

〔原 著〕

高齢者訪問看護における家族支援質指標の適用可能性の検討：全国調査をもとに

岡本 有子¹⁾ 鈴木 育子²⁾ 岡田 忍³⁾ 石垣 和子³⁾ 山本 則子⁴⁾

要 旨

本研究の目的は、高齢者訪問看護家族支援質指標を用いて訪問看護ステーションからの訪問看護における家族支援に関する実態を調査し、家族支援の現状と質指標の適用可能性を検討することである。対象は全国の訪問看護ステーション5,322ヶ所のうち系統的に抽出された1,330ヶ所の訪問看護ステーションの訪問看護師である。1ステーションにつき1名の訪問看護師が自記式質問紙に回答した。回収数は375件（28.2%）、虐待に関連する指標で無回答が若干多くみられたが、その他の指標への回答率は概ね良好であった。総合得点は満点が18.7%あった。総合得点は訪問看護経験年数との間に正の相関がみられた一方、病棟経験も含めた看護経験年数とは有意な関連がみられず、訪問看護に特化した質指標としての有用性が示唆された。時間的制約または個人の能力不足により「ここまではできないと思う指標が多い」と考える訪問看護師が4割以上みられた一方で、「現場ではあたりまえと感じる指標が多い（67.0%）」「実践上重要な点が網羅されている（81.4%）」という回答も多かった。家族支援はケアマネジャーの役割と指摘する訪問看護師もいたが、訪問看護師は観察事項をケアマネジャーに報告し、時には支援すべき役割であることが確認された。以上より、本質指標は訪問看護の現場での適用可能性が高いことが示唆された。今後は本質指標の有効性を検討することが必要である。

キーワード：高齢者、訪問看護、家族支援、質指標、適用可能性

1. 緒 言

訪問看護の質管理は現在の訪問看護制度における課題のひとつである。介護保険に基づく諸サービスのうち、訪問看護だけがゴールドプラン21の目標設定数を下回っている¹⁾。質の高いサービスを提供して需要を拡大する努力が訪問看護制度の発展のために必要不可欠である。

現在、日本で使用できる訪問看護全般の質管理のための客観的指標は、日本看護協会版²⁾、OASIS³⁾、MDS-HC-QI⁴⁾である。このうち日本看護協会版の質基準は、訪問看護機関という組織やそこで提供される看護サービスの構造という基本的な評価の枠組みを

提示している。一方、OASISとMDS-HC-QIは利用者の状態像の変化を指標として、提供されている訪問看護の質を評価する。すなわち、看護を提供した結果を基盤とした評価指標である。いずれの指標においても、提供すべき具体的な看護内容はそれぞれの訪問看護事業所や個別の訪問看護師に任されており、実質的な質の保証は個別の事業所・訪問看護師の努力に頼っている。

一方、今日の訪問看護事業所の多くは小規模であり、経営収支が安定して黒字を出している事業体は全体の30%台で、その他は収支がほぼ均衡、あるいは赤字という報告がある⁵⁾。このような中で、訪問看護の質の維持・向上のための教育・研修等の活動に経済的・時間的な資源を割くことは難しい⁵⁾。さらに、個別の訪問看護師はさまざまな教育歴や現場の経験、背景のもとに訪問看護に携わっており、臨床経験やそれに基づく技能、職務への姿勢は多様である。

1) 千葉大学大学院看護学研究科

2) 山形大学医学部看護学科

3) 千葉大学看護学部

4) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

このような現状において、訪問看護の質を保証するための一つの方法は、提供されるべき看護内容を具体的に示すことではないかと考えられる。看護内容の明示により、ケアの質を保証できる看護方法が誰にでも簡便に理解・学習できると思われるからである。近年米国では、高齢者医療・看護・介護の質保証・標準化のための、具体的な行動内容を表した質指標の開発が進められ⁶⁾、その実践状況と高齢者の予後とに相関関係がみられたことも報告されている⁷⁾。私たちは、このとりくみAssessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)プロジェクト⁸⁾を参考に、高齢者の訪問看護の質指標の開発に取り組んだ。ここでは、高齢者の訪問看護において頻繁に発生する状態を16領域挙げ、訪問看護師が最大のケア効果を挙げるために取るべき行動を列挙して質指標とした。

本研究はその一部で「家族支援」を取り上げた。訪問看護件数の75%で訪問看護師は家族と関わっており⁹⁾、高齢者への訪問看護において家族への支援は重要な位置を占める。家族支援にかかわる文献から質指標案を作成し、エキスパートとの討議を重ね指標の修正・洗練を行うという過程を経て、質指標を開発した¹⁰⁾。本研究は次段階のとりくみである。本研究では家族支援質指標の現場での適用可能性を検討することを目的とし、家族支援質指標を用いて全国の訪問看護ステーションで働く訪問看護師を対象に質問紙調査を行い、①家族支援質指標の回答分布を把握すること、②家族支援質指標の実施状況と訪問看護師および訪問看護ステーションの属性との関連性を探索すること、③訪問看護師による家族支援質指標を使用後の意見・感想を把握すること、の以上3点から適用可能性の検討を行った。

II. 方 法

1. 対象

本プロジェクト全体で開発された全16領域は、WAMNET (Welfare And Medical Service NETwork System)の介護事業者情報に平成17年11月時点で掲載されて

いた全国訪問看護ステーション5,322ヶ所を対象として、郵送にて調査された。家族支援はその1領域である。

調査にあたり、1名の訪問看護師に全16領域に対する回答を依頼することは負担が大きいと思われた。そこで、16領域を各々1～3領域に分けて8セットの調査票を作成し、1名の訪問看護師に1セットの調査票を回答してもらうようにした。また、ステーションは郵便番号で無作為に4グループに分け、1ステーションあたり2セットの調査票を郵送した。各ステーションにおいて、看護職経験年数や訪問看護経験年数が極力異なる訪問看護師2名に1セットずつ回答してもらうように依頼した。従って、家族支援質指標は1,330ヶ所の訪問看護ステーションに郵送され、各ステーションで1名の訪問看護師に回答が依頼された。

