

〔報 告〕

## 高齢者訪問看護質指標(家族支援)の開発： 看護記録を用いた訪問看護実践評価の試み

山本 則子<sup>1)</sup> 片倉 直子<sup>2)</sup> 藤田 淳子<sup>3)</sup> 篠原 裕子<sup>3)</sup> 園田 芳美<sup>4)</sup> 石垣 和子<sup>3)</sup>

### 要 旨

本研究では、高齢者訪問看護質指標（家族支援）の実践内容が現場の訪問看護師によってどの程度実践されているかについて、訪問看護記録を用いた検討を試み、この方法による訪問看護の家族支援評価の可能性を探索した。D県内の2ステーションの看護師10名と、65歳以上の利用者のうち家族のいる利用者60名分の看護記録を対象とした。看護記録から質指標に関連する記載を抽出するため調査票を作成して情報を収集した。看護記録における家族支援質指標内容の記載率は、指標によりかなりの開きが見られた。記載率の高い指標は「家族との関係構築」「介護負担の未改善時の対応」「利用者との緊張緩和」など、記載率の低い指標は「緊急時対応の説明」「家族行事への支援」「家族の気分転換・自己実現への支援」などであり、「虐待のアセスメント」「終末期の家族へのケア」は記載がなかった。虐待事例への支援は該当例がなかった。看護師自身による質指標を用いた自己評価と看護記録からの評価を比較すると、「虐待のアセスメント」「家族との関係構築」「利用者との緊張緩和」には自己評価と看護記録による評価に対応が見られたが、その他の指標には明確な対応が見られなかった。本調査は方法論上の課題が残るが看護記録による客観的な評価方法を試みた意義がある。

キーワード：高齢者，訪問看護，家族支援，質評価

### 1. 緒 言

私達は、高齢者への訪問看護の質を保証・管理するために使用する目的で、訪問看護における家族支援のプロセスに着眼した質指標を開発している<sup>1)</sup>。図に示すように、医療サービスの質評価にはA.構造評価，B.プロセス評価，C.アウトカム評価という3種の視座が一般的に指摘されており<sup>2)</sup>，ここではB.プロセス評価に属する質指標を開発している。プロセスに着眼した質指標により訪問看護を評価するには、①自己評価，②利用者による評価，③第三者による評価が考えられる（図）。これまでの開発過程では、質指標を用いて看護師に自らの実践を自己評価して貰う形で検討を進めてきた。自己評価では、家族支援質指標の内容は多くの看護師によって

既に実践されており、2件法で回答を得た場合には全ての内容を実践しているという回答も少なくなかった<sup>3)</sup>。しかし自己評価には自己点検による内省とそこから実践の質改善という効果が期待できる一方で、客観性に根本的な限界があり<sup>4)</sup>質管理の手段として不十分と思われる。訪問看護における家族支援の質向上を目指すためには、客観的なデータ源を用いた評価方法を開発することが喫緊の課題と思われる。

訪問看護実践の客観的データ源としては、利用者評価や、第三者評価として観察による評価、訪問看護記録からの評価が考えられる（図）。観察・判断等の専門的実践は必ずしも目に見えるわけではないため、利用者評価には限界があると思われた。また、一人の看護師を観察する訪問看護での観察調査は通常の実践行動が再現されない可能性があると考えた。一方、記録による質評価は日本では一般的ではないが、海外では望ましい医療実践内容が診療録に記載

1) 東京医科歯科大学大学院 2) 国際医療福祉大学  
3) 千葉大学 4) 訪問看護ステーションしずおか

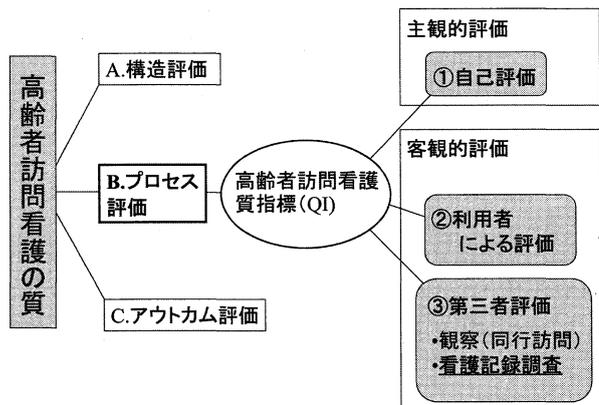


図. 訪問看護の質評価

されている場合に高齢者の予後が有意に良いという報告もあり、記録評価の妥当性が認められている<sup>5)</sup>。本邦においても、病院サービスの質管理に看護記録の質管理を実践した報告があり<sup>6)</sup>、記録と実践の質の関連が認知されている。

以上より本研究では、高齢者訪問看護質指標（家族支援）の内容が訪問看護師によってどの程度実践されているかについて訪問看護記録を用いた検討を試み、この方法による訪問看護の家族支援評価の可能性を探索することにした。

## II. 方法

### 1. 調査対象

本研究の対象は、訪問看護ステーションで働く看護師と65歳以上の利用者である。D県内の2ステーションの協力を得た。Aステーションは医療法人立で2001年に開設された。常勤換算の看護師数は4.0名、調査開始日の利用者は49名で、調査月の訪問件数は301件であった。Bステーションも医療法人立で1999年に開設され、常勤換算の看護師5.3名、利用者89名で調査月の訪問件数は382件であった。利用者については、同居・別居を問わず関係する家族がいる事例のうち、調査への協力の同意が得られた者の看護記録を調査の対象とした。

