

高齢在宅療養者の 訪問看護による重症化予防のアウトカム指標の検討

牛尾 裕子¹⁾ 森 菊子¹⁾ 増野 園恵²⁾ 李 錦純³⁾ 山本 大祐³⁾
木村 真⁴⁾ 真鍋 雅史⁵⁾ 細川 裕平⁶⁾ 太田 都⁷⁾

要 旨

【目的】

訪問看護サービス導入事例における在宅療養中の高齢者の重症化予防のアウトカムとそれをもたらした訪問看護の援助内容を明らかにし、訪問看護による重症化予防のアウトカム評価指標を検討した。

【方法】

経験豊かな訪問看護師を研究協力者とし、過去1～2年の間で経験した訪問看護事例で、訪問看護サービスが入ることによって重症化を予防できたと判断する事例を想起してもらい、訪問看護導入時と調査時の間の利用者の変化の内容とその事例への訪問看護師の意図的な援助内容について語ってもらい、分析データとした。

【結果】

経験豊かな訪問看護師4名より13事例を聴取し、うち介護度が軽度の7例を分析対象とした。7例中5例において服薬の自己管理の改善が確認され、定期外受診の減少も含めると全ての事例について、救急車呼び出し回数の減少あるいは入院回数の減少など医療の利用が適正化されていた。看護職はすべてのケースにおいて、身体面のアセスメントに基づいたセルフケアの指導を行っていた。

【考察】

服薬の自己管理と医療利用の適正化は、訪問看護による本人・家族のセルフケア向上を反映する簡便な評価指標とできると考えられた。今後は、予防の観点から訪問看護の結果評価を適用する適切な対象設定を検討し、訪問看護師のエンパワメントにつながるような簡便なツール開発が求められる。

キーワード：訪問看護サービス、アウトカム評価、重症化予防、評価指標

-
- 1) 兵庫県立大学看護学部
 - 2) 兵庫県立大学地域ケア開発研究所
 - 3) 関西医科大学看護学部
 - 4) 兵庫県立大学シミュレーション学研究所
 - 5) 嘉悦大学ビジネス創造学部
 - 6) 公立浜坂病院
 - 7) 公立八鹿病院

I. 研究目的

1. 研究の背景

厚生労働省（2015）¹⁾によると、要支援高齢者の20～30%が、介護予防サービスを利用していても1年間で重度化している。介護予防サービスは、訪問介護や通所介護の利用者が大半を占め、介護予防訪問看護の利用は4.4%である。予防目的の訪問看護に対する社会的な認知度の低さと利用にかかる費用負担が、利用状況を反映していると考えられる。一方、研究者らが県内北部中山間地域に所在する訪問看護事業所において、訪問看護記録から、2年以上継続して訪問看護サービスを利用している65歳以上高齢者152例を調査した結果、2年間一度も入院しなかった事例は全体の約4割であった。これより、訪問看護の利用により、症状悪化が抑制され、入院を防止している可能性、すなわち訪問看護利用による重症化予防が背景にあることが示唆された²⁾。

訪問看護のアウトカム評価の指標としては、利用者のADL、症状などの健康状態、精神状態、処置回数や、服薬コンプライアンス、介護者のADL、介護力、利用者の満足度、QOL、ニーズ解決度などがあげられている^{3) - 6)}。しかし、重症化予防という観点からは、実践報告も少なく、アウトカム評価や指標に関する研究は蓄積されていない。また訪問看護の評価ツールとしては、結果に着目したOASIS⁷⁾やオマハシステム⁸⁾などが開発されている。これらはいずれも評価結果が数値化され、ケアの質を可視化し、サービスの質改善に役立てることもできる。一方使いこなすには質改善への動機付けと多大な労力を必要とする。

過疎・高齢化が進む中山間地域では、保健医療の確保・維持が喫緊の課題であり、訪問看護事業所はこのような地域の保健医療を担う重要な資源である。しかしながら研究者らの調査では、中山間地域の訪問看護事業所は、限られた医療資源の中で、広範囲の訪問看護エリアをカバーする過酷な労働条件を背景に、常に人材確保と安定的運営に課題を抱えていた。さらに、地域住民をはじめ関係者には訪問看護の意義が周知されず、効果的に活用されていないという課題も有していた⁹⁾。

