

令和6年度 東京情報大学総合情報研究所プロジェクト研究
研究実績報告書

1. 研究課題名

訪問看護サービス質評価・改善のための自己評価尺度の開発

2. 研究組織

区分	氏名	所属・職名
研究代表者	芳賀 邦子	東京情報大学 看護学部 看護学科・助教
研究分担者	石井 優香	東京情報大学 看護学部 看護学科・助教
	渡邊 里香	姫路大学 看護学部・講師
	中西 永子	兵庫県立大学 看護学部・助教
	小野 博史	兵庫県立大学 看護学部・准教授
	真鍋 雅史	嘉悦大学 経営経済学部・教授
	新居 学	兵庫県立大学 大学院工学研究科・准教授
	撫養 真紀子	兵庫県立大学 看護学部・教授
	坂下 玲子	兵庫県立大学 看護学部・教授

3. 研究期間

2024年4月1日～2025年3月31日

4. 研究の目的

本研究の目的は、申請者らが先行研究にて明らかにした訪問看護の質を構成する要素をもとに、訪問看護の質評価のための自己評価尺度を開発することである。今回のプロジェクト研究では、1) 訪問看護の質評価尺度の評価項目の原案を作成し、2) 訪問看護の質評価尺度の評価項目（原案）の内容妥当性の検証をすることである。この尺度は利用者の居宅にて提供される訪問看護の特徴を反映した質を評価する自己評価尺度となる。

5. 研究報告

1) 訪問看護の質評価尺度の評価項目の原案作成

「構造」「過程」「アウトカム」の視点で以下の段階を踏んで自己評価尺度の質問項目（原案）を作成した。

申請者らの先行研究において抽出された訪問看護の質に関する要素は、訪問看護を実践している看護師への半構造化面接によるものであったため、「構造」「過程」に関する要素は多く抽出されたが、「アウトカム」に関する要素が十分とは言えなかった。そこで、(1) 「構造」「過程」と(2) 「アウトカム」を別にして研究をすすめ、(3) 「構造」「過程」「ア

アウトカム」の自己評価指標の原案を作成した。

(1) 「構造」「過程」の質問項目の作成 (2024 年 5 月～8 月)

①文献検討：訪問看護の実践に関する国内の文献検討を追加し、申請者らが行った先行研究で明らかにした質の高い訪問看護ケアの要素のカテゴリー、サブカテゴリー化したものに追加すべきものがあるかを検討し追加した。

②研究班での討議：①で明らかにした質の高い訪問看護ケアの要素を、研究班（訪問看護経験者、大学教員、尺度開発申請者ら）による検討会を複数回実施し、カテゴリー・サブカテゴリーを評価項目に置き換え、評価項目（原案）を作成した。

(2) 「アウトカム」の評価項目の集約と作成 (2024 年 5 月～10 月)

①申請者らによる先行研究の結果から十分な要素の抽出まで至っていなかったため、国内外の研究を広範に収集し分析するスコーピングレビューの手法（Arksey and O'Malley, 2005）を用いることで、「アウトカム」の質問項目（原案）を集約した。

レビューの観点：在宅および訪問看護の結果（アウトカム）となりえる要素は何か

検索データベース：医学中央雑誌，MEDLINE，CINAHL，Cochrane Library

検索キーワード：（TI home health）AND （（TI outcome OR TI result OR TI effect）OR （AB outcome OR AB result OR AB effect））

包含基準：

- 英語もしくは日本語で書かれている
- 学術専門誌に掲載されている
- 在宅および訪問看護やケアのアウトカムに関連する記載がある
- 在宅分野における対象者の健康状態に関するアウトカムの記載がある

除外基準：

- 2000 年以前に公表されたもの
- 解説および総説、会議録
- プロトコル論文
- 在宅分野の研究論文ではあるが、看護やケア、健康状態に関するアウトカムの記載がない。（薬剤関連など）

最終レビュー文献：77

研究者 2 名以上でスクリーニングを進めたのち、研究者間で複数回の会議を開催し、対象文献の概要、在宅看護のアウトカムとして包括的に評価し得る項目であるかなどを検討した。

