厚生労働科学研究費（長寿科学政策研究事業）
分担研究報告書

訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための評価指標の確立(研究１)

研究代表者	五十嵐歩	東京大学大学院医学系研究科	准教授
研究分担者	角川由香	東京大学大学院医学系研究科	助教
研究協力者	河瀬希代美	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	矢坂泰介	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	松下はるゑ	東京大学大学院医学系研究科	大学院生

研究要旨

長期ケアの質指標の評価者間・再テスト信頼性と表面的妥当性の検証を目的とし、訪問看護師と介護支援専門員を対象に調査を実施した。

アウトカム指標から算出したネガティブイベントにおいて概ね高い一致率が得られ、質指標の信頼性が確認できた。一方、一致率が低い項目や、アウトカム・プロセス指標の状況が「わからない」とする回答が多い項目に対して検討の必要性が示唆された。信頼性を向上させる方策として、評価基準をより明確にする評価ガイドの作成が有効と考えられる。また、表面的妥当性についても概ね担保されたが、訪問看護師・介護支援員に対する質指標の必要性に関する教育的な取り組みや、評価頻度の見直しの必要性が示唆された。

1. 研究目的・背景

高齢化が進む我が国において、質の高い長期ケア、特に在宅ケアの提供は喫緊の課題である。質の高いケアを提供するためには、ケアの質を評価するための標準化されたツールとそれを用いたケア改善の取り組みが必要である。

我々は、長期ケアの質を多様な側面から包括的に評価する指標(Visualizing Effectiveness of Nursing & Long-term Care：VENUS 指標[1])を開発した。質指標の開発にあたり、研究者による先行研究のレビューおよびエキスパートパネルによる表面的妥当性の検討を行った。しかし、実際に在宅ケアの現場において指標が用いられた時の妥当性については検討されていなかった。また訪問看護師の臨床経験によらず統一した評価が可能か、専門資格や役割の異なる他の職種でも活用可能な指標であるかといった信頼性に関しても未検討であり、信頼性・妥当性の確保された質指標の確立が必要であった。

そこで本研究では、VENUS 指標の信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

2. 研究方法

１．対象

研究対象者は、訪問看護事業所に勤務する訪問看護師および居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員とし、機縁法で募集した。

協力の意志を示した対象者に対し、表 1 に示すいずれかの組となり、ともに担当するサービス利用者を評価してもらうよう依頼した。経験の豊富な訪問看護師とは、独立してアセスメントやケアが可能な者とし、経験の浅い訪問看護師とは、日常業務におけるアセスメントやケアに助言が必要な者とした。

表 1. 研究対象者の参加条件

属性	人数	組み合わせ		
		A	B	C
訪問看護師① 経験が豊富	1 [必須]	○	○	○
訪問看護師② 経験が浅い	1	○	○	
介護支援専門員	1	○		○

評価の対象となる訪問看護利用者は、75 歳以上の高齢者とした。疾患、家族構成、性別などは問わないが、2 週間後に状態の変化がないと予想される安定期の者を選定するよう、訪問看護師に依頼した。

信頼性・妥当性の国際基準である COSMIN チェックリストによると、信頼性評価のためには、50～99 名の対象者が必要であるとされている。今回の調査では実施可能性を考慮し、評価対象者数を 80 名とした。

２．調査方法

1）調査期間およびデータ収集方法

調査は、2021 年 12 月から 2022 年 5 月の期間に実施した。

（1）ウェブ調査

機縁法により募集した対象者に対し、研究説明書と同意書、VENUS 指標の一覧を郵送した。調査への参加に同意し、同意書を返送した対象者に対し、電子メールでウェブ調査の URL を送付した。

対象者は、評価者間信頼性の検討のため、組ごとに同一の利用者の評価をそれぞれ独立して実施した(1 回目調査)。再テスト信頼性の検討のため、1 回目調査より 2 週間後に再度調査を実施した (2 回目調査)。実施可能性を踏まえ、2 回目調査の調査期間は 1 回目調査の 11～17 日後の期間とし、1 回目調査から 11 日後にリマインドメールを送付し回答を依頼した。

（2）インタビュー調査

ウェブ調査を実施した対象者に対し、質指標の表面的妥当性を評価してもらうことを目的にインタビュー調査への参加を依頼し、同意が得られた対象者に対してインタビュー調査を実施した。インタビュー方法は対象者の希望に合わせて、組になった複数名または 1 名でのいずれかの参加とし、オンライン会議システム(Zoom)または対面を選択可能とした。

インタビュー時間は 30 分程度とし、イ

ンタビューガイドを用いて、以下の内容を尋ねた。

① 回答に時間がかかった項目
② 評価が難しかった項目とその理由
③ ケアの質を反映していると感じたかと、その理由
④ 評価者間・再テストで回答が一致していなかった項目について、理由として考えられること

インタビュー内容は録音し、逐語録を作成した。

2）調査項目

（1）訪問看護師・介護支援専門員・利用者特性

対象者全員に年齢、職種経験年数、保有資格、2020 年度学会・研修会参加回数を尋ねた。加えて訪問看護師には、訪問看護経験年数、専門認定資格の有無を、介護支援専門員には基礎資格とその経験年数、主任介護支援専門員研修修了の有無、認定ケアマネジャーの有無などをそれぞれ尋ねた。

また、評価の対象となった利用者の性別、年齢、主疾患、副疾患、状態像（安定期・不安定期・ターミナル期）、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度を尋ねた。

（2）長期ケアの質指標

対象者に VENUS 指標の項目を尋ねた。VENUS 指標は、長期ケアが目指す 8 つの領域(ドメイン)に 21 のアウトカム項目と、各アウトカム項目に対応するプロセス項目(78 のアセスメント項目および 66 のケア項目)が含まれる(表 2)。

各アウトカム・プロセス項目の検討に加え、各アウトカム項目において望ましくない状態の発生として定義される「ネガティブイベント」を分析に用いた。

3）データ分析方法

本報告書では、2022 年 1 月 31 日までに入力されたデータを分析対象とした。

（1）信頼性の検討

①経験の豊富な訪問看護師と経験の浅い訪問看護師(NS-NS)および②経験の豊富な訪問看護師と介護支援専門員(NS-CM)の評価者間信頼性と、①経験の豊富・経験の浅い訪問看護師および②介護支援専門員の再テスト信頼性を検討した。訪問看護師-訪問看護師-介護支援専門員の 3 名 1 組で参加した場合は、それぞれ NS-NS と NS-CM のペアを作成し分析に用いた。

信頼性評価の指標である Cohen のカッパ係数は、回答の偏りがある場合に信頼性が低くなるというバイアスを受けやすい[2]。一方 VENUS 指標は、多くの項目が「はい」「いいえ」「わからない」の選択肢で回答を求める形式で、例えば実践者が取り組みやすいプロセス項目では「はい」に回答が集中するといった特徴がある。したがって本研究の信頼性評価では、カッパ係数ではなく、評価者間およびテスト・再テスト間の単純な一致率を用いることとした。

各アウトカムの調査項目およびアウトカ

ム指標から定義されたネガティブイベントの発生の有無、各プロセス項目それぞれについて、評価者間とテスト-再テスト間の一致率を算出した。それぞれ「わからない」の回答を含む完全な一致率と「わからない」の回答を欠損とみなした一致率を算出し、両者を比較した。

またプロセスの各項目において、それぞれ「わからない」の回答を含む完全な一致率と、「わからない」の回答を欠損とみなした一致率を算出した。

（2）妥当性の検討

インタビュー調査で得られたVENUS指標に関する意見をドメイン別に分類し、指標の表面的妥当性を検討した。

4）倫理的配慮

対象者である訪問看護師、介護支援専門員に対し、研究の目的、任意の参加であること、プライバシーが保護されていること等について研究説明書を用いて説明した上で、文書による同意を得た。対象者は個人識別符号を用いて匿名化された。照合表は研究者がパスワードをかけたファイルで保存した。

東京大学大学院医学系研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号2019063NI-(2))。

3. 研究結果

１．記述統計量

1）訪問看護師・介護支援専門員の特性

訪問看護経験年数は経験な豊富な者(n=37)で平均7.6年(範囲1-29）、経験の浅い者(n=25)で1.4年(範囲1-13)であった。経験の豊富な訪問看護師の保有資格は、訪問看護認定看護師3名、皮膚・排泄ケア認定看護師1名、緩和ケア認定看護師1名、老人看護専門看護師1名、がん看護専門看護師1名であり、経験の浅い訪問看護師に専門認定資格保有者はいなかった。

介護支援専門員(n=14)の経験年数は平均11.1年(範囲2-21)であった。最も多い基礎資格は介護福祉士12名(85.7%)であり、主任介護支援専門員研修修了者が2名、認定ケアマネジャー資格を有しているものはいなかった(表3)。