以上より、訪問看護が地域保健医療にもたらす意義を示すため、訪問看護利用による予防のアウトカムを評価

し可視化するシステムの開発が必要と考えた。またこのシステムは、人材不足と不安定な経営に苦慮する中山間の小規模訪問看護事業所でも利用可能な、簡易なツールである必要がある。

2. 研究目的

本研究の目的は、訪問看護サービス導入事例における在宅療養中の高齢者の重症化予防のアウトカムとそれをもたらした訪問看護の援助内容を明らかにし、訪問看護による重症化予防のアウトカム評価指標を検討することである。これにより、訪問看護による重症化予防のアウトカムを可視化する簡易なシステムを開発し、訪問看護サービス利用の意義の普及に役立てるものとする。

3. 用語の操作的定義

アウトカム：Donabedian（1968）¹⁰⁾は、看護ケアの質評価の方法を構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の3分類で整理した。この中で結果（アウトカム）は、提供されたケアがもたらした結果であり、患者の健康・福祉・満足度などとしている。Rossiらは、アウトカムはプログラムによって変化が期待されている対象集団の状態としている¹¹⁾。本研究においてアウトカムは、訪問看護導入当初と調査時点の間の訪問看護の利用者である高齢者の健康状態とセルフケア行動の変化とする。

アウトカム指標：指標とは、評価のために関心のある事柄をある基準と比較するために、対象の状態を測定するためのものである¹²⁾。本研究においてアウトカム指標とは、訪問看護導入当初と調査時点の間の高齢者の健康状態とセルフケア行動の変化を測定するための尺度とする。

重症化予防：Leavell, H. G. とClark, E. G. は、人間の健康と疾病を一つの生物の自然史的過程と捉え、各時期で考えられる予防を次のような5段階で示した。(1)一般的健康の保持増進、(2)特殊の予防、(3)早期診断・早期治療、(4)適正医療、(5)リハビリテーションである¹³⁾。本研究における重症化予防とは、訪問看護の利用者は何らかの疾患を有している者であるので、当該疾患の状態が適切にコントロールされ、症状の悪化や身体機能の低下を防ぐこととする。前述の予防の5段階におけ

る、(4)の段階の予防を想定している。

Ⅱ. 研究方法

1. 訪問看護師が重症化予防の効果があつたと認識する訪問看護事例の分析

1) 研究協力者

優れた訪問看護の実践家を研究者のネットワークから選定した。具体的には、次の4つの条件のうち2つ以上あてはまる者とした。

- ① 訪問看護師としての臨床経験5年以上
- ② 在宅看護の専門看護師または訪問看護の認定看護師資格を保有している
- ③ 訪問看護ステーション管理者として5年以上の経験がある
- ④ 緩和ケア認定看護師や呼吸ケア指導士などサブスペシャリティに関する卓越した能力を有している

なおこの調査では、訪問看護師が認識する重症化予防のアウトカムを明らかにすることを目的としたため、研究協力者の所属事業所が立地する地域の特性は、対象選定において考慮しなかった。

2) 調査内容及び調査方法

インタビューガイドを用いた半構成面接法を用いた。研究協力者が過去1～2年の間で経験した訪問看護事例で、訪問看護サービスが入ることで、重症化を予防したと判断する事例を想起してもらい、重症化を予防したと考える事例の状態の変化と、その事例に対する訪問看護師による意図的な援助内容を語ってもらった。研究協力者が事例を正確に想起するために訪問看護記録を手がかりにできるよう、手元においてインタビューに協力いただくよう依頼した。インタビューは、研究協力者の所属する施設の個室において、研究者1名～複数名により研究協力者1名に対して行い、研究協力者の同意を得て録音した。インタビュー時間は一人当たり65～104分の範囲であった。調査は2016年4～11月に実施した。

3) 分析方法

録音データから逐語録を作成し分析データとした。①事例の基本的情報を整理した。②研究協力者が語った当該事例への訪問看護導入時点から調査時点までの事例の状態の変化の語りを抽出し、意味内容を端的に表す表現

