

原著論文

在宅看護論実習における Minimum Data Set-Home Care 2.0 の有効性

鈴木育子

つくば国際大学医療保健学部看護学科

【要 旨】 超高齢社会を迎え、在宅ケアニーズが高まる社会状況にある。在宅医療の高度化に伴い在宅看護には、高度な在宅医療管理のための知識および看護技術が求められるようになった。そこで、在宅看護論実習指導に在宅ケアアセスメントツールとして開発された Minimum Data Set-HomeCare2.0 を用い、学生が療養者の問題として抽出できた問題領域について検討した。

T短期大学看護学科に、平成 19 年から 20 年のどちらかに在籍した学生の実習記録から、MDS-HC2.0 を用い抽出した看護問題および療養者情報を分析した。

療養者 57 人の看護問題は、MDS-HC の包括的アセスメント項目に沿って情報が整理され、問題選定領域 Client Assessment Protocols (CAPs) の分類に沿って問題が抽出された。抽出された看護問題の分析から、療養者の疾病や障害の重さの違いに関係なく、在宅ケア全般を捉えた看護問題の抽出の可能性が高いと考えられた。

在宅看護の看護過程の指導において、在宅ケア全般を包括的に捉えた看護問題の抽出可能な MDS-HC2.0 の活用は、効果的な学習指導に有効であると考えられた。

(医療保健学研究 第 1 号 : 135-144 頁)

キーワード： MDS-HC ; 在宅ケア ; 在宅看護 ; 看護診断 ; 看護過程

序 論

今日の看護師教育カリキュラムにおいて看護診断は、看護援助の具体的な方法を、医学的・看護学的な根拠に基づいて情報を整理・分析して問題を導き出し、看護の具体的な実践活動に結びつけるため、看護過程を強化するものとして、導入している教育機関が多くなった

(石田と久保田, 1996 ; 清水, 2007 ; 河原 他, 2009 ; 佐藤 他, 2009)。T短期大学では、臨地実習において実際の療養者を対象に、看護過程の展開を可能とするために、モデル療養者を用いた看護過程の学習を行ってきた。しかし、限られた情報の下で看護過程を展開するため、時間の経過に伴う疾病や療養者の心身の変化、家族関係、家庭を取り巻く社会資源情報などは除外された条件となり、実際の臨床看護、在宅看護の場に合った学習効果を得るのは難しいと思われる面があった。特に在宅看護論実習においては、医療依存度の高い療養者が多く、療養者本人だけではなく、家族・介護者に関する情報、家庭の介護状況、医療・介護サービスの

連絡責任者：鈴木育子

〒300-0051 茨城県土浦市真鍋 6-8-33

つくば国際大学医療保健学部看護学科

TEL: 029-883-6036

FAX: 029-826-6776

e-mail: i-suzuki@tius-hs.jp

利用状況、療養者が居住する地域の社会資源情報、在宅療養継続のためのケアマネジメントなど多くの情報を限られた訪問時間の中で、或いは訪問看護記録等を活用して情報収集・アセスメントを行い、訪問看護計画を立案しなければならない。在宅看護論 90 時間の実習期間内に、看護援助に必要な情報の収集・アセスメントの実施、訪問看護計画の立案・実施全体を学ぶことの困難性が高いと考えられた(野地, 1997; 河原 他, 2009)。本研究の対象とした療養者記録を書いた学生は、ヴァージニア・ヘンダーソン、マジョリー・ゴードンらの看護理論に基づいた看護過程論を学んでいる。ヴァージニア・ヘンダーソンは、患者の自立に関連する 14 の基本的活動項目について、体力、意思または知識の欠けているものを補うことを看護目標としている。また、マジョリー・ゴードンは、11 の基本的健康パターン分類に看護診断を振り分けており、各パターンの診断指標や関連因子に基づき情報収集・看護問題の抽出を行う手法である。在宅看護論実習に導入するには、対象者本人以外の情報を整理し、問題とする枠組みが 1 つの健康パターンであるため、効果的な学習には不適切であると考えた。そこで、介護保険法施行に伴い在宅ケアマネジメントのアセスメント手法として導入された Minimum Data Set-Home Care 2.0 (MDS-HC2.0)に着目し、在宅療養者・家族の抱える問題や課題に関する情報を体系的に整理し、詳細な検討指針に沿ってアセスメントすることにより、問題・課題として取り組む必要性や方向性を明確化することが可能であるアセスメント手法であることから、在宅看護論実習における看護過程に活用することを試みた。