2. 調査内容

調査内容は、家族支援質指標、訪問看護師とステーションの属性、及び質指標に回答してみたの意見・感想である。

1) 家族支援質指標

家族支援質指標の枠組みと指標の具体的内容を表1に示す。枠組みはアセスメント(3指標)、支援方法(27指標)、フォローアップ(2指標)で構成され、計32指標である。アセスメントは、家族介護力、家族員の介護負担、家族の希望するケアの方向性などについて、訪問看護開始時及び家族の状況が変化した場合に行うこととした。虐待の危険性のアセスメントも組み込まれた。支援方法は、予防的支援、家族との関係構築、家族の主体性の尊重、介護力の維持・管理、介護技術の指導、介護意欲の維持・管理、人間関係の維持・改善、家族の生活の維持・管理、終末期の家族支援、虐待への対応の10カテゴリーからなり、それぞれのカテゴリーに複数の指標が所属する。フォローアップでは、何らかの支援方法を実施した場合には期間を決めて評価することを示した。高齢者に対する普段の訪問看護実践内容に概ね沿っている場合(条件が合えばそのようにして

表1. 家族支援質指標の回答

N=375

カテゴリー	指標内容	「いいえ」 (実施していない) n (%)	「はい」 (実施している) n (%)	無回答 n (%)
		n (%)	n (%)	n (%)
ア セ ス メ ン ト	1 【初期アセスメント】訪問看護を開始する際には、利用者・家族員及びケアマネジャー等からの情報収集により、状況に応じて以下の項目を徐々にアセスメントし、結果を記録する。 ・ 家族介護力（心身・社会・経済；家族の問題解決能力やソーシャルサポートを含む） ・ 家族員（特に主介護者）の介護負担（心身・経済・社会） ・ 家族の希望するケアの方向性 ・ 現在の介護状況における危険 ・ 家族の人間関係	19 (5.1)	354 (94.4)	2 (0.5)
	2 【再アセスメント】家族の状況が変化した場合、以下の項目を含む再アセスメントを状況に応じて実施し、結果を記録する。 ・ 家族介護力（心身・社会・経済；家族の問題解決能力やソーシャルサポートを含む） ・ 家族員（特に主介護者）の介護負担（心身・経済・社会） ・ 家族の希望するケアの方向性 ・ 現在の介護状況における危険 ・ 家族の人間関係	27 (7.2)	346 (92.3)	2 (0.5)
	3 【虐待のアセスメント】訪問看護の全過程において高齢者虐待の可能性を念頭におき、その危険性をアセスメントし、記録する。	143 (38.1)	222 (59.2)	10 (2.7)
支 援 方 法	4 【予防的支援】介護負担の悪化や高齢者虐待に対する予防的支援のため、以下の事を行う。 ・ 介護負担の今後の変化を予測し、記録する ・ 予測にもとづき余裕を持って介護力調整、家族関係調整などのための支援を行う など	96 (25.6)	272 (72.5)	7 (1.9)
	5 【関係構築】必要があれば特にコミュニケーションを図るなどして、家族員との関係構築を行う。	15 (4.0)	358 (95.5)	2 (0.5)
	6 【関係構築の工夫】家族員がなんでも聞きやすく、感情を表出しやすいように、以下の事を行う。 ・ 疑問の有無を尋ねる ・ 感情を表出しやすい場を作り、言葉をかける など	7 (1.9)	365 (97.3)	3 (0.8)
	7 【主体性の尊重】多様な家族のありようを受け入れ、家族の主体性を尊重するために、以下の事を行う。 ・ 在宅ケアの方向性に関し家族の意向を把握し、それに添って支援する ・ 家族介護の現状における危険性をアセスメントした上で、家族の希望するケアの方向性を尊重し、支援する ・ 各種サービスの利用に関する家族の意向を把握し、それに添って支援する など	14 (3.7)	357 (95.2)	4 (1.1)
	8 【家族と共に看護計画の策定】看護目標及び計画の策定に家族が参加するように働きかける。	111 (29.6)	257 (68.5)	7 (1.9)
	9 【健康管理】家族員の心身の健康を管理するために、以下の事を行う。 ・ 家族員の健康状態を尋ねる ・ 家族員のフィジカルアセスメントやバイタルサインの測定をする ・ アセスメントにもとづき必要に応じて受診を勧める、または対処方法を相談する など	39 (10.4)	333 (88.8)	3 (0.8)
	10 【外部資源の情報提供】訪問看護開始後早期に、以下の外部資源について家族に情報提供し、利用可能性について家族と相談する。 ・ 活用できる手当・制度 ・ 介護保険内外の各種保健福祉サービス ・ 家族会やその他のボランティア組織による支援 ・ 親族・近隣からの支援 など	121 (32.3)	250 (66.7)	4 (1.1)
	11 【介護負担増強の予防】家族員の介護負担が強い場合または強くなると予測される場合、以下の事を行う。 ・ 家族員の行っている介護方法や介護目標について話し合って評価し、現実的・効率的な方法を検討する ・ 外部資源利用の可能性について家族と相談する ・ 外部資源利用に関し、家族が納得の行く意思決定をできるよう、家族間のコミュニケーションを促す ・ タイミングを見計らい、家族員が愚痴をこぼした時などニーズが顕在化した時に外部支援について説明・相談する適切な外部資源を特定し、利用できるように働きかける（ケアマネジャーへの連絡、外部資源への紹介、親族・近隣への働きかけなど） など	40 (10.7)	328 (87.5)	7 (1.9)
	12 【介護負担の未改善時の対応】家族員の介護負担が改善しない場合、以下の事を行う。 ・ 介護負担の発生機序や外部資源利用上の障害をアセスメントして記録する ・ 上記アセスメントに添って支援の焦点を定め実施する など	110 (29.3)	258 (68.8)	7 (1.9)
	13 【地域ネットワーク作り】家族支援の地域ネットワーク作りのために、以下の事を行う。 ・ 在宅介護支援センター、ケアマネジャー、保健師、民生委員、ヘルパー、医師などとのミーティング・カンファレンスの実施・参加 ・ 保健師、民生委員、ヘルパー、医師などとの個別の連絡・相談 など	103 (27.5)	265 (70.7)	7 (1.9)
	14 【介護技術の教育】介護方法や医療処置の手技を教育するために、以下の事を行う。 ・ 家族員の知識及び学習能力・意欲をアセスメントする ・ アセスメントにもとづき、家族員の知識及び学習能力・意欲に適した方法で指導する ・ 必要に応じ、パンフレット・ビデオなど学習を助けるものを用いる ・ 家族員と共に実施し、その後家族員が一人でできるか確認する ・ 家族員の実施した内容には肯定的なフィードバックを行い、励ます ・ 家族員の実施状況を随時確認し、必要なフォローアップをする ・ タイミングを見計らい、家族員が困難を訴えるなどニーズが顕在化した時に指導する など	58 (15.5)	313 (83.5)	4 (1.1)
	15 【今後の見込み等の説明】以下の事柄について、必要に応じて説明する。 ・ 介護の状況に関する今後の見込み ・ 医療・福祉関係者とのつきあいかた など	81 (21.6)	286 (76.3)	8
	16 【緊急時対応の説明】緊急時の対応方法に関し、以下のように説明する。 ・ とるべき対応方法を繰り返し説明する ・ とるべき対応方法を書き出し、わかりやすいところに貼るなどして、緊急時にすぐ見られるようにしておく ・ 医療機関など必要な連絡先を書き出して電話のそばなどに貼る ・ 対応方法は定期的に確認し、状況に合わせておく	26 (6.9)	344 (91.7)	5 (2.1)