で記述した。③②の変化が訪問看護師の援助でもたらされた変化であることの妥当性を確認するため、当該事例に対して訪問看護師が意図的に行った実践の語りを、一つの意味内容を表す単位で抽出し、その意味内容を損なわないように端的に記述した。次に意味内容の類似性に基づき、共同研究者全員で分析し、訪問看護師の援助内容を表すカテゴリーを見出した。

分析結果は研究協力者に報告し、妥当性について確認を求めた。

2. 訪問看護師参加による訪問看護アウトカム評価様式の作成と試行的適用

インタビュー調査事例の分析結果をもとに、県内中間地域訪問看護事業所訪問看護師と重症化予防のアウトカム評価指標について討議し、指標を用いた評価のための記入様式を作成した。具体的には、既存の訪問看護の評価指標³⁾及び評価ツール^{7) 8)}を参考に、訪問看護現場で変化を実感している項目、利用しやすい尺度形式を討議した。研究者らが討議結果を基に尺度案を作成し、再提示し、意見をもらい修正して完成させた。訪問看護導入時点から原則3か月ごとに訪問看護師自身が、設定した各項目について評価し数値化できるようになっている。インタビュー調査事例の担当訪問看護師に、この記入様式を用いて、報告時点から訪問看護導入時までさかのぼり、記録等を手がかりに評価してもらうことを依頼し、その結果を分析した。

3. 倫理的配慮

訪問看護師には、本研究の目的と依頼内容を書面と口頭で説明し、書面により同意を得た。インタビューは業務に支障のない時間帯に行った。研究者は訪問看護記録を直接みることはなく、訪問看護師より事例について語ってもらう際には、個人が特定できる情報を排除するよう依頼した。本研究は所属大学の研究倫理委員会による審査を受け、承認された後に実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力者及び分析対象事例

研究協力者4名は、全員が50才代、訪問看護の経験年

数は6～36年、うち3名は管理者で管理者経験は3～13年であった。また訪問看護認定看護師1名、介護支援専門員1名、呼吸療法認定士1名が含まれた。3名は中山間地域に立地する訪問看護事業所に所属し、1名は都市部の事業所に所属していた。

4名の訪問看護師から得られた13事例のうち、終末期及び重度の要介護者を除外した3名による7事例（表1）を分析対象とした。3名は全員中山間地域に立地する訪問看護事業所に所属していた。

2. 訪問看護師が訪問看護導入による変化と判断した内容と当該事例に対する訪問看護師の援助内容

訪問看護師から語られた訪問看護導入による事例の変化は、表2の通りであった。事例1は、慢性心不全で心肺停止により救急搬送され、退院後訪問看護が導入された。訪問看護師の指導により、体重・血圧等を記録し、水分摂取制限も守ることができるようになり、以後胸部症状の出現はなく、在宅療養を継続できていた。事例2は、慢性閉塞性肺疾患（COPD）と狭心症、心房細動があり、80代後半から加齢とともに身体機能も低下してい

た。訪問看護師の指導により心臓に負荷がかかる動作を見直すとともに福祉用具やサービスを導入し、訪問時の観察により浮腫などの悪化の兆候を早期に発見し対応することで、心肺機能の悪化や転倒を起こすことなく在宅療養を継続できていた。事例3は、統合失調症と慢性呼吸不全があり、呼吸不全の悪化で3年間入院し退院後、訪問看護が導入された。訪問看護師は信頼関係を構築しながら、呼吸不全の悪化と腰痛の悪化が関係していることを把握し、吸入、排便、下剤服用、経皮的動脈血酸素飽和度（SPO2）等を記録する指導、腰痛をコントロールする室内運動の指導などを行い、調査時点まで呼吸不全の悪化はなく、在宅生活を継続できた。事例4～7もそれぞれ、慢性呼吸不全や慢性心不全があったが、訪問看護師による自己の心肺機能の状態をセルフチェックし記録する指導などで、適切な内服や呼吸法の実施がなされていた。また事例4では、訪問看護導入前は頻回な救急外来の利用がみられていたが、訪問看護導入後は、救急外来受診の回数が減少していた。事例6でも、症状の悪化を早期に把握し、通常の診療時間内に受診することで、症状が軽度のうちに対処し、入院することなく在宅療養を継続できていた。以上から、訪問看護導入による