平成 19 年または 20 年に T 短期大学看護学科に在籍し、在宅看護論実習を履修した学生の実習記録を基に、情報の整理・アセスメントに MDS-HC2.0 (Morris 他, 2006)活用して、抽出された看護問題が、Client Assessment Protocols (CAPs) (Morris 他, 2006)の問題選

定領域によって偏りなく抽出されているかを検討し、在宅看護論実習における MDS-HC 2.0 の活用の有効性について検討した。

方 法

対 象

T 短期大学看護学科において、平成 19 年度または 20 年度在籍し、在宅看護論実習を履修した学生 73 人(男性 8 人, 女性 65 人)の内、MDS-HC 2.0 の記録用紙の提出のあった 57 人の在宅看護論実習記録に記載された受け持ち療養者情報、看護問題を分析の対象とした。

方 法

在宅看護論実習記録に記載された学生の受け持ち療養者情報、および MDS-HC 2.0 を活用して情報の整理、アセスメントを行い抽出した受け持ち療養者の看護上の問題点について、CAPs 選定領域区分に着目し分析を行った。

MDS-HC 2.0 の構成および問題の選定

MDS-HC は在宅ケアプランアセスメントマニュアルとして、10 カ国以上で翻訳、検証されており、1999 年に日本語版の第 1 版が出版された。利用者のニーズを科学的に評価分析して、それに基づいて状態の改善や悪化の予防を目標に設定し、管理するために開発されたアセスメントツールである。日本版 MDS-HC 2.0 の構成は、MDS-HC(包括的アセスメント)の体系的な領域スクリーニングと CAPs(領域ごとの詳細な検討指針)とによって構成されている。詳細な項目および MDS-HC と CAPs との関係は図 1 に示した。問題選定の手順は、まず MDS-HC の評価項目に沿って、療養者情報を分類することによって、重要度の高い情報が選定項目別に分類され、次に CAPs の項目に沿っ

CAPs MDS-HC		MDS-HC																															
		機能面						感覚面						精神面						健康問題						ケアの管理						失禁	
		1 ADL / リハビリの可能性	2 手段的日常生活能力	3 健康増進	4 施設入所のリスク	5 コミュニケーション	6 視覚	7 アルコール依存と危険な飲酒	8 認知	9 行動	10 うつと不安	11 高齢者の虐待	12 社会的機能	13 心肺の管理	14 脱水	15 転倒	16 栄養	17 口腔衛生	18 痛みの管理	19 褥瘡	20 皮膚と足の状態	21 順守	22 もうい支援体制	23 薬剤管理	24 緩和ケア	25 保健予防サービス	26 向精神薬	27 在宅サービスの削減	28 環境評価	29 排便の管理	30 尿失禁と留置カテーテル		
AA	基本情報																																
A	アセスメント情報																																
B	記憶																																
C	コミュニケーション、聴覚																																
D	視力																																
E	気分と行動																																
F	社会的機能																																
G	インフォーマルな支援の状況																																
H	IADLとADL																																
I	排泄																																
J	疾患																																
K	健康状態および予防																																
L	栄養状態																																
M	歯および口腔状態																																
N	皮膚の状態																																
O	環境評価																																
P	治療方針の順守																																
Q	薬剤（過去7日間）																																
R	評価者の情報																																
S	薬物治療調査表																																