(3) 研究班（訪問看護経験者、大学教員、尺度開発研究者ら）による「構造」「過程」

「アウトカム」の評価項目（原案）の精練と構成の検討による自己評価尺度（原案）の作成（2024 年 11 月～12 月）

「構造」「過程」「アウトカム」の評価項目（原案）を集約、精練し、構成を検討して自己評価尺度（原案）を作成した。（別紙 1～3 参照）

2) 訪問看護の質評価尺度の評価項目（原案）の内容妥当性の検証

エキスパートパネルによる自己評価尺度（原案）の内容妥当性の検討－フォーカスグループインタビュー（FGI）－（2025 年 1 月～3 月）

1) で作成した自己評価尺度評価項目（原案）について、エキスパートパネルによる FGI にて内容の妥当性に関して検討した。エキスパートパネルは訪問看護に精通した訪問看護師、訪問看護ステーション管理者、訪問看護研究者等 10 名であった。1 回の FGI はエキスパートパネル 1～3 名程度で複数回開催した。

エキスパートの属性

女性：10 名 男性：0 名

年齢：40 代：3 名 50 代：5 名 60 代：2 名

看護師以外の資格（複数回答）

保健師 2 名

訪問看護認定看護師 2 名

介護支援専門員 2 名

看護管理認定看護師 1 名

医療的ケア児コーディネーター 1 名

現在、エキスパートパネルによる FGI での検討内容を吟味し、自己評価尺度（原案）の修正・集約をしている。

6. 成果の公表

第 29 回日本看護管理学会（2025 年 8 月 22－23 日）にて文献検討とスコーピングレビューの結果を発表予定

在宅看護の質評価指標：構造（案）

【在宅看護の質を構成する要素】			
領域	中項目	小項目	構造の質評価項目（案）
患者への接近 定義：患者への接近とは、看護師が患者や家族に関心を持ち、患者の状態を把握することを意味する	個別情報を得るしくみがある	利用者がいつでも必要なときに情報（健康状態や心配事など）を発信できるツールがある	いつでも必要な時に利用者が情報提供できる手段があるか（電子連絡ノートや24時間体制など）
		情報が一元化できる情報収集用紙がある	訪問看護計画書の根拠となる情報を収集する情報収集用紙があるか（情報が一元化している）
	利用者を理解するための資料（記録）がある （資料：記録物を介して理解可能となるもの）	利用者の基本情報を記載する欄がある	情報収集用紙には利用者の基本情報が記載する欄があるか
		訪問看護開始に起因した疾患の経過/身体状況を記載する欄がある	情報収集用紙には訪問看護開始に起因した疾患の経過/身体状況を記載する欄があるか
		日常生活動作について記載する欄がある	情報収集用紙には日常生活動作について記載する欄があるか
		生活環境について記載する欄がある	情報収集用紙には生活環境について記載する欄があるか
		家族/社会資源について記載する欄がある	情報収集用紙には、家族/社会資源について記載する欄があるか
		利用者の希望を記載する欄がある	情報収集用紙には利用者の希望・目標について記載する欄があるか
		情報を定期的に更新する仕組みがある	情報収集用紙は定期的に更新（再アセスメント）される仕組みはあるか
内なる力を強める 定義：内なる力を強めるとは、患者が自分の状況を理解し、予測性や見通しをもつことができるように援助することで、患者のもつ潜在的な能力を強め、より良い状態にすることを意味する。同時に、家族にも患者の状況や今後の見通しをもたせることで家族のもつ潜在的な能力を強めることも意味する	予後や今後の予測の情報共有のツールがある	在宅看取りについて、利用者・家族と共有できる資料がある	利用者/家族と共有できる在宅看取りに関するパンフレット（資料）があるか（看取りの過程、意思決定・確認の過程、緩和ケアについて等を含む）
		在宅看取りについて、利用者・家族と情報を共有した記録がある	在宅看取りに関する資料を共有し、それを使って今後について話し合っている療養記録があるか
		在宅看取り（今後）について利用者・家族と話し合った内容を医師と共有した記録がある	今後についての話し合いの内容を医師と共有することを示す記録があるか
		在宅看取りについての資料・今後の意向についての記録がある	在宅看取りについての資料・今後の意向について記録のコピーは利用者宅にもあるか
		脳血管障害（後遺症）についての情報を提供するパンフレットがある	脳血管障害（後遺症）についての情報を提供するパンフレットがあるか
		在宅リハビリについての情報を共有するパンフレットがある	在宅リハビリについての情報を共有するパンフレットがあるか
		疾病についてのパンフレットを定期的に見直すしくみがある	疾患や症状のパンフレットを定期的に見直す仕組みがあるか

