

Journal of Japan Academy of Home Care

日本在宅ケア学会誌 Vol.28, No.2, March, 2025

目 次

巻頭言

- サイエンスとひとが創り出す在宅ケア 河野あゆみ 3

特 集 第29回日本在宅ケア学会学術集会

学術集会長講演

- 「望む場所で暮らす」を叶えるために 永田 智子 4

公開シンポジウム

在宅ケアの効果を評価する

- 在宅ケアの評価：概要とVENUS質指標の紹介 山本 則子 10
クオリティ・マネジメントの立場から 山本 渉, 山田 修平 16
訪問看護の日々において測ること 岩本 大希 21
介護サービスにおける科学的介護情報システム（LIFE）の活用実践例 服部 昭博 27

在宅ケアにおけるビッグデータ／リアルワールドデータの活用：

エビデンスに基づく政策形成に向けて

- エビデンスに基づく政策立案に向けたデータ活用の現状と展望 渡邊 亮 33
在宅ケア分野におけるリアルワールド・データの解析の実際と課題 河野あゆみ 37
在宅医療におけるエビデンスと政策立案：データ活用の最前線 江頭 勇紀 42

総 説

- 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の概念分析 高橋 晶, 李 錦純 50

研究報告

介護保険における福祉用具専門相談員の実態と課題

- ーインタビュー調査を通してー 菊地 真一 62

- 在宅で生活する心不全高齢者の病いの受けとめ 板持 智之, 梶谷みゆき 71

中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践

- 山本 大祐, 高橋美沙子, 李 錦純 82

医療的ケア児受入れ保育園における看護師の感染予防・対策の実践

- 日野 徳子, 渡邊 久美, 中垣 紀子 90

在宅での看取りで訪問看護師が行う多職種連携

- ー訪問看護師と家族の認識の比較ー 小泉亜紀子, 岡本双美子, 近藤 麻理 100

長期在宅補助人工心臓治療を受ける患者と介護者への医療と介護を含めた

療養生活に関わる連携と協働ー在宅支援に関する医療従事者の認識ー

- 永野 佳世, 神里みどり 109

書 評

- 石橋みゆき 118

第30回日本在宅ケア学会学術集会 ご案内

119

学会だより：2023年度第3回理事会議事録（122）、2024年度社員総会議事録（126）、2024年度第1回理事会議事録（128）、在宅ケア実践の質の向上と推進に関するステートメント（130）、定款（133）、研究倫理ガイドライン（137）、実践および研究助成に関する規定（139）、第12回実践および研究助成選考結果（139）、日本在宅ケア学会誌オンライン投稿方法（140）、投稿規程（141）、論文の種類について（142）、「日本在宅ケア学会誌」執筆要項（142）、「日本在宅ケア学会誌」投稿論文作成チェックリスト（144）、査読者一覧（145）、投稿論文の締切について（145）、役員一覧（146）、歴代学術集會会長（147）、編集後記（148）

Journal of Japan Academy of Home Care

Vol.28, No.2, March, 2025

Contents

Foreword

- Innovating Home Care Through Science and Humanity Ayumi Kono 3

The 29th Annual Academic Meeting of Japan Academy of Home Care

Chairman Lecture

- Living Where You Choose: Overcoming Challenges and Building Possibilities
Satoko Nagata 4

Public Symposium

Evaluating the Effectiveness of Home Care

- Evaluating Home Care: An Overview and Introduction of VENUS Quality Indicators
Noriko Yamamoto-Mitani 10
- From Viewpoint of Quality Management Watalu Yamamoto, Shuhei Yamada 16
- Evaluating the Effectiveness of Home Care: Measuring in Daily Home Nursing Practice
Taiki Iwamoto 21

Examples of Practical Use of Long-term care Information system

- For Evidences (LIFE) in Nursing Care Services Akihiro Hattori 27

Utilizing Big Data in Home Care: Towards Evidence-Based Policy Formation

- Current Status and Future Prospects of Data Utilization for
Evidence-Based Policy Making in Japan Ryo Watanabe 33
- Analysis and Challenges of Real-World Data in Home Care Discipline Ayumi Kono 37
- Evidence Based Policy Making in Home Health Care:
The Frontline of Data Application Yuki Egashira 42

Review Article

- Rehospitalization Prevention for Patients with Heart Failure in
Home Healthcare Nursing Practice: a Concept Analysis Aki Takahashi, Kumsun Lee 50

Research Report

- The Actual Situation and Issues of Home Care Equipment Expert
Advisors under the Long-term Care Insurance System
— Interview Survey — Shinichi Kikuchi 62
- Coming to Terms with Disease in Elderly Heart Failure People
Recuperating at Home Tomoyuki Itamochi, Miyuki Kajitani 71
- Home-visiting Nurses' Practice of Supporting End-of-life
Care at Home in Hilly and Mountainous Areas
Daisuke Yamamoto, Fusako Takahashi, Kumsun Lee 82
- Infection Prevention and Control Practices by Nurses in Daycare Centers
for Children with Medical Care Noriko Hino, Kumi Watanabe, Noriko Nakagaki 90
- Multidisciplinary Collaboration by Home Care Nurses in end-of-life Care at Home
— Comparison of the Perceptions of Home Care Nurses and Families —
Akiko Koizumi, Fumiko Okamoto, Mari Kondo 100
- Cooperation and Collaboration in Relation to Treatment Life Including
Medical and Nursing Care for Patients and Carers Undergoing Destination
Therapy Ventricular Assist Device — Healthcare Professionals' Perceptions
of Home Support — Kayo Nagano, Midori Kamizato 109

Book Review

118

巻頭言



サイエンスとひとが創り出す在宅ケア

Innovating Home Care Through Science and Humanity

河野あゆみ

日本在宅ケア学会誌, 28 (2): 3 (2025)

このたび、第30回日本在宅ケア学会学術集会は2025年9月13日(土)～14日(日)に千里ライフサイエンスセンター（大阪府豊中市）で開催いたします。本学会設立から30年目を迎える記念の年に学術集会長を拝命いただき、大変光栄に思うと同時に、役員・会員・関係者の皆様に心より感謝いたします。

本学術集会のテーマは「サイエンスとひとが創り出す在宅ケア」です。わが国は、社会全体が経済成長を経て、生活の質や個々の価値観の多様性を重視できるとても豊かな社会となりました。しかし、成熟社会の特徴である少子超高齢化と生産年齢人口の減少という新たな局面を迎え、持続性のあるケアの新しい創出と変革をする新たな知恵が求められています。私たちは、2020年から数年にわたるCovid-19によるパンデミックを経験したため、対人サービスや人々同士の交流に対する考え方が大幅に多様化しました。その一方、IoT（Internet of Things）が急速に進化し、医療・介護・福祉領域においても、リアル・ワールドデータをはじめとしたデータサイエンスによるエビデンスを創出できる環境が整いつつあります。在宅ケアは、暮らしの場での医療・介護・福祉サービスのほか多彩な社会支援や人々の助け合いによる世話や配慮を広く含むものですが、サイエンスを使いこなしつつ、暖かい心をもって他者に寄り添えるひとによってつくられるものでもあります。

これらの趣旨をふまえて、本学術集会の企画は大きく分けて二本立てとしています。サイエンスからみた在宅ケアの視点では、ヘルスサービスリサーチやリアル・ワールドデータを用いた在宅ケアのエビデンスやシーティング・ロボットなどの人間工学分野のテーマをキーワードとした企画をたてています。また、他者に寄り添うひとがつくるという視点からは、在宅ケアの質と財政の保証、人材育成、地域のつながりによるケアなどをキーワードとした企画を組んでいます。在宅ケアという共通のテーマをもとに学術や研究に関心がある方、教育や実践に関心がある方、双方が集い、サイエンスと実践が融合できる新たな視点をもてればと思っております。私たちは、在宅ケアについて自宅をはじめ、障害者や高齢者等の方のためのグループホームや施設等さまざまな暮らしの場におけるケアととらえています。研究は、もちろんのこと、暮らしの場のケア実践に関する報告について、一般演題や交流集会などで共有し、個々の参加者が自由に交流できる場になることを願っています。

本学術集会では、基本講演、教育講演、シンポジウム、パネルディスカッション、市民講座、インタレストトークを会場で実施するほか、オンデマンド配信では在宅ケア実践者のためのスキルアップセミナーなど盛り沢山のプログラムを企画しています。また、学会理事会の先生方による各種委員会セミナーや30周年記念講演・記念式典も行われ、学会員の方も、これから学会入会を考えておられる方もお楽しみいただけることと思います。

大阪・関西万博が開かれる2025年、大阪の地でこれからの時代の人々の生活と健康をまもるために、在宅ケアはどうあるべきか、どうサイエンスを生かすか、どのように人々のつながりや在宅ケア人材育成を推進するか、多様な切り口から皆さんと意見を交わしましょう。関係者一同、多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

学術集会長講演

第 29 回日本在宅ケア学会学術集会

「望む場所で暮らす」を叶えるために

Living Where You Choose: Overcoming Challenges and Building Possibilities

永田 智子

日本在宅ケア学会誌, 28(2):4-9(2025)

I. 地域包括ケアシステムとケアの継続性

少子高齢化・人口減少が進む中、少ない生産年齢人口でいかに高齢者やケアを要する人々を支えるかという2040年問題への対応が喫緊の課題となっている。その対策の基盤となるのは、2025年を目途に構築することを目標としていた地域包括ケアシステムであり、この講演が行われた2024年は、節目の年を目前にして地域包括ケアシステムについて改めて検討するのに適した時期と考える。本講演では、地域包括ケアシステムの中でも、中央に位置する対象者の居住する「住まい」と「医療」「介護」「生活支援・介護予防」の要素をつなぐ「矢印」に焦点を当てたい（図1）。

この矢印には、住民の居住場所の移動、サービスを受けるための移動、サービスの提供者側の移動に加え、人やケアに関する「情報」の行き来も含まれると考えられる。「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続ける」ことが可能な社会を目指す中、これらの「人」や「ケ

ア」や「情報」が必要に応じて行き来する中で、その「継続性」をいかに担保するかが重要となる。

世界保健機構（WHO）は、統合されたパーソンセンタードヘルスケアに関する文書を発行しており、その中に「ケアの継続性とケアコーディネーション」に関する文書が含まれている²⁾。この文書において、ケアの継続性は、「人々が、一連の個別のヘルスケアイベントが、時間の経過を経てもまとまりがあって互に関連しあっている、自らの健康ニーズや意向に対して一貫性がある、として経験する程度を反映するものである」と定義されている。また、ケアコーディネーションは、「サービス利用者のニーズを満たすために、ケアの専門家と提供者を結びつけ、様々な場面で統合された、その人に焦点を当てたケアを受けられるようにするための積極的なアプローチ」とされている。

この文書では、ケアの継続性について、4つの側面を提示している（表1）²⁾。対人的な継続性（Interpersonal continuity）としては、人と人との関係性が信頼に基づき一貫しており、患者の特性に応じたケアが切れ目なく提供されることを必要としている。経時的な継続性（Londitudinal continuity）としては、退院後に向けた適切な支援、インフォーマルなネットワークを含めた継続的な支援の必要性があげられている。管理上の継続性（Management continuity）としては、多部門・多職種によるケースマネジメントやケアプラン、ケース発見やモニタリングのシステム化などに言及されている。情報の継続性（Informational continuity）では、患者とケア提供者間のコミュニケーション、ケアに関する情報やチームでの合意内容が共有され、引き継がれていくことなど

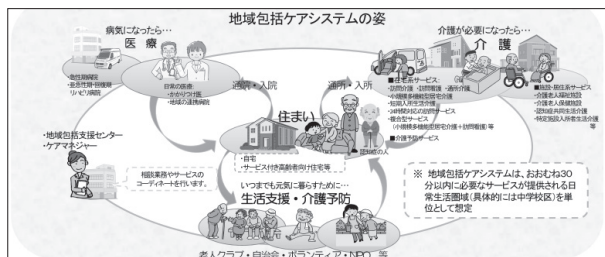


図1 出典：厚生労働省 HP¹⁾

表1 ケアの継続性に向けたアプローチと介入の方向性

対人的な継続性	経時的な継続性	管理上の継続性	情報の継続性
- 継続的な信頼関係 - 同じ提供者によるケア - 柔軟で一貫したケアの継続 - 患者の特性に合ったケア	- 入院時からの退院支援 - 専門家やチームによるフォローアップ - つなぎや照会 - ケアに関するナビゲーター - インフォーマルなケアラーや社会的ネットワークによる支援	- 部門を超えたケースマネジメント - 協働ケアの分かち合い - ケース・ハイリスク者の発見 - 積極的に定期的なモニタリング - 複数のケア提供者の意見に基づくケア計画	- 患者と提供者のコミュニケーション：患者がケア変更について知らされていること 「集団の記憶」が保証されていること - ケア記録のシェア・同時性 - 標準的なケアプロトコル

Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. を試訳

があげられている。

地域包括ケアシステムが有効に機能し、人々が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、自らの望む生き方が継続的に尊重され、周囲の人々との間でなじみの関係を築くことができ、医療やケアに必要な情報が的確に伝達されることが必要である。ケアの継続性は地域包括ケアシステムの基盤を構成するといってもよいであろう。

Ⅱ. 移行期ケアにおけるケアの継続性

ケアの継続性に基づいたアプローチは、とくに移行期ケアにおいて必要になる。

移行期ケアとは、健康状態や生涯発達の変化、療養環境や生活・社会環境が大きく変わる過程に着目し、その過程が最善の状態につながるよう、多様な専門家やリソースを動員し、連携・協働のもと、組織的に継続的に

サポートすることである。

ここでは、特に、人々の生活の場と医療の場との移行場面に焦点を当てて考えたい。図2では、健康度の変化(場合によっては時系列に伴い発達上の変化も)、およびそれに伴う生活・療養の場、あるいは必要とするケアの種類や強度が変更する際の、移行期ケアのタイミングを吹き出しで示している。まずは、医療機関での入院と、自宅等での在宅療養との間の移行、すなわち入退院支援について取り上げる。

退院支援は、個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラムである³⁾。

退院支援は、ケアマネジメントと看護過程を合わせたものとも考えられる。ケアマネジメントは患者がその人なりに自立し、質の高い生活を送ることを目標に、患者が持つ多様で複雑なニーズに対して、適切な社会資源・サービスを結びつける援助機能である。また、看護過程は患者が有する健康上の課題を明らかにし、目標を達成するための看護介入の計画を立てて実行・評価する一連の流れである。これらを合わせると、退院支援は、入院の目標を共有し、次の療養場所への円滑な移行に向け、患者・家族と医療者間での意思統一を図ったうえで、必要な看護ケア(患者教育・通常ケアを含む)を行うと共に、必要に応じて社会資源の調整などのケアマネジメントを行うこととなる。

退院支援に関する診療報酬は徐々に整えられている(表2)。2000年代に入院中の退院計画策定や施設要件への退院支援担当者の設定が報酬算定の要件として位置

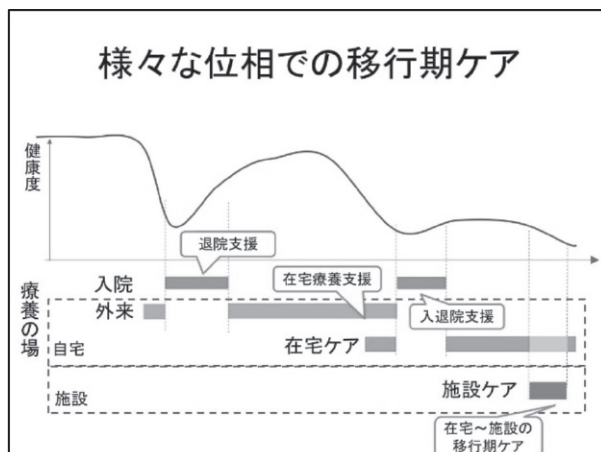


図2 様々な位相での移行期ケア

表2 入退院支援に関する診療報酬の変遷

年代	入退院支援に関連する主な診療報酬の改定内容
2000年	(介護保険制度開始)
2002年	急性期入院加算等の施設基準：退院指導計画の作成・実施(新)
2004年	「亜急性期入院医療管理料」の新設：「専任の在宅復帰支援の担当者を1名以上配置」等の要件あり
2006年	「入院から在宅療養への円滑な移行の促進」 在宅療養支援診療所の新設、在宅の多職種が共同して行う退院指導の評価引き上げ、地域連携パス新設
2008年	長期療養者・後期高齢者への退院調整加算(新)：施設要件として退院調整部門 退院時共同指導料：三者以上が集まると2,000点、退院支援指導加算：退院日の訪問看護への算定
2010年	退院調整加算：介護保険該当者に拡大 在宅復帰後を目指した地域連携パス がん患者の治療連携計画策定(新)/認知症患者・NICUの退院調整加算(新)
2012年	「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」 退院調整加算の要件変更：在院日数短いと高点数、スクリーニング実施要 医療と介護の情報共有に対し加算
2014年	在宅復帰の促進：急性期病棟での「自宅等退院患者割合」、地域包括ケア病棟での「在宅復帰率」導入
2016年	退院支援加算(新)(退院調整加算から変更) 退院支援加算1の算定要件：病棟への退院支援職員の配置、医療機関間の顔の見える連携の構築など
2018年	入退院支援の評価：入退院支援加算に名称変更し、入院時支援加算(入院前からの支援の評価)を新設
2020年	入院時支援加算の見直し：社会的背景等を含む患者情報の把握、入院前の利用サービスの把握等を関係職種と連携して 行い、院内での共有などを行う場合に入院時支援加算1を算定可
2022年	外来と在宅の連携：外来在宅共同指導料の新設 地域包括ケア病棟における入退院支援加算の要件化

づけられ、退院時共同指導料も拡充された。2008年には退院調整加算が対象者を限定して開始され、徐々に対象者の範囲が広がり、2016年には退院支援加算、さらに2018年には入退院支援加算へと変更され、入院前からの支援を含めた在宅療養支援が評価されるようになった。

このような流れにのっとり、退院支援を行う部署は大幅に増加している。筆者らの調査で2001年に100床以上の病院で退院支援部署を有していたのは3割弱に過ぎなかったが、2010年には7割以上に増え⁴⁾、2020年の医療施設調査では100床未満の病院での部署設置率は32.5%と高いものの、100～500床未満の病院で68.8%、500床以上の病院で92.4%が部署を設置している。また、入退院支援加算1を算定するには2病棟に1名の退院支援担当者を置くことが求められていることから、病院全体としての担当者と病棟の担当者の2本立てにしている医療機関も増えていと考えられる。

Ⅲ. 患者の意向をつなぐ入退院支援

このように入退院支援が全国の医療機関において通常装備となる中、入退院支援の質の担保が重要な課題となっている。先に示したケアの継続性の観点から見ると、対人的な継続性としては、患者の意向・特性に対応した支援を行うこと、経時的な継続性としては、タイムリーに支援を行い、円滑にバトンタッチすること、管理上の継続性としては、支援を要する対象者を適時・的確に把握し、部門を超えた対応を行うこと、情報の継続性としては、患者の情報の適切な伝達、入退院支援プロセスの部門間の共有を行うことがあげられる。

対象者の意向を反映した支援は、入退院支援にとって最も基本となる要素であると考えられる。2011年に戸村らが発表した、経験豊かな退院支援看護師へのインタビュー調査に基づく退院支援プロセスについての質的研究⁵⁾においては、コアカテゴリとして「患者・家族が合意した退院をつくる」ことがあげられ、患者・家族が退院後の生活をイメージできるように支援したうえで、

患者・家族の希望と可能性とをすり合わせて合意形成を行い、そのゴールに向かって調整するというプロセスが描き出された。

一方、退院支援の効果検証として、33の無作為化比較試験のレビューを行った最新のコクランレビュー⁶⁾では、在院日数の減少、予定外再入院の減少などの効果があげられている一方、患者とサービス提供者の満足度については、向上したという研究はあるものの、十分なエビデンスとまでは言えない状況である。患者の意向の反映や、患者の特性に応じた支援については、未だ十分な検討が行われていないと考えられる。

筆者は2023年に全国の病院に対して行ったコロナ禍での退院支援における患者・家族・ケア提供者間の情報共有等に対する調査を行った。有効回答は710件で、患者が自宅等に退院する際の退院に向けたカンファレンスは95%以上の病院が実施していたが、カンファレンスへの患者の参加状況を見ると、「基本的に参加」とする病院が45%ある一方、「参加しない・参加は半数未満」とする病院も約3分の1となっていた。同様の問いで、家族・地域ケア提供者の参加については、約8割が「基本的に参加」と回答していた。患者の状態像にもよるが、患者主体の退院支援が実施されていない医療機関がまだ多いことが推測され、患者自身の参加、あるいは患者の意思決定を踏まえた支援を実施することが必要といえる。

入退院支援の評価については、患者自身が評価する「退院に向けた準備状態の測定尺度」などが開発されている⁷⁾。このような尺度も活用しつつ、退院支援が患者主体で実施されているか、プロセスの中で置き去りになっていないかを確認することも、今後の課題と考えられる。

IV. 外来における在宅療養支援

次に、移行期におけるケアの一つである外来での在宅療養支援を取り上げる。ここでの在宅療養支援とは、在宅での療養生活が円滑に行われるように実施される支援、現在行っている治療やケアが順調に進むための支援、現在の治療やケアを変更しなければならない際の支援、患者の状態の変化に応じた治療やケアの変更に向けた支援を指す。外来は療養者の生活と医療の接点となる場であり、そこで療養者の心身の健康や社会的状況の変化をキャッチし、的確に在宅療養支援を行うことが求められている。より重症な患者が退院することにより外来患者の重症度が高まるとともに、外来でのがん化学療法など、入院せずに高度な医療を受ける患者も増えている。加えて、家族介護力の低下、社会的・経済的問題を有する患者の増加など、様々な問題を有する外来患者に対し、外来スタッフは支援の必要性を把握して、対応することが求められている。

外来での在宅療養支援は、病状管理および医療処置への支援、治療継続支援、意思決定支援、在宅サービス利用支援の4つに分けることができる⁸⁾。それぞれ必要な患者像について表3に示す。

こうした外来患者の支援ニーズに気づくために、外来看護師がどのような情報収集を行っているかを検討した質的研究⁹⁾によると、外来看護師は、患者の治療や病状に関する情報のほか、待合室での様子・患者の身なりや行動などを含めた受診行動のとり方、同行者の来院時の状況などを把握していた。これらに加えて、患者の自宅での様子、自己管理・セルフケアの状況、サービスの利用状況などを情報収集し、支援につなげていた。こう

表3 外来で行われる在宅療養支援

病状管理・医療処置への支援	治療継続支援	意思決定支援	サービス利用支援
- 服薬管理に手助けを必要とする患者 - 食事療法やリハビリテーションが必要な患者 - 医療処置を自宅で継続して行う患者	- ADLの低下、家族の状況の変化などにより、通院方法の変更が必要な患者 - 通院の必要性が理解できていない患者 - 認知機能の低下により通院が難しい患者	- 病状の悪化や新たな診断により、治療方針などの選択が必要な患者 - 予測される病状の経過に伴い、意思決定が必要となる患者 - 病状の進行や加齢による衰弱などのため療養場所の検討が必要な患者	- 自宅生活を継続するのにサポートが必要な患者 - 使用中のサービスの変更が必要な患者 - 療養場所の変更が必要な患者 - 社会資源の利用や経済的支援のために手続きが必要な患者

出典：田口敦子 外来看護師に求められること 外来で始める在宅療養支援（日本看護協会出版会）6頁～より

した情報収集は、1度の受診だけではなく、継続的なアセスメントの中で行われ、複数のトリガーが引っかかって、支援につながる、というパターンが多くみられていた。

このように外来において継続的なアセスメントを行い、さらに患者への対応を行うことが必要となるが、外来の人員は限られており、患者と医療者が接する時間も短いことから、外来における在宅療養支援のシステムを構築することが必要となる。病状に変化がみられる際、外来においてバッドニュースの伝達が行われる際、また外来での様子から異変が感じられた際などに適切な支援を行える体制を整えるということである。そのためには、個々の医療機関の外来の特徴、たとえば規模や人員配置、診療科の特徴、受診患者の特徴などに応じたシステムの構築が必要である。

特定機能病院である東北大学病院では、病院全体で外来における在宅療養支援の向上に取り組んでいる¹⁰⁾。外来では時間や人員配置の点でカンファレンスを実施しづらい場合が多いが、ここでは立ち話を含めた短時間の打ち合わせを「日々のカンファレンス」と位置づけ、合わせて十分な時間をとって話し合う必要のある事例や、多職種の連携が必要な事例に対する「定例カンファレンス」とを組み合わせて、外来での在宅療養支援の向上を図っている。また、調布東山病院では、外来での在宅療養支援を行うためのタイミング・キャッチ図を作成し、倫理的問題やACP、アドバンスケアプランニングを含む問題を拾い上げて、介入につなげている¹⁰⁾。臨床倫理の4分割法を用い、医学的適応については主治医に確認し、本人・家族の意向も確認しながら話し合いを行って支援を行っている。

そのほか、外来からの患者自宅訪問、当番制での在宅療養支援係の取り組み、クリニックにおける毎日の朝会・昼会での情報共有など、各地の病院では様々な取り組みが行われている¹⁰⁾。外来における在宅療養支援のシステム構築や、スタッフの資質向上に向けた取り組みは、これから更に事例の蓄積と研究が必要な領域と考えている。

V.「望む場所で暮らす」を叶えるために—ケアの継続性の観点から

ここまで、医療機関における移行期ケアのありかたについて事例や研究を紹介してきた。ケアの場を移行した

り、様々なケア提供者がケアに関与したりすることにより、患者は自身の状態に最も適したケアを受けられることが期待されるが、一方でリロケーションダメージが生じたり、ケアの連続性の担保が損なわれたりする場合は生じうる。また、療養場所の移行や、様々な専門職の関与が、対象者の意向を確認せずに、あるいは意向とは異なる形で行われることもある。専門職として判断したニーズ (Professional needs) と、患者が認識しているニーズ (Felt needs) とのギャップを埋め、一人一人が望む生活を最適な場で送れるようにするには、どうしたらよいだろうか。

まずは、利用者・患者・対象者主体のケアを実践することを前提としつつ、テクノロジーを活用して、情報伝達におけるギャップを埋めるとともに、療養環境を整備することがあげられるだろう。

次に、ケアの質の担保のための評価方法開発、そしてエビデンスの蓄積と普及が重要である。とくに在宅ケアにおいては、ケアが個々の居場所で実施され、提供する事業所も小規模であることが多いことから、エビデンスの蓄積にはリーダーシップが必須であり、日本在宅ケア学会で継続して実施しているガイドライン作成事業の重要性を改めて確認したい。また、情報通信技術の進歩は評価方法の確立やエビデンスの蓄積においても有用である。

一方で、ケア提供においては「属人性」、つまり「この人だから任せられる」「この人だから頼める」という関係性は切り離せない。これは対象者と提供者の間にも、提供者間においても重要である。個々のケア提供者の資質向上に加え、「この人がどんな人か」を平時から知っておく、いわゆる「顔の見える関係」づくりの重要性は、情報通信技術の発展によりむしろ増加していくものと考ええる。

さらに、2040年問題を控え、すでに各地で人手不足が深刻化する中、多様なバックグラウンドを持つ人が役割を発揮しながら地域で生活することが当たり前の社会を作ることも重要と考える。医療機関や在宅ケア機関、高齢者施設において、ケア提供者の教育体制・連携体制が充実し、また柔軟で適切なタスクシフト・タスクシェアが行われることにより、多様なケア提供者が質の高いケアを提供できるようになることが望まれる。また地域における多様な住民がつながりをもって暮らし続けられる

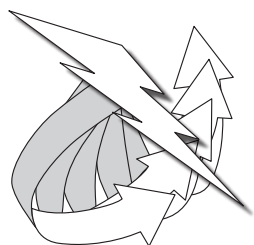
ための、集まりや居場所の形成も、「望む場所で暮らす」ことの実現には重要と考える。

以上、ケアの継続性の観点から、人々が「望む場所で暮らす」ことをかなえるために在宅ケアにおいて重要と考えたことを私見として述べさせていただいた。今後の議論の一材料となれば幸甚である。

■引用文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html, 2024. 12. 23)。
- 2) World Health Organization : Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 3) 手島陸久：退院計画：病院と地域を結ぶ新しいシステム。東京：中央法規出版, 1996.
- 4) Nagata S, Tomura H, Murashima S : Expansion of discharge planning system in Japan: Comparison of results of a nationwide survey between 2001 and 2010. *BMC Health Services*, **12**(1) (2012)。
- 5) Tomura H, Yamamoto-Mitani N, Nagata S, Murashima S, Suzuki S : Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, **20**(3-4) : 444-453 (2011)。
- 6) Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S : Discharge planning from hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 2. Art. No.: CD000313.
- 7) 関野瑞希, 永田智子 : Readiness for Hospital Discharge Scale 日本語版の信頼性・妥当性の検討。日本健康学会誌, **88**(1), 24-35 (2022)。
- 8) 田口敦子 : 外来看護師に求められること。永田智子・田口敦子編著, 外来で始める在宅療養支援。6, 東京：日本看護協会出版会(2021)。
- 9) 前田明里, 永田智子 : 外来看護師が患者の在宅療養支援ニーズに気づくための観察・実践の重要度と実施状況。日本在宅ケア学会誌, **25**(2) : 191-199 (2022)。
- 10) 永田智子, 田口敦子 : 外来で始める在宅療養支援 第2版。東京：日本看護協会出版会(2024)。

第 29 回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム 2



在宅ケアの効果を評価する

在宅ケアの評価：概要と VENUS 質指標の紹介

Evaluating Home Care: An Overview and Introduction of VENUS Quality Indicators

山本 則子

日本在宅ケア学会誌, 28(2):10-15 (2025)

I. 在宅ケアを評価する意義

こんにちは、山本則子と申します。高齢者への長期ケア long-term care の評価について、ここ 20 年ぐらい色々と研究活動を行っています。私のタスクは、在宅ケアの評価が、これまでどういうふうな形で行われてきたのかという概要をお示しすることと、全体的な課題設定をすることだと理解しています。ではまず、今一度、在宅ケアの評価にはどのような意義があるのかということについて考えたいと思います。私は 4 つほど大きくあると思います (図 1)。まずは実践者として、自分たちのケアの質をどのように良くして行けるかを考える際の手がかりにすること。2 番目に、国や自治体のレベルで考えて、その中でケアの質を標準化すること。3 番目として私がすごく主張したいと思っているのは、可視化されたケアの評価を、消費者の方々と共有す

ることによって、彼らが賢い選択をするのを支援すること。これは、すなわち消費者のエンパワーメントになると思います。それから最後にケアの効果を測定することによって、在宅ケア制度の改善に向けて反映させていく役割があると思います。

医療サービスの評価モデルでは、ドナベディアンモデルがとて有名です。全体のストラクチャー構造、それからどのようなケアを提供するのかというコンテンツに関するプロセス。そして主に利用者の側に、どういう風に効果として反映されるのかのアウトカム。この 3 つの構造、プロセス、アウトカムという考え方というのは、在宅ケアの効果を評価するうえでも一般的な枠組みだと思いますので、まずここで押さえておきたいと思います。

II. 米国の在宅ケア評価

在宅ケアの評価を考える時に、米国の在宅ケアの評価について、少しご紹介したいと思います。米国では、ケアに関する評価枠組みが非常に発達しています。それはとりもなおさず、ケアの質の問題が大きく社会の方々に認識されているということでもあるのですが、在宅ケアだけではなく、開業医、(急性期)病院、ナースিংホーム、ホスピス、リハビリ用の入院施設など多様なケアの領域に関して、システムティックな評価が行われています。

その中で在宅ケアは、在宅ケア質報告プログラム Home Health Quality Reporting Program というシステムによって評価されます (図 2)。その構成は、まず、在宅ケアの質の指標でありますオアシス OASIS があります。そして左下に Medicare のレセプトデータ

- ・ 質向上への手がかり
 - 現状の可視化による課題の発見と質向上の手がかり
- ・ ケアの質の標準化
 - 全国レベルでの質の比較・評価・(健全な)競争
- ・ 利用者による選択支援
 - 消費者のエンパワーメント
- ・ ケアの効果測定
 - 効果の可視化と診療報酬・介護報酬への反映

図 1 在宅ケア評価の意義

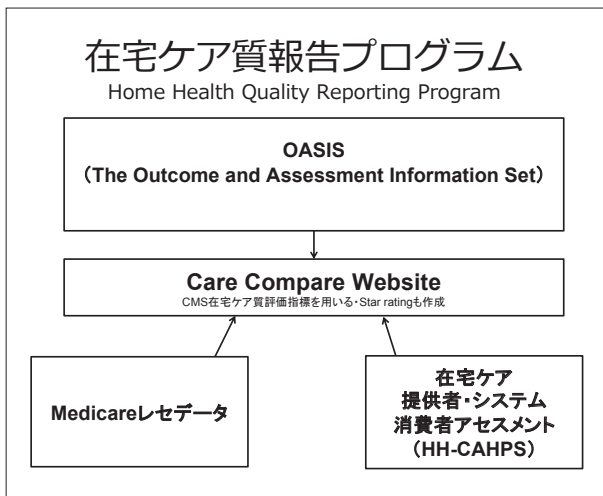


図2 在宅ケア質報告プログラム

と、右下に在宅ケア提供者・システム消費者アセスメント Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) もシステムティックに行われております。以上の3種類のデータを根拠にして、そこからいくつかの指標を選び取って、ケア比較care compare というWebサイトに掲載します。このように質の評価指標がエビデンスに基づき明確に確立され、刻々と吟味されて改良されていきますし、また、消費者が事業所の質を簡単に比較できるように、星評価star rating (5つ星のうちの4つ星, 3つ星, というように) が公表されます。

まず、オアシス OASIS はご存知の方も多いでしょう。アウトカム指標とプロセス指標があり、メディケア (利用者医療保険) の償還を受けるためには、一人一人の利用者に対して必ず評価をつけなければいけません。在宅ケアを開始する時、60日ごと、状態が変化したとき、終了したとき、死亡したときに記録すると決められています。利用者の体調についていくつかの項目がセクションごとに分かれて提示されています。聴覚、発語、視覚、認知機能、情緒、行動、好み、日常的な活動、機能状態と能力、排泄、診断名、嚥下・栄養、皮膚、薬物やその他の治療的介入などが定期的に評価され、二地点間の差から状態の改善・悪化状況を評価します。