カテゴリー	指標内容	「いいえ」 (実施していない) n (%)	「はい」 (実施している) n (%)	無回答 n (%)
支援方法 (つづき)	介護意欲の維持・管理			
	17 【介護負担への対応】家族員の介護負担感が強く介護に関する肯定的な認識が低い場合、以下の事を検討し、必要・可能であれば実施する。 ・ 介護負担の発生機序に関する詳細な検討を行い、施設の利用などを含めた問題解決の方向性を共に模索する ・ 介護に関するこれまでの努力をねぎらい、優れた面を取り上げて認め評価する ・ 悪く思い込んでいる場合には、ものごとの良い側面に目が向けられるように働きかける ・ 問題解決の難しい状況にある場合には、ストレス発散できる方法をともに考える ・ リラクゼーション技術を指導する ・ 他の家族介護者やサポートグループを紹介する ・ 前向きに介護を捉えようとする姿勢に賛同し支援する など	50 (13.3)	319 (85.1)	6 (1.6)
	18 【介護負担・介護不安への対応】介護者の介護負担感や不安が強い場合、情緒的な支援を行うために特に時間を取って家族員の思いを傾聴する。	49 (13.1)	320 (85.3)	6 (1.6)
	人間関係の維持・改善			
	19 【利用者と家族との緊張緩和】利用者や家族員に、利用者の在宅療養に関し何らかの緊張関係がある場合は、以下の事を行う。 ・ 情緒的な支援を行うためにそれぞれの思いを傾聴する。 ・ お互いの気持ちからより正確に理解できるように、コミュニケーションを促す など	27 (7.2)	342 (91.2)	6 (1.6)
	20 【家族と親族との緊張緩和】利用者・家族員とその他の親族に、利用者の在宅療養に関し何らかの緊張関係がある場合には、以下の事を行う。 ・ 主介護者以外の家族員とも話し合うために特に時間を設ける ・ 家族および親族間のコミュニケーションを促す など	142 (37.9)	226 (60.3)	7 (1.9)
	21 【家族看護の習得】家族システム理論など一定の枠組みにもとづく家族に対する働きかけかたを習得し、家族間に利用者の在宅療養に関し何らかの緊張状態があるなど、必要な場合に計画実施する。	207 (55.2)	156 (41.6)	12 (3.2)
	家族の生活の維持・管理			
	22 【家族行事への支援】家族の行事やそれまでの生活スタイル（冠婚葬祭・旅行・子どもの運動会など）を可能な限り維持するように勧める。	28 (7.5)	341 (90.9)	6 (1.6)
	23 【気分転換・自己実現への支援】個々の家族員の気分転換や自己実現の追求が可能となるように支援する。	40 (10.7)	328 (87.5)	7 (1.9)
	家族終末期の支援			
	24 【終末期のあり方の希望】家族員が利用者とともに残された時間をどのように過ごしたいのかを考えるために働きかける。	26 (6.9)	342 (91.2)	7 (1.9)
	25 【終末期の不安や思いの受け止め】家族員の不安や思いを十分に受け止めることのできるよう、関係を深める。	15 (4.0)	353 (94.1)	7 (1.9)
	26 【終末期の家族へのケア】家族員が可能な限り希望に沿った終末期を過ごし、後悔が残らないように支援する。	13 (3.5)	354 (94.4)	8 (2.1)
	虐待への対応			
	27 【懸念される虐待への対応】虐待が懸念される場合には、以下の事を行う。 ・ 家族内及び訪問看護で解決可能かを判断する ・ 訪問介護等外部資源の活用をすすめ、第三者の目を増やして予防に努める	50 (13.3)	311 (82.9)	14 (3.7)
	28 【明らかな虐待への対応】虐待が看護者、家族員に明らかな場合には、以下の事を行う。 ・ 看護者の懸念を表明し、状況について率直に家族員と話し合う または医師など他職種による話し合いを検討して実施する ・ 話し合いにあたっては、ステーションなど自宅以外の場所を利用することも考慮する	109 (29.1)	250 (66.7)	16 (4.3)
	29 【解決困難な虐待への対応】家族内での解決が難しい虐待の場合には、以下の事を行う。 ・ 利用者や家族員の分離を含む対応策を他機関（保健所・保健センター・ケアマネジャー・福祉事務所など）と検討する ・ 分離などの対応策が必要であれば他機関と協力しつつ実施する	84 (22.4)	275 (73.3)	16 (4.3)
	30 【虐待対応の地域ネットワーク作り】虐待への対応のための地域のネットワーク作りを行う、またはネットワーク作りに積極的に参加する。	235 (62.7)	124 (33.1)	16 (4.3)
フォローアップ	31 【期限を決めた評価】何らかの支援を実施したら、期限を決めてその効果・影響を評価する。	144 (38.4)	221 (58.9)	10 (2.7)
	32 【必要時アセスメント】必要な家族支援の内容について常にアセスメントし、看護記録に記載する。	96 (25.6)	268 (71.5)	11 (2.9)

