師との連携や連絡に心理的困難さを感じており、連携システムを使用したとしても困難さは変わらないと感じている。そのため、このような「医療連携」と「介護連携」の２つの連携方法に分離していると考えられる。次に、医師により使用する連携システムが異なるため、訪問看護師は複数の連携システムを使用する必要があることがあげられた。また、連携システムの対象となる訪問看護利用者はまだまだ少ない現状がある。そのため、多職種連携における連絡内容をアプリで管理する患者と紙で管理する患者をわけており、業務がさらに煩雑になるデメリットもあった。さらに、記録ソフトで登録した内容と同じ内容を連携システムにも入力しなければならず、二重作業が発生していることもデメリットとしてあげられた。最後に、オンラインでの連携システムを利用している場合に、セキュリティが脆弱なメッセージアプリを使用することは個人情報の流出の可能性が懸念される。したがって、オンラインでの連携システムを利用する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」※に則り、よりセキュリティが強固であり、セキュリティが担保されたメッセージアプリの使用を勧める必要がある。ただし、セキュリティが担保されたメッセージアプリを使用するには費用面が課題になることもあげられた。メッセージアプリの導入には行政等が補助を出している場合もあるが、その認知度は低いため、補助金活用の周知も必要とされた。

※「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（73 ページ参照）

3）LIFE への対応

システム提供各社の LIFE への対応可否は、各介護事業所向けにシステム開発をしているか、訪問看護事業所専門に開発しているかによって分かれる傾向がみられた。訪問看護事業所専門にシステムを開発している場合は LIFE に対応していないが、介護サービスを含めシステム開発をしている場合には、LIFE に対応している傾向があった。

今回ヒアリングを行った訪問看護事業所では、訪問看護専門に開発されたシステムを利用している事業所が多く、LIFE の対応はされていない事業所が多かった。ただし、LIFE の内容と同様の情報は、訪問看護を専門に開発しているメーカーであっても、ほぼすべてのメーカーの記録ソフトで実装はしていた。しかし、訪問看護事業所の業務では、必要最低限の情報のみ入力をしているのが現状であった。今後は、必要最低限の情報のみの入力で、システム上で LIFE 項目の登録ができるようになるようなシステムを期待したい。

加えて、行政等が訪問看護の評価の基準を示し、そのための標準化した評価指標や項目を示すことで、各メーカーがその基準に合わせたシステムの開発をすることは可能であると考えられた。行政等により標準化された質評価指標が示され各メーカーがそれに合わせた開発をすることで、質評価に関するデータ収集、データ抽出を容易にすることも可能となる。さらには、収集したデータから人工知能(AI)で分析をすることで、各訪問看護事業所に質向上において有用なフィードバックをすることも可能になるという展望が示された。

4）ヒアリング調査全体を通してのシステム利用における現状と課題

システムメーカーは各社必要とされる機能を搭載しているが、現場では活用していない現状がわかった。その背景として、訪問看護師は利用者への訪問看護サービス以外にも様々な業務を抱えており、その結果、特に、請求業務や訪問看護計画書や報告書などの決められた書式の作成に反映される、最低限の項目の機能のみ活用していた。また、訪問看護事業所において、スタッフの入退職が発生した際、システム利用の引継ぎが十分なされていないため、機能が活用されていない結果になっていることも要因として考えられる。

訪問看護事業所においては、記録ソフトや請求ソフト等、業務に不可欠なシステム以外に、多職種連携の為のシステム等が存在していた。各システム間の情報が連携されていないため、同じ情報を入力する場合でもそれぞれのシステムへ転記する必要があり、業務の煩雑化を招いていた。加えて、事業所により使用するメーカーが異なるため情報連携ができない現状もあった。

５）質評価効率化のためのシステム上での考察

今回のヒアリング調査を通して、現場がシステムを有効活用できる仕組みが望まれる。まず、システム上でアセスメントを入力し、そのデータが訪問看護計画書・報告書、訪問看護記録Ⅱなどにも反映されることで、二重三重に入力する煩雑さを省くことができる形が望ましい。また、質評価に必要なデータを集計することにより、次回訪問看護計画書を作成する際に、計画書の内容を自動生成できることが望ましい。

また、記録ソフトや請求ソフト等、業務に不可欠なシステムへの利用以外に、多職種連携の為のシステム等、訪問看護で用いられるシステムは多種多様に存在しており、統一したデータ収集ができない現状がある。それらのシステムを連携し、統一したデータ収集をすることは技術的に可能である。しかし、情報共有を誰にどこまでするのか、つまり、権限の範囲をどのように設定するかさらなる検討が必要である。

統一したデータ収集ができない要因としては、病院等で用いられる電子カルテや訪問看護事業所や介護サービスの事業所で用いられる記録システム等の規格がベンダごとに異なっており、情報連携が図れない状態となっているためである。その中で、電子カルテの規格については、厚生労働省が示している標準規格への変更が進められている。電子カルテは、国際標準規格に準拠した HL7 FHIR（Fast Healthcare Interoperability Resources：FHIR）の規格で統一する方向になっており、訪問看護や介護の記録ソフトにもその影響は波及すると考えている。多事業所との情報連携を円滑にするためにも、今後、訪問看護事業所のシステムにおいても HL7 FHIR への移行を推進する必要性がある。さらに、訪問看護事業所のシステムに HL7 FHIR の移行を推進する際には事業所の費用負担にも配慮する必要がある。その際には、行政等からの補助金などの導入も視野にいれ検討していくことが望まれる。

４．今後の展望と提案

今回のヒアリング調査では、訪問看護事業所における質評価とそれを用いた PDCA サイクルを回す質向上の取り組みの実態が示された。その結果、ケアの質評価に利用者単位でのアウトカム評価と PDCA の質向上の取り組みはされていたが、事業所単位でのアウトカム評価とそれを用いた PDCA の質向上の取り組みはほぼ実施されていなかった現状が明らかになった。その理由のひとつとしては、訪問看護における質評価指標、特にアウトカム評価における質評価指標が標準化されていないことがあげられる。訪問看護事業所を評価するためには、何の評価指標を活用できるのか、具体的な質指標についてはさらに慎重な分析と検討が必要とされる。

しかし、今後、訪問看護サービスにおいても LIFE 導入の可能性がある。その際に、円滑な導入と訪問看護サービスにおける LIFE の有効な活用を推進するためには、2 段階の過程を踏む必要がある。まず 1 段階目としては、LIFE に、訪問看護の評価に適した項目を導入し、その項目を現場に明示する必要がある。その上で、LIFE へのデータ入力について、現場の負担を軽減しながら情報を集めるためには、現段階で義務付けられている帳票類に LIFE 項目を追加する方法が望ましいと考えられる。具体的には、訪問看護計画書・報告書、訪問看護記録Ⅱについて、これまでは帳票の書式を参考資料として提示し、各帳票の各項目の書き方は任意であった。しかし今後、LIFE に情報を追加するには、これらの帳票類について、必要な情報を得るために体系立てて項目を管理する必要がある。2 段階目には、そうしてできた現場からのデータを国や有識者等が検討、分析しフィードバックを現場に返していくといったことが考えられた。特に 2 段階目は、今後の LIFE の進展に合わせて、訪問看護サービスにおいても、訪問看護の質向上にはどのようなフィードバックが必要か検討していく必要がある。そして、そのフィードバックデータをどう活用するかは本事業で示された PDCA サイクルを回して質向上を図る取り組みおよび「訪問看護事業所における PDCA サイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」が参考となろう。

第5章　おわりに

本事業では、昨年度に引き続き、訪問看護の評価指標の標準化について取り組むため、訪問看護を評価する上で必要とされる評価指標について検討し、また、ヒアリング調査から情報や知見を得て、「訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」の作成を行った。

まず、評価指標について、有識者や現場の訪問看護事業所管理者などと検討した。訪問看護サービスをはじめとした在宅サービスにおけるアウトカム評価は、施設サービスと比較し、訪問看護サービス以外の医療・介護サービス等の複数サービスにおける影響や利用者の社会的・経済的背景等の様々な要因に影響を受ける。在宅サービスにおけるアウトカム評価指標については、例えば米国の在宅サービス評価指標であるOASISでは、転倒、再入院、褥瘡、利用者満足度のように簡潔に示されている。よって、日本の在宅サービスにおいても、統一した質評価指標を用いるには、複雑なアウトカム指標を用いることは、訪問看護の評価においても現場での運用上も難しく、質評価指標は簡潔に示される必要性が示唆された。その一方で、在宅サービスにおける様々な要因を加味すると、在宅におけるアウトカム評価指標については、より慎重な検討や分析が求められる。今回のヒアリング調査では「ターミナルケア」に特化した取り組みが多く、2024年度から始まる第8次医療計画では、ターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加することもあり、日本における在宅医療では、特に、在宅ターミナルケアの質向上をはかることは重要と言える。よって、ますます在宅医療におけるターミナルケアの質指標の重要性は高まると考えられる。ターミナルケアにおける具体的な評価指標においては、客観性妥当性のある指標が望まれさらなる検討が必要となる。

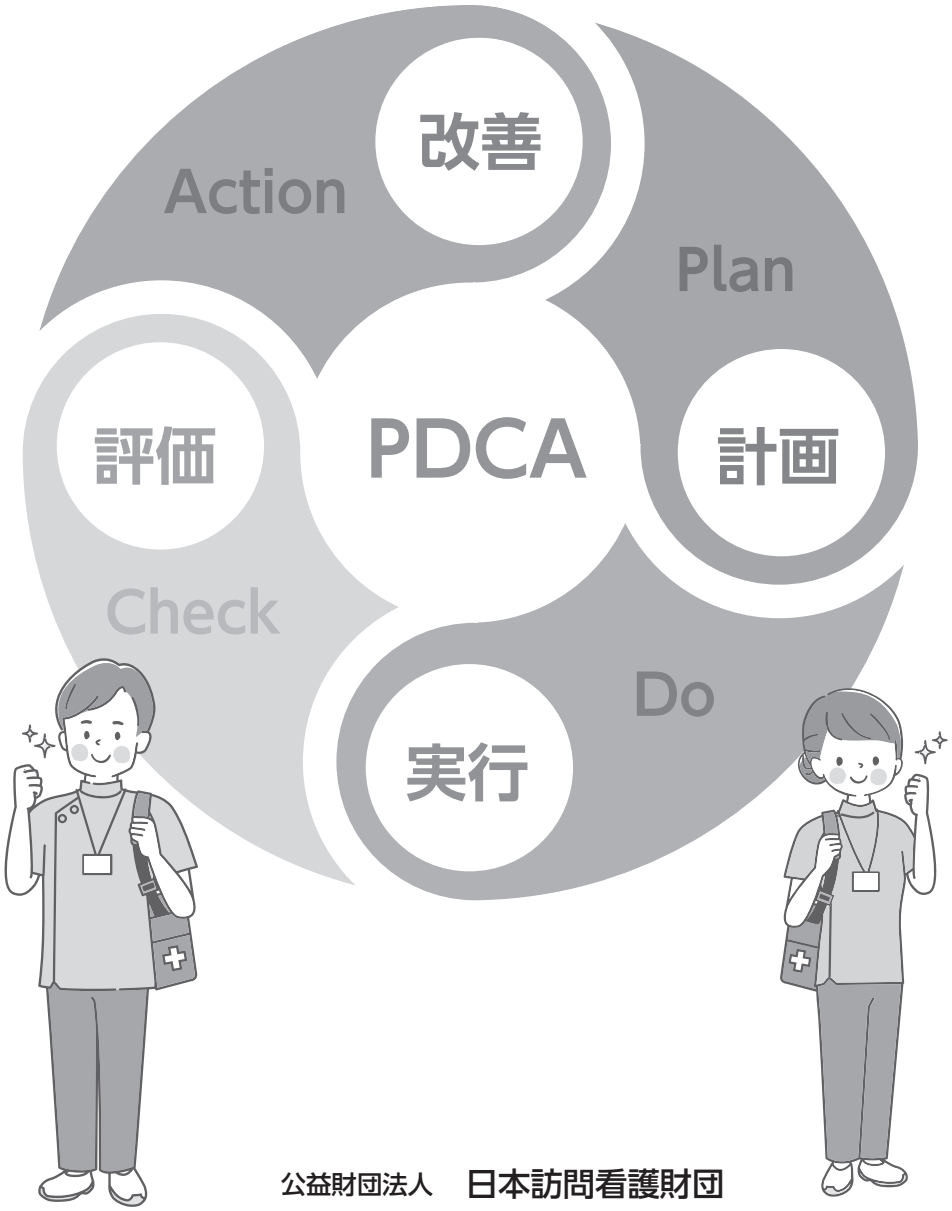
ヒアリング調査では、訪問看護事業所で実施されている質評価プロセスや質を高めるための具体的な取り組みなどを調査した。調査の結果、事業所における質向上の取り組みとして、定期的な事例検討やアセスメントシートなどを活用した記録の統一、専門看護師を統括看護師として配置し相談対応に専従する体制をとっている事業所や、産学連携を行い、企業とシステム開発を行っている事業所など様々な実践の情報を得ることができた。しかしながら、意識的にアウトカム評価や量的データを活用して事業所単位でのPDCAサイクルを回す事業所は少ない実態も浮き彫りとなった。このため、本事業では、利用者単位のPDCAサイクル（看護過程）から事業所単位のPDCAサイクルの取り組みについて、具体的な手法等をまとめた「訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」を作成した。

今年度の調査では、システムベンダも同行しヒアリング調査を行った。今後、医療・介護サービスにおいて、デジタル化を進める上でシステムの専門的な側面から調査できたことは新規的な試みであったと言える。訪問看護事業所におけるLIFEの導入の可能性も視野に入れると、訪問看護の実情に即したシステム開発は必至であることから、シ

ステムベンダとも協働して課題解決に向けて検討する必要性を考えた。

本事業を通して、訪問看護事業所で実施されている様々な質向上の取り組みの実態が明らかになった。訪問看護事業所において、各訪問看護事業所同士、横の情報共有の機会は少ない現状があり、各事業所が実施している質向上の取り組みを知る機会も少ない。その上で、本事業の成果および「訪問看護事業所における PDCA サイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」を通して、各事業所で質評価および訪問看護事業所の質向上に取り組むきっかけとされたい。

訪問看護事業所における PDCAサイクルを回しながら 質向上を推進するための手引き



公益財団法人　日本訪問看護財団

はじめに

地域包括ケアシステムの構築は2025年をめどに進められています。さらに、2040年に向けては、要介護状態になる前の健康な高齢者の介護予防を含め、乳幼児、児童、子育て中の親、障害者等に広がり、災害等を含めた全世代対応型の地域共生社会の実現を目指しています。

訪問看護は、退院・退所者の在宅移行支援から全世代のあらゆる疾病や障がいのある方、介護予防や医療ニーズの高い方への対応、エンドオブライフ期の方などを24時間体制で支援するサービスです。また、訪問看護は保健医療福祉、介護、教育にもかかわって多職種・事業所間の連携の要となっております。新型コロナウイルス感染症の蔓延下では、保健所との連携で、健康観察や訪問看護を行って自宅療養者を支援してきました。

昨今、訪問看護ステーション数は順調に増加してきましたが、看護職員5人未満の小規模事業所が約57%を占めています。また、精神疾患やリハビリテーション、小児などのケアを専門とする特色ある訪問看護ステーションも増えつつあります。多様なニーズのある顧客が過不足なく満足して訪問看護を利用できるように、各地域の特性に応じた訪問看護体制を整え、質の向上を図る必要があります。

日本訪問看護財団が令和3年度に行った厚生労働省の老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションにおける評価指標の標準化に関する調査研究事業」による調査では、約8割の訪問看護事業所が、様々な質向上のための評価を実施されておりましたが、ケアのアウトカム評価により訪問看護事業所の質の向上を図る方法についてはあまり見られませんでした。

介護保険制度では、令和3年度からケアの評価システム「LIFE」に介護事業所がアウトカム評価におけるデータを提出してフィードバックを受け、PDCAサイクルを回して質の向上を図る仕組みが始まっています。

訪問看護事業所においてもケアのアウトカム評価からサービスの質向上を図ることはますます重要と考えます。

当財団は、令和4年度調査研究事業におけるヒアリング調査等から知見を得て、訪問看護事業所がPDCAサイクルを回してケアの質向上を図るうえで参考となるように、手引き書を作成しました。ご多用の中、ヒアリング調査にご協力いただいた皆様には深く感謝申し上げます。

本手引き書が、訪問看護事業所でご活用され、サービスの質向上の一助となれば幸いです。

2023（令和5）年 3月31日

公益財団法人 日本訪問看護財団

理事長 田村やよひ

CONTENTS

Ⅰ 本手引きについて …… 1

1．背景 …… 1
2．本手引き作成の目的 …… 3
3．本手引きの位置づけ …… 3
1）本手引きの活用場面 …… 3
2）本手引きをご活用いただく方 …… 3

Ⅱ PDCAサイクルを回して質の向上を図る方法 …… 4

1．PDCAサイクルの概要 …… 4
2．利用者と事業所のPDCAサイクル …… 4

Ⅲ PDCAサイクルの具体的な取り組みについて …… 14

1．褥瘡 …… 14
1）褥瘡が課題となっている1人の利用者のPDCAサイクルの例 …… 14
2）褥瘡ケアに焦点を当てた事業所のPDCAサイクルの例 …… 17
2．ターミナルケア …… 19
1）疼痛が課題となっているターミナルケアの利用者のPDCAサイクルの例 …… 19
2）ターミナルケアに焦点を当てた事業所のPDCAの例 …… 21

Ⅳ 事業所における質向上の取り組みの例 …… 23

1．事業所のケアの質向上に関する取り組みの例 …… 23
1）記録の統一：アセスメントシートの統一 …… 23
2）ケア方法の統一（手順書） …… 24
3）事例検討 …… 24
2．その他の質向上に関する取り組みの例 …… 27
1）利用者満足度 …… 27
2）職員満足度 …… 27
3）事業所の現状分析に用いるSWOT …… 28

Ⅴ 訪問看護の評価においてヒントとなる評価指標 …… 30

1．令和３年度調査研究事業でレビューされた訪問看護事業所における質評価の指標 …… 30
2．ケアのアウトカムを評価する上で有用な尺度等の例 …… 30
3．指標を用いた評価の具体例 …… 31
1）LIFEへのデータ提出の例「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」 …… 31
2）VENUS質指標 …… 31
3）オマハシステムを用いた評価の例 …… 35
4）GAF（機能の全体的評価）尺度 …… 36
5）要支援・介護度 …… 37
6）障害高齢者の日常生活自立度判定基準と認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 …… 37
7）認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 …… 38

Ⅵ 様式集 …… 39

I 本手引きについて

1 背景

訪問看護事業所数は、介護給付費等実態統計月報（令和4年10月審査分）によると、14,373か所（うち訪問看護ステーション数は13,059か所）となり年々増加してきましたが、昨今では、サービス量の確保のみならずサービスの質が重視されるようになっています。

当財団では、令和3年度老人保健健康増進等事業にて、「訪問看護ステーションにおける評価指標の標準化に関する調査研究事業（以下「令和3年度調査研究」という。）を行いました。その結果、8割以上の事業所では様々な評価が行われていることがわかりました（図表１）。

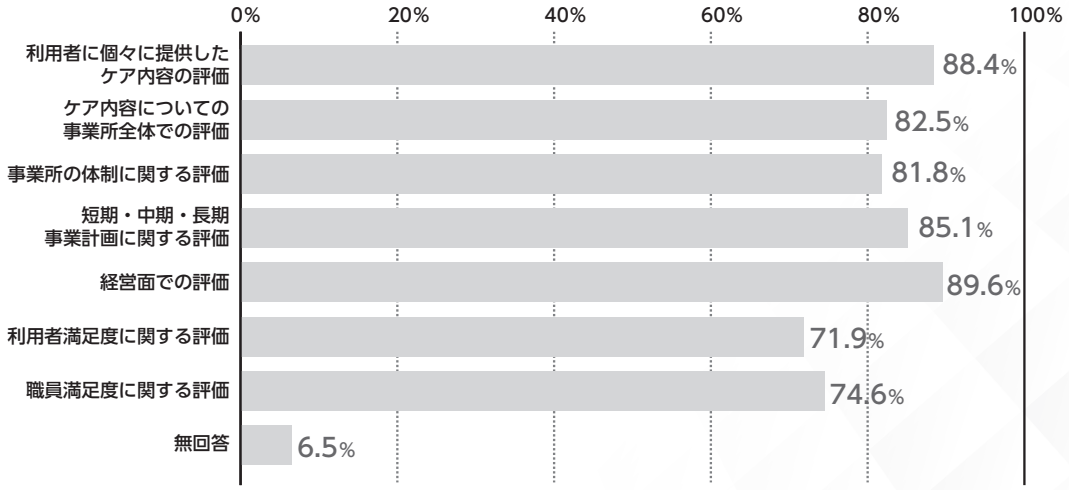
訪問看護に関する評価では、事業所の体制（人員体制、サービス提供体制等）を評価する「ストラクチャー評価」とケアの実施について評価する「プロセス評価」、利用者の状態を評価する「アウトカム評価」に分類されます。令和3年度調査研究では、訪問看護事業所のケアの質向上に焦点を当てて、利用者ごとの個別ケア（プロセス評価とアウトカム評価）の評価を集合した結果が、訪問看護事業所のケア（サービス）の評価であることを提言しました（図表2）。令和3年度調査研究では、個別ケアの評価や訪問看護事業所のサービス評価は実施されていましたが、ケアの評価内容としてはプロセス評価が多く、アウトカム評価の実施は十分とは言えない現状が明らかになりました。