このような標準化された指標の一部を使い、連邦政府が質を評価するプログラムを構築しています。連邦政府が定める在宅ケア質評価指標は大きくアウトカム指標と

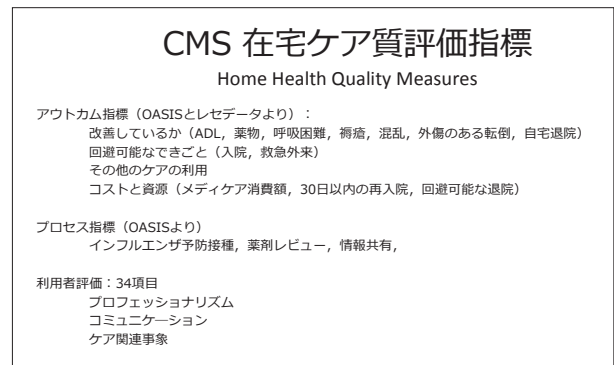


図3 CMS 在宅ケア質評価指標

プロセス指標、そして利用者評価という三つに分かれています (図3)。アウトカム指標はOASISとレセデータから持ってきて、先ほど申し上げたように二地点間の比較をして改善・悪化を評価したり、回避可能な入院や救急外来受診が起きていないかを検討したり、コストと資源活用について評価したりします。プロセス指標もOASISから持ってきます。インフルエンザの予防接種、ポリファーマシー (多剤併用) 防止のための薬剤の確認、多職種・多事業所間での情報の共有状況がプロセスとして把握されます。利用者評価もCAHPSが3分野34項目です。

この質評価は、さまざまな使われ方をします。まず、事業所ごとにフィードバックが提供されます。自分の事業所が全国の他の事業所に比べてどの程度かを確認し、質改善のためのPDCAサイクルを回すために使われます。そのほか、ここでは一般市民にどのように提示されているのかをご紹介します。ケア比較care compareのページを見ると、先ほど紹介された質評価の結果が、一つ一つの事業所ごとに出てきます。自分の住んでいる場所の郵便番号を入れると、近くの事業所のリストが出ます。気になった事業所をいくつかチェックすると、質に関する評価の結果が、ケアのアウトカム・プロセス指標も、消費者調査CAHPSも、州と全国の平均と共に出てきます。まず星いくつ、という表示が出て、星をクリックすると、一つ一つの設問項目が出てきます。例えば、「この事業所を使っている利用者で歩行・移動の能力が改善した人はどのぐらいの割合でしたか？」などというものです。一つ目の事業所だと93.3%よくっている。次は88.8%、などと、違いがわかります。消

費者調査の結果も同様に出てきます。たとえば、「あなたが受けた在宅ケアを全体に見てどのように評価しますか？」という設問があって、その設問に対する回答の事業所平均が出るわけです。事例数が少ない場合には結果を注意してみるように、という但し書きまでついています。このような形で、ケアサービスの利用者が、賢い選択ができるようにエンパワーする仕組みを作っているのです。

さらに、ここに紹介した質評価は、 Medikare の償還に差をつける上でも使われるようになってきています。そのような形で、ケアの質をより良くする上で、各事業所がインセンティブを持てるようにしています。

Ⅲ. 日本の在宅ケアの評価

次に、日本の在宅ケアの評価について簡単にまとめました。この辺りはご存知の方も多いかと思います。まず、「介護事業所・生活関連情報検索」というウェブサイトが2006年にできました。これが全国的に介護事業所に関する標準化された評価公表の一つ目かなというふうに思います。それ以前にも「福祉サービスの第三者評価」というものがありました。先ほど紹介した米国の在宅ケア質評価のように、「介護事業所・生活関連情報検索」も、

近隣の事業所をいくつかチェックして比較できるようにはなっているのですが、評価指標や内容としては、主にドナペディアンのストラクチャー構造の評価になっているところが特徴かと思います。

全国訪問看護事業協会は、「訪問看護ステーションにおける自己評価のガイドライン」を作っており、第二版が出版されています。ここではプロセス、アウトカム、ストラクチャーを意識した指標づくりをしていて、それぞれについて事業所単位で評価ができるような形になっています。オンライン評価も可能です。

Ⅳ. 科学的介護情報システム (LIFE)

以上のような質評価システムに加えて、2021年からは、介護保険事業所に関して、科学的介護情報システム (LIFE) が作られました (図4)。これは、利用者の状況や介護の計画内容などを、一定の標準化されたフォーマットで各事業所が入力するというものです。結果は各事業所にフィードバックしてPDCAに使うほか、全国レベルで集計して各種の分析に用い、最適なケアの提供を目指すことが謳われています。先ほどの米国のシステムでは、利用者に関するデータを入力しないと Medikare の償還が得られないという建て付けでしたが、日本の

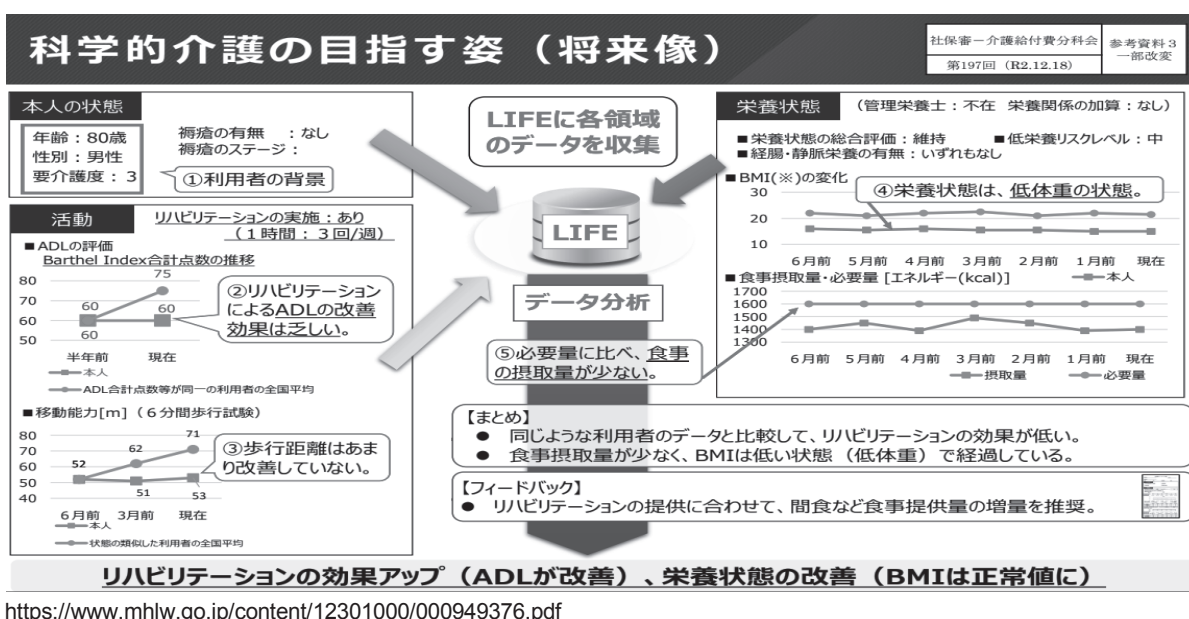


図4 介護の質管理のための LIFE 活用 (PDCA)

場合は、LIFE データの入力に対して加算をつけるというインセンティブになっています。こういった加算で普及が図られています。

V. Visualizing Effectiveness of Nursing and Long-term Care (VENUS)

最後に、私どもが開発した、看護実践を主に対象とした評価指標を紹介します。看護と長期ケアの効果を可視化することを目的とし、VENUS指標と名付けています。これを、質の改善や事業所へのフィードバックなどに使っていけるかということを検討しています。VENUS

Visualizing Effectiveness of NURsing and Long-term Care

目的

1. Long-term care (LTC) を受けている高齢者へのケアを評価する指標（アウトカム・プロセス）を開発する：

VENUS質指標

- アウトカム：高齢者の日常生活において、適切な在宅ケアが提供されていれば起きにくい状態（望ましくない健康アウトカム：UHO）で表現
- プロセス：UHOを発生させないためのアセスメントとケア（ガイドライン+文献より）

2. 長期ケアの質管理システムを構築する

※ケアの場（在宅・施設・医療機関）を問わず使える指標・システムを目指す

図5 ケアの効果可視化プロジェクト VENUS の目的

にはアウトカム指標とプロセス指標があります（図5）。適切な在宅ケアが提供されていれば起きにくい状態のことを「望ましくない健康アウトカム Unfavorable Health Outcomes：UHO」と呼び、これをアウトカム指標にしています。そしてそれを起こさないためにどんな看護（アセスメントおよびケア）を提供すべきかを、プロセス指標としてまとめています。利用者の長期ケアは多様な場面で提供されていますので、在宅、施設、医療機関などケアの場を問わず使える指標とすることを目指しています。

図6がVENUSの全体像です。看護の枠組みを重視しながら、全部で8つのドメインを作っています。「尊厳の追求」「苦痛の最小化」などといったドメインのもとに、関連する「望ましくない健康アウトカム UHO」のアウトカム指標を作りました。それらのアウトカムを発生させないためには、どのようにアセスメントしどのようなケアを行うべきかをプロセス指標にまとめています。プロセス指標は、既存のエビデンスやガイドラインを基にして作りました。

VENUSを利用者一人一人につけると、事業所ごとの評価の比較もできるようになりますし（図7）、事業所へのフィードバックも可能になります（図8）。訪問看護の効果を可視化するためには、訪問看護の利用者と非

ドメイン	アウトカム項目	アウトカム指標	プロセス指標	ドメイン	アウトカム項目	アウトカム指標	プロセス指標
1 尊厳の追求	社会的交流の確保	過去30日間において、社会的活動ができていなかった、人間関係に悩みがあった孤独感や寂しさの表現があった	「アセスメント」 関心ある活動への参加状況に対する満足度の度合い 「ケア」 介護保険、公的サービス内容の調整 等	3 食生活の維持	栄養状態の保持	過去30日間において、5%以上の体重減少または体重できたと感ずる	「アセスメント」 体重の減少 「ケア」 栄養補助食品の使用 等
	希望する生き方の実現	希望する生き方が実現できていない	「アセスメント」 生活についての自己決定の程度 「ケア」 利用者の意思の探索と意思形成のための支援 等		脱水の予防	過去30日間に脱水があった	「アセスメント」 利尿剤の服用 「ケア」 脱水の原因をコントロールする支援 等
	活動制限の撤廃	過去30日間において、身体拘束、活動制限を目的とした薬剤投与があった	「アセスメント」 見当識障害・せん妄の程度 「ケア」 多職種で身体拘束の理由についての検討 等	4 排泄活動の維持	排泄活動の維持	過去30日間に排泄の問題が生じていた	「アセスメント」 排泄の問題の有無 「ケア」 下剤や坐薬、浣腸、排便の実施 当
	利用者の療養生活上の主観的満足感	利用者の療養生活上の主観的満足感が低い	①今の生活に満足している、②安心して生活している 等		転倒転落による外傷の予防	過去30日間において外傷を伴う転倒転落があった	「アセスメント」 服薬状況による身体・精神的影響 「ケア」 SOSの方法の検討、周知 等
2 苦痛の最小化	利用者の客観的QOL評価	利用者の客観的QOLが低い	①家しもうである、②食事を楽しんでいる 等（認知症高齢者のQOL評価短縮版）	5 身体活動の維持	日常的な活動の維持	過去30日間にADLの悪化があった	「アセスメント」 筋力・関節運動、生活環境整備等 「ケア」 「アセスメント」 家族やその他の職種からの支援状況 「ケア」 居室から外に出る機会の提供 等
	疾患悪化予防	過去30日間に新たな疾患の発生、または既往疾患の再発・再感があった	「アセスメント」 薬量レベルの変化等 「ケア」 疾患管理に関する安全上のアドバイス 等		寝床以外での活動の維持	過去1週間において、寝床以外での活動がない（寝たきり）	「アセスメント」 家族やその他の職種からの支援状況 「ケア」 居室から外に出る機会の提供 等
	感染症（尿路）予防	過去30日間に尿路感染があった	「アセスメント」 陰部の保清状況 「ケア」 陰部の清潔 等	6 睡眠の確保	生活に支障ない睡眠の確保	過去30日間において、生活に支障ない睡眠が確保できていなかった	「アセスメント」 睡眠時間、中途覚醒の頻度 「ケア」 睡眠導入剤に関するアドバイス、医療職との相談等
	感染症（呼吸器）予防	過去30日間に肺炎があった	「アセスメント」 体重減少 「ケア」 摂食嚥下リハビリテーション 等		ごころの安寧の追求	過去30日間において、意欲の低下、易怒性が高い、興奮状態、感情不安定があった	「アセスメント」 表情・言動 「ケア」 身体症状や痛みに対する対応 等
	褥瘡予防	過去30日間に褥瘡またはスクインテアがあった	「アセスメント」 スケールを用いたリスクアセスメント 「ケア」 手指の握り込みや拘縮による圧迫予防 等	8 家族のウェルビーイングの追求	家族のウェルビーイングの追求	過去30日間において、家族が穏やかに過ごせていなかった	「アセスメント」 家族構成・役割 「ケア」 定期的なサービス提供者とのコミュニケーション 等
	呼吸困難への対処	過去30日間に呼吸困難感のコントロール不良があった	「アセスメント」 労作時の呼吸困難感 「ケア」 利用者・家族・サービス提供者間での目標を共有 等		療養生活に関する家族の安心感	利用者の療養生活において家族が安心して過ごせていない	①療養者の受けている治療や支援に安心している、②療養者はあまり苦痛を感じないで過ごせている 等
	疼痛への対処	過去30日間に疼痛のコントロール不良があった	「アセスメント」 労作時の疼痛の有無・程度 「ケア」 利用者・家族・サービス提供者間での目標を共有 等				

図6 VENUS 質指標（8ドメイン21アウトカム項目；は Patient Reported Outcome）

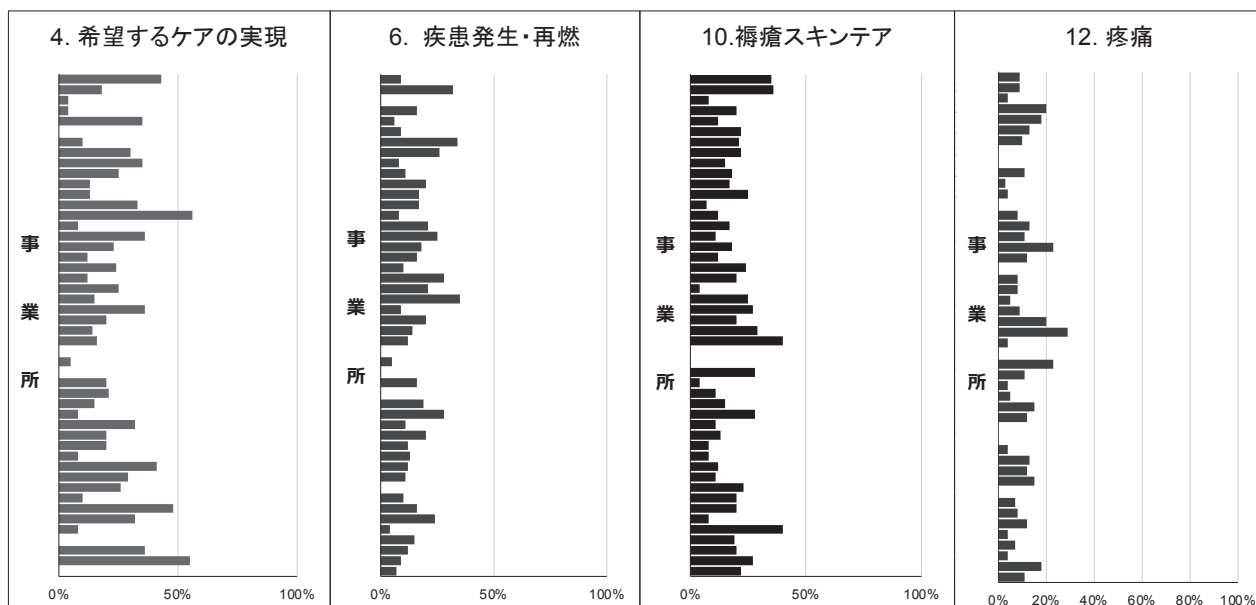


図7 訪問看護事業所の評価：事業所ごとのUHO発生割合

VENUS質指標を基にした事業所ごとのフィードバックレポート

(他事業所との比較(利用者状況の調整済み)・経時的比較)

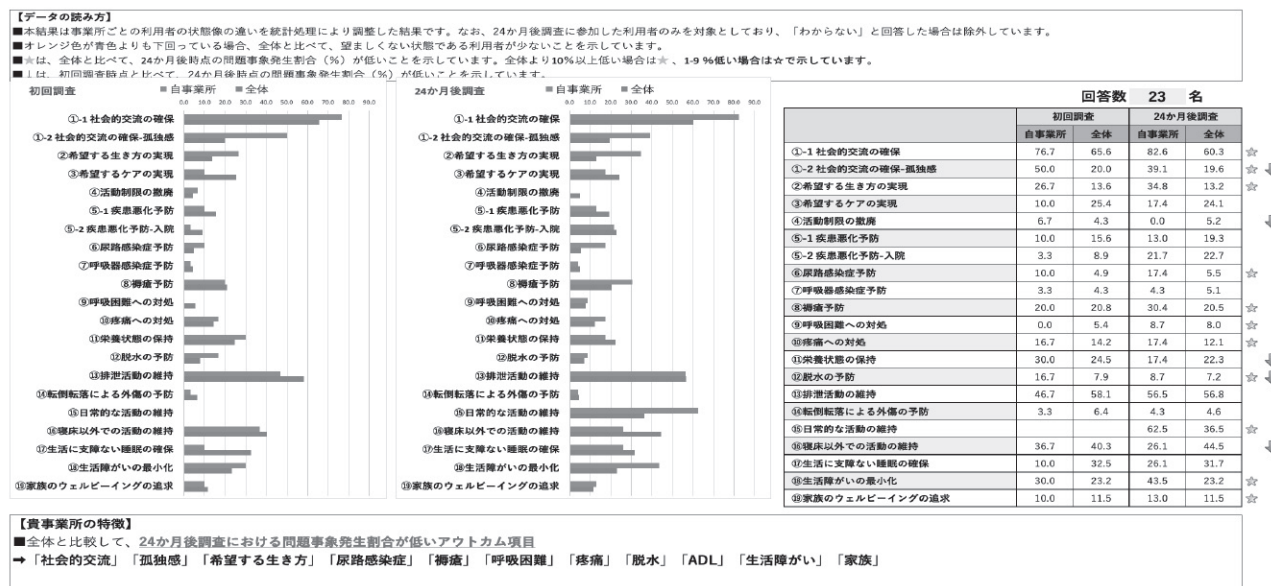


図8 訪問看護事業所へのフィードバック

利用者を比較し、利用者にUHOが起きにくいかなどという仮説を立てて実証を試みることもできます。この指標を今後現場で利用可能な形にしたいと思っていますが、項目数が多くそのまま入力を依頼すると現場の負担

になってしまうと感じ、自動入力の方法などを模索しています。

VI. おわりに

さて、このようなご紹介をしてまいりました。在宅ケアの評価の今後の課題と思われることを最後にまとめたいと思います（図9）。まず1つめに、ケアの質保証に関する問題意識の共有はまだまだ進んでいないように思われ、問題意識の醸成と共有が課題と言えるでしょう。理解を拡大していきたいと思います。2つめに、現在日本では、訪問看護の質評価については複数の取り組みが行われているのですが、米国の例にあるように、これからは統一化された質評価、質管理システムを考えていく必要があるのではないかと考えます。3つめに、質評価システムは、いったん作っても、内容については精査を繰り返し、定期的な見直しをして行く必要があると思います。特にプロセス指標については、最適なケアの内容はエビデンスの蓄積と共に変わっていきますので、それを定期的にアップデートする力強い仕組みが必要だと思います。これは個人の研究者の力では無理で、何らかの組織的な取り組みが必要と考えます。4つめに、良い指標を作るにはデータに基づきエビデンスとなる基本的な

- ・ ケアの質保証に関する問題意識の共有
- ・ 統一化された質評価・質管理システムの構築
- ・ 定期的な見直しと改善（特にプロセス指標だが、アウトカム指標も）
- ・ RWDに基づくエビデンス構築
- ・ 入力の省力化、自動化
- ・ 消費者のエンパワメント

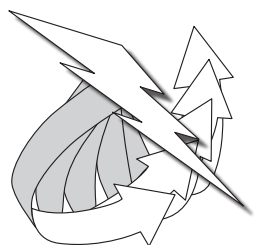


図9 在宅ケアの評価：今後の課題と思われること

研究を推進する必要があると思います。5つめに、質評価システムは、現場スタッフや利用者らの過度な負担にならないような、Dxを最大活用した省略化自動化の取り組みを進める必要があると思います。最後に、改めてやはり、消費者をエンパワーするという視点、利用者・家族に上手に情報提供していく仕組みづくりがこれからは大事なのではないかと考えています。

私からの発表は以上でございます。ありがとうございました。

第29回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム2



在宅ケアの効果を評価する クオリティ・マネジメントの立場から

From Viewpoint of Quality Management

山本 渉, 山田 修平

日本在宅ケア学会誌, 28(2):16-20 (2025)

I. はじめに

ケアやリハビリに関して、皆さんの方が先輩であり専門家である。私の専門性の中心は統計学だが、クオリティ・マネジメントや信頼性工学、公的統計などにも関わりがある。今回の企画のお話を頂いて、もしかしてクオリティ・マネジメントの立場から、少し議論に貢献ができれば幸いと考えて今回の企画に参加させて頂いた。当日は少し、用意した資料の不備もあり、ご迷惑をおかけしたが、改めて当初にご紹介しようとしていた話題を整理してみた。

クオリティ・マネジメントに関わる自分は、ケアやリハビリの質はニーズの充足、あるいはその代替としての満足度で計測する、という考えに基づいて議論しようと考えていた。そのことは、ケアの客観的な評価を可能にする尺度作り、ケアの成果の科学的な測定に基づくアセスメント、科学的介護といったケアの科学化と整合しうるとの立場である。

本稿では誤解を恐れず顧客、医療の分野では患者、に対して価値を創出する行為や価値を提供するプロセスをサービスと呼ぶ。以下では、クオリティ・マネジメントの考え方と取り組み方、そしてサービス・プロフィット・チェーンを簡単に紹介していく。そして最後に、科学的なケアのアセスメントの取り組みと、それによるニーズの充足の関わりが、スタッフの満足と患者の満足の関係の安定性は、ステーションの成長の一つの尺度になりうるかも知れないとの展望を述べて、終わりにしたい。

II. クオリティ・マネジメント

TQM (総合的品質管理)¹⁾ は、欧米から導入した品質管理の考え方や手法を実践する中で、日本の産業界が培ってきたマネジメント方式の一つである。組織が持続的に成功し続けるためには、ニーズとシーズを結びつけて顧客のための価値創造を行うことが重要である。その認識の下で、変化し続ける事業環境に対応すると共に、積極的な変化を生み出せる組織能力を獲得するための、効果的・持続的な体系的活動とも言える。

ただし画一的な型がある訳ではなく、組織の業種・業態、また状況に応じて柔軟に応用されるものである。その活動には原則、活動要素、また手法といったものはあるが、それらの呼称や用い方も、状況に応じて変わってよい。以下に、あらましを紹介する。

TQMの原則は次の3つである。ひとつ目は顧客指向・社会指向である。組織は自組織のためではなく顧客や社会のニーズを把握してそれを満たす製品・サービスを提供するという考え方を表す。満たすべきニーズは明示されるものに留まらず、暗黙のニーズや顕在化していないものを含む。2つ目はプロセス重視である。これは結果を生み出すプロセスに着目してこれをマネジメントし、向上させることにより狙い通りの結果を出すという考え方である。観察や実験などで得たデータから、事実に基づく科学的な姿勢も求められる。3つ目は全員参加である。組織の全部門・全階層がクオリティのマネジメントに参加することが必要との考え方である。全員参加は、自らの能力を伸ばして役立てていきたいなどの自己実現の欲求などの人間らしさを尊び、重んじ、一人ひとりそ

の能力を十分に発揮できるようにする人間性尊重という考え方との関連が深い。

TQM で中核となる活動は、プロセスおよびシステムの維持向上、改善、そして核心である。維持向上は、目標を現状またはその延長線上に設定し、目標からずれないように、もしずれたらすぐに戻せるように、更に現状よりもよい結果を得ようとする活動を指している。改善は、目標を現状よりは高い水準に設定して、問題または課題を特定し、問題解決または課題達成を繰り返す活動である。維持向上と改善が組織内のプロセスやシステムの運用ノウハウの向上を目指すのに対して、新たなノウハウの導入や活用によってプロセスやシステムに不連続な変更をもたらすことを革新という。維持向上はプロセスの安定化を意図した活動であり、改善や革新はプロセスに変革をもたらすことを意図している。またTQMには、顧客や社会のニーズを満たすことを確実にし、確認し、実証するための価値創造・品質保証という活動もある。

上で紹介した原則と活動に組織的に取り組むために、TQM では次に掲げる6つの活動要素を組織内に展開する。

1. 新製品・新サービス開発管理 新製品・新サービスに関わる活動を効果的かつ効率的に行うために、プロセス及び／又はシステムを定め、維持向上、改善及び革新して、次の新製品・新サービスの開発に活かす一連の活動。
2. プロセス保証 プロセスのアウトプットが要求される基準を満たすことを確実にし、確認し、実証する一連の活動。
3. 日常管理 組織のそれぞれの部門において、日常的に実施されなければならない分掌業務について、その業務目的を効率的に達成するために必要なすべての活動。
4. 方針管理 方針を、全部門・全階層の参画のもとで、ベクトルを合わせて重点指向で達成していく活動。
5. 小集団改善活動 方針管理・日常管理を通じて明らかとなった様々な課題・問題について、コミュニケーションがはかりやすい少人数によるチームを構成した上で、特定の課題・問題についてスピードのある取り組みを行い、その中で各人の能力向上と自己実現、信頼関係の醸成を図るための活動。
6. 品質管理教育 顧客・社会のニーズを満たす製品・サービスを効果的かつ効率的に達成する上で必要な価値観、知識及び技能を組織の構成員が身につけるための、体系的な人材育成の活動。

余白の関係から紹介は「TQMの指針」¹⁾に譲るが、TQMでは更に、その推進のために多くの手法を用いる。

以上の活動要素は全て、顧客へ提供する価値の創造が目的であり、TQMではその目的のために活動要素を効果的に運営する。そしてTQM活動が目指すことは、持続的な成長を実現するための組織能力の獲得である。このような枠組みの中で、提供する製品やサービスの質を測ることに、顧客満足が用いられる。顧客は製品やサービスによって自らのニーズが充足されると満足する、という考え方に基づく。

ただし狩野モデルが表現するように、充足されるニーズと満足の間関係には、幾つかの類型が考えられる。ケアを構成する要素に、提供されないと不満が生じるが、提供されて当たり前とされることがあるとすれば、それはあって当然とされる。このような要素を当たり前品質を持つと良い、は確保が必須とされる。またケアを構成する要素に、そのような要素が提供されると喜ばれるのであれば、それは提供した方がより顧客のニーズを満たすことになる。このような要素を一元的品質を持つという。一元的品質を持つ要素は、その提供や実現によって、他者との差別化をし易い。そして、提供されなくても気にならないが、提供されると嬉しい、新しい要素、また気付かなかった要素が見つければ、その提供はケアサービスを魅力的なものにしてくれるかもしれない。そのような要素を魅力的品質を持つ要素という。他に、提供されなくても問題なく、提供されても嬉しくない無関心品質や、提供されるよりは提供されない方が嬉しい逆品質もある。

ケアは医療に関わる。通常の製品やサービスと、治療、ケア、リハビリを含めた医療が大きく異なるのは、患者の個性性であろう。日常管理の中で行われる製品の製造プロセスの標準化、またサービスの提供プロセスの標準化でも、単一の製品やサービスが提供される訳ではない。特にサービスは、顧客に向き合いながら提供されることが多い。個性性を意識したサービスをおもてなし、と呼ぶ向きもあろうか。しかし、ケアにおける個性性は、患者の気持ちに留まらず病気の容体、患者の日常生活、価

値観など多岐にわたる。

ケアを実施するプロセスの客観化や定量的な評価は、TQM の原則に照らしても、とても重要なことである。

Ⅲ. サービス・プロフィット・チェーン

TQM とは別のマネジメントモデルとして、サービス・プロフィット・チェーンを紹介する。TQM が活動の仕組みを与えるのに対して、こちらはマネジメントのマップを与える。

サービス・プロフィット・チェーンは一言で言えば、サービスによってプロフィットを循環させる連鎖を実現するためのマネジメントモデルといったところであろうか。先に掲げたTQM よりは相対的に検討し易いマネジメントモデルとして、これを紹介する。

サービス・プロフィット・チェーンでは、スタッフへの働きかけや施策を内部サービスと捉えて、スタッフの満足度（ES）を高める手段と考える。ES の向上によって期待される、スタッフの定着と生産性向上のモチベーションの向上をベースとして、顧客へのサービスの質の維持向上に繋げ、それを更に顧客の満足度の向上に繋げる。そうすることが顧客のロイヤルティの確保に繋がり、収益向上や採算性の確保に結びつく。そうして得たものをまた内部サービスの向上やスタッフの満足度の向上に回す経営モデルである。

このモデルはHesket ら²⁾によって提唱され、これまでに様々な業種での研究がある。Hasket らの研究に基づく図を掲げる（図1）。

サービス・プロフィット・チェーンは事業を、スタッフの満足、スタッフの定着、生産性向上、ケアやりハビリを含めたサービスのクオリティ、患者満足、というTQM にも馴染みのある要素同士を結びつけて検討できるフレームワークである。例えばケアやりハビリに特化する業種の場合では、そのマネジメントにはサービス業としての側面も加わるかもしれない。その際には、ケアやりハビリに加えて、接遇もサービスのクオリティの評価対象になり得る可能性がある。TQM に少し話を戻すと、TQM に取り組んでいる組織であれば、それを全員参加で取り組むだろうし、改善も持続的に行うことになろう。そのための組織作りがTQM の目標である。しかしTQM がクオリティの維持向上に取り組む際の唯一のマネジメントモデルでもない。現状を明らかにし、問題や課題に対し、データにより客観的な事実の把握に基づいて、全組織で一丸となって重点志向で取り組むことを、計画を立てて行い、良いことは皆で喜び、良くないことは皆で改善していけばよいのである。

サービス・プロフィット・チェーンがそのまま、ケアやりハビリを提供する組織のマネジメントに適用できるとは限らない。保険制度を経営環境の大きな要素とするため、収益の向上のためには、1日の就業時間中のケアやサービスの提供時間の割合の向上と、原価低減が手段となり得る。在宅ケアや在宅リハビリの場合は、移動時間を0にはできない。また原価低減も含めて、訪問順序の最適化により移動時間を低減したり、資材の無駄を減らすなどの工夫は可能だろう。しかし原価低減に際しては、サービスのクオリティとスタッフの定着や生産性向

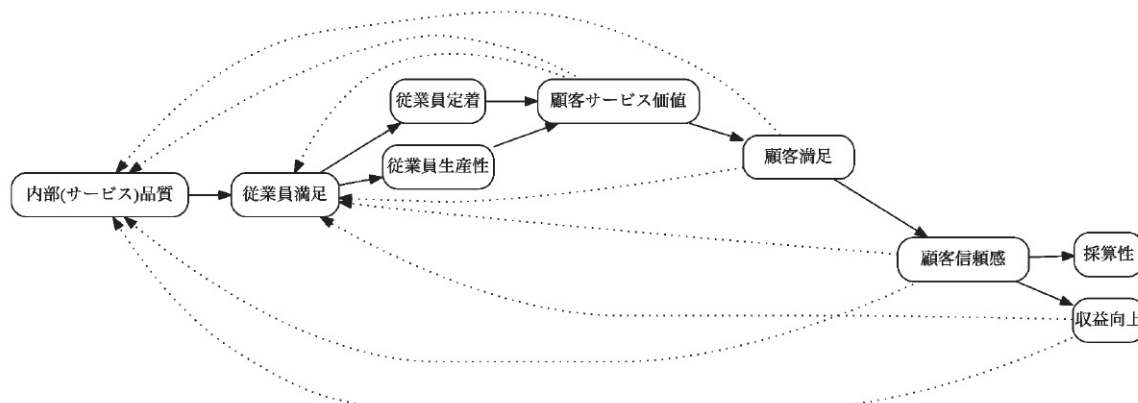


図1 サービス・プロフィット・チェーン

上のモチベーションへの影響がないよう注意しなければならない。

スタッフに提供される内部サービスは、福利厚生に留まらず、働き易さやマネジメントの質を含む。ケア・リハビリにおいても、スタッフの満足は職員の定着に必須であり、また生産性の向上にも貢献すると考えられる。そしてそれらは、患者に提供するケアやリハビリの質の向上のための活動を可能にしていこう。

さて、顧客へ提供されるサービスの評価が、提供した価値の金額換算で行われることがある。ケア・リハビリの質の維持・向上は必須だが、提供されるケアやリハビリの内容の金銭換算は、顧客が受け取る価値の直接換算ではないため、注意が必要である。採算性や収益向上にも、1日に可能なケアやリハビリの合計時間や、ステーションの運営規模などの制約がある印象を受けている。患者の満足、ひいては患者の信頼感の向上を目指せるカードは持ち得るとするなら、複数のステーションを運営している組織の場合には、原価低減は一つのステーションで取り組むのではなく全社で方針や現実を踏まえた目標を設定して、取り組むとよいかもしれない。これは、スタッフの定着や生産性向上のモチベーションへの配慮の一例と言える。

以上、簡単にサービス・プロフィット・チェーンを紹介した。ケアの質は患者に提供されるサービスの質であり、その客観的、あるいはデータに基づく統計的な評価は、このマネジメントモデルで事業を検討する際にも重要である。そのような評価は、定量評価されたケアの要素が、個別性を持つ患者それぞれのどのような満足に繋がっているかを検討できるようになる。個々の患者の潜在ニーズ、また顕在ニーズの充足が、満足や信頼の獲得に繋がる。

ケアの専門家でもない私が、一つだけ余計なことを言わせて頂けるとしたら、保険制度は可能なマネジメントの範囲を規定する。しかしそのことを制約とせず、患者のためのケアやリハビリを提供する持続的な成長が可能なマネジメントモデルを模索し続けて行って頂きたい。

Ⅳ. 終わりに

2種類のマネジメントモデルを紹介した。その意図は、

科学的な評価の重要性は認識しつつも、患者のニーズの充足、またスタッフの満足度との関連性も気になったためである。

ある企業のデータを用いた研究の途中で、スタッフの満足度と患者の満足度が無相関となった。事業所単位の満足度の肯定回答率を対象とした層別も行っていない単純集計であり、そのままスタッフと患者の満足度は無相関と報告することはできない。その後色々層別を試みて、開設からある程度の年数が経た事業所の間では、弱いながらも正の有意な相関が見られた。サービス・プロフィット・チェーンとの関連を論じた成果の紹介は別の機会に譲るが、新規事業の立ち上げはどのような分野でも困難があり、スタッフと患者間の満足度の関係性が安定するのにも数年はかかることが示唆される。ステーションを取り巻く地域、関係機関、患者との関係性の構築や安定化は、一晩で築けるものではない。このような中で、少しでもマネジメントの安定と向上に寄与できそうな話題の提供に繋がればと考え、今回のような話題を提供した。

ところで著者の1人が所属する日本品質管理学会(JSQC)ではクオリティ・マネジメントに関する学会標準を制定している。主なものを表1に掲げる。

TQMは組織運営に関しては、少し大きな組織での実装に適している。しかしこれらの規格の大半は指針を示した文書であり、何か特定のやり方に従うことを求める要求の集まりではない。プロセス保証、日常管理、方針管理といった活動要素は、決して組織の規模によって変わることはない考える。

また同学会の歴代の会長である、飯塚、棟近の解説³⁻⁶⁾も今回の登壇の準備の際に参考にさせていただいた。

表1 日本品質管理学会規格

規格番号	規格名
JSQC 規格 00-001:2018	品質管理用語
JSQC 規格 21-001:2015	プロセス保証の指針
JSQC 規格 22-001:2019	新製品・新サービス開発管理の指針
JSQC 規格 31-001:2015	小集団改善活動の指針
JSQC 規格 32-001:2013	日常管理の指針
JSQC 規格 33-001:2016	方針管理の指針
JSQC 規格 41-001:2017	品質管理教育の指針
JSQC 規格 11-001:2022	TQMの指針

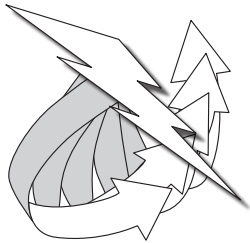
またサービス・プロフィット・チェーンのみならず、顧客満足のすぐ先にロイヤルティがあるのではなく、その間にカスタマーデライトを重要など、サービス・サイエンスという分野は発展が目覚ましい。ただし私はその専門家ではないので、本稿で紹介するサービス・プロフィット・チェーンも含めて、「サービス・サイエンス」⁷⁾をその方面への入門的なテキストとして掲げておく。

ケアの分野でもプロセスの標準化や改善は日常的に行われていると聞いている。もしかすると私どもの分野でのプロセス保証の考え方が、そこに何か新鮮な一石を投じることができたら幸いである。

■引用文献

- 1) JSQC-Std 11-001 : 2022, TQMの指針. 日本品質管理学会 (2022).
- 2) James L. Haskett, Thomas O. Jones, Gray W. Loveman, et al. : Putting the Service-Profit Chain to Work. Harvard Business Review (1994).
- 3) 飯塚悦功 : 「QMSの基本とその意義」 医療安全を組織的に保障するための知識を学ぶ 1. 病院医療安全, 7(1) : 32-39 (2019).
- 4) 棟近雅彦 : 「QMSの構成要素と導入・推進に当たってのポイント」 医療安全を組織的に保障するための知識を学ぶ 2. 病院医療安全, 7(2) : 78-83 (2019).
- 5) 飯塚悦功 : 「日常管理と方針管理」 医療安全を組織的に保障するための知識を学ぶ 3. 病院医療安全, 7(3) : 52-57 (2019).
- 6) 棟近雅彦 : 「医療安全の組織的推進 : まとめ」 医療安全を組織的に保障するための知識を学ぶ 4. 病院医療安全, 7(4) : 68-73 (2020).
- 7) 岡田幸彦, 原辰徳 : サービス・サイエンス. 放送大学, (2023).