表1 分析対象事例の概要

| 事例番号 | 性別 | 年齢 | 疾患 | 介護度 | 同居家族 | 上段：訪問看護サービス提供期間・頻度 下段：以外のサービス |
|------|----|-------|-------------------------------|---------------|-------------|--|
| 1 | 男 | 80代前半 | 慢性心不全 | 要介護4 →要介護1 | 妻 | 12か月：週1回 なし |
| 2 | 女 | 90代前半 | 喘息、COPD、 狭心症、心房細動 | 要支援2 | なし (独居) | 24か月・週1回 配食・ホームヘルパー |
| 3 | 女 | 60代 | 慢性呼吸不全、 在宅酸素療法、 統合失調症 | 要介護1 | なし (独居) | 12か月・週2回 ホームヘルパー・デイサービス・ 給食サービス・ ケア付き住宅入居 |
| 4 | 男 | 50代後半 | 慢性呼吸不全 HOT、 間質性肺炎 | 要介護認定 なし | 母 (母要支援) | 12か月・毎日→週2～3回 なし |
| 5 | 男 | 90代前半 | 慢性呼吸不全 HOT | 要支援1 | 長男夫婦 | 12か月・週1回 なし |
| 6 | 女 | 80代前半 | 慢性心不全、糖尿病 性腎症、腎性貧血、 高血圧 | 要支援2 | 長男妻 | 12か月・週1回 デイサービス・ ホームヘルパー・配食 |
| 7 | 女 | 80代前半 | 慢性心不全、 心房細動、高血圧、 不整脈 | 要支援2 | なし (独居) | 12か月・月2回～週1回 デイサービス・往診 |

利用者の変化は、服薬の自己管理などのセルフケア能力の向上とこれによる疾患の症状のコントロール、さらに頻回の時間外受診や入院の抑制であった。

事例において訪問看護師が意図的に行っていた援助内容は、【フィジカルアセスメントと判断】【本人のセルフケアの指導】【家族への指導】【生活しやすい療養の場づくり】【他職種との連携】【インフォーマルサポートの調整】に整理できた(表3)。

判断】【本人のセルフケアの指導】は全ての事例において実践されていた。

3. 訪問看護アウトカム評価指標の試行的適用による評価

評価指標に関する研究者らと中山間地域に所在する訪問看護事業所の訪問看護師との検討は、2016年7月、9月及び11月の3回にわたり、4事業所からのべ11名の訪問看護

表2 訪問看護師が語った事例の変化

| 事例番号 | 変化の内容 |
|------|---|
| 1 | 水分摂取制限の順守による症状の安定 急激な症状悪化の発生抑制による在宅療養の継続 |
| 2 | 適切な生活行動への変容 転倒しなくなった 在宅療養の継続 |
| 3 | 慢性呼吸不全と精神症状の悪化防止により、在宅療養の継続 症状悪化を予測した服薬の自己管理 |
| 4 | 呼吸不全憎悪を予防するセルフケア向上 救急外来受診の回数減少 |
| 5 | 体調に対する不安減少 趣味活動の継続 |
| 6 | 家族のケア能力の向上 在宅療養の継続 |
| 7 | 症状悪化の兆候を早期把握・受診による入院抑制 |