### 2. データ収集項目

データ収集は、看護記録調査と訪問看護師への質

問紙調査（高齢者訪問看護質指標を用いた自己評価に関する調査）という2つの方法で実施した。

#### 1) 高齢者訪問看護質指標(家族支援)

高齢者訪問看護質指標の開発経過の詳細は別途発表した<sup>7)</sup>。概要をまとめると、高齢者への訪問看護において実践すべき家族支援の内容を示す質指標を、文献検討とエキスパートパネルにより決定した。質指標は大きく分けてアセスメント、介入方法、フォローアップで構成され、合計32指標である（資料1）。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8つの下位項目についてであり、訪問開始時及び家族状況が変化した際に行うこととした。虐待のアセスメントも組み込まれた。介入方法は、予防的介入、家族との関係構築など10カテゴリーで各々に複数の指標がある。フォローアップは、介入を実施した場合に期間を決めて評価することを示した。

全国の訪問看護師にこの質指標を用いた自己評価を依頼し、必要な内容を網羅しているか尋ねた<sup>8)</sup>。平均約8割の看護師が各指標を実施していると回答し、8割を越す看護師がこの質指標が必要な内容を網羅していると回答した<sup>8)</sup>。

#### 2) 看護記録からの抽出

看護記録からは調査票を作成して情報を収集した。情報収集内容は、利用者の属性と家族支援に関する実施状況である。利用者の属性は、年齢・性別・要介護度、訪問看護利用頻度と訪問滞在時間、介護サービス利用状況、主介護者・副介護者の続柄と同居の有無、利用者の疾患名及び訪問看護における主な処置内容、過去1年間における入院回数と入院延べ日数、薬剤の利用状況を調べた。家族支援に関する看護実践状況は、高齢者訪問看護質指標（家族支援）の全質指標のうち、看護記録により確認できる内容を設定して抽出項目（資料2）を作成し①訪問開始後1ヶ月の記録と②現在使用中のフォルダに存在した全記録（日々の訪問に活用できる記録）から関連データを抽出した。訪問開始後1年を経過していない場合には、①は②に含まれる。

## 資料1. 高齢者訪問看護質指標 (家族支援)

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 ・各種サービス利用希望意向 ・現在の介護状況における危険 ・家族員の介護意欲 ・家族の人間関係 ・家族員の介護技術習得の可能性 など
2 【再アセスメント】	家族の状況が変化した場合は、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 ・各種サービス利用希望意向 ・現在の介護状況における危険 ・家族員の介護意欲 ・家族の人間関係 ・家族員の介護技術習得の可能性 など
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。
介入方法	
予防的介入	
4 【予防的介入】	介護負担の悪化や高齢者虐待に対する予防的介入のため、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、家族関係調整等のための支援を行う など
家族との関係構築	
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。
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
家族の主体性の尊重	
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 ・介護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 ・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 など
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。
介護力の維持・管理	
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 ・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
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
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。 ・タイミングを見計らい、家族員が困窮を感ずるなどニーズが顕在化した時に外部資源について説明・相談する ・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に、家族間のコミュニケーションを促す ・適切な外部資源を特定し、利用できるような働きかける(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
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介入の焦点を定め実施する など
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
介護技術の指導	
14 【介護技術の教育】	介護方法や医療処置の手法を教育するために、以下の事を行う。 ・タイミングを見計らい、家族員が困難を感ずるなどニーズが顕在化した時に指導する ・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・意欲に達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 など
15 【今後の見込み等の説明】	以下の事柄について、必要に応じて援助する。 ・介護の状況に関する今後の見込みの説明 ・医療関係者・福祉関係者への相談内容の整理 ・医療関係者・福祉関係者とうまく相談できるような段取りのアドバイス など
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、緊急時にすぐに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
介護意欲の維持・管理	
17 【介護負担感への対応】	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、必要かつ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、疲れた面を取り上げて認め評価する ・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 ・他の家族介護者やサポートグループを紹介する ・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 ・リラクゼーション技術を指導する ・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
18 【介護負担感・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。
人間関係の維持・改善	
19 【利用者と家族との緊張緩和】	利用者と家族員に、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 ・お互いの気持ちがいずれも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
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 ・家族及び親族間のコミュニケーションを促す など
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方を習得し、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。
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。
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。
終末期の家族支援	
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。
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。
26 【終末期の家族へのケア】	家族員が可能な限り希望に添った終末期を過ごし、後悔が残らないように支援する。
虐待への対応	
27 【隠念される虐待への対応】	虐待が隠念される場合には、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 ・訪問介護など外部資源の活用を勧め、第三者の目を増やして予防に努める
28 【明らかな虐待への対応】	虐待が看護者、及び本人や他の家族員に明らかな場合には、以下の事を行う。 ・看護者の隠念を表明し、状況について率直に家族員と話し合う、または医療など他職種により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
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 ・分離などの対策が必要であれば他機関と協力しつつ実施する など
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。
フォローアップ	
31 【期限を決めた評価】	何らかの介入を実施したら、問題や介入の性質により期限を決めて(たとえば3ヵ月後など)、その効果・影響を評価する。
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。

資料2. 質指標に対応した看護記録からの抽出項目とその具体例 (例示)

