

平成30年度老人保健健康増進等事業

介護保険サービス提供主体におけるICTを活用した
サービスの質向上のための調査研究事業

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

第2版



一般社団法人 全国訪問看護事業協会

目次

はじめに	2
------	---

I ガイドラインの活用にあたって

1. ガイドラインの目的・特徴	4
2. ガイドラインの枠組み・構造	5
3. ガイドラインの活用方法	11
4. 自己評価 Web システムの活用	12

II ガイドライン

1. 事業所運営の基盤整備	16
(1) 理念・目標等を踏まえた事業計画の策定と評価に基づくサービスの改善	16
(2) 計画的な人材育成	22
(3) 人材の配置と体制整備	24
(4) 経営・労務の管理	27
(5) サービスの標準化とリスクマネジメント	33
2. 利用者の状況に応じた専門的なサービスの提供	37
(6) 利用者等のアセスメントに基づく看護計画の作成と見直し	37
(7) 在宅での日々の生活を支えるケアの提供	44
3. 多職種・多機関との連携	51
(8) 在宅生活の継続を支えるための多職種との連携促進	51
(9) 円滑で切れ目のないケアの提供	63
4. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画	65
(10) 地域への積極的な展開	65
(11) 地域包括ケアシステムの構築への貢献	67
5. 指標	70
6. 自己評価項目のチェックシート	72
◆ (別添) 自己評価結果シートの作成	73
◆ (別添) 自己評価結果レーダーチャートの作成	78
◆ (別添) 訪問看護利用者満足度調査	80

はじめに

平成30年度以降、団塊の世代が全て後期高齢者（75歳以上）となる2025年問題から、団塊ジュニアが全て高齢者（65歳以上）となる2040年をターニングポイントに移した政策が展開されています。すなわち、2025年までの「高齢者の急増」から、2040年を見据えた「現役世代の急減」に局面が変化することを受け、ここ数年強化されてきた「地域包括ケアシステムの構築」から「健康寿命の延伸」へと施策の舵が切られています。

この政策課題の推移に対して、「労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスを確保するために、テクノロジーの活用等による医療・介護サービスの生産性の向上を目指す」ことが社会保障政策の一つとして掲げられています。この状況を受け、訪問看護を含む介護サービス全般においても、この動向を踏まえ、しっかりと先を見据えた対応策を考えていくことが求められています。

訪問看護は、1992年の訪問看護制度創設以来の約30年を経た今、事業所数は10,418か所（平成30年4月1日時点、全国訪問看護事業協会調べ）となりました。この間、訪問看護サービスへの主な役割期待は、医療ニーズの高い対象や看取り期にある対象を在宅の場で支えることであり、その期待に一定程度応えてきたと考えられます。今後は、上述した社会情勢の変化により、訪問看護への役割期待は、小児から看取りまでの全ライフステージの対象、また様々な身体機能・認知機能にある多様な対象を、医療介護職や地域の人々との連携のもとに、テクノロジー等を活用しながら、幅広く支えていくことになるでしょう。

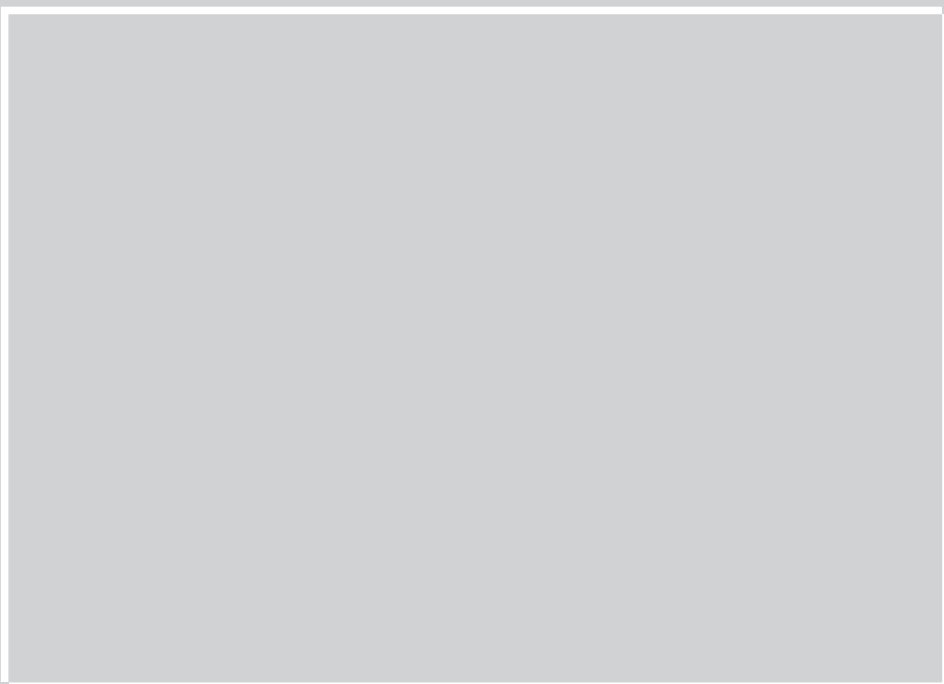
本書では、この拡大するニーズを見据え、平成27年度より我々が取り組んできた厚生労働省老人保健推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）を発展させ、訪問看護事業所が、様々な身体・認知機能をもつすべてのライフステージにある対象を、全国規模で質を保ちながら支えていくことを目指した「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン（第2版）」を完成させました。また、このガイドラインを入力・収集し、評価結果をフィードバックする「自己評価 Web システム」を再構築しました。

本ガイドラインと自己評価 Web システムが現場で活用され、訪問看護事業所の運営やサービス提供の質改善に貢献し、更なる発展につながることを心より願っています。

平成30年度老人保健健康増進等事業「介護保険サービス提供主体における
ICTを活用したサービスの質向上のための調査研究事業」

委員長 大阪大学 福井小紀子

I.ガイドラインの 活用にあたって



1. ガイドラインの目的・特徴

▶ ガイドラインの目的

地域包括ケアシステムの構築にあたり、重度化した要介護者・療養者の在宅療養支援が大きな課題とされる中で、重度化した要介護者・療養者を医療と生活の両面から支援することのできる専門的サービスである訪問看護は、地域でより多くの看取りや医療ニーズの高い療養者を支えていくことが必要不可欠になると考えられます。

この度、全国訪問看護事業協会では、地域でより多くの看取りや医療ニーズの高い療養者を支えることのできる体制や、地域で生活するすべての方のライフステージに合わせた支援ができる体制を整備し、訪問看護事業所の質の向上を図ることを目的に、ガイドラインを改訂し、「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（第2版）」（以下、ガイドライン）を作成しました。

▶ 訪問看護に求められる具体的な役割と目指すべき方向性

今後の訪問看護事業所に求められる役割や目指すべき方向性として、以下の5つを設定しました。

- 医療ニーズの高い人の在宅療養生活の継続支援
- 在宅での看取りを支えるケアの提供
- 小児・精神障がいなど幅広い疾患や様々な療養生活への対応
- 多職種と一体となったサービス提供
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた貢献

▶ ガイドラインの特徴

（1）自己評価の積極的実施推進に向けて利用できます

訪問看護サービスは、外部評価等の第三者評価は義務付けられていませんが、自主的・積極的に自己評価を実施することが重要であり、その推進に向けて、より多くの訪問看護事業所が実施しやすいようにしました。

（2）自事業所の取組みを経年的に客観視できます

ガイドラインは、他の事業所の比較を目的にしたものではなく、自事業所の取組みを経年的に客観視して改善することをサポートするものです。毎回同じ視点で評価できるように工夫してあります。

（3）課題を発見、明確にすることにより、今後の取組みにつながられます

評価することにより課題を明確にし、今後の取組みにつながられるように活用することをお勧めします。

（4）自己評価の結果を公表に使うことができます

利用者がサービスを選択する基準は、サービスの内容やサービスの質に重点が置かれていますが、利用者がサービスの内容を知る機会は不十分です。自己評価の結果を公表することは、サービス内容や質を可視化し、サービス内容の透明性を図る意味で重要です。

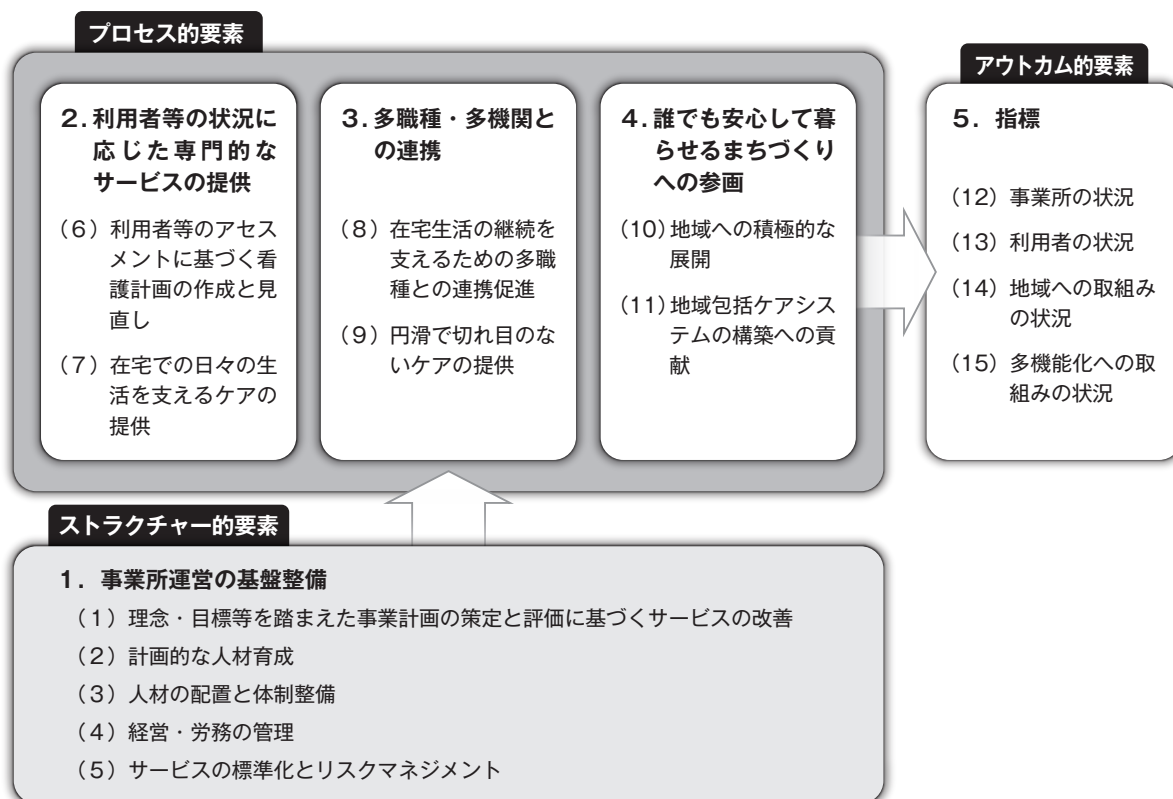
2. ガイドラインの枠組み・構造

▶ ガイドラインの枠組み

本ガイドラインの評価の枠組み^{※1}は、5つの大項目で構成されています。（図表1 参照）

- 1) 事業所運営の基盤整備
- 2) 利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供
- 3) 多職種・多機関との連携
- 4) 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画
- 5) 指標

図表1 評価の枠組み



▶ ガイドラインの構造

評価の枠組みは、ストラクチャー的要素として、「1）事業所運営の基盤整備」の上に、プロセス的要素として「2）利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供」、「3）多職種・多機関との連携」、「4）誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画」があり、そしてアウトカムの要素として「5）指標」があるというものです。

※1 平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護の看取りや医療依存度の高い療養者を支える機能の充実と質確保に関する調査研究事業」より引用・修正

1) 事業所運営の基盤整備

人員配置や体制の整備などの事業運営といった基本的な事項については概ね取組みが進んでいると推察されます。

さらに、高齢化が急速に進行する中で在宅ケアの対象者は急増・多様化し、看取りや医療ニーズの高い利用者が増大しています。このような状況変化に対応した訪問看護の役割拡大や変化が求められていることを認識し、評価項目を定めています。

2) 利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供

看取りや医療ニーズの高い療養者への支援や、また、精神疾患のある利用者や小児など地域で生活するすべての方のライフステージに合わせた支援ができることに焦点をあてています。

3) 多職種・多機関との連携

様々なニーズのある利用者に対応するため、訪問看護の機能を強化し、その専門性を十分に発揮することを通し、地域の多職種・多機関と連携を図ることが重要であり、評価項目を定めています。

4) 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画

介護保険制度の普及・充実が進む中で、現在では個別課題から地域全体の課題を抽出し、政策へ反映させるための仕組みとしての「地域ケア会議」の活用や、行政を含む地域全体への情報の提供など、地域包括ケアシステムの構築に向けて、個々の専門職が「まちづくりに参画」という役割を担うことが明確になっています。

訪問看護についても、在宅療養を支える核として、このような「まちづくり」への寄与が期待されており、焦点をあてています。

5) 指標

利用者が多様である中、統一されたアウトカム評価を行うことが重要です。利用者等の満足度評価なども含めた具体的なアウトカム評価をします。ガイドラインでは、アウトカムの要素として49項目の指標と満足度評価として18項目を示しています。

▶ 評価項目作成（評価項目42、評価指標49）

平成26年度事業において、既成書「訪問看護ステーション評価マニュアル」と、その他の2つの評価項目^{※2※3}と比較し、39の評価項目と33の評価指標からなる「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（第1版）」を作成しました。今回、訪問看護事業所からの意見・要望をもとに平成28年度より「事業所自己評価ガイドライン普及・活用促進部会」において検討し、以下の項目にいたしました。

評価項目は、それぞれ「1）事業所運営の基盤整備」が18項目、「2）利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供」が10項目、「3）多職種・多機関との連携」が10項目、「4）誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画」が4項目、合計で42項目です（図表2参照）。さらに、「5）指標」が49項目あります。

※2 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，2012.10，（発行）日本看護協会出版

※3 平成26年度東京都福祉サービス第三者評価実施における共通評価項目，標準的な調査票（訪問看護），公益財団法人東京都福祉保健財団

図表2 評価項目一覧

No	評価項目
1. 事業所運営の基盤整備	
(1) 理念・目標等を踏まえた事業計画の策定と評価に基づくサービスの改善	
①事業計画の策定と適時適切な見直し	
1	理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている
2	単年度の事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている
3	事業所の運営状況や今後の方針等、定期的に事業所の運営について職員間で話し合う機会を設けており、今後の事業運営の改善に反映している
4	利用者や家族から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している
5	関係する多職種など、外部から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している
(2) 計画的な人材育成	
①新任者の指導・支援	
6	新任の職員向けに、事業所の理念・基本方針やサービス提供にかかる基本事項等を学ぶための、標準化された研修計画などが用意され、実施されている
②育成計画の作成と支援	
7	本人の意向を反映した職員ごとの育成計画を作成し、当該計画に沿った、OJT や研修を受ける機会の確保等、必要な支援をしている
(3) 人材の配置と体制整備	
①利用者等のニーズに迅速に対応するための体制整備	
8	必要に応じて、早朝・夜間等に計画的な訪問ができる体制を常に整えている
9	必要に応じて、日曜、祝日、年末・年始に計画的な訪問ができる体制を常に整えている
10	新規の依頼があった場合に、即日に対応もしくは訪問できる体制を常に整えている
(4) 経営・労務の管理	
①経営の安定化に向けた取組み	
11	管理者は事業所の財務状況を定期的にチェックし、経営の安定化に向けた具体的な取組みに反映している
②人材マネジメントの取組み	
12	事業所の人事管理において法人の定めた人事基準をもとに、職員ごとの評価などを連動させた人材マネジメントを行っている
13	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる
③業務効率化に向けた取組み	
14	業務の効率化に向けた工夫として、記録等関係書類の電子化を行っている

(5) サービスの標準化とリスクマネジメント	
①サービス提供にかかるマニュアル等の整備とケアの標準化	
15	在宅における「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により、職員への周知・理解が図られている
16	在宅における「終末期ケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により、職員への周知・理解が図られている
②職員間での定期的な議論と改善への反映	
17	利用者等に関してカンファレンス・事例検討を実施する機会を設けており、サービスの改善に反映している
③リスクマネジメントにかかる取組み	
18	事故を防止する、あるいは事故が発生した場合の対応方針が、「①医療事故・ケア事故」「②交通事故」「③盗難・紛失・破損等」「④災害」「⑤感染症」「⑥個人情報保護」などの観点から、マニュアル等により職員への周知・理解が図られている
2. 利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供	
(6) 利用者等のアセスメントに基づく看護計画の作成と見直し	
①利用者等の生活全体に着目した包括的なアセスメントの実施と看護計画への反映	
19	利用者の「①身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）」に加え、「②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」や「③認知機能の状態」、「④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）」、さらに「⑤利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している
20	精神疾患のある利用者の「①精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」に加え、「②身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケア、合併症など）」や「③認知機能の状態」、「④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）」、さらに「⑤精神疾患のある利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している
21	小児の利用者の「①身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）」に加え、「②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」や「③知的機能の状態」、「④生活（ADL、IADL、排泄、食事など）・学習の状態」、「⑤個別の成長・発達の状態」、さらに「⑥小児の利用者を取り巻く社会的・環境的要因（家族の状況、学校の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している
②看護計画の適時適切な見直し	
22	アセスメントの結果や作成された看護計画について、定期的に管理者やリーダー等が内容の確認やアドバイス等を行っている
23	利用者等が行う医療的ケア（緊急時の対応方法含む）について、個別性に合わせた説明用の資料を準備し、助言・指導している