第29回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム2

在宅ケアの効果を評価する
訪問看護の日々において測ること

Evaluating the Effectiveness of Home Care: Measuring in Daily Home Nursing Practice

岩本 大希

日本在宅ケア学会誌, 28(2):21-26 (2025)

I. ケアの質や効果とはなんだろうか

訪問看護を実践するみなさまにおいては常に看護の質やケアの質は大なり小なり日々テーマとして扱うことであるだろう。特にリーダーや管理者、教育者などサービスに一定のクオリティコントロールの責任を負う立場の方であればなおのことだと思う。しかしケアの質とは、看護の質とは、あるいは効果とはどのように考えていく必要があるのか。急性期病院においては医療のアウトカムは追求されているように思う。例えば治療に対する5年生存率や、術後の合併症の有無、死亡率、在宅復帰率、30日以内の再入院率など共通して測定可能な指標がいくつか採用されたり、議論されている。治療だけでなく看護においても、褥瘡発生率、誤嚥性肺炎やVAP発生率、転倒・転落事故率、インシデント・アクシデント発生率、看護必要度など測定可能な客観的指標の活用がある¹⁾。在宅ケア・訪問看護でも、同じように測定すればよいのではないだろうか？測定し改善することが「質を上げる」ことになるのではないだろうか？一定その通りと思う面と、難しいと思う面がある。

病院における看護指標と同じようにADLの改善や、感染の予防、事故の発生、褥瘡の予防なども標準的に測定できる指標だと思う。一方で在宅ケアや訪問看護など長期ケアにおいては、長い目で見た時には緩やかに死に向かう中での慢性期ケアや、永続する障害、進行性の難病などを持つ方も多中で、病気の治癒や身体的な改善を測ることだと何も見えないのではないだろうか。人間

が死に至る確率も、あるいは老化する確率も100%であるからには、老いや機能低下や死を忌避するアウトカムにおいてはすべからず敗北することになってしまうだろう。とすれば在宅ケアや訪問看護における評価は入院医療における質の評価とは異なってしかるべき点多そうである。

II. 質を上げるには、測って比べること

「看護の質を上げる」ことの第1歩でかつ最重要なこととは「測って」「比べる」ことだと考える。全てのものごとの改善は測って比べることで初めてできる。つまり測らないことは改善ができない・しないという意志だとも言える。やや極端な物言いかもかもしれないが、しかし測って比べてもいないものについて「私の看護は質が高い」と言って誰が信じられるのだろうか。体験・エピソード・事例としてだけ語られても、それは多くの人を説得するものではない。質が上がった下がったを議論するにおいても個別エピソードを比べるだけでは主観的な意見の対立に終始してしまうだろう。ましてや制度設計や報酬へ結びつけるための説得性はもたないであろう。自分のケアをなにかしらで測定され他者と比べられ評価されて初めて、質が上がった・下がったと言えるのではないだろうか。

しかし次にそこで疑問に思うのは何を測ればいいのか、なんでも良いのか、自分達で開発した尺度でもよいのか、という点である。ただ測るだけならどんなものを使おうと問題はない。しかし「比べる」となるとこれが可能な指標を用いる必要がある。“過去の自分たち”と比

べる，“看護師・リハのスタッフごと”に比べる，“同じような利用者群”と比べる，“違う訪問看護事業所”と比べる，“全ての訪問看護事業所の中でどの位置にいるか”比べる，“他の国の在宅医療組織”と比べる，など比べ方にもさまざまな切り口がある．いずれにせよ比べるためには同じ指標や尺度を用いて測定をしていることが前提となる．となると，よくある自分達で独自に質問項目を設けたアンケート調査などは，“過去の自分たちと現在の自分たち”を比べることは可能だが，“他の事業所と自分たち”を比べることはできない．加えてもしアンケート項目を年次で改変した場合は過去と現在も比べることができなくなりその瞬間の測定結果のみで物事を考えるしかなくなってしまう．より利用者や市民の利益になるのは，他の事業所と比べることができる指標でその結果を公表していくことではないだろうか．質を上げることの目的は，利用者へより良いケアを行い，より利益／価値を提供していくことに他ならない．そのためには，質の競争環境を作っていくつもりでこれらの測定・比較をしていくことが望ましい．

Ⅲ．機能，過程，アウトカム

医療の質を議論するにあたって基本的な枠組みとして1965年に米国のアベティス・ドナペディアン博士が提唱した，質の測定の枠組みドナペディアン・モデルが一般的に用いられる．「ストラクチャー（構造）」「プロセス（過程）」「アウトカム（結果）」の3つの要素で示され「ストラクチャー（構造）」では，施設の規模，設備，1病床あたりの医師や看護師の人数，医療スタッフの専門性・多様性など，医療サービスがどのような条件下で提供されたかを見る．訪問看護においてはこの点が体制加算などで評価されることが多く，例えば機能強化型や看護体制強化加算などが該当する．看護師の数や専門家が何人いること，教育システムなど体制面の評価がこれらにあたる．「プロセス（過程）」では，診断，治療，看護，手術，リハビリテーション，予防，接遇など，サービスをどのように提供したのか，利用者や家族がどのように対応したのかを見る．訪問看護においてはどんな利用者にどのようなケアを行っているのか，あるいは利用

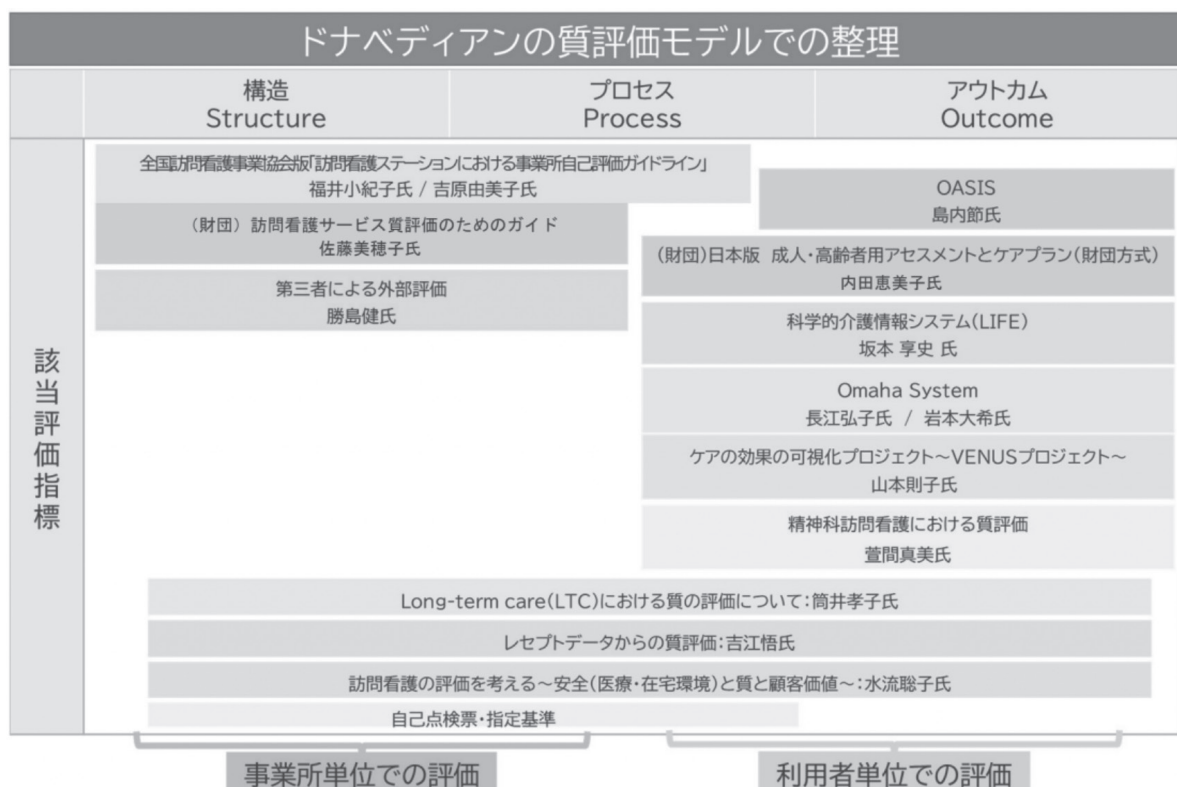


図1 訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業報告書 81p 図抜粋

者においてどのような医療管理が多いのかなど報酬で表現すれば特別管理加算や在宅患者緊急カンファレンス加算、退院時共同指導加算などがそれにあたるのではないかと思う。「アウトカム（結果）」では、サービスの結果として利用者がどのような健康状態になったのかを見ていくこととなる。訪問看護においては報酬体系としてここに類するものは少ない、強いて言えばターミナルケア療養費・加算が該当すると思うが、患者の状態変化やセルフケア能力の変化、再入院率などに伴った報酬などはない²⁾。在宅ケア・訪問看護などは上述の通りアウトカムの測定についてまだ議論やコンセンサスは深まっていない状況にもある証左だとも考えられる。報酬には組み込まれていないが、しかし実践の間では既にさまざまな指標が活用されてきている状況もある。訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業報告書³⁾によれば日本の訪問看護においてこれら3つの枠組みについて以下の評価指標や尺度などが整理されている（図1）。これらは標準化され法人や職種を越えて測定・比較が可能な指標となっている。使い方や切り口、評価対象となるものなど様々であるため、あくまでどのツールを使い「ケアの効果」「質の評価」をしていくのか、を考えるにあたっての参考資料ではあるが、これらのように一定の妥当性や標準化がなされた指標を取り入れて日々の実践において「測って比べる」ことができるのは望ましい質の向上のあり方ではないかと思う。

IV. オマハシステム、顧客満足度、従業員満足度

これらの中で筆者の務める訪問看護事業所でも取り入れているいくつかの指標があり、それらを使った実践活動を述べたい。当ステーションでは、米国で開発されたOMAHASYSTEM（以下オマハシステム）の日本語翻訳を使い一側面としてケアの成果を測定することを実践している。オマハシステムは、1975年からネブラスカ州オマハの訪問看護師協会（VNA, Visiting Nurse Association）が中心となって開発した標準看護問題分類ツールの類である。目的は在宅看護、地域保健、産業保健、学校保健で活動する地域看護師が能率良く効果的な記録を可能にすること、そして広範囲にわたるデータからケアサービスの向上、発展に役立てるためだったとされている。オマハシステムは介護士、看護師、理学療

法士、作業療法士、言語療法士、医師、歯科医師、あるいは患者本人やその家族など誰でもが利用が可能な平易な言葉で構築されている共通言語である⁴⁾。オマハシステムに馴染みがない方が想像するのに最も類似するものとしてはNANDA－NIC－NOCが当てはまる。NANDAも患者において特定する健康問題をラベリングし、介入－評価と体型立てて記述する看護問題分類ツールであり多くの日本の看護師たちは病院での電子カルテなどにて触れたことが多いのではないだろうか。

オマハシステムは米国では在宅医療の組織や、州の公衆衛生局、病院などで活用されている。米国だけでなく、欧州、豪州、中国、中東、北米などの多くの国や地域・民族・文化で使われている。特にオランダの在宅看護組織Buurtzorgが採用していることで日本でもその名前が知れることとなったと記憶している。

オマハシステムでは患者／利用者（以下利用者）の42個の健康問題のうち介入する問題をラベリングし、その問題名にセットされた介入リストから介入計画をセット、そして介入開始時点と介入中－介入終了時の定点評価を実施していくこととなる。ドナベディアン・モデルで言うところの「プロセス」「アウトカム」を記述していくものである。アウトカムでは、立案した健康問題ごとに「知識（理解）」「態度（行動）」「状態」を5段階のリッカート尺度で測定していく。客観的な症状などの「状態」だけでなく、利用者あるいは家族のその健康問題における「理解」や「セルフケア行動」も評価できることは、在宅ケア的であると感じている（図2）。

オマハシステムの実際の運用では、①利用者の健康問

3項目×5水準のアウトカム分類

概念	意味
知識(K)	対象者の情報を記憶し解釈する能力：理解の程度
態度(B)	対象者が状況や目的に応じてとる観察可能な反応・言動・行動・活動
状態(S)	状態を特徴づけるような客観的・主観的に示される対象者の状態

知識(K)	態度(B)	状態(S)
— 不明／該当なし	— 不明／該当なし	— 不明／該当なし
1 全く理解できない	1 全く適切な反応がない	1 深刻なサインや徴候がある
2 少し理解できる	2 少し適切な反応がある	2 重症なサインや徴候がある
3 基本的に理解できる	3 時々適切な反応がある	3 まあまあサインや徴候がある
4 とても理解できる	4 まあまあ適切な反応がある	4 ややサインや徴候がある
5 十分理解できる	5 いつも適切な反応がある	5 全くサインや徴候はない

資料：Martin, K.S. (2005). The Omaha System: A key to practice, documentation, and information management. (reprinted 2nd ed.). Health Connections Press. より翻訳

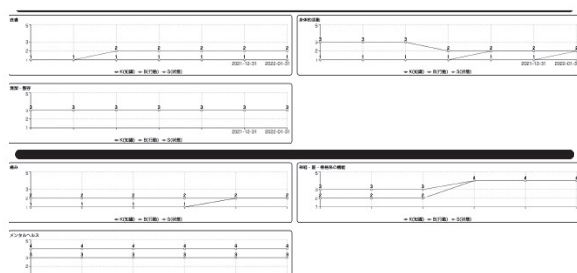
図2 オマハシステム KBS 評価

題ごとの変化の視覚化、②先輩スタッフが後輩スタッフを指導する際などアセスメントや評価の目線合わせ、③疾患群や健康問題ごとに指定期間の平均値の前後評価を行うことで事業所やチームごとの成果を見える化する、④事業所ごとの③を同条件で比較することの4つが現時点でオマハシステムのアウトカムの活用方法としている。特に、④については事業所間の質の競争環境を一定程度作り出すために比較を定期的にする運用を行いはじめている。

ただし、気をつけたいのはこのオマハシステムの
KBSアウトカムがケアの成果や結果の全てを証明する
ものではない。看護師たちが主観的に評価をすることの

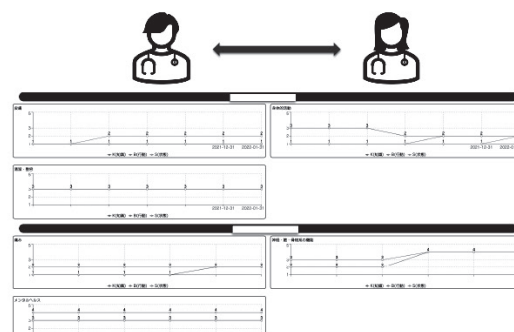
2時点間の変化を定量的に測るものではあるが、その変化を拾う評点方法が全てのスタッフで標準的に運用することの難しさや、日々の忙しさに追われおぼろげに評点をしてしまう瞬間があること、前後比較もあくまで平均点を比較しているのみで「維持」が成果である場合などをどのように表現するか、利用者の様々な変化は訪問看護だけでなく様々な関係者のダイナミクスで生まれていること、などの限界がある。そのためこれをもって質を証明できるものではない。しかし、利用者のケアの結果としての変化を一定定量的に評価するもので、その尺度は事業所や国や文化を超えて使用されているツールであるもの、そして日本の訪問看護現場で“ほほどに”現

オマハシステム：利用者の変化



対スタッフ：教育として介入や成果の目線合わせ

後輩スタッフと先輩スタッフ（指導者）による個別利用者の看護展開・リハ展開の
振り返りや学習支援に活用



※参考データ：ウィル訪問看護ステーションのある利用者のオマハシステムKBS評価グラフ

一定の集団の一定の期間で、変化の前後比較が可能

[illegible][illegible]

図3 ウィル訪問看護ステーションのKBS評価集計例

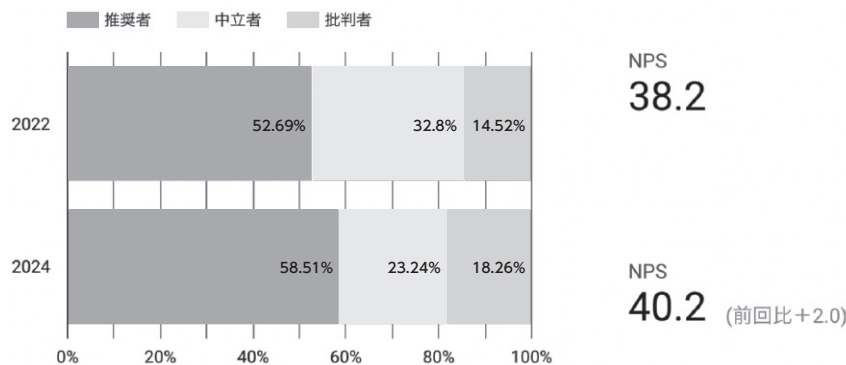


図4 ウィル訪問看護ステーションのNPS結果例

場オペレーションに組み込めるもの、の条件を揃えると現時点では最適解の一つだと考えている。これらのデータを集積していくことで、「一定の利用者パターン（例：独居で認知症の方）においてアウトカムが改善しやすいケアパターンやプランパターン」などを見出すことが理屈上可能になるため、このような世界に早めに到達していくことも利用者利益になるものだと考える。測定し比較することで目の前のケアを変化させるだけでなく、そのパターンを見出すことで未来の利用者利益にも資することが、ケアを測ることでもあると考えている（図3）。

医療の質におけるアウトカムの議論には患者満足度が大抵の場合で入ってくる。また患者満足度に関連するものとして従業員満足度がある。患者満足度や従業員満足度についても“他の事業所”と比較できるような指標を採用することを心がけている。患者満足度については、NPS[®]というスコアを活用している。Net Promoter Scoreの頭文字略で、顧客ロイヤリティ（商品やサービスに対する信頼・愛着）を測る指標である。これらは医療に限らず様々なメーカーやサービスで取られている指標でもある（みなさんもよくご存知のNetflixなども）。同じ産業でなければ完全な比較はできないがしかし、広い意味でのサービス業のくくりの中で訪問看護とそれ以外のサービスと比較をすることが可能になる。良い仕事をして良い価値を利用者に提供したいと思ったときに他産業と比べることができるのは魅力的な指標だとも言える。

従業員満足度では、3つの指標を採用している。①ワーク・エンゲージメント得点（Utrecht Work Engagement Scale：UWES）。バーンアウト（燃え尽き症候群）と

対になる概念で、「仕事から活力を得ていきいきとしている」（活力）・「仕事に誇りとやりがいを感じている」（熱意）・「仕事に熱心に取り組んでいる」（没頭）という3つから構成される概念である。②日本語版バーンアウト・アセスメント得点（Japanese Version of Burnout Assessment Tool, the BAT-J）。身体的・精神的な疲労により、燃え尽きてしまっている状態を評価する尺度で広く国際的に活用されている。③訪問看護実践環境得点（NPES-HHC）看護師を惹きつけるマグネットホスピタルの職場環境を測定する尺度看護実践環境The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index（PES-NWI）の訪問看護版で1-4点の範囲で、得点が高いほどより魅力的な看護実践環境と評価される。①は医療職全体と自組織の比較が可能であり、②は一般労働者と比較することが可能である。③は他の訪問看護組織と比較が可能である。これら全体の中で自組織がどの程度の位置にあるのか、を振り返り、また過去と最新の比較をしながら看護・リハ・ケア活動の改善に取り組んでいる（図4）。

V. 測れないものに“も”ケアの価値がある

ここまで「質を上げる」には測定と比較が重要だと言ってきた。しかし、真に良いケアの中には、既存のもので測ることが難しい、あるいは表現することが難しい、個別的で素晴らしい実践や成果があるのだと思う。私もその様なケアの素晴らしさに取り憑かれてこの仕事を続けている。1事象に過ぎず量的な測定では表現が難しいものの、対象者一人の人生やそのご家族に大きな影響や特

別な体験をもたらす卓越したケアがある。これらは質の高いケアあるいは効果的なケアと呼ぶべきものではないだろうか。しかし個別事象的で熟練の技や対象者との相互作用により初めて意味を見出せるようなケアでは、繰り返し再現性を持たせることの難しさや、測定や集計によるパターン集積をすることの難しさから「測定」するようなアプローチからはこぼれ落ちているだろう。これらを補足するのは「事例検討」や「事例研究」といった1つの事象を解き明かすアプローチだと考える。ケアの効果や、質の向上には「測って比べる」ことを第1歩との考えに違いはないが、しかし一方で重要なのは「事例」ごとにきちんと良いケアを言語化し量的でない側面でもケアの成果や良いケアを追求することも同時に大切にしていけることが肝要である。その両輪こそが「質を上げる」ことに他ならないと考える。

VI. 経済性という観点はこれから重要ではないだろうか

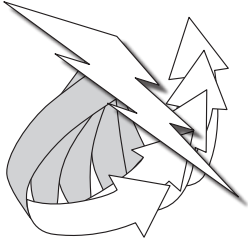
より良いケアや、質の高いケアを考えるにあたって、同時に「費用対効果」や「コストパフォーマンス」も前提にあるべきだと考える。ケアの安売りという意味ではなく、同じ百ドルを払う場合に効果の高いケアを選択すべき、というような観点だ。我々のケアや看護には、そ

こに支払われるコストがある。日本では基本的に労働者の納付する税と保険料で我々の看護実践やリハ実践にコストが支払われている。保険財源や税財源は公共財であるならば、それを使った看護・リハ実践においては良いものへ青天井に湯水のようにお金を注げるものではない。同じ健康アウトカムならよりローコストであること、もしくは、同じコストならより高い健康アウトカムが出るケアを選択できることが、利用者利益に直結するからである。他産業では言うまでもなく当たり前の論点かもしれないが、これからは質の高さと費用対効果をセットで考え提案できることがプロフェッショナルの要件だと考える。

■引用文献

- 1) 医療の質の評価・公表について (<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000462044.pdf>, 2024. 12. 24).
- 2) 日本訪問看護財団：令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業【報告書】，p.276 (2022).
- 3) 国立国際医療研究センター国際医療協力局：NEWSLETTER, 11：6-7 (2019).
- 4) 岩本大希：診療所・訪問看護が取り組む在宅療養患者へのエンド・オブ・ライフケア 第15回 OMAHA SYSTEMを利用した訪問看護のICT化(見える化). エンド・オブ・ライフケア, 4(3)：87-97 (2020).

第29回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム2



在宅ケアの効果を評価する 介護サービスにおける科学的介護情報システム (LIFE) の活用実践例

Examples of Practical Use of Long-term care Information system For Evidences (LIFE)
in Nursing Care Services

服部 昭博

日本在宅ケア学会誌, 28(2):27-32(2025)

I. はじめに

社会福祉法人鈴鹿福祉会 鈴鹿グリーンホームは、鈴鹿市の西部に位置し、東名阪自動車道鈴鹿インターチェンジの近く、茶生産や花木栽培が盛んな緑が豊かな地域にある。

本拠点では、6つの介護福祉事業を運営しており、特別養護老人ホーム、通所介護事業所、居宅介護支援事業所において科学的介護情報システム（LIFE：Long-term care Information system For Evidence）に取り組んできた。その中で特別養護老人ホームは、2020年からLIFEの前身である高齢者の状態やケアの内容等に関するデータ収集システム（CHASE：Care, Health Status & Events）から取り組み、現在で4年が経過した。

鈴鹿市内の人口の将来推計を見ると、2020年から2040年の20年間で生産年齢人口は約34,000人（28%）減少し、要介護リスクが高くなると言われている75歳以上人口が8,800人（36%）増加する見込みである。この推計を利用者に対する職員配置に投影すると、現在の利用者10人に対して介護職員が5人のいわゆる2対1の配置が、2040年には配置基準の3対1を大きく超えた3.8対1となる計算になる。

本会では生産年齢人口の急減対策としてICT（情報通信技術）・介護ロボット、外国人介護人材の雇用を75歳以上人口の急増対策として、高齢者の雇用、介護予防

（フレイル予防、機能訓練）の4つを掲げて取り組んできた。介護ロボット等のテクノロジーを2016年から導入し、これまでに整備してきたテクノロジーは、介護ロボットが10機種（103台）、ICT機器が18機種、介護機器が14機種となっており、職員の負担軽減、生産性向上に必要な機器として、各現場の課題に応じて日常的に利活用してきた。

II. 自施設における科学的介護情報システムの取り組みプロセスについて

2021年4月から開始されたLIFEは、介護施設・事業所で記録される様々な情報を一定の様式でインターネットにより提出することで、入力内容が集計され、蓄積した全国のデータに基づいたフィードバックが得られる情報システムである。

自施設では、LIFEに関連する8つの加算と1つの任意帳票に加え、ケアプラン及びそれに関連する帳票を合わせた12種類を3月毎に作成しており、作成する帳票の総数は年間3,840に上る。

LIFEを確実に取り組むために、自施設では以下の7つの手順を踏んだ（図1）。

1. 施設としてのLIFEに対する方針決定：「ケアの質向上」と同時に「働き方を改善する」という方針を掲げ、職員と共有を図った。
2. LIFEシステムへの登録：LIFEシステムへの登録と、介護保険指定権者である県への登録申出を

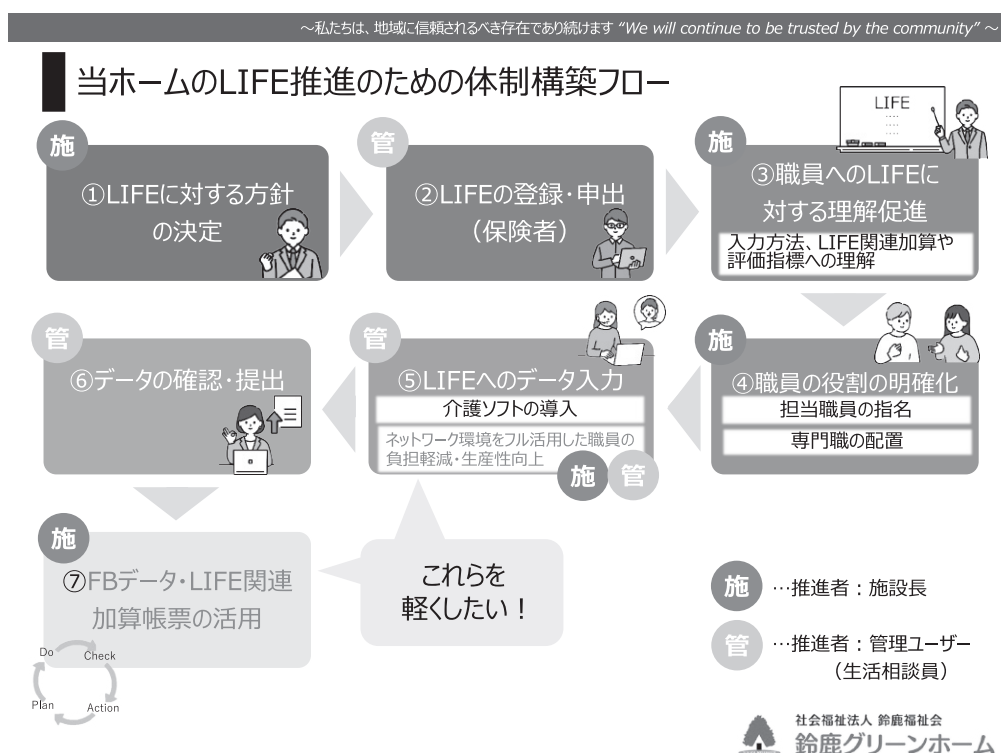


図1 当ホームにおけるLIFE推進のための体制構築フロー

行った。

3. 職員への理解促進：LIFEの入力方法や関連加算に関する勉強会を開催し、職員の理解を深めた。
4. 職員の役割明確化：専門職の確保・配置と、各関連帳票における担当職員の指名を行った。
5. データ入力・確認・提出：操作職員によるデータ入力、管理ユーザによるデータ確認・提出、フィードバックデータの活用という流れを確立した。
6. PDCAサイクルの推進：フィードバックデータに基づき、PDCAサイクルを回しながら改善を続けた。
7. 施設長のリーダーシップ：施設長が全体の応援団となり、意思決定や教育などを管理ユーザとともに推進した。

自施設が最も重視したのは、「ネットワーク環境をフル活用した職員の負担軽減・生産性向上」である。LIFE導入により、介護現場で日々実践されているケアのエビデンスをデータから見出し、より質の高いケアを提供することを目指した。

新しく取り組む際には負担が増えることもあるが、自

施設には「とりあえず、やってみる」というポジティブな組織風土が存在する。LIFEデータを見たときに、単に「わからない」と考えるのではなく、「介護現場で何か活かせることはないか」という前向きな姿勢で取り組むことで、より効果的な活用を期待した。

Ⅲ. 自施設におけるフィードバック票の活用事例について

自施設においてCHASEから取り組んできたことで、他施設から質問を受けることが度々ある。多くは「フィードバック票の活用方法がわからない」ということである。フィードバック票とは、提出したデータがグラフ化されて返されてきたシートのことを言い、事業所票と利用者票の2種類がある。事業所票は直近と6か月前の全国（平均）と自施設について、利用者票は直近と6か月前の利用者毎の状況を比較できるようになっている。フィードバック票についても「まず、興味を持って見てみる」ことから始めた。

次に自施設でのフィードバック活用事例を挙げる。

1. 事例①

「ケアの改善に向けて、優先度が高いケアを見つけない」との目標のもと、フィードバック票（事業者票）を順に見ていくと、「要介護度」のうち4, 5の割合は自施設と全国（平均）ではあまり変わらなかった。次に「年齢」を見ると、自施設では85歳以上の割合が若干高めの傾向にあった。そこで、年齢と要介護度には関係性があると考え、さらに「障がい高齢者の日常生活自立度」のランクB以上を確認したが、大きな差は見られなかった。

そこで、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクⅢ以上をみると、全国平均が76%に対し、自施設は94%と高い割合を示していた。この結果から、自施設では認知症を抱えている方の割合が全国平均よりも高いことが判明した。そこで、直近の職員会議において、「基本的な認知症ケアの徹底」を指示した。

2. 事例②

「さらに優先度が高いケアを見つけない」との目標に対して、「歯の汚れ」に着目した。2020年8月サービス提供分のCHASEのフィードバックの際に「歯みがき実地指導」が自施設は全国（平均）よりも若干低かったことを受け、職員会議で「口腔ケアに力を入れていこう」と発信した。その結果、2021年4月サービス提供分のフィードバック票では「歯・入れ歯が汚れている」入居者の割合が、全国（平均）が28%、自施設が17%と、全国（平均）と比べて大幅に減少した。2022年2月サービス提供分では、全国（平均）が28%、自施設が11%になっていた。これ以上の改善は難しいと考えていたが、2023年4月サービス提供分では、全国（平均）が26%、自施設が9%、そして直近の2024年3月サービス提供分は全国（平均）が25%、自施設が6%になっていた。このことから、職員が口腔ケアの重要性を認識し、実践していることが明らかになった。このようにLIFEデータは前回との比較だけでなく、長期的な比較を行い、ケアの質の評価に活用できることがわかった。

3. 事例③

「入居者の特徴を理解し、ケアに活かしたい」という目標のもと、ADL合計点、DBD13（認知症行動評価尺度）、Vitality Index（意欲指数）の3つの指標を順に確認した。

自施設の入居者は、平均年齢の割に障がい高齢者の日常生活自立度のコンディションがよいということがわかっていたので、「ADL合計点」を確認すると予想通り、全国（平均）に比べて評価点25点以上の方の割合が高かった。次に「DBD13」の中の「日常的な事に関心を示さない」に注目したところ、全国（平均）よりも自施設の方が、「まったくない」「ほとんどない」入居者の割合が高かった。次に「Vitality Index」では、認知症を抱えている方は多いが、「自分から挨拶」したり、「話し掛ける」ことができる方の割合が高いことがわかった。