家族の絆を強める 定義：家族の絆を強めるとは、家族が家族としての役割を果たすことができるように看護師が配慮しながら働きかけることを意味する	家族のことを理解するための資料がある	家族アセスメントツールがある	訪問看護計画書の根拠となる情報を収集する情報収集用紙の中に家族の希望を記載する欄があるか	
	家族と情報を共有するためのツールがある	家族情報を共有できる仕組みがある	連絡ノートやオンラインで家族と情報を共有する仕組みがあるか	
直接ケア 定義：直接ケアとは、保清や痛みの緩和などの看護師が行う具体的な看護行為を意味する。そしてその看護行為は、患者の個別性に合ったものであること、患者ケアを提供する際の判断・実施・評価が適切であり、そのケアの継続性が保たれていることが必要である	異常時に対応できる体制がある （体制：組織できっちり決められていること、ex;24時間体制・備え、対応できる準備）	急変時や緊急時に対応するマニュアルがある 時間外（夜間・週末・祝日）緊急時の連絡体制がある 時間外緊急時、受け持ち以外の利用者の情報を閲覧する手段がある	利用者から緊急連絡があったときの対応マニュアルがあるか 時間外（夜間・週末・祝日）緊急時の連絡体制があるか 緊急時、受け持ち以外の利用者の情報を閲覧する手段があるか	
	在宅でケアが継続できる物品を確保するしくみがある	常時携帯する物品のリストがある 訪問看護ステーションに必要な物品の備えがある	常時携帯すべき物品のリストがあるか 訪問看護ステーションに常備しておく物品のリストがあるか	
	在宅ケアにおける業務基準や手順が整備されている	看護ケアマニュアルがある 看護ケアマニュアルには褥瘡予防・褥瘡ケアについての手順や基準がある	看護ケアマニュアル（手順や基準を含む）があるか 看護ケアマニュアルには褥瘡予防・褥瘡ケアについての手順や基準があるか	
		看護ケアマニュアルには胃瘻ケア 看護ケアマニュアルにはHOT・人工呼吸器についての手順や基準を含む	看護ケアマニュアルには胃瘻ケアについての手順や基準があるか 看護ケアマニュアルにはHOT・人工呼吸器についての手順や基準が含まれるか	
		看護ケアマニュアルには尿カテーテル管理についての手順や基準を含む	看護ケアマニュアルには尿カテーテル管理についての手順や基準が含まれるか	
		在宅看護ケアマニュアルを定期的に見直す仕組みがある	看護ケアマニュアルを定期的に見直す仕組みがあるか	
	場をつくる 定義：場をつくるとは、看護師が看護師同士、あるいは多職種と連携している状況（場）をつくること、連携を支えるための場をもつことを意味する。これらは、患者への援助が効果的に効率良く行われるために必要で	地域の中で多職種が集まって話し合う場がある	他施設の看護師・多職種と利用者のケアについての話し合いを招集する仕組みがある 多職種が連携しなくてはならない場面の判断基準がある チームメンバーとの連携の記録がある	他施設の看護師・多職種と利用者のケアについて話し合いを招集する仕組みがあるか 多職種が連携しなくてはならない場面の判断基準があるか チームメンバーと話し合った内容やケアの方向性（ゴール）を記録する場所があるか
		離れた場所でも共有できるツールがある	多職種・他施設の関係者と情報を共有することができるツールがある。 多職種のスケジュールが分かる仕組みがある	離れた場所から多職種が情報共有できるツール（タブレット端末など）があるか 多職種が利用者へ訪問するスケジュールを共有する仕組みがあるか
	多職種/他施設と協働する体制がある	多職種間で相談し助け合いながらケアを提供する仕組みがある	多職種間でのケアについての話し合いに基づきケア（内容や回数）を調整する仕組みがあるか	

