

平成 11 年度 厚生省老人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

訪問看護サービスの質の評価に関する研究

分担研究報告書

平成 12 年 3 月

分担班 班長 江川 隆子
(大阪大学医学部 教授)



分担班 構成

班 長 江川 隆子 大阪大学医学部保健学科 成人老人看護学講座 教授
(本委員会 委員)

班 員 木村 義 N E C 文教システム事業部 第二営業部、
(小委員会 研究員) 大阪大学医学部保健学科

" 中木 高夫 名古屋大学医学部保健学科 基礎看護学講座 教授

" 種池 礼子 京都府立医科大学医療技術短期大学部 教授

" 成田 伸 広島大学医学部保健学科 助教授

" 松波 美紀 岐阜大学医療技術短期大学部 看護学科 助教授

" 田中 マキ子 山口県立大学看護学部 講師

" 伊藤 美樹子 大阪大学医学部保健学科 地域看護学講座 講師

" 広瀬 チワ子 羽島市民病院 副院長兼看護部長

" 和田 良香 広島大学医学部付属病院 副看護部長

" 高沢 洋子 淀川キリスト教病院 訪問看護ステーション 所長

" 寺下 久代 (医) ペガサス 訪問看護ステーション 統括所長

" 笠岡 和子 国立循環器病センター 婦長

" 千葉 鐘子 大阪市立堺病院 婦長

" 今井 雪香 大阪大学医学部保健学科 成人老人看護学講座 助手

" 上原 淳子 大阪大学医学部保健学科 成人老人看護学講座 助手

" 河村 葉子 大阪大学医学部保健学科 成人老人看護学講座 助手

" 本田 育美 滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 助手

目 次

I. はじめに	1
II. 研究目的	2
III. 訪問看護の資質と技能に関する調査	
1. プロセスに注目した理由	3
2. 訪問看護の質の評価基準に関する検討	4
3. 方 法	
1) 調査期間	5
2) 調査対象	5
3) 調査内容	5
4) 調査方法	6
5) 分 析	6
4. 結 果	
1) 対象の概要	6
(1) 施設の概要	6
(2) 訪問看護婦の概要	8
(3) ケースの概要	9
① ケースの概要	9
② 褥瘡に関する身体的状況	11
2) 褥瘡リスク度の変化に影響する要因	16
5. 考 察	19
IV. 訪問看護の質評価に、なぜ褥瘡の視点が有効なのか	20
V. プロセス評価の課題	
1. プロセス評価の現状	22
1) 「日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン（成人・高齢者用）」 を用いた研究	23
2) OCS (Outcome Concept System)	24

2. 在宅ケアの質の評価の問題点	.....	24
3. プロセス評価の重要性と今後の課題	.....	24
VII. 質評価に対する考察	.....	26
1. 訪問看護の質評価の可能性について	.....	26
2. 質評価に対する考察	.....	27
3. 質評価に対する考察	.....	28
VIII. まとめ	.....	31
引用・参考文献	.....	32
[日本社会・政策学会 発表資料]		
訪問看護の資質と技能の測定の一考察		34

[資料]

- ① 調査依頼書
- ② 基礎情報シート
- ③ 訪問時情報シート
- ④ P S S T評価基準
- ⑤ ブレーデン・スケール評価基準

I. はじめに

ヘルスケアの質の向上は、セルフケア・システムに携わる看護職にとっても究極の目標である。従って、2000年4月から始まる介護保険下での訪問看護においては、さらに看護ケアの需要をはじめ、そのケアの質や費用対効果の評価を我々が追求することを期待されている。現在、様々な在宅ケア団体や施設、また研究組織では訪問看護ケアやそのサービス、設備等の評価開発を積極的に行っている。しかしながら、評価の視点をはじめ評価方法や評価基準については、統一した見解がみられていないのが現状である。

こうしたヘルスケアに対する「評価」は、日本だけでなく医療費の高騰が続く欧米においては非常に関心が高いだけでなく、様々な機関や研究組織によって評価基準や評価システムの開発が積極的に進められている。その中で評価の基礎としてドナベディアンの構造、プロセス、アウトカムが注目されているのは、周知の通りである。日本においてもドナベディアンが主張する構造や結果を、訪問看護ステーションやケア施設の評価に用いた報告が増えている。

しかし、病院施設や訪問で実施される看護ケアのプロセスについて評価されたものは少ない。とは言え、看護がより科学的かつ専門性の高い職業として認知され、また、特に訪問看護においてクライエントやその家族に看護ケアを積極的に選択してもらうためには、看護ケアのプロセスで何が起こっているのか論理的に証明される必要があるだろう。そうでなければ、どのような訪問看護ケアが保険の適応になるか、あるいは保険適応になるサービスはどのレベルまで拡大されるべきものなのかを明らかにするのは困難であろう。

そこで、今回は非常に複雑な判断システムを持つ看護ケアのプロセスの評価基準を明らかにすることを目的に研究に取り組んだ。確かに看護ケアのプロセスを見るといっても、定期訪問や逐次訪問および緊急訪問といった訪問の形態によっても看護ケアの内容や質、量や時間など非常に多様であることは言うまでもありません。しかし、プロセスの評価は、プロセスに非常に近い部分のアウトカムを継続的にデータ採取することで、プロセスで何が起こっているかを推定することが可能であると考える。そこで、ここでは逐次訪問の必要なクライエントであり、訪問看護でよく遭遇する「禿瘡」あるいはそのリスクに限定し、その看護ケアのプロセスを評価した。そして、看護ケアのプロセス評価基準およびアセスメント体制、第三者評価基準について検討した。

(江川 隆子)

II. 研究目的

介護保険による在宅サービスや介護事業者の運営規定には、事業者の責任において自己のサービスに対する自己評価が義務づけられている。このことは、すでに開始されている訪問看護に対して保険適応する上でも課せられる義務となるだろう。しかし現在、開発されている看護ケアに関する評価基準の多くは、作業時間や仕事量に視点をおいたものであり、複雑な看護判断や看護ケアのプロセスに対する評価基準、さらには利用者の看護ケアに対する満足度といった直接的な看護ケアに注目した評価基準は少ない。そのことは、訪問看護においてもリスクを伴う判断や看護サービスに対して看護者を消極的にさせていることが伺える。また、複数の専門家や家族がかかわる在宅ケアの中で、評価基準がないことで、さらに責任の範囲が不明瞭となり、事故や過失を誘発する原因となりうる。

訪問看護サービス、特に看護ケアのプロセスの評価基準を含む評価指標の開発は、介護保険適応のなかでどのような看護ケアをどの程度実施できるかの援助基準を明示することができる。さらに、訪問看護の専門性やケアの質の向上、また責任範囲を明確にすることが期待できる。

そこで、本研究では、褥瘡に対するケアのプロセスの評価基準を明らかにし、看護ケアのプロセスの評価基準を追求することを目的にした。

III. 訪問看護の資質と技能に関する調査

1. プロセスに注目した理由

訪問看護の質を評価するのに何故、プロセスの視点に注目したのかについて述べよう。ドナベディアンの三つの視点を引用するまでもなく、看護の質を評価するためにプロセスを抜きに考えることは、当事者である看護職にとっても不本意であることは間違いない。つまり、ある特定の時点における結果を評価されて、それだけから質を評価されるのであれば、患者や家族との人間的な関わりや、様々なリソースとの調整などの目に見えないプロセスを評価されないことにつながるからである。しかしプロである以上、ある程度の結果責任も負わなければならぬことも認めざるを得ない。この半ば相反する問題はどこから生まれるのであろうか。明らかに看護に関する研究開発の未熟さが1つ挙げられよう。医学のように、研究が進み成熟している領域に関して言えば、診断が下されればおおよそどのような診断経過を辿り、どのような治療計画が立てられて、どのような結果になるかを推し量ることが可能である。当然、医学においても研究が進まず未開発な領域においては、結果から推し量ることは非常に難しい。

しかしながら、看護が自立していくためにも勇気を持って、プロセスの評価に挑戦しなければならない。これに蓋をしている間は、結果責任を押し付けられることに甘んじなければならない。それなら果たしてプロセスの評価は可能であろうか。看護に限らず、クライエントを受け持つてから手が離れるまでの全てが、医療におけるプロセスである。特に訪問看護においては、クライエントが契約を解消したり死亡したりしない限り、全てがプロセスである。訪問していない時間に関しても含まれることは言うまでもない。そのプロセスを評価するためには、評価者が被評価者に同行しながら成り行きを見届けなければならない。施設看護においては、患者が施設内に限定されるので移動距離の点でも、スタッフの数の点でも評価することはある程度可能である。しかし、訪問看護においては通常1人の看護職が担当することが多く、複数だとしてもせいぜい2人であり、しかも移動距離も時間も長くなり、評価者が一定期間、同行することは甚だ難しい。

そこで考えたのが、継続的な記録を通して分析することにより、プロセスの良し悪しを推定しようという試みである。IT（情報技術）の発達により、携帯端末を比較的安価に手にすることが可能となった。訪問時に短時間でチェックすることが可能であれば、毎回訪問時に与えられた項目をチェックしていくだけで、自動的にデータが蓄積され、ある程

度で結果の評価や予測が可能となる。しかも、コンピュータ・ネットワークを利用して定期的に地区毎のセンターにアップロードすることができれば、同一地区内の他のステーションとの比較や、全国レベルでの比較が可能となり、ひいては自らのステーションの位置付けを知ることが可能となる。直接的にプロセスを評価するわけではないが、継続的なデータの採取によってプロセスの質を推定しようというわけである。また、二次的にではあるが、評価結果をもとにして自らのプロセスを見直すきっかけも起き、ゆくゆくプロセスの質が高まることにつながる可能性が高いと考えた。最も、これだけでは不充分であり自己満足的な入力をしないとも限らないので、クライエントのアウトカム評価と合わせて評価する必要がある。

2. 訪問看護の質の評価基準に関する検討

調査を開始するにあたり、調査内容について事前に検討を行った。

訪問看護サービスの質を評価においては、項目を挙げるだけでは、実質的な評価には結び付かない。具体的にどのように評価され、その評価に基づいてどのように改善するのかが問われる内容でなければならないと考える。例えば、目標を定め目標に向かって努力したけれども、結局患者にとっては変化がなかった、または悪化してしまった、というような評価では看護が報われない。しかし、看護職が自己満足に浸るような評価内容では当然意味がない。また、患者満足度を測定しようというのも現在の日本においては、時期が尚早である。患者側も看護職側も評価することに慣れていないため、お互いに気を使ってしまって正確な評価、客観的な評価ができないからである。

看護職は、患者の病態を把握しリスク管理や予防処置ができる存在である。そのため、単に現象を見て、決まり切った処置をするのとは明らかに異なる判断能力が要求される。その観点に立って評価法を考えると、病的リスクまたは外傷リスクに対してどれだけ予測と推論が行われ、その予測や推論に基づいてケアのプランニングができ、更にその成果を評価できなければならない。

以上のような考え方から、今回、訪問看護サービスの質を評価していくにあたって、訪問看護でいちばんリスクの大きい褥瘡、転倒、骨折といった問題の中から「褥瘡」を選び、図1に示すような構造図で質の評価をしていくこととした。

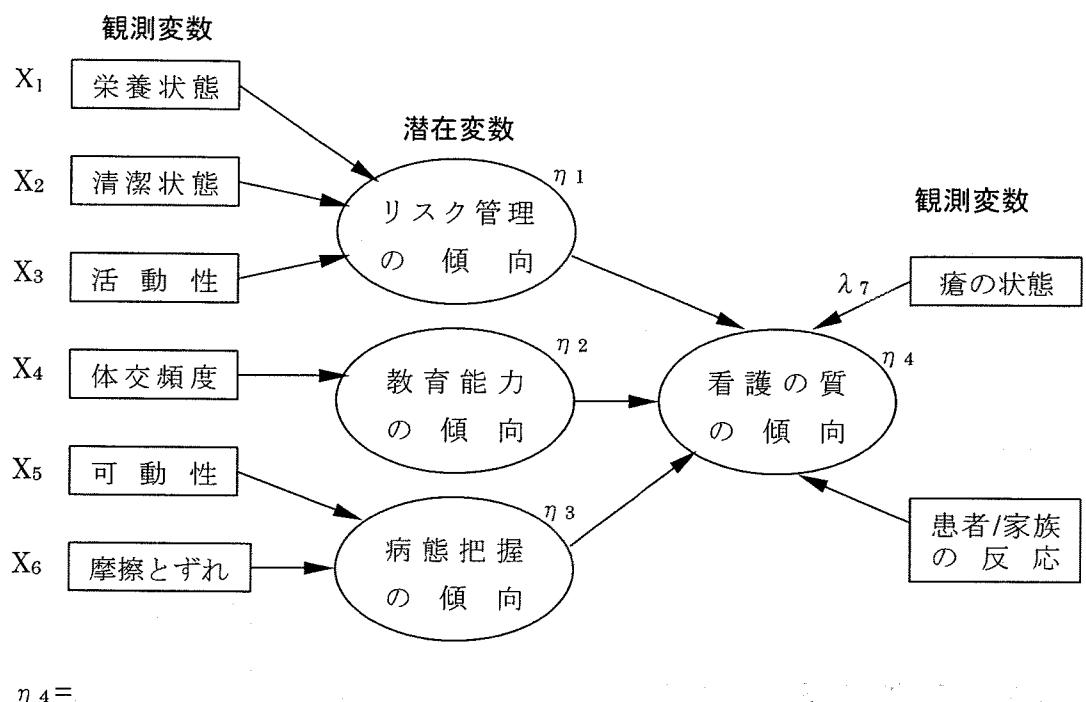


図1. 訪問看護の質を評価する構造図（褥瘡）

3. 方 法

1) 調査期間

平成12年1月～2月末

2) 調査対象

調査対象地区は関西中心で、中国、近畿、それから中部地方の協力可能な訪問看護ステーションとした。調査を行うにあたり、事前に施設長に本調査に関する趣旨および内容、調査協力に対する報酬について説明し、調査への依頼を行った。そして、調査協力への承諾の得られた施設および訪問看護婦とした。

