

平成11年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

介護保険制度下における訪問看護サービスの 質の評価・向上に関する研究

研究報告書

平成12年3月

統括委員長 竹中浩治
主任研究者 川越博美
社団法人 全国訪問看護事業協会



委員会構成

本委員会

統括委員長	竹中 浩治	ヒューマンサイエンス振興財団 理事長
委員長	川越 博美	聖路加看護大学看護学部 教授
委員	西島 英利	日本医師会 常任理事
"	井部 俊子	日本看護協会 副会長
"	内田恵美子	日本訪問看護振興財団 事務局次長
"	江川 隆子	大阪大学医学部 教授
"	山田 京子	浅草医師会立訪問看護ステーション 所長

小委員会

主任研究員	川越 博美	聖路加看護大学看護学部
研究員	田宮菜奈子	南大和老人保健施設
"	藤村 和宏	香川大学経済学部
"	島田 千穂	国際医療福祉総合研究所
"	中野夕香里	日本医療機能評価機構
"	輪湖 史子	いびき・睡眠呼吸障害クリニック開設準備室
"	木村 義	NEC文教システム事業部
"	村岡 宏子	日本赤十字看護大学大学院
"	近藤 高江	浅草医師会立訪問看護ステーション
"	錦戸 典子	聖路加看護大学看護学部
"	長江 弘子	聖路加看護大学看護学部
"	成瀬 和子	聖路加看護大学看護学部

事務局

事務局長	山内 正栄	全国訪問看護事業協会
事務局	濱本百合子	全国訪問看護事業協会
"	長江 弘子	聖路加看護大学看護学部
"	成瀬 和子	聖路加看護大学看護学部
"	内田千佳子	元聖路加看護大学大学院

研究協力者

内田千佳子	元聖路加看護大学大学院
岸本 好美	聖路加看護大学大学院
酒井 昌子	聖路加看護大学大学院
土井 聖子	元港区医師会立訪問看護ステーション
毛利 和恵	元港区医師会立訪問看護ステーション

目 次

1. はじめに	1
2. 訪問看護ステーション実態調査	2
3. 評価基準に関する研究	
1) わが国における訪問看護評価基準	10
2) 評価基準および評価項目の作成	10
3) 評価基準およびシステムの信頼性および実用性の検討	30
4) 評価指標の検討	42
4. Outcome 評価に関する研究	
1) 文献検討	
(1) 海外の outcome 評価—OASISを中心にして	46
(2) わが国の outcome 評価	49
① サービス利用状況の変化を指標としたもの	
② outcome 評価に応用可能なアセスメントツール	
③ わが国の訪問看護サービスに即した negative outcome	
(3) 利用者満足、苦情処理	51
2) outcome 評価に関する調査	
(1) 訪問看護婦への意識調査	54
(2) 既存のアセスメントツール間の比較	61
(3) 利用者調査	
① 利用者満足度	71
② 主観的 outcome	85
3) outcome 評価のまとめ	90
5. 評価システムに関する研究	
1) 文献検討	
(1) JCAHO	94
(2) 国内外の第三者評価システム	97
2) 第三者評価システムの構築	100
6. まとめ	105
7. 引用文献	107

- *資料 1. 訪問看護ステーション評価基準
2. 訪問看護ステーション実態調査調査票
3. 訪問看護ステーション利用者調査調査票
4. 訪問看護ステーション第三者評価調査票（内容は管理者・スタッフ・調査者とも同一）

1. はじめに

訪問看護ステーションは、平成3年の老人保健法の改正により老人訪問看護制度として位置づけられ、看護を提供する事業所として開設された。このことは看護にとっては2つの意義を有していた。第1点は、訪問看護が看護の対価として老人医療費支払いの対象となったことである。第2点は、看護職が管理者となる事業所の開設が可能となったことである。新ゴールドプランでは、訪問看護ステーションは平成11年までに5,000ヶ所の開設が目標数として掲げられ、数の確保が急がれた。平成11年度末で4,470ヶ所のステーションが開設され、おおむね目標数に近づくことができた。新たにゴールドプラン21では、9,900の目標数が設定されている。しかし、数の確保を急いだために質の確保が遅れ、ステーション間の質の格差が大きいことが問題となっている。

平成12年4月に介護保険制度が施行され、訪問看護ステーションは介護保険の居宅サービス事業所として訪問看護を提供することになった。介護保険制度では、利用者の選択によるサービス提供が基本理念として掲げられている。利用者に選ばれるサービスであるためには、訪問看護ステーションが利用者から信頼され、満足される質の高いサービスを提供することが最重要課題となっている。また介護保険法および居宅サービス事業者の運営規定において、事業者の責任においてサービスの自己評価を行うとともに、利用者からの苦情を処理し、サービスの質の評価に努めることが義務づけられている。訪問看護ステーションの事業所としての質の確保は、どの訪問看護婦が訪問しても一定の質を確保した訪問看護が提供されることにある。今まで看護の質は、structure・process・outcomeの3つの要素で評価してきた。しかし米国のOASISに代表されるように、outcome評価にその重点が移りつつあり、訪問看護のoutcomeを探求する必要に迫られている。また、訪問看護においては、アセスメント、実施、outcome評価が一連の流れとして実施される方法の検討も必要であろう。

訪問看護ステーションの質評価の現状は、各事業所の主体的取り組みとして自己評価を実施しているのが現状であるが、あくまで主体的取り組みに任されており、自己評価すら実施していないステーションもある。また、評価基準は、全国訪問看護事業協会、日本看護協会をはじめさまざまな団体や研究者が提示しているが、これらの評価基準を精査し、訪問看護事業を再構築し、サービスの内容および質の評価の一元化を図る必要があり、自己評価のみならず第三者評価により質の向上を図ることが急務である。また、訪問看護が利用者本位のサービスである視点から苦情処理システムを整備し、利用者の声を反映することも訪問看護の質の向上に重要なことである。

本研究は、訪問看護ステーションの質向上のために、訪問看護ステーションの第三者評価方法を研究的に構築することを目的とした。

研究目的に沿って以下の点について調査、分析し、検討を加えた。

- 1) 訪問看護ステーションにおける評価の実態を調査する。
- 2) 訪問看護ステーションの評価基準・システム、苦情処理システムについて文献検討をする。
- 3) 訪問看護ステーションの評価基準を作成する。
- 4) 訪問看護のoutcomeについて検討する（利用者の満足度調査を含む）。
- 5) 訪問看護ステーションの第三者評価システムを検討する。
- 6) 作成した評価基準・システムにもとづいて第三者評価を実施し、信頼性および実用性を検討する。

2. 訪問看護ステーション実態調査

1) 目的

訪問看護事業所において、質の評価がどの程度、またどのように実施されているかの現状を把握することを目的として、質問紙調査を実施した。

2) 対象と方法

(1) 対象

平成12年10月～12月に、全国訪問看護事業協会の主催した訪問看護ステーション管理者研修会、従事者研修会、また東京訪問看護ステーション連絡会総会に参加した訪問看護婦706名のうち、調査票に回答した460名（回収率65.2%）を対象とした。訪問看護ステーション管理者および従事者研修会の実施場所は、湯河原（10月）、福岡（11月）、東京（11月）、大阪（12月）、また東京訪問看護ステーション連絡会総会の実施場所は東京（12月）であった。各地の参加人数および回収率は、湯河原97名（回答82名、84.5%）、福岡106名（回答86名、81.1%）、東京128名（回答50名、39.1%）、大阪160名（回答94名、58.8%）、そして東京ステーション連絡会215名（回答148名、68.8%）であった。

(2) 方法

研修の資料とともに調査票を配布し、研修終了後その場で回収した。

調査内容は、①事業所としての質の評価実施状況およびその内容、②事業所の質の評価測定として適切な項目、③苦情処理機関の有無と内容、④事業所の設置主体・設立年および回答者の属性、などであった。各項目の具体的な内容は、以下の通りである。

- ① 事業所としての質の評価実施状況を尋ね、評価を実施している場合、実施頻度、実施方法、使用している指標を質問した。実施していない場合、過去の実施経験の有無、現在実施していない理由を質問した。
- ② 事業所の質の評価測定として適切な項目についての質問は、structureに関する5項目（ステーションの目標・理念、ステーションの経営状態、ステーションの看護婦労働環境、ステーションの職員数・職種数、訪問回数・訪問時間）、processに関する4項目（看護婦の看護活動内容、スタッフの教育の機会の確保、事例検討会の機会の確保、他機関他職種との連絡体制）、outcomeに関する7項目（利用者の病状変化、利用者の行動範囲の変化、利用者の心理状態の変化、利用者の満足感、介護者の生活範囲の変化、介護者の心理状態の変化、介護者の介護負担感）の計16項目とその他1項目を加えた計17項目から、事業所の質の評価項目として最もふさわしい（適切）と思う項目を1つ、さらに、ふさわしい（適切）と思う項目を3つ選択するよう求めた。
- ③ 苦情処理機関の有無については、有無および所属について質問した。
- ④ 事業所の設置主体および設立年のか、回答者の属性に関しては、職位、経験年数、年齢について回答を求めた。

3) 結果と考察

(1) 対象者の属性（表2.1～2.5）

質問紙に回答した対象者、および所属する訪問看護ステーションの属性について、表2.1～2.5に示し

表2.1 対象者の職位

職位	人数	%
管理者	237	56.7
スタッフ	169	40.4
その他	12	2.9
計	418	100.0

表2.2 看護職としての経験年数

	平均値	中央値	最大値
訪問看護婦経験	3.6	3.0	17.9
病院看護婦経験	10.2	9.0	40.0
保健婦経験	0.6	0.0	23.0
その他経験	1.1	0.0	20.5
合計経験	15.4	14.7	50.1

単位：年

た。

回答した対象者の平均年齢は41.1歳で、性別については女性が98.1%を占めていた。職位は、管理者が237名（56.7%）、スタッフの看護婦が169名（40.3%）、理学療法士など他の職種が12名（2.9%）であった（表2.1）。看護職としての経験年数をみると（表2.2）、訪問看護婦経験年数は最大で17.9年、平均3.6年、中央値3.0年であり、病院看護婦経験年数は最大で40.0年、平均10.2年、中央値9.0年であった。合計の経験年数は最大で50.1年、平均15.4年、中央値14.7年であった。

所属する訪問看護ステーションの設置主体は（表2.3）、医療法人が42.9%、社会福祉法人が12.4%、医師会が26.4%、看護協会が2.6%、その他が15.7%であった。本調査を実施した同時期の訪問看護統計調査（平成11年10月）の結果と比較すると、本調査対象に占める医師会所属の訪問看護ステーションの割合は、全国の割合の約3倍であった。本調査の対象は、同一施設からの複数人参加が可能であるため、医師会立の訪問看護ステーションの参加施設数が多いか、または医師会立の訪問看護ステーション一施設からの参加人数が多いかのどちらかによると考えられる。

所属する訪問看護ステーションの同一法人内にある施設について複数回答を求めた結果（表2.4）、病院が187施設（58.8%）、在宅介護支援センターが164施設（51.6%）といずれも半数以上を占めた。診療所は32.4%、特別養護老人ホームは14.8%となっていた。また、訪問看護ステーションの設立年をみる

ると（表2.5）、全国の傾向（平成10年12月末の訪問看護ステーション名簿より）では近年開設されたステーションが多いのに対し、本調査の対象者の所属

表2.3 所属する訪問看護ステーションの設置主体

	数	%	全国	%
医療法人	180	42.9	2,189	57.0
社会福祉法人	52	12.4	379	9.9
医師会	111	26.4	306	8.0
看護協会	11	2.6	128	3.3
その他	66	15.7	835	21.8
合計	420	100.0	3,837	100.0

全国データは訪問看護統計調査（H11.10）に基づく

表2.4 所属する訪問看護ステーションの同一法人内にある施設

	数	%
病院	187	58.8
診療所	103	32.4
特別養護老人ホーム	47	14.8
在宅介護支援センター	164	51.6

（複数回答）

表2.5 所属する訪問看護ステーションの設立年

	本調査対象者		全 国	
	数	%	数	%
平成4年	30	7.3	135	4.2
平成5年	58	14.1	190	6.0
平成6年	48	11.7	283	8.9
平成7年	53	12.9	476	15.0
平成8年	48	11.7	592	18.6
平成9年	44	10.7	690	21.7
平成10年	68	16.5	812	25.6
平成11年	63	15.3	—	—
計	412	100.0	3178	100.0

全国データは訪問看護ステーション名簿（H10.12）より

するステーションの設立年は、平成4年から平成11年まで各々10~15%程度に分散していた。全国と比較すると、早い時期に開設したステーションに所属する訪問看護婦が多い傾向がみられた。

(2) 質の評価の実施状況（表2.6）

事業所として質の評価の実施状況についてみると（表2.6）、実施していると回答した者は98名で、回答者全体の21.3%であった。そのうち実施頻度については、不定期と回答した者が6割以上を占め、67名（68.4%）となった。次いで、「6ヶ月に1度」が12名（12.2%）、「1ヶ月に1度」が8名（8.2%）であった。評価方法については、「自己評価」が42.9%、「第三者評価」は24.5%がしていると回答したものとの、現状から考えると、第三者はステーション以外の同一法人内の「第三者」を意味すると考えられる。使用している評価指標は、訪問看護事業協会や訪問看護振興財団が作成した既存のものが40.8%、「個別に作成」が20.4%、「その他」が32.7%となっており、半数以上が既存の評価指標を用いていないことが示された。「その他」の中には、管理者の評価、経営評価、ケースカンファレンスでの課題の抽出などがあげられていた。

評価を実施していない訪問看護婦362名（78.7%）のうち、過去に実施したことのある者は38名（10.5%）であった。評価を実施しない理由として、「時間的余裕がない」164名（45.3%）、「方法がわからない」109名（30.1%）があげられていた。

本調査の対象者は、大都市で実施される研修に参加できるステーションに所属しており、早い時期に設立されたステーションに所属する者の割合が多い傾向にある。比較的開業からの年数が長く、情報の入りやすい特性を持つ本調査の対象でも、評価を実施しているステーションは全体の2割程度であった。評価を実施しているとした者のうち、評価の実施頻度は「不定期」、評価方法は「自己評価」、評価指標は「その他」または「個別に作成」が多数を占めていたことから、サービス提供プロセスの中で不定期に行う評価を事業所としての評価、ととらえている者が多いと考えられる。評価を実施していないと回答した者は8割近くになり、その理由として「時間的余裕がない」、「方法がわからない」が大半を占めていることから、評価に対する関心および技術が不足している現状が明らかになった。

(3) 苦情処理機関の有無（表2.7）

苦情処理機関を持っているとした者は、103名

表2.6 質の評価の実施状況

	N	% [#]
<u>実施している</u>	98	(21.3)
<u>実施頻度</u>		
2週に1度	1	1.0
1ヶ月に1度	8	8.2
3ヶ月に1度	3	3.1
6ヶ月に1度	12	12.2
1年に1度	4	4.1
不定期	67	68.4
<u>評価方法（含複数回答）</u>		
自己評価	42	42.9
ケアの結果の評価	31	31.6
第三者評価	24	24.5
その他	13	13.3
<u>評価指標</u>		
訪問看護事業協会	26	26.5
訪問看護振興財団	14	14.3
個別に作成	20	20.4
その他	32	32.7
<u>実施していない</u>	362	(78.7)
<u>過去の実施</u>		
ある	38	10.5
ない	287	79.3
<u>実施していない理由</u>		
時間的余裕がない	164	45.3
方法がわからない	109	30.1
必要性を感じない	2	0.6
その他	66	18.2

注：（ ）内は全体に対する%、実施頻度、実施方法、評価指標は「実施している」に対する%、過去の実施、実施していない理由は「実施していない」に対する%

(22.4%) であった。苦情処理機関の所属として、訪問看護ステーションをあげた者が最も多く70名(68.0%)、次いで関連法人(29名、28.2%)であった。対象者の8割弱の所属するステーションが苦情処理機関を持っておらず、持っていてもステーション内、または法人内で苦情を処理している現状が明らかになった。

表2.7 苦情処理機関の有無と所属

	N	%		N	% ^注
苦情処理機関					
あり	103	22.4	—苦情処理機関の所属(含複数回答)		
			訪問看護ステーション	70	68.0
			関連法人	29	28.2
			関連医師会	7	6.8
			その他	3	2.9
なし	357	77.6			

注：苦情処理機関ありに対する%

(4) 事業所の質の評価項目として適切と認識された項目（表2.8～2.10・図2.1）

事業所の質の評価項目として、「特に適切」または「適切」とされた割合を表2.8に示した。また、「特に適切」と認識された割合の順を表2.9に、「特に適切」と「適切」と認識された合計の割合の順を表2.10にそれぞれ示し、図2.1に図示した。「利用者の満足感」の評価を「特に適切」と認識している者は全体の63.5%、「適切」とした者を加えると、87.6%の者が適切であると認識していた。「特に適切」と「適切」を加えた割合で見ると（表2.10、図2.1）、「スタッフの教育の機会の確保(41.1%)」が続き、次いで「看護婦の看護活動内容(39.3%)」「他機関、他職種との連絡体制(30.9%)」「介護者の介護負担感(30.2%)」であった。

訪問看護の質を評価する項目として、「利用者の満足感」を選択する者が大半を占めていたのは、訪問看護の対象となる利用者像が多様であり、利用者の状態から質を評価する包括的な評価指標として「満足感」が求められていると考えられる。現状では、満足感を評価する客観的な方法は十分に確立されていない。直接訪問に携わる専門職以外の第三者が、利用者の満足感を評価できる方法論の確立が必要とされている。

(5) 対象者の属性と評価項目としての適切性の認識との関連（表2.11）

① 職位と事業所評価項目との関連

ステーションの管理者とスタッフとの間で、評価項目としての適切性の認識の相違を検討し、表2.11に示した。表中の数字は、評価項目に対し「特に適切」または「適切」と回答した者の合計を属性別に示したものである。

職位別に見ると、「介護者の介護負担感」を適切と認識した者の割合は、管理者よりスタッフに有意に高く、「ステーションの経営状態」を適切と認識した者の割合は、スタッフより管理者に有意に高くなっていた。

「介護者の介護負担感」については、スタッフの38.7%が適切と認識していたのに対し、管理者では24.9%と明らかにスタッフの割合のほうが高くなっていた。全対象者で「介護者の介護負担感」を適切とした者の割合は30.2%（表2.10）で、対象者全体の適切性の認識は中位以上となっている（順位5位／16項目）。なかでもスタッフは、「利用者の満足感」「スタッフの教育の機会の確保」に次いで、「介護者の介護負担感」を評価項目として適切と考える者の割合が高くなっており、利用者や介護者の状態を評価の上で重要視する傾向が示された。

「ステーションの経営状態」に対する全対象者の適切性の認識の割合は14.3%で（表2.10）、全項

目のうち12位となり高い順位ではないが、スタッフと管理者の適切性の認識に有意差が見られた。「ステーションの経営状態」を評価項目として適切とした管理者の割合はスタッフの約2倍となり、明らかに有意であった。ステーションの健全な経営が事業所の質の確保につながることを、スタッフより管理者のほうがより日常的に認識しているためと考えられる。

② 訪問看護経験と事業所評価項目

全サンプルの訪問看護経験年数の中央値3年を境として2群に分け、訪問看護経験年数と事業所の評価項目としての適切性の認識との関連を検討した（表2.11）。訪問看護経験が長い群が短い群と比較して、適切と認識している割合が有意に高くなっていたのは「事例検討会の機会の確保」であった。訪問看護経験の長い群では19.9%となり、短い群の9.9%の約2倍であった。訪問看護経験の長いほうが事例検討会を重要視していることを示している。訪問看護経験年数の長い者ほど、毎日の活動に追われるばかりではなく、あらためて自らの活動を振り返ることのできる事例検討会の機会を持つことが訪問看護の質を確保するために重要なことを、経験上認識していることが推察される。

訪問看護ステーションは、複合体の一機関である場合でも孤立しているケースが少くない。同一（グループ）法人内に病院等の施設がない場合にはなおさらである。そのなかで事例検討の時間をとり、活発に意見交換することは有益と考えられる。本調査で現在実施している評価に用いる項目について尋ねたところ、「ケースカンファレンスでの評価」と記述した看護婦も見られた。今後は、事例検討会の実施に加え、カンファレンスの内容、参加職種など、多側面からの客観的評価の方法論の開発が必要であろう。

③ 総看護経験年数と事業所評価項目

病院や保健婦等すべての看護職としての経験年数と、事業所の評価項目としての適切性の認識との間には、いずれの項目も有意な関連が見られなかった。

④ 年齢と事業所評価項目

年齢の中央値41歳を境に年齢低群と年齢高群の2群に分け、事業所の評価項目としての適切性の認識との関連を検討した（表2.11）。年齢高群と比較し年齢低群で有意に高い割合を示したのは、「利用者の心理状態の変化」および「介護者の心理状態の変化」であった。年齢低群の23.6%が「利用者の心理状態の変化」を評価項目として適切と感じているのに対し、年齢高群では15.6%であり、有意に年齢低群のほうが「利用者の心理状態の変化」を評価項目として適切であると感じていた。「介護者の心理状態の変化」を評価項目として適切と認識する割合は、年齢低群の29.9%、年齢高群では19.8%となり、年齢低群のほうが有意に高くなっていた。若い年代のほうが、評価の項目として利用者や介護者の心理状態の変化をより重要と感じる傾向が示された。

一方、年齢が高いほど適切性を認識している割合が高くなっていた項目は、「事例検討会の機会の確保」であった。年齢低群では10.8%が「事例検討会の機会の確保」を評価項目として適切としたのに対し、年齢高群では19.8%が適切としており、5%有意水準で年齢高群の適切性の認識が高くなっていた。

⑤ 質の評価実施の有無と事業所評価項目

事業所において、既に質の評価を実施していると回答した者と、実施していない者とで群を分け、事業所評価項目としての適切性の認識の割合を比較した（表2.11）。いずれの項目も有意な差が見られず、現状の質の評価実施の有無は、評価項目の適切性の認識とは関連していなかった。

⑥ まとめ

事業所の評価項目として適切性を高く認識されていたのは、「利用者の満足感」「スタッフの教育の機会の確保」「看護婦の看護活動内容」「他機関・他職種との連絡体制」であった（表2.10）。すなわち、訪問看護の outcome、および process に関する評価項目を重要視する傾向が見られた。管理者や訪問看護経験の長い者、年齢の高い者は、経営状態、事例検討会の機会など、比較的管理的な視点からの評価項目を重要視していた。スタッフや年齢の低いものについては、利用者や介護者に対する介入の直接的な outcome を重要と認識している傾向が示された。

事業所を評価する目的は、管理における意思決定のための情報収集と、支援プロセスにおける意思決定のための情報収集がある。本調査の結果では、管理者は評価に対し事業所全体の管理のためのプロセスであることを期待し、スタッフは看護そのものの質を向上させるための評価を期待していることがうかがえる。

評価は改善を意図したプロセスである。事業所を評価する際には訪問看護に携わる専門職に有意義な管理運営、サービス提供プロセス等、多側面からの項目の選択が望まれる。

表2.8 事業所の評価項目として特に適切または適切と判断された項目

1 利用者の病状変化	9 スタッフの教育の機会の確保
特に適切 20 (4.3)	特に適切 21 (4.6)
適切 50 (10.9)	適切 168 (36.5)
2 利用者の行動範囲の変化	10 事例検討会の機会の確保
特に適切 12 (2.6)	特に適切 3 (0.7)
適切 42 (9.1)	適切 66 (14.3)
3 利用者の心理状態の変化	11 他機関、他職種との連絡体制
特に適切 23 (5.0)	特に適切 7 (1.5)
適切 72 (15.7)	適切 135 (29.3)
4 利用者の満足感	12 ステーションの目標・理念
特に適切 292 (63.5)	特に適切 22 (4.8)
適切 111 (24.1)	適切 84 (18.3)
5 介護者の生活範囲の変化	13 ステーションの経営状態
特に適切 4 (0.9)	特に適切 1 (0.2)
適切 15 (3.3)	適切 65 (14.1)
6 介護者の心理状態の変化	14 ステーションの看護婦労働環境
特に適切 12 (2.6)	特に適切 2 (0.4)
適切 103 (22.4)	適切 84 (18.3)
7 介護者の介護負担感	15 ステーションの職員数・職種数
特に適切 15 (3.3)	特に適切 0 (0.0)
適切 124 (27.0)	適切 23 (5.0)
8 看護婦の看護活動内容	16 訪問回数・訪問時間
特に適切 46 (10.0)	特に適切 2 (0.4)
適切 135 (29.3)	適切 10 (2.2)

total : 460

表2.9 事業所の評価項目として特に適切と判断された割合

順位	項目	%
1	利用者の満足感	63.5
2	看護婦の看護活動内容	10.0
3	利用者の心理状態の変化	5.0
4	ステーションの目標・理念	4.8
5	スタッフの教育の機会の確保	4.6
6	利用者の病状変化	4.3
7	介護者の介護負担感	3.3
8	利用者の行動範囲の変化	2.6
9	介護者の心理状態の変化	2.6
10	他機関・他職種との連絡体制	1.5
11	介護者の生活範囲の変化	0.9
12	事例検討会の機会の確保	0.7
13	ステーションの看護婦労働環境	0.4
14	訪問回数・訪問時間	0.4
15	ステーションの経営状態	0.2
16	ステーションの職員数・職種数	0.0

表2.10 事業所の評価項目として特に適切および適切と判断された割合

順位	項目	%
1	利用者の満足感	87.6
2	スタッフの教育の機会の確保	41.1
3	看護婦の看護活動内容	39.3
4	他機関・他職種との連絡体制	30.9
5	介護者の介護負担感	30.2
6	介護者の心理状態の変化	25.0
7	ステーションの目標・理念	23.0
8	利用者の心理状態の変化	20.7
9	ステーションの看護婦労働環境	18.7
10	利用者の病状変化	15.2
11	事例検討会の機会の確保	15.0
12	ステーションの経営状態	14.3
13	利用者の行動範囲の変化	11.7
14	ステーションの職員数・職種数	5.0
15	介護者の生活範囲の変化	4.1
16	訪問回数・訪問時間	2.6

total : 460

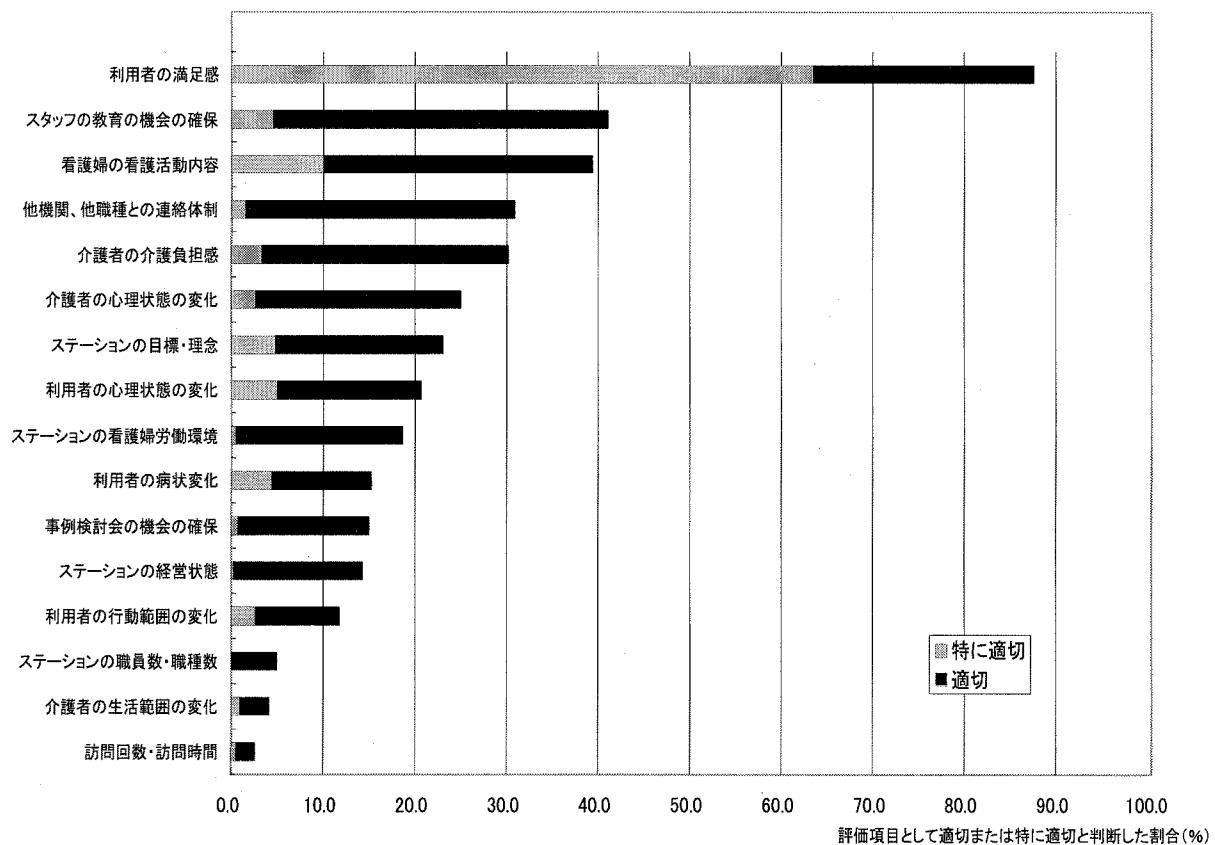


図2.1 訪問看護ステーションの質の評価項目の適切性

表2.11 属性別評価項目としての適切性の判断

項目	職位		訪問看護経験年数				年齢				質の評価実施の有無					
	スタッフ [#]		管理者		3年未満		3年以上		14.7未満		14.7以上		41歳未満		41歳以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
利用者の病状変化	24	13.3	39	16.5	36	17.8	28	12.7	30	14.4	33	15.9	34	16.7	28	13.2
利用者の行動範囲の変化	25	13.8	25	10.5	27	13.4	23	10.4	23	11.1	26	12.5	24	11.8	25	11.8
利用者の心理状態の変化	44	24.4	41	17.3	44	21.8	43	19.5	46	22.1	38	18.3	48	23.6	33	15.6*
利用者の満足感	156	86.2	211	89.0	174	86.1	198	89.6	183	88.0	183	88.0	176	86.3	191	90.1
介護者の生活範囲の変化	8	4.4	9	3.8	9	4.5	8	3.6	9	4.3	7	3.4	10	4.9	7	3.3
介護者の心理状態の変化	50	27.6	56	23.6	53	26.2	54	24.4	57	27.4	49	23.6	61	29.9	42	19.8*
介護者の介護負担感	70	38.7	59	24.9**	62	30.7	68	30.8	66	31.7	63	30.3	58	28.4	70	33.0
看護婦の看護活動内容	68	37.6	98	41.4	78	38.6	89	40.3	78	37.5	88	42.3	73	35.8	93	43.9
スタッフの教育の機会の確保	75	41.4	90	38.0	80	39.6	88	39.8	86	41.3	80	38.5	72	35.3	91	42.9
事例検討会の機会の確保	23	12.7	41	17.3	20	9.9	44	19.9**	24	11.5	40	19.2	22	10.8	42	19.8*
他機関、他職種との連絡体制	57	31.5	70	29.5	63	31.2	66	29.9	58	27.9	67	32.2	56	27.5	71	33.5
ステーションの目標・理念	40	22.1	55	23.2	44	21.8	52	23.5	49	23.6	45	21.6	44	21.6	51	24.1
ステーションの経営状態	17	9.4	44	18.6**	33	16.3	29	13.1	31	14.9	31	14.9	32	15.7	29	13.7
ステーションの看護婦労働環境	32	17.7	46	19.4	35	17.3	44	19.9	43	20.7	35	16.8	43	21.1	36	17.0
ステーションの職員数・職種数	10	5.5	9	3.8	9	4.5	10	4.5	10	4.8	9	4.3	12	5.9	7	3.3
訪問回数・訪問時間	4	2.2	7	3.0	5	2.5	6	2.7	4	1.9	7	3.4	4	2.0	7	3.3

人數は「特に適切」「適切」の合計値、%は回答者を100とした値
#スタッフには看護職以外のものも含む
** : p<0.01, * : p<0.05 (χ²検定)

3. 評価基準に関する研究

1) わが国における訪問看護評価基準

わが国における訪問看護評価は、自己評価基準を作成し、それぞれの組織で自己評価を実施することから始められている。その働きの主なものには、日本看護協会と全国訪問看護事業協会における訪問看護自己評価基準作成への取り組みがあげられる（表3.1）。平成4年、日本看護協会は、訪問看護検討委員会において訪問看護機能評価マニュアルとして自己評価指標を作成した。この基準は現在見直しがなされ、100項目の自己評価基準に精選されている。平成9年、全国訪問看護事業協会は、訪問看護ステーション（以下ステーションと称する）を対象とした自己評価マニュアルを、2年間におよぶ研究成果として作成した。全国訪問看護事業協会が作成した自己評価マニュアルは、リッカート尺度で点数化する方法をとっているが、平成11年に評価の目安を文章化した基準にする作業を加え、「訪問看護自己評価マニュアル」として出版した。

また平成4年の訪問看護ステーション創設以降、多くの訪問看護の質に関する研究が発表されているが、近年 outcome 指標に関する研究が重要視されるようになり、特に訪問看護振興財団が実施した訪問看護の質に関する研究（平成10年）では、訪問看護の outcome 指標の抽出を試みている点で注目できる。

表3.1 日本における訪問看護関連質評価の研究一覧

	全国訪問看護事業協会	日本看護協会	日本訪問看護振興財団	その他
平成4年		訪問看護機能評価マニュアル（自己評価指標）		
平成5年				特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価基準
平成7年			日本版在宅ケアアセスメントマニュアル（財団版）	MDS-HC CAPs
平成8年	訪問看護評価マニュアル作成事業		質の管理プログラムの開発事業（outcome評価）	高齢者在宅福祉サービス評価基準（全社協）
平成9年	訪問看護評価マニュアル作成事業（2年度）			訪問看護質の向上に関する研究（七田班）
平成10年		訪問看護業務基準作成（業務委員会）	訪問看護の質に関する調査研究（outcome評価）	
平成11年	訪問看護評価マニュアル出版	訪問看護評価マニュアルの再検討（訪問看護検討委員会）		福祉サービスの質の向上に関する基本方針—第三者評価基準（全社協）

2) 評価基準および評価項目の作成

前項で述べたように、国内の訪問看護の質評価基準に関するこれまでの動向を踏まえ、本研究では平

成8年度に厚生省老人保健推進費等補助金を受け実施された「訪問看護評価マニュアル作成事業」の研究成果を活用し、その成果物である全国訪問看護事業協会版「訪問看護ステーション評価マニュアル」の自己評価項目を基盤に第三者評価指標を作成することとした。

(1) 評価基準作成のための概念枠組み

本研究の概念枠組みは図3.1に示すとおりである。この看護の質評価概念枠組みは、これまで質評価研究で多くの研究者によって提唱されており、ことに臨床看護領域では管理業務基準やケアの質評価に用いられ、その有効性が報告されている^{11) 12) 14) 44)}。そこで、本研究でもこの概念枠組みを使用し、質評価に関する要素を理論的根拠に基づき組み入れ、評価基準を作成することが妥当であると考えた。

この概念枠組みのうち、構造（以下、structure）は管理運営に関する評価とし、事業所の運営理念や組織管理、経営管理、人事管理、サービス業務管理、利用者管理に関する内容を含んでいる。過程（以下、process）はサービス提供に関する評価とし、看護実践のニーズアセスメント・計画・実践・評価の一連の看護実践過程を含んでいる。結果（以下、outcome）は管理運営およびサービス提供の結果として示される成果である。

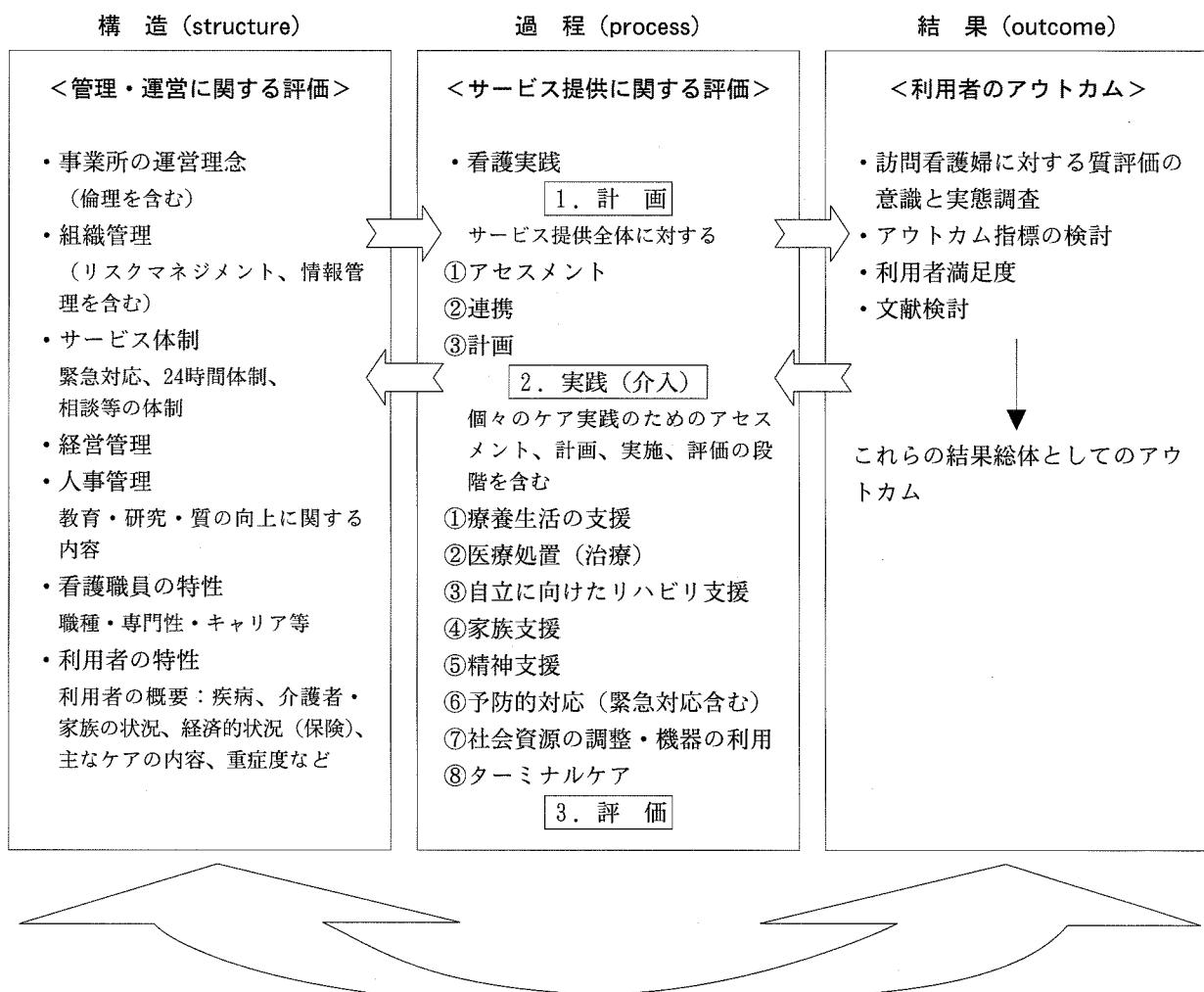


図3.1 評価基準および評価項目作成における概念枠組み

(2) 評価基準作成過程

評価基準作成にあたっては、訪問看護ステーション管理者 2 名、訪問看護婦 2 名、研究者 4 名からなるワーキンググループを編成した。ワーキンググループでは、「訪問看護ステーション評価マニュアル」の項目一つについて、「何を評価しているのか」を項目の解説文から読み取り、8名で確認していった。確認の方法は、項目表現と内容の一致および項目の分割について 8 名の合意を図り、評価項目を決定するというものである。決定した項目を評価内容の類似性に基づき分類したのち、大項目に当てはめ、評価内容の重複がないことを確認し、一文で一つの評価内容になるよう表現を再確認し、小項目を設定した。

このような作成過程では、「訪問看護ステーション評価マニュアル」の評価内容がすべて含まれること、できる限り項目の配列を変えずに構成することに配慮した。

(3) 評価基準の構成

この評価基準は大項目・中項目・小項目の 3 段階の項目構成で、評価項目は計 100 項目である。

評価項目は小項目に該当する。項目の構成を表3.2に示した。その内容について、① structure : 管理運営に関する評価（大項目 [I. 経営管理]、[II. 業務管理]）の構成、② process : サービス提供に関する評価（大項目 [III. 看護実践]）の順に述べる。（資料 1 参照）

表3.2 訪問看護ステーションの第 3 者評価基準 項目構成

概念枠		大項目	中項目	小項目数
structure 管理・運営に関する評価	I. 経営管理	1. 運営方針	6	
		2. 組織構成の方針	10	
		3. 事業評価と計画	11	
	II. 業務管理	1. 人事管理	13	
		2. サービス提供管理	22	
		3. 利用者（顧客）管理	9	
		小計	71	
process サービス提供に関する評価	III. 看護実践	1. アセスメント 1) アセスメント 2) 療養生活の支援 3) 治療および医療処置 4) リハビリテーション 5) 家族支援 6) 精神的支援 7) 予期的・予防的対応 8) 教育的支援 9) 連携・社会資源・機器の利用	21 (2) (2) (2) (4) (4) (2) (3) (1) (1)	
		2. 計画	3	
		3. 実践	3	
		4. 評価	2	
		小計	29	
		合計	100	

① structure：管理・運営に関する評価の構成

「訪問看護ステーション評価マニュアル」（以下、マニュアルと称する）の評価項目は、「管理に関する評価」「事業の運営に関する評価」「結果」の評価の3部構成である。このなかで「管理に関する評価」「事業の運営に関する評価」の評価項目の意図するところは、ステーションの管理と運営に関する内容である。そこで経済学および経営学で用いられる管理概念を使用して、マニュアルの管理運営に関する項目を再検討した。その結果、項目の評価内容は組織の経営管理と運営における業務管理に関するものであったため、本研究では「I. 経営管理」「II. 業務管理」の2大項目に統合し、分類した。

「I. 経営管理」の中項目は、I-1. 運営方針、I-2. 組織構成の方針、I-3. 事業評価と計画の3項目で構成した。また「II. 業務管理」の中項目は、II-1. 人事管理、II-2. サービス提供管理、II-3. 利用者（顧客）管理の3項目で構成した。以下、マニュアルとの比較を行いながら、小項目について述べる。

・マニュアルとの項目比較による小項目の内容と構成

評価項目に相当する小項目は評価基準の最も重要な部分であり、本研究の過程では最も多くの時間を費やし、慎重かつ丹念に分析を重ねてきた。ここでは、マニュアルとの比較を通して、どのようにその項目が設定されたかその経緯を示す。それにより、「何を評価するのか」を明確に提示することができると考える。

分類の手順は、マニュアルの項目を新しい評価基準の大項目、中項目に再分類した後、マニュアルの項目の表現を検討し、分割または新規に項目を作成した。

項目の作成過程では、①マニュアルの項目をすべて含むこと、②マニュアルの項目の内容は1つの項目で1つを評価するよう整理し、多数の評価点を含むものは項目を分割すること、③第三者が評価する上で客観的に評価できる内容の表記にすること、④類似した内容は統合すること、⑤新たな概念で分類する必要のある内容は新規設定をすること、に留意して行った。またマニュアルの項目で用いられている「事業所」は、評価項目である小項目のレベルでは活用しやすいよう「ステーション」におきかえた。

以下の文中で、実線の枠内にゴシック体で書かれた項目が本研究で作成した項目で、破線の枠で囲まれた項目は対応するマニュアルの項目である。主にマニュアルの項目とどのように対応しているかを示し、新規に作成した項目は「新規」と示した。その後に今回作成した項目の解説を述べた。

評価項目一覧

I. 経営管理

I-1. 運営方針

1. 運営方針は明文化しているか
2. 運営方針はステーション内で共有されているか
3. 利用者に運営理念を明示しているか
4. 定期的に運営方針の見直しはされているか

↑

1. =84. 運営方針を職員に徹底していますか
2. =84. 運営方針を職員に徹底していますか
3. =新規
4. =新規

運営方針に関する項目は、6項目で構成した。マニュアルに設定されていた「運営方針を職員に徹底しているか」の項目の意図は、ステーション内での明文化表示の有無と職員間の共有、および利用者への運営理念の明示、さらに運営方針の見直しまでのり、それらは評価項目として重要と見なし、項目にあげた。そのため、項目の1. 2. に関しては、マニュアルの項目84の内容を、運営方針の有無と周知の2つの項目に分割した。3. 4. に関しては、利用者への運営理念の明示、さらに運営方針の見直しまでのりを含める必要から新項目として新たに設定した。

5. 職業倫理規定を持っているか
6. 職業倫理規定を共有化しているか

↑

5. =88. 利用者の権利と尊厳を守っていますか
6. =88. 利用者の権利と尊厳を守っていますか

項目5. 6. は、「職業理念」に関する項目である。ステーションとしての職業倫理規定を有していること、それを職員に周知徹底しているかどうかを評価する項目とに分け、2項目とした。

I-2. 組織構成の方針

ここでは運営方針を反映した組織構成になっているかを評価する内容で、計10項目である。マニュアルの項目では9項目がこれに対応していた。新規に加えられた項目は3項目あり、給与規定、昇任基準および組織図に関する項目である。

7. 運営方針に基づいた組織構成か
8. 運営方針が反映される人事管理をしているか

↑

7. =76. 職業倫理を守るように自分の行動を点検させていますか
8. =80. 管理者の意向のもとに採用を決めていますか

この項目では「運営方針の明確さを管理者が人事管理に生かしているか」を評価する項目である。こ

ここで示すものは、組織図における管理者の位置づけや人事採用に管理者がどの程度関与するのかであり、管理者の考え方が人事管理に反映されているか、をとらえることを目的としている。基本的に訪問看護ステーションの管理者は、人事採用への決定権を持っていることが望ましいとされており、組織的に管理者が人事管理に位置づけられていないのであれば、管理者自身は関与するべきと考えているか否かを明らかにし、管理者自身の人事管理への主体的な参加を促すことが必要であるという報告もある^{11) 12)}。また、組織的な位置づけばかりではなく、実際、管理者自身がステーションの質向上のためにどのような人材を必要とし、どのような採用計画を持っているか、などについて述べることができなければならないであろう。

9. 昇任評価基準が明らかになっているか

10. 給与規定が明らかになっているか



9. =新規

10. =新規

この項目は、新たに加えた項目である。ステーションの組織管理には職員の給与に関する規定がなくてはならない。これは職員の権利保障であり、給与は職員の勤労意欲にも関連し、職員の成果評価でもある。また、昇任基準は職業継続の動機づけともなり、キャリア開発の一端である。ステーションとしては、明確にそれらを保障する必要がある。