2）利用者特性

利用者(n=55)の特性は、平均年齢は85.4歳であり、およそ60%が女性であった。主疾患は心不全8名(14.5%)、認知症、がん、脳血管疾患がそれぞれ7名(12.7%)であった。要介護度は「要介護2」が12名(21.8%)と最も多く、次いで「要介護5」が11名(20.0%)、「要介護1」と「要介護4」がそれぞれ10名(18.2%)であった。世帯構成は「利用者と配偶者の夫婦二人暮らし」が18名(32.7%)、独居が12名(21.8%)、主介護者は「子」と「配偶者」がそれぞれ19名(34.5%)、「いない」が8人(14.5%)であった(表4)。

3）長期ケアの質指標

（1）ネガティブイベントの発生状況

経験の豊富な訪問看護師による初回調査

において、「排泄活動の維持」(43.1%)、「認知機能低下による生活障がいの最小化」(23.5%)、「寝床以外での活動の維持」(19.6%)のアウトカム指標でネガティブイベントの発生割合が多かった(表 5)。

(2)各項目における「わからない」の回答状況

アウトカム項目において、対象者の組のいずれかが「わからない」と回答した割合が 30%以上であった項目は、「わからない」の回答が多かった順に、ドメイン 8「家族は介護のために疲れ切っていたか」（52%）、ドメイン 1「家族や友人との葛藤や怒りの有無」(50%)、ドメイン 8「家族は無理なく穏やかに過ごせていたか」（44%）、ドメイン 1「一部の家族や近しい知り合いに対する恐れの有無」(40%)、ドメイン 1「孤独感や寂しさの表現の有無」(40%)、ドメイン 3「5%以上の体重減少があるか(過去 30 日間)、または 30 日前と比べてやせてきたと感じるか」(40%)、ドメイン 1「家族や友人とのその他の交流の有無」(38%)、ドメイン 4「最も多い便性状」（31%）であった（表 6-2）。

2. 信頼性

1. 評価者間信頼性

1）アウトカム項目の評価結果

（1）各項目における評価者間の一致率

アウトカム項目における完全一致率は、NS-NS で平均 0.65、NS-CM で平均 0.68、全評価者間で平均 0.66 であった(表 6-1)。NS-NS、NS-CM を合わせた全評価者間の一致率が高いアウトカム項目は、ドメイン 2「苦痛の最小化」における「入院回数」(0.98)、「肺炎」(0.97)、「救急外来受診の回数」(0.94)などであった(表 6-2)。

一方、全評価者間の一致率が低いアウトカム項目は、一致率が低かった順に、ドメイン 4「最も多い便性状」(0.37)、ドメイン 1「受けたいケアについての話し合いへの参加と共有の有無」(0.39)、ドメイン 1「家族や友人との葛藤や怒りの有無」(0.44）などであった(表 6-2)。

次に、「わからない」の回答を欠損とみなして一致率を計算したところ、一致率の平均は NS-NS で 0.72、NS-CM で 0.75 となった。全評価者間において「わからない」を欠損とした後に一致率が大きく上昇した項目は、ドメイン 1「家族や友人との葛藤や怒りの有無」(0.44 から 0.69)、ドメイン 8「家族は介護のために疲れ切っていたか」(0.53 から 0.84)などであった。「わからない」の回答を欠損とした場合も一致率に変化のなかった項目は、元々「わからない」の回答が少ないアウトカム項目であった(表 6-2)。

（2）ネガティブイベントにおける評価者間の一致率

各アウトカム指標のネガティブイベントの有無に関して一致率を算出したところ、「わからない」の回答を含む完全一致率は、NS-NS と NS-CM とも平均 0.78 であった(表 7-1）。

全評価者間において一致率が高いネガテ

ィブイベントは、ドメイン 1「活動制限の撤廃」(1.00)、ドメイン 2「入院予防」(0.96)、「呼吸器感染予防」(0.96)であった。

全評価者間において一致率が低いネガティブイベントは、ドメイン 4「排泄活動の維持」(0.54)、ドメイン 8「家族のウェルビーイングの追求」(0.56)、ドメイン 3「栄養状態の保持」(0.58)、ドメイン 7「認知機能低下による生活障がいの最小化」(0.60)、ドメイン 1「孤独感の最小化」(0.67)などであった(表 7-1)。

「わからない」の回答を欠損とみなした一致率の平均は、NS-NS で 0.88、NS-CM で 0.89 と上昇した。全評価者間において「わからない」を欠損とした一致率の変化は、ドメイン 1「孤独の最小化」において 0.67 から 1.00 に、ドメイン 3「栄養状態の保持」において 0.58 から 0.94 へとそれぞれ大幅に上昇した(表 7-2)。

2) プロセス項目の評価結果

全評価者間における各プロセス項目の完全一致率は、アセスメント項目で平均 0.54、ケア項目で平均 0.62 であった。ドメイン 3「食生活の維持」のケア項目の一致率は 0.84 と高かった一方、ドメイン 1「尊厳の追求」のアセスメント項目とドメイン 7「認知機能低下による生活障がいの最小化」のアセスメント項目とケア項目の一致率はそれぞれ 0.48 と低かった。

「わからない」の回答を欠損とみなした一致率は、アセスメント項目で平均 0.62、ケア項目で平均 0.66 であった。「わからない」の回答の割合が 31%と高かったドメイン 1「尊厳の追求」のアセスメント項目において、「わからない」を欠損とすると評価者間の一致率は 0.48 から 0.62 となり、0.14 ポイント上昇した(表 8-2)。

2. 再テスト信頼性

1) アウトカム項目の評価結果

(1) 各項目における評価者間の一致率

各アウトカム項目におけるテスト-再テスト間の完全一致率は、訪問看護師で平均 0.73、介護支援専門員で平均 0.78 であった。訪問看護師において一致率が高い項目は、ドメイン 2「救急外来受診の回数」(1.00)、「入院回数」(0.97)、「肺炎の有無」(0.95)などであった。一方、一致率が低い項目は、ドメイン 1「家族や友人とのその他の交流の有無」(0.44)、ドメイン 3「最も多い便性状」(0.52)などであった。

次に「わからない」の回答を欠損とみなして一致率を計算したところ、一致率の平均は訪問看護師で 0.78、介護支援専門員で 0.81 とわずかに上昇した(表 6-1)。

2) ネガティブイベントにおける評価者間の一致率

ネガティブイベントにおけるテスト-再テスト間の一致率は、訪問看護師で平均 0.84、介護支援専門員で平均 0.87 であった。訪問看護師で一致率が高いネガティブイベントは、ドメイン 1「活動制限の撤廃」(1.00)、ドメイン 2「疾患悪化予防」(0.99)などであった。一方、一致率が低いネガティブイベントは、ドメイン 4「排泄

活動の維持」(0.64)、ドメイン 3「栄養状態の保持」(0.66)であった(表 7-1)。

「わからない」の回答を欠損とみなして一致率を計算したところ、テスト-再テスト間の平均一致率は訪問看護師で 0.90、介護支援専門員で 0.86 と全体的に高く、特にドメイン 1「社会的交流の確保」「孤独感の最小化」「希望する生き方の実現」などの項目で完全一致（1.00）を示した。一致率が 0.7 を下回る項目は、介護支援専門員のドメイン 1「希望するケアの実現」（0.50）、ドメイン 2「褥瘡予防」(0.25)のみであった(表 7-2)。

2）プロセス項目の評価結果

各プロセス項目におけるテスト-再テスト間の完全一致率は、訪問看護師で平均 0.69、介護支援専門員で平均 0.77 であった。「わからない」の回答を欠損とみなした一致率は、訪問看護師で平均 0.76、介護支援専門員で平均 0.82 であり、それぞれわずかに上昇した(表 8-1)。

3. 表面的妥当性

1）調査対象者の特徴

Web 調査に回答した訪問看護師 62 名、介護支援専門員 14 名のうち、それぞれ 13 名、2 名がインタビュー調査に参加した。

インタビュー対象者の平均年齢は、経験の豊富な訪問看護師(n=8)が 50.1 歳(範囲 36-59)、経験の浅い訪問看護師(n=5)が 33.8 歳(範囲 27-43)、介護支援専門員(n=2)が 47.5 歳(範囲 41-54)であった。それぞれの訪問看護師・介護支援専門員としての経験年数は、経験の豊富な訪問看護師で 9.3 年(範囲 4-28)、経験の浅い訪問看護師で 4.0 年（範囲 0-9）、介護支援専門員で 15.5 年(範囲 10-20)であった。経験の豊富な訪問看護師のうち、訪問看護認定看護師と老人看護専門看護師の 2 つの資格保有者が 1 名、がん看護専門看護師が 1 名であった。（表 9)。

2）指標全体に関する意見

インタビュー調査において得られた VENUS 指標全体への意見を表 10 に示す。意見には、肯定的なものと否定的なものの両方が含まれた。

3）各ドメインに対する意見

各ドメインに関してインタビュー調査で得られた結果を表 11 に示す。

（1）肯定的な意見

特にドメイン 1 「尊厳の追求」の項目について、「身体面のケアがメインであっても尊厳の問題を考えることが重要」、ドメイン 8「家族のウェルビーイングの追求」について「高齢者へのケアを考えるときに、在宅では介護者のアセスメントが重要」といった意見が聞かれた。