ある	多職種との情報共有についてのマニュアルがある	多職種間での情報共有についてのマニュアルがある	多職種との情報共有に関するマニュアルがあるか
	看護師間でのケアの情報共有する仕組みがある	ステーション内での情報伝達・共有する機会がある	ステーション内で情報共有する機会（申し送り、ミーティング、ミニカンファレンス等）があるか
		同僚間でケアについて相談できる機会と時間がある	同僚間に利用者のケアについて質問や相談しやすい関係性があるか
	構造化されたカンファレンスがある	ステーション内で提供するケアについてのカンファレンスが定期的	看護師間で情報を共有したり看護計画を見直すための場（カンファレンス）を定期的にもうける
インシデントを防ぐ	災害発生時の対応システムが整っている	災害時対応マニュアルがある	災害時対応マニュアルがあるか
定義：インシデントを防ぐとは、患者にとって安全な環境を整えること、また、患者の状態に合わせてリスクを見極めながら、患者の可能性を最大限に活かすようなケアをすすめていくことを意味する	インシデントを共有し対策を検討する仕組みがある	感染症対応マニュアルがある	感染症対応マニュアルがあるか
		転倒に関するマニュアルがある	転倒に関するマニュアルがあるか
		誤薬対応マニュアルがある	誤薬対応マニュアルがあるか
		安全のために複数で訪問する時の判断基準がある	安全のために複数で訪問する時の判断基準があるか
		指示通りの訪問がなされているかのチェックシステムがある	指示通りの訪問がなされているかのチェックシステムがあるか
		ヒヤリハット・インシデントを把握・共有する仕組みがある	ヒヤリハット・インシデントを把握・共有する仕組みがあるか
		ヒヤリハット・インシデントの傾向を分析し改善する仕組みがある	ヒヤリハット・インシデントの傾向を振り返り、改善する仕組みがあるか

6領域を支える構造	中項目	小項目	6領域を支える構造の評価項目（案）
教育・支援体制	上司からの支援がある	上司からの支援の仕組みがある。	上司からの支援体制があるか（定期的面談、頻度、必要時）
	ステーション外研究会への参加支援がある	ステーション外の研修会への参加に対する支援がある	ステーション外の研修会への参加体制が整っているか（費用の負担、時間的な配慮などで、グレイドを付ける？）
	ステーション内での学びの体制がある	ステーション内で、事例検討会やスキルアップのための勉強会等の教育体制がある	ステーション内で、事例検討会やスキルアップのための勉強会はあるか
		倫理教育プログラムがある	倫理教育プログラムはあるか
		ステーションの理念を認識する場がある	ステーションの理念を認識する場があるか
		交通安全教育がある	定期的に交通安全ルールの確認をする仕組みがある
	新人訪問看護師への教育体制がある	新人教育プログラムがある	新人教育プログラムがあるか
労働環境 （労働条件：福利厚生・給料・就労時間など、管理・経営体制）	柔軟な勤務体制で、仕事量を調整する仕組みがある	柔軟な勤務体制がある 訪問と訪問の間の移動時間が十分にある	柔軟な勤務態勢を取り入れているか スケジュールの中に十分な移動時間を組み込む仕組みがあるか
	労働に見合った報酬がある	労働に見合った報酬がある	労働に見合った報酬が払われていると思うか（専門者会議でより良い聞き方を問う）
		時間外対応負担への配慮がある	時間外労働はどれくらいありますか

心地よく効率的に働く場が整っている	ステーション内は物理的に心地よく働ける環境にある	ステーション内に休憩場所があるか 休憩時間が確保されているか
	ICTによる業務支援システムがある	必要な書類等の作成のための業務支援システムがあるか
	ステーション内の雰囲気は心地よく仕事ができる環境にある	あなたの職場で心地よく働いていますか（職務満足度）
	利用者・家族からの過剰な要求・ハラスメントに対応する仕組みがある	利用者・家族からの過剰な要求・ハラスメントに遭遇した時に、相談の仕組みがあるか
管理者に裁量権がある	管理者に人事権がある	管理者に人事に関する裁量権があるか
	管理者に予算に裁量権がある	管理者に予算に関する裁量権があるか
人材確保の方策がある	人材確保の工夫がある	具体策が出ていないので、専門者会議で聞く
利用者を確保する方策がある	利用者確保の工夫がある	具体策が出ていないので、専門者会議で聞く
質管理体制がある（CQIP）	質管理プログラムがある	質管理プログラムがあるか

