

利用者による在宅ケアの評価 —利用者満足度を中心に—

若松弘之^{1),2)}, 今中雄一²⁾, 前澤政次³⁾, 岩崎 榮²⁾

- 1) 東京都衛生局健康推進部高齢保健課
- 2) 日本医科大学医療管理学教室
- 3) 宮城県涌谷町医療福祉センター

Client Evaluation of Home Care Services —Focus on Client Satisfaction—

Hiroyuki WAKAMATSU, Yuichi IMANAKA, Seiji MAEZAWA, Sakai IWASAKI
 1) *Section of Health for Elderly, Division of Health Promotion, Bureau of Public Health, Tokyo Metropolitan Government.*
 2) *Department of Health Services Administration, Nippon Medical School.*
 3) *Wakuya Medical and Social Center at Miyagi Prefecture.*

H. WAKAMATSU, Y. IMANAKA, S. MAEZAWA, S. IWASAKI *Client Evaluation of Home Care Services —Focus on Client Satisfaction—*, Bull. Inst. Public Health, 45(2), 150-158, 1996.

To study client evaluation of home care services for the elderly, a questionnaire survey was administered to the 178 clients (174 responses, 98% response rate) of the services in a rural town in the Touhoku District in Japan. Ninety-two respondents (53%) were satisfied with the home care services, 59 (34%) respondents did not answer whether they were globally satisfied or not. On the other hand, 40 respondents (23%) wanted to continue home care even if they would be recommended hospital care. Twenty-nine respondents (17%) recommended home care to others.

The clients' evaluation of the home care services were measured by five-point Likert-type scales. Their overall satisfaction with the services was compared to the clients' age, affiliation with family physician, evaluation scores of the service processes, and quality of life parameters (Barthel Index, Ministry of Health and Welfare's geriatric performance status, psychological status, social support). Only social support had statistically significant relation to the clients' overall satisfaction. Those who perceived hospital discharge too early showed less satisfaction than those who did not perceive necessity of hospital care.

Clients were also asked which aspects of the home care services they valued. Warmth of care and low cost were most highly valued in the home care services in the population surveyed. Thirty-one respondents (35%) valued warm care higher than high technology care; On the other hand, 15 (17%) valued high technology higher. The former was less satisfied than the latter. It may suggest that warmth of care is one of the key factors to improve the quality of the home care services.

Key Words Home Care Services, Quality Improvement, Client Satisfaction, Social Support, QOL

(Accepted for publication, May 16)

[キーワード] 在宅ケア, 質の向上, 利用者満足度, ソーシャルサポート, QOL

[平成8年5月16日受理]

1. はじめに

在宅ケア支援の一環として、老人保健事業の訪問指導と老人訪問看護制度がスタートして前者が13年、後者が4年目を迎えた。数の評価にとどまらず、サービス内容の評価まで実施することが今後重要である。地域ケアサービス評価の指標として、zimmer¹⁾は「身体心理的健康」の他に「病院や施設等の利用の最小化」、「幸福感や人生への満足度」、「医療に対する患者家族の満足度」等をあげている。又、Sherwood²⁾は「自立生活促進技能の向上」と「病院や施設等の利用期間の最小化」、「地域への参加と幸福感」を指標としてあげている。数の評価のみならず利用者の主観的評価にも重きを置いているのが特徴である。今後は行政内部の評価だけでなく、利用者からの評価も受けなければ住民の支持が得られず、施策のスムーズな展開は難しくなるものと思われる。

今回の研究では、以下の3点を明らかにする目的で、調査を企画・実施した。

- 1) 個人の状態別に、在宅ケアの満足度の分布を記述する。
- 2) 個人の状態と環境条件が在宅ケアの満足度にどう影響するか。
- 3) 利用者の評価基準の違いが満足度にどう影響するか。

なお、在宅ケアの満足感形成モデルとして古谷野の提唱するQOL構成要素間の関係モデル³⁾を参考にして、図1のモデルを作成した。

2. 対象と方法

対象は、人口2万人の農村部(宮城県桶谷町⁴⁾):高齢

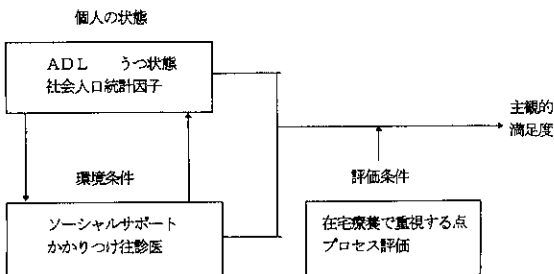


図1 満足度分析モデル

化率19%)にて訪問指導・訪問看護を受けている178名全員とした。今回高齢者が多いため、本人が記入出来ない場合、家族等の聞き取りによる代理回答も利用者の意見として採用することにした(今回178名中174名から回答を得られたので、対象の特性は回答者の特性とほぼ一致しているとみなして話を進め、回答者の特性は結果で述べる)。

