

2007 年度 在宅医療助成 指定公募研究 完了報告書

経営面から見た訪問看護ステーションの考察
—小児の訪問看護の採算性にかかわる要因とケアの実際およびケアへの満足度—

報告日 2008 年 9 月 30 日

<研究代表者>

前千葉大学看護学部
(現 千葉県千葉リハビリテーションセンター看護局)
荒木 暁子

<共同研究者>

千葉大学看護学部 講師 佐藤 奈保
あおぞら診療所新松戸 院長 前田 浩利
ひだまりの家訪問看護ステーション 所長
谷口 由紀子
千葉県こども病院 看護師長 柿本 洋子
副看護師長 平塚 礼子

I. はじめに

未熟児医療や高度医療の発展により、重症な小児が生存可能となり、ME機器など在宅医療の環境が整う中、小児の訪問看護の受け皿の整備が遅れている状況がある。

1. 小児の訪問看護の現状:小児の訪問看護の経験のあるステーションは 46.8%(及川ら, 1999)、38.5%(横尾ら, 2004)、関東圏内では千葉県 27.5%(大澤ら, 2004)、栃木県 28%(吉野ら, 2005)と、調査方法や地域により数字はまちまちであるものの、ここ数年で増えているとは言い難い。対象は主に幼児、次いで学童であり、訪問看護の目的は在宅での医療的ケアの継続であることから、人工呼吸管理、吸引、経管栄養、内服、挿管・気管切開の処置、清潔・排泄ケアなどが必要な新生児集中治療室(NICU)からの継続事例や重症心身障害のある小児が多く、緩和ケアなどのターミナル期の小児も含まれる。家族が医療的ケアに慣れ、長期化すると、家族は訪問看護に対してレスパイトや成長発達への支援を期待するようになるが、看護師の技術やケアに不安をもち、利用を控える家族も少なくはない。

2. 小児の訪問看護を阻む要因:小児の訪問看護を阻む要因として、サービスの未整備、ケアマネジメント担当者の不在、病院・在宅双方の医療者にとってのハードルの、大きく3つが言われている(吉野ら, 2006)。小児は小児専門病院や基幹病院でフォローされていることが多く、児の疾患が特殊であったり、状態の判断が容易でないため、地元の医師の理解を得るのが困難であることも多い。また、訪問看護師側が感じる困難も小児の受け入れを躊躇する要因として大きい。特に、長期に在宅療養を送る小児には、医療的ケアと知的・運動障害などを併せ持つため、成長発達への支援、疾患の進行や成長発達に伴う問題の理解や障害のある子どもを育てる親への対応などへの不得手感は否めない。かつ、一施設が訪問しているのは1から2事例であることが多く、事例の経験を蓄積しにくい。

3. 訪問看護ステーションの経営からみた小児の訪問:小児の訪問看護の採算性に関するデータが集約されたものは見あたらないが、小児の訪問看護は経営に寄与しないという定説がある。

医療保険上の訪問看護は介護保険と異なり、一回の訪問時間が 0.5~1.5 時間とその対象者の病状により異なり、小児の場合レスパイト目的にて訪問看護を利用することが多く、一回の訪問は約 1.5 時間に及ぶことが多い。通常訪問看護師は一日 4 件訪問しなければ採算が取れないといわれており、1.5 時間の訪問が入ると、実質上 1 日 4 件の訪問は難しくなる。また、小児は状態が変化しやすいことから、悪化時には緊急で訪問しなければならない、あるいは入院・短期入所の利用により訪問がキャンセルとなることも多く、定期的な訪問予定が立てにくい。さらに、看護師は訪問時に観察した情報から状態の変化を予測し、家族・主治医と調整しなければならず、こういった対応が家族との信頼関係の構築に関わっている。しかし、この変化の予測の見極めは非常に難しく、不慣れな看護師にとってはストレスであると同時に、ステーション管理者にとって大きなリスクを背負うこととなる。これらは、小児の受け入れ経験がない管理者にとって、小児の訪問看護は負担が大きい割に報酬が少なく受けたくないと感じる要因と考えられる。

