

# Journal of Japan Academy of Home Care

日本在宅ケア学会誌 Vol.27, No.1, September, 2023

## 目次

### 巻頭言

めざせ！ダイバーシティ・地域共生社会の実現と根強い差別解消 牛久保美津子 3

### 特集 ロボティクス, AI, ICT と在宅ケア実践への適用

冒頭言：在宅ケアにおけるIT活用；プロセスを重視したチームアプローチ 加瀬 裕子 5  
高齢者のための見守りロボットの在宅ケア実践への適用と倫理的課題

島村 敦子, 辻村真由子, 諏訪さゆり 7

AIロボットによる在宅ケア：テクノロジーが変える介護の未来

平田 泰久, 渡部 達也 14

ケアプラン作成支援AIを活用したケアマネジメントの展望

西口 周 18

AIを活用した認知症ケアの学習システム

小林 美亜, 石川 翔吾 23

ICTによる可視化データを用いた訪問看護業務の効率化

藤野 泰平 28

テレナーシングの現状と在宅ケア実践への適用に向けた課題

亀井 智子 33

### 原著

避難指示解除地域に暮らす高齢者が肯定的感情を抱く日常生活での経験

鹿俣 律子, 高橋 香子, 坂本 祐子 38

脳損傷患者におけるJ-SDSAと自動車運転技能の関係

高間 達也, 河野 光伸, 澤 俊二 47

通いの場に参加する高齢者のCOVID-19禍における生きがい感の変化

－健常高齢者と非健常高齢者の比較－

井上ゆりこ, 中谷 久恵 55

### 研究報告

与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルの考案

小枝美由紀, 大野かおり 65

地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践自己評価と関連要因

青木 靖子, 平澤 則子, 高林知佳子 76

在宅ケアにおけるホームヘルパーと他職種の連携課題の概念構造から抽出した

観察項目の特定－療養者の異常の早期発見を目指して－

和田恵美子, 千葉 宏毅, 藤原奈佳子, 丹野 克子 84

家族の予期悲嘆支援に対する訪問看護師の認識について

－質問紙による全国調査より－

小林 裕美 93

### 実践報告

看護小規模多機能型居宅介護におけるCOVID-19感染対策下のサービス提供の工夫

片平 伸子, 杉本 知子 102

### 書評

杉山 京 109

学会だより：2022年度第2回書面理事会議事録（110）、2022年度第2回理事会議事録（110）、令和5年度日本在宅ケア学会論文賞報告（113）、2022年度会務報告（114）、2023年度事業計画書（115）、2022年度貸借対照表（116）、2022年度収支計算書（116）、2022年度財産目録（119）、2023年度収支予算書（119）、日本在宅ケア学会誌オンライン投稿方法（123）、第11回実践および研究助成金募集について（124）、実践および研究助成に関する規定（125）、実践および研究助成金応募要領（126）、定款（128）、倫理綱領（132）、科学者の行動規範（133）、研究倫理ガイドライン（134）、研究発表に関する倫理的事項チェックリスト（136）、在宅ケア研究のCOI（利益相反）に関する指針（137）、投稿規程（139）、論文の種類について（140）、執筆要項（140）、投稿論文作成チェックリスト（142）、「日本在宅ケア学会誌」迅速査読の開始について（143）、「日本在宅ケア学会誌」投稿論文の締切について（143）、役員一覧（144）、歴代学術集會会長（145）、編集後記（146）

# Journal of Japan Academy of Home Care

Vol.27, No.1, September, 2023

## Contents

### Foreword

- Moving Forward To Build a Society With Diversity and To Live Together  
Harmoniously in Local Communities With Less Discrimination Mitsuko Ushikubo 3

### Robotics, Artificial Intelligence, Information and Communication Technology for Application to Home Care

- Utilization of IT Technology in Home Health Care; a Process-Focused  
Team Approach Hiroko Kase 5
- Practical Implementation to Home Care and Ethical Issues  
of Monitoring Care Robots for Older People  
Atsuko Shimamura, Mayuko Tsujimura, Sayuri Suwa 7
- Home Care with AI Robots : The Future of Caregiving Transformed by Technology  
Yasuhisa Hirata, Tatsuya Watanabe 14
- Prospects for Care Management Utilizing Care Plan Creation Support AI  
Shu Nishiguchi 18
- AI-Based Dementia Care Learning System  
Mia Kobayashi, Shogo Ishikawa 23
- Efficiency Enhancement of Home Nursing Tasks Through ICT-Utilized Visualization Data  
Yasuhira Fujino 28
- Current Status of Telenursing and Challenges for its Application to Home Care Practice  
Tomoko Kamei 33

### Original Articles

- Everyday Life Experiences Viewed Positively by Older Adults Living  
in Areas with a Lifted Evacuation Order  
Ritsuko Kamata, Koko Takahashi, Yuko Sakamoto 38
- Relationship Between J-SDSA and Car Driving Skills in Patients With Brain Injury  
Tatsuya Takama, Mitsunobu Kohno, Shunji Sawa 47
- Changes in Ikigai-kan for Living in the COVID-19 Epidemic among  
Older Adults Participating in Social Activities:  
— A Comparison of Healthy and Non-healthy Older Adults —  
Yuriko Inoue, Hisae Nakatani 55

### Research Report

- Developing a Model of Interprofessional Collaboration by Home-Visit Nurses  
and Home Helpers With Regard to Administering Medication  
Miyuki Koeda, Kaori Ohno 65
- Self-Evaluation of Nurses' Discharge Support Practices and Related Factors  
in Community-Based Comprehensive Care Wards  
Yasuko Aoki, Noriko Hirasawa, Chikako Takabayashi 76
- Identification of Observation Items Extracted From the Conceptual Structure of  
Cooperation Tasks Between Home Care Helpers and Other Professionals  
in Home Care:Aiming for Early Detection of Patients With Abnormalities  
Emiko Wada, Hiroki Chiba, Nakako Fujiwara, Katsuko Tanno 84
- Perception of Home-Visiting Nurses Regarding Anticipatory Grief Support  
for Families: A Nationwide Questionnaire Survey  
Hiromi Kobayashi 93

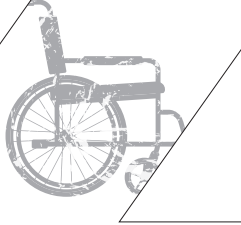
### Practical Report and Case Study

- Devices to Provide Services While Taking COVID-19 Infection Control Measures  
in Multifunctional Long-Term Care in Small Group Homes and Home-Visit  
Nursing Facilities  
Nobuko Katahira, Tomoko Sugimoto 102

### Book Review

109

## 巻頭言



# めざせ！ダイバーシティ・地域共生社会の実現と根強い差別解消

Moving Forward To Build a Society With Diversity and To Live Together Harmoniously in Local Communities With Less Discrimination

牛久保美津子

日本在宅ケア学会誌, 27(1): 3-4(2023)

就活、終活、腸活などに続き、『ラン活』という言葉も出てきた。『ラン活』とはランドセルを買う活動のことを言うのだそうだ。来年の4月から6年間使うランドセル商戦が早くもはじまり、カバン売り場には、マカロンのようにカラフルなランドセルが並んでいる。昔だったら、男の子は黒、女の子は赤で、それ以外のランドセルを背負うものなら「いじめ」の対象になっていた。日本は異質なものを排除し、多数派の意見に同調する社会であると言われているが、グローバル化の波に乗り、多様性が増し、人それぞれの好みや価値観が尊ばれる社会になってきたといえるかもしれない。

多様性、「ダイバーシティ」という言葉がさかんに言われるようになってきた。ダイバーシティ&インクルージョン(D&I)は、性別、年齢、障がい、国籍などの外面の属性や、価値観やライフスタイル、職歴などの内面の属性にかかわらず、個を尊重し、認め合い、それぞれの良いところを活かすことを言う<sup>1)</sup>。つまり、どの人も、世界のたった一つの花であることとらえることだと思う。しかし、その一方で、根強い差別問題があることは自明の理である。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の蔓延時は、「コロナ差別」が問題になった。どんな感染症なのかがよくわからず恐れられていたということもあり、「〇〇ちゃんのおかさんは看護師をしているから〇〇ちゃんと遊ばないでね、コロナが移るから」など医療従事者へ向けられた心ない差別、加えてコロナ感染者に対する罵声、感染者数が多かった東京からの帰省者には「なんで田舎に帰ってくるのか」と実家の玄関に貼り紙がされたなどが報道された。まさしく「ウイルス感染よりも怖いものは差別」であった<sup>2-3)</sup>。

感染症というと、ハンセン氏病(らい病)に対する国の感染対策が思い浮かばれる。ハンセン氏病は、手足や顔などが変形してしまい外見が醜くなることや、「なおらない病気」であると考えられていたこと、そして、実際には感染力が弱いのに特効薬がみつかったにもかかわらず、法律(らい予防法)によって療養所に強制入所させられたことから、ハンセン氏病とは強い感染力をもった恐ろしい病気であると誤ったイメージを人々に植え付けた<sup>4)</sup>。そのため、ハンセン氏病の患者は、病気であることがまるで犯罪者のような扱いをされた。強制隔離に加え、ハンセン氏病の子孫を増やさないようにと優生手術や人工中絶も行われていたという。家族全体が偏見や差別にさらされてきたハンセン氏病の患者さんの歴史を思うと、本当に胸がつまる。人権蹂躪(じゅうりん)、つまり病気が理由で「国家から法律で」人権無視されてきた人々がいることを忘れてはならない。

宮崎駿監督のジブリ作品の一つに、もののけ姫がある。「たたら場」という製鉄所の敷地内にある小屋で、全身を包帯巻きにされた人が仕事をしている場面がでてくるが、彼らはハンセン氏病の患者さんである。たたら場の統治者は、「えぼし様」である。ハンセン氏病患者の長老の患者さんは、アシュタカにこう言った。「えぼし様だけが我々の腐ってしまった身体を拭き、包帯を替えてくれた。自分たちを『人』として扱ってくれた唯一の存在なのだ」と<sup>5)</sup>。えぼし様

は、森に住む動物たちの生きる場所を奪う冷酷さがあった。しかしその一方で、ハンセン氏病患者を差別することなく、人として生きられる社会・環境を作った。感染症の患者をごくふつうの人として接し、かつ優しい思いやりをもって関わっていた<sup>6)</sup>。感染症患者に対するそういった姿勢こそ、我々は見習わないとならない。

身体障害者への差別も大きい。手がない、足がないなど、健常者と違うことを理由に、白い眼でみられ外出ができないなどの声がある。しかし、超高齢社会となり、杖や車いすを使用した人たちを多く街中でみかけるようになった。足が悪くなったから車いすを使う、足がないから義足を使う、目が悪くから眼鏡をかける、それと同じで、呼吸ができないから人工呼吸器をつかう。自力でできなくなったところを器械や器具で補うことは、決して特別なことではない。身体障害者差別解消法、障害者雇用均等法なるものも登場した。加えて、パラリンピックなど、当事者の社会進出により、障害者に対する世間一般の認識は、望ましい方向に徐々に変わってきているように思われる。この世の中には健常者もいて、障害者もいる。それが当たり前の中の中なのである。

そして、エスニシティ。在宅ケアの現場では、日本語が通じない療養者や家族が増えてきた。その中には、日本人でありながら、日本語がしゃべれない、日本文化がわからない人たちがいる。中国帰国者である。中国帰国者とは、日本の農業政策で中国（旧満州）へ移住したが、戦争により日本への帰国がかなわなくなり、中国人の妻や養子になるなどして中国に残留し、日中国交正常化（1972年）後に永住帰国した「中国残留邦人」とその家族のことを言う<sup>7)</sup>。その人たちの約9割が70歳を超えており、介護問題が深刻化している<sup>8)</sup>。戦争被害者である彼らは、念願かなって日本に帰国できたものの、言葉や日本文化がわからないことで、ばかにされるなどの数々の差別的扱いを受けてきたとのことである<sup>9-10)</sup>。祖国日本で、少しでも心安らかな老後を過ごしてほしいと願わずにはいられない。このように、在宅ケア現場ではダイバーシティに関する新たなケア問題が発生している。

地域のつながりが薄れている中で、持続可能性を視野に入れた地域づくりが必要である。国は地域共生社会の実現をめざしている。地域共生社会とは、「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域の人々が『我が事』として参画すること、そして世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」のことである<sup>11)</sup>。その実現には、差別や偏見をなくすための人々の意識改革が必須である。異質なことを尊重しあえる社会に成長しなければならない。「ごちゃまぜ」を尊ぶ社会、でこぼこを歓迎する社会、出る杭人間こそ求められる社会、規格外の人間を大歓迎・受け入れることができる社会。そして在宅ケアに携わる人間は、ますますの連携強化のためにも、縦割りでなく、分野横断的なケアのあり方を追求し、専門性の発揮はもちろんのこと、多様化する課題に対し、マルチ的に活動できるよう、自身らが変わらないとならない。

## ■引用文献

- 1) TalkNote：ダイバーシティ&インクルージョンを具体例とともに徹底解説, Talknote Magazine (<https://talknote.com/magazine/diversity-inclusion/>, 2023. 5. 30).
- 2) 読売新聞オンライン：病気・障害への差別・偏見をなくせ。読売クォーター 2021冬号(<https://www.yomiuri.co.jp/choken/kijironko/ckmedical/20210427-OYT8T50037/>, 2023. 6. 1).
- 3) ニューズウィーク：ウイルスより危険な差別という病気：社会, 35(7)=1681:2020.2.18, 30-31.
- 4) 厚生労働省：「ハンセン病の向こう側」(2021).
- 5) テレ朝ニュース：初「もののけ姫でハンセン氏病を描いた」宮崎駿氏語る([https://news.tv-asahi.co.jp/news\\_society/articles/000067123.html](https://news.tv-asahi.co.jp/news_society/articles/000067123.html), 2023. 6. 4).
- 6) Ushikubo M：Lady Eboshi-Is she a good person? In Leap to the future 1. 印刷中. 群馬大学出版会(2023).
- 7) 厚生労働省社会・援護局：平成27年度 中国残留邦人等実態調査結果報告書(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12102000-Shakaiengokyoku-Engo-Chuugokuzanryuhoujinshishitsu/houkokusyo2015.pdf>, 2023. 5. 25).
- 8) 荻野剛史：文献から見る高齢在日外国人等の生活上の課題. 福祉社会開発研究, 9：115-120 (2017).
- 9) 井出孫六：終わりなき旅「中国残留孤児」の歴史と現在. 東京：岩波書店(2004).
- 10) 木下貴雄：中国残留孤児問題の今を考える－中国「残留孤児」という名の「日系中国人」, 東京：鳥影社(2003).
- 11) 厚生労働省：地域共生社会ポータルサイト(<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>, 2023. 6. 6).

**特集：ロボティクス、AI、ICT と在宅ケア実践への適用****冒頭言：在宅ケアにおける IT 活用；プロセスを重視した  
チームアプローチ**

加瀬 裕子

日本在宅ケア学会誌, 27(1):5-6(2023)

私は、2022年7月にウエスタンシドニー大学に客員教授として赴任した。オーストラリアには30年ぶりの長期滞在であったが、まず感じたことは日本経済の凋落ぶりである。最低賃金は時給21豪ドル（約2000円）と、わが国の2倍であり、シドニーの生活水準は東京を超えていた。

少子高齢化による経済の衰退については、エコノミストはあまり語ってこなかったが、Australia-Japan Research Centerの2022年次大会で興味深い話を聞いた。元日銀総裁の白川方明氏が日本経済には回復のための特効薬はないと語り、その理由は日本が子育てに対しフレンドリーな社会ではないからとのことであった。しかし、1970年代には、国立人口問題研究所の報告をはじめ、少子化と人口減少をめぐるたくさんの論文が出ていた。要は、政策担当のエコノミストが人口学や老年学の専門家の意見に耳を傾けなかったということである。

人口学から見ると、日本において少子化対策は既に時期を失した。2007年に超高齢社会となったわが国では、労働時間や労働手段などを工夫して女性や高齢者も生産や介護に係れるような改革が必要である。そのためには介護問題を解決することが必要なのだが、残念ながら、2035年には68万人の介護人材が不足すると予測されている。既に都心の高齢者介護福祉施設では、6階まであるユニットのうち5階と6階は閉鎖しているところもある。介護保険運用基準を充たす職員数が確保できないからである。

そうであるならば、外国人労働者導入とIoT活用による在宅ケアは不可避である。しかし、現在開発されている機器やネットワークは、在宅ケアの現場では効果を発

揮するところまでに至っていない。誤報が多い警報機付きのベッドや、認知症の人の会話に対応できないコミュニケーションロボットなど、むしろ現場の負担となるものが多い。使用実績を重ねることで機器の改良も進み、価格も安くなるので、在宅ケア現場での協力は重要である。そう思って介護現場が協力をしている現状なのである。しかし、10年前に開発された古いロボットや機器に多額の研究費が投入され、現場での実用化は相変わらず進んでいない。多くの「試作品」が介護施設の倉庫にしまわれている。私自身、その状況に黙ってられず、2018年からコミュニケーションロボットの開発に係るようになった<sup>1)</sup>。

その経験から言えることは、現場を含めた学際的アプローチの必要性である。冒頭で述べたようなエコノミストの過ちを繰り返してはならない。現場で必要とするものは何か、解決すべき問題やニーズから発想した機器やネットワークの開発が必要である。つまり、ユーザードリブンのIT開発である。現場からの問題提起があれば、それを解決する方法はIT技術者が知っているはずである。試作品が出来れば、使用して改良を重ね実用に至る。この課題解決のプロセスは、「開発した機器で介護現場を支援する」ことを目的とした一辺倒的アプローチでは実現できない。ユーザーの問題が絡むからである。

在宅ケアは、利用者と家族を中心に多職種が織りなすコミュニティである。良いコミュニティを形成することで、効果的効率的在宅ケアが実現する。しかし、技術者が在宅ケア現場に製品を持ち込んで「社会実装」をさせてもらうような現在のIT活用の状況は、住民に問題解決の動機がないコミュニティでのトップダウンの社会開発に似ている。

ロスのコミュニティ理論によれば、社会開発には「コ

コミュニティ内のニーズや目標を明確にし、行動を起こし、その過程で協力と協業の態度と実践を開発する」プロセスこそが重要である<sup>2)</sup>。21世紀のIT教育の標語は「4Cs ; creativity, communication, collaboration, and critical thinking」教育であったが、その中でもコラボレーションとコミュニケーションは実はIT技術者はあまり得意ではない。IT技術者と在宅ケア現場のコミュニケーションギャップを補いながら、コミュニティでの合意形成をする技術が求められていると思う。コーディネーターが介護職員の教育を含む技術構築や、利用者の参加を評価しながら徐々に目標をもって進めることも有効であろう。そのようなプロセスを重視したチームアプロー

チが、在宅ケアにおけるIT活用を進める条件である。

現在は、在宅ケア現場というコミュニティでの開発プロセスに注力し、ITが受け入れられる基盤を作ることが求められている段階なのだと思う。本号の特集は、そのような観点からご一読をいただきたい。

#### ■引用文献

- 1) 加瀬裕子：介護福祉学の構築に向けて：人間科学からの提言。介護福祉学= Research journal of care and welfare, 26 (2) : 123-135 (2019)。
- 2) Ross, M. G., & Lappin, B. W. : Community organization; theory, principles, and practice. Harper & Row, New York (1967)。

## 特集：ロボティクス、AI、ICT と在宅ケア実践への適用

## 高齢者のための見守りロボットの在宅ケア実践への適用と倫理的課題

Practical Implementation to Home Care and Ethical Issues of Monitoring Care Robots for Older People

島村 敦子\*<sup>1</sup>, 辻村真由子\*<sup>2</sup>, 諏訪さゆり\*<sup>3</sup>

日本在宅ケア学会誌, 27(1):7-13(2023)

## I. はじめに

我々は、在宅介護ロボットの開発と社会実装が高齢者の自律と自立に寄与することを目指して在宅介護ロボット利用の意思決定やその活用における倫理的課題に着目し、調査研究を実施してきた。本稿では、在宅介護ロボットへの期待と課題に関する社会的背景を概観し、既存のケアロボットの受容モデルを紹介する。そして、これまでの調査に基づき高齢者の在宅介護ロボットの研究開発と社会実装における倫理的課題に関する日本の特徴について述べ、在宅ケア実践へ適用するために何が求められるのかを考える。

## II. 在宅介護ロボットへの期待と課題

## 1. 在宅介護ロボットが推進される背景

ロボットとは、情報を感知（センサー系）、判断し（知能・制御系）、動作する（駆動系）、この3つの要素技術を有する知能化した機械システムと定義され、ロボット技術が応用される利用者の自立支援や介護者の負担軽減に役立つ介護機器が介護ロボットと呼ばれる<sup>1)</sup>。

厚生労働省と経済産業省は、自立支援による高齢者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減の両方の実現を図るため、「ロボット技術の介護利用における重点分野」（平成24年11月策定、平成26年2月改訂、平成29年10月改訂）として、6分野（移乗介助、移動支援、排

泄支援、見守り・コミュニケーション、入浴支援、介護業務支援）、13項目を定めている<sup>2)</sup>。これまで日本で開発されたパロやHALなどのケアロボット<sup>3-4)</sup>は広く知られているのではないだろうか。

このような在宅介護ロボットが推進される背景には、世界的な高齢化の進展がある<sup>5)</sup>。とくに日本では、少子高齢化が進み、既に総人口が減少に転じており、2040年には69万人の介護職員が不足すると推計されている<sup>6)</sup>。超高齢社会において、高齢者が望む地域や自宅で最期まで尊厳を保ち、生活し続けることを実現するために、不足する介護力を補完する介護ロボットの開発が国の政策として推進されている。

## 2. 新しいテクノロジーへの期待と課題

WHOの報告書「ETHICS AND GOVERNANCE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR HEALTH」(2021年)<sup>7)</sup>の中でも、ヘルスケアで人工知能(AI: Artificial Intelligence)を活用することのメリットが示されている。一方で、新しいテクノロジーを用いて複雑な問題を簡単に解決できると思い込んでいる「テクノ・optimism (技術楽観主義)」の危険性も指摘する。実際に、新しい支援技術に関する製品化がされない課題として、高齢者の在宅生活の場が多様な環境であり、実証機会が少なく、機器の改良が困難であること、機器の購入者が一般消費者であるがゆえの価格設定の問題、介護する家族、自治体、訪問介護事業者など複数の関係者のニーズの異なりや、事故が起きた場合の訴訟リスクが挙げられている<sup>8)</sup>。介護ロボットではないが、介護保険サービスとして購入が可能であり、高齢者の生活を支援するため

Atsuko Shimamura, Mayuko Tsujimura, Sayuri Suwa

\*1 東邦大学健康科学部看護学科コミュニティヘルス看護領域

\*2 滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座 (訪問看護)

\*3 千葉大学大学院看護学研究院地域創成看護学講座

のシャワーチェアなどの福祉用具でさえも、在宅要介護高齢者に活用されないまま自宅に放置されていることが思い浮かぶだろう。利用する側のニーズに合致しない用具・機器は使用の継続が困難となる。

### 3. 倫理的課題への注目

近年、私たちの生活する世界は、サイバー空間（仮想空間）とフィジカル空間（現実空間）を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する、人間中心の社会である Society 5.0<sup>9)</sup> に突入した。そしてCOVID-19の影響もあり、テクノロジーを活用した生活へと大きく変化している。なかでもInternet of Things (IoT) の技術の進歩は、あらゆるモノをインターネット（あるいはネットワーク）に接続することを可能とし、インターネット経由で映像、音声、文字情報などを伝達可能にした。このような社会では、私たちの個人情報やプライバシーを含むさまざまな情報はどのように扱われるかなどの倫理的課題が生じる。

高齢化の進展と Society5.0 を踏まえたケアの課題について、図1にまとめた。すなわち、在宅高齢者へのケアにおいても、高齢者の尊厳保持に資するテクノロジーを開発し、社会実装する必要がある。しかし、高齢者とケアスタッフが開発過程に参画しないことは、高齢者自身とケアスタッフの期待が高いがゆえに、開発された介護ロボットが期待した機能と異なる場合、活用されない問題が生じる。そのため、高齢者の尊厳保持に資するテクノロジーの開発には、高齢者本人、家族や介護者、ケア

スタッフのニーズ、文化、環境が重要になると考える。

## Ⅲ. ケアロボット受容モデル

在宅介護ロボットの在宅ケアへの適用を検討する際に、倫理的課題が存在すると考えられた。これまでの調査研究からも、在宅介護ロボットの使用の意思に対しては、ケアスタッフの倫理的認識が影響することが明らかになっている<sup>10)</sup>。既に明らかにされたケアロボットの受容モデルに関する研究では、倫理的問題に対する意識を高めることの重要性が言及されている<sup>11-12)</sup>。そこで、以下に2つのケアロボット受容モデルを紹介する。

高齢者向けケアロボットのユーザーの受容モデルである Almere model (AM モデル)<sup>13)</sup> では、高齢者のケアロボットの有用性や使いやすさの認識だけではなく、高齢者にとって重要な人たちが、高齢者はそのシステムを使うべきか、あるいは使うべきではないと考えているかという認識が介護ロボットの受入に影響を与えていることが示されている。さらに、Robot acceptance model for care (RAM-care モデル)<sup>14)</sup> では、ケアスタッフのケアロボットの受容は、ケアロボットが有用だと思うか (perceived usefulness)、楽しいことだと思うか (perceived enjoyment)、ケアスタッフ間でケアロボットの使用はポジティブなことであるか (social influence)、ケアロボット使用はよい考えと思うかという態度 (attitude) により予測できることが示されている。また、有用でケアスタッフ間で受け入れられているロボットは、ロボットの使用がケアスタッフの個人的な価値観と一致している傾向が高いことが明らかとなった。日本では、このような在宅介護ロボットの使用に影響を与えるモデルは見られないため、今後は日本の文化的背景を考慮したモデルの開発が必要であると考えられる。

我々は、在宅見守りロボットをはじめとする在宅介護ロボットの研究開発と社会実装に関する倫理的課題を在宅介護ロボットの利用者となる高齢者、家族介護者、在宅ケアスタッフがどのように認識しているのかを明らかにするために、認知症対策に熱心で国家としての対策を掲げている、日本、アイルランド、フィンランドの3か国における国際比較研究<sup>15)</sup> に取り組んだ。この調査結果をもとに、在宅介護ロボットの研究開発と社会実装に関する倫理的課題に関する日本の特徴について述べる。

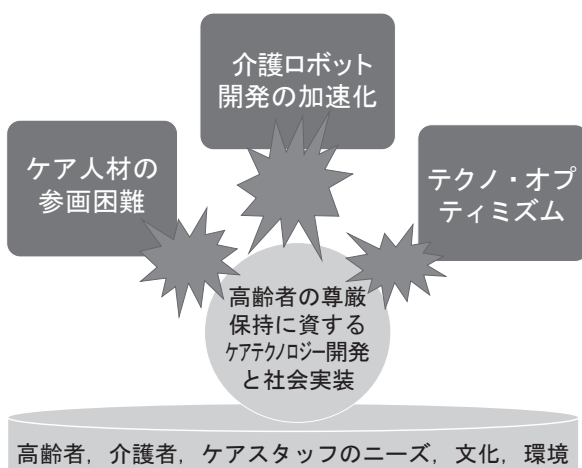


図1 高齢化の進展と Society5.0 を踏まえたケアの課題



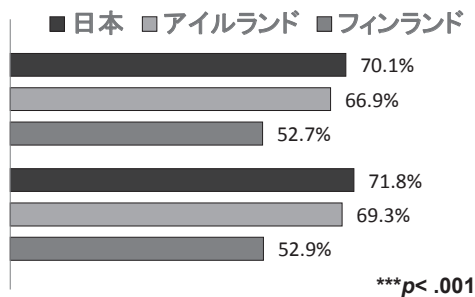
#### IV. 在宅介護ロボットに関する倫理的課題： 日本の特徴

我々が取り組んだ調査<sup>15)</sup>の中から、在宅介護ロボットの使用意思と在宅介護ロボットの研究開発と社会実装に関する意思決定やプライバシー保護に関する認識について紹介する。この調査結果からは、日本の主な特徴として、在宅介護ロボットへの国民の期待は高まっており、そこに潜む自律尊重原則やプライバシー保護などに関する倫理的課題を認識しづらいことがうかがえた。

##### 1. 在宅介護ロボットの使用意思

調査は自記式無記名調査票を用いて実施し、日本では528人からの回答が得られた。在宅介護ロボットの使用意思は、「家族の介護のため」あるいは「自身の介護のため」に在宅介護ロボットを使用したい者は約70%であり、3か国中、日本が最も高かった(図2)。また、使用の意思決定を誰が行うのかについては、3か国共に

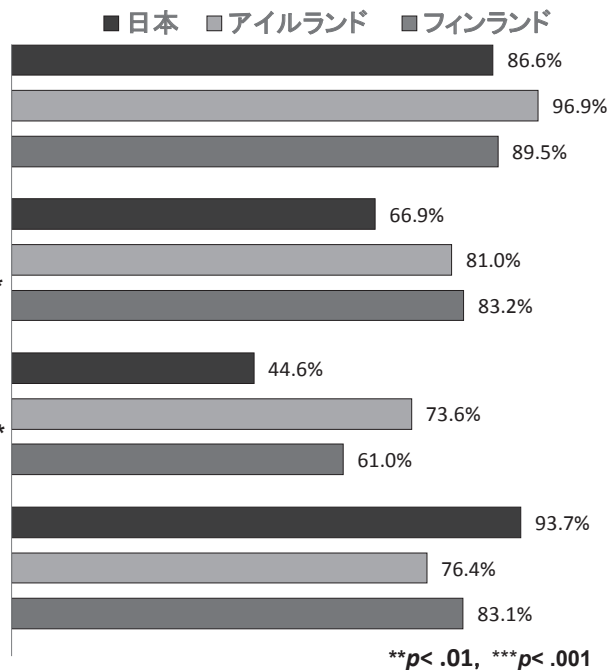
- 「使用したい」  
「どちらかと言えば使用したい」
- 1.あなたのご家族を在宅で介護することになったときに、在宅介護ロボットを使用したいと思えますか \*\*\*
  - 2.あなたご自身が在宅で介護を受けることになったときに、在宅介護ロボットを使用したいと思えますか \*\*\*



Suwa S, Tsujimura M, Kodate N, et al.: Exploring perceptions toward home-care robots for older people in Finland, Ireland, and Japan: A comparative questionnaire study, Archives of Gerontology and Geriatrics, 91, 2020. Fig.4の一部を質問項目の日本語版で掲載

図2 在宅介護ロボットの使用意思 N = 1,004

- 「そう思う」  
「ややそう思う」
- 1.在宅介護ロボットを使用するかどうかは、自身が決めるのがよい \*\*
  - 2.在宅介護ロボットを使用するかどうかは、家族の都合で決めるのがよい \*\*\*
  - 3.在宅介護ロボットを使用するかどうかは、医療・介護の専門職が決めるのがよい \*\*\*
  - 4.在宅介護ロボットを使用するかどうかを利用者自身が決められなくなった場合は、利用者のことをよく知る家族に決めてもらってよい \*\*\*



Suwa S, Tsujimura M, Kodate N, et al.: Exploring perceptions toward home-care robots for older people in Finland, Ireland, and Japan: A comparative questionnaire study, Archives of Gerontology and Geriatrics, 91, 2020. Fig.5を日本語版質問項目にて掲載

図3 在宅介護ロボットの使用に関する意思決定 N = 1,004

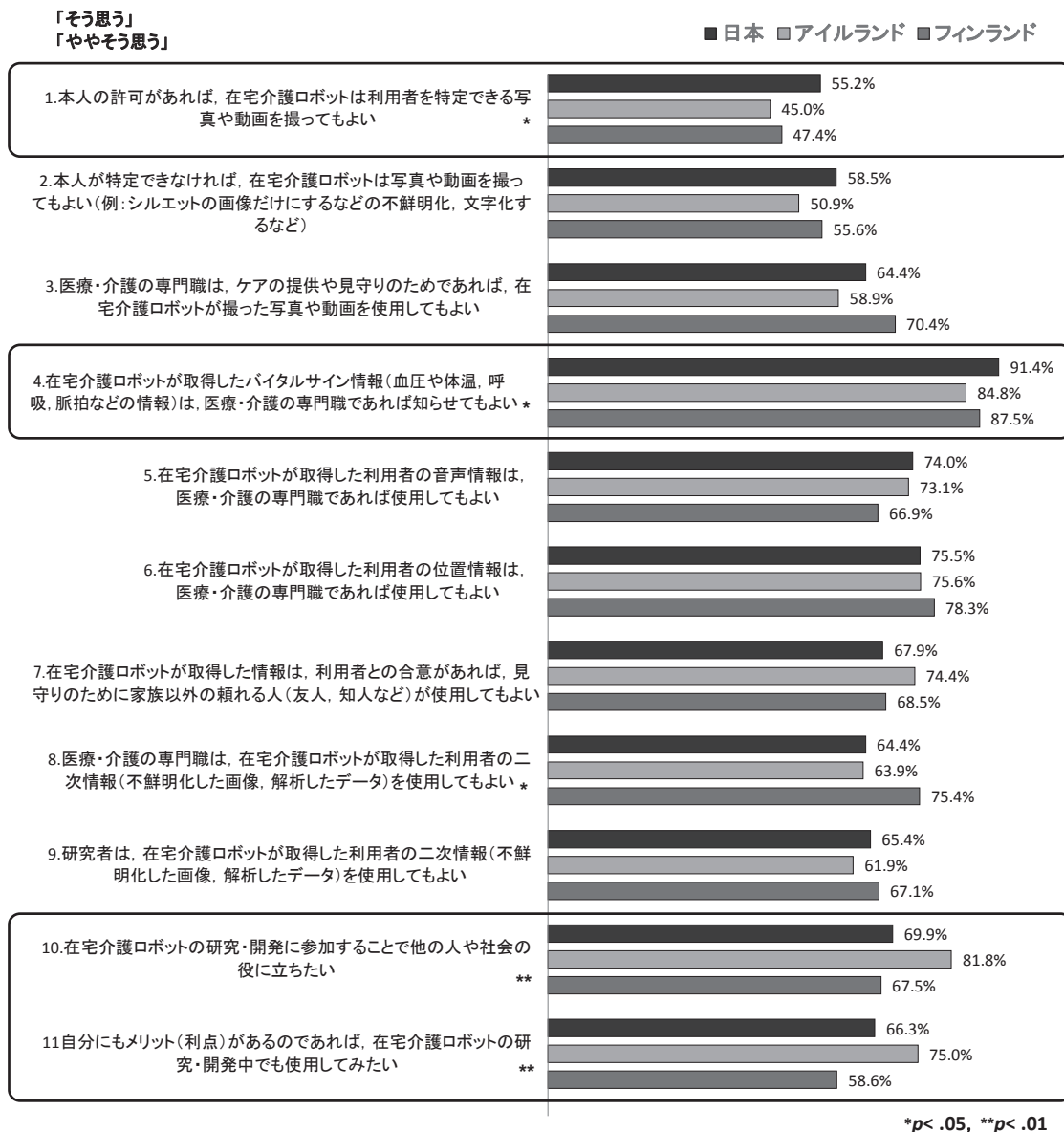
90%前後の者が「利用者自身で決めるのがよい」であったが、「家族の都合で決めるのがよい」、「医療・介護の専門職が決めるのがよい」と回答した者は日本が最も低かった。一方で、「利用者が決められなくなった場合は家族に決めてもらってよい」と回答した者は、日本が顕著に高く93.7%であった(図3)。

日本では、在宅介護ロボットへの期待は高く、利用者本人が決められなくなった場合に家族が高齢者の意思を踏まえて意思決定できるよう支援する必要性が示唆され

た。現在、アドバンスケアプランニングが推進されているが、介護ロボットの普及が進む現在においては、医療処置などだけではなく、介護ロボットの使用の希望についても把握する必要があると思われる。

## 2. 在宅介護ロボットの研究開発と社会実装に関する意思決定やプライバシー保護に関する認識

在宅介護ロボットが取得する情報について、「本人の許可があれば在宅介護ロボットは利用者を特定できる写



Suwa S, Tsujimura M, Kodate N, et al. : Exploring perceptions toward home-care robots for older people in Finland, Ireland, and Japan: A comparative questionnaire study, Archives of Gerontology and Geriatrics, 91, 2020. Fig.8 を日本語版質問項目にて掲載

図4 在宅介護ロボットの研究開発と社会実装に関する意思決定やプライバシー保護に関する認識 N = 1,004

真や動画を撮ってもよい」, 「在宅介護ロボットが取得した利用者のバイタルサイン情報は医療・介護の専門職であれば知らせてもよい」と回答した者は, 日本が最も高くそれぞれ55.2%, 91.4%となっていた。また, 研究・開発への参加については, 「在宅介護ロボットの研究・開発に参加することで他の人や社会の役に立ちたい」そして, 「自分にもメリットがあるなら研究・開発中でも使用してみたい」と回答した者はアイルランドが81.8%, 75.0%と最も高くなっていたが, 日本においても65%以上の者がそのように認識していた(図4)。

今後は, ケアスタッフのみならず, 高齢者本人や家族も含めて, 在宅介護ロボットが取得する情報を適切に扱う倫理的な教育が必要になると考える。そして, 社会全体で在宅ケアに関わる情報をどのように使用し, 個人情報保護していくのか議論を進める必要があるだろう。

### 3. 高齢者のインターネット利用状況

調査の中で, 日本の65歳以上の高齢者に対してインターネット利用状況について尋ねた<sup>16)</sup>。インターネットを使用していると回答した高齢者は, 176人中64人(36.4%)であり, 年齢内訳は, 65-69歳が最多で27人, 85歳以上の利用者も1人いた。また, 健康に関する情報をインターネットで探すと回答した高齢者は61人(34.7%)であり, 年齢内訳は, 65-69歳が最多で28人であり, 85歳以上の利用者も3人いた。

これらの結果より, 年齢に関わらず, 自ら必要な情報にアクセスすること, 情報をどのように利用するかを判断できるよう環境を整える必要があると考える。

## V. 高齢者の自立と自律を目指す在宅介護ロボットの在宅ケア実践への適用に向けて

高齢者の自立と自律を目指す在宅介護ロボットを在宅ケア実践へ適用していくために, 在宅ケアスタッフに求められることを考える。

### 1. テクノロジーの開発過程への参画

以上の調査を踏まえて, 我々はアイルランド, フィンランド, 日本との国際共同研究によって, 在宅ケアにおいて, ケアロボットの使用に関する倫理的認識の影響は, 同一のモデルで説明できることを確認の因子分析を用い

て明らかにした。モデルは個人情報の収集, 医療・介護サービスへの個人情報の利用, 個人情報の二次活用, 開発研究への参加で構成された<sup>17)</sup>。今後は, 高齢者の生活をより豊かにするために本当に必要なテクノロジーの開発過程に使用者が参画することが必要ではないだろうか。そのために, テクノロジーの開発過程に関する知識を持つ必要があると考える。ソフトウェア開発などでは, ウォーターフォール型開発から, アジャイル型開発へ転換すべきとの声が高まっている<sup>18)</sup>。ウォーターフォール型開発では仕様書に基づき開発を進めるため, 使用者の意見を途中で取り入れることが困難である。一方, アジャイル型開発では開発者と使用者が共創して開発のプロセスを繰り返し改善していくため, 開発者には使用者の意見を吸い上げ, 受け止める力が必要と言える。この過程に在宅ケアスタッフが関わるとするならば, 商品開発者/企業と対話できることも求められると考える。

### 2. 高齢者や家族について得た個人情報/プライバシーを守る技術

今後は, 在宅ケア場面においても, テクノロジーの活用が前提となる。見守りロボットでは, 高齢者の個人情報(バイタルサイン, 位置情報, 写真, 映像など)の取得は当たり前になる。高齢者の自立と自律を支援するために必要な情報は何か, 得られた情報をどのように管理していくのかなど, 情報を守る技術が必要になる。情報を守る技術の一つとして, 各個人(または代理人)が本人の意思に基づいてデータを運用(他者と共有して活用)するための技術的な仕組み「Personal Data Store」<sup>19)</sup>がある。これは, 多くの個人情報を複数のサービス提供者が共有する「集中型データ共有」から, データ開示元(当事者)からデータ開示者(データ利用者)以外の第三者が介在しないで情報共有する「分散型データ共有」<sup>19)</sup>の考え方に基づいている。このような技術の在宅ケアへの適用可能性と課題をさらに検討していく必要があるだろう。そして, 情報を扱うケアスタッフの倫理的感受性を高める教育がさらに重要になると考える。

### 3. 高齢者個々のニーズに合わせたテクノロジーの選択

「家族の介護のため」あるいは「自身の介護のため」に在宅介護ロボットを使用したい者の割合は高かった。また, 65歳以上の高齢者であっても, インターネットを

用いて健康に関する情報を検索している現状がある。年齢に関わらず、自ら必要な情報にアクセスし、情報をどのように利用するかを判断でき、ニーズに合わせて必要なテクノロジーを自ら選択できる環境を整えることが必要である。また、在宅ケアスタッフが高齢者と家族のニーズを捉え、必要なテクノロジーの選択を支えるための情報収集力、観察力、アセスメント力を高めることが求められると考える。

## VI. おわりに

これからの少子高齢化社会において、高齢者のための見守りロボットをはじめとする在宅介護ロボットとの共生社会を目指す必要がある。ロボットが情報の蓄積とともに拡張し、能力を高めるのであるならば、それを使用する高齢者、家族、在宅ケアスタッフも在宅介護ロボットを使用しながら、ともに成長する必要がある。そして、高齢者の生活がより豊かになることを目指すことが重要である。

### ■引用文献

- 1) 厚生労働省：介護ロボットとは(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000210895.pdf>, 2023. 6. 26).
- 2) 厚生労働省：ロボット技術の介護利用における重点分野(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000180168.html>, 2023. 6. 23).
- 3) K. Inoue, K. Wada, T. Shibata : Exploring the applicability of the robotic seal PARO to support caring for older persons with dementia within the home context. *Palliative Care and Social Practice*. 1-10, 2021. <https://doi.org/10.1177/263235242111030285>.
- 4) Fukuda H, Morishita T, Ogata T, et al. : Tailor-made rehabilitation approach using multiple types of hybrid assistive limb robots for acute stroke patients ; A pilot study. *Assistive Technology*, **28**(1) : 53-56, 2016.
- 5) 内閣府：令和4年版高齢社会白書。第1章高齢化の状況。[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1\\_1\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/s1_1_2.html), 2023. 6. 26).
- 6) 厚生労働省老健局 社会・援護局：介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進について(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001001183.pdf>, 2023. 6. 26).
- 7) World Health Organization. 2021. "Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance." Geneva: WHO; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (file:///C:/Users/atsuk/Downloads/9789240029200-eng%20(2).pdf, 2023. 6. 26).
- 8) 日本医療研究開発機構：ロボット介護機器事業の成果・課題及び介護・福祉機器事業の展開に関する調査報告書(公開版), 製品化されなかった事例の分析：課題類型化, 2021 (<https://www.amed.go.jp/content/000081050.pdf>, 2023. 6. 26).
- 9) 内閣府：Society 5.0とは([https://www8.cao.go.jp/cstp/society5\\_0/index.html](https://www8.cao.go.jp/cstp/society5_0/index.html), 2023. 7. 2).
- 10) Suwa S, Tsujimura M, Ide H, Kodate N, Ishimaru M, Shimamura A, Yu W : Home-care Professionals' Ethical Perceptions of the Development and Use of Home-care Robots for Older Adults in Japan. *International Journal of Human-Computer Interaction*. **36**(14), 2020. <https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1736809>.
- 11) Rantanen, T, Lehto, P, Vuorinen, P, & Coco, K. : The adoption of care robots in home care: A survey on the attitudes of Finnish home care personnel. *Journal of Clinical Nursing*, **27**(9-10) : 1846-1859, 2018. <https://doi.org/10.1111/jocn.14355>.
- 12) Vandemeulebroucke, T, Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. : The use of care robots in aged care: A systematic review of argument-based ethics literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **74** : 15-25. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.08.014>.
- 13) Heerink, M, Kröse, B, Evers, V, & Wielinga, B. : Assessing acceptance of assistive social agent technology by older adults: The Almere model. *International Journal of Social Robotics*, **2**(4) : 361-375, 2010. <https://doi.org/10.1007/s12369-010-0068-5>.
- 14) Tuuli Turjaa, Iina Aaltonenb, Sakari Taipalec, Atte Oksanen : Robot acceptance model for care (RAM-care): A principled approach to the intention to use care robots, *Information&Management*, **57**(5) : 1-9, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.im.2019.103220>.
- 15) Suwa S, Tsujimura M , Kodate N ,et al. : Exploring perceptions toward home-care robots for older people in Finland, Ireland, and Japan: A comparative questionnaire study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **91**, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104178>.
- 16) Shimamura A, Ishimaru M, Akuta Y ,et al. : Daily Life of Japanese Older People as Measured by the Japan Science and Technology Agency Index of Competence (JST-IC), 26th East Asian Forum of Nursing Scholars abstractbook

Nursing research other p115.

- 17) Ide H, Suwa S, Akuta Y, et al. : Developing a model to explain users' ethical perceptions regarding the use of care robots in home care: A cross-sectional study in Ireland, Finland, and Japan, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2023, 2, Aug. doi.org/10.1016/j.archger.2023.105137.
- 18) 平井直樹：アジャイル導入と本質－開発プロセスから学習する組織活動へー. 立教大学DBAジャーナル, **10** : 35-44, 2019. info:doi/10.14992/00018685.
- 19) 橋田浩一：分散PDSと情報銀行 集めないビッグデータによる生活と産業の全体最適化. 情報管理, **60**(4), 2017.

Online ahead of print. PMID: 37541051.

## 特集：ロボティクス、AI、ICT と在宅ケア実践への適用

# AI ロボットによる在宅ケア：テクノロジーが変える介護の未来

Home Care with AI Robots: The Future of Caregiving Transformed by Technology

平田 泰久\*<sup>1</sup>, 渡部 達也\*<sup>2</sup>

日本在宅ケア学会誌, 27(1):14-17 (2023)

## I. はじめに

介護現場では今後危機的な人材不足になることが予測されており、2040年には69万人が不足すると言われて<sup>1)</sup>いる。また、2022年の調査では、特別養護老人ホームは職員不足により14.3%の施設が受け入れ制限を行っているというデータがある<sup>2)</sup>。今後、介護人材不足の深刻化でより多くの施設が受け入れ制限が行われると、入所できず在宅で介護を受けて生活する人が増加する。在宅でも人材不足は同じであるため、必要最低限のサービスも受けられず在宅での生活が維持できないという問題が全国各地で生じてしまうのではないかと危惧する。

このような介護人材不足の解決策の一つとして、ICT (Information and Communication Technology) や介護ロボットなどのテクノロジーの活用が期待されており、各自治体も介護ロボット・ICT導入の補助金を出すなど導入の支援をしている<sup>3)</sup>。入所系事業所、通所系事業所において少しずつ導入は進んでいるようではあるが、訪問系事業所ではICTの活用は進んでいるが、介護ロボットの導入の整備はほとんど進んでおらず対策は急務である。

一方で、ICTやロボット介護機器の開発・導入には、経済産業省や厚生労働省が主導し、ロボット技術の介護利用における重点分野（①移乗介助、②移動支援、③排泄支援、④見守り・コミュニケーション、⑤入浴支援、⑥介護業務支援）を中心に、関連機器の具体的なニーズに基づいた開発支援を行ってきた<sup>4)</sup>。特に経済産業省は、

民間企業や研究機関を対象にして高齢者や介護現場の実際のニーズに合わせた機器の開発を支援してきた。加えて、厚生労働省では、現場のニーズを伝える役割や試作機器の実証（モニター調査・評価）、導入に必要な環境整備を行ってきた。特に最近では、ニーズとシーズ（技術やアイデア）の共創を促す場として、全国に8か所のリビングラボが設置された<sup>5)</sup>。また、これに先立つ取り組みとして、介護ロボットニーズ・シーズ連携協調協議会が全国の都道府県（50か所）に設置され、介護ロボットに関する様々なアイデアが生まれた<sup>6)</sup>。これらのアイデアは多様であり、介護現場で必要とされる支援の形が多岐にわたることを示している。

著者らはこのような取り組みの中で、施設はもちろんのこと在宅で期待されるICTや介護ロボットの機能について議論を行っており、複数のセンサやロボットを適切に連携させる協調フレームワーク CARE (Cooperation of Ai Robot Enablers) を提案してきた<sup>7)</sup>。本稿では、CAREのコンセプトを紹介し、リビングラボでの活用例を示す。一方で、協調フレームワークと同様のコンセプトを市販の技術のみで実現した在宅支援システムを構築し、それを実際の在宅現場に導入した取り組みを紹介するとともに、その際に出た課題を共有する。

## II. CARE (Cooperation of Ai Robot Enablers)

現在の介護現場では、様々なロボットや見守りセンサなどの機器が利用されている。しかし、これらの機器は単体で使用されることがほとんどであり、導入後に使われていない場合も多いという報告がある。介護現場に先

Yasuhisa Hirata, Tatsuya Watanabe

\*1 東北大学大学院工学研究科

\*2 株式会社わがケア

端技術を導入するためには、以下の課題解決が必要である。

- ①様々な機器を連携して使えるようにし、組み合わせを自由に変更できること。
- ②専門的な知識なしに容易に扱えること。
- ③導入前に自身の現場で検証できること。

これらの課題解決のために、著者らは機器間を繋ぐ制御フレームワークを構築した。この制御フレームワークは、ROS (Robot Operating System<sup>8)</sup>) と呼ばれる共通オペレーティングシステムを使用している。ROSは、ロボットアプリケーションの作成を支援するプラットフォームであり、他のソフトウェアを活用したり、ロボットの高度化を容易に行ったりすることができる。近年、ROSを採用する企業や研究者が増えており、様々なロボットやセンサの連携が可能になっている。一方、実際の介護現場で働く技術者でない人々は、機器やプログラムに慣れていないことが多い。そのため、簡単に機器を使用できるだけでなく、使用する機器を誰でも適切に組み合わせることができるインターフェースが必要である(課題②)。著者らは、IoT (Internet of Things) を活用して機器の協調運用が可能なシステムを構築した。また、IFTTT (If This Then That<sup>9)</sup>) というウェブベースのサービスを利用することで、ユーザに合わせたインターフェースの選択も可能である。

さらに、支援内容や環境の変更に対して、事前に検証できる仮想環境 (リビングラボ・シミュレータ) を開発した。これにより、介護現場に導入する前に、シナリオや運用方法を検討することができる (上記課題③)。介護現場のデジタル・ツインを実現し、さらに今後AI技術が発展すれば、最適な介護ロボットやセンサの運用方法を自動的に決定することも可能となるであろう。

著者らは『青葉山リビングラボ』という介護ロボット研究開発拠点を東北大学青葉山キャンパスに開設しており、このリビングラボを活用して提案するCAREの検証実験を行った。このリビングラボは、約250m<sup>2</sup>のスペースに介護施設と在宅介護を模擬した環境を構築しており、各種計測装置や介護ロボット機器などを備えている。そこでは、IoTセンサ・アクチュエータやAIスピーカ、ROS対応ロボットなどが配備されており、これら複数のロボットやセンサを協調的に運用した支援シナリオを構築した (図1)。

具体的なシナリオの一例として、「朝の活動」をテーマに考え、利用者がベッドから起き上がり水を飲み、その後、歩行器型ロボットを使ってリビングに移動し、さらに車いす型ロボットを使って外に散歩に行くという流れである。たとえば、利用者がある程度自力で立ち上がることができる場合、以下のような支援が実現される。まず、AIスピーカに「おはよう」と呼びかけることでベッ

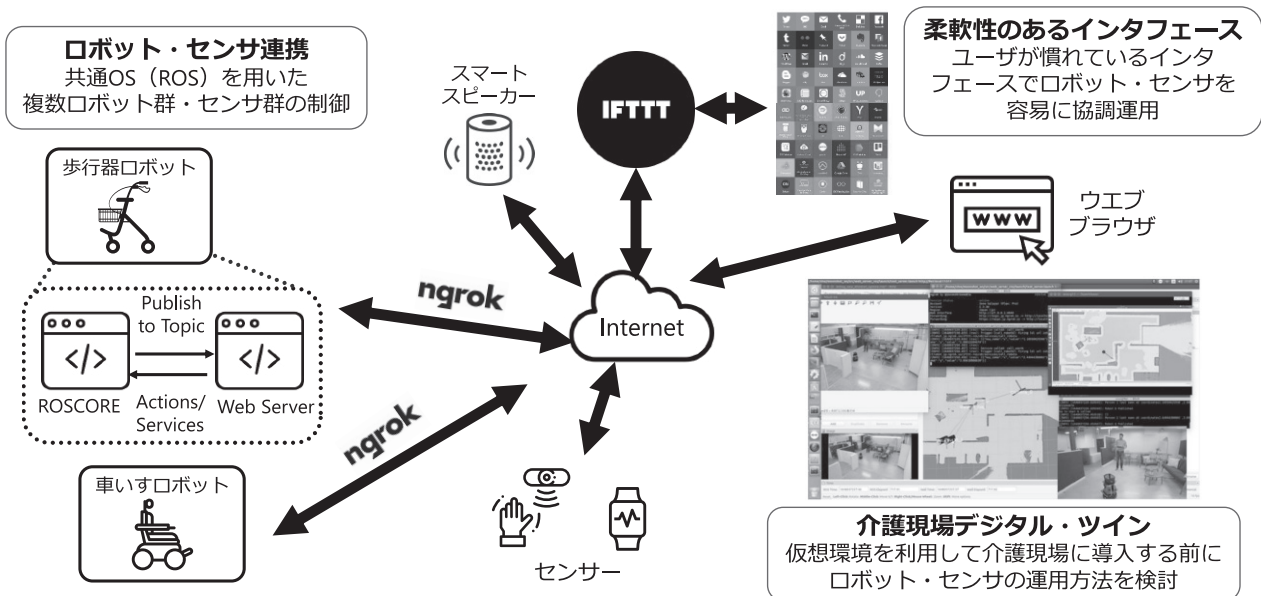


図1 CARE (Cooperation of Ai Robot Enablers)

ドの背もたれが上がり、適切な高さに調整される。次に、「のどが渴いた」という呼びかけに基づいて物体搬送ロボットが自動で水を持ってきてくれる。その後、「リビングに行きたい」との呼びかけで歩行器型ロボットが自動で利用者の元にやって来る。最後に、「散歩に行きたい」という呼びかけで車いす型ロボットが玄関まで迎えに来てくれるといった具体的な支援が行われる。

### Ⅲ. 実際の現場に導入する際の課題点

提案したCAREを実際の介護現場で活用することが期待されるが、現状、在宅において介護ロボット導入するための課題が多い。特に本節で示す様々な問題から介護ロボットを積極的に導入していこうという意識はまだ少ないのが現状である。本節では、CAREの概念に則り、スマートスピーカを用いて一般的な家電をスマート家電化して在宅環境に導入することを試みた。実際にロボット（スマート家電）が身近で便利であることを体験することができれば、ロボットを積極的に使ってみたいという意識に変わっていくのではないかと考えた。そこで、リモコン操作を家族やヘルパーに委ねている方に対し、テレビ、CDプレイヤー、照明、エアコンを音声でコントロールできるようにすることを試みた。

スマート家電化前のロボットの印象は「ロボットというものがそもそもよく分からない。費用は高そうであり、おそらく操作が覚えられないから要らない」であった。スマート家電化使用後は、ロボットの便利さわかったとのことだったが、「今まで通り家族やヘルパーにしてもらった方がよい。いないときは我慢すればよい」との答えであった。否定的だった1番の理由は「もし何か不具合があったとき、家族では対応ができない」とのことであった。福祉用具レンタルであれば、何かあれば福祉用具貸与事業所に来てもらえば良いが、介護ロボットを利用者側が導入する場合、導入から定着まで伴走支援は必要と思われる。

また、介護ロボットは主に施設などの介護者側が使うことを想定しているものが多いため、在宅で導入しようとする課題が多いことが分かってきた。一つ目の課題は、現場の人手不足への危機感の薄さである。ケアマネジャーは利用者の生活を成り立たせるためにサービス調

整をしていくが、「ここはロボットで自動化できるからロボットを導入しましょう」という提案はほとんどない。一般的には、「電気やエアコンのオンオフなどはサービス事業所の入退出時にやってもらいましょう」といったプランが適用されるケースが多いためである。また、現在人手不足ではあるが、利用者やケアマネジャーは「探せば必要な人材は来てくれるだろう」という期待を持っており、介護ロボットの導入を急いで考えることはないようである。ただし、介護の有効求人倍率は2022年12月時点で4倍に達しており、採用難が続いている。このままでは必要な人々に必要なサービスを提供することができなくなる恐れがあるため、介護現場全体での意識改革が必要であると考えられる。

二つ目の課題は、介護ロボットをだれが準備するのかという問題である。サービスに入る訪問系事業所が個々に準備し、各利用者宅で使用する場合、多くの利用者とは多岐にわたるサービス内容があるため、用途が限られた介護ロボットの導入は困難となる。例えば、装着型の支援スーツは使い次第では非常に効果的であるが、装着している間はヘルパーの動きを妨げる可能性もある。また、持ち運び可能で、数分の準備で活用できれば良いが、そうでない介護ロボットの導入は困難となる。

一方、利用者側がレンタルもしくは購入で介護ロボットを準備する場合にも課題がある。福祉用具レンタルができる介護ロボットでは、ケアマネジャーの給付管理が必要となり、単位の高いものは避けられがちである。要介護5の場合、立位支援ロボットは月間約2,500単位であるが、ほぼ寝たきりの方では立位支援ロボットは必要ない場合が多く、必要なのは要介護3（約25,000単位/月）から要介護4（約30,000単位/月）程度と想定され、単位が不足する可能性が生じる。事業所側が職員の負担軽減のために立位支援ロボットを導入したいと思っても、利用者側が「不要」と言えば導入できないというのが現状である。

また、福祉用具レンタルではない介護ロボットの場合、高額なものは自己負担となり購入はできない。さらに、介護ロボットに関する情報がほとんどなく、購入・非購入の判断に至らない場合もあり、購入後のサポート体制にも課題がある。



---

#### IV. おわりに

---

本稿では、AIロボットやセンサを連携して動作させる介護ロボット協調フレームワーク CARE を紹介し、リビングラボでの実験を通してその発展性を示した。一方で、介護ロボットの実際の現場導入には様々な課題があることが分かってきた。このような課題を解決のためには技術開発と共に、導入する側や介護ロボットを販売・運用する側など介護現場全体の意識改革を進めるとともに、どのようなロボットが必要か、それを運用するにはどうすればよいのかといった、介護に関わる全てのステークホルダーとの議論を行える共創環境の構築が必要不可欠である。著者らが運営しているリビングラボはその一つであり、そのような場が広がっていくことが望まれる。

本研究(の一部)は、JST【ムーンショット型研究開発事業】  
 グラント番号【JPMJMS2034】の支援を受けたものです。

#### ■参考文献

- 1) 厚生労働省：介護人材確保に向けた取り組み ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02977.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02977.html)) (2023. 7. 1).
- 2) 深澤宏一：2022年度特別養護老人ホームの人材確保および処遇改善に関する調査について. Welfare And Medical Service Agency (WAM) (2023).
- 3) 厚生労働省：介護現場でのテクノロジー活用に関する調査研究事(結果概要) ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_31436.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_31436.html), 2023. 7. 1).
- 4) 厚生労働省：ロボット技術の介護利用における重点分野 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000180168.html>, 2023. 7. 1).
- 5) NTT DATA：リビングラボネットワークについて (<https://www.kaigo-pf.com/livinglab/>, 2023. 7. 1).
- 6) 厚生労働省：介護ロボットニーズ・シーズ連携協調協議会設置事業 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398_00005.html), 2023. 7. 1).
- 7) Ravankar AA, Tafriishi SA, Luces JVS, Seto F, Hirata Y: Care : Cooperation of ai robot enablers to create a vibrant society. IEEE Robotics & Automation Magazine, Vol. 30, No. 1, pp-8-23, 2023.
- 8) Morgan Q, et al. : ROS: an open-source Robot Operating System. ICRA workshop on open source software. Vol. 3. No. 3.2. 2009.
- 9) IFTTT : Every thing works better together (<https://ifttt.com/>, 2023. 7. 1).