一方、厚生労働省において、介護サービス事業所のアウトカム評価として令和3年度から科学的介護の実践のための評価システム（LIFE）により、統一した指標を使用し、介護データの利活用が進められています。看護系サービスでは看護小規模多機能型居宅介護等がLIFE 使用による報酬上の加算が算定できる対象サービスとなっていますが、訪問看護事業所に対してはLIFE使用による加算がなくLIFE使用も「推奨」にとどまっています。そのため、訪問看護事業所におけるLIFEの実施率も低く570事業所中12例(2.1%)でした（令和3年度調査研究）。

当財団では令和4年度当該調査研究にて、アウトカム評価からPDCAを回して質向上を図る取り組みを行っている訪問看護事業所のヒアリング調査を実施しました。その結果、アウトカム評価を用いたPDCAの取り組みはあまり多くはありませんでしたが、様々な情報や知見を得ることができました。

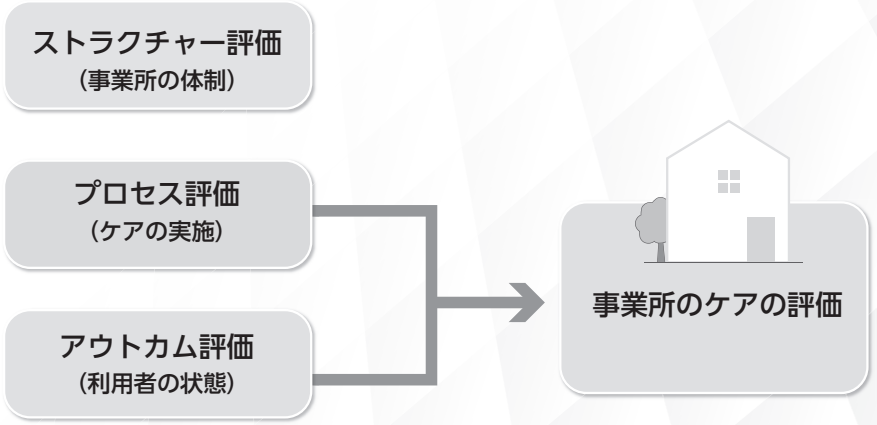
そこで、ヒアリング調査から得られた知見等を踏まえて、訪問看護事業所がPDCAサイクルを回して、ケアの質向上を図るための手引きを作成することとしました。

図表1 訪問看護事業所における質評価の内容 (n=570)



出典：日本訪問看護財団、令和３年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業 報告書、2021

図表2 訪問看護における評価の枠組み



（令和3年年度調査研究より抜粋一部改変）

出典：日本訪問看護財団、令和３年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業 報告書、2021

2 本手引き作成の目的

訪問看護事業所において、ケアの質向上を図る方法の一つとして、PDCAサイクルの活用があります。本手引きはPDCAサイクルを回すことで、どのようにケアの質向上につながるかを説明しています。多くの事業所でPDCAサイクルを活用した質向上に取り組まれることをねらいとしています。

PDCAサイクルを活用した質向上に取り組まれることによる事業所のメリットはたくさんあります。ひとつに、事業所が提供するサービスについて、訪問看護サービスの質が向上し、均一化がはかられることにより、利用者満足が図られることがあげられます。また、二つ目に、質が向上することで、訪問看護事業所のスタッフも自信を持ってサービスを提供できるでしょう。三つ目には、連携先などの外部からの評価が高まるといったことなどもあげられます。例えば、「○○訪問看護ステーションは在宅看取りも安心して任せられる」「この地域では△△訪問看護ステーションは難しい事例にも対応してくれて信頼できる」と、より自訪問看護ステーションへの信頼性が高まるでしょう。

3 本手引きの位置づけ

1）本手引きの活用場面

本手引きでは、まずPDCAサイクルの概要を説明します。

次に、「1人の利用者のPDCA」と「事業所のPDCA」サイクルを回す方法を説明します。これは本手引きの主な目的である「事業所としてケアの質を向上させる」ことを目指すものであり、事業所でどのように取り組めばよいかPDCAサイクルに沿って説明します。

最後にそれぞれのPDCAについて、具体例で紹介しますので確認しながら皆様の事業所でも実施してみましょう。

参考に、質の向上の取り組みや質評価指標、これらに関する様式集を掲載しております。各事業所の機能は、事業所規模や訪問看護の人員体制・提供体制などにより異なることも想定されますので、詳細な方法や様式等はそれぞれの事業所の状況に合わせて柔軟な使い方や工夫をしてください。

2）本手引きをご活用いただく方

本手引きでは、訪問看護サービスの質向上に焦点を当てて、「1人の利用者のPDCA」と「事業所のPDCA」の取り組みについて、事例や参考となるヒントを示しています。

本手引きは、事業所の管理者（経営者等運営にかかわる方を含む）をはじめ、認定看護師、専門看護師や特定行為研修修了者などの専門的な研修を受けた看護師や日々訪問看護に従事されている皆様にご活用いただくことをねらいとしております。

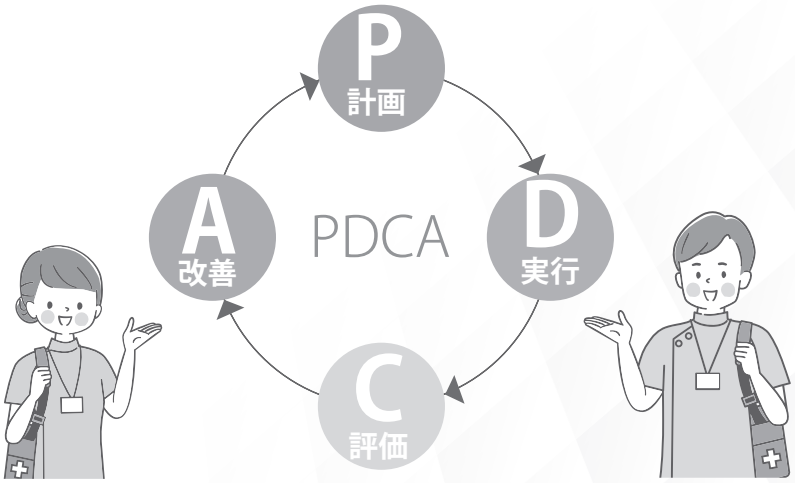
Ⅱ PDCAサイクルを回して質の向上を図る方法

1 PDCAサイクルの概要

PDCAサイクルとは、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクルをいいます(図表3)。

訪問看護のサービスの質を評価して改善すべき課題が明確になった後は、改善計画を立て(Plan)、それを実行して(Do)、再度評価し(Check)、また改善していく(Action)、という手順になります。PDCAサイクルは繰り返し回してケアの質向上を図ります。

図表3 PDCAサイクル



2 利用者と事業所のPDCAサイクル

本手引きでは、訪問看護のPDCAサイクルを「1人の利用者のPDCA」と「事業所のPDCA」に分けています。「1人の利用者のPDCA」は「看護過程の展開」と同じものにあたります。この2つのPDCAサイクルは互いに密接に関係しており、「1人の利用者のPDCA」から「事業所のPDCA」につながることもありますし、「事業所のPDCA」から「1人の利用者のPDCA」につながることもあります。

本手引きでは、取り組みを始めようとした時に、「1人の利用者のPDCA」からでも「事業所のPDCA」からでもどちらからでも参照できるようにしています。

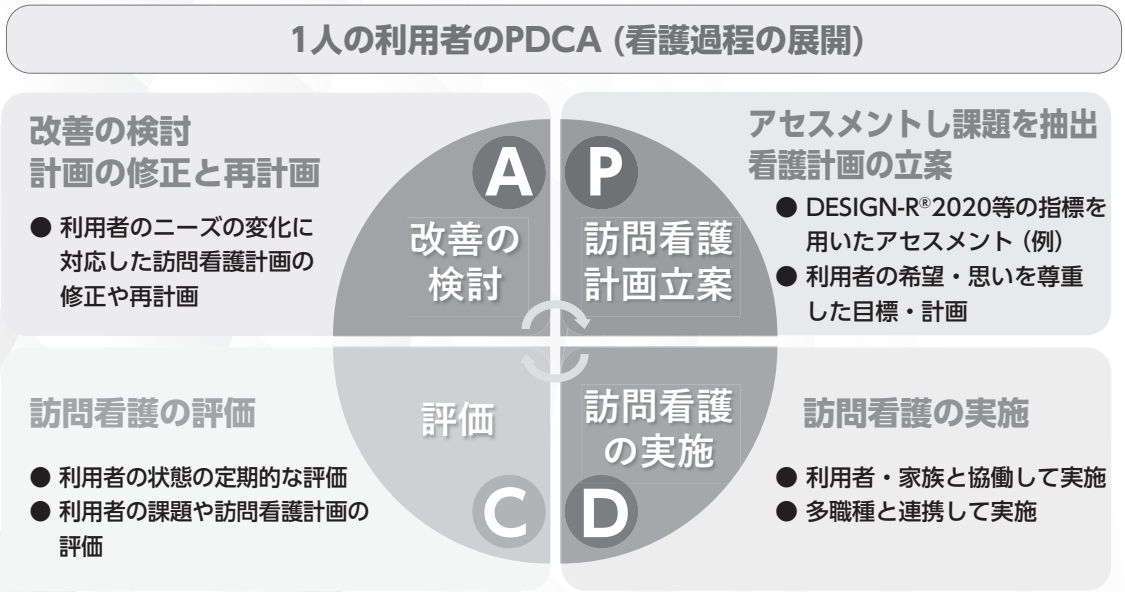
次のページからは、「1人の利用者のPDCA」と「事業所のPDCA」のプロセスとポイントを詳しく説明します(図表4 ～図表7)。

それぞれのPDCAの説明は7ページ以降を参照してください。

図表4 「1人の利用者のPDCA」のプロセスとポイント

プロセス	1人の利用者のPDCA(看護過程の展開)	
	プロセス	ポイント
P 現状の分析と課題の整理	● 情報収集 ● アセスメントし、課題を抽出	褥瘡のDESIGN-R®2020のような指標を用いてアセスメントを実施しましょう
目標の設定と計画の策定	● 看護目標の設定 ● 訪問看護計画立案	利用者の希望・思い（意向）を確認し目標や計画を立案しましょう
D 計画に基づき取り組みの実践	● 訪問看護の実施	利用者・家族と協働して実施、多職種と連携して実施しましょう
C 取り組みの振り返り	● 訪問看護実施後の評価	利用者の状態を定期的に評価しましょう
A 計画の見直し改善計画策定	● 改善の検討 ● 計画の修正と再計画	利用者のニーズの変化に対応した訪問看護計画の修正や再計画を立案しましょう

図表5 1人の利用者のPDCA（看護過程）

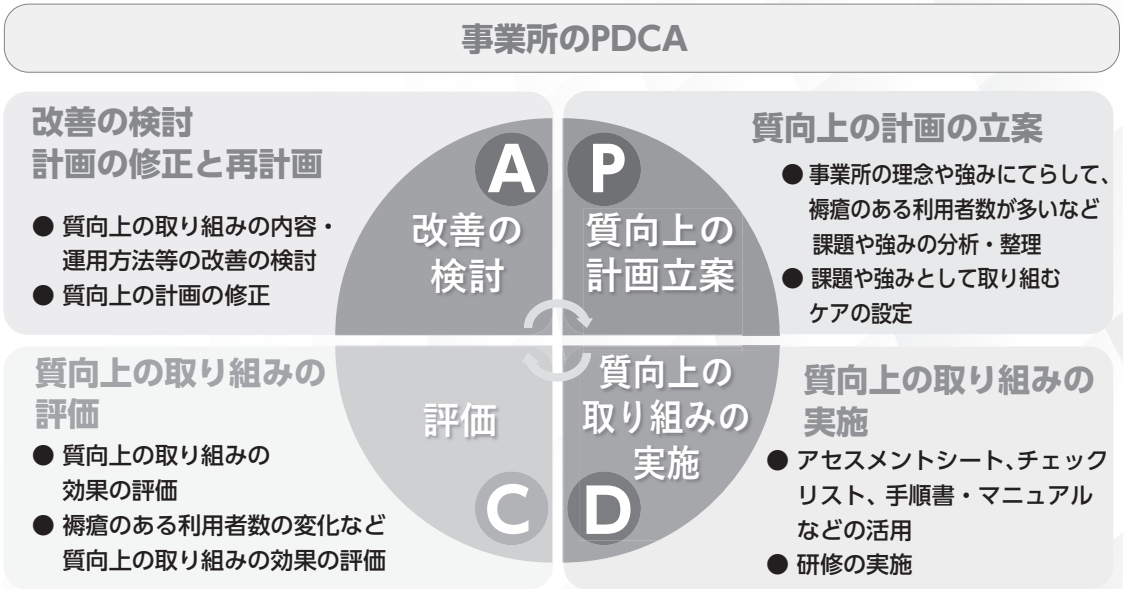


日本訪問看護財団, 訪問看護サービス, 2022

図表6 「事業所のPDCA」のプロセスとポイント

	プロセス	事業所のPDCA	
		プロセス	ポイント
P	現状の分析と課題の整理	● 事業所における課題・強みの分析・整理	事業所の理念や強みにてらして例えば褥瘡のある人数が多いなど事業所の課題や強みの分析・整理を行いましょう
	目標の設定と計画の策定	● 課題や強みとして取り組むケアについて事業所における目標の設定と計画の立案	課題や強みとして取り組むケアを設定しましょう
D	計画に基づき取り組みの実践	● 質向上の取り組みの実施	手順書、マニュアルなどを活用しましょう 研修等を必要時、実施しましょう
C	取り組みの振り返り	● 質向上の取り組みの評価	Pで設定した、例えば 褥瘡のある利用者の人数等を分析し、質向上の取り組みの効果を評価しましょう
A	計画の見直し改善計画策定	● 改善の検討 ● 計画の修正と再計画	質向上の取り組みの内容・運用方法を改善するための検討をしましょう

図表7 事業所のPDCA



1人の利用者のPDCA(看護過程の展開)

「1人の利用者のPDCA」について詳しく説明します。これは看護過程の展開と同じものにあたります。PDCAの方法を確認したら、最後に、PDCAのチェックリストがありますので、活用してみましょう。

P アセスメントし課題を抽出・看護計画の立案

①アセスメントし課題を抽出

アセスメントでは主治医の指示書（介護保険の場合はケアプラン等を含む）からの情報に加えて、初回訪問時に、心身の状況だけではなく、生活支援の視点で生活リズムや家族等介護状況、住環境、利用者の思いや希望などを情報収集します。**フェイスシート**などを用いると情報を網羅して収集することができます。

収集した情報をもとに**総合的にアセスメント**を実施し、利用者の**課題や強み**の抽出をします。

②訪問看護計画の立案

アセスメントの内容をもとに訪問看護計画書を作成します。看護目標や看護計画は、**利用者や家族の希望・思いを尊重した**看護目標や看護計画にします。

D 訪問看護の実施

Pで立案した目標に向けて、訪問看護計画に基づき、利用者や家族等のセルフケア能力を高める視点で、訪問看護を提供します。**利用者・家族と協働**し、**多職種と連携**して訪問看護を実施します。

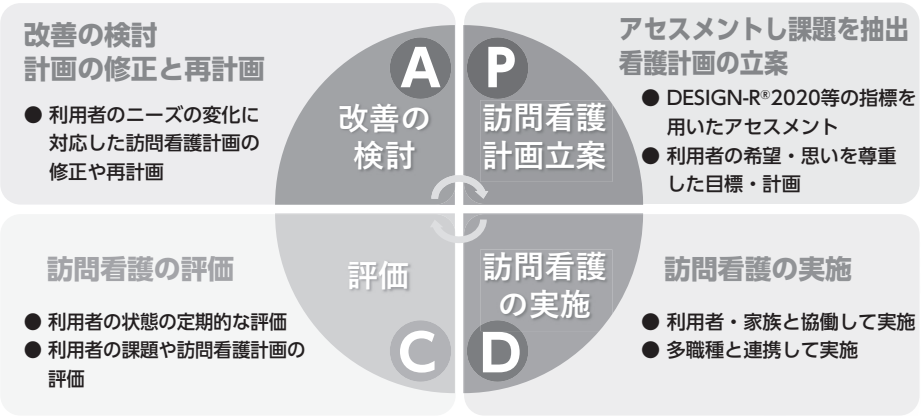
C 訪問看護の評価

目標にてらして**定期的に利用者の状態を**、改善・維持(安定)・悪化などで**評価します**。利用者の課題や訪問看護計画書の内容について評価します。

A 改善の検討・計画の修正と再計画

利用者・家族のニーズの変化や新たに発生した利用者の課題などについて、訪問看護計画の修正と改善を検討します。

図表8 1人の利用者のPDCA（看護過程の展開）　（再掲）



日本訪問看護財団, 訪問看護サービス, 2022

図表9 1人の利用者のPDCA(看護過程の展開)のチェックリスト

確認事項をチェックしてみましょう

P 計画	**アセスメントし課題を抽出・看護計画の立案** ☑ 訪問看護指示書、ケアプラン、その他連携機関の情報を収集する ☑ 利用者の思い・希望を確認する ☑ アセスメント（身体・精神状況、コミュニケーション、認知機能、家族・経済などの社会面の状況、他のサービス活用）を実施する ☑ 看護計画を立案する ☑ 利用者・家族等と計画を共有する
D 実行	**訪問看護の実施** ☑ 計画にもとづくケアを実施する ☑ 実施した内容を記録する ☑ 多職種と連携する
C 評価	**訪問看護の評価** ☑ 利用者の状態（改善・維持(安定)・悪化など状態の変化）を評価する ☑ 利用者の課題や訪問看護計画を評価する ☑ ケア内容が適切か評価する
A 改善	**改善の検討・計画の修正と再計画** ☑ 利用者・家族の希望や思い、利用者・家族のニーズ（自己管理・自立の促進、適切なケア体制、本人の満足度・不安の解消・希望、社会参加など）を確認する ☑ ケア内容について改善をできるところがないか検討する ☑ 訪問看護計画の修正または再計画を立案する

図表10 訪問看護師による総合的なアセスメント項目の例

参考 訪問看護師による総合的なアセスメント項目
（日本版　成人・高齢者用　アセスメントとケアプラン(財団方式)より）

問題・ニーズ領域

No.	検討項目
1	コミュニケーション・聴覚障害に関わる検討
2	視覚障害に関わる検討
3	せん妄状態に関わる検討
4	認知症に関わる検討
5	ADL・IADLの低下　　リハビリテーションに関わる検討
6	転倒の危険性に関わる検討
7	日常生活用具・居住環境に関わる検討
8	孤立・生活意欲低下に関わる検討（生活の活性化）
9	気分の落ち込み・抑うつ・情緒不安定に関わる検討
10	特異行動に関わる検討
11	役割遂行に関わる検討
12	対人関係に関わる検討（望ましい人間関係）
13	食事・栄養状態に関わる検討
14	脱水状態・水分補給に関わる検討
15	歯・口腔ケアに関わる検討
16	排泄ケア・コントロールに関わる検討
17	問題の兆候・病状の安定性に関わる検討
18	健康管理・セルフケアに関わる検討
19	睡眠に関わる検討
20	皮膚・清潔のケアに関わる検討
21	痛みのコントロールに関わる検討
22	虐待予防に関わる検討
23	薬の管理・服薬に関わる検討
24	呼吸・心臓機能の変調に関わる検討
25	感染・発熱の兆候に関わる検討
26	医療的処置や器材に関わる検討
27	家族介護力・家族機能に関わる検討
28	家事に関わる検討
29	経済・制度利用の選択や変更・拡大に関わる検討
30	ターミナル期に関わる検討

コラム

病院と訪問看護ステーション間での連携

ある訪問看護ステーションでは、病棟看護師から「在宅の様子が見えない」という意見をきっかけに連携方法を工夫されています。

医療機関などの紹介元へ「ハッピーライフ通信」という手紙を、利用者が退院した2～3週間以内に送付しているそうです。この「ハッピーライフ通信」では、退院後の在宅での様子を写真付きで報告し、さらに、退院指導された内容のなかで、在宅移行後変更した点を肯定的にフィードバックしているとのことです。

紹介元の病棟看護師からは、「在宅での様子を知ることで、悩みながら退院指導をしていたことが間違っていなかったと自信になった」という感想や「場所が変わっても医療が継続できることが分かった。訪問看護師の「大丈夫です」という言葉で、利用者や家族の雰囲気がガラッと変わることが理解できた」という声があったようです。また、主治医からは「ハッピーライフ通信」を目にすることで、早期在宅移行を考えるきっかけになったという声もあったようです。