図1. MDS-HC2.0の構成(看護情報スクリーニング項目と問題選定項目). MDS-HC2.0は、包括的スクリーニングの設問項目(MDS-HC)の部分と領域ごとの詳細な検討指針(CAPs)部分から構成されている。MDS-HCの設問項目(AA-S)について、看護情報を整理する過程で、検討指針項目に該当する情報が振り分けられ、詳細なアセスメントを必要とする情報は、選定領域の項目ごとに設定された選定基準によって、重要アセスメント課題として絞り込む事が可能となるアセスメントツールとして構成されている。■はMDS-HCとCAPsのリンクを示している。

て問題抽出条件を満たしている項目を看護問題として選定する。MDS-HCの評価項目に該当する選択肢がない場合は、余白に手書きで情報を記入し、CAPsによる問題点の選定時に手書きの情報を問題項目として取り扱い、情報の漏れを防止する。手順に従い情報を整理することで、6領域(機能面、感覚面、精神面、健康問題、ケアの管理、失禁)の中から問題とすべき重要項目を絞り込むことが可能になる。

MDS-HC 2.0を活用した指導方法

在宅看護論授業および臨地実習事前オリエ

ンテーションにて、講義およびモデル療養者による演習を行い、MDS-HC 2.0を用いた療養者情報の整理と問題の選定方法を指導した。在宅看護論実習期間中は学内実習日を設け、MDS-HC 2.0を用いた情報の整理時、看護問題の抽出時および看護計画の立案時の少なくとも3回以上の個別指導、1回30分から60分を学生の実習進度に合わせて実施した。実習記録とは別に、MDS-HC2.0アセスメント用紙を用い、CAPsで選定した問題項目については、療養者の具体的な身体の状態や訴えなど、問題となった根拠および情報が一覧できる記録用紙を使用した。実習施設の指導者には、看護

表 1. 療養者の特性

項 目		n=57
年 齢	Mean(±SD)	76.0±12.5
性 別	男 性(%)	38(66.7)
	女 性(%)	19(33.3)
要介護度	要支援1から要介護2	9(15.8)
	要介護3から要介護5	48(84.2)
障害老人自立度 ¹⁾	J～A	9(15.8)
	B～C	38(66.7)
認知症老人自立度 ²⁾	自立～Ⅱ	28(73.7)
	Ⅲ～M	10(26.3)
重複利用サービス	Mean(±SD)	2.9±0.9
学生の訪問回数	Mean(±SD)	2.5±0.7
在宅サービス利用 (あり)	訪問リハビリ	12(21.1)
	訪問介護	23(40.4)
	訪問入浴	15(26.3)
	通所リハビリ	9(15.8)
	通所介護	17(29.8)
	日常生活用具	19(33.3)

人(%): 人数(nに対する割合) Mean(±SD): 平均値(標準偏差)

1) 障害老人自立度欠損値あり n=47 2) 認知症老人自立度欠損値あり n=38

計画に挙げられた問題点の妥当性と優先順位、具体的な看護援助の内容について指導を依頼した。

分 析

回答が「男性・女性」、「あり・なし」などの名義変数は χ^2 検定、Fisher の直接確率法を用い、回答が人数、問題数などの連続変数の場合は Mann-Whitney U 検定を用いた。統計解析は SPSS 16.0 J for Windows(エス・ピー・エス・エス株式会社, 東京, 日本)を用いて行った。

倫理的配慮

在宅看護論実習における受け持ち療養者に対しては、実習施設の責任者より学生が受け持ちとして同行訪問をすること、療養者の個人情報取り扱いについては、個人を特定できるような内容で使わないことの承諾を得て実習を

行った。また、学生の在宅看護論実習評価の対象となる記録物に、MDS-HC 2.0 に関する記録用紙は含まれておらず、任意の提出物扱いとし、実習の評価に影響しないことを説明して実施した。