---

---

**特集：ロボティクス，AI，ICT と在宅ケア実践への適用**

---

---

## ケアプラン作成支援 AI を活用したケアマネジメントの展望

Prospects for Care Management Utilizing Care Plan Creation Support AI

西口 周

日本在宅ケア学会誌, 27(1):18-22(2023)

### I. 介護保険制度におけるケアマネジメントの政策動向

介護保険制度における「ケアマネジメント」とは、介護支援専門員（ケアマネジャー）が要介護者や要支援者（以下、「利用者」）の心身状態や生活状況等を把握したうえで、本人が望む尊厳ある自立した生活を送れるように様々な介護サービス等の社会資源を組み合わせ「ケアプラン」を作成し、そのプランに従ってサービスが提供できるよう事業者との調整を行い、実際にサービスが提供された結果を確認するという一連の業務を指す。

ケアプランは利用者や家族の意向を踏まえて専門的な観点から課題分析し作成され、利用者に交付されるとともにサービス事業者にも共有される。またケアプランは、その後の生活状況に応じて定期的にモニタリングを経て効果的な支援になっているかを検証する極めて重要な書類である。このようにケアプランの質はケアマネジメントの質を大きく反映するものである一方、ケアプラン作成はケアマネジャーにとって多くの時間を要する業務として挙げられている<sup>1)</sup>。

そのような中で、ケアマネジメントの重要性はますます増しており、「居宅介護支援事業所における主任ケアマネジャーの人員配置の見直し」や「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進」、「保険者によるケアプラン点検の適正化」等が厚生労働省による直近の政策として具体化されている<sup>2)</sup>。

### II. ケアプラン作成支援 AI に係る調査研究経緯

高齢化にともなう介護需要の増大の影響を受けつつ、前述のようなケアマネジャーへのニーズや業務負担増加を背景に、AI (Artificial Intelligence) や ICT (Information and Communication Technology) を活用した業務効率化に対する期待は大きく、AI を活用したケアプラン作成支援に関する研究事業が厚生労働省の補助事業として継続的に実施されている。2016年度には初めて自立支援を促進するケアプラン策定におけるAI導入の可能性と課題の検証が実施され<sup>3)</sup>、翌2017年度には説明可能なホワイトボックス型のAIを利用し、ケアマネジャーの持つ知見や思考プロセスも反映させるAIのフィジビリティを検証する研究が実施された<sup>4)</sup> (ホワイトボックス型AIの調査研究事業は2023年度現在も継続中)。

当社でも2018年度の厚生労働省補助事業において、ケアマネジャーがAIに支援を望む要素と望まない機能を整理した。十分な経験と知見を有するケアマネジャー15名へのフォーカスグループインタビューの結果、ケアプラン作成業務で必要とされる機能のうち、知識・情報等を補完やパターン化したニーズ分析・目標、状態の将来予測等に対する支援ニーズが抽出された。また、このようなAIが優位性を発揮できる機能を活かしながらAIがケアマネジャーを支援することで、ケアマネジャーは利用者等との関係性構築や利用者の意欲の引き出し、意思決定支援等の対人援助業務に注力する形でのAIの活用ニーズが明らかとなった<sup>5)</sup>。

### Ⅲ. ケアプラン作成支援 AI の有効性

前述の調査研究の結果からAIによるケアマネジャーの業務支援への期待は大きい。しかし、AIを活用することによる業務効率化やケアマネジメントの質向上、利用者の自立支援等の効果は、リリースされているサービス自体が少なく各サービス独自の実施結果のみしか公表されておらず、中立的な立場で十分に検証されていなかった。そこで当社は、ケアプラン作成を主とするケアマネジメント業務においてAIを活用することで、ケアマネジメントの質向上やケアマネジャーの業務効率化等に対する効果検証を行った<sup>6)</sup>。

効果検証は、利用するAIシステムに応じて2種類（実証①、②）を実施した。実証①では株式会社ウェルモが2019年時点で開発中であったAIを活用したケアプラン作成支援システム「ケアプランアシスタントβ版」（現：ミルモぶらん）を利用し、実証②では株式会社シーディーアイが2019年時点でリリースしていた「CDI Platform MAIA」（現：SOIN（そわん））を利用し、それぞれのAIシステムの特徴に応じた実証デザインを設計した。検証の観点は、大きく「業務効率化」「ケアマネジメントの質の変化」「利用者の自立支援」の3つに区分し検証した。

実証①では39名のケアマネジャーを対象に、新規ケー

スを担当し新しくケアプラン第2表原案を作成する場面を想定したケーススタディを実施し、AIシステムを活用した／しない場合のケアプラン作成時間・負担感の変化、新たな気づきの獲得の有無を検証した。ケーススタディ方式ではあるが、AIを活用してケアプラン第2表原案を作成することで、第2表原案作成時間が約3～4割短縮された（図1）。また、約6～7割のケアマネジャーが業務負担軽減や新たな気づきの獲得を実感した。特に、主任ケアマネジャーを取得していないケアマネジャーの方が負担軽減や気づきを感じる傾向があった（図2）。

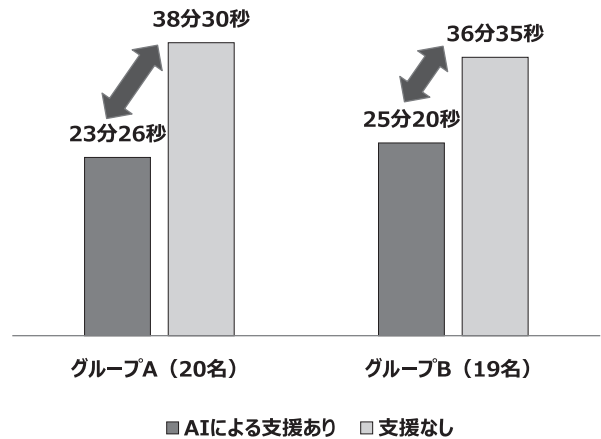


図1 ケアプラン作成支援 AI による「業務効率化」への効果（実証①）

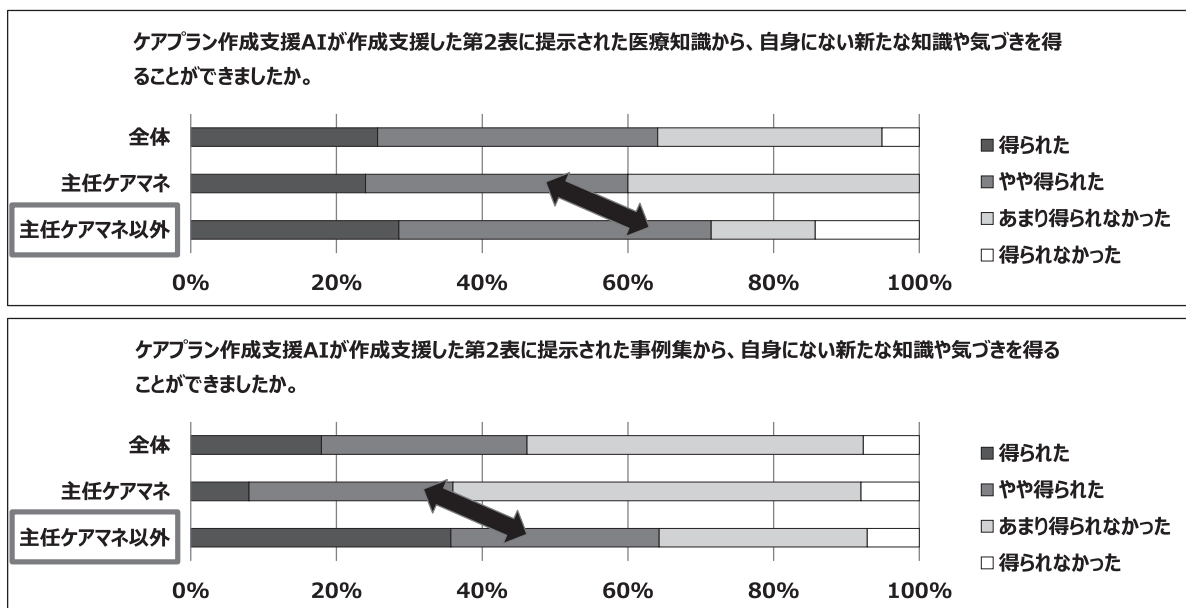


図2 ケアプラン作成支援 AI による「ケアマネジメントの質向上」への効果（実証①）

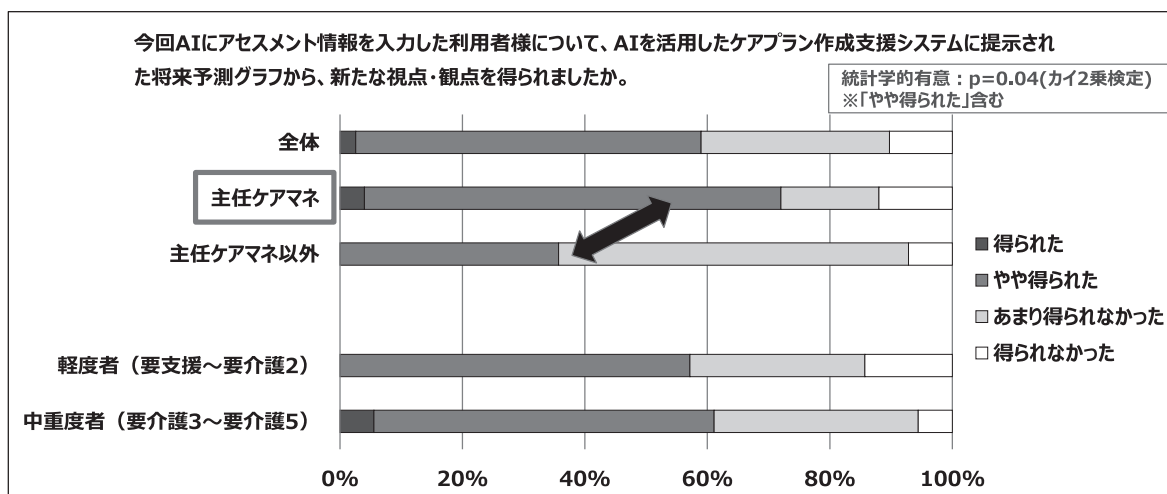


図3 ケアプラン作成支援 AI による「ケアマネジメントの質向上」への効果 (実証②)

なお、あくまでもケーススタディである点、ケアマネジャー各々のケアマネジメント観（各ケアマネジャーの自分なりのケアマネジメントに対する考え方）が回答に影響を与えている可能性、等が研究の限界である実証結果であった。

実証②では14名のケアマネジャーを対象に、担当ケースのアセスメント情報およびケアプランをもとにAIが出力する情報による新たな気づきの獲得の有無を検証した。また、一部のケアマネジャーは、AIが出力した情報をもとに確認・修正したケアプランを用いて、利用者（家族を含む）へ説明した際の合意形成の容易さや利用者視点での納得感等の効果も検証した。この結果、約5～6割のケアマネジャーが新たな気づきの獲得を実感し、特に主任ケアマネジャーの方が自身のケアマネジメントに対する考え方の変化を感じる傾向があった（図3：カイ二乗検定； $p < 0.05$ ）。また、利用者へのヒアリングの結果、「利用者の自立支援」の観点で利用者との合意形成や意欲の引き出し等にも効果がある可能性も示唆された。なお、「利用者の自立支援」についてはあくまでも利用者の主観であり、中長期的な視点で利用者の要介護度改善等、どのような自立支援をもたらすかは不明である点が、等が研究の限界である実証結果であった。

これらの実証を通して、知識・情報のサポート（文章案の提案、医療知識・事例集の提示等）、ADL項目ごとの将来予測等でケアマネジメント機能を補完することで、ケアプラン作成時間短縮・負担軽減効果、自身にな

い新たな視点・観点の獲得効果が示された。また、利用者への説明・合意形成の過程を通じて、ケアプラン内容の納得感向上、利用者が求めるケアに関する会話のきっかけづくり、即時的な意欲の向上に寄与する可能性も示された。特に、新人の業務負担軽減効果や、主任ケアマネジャーのケアマネジメントに対する考え方の変化に寄与する可能性が示されたことで、AIシステムの活用意義が高い領域やシーンが今後整理され、ケアマネジャーとAIの機能補完的な協働の可能性への期待も示唆された。

#### IV. ケアプラン作成支援 AI の最新動向

2020年以降も継続して各ベンダー独自のサービス開発・改善や実証が行われているが、有効性の観点ではより詳細な結果は公表されていない。実証フェーズはひと段落し、サービス利用者数の増加を図り普及促進させる社会実装フェーズに入ったとも言える。

株式会社国際社会経済研究所では、2017-2019年度のホワイトボックス型AIの活用可能性に係る調査研究フェーズ1を踏まえ、2020-2022年度には社会実装化の道筋を作るための調査研究フェーズ2を実施している。「適切なケアマネジメント手法」の要素を含んだAIのアルゴリズムの精度向上させた後に汎用的AIモデルを組み込んだ試作システムを作成し、ホワイトボックス型AIの特徴である「根拠」の示し方や表現がケアマネジャーの業務負担軽減や気づきを与える有効性の検証を

行っており、2023年度以降もフェーズ3として検討を継続予定である<sup>7)</sup>。

2023年度からは居宅介護支援事業所と介護サービス事業者間でやり取りされるケアプランを電子化する「ケアプランデータ連携システム」を国民健康保険中央会が本格運用しており、ケアプランデータを活用したAIやICTはますます進展を遂げる可能性があると予想される。

## V. 今後の展望

これまでいくつかの調査研究を紹介したが、いずれにおいても共通の見解として、あくまでもAIはケアマネジメントの一部を代替しケアマネジャーを支援するという位置づけであり、ケアマネジメント業務すべてを担うということではないということである。中長期的には、AIとケアマネジャーがキャッチボールのように情報やデータを交換し、対話・協働によるケアプラン作成プロセスを通じて、AIの成長を促しながらケアマネジメントの質向上と業務効率化・生産性向上の両方を目指し利用者の自立支援に向けた意思決定を支援することが、ケアマネジャーとAIのあるべき関係性であると考えている、と当社は考える(図4)<sup>8)</sup>。

今後の政策動向を踏まえると、これまで述べた観点のみでなく、ケアプラン作成支援AIの様々な活用可能性が期待できる。最も近い未来に想定される活用可能性は、要支援者への「介護予防ケアマネジメント」におけるケ

アプラン作成支援場面である。地域包括支援センターの業務負担軽減の観点から2024年度から居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントの指定対象を拡大することが進められている。これにより、ケアマネジャーの業務効率化がより求められることに加えて、機能改善の期待が大きい軽度者のケアという、よりエビデンスベースなケアマネジメントが求められることになる。AIは膨大なデータから一定の示唆を出すことに長けていることから、従前より介護予防ケアマネジメントの場面での活用可能性が期待されており、各ベンダーが保険者と連携し実証を進めていることから、今後の動向に着目したい。

また、業務負担軽減の観点では、保険者における「ケアプラン点検」を支援するためにAIの活用可能性も検討されている<sup>9)</sup>。当社ではこの検討を2020年度から続けており、「ケアプランの記載の充足度」という独自指標を設定することで、効率的・効果的なケアプラン点検を経て質の高いケアマネジメントが実現され、利用者の「尊厳の保持」や「自立支援」につなげていくことを目指している。さらに、ケアプラン点検に従事する保険者の事務的負担を軽減し、より質の高いケアマネジメントの実施に注力できる環境を整えていくための活用・実装方策の検討を続けている。

他にも別の観点ではあるが、近年では「社会的処方(Social prescribing)」と呼ばれる、医療保険や介護保険サービスのみではなく、民間サービスや住民同士の支え合い活動等のいわゆる「インフォーマルサービス」を

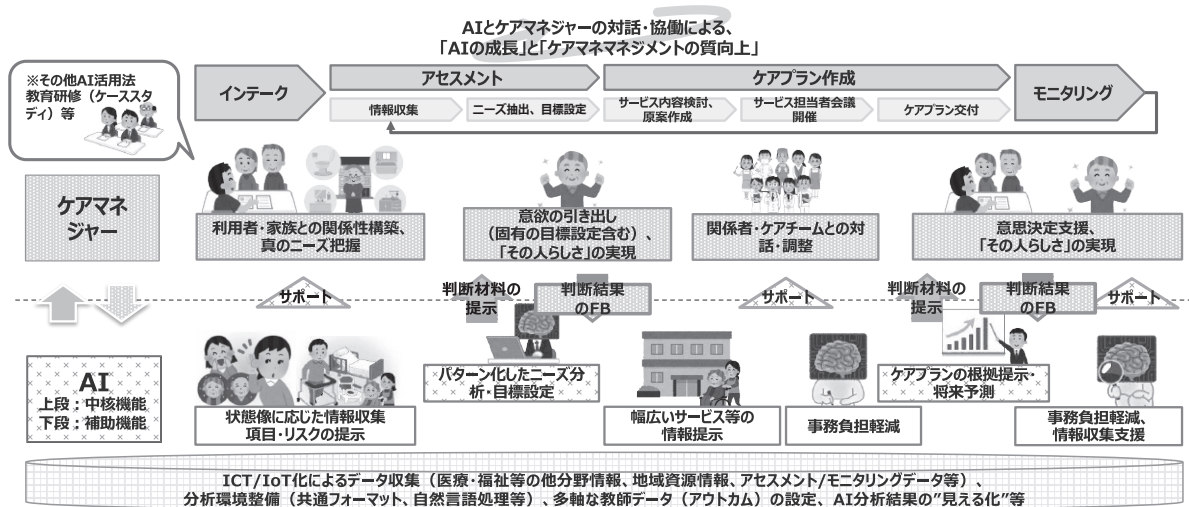


図4 AIによるケアマネジメント業務の支援可能性に関するイメージ図(2019年時点)

含め、包摂的にその人らしい暮らしを実現するための考え方の検討が進みつつある。

本稿では詳細は割愛するが、キーとなるのは「リンクワーカー」と呼ばれる仲介者の存在であり、なんらかの健康課題と合わせて社会生活に係る課題を抱える住民に対して、医療的サービスに限らない社会参加やインフォーマルケアの場としての地域資源（紹介先）への橋渡しを担うことが大きな特徴である。まさに、ケアマネジャーは介護保険分野で類似する役割を担っており、リンクワーカーとしての資質を有していると考えられる。しかし、日本では検討が緒に就いたばかりであり、誰がどのようにリンクワーカーの役割を担うのかはこれから検討が進むことになり、検討する上ではケアマネジャー同様に「業務効率化」「質の向上」の観点は欠かせない。

そのような前提でリンクワーカーの業務効率化の観点では、地域にどのような処方先の社会資源が存在するかを発掘・リスト化・更新し、本人のニーズに応じて選択する場面では、アセスメント情報を元に本人の自立支援につながるサービス種別や地域資源を提示するケアプラン作成支援AIを、社会的処方の文脈にカスタマイズすることができれば、リンクワーカーの業務支援に資するソリューションとなると考えている<sup>10)</sup>。

最後に、「ChatGPT」に代表される「生成AI (Generative AI)」が急速に普及し始めており、大量のデータを学習した学習モデルによって人間が作成するような絵や文章を生成することが可能となっている。これは、語りや文章で利用者像を表現することが多い介護分野には大きなインパクトを与えると予想される。具体的には、定性的なテキストデータを学習することでケアプラン作成支援AIの精度が向上し、ドキュメント入力に係る時間も大幅に短縮される可能性が期待される。

実際に、一部の医学的な質問に対してではあるものの、医師の回答よりも生成AIが作成した回答のほうが共感できる内容だったという研究や<sup>11)</sup>、公衆衛生的な質問に対して科学的根拠に一定程度基づいた回答がなされていることを示す研究もすでになされている<sup>12)</sup>。しかし、前述の研究著者も生成AIの活用は専門職の業務効率化に対して非常に有望であるが、実臨床での活用への拙速な判断には注意を促している。

ケアマネジメント領域の話題に戻すと、繰り返しになるがAIはケアマネジメントの一部を代替し専門職を支

援するという位置づけであり、ケアマネジメント領域における専門職としての価値は変わらない。むしろ、AI活用に係る倫理的な配慮を行いながら人間とAIが共存し、ケアマネジメントの質や利用者像の解像度をより高めていくという視点では、ケアマネジメントに係る専門職としての価値はますます高まる未来があるのかもしれない。

#### ■参考文献

- 1) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所および介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業(2019)。
- 2) 厚生労働省老健局：令和4年度 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(2023)。
- 3) セントケア・ホールディング：平成28年度老人保健健康増進等事業：自立支援を促進するケアプラン策定における人工知能導入の可能性と課題に関する調査研究(2017)。
- 4) 国際社会経済研究所：平成29年度老人保健健康増進等事業：ホワイトボックス型人工知能AIを活用した自立支援に資するケアプラン提案の試行的な取組に関する調査研究(2018)。
- 5) 西口周，米澤麻子，矢野美佳，白澤政和：ケアマネジャーがとらえるケアプラン作成業務へのAI活用可能性 フォークスグループインタビューによる質的研究，日本在宅ケア学会，**24**(1)：57-64 (2020)。
- 6) NTTデータ経営研究所：令和元年度老人保健健康増進等事業：AIを活用したケアプラン作成支援の実用化に向けた調査研究(2020)。
- 7) 国際社会経済研究所：令和4年度老人保健健康増進等事業：ホワイトボックス型AIを活用したケアプランの社会実装に係る調査研究(2023)。
- 8) NTTデータ経営研究所：平成30年度老人保健健康増進等事業：AIを活用したケアプラン作成の基準に関する調査研究(2019)。
- 9) NTTデータ経営研究所：令和4年度老人保健健康増進等事業：AIを活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する調査研究事業(2023)。
- 10) 西口周：将来的な社会的処方の実装に向けた官民協働サービスモデルの可能性，経営研レポート(2023)。
- 11) JW Ayers, et al. : Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. *JAMA Intern Med*, **183**(6) : 589-596 (2023)。
- 12) JW Ayers, et al. : Evaluating Artificial Intelligence Responses to Public Health Questions. *JAMA Netw Open*, **6**(6) : e2317517 (2023)。

## 特集：ロボティクス, AI, ICT と在宅ケア実践への適用

## AI を活用した認知症ケアの学習システム

AI-Based Dementia Care Learning System

小林 美亜\*<sup>1</sup>, 石川 翔吾\*<sup>2</sup>

日本在宅ケア学会誌, 27(1):23-27(2023)

## I. はじめに

2023年6月14日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が参議院本会議で可決に至り、公布から1年以内に施行されることとなった。当該基本法は、我が国における急速な高齢化の進展に伴い認知症の人が増加している現状等に鑑み、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、所要の措置を講じようとするものである。この認知症基本法には、「国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めるとともに、共生社会の実現に寄与するよう努めなければならない」ことが規定されている。

この共生社会の実現を目指すためには、ケア者が認知症の人に対する正しい知識に加え、認知症の人と効果的にコミュニケーションを図るためのスキル、認知症の人が日常生活の困りごとをやりくりしようとして表れるチャレンジング行動への適切な理解、認知症の人が自身の役割を發揮し、他者から必要とされるための環境づくり、認知症の人の個別のニーズに合わせたケアプランの策定と評価方法などを習得することが重要となる。

しかしながら、医療や介護現場をはじめ、認知症の人に対する理解やコミュニケーションスキルの習得に関しては、実際の業務を体験しながらケアを覚えるOJT (On-The-Job Training) で行なわれていることが多く、指導者の「知識・スキルのばらつき」や「経験と勘」に

基づいた教育の影響を受け、現場スタッフの知識・スキルの獲得や向上につながりにくいものとなっている。また、人手不足の現場では、指導者の負担も大きいものとなっている。そこで、本稿では、このような現状への対応として、AIを用いた認知症ケアの学習ツールについて紹介するとともに、これからの課題について述べる。

## II. 認知症ケアの教育や学習について求められること

認知症ケアのノウハウは、個々が認知症の人との関わりでの経験を通じて獲得されている。このように、人が経験したことから学ぶことを示した理論として、デイヴィット・コルブが提唱した「経験学習モデル」がある<sup>1)</sup>。このモデルは、①経験（実際の自身の体験や行動を通じて、具体的な状況に対処することで、学習の基盤を構築する）、②内省（自分自身の行為・経験・出来事を、他者の意見も取り入れながら、俯瞰的に、客観的に多様な視点から振り返り、自分の経験を評価し、意味づけを行う）、③概念化（自分自身の経験から何が学べたのかを考え、既存の理論や概念に関連付けるなどして、経験を一般化、概念化する）、④実践（経験から学んだ知識を実践し、フィードバックを受け取り、さらなる学びを得る）のプロセスから成り立つ。しかし、この経験学習から得た学びが言語化して他者に伝えることができない暗黙知のままになっている場合、蓄積してきたナレッジを他者が活用したり、教育を通じて継承したりすることができなくなる。その結果、現場の指導者の教育から学習者が適切な実践知を習得することが困難となり、認知

Mia Kobayashi, Shogo Ishikawa

\*1 山梨大学大学院総合研究部医学域

\*2 静岡大学情報学部

症の人とのコミュニケーションが上手くとれず、それが原因となって離職に至ったり、また認知症の人のストレスを増大させたりすることも招く。このため、経験で培われ、蓄積されてきた優れた実践知を形式知として共有することのできる教育ツールや学習ができるシステムを整備することが重要になると考える。

### Ⅲ. 実践知を学ぶことのできる教育システム

#### 1. エキスパートシステムの活用

エキスパートシステムとは、特定の専門分野の知識を備え、専門家のように問題解決のための推論や判断を行うことができるようにした、人工知能研究から生まれたコンピューターシステムである。エキスパートシステムの活用により、専門的な知識を持たない人でも、専門家と同じレベルの判断や意思決定が可能になる。人間は、問題解決を行う際、脳内で自身がこれまで経験してきた事柄（知識）にアクセスし、その情報をもとに、どのように解決したらよいかを推論している。エキスパートシステムでは、この機能をコンピューターで再現するために、「知識ベース」と「推論エンジン」で構成されている。

例えば、まず、専門家が認知症の人の様々な状態に応じた口腔ケアをどのように行っているかをフローチャート化する。そして、自発的に口を開けられないときには、次にどのようなアクションをとるかといった、各場面に応じた条件分岐するためのルールベースの知識を「知識ベース」のデータベースにシステム化しておき、推論エンジンを駆動させることにより、実際のケア場面から得られたデータをそのデータベースに蓄積されたルールに基づいて、正解と思われる推論を導きだされるようにする。つまり、「知識ベース」は、ルール、知識やノウハウ等でデータをコンピューターで処理できるようにしたデータベースとなり、「推論エンジン」は、「知識ベース」のデータを用いて、「このような状況（場面）の時には、どうする」といった答えを推測することになる。このエキスパートシステムを応用し、開発を試みた教育

システムが「口腔ケア実践知学習システム」<sup>2)</sup>である。

当該システムでは、最初に、異なる介護職員の認知症の人の口腔ケアの場면을数パターン撮影して動画を作成した。次に、口腔ケアのエキスパートである歯科衛生士が、その動画を閲覧し、認知症の人の状態や反応に応じて適切な臨床判断の下に、必要な手順を踏んで、ケアの方法を考え、次のステップへと進み、口腔ケアが完遂できているかどうかを評価した。そして、そのエキスパートの評価を動画の各場面に組み込み、学習者がその動画を閲覧し、臨床判断を通じて、次のアクションを検討する必要がある場面（条件分岐）であるかどうか、その条件分岐で認知症の人の状態や反応に応じて適切な対応が行えているかどうかを判定し、その答えをシステムに入力することで、エキスパートの答えと一致するか否かを検出できるシステムを構築した（図1）。このシステムを通じて、エキスパートと比較し、学習者が何に気づけておらず、何に対して適切な対応を検討できていないかが明確となり、経験学習モデルの①～③のプロセスを踏むことにつながった。この勉強会を2回開催したところ、2回目の勉強会においては、エキスパートとの一致率が高くなり、臨床判断と対応方法への思考が向上していた。

今後、エキスパートの優れた知識を「知識ベース」のデータベースに蓄積し、機械学習させていくことで、暗

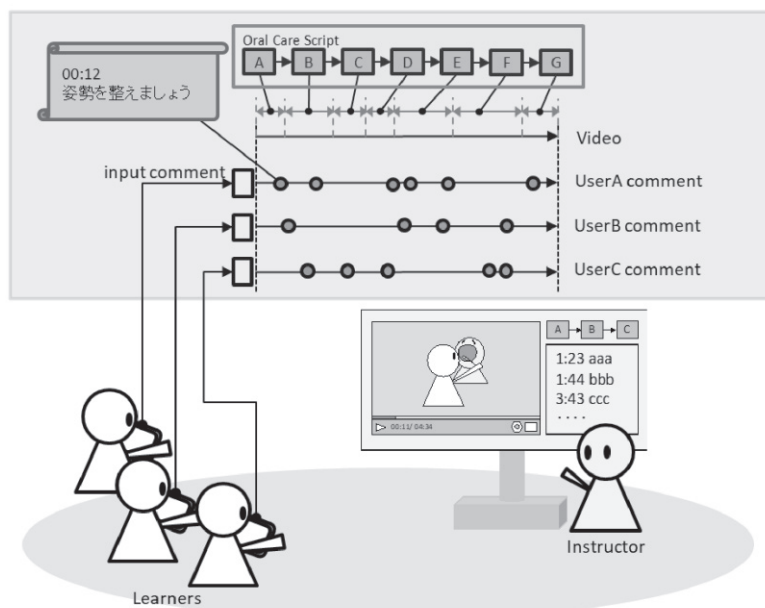


図1 口腔ケアの実践知学習システム



黙知で伝えることが困難であった「ナレッジ」を共有できるようにし、このナレッジを学ぶことができるシステムの開発が求められる。このシステムを通じて、自身で経験しなくても、様々な状況に応じた臨床判断を学ぶ機会を提供できると考えられる。

2. インタラクションの実践知学習システム

BPSDは、家族や介護者の介護負担の増加、介護ストレスの増加や介護者の心身の健康を損なうことを招く。また、認知症の人にとっても、BPSDは、個人が置かれた状況をなんとかやりくりしたいという結果としてあらわれるチャレンジング行動であるが、家族や介護者にはそのメッセージが伝わらず、否定的に捉えられるため、大きな心理的ストレスを招く。このようなBPSDを改善し、家族・介護者と認知症の人の双方が、人間ら

しい生活をとりもどすことのできるマルチモーダルなケア技法として、ユマニチュード（見る、話す、触れる、立つの4つの柱を同時に複数組み合わせるマルチ（複数の）モーダル（要素）を使ったケア）がある<sup>3)</sup>。このケア技法は、介護負担の軽減と関連していたことが研究を通じて検証されている<sup>3)</sup>。

そこで、介護者がこのマルチモーダルなケア技法が適切に行えているかどうか、また自身のマルチケアモデルなケア技法が認知症の人とのインタラクションの構築につながっているのかどうかを可視化し、トレーニングできるシステムの開発についても試みた。このシステムでは、ケア場面の映像を通じて、介護者<sup>4)</sup>が「見る」「話す」「触れる」がどのように行われているのかを可視化し、また、その結果として、ケアを定量的に評価する指標（認知症の人の反応：顔を背ける回数、顔をのける

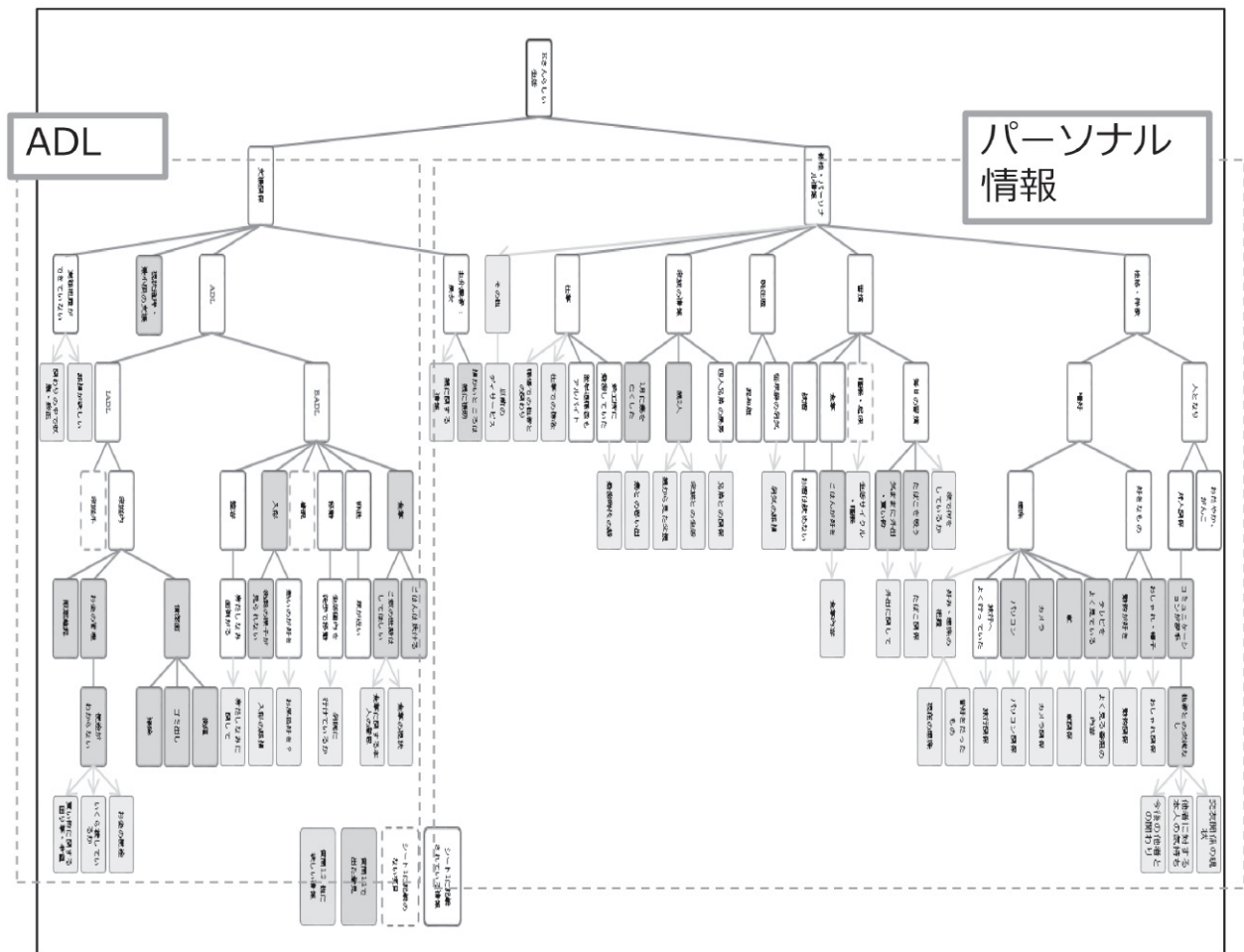


図2 知識表現技術を活用した記録情報の可視化

回数, うなづく回数, 下を向いている割合, 目が開いている割合, 目が合う割合等)の結果を検出できるものとなっている。このような指標を用いたフィードバックにより, 自身のケア技法を客観的に振り返るトレーニングに有用であると考えられる。

### 3. 記録情報を活用した高齢者の強みを可視化するテクノロジー

高齢者の残存能力(強み)を活用することは介護において重要である。利用者の生きがいを創出し認知症であってもその人らしい生活ができるような「よいケア」を実践していると評判の介護施設では, ケアプランやモニタリング情報や記録を連動させてケア実践に有効に活用していた。そのような施設における記録情報を可視化することで, どのように情報を活用しているのかを検証した研究が進められている<sup>5)</sup>。

まず, 記録情報の可視化をするために, 対象とした介護施設で抽出された重要なタームをICFで整理し, ナレッジグラフというAI技術を活用することで, 可視化に必要な記録情報がマッピングされる個性表現モデルを構築した。この仕組みを活用して, 同施設の記録情報を可視化すると(図2), この施設では日々変動するADLに関する情報よりも, パーソナリティに関する情報が豊富であることが確認できる。すなわち, 個人の得意なことや染み付いていることといった強みに重点が置かれ情報が蓄積されていることがわかる。ケア実践全てが記録に反映されていることはないが, ケアプランと記録が連動することで, ケア実践の成果を明らかにすることに繋がる。言い換えると, ケアで重視していることが記録に反映されているのであれば, 記録を可視化することで, 施設のケアの質の評価にも繋がる<sup>6)</sup>。誰もがデータを「活用」できる状況を作り出すことができれば, 介護DXにもつながる可能性がある。

### 4. VR技術を活用した教育システム

新型コロナウイルスにより, 医療・介護の臨床現場では, 学生の実習機会の減少を招いた。この対応として, バーチャル・リアリティ(VR)教材を活用した教育の導入の必要性が高まってきている。

認知症の人のケアやサポートにおいて, 認知症の人がどんな状況に置かれ, 何に困っているのかを推論してい

くためには, 必要となる事象を適切に「観察」し, アセスメントを行うことが必要となる。そこで, 現在, 360°の没入型映像を通じて, 自身が認知症の人が置かれている状況をアセスメントするために必要な情報を収集するために, 適切な観察行動を行えているかどうかを学習するためのシステム開発を行っている<sup>7)</sup>。提示される没入型映像は, せん妄状態になっている施設利用者の様子を観察することで, 症状, スクリーニング, 誘因に関する情報を捉えることが可能なシミュレーション教育のためのコンテンツとして設計されている。開発したシステムは, 観察行動を評価するために没入型映像空間において, 視線情報をどのように活用しているのかを可視化し, 視線の滞留や注目点の時間変化等の特徴を評価するものである(図3)。また, 見るべきポイントの座標情報を効率的に管理するために, 画像認識技術を活用して, 空間内の重要領域を自動的に登録する仕組みも実装している。予備的な検討として, 非専門の20代男女5名に対して, 映像コンテンツの内容に関連する講義映像を事前に試聴し, その後, 没入型映像の体験, そして, 映像コンテンツの中でどのような要因や症状が現れていたかを調査した。その結果, 高いと正答率を示した被験者は対象のオブジェクトへの滞留時間が長く, 何度も確認するような視線行動が確認された。また, 正答率の高い被験者は注目すべき対象に早く気づく傾向があることも示唆

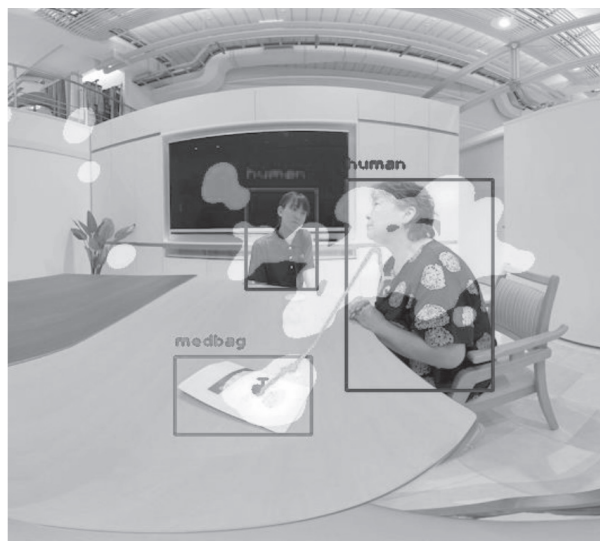


図3 没入型映像空間における視線の滞留や軌跡の可視化(四角の枠は自動的に空間内のオブジェクトが認識されている例)

された<sup>7)</sup>。

このように、学んだことをどのように実践に活かすのかというこれまでの流れから、バーチャル環境で実践的な体験をしながら理論を学べ、実習では体験できない状況と同じ条件でVR環境内に再現できる特性があるため、いつでも、どこでもトレーニングすることが可能で、新しい実践的学習環境の構築につながる可能性がある。

---

#### IV. おわりに

---

認知症の人との共生社会を実現するためには、認知症の人とのよりよい関係を築き、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるような関わりを持つことができているエキスパートの実践知をグッドプラクティスとして、認知症のケアを経験したことがない、あるいはどのようにケアしたらよいかかわからないという学習者に向けた教育システムの構築が重要と考えている。本稿で紹介した教育システムの活用により、認知症ケアに関わる実践的な知識やスキルの向上の促進につながることを期待される。

#### ■引用文献

- 1) Dewey, J: Experience and Education. Kappa Delta Pi, 1998 (ジョン・デューイ: 経験と教育. 講談社, 東京, 2004).
- 2) 小林美亜, 島田直哉, 小俣敦士, ほか: 臨床判断能力の向上を目指した口腔ケアの実践知学習システムの構築. 第34回人工知能学会全国大会論文集, セッションID: 3Rin4-66, 2021.
- 3) Kobayashi M, Honda M: The effect of a multimodal comprehensive care methodology for family caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr.* **21** (1): 434. doi: 10.1186/s12877-021-02373-w.2021.
- 4) 小野塚 優志, 高原 祥平, 飯山 将晃, ほか: 認知症ケアエビデンス創出のための表情の変化に着目したインタラクション分析. 第34回人工知能学会全国大会, 4Rin1-40. DOI [https://doi.org/10.11517/pjsai.JSAI2020.0\\_4Rin140](https://doi.org/10.11517/pjsai.JSAI2020.0_4Rin140)
- 5) 石川翔吾: AIとの共生—認知症ケア支援を例題とした作業療法の近未来. *作業療法ジャーナル*, **56** (13), 1344-1349 (2022).
- 6) 寺面美香, 柴田健一, 小林美亜, ほか: 認知症ケアの高度化に向けたICFを活用した個性表現に基づく当事者視点アセスメント支援システムの開発. *情報処理学会研究報告. 研究報告高齢社会デザイン (ASD)*, **20** (8), 1-7 (2021).
- 7) グエンジャン, 石川翔吾, 伊東美緒, ほか: 看護実践力育成のための視線情報を活用したVR教育システム. 第36回人工知能学会全国大会, 3Xin4-21 (2023).
- 8) Nguyen, G., Ishikawa, S., Ito, M., et al.: Evaluating Observation Skill in Nursing Education through Gaze-based Objective Assessment in Immersive Simulation, 22nd IEEE International Symposium on Mixed and Augmented Reality (投稿中).

## 特集：ロボティクス、AI、ICT と在宅ケア実践への適用

# ICTによる可視化データを用いた訪問看護業務の効率化

Efficiency Enhancement of Home Nursing Tasks Through ICT-Utilized Visualization Data

藤野 泰平

日本在宅ケア学会誌, 27(1):28-32(2023)

## I. 弊社概要

株式会社デザインケア（以下、当社）は、2014年に愛知県名古屋市中区で創業した「みんなのかかりつけ訪問看護ステーション」を運営する企業です。「訪問看護」「コミュニティデザイン」「企業内保育園」の3つの事業を展開し、0歳から100歳を超えるすべての方々に最適なケアを提供する体制づくりを進めています。訪問看護ステーションは11都府県に計27施設あり、職員数は約220名です（2023年8月時点）。「日本の隅々まで最高のケアを届ける」というビジョンの実現に向け、現在は100店舗を目指すフェーズに入りました。都市部に限らず医療過疎地も含めた事業展開を行い、「訪問看護を日本の社会インフラにする」ことを目指しています。

## II. ICT ツールの活用のきっかけと目標設定

当社ではビジョン実現のため、「Better Work（働く環境）」「Better Care（ケアの質）」「Better Community（持続可能な社会）」という3つのバリュー（大切にしている価値基準）を設定しています。私たちの全ての活動は「Better Work」、すなわち「まず働く自分たち自身がハッピーであるべき」という考えから始まります。だからこそ、生きる力と生きる希望を育む最高のケア＝「Better Care」に全力でチャレンジでき、医療・看護に基づく地域創生＝「Better Community」を追求できるという考えからです。

Yasuhira Fujino  
株式会社デザインケアみんなのかかりつけ訪問看護ステーション

ICTによる可視化データを用いた訪問看護業務の効率化は、時間を効率的に使い、「Better Work」と「Better Care」の両立に挑戦するための手段であり、日本の隅々まで最高のケアを届けるために必要な取り組みでした。

訪問看護ステーションには情報共有・相談・記録作業・社外からの連絡対応など、訪問業務以外に様々な業務があります。2012年桑原らの研究<sup>1)</sup>では、直接的なケアではない間接業務は、業務全体の38%もあると述べられています。当社が目指す最高のケアを追求するにあたり、その準備やケアの時間を十分に確保するためには、これらの間接業務をどう効率化するかが重要な課題でした。この課題を解決し、ビジョン実現に近づくための手段の1つが、ICTによる可視化データを用いた業務効率化です。

## III. 業務効率化の目標設定

まず、業務効率化に取り組む前に、ビジョンと目指す方向が合っているか、始めに徹底的に検討しました。ビジョンに合わない取り組みはスタッフの混乱を招き、目指す方向を見失いかねません。そこで、「日本の隅々まで最高のケアを届ける」というビジョンのもと、業務効率化の目的を①スタッフの労働環境改善（Better Work）②情報の共有化③データの蓄積の3つに設定し、それぞれに目標を立てました。

①スタッフの労働環境改善の目標は、「ICTツールの導入やウェブ会議の最大活用により、事務所以外の場所で業務処理ができることでスタッフの労働環境が改善すること」と、「事務作業の効率化・業務の時間短縮、移

動時間の減少によって、利用者様のケアに使える時間を増やすこと」の2つとしました。

②情報の共有化の目標は、「情報をいつでも誰もが素早く公平に知ることができ、情報不足によるサービスの差をなくすこと」としました。

③データの蓄積については、ケアの質を向上しBetter Careにつなげるため「情報を蓄積すると同時に取り出しやすくし、サービスの質の向上につなげること」と、「データをとることで、QI（クオリティインディケーター）を創ること」を目標にしました。

業務効率化を目指すそれぞれの活動目標を、ビジョンの実現から戦略的に考えることで、組織で一丸となって取り組んでいけると考えています。

#### IV. ICT ツール活用の実践事例と効果

##### 1. 電子カルテ化の推進と社内チャットツールの活用

当社では、創業時から電子カルテ、社内チャットツールを導入し、看護記録やコミュニケーションに活用しています。電子カルテはスマートフォンから閲覧・入力できるため、訪問後や訪問の間隙時間に記録を行うことで、記憶違いなどによるミスや、思い起こすための時間の浪費、入力忘れを防いでいます（写真1）。電子カルテは



写真1 スマートフォンで記録・確認できる電子カルテ

全訪問スタッフに共有されているため、夜間オンコール担当のスタッフが最新の利用者情報を確認できることも大きなメリットです。

社内チャットツールも、社内の情報共有に大きく貢献しています。「電子カルテには記録しないが申し送りはしておきたい」内容をチャットで共有することで、申し送りの時間が少なく済むようになりました（写真2）。社内チャットツールはリアルタイムに利用者情報を共有できるので、不安や疑問を投げかけると他のスタッフからスピーディーに回答が返ってきます。チームメンバーだけでなく、専門的な知識を持つ他店舗のスタッフなどからも多様な意見を聞けるため、不安や疑問をすぐに解消でき、次のケアや休みに集中できるという効果もあると考えています。

##### 2. 電子カルテと社内チャットツールの併用

電子カルテと社内チャットツールを併用することで、誰でも情報にアクセスできる仕組みができ、利用者が求めていることをより深く共有できるようになりました。チーム内での情報格差が解消され、全員で同じ方向を向いてケアに取り組んでいます。チームの取り組みは社内チャットツールで共有されるので、他店舗のチームもベストプラクティスを参考にでき、チームの総合力向上に

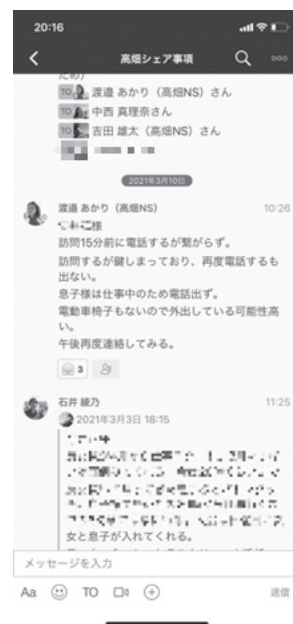


写真2 訪問時の連絡事項や相談を社内チャットツールで共有

もつながっています。

また、利用者からの緊急の電話があった際に、連絡の後方支援や訪問調整等を行うスタッフがすぐに情報にアクセスできるので、スムーズに連携しながら対応できています。社内にいる専門看護師や認定看護師とコミュニケーションを取りやすい安心感もあります。

そのほか、バックオフィススタッフが共有された情報を見ることでケアを具体的に実感できるというメリットもあり、組織の一体感を高めることができます。スタッフから管理者への相談も、訪問の合間に社内チャットツールで行えます。管理者は隙間時間に返信することで情報交換が完結することが増え、効率的に時間を使えます。

### 3. インターネット Fax による連携促進

インターネット Fax は創業時より導入しており、社外連携を促進させるツールとして活用しています。移動が多い訪問看護の特性上、事務所でしか Fax を利用できなければ、利用者への対応も遅れ、残業に繋がります。インターネット Fax はどこにいてもスマートフォンやタブレット端末から内容を確認でき、返信することもできます。これによって事務所に戻る必要がなくなり、対応スピードも早くなりました。利用者からはケアの結果や相談を「すぐに医師やケアマネージャーに Fax してくれるのでうれしい」という声をいただいています。

また、電子カルテに記載した内容をそのまま携帯デバイスからコピー＆ペーストし、連携先に Fax 送信できるので、効率化に大きく貢献し、利用者への早期介入も実現できるようになりました。

### 4. Web 会議システムの導入

当社では、2018 年から動画を使った Web 会議システムを導入しています。これによって会議の日程調整がしやすくなり、移動の時間を抑えられるようになりました。もちろんすべての会議が Web でできるわけではないので、会議の種類や目的に合わせて選択しています。また、朝礼や夕礼に直接参加できないスタッフが、Web 会議システムを活用して参加できるようになり、直行・直帰の対応もしやすくなりました。スタッフ同士の相談時にも、お互いの表情が見える Web 会議システムを使うことで、社内コミュニケーションがよりいっそう加速しま

した。

また、web 会議は録画ができるので、参加できなかったスタッフが後で内容を確認したり、ナレッジとして社内で共有したりできることも業務効率化に大きく貢献しています。

### 5. Google マップの使用

移動の多い訪問看護では、訪問動線の効率化も重要です。移動時間を短縮する目的は、多くの利用者へケアを届けることと、スタッフの Better Work の両立です。当社では Google マップ上で、利用者の住所、ケア内容、訪問曜日や時間などを入力して「ご利用者様マップ」を個人情報を管理して作成し、効率的な導線づくりを行っています。

訪問導線や移動にかかる時間が可視化されたことで、新規依頼の際、スタッフの最新の訪問ルートを確認しながら「○曜日の○時だったら訪問できるので受け入れ可能です」など、感覚に頼らない具体的な回答ができるようになりました。

---

## V. 運用ルール策定とナレッジマネジメント

---

ICT 化の推進には、運用ルールの策定が重要です。例えば、Web 上のコミュニケーションにおいては、訪問記録を行うのは会社のスマートフォンのみ、記録を行うタイミングは訪問時か訪問直後、業務の報告・連絡・相談については緊急度や重要度に合わせて電話と社内チャットツールを使い分けるなど、運用ルールを策定しました。ルールがなければ、従来通りの慣れた方法で連絡してしまい、ICT 化のメリットを享受できません。運用ルールをもとに、スマートフォンで音声入力したり、利用者の歩行動作の動画を社内チャットツールに共有してリハビリテーションスタッフに相談したり、各自が創意工夫する土壌ができています。さらに、こうした工夫を全社で共有することで、進化を速めています。

また、ICT 化により蓄積・可視化されたデータを社内で共有するためのナレッジマネジメントも重要です。我々は全国 26 店舗のステーションを運営しているので、うまくいっている店舗のナレッジを可視化し、横展開することで、進化を加速することができます。多くの仲間と工夫をすること、そして善い事例を見つけて共有する

ことは、最高のケアを追求する体制づくり、その先にあるビジョン実現に繋がります

## VI. 効率化による3つの成果

業務効率化の取り組みは、大きく3つの成果をもたらしました。1つ目は「事務作業等の時間の短縮」です。会議時間の調整や情報を探す手間、記録内容を思い起こす時間などが削減されました。事務作業の時間が短縮した分、ケアについてチームで話し合う時間が増えたことも、大きなメリットです(写真3)。

2つ目の成果は、「労働環境の向上」です。訪問記録、インターネット Fax、Web会議システムなどの活用により、事務所でなければならない作業がほぼなくなり、移動時間が削減されました。また、紙ベースでの業務が減ったことで、書類データのコピーやFax送信などの作業が簡略化され、時間短縮につながっています。

3つ目の成果は、「看護職の身体的・精神的負担の軽減」です。電子カルテは場所を問わずアクセスできるため、夜間オンコールのためにカルテやメモを持ち帰る必要はありません。カルテやメモを紛失するという情報漏洩のリスクが減り、「簡単に情報へアクセスできるため便利」という声がスタッフからも聞かれます。また、子どもの

急な体調変化などで帰宅しなければならない際にも、電子カルテや社内チャットツールがあることで、在宅での記録業務等の事務対応が完結できるようになりました。

これらの業務効率化の結果、訪問スタッフの残業時間は月約5時間に低減しました。職場環境が改善され、採用にも好影響があります。当社では従業員満足度をNPS(ネットプロモータースコア)で評価しており、プラスの値で経過しています。スタッフの満足度が高まった結果、スタッフが一緒に働きたい看護師やセラピストを組織に呼び込んでくれるようになり、積極的なリファラル採用の促進につながります。業務の効率化の先には、支出削減以上の様々なメリットがあると感じています。

## VII. 今後の展望

今後は、在宅医療における横と縦の広がりに対応したいと考えています。通信規格5Gの拡大や、それに伴うICT技術の進歩は、医師のいない医療過疎地にも訪問看護やD to P with N(Doctor to Patient with Nurse)などの沿革医療が広がると考えています。それが横の広がりであり、その際、ICTツール選びやルール策定、人材育成などをどのように進めるか検討していく方針です。



写真3 効率化によって生まれた時間は、利用者の「生きる希望のケア」を支える時間にも使われる

縦の広がりとしては、社内に「医療の質安全室」を設置し、“在宅ケアの質”のデータを集めるため、在宅ケアの指標づくりに取り組んでいきます。在宅ケアの質を可視化することで、我々が目指す最高のケアにつながっていくと考えます。

また、DX（デジタルトランスフォーメーション）化にも積極的に取り組み、労務・総務等スタッフ業務のさらなる効率化を図り、最高のケアに使える時間を最大化することを目指しています。限られた資源の中で高い成果を出すためにはどういった指標が重要なのかを明らかにし、それを磨き続けることで、利用者の満足度の向上、ひいては医療費の削減にもつながると考えています。

少子高齢化や人口減少が進む日本において、働き手も不足していくことが予想されます。従来通りの方法で

は、ケアを受けたくても受けられない人も生じてしまいます。そういった未来を変えるためには、様々な科学技術を活用しながら、ケア提供体制の再定義をしていく必要もあるのではないのでしょうか。

我々も、DX やAI、ロボティクスの導入の検討を始めました。これからも様々なツールを活用していきながら、人の温かさをベースにした最高のケアを、日本の隅々まで届けるというビジョン実現に取り組んでいきます。

#### ■引用文献

- 1) 桑原雄樹, 永田智子, 田口敦子, 成瀬昂, 八巻心太郎, 田上豊, 村嶋幸代: 直接・間接業務時間比からみた訪問看護ステーション利用者の特徴. 日本医療・病院管理学会誌, 49 (4) : 227-237 (2012).



## 特集：ロボティクス，AI，ICT と在宅ケア実践への適用

# テレナーシングの現状と在宅ケア実践への適用に向けた課題

Current Status of Telenursing and Challenges for its Application to Home Care Practice

亀井 智子

日本在宅ケア学会誌, 27(1):33-37(2023)

## I. はじめに

人口減少が進むわが国では、地域で働く医療人材の不足や偏在は今後さらに進むことが予測される。一方、慢性疾患等をもつ後期（75歳以上）高齢者の増加が著しく、フレイル等老年症候群も加わりやすくなるため、重症化予防は課題である<sup>1)</sup>。高齢者が慢性疾患を抱えながらも、その人らしく住みなれた地域や自宅での生活を維持し重症化を防ぐ上で、専門職による継続的な支援の重要性がこれまで以上に高まっている。医療Dx（デジタルトランスフォーメーション）が加速する中、この解決策の一つとして情報通信技術（ICTs；Information and communication technologies）を用いた看護の方法であるテレナーシングの活用があげられる。

2000年の内閣府e-Japan戦略<sup>2)</sup>の推進、2016年の未来投資会議<sup>3)</sup>において、遠隔診療の診療報酬化が明言され、そしてSoicety5.0（第5期科学技術基本計画（2016-）<sup>4)</sup>において医療・介護への新たな価値としての遠隔医療の推進等、わが国の遠隔医療全般が推進されている。さらに、2020年からの新型コロナウイルス感染症パンデミックにより、直接対面しない遠隔医療が注目されるようになった。

テレナーシングは遠隔医療の一部であり、利用者の通院時間、看護職の訪問移動時間とその費用の負担を減らし、看護を提供することができる。ケアニーズの高い利用者に対して、多職種連携の元、遠隔モニタリングや遠隔観察を取り入れることで、ニーズにきめ細かく対応す

ることが可能となる。さらには今後、潜在看護職の活用も考えられ、看護人材の有効活用の可能性もある。しかしその一方で、わが国の診療報酬化は十分ではない。本稿では、テレナーシングの現状と在宅ケアに向けた課題について述べる。

## II. テレナーシングとは

日本在宅ケア学会では厚生労働省の委託を受け、2021年にテレナーシングガイドライン<sup>5)</sup>を刊行している。それによれば、テレナーシングとは「情報通信技術（ICT）と遠隔コミュニケーションを通じて提供される看護活動」をいう<sup>5)</sup>。テレナーシングは2種類に大別され、看護職（保健師・助産師・看護師）-利用者間で行われるもの（N to P）、看護職同士で行われるもの（N to N）がある。2010年代後半には、インターネットが一般に普及し、現在のインターネット利用率84.9%<sup>6)</sup>となったわが国では、テレナーシングを行うための社会的インフラはほぼ整ったといえるが、今後5G、6Gの広がりによって、さらにストレスのないビデオ通話等が実現される見込みである。主に使用するデバイスは、遠隔コミュニケーションに不可欠なPCやタブレット端末、webカメラ・マイクに加えて、利用者側の計測機器等が上げられる。

テレナーシングの対象は、健康増進、妊産褥婦、傷病の急性期・回復期・慢性期、看取り期にある人、これらの家族や介護者、地域の特定集団等、健康上のニーズをもつ者など幅が広い。また、テレナーシングを提供する場としては、医療機関、訪問看護ステーション、保健所・

保健センター、市区町村や国民健康保険組合、企業健康保険組合、職域、大学等の研究機関、民間企業があげられる。

テレナーシングでは、遠隔地の利用者の心身情報を把握し、遠隔看護観察を加え、それらの情報をもとにアセスメントを行って心身状態を評価する。そしてそれらに基づいたテレメンタリング（親身に相談にのること）とエビデンスに基づく遠隔保健指導、介護者の不安や悩みへの相談支援等も行い、利用者の健康増進や疾患をもちながらも安定した生活を送ることをめざす。

看護職はこれまで一般電話による健康相談を長らく行ってきた経験がある。インターネットやテレビ電話を用いたテレナーシングは、ICT技術の進展による電話相談の発展型であると捉えることができる。テレビ電話を用いることで、利用者と画面越しに対面して会話ができ、利用者の表情、浮腫、創の状態、生活環境等の看護観察を行うことができる。また、血圧や酸素飽和度、血糖値、一日の歩数等、遠隔モニタリングを併用することで、計測機器から直接、リアルタイムでデータを受け取ることも可能となる。そのため、それらの情報をもとに利用者进行评估することができ、的確な看護につながる。ICTと心身情報を適切に活用することで、継続的かつ質を保証した看護として、拡大していくことが期待できる。

### Ⅲ. テレナーシングの現状

#### 1. 動向とエビデンス

看護職が行うテレナーシングについては、2000年以降に欧米からの報告が増え、妊産婦、慢性疾患、認知症、介護者支援等に広がっている。大学や医療機関にテレナーシングセンターが併設されるもの、企業と医療機関が連携して提供するもの、州や自治体が住民を対象に行うもの等がある。わが国でも、慢性心不全<sup>7)</sup>、慢性呼吸不全<sup>8)</sup>、慢性閉塞性肺疾患（COPD：Chronic obstructive pulmonary disease）<sup>9)</sup>、糖尿病<sup>10)</sup>、がん<sup>11-12)</sup>、褥瘡のある在宅療養者<sup>13)</sup>ほか、テレナーシングの研究・実践が報告されている。

COPD、心不全、糖尿病高齢者への在宅モニタリングに基づくテレナーシングのエビデンス（科学的根拠）は、「在宅ケア実践ガイドライン2022」でも紹介し、

GRADE評価を行っているので、ぜひそれを参照していただきたい。エビデンスの概要は、次のとおりである。COPD IV期で在宅酸素療法を行う慢性呼吸不全者では、COPD増悪による入院の在院日数減少<sup>14)</sup>、死亡率低下<sup>14)</sup>、不安の減少<sup>15)</sup>の効果が示されている。心不全療養者を対象とした遠隔モニタリング支援<sup>16)</sup>では、抑うつ軽減に有効である。糖尿病では、HbA1cの改善に有効である<sup>17)</sup>。現在ガイドライン改訂のためのレビューのupdateを進めているため、今後これらの結果は更新される予定である。

#### 2. 実践例

筆者らはCOPD、がん、心不全、糖尿病、難病等、慢性疾患をもつ在宅高齢者が安定した生活を送ることができるよう、日々の心身状態をモニタリング・トリアージし、それに基づくテレナーシングを提供している<sup>18)</sup>。日々の遠隔モニタリング項目は、疾患特性に応じて、経皮的酸素飽和度、血圧、血糖値、体重、歩数、食欲、服薬、身体可動性、息切れ、痛み、症状等の中から選択している。利用者にはタブレットPC、Bluetooth®対応の血圧計等の計測用具一式を貸与し、画面表示と音声に従って、絵柄の回答選択肢からその日の様子をタッチ回答する方法をとっている（図1）。問診項目の開発方法は、急性増悪を生じた際の症状に関するインタビュー調査、および文献レビューをもとにすすめ、必ずしも教科書的ではない症状を含めた増悪兆候のモニタリング項目を作成している。看護の質を保証するために、受信した心身データは判断樹に基づいて確認し、必要時に看護相談・保健指導を提供している。増悪兆候を把握した際には、医師



図1 テレナーシング利用者用端末トップ画面の例

## テレナーシング看護記録のテキストマイニング分析結果

70歳代男性(肺がん化学療法のため遠隔モニタリングに基づくテレナーシングを1年6か月間実施)

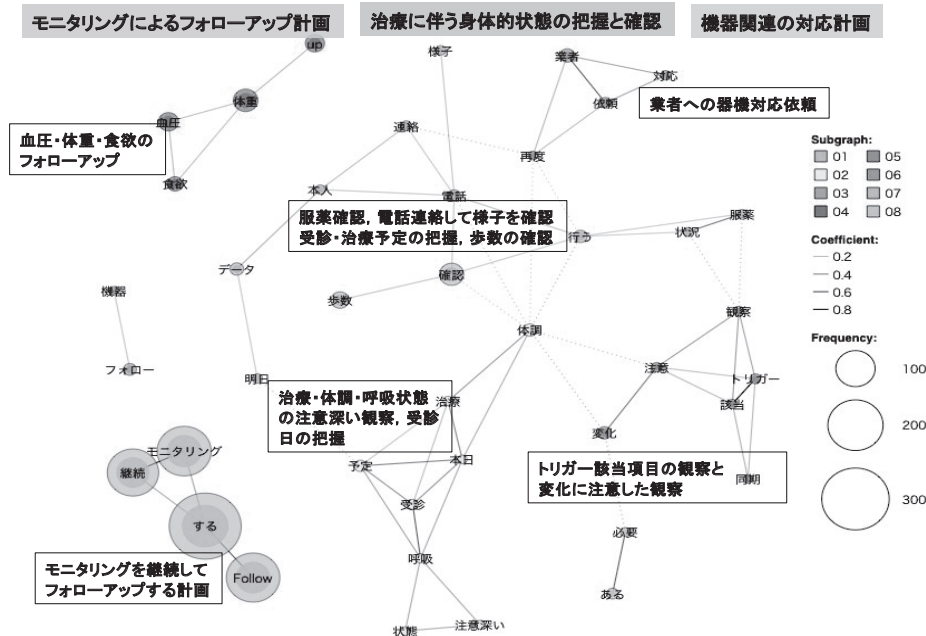


図2 テレナーシング看護記録の内容の分析

の指示書に応じた対応を行っている。

看護の内容は、利用者の症状や訴えを傾聴し、その日の症状や食事、運動、睡眠等を含めた生活状況に応じた相談や、息切れ等の症状緩和、体重増加の理由の判断、服薬に関する保健指導等である。テレビ電話での看護観察では、表情、息切れや肩呼吸、顔色等の症状を観察し、テレメンタリングの提供が基本となる。また、利用者が決定した目標に沿った生活習慣や服薬の確認、そして病状変化時の受診のすすめ等、意思決定を支援することが中心となっている。

図2には70歳代の事例への1年半にわたるテレナーシングの看護記録を計量テキスト分析した結果を示している。看護記録の頻出語とそれらの共起ネットワークから、主なテレナーシング内容のカテゴリーと共起性を示している。この事例では、定期的に行う化学療法中の血圧、体重、食欲のフォローアップを行い、体調の変化を把握し、服薬確認や化学療法の治療予定の把握、トリガー該当項目の観察、業者への器機対応依頼、フォローアップ計画などを行っていることが分かる。高齢者の化学療法継続中には、急激な変化が生じることがあり、特に医師

との連携は重要である。医師にはトリガー該当時の緊急連絡、定期的なサマリー報告を行い、連携を行っている。そのため、在宅モニタリングデータやテレナーシングが治療に活かされている。

## IV. 在宅ケア上の課題

1つ目の課題はテレナーシングへの診療報酬である。国民健康保険制度に遠隔医療（わが国ではオンライン診療という）の診療報酬化がはかられたのは2018年であるが<sup>19)</sup>、これは医師が行う遠隔診療が対象である。同じく2018年に、在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算<sup>20)</sup>が新設され、COPD Ⅲ期以上で在宅酸素療法を受ける者への遠隔モニタリングとそれに基づく医師または、看護師による保健指導に算定できる。2022年度診療報酬改定では、がん患者指導管理料<sup>21)</sup>について、がん患者で継続して治療を受ける者へ医師の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定することができるが、これにICTを用いた場合の

算定が可能となった。このように、看護職が行うテレナーシングへの診療報酬項目は少しずつ広がっている。しかし、評価額が十分とはいえないため、現在の算定件数は少なく、普及への壁は厚い。今後遠隔地等では、訪問看護ステーションによるテレナーシングの提供が増えるものと見込まれ、訪問看護ステーションからのテレナーシングへの診療報酬化を検討する必要があると考えられる。

2つ目にテレナーシングの育成である。当学会では、2022年度に厚労省の委託を受け、2023年度からはケアイノベーション研究・研修委員会が主催して、テレナーシングセミナーを開催し、1,000人の看護職が受講を修了している。2022年には、新型コロナウイルス陽性の自宅待機者や滞在施設入所者への遠隔健康相談に対応するため、厚労省の委託を受け、都道府県を対象とした看護職員研修会を8回開催したところである。このように、当学会では、先述のガイドラインの作成とともに、テレナーシングを担うテレナーシングの育成も始めている。しかし、看護基礎教育にテレナーシング教育を取り入れている国内看護系大学は3.8%<sup>22)</sup>に留っており、専門職教育は緒についたところである。テレナーシング教育を行う教員人材、そしてテレナーシング実践の現場も十分ではない上、看護教育カリキュラムにゆとりがない等、テレナーシング教育を各大学が取り入れるためには現状では課題がある<sup>22)</sup>。早急にテレナーシングに必要なコンピテンシーを明確化し、教育カリキュラムを作る必要があると考えている。

最後に情報管理の課題を上げる。テレナーシングは地域包括ケアの一部である。従って、利用者の情報は本人、あるいは家族の許可のもと、関係機関・関係職種と共有することで、リアルタイムでの連携に活かすことができる。一方で、医療機関等ではより一層、サイバー攻撃から情報を守る対策が必要となっており、電子カルテへのアクセスは厳しく制限され、医療・健康情報が管理されている。筆者は、遠隔モニタリングにより収集される心身の健康情報は、診療上の情報として活用されるべきものと考えており、現に筆者らのテレナーシングでは、家庭血圧や身体症状等の情報が外来診察時の処方変更にも役立てられている。今後はわが国においても、電子カルテは標準化の方向に向かい、システム間のデータ互換や格納をスムーズに行えるような方向である<sup>23)</sup>。テレナー

シングのみならず、他の医療機関での治療歴や処方歴、手術歴等情報連携が容易になれば重複検査や処方が改善して、診療の質の向上に大きく寄与すると考えられる。利用者にとっても、紹介状（診療情報提供書）や退院時サマリーを持参する必要がなくなる等のメリットがある。在宅で電子的に収集される遠隔モニタリングデータを電子カルテ上にも保存でき、診療に活用されると良いと考えている。くしくも現在マイナンバー（個人番号）カードの情報漏洩が連日のように報道されているが、マイナンバーは、行政の効率化や国民の利便性向上による公平・公正な社会の実現を目指すものとしてスタートしている。健康情報は本人自身のものである。諸外国ではすでに行われているように、マイナンバーによって自身が医療・健康情報を閲覧でき、健康情報は自分で管理するという意識をもつ必要があるが、これにはまだ少し時間が必要であると考えている。

---

## V. まとめ

---

慢性疾患管理（chronic disease management）の考え方には、単に対象者のセルフケアを促進することばかりでなく、ヘルスケアを供給する体制整備、利用者本人と家族の意思決定を促進するための支援、支援のための保健医療福祉機関間の情報システムとネットワーク化等が含まれる<sup>24)</sup>。テレナーシングを行う場合、各機関での人材育成、場所の確保、実施方法の検討、通信回線確保と器材の整備が必要である。早急に教育プログラムを作り、質の高いテレナーシングを育成し、どこに暮らす人にも看護を広く届け、地域包括ケアシステムに貢献する日がくることを期待している。

### ■引用文献

- 1) 厚生労働省：高齢者の医療の現状等について ([https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000125582.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125582.pdf), 2023. 7. 27).
- 2) 内閣府：e-Japan戦略 (<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/010122gaiyou.html>, 2023. 7. 27).
- 3) 内閣府：未来投資会議 (<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/>, 2023. 7. 27).
- 4) 内閣府：第5期科学技術基本方針 (<https://www8.cao.go.jp/cstp/kihonkeikaku/index5.html>, 2023. 7. 27).

