

# 訪問看護ステーションにおける訪問看護サービスの 質評価の実態に関する研究

A Study on the Quality of Home Nursing Care in Visit Nursing Stations

広瀬 聖子<sup>1)</sup>, 飯島 純夫<sup>2)</sup>  
HIROSE Seiko, IJIMA Sumio

## 要 旨

在宅療養を推進する上で、訪問看護サービスの充実が重要となっている。そこで、本調査では訪問看護ステーションの管理者及び訪問看護師に対し質評価の実態及び影響要因を検討した。質評価の実施率は、67.1%と高く、質評価の実施が構造・機能評価へよい影響を与えているため積極的な質評価の実施が望まれた。そして、スタッフ数が質評価の構造・機能評価やプロセス評価全体により影響を与えていた。しかし、管理者及び訪問看護師が望ましいと思う評価項目を利用者・介護者の変化ととらえる傾向が強くなり、構造・機能面への評価項目を重視する割合が低かった。それは特に経験年数の少ないものにみられていた。これらのことから質評価を高める要因としては、マンパワーの確保と訪問看護サービス提供者の構造・機能評価への意識づけが必要と思われる質評価の標準化を図り、系統的に継続的に行うことが大切である。

キーワード 訪問看護サービス, 質評価, 構造・機能, プロセス  
Key Words Home Nursing Care, Quality Evaluation, Structure, Process

## 1. はじめに

高齢者人口の増加に伴い、社会において介護体制を整備することが必要になってきた。そのため、在宅療養が推進され地域で療養する人の生活の質を確保し、その人のニーズに応じた看護を提供し、安全で安楽な生活を送ることができるように支援することを目的とし訪問看護ステーションが設立されている。訪問看護ステーションは老人訪問看護制度が発足以来、数の確保が急務とされ、ゴールドプラン21において9900カ所の施設数の目標数が設定されている。しかし、訪問看護サービスの重要性が高まると共に商品としての看護サービスの内容と質が厳しく問われ、これまで以上に訪問看護サービスの質が問われている。そのため各事業所の質向上の努力や苦情処理など、施設サービス・在宅サービスの質向上を目指して質評価も着手されはじめている。内田<sup>1)</sup>の先行研究によると訪問看護サービスは、利用者満足度からみると

高い満足度を示している。そのため、利用者数は年々増え続け利用者からの高い評価を得ている。しかし、訪問看護ステーション事業所数は、平成14年から事業者数の伸びが鈍化してきている。その内訳をみると訪問看護ステーション事業所数の増加割合の減少と既存施設の営業中止などがある。このことは、医療依存度の高まりと同時に、構造・機能、プロセスに課題があるためだと考えられる<sup>2)</sup>。そこで、今回訪問看護サービスにおいて質評価がどの程度、又どのように実施されているかの現状を把握し、さらに構造・機能評価、プロセス評価をするなかから課題を明らかにする。

## II. 対象及び方法

### 1. 調査の対象と調査方法

Y県内の訪問看護ステーションに所属する管理者及び訪問看護師に自記式質問紙調査を用いた横断的調査研究である。質評価実施の実態調査及び訪問看護サービスの質評価尺度を用いて、管理者及び訪問看護師へ質評価の自己評価を量的データとして分析する。

### 2. 調査項目

訪問看護ステーションの管理者属性は、年齢、性別、経

受理日：2007年1月18日

1) 甲府看護専門学校：Kofu School of Nursing

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(地域・老人看護学)：  
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and  
Engineering (Community Health), University Of Yamanashi