調査方法は、調査用紙を地元の保健婦や民生委員から直接配布して記入方法を説明した後留め置き、後日郵送する方法を用いた。直接サービスを提供する保健婦の面前で書かせたり、サービス提供機関へ郵送するのでは本音が得られない可能性を考慮し、送り先を直接サービス提供機関ではない日本医科大学医療管理学教室とした。

調査項目の内容を表1に示す。満足度を総合評価の指標として用いることとした。満足度の質は3つの視点から分けられると考え、「現在の在宅療養に満足している」「万一入院が必要になっても在宅を続ける」「他の人にも在宅療養を薦める」の3項目に分けて各々5段階評価した。5段階評価は、「現在の在宅療養に満足している」の問いに対しては、「かなり不満」「やや不満」

表1 調査項目の内容

| 要素 | 説明変数(内容) |
|---------|---|
| 評価基準(総) | *プロセス評価(総) <ul style="list-style-type: none"> ・本人ないし家族の意志が尊重された。 ・プライバシーへの配慮が良い。 ・在宅制度をよく教えてくれる。 ・不安やグチをよく聞いてくれる。 |
| その他 | *在宅療養重視点(10項目) <ul style="list-style-type: none"> ・医療技術の高さ ・充分で納得いく説明 ・専門職からの介護技術の指導 ・良い評判 ・思いやり、やさしさ ・行政サービス充実 ・事務対応の良さ ・低額な費用負担 ・自宅の使い勝手、住宅改造 ・かかりやすさ *在宅サービス項目(12項目) <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護 ・家事援助 ・出張入浴 ・移送 ・給食・食料宅配 ・在宅療養用品貸出 ・在宅関連相談 ・緊急通報 ・在宅リハビリ ・通所リハビリ ・短期入所 (以上、厚生省保健福祉部関連サービス産業統計より) <ul style="list-style-type: none"> ・痴呆専門デイケア |

表1 調査項目の内容(続)

| 要素 | 説明変数(内容) |
|-------|--|
| 個人の状態 | <ul style="list-style-type: none"> *厚生省寝たきり基準(ADL:J1-C2の8段階) *バーゼル尺度(ADL) *心理状態(6項目) <ul style="list-style-type: none"> ・よくよしている ・落ち着いている ・気がふさぐ ・楽しい気分 ・やる気がしない ・いらいらする *社会人口統計因子(4項目) <ul style="list-style-type: none"> ・性別 ・年齢 ・世帯構成 ・世帯年収 |
| 環境条件 | <ul style="list-style-type: none"> *DUKE-UNC Functional Social Support (8項目) <ul style="list-style-type: none"> ・外出やお茶など何か誘いがある ・愛されている ・仕事や家事等で誰かに相談する機会がある ・個人的な又は家族の問題を信頼出来る人に相談する機会がある。 ・金銭的な事について相談する機会がある。 ・私のことを気にとめてくれる人がいる。 ・生活の重要な事について有用な助言が得られる。 ・病気で寝込んだ時に世話をしてもらえる。 *かかりつけ往診医の有無 |
| 評価基準 | <ul style="list-style-type: none"> *プロセス評価(8項目) <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と訪問看護婦との協力連絡が良い。 ・日常生活が継続出来た。 |

「どちらでもない」「やや満足」「かなり満足」とした。残り2項目は、「全くそうだ」「ややそうだ」「どちらでもない」「やや違う」「かなり違う」の5段階に評価した。個々のサービスの満足度についても、該当する項目のみ、「かなり満足」「やや満足」「どちらともいえない」「やや不満」「かなり不満」の5段階評価とした。個々のサービスの12項目中11項目は、厚生省大臣官房統計情報部が平成3年度に実施した「健康福祉関連サービス産業統計調査」のサービス分類を利用し、痴呆専門デイケアをサービス項目に追加した。