質指標	看護記録からの抽出項目	具体例 (報告書: 訪問看護報告書: 計画書: 訪問看護計画書)
<b>アセスメント</b>		
2 家族の状況が変化した場合は、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 ・各種サービス利用希望意向 ・現在の介護状況における危険 ・家族員の介護意欲 ・家族の人間関係 ・家族員の介護技術習得の可能性	過去3ヶ月間の記録に、以下のアセスメント結果の記録がある。 ①家族介護力 ( ) ②介護負担 ( ) ③家族の希望するケアの方向性 ( ) ④サービスの利用希望意向 ( ) ⑤現在の介護状況における危険 ( ) ⑥家族員の介護意欲 ( ) ⑦家族の人間関係 ( ) ⑧介護技術習得状況と今後の可能性 ( )	・退院後、夫の精神状態が不安定で体調を崩しています。長男様がかなり協力して下さっています。(報告書) ・次女さんが主介護者ですが最近忙しく手をかける時間がない様子です。(報告書) ・排便コントロールがうまくいかず妻の負担が大きいです。(報告書) ・2週間ショートステイを利用し、家族の介護負担が軽減されています。(報告書) ・妻は時々、介護疲れがありますが、子供との同居や施設は考えず、なるべく家で過ごしたいと頑張っています。(報告書) ・妻も長女も楽しく介護されており、自立したいというK氏の気持ちを尊重して応援している様子。(報告書) ・家族入院希望せず、在宅療養継続。(報告書) ・まだ入所は考えていない。なるべく自宅できると。(経時記録) ・食事、水分摂取量が少なく、低栄養や脱水を起こしやすい。(計画書) ・転倒注意 (ファイル内に紙) ・自分が動けるうちは自分が見ていきたい。(経時記録) ・高齢のため見守っていかなければとの思いを持っている。(計画書) ・夫が本人の訴えを受容しきれずに本人は泣いている。(経時記録) ・携帯写メール。ご家族の何枚かみせていただく。家族とのコミュニケーションもよくとれている。(経時記録) ・床ずれ悪化。夫の介護の限界。(経時記録) ・ご主人、紙おむつ支給の件、理解できず。認知症状軽く出ているのか? (経時記録)
<b>予防的介入</b>		
4 介護負担の悪化や高齢者虐待に対する予防的介入のため、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	過去3ヶ月間の記録に、以下のいずれかに関する記録がある。( ) ①訪問看護師による介護力の調整 ②家族関係の調整 (あるいはケアマネへの依頼)	・痴呆症状を確認し、介護負担が強くなるように早めに対応してゆく。(計画書)
<b>家族との関係構築</b>		
5 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。	過去3ヶ月間の記録に、家族とのコミュニケーションの記録がある。( )	・適宜介護相談を行う。(計画書)
6 家族員がなんでも聞きやすく、感情を出しやすいように、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	過去3ヶ月間の記録に、家族の介護に関する考え、気持ちを把握するための働きかけに関する記載がある。( )	・娘の訴えを引き出し、傾聴する。(計画書)
<b>家族の主体性の尊重</b>		
8 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。	今使用している訪問看護計画の策定に、家族が参加した記録がある。( )	・計算は今ひとつ気が進まないとのことと実施しません。耳垢除去を追加します。(と家族と看護計画を調整した) (計画書)
<b>介護力の維持・管理</b>		
9 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	過去3ヶ月間の記録に、家族の健康状態に関するアセスメント、助言の記載がある。( )	・妻2~3日前より発熱。水分をとって下さいと助言。(経時記録)
10 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。 ・活用できる手当て・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	過去3ヶ月間の記録に、利用者・家族に対し、社会資源に関する話をしたという記載がある。( )	・きのうテレビでベッドのレンタル料が高くなると言っていた。2階のベッドおろそうかと言っている。ケアマネジャーのKさんにきいてみる。Hさんは今までと同じだと思うと話す。(経時記録)
12 家族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介入の焦点を定め実施する	(過去3ヶ月間の記録に家族の介護負担が強いことが記載されている場合) 介護負担感に関するアセスメントの内容が記載されている ( )	・お嬢さんも疲れている。介護にいきづまりを感じている。(カンファレンス記録) ・長期になっていますので、定期的なショートステイや休息や気分転換の出来る支援が必要。(訪問看護報告書)
13 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	過去3ヶ月間の記録に、①ケアマネ ( )、②医師 ( )、③ヘルパー ( )、④その他 ( ) との、該当ケースに関するコミュニケーションの記録がある。	・ショートステイ先で帰りたいと何度も言うとのこと。2泊3日を何回かに分けて行うのがいいかとケアマネと相談中。(経時報告) ・前回、往診前にPー軟膏について検診をお願いしましたが、連絡がないので、表皮の完成を促進する軟膏を検討してください。(主治医へのFAX)
<b>介護技術の指導</b>		
16 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、緊急時にすぐに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	現在のファイルの中に、緊急時の対応方法に関する家族との話し合い・指導をしたという記録がある。( )	・緊急時は確認した方法で連絡をとる。(経時記録)
<b>介護意欲の維持・管理</b>		
18 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。	(現在のファイルに、家族の介護負担が大きいという記載がある場合) 家族の気持ちや思いを聞いたことに関する記録がある。( )	・次女 (主介護者) もお互いのことが分かるが、姉 (副介護者) も社会性がないので、その辺が分からない様子で間に入り、私もストレス限界と涙ぐんでいる。(経時記録)
<b>人間関係の維持・改善</b>		
19 利用者と家族員に、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。 ・お互いの気持ちがいずれ正確に理解できるように、コミュニケーションを促す	(現在のファイルに、家族の人間関係上の問題があることが記載されている場合) 過去3ヶ月間に、左記のような介入を実施したという記載がある。( )	・夫 (主介護者) からひとりどきどきと言われるのでポータブルトイレ→ベッドしか動かない生活で足が動きにくい、歩けなくなっちゃうとうとうと。→医師から認得してもらおうように頼んでみる。(経時記録)
<b>家族の生活の維持・管理</b>		
22 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。	過去3ヶ月間の記録に、家族が何らかの行事を行った/行う予定の記載がある。( )	・(主介護者が) バス旅行に行かれ楽しかったよう。(報告書)
23 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。	過去3ヶ月間の記録に、家族が介護以外の気分転換や自己実現ができるように助言した記載がある。( )	・娘 (主介護者) は息抜きをしようと話す。(報告書)
<b>終末期の家族支援</b>		
24 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かを考えるために働きかける。	(事例が終末期とみなされている場合) 過去3ヶ月間の記録に、家族が残された時間をどのように過ごしたいかを把握した記録がある。( )	・次女さん (主介護者) としては、苦しまなければ自宅で可能な限りみたい。無意味な延命治療は望まない。(経時記録) ・高齢にて予備力低下のため終末期を迎える可能性がある→家族の精神的アプローチ (計画書)
26 家族員が可能な限り希望に添った終末期を過ごし、後悔が残らないように支援する。	(事例が終末期とみなされている場合) 過去3ヶ月間の記録に、家族員が希望に添った終末期を過ごしているかをアセスメントした記載がある。( )	該当なし
<b>フォローアップ</b>		
31 何らかの介入を実施したら、問題や介入の性質により期限を決めて (たとえば3ヵ月後など)、その効果・影響を評価する。	過去3ヶ月間の記録に、介入に対する評価についての記載がある。( )	・水分を多くとってしまったり、酸素をはずしてしまったりするのですが、娘さん (主介護者) も体調悪く、管理できません。訪問看護でもカニューレの固定法をかえてみたり、必要性を説明したりしていますが、改善はみられていません。再アセス (メント) し計画を見直していきたいと思えます。(報告書)