(7) 在宅での日々の生活を支えるケアの提供	
①在宅での看取りを支えるケアの提供	
24	利用者が、自らの在宅生活や急変時の対応等について主体的な意思決定をすることができるよう、利用者や家族等の意向を踏まえた上で支援している
25	利用者等の希望に応じた看取りを実現するために、医師や多職種と連携できる体制が整っている
26	終末期ケアにおいて、利用者等に適切な時期を見計らって、予後および死までの経過を説明し、記録として残している
27	重症心身障がい児や小児がん等の利用者の看取りまでの日々を支えるケアができています
28	利用者の死後、事業所内でデスカンファレンス等を行い、提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けている
3. 多職種・多機関との連携	
(8) 在宅生活の継続を支えるための多職種との連携促進	
①利用者等の変化の迅速な把握と対応	
29	「褥瘡のある利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている
30	「緩和ケア（症状コントロール、医療麻薬の取り扱いなどを含む）」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている
31	「精神疾患のある利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている
32	「小児の利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている
33	状態の変化等により入院の可能性がある利用者について、利用者等の意向を確認し、対応方針等を事前に主治医等と調整・共有している
②多職種との適切な協働・連携	
34	サービス担当者会議等に参加し、情報提供や提案を行っている
35	他の訪問看護事業所や医療機関、介護事業所等を含む他職種・他機関からの研修等を受け入れている
36	「施設等に入居中の利用者」について、多職種との連携を図り情報共有・相談・助言を行っている
37	地域において多職種間で ICT を活用した情報共有を行っている
(9) 円滑で切れ目のないケアの提供	
①円滑な在宅生活への移行を支援するための、退院・退所前の支援・調整	
38	退院・退所前に利用者の状況をアセスメントし、円滑な在宅生活への移行のための準備を行っている
4. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画	
(10) 地域への積極的な展開	
①地域への積極的な情報発信・サービスの展開	
39	事業所の情報や訪問看護が果たす役割等について、地域住民向けに情報発信を行い、また、幅広い相談を受ける仕組みがある

(11) 地域包括ケアシステムの構築への貢献	
①まちづくりへの積極的な参画	
40	自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画を理解し、関連する会議・事業等への積極的な参画を通じて、地域包括ケアシステムの構築に貢献している
41	行政やボランティア等が行っている、認知症の人が安心して暮らしていける地域づくりの取組みに積極的に参加している
42	誰でも安心して暮らせるまちづくりのため、地域における訪問看護事業所間のネットワークの構築にかかわり、積極的に参加をしている

3. ガイドラインの活用方法

▶ 誰がどのように評価するのか

本ガイドラインは第三者による評価ではなく、あくまでも訪問看護事業所の管理者や職員が自らの事業運営や業務の内容を評価することを目的としています。そのため、自己評価が主観的判断に陥らないように注意する必要があります。また、評価の際は管理者だけではなく、訪問看護事業所内の職員と取り組むことが重要です。

評価項目ごとの判断基準を「1、2、3」の3段階で示し（3に近いほど評価が高い）、「評価の着眼点」をできるだけ具体的な内容としました。さらに評価項目ごとに「目的」、社会的背景や目指すべき姿を盛り込んだ「趣旨・解説」、評価するときの「留意点」が記載してあるので、それらを参考にし、自事業所の運営実績や業務内容をありのままに評価するようにします。

判断基準：評価尺度「1、2、3」の3段階で構成（3に近いほど評価が高い）。

評価の着眼点：「判断基準」を選択する際に着目する視点について具体的に記載。原則として全ての「評価の着眼点」に合致していると評価「3」。

評価の考え方と留意点：「目的」「趣旨・解説」「留意点」で構成。

評価の対象となる期間は過去1年間を想定しています。

評価は少なくとも年1回実施することを推奨します。評価の時期を定め、それが妥当か検討する必要があります。評価結果を公表する義務はありませんが、訪問看護サービスは介護保険に位置付けられたサービスであり、公表することが望ましいと言えます。

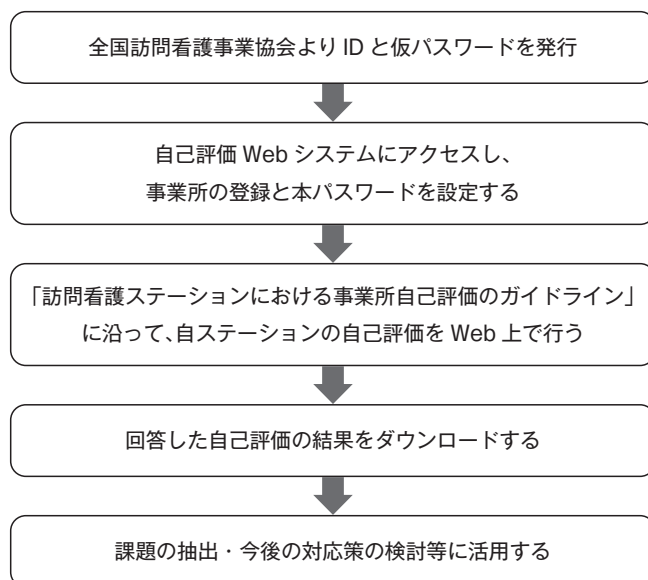
4. 自己評価 Web システムの活用

▶ 簡便な自己評価の実施

本ガイドラインを用いた自己評価は、冊子・紙面上のみならず Web 上でも実施できるようになっており、Web を活用することで簡便に自己評価を行うことができます。また、この自己評価 Web システムは、評価結果を経年比較することができるため、自事業所の変化を確認することができます。自己評価を行うことにより、自事業所の課題に気づき、それらについて対策を講じ、経年的な変化を確認することで、自事業所の成長や新たな課題を抽出することができ自事業所の質を継続的に向上することができます。

Web を用いて自己評価を行っている全国の訪問看護事業所と自事業所を比較することができますが、あくまでも本ガイドラインは自己評価ですので、他事業所と比較するのではなく、参考に用いてください。

自己評価 Web システムによる自己評価の流れは、次のようになっています。



▶ 課題や対応策等を記入するフォーマットや、比較のレーダーチャートのダウンロード

自己評価 Web システムでは、評価結果から課題や対応策等を記入するフォーマット（図表 3）や、比較のレーダーチャート（図表 4）等がダウンロードできます。

図表 3 課題や対応策等を記入するフォーマット

NO.	評価項目	判断基準	評価の着眼点	課題等
1	理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている	2: 理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画は策定しているが、定期的に自己評価を行っていない	☐ 中・長期事業計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 ☐ 中・長期事業計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 ☐ 中・長期事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 ☐ 中・長期事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている。	
2	単年度の事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている	3: 単年度の事業計画を策定しており、定期的に自己評価を行っている	☐ 単年度の事業計画には、中・長期事業計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ☐ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 ☐ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」「行動計画」になっていない。 ☐ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。 ☐ 単年度の事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている。	
3	事業所の運営状況や今後の方針等、定期的に事業所の運営について職員間で話し合う機会を設けており、今後の事業運営の改善に反映している	2: 定期的に議論する機会を設けているが、事業運営の改善への計画的な反映は不十分である	☐ 職員会議や運営会議等を定期的に実施している。 ☐ 職員会議や運営会議等により、事業所の運営について課題等を明らかにしている。 ☐ 職員会議や運営会議等により、今後の方針等の検討を行っている。 ☐ 職員会議や運営会議等により、事業運営の改善に反映しているか確認や評価をしている。 ☐ 会議の種類、頻度、話し合う内容が、会議毎に明確になっている。 ☐ 利用者や家族から評価や苦情を受ける仕組みがあり、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて把握・評価・改善策が検討され、サービス改善に努めている。	
4	利用者や家族から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している	1: 利用者や家族から評価を受ける仕組みはない	☐ 利用者や家族から評価を受ける仕組みがあり、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握・評価されている。 ☐ 評価結果を分析し、それにもとづく課題が文書化され、職員間で課題の共有化が図られている。 ☐ 評価結果をもとに、事業計画の見直しを行っている。 ☐ 評価結果をもとに、サービス改善の方法を検討している。 ☐ 苦情について真摯に受け止め、その都度サービスの改善に役立てている。 ☐ 利用者・利用者家族からの苦情の対応について、重要事項説明書に記載されており、利用者に説明をしている。	

回答した「判断基準」が自動的に表示されます。

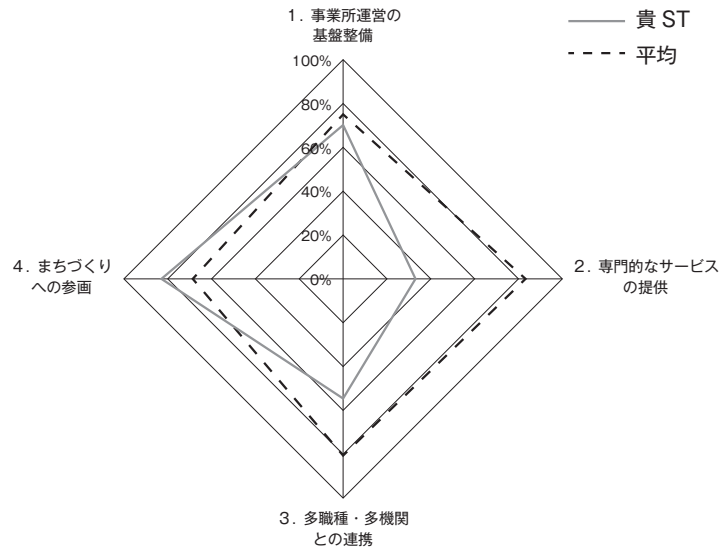
「課題等」に課題や対応策等を自由に記入することができます。

図表4 比較のレーダーチャート

自事業所と Web 上で自己評価を行っている訪問看護事業所の平均が数値とレーダーチャートで表示されるので、比較することができます。

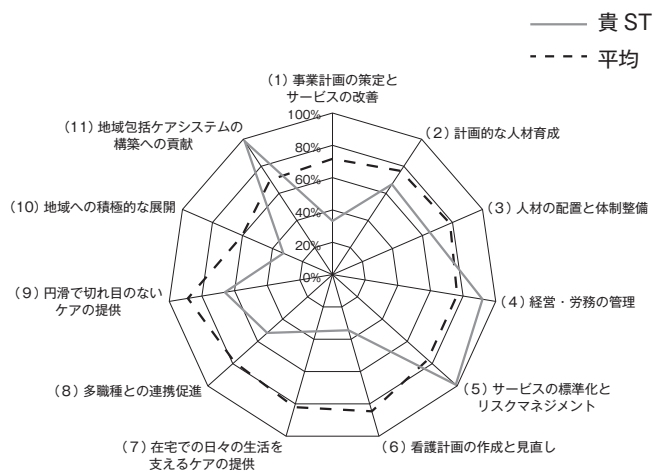
大項目の評価結果

大項目	貴 ST	平均
1. 事業所運営の基盤整備	70.2%	74.8%
2. 専門的なサービスの提供	33.3%	82.8%
3. 多職種・多機関との連携	55.6%	81.4%
4. まちづくりへの参画	83.3%	68.3%

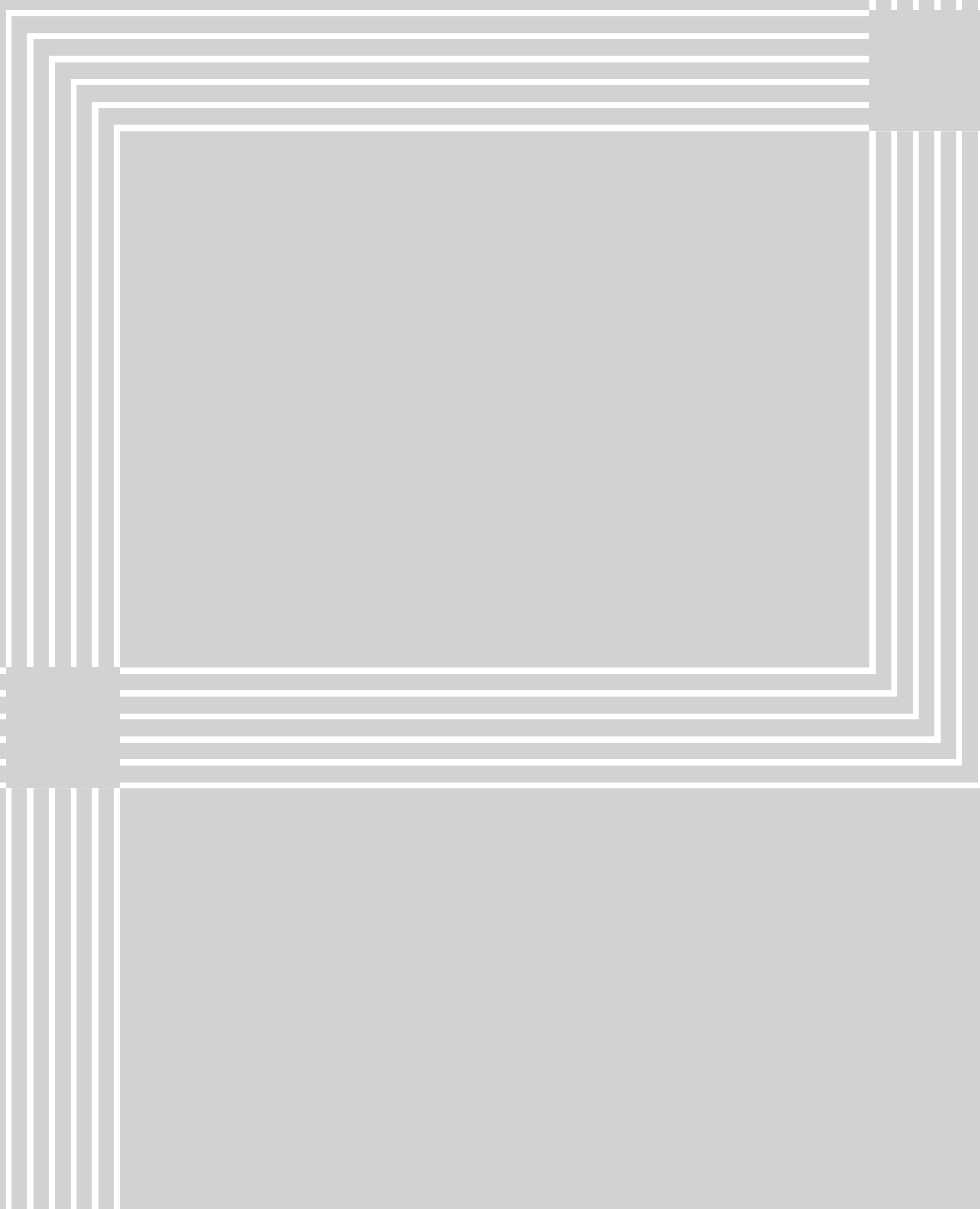


中項目の評価結果

中項目	貴 ST	平均
(1) 事業計画の策定とサービスの改善	33.3%	73.2%
(2) 計画的な人材育成	66.7%	76.9%
(3) 人材の配置と体制整備	66.7%	79.4%
(4) 経営・労務の管理	91.7%	77.9%
(5) サービスの標準化とリスクマネジメント	100.0%	76.6%
(6) 看護計画の作成と見直し	33.3%	84.9%
(7) 在宅での日々の生活を支えるケアの提供	33.3%	82.3%
(8) 多職種との連携促進	52.4%	79.3%
(9) 円滑で切れ目のないケアの提供	66.7%	89.1%
(10) 地域への積極的な展開	33.3%	61.3%
(11) 地域包括ケアシステムの構築への貢献	100.0%	70.7%



Ⅱ. ガイドライン



1. 事業所運営の基盤整備

1 理念・目標等を踏まえた事業計画の策定と評価に基づくサービスの改善

事業計画の策定と適時適切な見直し

- 1 | 理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている

判断基準

- 1：理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画を策定していない
- 2：理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画は策定しているが、定期的に自己評価を行っていない
- 3：理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画を策定しており、定期的に自己評価を行っている

評価の着眼点

- ☐ 中・長期事業計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。
- ☐ 中・長期事業計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。
- ☐ 中・長期事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
- ☐ 中・長期事業計画について、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている。

評価の考え方と留意点

（1）目的

- 理念・基本方針の実現に向けた「中・長期事業計画」の策定の有無と、その自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）について評価する項目です。

（2）趣旨・解説

- ここでの「中・長期」とは3～5年を指しています。
- 理念は、事業所（もしくは法人）における事業経営やサービス提供の拠り所であり、基本の考えとなります。また、事業所（もしくは法人）のめざすべき方向性を内外に示すものでもあります。よって、理念は、実施するサービスの内容や特性を踏まえた具体的な内容が示されていることが適当です。
- 基本方針は、理念に基づいて事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方、あるいは組織が持つ機能等を具体的に示す重要なものです。また、理念を職員等の行動基準（行動規範）としてより具体的な指針とするためには、理念に基づく基本方針を定めることが必要です。
- 「中・長期事業計画」とは、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組みを示すものです。実施するサービスの更なる充実、課題の解決等のほか、地域ニーズに基づいた新たなサービスの実施と

いったことも含めた目標（ビジョン）を明確にし、その目標（ビジョン）を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画となっている必要があります。

- 訪問看護アクションプラン2025にあるように、医療ニーズの高い方や住み慣れた場所での看取りを望む方が地域で暮らし続けられるためには、自治体の取組みに目を向け、訪問看護サービスにとどまらず、地域で暮らし続けることを支援するサービス全般を視野に入れた地域包括ケアシステムの構築の推進に力を注ぐ必要があります。そのことが基本方針等に明記されていることが望ましいと言えます。
- 事業計画は、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定する必要があります。
- 事業計画は、職員に配布するとともに周知（会議や研修会における説明等）し、理解を促すための取組みを行う必要があります。
- 事業計画の評価は、設定した目標や経営課題の解決・改善の状況や効果を確認するとともに、社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応するために実施します。
- 事業計画は、事業所の「理念・目標等」の達成・実践の状況や事業を取り巻く環境変化等を鑑みながら、定期的に、もしくは必要に応じて評価・見直しを行うことが求められます。
- 経営母体によっては管理者が事業計画の策定に関わらないこともあるかもしれませんが、内容を理解しておく必要があります。また、事業計画が訪問看護事業所の実状や地域特性を反映したものでない場合は、反映されるよう働きかける必要があります。
- 「定期的に」とは、少なくとも年1回を示します。策定と見直しの時期を定め、それが妥当か検討する必要があります。

(3) 留意点

- 経営母体で策定された中・長期事業計画が訪問看護の内容と合致していない場合は「1」を選択します。
- 職員一人一人が書面等で確認できない場合、またはその仕組みがない場合は「1」を選択します。

判断基準

- 1：単年度の事業計画を策定していない
- 2：単年度の事業計画を策定しているが、定期的に自己評価を行っていない
- 3：単年度の事業計画を策定しており、定期的に自己評価を行っている

評価の着眼点

- ☐ 単年度の事業計画には、中・長期事業計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。
- ☐ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
- ☐ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」「行動計画」になっていない。
- ☐ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
- ☐ 単年度の事業計画について、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている。

評価の考え方と留意点

（１）目的

- 単年度における事業計画の策定の有無と、その自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）について評価する項目です。