図1の満足度モデルでは、満足度に影響を与える要素として、「個人の状態」「環境条件」「評価基準」に大別した。説明変数(内容)として、「個人の状態」ではADLや心理状態、社会人口統計因子が、「環境条件」ではソーシャルサポートやかかりつけ往診医が、「評価基準」では在宅療養重視点やプロセス評価があると仮定した。

健康状態の指標としてADLを用いた。訪問指導や

訪問看護は、「寝たきり及びそれに準ずる者」を対象にしていることが多いので、Instrumental ADL(IADL)や都老研式老人活動能力指標はなじまないと判断したためである。ADLの指標としては、バーゼル尺度と、最近の普及度から厚生省寝たきり基準の8段階(J1-C2)評価を用いることとした。

心理状態については、うつ関連の質問を6項目を、「全くそうだ」「ややそうだ」「どちらでもない」「やや違う」「全く違う」の5段階で評価した。この6項目はSF-36 Health Survey⁶⁾で採用されている調査項目からうつ関連の項目を抜きだしたものである。

社会人口統計因子としては、男女別、年齢、世帯構成、年収を調べた。世帯構成は「ひとり暮らし」「夫婦のみ」「二世帯同居」「三世帯同居」別に調べた。世帯年収は「250万未満」「250万以上から400万未満」「400万以上から650万未満」「650万以上」別に調べた。

ソーシャルサポートについては、アメリカの家庭医のクリニックで使用されているDUKE-UNC Functional Social Support⁶⁾の8項目を用い各々を「全くそうだ」「ややそうだ」「どちらでもない」「やや違う」「全く違う」の5段階に評価したスコア化した。

かかりつけ往診医は、ある・なしの2段階評価した。

プロセスの評価は7項目(そのうち2項目はデンマークの高齢者サービス3原則の内、「人生の継続性の尊重」「自己決定権の尊重」を盛り込んだ。)とし、各々を「全くそうだ」「ややそうだ」「どちらでもない」「やや違う」「全く違う」の5段階で評価した。

在宅療養で重視する点については10項目とし、各々を「極めて重要」「とても重要」「かなり重要」「やや重要」「あまり重要ではない」の5段階に評価した。

在宅療養の理由は「入院の必要がなくなったため」「退院させられた」「自分の意志で退院した」「その他」別に分けて調べた。さらに、在宅療養になる前の経路を、「病院」「施設」「その他(自由記載欄設置)」別に調べた。

3. 結果

<粗集計>

訪問指導・訪問看護の対象者178名174名から回答を得た(回収率97.8%)。回答者の年齢分布は65才以上が85%、75才以上が50%で平均年齢が74.9才。性別は男

性55人，女性は90人，無回答が29人。

世帯構成は，一人暮らしが15%，夫婦のみが21%，二世帯同居が21%，三世帯同居が22%，無回答が21%。

世帯年収は，250万未満が25%，250万以上から400万未満が18%，400万以上から650万未満が10%，650万以上が6%，無回答が40%。

在宅療養になった理由（表2）では，訪問指導・訪問看護の対象者に「退院退所させられた」との回答が20名，「自分の意志で退院退所した」との回答が22名，「その他」23名，「無回答」が43名認められた。在宅療養の前の居場所（表3）では医療機関が91名，施設1名，その他34名，無回答48名。

満足度について（表4），現在の在宅療養に「大変満足」しているは59人（34%）認めたと，入院が必要になっても在宅を続けるか，という問いには「全くそうだ」が29名（17%）及び在宅療養を他人にもすすめるか，という問いに「全くそうだ」が20名（12%）。

在宅で利用しているサービスの現状と満足度（表5）では，「訪問看護」「通所リハビリテーション」「療養品貸出」が満足度上位3位の在宅サービスであった。また，「給食宅配」「在宅リハビリテーション」「痴呆専門デイケア」が満足度下位3位の在宅サービスであった。

かかりつけ往診医が「なし」との答えが45人（26%）（表6）。

在宅ケアのプロセス評価（表7）に関しては，「協力・連絡が良い」が47人，「介護方法の指導が良い」が46人に対して，「利用者の意思の尊重」が33人，「継続性の尊重」が24人（「全くそうだ」との回答人数）。

利用者サイドが在宅療養で重視する点（表8）では，最も重視するとの回答が「思いやりとやさしさ」では44人，「低額の費用負担」では41人，「かかりやすさ」では36人。