これらのことから、自施設の入居者はリアクションができる方が多く、その特徴を活かしたいということを発信し、日々のケアに対する意義を見出していくこととした。

4. 事例④

事例③をステップアップし、「日常の場面を根拠のあるケアにしたい」との目標のもと、「入居者に無理強いすることなく、望む生活を送りながら、自然に自立支援・重度化防止につなげることを目指した。この目標達成のため、任意帳票である「興味・関心チェックシート」を少なくとも6ヶ月毎に更新していくこととした。一般的に「興味・関心チェックシート」はあまり活用が進んでいないが、自施設で活用すればするほど有用であることに気付かされた。シートには「生活行為」が46項目と自由記載が可能なその他4項目の計50項目があり、シート上部には左から「している」「してみたい」「興味がある」の枠があり、該当する箇所に丸印を付ける様式となっている。自施設では、「興味があること」（何となく興味が湧いてきたことを含む）に付けられた丸印が、「してみたいこと」、そして「していること」に移行すれば、その方の望む生活に近づくのではないかと考えた。

ひとつの事例として、自施設では約30年「グリーン音楽会」を開催している。音楽会講師により、音楽を通じた楽しいコミュニティが形成されており、入居者同士、あるいは講師や職員との会話が弾み、近年はオンラインも活用することで、さらに多様な交流が生まれている。以前、職員に入居者Aさんが音楽会に参加している理由を尋ねた際、「音楽会が開催されるから」「24時間シートで参加することになっているから」「本人がいつも参加しているから」といった理由しか答えられる者

～私たちは、地域に信頼されるべき存在であり続けます “We will continue to be trusted by the community” ～

当ホームのLIFEのフィードバック活用例

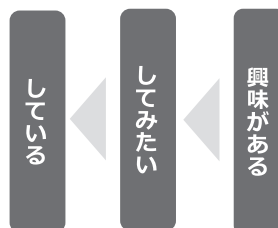
ステップ2

状態の確認

「興味・関心チェックシート」の過去と現在を比較

生活行為	るして いて	みん たて いて	お興 味が
自分でトイレに行く	○		
一人でお風呂に入る		●	NEW
自分で服を着る	●	○	
自分で食べる	●	○	
歯磨きをする	●	○	
身だしなみを整える	●	○	
好きなときに眠る	●	○	
掃除・整理整頓	●		NEW
買い物	●		NEW
洗濯・洗濯物たたみ	●	○	
動物の世話		○	
友達とおしゃべり・遊ぶ	●	○	
家族・親戚との団らん	●	○	
絵を描く・絵手紙			● NEW
歌を歌う	●	○	
音楽を聴く・楽器演奏	●	○	
体操・運動	●	○	

職員はご本人の興味を聞き出し、
その実現に向けて努力して
くれていますね



社会福祉法人 鈴鹿福祉会
鈴鹿グリーンホーム

図2 ステップ2 状態の確認

はいなかった。「興味・関心チェックシート」では、音楽会に直接関連する、または関連すると考えられる生活行為として「歌を歌う・カラオケ」「音楽を聴く・楽器演奏」「体操・運動」「友達とおしゃべり・遊ぶ」「地域活動（町内会・老人クラブ）（ユニットを超えた交流のため該当選択肢として挙げた）」などがある。例えば、Aさんは「歌を歌う・カラオケ」「音楽を聴く・楽器演奏」にチェックがあり、Bさんは「友達とおしゃべり・遊ぶ」「地域活動」にチェックがある場合、同じ音楽会という場にいるが、それぞれ参加する理由や楽しみ方、役割が異なっていることがわかる。これらを把握することで、より本人の希望する生活に近づける根拠につながるのではないかと考えた。そこで、職員に日常会話の中から各入居者がどのようなことに興味・関心を持っているのかを探るよう指示した。6ヶ月に1回以上、興味・関心チェックシートを更新することで記載が充実していく（図2）。また、このシートは施設で行われている様々な活動や各入居者の日課にも当てはめることができる。

また、自施設では毎週、移動販売車の訪問がある。買い物を希望する入居者が時間に合わせて施設玄関に集

まり、商品を選び、おおよその金額を考えながら、移動販売車のスタッフや職員と会話をしつつ購入している。これはQOLのみならず、認知症ケアの一環として、IADLや社会参加の機会を提供することにも期待を寄せている。入居者の中には、自ら買い物リストを作り、ユニットの玄関で移動販売車が来るのを毎週楽しみに待つ姿も見られるようになった。

また、あるユニットでは園芸活動を行っている。「植える」「成長を眺める」「収穫する」「料理する」「味わう」といったプロセスを通じて、入居者それぞれが異なる楽しみ方や役割を見つけている。

その他の事例として、花が好きな入居者は職員や他の入居者と花について会話を楽しんでいる。掃除がしてみたかった入居者は、自室の床に掃除機を掛ける。大相撲が好きな入居者は、何人かで熱心に観戦している。絵を描きたい入居者は、スタッフとユーモアたっぷりの会話を楽しみながら取り組んでいる。さらに、洗濯物を畳みたいという入居者に実際にタオルを畳んでもらうと、そのあまりの美しさに職員は驚いた。

このように、入居者の興味や関心を活かしながら、無

～私たちは、地域に信頼されるべき存在であり続けます “We will continue to be trusted by the community” ～

当ホームのLIFEのフィードバック活用例

チャレンジ⑥：LIFE関連帳票から ケアプランを作ってみよう

事例

令和5年5月入居（SS～入居に至る）98歳 女性 要介護4
障がい高齢者の日常生活自立度 A2
認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa

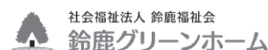
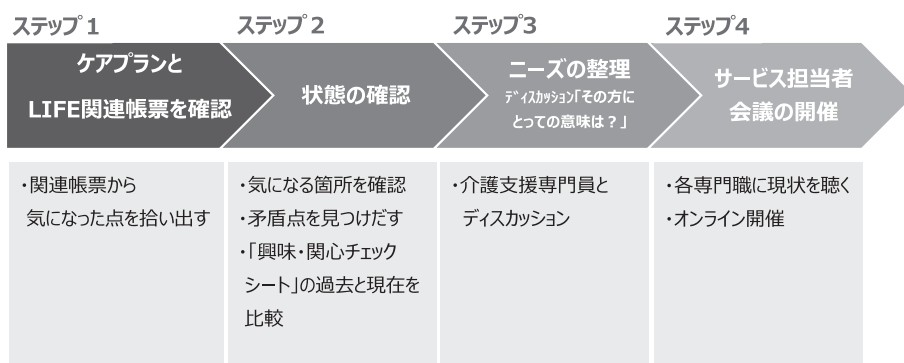


図3 ケアプラン作成にかかる LIFE 関連帳票の活用ステップ

理強いせずに送りたい生活を提供し、自然と自立支援・重度化防止を図るという目標に向けて、入居者が活動的で笑顔のある生活を送る姿から、ケアの方向性が合致していると感じた。

一方、特別養護老人ホームは終の棲家であり、施設内では看取りケアも行っている。看取りの方のシートは「していること」が徐々に減り、次第に生活行為への興味や関心が失われていく。そこで、シートの本来の使用方法とは異なるが、自宅で生活していた頃の趣味や関心が高かったことを家族にヒアリングし、シート「その他」欄を活用して看取りケア（計画）に反映する取り組みを始めた。当初は家族が協力してくれるか不安もあったが、家族も昔を懐かしみながら積極的にヒアリングに協力してくれている。

これらの取り組みを通じて、入居者の主体性を尊重し、個々のニーズに応じたケアを提供することで、QOLの向上と自立支援・重度化防止につながると考えている。

5. 事例⑤

「LIFE関連帳票からケアプランを作ってみる」とい

う試みを、介護支援専門員と共に実施した。具体的には、図1のように、ケアプラン、LIFE関連帳票（ADLを中心）、そして「興味・関心チェックシート」の過去と現在を比較し、矛盾点や気になる点を洗い出すという手順で行った。その後、気になった点について、担当職員と具体的な状況や行動の意味を気軽に話し合い、サービス担当者会議で疑問点の共有を図った（図3）。

この試みの中で、排せつ支援加算関係帳票に「いつも自ら便意・尿意を伝える」と記載がある一方で、ADLの排便・排尿コントロールには「一部介助」と記載されているという矛盾に気づいた。この点を担当のユニットリーダーに確認することで、ケアプラン作成に活かすことができた。この小さな食い違いから、介護現場スタッフの細やかな観察眼の重要性を再認識することができた。

自施設では、3ヶ月ごとにオンラインで開催されるサービス担当者会議で、ケアプランの更新を行っている。LIFE導入時に整備した介護ソフトとネットワーク環境を活用することで、効率的な会議運営を実現している。会議では、LIFE関連帳票について、各専門職に意見を

求めることで、多職種連携を強化し、個々の入居者の全体像を深く把握できるようになった。結果として、ケアマネジャーは各専門職からの発言をある程度予測できるようになるなど、LIFE関連帳票が非常に強力なアセスメントツールであることを実感した。

LIFEのデータ活用とケアマネジメントは一体であり、施設ケアマネジャーの役割は非常に重要である。LIFEを通じて、施設ケアマネジャーは新たな役割を見出すことができ、より質の高いケアプラン作成に貢献できるようになった。

6. 事例⑥

LIFE関連帳票を活用したケアプランの作成は、本人が「興味・関心が高いこと」と、「自立支援につながると考えられるケア」の内容をともにケアプランに反映することができるなど、一定の成果を上げることができたが、一方で、「人が行う作業が多い」「属人的になりやすい」「かなり手間がかかる」といった課題も残った。そのような中、「介護現場で生成AIを活用することができないか」「LIFEを看取りの方に活用できないか」という質問が一時期に寄せられていたこともあり、近年注目されている生成AIの活用について、LIFEのデータを基に看取り介護計画を作成する実験を行った。その結果、生成AIは、膨大なデータを短時間で処理できるため、職員の負担軽減につながることが期待できるとわかった。ただし、生成AIが出力した内容については、個人情報に配慮するとともに、必ず専門職が自身で確認し、修正

や加筆する必要がある。

施設ケアマネジャーが生成AIを運用する中で、複写の手間がかかるという課題が残ったが、データを整列せずにそのまま入力しても、生成AIがうまくデータを拾ってくれることが判明した。生成AIは日々進化しており、私たちの業務をアシストしてくれるツールとしての可能性が広がった。

IV. おわりに

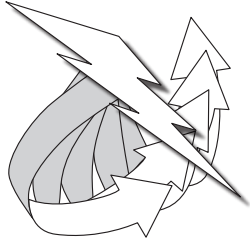
LIFE開始から4年目を迎え、2024年8月より新LIFEシステムに移行した。各関連帳票には若干の変更が加えられ、フィードバック票には、新たに時系列変化を複数の時点で参照できたり、サービス種類や都道府県、平均要介護度などで絞り込んで、全国の類似した介護施設・事業所との比較が可能になるなどの機能が追加された。

新しいフィードバック票の活用はこれからだが、自施設の傾向や個々の入所者の状況や状態を的確に把握し、「入居者に無理強いすることなく、送りたい生活を送りながら、自然と自立支援・重度化防止を図る」ことを目指し、ケアの質向上に努めていきたい。

■引用文献

厚生労働省：ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム(LIFE)利活用の手引き(令和6年度介護報酬改定対応版)(2024)。

第29回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム3



在宅ケアにおけるビッグデータ / リアルワールドデータの活用：
エビデンスに基づく政策形成に向けて
エビデンスに基づく政策立案に向けたデータ活用
の現状と展望

Current Status and Future Prospects of Data Utilization for Evidence-Based Policy Making in Japan

渡邊 亮

日本在宅ケア学会誌, 28(2):33-36 (2025)

I. はじめに

医療の世界では、1990年代前半にGuyattらによって「根拠に基づく医療（EBM; Evidence-Based Medicine）」の概念が提唱され、EBMはその後、急速に普及した¹⁾。EBMでは、臨床における意思決定に際して、臨床研究などによって得られた科学的な根拠を重視している¹⁾。このEBMの考え方は、患者のアウトカムを向上させるだけでなく、医療の質と効率を改善することを目指している。同様の考え方は行政等における政策立案過程でも注目が集まっており、近年では「根拠に基づく政策立案（Evidence-Based Policy Making; EBPM）」と呼ばれ、とりわけ保健医療に関する政策立案では、科学的根拠の活用の気運が高まっている。

EBPMは政策の透明性と説明責任を高め、公共資源を最適に活用するための基盤である²⁾。本稿では、まずEBPMの成り立ちについて振り返り、その後、EBPMの具体的な考え方やフレームワークについて説明する。さらに、海外および日本国内におけるEBPMの実例を挙げ、特に保健医療の政策立案におけるデータ活用の重要性や課題を検討した上で、今後の期待を議論する。

II. EBPMの成り立ち

EBPMの考え方は、1999年にイギリスのトニー・ブレア政権によって政策立案に取り入れられ、「何が効果的か」を重視する姿勢が政策形成の基本方針として掲げられた³⁾。この取り組みは、根拠に基づいた意思決定を政策立案プロセスに統合する試みであり、これがエビデンスに基づく政策立案（EBPM）として広く認識されるきっかけとなった。

アメリカでは、低所得者等を対象とした公的医療給付制度であるMedicaidプログラムにおいて、ランダム化比較試験RCTを活用した政策評価が進められており⁴⁾、北欧諸国でも教育や福祉分野においてEBPMが実践されている⁵⁾。日本では、2015年に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」（いわゆる「骨太の方針」）の中で、「見える化された情報を用いた『エビデンスに基づくPDCAの徹底』」が強調されたことを契機として、政策立案や評価におけるエビデンス重視の重要性が広く認識されるようになった⁶⁾。その後、2017年には省庁横断的なEBPM推進体制として「EBPM推進委員会」が設置され、各省庁が協力してEBPMを実践するための体制整備が進められている⁷⁾。具体的には、政策評価法の改正や、データ基盤の整備が加速したほか、自治体レベルでもこの動きが広がりつつある。都道府県や市町村でも、地域課題に即したエビデンスを活用して政策の質を向上させる取り組みが進みつつあり、例えば埼

玉県では、レセプトデータを分析して、医療機関の受診状況などに基づいた特定健康診査の受診勧奨を行っている⁸⁾。

Ⅲ. EBPM の具体的な考え方とフレームワーク

EBPM は、科学的エビデンスをもとに政策の有効性を評価し、その結果を基に政策を設計、実施、改善するプロセスを指す⁹⁾。このプロセスにおいては、政策の目的と期待される成果を明確に定義し、それに基づいて適切なデータを収集し、分析を行うことが重要である。また、政策の実施後には、モニタリングとアウトカム評価を行い、政策の改善や次の政策形成に活用する。

EBPM のフレームワークとして、ロジックモデルが広く利用されている¹⁰⁾。ロジックモデルは、政策介入がどのようにして成果を生み出すかを視覚的に示すツールであり、インプット（投入資源）、アクティビティ（活動）、アウトプット（直接的成果）、アウトカム（最終的成果）の関係性を明確化する¹⁰⁾。

「インプット」は、政策を実行するために必要な資源を指す。たとえば、予算、専門人材、データインフラなどが含まれる。これらの投入資源は、次に示す「アクティビティ」の基盤となり、具体的な活動の展開を可能にする。「アクティビティ」とは、政策の目的を達成するために行われる具体的な活動を指す。たとえば、啓発キャンペーンの実施、地域保健プログラムの運営、医療機関への支援などが挙げられる。この段階では、計画的かつ効率的な実行が求められる。「アウトプット」とは、アクティビティの直接的な成果を指す。たとえば、研修プログラムの受講者数、配布された健康教育資料の数、健康診断の実施件数などがアウトプットの例として挙げられる。これらは、活動の量的な評価に寄与する指標である。「アウトカム」は、政策の実施によって得られる最終的な成果を指し、長期的な視点での変化を評価する。たとえば、特定の疾病の有病率の低下、地域住民の健康意識の向上、医療費の抑制などがアウトカムの例である。

ロジックモデルの活用により、政策の各段階での因果関係が明確化され、政策評価が体系的かつ科学的に行われる基盤が整備される。このように、ロジックモデルを活用してインプットからアウトカムまでのプロセスを可視化することで、政策の因果関係を整理し、エビデンス

を基にした効果的な介入設計を行うことが期待されている¹⁰⁾。

Ⅳ. 海外と日本国内における保健医療政策にかかわる EBPM の実例

海外における EBPM の実践例としては、イギリスの National Institute for Health and Care Excellence (NICE) による取り組みが有名である。NICE は、医療技術や介入の有効性を評価（医療技術評価）し、イギリスの公的医療制度（National Health Service ; NHS）における当該技術の推奨・非推奨を行っている（NICE, 2013）。評価の一環として、医療技術のコストと効果のバランスを分析し、その価値を判断する医療経済評価が行われる。医療経済評価では、費用対効果を評価する手法として、主に費用効果分析（Cost-Effectiveness Analysis ; CEA）や費用効用分析（Cost-Utility Analysis ; CUA）が用いられる。CEA では、特定の医療技術によって得られる効果（例：疾病の予防、延命効果）に対して必要な費用を評価する。CUA では、効果の指標として特に、生存年に生活の質を考慮した質調整生存年（Quality-Adjusted Life Years ; QALYs）を用いて評価を行う方法であり、現在では医療経済評価において国際的に使用されている。このような評価に基づいて NICE が発効するガイドラインは、NHS における資源配分の指針として重要な役割を果たすと共に、同国の医療の質向上に寄与したことが評価されている¹¹⁾。

NICE が実施した具体的な事例として、禁煙政策の設計と評価が挙げられる¹²⁾。イギリスでは、喫煙に関連する医療費の負担が大きな課題とされていたが、NICE は禁煙支援プログラムの費用対効果等を検討し、個別支援プログラムや薬物療法を組み合わせた介入が最も有効であると結論付けた。この結果などを踏まえ、国全体で禁煙支援策が強化されるなど、様々な取り組みが進められた結果、喫煙率が大幅に低下した。

またオーストラリアでは、高齢者向けの転倒予防プログラム“Lifestyle-integrated Functional Exercise (LiFE)”が導入されている。LiFE は、日常生活に直接統合された機能的エクササイズを取り入れることで、高齢者の筋力やバランス能力を向上させ、転倒リスクを減少させることを目的としており、LiFE により高齢者の転倒が約

3割減少することがRCTの結果確認されたことを踏まえ、LiFEがコミュニティケアに導入された¹³⁾。

V. 日本の保健医療政策におけるEBPMで活用される医療データ

EBMと同様、ランダム化比較試験(randomized controlled trial; RCT)は、EBPMにおける政策介入の効果を評価する上で有用である。RCTは、研究対象者を無作為に介入群と非介入群に割り付けることで、因果関係を正確に評価する手法であり、バイアスを最小限に抑えることができる。しかし、RCTの実施には多大なコストと時間が必要であり、倫理的制約やランダム化の難しさも伴うため、現実の政策立案においては実施が困難である点が指摘されている¹⁴⁾。そのため、差の差分分析や回帰不連続デザイン、傾向スコアマッチングなど「準実験的手法」の活用も提案されている¹⁵⁾。

このような準実験的手法を実施するにあたり、リアルワールドデータ(RWD)は重要な役割を果たしている。日本の保健医療に関する代表的なRWDとして、公的医療保険制度に基づく医療費に関するデータや特定健康診査・特定保健指導に関する情報を蓄積したレセプト情報・特定健診等情報データベース(National Database; NDB)や国保データベース(KDB)などが挙げられる¹⁶⁾。NDBは、全国の医療機関から提出されたレセプト情報及び特定健康診査・特定保健指導に関する情報が集積されている。一方、KDBは、主に市町村が保険者として運営される国民健康保険の加入者を対象としたデータベースである。いずれも、医療費の分析、医療サービス利用のパターンの把握、疾病ごとの医療提供状況の評価など、幅広い政策立案に利用されている¹⁶⁾。

在宅ケア領域においても、NDBやKDBをはじめとしたRWDを用いた研究が進展しつつある。Sunらは、つくば市国保・後期・介護保険請求データを用いた後ろ向きコホート研究を実施し、強化型在宅療養支援診療所を利用した患者は、従来のクリニックを利用した患者に比べて緊急訪問の頻度が高く入院率が低かったことや、終末期ケアにおいて、自宅での死亡率が高く、強化型在宅療養支援診療所が質の高い在宅ケアを提供していることを示唆した¹⁷⁾。また本学会においても、在宅ケア領域におけるデータ活用に向けた体制整備の提言も行われて

おり、今後、研究の拡がり期待されている¹⁸⁾。

VI. 日本におけるEBPMの課題と今後の期待

日本におけるEBPMの課題として、EBPMに用いることができるデータの不足が挙げられる。上述のようにNDBやKDBをはじめとした診療報酬に関わるデータは、日本の公的医療保険制度に基づく悉皆性の非常に高いデータである一方、健康状態や死亡などといった健康アウトカムや、所得などの社会経済要因に関するデータが不足していたり、他データと連結することが困難である。またNDBやKDBでは、個人レベルでデータを追跡することが困難な場合があり、縦断データとしての活用に制限がある点も指摘されている¹⁹⁾。

上記の課題は、特に在宅ケア領域におけるEBPMに大きな障壁となり得る。急性期における治療や医療技術に対して、在宅ケアにかかる取り組みの効果を評価するためには、一定期間個人を追跡することが不可欠であると考えられる。また、効果の評価には健康状態や生活の質を反映させたアウトカムが重要である。このような評価が可能なデータ構築が期待される。

また、適切なデータ分析を行うための環境や体制の整備も課題の一つである。特に、高度なエビデンスの構築に繋がるデータ分析に求められる高度なスキルを有する専門人材が不足しており、行政職員がこのようなスキルを獲得する道筋を整えることも容易ではない²⁰⁾。国はEBPMの推進体制を整備するために、総務省行政評価局が政策評価ガイドラインを発行したり、同局の若手職員に対する約半年間の研修を通じて各府省のEBPM実践を支援できる人材育成を進めているほか、研究者など外部有識者の活用なども行われている²¹⁾。しかし、保健医療政策を具体的に実行する県・市町村においては、そのような人材育成やデータ活用に向けた環境整備は途上であり、さらなる体制強化が必要だと考えられる。

VII. おわりに

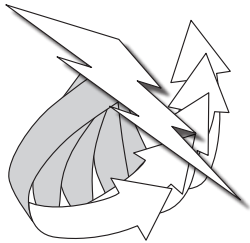
本稿では、エビデンスに基づく政策立案は、科学的根拠を活用してより効果的かつ公平な政策を実現するための重要な手法であり、今までの経緯と手法の概要、及び保健医療領域における事例を紹介した。エビデンス構築

に必要なデータ基盤や人材育成に課題は残るものの、今後、日本におけるEBPMの実践がさらに進み、保健医療政策の透明性と効果が一層向上し、国民の健康と福祉の増進に寄与することが期待される。

■引用文献

- 1) Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. : Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, **268**(17) : 2420-2425 (1992).
- 2) Pawson R : Evidence-based Policy. SAGE Publications Ltd; 2006. (<https://methods.sagepub.com/book/mono/evidence-based-policy/toc>, 2025. 1. 11).
- 3) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. : Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, **312** (7023) : 71-72 (1996).
- 4) Baicker K, Finkelstein A : The Effects of Medicaid Coverage — Learning from the Oregon Experiment. *N Engl J Med*, **365**(8) : 683-685 (2011).
- 5) Sanderson I : Evaluation, Policy Learning and Evidence — Based Policy Making. *Public Adm*, **80**(1) : 1-22 (2002).
- 6) Government of Japan : 経済財政運営と改革の基本方針 2015. (https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2015/2015_basicpolicies_ja.pdf, 2024. 7. 11).
- 7) 総務省 : 政策評価制度と政府におけるEBPMの取組～政策効果の把握・分析手法の実証的共同研究を中心に～, 2020 (https://www.soumu.go.jp/main_content/000723040.pdf, 2024. 6. 20).
- 8) 埼玉県 : 特定健診受診率等向上取組事例集(2022).
- 9) Davies HTO, Nutley SM, Smith PC : What works?: Evidence-based policy and practice in public services. 1st 版. Bristol University Press; 2000 (<https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t892t3>, 2025. 1. 11).
- 10) W.K. Kellogg Foundation : Logic Model Development Guide. Battle Creek, Michigan: W.K. Kellogg Foundation; 2004 (<https://wkkf.issuelab.org/resource/logic-model-development-guide.html>, 2025. 1. 11).
- 11) Appleby J, Harrison A : Spending On Health Care: How Much Is Enough?. London: King's Fund; 2006 (<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/spending-health-care>, (2024. 6. 2)).
- 12) National Institute for Health and Care Excellence : Smoking: reducing and preventing tobacco use. Manchester, England: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs82>, 2024. 7. 5).
- 13) Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, et al : Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ*, **345** : e4547 (2012).
- 14) 総務省EBPMに関する有識者との意見交換会事務局 : EBPM (エビデンスに基づく政策立案) に関する有識者との意見交換会報告(議論の整理と課題等). (https://www.soumu.go.jp/main_content/000579329.pdf, 2024. 6. 22).
- 15) 2022-2024年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED) ヘルスケア社会実装基盤整備事業委託研究「SDGsを意識した予防・健康づくりの多面的経済評価の手法開発」研究班, 橋本英樹 : SDGsを意識した予防・健康づくりの多面的経済性評価; 総括的展望と実践への提言. 医療経済研究, **36**(1) : 29-67 (2024).
- 16) Suto M, Sugiyama T, Imai K, et al. : Studies of Health Insurance Claims Data in Japan: A Scoping Review. *JMA J*, **6**(3) : 233-245 (2023).
- 17) Sun Y, Iwagami M, Sakata N, et al. : Evaluation of enhanced home care support clinics regarding emergency home visits, hospitalization, and end-of-life care: a retrospective cohort study in a city of Japan. *BMC Health Serv Res*, **23**(1) : 115 (2023).
- 18) 吉江 悟 : 在宅ケアに活かすレセプトデータ解析の方向性. 日本在宅ケア学会誌, **25**(2) : 49-52 (2022).
- 19) 近藤克則, 質の高い医療経済学的研究のためのデータベース検討事業ワーキンググループ : より良い保健・医療・介護制度等に貢献する質の高い医療経済学研究のためのデータベース構築に向けた要望書. 医療経済研究, **36** (1) : 96-102 (2024).
- 20) 森安亮介 : 行政への浸透に向けたEBPMの課題とその一方策～EBPMを契機とした行政・研究の連携を～. みずほ情報総研, 2019, みずほ情報総研レポート, 18 (https://www.mizuho-rt.co.jp/publication/report/2019/pdf/mhir18_ebpm.pdf, 2024. 6. 22).
- 21) 行政改革推進本部事務局 : EBPMの推進を担う人材の育成の在り方について. (https://www.gyokaku.go.jp/review/aki/R06/img/5_1_1_gyokaku.pdf, 2024. 12. 4).

第29回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム3



在宅ケアにおけるビッグデータ / リアルワールドデータの活用：
エビデンスに基づく政策形成に向けて

在宅ケア分野におけるリアルワールド・データの 解析の実際と課題

Analysis and Challenges of Real-World Data in Home Care Discipline

河野あゆみ

日本在宅ケア学会誌, 28(2):37-41 (2025)

I. ケアにおけるリアルワールド・データ解析の 必要性

近年、医療・保健・介護分野の様々な大規模データを有機的に連結させて、ICT（情報通信技術）等の利活用を推進するデータヘルス改革や医療DX（デジタルトランスフォーメーション）が政策的に進められてきている。リアルワールド・データ（RWD）とは、日常の実臨床のなかで蓄積される医療・保健・介護分野のデータの総称のことであり、一般に大規模データを意味する。具体的には医療の現場では、保険請求や電子カルテ、保健福祉の現場では、健診情報や介護データベース、また患者登録データなどが挙げられる。そのほかに、分野によってはウェアラブルデバイス、ソーシャルメディアなどのデータもRWDに含まれる。

これからの在宅ケア実践が大きく発展するためには、実践の実情をふまえた代表性や信憑性の高いRWD解析に基づくエビデンスを示した研究が必要不可欠である。RWD解析から得られた知見を在宅ケア実践に還元するために、重要なことは、臨床的・クエスチョンから良質なリサーチ・クエスチョンを組み立てることである。

ここでは、まず在宅ケア分野における臨床的・クエスチョンから、RWD解析をふまえたリサーチ・クエスチョンを組み立てる例について説明する。

例えば、在宅ケア実践の現場で「家では何もする気にな

らない」と話す要支援認定を受けた一人暮らしの高齢者に対して、通所サービスを紹介することが有効なのか、実践のなかで臨床的・クエスチョンをもつことがあるかもしれない。この臨床的・クエスチョンについては、「要支援高齢者にとって、通所サービスはフレイル予防に効果があるか」というリサーチ・クエスチョンに組み替えることが可能である。エビデンスのレベルが最も高い知見を得るためには、研究的な立場からは、通所系サービスを介入とした無作為化比較対照試験のデザインを組んだ上で、フレイル予防の効果を評価することをまず想定するかもしれない。しかし、要支援高齢者のための通所系サービスは、介護保険制度等によって、既に多様な形態で提供され、広く国民にも周知されている利用頻度が非常に高いサービスである。一般的な制度である通所系サービスの提供について、提供する群と提供しない群とに無作為に介入を割り付けることそのものが困難であり、時として倫理的問題をはらむ可能性がある。その観点から考えると、現実世界での通所系サービスの利用効果を評価するRWD解析による観察研究が望ましい。

厚生労働省による「医療DX令和ビジョン2030」¹⁾によれば、全国医療情報プラットフォームの将来像として、医療機関、介護事業所、自治体・保健所、救急隊、医療保険者、介護保険者などのステークホルダーの連携による医療情報基盤、介護情報基盤、行政・自治体情報基盤などづくり、医療・介護データ等のRWDの二次利用のための解析基盤をつくることが提案されている。

Ayumi Kono

大阪公立大学大学院看護学研究科地域包括ケア科学分野 教授

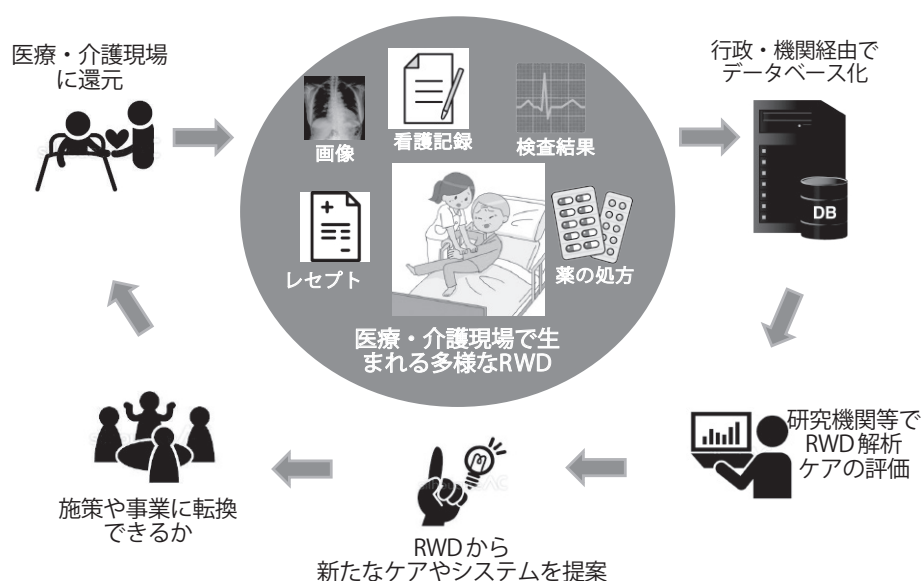


図1 リアルワールド・データ（RWD）解析とケアの実装の循環

そのようなプラットフォームを構築することによって、RWD解析とケアの実装の良質な循環が期待できる。図1に示すように、医療・介護現場における多様なRWDを集積し、行政や各医療・介護機関経由でデータベース化を行い、研究機関等でデータ解析の上、既存のケアを評価することができる。さらには、そのデータ解析結果から新たなケアやシステムを提案し、施策や事業に転換することによって、その知見を医療・介護現場に還元し、また新たなRWDが集積するという良質な循環が生まれる。

Ⅱ. 在宅ケア分野におけるリアルワールド・データの概要

わが国のRWDの代表的なものとして、医療保険や介護保険のレセプトデータがある。

医療レセプト（診療報酬明細書）は、在宅ケアに限らず、病院など多様なセッティングで集積されるデータである。わが国の医療レセプトを活用した論文のスコーピングレビュー²⁾では、2017年までは年間100件までの論文出版にとどまっていたが、近年論文出版数が急速に増え、2018年以降、年間200件を超える論文が出版されていることが報告されている。

一方、介護レセプト（介護給付費明細書）を活用した

論文の動向³⁾については、2006年から2020年までの間に86件の論文が出版され、その総数やナショナル・レベルのデータに該当する論文数は限られてはいるものの、徐々に論文数が増えており、2019年以降35件以上の論文が出版されてきている。この数年の動向をみるだけでも、わが国におけるRWD解析を用いた研究は、今後一層増加していくと推測される。

国が保有する主な医療介護データベースのうち、顕名データベースとしては、全国がん登録データベース、難病データベース、小児慢性特定疾病児童等データベースなどがあるほか、匿名データベースとしては、ナショナルデータベース、介護保険総合データベース、DPCデータベースなどが挙げられる。

ここでは、特に、在宅ケア分野で活用しやすいデータベースとして、ナショナルデータベース（NDB）、介護保険総合データベース（介護DB）、国保データベース（KDB）について、その概要を説明する。

まず、ナショナルデータベース⁴⁾とは、日本全国ほぼすべての医療保険者による電子化された医療レセプトならびに特定健診情報についての匿名データである。医療レセプトには、各健康保険組合、協会けんぽ、船員保険、共済保険、国民健康保険、後期高齢者医療などの保険者や公費医療による医科、DPC、歯科、調剤の各レセプトが含まれる。また、特定健診等の情報には、受診

情報、受診者情報、健診結果、問診結果、保健指導レベル、支援形態、特定保健指導のポイント数が含まれる。

第2に、介護保険総合データベース⁵⁾とは、都道府県国民健康保険団体連合会（国保連合会）が管理する介護レセプトと市町村が国保連合会を通じて厚生労働省に提出する要介護認定情報の匿名データをデータベース化したものである。介護レセプトには、性別、生年月、要介護状態区分、認定有効期間、保険分給付率、各介護サービスの種類、介護サービス毎の単位数・利用日数・回数などのデータが含まれる。また、要介護認定情報には、要介護度の認定調査時の基本調査項目である74項目の内容、要介護認定等基準時間、要介護度の一次判定結果ならびに二次判定結果、各判定日、認定有効期間などの項目が含まれる。

ナショナルデータベース、介護保険総合データベースのデータは、双方とも、国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する目的で行う相当の公益性を有する研究において利用する場合、一定の手続きを踏んで、厚生労働省から入手できる。データ提供の申し出をできる者は、公的機関、大学その他の研究機関のほか、民間事業者などが含まれる。データ提供を申請した後、研究の必要性、研究実績、利用するデータの内容、データの利用期間・場所、管理方法などについて、公益性、分析実施可能性、個人の識別可能性の観点から審査が行われた上で、提供が承認される。