いる場合)に「はい」、そうでない場合(条件が合っていないでもそのようにしないことが多い場合)に「いいえ」の2件法で回答を得た。訪問看護のあるべき姿ではなく、日々の実践をそのまま回答するよう依頼した。

2) 訪問看護師とステーションの属性

訪問看護師の属性は、年齢、性別、職種、看護職としての通算経験年数(以下、看護経験年数)、訪問看護に従事した通算経験年数(以下、訪問看護経験年数)、病棟勤務歴のある科を用いた。ステーション

の属性には、母体法人、開設した年、常勤換算看護職員数、平成17年11月のステーション全体の利用者数ならびに訪問件数を用いた。

3) 家族支援質指標に回答した上での意見・感想

質指標に回答後、質指標内容に対して以下の意見・感想を得た。質問内容は、「忙しくてここまではできないと感じる指標が多いか」「私の知識や経験ではここまではできないと感じる指標が多いか」「訪問看護の実情にそぐわないと感じる指標が多いか」「現場ではあたりまえと感じる指標が多いか」「訪問

看護実践上の重要な点が網羅されていると思うか」で、それぞれ「とてもそう思う」から「全くそう思わない」の4件法で回答を得た。最後に、自由記載で実践内容として追加すべき内容およびその他の意見・感想を把握した。

3. 調査手続き

各ステーションには、常勤の訪問看護師か、常勤で回答できる訪問看護師がいない場合には、勤務時間の長い非常勤の訪問看護師を1名選定し回答してもらった。調査参加は自由意思とし、返送をもって調査参加への意思を確認した。調査はすべて匿名で実施した。調査期間は平成17年12月1日から20日であった。なお、本研究は千葉大学看護学部倫理委員会の承認を得ている。

4. 分析方法

回答された家族支援質指標は、「はい」を1点、「いいえ」を0点とし、単純加算したものを総合得点とした。得点範囲は0点から32点である。各指標の「はい」の回答率（以下、実施率）と無回答率を算出後、総合得点の分布を調べた上で総合得点と属性との関連を検討した。総合得点が正規分布しなかったため、検討はノンパラメトリックの方法を用いた。すなわち、ステーションの母体法人および開設年、訪問看護師の職種、経験した診療科との関連はKruskal-Wallis検定、ステーションの職員数、1ヶ月の利用者数および訪問件数、訪問看護師の年齢、看護経験年数、訪問看護経験年数との関連はSpearmanの順位相関係数を算出した。最後に、総合得点に関連のあった属性と個別の指標との関連を検討するために、Mann-Whitney検定または χ^2 検定を行った。

質指標に回答してみでの意見・感想は単純集計し、自由記載は実践内容として追加すべき項目を取りあげて検討した。その他の意見・感想に関して、訪問看護における家族支援の現状の問題に焦点をあてて整理した。統計学的処理は統計ソフトSPSS 11.5J for Windowsを使用し、有意水準は5%未満とした。

III. 結 果

1. 回答者の属性

郵送総数1,330件に対し、回収数は375件（回収率28.2%）であった。訪問看護師の年齢は平均42.0歳、40歳代が4割弱と最も多く女性がほとんどを占めていた（表2）。職種は約9割が看護師で、看護経験年数は平均約17年であった。訪問看護経験年数は平均4.5年であった。過去に勤務した病棟（複数回答）は内科が7割、外科は5割弱、整形外科・リハビリが3割を超えた。

ステーションの母体法人は医療法人が約半数と最も多く、開設した年は1996～1999年が4割以上だった。常勤換算看護職員数の平均は約4人であった。平成17年11月時点における1ヶ月間の利用者数は平均約56名、訪問件数は平均300件程度であった。