調査では、初回訪問用紙、看護計画書／報告書、経時記録、各種アセスメント用紙、FAX送信記録、事例検討会記録、ケアマネジャーを兼ねている場合はケアマネジメントの記録等、フォルダ内で訪問看護師が記載したもの全てから、質指標の内容を示す記録を抽出した。例えば「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（質指標18）」という指標に対し「(現在のファイルに、家族の介護負担が大きいという記載がある場合)家族の気持ちや思いを聞いたことに関する記載がある」という抽出項目を設定し、そのような記録を探した。

「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（指標25）」等のように、主観的で記録に現れにくいと思われる指標7, 15, 20, 21, 25, 30, 32は、看護記録からの抽出が困難と判断し、今後の課題として今回は設問を設定しなかった。指標1, 2, 11, 13, 14, 17には複数の下位項目があるため、下位項目に対する項目を作成して記載の有無を評価した。抽出項目数は32指標に対し記録調査用紙の原版で52項目（アセスメント22, 介入方法29, フォローアップ1）、評価者間信頼性の検討後の修正版で63項目（アセスメント20, 介入方法42, フォローアップ1）になった（表1）。記録調査用紙は本調査の対象でない訪問看護師に提示し、内容の妥当性について意見を得ながら最終決定した。

抽出内容に対し看護記録に記載がある場合1点、ない場合0点、項目が該当しない場合（介護負担が強いという記載がない場合の、介護負担に関する支援など）は除外して、平均記載率（記載のある看護記録（人）／項目が該当する人数）を算出した。下位項目がある場合は下位項目の平均を指標の記載率とした。

調査に先立ち評価者間信頼性の検討のため、別のステーションで2名の研究者が3件の記録を別個に調査して一致率を検討した。52項目中、一致率0（全く一致しない）が3項目、0.33（3件中1件的

中）が11項目、0.66（2件の中）が25項目、1.0（3件の中）が13項目で、平均一致率は0.637だった。そこで質問紙の明確さを高めるよう下位項目の増減や表現修正を行い、複数の評価者によるブレをなくすため本調査では1名の研究者が全ての抽出を行うことにした。

更に、4件の記録を第1著者が1ヶ月の期間をはさんで2回調査し、回答の一致度を検討した（再テスト信頼性）。63項目中、一致率0（4件中0件の中）が0項目、0.25（1件の中）が5項目、0.5（2件の中）が17項目、0.75（3件の中）が22項目、1.0（4件の中）が19項目で、平均一致率は0.718だった。一致率が0.5に満たない5項目を含む指標1, 11, 14は今回の検討から除外した（表1）。

### 3) 訪問看護師への質問紙調査

看護記録評価と自己評価を比較するため、質指標の実施程度に関する看護師自身の評価を調査した。この質問紙は、本質指標の自己評価を目的として質指標開発の当初作られたものである。家族支援に関する合計32指標（32問）について「自分の普段の実践内容に照らし合わせ、以下の4つのうちの1つを選んで回答してください。」という問いを設け、それぞれの指標について、「全くできていない（=1）」「あまりできていない（=2）」「おおむねできている（=3）」「必ずできている（=4）」のうちの1つを選ぶ形式で回答を得た。

### 3. 調査手続き

ステーション所長に依頼し、65歳以上で訪問看護師が家族との接触の機会を持つ利用者全員の家族に調査説明書と同意書を配布してもらった。説明書では、調査の概要、調査への参加が自由意思であり同意書への署名をもって同意を確認したいこと、質問がある場合の連絡先などを記載した。訪問看護師が同意書を回収した事例を調査対象者として、ステーションで看護記録調査を行った。訪問看護師には説明書により調査の概要を説明し、調査票の返送をもって同意の確認とすることにして調査票を送付した。調査への同意が得られた場合にのみ調査票へ記入し