ソーシャルサポート（表9）は，40点満点に換算して平均24点で，モードは29点にあった。

厚生省寝たきり基準（表10）では，Jクラスが31%，Aクラスが26%とで約半数を占めた，Bクラスは7%，Cクラスは21%，無回答が15%。

うつ状態（表11）は，平均点で3（どちらとも言えない）付近が多かった。

<個人の状態別の満足度分布>

個人の状態別満足度を表12に示す。年齢は前期高齢

<集計結果>

表2 在宅療養の理由

| | | |
|-----------------|-----|-------|
| 「入院入所の必要がなくなった」 | 66人 | (38%) |
| 「退院退所させられた」 | 20人 | (12%) |
| 「自分の意志で退院退所した」 | 22人 | (13%) |
| その他 | 23人 | (13%) |
| 無回答 | 43人 | (24%) |

()内は、回答者174名中の百分率

表3 在宅療養の前の居場所

| | | |
|-----|-----|-------|
| 病院 | 91人 | (51%) |
| 施設 | 1人 | (1%) |
| その他 | 34人 | (20%) |
| 無回答 | 48人 | (28%) |

()内は、回答者174名中の百分率

表4 満足度総合評価

| | 全く 違う | やや 違う | どちらで もない | やや そうだ | 全く そうだ | 該当せず 無回答 |
|-------------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ・現在の在宅療養に満足している。 | 2人 (1%) | 8人 (5%) | 13人 (8%) | 33人 (19%) | 59人 (34%) | 59人 (33%) |
| ・万一入院が必要でも在宅を続ける。 | 31人 (18%) | 9人 (5%) | 16人 (9%) | 11人 (6%) | 29人 (17%) | 78人 (45%) |
| ・他の人にも在宅療養を薦める。 | 15人 (9%) | 4人 (2%) | 31人 (18%) | 9人 (5%) | 20人 (12%) | 95人 (54%) |

()内は、回答者174名中の百分率

表5 利用しているサービスについて満足度と利用人数

| サービスの種類 | かなり満足 | 利用人数 |
|-------------|----------|------|
| 満足度の比較的高いもの | | |
| 訪問看護 | 40人(45%) | 89人 |
| 通所リハビリ | 32人(47%) | 68人 |
| 療養品貸し出し | 32人(54%) | 59人 |
| 満足度の比較的低いもの | | |
| 給食宅配 | 7人(23%) | 31人 |
| 在宅リハビリ | 8人(26%) | 31人 |
| 痴呆デイケア | 7人(27%) | 26人 |

()内は、各々の利用人数に対する百分率

表6 かかりつけ往診医の有無

| | |
|-----|----------|
| あり | 96人(55%) |
| なし | 45人(26%) |
| 無回答 | 33人(19%) |

()内は、回答者174名中の百分率

者が最も満足度が高く、厚生省寝たきり基準ではランクCが最も満足度が高かった。ソーシャルサポートは高い程、満足度が高かった。

<個人の状態・環境条件と満足度>

個人の状態・環境条件と満足度との順位相関(表13)は、厚生省寝たきり基準と年齢・年取、ソーシャルサポートについて、KENDALLとSPEARMANの順位相関係数を用いて検討したところ、ソーシャルサポートが最も高く、かつ5%以下の危険率を持って有意差を認めた。満足度への交絡因子として、ADLと年齢、性、年取について検討を行った(表14)。いずれも有意な相関を示さなかった。

表7 プロセスの評価

| | 全くそうだ | 有効回答数 |
|------------|----------|-------|
| 協力・連携が良い | 47人(53%) | 88人 |
| 日常生活の継続性尊重 | 24人(28%) | 85人 |
| 利用者の意志の尊重 | 33人(38%) | 88人 |
| プライバシー保護 | 37人(46%) | 81人 |
| 介護方法指導が良い | 46人(51%) | 91人 |
| 在宅制度をよく開けた | 40人(46%) | 87人 |
| 不安や不満の受容 | 35人(49%) | 88人 |