験年数の3項目, 訪問看護師属性は, 年齢, 性別, 経験年数の3項目とした。訪問看護ステーションの背景については, 設立年, 設置主体, 同一法人内の施設, 訪問看護ステーションに所属する職種と数, 訪問看護ステーションの実績の5項目とした。質評価を測定する尺度は, Donabedianの枠組み<sup>3)~5)</sup>である構造・機能, プロセス,アウトカムに基づいて訪問看護サービスを評価する方法として開発された訪問看護評価マニュアルである日本看護協会訪問看護検討委員会研究開発機能評価手法「訪問看護ステーション評価マニュアル」の評価項目を利用した。内容妥当性は, 検証し標準化され今回の測定用具の内的整合性は管理者用クロンバックの $\alpha$ 係数0.926, スタッフ用クロンバックの $\alpha$ 係数0.943であった。尺度については, 3段階リッカート尺度を用い, できるが3点, 大体できるが2点, できないが1点とし得点が高いほど自己評価が高いことを示している。

### 3. データの解析

分析方法については, 対象者の属性と背景の基本統計量の算出を行った。次に質評価における構造・機能評価及びプロセス評価の3段階尺度は, 全て順序尺度として統計学上の処理を行った。さらに $\chi^2$ 検定, t検定をし, その結果から再度 $\chi^2$ 検定を実施した。この分析には, 統計解析ソフトウェア HallWin Version 6.24を使用した。

### 4. 倫理的配慮

調査にあたり, データ収集施設に依頼し管理者への趣旨の説明, 研究協力許可書, 研究協力承諾書を得た。さらに, 研究対象者にも, 趣旨, 権利の保障, 匿名性の保証, 任意性について書面説明し, 回答をもって同意とみなした。さらに山梨大学医学部倫理委員会の承認を得ている。

## III. 結果

平成17年4月現在, 訪問看護ステーション連絡協議会に所属しているY県すべての訪問看護ステーション41ヶ所を対象とした。そのため, 調査用紙を対象者である管理者41名, 訪問看護師213名に配布した。そのうち回答数(回答率)は, 管理者33人(80.5%), 訪問看護師142人(66.7%)であった。なお, 県下45施設中3施設が休業, 1施設が実働していなかった。

### 1. 基本属性

#### 1) 管理者属性

管理者の平均年齢は,  $46.2 \pm 8.3$ 歳(平均値 $\pm$ 標準偏差, 以下同様)であり40代が一番多く43.7%を占めていた。性別は, 97.0%が女性である。看護職としての経験年数は

$20.1 \pm 8.5$ 年であり, 16~20年の経験年数をもつものが最も多く, 33.3%であった。訪問看護師としての経験年数の平均は,  $5.2 \pm 3.9$ 年であり, 5年以下が, 45.5%を占めた。病院での経験年数は, 平均 $12.3 \pm 9.2$ 年, 10年以下が54.6%であり, 保健師としての勤務経験者(資格保有者)は, 12.1%だった。その他診療所での経験のあるものは18.2%であった。しかし, 大部分は病院での臨床経験を有していた。

#### 2) 訪問看護師属性

訪問看護師の平均年齢は,  $41.4 \pm 7.7$ 歳であり, 40代が最も多く41.6%を占めていた。管理者と比べてみると全体割合は同様の傾向を示していたが, 年齢が高くなるにつれて管理者の割合が多くなる傾向がみられた。性別は, 98.6%が女性であった。看護職としての経験年数は,  $16 \pm 6.6$ 年であり, 最も11~20年が多く, 59.0%を占めた。訪問看護師としての経験年数の平均は,  $5.5 \pm 4.4$ 年であり, 5年以下が56.5%を占めた。病院での経験年数の平均は $9.6 \pm 5.9$ 年であり, 10年以下が68.2%であった。