11. 関連機関と連携体制があるか



11. =10. 主治医・保健婦・PT・OT・ホームヘルパー等の関連職種や病院、市町村、在宅介護支援センターなどの関連機関とカンファレンスを行う等、相互理解を図るようにしていますか

ここではそのステーションが「他機関との連携を有しているか」を問うものである。具体的には、連携機関の名称や連絡会議の予定が所内の掲示板に書き込まれているかを確認する。どのように連携をとっているかについては管理者からの聞き取りで確認する。

12. 他機関からの研修や実習を受け入れる体制があるか



12. =79. 学生などの実習を受け入れる体制がありますか

学生の実習は、事業所の教育的機能として重要である。それは基礎教育への貢献と同時に、職員の日々の看護の振り返りや評価の機会となり、現任教育としても意味がある。学生の受け入れができる体制があることは、ステーションとして一定の機能を有していると判断できるため、事業所の質評価として有用である。

13. 管理者間のネットワークを持っているか



13. =67. 管理上の問題や悩みを相談・支援する場をつくっていますか

管理者を支えるネットワークは、管理者にとって重要である。管理上の悩みを相談したり、訪問看護

ステーションにとって有効な情報交換の場となったりする。訪問看護を取りまく社会的な動向や制度への適切な対応のために、同業者の動きや情報を得ることができるかどうかは、ステーションの質に間接的に影響するものである。

14. 組織図（命令と責任）を持っているか

↑

14. =新規

さまざまな業務を運営する上で管理者とスタッフのみならず、ステーションと他部門との位置づけが組織的につながっている場合は、その関係が明確に提示されていることが望ましい。この項目では、ステーション内の役割分担や責任の範囲を明確にし、それを図に示すことは、事業所内の運営がわかりやすく、管理者の考え方や組織管理方針が具体的に示されているものと評価できる。よって、新規に付け加えることとした。

15. 厚生省のガイドラインにそった人員が確保されているか

↑

15. =90. 利用者数に応じた人員配置をしていますか

「利用者数に応じた」人員配置は一定の基準を満たしているかどうかが問題であり、必ずしも理想的な人員数の確保は義務づけることはできない。「利用者数に応じた」の部分を「厚生省のガイドライン」に置き換え、評価の意図は生かして表現を変え、第三者が評価しやすくした。

16. ステーション職員のための十分なスペースを確保しているか

↑

16. =68. 必要な物品や備品類を衛生的に、いつでも使えるように管理していますか

ステーション運営に十分なスペースとは、訪問に必要な物品ばかりではなく、会議や利用者との面接、職員の更衣・ロッカー、トイレなどの設備も必要なスペースとして確保されなければならない。ここでの項目はステーションの設備の評価として位置づけ、必要物品の管理は業務管理の評価項目No.51に再掲した。

I - 3. 事業評価と計画

事業評価の項目は11項目であった。ここは「結果」について書かれていた部分であり、事業運営や管理を評価し、今後の計画について何をしているかという評価項目である。

17. ステーションとして独自に会計準則による処理をしているか

18. 収入、支出の分析や管理を行い、経営状態を把握しているか

19. 利用者の紹介先、利用者数、他サービスの利用状況などを指標として利用状況の評価を行っているか

↑

17. =100. 原文そのまま

18. =102. 原文そのまま

19. =105. 原文そのまま

ここでは評価内容の確認をし、そのままの項目を位置づけた。

- 20. 利用者の満足度を評価しているか
- 21. 職員の満足度を評価しているか
- 22. 関連職種からの評価を得ているか

↑

- 20. =106. 利用者、家族の満足度を評価していますか
- 21. =107. 個々の利用者へのサービス内容について主治医、関連職種から評価を受けるようにしていますか
- 22. =107. 個々の利用者へのサービス内容について主治医、関連職種から評価を受けるようにしていますか

顧客満足に関する評価と職員の就労意欲に関連する就労満足、周囲の関連職種からの評価を総合して事業所の管理・運営の評価とした。この評価項目の表現はマニュアルの項目を分割して、評価を受ける対象を利用者、職員、関連職種の三者にし、医師は関連職種に含めた。

- 23. 利用者へのサービス改善のために投資しているか
- 24. 職員の職務環境改善のために投資しているか（教育・研修）

↑

- 23. =104. 器材購入費等を確保していますか
- 24. =103. 研修費、図書費等が計上されていますか

ここでは予算計上の品目に何があるかをステーションの質評価している。項目表現では予算の計上をあえて、「職務環境改善のための投資」という表現を使用し、管理者は質の向上のために何をしているかという管理姿勢を評価している。また、サービス事業所として利用者へのメリットを保障しようとしているか、さらには予算品目の教育研修予算は、職員の自己研鑽への機会を保障するという点で専門職業としての質の担保とみなし、重要品目とした。

- 25. 長期・短期目標のある事業計画を立てているか
- 26. 年間予算を立てているか
- 27. 投資計画を立てているか

↑

- 25. = 89. 事業の課題を整理して事業計画を立て、事業の発展に結びつけていますか
- 26. =101. 原文そのまま
- 27. = 89. 事業の課題を整理して事業計画を立て、事業の発展に結びつけていますか

この項目ではステーションの課題を整理して事業計画を立て、事業の発展に結びついているかという評価をどのような形で評価すればよいのかを検討した。そこで項目89を分割し、25. 27. の2項目にした。事業計画において長期・短期目標を設定することは、事業計画の方向性を示すことである。そして予算の計上は年間計画で行うものと、事業所のさらなる発展に結びつくような長期的な計画で行うものが必要であり、資金を蓄える計画があるかどうかは、ステーションの事業計画の実現性を示すものとして項目を設定した。

II. 業務管理

II-1. 人事管理

人事管理に関する項目は、職員の人員配置や看護体制づくりに相当する。13項目で構成されている。

- 28. 職員の能力に応じた人員配置をしているか
- 29. 職員の状況に配慮した勤務スケジュールを管理しているか
- 30. 職員の能力を考慮した受け持ち決定か（看護婦の能力・満足・意向）

↑

- 28. =62. 管理者は個々の職員の臨床経験の内容、適性・能力に応じた受け持ちの決定を行っていますか
- 29. =63. 利用者の希望をもとに職員の状況に配慮したスケジュール管理をしていますか
- 30. =95. 利用者の状況に応じ、受け持ち体制を工夫していますか

この項目は評価の内容が複雑で細分化してくるため、第三者が評価する上では個人の能力評価をしたり、簡単に職業能力の適切性を示すことはできない。また管理者は受け持ち看護婦を決定するばかりではなく、職員の休みや希望に応じてスケジュール管理をしている。そこで、人員配置で職員間のバランスを見ることで能力に応じた人員配置を評価し、スケジュール表で人材をどう活用しているかを評価し、受け持ち決定をどのように行うかで統合して評価することが重要である。

- 31. 個々のスタッフの就労意欲を高めるための対策をとっているか

↑

- 31. =66. 職員が働きやすい職場づくりを心がけていますか

マニュアルでの表現は、平易な言葉で書かれており理解しやすいが、「何を評価してよいか」が不明確である。働きやすい職場は職員にとって勤労意欲を高めるばかりではなく、自己の存在価値を確認したり、さまざまな副次的效果を有する。働きやすい職場づくりを心がけるだけではなく、具体的な計画や対策をとっているかが重要であると考え、評価項目の表現を修正した。

- 32. 採用基準を持っているか
- 33. 採用計画を立てているか

↑

- 32. =80. 管理者の意向のもとに採用を決めていますか
- 33. =新規

管理者が人事採用の決定権を持つ、あるいはそれについての関与があるか否かは重要な点である。明文化されていなくても管理者自身が看護職員の採用に関して意向を持ち、基準を持っているか、また採用計画を持っているかによって、訪問看護ステーションのサービス提供者の質管理に影響するため、評価項目に加えた。

- 34. 受け持ち看護婦の看護内容について相談・指導助言をしているか
- 35. 管理者の研修プログラムに参加しているか
- 36. スタッフに対する研修プログラムがあるか
- 37. スタッフが自己学習できるような環境を整えているか

↑

- 34. =61. 受け持ち看護婦の看護内容を管理者が知り、その問題点を把握し、フィードバックしていますか
- 69. 初回訪問時、また必要時には管理者あるいはそれに代わる者が同行訪問し、指導・支援していますか
- 70. 職員が行う看護サービスについて管理者指導・相談を行っていますか
- 35. =78. 管理者としての能力向上が図れるように自己研鑽に努めていますか
- 36. =72. 能力向上が図れるような研修プログラムを用意していますか
- 73. 事例検討会を持ち、学習や研究の機会を確保していますか
- 74. テーマを決めて研究に取り組んでいますか
- 75. 所外の研修受講や関連学会への参加を勧めていますか
- 37. =77. 最新の知識・技術を学ぶ体制を備えていますか

ステーションにおける教育プログラムをどこまで用意するかは、管理者やステーションの経営者の考え方方に影響を受けるであろうが、さまざまな位置づけで教育・研修の機会を用意することが望ましい。マニュアルでは9項目が該当したが、その表現のレベルは多様であり、ここではスタッフである看護婦へ管理者による指導があるか、管理者自身は研修を受けているか、スタッフに対する所内外で受けることができる研修プログラムを持っているか、ステーションとしてスタッフが学ぶことができる環境を整えているか、の4項目に集約した。

- 38. 労働安全衛生法に基づいた健康診断を行っているか
- 39. 労働基準法に基づいた勤務体制が守られているか
- 40. 損害賠償任意保険に加入しているか

↑

- 38. =81. 職員の心身両面にわたる健康管理を行っていますか
- 39. =82. 労働基準法に基づいた勤務体制が守られていますか
- 40. =83. 職員が安心して業務に携われるような補償体制がありますか

ここでは、職員の健康管理および労働基準と権利保障についての基盤法規を評価項目に入れ込み、評価しやすくするとともに管理者の認識を促すことをねらい、表現を修正した。

II-2. サービス提供管理

ここでの評価項目は、サービス提供に関わる様々な手続きやサービス体制に関する項目である。それらが現実的に機能しているかどうか、職員全員に周知徹底しているかどうかも含め、評価する必要がある。項目表現では第三者で評価できる内容か、何を評価しているかという点について検討し、表現を修正した。

41. 訪問看護の利用者とサービス提供に関する契約を交わしているか

↑

41. =86. 利用者の個々の意見を確かめて、それに沿ったサービス提供ができますか

87. サービス内容や運営方針、利用料について利用者に理解しやすいように説明し、納得の上で同意を得ていますか

この項目の内容はマニュアルの項目が示すように、本質的には利用者から直接評価を受けるものである。しかしながら、ステーションとしての対応を契約書面で評価することとした。

42. 新規の依頼や利用者の状況の変化に対応できる体制をとっているか

43. 利用者のニーズに合った訪問計画は立てられているか

44. 24時間連絡体制をとっているか

↑

42. =85. あらゆるケースを受け入れられるよう、地域のニーズに即して充実した体制づくりに努めていますか

94. 新規の依頼に対応できる体制をとっていますか

43. =62. 管理者は個々の職員の臨床経験の内容、適性・能力に応じた受け持ちの決定を行っていますか

63. 利用者の希望をもとに職員の状況に配慮したスケジュール管理をしていますか

85. あらゆるケースを受け入れられるよう、地域のニーズに即して充実した体制づくりに努めていますか

95. 利用者の状況に応じ、受け持ち体制を工夫していますか

44. =93. 原文そのまま

ステーションとしてのサービス体制において、新規の利用者のみならず利用者すべての状況の変化に対応できる柔軟性のあるサービス体制と、そのニーズに対応できる看護婦の配置、24時間連絡体制の3点は重要と考え、マニュアルの項目を整理統合して、7項目を3項目にした。

45. 緊急時対応マニュアルはあるか

46. 利用者と主治医およびステーションの間で緊急時の対処方法を決めているか

47. 利用者と主治医およびステーションの間で緊急時の対処方法を周知しているか

↑

45. =新規

46. =96. 主治医、利用者、ステーション間であらかじめ想定できる緊急時の対応について相談していますか

47. =96. 主治医、利用者、ステーション間であらかじめ想定できる緊急時の対応について相談していますか

この項目では、緊急時対応におけるサービス体制の整備状況を評価するものである。「緊急時対応マニュアル」の整備は新規に立てた項目であるが、ステーションにおけるサービスの質基準を査定するためばかりではなく、ステーションにおけるサービス提供内容の保障と均質化のために今後必要となって

くるであろう。その緊急対応における対処法は決められていればよいというものではなく、職員に周知していることが重要である。そのためマニュアルの項目を分割し、3項目に設定した。

- 48. サービス提供を均質化するために、情報の共有化を図っているか
- 49. 職員の看護技術の標準化を図る看護手順マニュアルがあるか
- 50. 職員の看護技術の標準化を図る看護手順を周知しているか

↑

- 48. =65. 記録や引き継ぎなど情報の共有化を図り、所内における職員間の連携ができますか
- 49. =71. 職員の看護技術の標準化を図れるような職員教育を行っていますか
- 50. =71. 職員の看護技術の標準化を図れるような職員教育を行っていますか

ステーション内の情報の共有化では、カンファレンスや連絡ノート、申し送りなど様々な方法が考えられる。どのような方法でも、頻度よりもサービス提供の均質化に目的がおかれていることが重要とし、表現を変更した。職員の看護技術の標準化は、看護手順のマニュアルとその周知による。マニュアルを用いることで標準化を図ることができ、職員教育にもなる。よってステーションの看護技術サービス内容の標準化には、看護手順マニュアルとその周知徹底が必要不可欠である。

- 51. ケアに必要な物品や医療機材が適宜使えるように管理しているか
- 52. 訪問のための移動手段は整備されているか
- 53. 効率的な事務処理のための工夫がされているか

↑

- 51. =68. 必要な物品や備品類を衛生的にいつでも使えるように管理していますか
- 52. =新規
- 53. =64. 事務処理が管理者の負担にならないための工夫ができますか

ステーションに必要な設備・備品管理に関する評価項目である。備品については、吸引器などの医療機器を視野に入れ、表現を変更した。また備品には、自転車などの移動手段の物品整備も必要と考え、新規項目とした。効率的な事務処理を目的とした対応は、管理者の業務改善として重要である。事務処理をコンピュータ化することや事務員を雇用するなど、何らかの対策がとられていることが望ましいと考える。

- 54. 自然災害時対応マニュアルがあるか
- 55. 管理者、スタッフは自然災害時対応マニュアルを周知しているか

↑

- 54. =97. 自然災害にも対応できるように検討していますか
- 55. =97. 自然災害にも対応できるように検討していますか

自然災害時の対応は、ステーションが地域の社会資源であることを認識し、対策を講じていなければならない。この場合も看護手順と同様に、マニュアルとその周知徹底という2項目に表現を分割・修正した。

- 56. 医療看護過誤への対応として組織的な取り組みや職員への教育がされているか
- 57. 記録様式は必要な情報を含んでいるか
- 58. 社会資源、機器の利用に関する必要な情報を管理しているか
- 59. 社会資源、機器の利用に関する必要な情報を提供しているか
- 60. 訪問看護記録など定められた記録はガイドラインにそって適切に保管されているか

↑

- 56. =新規
- 57. =59. 訪問看護記録様式は評価する際に必要最低限の情報を含み、しかも簡略なものになっていますか
- 58. =新規
- 59. =新規
- 60. =60. 訪問看護記録は適切に保管していますか

ステーションにおいてもリスクマネジメントは重要である。利用者が不利益を被るような対応をしないように心がけることはいうまでもないが、個別的な対応で事故や苦情が場当たり的に処理され、隠蔽されるのではなく、組織的に問題解決に取り組むことが重要であるとし、新規項目として加えた。また社会資源については、事業所でも情報提供できることが大切であり、地域の中で活動していくためには、その地域の資源を周知してこそ充実したサービス提供を可能にするものであることから、項目にあげた。

- 61. 主治医から治療や処置に関する指示を受けているか
- 62. 主治医に看護内容や利用者の療養状況をわかりやすく報告し指示内容に反映できるようにしているか

↑

- 61. =30. 医療行為のための必要物品・器材は主治医より利用者に処方されるようにしていますか
- 62. = 9. 原文そのまま

主治医との関係は、医療行為の指示受けや薬剤の管理など、現場で即時対応が必要な場合と、指示書・報告書などの書面上での関係性の維持とがある。それらを新しく分割し、項目として加えた。

II-3. 利用者（顧客）管理

この項目は利用者への対応として、退院から在宅へのスムーズな移行を目指して他機関との連携、相談応需機能や苦情処理への対応などの体制について評価する項目である。

63. 関連機関との連絡・調整・支援が行われているか
 64. 利用者の入院時や退院時に医療機関の職員と情報交換を行ってケアの継続性を維持できるようにしているか
 65. 関連サービス機関に訪問看護ステーションの存在役割を広く知らせるようにしているか

↑

63. = 9. 主治医に看護内容や利用者の療養状況をわかりやすく報告し、指示内容に反映できるようしていますか
 10. 主治医・保健婦・PT・OT・ホームヘルパー等の関連職種や、病院、市町村、在宅介護支援センター等の関係機関とカンファレンスを行う等、相互理解を図るようにしていますか
 11. 関係機関と利用者中心のサービス計画の立案やスケジュール調整を行っていますか
 12. 自治体保健婦と情報交換し、利用者中心の役割分担ができますか
 13. 利用者の生活状況や介護体制を改善するためにホームヘルパーとの連携を進めていますか
 14. ホームヘルパーが必要とする助言や支援を行っていますか
 15. 医療・看護ニーズを持つ利用者がホームヘルパー等福祉職を介してステーションを利用するような関係をとっていますか
 64. =16. 利用者の入院時や退院時に医療機関の職員と情報交換を行って、ケアの継続性を維持できるようにしていますか
 65. =17. 原文そのまま

連携に関する項目はマニュアルでは9項目あり、職種に応じて項目化されている。連携については聞き取りが主体で評価することになると考えるが、連携会議録やカンファレンスノート、組織図などをどのように評価するかは議論を要するところである。この項目では、どのような方法や形であっても、他機関との連携の存在を示すものを評価することと、病院から地域へのケアの継続性の観点に沿って、連携とPR活動がされているかについて評価するものとし、項目を統合整理した。

66. 地域住民からの相談に対処できるか
 67. 利用者からの相談に対処できるか
 68. 利用者が苦情を言える体制があるか
 69. 苦情を組織で共有できているか
 70. 組織として問題を分析し対処できているか
 71. 地域住民にステーションの存在役割を広く知らせているか

↑

66. =98. 地域住民や利用者からの相談に対処できていますか
 67. =98. 地域住民や利用者からの相談に対処できていますか
 68. =新規
 69. =新規
 70. =99. 利用者からの苦情を謙虚に受け止めた上で、問題を分析し対処できていますか
 71. =新規

この項目は、利用者のみならずステーションが地域の資源として機能するために、地域住民の相談応需機能を持つことが、地域の資源としてのステーションの質を規定することを意味する。対象を分けた形で項目は2分し、地域住民への広報活動を新規項目として設定した。苦情処理については新規項目とした。介護保険事業が始まり、様々な形でステーションの苦情を受け、それを組織的に取り組み改善する体制を整えることが必要である。

② process：サービス提供に関する評価の構成

マニュアルで示されている項目構成は57項目あり「看護計画について」、「連携システム」、「看護実践について」、「評価」となっており、項目の解説文からここでの評価内容は看護実践の一連の過程を表している。本研究では、看護実践でのケア提供にかかる「看護過程に関する評価」としてそれらを再構成し、下位項目には一連の看護過程に沿い、「III-1. アセスメント」「III-2. 計画」「III-3. 実践」「III-4. 評価」を設定した。

マニュアルでの「連携システム」の項目番号9～14は連携に関する構造的内容と考えられ、評価基準63に統合し、「II-3. 顧客管理」の項目に含めた。その他「連携システム」の項目は内容から機能的側面と考えられ、本研究では「III-1. アセスメント」に含め、サービス提供の評価に残した。

項目の解説文から評価チェック項目の意図するものを明確化し、内容の重複しているものは除き、内容が細分化しすぎているものは1つの項目にまとめた。統合され削除された項目は、調査時の評価者ガイドラインとしてまとめることとした。

マニュアルで示されている看護実践の分類は、日本看護協会の「訪問看護業務基準」および日本訪問看護振興財団の「訪問看護基準」を参考にし、「専門職としての看護の支援機能」という観点で、「アセスメント」、「療養生活の支援」、「治療および医療処置」、「リハビリテーション」、「家族支援」、「精神的支援」、「予期的・予防的対応」、「教育的支援」、「連携・社会資源・機器の利用」の9つの支援機能に分類した。今回、マニュアルの評価項目を基盤とし整理する過程で、ターミナル・痴呆などの病状別の分類は看護実践内容が他の項目とも重複し、マニュアルで示されている内容では包括的に評価する項目を作成することには限界があった。そのため、利用者への個別的な看護実践内容を評価するための項目ではなく、ステーション全体の看護実践における看護過程の要素を、相対的に評価する項目として分類整理を行い、29項目に整理した。

以下、マニュアルと比較しながら評価項目「III. 看護実践」について述べる。マニュアルの項目整理にあたっては、管理運営に関する評価の時と同様に、解説文から「何を評価するのか」についてその意味をワーキンググループで確認し、合意形成の後項目表現の一致を試みた。項目の評価内容は1項目1評価になるように項目を分割し、第三者が評価しやすいような表現を配慮した。

9つに分類した看護の支援機能の実践については、各々のアセスメントがその支援機能の特性をあらわすと考え、「III-1 アセスメント」の項目に含めた。各々の支援機能の実践は、そのアセスメントに基づく実践であるため、「III-3 実践」の項目にまとめた。

III. 看護実践

III-1. アセスメント

この項目は、看護専門職としての機能を9つに分類している。アセスメントは、看護過程の情報収集から問題領域の特定までを意味している。看護実践における思考過程の判断根拠を明確にするものであり、21項目で構成されている。

III-1-1) アセスメント

72. 包括的なアセスメントを行っているか

↑

72. = 2. 包括的な（病状把握、生活状態、環境、家族など）アセスメントを行っていますか
19. 家族から提供される訪問までの利用者の情報について的確な状況判断をしていますか
20. 全身状態や療養状況、利用者の対応などから総合的な状況判断を行っていますか

この項目は利用者の全体像の把握を一定の期間で行っているかどうかを評価するもので、利用者の状況判断を行い、必要なケアのタイプを見極めているかどうかを問うものである。マニュアルの項目の意図をくみ取り、包括的なアセスメントの内容を示すものとして統合した。細部に関するアセスメントは、以下の項目に示す「支援機能」のアセスメントに含めた。

73. 看護問題を抽出しているか

↑

73. =3. 総合的な視点からの的確な問題把握に努めていますか
6. 利用者や家族の希望、緊急度、総合的な判断状況のもとで、看護の優先度を決めていますか
7. 訪問時間や回数は、利用者の状態やニーズに合うように設定していますか

マニュアルの3項目は、アセスメントにおける問題抽出と優先度の決定を含んでいる。本研究におけるアセスメントの定義は、優先度やニーズを考慮した問題抽出までを含むとした。そのため本項目は、包括的なアセスメントの後、優先度を決定し、問題抽出されているかという内容であるというマニュアルの意図をくみ取り、1項目に統合し設定した。細かい内容は評価者のガイダンスに含めた。

III-1-2) 療養生活の支援

74. 症状についてアセスメントしているか

↑

74. =24. 病状把握を的確にし、病状の安定や増悪防止、早期発見に努めていますか

上記項目は、病状把握の後の対策や対応の目的について触れている。マニュアルの解説でも訪問看護婦による病状把握は重要とされている。本項目では、目的を持った対応、対策までの内容は含まず、アセスメントのレベルの表記にとどめ、病状の観察やアセスメントを重視した。それは、看護過程の一連のプロセスに整理する必要があり、その理論上、アセスメントの結果、必要とされる計画・実践がなされると解釈され、後半の対策・対応内容に関するものは分類を異にするからである。また、項目の内容はシンプルに1つのことを問う形にするためでもある。

75. 食事・排泄・清潔・睡眠・衣生活の状況をアセスメントしているか

↑

75. =27. 口腔ケアを十分に行い、口腔の異常を早期発見し、解決のために主治医等と相談、協力していますか

療養生活の支援のアセスメントは、病状のアセスメントとして症状や徵候の程度の把握、および基本的ニーズの何が阻害されているか、その根拠は何かを明らかにすることが重要である。口腔ケアは重要なケアであるが、これ1つに絞らず生活の諸側面を包括的にアセスメントしているかを、記録用紙の基本情報の項目から確認するものである。

III-1-3) 治療および医療処置

76. 利用者の服薬管理についてアセスメントしているか



76. =25. 利用者の服薬のコンプライアンスを把握し、主治医・薬剤師への報告をしていますか

治療の側面として服薬に関する状況をアセスメントすることは重要である。マニュアルで示されている主治医や薬剤師への報告は、アセスメントの結果、必要性が認められ実施するものであるため「実施」に含んだ。

77. 治療および医療処置の必要性を理解し、状況をアセスメントしているか



77. =28. 医療処置に伴う看護ケアは二次的障害や過誤を起こさないように行われていますか

29. 利用者や家族が病状や療養方針を理解しているかを把握し、主治医に報告していますか

ここでは、看護婦が医療者として、医療機器の管理や医療処置に伴うケアの必要性に関するアセスメントを行うことの重要性から、評価項目となっている。医師との連携のために治療の効果を示す情報を医師へ伝達し、適切な治療が実施されるように病状をアセスメントすることは、看護婦の重要な役割である。また家族が治療に関する正しい理解ができるように、利用者や家族を支援することが看護婦に期待されている。これらの役割遂行のために重要なアセスメントである。

III-1-4) リハビリテーション

78. 日常生活動作能力評価（ADL）・身体機能評価（ROM）に基づき、生活動作能力をアセスメントしているか

79. 療養環境評価に基づき、住宅改造や介護用品導入についてアセスメントしているか

80. その人らしい生きがいの持てる生活についてアセスメントしているか

81. 利用者が社会的交流および、社会参加についてアセスメントしているか



78. =49. 機能評価や日常生活活動能力評価、環境評価を行っていますか

79. =49. 原文そのまま

80. =26. 医療依存度が高くとも、その人らしい生きがいの持てる生活ができるように工夫していますか

81. =54. 利用者が外部と交流し、社会参加できるように働きかけていますか

リハビリテーションは機能訓練のみならず、障害受容やノーマライゼーションを含めた全人的復権を目指した、その人の生き方への支援ともいわれている。その意味で、リハビリテーションに関するアセ

スメントは、狭義の日常生活動作の拡大を目指したアセスメントから、その人の生きがいや社会参加までを含んだ広義のリハビリテーションに概念を広げ、生活の質向上のためのアセスメントとした。

III-1-5) 家族支援

- 82. 家族構成と役割をアセスメントしているか
- 83. 家族の健康管理をアセスメントしているか
- 84. 家族の介護負担をアセスメントしているか
- 85. 家族の関係性をアセスメントしているか

↑

- 82. =36. 多様性のある家族の状態や、家族関係を理解し家族支援をしていますか
- 83. =37. 介護者の健康状態に配慮していますか
- 84. =40. 家族の負担軽減を考慮し、家族が適切な社会資源をタイミングよく利用できるようにしていますか
- 85. =36. 多様性のある家族の状態や、家族関係を理解し、家族支援をしていますか

家族のアセスメントは様々な家族理論による構成概念で示されている。1つの項目で多くの要素が含まれているため、項目を分割し多様性のある現代家族のありようを、家族構成と役割、健康管理、介護負担、関係性の4つに大別し、家族をとらえる評価項目とした。特に介護をめぐって変化する家族の関係性や家族の負担軽減のために、介護負担のアセスメントを重視した。社会資源の導入の適切性や実施に関するアセスメントは、「連携・社会資源・機器の利用」のアセスメントに含むこととした。

III-1-6) 精神的支援

- 86. 利用者の精神的な苦悩や悩みをアセスメントしているか
- 87. 介護者の精神的な苦悩や悩みをアセスメントしているか

↑

- 86. =22. 利用者の話をよく聞き、精神的な苦悩や悩みに理解を示し、受容的な態度で精神的支援を行っていますか
- 87. =38. 介護者の悩みやストレスをよく聞いて理解を示すなど、精神的支援を行っていますか

精神的支援のアセスメントは対象によって項目を分け、利用者と介護者を別項目とした。

III-1-7) 予期的・予防的対応

- 88. 利用者に今後起こりうることをアセスメントしているか
- 89. 家族に今後起こりうることをアセスメントしているか
- 90. 感染の危険性をアセスメントしているか

↑

- 88. =21. 次回訪問時までに起こりうることを予測し、臨機応変に対処していますか
 - 31. 寝たきり、褥瘡、廃用症候群、脱水、転倒、骨折、誤嚥、失禁等について予測をもとに予防的な対応に努めていますか
- 89. =21. 原文そのまま
- 90. =33. 感染についての情報収集や、感染の兆候の早期発見に努めていますか

在宅療養においては、予期的対応を行うことは特に重要である。異常や変化を予測して、問題を予防回避することが本人・家族にとって安心につながり、在宅療養を続ける自信につながる。マニュアルでは今後起こりうることを具体的にあげているが、その内容の示すものは広範囲であり、個別的に対応している記述やケアプランで評価する項目としている。ここでは、利用者に起こりうる問題と家族に起こりうる問題を分けてアセスメントすることとした。

III-1-8) 教育的支援

- 91. 利用者および家族の介護知識・技術の習得についてアセスメントしているか

↑

- 91. =35. 介護者、ホームヘルパーなどの感染予防の方法を指導していますか

教育的機能は、感染予防のみではなく、症状への対処や医療機器、服薬管理、介護知識・技術などに関する教育を利用者・家族に対し実施するものである。それは本人・家族が在宅療養を継続するためや、効率的に介護を実施するためのアセスメントであり、それを評価するものである。

III-1-9) 連携・社会資源・機器の利用

- 92. 利用者および家族ニーズに応じた社会資源・機器の利用をアセスメントしているか

↑

- 92. =46. 利用者や家族との信頼関係に基づき同意のもとで、社会資源や関連職種の紹介や導入を図っていますか

社会資源の適切な導入とそのタイミングは、利用者と家族のニーズに応じてその必要性をアセスメントする。マニュアルでの内容は、社会資源導入のための利用者との信頼関係の樹立や、同意、情報提供、他職種との連携、導入となるまでの実際の手順を示している。これらの実施内容は状況を把握し必要性をアセスメントすることから始まるものである。

III-2. 計画

- 93. 個別性のある長期・短期目標を設定しているか
- 94. 利用者の意向を把握し、利用者や家族の合意に基づいた看護計画を立てているか
- 95. 実践可能な具体策が立てられているか

↑

- 93. =4. 現状改善や予測、予防の視点から適切な目標設定をしていますか
- 94. =5. 利用者や家族の意向を把握し、利用者や家族の合意に基づいた看護計画を立てていますか
- 95. =4. 原文そのまま

ここでは、問題領域に関する計画の実現性、および評価可能な計画立案がされているかを評価するものである。目標は長期目標と短期目標の設定の有無、利用者の意向を捉えているか、利用者や家族が合意しているか、そして実現可能なケアプランになっているか、を評価のポイントとした。

III-3. 実践

- 96. 計画に基づいて看護実践が行われているか
- 97. 各マニュアルに沿った実践が行われているか
- 98. 訪問時の状況に応じた看護実践が行われているか

↑

- 96. =新規
- 97. =新規
- 98. =新規

新規に作成した評価項目である。各々の看護支援のアセスメントを踏まえ、実践は共通要素として、計画的な実践、看護手順マニュアルの活用による標準化した看護ケアの実践、状況に応じ変化できる柔軟性を持った実践活動であることを評価項目として位置づけた。

III-4. 評価

- 99. 看護サービスの結果を評価しているか
- 100. 評価に基づき、計画を立て直しているか

↑

- 99. =8. 看護サービスの結果を評価し、計画を立て直していますか
- 100. =8. 看護サービスの結果を評価し、計画を立て直していますか

看護の成果を評価しているか、評価の結果を計画に生かし、再アセスメントと再立案しているかについて評価するため2つの項目に分けた。

(4) 評価基準について

評価項目に関する評価基準は、「できている」4点、「ややできている」3点、「あまりできていない」2点、「できていない」1点の4段階、「非該当」の1項目を設定した。また、評価者による自由記載欄

を設定し、評価時に気づいた点や評価上困難であったり迷ったりしたことを記入できるようにした。それは評価者による項目の解釈や評価基準の相違、評価対象の訪問看護ステーションの特性を配慮した評価として何が必要かを明確にするためである。

今回作成した評価項目をどのように基準化するかについては、日本における訪問看護の水準が明らかでなければ、その管理・運営や看護実践内容を評価することはできない。現段階では、質評価の structure については基盤法規や厚生省のガイドラインの基準を活用して、全国の訪問看護ステーションの実施水準を測定し、その評価基準を定めることもできよう。しかし、process に相当する看護実践については、全国の訪問看護ステーションの平均的モデルを示すことは困難である。

それゆえ、当面は評価者による自由記載欄を設定し、なぜそう評価したかを記載できるようにした。また総合評価欄を設け、評価者が訪問看護ステーションの質改善には何が必要と考えるかを記載できるようにした。このような記載欄を併用してこの評価項目を使用することで、より項目の基準が明確になると考える。

(5) まとめと今後の課題

今回、「訪問看護ステーション評価マニュアル」をもとに、第三者評価項目として再編集した。その作成過程では多くの時間を費し、研究者と実践家での議論が積み重ねられた。そこで再認識したのは、「評価は何（誰）のために行うのか」という評価の目的と、「何を評価しようとしているのか」という、訪問看護ステーションの質を構成する要素の結びつきの大切さと難しさである。それは1対1で対応するものではなく、要素が複雑に絡んでいる。しかし、質の評価が質向上のために行うものであることを示すことが必要である。そのためには、実践家による現象の明確化と、研究者によるデータ分析の両方で見えてくるものと考える。これまでと同様に、今後も現場と研究者との協働での研究成果が期待される。

本研究で作成した評価項目は100項目で、管理・運営に関する評価項目71項目、サービス提供に関する評価項目29項目に大別された。これらの項目が実用化されるには評価システムとの関連を考え、第三者評価のための方法を検討し、さらにこの項目を用いて第三者評価が可能であるかを実証する必要がある。

それゆえ本研究で作成した評価項目の評価基準は、実用可能性の検証を続けながら、精選することが課題としてあげられる。訪問看護の質評価の枠組みの「process」に属する看護実践について、どのようにすれば第三者評価が可能であるか、また評価基準をどのように設定するかが今度の検討課題である。

3) 評価基準およびシステムの信頼性および実用性の検討

(1) はじめに

保健医療における訪問看護の質評価は、その判断基準となる外的基準に様々な状況因子が絡み、あらかじめ標準化した一定の結果を明示することが困難であると指摘されている¹⁾。個別性を重視し、対象者によってサービス提供形態に柔軟性を持つ在宅ケアでは、一定の基準を設定することそのものが、理念に反する場合もある。また内的基準は、個人の知識・技術の革新や経験的蓄積を含んだ個人差が生じやすく、これもまた一般化された考え方を定着していないのが現状である。しかしながら、介護保険導入に伴って、在宅ケアの重要な担い手である訪問看護サービス提供者は、社会的サービスとしての訪問看護サービスの均質化やステーションの質管理を問われている。そして、標準化することの困難さを克

服するための質評価の試みとあわせ、評価項目やその内容および評価方法についての研究が早急に求められている。

ここでは、訪問看護ステーションの第三者評価基準およびシステムの実用化に向けて、本研究で作成した評価項目の内容や評価方法について検討する目的で調査を実施した。この調査の位置づけは、本研究で作成した第三者評価システムの枠組みにそって、主に「事業所の管理・運営に関する評価」と「訪問看護サービスの提供に関する評価」を「情報把握」によって試みるものである。それは、①書面による事前調査としての管理者による自己評価、②訪問による面接、記録などの資料確認による第三者評価、の2つの方法で実施する。いわばこの調査は、今回作成した評価システムを実際に使用した、訪問看護ステーションの実験的第三者評価である。

(2) 調査目的

本研究の目的は、訪問看護ステーションの第三者評価基準およびシステムの実用化に向けて、本研究で作成した評価項目の内容や評価方法について検討することである。

(3) 調査方法

① 調査対象

東京訪問看護ステーション連絡会の会長へ依頼し、運営会議において調査に関する説明と協力を依頼した。その結果、都内5ヶ所の訪問看護ステーションから申し出があり、調査を実施した。

② 調査方法

日本病院評価機構の第三者評価方法に準拠し、新たに本研究で作成した第三者評価システムを実験的に行った。ここでは評価システムの「情報把握」に位置する2つの調査を、①事前に本研究で作成した評価項目を使用した調査用紙を郵送し、書面による管理者の自己評価、②2名の調査員が訪問看護ステーションに訪問し、管理者およびスタッフと面接、記録などの資料確認による第三者評価、の2つの方法で実施した。②の調査は調査員の評価のばらつきを比較するため、異なる調査員で2回の調査を実施した。調査員は5名で、訪問看護ステーションの管理者経験を持つ者か、あるいはそれに相当する者とした。調査員は2名1組となり訪問看護ステーションを訪問し、評価項目を使用した調査用紙を用いて、管理者に面接を行った。また必要時資料の提示を求めて確認した。その際、調査員は個別に調査票に記入し、調査終了後ただちに面接の結果と記録などの資料確認から、調査項目の該当基準についての評価を話し合い、最終的な評価結果のための合意を図った。

③ 調査期間

調査期間は2000年2月1日から3月15日までの約6週間である。

④ 分析方法

A. ステーション別の質評価の実用可能性を検討するために、調査内容を単純集計し、ステーションの概要と管理者による自己評価および第三者評価の得点分布を分析した。各項目の得点は4点満点である。項目全体と概念枠<管理・運営>と<サービス提供>、および中項目「運営方針」「組織構成の方針」「事業評価と計画」「人事管理」「サービス提供管理」「利用者（顧客）管理」「アセスメント」「計画」「実践」「評価」の10項目を、分類ごとに100点満点で得点化した。非該当に回答されたものは、項目を得点から除外した。

B. 第三者評価の信頼性を評価するために、第三者評価の1回目と2回目を相関および回帰分析を用

いて一致度を分析した。

(4) 結 果

① 調査対象ステーションの概要（表3.3、表3.4）

本研究で対象となったステーションは、1ヶ所が社会福祉法人であり、他の4ヶ所は医療法人で、母体とする病院や在宅介護支援センター、特別養護老人施設を有している複合施設であった。開所2年未満の事業所が2ヶ所あり、他は3年以上の事業実績を持っている。2000年1月の事業実績で比較すると、1ヶ月当たりの訪問件数は平均373.8件（SD=63.0）、利用者数は平均75.8人（SD=17.0）で、ステーション間のばらつきが大きかった。24時間加算は、ステーション3を除くすべてのステーションで採用しており、利用者に対する重症者割合を見ると、ステーション4とステーション5では28%を超え、他は15%前後であった。訪問看護職員数は平均5.9人で、勤務形態別に比較すると常勤者は平均4.6人、非常勤者は平均1.3人であった。常勤者割合は平均78.5%（SD=19.7）であり、常勤者の占める割合はステーション間で大きなばらつきが見られた。訪問看護婦1人当たりの利用者数は平均12.9人であった。

またステーションにおける職員の雇用職種は、看護職以外の職種では理学療法士、ソーシャルワーカーが非常勤で雇用されていた。事務職についてはステーション4のステーションを除き、すべてのステーションで雇用されており、ステーション5では常勤で雇用されていた。看護職の内訳は、保健婦、准看護婦の雇用が見られ、ステーション2では准看護婦数が正看護婦を上回っていた。また保健婦の雇用は、ステーション4のみに見られた。

② 管理者による自己評価および第三者評価（平均）の得点分布の特性（表3.5、表3.6、図3.2）

本研究で作成した調査票は100項目あり、それらは概念枠として＜管理・運営に関する評価＞（以下、管理・運営とする）＜サービス提供に関する評価＞（以下、看護実践とする）に大別されている。その下位に中項目として10項目ある。＜管理・運営＞の中項目は「運営方針」「組織構成の方針」「事業評価と計画」「人事管理」「サービス提供管理」「利用者（顧客）管理」の6項目で、＜看護実践＞の中項目は「アセスメント」「計画」「実施」「評価」の4項目で分類されている。表3.5および表3.6は、中項目の分類で得点化し、その結果を示したものである。

A. 管理者の自己評価の結果（表3.5）

管理者の自己評価が全体的に高かったのはステーション1で、得点比率は76.5%であった。ついでステーション3、ステーション5の順であった。概念枠の分類＜管理・運営＞＜看護実践＞で比較してもこの順序は変わらず、自己評価はステーション1、3、5の順に高い傾向が見られた。一方、中項目の得点のばらつきは＜管理・運営＞より＜看護実践＞のほうが大きく、管理者の自己評価が高いステーション1（SD=18.0）、ステーション3（SD=14.2）、ステーション5（SD=13.7）では、項目得点のばらつきも大きい傾向が見られた。

＜管理・運営＞の中項目ごとに見ると、「運営方針」「事業評価と計画」でステーションごとの自己評価のばらつきが大きく、「組織構成の方針」「人事管理」「利用者（顧客）管理」では得点は平均化していた。＜看護実践＞では「実践」でばらつきが大きく、「評価」では管理者全員が50点を得点していた。「アセスメント」「計画」ではSD=9代の中程度のばらつきを示していた。

B. 第三者評価の結果（平均）（表3.6）

第三者評価の平均得点が全体的に高いのはステーション1で89.2%、最も低いのはステーション

表3.3 調査対象訪問看護ステーションの概要

ステーションNo.	設置主体	開所から の年数	訪問看護実績*				訪問看護職員数(人)			
			訪問件数	利用者数	24時間加算	重症者加算	常勤者割合 (%)	非常勤者数 (常勤換算人)	合計(人)	常勤割合 (%)
1	医療法人	1.8	293	70	あり	10	14.2	5	0.4	5.4
2	医療法人	1.8	441	69	あり	10	14.5	3	2	5
3	医療法人	4.7	322	61	なし	11	16.4	3	2.5	5.5
4	社会福祉法人	3.9	405	105	あり	30	28.7	6	0.8	6.8
5	医療法人	4.3	408	74	あり	21	28.4	6	0.7	6.7
計	—	—	1869	379	—	81	—	23	6.4	29.4
平均	—	3.3	373.8	75.8	—	16.4	20.4	4.6	1.3	5.9
SD	—	1.4	63.0	17.0	—	8.9	7.5	1.5	0.9	0.8
									19.7	1.9

* 訪問看護実績は2000年1月のものである。
 重症者割合(%)は重症者加算者数を利用者数で除したものである。
 常勤者割合(%)は訪問看護職員数合計を常勤職員数で除したものである。
 看護婦1人当たりの利用者数(人)は利用者数を訪問看護職員数で除したものである。

表3.4 調査対象訪問看護ステーションにおける勤務形態別雇用職種(人)

ステーションNo.	看護婦	保健婦	准看護婦				事務職				ソーシャルワーカー
			常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
1	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
2	2	1	0	0	1	3	0	0	0	1	0
3	3	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0
4	4	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
5	6	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0
計	20	5	2	0	1	4	1	3	1	3	1
平均	4	1	0.4	0	0.2	0.8	0.2	0.6	0.6	0.6	0.2

2で68.9%の得点であった。他のステーション3、4、5はいずれも80%前後の得点であった。<管理・運営>の得点ではステーション4、ステーション1、ステーション3、ステーション5の順に高く、いずれも80%以上の得点であったが、ステーション2は67.5%と最も低かった。<看護実践>ではステーション1が91.2%を得点し、群を抜いて高かった。

中項目の得点のばらつきは<管理・運営><看護実践>の概念枠での差は見られなかった。中項目の分類で得点のばらつきが大きかったのは「事業評価と計画」(SD=16.1)、「運営方針」(SD=12.0)、「人事管理」(SD=12.0)で、最もばらつきが小さかったのは「利用者（顧客）管理」(SD=3.7)であった。<看護実践>では「評価」(SD=17.1)、「アセスメント」(SD=13.1)、「計画」(SD=11.2)の順に得点のばらつきが大きかった。

C. 管理者の自己評価と第三者評価の比較（図3.2）

管理者の自己評価得点と第三者評価の平均得点を5ヶ所のステーション総合で示すと、ほぼ同心円を描き、全体的に第三者評価は高い傾向が見られる。特に<管理・運営>の評価は、管理者の自己評価よりやや高くなる傾向が見られる。項目での差異は、<看護実践>の「評価」にステーション1、2、3において差が見られ、その結果、ステーション総合でも評価に差が出ている。

ステーション別に見ると、ステーション1では管理者も第三者評価も共に高い評価をしており、各項目ともバランスよく大きな円を描き、調査対象5ヶ所のうち最も評価が高いことを示している。ステーション2では管理者の自己評価と第三者評価がほぼ一致し、すべての項目で低い評価をしていた。ステーション3では「運営方針」の評価が高く、「サービス提供管理」の評価が低い傾向があり、管理者の自己評価と第三者評価はともに同じ傾向を示していた。ステーション4では項目全体に管理者の自己評価が低い傾向が見られているが、第三者評価は高く評価していた。とくに<管理・運営>の6項目では評価が高い。また管理者と第三者の評価は同心円を描き評価が一致していることを示していた。ステーション5も管理者と第三者はほぼ一致した評価を示している。項目では「運営方針」「評価」の得点が低かった。

③ 第三者評価の1回目・2回目の得点分布の特性（表3.7、3.8、図3.3）

本調査は、調査員による信頼性を見るために、異なる調査員で2人1組の訪問調査を2回実施した。その結果を表3.7、表3.8に示した。

A. 第三者評価1回目の結果（表3.7）

評価結果を全体で見ると、ステーション別ではステーション1、ステーション5、ステーション3、ステーション4の順に高かった。特にステーション1は、<看護実践>「評価」が最も高く、満点であった。項目の得点のばらつきはステーション1、4、5で大きかった。大項目の<管理・運営>ではステーション5が最も評価が高く、次いでステーション4、3、1と順に高く、いずれも得点割合は80%を超えていた。最も評価が低かったステーション2では、項目得点のばらつきがSD=13.3と最も大きかった。<看護実践>で最も評価が高かったのはステーション1で、得点割合は91.7%で、他のステーションと比べ群を抜いて高かった。中項目の分類で項目別に見ると、全体でばらつきが最も大きいのは、<看護実践>「評価」(SD=19.0)であった。<管理・運営>で、項目間の得点のばらつきが大きいのは「事業評価と計画」(SD=16.5)、「運営方針」(SD=12.5)、「人事管理」(SD=12.6)、「サービス提供管理」(SD=12.4)の順であった。また<看護実践>で「評価」に次いで得点のばらつきが大きいのは「アセスメント」(SD=17.5)、「計画」(SD=12.6)の順であった。