- 5) 日本在宅ケア学会編：テレナーシングガイドライン，照林社(2021)。
- 6) 総務省：令和4年通信利用動向調査([https://www.soumu.go.jp/menu\\_news/s-news/01tsushin02\\_02000164.html](https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01tsushin02_02000164.html), 2023. 7. 27)。
- 7) 石橋信江, 東ますみ, 藤永新子, ほか：高齢慢性心不全患者のセルフモニタリングを促す遠隔看護介入モデルの実践と有用性の検証。日本看護科学学会誌, **38**, 219-228 (2018)。
- 8) 霜山真：非侵襲的陽圧換気療法を受けている慢性呼吸不全患者の急性増悪予防を目的とした遠隔看護介入プログラムの効果。医療の広場, **58**(9)：18-20 (2018)。
- 9) 亀井智子, 山本由子, 梶井文子, ほか：COPD在宅酸素療法実施者への在宅モニタリングに基づくテレナーシング実践の急性増悪および再入院予防効果—ランダム化比較試験による看護技術評価—。日本看護科学学会誌, **31**(2)：24-33 (2011)。
- 10) 尾崎果苗, 加澤佳奈, 森山美知子：糖尿病腎症患者に対する遠隔面談型セルフマネジメント教育と直接面談型教育の効果の比較：12ヵ月フォローアップ結果。日本糖尿病教育・看護学会誌, **21**(1)：46-55 (2017)。
- 11) 佐藤大輔：がん患者の術後合併症の増悪予防を目的とした遠隔看護システムの効果。日本遠隔医療学会雑誌, **14**(2)：64-71 (2018)。
- 12) 原田智世：肺がん高齢者を対象とした在宅モニタリングに基づくテレナーシングの実践と混合研究法による評価：症状の特徴と本人の経験に焦点を当てて。聖路加国際大学修士論文。doi.org/10.34414/0016495 (2021)。
- 13) 熊田奈津紀：在宅療養患者の褥瘡ケアに対する遠隔看護コンサルテーション。日本遠隔医療学会雑誌, **14**(1)：12-15 (2018)。
- 14) 猪飼やす子, 大友晋, 南琴子, ほか：慢性閉塞性肺疾患在宅療養者を対象とした専門職による遠隔モニタリング支援のヘルスアウトカムへの有効性：システムティックレビューとメタアナリシス。日本在宅ケア学会誌, **25**(1)：38-53 (2021)。
- 15) 大友晋, 猪飼やす子, 南琴子, ほか：慢性閉塞性肺疾患在宅療養者を対象とした医療専門職による遠隔モニタリング支援の不安と生活の質への有効性：システムティックレビューとメタアナリシス。日本在宅ケア学会誌, **25**(2)：93-107 (2022)。
- 16) 猪飼やす子, 根岸由依, 加藤エリカ, ほか：心不全在宅療養者を対象とした専門職による遠隔モニタリングのヘルスアウトカムへの有効性：システムティックレビューとメタアナリシス。日本在宅ケア学会誌, **25**(2)：77-92 (2022)。
- 17) 遠藤美咲, 山本由子, 亀井智子：2型糖尿病在宅療養者を対象とした遠隔モニタリングに基づくテレナーシングの効果：システムティックレビューとメタアナリシス。日本在宅ケア学会誌, **26**(2)：81-85 (2023)。
- 18) Kamei T, Yamamoto Y, Kanamori T, et al. : Detection of early-stage changes in people with chronic disease : A telehome monitoring-based telenursing feasibility study. *Nursing and Health Sciences*, **20**, 313-322. doi:10.1111/nhs.12563 (2018)。
- 19) 厚生労働省：平成30年度診療報酬改定について(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>, 2023. 7. 27)。
- 20) 厚生労働省：平成30年度 診療報酬点数医科：第2章特掲診療料：第2部 在宅医療：第2節在宅療養指導管理料：第1款在宅療養指導管理料-C 103。在宅酸素療法指導管理料([https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika\\_2\\_2\\_2\\_1/c103.html](https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika_2_2_2_1/c103.html), 2023. 7. 27)。
- 21) 厚生労働省：令和4年度診療報酬改定の概要：個別改定事項Ⅲ(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001066182.pdf>, 2023. 7. 27)。
- 22) 亀井智子, 山本由子, 光永悠彦, ほか：国内看護系大学・大学院における遠隔看護教育の実態と課題(第1報) 学士課程教育上の課題とニーズ。日本遠隔医療学会誌, **16**(2), 110-113 (2021)。
- 23) 厚生労働省：電子カルテ等の標準化について(<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000685281.pdf>, 2023. 7. 27)。
- 24) Reynold R, Dennis S, Hasan I, et al. : A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam. Pract.*, **9**;19(1)：11. doi: 10.1186/s12875-017-0692-3 (2018)。

● 原 著 ●

## 避難指示解除地域に暮らす高齢者が 肯定的感情を抱く日常生活での経験

Everyday Life Experiences Viewed Positively by Older Adults Living  
in Areas with a Lifted Evacuation Order

鹿俣 律子, 高橋 香子, 坂本 祐子

Ritsuko Kamata, Koko Takahashi, Yuko Sakamoto

**要旨**：本研究は、東日本大震災及び福島第一原子力発電所事故による避難の後、避難指示解除地域に帰還し暮らす高齢者が、肯定的感情を抱く日常生活での経験について明らかにすることを目的とした。高齢者10名に半構成的面接を実施し、質的記述的に分析を行った結果、【ふるさとのよさを実感する我が家での生活】【家族や先祖の思いを継ぐ営みに感慨を感じる】【一緒にいられる喜びに浸れる同居・別居家族との団らん】【同じ町外避難の経験を持つ仲間とのつながりを実感する交流】【自他の喜びを実現する活動】【暮らす人が増えてきた町の様子に安堵感を抱く】【未来への希望を抱かせる若い世代とのふれあい】【自分の力で十分に過ごしていける充実した暮らし】の8カテゴリが抽出された。避難指示解除地域の高齢者にとって、本来の我が家や家族や先祖に対する自己の役割を果たすことや若い世代との親しい交流が、肯定的感情を抱く経験となっていることが示唆された。

**キーワード**：避難指示解除地域、高齢者、日常生活、肯定的感情

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 38-46(2023)

### I. 緒 言

福島県では、2011年に東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故があり、現在も多くの人が避難中であるが、2014年より順次開始された避難指示解除により自市町村への帰還が進められている。帰還した地域の高齢化率は高く、その多くが避難や帰還による世帯分離を経験し、家族や近隣との交流の減少、医療機関等の社会資源が乏しい中で生活となっており<sup>1-2)</sup>、帰還した高齢者がいかに健康な生活を続けられるかは重要な課題となっている。高齢者は、予備力等の低下により心や生活のありようが身体に影響を及ぼしやす<sup>3)</sup>、日常生

活での些細な出来事をきっかけに心身機能の低下が起きる場合があるなど<sup>4)</sup>、日常生活での経験は、高齢者の身体的・精神的・社会的健康にとって重要な意味を持つ。特に日常生活での経験に伴う肯定的感情と健康との関連については、普段から肯定的感情の経験量が多いと免疫機能が高いこと等が明らかにされている<sup>5-6)</sup>。肯定的感情は人々の考え方や行動の範囲を広げる働きを持ち、これが新たな知識やソーシャルサポートなどの持続的な資源を形成することで健康や充実感が高まり、さらに幸福感等の肯定的感情を得ることにつながると示されている<sup>7)</sup>。そのため、避難や帰還による大きな生活の変化を経て、避難指示解除地域に暮らす高齢者の健康においても、肯定的感情を抱く日常生活での経験は重要と考えられる。

避難指示解除地域での住民の生活に関連する先行研

究としては、帰還した住民の生活課題と政策の分析<sup>8-9)</sup>、介護福祉の現状と課題<sup>1)</sup>、帰還した住民の生活実態に関する調査<sup>2), 10)</sup>、避難指示解除地域でのこころの健康に関連した研究<sup>11)</sup>、避難者と帰還者の心理的苦痛に関する研究<sup>12)</sup>、医療体制の整備<sup>13-14)</sup>や保健活動<sup>15)</sup>、こころの健康に関連した取り組み<sup>16)</sup>についての報告がある。しかし、高齢者に焦点を絞って実施した研究はなく、高齢者の日常生活における経験の実態は明らかにされていない。そのため本研究では、避難指示解除地域に暮らす高齢者が、肯定的感情を抱く日常生活での経験について明らかにすることを目的とした。肯定的感情を抱く日常生活での経験は、生きがいやこころの安定といった精神的・社会的健康だけでなく、身体的な健康を高めることにも深く関連しており、避難指示解除地域に暮らす高齢者が健康を維持し、自立した生活をより長く続けられるために重要である。これは、避難指示解除地域に暮らす高齢者支援を検討する際の有用な情報の一つになると考える。

なお、本研究における「肯定的感情を抱く日常生活での経験」については、山口ら<sup>17)</sup>、阿久津ら<sup>18)</sup>を参考に、避難指示解除地域に暮らす高齢者が、幸せや喜び、満足等に代表される前向きな感情を抱く日々の暮らしにおける過ごし方とした。

---

## II. 研究方法

---

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究

### 2. 研究参加者

研究参加者は、避難指示解除地域に居住し、他者とのコミュニケーションがとれる65歳以上の高齢者とした。居住期間については、古田<sup>19)</sup>を参考に、転居後の生活に慣れ始めた実感が持てる時期以降である5か月以上居住とした。

### 3. 調査方法

避難指示解除地域を有する市町村の長および統括的立場にある保健師に、本研究の趣旨と研究方法を文書と口頭で説明し同意を得た後、保健師から紹介された高齢者に本研究の趣旨と研究方法を文書と口頭で説明し同意を

得て、インタビューガイドを用いた半構成的面接を対面にて実施した。面接時間は60～110分であった。インタビューガイドの内容は、「一日をどのように過ごしているか」「帰還後の生活で幸せやうれしいなどの前向きな気持ちになることがあるか。それはどういうことをしている時か」とした。面接内容は、研究参加者の了承を得てICレコーダーに録音した。調査は2020年7月～9月に実施した。

### 4. 分析方法

インタビューデータを逐語録に起こし、繰り返し読み込み、研究参加者の語りの全体像を把握した。逐語録から「避難指示解除地域に暮らす高齢者が肯定的感情を抱く日常生活での経験」が読み取れる語りを研究参加者の言葉のまま抽出し、文脈を踏まえて意味を損なわないように簡潔に表現し、コードとした。コードの意味内容の類似性の高いものを集約し、共通性を見出してサブカテゴリを生成した。さらにサブカテゴリの特徴と類似性を比較検討し、サブカテゴリの意味を包含するカテゴリを命名した。分析過程では、コードおよびその元になった語りに戻ることを繰り返しながら分析を進め、さらに質的研究および地域看護学、老年看護学の専門家のスーパーバイズを受け、信頼性の確保に努めた。

---

## III. 倫理的配慮

---

研究参加者には、研究の目的と方法、研究参加は自由意思に基づくものであり、いつでも辞退が可能であること、参加の有無による不利益は受けないこと、匿名性が守られることを文書および口頭にて説明し、同意書への署名を得た。本研究は、福島県立医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（一般2020-032）。

---

## IV. 研究結果

---

### 1. 研究参加者の概要

研究参加者は10名で、男性3名、女性7名であり、年齢は70歳代9名、80歳代1名であった。世帯構成は、独居世帯2名、夫婦世帯4名、親子世帯（母親・息子の同居）1名、親子世帯（夫婦・息子の同居）3名（うち2名は同一家族）であった。避難前の居住期間は20～75

表1 研究参加者の概要

No.	ID	年齢 (年代)	性別	世帯構成	震災前の居住期間	帰還後の居住期間
1	A氏	70歳代	女性	夫婦世帯	30年	2年11か月
2	B氏	70歳代	女性	親子世帯 (夫婦・息子の同居)	36年	2年4か月
3	C氏	80歳代	男性	独居世帯	75年	3年3か月
4	D氏	70歳代	男性	夫婦世帯	62年	3年3か月
5	E氏	70歳代	女性	夫婦世帯	45年	3年3か月
6	F氏	70歳代	女性	夫婦世帯	47年	3年3か月
7	G氏	70歳代	女性	親子世帯 (母親・息子の同居)	20年	2年8か月
8	H氏	70歳代	女性	独居世帯	65年	1年11か月
9	I氏	70歳代	男性	親子世帯 (夫婦・息子の同居) (J氏と同一家族)	63年	3年5か月
10	J氏	70歳代	女性	親子世帯 (夫婦・息子の同居) (I氏と同一家族)	38年	3年5か月

年、帰還後の居住期間は1年11か月～3年5か月であった (表1)。

## 2. 避難指示解除地域に暮らす高齢者が肯定的感情を抱く日常生活での経験

避難指示解除地域に暮らす高齢者が肯定的感情を抱く日常生活での経験について8つのカテゴリが抽出された (表2)。以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, 語りを「 」で示す。

### 1) 【ふるさとのおよさを実感する我が家での生活】

避難指示解除地域に暮らす高齢者は、避難中は立ち入ることができなかった念願の我が家で寛ぎ、〈帰って来た喜びを実感しながら我が家で過ごす〉ことに安らぎを感じていた。

長年過ごしていた景色や気候の中で〈愛着のあるふるさとの自然に気持ちが洗われる〉思いで過ごし、避難中の閉塞感からの解放を感じていた。

「我が家は一番いいなあって思ってるもの。我が家。安心できるな、うちは。ゆっくりできるっていうか、ないやあ違う、違う。仮設にいたのと、我が家とは全然違うぞ。だってな、我々、仮設さいる頃、こっちの仕事頼まっちくっぺ。そうすつと夕方になると仕事終わって、帰ってがななんねんだぞ。我がうち、ここさあんのによ。あんなのは、みじめなもんだぞ。自分のうち越していかなんねんだぞ (I氏)」

### 2) 【家族や先祖の思いを継ぐ営みに感慨を感じる】

このカテゴリは、避難中に亡くなった家族の法要を町内で営むことなどによって、〈帰りたいと望みながら亡

くなった家族の思いを叶えられたことに安堵する〉といった経験であり、自身や家族の思いを遂げられたことに胸のつかえが下り、慰められる経験となっていた。また、〈避難中に途絶えていた先祖代々の営みを行えることに自負の念を抱く〉とは、避難中はできなかった親の代からの農地の手入れや、我が家の漬物作りなど、長年自信を持って取り組んできた営みを、自分も先祖と同じように再び行えるということに充実感を感じているという経験であった。

「(漬け物を漬けるのは) やっぱいほら、自分の生活の一種だわな。ずーっと自分のうちでやって来てっから、ほれ。今まではほら、母親やって、かかあ (妻) やって。かかあ (妻) いなくなったから、こんだ俺がやるしかねえし。自分で (梅を) もいで来て、自分でやんだけんな。みんな自分のあれ (手作り) なんだ (C氏)」

### 3) 【一緒にいられる喜びに浸れる同居・別居家族との団らん】

このカテゴリは、夫との庭でのお茶飲みのように、〈日々の生活のささやかな場面に幸福を感じながら同居家族と過ごす〉ことや、休日に訪ねて来る子や孫と一緒に食事や買い物をしながら和やかな時間を過ごし、〈会いに来てくれる別居家族の気遣いに心が温まる〉という経験であった。

「やっぱいあれだねえ、こう、子ども達とか孫がねえ、忘れないでうちに来てくれるとか、うん。そういう時はやっぱ一番いいね。ほんとに些細なんだけど、『じゃあ買い物に行くべ』なんて言われっつと、(中略)『ばあちゃん、



表2 避難指示解除地域に暮らす高齢者が肯定的感情を抱く日常生活での経験

カテゴリ	サブカテゴリ
ふるさとのよさを実感する我が家での生活	帰って来た喜びを実感しながら我が家で過ごす 愛着のあるふるさとの自然に気持ちが洗われる
家族や先祖の思いを継ぐ営みに感慨を覚える	帰りたいと望みながら亡くなった家族の思いを叶えられたことに安堵する 避難中に途絶えていた先祖代々の営みを行えることに自負の念を抱く
一緒にいられる喜びに浸れる同居・別居家族との 団らん	日々の生活のささやかな場面に幸福を感じながら同居家族と過ごす 会いに来てくれる別居家族の気遣いに心が温まる
同じ町外避難の経験を持つ仲間とのつながりを実 感する交流	町に戻った仲間と連帯感を分かち合う 今なお避難中の仲間との語らいに励まされる
自他の喜びを実現する活動	趣味の時間を楽しむ 避難前に行っていた活動を張り切って再開する 仕事に力を尽くし張り合いを得る 自分が取り組んだことの糧を得て悦に入る 仲間との行楽に胸を弾ませる 家族や仲間をもてなす喜びを味わう 人の信頼に応える活動で誇りを得る
暮らす人が増えてきた町の様子に安堵感を抱く	
未来への希望を抱かせる若い世代とのふれあい	次の世代の成長した姿を頼もしさを感じながら見つめる 活気あふれる未来ある子ども達や若者との交流によって活力を得る 孫が将来、避難指示解除のこの町に戻るともりでいることを知り誇らしく思う 健康な状態を維持して暮らしている自分に満足感を抱く
自分の力で十分に過ごしていける充実した暮らし	好きな活動に没頭できる日々充実感を覚える 町の資源を活用しながら安心して暮らせる

こっちで運転すっからいいよ』なんて言われたり、荷物持ってもらったり。そんなちょっとしたことでもうれしんだっけ (G氏)』

#### 4) 【同じ町外避難の経験を持つ仲間とのつながりを実感する交流】

〈町に戻った仲間と連帯感を分かち合う〉〈今なお避難中の仲間との語らいに励まされる〉ということが、避難指示解除地域での生活の中でも心強さを感じる経験となっていた。仲間と声をかけ合い、町の運動教室や食事をともにして家族や親類のように親しく付き合ったり、いまだ避難中の仲間とも時々会って近況を語り合い、お互いの元気な姿を確認し合っていた。

「(買い物や役場で会うと)『ワー!』って言うのはあ、『何しに来たのー』って。会うどはあ、顔見知りだ、ほとんど。その、来てる人が顔見知りだから。うん。決まってるからはあ。うれしくてはあ。うん。『今日もお昼食べんのがあ』なんて。『んじゃ一緒に食べよう』なんて言うのと、すぐはあ、グループ集まっちゃってね、食べる

し。うん (A氏)』

#### 5) 【自他の喜びを実現する活動】

〈趣味の時間を楽しむ〉〈避難前に行っていた活動を張り切って再開する〉〈仕事に力を尽くし張り合いを得る〉〈自分が取り組んだことの糧を得て悦に入る〉〈仲間との行楽に胸を弾ませる〉〈家族や仲間をもてなす喜びを味わう〉〈人の信頼に応える活動で誇りを得る〉で構成されており、自分の好きな活動に打ち込み、納得のいく成果を得るといった喜びや、他者に喜んでもらう活動を行うことで、それが自分自身の喜びにもつながるという意味を表していた。

「やってあげなくちゃって思うし、これは無理だなんて思わないで、まずやってあげようって。どんな相談ごとでも、だいたい何でも引き受けるっていうか。『困った時の〇〇さん』なんて。(頼られるのは) まあ、気分悪いことはないからね。もともとそういうのが好きだっていうか (D氏)』

## 6) 【暮らす人が増えてきた町の様子に安堵感を抱く】

避難指示解除地域に暮らす高齢者は、【暮らす人が増えてきた町の様子に安堵感を抱く】という経験をしており、少しずつではあるが暮らす人や建物が増えていく様子を感じ深く眺めていた。

「3年経ってね、この地区にぼつぼつと帰ってくる方がみえたんですよ。夜、そこに灯りがともると私、なんていいんだらうって思ってね。あの、それから〇〇さんも、今年初め帰って来ました。そこも灯りがついてますよね。その隣の□□さんも帰ってこられて。(E氏)」

## 7) 【未来への希望を抱かせる若い世代とのふれあい】

このカテゴリは、孫や甥や姪に会うと、〈次の世代の成長した姿を頼もしさを感じながら見つめる〉といった経験や、〈活気あふれる未来ある子ども達や若者との交流によって活力を得る〉といった、未来への希望を感じる経験である。たまに訪れる孫が町にある自宅に愛着を感じ、〈孫が将来、避難指示解除のこの町に戻るつもりであることを知り誇らしく思う〉といった経験も語られていた。

「孫がね、こないだ来たら、『僕、帰ってっから』つつうの。あの、就職、あの、定年になったらでしょう。『おばあちゃんお墓の中でね、待ってっから』つつって、笑うけど。戻りたいってことは、継いでくれるっていうことなんでしょうから、うん。『ありがとね』つつったの。いやあ、誇りに思ってると思うよ。うん (B氏)」

## 8) 【自分の力で十分に過ごしていける充実した暮らし】

避難指示解除地域に暮らす高齢者にとって、〈健康な状態を維持して暮らしている自分に満足感を抱く〉〈好きな活動に没頭できる日々充実感を覚える〉ということや、無料タクシーでの買い物など〈町の資源を活用しながら安心して暮らせる〉ことが、肯定的感情を抱く経験となっていた。

「おかげさまでね、何とか自分の力で、ここまで、病院にも行かずに、お薬もいただくことなく、あの、過ごしています。だから朝の目覚めがね、あの、なかなか起きられないとか、そういうことが全くないんですよ。だから、自分で決めたリズムが、きつと、今一番いい状態なのかもしれません (E氏)」

## V. 考 察

### 1. 高齢者が“我が家”で暮らすことの意味

避難中の人々は、気候や文化などが異なる環境での生活上のストレスや、様々な喪失体験によるストレスを抱えて過ごしていた<sup>20)</sup>。避難は単なる移住ではなく、何十年も丹精を込めて関わってきた生産物や家などの喪失であり、誇りの傷つきとして体験されていたとの指摘もある<sup>21)</sup>。このような避難中の生活を送ってきたからこそ、【ふるさとのよさを実感する我が家での生活】において、避難生活からの解放感や安らぎを感じ、なお一層の我が家への愛着を実感していたと考えられた。また、【家族や先祖の思いを継ぐ営みに感慨を覚える】についても、家族や先祖に対する自己の役割や責任を果たすという願いの実現が肯定的感情をもたらす経験となっていたと考えられた。

高齢者が避難指示解除地域の“我が家”で過ごすということは、住まいや取り巻く自然環境、先祖代々の生業の持つ価値を再確認し、生きる喜びにつながる意味を持つものであり、“我が家”で過ごすということがその人にとってどのような意味を持つのかを理解し、それらを大切にしながら関わるのが重要であると考えられた。

### 2. 家族や他者とのつながりと自分らしい活動のある暮らし

これまでも、高齢者にとって家族との団らんが楽しみや主観的幸福感に関係していること<sup>22-23)</sup>、友人や地域との交流<sup>24)</sup>、働くこと<sup>25)</sup>や趣味<sup>26)</sup>、町内会などの社会的活動<sup>22)</sup>が喜びや楽しみなどの肯定的感情につながっていることが報告されてきた。しかし、避難指示解除地域に暮らす高齢者は、避難前は二世帯、三世帯同居が多かったにもかかわらず、避難中は就労や孫の教育、居住環境の狭さなどの理由で世帯を分離せざるを得なかった背景を持ち<sup>27)</sup>、避難指示解除後も別居せざるを得ない状況に置かれていた。また避難中には、一部の避難先ではコミュニティとの軋轢によって避難住民であることを隠して生活を営むなど、ソーシャルネットワークが失われた状態で生活を送ってきており<sup>27)</sup>、避難者は「他の地域の人にはこの気持ちは分からない」という思いを抱いていた<sup>28)</sup>と言われている。避難指示解除地域に暮らす高齢者にとって、【一緒にいられる喜びに浸れる同居・

別居家族との「団らん」は楽しみであることにとどまらず、心の拠り所と思われる家族とのつながり確かめ、その絆を深くする意味を持つものであり、【同じ町外避難の経験を持つ仲間とのつながりを実感する交流】は、安心してお互いに胸にある思いを出しあい、共通の経験を持つ仲間としてつながりを強め、一体感を高める経験だったのではないかと考えられた。

さらに【自他の喜びを実現する活動】が表すように、自分自身が楽しめる活動や他の人に喜んでもらえる活動に打ち込むことによって、日々の充実感を得ていることが示された。高齢者の避難中の生活について石川<sup>29)</sup>は、避難によってこれまで営んでいた多くの暮らしの楽しみが奪われていたと述べており、また蘭<sup>28)</sup>は、避難中は「世話になって生きている」といった心理を抱かざるを得ず、自分で主体的に生きられなくなった無能感を感じていたと述べている。避難指示解除によって我が家に戻ってからは、自分らしく日々の過ごし方を選択することができ、避難中はできなかった活動に思う存分取り組むことができることが日々の生活の肯定的感情につながっていたのではないかと考えられた。

避難指示解除地域に暮らす高齢者が充実した生活を送るためには、家族との交流や仲間づくりなど他者とのつながりを深めること、高齢者自身が楽しめる活動のほか、周囲の人々にも喜んでもらえる活動を行えるようにすることが重要であると示唆された。

### 3. 未来に希望を見出す経験

本研究に参加した高齢者が避難を終えて戻ってきた町には、避難指示解除となった地域がある一方で、いまだ帰還困難区域が存在している。避難指示解除地域においても空き家が非常に目立つ状況であり、帰還者の住宅の所在もまばらであると報告されている<sup>10)</sup>。このような中、避難指示解除地域の高齢者は、【暮らす人が増えてきた町の様子に安堵感を抱く】という経験をしており、周囲に人が少ない寂しさが徐々に和らぎ、町が活気を取り戻す希望を感じているのではないかと考えられた。また、町内の子どもや若者、町外にいる孫、甥や姪などの成長や元気に触れ、喜びや頼もしさを感じることは、高齢者自身も力が湧く経験であり、町が続く未来を感じることができる経験となっていたのではないかと考えられた。村山<sup>30)</sup>は、過去と将来を結ぶ時間的経過の中に現

在があり、将来がない状況では、現在に意味を見出せないと述べている。避難指示解除地域に暮らす高齢者にとって、【未来への希望を抱かせる若い世代とのふれあい】によって、これからもこの地域での暮らしが続くと感じられる経験は、現在の生活を前向きに生きる力につながっているのではないかと考えられた。

避難指示解除地域に暮らす高齢者への支援においては、高齢者が未来に希望をもって過ごすことができるよう、同世代だけでなく若い世代との交流を持つなどの支援を検討する必要があると示唆された。

---

## VI. 本研究の限界と今後の課題

---

本研究参加者は、避難指示解除地域の中でも限られた地域の住民であり、また日常生活自立度が高く健康状態が良好な高齢者であった。そのため、同じ避難指示解除地域であっても、地域特性や高齢者の日常生活自立度等の相違によって肯定的感情を抱く経験にも違いがある可能性が考えられる。今後は、これらの影響を検討しつつ、本研究の示唆に基づく具体的な支援策を検討していくことが課題である。

---

## VII. 結 論

---

本研究により、避難指示解除地域に暮らす高齢者が肯定的感情を抱く日常生活での経験として、【ふるさとのよさを実感する我が家での生活】【家族や先祖の思いを継ぐ営みに感慨を感じる】【一緒にいられる喜びに浸れる同居・別居家族との「団らん」】【同じ町外避難の経験を持つ仲間とのつながりを実感する交流】【自他の喜びを実現する活動】【暮らす人が増えてきた町の様子に安堵感を抱く】【未来への希望を抱かせる若い世代とのふれあい】【自分の力で十分に過ごしていける充実した暮らし】という8つのカテゴリが抽出された。避難指示解除地域に暮らす高齢者にとって、本来の我が家で家族や先祖に対する自己の役割を果たすことや、同居に限らず別居している家族や親しい仲間とのつながりを持ち、日々の生活を充実したものとする、そして若い世代との親しい交流により、未来への希望を持って過ごすことが前向きに生きる力につながると考えられた。

本研究ご協力くださいました研究参加者のみなさま、市町村の関係者のみなさまに心から感謝申し上げます。

本研究は福島県立医科大学大学院看護学研究科修士論文に加筆修正したものであり、第41回日本看護科学学会学術集会において発表した。本研究において開示すべき利益相反はない。

## ■引用文献

- 富井秀和, 川崎興太: 福島原発事故の発生に伴う避難指示の解除後における原子力被災11市町村の介護福祉の現状と課題. 都市計画論文集, **54** (2): 203-211 (2019).
- 川崎興太: 避難指示解除後における原子力被災地の帰還者の生活実態—福島県富岡町曲田地区災害公営住宅の居住者に関する事例研究—. 日本建築学会大会学術講演梗概集(東北), 95-98 (2018).
- 谷本真理子: 看護学テキストNiCE老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは. 改訂第2版(正木治恵, 真田弘美編), 81-86, 南江堂, 東京(2016).
- 辻一郎: 介護予防のねらいと戦略. 46-61, 社会保険研究所, 東京(2006).
- Chida Y, Steptoe A: Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, **70**: 741-756 (2008).
- Cohen S, Doyle WJ, Turner RB, et al.: Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, **65**: 652-657 (2003).
- Fredrickson BL: The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, **56**(3): 218-226 (2001).
- 和気康太, 相澤京美, 望月孝裕: 福島原発事故避難者の「帰還」に関する一考察: 福島県葛尾村の復興計画等の分析を通して. 明治学院大学社会学部附属研究所研究年報, **49**: 39-54 (2019).
- 岩波初美: 原発避難者の帰還を実現するための条件と政策に関する研究. 経営情報学会全国研究発表大会要旨集, **2017f**(0): 167-170 (2017).
- 續橋和樹, 川崎興太: 避難指示解除後の浪江町中心市街地における生活環境の復旧・再生状況と帰還者の生活実態に関する研究. 都市計画論文集, **53**(2): 215-223 (2018).
- 児山洋平, 佐藤紀子, 黒田佑次郎: 避難指示解除後の地域におけるさまざまな解決に向けて質的調査を通じた専門職と住民との相互作用の分析. 福島県保健衛生雑誌, **33**: 34-38 (2019).
- Murakami M, Takebayashi Y, Tsubokura M: Lower psychological distress levels among returnees compared with evacuees after the Fukushima nuclear accident. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, **247** (1): 13-17 (2019).
- 谷川攻一: 【原子力災害と公衆衛生—避難指示解除後の地域復興に向けて】福島県浜通りの原発事故後の地域医療体制の変遷と残された課題. 公衆衛生, **81** (4): 308-314 (2017).
- 風間咲美, 谷川攻一, 田勢長一郎: 福島県の原子力発電所事故避難地域に対するふたば救急総合医療支援センターの医療支援活動. 公衆衛生, **83** (7): 560-567 (2019).
- 古戸順子, 吉田喜美江, 鈴木美保子, ほか: 【中長期的視点から災害時保健活動を再考する—東日本大震災の健康への影響と保健活動の展開】福島県の被災者支援の現状 町の一部が避難指示解除された浪江町の保健師活動から. 保健師ジャーナル, **74** (3): 194-199 (2018).
- 大類真嗣, 黒田佑次郎, 安村誠司: 福島第一原子力発電所事故による避難指示解除後の自殺死亡率モニタリングと被災自治体と協働した自殺・メンタルヘルス対策の実践. 日本公衆衛生雑誌, **66** (8): 407-416 (2019).
- 山口明穂, 和田利政, 池田和臣: 国語辞典. 第十一版, 436, 旺文社, 東京(2013).
- 阿久津洋巳, 小田島裕美, 宮聡美: ストレス課題によるポジティブ感情とネガティブ感情の変化. 岩手大学教育学部研究年報, **68**: 1-8 (2009).
- 古田加代子, 輿水めぐみ, 流石ゆり子: 転居高齢者の生活適応の経過に関連する要因ライフ・ライン・メソッドを用いた検討. 愛知県立大学看護学部紀要, **22**: 45-53 (2016).
- 本谷亮: 健康増進と行動医学 東日本大震災被災者・避難者の健康増進. 行動医学研究, **19**(2): 68-74 (2013).
- 堀有伸, 円谷邦泰, 金森良, ほか: 【東日本大震災からの復興に向けて—災害精神医学・医療の課題と展望—】原子力発電所事故後の精神的負担の多様性について福島県南相馬市からの報告. 精神神経学雑誌, **116** (3): 212-218 (2014).
- 成瀬早苗, 加藤真由美, 上野栄一: 地域高齢者の楽しみと張り合い. 看護実践学会誌, **31** (2): 35-47 (2019).
- 岡本和士: 地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連. 日本老年医学会雑誌, **37** (2): 149-154 (2000).
- 廣瀬春次, 杉山沙耶花, 武内あや, ほか: 独居高齢者の生きがいに関する研究. 山口県立大学学術情報, **2**: 26-31 (2009).
- 田所良之: 看護学テキストNiCE老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは. 改訂第2版(正木治恵, 真田弘美編), 102-109, 南江堂, 東京(2016).
- 星旦二, 長谷川明弘, 櫻井尚子: 都市郊外在宅高齢者にお

- ける楽しみと生きがいの実態とその三年後生存との関連.  
社会医学研究, **34**(2) : 85-92 (2017).
- 27) 黒田佑次郎 : 【原子力災害と公衆衛生-避難指示解除後の地域復興に向けて】 原子力災害後の生活回復を視野に入れた公衆衛生活動 飯舘村の支援活動から学んだこと. 公衆衛生, **81**(4) : 328-334 (2017).
- 28) 蘭香代子 : 原発被災者(複合被災者) 支援から見えてきた心理の一考察. 駒沢女子大学研究紀要, **18** : 127-136 (2011).
- 29) 石川和信 : 高齢者の災害医療 原発事故避難と暮らし・健康・命を考える. 日本老年医学会雑誌, **50**(1) : 84-87 (2013).
- 30) 村山正子 : TACSシリーズ10実践地域看護学. 改訂版(中西睦子編), 44-50, 建帛社, 東京(2010).

## Everyday Life Experiences Viewed Positively by Older Adults Living in Areas with a Lifted Evacuation Order

Ritsuko Kamata, Koko Takahashi, Yuko Sakamoto

Fukushima Medical University School of Nursing

### **Abstract**

This study investigated the everyday life experiences viewed positively by older adults, who returned to live in areas where an evacuation order was lifted following a long-term evacuation because of the Great East Japan Earthquake and Fukushima nuclear power plant accident. Semi-structured interviews were conducted with 10 older adults, and the data obtained were subjected to a qualitative descriptive analysis. The results revealed the following eight categories of everyday life experiences viewed positively by older adults in areas with a lifted evacuation order: “a life in one’s home that brings about the realization of how good one’s hometown is,” “feeling deep emotion in a life in one’s original home that carries on the wishes of its family members and ancestors,” “having a good time together with family members who live together or separately, is a time filled with the joy of being able to be together,” “exchanges in which one feels a bond with friends who have had the same experience of evacuating from their towns,” “activities that bring joy to oneself and others,” “feeling a sense of relief in seeing the number of people living in the town increase,” “interactions with members of younger generations who give hope for the future,” and “a fulfilling life where one can live sufficiently through one’s own efforts.” These findings suggest that the older adults’ fulfillment of their roles in relation to their families and ancestors in their original homes, and their close interactions with younger generations constituted experiences that were positively viewed by them.

**Key words :** areas with lifted evacuation orders, older adults, everyday life, positive feelings

## ● 原著 ●

## 脳損傷患者における J-SDSA と自動車運転技能の関係

Relationship Between J-SDSA and Car Driving Skills in Patients With Brain Injury

高間 達也\*<sup>1</sup>, 河野 光伸\*<sup>2</sup>, 澤 俊二\*<sup>3</sup>

Tatsuya Takama, Mitsunobu Kohno, Shunji Sawa

**要旨**：脳卒中および頭部外傷の自動車運転技能について、30名を対象に実際の運転技能評価と J-SDSA の結果から J-SDSA の有用性について検討した。その結果、J-SDSA で合格と予測された14名のうち13名が実車運転で合格となったが、J-SDSA で不合格と予測された16名のうち11名が実車運転で合格となり、J-SDSA のみで運転技能を予測することに疑問が残った。

J-SDSA の不合格予測と実車運転評価結果が一致しなかった理由の1つに、道路状況の難易度が評価に影響を与えることが考えられ、脳に損傷のある症例の自動車運転技能の判断には、J-SDSA 以外の神経心理学検査を含めて評価をする必要があると考えられた。

**キーワード**：脳損傷、自動車運転、高次脳機能

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 47-54 (2023)

## I. はじめに

疾患を有する者の自動車運転について、平成26年6月1日より改正道路交通法「一定の病気等に係る運転者対策」が施行された。この法律により、自動車運転免許の取得、更新を行おうとする者等に対して一定の病気にかかっているかを判断するために、都道府県公安委員会が質問票や医師診断書の提出を求めることができるようになった。また、医師が一定の病気等に該当する免許保有者を診察した場合、診察結果を任意で都道府県公安委員会に届け出ることが可能となった。さらに、一定の病気に該当する者等に対する免許の効力の暫定的停止制度や、免許再取得に係る試験の一部免除等の項目が設けら

れ、いずれの場合も医療機関の判断が求められるようになった<sup>1)</sup>。

近年、高次脳機能障害を有する症例において、神経心理学的検査や自動車学校での実車運転評価等を行うことで自動車運転の再開を検討する報告が散見されるようになり、実際の自動車運転技能と神経心理学的検査結果との関係が明確になりつつある<sup>1-6)</sup>。その一方で、おおよそその神経心理学的検査で得られたデータは自動車運転再開可否の目安となるが、絶対的基準ではないとの報告もある<sup>7)</sup>。

我々作業療法士 (OT) は、臨床現場で脳卒中や頭部外傷の患者の自動車運転再開を検討するため、身体機能や高次脳機能の評価を担うことが多い。しかし、各医療施設で利用されている神経心理学的検査が異なり、自動車運転再開を判断するための各検査のカットオフ値が統一的でないことからその判定が困難となる<sup>2)</sup>。また、医療施設と自動車学校との連携が困難なことから施設外で

受付日：2022年12月6日

受理日：2023年6月1日

\*1 七尾自動車学校

\*2 金城大学大学院総合リハビリテーション学研究所

\*3 岐阜保健大学

の実車運転の評価が困難なこと等、環境上の様々な問題により運転再開の判断が困難になることも多い<sup>3-4)</sup>。そして、自動車運転の再開を希望する症例は、自動車学校で実車運転評価に係る費用等の金銭的負担に加え、評価を受けることへの精神的、身体的な負担も大きいと思われる。

自動車学校では、免許の取得に対して技能および学科教習が行われる機関であり、種々の心身機能障害を有した方に対応した評価は行われていない。一方で、自動車運転を再開する際の高次脳機能障害の影響については、言うまでもなく医学的な評価も必要となる<sup>5)</sup>。しかし、自動車学校の指導員には医学的知識は必要とされないため、実際の運転評価の場面から種々の心身機能障害の運転への影響を観察し、判断することは難しい。こうした問題に対して、自動車学校の指導員とOTが同一の評価表を使用して運転評価を行う試みも報告もされている<sup>6)</sup>。

実車の運転評価のみでなく、脳卒中患者の運転再開における評価として脳卒中ドライバーのスクリーニング評価 (Stroke Drivers' Screening Assessment : SDSA ; 1994) が行われることも増えている。SDSAは2015年に日本版 (SDSA Japanese Version : J-SDSA) が発表され、臨床応用されている<sup>7)</sup>。実車運転評価の結果を高い値で予測することを報告されており<sup>8)</sup>、筆者が勤務する医療施設でもJ-SDSAを使用し、脳卒中や頭部外傷患者の自動車運転評価に応用している。しかし、J-SDSAの結果は良好であっても実車運転評価が不良である、その逆にJ-SDSAが不良であっても実車運転評価が良好である症例も存在し、運転技能評価としてのJ-SDSAの有用性について疑問が残る。

そこで今回、筆者が勤務する医療施設において自動車運転評価が必要になった脳損傷の症例に対し、J-SDSA、実車運転評価の結果から、J-SDSAの運転技能評価としての有用性について検討した。

---

## II. 対 象

---

対象は、筆者の勤務する医療施設にて、脳卒中または頭部外傷と診断された入院または外来通院中の症例のうち、日常生活動作が自立し医師が運動機能上の問題がないと判断され、自動車運転評価の処方があった30名と

した。なお、認知症やてんかん等、道路交通法上で運転が禁止される既往のある症例、重度の失語症や高次脳機能障害を有する症例は、処方の段階で対象者から除外されていた。

対象者の平均年齢は67.1±11.1歳で、男性24名、女性6名であった。認知機能はMini-Mental State Examinationの平均得点は26.4±2.7点であった。疾患の内訳は、脳梗塞20名、脳出血5名、クモ膜下出血2名、頭部外傷3名であった。30名の対象者のうち、脳血管障害の再発例は24名であった。病巣は、右半球損傷12名、左半球損傷13名、両側損傷2名、脳幹損傷3名であった。運動麻痺はBrunnstrom stage (上肢・手指・下肢)でStage VI : 27名・24名・27名、Stage V : 3名・6名・3名であった。自動車運転再開支援を開始するまでの発症後期間は、平均240.6±1059.3日であった。

なお、本研究は金城大学研究倫理委員会の承認 (第28-09号)、および恵寿総合病院倫理委員会の承認 (第2016-5-2号) を得て実施した。研究実施にあたって、対象者と家族に本研究の趣旨、方法は説明書を用いて口頭で説明し、同意を得た後、同意書への署名をいただき実施した。また、本研究で開示すべき利益相反はない。

---

## III. 方 法

---

### 1. 評価項目

#### 1) J-SDSA

対象者に対し、実車運転評価の約3～12日前に実施した。J-SDSAの「ドット抹消」、「方向スクエアマトリックス」、「コンパススクエアマトリックス」、「道路標識」の4つの検査を実施し、その結果をJ-SDSAマニュアルの運転合格予測式、運転不合格予測式に従って得点を算出した。算出された運転合格予測値と運転不合格予測値のうち、運転合格予測値が大きかった者を「J-SDSA合格群」、運転不合格予測値が大きかった者を「J-SDSA不合格群」とした。以下に、J-SDSAの4つの検査方法を示す。

#### (1) ドット抹消検査

3つのドット、4つのドット、5つのドットが1つのマークとして、それぞれランダムに記載された検査用紙の中から、4つのドットのみを制限時間内 (900秒) に抹消する課題である。検査に要した時間、抹消の誤り数、見



落とし数を測定する。

### (2) 方向スクエアマトリックス検査

専用のマトリックスボード（矢印）と、乗用車、またはトラックが描かれているカードを使用する。マトリックスボードに描かれた矢印の方向と進行方向が一致する場所に、乗用車、またはトラックのカードを配置させる課題である。計16問あり、満点の32点からカード配置の誤答数を減じた値が得点となる。

### (3) コンパススクエアマトリックス検査

専用のマトリックスボード（矢印）と、1枚のカードに2台の乗用車が描かれているカードを使用する。マトリックスボードに描かれた矢印の方向と、各乗用車の進行方向が一致する場所にカードを配置する。計16問あり、満点の32点からカード配置の誤答数を減じた値が得点となる。

### (4) 道路標識検査

専用の道路状況ボード（計12場面の道路状況が描かれたボード）と、道路標識カードを使用する。道路状況に適した道路標識カードを配置させる課題である。計12問あり、満点の12点から誤答数を減じた値が得点となる。

## 2) 実車運転評価

A県の筆者が勤務する施設の近隣にある自動車学校の教習車を用いて評価した。オートマチック車（AT車）、マニュアル車（MT車）の車種選択は、病前に症例が取得していた免許の種類（AT車限定等）に応じて、症例が希望する車種とした。MT車による実車運転評価を希望したが、運動麻痺により困難であると判断した場合、事前にAT車による実車運転評価を医師が指示する事としているが、本調査では該当する者はいなかった。

評価は自動車学校の指導者2名とOT1名（筆者）が同乗し、実際の公道を対象者に走行させて行った。運転技能の評価には自動車学校所定の公道走行用評価表を用い、同乗した自動車学校の指導者2名が行った。実車運転評価時の同乗者を計3名とした理由は、安全性の確保と実車運転評価の信頼性確認のためである。なお、実車運転評価の際、2名の自動車学校指導者には採点内容の相談は行わないように指示した。また、OTは自動車学校指導者の採点位置の違いが採点結果に影響を与えるのか、観察を通して確認した。

自動車学校の実車運転評価は100点満点からの減算で

行われる。すなわち、問題のある運転行動が認められた場合に、その項目に応じた得点が減点される方式である。減点される点数には5点と10点があり、減点数の大きさは問題となる運転行動の重大さを表している。

実車運転評価表の減点項目について、問題のある運転行動を内容ごとに「操作」、「速度」、「判断」、「確認」、「姿勢」の5つの項目にOTが分類した。具体的には、車線変更や車線内の走行、交差点内での車両操作等、全般的な操作に関する項目を「操作」、速度超過や徐行に関する項目を「速度」、車線変更や優先判断等に関する項目を「判断」、巻き込み確認や車線変更時の確認等に関する項目を「確認」、自動車運転時の姿勢に関する項目を「姿勢」とした。この5つの項目の減点される点数を満点の100点から減じて、実車運転評価の点数を算出した。算出した実車運転の点数を元に、自動車学校の指導者が70点以上を「実車合格群」、70点未満を「実車不合格群」とした。合格基準の70点は、実車運転評価場所である自動車学校の技能検定基準を基にした。ただし、信号無視等の重大な危険運転行動があった場合はその時点で不合格と判定されるため、このような症例は評価表による点数が良好でも「実車不合格群」に分類した。

## 2. 分析方法

実車運転評価の採点者間信頼性は級内相関係数（Intraclass Correlation Coefficients：ICC）を用い、J-SDSAと実車運転評価の可否の相異については $\chi^2$ 検定を用いて検討を行った。また、J-SDSAの可否群と実車運転評価の下位項目得点の差異、および、実車運転評価の可否群とJ-SDSAの下位項目得点の差異についてはMann-WhitneyのU検定を、J-SDSA項目のうち定量的な評価であるドット末梢検査はWilcoxonの符号付き順位検定を用いて検討を行った。なお、すべての統計処理にはSPSS Statistics24（IBM社製）を使用し、統計的有意水準は5%未満とした。

## IV. 結 果

### 1. 対象者の内訳

対象者30名のうち、J-SDSA合格群と不合格群および、実車合格群と不合格群における年齢、発症後期間、男女比、診断名における各群の差は認められなかった。

表1 J-SDSA と実車運転評価の結果による対象者の内訳

	J-SDSA		実車運転評価	
	合格群	不合格群	合格群	不合格群
人数	14	16	24	6
年齢(年平均±SD)	66.1 ± 9.4	67.9 ± 12.6	64.9 ± 75.9	75.8 ± 82.4
性別:男/女(人)	12 / 2	12 / 4	19 / 5	5 / 1

J-SDSA の結果は、J-ADSA合格群14名、不合格群16名、実車合格群24名、実車不合格群6名であった。内訳を表1に示す。

## 2. 実車運転評価における採点者間の一致率

2名の評価者間における級内相関係数 (ICC: Intraclass Correlation Coefficients) は  $ICC = 0.93$  ( $p < 0.01$ ) となり、非常に高かった (図1)。2名の自動車学校指導者の評価点の差は5~15点で、30例中29名の症例は0~5点の差であった。得点差が最大の15点であった1

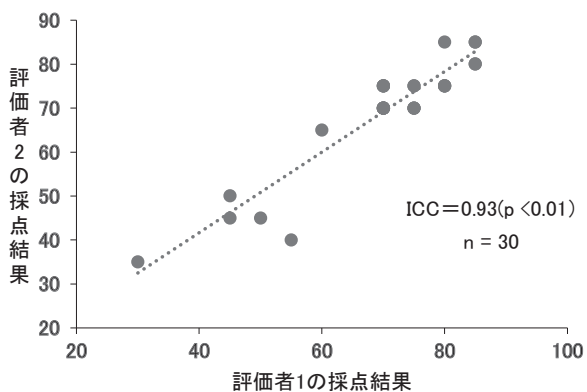


図1 実車運転評価における採点者間の一致率

名の症例において採点に差があった評価項目を確認すると、「速度超過」で10点、「AT車のクリープ現象」で5点、最も差が大きかった項目は「速度超過」であった。なお、自動車学校での合否は人の命に係わる事であるため、以降の検討には自動車学校指導者2名の採点者のうち、その試験の性質を鑑みより厳しい低い方の採点結果を採用した。

## 3. J-SDSA と実車運転評価の合否の相異運転評価

Brunnstrom stage と J-SDSA の合否、実車運転評価の合否結果の  $\chi^2$  検定の結果、運動麻痺と両評価の間に有意な差はなかった ( $p > 0.05$ ) (表2)。

また、J-SDSA と実車運転評価の結果をクロス集計すると、J-SDSA 合格群のうち実車合格群は13名 (43.3%)、実車不合格群は1名 (3.3%) であった。また、J-SDSA 不合格群のうち実車合格群は11名 (36.7%)、実車不合格群は5名 (16.7%) であった。J-SDSA と実車運転の合否が一致した症例数は18名 (60.0%) であった (表3)。J-SDSA と実車運転評価間の  $\chi^2$  検定の結果は、 $\chi^2 = 2.71$  ( $p < 0.10$ ) と有意な差はなかった ( $p > 0.05$  岐阜保健大学) (表3)。

表2 J-SDSA と実車運転評価の運動麻痺による相異

	J-SDSA 合格群 (14人 46.7%)	J-SDSA 不合格群 (16人 53.3%)	実車合格群 (24人 80.0%)	実車不合格群 (6人 20.0%)
Br-stage VI群 (22人 73.3%)	12人 85.7%	10人 62.5%	16人 75.0%	4人 66.7%
残差	1.4	-1.4	0.4	-0.4
Br-stage V群 (8人 26.7%)	2人 14.3%	6人 37.5%	6人 25.0%	2人 33.3%
残差	-1.4	1.4	-0.4	0.4

Pearson の  $\chi^2$  二乗検定: J-SDSA  $\chi^2 = 2.06$  自由度 = 1  $p < 0.10$

実車運転評価  $\chi^2 = 0.37$  自由度 = 1  $p < 0.10$

表3 J-SDSA と実車運転評価の相異

	J-SDSA 合格群 (14人 46.7%)	J-SDSA 不合格群 (16人 53.3%)
実車合格群 (24人 80.0%)	13人	11人
残差	-43.30%	-36.70%
実車不合格群 (6人 20.0%)	1人	5人
残差	-3.3%	-16.70%
残差	-1.6%	1.6

Pearson の  $\chi^2$  乗検定:  $\chi^2 = 2.71$  自由度 = 1  $p < 0.10$

#### 4. J-SDSA の合否と実車運転評価の得点差

実車運転評価における5つの細項目の得点（操作、速度、確認、判断、姿勢）を、J-SDSA 合格群—不合格群、実車運転合格群—不合格群で比較すると、J-SDSA、実車運転評価ともに操作の項目のみ有意に差があり（ $p < 0.05$ ）、両者とも合格群の得点が高かった（表4）。

表4 J-SDSA における実車運転評価項目の群間比較結果

	J-SDSA 合格群 (n=14)		J-SDSA 不合格群 (n=16)		p	実車合格群 (n=24)		実車不合格群 (n=6)		p
	中央値	第1/第3四分位	中央値	第1/第3四分位		中央値	第1/第3四分位	中央値	第1/第3四分位	
実車運転合計点	70.0	70.0 / 70.0	70.0	45.0 / 75.0	0.70	70.0	70.0 / 75.0	45.0	41.3 / 45.0	0.00**
操作	12.5	10.0 / 15.0	17.5	8.8 / 28.8	0.00**	15.0	8.8 / 16.3	42.5	26.8 / 45.0	0.01**
速度	0.0	0.0 / 10.0	0.0	0.0 / 2.5	0.95	0.0	0.0 / 10.0	0.0	0.0 / 7.5	0.98
確認	5.0	5.0 / 10.0	10.0	5.0 / 15.0	0.87	7.5	5.0 / 11.3	10.0	6.3 / 10.0	0.90
判断	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0 / 0.0	0.09	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0 / 7.5	0.35
姿勢	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0 / 0.0	0.28	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0 / 0.0	0.67

Mann-Whitney の U 検定 \*\* $p < 0.01$

表5 実車運転評価における J-SDSA 評価項目の群間比較結果

	実車合格群 (n=24)		実車不合格群 (n=6)		p
	中央値	第1/第3四分位	中央値	第1/第3四分位	
J-SDSA 合格予測値	7.9	2.7 / 11.4	3.9	0.7 / 3.5	0.14
J-SDSA 不合格予測値	6.8	3.9 / 11.7	6.6	3.5 / 7.6	0.56
ドット抹消: 所要時間	477.0	397.5 / 640.0	649.5	574.0 / 673.3	0.17
ドット抹消: お手つき数	0.0	0.0 / 0.0	0.0	0.0 / 0.0	0.78
ドット抹消: 誤答数	9.0	5.0 / 15.8	9.0	4.0 / 36.5	0.86
方向スクエアマトリックス	29.0	16.0 / 32.0	27.0	17.0 / 28.0	0.46
コンパススクエアマトリックス	18.5	12.3 / 28.0	11.5	10.3 / 15.0	0.13
道路標識	6.5	4.0 / 9.0	3.5	3.0 / 4.8	0.04*

Mann-Whitney の U 検定 \* $p < 0.05$

#### 5. 実車運転評価の合否と J-SDSA 各項目の得点差

実車運転評価の合否における J-SDSA 各検査の得点、所要時間等の差をみると（表5）、実車合格群が有意に良好であった J-SDSA 検査は道路標識検査のみであった。

## V. 考 察

#### 1. 実車運転評価の信頼性

自動車学校での実車運転評価は、通常、自動車学校教官1名が行っている。実車運転に求められる高い安全性を考えると、実車運転評価結果にも高い信頼性が求められる。そこで今回、2名の自動車学校教官に協力をいただき、同一症例の実車運転を2名の教官が同時に採点することで、実車運転評価の採点者間信頼性を検討した。その結果、 $ICC = 0.93$  ( $p < 0.01$ )、対象者30名中29名が0~5点の得点差で収まっていたことから2名の採点者の得点一致率は高く、今回の調査における実車運転評価の信頼性は確保できていたものと考えられた。15点

の差があった1名の症例において差が生じた評価項目を確認すると、速度超過とAT車におけるクリーブ現象の項目であり、採点者の主観に左右されやすい項目であったことで得点差が生じたものと考えられた。

## 2. J-SDSA による実車運転技能の予測

Nouri らは脳卒中患者でSDSA と実車運転評価の結果を比較し、その合否判定の一致率は81%であったとし<sup>8)</sup>、SDSA による実車運転技能の予測率は非常に高かったと報告している。我々の行った調査では、J-SDSA で合格と予測された14名の症例のうち実車運転で不合格と判断されたのは1例であり、J-SDSA の合格予測者に対する実車運転の合否判定は概ね良好であった。その一方で、J-SDSA、実車運転ともに合格は13名、およびJ-SDSA、実車運転ともに不合格であったのは5名で、J-SDSA による判定と実車運転の判定が一致した症例は対象者30例中18名(60.0%)となり、Nouri らの調査に比べて一致率は低かった。また、我々の調査対象症例の運動麻痺は比較的軽度であったことから、運動麻痺と実車運転評価の関係については詳細な検討ができなかった。これは実車運転評価の性質上、処方の段階で重度の運動麻痺を有する症例は除外されるため、ある意味当然のことなのかも知れない。

道路状況と運転技能の関係について、都市部の道路状況の密度が高く混乱した状況下では高齢者の有責事故が多くなるとされる<sup>9)</sup>。また、渡部らは道路密度が高い地域では事故発生機会が増加する傾向にあると報告している<sup>10)</sup>。今回の我々が行った実車運転評価は地方の道路密度が低い環境であった。実車運転評価にOTが同乗して道路環境を確認していた印象ではあるが、片側1車線の道路で車線変更を行う必要がなかったこと、行き交う自動車や歩行者が少なかったこと、横断歩道が少なかったこと、道路標識を確認する回数が少なかったこと等、症例が運転中に注意を向けなければならない道路での事象は少なく、運転操作のみに集中できる環境であったと思われる。これらの事もJ-SDSA による判定と実車運転による判定の一致率がNouri らの報告に比べて低くなった理由の1つと考えられた。実際、今回の我々の調査では、J-SDSA で不合格と予測された16名の症例のうち11名が実車運転合格と判断され、実車運転評価で合格判定が多い結果であった。

J-SDSA の細項目について、山田らは方向スクエアマトリックス検査、コンパススクエアマトリックス検査、道路標識検査の3つの検査において実車合格者と不合格者間には得点差があったとしている<sup>7)</sup>。一方、我々の調査では道路標識検査において実車合格者と不合格者間の得点に差があった。道路標識検査は山田らの調査と同様の結果であったが、他の細項目検査では結果が異なった。また、実車運転の操作、速度、確認、判断、姿勢の5項目におけるJ-SDSA の合否、実車運転の合否による採点結果の差をみると、J-SDSA、実車運転共に操作に関する実車運転の採点に有意な差が認められた。J-SDSA はカードや試験用紙を用いた机上での狭い視界における刺激に対する判断力を検査するスクリーニング検査である。そして、実際の自動車運転評価は円滑にハンドル操作ができるか、円滑にアクセルペダルとブレーキペダルの操作ができるか等、車の操作に関する視点が中心になりやすい傾向にあると考えられる。自動車学校での評価に対して熊倉は、障害について専門的に学ぶ機会が少なく、障害に起因する問題点を見落とすおそれがあると述べており<sup>5)</sup>、視野障害や高次脳機能不全等の後遺症を見逃してしまうことがあると考えられる。我々の調査における実車運転評価は自動車の操作に偏った評価になっていたと考えられたことから、現在使用されている実車運転評価法の問題もあると考えられた。

以上の理由から、J-SDSA のみで運転の可否を評価することは困難と考えられた。

---

## VI. 本研究の限界と今後の課題

---

今回の調査における自動車運転の可否の判断は、筆者の勤務する医療施設から1箇所の自動車学校へ実車運転評価を依頼し、その結果と院内で実施したJ-SDSA の結果から行った。自動車運転は道路交通環境に影響されることから、道路状況の変化等に注意が必要な状況が少ない地域での実車運転評価であったことは、車の操作技能に偏った運転技能評価になっていた可能性があり、本調査の限界と考えられる。また、実車運転評価は、各医療施設によって基準が異なる可能性があり、1箇所の医療施設での検討であった事も限界と考える。統計量は、自宅退院に向けて実車運転が必要と判断された症例のうち本調査へ同意のあった症例のみを対象としたため、不

足していることも本調査の限界と思われる。

## VII. まとめ

脳損傷者に対しJ-SDSAと実車運転評価を行い、J-SDSAと運転技能の関係を検討した。その結果、J-SDSAで合格と予測された症例においては概ね自動車運転技能を反映していると考えられたが、J-SDSAを実車運転評価として応用するには疑問が残った。実際の自動車運転技能は道路環境の難易度に影響されること、自動車運転は多くの機能を同時に発揮しなければならない多重課題であることが理由と考えられるが、今回の調査からはJ-SDSAの運転技能評価としての有用性は低いと考えられた。よって、J-SDSA以外の神経心理検査等を含めて多面的な評価を行った上で、運転の可否を判断する必要があると考えられた。今後、J-SDSA、種々の神経心理検査、実車運転評価等の関係について、より詳細に検討したい。

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院、川北慎一郎副病院長、川上直子作業療法課課長をはじめ、データ収集に際し、ご尽力いただきました恵寿総合病院リハビリテーションセンターならびに、七尾自動車学校、森山明能社長をはじめ、スタッフの皆様に深謝いたします。

### ■参考文献

- 1) 一杉正仁：運転再開に際して求められる法的知識。武原格，一杉正仁，渡辺修・編，脳卒中・脳外傷者のための自動車運転 第2版，48-54，三輪書店出版(2016)。
- 2) 武原格，一杉正仁，渡辺修，林泰史，米本恭三，ほか：脳損傷者の自動車運転再開に必要な高次脳機能評価値の検討。Jpn J Rehabil Med, **53** : 247-252 (2016)。
- 3) 藤田佳男：自動車教習所と医療機関の連携。蜂須賀研二・編，高次脳機能障害者の自動車運転再開とリハビリテーション2, 69-73, 金芳堂出版(2015)。
- 4) 二宮正樹，加藤徳明：自動車運転再開のための机上課題と実車教習に関する調査。蜂須賀研二，佐伯覚・編，高次脳機能障害者の自動車運転再開とリハビリテーション3, 60-63, 金芳堂出版(2016)。
- 5) 熊倉良雄：実車による評価と訓練。武原格，一杉正仁，渡辺修・編，脳卒中・脳外傷者のための自動車運転 第2版，84-93, 三輪書店(2016)。
- 6) 加藤貴志，末綱隆史，二ノ宮恵美，佐藤俊彦，岸本周作，ほか：脳損傷者の高次脳機能障害に対する自動車運転評価の取り組みー自動車学校との連携による評価CARDについてー。総合リハビリテーション, **36** : 1003-1009, 2008。
- 7) 山田恭平，加藤貴志，外川佑，藤田佳男，三村将：脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本版(J-SDSA)の基準値に関する検討。高次脳機能研究, **38**(2) : 239-246, (2018)。
- 8) Nouri FM, Lincoln NB : Predicting driving performance after stroke. *British Medical Journal*, **302** : 482-483 (1993)。
- 9) 小菅律，吉野真理子：高齢者における運転回避の安全面に対する有効性。リハビリテーション連携科学, **17**(1) : 20-29 (2016)。
- 10) 渡部数樹，中村英樹：道路交通環境に着目した交通事故発生要因に関するマクロ分析。土木計画学研究・講演集, **50**(155) : 1-8 (2014)。

## Relationship Between J-SDSA and Car Driving Skills in Patients With Brain Injury

Tatsuya Takama<sup>\*1</sup>, Mitsunobu Kohno<sup>\*2</sup>, Shunji Sawa<sup>\*3</sup>

\*1 Nanao Driving School

\*2 Course of Comprehensive Rehabilitation, Graduate School of Rehabilitation, Kinjo University Graduate School

\*3 Gifu University of Health Sciences

### **Abstract**

We examined the utility of the Stroke Drivers' Screening Assessment Japanese Version (J-SDSA) to assess the driving skills of people with stroke and head trauma. An actual driving skills evaluation and J-SDSA, were performed on 30 participants. Our examination revealed that 13 of 14 people who were predicted to pass by J-SDSA, actually passed the driving test: however, 11 of the 16 who were predicted to fail by J-SDSA also passed the driving test, creating doubts about the prediction of driving skills based on J-SDSA alone.