ていただきステーションごとにまとめて返送を依頼した。全ての手続きは千葉大学看護学部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

#### 4. 分析方法

まず、指標別の記載率を検討した。次に、これまでに検討が進められてきた看護師による自己評価の平均と看護記録調査による記載率との対応状況を検討した。すなわち、記載率の高い指標順に番号を付け、順位の高い順に上位グループ（1位から6位ま

で）、中位グループ（7位から13位まで）、下位グループ（14位から19位）の3グループに分けて、グループの所属が看護記録と自己評価でどの程度対応するかを検討した。

看護記録調査で情報が得られないと判断された指標7、15、20、21、25、30、32、一致率が0.5未満であった項目を含む指標1、11、14及び該当事例のなかった指標27、28、29を除き、今回検討した指標は32指標中19指標となった（表1）。

表1. 本調査で検討された指標及び項目（最終的に検討されなかった指標は灰色で示した）

指標番号	当初設定した項目数	本調査時点で設定された項目数	最終的に検討された項目数	除外理由
<b>アセスメント</b>				
1【初期アセスメント】	11	11		a
2【再アセスメント】	10	8	8	
3【虐待のアセスメント】	1	1	1	
<b>介入方法</b>				
予防的介入				
4【予防的介入】	1	1	1	
家族との関係構築				
5【関係構築】	1	1	1	
6【関係構築の工夫】	1	1	1	
家族の主体性の尊重				
7【主体性の尊重】				b
8【家族と共に看護計画の策定】	1	1	1	
介護力の維持・管理				
9【健康管理】	1	1	1	
10【外部資源の情報提供】	1	1	1	
11【介護負担増強の予防】	3	3		a
12【介護負担の未改善時の対応】	1	1	1	
13【地域ネットワーク作り】	4	4	4	
介護技術の指導				
14【介護技術の教育】	3	10		a
15【今後の見込み等の説明】				b
16【緊急時対応の説明】	1	1	1	
介護意欲の維持・管理				
17【介護負担感への対応】	2	8	8	
18【介護負担感・介護不安への対応】	1	1	1	
人間関係の維持・改善				
19【利用者と家族との緊張緩和】	1	1	1	
20【家族と親族との緊張緩和】				b
21【家族看護の習得】				b
家族の生活の維持・管理				
22【家族行事への支援】	1	1	1	
23【気分転換・自己実現への支援】	1	1	1	
終末期の家族支援				
24【終末期のあり方の希望】	1	1	1	
25【終末期の不安や思いの受け止め】				b
26【終末期の家族へのケア】	1	1	1	
虐待への対応				
27【慥念される虐待への対応】	1	1		c
28【明らかな虐待への対応】	1	1		c
29【解決困難な虐待への対応】	1	1		c
30【虐待対応の地域ネットワーク作り】				b
<b>フォローアップ</b>				
31【期限を決めた評価】	1	1	1	
32【必要時アセスメント】				b
指標数合計	32	32	19	
項目数合計	52	63	36	

a: プレテストで一致率が0.5に満たないため除外  
 b: 内容的に訪問看護記録から抽出不能のため除外  
 c: 対象事例がなかったため除外

### III. 結果

#### 1. 調査対象の概要

調査開始時のAステーションの利用者は49名、うち65歳未満又は家族のない者11名、入院中3名で該当者は35名だった。調査に同意しなかった5名を除き調査対象者は30名だった(回答率85.7%)。Bステーションの利用者は89名、うち65歳未満又は家族がない者29名、入院中5名で該当者は55名だった。調査に同意しなかった者25名を除き調査対象者は30名だった(回答率54.5%)。

看護師はAステーションで4名、Bステーションで6名であり全員参加した(表2)。平均年齢43.5歳、看護経験年数平均は18.5年だった。訪問看護経験年数は1.5年から15年で平均5.0年だった。利用者の平均年齢は82.6歳、男性が37%だった。要介護1-5がほとんどで医療保険の利用者はわずかだった。主要疾患は多様で、脳血管障害が3割、骨関節疾患や循環器疾患が4割程度に見られた。訪問看護の頻度は週1回が約半数、訪問滞在時間は60分未満が中心だった。配偶者が介護者である例が最も多くそのほとんどが同居していた。

#### 2. 家族支援質指標内容の記載内容と記載率

訪問看護記録における家族支援に関する記載率は0.0-87.5%で、記載率100%の指標はなかった(表3;太字はカテゴリー名、【 】内は指標の簡略名)。

アセスメントでは、指標2【再アセスメント】の下位項目に記載率のばらつきがあった。介護負担(53.3%)、家族介護力(48.3%)、サービスの利用希望意向(30.0%)は記載率が比較的高かった一方、現在の介護状況における危険や介護技術習得状況と今後の可能性などは記載率が10%に満たなかった。指標3【虐待のアセスメント】の記載は1例もなかった。

予防的介入では、指標4【予防的介入】の記載率は16.7%と、その他の指標に比べて高くなかった。家族との関係構築では、指標5【関係構築】は記載

率84.8%と高く、「傾聴」などの記載が多く見られた。家族の主体性の尊重では、指標8【家族と共に看護計画の策定】が48.3%に見られた。

介護力の維持・管理では指標9【健康管理】が45.0%の記録に記載されていた。指標10【外部資源の情報提供】は記載率25.4%で見られた。また、受診についての助言も多く行われていた。指標13【地域ネットワーク作り】も63.9%と比較的高い割合で記載されていた。報告書は主治医だけでなくケアマネジャーにも定期的にFAX送信されており、不定期な相談について多くの記載があった。