3) 調査内容

調査の項目は、看護を提供する側の状況と、提供された看護を受けた成果を反映すると

される患者の状態の変化という2つの視点から成り立っている。

訪問看護婦に対する課題という点で、施設および訪問看護婦に対しては、この度新たに訪問看護に「必要な知識」「必要な判断とその内容」「必要な技術とその内容」「必要な管理とその内容」という視点で独自に作成した〔資料1〕。

また、利用者に提供されたサービスの成果に対する評価という点では、訪問看護で一番リスクの大きい褥瘡、転倒、骨折といった問題の中から「褥瘡」を選んだ。そして、利用者の状態を評価する尺度として、褥瘡状態については、「ブレーデン・スケール」「褥瘡状態判定用具（PSST : Pressure Sore Status tool）」を用いた。また、さらに褥瘡リスクの評価に重要となってくる栄養状態等については、アイオワ大学が開発したNOC（Nursing Outcomes Classification）¹⁾の中から、褥瘡に関するリファレンスが載っている項目を抜き出し、それを調査項目の中に入れた。

4) 調査方法

訪問看護を受けた利用者の状況について、その訪問に携わった看護婦によって回答するという方法にて行った。そのため、調査期間中に継続してサービスを利用するケースについては、最大5回までの訪問状況について評価を行った。調査票は郵送にて回収した。

5) 分析

統計値の表記は、mean±SDで示した。統計的解析には、グループ間の違いについて、数量化II類を用いて分析した。

4. 結 果

1) 対象の概要

(1) 施設の概要

本研究に協力の得られた訪問看護ステーションは、16施設であった（表1）。16施設の内、医療法人が設置主体となっている事業所が9施設（56.3%）であった。また、開所からの年数では、3年未満の事業所は、3施設（18.8%）あり、そのうち2施設が1年未満となっていた。事業実績では、1週間あたりの訪問看護件数は、50件未満の事業所は、5施設（31.3%）であり、16施設における1週間あたりの訪問件数は、83.2±73.6件〔Range；4-267〕であった。事業所のスタッフ数では、7.1±5.4人〔Range；2-20〕であり、訪問看

表1. 施設の概要

施設	設置主体	開設期間(月)	訪問件数(件)	スタッフの体制					看護職の勤務形態
				スタッフ総数 (人)	看護婦	准看護婦	PT/OT	その他	
A 医療法人	13	95	7	6	0	1	0	0	常勤 1
B 医療法人	52	50	5	4	0	1	0	0	常勤 2
C 医療法人	55	70	6	6	0	0	0	0	常勤 3
D 医療法人	7	24	4	4	0	1	0	0	非常勤 1
E 医療法人	93	160	16	5	6	3	2	2	9
F 医療法人	50	98	4	3	0	0	1	1	4 0
G 医療法人	48	40	4	4	0	0	0	0	4 0
H 医療法人	240	10	3	3	0	0	0	0	2 1
I 医療法人									
J 医師会	57	180	20	17	2	0	3	3	15 5
K 医師会	83	267	13	9	4	0.5	0	0	2 11
L 公益法人	55	65	7	5	0	1	1	1	4 3
M 公益法人	43	65	4	2	0	0	2	2	4 0
N 公益法人	46	37	2	2	0	0	0	0	2 0
O 地方公共団体	7		4	4	0	0	0.3	0.3	3 1
P 地方公共団体	60	4							
Mean	60.6	83.2	7.1	5.3	0.9	0.5	0.7	0.7	4.1 2.6
SD	55.2	73.6	5.4	3.8	1.9	0.8	1.0	1.0	3.3 3.5
Range	7-240	4-267	2-20	2-17	0-6	0-1	0-3	0-3	2-15 0-11

そして、看護職以外のスタッフの職種について、理学療法士あるいは作業療法士がいる事業所は6施設(37.5%)であり、その他の職種を雇用している事業所も6施設(37.5%)であった。

(2) 訪問看護婦の概要

16施設より、調査協力の得られた看護婦は38名であった(表2)。看護婦の平均年齢は 38.1 ± 7.7 歳であり、平均看護経験歴は 170.4 ± 82.9 ヶ月、平均訪問看護経験歴は 34.9 ± 33.7 ヶ月であった。

表2. 看護婦の背景

(n=38)

年齢	(歳)	38.1 ± 7.7	[24-56]
看護歴	(月)	170 ± 82.9	[24-384]
訪問看護歴	(月)	34.9 ± 33.7	[2-180]
勤務形態	常勤	27	(71.1 %)
	非常勤	9	(23.7 %)
看護経験 (複数回答)	地域看護(保健婦)	1	(2.6 %)
	福祉施設	5	(13.2 %)
	成人内科系	30	(78.9 %)
	成人外科系	24	(63.2 %)
	小児・母性	17	(44.7 %)
	精神	4	(10.5 %)
ケースの理解	十分把握(頻回訪問)	0	(0.0 %)
	だいたい把握(何度か訪問)	1	(2.6 %)
	把握不十分(数回訪問)	15	(39.5 %)
	把握していない(初回に近い)	21	(55.3 %)
褥瘡研修 受講経験	あり	22	(57.9 %)
褥瘡ケアへの 自信	大変自信がある	1	(2.6 %)
	まあまあ自信がある	22	(57.9 %)
	あまり自信がない	14	(36.8 %)
	全く自信がない	1	(2.6 %)

勤務形態は、27名（71.1%）の看護婦が常勤であり、非常勤で勤務している者は9名（23.7%）であった。

看護婦のこれまでの看護経験領域としては、成人内科系での勤務経験を有する者が一番多く30名（63.2%）であり、次に成人外科系での勤務を経験している者24名（63.2%）となっていた。

訪問したこの度のケースに関する理解の程度については、「（すでに頻回に訪問し）十分把握している」と回答している者はおらず、（何度か訪問しているが）「だいたい把握」「把握不十分」と回答している者が16名（42.1%）であり、「（初回訪問のため）把握していない」と回答している者が21名（55.3%）と過半数を超えていた。

褥瘡に関する知識およびケアに対する自信については、これまでに褥瘡に関する研修への受講経験が「あり」と回答した者は22名（57.9%）であった。そして、褥瘡ケアへの自信について、「大変自信がある」「まあまあ自信がある」と回答した者が23名（60.5%）であり、「あまり自信がない」「全く自信がない」と回答した者が25名（39.4%）であった。

(3) ケースの概要

① ケースの概要

今回38名の看護婦が訪問したケースは、56名であった（表3）。評価の対象となったケースの平均年齢は 79.3 ± 15.7 歳であり、女性が36名と約6割を占めていた。

訪問の理由となった利用者の身体的状況としては、「高齢者」であるという状況が一番多く44名（78.6%）であり、次いで「重度身体障害」であるという状況が22名（39.3%）であった。そして、看護婦の訪問目的は、「医療処置」のためが一番多く24名（42.9%）であり、次いで「状態観察」「褥瘡処置」のための訪問が20名（35.7%）であった。訪問の頻度は、1週間に1～3回という状況であった。そして、1回の訪問にかかった時間は、平均 62.2 ± 19.0 分であり、そのうち実際のケアに費やされた時間は、平均 15.0 ± 7.7 分であった。

表3. ケースの概要

(n=56)

年齢	(歳)	79.3 ± 15.7	[2-101]
性別	男	18	(32.1 %)
	女	36	(64.3 %)
訪問理由 (複数回答)	高齢	44	(78.6 %)
	痴呆・精神疾患	13	(23.2 %)
	難病	3	(5.4 %)
	終末期	2	(3.6 %)
	重度身体障害	22	(39.3 %)
	その他	13	(23.2 %)
訪問目的 (複数回答)	医療処置	24	(42.9 %)
	状態観察	20	(35.7 %)
	褥瘡処置	20	(35.7 %)
	保清(清拭)	13	(34.2 %)
	入浴介助	11	(28.9 %)
	リハビリ	6	(15.8 %)
	家族指導	6	(15.8 %)
	尿管管理	7	(12.5 %)
	経管栄養/胃瘻管理	4	(7.1 %)
	医療機器管理	3	(5.4 %)
	排便処置	1	(1.8 %)
訪問頻度	(回／週)	1.7 ± 0.9	[0.5-3]
	2／月	7	(12.5 %)
	1／週	18	(32.1 %)
	2／週	16	(28.6 %)
	3／週	12	(21.4 %)
訪問時間	(分)	62.2 ± 19.0	[20-110]
ケア時間	(分)	15.0 ± 7.7	[5-30]

② 褥瘡に関する身体的状況

今回、看護婦によって評価された、ケースにおける褥瘡の発症リスク部位とそのリスク度、および褥瘡状態判定結果について、図2～4で示した。

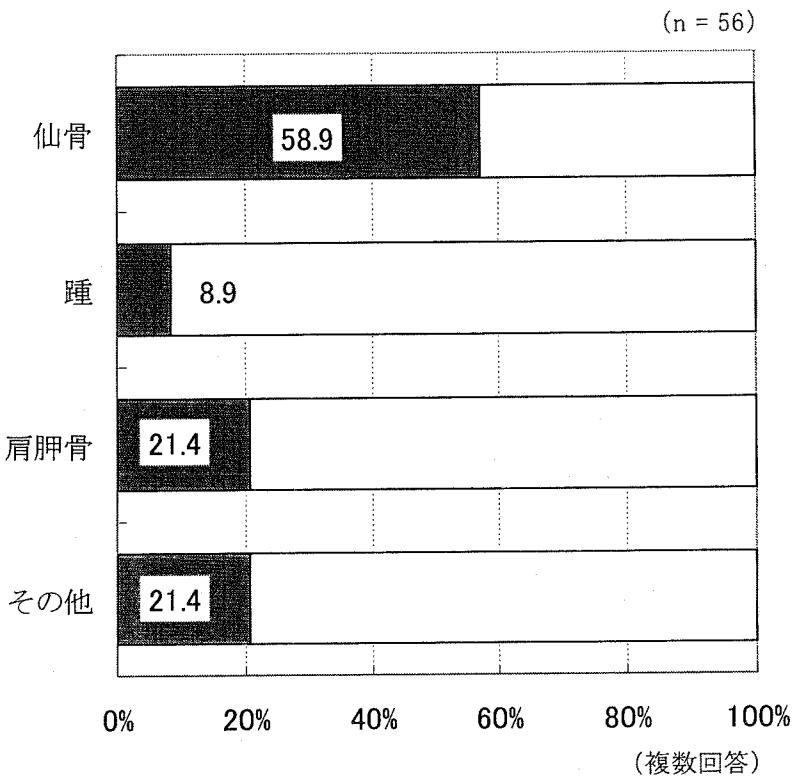


図2. 褥瘡リスク部位

褥瘡の発症リスク部位として、一番多く判定されていた部位は「仙骨部」で33名(58.9%)のケースにみられた。次いで、「肩胛骨部」に褥瘡の発症リスクがあると判定されたケースは12名(21.4%)であり、「その他」の部位にも発症リスクがあると判定されたケースも12名(21.4%)であった。

実際に、ブレーデン・スケールを用いて判定されたケース全員の褥瘡リスク状態の内訳を図3に示した。ブレーデン・スケール値が、褥瘡の発症リスクがあるとされている「14点以下」であった者は29名(51.8%)と過半数を占めていた。また、褥瘡状態についての評価を示したPSST得点では、「55点以上」と最も重度のグループに属する者は12名(21.4%)であった(図4)。一方、「褥瘡がない」あるいは「軽度の褥瘡」を示す「24点以下」であった者が一番多く21名(37.5%)であった。

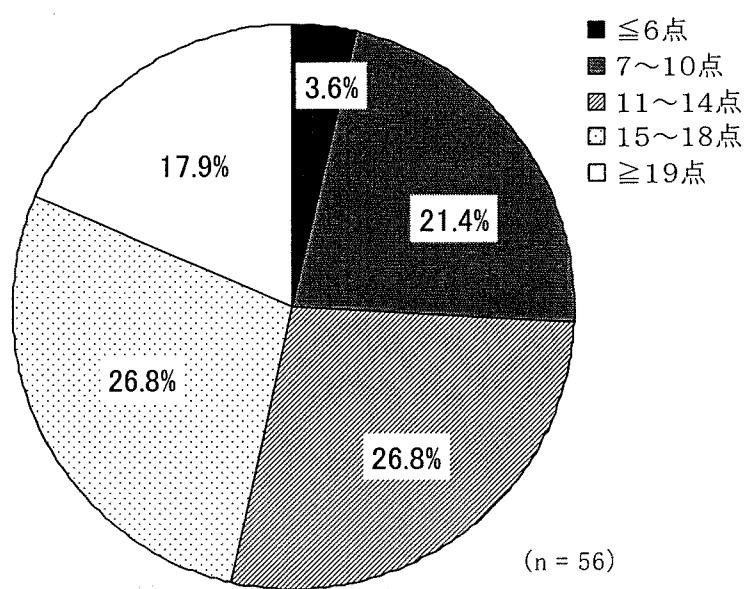


図3. 褥瘡リスク状態判定結果(ブレーデン・スケール)