専門分化型訪問看護ステーションの必要性も叫ばれている現在、地域に散在する小児へ質の高いケアを提供しつつ採算性を確保するには、どのようなシステムが必要なのか、現状の分析

から考察する必要がある。

II. 研究目的

よって、本研究の目的を以下のようにする。

1. 小児の訪問看護の採算性の現状を把握し、その影響要因を探る。
2. 採算性とケアの実際および患者家族満足度などの両立を可能とする、小児訪問看護システムについて考察する。

III. 研究方法

訪問看護ステーションを対象に、質問紙調査およびフォーカスサブジェクト(少人数の 対象)への聞き取り調査を行う。

1. 質問紙調査

- 1) 対象: 小児の訪問看護を行っている国内多地点のステーション、およびその利用者である小児の家族。千葉県、北海道などにおいてネットワークサンプリングにより対象施設を抽出する。
- 2) 調査内容:
 - ① ステーションに対して: 小児事例の採算性に関するデータ(月の医療費収入、経費、訪問頻度、など)
 - ② 訪問看護師に対して: 小児事例へ提供しているケアの実際に関する質問紙、およびストレス度
「在宅療養児の家族への支援行為の構成」に関する先行文献(中下ら、2006)の項目に、小児の訪問看護においてキーとなる成長発達と日常生活リズムに関する項目を加えたケアの提供の実際に関する質問、および、訪問看護師のストレスの要因となるケアについての項目と自由記載部分を含む質問紙を作成し、これを実施する。
 - ③ 利用者である小児の家族に対して: ケアの提供の実際と満足度に関する質問紙
訪問看護師に実施する提供しているケアの実際に関する質問紙の項目について、その実施の程度と満足度を聞く質問紙を作成し、これを実施する。
- 3) 分析方法: 質問紙②、③については、記述統計を用いて分析し、看護師と利用者のマッチングにより、ケアの実際と満足度の関係を検討する。これに、ステーションの採算性のデータをマッチングし、採算性とケアの実際および満足度の関係を検討する。

2. フォーカスサブジェクト聞き取り調査

小児の訪問看護の受け入れの盛んなステーションと小児の受け入れをしていないステーション、それぞれ2から3箇所を対象に、聞き取り調査を行う。小児の訪問看護の採算性、ケアの質の保証と満足度に関するステーション責任者の見解と必要なシステムについて半構成面接によりデータを収集する。了解が得られた場合はICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、採算性、ケアの質の保証と満足度に関連した部分を取り出し内容分析を行う。

1, 2の結果をもとに、全共同研究者が分析・考察を行い、報告書をまとめる。

3. 研究の倫理的配慮

研究協力施設となりうるステーションに対して、研究の趣旨を説明し研究への協力を依頼する文書と同意書を送付し、協力していただける場合には郵送にて返信してもらう。

訪問看護師と小児の家族に対する調査については、ステーションの責任者に趣旨を説明し、対象を選択してもらい、研究について興味がある対象にのみ、研究への協力依頼を含む説明文と質問紙を渡してもらい、無記名による返信をもって同意とする。質問紙はマッチングのためのナンバリングを施し、そのことも含めて看護師と家族へ説明する。ナンバリングはステーション責任者によって行うよう依頼し、研究者は看護師や対象者の氏名については知ることがないようにする。

すべての研究は自由意志による参加であり、途中辞退の自由を確保し、匿名性とデータの機密性を保持し、研究成果の報告方法についても対象者に予め説明する。

研究の倫理的配慮については、研究者の属する研究機関の倫理審査委員会で承認を得る。

IV. 結果

1. 質問紙調査：小児の訪問看護のケアの実際と満足度、及び、看護師のストレス

北海道、関東圏の7箇所ステーションの利用者と主にその小児を訪問している看護師の26組に対して質問紙を配布し、19組より回答があり(回答率73.1%)、すべてを有効回答とした。

1) 対象の背景

看護師の年齢は40歳代11名、30歳代7名、50歳代1名、経験年数は平均5.63年(1~22年)であった。

家族の回答者はすべて母親であり、30歳代11名、40歳代5名、50歳代1名、不明1名であった。

子どもの月齢は男児12名、女児7名、平均月齢は66.8か月(17~180か月)で、幼児12名、学童6名であった。子どもの疾患は、脳性麻痺、発達障害、事故の後遺症などで、必要な医療的ケアは、経管栄養12名、呼吸器管理4名、気管切開部ケア6名、吸引9名、その他7名で、医療的ケアがないものや2つ以上のケアが重なっているものがあつた。