()内は、有効回答数に対する百分率

表8 在宅療養で重視する点(利用者サイド)

| | 最も重視する | 有効回答数 |
|---------------|----------|-------|
| 技術の高さ | 33人(34%) | 98人 |
| インフォームド・コンセント | 38人(35%) | 110人 |
| 介護方法指導 | 30人(29%) | 105人 |
| 思いやり | 44人(38%) | 115人 |
| 行政サービスの充実 | 35人(32%) | 109人 |
| 事務対応の良さ | 20人(20%) | 98人 |
| 自宅の使い勝手 | 17人(18%) | 97人 |
| 低額な費用負担 | 41人(43%) | 98人 |
| かかりやすさ | 36人(37%) | 98人 |
| 良い評判 | 33人(36%) | 93人 |

()内は、有効回答数に対する百分率

表9 ソーシャルサポート

| 点数 | パーセント |
|-------|-------|
| 0-4 | 3% |
| 5-9 | 7% |
| 10-14 | 12% |
| 15-19 | 14% |
| 20-24 | 10% |
| 25-29 | 29% |
| 30-34 | 18% |
| 35-40 | 7% |

平均 24点 100%

表10 厚生省寝たきり基準

| 分類 | 人数 | パーセント |
|-----|-----|-------|
| J-1 | 18人 | 10% |
| J-2 | 36人 | 21% |
| A-1 | 18人 | 10% |
| A-2 | 28人 | 16% |
| B-1 | 9人 | 5% |
| B-2 | 3人 | 2% |
| C-1 | 13人 | 8% |
| C-2 | 22人 | 13% |
| 無回答 | 27人 | 15% |

合計 174人 100%

表11 うつ状態

| 項目 | 平均点 |
|-------|-----|
| くよくよ | 3.1 |
| 穏やか | 3.6 |
| 落胆 | 2.7 |
| 楽しい | 3.0 |
| やる気なし | 2.9 |
| いろいろ | 3.1 |

満足度と在宅療養理由(表15)では、「かなり不満」と「やや不満」を不満群とし「どちらでもない」「やや満足」「かなり満足」を満足群と分類してみて、在宅療養の理由別に比較したものである。不満群の割合は「入院入所不要」で5%、「退院させられた」で12.5%、「自分で退院」で14.3%。ただし、t検定で有意差は認められなかった。

<評価基準と満足度>

今回、在宅ケアの評価を専門職が行うのではなく、利用者が行なうことに主眼を置いた。ただし、本人が高齢で記入出来ない場合や意志表示が出来ない場合に家族等の代理回答を認めることにした。調査対象へのバイアスについては、回答者によって違う可能性がある。そこで、回答状況別の満足度を比較してみた(表16)。「本人が記入」「本人の意見を聞いて家族が代理記入」「家族など代理人が記入」で満足度の差を比較してみたが、有意差を認めなかった。

表12 個人の状態別満足度

| ケース | 満足度 (平均値 ±1 SD) |
|-------------------|-----------------|
| 性別 男性 | 39 4.23±1.18 |
| 女性 | 64 4.11±0.94 |
| 年齢 0~64 | 20 4.15±1.04 |
| 65~74 | 28 4.36±0.87 |
| 75~99 | 62 4.15±1.08 |
| 厚生省寝たきり基準 | |
| ランク J | 32 4.25±0.92 |
| ランク A | 34 4.12±1.04 |
| ランク B | 8 3.88±1.13 |
| ランク C | 31 4.45±0.99 |
| 年収 ~250 (万円) | 33 4.30±0.85 |
| 250~449 | 22 4.14±1.08 |
| 450~649 | 17 4.18±1.01 |
| 650~899 | 6 4.50±0.55 |
| 900~ | 3 4.67±0.58 |
| ソーシャルサポート (40点満点) | |
| 1~14 | 1 2.00±0 |
| 15~24 | 20 3.85±1.09 |
| 25~34 | 45 4.44±0.66 |
| 35~40 | 9 4.56±0.73 |

<関連分析結果>

表13 KENDALL SPEARMAN

| | KENDALL | SPEARMAN |
|---------------|---------|----------|
| 満足度と寝たきり基準 | 0.1349 | 0.1674 |
| 満足度と年齢 | -0.0074 | -0.0091 |
| 満足度と年収 | 0.0301 | 0.0351 |
| 満足度とソーシャルサポート | 0.1830* | 0.2329* |

*P<0.05

表14 満足度およびソーシャルサポート基礎属性との相関

| | 厚生省寝たきり基準 | 年齢 | 性別 | 年収 |
|-----------|-----------|---------|---------|--------|
| 満足度 | | | | |
| KENDALL | 0.0361 | -0.0291 | -0.1190 | 0.0301 |
| SPEARMAN | 0.0493 | -0.0376 | -0.1273 | 0.0351 |
| ソーシャルサポート | | | | |
| KENDALL | -0.0806 | -0.0221 | 0.0019 | 0.0837 |
| SPEARMAN | -0.1221 | -0.0257 | 0.0022 | 0.1108 |