One of the reasons for J-SDSA predictions and driving assessment being inconsistent may have been the impact of difficulty level of road conditions on assessment. When judging the driving skills of those with brain damage, assessments should include other neuropsychological tests in addition to J-SDSA.

**Key words :** Brain injury, Car driving, Higher brain function

## ● 原 著 ●

通いの場に参加する高齢者の COVID-19 禍における  
生きがい感の変化

## — 健常高齢者と非健常高齢者の比較 —

Changes in Ikigai-kan for Living in the COVID-19 Epidemic among  
Older Adults Participating in Social Activities:  
— A Comparison of Healthy and Non-healthy Older Adults —

井上ゆりこ, 中谷 久恵

Yuriko Inoue, Hisae Nakatani

**要旨:** 【目的】 通いの場に参加する高齢者の COVID-19 禍における生きがい感の変化を明らかにする。

【方法】 高齢者 598 人に無記名自記式任意の質問票を配布した。2020 年 4 月の緊急事態宣言発出後、2 回の縦断研究を実施した。調査内容は健康実態、精神的健康度、ソーシャルサポート、生きがい感である。分析方法は、健常高齢者と非健常高齢者の 2 群に分類し比較した。

【結果】 有効回答は 240 人で、健常高齢者 (n=184) は生きがい感が 1 回目と比べ 2 回目に低下しており (P=0.002)、非健常高齢者 (n=56) はうつ状態が改善し (<0.001)、ソーシャルサポートが向上していた (P=0.003)。

【結論】 健常高齢者の生きがい感は社会活動の制限等により低下したと考えられる。非健常高齢者のうつ状態が改善した背景としてソーシャルサポートの関与が示唆されたことから、継続的に通いの場に参加できる支援の重要性がうかがえた。

**キーワード:** 高齢者, 通いの場, 生きがい感, ソーシャルサポート, 精神的健康度

日本在宅ケア学会誌, 27(1): 55-64(2023)

## I. 緒 言

わが国の認知症高齢者は 2025 年には 65 歳以上の約 5 人に 1 人に増加すると見込まれており<sup>1)</sup>、世界一の長寿国である日本の高齢者の暮らし方が注目されている。高齢者を対象とした国際調査では、親しい友人がいない者が日本は 31.3% を占め、近所づきあいは諸外国と比較し低値を示している<sup>2)</sup>。地域では、体操や趣味活動など高齢者の交流・仲間づくりの場となる通いの場が開催されている。認知症施策推進大綱では、高齢者が尊厳と

生きがいを持ち、認知症予防に資する通いの場に参加できるよう地域の実態に合わせた活動の場の拡充が示され<sup>3)</sup>、健康寿命延伸プランにおいても通いの場のさらなる拡充を図ることが掲げられた<sup>4)</sup>。通いの場への参加は、介護費の削減<sup>5)</sup>や要介護認定<sup>6)</sup>、認知機能低下<sup>7)</sup>のリスクを低下させることが報告されており、生涯にわたって生きがいを保持し、その人らしく暮らし続けることが可能な地域づくりが求められている。

日本では、古くから「生きがい」が生活の質 (Quality of Life) を示す言葉のひとつとして用いられてきた<sup>8)</sup>。先行研究では、生きがいの有無とうつ状態は関連し<sup>9)</sup>、楽しみと生きがい感の保持は長命に関連している<sup>10)</sup> ことから、高齢者の介護予防には、身体的活動や人との交

流など社会性の保持が重要と考える。

2019年12月、中国の湖南省武漢で新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）が報告されて以降、世界中に感染が拡大し、日本では2020年4月7日に緊急事態宣言が発出された。感染を拡大させるリスクを避けるため、地域活動の拠点である通いの場にも自粛要請が行われた。諸外国においても、COVID-19感染拡大により、2020年3月から5月末までの歩数の減少が報告され<sup>11)</sup>、日本でも同様に高齢者の身体的活動量が低下したことが報告されている<sup>12)</sup>。COVID-19禍において、高齢者のうつ病発症の予測因子には、認知障害やうつ病の既往歴、多疾患、主観的健康感の悪さなどが報告されている<sup>13)</sup>。家族や地域の人々と接触がない社会的に孤立した状態は、うつ病の発症や孤独感など心理的健康と関連していることから<sup>14-15)</sup>、死亡の危険因子ともなっている<sup>16)</sup>。COVID-19感染拡大による身体的活動量の低下や社会的交流の減少は、高齢者の心身・認知機能への影響のみならず生きがい感への影響が懸念される。

生きがい感に類似する老いの幸福を示す主観的幸福感<sup>17)</sup>は、年齢が高いほど低いが、その後の9年間の追跡において、個人内の変化はなく、安定していたことが示されている<sup>18)</sup>。生きがい感は、年齢が高くなるほど低くなることが報告されているが<sup>8),19)</sup>、個人の経年変化に関する縦断研究の報告はなされていない。通いの場に参加する高齢者の健康状態は多様であり、人との交流の機会が低下したCOVID-19禍における健康状態別の生きがい感の実態を探索することで、今後のサポートのあり方を論じる必要がある。そこで、本研究では、通いの場に参加する高齢者のCOVID-19禍における生きがい感の変化を明らかにすることを目的とした調査を行い、支援策について検討した。

---

## II. 用語の定義

---

本研究は、高齢者の生きがい感とは、「毎日の生活のなかでなに事にも目的をもって意欲的であり、自分は家族や人の役に立つ存在であり、自分がいなければとの自覚をもって生きていく張り合い意識である。さらになにかを達成した、少しでも向上した、人に認めてもらっていると思えるときにもてる意識」<sup>20)</sup>と定義した。

健康状態は、1回目の調査時に認知機能・生活機能の

低下やうつ傾向・うつ状態がない者を健常高齢者（以下、健常群）とし、認知機能・生活機能の低下またはうつ傾向・うつ状態にある者を非健常高齢者（以下、非健常群）と定義した。

---

## III. 研究方法

---

### 1. 研究デザイン

本研究は無記名自記式質問紙を用いた縦断研究である。

### 2. 対象者

本研究では、A県内にある市町村のうち、地域性と高齢化率が異なる3市の通いの場を利用し、自記式調査票に独力で回答できる65歳以上の高齢者を対象とした。対象地域の特性として、B市は市街地でA県の高齢化率に比べ低値を示している。C市はB市に隣接するベッドタウンで農山漁村地域があり、A県の高齢化率と同程度の自治体である。D市は中山間地域でA県の高齢化率より高値を示す自治体である。サンプルサイズはパワー（検出力）計算<sup>21-22)</sup>の結果220を想定し、3市の通いの場のうち、本調査への協力に同意が得られた155ヶ所に調査票の配布を依頼し、通いの場等の意向に添いCOVID-19禍で調査票の配布が可能な598名を対象とした。

### 3. 調査方法

本研究は調査対象者が利用する通いの場を主催する責任者等に研究の目的と方法および倫理的配慮を文書と口頭で説明し、協力を依頼し、同意が得られた通いの場で調査を実施した。郵送または通いの場参加時等で調査票を配布し、郵送にて回収した。調査は2回実施し、1回目の調査時に、2回目の調査協力に同意が得られた対象者311名に対し、2回目調査時には専用のIDを設定し、郵送にて調査票を配布、無記名自記式で郵送にて研究者が回収した。調査は2020年4月にCOVID-19による緊急事態発出されてから7カ月が経過した2020年11月～2021年1月を1回目調査とし、1回目の調査終了時点から1年が経過した2022年1月～3月に2回目の追跡調査を実施した。



#### 4. 調査内容

調査内容は、個人属性、健康実態、精神的健康度、ソーシャルサポート、生きがい感である。個人属性は、性別、年齢、世帯構成、外出頻度・他者交流頻度とし、1回目の調査時に感染拡大前の平時の頻度も尋ねた。健康実態は病気の有無と主観的健康感を4件法（非常に健康である、まあ健康である、あまり健康でない、健康でない）で尋ねた。精神的健康度は、自記式認知症チェックリスト<sup>23-24)</sup>を用いて認知・生活機能と、うつ状態を老人用うつスケール短縮版（Geriatric Depression Scale, 以下、GDS<sup>25)</sup>）で尋ねた。自記式認知症チェックリストは、地域で暮らす高齢者が自らの認知機能や生活機能の低下を自記式で記入して認識できるように開発された尺度である。質問項目は、認知症初期に認められる自覚的認知機能低下5項目（「財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか」、「5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか」、「周りの人からいつも同じ事を聞くなどのもの忘れがあると言われますか」、「今日が何月何日かわからないときがありますか」、「言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがありますか」と、自覚的生活機能5項目（「貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか」、「一人で買い物に行けますか」、「バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか」、「自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか」、「電話番号を調べて、電話をかけることができますか」）の10項目について4件法で認知機能（全くない、時々ある、頻繁にある、いつもそうだ）と生活機能（問題なくできる、だいたいできる、あまりできない、できない）を選択するリッカート式となっており、Mini-Mental State Examination（以下、MMSE<sup>26)</sup>）、Clinical Dementia Rating<sup>27)</sup>との有意な相関が確認されている。得点の範囲は10～40点で、点数が高いほど認知・生活機能が低下していることを示す。GDSは15項目で構成され、得点が高いほど精神的機能が低下していることを示す。

ソーシャルサポートは日本語版ソーシャルサポート尺度を用いた。この尺度は、Zimet GDらが開発したソーシャルサポート尺度の日本語版であり<sup>28)</sup>、短縮版は、7項目で構成され、平均得点が高いほど社会的支援が得られていることを示す。

生きがい感は、近藤らが開発した高齢者向け生きがい

感スケール（K-1式<sup>20)</sup>）を用いた。下位尺度として、「自己実現と意欲」「生活充実感」「生きる意欲」「存在感」を持っており、16項目からなる3件法で回答し、総得点32点で得点が高いほど、生きがい感が高いことを示す。

#### 5. 分析方法

分析対象者は、調査票に欠損値がない者とした。1回目回答した年齢を「65～74歳」「75歳以上」の2群の年齢階級に階層化した。外出頻度と地域活動への参加頻度は、「週3回以上」「週1～2回」「週1回未満」の3群に分類した。主観的健康感は、「非常に健康である」「まあ健康である」を「健康」とし、「あまり健康でない」「健康でない」を「健康でない」の2群に分類した。認知・生活機能は、先行研究<sup>24)</sup>をもとに、17点以下を「低下なし」、18点以上を「低下あり」に分類した。GDSは先行研究<sup>29)</sup>を参考に、4点以下を「正常」、5点以上を「うつ傾向」、10点以上を「うつ状態」とし、4点以下「正常」と5点以上「うつ傾向・うつ状態」の2群に分類した。健康状態は、1回目の自記式認知症チェックリストで「低下なし」かつGDSで「正常」の者を健常高齢者とし、自記式認知症チェックリストで「低下あり」またはGDSで「うつ傾向・うつ状態」の者を非健常高齢者とした。

統計解析は、正規性の検定（Shapiro-wilk検定）後、1回目の健康状態2群と年齢はMann-WhitneyのU検定を行い、その他の個人属性は $\chi^2$ 検定を行った。1回目の健康状態2群と精神的健康度、ソーシャルサポート、生きがい感の変化はWilcoxonの符号付順位検定を行った。統計解析SPSSはVer29を用い、有意水準は5%未満を統計的に有意とした。

#### 6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究対象者には協力は自由意思であり、協力の拒否によって不利益を被ることはないこと、個人情報特定する情報の記載はないことを文書で説明した。依頼文には、調査票の返送によって調査への同意が得られたとすること、調査票を郵送後は撤回できないことを明記した。本研究の実施にあたり、福岡大学の医に関する倫理委員会（承認番号：U20-09-011）および広島大学疫学研究倫理審査委員会の追加承認を得た（承認番号：E2022-0247、承認日：2023年1月26日）。

## IV. 研究結果

1回目の回収数は378人から得られ（回収率63.2%）、2回目の回収数は267人から得られた（44.6%）。質問項目に欠損がある27人を除いた240人を分析対象とした（有効回答率40.1%）（図1）。

本調査で使用した尺度は正規性の検定（Shapiro-wilk検定）を行い、正規分布に従っていなかった（ $<0.001$ ）。各尺度の信頼性係数（Cronbach  $\alpha$ ）は、自記式認知症チェックリスト（1回目調査:0.784, 2回目調査:0.838）、GDS（1回目調査:0.790, 2回目調査:0.803）、ソーシャルサポート（1回目調査:0.910, 2回目調査:0.912）、生きがい感（1回目調査:0.858, 2回目調査:0.850）であった。

### 1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示した。男性が25.0%で、75.0%が女性であった。平均年齢は75.76 $\pm$ 5.70歳、年齢階級は「65～74歳」が41.3%、「75歳以上」は58.8%であった。世帯は家族との同居が79.6%、独居が

20.4%であった。対象者の健康状態で認知・生活機能の低下がある高齢者は6.3%、うつ傾向・うつ状態にある高齢者は20.8%であった。認知・生活機能の低下やうつ傾向やうつ状態のない健常高齢者は184人（76.7%）、非健常高齢者は56人（23.3%）であり、健常群75.40 $\pm$ 5.60歳、非健常群76.96 $\pm$ 5.92歳で健康状態による差はなかった。非健常群は健常群と比べ、何らかの病気を持つ高齢者が87.5%と多く（ $P=0.048$ ）、主観的健康感が「健康でない」高齢者が28.6%と多かった（ $<0.001$ ）。

### 2. 外出状況と他者交流頻度の変化

外出状況の変化を図2に示した。外出頻度は「週3回以上」が健常群では、平時78.8%で、1回目は61.4%に低下していたが、2回目には79.3%であった。非健常群では、「週3回以上」の外出が平時83.9%で、1回目55.4%、2回目57.1%であった。健常群の外出が「週1回未満」の高齢者は平時5.4%、1回目11.4%、2回目6.5%であった。非健常群の外出が「週1回未満」の高齢者は平時5.4%、1回目8.9%、2回目10.2%と増加していた。

他者交流頻度の変化を図3に示した。健常群では、「週

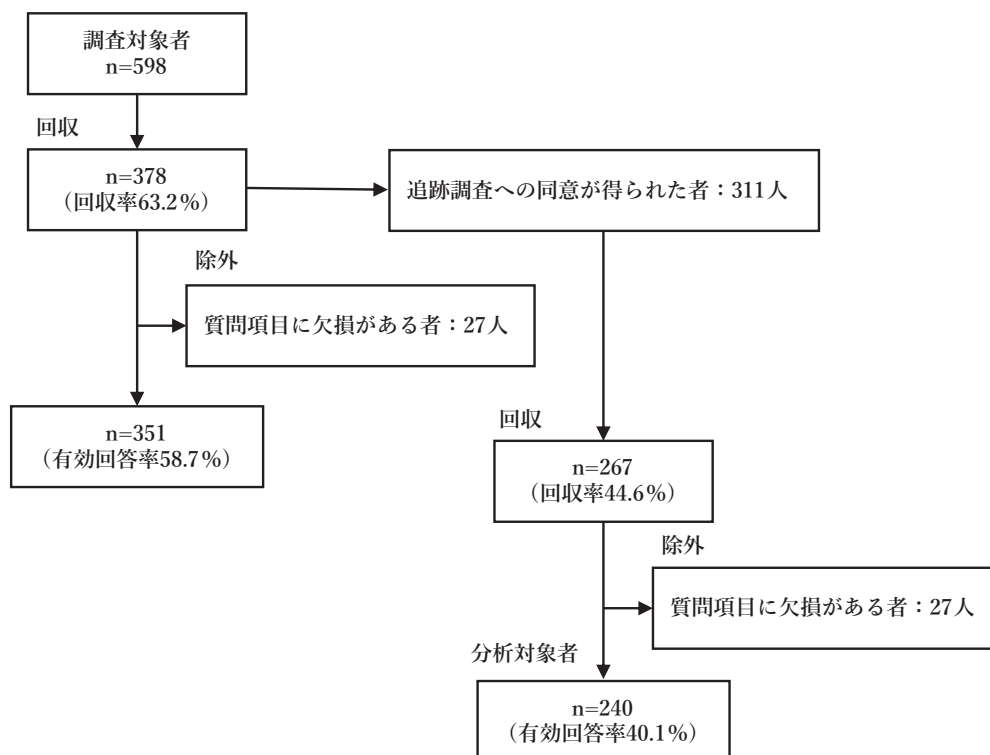


図1 本研究対象者のフローチャート

3回以上」の交流が平時69.0%に比べ、1回目44.6%に低下し、2回目は60.3%であった。非健常群では、「週3回以上」の交流が平時60.7%に比べ、1回目26.8%に低

下し、2回目は41.1%で、週1回未満の高齢者は、平時16.1%、1回目30.4%、2回目33.9%と増加していた。

表1 対象者の属性 (1回目調査時)

項目	全体 (n=240)	健常群 (n=184)	非健常群 (n=56)	P 値
性別 (n, %)				
男性	60 (25.0)	45 (24.5)	15 (26.8)	0.724 <sup>1)</sup>
女性	180 (75.0)	139 (75.5)	41 (73.2)	
年齢				
平均年齢 (mean,SD)	75.76 (5.70)	75.40 (5.60)	76.96 (5.92)	0.103 <sup>2)</sup>
65～74歳 (n, %)	99 (41.3)	82 (44.6)	17 (30.4)	0.059 <sup>1)</sup>
75歳以上 (n, %)	141 (58.8)	102 (55.4)	39 (69.6)	
世帯 (n, %)				
同居	191 (79.6)	145 (78.8)	46 (82.1)	0.587 <sup>1)</sup>
独居	49 (20.4)	39 (21.2)	10 (17.9)	
病気の有無 (n, %)				
なし	53 (22.1)	46 (25.0)	7 (12.5)	0.048 <sup>1)</sup>
あり	187 (77.9)	138 (75.0)	49 (87.5)	
主観的健康感 (n, %)				
健康	216 (90.0)	176 (95.7)	40 (71.4)	<0.001 <sup>1)</sup>
健康でない	24 (10.0)	8 (4.30)	16 (28.6)	
認知・生活機能 (n, %)				
低下なし	225 (93.8)	184 (100.0)	41 (73.2)	
低下あり	15 (6.3)	0 (0.0)	15 (26.8)	
うつ状態 (n, %)				
正常	190 (79.2)	184 (100.0)	6 (10.7)	
うつ傾向・うつ状態	50 (20.8)	0 (0.0)	50 (89.3)	

mean: 平均値, SD: 標準偏差

1)  $\chi^2$  検定

2) Mann-Whitney の U 検定

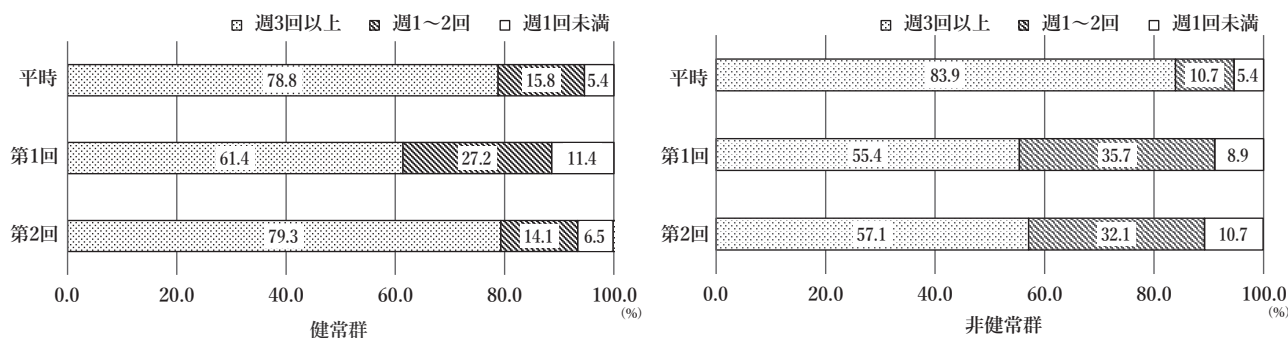


図2 外出頻度の変化

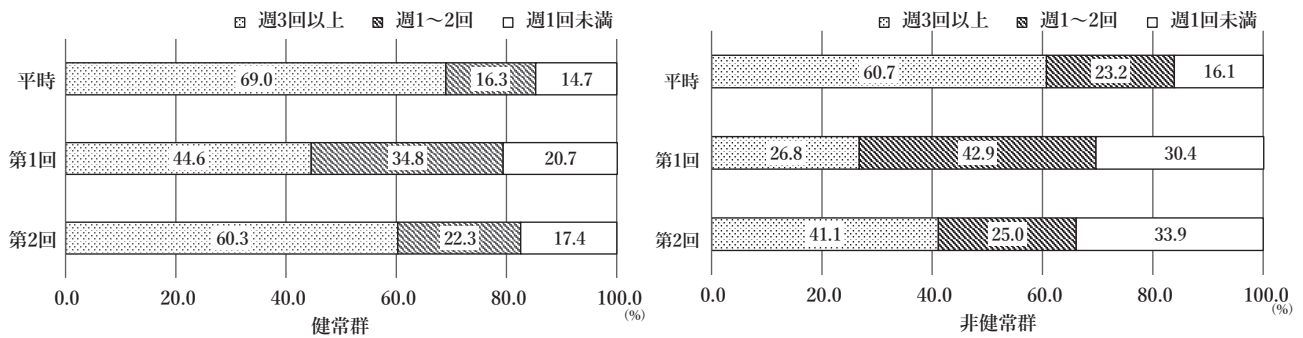


図3 他者交流頻度の変化

表2 精神的健康度, ソーシャルサポート, 生きがい感の変化

項目	健常群 (n=184)								p 値
	1 回目				2 回目				
	中央値	四分位偏差	最小値	最大値	中央値	四分位偏差	最小値	最大値	
認知・生活機能	12	1.50	10	17	12	1.50	10	27	0.305
うつ状態	1	1.00	0	4	1	1.00	0	11	0.156
ソーシャルサポート	6.00	0.43	2.14	7.00	6.00	0.50	1.00	7.00	0.085
生きがい感	29	2.50	13	32	28	3.00	10	32	0.002
自己実現と意欲	11	1.00	3	12	11	1.50	3	12	0.032
生活充実感	10	1.00	4	10	9	1.00	3	10	0.053
生きる意欲	4	0.50	0	4	4	0.50	0	4	0.227
存在感	6	1.00	1	6	5	1.00	1	6	0.071
項目	非健常群 (n=56)								p 値
	1 回目				2 回目				
	中央値	四分位偏差	最小値	最大値	中央値	四分位偏差	最小値	最大値	
認知・生活機能	14	3.00	10	30	14	2.50	11	31	0.335
うつ状態	6	1.50	0	14	4	2.00	0	14	<0.001
ソーシャルサポート	5.36	0.57	1.00	7.00	5.71	0.71	1.00	6.86	0.003
生きがい感	23	4.00	4	32	22	4.50	3	31	0.413
自己実現と意欲	9	2.00	2	12	9	2.00	1	12	0.879
生活充実感	7	2.00	0	10	6	1.50	0	10	0.633
生きる意欲	3	1.00	0	4	3	1.00	1	4	0.838
存在感	5	1.50	0	6	5	1.00	0	6	0.819

・ Wilcoxon の符号付順位検定

### 3. 精神的健康度, ソーシャルサポート, 生きがい感の変化

精神的健康度, ソーシャルサポート, 生きがい感の変化を表2に示した。認知・生活機能は健常群, 非健常群いずれも1回目と2回目に差はなかった。うつ状態は, 健常群で差はなかったが, 非健常群で1回目と比べ, 2回目の方が改善していた ( $<0.001$ )。ソーシャルサポートは健常群で差はなかったが, 非健常群で1回目と比べ,

2回目の方がサポートが得られていた ( $P=0.003$ )。

生きがい感は健常群で1回目と比べ, 2回目の方が低下していた ( $P=0.002$ )。下位尺度では, 「自己実現と意欲」が低下していた ( $P=0.032$ )。非健常群では差はなかった。

## V. 考 察

本研究では, COVID-19禍における高齢者の生きがい

いの変化を経過を追って比較した。通いの場に参加する高齢者の健康実態においては精神的健康度のひとつの指標である認知・生活機能は健常高齢者、非健常高齢者ともに変化していなかった。その背景として、対象者はCOVID-19感染拡大以前から、通いの場に参加していた高齢者であり、外出頻度が閉じこもりの指標<sup>30)</sup>である「週1回未満」の高齢者が2回目の調査時、健常高齢者では6.5%、非健常高齢者で10.7%にとどまり、外出の機会が保てている高齢者であったためと想定される。さらに、家族との同居者が79.6%であったことから、COVID-19禍においても家族と何らかの関わりがある高齢者が多かったためと考える。藤原は、自立高齢者は、COVID-19禍で1年程巣ごもり生活が続いたとしても、日常の家事や用事をこなしており、生活機能の低下は必ずしも急激に進むものではない<sup>31)</sup>と述べている。また、藤田らは外出が低い群ほどMMSE得点が低い傾向にあると報告している<sup>32)</sup>ことから、通いの場に参加する高齢者では認知・生活機能の維持につながったと推測される。

うつ状態は、非健常高齢者で1回目から2回目に改善していたことが明らかとなった。4月の緊急事態宣言から7カ月が経過した1回目調査時は、全国で感染者数が増加している第3波の状況であった。高齢者や基礎疾患のある人は重症化するリスクが高いことはマスメディア等を介して一般住民に周知されていた。非健常高齢者の約9割が抑うつ状態にあり、何らかの病気をもち、健康でないと感じる高齢者が健常高齢者と比べて多かったことから、感染への不安や意欲の低下により外出や社会交流を控え、日常生活が変化していた可能性が考えられる。2回目は4月の緊急事態宣言から21カ月が経過し、2022年1月9日からまん延防止等重点措置が発出されていた。感染対策を講じた社会的交流は再開する傾向にあり、三密を避けて、自粛期間以外通いの場が再開している期間であった。非健常高齢者のソーシャルサポートは1回目から2回目に上昇し、家族や友人等からの支援がより得られていた。Bui<sup>33)</sup>は高齢者を対象とした縦断調査で、ソーシャルサポートと抑うつ症状に相互の関連があることを報告しており、本研究においても、非健常高齢者が抱える問題や悲しみに対する支援が増えたことでうつ状態の軽減につながったと考える。

生きがい感は、非健常高齢者において2回の調査に変

化はみられなかったが、健常高齢者ではCOVID-19禍の経過が長くなった2回目では低下していた。健常高齢者は何らかの病気をもち者が非健常高齢者よりも少なく、主観的健康感も「健康」が非健常高齢者より多かった。さらに他者交流頻度が「週3回以上」の高齢者が非健常高齢者と比べ多く、人との接触頻度は多い結果であった。それにもかかわらず、生きがい感が低下していた。本研究の生きがい感では下位尺度として「自己実現と意欲」「生活充実感」「生きる意欲」「存在感」に関する内容を尋ねており、健常高齢者の「自己実現と意欲」が低下していた。永井らのコロナ禍におけるもの忘れ外来の初診患者を対象とした縦断調査では、日常生活に対する活動意欲が低下傾向にあることが示されている<sup>34)</sup>。市戸ら<sup>35)</sup>は外出自粛要請下での困りごととして、趣味活動ができない、身体活動量の減少、日常生活が制限されている、社会活動が実施できない、衛生材料が入手できない、受診や見舞いができないの6カテゴリーを挙げている。健常高齢者は、孫や親兄弟の世話など家庭内や地域で何らかの役割を持つ者が多いと想定され、精神的健康度を示す認知・生活機能やうつ状態での変化はなかったが、自粛生活の長期化が外出や社会的交流に影響したことで「自己実現と意欲」への生きがい感が低下した可能性が示唆される。

外出頻度や他者交流頻度に変化はあるものの、本研究の結果より非健常高齢者へのソーシャルサポートの増加は、うつ状態の改善や認知生活機能の低下予防に寄与する重要な機会と考えられることから、安心して継続的に通いの場に参加できる環境づくりの重要性がうかがえた。健常高齢者にとっては、通いの場と同様に感染対策を講じ、家族や地域活動を保つ支援が、生きがい感の低下を防ぎ、健康であり続けるために重要と考える。

本研究にはいくつかの限界が認められる。1点目は、単一県内の155ヶ所の通いの場で実施した一部のサンプリング調査であるため、他の地域でも調査を行う必要がある。2点目は、通いの場以外の地域活動の参加状況は調査できていない。高齢者の社会性と生きがい感の変化に関連する背景要因をさらに調査する必要がある。

---

## VI. 結 論

---

長期化するCOVID-19禍での約13ヶ月間の追跡に

において、健常高齢者の生きがい感は低下していたが ( $P=0.002$ )、非健常高齢者の生きがい感には変化がなかった。非健常高齢者のうつ状態は改善し ( $<0.001$ )、ソーシャルサポートの向上が認められた ( $P=0.003$ )。健常高齢者が社会活動を行える支援と非健常高齢者が継続的に通いの場に参加できる支援の重要性が示唆された。

本研究の調査にご協力くださいました対象者の皆さま、関係機関の皆さまに心より感謝申し上げます。調査を行うにあたり、ご協力いただきました塚原ひとみ様、中嶋恵美子様、森永朗子様、古賀綾様に厚く御礼申し上げます。本研究の一部はコメディカル臨床研究助成およびJST 科学技術イノベーション創出に向けた大学フェローシップ創設事業 JPMJFS2129の支援を受けたものです。

本研究実施にあたり、申告すべき経済的・学術的利益相反はない。

#### ■引用文献

- 二宮利治, 清原裕, 小原知之: 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 分担研究報告書: 20-24 (2015) ([https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A\\_upload/201405037A0004.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A_upload/201405037A0004.pdf), 2023. 2. 25).
- 内閣府: 高齢者の生活と意識に関する国際比較調査 (<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/chousa/index.html>, 2023. 2. 25).
- 厚生労働省: 認知症施策推進大綱について ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html), 2023. 2. 25).
- 厚生労働省: 健康寿命延伸プラン (<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000514142.pdf>, 2023. 2. 25).
- Saito M, Aida J, Kondo N, et al.: Reduced long-term care cost by social participation among older Japanese adults: a prospective follow-up study in JAGES. *BMJ Open*, **9** (3): e024439 (2019).
- Hikichi H, Kondo N, Kondo K, et al.: Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *J Epidemiol Community Health*, **69** (9): 905-910 (2015).
- Hikichi H, Kondo K, Takeda T, et al.: Social interaction and cognitive decline: Results of a 7-year community intervention. *Alzheimers Dement (N Y)*, **3** (1): 23-32 (2017).
- 長谷川明弘, 星旦二: 都市近郊在宅高齢者における「生きがい」と関連要因. 日本ケアマネジャー学会誌, **3**: 58-67 (2005).
- 竹田徳則, 近藤克則, 吉井清子, ほか: 居宅高齢者の趣味生きがい 作業療法士による介護予防への手かかりとして. 総合リハビリテーション, **33** (5): 469-476 (2005).
- 星旦二, 長谷川明弘, 櫻井尚子, ほか: 都市郊外在宅高齢者における楽しみと生きがいの実態とその三年後生存との関連. 社会医学研究, **34** (2): 85-92 (2017).
- Tison GH, Avram R, Kuhar P, et al.: Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study. *Annals of Internal Medicine*, **173** (9): 767-770 (2020).
- Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, et al.: Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. *The journal of nutrition, health & aging*, **24**: 948-950 (2020).
- Alhalaseh L, Kasasbeh F, Al-Bayati M, et al.: Loneliness and Depression among Community Older Adults during the COVID-19 Pandemic: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, **22** (4): 493-501 (2022).
- Noguchi T, Saito M, Aida J, et al.: Association between social isolation and depression onset among older adults: a cross-national longitudinal study in England and Japan. *BMJ Open*, **11** (3): e045834 (2021).
- Taylor HO: Social Isolation's Influence on Loneliness Among Older Adults. *Clinical Social Work Journal*, **48** (1): 140-151 (2020).
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al.: Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, **10** (2): 227-237 (2015).
- 古谷野亘: 老年精神医学関連領域で用いられる測度 QOLなどを測定するための測度(2). 老年精神医学雑誌, **7** (4): 431-441 (1996).
- 中川威: 高齢期における主観的幸福感の安定性と変化—9年間の縦断研究—. 老年社会科学, **40** (1): 22-31 (2018).
- 近藤勉, 鎌田次郎: 高齢者の生きがい感に影響する性別と年代から見た要因—都市の老人福祉センター高齢者を対象として—. 老年精神医学雑誌, **15** (11): 1281-1290 (2004).
- 近藤勉, 鎌田次郎: 高齢者向け生きがい感スケール(K-1

- 式) の作成および生きがい感の定義. 社会福祉学, **43** (2) : 93-101 (2003).
- 21) Faul F, Erdfelder E, Lang AG, et al : G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, **39**(2) : 175-191 (2007).
- 22) Faul F, Erdfelder E, Buchner A, et al. : Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, **41** (4) : 1149-1160 (2009).
- 23) 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, ほか : 自記式認知症チェックリストの開発(1) : 尺度項目案の作成と因子的妥当性および内的信頼性の検討. 日本老年医学会雑誌, **52** (3) : 243-253 (2015).
- 24) 宮前史子, 宇良千秋, 佐久間尚子, ほか : 自記式認知症チェックリストの開発(2) : 併存的妥当性と弁別的妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, **53**(4) : 354-362 (2016).
- 25) Yesavage JA, Sheikh JI. : Geriatric Depression Scale (GDS) Recent evidence and development of a shorter version: *Clinical Gerontology*, **5**(1-2) : 165-173 (1986).
- 26) Folstein MF, Folstein SE, McHuge PR : "Mini-mental state". A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician: *Journal of psychiatric research*, **12**(3) : 189-198 (1975).
- 27) Morris JC : The Clinical Dementia Rating (CDR), Current Version and Scoring rules. *Neurology*, **43**(11) : 2412-2414 (1993).
- 28) 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵, ほか : 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性—中高年者を対象とした検討—. 厚生学の指標, **54**(6) : 26-33 (2007).
- 29) Sugita A, Ling L, Tsuji T, et al : Cultural Engagement and Incidence of Cognitive Impairment: A 6-year Longitudinal Follow-up of the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *Journal of Epidemiology*, **31** (10) : 545-553 (2021).
- 30) Saito J, Kondo N, Saito M, et al: Exploring 2.5-Year Trajectories of Functional Decline in Older Adults by Applying a Growth Mixture Model and Frequency of Outings as a Predictor: A 2010-2013 JAGES Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology*, **29**(2) : 65-72 (2019).
- 31) 藤原佳典 : [COVID-19とサルコペニア・フレイル:ウィズ・アフターコロナの時代を見据えて] コロナ禍における高齢者の社会活動～「通いの場」の再開に向けて. 日本サルコペニア・フレイル学会雑誌, **5**(1) : 41-46 (2021).
- 32) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, ほか : 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, **51** (3) : 168-180 (2004).
- 33) Bui BKH : The relationship between social network characteristics and depressive symptoms among older adults in the United States: differentiating between network structure and network function. *Psychogeriatrics*, **20**(4) : 458-468 (2020).
- 34) 永井久美子, 玉田真美, 碩みはる, ほか : もの忘れ外来における初診患者の変化—緊急事態宣言の影響—. 日本老年医学会雑誌, **59**(2) : 178-189 (2022).
- 35) 市戸優人, 大内潤子, 林裕子, ほか : 北海道におけるCOVID-19感染拡大防止策が高齢者に与えた生活への影響 : 外出自粛要請下における高齢者の健康行動と生活の困りごと. 日本看護研究学会雑誌, **44**(2) : 185-192 (2021).

## Changes in Ikigai-kan for Living in the COVID-19 Epidemic among Older Adults Participating in Social Activities:

— A Comparison of Healthy and Non-healthy Older Adults —

Yuriko Inoue, Hisae Nakatani

Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University

### **Abstract**

**Purpose:** This study clarifies the changes in ikigai-kan (Japanese: the feeling that life is worth living) among older adults participating in social activities during the COVID-19 epidemic.

**Methods:** An anonymous, self-administered questionnaire was distributed to 598 adults aged 65 or older. Two longitudinal survey studies were conducted after the state of emergency declaration in April 2020. Survey questions were concluded by attribute, health status, mental health, social support, and the ikigai-kan. Participants were divided into healthy and non-healthy groups. Mental health, social support, and ikigai-kan were compared.

**Results:** Among the 267 respondents, 240 were included for analysis. The healthy older adults (n=184) had a decreased ikigai-kan ( $P=0.002$ ). Non-healthy older adults (n=56) had improved depression ( $<0.001$ ) and social support ( $P=0.003$ ) in the second session compared to the first.

**Conclusions:** Healthy older adults' Ikigai-kan decreased when social activities were limited. The depression of non-healthy older adults had alleviated because the social support had been improved by the second session. Therefore, the study suggested the importance of support for non-healthy older adults to participate in ongoing social activities.

**Key words :** Older adults, Social activities, Ikigai-kan, Social support, Mental health



## ● 研究報告 ●

## 与薬に関する訪問看護師とホームヘルパーの連携モデルの考案

Developing a Model of Interprofessional Collaboration by Home-Visit Nurses  
and Home Helpers With Regard to Administering Medication小枝美由紀\*<sup>1</sup>, 大野かおり\*<sup>2</sup>

Miyuki Koeda, Kaori Ohno

**要旨：**訪問看護師とホームヘルパーが連携しながら与薬を行うためのモデルを検討した。訪問看護ステーション管理者15名、訪問介護事業所サービス提供責任者13名にグループインタビューを実施し質的帰納的分析を行うとともに、先行研究で得られた連携の概念モデルと統合することで、連携モデルを作成した。モデルには、連携の前提となる4要素、連携の実践内容となる4要素、連携の効果となる3要素が得られた。連携の実践内容となる要素では、【情報の共有と統合】により具体的な与薬の方法が共有されたのち、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践が始まり、その際、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】が行われる状況があった。また、連携がより上手く機能していくための基盤となるものとして【連携の基盤作り】があった。今後は、実際に現場で運用することによるモデルの有用性の検証と、更なる精錬を行う必要がある。

**キーワード：**与薬、訪問看護、訪問介護、多職種連携

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 65-75 (2023)

## I. 序 論

訪問看護を利用する在宅療養者は、疾患や障害を抱えているという点で何らかの服薬支援を受けている者がほとんどである。日々の服薬支援は訪問看護師のみでは完結せず、そこには多職種連携が欠かせない<sup>1-2)</sup>。近年、薬剤師が訪問薬剤指導に入るなどの状況も出てきているものの、「設備の問題」、「人員不足」、介護サービスに対する「知識不足」もあり<sup>3)</sup>、毎日の与薬となると、訪問看護師が内服薬をセッティングし、ホームヘルパー（訪問介護員、以下、ヘルパーと示す）が内服確認や内服介助を行うのが多い現状である<sup>4-5)</sup>。

ヘルパーは、薬剤に関する知識を資格取得の際のカリ

キュラムの中で明確に学ばない<sup>6)</sup>にもかかわらず、与薬の一翼を担わざるを得ない状況が起きている。サービス提供責任者の46.0%が「薬剤に関する知識は不明」と答えているとの調査結果があり<sup>7)</sup>、筆者が訪問看護の現場で働く中で、認知介護や独居の在宅療養者にヘルパーが与薬で介入している事例において、セッティングしてある内服薬の配薬ミスや貼付薬の重複貼りといった危険な状況が散見される。

与薬においては、家族・医療職に加えてヘルパーも支援者であり、支援の課題には、専門職間での情報共有と連携があること、連携においては看護師が主にその役割を担っていることが先行研究で述べられている<sup>8)</sup>。医療職である看護師と介護職であるヘルパーとの間に知識や技術の差異があるとともに、医師と看護師の間に「上下関係がある」<sup>9)</sup>ように、訪問看護師とヘルパーのヒエラルキーが存在することは否めない。そのような中、看護

受付日：2022年6月22日

受理日：2023年3月13日

\*1 たまつ訪問看護ステーション

\*2 兵庫県立大学看護学部

師とヘルパーが対等な関係として協働していくための研究報告がいくつかある<sup>10-12)</sup>。これらの研究報告は全て施設でのケアをテーマにしたものであり、訪問系サービスをテーマにした研究は見当たらない。

在宅ケアにおける多職種連携による薬剤管理には、薬剤師、医師、ケアマネジャーといった職種の役割も欠かすことができないが、薬剤の作用・副作用などの医療知識と安全な使用方法等確かな技術の共有の中で在宅療養者の日常生活に沿った薬剤管理を可能にするという点で、訪問看護師とヘルパーの連携に焦点をあてた研究を行うことには意義があると考えられた。

今回は、訪問看護師とヘルパーがどのようにすれば対等な関係性の中で連携し、誤薬等の問題がなく確かな知識と技術のもと、個々の生活にあった与薬がなされるのかについての連携モデルを検討したいと考えた。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを検討することは、個々の在宅療養者に合わせた与薬が確実になされるQOL (Quality of Life) の向上に寄与するとともに、各専門職のスキルアップにつながる可能性があるものと考ええる。

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの構築にあたっては、1) モデルの考案、2) モデルの有用性の検討の2段階で研究を実施した。今回は、1) モデルの考案の部分について報告する。

---

## II. 研究方法

---

### 1. 用語の定義

#### 1) 与薬

与薬には、①医師による診察と処方、②薬剤師による調剤、③本人・家族等による薬剤の入手、④セッティング、⑤投薬、⑥効果や副作用の医師への報告の要素があり、④～⑥は、本人、家族、ヘルパー、看護師、薬剤師、医師のいずれかが関与するとされている<sup>13)</sup>。

本研究では、清崎<sup>13)</sup>の文献を参考に、本人、家族、ヘルパー、看護師、薬剤師のいずれかによる薬剤のセッティング、投薬、投薬後の観察と評価、効果や副作用の報告の部分と与薬として定義した。また、薬剤の形態は、内服薬、貼付薬、自己注射薬、点眼薬、座薬とした。

#### 2) 連携

在宅ケアにおける医療・介護職の連携に関する概念分

析を行った先行文献<sup>14)</sup>の定義を用い、本研究では、連携とは医療と介護の専門職が【コミュニケーションのための資源を活用する】ことを用いて【機関や職種を超えた情報の共有】を行うことにより、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】ことであると定義した。

### 2. 研究協力者

グループインタビューにて豊富な実践経験を語ってもらうため、X県Y市、Z市で、訪問看護師とヘルパーが連携しながら誤薬や飲み忘れがなくなるなど、上手く与薬が行えた経験のある訪問看護ステーション管理者、訪問介護事業所サービス提供責任者に機縁法で研究協力を依頼した。研究協力候補者は、各地域での人脈が豊富な訪問看護ステーション管理者、訪問介護事業所サービス提供責任者に紹介を頂き、研究者が研究内容の説明を行った上、同意を得た方を研究協力者とした。

### 3. データ収集方法

職種毎に4～6名ずつ、60分程度のグループインタビューを、遠隔会議システム zoom を用いて1回ずつ実施した。インタビュー内容は、(1)訪問看護師とヘルパーが連携しながら与薬を行った際に上手くいった事例。その事例の連携で行われたこと、上手くいった要因。(2)訪問看護師とヘルパーが連携しながら与薬を行った際に上手くいかなかった事例。その事例の連携で行われたこと、上手くいかなかった要因。(3)訪問看護師とヘルパーが上手く連携しながら与薬を行うためには何が必要と考えるか。以上3点とし、参加者に自由に発言をしてもらった。インタビュー内容は了承を得てICレコーダーで録音し、逐語録に起こしたものをデータとした。

データは、2020年6月～9月に収集した。

### 4. 分析方法

#### 1) インタビュー内容の分析

逐語録をよく読み、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の各要素の具体例として語られた部分を抜き取り、一つの意味単位になるように分割し、コードとした。コードを類似性によってまとめ、カテゴリー化し、類似するカテゴリーを集めたものを要素とした。

## 2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル作成

連携モデル作成にあたり、訪問看護師とヘルパーの連携に必要な内容が網羅されるよう、在宅ケアにおける医療・介護職の連携に関する要素が明らかにされた先行文献<sup>14)</sup>の結果を用いた。

得られたカテゴリー及び要素と先行研究で得られた連携の概念分析の結果<sup>14)</sup>とを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。

連携の概念分析の結果<sup>14)</sup>では、先行要件に【医療と介護の連携ニーズ】、【医療と介護の各専門職の理解】、【療養者中心の態度】、【別々の機関に所属する職種間の関係性】の4要素、属性に【機関や職種を越えた情報の共有】、【コミュニケーションのための資源を活用する】、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】の3要素、帰結に【在宅ケアの質向上】、【機関を超えた多職種でのチーム力向上】、【役割の解放】、【職務満足】の4要素が明らかとなっている。

モデル作成時には、連携の概念にインタビュー結果を当てはめていくのではなく、新たな要素が得られた場合にはその他の要素との関係性も含め、概念の要素と統合していく形で作成をすすめた。

データのカテゴリー化、モデル作成においては、質的研究に精通した研究者とともに検討を重ね、信頼性の確

保に努めた。

## 5. 倫理的配慮

研究協力は自由意思であり、協力を拒否した場合も不利益は生じないことを文書と口頭で説明し、保証した。なお、本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を受けて実施した（申請番号：2020D02）。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 研究協力者の概要

訪問看護ステーション管理者15名、訪問介護事業所サービス提供責任者13名から協力が得られた。訪問看護ステーション管理者は全員女性、年齢は平均54.6±4.6歳、訪問看護経験年数は平均14.4±6.9年であり、訪問看護認定看護師が5名含まれていた（表1）。訪問介護事業所サービス提供責任者は男性3名、女性10名で、年齢は平均47.1±6.4歳、ヘルパー経験年数15.2±4.7年であった。有する資格の状況としては、介護福祉士12名、社会福祉士1名のなかに、介護支援専門員の資格を有する者が5名含まれていた（表2）。

表1 訪問看護ステーション管理者の属性

		n=15	
		mean±SDまたはn	%
年齢		54.6±4.6年	
訪問看護経験年数		14.4±6.9年	
性別	女性	15人	100.0
資格	訪問看護認定看護師	5人	33.3
	介護支援専門員	1人	6.7

表2 訪問介護事業所サービス提供責任者の属性

		n=13	
		mean±SDまたはn	%
年齢		47.1±6.4年	
ヘルパー経験年数		15.2±4.7年	
性別	女性	10人	76.9
	男性	3人	23.1
資格	介護福祉士	12人	92.3
	社会福祉士	1人	7.7
	介護支援専門員	5人	38.5

## 2. 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの要素

インタビューにおいて、概念モデルの先行要件に対応する内容が4要素10カテゴリー、属性に対応する内容が4要素19カテゴリー、帰結に対応する内容が3要素9カテゴリー得られた。

先行要件に対応する内容を連携の前提となる要素、属性に対応する内容を連携の実践内容となる要素、帰結に対応する内容を連携の効果として統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの要素を得た。以下、得られた要素を【 】、カテゴリーを〈 〉、カテゴリーに含まれたコードの内容を簡潔に表した語りの内容を「 」に示す。

### 1) 連携の前提となる要素 (表3)

訪問看護師とヘルパーが与薬に関して連携する場合の前提条件となったり、連携内容に影響を与えたりする要素が以下の通り得られた。

#### (1) 【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】

与薬に関して訪問看護師とヘルパーが連携する必要性が発生する状況を確認しておく内容であった。

訪問看護師とヘルパーが与薬に関して支援している在宅療養者には、「糖尿病で、網膜症で視力が弱くなって

る独居の人 (で、インスリン自己注射の見守りと声かけが必要である)」(訪問看護師) といった〈与薬に関して医療と生活の複合的な課題を有する状態〉があることが語られた。

#### (2) 【与薬の方向性の統一】

訪問看護師とヘルパーの両者が在宅療養者を中心に支援していくという統一した方向性をもっている状況であった。

「利用者さん (在宅療養者) が主人公なので、より良い生活をしてほしいという統一した目標がある程度定まったケアがあれば」(訪問看護師) というように、連携のためには〈療養者を中心に与薬の方向性を統一する〉ことが必要であると抽出された。

#### (3) 【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】

訪問看護師とヘルパーが、与薬に関して各専門性の中でそれぞれが担える範囲と、専門性の中で求められていることをお互いに理解している状況であった。

「下剤とかちょっとした薬だったらそっちでやってみてみたいな感じが結構あって、私がお薬カレンダーを触って薬を1週間抜いといてとかってということって、すごく違和感があって」(ヘルパー) と、下剤であってもヘルパーで判断して調整するのは違和感があるという認

表3 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の前提となる要素

要素	カテゴリー	内容の説明	語り得られた職種*
訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認	与薬に関して医療と生活の複合的な課題を有する状態	認知症、独居、寝たきりや服薬拒否など、薬剤の管理に支援が必要な身体的、精神的、社会的状態がある	看、介
	症状に合わせた薬剤の調整が必要な状態	身体状況に合わせて薬の内容や量を変更する必要がある療養者である	看、介
	ヘルパーだけでは支援できない処方内容	薬の種類が多いなどヘルパーだけでは支援が難しい処方内容である	介
与薬の方向性の統一	療養者を中心に与薬の方向性を統一する	療養者を中心に与薬の方向性を統一する	看、介
	ヘルパーの医療的判断の困難さの理解	医療的な判断は、ヘルパーは難しいことを知る	看、介
訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解	専門職の責任範囲の理解	お互いの出来る範囲・出来ない範囲を知る	看
	役割の補完方法の理解	お互いに出来ない範囲をどのように支え合うか知る	看、介
	ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解	ヘルパーの薬剤知識や服薬介助に関する学習ニーズを知る	看
他機関に所属する職種間の関係性の共通理解	他事業所への遠慮	職種間、他事業所間の様子の分かりにくさや遠慮がある	看、介
	大切なチームの一員としての意識	大切な療養者を一緒にみるチームの一員として相手を意識する	看、介

\*看：看護師、介：ヘルパー

識が語られたほか、「(ヘルパーが)判断するところではないかなって」(訪問看護師)と、判断する部分はヘルパーでは難しいということを訪問看護師も語っていた。〈ヘルパーの医療的判断の困難さの理解〉が必要とされていた。

連携により、「どう関わるかっていうアプローチの仕方の違いっていうことを尊重できていく」(ヘルパー)、「『前もって訪問看護師さんから(薬の内容と飲み方を)聞いておけたら、ありがたい』とは、おっしゃってました」(訪問看護師)というように、〈役割の補完方法の理解〉がされていた。

「ヘルパーさんもそれ(誤嚥しない内服方法)知りたかったんちゃうかな」(訪問看護師)というように、〈ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解〉など、各専門職が資質を向上するために何が出来るかを知ることにつ

いても語られた。

#### (4) 【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】

連携のしやすさ、しにくさに関連していくような職種間の関係性や、所属機関同士の関係性に関して、訪問看護師とヘルパーが捉えている内容であった。

別々の機関に所属することと、職種が違うという部分が影響し、「訪問看護さんのところに連絡をするって、お忙しいのかなとか遠慮したり」(ヘルパー)というような、〈他事業所への遠慮〉がある部分が語られた。連携により、「ヘルパーさんと患者さんって大切な存在やねん」(訪問看護師)というように、〈大切なチームの一員としての意識〉をもつようになった状況が語られた。

#### 2) 連携の実践内容となる要素(表4)

与薬に関して訪問看護師とヘルパーが行う実践の内容が以下の通り得られた。

表4 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の内容

要素	カテゴリー	内容の説明	語りが得られた職種*
情報の共有と統合	薬剤情報の共有	処方内容について情報を共有する	看, 介
	与薬の問題点の共有	与薬に関する問題点を担当者間で共有する	看
	ヘルパーのもつ生活情報の共有	ヘルパーが得た訪問看護師が知らない療養者の情報を共有する	看, 介
	訪問看護師の医療的アセスメントの共有	看護師がアセスメントした情報をヘルパーと共有する	看
	与薬内容のルール化	療養者の状態に合わせた薬の使用についてルールを決めて具体的に共有しておく	看, 介
役割を分担, 補完しながら共に与薬する	与薬方法の工夫と調整	与薬方法や回数を単純化し, 訪問時間を調整する	看, 介
	ヘルパーによる与薬	看護師が薬をセッティングし, ヘルパーが服薬確認をする	看, 介
	訪問看護師による与薬と医療的アセスメント	薬管理についてのアセスメントは看護師が行う	看, 介
	共同での与薬方法の検討	与薬の方法について共に試行錯誤する	介
	薬剤師による与薬	薬剤師に与薬の一部を担ってもらう	看, 介
与薬を行うための共有ツールの作成と活用	ケアマネジャーによる連絡	ケアマネジャーに橋渡しをしてもらう	看, 介
	共有の配薬アイテムの活用	配薬アイテムを使用する	看, 介
連携の基盤作り	共有の連絡アイテムの作成と活用	連絡ノートを活用する	看, 介
	連絡手段の確保	電話やメールでタイムリーに連絡する	看, 介
	頻繁なコミュニケーション	普段からコミュニケーションをとり, 信頼関係を築く	看, 介
	顔を合わせる場の確保	担当者会議など顔の見える機会をつくる	看, 介
	感謝の言葉	感謝の言葉を伝える	看, 介
	相談しやすい関係作り	訪問看護師がヘルパーの相談相手となる	介
	学びの提供	ヘルパーの学びに繋がるような訪問看護師の関わり	看, 介

\*看：看護師, 介：ヘルパー

### (1) 【情報の共有と統合】

訪問看護師とヘルパーが、与薬に関連する様々な情報を、連携のやり取りの中で共有し続ける状況であった。

訪問看護師は、「お薬の情報も担当者会議のときにヘルパーさんにはお伝えするように」しており、ヘルパーと処方内容などの〈薬剤情報の共有〉を行う状況があった。情報の共有に当たっては、「こんな様子です、あんな様子ですって、毎回訪問のときでもしつこいぐらい連絡して、看護師さんもだんだんとイメージがついてきて、結果いい方向にいくっていうことは多い」(ヘルパー)との語りがあり、〈ヘルパーのもつ生活情報の共有〉が重要とされていた。そのほか、「今日便があれば、ラキソベロン何滴飲ませてくださいとか、便がなければ何滴でとか、具体的に(して、ヘルパーが)迷わないように」(訪問看護師)など、〈与薬内容のルール化〉をすることで、訪問看護師とヘルパーがそれぞれ何をするのか、具体的に誰にでも分かるようにされていた。

### (2) 【役割を分担、補完しながら共に与薬する】

訪問看護師とヘルパーがそれぞれの専門性の中で役割分担をし、与薬を共に行っていく状況、また、必要にあわせて他の専門職とも役割分担をしながら与薬していく状況であった。

「お薬を一包化しとけば、定期巡回で来るヘルパーは、朝の所から出せば、それ一つで済む」(訪問看護師)というように、単純な作業で与薬ができるように訪問看護師が働きかけて工夫をしたり、「最初、夕方に(ヘルパーが訪問に)入ってたんですけども、朝の薬を確実に飲むように時間帯を変えて入るように」(ヘルパー)と、確実に与薬ができるようにヘルパーが訪問時間を調整するなど、〈与薬方法の工夫と調整〉が行われていた。

訪問看護とヘルパーだけで与薬に関する連携を行うのではなく、「薬剤師、必ず出てこないといけない」(訪問看護師)や、「看護婦さんと薬剤師さんと連携させてもらってうまくいった例がある」(ヘルパー)というように、〈薬剤師による与薬〉の状況や、「ケアマネさん通して(連絡)やったりとか」(ヘルパー)というように、〈ケアマネジャーによる連絡〉の状況も語られた。

### (3) 【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】

多職種、多人数で与薬を行うために共有で使えるアイテムを対象とする在宅療養者の状態にあわせて作成し、活用する状況であった。

「お薬カレンダー使ったりとか、配薬ケース使ったり」(訪問看護師)というように、多職種、多機関で共に与薬を行うため、共通で使えるツールとして〈共有の配薬アイテムの活用〉の状況があった。また、「連絡のやりとりは、連絡ノートに細かく日々の状況を書いて」(ヘルパー)というように、対象に合わせて必要な〈共有の連絡アイテムの作成と活用〉の状況があった。