第3に、国保データベース（KDB）は、各都道府県国保連合会が管理する国民健康保険ならびに後期高齢者医療制度による健診情報、医療レセプトと介護レセプトの給付情報のことである。国保データベースの医科レセプトについては、ナショナルデータベースと同様に、医科、DPC、歯科、調剤の各レセプトが含まれる。国保データベースのファイル構成は、ナショナルデータベースの構成と若干異なり、国保データベース被保険者台帳、健診情報、医療レセプト管理、医療傷病名、医療摘要、医療最大医療資源ICD別点数、介護給付基本実績、糖尿病性腎症対象者リスト、未治療者・治療中断者チェック表から構成される。ただし、国保データベースのデータは、ナショナルデータベースと比べ、その粒度が荒いことに留意する必要がある⁴⁾。たとえば、ナショナルデータベースでは、医療が提供された年月日まで特定できるが、国保データベースでは、提供された年月までしか特

定できないため、在院日数などを正確に算出することはできない。国保データベースのデータは、国民健康保険の保険者である市町村、後期高齢者医療の保険者である各都道府県後期高齢者医療広域連合に申請後、承認を受けて入手することが可能である。国保データベースはKDB個人番号によって個人を識別できる形態で、国保連合会にて管理されているが、研究機関としてデータの提供を受ける場合には、匿名化など個人情報保護に基づいた然るべき手続きが必須となる。

以上より、在宅ケア分野の研究に活用できるデータベースが一部整いつつある。これらのデータセットの詳細については、2020～2021年度の本学会政策提言検討委員会のメンバーによって日本在宅ケア学会誌第26巻第1号の特集記事として解説しているため、ご参照いただきたい。

Ⅲ. RWD 解析の実際：南大阪医療介護スタディ

これまで、著者は要支援認定高齢者などを対象に、介護予防をテーマとした自己申告の質問紙調査による様々な調査研究に取り組んできたが、質問紙調査研究では、研究対象者の参加意向を尊重することが原則であるため、調査項目によっては、データの悉皆性や正確性については、どうしても限界が生じる。

そこで、大阪府下の3自治体や国民健康保険団体連合会、後期高齢者医療広域連合と協働し、2012年度に新規に要支援と認定された第1号被保険者（65歳以上の高齢者）約1,600名の住民基本台帳、介護保険給付実績、介護保険認定情報、介護保険料、後期高齢者医療または国民健康保険医療の医療給付等のデータを10年間集積し、介護予防に資する基礎資料を提供する南大阪医療介護（SOHA：the Southern Osaka Health and Aging）スタディ⁶⁻⁹⁾を統計学や経済学の研究者らと学際的なチームを組み、実施してきた。本研究では、図2に示すとおり、大学と保険者である市町村や後期高齢者医療広域連合との協働事業とし、市町村が国保連合会に対してデータ提供を依頼する手続きを経て、大学にデータを提供し、大学は解析した結果については市町や後期高齢者医療広域連合と共有するという仕組みをつくって実施した。

本研究の解析の一部では、高齢者が要支援1または要支援2に認定され、日常生活での手助けが必要になった

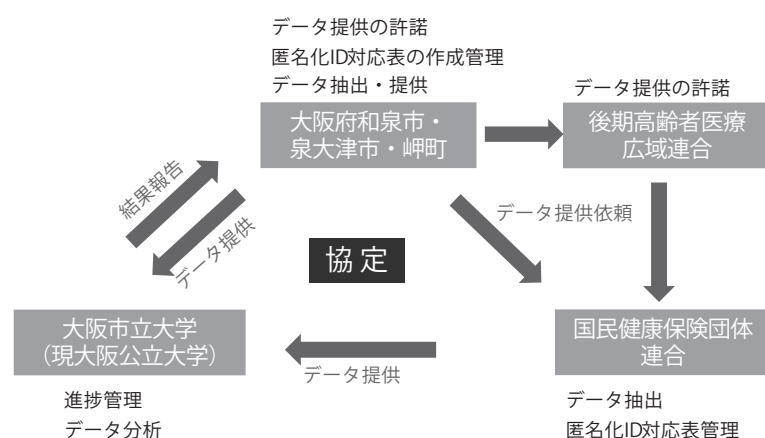


図2 SOHA スタディの研究協働体制

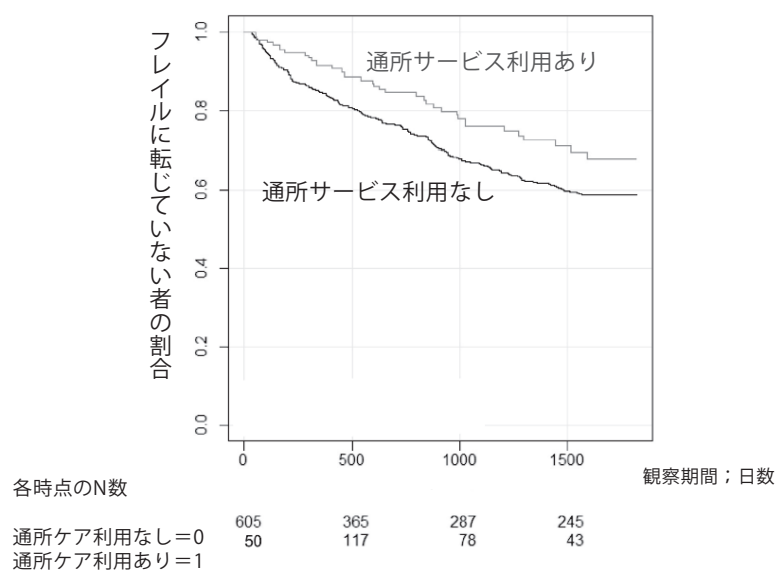


図3 通所サービス利用の有無とフレイルの発生

とき通所サービスを利用することにより、要支援認定後のフレイル発生が抑えられるか、検討している⁹⁾ため、その内容を紹介する。この解析では、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）が本格的に各市町で導入される前の2012年度から2017年度の医療介護給付データを活用しているため、通所サービス利用者については、当時の介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれかを利用している者と操作的に定義した。なお、2024年度現在では、介護予防通所介護は廃止され、要支援高齢者が利用する通所介護サービスの大部

分は、各市町村の総合事業に移管されている。

具体的には2012年9月～2013年3月に要支援新規認定高齢者のうち、フレイルではなかった者655名（年齢中央値：79歳、女性の割合：66.6%）を対象とし、5年間のフレイルの発生を測定した。独立変数である通所サービスは、観察期間の各月における介護レセプトから介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションの利用実績から算出した。従属変数であるフレイルは、医療レセプトの医療最大医療資源ICD別点数のICD-10コードを用いた。Veterans Affairs of Frailty Index (VAFI)¹⁰⁾を参考にして、ロバスト、プレフレイル、マイルド・フレイル、モデレート・フレイル、シビア・フレイルの順にカテゴリ化し、5年間の観察期間に初めて、マイルド・フレイル以上のカテゴリが発生した時点をフレイルが発生した時点とした。

その結果、対象者のフレイル発生率は、33.9%（222名）であった。性別、年齢、新規認定時のフレイルのカテゴリを調整した時間依存性コックス回帰モデル解析を行った結果、通所サービス利用者は非利用者に比べて、フレイルを発生するリスクを40%減らしていた（調整ハザード比＝0.60、95%信頼区間＝0.42～0.86、p値＝.006）。図3に示すとおり、5年間では、通所サービス利用者、非利用者ともにフレイルは発生するが、通所サービス利用者の

方が非利用者に比べて、フレイルは常に低い発生状況であった。以上より、高齢者が要支援と認定されたときには、通所サービスや通所サービスに相当する外出を勧めることが重要と結論付けられた。

本研究では、要支援高齢者の5年間の通所サービス利用状況は常に変化するものであるが、RWDを用いたことにより、サービス利用の経時変化を考慮した解析結果を得られ、現実社会に即した一定の知見を提供できたと考える。

IV. 最後に

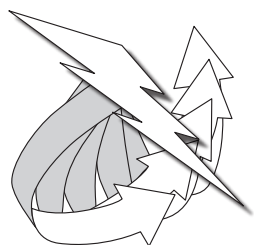
近年では、行政、産業・企業、学術界などあらゆる分野でRWDが着目され、利活用のための体制整備が進んでおり、在宅ケア分野においてもRWDを用いたケアの効果を評価することが可能になってきている。特に、高齢者の場合、介護保険をはじめ多様な社会資源が整ってきているため、既存のケアの効果評価はRWDを用いることで現状に応じた知見を提案できると考える。

しかし、在宅ケア分野におけるRWD解析には、リサーチ・クエスションの構築、データ整備、解析などの面から強力な研究力を推進することが課題である。さらには、在宅ケアの実践課題を把握し、RWD解析の意義や成果を在宅ケア実践に適用する力も非常に重要である。そのためには、学際的な研究チームの構築、若手研究者をはじめとした人材育成、各関連団体や施策との有機的な連携、研究資金の確保など、多くの課題が挙げられる。

■引用文献

- 1) 厚生労働省：第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料について 資料2-2「全国医療情報プラットフォームの概要」(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_210261_00003.html, 2024. 12. 13).
- 2) Suto M, Sugiyama T, Imai K, et al.: Studies of health insurance claims data in Japan: A scoping review. *JMA J*, **6** (3), 233-245 (2023).
- 3) Jin X, Tamiya N: The use of Japanese long-term care insurance claims in health services research: current status and perspectives. *Glob Health Med*, **3**(3), 142-148 (2021).
- 4) 吉江悟：医科レセプトの構造と解析のためのTipsを教えてください. 日本在宅ケア学会誌, **26**(1), 17-21 (2022).
- 5) 河野あゆみ：介護データベース(要介護認定情報と介護レセプト)の構造と解析のためのTipsを教えてください. 日本在宅ケア学会誌, **26**(1), 26-31 (2022).
- 6) 河野あゆみ, 福島奈緒美, 三浦剛, ほか：介護予防をめざす医療介護給付データ分析と自治体・大学との研究協働：南大阪医療介護(SOHA: the Southern Osaka Health and Aging)スタディ. 看護研究, **53**(3), 198-204 (2020).
- 7) Kono A, Fukushima N, Ishihara T, et al.: Five-year disease-related risk of mortality in ambulatory frail older Japanese. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, **68**(4), 267-275 (2021).
- 8) 三浦剛, 河野あゆみ：新規要支援高齢者の介護サービス利用パターンによる5年間保険支出額と障害調整生命年を用いた費用効果分析. 日本在宅ケア学会誌, **28**(1), 62-71 (2024).
- 9) Yoshiyuki N, Ishihara T, Kono A, et al.: Do home- and community-based services delay frailty onset in older adults with low care Needs?. *J Am Med Dir Assoc*, **24**(11), 1663-1668 (2023).
- 10) Orkaby A.R, Nussbaum L, Ho Y.L, et al.: The burden of frailty among U.S. veterans and its association with mortality, 2002-2012. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, **74**(8), 1257-1264 (2019).

第29回日本在宅ケア学会学術集会 公開シンポジウム3



在宅ケアにおけるビッグデータ / リアルワールドデータの活用： エビデンスに基づく政策形成に向けて 在宅医療におけるエビデンスと政策立案： データ活用の最前線

Evidence Based Policy Making in Home Health Care:
The Frontline of Data Application

江頭 勇紀

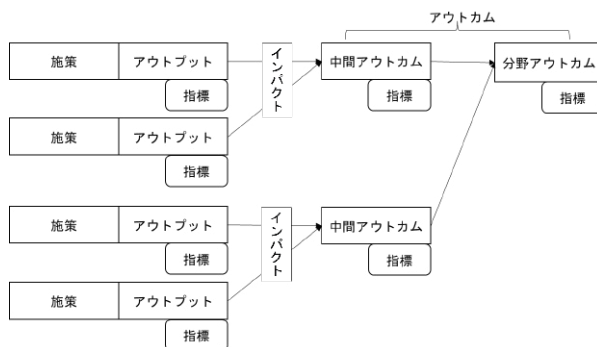
日本在宅ケア学会誌, 28(2):42-49 (2025)

I. はじめに

近年、在宅医療政策をはじめとする保健医療政策においてエビデンスに基づく政策立案（EBPM）の重要性が高まっている。例えば、2024年4月からスタートした第8次保健医療計画ではEBPMの重要性が強く反映された。保健医療計画とは、医療法第三十条の四の規定により各都道府県が医療提供体制の確保を図るために策定する計画である。当該計画は、在宅医療をはじめ救急医療やがんなど、政策的に対応が必要な医療について、その提供体制を定めている。従来からPDCAサイクルの必要性が強調されてきたが、第8次計画からは、厚生労働省の策定指針により¹⁾、各都道府県に対してロジックモデル（図1）の導入が促され、データを用いた政策推進が図られている。ロジックモデルとは、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものであり、定量的な指標による政策評価を可能とする枠組みである。ロジックモデルの位置付けに関しては、都道府県により状況は異なるものの、その一定数が当該モデルを第8次計画に位置付けている²⁾。

このような政策的背景のもと、本稿では、筆者の行政官としての経験とアカデミアでの研究知見を踏まえ、在宅医療政策におけるデータ活用の現状と課題を示すとともに、実効性のあるEBPMの実現に向けた示唆を提示

ロジックモデルの構成要素の例示



注：

・アウトカムは、「分野アウトカム」「中間アウトカム」など、段階に分けて記載する。例えば、政策分野の目標である長期成果（分野アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる中間成果（中間アウトカム）を設定し、当該中間成果（中間アウトカム）を達成するために必要な個別施策を設定する。

・この図において、分野アウトカムに関する指標は、アウトカム指標又はプロセス指標を、中間アウトカムに関する指標はプロセス指標又はストラクチャー指標を使用することが想定される。アウトカムに関する指標は、その施策の実施状況を示すものを使用する。

図1 ロジックモデルの構成要素

（令和5年3月31日 医政地発 0629 第3号 厚生労働省
医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療
に係る医療体制について」より抜粋）

したい。なお、本稿で述べている事項については、所属組織の公式的見解ではなく、あくまで医療行政に携わってきた一行政官としての所感であることをあらかじめ申し添えたい。

Ⅱ. 在宅医療政策の制度的背景

在宅医療は、地域包括ケアシステムの構築をはじめとする各種政策において、その重要性が議論されることが多いが、長い歴史を有している。在宅医療は、1992年の第2次医療法改正により「居宅」が「医療提供の場」として法的に位置付けられ、1994年には健康保険法の改正により「療養の給付」の対象となるなど、30年以上前から積極的な法整備が進められてきた。さらに、2017年からの第6次保健医療計画では在宅医療が重点的な分野として位置付けられ、2018年には地域医療構想において在宅医療の必要量が定められるなど、その重要性は年々高まっている³⁾。

特に地域医療構想では、将来の人口動態の変化を踏まえた病床機能の分化・連携が求められている。高度急性期・急性期機能の効率化と並行して、回復期機能の充実と慢性期機能の需要増加への対応が課題となっており、後者については在宅医療での対応が期待されている。実際、図2に示すとおり、多くの都道府県で在宅医療需要のピークが2040年以降に予測される中、計画的な体制

整備が急務となっている⁴⁾。

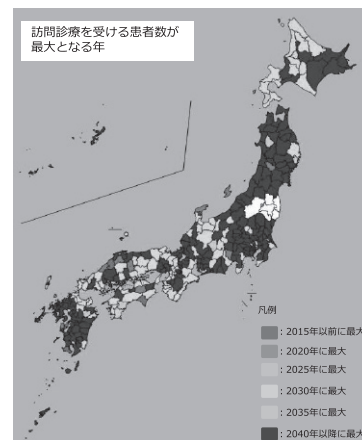
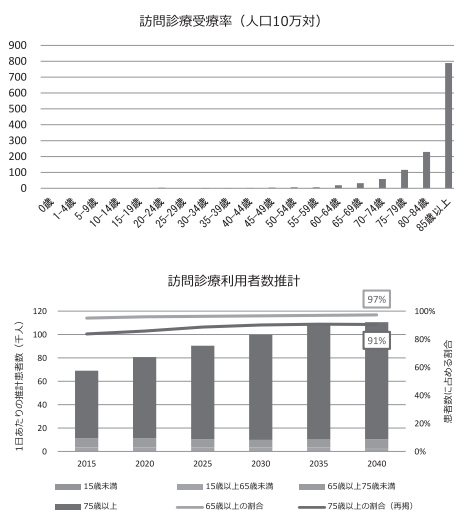
Ⅲ. 医療政策におけるデータの種類と特性

在宅医療の政策立案において活用可能なデータは多岐にわたる。政策立案に適した悉皆データとしては、レセプトデータの集計値である「National Data Base (NDB) オープンデータ」や各医療機関が報告する「病床機能報告」があり、地域全体の傾向把握や医療機能の分化・連携状況の評価に活用されている。また、研究では、「NDB」や「国保データベース (KDB)」などのレセプトデータや「Diagnosis Procedure Combination (DPC)」などの個票データが活用され、より詳細な分析が行われている。

このように目的に応じて多様なデータがあるものの、「データが存在するだけ」では、EBPMを実現することはできない。その理由は、これらのデータを政策立案に活かすためには、データの特性や限界を理解した上で、目的に応じて適切な活用方法の検討が必要となるためである。特に、データから得られる知見を政策立案の初期段階から戦略的に組み込み、それらを基盤として関係者

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院・外来の種別別」「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

図2 在宅医療需要に関する将来推計

（令和4年3月4日 厚生労働省「第7回 第8次医療計画等に関する検討会」資料より抜粋）

との調整を進めていく視点が重要となってくる。そのためには、政策が成立するまでの流れと、その意思決定プロセスや関連するステークホルダーの理解が不可欠となってくる。

IV. 政策立案プロセスの実例

データやエビデンスは政策実現のために貴重な判断材料となるものの、適切に活用するためには政策立案のフェーズにあわせた段階的な活用が必要となってくる。以下はあくまで筆者の実務経験から得た知見であるが、図3のとおり、概ね次の3つのフェーズに分解できる。

第一段階は、「課題設定フェーズ」である。ここでは解決すべき課題を明確化し、データを用いた現状分析を行う。この段階では、地域の人口動態や医療資源の分布、医療需要の将来推計など、複数のデータを組み合わせた分析が必要となる。また、全国や類似した地域との比較を通じて、地域特性を適切に把握することも重要である。一方で、課題設定の段階から個票データを用いた個別の議論が行われることは少ない。このフェーズでは、検討分野における全体像を踏まえた上での課題設定が行われる。

第二段階は、「科学的根拠の設定・マッチングフェーズ」である。当該フェーズでは、課題設定フェーズで特定された「課題」に対して効果的な政策介入が検討される。この段階では、アカデミアの知見が積極的に活用されることが望ましい。行政には、一定の専門職が在籍するものの、地方自治体における職員の多くはジェネラリストとしての一般行政職であり、研究論文へのアクセスやその知見の応用には一定の壁がある。そのため、この

段階では、アカデミアの専門家による科学的知見や助言を、政策立案の基礎として活用することが望ましい。

第三段階は、「現場からのフィードバック」である。行政職員も可能な限り、医療現場のニーズを把握するよう努めてはいるものの、タイムリーかつリアルな実態把握には一定の限界性が存在する。そのため、臨床現場の実態を把握し、実現可能性を検討しながら、具体的な実施方法の調整が必要となってくる。筆者が知る中では、臨床家へのヒアリングをはじめ、地域医師会等の職能団体や、分野ごとに設置している各種協議会等の構成員に対して意見聴取を行うことが多い。この段階では、データから得られた知見と臨床現場の実感との間にギャップが生じることもある。そうした場合には、両者の違いが生じる要因を丁寧に検討し、より実効性の高い政策の立案につなげることが重要となる。

このように各分野における全体像を把握し、課題設定を行った上で、エビデンスと現場感覚を基礎に政策立案が行われる。また、必ずしも、第二段階を踏まえて、第三段階に移行するわけではなく、現場からの声を踏まえてエビデンスと照らし合わせるなど、順番が入れ替わることもある。

なお、こちらも筆者の実務経験を踏まえた感覚によるものではあるが、上記段階的な政策立案が望ましい姿ではあるものの、EBPMは発達段階にあるため、特に第二段階の「科学的根拠の設定・マッチングフェーズ」に課題がある場合が多いと感じている。

V. 行政内部での政策実現プロセス

上述のように、施策は段階を経て具体化されていくものの、「実施・実現」にあたっては、さらに行政内部での段階的な調整プロセスが必要となる。当該調整プロセスは地方自治体ごとに異なる可能性があるものの、基本的な流れは、図4に示すとおり、次の4手順を踏むことになると考えられる。なお、これら一連のプロセスを、俗称であるが、行政内部においては、「調整」と呼ぶことも多い。

第一に、「事業案の作成段階」である。ここでは、上述した政策立案プロセスを通じて構築した具体的な政策案を、「事業案」として落とし込む段階である。事業案は、その後の関係者や財政当局との調整で何度も使用するた

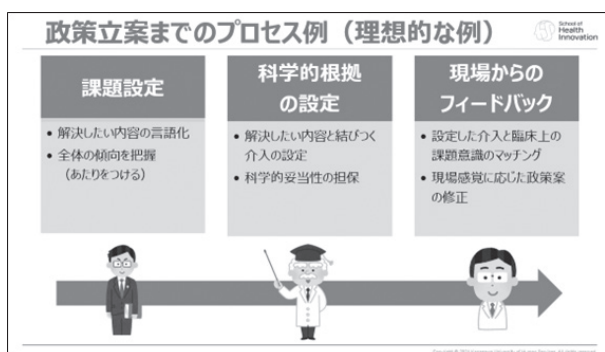


図3 政策立案までのプロセス例（筆者作成）

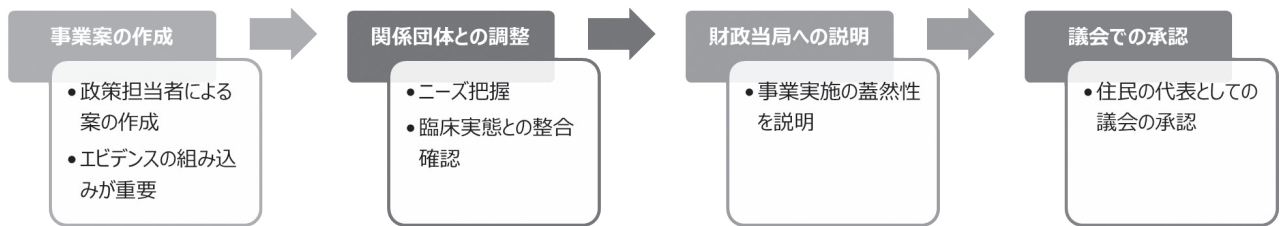


図4 政策実現に伴う行政内部での調整プロセス（筆者作成）

め、事業を実施する蓋然性が必要であり、データに基づいた地域の現状分析による課題の明確化と、科学的根拠に基づく有効な介入方法の検討が求められる。この際、研究成果等から示唆される知見を活用し、エビデンスに基づいた事業として具体化することが重要である。この段階でエビデンスを組み込むことは、その後の調整プロセスを円滑に進めるための基盤となる。

第二に、「関係団体との調整」である。ここでは実務レベルでの具体的なニーズの把握や、現場での課題、実施上の懸念事項の収集が中心となる。特に医療政策においては、医療関係団体との協働が必要不可欠となってくる。そのため、医療関係団体に事業案を説明し、ニーズの聞き取りや、臨床実態に即した事業となっているかなど、細部にわたって調整を行い、事業案をブラッシュアップする。特に、実施分野における「協議会等の構成員」や「医療関係団体」との調整が重要になる。

第三に、「財政当局への説明」である。ここでは地域における課題の客観的な提示と、事業の必要性を示すデータの活用が重要となる。関係団体との調整を経て、実現可能性が確認された事業内容について、その必要性和実現可能性を説得力のある形で示す必要がある。なお、財政当局への説明については、その予算規模に応じて、緻密な調整が必要になることが多い。

最後に、「議会での説明・承認のプロセス」である。ここでは当該事業がエビデンスに照らし合わせて目的を達成するのにふさわしいものであることを説明し、承認を得ることが求められる。各自治体の住民の代表である議会に対して、事業の妥当性や目的達成に向

けた内容の適切性について、科学的な知見に基づいて説明し、可決（承認）される必要がある。

このように、政策の実現までには、行政内部での調整も含め、長いプロセスを経てようやく実現される。

VI. データ分析の知見を活かした政策立案：神奈川県における退院支援事業の例より

在宅医療の質向上における退院支援の重要性は、レセプトデータの分析等から示唆されている。例えば、筆者が行ったがん患者を対象とした死亡場所に関する研究では、退院時における病院と在宅診療所の共同指導が在宅死の実現との間に正の関係があることが明らかになっている⁵⁾。

I 補助事業について

1 事業の目的

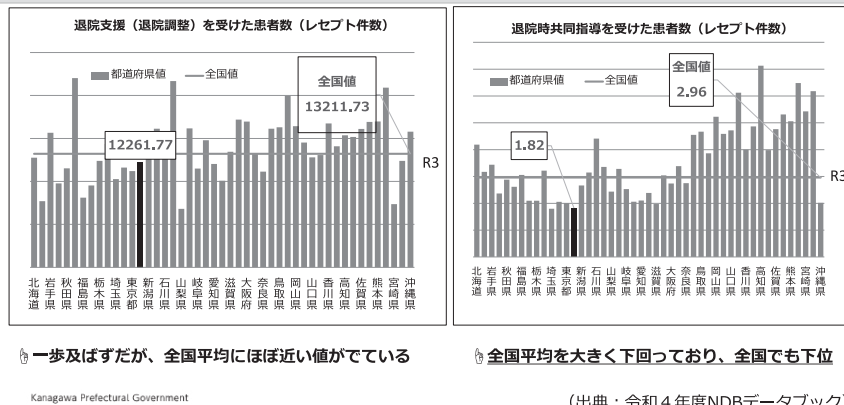
在宅医療を担う診療所及び訪問看護ステーションが「退院支援」に積極的に取り組むために必要となる人件費等に対して補助を行うことで、入院医療から在宅医療への円滑な移行を促進し、増大する在宅医療需要に対応する。

2 補助制度の概要

事業区分	補助事業の内容	補助率	補助上限額
(1) 医師事務作業補助者の募集・雇用に係る経費	・新たに退院時共同指導に取り組む又は拡充するため、医師事務作業補助者の募集及び雇用を行う。	補助対象経費の4分の3	63万6千円 又は 5万円 ※注意事項参照
(2) 雇用後の研修期間として最大3か月の人件費相当額 ※申請時期により最大3か月の人件費相当額の補助ができない場合があります。	・新たに退院時共同指導に取り組む又は拡充するために雇用した医師事務作業補助者に対し給与の支払いを行う。	補助対象経費の4分の3	68万4千円

図5 神奈川県「在宅医療退院支援強化事業」の概要
(神奈川県「神奈川県在宅医療退院支援強化事業費補助金〈公募要領〉」より抜粋)

「退院支援（退院調整）を受けた患者数」と「退院時共同指導を受けた患者数」の本県の状況



「退院支援（退院調整）を受けた患者数」と「退院共同指導を受けた患者数」の指標伸び率

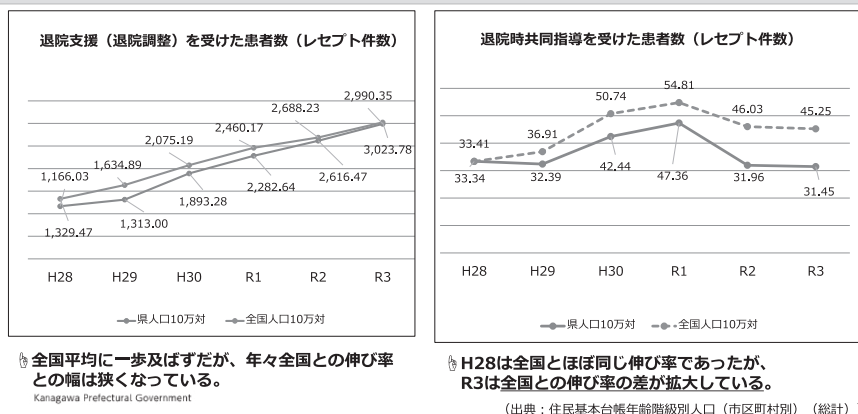


図6 神奈川県における退院支援の状況と分析結果

(令和5年6月27日 神奈川県「令和5年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会及び神奈川県地域包括ケア会議」資料より抜粋)

事例として扱う「在宅医療退院支援強化事業」(図5)は、在宅医療を担う診療所及び訪問看護ステーションが「退院支援」に積極的に取り組むために必要となる人件費等に対して補助を行うことで、入院医療から在宅医療への円滑な移行を促進し、増大する在宅医療需要に対応することを目的に2024年度から新たに実施されている事業である⁶⁾。

本稿では、退院支援の有効性について一定のエビデンスがある中で、当該事業がどのように政策として実現していったかをフェーズごとに俯瞰していきたい。なお、各フェーズの事例分析については、既存の資料や関連会議における議事録をベースに行ったため、筆者による推測が含まれている点をご容赦いただきたい。

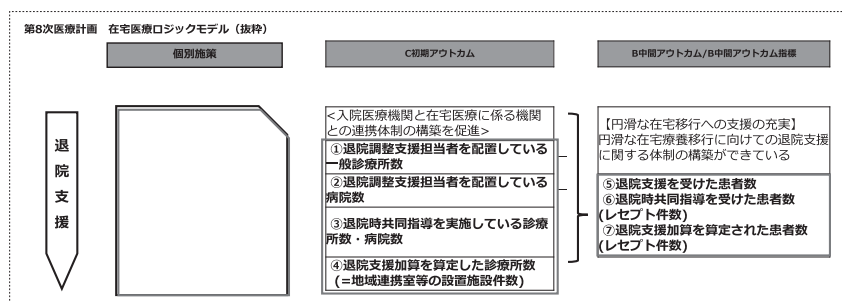
1. 第一段階：「課題設定フェーズ」

この段階では、地域全体の傾向を踏まえた上で、全体の傾向を俯瞰し、課題を設定することが重要である。ここではまず、神奈川県の医療政策担当者が、政策動向も踏まえて、県全体の在宅医療における課題の抽出を行う。神奈川県では、退院支援から看取りまで、県下全体で適当に実施できるよう、「誰もが尊重され、その人らしい生活が実現できるよう地域で支えるしくみが構築できている」状態をゴールに、ロジックモデルを構築している。担当者はこのロジックモデルに従いながら、県における在宅医療の課題を抽出することになる⁷⁾。

図6及び図7は在宅医療に関する県の協議会において県が作成した資料であるが、ロジックモデルに従ってレ

新たな施策③：連携体制の構築に向けた事務員に対する支援

【検討の方向性】



ロジックモデル上、「退院支援」に関して個別施策の位置づけがないことから、初期アウトカム・中間アウトカムの増加に向けた新たな施策を検討する必要がある。

「退院支援」における施策の検討

【検討の方向性（まとめ）】

○ データからの分析

- ・ 退院後の受け皿となり在宅療養を担う診療所の退院支援の質を評価する“退院時共同指導料”は、全国平均を大きく下回っている。
- ・ 指標伸び率を経年比較しても、“退院時共同指導を受けた患者数”は全国との差が拡大しており、施策の検討が必要。

○ 現場からのご意見

- ・ R4に行った在宅医療現場へのヒアリングでは、実際に「医師が1人体制で回っているため、診療以外での仕事が増える」との声が複数あり、現場からも支援が必要とされている。

（※R4①②会議にて報告済）

⇒ 「退院時共同指導を受けた患者数」を増やすために、在宅医療を担う診療所への支援が必要ではないか。

図7 神奈川県における退院支援の状況と分析結果

（令和5年6月27日 神奈川県「令和5年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会及び神奈川県地域包括ケア会議」資料より抜粋）

セプトデータの集計値を基に解析を行ったところ、図6の示すとおり、退院支援に関して「A246 入退院支援加算」の件数は全国値より低いものの、その差は年々縮小しており、病院における退院支援は経時的な改善がみられると評価していることが推察される。一方で、「B004 退院時共同指導料」は、全国値よりも低く、その差は年々拡大傾向にあることから、「診療所における退院支援」を課題として設定していると推察できる。

そして、図7のとおり、ロジックモデルを用いて、県下における在宅医療に関する状況を包括的に評価した上で、「診療所における退院支援」に課題があると設定したのが神奈川県の特徴である。この課題設定が、第二段階である「科学的根拠の設定・マッチングフェーズ」へ

とつながっていく。

2. 第二段階：「科学的根拠の設定・マッチングフェーズ」

ここでは、設定した課題を基に科学的な視点からどのような介入方法が適当かを検討することになる。この点に関して、明確な資料が発見できなかったため、推測の域を出ないが、在宅医療に関する協議会には有識者も含まれていることから、当該者に対してヒアリングを行うことにより、専門的知見を得たことが想定される。

3. 第三段階：「現場からのフィードバックフェーズ」

最後に、当該フェーズでは実際の介入行動が、現場感覚を踏まえたものとなっているかの調整を行う。この点

に関して、神奈川県では在宅医療の現場に対してヒアリングを行っており、「医師が1人体制で（現場を）回しているため、診療以外での仕事が負担である。」ことを事業立案の際に把握していた。こうした現場からの意見を、在宅医療に関わる医師等で構成される「在宅医療推進協議会」で協議したところ、ヒアリングの結果と同様に、在宅診療所に対する支援が必要であるとの意見があった。

このようにして、実際の臨床現場や協議会からの意見を踏まえて、退院時の共同指導を促進するために、「在宅診療所に対する支援」が有効であると判断し、具体的な事業案の作成に入っていく。

このように、ひとえに在宅医療に関する政策といってもその領域は幅広い。現実的には、行政における各部も限られた予算を有効かつ効率的に活用する必要があるため、全ての課題に対して事業を行うことは困難である。上記であげた神奈川県の事例は、ロジックモデルに従い、「課題」を特定した上で、専門家や現場の声を踏まえて事業化に至った好事例のひとつではないかと考える。

一方で、ロジックモデルは、PDCA サイクルにおける「Plan」だけではなく「Check」においても活用する必要がある。紹介した神奈川県の事業は2024年度からスタートしたため、今後、退院支援に関する指標を追いながら、その効果や内容のブラッシュアップを行っていく必要がある。

VII. 協議会を通じた政策課題の設定

基本的には本稿で述べた3つのフェーズにより政策化される場合が多いが、別のケースも紹介したい。

在宅ケアの臨床では実に様々な職種の方が日々、多様な課題に直面していると推察される。そうした中で、臨床現場から見ると、政策立案を行う行政は遠い存在に見える。一方で、行政職員も日々、様々な業務がある中で、十分に現場の情報を取得できない場合もある。こうした時に重要となってくるのが、職能団体の代表等で構成される「協議会」の存在である。

例えば、神奈川県の場合、「在宅医療推進協議会」という会議体があり、臨床を担う医師やコメディカルをはじめ、医療と福祉をつなぐMSW、社会福祉士などの職

能団体（医師会等）や、行政の医療部門における役職者など多様なメンバーで構成されている。こうした協議会は、それぞれの分野における代表者が出席しているため、各員の発言は自然と領域における問題認識を反映しているものと行政側は考える。

そのため、行政側が現場の声を積極的に取りにいくのはもちろんであるが、現場の声をそれぞれが属する職能団体に伝え「課題化」し、職能団体が「協議会」の場で意見を述べる。そうすることによって、行政は、現場からの「課題」として取り上げ、対応策を検討することになる。

このように、本稿で述べた3つの段階に基づいた政策立案は、EBPMの基本的な形であると考えが、「課題の設定方法」には多様な方法があることを述べておきたい。

VIII. 今後の展望：EBPMの実現に向けて

1. 政策評価の新たな展開

2024年から新たに第8次保健医療計画がスタートし、各都道府県がロジックモデルを導入し、定量的かつ体系的に各疾病・事業ごとに目標値を設定した。ロジックモデルは構築するのが目的ではなく、定期的なモニタリングによるPDCAサイクルの着実な実施が求められる。特に6年間の計画である第8次医療計画の中間年度には、中間評価も実施されるため、当該評価の中で、ロジックモデルの有効性についても検証されることが期待される。

2. 新たな地域医療構想を見据えて

そうした中で、2024年12月10日に開催された「第15回新たな地域医療構想等に関する検討会」では、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ（案）」が示された。当該案の中では、今後の在宅医療の需要に関しても言及されており、2040年には85歳以上を中心に高齢者数がピークまで増加するとともに、当該年齢における在宅医療の需要は2020年と比較して、62%増加することが見込まれている⁸⁾。このように、在宅医療の果たす役割は、ますます大きくなってくると予想される。

IX. おわりに

在宅医療政策の立案・実施において、データの利用は必要不可欠である。現在では多岐にわたるデータが活用可能となり、データ活用の基盤は一定程度、整ったと言える。データが存在するだけでは十分ではないことは、本稿を通じて述べてきたが、今後はデータから課題を抽出し、政策の立案・実施をするEBPMのさらなる加速が求められる。そのためには、行政、アカデミア、臨床現場それぞれが持つ知見や経験を共有し、エビデンスに基づいて議論を進めて行く必要がある。最後に、本稿が、EBPMや政策実装プロセスの理解に少しでも役立てば幸いである

■引用文献

- 1) 厚生労働省：厚生労働省医政局地域医療計画課通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日)「(別紙) 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html, 2024. 12. 10).
- 2) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構：都道府県第8次医療計画(一部関連計画含む)ー地域医療計画策定・評価 総合支援サイト(<https://iryuu-keikaku.jp/h/>, 2024. 12. 10).
- 3) 厚生労働省：地域医療構想策定ガイドライン(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711355.pdf>, 2024. 12. 10).
- 4) 厚生労働省：第7回第8次医療計画等に関する検討会資料(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24045.html, 2024. 12. 10).
- 5) 江頭勇紀, 渡邊亮：在宅医療サービスの供給に基づくがん患者の在宅死への影響に関する要因分析ー神奈川県国民健康保険のレセプトデータを用いたコホート研究ー. 日本在宅医療連合学会誌, **5**(1) : 18-27, 2024.
- 6) 神奈川県：神奈川県在宅医療退院支援強化事業費補助金(公募要領)(<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/112780/taiin2youryou.pdf>, 2024. 12. 10).
- 7) 神奈川県：令和5年度第1回神奈川県在宅医療推進協議会及び神奈川県地域包括ケア会議(<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/f6z/20240627zaitakulkaikekka.html>, 2024. 12. 10).
- 8) 厚生労働省：第15回新たな地域医療構想等に関する検討会資料(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_46886.html, 2024. 12. 10).