表2. 回答者の属性

N=375				
訪問看護師属性	平均	(SD)	n (人)	(%)
年齢(歳;n=373)	42.0	(8.1)	(範囲:24-68)	
性別				
男性			3	(0.8)
女性			371	(98.9)
無回答			1	(0.3)
職種				
看護師			335	(89.3)
准看護師			28	(7.5)
保健師			10	(2.7)
無回答			2	(0.5)
看護経験年数(年;n=371)	17.0	(7.4)	(範囲:2-42)	
訪問看護経験年数(年;n=374)	4.5	(3.4)	(範囲:0-18)	
病棟勤務経験(複数回答)				
外科			184	(49.1)
内科			269	(71.7)
脳神経系			94	(25.1)
循環器系			89	(23.7)
呼吸器系			66	(17.6)
消化器系			98	(26.1)
整形外科・リハビリ			133	(35.5)
精神科			25	(6.7)
訪問看護ステーション属性	平均 (人)	(SD)	n (ヶ所)	(%)
母体法人				
医療法人			178	(47.5)
財団法人			28	(7.5)
営利法人			41	(10.9)
地方公共団体			21	(5.6)
社会福祉法人			26	(6.9)
社団法人			39	(10.4)
生活協同組合			8	(2.1)
その他			27	(7.2)
無回答			7	(1.9)
開設年				
1992年～1995年			67	(17.9)
1996年～1999年			160	(42.7)
2000年～2006年			141	(37.6)
無回答			7	(1.9)
常勤換算看護職員数(n=371)	4.4	(2.1)	(範囲:1.0-16.7)	
1ヶ月利用者数(n=364)	55.7	(38.0)	(範囲:2.0-311.0)	
1ヶ月訪問件数(n=362)	295.6	(182.0)	(範囲:10.0-951.0)	

2. 個別の質指標への回答

回答の単純集計をみると、無回答率は0.5–4.3%であった(表1)。無回答が最も多かった指標は、虐待への対応に関する28~30で、3【虐待のアセスメント】(無回答率2.7%)、27【懸念される虐待への対応】(同3.7%)も無回答率は高かった。虐待以外で無回答の多かった指標は、21【家族看護の習得】(3.2%)、31【期限を決めた評価】(2.7%)、32【必要時アセスメント】(2.9%)等であった(【 】内は各指標の略称。以下同様。)

実施率が95%以上だった指標は、5【関係構築】、6【関係構築の工夫】、7【主体性の尊重】の3指標であり、家族とのコミュニケーションに関する指標が多かった。一方、実施率65%未満は5指標で、3【虐待のアセスメント】、20【家族との緊張緩和】、21【家族看護の習得】、30【虐待対応の地域ネットワーク作り】、31【期限を決めた評価】であった。

3. 総合得点と属性との関連

総合得点を用いた以下の分析は、全ての質指標に回答された315件をもとに行った。全体の総合得点は平均が32点満点中25.6点(SD=5.6)で、32点満点が59名(18.7%)と多かった(図1)。

続いて総合得点と属性の関連を検討した。訪問看護師の属性では、訪問看護経験年数と総合得点の相関関連は有意だったが、相関係数は0.163と高い値ではなかった(Spearman順位相関係数, $p=0.004$)。一方、年齢や看護経験年数、病棟勤務経験は関連がみられなかった。散布図をみると、訪問看護経験の長い人は高得点が多く、訪問看護経験の短い人は低得点から満点まで分布していた(図2)。ステーションの属性では、1992年~1995年(総合得点平均24.3, SD5.9)と1996年~1999年(総合得点平均26.5, SD5.4)に開設されたステーション間で有意な差がみられ、1996年~1999年に開設されたステーションの訪問看護師の得点が高い傾向にあった($p<0.05$)。常勤換算看護職員数、1ヶ月の利用者数および訪問件数は、総合得点との間に関連はみられなかった。

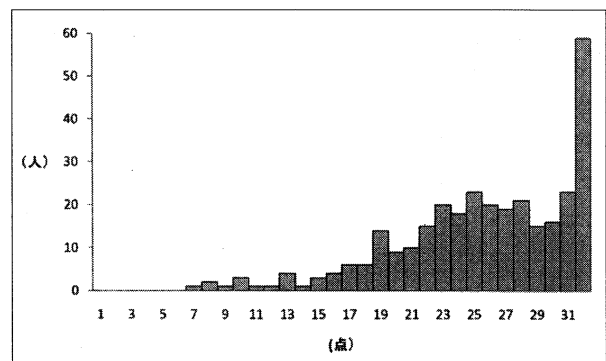


図1. 家族支援総合得点分布

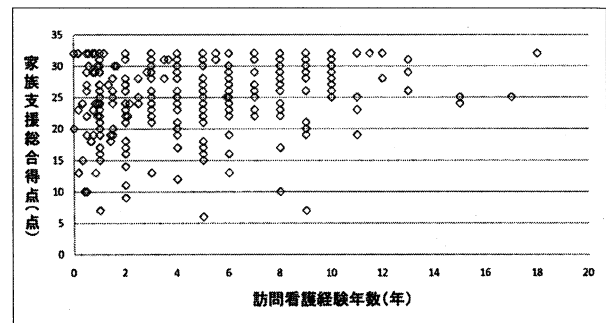


図2. 家族支援総合得点と訪問看護経験年数の散布図

4. 各指標と訪問看護経験年数および開設年との関連

次に、総合得点と関連のみられた訪問看護経験年数と開設年に関して、どの個別の指標と関連がみられたかを検討した。まず、訪問看護経験年数と有意な関連のみられた指標は、4【予防的支援】、8【家族と共に看護計画の策定】、10【外部資源の情報提供】、11【介護負担増強の予防】、15【今後の見込み等の説明】、17【介護負担への対応】、24【終末期のあり方の希望】、27【懸念される虐待への対応】の計8指標であり、「実施している」と回答した群の訪問看護経験年数が長かった(表3)。

開設年との間に有意な関連がみられた指標は、3【虐待のアセスメント】、5【関係構築】、21【家族看護の習得】、29【解決困難な虐待への対応】、30【虐待対応の地域ネットワーク作り】の5指標であり、いずれも1996-1999年の開設群で実施率が高かった(表4)。

