

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2012 年度（前期）一般公募

「在宅医療研究への助成」完了報告書

在宅療養者のウェル・ビーイング実現過程に見る

効果的な訪問看護の導入に関する研究



研究代表者：小林秀行（町田市役所いきいき健康部健康課）

共同研究者：田見明美（町田市医師会訪問看護ステーション）

岩本智子（町田市医師会訪問看護ステーション）

綿貫成明（国立看護大学校・教授）

2013 年 9 月 2 日

## 1. 背景

在宅療養の意義の一つとして、療養者固有の生活の場においてその人らしい豊かな生活を送りながら療養を受けることができる点が挙げられる。疾病構造の変化により自宅や地域で疾病や障害を抱えながら生活を送る人が増加していることが指摘される中で(厚生労働省在宅医療連携拠点事業資料, 2012)、疾病や障害を抱えつつ、自らの生活空間において生活者として過ごすことができるよう援助する在宅医療の意義は大きい。特に、看護実践は元来、病態・生活の両面から人にアプローチするという特性を備えており、在宅医療の中における看護実践への期待も高まっているといえる。

在宅療養がめざす人の生活の豊かさとは、疾病や障害の別に関わらずその人らしい生活のありようを指向するものと言える。その水準は福祉(well-being)の観点から評価を試みることができる。ここで言う福祉とは、人が実際に成就するもの、つまり、その人の状態(being)がいかによい(well)ものであるか、に関わっている(Sen, 1985)。人の生活のありようを看護実践上どのように捉えるかというテーマについては、1950～70年代に理論的發展を見て、ニード・相互作用・アウトカムという観点が示されている(Meleis, 2007)。中でも、ニードに関する概念は看護の役割と関連が深いという(同)。基本的ニードの概念はHendersonとNite(1978)により提唱され、あらゆる人が”sick or well”を問わず有するものとして扱われている(Thorson & Halloran, 2005)。この点は、基本的ニードがその人のその時点における状態・立場・環境を問わず普遍的に充足されるもので、看護実践がその役割を果たすことを主張している。基本的ニードは社会・経済的権利と関連する(Streeten, 1980)のものであり、公的社会保障の一部として看護師が在宅療養者の基本的ニードの充足のための援助を行い、人の生活のありようを向上させる=ウェル・ビーイングの実現の一翼を担うことの合理的根拠をなすと考えられる。

在宅療養者が看護師の援助によりウェル・ビーイングを実現できる背景として、看護師は利用者の基本的ニードの充足程度を判断し、個々の利用者の価値観、生活様式、疾患・療養上の制約の個別性に応じて援助を計画・実施・評価することができる点が挙げられる。人が生涯に渡って健康的な生活を実現することは成熟した社会の要請するところでもあり、効果的な訪問看護の利用を推進して在宅療養者がウェル・ビーイングを実現できるようにすることの社会的意義は大きい。

在宅療養者の生活のありように対する看護実践の役割やその効果を論ずるにあたって、在宅療養者の社会・経済的権利の擁護と基本的ニードの充足という観点に立つ場合、在宅療養者における社会的公正に資するかどうかという点が看護実践の評価の出発点として示唆されよう。社会的公正に関する評価は、生活の状況の水準と、生活における機会の保障という2点から議論される(Commission in Social Justice, 1993)ものである。また前出のSenは人の生活のありようについて、達成されている生

活水準と、どの程度の機会が保障されているかという福祉的自由という2点を挙げ、潜在能力アプローチを展開している(Sen, 1992)。このように、在宅療養者の生活のありよう、ウェル・ビーイングの実現過程はこの2点から評価することができ、看護実践が在宅療養者のウェル・ビーイング実現のためにどのように貢献しているかを明らかにするためには、その2点からの評価が重要であると考えられる。

在宅療養者が訪問看護の導入を決定する経緯にはいくつかのパターンが存在するが、導入経緯は訪問看護の効果を左右する条件の一つと考えられる。訪問看護の導入は主治医の指示に基づくが、退院支援の一環、主治医による判断、利用者や家族からの希望など、発端は様々である。何らかの限界に直面して訪問看護を導入する場合もあれば、余裕のあるうちに導入を希望される場合もあろう。適切な時期に訪問看護を導入しQOLを維持する例がある。一方で、著しくQOLが低下してから訪問看護を導入し、適時に訪問看護を導入した場合と比較してQOLの低い状態・状況や身体状態の悪化を療養者が体験せざるをえない例もある。このように訪問看護の導入経緯は、利用者のQOL変化やウェル・ビーイング実現の過程に影響すると考えられ、訪問看護の効果を検討する際に着眼することは意義深いと言える

本研究では、在宅療養者のウェル・ビーイング実現のために効果的な訪問看護の導入のあり方について明らかにするため、訪問看護の導入経緯に着眼しつつ、訪問看護利用者のウェル・ビーイング実現過程を探求するものである。先述のように、看護実践が在宅療養者の生活に与える効果を検討する上では、達成されている生活の水準と、福祉的自由という2点からの評価が求められる。前者の観点に基づく方法としては、健康関連QOLの測定が考えられる。健康関連QOLは、疾患や治療が患者の主観的健康感(メンタルヘルス、活力、痛みなど)や、毎日行っている仕事、家事、社会活動にどのようなインパクトを与えているかを定量化するもの(福原, 2002)であり、疾病や障害を抱えながら毎日の生活を営む在宅療養者にも適応できる。健康関連QOLに関する包括的尺度としてEQ-5Dがあり、日本語版も開発されている(Tsuchiya, Ikeda, Ikegamiら, 2002)。また、後者に関する評価手法としてICECAP (Al-Janabi, Flynn, Coast, 2012)があり、著者はCoastらの許可を得てICECAP日本語版の開発中である。本研究では試みとして、EQ-5DおよびICECAP日本語暫定版を用いて、訪問看護を利用する在宅療養者の生活のありようを探るものとする。