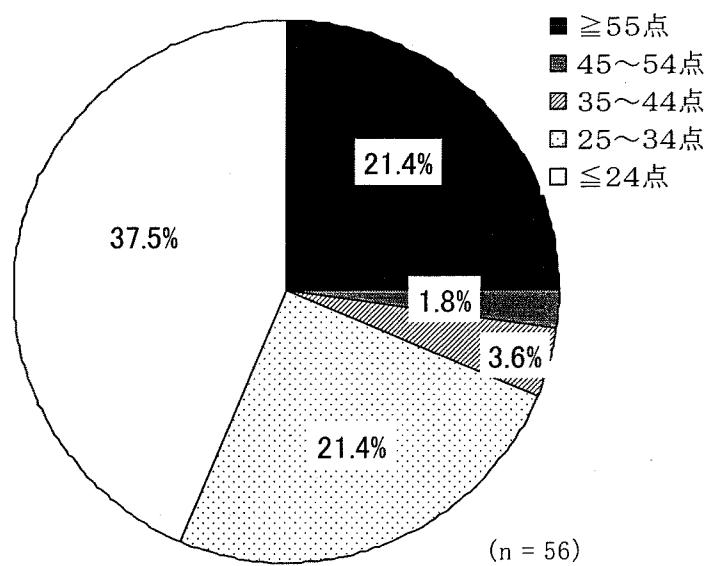


図4. 褥瘡状態判定結果 (PSST)

次に、褥瘡の発症リスクを評価していくにあたりに重要となってくる身体状態のうち、栄養状態の評価結果について図5示した。すべての「経静脈的水分」以外のすべての項目で、「普通」と判定された者が多かった。一方、経口での栄養摂取状況に関するすべての項

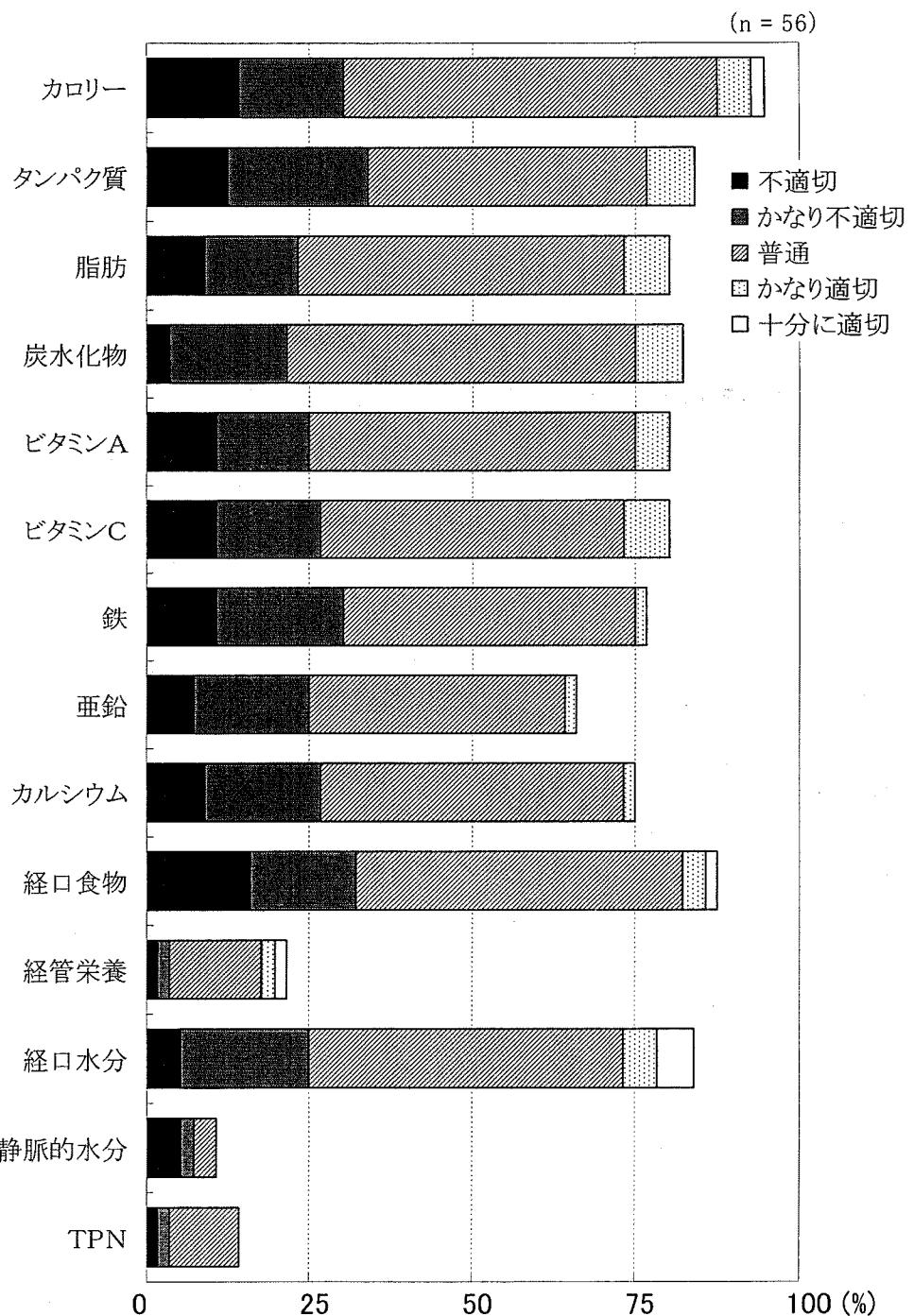


図5. 栄養状態の評価状況

目において、約4分の1に当たる者が「不適切」あるいは「かなり不適切」と評価されていた。その中でも、「不適切」と評価された者は、「経口食物摂取量」では9名(16.2%)、「摂取総カロリー量」で8名(14.3%)、「タンパク質摂取量」で7名(12.5%)であった。

また、血液(生化学)検査の中の栄養状態に関する項目について、判定状況を図6に示した。何らかの血液検査に関する結果について、情報把握がされているケースは23名(41.1%)であった。23名の中で、血液検査の値が正常であった者は5名(21.7%)であり、残りの18名は、程度の差ことあれ、何らかの異常値がみられていた。

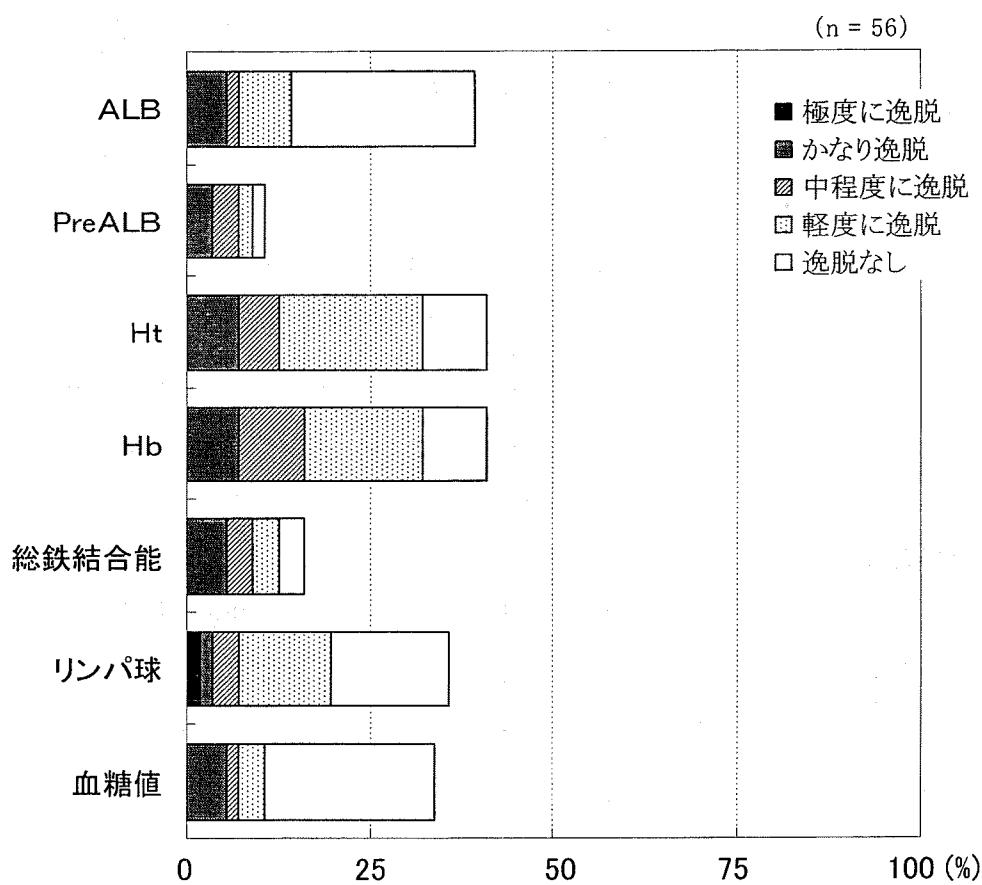


図6. 血液(生化学的)検査の状況

さらに、栄養状態を反映する体容積に関する情報について、その判定結果を図7に示した。体重などに関する情報について、把握されていたケースは25名(44.6%)であった。いずれの項目とも、「正常からの逸脱」が確認された者は、25~32%程度占めており、中でも「体重」について「極度に逸脱」または「かなり逸脱」と評価された者は、1割の6名であった。

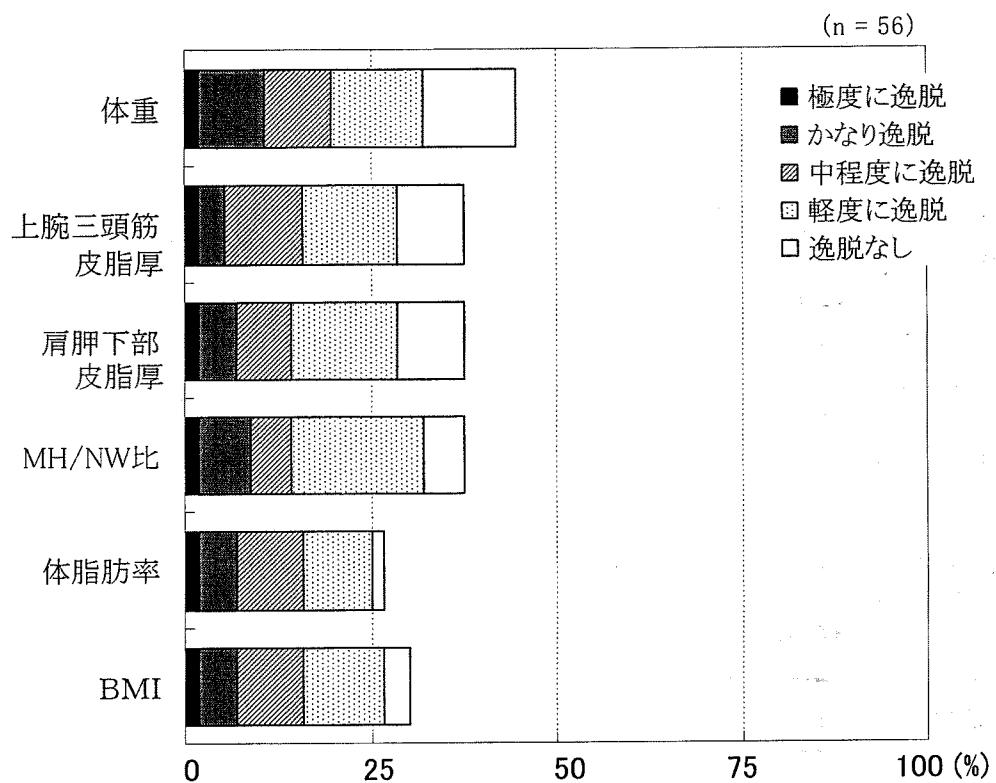


図7. 体容積の評価状況

2) 褥瘡リスク度の変化に影響する要因

ブレーデン・スケールを用いて、各ケースの褥瘡の発症リスクおよび状態について、変化の様相別に、「回復」「変化なし」「悪化」と評価し、それぞれ3つのグループに振り分けた。そして、褥瘡経過の違いに影響する要因について分析を行った。

看護婦側の項目として、「施設」「年齢」「臨床看護歴」「勤務形態」「ケース理解」「褥瘡研修受講経験」の6つ、ケース側の項目として「年齢」「性別」「栄養状態」の3つを取り上げた。そして、すべての項目について投入し、褥瘡の経過について判別分析を行った。すべての項目に関するカテゴリ数量を表4に示し、その時の判別式での各ケースの散布図について、褥瘡経過群別に図8に示した。