医療機関等との連携の推進のためにも皆さんも参考にしてみてはいかがですか。

図表11　ハッピーライフ通信例

ハッピーライフ通信

利用者氏名：Y様
生 年 月 日：昭和6年○月○日
転移性肝臓がん、S状結腸癌術後、自己免疫性膵炎・２型糖尿病

緩和ケア希望の方です。
Yさんのご紹介をありがとうございました。
20○○年3月○日から訪問看護を開始しておりました。
11月○日に、大好きな息子さんが来られ、妻と孫と嫁とワイワイしながら最期の時間を家族でゆっくり過ごし、良い思い出作りができました。
11月○日23：45「呼吸がおかしい」と妻から電話があり訪問しました。訪問すると奥さんに見守られてとてもやすらかな表情で息を引き取っておられました。妻とYさんは、よくカラオケに行ったらしく、夫婦で歌ったカラオケでの録音テープを流しながらエンゼルケアをしました。本人が選んでいた背広を着せ、ネクタイは息子さんにお願いしました。訪問看護に関わらせていただいた期間の中で、「このまま自宅での介護がいつまで続くの？」と揺れる家族の気持ちがあった時期もありました。エンゼルケアが終わり妻は「○病院から訪問看護を紹介された時、きっと夏まで命はないだろうと泣きながら家に帰ったことを思い出します。訪問看護を紹介され、まだまだ元気だけど訪問看護をお願いした方が良いと師長さんかにアドバイスを受けてお願いしました。本当に安心でした。ありがとうございました。」と妻の言葉でした。
早い段階での訪問看護を勧めて頂き、本人の望むような時間を過ごせましたのは、○病院の皆さまのお陰です。本当に感謝いたします。
写真は、最後に背広を着た本人と妻をハグして、お別れを伝えているところです。息子がまずハグをして「お父さんありがとう」と泣きながら伝え、その次にずっと介護してくれた妻とハグしているシーンです。

（写真の使用についてはご家族の了承を得て掲載しております）

事業所のPDCA

「事業所のPDCA」について詳しく説明します。「事業所のPDCA」では、どの看護師でも事業所として統一したケアが実施できるなど、事業所全体の質向上につながる取り組みを検討します。

PDCAの方法を確認したら、最後にPDCAのチェックリストがありますので、活用してみましょう。

P 質向上の計画の立案

①事業所の課題・強みの整理

まず、事業所の**課題・強み**の整理を行います。その時には、例えば、**褥瘡のある利用者数などの数値データ**に基づき、事業所の課題・強みを多角的な視点で整理、検討をします。

事業所の課題・強みを整理した後、**事業所として取り組む必要のあるケアに焦点を当てます。**

②目標の計画の立案

焦点を当てるケアを決めた後、目標を立てます。目標は、**事業所の理念等を基にして**、成果を客観的に評価できる「**数値目標**」を立てることが望ましいです。

（目標の例: 褥瘡のある利用者を〇月までに〇人に減らす）

それを事業所としての計画に組み込みます。

事業所内で質向上に取り組む**担当者を決めて**、例えば褥瘡対策チーム等の**対策チーム**をつくります。質向上の担当者や対策チームのメンバーだけではなく、事業所の訪問看護従事者みんなが質向上にむけて事業所で計画や手順を共有し、共通理解を図りながら進めましょう。

図表12 事業所の強みとは

あなたの事業所のケアの強みは何でしょう？

例
- ターミナルケアに力をいれている
- 小児の訪問看護に力をいれている
- 認定看護師がいる
- 呼吸器専門の病棟にいた看護師がいる
- 救急を専門としていた看護師がいる
- 福祉用具相談員やケアマネジャーの資格を持っている看護師がいる など

D 質向上の取り組みの実施

事業所における質向上の取り組みを計画にそって実施します。質向上の取り組みの例としては、どの看護師が訪問しても同じ基準でアセスメントができるような**アセスメントシート**を作ることや、どの看護師でも漏れなく病状や状態観察等ができるように**チェックリスト**を作ることなどがあります。また、同様のケアを実施できるようにケアの**手順書・マニュアル**等を作るなどの工夫もあげられます。

C 質向上の取り組みの評価

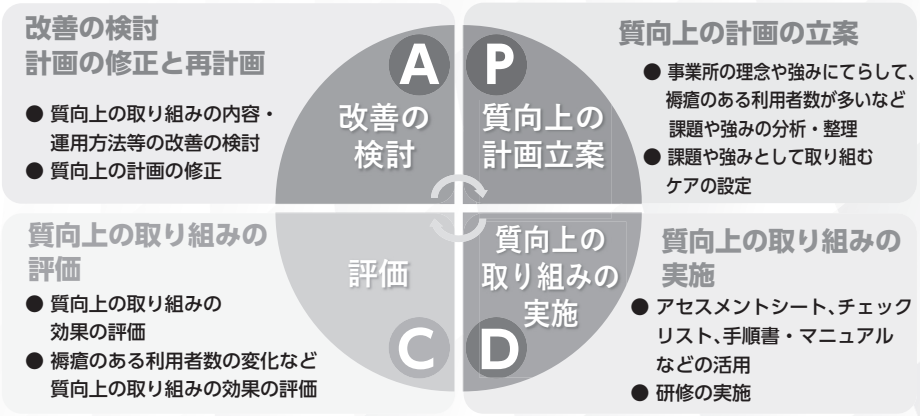
目標を確認し、質向上の取り組みが**うまくいったか、そうでないか**、取り組みの効果を、Pで設定した**褥瘡のある利用者数などの数値データ**などの指標を基に、定期的に評価します。うまくいかなかった場合には、その要因とどのような取り組みの修正が必要か、**褥瘡のある利用者数などの数値データ**を基に検討し、分析を行います。

A 改善の検討・計画の修正と再計画

Cの質向上の取り組みの評価を基に、**取り組みの修正や計画を修正・再計画を検討**します。質向上の取り組みについて、その**運用方法**や、**取り組みの内容も見直し**、必要時修正します。例えば、アセスメントシートの内容の修正やアセスメントシートの運用方法の見直しなどがあげられます。修正・見直しでは、作成したアセスメントシートは、アセスメントができない項目やアセスメントをするのに不十分な項目があるかを見直します。また、運用方法の見直しでは、アセスメントシートの記載の見直しを話合う機会を設けるなどがあります。

これらの修正の検討をもとに、質向上の取り組みの計画も修正をします。

図表13 事業所のPDCA （再掲）



図表14 事業所のPDCAチェックリスト

確認事項をチェックしてみましょう

P 計画

質向上の計画の立案

- ☑ 事業所の理念や基本方針から強みにすることを確認する
- ☑ 多角的に情報を整理し事業所としての課題・強みを分析・整理する
- ☑ 理念にてらし事業所の強み・課題に焦点を当てて取り組むケアを決める
- ☑ 強み・課題として取り組むケアについて、事業所としての目標を設定し、質向上に向けた計画を立案する
- ☑ 目標は取り組みの成果が客観的に評価できる数値目標を立てる
  (目標の例: ●月までに褥瘡人数を●人にする など)

D 実行

質向上の取り組みの実施

- ☑ 質向上の取り組みを計画にそって実施する
  (質向上の取り組みの例：記録の統一、統一したアセスメントシートの利用、ケア方法の統一(手順書)、研修の実施、同行訪問など)
- ☑ 質向上の取り組みの実施方法や、事例検討ならばスタッフが集まりやすい日に設定するなど運営方法も考慮しながら実施する

C 評価

質向上の取り組みの評価

- ☑ 数値目標をもとに取り組みがうまくいったか、うまくいなかったか、取り組みの効果を定期的に評価する
- ☑ 取り組みがうまくいかなかった場合には、その要因と取り組みの修正の必要性を確認する

A 改善

改善の検討・計画の修正と再計画

- ☑ C（評価）での評価、振り返りを基に計画の修正・再計画を検討する
- ☑ アセスメントシートや手順書などの質向上の取り組みの運用方法に無理がないか検討する
- ☑ 必要に応じて、手順書等の内容も改善の必要があるか検討する

Ⅲ PDCAサイクルの具体的な取り組みについて

ここでは、「1人の利用者のPDCA」と、「事業所のPDCA」サイクルの回し方について、具体的に「褥瘡」と「ターミナルケア」に焦点を当てた取り組みをご紹介します。

PDCAの内容はポイントの例示です。各事業所の状況にあわせて取り組みましょう。

1 褥瘡

1）褥瘡が課題となっている1人の利用者のPDCAサイクルの例

P アセスメントし課題を抽出・看護計画の立案

①図表16の右側のグラフのように1人の利用者のDESIGN-R®2020の合計点数のデータを時系列で把握しました。データの結果から褥瘡が悪化していたことがわかりました

②「褥瘡が治癒する」ことを目標とし訪問看護計画を立案しました

D 訪問看護の実施

①マットレス選択やポジショニングなど褥瘡予防ケアを家族に説明しました

②マットレスなど福祉用具貸与について、ケアマネジャーと連携し、導入しました

C 訪問看護の評価

①事例検討にて今の褥瘡のケア方法が適切か検討しました

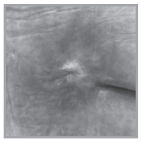
②DESIGN-R®2020の合計点数が下がっているかデータを確認しました(図表15)

図表15 DESIGN-R®2020での褥瘡評価の例

D	e	s	i	G	N	p	合計
4	3	8	0	6	6	0	23

(※合計点数にDは含まない)

▼



10か月後

d	e	s	i	g	n	p	合計
0	0	0	0	0	0	0	0

(※合計点数にdは含まない)

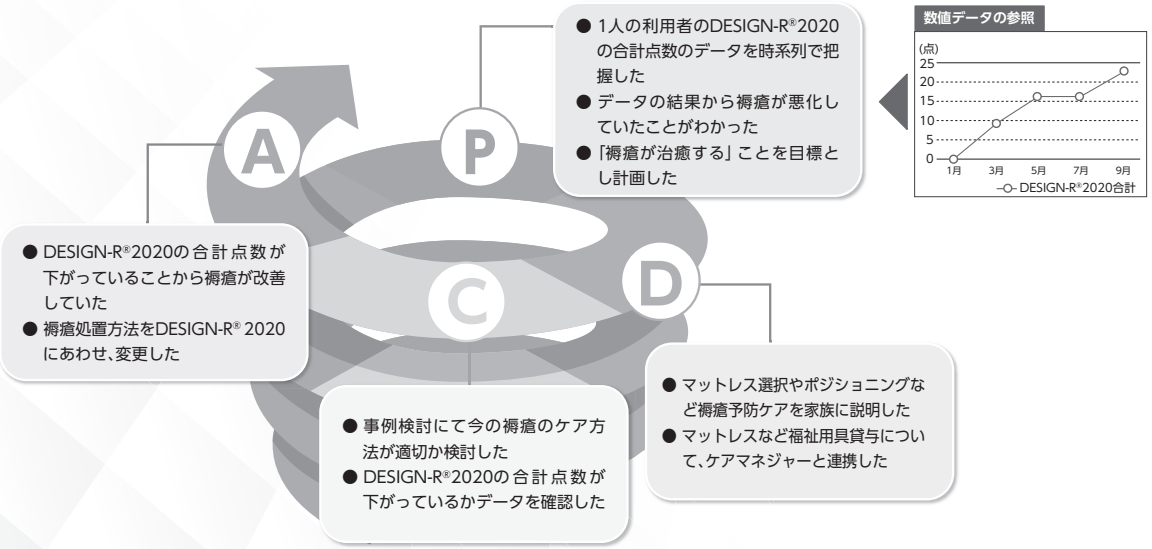
(DESIGN-R®2020：各項目で小文字よりも大文字の方が重症度が高く、深さ(d/D)を除いた合計点が多いほど重症度が高い)

A 改善の検討・計画の修正と再計画

①DESIGN-R®2020の合計点数が下がっていることから褥瘡が改善していると評価しました

②褥瘡処置方法をDESIGN-R®2020の状態にあわせて変更しました

図表16 褥瘡が課題となっている利用者のPDCAサイクルの例



図表17 褥瘡に関する評価指標等の例

1人の利用者に対する褥瘡の評価に活用できる指標例

● DESIGN-R®2020(LIFEでも利用されている)
DESIGN-R®2020分類を使用する際には、出典の「改定DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」を確認しましょう。DESIGN-R®2020分類は後の様式 **(様式10、59ページ)**に掲載していますので、参考にしてください。
出典:一般社団法人日本褥瘡学会編集: 改定DESGIN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント,照林社,2020,p5
http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf

●NPUAP-EPUAP分類 **(次ページ参照)**

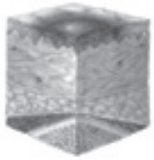
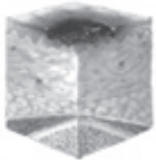
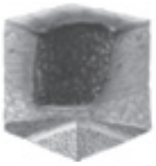
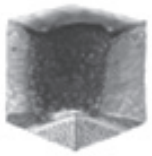
●オマハシステムの皮膚(問題)の状態(1-重度の褥瘡/筋肉、腱および骨を含む褥瘡(ステージ4)、2-重度の褥瘡/皮膚組織(真皮)を貫通する褥瘡(ステージ3)、3-圧痛/表皮以下に浸透している水疱、褥瘡潰瘍;表在性病変(ステージ2)、4-発赤を伴う損傷のない皮膚(ステージ1)、5-皮膚に損傷がない)

●褥瘡対策に関する看護計画書 (例示) (令和4年保険局発0304第3) を踏まえて、日常生活自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、危険因子のある又は褥瘡のある利用者については褥瘡対策の看護計画を作成、実施、評価を行うこと (訪問看護管理療養費の安全な提供体制の整備要件の一つ)
(様式11, 60ページ)

褥瘡のNPUAP-EPUAP分類

NPUAP-EPUAP分類は、米国褥瘡諮問委員会（National Pressure Ulcer Advisory Panel）とヨーロッパ褥瘡諮問委員会（European Pressure Ulcer Advisory Panel）が作成した分類方法になります。

下の画像のような6分類で褥瘡を評価するものになります。

ステージⅠ	消退しない発赤	
ステージⅡ	部分欠損	
ステージⅢ	全層皮膚欠損	
ステージⅣ	全層組織欠損	
判定不能	深さ不明	
深部損傷褥瘡疑い	深さ不明	

出典: NPUAP・EPUAP、真田弘美・宮地良樹監訳：褥瘡の予防と治療：クイックリファレンスガイド2014年版、P.12、13より引用

引用: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014

2）褥瘡ケアに焦点を当てた事業所のPDCAサイクルの例

P 質向上の計画の立案

①図表18の右側のグラフのように年間及び月間で褥瘡がある利用者数のデータを収集しました
②データの結果から褥瘡がある利用者数が増加していたことがわかり、「事業所全体での褥瘡がある利用者数を下げる」ことを目標としました

D 質向上の取り組みの実施

①褥瘡発生リスクの評価のために統一したアセスメントシート（ブレーデンスケール等）を利用し、看護師全員が同じように褥瘡のリスクアセスメントができるようにしました
②褥瘡ケア（使用物品、処置方法の手順等）と褥瘡予防ケア（ポジショニングの方法等）の手順書を作成し、看護師全員が同様のケアができるようにしました

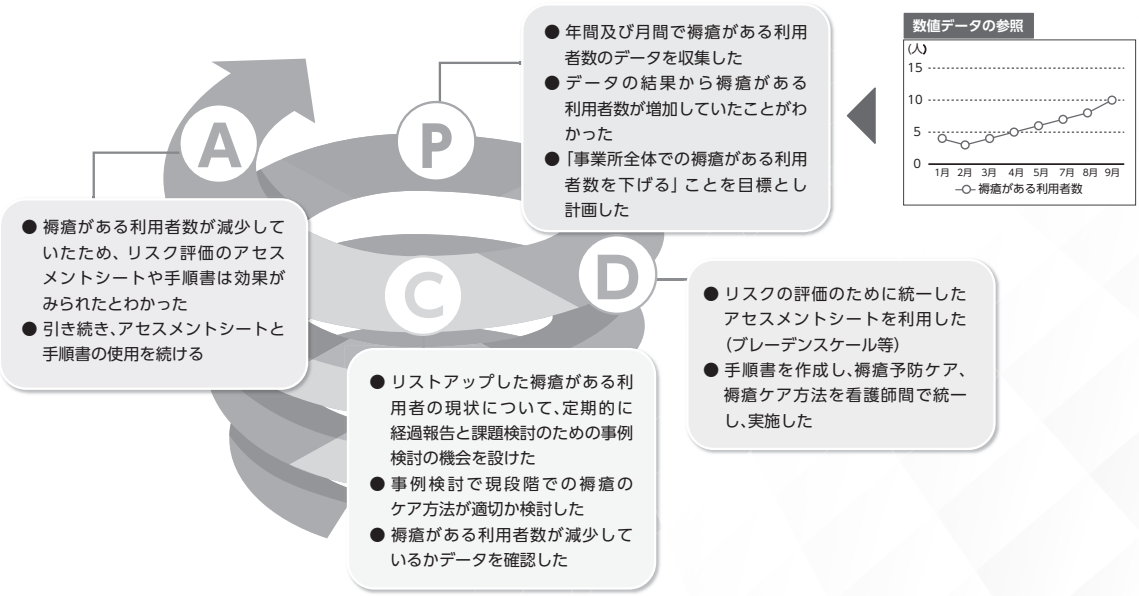
C 質向上の取り組みの評価

①褥瘡がある利用者をリストアップし、そのリストアップした利用者の現状について、定期的に経過報告と課題検討のための事例検討の機会を設けました。事例検討で現段階での褥瘡のケア方法が適切か検討しました
②褥瘡がある利用者数が減少しているかデータを確認しました

A 改善の検討・計画の修正と再計画

①褥瘡がある利用者数が減少していたため、改善の取り組みとして実施したアセスメントシートやケア方法の統一、事例検討といった質向上の取り組みには効果があることがわかりました
②この結果から、引き続き事業所ではアセスメントシートやケア方法の統一、事例検討の取り組みの継続をしました

図表18　褥瘡ケアに焦点を当てた事業所のPDCAサイクルの例



図表19　事業所の褥瘡の評価指標例

事業所の褥瘡の評価に活用できる指標例

●「訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書（7月1日現在）にて、各都道府県に報告する利用者数等褥瘡対策の実施状況も褥瘡の指標として参考にできます

●利用者の褥瘡に関する評価指標等であげたDESIGN-R®2020やNPUAP-EPUAP分類の指標のデータを集積して事業所の指標とすることもできます

参考；関東信越厚生局の訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書における褥瘡の指標の集計の例

9．褥瘡対策の実施状況

※令和４年６月１日時点の利用者数（全登録者数）を記載すること（１か月間ではなく１日時点の状況であるため注意すること）　※介護保険の利用者も含めること

① 訪問看護ステーション全利用者数（全登録者数）	人	
② ①のうち、d1以上の褥瘡を有していた利用者数	人	
③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数	人	自動チェック：
④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数〔②－③〕	人	←②－③と一致することを確認すること ○

⑤ 褥瘡の重症度（DESIGN-R2020分類）	訪問看護利用開始時の褥瘡（③の利用者の在宅療養開始時の状況）	訪問看護利用中に新たに発生した褥瘡（④の利用者の発見時の状況）
d1	人	人
d2	人	人
D3	人	人
D4	人	人
D5	人	人
DDTI	人	人
DU	人	人
	↑合計が③と一致することを確認すること　自動チェック：○	↑合計が④と一致することを確認すること　自動チェック：○

（関東信越厚生局「訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書」より一部抜粋）

2 ターミナルケア

1）疼痛が課題となっているターミナルケアの利用者のPDCAサイクルの例

P アセスメントし課題を抽出・看護計画の立案

①すい臓がんの利用者の疼痛をNRS(Numeric Rating Scale)でデータ収集しました
図表20の右側のグラフのように、時系列で疼痛のデータを確認し、アセスメントしたところ、ここ数日で疼痛の急激な増悪がみられていました。夜間も眠れないとの訴えがありました
②「疼痛が軽減し夜間入眠できる」ことを目標とし、看護計画を立案しました

D 訪問看護の実施

①現在使用している薬剤が分かりやすいように記録をしました
②レスキューとして頓用で使用している薬剤と使用回数、使用した時間、NRSの値を一覧で記録しました
③緩和ケア認定看護師と同行訪問を実施しました