2) 家族の感じるケアの実際とケアへの満足度

① 家族が認識している援助の程度

家族が認識している援助の程度を表1に示す。たくさんを5点、まあまあを4点、どちらでもないを3点、あまりを2点、まったくを1点としてスコア化し、各項目の平均スコアを算出した。

家族が援助を受けていると高く認識しているのは、家族の負担のないケアの方法を一緒に考える(2)、家族の生活状況の確認・把握(3)、主介護者の負担の把握(5)、主介護者の子どもへの思いに寄り添う(7)、社会資源の利用状況の把握(10)、子どもの健康状態・病気や治療の経過の把握(13, 14)、子どものストレスサインの把握・援助(17)、具合が悪くなったときの対応を家族へ

伝える(18)などであった。

反対に、援助をあまり受けていないと認識しているのは、近所や地域への外出の機会や近隣の人との関わりの把握・支援(22)や子どもや家族が無理なく遠出ができるような支援(23)であった。

表 1. 家族が認識している援助の程度

項目#	質問項目	実施の程度(N=19)					平均スコア
		たくさん	まあまあ	どちらでもない	あまり	まったく	
1	ご家族の育児の方針を確認する	1	10	3	5	0	3.4
2	ご家族がケアをどのように行っているかを把握して、より適切で負担のない方法を一緒に考える	6	7	5	1	0	4.0
3	ご家族の生活状況について確認し、把握している	5	10	3	1	0	4.0
4	ご家族の健康問題を把握している	5	8	4	1	1	3.8
5	主な介護者(子どものお世話を中心に行っている人)の負担を把握している	7	9	2	1	0	4.2
6	主な介護者(子どものお世話を中心に行っている人)の精神的負担に対して支援する	7	5	4	2	1	3.8
7	ご家族、特に主な介護者の子どもへの思いに寄り添う	6	12	0	1	0	4.2
8	介護による他の家族の負担や影響を考え、支援する	7	6	3	3	0	3.9
9	家族全体の関係を把握し、調整する	5	5	6	1	2	3.5
10	ご家族がどの社会資源(ショートステイ、地域のボランティアなど)を利用しているかを把握している	6	9	2	2	1	4.0
11	ご家族が困っていること助けてほしいことについて、必要な社会資源(ショートステイ、地域のボランティアなど)に関する情報を提供する	5	9	3	2	0	3.9
12	他の専門職(医師、理学療法士などの訓練士、保健師、社会福祉士など)との橋渡しをする	6	6	5	0	2	3.7
13	お子様の健康状態(発熱、風邪、入院など)を把握する	10	8	1	0	0	4.5
14	病気や治療の経過(今どういう状態か、これからどうなるのか)を把握する	7	10	2	0	0	4.3
15	呼吸状態(呼吸の仕方、呼吸がうまくできているかなど)を把握し、呼吸を楽にするための援助をする	6	7	3	3	0	3.8
16	苦痛(身体の痛みなど、辛そうなこと)をやわらげるための援助をする	7	5	3	3	1	3.7
17	こどものストレスのサイン(機嫌の悪さ、周りと関わろうとしな、自傷行為、など)を把握し、ストレスをやわらげるための援助をする	7	5	6	1	0	4.0
18	具合が悪くなった時に、起こりうることと対応(どうなったら受診する、こういう症状が出たらステーションに電話してください、など)を家族に伝える	6	8	3	2	0	4.0
19	お子様の生活リズムを把握し、リズムが安定するように支援する	7	4	4	3	1	3.7
20	お子様が興味を示すことや遊びなどによって、楽しむ時間を持てるように支援する	7	6	3	2	1	3.8