#### 3) 訪問看護ステーション属性

訪問看護ステーションの設置主体は医療法人が48.5%を占め, 看護協会21.2%, その他30.3%であり, その他の内訳は市町村・株式会社であった。このことは, 訪問看護統計調査の結果と同様の傾向であった。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の複数回答では, 病院, 診療所が72.7%, 介護支援センターが33.3%, その他が39.4%となっていた。その他の内訳は介護老人保健施設, ヘルパーステーション, 通所リハビリテーション, 居宅介護支援事業所が含まれていた。また, 訪問看護ステーションの開設年をみると, 平成10~12年が62.4%と最も多く, 次いで平成7~9年が25.0%であり, その後の伸びがないのも全国と同様の傾向であった。訪問看護ステーションに勤務する職種は, 看護師を中心として構成されているが准看護師は含まれておらず, 保健師や理学療法士や作業療法士のいる訪問看護ステーションもあり人数に施設間格差が大きかった。さらに, 訪問看護ステーションにおける介護支援専門員の兼務率は80%に上った。

## 2. 質評価の構造・機能評価

### 1) 管理者による構造・機能評価

構造・機能評価について各項目の平均値は, 2.21となっており, 項目でいうと「看護サービス運営基準」「事故, 緊急対策」「教育, 研修, 研究」「連携」が低い値を示していた。これらの結果は, 先行研究にも類似していた。

### 2) 構造・機能評価と各属性との関連

#### (1) 構造・機能評価と回答者属性

構造・機能評価に回答者の属性が影響を与える要因をみるために $\chi^2$ 検定を実施した。その結果, 年齢は「利用

者確保」と有意な関連があり、年齢が高くなるほど利用者を確保しようとする経営面への意識が高く、利用者確保を実施していた ( $p<0.05$ )。そして、年齢や経験年数合計は「医療機器調達対策」「感染予防のための職員健診」「災害対策」とも関連があり ( $p<0.01, 0.05, 0.001$ ) 年齢や経験年数が高くなるほど看護サービス、感染、災害についての意識を高くもち実施していた。病院での経験年数は「記録整備」「情報管理システム」「研究活動」「施設選択への助言」との関連がみられた ( $p<0.05$ )。

#### (2) 構造・機能評価と訪問看護ステーション属性

構造・機能評価に訪問看護ステーションの属性が影響を与える要因をみるために  $\chi^2$  検定を実施した。設置主体の経営規模や経営方針が訪問看護ステーションの構造・機能評価に影響を及ぼしていると思われるが、設立年については「緊急対策」に関連があり ( $p<0.01, 0.05$ )、開設が早いほど緊急対策ができていた。スタッフ数は「運営理念、組織」「看護サービス・運営基準」「事故、緊急対策」「情報、記録管理」「教育、研修、研究」「連携」の構造・機能評価8項目中6項目について有意な関連があり ( $p<0.01, 0.05, 0.001$ )、訪問看護ステーションのスタッフ数が多いほど、構造・機能評価が高かった。

### 3. 質評価のプロセス評価

#### 1) 訪問看護師によるプロセス評価

プロセス評価について各項目の平均値は、2.27であり、比較的全体得点は、利用者サービスに直接繋がっていることもあり高かった。その中でも「日常生活・療養生活のケア」「感染管理」の自己評価が高く、「精神的援助、権利擁護」の自己評価が低くなっていた。

#### 2) プロセス評価と各属性との関連

##### (1) プロセス評価と回答者属性

プロセス評価に回答者の属性が影響を与える要因をみるために  $\chi^2$  検定を実施した。経験年数合計が多いことと「医療処置」「リハビリテーション」に関連している ( $p<0.05$ ) ため、医療依存度の高いケースへの対応や通所リハビリテーションへの助言は経験年数が高いほど実施されていた。訪問看護師経験年数は「リハビリテーション」に関連し ( $p<0.01$ )、病院での経験年数は「日常生活・療養生活ケア」「医療処置」「ターミナルケア」「精神的援助」「家族支援」に関連があった ( $p<0.01, 0.05, 0.001$ )。