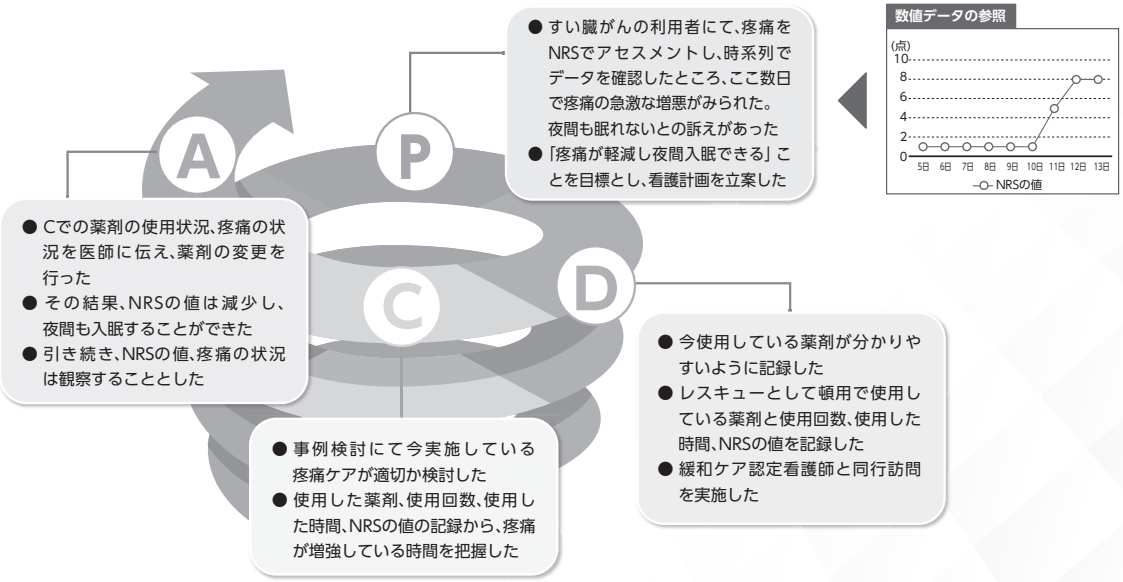
C 訪問看護の評価

①多職種での事例検討にて、薬剤師や理学療法士も交え、今実施している疼痛ケアが適切か検討しました
②使用した薬剤、使用回数、使用した時間、NRSの値の記録から、疼痛が増強している時間を把握しました

A 改善の検討・計画の修正と再計画

①薬剤の使用状況、疼痛の状況を医師に伝え、薬剤の変更が行われました。その結果、NRSの値は減少し、夜間も入眠することができました
②今後の病状の変化に備え、引き続き、NRSの値、疼痛の状況は観察することとしました

図表20 疼痛が課題となっているターミナルケアの利用者のPDCAサイクルの例



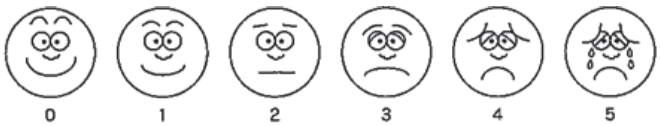
図表21 疼痛の評価指標の例

利用者のターミナルケアの疼痛の評価に活用できる指標例

●NRS(Numeric Rating Scale: 数値評価スケール)
痛みが全くない0から、過去の最も痛かった時を10として記入してもらいます。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

●Wong-Baker Face Scale(表情尺度スケール)
笑顔から泣き顔までの6段階で表したものを示し選んでもらいます。



●VENUS質指標
2.苦痛の最小化　9)疼痛への対処
過去3日間の疼痛の程度(過去3日間に利用者に痛みがあるか:痛みはない、軽度、中程度、重度)、過去3日間の疼痛のコントロールの程度(過去3日間の痛みのコントロールの程度: 痛みはない、痛みは自制内であり特にコントロールを行っていない、コントロールは適切に効いている、コントロールを行っているが十分に効いていない、痛みがあるときのコントロール方法はない)
<VENUS質指標 (VENUS: Visualizing Effectiveness of NUrSing and Long-term Care) (図表29、32ページ)>

●オマハシステムの疼痛の状態
(1-常に強い痛みの状態/徴候がある、2-常に中等度の強い痛みの状態/徴候がある、3-常に中等度の痛みの症状/徴候がある、4-常に軽い痛みの症状/徴候がある。強い痛みはあまりない、5-痛みの症状/徴候がコントロールされている) **(35ページ)**

2）ターミナルケアに焦点を当てた事業所のPDCAの例

P 質向上の計画の立案

①年間の事業所内の在宅看取り数のデータをとりました。図表22の右側のグラフのようにデータの結果から、在宅看取り数はほぼ横ばいで推移していたことがわかりました
②看護師の職員体制も拡充できたことから、管理者とスタッフ間で話し合い在宅看取りを推進することを目標に、「在宅看取り数を年間15人とする(他、在宅看取り割合を60%にするなど)」ことを目標としました

D 質向上の取り組みの実施

①ターミナルケアの意思決定支援の経過を看護師間で共有して確認するために、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考に意思決定支援における説明のチェックリストや様式を用いて意思決定の経過を一覧で記録しました
②緩和ケア認定看護師と同行訪問を実施しました
③利用者の希望に応じた看取りを実現するために、多職種で連携体制を整えました

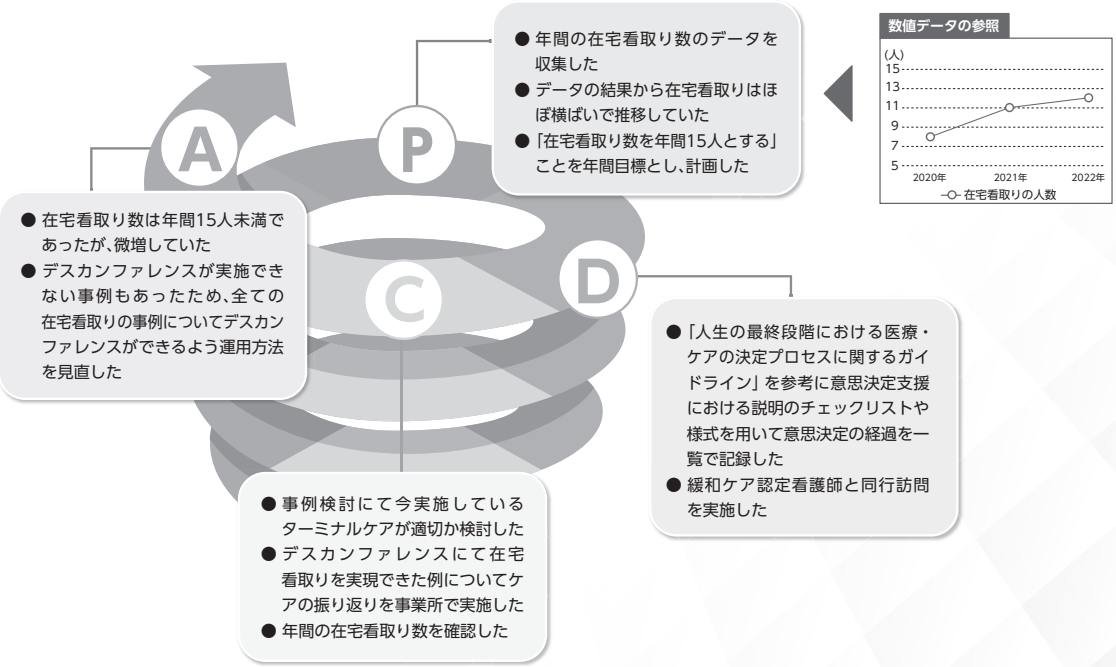
C 質向上の取り組みの評価

①事例検討にて、現在実施しているターミナルケアが適切か検討しました
②デスカンファレンスにて在宅看取りを実現できた例についてケアの振り返りを事業所内で実施しました
③年間の在宅看取り数を確認し、取り組みの評価を行いました

A 改善の取り組みの検討・計画の修正・再計画

①在宅看取り数は年間15人未満で、目標には到達していませんでしたが、前年度に比べ微増していたことがわかりました
②目標に到達できなかった要因として、デスカンファレンスが実施できない事例もあったため、全ての在宅看取りの事例についてデスカンファレンスができるようデスカンファレンスの運用方法を見直しました。1回のデスカンファレンスは1時間以内で終わるよう、事前準備に時間をかけずに簡潔に事例がわかるようカンファレンス様式を見直しました。スタッフに聞き取りをした結果、デスカンファレンスを訪問が少ない、水曜日の夕方に実施するよう見直しました

図表22 ターミナルケアに焦点を当てた事業所のPDCAサイクルの例



図表23 事業所が活用できるターミナルケアの評価指標例

事業所のターミナルケアの評価に活用できる指標例

●在宅看取り人数

●介護保険の「ターミナルケア加算」の算定件数、医療保険の「訪問看護ターミナルケア療養費」の算定件数

Ⅳ 事業所における質向上の取り組みの例

これまでは利用者や事業所のPDCAの例を説明しました。

ここでは、事業所の質向上に取り組もうといった時に、具体的に何から取り組んだらいいかわからないといった際にヒントになるように、事業所における質向上の取り組みの一例をご紹介します。

1 事業所のケアの質向上に関する取り組みの例

訪問看護では基本的に訪問看護従事者がひとりで訪問します。前回訪問した看護師と次に訪問した看護師でアセスメントやケアの方法等が異なってしまった場合、利用者に不安や不満をあたえることにもつながりかねません。アセスメント方法や、観察項目、ケア方法を統一するために、事業所内で統一した様式を作成するなどの工夫が重要になります。

1）記録の統一：アセスメントシートの統一

●初回訪問時、アセスメントを実施する際に、どの看護師でももれなく、くまなく情報収集ができるように、統一したフェイスシートを作成して活用することがあげられます。フェイスシートは小児の利用者と成人、または精神科訪問看護の利用者などで使い分けている場合もあります

＜例＞成人用フェイスシート **(様式1-1, 39ページ)**

小児用フェイスシート **(様式1-2, 41ページ)**

●ケアの領域ごとにアセスメントを記載していくことで、どの看護師でも同様にアセスメントの実施や看護問題の抽出ができる情報シートの活用も有効です

＜例＞情報シート **(様式2, 44ページ)**

●毎回の訪問時に必要な観察項目を漏れなく観察するために、観察項目を記載するチェックシートを使用することもケアの統一に有効です

＜例＞排泄確認表 **(様式3, 50ページ)**

薬剤確認表 **(様式4, 51ページ)**

●疼痛や褥瘡などの状態を客観的に判断するために事業所で統一したアセスメントシートを使用することも有効です

＜例＞疼痛アセスメントシート **(様式5, 52ページ)**

2）ケア方法の統一（手順書）

誰が訪問しても同じケアが実施できるよう手順書を作成することも大切です。その際にはケアごとにかかる時間や使用する物品を示すことも大事です。創傷や褥瘡の処置については画像を活用するのもよいでしょう。

＜例＞手順書（ケアシート）**（様式6, 53ページ）**

＜例＞ターミナルケア確認表 **（様式7, 55ページ）**

3）事例検討

事業所の質向上のためには事例検討は重要です。事例検討の目的には、大きく分けて２つの目的があります。それは、現在提供しているケアを検討することと、過去に提供したケアを振り返ることになります。事例検討では、困っていることやうまくいかなかった事例を検討することが多いですが、過去に提供したケアで、うまくいった事例（好事例）を振り返ることは、同じような症状や状態の利用者へのケアのヒントとなります。また、好事例を振り返ることは、訪問看護従事者のやる気やエンパワメントにもつながります。ぜひ、好事例も集めて事業所でも事例検討をしてみましょう。

①現在提供しているケアを検討する上でのヒント

・事例検討を自事業所内や連携先などの医師、理学療法・作業療法士・言語聴覚士等、介護職、薬剤師など多職種で行えると新しい視点からの検討ができ、より効果的です。

・事例検討に取り組むために、週1回は午後の訪問を早めに終わらせ事例検討の時間に当てたり、スタッフが集まりやすいお昼時間に行う、欠席している人にも伝わるように必ず記録をとるなど開催や運営の工夫も必要です。

＜例＞事例検討様式 **（様式8-1, 56ページ）**

②好事例の振り返り（ポジティブ事例検討）

「ポジティブ事例検討会」では、31ページに記載のVENUS指標の評価を活用して、VENUS指標で高い評価のあった項目の事例を選び、月に１回程度皆で振り返ることを提案しています（次ページ参照）。ポイントは、低い評価項目で問題点を探すのではなく、自分たちが高評価を得ている項目を選んで振り返り、自分たちの優れた実践を意識化・言語化して強化することです。そのため、まず、ワークシートの上部に着眼した質指標項目を記入しましょう。事例を振り返る際は、ポジティブ事例検討のワークシートを用いて振り返ると進めやすいです。好事例を振り返ることは、事業所の訪問看護従事者のやる気アップやエンパワメントになります。この事例検討を実施した事業所の管理者さんからも「こんな風にポジティブになれば確かにいいよね！」と好評とのことです。次のページに記載しているポイント、タイムスケジュールやワークシート（様式8-2）を使って、ポジティブ事例検討会を試してみてください。

＜例＞ポジティブ事例検討ワークシート **（様式8-2, 57ページ）**

図表24 「VENUS質指標」と「ポジティブ事例検討会」を用いたPDCAサイクル例

令和４年度厚労科研「早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究」より一部改編

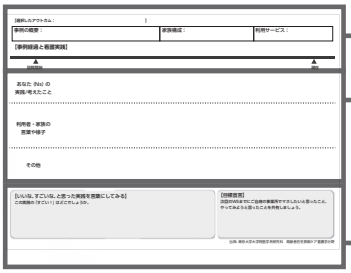
「ポジティブ事例検討会」（月例）のポイント

- できるかぎりすべての参加者が交代で事例提供者として参加する
- VENUS質指標で可視化された、自事業所の強み＝「よいケア」に着目することを中心とする
- 事例提供者は、「よいケア」ができたと思う事例を１つ挙げる
- 事前の準備は最小限とし、事例提供者へ資料作成を課さないで負担をかけない
- 「なぜ（どこが）良かったのか？」を皆で語り合い、優れたワザを意識化・言語化
- 「ポジティブフィードバック」中心で語り合う
- 事例提供者、ファシリテーター、記録係のほか3人以上の参加者が集うのがお勧め
- 事例検討は事例紹介からまとめを含め45分に→多忙でも負担にならないよう工夫

事例検討タイムスケジュール

時間	内容
１分	アイスブレーク・説明
20分	事例の共有 ・事例の選択理由 ・「なぜ〇〇のような卓越したケアができたのか」の問われ語り ・ケア実践の意図・内容・成果など語り合いながら意識化・言語化
20分	参加者全員での事例の振り返り・語り合い ・事例を通し「いいな、すごいな」と思った実践を言葉にしてみる＝ポジティブフィードバック ・次回までに取り入れたいこと、マネしてみたいことを皆に宣言＝良い実践の伝播・共有
4分	事例提供者の感想・学びの確認

ワークシートに書き入れながら共有



- 事例の概要
- Ns（自分）の実践/考え
- 利用者・家族の言葉/様子
- その他
- この実践のよいポイント＝評価
- 事業所で取り入れたい具体的な内容＝対策と計画

「ポジティブ事例検討会」によるPDCAサイクルのイメージ

Plan 計画

【これまでの課題】
- 改善のために何を計画すればよいかわからない

【本プログラムの仕掛け】
- 事例検討から取り入れたいワザ・マネしてみたいワザを皆に宣言
- ポジティブフィードバック

Do 実践

【これまでの課題】
- 日々の業務に追われる
- 自分たちの実践を振り返る余裕がない

【本プログラムの仕掛け】
- 宣言した「取り入れたいワザ・マネしてみたいワザ」の実践と手ごたえの確認

Check 評価

【これまでの課題】
- 自分たちの実践はどこが良いのか／悪いのか判断しにくい

【本プログラムの仕掛け】
- VENUS質指標を用いたベンチマーク・質評価
- 強み・弱みが一目瞭然

Action 対策

【これまでの課題】
- 対策方法がわからない
- 「反省点」にフォーカスしすぎて疲弊

【本プログラムの仕掛け】
- ポジティブ事例検討会
- 好事例の事例検討中心
- 効果的なワザを意識化

③目的を限定した事例検討

事例検討は在宅看取りをした事例について振り返る「デスカンファレンス」、家族等の意向が異なった際に今後の方針を話し合う「倫理カンファレンス」など目的を限定する方法もあります。

コラム

倫理カンファレンス

訪問看護の場面では、「口から食べたいけれど、誤嚥性肺炎の可能性が高い」「家族の希望で通所介護を利用しているけれど、本人は納得していない」など、倫理的な問題にぶつかることが多いと思います。

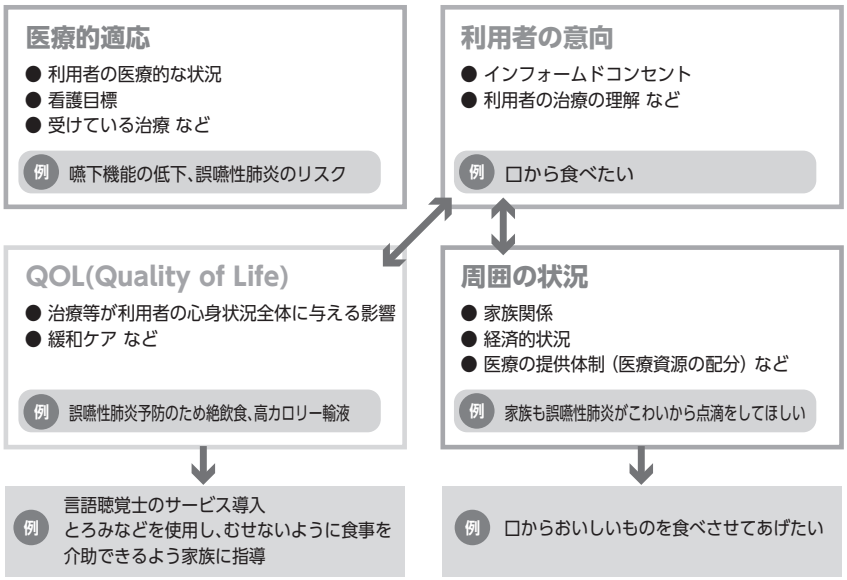
みなさんはこんな時、「看護職の倫理綱領」を活用されていますか。「看護職の倫理綱領」は、日々のケアを実践する上での行動指針となり、また、振り返りの基準や倫理的な組織を作るためにも役に立ちます。

ある訪問看護ステーションでは、毎月、倫理的なカンファレンスを行っています。

皆さんも質の高いケアを目指すために、倫理的な観点から話し合う機会をつくのはいかがでしょうか。その時には、臨床倫理の4分割法を活用すると、どの問題に倫理的な対立が起こっているのかを整理できるので、解決策を話し合うのに効果的です。

下の例では利用者の意向の「口から食べたい」とQOLの「誤嚥性肺炎予防のため絶飲食」、周囲の状況の「家族の点滴をしてほしい」という意見が倫理的対立をしていましたが、家族への説明によって、家族も「口から食べさせてほしい」となり、多職種でのカンファレンスの結果、言語聴覚士やサービス導入によってむせずに口から食べられるようにサービス調整をおこない倫理的対立を解消したという例になります。

図表25　臨床倫理の4分割法



出典：医療人権を考える会,事例で考える訪問看護の倫理,日本看護協会出版会,2015

2 その他の質向上に関する取り組みの例

ここではケアの質向上以外の事業所での質向上に関する取り組みの一例をご紹介します。

1）利用者満足度

●利用者満足度として、利用者の意見のアンケートをとり、その結果から改善を行っている取り組みもあります

＜例＞利用者満足度 **(様式12, 61ページ)**

2）職員満足度

●利用者満足度と同様に職員満足度もアンケート調査をし、職員の意見から改善を行っている取り組みもあります

＜例＞職員アンケート **(様式13, 62ページ)**

3）事業所の現状分析に用いるSWOT

SWOT（スウォット）分析

これは、事業所の現状分析をする時などに使う枠組みです。

SWOTとは、【強み】(Strength)、【弱み】(Weakness)、【機会】(Opportunity)、【脅威】(Threat) の頭文字を取ったもので、この4つの要素を使い分析を行います。

この4つの要素は事業所の環境に係る「外部環境」の機会と脅威、「内部環境」の強みと弱みに分けられます。

自事業所のおかれている現状を分析し、目標を設定し方向性や改善点を見つけ具体的な行動計画（数値目標や期間など）を立てて、一定期間ごとに評価をしましょう。

①まずは何に対する目標にするか、しっかりと決めましょう。
②次に「外部環境」である【機会】と【脅威】について考えていきます。
外部環境とは事業所では変更することが出来ないものを指します。
例えば、【機会】は、診療報酬の引き上げ、要介護高齢者の増加などがあげられます。
【脅威】は、介護報酬の引き下げ、人口減少などです。
③さらに「内部環境」である【強み】と【弱み】について考えます。
内部環境とは事業所で調整できるものを指します。
例えば、【強み】は、常勤が5人いる。認定看護師がいることで困難事例の際に頼りになるなど。
【弱み】は、利用者確保が困難、赤字経営などがあげられます。

スタッフと話し合いながら枠を埋めていくと理念や目標が浸透しやすく、その後の計画実行も円滑に進みます。また、四半期、中間、年間評価での数値も評価しやすくなります。事業所の特徴を活かしたSWOT分析をしましょう！

図表26　SWOT分析の例

内部環境要因 自ステーションの経営資源を分析		外部環境要因 自ステーションで現状ではコントロールが不可能	
自ステーションの強み	自ステーションの弱み	機会 （チャンス）	脅威 （訪問看護市場のリスク要因）
● 緩和ケアを得意としている ● 常勤看護師が5人いる ● 認定看護師がいる	● 利用者確保が困難 ● 訪問の効率が悪い ● 赤字経営	● 診療報酬の引き上げ ● 要介護高齢者の増加 ● 在院日数の短縮化 ● 在宅看取りの推進	● 介護報酬の引き下げ ● 同業者との競合 ● 人口減少

コラム

大学と訪問看護師が産学連携して開発された評価システムのご紹介
「お天気ケア」と「FonLog」

「A看護師は利用者に受け入れられたのに、なぜB看護師は受け入れられてないのだろう」「自分が行っているこのケアを受けて、利用者はどう思っているのだろうか」と考えたことはありませんか？