表3.5 管理者の自己評価の結果

ステーション№	中項目全体の平均値		管理・運営の平均値		中項目分類毎の得点割合 (%)				看護実践の平均値				中項目分類の得点割合 (%)			
	平均値	SD	平均値	SD	運営方針	組織構成の方針	事業評価と計画	人事管理	サービス提供管理	利用者顧客管理	平均値	SD	アセスメント	計画	実践	評価
1	76.5	10.7	77.6	2.7	81.3	77.1	77.3	80.8	73.9	75	75.0	18.0	91.7	83.3	75	50
2	65.7	9.9	65.7	9.2	62.5	66.7	47.7	76.9	68.2	72.2	65.8	11.1	71.4	75	66.7	50
3	72.8	11.0	74.9	8.3	87.5	77.1	63.6	78.8	64.8	77.8	69.6	14.2	70.2	75	83.3	50
4	66.8	8.9	71.1	4.3	68.8	75.0	75	69.2	63.6	75	60.4	10.5	75	58.3	58.3	50
5	70.6	12.7	72.7	11.8	56.3	79.2	56.8	76.9	86.4	80.6	67.6	13.7	70.2	66.7	83.3	50
項目別平均	70.5	8.1	72.4	4.3	71.3	75.0	64.1	76.5	71.4	76.1	67.7	11.9	75.7	71.7	73.3	50.0
SD	3.0		1.92		15.7	2.1	9.2	5.1	12.8	2.8	4.8		2.8	8.4	14.4	0.0

表3.6 第三者評価（平均）の結果

ステーション№	中項目全体の平均値		管理・運営の平均値		中項目分類毎の得点割合 (%)				看護実践の平均値				中項目分類の得点割合 (%)			
	平均値	SD	平均値	SD	運営方針	組織構成の方針	事業評価と計画	人事管理	サービス提供管理	利用者顧客管理	平均値	SD	アセスメント	計画	実践	評価
1	89.2	8.0	87.8	5.5	87.5	84.4	83	99	89.8	83.3	91.2	11.1	100	95.8	75	93.8
2	68.9	10.1	67.5	11.6	65.6	66.7	48.9	69.2	65.9	88.9	70.9	4.8	66.7	75	66.7	75
3	80.8	8.8	85.2	6.8	87.5	90.6	80.7	88.5	72.2	91.7	74.2	6.7	69.6	75	83.3	68.8
4	79.7	12.9	88.0	6.8	81.3	89.6	89.8	98.1	77.3	91.7	67.4	8.2	75.6	66.7	70.8	56.3
5	76.2	13.7	81.4	11.6	62.5	85.4	68.2	91.3	89.2	91.7	68.3	12.5	77.4	70.8	75	50
項目別平均	78.9	6.6	81.9	5.9	76.9	83.3	74.1	89.2	78.4	89.4	74.4	4.0	77.9	76.7	74.2	68.8
SD	7.4		8.51		12.0	9.7	16.1	12.0	10.5	3.7	9.7		13.1	11.2	6.2	17.1

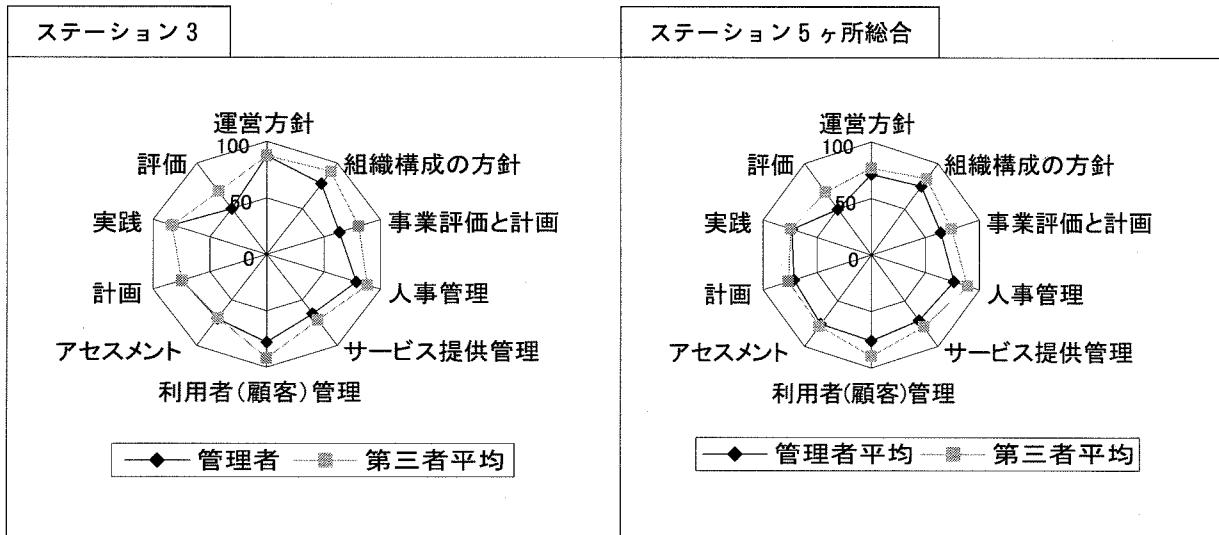
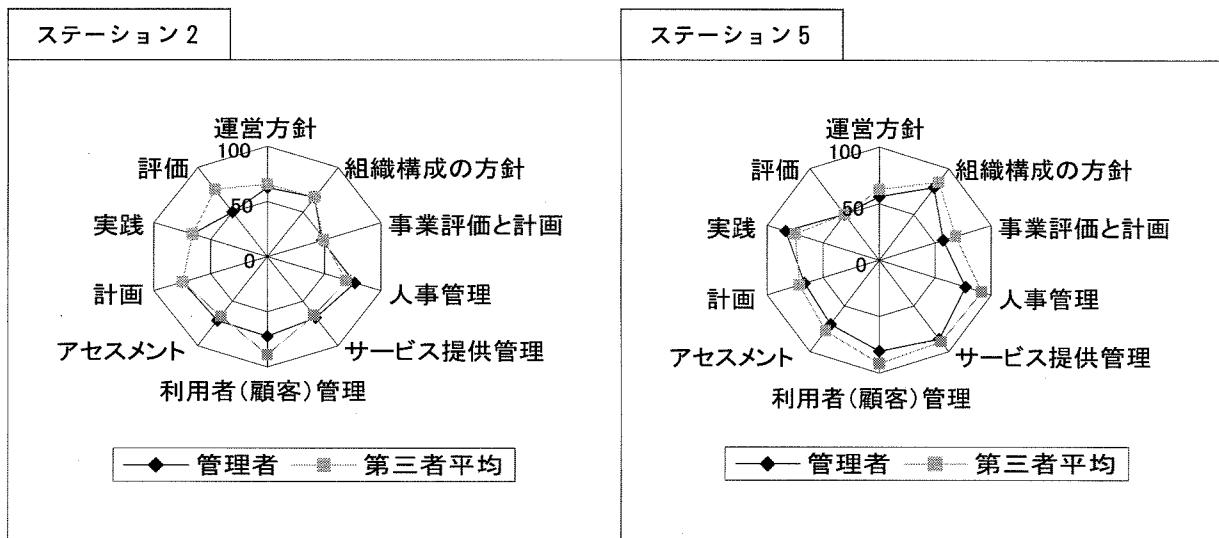
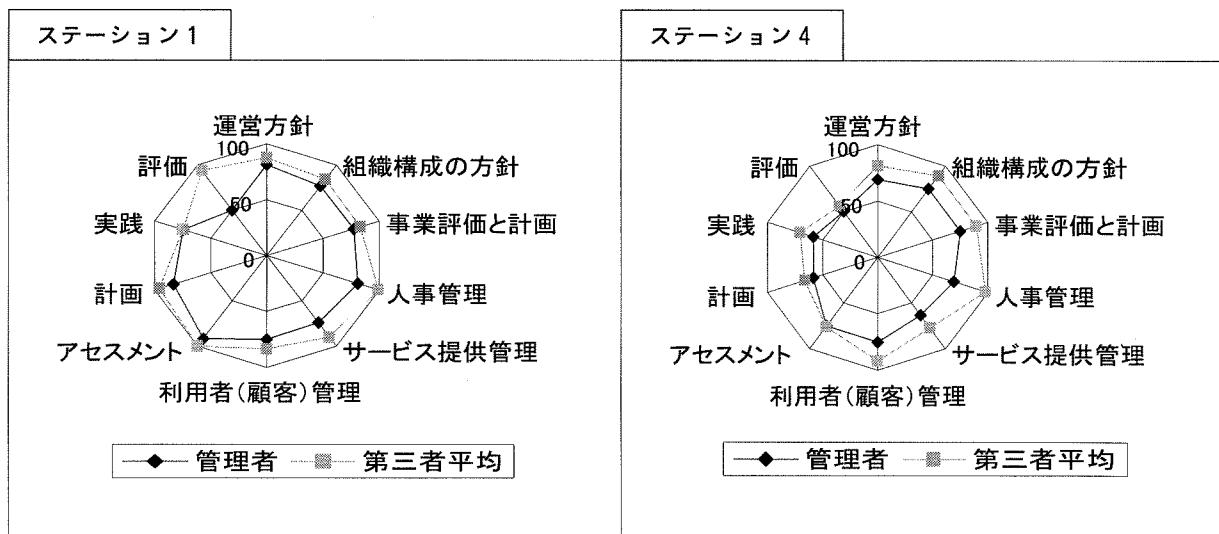


図3.2 管理者の自己評価と第三者評価の比較

B. 第三者評価 2回目の結果（表3.8）

第三者評価の2回目の評価結果は、概念枠分類の平均得点はステーション1が最も高く、次いでステーション3、4の順であった。項目別得点のばらつきが大きい事業所はステーション5であった。

中項目の分類で最もばらつきが大きかったのは<管理・運営>の「運営方針」(SD=22.8)、次いで<看護実践>の「評価」(SD=19.0)であった。また1回目と同様「事業評価と計画」(SD=16.0)、「人事管理」(SD=12.6)、「アセスメント」(SD=11.8)、「計画」(SD=10.2)の順に得点のばらつきが大きかった。

C. 訪問看護ステーション別第三者評価の比較（図3.3）

第三者評価1回目と2回目との比較では、ステーション5ヶ所を総合すると項目別の差異もなく同心円を描いており、ほぼ結果は一致している。しかしステーション別に見ると評価者間での差異が見られる。ステーション1と5では「運営方針」の評価に大きな差があり、最も一致しているのはステーション1で「運営方針」のみ差が見られた。最も多くの項目で差異が見られたのはステーション5で、「実践」、「利用者（顧客）管理」のみ一致していた。また<看護実践>の「アセスメント」、「計画」、「実施」、「評価」では、ステーション2、3、4で評価者間の差がみられた。

④ 第三者評価1回目・2回目の評価の関連性（表3.9、3.10、図3.4）

A. 第三者評価1回目・2回目の相関分析の結果（表3.9）

第三者評価の1回目と2回目の結果の相関係数は、ステーション1 ($r=0.973$)、ステーション2 ($r=0.965$)、ステーション3 ($r=0.945$)、ステーション4 ($r=0.972$)、ステーション5 ($r=0.876$) であり、どのステーションでも強い相関関係が見られた。

B. 第三者評価1回目・2回目の回帰分析の結果（表3.10、図3.4）

第三者評価の1回目と2回目の評価結果の一一致度について回帰係数を算出し分析した。その結果、評価結果の一一致度はステーション3で最も高く0.989で、次いでステーション4で1.249、平均0.767であった。一致度が最も低いステーション5を除き、ステーション1から4までの評価結果を総合して算出した結果、回帰係数は0.940であった。

図3.4で1回目の評価結果と2回目の評価結果を散布図で示した。ステーション5を除く、他の4ヶ所の事業所およびステーション総合の結果で、回帰係数≈1の直線が示され、評価結果の信頼性は高かった。

(5) 考 察

① 評価項目および評価基準の実用性の検討

今回作成した評価項目を、中項目の分類で分析した。その結果、評価結果において管理者および第三者ともにばらつきが大きかった項目は、「運営方針」、「事業評価と計画」、「アセスメント」、「評価」であった。項目間の評価のばらつきは、ステーションの特性の違いを反映していると解釈できる。よって今回作成した評価項目および評価基準は、調査対象のステーションの特性を反映し、事業ごとの課題を提供していたと考えられ、ステーションの質評価指標としての実用性はおおむね支持されたと考える。

しかしながら、いくつかの課題も残された。とくに管理者の自己評価ではばらつきが少なかった<看護実践>のうち「アセスメント」、「計画」、「実施」、「評価」は、看護の思考過程を反映した看護実践

表3.7 第三者評価（1回目）の結果

ステーション番	中項目全体の平均値		管理・運営の平均値		中項目分類毎の得点割合 (%)				看護実践の平均値				中項目分類の得点割合 (%)			
	平均値	SD	平均値	SD	運営方針	組織構成の方針	事業評価と計画	人事管理	サービス提供管理	顧客管理	平均値	SD	アセスメント	計画	実践	評価
1	87.7	9.8	85.1	8.4	75.0	83.3	81.8	98.1	92.0	80.6	91.7	11.8	100.0	91.7	75.0	100.0
2	67.1	10.8	67.5	13.3	62.5	70.8	47.7	69.2	65.9	88.9	66.4	7.3	57.1	66.7	66.7	75.0
3	79.4	13.4	88.0	8.8	93.8	93.8	81.8	94.2	72.7	91.7	66.5	6.0	61.9	66.7	75.0	62.5
4	78.1	15.7	88.5	7.1	87.5	89.6	90.9	98.1	76.1	88.9	62.5	10.8	75.0	58.3	66.7	50.0
5	82.9	12.7	89.8	9.1	87.5	91.7	72.7	98.1	94.3	94.4	72.5	10.2	85.7	66.7	75.0	62.5
項目別平均	79.0	7.8	83.8	9.3	81.3	85.8	75.0	91.5	80.2	88.9	71.9	2.8	76.0	70.0	71.7	70.0
SD	7.7		9.3		12.5	9.2	16.5	12.6	12.4	5.2	11.6		17.5	12.6	4.6	19.0

表3.8 第三者評価（2回目）の結果

ステーション番	中項目全体の平均値		管理・運営の平均値		中項目分類毎の得点割合 (%)				看護実践の平均値				中項目分類の得点割合 (%)			
	平均値	SD	平均値	SD	運営方針	組織構成の方針	事業評価と計画	人事管理	サービス提供管理	顧客管理	平均値	SD	アセスメント	計画	実践	評価
1	90.6	8.9	90.5	7.4	100.0	85.4	84.1	100.0	87.5	86.1	90.6	12.0	100.0	100.0	75.0	87.5
2	70.6	11.0	67.5	12.6	68.8	62.5	50.0	69.2	65.9	88.9	75.3	6.8	76.2	83.3	66.7	75.0
3	82.2	6.7	82.4	6.9	81.3	87.5	79.5	82.7	71.6	91.7	81.8	7.4	77.4	83.3	91.7	75.0
4	81.3	11.0	87.4	9.0	75	89.6	88.6	98.1	78.4	94.4	72.2	6.5	76.2	75.0	75.0	62.5
5	69.4	18.4	73.0	19.5	37.5	79.2	63.6	84.6	84.1	88.9	64.1	18.0	69.0	75.0	75.0	37.5
項目別平均	78.8	6.8	80.2	11.1	72.5	80.8	73.2	86.9	77.5	90.0	76.8	6.8	79.8	83.3	76.7	67.5
SD	8.8		9.7		22.8	11.0	16.0	12.6	8.9	3.2	10.0		11.8	10.2	9.1	19.0

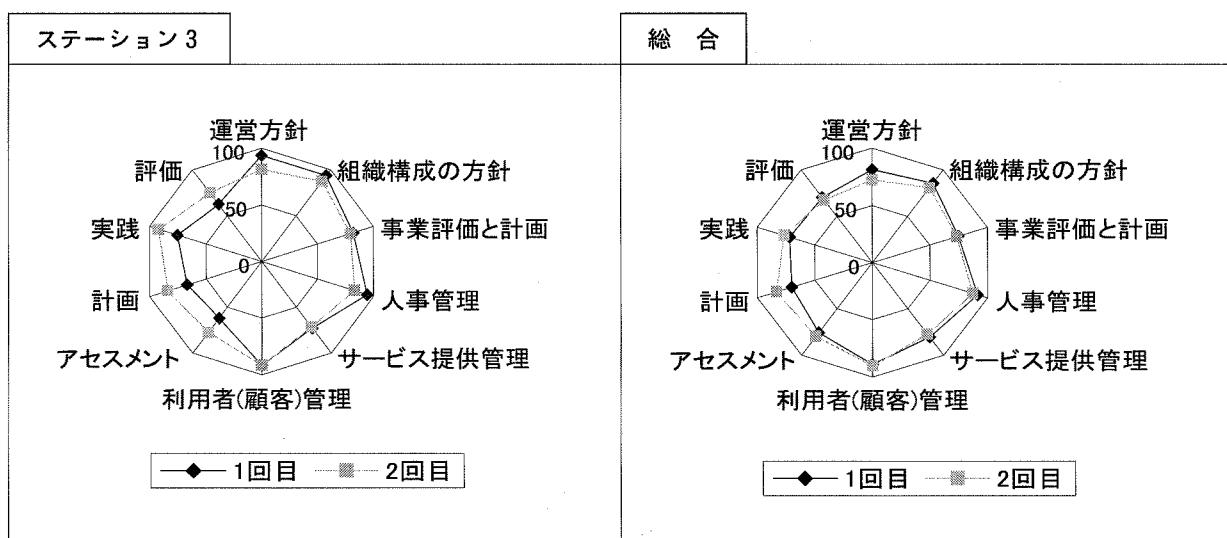
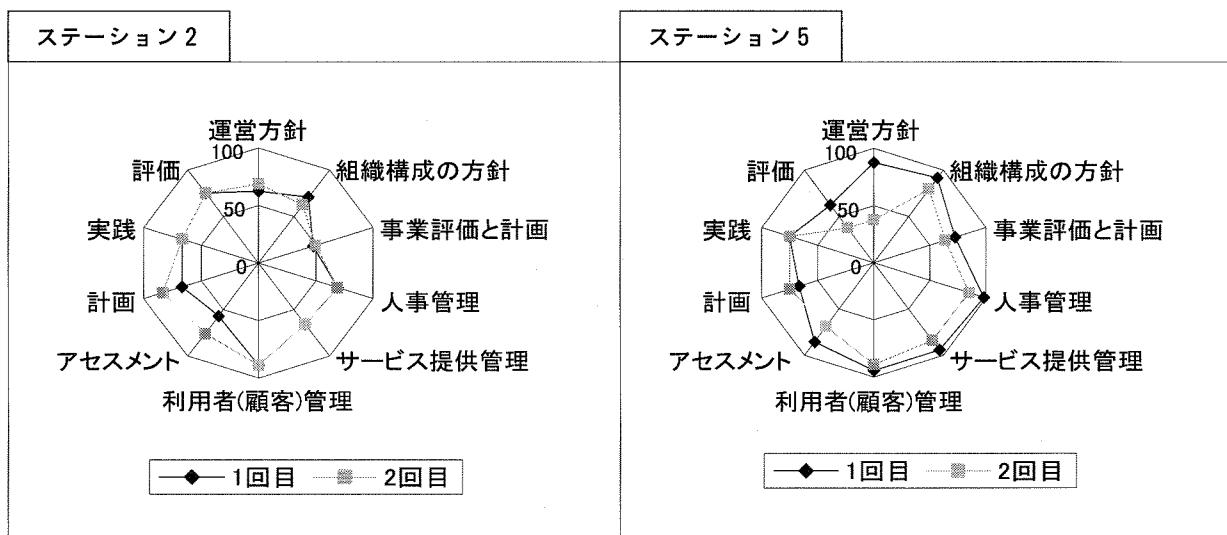
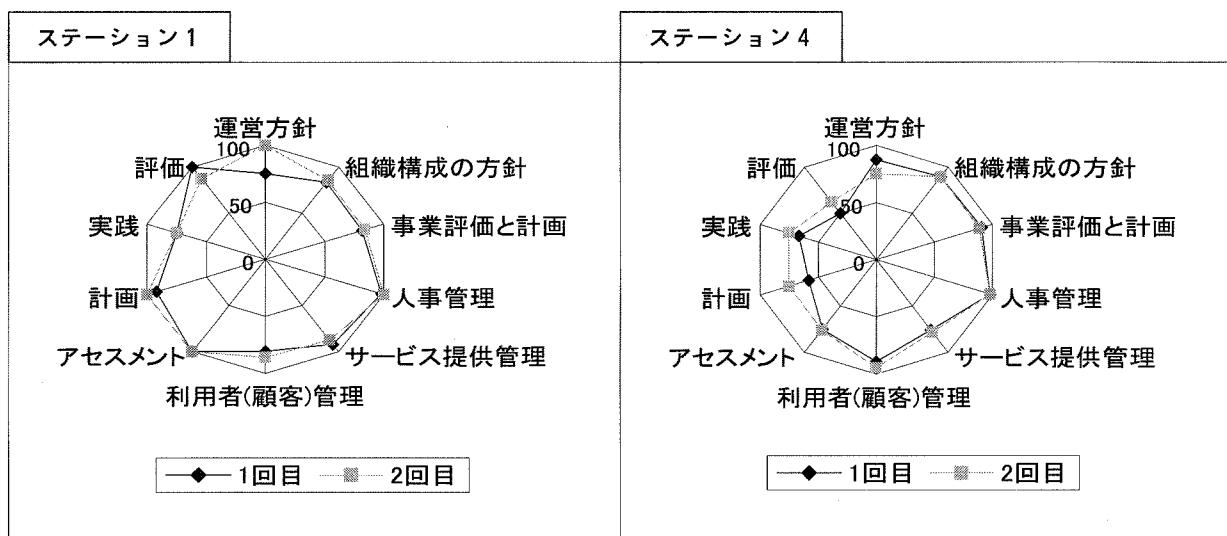


図3.3 訪問看護ステーション別第三者評価1回目と2回目の比較

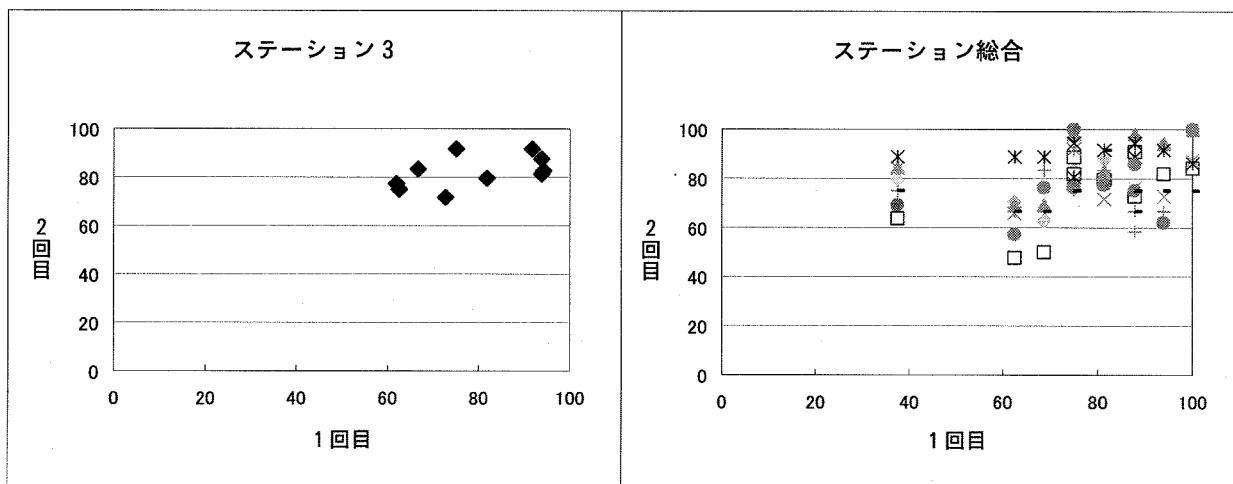
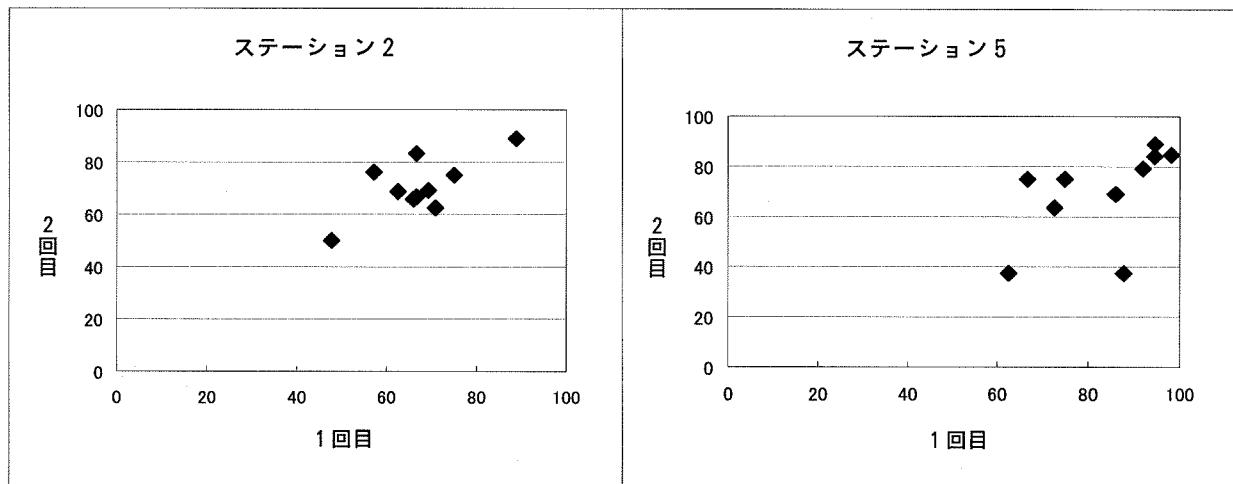
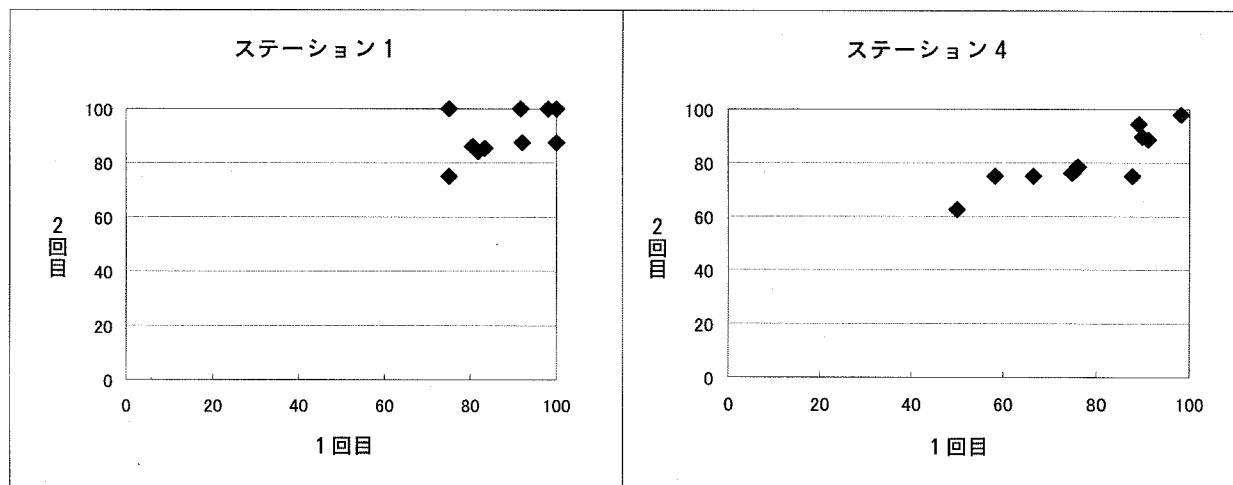


図3.4 ステーション別第三者評価（1回目・2回目）得点散布図

表3.9 第三者評価 1回目と2回目の関連（相関分析）

ステーションNo.	相関係数(r)					
	1	2	3	4	5	5ヶ所総合
1	0.973					
2		0.965				
3			0.945			
4				0.972		
5					0.876	
5ヶ所総合						0.933

表3.10 第三者評価 1回目と2回目の関連（回帰分析）

ステーションNo.	1	2	3	4	5	平均
回帰係数	0.525	0.698	0.989	1.249	0.372	0.767

の評価が記録や資料では限界があり、同行訪問などの現地調査を加えるなど評価方法の検討を要することを示している。またばらつきが少ない一因として、その判断基準と評価基準の関連が明らかではなく、評価があいまいになっていることも考えられる。第三者評価では、とくに＜看護実践＞「実施」についての評価がしにくく、調査員による評価はステーション間で差が見られず、他の項目に比べ評価基準のあいまいさを残している。それゆえ、今後は評価者間の判断基準と評価基準が一致しているかどうかについて、下位項目でのさらなる分析が必要である。また我が国における訪問看護実践内容の、質評価の指標化と基準の標準化も緊急な課題であると考えられる。これらについては標準化するデータ集積が十分でなく、今後の大きな課題であろう。

② 第三者評価システムの実用性の検討

今回実施した第三者評価は、事業所の情報把握の方法として、①書面による管理者の自己評価と、②訪問調査による第三者評価、の2つの方法を併用して実施した。その結果、管理者の自己評価と第三者評価をあわせて評価することで、ステーション管理者の自己評価を是正する効果が示唆されたと考える。なぜならば、自己評価はあくまで主観的な評価方法であり、管理者個人の内的基準を大きく反映する。たとえばステーション4のように、管理者の自己評価がやや低い傾向をもっている場合は、第三者評価の結果との差からその結果を補完し、より客観的な評価として総合的に評価することができることを意味している。またステーション1や5のように、ほぼ同心円を描いている場合は、その管理者の判断基準や考え方が第三者評価と近いことを示しており、管理者として現状をよく認知していると解釈できる。

このように、主観的な自己評価結果は第三者評価によってより客観的な評価結果として提供できると考えられる。

また第三者評価は、すべての項目で自己評価より得点のばらつきが大きかった。一方、ステーション管理者の自己評価結果はステーション間の差は小さく、ばらつきが少ないとみたため、管理者の評価の傾向は相対的に類似していた。これらのことから、調査員は項目が何を評価しているかという評価項目の理解と、その判断基準を持っていることを示唆しており、つまり、第三者評価の調査員は評価する対象の質を適切に評価していることを示していると考える。これは、第三者評価を行う調査員は、一定の評価に関する知識と、評価内容に関する判断基準を身につけていることが重要であることを示し

ている。また一方では、管理者も一定の質評価の知識を保有しなければ、事業所の質改善への対策を講じることができないことも示唆している。よって、質評価に関する管理者の教育も重要な課題であると考える。

今回、調査員が2人1組になって異なる組み合わせで2回の調査を行った。その結果、評価の一致度は高く、調査員1人による調査結果より、安定した結果を示していた。したがって本研究の結果は、調査員の評価を、調査員個人の内的基準を補正するために複数の調査員で行うという、日本病院機能評価と同様の方法を支持したものといえる。

また調査方法として、事前の書面調査と調査員の訪問調査を併用していることは、調査それ自体が管理者やスタッフへの質評価の意識化に影響し、質改善への一步であると考えられる。それは本調査対象が調査対象となることを申し出た事業所であり、管理者は質評価および改善への糸口を求めており、今回の調査に具体的な質改善への支援ニーズを持っていたと考えられる。このように事業所の質評価は管理者自身が自ら改善を求める姿勢があってこそ、その労力も実りがあるものであるといえよう。

(6) 結論

本研究で作成した評価基準はおおむね支持された。評価は質の査定ではなく、改善への視野を入れて評価され、そのステーションにとって有効な改善策とともに考え支援していくことが必要である。そのためにも、訪問調査を併用した第三者評価は重要であろう。

またステーションの特性を反映した質評価と質改善への支援をシステム化する際には、第三者評価を加える必要があり、その意義と有効性が示唆された。よって第三者評価者となる調査員の教育とともに、事業所管理者の質評価に関する教育の必要性が明示された。

第三者評価基準の実用性については、評価基準がまだ試験的な段階にあり、項目の精選を行い評価項目と評価基準との整合性を高める必要がある。

4) 評価指標の検討

(1) はじめに

第三者評価を実施する際にもっとも重要なのは、調査で得た情報を評価する判断基準をどのように設定するかである。それは、客観的で判断基準の明らかな外的基準と、調査員が持つ個人差のある内的基準とが、相互に補完されることによって決まる。調査員の内的基準を標準化するためには、調査員が何からどのように評価し、それをどのレベルであると評価するか、一定の基準が必要である。そのためには調査員の教育が重要となる。

本調査においても、訪問調査を行う調査者は、あらかじめ評価項目の理解とともにその基準を検討し、合意形成に十分な時間を費やした。その結果、評価項目の内容や基準と調査方法をおおむね確認したうえで調査を開始した。しかし、実際調査に出向いてみると、判断に迷う項目や新たな課題が見出された。そこで、第三者評価におけるマニュアル作成の基盤作りと、今後の調査員の教育プログラムの開発に向けて、評価上の課題を明らかにすることが重要と考えた。

(2) 目的

本研究では、調査上における疑問点や聞き取り方法、および評価基準の判断基準など、今後の評価基

準項目の実用性および調査員の教育における検討課題を明らかにすることを目的とした。

(3) 方法

調査者5名とインタビュアーとして評価基準作成にかかわった研究者1名が参加し、ミーティングを実施した。ミーティングは約2時間行い、項目ごとに聞き取りの際の質問のしかたや判断基準について討議した。内容はテープ録音したのち、逐語記録にまとめ内容を整理した。

(4) 結果

以下の内容は、調査者間で評価基準内容を再検討し、項目の表現の修正、用語の概念、何を見て評価するか、などの評価方法を確認した結果であり、さらに評価結果の指標化の判断根拠が確認されたものも含んでいる。

I. 経営管理、II. 業務管理に関する評価

管理・運営に関する評価では、必要書類をあらかじめ準備しているため、まず書類から情報を読み取り、その後、管理者の聞き取りを行った。管理・運営に関しては、ステーションとして開設する際に開設基準として示されている厚生省のガイドラインを満たしているため、評価基準は明らかであった。しかしながら、それらの運用の適切性や構造化されたシステムの存在を第三者が知るためには、現実的な問題は別として、管理者への聞き取りのみならず関係諸機関や利用者への聞き取りも含め、別の評価方法を検討する必要があるのではないかと思われた。また経営面での投資やサービス拡大のために行う投資計画など、開設から間もないステーションでは評価不可能な面もあり、管理運営のソフト面の評価は課題が山積している。

また、管理者との面接では管理者の個別性も反映され、自己評価の低い管理者や自己表現の控えめな管理者、逆に自己表現の豊かさや多弁で流暢な表現により、評価が影響を与える印象も見られた。第三者評価の聞き取り内容は、管理者のパフォーマンスに隠れている客観的事実を浮き彫りにするような聞き方で、的確に判断する必要があると考えられる。

I-1・運営方針

1～4 「運営方針」の定義について

運営規定の中の運営理念との違いが不明確であり、「運営理念」ではなく「運営方針」とする。

内容の適切性は判断不明であり、どのような方針がよいのかの判断基準は今のところ設定はできない。運営方針の明文化と職員、利用者への周知徹底が評価点である。

5 「職業倫理規定」

聞き取りより、倫理規定の片鱗が見られる場合は、3と評価する。規定がきちんと明文化されている場合は4と評価する。

「倫理」という概念は理解されにくいうようであった。

I-2・組織構成の方針

16 「ステーション職員のための十分なスペース」：「必要なスペース」と修正する。利用者との面接相談や事務作業のできるスペース、備品の確保できるスペースがあればよしとする。

I-3・事業評価と計画

17 「独自に会計準則によった」：ステーションの会計が独立会計になっていること、予算項目にス

ステーション独自の方針が見える項目があるか、を見て評価する。とくに教育研修などの予算化が重要である。

- 19 「利用状況の評価」：「活動状況の評価」とする。月単位から年単位で活動状況の評価が行われているかどうかを評価する。
- 20 「利用者の満足度」：管理者が同行訪問や代行訪問で満足度を把握していれば3と評価する。また、定期的に何らかの指標を用いて満足度を測っていれば4とする。
- 21 「職員の満足度」：定期的な面接や管理者と個別の話し合いを持っていれば4と評価する。
- 22 「関係職種からの評価」：会議の出席時など間接的に評価を得ていれば3とする。定期的な評価の機会があれば4と評価する。
- 23 「サービス改善のために投資」：定義不明で、今後検討を要する。
- 24 「職務環境改善のために投資」：「教育、研修のために投資」とする。
- 27 「投資計画」：ここでは23と24以外で事業拡大のための投資とする。

II - 1・人事管理

- 35 「管理者は研修に参加しているか」とする。
- 36 「研修プログラム」：プログラムがあるか否かが重要で、ステーション内部にはないが、外部研修に参加し、計画的なら4と評価する。

II - 2・サービス提供管理

- 43 「ニーズにあった訪問計画」：ここでは訪問回数や時間のことを指す。
- 44と45：「24時間連絡体制をとっているか」「緊急時マニュアルはあるか」については有無の評価なので、1もしくは4と評価する。
- 46：「利用者と主治医およびステーションの三者間で」とする。
- 47：ここでは個別ケースによる緊急時の対処方法を周知しているかという意味であるが、その確認方法は今後検討を要する。
- 49 「手順マニュアル」：ステーション独自でなくてもよい。1つでもマニュアルがあれば3とする。
- 50 「標準化を図る」：個別の利用者用の看護手順ではない。
- 56 「医療看護過誤への対応として組織的な取り組みがされているか」とする。
- 60 「ガイドラインにそって」：2年間保存、第三者に目に触れない形での保存のこと。
- 63 「チームメンバーとの連絡・調整・相談が行われているか」とする。
- 64 「利用者の入退院時に医療機関や施設などと情報交換を行いケアの継続性を図っているか」とする。：看護サマリー、情報提供書、電話や訪問をしていればよしとする。
- 65：ネットワークづくりに関する項目であり、71の後ろに位置づける。
- 70 「組織として問題」：ここでの問題は苦情処理を意味するため「組織として苦情」とする。

III. 看護実践に関する評価

サービスに関する評価は、管理者およびスタッフからの聞き取りと訪問看護記録から評価したが、結果的にはおもに記録からの評価に頼らざるを得なかった。その結果、看護過程のアセスメント、計画、評価については記録の表記で評価することはできても、看護実践の評価は結果で見るほかなく、看護実践の評価がされていなければ、実践も評価も低くなる傾向がある。このように、看護過程の評価は管理者およびスタッフからの聞き取り、訪問看護記録で評価するには限界がある。

アセスメントに関しても、一定のツールを使用しているのは1ヶ所のみで、明らかなアセスメントの適切性は測れず、結果的には評価者間での有意差は見られない結果となった。考えられる評価の方法として、評価者の同行訪問やカンファレンスへの参加等もあり、今後検討を要する。また記録の評価は利用者の一部に過ぎず、看護過程の結果としての評価には記録のみでは限界がある。利用者の outcome との関連で評価することが必要であろう。

現段階では、ステーションの質評価とその改善のためには、管理・運営的側面での評価指標の開発と、実践現場での看護婦教育も含め、機能的・効率的な記録の改善が急務である。

III-1・アセスメント

1 「包括的なアセスメント」：何らかのスクリーニングにかけているか、アセスメントツールを持っているかを見る。看護記録の中での訪問看護依頼用紙など、基本情報をどのような項目で整理しているか、定期的な包括した再アセスメントを行っているかを目安とする。

III-2・計画

22 「個別性のある」：個別性があるかは、今回のように第三者が行う場合はその妥当性は評価できない。

23 「利用者や家族の意向を把握し、合意に基づいた看護計画を立てているか」とする。

III-3・実践

24：III-2 計画の項目に移動する。

25：看護実践が計画と経過記録のリンクから読み取れるかを評価する。

27 「状況に応じて看護実践」は聞き取りでは評価不可能であった。

III-4・評価

28：評価は行っているか、その時期は定期的かどうか。さらに再アセスメントやサマリーがあるかを記録から評価する。事業評価とは、別に看護実践の成果としての評価を行っているか、患者の状態像の変化など何らかの指標化を行っているか、なども含まれる。

29：毎月の報告書で計画を評価し、修正の痕跡、あるいは計画の立て直しをしているかを見る。

(5) まとめ

以上の結果をもとに、評価基準の項目の再検討および評価基準の見直しをする必要がある。また調査員のマニュアル作成や教育プログラムへの活用を考えることが今後の重要な課題である。

4. outcome 評価に関する研究

1) 文献検討

質への関心は企業が効率性、費用効果、顧客のニーズに焦点を当て、品質の管理・保証をすることで企業の利益を拡大することから始まった¹⁶⁾。医療における質保証については疾患の改善や治癒、あるいは健康の保持・増進につながらなければならないが、昭和45年頃から現在に至るまで、医療の質を評価するためのモデルが様々な視点から提唱されている。

(1) 海外の outcome 評価—OASIS を中心に—

Donabedian は1966年に structure、process、outcome の 3 つの関連しあう要因を用いて、簡潔化された医療における質の評価に関するモデルを示した¹⁷⁾。このモデルでは、structure は財政、組織的な資源、ケアを提供するシステムなどに関連するもので、process は患者／クライアントと専門家との相互作用、ケアの提供が行われる部分であり、outcome はヘルスケア介入の直接的な結果と介入によって受けた間接的な結果（影響）を含んでいる¹⁸⁾。適切な structure、効果的な process は望ましい outcome を導き出すことにつながっているため、これら 3 要因の関連性を考え、総合的に評価することが大切と言える。

Lang は1974年、看護における質保証のモデルを示した。これは問題解決的アプローチをもとに、質保証が 8 段階のプロセスを経て、再度フィードバックしながら継続的なサイクルのもとに展開されるモデルである。ここでは Donabedian の structure、process、outcome の枠組みから質の基準、分類を明確化し、これらに合った行動の選択、実践、評価から再度同じサイクルに戻し、継続した質の保証を行っている¹⁶⁾。

また Shortell は1977年にヘルスサービスの提供モデルを示した。これは患者と医療の提供者間の変数に structure、process、outcome を用いて、医療サービスのアクセス・利便性・継続性・質、そして満足度それぞれとの相互関係を基にしたものである¹⁸⁾。

アメリカでは1980年代から、医療費削減を目的とした入院期間の短縮や保険による適用の拡大などにより在宅ケアが広がった^{19) 20)}。これに伴い在宅ケアにおける質保証への関心も高まり、Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) はホームケアスタンダードに質保証の必要条件を示した。

カナダのアルバータ州でのホームケアの質保証プログラムも Donabedian のモデルをもとに作成された²¹⁾。outcome は、ケアの結果として患者、家族、あるいは介護者に生じた変化と、変化を導いた資源の利用評価が中心となっている。しかし、outcome が必ずしも提供されたケアの結果と見なすことができないことを指摘しており、ケアや治療に関連する多くの structure 要因や process 要因の分析を詳細に行う必要を述べている。

Davis は1992年、ホームケアの全体的質管理を具体的なプログラムを用いて示し、医療面の指標にケアの structure、process、outcome が含まれるとした²²⁾。ここでは患者を疾患ごとの監査ツールで測定し点数化しており、評価がやや疾患の管理に偏っている傾向が見られる。ケアの outcome は、ある介入のあとに客観的に認められるもので、あるケアの実施による短期的な結果、患者の健康面や機能面での長期間変化などを含んでいる。

Albrecht は1990年にホームケアにおける看護のモデルを発表した²³⁾。このモデルではクライアント

に必要なケアの変数間の関係性、およびそれらを包括するホームケアの構成要因として Donabedian が提案した structure、process、outcome を用い²⁴⁾、それぞれの結びつきを示した。特に在宅ケアの特徴が 3 つの構成要因によく現れていて、structure はクライアントやナース、提供機関に加え、在宅ケアに必要なヘルスチームや家族を示している。process はクライアントのニーズによって異なり、予防的ケアや教育的ケア、サポート、治療的、高度治療などのケアのタイプがナースによって適切に提供される部分である。outcome はケアの満足度、ケアの質、費用効果、健康状態、セルフケア能力などからなる。structure と process はクライアントの状況、要求、利用のしやすさ、コストなどにより影響を受け変化しうるもので、在宅ケアのクライアントとケア提供者の置かれている状況により全体の流れが変化する²⁵⁾。そして常に structure、process、outcome は相互に関係し、またフィードバックしつつクライアント一人一人に合った個別的な看護ケアの質を向上させていくのである。

Rinke は National League of Nursing (NLN) が作成したホームケア機関における structure、process の基準に新たに加わったクライアントの outcome 基準 (1987)、つまりクライアントを中心とした考え方をもとに在宅ケアの outcome のマトリックス（基盤）を作成した²⁶⁾。これはホームケアの質を outcome で評価しようとした考え方である。

1990年代は、outcome が結果として structure と process を表していると考えられ、outcome に重点を置き始めた時期で^{27) 28) 29) 30)}、OCS や OASIS が開発されてきた^{8) 31)}。特に OASIS は1995年頃から政府の支援のもとに研究が始まられ、その有効性の検討が重ねられてきた。OASIS は 2 時点間の比較により得られた outcome が、結果としてクライアントの状況を評価できるというものである。現在アメリカ国内では、ケア提供機関に対する保険料支払いのために OASIS の使用義務を課している。

Quality Health Outcome Model³²⁾ は Donabedian の考え方を取り入れているが、structure としてのシステム、process としての介入、outcome そしてクライアントの特徴がそれぞれ相互に関連し合い、望ましい outcome を生み出していくというものである。そしてクライアントの特徴によって structure、process の内容が影響を受けている。outcome は機能的、社会的、心理的、身体的な側面を見ている。これらは適切なセルフケアの達成、健康向上態度の状況、健康に関する quality of life、患者がよいケアを受けていると感じていること、症状の管理状況、の 5 つのカテゴリーで測定されるべきであるとしている。モデルの形は structure、process、outcome の相互作用が重要とされ、Albrecht のモデルと似ている。

Donabedian のモデルは現在 traditional な医療の質を評価する枠組みと考えられているが^{31) 33)}、多くのヘルスケアモデルや質評価に structure、process、outcome の一部、あるいはその全体が取り入れられ現在にまで至っている。

OBQI (Outcome-based Quality Improvement) は患者の outcome にもとづいた継続的な質の改善のアプローチであり³⁴⁾、鍵となるのは、対照群の実践と比較したヘルスケア提供機関の実践（利用者の outcome）へのフィードバックである。質の改善における outcome は、Donabedian の言う「以前あるいは現在のケアによる実際／潜在的な個人・集団あるいは地域の健康状態の好ましい／好ましくない変化」という定義が使われることが多かったが、Shaughnessy と Crisler は OBQI の目的に合致する outcome の定義として「2 時点以上の時点間での患者の健康状態の変化」をあげている³¹⁾。彼らはまた outcome の定義として、以下のものをあげている³¹⁾。