表4. すべての項目を投入した場合のカテゴリ数量

項目	カテゴリ数量	度数	範囲
施設 [A]	-2.386	4	
施設 [B]	0.768	1	
施設 [C]	-1.046	2	
施設 [D]	1.423	2	5.110
施設 [E]	-3.687	1	
施設 [J]	1.352	9	
施設 [O]	-0.154	3	
看護婦年齢 (y)	-0.016		
看護歴 (y)	-0.010		
訪問看護歴 (y)	0.010		
ケース理解	-0.305		
勤務形態 (非常勤)	0.568	12	1.250
勤務形態 (常勤)	-0.682	10	
褥瘡研修 (なし)	-0.174	16	0.640
褥瘡研修 (あり)	0.465	6	
利用者年齢 (y)	-0.002		
性別 (男)	0.245	5	0.318
性別 (女)	-0.072	17	
栄養 (かなり不適切)	-1.016	9	
栄養 (普通)	0.894	12	2.480
栄養 (十分適切)	-1.586	1	

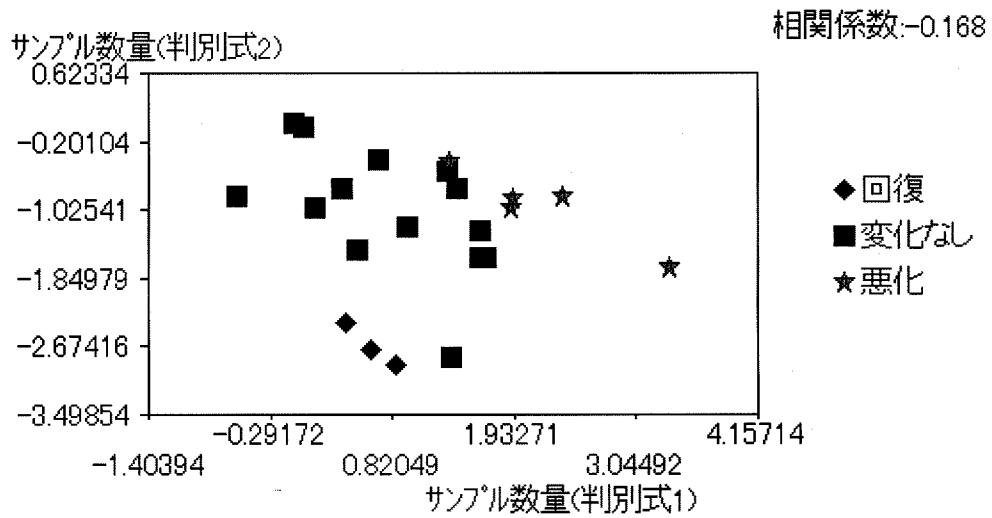


図8. 褥瘡の経過別にみたケースの分布状況（すべての項目）

カテゴリ数量をみると、数量値が負（-）となった「施設 A」「施設 C」「施設 E」「栄養状態」は-1以上の値となっており、褥瘡の悪化に寄与していた。一方、「施設 D」「施設 J」は数量値が1以上の正（+）の値となっており、回復に寄与していた。

さらに、項目を「施設」「勤務形態」「ケース理解」「ケースの性別」「栄養状態」の5つに絞り分析した。その結果、カテゴリ数量を表5に、判別式を表6に示し、その判別式を用いた場合の各ケースの散布図について図9に示した。

5つの項目に整理した場合、カテゴリ数量をみると、数量値が-1以上の負（-）となったのは、「施設 A」「施設 C」と「ケース理解（把握していない）」「栄養状態（かなり不適切）」で、褥瘡の悪化に寄与していた。一方、数量値が1以上の正（+）となったのは、「施設 D」「施設 J」と「ケース理解（だいたい把握）」で、褥瘡の回復に寄与していた。また、数量値が1未満の値ではあったものの、勤務形態については「常勤」はプラスに、「非常勤」はマイナスの数値となっていた。

さらに、判別式1においては、固有値が0.904という値であった。各ケースの散布図をみると、褥瘡の経過の状況別に、分布状況が分かれるという結果となった。

表5. 項目を選択し投入した場合のカテゴリ数量

項目	カテゴリ数量	度数	範囲
施設 [A]	-2.410	4	
施設 [B]	0.736	1	
施設 [C]	-0.456	2	
施設 [D]	2.688	2	7.403
施設 [E]	-4.715	1	
施設 [J]	1.094	9	
施設 [O]	0.135	3	
勤務形態 (非常勤)	0.536	11	
勤務形態 (常勤)	-0.590	10	1.126
ケース理解 (だいたい把握)	1.369	9	
ケース理解 (把握不十分)	-0.691	10	4.078
ケース理解 (把握していない)	-2.709	2	
性別 (男)	0.076	5	
性別 (女)	-0.024	16	0.100
栄養 (かなり不適切)	-1.294	9	
栄養 (普通)	0.971	12	2.265

表6. 項目を選択した場合の判別式

サンプル名	固有値	寄与率	累積寄与率
判別式1	0.904	0.629	0.629
判別式2	0.533	0.371	1

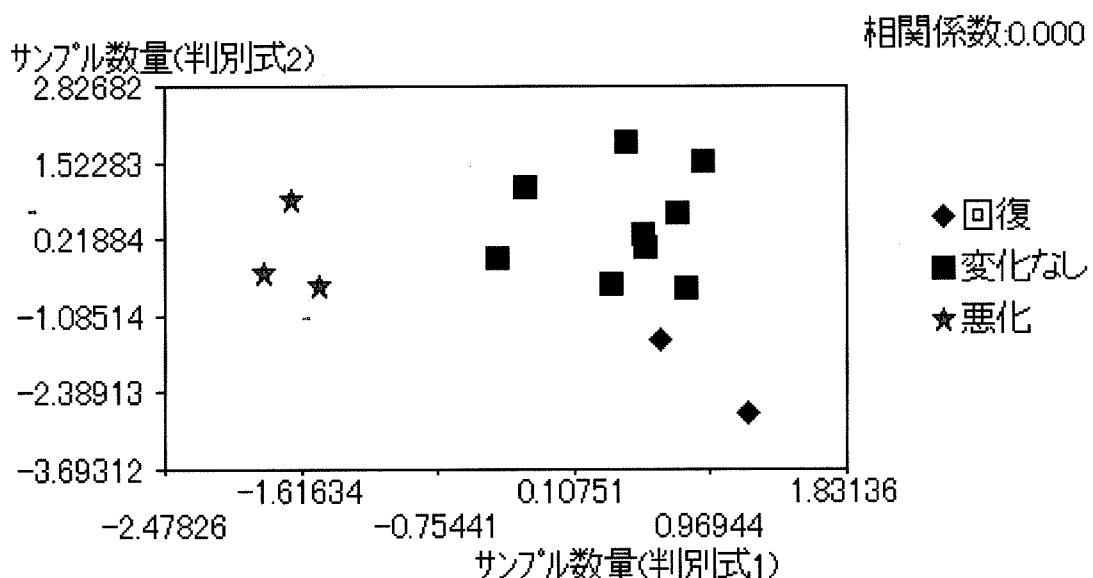


図9. 褥瘡経過別にみたケースの分布状況（選択した項目のみ）

5. 考 察

今回、褥瘡の経過状況を「悪化」「変化なし」「改善」の3段階にて評価分類を行い、このような経過に影響を及ぼす要因について、数量化II類の手法を用いて分析を行った。その結果を見ると、カテゴリ数量が負（マイナス）に大きな数値で示されたものほど、褥瘡の悪化に寄与していることが示された。

褥瘡の悪化に影響する要因として示された施設Aと施設Cの2施設について、1つは訪問看護ステーションの事業者、つまり個人経営の訪問看護ステーションであり、もう一方は医療施設で大規模病院の附属の訪問看護ステーションであった。この2つの施設のケースで悪化がみられた。それから「ケース理解の状況」についても、ケースの状態をどれだけ把握しているかという指標で検討を行ったが、ケースについて把握できていないほど、褥瘡が悪化していることが見出された。そして、「栄養」については、「不適切な栄養状態」の場合ほど、悪化していることが見出された。「勤務形態」としては、「常勤」ではなく「非常勤」の看護婦が訪問していたケースの方が明らかに悪化しているという結果がみられた。項目間で比較してみると、施設によって褥瘡経過への影響力の差が大きいことが示された。これは、褥瘡ケアが適切に行われている施設では非常に良い経過となっていて、反対に、できない施設では悪化させているといって良い程、大きな差となって示されるという結果ともいえる。次に、「ケース理解」「栄養状態」という項目が、褥瘡経過に影響をもたらす指標として顕著に浮かび上がってきた。特に、判別式の説明力については、グラフからでも見てもわかるように、3つのグループがかなりきれいに分かれる結果であったということと、さらにその固有値が1に近いということである。これは、訪問看護事業が未熟であるという点が反映したことであり、そして非常勤勤務者の看護職の技術力強化が望まれるということが、課題として考えられた。それには多くの条件を付加する必要はあるが、パート看護婦の技術力強化が重要になってくると考える。

また、評価尺度（ブレーデン・スケールやP S S Tなどのツールなど）に対する知識を高めていく必要があるとも考えられる。

（木村 義，本田 育美）

IV. 訪問看護の質評価に、なぜ褥瘡の視点が有効なのか

少子・高齢社会の伸展や介護保険制度の制定は、医療の場を、施設内から地域・在宅といった施設外へシフトしている。こうした変化は、施設内医療において医療従事者の観察という行き届いた管理下に置かれていた患者を、施設外医療の拡大に基づき患者あるいは患者・家族の責任や自覚によって「自立した管理」へと誘うものであり、医療者の関わり方のみならず医療の在り方を大きく方向転換するものである。

このような時代を背負う保健医療社会は、現在の医療の質を図るのみならず、今後の医療の姿あるいは改善されなくてはならない問題をクローズアップする課題を担っており、今後益々伸展するであろう超高齢社会にあって、どのような展開が可能となるか模索することも重要となってくる。そこで、医療施設と地域・在宅をつなぐ、あるいは地域・在宅と医療施設をつなぐ役割を果たす、訪問看護婦の在り方や質は、重要な側面を担うものではないだろうか。疾病の重篤化や新たな障害を起こすことなく、医療機関へのフィードバックを未然に防ぐことなど、求められる役目として重責を持つと考える。こうした意味において訪問看護婦の役割や機能、つまり質を評価することは、これから保健医療社会において、ボトムアップするために必要であると同時に、来るべき超高齢社会における医療・看護の在り方を示唆するためにも重要と考える。

それでは、どのような視点から訪問看護の質評価を行うことが必要なのであろうか。本調査では褥瘡ケアについての看護者の諸能力をとりあげることとした。褥瘡は、古くて新しい問題であるが、褥瘡裁判の結果にもみられるように、看護者にその責任が置かれるとともに、医師にとって替われる専門性の高さと内容を持つものである。なぜならば、何よりもまず、褥瘡発生あるいは改善は医療と看護の質を代表するものであるからである。

まず、地域・在宅治療やケアが伸展する影には、褥瘡発生の増加が懸念される。医療の場が地域・在宅へシフトしつつある現実は、専門的マンパワー介入の機会の減少（不足）を生じる。マンパワーの不足は、2時間おきに必要な体位変換を困難にし、同一部位への持続的圧迫を機会的に回避することを障害する。このことは、看護婦人員が少なくなる老人病院にあっては、褥瘡患者が全体の20%を占める病院も珍しくはないという実態報告からも指摘できる²⁾。次に、褥瘡治療やケアは近年急速に変化しており、その考え方や方法は著しく進歩し、新しい学習と理論的根拠に基づいた実践が必要とされる。つまり専門看護婦としての、専門性の深化を問われる側面を有するということが挙げられよう。「創」の

状態を科学的かつ分析的に評価するためのスケール使用（リスク・アセスメント能力）や、創傷変化のアセスメントと治療効果へのアセスメントなど、褥瘡に対する専門的な観察能力を要する。

最後に、褥瘡は医師があまり興味を示さない領域であり、治療・ケアの大半が看護者側の主体性（意欲）に任される傾向が大きく、状態の診断と的確な実施が必要とされる。事実医学部の教育では、褥瘡についての講義が行われることではなく、褥瘡については看護者サイドの問題として捉えられる傾向が強くなっている。こうした状況を反映して、褥瘡の治療や研究は、看護婦によって積極的に進められてきた経緯もある。

このような意味から、褥瘡は種々な面から医療と看護の質評価を代表する指標と成り得ると同時に、実践者である看護者の質評価にも匹敵するものなのである。知識・技術、判断・実践能力そして看護者の価値観、さらに無関心である医師をどのように引き入れるか、あるいは知識も経験のない患者並びに患者家族にどのように指導していくかなど、総合的な教育・マネージメント能力が要求されるのである。

質・量の伴った看護や介護が求められる今日、褥瘡ケアはその看護実践の有効性を測定する上でも、日常生活に密着した古くて新しい問題であり、そのケアにあたっては看護の基本を示すものである。また、その考え方や技術内容において著しい変化が見られることから、看護技術が経験や勘に頼って行われるものではなく、新しい真実つまり科学的根拠に基づいて行われるものであることを証明するものもある。褥瘡ケアには、医療の現実問題と今後の課題がリンクされており、看護・介護者の現状を開拓できる機転（発想の豊かさや）や教育と意欲の連鎖、また科学的根拠に基づく予防と治療への積極的参加、看護専門職としての自己実現への示唆など、多くの課題が盛り込まれているのである。

このように褥瘡ケアに対する考え方や実際の方法は、なべて専門職としての能力を図るものである他、看護専門職としての自己実現へも通じる大きな課題を包含する。このような意味から、訪問看護の質評価において、褥瘡ケアに関わる総合的なアセスメント能力を評価することは、看護の質に関わる専門性評価にも通じるものであると考える。