在宅看護の質評価指標：過程 案

【在宅看護の質を構成する要素】				過程の評価指標案	
領域	中項目	小項目			
患者への接近 定義：患者への接近とは、看護師が利用者や家族に関心を持ち、利用者の状態を把握することを意味する	利用者や家族のありのままを理解し受け入れる	利用者や家族の思いの本音を聞き出す	利用者や家族に、気兼ねなく話すように伝えている		
		利用者や家族の状況を把握し続ける	利用者や家族の変化する状況を記録している		
		価値観を尊重し思いを受け止める	利用者や家族の思いや価値観を記録している		
		利用者を主人公としながら信頼関係を築く	適切な距離感を守りながら利用者に歩み寄る	場面に応じて、利用者との距離感をかえて対話をしている	
			利用者のタイミングを考慮しながら（見計らい）寄り添う	利用者の心地よいペースを取り入れて関わっている	
			利用者・家族の意思を尊重し寄り添う	（他項目で包含できている）	
			利用者にとっていつも通りであることを重要視している	どのような時間に何を行っているか生活リズムについて記録している	
			利用者や家族の状況に応じて訪問回数を決める	訪問回数やタイミングを常に見直す	
			利用者や家族に受け入れられる	利用者や家族にこやかに迎え入れてもらっている	
		身体・心理・社会的に利用者のアセスメントを行う	身体面（活動、栄養、排泄、内服、治療）に関するアセスメントを行う	利用者の身体的状況（活動、栄養、排泄、内服、治療）をアセスメントし記録している	
			精神面のアセスメントを行う	利用者の精神的状況（意識、抑うつ程度、認知機能、不安）をアセスメントし記録している	
			生活面のアセスメントを行う	利用者の生活の継続を脅かす要因を記録している	
内なる力を強める 定義：内なる力を強めるとは、利用者が自分の状況を理解し、予測性や見通しをもつことができるように援助することで、利用者のもつ潜在的な能力を強め、より良い状態にすることを意味する。同時に、家族にも利用者の状況や今後の見通しをもたせることで家族のもつ潜在的な能力を強めることも意味する	療養について利用者の自己決定を支える	利用者が自分の気持ちを言えるように支援する	利用者が直面している状況や死に対して抱いている思いを聞き、自己決定を促している		
		利用者の力に気づき信頼する	※専門家に確認する		
		意思決定できる場を支援する	具体的な選択肢とそれぞれに予測されることを説明している		
		必要な情報提供ができる	（他項目で包含できている）		
	見通しを伝え、状況の理解を進める	変化する状況の理解を進める	利用者と家族に見通しを伝えている		
			利用者の認知能力に合わせた方法で、見通しについて伝えている		
			利用者と家族に見通しを伝えた後に、利用者と家族が理解したかどうかを確認している		
		具体的な目標を設定し、その人と共有する	身体活動を維持・向上させるための具体的なやり方を利用者と話し合っている		
	スキル・能力を向上させる	見通しを伝える	（他項目で包含できている）		
		前向きなフィードバックを行う	利用者のわずかなポジティブな変化を見逃さず、称賛している		
			利用者のストマに関するケアのやり方を説明している		
			利用者の強みをみつけて伝えている		
		技術習得の支援を行う	ストマ、導尿、HOTに関する必要な医療処置について説明し、できることを確認している		
		対人関係に関するスキル習得の支援を行う	※専門家に確認する		