- i) 終了時点での outcome／純粋な outcome：2 時点以上の時点間における患者の健康状態における実質的な変化

- ii) 間接的 outcome／仲介 outcome：終了時点での outcome／純粋な outcome に影響をもたらす患者の行動、感情、知識レベルの変化
- iii) 利用 outcome／代理 outcome：利用医療施設の変更などが意味する、患者の健康状態における注目すべき変化

OASIS (Outcome and Assessment Information Set) は、アメリカ・コロラド州のデンバー大学保健政策研究所で開発された outcome 測定のためのツールである。1980年代後半に米国保健財政管理局 (Health Care Financing Administration=HCFA)・研究実践事務局 (Office of Research Demonstrations=ORD)・ロバート・ウッド・ジョンソン基金 (Robert Wood Johnson Foundation=RWJF) が在宅ケアにおけるコストと outcome の測定および患者アセスメントの標準化の可能性の調査を開始したことに始まる。その後1988年から94年にかけて全米3,427人の利用者のデータを収集し、それをもとに1995年からメディケアにおける質の保障研究 (Medicare Quality Assurance=MEQA) として、50の在宅ケア提供機関でパイロットテストを行った。その結果、1999年6月19日よりメディケア・メディエイドの加入要件 (Conditions of Participation=COPs) に OASIS の使用が含まれたのである³⁷⁾。

OASIS の主要な要素は、i) 医学または看護診断、ii) ある特定のケアの必要性、iii) 機能的限界、iv) 患者の環境、である。OASIS のゴールは総合的なアセスメントツールの開発ではなく、患者の outcome の測定とアセスメントのために必要なデータ項目のセットを提供することであり、OASIS の項目はアセスメントとケアプランを目的とするもので、患者の健康と機能状況を示している。OASIS データセットは OBQI プログラムの 1 つの要素として考えられるべきで、データから得られた outcome リポートは、在宅ケア提供機関のケアの質の改善と継続的なモニタリングのために使われる。したがって OASIS は管理的および臨床的見地から機関の運営に統合される必要がある³⁸⁾。

OASIS のデータ収集は、i) 利用者受け入れ時、ii) 60 日後の再アセスメント、iii) 終了時—機関が利用者のニードが満たされたと判断したとき、利用者がそれ以上のケアを拒否したとき、利用者が他の地域に移動したとき、利用者が他のケア提供者に移ったとき—に固定されている。これは outcome 測定の鍵が一定間隔での利用者の状態についての情報収集にあるため、この outcome を疾患などのサブグループごとに他の機関や国全体のレベルと比較することで、i) ケアの実施度・質が改善、ii) 記録された outcome にもとづいたケアの強化することで、例外的なケアを強調することができる。測定された変化はナースの行為によって起こったものではなく、利用者に起こったものと見なされる。

OASIS は初期のデータ項目は73項目で、その後コロラド大学の保健政策研究所により改訂され79項目になった。これが OASIS-A であり、1998年に改訂された OASIS-B では92項目に増えている。HCFA は OASIS をメディケアやメディエイド以外の患者にも2000年春から適用しようとしており³⁷⁾、さらに看護介入分類 (Nursing Interventions Classification=NIC) と看護成果分類 (Nursing Outcomes Classification=NOC) とを OASIS と連携させようとする動きがあり、2000年の早期に研究報告が出版されることになっている³⁸⁾。

OASIS データセットと OBQI の国家的データ収集で集められた情報は、i) outcome の決定とリスク補正、ii) 実施改善、iii) アセスメント、iv) ケア計画、v) モニタリング利用とケースミックス、vi) 費用と outcome の分析、vii) マーケティングと戦略計画、viii) 他の事項へのコアデータセットの使用、など多様な利用可能性がある。

1997年、JCAHO は outcome と他の実践の測定を在宅ケア承認プロセスに統合した。これは ORYX

と呼ばれる新しいイニシアチブである。ORYXへの参加はすべてのJCAHO承認在宅ケア提供機関の義務となっている³¹⁾。ほとんどの実施測定システムは、i) クリニカルな実践、ii) 満足度、iii) 健康状態、iv) 管理的／経済的側面、の4つのカテゴリーからなる。在宅ケア機関のデータはJCAHOがレビューし、同じ測定システムを使用している他の機関とのデータと比較する（ベンチマーク）。もしデータに差異があったら、JCAHOのスタッフが電話か書面で、差異にどのような行為を取るのかを機関に確認する。

JCAHOがoutcomeと他の測定方法、その重要性に重点をおいていることから、メディケアはOBQIと改訂COPsのoutcomeに焦点を当てている。その結果マネージドケア会社、支払者、消費者は、outcomeを見て在宅ケア提供機関を比較するようになり、在宅ケア提供機関側は効果的で費用効果のある方法で実践の改善とoutcome情報の提供をしなければならなくなっている³²⁾。JCAHOと契約している実施測定システムの多くはOASISにも汎用可能であり、NIC/NOCとのリンクともあいまって、在宅ケアにおけるアセスメントから実践、outcomeの一連の流れにおけるケアの測定・評価が可能となる。

(2) わが国のoutcome評価

① サービス利用状況の変化を指標としたもの

前項で紹介されたOASISにおける3つのoutcome（患者の健康状態の変化、患者または介護者の行動・感情・知識の変化、およびサービスの利用状況の変化）の中で最も包括的なoutcomeが、サービスの利用状況の変化、すなわち“utilization”である。具体的には、在宅中の入院、施設入所、救急搬送といったように在宅ケアサービス利用に変化が生じたものをoutcomeとしてとらえていくものである。

わが国でも、訪問看護ステーション管理者が簡単に質の評価ができるようなoutcomeを検討した結果として、独自に「訪問中止例」をあげ、分析して改善策を作成した報告がある³³⁾。この「訪問中止例」の分析は、中止後の転帰（入院・施設入所等）を含めて要因を分析するもので、指標としてはOASISのutilizationと同じものである。地域性やサービス内容の異なる3ヶ所の訪問看護ステーションにおいて、1年間の「訪問中止例」（予定された訪問終了を除く）を抽出し、なぜ中止に至ったかを分析し、それに基づいて業務の改善を図った報告である。訪問リハビリの増加、24時間体制の確保、医師の往診体制整備といった“structure”部分の改善策や、諸機関との連携、キーパーソンの見極め、介護負担の把握と対策のような“process”の部分の改善策が、各事業所の特性に応じて抽出できた。「訪問中止例」が、わが国の訪問看護ステーションの質を評価し改善していくためのoutcome指標として、簡便で包括的であることが示された報告である。

② outcome評価に応用可能なアセスメントツール

アセスメントツールは、本来は各個人の状況を評価するためのものである。この個人ベースの情報を特定のサービスを受けている集団ごとに集計して変化を追っていくことにより、そのサービスのoutcome指標となり得る。現在報告されているアセスメント指標を用いたoutcomeの例を以下に述べる。

A. MDS

個人情報を集計して集団におけるサービスのoutcome指標とする方法は、MDS⁴⁰⁾を早くから施設ケアに義務化したアメリカのナーシングホームで進められてきた。アセスメントツールを

outcome評価として用いる場合、個々のアセスメントどの項目を集計するかが重要になる。アメリカのナーシングホームの例では、Zimmerman⁴¹⁾らが抽出したQuality Indicators 24項目があげられており、各ホームは、入所者各人のMDSのデータをもとに施設ごとに集計して、定期的監査にこれらのデータを提出しなければならない。その結果をさらに州レベルで集計して、他の施設と比較して順位づけをして各施設に返している。また、このQuality Indicatorsに他の項目も加えて評価した監査の結果、サービスの質の上で問題がある項目を、施設ごとにインターネット上で公開している(<http://www.medicare.gov/nursing/home.asp>)。

上記の施設ケアの評価と同様な考え方から、在宅ケアにおけるアセスメントツールとして施設ケア対象であったMDSを改変したMDS-HC⁴²⁾によるoutcome評価も試みられている。しかし、アメリカでは国家的な在宅ケアサービスの質の評価としては、outcome評価法として開発されたOASISが採用されたこともあって、未だ研究途上である。池上¹⁰⁾は、MDS-HCによるoutcome評価をOASISと比較しMDS-HCの優れた点として、outcome評価によって抽出できた問題に対し、ア)改善方法の提示が具体的であること、イ)包括性・信頼性が高いこと、ウ)施設ケアとの連続性が保てること、をあげている。

B. 日本訪問看護振興財団版

日本訪問看護財団版のアセスメントツールを用いて、ニーズ発生率と改善率から訪問看護の質の評価に有効なoutcome指標の抽出を試みた研究が報告されている。

1つは、平成8年度に日本訪問看護振興財団版の「日本版成人・高齢者訪問看護アセスメント票」を利用している訪問看護ステーションおよび医療機関を対象に調査した研究⁴³⁾である。調査は123のニーズ項目別に、ケア視点を用いた実施率、およびニーズに対する解決度を算出している。その結果、ニーズ発生率は「身体機能改善に関するニーズ(ADL・IADLの日常生活障害に関するニーズ、機能訓練ニーズ)」、「家族介護力ニーズ」、「転倒の危険性ニーズ」、「皮膚のニーズ」において高かった。また、ケアを行って1ヶ月後のニーズの改善・解決率が高いのは、「皮膚ケア」、「医療処置」、「危機的状況での精神的状態へのケア」であった。現状維持率が高いのは、「ADL」、「意欲低下」、「呼吸」、「感染管理」など、改善に時間要するニーズであった。悪化・低下が見られたニーズの数およびその該当者は少なかったが、該当者は痴呆・虐待・精神的疾患などの精神的問題を持つケースが多くあった。この調査からの結論として、ニーズに対応したアセスメント項目のうち、outcome指標として測定に用いることができる項目として、表4.1の11項目が抽出された。

表4.1 平成8年度調査で抽出された項目

1 日常生活障害によるニーズ	7 急変・緊急時
2 生活用具・介助用具の利用	8 褥瘡
3 気分の落ち込み・情緒不安定	9 皮膚の清潔
4 水分喪失・脱水症状	10 感染
5 排便状態変調	11 フォーマルな社会資源活用
6 問題徴候の出現・病状変化時	

平成10年度には、平成8年の調査後改訂された「日本版成人・高齢者訪問看護アセスメントとケアプラン」を用いてアセスメントを行っている訪問看護ステーションにおいて、慢性疾患・障害・痴呆を複合し、介護困難にある成人・高齢者とその家族、および訪問看護担当者を対象に調査⁴⁴⁾が行われた。初回訪問時および2ヶ月後訪問時に、財団式アセスメント・ケアプラン用紙に記入す

表4.2 平成10年度調査と平成8年度調査との比較

	平成10年度	平成8年度
共通している項目	ADL 1日の飲水量 褥瘡 皮膚の清潔 気分と行動 介護負担感	日常生活障害によるニーズ 水分喪失・脱水症状 褥瘡、感染 皮膚の清潔 気分の落ち込み・情緒不安定 フォーマルな社会資源活用
単独項目	睡眠の程度 痛み 家事負担感	排便状態変調 問題徴候の出現・病状変化への対応 急変・緊急時

る方式でデータ収集を行った結果、47のニーズ項目から、ニーズ発生率、改善率が高く、かつケアの結果が直接利用者の改善や悪化を反映していると考えられる13項目が選定された。

この2つの調査では、用いられたアセスメント方法と項目が一部異なっているため、一概に比較できない面があるが、各々に抽出された outcome 指標のうち、対応していると思われるものをまとめると、表4.2のようになる。「ADL」、「一日の飲水量」、「褥瘡」、「皮膚の清潔」、「気分と行動」、「介護負担感」の6項目については、どちらの調査でも抽出されており、outcome 指標として適切である可能性が高い。一方、平成8年度の調査で抽出され、10年度では抽出されなかった項目は、「排便状態変調」、「問題徴候の出現・病状変化への対応」、「急変・緊急時」であった。逆に、平成10年度調査で新たに抽出された項目は、「睡眠の程度」、「痛み」、「家事負担度」であった。これらの項目の outcome 指標としての適否については、今後の更なる検討がまたれる。

③ わが国の訪問看護サービスに即した negative outcome

negative outcome は、サービスの質の低下をもたらす要因を直接捉えるために改善策が立てやすく、質の向上に直結できるため、すでにアメリカでも i) 再入院、ii) 予期せぬ死亡、iii) 各種機器のトラブル、iv) カテーテルトラブル、v) 感染、vi) 転倒、など使用されている⁴⁵⁾。わが国の訪問看護における指標としてどのようなものが negative outcome として適切かを、訪問看護ステーションの管理者にあげてもらった報告がある⁴⁶⁾。結果は、まずアメリカと同様に、カテーテルトラブル等の「医療処置上の問題」が一番多く(31%)、次いで褥創の悪化などの「病状変化」(19%)があげられたが、加えて“outcome”というより“process”に含まれる「諸機関との連携の不備」、「訪問看護側の調整などに関するもの」、「緊急時および夜間休日の対応」なども着目すべき指標としてあげられた。これらの項目は、小規模で組織としての整備が難しい我が国の訪問看護が改善すべき指標と考えられる。

(3) 利用者満足、苦情処理

① ケアを受ける患者の満足度

A. 医療の質を評価する患者の満足度

患者の満足度は、1970年に the United States National Center for Health Service Research and Development が死亡率、罹患率に加え、ケアの質を評価するクライテリアの1つであるとした⁸⁵⁾。Donabedian も患者の満足度は医療の outcome の1つで、患者の状態を表す要因もあり、質の

評価に重要であると述べている⁸⁶⁾。Cleary, Lemke, McDaniel, Ware らは患者の満足度を考える上でケアおよびコストという 2 つの言葉が重要になるとした⁸⁵⁾。つまりいくら質の高いケアが提供されても患者が満足しなければ本当に質の高いケアが提供されたとはいえないからであり、患者サービスのため人件費や設備費を多大に投入しても医療費の高騰や経営困難を招いては本当の患者の満足度向上にはつながらないからであろう。しかしながら患者が満足すれば医療者や医療機関にロイヤリティー（忠誠心、愛着）を示し、再び必要があれば患者は医療機関に戻り、利益の増加と臨床面でもよりよい outcome を導く傾向にあるといわれる⁸⁷⁾。ヘルスケア機関にとっては死亡率、疾病率、コスト削減に加え、1980年代からは患者（利用者）の満足度が成功の鍵と考えられるようになった^{85) 86)}。

B. 患者の満足度を構成する要素

1970年代後半に入ると医療の質を保証する上で患者の満足度を測定する方法が研究され、1980年代には患者の満足が評価項目の 1 つとして取り入れられてきた^{85) 88)}。Risser の Patient Satisfaction Scale (PSS)⁸⁹⁾、Hinshaw & Atwood の Patient Satisfaction Instrument (PAI)⁹⁰⁾、La Monica の Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)⁹¹⁾などが満足度の測定として開発されてきた。これと同じ時期に、患者の満足度についての概念や構成要素が論じられてきた。Wilkin は、患者の満足度とは患者の認知的ニード、ケアの期待、ケアを受けた経験が複雑に関連し合ったものとした⁸⁵⁾。Ware は、1978年に患者満足の要因を、i) ケアのアート／対人関係、ii) 技術面でのケアの質、iii) アクセス／利便性、iv) 財源あるいはサービスに対する費用の支払われ方、v) 物理的環境、vi) 医療提供者の利用可能性、vii) 繙続性、viii) 効果／outcome、の 8 分類とした⁸⁵⁾。また Linder-Perz は、1982年に患者満足の構成が、i) アクセス／利便性、ii) 資源の利用可能性、iii) ケアの継続性、iv) ケアの効能／outcome、v) 財源、vi) 人道的、vii) 情報の収集、viii) 情報の提供、ix) 周囲の楽しさ、x) 質／能力、の 10 構成であるとした⁹²⁾。つまり患者満足の概念は他分野の学問領域から成り立っていると考えられている⁸⁵⁾。

C. 看護サービスに対する利用者の満足度

利用者の満足度の構成要素は看護婦による介入との関連が大きく、看護サービスが利用者の満足度に与える影響が大きいことがわかる。Merek は満足度を看護サービスによる 15 分類の outcome の 1 つとしている⁵⁾。看護成果分類 (NOC) では患者の満足度が well-being、QOL に含まれている⁹³⁾。在宅ケアにおいても、カナダ・アルバータ州の Coordinated Home Care Program では outcome のクライテリアに患者と家族のサービスに対する満足がある⁹²⁾。Albrecht の Home Care Model では outcome に患者の満足が挙げられている²⁵⁾。

しかし、Owen らは高齢者のケアに対する満足度の研究で、満足は患者の期待を満たしたことによる影響はしているが、提供されたケアの質を表しているとはいえないとして、むしろ患者と看護婦との関係性が重要になっているとした⁹⁴⁾。だが Ware あるいは Linder-Perz の患者満足の構成要因を考慮すれば、患者と看護婦の関係性も患者の満足度を構成する要因として含まれるであろう。

我が国では七田ら¹²⁾の利用者による訪問看護の質の評価研究で、サービス評価の構成要素として満足感があげられている。満足感はアクセス、看護実施上の価値的配慮、看護サービスの効果、経済性の項目に対し妥当であると見なされると、これらの総合的判断が満足感につながるとしている。また訪問看護の継続希望や他者への紹介希望も満足感を表した項目であるとした。七田は総合的満足感は訪問看護の質の評価における構成要素としている¹²⁾。

看護サービスに対する満足度は患者の主觀性が反映されており、看護婦が客觀的に判断できない分、重要な outcome の一つと考えられる。

② 利用者の苦情処理

A. 医療機関における苦情処理システムの必要性

患者の苦情は患者が得るサービスや環境に対する不満であり、Ware あるいは Linder-Perz が提示した患者満足の構成要因^{85) 92)} が良好に保てない状況から生じる。利用者あるいは家族がそうした不満を言語化して、ケア提供機関あるいはケア提供者に直接あるいは書面で表現することが苦情である。しかし、保健・医療機関において不満を持つ利用者の30%は苦情を言わないといわれている⁸⁶⁾。

Leebov と Scott は不満を持っている患者は、医療機関がその場で適切な対処をする機会と、同様の問題を再度繰り返さないためのサービス改善の機会を与えてくれるすばらしい機会であると述べている⁸⁶⁾。苦情への対処は JCAHO が、i) 苦情を受け止めるための仕組みが存在すること、ii) 患者はこうした仕組みに関する情報を受け、苦情を訴える権利があること、iii) 医療機関は苦情に対し適切に行動すること、iv) 患者は苦情を言っても罰せられないこと、v) 医療機関は患者の苦情とその対処を文書に残すこと、を示し、苦情に対するシステムの必要性を述べている⁸⁶⁾。また Osborne は、苦情を持つ患者への心理的ニードへの対処を、i) 苦情を伝えやすくすること、ii) 1人が責任をもって問題に対処し解決すること、iii) 決断は公平で、また選択できるものであること、iv) 解決のプロセスは迅速で、なるべく1日以内で行われること、v) スタッフは明確で貫徹性のある情報を提供すること、vi) 患者の苦情は重要なこととして認められること、とした⁸⁷⁾。

苦情は、迅速かつ効果的に解決されるほど患者の医療機関へのロイヤリティー（忠誠）が保たれ、今まで以上にその医療機関とかかわるようになるが、不満があっても苦情を訴えない患者は逆にロイヤリティーが低く、他の医療機関に移る傾向にあるという^{86) 87)}。つまり、患者の不満の解決や苦情処理がうまくできないと患者を失うことになり、医療機関への収入も減少することになる。苦情処理の重要性は医療機関の財政面にも大きく影響するのである。

B. 看護婦の苦情への対応

患者と接する機会が多い看護婦は、患者の不満を感じ取り、また苦情を聞く可能性が高いと考えられる。

Oxler は、看護職を含めたスタッフに対する苦情は、スタッフの技術能力の問題、ケアプランに関するコミュニケーション不足、ケアのコーディネーション不足のいずれかに属しており、このうちのどれであるかを判断しなければならないと述べている⁸⁸⁾。そのために看護婦は苦情に対し患者から注意深く話を聞くこと、共感すること、問題を的確に把握するため必要に応じ質問すること、患者が何を望んでいるか判断すること、が大切であるとした⁸⁸⁾。すべての看護婦がこうした対応ができるように、スタッフは全員苦情処理の方法についての教育を受ける必要がある。

苦情処理、つまり問題の解決に際しては看護婦1人の責任で行うべきものではなく、苦情処理の特別なシステムにのっとり対処すべきものであると考えられている。アメリカではほとんどの医療機関に苦情処理の専門チームがあるといわれている。この専門チームは問題の文書化、問題の追及、問題パターンの類型化、問題への具体的行動、問題の再発防止などを行っている⁸⁶⁾。

看護婦は患者にとっては最も身近な存在である。看護婦が上手に患者から苦情を聞き出し、医療機関の責任として問題を解決していくことは、医療機関全体の改善につながり、これらが継続され

ていくことで財政面での改善にもつながっていくと考えられる。

2) outcome評価に関する調査

(1) 訪問看護婦への意識調査

① 対象

平成11年10月～12月に開催された訪問看護事業協会主催の訪問看護ステーション管理者研修会、従事者研修会、または東京訪問看護ステーション連絡会総会に参加した訪問看護婦計706名のうち、調査票に回答した460名（回収率65.2%）を対象とした。

② 方法

研修の資料とともに調査票を配布し、研修終了後その場で回収した。

outcome評価項目については、MDS-HC、OASISおよび訪問看護振興財団のアセスメント項目を参考にしてoutcome評価が可能と考えられる30項目を作成し、そのうち特に重要と考えられる3項目、および重要と考えられる7項目を選択するよう求めた。30項目の内容は、1) 予定しない訪問終了ケース、2) 予定した訪問終了ケース、3) ADL変化、4) IADL変化、5) コミュニケーション障害程度の変化、6) 認知力の変化、7) 問題行動の発生頻度、8) うつと不安状態の変化、9) 社会的機能の変化、10) 心肺の症状の変化、11) 感染・発熱の頻度と変化、12) 脱水の頻度と変化、13) 転倒発生頻度と変化、14) 病状の急変頻度、15) 痛みの訴え頻度、16) 栄養状態の変化、17) 褥瘡発生頻度と変化、18) 皮膚と足の状態の変化、19) 向精神薬の服用状況の変化、20) 排便の管理程度の変化、21) 尿失禁の程度の変化、22) 睡眠障害の程度の変化、23) 全身の清潔程度の変化、24) 高齢者の虐待の発生数、25) 治療やケアへのコンプライアンスの変化、26) 家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度、27) 薬剤管理状況の変化、28) 保健・予防サービスの利用状況の変化、29) 居住環境の状況の変化、30) 医療的処置の管理程度の変化、であった。

また、回答者の属性として、職位（管理職かスタッフか）、訪問看護経験年数、その他の看護経験を含めた総看護経験年数、年齢を聞いた。また、事業所として質の評価を実施しているか否かを尋ねた。

回答者の属性および事業所評価の有無と、outcome評価項目としての重要性の認識との関連性について検討するために、 χ^2 検定を行った（経験年数・年齢については、中央値を基準に2群に分けて、検定を実施した）。

③ 結果と考察

A. outcome評価項目として重要と認識された項目（表4.3～4.5）

outcome評価項目として、3項目のみ選択の「特に重要」、または7項目選択の「重要」とされた割合を表4.3に示した。また、「特に重要」と認識された割合の順を表4.4に示し、「特に重要」と「重要」と認識された合計の割合の順を表4.5にそれぞれ示した。

表4.3では、「ADL変化」が、「特に重要」・「重要」のいずれにおいても最も多かった（各々38.1%，39.7%）ことから、指標としての代表性と重要性を両方持っていると考えられる。対照的に、「褥瘡発生頻度と変化」は、「特に重要」を選んだ者は少なかった（18.6%）が、「重要」として選んだ者は最も多く（62.8%）、代表性は低いが重要性は広く認識されていることがわかった。これは、発生する可能性のある患者が必ずしもすべてではないためであると考えられる。各ステーションの訪問対象者集団の属性によっても重要性が変わる部分であろう。

表4.3 outcom の評価に適切と判断した項目

項目	n (%)	項目	n (%)
1 予定しない訪問終了ケース 特に重要	23 (6.4)	16 栄養状態の変化 特に重要	23 (6.4)
重要	48 (13.3)	重要	153 (42.5)
2 予定した訪問終了ケース 特に重要	47 (13.1)	17 褥瘡発生頻度と変化 特に重要	67 (18.6)
重要	85 (23.6)	重要	226 (62.8)
3 ADL 変化 特に重要	137 (38.1)	18 皮膚と足の状態の変化 特に重要	2 (0.6)
重要	143 (39.7)	重要	43 (11.9)
4 IADL 変化 特に重要	33 (9.2)	19 向精神薬の服用状況の変化 特に重要	0 (0.0)
重要	97 (26.9)	重要	16 (4.4)
5 コミュニケーション障害程度の変化 特に重要	10 (2.8)	20 排便の管理程度の変化 特に重要	19 (5.3)
重要	59 (16.4)	重要	183 (50.8)
6 認知力の変化 特に重要	2 (0.6)	21 尿失禁の程度の変化 特に重要	4 (1.1)
重要	37 (10.3)	重要	40 (11.1)
7 問題行動の発生頻度 特に重要	2 (0.6)	22 睡眠障害の程度の変化 特に重要	2 (0.6)
重要	58 (16.1)	重要	47 (13.1)
8 うつと不安状態の変化 特に重要	8 (2.2)	23 全身の清潔程度の変化 特に重要	37 (10.3)
重要	74 (20.6)	重要	170 (47.2)
9 社会的機能の変化 特に重要	51 (14.2)	24 高齢者の虐待の発生数 特に重要	9 (2.5)
重要	139 (38.6)	重要	48 (13.3)
10 心肺の症状変化 特に重要	9 (2.5)	25 治療やケアへのコンプライアンスの変化 特に重要	47 (13.1)
重要	41 (11.4)	重要	64 (17.8)
11 感染・発熱の頻度と変化 特に重要	45 (12.5)	26 家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度 特に重要	89 (24.7)
重要	134 (37.2)	重要	145 (40.3)
12 脱水の頻度と変化 特に重要	32 (8.9)	27 薬剤管理状況の変化 特に重要	4 (1.1)
重要	160 (44.4)	重要	55 (15.3)
13 転倒発生頻度と変化 特に重要	5 (1.4)	28 保健・予防サービスの利用状況の変化 特に重要	5 (1.4)
重要	74 (20.6)	重要	31 (8.6)
14 病状の急変頻度 特に重要	50 (13.9)	29 居住環境の状況の変化 特に重要	19 (5.3)
重要	111 (30.8)	重要	96 (26.7)
15 痛みの訴え頻度 特に重要	10 (2.8)	30 医療的処置の管理程度の変化 特に重要	81 (22.5)
重要	81 (22.5)	重要	123 (34.2)

total:360

表4.4の最も重要と判断された上位3項目は、「ADL変化」38.1%、「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」24.7%、および「医療的処置の管理程度の変化」22.5%であり、ついで「褥瘡発生頻度と変化」18.6%であった。やはり「ADL変化」は2位に比して10%以上多く、ADL変化の重要性が示唆された。また、「特に重要」と「重要」を合計した表4.5では、上述のように「褥瘡発生頻度と変化」を「重要」として選んだ者が多かったため第1位になっており、全体の8割以上の者が選択していた。訪問看護における褥創ケアの重要性が示唆される。

「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」は、「ADL変化」とともに表4.4と表4.5の上位3位の両方に含まれており、outcome指標として重要であると考えられる。在宅看護は施設ケアと異なり、看護婦がケアの100%を担うわけではなく、あくまで家族が主要なケアの担い手である。したがって、訪問看護のoutcomeとしても、家族の状況が重要になると考えられる。

「訪問終了ケース」は、OASISの中の重要な項目である“訪問看護利用の変化(utilization)”を意識した項目であったが、本調査では上位にあがらなかった。「予定した訪問終了ケース」と「予

表4.4 outcome評価項目として特に重要（3項目のみ）と判断された割合

順位	評価項目	%
1	ADL変化	38.1
2	家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度	24.7
3	医療的処置の管理程度の変化	22.5
4	褥瘡発生頻度と変化	18.6
5	社会的機能の変化	14.2
6	病状の急変頻度	13.9
7	治療やケアへのコンプライアンスの変化	13.1
8	予定した訪問終了ケース	13.1
9	感染・発熱の頻度と変化	12.5
10	全身の清潔程度の変化	10.3
11	IADL変化	9.2
12	脱水の頻度と変化	8.9
13	栄養状態の変化	6.4
14	予定しない訪問終了ケース	6.4
15	居住環境の状況の変化	5.3
16	排便の管理程度の変化	5.3
17	痛みの訴え頻度	2.8
18	コミュニケーション障害程度の変化	2.8
19	高齢者の虐待の発生数	2.5
20	心肺の症状変化	2.5
21	うつと不安状態の変化	2.2
22	保健・予防サービスの利用状況の変化	1.4
23	転倒発生頻度と変化	1.4
24	薬剤管理状況の変化	1.1
25	尿失禁の程度の変化	1.1
26	睡眠障害の程度の変化	0.6
27	皮膚と足の状態の変化	0.6
28	問題行動の発生頻度	0.6
29	認知力の変化	0.6
30	向精神薬の服用状況の変化	0.0

表4.5 outcome評価項目として適切（特に重要と重要な合計）と判断された割合

順位	評価項目	%
1	褥瘡発生頻度と変化	81.4
2	ADL変化	77.8
3	家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度	65.0
4	全身の清潔程度の変化	57.5
5	医療的処置の管理程度の変化	56.7
6	排便の管理程度の変化	56.1
7	脱水の頻度と変化	53.3
8	社会的機能の変化	52.8
9	感染・発熱の頻度と変化	49.7
10	栄養状態の変化	48.9
11	病状の急変頻度	44.7
12	予定した訪問終了ケース	36.7
13	IADL変化	36.1
14	居住環境の状況の変化	31.9
15	治療やケアへのコンプライアンスの変化	30.8
16	痛みの訴え頻度	25.3
17	うつと不安状態の変化	22.8
18	転倒発生頻度と変化	21.9
19	予定しない訪問終了ケース	19.7
20	コミュニケーション障害程度の変化	19.2
21	問題行動の発生頻度	16.7
22	薬剤管理状況の変化	16.4
23	高齢者の虐待の発生数	15.8
24	心肺の症状変化	13.9
25	睡眠障害の程度の変化	13.6
26	皮膚と足の状態の変化	12.5
27	尿失禁の程度の変化	12.2
28	認知力の変化	10.8
29	保健・予防サービスの利用状況の変化	10.0
30	向精神薬の服用状況の変化	4.4

定しない訪問終了ケース」に分けてしまったことに加えて、これまでの質の評価としてはあまり使用されていないため、概念がわかりにくかった可能性も考えられる。

B. 回答者の属性と outcome評価項目の重要性の認識との関連（表4.6）

a. 職位との関連

ステーションの管理者とスタッフとの間で、outcome評価項目としての重要性の認識の相違を検討した結果、他の属性間での比較に対し、1%水準の強い有意差が見られた項目が最も多かった（表4.6）。管理者がより多く選択した項目として、「医療的処置の管理程度の変化」（スタッフ47.6%・管理者67.7%）、「病状の急変頻度」（スタッフ38.2%・管理者53.3%）、「保健・予防サービスの利用状況の変化」（スタッフ6.5%・管理者13.8%）があり、逆にスタッフがより多く選択した項目に「全身の清潔程度の変化」（スタッフ65.9%・管理者48.5%）があった。「保健・予防サービスの利用状況の変化」においては、管理者で高齢で経験年数が多い者には保健婦が多かつたために生じたバイアスも考えられ、加えて数字自体が小さいため統計的意味づけには危険があ

表4.6 属性別結果のoutcome評価項目としての重要性の判断

評価対象	職位	訪問看護経験年数						年齢						事業所評価実施の有無	
		スタッフ	管理着	3年未満	3年以上	14.7未満	14.7以上	41歳未満	41歳以上	人數	%	人數	%	人數	%
予定しない訪問終了ケース		28	16.5	36	21.6	28	13.9	37	16.7	31	17.6	34	21.1	32	18.6
予定した訪問終了ケース		60	35.3	64	38.3	54	26.7	72	32.6	60	34.1	64	39.8	59	34.3
ADL変化		136	80.0	128	76.6	122	60.4	143	64.7	146	83.0	117	72.7	140	81.4
IADL変化		63	37.1	61	36.5	59	29.2	65	29.4	64	36.4	60	37.3	70	40.7
コミュニケーション障害程度の変化		38	22.4	22	13.2*	32	15.8	28	12.7	29	16.5	31	19.3	27	15.7
認知力の変化		20	11.8	16	9.6	20	9.9	16	7.2	20	11.4	16	9.9	23	13.4
問題行動の発生頻度		29	17.1	25	15.0	20	9.9	35	15.8	25	14.2	30	18.6	25	14.5
うつと不安状態の変化		38	22.4	36	21.6	31	15.3	45	20.4	46	26.1	29	18.0	36	20.9
社会的機能の変化		89	52.4	85	50.9	81	40.1	94	42.5	90	51.1	84	52.2	89	51.7
心肺の症状の変化		22	12.9	26	15.6	23	11.4	26	11.8	21	11.9	27	16.8	21	12.2
感染・発熱の頻度と変化		81	47.6	88	52.7	71	35.1	100	45.2*	88	50.0	81	50.3	77	44.8
脱水の頻度と変化		83	48.8	97	58.1	85	42.1	98	44.3	93	52.8	88	54.7	97	56.4
転倒発生頻度と変化		32	18.8	41	24.6	38	18.8	36	16.3	41	23.3	33	20.5	34	19.8
病状の急変頻度		65	38.2	89	53.3**	76	37.6	78	35.3	77	43.8	76	47.2	75	43.6
痛みの訴えの頻度		45	26.5	44	26.3	40	19.8	51	23.1	52	29.5	38	23.6	53	30.8
栄養状態の変化		83	48.8	81	48.5	83	41.1	82	37.1	84	47.7	79	49.1	85	49.4
褥瘡発生頻度と変化		145	85.3	133	79.6	127	62.9	154	69.7	150	85.2	129	80.1	145	84.3
皮膚と足の状態の変化		23	13.5	18	10.8	22	10.9	21	9.5	26	14.8	16	9.9	22	12.8
向精神薬の服用状況の変化		11	6.5	5	3.0	7	3.5	9	4.1	12	6.8	4	2.5	9	5.2
排便の管理程度の変化		101	59.4	89	53.3	78	38.6	113	51.1	96	54.5	93	57.8	97	56.4
尿失禁の程度の変化		21	12.4	22	13.2	15	7.4	28	12.7*	18	10.2	25	15.5	17	9.9
睡眠障害の程度の変化		29	17.1	16	9.6	25	12.4	20	9.0*	25	14.2	19	11.8	23	13.4
全身の清潔程度の変化		112	65.9	81	48.5**	91	45.0	103	46.6	97	55.1	95	59.0	101	58.7
高齢者の虐待の発生数		22	12.9	30	18.0	16	7.9	36	16.3*	23	13.1	29	18.0	23	13.4
治療やケアへのコンプライアンスの変化		51	30.0	52	31.1	47	23.3	58	26.2	54	30.7	50	31.1	49	28.5
家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度		117	68.8	103	61.7	100	49.5	121	54.8	111	63.1	108	67.1	109	63.4
薬剤管理状況の変化		25	14.7	32	19.2	27	13.4	30	13.6	36	20.5	20	12.4*	38	22.1
保健・予防サービスの利用状況の変化		11	6.5	23	13.8**	17	8.4	17	7.7	11	6.3	23	14.3**	14	8.1
居住環境の状況の変化		51	30.0	56	33.5	47	23.3	60	27.1	53	30.1	53	32.9	53	30.8
医療的処置の管理程度の変化		81	47.6	113	67.7**	86	42.6	110	49.8	97	55.1	97	60.2	103	59.9

人数は「最も適切」「適切」を足した値、%は回答者を100とした値
** : p<0.01, * : p<0.05 (χ²検定)

ると思われた。業務管理上の責任がある者ほど、医療的処置や病状といったハードな outcome をより重要視していることが示唆された。欧米でもこの点は重要視されており、outcome 項目としては必須であると考えられる。

b. 訪問看護婦経験との関連

訪問看護婦経験が長い群が短い群と比較して、より選択していたのは、「感染・発熱の頻度と変化」、「尿失禁の程度の変化」、および「高齢者の虐待の発生数」、逆に訪問経験が短い群ほど選んでいたのは、「睡眠障害の程度の変化」であった。ここでは、年齢や訪問に限らない経験年数による比較と比べて有意差のあった項目がより多く、また内容もユニークであったことに着目すべきであろう。感染・発熱や尿失禁は、訪問看護で遭遇する頻度が多いために、訪問を多く経験した者ほど重要性を認識していたと考えられる。また、「高齢者の虐待の発生数」が有意に上がったのは表4.6全体でもこの比較のみであり、訪問現場をより知っている者ほど、この重要性に気づいていると考えられた。

c. 総看護経験年数との関連

病院や保健婦等すべての看護職としての経験年数との比較では、経験年数が短い者のほうがより「薬剤管理状況の変化」を選択していた。経験年数が短くても、比較的わかりやすい評価指標であると考えられる（「保健・予防サービスの利用状況の変化」については、aと同様）。

d. 年齢との関連

年齢高群と比較し年齢低群で有意に高い割合を示したのは「感染・発熱の頻度と変化」と、「薬剤管理状況の変化」であった（「保健・予防サービスの利用状況の変化」については、aと同様）。上記の訪問看護経験年数や総経験年数との相互関連で生じたものと考えられる。

e. 事業所評価実施の有無との関連

事業所評価を実施している者では、「痛みの訴えの頻度」、「治療やケアへのコンプライアンスの変化」を選んでいる割合が、評価を実施していない者より有意に高かった。痛みの管理や治療やケアを軌道にのせることに関しては、評価の経験がある者はその重要性を認識していたのに対し、経験のない者においては重要性が認識されにくい項目である可能性がある。「栄養状態の変化」に関しては、上記と逆の関係があった。しかしながら、もともと事業所の評価自体をしている割合が約2割と低く、本来の2群の分布の偏りが大きいため、これらの結果の解釈には注意を要すると考えられる。

C. outcome 評価項目調査結果のまとめ

全体として、「特に重要」（3項目選択）として選ばれた上位4つは、「ADL変化」、「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」、「医療的処置の管理程度の変化」、「褥瘡発生頻度と変化」であり、「重要」（「特に重要」以外に7項目選択）での上位4つは、順に「褥瘡発生頻度と変化」、「ADL変化」、「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」、「全身の清潔程度の変化」であり、次いで「医療的処置の管理程度の変化」であった。

訪問看護全体の質の評価指標として最も重要とされていたのは、「ADL変化」、「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」の2項目であると考えられる。また、対象者の状況によっては、「医療的処置の管理程度の変化」、「褥瘡発生頻度と変化」の重要性が増していく。「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」は、先にも述べたが、訪問看護が100%のケアを提供するわけではなく、あくまで家族介護（看護）への指導・援助であるという特徴を反映するものとして重要

であると考えられる。アメリカにおいて標準的に使われている OASIS においても、ADL が患者の健康状態の直接的結果（An end-result outcome）として重要とされる一方、間接的・仲介的結果（An intermediate-result outcome）として、介護者の行動・感情・知識の変化があげられているとの共通する部分がある。

回答者の属性の関連では、職位での比較においてのみ、1 %水準での有意差があった項目があり、この差は全体の指標を検討する際に着目すべき現象と考えられた。管理職ほど、「医療的処置の管理程度の変化」、「病状の急変頻度」を選んだ者が有意に多く、これらは訪問看護の質に直結する outcome として、現象が見えやすいため測定しやすく、かつ「質の保証」という管理上の点からも重要な指標と考えられる。本調査から引き出す outcome 評価指標としては、管理者の視点で捉えた方がより質の評価項目として適切である可能性が示唆された。

そこで、最後に本調査による適切な outcome の目安として、管理者のみの回答による「特に重要」と「重要」を合計した回答数の順位を表4.7に示す。この中から、実際の測定上の便宜も考慮

表4.7 訪問看護事業所管理者が選んだ outcome 評価項目

順位	評価項目	N	%
1	褥創発生頻度と変化	133	79.6
2	ADL 変化	128	76.6
3	医療的処置の管理程度（トラブル頻度等）の変化	113	67.7
4	家族介護力・家族機能（もろい支援体制）、他のサービスの利用頻度	103	61.7
5	脱水（水分補給の減少）頻度と変化	97	58.1
6	病状の急変頻度	89	53.3
7	排便の管理程度（便秘の発生頻度等）の変化	89	53.3
8	感染・発熱の頻度と変化	88	52.7
9	社会的機能（対人関係・楽しめる活動・役割遂行維持）の変化	85	50.9
10	栄養（体重減少・食事摂取の減少・栄養不良）状態の変化	81	48.5
11	全身の清潔程度（整容）の変化	81	48.5
12	予定した訪問終了ケース（在宅サービス削減が可能な状態への達成等）数	64	38.3
13	IADL 変化	61	36.5
14	居住環境（生活用具等含める）の状況の変化	56	33.5
15	治療やケアへのコンプライアンスの変化	52	31.1
16	痛みの訴え頻度	44	26.3
17	転倒発生頻度と変化	41	24.6
18	予定しない訪問終了ケース（入院、施設入所、予期せぬ在宅死亡）数	36	21.6
19	うつと不安状態の変化	36	21.6
20	薬剤管理状況の変化	32	19.2
21	高齢者の虐待の発生数	30	18.0
22	心肺の症状（胸痛・息切れ・不整脈など）変化	26	15.6
23	問題行動（特異・問題行動）の発生頻度	25	15.0
24	保健・予防サービスの利用（検診・予防摂取など）状況の変化	23	13.8
25	コミュニケーション障害（難聴、理解力低下など）程度の変化	22	13.2
26	尿失禁の程度の変化	22	13.2
27	皮膚と足の状態の変化	18	10.8
28	認知力（せん妄・痴呆）の変化	16	9.6
29	睡眠障害の程度の変化	16	9.6
30	向精神薬の服用状況の変化	5	3.0

し、上位 3 分の 1 に含まれた 10 項目について、次章でさらに詳細に検討していくことにする。

(2) 既存のアセスメントツール間の比較

① 方 法

訪問看護ステーション管理者の調査において、管理者が outcome の評価として重要と考えた項目と既存のアセスメントツールとの比較を行い、その項目が outcome 指標として妥当であるか検証し、妥当ならばどのような形で採用することが望ましいのか考察した。既存のアセスメントツールとして、MDS-HC 2.0、日本訪問看護振興財団版、および介護保険の要介護認定調査用紙、そして OASIS を選んだ。OASIS は outcome を用いたアセスメントツールであり、その他のツールは structure と process のアセスメントツールであるが、現在日本でよく使用されているものを使用した。

ステーション管理者調査でアセスメント項目として支持が高かったものから順に並べ、それに該当する項目が各ツールに含まれているかを○×の一覧表にした（表4.8）。そして項目が含まれている場合、どのような評価点が採用されているかを表4.9に整理した。

② 結果および考察

ここで用いたアセスメントツールのうち、OASIS はケアの outcome を測定するツールであり、評価の内容も OASIS はその使用目的から評価内容を具体的に記述してあり変化を捉えやすいが、他のツールはあいまいであったりおおまかな表現が多く、各ツールの目的によって評価のレベルが異なっている。したがって単純に比較することはできないが、指標を考える時の一応の目安となるのではないかと考える。

ステーション管理者調査の結果では、outcome の指標として一番支持が高かったのは、「褥創発生頻度と変化」、次いで「ADL の変化」であった。これら 2 項目はすべてのアセスメントツールに共通して採用されていたが、患者に起こった変化として肉眼的に評価しやすく、ケアと変化とを結びつけやすい、つまり因果関係がわかりやすい項目であったため支持が高かったといえる。すべてのツールで褥創の重症度が取り入れられているが、OASIS は 8 項目にわたってチェックしており、褥創の程度しか評価していない他のツールに比して、褥創の種類やステージ別評価が含まれている。End-result の outcome 指標として使用する場合、前回の評価と比較するためには細かいレベルまで設定しなければならない。OASIS は褥創のステージのみならず数まで入れてあるため全体像がわかりやすく、また再難治褥創の肉芽の評価もあり、老人や障害者に使用しやすい特徴がある。

ADL の変化は行為ごとに全介助、部分援助などの自立度を出すことになっているが、OASIS 以外は援助・介助の具体的方法までは書かれていません。したがって、記入者によって被評価者の ADL レベルが異なる可能性がある。OASIS は ADL の状況を細かく指定しているため、記入者間のばらつきはより少なくなる、前回の評価と比較しやすい等の利点がある。ただ、ADL のレベルは千差万別で色々なケースが考えられるため、あまり細かく指定するとかえって評価しにくくなることも考えられる。

次に「医療的処置の管理程度の変化」であるが、OASIS および MDS-HC が患者本人や家族の医療器具管理能力をアセスメントしているのに対し、財団版は医療的管理の必要性の有無を、要介護認定は処置の有無を尋ねており、アセスメントの対象が異なっている。医療的処置の必要性は患者の全身状態と関連しており、ケアの結果と直接結びつかない場合も多い。MDS-HC のように各種療法やケアの管理能力とした場合、患者・家族のコンプライアンスにかかるところが大きく、ケアの

outcome として評価することが妥当であるかは疑問が残る。看護婦の働きかけが直接影響する項目、つまりケアや器具の管理に焦点を当てるほうが望ましいだろう。

「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」は要介護認定には含まれていない。介護の状況と介護の種類を尋ねているのは MDS-HC と OASIS で、財団版は状況と介護継続の意思を聞くにとどまっている。この項目は在宅ケア特有のものであり、家族ケア能力やそれを補完する必要性をアセスメントし、必要なケアを提供しなければ在宅療養は成り立たないことから、必須項目といえよう。しかし、どのツールにも社会資源（サービス）の利用状況はアセスメント項目に入っていない。患者・家族にとって大切なのは、必要なサービスを必要な時に利用できることであり、その利用がどのような影響を与えたかをアセスメントしなければならない。またサービスの利用は提供されるケアとは必ずしも関連しないことから、サービス利用頻度そのものは評価の対象とならない。

「脱水頻度と変化」は、アセスメントツールで取り上げているのは財団版と MDS-HC のみであった。前章で述べたように、管理者はケアのハードな outcome として、脱水を重要視する傾向があるが、outcome 指標としては訪問看護の本人・家族に対する教育効果と捉えるべきで、評価項目では脱水を評価可能なように具体的にあげるべきであろう。