（田中マキ子）

V. プロセス評価の課題

ここでは、本研究において重要となっている、プロセス評価における現状と課題について述べる。まず近年、医療、特に在宅ケアの分野ではその「プロセス」はどのようにとらえられ、そして評価されているのかという現状に触れ、その現実を受けて今後我々がプロセス評価についてどのような課題を感じているかを述べる。

1. プロセス評価の現状

Donabedian は、医療の質を「構造 (structure)」「過程 (process)」「成果 (outcome)」の三つの要素に分類している⁸⁾。Donabedian のこの三要素は医療界に広く適応されるものであるが、在宅ケアにおいては、「構造」：看護婦数、在宅ケア機関の運営・管理に属するもの、「過程」：実際の医療提供状況の過程を評価するもので、担当看護婦が利用者に提供する看護ケアすべて、「結果」：提供した看護が利用者にとって効果があったか⁸⁾、と言われている（ただし、Donabedian はアウトカムの中には提供されたヘルスケアの影響を受けないものがありえることにも注意を喚起している）。

三要素のうち、今回注目する「過程」について、もう少し触れたい。Donabedian のモデルにおける「プロセス」の定義⁸⁾は、

- ・ ケアのタイプ：在宅で看護職／その他の職種により提供されるケアの重点部分・焦点。
- ・ 介入：セルフケア力の促進・強化するためにプロの看護職、ヘルステームメンバー、クライアント、家族によってとられる活動

とされている。1990 年にはホームヘルスケアのための看護モデルを提唱した Albrecht⁹⁾によって、

- ・ ケアのコーディネーション：継続のためのプロの看護職によるケースマネジメントおよび在宅での包括的サービス

という側面も付け加えられている。端的に述べれば「プロセス」とは「ケアそのもの」であるということだが、「ケア」の中には、アセスメント、ケアプランの策定も含まれる。利用者に直接提供される「ケア」は利用者の「満足度」という形で測定したり、その「ケア」の目標が達成されたかどうかで評価することが可能だ。が、「アセスメント」「ケアプラン」はどのように評価されるべきだろうか。

現在の日本のように高齢化社会が急速に進むなか、重要な位置を占めるようになってきた在宅ケアにおいて、その質を明確にし、向上につなげて行くことが早急に必要になってきている。そして質の評価として「アウトカム」を評価することが_A さまざまなアセスメントツールを使用しながら多く試みられている。ここでは特に、プロセスの重要な部分であると思われるアセスメント・ケアプランがアウトカムの評価に用いられている既存の文献を、プロセス評価の現状として紹介する。

1) 「日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン（成人・高齢者用）」¹⁰⁾を用いた研究

「日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン（成人・高齢者用）」¹⁰⁾は 1996 年に日本訪問看護振興財団が公表し、1997 年には改訂している指標である。島内ら¹¹⁾は、このアセスメント票を採用している 74 施設で調査を行った。この研究では、各利用者に出現するニーズに対して、どのようなケア視点（アセスメント・看護介入）で看護を提供していたか、また、ケア視点を用いるとニーズ解決率に影響を与えるか、を調査した。ケア視点とはアセスメントに関する項目 5 項目（例：危機的状態発生可能性の予測）、介入に関する項目 8 項目（例：本人への直接的技術提供）を採用している。結果として、ケア視点の利用率が高いほどニーズの解決率も高かった¹¹⁾。この調査での、「ケア視点」の特にアセスメントの項目は、在宅ケアの「プロセス」において利用者に直接「ケア」として供給される以前の見えにくい部分を表している。そして、その「ケア視点」を用いた結果ニーズが解決された、ということはアウトカムを評価（「ニーズの解決」という形で）するとともに、プロセスも評価するといえよう。

また同研究者らは、訪問看護サービスの利用対象者の身体・精神状態などの変化の把握から訪問看護の質をチェックすることにも挑戦した。具体的方法としては、訪問看護サービスの対象者のニーズ項目について、対象者に対する発生率が 25%以上でありかつ、ニーズの解決率が 40%以上の項目、11 項目を選定し、その項目ごとにアセスメント項目も設定した。それらのアセスメント項目を一定期間ごとに比較することで事例の変化を評価し、アウトカムを測定可能とした。状態変化からのニーズの変化を捉えることは、プロセスにおいて重要なことである。

2) OCS (Outcome Concept System)¹²⁾

OCS は、1990 年に FAI (Functional Assessment Instrument : 機能評価用具) に基づいて開発された。測定するものは、「健康状態」「知識の状態」「技術状態」である。これは測定するのみでなく、この 3 つに関してケアプランも作成する。OCS の利点として、利用者をアセスメントしたらそれをケアプランに結びつけることができるということと、サービス終了時に状態の変化と共に、ケアプランも評価できるところであろう。

2. 在宅ケアの質の評価の問題点

施設におけるケアの質の評価にくらべると、在宅ケアは長期に及ぶため提供されたケアと無関係の要素を除外するのがむずかしい。期間が長くなれば長くなるほど介入の効果を測るのが難しくなる。また、アウトカム（患者の状態の変化）から質を評価することについても、アウトカムの良し悪しは、医療サービスばかりでなく、患者自身がそれもつているもともとの性質によって規定されるので、後者の影響を取り除いた上で評価することは非常に困難である。

冒頭で述べたように、医療の質を評価するためには Donabedian の三要素が広く用いられているが、その三要素からアプローチすることも弊害は考えられる。質に関して、過程（プロセス）から評価する場合、誤ったケアの提供が行われたからといって、常に悪い結果（アウトカム）がもたらされるとはかぎらないし、また逆に結果（アウトカム）がよかつたからといって過程（プロセス）の効果として評価できるとも限らない面もあるからだ。

3. プロセス評価の重要性と今後の課題

今まで述べてきたことをふまえ、プロセス評価の重要性と今後の課題について触れる。今後在家ケアにおいては、身体的・精神的・社会的な健康問題にむけて、積極的な予防活動を行ってゆくことが期待される。そのようななかで、ケアによって目に見える効果が現れるということよりも、「現状維持」ということが評価されてゆくだろう。特に看護では、医療のように薬剤効果が期待できたり、手術により患部を切除して治癒するといった明白な治療効果は期待できないことが多いため、在家ケアにおける「現状維持」のための看護の評価は重要である。

「現状維持」にいたったプロセスを的確に評価し、フィードバックすることは、よりよいケア提供の一手段として有効であろう。ところで、多くの評価基準で言われているよう

に、利用者本人によるサービスの評価は重要であるが、利用者側からだけの評価では、在宅ケアの質を評価するには限界があると思われる。なぜなら、アウトカムを導き出すプロセスは、目に見えにくいことが多く、利用者からは評価しがたいと考えられるからである。今後の在宅ケアの質向上において、実用的で第三者評価できるプロセス評価基準の開発の必要性は高いと考える。

(河 村 葉 子 , 今 井 雪 香)

VII. 質評価に対する考察

1. 訪問看護の質評価の可能性について

今回の研究は、ドナベディアン¹³⁾が提案する看護の質評価のうち、過程（プロセス）を評価しようとした。測定したデータ自体は、1回の訪問毎のケアの結果であったが、測定を継続的に積み重ねることでケアの結果の向上あるいは悪化を証明し、そこで行われたであろう看護ケアのプロセスがよかつたかどうかを推測によって評価しようとしている。

訪問看護の質評価において、プロセスの評価は難しい。病棟における看護であっても同様である。その中で画期的なのは看護 QA 研究会の日本における看護の質評価の試みである¹⁴⁾。彼らが研究対象としたのが看護ケアのプロセス評価であった。彼らの質問紙は、患者と看護者双方の自己評価に基づいており、多くの精選の結果、現在すでに行われている看護ケアを評価する時には十分に信頼できる尺度となっている。しかし、患者の自己評価では、患者が実感できる看護活動しか評価にのぼらない可能性がある。

訪問看護において展開されるケアは、病棟での看護以上に、多種多様な職種の共同作業である。また看護者は、その1回の訪問での直接的なケアだけではなく、家族や他のスタッフへの教育的な関わりやマネージメントを行っており、それは現場で働く看護職の実感であろう。このような状態では、看護ケアのプロセスを評価しようとして各々の一部への焦点化を試みても、全体の看護ケアのプロセスを評価することは難しい作業となるだろう。

今回データ収集に当り、いくつかの訪問看護スタッフと話し合う機会を得たが、訪問看護においては、「褥瘡」に対する直接的なケアだけではなく、家族・他のスタッフへの教育的な働きかけ、連絡調整、家族介護力をアセスメントしての介護負担の一時的軽減を図るなど、「褥瘡」を中心に据えた間接的ケアやマネージメントを行っていることを実感できた。その結果から「褥瘡」をターゲットにすること、全体として評価するという今回のデータ収集の枠組みについて、手応えを感じた。

た、今回ターゲットとして採用した「褥瘡」は、臨床においても訪問看護の現場でも、最近再度注目を浴びてきているものである。今回指標の一つとして用いたブレーデン・スケールは最も検討されている指標の一つであるが、大浦¹⁵⁾はブレーデンとの座談会の中で、ブレーデン・スケールが褥瘡発生のリスク判定のツールとしてだけではなく、経過判定のツールとしてすぐれていると述べており、ブレーデンもそれに同意している。このことから、今回行った、ブレーデン・スケールを測定指標の一つとして、継続的にデータ収集す

ることで、特に褥瘡の予防ケアの効果を評価する試みの、実行可能性が示唆されたと考えている。

今回は、調査票の精選の不十分さやデータ収集期間の短さなど多くの問題を抱えたままの研究の進行であったため、十分な結果は出でていない。また今後は、ケアのプロセスの中で、マネージメントを含め直接的・間接的に行われたケアの項目をあげ、結果との擦り合わせを行うことも考慮すべきであろう。このように多くの課題は抱えているが、研究の第1段階として価値あるものであったと考えている。

(成田伸)

2. 質評価に対する考察

訪問看護の「質」を評価するという取り組みは実際には簡単ではない。より妥当なより適切な評価は、三角測量（triangulation）のように、多様な側面から評価することによって可能になる。今回の研究では訪問看護のプロセスの評価を、患者のその時々の結果を看護者が評価することで明らかにしようと試みた。今回設けたこのような評価の軸以外に、新たな側面を模索していくこともまた今後の課題である。そこで本章では、新しい評価軸の可能性として、他職種との連携を前提とした評価や、サービス利用者自身の問題解決能力を評価していくことについて地域看護の視点から提言したい。ここでは、特に、地域看護（行政）の視点から訪問看護の質評価について考えたい。

在宅看護は、施設から自宅への継続看護の側面と地域看護の2つの側面をもつ。しかしながら、訪問看護を提供するステーションの開設主体は、医療法人が 55.9%と過半数をしめており¹⁶⁾、医療機関や療養型病床群といった施設での療養と在宅での療養生活を支える訪問看護のサービスの提供主体が同じであることが多い。そのため、訪問看護は、継続看護として実施されやすいと言える。利用者にとっても、病院などとの連携がスムーズな医療法人立の訪問看護ステーションは利用する際の利点の一つであると考えられる。看護側の視点でみれば、より看護主体で評価可能なケアであるといえる。

一方、地域看護の視点から見た場合は少し様相が異なってくるだろう。地域看護活動の一つとして地域で療養している人やその家族の健康や生活をよりよいものにするために、地域の社会資源を適切なものにしていくことがある。こうした視点から訪問看護を捉える

と、訪問看護は在宅療養者にとっての地域の社会資源の一つである。なぜなら訪問看護の対象となる人は、ふつう、デイケアやホームヘルプサービスなどそれ以外のサービスを受けているからである。それゆえ、たとえばホームヘルパーなど在宅療養者とその家族を支援する他職種は、訪問看護の質をどのように評価しているのかについても関心を示していく必要があると考えられる。あるいは、在宅療養者や家族は、訪問看護婦（士）以外の職種や、訪問看護以外のサービスを利用するということを前提にして、訪問看護単独ではなく、他のサービスと組み合わせて評価を行い、どのようなサービスの組み合わせや連携が在宅療養者と家族のQOLを高めるかを明らかにしていくことが必要があると考えられる。こうした評価は訪問看護の効果を高めていくという観点からも有用であり、かつ在宅療養者とその家族に提供される社会サービスの適正な評価にもつながると考えられる。

また地域看護の別の役割として、地域で生活していく人々の問題解決能力を高めていくことがある。利用者が自身の健康を守れるように、たとえば不規則な生活習慣や、ストレス源に気づき、行動が修正できるように支援していくことも重要な役割である。したがって、訪問看護を利用することによって、利用者や家族が不調や生活のひずみに対して早期に対処できるようになること、つまり療養者と家族の健康のリスク管理を訪問看護婦（士）ではなく、利用者自身ができるよう働きかけていくことも評価が必要だと思われた。こうしたことは、利用者の自己決定力を高め、見通しをもって療養生活を送ることにつながるという点で重要だと考えられるためである。

以上のような多次元的視点をもった評価の試みが今後必要とされているといえよう。

（伊藤美樹子）

3. 質評価に対する考察

今回の研究では、訪問看護の質評価をプロセスの側面より試みた。本稿では、今回の試みに関して、総合病院精神科という臨床での私自身の経験をもとに、私が本調査のプロセスを通じて感じたことを述べてみたい。訪問看護と施設看護の相違はあるが、看護者の判断という看護独自の機能を評価するという意味においては共通であると考えている。