結 果

看護問題を抽出した療養者の特性

看護問題の抽出対象となった 57 人の療養者の特性を表 1 に示した。平均年齢 76.0±12.5 歳、男性が 66.7%(38 人)と多く、要介護度認定区分の要支援 1 から要介護 2 に該当した者が 15.8%(9 人)、要介護 3 から 5 の該当者が 84.2%(48 人)であった。障害老人自立度評価は要介護認定の結果と同様、座位から臥床の生活に該当するランク B から C が 66.7%(38 人)であった。認知症老人自立度評価では、自立から

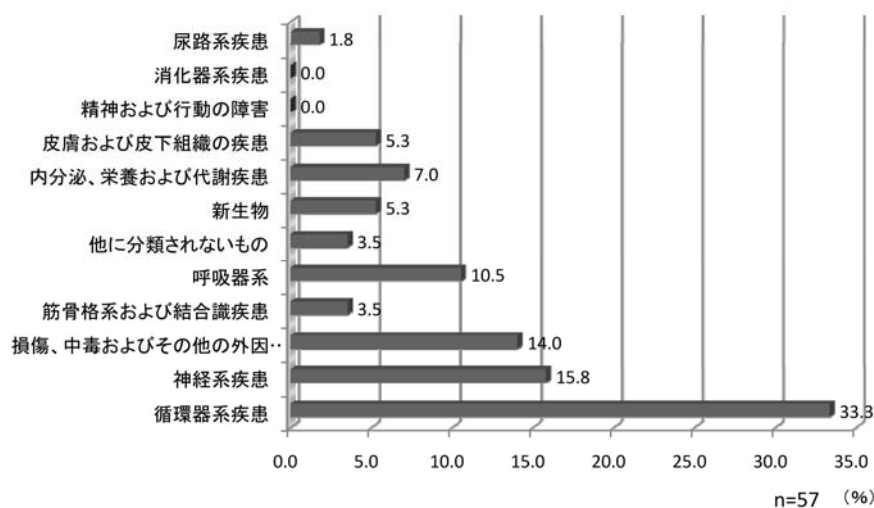


図 2. ICD-10 による疾病分類.

表 2. 選定領域別抽出問題数.

CAPs 項目		抽出問題数 Mean±SD
機能面	1 ADL/リハビリの可能性	2.1±1.3
	2 手段的日常生活能力	
	3 健康増進	
	4 施設入所のリスク	
感覚面	5 コミュニケーション	0.5±0.7
	6 視覚	
精神面	7 アルコール依存と危険な飲酒	0.7±0.9
	8 認知	
	9 行動	
	10 うつと不安	
	11 高齢者の虐待	
	12 社会的機能	
健康問題	13 心肺の管理	3.5±1.5
	14 脱水	
	15 転倒	
	16 栄養	
	17 口腔衛生	
	18 痛みの管理	
	19 褥瘡	
	20 皮膚と足の状態	
ケアの管理	21 順守	2.0±1.2
	22 もろい支援体制	
	23 薬剤管理	
	24 緩和ケア	
	25 保健予防サービス	
	26 向精神薬	
	27 在宅サービスの削減	
	28 環境評価	
失禁	29 排便の管理	1.2±0.7
	30 尿失禁と留置カテーテル	

n=57 Mean (±SD): 平均値(標準偏差)
療養者1人について抽出問題数: 10.2±3.5

表 3. 療養者の要介護度別看護問題.