「病状の急変頻度」は、MDS-HC が過去 3 日間の症状・健康状態を尋ねているのに対し、OASIS は前回のチェック日以降の緊急サービス利用状況とその理由について尋ねている。ケアの outcome を見るには重要な項目だが、最近の患者の状況はケアを見るのではなく、OASIS のように前回評価日以降など、ある一定期間に利用した緊急サービス内容とその理由を見ることのほうが、その期間ケアが適切に行われたかどうかを見るには適当である。

半数以上の管理者があげた「排便管理」は便秘が多い日本人にとって重要であるが、便秘を取り上げているのは財団版のみで、他のアセスメントツールは便失禁と排便の始末が評価項目としてあがっているにすぎない。評価する場合には便失禁のみならず便秘も入れるべきであろう。

また、「感染・発熱の頻度と変化」は各ツールとも尿路感染症を中心となっているが、直接的ケアの評価対象としては予防可能な感染症とするべきである。「社会的機能・栄養状態の変化」については、両者とも約半数の管理者の支持を得たが、看護職が行う直接ケアの評価対象としては取り上げにくく、間接的なケアの結果として評価可能なことから、OASIS でも評価項目には入っていない。

4つのアセスメントツールに共通していた項目は、「排便の管理程度の変化」、「全身の清潔程度の変化」(11位、48.5%)、「IADL 変化」(13位、36.5%)、「問題行動の発生頻度」(23位、15%)、「コミュニケーション障害程度の変化」(25位、13.2%)、「尿失禁の程度」(25位、13.2%)、「認知力の変化」(28位、9.6%) であった。このうち問題行動、コミュニケーション障害、尿失禁の程度、認知力に関しては、実際にケアを提供しても変化が見られないことも少なくなく、評価しづらいため重要度が低くなったと考えられる。また全身の清潔程度および IADL 変化はいわば自立度の変化を表しているが、これら自立度を見る項目はいずれも管理者の調査では50%以下の支持率であり、興味深い。つまり、自立よりも他人に依存した生活（寝たきり、身体状況が悪い）を送る対象者が多く、身体状況の変化のほうが問題となりやすい日本の特性を示していると推測できる。一方、OASIS では、日常生活行動の自立に関する項目 (ADL/IADL の変化、薬剤管理状況) は非常に詳しく書かれており、家族が主介護者とは限らない、障害を持っていても自立した生活を好むアメリカ人の特性を表しているといえよう。

また調査では約 3 分の 1 が予定した「訪問終了ケース数」を支持したが、既存のどのツールの中に

表4.8 outcome評価項目に関する看護事業所管理者の認識とアセスメントツールとの関連

評価項目	アウトカム指標として選んだ管理者数(人)	比率(%)	OASIS	MDS-HC	財団版	要介護認定
褥創発生頻度と変化	133	79.6	○	○	○	○
ADL変化	128	76.6	○	○	○	○
医療的処置の管理程度（トラブル頻度等）の変化	113	67.7	○	△	△	△
家族介護力・家族機能（もろい支援体制）、他のサービスの利用頻度	103	61.7	○	○	○	×
脱水（水分補給の減少）頻度と変化	97	58.1	×	○	○	×
病状の急変頻度	89	53.3	○	○	△	×
排便の管理程度（便秘の発生頻度等）の変化	89	53.3	○	○	○	○
感染・発熱の頻度と変化	88	52.7	△	○	○	×
社会的機能（対人関係・楽しめる活動・役割遂行維持）の変化	85	50.9	×	○	○	×
栄養（体重減少・食事摂取の減少・栄養不良）状態の変化	81	48.5	×	○	○	×
全身の清潔程度（整容）の変化	81	48.5	○	○	○	○
予定した訪問終了ケース（在宅サービス削減が可能な状態への達成等）数	64	38.3	×	×	×	×
IADL変化	61	36.5	○	○	○	○
居住環境（生活用具等含める）の状況の変化	56	33.5	○	○	○	×
治療やケアへのコンプライアンスの変化	52	31.1	×	○	×	×
痛みの訴え頻度	44	26.3	○	○	○	(医療処置管理に含まれる)
転倒発生頻度と変化	41	24.6	×	○	○	×
予定しない訪問終了ケース（入院、施設入所、予期せぬ在宅死亡）数	36	21.6	△	×	×	×
うつと不安状態の変化	36	21.6	○	○	○	×
薬剤管理状況の変化	32	19.2	○	○	○	×
高齢者の虐待の発生数	30	18.0	×	○	○	×
心肺の症状（胸痛・息切れ・不整脈など）変化	26	15.6	○	○	○	×
問題行動（特異・問題行動）の発生頻度	25	15.0	○	○	○	○
保健・予防サービスの利用（検診・予防點取など）状況の変化	23	13.8	×	×	×	×
コミュニケーション障害（難聴、理解力低下など）程度の変化	22	13.2	○	○	○	○
尿失禁の程度の変化	22	13.2	○	○	○	○
皮膚と足の状態の変化	18	10.8	○	○	○	○
認知力（せん妄・痴呆）の変化	16	9.6	○	○	○	○
睡眠障害の程度の変化	16	9.6	×	○	○	○
向精神薬の服用状況の変化	5	3.0	×	○	○	×

表4.9 アセスメントツールにおける outcome 評価項目の基準の比較

評価項目	アトカム指 としで選んだ 管理者数 (人)	比率 (%)	OASIS	MDS-HC	財團版	要介護認定
褥創発生頻度と変化	133	79.6	<p>445 うつ血性褥創があるか：いいえ／はい 450 ステージ1／ステージ2／ステージ3／ステージ4 最難治のうつ血性褥創のステージ度：ステージ1／ステージ2／ステージ3／ステージ4 うつ血性褥創なし</p> <p>460 最難治のうつ血性褥創の肉芽状態：全面的に肉芽／少し・一部肉芽あり 464 最難治のうつ血性褥創なし／うつ血性褥創なし／肉芽なし／うつ血性褥創なし</p> <p>468 潰瘍性褥創があるか：いいえ／はい 470 潰瘍性褥創の有無：0／1／2／3／4つ以上 474 はずせない包帯で観察不能な潰瘍性褥創が一つ以上あるか：いいえ／はい 476 再難治の潰瘍性褥創の状態：全面的に肉芽／少し・一部肉芽あり／肉芽なし／潰瘍性褥創なし</p>	<p>褥創・潰瘍：なし／皮膚が持続して発赤／筋肉や骨が露出過去に一度でも身体のどこかに褥創があった：いいえ／はい 464 最難治のうつ血性褥創の肉芽状態：全面的に肉芽／少し・一部肉芽あり 468 潰瘍性褥創があるか：いいえ／はい 470 潰瘍性褥創が一つ以上あるか：いいえ／はい 474 はずせない包帯で観察不能な潰瘍性褥創が一つ以上あるか：いいえ／はい 476 再難治の潰瘍性褥創の状態：全面的に肉芽／少し・一部肉芽あり／肉芽なし／潰瘍性褥創なし</p>	<p>褥瘍の程度：0なし／1持続する発赤・熱感・圧痛／2水泡・ひらん、脂肪組織には達する創傷・痛み／3脂防層に至る創傷・浸出液、達する創傷・骨のみ、ボケット／4筋肉・骨に至る創傷、浸出液（部位別に記入）</p>	<p>褥瘍等の有無：ない／ある</p>
ADL変化	128	76.6	<p>650 上半身の更衣能力：筆筒から洋服を出して介助なしで着脱可能／着替えて着脱可能／洋服が必要／洋服と靴替えに全面介助が必要／不明</p> <p>660 下半身の更衣能力：洋服・靴を手に入ければ身につける／下着／ズボン／ソックスと靴が準備されていれば介助なし／着替えに全面介助が必要／洋服と靴替え／靴の洗浄：自分でシャワーか浴槽で入浴できる／器具を使用して自力で入浴できる／介助で入浴可一回次の監督／助言／シャワーワード上又は椅子に座って滑り／洗面所で清拭／不明</p> <p>670 全身の洗浄：自分でシャワーか浴槽で入浴できる／器具の使用・無使用でトイレに行ける／助言／シャワード下：いいえ／はい</p> <p>680 ベッドからトイレまでの往復移動：器具の使用・無使用で自力でトイレに行ける／助言・介助・監督がある場合にコマンドトイレ使用可／ベッド上で自力で排泄可／全面排泄介助／不明</p> <p>690 移乗・移動：自力で移動可能／最小の介助又は補助具使用にて移動／自力で移動できないが体重を支え回転できる／体重を支えたり回転したがりで移動できない／ベッド上で身体の向きを変える／不明</p> <p>700 基歩行／移動：平面で非平面を自力歩行し階段を手すりを使用・非使用で平面に器具使用または椅子を自力で使用／歩行不能／歩行できないがが車椅子を自力で歩行不能／歩行不能／車椅子自力使用不能／ベッド上安踏で歩行不能・椅子に座れる／不明</p> <p>710 食物摂取：自力摂取可能／自力で可能だが一食事をセント、間欠的介助が必要／自力歩行に常に監督・介助が必要／平面での監督・介助が必要／自力歩行に常に監督・介助が必要／歩行不能／歩行できないがが車椅子を自力で歩行不能・車椅子自力使用不能／ベッド上安踏で歩行不能・椅子に座れる／不明</p>	<p>ベッド上の可動性、移乗、家の中の移動、屋外の移動、上半身の更衣、下半身の更衣、個人衛生、入浴（過去7日間）：各項目／自立／準能／部分的な依存／全面依存／3日間の間に一度も最大かつたADLの低下：いいえ／はい</p> <p>ベッド上の可動性、移乗、家の中の移動、屋外の移動、上半身の更衣、下半身の更衣、個人衛生、入浴（過去7日間）：各項目／自立／準能／部分的な依存／全面依存／3日間の間に一度も最大かつたADLの低下：いいえ／はい</p> <p>移動・着衣・排泄・整容・入浴・食事：各動作毎に／0自立／1觀察・誘導／2部分的な依存／3扶助／5全面依存／本動作は行ってない</p> <p>着脱・靴下着脱：各項目／自立／見守り／一部介助／全介助／排尿・排便の後始末：各項目／自立／間接的援助／直接的援助／</p>	<p>着脱（ボタン掛けはずし・上着脱・ズボンやパンツの着脱・靴下着脱）：各項目／見守り／一部介助／全介助／排尿・排便の後始末：各項目／自立／間接的援助／直接的援助／</p>	

排便の管理程度（便秘の発生頻度等）の変化	89	53.3	540 便秘の頻度：非常にまれあるいは1回もない／1週間に1回未満／1週間に1-3回／1週間に4-6回／ほとんど毎日／1日1回以上／人工肛門造設／不明	便秘について：完全にコントロールできる／自立・ろう／使用（便がもれない）／通常は失禁しない（週に1回未満）／時々失禁する（週に2-3回）／失禁状態（常に毎日頻回に失禁）／排便がなかった／便秘の有無	排便後の後始末：自立／間接的援助／全介助
	88	52.7	510 14日以内に尿路感染症の治療を受けているか：はい／いいえ／予防的治療中／不明	過去3日のうち発熱が2日以上見られたか：過去90日において社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が：減っているか／減っていない／減っているが悩んでいない／減っており悩んでいる	便秘の状況：0完全にコントロールできない／1通常は便失禁しない（週1回以下）／2時々便失禁する（週に2-3回）／3しばしば便失禁する（毎日）／便失禁状態（毎日頻回に）排便コントロール：0不要／1必要（a下剤を使用／b浣腸剤を使用／c浣腸を使用／d簡便／e食事・水分で調整）
社会的機能（対人関係・樂しまれる活動・役割遂行維持）の変化	85	50.9	510 14日以内に尿路感染症の治療を受けているか：はい／いいえ／予防的治療中／不明	過去3日のうち発熱が2日以上見られたか：過去90日において社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が：減っているか／減っていない／減っているが悩んでいない／減っており悩んでいる	体温の状況：0問題なし／1問題あり（a発熱歴り返す／b身体に創／cリンパ腺腫脹／d悪寒戻り／e易発熱環境／f膀胱留置カテーテル／g体温調整不可）
	81	48.5	85	体重について：人と気附に関わっている／関わっていない／過去90日において社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が：減っているか／減っていない／減っているが悩んでいない／減っており悩んでいる	関与について：人と気附に関わっている／関わっていない／過去90日において社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が：減っているか／減っていない／減っているが悩んでいない／減っており悩んでいる
栄養（体重減少・食事摂取の減少・栄養不良）状態の変化	81	48.5	85	体重について：体重減少が目標でないにもかかわらず体重の減少が過去30日間に5%以上あるいは過去180日に10%／極度の栄養不良／病的な肥満、食事摂取：食事の支度ができない人が過去3週間で2日以上1回以下しか食事をしていない	栄養状態肥満とやせ：0標準／1痩せ過ぎ／太り過ぎ／基準あり／2増減：0ない／1増加／2減少（基準あり）
	81	48.5	640 個人の衛生に気を配る能力：自力で器具を使用・非使用が手の届く範囲にあればで身だしなみを整える／身だしなみの器具が手の届く範囲にあればできる／介助が必要／全面介助／不明	体重について：髪をとかす、歯を磨く／個人衛生について：髪を剃る、化粧をする、顔や額や手を洗う／各部位を洗う／a擦り清潔／b皮膚感覺／c湿疹／d皮膚・爪切り／e耳垢／f耳垢・耳垢／gその他	
全身の清潔程度（整容）の変化	64	38.3	予定した訪問終了ケータイ（在宅サービス削減が可能な状態への達成等）数	全身の清潔度について：髪をとかす、歯を磨く／各部位を洗う／a擦り清潔／b皮膚感覺／c湿疹／d皮膚・爪切り／e耳垢／f耳垢・耳垢／gその他	

痛みの訴え頻度	420	44	26.3	420 行動を阻害する痛みの頻度、最低でも毎日起こるような頑強な痛みがあるか；痛みがない、活動を阻害する痛みがないか／毎日ではない／常に常時ではない／常時ある	痛みの訴えや様子があつた頻度：痛みではない／1日 1回／1日 数回、痛みの強さ：痛みはない／絶度／中等度／重度／痛みがたいへんとなるところもある、としている／痛みが大きいところ：痛みではない／局在する／複数個所、鎮痛剤が適切に効いているか：効いている、あるいは痛みがあるが鎮痛剤を使用していない	痛みの程度：0 なし／1 少し痛い／2 痛い／3 我慢できない、
転倒発生頻度と変化		41	24.6	過去90日間に転倒した回数／不安定な歩行／転倒を恐れて外出を制限	過去90日間に転倒した回数：回数を記入、転倒事故・骨折：0 問題なし／1 回問題あり (a 転倒30日以内／b 転倒31～180日以内／c 大腿骨骨折180日以内／その他の骨折180日以内)	転倒事故・骨折：0 問題なし／1 回問題あり (a 転倒30日以内／b 転倒31～180日以内／c 大腿骨骨折180日以内／その他の骨折180日以内)
予定しない訪問終了ケース(入院、施設入所、予期せぬ在宅死亡)数		36	21.6	855 患者はどこに入院しているか：病院／リハビリ施設／ナーシングホーム／ホスピス／入院施設ではない、890 緊急病院に入院した理由：予定しない緊急のケア／入院後4時間以内に至急必要なケア／入院 後24時間以降に必要な選択ケア／不明895 入院した理由：不適切な投薬、副作用、副作用の問題／創の感染・創の状態悪化・や家庭での事故によるけが／呼吸器の問題／創の感染・創の状態悪化・新しい外傷・骨折・高血糖、管理不良の糖尿病／消化管・腸閉塞／心不全の増悪／疾患・疾患／発作／化学療法／スケジュールされた外科処置／尿路感染／IVカテーテル／リルに関連した感染／深部静脈塞栓、肺塞栓／管理不能な痛み／精神症状／その他900 ナーシングホーム／精神科入院した理由：療法サービス／レスパイトケア／ホスピスケア／永久的な移動／家庭での危険なケア／その他／不明590 報告／觸察された懲罰感：驚愕／失敗の感覚、自己非難／希望がない／反復性の死の願望／自殺企図／上記のいずれもなし630 精神看護サービスを受けているか：いいえ／はい、うつと不安状態の変化	入院／緊急外来：過去90日間ににおける回数／受診回数	入院／緊急外来：過去90日間ににおける回数／受診回数
薬剤管理状況の変化		36	21.6	780 服薬管理：経口服薬を正しいときに適切な量を正しくできる／以下の条件で正しく服薬できる、他の人に1回の服薬分を事前に準備してもらう。毎日声かけをしてもらう／服薬日記かチャートを作る／誰かに指示されないと服薬できかない／服薬なし／不明790 吸入／噴霧薬の管理：同じく正しいときに薬を正しい量で使用できる／以下の条件で正しいときに薬を使える、事前に1回分ずつの分量を準備しておおく・毎日声かけてもらう／誰かに指示してもらわないとできかない／吸入・噴霧薬なし／不明800 注射薬管理：自力で正しい時に正しい量で使用できる／以下のときに正しくときに注射を正確に実施する／事前に個々のシリンジを準備しておく・毎日声かけしもらう／誰かに指示してもらわないと注射ができない／注入なし／不明	過去 7 日間に使用した異なる薬剤の種類の数	薬剤服用状況／a 飲み残し／b 指定用量より多く服用／c 定時服用せず／d 服用方法・時間・量が理解できず／e 拘束・嚥下困難等で服用不可／f 自己調整／g その他由て服用不可／h 治療目的の飲みあわせの説明受けていない

尿失禁の程度の変化	22	13.2	520 尿失禁／尿カテーテルの有無：失禁やカテーテルがない／失禁がある／尿路カテーテルが必要 530 いつも尿失禁が起きるか：時間排尿で失禁が少くなる／夜間のみ／尿夜あり	過去7日間の尿失禁：完全にコントロールで起きる（カテーテル、用具を未使用）／完全にコントロール（カテーテル、用具を使用）／通常は失禁しない（週1回以下）／時々失禁する（週2回以上）／しばしば失禁する（毎日失禁傾向だがいくらかコントロールが保たれている）／失禁状態（毎日頻回）	尿意の有無：ある／特々ある／ない、尿失禁への対応：尿失禁への対応／カテーテル／留置カテーテル（毎日頻回）
皮膚と足の状態の変化	18	10.8	440 皮膚障害／開放創の有無：なし／あり	問題となるような皮膚の状態や変化：Ⅱ度以上の火傷／潰瘍／発疹、切り傷意外の開放創／翌傷または切り傷／手術創／うおのめ、たこ、感染症、水虫、変形（足の問題）／いすれでもない	褥創以外に処置や手入れが必要な皮膚疾患：ない／ある
認知力（せん妄・痴呆）の変化	18	10.8	560 認知機能：機敏／指向、集中し注意を他に移動させ完全に理解し難い環境でのみ方指向性を確認することを自分でできる／ストレスや慣れがない場合での援助や指示が必要／特定の状況での援助や指示が必要／障害による全面的援助が必要／日常で相当の援助が必要／障害による全面的援助が必要／特に必要な状況で判断力弱く見守り、合図が必要）／中程度の障害（常に判断力弱く合図、見守り必要）／重度の障害（常に判断力が悪化してその日の活動をうまくなしとけるか：自立（直尾一貫した理由でなく判断力／限定的な自己立（新しい事態でいくらか困難）／軽度の障害（特別な状況で判断力弱く見守り、合図が必要）／中程度の障害（常に判断力弱く合図、見守り必要）／重度の障害（常に判断力が悪化してその日の活動をうまくなしとけるか：いいえ／はい）	日常の意志決定のための認知能力：0自立／1限界的自立／中程度の障害（説明あり）の障害（説明あり）／重度の障害（説明あり）	日常の意志決定のための認知能力：0自立／1限界的自立／中程度の障害（説明あり）の障害（説明あり）／重度の障害（説明あり）
睡眠障害の程度の変化	16	9.6	570 何時混乱するか：決してなし／新しいまたは複雑な状況においてのみ／過去90日間に安全が損なわれるあるいは他の保護が必要となるほど興奮したり見当意識を失うことがある：なし／毎日ではない／當時不安になるか：なし／毎日ではない／當時反能無し	過去90日間ににおいて意思決定能力が悪化して過去7日間ににおいて1日の中で注意力や見当識が急変化したり、予測できない意識状態の変動がある：いいえ／はい、過去90日間に安全が損なわれるあるいは他の保護が必要となるほど興奮したり見当意識を失うことがある：いいえ／はい	過去90日間ににおいて意思決定能力が悪化して過去7日間ににおいて1日の中で注意力や見当識が急変化したり、予測できない意識状態の変動がある：いいえ／はい、過去90日間に安全が損なわれるあるいは他の保護が必要となるほど興奮したり見当意識を失うことがある：いいえ／はい
向精神薬の服用状況の変化	5	3.0			過去7日間ににおける薬剤の服用の有無：抗精神病薬／抗不安薬／抗鬱剤／催眠薬

も含まれておらず、「保健・予防サービスの利用状況の変化」は支持率も低く（13.8%）、ツールの中にも含まれていなかった。これらは利用者の身体状況にもよるところが大きく、日本においては一般に訪問看護サービスを受けている利用者が訪問終了を予定するのは、他所へ移動するか、施設などに入所・入院する場合と考えられる。また保健・予防サービスは ADL レベルの高い人を対象としたサービスと考えられるため、これらの項目に該当するケースは現在の訪問看護対象者の中では例外的ということができ、日本の outcome 評価項目として妥当とはいえないのではないか。

以上、大まかに訪問看護ステーション管理者の調査結果と各アセスメントツールでの評価を比較してみたが、共通するものがいくつかあり、その他の項目でも評価基準を考慮する必要があった。調査で得られた評価項目の妥当性については、今後検証していく必要がある。

（3）利用者調査

① 利用者満足度

訪問看護の現状に対する利用者本人およびその家族の評価を明らかにするとともに、訪問看護サービスの評価において彼らが重視する側面などを考察するために、利用者調査を実施した。

A. 調査対象と方法

対象者：東京都内の 5ヶ所の訪問看護ステーションの利用者本人および家族（主に介護を行っている家族）、計374組。

調査方法：5ヶ所の訪問看護ステーションの利用者・家族に調査票を郵送配布・郵送回収。質問項目は利用者本人に対するものと家族に対するものとから構成されているが、利用者本人の回答が困難な場合には、家族に代理回答を依頼した。

調査時期：平成12年2月17日～29日

調査項目：主に、①利用者本人および家族の満足度、②利用者家族による主観的 outcome、③利用者本人および家族の基本的属性の 3 点について調査した。

a. 利用者本人および家族の満足度

本調査では利用者の総合満足度を 2 つの異なる測度（「不満足—満足」「期待以下—期待以上」）で聴取するとともに、関連性の強い概念として再利用意向と他者への推薦意向を聴取した。これは、満足度を測定するための適切な測度が確立されていないため、本調査結果の分析において、その測定値の妥当性を考察するためである。なお、本調査で聴取する総合満足度は、現在利用している訪問看護ステーションの利用を始めてから調査時点までの期間を振り返って評価するものであるため、知覚品質に近いものを測定しているとも考えられる。

b. 利用者家族による主観的 outcome

4-2)-(1)で述べた訪問看護婦への意識調査の結果から、訪問看護の質の評価項目として適切という評価が多かった項目、ならびに先行研究から訪問看護による改善割合が高く質の評価項目として適切とされた項目の中から、医療関係者でない一般人でも評価しやすいと判断された下記の 12 項目を選び、利用者調査票に加えた。なお、「褥創」という用語は「床ずれ」に置き換えるなど、一般人でもわかりやすい表現を用いた。これらの項目について、訪問看護の利用によりどのような変化があったかを利用者家族に尋ね、改善、変化なし、悪化の 3 通りの回答から 1 つを選択できるようにした（以下、これを利用者家族による主観的 outcome と呼ぶ）。なお、床ずれ、服薬や治療、痛み、病気症状の 4 項目に関しては、もともと該当なしという選択肢も加えた。

主観的 outcome 項目（12項目）：

- あ. 床ずれの具合はどうですか（以降、床ずれと略す、以下同様）
- い. 薬や治療を決められたとおりにできていますか（服薬・治療）
- う. 痛みはどうですか（痛み）
- え. 病気の症状はどうですか（症状）
- お. 日常生活の動き（寝返り、移動など）はどうですか（ADL）
- か. お通じの調子はどうでうか（お通じ）
- き. 熱を出す回数はどうでうか（発熱頻度）
- く. 食事はよく食べられますか（食事摂取）
- け. 睡眠はどうですか（睡眠状況）
- こ. 身体の清潔さはどうですか（身体の清潔）
- さ. 周りの人との関係はどうですか（人間関係）
- し. ご家族の方の介護負担はどうですか（介護負担）

B. 回収状況と対象者の基本的属性

有効回収数は197票で、回収率は52.7%であった。訪問看護ステーション別の回収数および有効回収率は表4.10のとおりであった。

有効回収票における利用者本人およびその家族（主介護者）の特性は表4.11～表4.12のとおりである。利用者本人の特性としては、70歳以上の人全員が全体の約8割を占めるとともに、介護者負担の比較的大きい人が多くなっている。また、約4割に痴呆症状が見られる。主介護者の年齢も高く、50歳以上が全体の8割以上を占めている。

今回の調査では家族による代理回答を認めていたので、その回答者パターンをまとめると表4.13のようになる。利用者本人に75歳以上の高齢者が多いために、家族の代理回答が4割以上を占めている。また、介護をしてくれる家族がいないために、家族に対する質問項目にも利用者本人が回答したもののが11票あった。

本報告書での分析は、回答者パターンによって評価が大きく異なる場合を除いて、基本的には利用者本人に対する質問項目の分析には197票のすべてを用い、家族に対する項目の分析には利用者本人がすべて回答した11票を除いたもの（186票）を用いて行った。

C. 結果と考察

a. 利用者本人の満足度および関連評価

訪問看護ステーションに対する利用者本人の満足度を2つの測度、すなわち「不満足である—満足である」を両極とする測度と、「期待以下である—期待以上である」を両極とする測度で測

表4.10 訪問看護ステーション別回収数

訪問看護ステーション	有効回収数（構成比）	配布数（有効回収率）
1	33 (16.8)	73 (45.2)
2	36 (18.3)	65 (55.4)
3	31 (15.7)	67 (46.3)
4	50 (25.4)	94 (53.2)
5	47 (23.9)	75 (62.7)
合計	197 (100)	374 (52.7)

表4.11 利用者本人の特性

【利用者本人の性別構成】

性 別	利用者本人（構成比）
男 性	77 (39.1)
女 性	117 (59.4)
無回答	3 (1.5)
合 計	197 (100.0)

【利用者本人の年齢構成】

年 齡	利用者本人（構成比）
65歳未満	27 (13.7)
65~69歳	6 (3.0)
70~74歳	18 (9.1)
75~79歳	35 (17.8)
80~84歳	41 (20.8)
85~89歳	38 (19.3)
90歳以上	28 (14.2)
無回答	4 (2.0)
合 計	197 (100.0)

【利用者本人の介助状況】

介助状況	利用者本人（構成比）
ひとりで外出が可能	12 (6.1)
外出には介助が必要	42 (21.3)
座位の確保は可能	76 (38.6)
すべてに介助が必要	57 (28.9)
無回答	10 (5.1)
合 計	197 (100.0)

【利用者本人の痴呆症状】

痴呆症状	利用者本人（構成比）
痴呆なし	110 (55.8)
軽度痴呆	52 (26.4)
中度痴呆	17 (8.6)
重度痴呆	6 (3.0)
無回答	12 (6.1)
合 計	197 (100.0)

表4.12 家族（主介護者）の特性

【主介護者の性別構成】

性 別	主介護者（構成比）
男 性	37 (18.8)
女 性	136 (69.0)
無回答	24 (12.2)
合 計	197 (100.0)

【利用者と主介護者との続柄】

続 柄	主介護者（構成比）
配 偶 者	64 (32.5)
息 子	17 (8.6)
娘	48 (24.4)
息子の嫁	28 (14.2)
娘 の 夫	1 (0.5)
孫	1 (0.5)
そ の 他	9 (4.6)
無 回 答	29 (14.7)
合 計	197 (100.0)

【主介護者の年齢構成】

年 齡	主介護者（構成比）
20歳代	3 (1.5)
30歳代	6 (3.0)
40歳代	20 (10.2)
50歳代	47 (23.9)
60歳代	42 (21.3)
70歳代	44 (22.3)
80歳代	11 (5.6)
無回答	24 (12.2)
合 計	197 (100.0)

表4.13 回答者パターン

回 答 者 パ タ ー ン	票数（構成比）
すべての項目に家族が回答	85 (43.1)
利用者本人に対する項目には本人が回答	36 (18.3)
家族がいないため、家族に対する項目にも本人が回答	11 (5.6)
回答者不明	65 (33.0)

表4.14 利用者本人の満足度評価

【「不満足－満足」評価】

不満足である	やや 不満足である	どちらとも 言えない	やや 満足である	満足である	無回答	小計
1 (0.5)	6 (3.0)	17 (8.6)	63 (32.0)	107 (54.3)	3 (1.5)	197 (100.0)

【「期待以下－期待以上」評価】

期待以下である	やや 期待以下である	期待通りである	やや 期待以上である	期待以上である	無回答	小計
2 (1.0)	15 (7.6)	86 (43.7)	43 (21.8)	46 (23.4)	5 (2.5)	197 (100.0)

定した満足度は表4.14のとおりである。

「不満足－満足」測度で測定した場合、9割弱の利用者（主介護者の代理評価も含む）が「満足である」あるいは「やや満足である」と回答している。「期待以下－期待以上」測度で測定した場合でも同様に、「期待通りである」あるいは「(やや)期待以上である」という評価が9割弱を占めている。

このように満足度が高くなっているのは、一部には調査対象となった訪問看護ステーションが質の高いサービスを提供していることの現われであるといえるが、また一部には医療関連サービスの特質がもたらしているものといえるであろう。ホテルやレストランなどのサービスに比べて、医療関連サービスのような専門サービスではその利用者の満足度評価が高くなる傾向や苦情が少ない傾向があるが^{72) 95) 96)}、この傾向が今回の分析結果にも現れていると考えられる。

医療関連サービスにおいて評価が高くなる理由としては、第一に、サービス提供において専門的知識・技能が必要とされるために、利用者においてもそれらを保有していなければ提供されたサービスを適切に評価できないことがある。その結果、多くの利用者は提供者を信頼してサービスを評価せざるを得ないために、そこでの評価は高くなる。あるいは利用しているサービス提供組織が質の高いサービスを提供しているかどうかを評価できないということは、利用者はどの提供組織を利用するかの選択・意思決定後に認知的不協和を生じさせやすいであろう。たとえば訪問看護サービスを利用することになり、A、B、Cという3つの訪問看護ステーションを比較してAを選択した場合、その比較評価を適切かつ確実に行うことができないために、やはりBあるいはCを選択したほうがよかったですのではないかという気持ちが生じやすい。この認知的不協和を解消し、自分の選択は適切であったという確信を得る簡単な方略は、Aに関する好ましい情報を積極的に収集し、Aは優れているという認知的ゆがみを作ることである。そして、このゆがみはAをポジティブに評価する方向になされるので、専門的知識が必要とされるために評価が困難なサービスの場合には、評価が高くなると考えられる。

第二に、多くのサービス消費においてはサービス提供組織を利用するか、あるいは自分で生産するかという代案が存在するが（たとえばレストランで食事するか、食材を購入して自分で料理をするか）、医療関連サービスでは自己生産が困難で、提供者に依存しなければならないことが多いことがある。その結果として利用者には「～をしてもらっている」という意識があり、提供されているサービスを高く評価することになる。なお、「～をしてもらっている」という意識は、公共的なサービスの消費においては利用者がその対価を全額負担していないことからも生

じるであろう。

第三の理由として、継続的取引を前提としていることがある。継続的な取引を前提とするサービス消費の場合、ある時点での組織や提供者に低い評価をすることや苦情を出すことは、利用者にそれ以後のサービス提供にネガティブな影響が及ぶのではないかという不安を抱かせることになる。この結果として、ネガティブな評価をしないということが起こりやすくなる。

他にも様々な理由が考えられるが、このような要因が複雑に絡み合うことで、医療関連サービスではその利用者の評価が高くなる傾向がある。

したがって、訪問看護サービスにおいても、その質の改善を目的として利用者調査の結果を用いる場合には、評価を高めるバイアスの存在を認識し、バイアスを前提として調査結果を分析しなければならない。そのためには単発的な調査ではなく、定期的に調査を実施する必要があり、サービスの質の改善努力によって調査結果がどのように変化したのかを時系列的に捉えていかなければならない。

b. 満足度測度の妥当性

今回の調査で用いた2つの満足度測度の関係を分析したのが表4.15であるが、両者の間には強い関連性が見られる。消費者満足研究では、満足／不満足は利用者が保有する評価基準と消費経験とを比較した結果として決定されると仮定されているが、2つの測度間の強い関連性はこの仮説を支持している。したがって、利用者やその家族が訪問看護サービスに対して期待しているものを明らかにし、それを満たすことが彼らの満足度を高めることになるといえる。また、2つの測度間に強い関連性があることからどちらの測度も大体同じものを測定していると推測され、今後の調査においてはどちらか一方の測度を用いればよいと考えられる。

c. 満足度が継続利用意向・推薦意向に及ぼす影響

表4.16は、二つの測度で測定した満足度と継続利用意向との関係を分析した結果である。「利用したくない」あるいは「やや利用したくない」と回答した人が4人しかいなかったが、満足度が高いほど「利用したい」という回答が多くなっている。特に、「期待以上である」と評価した利用者層ではすべての人が「利用したい」と回答しているが、提供されている訪問看護サービスの期待を上回る程度が下がるにつれて「利用したい」との回答は少なくなっている。

表4.17は、満足度が継続利用意向に及ぼす影響度を回帰分析を用いて分析した結果である。満足度は継続利用意向に対して有意にポジティブな影響を及ぼしており、継続利用意向を説明する

表4.15 2つの満足度測度間の関係

	期待以下である	やや期待以下である	期待通りである	やや期待以上である	期待以上である	無回答	小計
不満足である	1 (100.0)						1 (0.5)
やや不満足である		5 (83.3)	1 (16.7)				6 (3.0)
どちらともいえない	1 (5.9)	5 (29.4)	8 (47.1)	1 (5.9)		2 (11.8)	17 (8.6)
やや満足である		5 (7.9)	36 (57.1)	20 (31.7)	20 (3.2)		63 (32.0)
満足である			41 (38.3)	22 (20.6)	43 (40.2)	1 (0.9)	107 (54.3)
無回答					1 (33.3)	2 (66.7)	3 (1.5)
小計	2 (1.0)	15 (7.6)	86 (43.7)	43 (21.8)	46 (23.4)	5 (2.5)	197 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：266.6***

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

重要な変数となっている。しかし、全体の説明力（決定係数）は小さいことから、満足度の向上は継続利用意向を高めるが、満足度だけでは継続利用意向を説明することはできない。つまり、継続利用意向の決定には満足度以外の要因が大きくかかわっているために、満足度が高くても継続利用意向が低いとか、あるいは満足度が低くても継続利用意向が高いという現象が起こりやすいということである。

表4.16 利用者の満足度と継続利用意向の関係

【「期待以下－期待以上」と継続利用意向との関係】

	利用たくない	やや利用たくない	どちらともいえない	やや利用したい	利用したい	無回答	小計
不満足である			1 (100.0)				1 (0.5)
やや不満足である				2 (33.3)	4 (66.7)		1 (3.0)
どちらとも言えない	2 (11.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	4 (23.5)	6 (35.3)		17 (8.6)
やや満足である			1 (1.6)	17 (27.0)	45 (71.4)		63 (32.0)
満足である				1 (0.9)	106 (99.1)		107 (54.3)
無回答					1 (33.3)	2 (66.7)	3 (1.5)
小計	2 (1.0)	2 (1.0)	5 (2.5)	24 (12.2)	162 (82.2)	2 (1.0)	197 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：265.5***

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

注2) ***は0.1%水準で有意である。

【「期待以下－期待以上」と継続利用意向との関係】

	利用たくない	やや利用たくない	どちらともいえない	やや利用したい	利用したい	無回答	小計
期待以下である	1 (50.0)		1 (50.0)				2 (1.0)
やや期待以下である			2 (13.3)	5 (33.3)	8 (53.3)		15 (7.6)
期待通りである		2 (2.3)	2 (2.3)	12 (14.0)	70 (81.4)		86 (43.7)
やや期待以上である				7 (16.3)	36 (83.7)		43 (21.8)
期待以上である					46 (100.0)		46 (23.4)
無回答	1 (20.0)				2 (40.0)	2 (40.0)	5 (2.5)
小計	2 (1.0)	2 (1.0)	5 (2.5)	24 (12.2)	162 (82.2)	2 (1.0)	197 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：192.2***

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

注2) ***は0.1%水準で有意である。

表4.17 満足度が継続利用意向に及ぼす影響

独立変数 従属変数	定数項	「不満足－満足」	自由度調整済み決定係数
継続利用意向 (N=191)	3.117 (15.021) ***	0.376 (8.097) ***	R ² =0.254 F値65.558***

独立変数 従属変数	定数項	「期待以上－期待以下」	自由度調整済み決定係数
継続利用意向 (N=191)	3.956 (25.415) ***	0.226 (5.413) ***	R ² =0.130 F値29.301***

注) ***は0.1%水準で有意である。

このように満足度だけでは継続利用意向を十分に説明できない背景には、訪問看護サービスが継続的取引を前提としており、利用のたびごとに訪問看護ステーションを変えることができないということがあるためである。そして、このことが高い継続利用意向を導いている。さらに、前述の満足度を高める方向に作用するバイアスも影響しているであろう。満足度と継続利用意向の両方にそれを高める方向に作用するバイアスが存在するために、両変数の間の関係が不明確になっていると考えられる。

次に、満足度が知人・友人への推薦意向につながるかどうかを分析すると、表4.18のようになる。「勧めたくない」あるいは「やや勧めたくない」と回答した人は6人しかいなかったが、両者の間にも正の関連性が見られる。つまり、満足度が高い利用者層においてほど「勧めたい」という回答が多くなる傾向がある。

表4.19は、回帰分析で満足度が推薦意向に及ぼす影響度を分析した結果である。満足度は推薦意向に対しても有意にポジティブな影響を及ぼしており、推薦意向を説明する重要な変数となっている。しかし、決定係数の低さから、継続利用意向を満足度だけで説明できないのと同様に、推薦意向を満足度だけで十分に説明することはできない。満足度は確かに推薦意向を高める要因

表4.18 利用者の満足度と推薦意向の関係

【「不満足－満足」と推薦意向との関係】

	勧めたくない	やや 勧めたくない	どちらとも 言えない	やや 勧めたい	勧めたい	無回答	小計
不満足である			1 (100.0)				1 (0.5)
やや不満足である			1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)		6 (3.0)
どちらとも言えない	1 (5.9)	3 (17.6)	10 (58.8)	1 (5.9)	2 (11.8)		17 (8.6)
やや満足である		2 (3.2)	10 (15.9)	17 (27.0)	34 (54.0)		63 (32.0)
満足である			5 (4.7)	8 (7.5)	92 (86.0)	2 (1.9)	107 (54.3)
無回答					1 (33.3)	2 (66.7)	3 (1.5)
小計	1 (0.5)	5 (2.5)	27 (13.7)	29 (14.7)	131 (66.5)	4 (2.0)	197 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：164.4***

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

注2) ***は0.1%水準で有意である。

【「期待以下－期待以上」と推薦意向との関係

	勧めたくない	やや 勧めたくない	どちらとも 言えない	やや 勧めたい	勧めたい	無回答	小計
期待以下である			2 (100.0)				2 (1.0)
やや期待以下である		2 (13.3)	5 (33.3)	6 (40.0)	2 (13.3)		15 (7.6)
期待通りである		3 (3.5)	13 (15.1)	13 (15.1)	57 (66.3)		86 (43.7)
やや期待以上である			4 (9.3)	8 (18.6)	31 (72.1)		43 (21.8)
期待以上である			2 (4.3)	2 (4.3)	41 (89.1)	1 (2.2)	46 (23.4)
無回答	1 (20.0)		1 (20.0)			3 (60.0)	5 (2.5)
小計	1 (0.5)	5 (2.5)	27 (13.7)	29 (14.7)	131 (66.5)	4 (2.0)	197 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：178.8***

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

注2) ***は0.1%水準で有意である。

表4.19 満足度が推薦意向に及ぼす影響

独立変数 従属変数	定数項	「不満足－満足」	自由度調整済み決定係数
推薦意向 (N=190)	2.219 (7.704) ***	0.518 (8.032) ***	R ² =0.252 F値64.517***

独立変数 従属変数	定数項	「期待以上－期待以下」	自由度調整済み決定係数
推薦意向 (N=190)	3.300 (15.399) ***	0.333 (5.774) ***	R ² =0.146 F値33.342***

注) ***は0.1%水準で有意である。

ではあるが、他により重要な要因が存在するか、あるいは先に指摘したようなバイアスの影響を受けていると考えられる。

以上のように、満足度は継続利用意向および推薦意向に有意にポジティブな影響を及ぼすが、満足度だけでは両意向を十分に説明できないという結果が出た。しかし、これは短期的に見た場合の結果であり、長期的に見た場合には満足度は大きな影響力を及ぼす可能性が高いので、満足向上のための改善は積極的かつ継続的に行われる必要がある。

d. 訪問看護過程に対する利用者本人の評価

ア. 訪問看護サービスの提供過程に関する評価

表4.20は、訪問看護サービスの提供過程に関する回答結果をまとめたものである。「そう思う」あるいは「ややそう思う」という回答が多くなっているが、両回答を合計したものが7割を超えていない質問項目として「ホームヘルパーとの連携」と「緊急時の対応体制」がある。

「ホームヘルパーとの連携」について「どちらともいえない」という回答が比較的多いのは、利用者が直接観察することが困難であることや、連携があったとしても、医師との連携ほど訪問看護過程に反映されないということに基づいていると考えられる。

「緊急時の体制」についても「どちらともいえない」という回答が比較的多くなっているが、これは緊急を要するような事態が必ずしも発生していないために、評価できなかったと考えら

表4.20 訪問看護サービスの提供過程に関する評価

質問項目	評価	やや思わない	どちらともいえない	やや思う	そう思う	無回答	合計
訪問看護婦の態度や対応は満足できるものである	1 (0.5)	1 (0.5)	9 (4.6)	46 (23.4)	135 (68.5)	5 (2.5)	197(100.0)
訪問看護婦の技術は満足できるものである	2 (1.0)	4 (2.0)	21 (10.7)	47 (23.9)	114 (57.9)	9 (4.6)	197(100.0)
訪問看護婦と医師との連携は満足できるものである	3 (1.5)	2 (1.0)	33 (16.8)	43 (21.8)	104 (52.8)	12 (6.1)	197(100.0)
訪問看護婦とホームヘルパーとの連携は満足できるものである	7 (3.6)	6 (3.0)	63 (32.0)	24 (12.2)	34 (17.3)	63 (32.0)	197(100.0)
訪問看護婦は信頼できる	2 (1.0)	1 (0.5)	9 (4.6)	41 (20.8)	138 (70.1)	6 (3.0)	197(100.0)
訪問看護婦は希望通りの援助を行なってくれる	2 (1.0)	2 (1.0)	15 (7.6)	53 (26.9)	114 (57.9)	11 (5.6)	197(100.0)
訪問看護婦は望む時間帯に来てくれる	6 (3.0)	11 (5.6)	27 (13.7)	42 (21.3)	96 (48.7)	15 (7.6)	197(100.0)
訪問看護婦は予定時間通りに来てくれる	5 (2.5)	7 (3.6)	18 (9.1)	43 (21.8)	116 (58.9)	8 (4.1)	197(100.0)
訪問看護婦の訪問頻度は十分なものである	3 (1.5)	8 (4.1)	24 (12.2)	51 (25.9)	104 (52.8)	7 (3.6)	197(100.0)
訪問看護婦の一回の訪問時間は十分なものである	3 (1.5)	6 (3.0)	15 (7.6)	48 (24.4)	117 (59.4)	8 (4.1)	197(100.0)
訪問看護ステーションとは連絡が取りやすい	3 (1.5)	1 (0.5)	16 (8.1)	33 (16.8)	135 (68.5)	9 (4.6)	197(100.0)
緊急時の対応体制は満足できるものである	4 (2.0)	7 (3.6)	38 (19.3)	39 (19.8)	90 (45.7)	19 (9.6)	197(100.0)

れる。

イ. 訪問看護過程の評価次元が満足度に及ぶ影響

利用者本人が訪問看護過程を評価するのに用いる次元を抽出するために、表4.20の質問項目を用いて因子分析を行った。表4.21と表4.22はその結果であり、表はバリマックス回転後の因子負荷行列を示している。なお、表4.21は利用者本人が回答した調査票のみを用いて分析し、表4.22は利用者本人が回答した調査票と回答者不明の調査票を用いて分析を行っている（どちらの分析においても、家族が代理回答した調査票は除外している）。

利用者本人が回答した調査票のみを用いた因子分析（表4.21）では3因子が抽出され、回答者不明を含めた分析（表4.22）では2因子が抽出された。このような結果の違いはどちらの分

表4.21 訪問看護過程の評価次元（利用者本人）

質問項目	因子	第1因子	第2因子	第3因子	共通性
		看護能力	態度・対応	時間対応	
訪問看護婦の技術は満足できるものである		0.851	0.354	-0.060	0.853
訪問看護婦は希望通りの援助を行ってくれる		0.674	0.311	0.223	0.600
訪問看護婦とホームヘルパーとの連携は満足できるものである		0.658	0.192	0.108	0.482
訪問看護婦と医師との連携は満足できるものである		0.632	0.004	0.373	0.539
訪問看護婦の訪問頻度は十分なものである		0.632	0.436	0.176	0.621
訪問看護ステーションとは連絡がとりやすい		0.467	0.175	0.376	0.390
緊急時の対応体制は満足できるものである		0.446	0.329	0.323	0.411
訪問看護婦の態度や対応は満足できるものである		0.152	0.928	0.094	0.894
訪問看護婦は信頼できる		0.325	0.740	0.004	0.653
訪問看護婦の一回の訪問時間は十分なものである		0.357	0.731	0.346	0.780
訪問看護婦は望む時間帯に来てくれる		0.106	0.122	0.962	0.952
訪問看護婦は予定時間通りに来てくれる		0.216	0.094	0.845	0.770
寄与率		26.2%	21.3%	18.7%	66.2%