（2）否定的な意見

一方、各ドメインに関して否定的な意見や改善の提案が挙げられた。その主なものを以下に述べる。

① ドメイン 1「尊厳の追求」

利用者の社会的交流や、ケアや生き方に対する希望の尊重に対する評価することを意図するドメインである「尊厳の追求」に対して、インタビューにおいて「利用者が認知症の場合は意向を表現できないため評価しづらい」利用者が独居の場合は近隣住民や友人との関係性把握が困難、かつ踏み込みづらい」「『関心やその他の交流』の定義が何かわからない」という意見があった。孤独や寂しさの表現について「利用者がヘルプを出していないのにあえて掘り起こさない」という声もあった。加えて、生き方やケアの希望に関して「30 日という期間ではなく、ケアプランを変える時とか、定期的に 1 年か半年かで聞く必要はあると思う」「共有はどこまでをもって共有なのか分かりにくい。家族なのか、スタッフなのか、全体会議なのか、人によって解釈が異なると思う」という意見が聞かれた。

② ドメイン 3「食生活の維持」

在宅ケアでは定期的に体重測定をしておらず体重の変化を把握していないことや、「痩せてきていると感じる」と判断する基準が不明確であるために、「わからない」と回答していることが語られた。

また「食欲増進につながると判断する利用者の場合は測定するかもしれないが、そのような利用者は少ない」(NS)「食べられなくなっている状況を理解している利用者の体重を測ることで、より精神的ダメージを与えることもある」(NS)のように、体重測定を厳密に行う意義を疑問視する対象者もいた。

③ ドメイン 4「排泄活動の維持」

在宅ケアにおけるブリストルスケールを用いた評価に関して、「（通常は）専門用語を使わずに利用者に便の性状を尋ねており、指標項目にある用語を用いて利用者に尋ねることは少ない」という意見がある一方、「排便が看護問題にあがっている場合は、ブリストルスケールを利用して評価している」(NS)という意見も聞かれた。

④ ドメイン 8「家族のウェルビーイングの追求」

「『家族が穏やかに過ごせたか』という質問は、評価者により評価の仕方（いつ、どの程度）が変わりそうで難しい」(NS)「独居であり介護者がいない利用者では、評価が難しい」(NS・CM)「情報収集の実践者がケアマネジャーであり自分(訪問看護師)自身ではないときに、それを回答に反映させて良いのか判断が難しい」(NS)など、判断の難しさがあることが示された(表 11)。

4. 考察

本研究ではウェブ調査による評価者間信頼性、再テスト信頼性を、インタビュー調査による表面的妥当性の検討を行った。対象は、再テスト信頼性の評価のために「状態が安定している者」に限定したが、年齢は 75 歳～102 歳、要介護度や疾患は多様であり、在宅で療養している要介護高齢者

を網羅した評価結果が得られたと言える。

以下、評価者間信頼性、再テスト信頼性、表面的妥当性の結果について、それぞれ検討する。

1. 評価者間信頼性

1）各質問項目の結果

（1）アウトカムの各項目とネガティブイベントの一致率

アウトカムの項目毎の完全一致率は平均0.66あり、「わからない」の回答を欠損とみなすことで0.74に上昇した。さらに、アウトカム指標におけるネガティブイベントの有無を用いた場合の完全一致率は平均0.78、「わからない」の回答を欠損とみなした場合の平均一致率は0.88あった。これらの結果より、評価者間で一つひとつの項目の評価結果が完全に一致することはやや難しいものの、ネガティブイベントが発生しているかどうかの評価結果に関しては信頼性が担保されると判断できる。さらに「わからない」という回答を欠損とみなし、分析から除いた場合に特に高い一致率であった結果から、各評価者が自信をもって評価した結果は、高い信頼性を有すると解釈できる。

本研究における評価者は評価のための特別なトレーニングを受けた者ではなく、実際に臨床現場で働く訪問看護師や介護支援専門員が、調査票に記載された説明に基づき評価を実施している。以上より本指標は、信頼性・妥当性が担保され、かつ臨床現場の日常業務の中で活用可能な指標であると言える。

一方、「わからない」の回答割合が高いアウトカム指標や、「わからない」を欠損値として除外してもなお一致率が低いアウトカム指標等、検討を要する項目が示された。

（2）「わからない」の回答が多い項目について

対象者が「わからない」と回答することの多い項目は、評価指標としての妥当性および質問の表現に関する課題があると考えられる。一方で、評価者の把握および判断が難しい項目であるが、把握・判断でき回答できていれば評価者間の評価結果が一致する、つまり信頼できる評価結果が得られると考えられる。

評価者が「わからない」と回答した主な理由として、例えば「社会的交流の満足度の度合い」や「人生の中で大切にしていること」など「抽象的な質問があり、何を聞きたいのかわかりにくかった」という意見が挙げられた。

各項目に対する意見として、ドメイン1「社会的交流」の生きがいや交流に関して「利用者がヘルプを出していないのにあえて掘り起こさない」という発言があった。また利用者へ直接聴取せず、間接的な話題の会話内容や雰囲気から察することで、利用者の状態を把握しているとする対象者もいた。そのため、評価者により把握の有無およびその内容に関する回答結果が不一致になりやすいことが推測された。

ドメイン3「食生活の維持」は、「5%の体重減少」のほか「痩せてきていると感

じる」のかどうかで判断を求めている。在宅ケアにおいて定期的に体重測定をしていないため体重の変化を把握できていないことに加え、「痩せてきていると感じる」と判断する基準が不明確であるため、「わからない」と回答する評価者が多かった。また、ドメイン8「家族のウェルビーイングの追求」では、インタビュー調査より、独居であり介護者がいない利用者では評価が難しいことや、評価者以外によるアセスメントである場合の回答の判断が難しいことにより「わからない」の回答が多かったと考えられる。

以上より、これらの各項目の評価に関して具体的な評価基準を示すことにより、「わからない」の回答を減少させ、評価の信頼性を向上させることができると期待できる。

(3)「わからない」を欠損としても一致率が低いアウトカム指標について

一方、ドメイン1「尊厳の追求」（希望するケアの実現）、ドメイン4「排泄活動の維持」、ドメイン7「認知機能低下による生活障がいの最小化」に関しては、「わからない」を欠損としても依然として一致率が低かった。

ドメイン1「尊厳の追求」における「希望するケアの実現」に関して、「わからない」の回答を欠損とした際のネガティブイベントの一致率は0.7以下であった。インタビュー調査における「30日という期間ではなく、ケアプランを変える時とか、定期的に1年か半年かで聞く必要はあると思う」といった意見から、指標で定めた期間と臨床現場における評価のタイミングの実態が指標と異なることが影響している可能性がある。また「共有はどこまでをもって共有なのか分かりにくい。人によって解釈が異なると思う」という発言から、「話し合い」や「共有」の範囲、程度に関して、評価者により判断が異なったことが示唆された。

ドメイン4「排泄行動の維持」のネガティブイベントの一致率は、「わからない」の回答を欠損とした場合、NS-NSで0.65、NS-CMで0.76であった。インタビュー調査において、排便問題の評価の実際は利用者や家族からの情報で行うことが多く、理解が容易な「軟便」「硬便」などで聞き取りを行っていることが主であると語られた。ブリストルスケールを用いた評価は、厳密な下剤の調整を行っている利用者、下痢が続いている利用者など、医学的に必要とされる場合に限定して行われていた。これらの結果から、在宅ケアにおいて利用者の排便に関する問題が顕在化していない場合には、ブリストルスケールのような標準化されているツールの活用が難しく、一致率が低値となったと推測される。

ドメイン7「認知機能低下による生活障がいの最小化」のネガティブイベントにおいて、「わからない」を欠損とした場合の一致率はNS-NS、NS-CMとも0.65であった。インタビュー調査において、訪問看護を利用する高齢者は認知機能の低下を認める者も少なくなく、1日の中でも気分や認知の変動がみられたり、訪問者によって

穏やかさが異なったりするなどの情動の不安定さがあり、評価が難しいという意見があった。

以上より、質問表現の変更や、質問内容の理解を助け評価の判断基準となるガイドの作成により、評価者による判断のばらつきを防ぐことで、評価結果の信頼性を向上させることができると期待できる。

2）プロセス指標の評価結果について

「アセスメント」と「ケア」が含まれるプロセス指標では、評価者間信頼性の平均は 0.48～0.84 であり、「わからない」の回答を欠損値とみなしてもアセスメント項目の平均は 0.62、ケア項目の平均は 0.66 であった。長期ケアにおいて多職種がチームでアセスメント・ケアを実施することが重要であることから、本指標のプロセスの評価において「実施者は問わない」という条件を付した。これに対して、インタビュー調査では「ヘルパーが食事の時に付き添いをしているが、指標で示されているような細かなアセスメントをしているかわからない」といった意見が聞かれた。また「実施者は問わない」という条件はあるものの、自分が実施しておらず、かつ、他職種が実施したか把握していない場合に、評価者により「実施していない」と回答するケースと「わからない」と回答するケースがあり、不一致の原因となっていた。