## 2. 目的

訪問看護の導入経緯に着眼して訪問看護利用者のウェル・ビーイング実現過程を調査し、在宅療養者のウェル・ビーイング実現のために効果的な訪問看護の導入のあり方について明らかにする。

### 3. 方法

#### 1) 調査対象者

調査実施訪問看護ステーションにおいて、調査時点で1ヶ月以上にわたって訪問看護を利用している18歳以上の利用者のうち、本人の意識が清明で質問内容の理解と回答の意思表示ができ、本人が回答を自記可能か、家族または研究補助者が回答を代理記入可能な人を調査対象とした。調査対象に該当すると訪問担当者が判断した場合、調査の趣旨と倫理上の配慮について説明を行い、同意の得られた利用者に研究協力を依頼した。

#### 2) 調査実施期間

2012年8月～2013年1月

#### 3) 調査方法

調査の趣旨と倫理上の配慮について説明を行い、同意の得られた利用者に対して、説明書、調査票、回収用封筒を配布した。調査票は留め置きとし、1～2週間後に協力者が訪問し、回収用封筒に密封された調査票を回収した。協力者の訪問ができなかった場合や訪問時に回収できなかった場合には、切手を貼付した返信用封筒を配布し郵送による返送を依頼した。利用者本人が回答の意思表示ができるものの自記不可能な場合は、家族に代理記入を依頼した。また、独居の場合や家族による代理記入ができない場合には、個人情報保護を誓約した、事業所と関係のない第三者である協力者が訪問し、利用者本人の意思を確認して回答の代理記入を行った。

質問紙調査票には、EQ-5D日本語版(「移動の程度」、「身の回りの管理」、「ふだんの活動」、「痛み／不快感」、「不安／ふさぎ込み」の5項目)とICECAP日本語暫定版(「安定・安心」、「愛情・友情」、「自立」、「達成感・成長」、「楽しみ・喜び」の5項目)を用いた。

在宅療養を始めた契機として、病院退院時に在宅療養へ移行、介護施設から在宅へ移行、介護施設入所待ち期間の在宅療養開始、病状悪化による在宅療養開始、介護負担の高まりによる在宅療養開始、その他、のうち該当するものを問うた。また、訪問看護サービス導入の経緯については、病院退院時の医師からの勧め、在宅療養中の主治医からの勧め、ケアマネージャーからの勧め、知人からの勧め、本人・家族の希望の中から該当するものの回答を得た。

#### 4) 集計・分析方法

個人情報保護を誓約した、事業所に所属しない第三者である協力者が各回答者のデータを匿名化の上でデータ入力を行った。EQ-5D全5項目に有効な回答をした利用者の回答を分析対象とした。EQ-5Dはタイム・トレードオフ法により推定された日

本語版バリューセット(Tsuchiya, Ikeda, Ikegamiら, 2002)に基づいてEQ-5Dスコアへの換算を行った(Drummond, Sculpher, Torranceら, 2005)。5項目全てがよい状態の回答であると1点(完全な健康状態)となり、各項目の回答に応じ、0点(死亡状態)~1点のスコアが算出される(回答内容によりマイナス点もある)。ICECAP日本語暫定版は各項目とも、4点(良い状態)~1点として得点化した。ICECAP日本語暫定版各項目とEQ-5Dスコアの項目間相関を算出した。

在宅療養者の潜在能力向上に効果的な訪問看護の導入について検討するため、ICECAP日本語暫定版各項目得点について、訪問看護サービス導入の経緯による群間比較を行った。ただし、在宅利用者の健康度の多様性の影響を考慮するため、EQ-5Dスコアの分布を見ながらEQ-5Dスコア高得点群・低得点群(以下、EQ-5D高スコア群・低スコア群)に分け、それぞれの郡内において訪問看護導入の経緯による群間比較を行った。カテゴリカル・データの群間比較にはピアソンの適合度統計量 $\chi^2$ を用いたカイ二乗検定を有意水準0.05にて行った(太郎丸, 2005)。統計解析にはSPSS 20.0J for Windowsを用いた。

#### 5) 倫理的配慮

調査参加は利用者の自由意思に基づくものとし、調査の目的、内容、不参加や参加中断によりサービス提供を受ける上で不都合は生じないことを文書で説明し、同意が得られた場合のみ研究協力を依頼した。事業所職員は回答の代理記入は行わなかった。本人が回答の意思表示をできるものの本人・家族による記入ができない場合には、第三者である研究補助者が個人情報保護の宣誓の上で代理記入をした。調査票は利用者宅にて封をされて内容が職員の眼に触れぬままに個人情報保護を宣誓した第三者によりデータ入力された。回答は匿名化の上で集計・分析し、個人が特定される形での分析・結果公表はしないことを誓約した。調査内容・方法全般については、調査実施事業所理事会の承認を得た。

### 4. 結果

#### 1) 調査回答者の属性

調査期間開始時に訪問看護ステーション1事業所にて訪問看護を利用し1ヶ月以上経過している利用者は285名であった。このうち、18歳未満の4名、意識不清明な者33名、入所や入院のため利用休止中の者15名、調査期間中に死亡した1名を除く232名に調査回答を依頼した。その結果、203名から調査票を回収し、回収率は87.5%であった。203名のうち、185名は利用者本人が回答・記入したか、利用者が回答の意思表示をおこない家族が代理記入を行った。残る18名は独居か家族による記入ができないため、第三者である研究補助者が利用者宅を訪問して回答の補助を行

った。EQ5Dの全項目に有効な回答のあった174名を有効回答者として分析を行った。有効回答率は61.0%であった。(表1)

表1 利用者数、回収数、有効回答者数

調査日現在利用者	285
18歳未満	4
意識不清明、回答不可	33
入所、入院	15
調査期間中死亡	1
調査対象者数	232
回収数	203
回収率	87.5%
うち 研究補助者による回答補助	18
有効回答者数	178
有効回答率	62.4%