注) 主因子反復法、バリマックス回転

表4.22 訪問看護過程の評価次元（利用者本人および回答者不明の回答を含む）

質問項目	因子	第1因子	第2因子	共通性
		態度・対応	時間対応	
訪問看護婦は信頼できる		0.826	0.132	0.700
訪問看護婦の態度や対応は満足できるものである		0.758	0.177	0.606
訪問看護婦の技術は満足できるものである		0.750	0.260	0.630
訪問看護婦の訪問頻度は十分なものである		0.699	0.349	0.610
訪問看護婦は希望通りの援助を行ってくれる		0.686	0.378	0.613
訪問看護婦の一回の訪問時間は十分なものである		0.571	0.381	0.471
訪問看護婦は予定時間通りに来てくれる		0.120	0.717	0.528
緊急時の対応体制は満足できるものである		0.292	0.712	0.592
訪問看護婦は望む時間帯に来てくれる		0.168	0.640	0.438
訪問看護ステーションとは連絡がとりやすい		0.295	0.626	0.478
訪問看護婦と医師との連携は満足できるものである		0.502	0.506	0.507
訪問看護婦とホームヘルパーとの連携は満足できるものである		0.384	0.483	0.381
寄与率		31.0%	23.6%	54.6%

注) 主因子反復法、バリマックス回転

析においても用いた調査票数が少なく、結果の安定性が小さいことによるとも考えられるが、表4.22の分析では回答者不明の中に家族の代理回答がかなり含まれており、家族の評価次元が抽出されたとも考えられる。どちらの原因によるものかは今後の研究課題であるが、非常に興味深い結果といえるであろう。

表4.21の3因子については、因子負荷量の大きい質問項目の内容から、第1因子は「訪問看護婦の看護能力」、第2因子は「訪問看護婦の態度・対応」、第3因子は「訪問看護婦の時間対応」にかかる評価次元と解釈することができる。同様に表4.22の2因子については、第1因子は「訪問看護婦の態度・対応」、第2因子は「訪問看護婦の時間対応」にかかる評価次元と解釈することができる。

表4.23は、表4.21で抽出された評価次元が利用者本人の満足度に及ぼす影響を明らかにするために回帰分析を行った結果である。利用者本人が回答した調査票だけを分析した場合、訪問看護婦の看護能力が抽出されたが、この因子が満足度に対して最も大きな影響を有意に及ぼしている。次に大きな影響を及ぼしているのが態度・対応であり、時間対応は有意な影響を及ぼしていない。

表4.24は、表4.22で抽出された評価次元が利用者本人の満足度に及ぼす影響を明らかにするために回帰分析を行った結果である。利用者本人の満足度に最も大きな影響を及ぼしているのは訪問看護婦の態度・対応であり、時間対応は「不満足－満足」測度で測定した満足度に対してのみ有意な影響を及ぼしている。

表4.22と表4.24の分析に用いた回答者不明の調査票に家族の回答票が含まれているとするならば、利用者本人とその家族では評価次元とそれらの満足度に対する影響が異なると考えられる。家族にとっては看護婦の態度や対応が重要であっても、訪問看護サービスを受ける利用者本人にとっては態度や対応よりも、そのコア部分である看護技術や援助内容の方がより重要となっている。

表4.23 訪問看護過程にかかる評価次元が利用者本人の満足度に及ぼす影響

独立変数 従属変数	定数項	看護能力	態度・対応	時間対応	自由度調整済み決定係数
「不満足－満足」 (N=29)	4.241 (54.983) ***	0.488 (5.823) ***	0.181 (2.218) *	-0.051 (-0.652)	R ² =0.573 F値13.514***
「期待以下－期待以上」 (N=29)	3.759 (30.490) ***	0.657 (4.908) ***	0.342 (2.625) *	0.009 (0.069)	R ² =0.512 F値10.811***

注) *** は0.1%水準で、* は5%水準で有意である。

表4.24 訪問看護過程にかかる評価次元が利用者本人の満足度に及ぼす影響（回答者不明含）

独立変数 従属変数	定数項	態度・対応	時間対応	自由度調整済み決定係数
「不満足－満足」 (N=60)	4.333 (67.111) ***	0.457 (6.453) ***	0.180 (2.436) *	R ² =0.460 F値26.133***
「期待以下－期待以上」 (N=60)	3.750 (40.059) ***	0.542 (5.274) ***	0.169 (1.578)	R ² =0.343 F値16.423***

注) *** は0.1%水準で、* は5%水準で有意である。

また、家族が代理回答をした調査票だけを用いて同じ12項目で因子分析を行った場合、因子は1つしか抽出されず、すべての項目がその因子の中に集約された。このことから、訪問看護過程を評価する次元については、家族よりも利用者本人においてのほうが精緻化されていると考えられる。

D. 家族（主介護者）の満足度および関連評価

a. 訪問看護ステーション別本人・家族（主介護者）の満足度および関連評価

訪問看護ステーション別に満足度を分析すると、表4.25のようになる。「不満足—満足」測度で見ると、5ステーション間で満足度に有意な差異は見られない。どのステーションでも、8～9割の利用者は「満足である」あるいは「やや満足である」と回答している。しかし、「満足である」の割合だけを見るとステーション5の61.7%を最高に、ステーション3の45.2%までかなりのバラツキが見られる。

表4.26は家族（主介護者）の満足度を訪問看護ステーション別に見たものである。利用者本人の満足度において同様に、家族の満足度においても「不満足である」あるいは「やや不満足である」という回答は少なく、そのように回答したのは合わせて6人しかいなかった。

また、訪問看護ステーション間でも満足度に有意な差異は見られず、どのステーションでも8割以上が「満足である」あるいは「やや満足である」と回答している。ただし、「満足である」だけに着目すると、ステーション5の63%を最高とし、ステーション3の41.9%を最低とするかなりのバラツキが見られた。

表4.25 訪問看護ステーション別の利用者本人の満足度

【訪問看護ステーション別「不満足—満足】

	不満足である	やや 不満足である	どちらとも いえない	やや 満足である	満足である	無回答	小計
ステーション1		1 (3.0)	3 (9.1)	9 (27.3)	20 (60.6)		33 (16.8)
ステーション2		2 (5.6)	2 (5.6)	15 (41.7)	17 (47.2)		36 (18.3)
ステーション3			4 (12.9)	13 (41.9)	14 (45.2)		31 (15.7)
ステーション4		3 (6.0)	5 (10.0)	12 (24.0)	27 (54.0)	3 (6.0)	50 (25.4)
ステーション5	1 (2.1)		3 (6.4)	14 (29.8)	29 (61.7)		47 (23.9)
小計	1 (0.5)	6 (3.0)	17 (8.6)	63 (32.0)	107 (54.3)	3 (1.5)	197 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：22.8

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

表4.26 訪問看護ステーション別の家族（主介護者）の満足度

	不満足である	やや 不満足である	どちらとも いえない	やや 満足である	満足である	無回答	小計
ステーション1		1 (3.6)	2 (7.1)	12 (42.9)	13 (46.4)		28 (15.1)
ステーション2		2 (5.9)	2 (5.9)	11 (32.4)	18 (52.9)	1 (2.9)	34 (18.3)
ステーション3			2 (6.5)	13 (41.9)	13 (41.9)	3 (9.7)	31 (16.7)
ステーション4		1 (2.1)	1 (2.1)	12 (25.5)	27 (57.4)	6 (12.8)	47 (25.3)
ステーション5	1 (2.2)	1 (2.2)	3 (6.5)	9 (19.6)	29 (63.0)	3 (6.5)	46 (24.7)
小計	1 (0.5)	5 (2.7)	10 (5.4)	57 (30.6)	100 (53.8)	13 (7.0)	186 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：18.8

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

表4.27 訪問看護サービスの提供過程に対する家族（主介護者）の評価

質問項目	評価	やや そう思わない	どちらとも いえない	やや そう思う	そう思う	無回答	合計
訪問看護婦は看護内容について家族にわかりやすく説明してくれる	3 (1.6)	4 (2.2)	12 (6.5)	34(18.3)	118(63.4)	15 (8.1)	186(100.0)
訪問看護婦の家族に対する態度や対応は満足できるものである	1 (0.5)		8 (4.3)	33(17.7)	130(69.9)	14 (7.5)	186(100.0)
訪問看護婦は家族の希望に合った援助をしてくれる	1 (0.5)	4 (2.2)	17 (9.1)	46(24.7)	104(55.9)	14 (7.5)	186(100.0)
訪問看護婦は介護のあり方について家族に適切な指導をしてくれる	2 (1.1)	4 (2.2)	21 (11.3)	54(29.0)	90(48.4)	15 (8.1)	186(100.0)
訪問看護婦は介護に伴う家族の心的負担（ストレス）を解消することに努めてくれる	6 (3.2)	10 (5.4)	36 (19.4)	60(32.3)	59(31.7)	15 (8.1)	186(100.0)
訪問看護婦は介護に伴う家族の不安を解消することに努めてくれる	3 (1.6)	4 (4.8)	31 (16.7)	59(31.7)	68(36.6)	16 (8.6)	186(100.0)

b. 家族（主介護者）の訪問看護サービスの提供過程に対する評価

表4.27は訪問看護サービスの提供過程に対する家族（主介護者）の評価を見たものである。

「そう思う」という回答だけをみると、この回答が比較的少ない項目は介護に伴う家族の「心的負担」および「不安」を解消することに対する訪問看護婦の努力に関するものである。この2項目については「ややそう思う」あるいは「どちらともいえない」という回答が比較的多くなっており、他のものに比べて必ずしも十分に行われているとはいえないようである。

c. 訪問看護過程の評価次元が家族（主介護者）の満足度に及ぶ影響

家族（主介護者）が訪問看護過程を評価するのに用いる次元を抽出するために、因子分析を行った。表4.28はその結果であり、表はバリマックス回転後の因子負荷行列を示している。2因子が抽出されたが、因子負荷量の大きい質問項目の内容から、第1因子は「訪問看護婦の家族に対するケア」、第2因子は「訪問看護婦の家族に対する態度・対応」にかかわる評価次元と解釈することができる。

表4.29は、表4.28で抽出された評価次元が家族（主介護者）の満足度に及ぼす影響を明らかにするために回帰分析を行った結果である。家族の満足度に対して2因子とも有意にポジティブな影響を及ぼしているが、「家族に対する態度・対応」のほうが「家族に対するケア」よりも影響

表4.28 訪問看護の評価次元（主介護者の回答のみ）

質問項目	因 子	第1因子		第2因子	共通性
		家族に対するケア	家族に対する態度・対応		
訪問看護婦は介護に伴う家族の心的負担（ストレス）を解消することに努めてくれる		0.949		0.153	0.924
訪問看護婦は介護に伴う家族の不安を解消することに努めてくれる		0.939		0.213	0.928
訪問看護婦は介護のあり方について家族に適切な指導をしてくれる		0.909		0.287	0.908
訪問看護婦は看護内容について家族にわかりやすく説明してくれる		0.714		0.470	0.731
訪問看護婦の家族に対する態度や対応は満足できるものである		0.135		0.924	0.872
訪問看護婦は家族の希望に合った援助をしてくれる		0.310		0.763	0.679
寄与率		53.9%		30.1%	84.0%

注) 主因子反復法、バリマックス回転

表4.29 訪問看護にかかわる評価次元が家族（主介護者）の満足度に及ぼす影響

独立変数 従属変数	定数項	家族に対するケア	家族に対する態度・対応	自由度調整済み決定係数
満足度 (N=29)	4.586 (74.660) ***	0.213 (3.399) **	0.497 (7.955) ***	R ² =0.722 F値37.419***

注) *** は0.1%水準で、** は1%水準で有意である。

力が大きくなっている。

次に、家族（主介護者）が利用者本人に対する質問項目にも代理回答している場合、それらの回答には利用者本人以上にその家族の評価が強く反映していると考えられることから、家族が代理回答している調査票を用いて、家族が訪問看護過を評価するのに用いる次元を抽出を行うことにした。訪問看護過程に関する質問項目で利用者本人に対する12項目と家族に対する6項目を用いて因子分析を行ったが、その結果2因子が抽出された。

表4.30はバリマックス回転後の因子負荷行列を示している。因子負荷量の大きい質問項目の内容から、第1因子は「訪問看護婦の態度・対応」、第2因子は「訪問看護婦の時間対応」にかかる評価次元と解釈することができる。

表4.31は、表4.32で抽出された評価次元が家族（主介護者）の満足度に及ぼす影響を明らかにするために回帰分析を行った結果である。家族の満足度に対して2因子とも有意にポジティブな影響を及ぼしているが、「態度・対応」のほうが「時間対応」よりも影響力が大きくなっている。

また、「訪問看護婦の時間対応」は利用者本人の満足度に対してはほとんど影響を及ぼしていないかったが、家族の満足度に対して有意で比較的大きな影響を及ぼしていることから、訪問看護婦が予定時間通りに訪問することや望む時間帯に訪問すること、さらに訪問看護ステーションの緊急体制などは利用者本人にとってよりも、家族にとってのほうがより重要であると考えられる。訪問看護婦が希望期間帯に予定通りに訪問してくれることで、家族は一時的にでも介護から解放される時間を計画的かつ有効に利用できるようになる。このことが、訪問看護婦の時間対応のあり方が家族の満足度に大きな影響を及ぼしている理由ではないだろうか。したがって、訪問看護

表4.30 訪問看護の評価次元（代理回答者）

質問項目	因子	第1因子	第2因子	共通性
		態度・対応	時間対応	
訪問看護婦の家族に対する態度や対応は満足できるものである		0.882	0.235	0.833
訪問看護婦の態度や対応は満足できるものである		0.821	0.340	0.790
訪問看護婦は信頼できる		0.808	0.416	0.825
訪問看護婦は看護内容について家族にわかりやすく説明してくれる		0.795	0.363	0.764
訪問看護婦は家族の希望に合った援助をしてくれる		0.778	0.428	0.788
訪問看護婦は希望通りの援助を行ってくれる		0.774	0.491	0.840
訪問看護婦は介護に伴う家族の不安を解消することに努めてくれる		0.772	0.391	0.749
訪問看護婦の技術は満足できるものである		0.737	0.498	0.791
訪問看護婦は介護のあり方について家族に適切な指導をしてくれる		0.723	0.436	0.713
訪問看護婦は介護に伴う家族の心的負担（ストレス）を解消することに努めてくれる		0.701	0.412	0.662
訪問看護婦と医師との連携は満足できるものである		0.668	0.325	0.553
訪問看護ステーションとは連絡がとりやすい		0.610	0.490	0.611
訪問看護婦の一回の訪問時間は十分なものである		0.570	0.499	0.574
訪問看護婦とホームヘルパーとの連携は満足できるものである		0.436	0.293	0.276
訪問看護婦は予定時間通りに来てくれる		0.302	0.783	0.705
訪問看護婦は望む時間帯に来てくれる		0.456	0.697	0.695
緊急時の対応体制は満足できるものである		0.505	0.627	0.648
訪問看護婦の訪問頻度は十分なものである		0.202	0.613	0.416
寄与率		44.6%	23.4%	68.0%

注) 主因子反復法、バリマックス回転

表4.31 訪問看護にかかる評価次元が家族（主介護者）の満足に及ぼす影響（代理回答者）

独立変数 従属変数	定数項	態度・対応	時間対応	自由度調整済み決定係数
満足度 (N=56)	4.411 (87.845) ***	0.599 (11.279) ***	0.447 (7.876) ***	R ² =0.793 F値106.500***

注) ***は0.1%水準で有意

ステーションおよび看護婦の時間対応に関する質問は、利用者本人に対してよりも家族に対して行うほうが適切であろう。

E. 訪問形態と利用者および家族の満足度

表4.32は訪問形態と利用者本人の満足度との関係を、表4.33は訪問形態と家族（主介護者）の満足度との関係を分析したものである。利用者本人および家族の満足度と訪問形態の間には明確な関係が見られない。このことから、訪問形態は両者の満足に有意な影響を及ぼさないともいえるが、満足度評価が満足の方向に偏っている（不満足評価が少ない）ために、2変数間の関係が不明確になっているとも考えられる。

訪問形態が利用者本人および家族の満足に影響を及ぼさないならば、1人の利用者に特定の看護婦が対応する必要性がなくなるので、訪問看護ステーションは看護婦の訪問計画を作りやすくなる。このことから、訪問形態が満足度に及ぼす影響については、今後の重要な研究課題である。

表4.32 訪問形態別の利用者本人の満足度

【訪問形態別「不満足－満足」】

	不満足である	やや 不満足である	どちらとも 言えない	やや 満足である	満足である	無回答	小計
いつも同じ看護婦が訪問	1 (1.1)	1 (1.1)	7 (8.0)	26 (29.9)	50 (57.5)	2 (2.3)	87 (44.2)
ほとんど同じ看護婦が訪問		3 (6.7)	2 (4.4)	17 (37.8)	23 (51.1)		45 (22.8)
二人の看護婦が交代で訪問			(4.7)	6 (14.0)	13 (30.2)	21 (48.8)	1 (2.3)
三人以上の看護婦が交代で訪問					5 (55.6)	4 (44.4)	9 (4.6)
訪問まで看護婦がわからない				1 (50.0)		1 (50.0)	2 (1.0)
無回答				1 (9.1)	2 (18.2)	8 (72.7)	11 (5.6)
小計	1 (0.5)	6 (3.0)	17 (8.6)	63 (32.0)	107 (54.3)	3 (1.5)	197 (100.0)

Pearsonのχ²値：18.7

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

【訪問形態別「期待以下－期待以上」】

	期待以下である	やや 期待以下である	期待通りである	やや 期待以上である	期待以上である	無回答	小計
いつも同じ看護婦が訪問	1 (1.1)	1 (1.1)	40 (46.0)	21 (24.1)	20 (23.0)	4 (4.6)	87 (44.2)
ほとんど同じ看護婦が訪問		4 (8.9)	17 (37.8)	13 (28.9)	11 (24.4)		45 (22.8)
2人の看護婦が交代で訪問			7 (16.3)	22 (51.2)	6 (14.0)	7 (16.3)	1 (2.3)
3人以上の看護婦が交代で訪問			2 (22.2)	2 (22.2)	2 (22.2)	3 (33.3)	9 (4.6)
訪問まで看護婦がわからない			1 (50.0)	1 (50.0)			2 (1.0)
無回答	1 (9.1)			4 (36.4)	1 (9.1)	5 (45.5)	11 (5.6)
小計	2 (1.0)	15 (7.6)	86 (43.7)	43 (21.8)	46 (23.4)	5 (2.5)	197 (100.0)

Pearsonのχ²値：31.6*

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

注2) *は5%水準で有意である。

表4.33 訪問形態別の家族（主介護者）の満足度

	不満足である	やや 不満足である	どちらとも 言えない	やや 満足である	満足である	無回答	小計
いつも同じ看護婦が訪問	1 (1.2)		6 (7.3)	23 (28.0)	47 (57.3)	5 (6.1)	82 (44.1)
ほとんど同じ看護婦が訪問		2 (4.8)	2 (4.8)	18 (42.9)	20 (47.6)		42 (22.6)
2人の看護婦が交代で訪問		2 (4.9)	2 (4.9)	9 (22.0)	22 (53.7)	6 (14.6)	41 (22.0)
3人以上の看護婦が交代で訪問				5 (55.6)	4 (44.4)		9 (4.8)
訪問まで看護婦がわからない		1 (50.0)		•	1 (50.0)		2 (1.1)
無回答				2 (20.0)	6 (60.0)	2 (20.0)	10 (5.4)
小計	1 (0.5)	5 (2.7)	10 (5.4)	57 (30.6)	100 (53.8)	13 (7.0)	186 (100.0)

Pearsonの χ^2 値：40.2*

注1) 各セルの数値は人数、括弧付き数値は構成比(%)である。

注2) *は5%水準で有意である。

② 主観的 outcome

A. 基本集計結果

12種類の outcome評価項目についての利用者家族による主観的評価（以下、主観的outcome）の集計結果は、表4.34のとおりであった。非該当を含めた回答割合を比べた場合、「改善」の割合

表4.34 利用者家族による主観的 outcome項目別集計結果

評価	褥瘡		医療処置・服薬		身体の清潔		痛み		食事摂取		介護負担	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
改善	42	24.9 (68.9)	74	45.4 (50)	86	49.4	43	25.9 (38.4)	66	38.2	61	35.3
変化なし	16	9.5 (26.2)	69	42.3 (46.6)	82	47.1	60	36.1 (53.6)	89	51.4	80	46.2
悪化	3	1.8 (4.9)	5	3.1 (3.4)	6	3.4	9	5.4 (8.0)	18	10.4	32	18.5
非該当	108	63.9 (-)	15	9.2 (-)	—	—	54	32.5 (-)	—	—	—	—
計	169	100.0 (100.0)	163	100.0 (100.0)	174	100.0	166	100.0 (100.0)	173	100.0	173	100.0

評価	睡眠状況		症状		排便調節		ADL		人間関係		発熱頻度	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
改善	59	34.7	57	32.9 (34.1)	52	29.9	51	29.7	44	25.4	38	23.5
変化なし	102	60.0	81	46.8 (48.5)	108	62.1	85	49.4	116	67.1	113	69.8
悪化	9	5.3	29	16.8 (17.4)	14	8.0	36	20.9	13	7.5	11	6.8
非該当	—	—	6	3.5 (-)	—	—	—	—	—	—	—	—
計	170	100.0	173	100.0 (100.0)	174	100.0	172	100.0	173	100.0	162	100.0

が最も高かったのが、身体の清潔さで49.4%、次いで医療処置・服薬の45.4%、食事摂取の38.2%の順であった。「変化なし」が最も多かったのは、発熱頻度で69.8%、次いで人間関係の67.1%、排便調節の62.1%、睡眠状況の60.0%順であった。「悪化」の割合が高かったのは、ADLで20.9%、ついで介護負担の18.5%、病気症状の17.4%の順であった。また、非該当を設けた4項目の中で、褥瘡が63.9%と非該当を選んだ人が最も多く、ついで痛みの32.5%であった。また、非該当を除いた回答割合に換算した場合（表4.34のカッコ内の数字）、褥瘡の改善割合は68.9%となり、他項目と比べて最も高い改善率を示した。

これらの結果から、今回主観的 outcome 項目として用いた12項目の中で、改善割合が最も高い項目として褥瘡、医療処置・服薬、身体の清潔さ、などがあげられた。これらは、先行研究^{43) 44)}においても訪問看護による改善率が高い outcome 項目としてあげられており、利用者家族による主観的な outcome 評価が、看護婦による客観的な outcome 評価とかなり合致する可能性が提示されたと考えられる。

B. ステーション別の主観的 outcome 改善割合

各ステーション別の各主観的 outcome 項目の改善率を表4.35に示した。ステーション間のばらつきが比較的大きい主観的 outcome 項目として、痛み、介護負担、医療処置・服薬などがあった。痛みについては、ステーション 4 が他のステーションと比べて改善率が抜きん出て高く、痛みのコントロールに関して特に優れたケアを行っているか、あるいは、痛みを訴える利用者が多くいた可能性が考えられた。介護負担に関しては、ステーション 5 の改善率が高く、ステーション 1 の改善率が低いのが目立っている。医療処置・服薬に関しては、ステーション 5 の改善率が高く、ステーション 3 が低かった。ステーション間の差が比較的小さい主観的 outcome 項目には、人間関係、症状、食事摂取などがあった。これら差が少ない項目に関しては、ステーションによるケアの差があまり見られない可能性が考えられる。

図4.1に、それぞれのステーションについて、主観的 outcome 項目ごとの改善割合をレーダーチャートで表示した。ステーション 4 が各項目平均的に改善率が高い傾向であったことがうかがえる。ステーション 3 は、褥瘡を除くと、全体的に改善率が低かった。ステーションによって、改善率パター

表4.35 ステーション別利用者家族の主観的 outcome

ステーションNo	n	主観的 outcome 項目毎の改善割合 (%)											平均 (%)	
		褥瘡	医療処置・服薬	身体の清潔	痛み	食事摂取	介護負担	睡眠状況	症状	排便調節	ADL	人間関係	発熱頻度	
1	28	70.0	47.8	39.3	37.5	42.3	18.5	44.4	29.6	21.4	25.9	25.9	28.0	35.9
2	34	75.0	51.9	54.5	31.8	38.2	36.4	31.3	41.9	29.4	35.3	26.5	23.3	39.6
3	31	80.0	36.0	42.9	23.5	28.6	35.7	28.6	33.3	25.0	17.9	17.9	11.1	31.7
4	47	70.6	50.0	50.0	59.3	40.9	33.3	33.3	36.6	37.2	39.5	27.3	30.0	42.3
5	46	61.9	59.5	56.1	33.3	39.0	47.5	36.6	29.3	31.7	25.0	27.5	22.5	39.2
全体	186	68.9	50.0	49.4	38.4	38.2	35.3	34.7	34.1	29.9	29.7	25.4	23.5	38.1
最高	—	80.0	59.5	56.1	59.3	42.3	47.5	44.4	41.9	37.2	39.5	27.5	30.0	47.1
最低	—	61.9	36.0	39.3	23.5	28.6	18.5	28.6	29.3	21.4	17.9	17.9	11.1	27.8
range	—	18.1	23.5	16.8	35.8	13.7	29.0	15.8	12.6	15.8	21.6	9.6	18.9	19.3

床ずれ、服薬・治療、痛み、症状の4項目については、非該当を除いた数を100%として、改善したもの割合を算出した。

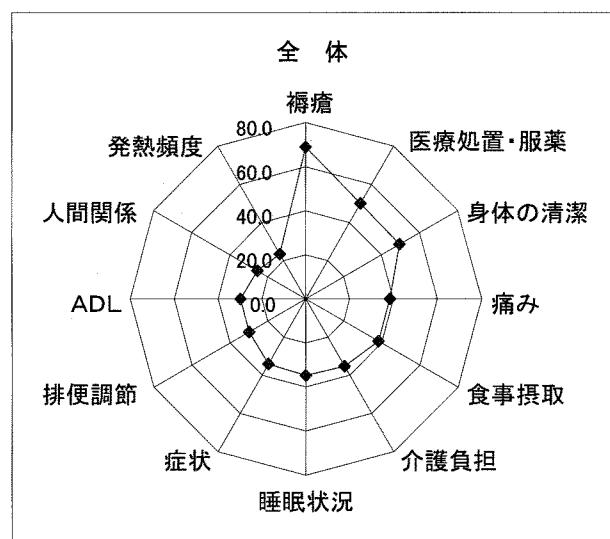
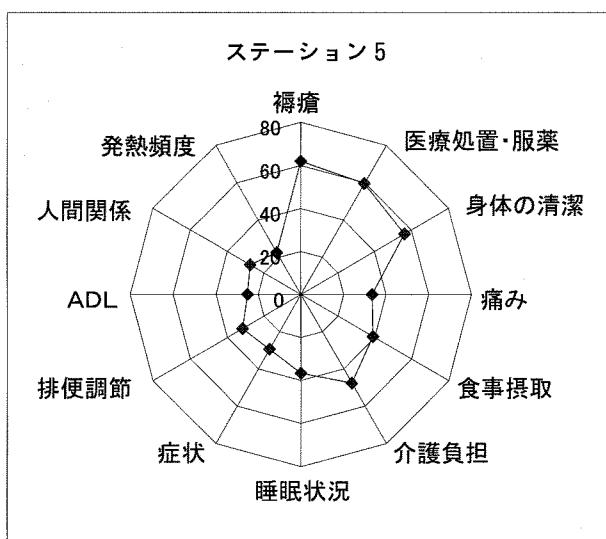
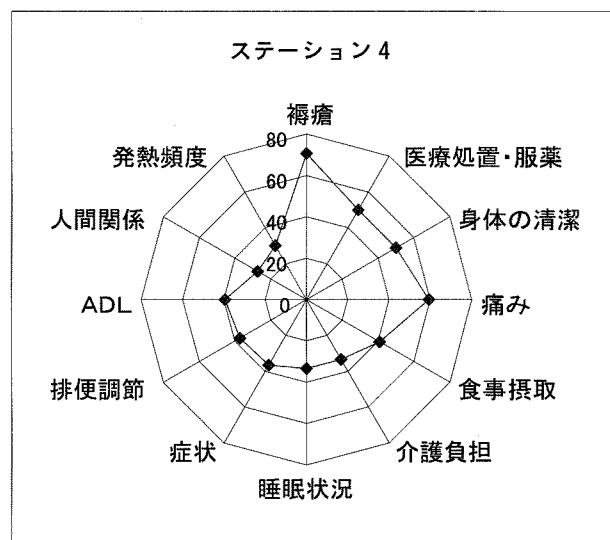
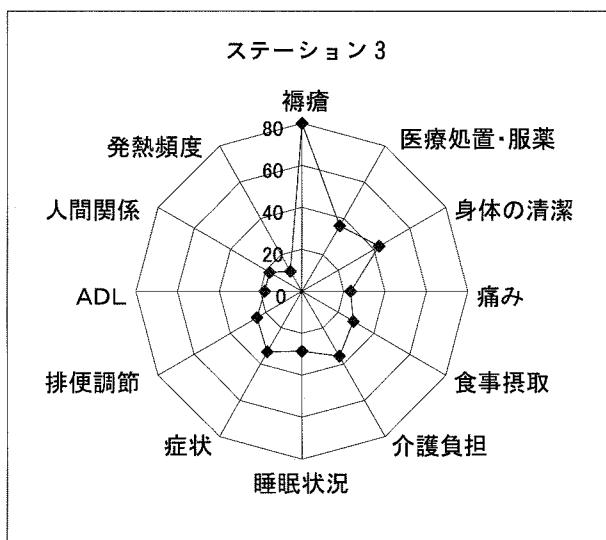
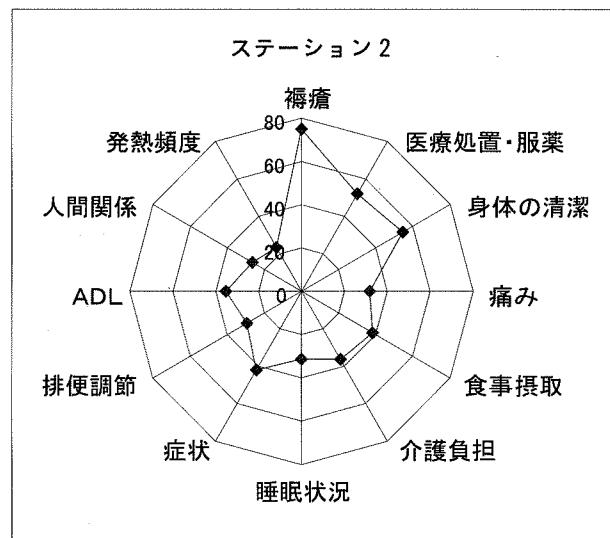
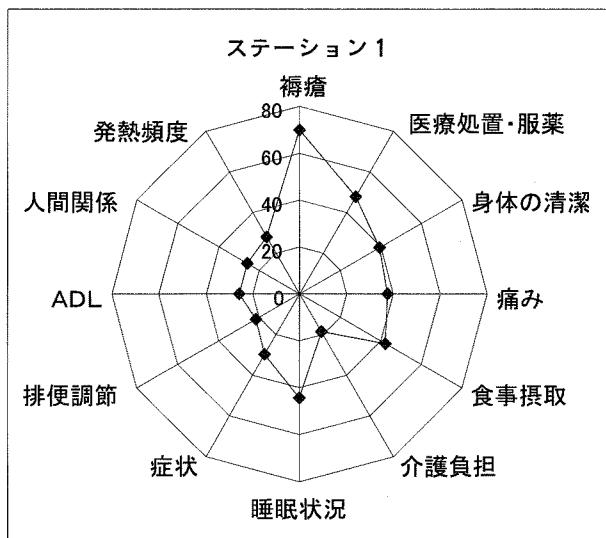


図4.1 ステーション別利用者家族による主観的 outcome 評価パターン

表4.36 ステーション別利用者および家族の満足度、サービス利用期間、利用者の日常生活自立度および痴呆症状程度

ステーション№	n	利用者満足度		家族の満足度		利用年数		日常生活自立度		痴呆症状程度	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
1	28	4.43	0.84	4.32	0.77	1.01	0.76	3.12	0.82	1.67	0.88
2	34	4.29	0.84	4.36	0.86	1.23	1.19	2.94	0.75	1.81	1.00
3	31	4.32	0.70	4.39	0.63	2.20	1.66	2.83	1.10	1.60	0.77
4	47	4.32	0.93	4.59	0.67	2.41	1.73	2.86	0.90	1.58	0.70
5	46	4.48	0.81	4.49	0.91	1.63	1.26	3.27	0.73	1.35	0.69
全体	186	4.37	0.83	4.45	0.78	1.74	1.47	3.01	0.87	1.58	0.80

利用者および家族の満足度は5段階のリカート尺度を1点～5点（点数の高いほうが満足度が高い）に、利用者の日常生活自立度と痴呆程度は4段階の順序尺度を1点～4点（点数の高いほうが重度の障害あり）に便宜的に配点して、平均とSDを算出した。利用年数は実数を用いた。

に変化が見られる理由として、各ステーションの利用者構成の違いとともに、看護サービスの提供のしかたに違いが見られることが関係している可能性があると思われる。

表4.36に、ステーション別の利用者および家族の満足度、サービス利用期間、利用者の日常生活自立度および痴呆症状程度の集計結果を示した。利用者家族の満足度はステーション4が最も高く、これは主観的 outcome で全体的に改善割合がもっとも高かったステーションと一致した。ただし、主観的 outcome の改善割合がもっとも低かったステーション3についての利用者および家族の満足度は、他のステーションと比べて特に低い傾向は認められなかった。

C. 利用者および家族の満足度、サービス利用期間、利用者の日常生活自立度および痴呆症状程度と、主観的 outcome との関連

主観的 outcome の項目ごとに、①改善、②変化なし、③悪化の3群に分けて、満足度等の変数に関する一元配置分散分析を行った結果を表4.37に示した。主観的 outcome 評価と利用者満足度との有意な関連は、医療処置・服薬のみ認められたが、線形の関係ではなかった。一方、身体の清潔と排便調節に関する outcome がよいほど、利用者の満足度が高くなる傾向 ($p=0.08$) が見られた。これらは、利用者本人の快適さに直結する outcome である可能性が考えられる。

主観的 outcome 評価と家族の満足度に関しては、有意な関連が多く認められた。褥瘡、医療処置・服薬、身体の清潔、痛み、および介護負担に関する outcome がよいほど家族の満足度が高かった（いずれも、 $p<0.05$ ）。ADL に関しても、同様の傾向が認められた ($p=0.07$)。家族の満足度は、これらの状況が改善していると家族が主観的に認識していることと、強く関連していることが示唆された。利用者本人の満足度より家族の満足度と強く関連していたのは、主観的 outcome の評価を今回は家族に記入してもらったことが影響していると考えられる。

利用年数については、有意な関連はなかった。ただし、発熱頻度に関しての改善群では、変化なしや悪化群と比べて、利用年数が長い傾向が見られた ($p=0.07$)。利用年数が増えると病状が安定するのか、あるいは安定している人ほど利用年数が長くなっているのかは不明である。

日常生活自立度に関しては、ADL が悪化している群では自立度が低かった ($p=0.001$) が、これは内容からして当然の結果と考えられる。

痴呆症状程度に関しては、睡眠状況や排便調節、および人間関係の outcome が悪化しているほど痴呆程度が重かった（いずれも $p<0.05$ ）。この理由として、痴呆の進行とともに、これらの症状

表4.37 利用者および家族の満足度、サービス利用期間、利用者の日常生活自立度および痴呆症状程度と、利用者家族による主観的outcome評価との関連（一元配置分散分析）

主観的 outcome	利用者の満足度						家族の満足度						利用年数						利用者の日常生活自立度						利用者の痴呆症状程度					
	平均値	SD	n	F値	有意確率	平均値	SD	n	F値	有意確率	平均値	SD	n	F値	有意確率	平均値	SD	n	F値	有意確率	平均値	SD	n	F値	有意確率	平均値	SD	n	F値	有意確率
褥瘡	改善	4.60	0.71	40	2.121	4.63	0.67	40	3.709	1.98	1.54	39	0.169	3.54	0.55	39	2.236	1.89	0.92	38	4.259									
	変化なし	4.31	1.01	16	0.129	4.06	1.12	16	0.031	2.25	1.71	15	0.845	3.13	0.89	16	0.117	1.20	0.41	15	0.019									
医療処置・服薬	改善	4.57	0.67	72	3.492	4.67	0.58	73	6.270	1.78	1.51	70	0.407	3.28	0.75	72	3.43	1.70	0.93	69	1.485									
	変化なし	4.22	0.88	68	0.033	4.27	0.84	64	0.002	1.58	1.41	67	0.667	2.91	0.90	69	0.035	1.51	0.70	69	0.23									
清潔さ	改善	4.50	0.70	84	2.543	4.60	0.67	80	3.409	1.62	1.39	81	0.982	3.12	0.83	83	1.139	1.60	0.86	82	0.861									
	変化なし	4.26	0.87	82	0.082	4.31	0.79	78	0.035	1.77	1.46	79	0.377	2.92	0.91	78	0.323	1.55	0.71	78	0.425									
痛み	改善	4.59	0.67	41	1.426	4.68	0.65	41	6.116	1.99	1.68	40	1.010	3.14	0.84	42	0.413	1.51	0.68	39	0.431									
	変化なし	4.33	0.82	60	0.245	4.41	0.73	58	0.003	1.61	1.34	57	0.368	3.05	0.77	60	0.663	1.58	0.79	60	0.651									
食事摂取	改善	4.44	0.69	64	0.734	4.55	0.59	62	0.976	1.72	1.35	63	0.174	2.95	0.78	62	1.883	1.56	0.74	61	1.242									
	変化なし	4.31	0.88	88	0.482	4.38	0.83	84	0.379	1.68	1.50	86	0.841	3.01	0.90	86	0.156	1.56	0.81	86	0.292									
介護負担	改善	4.56	0.62	61	2.985	4.71	0.49	59	5.814	1.69	1.42	58	0.851	3.05	0.85	60	2.033	1.50	0.79	56	0.916									
	変化なし	4.23	0.92	78	0.053	4.34	0.88	74	0.004	1.78	1.47	78	0.429	2.92	0.85	75	0.134	1.62	0.79	78	0.402									
睡眠状況	改善	4.47	0.75	58	1.330	4.56	0.69	55	1.069	1.80	1.38	56	2.127	3.04	0.86	55	0.018	1.74	0.89	31										
	変化なし	4.31	0.83	100	0.267	4.39	0.79	96	0.346	1.65	1.42	99	0.123	3.01	0.90	99	0.982	1.57	0.80	98	0.010									
症状	改善	4.39	0.76	56	0.221	4.60	0.60	55	1.773	1.92	1.66	54	1.369	2.91	0.87	55	1.486	1.47	0.63	55	4.774									
	変化なし	4.38	0.82	79	0.802	4.38	0.84	77	0.173	1.62	1.38	79	0.258	3.12	0.88	78	0.229	1.58	0.80	78	0.605									
排便調節	改善	4.52	0.67	52	2.516	4.58	0.58	48	1.024	2.03	1.53	51	2.769	2.96	0.86	50	0.836	1.38	0.67	48	3.748									
	変化なし	4.36	0.77	106	0.084	4.41	0.79	102	0.361	1.49	1.34	103	0.066	3.04	0.88	104	0.435	1.65	0.85	105	0.026									
ADL	改善	4.40	0.76	50	1.816	4.62	0.53	47	2.773	1.78	1.53	49	0.195	2.85	0.81	47	7.348	1.50	0.71	48	1.614									
	変化なし	4.43	0.75	83	0.166	4.46	0.79	81	0.066	1.70	1.42	83	0.823	2.94	0.93	82	0.001	1.60	0.81	82	0.202									
人間関係	改善	4.60	0.70	42	2.820	4.66	0.62	41	2.163	1.74	1.63	13	3.31	0.75	13	2.00	0.71	13												
	変化なし	4.28	0.82	115	0.062	4.39	0.79	109	0.118	1.60	1.33	111	0.711	3.00	0.86	112	0.734	1.59	0.74	112	0.007									
発熱頻度	改善	4.44	0.88	36	0.132	4.44	0.88	36	0.008	2.17	1.62	37	2.777	3.14	0.92	37	1.235	1.38	0.66	32	2.089									
	変化なし	4.37	0.78	112	0.876	4.46	0.72	106	0.992	1.54	1.31	108	0.065	2.98	0.86	108	0.294	1.63	0.81	111	0.127									
	悪化	4.36	0.81	11	4.45	0.69	11	1.57	1.61	11	3.36	0.67	11	3.36	0.67	11	1.91	1.22	11											

利用者および家族の満足度は5段階のリカート尺度を1点～5点(点数の高い方が満足度が高い)に、利用者の日常生活自立度と痴呆程度は4段階の順序尺度を1点～4点(点数の高い方が重い度の障害あり)に便宜的に配点して、主観的outcome項目別に評価群による一元配置分散分析を行った。利用年数は実数を用いた。

表4.38 本人の満足度と主観的 outcome との関連（重回帰分析、変数増減法）

説明変数	標準化偏回帰係数
医療処置・服薬	0.205*
F=5.96*	R ² =0.042

表4.39 家族の満足度と主観的 outcome との関連（重回帰分析、変数増減法）

説明変数	標準化偏回帰係数
介護負担	0.231**
医療処置・服薬	0.227**
F=9.28***	R ² =0.123

が進んだためと考えられる。

いずれにしても、ADL、睡眠状況、排便調節、人間関係の outcome に関しては、利用者の日常生活自立度や痴呆症状程度が関連するため、その解釈には注意を要する必要があることが示唆された。

また、本人または家族の満足度を従属変数とし、主観的 outcome の12項目を独立変数とする重回帰分析（変数増減法）を行った結果を、表4.38、4.39に示した。本人の満足度に関連する主観的 outcome 項目として、医療処置・服薬が抽出された。同様に、家族の満足度に関連する主観的 outcome 項目として、医療処置・服薬に加えて、介護負担の改善が抽出された。

3) outcome 評価のまとめ

outcome 評価に関する今回の調査研究を総括して、各々から得られた知見をもとに、今後の outcome 評価のあり方について考えてみたい。

(1) 質の評価全体の中でのoutcome 評価の位置づけ

わが国の訪問看護ステーションの現状に合った評価項目を知るために、まず outcome に限らず、structure、process を含めた評価項目の概念を示して、事業所の質を表す指標としてふさわしいと思われるものを訪問看護婦に選んでもらった調査（「2. 訪問看護ステーション実態調査」）では、outcome 評価の1つである「利用者満足度」を9割近くが選んでおり、最も重要視されていることが明らかになった。2位から4位には process 項目が選ばれ、outcome 指標としては「介護者の介護負担感」および「介護者の心理状態」が5位・6位にあり、「利用者の心理状態」は8位、「利用者の病状変化」は10位とあまり重要視されていなかった。文献的には outcome 評価の重要性が指摘されているが、今回の調査においては、利用者満足度以外の outcome 評価の位置づけは、訪問看護婦の意識の上ではあまり高くないことがわかった。outcome 評価への認識が高くないためなのか、あるいは、実際に測定する困難を考えた上で回答であったためなのか、検討を要するところである。

(2) outcome 評価の指標

利用者満足度以外の具体的な outcome 項目について、訪問看護婦に評価指標としてふさわしい項目を選んでもらった調査では、「ADL 変化」、「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」の2項目が「特に重要な3項目」の上位として選択され、一方「褥瘡発生頻度と変化」が10項目選択の全体として集計すると最多となり、「医療的処置の管理程度の変化」も上位であった。「ADL 変化」は、文献的に最も重要な outcome であるが、本調査でもその重要性が明らかになった。

「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」については、従来研究が進んでいる施設ケアの outcome としての重要性は低い項目であるが、訪問看護においてその重要性が高かったことは着目す

べき結果である。訪問看護は、施設ケアと違って看護職自身が100%のケアを担えるわけではなく、あくまで家族や他のサービスがあってケアが成り立っているため、本項目の重要性が高く認識されていると考えられる。

(3) 既存のアセスメントツールによる outcome 評価

outcome 評価の方法として、改めて outcome 評価用のデータ収集を行うのではなく、個々のケースで実際に行われているアセスメントのデータを活用して、サービスの outcome 評価を行うという考えがある。本研究では、4-2)-(1) の調査で重要とされた outcome 項目が既存のアセスメントツールにおいてどのように抽出し得るかを検討したが、かなりの部分が従来のアセスメントツールから引き出せることがわかった。しかし、最も広く実施される介護保険の「要介護認定調査」には、家族機能に関するアセスメント項目が全く含まれていないなど、訪問看護サービスの評価としては不足の部分が多くあった。

(4) 利用者の満足度

利用者および利用者家族の満足度調査においては、5段階評価で見た場合、「満足」と「やや満足」に8~9割の回答が集中しており、対象ステーションによる満足度の有意な変動は見られなかった。ただし、「満足」と回答した割合だけに着目すると、ステーションにより40%強~60%強までの、かなりの差が見られた。また、各種の看護提供過程等の評価次元と、満足度との間に有意な関連が認められた。一般に、医療サービスにおける満足度調査は他のサービスに比して満足度を高めるバイアスがかかることが多いといわれており、本調査においてもその影響は考慮しなければならない。今後、満足度の回答分布を正規化するような選択肢の検討などの課題は残るもの、ステーションで検討すべき項目が得られる可能性が示され、満足度調査の有用性が示唆された。本調査は、無記名郵送法で各ステーションの職員が間に入ることなく実施したことが特徴である。直接かかわっている訪問看護婦の介在がなく第三者が調査した点で、「継続的に訪問看護を利用したい者は、ネガティブな評価をしにくい」というバイアスは少なくなったと考えられる。

実際に質的評価に有用な outcome 指標として利用者満足度を捉える場合、サービスを提供している側とは異なる第三者が満足度調査を実施することが重要である。

(5) 主観的 outcome

看護職への意識調査、ならびに先行研究により、満足度以外の outcome 指標として適切と考えられた項目について、上記(4)と同一の調査の中で、訪問看護サービスの利用によりどのような変化が見られたかを利用者家族に主観的に答えてもらった（主観的 outcome）。その結果、改善の割合が高かった項目は、先行研究で訪問看護婦による改善の割合が高かった outcome 評価項目とほぼ同様であった。また、ステーション別の分析では、ステーションごとに改善割合の高い項目に違いがあり、各ステーションのサービスの特徴を反映していると考えられた。したがって、バイアスの少ない第三者が実施する調査においては、利用者による outcome の主観的評価も、訪問看護の質の評価として有用であることが示唆された。利用者満足度の重要性も鑑みると、訪問看護サービスの評価として重要な個々の outcome を利用者がどう捉えているかという視点は非常に重要である。訪問看護ステーションの第三者評価を実施する際には、利用者家族の総合的な満足度も合わせて実施する価値があると考えられる。