##### (2) プロセス評価と訪問看護ステーション属性

プロセス評価に訪問看護ステーションの属性が影響を与える要因をみるために  $\chi^2$  検定を実施した。スタッフ数

表1 質評価の実施状況

n = 173

		n	比率 (%) 注
評価の実施している		116	(67.1)
実施頻度	1ヶ月	6	5.3
	3ヶ月	8	7.1
	6ヶ月	7	6.2
	12ヶ月	61	54.0
	その他	4	3.5
	不定期	27	23.9
実施方法	自己評価	91	81.3
	第三者評価	9	8.0
	ケアの結果評価	9	8.0
	その他	3	2.7
評価指標	訪問看護事業協会版評価マニュアル	10	9.6
	訪問看護振興財団版評価マニュアル	18	17.3
	長寿やまなし介護サービス自己評価基準	66	63.5
	個別に作成した指標	1	0.9
	その他	9	8.7
評価の実施していない		57	(32.9)
過去の実施	したことある	10	18.5
	したことない	44	81.5
実施できない理由	時間の余裕がない	37	65.0
	方法がわからない	10	17.5
	必要性を感じない	0	0
	その他	10	17.5

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,できない理由は「実施していない」に対する%

が多いことは「日常生活・療養生活ケア」「医療処置」「リハビリテーション」「精神的援助」「家族支援」に関連がみられていた(p<0.01, 0.05, 0.001)ことから、スタッフ数が多いことは、プロセス評価の8項目中5項目を高めることに繋がっていた。そのため、スタッフ数の確保はプロセス評価全般に影響を与えることがわかった。しかし、プロセス評価の項目は1人の利用者に対してはスタッフが少なくともサービス提供は同じものでなければならない。

#### 4. 質評価実施の有無

##### 1) 評価の実施状況

訪問看護ステーションでの質評価の実施状況(表1)は、実施しているが67.1%であり先行研究の21.8%と比べると高い実施率を示していた。このことは、先行研究が4年前であったことや介護保険制度により努力義務化されてきたことから少しずつ必要性を理解してきているものだと思われる。質評価実施の内訳を見てみると、実施頻度は「12ヶ月に1回」の割合が半数以上であり、実施方法は、大部分が「自己評価」で行われていた。活用している指標については、既存のものを活用しており、「長寿やまなし介護サービス自己評価基準」の割合が56.9%と高かった。このことは、平成17年度に行われたアンケー

ト調査が大きく影響していると思われ、この指標を併用し評価している施設が多かった。さらに独自の評価項目では、ISOの基準を活用したり、実施方法として第三者評価を考えている施設もあった。質評価を実施していないのは、32.9%であり、内77.0%は全くしたことがないと答えていた。実施できない理由としては、65.0%が「時間の余裕がない」ことを挙げており、「方法がわからない」という理由も17.5%あった。

##### 2) 質評価実施の有無と構造・機能評価との関連

質評価実施の有無が、構造・機能評価へ影響を与える要因をみるためにt検定を実施した(表2)。質評価を実施していることは、「看護サービス運営基準」「感染管理」「事故、緊急対策」「記録、情報管理」「教育、研修、研究」「連携」について関連が認められた(p<0.05)。質評価を実施していないと、構造・機能評価が全体に低い傾向にあった。同時に施設の開設年月が早いほど質評価を実施している傾向があった。質評価の実施の有無は、機能・構造評価全体に影響していると思われた。

##### 3) 質評価実施の有無とプロセス評価との関連

質評価実施の有無が、プロセス評価へ影響を与える要因をみるためにt検定を実施した(表3)。質評価を実施していることは、「医療処置」「感染管理」「ターミナルケ

表2 質評価実施の有無と構造・機能評価との関連

n = 32

	平均±SD		t値	P値
	実施している	実施していない		
運営理念・組織	2.1±0.4	2.0±0.4	1.09	0.8321
経営・人事, 労務管理	2.3±0.5	2.0±0.4	1.20	0.7756
看護サービスの運営基準	2.3±0.6	1.5±0.6	2.97	0.0058 **
感染管理	2.5±0.5	1.9±0.4	3.11	0.0041 **
事故, 緊急対策	1.6±0.6	1.1±0.3	2.27	0.0308 *
記録, 情報管理	2.4±0.6	1.7±0.4	2.92	0.0068 **
教育, 研修, 研究	2.1±0.4	1.6±0.4	2.48	0.0192 *
連携	2.6±0.4	2.1±0.3	2.91	0.0068 **