（２）趣旨・解説

- 単年度の事業計画は、当該年度における具体的な事業、サービス提供等に関わる内容が具体化されていること、中・長期事業計画を反映しこの計画を着実に実現する内容であることが必要です。また、それらの内容が実現可能であることが不可欠です。
- 単年度の事業計画は、年度の終了時に実施状況についての評価を行うため、内容については、実施状況の評価が可能であることが必要です。数値化等できる限り定量的な分析が可能であることが求められます。
- 中・長期事業計画と同様に、事業計画を実現可能とする収支計画が適切に策定されていることが要件となります。
- 職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定する必要があります。
- 職員に周知（会議や研修会における説明等）し、理解を促すための取組を行う必要があります。
- 単年度の事業計画の評価は、設定した目標や経営課題の解決・改善の状況や効果を確認するとともに、社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応するために実施します。
- 単年度の事業計画は、事業所の「理念・目標等」の達成・実践の状況や事業を取り巻く環境変化等を鑑みながら、定期的に、もしくは必要に応じて評価・見直しを行うことが求められます。
- 単なる「行事計画」とは、例えば、「●月に市民講座を開催」というように、予定のみのことを示します。また単なる「行動計画」とは、業務（看護）内容や日程、予定などを示したものです。
- 「定期的に」とは、少なくとも年２回を示します。策定と見直しの時期を定め、それが妥当か検討する必要があります。

（３）留意点

- 職員一人一人が書面等で確認できない場合、またはその仕組みがない場合は「１」を選択します。

3

事業所の運営状況や今後の方針等、定期的に事業所の運営について職員間で話し合う機会を設けており、今後の事業運営の改善に反映している

判断基準

- 1：定期的に議論する機会は設けていない
- 2：定期的に議論する機会を設けているが、事業運営の改善への計画的な反映は不十分である
- 3：定期的に議論する機会を設けており、事業運営の改善に反映している

評価の着眼点

- ☐ 職員会議や運営会議等を定期的実施している。
- ☐ 職員会議や運営会議等により、事業所の運営について課題等を明らかにしている。
- ☐ 職員会議や運営会議等により、今後の方針等の検討を行っている。
- ☐ 職員会議や運営会議等により、事業運営の改善に反映しているか確認や評価をしている。
- ☐ 会議の種類、頻度、話し合う内容が、会議毎に明確になっている。
- ☐ 利用者や家族から評価や苦情を受ける仕組みがあり、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて把握・評価・改善策が検討され、サービス改善に努めている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 事業所の運営状況や今後の方針等について、職員間で議論する機会の確保の状況と、今後の事業運営の改善につなげているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 運営状況とは、具体的には利用者に関することや職員に関すること、経営の状況、苦情の有無・内容についてなどです。
- 運営状況や今後の方針について検討するためには、職員の参画や意見の集約が必要です。
- 運営状況や今後の方針について、職員に周知（会議や研修会における説明等）し、理解を促すための取組みを行う必要があります。
- 事業運営の改善に反映しているとは、事業計画に取り込むことや、標準化を課題としたマニュアルの変更をしたり、業務の具体的な改善を行ったり、苦情に関する対策を検討することです。
- 確認や評価は、定期的に（月1回、半年に1回など）職員会議や運営会議で議題として取り上げて、現状やデータなどをもとに職員間で協議されていることが望ましいです。
- 協議・検討された課題や方針が書面で可視化され、職員間で共有することが必要です。
- 日々の業務の中で事業運営の内容の反映状況を確認することが必要です。

(3) 留意点

- 議論することはあっても「定期的な機会」が設けられていない場合には「1」を選択します。

判断基準

- 1：利用者や家族から評価を受ける仕組みはない
- 2：利用者や家族から評価を受ける仕組みがあるが、事業計画の見直しやサービス改善への活用は不十分である
- 3：利用者や家族から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している

評価の着眼点

- ☐ 利用者や家族から評価や苦情を受ける仕組みがあり、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて把握・評価・改善策の検討がされている。
- ☐ 評価結果を分析し、それに基づく課題が文書化され、職員間で課題の共有化が図られている。
- ☐ 評価結果をもとに、事業計画の見直しを行っている。
- ☐ 評価結果をもとに、サービス改善の方法を検討している。
- ☐ 苦情について真摯に受け止め、その都度サービスの改善に役立てている。
- ☐ 利用者や家族からの苦情の対応について、重要事項説明書に記載されており、利用者や家族に説明をしている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 利用者や家族からの評価や苦情を受ける仕組みの有無と、その評価や苦情を事業計画の見直しやサービスの改善につなげているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 利用者や家族からの評価には、「利用者満足度調査」「意見箱の設置」「管理者による聞き取り調査」等の評価方法があります。
- 苦情の対応先を重要事項説明書などで明記している必要があります。
- 苦情の対応の相談窓口として、自治体や国民健康保険団体連合会等を重要事項説明書などで明記している必要があります。
- 継続的に評価することで、訪問看護事業所の質向上の一助となります。
- 結果については、一部の役員等（管理者や法人の幹部等）だけでなく、職員全体で改善の課題を明確にして、この解決・改善に計画的に取り組むことが必要です。
- そのため、評価結果を分析した結果やそれに基づく課題が文書化され、職員間で課題の共有化が図られることが求められます。
- 評価の結果や課題、改善計画を利用者や家族にフィードバックすることが望ましいです。苦情を受けた場合も同様です。
- 本ガイドラインでも平成26年度事業において作成した「訪問看護利用者満足度調査票（第1版）」を提示してありますので、ご活用ください。（ガイドライン p.80）

(3) 留意点

- 法人が運営する事業所の利用者を対象にして、同一のアンケート項目で調査をしている場合は「2」を選択します。訪問看護事業所の特性を踏まえた利用者アンケートであることが基準です。
- 管理者による聞き取り調査を行っている場合、記録し反映する仕組みがなければ「1」を選択します。

判断基準

- 1：外部から評価を受ける仕組みはない
- 2：外部から評価を受ける仕組みがあるが、事業計画の見直しやサービス改善の活用は不十分である
- 3：外部から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している

評価の着眼点

- ☐ 外部から評価を受ける仕組みがあり、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて把握・評価されている。
- ☐ 評価結果を分析しそれに基づく課題が文書化され、職員間で課題の共有化が図られている。
- ☐ 評価結果をもとに、事業計画の見直しを行っている。
- ☐ 評価結果をもとに、サービス改善の方法を検討している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 外部からの評価を受ける仕組みの有無とその評価を事業計画の見直しやサービスの改善につなげているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 外部からの評価には、「関係事業所へのアンケート調査」「管理者による聞き取り調査」等の関係機関側からの評価、「福祉サービスの第三者評価事業」等があります。
- 継続的に評価することで、訪問看護事業所の質向上につながります。
- また、事業所の評価のみならず、地域包括ケアシステムの構築や多職種・多機関との連携・協働においても重要であると言えます。
- 結果については、一部の役員等（管理者や法人の幹部等）だけでなく、職員全体に周知し、改善の課題を明確にして解決・改善に計画的に取り組むことが必要です。
- そのため、評価結果を分析した結果やそれに基づく課題が文書化され、職員間で課題の共有化が図られることが求められます。
- 評価の結果や課題、改善計画を関係機関にフィードバックすることが望ましいです。

(3) 留意点

- 外部からの評価には「介護サービス情報の公表制度」は含まれません。
- 管理者による聞き取り調査を行っている場合、記録し反映する仕組みがなければ「1」を選択します。

2 計画的な人材育成

新任者の指導・支援

6 新任の職員向けに、事業所の理念・基本方針やサービス提供にかかる基本事項等を学ぶための、標準化された研修計画などが用意され、実施されている

判断基準

- 1：標準化された研修計画がない
- 2：標準化された研修計画などがあるが、研修は不十分である
- 3：標準化された研修計画などがあり、すべての新任職員を対象に研修を実施している

評価の着眼点

- ☐ 標準化された研修計画は、少なくとも「理念・基本方針」「訪問看護制度の概要」「接遇」「リスクマネジメント（事故・感染・個人情報保護・災害・盗難・紛失等）」「多職種連携・地域の社会資源」「退院支援」「種々の技術」に関する研修の内容となっている。
- ☐ 「1～3か月」「～6か月」「～12か月」などの段階に分けて構成し、それぞれの段階における「目標」「指導内容」「指導方法」を整理している。
- ☐ 研修計画には一般的な知識・スキルの習得とともに、OJTについても計画している。
- ☐ 新任の職員向けの研修が事業計画等において明示してある。
- ☐ 新任の職員向けの研修の担当・役割分担が決められている。
- ☐ 新任研修期間中、就職3か月後、就職6か月後など、定期的に面談を行い、目標の達成状況や課題、今後の育成計画について確認している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 新任の職員を対象に、事業所の理念・基本方針等やサービス提供にかかる基本事項等を学ぶための、標準化された研修計画などの用意と、その実施状況について評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 事業所の基本的な考え方について、実際に業務に携わる前に理解を深めておくことで、早い段階から業務に馴染むことができるよう配慮するものです。
- 研修は内部のみでなく、外部の研修についても有効に活用するとよいです。

(3) 留意点

- これらの研修機会が、まったく設けられていない場合は「1」を選択します。
- 研修が一部の新任職員にしか行っていない場合は「2」を選択します。
- 新任職員がいない場合、過去のケースから標準化された研修計画が整っている場合は「3」を選択します。
- 事業所間の異動は新任職員ではありません。

本人の意向を反映した職員ごとの育成計画を作成し、当該計画に沿った、OJT や研修を受ける
機会の確保等、必要な支援をしている

判断基準

- 1：職員本人の意向を反映した育成計画を作成していない
- 2：職員本人の意向を反映した育成計画を作成しているが、当該計画に沿った OJT や研修機会の確保などの支援は不十分である
- 3：職員本人の意向を反映した育成計画を作成し、当該計画に沿った OJT や研修機会の確保などの必要な支援をしている

評価の着眼点

- ☐ 基本方針や計画に基づいて、教育・研修計画が策定されている。
- ☐ 個別面接を行う等により組織（法人、事業所）の目標や方針を徹底し（十分に伝え）、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。
- ☐ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。
- ☐ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・中間・年度末（期末）に面接を行うなど、目標達成度・進捗状況の確認を行っている。
- ☐ 策定された教育・研修計画に基づき、教育・研修が実施されている。
- ☐ 外部の研修に関する情報提供を行い、参加する機会を設け、参加を促している。
- ☐ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。
- ☐ 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

○職員ごとの育成計画の作成状況と、実際の育成機会の確保の状況について評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 職員の育成計画は、それぞれが希望するキャリアパスや、目標、能力等に応じて、すべての職員を対象に作成されることが望ましいとともに、計画を作成するのみでなく、実際の OJT や研修機会の確保などと連動させながら、モチベーションを高め育成を図っていくことが重要です。
- 目標の達成に向けて、職員一人ひとりが主体的に取組みますが、管理者等は、支持的・援助的な姿勢で日常的に適切な助言や支援を行います。その際、職員が主体的に自己課題を見つけ、課題解決していくことができるよう支援することが重要です。

(3) 留意点

- 職員一人ひとりの目標が適切に設定されるとともに、進捗状況の確認、目標達成度の確認等が行われていることが必要です。
- 組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について、具体的な目標が明記され、それとの整合性が確保された体系的な計画が明文化されているかを確認します。
- 年度ごとに関連性・継続性のない研修の開催や外部研修への参加、あるいは職員の希望だけを尊重した研修計画は、サービスの質の向上に対する取組みの一環と位置づけることはできません。組織として目的を明確にし、体系化された研修計画が策定される必要があります。
- 正規職員の他、非常勤職員等、すべての職員についての教育・研修を対象とします。

3 人材の配置と体制整備

利用者等のニーズに迅速に対応するための体制整備

8 必要に応じて、早朝・夜間等に計画的な訪問ができる体制を常に整えている

判断基準

- 1：体制がない
- 2：疾患や状態、時間、頻度によりできないことがある
- 3：常に、全利用者に対して、早朝・夜間等に計画的な訪問ができる

評価の着眼点

- ☐ 基本方針に「早朝・夜間等に計画的な訪問ができる体制を整える」ことを掲げている。
- ☐ アセスメント結果から、訪問を必要とする利用者を明確にしている。
- ☐ 看護計画に反映されている。
- ☐ 早朝・夜間等に計画的な訪問をすることができる職員が確保できている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 必要に応じて、早朝・夜間等に計画的に訪問できる体制の有無を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 医療技術の進歩、平均在院日数の短縮により、日常的な医療ケアを必要とする要介護者等の増加、また、高齢夫婦世帯、高齢者単独世帯の増加から、家族介護のみを当てにしない、夜間・休日も含めた24時間365日サービス提供体制の確立が求められていると考えられます。
- 訪問看護アクションプラン2025においても、訪問看護の量的拡大として24時間365日訪問看護サービスを十分提供できるように、地域全体を視野に入れて、訪問看護サービスを提供する体制を整備することを掲げています。
- 現時点で体制がなくとも、今後24時間365日支えられるような体制を目指しましょう。

(3) 留意点

- ここでいう「早朝」とは6時から8時、「夜間」とは18時から22時を示します。
- 「緊急時訪問」ではなく、「計画的な訪問」が対象です。

9 必要に応じて、日曜、祝日、年末・年始に計画的な訪問ができる体制を常に整えている

判断基準

- 1：体制がない
- 2：疾患や状態、時間、頻度によりできないことがある
- 3：常に、全利用者に対して、日曜、祝日、年末・年始に計画的な訪問ができる

評価の着眼点

- ☐ 基本方針に「日曜、祝日、年末・年始に計画的な訪問ができる体制を整える」ことを掲げている。
- ☐ アセスメント結果から、訪問を必要とする利用者を明確にしている。
- ☐ 看護計画に反映されている。
- ☐ 日曜、祝日、年末・年始に計画的な訪問をすることができる職員が確保できている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 日曜、祝日、年末・年始について、計画的に訪問できる体制の有無を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 医療技術の進歩、平均在院日数の短縮により、日常的な医療ケアを必要とする要介護者等の増加、また、高齢夫婦世帯、高齢者単独世帯の増加から、家族介護のみを当てにしない、夜間・休日も含めた24時間365日サービス提供体制の確立が求められていると考えられます。
- 訪問看護アクションプラン2025においても、訪問看護の量的拡大として24時間365日訪問看護サービスを十分提供できるように、地域全体を視野に入れて、訪問看護サービスを提供する体制を整備することを掲げています。
- 現時点で体制がなくとも、今後24時間365日支えられるような体制を目指しましょう。

(3) 留意点

- 「緊急時訪問」ではなく、「計画的な訪問」が対象です。

10 新規の依頼があった場合に、即日に対応もしくは訪問できる体制を常に整えている

判断基準

- 1：即日の対応もしくは訪問は、疾病、状況に関わらず、常に困難な状態である
- 2：即日の対応もしくは訪問は、疾病、状況によっては難しい場合がある
- 3：即日の対応もしくは訪問が、疾病、状況に関わらず、常に可能な体制が、自事業所として整っている

評価の着眼点

- ☐ 新規の利用者が在宅生活を送るにあたり必要な物品を準備もしくは調達することができる。
- ☐ 新規の利用者に対応もしくは訪問ができる職員がいる。
- ☐ 新規の利用者に対応もしくは訪問できる職員が即日に対応もしくは訪問するための時間を確保している。（訪問スケジュールに余裕がある）

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 新規の訪問看護の依頼があった場合の迅速な対応ができる体制の可否を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 「迅速な対応」とは、「新規依頼への即日の対応もしくは訪問」としてしています。
- この「迅速な対応」は、自事業所単独で対応できることが最も望ましいですが、他の事業所との連携により、地域として対応することが可能な場合も評価の対象としています。
- 疾病、状況に関わらずとは、「人工呼吸器を装着している利用者」や「がん終末期の利用者」に対応できることを含みます。
- 他の事業所との連携強化により、地域にとって必要な機能を整備していくことは、今後の地域包括ケアの実現に向けて重要な取組みといえます。

(3) 留意点

- 他の事業所との連携により、地域として対応することが可能な場合は「2」を選択します。

経営の安定化に向けた取組み

11 管理者は事業所の財務状況を定期的にチェックし、経営の安定化に向けた具体的な取組みに反映している

判断基準

- 1：財務状況をチェックしていない
- 2：財務状況を定期的にチェックしているが、具体的な取組みへの反映は不十分である
- 3：財務状況を定期的にチェックしており、具体的な取組みに反映している

評価の着眼点

- ☐ 財務状況を、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて把握・評価している。
- ☐ 分析に基づき、具体的な課題や問題点を明らかにし、経営安定化に向けた具体的な取組みが進められている。
- ☐ 財務状況や改善すべき課題は、役員や職員間で共有されている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 「経営の安定化」に向けて、定期的な財務状況のチェックと具体的な取組みへの反映について評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 事業を取り巻く環境は、時間とともに大きく変化する可能性があります。経営の安定化のためにも、定期的な財務状況のチェックを行い、その結果を具体的な改善につなげていくなどの取組みが求められているといえます。
- 財務状況とは、「貸借対照表」「損益計算書（正味財産増減計算書）」および「財産目録」等を確認することです。
- 「損益計算書」の確認は1か月に1回行うことが望ましいです。
- 「貸借対照表」および「財産目録」の確認は少なくとも1年に1回は行うようにしましょう。
- 貸借対照表とは、「会社が事業資金をどうやって集めて、どのような形で保有をしているかを表すもの」です。“資産”“負債（借金）”“資本（自己資金）”の3つに分けられます。事業資金をどうやって集めたかを、負債・資本で表し、どのような形で保有しているかを資産で表します。『資産＝負債＋資本』となります。
- 損益計算書とは、「期間ごとの経営成績を表すもの」で、収益、費用、正味財産額（資産－負債）を一覧にしたものです。最終的に当期利益（一定期間での利益）が事業所の純利益となります。ここがマイナスであれば、赤字です。損益計算書は1か月毎に見られるようにします（月次損益計算書）。
- 財産目録とは、一定の時点において、法人が保有するすべての資産（土地、建物、現金、預金等）とすべての負債（借入金等）について、その区分、種類ごとに一覧にし、法人の財産状況を明らかにしたものです。
- 「経営の安定化に向けた具体的な取組み」とは、例えば、収入増のための利用者確保についての取

組みや、経費削減のための取組み等のことです。

○経営診断を行う専門的機関を利用し、経営管理に活用している訪問看護事業所もあります。

○経営母体によっては管理者が財務状況を把握できない場合があるかもしれませんが、経営安定のため具体的に取組むのは管理者・職員であり、財務状況は把握しておく必要があります。