### (4) 【連携の基盤作り】

連携が上手くすすめられるよう、訪問看護師とヘルパーが信頼関係作りのために行う行動や、連携の中で共に研鑽していく行動であった。

「(訪問看護師への)直通電話みたいな携帯がある」とヘルパーは語っており、〈連絡手段の確保〉をしておくことでスムーズな連携につなげていた。また、「ヘルパーさんと仲良くなるように心掛けてます」と訪問看護師は語っており、〈頻繁なコミュニケーション〉を行うことが大切と捉えられていた。「直接ヘルパーさんとお話ししたり、現地で」(訪問看護師)や、「訪看さんが訪問してるときに行って話す」(ヘルパー)との語りがあり、お互いに〈顔を合わせる場の確保〉を意識していた。

連携によってケアの質が向上していく部分に資する点として、ヘルパーは、「独居やったら、その後どう過ごすかっていうのはヘルパーにとって不安で、今この状況ですけどって相談さしてもらえる相手(訪問看護師)がいるっていうのが安心材料にもなります」と語っており、〈相談しやすい関係作り〉が大切である状況があった。また、別のヘルパーは、「その人によって症状とか状態っていうのが違うので、色々(訪問看護師に)教えてもらったりとか」と語っており、訪問看護師も、「(一緒に訪問することで)ヘルパーさんのできるところも確認できるし、できないところは、必要な助言というか、必要なことをお伝えしていける」と語るなど、訪問看護師からヘルパーへの〈学びの提供〉が行われる状況もあった。

### 3) 連携の効果(表5)

共通の事例に関する内容ではないが、訪問看護師、ヘルパー双方より、連携が適切に行われたかどうかの評価となる内容が以下の通り得られた。

#### (1) 【多機関、多職種のチームケアの向上】

与薬に関して訪問看護師とヘルパーが連携することにより得られる、訪問看護師とヘルパーの信頼関係の構築と、他の在宅療養者への支援を含むケアの質向上がみら

表5 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の効果

要素	カテゴリー	内容の説明	語りが得られた職種*
多機関、多職種のチームケアの向上	専門職としての信頼の高まり	相手を専門職として信頼する	看、介
	仕事のしやすさの向上	信頼関係ができ、仕事がしやすくなる	看、介
	他の療養者への連携の拡大	他の療養者の相談もできるようになる	介
	スムーズな対応	ヘルパーと看護師の良い関係性が出来ると各ケースにすばやく対応できるようになる	看、介
	困難事例への対応力向上	困難事例への対応ができるようになる	介
療養者の病状や生活の安定	療養者の病状安定	与薬が適切に行われ、病状が安定する	看
	正しい与薬	飲み忘れや誤薬がなくなる	看、介
ヘルパーへの役割の解放	ヘルパーへの訪問看護師の役割の一部解放	方法の説明の上、簡単な技術はヘルパーに任せることができています	看
	ヘルパーの役割の拡大	ヘルパーが対応できる範囲が増える	介

\*看：看護師，介：ヘルパー

れる状況であった。

訪問看護師は、「生活を見てるっていう面では、ヘルパーさんが回数も多いですし、よく見てくれているなと思います」と、ヘルパーへの信頼を語っており、ヘルパーは、「厳しいことを言ってくれるのも看護婦さんかな」と、訪問看護師への信頼を語っていた。〈専門職としての信頼の高まり〉があった。連携が上手く出来ることによって、「ちょっとしたことで連絡ももらったりとか、薬だけじゃなくて症状なども教えてくれたり」（訪問看護師）など、〈仕事のしやすさの向上〉が語られた。また、「他の、家の人の困ったことも、その看護婦さんに聞けたりとかして」（ヘルパー）など、〈他の療養者への連携の拡大〉が発生する状況もあった。

### (2) 【療養者の病状や生活の安定】

訪問看護師とヘルパーが連携することにより、与薬が適切に行われるようになり、在宅療養者の病状と生活が安定する状況であった。

「毎日きちんと飲めるような状態にはなりました」（ヘルパー）というように、〈正しい与薬〉が実現される状況があった。きちんと内服ができるようになるだけではなく、「きっちり飲める回数が増えて、血圧とかも落ち着いた」（訪問看護師）と、訪問看護師とヘルパーが上手く連携して与薬を行えたことにより、〈療養者の病状安定〉が起きていた。

### (3) 【ヘルパーへの役割の解放】

与薬という医療に関する支援を訪問看護師とヘルパー

が連携して行うことにより、ヘルパーが専門性の中でケア技術を高めることができ、訪問看護師の信頼のもと、訪問看護師の役割の一部をヘルパーに解放することができるとして得られた。解放するとは、訪問看護師が役割をヘルパーに全て任せる役割の移譲ではなく、訪問看護師の責任の下、ヘルパーに一部の役割を担ってもらう状態のことであった。

「毎朝、入れるっていうような感じのときに、まず指導しまして、座薬の挿肛を。それはお願いしてる」（訪問看護師）というように、多くの在宅療養者で訪問看護師が担当している〈ヘルパーへの訪問看護師の役割の一部解放〉が可能となるまでにヘルパーの質が向上し、役割を訪問看護師の責任のもとヘルパーに担ってもらうことができていた状況があった。

ヘルパーは、「随分色々なやり取りはあったんですけど、信頼関係もあっていって、薬のことだったりターミナルの人とかだったりっていうのはさせてもらってて」と語っており、〈ヘルパーの役割の拡大〉がなされていることを実感していた。

## 3. 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

得られた要素を用いて与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した（図1）。

連携の前提となる要素の4つは、連携の実践内容となる要素の実践によって内容が変化していく状況がインタビュー結果から読み取れたため、両者間に双方向の矢印

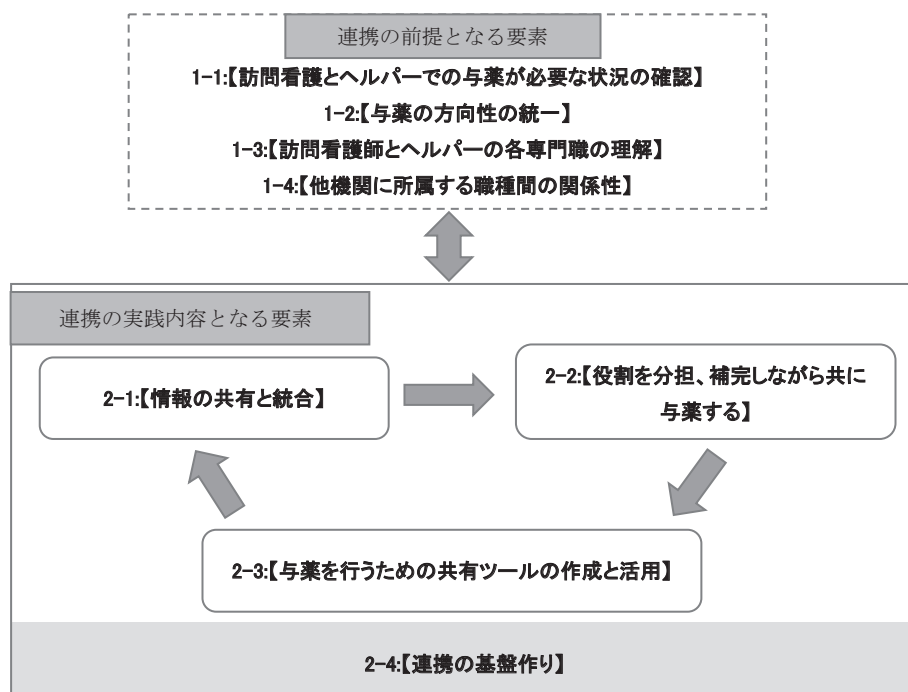


図1 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

を配置した。

連携の実践内容となる要素は、初めに【情報の共有と統合】により具体的な与薬の方法が共有されたのち、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践が始まる。【役割を分担、補完しながら共に与薬する】際には、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】も行われる。【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】により、また新たな【情報の共有と統合】が行われ、更なる【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践へつながる。3つの要素間に矢印を配置することで、順番に3つの要素を実践しながら何度も繰り返されていく状況を表した。【連携の基盤作り】は、連携の実践内容となる要素の他の3つがより上手く機能していくための基盤となるものであることから、連携の実践内容となる要素の一番下に独立して配置をした。

#### IV. 考 察

##### 1. 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの特徴

今回のインタビューでは、【訪問看護師とヘルパーの

各専門職の理解】において、ヘルパー側に薬剤や介助方法といった訪問看護師のもつ知識を知りたいというニーズがあることがわかった。また、【情報の共有と統合】として、事前に薬に関する情報共有が必要となっていた。馬来ら<sup>2)</sup>は、医療職と介護職が連携して与薬を行うためには、薬剤に関する情報共有が必須であり、連携上の課題になる部分が多いと述べている。与薬という医療行為であるからこそ、医療と介護の各専門職の担える範囲、担えない範囲を理解し合い、薬の知識など不足する部分を補いあうために必要な情報の共有を行うことが与薬に関する連携において大切な要素として明らかとなった。

【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、訪問看護師がセッティングやアセスメントを担い、ヘルパーが服薬確認を担うなどの具体的な役割分担とともに、ケースによっては、役割分担を薬剤師やケアマネジャーといった多職種にも担ってもらった状況が語られた。与薬は、薬に関する支援である特徴から、薬剤師の役割が大きく期待されているところであり、薬剤師による支援や、多職種連携の研究が複数見られる<sup>1), 3-4), 15)</sup>。全てのケースで薬剤師が訪問する状況にはなっていない



い<sup>3)</sup>にせよ、薬剤師との連携も一つの要素となっていた。今回考案したモデルでは、訪問看護師とヘルパーの連携の中の一つの要素として位置づけられたが、与薬に関する連携においては、薬剤師やケアマネジャー等の更なる多職種連携を意図したモデルについて検討していく必要性が示唆された。

【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「お薬カレンダーによる“薬の見える化”は、患者だけでなく家族や訪問介護等の誰もが薬の忘れに気づきやすい方法の一つであり導入もしやすい。」<sup>15)</sup>との文献もある。単なる情報の共有だけではなく、与薬を行うにあたって共有できるツールを使うという点は、与薬に関する連携に欠かせないものとして明らかとなった。

## 2. 連携の基盤作りと実践共同体

【連携の基盤作り】は、コミュニケーションを取ったり感謝の意を伝えたりと、信頼関係の構築につながる実践内容とともに、相談や学習によって個々の能力を向上させるような関わりであった。コミュニケーションは連携を促進させること、服薬管理の質向上につながるものが先行研究<sup>16-18)</sup>でも明らかにされている。相談や学習によって個々の能力を向上させるような関わりは、実践共同体という「自律的な学び」<sup>19)</sup>ともいえる。

在宅ケアにおける医療と介護の連携の概念分析を行った先行研究では、実践共同体の考えを取り入れた連携のあり方の検討余地が示唆されており<sup>14)</sup>、本研究では、連携モデルに含まれる要素として【連携の基盤作り】が明らかとなった。【連携の基盤作り】は、連携する訪問看護師とヘルパーが連携の中で自律的に学びあう実践共同体となり得るための基盤を作る要素となるのではないかと考えられた。

与薬に関する連携という特徴から、医療職である訪問看護師の持つ知識や技術を連携の中でヘルパーが学習していくという構図が発生しやすい状況があるが、訪問看護師も、【訪問看護師とヘルパーの各専門職の理解】の中でヘルパーのできることでできないことを知ることでお互いの出来ない部分をどのように補い合うかを学び、【情報の共有と統合】の中でヘルパーしか知らない在宅療養者の情報を得てアセスメントが変化するというような学習が起きていた。今回考案された与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携は、対等な関係性の中で連携し、誤

薬等の問題がなく確かな知識と技術のもと、個々の生活にあった与薬がなされるために、自律的に学びあう実践共同体として、今後も引き続き検討の余地があると考えられた。

## 3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、訪問看護師とヘルパーの連携に焦点を当てており、医師、薬剤師、ケアマネジャー等を含めた多職種連携の検討には至っていない。また、今回は、モデルを作成したのみであり、実際に現場で運用することによるモデルの有用性の検証と、更なる精錬を行う必要がある。

本研究における利益相反はない。

### ■引用文献

- 1) 定村美紀子, 糸井和佳, 松岡恵子, ほか: 地域包括ケアシステムにおける多職種連携による服薬支援の課題. 帝京科学大学紀要, **14**: 209-213 (2018).
- 2) 馬来秀行, 白石朗, 三木晶子, ほか: 施設介護スタッフと薬剤師の連携はどうあるべきか: 服薬に関する入居者の安心安全への取り組み. 薬学雑誌, **137**(8): 1041-1049 (2017).
- 3) 高田雅弘, 中野祥子, 三田村しのぶ, ほか: 薬局及び訪問看護ステーションにおける多職種連携に関する調査研究. 社会薬学, **34**(2): 116-127 (2015).
- 4) 雑賀匡史: 在宅における薬局薬剤師の役割. 薬学雑誌, **138**: 791-795 (2018).
- 5) 斉藤百枝美, 安藤崇仁, 伊神敬人, ほか: 精神疾患患者への訪問看護・訪問サービス時に必要とされる向精神薬の情報提供に関する調査・研究. 医薬品情報学, **19**(4): 172-179 (2018).
- 6) 厚生労働省: 介護福祉士資格の取得方法について (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengo/kyokushougai/hoken/fukushibu-Kikakuka/0000052555.pdf>, 2022.12.10).
- 7) 佐久間志保子: 在宅療養者に対するホームヘルパーの医療関連行為の実態とそのリスク管理に関する研究 ([http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1\\_20080327064324.pdf](http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080327064324.pdf), 2022.12.10).
- 8) 山路由実子, 市川周平, 竹村洋典: 我が国における在宅高齢者への服薬支援の状況と課題に関する文献的検討, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, **40**(3): 136-142 (2017).
- 9) 大和田雅美: サービス担当者会議における多職種連携の実

- 態と課題について, 飯田女子短期大学紀要, **33** : 171-195 (2016).
- 10) 國松秀美: 医療・介護現場における看護職と介護職の協働に関する研究の動向, 聖泉看護学研究, **4** : 77-82 (2015).
  - 11) 前田則子, 伊木智子, 古川秀敏, ほか: 高齢者福祉施設における看護スタッフと介護ケアスタッフとの協働を促進させる要因—看護ケアスタッフの認識から—, 関西看護医療大学紀要, **10**(1) : 23-34 (2018).
  - 12) 小木曾加奈子, 平澤泰子: パーンアウトと認知症高齢者に対する環境を整えるケアとの関係; 介護老人保健施設の看護職と介護職の違いに着目した教育支援, 教育医学, **60** (4) : 189-197 (2015).
  - 13) 清崎由美子: 系統看護学講座統合分野 在宅看護学. 第5版, 146, 医学書院, 東京(2017).
  - 14) 小枝美由紀, 大野かおり: 在宅ケアにおける医療・介護職の連携の概念分析. 日本在宅ケア学会誌, **25** (2) : 134-142 (2022).
  - 15) 梨木恵実子, 山路聡子: 慢性呼吸器疾患患者に対する訪問看護—生活に視点をのいた患者教育—. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, **27** (2) : 123-127 (2018).
  - 16) Krause O, Wiese B, Doyle I, et al.: Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study), BMC Geriatrics. **19** : 24 (2019).
  - 17) Mahlkecht A, Nestler N, Bauer U, et al.: Effect of training and structured medication review on medication appropriateness in nursing home residents and on cooperation between health care professionals: the intheerAKT study protocol. BMC Geriatrics, **17** : 24 (2017).
  - 18) 須田由紀, 佐藤悦子, 依田純子, ほか: 訪問看護師が持つ介護支援専門員との連携に関する認識の実態. 山梨県立大学看護学部紀要, **16** : 21-29 (2013).
  - 19) 上林憲雄, 三輪卓己編著: ケーススタディ 優良・成長企業の人事戦略, 236, 税務経理協会, 東京(2015).

## Developing a Model of Interprofessional Collaboration by Home-Visit Nurses and Home Helpers With Regard to Administering Medication

Miyuki Koeda\*<sup>1</sup>, Kaori Ohno\*<sup>2</sup>

\*1 Tamatsu homevisit nursing center

\*2 University of Hyogo, College of Nursing Art and Science

### Abstract

This study examined a model of interprofessional collaboration to determine how home-visit nurses and home helpers can adeptly collaborate to administer medication. Group interviews were conducted with 15 managers home-visit nurses stations and 13 individuals in charge of providing visiting care. Their responses were qualitatively analyzed. The results were integrated into a conceptual model of interprofessional collaboration from a previous study to create a model of interprofessional collaboration by home-visit nurses and home helpers regarding medication administration. The model yielded four prerequisites, four elements, and three results of interprofessional collaboration. After sharing more specific methods of administering medication by “Sharing and Consolidating Information,” home-visit nurses and home helpers began to “Administer Medication while Assigning and Augmenting Roles.” This practice occurred while home-visit nurses and home helpers were “Creating and Using Common Tools to Administer Medication.” home-visit nurses and their home helpers “Laid the Groundwork for Interprofessional Collaboration” to ensure proper functioning of interprofessional collaboration. “Laying the Groundwork for Interprofessional Collaboration” involved creating a community of practice that transcended the type of facility where one worked, one’s profession, and foundational elements in which one worked while collaborating. The usefulness of a model must be determined through practical applications, and the model needs to be further refined.

**Key words :** administering medication, home-visit nurses, home helpers, interprofessional collaboration

## 地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践 自己評価と関連要因

Self-Evaluation of Nurses' Discharge Support Practices and Related Factors  
in Community-Based Comprehensive Care Wards

青木 靖子\*<sup>1</sup>, 平澤 則子\*<sup>2</sup>, 高林知佳子\*<sup>3</sup>

Yasuko Aoki, Noriko Hirasawa, Chikako Takabayashi

**要旨**：目的：地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践自己評価の実態とその関連要因を明らかにする。

方法：地域包括ケア病棟に勤務する看護師396人に郵送無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目は、基本属性、病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度（以下DPWN）、DPWNと関連が考えられた7項目とした。分析は、記述統計量、DPWNと基本属性及び関連が考えられた7項目では、スピアマン順位相関係数を算出した。

結果：研究対象者176人（有効回答率：95.6%）を分析対象とした。DPWN総得点の平均得点は100.49±14.42点、DPWN総得点と関連が見られた項目は、「退院支援の成功体験から達成感を感じている」（rs=0.44, p<0.01）であった。

考察：先行研究と比較して、DPWN総得点の平均得点が高かった。退院支援実践自己評価を向上する上で、退院支援の成功体験から達成感を感じることの大切さが示唆された。

**キーワード**：地域包括ケア病棟、退院支援、退院支援実践自己評価

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 76-83(2023)

### I. 緒 言

日本の65歳以上の人口は、2042年に3,935万人でピークを迎えて人口減少となると推測されているが、高齢化率は上昇し続ける<sup>1)</sup>。さらに、日本の平均寿命と健康寿命を見ると、2019年の時点で男性は平均寿命が81.41歳に対して健康寿命は72.68歳、女性は平均寿命が87.45歳に対して健康寿命が75.38歳と日常生活に制限のある期間が男性では8.73歳、女性では12.06歳と、健康上の問題から医療や介護等の支援を要する現状にある<sup>2)</sup>。高齢者が病気と共に生活を維持できるよう、病院完結型か

ら地域完結型に向けた地域包括ケアシステムの構築が課題であった<sup>3)</sup>。これらの背景から、急性期後の受け入れ、在宅復帰支援、在宅からの緊急入院を受け入れる役割が求められたことから、2014年に地域包括ケア病棟が創設された<sup>3)</sup>。

地域包括ケア病棟には、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、高齢者とその家族の意向を捉えて、望む療養場所へ多職種連携して退院支援を充実させていく役割がある。その役割を発揮するために地域包括ケア病棟の看護師は、退院支援における実践力（以下、退院支援実践力）が重要である。しかしながら、地域包括ケア病棟における看護師の退院支援に関する先行研究では、多くの診療科の幅広い基礎知識の教育が難しく、退院支援に関する幅広い知識・技術が不足しており、退院支援の評価について課題である<sup>4)</sup>と

受付日：2022年8月31日

受理日：2023年3月20日

\*1 訪問看護ステーションにいがた

\*2 長岡崇徳大学

\*3 新潟県立看護大学

されている。

舟島<sup>5)</sup>は、看護職者は、人々に質の高い看護を提供する責務を持っており、職業活動に自律的な改善に努めるためにも、適切な自己評価を行うことの重要性を述べている。

そのため、地域包括ケア病棟の看護師が退院支援実践の自己評価を行い、課題解決に向けて、自己の現状を振り返ることが大切であると考え。しかしながら、地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践自己評価において、尺度を用いた先行研究が見られなかった。これまでの、病棟看護師の退院支援における先行研究では、退院支援に関する研修会参加や多職種と連携して退院支援を進めるチームアプローチの重要性<sup>6)</sup>が報告されている。地域包括ケア病棟の看護師を対象とした研究では、退院支援の充実に向けた取り組みとして退院支援に関する研修会参加<sup>4)</sup>、退院支援に対する思いとして退院支援に関する達成感、チームや多職種連携による充実<sup>7)</sup>が報告されている。そのため、これらの要因が退院支援実践自己評価へ関連していないか調査することにした。

そこで本研究の目的は、地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践自己評価の実態と関連要因を明らかにすることである。これにより、地域包括ケア病棟の退院支援実践自己評価を向上するための示唆を得ることができ、退院支援を充実させていくための一助となると考える。

## II. 研究方法

### 1. 用語の操作的定義

本研究において、文献<sup>6), 8-9)</sup>を参考にして以下の用語を定義した。

退院支援実践力：退院支援実践力とは、患者・家族の意向を捉えて、患者・家族が望む療養場所への退院に向けて、多職種と連携して退院支援実践する力とする。

### 2. 研究対象者

2021年4月1日時点で、A県の関東信越厚生局<sup>10)</sup>に地域包括ケア病棟入院料1, 2の届出受理されている29病院のうち、研究者から研究説明書と研究参加同意書を施設長と看護部長へ送付した。施設長と看護部長の同意が得られた18病院の地域包括ケア病棟に勤務する正規

職員の看護師396名を対象とした。2021年9月～10月に郵送無記名自記式質問紙調査を行った。

### 3. データ収集方法

施設長と看護部長から研究参加の同意が得られた18病院へは、看護部長を通して、研究対象者へ人数分の研究説明書、研究協力依頼文書、質問紙、返信用封筒を送付した。看護部長から看護師長を通して調査資料一式を配布していただくようお願いした。

### 4. 調査内容

#### 1) 基本属性

年齢、性別、看護師としての経験年数、地域包括ケア病棟での経験年数とした。

#### 2) 地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践自己評価

地域包括ケア病棟における看護師の退院支援実践自己評価については、4因子24項目からなる病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度（以下DPWN）<sup>11)</sup>を用いた。この尺度は坂井らが開発し、病棟看護師の退院支援実践を自己評価する尺度である。尺度使用については、尺度開発者に許可を得た。使用する尺度の信頼性については、尺度開発者によって確認されている。評価方法はリッカートスケールにて、「十分できている」から「全くできていない」と6段階で評価される。

#### 3) 退院支援実践自己評価に関連すると考えられる要因

地域包括ケア病棟の病棟看護師の退院支援の先行研究では、退院支援の充実に向けた取り組み<sup>4), 12-14)</sup>や退院支援に対する思い<sup>7), 15)</sup>が報告されており、退院支援実践自己評価へ関連していないか調査することにした。これらの先行研究から、退院支援シートの活用や研修会等の参加に関する2項目を環境要因とした。退院支援の達成感や充実感、大切さの実感、知識や技術の向上の必要性、退院支援の振り返りに関する5項目を地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いとした。評価方法については、リッカートスケール5件法で評価した。その理由に、鈴木<sup>16)</sup>は、評定段階には5段階がもっとも使用されており、奇数段階には中間選択肢「どちらともいえない」が含まれ、中間選択肢は回答者の微妙な反応をすくい取れる利点としているためである。

## 5. 分析方法

基本属性、DPWN、環境要因の2項目、地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いについての5項目において、記述統計量を算出した。DPWNについては、総得点、4因子ごと、24項目ごとに平均値と標準偏差を、性別とDPWNの差に関しては、Mann-WhitneyのU検定を実施した。DPWNと年齢、看護師としての経験年数、地域包括ケア病棟での経験年数、環境要因、地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いについては、スピアマン順位相関係数（以下、rs）を算出した。全ての有意水準は5%とし、分析には、IBM, SPSS, Statistics, Ver.25を使用した。

---

## IV. 倫理的配慮

---

研究説明書には、研究参加は自由意志であり、協力の有無によって不利益が生じないこと、データは厳重に保管し、破棄方法については電子データを完全削除、紙媒体データは復元不可能になるまで裁断して破棄することを記載した。研究成果は、個人情報伏せて学会発表等に投稿する場合があることも記載した。質問紙には、無記名とし研究参加同意の有無を確認するチェック欄を設けて記入と返信をもって同意を得た。本研究は、新潟県立看護大学倫理委員会の承認（承認番号m021-3）を得て実施した。なお、利益相反（COI）はない。

---

## V. 結果

---

A県の地域包括ケア病棟を有する29病院のうち同意が得られた18病院の地域包括ケア病棟に勤務する看護師396名へ研究資料を配布し、184部回収した（回収率：46.4%）。このうち、質問紙にすべて記載された176部（有効回答率：95.6%）を分析対象とした。

### 1. 基本属性

年齢は平均39.3±10.8歳、性別は男性12人（6.8%）と女性164人（93.2%）、看護師の経験年数は平均16.0±10.6年、地域包括ケア病棟での経験年数は平均2.4±2.0年であった。

### 2. 地域包括ケア病棟におけるDPWNの得点（表1）

DPWNの総得点については、144点満点中平均100.49±14.42点であった。次に因子別で最も高かった因子は、第I因子「患者・家族からの情報収集」平均4.47±0.60点、最も低かった因子は、第III因子「社会資源の活用」平均3.52±0.90点であった。

### 3. 環境要因と地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思い（表2）

環境要因の項目では、「退院支援に関する勉強会または研修会に参加している」について、「あてはまる」と回答した人は18人（10.2%）、「ややあてはまる」50人（28.4%）であり、回答割合が4割であった。地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いでは、「退院支援の大切さを実感している」について、「あてはまる」と回答した人は102人（58.0%）、「ややあてはまる」61人（34.7%）であり、回答割合が9割であった。

### 4. DPWNと基本属性、環境要因、地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いとの相関について（表3）

基本属性では、年齢（rs=0.21, p<0.01）、看護師としての経験年数（rs=0.24, p<0.01）、環境要因の項目では、「自病院の退院支援シートを活用している」（rs=0.27, p<0.01）に弱い相関があった。地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いの項目では、「退院支援の成功体験から達成感を感じている」（rs=0.44, p<0.01）に有力な正の相関があった。

---

## VI. 考察

---

### 1. 地域包括ケア病棟におけるDPWNの得点状況

本研究では、DPWN総得点の平均得点は144点満点中100.49点であった。DPWNにおける先行研究<sup>17-18)</sup>と比べると、本研究の総得点の平均得点が最も高かった。地域包括ケア病棟には、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、患者・家族の意向を捉えて多職種と連携しながら退院支援を行う実践力が要求される。このことから、本研究では、地域包括ケア病棟の看護師を対象としており、総得点の平均得点が高かったのではないかと考えられる。

表1 地域包括ケア病棟における病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度 (DPWN) の得点

n=176

質問項目	平均値	標準偏差
I. 患者・家族からの情報収集	4.47	0.60
1) 患者の入院前の生活状況 (ADL, 認知レベル, 住環境等) について情報収集する.	4.59	0.70
2) 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する.	4.56	0.72
3) 患者の ADL 状況, 認知・理解能力について情報収集する.	4.77	0.67
4) 家族構成と関係性, キーパーソン (インフォーマルも含む) について情報収集する.	4.54	0.79
5) 患者の社会背景 (生活史, 職業, 信条, 趣味等) について情報収集する.	3.90	0.92
II. 患者・家族への意思決定支援	4.25	0.67
6) 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する.	4.41	0.81
7) 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する.	4.32	0.88
8) 患者の ADL より, 今後の生活で起こりうる課題について検討する.	4.52	0.78
9) 患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う.	4.06	0.95
10) 病状に伴い, 今後起こりうる生活上の変化について患者・家族へ説明する.	4.26	0.86
11) 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する.	3.99	1.01
12) 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じていないか確認する.	4.14	0.80
III. 社会資源の活用	3.52	0.90
13) 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する.	3.96	0.99
14) 介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する.	3.73	1.02
15) 往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する.	3.58	1.04
16) 生活保護制度による医療費の負担割合について必要時に患者・家族へ説明する.	2.83	1.13
IV. 院内外の多職種連携による療養指導	4.29	0.72
17) 患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する.	4.45	0.83
18) 点滴の管理や内服管理方法について医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化する.	4.23	0.96
19) 退院後の環境を想定した ADL 動作についてリハビリスタッフと連携して患者・家族に指導する.	4.58	0.77
20) 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する.	4.30	1.05
21) 退院調整部門と協働して, 患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする.	4.03	1.03
22) 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する.	3.98	0.93
23) 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネジャーや往診医, 訪問看護師, ヘルパー, 保健師へ申し送る.	4.56	0.96
24) 在宅療養の準備をする (医療材料購入について情報提供, 関係医療機関との調整等).	4.19	1.00
総得点	100.49	14.42

表2 環境要因及び地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思い

n=176

質問項目	5. あてはまる		4. ややあてはまる		3. どちらともいえない		2. あまりあてはまらない		1. あてはまらない	
	n	% <sup>a)</sup>	n	% <sup>a)</sup>	n	% <sup>a)</sup>	n	% <sup>a)</sup>	n	% <sup>a)</sup>
環境要因										
1) 自病院の退院支援シートを活用している.	58	33.0	56	31.8	25	14.2	19	10.8	18	10.2
2) 退院支援に関する勉強会または研修会に参加している.	18	10.2	50	28.4	40	22.7	43	24.4	25	14.2
退院支援に対する思い										
1) 退院支援の成功体験から達成感を感じている.	17	9.7	64	36.4	61	34.7	25	14.2	9	5.1
2) チームや多職種連携を行い充実感を感じている.	23	13.1	78	44.3	51	29.0	18	10.2	6	3.4
3) 退院支援の大切さを実感している.	102	58.0	61	34.7	13	7.4	0	0	0	0
4) 知識や看護技術の向上を図る必要性を感じている.	84	47.7	65	36.9	21	11.9	3	1.7	3	1
5) 自分の行った退院支援について振り返って, 今後に活かしたいと感じている.	73	41.5	71	40.3	29	16.5	2	1.1	1	0.6

a) 小数点第2位を四捨五入しているため, 100.0%とはならない.

表3 DPWN と性別における得点, 及び基本属性, 環境要因, 地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いとの相関

	DPWN 総得点	I. 患者・家族からの情報収集	II. 患者・家族への意思決定支援	III. 社会資源の活用	IV. 院内外での多職種連携による療養指導
n=176					
1. 性別 <sup>b)</sup>	中央値	中央値	中央値	中央値	中央値
男	97.50	4.40	4.07	3.13	4.13
女	102.00	4.60	4.29	3.50	4.38
2. 基本属性 <sup>c)</sup>	rs	rs	rs	rs	rs
年齢	0.21**	0.20**	0.19*	0.24**	0.14
看護師としての経験年数	0.24**	0.23**	0.20**	0.27**	0.18*
地域包括ケア病棟での経験年数	0.14	0.18*	0.15	0.06	0.11
3. 環境要因 <sup>c)</sup>	rs	rs	rs	rs	rs
1) 自病院の退院支援シートを活用している.	0.27**	0.14	0.25**	0.15	0.31**
2) 退院支援に関する勉強会または研修会に参加している.	0.14	0.08	0.12	0.24**	0.07
4. 地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思い <sup>c)</sup>	rs	rs	rs	rs	rs
1) 退院支援の成功体験から達成感を感じている.	0.44**	0.39**	0.37**	0.35**	0.36**
2) チームや多職種連携を行い充実感を感じている.	0.39**	0.25**	0.35**	0.25**	0.38**
3) 退院支援の大切さを実感している.	0.19*	0.15*	0.21**	0.08	0.16*
4) 知識や看護技術の向上を図る必要性を感じている.	0.00	-0.04	0.03	-0.01	-0.01
5) 自分の行った退院支援について振り返って, 今後に活かしたいと感じている.	0.17*	0.12	0.18*	0.07	0.17*

b) Mann-Whitney の U 検定 c) rs=spearman の順位相関係数 \*p<0.05 \*\*p<0.01

DPWN の平均得点が最も高かった因子は, 先行研究<sup>17-18)</sup>と同様に, 第 I 因子「患者・家族からの情報収集」であった. 終末期がん患者の退院支援<sup>18)</sup>では, 終末期がん患者にかかわらず, 退院支援のスクリーニングが不可欠であると報告している. 杉浦ら<sup>19)</sup>は, 地域包括ケア病棟での退院支援において, 入院前の患者の生活状況を把握し, 入院による ADL・IADL の低下を最小限にすることが, 退院後の生活の再構築に向けた支援をする上で大変重要であることを示唆している. これらのことから, 病棟看護師は入院直後から退院支援を視点において情報収集を行っていたため, 第 I 因子の平均得点が高かったと考えられる. 一方で最も低かった因子は, 先行研究<sup>17-18)</sup>と同様に, 第 III 因子「社会資源の活用」であった. この背景には, 壮年期も含む終末期のがん患者に対する社会資源は, 複雑化していることから第 III 因子の平均得点が低かった<sup>18)</sup>としている. 病院内に急性期病棟や一般病棟がある地域包括ケア病棟では, 急性期病棟から不安定な患者でも受け入れていること, 退院支援のためにリハビリテーションも同時進行する状況<sup>20)</sup>にある. また, 地域包括ケア病棟の看護師は, 社会資源の活用の重要性を理解しているが, 週1回の多職種カンファレン

スが開催されて, ソーシャルワーカーに依頼していたことが, 第 III 因子の平均得点が低くなった可能性<sup>19)</sup>としている. 第 III 因子の平均得点が低かった背景には, 看護師は, 多職種カンファレンスに向けて社会資源を必要とする患者・家族を抽出しているが, 地域包括ケア病棟では多様な疾患を持つ患者を看護しているため, 社会資源の複雑さから専門職へ繋ぎ, 役割分担し協働しながら支援していることが考えられる.

## 2. 環境要因及び地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思い

地域包括ケア病棟の看護師が取り組む退院支援に対する思いでは, 「退院支援の大切さを実感している」と回答した割合が9割と多かった一方で, 環境要因では, 「退院支援に関する勉強会または研修会に参加している」と回答した割合が4割と少なかった. 先行研究では, 退院支援の充実に向けた取り組みとして, 退院支援に関する勉強会の開催<sup>4)</sup>, がん患者への退院支援に関する研修参加が50%以上であった<sup>21)</sup>と報告している. 先行研究<sup>21)</sup>と比較すると, 地域包括ケア病棟の看護師は, 退院支援に関する研修会に参加する割合が低いと言える. このこ



とから、地域包括ケア病棟の看護師は、退院支援の大切さを実感しているが、退院支援の充実に向けた取り組みである退院支援に関する研修会等の参加には、結びついていないと考えられる。しかしながら、本研究が実施された2021年は、新型コロナウイルスの感染拡大のため、退院支援に関する研修会等の開催が困難となり、その結果として参加割合が少なかった可能性が考えられる。また、先行研究<sup>19)</sup>では、地域包括ケア病棟において、週1回多職種カンファレンスを開催していると報告している。このことから、地域包括ケア病棟の看護師は、多職種カンファレンスにおいて専門職に相談して、退院支援に関する知識を習得していることが考えられる。そのため、研修会参加が半数以下であったのではないかと考えられる。しかしながら、退院支援に関する知識を向上するためには、今後、退院支援に関する勉強会や研修会の開催等について検討が望まれる。

### 3. DPWN に関連する要因

DPWN の総得点と環境要因の項目では、「自病院の退院支援シートを活用している」と関連があった。この背景には、退院支援シートを活用することで、早期に退院支援が介入できること<sup>12)</sup>、早期に患者に関わるための意識づけになること<sup>13)</sup>が考えられる。また、多職種との情報共有ができることから、円滑な退院支援に繋がることも考えられる。

DPWN の総得点と退院支援に対する思いでは、「退院支援の成功体験から達成感を感じている」と有意な関連があった。地域包括ケア病棟の看護師が退院支援実践自己評価を向上する上で、退院支援の成功体験から達成感を感じることが大切であると考え。本研究は、成人期の看護職を対象としている。成人期の特徴について渡邊<sup>22)</sup>は、仕事や地域活動、家庭生活等の責任を果たしつつ、それらを調和して学んでいくパートタイム学習者であり、達成感や満足感等主観的な充実感によって、学習の到達度が図られやすいとしている。このことから、退院支援の成功体験から達成感を感じられるためには、看護師間で退院支援を振り返る場を設け、退院支援でうまくできていることを互いに承認し合うことや訪問看護師等から退院後の患者状況を情報提供してもらう場を設けることが大切であると考え。

## VII. 本研究の限界と課題

本研究は、A県1県の実態調査であり、研究対象病院は29病院のうち18病院に留まり、質問紙の回収率が46.4%と少ない分析結果であること、関連要因については先行研究より抽出しており、本研究結果の一般化は難しい。今後は調査対象地域を広げて、さらに病院機能別に研究していくことが研究課題である。

## VIII. 結 論

地域包括ケア病棟以外の病棟看護師を対象とした先行研究と比較して、地域包括ケア病棟に勤務する看護師のDPWN 総得点の平均得点は高かった。また、先行研究と同様に平均得点では、第I因子「患者・家族からの情報収集」が最も高く、第III因子「社会資源の活用」が最も低かった。地域包括ケア病棟における看護師の退院支援に関する関連要因において、DPWN 総得点と有力な正の相関が見られた項目は、「退院支援の成功体験から達成感を感じている」であった。

本研究では、退院支援の成功体験から達成感を感じている人ほどDPWN の総得点が高かった。このことから、退院した患者の生活状況を知ることで看護師は、自己の退院支援の振り返りから退院支援の充実につながり、訪問看護師等多職種から退院後の患者状況をフィードバックしてもらう看看連携や多職種連携を進めていく必要性が示唆された。

本研究の実施にあたり、本研究の趣旨にご理解いただき、ご承諾いただいた地域包括ケア病棟を有する病院、病院長、看護部長、看護師皆様に、深く心より感謝を申し上げます。

本研究は、新潟県立看護大学看護学研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。

### ■引用文献

- 1) 内閣府：令和3年版高齢社会白書、第1章高齢化の状況 ([http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.html), 2022. 1. 25).
- 2) 厚生労働省：第16回健康日本21（第2次）推進専門委員会、健康寿命の令和元年値について (<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000872952.pdf>, 2022. 1. 25).

- 3) 高島尚子：診療報酬改定による病床機能の変化—地域包括ケア病棟を中心に—。看護, **68**(1)：32-37 (2016)。
- 4) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, ほか：退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討。岐阜県立看護大学紀要, **20**(1)：145-155 (2020)。
- 5) 舟島なをみ：看護実践・教育のための測定用具ファイル, 開発過程から活用の実際まで第3版。医学書院, 東京(2018)。
- 6) 西山和代, 関井愛紀子：病棟看護師の退院支援実践力とチームアプローチとの関連。日本看護管理学会誌, **23**(1)：1-10 (2019)。
- 7) 赤井明代, 山地慶子, 大和友子, ほか：A病院の地域包括ケア病棟に勤務する看護師の退院支援に対する思い。第47回日本看護学会論文集, 看護管理：193-196 (2017)。
- 8) 永田裕子：看護大辞典第2版。1858, 医学書院, 東京(2010)。
- 9) 厚生労働省：第14回医師の働き方改革に関する検討会, 医療提供体制の現在の状況について (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000458952.pdf>, 2021. 3. 15)。
- 10) 関東信越厚生局：施設基準の届出状況(全体)(届出受理医療機関名簿) (<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html>, 2021. 4. 13)。
- 11) Sakai S., Yamamoto-Mitani N., Takai Y., et al.: Developing an instrument to self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses, *Nursing Open*, **3**(1), DOI: 10.1002/nop2.31. : 30-40, (2016)
- 12) 中渡友奈, 岩淵久子, 平野友美：地域包括ケア病棟における在宅復帰への退院支援退院調整シートセットを活用して。名寄市立病院医誌, **24**(1)：86-90 (2016)。
- 13) 鈴木友美, 阿部麻衣子, 齋藤薫, ほか：地域包括ケア病棟入院患者に対し退院支援チェックシートを導入しての看護師の意識変化。由利組合総合病院医報, (28)：9-11 (2017)。
- 14) 安田恵, 三戸しのぶ, 小池裕美, ほか：地域包括ケア病棟における退院支援チェックシートの作成と導入。秋田農村医学会誌, **61・62**：12-14 (2018)。
- 15) 村瀬裕一, 羽根千恵, 山本瞳：地域包括ケア病棟における看護師の退院支援に対する意識の変化。第49回日本看護学会論文集, 慢性期看護：107-110 (2019)。
- 16) 鈴木淳子：質問紙デザインの技法, 第2版。ナカニシヤ出版, 京都(2020)。
- 17) 林優美, 大佐古貴代, 宮崎朋子, ほか：心不全患者への退院調整活動の実際と退院調整看護師の役割を考える, 退院支援実践自己評価尺度を活用して。看護実践の科学, **43**(3)：70-77 (2018)。
- 18) 山路智子, 前田修子, 村角直子：病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実際自己評価と関連要因の検討。日本看護科学会誌, **40**：562-571 (2020)。
- 19) 杉浦亜紀, 西岡恵美, 蔦清野：地域包括ケア病棟における患者の望む生活に向けて生活・環境アセスメントシートを活用した介入による退院支援実践力の変化, —退院支援実践の自己評価尺度を用いて—。第51回日本看護学会論文集, ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護：255-258 (2021)。
- 20) 堀之内若名, 内野良子：地域包括ケア病棟における看護職の役割と課題。日本臨床看護マネジメント学会誌, **2**：17-23 (2020)。
- 21) 田村瞳, 森礼美, 大町いづみ：病棟看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関する要因。保健学研究, (32)：65-73 (2019)。
- 22) 渡邊洋子：成人教育学の基本原則と提起—職業人教育への示唆—。医学, **38**(3)：151-160 (2007)。

## Self-Evaluation of Nurses' Discharge Support Practices and Related Factors in Community-Based Comprehensive Care Wards

Yasuko Aoki<sup>\*1</sup>, Noriko Hirasawa<sup>\*2</sup>, Chikako Takabayashi<sup>\*3</sup>

\*1 Home Nursing Station Niigata

\*2 Nagaoka Sutoku University

\*3 Niigata College of Nursing

### Abstract

**Objective:** This study aimed to clarify the status of discharge support practices performed and self-evaluated by nurses on community-based comprehensive care ward and related factors.

**Methods:** An anonymous and self-administered mail questionnaire survey was administered to 396 nurses working in community-based comprehensive care wards. The questionnaire examined the nurses' basic attributes, scores from the Discharge Planning of Ward Nurses (DPWN) as a scale for ward nurses to evaluate their own discharge support practices, and seven items associated with the DPWN scores. The obtained data were analyzed by calculating descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient for DPWN scores, basic attributes, and the seven associated items.

**Results:** A total of 176 responses (valid response rate: 95.6%) were analyzed. The mean total DPWN score was  $100.49 \pm 14.42$ , and the items associated with the total DPWN score was "achieving a sense of accomplishment from successful discharge support" ( $r_s = 0.44$ ,  $p < 0.01$ ).

**Discussion:** The mean total DPWN score was higher than those reported in previous studies. To improve nurses' self-evaluation of discharge support practices, it may be important to help them achieve a sense of accomplishment from successful discharge support.

**Key words :** community-based comprehensive care wards, discharge support, self-evaluation of discharge support practices

## ● 研究報告 ●

# 在宅ケアにおけるホームヘルパーと他職種の連携課題の 概念構造から抽出した観察項目の特定

—療養者の異常の早期発見を目指して—

Identification of Observation Items Extracted From the Conceptual Structure of Cooperation Tasks  
Between Home Care Helpers and Other Professionals in Home Care:  
Aiming for Early Detection of Patients With Abnormalities

和田恵美子\*<sup>1</sup>, 千葉 宏毅\*<sup>2</sup>, 藤原奈佳子\*<sup>3</sup>, 丹野 克子\*<sup>4</sup>

Emiko Wada, Hiroki Chiba, Nakako Fujiwara, Katsuko Tanno

**要旨**：研究の目的は、在宅ケアの提供において、ホームヘルパー（以下ヘルパー）と連携する際に、協働する他職種の視点から必要と感じる職種間の支援の在り方を概念化し、そのうえで他職種がヘルパーから得ることで連携が促進する観察項目を特定することである。13職種の在宅ケアチームメンバー45名に半構造的インタビューを実施し、質的統合法（KJ法）で分析した。職種間の支援の在り方は、【他職種による望ましい情報共有方法】と【ヘルパーの重要な情報の伝達のための取り決め】への「模索」を基盤に、【ヘルパーに求められる他職種からの期待】がある一方で、【ヘルパーの情報への向き合い方】や【ヘルパーの利用者の影響力の大きさ】を鑑みて、ヘルパー情報には医学的観点の「確認」が望まれ、専門的知識の「提案」が【ヘルパーへの教育的サポートの必要性】としてあげられた。他職種がヘルパーとの連携を促進できる観察項目は、食事、服薬等の31項目抽出された。

**キーワード**：他職種連携、在宅ケアチーム、ホームヘルパー、観察項目

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 84-92(2023)

## I. 緒 言

我が国の医療・介護政策の1つである「医療・介護連携の推進」という流れにおいて、在宅で介護を要する高齢者や障害者の増加への対応は喫緊の課題である。全国調査によると、在宅医療と介護の連携の場で情報発信は、看護師に次いでヘルパーが多いと報告されている<sup>1)</sup>。とりわけ、介護保険の介護給付においても最も使用頻度が高く、身近で高齢者とその家族に接している訪問介護に従事するホームヘルパー（以下ヘルパー）からの情報提

供は重要な情報発信であることが予想される。しかしながら、ヘルパーへのインタビュー調査から、ヘルパーの情報発信の阻害要因は、問題発見が苦手であること、医療への不安、情報の言語化への苦手意識が明らかとなっている<sup>2)</sup>。

諸外国に目を向けると、フランスでは、トレーニングセンターの看護師がヘルパーとともに家庭訪問することにより、腹膜透析患者の腹膜炎発症リスクが改善された報告<sup>3)</sup>がある。デンマークでは、在宅要介護高齢者の尊厳を失わずにケアを継続できるためのヘルパーに対する要望やニーズを明確にしている<sup>4)</sup>。ヘルパーのケア時の情報発信源となる観察項目のツールに関する日本での先行研究では、寺西が在宅要介護高齢者の身体面の健康状態のチェックシートを開発<sup>5)</sup>している。その他にも、

受付日：2022年8月1日

受理日：2023年3月28日

\*1 藍野大学医療保健学部看護学科

\*2 北里大学医学部医学教育研究部門

\*3 岐阜保健大学看護学部大学院看護学研究科

\*4 山形県立保健医療大学 保健医療学部 理学療法学科

イギリスで開発された認知症ケアマッピング (DCM) 法をヘルパー用観察ツールとして適用<sup>6)</sup>し、認知症の疼痛評価ツールを作成<sup>7)</sup>している。さらに、ヘルパーの生活援助における観察のポイントは介護職員養成関係テキストに提示<sup>8)</sup>されており、ヘルパーの観察に基づく実態調査<sup>9)</sup>では、服薬や睡眠、認知症の周辺、中核情報に関わる観察情報が収集されている。しかし、ヘルパーの生活援助や身体介助の対象者は多岐にわたり、時間内に業務を遂行する責務の中で、対象者の観察項目を意識することは容易なことではない。医療・介護の熟達した実践者の在宅ケアの経験値から抽出されたヘルパーの観察項目は多職種連携に直結するものとなる。しかし、在宅ケアに関わる他職種がヘルパーに求めている観察項目が何であるかは明らかにされていない。本研究の目的は、在宅ケアの提供において、ヘルパーと連携する際に、ヘルパーと協働する他職種の視点から必要と感じる職種間の支援の在り方を概念化し、そのうえで他職種がヘルパーから得ることで連携が促進する観察項目を特定することである。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究である。

### 2. 研究参加者

1) 「ヘルパー」とは、①訪問介護員2級養成研修過程修了者を基本とし、②患者宅に訪問してケア提供を行う者とする。そのため③特別養護老人ホーム、老人ホーム、認知症グループホーム等の広義の居宅でケア提供を行うヘルパー有資格者を除く。

2) 「他職種」とは、在宅ケアに関わる職種として、ヘルパーを除いた職種として表記した。

#### 3) 「協働」と「連携」

「協働」は同じ目的で、対等な立場で協力して共に働くこと、「連携」は互いに連絡をとり協力して物事を行うこととした。

4) 「利用者」とは、介護が必要となった高齢者、在宅要介護高齢者を示した。

### 3. 調査方法

#### 1) 対象者

研究対象者は、実際に在宅療養支援として被介護者宅に訪問し、医療・介護提供の経験を有する訪問看護師6人、精神科訪問看護師6人、在宅療養支援診療所医師5人、精神科医師5人、歯科医師2人、歯科衛生士2人、介護支援専門員(ケアマネジャー)7人、作業療法士2人、理学療法士1人、薬剤師3人、管理栄養士3人、精神保健福祉士(以下PSW)2人、医療ソーシャルワーカー(以下MSW)1人である。

#### 2) 対象者の選定基準、選定方法

研究対象者の選出は縁故法とした。在宅医療・介護の経験、研究活動を有する共同研究者による紹介<sup>10)</sup>のうち、地域において多職種間連携をしながら在宅医療・介護提供を実践し、かつその経験が10年以上の者とした。ただし、制度設計上の観点から医師、管理栄養士、薬剤師は経験年数を5年以上とした。

#### 3) 研究協力依頼の手順

選定した対象者に対し、郵送にて研究の趣旨を説明し書面にて同意を得た。説明には事前にインタビューで聞き取る内容の概要を伝えた。

#### 4) データ収集

研究期間は、平成28年12月1日から平成29年11月30日であった。研究対象者が所属する施設の個室にて、研究者1名が研究対象者1名に対して40分～90分の半構造化インタビューを実施した。研究目的に照らして①現在の連携の実情、②在宅療養者に関わるヘルパーへの思い、③ヘルパーとの情報伝達における事例についての質問内容が重要であるため、インタビューガイドは「基本属性」「他職種との連携状況」「今後関わりを持ちたい職種」「ヘルパーとの情報伝達の成功事例や失敗事例」「ヘルパーとの連携で印象に残っていること」「その時の思いと現在の思い」「ヘルパーが在宅要介護者のケア中に意識してもらいたい異常の早期発見につながると考えられる観察内容」という小項目を設ける形で作成し、自由な語りを引き出せるように開放型の問いを設定した。

#### 5) 分析方法

データの分析は質的研究の手法の1つである質的統合法(KJ法)に基づいて分析した。質的統合法(KJ法)は、事例から論理の抽出・発見を行い、さらに事例の蓄積から理論化をはかり、実践的な技術化のレベルへと議

論を進められる<sup>11)</sup>ことから本研究の目的に適した分析方法として採用した。インタビューは録音し、逐語録を作成しデータ化した。テキストデータは、業務内容の類似性から作業療法士と理学療法士、PSWとMSWの各々2職種を1分野として、13職種を11分野に分類した。データの単位化は、逐語録を原文の文脈に沿って、1つの意味ごとにラベル化した。11分野ごとにラベルの先頭に001. 002…と明記した。次に、方向性の似たラベルどうしを集めてグループ化を行い、A001. A002 …と集まったグループを表す一文を考え表札をつけた。グループ編成の段階が上がるごとに、B. C…とグループ化をすすめて、これ以上集まらなくなるまで統合化を行ったものを最終ラベルとした。最終ラベルを用い、そのラベル間の関係性に着目したラベルを配置した11分野の見取り図の作成をした<sup>12)</sup>(個別分析)。次に、職種ごとではなく、全職種のヘルパーの連携に関する実情を1つに集約するために、個別分析の結果から総合分析を行った。総合分析は、11分野ごとの最終ラベルの前段階のラベルを総合し、相対的に類似するラベルを集め、表札づくりのグループ編成を行い、これ以上集まらなくなったBの段階を最終ラベルとした。最後に、その最終ラベルを用い、ラベル間の関係を記号と添え言葉で表し、その内容を端的に示すシンボルマークをつけ、空間配置図を作成した。分析の信頼性と妥当性を確保するために、11分野の見取り図は全て質的統合法(KJ法)の創設者と質的統合法(KJ法)の研究員上級者1名の助言を受け、空間配置図は質的統合法研究会(KJ法)の研究員上級者2名の助言を受け修正を行った。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、藍野大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。施設に所属する場合は施設長に研究の承諾を得た後、研究対象者に本研究の目的と方法について文書と口頭で説明を行った。また、対象者のプライバシーには十分配慮したデータ収集を行い、インタビュー内容のICレコーダーへの録音または筆記による記録のデータは研究終了後10年保存した後に、責任を持って破棄すること、匿名性が全研究過程で保障されること、個人の秘密が守られること、同意した後でも撤回は自由であること、研究への参加を拒否しても不利益を一切受けないこと、研究結果の公表方法を説明した。研究参加の同意

は、同意書への署名により得た。

### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 他職種が認識しているヘルパーとの連携課題とニーズ

本研究の研究対象者の45名の語りをテキスト化したデータから抽出した1,625枚の意味単位は11分野に分類し、分野ごとにインタビューデータを基に意味単位から上位概念ラベルにまとめた(個別分析)。11分野の個別分析の上位概念ラベルを総合分析で統合化の末、6項目のシンボルマークと最終ラベルで示した空間配置図(図1)を構築した。図1では、シンボルマークは、【事柄:エッセンス】で示し二重構造とし、下記の文中では、事柄は【太字】、エッセンスは【下線】で示した。シンボルマークの示す意味から、他職種が認識しているヘルパーとの連携課題とニーズの構造を機能別に「」で示した。

他職種が認識しているヘルパーとの連携課題とニーズの構造では、【利用者の生活面の情報】を得るためには【医療者側からの歩み寄り】による【他職種による望ましい情報共有方法】と、【ヘルパーの業務システムの特徴】やヘルパーの【情報伝達の困難さ】から【ヘルパーの重要な情報の伝達のための取り決め】の在り方の両側面にむけての対応を他職種は「模索」していた。この「模索」を基盤に、他職種からみると、ヘルパーは利用者の【いつもの違いへの気づき】があるので、専門職の視点から【ヘルパーに報告してもらいたい事柄】があげられ、【ヘルパーに求められる他職種からの期待】は大きいものがあった。その反面、【ヘルパーの情報への向き合い方】として、時に、個人情報保護法に基づく【情報漏洩への危惧】する場面があることや、利用者の発言を重んずるがゆえに【上司への報告に躊躇】することや、認知機能の低下がみられる高齢者の【利用者の発言中心の情報】が伝達される実情があると他職種は認識していた。それに関係し、ヘルパーの視点は【利用者の困りごとへの対応】となるため【利用者との密な関係性】があり、【ヘルパーの利用者の影響力の大きさ】は利用者の栄養面や体調の変化を左右するので、多職種はヘルパーの利用者への提供情報には、医学的観点からの「確認」を望んでいた。それゆえに、家事援助や医療の関わりが必要な利用者には【ヘルパーの協力は不可欠】なため、【医療職

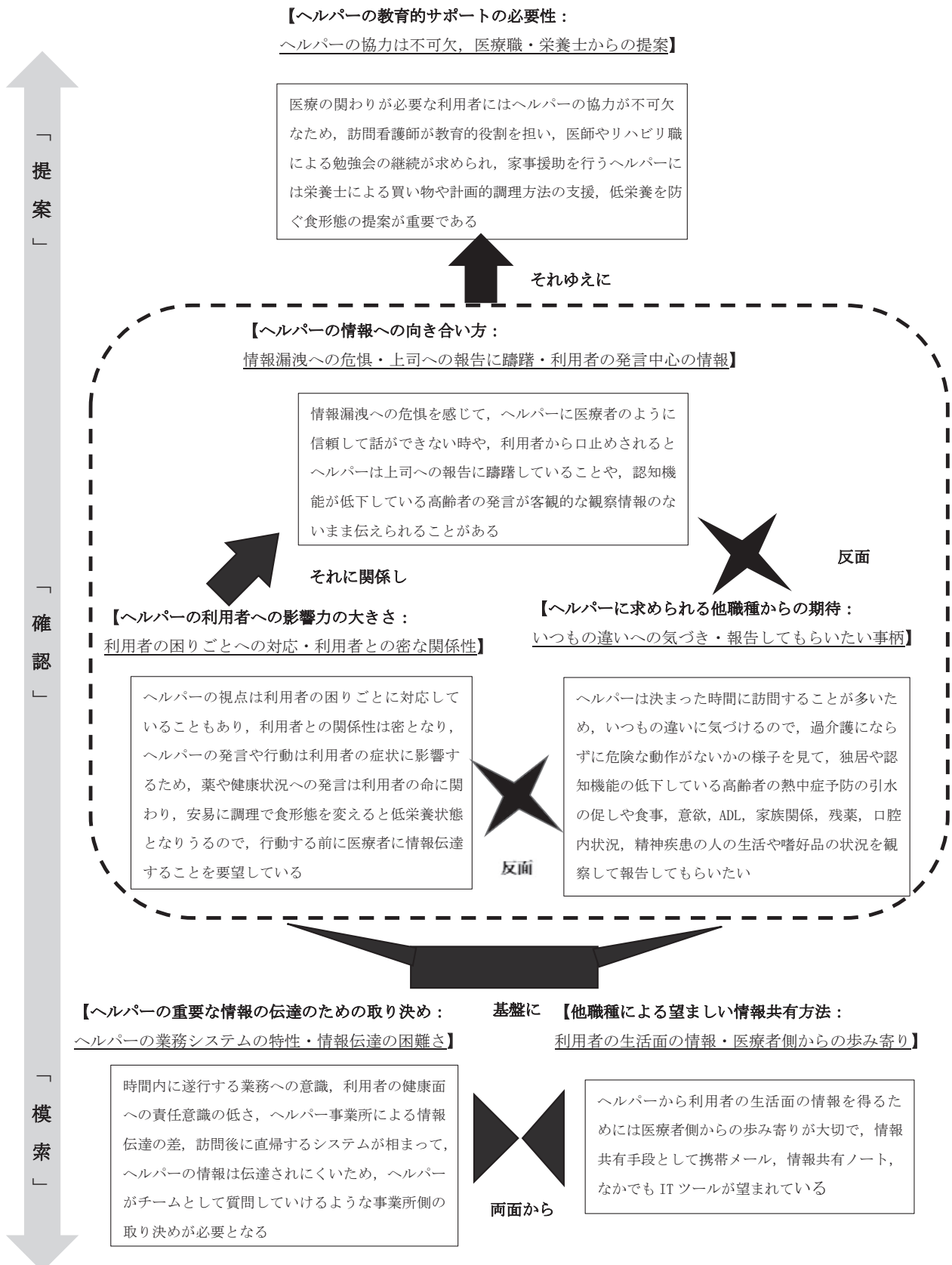


図1 他職種の視点によるヘルパーとの連携課題とニーズの構造

や栄養士からの提案】として、訪問看護師が教育的役割を担うこと、医師や理学療法士による勉強会の開催、栄養士による買い物や計画的調理方法の支援といった専門的知識の「提案」が、他職種によって【ヘルパーの教育的サポートの必要性】としてあげられた。

## 2. ヘルパーによる情報共有で患者の異常発見時の連携対応に寄与する31観察項目

研究対象者のインタビュー内容からインタビューガイドの「ヘルパーが在宅要介護者のケア中に意識してもらいたい異常の早期発見につながると考えられる観察内容」の語りに注目し、データから抽出した他職種がヘルパーに期待する観察内容をヘルパーの援助項目と職種の分野別の表として整理して示した。観察項目は31項目となった(表1)。表1の縦軸のヘルパーの援助項目は、介護の必要量を全国一律の基準として客観的に判定する介護認定調査項目に基づき、観察内容に関連する項目を抽出して作成した。食事介助の際の観察項目は薬剤師と精神科医師以外の9職種から要望があり、薬の服用状況や買い物などの生活面の観察項目は8職種からの要望があった。

## IV. 考 察

### 1. 他職種が認識しているヘルパーとの連携課題とニーズの構造

#### 1) ヘルパーとの情報共有にむけての他職種による「模索」

本研究では、ヘルパーからの重要な情報を医療者に伝達していくためには、医療者側からみた具体的な方法を提示していく必要性が明らかとなり、医師はヘルパーには医療的責任がかからないことを念頭において情報の提供を求めたいと述べている。五味は、ケアを提供するヘルパーの辛さを大きくしないためにも介護職に対する看護師の指導的な役割に期待しており、すべての結果についての責任を負うのが医師である<sup>13)</sup>と述べている。

ヘルパーの情報共有手段として、本研究では、携帯メール、情報共有ノート、なかでもITツールが望まれている。ITツールとは、医療機関や事業所の電子化された情報を訪問看護師や介護士が携帯端末から確認でき、バイタル情報や訪問介護日報も含めた在宅利用者情報を入力

し、自動で引用できるものである。少ない人員で多職種が連携して、情報の受け手、送り手双方に時間的、労力的負担を減らし情報の共有を迅速に行うためには、即時性、双方向性に優れたIT技術を用いるのが有効である<sup>14)</sup>。介護職にとってITツールは、サービス提供時に気になった点に対する医師からの返答が得られる、日常的な医師や訪問看護師による書き込みによって、患者の健康状態を正しく観察できているという自信につながる等の評価があった<sup>15)</sup>。ただし、個別の診療所がITシステムでの電子化を行っても、すべての情報をシステムに落とし込むことは極めて困難であり、利便性の追求だけでは心をつながりが求められる<sup>16)</sup>との報告もある。ITツールはセキュリティ問題や運営費用など課題はあるが、異常の早期発見には迅速な情報共有は最優先となり、顔の見える関係を気づきながら導入を進めることが望ましいといえる。