調査回答者の属性を表2に示す。有効回答者174名のうち、54%が女性で、平均年齢75.8(SD:15.1)歳、介護保険による利用者が90%、緊急対応加算利用者44%、介護保険法・健康保険法の日常生活自立度(ADL)「J(自立)」は20%、「A(室内自立)」は31%、「B(床上自立)」は31%、「C(寝たきり)」は17%であった。介護保険法による要介護度認定は89%の利用者が受けており、要支援2:4%、要介護1:14%、要介護2:25%、要介護3:17%、要介護4:14%、要介護5:18%であった。訪問看護指示書を記載した主治医の所属する医療機関別では、自治体立や公的団体立の公立病院17%、大学病院16%、その他病院(主に地域に所在する中小の民間病院など)17%、診療所49%と、近隣地域に開業する診療所医師からの指示がほぼ半数であった。訪問看護平均利用期間は3.3(SD:3.2)年であった。訪問看護利用時間・回数は、理学・作業・言語療法士による訪問を利用している利用者に対する観察・評価のため月1回看護師が訪問するなどのリハビリ中心の利用者が34%、リハビリ利用の無い利用者に対する月1~2回の訪問が9%、週1回の看護師訪問は、30分未満13%、30~60分未満24%、60~90分未満5%、週2回の看護師訪問は、30~60分未満・60~90分未満合わせて12%であった。30~60分未満・60~90分未満の週3回訪問は3件(2%)あり、週3回以上の看護師訪問の利用者では30分未満の短時間訪問の利用はなかった。

表2 有効回答者の属性

<b>性別 (n=174)</b>		
男性	80	46%
女性	94	54%
<b>年齢 (n=174)</b>		
平均	75.8歳	(SD:15.1)
18歳以上60歳未満	24	14%
60歳以上70歳未満	19	11%
70歳以上80歳未満	45	26%
80歳以上90歳未満	61	35%
90歳以上	25	14%
<b>保険種別 (n=174)</b>		
医療保険	18	10%
介護保険	156	90%
<b>緊急加算の有無 (n=174)</b>		
緊急加算あり	77	44%
緊急加算なし	97	56%
<b>要介護度 (n=174)</b>		
認定なし	15	9%
要支援2	7	4%
要介護1	24	14%
要介護2	43	25%
要介護3	29	17%
要介護4	24	14%
要介護5	32	18%
<b>日常生活自立度 (ADL) (n=167)</b>		
J1, J2 (自立)	34	20%
A1, A2 (室内自立)	52	31%
B1, B2 (床上自立)	52	31%
C1, C2 (寝たきり)	29	17%
<b>主治医 (n=174)</b>		
公立病院	30	17%
大学病院	28	16%
その他病院	30	17%
診療所	86	49%
<b>訪問看護利用期間 (n=172)</b>		
1月以上1年未満	18	10%
1年以上2年未満	38	22%
2年以上3年未満	44	26%
3年以上5年未満	30	17%
5年以上10年未満	32	19%
10年以上	10	6%

表2 (続き) 回答者の属性

訪問看護利用時間・回数 (n=174)		
30・60分未満 月1～2回 リハビリ訪問利用者の観察・評価	59	34%
30・60分未満 月1～2回 リハビリ利用なし	15	9%
30分未満 週1回	23	13%
60分未満 週1回	42	24%
90分未満 週1回	9	5%
30分未満 週2回	2	1%
60・90分未満 週2回	21	12%
60・90分未満 週3回	3	2%

## 2) 在宅療養開始・訪問看護サービス導入の経緯

在宅療養開始の契機と訪問看護サービス導入の経緯を表3に示す。有効回答者の64%が、病院退院時に在宅療養に移行をしており、一方で、入院と関係なく在宅療養を開始する契機については、介護負担の高まり(23%)、病状悪化(15%)が挙げられた。病院退院時に医師からの勧めにより訪問看護導入となったケースは30%あり、退院指導において病院・地域間の連携がなされたものといえる。残る70%は、入退院が契機ではなく、在宅療養の過程のある時点で訪問看護導入に到ったものである。訪問看護は医師による訪問看護指示書の記入により開始されるが、在宅療養中に医師から訪問看護導入の勧めがあったのは14%であった。ケアマネジャーからの勧めが40%、本人・家族の希望が16%と、今回の回答者のうち在宅療養の過程のある時点で訪問看護を導入した利用者のうち8割は、ケアマネジャーの勧めや自らの希望が先にあり、医師に希望を伝えて訪問看護指示につながったものと見られる。ケアマネジャーによる勧めは40%と多く、在宅療養を続ける過程で訪問看護を導入する節目に、ケアマネジャーの助言が利用者の決定につながる事が分かる。

表3 在宅医療開始の契機と訪問看護導入の経緯

在宅療養開始の経緯 (n=170)		
病院退院時に在宅療養に移行	108	64%
介護負担の高まりによる在宅療養開始	39	23%
病状悪化による在宅療養開始	25	15%
介護施設から在宅に移行	5	3%
介護施設入所待ちの期間に在宅療養開始	2	1%
訪問看護導入の経緯 (n=174)		
病院退院時、医師からの勧め	53	30%
在宅療養中、医師からの勧め	24	14%
ケアマネジャーからの勧め	69	40%
本人・家族の希望	28	16%



### 3) EQ-5D、ICECAP日本語暫定版の得点

EQ-5D各項目の得点(良い状態から順に1・2・3点)の度数分布は図1の通りとなった。「移動の程度」、「ふだんの活動」では1点が10%台、「身の回りの管理」、「痛み・不快感」では20%程度であり、これらの項目については何らかの問題を抱える利用者が7～8割以上であった。一方で「不安／ふさぎ込み」については問題を抱える利用者は半数程度であった。