\*p<0.05  
\*\*p<0.01  
t検定

表3 質評価実施の有無とプロセス評価との関連

n = 139

	平均±SD		t値	P値
	実施している	実施していない		
アセスメント・計画・評価	2.2±0.1	2.1±0.1	1.90	0.157
日常生活・療養生活のケア	2.4±0.2	2.2±0.2	1.47	0.143
医療処置	2.4±0.5	2.2±0.5	3.03	0.003 **
リハビリテーション	2.3±0.2	2.2±0.3	0.93	0.350
感染管理	2.3±0.5	2.1±0.5	2.72	0.007 **
ターミナルケア	2.4±0.5	2.2±0.5	2.56	0.011 *
精神的援助, 権利擁護	2.1±0.2	2.0±0.2	1.32	0.189
家族支援	2.3±0.2	2.2±0.2	0.31	0.752

\*p<0.05  
\*\*p<0.01  
t検定



表4 望ましいと思う評価項目 n=168

	n	比率(%)
構造・機能	93	55.4
サービス提供	138	82.1
利用者の変化	129	76.8
介護者の変化	117	69.6
その他	7	4.2

(複数回答)

表5 望ましいと思う評価項目と経験年数との関連 n=133

		10年未満 n(%)	10年以上 n(%)
構造・機能	選んでない	15(60.0)	41(38.0)
	選んでいる	10(40.0)	67(62.0)

p=0.042

ア]についての関連を認めた(p<0.05)。しかし、プロセス評価の全体評価が高いことやプロセス評価は直接的ケアを示していることが多く訪問看護師は常に評価を実施しながらケアをしていることから質評価を実施していることは、直接的にプロセス評価に影響を及ぼしていなかった。

## 5. 質評価への認識

### 1) 望ましいと思う評価

望ましいと思う評価項目(表4)としては、管理者と訪問看護師ともにサービスの内容や利用者や介護者の変化が大部分を占めていたのは、訪問看護の対象が多様でありそれらの状況から質を評価する包括的な指標として「変化」が求められているためだと考えられる。さらに質評価に対する関心の不足からも施設の構造・機能についての評価を重要視しているのは55.4%であった。

### 2) 望ましいと思う評価項目の属性別の関連

望ましいと思う評価項目を属性別に $\chi^2$ 検定を実施した。望ましいと思う評価項目と職位、訪問看護師経験年数、経験年数合計、年齢、評価実施の有無との関連を検討した。その中では、望ましいと思う評価項目の構造・機能評価は経験年数合計と関連がみられた(表5)。そのことから、経験年数を重ねていくと構造・機能評価を重要視していく傾向がみられた。

## IV. 考察

今回の結果から、質評価の実施状況としては、67.1%と高い実施率を示しているが、実施していない理由では、時間のゆとりがないことが挙げられていた。自由記載の内容からは、管理者は、質評価の必要性は理解している