#### 2) ヘルパーの情報への医療者側からの「確認」と専門知識の「提案」

本研究における【ヘルパーに求められる他職種からの期待】では、療養者を過介護にしないことや、熱中症を予防する関わりがあり、ヘルパーに要望する観察項目は食事、口腔内の状況、意欲、ADL、家族関係、残薬、嗜好品の状況など生活面に関係する内容である。峯松は、介護職者は密着して介護を行っていることから、リハビリテーションの観点から患者の生活の中での動作を見つめる事ができ<sup>17)</sup>、蒔田は、訪問介護職は新聞のたまり具合から生活の変化を読み取るなど、経験をふまえて生活の様子を丁寧に観察している<sup>18)</sup>と述べている。

しかし、その一方で、本研究において、要介護者の薬の服用や健康状況に関しては、命に関わるため、他職種は【ヘルパーの利用者の影響力の大きさ】を指摘している。在宅介護のヘルパーに対する調査で、ヘルパーの8割以上が服薬介助を行っており<sup>19)</sup>、ヘルパーは一包化された薬剤以外の服薬介助は違法となるため、錠剤の包装をヘルパーが渡すことにより違法行為をさせている可能性がある<sup>20)</sup>と小林は述べている。ヘルパーは集合研修の参加によって、医薬品やその使用に潜む危険性、正しい介助行為の重要性を再認識し、専門家を頼ることの重要性を感じたと報告<sup>21)</sup>がある。医療の関わりが必要な利用者には、ヘルパーの協力は不可欠なため、医療職や栄養士からの提案として、医療職による専門的知識の



表 1 ヘルパーによる情報提供で患者の異常発見時の連携対応に寄与する 31 観察項目

項目	ヘルパーの 観察・援助項目	多職種										ヘルパーに期待する観察項目の内容				
		医師	精神科 医師	歯科 医師	歯科 衛生士	訪問 看護師	精神科 訪問看護 士	介護 支援専門 員	理学療法 士・作業 療法士	薬剤 師	栄養 士		P S W ・ M S W			
身体機能	1 麻痺等の有無											○			麻痺の影響による介護の仕方の違い	
	2 拘縮の有無											○			拘縮の影響による介護の仕方の違い	
	3 座位保持 (能力)											○			座位保持の状況	
	4 歩行 (能力)											○			歩行の仕方 転倒の状況	
	5 立ち上がり (能力)											○			立ち上がり方 転倒の状況	
	6 洗身	○				○										保清 皮膚の状況
生活機能	7 移乗や移動											○			移動の介助方法 移動動作の状況	
	8 排尿	○				○					○				尿の色・量・性状・濁り・混濁 (通常との違い程度) トイレ動作	
	9 排便	○				○					○				排泄の状況 (下痢 便秘) 腹痛の状況 トイレ動作	
	10 嚥下 (能力)			○							○				誤嚥 嚥下の状況	
	11 食事介助				○							○				食事の姿勢 食事動作 体重の増減
					○											唇の緊張 食事時間 口唇閉鎖の有無 食べこぼしの状況
		○			○	○	○									食事量 食事形態 栄養状況 食事の摂取状況
													○			食事状況の変化 飲水の促し (脱水・熱中症) 水分量
	12 口腔清拭					○										食事内容 (糖尿病) 脱水 水分摂取 (認知症の人の便秘を防ぐ)
						○										入れ歯の状況 (痛みで外していないか) 口臭 舌苔の状況
					○										口腔内の状況 歯の有無 歯が欠けていないか	
					○										大まかな汚れ具合 痛んでいる歯やグラグラしている歯の有無	
13 更衣		○												出血や腫れの有無 痛みの有無 噛めているか 噛み合わせができていないか		
社会生活への適応	14 薬の内服		○			○	○				○				衣類の調整や管理 服装	
	15 睡眠		○				○								○ 服薬の状況 服薬カレンダーの活用 残薬の状況 麻薬は服用した時間	
	16 日常の意思決定										○				○ 睡眠の状況 睡眠時間 入眠時間	
	17 買い物										○				趣味活動 生活意欲 家族への依存度	
	18 簡単な調理											○			○ 買い物の方法や買い物内容に通常との違いはないか 冷蔵庫の中の状況	
	19 室内の状況		○					○							調理の方法 下準備の仕方 食材の仕分けの仕方	
	20 外出頻度 (有無)														○ 部屋が荒れている 生活状況に通常との違いはないか	
21 家族介護者	○														1 週間の活動量に違いはないか	
認知機能	22 意思の伝達	○	○			○									家族の状況	
	23 毎日の日課を理解													○	(呼びかけへの反応 挨拶や話の仕方 表情 発話状態) に変化がないか	
	24 今の季節を理解する													○	○ 困りごとの有無 ストレスの有無	
	25 昼夜逆転 (有無)													○	○ 室温の調整 衣類の調整や管理ができていないか	
医療的処置	26 人工呼吸器					○									○ 生活リズムの変化	
	27 疼痛の看護	○				○									人工呼吸器の点検・操作手順の状況	
	28 経管栄養					○									痛みの状況	
	29 褥瘡の処置					○									胃瘻注入の状況	
	30 カテーテル					○									褥瘡の状況 (写真提示)	
	31 看とり					○									○ バルーンの管理状況, 尿の色・量・性状・濁り・混濁 (通常との違い程度)	
					○										看とり・ターミナルの状況	

教育の機会や栄養士が利用者の低栄養を防ぐ目的で、家事援助を行うヘルパーには買い物支援や計画的な調理の方法の機会を設けることが重要である。その一つの教育的サポートとして本研究の結果を踏まえながら引き続き観察項目を探索していくことが望まれる。

## 2. ヘルパーの連携に関する今後の課題

本研究の結果で、ヘルパーとの直接連携がなかった職種は歯科医師であった。この結果に関連し、大山らは、ヘルパーは介護の現場に近い実践的な情報を求めているが、ヘルパーに対する歯科医療従事者からの情報提供が

まだ不足していることが明らかとなり、両者の連携の弱さが浮き彫りとなった<sup>22)</sup>と報告している。歯科医療従事者からヘルパーへの情報提供の機会を設けていく必要が明らかとなっている。

本研究におけるヘルパーによる情報提供で患者の異常発見時の連携対応に寄与する観察項目においても、食事摂取に関する項目は全職種が観察を求めている項目となっている。フレイル予防や誤嚥性肺炎予防の観点からも歯科医師、歯科衛生士とヘルパーとの情報共有は重要視していく課題である。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究により抽出された観察項目は、在宅療養に関わる医療や福祉の専門職がヘルパーに求める視点である。ヘルパーにとって活用しやすい観察項目であるためには、サービス担当責任者や介護支援専門員の意見を取り入れ、ヘルパーの視点で検証を重ねて、試験的に活用していくことが求められる。

本研究は公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成金による研究である。

### ■引用文献

- 厚生労働省：在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤の在り方に関する調査報告書 (u-tokyo.ac.jp, 2021. 7. 25).
- 和田恵美子：ホームヘルパーの情報発信の実態把握と阻害要因への対策 医療と介護の円滑な連携にむけて. 日本在宅ケア学会誌, **22**(1) : 65-73 (2018).
- Verger C : Influence of autonomy and type of home assistance on the prevention of peritonitis in assisted automated peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, **22**(4) :1218-1223 (2007).
- Anne Liveng : The vulnerable elderly's need for recognizing relationships—a challenge to danish home-based care, *Journal of social. Work Practice*, **25**(3) : 271-283 (2011).
- 寺西敬子：在宅要介護高齢者用、身体面の健康状態に関するチェックシートの開発. 博士論文, 2014.
- 牛田篤：一人暮らし認知症高齢者に対するホームヘルプサービスの可視化の重要性の検討 日本のDCMを在宅活用した研究とイギリスのDCM-SLに関する報告からの考察. 愛知淑徳大学論集, (3) : 1-15 (2013).
- 田中和奈：介護老人保健施設における軽度認知症高齢者のための疼痛評価ツール開発. 博士論文 (2014).
- 鎌田ケイ子：介護職員初任者研修テキスト第3巻. 第2版, 156-400, 長寿社会開発センター, 東京 (2016).
- 香取幹：訪問介護員における要介護高齢者に対する観察の実態に関する研究. *Shodai business review*, **7**(3) : 23-44 (2017).
- A.Ericsson, R.Pool : Peak Secret From The Science Expertise. 149-152, LLC c/o Elyse Cheney Literary Association LLC, New York, 2016 (アンダース・エリクソン, ロバート・プール 土方奈美訳, 超一流になるのは才能か努力か?, 文芸春秋, 東京, 2016).
- 山浦晴男：質的統合法入門 考え方と手順. 第1版, 18-19, 医学書院, 東京 (2012).
- 和田恵美子：医療と看護と介護の連携に活かされるホームヘルパーの観察項目に関する研究, 第25回ヘルスリサーチフォーラム 2018年度フォーラム講演録, 27-32 (2018).
- 五味博子：在宅緩和ケアにおける多職種連携・訪問看護との連携について. *Progress in Medicine*, **36**(10) : 63-66 (2016).
- 内山映子：電子機器による環境制御②ICTを用いた多職種連携の可能性. *JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION*, **122**(12) : 1237-1241 (2013).
- 高垣有作, 山本修司, 久保真佑, ほか：ITを用いた多職種連携情報共有基盤—すさみ町地域見守り支援システム—. *日老医誌*, **51** : 236-239 (2014).
- 岡村新一, 土器潔, 梅原寿子：おひさまシステムを用いた地域医療連携の報告—患者情報—ITによる地域共有化をめざして—. *IPn 1 Cancer Chemother* **39**(2) : 9-11 (2012).
- 峯松亮：介護職者および介護職を目指す学生におけるリハビリテーションに関する意識調査—職業意識の考察の一環として—. *日本職業・災害医学会会誌*,

- 51 (6) : 405-409 (2003).
- 18) 蒔田寛子, 牧田光代 : 在宅療養支援に必要な専門職の観察の視点と連携の課題. 保健医療福祉連携, **8** (2) : 155-163 (2015).
- 19) 富澤崇, 猿田祐子, 高松昭司 : 在宅介護における高齢者の医薬品適正使用の推進—パート1 訪問介護員を対象としたアンケート調査—. 医療薬学, **33** (9) : 755-761 (2007).
- 20) 小林輝信 : 地域における薬剤業務と多職種連携. 調剤と情報, **21** (3) : 94-95 (2015).
- 21) 猿田祐子, 富澤崇, 細野智裕 : 在宅介護における高齢者の医薬品適正使用の推進—パート2 訪問介護員を対象とした教育的介入—. 医療薬学, **35** (3) : 209-212 (2009).
- 22) 大山篤, 鳥山佳則, 佐々木好幸 : ホームヘルパーの口腔ケアに関する認識と現状. 口病誌, **70** (1) : 32-39 (2003).

## Identification of Observation Items Extracted From the Conceptual Structure of Cooperation Tasks Between Home Care Helpers and Other Professionals in Home Care: Aiming for Early Detection of Patients With Abnormalities

Emiko Wada\*<sup>1</sup>, Hiroki Chiba\*<sup>2</sup>, Nakako Fujiwara\*<sup>3</sup>, Katsuko Tanno\*<sup>4</sup>

\*1 Aino University Department of Nursing Faculty of Health Science

\*2 Department of Medical Education, Kitasato University School of Medicine

\*3 Gifu University of Health Sciences Graduate School of Nursing

\*4 Yamagata Prefectural University of Health Sciences

### **Abstract**

This study aimed to conceptualize the nature of interprofessional support felt necessary from the perspective of other professionals collaborating with home care helpers (“care helpers”) in the provision of home care. Moreover, it identified observations that other professionals could obtain from care helpers to facilitate collaboration. A total of 45 home care team members, including 13 professionals, participated in semi-structured interviews, and the data were analyzed using the KJ method.

The nature of interprofessional support is based on a “search” for [the preferred method of information sharing by other professionals] and [arrangements for the transfer of important information throughby care helpers]. Based on this, while there are [expectations from other professionals for care helpers], “confirmation” from a medical perspective is desired for care helper information in light of [the way helpers deal with information] and [the influence of care helpers on users]. Thus, “suggestion” of specialized knowledge was mentioned as [a need for educational support for care helpers]. Thirty-one observation items were identified as areas in which other professionals could promote cooperation with care helpers, including diet and medication.

**Key words :** Other professionals' collaboration, home care team, home care helper, observation items

## ● 研究報告 ●

# 家族の予期悲嘆支援に対する訪問看護師の認識について

## — 質問紙による全国調査より —

Perception of Home-Visiting Nurses Regarding Anticipatory Grief Support for Families:  
A Nationwide Questionnaire Survey

小林 裕美\*<sup>1</sup>

Hiromi Kobayashi

**要旨：**目的：訪問看護師が家族の予期悲嘆支援に対してどのような認識を持ち、その認識にどのような因子が関連しているかについて、質問紙による全国調査で実態を明らかにする。

方法：常勤の訪問看護師1,400名に自記式質問紙調査を行い、基本属性、スピリチュアリティ、予期悲嘆支援に対する認識の質問を聞いた。

結果：422が返送（回収率30.1%）され420を分析した。予期悲嘆支援について20項目の回答から探索的因子分析で5因子を抽出し、【暗黙の空気感に委ねる関わり】と【予期悲嘆を意識的に確認する必要性】という認識があり、後者が多数であった。この5因子にて共分散構造分析によるモデル図を作成し適合度を確認した（GFI .95, AGFI .94, RMSEA .04）。

結語：訪問看護師は、予期悲嘆を意識的に確認することにより家族と共にする経験に対して価値を高め、死生観の変化につながることを示唆された。

**キーワード：**訪問看護師、家族の予期悲嘆への支援、認識

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 93-101 (2023)

## I. 緒言

わが国では在宅医療が政策的にも重視されており、自宅で最期を迎える人に対する在宅ケアの充実に向けて、質の高い訪問看護が求められている。専門的な看護実践が提供されたと認められた場合には、診療報酬でもその看護提供の実績が評価されるようになった<sup>1)</sup>。自宅で最期を迎える人を看取る家族は大切な人の死が予期される中で介護を行うため、その負担は大きく、訪問看護師は療養者だけでなく家族支援も重視している。死別の悲しみを支援するグリーフケアについて小野<sup>2)</sup>は、死の受

容の促進、家族の意向を尊重した介護の継続支援、家族の思いへの共感等を挙げている。予期悲嘆とは「死別の前の潜在的な死への悲嘆反応<sup>3)</sup>」であるため、家族への予期悲嘆の支援（以下、予期悲嘆支援）は、グリーフケアに含まれ、家族の思いを尊重しながら看取りの実現に導くことの中に内包されていると言える。グリーフケアは死別前後の継続的な支援ではあるが、死別後の遺族訪問には報酬が付かない現状があり、看取り支援として頻繁に訪問する時期と重なる予期悲嘆支援が特に重要と考える。家族の予期悲嘆は誰にも起こりうるが、程度には個人差があり、複雑で表面化しにくい特徴がある<sup>4)</sup>。

訪問看護師が行うグリーフケアの課題として、家族が療養者の死を受容するための支援にとまどい、家族の気持ちを聞けないジレンマや療養者の死が迫ることを言い

受付日：2022年8月23日

受理日：2023年4月3日

（株）在宅看護実践研究所

出せない困難感などが挙げられ、これらにより十分なケアができないことや、看護師一人に任される負担などが明らかとなっている<sup>5-6)</sup>。さらに訪問看護師の心理状態としてネガティブな側面とポジティブな側面があることや看護師自身の悲嘆の存在も示唆されている<sup>5,7)</sup>。一方、スピリチュアリティの高い人はスピリチュアルケアに積極的との報告があり<sup>8)</sup>、家族のスピリチュアルな悼みは予期悲嘆の主要な要素との報告<sup>9)</sup>もあることから看護師のスピリチュアリティは予期悲嘆支援に影響する可能性がある。これらより、家族の予期悲嘆は複雑でとらえにくい心情ではあるが、訪問看護師もまた悲嘆や葛藤など複雑な心理状態や負担を抱えながら支援しており、家族の予期悲嘆支援についての看護師の認識に着目することで家族支援に活かすための更なる示唆を得られると考えた。

---

## II. 研究目的

---

本研究は、訪問看護師が家族の予期悲嘆支援に対してどのような認識を持ち、その認識にどのような因子が関連しているかについて、質問紙による全国調査で実態を明らかにすることを目的とする。

---

## III. 用語の定義

---

**予期悲嘆**：「家族の死が避けられないと認識したときから、死へのプロセスの間に生じる喪失反応に伴う身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルな変化<sup>10)</sup>」とする。

**予期悲嘆支援に対する認識**：「予期悲嘆に関連した支援とそれに付随する看護師の考え、思い、判断」とする。

---

## IV. 研究方法

---

### 1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査による横断研究。

### 2. 調査方法と分析方法

訪問看護事業所の常勤の看護師を調査対象とした。全国訪問看護事業協会正会員リスト（2018. 9. 30時点）より各県の事業所数の比率を考慮して無作為に抽出した

700事業所に郵送し、1事業所に2名の依頼で計1,400部送付した。

調査内容は、基本属性を性別、年齢、職位、結婚・子ども、最終学歴、看護職資格、経験年数、在宅看取り経験数とした。個人特性としてスピリチュアリティを加え、許可を得てスピリチュアリティ評定尺度（SRS-A）<sup>11)</sup>を使用し得点を算出した。

「予期悲嘆支援に対する認識に関する質問」20項目を先行研究<sup>12)</sup>に基づいて独自に作成した。この先行研究では、予期悲嘆尺度<sup>9)</sup>の使用上の課題を明らかにするために看護師6名に半構造化面接を行ったが、その中で予期悲嘆支援に対する認識と関連する要素も抽出されたため、これを参考にした。予期悲嘆支援に対する認識を問う項目を12項目（質問①～⑫）、予期悲嘆支援の認識に関連する項目を8項目（質問⑬～⑳）作成した。各項目について4件法（1. そうではない、2. あまりそうではない、3. まあまあそうである、4. そうである）でたずねた。

分析は、基本属性の記述統計を行い、20項目には、予期悲嘆支援に対する認識、および関連する因子が形成されたかどうかと因子の内的整合性を確認するために、探索的因子分析を行い、抽出因子に基づいて共分散構造分析を行った。スピリチュアリティ評定得点と抽出因子や属性との相関を見るために、スピアマン相関係数を用いた。

### 3. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号18-019）。研究依頼書には、研究の目的、方法、意義、プライバシーの保護、匿名性の確保、自由意思による参加、途中撤回の権利、結果の公表方法、連絡先等を記載し、無記名調査のため返送により同意を得たと判断することを記載した。

---

## V. 結果

---

### 1. 調査対象者の背景（表1）

調査用紙は1,400部のうち422部が返送された（回収率30.1%）。欠損が多い2を除いた420部を分析対象とした。対象者は、男性22名、女性398名で平均年齢48.2±8.0歳、管理者157（37.4%）、スタッフ263（62.6%）、訪問看護経験は平均8.32±6.6年であった。

表1 調査対象者の背景

		N=420	
1. 性別	男性	22	5.2%
	女性	398	94.8%
2. 年齢	平均年齢	48.2±8.0	
	20歳代	7	1.7%
	30歳代	48	11.4%
	40歳代	173	41.2%
	50歳代	167	39.8%
	60歳代以上	25	5.9%
3. 結婚	未婚	81	19.3%
	既婚	339	80.7%
4. 子供	なし	83	19.8%
	有り	337	80.2%
5. 教育 (看護における最終学歴)	大学院	5	1.2%
	大学	19	4.5%
	短期大学	46	11.0%
	専門学校	334	79.5%
	5年課程	14	3.3%
	その他	2	0.5%
6. 経験年数	看護職経験	平均 23.0±8.6	
	5年未満	5	1.2%
	5～10年未満	24	5.7%
	10～20年未満	93	22.1%
	20～30年未満	189	45.0%
	30年以上	109	26.0%
	訪問看護経験	平均 8.32±6.6	
	1年未満	42	10.0%
	1～5年未満	114	27.1%
	5～10年未満	101	24.1%
10～20年未満	123	29.3%	
20年以上	40	9.5%	
7. 在宅看取り 経験数	0～5件未満	129	30.7%
	5～15件未満	130	31.0%
	15～25件未満	68	16.2%
	25件以上	93	22.1%
8. 取得資格 (複数回答)	准看護師	10	
	看護師	408	
	保健師	14	
	助産師	5	
	認定看護師	20	
	専門看護師	1	
9. 職位	管理者	157	37.4%
	スタッフ	263	62.6%
10. スピリチュアリティ評定尺度 (SRS-A得点)		平均 46.04 (±9.9) 点	

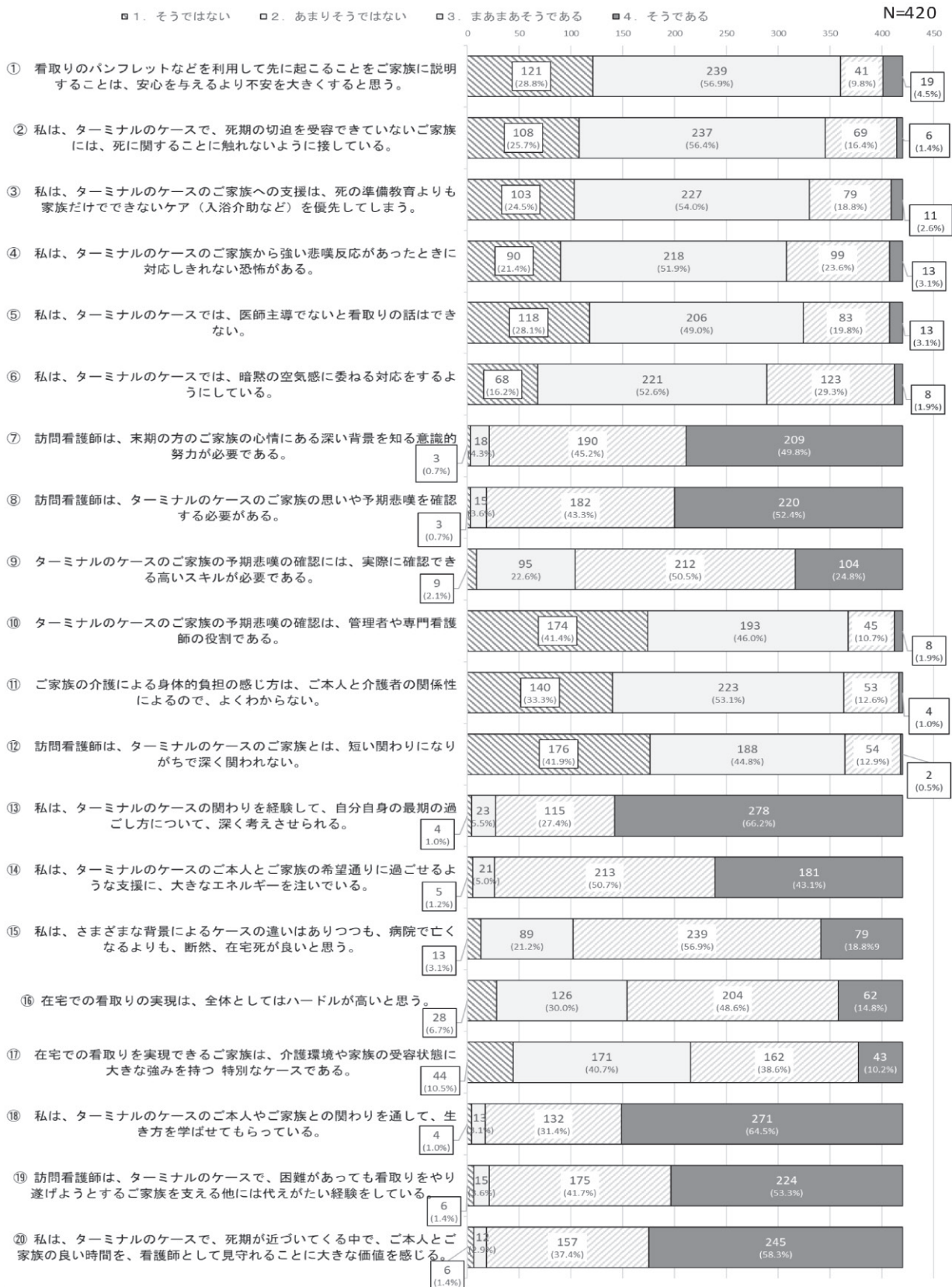
## 2. 予期悲嘆支援に対する認識に関する20項目の質問内容と回答について (図1)

20項目の質問の4段階回答を図1に示す。予期悲嘆支援に対する認識として想定した質問①～⑫については、以下の結果が得られた。質問①～⑥は、「そうではない」と「あまりそうではない」の回答が合わせて(68.8～85.7%)と問いに対して肯定しない回答が多かった。質問⑦～⑧は、「⑦ご家族の心情にある深い背景を知る意識的努力が必要である」(95.0%)や「⑧ご家族の思いや予期悲嘆を確認する必要がある」(95.7%)と「まあまあそうである」「そうである」が多く、非常に肯定的であった。質問⑨「ターミナルのケースのご家族の予期悲嘆の確認には、実際に確認できる高いスキルが必要である」には、肯定的な回答が75.3%であったが、質問⑩「ターミナルのケースのご家族の予期悲嘆の確認は、管理者や専門看護師の役割である」には否定的(87.4%)であった。質問⑪, ⑫は、「あまりそうではない」「そうではない」合わせて、それぞれ86.4%, 86.7%となっている。

## 3. 予期悲嘆支援に対する認識に関する20項目の因子分析 (表2)

次に「予期悲嘆支援に対する認識に関する質問の20項目」について、探索的因子分析(最尤法, プロマックス回転, 因子負荷量0.45以上)を行った。その結果、項目数14で5因子を抽出した(表2)。第Ⅰ因子は②～⑥の5項目からなり、予期悲嘆支援について、その場の空気感を読み取る関わりとする認識【**暗黙の空気感に委ねる関わり**】と因子名を命名した。第Ⅱ因子は、⑬, ⑭, ⑯の3項目で、予期悲嘆支援が自分にとってどのようなものであるかを表しており【**変わる自分自身の死生観**】とした。第Ⅲ因子は、⑰, ⑱の2項目で看取り支援の経験の価値の捉え方として【**看取る家族と共にする経験の価値**】とし、第Ⅳ因子は、⑦, ⑧の2項目で家族の予期悲嘆を確認する必要性の認識として【**予期悲嘆を意識的に確認する必要性**】とした。さらに第Ⅴ因子は、⑲, ⑳の2項目で在宅での看取りの背景として【**在宅看取り実現のハードル**】とした。

予期悲嘆支援についての認識として想定した質問①～⑫の範囲で因子となった第Ⅰ, Ⅳ因子を予期悲嘆支援に対する認識の因子とし、それ以外のⅡ, Ⅲ, Ⅴを認識に



予期悲嘆支援の認識についての質問①～⑫，予期悲嘆支援の認識に関連する質問⑬～⑳  
 図1 予期悲嘆支援に対する認識に関する20項目の質問の4段階回答の内訳



表2 予期悲嘆支援に対する認識に関する質問項目の探索的因子分析（最尤法-プロマックス回転）

N = 420

☆項目 番号		因子				
		I	II	III	IV	V
<b>【第I因子 暗黙の空気感に委ねる関わり】 <math>\alpha = .71</math></b>						
④	私は、ターミナルのケースのご家族から強い悲嘆反応があったときに対応しきれない恐怖がある	.675	-.178	-.199	-.119	.411
⑤	私は、ターミナルのケースでは、医師主導でないと言取りの話はできない	.649	-.277	-.276	-.177	.375
③	私は、ターミナルのケースのご家族への支援は、死の準備教育よりも、家族だけでできないケア（入浴介助など）を優先してしまう	.565	-.172	-.173	-.107	.266
⑥	私は、ターミナルのケースでは、暗黙の空気感に委ねる対応をするようにしている	.511	-.013	-.102	-.062	.223
②	私は、ターミナルのケースで、死期の切迫を受容できていないご家族には、死に関する事に触れないように接している	.477	-.148	-.155	-.106	.242
<b>【第II因子 変わる自分自身の死生観】 <math>\alpha = .70</math></b>						
⑬	私は、ターミナルのケースの関わりを経験して、自分自身の最期の過ごし方について、深く考えさせられる	-.090	.710	.297	.265	-.033
⑱	私は、ターミナルのケースのご本人とご家族との関わりを通して、生き方を学ばせてもらっている	-.161	.660	.435	.386	-.064
⑭	私は、ターミナルのケースのご本人とご家族の希望通りに過ごせるような支援に、大きなエネルギーを注いでいる	-.313	.631	.370	.326	-.091
<b>【第III因子 看取る家族と共にする経験の価値】 <math>\alpha = .80</math></b>						
⑲	訪問看護師は、ターミナルのケースで、困難があっても看取りをやり遂げようとするご家族を支えるという、他には代えがたい経験をしている	-.286	.470	.996	.447	-.049
⑳	私は、ターミナルのケースで、死期が近づいてくる中で、ご本人とご家族の良い時間を、看護師として見守れることに大きな価値を感じる	-.260	.503	.680	.385	-.076
<b>【第IV因子 予期悲嘆を意識的に確認する必要性】 <math>\alpha = .73</math></b>						
⑦	訪問看護師は、末期の方のご家族の心情にある深い背景を知る意識的努力が必要である	-.144	.431	.422	.996	.054
⑧	訪問看護師は、ターミナルのケースのご家族の思いや予期悲嘆を確認する必要がある	-.227	.347	.384	.593	.056
<b>【第V因子 在宅看取り実現のハードル】 <math>\alpha = .70</math></b>						
⑰	在宅での看取りを実現できるご家族は、介護環境や家族の受容状態に大きな強みを持つ特別なケースである	.435	-.099	-.104	.027	.884
⑯	在宅での看取りの実現は、全体としてはハードルが高いと思う	.364	-.041	.019	.087	.610
(因子間相関)		第II因子	-.282			
		第III因子	-.319	.533		
		第IV因子	-.200	.469	.478	
		第V因子	.505	-.103	-.071	.058

☆①～⑳の項目番号は「家族の予期悲嘆支援に対する認識に関する20項目」の番号で項目番号①、⑨、⑩、⑪、⑫、⑮は、因子分析にて削除された。

関連する因子とした。各因子のCronbach  $\alpha$  は、.70～.80であり、一定の内的整合性が得られた。

#### 4. 予期悲嘆支援に対する認識とそれに影響する因子の共分散構造分析の結果（図2）

探索的因子分析で抽出した5因子を使用して共分散構造分析を行い、適合度を見ながら予期悲嘆支援に対する認識とそれに影響する因子の関係性を表すモデル図を

作成した（図2）。適合度の指標（GFI .95, AGFI .94, CFI .95, RMSEA .04）は概ね良好であった。このモデル図から、予期悲嘆支援に対して消極的な側面【暗黙の空気感に委ねる関わり】と積極的な側面【予期悲嘆を意識的に確認する必要性】の対極となる双方の存在が見られた。また【在宅看取り実現のハードル】は【暗黙の空気感に委ねる関わり】と相関があり、因果関係として【予期悲嘆を意識的に確認する必要性】が【看取る家族と共に

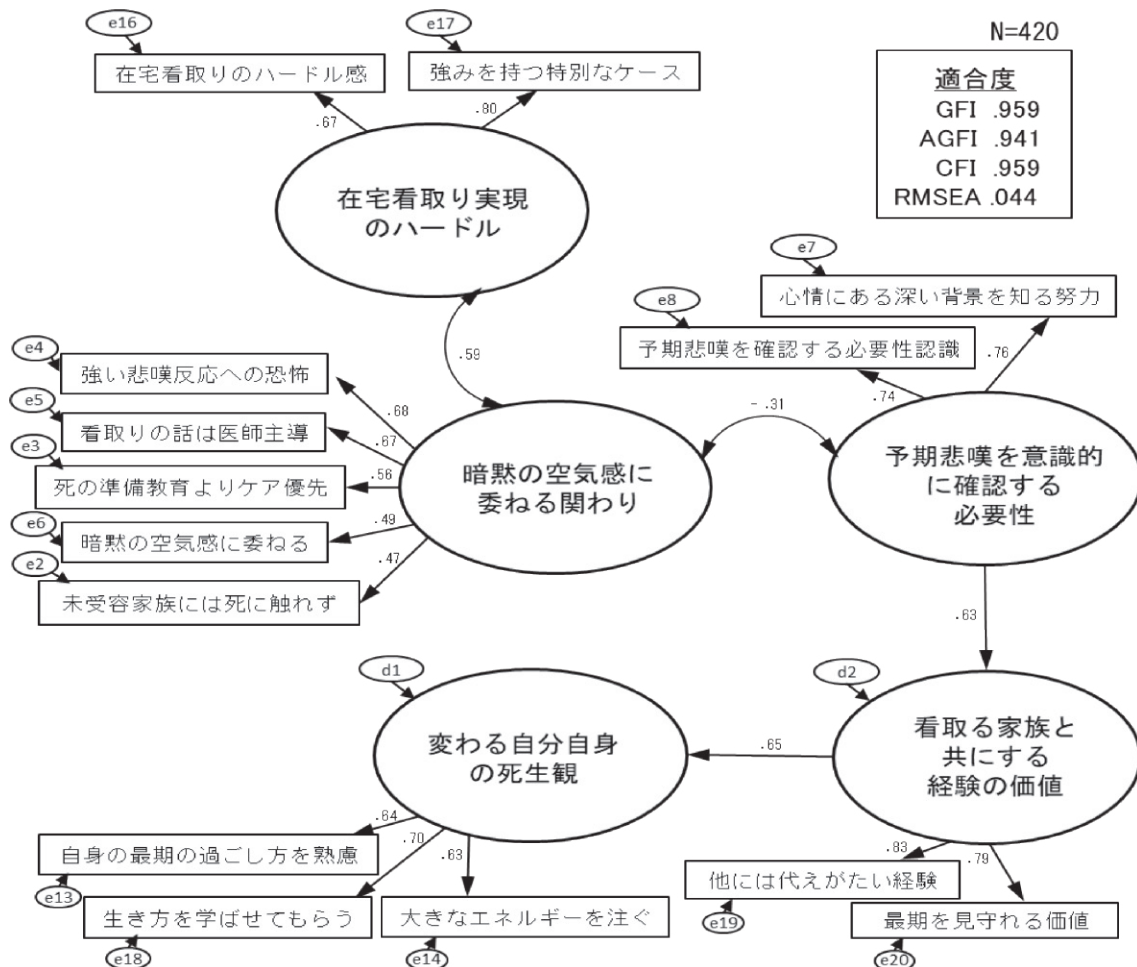


図2 予期悲嘆支援に対する認識とそれに影響する因子のモデル図

表3 スピリチュアリティと予期悲嘆支援の2つの認識および看護経験・訪問看護経験年数・在宅看取り数の関連 N=420

	看護経験年数	訪問看護経験年数	在宅看取り数	【暗黙の空気感に委ねる関わり】☆	【予期悲嘆を意識的に確認する必要性】☆
SRS-A 得点	.040	.058	.100*	-.267**	.227**
看護経験年数 (年)		.433**	.241**	-.096*	.026
訪問看護経験年数 (年)			.512**	-.216**	.009
在宅看取り数 (4段階区分)				-.303**	-.042

\*. 相関係数は5%水準で有意 (両側) Spearman 相関係数を使用

\*\* . 相関係数は1%水準で有意 (両側) ☆探索的因子分析による下位因子 (表2) を得点化して算出

にする経験の価値】につながり、さらに【変わる自分自身の死生観】につながることが示された。

### 5. 予期悲嘆支援に対する認識とスピリチュアリティの関係

スピリチュアリティ評定尺度 ( $\alpha = .88$ ) は、得点平均46.04 ± 9.9であった。スピリチュアリティ評定尺度

得点と看護経験年数、訪問看護経験年数、在宅看取り数、予期悲嘆支援の認識として抽出した因子【暗黙の空気感に委ねる関わり】【予期悲嘆を意識的に確認する必要性】を得点化したものとの相関を見たものが表3である。その結果、スピリチュアリティは、【暗黙の空気感に委ねる関わり】とわずかな負の相関 (-.267)、【予期悲嘆を意識的に確認する必要性】とわずかな正の相関 (.227)

がみられたが、訪問看護経験年数や在宅看取り数との関連はみられなかった。

## VI. 考 察

### 1. 訪問看護師の予期悲嘆支援に対する認識の実態

本研究の対象者は、年齢が40～50歳代で看護師経験は平均20年以上の者が多く、訪問看護経験は1年未満の者から20年以上の者までみられた。さらに在宅看取り経験数も5件未満の者が3割程で25件以上は2割程であることから、看取り支援の経験が少ない者から多い者まで含まれた対象者であったと考える。まず、訪問看護師の予期悲嘆支援に対する認識の実態として【**暗黙の空気感に委ねる関わり**】という因子が抽出された。全体としては比較的少数の意見であり、在宅看取り数と弱い負の相関もあることから、看取り支援の経験が少ない者の認識と考えられた。しかし、その中で「家族から強い悲嘆反応があった時に対応しきれない恐怖がある」と3割程度の人が回答しており、看護師が潜在的に抱えうる恐怖として留意する必要がある。家族が抱く悲嘆反応には、抑うつや絶望、悲しみ、落胆などがあるが、怒りや苛立ちの感情が医療関係者に向けられる場合がある<sup>13)</sup>。実際に感情を向けられていなくとも訪問看護師は家族の悲しみを理解している故に、このような恐怖の存在が根底にあると考えられる。

次に予期悲嘆支援に対する認識の実態として【**予期悲嘆を意識的に確認する必要性**】が抽出されたが、これは多数派の認識であった。この因子は2項目のみの構成であったが、因子に含まれなかった他の質問項目を見ると「家族の予期悲嘆の確認には、実際に確認できる高いスキルが必要」とする意見が多く、予期悲嘆の把握の難しさを表していた。しかし「予期悲嘆の確認は管理者や専門看護師の役割」とする者は少なく、ひとりの訪問看護師として予期悲嘆の確認を重視する意思を持つ者が多いことがわかった。

### 2. 予期悲嘆支援に対する認識とそれに影響する因子のモデル図が示すこと

結果のモデル図より、【**暗黙の空気感に委ねる関わり**】は、【**在宅看取り実現のハードル**】との相関があり、これは在宅死が推進されていても現実的にはハードルが高

いと感じることで訪問看護師が予期悲嘆支援にも消極的にならざるを得ないものと考えられる。次に【**予期悲嘆を意識的に確認する必要性**】の認識が【**看取る家族と共にする経験の価値**】に影響し、さらに【**変わる自分自身の死生観**】につながることを示された。このことは、訪問看護師が家族の予期悲嘆を知る必要性を認識することは、家族と共にする経験に対して価値を置くことにつながり、自分自身の死生観に変化をもたらすことになり得ることを示している。つまり、予期悲嘆支援に対する積極的な意識は、訪問看護師自身の生き方や死生観について深く考えることにつながると言える。しかし、何が【**予期悲嘆を意識的に確認する必要性**】の因子を強めることになるのかはモデル図から明らかにできなかった。そこで【**予期悲嘆を意識的に確認する必要性**】の認識について、訪問看護経験年数や在宅看取り数、スピリチュアリティとの関係を見たところ、評定尺度得点とわずかながら相関がみられた。在宅で看取りを行う家族は、死期が近づく療養者の苦悩を見て苦痛や無念を感じるスピリチュアルな悼みがあり<sup>9)</sup>、スピリチュアリティが高い訪問看護師は、予期悲嘆支援にも積極的であることが考えられる。本研究のスピリチュアリティ評定尺度得点は湯本らの研究<sup>14)</sup>と同等値であり、湯本らは、スピリチュアリティは事例の振り返りにより高められると示唆している。これらより、在宅で看取りを行う家族の予期悲嘆支援を振り返り、学習体験として積み重ねていくことで、自身の死生観に変化を与え、スピリチュアリティも高まることが期待される。訪問看護師が予期悲嘆支援についての振り返る機会は多くないと思われ、今後は体験を意味づけする教育支援を構築することが必要であると考えられる。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

研究の限界として、本研究の調査は回収率が30.1%と高くなく、予期悲嘆に関心が高い人の回答の可能性が考えられる。今後は、訪問看護師の教育支援から予期悲嘆支援に繋げる方法を検討することが課題である。

### ■引用文献

- 1) 厚生労働省：令和4年度診療報酬改定について ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_))

- 00037.html, 2022. 12. 16).
- 2) 小野若菜子：家族介護者に対して訪問看護師が行うグリーフケアとアウトカムの構成概念の検討. 日本看護科学会誌, **31**(1)：25-35 (2011).
  - 3) Lindemann E.：Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, **101**：141-148 (1944).
  - 4) Kehl K.A.：Recognition and Support of Anticipatory Mourning. *Journal of Hospice And Palliative Nursing*, **7**(4)：206-211 (2005).
  - 5) 岡本双美子, 平松瑞子：在宅終末期がん患者を看取る家族へのグリーフケアに関する訪問看護師の困難. 日本在宅ケア学会誌, **22**(1)：92-98 (2018).
  - 6) 小野若菜子, 竹森志穂, 江口優子：訪問看護におけるグリーフケアの実施上の課題. 日本在宅ケア学会誌, **22**(1)：123-130 (2018).
  - 7) 村田尚子：在宅看取りをした家族へのグリーフケアを行った訪問看護師の心理状態. 日本在宅ケア学会誌, **25**(2)：208-215 (2022).
  - 8) 田内香織, 神里みどり：終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究. 日本看護科学会誌, **29**(1)：25-31 (2009).
  - 9) 小林裕美, 中谷隆, 森山美知子：在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の開発. 日本看護科学会誌, **32**(4)：41-51 (2012).
  - 10) 小林裕美：ターミナルケアにおける予期悲嘆(Anticipatory grief)の定義に関する文献的考察. 日本在宅ケア学会誌, **12**(1)：62-68 (2008).
  - 11) 比嘉勇人：Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, **22**(3)：29-39 (2002).
  - 12) 小林裕美：訪問看護師が行う家族の予期悲嘆支援に活かすための予期悲嘆尺度の使用上の課題. 日本在宅ケア学会誌, **26**(1)：93-101 (2022).
  - 13) 坂口幸弘：悲嘆学入門 死別の悲しみを学ぶ. 昭和堂, 京都 (2012).
  - 14) 湯本理子, 佐藤悦子：スピリチュアリティ評定尺度(SRS)によるスピリチュアリティに影響を及ぼす要因の検討－A 県内の訪問看護師を対象として. 日地域看護会誌, **15**(2)：73-80 (2012).

## Perception of Home-Visiting Nurses Regarding Anticipatory Grief Support for Families: A Nationwide Questionnaire Survey

Hiromi Kobayashi

Inc. Practice of Home-nursing

### **Abstract**

**Objective:** This study aimed to gain insights into home-visiting nurses' perceptions of anticipatory grief support for families of terminally ill patients and identify the factors associated with such perceptions. A questionnaire survey was conducted nationwide to shed light on this issue.

**Methods:** A self-administered questionnaire survey was administered to 1,400 full-time home-visiting nurses. The questions pertained to their basic attributes, spirituality, and perception of anticipatory grief support.

**Results:** A total of 422 questionnaires were returned (recovery rate: 30.1 %), of which 420 were used. The data were analyzed using exploratory factor analysis and covariance structure analysis. Five factors were extracted from the participants' responses to 20 questions regarding anticipatory grief support. Among these, two items were related to perception: 1) approach left to the tacit atmosphere and 2) necessity for consciously identifying anticipatory grief. Of the two, many nurses responded with the latter. In addition, a model was created through covariance structure analysis using the five extracted factors to measure the degrees of fit (GFI = .95, AGFI = .94, RMSEA = .04).

**Conclusion:** The findings suggest that home-visiting nurses consciously identified anticipatory grief by valuing the experience of grief with the families of terminally ill patients. This process may lead to a change in their outlook on life and death.

**Key words :** Home-Visiting Nurses, Anticipatory Grief Support for Families, Perception

## ● 実践報告 ●

## 看護小規模多機能型居宅介護における COVID-19 感染対策下のサービス提供の工夫

Devices to Provide Services While Taking COVID-19 Infection Control Measures in Multifunctional Long-Term Care in Small Group Homes and Home-Visit Nursing Facilities

片平 伸子\*<sup>1</sup>, 杉本 知子\*<sup>2</sup>

Nobuko Katahira, Tomoko Sugimoto

**要旨：**目的：本研究の目的は看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）における COVID-19 感染対策下のサービス提供の工夫を明らかにすることである。

方法：全国での緊急事態宣言解除後に A 県内の 11 事業所を訪問し、半構造化面接調査を行い、質的記述的に分析した。

結果：《状況に合わせた制限下でのサービスの変更》、《早期発見・予防対策と利用者・職員への指導》、《外部者の出入りの制限》、《感染対策を取り入れた運営管理》の 4 カテゴリーが抽出された。

結論：看多機では運営方針を変更して人流の制限や感染の機会減少に努め、利用者の特徴に合わせた指導の工夫やサービス利用の変更を柔軟に行い、利用者や家族の負担が増えないよう図って要介護高齢者とその家族が住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けることを支援していた。

**キーワード：**看護小規模多機能型居宅介護、COVID-19、サービス

日本在宅ケア学会誌, 27(1) : 102-108(2023)

### I. はじめに

わが国で新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の感染者が最初に確認されたのは 2020 年 1 月 16 日であった<sup>1)</sup>。感染者は増加し、2020 年 4 月 7 日に 7 都府県を対象に初めて「新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言」が発出された<sup>2)</sup>。その後、全都道府県に対象が拡大され、2020 年 4 月 16 日から 5 月 14 日が緊急事態措置を実施すべき期間となった<sup>2)</sup>。COVID-19 は無症状の潜伏期間でも感染力を持ち、その期間が長いこと、特に基礎疾患を持った患者や高齢者は非常に重症化

することが多いこと<sup>3)</sup>が特徴であり、地域に暮らす高齢者やその家族にとって大きな脅威となった。また、緊急事態宣言による自粛生活は高齢者の認知機能や筋力低下<sup>3-4)</sup>、ストレス反応<sup>4-5)</sup>をきたすことが指摘されている。サービス利用の取りやめにより家族の負担が増加することも懸念され、介護保険事業所では施設でのクラスター発生を防ぎつつ、利用者の生活や健康を守る対策の実施に苦慮していた。

医療や介護を要する高齢者が地域で暮らし続けるための包括的なサービスの 1 つに看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）がある。看多機は 2012 年 4 月の介護保険制度改正により創設された地域密着型サービスであり<sup>6)</sup>、2021 年 10 月現在全国に 827 施設ある<sup>7)</sup>。29 名以下の利用者を対象に「通い」を中心に「宿泊」「訪問看護・介護」を組合せたもので、日常的に医療処置を要

受付日：2022 年 7 月 2 日

受理日：2023 年 3 月 31 日

\*1 国際医療福祉大学大学院医療福祉学専攻看護学  
分野在宅看護学領域

\*2 北里大学看護学部看護学科生涯発達看護学

したり、終末期にある高齢者の在宅療養を支えるサービスである。1事業所で複数のサービスを提供し、他施設の事業と併用されにくいという点では感染防止策を徹底しやすいサービスと考えられる。しかし、ワンストップサービスであるからこそ利用者・家族の出入りや接触の機会が多く、認知症をはじめとする複数の疾患を持つ高齢者が利用者であることから感染対策を実施しながら利用者のQOL (Quality of life) を保ち、事業を展開していくことは容易ではなく、事業所や利用者の特性に合わせた工夫がなされていると考えられる。そこで、研究者らは最初の緊急事態宣言が発出された7都府県の1つである1県の看多機に訪問調査を行った。本研究の目的は看多機におけるCOVID-19感染対策下のサービス提供の工夫を明らかにすることである。なお、COVID-19感染対策下のサービス提供の工夫にはサービス提供のための環境整備や職員への指導を含めて扱った。

---

## Ⅱ. 方 法

---

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究

### 2. 対象

A県の看多機事業所全21か所のうち、参加協力が得られた施設11か所のケアマネジャー13名。

### 3. データ収集期間

2020年10月～12月

### 4. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的面接調査を行った。面接は看多機事業所に研究者が赴いて行い、調査内容は以下のとおりであった。

#### 1) 施設・利用者・ケアマネジャーの概要

(調査時1か月前)

#### 2) COVID-19感染蔓延による看多機のサービス提供の変化、課題、工夫等

訪問時には各事業所の感染管理の方針に従って検温や手指消毒、マスクの着用、面接場所の設定等を行って実施した。面接場所はリビングや施設玄関等で、換気し、対象者と1m程度の距離をとったり衝立を置いて行っ

た。面接は1回で時間は32分～70分であり、許可を得て録音した。

### 5. 分析方法

録音内容から逐語録を作成し、COVID-19感染対策を行いながらサービス提供を行うための工夫について確認できる最小限の文節または文章を1単位として、意味ある内容を切り取ってコード化した。これらのコードを意味内容の類似性によってまとめてサブカテゴリを作成し、サブカテゴリをまとめてカテゴリを作成した。研究の全過程において質的研究に精通する共同研究者からスーパーバイズを受け、コード、サブカテゴリ、カテゴリについて繰り返し検討を行った。また、面接対象者のうち協力の得られた3名に分析結果を提示して意見をもらうメンバーチェックを行い、検討の上、修正して内容の厳密性の確保に努めた。

### 6. 倫理的配慮

対象者に研究の目的、方法、参加は自由意思によるものであり、同意しないことでの不利益は一切生じないことなどを文書および口頭により説明し、同意書への署名と提出をもって研究参加の同意を得たと判断し調査を行った。本研究は千葉県立保健医療大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った(2020-12)。

---

## Ⅲ. 結 果

---

### 1. 回答者および調査対象となった事業所の利用者の概要(表1)

回答したケアマネジャーは女性10人、男性3人であり、対象者の希望により2施設についてはケアマネジャー各2名を対象に面接を行った。全員が常勤で看多機での経験年数は平均4.3 (SD3.8) 年であった。看多機の利用登録者数は220人で1施設あたりの平均要介護度は3.3 (SD0.6) であった。利用者の年齢は69歳以下が32人、70歳代が56人、80歳代が89人、90歳以上が42人であった。疾患としては認知症が128人、高血圧が91人、脳血管疾患が58人、心疾患・糖尿病が各52人等であった。なお、調査時点では事業所におけるCOVID-19感染者の発生はなかった。

表1 看護小規模多機能型居宅介護事業所 11 施設の回答者・利用者の概要

回答者 (n=13)	性別 (人)	女性	10	
		男性	3	
	勤務形態 (人)	常勤	13	
	保有資格 (人)	介護福祉士	6	
	(複数回答)	主任ケアマネジャー	4	
		看護師	4	
	社会福祉主事任用	1		
看護小規模多機能型居宅介護での ケアマネジャー経験年数 (年)		平均 4.3 (SD3.8)		
			11 施設合計	最小-最大 / 施設
利用者 (n=220)	年齢 (人)	69 歳以下	32	0-6
		70 ~ 79 歳	56	2-9
		80 ~ 89 歳	89	4-13
		90 歳以上	42	0-9
	疾患 (人) (複数回答)	認知症	128	6-17
		高血圧	91	4-18
		脳血管疾患	58	2-11
		心疾患	52	0-11
		糖尿病	52	2-10
		がん	25	0-9
難病		24	0-4	
利用者の平均要介護度 (n=220)		1 施設あたり平均 3.3 (SD0.6)		

## 2. 看多機における COVID-19 感染対策下のサービス提供の工夫 (表2)

看多機における COVID-19 感染対策下のサービス提供の工夫は 4 カテゴリー, 12 サブカテゴリ, 55 コードが抽出された。以下, カテゴリーを《 》, サブカテゴリを【 】, 代表コードを「 」で示す。

《状況に合わせた制限下でのサービスの変更》は, 【制限下での状況に合わせたサービスの選別】, 【利用者・家族の状況に合わせた通所の変更】, 【3密を回避したレクリエーション・イベントの実施】, 【他施設で代替可能なサービスの提案】の 4 サブカテゴリで構成されていた。【制限下での状況に合わせたサービスの選別】の他に, 「通いだったケースを娘の勤め先を考慮してずっと泊りに変更した」といった【利用者・家族の状況に合わせた通所の変更】を行っていた。また, 「外食イベントの代わりにお散歩とお寿司のバイキングをして喜んでもらった。送迎の時に家族に伝えた」といった【3密を回避したレクリエーション・イベントの実施】に加え, 「難病のケースでは医療保険で別の(訪問看護)ステーションに手伝わ

てもらおう」といった【他施設で代替可能なサービスの提案】も行っていた。

《早期発見・予防対策と利用者・職員への指導》は【感染疑いの症状発見時の対応の変更】, 【利用者の特徴に合わせた感染予防指導】, 【施設外での行動も含めた職員への指導】の 3 サブカテゴリで構成されていた。「具合の悪い方が出たら施設でみていたが熱発者が出たら個室に移して自宅に送るように対応が変わった」といった【感染疑いの症状発見時の対応の変更】をしていた。また, 「テレビのニュースもみてもらい, 昔の赤痢や疫痢の対応の話をして利用者教育をした」というように【利用者の特徴に合わせた感染予防指導】を日ごろのケアの中で教育を行っていることが示された。職員に関しても「職員に『十分に気を付けて』と伝え, 職員の家族にも『不必要なお出かけは注意してね』と伝えた」といった【施設外での行動も含めた職員への指導】を行っていた。

《外部者の出入りの制限》は【入室制限と防護衣着用による面会】, 【症状, 検査結果を確認して他施設・病院から受け入れ】の 2 つのサブカテゴリで構成されていた。



表2 看護小規模多機能型居宅介護における COVID-19 感染対策下のサービス提供の工夫

カテゴリ	サブカテゴリ	代表コード
状況に合わせた制限下でのサービスの變更	制限下での状況に合わせたサービスの選別	通いと泊りを半分以下に減らした。1か月全員訪問に行った 通所の回数を減らし、訪問介護・看護に切り替えたり、一人ずつ送迎した
	利用者・家族の状況に合わせた通所の變更	通いだったケースを娘の勤め先を考慮してずっと泊りに変更した 利用者が利用控えによってADLがすごく下がってしまったのでお弁当を作ってお昼に様子を見に行ったり家に行き一緒に体操をした
	3密を回避したレクリエーション・イベントの実施	外食イベントの代わりにお散歩とお寿司のバイキングをして喜んでもらえた。送迎の時に家族に伝えた 歌を歌う、大声を出すのは自粛していたが利用者の気持ちが段々落ちてきてしまうので換気しながらマスクをして歌ったりしている
	他施設で代替可能なサービスの提案	難病のケースでは医療保険で別の（訪問看護）ステーションに手伝ってもらう 施設の利用を一瞬クローズし、登録を外して近所の老健にってもらったり、毎日デイサービスに行ってもらったりした
	感染疑いの症状発見時の対応の變更	具合の悪い方が出たら施設でみていたが熱発者が出たら個室に移して自宅に送るように対応が変わった 一人暮らしで脳梗塞後遺症の方が熱が出たときは困った。午後に解熱したので対策をとって訪問した
早期発見・予防対策と利用者・職員への指導	利用者の特徴に合わせた感染予防指導	テレビのニュースもみてもらい、昔の赤痢や疫痢の対応の話をして利用者教育をした 食事、お茶、おやつの時以外は利用者にマスクをしてもらっている。なくしてしまうので外すときは目の前に置くよう言っている
	施設外での行動も含めた職員への指導	職員に「十分に気を付けて」と伝え、職員の家族にも「不必要なお出かけは注意してね」と伝えた 職員には自宅でのバイタルサイン測定と時差出勤をやってもらった
	入室制限と防護衣着用による面会	最期の時はガウンテクニックをするという約束で家族に玄関を通らずベランダから施設に入ってもらった 訪問理容やボランティアを入れていない
外部者の出入りの制限	症状・検査結果を確認して他施設・病院から受け入れ	病院からの退院の場合はPCR検査をしてもらい結果が出てから受け入れた 通所や泊りを他のサービスで断られていくところがないと言ってきた方を受け入れた
	感染防止を優先した運営方針の變更	対面の会議はなるべく持たないようにしている 感染のことがよくわからない時はクラスターを出さないこと1点で行った
感染対策を取り入れた運営管理	具体的な感染防止マニュアルの作成と遵守	具体的なマニュアル作りを現在指導を受けて行っている 管理マニュアルを作って、これに沿ってやっている
	感染予防のための施設・送迎車内の環境整備	車の送迎時の消毒、シーツ交換などの作業を時間内に終えるのが大変 消毒、検温で対応。家族も真剣に感染予防をしてくれている

「最期の時はガウンテクニックをするという約束で家族に玄関を通らずベランダから施設に入ってもらった」といった【入室制限と防護衣着用による面会】を行っていた。また、「病院からの退院の場合はPCR検査をしてもらい結果が出てから受け入れた」り、「通所や泊りを他のサービスで断られていくところがないと言ってきた方を受け入れた」といった他施設での受け入れが難しい利用者を【症状・検査結果を確認して他施設・病院から受

け入れ】ていた。

《感染対策を取り入れた運営管理》は「対面の会議はなるべく持たないようにしている」といった【感染防止を優先した運営方針の變更】や【具体的な感染防止マニュアルの作成と遵守】、「車の送迎時の消毒、シーツ交換などの作業を時間内に終えるのが大変」といった【感染予防のための施設・送迎車内の環境整備】の3サブカテゴリで構成されていた。

## IV. 考 察

### 1. COVID-19対応における柔軟なサービスの変更

看多機サービスの強み<sup>8)</sup>として、「柔軟で切れ目のない利用者・家族支援」があり、また看多機における看護の利点<sup>9)</sup>として「家族も含めて柔軟に支援を行える」ことが指摘されている。本研究の結果から利用者や家族の状況に合わせてサービスを変えようという看多機ならではの対応をCOVID-19対応においても行い、サービス停止で利用者や家族への負担が増えないように図っていることが示された。通所を控えて訪問するといったこれまでと異なる形でのサービス提供になったことや「事業所内の感染症対策（衛生管理等）」等の業務が増えた<sup>10)</sup>ため、サービス時間や回数が減少するケースも出ることであり、この対策の1つとして【他施設で代替可能なサービスの提案】があった。また、看多機では他の介護保険サービスの併用はほとんどできないが、医療保険による訪問看護は利用できる<sup>11)</sup>ため、指定難病をもつ看多機の利用者は医療保険制度による訪問看護を受けることが可能である。利用者が使っている他の事業所との間の協力体制を「難病のケースでは医療保険で別の（訪問看護）ステーションに手伝ってもらおう」という形で組むことで利用者や家族に提供されるケアの量をできるだけ減らさないように努めていた。

### 2. COVID-19感染防止の取り組み

本研究の対象となった看多機の利用者は認知症を持つものが半数を超えており、感染防止策を自身で十全に行うことが難しく、症状を訴えられないこともあるため支援が必要である。さらに利用者は複数の疾患を合併していたり、医療依存度が比較的高いためCOVID-19感染の重症化のリスクは高く、症状の観察によって早期に発見、対処することや他の原因による発熱とCOVID-19との鑑別が重要になる。また、看多機においてはこれまで利用者の健康状態悪化の徴候を見つけたら、泊りのサービスに変更して職員が不安定な健康状態を見守り、必要なケアを提供するということが行われてきた。しかし、COVID-19の感染防止策の一環として「具合の悪い方が出たら施設でみていたが熱発者が出たら個室に移して自宅に送るように対応が変わった」というように方針が変更された。また、COVID-19感染拡大の第一波

を経験した中での課題として生活の場における感染予防・制御策<sup>12)</sup>があげられているが、看多機では利用者が若い頃に体験した感染症である赤痢について想起させ、その対応の話をしてからCOVID-19対策の利用者教育をする、といった利用者の特性に合わせた指導に取り組んでいた。

COVID-19に関する課題の1つとして、介護職にも分かりやすい感染防御の知識・技術の周知<sup>13)</sup>の必要性が指摘されている。介護事業所向けのCOVID-19感染対策が厚生労働省によってまとめられている<sup>14)</sup>が、看多機は訪問、通所、泊りの3つのサービスを同時に提供しているため、訪問系サービス、通所系サービス、施設サービスそれぞれの要素があり、各サービスの感染対策を確認しなければならないことから直接活用しにくい。在宅介護連携支援センター<sup>15)</sup>や有志グループ<sup>13)</sup>が地域のネットワークを通して感染管理の知識の普及に取り組んでおり、看多機もこうした地域ネットワークへの参加により新しい情報の入手や相談先の確保が期待できる。また、看多機事業所間の連携の活用、強化を進めることは日々変化していくCOVID-19の状況に応じた事業所での対応を検討、実施する上で有用と考えられる。

### 3. 自粛生活の影響低減に関する取り組み

COVID-19の対策としては感染防止だけでなく、自粛生活による心身への影響の低減を図ることも重要である。介護保険事業所全体を対象とした調査<sup>10)</sup>ではCOVID-19の影響による利用者の状態悪化のリスクとして外出や交流機会の減少が約7割であげられており、自粛生活が高齢者のADL（Activity of Daily Living）の低下、認知機能の低下、生活満足度の低下を引き起こしたとみられている。こうしたリスクを低減するため、看多機では【3密を回避したレクリエーション・イベントの実施】を行い、外出の機会をなくさないようにし、密着しないで行えるイベントを工夫していた。

特に終末期にある利用者とその家族への対応では、感染対策に加えて悔いの残らないように最期を共に過ごす機会を持つことが重要である。多くの病院で面会制限が行われたことにより患者の精神的な安定が図れず、家族が患者の状態を把握できず、意思決定支援が困難になっていることや在宅移行の準備をしないまま退院するケースが増えていること<sup>16)</sup>が指摘されている。今後は退院

前の準備が利用者、家族にとって十分できないまま在宅に移行する事例が増えることが想定される。「退院直後は看多機施設への泊りとして徐々に在宅日を増やす」といった在宅移行支援ができる強みがある<sup>8)</sup> 看多機のニーズは高まることが予測される。終末期にある利用者が家族で楽しい時間を過ごせるようにと感染対策を講じた上で家族やスタッフで誕生日会を開催したナーシングホーム<sup>17)</sup>での事例があり、入所施設において利用者と家族の交流や思い出作りに努めていた。本研究の対象となった看多機においても泊りの機能を利用して終末期を過ごす利用者については施設の構造を活かして家族が他の利用者と接触しないで出入りできるようにして利用者の面会を実現していた。利用者や家族の希望を引き出し、制限のある中で事業所の特性を活かしてどのように具現化していくかが一層重要になると考えられる。

#### 4. 地域ケアシステムの一部を担う看護小規模多機能型居宅介護

本研究での聞き取りの結果、他の介護施設で受け入れが困難な際に看多機が受け入れている例があった。前述の介護保険事業所全体を対象とした先行研究<sup>10)</sup>ではCOVID-19の影響により新規利用者・入所者等受け入れの制限・停止を2割の事業で行っており、こうした施設に入れなかった利用者の受け皿として看多機が利用されたと考えられ、看多機が地域ケアシステムの一部を担っている実態が示された。看多機には医療的ニーズを含む小規模支援の拠点としての役割が期待される一方、介護者を含めた地域住民からの認知度が低いこと<sup>18)</sup>が指摘されている。重度の介護状態になっても福祉サービスを利用しながら自宅で生活したいと望むものは最も多く<sup>18)</sup>、こうしたニーズに対応できる看多機の活動や機能についてより一層発信していくことが求められている。

また、看多機は利用者が住み慣れた地域で暮らし続けるために創設された地域密着型サービスであるため、利用者が地域の中でその人らしく生きることを支えることを主眼に運営されてきたが、COVID-19感染症の蔓延時には通所サービスの中止といった感染対策の徹底による安全の確保と、ADLの低下といった利用者やその家族のQOLの保持の対立が生じる状況が起っていると考えられた。人流の多い通所サービスを主として時間や

人数の制限や配分の調整を行い、サービス縮小時も利用者や家族への負担が大きくなるように他施設の協力を求め、3密を避けつつ楽しみを持てるようなレクリエーションを行うといった工夫を看多機では行い、要介護高齢者とその家族が住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けることを支援し続けていることが明らかになったが、感染対策をしながら利用者や家族のQOLをどのように維持、向上させていくかは大きな課題であると考えた。

---

## V. 研究の限界と意義

---

本研究は1県の施設での調査結果を分析したもので一般化には限界がある。また、看多機におけるCOVID-19感染対策を行いながらサービス提供を行うための工夫について聞き取りを行い、具体的にどのように取り組んでいるかを追求するよう努めたが、得られたデータの内容が研究者の関心の深い方に偏った可能性がある。しかし、看多機事業所の特性と合わせて実際に行われているCOVID-19対策を検討できたことに本研究の意義がある。本研究で示された看多機における感染対策がCOVID-19の感染拡大が再び始まる時期において全国の看多機の参考になり、他の介護保険事業所に看多機の活動を知ってもらい一助になると考える。

---

## VI. 結 論

---

看多機におけるCOVID-19感染対策をしながらのサービス提供の工夫を明らかにすることを目的にA県内の11事業所に訪問し、半構造化面接調査を行った。

その結果、《状況に合わせた制限下でのサービスの変更》については【制限下での状況に合わせたサービスの選別】等、《早期発見・予防対策と利用者・職員への指導》については【利用者の特徴に合わせた感染予防指導】等、《外部者の出入りの制限》については【入室制限と防護衣着用による面会】等、《感染対策を取り入れた運営管理》については【感染防止を優先した運営方針の変更】等の4カテゴリ、12サブカテゴリが抽出された。

看多機においては感染防止を優先するように運営方針を変更し、利用者、家族、職員への教育や人流の制限を行うだけでなく、利用者や家族の状況に合わせてサービ

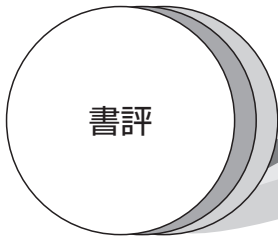
ス利用の仕方を変え、サービス停止で利用者や家族の負担が増えないよう図っていた。

感染対策のために外部者の立ち入りを制限している事業所の多い中、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきました看多機事業所の皆様に感謝申し上げます。本研究は明治安田こころの財団の2020年度研究助成(社会学・社会福祉学研究・研究代表 片平伸子)、JSPS科研費21K10968(研究代表 片平伸子)の助成を受けて実施した。

本研究に関して開示すべき利益相反は無い。

## ■引用文献

- 厚生労働省：新型コロナウイルスに関連した肺炎の患者の発生について(1例目)([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08906.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08906.html), 2023. 3. 15).
- 内閣官房：新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の実施状況に関する報告(令和2年6月)([https://corona.go.jp/news/pdf/kinkyujitaisengen\\_houkoku0604.pdf](https://corona.go.jp/news/pdf/kinkyujitaisengen_houkoku0604.pdf), 2023. 3. 15).
- 中村洋子：新型コロナウイルス感染症の流行と高齢者の医療と生活(2)：高齢者の生活 訪問看護の利用者と新型コロナウイルス感染症を通して支援者の役割を考える。老年精神医学雑誌, **32**(9)：978-981 (2021).
- 佐藤直子：コロナ禍における訪問看護 現場での対応と今後の方向性 利用者 新型コロナウイルスが利用者に与えた影響。コミュニティケア, **23**(4)：19-21 (2021).
- 勝真久美子：こちら現場からお届けします！(第9回) 新型コロナウイルス感染症による高齢者の健康二次被害。訪問看護と介護, **25**(12)：966-967 (2020).
- 厚生労働省：看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)について(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>, 2023. 3. 15).
- 厚生労働省：令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況。施設・事業所の状況(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service21/dl/gaikyo.pdf>, 2023. 3. 15).
- 片平伸子, 丸尾智実, 小川妙子：看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題 事例報告の分析から。日本プライマリ・ケア連合学会誌, **42**(1)：32-39 (2019).
- 片平伸子, 小川妙子, 丸尾智実：看護小規模多機能型居宅介護における看護の利点・課題・工夫—看護師の認識の分析—。日本プライマリ・ケア連合学会誌, **43**(2)：54-61 (2020).
- 人とまちづくり研究所：新型コロナウイルス感染症が介護保険サービス事業所・職員・利用者等に及ぼす影響と現場での取組みに関する緊急調査【事業所管理者調査】(<https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/uploads/2020/06/f9780dfebd9260cfd1d48cb50c374e2.pdf>, 2023. 3. 15).
- 日本看護協会：看多機の運営に関する Q&A 集([https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kantaki/pdf/faq\\_management.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kantaki/pdf/faq_management.pdf), 2023. 3. 15).
- 山岸暁美：利用者の、そしてスタッフのいのちと健康、生活を守るために。訪問看護と介護, **25**(12)：958-964 (2020).
- 岩本大希：訪問看護ステーションにおける新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対応と取り組み。日本在宅ケア学会誌, **24**(1)：29-36 (2020).
- 厚生労働省：介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等まとめページ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html), 2023. 3. 15).
- 長谷川智美, 森口春美：在宅医療・介護連携支援センターがつなぐ地域密着の新型コロナ対策。訪問看護と介護, **26**(6)：448-449 (2021).
- 藤田愛：「会えない」状況を踏まえた本人・家族への意思決定支援の変化 病院看護師と訪問看護師への調査を通じた面会制限による影響の考察。看護管理, **31**(2)：112-118 (2021).
- 池田香奈：いのちと生活を守るための感染対策。コミュニティケア, **23**(2)：59-61 (2021).
- 任賢幸：地域の要介護高齢者への小規模支援のあり方に関する検討 看護小規模多機能型居宅介護を主とする福祉サービスの調査から。東京通信大学紀要, **1**：1-15 (2018).