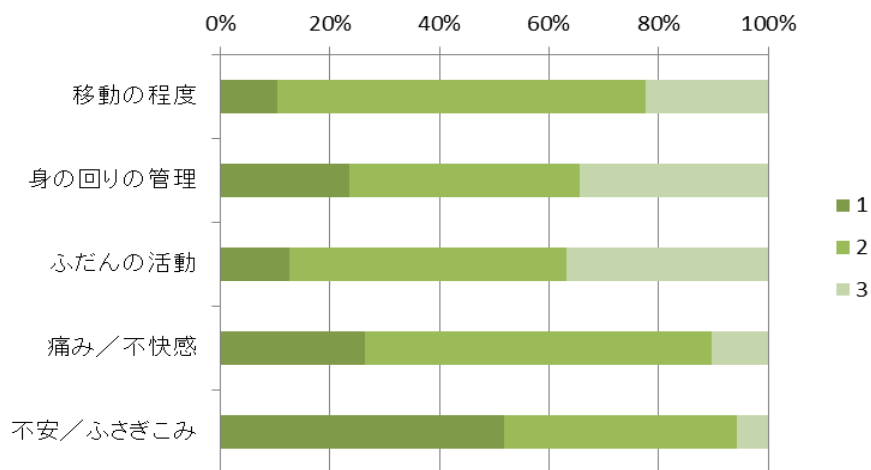


図1 EQ-5D項目得点度数分布 (n=174)

この項目得点に基づいて換算したEQ-5Dスコアの分布は図2の通りであった。平均0.47点(標準偏差0.24点)、最小値-0.11点、最大値1点(6名)であった。

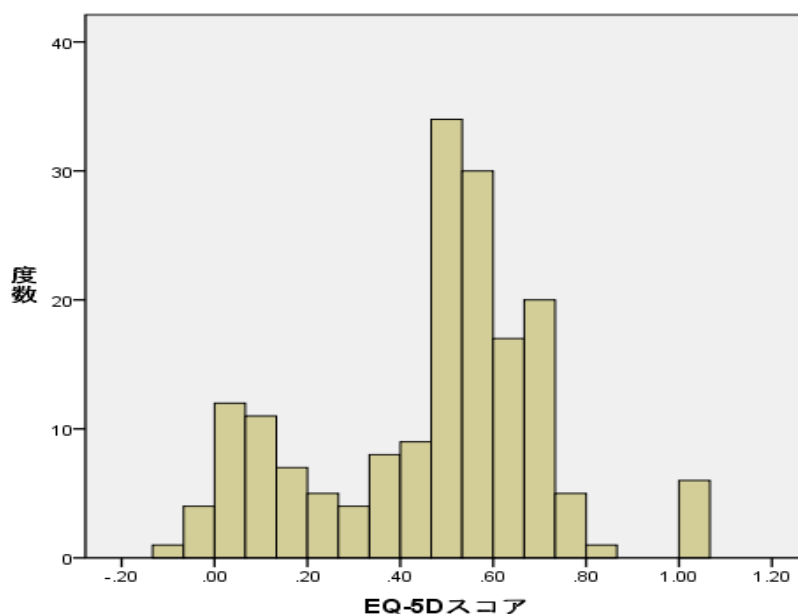


図2 EQ-5Dスコア度数分布 (n=174)

ICECAP日本語暫定版各項目の得点分布は図3の通りであった。良い状態から順に4・3・2・1点となっている。今回の有効回答者については、4・3点の良い状態であると回答した利用者の割合は、「安定・安心」(78%)、「愛情・友情」(68%)で大きな割合を占めた一方で、「楽しみ・喜び」(27%)、「自立」(29%)、「達成感・成長」(41%)では半数以下であり、項目間に度数分布の違いが見られた。

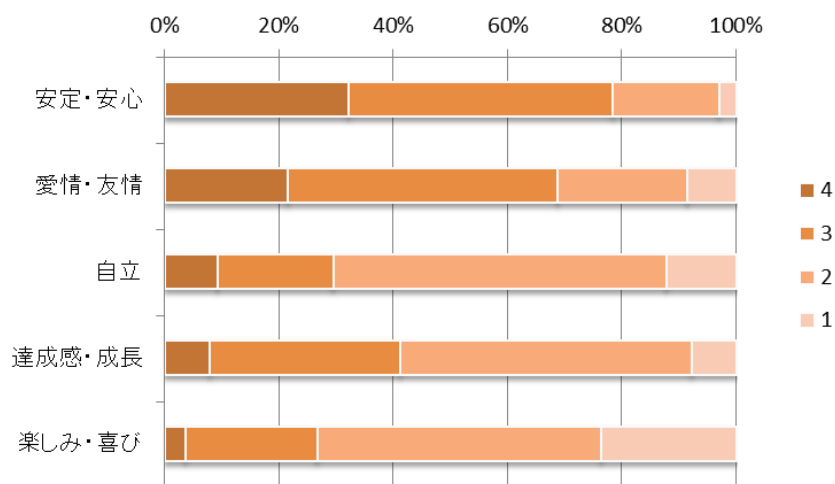


図3 ICECAP日本語暫定版項目得点の度数分布

ICECAP日本語暫定版の各項目得点およびEQ-5Dスコア間の相関係数は表4の通りであった。「愛情・友情」・「自立」・「達成感・成長」相互間には相関係数0.484～0.597の中程度の相関があり、それ以外のICECAP日本語暫定版各項目間には弱い相関が見られた。ICECAP日本語暫定版各項目のEQ-5Dスコアとの間の相関は、「楽しみ・喜び」が0.489と中程度の相関を示し、その他4項目は0.257～0.372と弱い相関が見られた。

表4 ICECAP日本語暫定版項目得点およびEQ-5Dスコアのピアソン相関係数

	安定・安心	愛情・友情	自立	達成感・成長	楽しみ・喜び
安定・安心					
愛情・友情	.363*				
自立	.387*	.484*			
達成感・成長	.369*	.498*	.597*		
楽しみ・喜び	.239*	.356*	.352*	.348*	
EQ-5Dスコア	.294*	.372*	.346*	.257*	.489*