(3) 留意点

○財務状況をチェックすることはあっても「定期的な機会」が設けられていない場合には「1」を選択します。

○管理者が財務状況を把握していない場合は「1」を選択します。

12

事業所の人事管理において法人の定めた人事基準をもとに、職員ごとの評価などを連動させた人材マネジメントを行っている

判断基準

- 1：法人における人事基準が明確にされていない、または理解していない
- 2：法人における人事基準は明確だが、職員ごとの評価などを連動させた人材マネジメントは不十分である
- 3：法人における人事基準が明確であり、職員ごとの評価などを連動させた人材マネジメントを行っている

評価の着眼点

- ☐ 法人の理念・基本方針に基づき「期待する職員像等」を明確にしている。
- ☐ 法人における人事基準（採用、配置、異動、昇進、昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。
- ☐ 一定の人事基準に基づき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。
- ☐ 職員の意向や希望について話す機会を設けている。
- ☐ 把握した職員の意向・意見や評価・分析等に基づき、改善策を検討・実施している。
- ☐ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 事業所の人事基準が明確であることと、職員ごとの評価などを連動させた総合的な人材マネジメントの取り組みの状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ここでの人材マネジメントの評価の内容としては、まずは人事基準を明確化することに始まり、次に職員ごとの評価を実施すること、さらに人材マネジメントを行うこととしています。
- 職員の能力や貢献を適正に評価することは、職員の向上心を伸ばすとともにサービス水準の向上につながることも期待することができます。
- 経営母体によっては管理者が人事管理を行っていない場合があるかもしれませんが、人事管理は管理者の業務であり、法人の人事管理・人事基準について把握しておく必要があります。

(3) 留意点

- 人材マネジメントを行っていても人事基準がない場合は「1」を選択します。
- 管理者が人事管理を行っていない場合は「1」を選択します。

13 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる

判断基準

- 1：職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない
- 2：職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない
- 3：職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる

評価の着眼点

- ☐ 就業規則、規程等が文書で整備され、職員に周知するとともに、いつでも閲覧できるようにしている。
- ☐ 職員の就業状況や意向の把握等に基づく労務管理に関する責任体制を明確にしている。
- ☐ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。
- ☐ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。
- ☐ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
- ☐ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。
- ☐ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みを行っている。
- ☐ 改善策については、就業規則や規程、人事考課、人員体制に関する具体的な計画や勤務体制に反映し実行している。
- ☐ 利用者・利用者家族からのハラスメントについて、重要事項説明書に記載されており、利用者に説明をしている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいるかを評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- サービスの内容を充実させるためには、組織として、職員が常に仕事に対して意欲的にのぞめるような環境を整えること＝働きやすい職場づくりに取り組むことが求められます。
- 「働きやすい職場」とは、①職員の心身の健康と安全の確保、②ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の両立）に配慮した職場環境づくりがなされている職場をいいます。
- 職員の心身の健康と安全の確保については、労働災害防止策（メンタルヘルス、怪我・腰痛防止策、利用者・利用者家族からのハラスメント、その他労働災害への対応）、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止策と対応策、希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保する等の取組みがあります。
- また、健康維持の取組みとしては、例えば、より充実した健康診断を実施する、全職員に予防接種を励行する、健康上の相談窓口を設置する、悩み相談の窓口を設置するなどが挙げられます。

- 相談の窓口設置については、単に「困ったことがあれば管理者に相談する」といった運営ではなく、相談しやすい工夫を行っているか、相談を受け付けた後に解決を図る体制が整備されているかなど、組織的に取り組んでいるかどうかを評価します。相談窓口は組織内部のみならず、外部にも設置することが望ましいといえますが、組織内部に設置していれば評価の対象とします。
- 福利厚生の一環としては、職員の余暇活動や日常生活に対する支援などがあります。
- ワーク・ライフ・バランス（仕事と生活の両立）に配慮した職場環境の配慮については、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等の取り組みがあります。また、次世代育成支援対策推進法に基づく事業主行動計画の策定や、改正育児介護休業法への適切な対応、定期的な個別面接や聴取等が制度として確立していることが望まれます。
- 働きやすい職場づくりに向けて、労務管理に関する責任体制を明確にすることはもとより、職員の就業状況や意向・意見を把握することが必要です。また、その結果を分析・検討し、改善に向けた取り組みを就業規則や規程、人事考課、人員体制に関する具体的な計画や勤務体制に反映したうえで進めていく仕組みが必要となります。

(3) 留意点

- 法人の方針に従い取り組んでいる場合、あるいは事業所が独自に取り組んでいる場合もあると思われます。その取り組み内容と本評価項目の着眼点と評価基準の考え方と留意点を基準にして「2」「3」の判断をします。

14 業務の効率化に向けた工夫として、記録等関係書類の電子化を行っている

判断基準

- 1：電子化を行っていない
- 2：一部の関係書類を電子化している
- 3：概ね全ての関係書類を電子化している

評価の着眼点

- ☐ (電子化の予定があり、) 電子化について法人・事業所内等で検討し、今後の具体的な計画を策定している。
- ☐ 「訪問看護計画書」や「訪問看護報告書」の作成について電子化している。
- ☐ 「訪問看護記録書」について電子化している。
- ☐ 「訪問看護の情報提供に関する書類」について電子化している。
- ☐ 「マニュアル」等について電子化している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 業務効率化に向けた工夫として、書類の電子化の取組みの有無を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 業務の効率化を進め記録等にかかる時間を短縮させ、訪問看護に専念できる体制をつくるためにも ICT 化を進めることは必要であり、訪問看護アクションプラン2025においてもその重要性を示しています。
- 今後は作業効率の向上やコスト削減、環境保護などの観点から、ペーパーレス化は推奨されるべき取組みであるといえます。
- 関係書類とは、「訪問看護計画書」「訪問看護報告書」「訪問看護記録書」「訪問看護の情報提供に関する書類」「マニュアル」等です。
- 概ね全ての関係書類とは、上記の5種類を指します。
- 「マニュアル」とは、例えば、訪問看護業務マニュアル、医療処置や医療行為の手順書、記録に関するマニュアル、事故対応マニュアル、個人情報保護マニュアル、災害時対応マニュアル、管理者業務マニュアル、人事評価マニュアル等があります。必須の書類ではありませんが、訪問看護事業所の質を担保するために電子化されていることが望ましいです。
- また、これらのマニュアルがすぐに確認できる体制を整えておくことも重要です。
- 全国訪問看護事業協会では「訪問看護ステーションの ICT 普及に向けて -ICT 活用推進プロジェクト報告書-」を作成しましたので、ご活用ください。

(3) 留意点

- 関係書類の中に請求ソフトは除きます。
- 多職種・多機関とのネットワークに関する電子化については、評価項目37 (p.66) で評価します。

5 サービスの標準化とリスクマネジメント

サービス提供にかかるマニュアル等の整備とケアの標準化

15 在宅における「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により、職員への周知・理解が図られている

判断基準

- 1：事業所独自のマニュアル等がない
- 2：事業所独自のマニュアル等があるが、職員への周知・理解は不十分である
- 3：事業所独自のマニュアル等があり、職員への周知・理解が図られている

評価の着眼点

- ☐ 「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」について事業所独自のマニュアル等を作成している。
- ☐ 「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」やマニュアルについて、カンファレンス等で話し合う機会がある。
- ☐ 事業所独自のマニュアル等の内容を職員が理解している。
- ☐ 「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」について、デモンストラーションやOJT等により共通の理解を得る機会がある。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 対象となる利用者の状態「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により明示され、職員への周知・理解が図られているのかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 職員の育成や品質管理の観点からも、マニュアル等を通じたケアの提供方法等の共有により、事業所全体のケアの標準化に務めることが重要です。
- ここでは、想定する利用者の状態について、医療ニーズの高いケースとして「人工呼吸器を装着している利用者」を評価項目として設定しています。
- 平成26年度事業において、人工呼吸器を装着している利用者への医療的ケアを行える事業所は、在宅酸素や留置カテーテル等、他の医療的ケアにも対応できることが明らかになっています。ここでは「人工呼吸器を装着している利用者」のケアについてのみ設定しています。
- 医療的ケアについて、個別の利用者に応じたマニュアル等を作成することも重要です。
- マニュアルは定期的に内容の確認を行う必要があります。

(3) 留意点

- ここでの「事業所独自のマニュアル等」には、既存の教科書等は含みませんが、既存の教科書等をベースとしながら、加筆・修正を行い事業所独自のマニュアルとなっていれば、それは「事業所独自のマニュアル等」として頂いて構いません。
- 評価の時点で人工呼吸器を装着している利用者がいなくとも、事業所独自のマニュアル等があり、職員への周知・理解が図られている場合は「3」を選択します。

在宅における「終末期ケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により、職員への周知・理解が図られている

判断基準

- 1：事業所独自のマニュアル等がない
- 2：事業所独自のマニュアル等があるが、職員への周知・理解は不十分である
- 3：事業所独自のマニュアル等があり、職員への周知・理解が図られている

評価の着眼点

- ☐ 「終末期ケア」について事業所独自のマニュアル等を作成している。
- ☐ 「終末期ケア」について、カンファレンス等で話し合う機会がある。
- ☐ 事業所独自のマニュアル等の内容を職員が理解している。
- ☐ 「終末期ケア」について、デモンストレーションやOJT等により共通の理解を得る機会がある。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 対象となる利用者の状態「終末期ケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により明示され、職員への周知・理解が図られているのかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ケアの提供にあたっては、各々の職員が独自の方法で実施するのではなく、職員育成や品質管理の観点からも、マニュアル等を通じたケアの提供方法等の共有により、事業所全体のケアの標準化に務めることが重要です。
- マニュアルは定期的に内容の確認を行う必要があります。

(3) 留意点

- ここでの「事業所独自のマニュアル等」には、既存の教科書等は含みませんが、既存の教科書等をベースとしながら、加筆・修正を行い事業所独自のマニュアルとなっていれば、それは「事業所独自のマニュアル等」として頂いて構いません。
- 評価の時点で終末期ケアを必要とする利用者がいなくとも、事業所独自のマニュアル等があり、職員への周知・理解が図られている場合は「3」を選択します。

17

利用者等に関してカンファレンス・事例検討を実施する機会を設けており、サービスの改善に反映している

判断基準

- 1：定期的に議論する機会は設けていない
- 2：定期的に議論する機会を設けているが、サービスの改善への反映は不十分である
- 3：定期的に議論する機会を設けており、サービスの改善に反映している

評価の着眼点

- ☐ カンファレンスや事例検討会等を定期的実施している。
- ☐ カンファレンスや事例検討会等により、課題等を明らかにしている。
- ☐ カンファレンスや事例検討会等により、今後の具体的なサービス内容の検討を行っている。
- ☐ カンファレンスや事例検討会等の内容は記録を残し、参加できなかった職員への周知を図っている。
- ☐ 改善への反映について確認や評価をしている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 職員間で、利用者等に関してカンファレンス・事例検討する機会の確保と、その結果をサービスの改善に反映しているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 職員からの意見・提案の収集と周知により、利用者へのサービス向上につながります。
- 課題の解決に向けて建設的な意見を出し合えるような雰囲気作りや会議のグランドルールも大切です。
- グランドルールとは、①参加者に心がけてほしい約束事や会議に取り組む姿勢や守ってほしいマナー、②コミュニケーションや情報の共有化を進める上でのルール、③議論を円滑に進めるために必要なルールのことです。

(3) 留意点

- 議論することはあっても「定期的な機会」が設けられていない場合には「1」を選択します。
- ここでのカンファレンス・事例検討には利用者の状態を報告するのみの場合は含みません。

18

事故を防止する、あるいは事故が発生した場合の対応方針が、「①医療事故・ケア事故」「②交通事故」「③盗難・紛失・破損等」「④災害」「⑤感染症」「⑥個人情報保護」などの観点から、マニュアル等により職員への周知・理解が図られている

判断基準

- 1：全ての項目については、事業所独自のマニュアル等が存在しない
- 2：全ての項目について、事業所独自のマニュアル等が存在するが、内容が不十分もしくは職員への周知・理解が不十分である
- 3：全ての項目について、事業所独自のマニュアル等が存在し、職員への周知・理解を図っている

評価の着眼点

- ☐ 「①医療事故・ケア事故」について、事故予防・安全管理や事故発生時の対応、補償対策についてマニュアル等により明示され、適切な対応ができています。
- ☐ 「②交通事故」について、事故予防や事故発生時の対応、補償対策についてマニュアル等により明示され、適切な対応ができています。
- ☐ 「③盗難・紛失・破損等」について、事故予防や事故発生時の対応、補償対策についてマニュアル等により明示され、適切な対応ができています。
- ☐ 「④災害」について、災害に備えた事前対策、災害発生時の対応等についてマニュアル等により明示され、適切な対応ができています。
- ☐ 「⑤感染症」について、予防・スタンダードプリコーション・物品等の管理や発生時の対応、取扱い等についてマニュアル等により明示され、適切な対応ができています。
- ☐ 「⑥個人情報保護」について、守秘義務等、個人情報保護の方策を取り、適切な方法で記録等を管理し、また、記録開示の手順を整え、適切な対応ができています。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 事故を防止する、あるいは事故が発生した場合の対応方針についての「マニュアル等の整備状況」を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 事故対策及び安全管理への取組みは、医療・看護サービス提供の基盤に位置付けられるものとなっています。介護保険法でも、事故発生時の「連絡等必要な措置を講じること」（厚生労働省令）が義務付けられており、またリスクマネジメントへの取組みの情報公開も評価の対象となっています。
- ここでは、想定する事故について「①医療事故・ケア事故」「②交通事故」「③盗難・紛失・破損等」「④災害」「⑤感染症」「⑥個人情報保護」を評価項目として設定しています。

(3) 留意点

- 6つの項目のうち、ひとつでも事業所独自のマニュアル等がない場合は「1」を選択します。
- 評価の着眼点にある内容を全て含んでいない場合は「2」を選択します。
- ここでの「事業所独自のマニュアル等」には、既存の教科書等は含まませんが、既存の教科書等をベースとしながら、事業所独自の考え等を加筆したものがあれば、それは「事業所独自のマニュアル等」として頂いて構いません。

2. 利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供

6 利用者等のアセスメントに基づく看護計画の作成と見直し

利用者等の生活全体に着目した包括的なアセスメントの実施と看護計画への反映

19

利用者の「①身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）」に加え、「②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」や「③認知機能の状態」、「④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）」、さらに「⑤利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している

判断基準

- 1：包括的なアセスメントが行えていない
- 2：包括的なアセスメントを行っているが、看護計画への反映は不十分である
- 3：包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映できている

評価の着眼点

- ☐ 利用者について、①身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）、②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）、③認知機能の状態、④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）、⑤利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）のアセスメントを行っている。
- ☐ ①～⑤を含めたアセスメントを看護計画に反映させている。

評価の考え方と留意点

（1）目的

- 包括的なアセスメントの実施と、看護計画への反映の状況进行评估する項目です。

（2）趣旨・解説

- ここでいうアセスメントとは、利用者の身体状況や生活状況などを把握するとともに、利用者にとってどのようなサービス実施上のニーズがあるかを明確にすることを目的とします。
- ここでは包括的なアセスメントとして「①身体の状態」「②精神的な状態」「③認知機能の状態」「④生活の状態」「⑤利用者を取り巻く社会的・環境的要因」の5つを挙げています。
- 全ての職員が包括的なアセスメントを行えるよう、例えば、アセスメントシート等を作成する等の工夫があると良いです。
- 理学療法士等による訪問看護については、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員による訪問を代替するものとして位置づけられています。看護職員と理学療法士等が連携を図り、利用者の状況に応じた訪問看護サービスの提供にあたることとされています。

（3）留意点

- ①～⑤を含めた包括的なアセスメントが行えていない場合は「1」を選択します。
- 包括的なアセスメントが一部の利用者になっている場合は「1」を選択します。

精神疾患のある利用者の「①精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」に加え、「②身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケア、合併症など）」や「③認知機能の状態」、「④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）」、さらに「⑤精神疾患のある利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している

判断基準

- 1：包括的なアセスメントが行えていない
- 2：包括的なアセスメントを行っているが、看護計画への反映は不十分である
- 3：包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映できている

評価の着眼点

- ☐ 精神疾患のある利用者について、①精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）、②身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケア、合併症など）、③認知機能の状態、④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）、⑤利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）のアセスメントを行っている。
- ☐ ①～⑤を含めたアセスメントを看護計画に反映させている。
- ☐ 24時間対応できる体制がある。
- ☐ 休日、祝日を含めた365日計画的な訪問ができる体制がある。
- ☐ 褥瘡についてのアセスメントができ、褥瘡のある利用者を受け入れる体制がある。
- ☐ 医療的ケアのある利用者のアセスメントができ、医療的ケアのある利用者を受け入れる体制がある。

評価の考え方と留意点

（1）目的

- 精神疾患に加え、身体疾患のある利用者への包括的なアセスメントの実施と、看護計画への反映の状況の評価する項目です。

（2）趣旨・解説

- ここでいうアセスメントとは、利用者の精神・身体状況や生活状況などを把握するとともに、精神疾患のある利用者にとってどのようなサービス実施上のニーズがあるかを明確にすることを目的とします。
- ここでは包括的なアセスメントとして「①精神的な状態」「②身体の状態」「③認知機能」「④生活の状態」「⑤精神疾患のある利用者を取り巻く社会的・環境的要因」の5つを挙げています。
- 精神疾患のある利用者の多くの方が、薬の副作用や精神障がいにより生活のリズムの変調から内科的な問題を引き起こしやすい状況にあるため、常に内科的視点をもってアセスメントすることが大切です。
- 高齢化やがん等身体疾患や医療処置があるからといって、他の事業所に変更するのではなく、身体疾患や医療処置があっても、なじみの訪問看護事業所に最期まで寄り添ってもらうことが期待されています。（看取りについては、評価項目24から評価項目28で評価してください）
- 訪問看護管理療養費算定要件になっている褥瘡の評価がきちんとできている必要があります。
- ここでいう、医療的ケアとは、「自己注射」「在宅酸素療法」「自己導尿」「留置カテーテル」「経鼻経管栄養」「非侵襲的人工呼吸器」「人工肛門・人工膀胱」「点滴」などを指します。時代に応じ

た、医療的ケアに対応できる事業所が求められています。

(3) 留意点

- ①～⑤を含めた包括的なアセスメントが行えていない場合は「1」を選択します。
- 包括的なアセスメントが一部の利用者になっている場合は「1」を選択します。
- 該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

小児の利用者の「①身体状況（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）」に加え、「②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」や「③知的機能の状態」、「④生活（ADL、IADL、排泄、食事など）・学習の状態」、「⑤個別の成長・発達の状態」、さらに「⑥小児の利用者を取り巻く社会的・環境的要因（家族の状況、学校の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している

判断基準

- 1：包括的なアセスメントが行えていない
- 2：包括的なアセスメントを行っているが、看護計画への反映は不十分である
- 3：包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映できている