竹本与志人 編著

## 認知症のある人への経済支援 介護支援専門員への期待

法律文化社 (2022年) / A5判 / 206頁 / 本体価格4,500円+税

書評者：杉山 京 (大阪公立大学大学院生活科学研究科)

わが国における認知症対応施策では、認知症と診断された人やその家族が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができることを目指して、ニーズ解決に有効な医療・介護サービスの提供とそれらのサービス提供者による綿密な協働を提言している。しかし、それらのサービスの利用には利用料の自己負担が伴うため、家計の逼迫を懸念した当事者が、必ずしも適切なサービスを質・量ともに活用できているとはいえない現状がある。臨床経験を有する筆者は、このような状況が認知症のある人の健康状態や家族の介護負担の増大につながり、介護離職や虐待などの社会問題につながっていることに着目した。声なき当事者の切実な思いや、それらの支援に携わる介護支援専門員の支援に関する苦悩に理解を示しながら、その一助になりたいとする熱い覚悟で執筆したことが読み取れる。また、「認知症のある人」という表現は、当事者を尊重した文言であることに敬意を表したい。

第Ⅰ部 (第1章・第2章)「医療・介護サービスを制限する認知症のある人の実態」では、介護支援専門員に対して質的調査および量的調査を行い、認知症のある人が必要な医療・介護サービスの利用を拒否あるいは制限するまでに至るプロセスやその療養環境などを明らかにしている。

第Ⅱ部 (第3章・第4章・第5章)「介護支援専門員の社会保障制度の選定能力」では、介護支援専門員による経済問題の解決に向けた社会保障制度の選定能力を明らかにするため、認知症のある高齢者、若年性認知症のある人の2つの事例を提示し、量的調査を行っている。そして、潜在クラス分析等を行った結果、その選定能力は十分ではないことを明らかにしている。

第Ⅲ部 (第6章・第7章)「経済問題の評価と社会保障制度の選定」では、「認知症がある人の経済問題の評

価方法」や「認知症のある人の経済支援における社会保障制度の選定方法」を説明している。筆者は第Ⅰ部の結果を踏まえ、認知症のある人の経済問題の根底に、①経済基盤の脆弱さ、②借金や収入減による経済基盤の深刻化、③判断能力の低下に伴う金銭管理の困難さ、という三要因があると指摘し、それらを評価する方法を体系的に示している。また後者は、単なる社会保障制度の説明ではなく、認知症のある人に時間経過に伴って生じると考えられる生活状況の変化にも着目し、必要な社会保障制度を複数、横断的に活用する方法などを、事例を交えて丁寧に解説している。

終章では、社会的学習理論などの理論を根拠に、介護支援専門員を対象とした経済問題を抱える認知症がある人への支援能力を向上させるための研修方法について、具体的なプログラムの内容などが示されている。

臨床現場において経済問題に関する支援の必要性が叫ばれる一方、介護支援専門員がそれらの支援に難渋してきた背景には、介護支援専門員実務研修などにおいて有効な方法が教示されず、それぞれの専門職が手探りで支援を行わざるを得ない状況があった。その点で本書は、質的調査と量的調査の結果から、介護支援専門員における経済問題の評価方法や、認知症のある人の状況に応じた社会保障制度の選定方法を具体的に示しており、臨床現場の介護支援専門員なども非常に手に取りやすい内容となっている。一方で、認知症のある人の経済問題は、介護サービスの導入だけをきっかけに生じるものではないため、介護支援専門員が関わる以前から介入を必要とする場合も少なくない。そのため介護支援専門員だけでなく、様々な関係機関・専門職が経済問題を抱える認知症のある人に対して早期に支援を提供できる協働体制の構築といった課題に関しても、今後の研究を期待したい。

一般社団法人日本在宅ケア学会  
学会だより

# Japan Academy of Home Care

一般社団法人日本在宅ケア学会  
2022年度第2回書面理事会議事録

I. 日 時：2022年12月26日(月)～1月10日(火)

II. 場 所：メール審議

III. 出席者：理事長 亀井 智子  
副理事長 中谷 久恵  
総 務 長江 弘子 片山 陽子  
会 計 永田 智子  
理 事 上野 まり 牛久保美津子  
内田恵美子 榎本 雪絵  
尾崎 章子 加瀬 裕子  
金盛 琢也 萱間 真美  
菊地ひろみ 河野あゆみ  
河野 光伸 小西かおる  
下田 信明 高砂 裕子  
辻 彼南雄 服部ゆかり  
監 事 石垣 恭子 村嶋 幸代

IV. 議 事：

【審議事項】

「エビデンスに基づく在宅ケア実践ガイドライン」の  
Minds での Web 全文公開について

第2回理事会報告の通り、公益法人日本医療機能評価  
機構Minds（以下、Minds）を通じた「在宅ケア実践ガ  
イドライン」の公開について、現在の出版元である医歯  
薬出版株式会社（以下、出版社）と交渉を進めてきた。

この度、出版社から刊行1年経過後（2023年4月以降）  
であることを条件に、Minds からの全文公開を許可する  
ことの許諾が得られた。書籍の著作権は、当学会が保持  
しているが、公衆送信権は、出版社にある。司法書士に

相談したところ、全文公開する場合には、理事会総意の  
元であることが望ましいとの助言がなされたため、理事  
会への審議事項とする。

尚、データ作成費用（55,000円）は、出版社から  
Minds 側に直接請求することになり、当学会の負担はな  
い。

【審議結果】

在宅ケア実践ガイドライン」を2023年4月以降、  
Minds から電子的に全文公開することについて、賛成  
23名、反対0名をもってこれを承認した。尚、以下のよ  
うな意見があげられた。

- Minds で公開することは社会的意義があることで  
す。著作権が学会にあるならば、少なくとも理事  
会の審議・承認が必要だと思います。よろしくお  
願いいたします。

一般社団法人日本在宅ケア学会  
2022年度第2回理事会議事録

I. 日 時：2022年12月10日(土) 15:00～18:00

II. 場 所：オンライン会議

III. 出席者：理事長 亀井 智子  
副理事長 中谷 久恵  
総 務 長江 弘子 片山 陽子\*  
会 計 永田 智子  
理 事 上野 まり 牛久保美津子  
内田恵美子 榎本 雪絵  
尾崎 章子 加瀬 裕子  
金盛 琢也 萱間 真美\*  
菊地ひろみ 河野あゆみ  
河野 光伸 小西かおる  
下田 信明 高砂 裕子\*  
辻 彼南雄 服部ゆかり\*  
監 事 石垣 恭子\* 村嶋 幸代  
事務局 北川 瑞季

(\*印は欠席者)

IV. 議 事：

議事録署名人の選出

定款に基づき、亀井理事長と村嶋監事を署名人とする  
こととした。

**【審議事項】****1. 前回理事会議事録（案）の承認について**

資料1-1～1-2を基に、2022年度第1回理事会（案）、2022年度第1回書面理事会（案）を確認のうえ、これを承認した。

**2. 2022年度中間決算（案）について**

資料2を基に、2022年度中間決算（案）を確認した。

1) 収入の部については、11月末時点の入金とし、会費収入10,777,500円（正会員1,060名、学生会員34名）、入会金300,000円（正会員51名、学生会員18名）、投稿料50,000円（10論文）等を含め、合計16,676,125円の収入があった。

2) 支出の部については、学会誌印刷費1,221,000円、学会事務委託費1,954,150円等、合計で8,143,803円を支出した。

**3. 新入会退会承認について**

資料3を基に、新入会者35名、退会者14名を確認のうえ、これを承認した。なお、学生会員1名の入会については期日までに学生証の提出が確認でき次第、学生会員として入会を承認し、提出が確認できない場合は正会員として入会することを要件に承認することとした。

**4. 第27回学術集会決算・会計監査について**

資料4を基に、収支決算書（案）を確認のうえ、学術集会参加費5,546,000円等を含め収入合計が7,528,011円、余剰金が432,087円であった旨の報告があった。監査については郵送にて実施し、問題なく終了した旨の報告があり、これを承認した。

**5. J-STAGE掲載と冊子体廃止について**

資料5を基に、河野あゆみ委員長より「日本在宅ケア学会誌」のJ-STAGE掲載および冊子体廃止について提案された。概要は以下の通り。

- J-STAGEに掲載することにより論文へのアクセスがしやすく、紙資源及び郵送費の削減につながる。また、論文投稿から掲載までの短縮化が期待できる迅速査読システムの導入を同時に検討することで、論文投稿数の増加および会員の学術活動の更なる発展に貢献できると考える。
- 会員を対象に、冊子体廃止に関するアンケートを実施した。回答率は14.5%。回答者の約3割が冊子体廃止に反対した。
- J-STAGE掲載に関して反対意見はなく、これを承

認した。

- 冊子体廃止については、会員からの反対意見を踏まえ、1年間はJ-STAGE掲載と冊子体無料配布を併用することとし、2年目からはJ-STAGE掲載のみとすることを承認した。また、あわせて、学会誌掲載論文全体のPDF版を、J-STAGEとは別に学会HPで閲覧できるようにすることが提案された。
- 冊子体が廃止された場合、会員としてのメリットを感じられる説明や学会活動が必要である。
- J-STAGE掲載を進めるにあたり、特集や書評のニーズは高いが今後も継続して掲載するのかどうか、編集委員会にて検討することが提案された。
- J-STAGE掲載のみとなった場合、冊子体は、希望者が有料で購入できるようにすることが提案された。
- 学会全体の収支シミュレーション、J-STAGE掲載開始の時期、PDF版の公開も併行するか等、詳細を編集委員会にて検討し、次回理事会にて再度審議することとした。

**6. 第29回（2024年）学術集会について**

学術集会長の永田理事より、現時点で決定している開催概要について報告があり、これを承認した。

概要は以下の通り。

- 開催日程：2024年8月24日(土)、25日(日)
- 開催場所：鎌倉芸術館

**7. 第30回（2025年）学術集会長について**

第30回学術集会長について、高砂理事へ依頼していたがご事情により辞退された旨を報告した。その後、牛久保理事へ依頼し現在検討中であることを報告し、それを承認した。

**8. 後援での学会名義使用および調査・研究協力依頼について**

資料6に基づき、中谷副理事長より後援名義・調査依頼等における規定(案)が提案された。概要は以下の通り。

- 学会宛に、企業（営利目的）からの宣伝依頼、非会員の学生より修士論文に関する調査依頼があった。これまで依頼の可否は理事長・副理事長・会計担当理事・総務担当理事にて判断していたが、依頼件数が増え手続きが煩雑になることから、本規程を作成することとした。
- 依頼があった場合は、本規定に則り副理事長にて判断、または、倫理委員会で審議し判断することとし

た。なお、本規定で判断できない依頼の場合は理事会へ諮り判断することとし、規定に追加することが提案され、これを承認した。規定案は、副理事長にて修正、倫理委員会にて内容を確認し、最終的な確定を一任することが提案され、これを承認した。

#### 9. (一社)日本在宅ケア教育研究センター作成のパンフレットに関する推薦について

資料7に基づき、(一社)日本在宅ケア教育研究センター作成のパンフレットを、地域および医療機関へ広く普及させるためAbbot社から発行されることとなった。発行にあたり、学会への推薦依頼があったが、これを承認しないこととした。

なお、提案者の内田理事は本審議の際は退出し、他役員にて審議を行った。

#### 10. 杉浦記念財団への推薦について

亀井理事長より、第12回杉浦地域医療振興賞への学会からの推薦について、服部万里子代議員を推薦することが提案され、これを承認した。

#### 11. 名誉会員の推薦について

資料8に基づき、長江理事より名誉会員の推薦について、金川克子氏を推薦することが提案され、これを承認した。選出にあたり、定款第2章第6条の要件に基づき、候補者を選出した。また、学会への多大な寄与に関しては、過去の役員就任歴、会員歴を基に、検討した。

### 【報告事項】

#### 1. 第27回学術集会報告について

資料9を基に、下田集会長より第27回学術集会の開催報告があった。参加者人数は合計で638名(有料)となり、全体として肯定的な意見が多かった。抄録集はPDF版のみ作成したが、否定的な意見はほとんど見受けられなかった。多職種が集う学術集会となり、対面開催に対する満足度が高かった。

#### 2. 第28回学術集会進捗状況について

資料10を基に、小西集会長より現時点の予算案およびプログラム案について報告があった。概要は以下の通り。

- ・メインテーマ：ともいき(共に生きる)～在宅ケアにおけるSDGsへのアプローチ～
- ・会期：2023年11月11日(土)、12日(日)
- ・会場：大阪大学コンベンションセンター
- ・開催方法：ハイブリット開催(現地とオンライン)

オンデマンド配信あり

- ・ワークショップは現地のみとし、勇美記念財団の助成にて検討中
- ・公開シンポジウムは、科研費を申請し費用に充てる予定。
- ・プレセミナーを毎月第2火曜日(全12回)実施中。
- ・参加者人数600名想定にて予定しており、今後収支の詳細を検討する。

#### 3. 2022年度会務および会員数等報告について

資料11を基に、2022年5月1日～11月30日までの会務、および、11月30日現在の会員数が1,304人+1社である旨の報告があった。

#### 4. 2022年度各委員会および関連団体活動報告について

資料12を基に、各委員会活動について以下の通り報告があった。

##### 1) 編集委員会

学会誌第26巻第1号を2022年9月末に刊行した旨、第26巻第2号を2023年3月末に刊行予定である旨の報告があった。また、今期より新たに就任した査読委員91名を紹介し、学位論文を対象とした迅速査読システムの導入を検討している旨の報告があった。

##### 2) 学会活動推進委員会

年度内に委員会を開催し、第28回学術集会企画等の検討を行う旨の報告があった。

##### 3) 広報委員会

2023年3月発行予定のニューズレターNo.16の記事内容について報告があり、新役員体制の紹介、在宅ケア実践ガイドラインの宣伝等を掲載する旨の報告があった。

##### 4) 倫理委員会

学会へ後援・調査依頼があった場合、委員会内で審議する旨を依頼する。

##### 5) 政策提言検討委員会

特になし。

##### 6) 論文賞選考委員会

学会誌26巻1号、2号掲載の論文を対象に、4月に選考を行い決定する旨の報告があった。

##### 7) 実践・研究助成委員会

第10回(2023年度)実践および研究助成に7件の応募があり、委員会内で選考を進め、最終的に3件の助成を決定する旨の報告があった。



## 8) 生涯教育委員会

第27回学術集会で公開講座を実施し、まちかどフォーラムを計3回実施している旨の報告があった。

## 9) ガイドライン作成委員会

ガイドライン改訂委員会との合同委員会を計4回実施し、新たなクリニカルケースシナリオプレビュー、今後スクリーニングを順次進める予定である旨の報告があった。また、Mindsによるガイドラインの評価結果の詳細について報告があった。

## 10) ガイドライン改訂委員会

今年度より新設された委員会として、「エビデンスに基づく在宅ケア実践ガイドライン」の改訂作業を行う。2024年度改定版発行を目指し、システムティックレビューを実施し見直しを行う旨の報告があった。Mindsより全文PDFの無料公開の有無の確認があったが、一部ページのみ公開する想定で今後医歯薬出版社と交渉する旨の報告があった。

## 11) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

昨年度実施したエコーとテレナーシング研修会をオンデマンド配信にて開催することを決定し、受講者200名を目指し、12月12日から受付開始する旨の報告があった。また、昨年度の厚労省委託事業である新型コロナ研修は、今年度も配信申込があり、計8県(計10回開催)を実施する旨の報告があった。

## 12) 看護系学会等保険連合(看保連)

①社員総会が6月23日に開催され、加盟団体数は現在56団体である旨の報告があった。②令和6年度診療報酬・介護報酬改定に向けた要望の検討が進められ、第1回検討会の資料を期日まで提出する旨の報告があった。③研究助成金の募集が開始され、学会から1件申請することを想定している。ガイドライン作成委員会から申請する予定である旨の報告があった。

## 13) 日本看護系学会協議会(JANA)

看護師特定行為のアンケート調査依頼があり、対応した。また、適宜必要な情報を会員向けに配信した旨の報告があった。

## 14) 日本在宅ケアアライアンス(JHHCA)

社員総会・理事会が開催され、加盟団体の報告、各委員会活動の報告があった。

## 15) 日本社会福祉系学会連合

アンケート調査を今後行う予定である旨の報告があった。

## 5. その他

次年度会議日程について、下記の通り報告があった。

- 2023年度第1回理事会:

2023年6月24日(土)18時~21時

開催方法: Zoom開催予定

- 2023年度社員総会:

2023年7月22日(土)13時~14時半

開催方法: Zoom開催予定

## 令和5年度日本在宅ケア学会 論文賞報告

論文賞選考委員会委員長 小西かおる

日本在宅ケア学会誌第26巻第1号・第2号掲載論文を対象として、令和5年度「優秀論文賞」「奨励論文賞」を選考しました。2023年5月25日にオンラインにて委員会を開催し、下記二論文を選考致しました。6月24日の理事会にて正式に承認されました。2023年度会員報告会(大阪)において授与式が、第28回学術集会上において論文賞記念講演が行われる予定です。

### ■令和5年度日本在宅ケア学会論文賞

#### 1. 優秀論文賞

小橋 拓真

「地域に暮らす高齢者の転倒予防の取り組み—簡易に取り組める床マーキングトレーニングの効果—」  
(Vol.26 No.1)

【原著】日本在宅ケア学会誌, 26 (1):66-73 (2022)

#### 2. 奨励論文賞

島村 敦子, 諏訪さゆり, 兪 文偉, 松島 英介  
「熟練訪問看護師の眼球運動に基づく観察の特徴—訪問看護熟練者, 初心者, 看護学生の眼球運動の比較—」(Vol.26 No.2)

【原著】日本在宅ケア学会誌, 26 (2):97-110 (2022)

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 2022 年度会務報告

種 類	開催日	会 場
理 事 会：3 回開催	2022.6.11	オンライン会議 (2021 年度第 3 回)
	2022.7.9	オンライン会議 (2022 年度第 1 回)
	2022.12.10	オンライン会議 (2022 年度第 2 回)
社員総会：1 回開催	2022.7.9	オンライン会議 (書面による議決権行使を含む)
会計監査：1 回開催	2022.6.8	会計書類の送付による実施
事務局会議：2 回開催	2022.6.5	オンライン会議
	2022.11.23	オンライン会議
編集委員会：4 回開催	2022.5.18	オンライン会議
	2022.9.8	オンライン会議
	2022.11.21	オンライン会議
	2023.3.8	オンライン会議
倫理委員会：1 回開催	2023.1.27	オンライン会議
政策提言検討委員会：1 回開催	2023.3.30	オンライン会議
論文賞選考委員会：1 回開催	2022.5.21	オンライン会議
生涯教育委員会：6 回開催	2022.10.20	オンライン会議
	2022.11.17	オンライン会議
	2022.12.15	オンライン会議
	2023.2.16	オンライン会議
	2023.3.16	オンライン会議
	2023.4.20	オンライン会議
ガイドライン作成・改訂委員会 合同会議：6 回開催	2022.8.23	オンライン会議
	2022.9.19	オンライン会議
	2022.10.25	オンライン会議
	2022.12.14	オンライン会議
	2023.1.9	オンライン会議
	2023.3.23	オンライン会議
ガイドライン作成・改訂委員会 レビューメンバー会議：3 回開催	2023.1.25	オンライン会議
	2023.3.27	オンライン会議 (スクリーニング説明会)
	2023.3.30	オンライン会議 (スクリーニング説明会)
在宅ケアイノベーション研究研修委 員会：1 回開催	2022.8.9	オンライン会議

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 2023 年度事業計画書

---

1. 理事会を 2 回以上および会計監査を 1 回開催する。
  2. 社員総会を 1 回開催する。
  3. 第 28 回学術集会を開催する。
  4. 役員選挙を行う。
  5. 日本在宅ケア学会誌第 27 巻第 1 号, 第 2 号を冊子で発行する。また, 学会誌を J-STAGE へ掲載する。
  6. 在宅ケア学に関するガイドライン作成等の研究活動を推進する。
  7. 在宅ケア学に関する教育研修活動を推進する。
  8. 在宅ケア学に関する国際的な発信・交流を検討する。
  9. 在宅ケア学に関する広報活動を強化し, News Letter を年 1 回配信する。
  10. 学会活動・研究活動に関する倫理事項の検討を行う。
  11. 政策に関する検討を行う。
  12. 日本在宅ケア学会表彰制度を運営する。
  13. 日本在宅ケア学会助成金制度を運営する。
  14. 看護系学会等社会保険連合・日本看護系学会協議会・日本社会福祉系学会連合・日本在宅ケアアライアンスとの連携を進め, 活動に参画する。
  15. その他必要な事業を行う。
-

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 2022年度貸借対照表

2023年4月30日現在  
(単位：円)

科 目	当年度	前年度	増 減
<b>I 資産の部</b>			
流動資産			
現金預金	34,844,093	47,547,140	△ 12,703,047
普通預金	3,067,121	27,693,738	△ 24,626,617
普通預金	1,700,966	2,055,146	△ 354,180
普通預金	0	0	0
普通預金	500,000	0	500,000
郵便振替口座	29,576,006	17,798,256	11,777,750
仮払金	500,000	500,000	0
前払金	0	288,294	△ 288,294
未収入金	575,000	520,000	55,000
流動資産合計	35,919,093	48,855,434	△ 12,936,341
資産合計	35,919,093	48,855,434	△ 12,936,341
<b>II 負債の部</b>			
流動負債			
前受金	1,700,966	2,055,146	△ 354,180
前受金	4,849,848	5,382,652	△ 532,804
前受金	500,000	0	500,000
預り金	0	0	0
未払金	3,857,620	19,834,716	△ 15,977,096
未払金	70,500	75,900	△ 5,400
選挙費積立金	250,000	0	250,000
流動負債合計	11,228,934	27,348,414	△ 16,119,480
負債合計	11,228,934	27,348,414	△ 16,119,480
<b>III 正味財産の部</b>			
一般正味財産	24,690,159	21,507,020	3,183,139
正味財産合計	24,690,159	21,507,020	3,183,139
負債及び正味財産合計	35,919,093	48,855,434	△ 12,936,341

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 2022年度収支計算書

自 2022年5月1日  
至 2023年4月30日

### I. 一般会計

#### 1. 収入

(単位：円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
A. 会 費 正会員	12,000,000	11,637,500	△ 362,500	
学生会員	250,000	230,000	△ 20,000	
賛助会員 D	20,000	20,000	0	
B. 入会金 正会員	300,000	340,000	40,000	
学生会員	25,000	57,500	32,500	
C. 機関誌等売上				
1) 機関誌売上	200,000	423,615	223,615	
2) 印税	10,000	49,340	39,340	
D. 投稿料	150,000	100,000	△ 50,000	
E. 選挙積立金取崩	0	0	0	
F. 厚生労働省委託事業				
1) 厚労省委託事業	0	0	0	
2) 厚労省委託事業 (ケアイノベーション研修)	0	0	0	
3) 厚労省委託事業 (コロナ対応看護職員研修)	0	8,580,000	8,580,000	

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
4) セミナー参加費	900,000	432,000	△ 468,000	
G. 雑収入				
1) 学術集会準備金	0	500,000	500,000	
2) 学術集会余剰金	0	432,087	432,087	
3) その他	20,000	385,360	365,360	
H. 利 息	200	120	△ 80	
小 計	13,875,200	23,187,522	9,312,322	
前年度繰越金	21,507,020	21,507,020		
合 計	35,382,220	44,694,542		

## 2. 支出

(単位：円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
1. 会議費				
1) 会議開催費	100,000	0	△ 100,000	
2) 交通費	200,000	0	△ 200,000	
2. 機関誌刊行費				
1) 印刷費	2,000,000	2,524,500	524,500	
2) 編集委員会会議費	300,000	0	△ 300,000	
3) 校正等郵送費	50,000	0	△ 50,000	
4) コピー等印刷費	50,000	0	△ 50,000	
5) 機関誌発送費	450,000	275,770	△ 174,230	
6) 原稿料	300,000	283,280	△ 16,720	
7) 投稿・査読システム費	288,294	288,294	0	
3. 学会事務費				
1) 学会事務委託費	3,220,000	3,564,000	344,000	
2) ホームページ作成費	0	0	0	
3) ホームページ維持費	780,000	761,598	△ 18,402	
4) 決算委託費	0	0	0	
5) 外部委託費	0	0	0	
4. 通信費	250,000	331,556	81,556	
5. 印刷費	250,000	168,960	△ 81,040	
6. 選挙費	0	0	0	
7. 選挙費積立金	250,000	250,000	0	
8. 学術集会関連費				
1) 学術集会準備金	500,000	500,000	0	
2) 学会事務受付	0	0	0	
3) 交通・宿泊費	0	0	0	
9. 各種委員会費				
1) 学会活動推進委員会費	150,000	9,240	△ 140,760	
2) 広報委員会費	120,000	49,000	△ 71,000	
3) 倫理委員会費	0	0	0	
4) 政策提言検討委員会費	200,000	30,000	△ 170,000	
5) 論文賞選考委員会費	80,000	45,980	△ 34,020	
6) 実践・研究助成委員会費	600,000	580,000	△ 20,000	
7) 生涯教育委員会費	150,000	20,000	△ 130,000	
8) ガイドライン作成委員会費	150,000	0	△ 150,000	
9) ガイドライン作成委員会内 ガイドライン改訂委員会	50,000	0	△ 50,000	
10) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会	100,000	9,491,270	9,391,270	

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
10. 各種関連団体				
1) 看護系学会等社会保険連合	200,000	150,000	△ 50,000	
2) 日本看護系学会協議会	80,000	80,000	0	
3) 日本社会福祉系学会連合	80,000	80,000	0	
4) 在宅ケアアライアンス	100,000	100,000	0	
11. 法人関連費	200,000	362,943	162,943	
12. 消費税	0	0	0	
13. 雑費	60,000	57,992	△ 2,008	
14. 予備費	200,000	0	△ 200,000	
小 計	11,508,294	20,004,383	8,496,089	
当期収支差額	2,366,906	3,183,139	816,233	
次年度繰越金	23,873,926	24,690,159		
合 計	35,382,220	44,694,542		

## II. 特別会計 1 (選挙費積立金)

### 1. 収入

(単位：円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
前年度繰越金	0	0	0	
一般会計より振替	250,000	250,000	0	
合 計	250,000	250,000	0	

### 2. 支出

(単位：円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
取 崩	0	0	0	
合 計	0	0	0	

## III. 特別会計 2 (第 27 回学術集会)

### 1. 収入

(単位：円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
1) 学術集会参加費	5,350,000	5,546,000	196,000	
2) 抄録集等販売費	0	2,000	2,000	
3) 企業展示・広告費	400,000	460,000	60,000	
4) 企業共催・寄付金	20,000	20,000	0	
5) 助成金	1,000,000	1,000,000	0	
6) 懇親会費	0	0	0	
7) 学会準備金	500,000	500,000	0	
8) 雑収入	0	11	11	
合 計	7,270,000	7,528,011	258,011	

### 2. 支出

(単位：円)

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
1) 会場費	1,413,318	1,413,318	0	
2) 会場機材備品費	1,648,900	833,415	△ 815,485	
3) 運営費	0	0	0	
4) 人件費	25,500	63,500	38,000	
5) 映像技術関係費	0	858,000	858,000	
6) 印刷・製作費	278,190	276,870	△ 1,320	
7) 通信費	166,862	176,774	9,912	
8) ホームページ作成費	264,000	264,000	0	
9) 会議費	247,500	209,550	△ 37,950	
10) 講師謝金・記念品費	294,155	291,967	△ 2,188	
11) 懇親会費	0	0	0	

科 目	予算額	決算額	差 異	備 考
12) 運営業者費（事前登録事務費, WEB 機材, WEB テクニカルサポートなど)	2,105,673	1,775,800	△ 329,873	
13) 事務委託費	0	424,849	424,849	
14) 事後費用	0	0	0	
15) 予備費	825,902	0	△ 825,902	
16) 諸経費	0	7,881	7,881	
17) 返済金	0	500,000		
18) 繰上（余剰）金	0	432,087	432,087	
合 計	7,270,000	7,528,011	258,011	

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 2022 年度財産目録

2023 年 4 月 30 日現在  
(単位：円)

科 目	場所・物量等	使用目的等	金 額
(流動資産)			
普通預金	三菱 UFJ 銀行	学会運転資金	3,067,121
普通預金	三菱 UFJ 銀行	第 28 回学術集会運営資金	1,410,966
普通預金	ユピア管理口座	第 28 回学術集会参加費	290,000
普通預金	三菱 UFJ 銀行	科研費用口座	0
普通預金	七十七銀行	看保連研究助成金用	500,000
郵便振替口座	郵便振替口座	会費, 入会金, 投稿料等入金用	25,202,658
郵便振替口座	郵便振替口座	会費, 入会金, 投稿料等入金用	4,373,348
仮払金		第 28 回学術集会運営資金	500,000
前払金			0
未収入金		会費 (クレジットカード決済分)	575,000
資産合計			35,919,093
(流動負債)			
前受金	三菱 UFJ 銀行	第 28 回学術集会運営資金	1,410,966
前受金	ユピア管理口座	第 28 回学術集会参加費等	290,000
前受金	郵便振替口座	会費, 入会金, 投稿料等入金用	4,849,848
前受金	七十七銀行	看保連研究助成金	500,000
未払金			3,857,620
未払金			70,500
選挙費積立金			250,000
負債合計			11,228,934
正味財産			24,690,159

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 2023年度収支予算書

### I. 一般会計

#### 1. 収入

事 項	2022年度決算	2023年度予算	備 考
A. 会 費 正 会 員	11,637,500	12,000,000	正会員 1,200 人
学生会員	230,000	250,000	学生会員 50 人
賛助会員 A	0	0	
賛助会員 B	0	0	
賛助会員 C	0	0	
賛助会員 D	20,000	20,000	1社/セコム医療システム株式会社
B. 入会金 正 会 員	340,000	300,000	¥5,000 × 60 人
学生会員	57,500	25,000	¥2,500 × 10 人
C. 機関誌等売上			
1) 機関誌売上	423,615	200,000	「日本在宅ケア学会誌」販売分
2) 印税	49,340	10,000	「在宅ケア学」販売分
D. 投稿料	100,000	150,000	投稿論文 30 編
E. 選挙積立金取崩	0	500,000	特別会計 1 より繰入 (2023 年度役員選挙実施)
F. 厚生労働省委託事業			
1) 厚労省委託事業	0	0	
2) 厚労省委託事業 (ケアイノベーション研修)	0	0	
3) 厚労省委託事業 (コロナ対応看護職員研修)	8,580,000	0	
4) セミナー参加費	432,000	0	
G. 看保連研究助成金		500,000	ガイドライン作成委員会事業
H. 雑収入			
1) 学術集会準備金	500,000	0	特別会計 2 より繰入
2) 学術集会余剰金	432,087	0	特別会計 2 より繰入
3) その他	385,360	20,000	著作権使用料等
H. 利 息	120	200	
小 計	23,187,522	13,975,200	
前年度繰越金	21,507,020	24,690,159	
合 計	44,694,542	38,665,359	

#### 2. 支出

事 項	2022年度決算	2023年度予算	備 考
1. 会議費			
1) 会議開催費	0	0	理事会, 社員総会, 監査(オンライン開催想定)
2) 交通費	0	0	
2. 機関誌刊行費			
1) 印刷費	2,524,500	2,500,000	第 27 巻第 1 号, 第 2 号
2) 編集委員会会議費	0	300,000	委員会・拡大編集委員会開催費用等
3) 校正等郵送費	0	0	郵送での校正等
4) コピー等印刷費	0	0	郵送での校正等
5) 機関誌発送費	275,770	300,000	第 27 巻第 1 号, 第 2 号
6) 原稿料	283,280	300,000	特集執筆原稿料, 英文校閲費等
7) 投稿・査読システム費	288,294	304,106	投稿・査読システム 利用料(年間)
8) J-stage 掲載関連費用		192,500	J-stage 掲載費用, 掲載内容確認, 掲載通知(メール配信)
9) 迅速査読関連費用		209,000	迅速査読初期設定(スカラワ), 事務局対応費用(投稿受付, 進捗確認, 督促等)
3. 学会事務費			
1) 学会事務委託費	3,564,000	3,220,000	学会事務局業務委託費



事 項	2022 年度決算	2023 年度予算	備 考
2) ホームページ作成費	0	22,000	J-stage 掲載のため学会 HP 改修 (J-stage 入口設置, PDF 版掲載ページ設置等)
3) ホームページ維持費	761,598	780,000	会員専用サイト経常費用 (年間), 学会 HP サーバー利用料 (年間)
4) 決算委託費	0	0	
5) 外部委託費	0	0	
4. 通信費	331,556	250,000	年会費請求, 入会案内等郵送代
5. 印刷費	168,960	250,000	入会案内・送付状印刷費, 封筒作成費等
6. 選挙費	0	300,000	2023 年選挙実施年. 選挙システム利用, 選挙業務対応費等
7. 選挙費積立金	250,000	250,000	特別会計 1 へ振替
8. 学術集会関連費			
1) 学術集会準備金	500,000	500,000	特別会計 2 に振替
2) 学会事務受付	0	77,000	第 28 回学術集会事務局デスク (2 日間), 会員報告会対応費用
3) 交通・宿泊費	0	53,000	第 28 回学術集会事務局出張費 (2 日間)
9. 各種委員会費			
1) 学会活動推進委員会費	9,240	150,000	
2) 広報委員会費	49,000	120,000	
3) 倫理委員会費	0	0	
4) 政策提言検討委員会費	30,000	200,000	
5) 論文賞選考委員会費	45,980	80,000	楯, 賞状作成費
6) 実践・研究助成委員会費	580,000	600,000	助成金 (¥200,000 × 3 件) 募集
7) 生涯教育委員会費	20,000	150,000	
8) ガイドライン作成委員会費	0	1,870,000	実践ガイドライン改訂作業, 製作費
9) ガイドライン作成委員会内 ガイドライン改訂委員会	0	50,000	実践ガイドライン改訂作業
10) 在宅ケアイノベーション研 究研修委員会	9,491,270	200,000	研修会開催 (予定)
10. 各種関連団体			
1) 看護系学会等社会保険連合	150,000	150,000	年会費 (¥150,000)
2) 日本看護系学会協議会	80,000	80,000	年会費 (¥80,000)
3) 日本社会福祉系学会連合	80,000	80,000	年会費 (¥80,000)
4) 在宅ケアアライアンス	100,000	100,000	年会費 (¥100,000)
11. 法人関連費	362,943	300,000	税理士費用 (年間), 都民税等
12. 消費税	0	0	
13. 雑費	57,992	60,000	振込手数料, クレジットカード決済手数料等
14. 予備費	0	200,000	
小 計	20,004,383	14,197,606	
当期収支差額	3,183,139	△ 222,406	
次年度繰越金	24,690,159	24,467,753	
合 計	44,694,542	38,665,359	

## II. 特別会計 1 (選挙費積立金)

### 1. 収入

事 項	2022 年度決算	2023 年度予算	備 考
前年度繰越金	0	250,000	
一般会計より振替	250,000	250,000	
合 計	250,000	500,000	

### 2. 支出

事 項	2022 年度決算	2023 年度予算	備 考
取 崩	0	500,000	
合 計	0	500,000	

## Ⅲ. 特別会計2 (第28回学術集会)

## 1. 収入

事 項	2022 年度決算	2023 年度予算	備 考
1) 学術集会参加費 ※プレセミナー1・2を含む	5,546,000	7,090,000	【プレセミナー1】 ¥5,000 × 14 名 = ¥70,000 【プレセミナー2】 ¥442,000 [会員] + 学会参加@ ¥5,000 × 10 名 = ¥50,000 [非会員] + 学会参加@ ¥6,000 × 20 名 = ¥120,000 [非会員] @ ¥16,000 × 17 名 = ¥272,000 参加費： 【会員】 早期@ ¥8,000 × 100 名 = ¥800,000 普通@ ¥10,000 × 170 名 = ¥1,700,000 【非会員】 早期@ ¥10,000 × 150 名 = ¥1,500,000 普通@ ¥12,000 × 200 名 = ¥2,400,000 【学生】 大学院@ ¥4,000 × 32 名 = ¥128,000 学部生@ ¥2,000 × 25 名 = ¥50,000
2) 抄録集等販売費	2,000	250,000	抄録集@ ¥2,500 × 100 冊
3) 企業展示・広告費	460,000	1,420,000	企業展示@ ¥100,000 × 7 社, 広告費@ 120,000 円 × 6 社
4) 企業共催・寄付金	20,000	600,000	ランチョン@ 300,000 × 2 社
5) 助成金	1,000,000	1,700,000	公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団：¥400,000 科研費 (研究成果公開促進費)：¥1,300,000
6) 懇親会費		0	懇親会は実施しない
7) 学会準備金	500,000	500,000	一般会計より繰入
8) 雑収入	11	0	
合 計	7,528,011	11,560,000	

## 2. 支出

事 項	2022 年度決算	2023 年度予算	備 考
1) 会場費	1,413,318	200,000	大阪大学コンベンションセンター使用料
2) 会場機材備品費	833,415	740,000	会場機材備品使用料：¥140,000 映像・音響機材借用料：¥600,000
3) 運営費	0	0	
4) 人件費	63,500	1,120,000	有償ボランティア：¥8,000 × 延べ 140 名
5) 映像技術関係費	858,000	0	
6) 印刷・製作費	276,870	1,100,000	学会封筒：¥80,000 チラシ等印刷費：¥20,000 プログラム・抄録集作成費：¥1,000,000
7) 通信費	176,774	450,000	宅急便 (チラシ送付, 会場荷物輸送), 書類等郵送・切手代等
8) ホームページ作成費	264,000	0	運営業者費に含まれる
9) 会議費	209,550	200,000	学会当日弁当, 控室飲料・菓子代等
10) 講師謝礼・記念品費	291,967	1,250,000	講師謝礼：¥700,000 講師交通費：¥550,000
11) 懇親会費	0	0	懇親会なし
12) 看板・装飾費	0	800,000	看板作成・企業展示設営等
13) 運営業者費 (事前登録事務費, WEB 機材, WEB テクニカ ルサポートなど)	1,775,800	5,500,000	株式会社ユピア (事前登録・当日運営補助・オンライン開催等 委託費)
14) 事務委託費	424,849	0	運営業者費に含まれる
15) 事後費用	0	0	
16) 予備費	0	200,000	スタッフ T シャツ作成 (50 枚), 印鑑作成費, 文房具・消耗品 等
17) 諸経費	7,881	0	
18) 返済金	500,000	0	
19) 繰上 (余剰) 金	432,087	0	
20) 不足金	0	0	
合 計	7,528,011	11,560,000	

## 日本在宅ケア学会誌オンライン投稿方法

学会ホームページ (<https://jahhc.com/>) より、「オンライン投稿システム」にアクセスし、投稿手続きを行ってください。手順は以下のとおりです。

### 〈投稿手続きの流れ〉

1. アカウントを作成 → 2. 論文情報の登録 (手順 1～4) → 3. 各設問の確認 (手順 5) →
4. 登録内容の確認 (手順 6) → 5. 投稿手続き完了

#### 1. アカウントを作成

筆頭著者の基本情報 (連絡先, 所属機関名, 専門分野・研究方法等) を入力してください。  
共著者全員分のアカウントもあわせて作成してください。

#### 2. 論文情報の登録 (手順 1～4)

アカウント作成完了後, 論文投稿ページに移動し, 手順に沿って, 論文種別, 和文タイトル, 英文タイトル, 和文要旨, 原稿ファイルのアップロード, 論文キーワード, 著者リスト等を入力してください。

#### 3. 各設問の確認 (手順 5)

投稿する原稿について, 倫理的事項チェックリストの確認をしてください。また, 利益相反の有無, 謝辞, 付記等を入力してください。

〈関連規定〉

- 倫理綱領
- 科学者の行動規範
- 研究倫理ガイドライン
- 研究発表に関する倫理的事項チェックリスト
- 在宅ケア研究の COI (利益相反) に関する指針

#### 4. 登録内容の確認 (手順 6)

登録内容をご確認ください。プルーフの表示より, 最終的な原稿データをご確認頂けます。

#### 5. 投稿手続き完了

投稿完了画面表示後, 投稿手続き完了メール (自動返信) を, ご登録メールアドレスにお送りいたします。

万一届かない場合は, 下記編集部までお問い合わせください。なお, 投稿内容に不備があった場合は編集部より別途ご連絡致します。

### 【オンライン投稿に関するお問い合わせ】

日本在宅ケア学会編集部

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株) 毎日学術フォーラム内

TEL : 03-6267-4550 / FAX : 03-6267-4555 E-MAIL : maf-jahc@mynavi.jp

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 第11回実践および研究助成金募集について

「一般社団法人日本在宅ケア学会 実践および研究助成」につきまして、第11回募集を開始いたしますので、ご案内いたします。詳細は「実践および研究助成に関する規定」(本誌 p.125) ならびに「一般社団法人日本在宅ケア学会 実践および研究助成金応募要領」(本誌 p.126) にてご確認ください。多数のご応募をお待ちしております。

■募集期間：2023年10月1日～11月30日(予定)

■応募資格：実践および研究代表者は、当学会員(入会手続きが完了している者)であり、該当年度の会費を振り込んだ者

■助成額：年間60万円(1件あたり最大20万円まで、3件程度採択予定)

■応募方法：学会ホームページより所定の申請用紙をダウンロードのうえ、事務局まで送付

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 実践および研究助成に関する規定

### (目的)

第1条 一般社団法人日本在宅ケア学会定款第3条による事業として、実践および研究者の育成のために、実践および研究費用の一部を助成し、その実践および研究成果により在宅ケアの発展に寄与することを目的とする。

### (資金)

第2条 事業の資金は本会の事業予算をもって充てる。会計年度は5月1日より翌年4月30日までとする。

### (対象)

第3条 実践および研究代表者としての本事業への応募資格は、申請年度の4月末日の時点で一般社団法人日本在宅ケア学会会員であるもの。  
2. 実践および研究が継続され、更に継続して事業による資金を希望する者は改めて申請を行うこととする。

### (義務)

第4条 この事業による資金を受けた者は、対象実践および研究課題の業績成果を2年以内に日本在宅ケア学会学術集会において口頭発表する。また日本在宅ケア学会誌に、論文を投稿することを推奨する。  
2. 実践および研究成果の公表を行う際には、一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成事業による実践および研究であることを明示しなければならない。

### (罰金)

第5条 事業による資金を受けた者の負う義務を怠り、また一般社団法人日本在宅ケア学会会員として

その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、委員会が査問を行い、理事会の審議のうえ贈与した資金の全額の返還を求めることがある。

### (委員会)

第6条 実践および研究助成事業（以下 事業）の運営は実践・研究助成委員会（以下 委員会）が所掌し、理事会の承認を得て、実践・研究助成委員会委員5名により事業の運営を行う。

- 1) 委員会の長が運営を総括する。
- 2) 委員会は次の事業を掌務する。

- ①事業の公募、選考、決定及び理事長へ報告。
- ②事業対象者の義務履行の確認、及び不履行の査問、返還の義務等につき理事長に報告を行う。
- ③その他、事業実施に必要な活動。

### (募集要領)

第7条 委員会は募集要領を別に定め、会員に公告する。

### (審査結果の公告)

第8条 委員会は応募締切り後ただちに審査会を開催し、規定に基づいて速やかに当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

### (支給)

第9条 総額60万円以内、1件当たり20万円を上限とし、適当と認められた実践および研究課題の費用に充当するものとして選考された会員に送付する。

### (改廃手続)

第10条 本規定の改廃は理事会が行う。

附則 この規定は平成28年5月21日より施行する。

## 一般社団法人日本在宅ケア学会 実践および研究助成金応募要領

一般社団法人日本在宅ケア学会では、在宅ケアの実践と教育をより適切・効果的な方法で行うための実践および研究成果を蓄積し、体系的に発展させていくことによって国民の健康と生活に貢献することを目指し、学際的な実践および研究を推進しています。在宅ケアに関する諸分野の実践および研究の推進のために、その費用の一部を助成いたします。

### [応募資格]

実践および研究代表者は当学会の会員（入会手続き中は不可）であり、当該年度の会費を振り込んだ者。

### [実践および研究課題]

在宅ケアに関連する諸分野の実践・教育に関する課題とする。ただし、営利を目的または営利につながる可能性の大きい実践および研究（予定を含む）は助成の対象とはならない。また、助成対象とする課題は、これから行う予定または進行中の実践および研究とする。

### [助成金の金額]

助成金額は、1件あたり最大20万円までとし、3件程度を採択とする。ただし、大学の事務処理に関する手数料等は助成の対象としない。

### [実践および研究助成期間]

申請年度の翌年度4月1日～3月31日とする。

### [応募手続き]

#### 1. 実践および研究助成金交付申請書のダウンロード

申請書は、学会ホームページ (<http://www.jahhc.com/>) よりダウンロードする。

ホームページからのダウンロードが難しい場合、氏名・所属機関の名称・送付先を記入のうえ、返信用封筒（84円切手貼付）を同封し、一般社団法人日本在宅ケア学会事務局に請求する。

#### 2. 応募方法

以下のものをPDF資料で作成し「一般社団法人日本在宅ケア学会実践・研究助成委員会」宛てとして事務局へメールで提出する。※押印は電子印可とする

##### 1) 学会所定の申請書：1部

注：申請書2ページ目「Ⅲ.実践計画および研究計画」は3枚とし、全体を5ページでまとめること。

##### 2) 申請年度の年会費振込み領収証のコピー（実践および研究代表者）

##### 3) 返信先情報：採択結果通知に使用する下記情報をメール本文に記載し、事務局まで連絡する。

①実践および研究代表者名。②郵便番号。③送付先住所。

#### 3. 募集期間：毎年10月1日～11月末日必着

#### 4. 申請は会員一人につき1件とする。

#### 5. 一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成選考基準

##### 1) 実践および研究の目的が明確である。

##### 2) 実践および研究方法は妥当である。

- 3) 実践および研究方法に倫理的問題がない。
- 4) 実践および研究の目的、方法により将来的に成果が得られる可能性がある。
- 5) 公的助成や他からの資金援助が得にくく、当学会が助成することの意義が大きい。
- 6) 実践および研究計画に基づく助成金使途内訳が妥当である。
- 7) 申請書類は助成金応募要領に沿っている。
- 8) 在宅ケアの推進に意義がある。
- 9) 実現可能性が高く、かつ準備性が整っている。

#### 5. 助成者の決定および通知

選考委員会で選考審査し、採否を決定する。結果については、毎年2月下旬頃に文書にて通知する。また、助成決定者リストを本学会ホームページ上に掲載する。なお、選考過程についての問い合わせには応じられない。

#### 6. 助成金の交付

助成金の交付は、助成決定後、指定口座に振込みをする（振込口座は、団体名および申請者本人名義の口座も可）。

#### 7. 助成金の使途

交付を受けた者が実践および研究に要する必要な経費についてのみ使用できる。ただし、学術集会の旅費・宿泊費に使用する場合は、応募テーマに則した発表のみとする。なお、領収書等の宛名は「一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成（氏名）」とし、収支報告とともに提出すること。

#### 8. 助成金残金の処理

助成金の残金があるときは、原則として、その残金の全額を返還しなければならない。ただし、残金が1,000円未満の場合はその金額分の切手を「一般社団法人日本在宅ケア学会実践・研究助成委員会」宛てに送付し、返還すること。

#### 9. 応募に関する注意事項

- 1) 応募締切日は厳守のこと
- 2) 応募書類は直接書き込みまたはコンピューター入力とする。手書きの場合は楷書体で、黒ペンまたはボールペンをを用い、濃くわかりやすい字で丁寧に記載する。
- 3) 提出された書類は返却しない。なお、応募された個人情報は、当学会の個人情報保護規定に基づき管理する。

#### [実践および研究成果の報告]

助成期間の翌年度5月中に学会所定の書類を使用して、実践および研究要約と経費支出報告（指定フォーマット）・会計書類（領収書等）を提出すること。対象実践および研究課題の業績成果を2年以内に一般社団法人日本在宅ケア学会学術集会において口頭発表する。また日本在宅ケア学会誌に、論文を投稿することを推奨する。学会発表等の際には「一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成を受けた実践および研究」である旨を記載する。

#### ■申請書の提出先・お問い合わせ先

一般社団法人日本在宅ケア学会実践・研究助成委員会

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1丁目1番1号 パレスサイドビル 株式会社 毎日学術フォーラム内

TEL : 03-6267-4550 FAX : 03-6267-4555 E-mail : maf-jahc@mynavi.jp

## 一般社団法人日本在宅ケア学会定款

### 第1章 総 則

- (名称)  
第1条 この法人は、一般社団法人日本在宅ケア学会（英文では Japan Academy of Home Care と表記する.）と称する。
- (目的)  
第2条 本会は、在宅ケアの学術的発展と教育・普及を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的とする。
- (事業)  
第3条 本会は第2条の目的を達成するため、次の事業を行う。  
 (1) 学術集会の開催  
 (2) 機関誌等の発行  
 (3) 調査・研究活動の推進  
 (4) 会員相互の学術交流の推進  
 (5) 研究論文等の表彰  
 (6) 国内外の関係学術団体との研究協力・連携事業  
 (7) その他、この法人の目的達成に必要な事業
- (事務所)  
第4条 この法人は主たる事務所を東京都千代田区に置く。  
 2. この法人は、理事会の議決を経て、必要の地に従たる事務所を設置することができる。これを変更または廃止する場合も同様とする。
- (広告)  
第5条 この法人の公告方法は、電子公告によるただし、事故その他やむを得ない事由によって電子公告による公告ができない場合は、官報に掲載する方法により行う。

### 第2章 社 員

- (会員)  
第6条 この法人の会員は次のとおりとする。  
 (1) 正 会 員 この法人の目的に賛同して入会した個人  
 (2) 学生会員 この法人の目的に賛同して入会した大学院の学生  
 ただし、学生会員は本会役員等の選挙において、選挙権、被選挙権を有しない  
 (3) 賛助会員 この法人の事業を賛助するため入会した個人または団体  
 (4) 名誉会員 この法人に原則として15年以上の活動歴を有し、かつ多大な寄与をした者の中から、理事長が理事会の議を経て社員総会に推薦し、その承認が得られた者
- (入会)  
第7条 正会員、学生会員及び賛助会員として入会しようとする者は、入会申込書を理事長に提出し、理事会の承認を得なければならない。
- (退会)  
第8条 退会しようとする者は、別に定める退会届を理事会に提出しなければならない。  
 2. 会員は、次の各号の一つに該当するときは退会したものとみなす。  
 (1) 年会費を3年以上滞納したとき。  
 (2) 死亡したとき。  
 (3) この法人が解散したとき。
- (除名)  
第9条 この法人の会員が、この法人の名誉を毀損し、もしくは

はこの法人の目的に反する行為をし、又は会員としての義務に違反するなど除名すべき正当な事由があるときは、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「法人法」という.）」第49条2項に定める社員総会の決議によりその会員を除名することができる。ただしこの場合、その会晨に対し、議決の前に弁明の機会を与えなくてはならない。

#### (入会金及び会費)

- 第10条 正会員、学生会員及び賛助会員となった個人又は団体は、総会の決議を経て別に定める入会金及び年会費を納入しなければならない。  
 2. 会員がすでに納入した入会金、年会費及びその他の拠出金品は、これを返還しない。

#### (代議員)

- 第11条 この法人の代議員は、第13条に則り選出された者とする。  
 2. 代議員をもって法人法に規定する社員とする。

#### (定数)

- 第12条 代議員の定数は、正会員15人の中から1人の割合をもって選出される代議員をもって社員とする（端数の取扱いについては理事会で定める）。

#### (選任)

- 第13条 代議員の選出にあたっては、正会員による代議員選挙をもって行う。代議員選挙を行うために必要な規程は理事会において別に定める。

#### (任期)

- 第14条 代議員の任期は、選任後4年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結のときまでとする。  
 2. 代議員の再任を妨げない。  
 3. 代議員が社員総会決議取消しの訴え、解散の訴え、責任追及の訴え及び役員解任の訴え（法人法第266条第1項、第268条、第278条、第284条）を提起している場合（法人法第278条第1項に規定する訴えの提起の請求をしている場合を含む。）には、当該訴訟が終結するまでの間、当該代議員は社員たる地位を失わない（当該代議員は、役員を選任及び解任（法人法第63条及び第70条）並びに定款変更（法人法第146条）についての議決権を有しないこととする）。  
 4. 代議員に欠員が生じた場合は、第13条により別に定める規程に従い、必要な場合は補欠選挙を行い、速やかに欠員を補充する。欠員により選任された代議員の任期は、任期の満了前に退任した代議員の任期の満了するときまでとする。  
 5. 正会員は、法人法に規定された次に掲げる社員の権利を、社員と同様に当法人に対して行使することができる。  
 (1) 法人法第14条第2項の権利（定款の閲覧等）  
 (2) 法人法第32条第2項の権利（社員名簿の閲覧等）  
 (3) 法人法第57条第4項の権利（社員総会の議事録の閲覧等）  
 (4) 法人法第50条第6項の権利（社員の代理権証明書等）の閲覧等  
 (5) 法人法第52条第5項の権利（電磁的方法による



議決権行使記録の閲覧等)

- (6) 法人法第 129 条第 3 項の権利 (計算書類等の閲覧等)
- (7) 法人法第 229 条第 2 項の権利 (清算法人の貸借対照表等の閲覧等)
- (8) 法人法第 246 条第 3 項, 第 250 条第 3 項及び第 256 条第 3 項の権利 (合併契約等の閲覧等)

### 第 3 章 社員総会

(構成)

第 15 条 社員総会は, 社員をもって構成する。

(権限)

第 16 条 社員総会は, 次の事項及び法人法に規定する事項に限り決議する。

- (1) 社員の除名, 会員の除名
  - (2) 理事及び監事 (以下「役員」という) の選任及び解任
  - (3) 役員の報酬等の額及びその支給基準
  - (4) 法人法第 113 条に規定する役員の一部免除
  - (5) 役員の一部免除を受けた者への退職慰労金支給
  - (6) 定款の変更
  - (7) 事業の全部又は一部の譲渡
  - (8) 解散及び継続
  - (9) 合併契約の承認
  - (10) 第 42 条 2 項に規定する残余財産の帰属の決定
  - (11) 役員が社員総会に提出し, 又は提出した資料を調査する者の選任
  - (12) 社員により招集された社員総会における, 法人の業務及び財産の状況を調査する者の選任
  - (13) 入会金及び会費
  - (14) 事業計画書, 収支予算書並びに資金調達及び設備投資の見込みを記載した書類の承認
  - (15) 事業報告並びに計算書類及び財産目録の承認
  - (16) その他社員総会で決議するものとして法令又はこの定款で定められた事項
2. 社員総会は, 前項第 11 号又は第 12 号に掲げる事項を決議する場合を除き, あらかじめ社員総会の目的として通知された事項以外の事項について決議することはできない。

(招集)

第 17 条 定時社員総会は, 毎事業会計年度終了後 3 箇月以内に, 臨時社員総会は, 必要に応じて随時招集する。

2. 社員総会は, 理事会の決議に基づき, 理事長が招集する。
3. 社員総会を招集する場合には, 理事会は次の事項を決議しなければならない。
  - (1) 社員総会の日時及び場所
  - (2) 社員総会の目的である事項 (当該事項が役員等の選任, 役員等の報酬等, 事業の全部の譲渡, 定款の変更, 合併のいずれかであるときは, その議案の概要)
  - (3) 社員総会に出席しない社員が書面で議決権を行使することができることとするときは, その旨, 社員総会参考書類に記載すべき事項及び議決権行使の期限
  - (4) 代理人による議決権行使について, 委任状その他の代理権を証明する方法及び代理人の数その他代理人による議決権の行使に関する事項