● 総 説 ●

訪問看護実践における心不全療養者に対する
再入院予防の概念分析Rehospitalization Prevention for Patients with Heart Failure in Home Healthcare Nursing Practice:
a Concept Analysis高橋 晶^{*1}, 李 錦純^{*2}

Aki Takahashi, Kumsun Lee

要旨：〔目的〕訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の定義を明らかにする。

〔方法〕Rodgers（2000）の概念分析の手法を用い、30文献を分析した。

〔結果〕属性は【ライフスタイルを重視した包括的アセスメント】【生活に密着した早期からの支援】【予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援】【他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理】【ケアの継続性を保持】の5つ、先行要件は5つ、帰結は4つが抽出された。

〔結論〕訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防は、「ライフスタイルを重視した包括的アセスメントに基づく生活に密着した早期からの支援を、予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援と他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理を行い、ケアの継続性を保持すること」と定義した。この実践によりセルフケアレベルの向上と習慣化、療養者と家族の積極的な疾病管理につながり、人生や生活の質に反映され、在宅療養の継続に至ると示された。

キーワード：訪問看護実践、在宅、再入院予防、心不全、概念分析

日本在宅ケア学会誌, 28(2) : 50-61 (2025)

I. 緒 言

循環器疾患は日本における死因第2位である。その内訳は心不全が最も多く、その患者数は2030年には130万人に増加すると推計されており¹⁾、心不全をかかえながら在宅で長期的に生活する療養者が今後一層増えると予測されている²⁾。

心不全療養者の再入院率は退院後1年以内では35%におよび、初回退院後の再入院率においては約60%との報告もある³⁾。再入院の要因としては感染症や不整脈などの医学的要因よりも、塩分・水分制限の不徹底や内服

薬の自己中断といった病識や管理不足に起因する個人的要因といった予防可能な因子が多いことが明らかにされており⁴⁾、疾患管理を含め継続した生活調整も必要となる。また、心不全の症状増悪による再入院の繰り返しは、生命予後、身体機能、生活の質を低下させるため⁵⁾、それを避けるためにも在宅療養において医療者による適切な介入が必要である。

2016年度診療報酬改定の基本方針として、地域包括ケアシステムの推進とともに、生活を支える医療の実現のために質の高い在宅医療・訪問看護の確保が求められている⁶⁾。疾病や障害をかかえても住み慣れた生活の場で自分らしい生活を継続するために、多種多様なサービス提供機関および職種と連携して在宅医療・介護を提供していく必要があり、その重要な役割の一端を訪問看護

受付日：2024年8月30日

受理日：2024年12月3日

*1 関西医科大学大学院看護学研究科博士後期課程

*2 関西医科大学大学院看護学研究科

が担っている。

心不全看護に関する先行研究では、退院後の自宅訪問や定期的な電話フォローといった在宅での疾患管理が再入院率の低下につながる³⁾や、定期的な訪問看護師の介入により心不全療養者の再入院を防ぐことができた⁵⁾という報告があり、心不全療養者の増悪予防、再入院予防には、継続的な疾患管理や生活支援に関わる訪問看護師の実践が深く関係すると思われる。しかし、再入院予防に関する先行研究は、疾患管理プログラムの開発³⁾や入退院を繰り返す心不全療養者の特徴を明らかにしたもの⁷⁾、入院中に行う自己管理に対する指導方法⁸⁾など、病棟の看護を対象とした報告が多い。訪問看護においても、重症化予防の看護実践により入院が抑制されること⁹⁾、社会資源を活用した重症化予防のための疾患管理により在宅療養が継続されること¹⁰⁾、訪問看護開始直後の緊急対応を抑えることが在宅療養生活の安定につながる¹¹⁾など、再入院予防に関わる看護が実践されているが、訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防について、特徴と定義を明らかにした研究は見当たらない。

そこで本研究では、訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防について概念分析を行い、再入院予防の概念に含まれる要素や構造を明らかにすることを目的とした。

本研究により、再入院予防の支援に必要な要素が抽出され、再入院を回避するための訪問看護実践の具体的支援を明らかにすることで、心不全療養者が願う住み慣れた地域での継続した療養生活の実現に寄与できると考える。

Ⅱ. 方 法

1. 研究方法

概念は時間の経過や社会経済、文化によってダイナミックに変化するものであるという哲学的視点を基盤とする¹²⁾、Rodgers (2000) の概念分析の手法を用いた。心不全療養者の再入院予防は時代の変化だけでなく、看護の対象が生活を営む多様な社会経済的背景や地域特性の影響を受けると考え、この方法が本研究に適していると考えた。

2. 文献収集方法

国内文献については医中誌Webを用い、「訪問看護」or「在宅看護」and「心不全」and「再入院予防」をキーワードに検索したところ7件であった。会議録を削除し、該当文献のタイトルと要約を精読し、訪問看護実践における再入院予防に関する内容が含まれないものを除く2件を分析対象とした。海外文献についてはPubMed, CINAHL with Full Textを用い、「heart failure」and「readmission prevention」or「rehospitalization prevention」and「visiting nursing」をキーワードに検索したところ40件であった。国内文献と同様の除外要件に当てはめたところ、14件の文献が該当した。検索範囲は心不全の治療法確立のための大規模臨床試験 (Japanese Diastolic Heart Failure Study) が開始されるなど、心不全療養者の支援に変化がみられた時期を鑑み、2003年から20年以内とした。さらにハンドサーチにより、心不全療養者に対する再入院予防の訪問看護実践に触れている国内文献11件と海外文献3件を追加し、最終的に国内文献13件と海外文献17件の計30件を分析対象とした。

3. データ分析方法

分析対象の文献を精読し、全体の概要を明らかにした後、データシートを作成した。「心不全療養者に対する再入院予防の看護実践」の性質を示している内容を属性、先だって生じる出来事を示している内容を先行要件、結果として生じる内容を帰結とし、属性、先行要件、帰結に関する記述を抽出し、抽出内容の共通性と相違性に沿ってカテゴリ化した。カテゴリ化する過程では、在宅看護分野の研究者によるスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

Ⅲ. 結 果

以下、属性、先行要件、帰結として抽出された各カテゴリを【 】に、各サブカテゴリを〈 〉に、各サブカテゴリに含まれる代表的な文献の記述内容を「 」に示す。

1. 属性

属性として、【ライフスタイルを重視した包括的アセ

表1 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の属性

カテゴリ	サブカテゴリ	内 容	文 献
ライフスタイルを重視した包括的アセスメント	療養者の日常から察知する症状悪化の判断	いつもと違う療養者の状態を判断する	多留ら ¹³⁾ 、藤倉ら ¹⁴⁾ 、北 ¹⁵⁾ 、Taniguchi et al. ¹⁶⁾
		増悪因子をアセスメントする	Sano et al. ²³⁾
		療養者の外見の変化からの疾患進行を発見する	Taniguchi et al. ¹⁶⁾
	ライフスタイルを尊重したアセスメント	療養者のライフスタイルを理解しアセスメントする	多留ら ¹³⁾ 、田嶋ら ²²⁾ 、山内ら ⁷⁾ 、Sano et al. ²³⁾
		いつもと違う状況を五感を働かせて観察する	多留ら ¹³⁾
		心負荷がかかっている家事行動についてアセスメントする	多留ら ¹³⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾
		家族構成や家族役割の有無をチェックする	長岡ら ¹⁷⁾
		生活機能を包括的に評価する	長岡ら ¹⁷⁾ 、Matsuda et al. ²⁴⁾
	社会的背景に関する情報の収集	共同生活者や役割などの社会的情報を収集する	Sano et al. ²³⁾
生活に密着した早期からの支援	異常の発見	異常に早く気付く	多留ら ¹³⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾ 、Cartledge et al. ²⁵⁾
		心不全増悪の徴候や症状の評価を行う	牛尾ら ⁹⁾ 、Matsuda et al. ²⁴⁾
	可能な限りの早期対応	可能な限り早期に対応する	大津 ¹⁰⁾ 、多留ら ¹³⁾ 、藤倉ら ¹⁴⁾ 、北 ¹⁵⁾ 、Taniguchi et al. ¹⁶⁾ 、田嶋ら ²²⁾ 、小林ら ²⁶⁾
		タイムリーな対応	Goldgrab et al. ¹⁹⁾
		緊急時の指示や対処の指導	佐野 ²⁰⁾
	個別性を踏まえた生活に密着した支援	生活に密着した視点を持ちながら客観的に把握する	山内ら ⁷⁾ 、北 ¹⁵⁾ 、佐野 ²⁰⁾ 、Sano et al. ²³⁾ 、Matsuda et al. ²⁴⁾
		個別性を踏まえた柔軟な生活指導を行う	山内ら ⁷⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾ 、佐野 ²⁰⁾ 、田嶋ら ²²⁾
		外来診療では困難なきめ細やかな介入や対応	藤倉ら ¹⁴⁾
		療養者が以前の習慣に戻らないように指導する	Taniguchi et al. ¹⁶⁾
	生活状況の注意深い観察と調整	医療の干渉による日常への影響を見極めながら関わる	北 ¹⁵⁾
		生活状況を注意深く観察、確認する	Taniguchi et al. ¹⁶⁾ 、志賀ら ²¹⁾
	セルフケアに対する教育的関わり	些細な体調変化や対処法を振り返り自覚を高める働きかけを行う	多留ら ¹³⁾ 、Taniguchi et al. ¹⁶⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾ 、Stewart et al. ¹⁸⁾
		本人へのセルフケアの指導を行う	牛尾ら ⁹⁾ 、多留ら ¹³⁾ 、佐野 ²⁰⁾ 、Poudel et al. ²⁷⁾ 、Alnomasy et al. ²⁸⁾
		看護師への連絡のタイミングを指導し連絡してもらう	大津 ¹⁰⁾ 、多留ら ¹³⁾ 、Sano et al. ²³⁾ 、Smith et al. ²⁹⁾
	療養者の生活に対する不安を推測し支援	療養者の不安や質問から体調の不安定さを推測する	Taniguchi et al. ¹⁶⁾
		疾患や生活活動に対する不安や困難の支援を行う	長岡ら ¹⁷⁾
	家族や同居者への支援	家族からの相談を受けたり指導をする	牛尾ら ⁹⁾ 、大津 ¹⁰⁾ 、北 ¹⁵⁾ 、佐野 ²⁰⁾ 、平田ら ³⁰⁾
		療養相談を行う	藤倉ら ¹⁴⁾
	状況に合わせた社会資源の活用	インフォーマルサポートやフォーマルサービスの調整を行う	牛尾ら ⁹⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾ 、志賀ら ²¹⁾
		疾患管理の状況に合わせた社会資源の活用を行う	大津 ¹⁰⁾ 、Goldgrab et al. ¹⁹⁾

スメント】【生活に密着した早期からの支援】【予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援】【他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理】【ケアの継続性を保持】の5つが抽出された（表1）。

1）【ライフスタイルを重視した包括的アセスメント】

療養者個々の日常をとらえたうえで、包括的にアセスメントを行う内容であった。「いつもとちがう療養者の状態を判断する」¹³⁻¹⁶⁾ というように、再入院予防は、〈療

表1 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の属性（つづき）

カテゴリ	サブカテゴリ	内 容	文 献
予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援	人生観や意向の配慮	意思決定における人種、民族、文化の違いを考慮する	Spehar et al. ³²⁾ 、Hashemlu et al. ³³⁾
		ACPを含めた情報を共有する	多留ら ¹³⁾ 、佐野 ²⁰⁾ 、志賀ら ²¹⁾
	療養者と一緒に決定	療養者・家族の人生観や意向に配慮し、一緒に方針を決める	多留ら ¹³⁾ 、北 ¹⁵⁾ 、Sevilla et al. ³⁴⁾
		病態の変化についてどう対応したいか、意向を聞く	田嶋ら ²²⁾
他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理	合意形成	療養者、医師、看護師間で治療計画や援助方法を合意形成する	志賀ら ²¹⁾ 、田嶋ら ²²⁾
		都度、今後の治療方針を確認する	多留ら ¹³⁾
	他職種と連携・協働による疾患管理	関与する専門家チームの重要なコーディネーターとなる	Alnomasy et al. ²⁸⁾ 、Hashemlu et al. ³³⁾
		タイミングよく他職種と連携する	牛尾ら ⁹⁾ 、藤倉ら ¹⁴⁾ 、北 ¹⁵⁾ 、田嶋ら ²²⁾
		他職種や家族との連携による疾患管理を行う	大津 ¹⁰⁾ 、平田ら ³⁰⁾
		緊急時の連携体制を構築する	Sano et al. ²³⁾
	外来との連携	外来受診につなげる	大津 ¹⁰⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾ 、Goldgrab et al. ¹⁹⁾
		看護専門外来との連携の強化	山内ら ⁷⁾ 、Taniguchi et al. ¹⁶⁾
	他職種との円滑なコミュニケーション	他の医療スタッフとの関係を構築する	田嶋ら ²²⁾ 、Sano et al. ²³⁾
		他職種との円滑なコミュニケーションのためにトレーニングする	Taniguchi et al. ¹⁶⁾
ケアの継続性を保持	情報の共有と対応策を検討	関係する医療介護チームと密に情報共有する	志賀ら ²¹⁾ 、田嶋ら ²²⁾ 、小林ら ²⁶⁾
		多職種と情報共有し対応策を検討する	大津 ¹⁰⁾ 、多留ら ¹³⁾ 、田嶋ら ²²⁾
	円滑な生活が続く療養の場づくり	生活しやすい療養の場づくりを行う	牛尾ら ⁹⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾
		円滑な在宅療養への環境の整備	多留ら ¹³⁾ 、佐野 ²⁰⁾
	療養場所が変わってもケアの継続性を保つ	療養場所が変わってもケアの継続性が保てる方法を計画実施する	北 ¹⁵⁾ 、Hashemlu et al. ³³⁾
		退院後の療養者の管理を継続するための手配を行う	Taniguchi et al. ¹⁶⁾ 、Matsuda et al. ²⁴⁾ 、Spehar et al. ³²⁾ 、Wendy ³⁵⁾ 、Ingles ³⁶⁾

養者の日常から察知する症状悪化の判断」がされ、その判断は、「いつもと違う状況を五感を働かせて観察する」や「療養者のライフスタイルを理解しアセスメントする」^{7), 13), 22-23)} ことに重きを置いた〈ライフスタイルを尊重したアセスメント〉によって行われていた。加えて、〈社会的背景に関する情報の収集〉により、身体面、心理面、社会面を網羅する包括的なアセスメントを実践していた。

2) 【生活に密着した早期からの支援】

症状の異常に対する早期対応といった一般的な実践に、療養者の日々の生活からかけ離れないように再入院予防の支援を行う内容であった。〈異常の発見〉、〈可能な限りの早期対応〉といった、どの医療現場でも実践されていることに加え、〈個性性を踏まえた生活に密着した支援〉や〈生活状況の注意深い観察と調整〉といった日常に視点をおいた実践を行っていた。また、療養者の生活の中で「些細な体調変化や対処法を振り返り自覚

を高める働きかけを行う」^{13), 17-18)} といった〈セルフケアに対する教育的関わり〉を持ち、生活の中での療養であるからこそその〈療養者の生活に対する不安を推測し支援〉を行い、〈家族や同居者への支援〉も行っていた。そして「疾患管理の状況に合わせた社会資源の活用を行う」^{10), 19)} といった、療養者の〈状況に合わせた社会資源の活用〉が行われていた。

3) 【予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援】

病態の変化に伴う今後の療養生活に対する療養者や家族の意向の確認についての内容であった。「ACPを含めた情報を共有する」^{13), 20-21)} や、「病態の変化についてどう対応したいか、意向を聞く」²²⁾ といった、在宅療養を希望する療養者と今後の方針について〈人生観や意向の配慮〉をして〈療養者と一緒に決定〉し、療養者と家族の意向に沿わない再入院とならないよう、支援が行われていた。

4) 【他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾患管理】

他職種や他機関との円滑な連携による再入院予防の実践についての内容であった。「療養者、医師、看護師間で治療計画や援助方法を合意形成する」²¹⁻²²⁾といった他職種や他機関と〈合意形成〉のうえ、〈他職種と連携・協働による疾患管理〉を行い、必要時は〈外来との連携〉を行っていた。これらを円滑に進めるために〈他職種との円滑なコミュニケーション〉を行い、連携・協働のための〈情報の共有と対応策を検討〉していた。

5) 【ケアの継続性を保持】

再入院を防ぐための継続したケアを提供できる療養環境の整備についての内容であった。「生活しやすい療養の場づくりを行う」^{9),17)}といった〈円滑な生活が続く療養の場づくり〉と、医療施設から在宅に〈療養場所が変わってもケアの継続性を保つ〉ことを行っていた。

2. 先行要件

先行要件は、【リスクの予測が難しい疾患特性】【症状悪化の要因となる療養者の状態】【家族背景の相違によ

表2 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の先行要件

カテゴリ	サブカテゴリ	内 容	文 献
リスクの予測が難しい疾患特性	疾患特有の性質	不確かさという心不全の疾患特性	北 ¹⁵⁾ 、佐野 ²⁰⁾ 、田嶋ら ²²⁾
		心不全の急激な悪化の早期発見が困難	長岡ら ¹⁷⁾ 、平田ら ³⁰⁾
症状悪化の要因となる療養者の状態	療養者が自覚する主観的な身体状態	通常とは異なる、療養者が主観的に経験する心不全増悪症状の身体感覚	多留ら ¹³⁾ 、Matsuda et al. ²⁴⁾
		自覚症状に乏しく、言葉では明確に表せない、具合が悪いという感覚	多留ら ¹³⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾ 、平田ら ³⁰⁾ 、Sevilla et al. ³⁴⁾
	療養者の認知状態と介護度	認知症を合併している	大津 ¹⁰⁾ 、田嶋ら ²²⁾
		介護度の低い認定を受けたり ADL が高い自立と判定される	長岡ら ¹⁷⁾
	療養者の日常生活環境	老朽化した住居	小林ら ²⁶⁾
		併存疾患による日常生活に影響がある	佐野 ²⁰⁾ 、田嶋ら ²²⁾
	療養者の疾患に対する認識度	悪化予防を実践しているという認識が高く支援の必要性を認識していない	長岡ら ¹⁷⁾
		療養者が息切れや呼吸困難などを自覚しても受診行動をとらない	山内ら ⁷⁾
		医療従事者、療養者・家族間の心不全に対する認識のずれ	Sevilla et al. ³⁴⁾
		自身が持つ疾患に対するリテラシーが低い	Smith et al. ²⁹⁾
家族背景の相違による家庭内役割の不均衡	家族の介護負担の状況	介護負担の増大	大津 ¹⁰⁾ 、志賀ら ²¹⁾
		高齢独居者や家事役割があること	大津 ¹⁰⁾ 、長岡ら ¹⁷⁾
	独居世帯や家事役割がある	同居している家族との生活リズムの違い	小林ら ²⁶⁾
		医師のみの力では不十分	藤倉ら ¹⁴⁾ 、平田ら ³⁰⁾
他者との協力が不十分	個の力では不十分	生活状況のコントロールは療養者の力だけでは困難	長岡ら ¹⁷⁾ 、Poudel et al. ²⁷⁾
		退院後の関係者間のコミュニケーションに課題	Taniguchi et al. ¹⁶⁾
	関係者間のコミュニケーションの課題	療養者と医療従事者とのコミュニケーションに重大な課題	Spehar et al. ³²⁾
		共有ツール活用の課題	佐野 ³⁷⁾
心不全看護に自信がない訪問看護師が抱く困難感	訪問看護師の関わりにおける課題	コンコダンスによる弊害やコンプライアンス、アドヒアランスへの対応が困難	田嶋ら ²²⁾
		循環器看護を専門としていない中での看護	佐野 ²⁰⁾ 、田嶋ら ²²⁾
		教育指導といった療養者自身の理解力を高める支援には自ずと限界がある	平田ら ³⁰⁾
	入院中から引き継がれる問題	病院から引き継がれる入院中に解決できなかった、退院後の生活環境の未確認や医療福祉サービスの介入点の未検討等の問題点	志賀ら ²¹⁾

る家庭内役割の不均衡】【他者との協力が不十分】【心不全看護に自信がない訪問看護師が抱く困難感】の5つのカテゴリが抽出された(表2)。

1) 【リスクの予測が難しい疾患特性】

「不確かさという心不全の疾患特性」^{15), 20), 22)} といった心不全の特徴をあらわした〈疾患特有の性質〉があった。

2) 【症状悪化の要因となる療養者の状態】

症状悪化に影響する療養者の状態に関する内容であった。〈療養者が自覚する主観的な身体状態〉, 〈療養者の認知状態と介護度〉, 〈療養者の日常生活環境〉といった療養者の心身の状態と, 「悪化予防を実践しているという認識が高く支援の必要性を認識していない」¹⁷⁾ といった, 療養者が疾患に対して誤認識した状態もあわす〈療養者の疾患に対する認識度〉という内容であった。

3) 【家族背景の相違による家庭内役割の不均衡】

〈家族の介護負担の状況〉や〈独居世帯や家事役割がある〉という療養者やその同居家族の家庭内での役割の差に関する内容であった。

4) 【他者との協力が不十分】

再入院に至らないための療養生活を続けるには, 「生

活状況のコントロールは療養者の力だけでは困難」^{17), 27)}

といった, 〈個の力では不十分〉であり, また, 療養者を支える関係者間で起こる〈関係者間のコミュニケーションの課題〉や〈共有ツール活用の課題〉が抽出された。

5) 【心不全看護に自信がない訪問看護師が抱く困難感】

訪問看護師自らの関わりにおける困難さがあらわれた内容であった。「コンコダンスによる弊害やコンプライアンス, アドヒアランスへの対応が困難」²²⁾ といった〈訪問看護師の関わりにおける課題〉や, 〈入院中から引き継がれる問題〉といった, 療養場所を超えて引き継がれる問題への対応についての困難感もあらわれていた。

3. 帰結

帰結は, 【セルフケアレベルの向上と習慣化】【療養者と家族の積極的な疾患管理】【人生や生活の質への反映】【在宅療養の継続】の4つのカテゴリが抽出された(表3)。

1) 【セルフケアレベルの向上と習慣化】

訪問看護師による再入院予防の実践が, 療養者のセルフケアの向上と習慣化につながるという内容が抽出された。療養者は〈いつもとの違いを自覚〉, 〈感覚の認知の

表3 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の帰結

カテゴリ	サブカテゴリ	内 容	文 献
セルフケアレベルの向上と習慣化	いつもとの違いを自覚	療養者と医療, 福祉職者がいつもとの違いを自覚できる	多留ら ¹³⁾
	感覚の認知の向上	療養者自身の身体感覚の認知が高まる	Matsuda et al. ²⁴⁾
	セルフケアの習慣化と知識の獲得	セルフケアの習慣が身につくレベルが向上する	牛尾ら ⁹⁾ , Sano et al. ²³⁾
		セルフケアに関する知識が向上する	Matsuda et al. ²⁴⁾ , Smith et al. ²⁹⁾
療養者と家族の積極的な疾患管理	疾患管理に対する行動の変化	アドヒアランスの改善	Matsuda et al. ²⁴⁾ , Poudel et al. ²⁷⁾
		療養者が元の生活に戻らない	Taniguchi et al. ¹⁶⁾
		病態体調管理, 食生活の変化	長岡ら ¹⁷⁾ , 平田ら ³⁰⁾
	家族の積極的な協力と理解	家族による疾患管理ができる	大津 ¹⁰⁾ , 平田ら ³⁰⁾
		家族の理解と積極的な協力	平田ら ³⁰⁾
人生や生活の質への反映	QOL への影響	QOL が向上する	Taniguchi et al. ¹⁶⁾ , 佐野 ²⁰⁾ , Poudel et al. ²⁷⁾
		QOL が左右する	北 ¹⁵⁾ , Mathews et al. ³¹⁾
	納得した人生や生活が叶う支援への発展	納得できる人生の最期を迎える支援への発展	多留ら ¹³⁾
		療養者の大切な日常が守られた生活が叶う	北 ¹⁵⁾
在宅療養の継続	症状増悪を防ぎ再入院を予防	急性増悪を未然に防ぐ	牛尾ら ⁹⁾ , 藤倉ら ¹⁴⁾ , 佐野 ²⁰⁾
		再入院を予防	牛尾ら ⁹⁾ , 佐野 ²⁰⁾
	在宅管理, ケア体制の継続	在宅管理が継続する	Taniguchi et al. ¹⁶⁾ , 志賀ら ²¹⁾
		継続したケア体制が構築される	長岡ら ¹⁷⁾ , Spehar et al. ³²⁾
		心不全管理の質向上に向けての研修会等への参加	佐野ら ³⁷⁾
		チーム医療の構築の促進	山内ら ⁷⁾

向上」をし、「セルフケアの習慣が身につくレベルが向上する」^{9), 23)}という〈セルフケアの習慣化と知識の獲得〉が成されていた。

2) 【療養者と家族の積極的な疾患管理】

〈疾患管理に対する行動の変化〉、〈家族の積極的な協力と理解〉による、療養者と家族の積極的な疾病管理行動へとつながる内容であった。

3) 【人生や生活の質への反映】

再入院予防の実践が〈QOL への影響〉を及ぼし、「療養者の大切な日常が守られた生活が叶う」¹⁵⁾といった〈納得した人生や生活が叶う支援への発展〉へと結びつくことが示された。

4) 【在宅療養の継続】

再入院予防の実践は、〈症状増悪を防ぎ再入院を予防〉し、〈在宅管理、ケア体制の継続〉と〈チーム医療の構築の促進〉により在宅での療養の継続につながることを示された。

4. 概念モデルと定義

訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の概念モデルを図1に示す。本概念の先行要件は、リスクの予測が難しい疾患特性に加えて症状悪化の要因を持つ療養者が、家族を含めた家庭内役割に負担を抱えながら、他者との協力が不十分な環境下で送る療養生活に対して、心不全看護に自信がない訪問看護師が抱く困難感による影響から生じている。本概念の特徴を示す属性として、訪問看護師は、ライフスタイルを重視した包括的アセスメントを行い、日常に視点をのいた生活に密着した早期からの支援と予後予測が困難な病態を想定した意思決定の支援を他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理がなされることにより、再入院を防ぐケアの継続性の保持を行っていた。この実践によりセルフケアレベルの向上と習慣化、療養者と家族の積極的な疾患管理につながり、それが人生や生活の質に反映され、在宅療養の継続に至ることが帰結として示された。

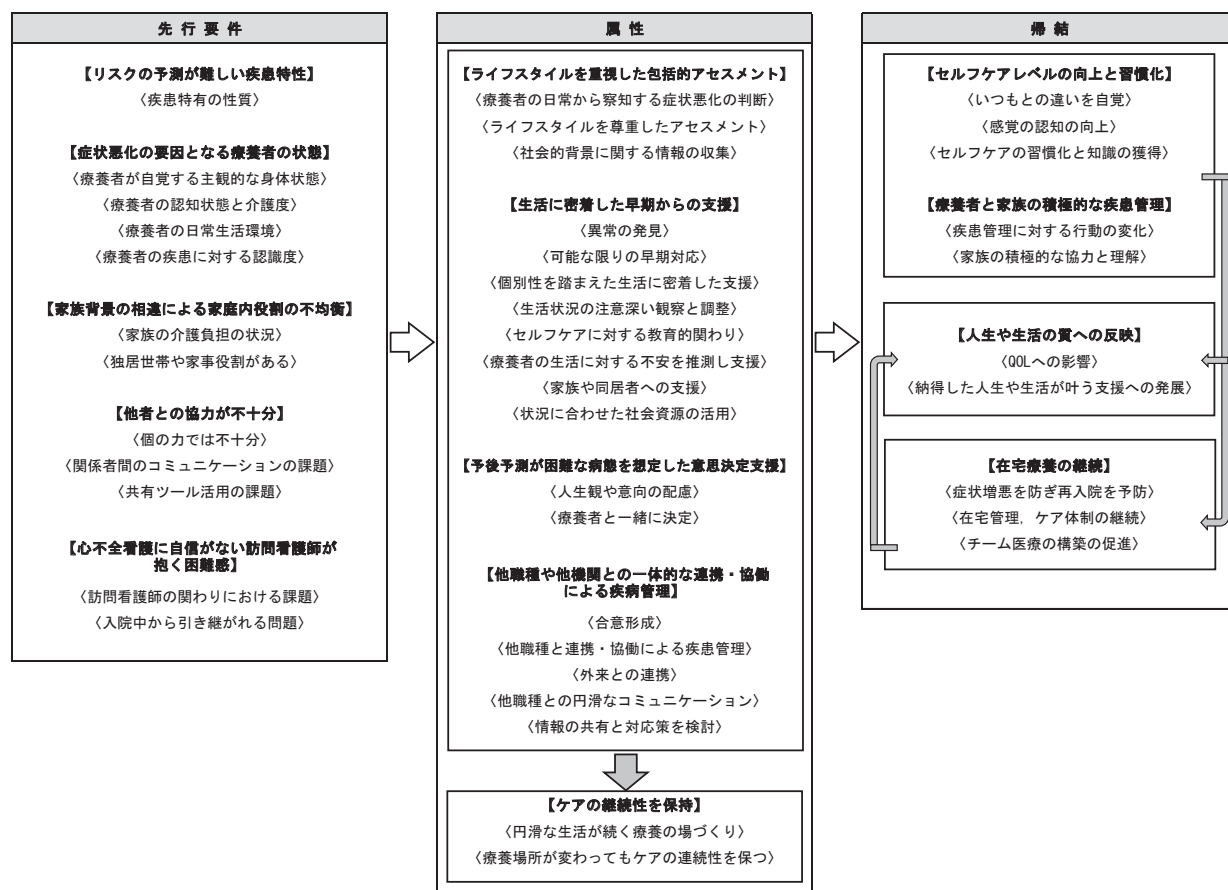


図1 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の概念図

以上のことから、本研究では訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防について、以下の通り定義した。

症状悪化に影響する諸要因や家庭内役割をもち、訪問看護提供体制に課題がある心不全療養者に対して、「ライフスタイルを重視した包括的アセスメントに基づく生活に密着した早期からの支援を、予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援をしながら、他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理を行い、ケアの継続性を保持すること」である。これにより、療養者と家族のセルフケアの獲得と積極的な疾患管理につながり、在宅療養の継続、ひいては人生や生活の質に反映されることが示された。

Ⅳ. 考 察

1. 訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の特徴

訪問看護実践における心不全療養者に対する再入院予防の特徴として、療養者と家族の日常生活を基盤とした中での実践があげられた。

再入院の要因となる心不全の増悪因子を身体的なアセスメントに加え、同居家族の生活活動の役割の確認も含めた生活機能を包括的に評価^{17), 24)}し、早期から症状増悪を察知し、重症化に至らない支援を行い再入院を予防することが求められる。訪問看護師がどのように心不全療養者の病態を捉えるかを調査した研究では¹⁶⁾、医学的な検査結果よりも、療養者の外見や行動の異変といった生活様式の変化から疾患の進行を捉えていることが示されている。また、専門看護師の身体・精神・社会的な包括的アセスメントにより療養者が地域で疾病とともに生活することを可能にするという報告からも³⁸⁾、個々のライフスタイルの中で起こる異変を病態と結びつけて包括的にアセスメントする必要があると考える。さらに早期対応による重症化予防は再入院を防ぐことにつながる³⁹⁾。療養者の異常の発見や可能な限りの早期対応や飲水、運動制限などのセルフケアに対する指導は急性期病棟でも行われている実践である⁴⁰⁾。しかし訪問看護実践ではそれらに加えて、生活状況を注意深く観察し^{16), 21)}、同居家族への支援も同時に実施するという療養者と家族のライフスタイルに応じた支援を