ある訪問看護ステーションでは、地域の工業大学と協働して、「お天気ケア」と「FonLog」というアプリケーションを開発しました！

「お天気ケア」は利用者・訪問看護師両方の感情の変化を見える化する評価システムであり、訪問時間やケア内容、誰が訪問したか等とともに気分を入力します（図表27）。

「FonLog」ではスマートフォンのセンサを使用し、何のケアにどれくらいの時間を使っているかを人工知能(AI)で自動的に入力できる記録ソフトです。

さらに、「お天気ケア」で取集したデータは「FonLog」で集積・分析できるように連動しています。

今後は、なかなか自分の感情を表現するのが難しい難病や精神疾患の利用者にターゲットを絞りデータを蓄積する予定とのことです。この事業所では、見える化することが難しい訪問看護のケアや効果を見える化できるよう大学と連携し取り組まれています。

このように訪問看護師の知恵やアイデアを、企業や大学とコラボレーションして開発することも発展的な取り組みの一つといえるでしょう。

図表27 FonLogのアプリケーションでのお天気ケアの表示

※アプリケーションでお天気ケアの気分と訪問日時を入力できます

V 訪問看護の評価においてヒントとなる評価指標

1 令和３年度調査研究事業でレビューされた訪問看護事業所における質評価の指標

令和３年度に実施した調査研究事業において、訪問看護事業所の質評価の指標として、提示された指標を以下にご紹介します。

自事業所に有効な方法を検討してご活用ください。各指標について詳しくは、本手引きの該当ページ、または、出典をご確認ください。

●オアシス（The Outcome and Assessment Information Set: OASIS）
●全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」
●日本訪問看護財団「訪問看護サービス質評価のためのガイド」
●日本訪問看護財団「日本版　成人・高齢者用アセスメントとケアプラン」
●オマハシステム **(35ページ参照)**
●VENUS質指標（VENUS: Visualizing Effectiveness of NUrSing and Long-term Care）
（東京大学大学院医学系研究科高齢者在宅長期ケア看護学分野）**(31ページ参照)**
https://longtermcare.m.u-tokyo.ac.jp/research/announcement-research/
●科学的介護情報システム（LIFE）
厚生労働省 科学的介護情報システム（LIFE）について
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html
LIFE様式集
https://www.jvnf.or.jp/newinfo/2021/211001life_yoshiki.pdf
●利用者満足度評価 **(27ページ、様式12, 61ページ参照)**
●職員満足度評価 **(27ページ、様式13, 62ページ参照)**
●レセプト調査からの評価指標(入院率、再入院率、時間外受診率等)

出典：令和３年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業【報告書】
https://www.jvnf.or.jp/katsudo/kenkyu/2021/kourousyouhoukokusyo.pdf

2 ケアのアウトカムを評価する上で有用な尺度等の例

●褥瘡　DESIGN-R®2020（**様式10, 59ページ**）
●疼痛管理　NRS（**20ページ参照**）
●障害高齢者の日常生活自立度判定基準 **(37ページ参照)**
●認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 **(38ページ参照)**
●GAF（機能の全体的評価）尺度 **(36ページ参照)**
●LIFEの様式 **(31ページ参照)**
●要支援・要介護度 **(37ページ参照)**

3 指標を用いた評価の具体例

1）LIFEへのデータ提出の例「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」

介護保険サービスでは科学的介護推進に関する評価において、褥瘡マネジメント加算（訪問看護では算定できませんが看護小規模多機能型居宅介護では算定できます）があり、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」の様式があります。褥瘡対策を計画し実施して、そのデータをLIFEに提出し、評価のフィードバックを受けることで褥瘡発生の予防や早期治癒を促進するなどの成果（アウトカム）を得ます。根拠に基づく看護の提供を行って成果を可視化する方法として取り組みを進めます。

事業所のサービスの質が高いことを対外的にもアピールできる材料になるでしょう。

＜例　褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書＞　（様式9, 58ページ）

2）VENUS質指標

VENUS質指標は、長期ケアLong-term careを受ける高齢者へのケアを評価する指標です。ゴードンの「機能的健康パターン」に基づいて、『1.尊厳の追求』、『2.苦痛の最小化』など8個の「ドメイン」を作り、その中に、『1)社会的交流の確保』や『7)褥瘡予防』、『9)疼痛への対処』などの18個の「アウトカム指標」があるという構造になっています。図表30のように、複数の事業所間で比較し、自事業所のケアに関するベンチマークをすることも可能です。

図表28　VENUS質指標のドメインとアウトカム項目

ドメイン	アウトカム指標
1.尊厳の追求	1）社会的交流の確保
	2）希望する生き方の実現
	3）活動制限の撤廃
2.苦痛の最小化	4）疾患悪化予防
	5）感染症（尿路）予防
	6）感染症（呼吸器）予防
	7）褥瘡予防
	8）呼吸困難への対処
	9）疼痛への対処
3.食生活の維持	10）栄養状態の保持
	11）脱水の予防
4.排泄活動の維持	12）排泄活動の維持
5.身体活動の維持	13）転倒転落による外傷の予防
	14）日常的な活動の維持
	15）寝床以外での活動の維持
6.睡眠の確保	16）生活に支障ない睡眠の確保
7.こころの安寧の追求	17）こころの安寧の追求
8.家族のウェルビーングの追求	18）家族のウェルビーングの追求

図表29　VENUS質指標

1/2

1．尊厳の追求　1) 社会的交流の確保			
1）過去 30 日間の、利用者の社会的交流（家族や友人だけでなく、利用している介護サービス等も含む）はどのような状況でしたか			
興味のある活動に参加し喜んでいる様子がある	あった	なかった	
家族や友人・知人などと会話や表情で交流している	あった	なかった	
家族や友人・知人との間で葛藤・恐れを持つ様子がある	あった	なかった	
2）過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたか	全くない	表現することがある	常に表現している
1．尊厳の追求　2) 希望する生き方の実現			
1）過去 30 日間に、利用者は今の状況において可能な範囲で、自分の希望する生き方を実現できていましたか	かなりできていた	できている部分もあった	全くできていなかった
1．尊厳の追求　3) 活動制限の撤廃			
1）過去 30 日間に、利用者は療養の場において物理的な身体抑制を受けましたか（四肢の抑制、ベッドの 4 点柵、車いすのテーブル 等）	いいえ	はい	
2）過去 30 日間に、利用者は活動制限を目的とした薬剤（鎮静剤、睡眠薬など）の投与を受けましたか。	いいえ	はい	
2．苦痛の最小化　4) 疾患悪化予防			
1）過去 30 日間に、利用者に新たな疾患が発生したり、既往疾患が再発・再燃（慢性心不全や COPD の急性増悪、統合失調症の症状悪化など）しましたか ※原因が特定されなくても、何らかの体調の変化があり、ケアや治療が施されたら「はい」と回答	はい	いいえ	
2）過去 30 日間に、利用者は何回入院しましたか	（　　）回		
（過去 30 日間に入院した場合）入院日・退院日 ※複数あった場合は全ての入院を回答してください	入院日（　　）年（　　）月（　　）日 退院日（　　）年（　　）月（　　）日		
（過去 30 日間に入院した場合）直近の入院は以前に予定されていましたか ※複数あった場合は全ての入院についてそれぞれ回答してください	はい	いいえ	
（過去 30 日間に入院した場合）直近の入院の直接の原因になった疾患・状態を1つ回答してください ※複数あった場合は全ての入院についてそれぞれ回答してください ※「疑い」とされる疾患・状態も選択してください	1　呼吸器感染症（急性気管支炎、肺炎等）	10 精神状態の変化	
	2　尿路感染	11 電解質異常 (脱水、低ナトリウム血症)	
	3　うっ血性心不全	12 便秘、宿便、便秘や宿便による腸閉塞	
	4　高血圧	13 けいれん、てんかん発作	
	5　転倒または骨折（自動車事故を除く）	14 敗血症	
	6　体重減少または栄養失調	15 糖尿病（血糖コントロール不良）	
	7　下痢 , 胃腸　クロストリディオイデス・ディフィシル腸炎	16 貧血	
	8　慢性閉塞性肺疾患（COPD）、喘息	17 急性腎不全	
	9　褥瘡、蜂窩織炎	18 上記のいずれにも該当しない	
3）過去 30 日間における救急外来受診の回数（入院に至ったものは含まない）	（　　）回		
4）過去 30 日間における緊急コールの回数	（　　）回		
5）過去 30 日間における緊急訪問の回数	（　　）回		
2．苦痛の最小化　5) 感染症（尿路）予防			
1）過去 30 日間に、利用者に尿路感染症（UTI）がありましたか	なし	診断があり、治療を受けている	診断があり経過観察されているが、治療は受けていない
（診断を受けた場合）診断日	（　　）年（　　）月（　　）日		
2．苦痛の最小化　6) 感染症（呼吸器）予防			
1）過去 30 日間に、利用者に肺炎がありましたか	なし	診断があり、治療を受けている	診断があり、経過観察されているが、治療は受けていない
（診断を受けた場合）診断日	（　　）年（　　）月（　　）日		
2．苦痛の最小化　7) 褥瘡予防			
1）過去 30 日間に、利用者に褥瘡がありましたか ※最重度の褥瘡について回答してください	褥瘡はない	持続した発赤部分がある	皮膚層の部分的損失 / 皮膚の深くぼみ / 筋層や骨の露出
2）過去 30 日間に、利用者に皮膚の裂傷や切り傷（手術創以外）（スキンテア）がありましたか	はい	いいえ	
2．苦痛の最小化　8) 呼吸困難への対処			
1）過去3日間に、利用者に呼吸困難（息切れ）がありましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	症状はない	休息中にはないが、活動により生じる	休息中にもある
2）過去 3 日間に、利用者の呼吸困難感はどの程度コントロールできていましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	呼吸困難はない		
	呼吸困難は自制内であり、特にコントロールを行っていない		
	コントロールは適切に効いている		
	コントロールを行っているが、十分に効いていない		
	呼吸困難がある時のコントロール方法はない		
2．苦痛の最小化　9) 疼痛への対処			
1）過去 3 日間に、利用者に痛みがありましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	痛みはない	軽度	中等度 / 重度
2）過去 3 日間に、利用者の痛みはどの程度コントロールできていましたか ※過去3日間における最も悪い状態について回答してください	痛みはない		
	痛みは自制内であり、特にコントロールを行っていない		
	コントロールは適切に効いている		
	コントロールを行っているが、十分に効いていない		
	痛みがある時のコントロール方法はない		

2/2

3. 食生活の維持　10) 栄養状態の保持			
1）過去 30 日間に、利用者は体重を測定しましたか。測定した場合は直近の体重を記入してください。	（　　）kg	測定していない	
2）利用者の状態は、以下のいずれかに当てはまりますか ・過去 30 日間に 5%以上の体重減少があった ・本人もしくは周囲の人から見て、30 日前に比べてやせてきたと感じる	いいえ	はい	
3. 食生活の維持　11) 脱水の予防			
1）過去 30 日間に、利用者に脱水がありましたか	なし	診断があり、治療を受けている	診断があり、経過観察されているが、治療は受けていない
（診断を受けた場合）診断日	（　　）年（　　）月（　　）日		
4. 排泄活動の維持　12) 排泄活動の維持			
1）利用者の過去1週間の排便状況（便秘）を教えてください	排便が週 3 回以上かつ排便困難がない（下剤等の介入なし）		
	排便が週 3 回以上かつ排便困難がない（下剤等の介入あり）		
	排便が週 3 回未満または排便困難がある		
2）利用者の過去1週間の排便状況（下痢）を教えてください。（下痢：水様便の頻繁な排泄。）	なし	あり	
3）過去 30 日間に、排泄に関して、以下に当てはまる状態が利用者にみられましたか ・尿失禁：尿が不随意にもれるという愁訴 ・便失禁：無意識または自分の意思に反して肛門から便がもれる症状 ・IAD：尿または便（あるいは両方）が皮膚に接触することにより生じる皮膚炎	なし	あり（以下に回答　※複数回答可）	
	□ 尿失禁	□ 失禁関連皮膚障害（IAD）	
	□ 便失禁	□ その他（　　）	
5. 身体活動の維持　13) 転倒転落による外傷の予防			
1）過去 30 日間に、転倒転落はありましたか ※外傷の定義：縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった場合、または筋肉・関節の挫傷を生じた場合、または検査を要した頭部外傷 / 骨折の場合	転倒転落なし	外傷（※）を伴わない転倒転落あり	外傷（※）を伴う転倒転落あり
（外傷を伴う転倒転落ありの場合）転倒転落した日 ※5回以上あった場合は直近の5回について回答してしてください	（　　）年（　　）月（　　）日		
	（　　）年（　　）月（　　）日		

5. 身体活動の維持　14) 日常的な活動の維持				
過去3日間における、利用者の日常的な活動について回答してください				
食事	0. 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	1. 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	2. 全介助	
車椅子からベッドへの移動	0. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	1. 軽度の部分介助または監視を要する	2. 座ることは可能であるがほぼ全介助	3. 全介助または不可能
整容	0. 自立（洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り）	1. 部分介助または不可能		
トイレ動作	0. 自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む）	1. 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	2. 全介助または不可能	
入浴	0. 自立	1. 部分介助または不可能		
歩行	0. 45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず	1. 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	2. 歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能	3. 上記以外
階段昇降	0. 自立、手すりなどの使用の有無は問わない	1. 介助または監視を要する	2. 不能	
着替え	0. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	1. 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	2. 上記以外	
排便コントロール	0. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	1. ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	2. 上記以外	
排尿コントロール	0. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	1. ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	2. 上記以外	

5. 身体活動の維持　15) 寝床以外での活動の維持				
1）過去3日間に、利用者が寝床から身体を離した時間／日を回答してください（他動も含む） ※寝床から身体を離した状態：寝床に身体の一部が接していないこと	なし	1 時間未満	1 ～ 2 時間	2 時間以上
2）過去3日間に、利用者が寝室の外に出た回数を回答してください　（短時間でもよい）	1 日もない	1 ～ 2 日間	3 日間	
3）過去3日間に、利用者が家（建物）の外に出た回数を回答してください（短時間でもよい）	1 日もない	1 ～ 2 日間	3 日間	
6. 睡眠の確保　16) 生活に支障ない睡眠の確保				
1）過去3日間に、睡眠の障害により利用者の生活に支障が出ていましたか	なし	過去 3 日間のうち 1 日見られた	過去 3 日間のうち 2 日見られた	過去 3 日間毎日見られた
7. こころの安寧の追求　17) こころの安寧の追求				
1）過去3日間に、以下のいずれかの兆候が利用者に見られましたか ・意欲の低下　・易怒性が高い　・興奮状態　・感情が不安定	なし	過去 3 日間のうち 1 日見られた	過去 3 日間のうち 2 日見られた	過去 3 日間毎日見られた
8. 家族のウェルビーングの追求　18) 家族のウェルビーングの追及				
1）過去 30 日間に、家族※は無理なく穏やかに過ごせましたか ※家族：利用者にとっての家族、家族と聞いて思い浮かべる人	はい	いいえ	非該当	
2）過去 30 日間に、家族は介護のために疲れ切っていましたか	はい	いいえ	非該当	

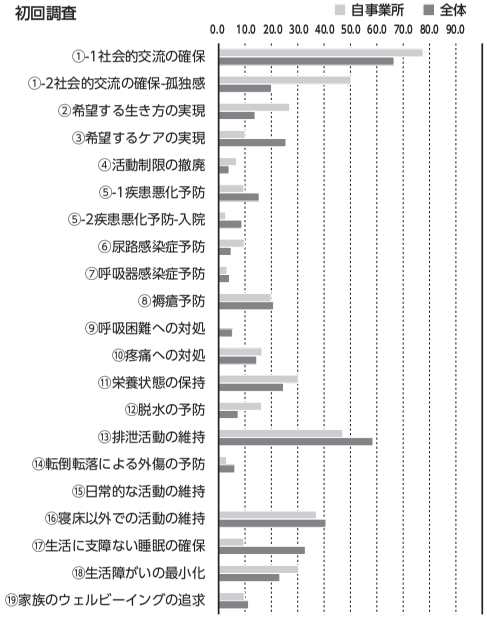
厚生労働省令和 2 年度老健事業「要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業」報告書より一部改編

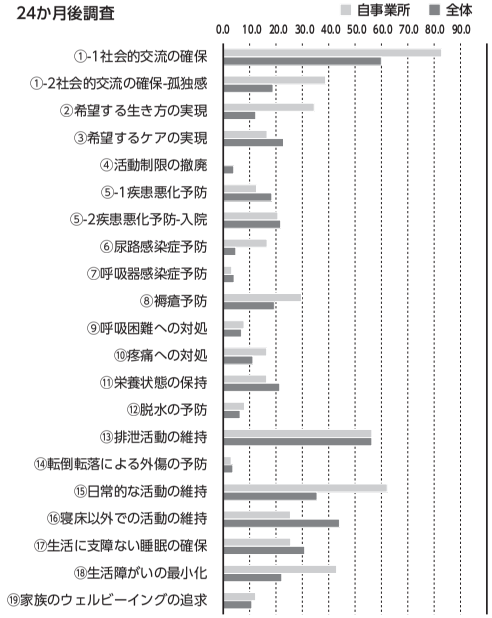
図表30 VENUSを用いた事業所へのフィードバック例

VENUS質指標を基にした事業所ごとのフィードバックレポート（他事業所との比較（利用者状況の調整済み）・継時的比較）

【データの読み方】

- 本結果は事業所ごとの利用者の状態像の違いを統計処理により調整した結果です。なお、24か月後調査に参加した利用者のみを対象としており、「わからない」と回答した場合は除外しています。
- オレンジ色が青色よりも下回っている場合、全体と比べて、望ましくない状態である利用者が少ないことを示しています。
- ★は、全体と比べて、24か月後時点の問題事象発生割合（%）が低いことを示しています。全体より10%以上低い場合は★、**1-9%低い場合は★で示しています。**
- ↓は、初回調査時点と比べて、24か月後時点の問題事象発生割合（%）が低いことを示しています。





回答数23名

	初回調査		24か月後調査		
	自事業所	全体	自事業所	全体	
①-1社会的交流の確保	76.7	65.6	82.6	60.3	★
①-2社会的交流の確保-孤独感	50.0	20.0	39.1	19.6	★↓
②希望する生き方の実現	26.7	13.6	34.8	13.2	★
③希望するケアの実現	10.0	25.4	17.4	24.1	
④活動制限の撤廃	6.7	4.3	0.0	5.2	↓
⑤-1疾患悪化予防	10.0	15.6	13.0	19.3	
⑤-2疾患悪化予防-入院	3.3	8.9	21.7	22.7	
⑥尿路感染症予防	10.0	4.9	17.4	5.5	★
⑦呼吸器感染症予防	3.3	4.3	4.3	5.1	
⑧褥瘡予防	20.0	20.8	30.4	20.5	★
⑨呼吸困難への対処	0.0	5.4	8.7	8.0	★
⑩疼痛への対処	16.7	14.2	17.4	12.1	★
⑪栄養状態の保持	30.0	24.5	17.4	22.3	↓
⑫脱水の予防	16.7	7.9	8.7	7.2	★↓
⑬排泄活動の維持	46.7	58.1	56.5	56.8	
⑭転倒転落による外傷の予防	3.3	6.4	4.3	4.6	
⑮日常的な活動の維持			62.5	36.5	★
⑯寝床以外での活動の維持	36.7	40.3	26.1	44.5	↓
⑰生活に支障ない睡眠の確保	10.0	32.5	26.1	31.7	
⑱生活障がいの最小化	30.0	23.2	43.5	23.2	★
⑲家族のウェルビーイングの追求	10.0	11.5	13.0	11.5	★

【貴事業所の特徴】

■ 全体と比較して、24か月後調査における問題事象発生割合が低いアウトカム項目

➡「社会的交流」「孤独感」「希望する生き方」「尿路感染症」「褥瘡」「呼吸困難」「疼痛」「脱水」「ADL」「生活障がい」「家族」

3）オマハシステムを用いた評価の例

オマハシステムとは、看護過程を「問題・介入・評価」で分類し、ケアをデータとして蓄積・分析するためのツールで、訪問看護実践の成果を可視化します。詳細は出典をご覧ください。

活用1　利用者ごとの定期評価モニタリング

利用者の状態に変化があるかを可視化することができます。

活用2　教育として介入や成果の振り返りの実施・スタッフ個人の特徴に合わせた指導や教育プランの作成

教育や指導の際のコミュニケーションの共通言語になります。また、オマハシステムのデータを集積し、そのスタッフ個人の強み・弱みを見つけて、組織として個別の学習支援や成長につなげます。