介護意欲の維持・管理では、指標17【介護負担感への対応】は記載率17.1%と比較的低かった一方、指標18【介護負担感・介護不安への対応】は記載率69.2%と比較的高かった。人間関係の維持・改善では、指標19【利用者と家族の緊張緩和】は、家族内の緊張関係が窺われる頻度は4例と低かった一方で、緊張関係が問題となっている場合には、75.0%と高率で支援に関する記載が見られた。

家族の生活の維持・管理では、指標23【気分転換・

表2. 対象の属性

看護師の属性(n=10)			
年齢(歳;平均(範囲))	43.5	(37-52)	
看護経験年数(年;平均(範囲))	18.5	(8-30)	
訪問看護経験年数(年;平均(範囲))	5.0	(1.5-15)	
利用者の属性(n=60)			
年齢(歳;平均±SD)	82.6±9.1		
性別	男性	n	%
要介護度	要支援1-2	22	36.7
	要介護1-3	7	11.7
	要介護4-5	27	45.0
医療保険による訪問看護利用者		26	43.3
疾患名(複数回答)	脳血管障害	6	10.0
	心疾患	20	33.3
	悪性新生物	11	18.3
	認知症	10	16.7
訪問頻度	月2回以下	13	21.7
	週1回	8	13.3
	週1.5-2回	33	68.3
	週3回	13	21.7
訪問滞在時間	30分未満	6	10.0
	60分未満	15	25.0
	90分未満	37	61.7
	不明	5	8.3
		3	5.0
主介護者	配偶者	26	43.4
	娘・嫁	24	40.0
	その他	10	16.7
主介護者との同居	別居	5	8.3
	同居	55	91.7

自己実現への支援】に関して具体的な働きかけの記載は比較的少なかった（記載率1.7%）が、指標22【家族行事への支援】は15.0%に記載が見られた。

終末期の家族支援は該当事例が少なかったが、指標24【終末期のあり方の希望】は、記載率40.0%と比較的高かった。一方で、指標26【終末期の家族へのケア】は具体的な記載が見られなかった。

実施された家族支援のフォローアップでは、指標31【期限を決めた評価】に関する記載は51.2%と全体の半分であった。フォローアップは特に訪問看護報告書を中心に記載が見られた。

### 3. 看護記録による評価と自己評価との対応

看護記録記載率を看護師自身の自己評価と比較した（表3）。指標3【虐待のアセスメント】は、自己評価、看護記録記載率ともに下位グループで対応があった。指標8【家族と共に看護計画の策定】指標24【終末期のあり方の希望】は共に中位グループで対応があった。指標5【関係構築】指標19【利用者と家族との緊張緩和】は共に上位グループで対応

があった。これら以外の14指標には回答と記載率に明確な対応が見られず、指標13【地域ネットワーク作り】では自己評価が下位グループである一方、記載率は上位グループで対応しなかった。指標23【気分転換・自己実現への支援】も、回答平均は上位グループである一方で看護記録記載率は下位グループであり、正反対の結果だった。

## IV. 考察

本研究では訪問看護記録を用いて家族支援の実践評価を試みた。看護記録で見ると質指標の実施率は高いとは言えず、記載率は高い指標でも87.5%でばらつきがあった。看護記録評価と看護師の自己評価との比較も、対応の見られる指標はそれほど多くなかった。医学中央雑誌で「チャートレビュー」「看護記録」「調査」等のキーワードで検索すると、看護実践を評価する目的でこのような研究方法を用いた論文は見られず、研究方法として新奇性があると

表3. 質指標に関する看護師の回答と看護記録記載率との対応<sup>a)</sup>

指標番号	該当者数	看護記録記載率(%)	看護記録記載率順位	回答平均 <sup>b)</sup>	回答平均順位
<b>アセスメント</b>					
2【再アセスメント】	60	24.4	12	2.89	6
3【虐待のアセスメント】	60	0.0	18	2.44	19
<b>介入方法</b>					
<b>予防的介入</b>					
4【予防的介入】	59	16.7	14	2.64	16
<b>家族との関係構築</b>					
5【関係構築】	60	84.8	2	3.11	1
6【関係構築の工夫】	60	46.7	8	3.00	2
<b>家族の主体性の尊重</b>					
8【家族と共に看護計画の策定】	60	48.3	7	2.67	12
<b>介護力の維持・管理</b>					
9【健康管理】	60	45.0	9	3.00	2
10【外部資源の情報提供】	59	25.4	11	2.56	17
12【介護負担の未改善時の対応】	24	87.5	1	2.67	12
13【地域ネットワーク作り】	60	63.9	5	2.56	17
<b>介護技術の指導</b>					
16【緊急時対応の説明】	60	8.3	16	2.67	12
<b>介護意欲の維持・管理</b>					
17【介護負担感への対応】	27	17.1	13	2.89	6
18【介護負担感・介護不安への対応】	26	69.2	4	2.67	12
<b>人間関係の維持・改善</b>					
19【利用者と家族との緊張緩和】	4	75.0	3	3.00	2
<b>家族の生活の維持・管理</b>					
22【家族行事への支援】	60	15.0	15	2.78	8
23【気分転換・自己実現への支援】	60	1.7	17	3.00	2
<b>終末期の家族支援</b>					
24【終末期のあり方の希望】	5	40.0	10	2.78	8
26【終末期の家族へのケア】	5	0.0	18	2.78	8
<b>フォローアップ</b>					
31【期限を決めた評価】	41	51.2	6	2.78	8