行っており、本研究の属性の【ライフスタイルを重視した包括的アセスメント】【生活に密着した早期からの支援】に相当すると考えられる。

病棟と異なり在宅では、療養者と家族による人生観や意向をもとに生活が成り立っている。訪問看護の目的は、健康問題や生活上の障害のある人や家族の望む暮らしを継続できるように、医療と生活の両側面から支援を行うことであり、訪問看護師の役割として、最期までその人らしく尊厳のある生活を送ることができるよう支援することである⁴¹⁾。療養者と家族の意思を引き出す支援は、今後の過ごし方についてより具体的に考え、療養者と家族の希望をできる限り実現することにつながる可能性がある⁴²⁾。人生観や意向を尊重し、心不全の病態が予測困難な状態であっても再入院を防ぐための療養生活について、一緒に方針を決めるといった【予後予測が困難な病態を想定した意思決定支援】を行うことは、療養者と家族の在宅での望む暮らしを支え、継続を可能とする要素であると考えられる。

また、【他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理】という属性が示すように、再入院予防は訪問看護実践のみでは完遂しない。チーム医療がもたらす具体的な効果として、疾病の早期発見、回復促進、重症化予防など、医療・生活の質の向上が期待されている⁴³⁾。在宅療養における他職種同士の連携は、療養者や家族に発生する課題への対策が、他の職種から多面的に提案されることから効果的な支援につながる⁴⁴⁾。在宅療養者への支援は、病院などの単独施設内での連携と異なり、複数の他施設、さまざまな職種が支援者であるため連携が困難であるが、訪問看護師が要となり職種間の連携を強化することで療養生活の継続につながると報告されている⁴⁵⁾。このため、訪問看護師は他職種との連携や協働、円滑なコミュニケーションを図る必要があり、就業場所や所属が異なる職種同士が集う機会が非常に少ない中でも密に情報の共有を一体的に行い支援につなげる役割がある。他職種と連携して支援を行うことは療養者と家族の安心につながり、その安心は在宅療養の継続に重要な要素であることから⁴⁶⁾、再入院予防には必要な訪問看護実践であると捉えることができた。

ケアの継続性とは、一連の個別的な医療事象が首尾一貫したつながりのあるものとして経験され、療養者の医療ニーズや個人的背景と一致するケアが提供されることで

ある。看護実践においては、一貫したケアのアプローチを維持し、療養中に変化する療養者のニーズに合わせてケアを個別化するといわれている⁴⁷⁾。在宅における心不全療養者には、訪問看護師を含むケアチーム全体で療養者の情報を共有し、時間とともに変化する療養者の個別の医療ニーズや生活状況に対応した適切なケアが一貫して提供され続けることが重要である。そのためには、心不全療養者が生活しやすい療養の場づくりが必要であり、介護状況や自宅環境等の社会的状態といった生活状況を踏まえた環境を整備する必要がある¹⁷⁾。

このような【ケアの継続性を保持】する実践が訪問看護実践における再入院予防の特徴であると考えられた。

2. 今後の訪問看護実践への示唆

住み慣れた場所で療養生活の継続を願う在宅療養者にとって、再入院を予防する訪問看護実践は重要である。本研究で再入院予防の概念を明確化したことにより、本研究で得られた先行要件の【リスクの予測が難しい疾患特性】【症状悪化の要因となる療養者の状態】【家族背景の相違による家庭内役割の不均衡】【他者との協力が不十分】が再入院に至るリスク要因であると特定できた。これらの要因について属性の【ライフスタイルを重視した包括的アセスメント】【生活に密着した早期からの支援】という生活機能と、【他職種や他機関との一体的な連携・協働による疾病管理】といった疾患管理の双方を意識してアセスメントを行うことで再入院予防の的確な支援につなげることが可能となる。さらに明確化された再入院に至るリスク要因について病棟看護師と共有することで、入院中に再入院のリスク要因の評価を行い、評価結果を在宅ケアチームへ引き継ぐといった看護実践にもつながると考える。

■引用文献

- Okura Y, Ramadan M.M, Ohno Y, et al. : Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circulation Journal*, **72**(3) : 489-491 (2008).
- 眞茅みゆき : 心不全ケア教本. 261-270, メディカルサイエンスインターナショナル, 東京(2012).
- Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, et al. : Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circulation Journal*, **77** : 926-933 (2013).
- Tsuchihashi M, Tsutsui H, Komada K, et al. : Clinical Characteristics and Prognosis of Hospitalized Patients With Congestive Heart Failure. *Jpn Circ J*, **64**(12) : 953-959 (2000).
- 鈴木誠 : 高齢者心不全の再入院予防策. 心臓, **51**(10) : 1098-1101 (2019).
- 厚生労働省 : 平成28年度診療報酬改定の基本方針, (2016), ([https:// www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakai-hoshoutantou/0000106247.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakai-hoshoutantou/0000106247.pdf), 2023. 12. 9).
- 山内英樹, 宇都宮明美, 岡田彩子, ほか : 慢性心不全患者の再入院予防のための看護支援に関する実態調査. 日本循環器看護学会誌, **15**(1) : 27-34 (2019).
- 吉永美緒, 錦織慶子, 玉木亜由美 : 心不全患者教育ツールが心不全入院患者の再入院予防に与える影響. 島根県中病医誌, **47**(1) : 37-41 (2023).
- 牛尾裕子, 森菊子, 増野園恵, ほか : 高齢在宅療養者の訪問看護による重症化予防のアウトカム指標の検討. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, **26** : 15-24 (2019).
- 大津美香 : 在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援の実態. 保健科学研究, **4** : 31-39 (2013).
- 福田由紀子, 島内節, 藤原奈佳子 : 訪問看護新規利用者の訪問看護開始期における緊急対応が発生する要因. 日本地域看護学会誌, **23**(1) : 42-51 (2020).
- Rodgers B.L : Concept analysis: an evolutionary view, Rodgers B.L, Knafl K.A, Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications (2nded). 77-102, W. B. Saunders, Philadelphia (2000).
- 多留ちえみ, 齊藤奈緒, 宮脇郁子 : 重症慢性心不全患者の在宅療養を可能にする訪問看護師の看護実践. 日本循環器看護学会誌, **11**(1) : 5-54 (2015).
- 藤倉博之, 竹内幾也 : 急性増悪にて入退院を繰り返していた心不全患者の在宅医療での経験. 埼玉県医学会雑誌, **54**(1) : 433-436 (2019).
- 北麻友子 : 在宅療養を支える慢性心不全看護認定看護師の実践. 循環器疾患看護研究助成研究業績報告集2020年度, 18-26 (2020).
- Taniguchi C, Okada A, Seto N, Shimizu Y : How visiting nurses detect symptoms of disease progression in patients with chronic heart failure. *Int J Qual Stud Health Well-being*. **15**(1):1735768 (2020). doi: 10.1080/17482631.2020.1735768.
- 長岡沙紀子, 内田陽子 : 高齢心不全患者の退院時及び退院2ヵ月後の身体・生活・心理状態と必要なケア安全・

- 安楽な在宅生活に向けた支援の検討－. 群馬保健学紀要, **32** : 61-69 (2012).
- 18) Stewart S, Wiley JF, Ball J, et al. : Impact of Nurse-Led, Multidisciplinary Home-Based Intervention on Event-Free Survival Across the Spectrum of Chronic Heart Disease: Composite Analysis of Health Outcomes in 1226 Patients From 3 Randomized Trials. *Circulation*, **133**(19) : 1867-1877 (2016).
 - 19) Goldgrab D, Balakumaran K, Kim M.J, et al. : Updates in heart failure 30-day readmission prevention. *Heart Failure Reviews*, **24** : 177-187 (2019).
 - 20) 佐野元洋 : 訪問看護を導入している慢性心不全患者と訪問看護の実態. 循環器疾患看護研究助成研究業績報告集 2018年度, 1-9 (2018).
 - 21) 志賀悠平, 村岡聡一, 杉原英和, ほか : 急性期病院医師による心不全連携と在宅医療の可能性. 臨牀と研究, **99**(9) : 1141-1145 (2022).
 - 22) 田嶋ひろみ, 飯塚裕美, 佐々木真弓 : 心不全患者への援助における訪問看護師の困難. 日本循環器看護学会誌, **14** (1) : 27-35 (2018).
 - 23) Sano M, Majima T : Development of a Home-Based Nursing Intervention Model for Patients With Heart Failure. Inquiry. 2021 Jan-Dec;58:469580211067448. doi: 10.1177/00469580211067448.
 - 24) Matsuda M, Saito N, Miyawaki I : Effectiveness of daily activity record-based self-monitoring intervention for patients with chronic heart failure: A study protocol, Contemp Clin Trials Commun. 2022 Oct10;30:101017.doi: 10.1016/j.conctc.2022.101017. eCollection 2022 Dec.
 - 25) Cartledge S, Maddison R, Vogrin S, et al. : The Utility of Predicting Hospitalizations Among Patients With Heart Failure Using mHealth: Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, **8**(12) : 1-10 (2020).
 - 26) 小林弘美, 稲垣安沙, 野口麻衣子, ほか : 非がん患者を有する在宅療養者における予定外入院の関連要因の検討－症例対照研究－. 医療の広場, **61** (2) : 17-20 (2021).
 - 27) Poudel N, Kavookjian J, Scalese M.J : Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review. *Patient*, **13** : 43-55 (2020).
 - 28) Alnomasy N, Still CH : Nonpharmacological Interventions for Preventing Rehospitalization Among Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SAGE Open Nurs*, **9** : 1-10 (2023).
 - 29) Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, et al. : Nurse-Led Multidisciplinary Heart Failure Group Clinic Appointments: Methods, Materials, and Outcomes Used in the Clinical Trial. *J Cardiovasc Nurs*, **30** : 1-17 (2015).
 - 30) 平田明美, 服部紀子, 青木律子, ほか : 後期高齢期にある心不全患者の入退院の実態と支援体制. 横浜看護学雑誌, **4**(1) : 99-103 (2011).
 - 31) Mathews L, Ning D, Yejin M, et al. : Impact of Socioeconomic Status on Mortality and Readmission in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The ARIC Study. *Journal of the American Heart Association*, **11** (18) : 1-20 (2022).
 - 32) Spehar AM, Campbell RR, Cherrie C, et al. : Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. *Advances in Patient Safety*, **1** : 79-98, (2005).
 - 33) Hashemlu L, Esmaeili R, Bahramnezhad F, et al. : The experiences of home care team members regarding the needs of family caregivers of heart failure patients in home health care services in Iran: A qualitative study. *ARYA Atheroscler*, **18** : 1-10 (2022).
 - 34) Sevilla-Cazes J, Ahmad FS, Bowles KH, et al. : Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *J Gen Intern Med*, **33**(10) : 1700-1707 (2018).
 - 35) Schell W : A Review: Discharge Navigation and Its Effect on Heart Failure Readmissions. *Professional Case Management*, **19**(5) : 224-235 (2014).
 - 36) Ingles A : Heart Failure Nurse Navigator Program Interventions Based on LACE Scores Reduces Inpatient Heart Failure Readmission Rates. *Heart & Lung*, **49**(2) : 219-220 (2020).
 - 37) 佐野元洋, 岡田将, 眞嶋朋子, ほか : 訪問看護における心不全管理の質向上に向けた現状調査. 心臓リハビリテーション, **27**(1), 45-49 (2021).
 - 38) 北村愛子, 宇佐美しおり, 市原真穂, ほか : 日本における高度看護実践家としての専門看護師の活動の実態と成果・課題に関する研究. インターナショナルナースングレビュー, **33**(2) : 79-82 (2010).
 - 39) 石塚裕美子, 永田智子, 戸村ひかり, ほか : 内科病棟における循環器・呼吸器疾患を有する高齢患者の計画外再入院の分類と, 再入院予防の検討. 日本地域看護学会誌, **14**(2) : 14-23 (2012).
 - 40) 眞茅みゆき : 進展ステージ別に理解する心不全看護(第1版). 医学書院, 東京(2020).
 - 41) 河原加代子 : 系統看護学講座専門分野 地域・在宅看護論 [1] 地域・在宅看護の基盤(第6版), 医学書院, 東京(2022).
 - 42) 永田絵理香, 佐野元洋, 眞嶋朋子 : 慢性心不全患者に対す

- る慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援. 日本看護研究学会誌, **46**(4) : 647-655 (2023).
- 43) 厚生労働省：チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書)(2010), (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>, 2023. 12. 9).
- 44) 飯島勝矢：在宅医療における多職種連携. *Geriatric Medicine*, **53**(2) : 159-163 (2015).
- 45) 蒔田寛子：独居高齢者の療養生活継続支援における支援者連携－訪問看護師の役割に焦点をあてて－. 豊橋創造大学紀要, **17** : 9-22 (2013).
- 46) 藤本真由美, 佐々木睦子, 大森美津子：中堅看護師と訪問看護師の初回同行訪問後の在宅療養移行支援への思い. 香川大学看護学雑誌, **26**(1) : 13-24 (2022).
- 47) Jeannie L.H, Robert J.R, George K.F, et al. : Continuity of care: a multidisciplinary review, *BMJ*, **327** : 1219-1221 (2003).

Rehospitalization Prevention for Patients with Heart Failure in Home Healthcare Nursing Practice: a Concept Analysis

Aki Takahashi^{*1}, Kumsun Lee^{*2}

^{*1} Doctoral Program, Graduate School of Nursing, Kansai Medical University

^{*2} Graduate School of Nursing, Kansai Medical University

Abstract

Aim: This study aimed to define rehospitalization prevention in patients with heart failure in home healthcare nursing practice.

Methods: We analyzed 30 domestic and international studies using Rodgers' evolutionary concept analysis.

Results: Five attributes, five antecedents, and four consequences were extracted: "comprehensive assessment emphasizing lifestyle," "life-based support from the early stage of treatment," "decision support for conditions with difficult prognosis," "disease management through integrated coordination and collaboration with other professions and agencies," and "maintaining continuity of care."

Conclusions: Rehospitalization prevention for patients with heart failure in home healthcare nursing practice was defined as "a lifestyle-oriented, comprehensive assessment-based, life-oriented support from the early stage of treatment, with the patient and family confirming the patient's intention regarding the treatment plan, in coordination and collaboration with other professionals for disease management, to maintain continuity of care." This practice improves patients' level of self-care and makes it a habit, leading to active disease management by the patient and their family, which is reflected in their quality of life and continuation of home healthcare.

Key words : home health care nursing practice, home health care, rehospitalization prevention, heart failure, concept analysis

● 研究報告 ●

介護保険における福祉用具専門相談員の実態と課題 —インタビュー調査を通して—

The Actual Situation and Issues of Home Care Equipment Expert Advisors under the
Long-term Care Insurance System
— Interview Survey —

菊地 真一

Shinichi Kikuchi

要旨：本稿は、福祉用具専門相談員（以下、相談員）が携わる福祉用具サービスなどの業務、人材育成や自己研鑽における実態から課題を明らかにすることを目的とする。研究方法は、首都圏の福祉用具貸与事業所に所属する相談員6名に対する半構造化インタビュー調査を実施した。分析の結果、28のコードが生成され、7のカテゴリーに整理された。これらを「相談員が抱く自意識」、「相談員が携わる福祉用具サービスやモニタリングの業務」、「相談員の人材育成や自己研鑽」という3つの局面に分けて分析を行った。その結果、相談員ごとに視点の異なりがあり、業務量の多さから携わる業務にも支障をきたしていた。また、自己研鑽の意識にも差が生じていた。そこで、福祉用具の選定について一定の水準が図れる手法や、リーダー格の相談員がスーパーバイズできる環境を整えることが、どの相談員においても適正な福祉用具を選定する相談員として役割を果たせると考える。

キーワード：福祉用具、福祉用具専門相談員、介護保険、人材育成、自己研鑽

日本在宅ケア学会誌, 28(2) : 62-70 (2025)

I. 緒 言

厚生労働省が説明する「福祉用具専門相談員（以下、相談員）とは、介護が必要な高齢者（以下、利用者）が福祉用具を利用する際に、本人の希望や心身の状況、その置かれている環境等を踏まえ、専門的知識に基づいた福祉用具を選定し、自立支援の観点から使用方法等を含めて適合・助言を行う専門職¹⁾」である。そして、介護保険において相談員としての資質や専門性の向上を具現するため改正が行われている。具体的には、2012年からは、福祉用具サービス計画（以下、サービス計画）を作

成し、モニタリング結果を記録することが義務付けられた²⁾。また、2015年からは、相談員は利用者に適正な福祉用具を選定するため、知識や技能の修得に自己研鑽を積むことが努力義務として示されている²⁾。

全国福祉用具専門相談員協会（以下、ふくせん）では、「福祉用具サービス計画作成ガイドライン」³⁾を公開している。そして、ガイドラインではサービス計画の作成に関する書式が掲載されている。そのため、福祉用具貸与事業所や相談員などは、義務付けられたサービス計画の作成で参考にすることや活用が可能である。しかし、制度上においてサービス計画の書式は自由としている。つまり、厚生労働省は記載すべき事項が包含されていればよいのである⁴⁾。だが、ふくせん⁵⁾が実施した実態調査では、モニタリング結果を記録する際に、「相談員によっ

表1 調査対象者リスト

対象者	事業者所在地	勤務年数	役職	年齢	計画書の様式	利用者人数
A	東京都	10年		30歳代	ふくせん様式を一部改変	約250名
B	東京都	10年	管理者	30歳代	ふくせん様式を使用	約30名
C	神奈川県	14年	管理者	30歳代	ふくせん様式を一部改変	約180名
D	東京都	9年		30歳代	ふくせん様式を一部改変	約200名
E	東京都	8年		30歳代	ふくせん様式を一部改変	約130名
F	東京都	5年		20歳代	ふくせん様式を一部改変	約170名

てモニタリングの視点」や「評価が異なること」が課題として挙げられた。そのことから、東島⁶⁾は「相談員の業務標準化」のために、サービス計画の「書式を、統一化することが必要」であることを示唆した。一方、書式を統一するのではなく、相談員における知識のばらつきがないように、「先輩たちが培ってきた知見の中で共通化できる知見に着目し」、インタークの時点で「限られた情報から、『どのような支援が必要そうか』、『何を詳しく確認すべきか』の“あたり”をつけて」、どの相談員においても一定の水準でマネジメントを提供できることを見いだせる手引き⁷⁾もある。

また、日本福祉用具供給協会（以下、日福協）⁸⁾が実施した実態調査では、「自己研鑽の動機付けに関する課題について、職員間で意識に差がある」割合が最も多かった。というのも、自己研鑽は努力義務とされていることから、行うかどうかは相談員個人に任されている。だからといって、実行に移さなければ相談員としての知識や技術の修得はない。そして、知識や技術を継承していくためにも人材育成が不可欠である。山本ら⁹⁾は自己研鑽の効果は「省察を繰り返すことで、振り返りの深さが深まる」。そして、「メタ認知の存在が、省察の経験の深さを強化する役割を果たしている」ことを述べている。しかしながら、自己研鑽の実施状況や利用者に対して福祉用具を選定し適合・助言を行う専門職として相談員が取り組む実態など、福祉用具を提供する側が主体となった先行研究は少ない。そこで、本研究では、利用者に適正な福祉用具を選定する相談員が携わる福祉用具サービスやモニタリングの業務ならびに相談員の人材育成、自己研鑽における実態から課題を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者は首都圏の指定福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者に所属する相談員6名とした。機縁法を用い、勤続年数5年以上である相談員を対象にインタビュー調査を依頼した。なお、相談員の対象人数、勤続年数5年以上とした理由は実務経験がある指導教員のスーパーバイズと、ふくせん⁵⁾、日福協⁸⁾が実施した2021年の実態調査において、経験年数が長い相談員の割合が多い調査結果から判断して設定した（表1）。

2. 調査方法

本研究では、インタビューガイドを作成し、1人あたり1時間から1時間半程度の半構造化インタビューを実施した。インタビュー実施期間は2022年6月から9月であった。新型コロナウイルス感染の影響から、事前に調査対象者と相談の上で対面かZoom（オンライン）のインタビューを選択していただき実施した。また、調査対象者の承諾を得た上でICレコーダーやZoomのレコーディング機能を用いて録音、適宜筆記による記録を行った。主な質問項目は「福祉用具サービスなどの業務プロセス」、「知識や技術の修得の方法（自己研鑽）」、「資質と専門性の向上のための人材育成」である。特に日福協、ふくせんが実施した実態調査で得ることができない相談員の抱く自意識、相談員が携わる福祉用具サービスなどの業務、人材育成、自己研鑽について大事にしていること、視点、どうしてそう思ったのか、などの具体的なエピソードを聴き取った。

3. 分析方法

分析はインタビュー調査で得られたデータを逐語化

し、帰納的に質的データを分析するため、佐藤¹⁰⁾が掲げる定性的コーディングを参考に行った。表計算ソフトのエクセルへ逐語記録を入力して、コード・マトリックスの作業を繰り返し行いながらコードを生成した。コードと文脈、コードとコードを往復して関係性を比較検討しつつ共通する意味内容ごと生成したコードをカテゴリーに整理した。分析を進める過程で実務経験がある指導教員にスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

調査対象者には、本研究の趣旨、調査協力は任意であること、匿名を条件に個別事例が特定されないよう配慮することを口頭で説明し、書面にて同意を得た。なお、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の審査・承認を得ている（承認番号：2022-003）。

Ⅲ. 結 果

相談員6名に対するインタビュー調査をもとに分析を行った結果、28のコードが生成され、7のカテゴリーに整理された。これらを「相談員が抱く自意識」、「相談員が携わる福祉用具サービスやモニタリングの業務」、「相談員の人材育成や自己研鑽」という相談員に関わる3つの局面に分けて分析を行った。以下、カテゴリーは【 】, コードは〈 〉, 逐語記録におけるデータの一部は〈 〉で表記した。

1. 相談員が抱く自意識（表2）

1) 【責務や役割について感じる事】

相談員が【責務や役割について感じる事】は4つのコードから生成された。《相談員としての思いや考え方》では、利用者の〈自立を第一に考える福祉用具の選定、

提案〉をすることが、〈その人らしく生活できるよう手助けする仕事〉としての自負になる。そして、利用者を〈自立につなげてくれる〉のが福祉用具で、〈今までできなかったことができるようになる〉という《福祉用具に対する考え方》があった。また、《相談員としての自己評価》を悪く捉えて、相談員を〈物屋さんのイメージでみられる〉気持ちの弱さが見受けられた。一方、相談員について〈利用者によっては欠かせない存在になっている〉関係を信頼から築いた評価もあった。そのほか、《女性である相談員としての自己評価》の一つに、〈利用者が一人暮らしの女性のため、仕事の依頼がある〉活躍がみられた。しかし、その裏には福祉用具の〈納品、車の運転、力仕事と大変〉な一面もあった。

2. 相談員が携わる福祉用具サービスやモニタリングの業務（表3）

1) 【サービス計画の作成に伴うアセスメント】

【サービス計画の作成に伴うアセスメント】は6つのコードから生成された。相談員は本人及び家族「の希望や心身の状況、その置かれている環境等を踏まえ」、適した「福祉用具を選定」¹⁾ するために行う「情報収集と分析の過程」¹¹⁾ にアセスメントがある。《アセスメントの心構え》として、福祉用具を〈利用者の意見を尊重〉して〈身体状況、環境など踏まえて選ぶ〉。そのためには、介護支援専門員など《他の職種との連携》を図ることが〈アセスメントや福祉用具の選定に効果的〉であった。具体的には、利用者宅へ〈ケアマネ（介護支援専門員）に同行訪問を依頼〉などが行われていた。そして、〈ケアマネ（介護支援専門員）からサマリーやアセスメントの情報をいただく〉など、利用者や家族の《情報を収集するための工夫》が行われていた。また、《福祉用具を選定するための手段》として、カタログの他に〈実際に

表2 1. 相談員が抱く自意識

カテゴリー	コード	語りの一部
責務や役割について 感じる事	相談員としての思いや考え方	自立を第一に考える福祉用具の選定、提案。その人らしく生活できるよう手助けする仕事。
	福祉用具に対する考え方	自立につなげてくれる。今までできなかったことができるようになる。
	相談員としての自己評価	物屋さんのイメージでみられる。利用者によっては欠かせない存在になっている。
	女性である相談員としての自己評価	利用者が一人暮らしの女性のため、仕事の依頼がある。納品、車の運転、力仕事と大変。

表3 相談員が携わる福祉用具サービスやモニタリングの業務

カテゴリー	コード	語りの一部
サービス計画の作成に伴うアセスメント	アセスメントの心構え	利用者の意見を尊重。身体状況、環境など踏まえて選ぶ。
	他の職種との連携	アセスメントや福祉用具の選定に効果的。ケアマネに同行訪問を依頼。
	情報を収集するための工夫	ケアマネからサマリーやアセスメントの情報をいただく。
	福祉用具を選定するための手段	実際に福祉用具を複数持参して使用。デモンストレーションの期間をとって。
	相談員における接遇	わかりやすい言葉。大きな声。ゆっくりと話す。尊重しながら聞く。
	困ったことがあるケース	未集金の利用者から「金をせびるのか」とクレーム。支払いが問題で利用者に対して恐怖を感じる。
サービス計画の作成におけるプロセス	作成に気を付けていること	ケアプランやサマリーなどの確認。分かりやすく具体的に作成。
	作成時や作成後における問題	内容が現実と乖離。大雑把すぎで具体性がなかった。
	作成するための工夫	写真を添付することで、現場での状況など分かりやすく報告や説明ができる。
モニタリングに関わる業務	モニタリング実施のタイミング	6カ月に一回モニタリングを実施。短期目標、ケアプランの変更時。更新や緊急対応にあわせて。納品してから一週間後。
	モニタリングに気をつけること	当時の選定と身体の状態が変わっている可能性がある。アセスメントしながら、用具の不備を確認する。用具の点検だけではなく使い勝手、使っている頻度、場所など確認する。
	モニタリングにおける問題	利用者が百人を超えると、予定している毎月のモニタリングが難しく。相談員ごとにモニタリングの情報量が違う。「問題ありません」で済ます報告。具体的な利用状況、身体状況などの情報を書く報告が異なる。モニタリングと合わせて対応した相談員がクレームになることも。利用者に訪問を拒否されること。
	相談員としての徳	注文につなげる。「ありがとうね」と言われて感謝される。
	業務を効率よくしていく工夫	タブレットを活用。最小限に書類を用意。
福祉用具サービスやモニタリングの効率化	業務の連携	モニタリングを実施している相談員の役割を分担。複数スタッフで対応。ケアレスが少なくなった。残業が削減できた。
	業務の負担が増える原因	書式が増えたこと。納期が急である。
	介護保険外の業務	相談員として介護保険と障害を併用していく難しさがある。

福祉用具を複数持参して使用し、〈デモンストレーションの期間をとって〉、実機を試供してから適合性を確認していた。それから、利用者や家族に〈わかりやすい言葉〉、〈大きな声〉、〈ゆっくりと話す〉、〈尊重しながら聞く〉など《相談員における接遇》がされていた。しかし、〈未集金の利用者から「金をせびるのか」とクレーム〉とは言い難い《困ったことがあるケース》や、〈支払いが問題で利用者に対して恐怖を感じる〉事例も見受けられ、容易にはいかない難しさがあった。

2) 【サービス計画の作成におけるプロセス】

アセスメントを踏まえた【サービス計画の作成におけるプロセス】は3つのコードから生成された。サービス計画の《作成に気を付けていること》として、アセスメントを踏まえて、〈ケアプランやサマリーなどの確認〉から、利用者に対して〈分かりやすく具体的に作成〉を

していた。ところが、サービス計画の作成について相談員ごとに〈内容が現実と乖離〉していたことや、〈大雑把すぎで具体性がなかった〉など、《作成時や作成後における問題》へ発展していた。それでも、〈写真を添付することで、現場での状況など分かりやすく報告や説明ができる〉ように、情報共有を図るツールや報告として、サービス計画を《作成するための工夫》が行われていた。

3) 【モニタリングに関わる業務】

【モニタリングに関わる業務】は、貸与している福祉用具に関して定期的なモニタリングを実施することが義務付けられている。ここでは、4つのコードから生成された。《モニタリング実施のタイミング》では、定期的な期間として〈6カ月に一回モニタリングを実施〉が多かった。そのほかにも、〈短期目標、ケアプランの変更時〉におけるタイミングや、〈更新や緊急対応にあわせ

て〉行われていた。また、〈納品してから一週間後〉に実施して、利用者に適した福祉用具であるかを見極める努力もあった。そして、〈当時の選定と身体の状態が変わっている可能性がある〉ため、〈アセスメントしながら、用具の不備を確認する〉ことや、〈用具の点検だけではなく使い勝手、使っている頻度、場所など確認する〉など、《モニタリングに気をつけること》が必要である。とはいうものの、相談員が担当している〈利用者が百人を超えると、予定している毎月のモニタリングが難しく〉、業務に支障を及ぼしていた。そして、〈相談員ごとにモニタリングの情報量が違う〉事実もあって、サービス計画の内容を簡略的に〈「問題ありません」で済ます報告〉や、〈具体的な利用状況、身体状況などの情報を書く報告が異な〉っていた。そのため、情報の異なりから利用者に不快感を与えたことで、〈モニタリングと合わせて対応した相談員がクレームになることも〉あり、《モニタリングにおける問題》に発展していた。さらに、モニタリングを実施する中で、〈利用者に訪問を拒否されること〉もあった。一方、モニタリングを実施した利用者や家族の信頼関係から、あらたな〈注文につなげる〉ことや、利用者や家族から〈「ありがとうね」と言われて感謝される〉《相談員としての徳》があった。

4) 【福祉用具サービスやモニタリングの効率化】

相談員が携わる【福祉用具サービスやモニタリングの効率化】として4つのコードから生成された。相談員の《業務を効率よくしていく工夫》に、外出時に〈タブレッ

トを活用〉することや、〈最小限に書類を用意〉しているなど、多岐にわたり工夫が行われていた。また、担当の相談員と〈モニタリングを実施している相談員の役割を分担〉や、逆に〈複数スタッフで対応〉など《業務の連携》が図られていた。加えて、相談員は内務との業務連携を求めることで、書類などの〈ケアレスが少なくなった〉ことや〈残業が削減できた〉など、業務負担の軽減として効果が現れていた。しかし、《業務の負担が増える原因》に、介護保険制度改正から〈書式が増えたこと〉や、福祉用具の〈納期が急である〉ケースなどが生じていた。そのほかに、福祉用具を必要とする利用者に応じるため、相談員は《介護保険外の業務》が行われていた。たとえば、障害者総合支援法を活用した福祉用具については、介護保険制度と比べて福祉用具を提供していく制度の仕組みや年齢層が異なるため、〈相談員として介護保険と障害（補装具給付制度、日常生活用具給付等事業）を併用していく難しさがあ〉った。

3. 相談員の人材育成や自己研鑽（表4）

1) 【人材育成の実施】

【人材育成の実施】については、3つのコードから生成された。

《育成に気をつけること》は〈単純に指示だけ〉ではなく、〈どうしたらいいのかを常に考え〉て〈新入社員と同行〉する中で、〈後輩がやりやすいように気を遣う〉などの配慮があった。そして、相談員が《育成のために

表4 相談員の人材育成や自己研鑽

カテゴリー	コード	語りの一部
人材育成の実施	育成に気をつけること	単純に指示だけにしない。どうしたらいいのかを常に考える。新入社員と同行に後輩がやりやすいよう気を遣う。
	育成のために教える方法	具体例とかを交えながら、幅広く先輩社員に付いて知識や経験値を高めてもらう。事前の打ち合わせや準備を新入社員と一緒に行うようにしていく。
	事業所で行う人材育成	外部の研修を受講。事業所内で勉強会を開催。
自己研鑽の実践	知識や技術の修得	住環境コーディネーターの資格は住宅改修の理由書を書くことができることで取得。
	相談員同士で研鑽する取り組み	認知症、脳疾患などの疾患研修。事例報告。
	相談員としての意識の差	福祉用具の業界に有効な資格がある職種でもない。相談員個々の温度差。途中で入社された相談員は介護保険の知識や情報が定着していない。認識が乖離していても、認識の違いを指摘することで関係が悪くなる。
	修得した知識や技術を活かす	研修を外部向けに企画。チラシを作成して情報発信する機会を設ける。

教える方法》では、〈具体例とかを交えながら〉イメージがわくように教えていた。それに、〈幅広く先輩社員に付いて知識や経験値を高めてもらう〉ようにされていた。このように、経験年数が長い相談員と同行、〈事前の打ち合わせや準備を新入社員と一緒にを行うようにしていく〉など、OJT (On-the-Job Training) による人材育成が行われていた。また、《事業所で行う人材育成》では、〈外部の研修を受講〉する機会や〈事業所内で勉強会を開催〉など組織的に実施されていた。

2) 【自己研鑽の実践】

【自己研鑽の実践】については、4つのコードから生成された。相談員が《知識や技術の修得》のために、相談員に関わる資格の取得、外部の研修や勉強会の参加が行われていた。実務に活かせる資格として、〈住環境コーディネーターの資格は住宅改修の理由書を書くことができることで取得〉している相談員が多かった。そして、〈認知症、脳疾患などの疾患研修〉、〈事例報告〉など、ミーティングを経由して《相談員同士で研鑽する取り組み》が実施されていた。しかし、介護福祉士や看護師などの国家資格と異なり、相談員は指定講習を修了¹²⁾することで、相談員の業務に就ける資格を取得することができる。そのため、〈福祉用具の業界に有効な資格がある職種でもない〉実情に、動機付けの低下が見受けられた。すなわち、〈相談員個々の温度差〉が《相談員としての意識の差》として現れていたのである。具体的には、〈中途で入社された相談員は介護保険の知識や情報が定着していない〉ことで、知識や情報を補おうとする意識に差が生じていた。それに、相談員間の〈認識が乖離していても、認識の違いを指摘することで関係が悪くなる〉懸念もあった。一方、《修得した知識や技術を活かす》ために意識的な取り組みが行われていた。たとえば、福祉用具に関わる展示ならびに〈研修を外部向けに企画〉する立案や、相談員オリジナルの〈チラシを作成して情報発信する機会を設け〉て、利用者や家族のみならず、他の職種や地域社会に対して福祉用具の普及も図られていた。

IV. 考 察

利用者を〈自立につなげてくれる〉のが福祉用具である。しかし、適合しない福祉用具を使えばADL

(Activities of Daily Living) の低下に陥り、QOL (quality of life) を高めることが難しくなる。そこで、相談員は利用者の〈自立を第一に考える福祉用具の選定、提案〉をしていく責務がある。そのために、自己研鑽から相談員としての質を高め、専門職としての役割を果たさなければならないと考える。ついては、相談員が携わる業務と、相談員の人材育成、自己研鑽の2点について考察する。