項 目		要支援1～要介護2 n=9	要介護3～要介護5 n=48	p値
年 齢	Mean(±SD)	80.4±7.2	75.2±13.1	0.29
性 別	男 性(%)	7(77.8)	31(64.6)	0.70
	女 性(%)	2(22.2)	17(35.4)	
障害老人自立度 ¹⁾	J～A	5(55.6)	4(8.3)	0.00*
	B～C	0(0.0)	38(79.2)	
認知症老人自立度	自立～Ⅱ	9(100.0)	38(79.2)	0.31
	Ⅲ～M	0(0.0)	10(20.8)	
疾 患 (あり)	循環器系疾患	4(44.4)	15(31.3)	0.48
	神経系疾患	1(11.1)	8(16.7)	
	損傷、中毒その他の外因	0(0.0)	8(16.7)	
	呼吸器系疾患	2(22.2)	3(6.3)	
	その他	2(22.2)	14(29.2)	
重複利用サービス	Mean(±SD)	2.1±0.3	3.1±0.9	0.00*
学生の訪問回数	Mean(±SD)	2.6±1.0	2.5±0.7	0.97
看護問題数	Mean(±SD)	8.3±4.2	10.5±3.3	0.17
	機能面	1.7±1.7	2.3±1.3	0.31
	感覚面	0.1±0.3	0.6±0.7	0.01*
	精神面	0.7±1.0	0.7±1.0	0.87
	健康問題	2.9±1.6	3.5±1.6	0.29
	ケアの管理	2.4±1.6	1.9±1.1	0.33
	失禁	0.6±0.7	1.4±0.6	0.01*

人(%):人数(nに対する割合) Mean(±SD):平均値(標準偏差) 1)障害老人自立度に欠損値あり n=47

χ² 検定、Fisherの直接確率法(値が5以下を含む場合):性別、障害老人自立度、認知症老人自立度、疾患

Mann-Whitney U 検定(正規性のない連続変数):年齢、重複利用サービス、学生の訪問回数、看護問題数

*:有意水準p<0.01

Ⅱの軽度の認知症に該当する対象者が 73.7%(28 人)だった。また、療養者の疾患については、主病名を ICD-10(国際疾病分類第 10 版, 2003)により分類し、図 2 に示した。脳梗塞・脳出血、心疾患などを含む「循環器疾患」33.0%(19 人)が最も多く、次いで ALS(筋委縮性側索硬化症)、パーキンソン病、アルツハイマー病などの「神経系疾患」15.8%(9 人)、頸椎損傷、胸椎損傷などの「損傷、中毒およびその他の外因の影響」14.0%(8 人)、慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息、肺気腫などの「呼吸器系疾患」10.5%(6 人)との順、「新生物」は 5.3%(3 人)であった。

看護問題の抽出対象となった 57 人の療養者の特性を要介護度で 2 群に分けて表 3 に示し

た。要支援 1 から要介護 2 の 9 人は、日常生活自立度が高い群で、要介護 3 から要介護 5 に該当する 48 人は、日常生活自立度が低い群である。年齢、性別、認知症老人自立度、疾患の各項目は 2 群間で有意な差は見られなかった。障害老人自立度は、要介護度に相関する分類であるため有意差(p<0.01)が見られた。

受け持ち療養者の在宅サービス利用状況

在宅サービス利用状況は表 1 に示した。対象療養者全員が介護保険によるサービス利用で、訪問看護の加えて他のサービスの重複利用者は 93.0%(53 人)だった。平均 3 種類の在宅サービスの重複利用があり、利用者の最も多かつ

たサービスは、訪問介護 40.4%(23 人)で、日常生活用具 33.3%(19 人)、通所介護 29.8%(17 人)の順だった。また表 3 に示したように、要介護度による 2 群間比較では、要介護 3 から要介護 5 の群で、重複利用するサービスの種類が有意($p < 0.01$)に多かった。

MDS-HC 2.0 を用いて抽出された看護問題

療養者 57 人の看護問題として抽出された項目を見ると、選定領域の 6 領域すべてに問題項目が挙げられており、全体の平均問題点の数は 10.2 ± 3.5 だった(表 2)。CAPs の選定領域別では、「健康問題」が 3.5 ± 1.5 と最も多く、次いで「機能面」 2.1 ± 1.3 、「ケアの管理」 2.0 ± 1.2 の 3 領域が上位を占めた。「失禁」 1.2 ± 0.7 、「精神面」 0.7 ± 0.9 、「感覚面」 0.5 ± 0.7 の 3 領域は問題としての抽出は少なかった。また表 3 に示したように、療養者 57 人を要介護度で 2 群に分けて比較を行った結果、選定領域別に見た看護問題の抽出数では、「感覚面」、「失禁」の 2 領域で、要介護度の重い要介護 3 から要介護 5 の群に問題数が多く抽出されていた。