\*p<0.01

EQ-5Dスコアの分布(図2)を見ながら、0.50を境としてEQ-5D高スコア群と低スコア群に分けた。EQ-5D高スコア群はn=109、平均0.63、SD:0.11、同低スコア群はn=65、平均0.21、SD:0.17であった。両群のICECAP日本語暫定版の各項目得点を比較したものが図4である。各項目について最も良い状態(4点)であった利用者はEQ-5D高スコア群・低スコア群それぞれ、「安定・安心」38%・23%、「愛情・友情」26%・14%、「自立」10%・8%、「達成感・成長」8%・8%、「楽しみ・喜び」5%・2%となり、「達成感・成長」で両群がほぼ同じ割合であった他は高スコア群の方が良い状態により大きな割合で分布した。両群の分布を比較するカイ2乗検定では、全項目について統計的に有意な差が見られた。

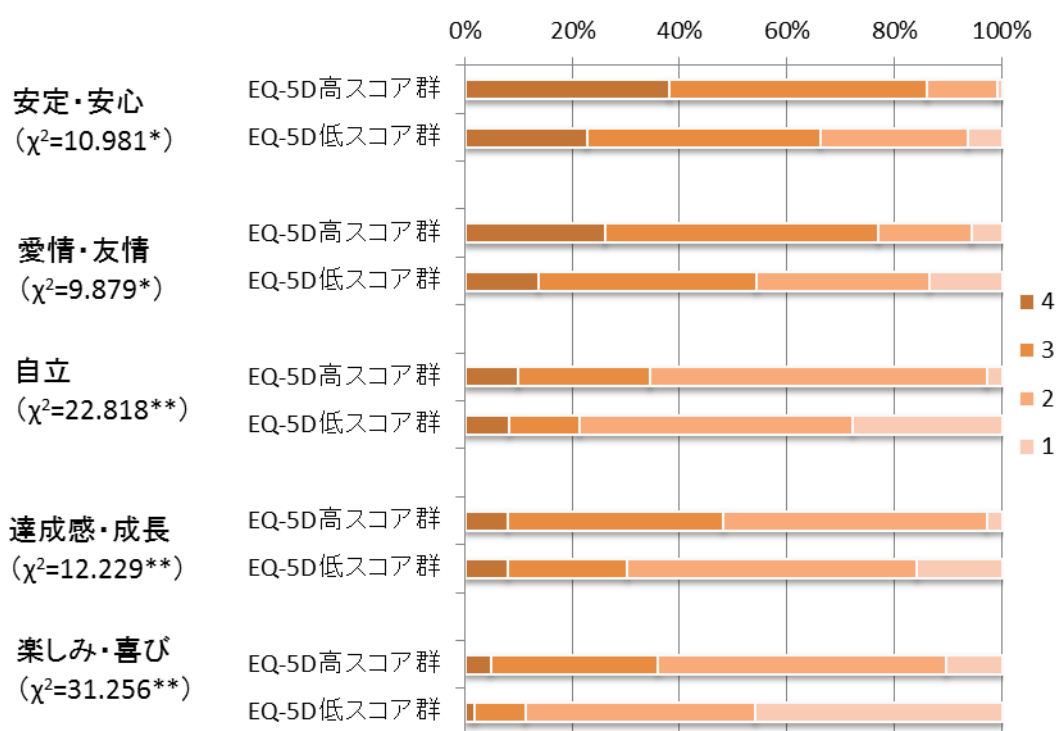


図4 EQ-5D高スコア群・低スコア群のICECAP日本語暫定版項目得点  
\* p<0.05, \*\* p<0.01

訪問看護導入の経緯別に見たEQ-5D ICECAP日本語暫定版の各項目得点分布を、EQ-5D高スコア群・低スコア群の別に図5-1～図5-5に示す。「安定・安心」(図5-1)はEQ-5D高スコア群では導入の経緯による有意な差は見られなかったが、同低スコア群では、退院時の医師の勧め(以下「退院」)群の36%が最も良い状態(4点)と回答しているのに対し、在宅療養中の医師の勧め(以下「医師」)9%、同ケアマネージャーの勧め(以下「ケアマネ」)20%、本人・家族の希望(以下「本人」)10%と、分布には統計上有意な差が見られた。「安定・安心」はEQ-5D高スコア群においては訪問看護導入

の経緯によらずに良い状態が維持される一方で、EQ-5D低スコア群においては、在宅療養の過程で低下するものの、退院時に訪問看護が導入された場合は「安定・安心」が維持される傾向があることが示唆される。

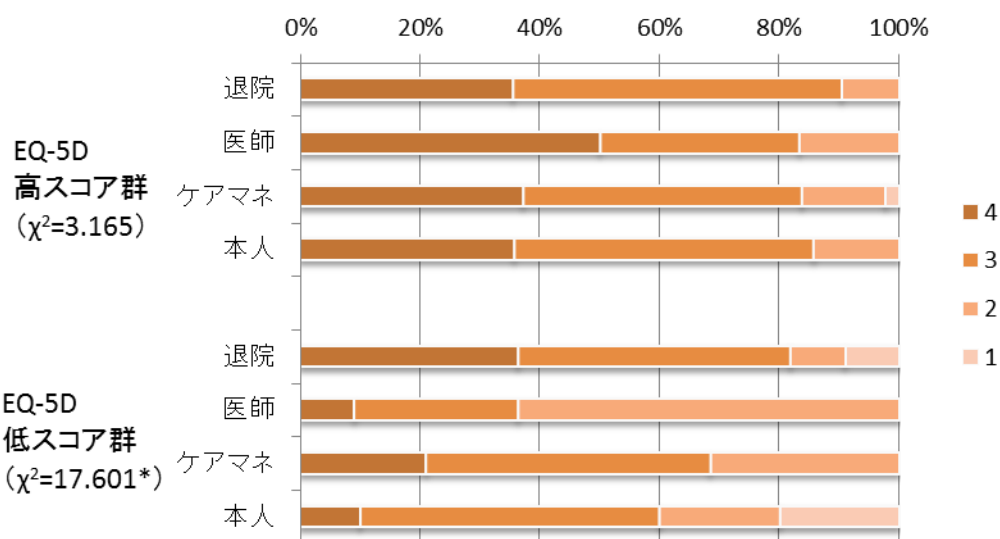


図5-1 訪問看護導入の経緯による「安定・安心」項目得点分布の比較 (\* $p<0.05$ )