a) 上位グループ（1位から6位まで）は灰色、下位グループ（14位から19位まで）は斜字で示した  
 b) 自己評価は1から4までのlikart scale

考えられる。一方看護記録調査の信頼性や抽出内容の解釈は課題が多く、検討を要する。

### 1. 看護記録からの実践評価の信頼性・妥当性

信頼性の検討のために、調査者間及び再テスト信頼性を用いて確かめたが、評価者を1名に絞っても信頼性の高くない項目がいくつかあり、検討から削除した。訪問看護記録は膨大であり、利用者1人分の記録の調査に30分から60分を要した。それでも信頼性は高いとはいえず、データの正確な抽出の困難、看護記録から指標に見合った看護実践が行われているかどうかの判断に困難のあることを示している。

一方、看護記録調査は客観的に看護実践を評価する数少ない可能性のひとつであり、実務者にも負担が少ないというメリットもあるため、今後さらに信頼性の高い記録調査のあり方を検討する必要がある。

妥当性の確保のため訪問看護実務者に意見を求め、記録調査の内容が指標に見合ったものになるように努めた。記載率と自己評価との対応は併存的妥当性の検討と考えることもできるが、自己評価が実際の実践を反映していない可能性もあり、今回の結果からのみ判断するには限界がある。さらに、家族支援に関する記載をどの程度看護記録に残すべきかの基準がないため、利用者宅に置かれた連絡ノートなどに記載するなどの理由で看護記録に残さなかった可能性もある。この点については、訪問看護記録のあり方を「どのような記録が看護実践に役立つか」という観点から検討する必要がある。

今回の結果からは、家族支援の客観評価のためには、単一のデータ源のみを活用するよりも複数のデータから多角的に検討する必要があることが窺われた。利用者評価や観察調査もその限界を踏まえつつ利用することが考えられる。今回は実施しなかったが、直接観察法は研究方法として確立しており<sup>9)10)</sup>、信頼性・妥当性についての検討もある。看護実践の客観的評価法の確立は、今後もさまざまな検討を重ねる必要があると思われる。

### 2. 家族支援の実施状況について：質指標ごとに

以上のような限界を踏まえ看護記録から評価され

た家族支援の実施状況について検討する。家族のアセスメントは、家族介護力や介護負担感以外の記載率が低かった。家族の情報収集は時間をかけることが多く、今回の調査対象は訪問頻度が週1回以下のものが全体の6割を超えたため、限られた期間内に家族アセスメントを行うことが難しいのかもしれない。一方、的確に家族支援を開始するための重要事項は意識的に早期から把握する必要もある。既存の家族アセスメントモデルには一般的な介護力や負担感にとどまらないアセスメントの枠組みが示されており<sup>11)15)</sup>、これらの活用によりより効率的に必要なアセスメントを実施できる可能性がある。

【虐待のアセスメント（指標3）】は記載率が低かった。高齢者虐待防止法の成立に伴い訪問看護師のアセスメント能力が期待されよう。高齢者虐待のリスクアセスメント表も開発されており<sup>16)</sup>、今後の開発と普及が期待されよう。

家族との【関係構築（指標5）】、【介護負担の未改善時の対応（指標12）】、【利用者と家族との緊張緩和（指標19）】は、記載率が相対的に高く、評価できる。訪問看護師が家族と積極的に関係を形成し、問題発生時に具体的に支援していることの表れであろう。認知症高齢者家族への支援に関する調査でも、「家族と伴走・並走を図る看護」と概念化された訪問看護ケアが提供されていた<sup>17)</sup>。しかし記載率は100%には遠く、質指標の内容を実践しそれを確実に記載する手続きからより質の高い実践に結びつく可能性もあり、今後検討する余地がある。

一方、家族への【予防的介入（指標4）】、【介護負担感への対応（指標17）】、【家族行事への支援（指標22）】は比較的記載率が低かった。指標12・17はどちらも介護負担への支援であるが、指標17は精神的な「負担感」への支援を要求しており、記載されにくかったのかもしれない。指標4・22は具体的問題が発生する以前の支援であり、これらがそれほど意識されていないもしくは記載されていない可能性がある。【緊急時対応の説明（指標16）】、【気分転換・自己実現への支援（指標23）】、【終末期

の家族へのケア（指標26）も看護記録記載率が相対的に低かった。これらは訪問看護での家族支援の標準的な内容であり<sup>18)-20)</sup>、これらのケアが実施されていないとは考えにくい。家族の気分転換・自己実現への支援等は当然視され、利用者に焦点をあてた看護記録では記載されてなかったのかもしれない。これらは看護記録を用いた調査の限界を含んでおり、今後客観的な評価のありかたを検討する必要がある。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、訪問看護記録をもとに訪問看護における家族支援の質評価を試みたが、初の試みでありいくつかの限界が考えられる。まず、対象となった訪問看護ステーションは研究者らの周囲で協力の得られた2ステーションであり、結果の代表性は不明である。また、信頼性・妥当性に検討の余地が大きい。一方で、本研究は看護実践の客観的評価のための新しい方法開発の試みを報告しており、高齢者訪問看護の質確保の一過程として一定の価値を有すると考える。看護実践を評価する方法の開発全般が、領域を問わず必要であり、今後も開発の努力を継続したいと思う。