表3 各事例における訪問看護師の援助内容

| 援助内容 | 具体的な内容(事例番号) |
|----------------|--|
| フィジカルアセスメントと判断 | <ul style="list-style-type: none"> ・受診のタイミング、憎悪の徴候をとらえる(1,2,3,4,6,7) ・症状コントロールのためのアセスメント(1,2,3,5,6,7) ・本人家族とともにモニタリング(1,6,7) |
| 本人のセルフケアの指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・症状悪化リスクを低減する具体的な日常生活指導(1,2,3,4,6,7) ・コントロール不良の把握と指導(2,6) ・セルフアセスメントのため点検ツールの作成と活用の指導(1,3,7) ・服薬自己管理の指導(1,2,5,6) ・個別性に合わせたリハビリ指導(3) |
| 家族への指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・適切なタイミングでの受診の指導(2,7) ・不安・ストレス軽減のための支援(1,6) |
| 生活しやすい療養の場づくり | <ul style="list-style-type: none"> ・屋内での安全のための環境整備(2,4,6,7) ・サービスの利用調整(2) |
| 他職種との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー、ケアマネージャー、デイサービス施設スタッフ等への本人の健康状態変化の早期把握のための教育(3,6,7) ・主治医への情報提供(4,5,7) ・退院カンファレンスでの情報提供(6) ・訪問看護サービス内容や頻度の調整(2,3) ・要介護度についてケアマネージャーと共通理解を図る(2) ・ヘルパーなどからの本人変化の緊急連絡の受け皿となり対応(3) |
| インフォーマルサポートの調整 | <ul style="list-style-type: none"> ・近隣者による見守りを依頼(2) ・近隣の親戚による受診支援依頼(7) |

表4 試作評価様式を用いたアウトカム評価結果と訪問看護師の援助内容

| 事例番号 | 訪問看護師の援助内容 (プロセス) | | | | | | アウトカム | | | | | | | |
|------|----------------------|------------|------|-------------|-------|-------------|--------------|-------------|---------------|-------------|-------------|----------|----------------|-----------|
| | フィジカルアセスメント・判断 | 本人セルフケアの指導 | 家族指導 | 生活しやすい環境づくり | 多職種連携 | インフォーマルサポート | ① 服薬の自己管理 | ② 肺炎発生回数 | ③ 尿路感染発生回数 | ④ 脱水発生回数 | ⑤ 転倒発生回数 | ⑥ ADL | ⑦ 救急車呼び出し回数 | ⑧ 入院回数 |
| 1 | ○ | ○ | ○ | | | | * | | | | * | * | * | |
| 2 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | * | * | * | * | | * | * | |
| 3 | ○ | ○ | | | ○ | | * | * | * | | * | * | * | |
| 4 | ○ | ○ | | ○ | ○ | | * | * | | | | * | * | |
| 5 | ○ | ○ | | | ○ | | | | | | | | | |
| 6 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | * | | | | | * | * | |
| 7 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | * | |

注. ○は該当する援助が提供されたもの、*は改善がみられたもの

看護師の参加により実施した。1回目はインタビュー事例の分析結果を報告し、その妥当性とアウトカム指標案について討議した。2回目は1回目の討議の結果作成したアウトカム評価のための記入様式を提示し、検討した。3回目は、評価結果を報告し、重症化予防の評価ツールのあり方について討議した。

評価項目(表4)は、面接調査の結果から、①服薬の自己管理(事例3)、⑦救急車呼び出し回数と⑧入院回数(事例4, 5)を設定した。また先行研究で挙げられた項目^{3) 7) 8)}を参考に、⑥ADLと健康状態を設定することにした。健康状態については、高齢者の入院につながる状態像であり、訪問看護による予防が可能な状態像として、②肺炎、③尿路感染、④脱水、⑤転倒を提案し、訪問看護師から賛同を得てそれぞれの発生回数を項目に追加した。①服薬管理については、上野¹⁴⁾が作成した服薬アドヒアランス尺度を、開発者の承諾を得て使用した。これは5段階評価であり、数値が高いほど、アドヒアランスが良好であることを示す。②肺炎回数、③尿路感染回数、④脱水回数、⑤転倒回数、⑦救急車呼び出し回数、⑧入院回数は、いずれも訪問看護初回導入時と比べた発生回数の増減について「とても減っている」を5