5. 質指標に回答してみての意見・感想

質指標に回答後に尋ねた意見・感想のまとめを表5に示す。「訪問看護実践上の重要な点が網羅されている」には127名(33.9%)が「とてもそう思う」

と回答しており、「ややそう思う」と合わせると8割以上の訪問看護師が指標を肯定的に評価した。一方、「訪問看護の実情にそぐわない」について「とてもそう思う」と回答した者は8名(2.1%)、「忙しくてここまではできないと思う指標が多い」「私の知識や経験ではここまではできないと感じる指標が多い」に「とてもそう思う」と回答した者もごくわずかであった。「現場ではあたりまえと感じる指標が多い」に「とてもそう思う」と回答した訪問看護師が79名(21.1%)あった。

6. 自由記載内容

95名の訪問看護師より意見・感想を得た。自由記載で追加すべき項目として、「主治医との連絡」「他業種との連携」「利用者の身体的・精神的分析」「スタッフ間の連携・評価」「ケアマネジャーとの連携」「説明・指導等時のタイミングをみはかる」が挙げられた。

その他の意見・感想(以下、意見とする)では、訪問看護における家族支援の現状の問題として、ケアマネジャーとの役割分担と虐待に関することが多かった。ケアマネジャーとの役割分担については、「介護保険制度下ではケアマネジャーを中心として家族支援について調整や対応をするべき(15名)」等の意見が26名あった。一方、ケアマネジャーと連携しつつ対応しているという意見や、ケアマネジャーの力量により対応がなされない場合があるため訪問看護が実際に動くという意見、難病

等ケアマネジャーが不在であるケースではネットワーク作りが大切という意見もみられた。虐待への対応に関する意見も24名あった。虐待への対応で困難な点として「家族への伝え方が難しい」「現状では実際の介入が難しい」「記録開示請求に備えて虐待の内容を詳細に記録することが難しい」等が挙げられた。一方で、「実際に虐待例をもったことがない」という意見は約10名みられた。家族支援を十分に訪問時間内に行うことは困難という意見も複数みられた。

表3. 各指標内容と訪問看護経験年数との関連 ($p<0.05$ であった指標のみ)

指標内容	「いいえ」 (実施していない)		「はい」 (実施している)		p値
	n	訪問看護 経験年数 平均(SD)	n	訪問看護 経験年数 平均(SD)	
4 【予防的支援】	84	3.4 (2.6)	230	4.8 (3.5)	0.001 **
8 【家族と共に看護計画の策定】	93	3.8 (3.1)	221	4.7 (3.4)	0.029 *
10 【外部資源の情報提供】	103	3.6 (3.2)	211	4.8 (3.3)	0.001 **
11 【介護負担増強の予防】	33	3.2 (3.3)	281	4.6 (3.3)	0.004 **
15 【今後の見込み等の説明】	71	3.5 (2.7)	243	4.7 (3.4)	0.006 **
17 【介護負担への対応】	44	3.4 (2.9)	270	4.6 (3.4)	0.027 *
24 【終末期のあり方の希望】	20	2.5 (2.4)	294	4.6 (3.4)	0.004 **
27 【懸念される虐待への対応】	41	3.5 (3.4)	273	4.6 (3.3)	0.016 *

Mann-Whitney検定 *: $p<0.05$; **: $p<0.01$

N=315のうち、訪問看護経験年数の欠損のないN=314が分析対象

表4. 各指標内容と開設年ごとの関連 ($p<0.05$ である指標のみ)

指標内容	開設年(年)	「いいえ」 (実施していない)		「はい」 (実施している)		p値
		n	(%)	n	(%)	
3 【虐待のアセスメント】	1992～1995	31	(53.4)	27	(46.6)	0.038 *
	1996～1999	46	(33.8)	90	(66.2)	
	2000～2006	45	(39.1)	70	(60.9)	
5 【関係構築】	1992～1995	5	(8.6)	53	(91.4)	0.036 *
	1996～1999	3	(2.2)	133	(97.8)	
	2000～2006	2	(1.7)	113	(98.3)	
21 【家族看護の習得】	1992～1995	42	(72.4)	16	(27.6)	0.002 **
	1996～1999	64	(47.1)	72	(52.9)	
	2000～2006	72	(62.6)	43	(37.4)	
29 【解決困難な虐待への対応】	1992～1995	14	(24.1)	44	(75.9)	0.019 *
	1996～1999	23	(16.9)	113	(83.1)	
	2000～2006	37	(32.2)	78	(67.8)	
30 【虐待対応の地域ネットワーク作り】	1992～1995	48	(82.8)	10	(17.2)	0.030 *
	1996～1999	87	(64.0)	49	(36.0)	
	2000～2006	76	(66.1)	39	(33.9)	

χ^2 検定 *: $p<0.05$; **: $p<0.01$

N=315のうち、開設年の欠損のないN=309が分析対象

表5. 質指標に回答した上での感想・意見

	N=375											
	とても そう思う		やや そう思う		あまり そう思わない		全く そう思わない		わからない		不明	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
訪問看護実践上の重要な点が網羅されている	127	(33.9)	178	(47.5)	36	(9.6)	5	(1.3)	16	(4.3)	13	(3.5)
訪問看護の実情にそぐわない	8	(2.1)	66	(17.6)	213	(56.8)	54	(14.4)	13	(3.5)	21	(5.6)
忙しくてここまではできない	18	(4.8)	145	(38.7)	150	(40.0)	33	(8.8)	11	(2.9)	18	(4.8)
私の知識や経験では、ここまではできない	22	(5.9)	159	(42.4)	139	(37.1)	25	(6.7)	8	(2.1)	22	(5.9)
現場ではあたりまえだ	79	(21.1)	172	(45.9)	74	(19.7)	9	(2.4)	19	(5.1)	22	(5.9)