21	お子様の通園や通学などの集団への参加状況を把握し、その年齢なりの参加ができるよう支援する	2	6	6	1	1	3.4
22	近所や地域への外出の機会や近隣の人との関わりを把握し、支援する	1	5	4	3	4	2.8
23	お子様自身や家族が無理なく遠出ができるよう支援する 3.8	0	8	4	2	4	2.9
24	日常生活行動(食事、排泄など)に対する援助をする	6	8	1	0	3	3.8
25	知的、情緒(心や気持ち)の発達を促す	6	6	2	2	2	3.7
26	からだの動きや移動(バギーや車椅子などによるものも含む)に対する援助をする	7	7	2	0	2	3.9
27	手の動きや学習の準備のための援助をする	3	6	4	1	3	3.3
28	お子様に合った遊びや遊ぶ方法を考え、教えてくれたり、一緒に遊んだりする	4	7	5	1	2	3.5
29	お子様に合ったコミュニケーションや方法を考え、教えてくれたり、それによってコミュニケーションをとろうとする	4	8	3	2	2	3.5

② 家族が感じる援助への満足度

家族が感じる援助への満足の程度を表2に示す。とてもを5点、まあまあを4点、どちらでもないを3点、あまりを2点、まったくを1点としてスコア化し、各項目の平均スコアを算出した。

家族が援助に対して高く満足を示した項目は、主介護者の子どもへの思いに寄り添う(7)、社会資源の利用状況の把握(10)、子どもの健康状態の把握(13)、具合が悪くなったときの対応を家族へ伝える(18)など、家族が援助されていると高く認識している項目と重なった。

反対に、満足が低かった項目は、近所や地域への外出の機会や近隣の人との関わりへの把握・支援(22)と子どもと家族が無理なく遠出できるような支援(23)と実施の程度が低いと認識していた項目と重なるものが示された。

表2. 家族が感じる援助への満足度

項目#	質問項目	満足の程度(N=19)					平均スコア
		とても	まあまあ	どちらでもない	あまり	まったく	
1	ご家族の育児の方針を確認する	2	9	3	5	0	3.4
2	ご家族がケアをどのように行っているかを把握して、より適切で負担のない方法を一緒に考える	5	6	3	3	2	3.5
3	ご家族の生活状況について確認し、把握している	3	11	4	1	0	3.8
4	ご家族の健康問題を把握している	6	7	4	1	1	3.8
5	主な介護者(子どものお世話を中心に行っている人)の負担を把握している	5	9	4	1	0	4.0
6	主な介護者(子どものお世話を中心に行っている人)の精神的負担に対して支援する	5	7	5	1	1	3.7
7	ご家族、特に主な介護者の子どもへの思いに寄り添う	7	8	2	2	0	4.1
8	介護による他の家族の負担や影響を考え、支援する	7	5	3	4	0	3.8

9	家族全体の関係を把握し、調整する	3	8	4	3	1	3.5
10	ご家族がどの社会資源(ショートステイ、地域のボランティアなど)を利用しているかを把握している	8	5	4	1	0	4.1
11	ご家族が困っていること助けてほしいことについて、必要な社会資源(ショートステイ、地域のボランティアなど)に関する情報を提供する	4	8	4	3	0	3.7
12	他の専門職(医師、理学療法士などの訓練士、保健師、社会福祉士など)との橋渡しをする	5	4	3	1	0	3.8
13	お子様の健康状態(発熱、風邪、入院など)を把握する	9	7	3	0	0	4.3
14	病気や治療の経過(今どういう状態か、これからどうなるのか)を把握する	6	10	3	0	0	4.2
15	呼吸状態(呼吸の仕方、呼吸がうまくできているかなど)を把握し、呼吸を楽にするための援助をする	4	7	4	1	3	3.4
16	苦痛(身体の痛みなど、辛そうなこと)をやわらげるための援助をする	6	5	5	1	2	3.6
17	こどものストレスのサイン(機嫌の悪さ、周りに関わろうとしない、自傷行為、など)を把握し、ストレスをやわらげるための援助をする	5	6	7	1	0	3.8
18	具合が悪くなった時に、起こりうることと対応(どうなったら受診する、こういう症状が出たらステーションに電話してください、など)を家族に伝える	6	8	4	1	0	4.0
19	お子様の生活リズムを把握し、リズムが安定するように支援する	5	4	6	3	1	3.5
20	お子様が興味を示すことや遊びなどによって、楽しむ時間を持てるように支援する	7	5	3	3	1	3.7
21	お子様の通園や通学などの集団への参加状況を把握し、その年齢なりの参加ができるよう支援する	1	6	6	2	1	3.3
22	近所や地域への外出の機会や近隣の人との関わりを把握し、支援する	1	6	2	4	4	2.8
23	お子様自身や家族が無理なく遠出ができるよう支援する 3.8	0	7	4	3	4	2.8
24	日常生活行動(食事、排泄など)に対する援助をする	4	10	1	1	2	3.7
25	知的、情緒(心や気持ち)の発達を促す	3	9	1	4	1	3.5
26	からだの動きや移動(バギーや車椅子などによるものも含む)に対する援助をする	6	7	2	2	1	3.8
27	手の動きや学習の準備のための援助をする	3	6	4	4	1	3.3
28	お子様に合った遊びや遊ぶ方法を考え、教えてくれたり、一緒に遊んだりする	6	6	3	3	1	3.7
29	お子様に合ったコミュニケーションや方法を考え、教えてくれたり、それによってコミュニケーションをとろうとする	4	7	4	3	1	3.5