私が以前勤務していた病院では、病院独自の看護必要度をはかる指標があり、勤務ごとに看護度をはかっていた。看護必要度の項目は、主に処置やケアごとに項目が設けられて

おり、さらに時間の尺度によって細かく点数が設定され、看護必要度がある数字として表れるというものである。

一般科（内科、外科等）においては医療処置や身体的ケアが多いため、看護必要度が実際の看護ケアの状況にある程度かみ合った数字として表れた。しかし精神科においては、実際の看護ケアの負担と比べて低い看護必要度に評価される傾向があるように感じていた。以下のような理由が考えられる。

精神科においては、他の科に比べて医療処置が少なく、日常生活活動度が自立している患者が多いために日常生活援助などの身体的ケアも少ない。精神科であるので心理的ケアに関する看護必要度は高いのではと予測されるが、使用されていた看護必要度の項目に、心理的なケアに関するものが少なく、また患者と一定以上の時間話しをすることを前提としていたため、カウントされにくかった。

勤務していた病棟は、急性期の患者が主に入院している病棟であり、患者の状態は急性期のために不安定であることが多かった。急性期とはいえ、患者は24時間精神症状を表出しているわけではない。なにかきっかけがあつて衝動的に行動を起こす。そのきっかけは個人個人が異なっている。看護者は個人の発症にいたった原因や現在の病状を考慮してアセスメントし、その結果対応を決め、また患者の行動を予測して対応を変え、病棟における患者の安全、安楽の援助をおこなっている。このような予測的ケアは、看護者の思考過程に基づいて看護者の頭の中で展開されることが多く、目に見えにくい。目に見えない看護サービスは、現時点では評価が困難であり、看護必要度としては評価されにくいのである。

地域における訪問看護と精神科看護とは、この目に見えにくい、評価されにくい看護ケアが多い点で共通している。例えば今回指標として用いた「褥瘡」を例に取れば、褥瘡のケア、とくに現時点では褥瘡そのものはまだ発生していない段階での予防的な褥瘡ケアにおいては、直接的なケア以上に、おむつの交換（あるいはおむつを使わないようにする働きかけ）や清拭などの清潔ケアや数時間毎に繰り返される体位変換などのケアが重要である。これらすべてを訪問看護婦が行うことは不可能なので、これらのケアに家族やヘルパーの協力が欠かせない。患者の褥瘡発生の危険性をアセスメントすると同じに、全体の介護力をアセスメントし、介護に当る人すべてが患者のリスクを理解できるように教育的に働きかけ、連絡調整し必要なケアを確保するのも、看護婦の仕事として重要となる。ところが、このような予防的なケアである看護サービスは、目に見えないところで展開される。

訪問看護においても、このような目に見えないサービスを、目に見えるように評価することが必要であるといえる。

看護の質評価において、時間的あるいは物理的な要素だけではなく、患者や患者の置かれた状況全体をアセスメントし計画立案する看護の思考過程、教育的機能、連絡調整機能を、全体として評価できる指標を作成することが切実に望まれる。これは、本稿で述べてきたように訪問看護に限って必要とされるものではないが、今回の訪問看護のプロセスを評価しようとする試みは、目に見えない看護サービス全体を評価しようとするものであり、評価できる試みといえると考える。

(上原淳子)

VII. まとめ

クライエントに対する看護ケアの保証は、彼らの健康の改善、特に日常生活行動の拡大と精神的な安寧、リスクの回避、さらには介護の負担の軽減と家族の健康への意識の向上と非常に多大である。中でもリスクの回避は専門看護婦（士）にとって非常に重要な役割である。この研究の結果から幾つかのことが示唆された。

プロセスの評価は、複数のアセスメントと判断、実施の繰り返した結果の患者の状態を評価することが要となる。このことは、すでに米国でも在宅施設において OASIS での入力が義務づけられていることから推論できる。しかし、これらもアセスメントや判断、また費用対効果などの視点が十分でなく、政府はさまざまな「評価システム」を非常に興味を持って求めている。最近の情報では、看護の研究者らが開発した NANDA（看護診断分類）と NIC（看護介入分類）、NOC（看護成果分類）のデータセットを、在宅施設で用いられている OASIS に連携することが進められているようである。

データセットの有用性は、今回の研究の結果の 1 つからも示唆された。すなわち、褥瘡のリスクに関する評価においても、多くの施設でアセスメントの基準や援助基準を有していなかった。このことは、患者の「変化」を一定の基準の基で比較することが不可能であり、看護ケアのプロセス評価が困難であった。

（江川 隆子、木村 義）

引用・参考文献

- 1) Johnson, M. & Mass, M. (ed) : *Nursing Outcomes Classification(NOC): Iowa Outcomes Project*, Mosby, St. Louis, 1997 ; 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, 測定尺度一, 医学書院, 東京, 1999
- 2) 鶴田 弘子 他 : 「救命救急センターにおける褥瘡発生の実態調査」ICU と CCU, 臨時増刊, 239, 1991
- 3) 今江 淳子 他 : 褥瘡ケアが行われている ICU 入室患者の褥瘡発生にかかる要因の検討, 日本看護科学学会誌, 12(3), 172-173, 1992
- 4) 田中 マキ子 他 : 褥瘡教育の普及に伴う課題－実態調査からの分析－, 日本褥瘡学会誌, 2(1), 10-15, 2000
- 5) 田中 マキ子 他 : 皮膚粘膜の統合性と清潔－なぜ「皮膚粘膜の統合性と清潔」が問われるのか？－, 月刊ナーシング, 19(6), 40-53, 1999
- 6) 真田 弘美 他 : EBN 思考の褥瘡ケア－ケースリポートを中心に, ナーシング・トゥデイ, 14(4), 50-51, 1999
- 7) 田中 マキ子 他 : 山口県における褥瘡ケアの実態, 調査報告書, 1998
- 8) Donabedian, A. : Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care, *American Journal of Public Health*, 59(10), 1833-36, 1978
- 9) Albrecht, M. N. : The Albert Nursing Model for Home Health Care : Implication for Research, Practice, and Education, *Public Health Nursing*, 7(2), 118-126, 1990
- 10) 内田 恵美子 他 : 日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン・第 2 版, 日本訪問看護振興財団, 1997
- 11) 島内 節 他 : 在宅ケアのアウトカム研究－ケアの質管理プログラムの開発－, 看護研究, 30(5), 377-394, 1997
- 12) Hartnett, M. & Wilson, A. A. : *Guideline for Patient Outcome-Oriented Documentation*, Wilson & Associates for Outcome Concept System, 1995
- 13) A・ドナベディアン 著, 勝原裕美子訳 : 看護ケアの質評価における課題, インターナショナルナーシングレビュー (INR), 18(3), 84-88, 1995
- 14) 岡谷恵子 : 看護ケアの質評価の日本の展開, インターナショナルナーシングレビュー (INR), 18(3), 6-14, 1995
- 15) 大浦武彦, 中條俊夫, バーバラ・ブレーデン, バーバラ・ベイツ・ジェンセン : ブレー

デンスケールの有効性と検討課題, エキスパートナース, 16(3), 32-37, 2000

16) 厚生省: 平成 10 年訪問看護統計調査, 厚生統計協会, 1998

訪問看護サービスの質評価に関する研究

訪問看護の資質と技能の測定の一考察

木村 義 (NEC／大阪大学医学部保健学科研究生)

1. はじめに

ヘルスケアの質の向上は、セルフケア・システムに携わる看護職にとっても究極の目標である。この度、訪問看護の質評価の測定は可能かという研究課題に基づいて、訪問看護の資質と技能を如何にして測定することが可能かという調査の依頼を受けた。そこで、訪問看護の資質と技能を、どのように計るかということを中心に調査することを目的に、訪問看護でよく遭遇する「褥瘡」あるいはそのリスクに限定し、訪問看護ステーション 50 施設を対象に、調査を行ない、看護ケアのプロセスを評価することとした。今回、分析結果から、訪問看護の今後の課題の大枠を知ることができたので報告する。

2. 研究方法

1) 調査期間と対象

調査期間は、平成 12 年の 1 月から 2 月の 2 ヶ月間とした。各ステーションにおける実質の調査期間は、約 1 ヶ月間であった。

調査対象地区は関西中心で、中国、近畿、それから中部地方の協力可能な訪問看護ステーションとした。これらの訪問看護ステーションは、個人経営の訪問看護ステーションと、医療施設に所属する訪問看護ステーションとの両方を含んでおり、約 50% の割合であった。協力の訪問看護ステーション数は 50 施設であった。

2) 調査項目

調査の集計項目は、表 1 のとおりである。調査の集計項目は、訪問看護師に対する課題という点で、訪問看護に「必要な知識」、また「必要な判断とその内容」、「必要な技術とその内容」で、最後に「必要な管理とその内容」とした。

この度は、利用者に対する課題、つまり患者の「満足度」をどうやって計るかと、そして「安全性」をどうやって計るかということに注目した。独立したステーションでは、訪

表1. 集計項目の概要

・訪問看護婦の課題
1) 訪問看護に必要な知識
2) 訪問看護に必要な判断とその内容
3) 訪問看護に必要な技術と内容
4) 訪問看護婦に必要な管理とその内容
・利用者の課題
1) 目標到達度
2) 満足度
3) 安全性

問看護師と患者は1対1である。そのため、訪問看護をどの程度実施しているのかどうかわかりにくい。つまり、患者が要求しなければ明らかにならないということ、そういう点でも安全性というのを調べなければいけないとして、項目を挙げた。

調査の絞込みは、全体の調査項目数が約50項程度あり、その中から一部だけ抜粋した。研究期間中に対象者の調査から、ブレーデン・スケールを知らない看護師は多かったため、またPSST（褥瘡状態判定用具）という治癒過程の判定表とその使い方も一緒に渡した。また、栄養状態という項目がブレーデン・スケールの中にもあるが、栄養状態がどれくらい把握されているかということで、この内容についてはアイオワ大学が開発したNOC（Nursing Outcomes Classification）の中から褥瘡に関するリファレンスが載っている項目を抜き出し、それを調査票に入れた。例えば、カロリーの摂取、タンパク質の摂取、または脂肪摂取、炭水化物摂取、ビタミンA、ビタミンCなどである。

その後、再び項目数を絞り、訪問看護でいちばんリスクの大きいとされる褥瘡、転倒、骨折といった問題の中から、褥瘡を選んだ。

3) 調査方法

調査対象の多くは、1週間に約1回訪問するというところが多いため、1人の患者に対して5回の測定を設定し、訪問後に調査票に記入するという形式をとった。

調査票は、郵送にて回収をおこなった。

4) 分析

本調査は、カテゴリーデータがあるため、数量化II類という統計手法を用いて分析した。

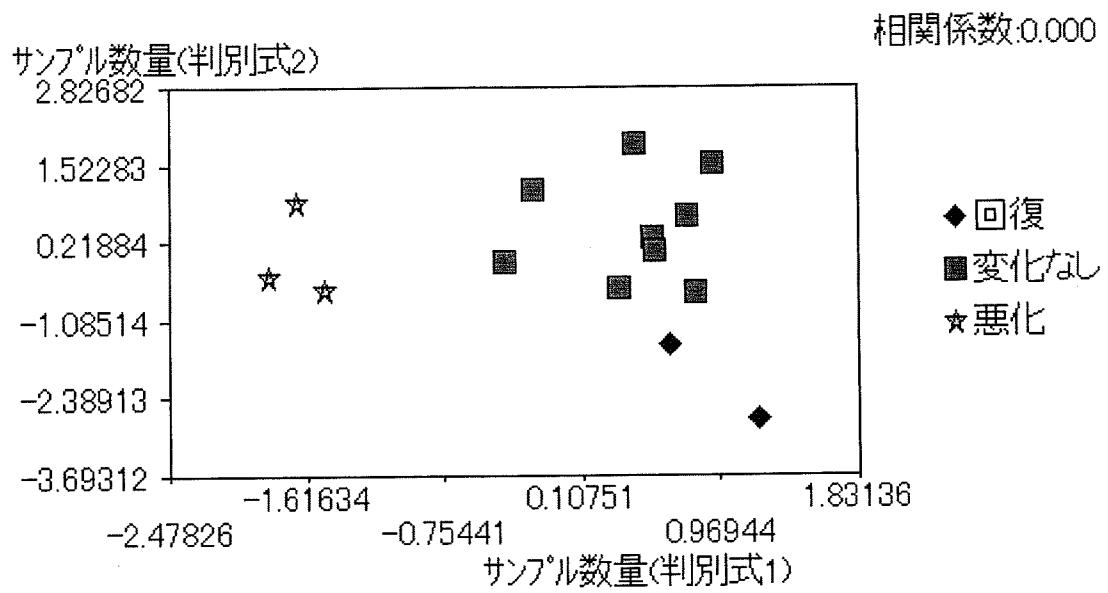
5. 結果

調査データの解析から、次のような結果を得た（表2）。これは、最終的な集計までに至ってないなかったため、暫定的ではあるが分析した。そして、各患者の散布図については、図1に示した。星（☆）型で示したグループは、5回の計測中に褥瘡が悪化してしまったという患者のグループである。また、四角（□）型で示したグループは、褥瘡の状態が全く変化しなかった、あるいはほとんど変化しなかったという患者グループである。そして、ダイヤ（◇）型で示したグループは良くなったり、または回復しつつあるという患者グループである。つまり、ブレーデン・スケールの値が良くなったりとか、P S S Tの値が良くなったりというような傾向があったグループを示している。