点とし、5段階評価で記入する。⑥ADLは、バーセルインデックスを用い、100点満点で点数化した。

研究協力者に、この記録様式を用いて、訪問看護導入時から現在まで、記録から確認できる範囲で、事例の評価をしてもらった。その評価結果は、表4のとおりである。表中の改善は、訪問看護導入時に比べて調査時点で発生回数が減少するなど、健康状態・セルフケア行動が良好な状態に変化したことを表している。訪問看護導入時に服薬の自己管理ができていなかった事例ではすべて、指示された量・回数を、指示された時間に服薬するようになっていた。また7例中5例において、救急車呼び出し回数が減少し、6例では入院回数の減少がみられた。事例5では、救急車を使用せず家族等の送迎で定期外受診が頻回にあったが、これも訪問看護の導入により減少がみられていた。

IV. 考 察

1. 訪問看護による重症化予防のアウトカム評価の指標

訪問看護サービスが入ることで利用者の健康状態の悪

化を予防したと訪問看護師が判断する事例において、重症化予防のアウトカムと、その事例に提供された訪問看護師の援助内容を明らかにした。結果より、訪問看護による重症化予防のアウトカムとして事例固有の疾患や状態に左右されず共通で確認できたのは、服薬の自己管理の改善と、定期外受診の減少、救急車呼び出し回数の減少あるいは入院回数の減少などの医療受診行動の適正化であった。

北³⁾によると、要介護高齢者の在宅療養支援の訪問看護のアウトカム評価の指標として、利用者のADL、症状などの健康状態、精神状態、体重、処置回数、服薬コンプライアンス、介護者のADL、介護力があげられている。別の訪問看護のアウトカム評価研究では、評価指標として、訪問看護師からみたニーズ解決度、本人のADL、健康状態と症状や介護力の変化、利用者側からは満足度、QOLが用いられていた^{4) 4) 6)}。森田⁵⁾は、ターミナルを除く、40歳以上の訪問看護利用者と家族を対象に調査した結果、2か月間でアウトカムが改善しやすい項目は、痛みの問題や介護者の身体的・精神的な疲労、判断力、交通の利用、服薬、着替えなどであったとしている。森田らの研究の対象は、8割が要介護2以上であった。

本研究の対象は、要介護認定なし～要介護1レベルの自立度の高い対象であった。訪問看護により、全対象に提供されていたケア内容がフィジカルアセスメントと本人のセルフケアの指導であったことから、患者（あるいは家族）によるセルフケア能力向上の結果である、服薬の自己管理と医療受診行動が、アウトカム指標として適当と考えられる。

内田ら¹⁵⁾は、へき地の病院訪問看護利用者をOASIS日本版として開発した「在宅ケアアウトカム評価表」で調査を行っている。この調査の対象も重度要介護者が中心であったが、アウトカム評価の結果、悪化予防の効果に貢献しているとのべている。複数の訪問看護事業所管理者が参加した本研究では、訪問看護事業所によって利用者集団の特性が異なることが確認されている。訪問看護による重症化予防のアウトカム評価指標として、服薬の自己管理と医療受診行動を適用するには、適切な対象条件を明らかにする必要がある。

2. 訪問看護の成果を可視化する、現場に適合した評価システムのあり方

オマハシステムは米国にて1975年から20年をかけて、ネブラスカ州オマハの訪問看護師協会が中心となって開発したものであり、看護師による能率よく効果的な記録作成とデータの蓄積によりサービスの向上発展に役立てることをねらいにしている⁸⁾。このツールによるアウトカム評価は、まず初めに看護が対応する問題を特定し、問題に応じて介入計画を立案し、実施した後に問題別に成果評価を行うというプロセスとなっている。一方OASISは、在宅ケアのアウトカム評価のツールであり、設定したアウトカム項目をケア提供開始後、一定期間経過した後に2時点で評価し、各項目について「改善」「安定」「悪化」を判断する⁷⁾。いずれも評価結果が数値化され、サービスの質改善に役立てることができるものである。しかしながら、これらを使いこなすには大きな労力を必要とし、導入には訪問看護師自身のその意義の理解と動機付けが大きな課題である。

厚生労働省の報告では、常勤看護職員数5人未満の小規模な訪問看護事業所が全体の3分の2を占めている¹⁶⁾。研究者らが調査した県内北部中山間地域では12事業所中11事業所が常勤看護師数4人以下であった。このような小規模事業所では、人材不足と人材育成が常時課題⁹⁾となっており、訪問看護事業所が自律的に前述のような評価システムを導入することは容易ではない。しかしながらこのような現状こそが、訪問看護の意義や重症化予防に貢献する成果を外部から見えにくくしているともいえる。