訪問看護導入の経緯が「愛情・友情」項目得点分布に及ぼす影響を図5-2に示す。EQ-5Dスコアの高低に依らずに、「退院」・「医師」・「ケアマネ」群では「本人」群よりも良い状態(4点)の分布が多かった。統計的に有意な差はないものの、訪問看護導入の際に専門職が関与することにより「愛情・友情」の状態が良くなる傾向があると言える。

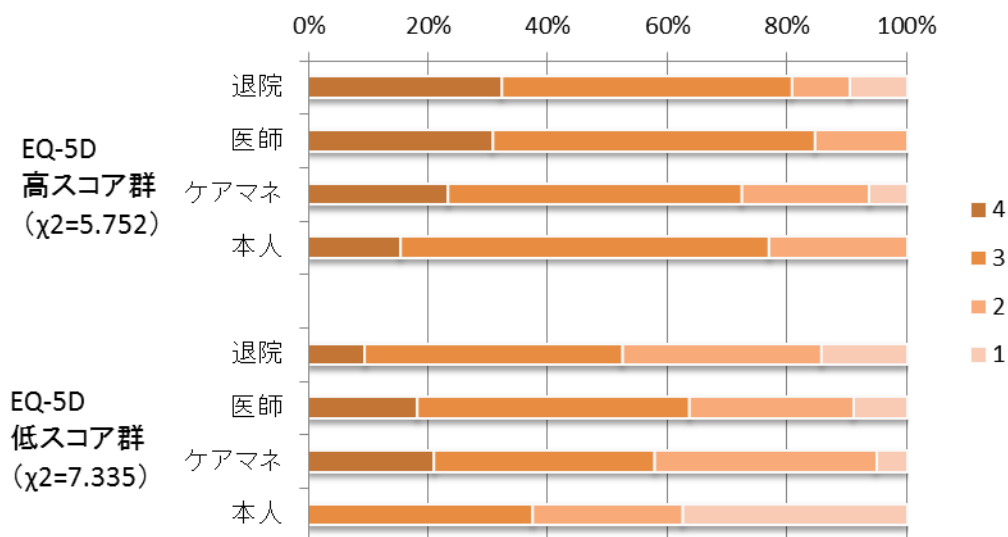


図5-2 訪問看護導入の経緯による「愛情・友情」項目得点分布の比較

訪問看護導入の経緯が「自立」項目得点分布に及ぼす影響を図5-3に示す。EQ-5Dスコアの高低に依らずに、「退院」・「ケアマネ」群で「医師」・「本人」群よりも良い状態(4点)の分布が多かった。退院支援の一環としての訪問看護導入やケアマネージャーが関与する訪問看護導入は「自立」の良い状態をもたらす傾向があると言える。

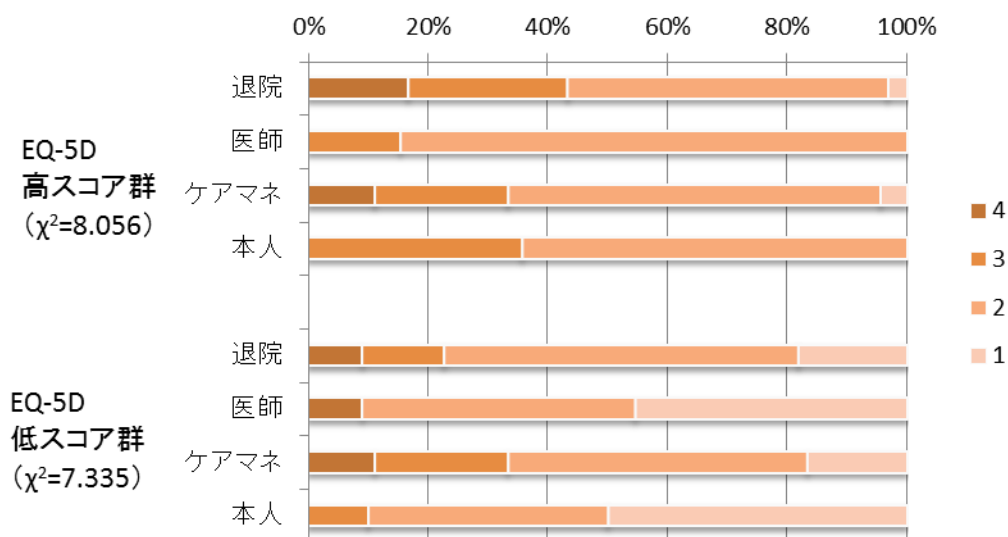


図5-3 訪問看護導入の経緯による「自立」項目得点分布の比較

「達成感・成長」項目に対しては、EQ-5Dスコアの高低によって異なった影響が見られた。EQ-5D高スコア群においては、訪問看護導入の経緯によらずに「達成感・成長」4点が10%程度、3点が30~40%程度であった。これに対し、EQ-5D低スコア群においては、「ケアマネ」群で4点:15%、3点:45%が、「退院」群でも4点:9%、3点:14%が良い状態にあるのに対し、「医師」では4~3点が皆無、「本人」でも4点は皆無であった。EQ-5D低スコア群における「自立」項目得点分布と同様の傾向があり、統計的に有意な差も認められた(図5-4)。