(6) ケースミックスの検討

いくつかのステーション間で outcome 評価を比較する上で問題なのは、重症度など各々のステーションの対象者の構成割合（いわゆるケースミックス）の問題である。アメリカのナーシングホームの監査では、該当する集団を特定した上での発生頻度（たとえば、褥瘡ができる集団内の褥瘡発生頻度）を提出させている。「医療的処置の管理程度の変化」の項目も同様で、まず要処置患者数を明らかにした上で検討する必要がある。このように、着目する outcome 指標に応じてステーションごとの状況を適切に把握し、データにしておく必要がある。同一ステーションにおける時系列変化のみを分析する場合にはあまり問題がないが、他のステーションと比較する場合には必須である。

(7) 第三者評価機構と outcome 評価

(3)で述べたように、実現可能な outcome 評価としては、日常行っているアセスメントから outcome を引き出すのが実際的と考えられるが、それにはコンピュータ処理が必須である。しかし、現在のステーションの状況では、このような集計をするのは困難なところが多いと考えられる。加えて、(6)で述べた該当する集団のみにおける頻度や、時系列分析になると困難を極める。定式化したフォームの個々のデータを提出すると、集計して見やすい評価結果として返すような第三者機関が必要であると考えられる。また、outcome データのもととなるアセスメント自体は看護婦が評価するので、その妥当性を第三者がチェックする必要もある。実際にアメリカのナーシングホーム監査では、MDS によって集計した outcome の信頼性を、抜き打ち実地調査によってチェックしている。また、(4)、(5)で述べた利用者満足度や主観的 outcome の測定に関しても、第三者機関が実施することが望ましい。

第三者評価機構の業務の 1 つとして、outcome 評価を現実に適切に実施するためのデータ解析の手法や、評価システムの整備といった業務もぜひ検討していくべき課題であると考えられる。

(8) 訪問中止例の分析

訪問看護婦に対する outcome 項目に関する意識調査ではあまり重要視されていなかったが、文献的に見ると、訪問中止例の分析は重要である。中止例は少数であっても、それらの訪問が中止に至る過程に訪問看護の質向上のために改善すべき問題が見出されることが多いからである。したがって、大規模なデータ分析が困難な場合、まず訪問中止事例を検討し、問題点を抽出し改善していくことの意義は大きいと考えられる。今回、実際にどの程度の中止例があるのかを見るために、満足度調査を依頼したステーションを対象に、毎月の中止例と中止後の転帰を調べたところ、6ヶ月間の中止例は、1ステーション当たり合計13人から35人で、在籍対象者の 4 %から 8 %であった。そのうち、医療機関への入院が38～60%で、ほとんどが病状変化による緊急入院であり、一方、ステーションに対する何らかの不満が潜在している可能性がある“自宅でケアを継続しながら中止”という例も平均15%あった。今回はこれらの中止の背景は調査できなかったが、数的に検討可能な例数と考えられ、今後広く検討していく意義があると思われた。

(9) outcome 評価全体について

利用者満足度がまず outcome として重要であり、さらに、総合的な満足度のみでなく、主観的 outcome として具体的な項目についての改善度を捉えることも重要であることが示唆された。それらをなるべくバイアスの少ないものにするためには、第三者が調査を行うことが必須であると考えられた。

一方、従来の専門職による outcome 評価も評価の客観性のため重要であり、既存のアセスメントツールによる測定結果を集計して、outcome データとして用いることが可能であると考えられた。重要な outcome 項目としては、第一に「ADL の変化」、次いで「家族介護力・家族機能、他のサービスの利用頻度」、さらに「褥瘡発生頻度と変化」、「医療的処置の管理程度の変化」等であった。これらの項目は先行研究で outcome 評価項目として重要とされていたものにほぼ一致していた。事業所により訪問看護の内容に差がある我が国のステーションの現状では、すべて統一した評価項目を決定せず、これらの重要な項目を共通とするほかは、各事業所の特性に合わせて適宜項目を追加していく方法が実際的とも考えられた。

また、常に訪問看護の評価として重要なのが、評価している outcome が訪問看護に起因するといえるかどうか、という点である。本研究班の調査では、あくまで看護の質を評価する上で的重要性を強調して調査したが、「家族介護力・家族機能」といった、純粋に看護の寄与を引き出すのがむずかしい項目の重要性も明らかになった。サービス開始前と比較した時系列的な変化の分析などにより、看護の寄与をさらに明らかにしていく必要がある。

5. 評価システムに関する研究

1) 文献検討

(1) JCAHO⁴⁷⁾ ⁴⁸⁾

① JCAHO とは

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) は、医療保健機関が提供するサービスの質評価を通じてアメリカ国民によりよい医療の提供を図ることを目的に、1951年に設立された非営利の独立組織である。現在、その使命は、「ヘルスケアの認定ならびにそれに関連するサービスを通じてヘルスケア組織のパフォーマンス改善を促進し、国民に提供されるケアの質と安全性を高めてゆくこと」とされている。

認定の対象となる医療保健機関は、病院、ヘルスケア・ネットワーク、マネージド・ケア組織、在宅ケア組織および長期ケア施設、行動療法を行う組織（精神保健関係や薬物依存症の治療機関など）、医療検査機関、外来サービス組織であり、現時点で認定を受けている組織は19,500以上とされている。

② 認定の意義

JCAHOの認定を受けることには、以下のような効果や意味がある。

i) ケアの質向上の契機となる、ii) メディケアの償還を受けるための要件となっている場合がある、iii) 一般社会の信用の基盤となる、iv) スタッフ教育のツールとなる、v) 医療職の資格を持つ職員の雇用が促進される、vi) 第三者支払機関からの償還を円滑化する、vii) 組織運営に関する州のライセンスの取得条件となっている場合がある、viii) 過誤保険の掛け金額に有利に働く、ix) マネージド・ケア契約へのアクセスが向上する、x) 株価の上昇および財政市場へのアクセス向上が図られる。

③ 認定の概要

JCAHOによる認定を受けるには、同組織が派遣する調査員（サーベイラー）による現場査察（on-site survey）を受ける必要がある。現在、サーベイラーは650名以上となっており、医師あるいは看護職、医療保健関係機関の管理者、医療技術者、呼吸療法士、薬剤師、医療機器供給会社スタッフ、ソーシャル・ワーカーなどがその任に当たっている。

認定のための評価の主たる対象（標的）は、当該組織のパフォーマンス（その組織が実際に実施している事柄）である。また、評価の基準として、「スタンダード」が設けられているが、これは、当該組織が認定を受ける上で満たしていかなくてはならない要件であり、組織に期待されるパフォーマンスを記述したものである。

パフォーマンス評価の根拠は、「当該組織が適切な事項を適切に実施していれば、患者アウトカムは良好であろう」という論理である。また1997年以降は、評価・認定過程にoutcome指標も登用されるようになっている。

④ 在宅ケア領域での認定

A. 概 略

Joint Commission's Home Care Accreditation Program は1988年に始まり、以来、認定を受けた在宅ケア組織は6,400以上に上っており、現時点で認定を受けている在宅ケア組織は6,500を超える。現場査察を担当する調査員は、各種在宅ケア組織で臨床・管理経験のある専門職である。

認定を受けようと思う組織は、文書でJCAHOに申し込みを行う。調査員の割り当てや調査に

要する費用、調査期間などは、当該の在宅ケア組織が提供しているサービスの内容や量、および組織の規模、サービス対象者の数などによって異なる。

B. 評価の対象領域

在宅ケア組織の認定過程では、次にあげる各領域ごとにスタンダードが設けられており、それらに即して評価が行われる。a) 権利と倫理、b) アセスメント、c) ケアならびに治療、サービス、d) 教育、e) ケアおよびサービスの継続性、f) 組織のパフォーマンス改善、g) リーダーシップ、h) 環境安全と機器管理、i) 人材管理、j) 情報管理、k) 感染のサーベイランスおよび予防と制御がある。

また、これらの11領域は大きく、i) 対患者サービス機能、ii) 組織の機能、の2つに分けられる。

C. スタンダードの構成と評価（評点）方法

現行のスタンダードならびにその評価方法については、1999–2000 Comprehensive Accreditation Manual for Home Care (CAMHC) に記述されている⁴⁷⁾。個々のスタンダードについては、原則として、次のような内容が表記されている。i) スタンダード (standard)、ii) スタンダードの目的 (intent statement)、iii) パフォーマンスの裏付けとされる資料 (examples of evidence implementation of performance)、iv) スコアリング (scoring)。

その他に、v) 全体規則 (aggregation rules)、vi) 判断規則 (decision rules)、が付されている。

i) ~ iv) の各項の概略は、表5.1に示すとおりである。また、CAMHC に示される具体的なスタンダードの例を表5.2、表5.3に示す。

⑤ 将来の方向

JCAHO では現在、認定過程の改善を目指して、その再検討を行っている。これは、認定過程に現場の情報をより一層取り入れることを目的としたものであるが、具体的には、自己評価の導入、パフォーマンス測定指標の導入、個々の組織の個別性を汲み上げるためのイベント・データの収集、ピア・レビューやスタッフィングなどを促進するプロトコールの作成、組織の職員が認定過程に参画する程度の拡大などが考えられている。

表5.1 1999–2000 CAMHC*におけるスタンダードの表記

スタンダード (standard)：認定の要件となる状態、期待される状態。

目的 (intent statement)：スタンダードの根拠 (rationale)、意味、意義。当該組織は認定過程において、スタンダードの目的を満たしていることを示す必要がある。

パフォーマンスの裏づけとなる資料 (examples of evidence implementation of performance)：

当該組織がスタンダードを満たしているかどうかを検証する上で、調査員が参照する資料。具体的には、文書・記録類、スタッフや患者・家族・介護者とのインタービュー、当該組織の訪問調査、患者訪問調査、ケア場面の観察、ケア記録などである。

スコアリング (scoring)：当該組織が個々のスタンダードを遵守している程度 (レベル)。例えば、「調査員が閲覧した記録の70~90%において、スタンダードの遵守が認められた」というような評価が行われる。

* Comprehensive Accreditation Manual for Home Care

表5.2.スタンダードの具体例（1）：ケアならびに治療、サービスに関する領域より

スタンダードTX.1.5

ケア計画作成の一環として、必要に応じてケアの見直しと修正を行う。

TX.1.5の目的（Intent of TX.1.5）

当該組織のスタッフは、患者に提供されるケアやサービスの見直しと修正を行い、それらは患者のニーズに合致したものであるようにする。見直しと修正は、TX.1により当該組織が定めた手続きに即して行われる。

TX.1.5の実施例（Examples of Implementation for TX.1.5）

在宅ケア：糖尿病教育のための訪問看護を2ヶ月間受けている患者が、ナースに、腰の右側が痛いと訴えた。ナースは疼痛評価を行い、疼痛の開始時期や性質、強さ、持続時間、疼痛の緩和・増強要因などを把握した。また、患者はこの件を医師に知らせていないことや、鎮痛剤を使用していないことも判明した。さらに患者は、「痛みが非常に強いときは、体重を支えることができず、歩けない」と言った。1～10点の疼痛評価尺度を用いた自己評価では、患者の疼痛は6点であった。患者は疼痛の程度が2点以下になることを望んでいるが、3点以上であっても歩行器を使えば歩けると言っている。

ナースは医師に連絡をとり、この新たな問題について話し合い、鎮痛剤の処方および理学療法士による評価、歩行器の使用に関する指示を得た。今後2週間、訪問看護回数は週3回に増やされ、その後は確認期間として、週2回の訪問により鎮痛剤の使用方法の指導や、薬効評価および疼痛コントロールの評価が行われる。また、在宅医療器具供給会社に連絡がいき、歩行器が作製され、理学療法士は患者訪問の指示を受けて、状態評価に訪れた。ナースは、ケア記録に所見と実施内容を記録し、ケア・プランには疼痛を問題点として追記し、ケアのゴールと実施内容を記載した。

訳注）この他に、ホスピスおよび在宅医療機器供給会社における実例も記載されているが、ここでは省略する。

TX.1.5に関するパフォーマンスの裏づけとなる資料

訪問、多職種チームを観察すること、スタッフへのインタビュー、ケア・プランに関する方針書、ケア・プラン実施過程に関する記録、患者ケア記録

TX.1.5に関するスコアリング

（注：ここでは、既存のケア・プランの見直しと修正に評価する。修正内容の記録に関する評価は、IM.9.13で行う。）

必要に応じてケアの見直しと修正が行われているか？

スコア1　はい。該当例の100%において行われている。

スコア2　該当例の95～99%において行われている。

スコア3　該当例の90～94%において行われている。

スコア4　該当例の80～89%において行われている。

スコア5　該当例の80%未満において行われている。

表5.3. スタンダードの具体例（2）：人材管理に関する領域より

スタンダード HR.5

当該組織の職員は全員、当該組織およびその責務に関して十分な理解と認識を持つ。

HR.5の目的：当該組織は、全職員が組織の責務を十分に理解・認識するようオリエンテーションを行い、必要な場合には、患者ケアをはじめとする諸活動に先立って、患者が置かれている状況について説明する。組織が提供するケアやサービスの内容に即して、オリエンテーションには最低、次の事項を含むものとする：

- 組織の使命、ビジョン、目指すところ
- 組織が提供するケアやサービス
- 組織の方針と手順（アドバンス・ダイレクティブスおよび臨死ケアに関する事項も含む）
- 患者に関する情報の守秘
- 在宅環境の保安：トイレ・浴室、火災対応、環境整備、電気系統の保安
- 在宅ケア組織の保安：防火、セキュリティ
- 緊急事態への対応
- 危険な状況における適切な対応
- 感染の予防と制御（個人衛生、無菌操作、伝染病、予防的対応、器具器材の洗浄・消毒滅菌など）
- 衛生材料、医療用ガス、薬剤等の保管と操作、使用
- 器具器材の管理（安全で適切な使用法）
- 危険物や感染性廃棄物の把握と取り扱い、処理（法令や規制に基づき、安全かつ衛生的に処理する方法）
- 職員が実施する検査類
- 虐待とネグレクトのスクリーニング
- 患者リファーに関するガイドライン（適切な時期など）
- 他の職員が提供するケアやサービス（サービスのコーディネーションと適切な患者リファーを図ることを目的とする）
- コミュニティの資源
- ケアやサービスに関する責任
- その他の患者ケアに関する責任

当該組織は、個々の職員がオリエンテーションを受けたことを記録に残すものとする。

(2) 国内外の第三者評価システム

保健・医療サービスを何らかの形で評価しようとするシステムや活動は世界に数多く存在する。これらのシステム・活動は、保健・医療サービスを評価する目的で開発されたものと、広く産業に適用されるべく開発され、医療にも導入されているものの2種に大別される。

① 保健・医療サービスの評価を目的とするシステム

保健・医療サービスの領域に特異の評価システムを有する国は少なくない。

病院評価活動を行っている主な国について表5.4に示す。これらの活動が評価の対象としているのは、保健・医療施設のマネージメントの側面である。多くの場合、非営利の非政府組織により行われており、ボランタリーに審査を希望する施設の評価を行っている。あらかじめ専門家の視点から外的な評価基準（standards）を設け、それへの適合度を判定する。一定水準以上であれば認定を行うシステムを付帯するものが多い。評価の対象とするサービスとしては、病院にとどまるものから、広く、長期療養施設、在宅ケア、地域の保健・医療ネットワークまでを含むものがある。

評価に際しては、書面による事前調査と施設に評価者が赴いて行う現地調査を組み合わせる形がほとんどである。また、部分的あるいは全般的に自己評価と第三者評価を併用するが、自己評価は病院を知る手がかりとして、または、病院の評価への取り組みのきっかけ作りとして位置づけられ、第三者評価に重点をおくものがほとんどである。この際、第三者評価を行う評価者はいずれの場合も、保

表5.4 各国の評価組織

主 体	アメリカ JCAHO	カナダ CCHSA	オーストラリア ACHSA	イギリス KFOA	オランダ CBO	スペイン 州政府主導	日本 JCQHC
特 徴	病院標準化運動から 結果の一部を公表 保険制度との結び付	JCAHから分離 USAに類似			改善活動支援を重視		
性 格	民間	民間	民間	民間	民間	民間	民間
設 立 時 期	1951 (JCAH)	1958	1973	1988	1979	1981	1995
理 事 会 構 成	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 長期ケア施設協会 消費者	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 長期ケア施設協会 消費者	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 政府(顧問) 消費者	各種学会 看護協会 政府 消費者	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 政府 消費者	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 政府 消費者	医師会 病院団体 医療専門職能団体 保険者 学識経験者 消費者代表、等
認 定 対 象	病院(入院機能) 外来機能 長期ケア施設 在宅ケア 精神科施設、等	病院 長期ケア施設 精神科施設 リハビリ施設	病院	病院	病院	病院	病院
評 価 者	常勤／非常勤	非常勤	ボランティア	ボランティア	Independent contract		非常勤
評 価 方 法	Standardsを用いた評価	Standardsを用いた評価	Standardsを用いた評価 自己評価重視	Standardsを用いた評価 自己評価重視	Standardsを用いた評価 自己評価重視	Standardsを用いた評価 自己評価重視	Standardsを用いた評価 自己評価重視
認 定 状 態 (認定期間)	完全(3年) 条件付(1年) 非認定	完全(3年) 一暫定(1年) 非認定	完全(3年) 条件付認定(1年) consultative(非認定)	完全認定(3年) 条件付認定(1年) consultative(非認定)	認定制度なし 認定制度なし 認定制度なし 認定制度なし	完全認定(3年) 暫定認定(1年) 非認定	完全認定(3年) 暫定認定(1年) 非認定
資 金 調 達	評価料 教育・出版収入 その他	評価料 出版収入 資金運用利息 寄付 その他	評価料 教育・出版収入 資金運用利息 寄付 その他	一部の基金で優遇			評料 賛助員会費 教育・出版収入 基金運用収入
制 度 的 メ リ ッ ト	保険施設認定	新規認可が容易			保険施設認定	保険施設認定	
普 及 状 況	病院で約85%	病院で70~80% 長期施設で約30%	病院で約25%			病院で約80%	約4%
認 定 割 合	完全および条件付 約95%以上	完全および条件付 約90%	完全および一部 約90%			約60%	初回認定 70~80%

健・医療の専門職から一定の基準に基づいて選定され、常勤、非常勤契約を結ぶほか、ボランティアとして業務に就くものもある。

活動の普及状況を示す受審割合を見ると、活動開始からの歴史の長いアメリカ、カナダでは、例えば、病院で70～85%と広く普及している状況がうかがえるが、その背景には、保険制度や国からの補助制度などとの結びつきがあり、制度的なメリットが普及を促進しているといえる。また、政府主導で評価を実施するスペインでは、活動開始が1981年と遅いにもかかわらず、受審割合は約80%と高いが、これは政府による強制力のためと考えられる。参考までに、平成10年から活動が開始されたわが国の病院機能評価事業では、平成11年度までの3ヶ年で約400弱の病院が受審しており、その受審割合は約4%である。

評価結果は個々の病院にフィードバックされ、改善活動に供される。社会への情報公開は基本的には認定状態を示すにとどまる。事業の顧客が病院であり、病院が費用負担しているという観点から、その結果は病院に帰属すると考えるためである。しかし、社会的要請から情報の開示を進める動きはある。JCAHOでは領域別の結果の概要を示すことを始めている。このことにより、評価事業者が住民のために活動していることを示すことができ、医療者にも質改善のインセンティブを与えると考えられるが、同時に公表する結果の内容を吟味し、誤解を与えないような方法を用いることが必要となる。結果の信頼性の保証も必須であり、JCAHO、CCHAでは具体的な取り組みが見られる。

これらのシステムは、評価の際に受審する施設が支払う評価料にその運営資金の多くの部分を依存するが、あわせて教育・研修事業、出版事業、病院からの年会費などにより財源を補強するケースも見られる。

② 國際的標準化活動

輸出入取引に際して、国際的に規格の統一を図る目的でISO（International Organization for Standardization）は設立された。発端は、製品に必須となる部品などの規格化であったが、その後、製品そのものの品質システムの規格として制定されたのがISO9000sであり、保健・医療サービスにも適用され始めている。ISO9000sは、ISO9000～9004からなる。実際の要求事項は9001～9003の3種類となる。

実際に求められるのは、要求項目に従って品質システムを作り、それを文書化した「品質マニュアル」を作成することであり、さらに、品質を保証するために、顧客の要求を把握し、製品の設計、生産、検査の標準的手順を文書化することである。書類審査と実地審査とからなる外部審査により要求事項を満たすことが確認されると認定され、審査登録機関を通じて国際的に公表される。また、認定マークをパンフレットや名刺などに印刷することができる。ISOは組織の品質システムの評価であり個々の製品の評価ではないため、製品につけることはできない。認定期間は3年間で、その後、再認定審査が必要である。

ISOの保健・医療サービスへの適用は、特に国際交流の盛んなヨーロッパにおいて、保健・医療サービスの国際的標準化の目的で進められているが、その他の地域での医療への導入は、現時点では必ずしも多くの事例は見られていない。ISO9000sによる評価・認定活動は、ヨーロッパを中心とする国際的な標準化活動の一環としてとらえられる。医療への適用については関連の国際学会にて議題として取り上げられた経緯もある。ヨーロッパでは相互交流が盛んであり、他国でも同じ基準で認定を受けた医療機関で医療が受けられることが重要である。しかし、ISO9000sの評価は、医療機関の活動そのものの水準を定めるものではなく、品質を保証するための活動を評価するものである点で医

表5.5 ALPHA の定める評価基準 (standards) の 6 つの原則

-
1. Identify Concepts
 2. Identify Type
 3. Define scope
 4. Comprehensive and clearly structured content
 5. Well defined process for formulating
 6. Measure performance
-

療評価の面では感受性の弱さが指摘されている。そもそも、医療を国際的に標準化すべきかについては、医療自体は国際的に取引がなされるものではなく、それぞれの国の制度や習慣に応じた提供がなされているため、同一の水準でその活動を評価することはむずかしいという考え方もある。

一方、保健・医療の品質管理に関する国際学会 (ISQua : International Society for Quality in Health Care) では近年、医療施設認定の国際協調についての議論が進められ、ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation) の中でその国際連盟を発足させている。ALPHAでは評価に適用する基準 (standards) の有すべき 6 つの原則 (表5.5) を設け、各国の評価組織が用いる評価基準のレベルの統一化を図ることを進めるほか、評価組織の相互評価（組織が評価・認定を行うに妥当なものであるか）も行う。

国際的な標準化活動は、この 2 つの側面から急速に進むと考えられる。

③ 経営品質 (Management Quality Award Criteria)

経営品質の考え方を医療に適用する試みもみられる。アメリカでは、Malcom Baldridge 賞を1999年から医療に適用することを始めた。ヨーロッパでも同様の活動が見られ始めている。経営という側面からの評価も今後促進されるものと考えられる。

2) 第三者評価システムの構築

“評価”とは、評価の対象について必要な情報を収集し、その情報に対して、ある価値尺度・基準を適用し判断を得ることであるといえる。評価のシステムを構築しようとする場合には、“情報”および“価値尺度・基準（評価基準）”をどのように定めるかが重要となる。また、両者に対して影響を与える要素として誰が評価するのか（評価者）という点も重要である。そこで、まず、この 3 点について一般的な考え方を述べ、その後、訪問看護サービスの評価を行う場合、どのようなシステムが可能かという点をまとめることとする。

(1) 評価の枠組みを決定するもの

① 情 報

情報は、いろいろな視点から分類・整理することができる。

まず、情報を発生時点に着目して分類すると、① structure、② process、③ outcome の 3 つに分けられる。structure に基づく評価はこれまで多く行われてきたが、ここで評価されるのはあくまで “良質の医療提供に対する期待値” であり、評価方法としては鈍感であるという指摘もある。process は、提供されているケアそのものを表す情報である。これに基づいて評価を行う場合、サービス提供時に評価するためタイムリーな評価が行えるが、結果との関連という点からの整理やその情報を集約したり蓄積したりという活動が十分なされていなかったり、従来、診療録のレビューという

形式で行われることが多かったために技術偏重になりやすいことが指摘されてきた。outcomeは、サービス提供後の状態を表す情報である。これに基づく評価は、サービス提供を総括的、包括的に評価することができるが、結局、当事者にとって事後の評価となること、他の2側面との関連が必ずしも明確にされてこなかったため、評価後のフィードバック（具体的な見直し、改善に結びつけること）に問題が残されることが指摘されている。

サービスの受け手にとっての質的内容に着目すると、情報は、サービスの①技術的側面、②人間関係的側面、③アメニティの3つに分類される。一般に、保健・医療サービスの提供側は技術的内容を重視するのに対し、受け手は人間関係的内容に影響されやすいといわれている。

情報をサービス提供のどの範囲を単位として収集するかにより、そこにどのような種類の情報が含まれるべきであるかも異なる。

病院には複数の患者があり、集団としての患者を考える場合、病棟／部門単位の視点がある。誰が、何について、どのように評価を行うかにより、その評価により把握される内容は異なるはずであり、評価のシステム構築にあたっては、目的に合った情報収集の方法となるように配慮することが必要である。あわせて、実際の運用の視点からは、どのタイミングで、どのような方法で情報を把握するかについても検討しなければならない。

② 評価基準

評価基準には大きく内的（implicit）な基準と外的な（explicit）基準があるといわれている。前者は、知識や経験の蓄積により、評価者の内部に形成されるものである。したがって、獲得されている知識や経験の相違により、評価者間で基準が異なる場合もあり得る。後者は、あらかじめ明示的に定める基準のことと、恣意的に設定される場合と経験的に設定される場合がある。

評価にあたっては、外的基準があらかじめ設定され、それに当てはめて評価・判定を行うことができれば、結果のブレは少なくなるが、保健医療のような技術革新型、経験蓄積型であり、かつサービスの提供形態が一定しないサービスの場合、すべてについて外的基準を明示することが困難である。

その際、外的基準を補完するために内的基準を用いるが、上述のとおり内的基準には個人差が存在するため、評価・判定の標準化・客観化を図るための工夫が同時に求められる。例えば、わが国の病院機能評価においては、複数の評価者の合議を義務づけることにより評価・判定の標準化・客観化を図っている。

③ 評価者

評価者が情報に基づいて判断を行う場合については、大きく、①自己評価と②第三者評価に分けられる。

自己評価とは、ある情報をもとに自分自身で判断を行う場合をいう。自己評価では、評価者が自己の実情を最もよく把握しているため、得られる情報の量と質については優れているといわれるが、同一施設においても評価者の職種や立場によって情報把握に差が生じている場合もある点が指摘されている。したがって、情報の収集源について配慮することが必要である。一方、情報について判断を行う際に適用する基準については、評価者が自己の内的基準にのみ従って評価を行う場合に、主観的な結果に陥りやすい点が指摘されている。具体的に外在的な判断基準を用いたり、内的基準に従う場合でも複数の評価者による判断を行うことにより、結果の客観化に配慮するべきである。自己評価は結果をすぐに現場にフィードバックし具体的な改善活動に結びつけることができる点で有効である。

第三者評価とは、ある状態に対し外部の評価者が判断を行う場合をいい、主に、他あるいはある種

の標準と比較した位置づけの把握を目的として行われる。第三者評価を行う場合でも、情報の把握と判断基準のもち方について十分な配慮がなされていることが前提である。まず、収集する情報について明確に規定し、一定の条件下で適切に収集された情報を用いることが重要である。情報の収集方法が一定しないと、それに基づく判断結果も安定しない。また、外在的判断基準の導入や複数の評価者の判断による標準化・客観化への配慮は、自己評価と同様に必要である。

④ 統計手法を用いた場合

評価者による判断を行わず、収集された情報について一定の処理を行い、相互比較を行う評価方法もある。structure、process、outcome に関する定量的情報に基づいて判断する場合であり、これらの情報を、順番に並べたり、参照値（平均値、中央値）と比較したり、経時的変動を追跡したりして、その相対的位置づけを評価することが多い。

当初は、outcome を表す情報を収集し順番に並べ、ある水準によって良い／悪いに 2 分することがしばしば行われたが、そのような評価は状態の改善につながりにくい点が指摘されている。これに対して、近年では structure、process との関連が明示的な outcome について、その変動をモニタリングすることにより間接的に structure、process を捕捉したり、合理的値（目標値）に対する改善を行う方法も検討されている。

(2) 訪問看護サービスの評価システムのあり方

以上の点を考慮し、訪問看護サービスの質の評価システムの枠組みについて考察する。

① 評価組織のあり方

活動内容と対象とする医療サービスの特性を考えると、評価組織は表5.6に示すような性格を付帯することが期待される。これらのうち、中立性、学術性、公正性、透明性は、当該組織が社会に対して提供する医療機能情報の質の保証を図るために必須と考えられるが、公益性、普遍性については、設立主体や設立の趣意により各組織が選択することができるものである。ただし、例えば組織が営利法人という形を選択した場合には、その運用において上述の性格を堅持するための内部システムのあることが当然必要である。

実際には、これらの性格を維持するために、例えば役員構成に配慮したり、内部に不十分な機能を外部に求めたり、内部牽制機構として管理組織と実務組織の分離を行ったり、情報公開の手段やその内容に配慮したりということが通常は行われる。

② 評価の対象

訪問看護を実施する事業所を対象として実施する。評価の対象となる機能は、事業所の運営、訪問看護サービスの実施である。後者については、個別のサービスではなく、事業所としてサービスの実

表5.6 第三者評価組織に期待される性格

中立性	特定の組織、団体から影響を受けないこと	○
学術性	学術的な視点から見て妥当性があり、その意味において権威性を維持できること	○
公正性 (組織的倫理性)	公正性、倫理性を維持するための内部牽制機構を有すること	○
透明性	公益に供すべき情報の開示を行えること	○
公益性	公共の利益を活動の目的としていること	△
普遍性	活動の対象がある一部分に特化していないこと	△

施体制をどのように整備しているか、サービスの手順は適切か、サービスをより適切なものとするための取り組みがあるか、などが評価の対象となる。

③ 評価システムの枠組み

評価システムの枠組み案を図5.1に示す。

まず、評価に必要な情報の把握は、書面による事前調査と訪問による第三者評価によって行う。前者には、所定の評価項目に対して事業所の管理者が行う自己評価も含まれる。事前調査の結果は、それをもって最終的な評価結果に直結するものではなく、一定の処理の上、評価者に提供されるものである。書面により事前に情報を把握することにより、事業所の状況を理解することができ、その後の訪問時の情報収集の効率化につながる。また、事業所の抱える問題状況などを事前に知ることで、訪問時の調査において特に重要な事項が明らかになる。評価者の理解を促進するためには、事前調査の結果に処理を加え、一般的な状況と比べての事業所の現状の位置付けが明示されることが望ましい。

事業所を訪問しての調査においては、事業所の職員への面接調査、関係する記録・資料の確認を行う。訪問調査はおおむね半日程度を要して行う。職員への面接は、管理者およびスタッフに対して行うことが必要である。

評価者は、事前調査および訪問調査で得られた情報に所定の評価基準を当てはめて評価・判定を行う。評価基準は外的基準により構成されることが望ましいが、訪問看護サービスは事業化されてからの年月が必ずしも十分ではなく、その意味では、医療サービス以上に経験的な蓄積が少ないため、やはり内的基準による補完が重要である。

評価・判定に供する情報に実績（outcome）データを加えることについても積極的に取り組むべきと考える。その際、利用者特性の調整が必要であるが、訪問看護サービスにおいては、サービスの内

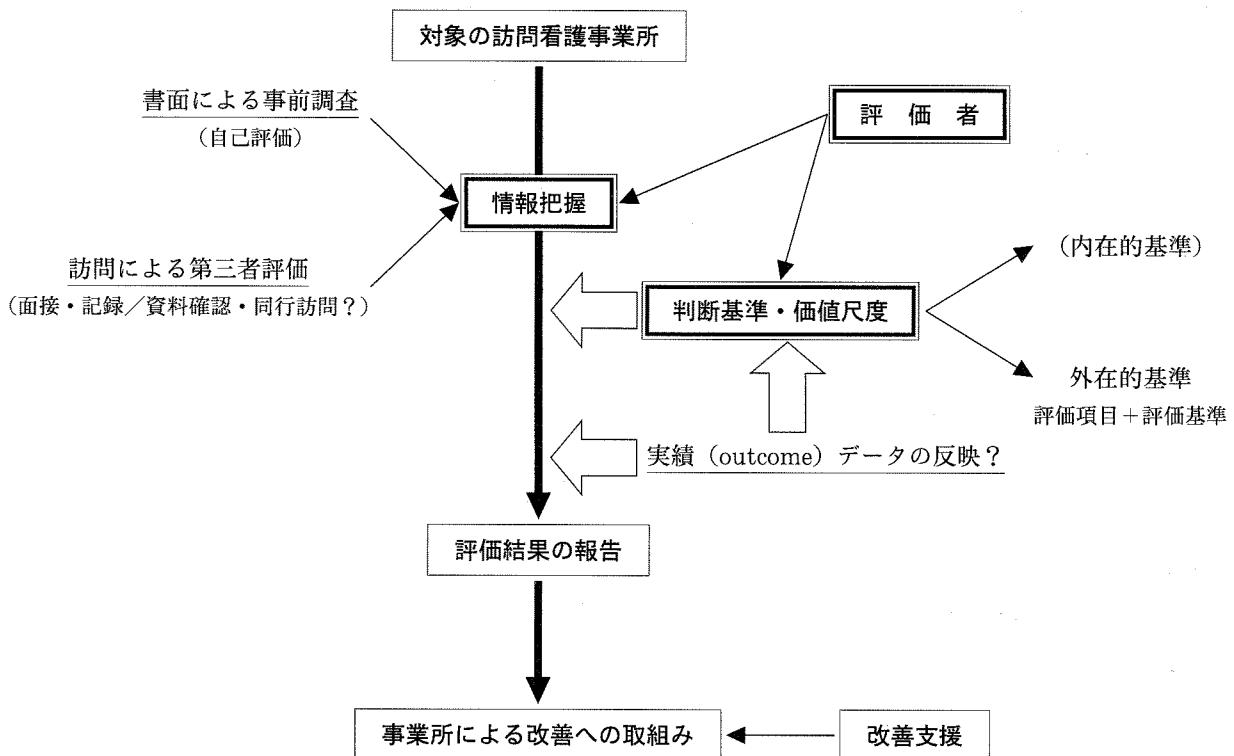


図5.1 訪問看護事業所評価システム

容および利用者の特性の同質性が医療サービスより高いと考えられるので、実現可能性は高いと思われる。

評価者は一定期間内に評価結果をまとめ、評価組織に提出する。評価組織では、評価結果の標準化を図るために、個々の評価結果を点検し、必要に応じて修正するなどを経て、報告書をまとめ、事業所に提出する。

各事業所が、評価の経験を効果的に改善に結びつけていくためには、調査実施から報告書提出までの期間は短くあるべきであり、少なくとも2ヶ月程度で提出されることを目指したい。

④ 評価者

評価者は、一定以上の訪問看護の経験を有す看護婦とする。評価組織では、評価者の要件を定め、要件を満たす候補者に対して、評価に必要な知識の研修を行う。研修においては、評価の目的、評価者の立場を明らかにするとともに、評価基準の構成、各評価項目の解釈、評価判定の仕方の詳細についての講義を行い、評価者の機能を一定以上に確保する。

評価者との契約形態は、常勤、非常勤があり得るが、現在の訪問看護事業者数から、評価の実施頻度を考えれば、当面は非常勤として確保されるのが妥当であろう。

第三者評価においては、評価者の機能が適切に維持されることが重要である。そのため継続的に教育を行うことが必要であり、また、評価項目の解釈や基準の追補等について逐次情報の交換ができるような仕組み（定期的に会合を持つ、情報提供媒体を設けるなど）を作っておくことも必要である。評価者には2～3年の任期を設け、任期完了時には活動状況の評価を行うべきである。

⑤ 評価結果のとりまとめ方と活用方法

評価結果は事業者別に報告書としてとりまとめる。報告書は、各評価項目に対する評価結果とその根拠となるコメントから構成される。ここで、報告書は、事業所の改善に資するものであるという観点から、いたずらに問題点を指摘するだけでなく、改善の方向性についても示唆するものであることが望ましい。報告書は、各事業所において、改善活動のための指針として活用される。

活動の性格上、個々の事業所の評価結果を評価組織が公開する必然性は存在しないが、例えば年間の評価結果を集計するなどの形で社会に情報提供していくことは、多くの事業所の改善活動を喚起するものであり、積極的に取り組んでいくべきである。

⑥ 評価基準の見直し

評価基準は、制度や社会的ニーズ、また、その時点での現状をある程度反映して設定されるものである。したがって、一定期間ごとに見直していくことが必要である。評価組織は、評価者および事業所双方から意見を収集するなどにより評価の経験を蓄積し、見直しの際の資料として準備することが必要である。

6. まとめ

本研究では、文献検討、訪問看護ステーションへの調査、訪問看護利用者への調査、評価基準の作成を行い、さまざまな角度から訪問看護事業者の第三者評価方法を検討した。その結果、以下のことが明らかとなり、また今後の研究課題として残された。

1) 訪問看護ステーションの質評価の実態

評価を実施しているステーションは調査対象の21.3%で、多くが自己評価によるものである。苦情処理機関を有していると答えたステーションは22.4%にとどまっており、ほとんどがステーション内または同一法人内で苦情処理していた。

またステーション従事者が、事業所の評価項目として適切として認識しているのは、「利用者の満足度」、「スタッフの教育機会の確保」、「看護婦の看護活動内容」、「他機関との連絡体制」で、訪問看護の outcome、process に関する評価項目を重要視していた。

2) 国内外の訪問看護評価基準および評価システム

国内外の評価基準を文献検討した結果、多くの評価基準、評価モデルおよび評価システムを提示することができた。アメリカでは OASIS を使用してアセスメントと連動した outcome 評価を実施しており、OASIS の使用が訪問看護事業所に義務づけられている。

我が国では、自己評価が介護保険制度で義務づけられ、今後どの事業所においても自己評価が実施されるものと思われる。現在自己評価基準としては日本看護協会作成基準と全国訪問看護事業協会作成基準がある。この 2 つの自己評価基準は Donabedian が体系化した評価枠 (structure・process・outcome) に沿って作成されており、管理とサービスに分けて評価している点でも類似した評価基準である。自己評価基準を第三者評価基準として活用するためには見直しが必要であり、本研究においては全国訪問看護事業協会作成基準を研究的に精選し、評価基準として作成した。また日本看護協会編も自己評価基準を100項目に精選し、第三者評価につなげる試みがなされている。

3) 第三者評価基準の作成と信頼性および実用性

本研究では、全国訪問看護事業協会が 2 年にわたる研究で作成した自己評価基準を、研究的手法を用いて第三者評価基準として精選した。作成した評価基準により実際に第三者評価を実施し、その信頼性と実用性を検証した結果、第三者評価基準として概ね支持されたが、評価基準のさらなる精選と評価指標を基準化し評価者マニュアルを作成する必要性が課題としてあげられた。実際の運用面では、同行訪問をしなければ process 評価が困難なこと、outcome 評価が重要であるが outcome 指標が確立されていないなど課題が残された。また調査者（サーベイサー）のトレーニングの必要性も課題として残され、トレーニングプログラムの作成とともに調査者の資質についても今後検討していく必要がある。

4) 質を評価するための outcome 指標

訪問看護ステーションの質評価は outcome 評価が信頼性が高く、また世界的にも評価の重点が outcome 評価に移っている。本研究では、訪問看護の outcome を利用者の満足度と状態像の変化としてとらえ、文献検討、訪問看護婦への調査および利用者調査（利用者満足度・主観的 outcome）より

検討した。状態像の変化としては、訪問看護婦への調査から「褥創の発生頻度と変化」「ADL 変化」「家族介護力・他のサービスの利用頻度」「全身の清潔程度の変化」「医療的処置の管理程度の変化」「排便の管理程度の変化」があげられた。また利用者調査から利用者の主観的 outcome として「床ずれ」「医療処置・服薬」「身体の清潔さ」などがあげられた。利用者の主観的 outcome は、訪問看護婦による客観的 outcome とかなり一致している。

訪問看護が対人サービスであることを考えれば、利用者の満足度は outcome 指標として重要であり、利用者がよいサービスだと思うことが評価指標として重要視されるべきである。「あなたの希望は聞き入れられましたか」、「あなたを大切にしてくれましたか」など人間関係指標が評価に有効であると考えられる。この人間関係指標は、利用者の尊厳を重視するという基本に立ち、インフォームド・コンセント、自己決定の支援、価値観の重視、倫理的配慮など訪問看護の本質を評価する指標となるであろう。

5) 第三者評価システムの構築

第三者評価の位置づけは、アメリカにみられる診療報酬請求機関としての要件を監査するという意味合いより、サービス改善を目的として実施する、すなわち評価の過程で事業所の抱える問題が明らかとなり、改善に向かって努力するという目的で実施されるものとした。

また介護保険制度がサービスの選択権を保証していることを考えれば、利用者がサービスを選択するための情報として評価結果を公開する方向で考える必要がある。今後どのような形で公表すれば事業者にとっても利用者にとっても益があるか検討されなければならない。

今後どのような組織が、中立、公正性をもった第三者評価機関となりうるか具体的に検討する必要がある。

評価を効率的、効果的に実施するためには、日常業務で使用しているアセスメントツールによる測定結果を集計して outcome データとして用いる方法が、第三者による outcome 評価方法として有効であることが示唆された。将来的には日常業務から収集可能なデータを収集し、解析することによって事業所の評価が可能となり、その情報を利用者へ提供できるシステムを具体的に検討整備する必要がある。

7. 引用文献

- 1) 村嶋幸代, 金曾任, 福井小紀子, 金井克子: ホームケアにおけるアウトカムについて, 看護研究, 30(5), 3-15, 1997.
- 2) Aydelotte, M. : The use of patient welfare as a criterion measure, Nursing Research, 11, 10-14, 1962.
- 3) Underwood, P. R. : 質の研究－米国のヘルスケアにおける質の評価の発展, インターナショナルナーシングレビュー, 18(3), 16-18, 1995.
- 4) Hover, J., Zimmer, M. : Nursing quality assurance—The Wisconsin system, Nursing Outlook, 26, 242-248, 1978.
- 5) Lang, N. M., Marek, K.D. : The Classification of Patient Outcomes, Journal of Professional Nursing, 6 (3), 158-163, 1990.
- 6) Bobnet, N. L., Ilcyn, J., Milanovich, P. S., Ream M. A., Wright, K. : Continuous quality Improvement, JONA, 23(2), 42-48, 1993.
- 7) Ellwood, P. M. : Shattuck lecture-Outcomes management a technology of patient experience, New England Journal of Medicine, 318, 1549-56, 1988.
- 8) 村嶋幸代, 金曾任, 福井小紀子, 金井克子: アウトカムをベースに開発されたホームケア用の記録様式とその比較, 看護研究, 30(5), 47-63, 1997.
- 9) 島内節, 季羽倭文子, 内田恵美子, 田上豊, 龜井智子: 在宅ケアのアウトカム研究, 看護研究, 30 (5), 29-46, 1997.
- 10) 池上直己: MDS-HCの開発と在宅ケアのアウトカム研究, 看護研究, 30(5), 17-28, 1997.
- 11) 竹中浩治他: 訪問看護評価マニュアル作成事業の研究報告書, 全国訪問看護事業協会, 1996.
- 12) 七田恵子他: 訪問看護の質的向上に関する研究報告, 厚生省長寿科学総合研究, 1997.
- 13) 全国訪問看護事業協会編: 訪問看護ステーション評価マニュアル, 中央法規, 1999.
- 14) 島内節: 在宅ケア看護学の課題と展望, 保健の科学, 41(1), 33-38, 1999.
- 15) 高崎絹子他: 訪問看護管理者の役割と機能に関する研究, 訪問看護と介護, 2 (3), 193-123, 1997.
- 16) Irvin, P., Fordham, J. : Evaluating the Quality of Care, Churchill Livingstone, 1995.
- 17) Donabedian, A. : Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care, Outcome Measures in Home Care, volume I Research, 3 -28, National League for Nursing, 1987.
- 18) Shortell, S., et al. : The relationship among dimensions of health service in two provider systems : A causal model approach, Journal of Health and Social Behavior, 18(2), 139-159, 1977.
- 19) Zink, M. R. : Outcome Focused Home Healthcare, Home healthcare nurse manager, 2 (5), 3 - 10, 1998 .
- 20) Anderson, E. T., McFarlane, J. M. : Community as Client, Application of the nursing process, Lippincot, 1988.
- 21) Peters, D. A., Regenstreif, R. : Examples of Existing Quality Assurance Programs in Home Health Care, Quality Assurance for Home Health Care, An Aspen Publication, 1989.
- 22) Davis, E. R. : Total Quality Management for Home Care, An Aspen Publication, 1994.
- 23) Albrecht, M. N. : The Albrecht Nursing Model for Home Health Care : Implications for

- Research and Education, Public Health Nursing, 7(2), 118-126, 1990.
- 24) Albrecht, M. N. : The Albrecht Nursing Model for Home Healthcare : Predictors of Health Status Outcomes in Working Adults, Journal of Nursing Administration, 23(3), 44-48, 1993.
- 25) Albrecht, M. N. : The Albrecht Nursing Model for Home Healthcare: Predictors of Satisfaction with a Self-care Intervention Program, Journal of Nursing Administration, 23(1), 51-54, 1993.
- 26) Rinke, L. T : Outcome Standards in Home Health: State of the Art, National League for Nursing, 1988.
- 27) Koch, L. A. : Using OASIS to Reach OBQI, CARING Magazine, August, 34-44, 1997.
- 28) Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Schlenker, R. E., Arnold, A. G. : Outcome Across the Care Continuum, Home Health Care, Medical Care, 35(12), 1225-1226, 1997.
- 29) Brooten, D., Naylor, M. D. : Nurses' Effect on Changing Patient Outcomes, Image: Journal of Nursing Scholarship, 27(2), 95-99, 1995.
- 30) Wilson, A. A. : Bridging Cost & Quality through Patient Outcome Measurement, CARING Magazine, June, 40-44, 1993.
- 31) Sperling, R L., Humphrey, C. J. : OASIS AND OBQI : A guide for Education and Implementation, Lippincott, 1999.
- 32) Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M. : Quality Health Outcome Model, Image: Journal of Nursing Scholarship, 30(1), 43-46, 1998.
- 33) Bloch, D. : Evaluation of nursing care in terms of process and outcome : Issues in Research and Quality Assurance, Nursing Research, 24(4), 256-263, 1975.
- 34) Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Schlenker, R. E. : Outcome-Based Quality Improvement in Home Health Care : The OASIS Indicators, Quality Management in Health Care, Fall : 58-67, 1998.
- 35) Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Schlenker, R. E. : Outcome-Based Quality Improvement in the Information Age, Home Health Care Management & Practice, 10(2) : 11-19, 1998.
- 36) Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Schlenker, R. E., Hittle, D. : OASIS The Next 10 Years, CARING Magazine, June:32-42,1998.
- 37) Federal Register Notice : Medicare and Medical Programs ; Mandatory Use, Collection, Encoding, and Transmission of Outcome and Assessment Information Set (OASIS) for Home Health Agencies, Health Care Financing Administration , 64(117) : 32984-32989, June 1999.
- 38) Center for Nursing Classification : The NIC/NOC Letter, 7(3), 1999.
- 39) 田宮菜奈子, 七田恵子, 高崎絹子, 門石春美, 高橋美保, 山原雅子 : 我が国の訪問看護サービスにおけるアウトカム指標を用いた継続的質向上のための対策—実施結果報告および実施可能性の検討, 日本公衆衛生雑誌, 47(4), 2000 (印刷中).
- 40) Morris, J. N., Murphy, K., Nonemaker, S., 池上直己監訳 : MDS2.1 施設ケアアセスメントマニュアル, 医学書院, 1999.
- 41) Zimmerman, D. R., Karon, S. L., Arlng, G., Clark, B. R., Collins, T., Ross, R., Sainfort, F. : Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators; Health Care Financing Review, 16 (4), 107-127,1995.