## V. 結論

本研究は、訪問看護記録を用いて、訪問看護の実践における家族支援の実態を、高齢者訪問看護質指標（家族支援）に照らして評価した。質指標内容の記載率は指標により0-87.5%とばらつきがあり、必ずしも高くなかった。家族との関係構築や一部アセスメント、家族に対する傾聴等が高い割合で記載されていた一方、虐待のアセスメントや終末期のケア、緊急時対応の説明等の記載の割合は低かった。また、看護記録による評価と看護師の自己評価との対応が見られる指標はそれほど多くなかった。本研究は、研究方法上の課題も多い一方、訪問看護における家族支援の質確保に向けた新たな取り組みを実施した意義があると思われる。

## 謝 辞

調査にご協力いただきました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。

〔受付 '07.10.01〕  
〔採用 '08.12.01〕

## 文 献

- 1) 山本則子, 岡本有子, 鈴木育子, 岡田忍, 石垣和子: 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.
- 2) Donabedian A: Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3)Suppl: 166-206, 1966.
- 3) 岡本有子, 鈴木育子, 岡田忍, 石垣和子, 山本則子. 高齢者訪問看護における家族支援質指標の利用可能性の検討, 家族看護学研究, 13(2): 93-102, 2008.
- 4) 高木廣文, 三宅由子. 看護研究にいかす質問紙調査, 医学書院, 東京, 1995.
- 5) 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.
- 6) 山崎繁, 太田保世. 診療記録の点検・評価の実践, 病院, 64: 120-125, 2005.
- 7) 山本則子, 岡本有子, 鈴木育子, 岡田忍, 石垣和子. 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.
- 8) 山本則子, 岡本有子, 辻村真由子, 金川克子, 正木治恵, 他: 高齢者訪問看護の質指標開発の検討, 日本看護科学会誌, 28(2): 37-45, 2008.
- 9) Schnelle J.F., Ouslander J.G., Simmons S.F.: Direct observation of nursing home care quality: Does care change when observed? *J Am Med Dir Assoc*, 7(9): 541-544, 2006.
- 10) 荒木暁子: 障害のある乳幼児とその母親の食事場面における相互作用行動の特徴, 千葉大学看護学部紀要, 29: 25-31, 2007.
- 11) 小林奈美: グループワークで学ぶ家族看護論: カルガリー式家族看護モデル実践へのファーストステップ, 医歯薬出版, 東京, 2005.
- 12) 森山美知子, 鞠子英雄: ファミリーナースングプラクティス—家族看護の理論と実践, 医学書院, 東京, 2001.
- 13) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学: 理論と実践. 日本看護協会出版会, 東京, 1999.
- 14) 福島道子: 家族生活力量モデルとその実践現場での活用, 家族看護, 2(2): 107-116, 2004.
- 15) 立野淳子: CNS-FACE家族アセスメントツールの臨床での活用実態と今後の課題, 日本クリティカルケア看護学会誌, 3(2): 16-18, 2007.

- 16) 上羽累理, 岡本玲子, 塩見美抄, 中山貴美子, 岩本里織: 高齢者虐待予防のためのリスクアセスメント表の作成, 日本地域看護学会誌, 8(2):43-50, 2006.
- 17) 田中敦子, 大越扶貴, 服部ゆり子, 伊藤道子, 鳴海喜代子: 在宅痴呆性高齢者の家族に対する訪問看護, 日本看護学会論文集: 地域看護, 35:42-44, 2005.
- 18) 小島操子, 川越博美: 在宅療養者を持つ家族のケア, 中山書店, 東京, 2000.
- 19) 川村佐和子, 島内節: 訪問看護管理マニュアル, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- 20) 藤原泰子: 在宅ケアにおける家族支援, 整形外科看護, 3(11): 17-22, 1998.

### Developing Home Healthcare Nursing Quality Indicators for Family Support: An Evaluation Through Nursing Chart Review

Noriko Yamamoto-Mitani<sup>1)</sup> Naoko Katakura<sup>2)</sup> Junko Fujita<sup>3)</sup>  
Yuko Shinohara<sup>3)</sup> Yoshimi Sonoda<sup>4)</sup> Kazuko Ishigaki<sup>3)</sup>

1) Graduate School of Allied Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

2) International Health and Welfare University

3) Chiba University

4) Visiting Nursing Station Shizuoka

**Key words:** Aged, Home healthcare nursing, Family support, Quality indicators

The purpose of this study was to explore the feasibility of objective evaluation on family support by home healthcare nurses based upon the nursing chart review, using the quality indicators (QIs) of home healthcare nursing for older adults. A total of 10 home nurses and 60 clients participated. In order to review nursing charts, a survey form was developed. There was a wide variation among the QIs regarding how many charts had the recording related to the indicator. QIs such as "developing relationship with family," "supporting families with caregiver burden," or "intervening client-family relationship" marked high recording rate, while indicators such as "explaining emergency protocol," "assisting family outings," or "assisting self-realization of the family" showed low recording rate. Indicators of "assessing possible elder abuse," "assisting family of clients in terminal stage" showed no records. There were no cases with elder abuse. In comparing the above results with the self-rating of home nurses, indicators such as "assessing possible elder abuse," "developing relationship with family," or "intervening client-family relationship" showed high concordance between chart review and self-rating. However, many indicators did not show concordance between chart review and self-rating. This study is one of the first attempts to objectively evaluate family support in home nursing for older adults based upon the nursing chart review, and several limitations experienced in this study need to be attended in future studies.