評価の着眼点

- ☐ 小児の利用者について、①身体状況（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）、②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）、③知的機能の状態、④生活（ADL、IADL、排泄、食事など）・学習の状態、⑤個別の成長・発達の状態、⑥小児の利用者を取り巻く社会的・環境的要因（家族の状況、学校の状況、経済状況など）のアセスメントを行っている。
- ☐ 小児の年齢に応じた各期の成長・発達（形態的発達、機能的発達、心理・社会的発達）を理解し、個別の成長・発達に応じたアセスメントを行っている。
- ☐ 家族の関わりや役割が、成長・発達の時期によって変化することを考慮したアセスメントを行っている。
- ☐ 他職種と連携し、アセスメントを行っている。
- ☐ 上記に沿ってアセスメントした内容を、看護計画に反映させている。

評価の考え方と留意点

（１）目的

- 小児の利用者の包括的なアセスメントの実施と、看護計画への反映の状況の評価する項目です。

（２）趣旨・解説

- ここでいうアセスメントとは、利用者の身体状況や成長・発達、生活状況などを把握するとともに、小児の利用者にどのようなニーズがあるかを明確にすることを目的とします。
- ここでは包括的なアセスメントとして「①身体状況」「②精神的な状態」「③知的機能」「④生活・学習の状態」「⑤成長・発達の状態」「⑥小児の利用者を取り巻く社会的・環境的要因」の６つを挙げています。
- 体調にいつ、どんな変化が現れるか予測した上で看護計画の立案を行います。例えば、痰のつまり、発作等による呼吸抑制、医療機器の故障や操作ミスなど、命を危険にさらすリスクが常に潜んでいることに留意します。
- 成長発達中であることを考慮し、QOLの向上のためのアセスメントを行います。例えば、その児がよい健康状態を保ち、通園（保育園）や学校等生活の場を広げ、友達や学校の先生等いろいろな人との関わりを持ち、心身ともに成長、社会性を身につけることができるようアセスメントします。
- 重症心身障がい児は、日常生活の中で楽に呼吸するための姿勢や、楽しく遊ぶための手足を動かし易い安定した姿勢、嚥下し易い姿勢など、自分から好ましい環境を作れないため、その成長・発達

を考慮したアセスメントを行うことが大事です。

- 重症心身障がい児は知的に「何もわからない子」という概念はあてはまりません。重症心身障がい児であっても、その児なりの成長・発達をしていることに留意します。
- 親の中には、愛着形成についても十分できない人もいます。その点についてもアセスメントします。
- 小児の利用者の場合、同胞の成長・発達にも考慮します。家族の将来像が見えにくく、本人や兄弟の成長に伴い必要なケアが変化することもあります。
- 就学等に伴い日常生活や家族の役割が変わってきます。成長・発達の面からだけでなく、ライフイベントの変化に応じた計画の見直しが必要です。
- 先天性の疾患に起因する呼吸障害等、生命維持に不可欠な機能障害がある場合も、医師や他職種と連携し、体調を管理し、生活を継続できるよう支援します。
- 全ての職員が小児の利用者の包括的なアセスメントを行えるよう、例えば、アセスメントシート等を作成する等の工夫があると良いです。

(3) 留意点

- ①～⑥を含めた包括的なアセスメントが行えていない場合は「1」を選択します。
- 包括的なアセスメントが一部の利用者になっている場合は「1」を選択します。
- 該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

22

アセスメントの結果や作成された看護計画について、定期的に管理者やリーダー等が内容の確認やアドバイス等を行っている

判断基準

- 1：定期的に内容の確認やアドバイス等を行っていない
- 2：利用者の状況や職員のキャリアに合わせて判断し、定期的に内容の確認やアドバイス等を行っている
- 3：全利用者・全職員の看護計画について、定期的に内容の確認やアドバイス等を行っている

評価の着眼点

- ☐ 利用者の看護計画について、定期的に管理者やリーダー等が内容の確認を行っている。
- ☐ 利用者の看護計画について、必要に応じてアドバイス等を行っている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- アセスメントの結果や作成された看護計画についての、管理者等による内容の確認やアドバイス等の有無を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 管理者等が内容の確認やアドバイス等を行う基準や頻度を明確にしておく必要があります。

(3) 留意点

- 内容の確認やアドバイスを「定期的に」行っていない場合は「1」を選択します。

利用者等が行う医療的ケア（緊急時の対応方法含む）について、個別性に合わせた説明用の資料を準備し、助言・指導している

判断基準

- 1：助言・指導していない
- 2：助言・指導しているが、個別性に合わせた説明用の資料を用いていない
- 3：それぞれの利用者に対して、個別性に合わせた説明用の資料を準備し、助言・指導している

評価の着眼点

- ☐ 助言・指導が必要な利用者を職員間で共有している。
- ☐ 概ね全てのケースで個別性に合わせた説明用の資料・マニュアルを準備している。
- ☐ 個別性に合わせて助言・指導している。
- ☐ 行った助言・指導の内容について記録し、職員間で共有している。

評価の考え方と留意点

（1）目的

- 医療処置や医療機器の取り扱い等について、利用者の個別性に合わせた資料を準備し、わかりやすく助言・指導しているかについて評価する項目です。

（2）趣旨・解説

- 口頭の説明だけでは、十分に利用者等に伝わらない可能性があるとともに、取り扱い方法等を忘れた場合に、分かりやすい資料等が手元があれば利用者等の安心につながるといえます。
- 個別性に合わせたとは、資料の内容だけでなく、資料の有無の判断も含まれます。
- 概ね全てのケースに説明用の資料は必要ですが、資料の有無の判断は事業所による判断基準が明確になっている必要があります。
- 医療的ケアとは、「医療処置」あるいは「医療器具・医療機器」の取扱いや利用者等への指導・ケアのことを指します。
「医療処置」：褥瘡等の創処置、インスリン注射等
「医療器具・医療機器」：人工呼吸器や在宅酸素、吸引器、気管カニューレ、カテーテル類等
- 介護職員等が医療的ケアを行っている場合は、初回のみではなく、継続的に助言・指導を行っている必要があります。
- 行った助言・指導については誰でもわかる形で記録に残しておく必要があります。

（3）留意点

- 資料を渡し助言・指導しているが、利用者等の個別性に即して内容を追記していない場合は、「2」を選択します。
- 助言・指導について利用者の理解度や反応が記録になれば「2」を選択します。

7 在宅での日々の生活を支えるケアの提供

在宅での看取りを支えるケアの提供

24 利用者が、自らの在宅生活や急変時の対応等について主体的な意思決定をすることができるよう、利用者や家族等の意向を踏まえた上で支援している

判断基準

- 1：利用者や家族等の意向の確認が不十分である
- 2：利用者や家族等の意向を確認しているが、主体的な意思決定への支援が不十分である
- 3：全利用者について利用者や家族等の意向を確認し、主体的な意思決定のための支援を行っている

評価の着眼点

- ☐ ターミナルの段階に応じて、その都度利用者や家族等の意向を確認する場面を設けている。
- ☐ 利用者と家族等別々に意向を確認している。
- ☐ 担当医だけでなく、医療・ケアチームで利用者、家族を支える体制を作っている。
- ☐ 緩和が十分に行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、利用者の意思を確認している。
- ☐ 利用者の意思が明確でない場合には、家族から十分に情報を得て、利用者が何を望むか、何が最善かを、家族・医療・ケアチームの間で話し合っている。
- ☐ 精神疾患のある利用者の場合、疾患や抗精神病薬等の影響で、治療についての意思決定・意思表示がより曖昧になる傾向があることを考慮した上で利用者の意思を確認し、合意形成に努めている。
- ☐ 合意に基づく医療を実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療を継続している。
- ☐ 合意に至らない場合には、複数の専門家からの助言により、ケアのあり方を見直し合意形成に努めている。
- ☐ 利用者や家族等の意向・医療の決定プロセスをチーム間で合意形成を積み重ね、合意内容を文書にまとめ記録に残し共有している。
- ☐ 利用者や家族等の意向を反映した看護計画を立案している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- ターミナルの各段階に応じて利用者の意思決定支援の取組みを評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 平成30年度の報酬改定において、看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携をさらに充実させる観点から、「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」等の内容に沿った取組みを行うことになりました。
- 同時に「ACP（人生会議）」の考え方が重要です。「ACP（人生会議）」とは、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取組みのことで、自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこで、どの

ような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要であるとされています。

- 利用者に適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて利用者本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則です。
- がん終末期のように予後が数日から数か月の場合と、慢性疾患で急性憎悪を繰り返しながら数年かけ死を迎える場合があり、どのような状態が人生の最終段階であるかは、利用者を含めケアチームで適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。
- このプロセスにおいて、利用者が拒まない限り、決定内容は家族にも知らせることが望ましいです。
- 「主体的な意思決定のための支援」とは、その時々に応じて揺れ動く利用者の感情を受け止めながら、利用者の意思決定を支えることです。例えば、終末期を迎える前から、終末期の過ごし方や最期の迎え方などについて利用者と話し合うことができ、アドボケート（代弁者）として利用者の終末期に寄り添うことです。
- 精神疾患のある利用者の家族の場合、疎遠であったり、利用者の病状等を隠しておこうとしたりすることがあります。これらを考慮しながら、具体的な現状やこれから起こり得る身体の変化について家族に説明し、その意向を確認しましょう。

(3) 留意点

- 利用者や家族等の意向を確認し、主体的な意思決定のための支援を全利用者に行えていない場合は「2」を選択します。

25 | 利用者等の希望に応じた看取りを実現するために、医師や多職種と連携できる体制が整っている

判断基準

- 1：看取りに際して、連携できる体制が常に整っていない
- 2：看取りに際して、タイミングによっては連携が難しい場合がある
- 3：看取りに際して、連携できる体制が常に整っている

評価の着眼点

- ☐ 24時間対応できる体制がある。
- ☐ 土日祝日を含めた365日対応できる体制がある。
- ☐ 看取りに対応できる看護師がいる。
- ☐ 看取りの時に、利用者個別に、医師や多職種と情報の共有ができています。
- ☐ 主治医と看取り時の対応について、事前に確認を行い、内容を記録に残している。
- ☐ 対応方法を職員間で共有している。
- ☐ 医師からの種々の依頼に常に応えられる体制が整っている。
- ☐ 看取りに対応できる複数の医師とのネットワークがある。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 「在宅看取りを支えるためのケアの提供」の視点の1つとしての、積極的に医師や多職種との連携の状況の評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 多死時代を迎え、2030年には年間160万人が死亡すると言われています。また、高齢単独世帯・高齢者夫婦のみの世帯の増加により介護力が低下している中、看取りは訪問看護事業所が中心となって担わなければならない役割・使命であると言えます。在宅での看取りが進まない地域においては、積極的に医師・多職種に働きかけることも重要です。
- 訪問看護アクションプラン2025においても、訪問看護が目指す姿として、在宅ターミナルケア、緩和ケアを必要とする人に十分対応できる体制の整備を大きく掲げています。
- ターミナルケアにおいては、「全人的苦痛の緩和」「利用者の意思決定支援」「多様化した価値観へのかかわり」「家族ケア」「倫理的問題への対応」等が必要であり、様々な職種が、それぞれの専門性を発揮しながら協働する必要があります。
- ここでいう「医師からの種々の依頼」とは、「利用者受け入れの依頼」「麻薬や抗がん剤の使用等の依頼」「頻回な訪問の依頼」等のことです。
- 365日対応できる体制とは、利用者の必要性を判断し、必要な時にいつでも訪問できる体制ということです。

(3) 留意点

- 看取りを行う医師と24時間連絡できる体制がない場合は「1」を選択します。

判断基準

- 1：終末期ケアの必要な利用者に対して、予後および死までの経過の説明と記録を行っていない
- 2：終末期ケアの必要な利用者に対して、予後および死までの経過を説明し、記録として残しているが不十分である
- 3：終末期ケアの必要な利用者に対して、予後および死までの経過を丁寧に説明し、記録として残している

評価の着眼点

- ☐ 予後および死までの経過について説明するタイミングを職員間で共有している。
- ☐ 説明すべき内容を職員間で共有している。
- ☐ 説明できる看護師が訪問している。
- ☐ 説明内容を記録に残している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 終末期における、利用者等への予後および死までの経過の説明の状況と記録について評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 終末期ケアにおいて、予測される経過を伝えること、利用者への接し方やケアの仕方を伝えること、利用者が心地よくいられるように保証することはとても重要なことです。
- 予後および死までの経過とは、死が近づいてきた時の呼吸・意識状態・体動・食事・排泄・皮膚の変化・聴力についてや、死が切迫した時の徴候、実際の死が訪れた時の徴候などです。死亡時の確認、訪問看護師が到着するまで等について利用者・家族に対し、具体的に説明する必要があります。
- 終末期におけるケアの内容を記録に残しておくことは、揺れ動く利用者・家族の気持ちを職員全員が共通の認識をもって支えることにつながるためとても重要です。
- 終末期は利用者・家族の動揺も大きく、説明の誤認識を避けるためにも記録に残すことは重要です。
- 記録には、医師との連携の下で実施説明している旨の記載があると良いです。

(3) 留意点

- 予後および死までの経過の説明は行っても記録を行っていない場合は「1」を選択します。

27 重症心身障がい児や小児がん等の利用者の看取りまでの日々を支えるケアができている

判断基準

- 1：重症心身障がい児や小児がん等の利用者の看取りまでの日々を支えるケアができていない
- 2：重症心身障がい児や小児がん等の利用者の看取りまでの日々を支えるケアが一部の利用者にはできているが不十分である
- 3：重症心身障がい児や小児がん等の利用者の看取りまでの日々を支えるケアができている

評価の着眼点

- ☐ 標準的な、予後および死までの経過について医師から説明された内容を確認し、記録として残している。
- ☐ 予後および死までの経過について、家族がどのように受け止めているか医療・ケアチーム間で共有している。
- ☐ 24時間対応できる体制がある。
- ☐ 土日祝日を含めた365日対応できる体制がある。
- ☐ 急変時の対応方法を職員間で共有している。
- ☐ 医師からの種々の依頼に常に応えられる体制が整っている。
- ☐ 小児の利用者の状態変化（熱発、呼吸状態悪化等）に対し、「訪問する」または「病院受診ができる」など迅速に対応できる体制を整えている。
- ☐ 必要に応じ、小児の利用者と家族等別々に意向を確認している。
- ☐ 小児の利用者・家族から何を望むか、どのように過ごしたいかの意向を十分聴取し、担当医のみではなく、医療・ケアチームで何が最善かを話し合い、小児の利用者・家族を支える体制を整えている。
- ☐ 小児の利用者や家族の意向を反映した看護計画を立案している。

評価の考え方と留意点

（1）目的

- 重症心身障がい児や小児がん等の利用者の「在宅看取りを支えるためのケアの提供」の視点の1つとして、終末期に着目するのではなく、日々を大切に、支えているか評価する項目です。

（2）趣旨・解説

- 重症心身障がい児や小児がんの利用者には、以下のような様々な特徴があります。

（病気の進行により終末期が予測しやすい場合）

- ・悪性腫瘍等の疾病により、予後および死までの経過を予測できる場合、「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」に沿った計画に基づきケアを提供します。
- ・小児の利用者の場合は、状態が悪くなり病院で看取りを迎えることが多くあります。他機関との連携を図り、家で看取るのか、病院で看取るのか選択してもらいます。

（先天性疾患などで、終末期が予測しにくい場合）

- ・児が家で突然死する、あるいは、救急搬送され病院で看取る等、急に死と直面することがあります。いつその時が来ても後悔しないよう、日々の生活を充実したものにするよう心がけます。
- ・常に「生」と「死」が隣り合わせであるからこそ「よりよく生きる」ために家族と関係者が力を

合わせます。

- ・ 予期せぬ急変で「死」が近づいた時の受容、お別れの辛さ、悲しさを受け止めて支えます。また、家族の思いを受け止めたグリーフケア（悲嘆ケア）を行います。

○ 出生時に予後・余命の宣告を受け、その児に関わる全ての人が、いつ終わりがくるかわからないと覚悟しつつも、1日でも長くともに暮らせるようにと願い、子どもと向き合っていく、「死へ向かう命」ではなく「生きる命」を見つめるケアです。

○ 小児の緩和ケアについて WHO では以下の様に定義されています。

- ・ 小児緩和ケアとは、身体、心理、精神への積極的かつ全人的なケアであり、家族支援を含む。
- ・ 小児緩和ケアは診断時に始まり、根治的な治療の有無にかかわらず継続的に提供される。
- ・ 医療提供者は、子供の身体的、心理的、社会的な苦痛を適切に評価し緩和しなければならない。
- ・ 効果的な緩和ケアは、家族も含めた幅広い多職種の対応と地域における社会資源の有効活用を必要とする。
- ・ 緩和ケアは三次医療機関でも、地域の診療所でも家庭でも提供できる。

○ 公益社団法人日本小児科学会より「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」が出ていますので、参考にしてください。

判断基準

- 1：提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けてない
- 2：提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けているが、不十分である
- 3：提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けている

評価の着眼点

- ☐ 提供したサービスや判断の妥当性等を振り返るタイミングを事前に決めている。
- ☐ アセスメント、実施したケア、看取りの説明、エンゼルケア、利用者満足度等それぞれの振り返りをしている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 利用者の死後、デスカンファレンス等により、提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 利用者の死後のケアとしては、エンゼルケアやグリーフケア（悲嘆ケア）を行うことが大切です。
- 在宅におけるエンゼルケアは看取りケアの一部であり、日々のケアと同様に最期のエンゼルケアも家族が主体的に行うことが重要です。エンゼルケアに家族が参加し、「自宅で看取りたい」「最期まで自分たちで介護したい」との家族の思いを実現することで、看取りの達成感や満足感、そして死別の受け入れにつながります。
- また、遺族が少し落ちついた時機を見計らってグリーフケアを行うことも重要です。家族の死の受け入れ状況を確認し支援するだけでなく、グリーフケアは、訪問看護師にとっても、自らのケアを振り返り、次のステップへと進むための貴重な機会になります。
- デスカンファレンスの目的は、亡くなった利用者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることにあります。また、ディスカッションを通して看護師個々の成長を支援することにもなります。問題を解決できないまま利用者が亡くなった場合、看護師には後悔や無念さ、無力感しか残らないことがあります。現実には「できること」と「できないこと」があることを共有し、ケアの限界を認めることで、逆に、できたことが改めて見えてきて、それが自信にもつながっていきます。
- デスカンファレンスは事業所内だけでなく、関わった医師やケアマネジャー、介護職、家族が参加することも有意義です。他職種との考え方のずれを調整できる場になり、チーム医療の質を高めることにつながります。
- 振り返る機会の程度については、事前に決めておくことが望ましいです。
- 亡くなった原因が、自殺など疾患に起因しない場合、事業所内の職員だけでなく、家族、関わった介護職員などにも、自責の念に駆られている場合が多いので「ねぎらいの言葉をかける」「チームで支える」「気持ちを表出できる場を設ける」など、時間をかけて継続的にグリーフサポートを行います。特に、職員の心身の変化に注意し、心理反応が強い場合は、状況に応じ勤務調整をします。