マジョリー・ゴードン機能的健康パターンに基づく看護過程の展開との比較

富澤(2006)は、看護診断の教授法の中で、在宅高齢者の事例を用いた看護過程の展開において、学生が抽出した看護診断ラベルを検討している。ゴードンの機能的健康パターン領域 8：役割関係の「家族介護者役割緊張リスク状態」が最も多く挙げられ、関連因子については、「介護者が役割を担う準備ができていない」、「ケアを提供するのに不適切な物理的環境」、「ケア利用者の健康状態が不安定」、「介護を未経験」、「介護者が配偶者であり高齢」の 5 項目に絞られていた。MDS-HC2.0 の CAPs の選定領域の「ケア管理」に相当する部分で、CAPs の下位項目である「順守」、「薬剤管理」、「緩和ケア」、「保健予防サービス」、「向精神薬」、「在

宅サービスの削減」、「環境評価」と比較すると、治療やケアに対する順守、薬剤管理や向精神薬の服用による ADL, IADL、介護負担への影響、療養者・介護者の自立に伴う在宅サービスの削減、療養環境の評価、末期状態である場合の緩和ケア、療養者・介護者の健康維持のための保健予防サービスなどが、ゴードンの「役割関係パターン」の下位項目からは、問題抽出に必要な情報が捉え難いと考えられた。

考 察

訪問看護のニーズが高まった社会的背景には、65 歳以上人口の急速な増加、慢性疾患の増加や核家族化の進展により、治療の長期化と家庭で介護できない社会的入院の増加などが挙げられる(前沢, 1999; 伊藤 他, 2008a、2008b; 大野, 2008)。1991 年の老人保健法の改正に伴い老人訪問看護制度が開始となり、1994 年の健康保険法の改正によって、訪問看護制度が開始されたことにより、対象者の年齢の枠を超えて訪問看護が提供される制度が整った(大野, 2008)。在宅看護論が看護教育科目に導入されたのは、1996 年のカリキュラム改正以後である(清水, 2008)。当初の訪問看護は、老人保健法、健康保険法に基づいた看護サービスが提供されており、介護をはじめ福祉サービス提供が現在の介護保険制度のように整う以前であったため、看護サービスに加えて介護サービスを求める療養者のニーズにも対応していた一面があった。特に高齢の在宅療養者にとっては、老人保健法に基づく老人訪問看護の自己負担が低額であったことが要因と言えよう。しかし、2000 年の介護保険法の施行に伴い、在宅サービスの一つに位置づけられた訪問看護は、医療依存度の高い難病患者や悪性新生物の末期患者、重度の介護および医療管理を必要とする者が対象の中心となり、介護報酬の 1 割である自己負担額が高いサービスとなってしまった。訪問看護を必要とする在宅療養者の