研究者らは数年にわたり、高齢化過疎化が進行し、地域医療・在宅医療のあり方が問われる中山間地域において、その担い手として期待される訪問看護事業所が抱える課題の解決方策を検討してきた。本研究では、常時人材不足と経営維持に悩む、特に小規模な訪問看護事業所が、大きな負担がなく日常業務の一環として簡便にデータを蓄積し、訪問看護による患者アウトカムの可視化を可能にする評価ツール開発を目指している。簡便にそのような評価ツールを取り入れることで、訪問看護師自身にとっては実践の振り返りを助けることとなり、同時に訪問看護の成果を量的に可視化することで、住民や関係者の有効活用を促進する助けとなると考える。

本研究においてアウトカム評価の様式を検討し試行的に適用する過程において、研究協力者から、訪問看護による予防のアウトカムを実感できた意義が大きかったと述べられた。内田ら¹⁷⁾はケアサービスのアウトカム評価を基に訪問看護ステーションのケアの質評価と結果に基づく経営管理改善の実践を報告している。本研究の成果をもとに、訪問看護事業所において簡便に適用可能なアウトカム評価ツールを開発することは、小規模な事業所でも抵抗なくアウトカム評価を取り入れることができ、訪問看護師自身のエンパワメントに役立てることができると考える。

V. 結 論

訪問看護の重症化予防のアウトカムは、セルフケア能力の向上とこれによる疾患の症状のコントロール、さらに頻回の時間外受診や入院の抑制であった。事例固有の健康状態に左右されない、訪問看護による重症化予防のアウトカム指標は、服薬の自己管理と、医療受診行動と考えられた。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、3名の訪問看護師から得られた7事例の分析から導いたものであり、評価指標とその妥当性に

ついては、今回試作した評価様式を用いて数量的に検証していく必要がある。その際、本指標の適用が適切な対象条件を検討する必要がある。また中山間地域に立地する訪問看護事業所の事例から得られた結果から導いているため、事業所の立地による違いがあるかどうかを検討する必要がある。

本研究のねらいは、訪問看護師自身が通常業務の中で簡便にデータを蓄積できる評価ツールの開発であり、そのためには今後もこのツールを利用する訪問看護師自身の参加を得ながら研究を推進していく必要がある。

謝 辞

ご多忙の中、本研究で調査にご協力いただいた訪問看護事業所の管理者及び事例提供者の皆様、また評価様式の検討のための会議にご参加いただいた訪問看護事業所の管理者の皆様に、心より感謝申し上げます。

本研究は、2015年度ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成金を得て実施したものであり、本研究の一部は、同財団が開催した第24回ヘルスリサーチフォーラムにおいて発表した。

なお本研究において開示すべき利益相反はない。

引 用 文 献

- 1) 厚生労働省. 平成27年度介護給付費等実態調 (オンライン), 入手先<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/15/dl/02.pdf>>, (参照2017. 4. 10)
- 2) 牛尾裕子・増野園恵・李錦純・森菊子・木村真・真鍋雅史・細川裕平・太田都. 中山間地域において訪問看護サービスを受けている高齢者の入退院の現状. 日本ルーラルナース学会第10回学術集会抄録集, 2015, 68.
- 3) 北素子, 伊藤景一: 我が国における要介護高齢者の在宅療養支援のアウトカム評価に関する研究の動向と課題, 日本在宅ケア学会誌, 11(1), 72-77. 2007.
- 4) 内田陽子・島内節・河野あゆみ. 訪問看護のアウトカム評価と費用対効果に関する研究. 日本看護科学会誌, 21(1), 2001, 9-17.
- 5) 森田久美子・島内節・友安直子・清水洋子・内田陽子. 訪問看護利用者におけるアウトカム変化の検討－自立度と痴呆の程度による比較－. 日本在宅ケア学会誌, 6(1), 2002, 43-50.