N=375

IV. 考 察

高齢者の訪問看護における家族支援の重要性は、教科書をはじめ多くの文献で繰り返し言及されている。今回用いた質指標は、高齢者への訪問看護において家族に何を支援すべきかを具体的な行動レベルで明示した。本調査では、訪問看護に携わる全国の訪問看護師がこれらの指標をどの程度実践しているかを把握し、指標内容が実践をガイドする指標として適切かどうかを確認した。回収率は28.2%と数値上高くはないが、系統的抽出法により全国から375名もの訪問看護師から回答協力が得られたこと、また、回答者の母体法人の構成割合、常勤換算看護職員数、1ヶ月利用者数は、厚労省による全国調査¹¹⁾結果と近かったことから、今回の結果の代表性はある程度確保されていると思われる。

質指標の回答方法に関して、訪問看護師にとって日ごろの実践内容を振り返られるための簡便な指標をめざしたため、統計学的限界はあるものの、あえて「はい」「いいえ」という2件法による回答を求めることにした。そのような現場での活用上の利便性を優先した指標であることをふまえた上で、得られた結果につき考察する。

1. 個別の指標への回答

各指標の無回答率は5%未満であり、回答率は概ね良く、本質指標が臨床現場の訪問看護師にとって回答しうる指標内容であることが窺われた。ただし、実施率の低い指標は無回答も若干多い傾向がみられた。自由記載欄にみられたように、「虐待事例をもったことがない」など経験のない事柄に関する指標について、回答に迷ったと推測される。最も実施率が低かった指標は、30【虐待対応の地域のネットワーク作り】の約3割であった。2006年に高齢者虐待防止に関する法律が施行されたものの、虐待に関する支援の困難¹²⁾は本調査の自由記載でも指摘され、支援策が未整備な状況が窺われた。訪問看護は在宅で支援を担う職種であることから、高齢者虐待に向き

合う可能性も高く¹²⁾、早期発見・早期対応にむけた地域ネットワークの形成および参加していくことで、社会全体で虐待の支援システムが整備されていくことが期待される。

2. 総合得点と属性との関連

総合得点の分布をみると、満点が2割弱みられた。少なくとも2割の訪問看護師にはすべてできていると自己評価できる回答で、現実の実施可能性が十分あるものと思われる。

総合得点は訪問看護経験年数との間に有意な相関があり、散布図より、訪問看護経験の長くなるほど最低得点が高くなる、すなわち得点の低い人がいなくなる傾向がみられた。また、8つの指標において、実施群の方が非実施群よりも訪問看護経験年数が長かった。主観的評価の限界はあるが、訪問看護の経験を積むことで、高得点をとる可能性が窺われた。しかし、今回得られた相関係数はそれほど高くはなかった。これは2値変数として扱ったことの限界かもしれない。ただし、訪問看護師自身の多様性、さらにさまざまな利用者および家族に対応している訪問看護の多様性など臨床の現状を考慮すれば、有意性が示されたこれらの結果は、本質指標が訪問看護に特有な家族支援の内容を含んでいることを窺わせ、訪問看護質指標としての適切性を示している可能性がある。

開設年と総合得点との関連については、明らかな理由は考えにくい。家族支援は在宅看護において特に強調され、在宅看護の考え方が普及したのは比較的最近であるため、歴史のあるステーションほど家族支援を意識しない傾向があるのかもしれない。この点は今後検討が必要である。

3. 指標に回答してみての意見・感想

「実践上重要な点が網羅されている」という設問に対する肯定的な回答が高かった結果から、本質指標は概ね良好に評価されていたと考えられる。評価指標としてはある程度難度の高い内容も含まれた方が好都合であり、時間的制約や個人の能力不足により「ここまではできない」という意見・感想が多少

あったことは却って質指標としての意義を示している。一方、「現場ではあたりまえだ」とする回答の割合も高く、訪問看護において、家族支援として何をどれだけ行うべきかに関する感覚にばらつきがあることが窺われた。「訪問看護の実情にそぐわない」との回答がみられ、また、自由記載で家族支援に関するケアマネジャーとの役割分担について混乱がみられていた。実際の介護保険サービスの調整はケアマネジャーを通じて行われるため、訪問看護師が率先して家族支援を行うのは「実情にそぐわない」と回答したのではないかと思われた。しかし、ケアマネジャーの背景職種はさまざまで、一般にケアマネジャーが家族と接触する時間は限られている¹³⁾。このような現状では、ケアマネジャーを支える意味からも、訪問看護師が家族支援の技術を備える必要があるのではないかと考えられた。

自由記載において、列挙された追加すべき項目は大変重要な事項であると考えられた。これらは家族支援だけではなく、他の15領域にも共通する、高齢者に訪問看護を提供する上での基本となる姿勢とプロセス¹⁴⁾であると判断し、家族支援とは別の基本姿勢のセクションに盛り込むことにした。

4. 今後の課題

今回の調査は自己評価であり、自己評価が実務とどのように対応するかについて今後確認する必要がある。さらに、在宅療養者および家族の属性を加味した上で、本質指標に沿った支援を実践することがどのようなアウトカムに結びつくかはまだ明らかではない。今後、これらの点について検討し、質指標としての有用性を確認する作業が課題として残されている。

回答方法について、今回は簡便な指標をめざして2件法で行ったが、「はい」「いいえ」のどちらかでは却って答えにくいという意見も研究グループの中などできかれたため、4件法にすることを検討している。また、経験していない指標内容の回答について、本質指標は訪問看護師の行動の評価を意図して開発していることから、「実施していない」ことに