表2. 褥瘡プロセスに影響する要因とその判別式

サンプル名	カテゴリ数量	度数	範囲
性別(1)	0.07618	5	0.1
性別(2)	-0.02381	16	
栄養(2)	-1.29439	9	2.2652
栄養(3)	0.97079	12	
勤務形態(1)	0.53617	11	1.126
勤務形態(2)	-0.58978	10	
状況把握(1)	1.36923	9	4.0781
状況把握(2)	-0.69053	10	
状況把握(3)	-2.70889	2	
施設(A)	-4.715	1	7.4033
施設(B)	-0.45606	2	
施設(C)	0.73588	1	
施設(D)	1.09363	8	
施設(E)	-2.40999	4	
施設(F)	2.68825	2	
施設(G)	0.13522	3	

サンプル名	固有値	寄与率	累積寄与率
判別式1	0.90376	0.629	0.629
判別式2	0.53298	0.371	1



分析結果を見ると、カテゴリ数量が一（マイナス）に大きなものほど悪化に寄与していることがわかる。施設名は公開しないが、このA施設とE施設、この一方は訪問看護ステーションの事業者、つまり個人経営の訪問看護ステーション、もう一方は医療施設で大規模病院である、その病院附属の訪問看護ステーションである。この二つのところで悪化が見られた。それから状況把握、これは患者の状態をどれだけ把握しているかという指標でみたが、把握していないほど悪化していた。そして、栄養については不適切な栄養状態の場合ほど悪化していた。勤務形態としては、常勤ではなくパートの方のほうが悪化しているという明らかな結果が見られた。まだ、他の指標もたくさんあるのだが、明らかになつたデータではこのような結果となった。

6. 考 察

今回、①訪問看護に必要な知識、②訪問看護に必要な判断とその内容、③訪問看護に必要な技術と内容、④訪問看護に必要な管理とその内容については、総合的なデータを得ることはできなかった。しかし、調査の絞込みで、「褥瘡」に関する前述の①から④に関連するデータを得ることができ、その分析結果から、訪問看護の今後の課題の大枠を知ることができると判断した。また、⑤目標達成度、⑥満足度、⑦安全性については、職域の特徴でもある「看護師と患者が一対一である」ということから、調査の必要性と考え、絞り込

んだ調査の結果から、仮説の立証には至ってはいないが、ある程度の推測結果を得ることができた。このような調査の結果は、今後、訪問看護の質向上に不可欠な資質と技能の教育の必要性は何かを示唆できるものと考える。

研究の結果から項目間で見ると、まず施設間の差が大きいことが明らかとなった。これらは、うまくできているところは非常によくて、できないところは全然だめという、そのくらい大きな差があった。次に、状況把握、栄養状態というのが、指標として顕著に出てきた。説明力についてはグラフで見てもわかるように、3つのグループがかなりきれいにわかかれているということと、固有値が1に近いということである。

これから何がわかるかというとだが、訪問看護事業が未熟であるということが明らかになっているということ、それからパート勤務看護職の技術力強化が望まれるということだった。それには多くの条件を付加する必要はあるが、パート看護師の技術力強化が必要だということが言える。

またツール（ブレーデン・スケールやPSSSTなどのツールなど）に対する知識を高めていく必要が考えられる。そして、施設間の格差が大きいことが分かった。このような調査のなかで、訴訟に弱いという推定がされる。そして、その結果、訪問看護事業から遠ざかる、もしくは病院経営の場合には訪問看護事業を廃業するというような事態になり得ると考える。このような状況は、調査期間中におこったことも実際である。

また、栄養状態の把握においては、病院の施設に属しているステーションの場合には、医師や栄養士からのこういったデータというものが得られるが、訪問看護ステーション単独で運営されているところでは、医師との連携がうまく取れてない場合があるため、こういうデータが全くないという状態で実際に看護をしているというのも分かった。

7. おわりに

今後、訪問看護のケアの質の向上に向け、どうしたら良いかという課題の明確化まで、今回のデータからは読むことはできない。しかし、まずブレーデン・スケールやPSSSTに代表されるようなツールを、積極的に使ってみるという案があるのでないかと考える。褥瘡に関する研究は近年非常に早いスピードで変化しており、褥瘡学会が提示あるいは開発したツールなどを積極的に使ってみることことも一案と考える。

次に、第三者から評価されることを意識することが必要である。今回の調査は、厚生省

からの依頼で、第三者評価というものを一体どうできるのだろうということから始まっている。そのため、第三者から評価されるということを拒まない、そして評価された結果を積極的に受けるということを自ら意識していく必要があると考える。

また、訪問看護ステーション間の交流を図り、お互いに情報交換をすることの重要性を感じられた。訪問看護において、看護必要度というものを測定するのは非常に難しい。しかし、介護保険策定の段階で、要介護の 6 段階介護必要度が提示されてきた。そのような指標とともに、看護必要度というものを測定するためにも、情報の交換が重要な意味をもつことは明白である。

最後に、この調査を通じて、想像以上に訪問看護の質が低いというのが明らかになった。つまり、現実の訪問看護ステーション看護師のレベルは、この看護必要度に至るまでの、まだ前の段階だということではないだろうかと言えよう。言いかえると、看護必要度というのを使って評価するということは可能なのだが、今回の場合は、調査対象ではありませんにもばらつきが多いということで使うことができなかつた。

そして、病院という施設の中でも褥瘡の研究が行われているが、院内では多くの目があるという点では患者に有利となっている。しかし、訪問看護ステーションという限られた場所で、多くの患者を抱えているところは、看護実践が 1 対 1 になるためケアの質が低下しやすくなる。つまり、何かケアを抜くという可能性の生じてくる。

今回は、この度の調査結果から、以上のような問題提起が考えられた。

[資 料 編]

関係各位 殿

平成12年 1月

「訪問看護の質評価」に関する調査へのご協力のお願い

大阪大学医学部保健学科
教授 江川 隆子

謹啓、余寒の候、平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

現在、厚生省老人保健福祉局の意向を受け、(社)全国訪問看護事業協会からの依頼のもとに「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」というテーマで調査・研究をしております。大阪大学の分担としましては、質の向上につながるツールの開発と評価システムの構築を行っております。期間も短く、予算も少ない関係で範囲を「褥瘡」だけに特化した調査・研究を行うことになりました。

評価ツールの開発はほぼ完成し、実用性の試験をしているところであります。この評価ツールを訪問看護の現場で実際に使用していただき、ツールの問題点や実用性を調査しなければなりません。できるだけ訪問看護の現場での調査を主体にいたしますが、施設内の評価も比較のために平行しておこないたいと思いますので、ご協力いただきたくよろしくお願い申し上げます。

尚、調査票などの詳細は別途お送り申し上げますので、ご検討いただきたく存じます。評価の元になる基準は患者様の状態を把握するものですが、個人情報を調査するものではなく、調査対象はあくまで看護婦です。通常の業務の中で行っている範囲でほんの数分の記入で済むように考慮しております。ご多用のところ大変恐縮ですが、どうか研究の主旨をご理解のうえ、調査にご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。ご協力いただく概要は次の通りです。

謹白

記

調査期間：平成12年1月頃から2月末頃まで

調査方法：1訪問につき1回の調査票記入と調査終了時のアンケート記入

所用時間：患者一人につき数分程度

調査対象：成人で「褥瘡」をもっているかハイリスクな患者様を担当し、調査期間中に同一の患者様に最低3回以上訪問できる看護婦

調査母数：1事業所で看護婦2名以上が望ましい。訪問回数はできるだけ多い方がよい。

目標：調査全体で、患者数は150名、看護婦数は50名、訪問回数3回以上

以上

「訪問看護の質評価」に関する調査

施設 No. ()

施設名 () ←収集した段階で番号化しますので、
鉛筆でご記入下さい。

* 施設の代表者あるいは看護職管理担当者がご記入下さい。

施設の概要についてお伺いします（○印をつけるか、内容をお書き下さい）。

- 1) 貴施設の設置主体 ①地方公共団体 ②医療法人 ③社会福祉法人
④厚生農業共同組合連合会 ⑤医師会 ⑥看護協会
⑦その他の公益法人（財団・社団） ⑧個人

2) 2000年2月1日現在で、開設してから何年が経過していますか？（ 年 か月）

3) 貴施設の1週間当たりの訪問看護件数（約）件

4) スタッフの構成 スタッフ総数（ ）名

内 ①看護婦数（ ）名 ②准看護婦数（ ）名
③PT/OT（ ）名
④その他の専門職（ ）名…内容

5) 上記看護職スタッフの勤務形態毎の人数を教えてください。

①フルタイム勤務（ ）名

②パートタイム勤務（ ）名

「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート(1)

(施設 No. 一ケース)

訪問したケースの氏名 (

) ←施設内のスタッフ間で通じる程度の略称を
鉛筆でご記入下さい。プライバシー保護の
ため、収集した段階で番号化します。

*以下は、訪問する前にご記入下さい。

訪問したケースの概要についてお伺いします。

1. 訪問ケースの年齢と性別 () 歳 男性 ・ 女性

2. 訪問ケースへの訪問看護の目的 (例: 医療処置、等)

()

3. 貴施設からの看護婦による訪問の頻度 ()

4. 貴施設からの初回訪問の日時 (年 月 日) に開始

5. 訪問したケースは以下のいずれに該当しますか。該当する状況すべてに○をつけて下さい。

①高齢者 ②痴呆・精神障害を持つ患者

③難病患者 ④末期状態にある患者

⑤重度身体障害のある患者 ⑥その他 ()

「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート (2)

(施設 No. 一ケース - 1)

* 1回目の訪問終了時にご記入下さい。 記入日 月 日

1. 今回の訪問に要した時間 (ケア開始から終了まで) 約 () 分

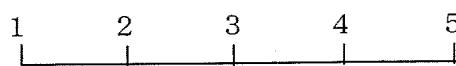
2. 今回の訪問終了時点で、訪問ケースの状況を質問項目に関して5段階で評価してください。

「褥瘡」状況の評価 (複数ある場合は最も悪いところについて)

…褥瘡のリスクのある部位： 仙骨部 踵部 肩甲骨部 その他 ()

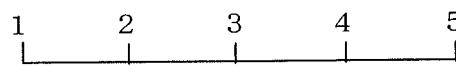
1) ブレーデン・スケール値

1. ≥ 6
2. ≥ 10
3. ≥ 14
4. ≥ 18
5. ≥ 22



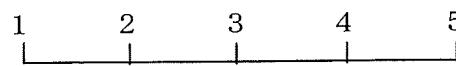
2) P P S T (褥瘡状態判定表) 値

1. ≥ 55
2. ≥ 45
3. ≥ 35
4. ≥ 25
5. ≥ 13

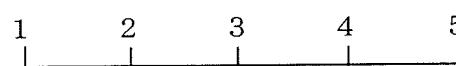


栄養状態 (1. 不適切、2. かなり不適切、3. 普通、4. かなり適切、5. 十分に適切)

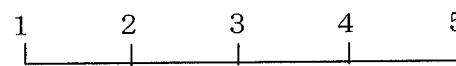
3) カロリー摂取



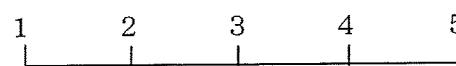
4) タンパク質摂取



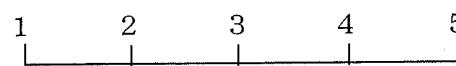
5) 脂肪摂取



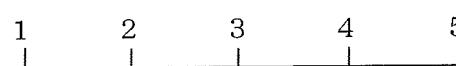
6) 炭水化物摂取



7) ビタミンA摂取



8) ビタミンC摂取



「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート (3)

(施設 No. 一ケース - 1)

9) 鉄分摂取

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10) 血清亜鉛摂取

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11) カルシウム摂取

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12) 経口食物摂取量

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13) 経管栄養摂取量

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14) 経口水分摂取量

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15) 経静脈水分摂取量

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16) TPN (完全非経口栄養) による総摂取量

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

生化学的検査値 (1. 期待される範囲から極度に逸脱、2. 期待される範囲からかなり逸脱、3. 期待される範囲から中程度に逸脱、4. 期待される範囲から軽度に逸脱、5. 期待される範囲からの逸脱なし)

17) 血清アルブミン

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18) 血清プレアルブミン

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19) ヘマトクリット

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20) ヘモグロビン

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21) 総鉄結合能

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22) リンパ球数

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23) 血糖値

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

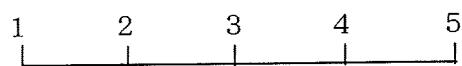
「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート (4)

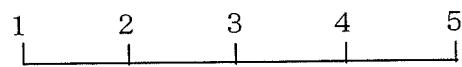
(施設 No. 一ケース - 1)

体容積 (1. 期待される範囲から極度に逸脱、2. 期待される範囲からかなり逸脱、3. 期待される範囲から中程度に逸脱、4. 期待される範囲から軽度に逸脱、5. 期待される範囲からの逸脱なし)

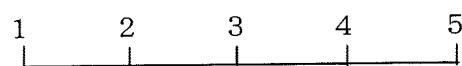
2 4) 体重



2 5) 上腕三頭筋上の皮脂厚

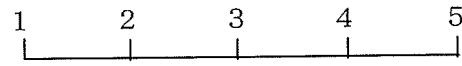


2 6) 肩胛下部の皮脂厚

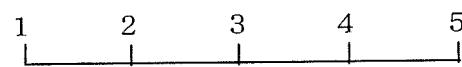


2 7) W (胸囲) / H (臀囲) 比 (女性)

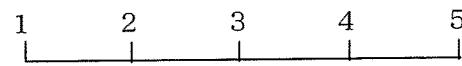
N (首周囲) / W (胸囲) 比 (男性)



2 8) 体脂肪率



2 9) B M I 値



「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート（5）

(施設 No. 一ケース - 1)

訪問されたあなたの氏名 ()

←施設内のスタッフ間で通じる程度の略称を
鉛筆でご記入下さい。プライバシー保護の
ため、収集した段階で番号化します。

*今回の記入用紙についてご記入の感想をお聞かせ下さい。

1. 質問項目の理解度

よく理解できる まあまあ理解できる あまり理解できない 全く理解できない

2. 項目の記入のしやすさ・記入時間

大変しやすい まあまあしやすい 少し難しい 全く難しい・煩雑

本記入に関し、何がご意見・ご感想をご記入下さい。

()

*訪問された方自身についてお伺いします。

1. あなたの年齢 () 歳

2. あなたの勤務形態は? ①常勤 ②パートタイム

3. あなたの看護職としての臨床経験年数 (年 か月)

4. あなたの経験された領域は? (あてはまるものすべてに○して下さい)

①保健婦としての地域看護 ②福祉施設等の介護・看護経験

③成人内科系 ④成人外科系

⑤小児・母性系 ⑥精神科

5. あなたが訪問看護の経験年数 (年 か月)

6. 今回のケースについてどの程度関わっていますか?