		セルフマネジメントを向上させるための支援を行う	自分の症状をモニタリングする方法を伝え、モニタリング内容を確認している
		本人の強み(ストレングス)を活用する	(他の項目で包含できている)
	アドヒアランスを向上させる	薬物療法のアドヒアランスを向上させるための支援を行う	利用者の薬について説明し、薬が内服できているか確認している
家族の絆を強める 定義：家族の絆を強めるとは、家族が家族としての役割を果たすことができるように看護師が配慮しながら働きかけることを意味する	家族が思いを表出できるように支援する	家族に寄り添い不安な気持ちを和らげる	家族の不安を聞き、その対応と一緒に考えている
		家族の思いを否定せずに受け止める	家族の思いや意向を否定せずに聞いている
		家族が介護できるように気遣い支える	※専門家に確認する
		家族に利用者の状況を伝える	利用者の状況と家族の希望の間が広がりすぎないよう、話し合いをしている
	利用者と家族が共有できる居場所を整える	家族間の関係を調整する	利用者が家族と過ごせるように時間や場所の調整を行っている
		時間をかける	(他の項目で包含できている)
		家族の希望を叶える	利用者の看取りについて、家族の希望を理解して叶えている
		家族とともに利用者の意思決定を支援する	家族とともに、利用者の看取りについての意思決定を実現するために働きかけている
	家族が介護を継続するために必要な技術の修得を支援する	ケアをして見せながら家族を指導する	利用者の移乗動作の援助について、家族が技術の習得できるようにケアを示しながら指導している
		家族が、尿路感染、静脈炎、(誤薬、家族の2次感染：呼吸器、誤針、家族のけが)を予防できるように支援する	利用者が感染症を引き起こさないように、家族が尿道カテーテルの管理ができるようにケアを示しながら指導している 家族自身が二次感染(呼吸器や誤針など)を起こさないように、具体的に予防法を指導している
		生活に合った医療的ケアの特技を指導する	家族が、利用者の人工呼吸器の管理ができるようにケアを示しながら指導している ※専門家に確認する
		家族が自分なりに工夫し介護できるように支援する	家族の考えや好みを確認し、家族が実施していることを認める
		変化する状況に応じて、家族に介護方法を提案する	利用者の状態が変化したときに、それに合わせた介護方法を提案している
		家族が役割を担えるように支援する	家族との絆を強めるために、ケアへの参加を意図的に働きかけている/敢えて実施していない
	家族(支援者/介護者)の生活を維持する	家族の負担を見極め軽減する	家族の負担の状況を確認し、その負担が軽減できるように働きかけている 家族の生活や就労の持続可能性について、話し合っている
		家族の不安を軽減する	(他の項目で包含できている)
	家族が最期まで納得できるケアを支援する	利用者が臨終に向かっていく過程に合わせた介入をする	その人が旅立つまで、家族がその人と一緒に過ごせる場と時間を調整している
		看取りのイメージをつかめるように支援する	家族に、利用者の看取りのイメージをつかめるように看取りの過程について説明している
		家族の方の思いに最期まで寄り添う	家族の揺れる気持ちを傾聴し、意思決定を確認している
		グリーフケアの場をつくる	利用者が亡くなった後にも家族の話を聞き、丁寧に対応している

		利用者が亡くなった時に、家族とともに悲しんでいる
直接ケア 定義：直接ケアとは、保清や痛みの緩和などの看護師が行う具体的な看護行為を意味する。そしてその看護行為は、利用者の個別性に合ったものであること、利用者ケアを提供する際の判断・実施・評価が適切であり、そのケアの継続性が保たれていることが必要である	住み慣れた生活の場でケアを提供する	利用者を生活者としてとらえる 利用者の生活を整えるために生活の好みを聞いている
		利用者と家族が納得し実践できるケアを指導・支援する 指導・支援するケアについて利用者と家族が納得しているか記録している
		医療者が不在の時のことを考えて実施する 医療者が不在の時に起こりうる呼吸状態の悪化問題について可能性を予測して記録している
		訪問していないときの状況を把握する (他の項目で包含できている)
		利用者の経済的負担を理解する 利用者の経済状況も踏まえた話し合いによって、ケア内容を決めている
		利用者の生活に医療的ケアを取り入れる 利用者の生活に合うように訪問の時間を調整している
	希望を叶えるためにケアや環境を調整する	利用者の希望を叶える (他の項目で包含できている)
		自宅での看取りができるように症状コントロールを行う 自宅で看取りができるように疼痛コントロールを行う
		利用者の希望を叶えるために資源を活用する (場を作るの領域の質問に包含される)
	予測してケアを提供する	利用者の状況に合わせて訪問、連絡回数を変える 利用者の身体症状に合わせて訪問回数・連絡回数を調整する
		次の訪問までに起こり得る問題を予測しそれを踏まえたケアを提供する 次の訪問までに起こりうる問題を予測しそれを踏まえたケアを提供する
		利用者・家族ができるように介入する (他の項目で包含できている)
	身体ケアを行う	身体状態に応じて最適化したケアを行う 状況の変化に応じた転倒予防のための環境整備を行っている ※専門家に確認する 新しいケアや指示の変更が必要な時、医師に連絡し必要な指示を得ている
	ADL向上のためのケアを行う	利用者の望む生活が維持できるように活動を調整する 心臓に負荷がかからない活動の範囲を利用者と話し合って決めている
苦痛緩和や症状コントロールを行う	限界を認識しながらも苦痛緩和に努める	利用者の苦痛をアセスメントツールを使って評価している
		副作用に対処している
		苦痛レベルに合わせた処方を医師に促す
最期まで生きる支援を行う	訪問時以外のことを考えて予防的に症状コントロールを行う	訪問時以外のことを考えて予防的に症状コントロールを行う (他の項目で包含できている)
		最期まで尊厳をもって生きることが最期まで利用者の反応を感じ取り、声をかけながらケアをする
		最期まで利用者の羞恥心に配慮してケアの際には露出をさせている
食事を支えるケアを行う	後悔のない看取りに向けて家族を支援する	食事を支えるケアを行う (家族の領域の質問に包含される)
		利用者の好みに合った食事を工夫する
		心理的ニーズに対するケアを行う 利用者の不安、寂しさ、死の恐怖について傾聴している
(終末期にだけではない不安・孤独への対応)	緊急時の対応を行う	緊急時の対応を行う 緊急の相談に対し解決できたか利用者や家族に確認している