3. 多職種・多機関との連携

8 在宅生活の継続を支えるための多職種との連携促進

利用者等の変化の迅速な把握と対応

29 「褥瘡のある利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている

判断基準

- 1：行っていない
- 2：必要なケースであっても、実施できていないこともある、また不十分である
- 3：必要なケースでは、すべて実施している

評価の着眼点

- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容が判断できる。
- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容、または依頼した内容について事業所内で情報を共有している。
- ☐ 連携する事業所や職種等の特色を理解している。
- ☐ 連携先である訪問看護事業所以外のデイサービスや、訪問入浴、ショートステイとの看看連携に努めている。
- ☐ 医師に対し、必要に応じて「治療方法の相談」、「医療材料の相談」、「WOC ナースの派遣依頼の相談」等を行っている。
- ☐ ケアマネジャーに対し、変化があった場合に必要に応じて「新たな社会資源の相談」「訪問回数・内容の変更」等を行っている。
- ☐ 介護職に対し、必要に応じて治療方針や今後の予測を共有し、技術についての助言・技術の共有を行っている。
- ☐ その他必要な連携先に情報共有・相談・協力要請を行っている。
- ☐ 連絡ノートや ICT により、多職種・多機関との情報の共有を図っている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 対象となる利用者の状態ごとの、多職種との連携の状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ケアの提供にあたっては、利用者等が抱える問題や状況を常に把握するとともに、必要に応じて情報共有・相談・協力要請を行うことができる多職種との連携体制を構築することが求められるといえます。
- ここでは、想定する利用者の状態について、医療ニーズの高いケースとして「褥瘡のある利用者」を評価項目として設定しています。
- 連携先としては、医師やケアマネジャー、介護職、歯科医師、歯科衛生師、薬剤師、理学療法士

等、栄養士、病院の職員、他の訪問看護事業所、地域包括支援センター、行政等様々な機関・職種が考えられます。

(3) 留意点

○該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

判断基準

- 1：行っていない
- 2：必要なケースであっても、実施できていないこともある、また不十分である
- 3：必要なケースでは、すべて実施している

評価の着眼点

- ☐ 多職種・多機関に治療方針や今後の予測・見通しなどを含めた情報提供、依頼すべき内容が判断できる。
- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容、または依頼した内容について事業所内で情報を共有している。
- ☐ 適切な時期・状況に応じて、多職種・多機関に情報提供及び情報共有をしている。
- ☐ 医師に対し、必要に応じて「疼痛緩和の相談」、「症状コントロールの相談」、「緩和ケアナースの派遣依頼の相談」等を行っている。
- ☐ 薬剤師に対し、必要に応じて「医療麻薬の取り扱いの相談」、「薬剤の管理の相談」等を行っている。
- ☐ ケアマネジャーに対し、変化があった場合に必要に応じて「新たな社会資源の相談」「訪問回数・内容の変更」等を行っている。
- ☐ 連携する事業所や職種等の特色を理解している。
- ☐ 介護職に対し、必要に応じて治療方針や今後の予測を共有し、技術についての助言・技術の共有を行っている。
- ☐ その他必要な連携先に情報共有・相談・協力要請を行っている。
- ☐ 連絡ノートや ICT により、多職種・多機関との情報の共有を図っている。
- ☐ 訪問看護以外のデイサービスや訪問入浴、ショートステイとの看看連携に務めている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 対象となる利用者の状態ごとの、多職種との連携の状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ここでいう「適切な時期・状況に応じて」とは、疾患の進行や、本人・家族の疾患に対する理解や受け入れ等により必要な情報が変わること想定しています。
- ケアの提供にあたっては、利用者等が抱える問題や状況を常に把握するとともに、必要に応じて情報共有・相談・協力要請を行うことができる多職種との連携体制を構築することが求められるといえます。
- ここでは、想定する利用者の状態について、在宅看取りのケースとして「緩和ケア」を評価項目として設定しています。
- ここでいう「緩和ケア」とはがん終末期を想定しています。がん終末期の緩和ケアに対応できるとして他の緩和ケアにも対応できると考えます。
- 連携先としては、医師や薬剤師、ケアマネジャー、介護職、栄養士、理学療法士等、病院の職員、他の訪問看護事業所等様々な機関・職種が考えられます。

(3) 留意点

○該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

31 「精神疾患のある利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている

判断基準

- 1：行っていない
- 2：必要なケースであっても、実施できていないこともある、また不十分である
- 3：必要なケースでは、すべて実施している

評価の着眼点

- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容が判断できる。
- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容、または依頼した内容について事業所内で情報を共有している。
- ☐ 医師に対し、必要に応じて「療養生活上の相談」、「薬剤に関する相談」等を行っている。
- ☐ 就労支援事業所や相談支援事業所等に対して、必要な支援の協力要請を行っている。
- ☐ その他必要な連携先に情報共有・相談・協力要請を行っている。
- ☐ 連絡ノートや ICT により、多職種・多機関との情報の共有を図っている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 対象となる利用者の状態ごとの、多職種との連携の状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ケアの提供にあたっては、利用者等が抱える問題や状況を常に把握するとともに、必要に応じて情報共有・相談・協力要請を行うことができる多職種との連携体制を構築することが求められるといえます。
- 連携先機関としては、就労支援事業所、相談支援事業所、地域包括支援センター、保健所、福祉事務所、当事者グループ、他の訪問看護事業所、必要時警察等様々な機関・職種が考えられます。
- 連携する職種としては、医師、薬剤師、ケアマネジャー・相談支援専門員、保健師、精神保健福祉士等様々な職種が考えられます。

(3) 留意点

- 該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

判断基準

- 1：行っていない
- 2：必要なケースであっても、実施できていないこともある、また不十分である
- 3：必要なケースでは、すべて実施している

評価の着眼点

- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容が判断できる。
- ☐ 多職種・多機関に情報提供、依頼すべき内容、または依頼した内容について事業所内で情報を共有している。
- ☐ 医師に対し、必要に応じて「治療方針の確認」、「療養指導内容の確認」、「成長の様子の報告」等を行っている。
- ☐ 利用者の療養生活に関して、学校、児童相談所、保健所等と情報を共有し療養相談を受けることができ、必要時指導を行っている。
- ☐ 家族の療養上の相談に常時応じることができ、必要な時には主治医などと連携を取りレスパイトサービスを提案することができる。
- ☐ 必要に応じて、サービス提供チームのマネジメントを行っている。
- ☐ 地域における小児をめぐる制度を理解している。
- ☐ その他必要な連携先に情報共有・相談・協力要請を行っている。
- ☐ 連絡ノートや ICT により、家族や多職種・多機関との情報の共有を図っている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 対象となる利用者の状態ごとの、多職種との連携の状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ケアの提供にあたっては、利用者等が抱える問題や状況を常に把握するとともに、必要に応じて情報共有・相談・協力要請を行うことができる多職種との連携体制を構築することが求められるといえます。
- 小児をめぐる制度に関し、地域における制度を把握し、活用していくことは大切です。
- 地域によって違いはありますが、連携先の機関として、養護学校・学校、放課後等デイサービス、療育センター、相談支援事業所、福祉作業所、保健福祉センター、保健所、児童相談所、家族会、他の訪問看護事業所等様々な機関が考えられます。
- 連携する職種としては、医師や薬剤師、保育士、相談支援専門員等様々な職種が考えられます。
- 小児の利用者の場合、家族との関係性の構築や家族への支援が重要になります。

(3) 留意点

- 該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

判断基準

- 1：入院の可能性がある利用者について、事前に主治医等と調整・共有していない
- 2：入院の可能性がある利用者について、事前に主治医等と調整・共有しているが、不十分である
- 3：入院の可能性がある全ての利用者について、事前に主治医等と調整・共有している

評価の着眼点

- ☐ 利用者本人や家族の意向を聞く機会を設けている。
- ☐ 意向を確認したうえで、入院や在宅での治療・療養の可能性について利用者本人や家族と話し合う機会を設けている。
- ☐ 入院の可能性がある利用者について事業所内で共有している。
- ☐ 利用者の状態や意向について医師と常に情報を共有している。
- ☐ 入院の可能性のある利用者について、医師と連携し入院先の調整ができる。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 入院の可能性がある利用者について、利用者等の意向を確認した上で、主治医等との対応方法の共有の状況について評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 入院せずに在宅での治療・療養が可能であっても、事前に十分な説明や情報提供、情報の共有が行えていない場合、やむを得ず入院となる場合が少なくありません。利用者・家族が望む在宅生活を支援するためにも、入院や在宅での治療・療養の可能性について利用者・家族と話し合い、意向を聞く機会を設けていることは重要です。
- 入院の可能性がある利用者については、緊急時の病床の確保など、必要に応じて事前に対応策を検討し、共有しておくことが望ましいといえます。
- 難病等入院先が限定されている利用者については、主治医以外に入院先の病院の医師やケースワーカーとも事前に調整が必要です。
- 入院が決定した場合、入院先にサマリー等で情報提供を行い、円滑で切れ目のないケアを提供できるようにする必要があります。
- 利用者と家族の意向の調整については、評価項目25（p.46）で示してあります。
- 入院先の調整とは、迅速に主治医等と連携し、利用者の意向に沿えるような入院先の調整ができることです。

34 サービス担当者会議等に参加し、情報提供や提案を行っている

判断基準

- 1：参加していない、もしくは参加しているが、情報提供や提案が不十分である
- 2：常に参加しており、情報提供や提案も行っている
- 3：必要性を判断し、会議開催の提案や企画を行っている

評価の着眼点

- ☐ ケアマネジャーよりサービス担当者会議の依頼があった場合は、必ず参加することができる体制を取っている。
- ☐ サービス担当者会議が必要な場合はケアマネジャーに提案している。
- ☐ サービス担当者会議に限らず、他機関より依頼があった会議に出席し、積極的・建設的な発言をしている。
- ☐ 小児や精神疾患のある利用者等特定のケアマネジャーのいない利用者について必要性を判断し、会議開催の提案をしている。
- ☐ 参加する職種の提案をしている。
- ☐ 利用者の生活上の課題や解決策について情報提供を行っている。
- ☐ 訪問看護事業所の役割・責任について多職種にわかるように説明している。
- ☐ 不足しているサービスの提案ができる（保険外サービス等も含む）。

評価の考え方と留意点

（１）目的

- サービス担当者会議等への参加と、その場において適切な情報提供や提案ができているかについて評価する項目です。

（２）趣旨・解説

- 訪問看護事業所には、関係多職種への積極的な情報提供や提案などを通じて、地域の在宅療養を支えるサービスの核としての役割を果たしていくことが期待されています。
- 特に小児や精神疾患のある利用者等、医療保険の対象者で介護保険のサービスを利用していない在宅療養者は多職種での会議が制度化されていないため、訪問看護師が積極的に開催する役割を担っていると言えます。
- ここでいう提案とは、会議開催の必要性についてわかり易く相談・説明し、提案を行っていることを指します。
- ここでいう保険外サービスとは、①保険対象の内容であっても介護給付費限度額オーバー等何らかの理由により適応とならないサービス、②行政等が実施するフォーマルなサポート、③インフォーマルサポートを指します。
- 行政等が実施するフォーマルなサポートとは、自立支援法等公的サービスや自治体やボランティア主催の地域独自の取組み（例えば、認知症カフェや地域見守りサービス）のことです。
- インフォーマルサポートとは、給食サービスや隣近所との相互扶助の関係等を指します。

(3) 留意点

- サービス担当者会議等への直接の参加が原則ですが、やむを得ない場合、照会記録を事前に提出している場合であっても参加とみなします。

判断基準

- 1：研修等を受け入れていない
- 2：こちらから情報発信し、研修等を受け入れているが、場合によっては断ることもある
- 3：積極的に情報発信し、研修等を受け入れている

評価の着眼点

- ☐ 医療機関や介護事業所等の他機関から研修や同行訪問の依頼があった場合、受け入れている。
- ☐ 医療機関や介護事業所等の他機関から研修や同行訪問、コンサルテーションを行えることをホームページなどに掲載している。
- ☐ 医療機関や介護事業所等の他機関から研修や同行訪問、コンサルテーションを行えることを担当者会議等で明示している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 外部からの研修・実習の受け入れ状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 地域に開かれた訪問看護事業所として、地域全体における人材の育成や若い世代の教育についても、積極的に貢献していくことが望まれています。
- 訪問看護事業所で行う研修については、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件になっています。
- 研修等を受け入れるにあたり、安全管理やマニュアルの整備、担当者の確保などの体制を整えている必要があります。

(3) 留意点

- ここでは「学生の実習受け入れ」は含みません。

判断基準

- 1：行っていない
- 2：施設等に入居中の利用者に実施できているが、不十分である
- 3：施設等に入居中の利用者、すべてに実施している

評価の着眼点

- ☐ 施設等の種別により制度に基づいた契約を行っている。
- ☐ 施設等の種別により緊急時等の対応についてとりきめをしている。
- ☐ 施設内の多職種の役割について理解している。
- ☐ 施設内の看護職・介護職に対し、必要に応じて技術についての助言・技術の共有を行っている。
- ☐ その他必要な連絡先に情報提供・相談・助言・協力要請を行っている。
- ☐ 訪問看護事業所や施設職員との役割・業務分担が明確である。
- ☐ 記録・ノートの共有や ICT を活用し情報収集を行っている。
- ☐ 施設職員と利用者の療養・生活について話し合う機会を設けている。病院や施設を訪問し、利用者の状況を確認している。

評価の考え方と留意点**(1) 目的**

- 施設の種別を理解したうえで情報共有や相談、助言ができているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 施設への訪問には、施設と契約し健康管理として行っている場合と、個別に契約し、訪問する場合があります。
- ケアの提供にあたっては、利用者が抱える問題や状況を常に把握するとともに、必要に応じて情報共有、相談・助言を行います。
- 施設職員との協働・連携体制の構築が求められています。
- ここでは利用者の居住場所が、自宅ではなく施設等の場合を想定しています。
- 訪問先の施設等としては、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等様々な施設が考えられます。
- 自宅ではないため緊急時の対応・責任者について、施設の種別を勘案し、確認しておきます。
- 施設の種別によって看護師配置や訪問看護の提供方法に違いがあり、施設との連携状況は様々です。
- 外部サービスを利用している場合、施設外の多職種との連携についても配慮する必要があります。

(3) 留意点

- 該当する利用者が過去にいない場合は、「1」を選択します。

37 地域において多職種間で ICT を活用した情報共有を行っている

判断基準

- 1 : ICT を使った情報共有を行っていない
- 2 : 一部の利用者に対して ICT を利用した情報共有を行っている、またはすべての利用者に ICT を利用した情報共有を行っているが、連携の仕組みが不十分である
- 3 : 全利用者において地域における、ICT を活用して情報共有をしており、その利用の促進に貢献している

評価の着眼点

- ☐ 地域の多職種・多機関のネットワークがある。
- ☐ 地域の多職種・多機関に対し、情報共有を行うための仕組み（ICT の導入など）づくりの提案をしている。
- ☐ 地域において、多職種間や他の訪問看護事業所で利用できるような、ICT を利用した情報共有システム等がない場合は、ICT を利用したシステムの導入の提案や実際の導入に取り組んでいる。
- ☐ 地域の多職種間や他の訪問看護事業所で ICT を活用したシステムを構築し、その利用の促進に貢献している。
- ☐ 利用している ICT に、情報共有に必要な内容が含まれており、効果的・効率的に運用されている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 地域における、多職種間での情報共有を行うための仕組みづくりの取り組みを評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 事業所ごとの整備状況ではなく、他の事業所や他職種など地域を対象とした仕組みが対象です。
- 地域における基盤整備のために、今後は事業所として ICT を利用した取り組みを率先して行うことが求められます。
- 多職種間で ICT を活用し、効果的・効率的に情報共有を行います。
- 多職種間で ICT の導入に取り組む場合、利用者の意向を十分尊重し、必要時同意書を得る必要があります。
- 多職種間で ICT の導入に取り組む場合、個人情報の取り扱いには十分注意する必要があります。

9 円滑で切れ目のないケアの提供

円滑な在宅生活への移行を支援するための、退院・退所前の支援・調整

38

退院・退所前に利用者の状況をアセスメントし、円滑な在宅生活への移行のための準備を行っている

判断基準

- 1：退院・退所前に利用者の状況をアセスメントしていない
- 2：退院・退所前に利用者の状況をアセスメントしているが、円滑な在宅生活への移行のための準備が不十分である
- 3：退院・退所前に利用者の状況をアセスメントしており、円滑な在宅生活への移行のための準備を行っている

評価の着眼点

- ☐ 病院や施設を訪問し、利用者の状況を確認している。
- ☐ 病院・施設から在宅療養に関する相談を受けている。
- ☐ 退院・退所前のカンファレンスに参加している。
- ☐ 退院・退所前のカンファレンスの開催について参加する職種も含め、適切なタイミングにこちらから積極的に提案している。
- ☐ カンファレンスにおいて、治療・予後を含めて、利用者の望む生活が送れるような発言をしている。
- ☐ 必要に応じて、居宅を訪問し、退院・退所後の居宅の状況を確認している。
- ☐ 退院前より、ケアマネジャーや福祉用具、医療機器業者、介護事業者等と連携を取り、不安や困難がなく退院日より療養生活が始められるようにしている。
- ☐ 退院前より主治医と連携し、在宅での医療ニーズの確認や在宅療養生活における留意点等確認がとれている。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 利用者の円滑な在宅生活への移行のための、退院・退所前の状況の確認について評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- ここでいうアセスメントとは、「情報把握」のみならず、在宅生活においてのリスクや不具合などの予測や在宅生活において改善されるであろう予測を含めた「課題分析」を行っていることを指します。
- 利用者の退院・退所後の円滑な在宅生活への移行を支援するためには、退院前カンファレンスに訪問看護師が参加する意義は大きいと考えられます。訪問看護師は、退院前カンファレンスに参加できるよう病院職員やケアマネジャーに働きかけを行う必要があります。
- 退院前カンファレンスでは、本人・家族の意向を確認し、今後の治療方針・予後、在宅療養のあり方を話し合います。
- 利用者の退院・退所後の円滑な在宅生活への移行を支援するためには、必要に応じて退院・退所前