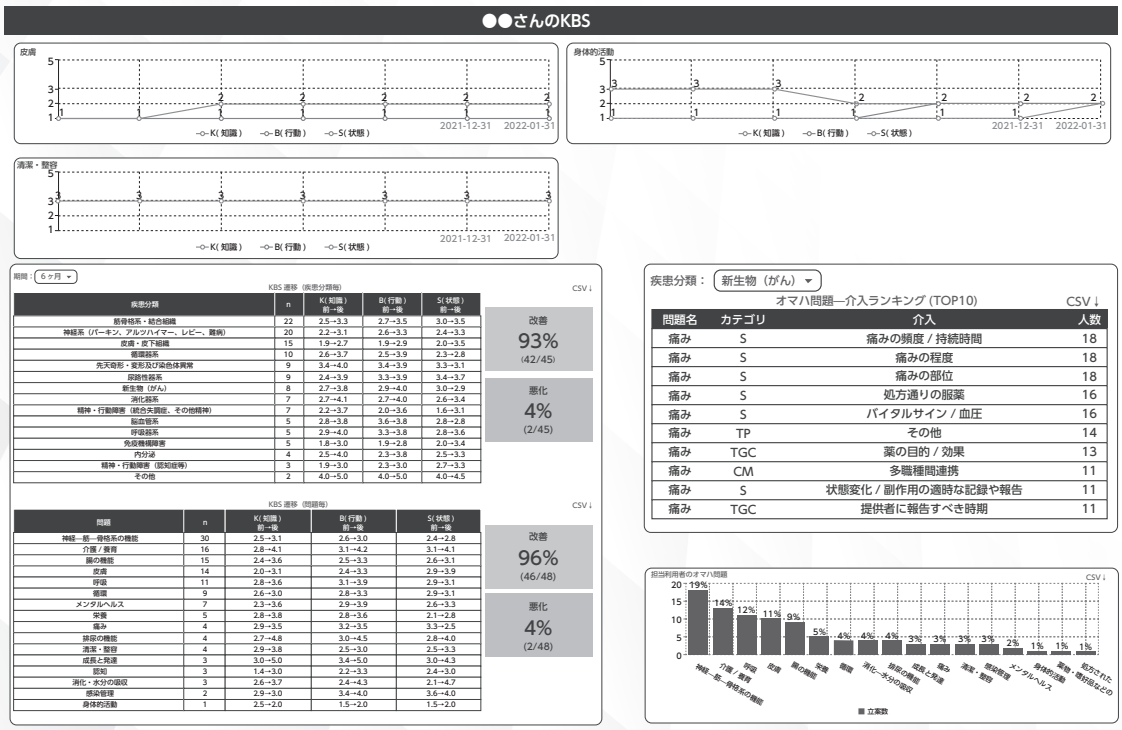
活用3　チームの成果と強み・弱みの可視化

チーム全体のオマハシステムの評価データを集積することで、チームの成果や、強み・弱みを振り返り、これからのサービスや研修計画等にフィードバックします。

活用4　事業所間の比較

複数事業所、あるいはグループ法人による事業所・チーム間におけるケアの比較ができます。

図表31　オマハシステムの例



KBS:K（知識）、B（行動）、S（状態）

出典: 一般社団法人オマハシステムジャパン, 日本語版オマハシステム®ユーザーズガイドブック, 2017
一般社団法人オマハシステムジャパン　https://omahasystemjapan.org/

4）GAF（機能の全体的評価）尺度

GAF尺度は主に精神障がい者に対して、精神機能を1 ～ 100点の範囲で評価します。

心理的、社会的、職業的機能を考慮して評価します。

GAF尺度で評価する際には、身体的（または環境的）な制約による機能の障害を含めません。過去1週間の機能の最低レベルを評価します。また、コードが複数、例えば、45、68、72のようになった場合には、中間の値コードを用います。

図表32　GAF（機能の全体的評価）尺度

コード	
100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題でも手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるためにほかの人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例：試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学業で一時遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中程度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤）
50-41	重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする）、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきりと予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または、時に最低限の身辺の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、または、意思伝達に粗大な欠陥(例：ひどい滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

5）要支援・介護度

図表33 要支援・介護度

要介護度	身体状況の目安
要支援1	日常生活において介護までは必要ない状態
	要介護状態の予防のために支援が必要
要支援2	要介護には至らないが、日常生活において支援が必要
	機能改善の可能性がある
要介護1	歩行が不安定かつ困難な状態
	日常の排泄や入浴など、部分的に介助が必要
要介護2	自力での歩行が困難な状態
	排泄や入浴などの部分的な介助、一部または全介助が必要
要介護3	自力での歩行ができない状態
	排泄・入浴・衣服の着脱などに全介助が必要
要介護4	日常生活能力の低下がみられ、排泄・入浴・衣服の着脱など 日常生活全般に全面的な介助が必要な状態
要介護5	意思の伝達が困難な状態
	日常生活全般において全面的な介助が必要な状態

（出典：厚生労働省「参考(3)　介護保険制度における要介護認定の仕組み」）

6）障害高齢者の日常生活自立度判定基準と認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

図表34 障害高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク		判定基準
生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1．交通機関等を利用して外出する 2．隣近所へなら外出する
準寝たきり	A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1．介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて行う 2．外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1．車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2．介助により車椅子に移乗する
	C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1．自力で寝返りをうつ 2．自力では寝返りもうたない

（平成3年11月18日　老健第102－2号　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より）

7）認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

図表35　認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している
Ⅱ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる
	Ⅱa　家庭外で上記Ⅱの状態がみられる Ⅱb　家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる
Ⅲ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする
	Ⅲa　日中を中心として上記Ⅲの状態がみられる Ⅲb　夜間を中心として上記Ⅲの状態がみられる
Ⅳ	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする

（平成18年4月3日　老発第0403003号）

1.成人用フェイスシート（様式1-1）

訪問看護記録　Ⅰ－１　（データベース：フェイスシート）

氏　名　　男・女	退院前カンファレンス日 平成　年　月　日　：　～　： 参加者（記載者に○）：
生年月日 （ＭＴＳＨ）　年　月　日（　歳）	初回訪問日 平成　年　月　日　：　～　： 参加者：
住　所 区 一戸建て・集合住宅（マンション・団地・アパート）・その他	電話番号 Fax　（有・無）

ヘルスプロモーション（領域1） 医学的診断名 #1　#2　#3	
現病歴と訪問開始までの経緯	既往歴
病気や治療のとらえ方、在宅療養への想い 本人 家族	喫煙　□無　□有 本／日　喫煙期間 飲酒　□無　□有 種類と量 （使用薬剤は別紙参照） 服薬状況　□自立　□要援助
受診状況　□定期的　□不定期　□往診／□通院	

関連機関	家族構成
主治医 電話	
バックベッド 電話	
ケアマネジャー 電話	○家庭における役割
電話	○主介護者の健康・勤労状態
電話	○その他の協力者
電話	
電話	

提供:あすか山訪問看護ステーション

訪問看護記録　Ⅰ－1　（データベース：フェイスシート）

フィジカルアセスメント　　氏名　　様

BT　　℃　BP（右）　／　mmHg　（左）　／　mmHg

P　回／分　R　回／分　SpO2　％　意識レベル

眼球の動き 視野 眼瞼結膜	カテーテルなど	聴覚 舌の動き 口腔内	
甲状腺 嚥下		筋肉・関節の動き 皮膚の状態 （皮膚の弾力　） （褥瘡　）	
心肥大 心音 （心雑音など） 肝肥大		浮腫 爪	
呼吸	胸郭の動き、呼吸の深さ、副雑音や呼吸困難感の有無など		
腸・腹部	腸の動き、腹壁の硬さなど		
その他			
栄養		睡眠	
排泄		疼痛	

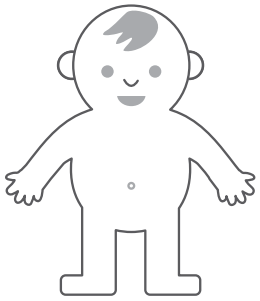
週間スケジュール

曜日	午　前	午　後
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

2.小児用フェイスシート（様式1-2）

小児用フェイスシート

記載日：　年　月　日
初回訪問日：　年　月　日

名前	男・女	生年月日	平成　年　月　日生（　歳）
住所		電話番号	
出生状況	在胎週数　週　日　出生体重　g　A/P　点/　点　出産予定日　年　月　日		
診断名			
経過	退院日：　年　月　日　／　退院時の体重：　kg　身長：　cm　頭囲　cm　胸囲　cm		
	アレルギー：無・有（　）　修正月齢（　か月）		
		病歴	
デバイス	経管栄養（胃管・ED チューブ・胃瘻）HOT・吸引・人工呼吸器・ 人工肛門・膀胱留置カテーテル・その他（　） 気管カニューレ：　mm 呼吸器条件：モード　圧　換気量 PS　吸気時間　呼吸回数 酸素吸入：　L/分 吸引チューブ　：　Fr 吸引チューブ挿入の長さ：　cm		

家庭状況	氏名	年齢	職業	勤務時間
	【家族の思い】			

家族構成	
主な介護者	
育児支援者	

提供:あすか山訪問看護ステーション

バイタル	体温：　℃　HR：　回/分　血圧：　/　mmHg 呼吸：　回/分　SpO2：　%		
呼吸	呼吸状態 努力呼吸：無・有 陥没呼吸：無・有（　） 吸入；無・有（　） 低圧持続吸引：無・有	循環	心肥大： 心雑音：無・有（　） Ⅱ音亢進：無・有 肝腫大：無・有（　） 浮腫：無・有（　） 末梢冷感：無・有
栄養	栄養摂取方法：経口・胃管・胃瘻・その他 （　） 回数：　回/日 種類： １回量： 形態： 姿勢・援助方法： 嚥下困難：無・有 GER：無・有	腹部症状	腸の動き： 腹壁色： 腹部緊満感：無・有 臍ヘルニア：無・有
		知覚	視覚：未熟児網膜症　無・有 眼球の動き 聴力：聴力障害　無・有 痙攣発作：無・有（　） 対応方法（　）
排泄	排尿　回/日 方法：オムツ・導尿（間欠・留置）・その他 間欠導尿の場合　回/日	排便　回/　日 方法：トイレ・オムツ・摘便・浣腸・薬剤使用・その他	
睡眠	睡眠時間： 不眠・昼夜逆転・薬剤使用　有・無	その他	

予防接種	シナジス	済（　）・未	４種混合	済（　）・未	MR	済（　）・未
	ヒブ	済（　）・未	肺炎球菌	済（　）・未	B型肝炎	済（　）・未
	水痘	済（　）・未	ムンプス	済（　）・未		
	日本脳炎	済（　）・未	BCG	済（　）・未		

社会資源	身体障害者手帳　有・無(　級　種)　／　愛の手帳　有・無 医療費助成（　） 手当　有・無
感染症	MRSA（＋・－）　ESBL（＋・－）その他（　＋・－）

3/3

1日の予定	
週間予定	

	月	火	水	木	金	土	日
AM							
PM							

支援ネットワーク

行政機関（保健センター）
保健師：
TEL：

相談支援専門員
担当：
TEL：

医療機関
主治医：
連携室：
TEL：

障害福祉・児童福祉
担当：
TEL：

往診
担当：
TEL：

学校・通園
担任：
TEL

訪問看護
TEL：
TEL：

療育機関
担当：
TEL：

その他
TEL：

訪問介護
担当：
TEL：

レスパイト
担当者：
TEL：

その他
TEL：

訪問リハビリ
担当者：
TEL：

3.情報シート（様式2）

1/6

※領域はNANDAを基にしています。利用者の課題によって、必要なところだけを記入します

初回訪問看護記録Ⅱ：初期アセスメント（情報の分析化・看護上の問題の明確化）

氏名 ：　　様

記入日（　　／　　／　　）　担当氏名（　　）

領域	主観的データ	客観的データ	看護診断名
① ヘルスプロモーション	1. 健康を守るためにやっていることは、ありますか ☐ はい ☐ いいえ 2. 健康を守るためにさらにやりたいと思うことはありますか ☐ はい ☐ いいえ 3. 病気や治療について説明はありましたか ☐ はい ☐ いいえ ・それについてわからないことはありますか ☐ はい ☐ いいえ 4. 自己管理について指示されていることはありますか ☐ はい ☐ いいえ ・治療、指示は守っていますか ☐ はい ☐ いいえ ・治療を中断したことはありますか ☐ はい ☐ いいえ 5. 援助してくれる人はいますか ☐ はい ☐ いいえ	＊ 1・2「はい」の回答について内容 ＊ 病気の治療の説明でわからないこと ＊ 指示を守れない理由や中断の原因 ＊ 援助してくれる人の続柄 ＊ その他	☐ 健康管理 ☐ 栄養促進準備状態 ☐ 非効果的健康維持 ☐ 自己健康管理促進準備状態 ☐ 非効果的家族治療計画管理 ☐ 免疫能促進準備状態 ☐ 免疫能促進準備状態
	【アセスメント】		
② 栄養	1. 体重の変化はありますか ☐ 増加 ☐ 減少 ☐ 変化なし 2. 食事について教えて下さい ・回数（　　） ・食事の形態（　　） ・好きなもの（　　） ・嫌いなもの（　　） ・食欲はありますか ☐ はい ☐ いいえ ・吐き気などはありますか ☐ はい ☐ いいえ ・のどや口が渇きますか ☐ はい ☐ いいえ 3. 義歯を使用していますか ☐ はい ☐ いいえ 4. 飲み込みにくさはありますか ☐ はい ☐ いいえ 5. 皮膚の状態に問題はありますか ☐ はい ☐ いいえ ・かゆみはありますか ☐ はい ☐ いいえ	＊ 身長（　　）cm　体重（　　）kg 理想体重（　　）kg　理想体重＝（身長m）^{2}×22 必要時上腕三頭筋皮脂厚測定（　　） 体重の変化の期間・増減量 （　　） ＊ 食事摂取方法 ☐ 経口　☐経管栄養 栄養の摂取内容・量 （　　） ＊ 食欲変化の時期 （　　） ＊ 一日の水分摂取量とその内容 （　　） ＊ 嚥下困難の徴候 ☐食物貯留　☐むせ　☐嘔吐反射 ☐その他（　　） ＊ 感染の危険因子（　　） 体温（　　）℃ 体温調整の危険因子記入 （　　） ＊ 皮膚の問題・かゆみの詳細（部位、状態） ＊ 検査データ	☐ 摂取 ☐ 栄養摂取消費バランス異常：必要量以下 ☐ 栄養摂取消費バランス異常：必要量以上 ☐ 栄養摂取消費バランス異常リスク状態：必要量以上 ☐ 嚥下障害 ☐ 代謝 ☐ 肝機能障害リスク状態 ☐ 血糖不安定リスク状態 ☐ 体液量過剰 ☐ 体液量不足 ☐ 体液量不足リスク状態 ☐ 体液量平衡異常リスク状態 ☐ 体液量平衡促進準備状態 ☐ 電解質平衡異常リスク状態
	【アセスメント】		

領域	主観的データ	客観的データ	看護診断名
③ 排泄と交換	1. 排便回数　回／　日 ・最終排便　月　日 ・便失禁はありますか □ はい □ いいえ ・排便時に何か問題はありますか □ はい □ いいえ ・下剤、浣腸などを使用しますか □ はい □ いいえ 2. 排尿回数 回／日 ・ 夜間　回 ・最終排尿時間　時　分 ・尿意はありますか □ はい □ いいえ ・尿漏れはありますか □ はい □ いいえ ・残尿感はありますか □ はい □ いいえ ・排尿時に何か問題はありますか □ はい □ いいえ 3. ・息苦しさはありますか □ はい □ いいえ	＊ 排便方法（　） ＊ 便の性状（　） ＊ 腹部の状態（腸蠕動、腹満など） ＊ 排便時の問題・習慣があれば詳しく記入 ＊ 一日尿量（　）ml 一回尿量（　）ml 必要に応じ残尿測定（　）ml ＊ 排尿方法（　） ＊ 尿の性状（　） ＊ 腹部の状態（充満感など） ＊ 排尿時の問題・習慣があれば詳しく記入 ＊ チューブ類の挿入（　） ＊ 呼吸回数（　回／分）SpO2（　）% 呼吸のリズム（　） 深さ（　） 呼吸音（　） 息切れ、咳嗽（　） ＊ ガス分析（ □ Roomair □ 酸素使用　L ） 検査データ	□ 泌尿器系機能 □ 溢流性尿疾患 □ 機能性尿失禁 □ 切迫性尿失禁 □ 切迫性尿失禁リスク状態 □ 反射性尿失禁 □ 腹圧性尿失禁 □ 尿閉 □ 排尿障害 □ 排尿促進準備状態 □ 消化器系機能 □ 下痢 □ 便失禁 □ 知覚的便秘 □ 便秘 □ 便秘リスク状態 □ 消化管運動機能障害 □ 消化管運動機能障害リスク状態 □ 呼吸器系機能 □ ガス交換障害
	【アセスメント】		
④ 活動／休息	1. 日常生活に影響するような疲労感はありますか □ はい □ いいえ ・休息、睡眠で軽減しますか □ はい □ いいえ 2. 関節の動きに制限がありますか □ はい □ いいえ 3. 麻痺はありますか □ はい □ いいえ ＊機能レベル 0 完全に自立 1 器具又は装具が必要 2 援助、監視、教育のた目の援助が必要 3 援助と装具や器具が必要 4 全面的に依存。活動に参加しない 4. 補助具を使用していますか □ はい □ いいえ 5. 家事はどなたがしていましたか □ 自分 □ 家族 □ 他（　） 6. 生活様式について教えて下さい □ 1階 □ 2階 □ 他（　） ・寝具 □ ベッド □ 布団 □ 他（　） ・トイレ □ 和式 □ 洋式 □ 他（　） 7. 眠れないことがありますか □ はい □ いいえ ・熟眠感がありますか □ はい □ いいえ	＊ どんな時疲労を感じますか （　） ＊ 疲労の憎悪因子は何ですか （　） ＊ 脈拍数（　回/分　整 ・ 不整 ） 血圧（　/　）mmHg　右 ・ 左 末梢動脈触知（　） 浮腫 □有 □無　末梢のチアノーゼ □有 □無 抗血小板薬の服用 □有 □無 ＊ 安静度（　） ＊ 移動能力　＊日常動作 寝返り（　）　摂食（　） 座位（　）　排泄（　） 立位（　）　更衣/整容（　） 歩行（　）　清潔（　） ＊ 上下肢の圧迫の問題（シーネ・ギプスなど） （　） ＊ 家事・安全対策に問題があれば詳しく記入 ＊ 関連事項 ＊ 睡眠に対する問題を詳しく記入 眠剤使用 □有 □無 午睡の有無 □有 □無 熟眠感の有無 □有 □無 ＊ 睡眠時間（　時間 ） 中途覚醒の有無 □有 □無	□ 睡眠/休息 □ 不眠 □ 睡眠剥奪 □ 睡眠パターン混乱 □ 活動/運動 □ 身体可動性障害 □ 不使用性シンドロームリスク状態 □ 移乗能力障害 □ 車椅子移動障害 □ 床上移動障害 □ 気分転換活動不足 □ 術後回復遅延 □ 歩行障害 □ 坐位中心ライフスタイル □ エネルギー平衡 □ 消耗性疲労 □ エネルギーフィールド混乱 □ 循環/呼吸反応 □ 心拍出量減少 □ 活動耐性低下 □ 非効果的呼吸パターン □ 自発換気障害 □ 出血リスク状態 □ 非効果的末梢組織循環 □ 心臓組織循環減少リスク状態 □ 非効果的消化管組織循環リスク状態 □ 非効果的脳組織循環リスク状態 □ 非効果的腎臓組織循環リスク状態 □ ショックリスク状態 □ セルフケア □ 摂食セルフケア不足 □ 排泄セルフケア不足 □ 入浴/清潔セルフケア不足 □ 更衣/整容セルフケア不足 □ セルフケア促進準備状態
	【アセスメント】		

領域	主観的データ	客観的データ	看護診断名
⑤ 知覚／認知	1. 感覚について教えて下さい ・視覚について問題はありますか ☐ はい ☐ いいえ 眼鏡の使用 ☐ はい ☐ いいえ ・聴覚に問題がありますか ☐ はい ☐ いいえ 補聴器の使用 ☐ はい ☐ いいえ ・嗅覚に問題はありますか ☐ はい ☐ いいえ ・味覚に問題はありますか ☐ はい ☐ いいえ ・触った感じに変化がありますか ☐ はい ☐ いいえ 2. しびれはありますか ☐ はい ☐ いいえ 3. 記憶の問題を感じたことはありますか ☐ はい ☐ いいえ ・話すことができますか ☐ はい ☐ いいえ ・聞くことができますか ☐ はい ☐ いいえ ・理解ができますか ☐ はい ☐ いいえ	＊ 意識レベル （ ） ＊ 感覚問題について詳しく記入 運動覚（強調運動の問題・筋力低下・身体の一部分がどこなのかわからない）など含む ＊ 記銘力・見当識・移譲言動などに問題があるときは詳しく記入 ＊ 最終学歴 （ ） ＊ コミュニケーションの方法 ＊ 意思を伝えるために努力している内容 ＊ 身体状況 難聴（有 ・ 無） 視力障害（有 ・ 無） 失語（有 ・ 無）	☐ 感覚/知覚 ☐ 感覚知覚混乱（混乱している感覚を特定する：視覚・聴覚・運動覚・味覚・触覚・嗅覚） ☐ 見当識 ☐ 状況解釈障害性シンドローム ☐ 徘徊 ☐ 認知 ☐ 急性混乱 ☐ 記憶障害 ☐ 知識不足（不足する知識を特定する） ☐ 意思決定促進準備状態 ☐ 急性混乱リスク状態 ☐ 知識獲得促進準備状態（獲得する知識を特定する） ☐ 非効果的活動計画 ☐ コミュニケーション ☐ コミュニケーション促進準備状態
	【アセスメント】		
⑥ 自己知覚	1. 病気になって変わったこと、できなくなったことはありますか ☐ はい ☐ いいえ ☐身体の一部 ☐身体の機能 ☐生活習慣 ☐気持ち ☐他（ ） ・具体的に記入してください 2. あなたの身近な人（家族・友人他）が言っていることで、気になることがありますか ☐ はい ☐ いいえ	＊ 身体に対する患者の反応 （見ない・触らない・隠すなど） ＊ 患者の様子を記入 ☐いらいら ☐不安定 ☐恐怖感 ☐神経質 ☐状況をコントロールできない ☐消極的 ☐否定的な表現 ☐視線を合わさない ☐状況に対する苦悩など・・・ ＊ 気になっていること	☐ 自己概念 ☐ 絶望 ☐ 無力 ☐ 孤独感リスク状態 ☐ 自己概念促進準備状態 ☐ 自己同一性混乱 ☐ 人間の尊厳毀損リスク状態 ☐ パワー促進準備状態 ☐ 無力リスク状態 ☐ 自己尊重 ☐ 自己尊重状況的低下 ☐ 自己尊重慢性的低下 ☐ 自己尊重状況的低下リスク状態
	【アセスメント】		