プロセス指標において、評価者の認識が統一するよう「実施者は問わない」の解釈に関する説明を追加することで、信頼性を高められる可能性がある。また将来的には、プロセス指標の評価において「実施者は問わない」の条件を削除し、評価者自身がアセスメント・ケアを実施したかを問う形式への変更も考慮する余地がある。

2. 再テスト信頼性

全体として、評価者間信頼性と比べ再テスト信頼性では一致率が高い傾向にあった。評価者間信頼性の結果と併せると、本指標は評価者による認識の違いにより評価者間の評価結果が異なる項目があるものの、同一評価者による評価では一貫性のある結果が得られることが示唆された。一方、テスト-再テスト間で評価が不一致となった要因として、評価と評価の間の利用者の状態変化が考えられる。また、2 回目は評価に習熟し、1 回目に「わからな」かった項目も 2 回目には回答ができたために評価が一致しなかった可能性がある。特に「わからない」の回答を欠損として一致率が上昇した項目は、この傾向が強いと考えられる。

「わからない」の回答が多い項目についてアウトカム項目と同様に評価の基準を作ることで、さらなる信頼性の向上が期待できる。

3. 表面的妥当性について

インタビュー調査にて、本指標は長期ケアの質を反映しているという肯定的な意見が多く、表面的妥当性は担保されたと考えられる。一方、一部の評価者からは、高齢者の生活全般にわたり管理的な側面の割合が大きく、在宅ケアというよりむしろ介護

保険施設や病院向けの指標であるという意見も聞かれた。本研究では、再テスト信頼性の検討のために「状態の安定している利用者」の選定を依頼した。そのため評価者にとって、本指標における包括的な評価を行う必要性が低いと感じる利用者が含まれていた可能性がある。

しかしながら「安定している利用者」であっても、医療・介護の必要性の高い脆弱な高齢者を対象とする在宅ケアにおいて、包括的なアセスメント・ケアの重要性は高い。よって、評価者が包括的なアセスメント・ケアの重要性を認識できるような教育的な取り組みを、併せて行う必要があると考えられる。また長期ケアの質の評価においては定期的な評価が求められるが、今後は利用者の特性や項目の内容に応じて、適正な評価の実施頻度を検討する必要があるかもしれない。

限界

本研究の限界として、信頼性評価において一般的な指標であるカッパ係数を用いて偶然の一致を考慮した検討が行えなかったことがある。カッパ係数は、回答結果の偏りが大きい場合に低く算出されるという限界がある。本指標では、いずれかの選択肢に回答が偏る項目が多く含まれたため、カッパ係数では適切な検討が行えないと判断し、単純な一致率の結果を用いた。

またサンプルサイズの設定において、評価者を NS-NS、NS-CM それぞれ 40 組としたが、令和 3 年度中に調査を完了できず、特に NS-CM については目標値に満たない 17 組による結果を示した。現在、調査を継続中であり、次年度に報告予定である。

今後への示唆

今後は、評価者により異なる解釈を生む質問項目に対して、質問項目の表現の修正や評価ガイドの作成を行う予定である（表 12）。

例えば、ドメイン 1「尊厳の追求」のアセスメント項目に対する「認知症の人に満足や生きがいを聞くのは難しい」という意見に対して、「認知症で本人への確認が難しいなりにも、表情や言動、過去の本人の様子と照らした現在の状況などから、本人が満足できているかどうかの判断・検討をなんらかの視点で行っていれば、“アセスメントやケアを実施している”と評価してください」と補足説明を加えることを検討している。

また今後は、高齢者の療養環境を問わず継続したケアの質評価が行えるような指標への精錬を目指す。介護保険施設における質指標の信頼性と妥当性を評価することが課題である。

5. 結論

訪問看護師と介護支援専門員を対象とした調査において、長期ケアの質指標の評価者間信頼性、再テスト信頼性、表面的妥当性の検討を行った。アウトカム指標から算出したネガティブイベントにおいて概ね高い一致率が得られ、質指標の信頼性が確認できた。一方、一致率の低い項目や「わか

らない」の回答が多い項目に対して検討の必要性が示唆された。

信頼性を向上させる方策として、評価基準をより明確にするための評価ガイドの作成が有効と考えられる。また、表面的妥当性についても一定程度担保されたが、訪問看護師・介護支援専門員に対し質指標を活用する意義に関する教育的な取り組みや、評価頻度の見直しを行う必要性が示唆された。

謝辞

調査にご協力いただきました訪問看護師・介護支援専門員の皆様に、心より感謝申し上げます。

文献

1. Fukui C, Igarashi A, Noguchi-Watanabe M, et al. Development of quality indicators for evaluating the quality of long-term care. Geriatr Gerontol Int 2021; 21: 370-371.
2. de Vet HCW, Terwee CB, Knol DL, Bouter LM. When to use agreement ver-sus reliability measures. J Clin Epidemiol 2006; 59: 1033-1039.

表 2．VENUS 指標の構造

ドメイン	アウトカム項目
1．尊厳の保持	1）社会的交流の確保
	2）孤独感の最小化
	3）希望する生き方の実現
	4）希望するケアの実現
	5）活動制限の撤廃
2．苦痛の最小化	6）疾患悪化予防
	7）入院予防
	8）尿路感染症予防
	9）呼吸器感染症予防
	10）褥瘡予防
	11）呼吸困難への対処
	12）疼痛への対処
3．食生活の維持	13）栄養状態の保持
	14）脱水予防
4．排泄活動の維持	15）排泄活動の維持
5．身体活動の維持	16）転倒転落による外傷の予防
	17）日常的な活動の維持
	18）寝床以外での活動の維持
6．睡眠の確保	19）生活に支障のない睡眠の確保
7．認知機能低下による生活障がいの最小化	20）認知機能低下による生活障がいの最小化
8．家族のウェルビーイングの追求	21）家族のウェルビーイングの追求

表 3. 参加者特性

		経験の豊富な訪問看護師 (n=37)		経験の浅い訪問看護師 (n=25)		介護支援専門員 (n=14)	
		n, 平均値±標準偏差	(%)[範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%)[範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%)[範囲]
年齢（歳）		47.3±7.2	[31-59]	39.4±11.9	[24-59]	57.5±10.3	[41-72]
性別	女性	33	(89.1)	25	(100)	13	(92.8)
	男性	4	(10.1)			1	(7.2)
看護職経験年数（年）		21.3±8.9	[4-38]	12.7±8.8	[2-28]		
訪問看護師経験年数（年）		7.6±6.6	[1-29]	1.4±1.9	[1-13]		
認定看護師資格	訪問看護	3	(8.0)				
	皮膚排泄ケア	1	(3.0)				
	緩和ケア	1	(3.0)				
専門看護師資格	老人看護	1	(3.0)				
	がん看護	1	(3.0)				
介護支援専門員経験年数（年）						11.1±6.1	[2-21]
主任介護支援専門員研修を修了						2	(14.4)
認定ケアマネジャー資格						0	(0)
基礎資格の種類	介護福祉士					12	(85.7)
（複数回答可）	歯科衛生士					2	(14.4)
	社会福祉士					1	(7.2)
	精神保健福祉士					1	(7.2)
	看護師					1	(7.2)
基礎資格の経験年数						13±9.61	[4-35]
2020年度学会・研修会参加回数		1.3±0.7	[0-13]	1.2±0.3	[0-9]	1.4±0.8	[0-6]

表 4．利用者特性（n=55）

		n	(%)
		平均値±標準偏差	[範囲]
年齢		85.4±6.28	[75-102]
性別	女性	32	(58.0)
	男性	23	(42.0)
疾患	心不全	8	(14.5)
	認知症	7	(12.7)
	がん	7	(12.7)
	脳血管疾患	7	(12.7)
	糖尿病	2	(3.6)
	その他	31	(56.3)
要介護度	なし（申請中など）	0	(0.0)
	要支援１	0	(0.0)
	要支援２	4	(7.3)
	要介護１	10	(18.2)
	要介護２	12	(21.8)
	要介護３	4	(7.3)
	要介護４	10	(18.2)
	要介護５	11	(20.0)
障害高齢者	生活自立J	15	(27.2)
日常生活自立度	準寝たきりA	16	(29.0)
	寝たきりB	10	(18.1)
	寝たきりC	14	(25.4)
認知症高齢者	なし	11	(20.0)
日常生活自立度	Ⅰ	10	(18.1)
	Ⅱ	13	(23.6)
	Ⅲ	9	(13.4)
	Ⅳ	8	(15.4)
	M	2	(3.6)
	不明	2	(3.6)
世帯構成	独居	12	(21.8)
	利用者と配偶者の夫婦二人	18	(32.7)
	それ以外	24	(43.6)
主介護者	子	19	(34.5)
	配偶者	19	(34.5)
	子の配偶者	3	(5.5)
	それ以外	3	(5.5)
	いない	8	(14.5)