に利用者の居宅の状況を確認することが望ましいといえます。

- 特に在宅酸素、在宅中心静脈栄養を受けている利用者や人工呼吸器等の医療器具を使用する利用者、入院前と大きく ADL に変化があった利用者については退院・退所前に居宅の状況を確認することが望ましいといえます。

4. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画

10 地域への積極的な展開

地域への積極的な情報発信・サービスの展開

39 事業所の情報や訪問看護が果たす役割等について、地域住民向けに情報発信を行い、また、幅広い相談を受ける仕組みがある

判断基準

- 1：地域住民向けの情報発信や相談・対応を行っていない
- 2：地域住民向けの情報発信や相談・対応を随時行っているが、仕組みとはなっていない
- 3：地域住民向けの情報発信と相談・対応を積極的に行う仕組みがある

評価の着眼点

- ☐ 地域との関わり方について理念や基本方針において明記している。
- ☐ 相談の窓口を設置し、地域住民に情報提供している。
- ☐ 地域住民が参加できる研修会・説明会等を定期的に開催している。
- ☐ 地域住民向けの講演の依頼があった場合は受けている。
- ☐ 活用できる社会資源や地域の情報を収集している。
- ☐ 訪問看護に関する地域の情報を収集し、地域住民向けに提供している。
- ☐ 地域の行事や活動には積極的に参加している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 地域住民向けに情報発信を行い、また、幅広い相談を受ける仕組みがあるかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 地域に開かれた訪問看護事業所として、訪問看護が果たすべき役割や地域にある他の事業所も含めた取組みについての周知など、地域住民向けの積極的な情報発信を行っていくことが期待されています。
- 訪問看護アクションプラン2025においても、国民、地域住民に訪問看護の機能・役割などについて、情報発信し、国民の理解を得ることを掲げています。
- ここでいう幅広い相談とは、訪問看護にかかる事のみならず、「健康相談」「介護相談」「介護施設への入居の相談」「虐待の相談」等で、適切な関係機関への連携も含みます。
- 「情報の発信や相談・対応」は開所時のみでなく、継続的に実施していくことが期待されます。
- 事業所や訪問看護の内容が単にホームページ等に掲載してあるだけでなく、地域住民向けに収集した情報、例えば、地域の訪問看護事業所の空き状況を訪問看護ステーション連絡協議会等のホームページに掲載したり、地域の健康イベントなどをまちの保健室でタイムリーに発信している必要があります。

- ここでいう仕組みとは、常設の相談窓口を設置していることと、定期的に相談会などを開催していることを指します。
- 情報発信や相談会を行う頻度は、定期的に年1回以上あることが望ましいです。開催の時期を定め、それが妥当か検討する必要があります。

11 地域包括ケアシステムの構築への貢献

まちづくりへの積極的な参画

40 自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画を理解し、関連する会議・事業等への積極的な参画を通じて、地域包括ケアシステムの構築に貢献している

判断基準

- 1：自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画を理解しておらず、関連する会議・事業等へ参画していない
- 2：自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画は理解しているが、関連する会議・事業等へ積極的に参画していない
- 3：自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画を理解しており、関連する会議・事業等へ積極的に参画している

評価の着眼点

- ☐ 地域の特性（人口動態、産業、高齢化率、インフラ、社会資源等）を把握している。
- ☐ 自治体における「介護保険事業計画」「医療計画」「地域福祉計画」「地域支援事業」等を理解している。
- ☐ 地域での生活を包括的に支援するために、自事業所の機能強化に取り組んでいる。
- ☐ 自治体が主催する様々な会議・事業に積極的に参画している。
- ☐ 地域の特性に沿った多職種のネットワークづくりに積極的に取り組んでいる。
- ☐ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、積極的に情報提供・提案を行っている。

評価の考え方と留意点

（１）目的

- 地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画への理解、さらに関連する会議・事業等への参画の状況を評価する項目です。

（２）趣旨・解説

- 医療ニーズの高い在宅療養者の増加や在宅看取りが増加する中、訪問看護事業所は地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う必要があります。
- 訪問看護アクションプラン2025においても、地域包括ケアへの対応として、それぞれの地域にあった地域包括ケアシステムの構築のために、地域住民・行政・多機関・多職種等と協働して取組むことの重要性を掲げています。
- ここでいう参画とは、単に会議に出席しているだけでなく、計画段階からかわり積極的な提案等を行っていることです。

判断基準

- 1：地域における認知症への施策を理解しておらず、地域づくりの取組みに参加していない
- 2：地域における認知症への施策を理解し、地域づくりの取組みに時々参加している
- 3：地域における認知症への施策を理解し、地域づくりの取組みに積極的に参加している

評価の着眼点

- ☐ 新オレンジプランに基づく、地域における認知症への施策を理解している。
- ☐ 地域における認知症サポートの取組みについて情報収集や研修に参加している。
- ☐ 事業所内で認知症に関する国や地域の動きについて情報収集し、地域貢献について議論する機会がある。
- ☐ 地域の民生委員等と協力し、認知症の人が地域で暮らしていくことの相談に乗ったり、資源等の情報提供を行っている。
- ☐ 地域のボランティア、地域包括支援センターや社会福祉協議会等と協力し、認知症の人が地域で暮らしていくことの相談に乗ったり、資源等の情報提供を行っている。
- ☐ 地域のボランティア、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の行う会議に積極的に参加している。

評価の考え方と留意点

(1) 目的

- 認知症の人が、安心して暮らしていける地域づくりの取組みに積極的に参加しているかについて評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 小児や精神疾患のある利用者に主に訪問している事業所においても、地域の課題として認知症の人が安心して暮らせる地域づくりの取組みに積極的に参加することが必要です。
- 地域に開かれた訪問看護事業所として、利用者へのサービス提供のみでなく、地域貢献活動へ積極的に参加していくことが望まれています。
- 高齢化により、認知症の人は未曾有の勢いで増加する傾向にある中、厚生労働省は平成27年に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を発表しました。新オレンジプランの基本的考え方である「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことにおいて訪問看護事業所の果たすべき役割は大きいと言えます。
- 訪問看護アクションプラン2025においても、認知症の人に十分対応できるよう訪問看護の質の向上を図ることを掲げています。
- ここでは「認知症」におけるまちづくりの取組みに焦点をあてましたが、同様に地域における精神障がい者を有する利用者等、様々な人が安心して暮らしていくことができる地域づくりの取組みに関わる必要があります。

判断基準

- 1：参加していない
- 2：参加しているが、中心的な役割を果たしていない
- 3：ネットワークの構築にかかわり、地域内で中心的な役割を果たしている

評価の着眼点

- ☐ 訪問看護ステーション連絡協議会などの訪問看護事業所間の会議には必ず参加している。
- ☐ 訪問看護ステーション連絡協議会などでは、役職・役員として積極的にかかわり、運営にも参画している。
- ☐ 訪問看護ステーション連絡協議会などにおいて、「まちづくり」に関する議題を提案している。
- ☐ 訪問看護ステーション連絡協議会などにおいて、地域の実状やニーズについて情報提供している。

評価の考え方と留意点**(1) 目的**

○地域における、訪問看護事業所間のネットワーク構築にかかわる参加の状況を評価する項目です。

(2) 趣旨・解説

- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、1つの訪問看護事業所の活動にとどまらず、地域の訪問看護事業所が一体となって取組むことが重要です。
- 「訪問看護ステーション連絡協議会など」とは、都道府県訪問看護ステーション連絡協議会だけでなく、市町村、ブロック、支部、生活圏など地域の範囲を問わない、訪問看護事業所同士のネットワークを指します。
- 「まちづくり」に関する議題とは、単に訪問看護の推進について話し合うのではなく、例えば「家で死ねるまちづくり」や「ブロックごとで行う安心して暮らせるまちづくり」などの話題を指します。

5. 指標

自己評価を実施した月の前月もしくは前年度の実績を記入します。

指標

	項目		集計単位	人数など
(12) 事業所の状況				
1	従業員	総職員の実人数	前月	人
2		看護職員の常勤換算	前月	人
3		理学療法士等職員の常勤換算	前月	人
4		その他の職員の合計実人数	前月	人
		職種 ()	前月	人
		職種 ()	前月	人
		職種 ()	前月	人
5		事務職員の実人数	前月	人
6		通所介護等他のサービスとの兼務	前月	人
7	資格等	認定看護師数（実人数）	前月	人
8		内、訪問看護認定看護師数（実人数）	前月	人
9		専門看護師数（実人数）	前月	人
10		内、地域看護専門看護師数（実人数）	前月	人
11		特定行為研修を修了した看護師数（実人数）	前月	人
12		精神科訪問看護基本療養費届出の看護師数（実人数）	前月	人
13	営業日	営業日数	前月	日
14		営業日以外の計画的な訪問の有無	前月	有・無
15	届出状況	緊急時訪問看護加算（介護保険）	前月	人
16		24時間対応体制加算（医療保険）	前月	人
17		特別管理加算（医療保険＋介護保険）	前月	人
18		機能強化型訪問看護管理療養費1（医療保険）	前月	有・無
		機能強化型訪問看護管理療養費2（医療保険）	前月	有・無
		機能強化型訪問看護管理療養費3（医療保険）	前月	有・無
19		看護体制強化加算（介護保険）	前月	有・無
20	収支	収支の状況（前年度）	前年度	黒字・均衡 赤字・不明
21		収入（前年度）（医療保険請求額・介護保険請求額・その他の収入）	前年度	円
22		支出（前年度）（給与費、材料費、経費、雑費、原価償却費等）	前年度	円

指標（つづき）

	項目		集計単位	人数など	
(13) 利用者の状況					
23	利用者	利用者数	前月	人	
24		内、医療保険対象者数	前月	人	
25		内、介護保険対象者数	前月	人	
26		特別訪問看護指示書発行数	前月	人	
27		新規利用者数（医療保険＋介護保険）	前月	人	
28		利用終了者数	前月	人	
29		人工呼吸器利用者数	前月	人	
30		別表7の状態の利用者数	前月	人	
31		褥瘡保有者数	前月	人	
32		内、当月褥瘡発生者数	前月	人	
33		小児の利用者数（18歳以下）	前月	人	
34		精神科訪問看護基本療養費算定者数	前月	人	
35		死亡者	死亡者総数	前年度	人
36			死亡者総数の内、在宅死亡者数	前年度	人
37	内、ターミナルケア療養費算定者数（医療保険）		前年度	人	
38	内、ターミナルケア加算算定者数（介護保険）		前年度	人	
39	死亡者総数の内、在宅以外での死亡者数		前年度	人	
40	内、ターミナルケア療養費算定者数（医療保険）		前年度	人	
41	内、ターミナルケア加算算定者数（介護保険）		前年度	人	
(14) 地域への取り組みの状況					
42	地域ネットワーク事業への参画	入退院時の情報共有に関する会議等への参加数	前年度	回	
43		地域住民からの相談件数	前年度	回	
44		地域連携会議などへの参加数	前年度	回	
45		訪問看護事業所間のネットワーク活動への参加回数	前年度	回	
(15) 多機能化への取り組みの状況					
46	多機能化への取り組み	グループホームや特別養護老人ホームとの契約数	前年度	回	
47		就学児童への支援（学校との契約など）	前年度	回	
48		地域における事業等への参画（行政の行っている事業等）	前年度	事業（か所）	
49		ヘルパー事業所との契約数（喀痰吸引・定期巡回）	前年度	回	

6. 自己評価項目のチェックシート

No		評価項目	年度 月 日	年度 月 日	年度 月 日
1	1 事業所運営の基礎準備	(1) 理念・目標等を踏 まえた事業計画の 策定と評価に基づ くサービスの改善	中・長期事業計画の策定と定期的な自己評価		
2			単年度の事業計画の策定と定期的な自己評価		
3			事業所の運営について改善への反映		
4			利用者・家族から評価を受ける仕組みとサービスの活用		
5			外部から評価を受ける仕組みとサービスの改善		
6		(2) 計画的な人材育成	新任職員向けの研修計画などの整備		
7			職員育成計画と研修を受ける機会の確保		
8		(3) 人材の配置と体制 整備	早朝・夜間の計画的な訪問体制		
9			日曜、祝日、年末・年始の計画的な訪問体制		
10			新規の依頼の即日対応体制		
11		(4) 経営・労務の管理	財務状況のチェックと経営の安定化に向けた取組み		
12			人事基準・評価などを連動させた人材マネジメント		
13			働きやすい職場づくりへの取組み		
14			業務の効率化のための記録等関係書類の電子化		
15		(5) サービスの標準化 とリスクマネジメ ント	人工呼吸器の利用者への事業所独自のマニュアル作成		
16			終末期ケアの事業所独自のマニュアル作成		
17			カンファレンス・事例検討の実施およびサービスの改善		
18			事故の対応マニュアル作成および職員への周知		
19	2 利用者等の状況に応じた専門的 なサービスの提供	(6) アセスメントに基 づく看護計画の作 成と見直し	利用者の包括的なアセスメントと看護計画の作成		
20			精神疾患のある利用者の包括的なアセスメントと看護計画の作成		
21			小児の利用者の包括的なアセスメントと看護計画の作成		
22			看護計画について管理者・リーダー等からのアドバイス		
23			利用者等が行う医療的ケアの個別性に合わせた指導		
24		(7) 在学での日々の生 活を支えるケアの 提供	利用者や家族等の意向を踏まえた支援		
25			利用者等の希望に応じた看取りの実現		
26			終末期ケアの経過説明と記録		
27			重症心身障害児や小児がんの利用者の看取りまで支えるケア		
28			デスカンファレンスの開催		
29	3 多職種・多機関との連携	(8) 在宅生活の継続を 支えるための多職 種との連携促進	「褥瘡のある利用者」の多職種との情報共有・協力要請		
30			「緩和ケアの必要な利用者」の多職種との情報共有・協力要請		
31			「精神疾患のある利用者」の多職種との情報共有・協力要請		
32			「小児の利用者」の多職種との情報共有・協力要請		
33			入院の可能性のある利用者への対応方針等の事前調整		
34			サービス担当者会議等への参加、情報提供		
35			他の訪問看護事業所などからの研修の受け入れ		
36			「施設等に入居中の利用者」の多職種との情報共有・相談・助言		
37			多職種間での ICT を活用した情報共有		
38		(9) 円滑で切れ目のな いケアの提供	退院・退所前における在宅生活のための準備		
39	4 安心して暮 らす地域づく り	(10) 地域への積極的 な展開	地域住民に向けた情報発信		
40		(11) 地域包括ケアシ ステムの構築への 貢献	地域包括ケアシステムの構築に係る取組みへの参加		
41			認知症の人が安心して暮らせる地域づくりへの積極的な参加		
42			地域における訪問看護事業所間のネットワークの構築		

※「自己評価項目のチェックシート」は、コピーしてご利用ください。

(別添) 自己評価結果シートの作成

自事業所の課題の抽出や改善策の検討等、ご自由にお使いください。当協会ホームページからエクセルシートがダウンロードできますので、ご活用ください。

No	評価項目	判断基準	課題・改善策等
1. 事業所運営の基盤整備			
(1) 理念・目標等を踏まえた事業計画の策定と評価に基づくサービスの改善			
①事業計画の策定と適時適切な見直し			
1	理念・基本方針の実現に向けた中・長期事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている		
2	単年度の事業計画を策定し、定期的に自己評価（進捗状況の確認・評価・見直しなど）を行っている		
3	事業所の運営状況や今後の方針等、定期的に事業所の運営について職員間で話し合う機会を設けており、今後の事業運営の改善に反映している		
4	利用者や家族から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している		
5	関係する多職種など、外部から評価を受ける仕組みがあり、事業計画の見直しやサービスの改善に活用している		
(2) 計画的な人材育成			
①新任者の指導・支援			
6	新任の職員向けに、事業所の理念・基本方針やサービス提供にかかる基本事項等を学ぶための、標準化された研修計画などが用意され、実施されている		
②育成計画の作成と支援			
7	本人の意向を反映した職員ごとの育成計画を作成し、当該計画に沿った、OJT や研修を受ける機会の確保等、必要な支援をしている		

(3) 人材の配置と体制整備			
①利用者等のニーズに迅速に対応するための体制整備			
8	必要に応じて、早朝・夜間等に計画的な訪問ができる体制を常に整えている		
9	必要に応じて、日曜、祝日、年末・年始に計画的な訪問ができる体制を常に整えている		
10	新規の依頼があった場合に、即日に対応もしくは訪問できる体制を常に整えている		
(4) 経営・労務の管理			
①経営の安定化に向けた取組み			
11	管理者は事業所の財務状況を定期的にチェックし、経営の安定化に向けた具体的な取組みに反映している		
②人材マネジメントの取組み			
12	事業所の人事管理において法人の定めた人事基準をもとに、職員ごとの評価などを連動させた人材マネジメントを行っている		
13	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる		
③業務効率化に向けた取組み			
14	業務の効率化に向けた工夫として、記録等関係書類の電子化を行っている		
(5) サービスの標準化とリスクマネジメント			
①サービス提供にかかるマニュアル等の整備とケアの標準化			
15	在宅における「医療ニーズの高い方（人工呼吸器を装着している利用者）へのケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により、職員への周知・理解が図られている		
16	在宅における「終末期ケア」の提供方法が事業所独自のマニュアル等により、職員への周知・理解が図られている		
②職員間での定期的な議論と改善への反映			
17	利用者等に関してカンファレンス・事例検討を実施する機会を設けており、サービスの改善に反映している		

③リスクマネジメントにかかる取組み			
18	事故を防止する、あるいは事故が発生した場合の対応方針が、「①医療事故・ケア事故」「②交通事故」「③盗難・紛失・破損等」「④災害」「⑤感染症」「⑥個人情報保護」などの観点から、マニュアル等により職員への周知・理解が図られている		
2. 利用者等の状況に応じた専門的なサービスの提供			
(6) 利用者等のアセスメントに基づく看護計画の作成と見直し			
①利用者等の生活全体に着目した包括的なアセスメントの実施と看護計画への反映			
19	利用者の「①身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）」に加え、「②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」や「③認知機能の状態」、「④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）」、さらに「⑤利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している		
20	精神疾患のある利用者の「①精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」に加え、「②身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケア、合併症など）」や「③認知機能の状態」、「④生活の状態（ADL、IADL、排泄、食事など）」、さらに「⑤精神疾患のある利用者を取り巻く社会的・環境的要因（社会活動、家族の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している		
21	小児の利用者の「①身体の状態（病名、症状、薬剤、睡眠、栄養、口腔、医療的ケアなど）」に加え、「②精神的な状態（意向、不安、抑うつ状態など）」や「③知的機能の状態」、「④生活（ADL、IADL、排泄、食事など）・学習の状態」、「⑤個別の成長・発達の状態」、さらに「⑥小児の利用者を取り巻く社会的・環境的要因（家族の状況、学校の状況、経済状況など）」を含めた、包括的なアセスメントを行い、看護計画に反映している		