頻繁に訪問し、状況を 何度か訪問し、状況を 何度か訪問しているが、 初回訪問に近く十分把握している だいたい把握している 状況把握は不十分 把握していない

7. あなたは「褥瘡」ケアに関する研修に参加したことがありますか? ①ある ②ない

8. あなたは「褥瘡」ケアへに関してどの程度自信がありますか? (知識および技術)

たいへん自信がある まあまあ自信がある あまり自信がない 全く自信がない

<—ご記入ありがとうございました—>

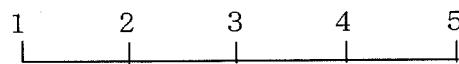
「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート (6)

(施設 No. 一ケース - 1)

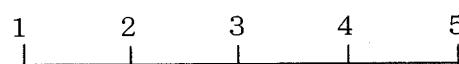
P S S T (褥瘡状態判定表)

1) 表面積

1. 長さ×幅<4cm²2. 長さ×幅=4~16cm²3. 長さ×幅=16.1~36cm²4. 長さ×幅=36.1~80cm²5. 長さ×幅>80cm²

2) 深さ

1. 指で押しても白くならない紅斑が健康な皮膚上にある



2. 表皮、または真皮まで及ぶ分層創傷の皮膚欠損

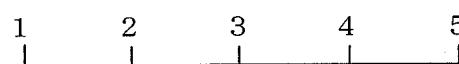
3. 皮下組織の損傷や壊死を伴う全層創傷の皮膚欠損.それにより下の筋膜に及ぶ場合も含むがそれを越えないこと.分層創傷と全層創傷が混在している場合,肉芽組織によって組織が不明瞭な場合も含む

4. 壊死組織のための不明瞭

5. 広範囲に及ぶ損傷,組織の壊死,筋肉や骨,支持構造の損傷を伴う全層創傷の皮膚欠損

3) 創辺縁部

1. 不明瞭である.創辺縁部がはっきりわからない



2. 識別可能で,輪郭がはっきりわかる.創底に付着している

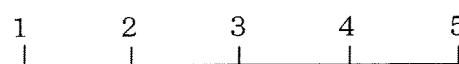
3. 輪郭がはっきりしており,創底に付着していない

4. 輪郭がはっきりしており,創底に付着していない.下に巻き込んでいる.肥厚がみられる

5. 輪郭がはっきりしており,線維化,瘢痕化または角質増殖(角質層の肥厚)がみられる

4) ポケット

1. 長さが2cm未満のポケットがある



2. 創辺縁部の50%未満の範囲に,2~4cmのポケットがある

3. 創辺縁部の50%を越える範囲に,2~4cmのポケットがある

4. 4cmを越えるポケットがある

5. トンネルおよび/または瘻孔がある

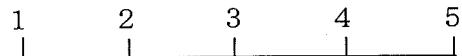
「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート (7)

(施設 No. - ケース - 1)

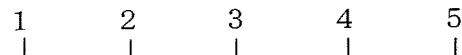
5) 壊死組織のタイプ

1. なし
2. 白／灰色の死んだ組織、および／または密着していない黄色い壊死組織
3. ゆるめに付着している黄色い壊死組織
4. 付着している柔らかな黒い壊死組織
5. 強く付着している固く黒い壊死組織



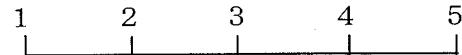
6) 壊死組織の量

1. なし
2. 創面の 25%未満
3. 創面の 25~50%
4. 創面の 51~75%
5. 創面の 76~100%



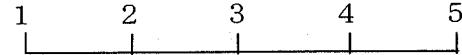
7) 渗出液のタイプ

1. なしまたは、血性
2. 漿液血液混合、希薄で水様、淡い赤色またはピンク色
3. 漿液様、希薄で水様、透明
4. 膿様、希薄なものから濃厚なものまである。不透明な褐色か黄色
5. 濃く、不透明な黄色か褐色の液で、腐臭を伴う



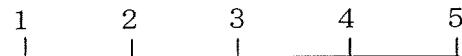
8) 渗出液の量

1. なし
2. 微量
3. 少量
4. 中等量
5. 多量



9) 創辺縁部の皮膚の色

1. ピンク、またはその人の正常な肌の色
2. 明るい赤色および／または指で圧迫すると白くなる
3. 白または灰白色あるいは色素脱失
4. 暗赤色または紫色で、指で押しても白くならない場合がある
5. 黒または強い色素沈着



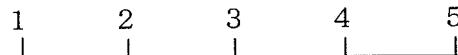
「訪問看護の質評価」に関する調査

訪問時情報シート (8)

(施設 No. 一ケース - 1)

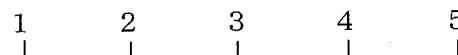
1 0) 周辺組織の浮腫

1. 創辺縁部がわずかに硬くなっている
 2. 創辺縁部からの距離が 4 cm 以内の周辺組織に指で
 圧迫しても陥没しない浮腫がみられる
 3. 創辺縁部からの距離が 4 cm 以上の範囲まで,指で圧迫しても陥没しない浮腫が広がっている
 4. 4 cm 以内の範囲に指で圧迫すると陥没する浮腫がみられる
 5. 創辺縁部からの距離が 4 cm 以上の範囲で,捻髪音を発するかまたは指で圧迫すると陥没する
 浮腫がみられる



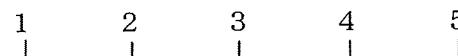
1 1) 周辺組織の硬結

1. 創のまわりがやや硬い
 2. 創辺縁部からの距離が 2 cm 以内の周辺組織が硬結
 している
 3. 2 ~ 4 cm 以内の周辺組織の 50%未満が硬結している
 4. 2 ~ 4 cm 以内の周辺組織の 50%以上が硬結している
 5. 4 cm を越える範囲まで硬結が広がっている



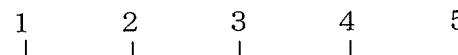
1 2) 肉芽組織

1. 皮膚損傷なし.または分層創傷
 2. 明るい,牛肉のような赤色.創の 75~100%を埋めて
 いるか,あるいは組織の過形成がみられる
 3. 明るい,牛肉のような赤色.創の 25~75%未満の範囲を埋めている
 4. ピンク,くすんだ黒みがかかった赤色.またはその組み合わせ.創の 25%以下を埋めている
 5. 肉芽組織が形成されていない



1 3) 上皮形成

1. 創は 100%健康な上皮で覆われている
 2. 創の 75~100%未満を覆っている.あるいは創内部
 に延びている上皮組織が 0.5cm を越える
 3. 創の 50~75%未満を覆っている.あるいは創内部に延びている上皮組織が 0.5cm 未満である
 4. 創の 25~50%未満を覆っている
 5. 創の 25%未満を覆っている



Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk

[ブレーデン・スケール]

総得点14点以下で、褥瘡発生の危険性が高いと評価され、適切な対策が要求される。

知覚の認知：圧迫による不快感に対して適切に反応できる能力	評価値：_____
<p>1. 全く知覚なし：痛みに対する反応（うめく、避ける、つかむ等）なし。この反応は、意識レベルの低下や鎮静による。あるいは体のおおよそ全面にわたり痛覚の障害がある。</p> <p>2. 重度の障害あり：痛みにのみ反応する。不快感を伝える時には、うめくことや身の置き場なく動くことしかできない。あるいは、知覚障害があり体の1／2以上にわたり痛みや不快感の感じ方が完全ではない。</p> <p>3. 軽度の障害あり：呼びかけに反応する。しかし不快感や体位変換のニードを伝えることが、いくつもできるとは限らない。あるいは、いくぶん知覚障害があり、四肢の1, 2本において痛みや不快感の感じ方が完全ではない部位がある。</p> <p>4. 障害なし：呼びかけに反応する。知覚欠損はなく、痛みや不快感を訴えることができる。</p>	
湿潤：皮膚が湿潤にさらされる程度	評価値：_____
<p>1. 常に湿っている：皮膚は汗や尿などのために、ほとんどいつも湿っている。患者を移動したり、体位変換する毎に湿気が認められる。</p> <p>2. たいてい湿っている：皮膚はいつもではないが、しばしば湿っている。各勤務時間中に少なくとも1回は寝衣寝具を交換しなければならない。</p> <p>3. 時々湿っている：皮膚は時々湿っている。定期的な交換以外に、1日1回程度、寝衣寝具を追加して交換する必要がある。</p> <p>4. めったに湿っていない：皮膚は通常乾燥している。定期的に寝衣寝具を交換すればよい。</p>	
活動性：行動の範囲	評価値：_____
<p>1. 臥床：ねたきりの状態である。</p> <p>2. 座位可能：ほとんど、または全く歩けない。自力で体重を支えられなかつたり、椅子や車椅子に座るときは、介助が必要であつたりする。</p> <p>3. 時々歩行可能：介助の有無にかかわらず、日中時々歩くが、非常に短い距離に限られる。各勤務時間中に、ほとんどの時間を床上で過ごす。</p> <p>4. 歩行可能：起きている間は少なくとも1日2回は部屋の外を歩く。そして少なくとも2時間に1回は室内を歩く。</p>	

可動性：体位を変えたり整えたりできる能力	評価値：_____
1. 全く体動なし：介助なしでは、体幹または四肢を少しも動かさない。 2. 非常に限られる：時々体幹または四肢を少し動かす。しかし、しばしば自力で動かしたり、または有効な（圧迫を除去するような）体動はしない。 3. やや限られる：少しの動きではあるが、しばしば自力で体幹または四肢を動かす。 4. 自由に体動する：介助なしで頻回にかつ適切な（体位を変えるような）体動をする。	
栄養状態：普段の食事摂取状況	評価値：_____
1. 不良：決して全量摂取しない。めったに出された食事の1/3以上を食べない。蛋白質・乳製品は1日2皿（カップ）分以下の摂取である。水分が不足している。消化体栄養剤（半消化体、経腸栄養剤）の補充はない。あるいは、絶食であったり、透明な流動食（お茶、ジュース等）なら摂取したりする。または、末梢点滴を5日間以上続けている。 2. やや不良：めったに全量摂取しない。普段は出された食事の約1/2しか食べない。蛋白質・乳製品は1日3皿（カップ）分の摂取である。時々消化体栄養剤（半消化体、経腸栄養剤）を摂取することもある。あるいは、流動食や経管栄養を受けているが、その量は1日必要摂取量以下である。 3. 良好：たいていは1日3回食事をし、1食につき半分以上は食べる。蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分摂取する。時々食事を拒否することもあるが、勧めれば通常捕食する。あるいは、栄養的におおよそ整った経管栄養や高カロリー輸液を受けている。 4. 非常に良好：毎食おおよそ食べる。通常は蛋白質・乳製品を1日4皿（カップ）分以上摂取する。時々間食（おやつ）を食べる。捕食する必要はない。	
摩擦とずれ：	評価値：_____
1. 問題あり：移動のためには、中等度から最大限の介助を必要とする。シーツでこすれず体を動かすことは不可能である。しばしば床上や椅子の上ですり落ち、全面介助で何度も元の位置に戻すことが必要となる。痙攣、拘縮、振戦は持続的に摩擦を引き起こす。 2. 潜在的に問題あり：弱々しく動く、または最小限の介助が必要である。移動時皮膚は、ある程度シーツや椅子、抑制帯、補助具などにこまれている可能性がある。たいがいの時間は、椅子や床上で比較的良好な体位を保つことができる。 3. 問題なし：自力で椅子や床上を動き、移動中十分に体を支える筋力を備えている。いつでも、椅子や床上で良い体位を保つことができる。	

Copyright: Barbara Braden and Nancy Bergstrom. 1988

総得点：

訳：真田弘美（金沢大学医療技術短期大学部）／大岡みち子（North West Comm. Hp.）

平成 11 年度 厚生省老人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

訪問看護サービスの質の評価に関する研究

発 行 平成 12 年 3 月

分担班 班長 江川 隆子
大阪大学医学部保健学科 教授
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-7