疾病状況やニーズが、高度在宅医療に大きく傾いており、より高度な在宅看護の知識・技術が求められるようになった(島内と亀井, 2005)。

研究解析の対象とした学生の受け持ち療養者 57 人の情報は、要介護度 3 から 5 の該当者が 84.2%を占め、障害老人自立度評価で、座位から臥位に該当する B から C ランクの者が 66.7%(47 人中 38 人)と重度の介護を必要とする状態にあった。療養者の疾患分類からも、循環器系疾患、神経系疾患、損傷、中毒およびその他の外因による疾患が上位を占めており、身体機能の低下や障害の存在が示された。療養者の認知機能は、実習記録に記載のあった 38 人中 28 人(73.7%)が、自立から軽度の認知機能低下のレベルであった。身体的には介護を必要とし、認知機能が保たれているような特性を持つ療養者が学生の受け持ちとなった理由には、訪問看護ステーションが学生実習を受け入れるに当たり、実習学生について理解が得られ且つ、複数回の訪問が可能な療養者を選択した影響が考えられる。また、訪問看護ステーションの利用者には、病状や障害のレベルが軽度の者が少ない事も示していると言える。更に、療養者の在宅サービス利用状況から、訪問看護に加えて他のサービスの重複利用者が 93.0%(53 人)と多く、重度の介護を必要とする療養者の場合、単独のサービス利用による在宅療養継続は難しいと考えられ、ひとりの療養者に対して、複数の職種やサービス担当者が係わることから、サービス及び職種間の連携の必要性が考えられる。

在宅看護論実習 90 時間の期間内で、学生が受け持ち療養者に訪問できたのは平均 2.5 ± 0.7 回であり、臨床看護実習に比較すると直接療養者本人・家族から情報収集できる機会は極端に少ないと思われた。しかし、本研究の分析結果から、受け持ち療養者の疾患や障害のレベルに関係なく CAPs の選定領域すべてから問題点が挙げられていた。要介護度による 2 群間比較

の結果からも、要介護度が軽度であっても、問題領域に偏りなく、包括的に選定領域すべてから問題が抽出されていた。表 3 の「感覚面」、「失禁」の平均問題数に有意差が見られたのは、重度の介護を要する場合に、コミュニケーションの特別な対応や膀胱留置カテーテル管理、排便コントロールなどのケアの必要性が高くなるためと考えられる。MDS-HC 2.0 を用いて抽出された看護上の問題点は、療養者の要介護度の重症度に関わらず、CAPs 選定領域すべてに亘り抽出可能であったと言える。

在宅看護では、1 回の訪問であっても看護上の問題点を抽出するために必要な情報を、漏れなく収集・整理し、包括的な看護問題の抽出と緊急性の高い問題の有無を判断することが、看護過程の展開に求められる。在宅看護の場では、療養者に 24 時間接しているのは介護者であり、訪問と訪問の間には、医療専門職が直接係わらない期間が存在することから、家族・介護者を対象に含めたケアの提供が必要であり、且つ、療養者の疾病や心身の変化を見逃した場合、療養者の生命を危険に曝すことに繋がるからである。従って、包括的な看護問題の抽出と緊急性の高い看護問題の有無を判断することの双方が在宅看護においては重要である。しかし、学内で学ぶのはモデル療養者を対象とした看護過程であり、学生のコミュニケーション、観察、情報の整理、アセスメントの技術が充分備わった段階で、在宅看護論実習を履修するわけではない。本研究において、MDS-HC 2.0 を活用し抽出した看護上の問題点は、疾病や障害のレベルの重度である療養者、軽度の療養者に関係なく、6 つの選定領域すべてを網羅して問題点が抽出され、包括的な看護問題の抽出が可能だった。実習の場で求められる情報の収集・整理、アセスメントを行うためのガイドラインとして、必要かつ不可欠な情報を漏れなく、系統的に整理することで、適切なアセスメントへと導くことが可能になると考える。

結 論

本研究では在宅看護論実習において、看護上の問題点の抽出に MDS-HC 2.0 を用い、少ない訪問回数で、必要・不可欠な情報を漏れなく収集・整理、アセスメントに導くことが可能であるかを検討した。在宅看護論実習に MDS-HC2.0 を活用することで、療養者本人だけではなく、家族・介護者に関する情報、家庭の介護状況、医療・介護サービスの利用状況、療養者が居住する地域の社会資源情報など多くの情報を整理しアセスメントに導くガイドラインとなったと考えられた。また、学内における看護過程の学習のみでは不足していた情報の整理・アセスメント技術を補い、在宅看護に求められる包括的な看護問題の抽出が可能となり、実践的な臨地実習効果を得るために意義があると考えられた。