表 5．ネガティブイベントの発生（n=51）*

ネガティブイベント	n	(%)
1) 社会的交流の確保	5	(9.8)
2) 孤独感の最小化	0	(0.0)
3) 希望する生き方の実現	0	(0.0)
4) 希望するケアの実現	0	(0.0)
5) 活動制限の撤廃	0	(0.0)
6) 疾患悪化予防	2	(3.9)
7) 入院予防	3	(5.9)
8) 尿路感染予防	1	(2.0)
9) 呼吸器感染予防	2	(3.9)
10) 褥瘡予防	6	(11.8)
11) 呼吸困難への対処	4	(7.8)
12) 疼痛への対処	2	(3.9)
13) 栄養状態の保持	2	(3.9)
14) 脱水予防	6	(11.8)
15) 排泄活動の維持	22	(43.1)
16) 転倒転落による外傷の予防	0	(0.0)
17) 日常的な活動の維持**	―	(―)
18) 寝床以外での活動の維持	10	(19.6)
19) 生活に支障のない睡眠の確保	4	(7.8)
20) 認知機能低下による生活障がいの最小化	12	(23.5)
21) 家族のウェルビーイングの追求	8	(15.7)

*経験の豊富な看護師による評価

**経時的な分析が必要となるため、本調査では分析せず

表 6-1. アウトカム項目一致率

質問項目	NS1-NS2 (n=31)			NS1-CM (n= 17)			NS Retest (n=58)			CM Retest		
	3値一致率	わからない欠損一致率	(n)	3値一致率	わからない欠損一致率	(n)	3値一致率	わからない欠損一致率	(n)	3値一致率	わからない欠損一致率	(n)
D1 社会的交流の状況(過去30日間)												
D1 ・関心のある活動への参加の有無	0.58	0.75	(24)	0.82	0.93	(15)	0.77	0.86	(49)	0.75	0.75	(12)
D1 ・家族や友人の訪問の有無	0.68	0.74	(27)	0.88	0.94	(16)	0.68	0.88	(45)	0.92	1.00	(11)
D1 ・家族や友人とのその他の交流の有無	0.48	0.67	(21)	0.41	0.56	(9)	0.44	0.63	(37)	0.75	0.73	(11)
D1 ・家族や友人との葛藤や怒りの有無	0.35	0.57	(14)	0.53	0.80	(10)	0.63	0.84	(27)	0.83	0.82	(11)
D1 ・一部の家族や近い知り合いに対する恐れの有無	0.48	0.67	(18)	0.59	0.91	(11)	0.68	0.96	(30)	0.92	0.92	(12)
D1 ・ネグレクト、粗末に扱われる、虐待の有無	0.77	1.00	(23)	0.82	1.00	(14)	0.89	0.98	(45)	1.00	1.00	(12)
D1 孤独感や寂しさの表現の有無(過去３０日間)	0.52	0.65	(20)	0.41	0.56	(9)	0.56	0.73	(30)	0.67	0.88	(8)
D1 可能な範囲で自分の希望する生き方の実現の有無(過去３０日間)	0.45	0.55	(20)	0.53	0.64	(14)	0.64	0.80	(37)	0.83	0.82	(11)
D1 受けたいケアについての話し合いへの参加と、共有の有無(過去３０日間)	0.26	0.42	(19)	0.53	0.56	(16)	0.54	0.67	(43)	0.33	0.36	(11)
D1 療養の場において身体抑制の有無(過去３０日間)	0.90	0.97	(29)	0.88	1.00	(15)	0.92	0.98	(52)	1.00	1.00	(12)
D2 新たな疾患が発生したり、既往疾患の再発・再燃の有無(過去３０日間)	0.77	0.77	(31)	0.94	0.94	(17)	0.88	0.90	(55)	0.92	0.92	(12)
D2 入院回数(過去３０日間)	0.97	0.97	(31)	1.00	1.00	(17)	0.97	0.97	(57)	0.92	0.92	(12)
D2 救急外来受診の回数(過去３０日間)	1.00	1.00	(31)	0.88	0.88	(17)	1.00	1.00	(57)	0.75	0.75	(12)
D2 営業時間外の緊急コールの回数(過去３０日間)	0.84	0.84	(31)	0.76	0.76	(17)	0.86	0.86	(57)	0.75	0.75	(12)
D2 営業時間外の緊急訪問の回数(過去３０日間)	0.81	0.81	(31)	0.76	0.76	(17)	0.90	0.90	(57)	0.75	0.75	(12)
D2 尿路感染症（UTI）の有無(過去３０日間)	0.97	1.00	(30)	0.88	0.94	(16)	0.94	0.98	(55)	1.00	1.00	(12)
D2 肺炎の有無(過去３０日間)	0.94	0.97	(30)	1.00	1.00	(17)	0.95	0.96	(56)	1.00	1.00	(12)
D2 褥瘡の有無(過去３０日間)	0.71	0.71	(31)	0.76	0.76	(17)	0.80	0.80	(57)	0.92	0.92	(12)
D2 皮膚の裂傷や切り傷の有無(過去３０日間)	0.77	0.77	(31)	0.65	0.73	(15)	0.79	0.79	(57)	0.67	0.64	(11)
D2 呼吸困難（息切れ）の有無(過去3日間)	0.52	0.52	(31)	0.59	0.59	(17)	0.63	0.63	(57)	0.75	0.75	(12)
D2 呼吸困難感のコントロールの程度(過去3日間)	0.65	0.65	(31)	0.65	0.65	(17)	0.60	0.60	(57)	0.92	0.92	(12)
D2 痛みの有無(過去3日間)	0.45	0.54	(24)	0.76	0.76	(17)	0.66	0.66	(48)	0.75	0.82	(11)
D2 痛みのコントロールの程度(過去3日間)	0.45	0.45	(31)	0.71	0.71	(17)	0.57	0.69	(57)	0.67	0.67	(12)
D3 体重	0.73	0.73	(30)	0.88	0.88	(17)	0.87	0.87	(56)	0.75	0.75	(12)
D3 5%以上の体重減少があるか(過去３０日間)、30日前に比べてやせてきたと感じるか	0.61	0.89	(18)	0.59	0.91	(11)	0.64	0.88	(34)	0.33	0.57	(7)
D4 脱水の有無(過去３０日間)	0.77	0.92	(25)	0.88	0.94	(16)	0.81	0.97	(48)	0.83	1.00	(10)
D4 最も多い便性状(過去３０日間)	0.32	0.31	(29)	0.41	0.50	(4)	0.52	0.49	(57)	0.83	1.00	(3)
D4 尿失禁・便失禁・IADの有無(過去３０日間)	0.77	0.82	(28)	0.47	0.57	(14)	0.71	0.79	(51)	0.50	0.63	(8)
D5 転倒転落の有無(過去３０日間)	0.87	0.96	(28)	0.82	0.82	(17)	0.89	0.96	(52)	0.92	0.92	(12)
D5 ADL：入浴	0.41	0.41	(31)	0.53	0.53	(17)	0.64	0.64	(57)	0.71	0.71	(12)
D5 ADL：移動	0.42	0.42	(31)	0.69	0.69	(17)	0.67	0.67	(57)	0.84	0.84	(12)
D5 ADL：トイレの使用	0.78	0.78	(31)	0.78	0.78	(17)	0.73	0.73	(57)	0.92	0.92	(12)
D5 ADL：食事	0.61	0.61	(31)	0.72	0.72	(17)	0.65	0.65	(57)	0.68	0.68	(12)
D5 ADL：個人衛生（洗顔、洗髪、身体清拭、陰部洗浄、爪切り等）	0.61	0.61	(31)	0.74	0.74	(17)	0.61	0.61	(57)	0.74	0.74	(12)
D5 ADL：家事一般（皿洗い、掃除、布団の上げ下げ、整理整頓、洗濯等）	0.71	0.71	(31)	0.66	0.66	(17)	0.71	0.71	(57)	0.91	0.91	(12)
D5 寝床から身体を離した時間／日(過去3日間)	0.55	0.67	(21)	0.65	0.69	(16)	0.51	0.60	(43)	0.83	0.83	(12)
D5 寝室の外に出た回数(過去3日間)	0.65	0.77	(22)	0.53	0.56	(16)	0.66	0.47	(45)	0.67	0.66	(12)
D5 家（建物）の外に出た回数(過去3日間)	0.58	0.70	(20)	0.59	0.67	(15)	0.58	0.75	(39)	0.75	0.81	(11)
D6 睡眠の障害による生活への支障の有無(過去3日間)	0.61	0.75	(20)	0.53	0.64	(14)	0.64	0.76	(38)	0.75	0.89	(9)
D7 意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定のいずれかの兆候の有無(過去3日間)	0.48	0.52	(23)	0.35	0.43	(14)	0.71	0.75	(39)	0.75	0.75	(12)
D8 家族は無理なく穏やかに過ごせたか(過去３０日間)	0.58	0.76	(17)	0.47	0.70	(10)	0.64	0.72	(33)	0.67	0.70	(10)
D8 *家族は無理なく穏やかに過ごせたか（過去３０日間）	0.56	0.76	(17)	0.50	0.70	(10)	0.65	0.72	(33)	0.67	0.70	(10)
D8 家族は介護のために疲れ切っていたか(過去３０日間)	0.52	0.79	(14)	0.53	0.89	(9)	0.58	0.88	(26)	0.67	0.80	(10)
D8 *家族は介護のために疲れ切ってたか(過去３０日間)	0.56	0.79	(14)	0.50	0.89	(9)	0.58	0.88	(26)	0.67	0.80	(10)
平均	0.65	0.72	(26.0)	0.68	0.75	(15.1)	0.73	0.78	(48.2)	0.78	0.81	(11.3)