が、定期的実施するにはどうするのか、評価だけに終わり改善に至らない、第三者評価を考えているなど段階は様々あったが、施設として前向きに捉えている現状が伺えた。しかし、訪問看護師の質評価への認識については竹中の研究<sup>6)</sup>にも類似し、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考えられた。そのため、訪問看護サービスにおいて質評価を実施していくには、組織の中で体系化することが大切であるが、そのためにも質評価がどうしても必要なかを明確にしていくことが質評価を実施する動機づけになると考えられた。さらに全国の訪問看護ステーションが抱える課題である構造・機能評価の「災害対策」「訪問看護師への教育」「連携」については早めに改善への取り組み<sup>7)</sup>を実施する必要がある。これは他看護領域とも重なる部分でもあり災害対策については、特に低い評価であることから意識を高めていく必要がある。このことは訪問看護ステーション単独ではなく法人全体として取り組んでいくとよいと思われる。さらに質評価の実施の有無が、構造・機能評価全体に影響を及ぼすことからさらに意識して質評価を実施していく必要があると思われる。プロセス評価では、訪問看護師のスタッフ数の違いから、「アセスメント・計画・評価」「ターミナルケア」「精神的援助」「家族支援」に関連がみられた(p<0.01, 0.05, 0.001)という $\chi^2$ 検定の結果からも、訪問看護師の確保が必要である。そのことは、1人の利用者に対するサービス内容は訪問看護師が少ないからといって差のあるものであってはならないが、訪問看護ステーションのスタッフ数が多いということは多様な利用者に合わせていく受け入れ体制が整うことに繋がっていると思われる。さらに、自由記載内容の訪問看護師のゆとりがないという内容からもマンパワーの確保は施設設置基準では到底足りず、病院における看護体制のように利用者何人に対して訪問看護師何人というような基準が必要になってくるとと思われる。そして、質評価を実践することへの取り組みとしては研修会への参加などによる意識向上が考えられる。「訪問看護師の教育」への自己評価は低くさらに施設規模と「教育・研修」は有意な関連があるとされ<sup>8)</sup>、小規模で運営されている事業所は、研修になかなか参加しにくい実態がある。そのため身近な場所で研修会を実施したり、医療機関の協力を得て実習したり、インターネットを活用したプログラム<sup>9)</sup>を導入することも考えていく必要がある。これらのことから質評価を理解し、質評価は看護過程に含まれる評価という狭い枠組みだけではなく、訪問看護サービス全体を多側面からみていくこと、利用者の立場、訪問看護師の立場、管理者の立場からみた総合的な評価をしていくことが必要だと思われる。そして、行動の基準化を図り系統的かつ合理的な業務が質の向上を促進すると考えられる<sup>10)</sup>。

訪問看護サービスは対象者の生活の場におけるQOLの維持・向上を目指した看護援助である。そして、ケアする人々が他の人のするケアを尊重し、それを相手の中で鼓舞し発展させているものであるともいわれている<sup>11)</sup>。これらのことから質評価を高める要因としては、マンパワーの確保と訪問看護サービス提供者の構造・機能評価への意識づけが必要と思われ、アウトカムをさらに向上させるには、より整備された構造・機能が必要であり標準化が求められていると考える。そして、質評価を系統的に継続的に行うことが大切である。

## 文献

- 1) 内田陽子(2003)在宅ケア機関別にみた顧客のサービス利用と費用・ケア実施・アウトカムの特徴. 日本看護管理学会誌, 1(1): 17-26.
- 2) 厚生統計協会(2005)平成15年介護サービス施設 事業所調査. 厚生労働省大臣官房統計情報局, 東京, 36-43.
- 3) Donabedian A(1966)Evaluating the Quality of Medical Care.Mibank Mem.Fund Quar, 44: 166-206.
- 4) Donabedian A(1968)Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient Care.M Care, 6: 181-202.
- 5) Donabedian A(1969)Part II - Some issues in evaluating the quality of nursing care. AJPN, 59(10): 1833-1886.
- 6) 竹中浩治(2002)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, 2-13.
- 7) 日本訪問看護振興財団(2004)訪問看護白書. 日本看護協会出版会, 東京, 43-57.
- 8) 高橋美智(2004)看護の「質評価」をめぐる基礎知識. 日本看護協会出版会, 東京, 21-23.
- 9) 厚生労働省(2004)平成16年度版 厚生労働白書. ぎょうせい, 東京, 236-243.
- 10) 高崎絹子(2002)訪問看護の質評価の構造. コミュニティケア, 6(4): 22-25.
- 11) Milton Mayeroff(2004)ケアの本質. 田村真, 他訳 ゆみる出版, 東京, 110-114.