- 6) 高橋陽子・内田陽子・河端裕美. 神経難病患者に対する訪問看護のアウトカム評価. *Kitakanto medical journal*, 60, 2010, 251-257.
- 7) 島内節・内田陽子. 在宅ケア効果の評価方法とケアの質改善方法；アメリカ合衆国のメディケアで義務化されているケア効果の評価方法（OASIS）とケアの質改善（OBQI）. *訪問看護と介護*, 6(1), 2001, 49-56.
- 8) 酒井昌子・岩本大希. 訪問看護実践と成果のつながりを可視化するために：日本版オマハシステムの開発に向けて. *訪問看護と介護*. 21(6), 2016, 472-481.
- 9) 李錦純・山本大祐・牛尾裕子・森菊子・増野園恵・細川裕平. 過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, 23, 2016, 89-103.
- 10) Donabedian A.. Some Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care. *American Journal of Public Health*, 59(10), 1968, 1833-1836.
- 11) Rossi, P. H. ・Lipsey, M. W. ・Freeman, H. E. (大島巖・平岡公一・森俊夫・元永拓郎監訳)：プログラム評価の理論と方法, 日本評論社, 193, 2005.
- 12) 武藤孝司・福渡靖：健康教育・ヘルスプロモーションの評価, 篠原出版, 61, 1994.
- 13) 平山朝子：公衆衛生看護学体系1公衆衛生看護学概論, 日本看護協会出版会, 166, 1990.
- 14) 上野治香・山崎喜比古・石川ひろの. 日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討. *日本健康教育学会誌*, 22(1), 2014, 13-29.
- 15) 内田陽子、横山律子：へき地における訪問看護の存続を；利用者サイドから見た訪問看護の評価と意義, *Community Care*, 6(13), 53-57. 2004.
- 16) 厚生労働省. 訪問看護ステーションの事業畝異に関する調査詳細（別添1）。（オンライン）, 入手先<https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol15/dl/after-service-vol15_2.pdf>（参照2019. 10. 19）.
- 17) 内田陽子、山崎京子：訪問看護ステーションのケアの質保証と効果的な経営管理の方法, *保健の科学*, 49(7), 473-476. 2007.

Outcome Indicators of Home-visiting Nursing Services for Elderly People in Preventing Exacerbation of Their Health Conditions

USHIO Yuko¹⁾, MORI Kikuko¹⁾, MASHINO Sonoe²⁾, LEE Kumsun³⁾
YAMAMOTO Daisuke³⁾, KIMURA Shin⁴⁾, MANABE Masashi⁵⁾
HOSOKAWA Yuhei⁶⁾, OOTA Miyako⁷⁾

Abstract

Aims

We aimed to identify patient outcomes and nursing interventions, which are provided to elderly people through home-visiting services, that contributed to the prevention of exacerbation of health conditions ; we also aimed to examine the outcome indicators of home-visiting nursing services.

Method

Four certified home-visiting nurses were asked to describe cases in which they had provided nursing care for the last one or two years and in which they believed that patient outcomes and nursing interventions led to prevention of exacerbation of the client's health condition.

Result

Thirteen cases were described to represent effective interventions by the four nurses. Seven cases that required low care/support (level 1 or 2) were analyzed. Among these, five cases involved improved medication self-management. In all seven cases, use of a more appropriate level of medical care was indicated by a decline in the frequency of emergency room visits or avoidance of hospitalization. The nurses provided health education to patients and/or their families for improving self-care based on physical assessments in all cases.

Conclusions

Medication self-management and medical care use were evaluated as convenient indicators of patient and family outcomes related to improved self-care. A criterion of target cases, which evaluates health promotion outcomes, should be considered and identified during the next step of our research.

Key words : home-visiting nursing services ; outcome evaluation ; Prevention of exacerbation ; outcome indicators

1) College of Nursing Arts and Science, University of Hyogo

2) Research Institute of Nursing Care for People and Community, University of Hyogo

3) School of Nursing, Kansai Medical University

4) Graduate School of Simulation Studies, University of Hyogo

5) Faculty of Business Innovation, Kaetsu University

6) Hamasaka Public Hospital

7) Yoka Hospital