D8:*独居ー介護者なしの利用者は分析対象から除外した

は0.7以上の一致率もしくは30%以上の一致率の上昇と「わからない」の割合、は0.3以下の一致率を示す⊠

表 6-2. アウトカム項目一致率

質問項目	全ペアにおける評価者間の一致率 （n=48）				
	3値一致率	わからない欠損一致率	n	一致率の上昇率	「わからない」割合
D1 社会的交流の状況(過去30日間)					
D1 ・関心のある活動への参加の有無	0.70	0.84	(39)	17%	19%
D1 ・家族や友人の訪問の有無	0.78	0.84	(43)	7%	10%
D1 ・家族や友人とのその他の交流の有無	0.45	0.61	(30)	27%	38%
D1 ・家族や友人との葛藤や怒りの有無	0.44	0.69	(24)	36%	50%
D1 ・一部の家族や近い知り合いに対する恐れの有無	0.54	0.79	(29)	32%	40%
D1 ・ネグレクト、粗末に扱われる、虐待の有無	0.80	1.00	(37)	20%	23%
D1 孤独感や寂しさの表現の有無(過去３０日間)	0.46	0.60	(29)	23%	40%
D1 可能な範囲で自分の希望する生き方の実現の有無(過去３０日間)	0.49	0.60	(34)	18%	29%
D1 受けたいケアについての話し合いへの参加と、共有の有無(過去３０日間)	0.39	0.49	(35)	20%	27%
D1 療養の場において身体抑制の有無(過去３０日間)	0.89	0.98	(44)	9%	8%
D2 新たな疾患が発生したり、既往疾患の再発・再燃の有無(過去３０日間)	0.86	0.86	(48)	0%	0%
D2 入院回数(過去３０日間)	0.98	0.98	(48)	0%	0%
D2 救急外来受診の回数(過去３０日間)	0.94	0.94	(48)	0%	0%
D2 営業時間外の緊急コールの回数(過去３０日間)	0.80	0.80	(48)	0%	0%
D2 営業時間外の緊急訪問の回数(過去３０日間)	0.79	0.79	(48)	0%	0%
D2 尿路感染症（UTI）の有無(過去３０日間)	0.93	0.97	(46)	5%	4%
D2 肺炎の有無(過去３０日間)	0.97	0.98	(47)	2%	2%
D2 褥瘡の有無(過去３０日間)	0.74	0.74	(48)	0%	0%
D2 皮膚の裂傷や切り傷の有無(過去３０日間)	0.71	0.75	(46)	6%	4%
D2 呼吸困難（息切れ）の有無(過去3日間)	0.55	0.55	(48)	0%	0%
D2 呼吸困難感のコントロールの程度(過去3日間)	0.65	0.65	(48)	0%	0%
D2 痛みの有無(過去3日間)	0.61	0.65	(41)	7%	15%
D2 痛みのコントロールの程度(過去3日間)	0.58	0.58	(48)	0%	0%
D3 体重	0.81	0.81	(47)	0%	2%
D3 5%以上の体重減少があるか(過去３０日間)、30日前に比べてやせてきたと感じるか	0.60	0.90	(29)	33%	40%
D4 脱水の有無(過去３０日間)	0.83	0.93	(41)	11%	15%
D4 最も多い便性状(過去３０日間)	0.37	0.41	(33)	9%	31%
D4 尿失禁・便失禁・IADの有無(過去３０日間)	0.62	0.70	(42)	11%	13%
D5 転倒転落の有無(過去３０日間)	0.85	0.89	(45)	5%	6%
D5 ADL：入浴	0.47	0.47	(48)	0%	0%
D5 ADL：移動	0.56	0.56	(48)	0%	0%
D5 ADL：トイレの使用	0.78	0.78	(48)	0%	0%
D5 ADL：食事	0.67	0.67	(48)	0%	0%
D5 ADL：個人衛生（洗顔、洗髪、身体清拭、陰部洗浄、爪切り等）	0.67	0.67	(48)	0%	0%
D5 ADL：家事一般（皿洗い、掃除、布団の上げ下げ、整理整頓、洗濯等）	0.68	0.68	(48)	0%	0%
D5 寝床から身体を離した時間／日(過去3日間)	0.60	0.68	(37)	12%	23%
D5 寝室の外に出た回数(過去3日間)	0.59	0.67	(38)	12%	21%
D5 家（建物）の外に出た回数(過去3日間)	0.58	0.68	(35)	14%	27%
D6 睡眠の障害による生活への支障の有無(過去3日間)	0.57	0.70	(34)	18%	29%
D7 意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定のいずれかの兆候の有無(過去3日間)	0.42	0.48	(37)	12%	23%
D8 家族は無理なく穏やかに過ごせたか(過去３０日間)	0.53	0.73	(27)	28%	44%
D8 *家族は無理なく穏やかに過ごせたか (過去３０日間)	0.53	0.73	(27)	27%	44%
D8 家族は介護のために疲れ切っていたか(過去３０日間)	0.52	0.84	(23)	38%	52%
D8 *家族は介護のために疲れ切ってたか(過去３０日間)	0.53	0.84	(23)	37%	52%
平均	0.66	0.74	(41)	10%	14%

D8:*独居ー介護者なしの利用者は分析対象から除外した

は0.7以上の一致率もしくは30%以上の一致率の上昇と「わからない」の割合、は0.3以下の一致率を示す⊠

表 7-1．ネガティブイベント一致率

			NS-NS (n=31) 一致率	NS-CM (n=17) 一致率	NSRetest (n=58) 一致率	CMRetest (n=12) 一致率
1）	社会的交流の確保	過去 30 日間の利用者の社会的交流はどのような状況でしたかに対し、「関心ある活動への参加」「家族や友人の訪問」「家族や友人とのその他の交流」の全てで「1.なかった」「2.わからない」に回答した、または「家族や友人との葛藤や怒り」「一部の家族や近い知り合いに対する恐れ」「ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される」のいずれかで「0.あった」「2.わからない」に回答した	0.77	0.94	0.82	0.92
2）	孤独感の最小化	過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、「2.常に表現している」「3.わからない」のいずれかに回答した	0.71	0.59	0.79	1.00
3）	希望する生き方の実現	利用者は、今の状況において可能な範囲で、自分の希望する生き方を 実現できていると思われますかに対し、「2.全くできていない」「3.わからない」のいずれかに回答した	0.81	0.88	0.91	1.00
4）	希望するケアの実現	利用者が受けたいケア・支援(アドバンス・ケア・プランニング含む)について、定期的に話し合い、周りの人(家族・医療・介護専門職を含む)と共有していますかに対し、「1.話し合いはしているが、共有していない」「2.話し合いはしていない」「3.わからない」のいずれかに回答した	0.61	0.94	0.83	1.00
5）	活動制限の撤廃	利用者は、過去 30 日間に、療養の場において身体抑制を受けましたか (四肢の抑制、ベッドの柵、車いすのテーブル 等)に対し、「1.はい」「2.わからない」のいずれかに回答した	1.00	1.00	1.00	1.00
6）	疾患悪化予防	過去 30 日間に、救急外来を受診しましたかに対し、「1.はい」「2.わからない」のいずれかに回答した	1.00	0.82	0.99	0.75
7）	入院予防	過去 30 日間(または 1 年間)に何回入院しましたかに対し、「1回以上」と回答した	0.97	0.94	0.96	0.92
8）	尿路感染予防	利用者は、過去 30 日間				

表 7-2．ネガティブイベント一致率

			NS-NS 一致率	（ n ）	NS-CM 一致率	（ n ）	NS Retest 一致率	（ n ）	CM Retest 一致率	（ n ）		3 値		
1）	社会的交流の確保	過去 30 日間の利用者の社会的交流はどのような状況でしたかに対し、「関心ある活動への参加」「家族や友人の訪問」「家族や友人とのその他の交流」の全てで「1.なかった」「2.わからない」に回答した、または「家族や友人との葛藤や怒り」「一部の家族や近い知り合いに対する恐れ」「ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される」のいずれかで「0.あった」「2.わからない」に回答した	1.00	（ 21 ）	1.00	（ 10 ）	1.00	（ 58 ）	0.92	（ 12 ）		0.83	1.00	（ 31 ）
2）	孤独感の最小化	過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、「2.常に表現している」「3.わからない」												