含めることを考えている。

V. 結 論

高齢者訪問看護における家族支援質指標の適用可能性を検討するために、全国の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象に自己評価に関する実態調査を行った。無回答の多かった指標内容は虐待事例等未経験の特定の事柄に限られており、その他の指標への回答率は概ね良好であった。総合得点は満点が2割程度あり、実施可能性のある質指標と思われた。総合得点は訪問看護経験年数との間に弱い有意な関連がみられ、病棟経験も含めた看護経験年数とは有意な関連がみられず、訪問看護に特化した質指標としての有用性が示唆された。さらに、指標は現場の訪問看護師により概ね良好に評価された。以上より、本指標は、高齢者訪問看護における家族支援の質指標として一定の適用可能性があると考えられた。

謝 辞

調査にご協力いただきました全国の訪問看護ステーション関係者の皆様に深謝致します。なお、本研究は文部科学研究費基盤研究(B)「老人訪問看護の質指標の開発：ベストプラクティスに基づく評価指標策定及び標準化(研究代表者：石垣和子)」により実施した研究の一部である。本論文の一部は日本家族看護学会第13回学術集会にて発表した。

〔受付 '07.03.19〕
〔採用 '07.11.22〕

文 献

- 1) 川越博美, 山崎摩耶, 佐藤美穂子: 最新訪問看護研修テキスト ステップ1-①(第1版), p.14, 日本看護協会出版会, 東京, 2005
- 2) 山崎摩耶: 訪問看護の質を自己評価する「平成13年度版日本看護協会訪問看護質評価基準と自己評価票」から 日本看護協会の訪問看護自己評価モデル事業と質評価基準, コミュニティケア, 33号: 26-39, 2002
- 3) 島内節, 友安直子, 内田陽子: 在宅ケア アウトカム評価と質改善の方法, 医学書院, 東京, 2002
- 4) 池上直己, 山田ゆかり, 五十嵐智嘉子, 他: HC-QIを用いた在宅ケアの質の評価 医療系・介護系居宅支援事業所への適用, 病院管理, 42(Suppl.): 122, 2005
- 5) 日本訪問看護振興財団: 平成14年訪問看護・家庭訪問基礎

- 調査, 日本訪問看護振興財団, p.44, 東京, 2003
- 6) Wenger N.S., Shekelle P.G. : Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview, *Ann Intern Med*, 135(8 Pt 2) : 642-646, 2001
- 7) Higashi T., Shekelle P.G., Adams J.L., et al. : Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients, *Ann Intern Med*, 143(4) : 274-281, 2005
- 8) Saliba D., Schnelle J.F. : Indicators of the quality of nursing home residential care, *J Am Geriatr Soc*, 50(8) : 1421-1430, 2002
- 9) 小林奈美, 杉下知子 : 訪問看護婦による家族支援の確立を目指して—東京都及び近隣3県における調査報告, コミュニティケア, 29号 : 64-67, 2002
- 10) 山本則子, 岡本有子, 岡田忍, 他 : 高齢者訪問看護における家族支援に関する質指標の開発, *家族看護学研究*, 13(1) : 19-28, 2007
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部 : 平成15年介護サービス施設・事業所調査, 財団法人厚生統計協会, 東京, 2005
- 12) 医療経済研究機構 : 家庭内における高齢者虐待に関する調査(概要) 平成15年度, <http://www.ihep.jp/publish/report/past/pdf/h15-1.pdf> (2007/01/31 access)
- 13) 木村裕美, 小野ミツ : 介護支援専門員の業務に関する課題と役割認識, *日本看護福祉学会誌*, 9(2) : 64-74, 2004
- 14) 山本則子 : 高齢者訪問看護の質指標の開発の意義とプロセス, *看護研究*, 40(4) : 3-10, 2007

QUALITY INDICATORS FOR FAMILY SUPPORT OF OLDER HOME CARE NURSING CLIENTS: EXAMINING THEIR APPLICABILITY BASED ON A NATIONAL SURVEY

Yuko Okamoto¹⁾ Ikuko Suzuki²⁾ Shinobu Okada³⁾ Kazuko Ishigaki³⁾ Noriko Yamamoto-Mitani⁴⁾

1) Chiba University Graduate School of Nursing

2) School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine

3) Chiba University School of Nursing

4) Graduate School of Allied Health Science, Tokyo Medical and Dental University

Key words: Older Adults, Home Care Nursing, Family Support, Quality Indicators, Applicability

The purpose of this study is to examine the quality of family support by home care nurses using the 32-item Quality Indicators (QIs) we have developed, and to assess the applicability of the QIs to the current home care nursing practice. The subjects of study were home care nurses from visiting nursing stations that were randomly sampled from the whole Japan. We sent out the survey questionnaires asking to evaluate one's daily practice based on the QIs. Out of 1,330 nurses who received the QIs, 375 (28.2%) nurses responded. There were only a few "no answers," and unanswered indicators were mainly related to the issue of elder abuse. Approximately 20% nurses yielded perfect score. The score was significantly related to the length of career as a home care nurse but not to the length of career as a nurse or to nurse's age. Approximately 40-50% of nurses reported many QIs were difficult to achieve due to lack of time or knowledge. On the other hand, 67.0% of nurses reported many QIs were too easy and common in their practice. The majority (81.4%) of nurses reported that the QIs covered major important aspects of family support. Some nurses considered family support as the responsibility of care-managers, while other nurses mentioned that nurses should also own skills for family support in order to assist care-managers. Taken together, these results suggest that the QIs are generally applicable to family support in today's home care nursing in Japan. Further research is necessary to assess the utility of the QIs.