以上の「安定・安心」、「愛情・友情」、「達成感・成長」項目についてはEQ-5D高スコア群において訪問看護導入の経緯による違いは大きくはなかった。しかしながら、残る「楽しみ・喜び」項目については、EQ-5D高スコア群において上記の項目とは違う傾向が見られた。「楽しみ・喜び」が4~3点の良い状態の利用者は、「本人」で53%と多く、次いで「ケアマネ」34%、「医師」31%、「退院」26%となった(図5-5)。本人・家族の希望による訪問看護の導入、いわば自発的な導入が、専門職に勧められてから訪問看護を導入するよりもより大きな楽しみや喜びをもたらすことが示唆された。ただし、これはEQ-5D高スコア群に限られ、同低スコア群では訪問看護導入の経緯による大きな違いは見られなかった。

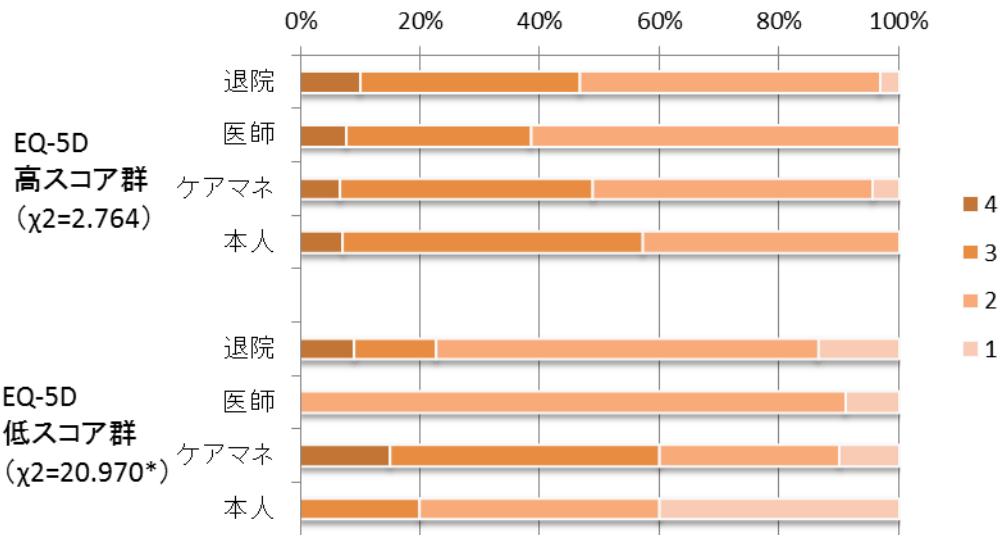


図5-4 訪問看護導入の経緯による「達成感・成長」項目得点分布の比較 (\* $p<0.05$ )

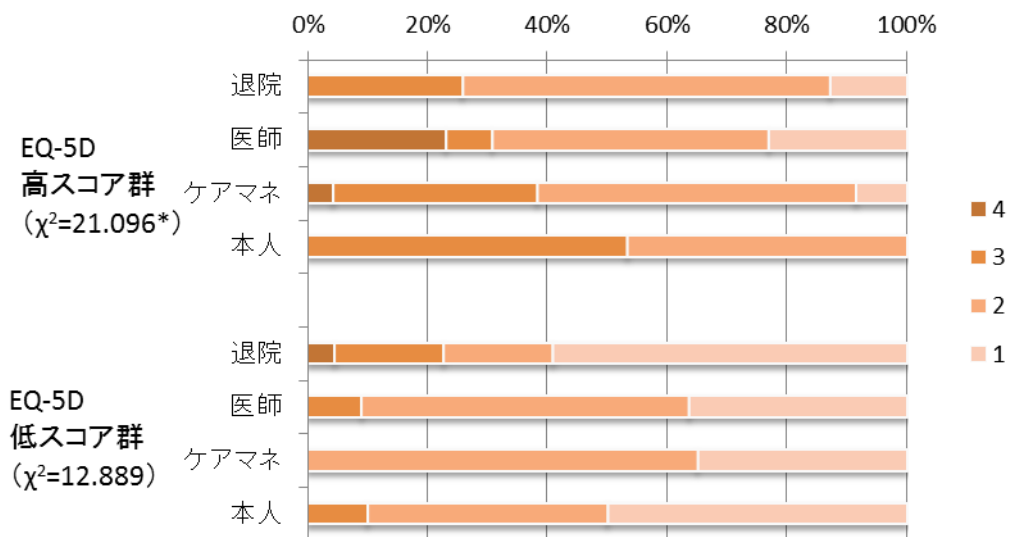


図5-5 訪問看護導入の経緯による「楽しみ・喜び」項目得点分布の比較 (\* $p<0.05$ )

## 5. 考察

本研究では訪問看護の意義の一つを在宅療養者のウェル・ビーイング実現にあるという見地から出発し、訪問看護の効果的な導入のあり方について明らかにするため、訪問看護の導入経緯に着眼しつつ、訪問看護利用者のウェル・ビーイング実現過程を探求した。Sen(1985)の潜在能力アプローチを在宅療養者において展開し、達成されている生活の水準と、福祉的自由という2点からの評価を試みた。本研究における新しい試みとして、英国において開発された質問紙調査票の日本語暫定版を用いて福祉的自由の評価を行った。Sen(1985)やAl-Janabiら(2012)が指摘するように、福祉的自由の評価に際しては個人の多様なあり方や文化的背景を慎重に考慮する必要がある。ICECAP日本語暫定版の信頼性・妥当性の検討は他所に譲るが、本稿で扱った範囲で対象者の福祉的自由を全て評価してしまうことには慎重でなくてはならない。しかしながら、ICECAP日本語暫定版各項目の得点は達成されている生活の水準の評価に用いたEQ-5D日本語版の得点と統計的に有意な相関を示しており(表4)、達成された生活の水準との関連を備えた福祉的自由の一つの指標としては有用であることが示唆される。