領域	主観的データ	客観的データ	看護診断名
⑦役割関係	＜本人＞ 1. 最近身近な人や物で喪失感を抱きましたか □ はい □ いいえ 2. 介護をしてくれる人がいますか □ はい □ いいえ 3. 経済的に困ることがありますか □ はい □ いいえ ＜家族＞ 1. 今までに介護の体験がありますか □ はい □ いいえ 2. 現在の介護上の問題はありますか □ はい □ いいえ 3. 相談する人がいますか □ はい □ いいえ	＊ 喪失したものやそれに対する感情 ＊ 介護者との関係（　　） ＊ 介護者に対する思い ＊ 介護上の問題（年齢・体力・時間・悩みなど） ＊ 経済面の問題 ＊ 環境の変化による身体的現れがあるか記入 （現在の事が分からない・混乱・睡眠障害・うつ状態など） ＊ 介護に対する思い・困難感・看取りの有無など ＊ 介護上の問題（年齢・体力・時間・悩みなど） ＊ 誰に相談するか（　　） ＊ 患者本人に対する思い	□ 介護役割 □ 家族介護者役割緊張 □ 家族介護者役割緊張リスク状態 □ ペアレンティング障害 □ ペアレンティング障害リスク障害 □ ペアレンティング障害促進準備状態 □ 家族関係 □ 親/乳児/子間愛着障害リスク状態 □ 家族機能障害:アルコール症 □ 家族機能促進準備状態 □ 家族機能破綻 □ 役割遂行 □ 社会的相互作用障害 □ 親役割葛藤 □ 非効果的役割遂行
	【アセスメント】		
⑧セクシュアリティ	1. 月経について問題はありますか □ はい □ いいえ □ はい □ いいえ	＊ 月経・性に対する問題について具体的に記入	□ 性的機能 □ 性的機能障害
	【アセスメント】		
⑨コーピング／ストレス耐性	1. 最近、病気に関してストレスと感じることはありますか □ はい □ いいえ 2. ストレスの解消法はありますか □ はい □ いいえ 3. 家族にストレスはありますか	＊ ストレスの内容と反応 ＜本人＞ ＜家族＞ ＊ 解消法 ＜本人＞ ＜家族＞	□ 身体的/心的外傷後反応 □ 移転ストレスシンドローム □ 移転ストレスシンドロームリスク状態 □ 心的外傷後シンドローム □ 心的外傷後シンドロームリスク状態 □ 恐怖 □ 家族コーピング促進準備状態 □ 家族コーピング妥協化 □ 家族コーピング無力化 □ 地域社会コーピング促進準備状態 □ 非効果的コーピング □ 非効果的地域社会コーピング □ 防御的コーピング □ ストレス過剰負荷 □ 慢性悲哀 □ 悲嘆 □ 悲嘆複雑化 □ 悲嘆複雑化リスク状態 □ 非効果的否認 □ 死の不安 □ 不安 □ リスク傾斜健康行動 □ 神経行動ストレス
	【アセスメント】		

領域	主観的データ	客観的データ	看護診断名
⑩生活原理	1. 信仰宗教はありますか □ はい □ いいえ 2. 宗教以外で固く信じていることはありますか □ はい □ いいえ 3. 生活習慣の中で守っている決まりごとはあいますか □ はい □ いいえ 4. 没頭出来る趣味や興味はありますか □ はい □ いいえ 5. 治療について悩んでいることはありますか □ はい □ いいえ	＊ 宗教（　　） ・日々、行っている内容 ＊ 信念 ＊ 習慣 ＊ 趣味や興味のあること ＊ 治療に対する悩み	□ 価値観 □ 希望促進準備状態 □ 信念 □ 希望促進準備状態 □ 霊的安寧促進準備状態 □ 価値観/信念/行動の一致 □ 意思決定促進準備状態 □ 意思決定葛藤 □ 信仰心障害 □ 信仰心障害リスク状態 □ 信仰心促進準備状態 □ 道徳的苦悩 □ ノンコンプライアンス □ 霊的苦悩 □ 霊的苦悩リスク状態
	【アセスメント】		
⑪安全／防御	1. 感染症にかかったことはありますか □ はい □ いいえ 2. 感染予防で実施していることはありますか □ はい □ いいえ 3. 1カ月以内に転倒・転落したことがありますか □ はい □ いいえ 4. 今までに皮膚の損傷を起こしたことがありますか □ はい □ いいえ 5. アレルギーはありますか □ はい □ いいえ 6. 呼吸困難になることはありますか □ はい □ いいえ ・痰が多いですか □ はい □ いいえ ・痰が出しにくいですか □ はい □ いいえ 7. 火の後始末が出来ますか □ はい □ いいえ □ はい □ いいえ 9. 気分の変調がありますか □ はい □ いいえ	＊ HB抗原（　）HB抗体（　）HCV（　）梅毒（　） MRSA（　）他（　　） ＊ 感染症の既往歴 （　　） ＊ 予防接種（　　） ＊ 日常の予防方法 （　　） ＊ チューブ類挿入の有無（気管カニューレ・膀胱留置カテーテルなど） （　　） ＊ 感染症状（発熱・悪寒・食欲不振・血尿など） （　　） ＊ 検査データー（血液・培養・X-Pなど） （　　） ＊ 転倒・転落回数（　　）回／1ヶ月以内 ＊ 転倒・転落アセスメントスコア（　　）点　別紙参照 ＊ 褥創のリスク ： □有　□無 ＊ 皮膚損傷の有無（褥創・潰瘍・浮腫など） ・処置方法 ＊ 口腔内状態（歯・歯肉・粘膜など） （　　） ＊ アレルギー ： □有　□無 （　　） ＊ 呼吸回数（　　回/分）　SpO2（　　%） ・呼吸リズム（　　） ・呼吸深さ（　　） ・呼吸音（　　） ・息切れ・咳嗽（　　） ・痰の性状・量（　　） ＊ 切り傷・打撲・熱傷など ： □有　□無 （　　） ＊ 体温調節機能（低体温・高体温） （　　）	□ 感染 □ 感染リスク状態 □ 身体損傷 □ 非効果的気道浄化 □ 血管外傷リスク状態 □ 口腔粘膜障害 □ 誤嚥リスク状態 □ 歯生障害 □ 身体外傷リスク状態 □ 身体損傷リスク状態 □ 組織統合性障害 □ 窒息リスク状態 □ 非効果的抵抗力 □ 転倒リスク状態 □ 皮膚統合性障害 □ 皮膚統合性障害リスク状態 □ 末梢性神経血管性機能障害リスク状態 □ 暴力 □ 自己傷害リスク状態 □ 自殺リスク状態 □ 対自己暴力リスク状態 □ 危険環境 □ 防御機能 □ 体温調節 □ 高体温 □ 低体温 □ 体温平衡異常リスク状態 □ 非効果的体温調節機能
	【アセスメント】		

領域	主観的データ	客観的データ	看護診断名
⑫ 安楽	1. 痛みの訴えがありますか ☐ はい ☐ いいえ 2. 吐き気がありますか ☐ はい ☐ いいえ 3. 他者との関わりの中で孤独を感じていますか ☐ はい ☐ いいえ 4. 他に苦痛を感じていますか ☐ はい ☐ いいえ	＊ 痛みについてさらに詳しく記入 部位（ ） 程度・ｽｹｰﾙ（ ） 持続時間（ ） 増悪因子（ ） 緩和因子（ ） いつからか（ ） どのような（ ） ＊ どのような時に吐き気があるか （ ） ＊ なぜ孤独と感じているのか ＊ 何が苦痛と訴えているか	☐ 身体的安楽 ☐ 悪心 ☐ 急性疼痛 ☐ 慢性疼痛 ☐ 安楽障害 ☐ 安楽促進準備状態 ☐ 環境的安楽 ☐ 安楽障害 ☐ 安楽促進準備状態 ☐ 社会的安楽 ☐ 社会的孤立 ☐ 安楽障害
	【アセスメント】		
⑬ 成長／発達	1. 気分の変調を感じていますか ☐ はい ☐ いいえ ＊ 下記は15歳までを対象とした質問 2. 年齢に応じた行動ができませんか ☐ はい ☐ いいえ 3. 成長が障害される危険性がありますか ☐ はい ☐ いいえ	＊ 身体・認知的な機能低下はあるか？ ＊ どんな行動ができないか？ （ ） ＊ 成長を障害しているものは何か？ （ ）	☐ 成長 ☐ 成人気力体力減退 ☐ 成長不均衡リスク状態 ☐ 成長発達遅延 ☐ 発達 ☐ 成長発達遅延 ☐ 発達遅延リスク状態
	【アセスメント】		

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」ヒアリング調査先訪問看護ステーション

4.排泄確認表（様式3）

様

月		排尿回数	排便回数	排便の薬				その他
				マグミット			プルセニド	
				朝	昼	夜	出ないとき	
				飲まないとき×			眠前	
1		回	回					
2		回	回					
3		回	回					
4		回	回					
5		回	回					
6		回	回					
7		回	回					
8		回	回					
9		回	回					
10		回	回					
11		回	回					
12		回	回					
13		回	回					
14		回	回					
15		回	回					
16		回	回					
17		回	回					
18		回	回					
19		回	回					
20		回	回					
21		回	回					
22		回	回					
23		回	回					
24		回	回					
25		回	回					
26		回	回					
27		回	回					
28		回	回					
29		回	回					
30		回	回					
31		回	回					

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」ヒアリング調査先訪問看護ステーション

5.薬剤確認表（様式4）

様　　年　　月　日開始　（塩酸モルヒネ交換日を色を付けて記載）							
例）	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
リナセートD500ml							
塩酸モルヒネ 3ml/Hr							
	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」ヒアリング調査先訪問看護ステーション

6.疼痛アセスメントシート（様式5）

痛みスケール表				
痛みスケール0点（痛みなし）～10点（想像できる最大の痛み）				
月/日	痛み スケール	フェントステープ 交換時間	痛みの詳細	その他の症状 吐き気/眠気/排便/睡眠等
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			
	点			

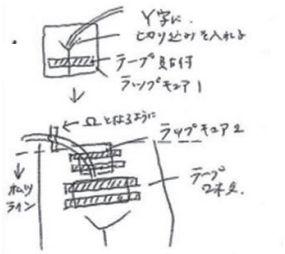
提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」ヒアリング調査先訪問看護ステーション

7.手順書（ケアシート）（様式6）

ケアシート		
利用者名： 初回訪問日：　　年　月　日	訪問：	
要介護　　保険：医・精神	病名・既往歴：	
主治医：	緊急連絡先：	
家族情報：		
自由記載欄：		
駐車場：		
入室時留意点：		
ケア内容	場所・物品	留意点

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」ヒアリング調査先訪問看護ステーション

<参考記載例>

ケアシート		
利用者名：〇〇　〇〇	訪問：月曜（10時～看護師） 火曜（10時半～PT）	
初回訪問日：〇年〇月〇日		
要介護〇　保険：医・精神	病名・既往歴：	
主治医：〇クリニック〇〇先生	緊急連絡先：	
家族情報：妻・娘（長女）		
自由記載欄：鯖アレルギー		
駐車場：自宅駐車場、自転車置き場の隣に前方駐車		
入室時留意点：インターフォンを鳴らさずドアをノックして入室、準備してあるスリッパを使用する。奥様には基本的に挨拶のみとし必要以上に話しかけない		
ケア内容	場所・物品	留意点
＜バイタルサイン・状態観察＞ **5～10分** ・看護・介護職と家族が記入する共通ノートの確認 ・尿の性状、浮遊物の確認 ・左足爪の確認 ＜膀胱瘻ケア＞ **準備は5分以内** （家族が準備していることもある） ・洗浄ボトル（500mlペットボトル使用）に45度の湯を入れる（ケアが終えたら41度に戻す） ・洗浄することを声掛けする ・ベッドをフラットにする ・クッションを外す ・右側にペット用シーツを敷く ・テープをゆっくり剝がす ・右側臥位にして、泡ソープで洗浄 ・洗浄ボトルで洗い流す ・おしりふきで拭いたあと、患部の写真を撮る ・綿棒で軟膏塗布 肉芽あり→リンデロン 肉芽なし→プロペト ・Yガーゼを挟み、テープ2枚で保護 **ケアは15以内** **後片付けは5分以内** ＜その他＞ ・水分補給 ・共通ノートに記載	・共通ノートはテーブルの右側が定位置 ・本人の体温計で測定（入口左側の棚の上から2段目の缶に入っている） ＜必要物品＞ ・ペット用シーツ2枚 ・タオルを使っても良いが使った場合はよくすすいでから洗濯機に入れる ・おしり拭き ・テープ2種類準備 ・泡ソープ ・綿棒 ・ガーゼ	・排便量が少ない時は下剤を勧める ・洗面台に行くまでに床に敷物があるが、その上はスリッパ禁止 ・膀胱瘻カテーテルは7cm固定 ・瘻孔周囲に付着物が固まっている場合は愛護的に綿棒で除去する ・ペット用シーツは汚染していなければ再利用  ・爪にトラブルがあった際は看護師が処置せず、まずは医師に連絡して指示を仰ぐ（医師には随時電話して可能） ・処置時にカーテンを開けるか否かは本人に確認する ・リハビリテーションの介入で、活動量が増えているため、しっかりと固定してください。テープによる刺激予防にて、キャベロンテープ対応としてください。

8.ターミナルケア確認表（様式7）

ターミナルケア　確認表

日付	チェック項目	状況　方針等	持参するもの・記録用紙	担当者
/	退院時共同指導カンファレンス 主介護者・キーパーソンの確認	カンファレンス日 退院日　　/　　時	カンファレンス記録用紙	
/	意向確認	療養場所：迷い中・自宅・入院・施設 医療処置希望：胃婁・点滴・ 酸素・吸引・呼吸器		
/	初回訪問・事前情報から、計画書作成し、交付する	契約　・　指示書交付 （済　・　未）	契約書 重要事項説明書	
/	在宅ケアへの意向の説明	・訪問看護の主な内容説明 ・緊急対応の方法 ・利用者負担について等		
/	主治医からのインフォームドコンセント/毎回記録する	実施日　/　・　/ /　・　/		
/	意向確認（2 回目）	療養場所：迷い中・自宅・入院・施設		
/	医療のニーズ確認（2 回目）	医療処置：胃婁・点滴・酸素・ 吸引・呼吸器		
/	在宅ケアスタッフにてカンファレンス　サービス調整の見直し	実施日　/　・　/ /　・　/	カンファレンス用紙	
/	特記（経済事情・後見人手続き・家族帰省待ち等がある場合は記載）		記録用紙	
/	看取りのパンフレット渡す 医師到着のタイミングの説明	反応：	看取りのパンフレット	
/	宗教の有無・決まっている段取り	宗教：		
/	葬儀屋さんの確認	会社名：		
/	旅立ちの服・メイク道具の準備案内			
/	看取り・死亡診断・ エンゼルケア（自費）希望の有無	：		
/	最終訪問 ターミナルケアの振り返り記入	訪問スタッフ：		
/	グリーフケア			
/	その他			

ターミナルケア 確認表 使用マニュアル

目 的　ターミナルケアの訪問時に、スタッフが交代しても、どこまでのケアを行っているかを確認し、不足部分や状況変化時に対応する事ができるようにする。

使用手順
1．訪問時、どこまで介入しているかを確認する
2．それぞれの項目の日付・状況・該当箇所に〇をつける。担当者サインをする
3．詳細内容については、記録日付を元に探して確認する
4．項目によって、持参するものや記入する用紙がある為、それぞれ必要な物を用意し、対応する
5．項目に当てはまらない場合は、新たに欄を作成し記録する
6．カンファレンス等は、数回実施されることもある為、 /　・　/　・　としており、毎回記録する

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」ヒアリング調査先訪問看護ステーション

9.事例検討様式

事例検討様式（様式8-1）

事例検討用紙

利用者名 様	生年月日 年　月　日	病　名 癌　・　非癌
主治医	利用サービス：	
●経　過		
＜良かった点＞ ・ ＜改善すべき点＞ ・ ＜話し合いから得られた改善点＞ ＜その他＞		

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」
ヒアリング調査先訪問看護ステーション

■ポジティブ事例検討　ワークシート（様式8-2）

【選択したアウトカム：　　】

事例の概要：	家族構成：	利用サービス：

【事例経過と看護実践】

訪問開始　　現在

あなた（Ns）の
実践/考えたこと

利用者・家族の
言葉や様子

その他

【いいな、すごいな、と思った実践を言葉にしてみる】
この実践の「すごい！」はどこでしょうか。

【目標宣言】
次回のWSまでにご自身の事業所でマネしたいと思ったこと、
やってみようと思ったことを共有しましょう。

出典: 東京大学大学院医学系研究科　高齢者在宅長期ケア看護学分野

10.褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書（様式9）

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

評価日 令和　　年　　月　　日　計画作成日 令和　　年　　月　　日

氏名　　殿　　男　女

明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）

記入担当者名

褥瘡の有無

1.現在 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　　））　褥瘡発生日　令和　　年　　月　　日

2.過去 なし あり（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　　））

	障害高齢者の日常生活自立度			J（1，2）　A(1、2)　B(1、2)　C(1、2)	対処
危険因子の評価	ADL の状況	入浴		自分で行っている　自分で行っていない	「自分で行っていない」、「あり」に１つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。
		食事摂取		自分で行っている　自分で行っていない　対象外（※１）	
		更衣	上衣	自分で行っている　自分で行っていない	
			下衣	自分で行っている　自分で行っていない	
	基本動作	寝返り		自分で行っている　自分で行っていない	
		座位の保持		自分で行っている　自分で行っていない	
		座位での乗り移り		自分で行っている　自分で行っていない	
		立位の保持		自分で行っている　自分で行っていない	
	排せつの状況	尿失禁		なし　あり　対象外（※２）	
		便失禁		なし　あり　対象外（※３）	
		バルーンカテーテルの使用		なし　あり	
	過去３か月以内に褥瘡の既往があるか			なし　あり	

※１：経管栄養・経静脈栄養等の場合　　※２：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合　　※３：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	d０：皮膚損傷・発赤なし d１：持続する発赤 d２：真皮までの損傷	D３：皮下組織までの損傷 D４：皮下組織を越える損傷 D５：関節腔、体腔に至る損傷 DDTI：深部損傷褥瘡（DTI）疑い DU：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	e０：なし e１：少量:毎日のドレッシング交換を要しない e３：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	E６：多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	s０：皮膚損傷なし s３：4未満 s６：4以上 16未満 s８：16以上 36未満 s９：36以上 64未満 s12：64以上 100未満	S 15：100以上
	炎症/感染	i０：局所の炎症徴候なし i１：局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛）	I3C：臨床的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など） I３：局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など） I９：全身的影響あり（発熱など）
	肉芽組織	g０：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑いの場合 g１：良性肉芽が創面の90%以上を占める g３：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	G４：良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める G５：良性肉芽が創面の10%未満を占める G６：良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	n０：壊死組織なし	N３：柔らかい壊死組織あり N６：硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	p０：ポケットなし	P６：4未満 P９：4以上16未満 P 12：16以上36未満 P 24：36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント」（一般社団法人　日本褥瘡学会）を参照。

	留意する項目		計画の内容
褥瘡ケア計画	関連職種が共同して取り組むべき事項		
	評価を行う間隔		
	圧迫、ズレ力の排除（体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		
	その他		

説明日　令和　　年　　月　　日

説明者氏名

出典: 令和３年３月１２日介護保険最新情報,厚生労働省老健局老人保健課(Vol.９３１),
「科学的介護情報システム（LIFE）」の活用等について

11.DESIGN-R®2020 褥瘡評価用（様式10）

DESIGN-R®2020　褥瘡経過評価用

（今回の改定で変更された箇所を青字で示した）

カルテ番号（　　）
患者氏名　（　　）

月日	／	／	／	／	／	／

Depth*1　深さ　創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する												
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷							
				4	皮下組織を超える損傷							
	1	持続する発赤		5	関節腔、体腔に至る損傷							
				DTI	深部損傷褥瘡（DTI）疑い*2							
	2	真皮までの損傷		U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能							
Exudate　滲出液												
e	0	なし	E	6	多量：１日２回以上のドレッシング交換を要する							
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない										
	3	中等量：１日１回のドレッシング交換を要する										
Size　大きさ　皮膚損傷範囲を測定：［長径（cm）×短径*3（cm）］*4												
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上							
	3	４未満										
	6	４以上　16未満										
	8	16以上　36未満										
	9	36以上　64未満										
	12	64以上　100未満										
Inflammation/Infection　炎症/感染												
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3C*5	臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）							
	1	局所の炎症徴候あり（創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛）		3*5	局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭など）							
				9	全身的影響あり（発熱など）							
Granulation　肉芽組織												
g	0	創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑いの場合	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める							
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める							
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない							
Necrotic tissue　壊死組織　混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する												
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり							
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり							
Pocket　ポケット　毎回同じ体位で、ポケット全周（潰瘍面も含め）［長径（cm）×短径*3（cm）］から潰瘍の大きさを差し引いたもの												
p	0	ポケットなし	P	6	４未満							
				9	４以上16未満							
				12	16以上36未満							
				24	36以上							
部位　［仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他（　　）］					合計*1							

＊1　深さ（Depth：d/D）の点数は合計には加えない
＊2　深部損傷褥瘡（DTI）疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する
＊3　“短径”とは“長径と直交する最大径”である
＊4　持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する
＊5　「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は３点とする

©日本褥瘡学会
http://jspu.org/jpn/info/pdf/design-r2020.pdf

出典:一般社団法人日本褥瘡学会編集: 改定DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント,照林社,2020,p5
http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf

12.褥瘡対策に関する看護計画書（様式11）

参考様式

褥瘡対策に関する看護計画書（例示）

氏 名　　殿　　男　女　　計画作成日　　.　　.