表 8-1. プロセス項目一致率

	NS1-NS2 (n=31)			NS1-CM (n=17)			NS Retest(n=58)			CM Retest (n=12)		
	3値	わからない欠損		3値	わからない欠損		3値	わからない欠損		3値	わからない欠損	
	一致率	一致率	n	一致率	一致率	n	一致率	一致率	n	一致率	一致率	n
D1 プロセスーアセスメント　平均	0.44	0.61	21	0.52	0.63	12	0.57	0.73	40	0.68	0.79	9
D2 プロセスーアセスメント　平均	0.57	0.68	25	0.65	0.71	15	0.70	0.77	46	0.73	0.79	11
D3 プロセスーアセスメント　平均	0.55	0.65	25	0.65	0.70	15	0.75	0.83	49	0.81	0.88	11
D4 プロセスーアセスメント　平均	0.57	0.63	28	0.65	0.71	15	0.75	0.79	53	0.77	0.86	11
D5 プロセスーアセスメント　平均	0.47	0.53	27	0.58	0.62	16	0.67	0.73	50	0.74	0.77	11
D6 プロセスーアセスメント　平均	0.53	0.63	26	0.53	0.64	14	0.62	0.70	48	0.79	0.82	11
D7 プロセスーアセスメント　平均	0.37	0.46	25	0.59	0.63	16	0.64	0.72	47	0.72	0.75	11
D8 プロセスーアセスメント　平均	0.46	0.57	24	0.55	0.58	15	0.66	0.75	47	0.81	0.82	11
プロセスーアセスメント 平均	0.50	0.59	25.1	0.59	0.65	14.7	0.67	0.75	47.5	0.76	0.81	10.6
D1 プロセスーケア　平均	0.49	0.65	23	0.63	0.67	16	0.64	0.76	46	0.76	0.80	11
D2 プロセスーケア　平均	0.58	0.66	25	0.68	0.74	14	0.71	0.76	41	0.77	0.81	10
D3 プロセスーケア　平均	0.77	0.94	26	0.91	0.91	17	0.88	0.96	52	0.92	0.92	12
D4 プロセスーケア　平均	0.57	0.64	27	0.61	0.67	15	0.68	0.74	52	0.78	0.83	11
D5 プロセスーケア　平均	0.54	0.65	26	0.69	0.72	16	0.69	0.75	50	0.74	0.76	11
D8 プロセスーケア　平均	0.52	0.67	23	0.45	0.51	15	0.62	0.70	47	0.78	0.87	11
プロセスーケア平均	0.58	0.70	25.0	0.66	0.70	15.5	0.70	0.78	48.0	0.79	0.83	11.0
プロセス項目平均	0.54	0.65	25.1	0.63	0.68	15.1	0.69	0.76	47.8	0.77	0.82	10.8

は0.7以上の一致率、___ は0.3以下の一致率を示す☒

表 8-2. プロセス項目一致率

	全ペアにおける評価者間の一致率　(n=48)				
	3値	わからない欠損		一致率の上昇率	「わからない」割合
	一致率	一致率	n		
D1 プロセスーアセスメント　平均	0.48	0.62	33	22%	31%
D2 プロセスーアセスメント　平均	0.61	0.69	40	12%	16%
D3 プロセスーアセスメント　平均	0.60	0.68	40	12%	16%
D4 プロセスーアセスメント　平均	0.61	0.67	43	9%	10%
D5 プロセスーアセスメント　平均	0.52	0.58	43	9%	11%
D6 プロセスーアセスメント　平均	0.53	0.64	40	17%	17%
D7 プロセスーアセスメント　平均	0.48	0.54	41	12%	15%
D8 プロセスーアセスメント　平均	0.51	0.58	39	12%	20%
プロセスーアセスメント 平均	0.54	0.62	40	13%	17%
D1 プロセスーケア　平均	0.56	0.66	39	16%	19%
D2 プロセスーケア　平均	0.63	0.70	39	10%	18%
D3 プロセスーケア　平均	0.84	0.93	43	9%	10%
D4 プロセスーケア　平均	0.59	0.66	42	11%	12%
D5 プロセスーケア　平均	0.62	0.68	42	10%	12%
D8 プロセスーケア　平均	0.48	0.59	38	18%	21%
プロセスーケア平均	0.62	0.70	41	12%	16%
プロセス項目平均	0.58	0.66	40	12%	16%

は0.7以上の一致率、___ は0.3以下の一致率を示す☒

表 9. インタビュー対象者の特性

		経験の豊富な訪問看護師 (n=8)		経験の浅い訪問看護師 (n=5)		介護支援専門員 (n=2)	
		n, 平均値±標準偏差	(%)[範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%)[範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%)[範囲]
年齢（歳）		50.1	[36-59]	33.8	[27-43]	47.5±6.5	[41-54]
性別	女性	7	(87.5)	5	(100)	1±0	(50)
	男性	1	(1.2)	0	(0)	1±0	(50)
看護職経験年数（年）		24.0±10.5	[10-39]	8.2±5.1	[3-17]		
訪問看護師経験年数（年）		9.3±8.3	[4-28]	4.0±3.5	[0-9]		
認定看護師資格	訪問看護	1	(1.2)				
専門看護師資格	老人看護	1	(1.2)				
	がん看護	1	(1.2)				
介護支援専門員経験年数（年）						15.5±6.5	[10-20]
基礎資格の種類	介護福祉士					1±0	(50)
（複数回答可）	歯科衛生士					1±0	(50)
基礎資格の経験年数						22.5±12.5	[10-35]

表 10．VENUS 指標全体への意見

［肯定的な意見］

- 高齢者への在宅ケアの質の全体が網羅されている指標だと思った(NS)。
- この指標の評価を通して、自分に足りていない視点や、普段見ているけど意識していなかった視点があることに気が付くきっかけとなった(NS)。
- 必要な項目が網羅されているので、新人の教育に使えると思う(NS)。
- 初回や半年おきなど、利用者さんの全体像を把握し直すときに活用できる(NS・CM)。

［否定的な意見］

- 自分が実施していない項目の回答をする時に、何をもって「いいえ」か「わからない」とするかは、人によって解釈が違うと思う(NS・CM)。
- アセスメントやケア項目で、「実施者は問わない」との条件があったが、自分のしていないことで「はい」や「いいえ」と言いきることが難しいと感じた(NS・CM)。
- 抽象的な質問があり、何を聞きたいのかわかりにくかった(NS)。
- 項目が多くてしっかり入力しようとすると評価することが負担になる(NS・CM)。
- 在宅ケアでは限られた訪問時間に全てを観察できるわけではないので、全体的に施設や病院よりの視点だったと感じた(NS)。
- 医療や介護依存度の高い高齢者を対象とした視点が多く、在宅ケアの感覚と合わなかった(NS)。

NS:訪問看護の意見を示す

CM:介護支援専門員の意見を示す

表 11-1．各ドメインに対する意見

ドメイン１_尊厳の追求	肯定的な意見	否定的な意見
1. 利用者の社会的交流 (過去30日間) 関心のある活動への参加 家族や友人の訪問 家族や友人とのその他の交流※直接顔を合わせる以外の交流 家族や友人との葛藤や怒り 一部の家族や近い知り合いに対する恐れ ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される 2. 孤独感や寂しさの表現をしましたか (過去30日間) 3. 自分の希望する生き方を実現できていましたか (過去30日間) 4. 本人の受けたいケア・支援(ACPも含む)についての 話し合いに参加し、周りの人にその内容が共有されましたか 5. 過去30日間に、療養の場において身体抑制を受けましたか	1. 近隣に友人がいることは大事 4. 本人と家族の希望を踏まえた選択が重要 All. 身体面のケアがメインであっても尊厳の問題を考えることが重要	1.今回の利用者では、同居していない家族や友人に対する交流について評価する必要性をあまり感じない 1. 利用者の社会的な交流があると回答していいかどうか判断が難しい 1. 利用者が独居の場合は近隣住民や友人との関係性把握が困難、かつ踏み込みづらい 1. 「関心」や「その他の交流」の定義が何かわからなかった 1. 今回の利用者では、同居していない家族や友人に対する交流について評価する必要性をあまり感じない 2. 利用者がヘルプを出していないのにあえて掘り起こさない 3.認知症の人に希望する生き方を聞くのが難しい 4. 利用者が認知症の場合は療養意向を表現できないため評価しづらい 4. 30日という期間ではなく、ケアプランを変える時とか、定期的に１年か半年かで聞く必要はあると思う。 4.「共有」はどこまでをもって共有なのか分かりにくい。家族なのか、スタッフなのか、全体会議なのか、人によって解釈が異なると思う。 All. 訪問時に家族は外出するので利用者の尊厳に関する情報を聞く機会がない
ドメイン2_ 苦痛の最小化	**肯定的な意見**	**否定的な意見**
1.新規疾患発症・既往疾患の再燃 / 再発(過去30日間) 2. 入院回数(過去30日間) 3. 救急外来受診の回数(過去30日間) 4. 営業時間外の緊急コールの回数(過去30日間)	All. 看護師の得意としている症状管理などに関するドメインである と感じ、入力することに抵抗や困難さを感じなかった。 All. 疾患管理について項目が分けられていたため、答えやす All. 家族が必ずいた患者については評価しやすかった。	8. 今回問われた項目はアセスメントとケアの着眼点であったため、ケアの質について差が測れ るのか疑問に思う。
ドメイン3_食生活の維持	**肯定的な意見**	**否定的な意見**
1.過去30日間に体重を測定しましたか。 測定した場合は直近の体重を記入してください。 2.測定した場合は直近の体重を記入してください。 3.利用者の状態は、以下のいずれかに当てはまりますか 5%以上の体重減少があった 本人もしくは周囲の人から見て、 やせてきたと感じる(過去30日間)	All. 基本的な知識や、配色サービス、脱水など、自宅で特に気を付けるべきケアの質に関する項目が反映されていると思う。 All. その方がどのような認識をしているかによる。食べられなくなっている状況を理解している患者の体重を測ることで、より精神的ダメージを与えることもある。 All. 食欲増進につながると判断する患者の場合は測定するかもしれないが、そのような高齢患者は少ない。	All. その方がどのような認識をしているかによる。食べられなくなっている状況を理解している患者の体重を測ることで、より精神的ダメージを与えることもある。 All. 食欲増進につながると判断する患者の場合は測定するかもしれないが、そのような高齢患者は少ない。 All. 脱水予防のために水分接種を促しましたか、と質問されているが、水分接種を促したのは脱水予防だけの目的じゃない。1つの行動が1つの目的だけで行なっていない。 All. 独居の人はちゃんと食べていると返答されるが本当のところはよくわからない