謝 辞

実習施設として在宅看護論実習を快く受け入れていただきました訪問看護ステーション管理者の皆様、実習指導にご協力いただきました実習指導者の皆様、学生の受け持ち療養者として訪問を受け入れていただいた在宅療養者の皆様に心より感謝申し上げます。

参考文献

石田貞代, 久保田君枝 (1996) 基礎教育における看護診断の導入に関する調査. 静岡県立大学短期大学部研究紀要. 10:129-135.
厚生統計協会 (2008a) 第 2 編 衛生の主要指標. 国民衛生の動向. pp.7-71.
厚生統計協会 (2008b) 第 4 編 医療保険・介護保険. 国民衛生の動向. 55:207-239.
大野絢子 (2008) 在宅看護にかかわる現状. 杉

本正子・眞船拓子 編集. 在宅看護論 第 5 版. ヌーヴェルヒロカワ, 東京都.

pp.17-33.

河原佳代子, 佐藤美穂子, 松下祥子, 清水準一 (2009) 在宅看護の対象者, 在宅看護の制度, 在宅看護過程. 在宅看護論第 3 版. 医学書院, 東京都. pp.16-108.

佐藤公美子, 渡邊由加利, 樋井津淳子 (2009) 「看護過程」における模擬患者参加型授業の学習評価からの検討. 札幌市立大学研究論文集. 3: 69-74.

清水潔 (2008) 保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部を改正する省令の交付について(通知). 文部科学省. 19 文科高第 659 号

清水裕子 (2007) 在宅看護論実習における指導実施度と習得度の検討. 日本看護学教育学会誌. 16: 29-36.

島内節, 亀井智子 (2005) 在宅看護と制度. 高崎絹子・亀井智子・島内節 編集. 在宅看護論改訂 2 版. 医学芸術社, 東京. pp.28-44.

野地有子 (1997) 地域看護における在宅ケアと地域看護管理 個のケアとコミュニケーションの統合. 聖路加看護大学紀要. 23: 22-28.

富沢美幸 (2006) 学生の「看護診断」理解に向けての教授法の検討. 足利短期大学研究紀要. 26: 125-128.

前沢政次 (1999) 第 1 章介護保険制度の概要. 橋本信也・前沢政次 編集. 介護保険ハンドブック. 医学書院, 東京都. pp.15-36.

ICD10 国際疾病分類 第 10 版 (2003)

Morris JN, 池上直己, Fries BE, Bernabi R, Steel K, Carpenter I, Gilgen R, DuPasquier JN, Fritjers D, Henarard JC, Hirdes JP (2006) 日本版 MDS-HC2.0 在宅アセスメントマニュアル新訂版第 4 刷. 医学書院, 東京都. pp.1-207.

Original article**Effectiveness of Minimum Data Set-Home Care 2.0 (MDS-HC2.0)
on Home Care Nursing Practice**

Ikuko Suzuki

Department of Nursing, Faculty of Health Science,
Tsukuba International University

Abstract

This study was examined to extract nursing problems of the practice records in students, which entered T Junior College of Nursing on 2007 or 2008, by using MDS-HC2.0 software. We attempted the effectiveness of the nursing process on the Home Health Care Practice using MDS-HC2.0. The nursing problems of 57 students were arranged using comprehensive assessment items of MDS-HC2.0, and were extracted by using the clarification of selective areas “Client Assessment Protocols (CAPs).” The nursing problems in the Home Health Care on the whole were extracted in no relation with the severity of diseases and disorders of patients. The results suggest that MDS-HC2.0 is extractable the nursing problems of the Home Health comprehensively, and is useful for a learning guidance for the nursing processes. (Med Health Sci Res TIU 1: 135-144)

Keywords: Home health care practice; Nursing process of home health care practice; MDS-HC