3) 看護師の認識しているケアの実際とストレス

① 看護師がストレスを感じる局面

看護師がストレスを感じる発達段階は、乳児が最も多く10名、幼児と思春期がそれぞれ5名、学童が2名であった。看護師のストレスを感じる医療的ケアは、呼吸管理10名、経管栄養6名、気管切開部ケア5名、導尿4名、ストマケア3名、吸引3名、その他2名であった。

② 対象児への発達支援

発達支援に関する看護計画立案されているものは17名で、遊びに関するもの16名、精神発

達に関するもの 14 名、コミュニケーションに関するもの 10 名、ADL(摂食・排泄など)に関するもの 8 名、粗大運動や移動に関するもの 7 名、微細運動に関するもの 6 名であり、複数回答がほとんどであった。

学校・幼稚園や保育所とのサービス調整を行っているかという質問に対しては、2 名が行っているのみであった。

③ 看護師の認識しているケアや支援の実施

各項目に対する実施の程度を表 3 に示す。たくさんを 5 点、まあまあを 4 点、どちらでもないを 3 点、あまりを 2 点、まったくを 1 点としてスコア化し、各項目の平均スコアを算出した。

実施の程度を高く自己評価しているのは、子どもが興味を示すことや遊びを通して楽しい時間を過ごせるようにしている(28)、健康状態・病気や治療の経過の把握(21,22)、看護師のアセスメントを把握・伝える(17,18)、呼吸状態を把握と改善のための援助(23)、主介護者の子どもへの思いを傾聴し寄り添う、他主介護者の負担や精神状態の把握(11,3,9)、資源の利用状況の把握(14)などであった。

反対に、実施の程度を低く自己評価しているのは、抗生剤などの経静脈点滴(20)、地域での外出機会や近隣の人との関わりの把握・支援(30)、家族の関係性から生じる困難を予測して対応(2)、家族全体の関係の把握・調整(13)、介護による家族メンバーへの影響のアセスメント・支援(12)、家族の受容段階の把握と困難の予測(4)などであった。

表 3. 看護師の認識しているケアや支援の実施の程度

		実施の程度 (N=19)					平均スコア
		たくさん	まあまあ	どちらでもない	あまり	まったく	
1	家族のマンパワー、問題解決能力を把握して、1 か月後の介護力を予測している	5	10	6	2	0	3.5
2	夫婦、きょうだい、祖父母の関係性から生じる困難を予測して対応、対応策を持っている	1	8	5	4	1	3.2
3	主介護者の精神状態の把握をしている	2	16	1	0	0	4.1
4	子どもの疾患・状態に対する家族の受容段階を把握し、それに沿った困難を予測し対応している、または対応策について予測的に検討している	3	13	1	1	0	4.0
5	家族の育児方針を確認している	2	12	3	2	0	3.7
6	家族のケアの実施状況を把握し、より適切で負担のない方法を一緒に考えている	4	11	2	1	0	4.0
7	家族の生活状況を確認、把握している	2	15	1	1	0	4.0
8	家族の健康問題を把握している	4	11	2	2	0	3.9
9	主介護者の負担を把握している	3	12	2	0	0	4.1
10	主介護者の精神的負担に対する支援を行っている	3	12	4	0	0	4.0
11	家族、特に主介護者の子どもへの思いを傾聴し、寄り添う	2	16	0	0	0	4.1
12	介護による家族メンバーの負担や、家族メンバーへの影響についてアセスメントし、支援している	1	8	4	4	0	3.4
13	家族全体の関係を把握し、調整している	1	9	5	3	1	3.3
14	資源の利用状況を把握している	4	13	2	0	0	4.1