表 11-2．各ドメインに対する意見

ドメイン4_排泄行動の維持	肯定的な意見	否定的な意見
1.脱水有していましたか(過去30日間) 2.どの性状の便が最も多く利用者にみられましたか(過去30日間) 3.排泄に関して、以下に当てはまる状態が利用者にみられましたか(過去30日間) 尿失禁：尿が不随意にもれるという愁訴 便失禁：無意識または自分の意思に反して肛門から便がもれる症状 IAD：尿または便（あるいは両方）が皮膚に接触することにより生じる皮膚炎	All. 排便ケアに関して薬だけではなく乳酸菌についての項目もあり、しっかりしていると思った。 2. 排便が看護問題にあがっている場合は、ブリストルスケールを利用している。	2. エコーやブリストルスケールは病院で使用するものと認識している 2. 在宅では患者の尊厳に配慮するため、便スケールを使って観察することは少ない。 2,3. 日常会話では専門用語を使わずに患者に便の性状を尋ねているので、指標項目にある用語を用いて利用者に尋ねることはあまりしない。 2. 以前ブリストルスケールの使用を試みていたが、用語が難しく定着しなかった。 2. ブリストルスケールを書いていただいていた患者がいたが、次第に面倒臭くなり長続きしなかった。 3. 膀胱が膨満していたり、尿がでなかったりする時に医師の指示をもらって尿量を測定することがあるが、感染リスクもあるので全員には行わない。 3. 訪問看護の現場ではエコーなどを持っている事業所のほうが少ないと思う。

ドメイン5_身体活動の維持	肯定的な意見	否定的な意見
1.過去30日間に、転倒転落はありましたか 2.利用者の日常的な活動について回答してください(過去3日間) 入浴 移動 トイレの使用 食事 個人衛生：洗顔、洗髪、身体清拭、陰部洗浄、爪切り 家事一般：皿洗い、掃除、布団の上げ下げ、整理整頓、洗濯 等 3.利用者が寝床から身体を離した時間／日を 回答してください(過去3日間) 4.利用者が寝室の外に出た回数を回答してください(過去3日間) 5.利用者が家（建物）の外に出た回数を回答してください(過去3日間)		4,5. 本人に外出の希望がない場合に外出の回数で評価することは難しいのでは 4,5. 過去 3 日間の外出頻度を評価する設問の場合は週 1 回の外出を反映できない 4,5. 本人の外出頻度を回数カウントできるほど細かくとっていない。 4,5. 外出頻度の回数を詳細に評価することがケアの質に影響するかについて疑問がある

ドメイン6_睡眠の確保	肯定的な意見	否定的な意見
1.睡眠の障害により利用者の生活に支障が出ていましたか(過去3日間)	All. 日々の訪問でも全利用者に尋ねる項目のため大事だと思う All. 高齢者は睡眠導入剤を服用しているので睡眠についての評価は重要 All. 睡眠導入剤服用による転倒への影響があるので睡眠についての評価は重要	All. 本人が独居のため夜間の過ごし方がわからない All. 本人の 1 日の過ごし方をすべて把握することは難しい

表 11-3．各ドメインに対する意見

ドメイン7_認知機能低下による生活障がいの最小化	肯定的な意見	否定的な意見
1.過去３日間において、以下のいずれかの兆候が利用者に見られましたか 意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定		All. このドメインは、回答自体が難しいことや、質問の意図がわからず戸惑う部分があった印象 All. 日によって穏やかな時と穏やかではない時がみられるのが高齢者の特徴だと思うので評価が難しい
ドメイン8_家族のウェルビーイングの追求	**肯定的な意見**	**否定的な意見**
1.家族は無理なく穏やかに過ごせましたか(過去30日間) 2.家族は介護のために疲れ切っていましたか(過去30日間)	All. 介護力が不足していないか、介護者の体調が悪化していないかを外見などで判断することもある。 All. 利用者の介護者と関係性を築いておくことで訪問時に介護者の気持ちを表出してくれることがある。	1. 穏やかに過ごせたか、という質問は回答者により評価方法（いつ、どの程度）が変わりそうですごく難しいなあと思った。 All. 身寄りがない利用者において当該ドメインの評価は回答しにくい All. 看護師訪問時に家族が不在のため自身は情報を把握していない All. 情報収集の実践者がケアマネジャーであり自分自身ではないときに、回答に反映させて良いのか判断が難しい。 All. 訪問時に家族と接点がない場合、回答者によりはい・いいえ・わからないの判断に誤差が出やすいと思う。

「意見」の冒頭の番号＝質問項目の番号に対応　　All=ドメイン全体に関連

表 11-4．各ドメインに対する意見

各ドメインに共通する意見
多職種でケアを行なっている際の評価基準がわかりにくく、判断のガイドが必要。 プロセス指標の1つが複数の視点でのアウトカムに結び付けられるような構造の指標とることが望ましい。 質問の趣旨や内容が正確に理解できるステップが必要 評価者による判断基準を標準化できるよう、具体的な例があったほうが望ましい。 評価対象とする期間をサービス提供期間と合わせることを検討する必要がある 同じ状態の評価結果が回答者によってなるべく変わらないよう、質問の文言自体をより客観的なものに検討する必要がある 評価者による判断基準を標準化できるよう、具体的な例があったほうが望ましい

表 12．評価ガイドと質問項目の修正案

ドメイン	ネガティブイベント	質問項目	評価のガイド案	質問項目の修正案
D1 尊厳の追求	孤独感の最小化	過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、「2.常に表現している」「3.わからない」のいずれかに回答した	―	―
D1 尊厳の追求	希望する生き方の実現	利用者は、今の状況において可能な範囲で、自分の希望する生き方を 実現できていると思われますかに対し、「2.全くできていない」「3.わからない」のいずれかに回答した	Q：認知症の人に希望する生き方ないなどを聞くのは難しいです。 A：「あくまで"アセスメント"なので、認知症で確認が難しいなりにも、表情や言動、過去の本人の様子と照らした現在の状況などから、本人が満足できているかどうかの判断・検討をなんらかの視点で行っていれば、"はい"としてください」	―
D1 尊厳の追求	希望するケアの実現	過去30日以内に、利用者*は、本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されましたか *利用者本人の意思が確認できない場合は、代理人を指す	Q：介入を始めるときにACPについて確認しましたが、過去30日という期間では確認していません。 A：毎月行っていることが正解という意味ではなく、あくまで当該期間に行われたかどうかを把握するための設問なので、実施されたか否かをその通りに回答してください。 Q：「周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）」との共有とありますが、誰か１人でも共有でもいいのですか？それとも、関わる人全員との共有が必要ですか？ A：本人と話したことをその人（看護師・ケアマネ）だけが知っている、という状況はよくなくて、その内容が誰かしらと共有されていることが大事になりますので、「家族や他職種、誰か1人以上に共有している」場合に共有としてください。	①利用者は、介入時、ケアプラン変更時、利用者や家族・介護者の状態変化時、終末期のいずれかにあたるか。 ⇨②「はい」「わからない」と回答：過去14日間（要検討）に、利用者の本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されたか。 ⇨②「いいえ」と回答：過去に利用者の本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されたか。また、その時期は適切であるか。
D3 食生活の維持	栄養状態の保持	利用者の状態は、以下のいずれかに持当てはまりますか; 過去 30 日間に 5%以上の体重減少		