②看護計画の適時適切な見直し			
22	アセスメントの結果や作成された看護計画について、定期的に管理者やリーダー等が内容の確認やアドバイス等を行っている		
23	利用者等が行う医療的ケア（緊急時の対応方法含む）について、個別性に合わせた説明用の資料を準備し、助言・指導している		
(7) 在宅での日々の生活を支えるケアの提供			
①在宅での看取りを支えるケアの提供			
24	利用者が、自らの在宅生活や急変時の対応等について主体的な意思決定をすることができるよう、利用者や家族等の意向を踏まえた上で支援している		
25	利用者等の希望に応じた看取りを実現するために、医師や多職種と連携できる体制が整っている		
26	終末期ケアにおいて、利用者等に適切な時期を見計らって、予後および死までの経過を説明し、記録として残している		
27	重症心身障がい児や小児がん等の利用者の看取りまでの日々を支えるケアができています		
28	利用者の死後、事業所内でデスカンファレンス等を行い、提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けている		
3. 多職種・多機関との連携			
(8) 在宅生活の継続を支えるための多職種との連携促進			
①利用者等の変化の迅速な把握と対応			
29	「褥瘡のある利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている		
30	「緩和ケア（症状コントロール、医療麻薬の取り扱いなどを含む）」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている		
31	「精神疾患のある利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている		
32	「小児の利用者」について、多職種・多機関との連携の必要性の判断ができ、情報共有・相談・協力要請を行っている		

33	状態の変化等により入院の可能性がある利用者について、利用者等の意向を確認し、対応方針等を事前に主治医等と調整・共有している		
②多職種との適切な協働・連携			
34	サービス担当者会議等に参加し、情報提供や提案を行っている		
35	他の訪問看護事業所や医療機関、介護事業所等を含む他職種・他機関からの研修等を受け入れている		
36	「施設等に入居中の利用者」について、多職種との連携を図り情報共有・相談・助言を行っている		
37	地域において多職種間で ICT を活用した情報共有を行っている		
(9) 円滑で切れ目のないケアの提供			
①円滑な在宅生活への移行を支援するための、退院・退所前の支援・調整			
38	退院・退所前に利用者の状況をアセスメントし、円滑な在宅生活への移行のための準備を行っている		
4. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画			
(10) 地域への積極的な展開			
①地域への積極的な情報発信・サービスの展開			
39	事業所の情報や訪問看護が果たす役割等について、地域住民向けに情報発信を行い、また、幅広い相談を受ける仕組みがある		
(11) 地域包括ケアシステムの構築への貢献			
①まちづくりへの積極的な参画			
40	自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画を理解し、関連する会議・事業等への積極的な参画を通じて、地域包括ケアシステムの構築に貢献している		
41	行政やボランティア等が行っている、認知症の人が安心して暮らしていける地域づくりの取組みに積極的に参加している		
42	誰でも安心して暮らせるまちづくりのため、地域における訪問看護事業所間のネットワークの構築にかかわり、積極的に参加をしている		

(別添) 自己評価結果レーダーチャートの作成

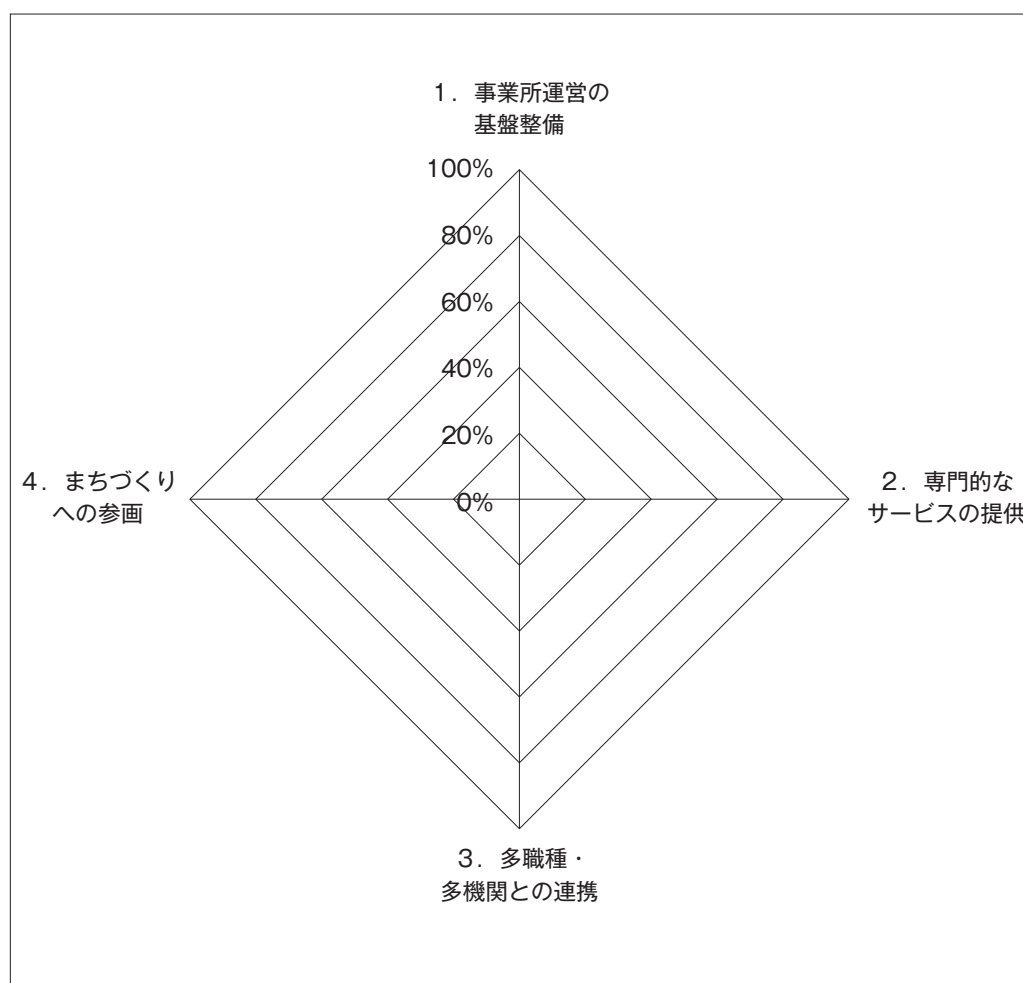
＜レーダーチャートの作成方法＞

- ・それぞれの評価項目の「判断基準」でつけた番号（１～３）を点数※とし、大項目（中項目）ごとに、合計点を出します。
- ・合計点を満点で割って割合を出します。
- ・割合をレーダーチャート用の図に入れ込み、線で結びます。

※「１」の場合は１点、「２」の場合は２点、「３」の場合は３点とします。

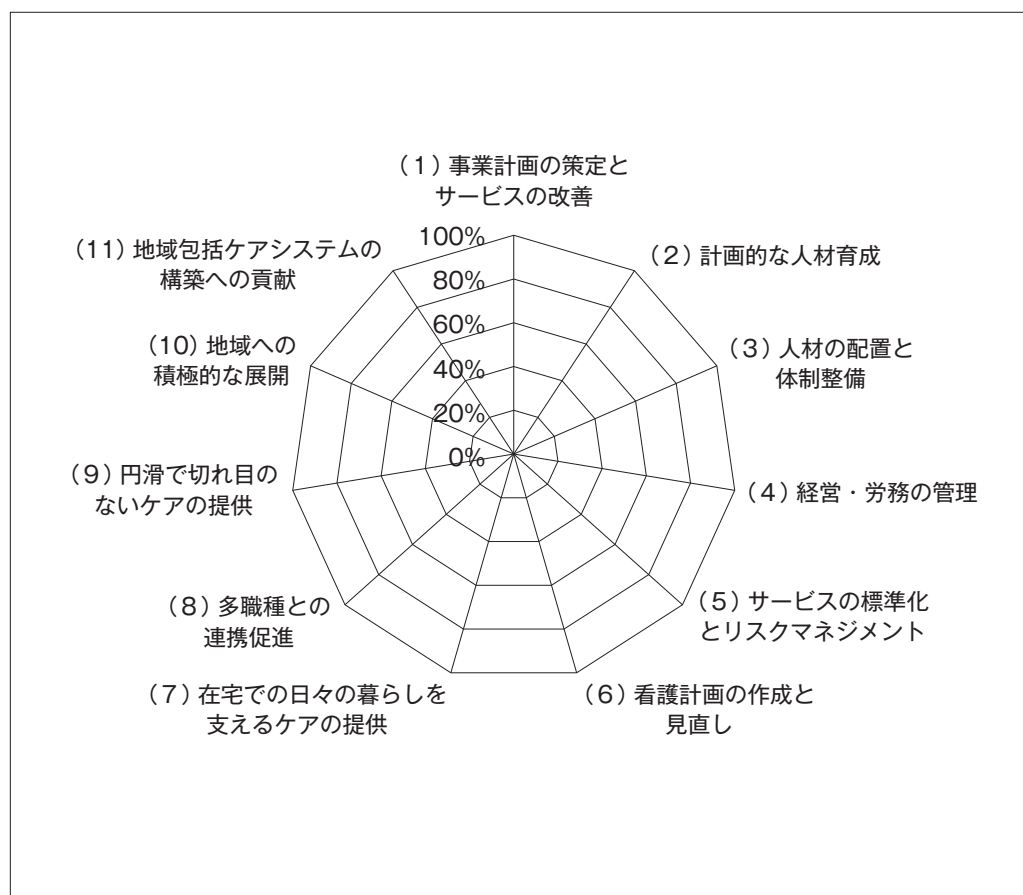
①大項目の評価結果

大項目	合計点数	割合
１．事業所運営の基盤整備	／54	
２．専門的なサービスの提供	／30	
３．多職種・多機関との連携	／30	
４．まちづくりへの参画	／12	



②中項目の評価結果

中項目	合計点数	割合
(1) 事業計画の策定とサービスの改善	／15	
(2) 計画的な人材育成	／ 6	
(3) 人材の配置と体制整備	／ 9	
(4) 経営・労務の管理	／12	
(5) サービスの標準化とリスクマネジメント	／12	
(6) 看護計画の作成と見直し	／15	
(7) 在宅での日々の暮らしを支えるケアの提供	／15	
(8) 多職種との連携促進	／27	
(9) 円滑で切れ目のないケアの提供	／ 3	
(10) 地域への積極的な展開	／ 3	
(11) 地域包括ケアシステムの構築への貢献	／ 9	



Web 上で評価を行う自己評価システムではレーダーチャートが自動で作成できますので、ご活用ください。

(別添) 訪問看護利用者満足度調査

訪問看護利用者満足度調査票（第1版）

できるだけ、利用者ご本人がご回答ください。ご本人が難しい場合は、ご家族が、ご本人の気持ちに、一番近いと思うものを選びご回答ください。

■調査票に 回答された方 (1つに○)

1. 利用者本人
2. 本人が家族などの手助けを得て回答
3. 家族が本人の気持ちを想像して回答
4. その他（ ）

■訪問看護のサービスについて、

「1:全くそう思わない」～「5:とてもそう思う」の5段階の評価のうち、あてはまる番号を1つ選び○印をつけてください。

■訪問看護のサービスについて、 「1：全くそう思わない」～「5：とてもそう思う」の5段階の評価のうち、あ てはまる番号を1つ選び○印をつけてください。		そ う 思 わ な い	そ う 思 わ な い	ど ち ら も い え な い	そ う 思 う	ま あ そ う 思 う	と て も そ う 思 う
①	看護師は、24時間365日いつでも連絡がつき、相談にのり対応してくれる	1	2	3	4	5	
②	看護師は、緊急連絡が必要な状態について、またそのときの連絡先・連絡方法について具体的に本人と家族に説明してくれる	1	2	3	4	5	
③	看護師は、本人の身体の状態が変化したときや困っていることがあった場合は、すぐに対応してくれる	1	2	3	4	5	
④	看護師は、本人と家族の希望や考えをよく聞いてくれる	1	2	3	4	5	
⑤	訪問する看護師がかわっても、同じ看護をうけることができる	1	2	3	4	5	
⑥	看護師は、本人の健康状態の変化によく気づいてくれる	1	2	3	4	5	
⑦	看護師は、身体の状態の変化に合わせて、適切なケアの方法を提供してくれる	1	2	3	4	5	
⑧	看護師は、医師と相談した内容をすぐに本人・家族と共有してくれる	1	2	3	4	5	
⑨	看護師は、今後の身体の状態の見通しについて、本人と家族にわかる言葉で説明してくれる	1	2	3	4	5	
⑩	看護師は、今後に起こりうる身体の悪化（床ずれや痛みなど）を予防するために、先を見越して関わってくれる	1	2	3	4	5	
⑪	看護師は、身体の状態が悪化したときや症状がでたときの本人や家族ができる対処方法を事前に説明してくれる	1	2	3	4	5	
⑫	看護師は、行っているケアの内容とその理由や意味を、毎回、説明してくれる	1	2	3	4	5	
⑬	本人に関わっている様々な専門職（例えば、看護師、医師、ケアマネジャー、介護職など）の中で、本人や家族が1人の人に情報を伝えたと、それが他の人にもきちんと伝わっている	1	2	3	4	5	
⑭	本人に関わっている様々な専門職（例えば、看護師、医師、ケアマネジャー、介護職など）は、本人や家族の目標に沿って、皆で同じ方針で取り組んでいる	1	2	3	4	5	
⑮	看護師は、家族の気持ちの支えになっていると思う	1	2	3	4	5	
訪問看護を利用する前に比べて、							
⑯	・本人の身体の状態が安定したり、苦痛や症状が和らいだりした	1	2	3	4	5	
⑰	・本人の不安や困ったことが軽減した	1	2	3	4	5	
⑱	・本人が自宅での生活に自信をもつことができた	1	2	3	4	5	

このガイドラインは、以下のメンバーにより作成されました。

(第1版)

平成26年度老人保健健康増進等事業「訪問看護の看取りや医療依存度の高い療養者を支える機能の充実と質確保に関する調査研究事業」

検討・ワーキング委員

委員長	福井 小紀子	日本赤十字看護大学 教授
委員	伊藤 雅治	全国訪問看護事業協会 会長
	井上 多鶴子	板橋区医師会訪問看護ステーション 在宅看護部長
	上野 桂子	全国訪問看護事業協会 副会長
	上野 幸子	ケアステーション野の花 統括所長
	齋藤 訓子	日本看護協会 常任理事
	鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事
	高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション 管理者
	館石 宗隆	札幌市保健福祉局 医務監
	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
	野崎 加世子	岐阜県看護協会立訪問看護ステーション 統括所長
	藤田 淳子	日本赤十字看護大学 講師
	山本 則子	東京大学大学院 教授
	吉井 朋代	セントケア・ホールディングス株式会社医療支援部 課長

平成27年度老人保健健康増進等事業「医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業」

検討・ワーキング委員

委員長	福井 小紀子	日本赤十字看護大学 地域看護学分野 教授
委員	伊藤 雅治	全国訪問看護事業協会 会長
	上野 桂子	全国訪問看護事業協会 副会長
	加藤 希	中央区医師会訪問看護ステーションあかし 所長
	清崎 由美子	石心会在宅事業部 統括所長
	小宮山日登美	訪問看護ステーションひとみ 所長
	齋藤 訓子	日本看護協会 常任理事
	鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事
	添野 元秀	いきいきメディケアサポート 営業部長
	高砂 裕子	南区医師会訪問看護ステーション 管理者
	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
	林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
	藤田 淳子	日本赤十字看護大学 地域看護学分野 准教授
	吉内 一浩	東京大学大学院医学系研究科内科学専攻 ストレス防御・心身医学分野 准教授

【事務局】	宮崎 和加子	全国訪問看護事業協会 事務局長
	吉原 由美子	全国訪問看護事業協会 業務主任
	倉地 沙織	全国訪問看護事業協会

【協力】 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

(第2版)

平成30年度老人保健健康増進等事業「介護保険サービス提供主体におけるICTを活用したサービスの質向上のための調査研究事業」

検討委員

委員長	福井 小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 教授
委員	上野 桂子	全国訪問看護事業協会 副会長
	江澤 和彦	日本医師会 常任理事
	草場 美千子	神奈川県看護協会地域看護課 統括課長
	佐藤 美穂子	日本訪問看護財団 常務理事
	田尻 久美子	カラース 代表取締役
	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
	葉山 美恵	やさしい手 取締役執行役員
	堀川 尚子	日本看護協会 社会保険・調査研究担当専門職

自己評価ガイドライン・自己評価システムの改良及び普及の為のワーキング委員

委員長	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
委員	加藤 希	中央区医師会訪問看護ステーションあかし 所長
	草場 美千子	神奈川県看護協会地域看護課 統括課長
	國本 陽子	セコム医療システム 取締役
	松井 知子	せたがや訪問看護ステーション 管理者
	望月 あづさ	訪問看護ステーションしらひげ 管理者

他サービス提供事業所における自己評価ガイドライン項目の検討及び活用の為のワーキング委員

委員長	福井 小紀子	大阪大学大学院医学系研究科 教授
委員	櫻井 悦子	看護小規模多機能型居宅介護事業所せいれい緑町 管理者
	須藤 博子	笑生定期巡回・随時対応型訪問介護看護ステーション 管理者
	田尻 久美子	カラース 代表取締役
	新津 ふみ子	ケア・コーディネーション研究所 所長
	葉山 美恵	やさしい手 取締役執行役員
	森谷 和代	テイク・ケア訪問看護ステーション 管理者

【事務局】	清崎 由美子	全国訪問看護事業協会	事務局長
	吉原 由美子	全国訪問看護事業協会	業務主任
	千木良 厚治	全国訪問看護事業協会	総務主任
	倉地 沙織	全国訪問看護事業協会	



平成30年度老人保健健康増進等事業
介護保険サービス提供主体における ICT を活用したサービスの質向上のための調査研究事業

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
第2版

発行日 平成31年3月

発行 一般社団法人全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目3番12号 壱丁目参番館401

TEL 03(3351)5898 FAX 03(3351)5938

※【非売品】本書の内容を引用・転載する場合はご連絡ください。