- 42) Morris, J. N., 池上直己他編著, 池上直己監訳 : MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル, 医学書院, 1999.
- 43) 平成8年度健康保険組合連合会老人保健健康増進等事業「訪問看護における質の管理プログラムの開発」事業報告書, 財団法人日本訪問看護振興財団(検討委員会委員長:季羽倭文子), 1997.
- 44) 平成10年度財団法人日本訪問看護振興財団研究事業「訪問看護の質に関する調査研究」報告書, 財団法人日本訪問看護振興財団(研究責任者:内田恵美子), 2000年.
- 45) Rice, R. : Home Health Nursing Practice-Concepts & Application, Mosby Year Book, 1992.
- 46) 田宮菜奈子, 七田恵子, 高崎絹子: 我が国の訪問看護におけるNegative Outcome-ケアの質向上のための指標として-, 訪問看護と介護, 4, 828-830, 1999.
- 47) Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization: 1999-2000 Comprehensive Accreditation Manual for Home Care (CAMHC), Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization, 1999.
- 48) <http://www.jcaho.org> accessed on Mar. 1, 2000.
- 49) 藤村和宏: サービスの顧客満足と顧客維持研究の展開, マーケティング・ジャーナル, 69, 101-106, 1998.
- 50) Reichheld, F. R. : The Loyalty Effect ; The Hidden Force behind Growth, Profits, and Lasting Value, Harvard Business School Press, 1996.
- 51) Oliver, R. L., Westbrook, R. A. : The Factor Structure of Satisfaction and Related Postpurchase Measures, R. L. Day and H. K. Hunt (eds.), New Findings in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior, Bloomington: School of Business, 11-14, 1982.
- 52) Oliver, R. L. : Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings, Journal of Retailing, 57, 25-48, 1981.
- 53) Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. : SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, 64(1), 12-40, 1988.
- 54) Holbrook, M. B., K. P. Corfman : Quality and Value in the Consumption Experience: Phaedrus Rides Again, J. Jacoby and J. C. Olson, Perceived Quality, 31-57, Lexington Books, 1985.
- 55) Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L.L. : A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, Journal of Marketing, 49, 41-50, 1985.
- 56) 藤村和宏: 日本人のサービス消費における満足形成の特質, 香川大学経済論叢, 72(1), 215-240, 1999.
- 57) Olshavsky, R. W., Miller, J. A. : Consumer Expectations, Product Performance and Perceived Product Quality, Journal of Marketing Research, 9, 19-21, 1972.
- 58) Oliver, R. L., DeSarbo, W. S. : Response Determinants in Satisfaction Judgments, Journal of Consumer Research, 14, 495-507, 1988.
- 59) Stouffer, S., Suchman, E., DeVinney, L., Star, S., Williams, R. : The American Soldier: Adjustments during Army Life, Princeton University Press, 1949.
- 60) Adams, J. : Toward an Understanding of Inequity, Journal of Abnormal and Social Psychology, 67 : 422-436, 1963.
- 61) Oliver, R. L., Swan, J. E. : Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in

- Transactions: A Field Survey Approach, Journal of Marketing, 53 : 21-35, 1989.
- 62) Woodruff, R. B., Cadotte, E. R., Jenkins, R. E. : Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms, Journal of Marketing Research, 20 : 296-304, 1983.
- 63) Cadotte, E. R., Woodruff, R. B., Jenkins, R. L. : Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction, Journal of Marketing Research, 24 : 305-314, 1987.
- 64) Tse, D. K., Wilton, P. C. : Models of Consumer Satisfaction Formation: An Extension, Journal of Marketing Research, 25 : 204-212, 1988.
- 65) 藤村和宏：サービス・デリバリーにおける協働の阻害要因としての認識ギャップ, 香川大学経済論叢, 71(2), 173-210, 1998.
- 66) Smith, R., Houston, M. : Script-Based Evaluation of Satisfaction with Services, L. L. Berry, G. L. Shostack, and G. D. Upah (eds.), Emerging Perspectives in Service Marketing, American Marketing Association, 59-62, 1983.
- 67) Schank, R. C., Abelson, R. P. : Scripts, Plans, Goals and Understanding: An Inquiry to Human Knowledge Structures, Lawrence Erlbaum Associates, 1977.
- 68) Abbott, V., Black, J. P. : The Representation of Scripts in Memory, Cognitive Science Technical ; Report 5, Yale University, Cognitive Science Program, 1980.
- 69) Solomon, M. R., Surprenant, C., Czepiel, J. A., Gutman, E. G. : A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: The Service Encounter, Journal of Marketing, 49, 99-111, 1985.
- 70) Bateson, J. E. G. : Understanding Services Consumer Behavior, C.A. Congram (ed.), The AMA Handbook of Marketing for the Service Industries, AMACOM, 135-149, 1991.
- 71) Tax, S. S., Brown, S. W., Chandrashekaran, M. : Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing, Journal of Marketing, 62, 60-76, 1998.
- 72) 藤村和宏：適切な苦情処理がもたらす効用と抑制される苦情行動, 香川大学経済論叢, 72(2), 325-366, 1999.
- 73) Lutz, R. J. : Changing Brand Attitudes Through Modification of Cognitive Structure, Journal of Consumer Research, 1, 49-59, 1975.
- 74) Cox, D. F. : Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior, D. F. Cox (ed.), Risk Taking and Information Handling in Consumer Behavior, Harvard University, 604-639, 1967.
- 75) 藤村和宏：サービスの消費行動における知覚リスクの役割, 六甲台論集, 37(1), 50-71, 1990.
- 76) TARP : Consumer Complaint Handling in America: Summary of Findings and Recommendations, Technical Assistance Research Programs, 1979.
- 77) Richins, M. L. : Word of Mouth Communication as Negative Information, T. C. Kinnear (ed.), Advances in Consumer Research, Association for Consumer Research, 11, 697-702, 1984.
- 78) Fornell, C., Wernerfelt, B. : A Model for Customer Complaint Management, Marketing Science, 7, 271-286, 1988.
- 79) Fornell, C., Westbrook, R. A. : The Vicious Circle of Consumer Complaints, Journal of Marketing, 48, 68-78, 1984.
- 80) Edvardson, B., Thomasson, B., Ouvreveit, J. : Quality of Service: Marketing It Really Work,

- McGraw-Hill, 1994.
- 81) Day, R. L., Grabicke, K., Schaetzle, T., Staubach, F. : The Hidden Agenda of Consumer Complaining, *Journal of Retailing*, 57(3), 86-106, 1981.
- 82) 藤村和宏 : サービスの特質とサービス・マーケティング理論の必要性, *広島大学経済論叢*, 14(3)(4), 185-216, 1991.
- 83) 久保田正伸 : 「苦情処理」のリスクマネジメント: 東芝の失態はどうすれば防げたのか, *プレジデント*, 10, 258-263, 1999.
- 84) Reis, H. T. : Levels of Interest in the Study of Interpersonal Justice, *Justice in Social Relations*, Plenum Press, 187-210, 1986.
- 85) Young, P. M.: An analysis of the conceptual 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1241-1248, 1996.
- 86) Leebov, W. Scott, G., 神尾友和, 杉浦和郎日本語版監修 : *Service Quality Improvement*, 医療の質とサービス革命, 日本医療企画, 1996.
- 87) Oxler, K. F. : Achieving Patient Satisfaction : Resolving Patient Complaints, *Holistic Nursing Practice*, 11(4), 27-34, 1997.
- 88) Cohen, E. L. Cesta, T. G. : *Nursing Case Management from Concept to Evaluation*, Mosby, 1997.
- 89) Risser, N. : Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings, *Nursing Research*, 24(1), 45-52, 1975.
- 90) Hinshaw, A., Atwood, J. : A patient satisfaction instrument: Precision by replication, *Nursing Research*, 31(3), 170-175, 1982.
- 91) La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., Wolf, R. M. : Development of a Patient Satisfaction Scale, *Research in Nursing & Health*, 9(1), 43-50, 1986.
- 92) Linder-Pelz, S. U. : Toward a theory of patient satisfaction, *Social Science and Medicine*, 16 (5), 577-582, 1982 .
- 93) Johnson M., Maas M., 藤村龍子, 江本愛子監訳 : 看護成果分類 (NOC) 看護ケアを評価するための指標, 測定尺度, 医学書院, 1999.
- 94) Owens, D. J., Batchelor, C. : Patient Satisfaction and The Elderly, *Social Science and Medicine*, 42(11), 1483-1491, 1996.
- 95) 藤村和宏 : 医療サービス生産の実体, サービス企業生産性研究委員会編, サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足, 社会経済生産性本部, 53-85, 1995.
- 96) 藤村和宏 : 顧客満足とその形成に影響を及ぼす要因, サービス企業生産性研究委員会編, サービスの品質と生産性, 社会経済生産性本部, 53-82, 1996.

資 料 編

大項目	中項目	分類	小項目
I. 経営管理	1. 運営方針	1. 運営方針	1. 運営方針を明文化しているか 2. 運営方針は事業所内で共有化されているか 3. 利用者に運営理念を明示しているか 4. 定期的に運営方針の見直しされているか
	2. 職業理念		5. 職業倫理規定を持つているか 6. 職業倫理規定を共有化しているか
2. 組織構成の方針	1. 組織構成		7. 運営方針に基づいた組織構成か
	2. 人事管理		8. 運営方針が反映される人事管理をしているか 9. 昇任評価基準が明らかになっているか 10. 給与規定が明らかになっているか
	3. 組織構造と機能		11. 関連機関と連携体制があるか 12. 他機関からの研修や実習を受け入れる体制があるか 13. 管理者間のネットワークを持っているか 14. 組織図（命令と責任）を持っているか 15. 厚生省のガイドラインにそった人員が確保されているか
	4. 設備管理		16. 訪問看護事業のための十分なスペースを確保しているか 17. ステーションとして独自に会計準則によった処理をしているか 18. 収入、支出の分析や管理を行い、経営状態を把握しているか
3. 事業評価と計画	1. 財務管理		19. 利用者の紹介先、利用者数、他サービスの利用状況などを指標として利用状況の評価を行っているか 20. 利用者の満足度を評価しているか 21. 職員の満足度を評価しているか 22. 関連職種からの評価を得ているか
	2. サービス評価		23. 利用者へのサービス改善のために投資しているか 24. 職員の職務環境改善のために投資しているか（教育・研修） 25. 長期・短期目標のある事業計画を立てているか 26. 年間予算をたてているか 27. 投資計画を立てているか

大項目	中項目	分類	小項目
II. 業務管理	1. 人事管理	1. 人員配置	28. 職員の能力に応じた人員配置をしているか 29. 職員の状況に配慮した勤務スケジュールを管理しているか 30. 職員の能力を考慮した受け持ち決定か（看護婦の能力・満足・意向） 31. 個々のスタッフの就労意欲を高めるための対策をとっているか
	2. スーパーバイズ	34. 受持ち看護婦の看護内容について相談・指導助言をしているか	
	3. 研修計画	35. 管理者の研修プログラムに参加しているか 36. スタッフに対する研修プログラムがあるか 37. スタッフが自己学習できるような環境を整えているか	
	4. 人事業務	32. 採用基準を持っているか 33. 採用計画を立てているか 38. 労働安全衛生法に基づいた健康診断を行っているか 39. 労働基準法に基づいた勤務体制が守られているか 40. 損害賠償責任保険に加入しているか	
	2. サービス提供管理	1. 看護体制 41. 訪問看護の利用者とサービス提供に関する契約を交わしているか 42. 新規の依頼にや利用者の状況の変化に対応できる体制をとっているか 43. 利用者のニーズに合った訪問計画は立てられているか 44. 24時間連絡体制をとっているか 45. 緊急時対応マニュアルはあるか 46. 利用者と主治医及びステーションの間で緊急時の対処方法を決めていているか 47. 利用者と主治医及びステーションの間で緊急時の対処方法を周知しているか (対処方法の記載がされているか)	
	3. 看護の標準化	48. サービス提供を均質化するために、情報の共有化を図っているか (情報：患者、関連機関、最新の知識技術) 49. 職員の看護技術の標準化を図る看護手順マニュアルがあるか 50. 職員の看護技術の標準化を図る看護手順を周知しているか	
	4. 設備・物品管理	51. ケアに必要な物品や医療機器が適宜使えるように管理しているか 52. 訪問のための移動手段は整備されているか 53. 効率的な事務処理のための工夫がされているか	

大項目	中項目	分類	小項目
II. 業務管理	2. サービス提供管理	5. 災害・事故対応	54. 自然災害時対応マニュアルがあるか 55. 管理者、スタッフは自然災害時対応マニュアルを周知しているか 56. 医療看護過誤への対応として組織的な取り組みや職員への教育がされているか 57. 記録様式は必要な情報を含んでいるか
	6. 看護記録		60. 訪問看護記録など定められた記録はガイドラインにそって適切に保管されているか 58. 社会資源、機器の利用に関する必要な情報を管理しているか 59. 社会資源、機器の利用に関する必要な情報を提供しているか
	7. 情報管理		61. 主治医から治療や処置に関する指示を受けていますか 62. 主治医に看護内容や利用者の療養状態をわかりやすく報告し指示内容に反映できる ようにしているか
	8. 医師との連携		63. 関連機関との連絡・調整・支援が行われているか 64. 利用者の入院時や退院時に医療機関の職員と情報交換を行ってケアの継続性を維持 できるようにしているか 65. 関連サービス機関に訪問看護ステーションの存在役割を広く知らせるようにしてい るか
3. 利用者（顧客）管理	1. 他機関との連携		66. 地域住民からの相談に対応できるか 67. 利用者からの相談に対応できるか 68. 利用者が苦情を言える体制があるか 69. 苦情を組織で共有できているか 70. 組織として問題を分析し対処できているか
	2. 相談対応		71. 地域住民にステーションの存在役割を広く知らせるか
	3. 苦情処理		72. 包括的なアセスメントを行っているか 73. 看護問題を抽出しているか 74. 症状についてアセスメントしているか
	4. 広報		75. 食事・排泄・清潔・睡眠・衣生活の状況をアセスメントしているか 76. 利用者の服薬管理についてアセスメントしているか 77. 治療及び処置の必要性を判断するためのアセスメントしているか
III. 看護実践	1. アセスメント		
	2. 療養生活の支援		
	3. 治療及び医療処置		

大項目	中項目	分類	小項目
III. 看護実践	1. アセスメント	4. リハビリテーション	78. 日常生活動作能力評価（ADL）・身体機能評価（ROM）に基づき、生活動作能 力をアセスメントしているか 79. 療養環境評価に基づき、住宅改造や介護用品導入についてアセスメントしているか 80. そのらしい生きがいを持つ生活についてアセスメントしているか
	5. 家族支援		81. 利用者の社会的交流及び社会参加についてアセスメントしているか 82. 家族構成と役割をアセスメントしているか 83. 家族の健康管理をアセスメントしているか 84. 家族の介護負担をアセスメントしているか 85. 家族の関係性をアセスメントしているか
	6. 精神的支援		86. 利用者の精神的な苦痛や悩みをアセスメントしているか 87. 介護者の精神的な苦痛や悩みをアセスメントしているか
	7. 予期的・予防的対応		88. 利用者に今後起りうることをアセスメントしているか 89. 家族に今後起りうることをアセスメントしているか 90. 感染の危険性をアセスメントしているか
	8. 教育的支援		91. 利用者及び家族の介護知識・技術の習得についてアセスメントしているか
	9. 連携・社会資源・機器の利用		92. 利用者及び家族のニーズに応じた社会資源・機器の利用をアセスメントしているか
2. 計画		計画	93. 個別性のある長期目標・短期目標を設定しているか 94. 利用者や家族の意向を把握し、利用者や家族の合意に基づいた看護計画を立ててい るか 95. 実践可能な具体策があげられているか
3. 実践		実践	96. 計画に基づいて看護実践が行われているか 97. 各マニュアルに沿った実践が行われているか 98. 訪問時の状況に応じて看護実践が行われているか
	4. 評価	評価	99. 看護サービスの結果を評価しているか 100. 評価に基づき、計画を立て直しているか

1999 年 11 月

「訪問看護ステーションにおける質の評価」に関する研究への
ご協力のお願い

厚生省訪問看護の質の評価に関する研究班
委員長 川越 博美（聖路加看護大学）

皆様におかれましては、来春の介護保険開始へ向けて忙しい日々をお過ごしのことと存じます。

このたび厚生省から委託を受け、介護保険導入に際して在宅看護サービスの内容、質及び評価の一元化を図るために、訪問看護事業所の質の第三者評価機構および評価基準を作成するための研究を行なうことになりました。

そこで評価指標の作成に際し、訪問看護ステーションで働いていらっしゃる皆様にご協力頂き、質の評価の現状を明らかにしたいと考えました。

つきましては、誠に恐縮ではございますが、お配りします調査表にご記入の上、係までお渡し頂けますようよろしくお願い申し上げます。なお結果につきましては統計的に処理しますので、ご回答頂いた方にご迷惑をおかけするようなことは一切ございません。

お手数をおかけして申しわけございませんが、訪問看護の発展向上のため趣旨をご理解いただき、調査にご協力頂けますようお願い申し上げます。

訪問看護ステーションにおける質の評価 質問票

* あなたの所属する訪問看護ステーションについて、あてはまるものに○をつけてください。

1. 現在、訪問看護ステーションで、事業所としての質の評価を実施していますか？

この欄には記入
しないでください

① 実施している
▼

②していない

→ 1.2 へすすむ

1.1 実施していると答えた方にお聞きします。

1.1.1 実施頻度はどれくらいですか。

① ケ月毎

② 不定期

1.1.2 実施方法は何を使用していますか。当てはまるものをひとつ選んでください。

①自己評価

②第三者評価

③ケアの結果の評価

④その他 ()

1.1.3 その評価の指標には何を使用していますか。当てはまるものをひとつ選んでください。

①訪問看護事業協会版評価マニュアル

②訪問看護振興財団版評価マニュアル

③個別に作成した指標 () 項目

④その他 ()

1.2 1.1で実施していないと答えた方にお聞きします。

1.2.1 過去に実施したことがありますか。

①実施したことがある

②ない

1.2.2 現在実施していない理由は何ですか。当てはまるものをひとつ選んでください。

①時間的余裕がない

②方法がわからない

③必要性を感じない（意味がない）

④その他 ()

2. 事業所の質は何で測るのがふさわしいと思いますか。次のうちから最もふさわしいと思うものを二つ選び①を、次にふさわしいと思うものを三つ選んで○をつけてください。

①利用者の病状変化

⑨スタッフの教育の機会の確保

②利用者の行動範囲の変化

⑩事例検討会の機会の確保

③利用者の心理状態の変化

⑪他機関、他職種との連絡体制

④利用者の満足感

⑫ステーションの目標・理念

⑤介護者の生活範囲の変化

⑬ステーションの経営状態

⑥介護者の心理状態の変化

⑭ステーションの看護婦労働環境

⑦介護者の介護負担感

⑮ステーションの職員数・職種数

⑧ 看護婦の看護活動内容

⑯訪問回数・訪問時間

3. あなたのステーションでは、苦情処理機関を持っていますか。

*苦情処理機関とは、サービスの受け手からの苦情を受け、対処する機関を指す。

①はい

②いいえ

→ 3.2 へすすむ

3.1 「はい」と答えた方に伺います。

3.1.1 その苦情処理機関はどこに所属していますか？

①訪問看護ステーション

②関連法人

③関連医師会

④その他 ()

)

3.1.2 苦情対応システムの流れについてお教えください。

3.2 3.で「いいえ」と答えた方に伺います。苦情にはどのような方法で対応していますか？

4. 訪問看護事業所の質の評価について、ご意見ご感想等がありましたらご自由にお書きください。

この欄には記入
しないでください

1. あなたが所属する 訪問看護ステーション についてお尋ねします。

1.1 設立年月をお教え下さい。 平成 年 月 設立

--	--

1.2 訪問看護ステーションの設置主体について、当てはまるものに○をつけて下さい。

① 医療法人 ② 社会福祉法人 ③ 医師会 ④ 看護協会 ⑤ その他 ()

--

1.3 設置主体と同一法人内に、下記のような施設をお持ちですか。当てはまるものに○をつけて下さい。

① 病院 ② 診療所 ③ 特別養護老人ホーム ④ 介護支援センター

--

1.3 訪問看護ステーションに所属する職種と数をお答え下さい。(常勤換算)

① 看護婦 名、 ② 保健婦 名、 ③ 理学療法士 名、
④ 作業療法士 名、 ⑤ ヘルパー 名、 ⑥ ケースワーカー 名、
⑦ その他 () 名

1.4 あなたの所属する訪問看護ステーションの、1999年9月 の実績についてお答え下さい。

① 1ヶ月間の利用者数 約 名
② 1ヶ月間の延べ訪問件数 約 件

2. 回答者御自身 についてお伺いします。

2.1 あなたの職位はなんですか。当てはまるものに、○をつけて下さい。

① 所長 ② 管理者 ③ スタッフナース ④ その他 ()

--

2.2 あなたの看護職としての経験年数をお答え下さい。

① 訪問看護婦として	年	ヶ月
② 病院看護婦として	年	ヶ月
③ 保健婦として	年	ヶ月
④ その他	年	ヶ月
合 計	年	ヶ月

2.3 あなたの年齢と性別をお答え下さい。

① 年齢 歳
② 性 男 女

*ご協力まことにありがとうございました。

平成12年2月

訪問看護ご利用の皆様へ

「訪問看護ステーションの質の評価」に関するアンケートのお願い

全国訪問看護事業協会訪問看護質の評価研究班
委員長 川越 博美（聖路加看護大学）

謹啓

春寒の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

このたび厚生省から委託をうけ、介護保険導入に際してより良い訪問看護サービスを提供できるようにするために、研究を行っております。

そこでご利用者とご家族の方を対象に、訪問看護サービスをどのように感じいらっしゃるかアンケートを行うことになりました。

このアンケート調査は今後の訪問看護サービス改善の参考資料を得るために行うものです。回答されました内容はすべて統計処理いたしますので、個人の情報をそのまま公表することや、ご迷惑をおかけすることはございません。

また現在利用されている訪問看護ステーションに内容を知られることはございません。回答にあたりましては、率直な意見をお聞かせください。

なおこのアンケートは、ご協力いただける方にのみご回答くだされば幸いです。回収につきましては、同封の返信用封筒で郵送してくださるか、無理な方は封をしたうえ訪問看護婦にお渡しください。

お手数をおかけして申し訳ございませんが、訪問看護の発展向上のため趣旨をご理解のうえ、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

謹白

[お問い合わせ先]

〒104-0044

中央区明石町 10-1

聖路加看護大学 地域看護

長江 弘子

Tel&Fax 5550-2272(タ"イケルイ)

質問項目にはご利用者本人にお答えいただく項目と、ご家族（主に介護を行なっている方）にお答えいただく項目がありますが、もしご利用者本人のご回答が困難な場合には、すべての質問項目についてご家族の方がご回答下さい。

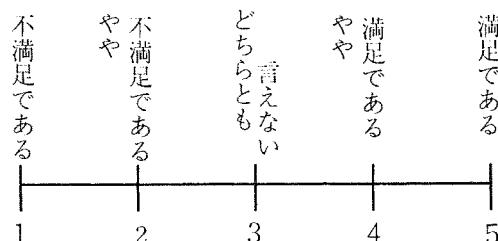
なお、回答者を明らかにしておくために、以下のどちらかに○印をお付け下さい。

1. 利用者本人が回答することは困難であるため、すべての項目について家族が回答する
2. 利用者本人に対する質問には、本人が回答する

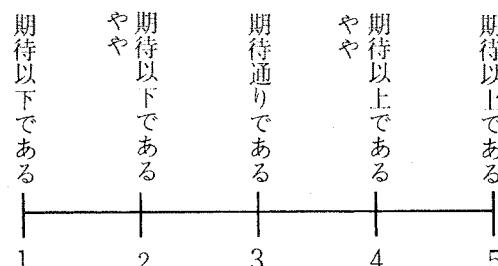
【以下の質問については、ご利用者本人がお答え下さい（ご本人の回答が困難な場合には、主に介護を行なっているご家族の方がご回答下さい】

[1] 現在利用している訪問看護ステーションを利用者本人の立場から評価すると、以下の4項目についてどのように思われますか。各項目について、お気持ちに最も近い番号に○印を一つずつお付け下さい。

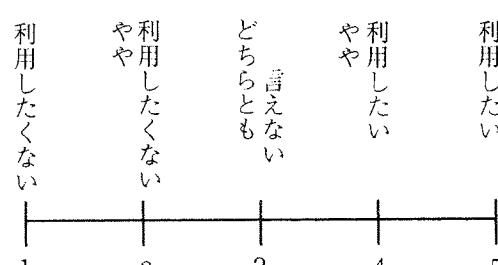
1. 全体的に評価すると、どの程度満足なものと思われますか。



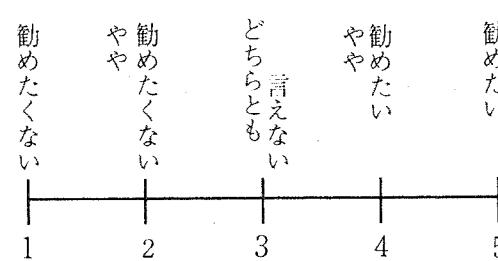
2. 現在提供されている看護サービスと利用前に期待していたものとを比べると、どのように思われますか。



3. 今後も継続して利用したいと思われますか。



4. あなたの友人・知人が訪問看護ステーションを探しているとしたら、勧めたいと思われますか。



[2] 現在利用している訪問看護ステーションを利用者本人の立場から評価すると、以下のような点についてどのように思われますか。それぞれの項目について、お気持ちに最も近い番号に○印を一つづつお付け下さい。

そう思わない
や
う思
わ
ない
そ
う思
わ
ない
ど
ち
ら
言
え
と
も
な
い
や
そ
う思
う
そ
う思
う

1. 訪問看護婦の態度や対応は満足できるものである
2. 訪問看護婦の技術は満足できるものである
3. 訪問看護婦と医師との連携は満足できるものである
4. 訪問看護婦とホームヘルパーとの連携は満足できるものである
5. 訪問看護婦は信頼できる
6. 訪問看護婦は希望通りの援助を行なってくれる
7. 訪問看護婦は望む時間帯に来てくれる
8. 訪問看護婦は予定時間通りに来てくれる
9. 訪問看護婦の訪問頻度は十分なものである
10. 訪問看護婦の一回の訪問時間は十分なものである
11. 訪問看護ステーションとは連絡が取りやすい
12. 緊急時の対応体制は満足できるものである
-

[3] 現在利用している訪問看護ステーションからは、いつも同じ看護婦が訪問して来ますか。それとも、数人の看護婦が交代で来ますか。あてはまるものに○印を一つだけお付け下さい。

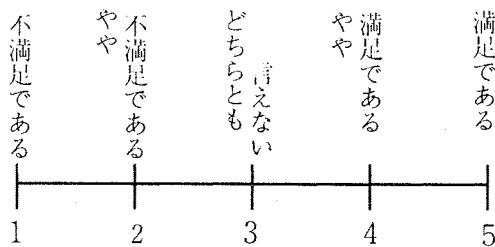
1. いつも同じ看護婦が来てくれる
2. 代理が来ることもあるが、ほとんど同じ看護婦が来てくれる
3. 二人の看護婦が交代で来てくれる。
4. 三人以上の看護婦が交代で来てくれる
5. 訪問して来るまで、どの看護婦が来るかが分からない

S Q 1 : 訪問看護婦の担当の仕方についてどのように思われますか。あてはまるものに○印を 一つだけ お付け下さい。

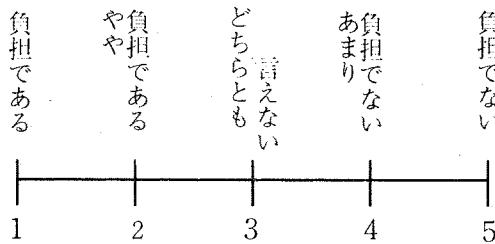
- 1. 一人の看護婦に担当してもらいたい
- 2. 二人の看護婦が交代で担当してもよい
- 3. 訪問の度に看護婦が異なってもよい

【以下の質問については、主に介護を行なっているご家族の方がお答え下さい】

[4] 現在利用している訪問看護ステーションを家族（主に介護を行なっている方）の立場から評価すると、どの程度満足なものと思われますか。あなたのお気持ちに最も近い番号に○印を 一つだけ お付け下さい。



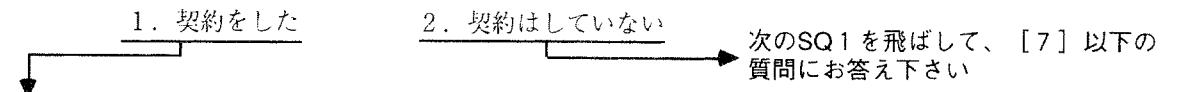
S Q 1 : あなたにとって介護はどの程度負担になっていますか。お気持ちに最も近い番号に○印を 一つだけ お付け下さい。



[5] 現在利用している訪問看護ステーションを家族の立場から評価すると、以下のような点についてはどのように思われますか。それぞれの項目について、あなたのお気持ちに最も近い番号に○印を 一つずつ お付け下さい。

- | | そう思わない | やや思わない | どちらとも言えない | やそう思う | そう思う |
|-------------------------------------------|--------|--------|-----------|-------|------|
| 1. 訪問看護婦は看護内容について家族にわかりやすく説明してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 訪問看護婦の家族に対する態度や対応は満足できるものである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 訪問看護婦は家族の希望に合った援助をしてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 訪問看護婦は介護のあり方について家族に適切な指導をしてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 訪問看護婦は介護に伴う家族の心的負担（ストレス）を解消することに努めてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 訪問看護婦は介護に伴う家族の不安を解消することに努めてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

[6] 現在の訪問看護ステーションを利用する際に、契約をしましたか。あてはまるものに○印を一つだけお付け下さい。



SQ1：契約時に、訪問看護の内容について詳しい説明がありましたか。あてはまるものに○印を一つだけお付け下さい。

1. 説明はなかった
2. 説明はあったが、納得できるものではなかった
3. 十分に納得できるまで説明してくれた
4. 契約時のことは覚えていない

[7] 次に、利用者のことについておうかがいします。それぞれの項目について、あてはまる番号に○印を一つづつお付け下さい。

1. 利用者の性別は

1. 男性
2. 女性

2. 利用者の年齢は

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満 | 2. 65～69歳 | 3. 70～74歳 | 4. 75～79歳 |
| 5. 80～84歳 | 6. 85～89歳 | 7. 90歳以上 | |

3. 利用者の日常生活における介助状況は

1. 日常生活は自立しており、ひとりで外出が可能である
2. 家の中ではほぼ自立しているが、外出には介助が必要である
3. 家の中でも介助が必要であり、日中も寝たり起きたりだが、座位を保てる
4. 一日中、寝ており、排泄、食事、着替えなどのすべてにおいて介助が必要である

4. 痴呆症状はありますか。

1. 痴呆症状なし
2. 軽度痴呆（時に見守りや言葉かけなどが必要）
3. 中度痴呆（時に徘徊・失禁などがある）
4. 重度痴呆（頻繁に徘徊・失禁などがある）

5. 訪問看護を利用し始めてから、どのくらいになりますか。カッコ内に数字をご記入下さい。

約（　　）年（　　）ヶ月

6. 訪問看護を利用する前と比べて、次のことがらに変化はありましたか。それぞれの項目について、最もあてはまる番号に○印を一つづつお付け下さい。

(1) 床ずれの具合はどうですか

1. 良くなった
2. 変化なし
3. 悪くなった
4. 元々床ずれはなかった

(2) 薬や治療を決められたとおりにできていますか

1. できるようになった
2. 変化なし
3. できなくなった
4. 元々薬や治療はなかった

(3) 痛みはどうですか

1. 良くなった
2. 変化なし
3. 悪くなった
4. 元々痛みはなかった

(4) 病気の症状はどうですか

1. 良くなった 2. 変化なし 3. 悪くなった 4. 元々病気はなかった

(5) 日常生活の動き（寝返り、移動など）はどうですか

1. 良くなつた 2. 変化なし 3. 悪くなつた

(6) お通じの調子はどうですか

1. 良くなつた 2. 変化なし 3. 悪くなつた

(7) 熱を出す回数はどうですか

1. 少なくなった 2. 変化なし 3. 多くなった

(8) 食事はよく食べられますか

1. 食べられるようになった 2. 変化なし 3. 食べられなくなった

(9) 締眠はどうですか

1. 良く眠れるようになった 2. 変化なし 3. 眠れなくなった

(10) 身体の清潔さはどうですか

- 1 きれいになった 2 変化なし 3 活くなった

(11) 囲りの人との関係はどうですか

- 1 良くなつた 2 変化なし 3 畏くなつた

(12) ご家族の方の介護負担はどうですか

- 1 角損が軽くなった 2 変化なし 3 角損が増えた

7. 上記のことがらの他に、訪問看護を利用して変化が見られたことがあれば、できるだけ具体的にご記入ください。

10. The following table summarizes the results of the study:

[8] 最後に、ご家族の中で主に介護をされている方のことについておうかがいします。それぞれの項目について、あてはまる番号に○印を一つずつお付け下さい。

1. 介護者の性別は

1. 男性 2. 女性

2. 介護者の年齢は

1. 10歳代 2. 20歳代 3. 30歳代 4. 40歳代
5. 50歳代 6. 60歳代 7. 70歳代 8. 80歳代以上

3. 利用者と介護者の続柄は

1. 配偶者 2. 息子 3. 娘 4. 息子の嫁
5. 娘の夫 6. 孫 7. その他 ()

* * * * * * * * * * たくさんの質問にご協力ありがとうございました * * * * * * * * * *

調査についての説明

① 事業所の管理者およびスタッフによる自己評価

調査員の現地調査前に送付された調査票記入は、できれば調査員の訪問前に記入していただければと思います。2回目の実地調査のときに調査員へお渡しください。

② 調査員による現地視察及び紙面調査

管理者及びスタッフへの聞き取り調査では、自己評価と同じ内容のことをお聞きします。事前に必要と思われる書類のリストを同封しましたので、参考にしてください。

③ 利用者の満足度調査

- ・調査票による郵送調査を行います。
- ・利用者及び家族の方に調査票が送付されることをお伝えください。
- ・調査票の内容は見本で同封していますので、ご参照ください。
- ・配布及び回収は、聖路加看護大学で責任を持って行います。
投函することが困難な利用者の方は封をした上で、受持ち看護婦の方にお渡しいただくことになっていますのでご協力ください。
- ・調査票の記入に際しましては利用者のご質問には、聖路加看護大学：長江をご紹介ください。調査票に明記してあります。
- ・調査内容は、ご家族とご本人と両方にお願いしています。記入に際しましては記入を代行したり質問を読み上げたり等のお手伝いは結構です。利用者とご家族にお任せください。回答及び返送については利用者の意志を尊重しています。

④ 調査結果のご報告について

- ・今回の調査結果（調査者の評価結果及び利用者満足度調査）については、集計が済みしだいご報告させていただきます。

⑤ 謝礼の支払いについて

- ・調査終了時にお支払いいたします。支払方法をご指示ください。
- ・なお、同封の書籍は、川越より、みなさまへ感謝の気持ちを込めて送らせていただきました。日頃の訪問看護活動にご活用いただき、お役立てば幸いです。

以上ですがご質問等ありましたら、下記へご連絡ください。

〒104-0044 中央区明石町 10-1

聖路加看護大学 地域看護 長江弘子

電話（FAX）03-5550-2272 直通、留守電あり

準備していただく書類などのリスト

- 1、常勤職員・非常勤職員採用・係の書類及び人事記録（職員の履歴書）
- 2、職員及び非常勤職員の勤務割表
- 3、就業規則・給与簿・福利厚生書類
- 4、利用料関係、利用者一覧
- 5、研修に関する記録
- 6、市区町村等との連絡調整に関する記録
- 7、会計経理に関する記録
- 8、設備・備品等に関する記録（備品台帳）
- 9、事業日誌
- 10、月間及び年間の事業計画表及び実施状況表
- 11、老人訪問看護指示書
- 12、老人訪問看護申込書
- 13、老人訪問看護計画書
- 14、老人訪問看護記録書
- 15、老人訪問看護報告書
- 16、運営規定
- 17、パンフレット
- 18、賠償責任保険加入の控え
- 19、各種マニュアル（手順書）
- 20、その他、必要に応じて当日おねがいする書類
- 21、利用状況票の複写（平成11年8月～平成12年1月までの6ヶ月間）

*なお、監査を行う目的ではありませんので、このような種類の書類があれば準備してください。

以上

「訪問看護ステーション事業所評価基準」

自己評価票（管理者用）

評価日：平成 12 年 2 月 日

ステーション名：

<記入の手引き>

目的

この訪問看護事業所第三者評価の目的は、適切なサービスを利用者に提供するために訪問看護事業所の運営の安定と訪問看護活動の質を向上させることを目的として作られています。

評価方法

評価項目は、事業所の管理に関する 71 項目と訪問看護サービス提供に関する 29 項目で構成されています。この 100 項目について、管理者あるいはスタッフの立場から評価してください。

管理者の方はステーション概況調査票への記入もお願いします。

評価は 4 段階です。記入例を参照し、該当する 1 ~ 5 の数字に○をつけてください。

回収方法

回答票は 2 回目の現地調査の時に調査員にお渡し下さい。

記入例

| 項目 | 1
でき
てい
ない | 2
あ
ま
り
で
き
て
い
な
い | 3
や
や
で
き
て
い
る | 4
で
き
て
い
る | 5
非
該
当 |
|------------------------|---------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------------|
| 1. 運営方針を明文化しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 運営方針は事業所内で共有化されているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 利用者に運営理念を明示しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 定期的に運営方針の見直しはされているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 職業倫理規定を持っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ステーション名

氏名

自己評価<管理者用>

| | できていらない | あまりできていらない | ややできている | できている | 非該当 |
|---------------------------------------------------|---------|------------|---------|-------|-----|
| I . 管理に関する評価 | | | | | |
| I - 1. 運営方針 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 運営方針を明文化しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 運営方針は事業所内で共有化されているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 利用者に運営理念を明示しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 定期的に運営方針の見直しはされているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I - 2. 組織構成の方針 | | | | | |
| 5. 職業倫理規定を持っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 職業倫理規定を共有化しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 運営方針に基づいた組織構成か | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 運営方針が反映される人事管理をしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 昇任評価基準が明らかになっているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 給与規定が明らかになっているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 関連機関と連携体制があるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 他機関からの研修や実習を受け入れる体制があるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 管理者間のネットワークを持っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 組織図(命令と責任)を持っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 厚生省のガイドラインにそった人員が確保されているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. ステーション職員のための十分なスペースを確保しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I - 3. 事業評価と計画 | | | | | |
| 17. ステーションとして独自に会計準則による処理をしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 収入、支出の分析や管理を行い、経営状態を把握しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. 利用者の紹介先、利用者数、他サービスの利用状況などを指標として利用状況の評価を行っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. 利用者の満足度を評価しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 職員の満足度を評価しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. 関連職種からの評価を得ているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ステーション名 _____ 氏名 _____

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| 23. 利用者へのサービス改善のために投資しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. 職員の職務環境改善のために投資しているか(教育・研修) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. 長期・短期目標のある事業計画を立てているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. 年間予算をたてているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. 投資計画を立てているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

II - 1. 人事管理

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 28. 職員の能力に応じた人員配置をしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. 職員の状況に配慮した勤務スケジュールを管理しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. 職員の能力を考慮した受け持ち決定か(看護婦の能力・満足・意向) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. 個々のスタッフの就労意欲を高めるための対策を探っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. 採用基準を持っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. 採用計画を立てているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. 受持ち看護婦の看護内容について相談・指導助言をしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. 管理者の研修プログラムに参加しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. スタッフに対する研修プログラムがあるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. スタッフが自己学習できるような環境を整えているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. 労働安全衛生法に基づいた健康診断を行っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. 労働基準法に基づいた勤務体制が守られているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. 損害賠償責任保険に加入しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

II - 2. サービス提供管理

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 41. 訪問看護の利用者とサービス提供に関する契約を交わしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. 新規の依頼にや利用者の状況の変化に対応できる体制をとっているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. 利用者のニーズに合った訪問計画は立てられているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. 24時間連絡体制をとっているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. 緊急時対応マニュアルはあるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. 利用者と主治医及びステーションの間で緊急時の対処方法を決めているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. 利用者と主治医及びステーションの間で緊急時の対処方法を周知しているか
(対処方法の記載がされているか) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. サービス提供を均質化するために、情報の共有化を図っているか
(情報:患者、関連機関、最新の知識技術) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. 職員の看護技術の標準化を図る看護手順マニュアルがあるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. 職員の看護技術の標準化を図る看護手順を周知しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. ケアに必要な物品や医療機器が適宜使えるように管理しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. 訪問のための移動手段は整備されているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. 効率的な事務処理のための工夫がされているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. 自然災害時対応マニュアルがあるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. 管理者、スタッフは自然災害時対応マニュアルを周知しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ステーション名

氏名

| | | | | | |
|---------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 56. 医療看護過誤への対応として組織的な取り組みや職員への教育がされているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. 記録様式は必要な情報を含んでいるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. 社会資源、機器の利用に関する必要な情報を管理しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. 社会資源、機器の利用に関する必要な情報を提供しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. 訪問看護記録など定められた記録はガイドラインにそって適切に保管されているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. 主治医から治療や処置に関する指示を受けていますか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. 主治医に看護内容や利用者の療養状態をわかりやすく報告し指示内容に反映できるようにしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

II -3. 利用者(顧客)管理

| | | | | | |
|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 63. 関連機関との連絡・調整・支援が行われているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. 利用者の入院時や退院時に医療機関の職員と情報交換を行ってケアの継続性を維持できるようにしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. 関連サービス機関に訪問看護ステーションの存在役割を広く知らせるようにしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. 地域住民からの相談に対処できるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. 利用者からの相談に対処できるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. 利用者が苦情を言える体制があるか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69. 苦情を組織で共有できているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70. 組織として問題を分析し対処できているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71. 地域住民にステーションの存在役割を広く知らせているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III. サービス内容に関する評価**III-1. アセスメント**

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 包括的なアセスメントを行っているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 看護問題を抽出しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 症状についてアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 食事・排泄・清潔・睡眠・衣生活の状況をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 利用者の服薬管理についてアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 治療及び処置の必要性を判断するためのアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 日常生活動作能力評価(ADL)・身体機能評価(ROM)に基づき、生活動作能力をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 療養環境評価に基づき、住宅改造や介護用品導入についてアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. その人らしい生きがいを持てる生活についてアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 利用者の社会的交流及び社会参加についてアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ステーション名 _____ 氏名 _____

| | | | | | |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 11. 家族構成と役割をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 家族の健康管理をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 家族の介護負担をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 家族の関係性をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 利用者の精神的な苦痛や悩みをアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. 介護者の精神的な苦痛や悩みをアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. 利用者に今後起こりうることをアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 家族に今後起こりうることをアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. 感染の危険性をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. 利用者及び家族の介護知識・技術の習得についてアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 利用者及び家族のニーズに応じた社会資源・機器の利用をアセスメントしているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III-2. 計画

| | | | | | |
|---------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 22. 個別性のある長期目標・短期目標を設定しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. 利用者や家族の意向を把握し、利用者や家族の合意に基づいた看護計画を立てているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III-3. 実践

| | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| 24. 実践可能な具体策があげられているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. 計画に基づいて看護実践が行われているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. 各マニュアルに沿った実践が行われているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. 訪問時の状況に応じて看護実践が行われているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

III-4. 評価

| | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| 28. 看護サービスの結果を評価しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. 評価に基づき、計画を立て直しているか | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

訪問看護ステーションの概況調査票

貴ステーションについてお伺いします。

| | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ①訪問看護ステーション名 | | |
| ②設置主体 | 1.医療法人
2.社会福祉法人
3.看護協会
4.医師会
5.その他() | |
| ③開設後の経過年数 | ()年()ヶ月 | |
| ④職員の職種(非常勤も含む)

＊職種すべてに○をつけ、常勤と非常勤 別で
人数がわかる形でお答え下さい。 | 1.保健婦:常()人、非()人
2.助産婦:常()人、非()人
3.看護婦:常()人、非()人
4.准看護婦:常()人、非()人
5.理学療法士:常()人、非()人
6.作業療法士:常()人、非()人
7.介護職:常()人、非()人
8.事務職員:常()人、非()人
9.その他()人 | |
| ⑤訪問看護を行っている職員総数 | 1.常勤()人
2.非常勤(常勤換算で)()人
合計 1+2=()人 | |
| ⑥介護支援専門員(ケアマネージャー)の有無 | 1.いる
2.いない | |
| ⑦一ヶ月の訪問件数(H12年1月) | ()件 | |
| ⑧一ヶ月の利用者数(H12年1月) | ()人 | |
| ⑨24時間連絡体制加算の有無 | 1.有
2.無 | |
| ⑩重症者管理加算をとっている利用者の数(H12年1月) | ()人 | |

平成12年1月分の利用状況票(東京都届出)に記載されている利用終了者について、下記の表の()内に内訳数を記入してください。

| | 内訳 | | | | 計 |
|--------|------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|---|
| | 緊急な入院・入所 | | 計画的な入院・入所 | | |
| | 本人の問題
(病状悪化等) | それ以外の問題
(家族の病気等) | 本人の問題
(検査・治療等) | それ以外(レスパイトケ
ア・特養入所等) | |
| 自宅 | | | | | |
| 医療機関 | () | () | () | () | |
| 老人保健施設 | () | () | () | () | |
| 社会福祉施設 | () | () | () | () | |
| 死亡 | | | | | |
| その他 | () | () | () | () | |
| 計 | () | () | () | () | |

平成11年度厚生省老人保健事業推進費等補助金
介護保険制度下における訪問看護サービスの
質の評価・向上に関する研究

発 行 平成12年3月

主任研究者 川 越 博 美
聖路加看護大学地域看護 教授
〒104-0044 東京都中央区明石町10-1