15	必要な資源に関する情報提供を行っている	3	10	2	4	0	3.6
16	家族に他職種との連携状況を伝え、また家族からの要望を他職種に伝えている	5	9	3	2	0	3.9
17	具合が悪くなった時に、看護者のアセスメントを伝えている	4	14	1	0	0	4.2
18	具合が悪くなった時に、看護者の判断とその根拠を伝えている	4	12	2	0	0	4.1
19	具合が悪くなった時に、家族に起こりうることとその対応を伝えている	4	10	3	1	0	3.9
20	抗生剤などの薬剤の経静脈点滴をしているのか	0	1	2	16	0	1.3
21	健康状態(発熱、風邪、入院など)を把握している	6	12	1	0	0	4.3
22	病気や治療の経過について把握している	6	10	3	0	0	4.2
23	呼吸状態をアセスメントし、改善のための援助を行う	6	9	2	1	0	4.1
24	苦痛(身体の痛みなど、辛そうなこと)を緩和するための援助を行う	6	6	6	2	0	3.9
25	こどものストレス(機嫌の悪さ、周りと関わろうとしない、自傷行為、など)についてアセスメントし、支援している	4	10	3	2	0	3.8
26	こどもの具合が悪くなった時に、家族に起こりうることと対応を伝えている	5	9	4	1	0	4.0
27	生活リズムを把握し、安定するように支援している	3	9	4	2	0	3.7
28	こどもが興味を示すことや遊びなどで楽しむ時間を持てるように支援している	8	3	0	1	0	4.5
29	集団への参加(通園、通学、など)状況を把握し、発達段階に沿った参加の方法について支援している	3	5	7	4	0	3.4
30	地域での外出機会や近隣の人との関わりを把握し、支援している	2	3	7	5	2	2.9
31	本人や家族が無理なく遠出できるよう支援している	4	5	9	1	0	3.6

④ ケアや支援に対するストレス

各項目に対する看護師の感じているストレスの程度を表4に示す。とてもを5点、まあまあを4点、どちらでもないを3点、あまりを2点、まったくを1点としてスコア化し、各項目の平均スコアを算出した。

看護師がストレスを感じている項目は、主介護者の精神状態の把握(3)、家族の受容段階の把握と困難の予測(4)、主介護者の精神的負担への支援(9)、具合が悪くなったときのアセスメント・判断とその根拠・家族に起こりうることとその対応を伝える(17~19)、呼吸状態のアセスメントと改善のための援助(23)、病気や治療の経過の把握(22)、子どもが興味を示すことや遊びなどで楽しむ時間を持てるような支援(28)など、ケアや支援の実施の程度が高いと自己評価している項目と同様の項目が多かった。