場をつくる 定義：場をつくるとは、看護師が看護師同士、あるいは他職種と連携している状況（場）をつくること、連携を支えるための場をもつことを意味する。これらは、利用者への援助が効果的に効率良く行われるために必要である	活用できるリソースを増やす	主治医と直接治療方針を検討している	主治医や多職種と治療方針について確認している
		他職種を理解しネットワークづくりをしておく	困ったときには多職種に意見を聞いている
		多職種とオープンな視点で話し合う	※専門家に確認する
		多職種間のタイムリーな情報交換	多職種とタイムリーな情報交換を行っている
		※下の中項目内へ	
		現場で困ったとき、判断に迷ったときの支援がある	（他の項目で包含できている）
		看護師が中心的役割をとって連携を進める	カンファレンスを主体的に招集している
		地域社会とつながる支援	利用者に地域の催し物に参加するよう伝えている
	在宅での療養生活を支えるサービスや社会資源と協働する	施設間の連携がスムーズである	利用者の状態が変化したときに、施設間で、情報共有し必要な対応をしている
		チームを組み利用者の全体像をつかむ	利用者のために、施設間でチームをつくっている
		多職種間での情報共有をする	利用者の変化し続ける状況を多職種で情報共有し、情報を活用した支援を行う
		※多職種間のタイムリーな情報交換	多職種間で共有した情報を活用している
			利用者と家族の望む看取りが実現できるように多職種が話し合っている
			看取りについて、チームメンバーの不安や気持ちをきいている
	自律した訪問による看護提供を行う	スタッフ単独での訪問を支える	時間の中で、必要なケアが完了するよう、ケアを組み立てている
			利用者からの難題やハラスメントについて、上司に相談している
		看護師自身が抱えるストレスに向き合い、自分を強くする	訪問看護特有のストレスを認識し、必要時相談している
		スタッフ間で相談しやすい人間関係を構築している	スタッフ間で相談しやすい
	相互に学び合う	過去の事例、先輩、インシデントから学ぶ	過去の事例から学んでいる
		専門職間で学び合う	専門職間で学び合っている
	心理的安全性を確保する	訪問看護師が安心できる環境の獲得	安心して業務ができる環境のために、必要なことは発言できる
インシデントを防ぐ 定義：インシデントを防ぐとは、利用者にとって安全な環境を整えること、また、利用者の状態に合わせてリスクを見極めながら、利用者の可能性を最大限に活かすようなケアをすすめていくことを意味する	災害発生時に備えて危機管理を行う	訪問できないときに、誰を優先にするかの優先順位を決定しておく	毎日、不慮の事態により訪問できない時に優先順位を決定しておく
	悪化の徴候を見逃さず対応する	疾患の悪化の兆候を判断し対応する	症状悪化の兆候を捉えて受診を進めている
	自宅で安全に過ごせるように環境を整備する	事故のリスクアセスメントをして、望む場所で過ごせるよう環境整備する	利用者の転落リスクをアセスメントし、環境整備している
			誤薬/火災のリスクをアセスメントし、ケアに取り入れている
			※専門家に確認する
	事故防止のための対策をとる	事故防止のため対策を講じる	転倒の要因を利用者と家族に伝え、転倒防止と一緒に考える