年　月　日 生　（　歳）　　記入看護師名

褥瘡の有無　1. 現在　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））　　褥瘡発生日　　.　　.

2. 過去　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））

＜日常生活自立度の低い利用者＞

危険因子の評価	日常生活自立度　J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)			対処
	・基本的動作能力（ベッド上　自力体位変換）	できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（浮腫）	なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（スキンーテアの保有、既往）	なし	あり	

両括弧内は点数（※1）

褥瘡の状態の評価（DESIGN-R2020）									合計点
深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(U)深さ判定が不能の場合	
滲出液	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない		(3)中等量：1日1回の交換		(6)多量：1日2回以上の交換			
大きさ(cm^2) 長径×長径に直交する最大径 （持続する発赤の範囲も含む）	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3C)（※3）臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3)（※3）局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9)全身的影響あり（発熱など）		
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(1)創面の90%以上を占める		(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり					
ポケット(cm^2) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上		

※1　該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。
※2　深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。
※3　「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫，ズレ力の排除 （体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

［記載上の注意］
1　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年11月18日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知　老健第102-2号）を参照のこと。
2　日常生活自立度がＪ１～Ａ２である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。
3　必要な内容を訪問看護記録に記載している場合、当該評価票の作成を要しないものであること。

出典: 令和４年３月４日 保発０３０４第３ 号
訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

13.利用者満足度（様式12）

訪問看護についてのアンケート

Q1　「回答される方」と「訪問看護を利用されている方」「主に介護している方」についてお聞かせ下さい。

（1）回答される方はどなたですか？

1．利用者ご本人様　　2．ご家族の方　　3．その他（　　）

（2）利用されている方の性別と年齢をお聞かせください。

性 別	男 ・ 女	年 齢	30 代以下 ・ 40 代 ・ 50 代 ・ 60 代 ・ 70 代 ・ 80 代以上

（3）主に介護している方の性別と年齢をお聞かせください。

性 別	男 ・ 女	年 齢	30 代以下 ・ 40 代 ・ 50 代 ・ 60 代 ・ 70 代 ・ 80 代以上

Q2　今回訪問した職種すべてに◯印をつけてください。

1．看護師　2．保健師　3．助産師　4．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士　5．その他（　　）

Q3　職員から受けている次のサービスについてどのように感じますか。該当する番号に〇印をつけて下さい。

		そう思う	まあそう思う	あまりそう思わない	そう思わない
1	職員は時間通りに訪問する	1	2	3	4
2	職員の言葉遣いや態度は良い（電話応対も含む）	1	2	3	4
3	今から行おうとするサービスについて事前に十分に説明してくれる	1	2	3	4
4	わからないことは、わかるまで教えてくれる	1	2	3	4
5	本人の話をよく聞いてくれる	1	2	3	4
6	家族の話をよく聞いてくれる	1	2	3	4
7	家族への説明をきちんとしてくれる	1	2	3	4
8	この先、本人の状態がどうなりそうかを予測して、注意点や対処方法を教えてくれる	1	2	3	4
9	医療の専門的知識や技術があって安心できる	1	2	3	4
10	処置や手当を適切に、手際よく行ってくれる	1	2	3	4
11	医師や医療機関と連絡・連携をとってくれる	1	2	3	4
12	ケアマネジャーや関係機関と連絡・連携をとってくれる	1	2	3	4
13	24時間 連絡や相談ができるので安心できる	1	2	3	4
14	精神的に安心できるサービスが受けられる	1	2	3	4
15	上記1～14 を総合すると、サービスの満足度は高い	1	2	3	4

Q4　これから充実してほしいと思うものを次の中からいくつでも選んで〇印を付けて下さい。

1. 機能訓練（リハビリテーション）
2. 病気や薬についての詳しい説明
3. 医療機器・用具の使用方法や説明
4. 介護機器・用具に対する情報の提供
5. 排泄を楽にする工夫や方法の指導
6. 介護者の介護負担を軽減する工夫や方法の指導
7. 介護者の相談・話し相手
8. 利用者本人の相談・話し相手
9. 食事内容のチェックや食事指導
10. 認知面についてのケアや助言
11. 在宅看取りへの支援
12. その他（　　）

Q5　訪問看護や当ステーションへのご意見・ご要望がありましたら、何なりとご記入下さい。

＊＊ ご協力ありがとうございました ＊＊

出典: 株式会社 医療産業研究所

14.職員アンケート（様式13）

職員アンケート

この度は、事業所の満足度調査を実施いたします。
つきましては以下のアンケートへのご協力をお願い致します。このアンケート結果をもとに働きやすい職場環境を目指します。このアンケートの回答内容は、他の目的で使用されることはありません。
応えられる範囲でお答えください。

記名は、自由です。　（□名前＿＿＿＿＿＿＿＿）

1.あなたは今の職場に総合的に満足していますか？
□かなり満足　□満足　□普通　□不満

2.1の答えを選択した理由をお聞かせください。

3.以下の項目についてどの程度満足していますか？
最も近いと思われる数字に○をおつけください。
1.思う　2.やや思う　3.どちらでもない　4.あまり思わない　5.全く思わない

A	やりがいのある仕事である	1・2・3・4・5
B	仕事内容が自分に合っている	1・2・3・4・5
C	スキル・能力が身につく職場環境である	1・2・3・4・5
D	社員教育・キャリア開発などの制度が充実している	1・2・3・4・5
E	ワークライフバランスが保たれている	1・2・3・4・5
F	法人内の人間関係は良好である	1・2・3・4・5

4.職場に対してここを改善すれば、もっと地域住民のために、事業所全体が発展できるのではないかと思うことがあれば、ご自由にお書きください。

提供: 令和4年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」
ヒアリング調査先訪問看護ステーション

令和4年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業

■ 検討委員

（◎：委員長、五十音順・敬称略）

岩本 大希	WyL株式会社　代表取締役
高砂 裕子	一般社団法人　全国訪問看護事業協会　副会長
中村 奈央	公益社団法人日本看護協会　医療政策部在宅看護課
◎永田 智子	慶応義塾大学　看護医療学部　教授
福井 小紀子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科　在宅ケア看護学　教授
山本 則子	東京大学大学院医学系研究科　高齢者在宅長期ケア看護学　教授
吉江 悟	一般社団法人Neighborhood Care　代表理事
佐藤 美穂子	公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事
平原 優美	公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事

■ ワーキング委員

（五十音順・敬称略）

潮崎 圭	帝人株式会社　ヘルスケアコネクト企画開発部
永田 智子	慶応義塾大学　看護医療学部　教授
星芝 由美子	三菱UFJリサーチ＆コンサルティング
米澤 章	株式会社レスコ Another事業部 Marketing Produce

■ オブザーバー

（敬称略）

川中 淑恵	厚生労働省老健局老人保健課　介護予防対策専門官

■ 業務委託

（五十音順・敬称略）

潮崎 圭	帝人株式会社　ヘルスケアコネクト企画開発部
星芝 由美子	三菱UFJリサーチ＆コンサルティング
米澤 章	株式会社レスコ Another事業部 Marketing Produce

■ 事務局

佐藤 美穂子	公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事
小林 弘美	公益財団法人日本訪問看護財団　事業部
戸田 亜希子	公益財団法人日本訪問看護財団　事業部
山辺 智子	公益財団法人日本訪問看護財団　事業部

令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」
訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回しながら質向上を推進するための手引き

発　行：2023年3月31日
発行者：公益財団法人 日本訪問看護財団
〒150-0001 渋谷区神宮前5-8-2　日本看護協会ビル5F
ＴＥＬ：03-5778-7001　　ＦＡＸ：03-5778-7009　　ＵＲＬ：https://www.jvnf.or.jp/

本書の一部または全部について、営利目的で許可なく複写・転載することを禁じます

参考資料

1　フェイスシート

2　ヒアリング調査ガイド

令和４年度　厚生労働省　老人保健健康増進等事業

訪問看護ステーションヒアリング調査
フェイスシート（基本情報）

※可能な範囲で、事前にフェイスシートにご記入下さいますようお願い申し上げます。
（事前のご記入が難しい場合は、インタビュー前に担当者が聞き取り記入いたします。）
※本フェイスシートは、訪問看護ステーションの管理者の方がご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を〇で囲んで下さい。〇を付ける数は原則１つです。
〇を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく箇所もあります。該当がない場合には必ず「０」とご記入下さい。
※調査時点は、2022 年 4 月 1 日または、質問に記載している期間とします。

1.　事業所基本属性

No	質問内容	回答
1	所在地	（　　）都・道・府・県
2	事業開始年	西暦（　　）年
3	開設主体	1. 営利法人（会社）　2. 医療法人 3. 社会福祉法人　4. 医師会　5. 看護協会 6. その他の社団・財団法人 7. 日赤・済生会・共同組合 8. 地方公共団体 9. 特定非営利活動法人（ＮＰＯ） 10. その他（　　）
4	貴事業所以外に有する 訪問看護事業所数	（　　）か所 ※サテライトは含まない
5	開設主体が他に運営している 施設・事業所	1.　有　➡（　　） 2.　無
6	貴事業所の収支状況 (2021 年、または 2021 年度)	1.　黒字　2.　ほぼ均衡している　3.　赤字
7	訪問看護事業所での管理者経験年数 （貴事業所以外での経験も含む）	（　　）年目
8	管理者の年代	1. 20 代　2, 30 代　3. 40 代 4. 50 代　5.60 代以上

2.　職員体制（2022 年 4 月 1 日現在）

1）貴事業所の職員体制について、常勤換算数をお伺いします。 3. ※常勤換算数は「従事者の１週間の勤務延時間数（残業は除く）÷当事業所において常勤の従事者が勤務すべき１週間の時間数（所定労働時間）」で計算し、小数点以下第２位を四捨五入して小数点以下第１位まで計上して下さい。該当の職種の職員がいるのに、得られた結果が 0.1 に満たない場合は、「0.1」と計上して下さい。				
	保健師・看護師	准看護師	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	その他の職員
常勤換算数	.	.	.	.

2）貴事業所の専門の研修を受けた看護師人数（専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師）をお伺いします。	
専門看護師人数	（　　）人 分野（　　）
認定看護師人数	（　　）人 分野（　　）
特定行為研修修了看護師数	（　　）人 研修区分（　　）

3.　利用者について(2022 年 4 月分)

3）訪問看護事業所の**利用者数** ※医療保険利用者の欄には、介護保険の訪問看護を１回も利用せず医療保険のみによる訪問看護利用者数を計上してください	1. 介護保険による訪問看護利用者数（　　）人 介護予防訪問看護利用者数（　　）人 2.　医療保険による利用者数　（　　） うち、精神科訪問看護基本療養費算定者数（　　）人 うち、18 歳未満の利用者数（　　）人
4)介護保険の訪問看護利用者数のうち特別管理加算の算定対象となる利用者数及び算定者数	（　　）人のうち、 算定者（　　）人
5)医療保険による訪問看護利用者数のうち特別管理加算の算定対象となる利用者数及び算定者数	（　　）人のうち、 算定者（　　）人

6）介護保険の訪問看護利用者のうち要介護度別人数	要支援1･2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他 申請中、区分変更中、要介護認定なし
	人	人	人	人	人	人	人

利用者のうち、在宅での看取り件数(1 年間)

7) 全利用者のうち、2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日までの 1 年間の死亡者の状況	
介護保険：ターミナルケア加算算定者	人
医療保険：訪問看護ターミナル療養費算定者	人

報酬・加算の届出状況等

8) 報酬・加算の届出の状況等	1. 機能強化型訪問看護療養費の届出 ➡（1　2　3）該当に〇 2. 24 時間対応体制加算の届出 3. 特別管理体制の届出 4. 緊急時訪問看護加算の届出 5. ターミナルケア体制の届出 6. 看護体制強化加算の届出

以上で質問は終わりです。記入済みのフェイスシートは、同意書を１部同封し、返送用封筒（切手は不要です）に入れ、投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

ヒアリングガイド

1. 実施時期

2022 年 9 月～12 月

2. 対象者

事前調査にてヒアリング調査可能と回答した事業所 12 カ所、管理者

3. 評価指標に関する調査

ヒアリングは事業所に訪問し、対面にて実施する

4. ヒアリング内容

評価について

No	内容	（回答メモ）
1）	**事業所**で実施している評価内容について教えてください （利用者個々の評価ではなく、利用者のデータを事業所全体でどのように集積して、事業所の全体の評価をしているかについて教えてください）	1　ターミナルケア 2　疼痛管理 3　家族介護力・家族機能の支援 4　服薬管理 5　多職種連携 6　医療処置・機材の管理 7　感染・発熱の管理 8　呼吸管理 9　循環機能管理 10　褥瘡管理 11　排せつ管理 12　栄養・摂食嚥下の管理 13　自立支援促進 14　ADL 維持、向上の支援 15　利用者の well-being の支援 16　社会参加 17　利用者の満足度 18　セルフケア・セルコントロール 19　医療機器管理 20　その他
2）	**評価してほしいケアはどのようなケアでしょうか。現在評価されていないものでも構いません**	・訪問看護が入ることで実現できているケア ・例）ターミナルケア：看取りでいつでも相談できる体制をとっており、１か月後にはグリーフケアにいける体制を事業

		所としてとっている ・例）地域連携：ケアマネジャーと連携し、状態が変化した場合にはすぐにサービス関係者全体に連絡できる体制をとっている等
以下は、1)で回答したそれぞれの項目について、**事業所として、どのように質評価を実施し、PDCAサイクルを回しているか**教えてください		
Plan について		
3）	目標の設定と、目標達成のための具体的な行動計画を事業所としてどう立てているか	・どのようなデータを収集しているか（定量的に収集しているデータと定性的に収集しているデータ両方について教えてください） ・データをどのように分類し整理しているか ・利用者が抱える問題をどのように特定しているか ・アセスメントツールや評価尺度は何を使用して客観的・科学的に評価しているか ・スタッフの不安をどのように把握しているか ・計画はどのようにたてているか ・優先順位はどのようにつけているか ・具体的に把握しやすいゴールの決め方 ・計画の見える化(共有）の方法 ・計画を立てることにどのような負担があるか ・多職種の役割を計画に組み込んでいるか ・本員・家族の役割を計画に組み込んでいるか ・本人・家族の希望をどのように把握しているか ・その他、具体的に
4）	評価に尺度を用いている場合、その尺度を教えてください	・褥瘡　DESIGN-R® ・疼痛管理　NRS ・ADL　高齢者の活動等

Do について		
5)	計画（行動計画・改善計画等）を実行し、その効果を事業所としてどのように測定・記録しているか	・どのデータを基にどのような議論をしているか ・どのくらいの期間で議論しているか、どのくらいの期間でカンファレンスやミーティングを実施しているか ・データからの計画はどのように立てているか ・計画の実施はどのように立てているか ・多職種、多機関がどのように役割分担・協力して計画を実行しているか ・どのように職種、多機関が相互に情報共有しているか ・記録に残すポイントはどのようなことか ・その他、具体的に

Check について		
6)	計画（行動計画・改善計画等）を事業所としてどう評価し、分析しているか	・どのようにして改善・維持・悪化を定量・定性的に測定・評価しているか ・すぐに実行できなかった場合の改善策はどのように決めるのか ・計画を実行に移してみた結果、それが有効だったのか、もっと別の方法が考えられないかなどは、どのような方法で検証しているか ・どのくらいの頻度で評価・分析しているか ・だれと評価・分析しているか ・目標が達成されていない場合、成功した場合についても要因を分析する方法 ・どのようにして新たな課題を挙げているか ・今後何が必要かをどのようにして抽出しているか

		・計画未達となった要因を検討する方法 ・その他、具体的に
Action について		
7）	**次の「Plan」へ反映させるために事業所としてどう 対応しているか**	・検証結果で見えた課題についての解決策をどのように検討しているか ・改善案の優先順位のつけ方 ・次のサイクルの「計画」を意識して考えるポイントは何か（担当者だけではなく、チーム全体で検討しているか、良かった点を継続するための方法） ・成功要因・計画未達を踏まえた調整案を考える方法 ・スタッフへどのようにしてフィードバックしているか ・次のサイクルに繋げる方法（気づきを共有する方法） ・調整案に優先順位をつける方法 ・事業所の実際の業務にどのように反映しているか

8）	以下は、1）で**回答していない**項目について、なぜ評価を実施していないのかの理由を教えてください	・必要性を感じないから ・評価を実施したいが方法がわからない ・データを収集して集計等はしているが、それをどのように取り扱っていいかわからない ・質評価を実施する時間がない、そこまでの人員がない　等
9）	1）で**回答していない**項目について、どうしたら質評価が実施できるか教えてください	・質評価の解析結果（フィードバックデータ等）があればできる ・方法や手順がまとまっていたらできる等

評価関連全般について		
10）	どの様な評価指標を用いて評価しているのか	・自事業所・法人オリジナル ・全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」 ・日本訪問看護財団「訪問看護サービス質評価のためのガイド」 ・日本訪問看護財団「日本版　成人・高齢者用アセスメントとケアプラン」 ・オマハシステム ・Venus ・LIFE ・その他
11）	評価方法	・紙で記入しているのか、何か記録システムを使用しているのか ・質評価のどの部分は紙で、どの部分はシステムなのか等
12）	記録システムを使用している場合、その記録システムの名称を教えてください	・いきいき、ibow など ・標準機能より追加した機能等はありますか
13）	記録システムに搭載されている質評価はありますか	標準で特定の項目に対するレーダーチャートが作成される ・LIFE につながるデータインポートな可能な方法等
14）	評価における人員体制	・入力（記入）・分析等にかかる時間 ・入力（記入）担当者・分析担当者・計画立案・改善策立案担当者等 ・他の業務との兼ね合い等
15）	評価方法についての負担感	・質評価を負担に感じているか ・何が負担か、なぜ負担か等
16）	現在の評価方法で改善して欲しいこと	・操作に関して ・評価項目の用語について等
17）	評価を実施するうえでメリットに感じていること	・スタッフの困りごとがすぐに実際のケアに反映できている ・人事考課等に還元し、スタッフのモチベーションになっている

		・評価の還元によるスタッフの動機付け等

18）	評価を実施するうえでデメリットに感じていること	・質評価をするために人員を増やさないといけない ・質評価を実施したとしてもケアや現場に還元されていないと感じる ・質評価による効果がわかりにくい ・実際実施している質評価がそれで正しいのかわからない
19）	質評価の在り方、質評価実施における理想の体制について 他に実施したいと思っているが、実現できていない質評価やその実施体制などがありますか。	・質評価は理想としてはここまでやりたいなどがあるか ・例）ターミナルケアについて質評価を実施したいが、方法がわかないのと人員を割けないため、実施できていない
20）	質評価を実施できている理由	・なぜ質評価をこのように実施できているか理由について教えてください ・例）評価を実施すると加算の算定ができるから等

令和４年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
「訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業」

発　行　　2023 年　3 月　31 日
発行者　　公益財団法人　日本訪問看護財団
〒150-0001　渋谷区神宮前 5-8-2　日本看護協会ビル 5F
TEL：03-5778-7001
FAX：03-5778-7009
URL：https://www.jvnf.or.jp/

本書の一部または全部について、営利目的で許可なく複写・転載することを禁じます