上記の相関係数に統計的有意なものはない。

表15 満足度と在宅療養理由・経緯

| | 入院不要 | 退院させられた | 自分の意志で退院 | その他 |
|--------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 不満群 *1 | 3人 5% | 2人 2.5% | 2人 2.3% | 1人 1.3% |
| 満足群 *2 | 57人 95% | 14人 8.75% | 12人 8.57% | 15人 9.33% |

*1 「かなり不満」+「やや不満」

*2 「普通」+「やや満足」+「かなり満足」

満足度と在宅重視点 (表17) は、特に技術志向と思いやり志向での満足度の差異に注目して比較検討したものである。「医療技術の高さ」及び「思いやり・やさしさ」を極めて重要と回答した群88人から両方に回答した42人を除くと、「医療技術の高さ」重視と回答したのが15人、「思いやり・やさしさ」重視と回答したのが31人。前者の満足度が4.54、後者の満足度が4.19であった。ただし、t検定で両者に有意差は認めなかった。

4. 考察

<粗集計データについて>

在宅療養に対する満足度は高かったが、「万一入院が必要になっても在宅を続けるか」及び「他の人にも在宅療養をすすめるか」の問いでは意見が割れた。在宅療養に当たって本人の病状ないし在宅を支える環境が充分整っているとは言えないのかも知れない。

利用者サイドから在宅療養で重視する点では、「低額な費用負担」「思いやり・やさしさ」が上位を占めた。経済的理由と情緒的支援を利用者は重視しているものと推測する。

表16 回答状況別満足度

| 回答状況 | ケース | 満足度 (平均値 ± 1SD) |
|------------------|-----|-----------------|
| 本人が記入 | 21 | 4.2±1.0 |
| 本人の意見を聞いて家族が代理記入 | 38 | 4.4±1.1 |
| 家族など代理人が記入 | 45 | 4.2±1.9 |
| サービス提供者が記入 | 2 | 4.0±1.4 |

分散分析で各グループの平均値に有意差を認めなかった。

表17 満足度と在宅重視点 (技術 対 やさしさ)

| 最も重視 | 人数 | 満足度 (平均値 ± 1SD) |
|--------|---------|-----------------|
| 技術志向 | 15人(13) | 4.54 ± 0.97 |
| 思いやり志向 | 31人(27) | 4.19 ± 0.92 |

t検定で技術志向と思いやり志向とに有意差なし。

()内はt検定施行時の対象人数。

なお、かかりつけ往診医が「ない」との回答が26%あり、東京都在宅ケア実態調査⁷⁾の「かかりつけ医なし：2%」と比べ著しく高い。医療機関の少なさと往診を条件に加えたことが影響していると考えられる。

<個人の状態・環境条件と満足度>

老人の主観的幸福感に対して、健康状態と経済状態、人間関係の豊さが最も影響すると言われている⁸⁾。ここでは、主観的満足度も主観的幸福感に準ずるとの仮定で論を進めた。今回、健康状態としてのADLが高い場合・年齢が高い場合・ソーシャルサポートが高い場合・収入が高い場合に満足度も高くなるとの仮説が立てて検証を試みた。

今回は最もADLが低いランクCで最も満足度が高かった。年収については、250万円から649万円のクラスで最も満足度が低く、年収とともに満足度が増加しているとは言えなかった。ソーシャルサポートについては点数が高くなるにつれて満足度も上昇しており、仮説通りの結果であった。

在宅療養に対する満足度に対して、個人の状態や環境条件では、年齢・年収・ADL・心理状態は有意な相

関は認めず、ソーシャルサポートのみ有意に弱い正相関を認めた。満足度とソーシャルサポートの関係において、性・年齢・ADL・年収が交絡する可能性が考えられるので相関について検討したが、表14に示されるようにいずれも有意な相関を認めなかった。