(招集通知)

第 18 条 理事長は, 社員総会の日の 1 週間前までに社員に対して, 前条第 3 項各号に掲げる事項 (次項により社員総会参考書類に記載した事項を除く) を記載した書面により, その通知を発しなければならない。

2. 社員総会に出席しない社員が書面で議決権を行使することができることとするときは, 前項の通知には, 法人法第 41 条第 1 項に規定する次の書類を添付しなければならない。
  - (1) 社員総会参考書類
  - (2) 議決権行使書

(議長)

第 19 条 社員総会の議長は, 理事長とする。

(決議)

第 20 条 社員総会の決議は, 総社員の議決権の過半数を有する社員が出席し, 出席社員の過半数をもって行う。

2. 前項の規定にかかわらず, 次に掲げる次項の決議は総社員の半数以上でかつ総社員の議決権の 3 分の 2 以上に当たる多数をもって行う
  - (1) 社員の除名
  - (2) 監事の解任
  - (3) 法人法第 113 条第 1 項に規定する役員の一部免除
  - (4) 定款の変更
  - (5) 事業の全部又は一部の譲渡
  - (6) 解散及び継続
  - (7) 合併契約の承認

(議決権)

第 21 条 社員は, 社員総会において各 1 個の議決権を有する。

(議決権の代理行使)

第 22 条 やむを得ない理由のため社員総会に出席できない社員は, 委任状その他の代理権を証明する書類を理事長に提出して, 代理人にその権限を代理行使させることができる。この場合においては第 20 条の適用については社員総会に出席したものとみなす。

(書面による議決権行使)

第 23 条 社員総会に出席しない社員が, 書面で議決権を行使できることとするときは第 18 条第 2 項に規定する議決権行使書をもって議決権を行使することができる。この場合においては当該議決権の数を第 20 条の議決権の数に算入する。

(決議の省略)

第 24 条 理事長が社員総会の目的である事項につき提案した場合において, 社員の全員が提案された議案につき書面により同意の意思表示をしたときは, その議案を可決する社員総会の決議があったものとみなす。この場合においては手続きを第 17 条第 3 項の理事会において定めるものとし, 第 18 条から前条までの規定は適用しない。

(議事録)

第 25 条 社員総会の議事については, 法人法第 57 条の規定に基づき, 議事録を作成し, 議長及び出席理事 1 名が署名又は記名押印しなければならない。

### 第 4 章 役員

(役員の種類及び定数)

第 26 条 この法人には次の役員を置く。

- (1) 理事 3 名以上
- (2) 監事 2 名以内

2. 理事のうち1名を理事長、1名を副理事長とする。
3. 前項の理事長をもって法人法第91条第1項第1号の代表理事とし、副理事長をもって同第2号の業務執行理事とする。

(選任等)

第27条 理事及び監事は社員総会の決議により、別に定める選出規程に基づき、社員の中から選出する。

2. 監事の選任に関する議案を社員総会に提出する場合は、監事（監事が2名いる場合にあっては全員）の同意を受けなければならない。

(役員 の 解任)

第28条 役員は第20条に定める社員総会の決議により解任することができる。

(任期)

第29条 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結のときまでとする。

2. 監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結のときまでとする。
3. 前2項の規定にかかわらず、任期の満了前に退任した理事又は監事の補欠として選任された理事又は監事の任期については、それぞれ退任した理事又は監事の任期の満了するときまでとする。また、増員した理事の任期は他の理事の残存期間と同一とする。
4. 理事の重任可能年限は連続4期8年まで、監事の重任可能年限は連続4期8年までとする。

(欠員)

第30条 理事又は監事に欠員が生じた場合には、任期の満了又は辞任により退任した理事又は監事は、それぞれ新たに選任された理事又は監事が就任するまで、なお理事又は監事としての権利義務を有する。

2. 理事長に欠員が生じた場合には、任期の満了又は辞任により退任した理事長は、新たに選任された理事長が就任するまで、なお理事長としての権利義務を有する。ただし、理事でなくなった場合はこの限りではない。

(役員 の 職務)

第31条 理事及び監事は、法人法に規定する職務を行うほか、次の区分に応じ、それぞれに規定する事項の職務を行う。

- (1) 理事長 社員総会及び理事会を招集し、議長となるほか会務を統括する。
- (2) 副理事長 理事長を補佐し、理事長に事故があるとき又は欠けたときは、その職務を代行する。
2. 理事長及び副理事長は、毎事業年度に4箇月を超える間隔で2回以上自己の業務の執行の状況を理事会に報告しなければならない。
3. 監事はこの法人又はその子法人の理事又は使用人を兼ねることができない。
4. 法人法第65条第1項に規定する者は、理事又は監事となることができない。

(役員 の 報酬等)

第32条 役員は、原則として無報酬とする。

2. 前項の規定にかかわらず、役員には費用を弁償することができる。

(損害賠償責任の免除)

第33条 法人法第112条の規定に基づく責任の免除については、総社員及び総会員の同意がなければ免除すること

ができない。

2. この法人は、法人法第114条の規定により、理事会の決議をもって、同法第111条の行為に関する理事（理事であった者を含む。）の責任を法令の限度において免除することができる。
3. この法人は、法人法第114条の規定により、理事会の決議をもって、同法第111条の行為に関する監事（監事であった者を含む。）の責任を法令の限度において免除することができる。
4. この法人は、法人法第115条の規定により、理事（業務執行理事又は当該一般社団法人の使用人でないものに限る。）又は監事との間に、同法第111条の行為による賠償責任を限定する契約を締結することができる。ただし、当該契約に基づく賠償責任の限度額は、100万円以上であらかじめ定めた金額又は法令が規定する額のいずれか高い額とする。

## 第5章 理事会

(理事会の設置)

第34条 この法人に、理事会を設置する。

2. 理事会は、すべての理事で構成する。
3. 監事は理事会に出席して意見を述べることができる。

(権限)

第35条 理事会は、次の事項を決議する。

- (1) 社員総会の招集に関する事項
- (2) 理事長及び副理事長の選任及び解任
- (3) 重要な財産の処分及び譲り受け
- (4) 多額の借財
- (5) 重要な使用人の選任及び解任
- (6) 従たる事務所その他の重要な組織の設置、変更、廃止
- (7) 一般社団法人の業務の適正を確保するために必要なものとして法務省令で定める体制の整備
- (8) 法人法第114条第1項に規定する損害賠償責任の一部免除
- (9) その他この法人の業務の執行に関する事項（社員総会の決議を要する事項を除く。）

(招集)

第36条 理事会は理事長が招集する。

2. 理事会を招集しようとするときは、理事長は理事会の日の1週間前までに、各理事及び各監事に対し、理事会の目的である事項並びに日時及び場所、その他重要な事項を記載した文書により通知を発しなければならない。
3. 前項の規定にかかわらず、理事及び監事の全員の同意があるときは、理事会は招集の手続きを経ることなく開催することができる。

(議長)

第37条 理事会の議長は、理事長がこれに当たる。

(決議)

第38条 理事会の決議は、議決に加わることができる理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。ただし、その決議に特別の利害関係を有する理事は、決議に加わることができない。

(決議の省略)

第39条 理事長が理事会の目的である事項につき提案した場合において、理事の全員が提案された議案につき書面により同意の意思表示をしたときは、その議案を可決する理事会の決議があったものとみなす。ただし、監事

がその提案に異議を述べたときはこの限りでない。

(議事録)

- 第40条 理事会の議事については、法人法第95条の規定に基づき、議事録を作成しなければならない。
2. 前項の議事録に署名し又は記名押印するものは、理事会に出席した理事長及び監事とする。

## 第6章 財産及び会計

(剰余金の処分制限)

- 第41条 この法人は、社員その他の者に対し、剰余金の分配をすることはできない。
2. 社員に剰余金の分配をする社員総会の決議は無効とする。

(残余財産の帰属)

- 第42条 清算をする場合において、この法人の残余財産は、類似の事業を目的とする他の法人に帰属させるものとする。
2. 前項に規定する他の法人は第20条に規定する社員総会の決議により定めるものとする。

(事業年度)

- 第43条 この法人の事業年度は、毎年5月1日に始まり、翌年4月30日に終わる。

(事業計画及び予算)

- 第44条 理事長は、各事業年度の開始の日の前日までに事業計画書、収支予算書並びに資金調達及び設備投資の見込みを記載した書類を作成し、社員総会の承認を受けなければならない。

(事業報告及び決算)

- 第45条 理事長は、各事業年度終了後2箇月以内に、次の書類を作成し、第1号、第2号及び第4号の書類については監事の作成した監査報告書を添付して、各事業年度経過後3箇月以内に定時社員総会の承認を受けなければならない。
- (1) 各事業年度の貸借対照表及び損益計算書
  - (2) 事業報告
  - (3) (1)、(2)の附属明細書
  - (4) 財産目録
  - (5) 社員名簿
  - (6) 役員名簿
  - (7) 役員の報酬の支給の基準を記載した書類
  - (8) 運営組織及び事業活動の概要及びこれらに関する数値のうち、重要なものを記載した書類
2. 貸借対照表は、定時社員総会の終結後遅滞なく、公告しなければならない。

## 第7章 定款の変更及び解散

(定款の変更)

- 第46条 この定款を変更するときは、第20条第2項に規定する社員総会の決議をしなければならない。

(合併)

- 第47条 この法人が合併するときは、第20条第2項に規定する社員総会の決議をしなければならない。

(事業の全部又は一部の譲渡)

- 第48条 この法人が事業の全部又は一部の譲渡をするときは、第20条第2項に規定する社員総会の決議をしなければならない。

(解散)

- 第49条 この法人は、次の事由により解散する。
- (1) 第20条第2項に規定する社員総会による解散の

決議があったとき

- (2) 社員が欠けたとき
- (3) 合併（当該合併によりこの法人が消滅する場合に限る）
- (4) 破産手続開始の決定
- (5) 裁判所による解散命令があったとき

## 第8章 情報開示

(帳簿及び書類等の備付け及び閲覧)

- 第50条 この法人は、次の各号に掲げる帳簿及び書類を主たる事務所に備えておかなければならない。
- (1) 定款
  - (2) 会員名簿
  - (3) 社員総会で議決権代理行使をした場合の委任状
  - (4) 社員総会で書面による議決権行使をした場合の議決権行使書
  - (5) 第24条に規定する社員総会の決議の省略をした場合の同意書
  - (6) 社員総会の議事録
  - (7) 第39条に規定する理事会の決議の省略をした場合の同意書
  - (8) 理事会の議事録
  - (9) 会計帳簿
  - (10) 事業計画書、収支予算書並びに資金調達及び設備投資に係る見込みを記載した書類
  - (11) 各事業年度に係る貸借対照表、損益計算書及び事業報告書並びにこれらの附属明細書
  - (12) 財産目録
  - (13) 役員名簿
  - (14) 役員の報酬の支給基準
  - (15) 運営組織及び事業活動の状況の概要及びこれらに関する数値のうち重要なものを記載した書類
  - (16) 許認可等及び登記に関する書類
2. 前項第1号、第6号及び第10号乃至第15号に掲げる書類については、従たる事務所にも備え置くものとする。
3. 帳簿及び書類等の備え置き期間並びに閲覧については、理事会の承認を受けた情報公開規程に定めるものとする。

## 第9章 委員会及び事務局等

(事務局)

- 第51条 この法人に各種委員会及び事務局を置く。
2. 各種委員会の設置については理事会の決議を経て理事長が定める。
  3. 事務局の組織、内部管理に必要な規則その他については理事会が定める。
  4. 事務局の職員の任免は理事長が行う。

(委任)

- 第52条 この定款に定めるもののほか、この定款の施行について必要な事項は、理事会の決議を経て、理事長が定める。

## 第10章 附 則

(定款に定めのない事項)

- 第53条 この定款に定めのない事項については、すべて法人法その他の法令の定めるところによる。

(最初の事業年度)

- 第54条 この法人の最初の事業年度は、法人設立の日から平成29年4月30日までとする。

## 一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領

一般社団法人日本在宅ケア学会は、在宅ケアの研究において必要な倫理的配慮の大綱的基準として、本倫理綱領を定める。

一般社団法人日本在宅ケア学会会員は、在宅ケアの発展を期して、真理の探究のため、学問の自由を希求し、同時に研究、教育および社会活動を通して、人類の健康および社会の健全な発展を目的として活動することに同意し、その責任を自覚して、以下の綱領を遵守する。

(本綱領の基本理念)

第1条 本綱領は、本学会員が在宅ケアおよび関連するケア全般の理論的および実践的研究を実施するにあたって、その研究にあたって倫理的に配慮しなければならない事項を定める。

- 2 本綱領は、本学会員が行うわが国における在宅ケアおよび関連するケア全般の向上に寄与することを目的として行われるすべての研究活動に適用される。

(学会員が遵守すべき基本原則)

第2条 本学会員は、自らの研究活動において、常に科学的合理性と倫理的妥当性の確保に努め、個人の尊厳および基本的人権を尊重しなければならない。

- 2 本学会員は研究活動にあたって、すでに公にされている以下の倫理綱領を遵守または尊重しなければならない。
  - 1) ヒトを対象とする実験的、臨床的研究においては、「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」(ヘルシンキ宣言、1964年、世界医師会第18回総会採択)
  - 2) 疫学的研究においては、「疫学研究に関する倫理指針」(平成14年、文部科学省・厚生労働省)
  - 3) 患者を対象とした研究においては、「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言」(1981年、世界医師会総会)
  - 4) 児童を対象とした研究においては「児童の権利に関する条約」(子どもの権利条約、1989年、国際連合総会採択)
  - 5) 「臨床研究に関する倫理指針(厚生労働省)」ならびに「看護研究における倫理指針(日本看護協会)」

(本学会員が遵守すべき基本的研究姿勢)

第3条 会員は、自らの研究の立案・計画・申請・実施・報告などの過程において、本綱領を遵守しなければならない。

- 2 研究・調査データの記録保存や厳正な取り扱いを徹底し、ねつ造、改ざん、盗用などの不正行為を為さず、また加担してはならない。

(研究活動における研究対象者への情報提供と同意の上での実施)

第4条 本学会員は、研究において対象となる者に対して研究の目的、方法、対象者に及ぼす効果、影響および生じうる危険等に関する情報を正しく告知し、対象となる者の同意を得なければならない。

- 2 本学会員は、研究の公表にあたって、前項の手続きが適正に行われたことを明示しなければならない。

(研究成果の公表にあたっての個人情報の保護)

第5条 本学会員は、研究の公表にあたって、研究の対象となった者の個人情報を保護するための必要な措置を講じなければならない。

(社会通念上の倫理に反する研究の禁止)

第6条 本学会員は、研究において、対象者に人権の侵害や差別を助長するおそれのあること、あるいは社会通念や法に抵触するおそれのあることを行ってはならない。

- 2 本学会員は研究において、差別を助長する用語や研究目的を外れて社会的に不適切と考えられる用語を用いてはならない。ただし、歴史的にその用語を使用する必要がある場合、あるいは引用する文献である原典において用いられている場合はこの限りではない。

- 3 前項の但し書きにあたる場合は、研究の過程及び公表にあたって、人権侵害および差別が起らないように配慮しなければならない。

(改廃手続)

第7条 本綱領の改廃は理事会が行う。

附則 本綱領は、平成21年3月14日から施行する。

## 一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範

一般社団法人日本在宅ケア学会(以下「本学会」という)会員は、本学会の目的に則り、在宅ケアおよびケア一般の理論及び実践の向上・発展を図り、研究の交流に努め、もって人類の健康と福祉の増進に貢献できるよう最善の努力を行うことを使命とする。

本学会会員は、本学会倫理綱領を遵守するとともに、本学会会員が属する他の学協会及び専門職能団体の倫理に関わる綱領や諸指針を遵守する。

本学会会員は、在宅ケア学の研究及び実践に携わる者として、学問の自由の下に、自らの専門的な判断により真理を探究する権利を享受するとともに、専門家として社会の負託に応える重大な責務を有する。

本学会は、会員が社会に対する説明責任を果たし、科学と社会の健全な関係の構築と維持に自覚的に参画すると同時に、その行動を自ら厳正に律するための倫理規範を明示する。

この行動規範は、平成 18 年 10 月 3 日に出された日本学術会議の声明「科学者の行動規範」に準拠して作成された。

### (科学者の責任)

1. 会員は、自らが生み出す在宅ケア学およびケア一般の専門知識や技術の質を担保とする責任を有し、さらに自らの専門知識、技術、経験を活かして、人類の健康と福祉、社会の安全と安寧、そして地球環境の持続性の保持に貢献する責任を有する。

### (科学者の行動)

2. 会員は、科学の自律性が社会からの信頼と付託の上に成り立つことを自覚し、科学的真理に忠実であり、かつそれにもとづき誠実に判断し、行動する。また、科学研究によって生み出される知の確実性や正当性を、科学的に明示するために最善の努力を傾注するとともに、科学者コミュニティ、特にケア関連領域における科学者相互の評価に積極的に参加する。

### (自己の研鑽)

3. 会員は自らの専門知識・能力の維持向上に努めるとともに、科学技術と社会・自然環境の関係を広い視野から理解し、常に最善の判断と姿勢を示すように弛まず努力する。

### (説明と公開)

4. 会員は、自らが携わる研究の意義と役割を公開して

積極的に説明し、その研究が人間、社会、環境に及ぼし得る影響や起こし得る変化を評価し、その結果を中立性・客観性をもって公表するとともに、社会との建設的な対話を築くように努める。

### (研究活動)

5. 会員は、自らの研究の立案・計画・申請・実施・報告などの過程において、本規範の趣旨に沿って誠実に行動する。研究・調査データの記録保存や厳正な取り扱いを徹底し、ねつ造、改ざん、盗用などの不正行為を為さず、また加担しない。

### (研究環境の整備)

6. 会員は、責任ある研究の実施と不正行為の防止を可能にする公正な環境の確立・維持も自らの重要な責務であることを自覚し、科学者コミュニティ及び自らの所属組織の研究環境の質的向上に積極的に取り組む。また、これを達成するために社会の理解と協力が得られるよう努める。

### (法令の遵守)

7. 会員は、研究の実施、研究費の使用等にあたっては、法令や関係規則を遵守する。

### (研究対象などへの配慮)

8. 会員は、研究への協力者の人格、人権を尊重し、その福利に配慮する。動物などに対しては、真摯な態度でこれを扱う。

### (他者との関係)

9. 会員は、他者の成果を適切に批判すると同時に、自らの研究に対する批判には謙虚に耳を傾け、誠実な態度で意見を交える。他者の知的成果などの業績を正當に評価し、名誉や知的財産権を尊重する。

### (差別の排除)

10. 会員は、研究・教育・学会活動において、人種、性、地位、思想・宗教などによって個人を差別せず、科学的方法に基づき公平に対応して、個人の自由と人格を尊重する。

### (利益相反)

11. 会員は自らの研究、審査、評価、判断などにおいて、個人と組織、あるいは異なる組織間の利益の衝突に十分に注意を払い、公共性に配慮しつつ適切に対応する。

附則 本規範は、平成 22 年 1 月 24 日から施行する。

## 一般社団法人日本在宅ケア学会研究倫理ガイドライン

### 1. 基本的な考え方

#### (目的)

- 1) 本研究倫理ガイドラインは、一般社団法人日本在宅ケア学会員が在宅ケアの理論的・実践的向上を目指して行う研究活動について、一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領及び一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範に基づいて、その研究倫理の具体的なあり方を示すものである。

#### (適用範囲)

- 2) 本研究倫理ガイドラインの適用範囲は、本学会員が学会活動として実施する在宅ケアに関する理論及び実践の向上に寄与することを目指して行われるすべての研究活動を含むものとする。
- 3) これらの研究活動とは、研究着手、研究計画、研究実施、研究成果公開のすべての過程を含むものとする。(学会員が遵守すべき事項の基本原則)

#### 4) 法令及び倫理綱領等の遵守

本学会員は、研究活動にあたって国内外の法令及び一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領、一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範を遵守しなければならない。

#### 5) 人権の尊重及び科学的合理性と倫理的妥当性の確保

- (1) 研究活動においては、個人の尊厳および人権を尊重しなければならない。
- (2) 研究活動は、科学的合理性および倫理的妥当性があることが認められるものでなければならない。

#### 6) 研究活動におけるインフォームドコンセント

- (1) 研究活動の実施にあたっては、研究者は事前に対象者（当事者・機関等）からインフォームドコンセント（十分な説明を行い、同意を得ること）を受けた上で実施することを原則とする。
- (2) 研究活動の実施にあたって、研究者はインフォームドコンセントの手続きを研究計画に盛り込まなければならない。

#### 7) 研究成果の公表

研究成果の公表にあたっては、研究対象者の個人情報保護のために必要な措置を講じなければならない。

### 2. 文献研究に関わる研究倫理事項

#### 1) 先行研究の明示

- (1) 研究において、先行して行われた自他の研究を引用・

参照した場合には、引用・参照した文献の存在を明示しなければならない。また、先行研究が示す知見と自らが明らかにした知見を区別して述べる必要がある。

- (2) 先行研究からの知見を自らの研究に引用した場合、その先行研究について、原著者名、文献、出版社、出版年、引用箇所を明示しなければならない。
- (3) 長文の引用は原則として避けるべきである。やむを得ず必要な場合は、出版社もしくは原著者からの承諾を得るべきである。また、図表の転載等についても同様に、出版社もしくは原著者の承諾を得るべきである。
- (4) 引用を行う場合には、必ず原典を確認する。そして、原典が入手できない等やむを得ない場合のみ「重引」が許されるが、これは原則的に望ましくないことであるという認識を持つ必要がある。

#### 2) 盗用・剽窃

他者の行った研究成果を、出典を明記せずに、そのまま、あるいは僅かに変えただけで自分の論文に使用した場合、他者の得た知見を自説として発表したことと広く理解されている。これは盗作もしくは剽窃として糾弾・告発される行為であり、厳に慎まなければならない。

### 3. 事例研究に関わる研究倫理事項

#### 1) 匿名性の確保

- (1) 事例を用いた研究を行う場合、事例の公表により対象者が特定化されることで対象者に不利益を被ることを防ぐため、匿名性を確保する必要がある。ただし、公表について対象者の了承があり、その社会的必要性が認められる場合にはこの限りではない。
- (2) 匿名性を確保するには、対象者が特定できないように、事例の経過や内容を、研究の目的及び科学的客観性・妥当性を損なわない限りで加筆修正を行う必要がある。また、その場合には、事例を加筆修正している旨を明示する必要がある。

#### 2) 事例使用の承諾

- (1) 事例を含んだ研究論文を執筆する場合、あるいは事例を含んだ口頭発表をする場合、事前に研究対象者から文書で承諾を得ることを原則とする。また、事例使用について研究対象者から承諾を得て

いる旨を論文等に明示する。

- (2) 研究対象者から実名公表の承諾を得ている場合には、その旨を明示する。
- (3) 他の研究者が執筆した事例を使用する場合、引用の典拠を明示する。

#### 4. 調査研究に関わる研究倫理的事項

##### 1) 匿名性の確保

調査を実施する際、研究対象者の匿名性を確保するように配慮する必要がある。

##### 2) 調査方法

調査用紙（質問紙）の文言は、調査対象者の名誉やプライバシー等の人権を侵害することの内容に配慮して、作成されなければならない。

##### 3) 調査手続き

- (1) 調査研究の過程では、その手続き過程を詳細に示さなければならない。
- (2) 調査結果の改竄を行ってはならない。
- (3) 調査用紙（質問紙）および結果データは開示要求に対応すべく、最低10年は保存する必要がある。
- (4) 他者が行った調査で使用された調査用紙（質問紙）の全部または一部を使用する場合には、その旨を明示し、出典を明らかにする必要がある。

##### 4) 捏造

- (1) 調査データを捏造したり、データの一部を改竄したりすること、さらに分析・解釈を容易にするために恣意的に特定のデータを削除することは、厳に慎まなければならない。
- (2) 代表的なデータのみを示す場合には、その選択の客観的な基準を明示する必要がある。

#### 5. 共同研究のあり方

- 1) 共同研究組織の運営は民主的に行わなければならない。構成員の一部に過重な負担をかけたたり、不明朗なものであったりしてはならない。
- 2) 共同研究の成果の発表（学会発表や研究論文の作成等）にあたっては、構成員は研究過程と成果への貢献に応じた取り扱いを受けるように配慮しなければならない。

#### 6. 研究資料の管理

- 1) 研究において収集されたデータの管理は厳重に行わなければならない。個人情報を含んだデータシート・

記入用紙や、コンピュータファイルなどについては、個人を特定できる情報（氏名など）を削除した上で管理する。また、各データファイルはできるだけパスワードプロテクションなどのセキュリティー対策を講じた上で慎重に取り扱う必要がある。

- 2) コンピュータ上のデータに関しては、そのコンピュータが完全にインターネット環境から独立している場合を除き、ファイル交換ソフト、スパイウェア等の影響を排除できるような配慮を行う必要がある。
- 3) 調査データの物理的な管理は、施錠可能な引き出しや棚に収納するなどして、第三者の目に触れることがないようにしなければならない。
- 4) 調査データは、研究発表や研究論文執筆後も検証や追試の必要が生じる可能性があるため、最低10年間保存することとする。

#### 7. 重複投稿・多重投稿の禁止

##### 1) 重複投稿・多重投稿

- (1) 実質的に同じ内容の研究論文を同時に二つ以上の研究誌に投稿してはならない。
- (2) 既に出版物に掲載されている論文と実質的に同じ内容の原稿を投稿することも、同様にしてはならない。ただし、研究の梗概等を記した抄録などはこの限りではない。

##### 2) 既発表の論文を使用した研究の場合

既に他の研究誌あるいは刊行物に投稿あるいは公表した原著論文をもとにして本学会において研究論文等として発表する場合は、内容の変更箇所を明示しなければならない。

#### 8. 研究活動におけるハラスメントの禁止

- 1) 研究組織において、その成員間の上下関係、権力関係を行って、その上位の者が下位の者に対して、研究・教育・資格付与・昇進・配分等において不当な差別を行ったり、不利益を与えてはならない。こうした行為は、研究活動におけるハラスメントと認識される。
- 2) 研究者は、その研究活動において、不当な中傷を行ってはならない。

附則 本ガイドラインは平成23年3月19日より施行する。  
令和2年7月10日 一部改定

## 一般社団法人日本在宅ケア学会研究発表に関する 倫理的事項チェックリスト

一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領の制定に伴い、本学会における研究発表者は、研究経過およびその成果(抄録・発表内容)について、一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領に基づいて、以下の項目について、すべてを点検してください。

No.	項 目
1	他の文献等から引用している部分について、引用元を明確にしていますか(本文および図表) ・引用部分の点検をしていること、引用がある場合にはその箇所を明らかにし、文末に引用元を記載すること
2	研究発表に用いるデータについて、不適切な変更(結果の導出に不都合なデータを集計から外すなど)を行っていませんか ・データの改変をしていないこと ・一部削除・適合データのみを選択などをする場合にはその合理的根拠について記載していること
3	人に対するデータの収集が行われた場合(機関・組織に対する調査を含む)、研究参加者に事前の説明と同意を適切に行っていますか ・実験的研究、サービス事業所等での臨床的研究、対面で行う検査・調査・観察等による研究の場合には、目的・内容などについて研究参加者本人または代理人に説明書を交付して、口頭で説明を行い、同意を文書で得ること ・非対面(郵送法)による調査的研究の場合には、調査票に目的・内容などについての説明および同意による参加についての説明が記載されていること ・研究への参加は自由意思であること、参加しない場合に不利益がないことが説明に含まれていること
4	データ収集の場となった機関の責任者(施設長・管理者など)の承諾を得ていますか
5	研究への参加者に対して必要以上に負担、苦痛、不利益をもたらしていませんか ・痛み、著しい体力の消耗、悲しみや抑うつ、研究参加により生じる社会的不利益などが大きいこと
6	取得したデータ等の保管方法をあらかじめ適切に決めて、説明書や調査票に記載し、そのとおりに保管していますか ・調査票や記録紙の保管方法、電子データの取り扱いなどの明示と実施
7	個人のデータを研究発表において報告する必要がある場合に(事例研究等)、個々の対象者が特定されないような配慮をしていますか ・個人名を伏せること、地名・利用機関名・生活歴(学歴や職業歴等)によって個人が特定されないこと
8	発表に個人のデータを用いる場合に、その参加者に発表することについての同意を得ていますか



## 在宅ケア研究のCOI（利益相反）に関する指針

一般社団法人日本在宅ケア学会は、在宅ケアおよびケア全般における会員の研究発表、知識の交換並びに会員相互間および関連学協会との研究連絡、提携などの在宅ケア学の学術研究に関する事業を通してその進歩普及に貢献し、もって学術文化の発展と国民の医療福祉に寄与することを目的としている。一般社団法人日本在宅ケア学会の学術集会・刊行物などで発表される研究においては、ケアの対象者を被験者とするさまざまな調査研究、実践研究および実験研究が行われるが、この過程で産学連携あるいは研究機関と事業所による共同の研究・開発が行われる場合が少なくない。このような産学連携による研究は在宅ケア学の進歩のためにきわめて重要な位置を占めているといえるが、産学連携による在宅ケア研究には学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元（公的利益）だけではなく、産学連携に伴い取得する金銭・地位・利権など（私的利益）が発生する場合があります。これら2つの利益が研究者個人のなかに生じる conflict of interest: COI（利益相反）と呼ばれる状態が発生することがある。COI状態が深刻な場合、研究の方法、データの解析、結果の解釈が歪められるおそれや適切な研究成果であるにもかかわらず、公正な評価がなされないなどの中立性、公明性を欠く研究成果となる可能性がある。

一般社団法人日本在宅ケア学会は、その事業の遂行において会員に対してCOIに関する本学会の方針を明示することで産学連携による重要な研究・開発の公正さを確保し、在宅ケア研究を積極的に推進することが社会的責務であると認識し、これに関する指針を定めるものである。

### I. 指針策定の目的

「ヘルシンキ宣言」や、わが国で定められた「臨床研究に関する倫理指針」（厚生労働省告示第225号、2003年）および「疫学研究に関する倫理指針」（文部科学省・厚生労働省、2007年）において述べられているように、研究対象が人間である研究は、被験者の人権・生命を守り、安全に実施することに格別な配慮が求められる。一般社団法人日本在宅ケア学会は、その活動において社会的責任と高度な倫理性が要求されていることに鑑み、「在宅ケア研究のCOIに関する指針」（以下、本指針と略す）を策定する。その目的は、一般社団法人日本在宅ケア学会が会員のCOI状態を適切にマネジメントすることにより、研究結果の発表やそれらの普及、啓発を、中立性と公明

性を維持した状態で適正に推進させ、在宅ケアおよびケア全般の進歩に貢献することにより社会的責務を果たすことにある。本指針の核心は、一般社団法人日本在宅ケア学会会員に対してCOIについての基本的な考えを示し、一般社団法人日本在宅ケア学会が行う事業に参加し発表する場合、COI状態を適切に自己申告によって開示させることにある。一般社団法人日本在宅ケア学会会員が、以下に定める本指針を遵守することを求める。

### II. 対象者

COI状態が生じる可能性がある以下の対象者に対し、本指針が適用される。

①一般社団法人日本在宅ケア学会会員 ②一般社団法人日本在宅ケア学会事務局の従業員 ③一般社団法人日本在宅ケア学会で発表する者

### III. 対象となる活動

一般社団法人日本在宅ケア学会がかかわるすべての事業における活動に対して、本指針を適用する。とくに、一般社団法人日本在宅ケア学会の学術集会、シンポジウムおよび講演会での発表、および一般社団法人日本在宅ケア学会の機関誌、論文、図書などでの発表を行う研究者には、在宅ケア研究のすべてに、本指針が遵守されていることが求められる。一般社団法人日本在宅ケア学会会員に対して教育的講演を行う場合や、市民に対して公開講座などを行う場合は、社会的影響力が強いことから、その演者には特段の本指針遵守が求められる。

### IV. 開示・公開すべき事項

1) 対象者は、在宅ケア研究の成果の公表を、純粋に科学的な判断、あるいは公共の利益に基づいて行うべきである。対象者は、在宅ケア研究の結果を会議・論文などで発表する、あるいは発表しないという決定や、臨床研究の結果とその解釈といった本質的な発表内容について、その在宅ケア研究の資金提供者、企業の恣意的な意図に影響されてはならず、また影響を避けられないような契約書を締結してはならない。

2) 対象者は、自身の在宅ケアおよびケア全般にかかわる研究過程および研究内容において、その研究内容にかかわった論文の投稿、学術集会での発表等研究成果の公表に際して、その実施において関与した営利を目的とする法人、企業、事業所その他の団体から、資金、物資、その他の便宜の提供を受けていないこと、また、受けた場合には、その便宜の提供を受けた旨、およびそれによ

って研究成果の恣意的な操作やねつ造その他を行っていない旨を他の倫理的配慮事項と区別して明記しなければならない。

## V. 実施方法

1) 会員の役割 会員は臨床研究成果を学術集会等で発表する場合、当該研究実施にかかわる COI 状態を適切に開示する義務を負うものとする。開示については指針運用規則に従い所定の書式にて行う。本指針に反する事態が生じた場合には、本学会倫理委員会(以下、倫理委員会)にて審議し、理事会に報告する。

2) 役員等の役割 一般社団法人日本在宅ケア学会の理事長、副理事長、理事、監事、委員会委員長、会長、副会長ならびに学会誌編集委員会、政策提言検討委員会、学会活動推進委員会、倫理委員会の委員は学会にかかわるすべての事業活動に対して重要な役割と責務を担っているため、当該事業にかかわる COI 状況については、常に意識的に行動し、また啓発に努めるものとする。

3) 理事会は、上記の役員が一般社団法人日本在宅ケア学会のすべての事業を遂行するうえで、深刻な COI 状態が生じた場合、あるいは COI の自己申告が不適切と認められた場合には、倫理委員会に諮問し、答申に基づいて改善措置などを指示することができる。

4) 学術集会長は、一般社団法人日本在宅ケア学会で研究成果が発表される場合、その実施が、本指針に沿ったものであることを検証し、本指針に反する演題については発表を差し止めることができる。この場合には、速やかに発表予定者に理由を付してその旨を通知する。なお、これらの対処については倫理委員会で審議し、答申に基づいて理事会で承認後実施する。

5) 学会誌編集委員会は、研究成果が一般社団法人日本在宅ケア学会刊行物などで発表される場合に、その実施が、本指針に沿ったものであることを検証し、本指針に反する場合には掲載を差し止めることができる。この場合、速やかに当該論文投稿者に理由を付してその旨を通知する。当該論文の掲載後に本指針に反していたことが明らかになった場合は、当該刊行物などに編集委員長名でその理由を告知することができる。なお、これらの対処については倫理委員会で審議のうえ、答申に基づいて理事会承認を得て実施する。

6) その他の委員長・委員は、それぞれが関与する学会事業に関して、その実施が、本指針に沿ったものであることを検証し、本指針に反する事態が生じた場合には、速やかに事態の改善策を検討する。なお、これらの対処については倫理委員会で審議し、答申に基づいて理事会承認を得て実施する。

7) 前記 1) ないし 6) 号により改善の指示や差し止め処置を受けた者は、一般社団法人日本在宅ケア学会に対し、不服申立をすることができる。一般社団法人日本在宅ケア学会はこれを受理した場合、速やかに倫理委員会において再審議し、理事会の協議を経て、その結果を不服申立者に通知する。

## VI. 指針違反者への措置と説明責任

1) 指針違反者への措置 一般社団法人日本在宅ケア学会理事会は、本指針に違反する行為に関して審議する権限を有し、審議の結果、重大な遵守不履行に該当すると判断した場合には、その遵守不履行の程度に応じて一定期間、指針運用規則に定める手順にしたがい次の措置を取ることができる。

①一般社団法人日本在宅ケア学会が開催するすべての集会での発表の禁止 ②一般社団法人日本在宅ケア学会の刊行物への論文掲載の禁止 ③一般社団法人日本在宅ケア学会の学術集会長の就任の禁止 ④一般社団法人日本在宅ケア学会の理事会、委員会への参加の禁止 ⑤一般社団法人日本在宅ケア学会代議員の除名、あるいは代議員になることの禁止 ⑥一般社団法人日本在宅ケア学会会員の除名、あるいは会員になることの禁止

2) 不服の申立 被措置者は、一般社団法人日本在宅ケア学会に対し、不服申立をすることができる。一般社団法人日本在宅ケア学会がこれを受理したときは、倫理委員会において誠実に再審理を行い、理事会の協議を経て、その結果を被措置者に通知する。

3) 一般社団法人日本在宅ケア学会は、自ら関与する場にて発表された研究に、本指針の遵守に重大な違反があると判断した場合、倫理委員会および理事会の協議を経て、社会への説明責任を果たす。

## VII. 指針運用規則の制定

一般社団法人日本在宅ケア学会は、学会の独自性、特殊性を勘案して、本指針を実際に運用するために必要な指針運用規則を制定することができる。

## VIII. 施行日および改正方法

本指針は、社会的影響や産学連携に関する法令の改変などから、個々の事例によって一部に変更が必要となることが予想される。一般社団法人日本在宅ケア学会倫理委員会は、理事会の決議を経て、本指針を改正することができる。

附則 本指針は平成 26 年 4 月 1 日より施行する。

**「日本在宅ケア学会誌」**  
**Journal of Japan Academy of Home Care**  
**投稿規程**

1. 本誌への投稿は、共著者も含めて本会会員に限ります。
2. 投稿する原稿は、未発表のものに限り、他で審査中あるいは掲載予定となっているものは、本誌への投稿・発表を認めません。また、投稿者および共著者が収集したデータ・事例・資料等に基づいた別の論文等がある場合は、現在査読中のものも含め投稿時に添付して下さい。
3. 投稿料は1論文5,000円です。下記郵便振替口座にお振込み下さい。
  - ・加入者名：日本在宅ケア学会
  - ・口座番号：00120-0-674516
4. 原稿の種類は、①総説、②原著、③研究報告、④実践報告から選択して下さい。査読の審査にあたり、投稿者が投稿時に記した論文の種類を尊重し審査することといたします。ただし、投稿者が希望する原稿の種類には適合しないが、論文の内容が本誌に掲載する価値があると判断できる場合は、原稿の種類の変更を提案する場合があります。投稿時の論文の種類につきましては、慎重に選択して下さい。
5. 投稿は、オンライン投稿です。日本在宅ケア学会ホームページ (<http://www.jahhc.com/>) よりオンライン投稿システム「ScholarOne Manuscripts™」にアクセスし、投稿指示に従って投稿して下さい。
6. 投稿原稿の受付日は、オンライン投稿画面での受付日です。ただし、投稿原稿に不備がある場合は、返却修正を求め、再投稿された日をもって受付日とします。
7. 掲載決定後は、最終原稿を Word・Excel 等のファイルとして保存し、編集部まで E-mail にてお送り下さい。
8. 投稿原稿掲載の可否は、査読委員の審査をふまえ、学会誌編集委員会（以下「委員会」）が決定します。
9. 本誌に掲載された論文の著作権は、日本在宅ケア学会に帰属します。ただし、著者自身が使用する場合はこの限りではありません。
10. 掲載論文等については、学会において電子化の上、公開や配布をします。
11. 原稿執筆の様式は、「執筆要項」に従って下さい。
12. 倫理的問題に関しては、以下の 1)～3)を含め、倫理綱領に則って記述して下さい。
  - 1) 文献やデータならびに設問など資料の引用・出典の明示
  - 2) 差別用語等倫理的問題となりそうな用語
  - 3) 調査対象者への研究趣旨説明や協力同意の取り付けの有無
13. 著者校正は1回のみとし、校正の際の加筆は原則として認めません。
14. 掲載論文については、掲載誌2部を進呈いたします。別刷りをご希望の場合は、実費作製いたします。校正の際にお申し込み下さい。編集委員会より修正を求められた投稿原稿はできる限り速やかに再投稿して下さい。返送の日より6か月以上経過して再投稿された場合は、原則として、新規投稿として扱うことになります。なお、返送から6か月以上経過しても連絡がない場合は、投稿を取り下げたものとみなし原則的に原稿を処分させていただきます。
15. 以下の要件のいずれかを満たし、かつ、迅速査読を希望する投稿に対して、迅速査読を行います。迅速査読が認められた論文は、その日から原則30日以内に査読結果を通知します。これは修正投稿時と同様です。なお、迅速査読は当該論文の迅速な採用受理を意味するものではありません。迅速査読を希望するものは、オンライン投稿システムにその旨を入力し、迅速査読申請書（書式あり）と必要に応じて要件を満たすことを証明する書類を添付して下さい。
  - 1) 筆頭著者が当該の投稿論文が各教育機関において、博士号の学位審査の申請時に義務付けられている査読誌に掲載、もしくは受理された論文に該当するものであること。主論文、副論文、参考論文、関連論文などと称される各機関において、学位審査の申請時に必要な論文はすべて対象とします。
  - 2) 筆頭著者が博士論文として審査された論文に基づく投稿論文であり、平成25年文部科学省令第5号により博士号取得後1年以内に公表することが求められているものであること。

●お問合せ先

「日本在宅ケア学会誌」編集部

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル (株)毎日学術フォーラム内

TEL: 03-6267-4550 FAX: 03-6267-4555 E-mail: maf-jahc@mynavi.jp

## 論文の種類について

- 総説 (Review Article) : 在宅ケアに関わる特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、また文献等をレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察した論文
- 原著 (Original Article) : 在宅ケアに関する内容で、適切な方法論に基づいて実施され、創造性があり新しい知見が認められる論文
- 研究報告 (Research Report) : 在宅ケアに関する研究結果の意義が大きく、在宅ケアの発展に寄与すると認められる論文
- 実践報告 (Practical Report and Case Study) : 在宅ケアに関する実践報告・ケーススタディ

## 「日本在宅ケア学会誌」執筆要項

1. 原稿 (総説, 原著, 研究報告, 実践報告) は, A4 判, 横書き, 1 頁 40 字×40 行とし, 本文, 注, 文献, 図, 表, 写真すべて含めて 8 枚以内 [次項 2-1), 2) を除く] を厳守してください. 図表 (文字は原則 9 ポイント) は 1 点につき, 大・1 枚, 中・1/2 枚, 小・1/4 枚として換算してください.
2. 投稿に際しては, 以下の投稿用原稿を Word・Excel 等にてオンライン投稿システムにアップロードしてください. (以下に含まない, 著者の氏名, 所属, 連絡先等は, オンライン投稿画面において入力いただきます).
  - 1) 和文抄録: 無記名で, ①和文タイトル, ②和文抄録 (400 字以内), ③キーワード (5 語以内), ④原稿の種類.
  - 2) 英文抄録: 無記名で, ⑤英文タイトル, ⑥英文抄録 (300 語以内), ⑦英文キーワード (5 語以内). 実践報告については, 英文抄録, 英文キーワードを必ずしもつける必要はありませんが, 英文目次を作成する必要性から英文タイトルは必ずオンライン投稿画面に入力してください.
  - 3) 本文: 無記名で, ⑧本文 (本文, 注, 文献).
  - 4) 図表: 無記名で, ⑨図表 (写真は Word へ貼り付け, もしくは PowerPoint, tif データなどで作成). (本文, 注, 文献, 図, 表, 写真は, 枚数換算のうえ, 40 字×40 行×8 枚以内に収めてください. 8 枚を超える場合は, 投稿前に「日本在宅ケア学会」編集部にご連絡ください. 編集委員会で検討し, 対応について回答します).  
なお, 本文頁には必ず通し行番号, 頁下中央部には頁番号を付してください
3. 本文中の氏名, 所属, 倫理審査機関名, 謝辞のほか, 著者を特定することのできる事項は伏せて記載してください.
4. 図表は, 本文とは別に 1 葉ごとに A4 判に作成し, 必ず図表の挿入箇所を本文に明記してください. なお, 特別の作図などが必要な場合には, 自己負担を求めることがあります.
5. 文章の形式は, 新かなづかい, 常用漢字にてお書きください.
6. 本文の見出し順位は, 原則として以下のとおりとしてください.
  - I. II. III. ……
  1. 2. 3. ……
  - 1) 2) 3) ……
  - (1) (2) (3) ……
  - (a) (b) (c) ……
  - ① ② ③ ……

## 7. 引用文献は、次のとおり記述してください。

1) 文献は日本語、外国語を問わず引用順に 1), 2), 3) ……、と番号を付けて文末にリストを記載してください。また、本文中の引用箇所に 1), 2), 3) ……、と肩番号を付してください。

2) 文献リストの記載方法は下記の例示によってください。

①雑誌の場合 論文著者名：論文名. 掲載雑誌名, 巻(号)：頁-頁(出版年).

雑誌名が欧文の場合は、イタリック体、もしくは下線を引いてください。

例 1) 日本太郎, 新宿花子, 在宅太郎, ほか: 在宅認知症高齢者のケア. 日本在宅ケア学会誌, 14(2) : 25-32 (2010).

例 2) Nihon T, Shinjuku H, Zaitaku T, et al. : The measurement of life satisfaction. *Journal of Japan Academy of Home Care*, 14(2) : 25-32 (2010).

②単行本の場合

(1) 著者名：書名. 版数, 頁-頁, 出版社名, 発行地(出版年).

例 1) 日本太郎, 日本花子, 在宅太郎, ほか: 高齢者の睡眠と健康. 第2版, 15-26, ワールドプランニング, 東京(2010).

例 2) Nihon T, Nihon H, Zaitaku T, et al. : Aging and cognitive processes. 2nd ed., 15-26, World Planning, Tokyo (2010).

(2) 著者名：論文名. (編者名) 書名, 頁-頁, 出版社名, 発行地(出版年).

例 1) 日本太郎, 日本花子, 在宅太郎, ほか: 高齢者の在宅ケアに関する実態調査. (神楽坂二郎, 新宿三郎編) 在宅ケア全集第7巻, 255-284, ワールドプランニング, 東京(2010).

例 2) Nihon T, Nihon H, Zaitaku T, et al. : A present situation of home care for elderly. In *The hand-book of home care*, eds. by Kagurazaka J, Shinjuku S, Vol.7, 255-284, World Planning, Tokyo (2010).

③翻訳書の場合

原著者名：書名(版). 頁-頁, 出版社名, 発行地, 出版年(訳者名, 訳書のタイトル, 出版社名, 発行地, 訳書出版年). 〈原典の書名, 雑誌名はイタリック体, もしくは下線を引く〉

例) Nihon T, Nihon H, Zaitaku T, et al. : Homes That Help. 25-30, Jam Press, New York, 2008 (神楽坂太郎, 牛込二郎, 四谷三郎, ほか訳, 認知症高齢者のための住環境; 在宅介護とは, ワールドプランニング, 東京, 2010).

④ホームページの場合

著者名：タイトル(URL アドレス, 検索年月日).

例) 厚生労働省：平成20年度介護サービス施設事業所調査結果の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service08/index.html>, 2010.3.15).

[注] i. 引用の場合には、出版社名の前、もしくは雑誌巻(号)の後に引用頁数を記載。

ii. 著者あるいは編者は、4名以上の場合は3名まで連記し、それ以上の著者名については“ほか”あるいは“et al.”とする。

8. 参考文献は、引用文献のあとに、参考文献として著者名のアルファベット順にまとめて掲載してください。記載方法は、文献リストに準じてください。

9. 注は、本文中の該当箇所の右肩に (1) (2) (3) ……、と順番に番号を付し、本文の後にまとめて記載してください。

10. 図表は、図・表ごとに一括して順に番号をうち、図1、表1のように表示してください。図または表の説明、出典等がある場合は、図表の下に必ず明記してください(オリジナルの場合は除く)。

11. 掲載にあたっては本誌編集方針に則って、漢字・平仮名表記の別など多少の原稿整理を行います。

## 「日本在宅ケア学会誌」 投稿論文作成チェックリスト

### 1. 投稿規程に関する事項

- 著者は共著者を含め、全員が日本在宅ケア学会の会員である。
- 著者・共著者とも、年会費の納入が滞納なく完了している。
- 投稿料の振り込みが完了している。
- 倫理的問題に関しては、以下の 1) ~ 3) を含め、倫理綱領に則って記述している。
  - 1) 文献やデータならびに設問など資料の引用・出典の明示
  - 2) 差別用語等倫理的問題となりそうな用語
  - 3) 調査対象者への研究趣旨説明や協力同意の取り付けの有無
- 利益相反の有無を本文中に記載している。
- 投稿論文に、著者名、所属、倫理審査機関名、謝辞のほか、著者を特定することのできる事項の記載がない。
- 投稿論文は、未発表の論文である。
- 投稿論文は、他誌で審査中あるいは掲載予定となっているものではない。
- 著者および共著者が収集したデータ・事例・資料等に基づいた別論文がある場合は添付している。

### 2. 執筆要項に関する事項

- 投稿論文は、A4判、横書き、40字×40行=1,600字/1枚を用いて作成のうえ、図表も含めて1つのPDFファイルとして保存している。
- 投稿論文1編の枚数および文字数は、本文、注、文献、図、表、写真を含めて8枚(12,800字)以内である(枚数については、図、表、写真の数によりこの限りではない)。
- 図、表、写真は、大きさにより以下の文字数で換算している。
  - ・大 A4判用紙1枚：1,600字
  - ・中 A4判用紙2分の1枚：800字
  - ・小 A4判用紙4分の1枚：400字
- 和文抄録は400字以内、英文抄録はnativeチェックを受けた300語以内である。
- 和文抄録には、5語以内のキーワード、英文抄録には、5語以内のKey wordsを付している。
- 和文抄録と英文抄録の内容は合っている。
- 本文頁に通し行番号、頁下中央部に頁番号を付している。
- 本文の見出し順位は、原則として以下のとおりになっている。
  - I. II. III. ……
  1. 2. 3. ……
  - 1) 2) 3) ……
  - (1) (2) (3) ……
  - (a) (b) (c) ……
  - ① ② ③ ……
- 文献の表記方法は、執筆要項に沿っている。
- 図、表は原則9ポイントで作成している。
- 図、表、写真は、図1、表1、写真1などの番号を付し、本文とは別に1葉ごとにA4判に作成し、挿入箇所を本文に明記している。

## 「日本在宅ケア学会誌」迅速査読の開始について

日本在宅ケア学会誌では、第28巻第1号投稿論文締切日(2024年2月末)より、迅速査読の受付を開始します。迅速査読が認められた論文は、その日から原則30日以内に査読結果を通知します。迅速査読を認める要件や詳細については、投稿規程(2023年9月末)をご参照くださいますようお願いいたします。

なお、迅速査読は、当該論文の迅速な採用受理を意味するものではありません。会員の皆様の積極的なご投稿をお待ちしております。

2023年9月末日

編集委員長 河野あゆみ

## 「日本在宅ケア学会誌」投稿論文の締切について

第28巻第1号および第2号の投稿論文の締切・刊行時期は以下のとおりです。ご投稿をお待ち申し上げております。

1. 第28巻第1号投稿論文締切日：2024年2月末日
2. 第28巻第1号刊行時期：2024年9月末日予定
3. 第28巻第2号投稿論文締切日：2024年8月末日
4. 第28巻第2号刊行時期：2025年3月末日予定

### 【投稿論文等送付先】

「日本在宅ケア学会誌」編集部  
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル  
株式会社 毎日学術フォーラム内  
TEL：03-6267-4550 FAX：03-6267-4555  
E-mail：maf-jahc@mynavi.jp

## 一般社団法人日本在宅ケア学会役員一覧

(2022年7月9日～2024年度社員総会まで)

### 理事長

亀井 智子 (聖路加国際大学大学院)

### 副理事長

中谷 久恵 (広島大学大学院)

### 理事

上野 まり (一般社団法人日本在宅ケア教育研究センター)

牛久保美津子 (群馬大学大学院)

内田恵美子 (一般社団法人日本在宅ケア教育研究センター)

榎本 雪絵 (杏林大学)

尾崎 章子 (東北大学大学院)

片山 陽子 (香川県立保健医療大学)

加瀬 裕子 (Western Sydney University)

金盛 琢也 (浜松医科大学)

萱間 真美 (国立看護大学校)

菊地ひろみ (札幌市立大学)

河野あゆみ (大阪公立大学)

河野 光伸 (金城大学)

小西かおる (大阪大学大学院)

下田 信明 (東京家政大学)

高砂 裕子 (南区医師会訪問看護ステーション)

辻 彼南雄 (水道橋東口クリニック)

長江 弘子 (亀田医療大学)

永田 智子 (慶應義塾大学)

服部ゆかり (東京大学医学部附属病院)

### 監事

石垣 恭子 (兵庫県立大学)

村嶋 幸代 (大分県立看護科学大学)

### 代議員

麻原きよみ (聖路加国際大学)

新井香奈子 (滋賀県立大学)

池田 直樹 (上本町総合法律事務所)

石橋みゆき (千葉大学大学院)

石原多佳子 (岐阜聖徳学園大学)

内田 陽子 (群馬大学大学院)

王 麗華 (大東文化大学)

大野かおり (兵庫県立大学)

岡田 進一 (大阪公立大学大学院)

岡田 麻里 (香川県立保健医療大学)

岡本双美子 (大阪公立大学大学院)

岡本 玲子 (大阪大学大学院)

落合のり子 (島根県立大学)

柏木 聖代 (東京医科歯科大学大学院)

片岡ひとみ (山形大学)

叶谷 由佳 (横浜市立大学)

川上 理子 (高知県立大学)

### 代議員

北山三津子 (岐阜県立看護大学)

木全 真理 (川崎市立看護大学)

小林 淳子 (仙台青葉学院短期大学)

小林 裕美 (㈱在宅看護実践研究所)

齋藤 美華 (山形県立保健医療大学)

酒井 昌子 (聖隷クリストファー大学)

佐々木明子 (東北文化学園大学)

正野 逸子 (西九州大学)

白澤 政和 (国際医療福祉大学大学院)

鷺見 尚己 (北海道大学大学院)

住居 広士 (県立広島大学大学院)

炭谷 靖子

臺 有桂 (神奈川県立保健福祉大学)

高橋 奈美 (札幌市立大学)

竹生 礼子 (北海道医療大学)

竹本与志人 (岡山県立大学)

田村須賀子 (富山大学大学院)

中村 順子 (特定非営利活動法人ホームホスピス秋田)

西田 和子 (第一薬科大学)

仁科 聖子 (清泉女学院大学)

野元 由美 (産業医科大学)

乗越 千枝 (四天王寺大学)

服部万里子 (㈱服部メディカル研究所)

林 裕栄 (埼玉県立大学)

彦 聖美 (金城大学)

平澤 則子 (長岡崇徳大学)

平原 優美 ((財)日本訪問看護振興財団あすか山訪問看護ステーション)

古瀬みどり (山形大学)

古田加代子 (愛知県立大学)

蒔田 寛子 (豊橋創造大学)

眞崎 直子 (聖マリア学院大学)

松下 祥子 (東京家政大学)

松本 啓子 (香川大学)

光安 梢 (福岡女学院看護大学)

三輪 恭子 (大阪公立大学大学院)

百瀬由美子 (日本赤十字豊田看護大学)

矢庭さゆり (新見公立大学)

山崎 摩耶

山田 雅子 (聖路加国際大学大学院)

山本 則子 (東京大学大学院)

結城美智子 (北海道大学大学院)

吉田 千文 (常磐大学)

### 編集委員会

委員長 河野あゆみ (大阪公立大学)

副委員長 永田 智子 (慶應義塾大学)

委員 牛久保美津子 (群馬大学大学院)

加瀬 裕子 (Western Sydney University)

石橋みゆき (千葉大学大学院)

竹本与志人 (岡山県立大学)

古瀬みどり (山形大学)

柏木 聖代 (東京医科歯科大学大学院)

岡本双美子 (大阪公立大学大学院)

増田 和高 (武庫川女子大学)

小野若菜子 (聖路加国際大学)

久篠 奈苗 (東京家政大学)

岡田 直人 (北星学園大学)

梶井 文子 (東京慈恵会医科大学)

成瀬 昂 (東京大学大学院)



## 一般社団法人日本在宅ケア学会歴代学術集会会長

回	会長	所属	開催日	テーマ
第 1 回	高崎 絹子	東京医科歯科大学	1997/1/18	在宅ケアにおける学際的アプローチの必要性 在宅ケアにおけるケアマネジメント・ケアプラン
第 2 回	川村佐和子	東京都立保健科学大学	1998/1/31	在宅ケアをマネージする技法 在宅ケアの質を保証する戦略
第 3 回	丸茂 文昭	東京医科歯科大学	1999/1/30	社会政策の転換期における在宅ケアの確立
第 4 回	寺山久美子	東京都立保健科学大学	2000/1/29	自立支援とリハビリテーション
第 5 回	津村智恵子	大阪府立看護大学	2001/1/27	介護保険と高齢者虐待の早期発見と予防
第 6 回	大田 仁史	茨城県立医療大学	2002/1/26-27	地域を支える在宅ケアの課題と戦略
第 7 回	白澤 政和	大阪市立大学	2003/1/25	介護保険下での保険・医療・福祉の連携に向けて
第 8 回	福島 道子	日本赤十字看護大学	2004/1/24	在宅ケアの多様な展開
第 9 回	加瀬 裕子	早稲田大学	2005/1/23	ケアマネジメントを支えるチームアプローチの展開
第 10 回	中島紀恵子	新潟県立看護大学	2006/3/3-4	災害時の在宅ケア
第 11 回	野川とも江	埼玉県立大学	2007/3/3-4	地球は一つ、トータルな在宅ケアをめざして
第 12 回	佐々木明子	東京医科歯科大学大学院	2008/3/15-16	みんなが住み慣れた地域で満足できる在宅ケアの確立
第 13 回	黒田 研二	大阪府立大学	2009/3/14-15	誰もが安心できる地域ケア、つながりのある地域づくり
第 14 回	麻原きよみ	聖路加看護大学	2010/1/23-24	その人の生涯と家族を支える在宅ケア
第 15 回	山岡喜美子	県立広島大学	2011/3/19-20	地域の連携から総合化を実現する在宅ケア
第 16 回	原 礼子	慶應義塾大学	2012/3/17-18	日本復興のための在宅医療・在宅ケア
第 17 回	瀧澤 利行	茨城大学	2013/3/9-10	生きる力を高める在宅ケア
第 18 回	長江 弘子	千葉大学大学院	2014/3/15-16	多職種で共に考え、支えるエンド・オブ・ライフケア
第 19 回	小野 ミツ	九州大学大学院	2014/11/29-30	発展する在宅ケアの未来に
第 20 回	亀井 智子	聖路加国際大学	2015/7/18-19	学会設立 20 年「在宅ケア学」の確立をめざして
第 21 回	辻 彼南雄	水道橋東口クリニック	2016/7/16-17	在宅医療とケアの原点
第 22 回	工藤 禎子	北海道医療大学	2017/7/15-16	地域包括ケアにおけるセーフティ・マネジメント
第 23 回	岡田 進一	大阪市立大学大学院	2018/7/14-15	超高齢社会における在宅ケアの課題と展望
第 24 回	尾崎 章子	東北大学大学院	2019/7/27-28	いのちと暮らしを支える在宅ケアのバイオニア・スピリット
第 25 回	森下 安子	高知県立大学	2020/6/27	ライフ・デザインと多職種協働
第 26 回	中谷 久恵	広島大学大学院	2021/8/28-29	地域社会が協働で織りなすコミュニティケア
第 27 回	下田 信明	東京家政大学	2022/7/30-31	ひとの生 (life) を支える在宅ケア・在宅リハビリテーション
第 28 回	小西かおる	大阪大学大学院	2023/11/11-12	ともいき (共に生きる) ～在宅ケアにおける SDGs へのアプローチ～
第 29 回	永田 智子	慶応義塾大学	2024/8/24-25	「望む場所で暮らす」をかなえるために：つくる・つなげる在宅ケア

※第 21 回学術集会は日本在宅医学会との合同開催 (参加者数：3,849 人)

## 編集後記

2023年の5月から6月には、国民生活に大きく関わる重要な法律の変更や、新しい法律の成立がありました。

まず5月8日に、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが、これまでの「新型インフルエンザ等感染症（いわゆる2類相当）」から「5類感染症」に変更となりました。その結果、発生动向の報告方法、医療体制、患者対応、感染対策等が大きく変わりました。私たち一人ひとりが主体的な選択を尊重し、様々な判断を委ねられることになりました。一般社会では、経済の活性化も推進しながら、個々人が感染予防に努めなくてはならない状況になりましたが、医療福祉の領域では、虚弱性や感染リスクの高い高齢者や療養者が対象であることから、特に在宅ケアを担う医療者や介護職は、一般人としての生活をしながらも、感染予防のリスク管理を特に意識していく必要があります。一般の生活の中で、感染予防に努めることの難しさを常に感じながら、ケア対象者のリスク管理の上で、自らの健康管理をしていかなければならない点において、医療や介護を担うスタッフと一般人の感染予防に対する意識の差がさらに広がっていると考えます。

また6月14日には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）が成立しました。この法の制定によって、今後認知症基本法が定める基本理念や方針に適した認知症施策が計画・実施されていくことになるため、第3条の基本理念の理解が大事だと考えます。基本理念でのキーワードは、認知症の人やその家族の意向の尊重、認知症に対する国民の理解、認知症者の尊厳の保持、共生することを妨げない福祉サービスの充実、研究成果の普及・活用・発展、関連分野における総合的な取り組みになっています。

これらの2つは、日本の在宅での保健医療福祉施設でのケアに非常に影響する内容であることから、日本在宅ケア学会では、教育・研究者は、各自治体などの施策をふくめての取組みや対応に注視しつつ、在宅や施設で暮らす認知症者や家族の尊厳の保持や共生社会としてのあり方について課題や方策などについてさらに研究をすすめていく必要があると考えます。

梶井 文子

## 日本在宅ケア学会誌 (Journal of Japan Academy of Home Care)

Vol.27, No.1, September, 2023  
2023年9月30日

発行 一般社団法人日本在宅ケア学会  
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1  
パレスサイドビル 株式会社 毎日学術フォーラム内  
Tel: 03-6267-4550 FAX: 03-6267-4555  
印刷 ホクエツ印刷株式会社

定価 (本体2,450円+税)

\*広告掲載ご希望の方は、直接毎日学術フォーラムあてにお申し込みください。  
本誌の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。