在宅看護の質評価指標：アウトカム（案） 表1～3

領域	表1. 利用者満足度質問項目（案）
利用者への接近	訪問看護師は、あなたの話を話をよく聞いてくれた
	訪問看護師は、礼儀正しく敬意をもって接してくれた
内なる力を強める	訪問看護ステーションが提供するサービスについての説明があった
	訪問看護師は、サービス開始時、服薬している薬について確認し、説明した
	訪問看護師は、新しい薬や変更された薬についての説明（目的や服薬方法、副作用など）をした
	訪問看護師は、訪問時間をあなたや家族と話し合って決めてくれた
	訪問看護師は、物事をわかりやすく説明した
家族の力を強める	訪問看護師は、家族の話をよく聞いてくれた
	訪問看護師は、あなたと家族の意見の折り合いを付けるように関わってくれた
直接ケア	訪問看護師は、あなたのケアや治療についてよく理解し、最新の情報を持っていた
	訪問看護師に、痛みについて相談できた（痛みに対応してくれた）
	訪問看護師に、息苦しさについて相談できた（息苦しさに対応してくれた）
	必要時ステーションに連絡をした際、必要な支援やアドバイスを得ることができた
	必要時ステーションに連絡をした際、必要な支援やアドバイスを得るまでの時間は適切であった
場を作る	一人の訪問看護師に話した情報は、自分に関わっている多職種と共有されていた
	訪問看護師は、あなたに必要なサービスや社会資源を紹介してくれた
インシデントを防ぐ	訪問看護サービスを利用していることで安心して療養生活ができています
	サービス開始時、家のなかの安全について説明があった
全体	訪問看護師の全体的な評価を10段階でお答え下さい 0-10
	家族や友人にこのステーションを紹介するか10段階でお答え下さい 0-10
	提供されたサービスで、何か問題があったら教えて下さい（記述）
表2. ステーションとしてのアウトカム項目（案）	
死亡率（例えば初回訪問から3か月間の死亡率（看取りを除く））	
在宅死亡率	
転倒・転落（〇月の転倒者数/利用者数）	
誤薬	
非計画的入院（〇月の日計画的入院者数/利用者数）	
救急受診（〇月の救急外来利用者数/利用者数）	
感染症発生率（尿路感染）（〇月の尿路感染発症者/尿カテ利用者または全利用者）	
誤嚥性肺炎による再入院発生率（〇月の誤嚥性肺炎による再入院利用者数/全利用者）	
褥瘡発生率（〇月の褥瘡発生数/利用者数）	
高齢者バイタルインデックス（表3参照） 評価（サービス開始時及び2ヶ月後の評価をし比較する）	
疼痛の改善・悪化（サービス開始時及び2ヶ月後の評価をし比較する）	
サービス終了理由（死亡、入院後終了、施設への移行、目的達成、クレームによる中止）	
表3. 高齢者バイタルインデックス	
起床	2点、いつも定時に起床している
	1点、起こさないと起床しないことがある
	0点、自分から起床することがない判定上の注意 薬剤の影響（睡眠薬など）を除外。 起座できない場合、開眼し覚醒していれば2点
意志疎通	2点、自分から挨拶する、話しかける
	1点、挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる
	0点、反応がない判定上の注意 失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい。
食事	2点、自分で進んで食べようとする
	1点、促されると食べようとする
	0点、食事に関心がない、全く食べようとしない判定上の注意 器質的消化器疾患を除外。 麻痺で食事の介護が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点 （口まで運んでやった場合も積極的に食べようとすれば2点）
排せつ	2点、いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う
	1点、時々尿意、便意を伝える
	0点、排泄に全く関心がない判定上の注意 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、 失禁後にいつも不快を伝えれば2点
リハビリ、活動	2点、自らリハビリに向かう、活動を求める
	1点、促されて向かう
	0点、拒否、無関心判定上の注意 リハビリでなくとも散歩やレクリエーション、 テレビでもいい。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。