在宅療養者の生活背景や身体状態は多様であるため、本稿では、EQ-5Dスコアの分布を見ながら同高スコア群・低スコア群の2群に分け、達成されている生活の水準の別に、訪問看護導入の経緯が福祉的自由の状態(ICECAP日本語暫定版各項目)とどのように関連するかの検討を行った。その結果、訪問看護導入の経緯の違いがEQ-5D低スコア群において得点分布の差をもたらす項目と、同高スコア群において得点分布の差をもたらす項目とがあった。前者は「安定・安心」と「達成感・成長」であり、在宅療養の過程で低スコア群は高スコア群に比べて悪い状態になる一方で、退院時に訪問看護が導入された場合やケアマネージャーが関与して訪問看護を導入した場合には高スコア群と大差ない良い状態を維持している(図5-1、図5-4)。すなわち、「安定・安心」や「達成感・成長」という福祉的自由は、達成された生活の水準が低い在宅療養者にとって損なわれやすいものであるが、退院支援の一環として、あるいは、ケアマネージャーが必要性を判断して訪問看護が導入される場合には良好に維持されるものと考えられ、訪問看護の効果的な導入がなされているといえる。

一方で「楽しみ・喜び」については、EQ-5D高スコア群において、訪問看護導入の経緯の違いが得点分布の差として現れた。退院時の導入、在宅療養中の医師からの勧め、ケアマネージャーからの勧め、本人・家族の希望による導入の順に、良い得点の分布割合が大きくなった(図5-5)。したがって、達成された生活水準の比較的高い場合には、利用者自らの希望で訪問看護の導入の決定に至るときに「楽しみ・喜び」が効果的に高まること、在宅療養の経過の中で医師やケアマネージャーの助言に基づいて訪問看護を導入する場合、退院時の導入に比べて「楽しみ・喜び」が効果的に高まることが示唆される。退院という時点では在宅ケアの必要度の顕著な変化が生

じ、利用者の自発性が十分でなくても訪問看護の導入という決定に至ることが比較的容易である。それに対し、在宅療養の過程で病状や介護状況の変化が緩慢である中ではサービスの必要度が判断されにくい。そのような中で本人・家族の希望に基づいて訪問看護導入に至った場合は、導入決定における利用者の自発性が高いといえる。こうした利用者は自らの希望で訪問看護を導入することにより、生活の「楽しみ・喜び」を効果的に高めていることが分かる。また、自らの決定で訪問看護導入に至らない場合でも、医師、ケアマネージャーという専門職からの助言が利用者に決定を促し、効果的な訪問看護の導入に至って「楽しみ・喜び」を実現させていることが示唆された。

## 6. 結論

在宅療養者の福祉的自由は、達成されている生活の水準により損なわれやすい部分があるが、訪問看護を導入することによって効果的に維持することが可能である。退院時に地域医療連携が円滑に図られ訪問看護が導入されることが福祉的自由の向上に効果的である一方、ケア必要度の変化がわかりにくい在宅療養の過程の中で医師やケアマネージャーの専門的助言に基づいて訪問看護を導入することによっても福祉的自由を効果的に向上させられ、在宅療養者のウェル・ビーイング実現に資するものであることが示唆された。

## 7. 引用文献

- Al-Janabi H, Flynn TN, Coast J (2012). Development of a self-report measure of capability wellbeing for adults: the ICECAP-A. *Qual Life Res* 21(1):167-76.
- Commission on Social Justice (1993). What is social justice? In Pierson C, Castles FG (ed.) (2006). *The Welfare State Reader*, 2nd ed. Cambridge: Polity Press.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, et al. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.
- 福原俊一(2002). 臨床のためのQOL評価と疫学. *日本腰痛会誌* 8(1): 31-7.
- Henderson V, Nite G (1978). *Principles and Practice of Nursing*, 6th ed. New York: Macmillan Publishers.
- 厚生労働省平成24年度在宅医療連携拠点事業(2012). 在宅医療の体制構築に係る指針. In: *平成24年度在宅医療連携拠点事業説明会資料(平成24年7月11日実施)* 138-151.
- Meleis AI (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



- Sen A (1992). *Inequality Reexamined*. New York: Russell Sage Foundation.
- Sen A (1985) Well-being, Agency and Freedom; The Dewey Lectures 1984. *J Philo* 82(4): 169-221.
- Streeten P (1980). Basic needs and human rights. *World Dev* 8: 107-111.
- 太郎丸博(2005). *人文・社会科学のためのカテゴリカル・データ解析入門*. 京都: ナカニシヤ出版.
- Thorson MJ, Halloran EJ (2005). Henderson's conceptualization of nursing. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL (ed.) *Conceptual Models and Nursing: Analysis and Application*, 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Tsuchiya A, Ikeda S, Ikegami N, et al (2002). Estimating an EQ-5D population value set: the case of Japan. *Health Econ* 11(4): 341-53.

## 8. 感想・謝辞

今回、勇美記念財団の研究助成を受けられたことから、在宅医療実践の場に身を置きながらも、研究という観点から、日頃の実践と利用者の生活のありようを見直す機会に恵まれました。特に利用者の生活のありようを見つめることは、看護者として基本的な、大事なことであるとは知りながら、意識して見直さないと見失いがちなものでもあり、実に貴重な機会になりました。今回の研究を通じ、人が生活の中で真に自由であることを発揮することがウェル・ビーイングの根本にあることが分かりました。研究として不十分な部分は多々ありますが、在宅療養中という境遇にある利用者が真の自由を獲得する上で訪問看護が大きな鍵を担っていることを研究結果は示唆していますので、今回得られた着眼点に立ちながら、今後一層研究を掘り下げ、在宅療養中の人の生活のありようにより近づきたいと思います。

本研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成によって行われました。記して感謝いたします。