今回の調査で健康度の指標としてのADLと満足度とに関連性を認めなかった理由として、今回の調査では訪問指導・訪問看護対象者なので厚生省寝たきり基準をADL指標として採用し、IADLを用いなかったためと考える。即ち、総数として軽症である虚弱老人や閉じこもり老人が多いにもかかわらず、重症向けのADL指標である厚生省寝たきり基準を用いたことが満足度と有意な相関を出せなかった一因ではないかと考える。虚弱老人や閉じこもり老人への訪問が多いのは、保健婦の配置が他の市町村よりも多く、予防活動を重視する浦谷町医療福祉センターの特徴である。今後は、重症度に応じて健康度指標を使いわけて調査を実施する必要がある。

退院させられたと回答した者と、自分の意志で退院した者及び入院の必要なくなったので在宅になった者としてt検定で比較した(表15)ところ、有意差こそ認めなかったが前者の方が満足度が低い傾向を認めた。被害者意識が存在し不満感が高いのかも知れない。
<評価基準と満足度>

今回、本人が高齢で記入出来ない場合や意志表示出来ない場合家族等の代理回答を認めた。調査の回答者によってバイアスが生じている可能性がある。そこで、調査の回答者別に満足度を求めて分散分析したところ、いずれも有意差を認めなかった。

プロセスに対する評価は満足度に大きな影響を与えるものと考えていたが、今回のような項目を取上げて合計をスコア化して処理(アルファ係数 0.94)してみたところ、有意な相関は認めなかった。だからといって、満足度に影響を与えなかったと結論づけられない。項目の選び方に問題があると思われる。

在宅療養で重視する点で、やさしさよりも技術を求める方と技術よりもやさしさを求める方を比較したところ(表17)、前者では15人が、後者では31人が該当した。一方、両者を満足度で比較すると、前者では4.54、後者では4.19でt検定では有意差こそ認めなかったが、後者で満足度が低い傾向を認めた。後者では、さ

らなるやさしさ・思いやりを求めていると思われる。このことは、在宅サービスの対象となる集団に於いて、ケアのやさしさ・思いやりへのニーズがあることを示唆していると思われる。

<今後の課題>

今後の課題としては、本人と家族による回答の違いを詳細に検討することや本人と家族の関係を評価出来る調査票への改良を検討すべきと考えている。又、同一地域の再調査を実施して再現性の確認することやサンプル数をより大きくとれるフィールドで調査を実施すること、農村部のみならず都市部のデータを収集分析して都市部の在宅サービスの質の向上に向けて行政施策の資料とすることも課題と考えている。

5. ま と め

訪問指導・訪問看護を受けている174名の在宅サービス実態と利用者によるサービス評価の調査を実施した。

在宅療養に満足しているのがほぼ満足とやや満足を合わせると92人であったのに対して、入院を薦められても在宅も続けるが40人、他の人にも在宅を薦めるのは29人であった。

在宅療養に対する満足度を、図1の在宅ケア満足度形成モデルに基づき、関連要因の分析した。在宅療養に対する満足度に対して、個人の状態や環境条件では、年齢・年収・ADL・心理状態は優位な相関は認めず、ソーシャルサポートのみ有意な相関を認めた。

在宅療養で重視する点で、やさしさよりも技術を求

める者と技術よりもやさしさを求める者を比較すると、前者では15人が、後者では31人が該当した。一方、両者を満足度で比較すると検定では有意差こそ認めなかったが、後者で満足度が低い傾向を認めた。このことは、在宅サービスの対象となる集団に於いて、ケアのやさしさ・思いやりへのニーズがあることを示唆している可能性がある。

引用文献

- 1) Zimmerer JG, et al: A Randomized Controlled Study of a Home Care Team, *Am J Public Health* 75(2): 134-141, 1985
- 2) Sherwood S, et al: Alternative Paths to Long-term Care: Nursing Home, Geriatric Day Hospital, Senior Center, and Domiciliary Care Options, *Am J Public Health* 76(1): 38-44; 1986
- 3) 古谷野亘, 「QOL の概念と測定」, 64-73, “柴田博: 他, 老人保健活動の展開, 医学書院, 1992”
- 4) 前澤政次, 住民の自発性を重視した「涌谷町町民医療福祉センター」の具体的取り組みと課題, *病院*, 51(6), 1992
- 5) Ware JE, et al: SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide, Nimrod Press, Boston, Massachusetts, 1993
- 6) Broadhead et al, The Duke-UNC Functional Social Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-23, 1988
- 7) 平成2年度, 東京都在宅ケア実態調査, 東京都衛生局
- 8) 古谷野亘, 老後の幸福感の関連要因, *理論と方法*, 8(2), 1993