反対に、ストレスが少ないと感じているのは、あまり実施していない項目でもある、経静脈点滴の実施(20)や地域での外出機会の把握・支援(30)であった。

表4. 看護師のケアや支援に対するストレス

	ストレスの程度(N=19)					平均スコア
	とても	まあまあ	どちらでもない	あまり	まったく	

				い			
1	家族のマンパワー、問題解決能力を把握して、1か月後の介護力を予測している	1	4	5	7	1	2.8
2	夫婦、きょうだい、祖父母の関係性から生じる困難を予測して対応、対応策を持っている	1	4	2	10	1	2.7
3	主介護者の精神状態の把握をしている	1	8	4	4	1	3.2
4	子どもの疾患・状態に対する家族の受容段階を把握し、それに沿った困難を予測し対応している、または対応策について予測的に検討している	0	4	2	5	1	3.1
5	家族の育児方針を確認している	0	6	5	5	1	2.9
6	家族のケアの実施状況を把握し、より適切で負担のない方法を一緒に考えている	0	7	2	6	2	2.8
7	家族の生活状況を確認、把握している	0	4	8	4	2	2.8
8	家族の健康問題を把握している	0	4	9	4	1	2.9
9	主介護者の負担を把握している	0	4	7	4	1	2.9
10	主介護者の精神的負担に対する支援を行っている	1	5	6	4	1	3.1
11	家族、特に主介護者の子どもへの思いを傾聴し、寄り添う	0	6	5	5	1	2.9
12	介護による家族メンバーの負担や、家族メンバーへの影響についてアセスメントし、支援している	0	5	4	6	1	2.8
13	家族全体の関係を把握し、調整している	0	4	6	6	1	2.8
14	資源の利用状況を把握している	0	4	9	4	1	2.9
15	必要な資源に関する情報提供を行っている	0	6	5	5	1	2.9
16	家族に他職種との連携状況を伝え、また家族からの要望を他職種に伝えている	0	5	5	6	2	2.7
17	具合が悪くなった時に、看護者のアセスメントを伝えている	1	8	1	7	1	3.1
18	具合が悪くなった時に、看護者の判断とその根拠を伝えている	1	6	4	5	1	3.1
19	具合が悪くなった時に、家族に起こりうることとその対応を伝えている	1	8	2	6	1	3.1
20	抗生剤などの薬剤の経静脈点滴をしているのか	0	2	2	4	10	1.8
21	健康状態(発熱、風邪、入院など)を把握している	0	7	4	5	5	2.9
22	病気や治療の経過について把握している	0	8	3	6	1	3.0
23	呼吸状態をアセスメントし、改善のための援助を行う	2	6	3	5	1	3.2
24	苦痛(身体の痛みなど、辛そうなこと)を緩和するための援助を行う	1	5	5	4	2	2.9
25	こどものストレス(機嫌の悪さ、周りと関わろうとしない、自傷行為、など)についてアセスメントし、支援している	0	9	1	6	2	2.9
26	こどもの具合が悪くなった時に、家族に起こりうることと対応を伝えている	0	5	5	6	1	2.8
27	生活リズムを把握し、安定するように支援している	0	6	3	6	2	2.8
28	こどもが興味を示すことや遊びなどで楽しむ時間を持てるように支援している	1	5	1	4	1	3.1
29	集団への参加(通園、通学、など)状況を把握し、発達段階に沿った参加の方法について支援している	1	3	7	5	2	2.8
30	地域での外出機会や近隣の人との関わりを把握し、支援している	0	2	6	6	4	2.3
31	本人や家族が無理なく遠出できるよう支援している	1	6	5	3	3	2.9

4) 家族と看護師の認識のギャップ

事例ごとに家族と看護師とをマッチさせての分析を行う必要があるが、記述統計から以下のこ

とが示された。家族は実施の程度が高いケアや支援に対して満足を抱き、看護師も実施の程度については家族とあまり相違のない評価をしており、かつ実施の程度が高い項目にストレスを抱いていた。

2. フォーカスサブジェクトインタビュー：訪問看護ステーション所長の小児の訪問看護の採算性、ケアの質の保証と満足度に関する認識

関東圏、関西圏の小児の事例を訪問しているステーションの所長 4 名を対象にインタビューを行った。

対象となった所長は、男性 1 名、女性 3 名、30 歳代 1 名、40 歳代 2 名、50 歳代 1 名であった。

インタビュー結果については、内容について現在分析中であるが、4 名中 2 名は採算性について明確な言及をせず、設置母体によって所長であっても採算性のマネジメントへの関与が異なるのではないかと示された。

また、小児事例を多数受け入れているステーションでも、訪問回数や受け入れ体制などはばらつきがあり、所長が小児に対する知識・技術が豊富であったり、紹介元機関のサポートや情報提供が十分である場合は、安心して小児事例を受け入れている状況があった。

さらに、事例を重ね、分析を深めていく予定である。

本研究は、勇美記念財団 2007 年度在宅医療助成を受けて行った。