まず、相談員が業務で携わるモニタリングについて、〈相談員ごとにモニタリングの情報量が違う〉報告や、〈具体的な利用状況、身体状況などの情報を書く報告が異な〉っていた。そして、情報の異なりから利用者に不快感を与えたことで、〈モニタリングと合わせて対応した相談員がクレームになる〉事態も起きていた。「相談員によってモニタリングの視点」や「評価が異なること」については、ふくせん⁵⁾の実態調査でも課題として挙げられており、対策が必要である。そのために、相談員における視点や評価のばらつきがないよう、先達の相談員達が「培ってきた知見の中で共通化できる知見に着目し」、初回訪問やモニタリングなどインテークの時点で「限られた情報から、『どのような支援が必要そうか』、『何を詳しく確認すべきか』の“あたり”をつけて」⁷⁾、どの相談員においても事前の準備から一定の水準で福祉用具を選定していくことが、相談員ごとに「モニタリングの視点」や「評価が異なること」⁵⁾を改善させる手法として有効であると考えられる。その一方、「相談員の業務標準化」にサービス計画の「書式を、統一」⁶⁾することは有効なひとつの手段であるが、多様な書式があることで柔軟な書類の選択が臨機応変に幅を広げていく面もあった。また、相談員が担当している〈利用者が百人を超えると、予定している毎月のモニタリングが難しく〉、業務に支障を及ぼしていた。そして、ふくせん⁵⁾が実施した実態調査では相談員が担当している利用者数の平均は133.5人になる。そのことから、東畠⁶⁾は「より多くの利用者に対応するため」「モニタリング専従の人を置」いている事業所もあることを述べているが、本研究においても相談員間や内務との《業務連携》が図られていた。

次に、〈相談員ごとにモニタリングの情報量が違う〉ことや〈情報を書く報告が異な〉る実態を補うために、人材育成や自己研鑽が不可欠である。だが、本研究においても、日福協⁸⁾が実施した実態調査の「自己研鑽の

動機付けに」について、相談員間で「意識に差がある」という課題を踏襲する結果が示された。具体的には、〈中途で入社された相談員は介護保険の知識や情報が定着していない〉ことで、知識や情報を補おうとする意識に差が生じていた。中原¹³⁾は人材育成について、新人が成長する過程に『先輩や上司の力を借りながらここまで来た』と、実感してもらうことが大切』であるのに対して、中途採用者に関しては「価値観や知識を必要に応じて捨てられるかどうか」が要点で、「業界独自の価値観を教育すること」が新人と異なる課題になることを示唆している。つまり、中途採用者は新人と異なり、主戦力、即戦力と期待が大きいだけに早期に活躍の場が与えられる。そのため、新入社員とは別の中途採用者に関する人材育成の検証が必要である。また、相談員ごとの「意識の差」⁸⁾をなくす努力が要る。そのためには、相談員個人が専門職である自覚を持つことが大切で、相談員として自身の気づきが自己研鑽を行う上で重要である。宮上¹⁴⁾は介護保険サービスに携わる職員は、「守秘義務があるために職場外では仕事の内容は話さない」ことが、逆に「職場内でのコミュニケーションが活性化しているとも考えられる」。つまり、「限られた時間内で同僚とコミュニケーションをとる」ことで、「業務上でのトラブルや利用者との行き違いについては、誰かに話すことにより状況を客観化できる土壌がある」というのである。しかし、本研究において新入社員のOJTが行われていることに対して、中途採用者は経験年数が高い相談員と対等の中で業務を行っている。そこには、コミュニケーション不足に隔たりがあるのではないか。そこで、さまざまな相談員を束ねるために、まとめ役の存在が必要である。まとめ役を担うリーダーとしての役割に「チームマネジメント」、「コミュニケーションの円滑化」、「実践・高い倫理性の保持」が求められる報告もあった¹⁵⁾。これらのことを踏まえて、リーダーとしての役割を担う相談員の存在が、相談員ごとに気づきを得るための促しや、孤立しない環境へと醸成することで、意識を高める自己研鑽や人材育成に結びつける。ただ、残念なことに2013年の厚生労働省における社会保障審議会では「福祉用具貸与事業所に配置されている」相談員の「一部について、より専門的知識及び経験を有する者の配置を促進していくことについて検討」¹⁶⁾されていたのだが、その後は行われていない。仮に、上位資格があれば、指定

講習を修了¹²⁾することで、相談員の業務に就ける資格取得に満足することなく、リーダーを中心とした自己研鑽の促しが更なる向上心を芽生えさせる。同じように、中途採用者に関してもリーダーとしての役割を担う相談員が関わることで、以前の職種に関する価値観から相談員としての「価値観を教育すること」¹³⁾が、意識の差を縮める効果がある。そうしたリーダーからのスーパーバイズが新入社員の他、中途採用などさまざまな経歴をもつ相談員の意識を高め、高め合うことができるのではないだろうか。そして、哀歓を共にするコミュニケーションの環境から、チーム一丸となって成長していくことで、〈相談員個々の温度差〉を必然的に縮めていく。その結果、どの相談員においても利用者の〈自立を第一に考える福祉用具の選定、提案〉を行う責務と専門職としての役割を果せると考える。

V. 結 論

本研究では、利用者に適正な福祉用具を選定する相談員が携わる福祉用具サービスなどの業務や人材育成、自己研鑽における実態から課題を明らかにすることを目的としてインタビュー調査を実施した。分析の結果、相談員個々のエピソードより実態を抽出することで、ふくせん⁵⁾、日福協⁸⁾が実施した実態調査を含めた具体的な課題から解決策を示唆した。つまり、福祉用具サービスなどの業務について、「相談員によってモニタリングの視点」や「評価が異なること」⁵⁾。そして、相談員が担当している〈利用者が百人を超えると、予定している毎月のモニタリングが難しく〉業務の支障が課題として生じていた。そのため、課題の是正に人材育成や自己研鑽が不可欠になる。しかし、「自己研鑽の動機付けに」について、相談員間で「意識に差」⁸⁾があった。そこで、先達の相談員が集約した知見を踏まえて、どの相談員においても一定の水準から福祉用具を選定していく手法や、リーダーの役割を担う相談員が、新入社員の他、中途採用などさまざまな経歴をもつ相談員を束ねることで、相談員における意識の差を縮めていくのではないか。そうした積み重ねにより、どの相談員においても利用者に適正な福祉用具を選定する相談員として役割を果せると考える。

相談員など福祉用具を提供する側が主体となった先行

研究は少ない。そのことも、本研究を行う動機となった。とはいえ、6名の相談員を対象としたインタビュー調査であり、その実態把握には限界がある。また、介護保険のサービスは地域差があるため、今後は調査を行う対象を拡げて実施していく必要があると考える。

お忙しいなか、本調査にご協力いただきました福祉用具専門相談員の皆様に心から感謝申し上げます。

■引用文献

- 1) 厚生労働省：第141回社保審介護給付費分科会 福祉用具貸与参考資料(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000168702.pdf, 2024. 5. 4).
- 2) 厚生省令：指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82999404&dataType=0&pageNo=1, 2024. 5. 4).
- 3) 全国福祉用具専門相談員協会：福祉用具専門相談員の質の向上に向けた調査研究事業 報告書(https://zfssk.rgr.jp/h26_pdf/report_all.pdf, 2024. 5. 4).
- 4) 厚生労働省：平成24年度介護報酬改定に関するQ & A(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/qa01.pdf>, 2024. 5. 4).
- 5) 全国福祉用具専門相談員協会：福祉用具サービスの質の評価データ収集等に係る調査研究事業 報告書 (https://www.zfssk.com/sp/1302_chosa/report_pdf_2021/02/r3report_00.pdf, 2024. 5. 4).
- 6) 東島弘子：福祉用具サービス計画書改編のねらい 私的福祉用具論(14). 福祉介護テクノプラス, **15**(7) : 35-39 (2022).
- 7) 日本総合研究所：「適切なケアマネジメント手法」の手引き (https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryō.pdf, 2024. 5. 4).
- 8) 日本福祉用具供給協会：福祉用具貸与事業者の人材育成に関する調査研究事業 報告 (https://www.fukushiyogu.or.jp/guide/guide-pdf/reiwa03rouken_houkokusyo.pdf?2, 2024. 5. 4).
- 9) 山本美香, 森川千鶴子, 小園由味恵, ほか：重度認知症高齢者に対する熟練看護師の実践行動. 安田女子大学紀要, **48** : 381-390 (2020).
- 10) 佐藤郁哉：質的データ分析法—原理・方法・実践. 59-73, 新曜社, 東京(2008).
- 11) 東島弘子, 加島守：明解！福祉用具サービス計画の手引き. 16-20, 筒井書房, 東京(2013).
- 12) 厚生労働省：介護保険最新情報Vol.376 (<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryō-files/resources/f49b7560-d6de-4497-88f2-48bddeaafc17/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%9C%80%E6%96%B0%E6%83%85%E5%A0%B1Vol.376.pdf>, 2024. 5. 4).
- 13) 中原淳：他業界に学ぶ人材育成のヒントジェネレーションギャップの先へ. ナーシングビジネス, **9** (4) :10-13 (2015).
- 14) 宮上多加子, 辻真美, 河内康文, ほか：訪問介護事業所における人材育成の現状と課題—職場学習論に基づく分析. 高知県立大学紀要, **71** : 1-18 (2022).
- 15) エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所：介護現場における多様な働き方導入モデル事業について (https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r03_114jigyo_hokokusho.pdf, 2024. 5. 4).
- 16) 厚生労働省：第48回社会保障審議会介護保険部会資料 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000023270.pdf, 2024. 5. 4).

The Actual Situation and Issues of Home Care Equipment Expert Advisors under the Long-term Care Insurance System

— Interview Survey —

Shinichi Kikuchi

Graduate School of Human Sciences, Waseda University

Abstract

This study seeks to clarify how home care equipment expert advisors address issues regarding their actual situation with regards to older adults with disabilities. Apropos this, a semi-structured interview survey was conducted with six home care equipment expert advisors from their rental offices for welfare and preventive care equipment in the Tokyo metropolitan area. The analysis generated 28 codes, which were organized into seven categories, and divided into three scenarios involving home care equipment expert advisors: self-consciousness of home care equipment expert advisors, service and monitoring of home care equipment, and human resource development and self-improvement. Consequently, we found that each home care equipment expert advisor not only had different perspectives on work and issues related to workload, but also regarding their awareness of self-improvement. The results suggest that home care equipment expert advisors are required to provide a certain standard for the selection of assistive technology on the knowledge gathered by their predecessors and create an environment where leaders supervise each home care equipment expert advisor.

Key words : Assistive Technology, Home Care Equipment Expert Advisors, Long-term Care Insurance, Human resources development, Self-improvement

● 研究報告 ●

在宅で生活する心不全高齢者の病いの受けとめ

Coming to Terms with Disease in Elderly Heart Failure People Recuperating at Home

板持 智之, 梶谷みゆき

Tomoyuki Itamochi, Miyuki Kajitani

要旨：〔目的〕在宅で生活する心不全高齢者が心不全という病いをどのように受けとめ、生活しているかを明らかにすること。

〔方法〕研究参加者は、心不全の診断を受け、在宅で療養する65歳～70歳代の7名であり、半構造化面接を行いデータ収集した。分析は、SCATを用いた。

〔結果〕在宅で生活する心不全療養者の病いの受けとめとして、【変調を察知する身体感覚】【心機能に順応した生活の組み立て】【劇的な病状改善への期待】【段階的に低下する心機能の自覚】【死と隣り合わせの恐怖】【療養生活を補完する家族力】【心不全高齢者が求めるやすらぎ】の7つの概念が生成された。

〔考察〕心不全高齢者が心不全を増悪させない生活を送るためには、身体感覚を掴み心機能に合わせた生活の工夫を持つことが重要である。生活指導を行う際には、丁寧に話を聞き、心不全高齢者が持っている知識や技術を生活で活かせるように支援する必要がある。

キーワード：在宅療養、高齢者、心不全、病いの受けとめ

日本在宅ケア学会誌, 28(2) : 71-81 (2025)

I. 緒 言

本邦では、世界に類を見ない早さで高齢化が進んでおり、令和4年度の高齢社会白書によると65歳以上の高齢者人口は3,624万人であり、高齢化率は29.0%となっている¹⁾。慢性心不全の大規模観察研究であるCHART-2 (Chronic Heart Failure Analysis and Registry in the Tohoku District 2) 研究における高齢者の割合は68%、75歳以上の後期高齢者の割合は34%であったと報告されている²⁾。また、急性心不全観察研究であるATTEND (Acute Decompensated Heart Failure Syndromes) 研究では、入院を要する非代償性心不全患

者のうち、75歳以上が半数以上、85歳以上が約20%と報告されている³⁾。このように、高齢化の進行により今後も心不全高齢者数の増加が考えられ、心不全高齢者への対応は喫緊の課題といえる。

心不全は、増悪と寛解を繰り返しながら身体機能が悪化することを特徴とする進行性の疾患であり、その再入院率は、退院後6ヵ月以内で27%、1年後では35%と報告されている⁴⁾。心不全の再入院の要因の多くは、塩分・水分制限の不徹底や治療薬服用の不徹底、過労や心身のストレスなどであり、再入院を予防するためには、食事や活動と睡眠といった生活習慣の是正が重要である⁵⁻⁶⁾。心不全の療養管理については、入院中に医師や看護師、薬剤師などから指導を受けることが一般的になっている。しかし、松本らは、病院ごとに心不全患者への教育には差があり、教育の実施状況は十分とはいえないと報

受付日：2024年2月15日

受理日：2024年10月30日

島根県立大学看護栄養学部看護学科

告している⁷⁾。また、小野寺らは、患者への心不全指導に対する意識付けは認められていたが、生活への制限がストレスとなり、指導内容が継続できず再入院に至ると報告している⁸⁾。さらに、山本らは、心不全教育の介入期間は、1ヵ月～12ヵ月と幅はあるが、3ヵ月が大半を占めており、指導を受けたことは、退院直後はなんとか継続できているが、3ヵ月前後でその効果は低下すると報告している⁹⁾。これらのことから、再入院の原因は医療者側の要因、療養者側の要因と双方にあると判断できる。

医療者側の要因として、心不全教育を行う医療者の教育力を高めることは重要だといえるが、多様な生活背景を持つ療養者の全てを把握し、個別性のある教育を行うことは、現在の日本において、時間的にも人員的にも難易度が高い現状があると考えられる。療養者側の要因として心不全の自己管理が継続できない現状には、様々な要因があると考えられるが、村松は、医療へのアクセスが良いことで、医療機関を頼りやすく、自己での判断を迫られる場面が少ない現状があると述べている¹⁰⁾。また、慢性心不全患者の多くは、自分自身の病状が深刻だと認識しておらず、心不全の増悪症状を自覚していても心不全増悪時の症状を軽視しており、危機感の低さが対処の遅れを招いていると報告されている¹¹⁾。さらに、生じている症状が心不全増悪によるものかを正しく解釈できないために、適切な対処行動に至らないとの報告もある¹²⁾。その背景として、我が国は国民皆保険制度があるため、療養者が望めばいつでも医療を受けることが可能な環境がある。そのため、疾患管理において、自らが考えて生活調整をしなくても体調が悪くなれば受診すれば良いという考えから、医療者に依存している療養者も少なくないのではないかと推察する。しかし、心不全の療養管理においては、個人の生活習慣によって大きく左右されるため、自分の心機能や生活に適した情報を得て、自分の生活環境にあった情報を基に生活の組み立てをしていくといったセルフマネジメントが重要である。心不全高齢者のセルフマネジメントについては、入院中の医療者の関わりで意識づけや動機づけはできても指導を受けた内容を生活の中に取り入れ、継続することが難しいことが報告されている¹³⁻¹⁴⁾。心不全高齢者の自己管理の特徴や自己管理継続の要因についての報告はあるが、それぞれの療養者が心不全という疾患をどのように考え、受けとめて生活しているかは十分に明らかになっていないと

考える。そこで、本研究では、心不全高齢者が自身の病いをどのように受けとめ、生活を組み立てているのかを明らかにする。そして、心不全高齢者の病いの受けとめを明らかにすることで、多様な生活背景をもつ心不全高齢者の病いとの向き合い方や在宅での療養生活を捉えることができると考える。さらに、急性期医療で実施している患者教育、ならびに在宅で生活する心不全高齢者の療養支援に寄与できると考える。

Ⅱ. 研究目的

本研究は、在宅で生活する心不全高齢者が心不全という病いをどのように受けとめ、生活しているかを明らかにすることを目的とした。

Ⅲ. 用語の定義

病いの受けとめ：心不全による身体や生活への影響に対する認識や行動および将来への展望。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究とは、ある出来事についてそうした出来事が生じている日常の言葉で包括的に要約するものであり、現象の率直な記述と解釈が最小限となる分析を特徴とする¹⁵⁾。本研究では、在宅で生活する心不全高齢者の病いの受けとめを明らかにするため、できるだけ対象者の言葉で表現し、解釈する質的記述的研究とした。

2. 研究参加者

循環器専門医として開業している医師のもとで、心不全治療を継続して受けている療養者とした。研究参加者に自らの心不全療養体験を語ってもらうことを求めるため、以下のように選定基準と除外基準を設けた。

1) 選定基準

- ・慢性心不全の診断を受け在宅療養している65歳以上の高齢者
- ・心不全での入院歴がある者
- ・「障害高齢者の日常生活自立度」でランクJ、ランクAの者

表1 SCAT 分析シートを用いた分析過程 (A 氏の分析過程)

番号	発話者	テキスト	〈1〉 テキスト中の 注目すべき語句	〈2〉 テキスト中の 語句の言い換え	〈3〉 左を説明する ようなテキスト外 の概念	〈4〉 テーマ・構成 概念 (前後や全体 の文脈を考慮して)	〈5〉 疑問・課題
11	A 氏	買い物ぐらいですね。買い物と友達とお茶したりと、そのくらいですね。友達が迎えに来てくれて車でいきますね。でもそんなにねえ。買い物は息子がいるので乗せてもらって行きますけどね。広いお店に行くと、やっぱり途中で休憩しますよ。やっぱり広いことは疲れますよ。足の負担がねえ。自転車も乗りますよ。近所くらいですよ。息も上がらんしね。普段の生活ですごく困ることはないですね。	買い物と友達とお茶したりと、そのくらいです。広いお店に行くと、やっぱり途中で休憩しますよ。広いことは疲れますよ。自転車も乗りますよ。近所くらいですよ。普段の生活ですごく困ることはないです。	外出は買い物と友人と会う程度。自転車に乗って近所へは行けるが、広い店で買い物をする際には途中で休憩する。日常生活ですごく困ることはない。	自分の身体に見合った行動	身体に見合った活動量。体調を考慮した過ごし方	
19	A 氏	病気に対する知識が増えて、あれは良い、あれはダメって判断がつくようになりましたわ。ずっとあの手帳がありますが、あれをずっとつけていましたからね。今はもうしていないけど、毎月、血圧も体重も先生の所に行った時だけ測っています。その時に体重の増加とかはわかるから。だいたいわかるから私。	病気に対する知識が増えて、あれは良い、あれはダメって判断がつくようになりました。だいたいわかるから私。	心不全になって病気に對する正しい知識が身につく、身体にとって良い判断ができるようになった。	療養管理に必要な知識の獲得	療養管理に必要な知識と方法の獲得。感覚的な身体状態の把握	
～中略～							
21	A 氏	血圧や体重や測ることはしていないですね。家では、やっぱり減塩だね。塩分は少ない食事をしています。主に肉類よりは野菜ですね。根菜類を摂ったり、魚を食べるようにしたり、肉類をあまり摂らないようにしています。	血圧や体重や測ることはしていないです。家では、やっぱり減塩だね。塩分は少ない食事をしています。	血圧測定や体重測定は自宅ではしていない。自宅では減塩の食事を心掛けています。	測定習慣を持たない	日常的な測定を必要としない	
22	A 氏	前ごろはずっとやっていたんですけど、もう自分でだいたいのことがわかるようになったからね。もうわかりますが、月に1回受診した時に体重を測るので、その時にやっぱり変わらんわとかね。あんなふうな感じでわかるようになったので家ではやっていませんよ。調子が悪いなと思う時にはすぐに横になります。横になって休むと大概良くなります。横になるのが一番ですよ。血圧が私はだいたいに低い方なのでね。	前ごろはずっとやっていたんですけど、もう自分でだいたいのことがわかるようになったからね。調子が悪いなと思う時にはすぐに横になります。横になって休むと大概良くなります。横になるのが一番ですよ。	以前は測定をしていたが、現在は自分の感覚で概ね管理できているので測定を行っていない。体調不良時は横になって休むことが一番であり、それでほとんど改善する。	身体感覚を頼りに体調判断ができる。安静にすることで体調管理は可能	身体感覚を頼りに体調判断が可能	
23	A 氏	スーパーに買い物に行くときは、開店と同時にいきます。一番最初になるように行きます。人がいない時間を狙って行きます。そうしないと、人がいっぱいになって密になりますから、自分の欲しいものだけ買って帰る。それが一番。コロナウイルスは目に見えませんがね。当たり前のことですけど、外に出るときは必ずマスクをして、お婆さんがデイサービスに出かけますから、マスクをしたり検温をしたりして、外から出入りします。家の中でも密にならないようには気を付けています。心臓病は風邪でも重症化しますからね。注意しないと怖いですよ。	買い物に行くときは、開店と同時にいきます。一番最初になるように行きます。人がいない時間を狙って行きます。事前に買うものを決めておいて、サーッと買って帰ります。そうすると人に会わず済みますが、心臓病は風邪でも重症化しますからね。注意しないと怖いですよ。	できるだけ感染リスクを下げるために買い物は人が少ない時間を狙っていく。事前に買うものを決めておいて、滞在時間を短くしている。感染症は心不全を増悪させる因子のため注意が必要。	感染リスクの軽減。心不全増悪を防ぐ行動	感染リスクの軽減。心不全増悪を防ぐ行動	
A 氏は心不全という病との向き合う語りの中で、心不全の原因は疲労やストレスの蓄積であり、心不全を発症した時期はストレスフルな状態だった。病による多くの損失はあるが、以下のように、休息の機会の取得、ストレスからの解放、本物の友情の発見、病気に對する知識の獲得、療養管理に必要な知識と方法の獲得、早期受診の心がけ、過労を防ぐ家族の存在の大きさといった、病によって得たものもある。そのため、療養管理に必要な知識と方法の獲得をしたことから、感覚的な身体状態の把握や身体に見合った活動量を見つけ、体調を考慮した過ごし方をするようになった。普段の生活の中で、身体感覚を頼りに体調判断が可能と自覚し、日常的な測定を必要としない。また、感染症が心不全増悪の原因になることから、感染リスクの軽減を意識した、心不全増悪予防行動をとっている。A 氏は、ストレスは万病の基と捉えており、心不全増悪予防にはストレス対策が一番であると考えている。そのため、趣味としての茶道や友人との外出によって、ストレス発散することを大切にしている。 A 氏は入院を命の危機的体験であり、死を意識した体験として捉えている。そのため、心不全増悪に対する強い嫌悪感を持つが、看護師の関りが励みや他の入院患者と励まし合う大切さを感じている。病いを他人事にしないで、心不全と向き合うことが必要であり、何事も過信しないことや自分自身で病いを管理することで、再入院の回避を願う生活する。							
理論的記述		- 自分の体調の変化に敏感に反応できる - 心臓を労わる行動をとる - ストレスを溜めない方法を見つける - 体調を管理するための判断基準を持つ - 予備能の少ない身体への変化を認識する - 行動抑止力としての家族の存在がある - 心臓を中心に考えた生活に修正する - 急迫した呼吸状態から死を連想する					
さらに追及すべき点・課題							

2) 除外基準

- 高次脳機能障害を含む脳機能障害もしくは認知症と診断されている者
- New York Heart Association functional classification (以下, NYHA分類とする) IVの者

3. データ収集期間

2020年5月～2020年10月

4. データ収集方法

循環器疾患の外来診療や在宅診療を行っている2つの医院の循環器専門医である院長に、研究参加の基準に適應する心不全高齢者の紹介を受けた。研究参加者の病いの受けとめに関する語りを得るために、インタビューガイドを作成した。インタビュー内容は以下の通りである。「退院後の生活で変化したことや1日の過ごし方、普段の生活で大切にしていることについて。」「心不全をどのような病気と認識していて、心不全になって感じている事や心不全になった後の生活についてどのように感じているか。」「心不全を増悪させないために大切だと思っていること。」「入院中に受けた指導や教育で一番印象に残っていることや退院後その指導や教育がどの程度活かされているか。」インタビューガイドを用いて、半構造化面接を実施した。面接の所要時間は、60分程度で、面接場所は、参加者の希望する場所とした。なお、研究参加者の語りを分析する中で、語りの意味内容の解釈が難しく確認が必要だと判断した場合や語りをもう少し踏み込んで深めた方が良いと判断した時に追加で2回目のインタビューを行った。本人の了解を得て面接内容はICレコーダーにて録音した。

5. 分析方法

本研究では、在宅で生活する心不全高齢者が心不全という病いをどのように受けとめ、生活しているかを明らかにすることを目的とするため、病いの受けとめを捉えるために必要な療養生活の中で抱く感情やその時々行動について、当事者の語りをもとに探求する必要があると考える。そのため、その時々思いや反応について、経時的に一文節ごとに捉え、同時に概念化することができるSCAT (Steps for Coding and Theorization)¹⁶⁾が適していると考え、分析手法として用いた。

SCATの分析手順について、大谷が提示しているSCAT分析シートを用いた分析過程を本研究結果の一部を用いて表1に示す。はじめにICレコーダーにて録音した面接内容をすべて、逐語録に書き起した。その後、SCAT分析のルールに従い、1つの意味内容を含むと思われる語りを切片化しSCAT分析シートのテキストに記載した。そして、それぞれのテキストごとにSCAT分析シートに記載されている4つのステップで意味内容が変化しないように抽象化していった。4ステップ目に記載されているテーマや構成概念を紡いでストーリーラインを作成した。そして、ストーリーラインの中から心不全高齢者の病いの受けとめと捉えた理論記述を抽出し、心不全高齢者の病いの受けとめを明確にした。最後に、それぞれの理論記述を意味の類似性と差異性で比較検討し、共通する意味をもつ理論記述をさらに抽象度を上げて理論記述の統合を行った。信頼性と妥当性を高めるために、一連の分析はSCATの手法および質的研究に精通した研究者の指導を受けて実施し、意見が一致するまで検討した。

V. 倫理的配慮

研究を行う際に、循環器疾患の外来診療や在宅診療を行っている循環器専門医の院長に、文書と口頭で研究の趣旨と内容の説明および、研究協力を依頼し、研究実施の承諾を得た。加えて、選定基準と除外基準を踏まえ、研究参加者の紹介を受けた。

研究参加者には、本研究への参加は自由意思であり、不参加であっても診療上の不利益は被らないことを約束した。研究参加者の同意書への署名により、研究参加の同意を得た。面接は、研究参加者の希望に合わせた日と場所に設定した。研究参加者から得られた情報は、本研究の目的以外では使用せず、データは匿名化して扱うため個人が特定されることはないこと、研究の途中であっても、同意の撤回は可能であることを説明した。加えて、研究参加を途中で辞退した場合は、研究者が既に得ている情報の利用について確認し、情報の使用を拒否した場合は、速やかに消去することを説明して、同意を得た。また、研究結果は看護の専門学会で公表する可能性があるが、その場合にも個人の特定ができないようにすることを確約した。本研究は、島根県立大学出雲キャンパス

研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：305）。

VI. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要を表2に示す。研究参加者は、65歳～70歳代（男性：5名、女性：2名）の7名。心不全の病歴は5年～15年。心不全での入院回数は1回～4回。心不全重症度分類はNYHA I～NYHA III。日常生活自立度は7名ともランクJであった。1事例当たり1回の平均面接時間は60分（48分～79分）。面接場所は7名とも自宅であり、面接回数は1～2回であった。

2. 在宅で生活する心不全高齢者の病いの受けとめ

SCATによる分析で得た、在宅で生活する心不全高齢者の病いの受けとめを表3に示す。心不全高齢者の病いの受けとめとしての19個の理論記述をさらに抽象化し、【変調を察知する身体感覚】【心機能に順応した生活の組み立て】【劇的な病状改善への期待】【段階的に低下する心機能の自覚】【死と隣り合わせの恐怖】【療養生活を補完する家族力】【心不全高齢者が求めるやすらぎ】の7つに統合した。以下、理論記述の統合を【 】、理論記述を〈 〉で示す。

1) 変調を察知する身体感覚

【変調を察知する身体感覚】は、日々の生活において、自分の身体で感じる感覚を自身の体調の評価や行動をする上での判断基準とすることを示す理論記述である。心不全高齢者は、過去の心不全増悪時の体験や現在の心機能を基にして、生活内での行動の判断基準を持っていた。また、自分の身体を通して感じる心不全症状の程度や変

化から、その時々のとるべき行動を判断していた。体調の把握には、血圧や体重、血液検査データといった客観的な情報も大切にしているが、主観的な感覚と測定値の関係性がわかるため、必ずしも測定値を必要とせず、自分の身体感覚を頼りにして、体調管理を行うことが可能だと考えていた。この概念は、〈体調を管理するための判断基準を持つ〉〈身体状態と検査結果の関連性がわかる〉〈自分の体調の変化に敏感に反応できる〉の3つの理論記述で構成された。

2) 心機能に順応した生活の組み立て

【心機能に順応した生活の組み立て】は、心機能が低下したことを受け入れ、これまでの生活を自分の心機能に合わせた生活に変更することが必要であると認識し、生活を変える行動変容をおこすことを示す理論記述である。心不全高齢者は、心不全により心機能が低下したことから、そうした心機能に合わせた生活に変えていく必要性を認識していた。また、常に心機能を考慮した生活を送ることを心掛け、自分特有の身体感覚を基にして食事や活動の調整、感染症予防行動をとっていた。この概念は、〈心臓を中心に考えた生活に修正する〉〈心臓を労わる行動をとる〉の2つの理論記述で構成された。

3) 劇的な病状改善への期待

【劇的な病状改善への期待】は、自らの生活で心不全の病状に合わせた生活することは困難だと認識し、治療や薬によって病状の改善を望むことを示す理論記述である。心不全高齢者の中には、心機能が徐々に悪化の一途を辿り、有効な治療が限られてくる状況の中で、根治を目指した新たな治療が開発されることや新薬の使用によって、心不全状態から解放される可能性に強い期待をしている者がいた。この概念は、〈心不全治療におけるiPS細胞の臨床応用に期待する〉〈心不全新治療薬の病

表2 研究参加者の概要

研究参加者	性別	年代	家族構成	心不全の原因疾患	併存疾患	心不全の罹患期間	心不全増悪での入院回数	心不全の重症度	日常生活自立度
A	男性	60歳代	夫婦のみの世帯	拡張型心筋症	糖尿病	5年	2回	NYHA III	ランクJ
B	女性	70歳代	三世代世帯	肥大型心筋症	無	15年	1回	NYHA II	ランクJ
C	男性	70歳代	夫婦のみの世帯	急性心筋梗塞	関節リウマチ	10年	2回	NYHA III	ランクJ
D	男性	70歳代	夫婦のみの世帯	急性心筋梗塞	無	5年	4回	NYHA II	ランクJ
E	男性	60歳代	単独世帯	急性心筋梗塞	睡眠時無呼吸症候群	5年	1回	NYHA I	ランクJ
F	男性	70歳代	三世代世帯	高血圧	無	7年	1回	NYHA I	ランクJ
G	女性	60歳代	三世代世帯	拡張型心筋症	無	7年	1回	NYHA II	ランクJ

表3 心不全高齢者の病いの受けとめ

理論記述の統合		理論記述	テキスト
変調を察知する身体感覚		体調を管理するための判断基準を持つ	症状が出る一歩手前でやめると決めている
		身体状態と検査結果の関連性がわかる	生活の中で1つの判断基準のようなものさしを当てて暮らしている
		自分の体調の変化に敏感に反応できる	検査の結果を継続して見ているが数値が高い時はしんどいことが多い
			自分の感覚で大体のことがわかるようになった
心機能に順応した生活の組み立て	心臓を中心に考えた生活に修正する		運動量を心臓の機能に合わせて減らしていかないといけない
			自分の身体が一番で全てでは自分の身体が中心と考えている
			常に心臓のことを考えて生活すると気を付けることが無意識に身につく
			目が覚めてから寝るまで心臓が弱いことを常に考えて生活する
劇的な病状改善への期待	心不全治療における iPS 細胞の臨床応用に期待する	心不全治療薬の病状改善効果への期待を持つ	海外で使用されていた薬が自分にも使えることを楽しみにしている
			iPS 細胞が治る手立てになれば良いと希望を持っている
段階的に低下する心機能の自覚	症状の出現頻度の増加から低下する身体を感じる		症状の出現が年々強くなっていると感じる
			無理をすると発作が出るようになり身体が弱ってきたと自覚した
			普段の生活で症状を感じる事が段々と増えてきた
			無理ができなくなり行動範囲も狭くなったと感じる
死と隣り合わせの恐怖	急迫した呼吸状態から死を連想する		家庭菜園を少しやるだけでも調子が悪くなることが増えた
			病気をしてからあまり無茶ができないと思うようになった
			以前は歩くのが早かったのに人と一緒に歩くと遅れるようになった
			あとい何年生きられるかなって考えてもどうにもならない
療養生活を補完する家族力	行動抑止力としての家族の存在がある		病気に詳しく知ることが怖いので新たなことを知りたくない
			重症だって先生に言われて自分でも段々になって思っている
			息を吸っても全く酸素が入ってこないような感覚で呼吸ができなかった
			風呂の湯気で溺れると錯覚して寝ている最中にも溺れるように感じた
心不全高齢者が求めるやすらぎ	人との関わりを持つことができる喜びを感じる		救急車の中で息は吐けるが息が吸えない状態になり座った状態で搬送された
			息ができなくて死を覚悟したと同時に二度と同じ経験はしたくないと思った
			妻がいる時は食事に気を付けるが一人になるとつい緩んでしまう
			草取りをやりすぎると息子が怒るので長い時間はしない
心不全高齢者が求めるやすらぎ	心休まる場所を求める		主人と2人でいるから何とか生活ができていると思う
			生活の中で支えとなるのは家内で精神的な部分も一番に支えてくれている
			自覚症状が無くても体調不良を示すサインを妻が見つけてくれて有難い
			リハビリは身体のためにも良いし、(理学)療法士さんと話もできて良い
心不全高齢者が求めるやすらぎ	ストレスを溜めない方法を見つける		若い人と話ながらリハビリをするのは楽しく身体の調子も良くなった
			信頼の厚い医師の下で定期検査を受けられる喜びを感じている
			海を見ると落ち着くためしんどくなると海を見に行く
			友人と外出してお互いに愚痴を言い合うことがストレス発散になる
心不全高齢者が求めるやすらぎ	ストレスを溜めない方法を見つける		お茶を点てることを趣味として楽しんでいる

状改善効果への期待を持つ〉の2つの理論記述で構成された。

4) 段階的に低下する心機能の自覚

【段階的に低下する心機能の自覚】は、生活を通して時間経過とともに右肩下がりに低下する心機能を自覚することを示す理論記述である。心不全高齢者は、心不全症状の出現頻度や強度が増してきたことから、段々と低下する心機能を自覚していた。また、自身の生活を通して

今までできていたことができなくなってきたという感覚や今まで気にしていなかったような些細な行動でも症状が出現するようになったことから、心機能の低下を自覚していた。この概念は、〈症状の出現頻度の増加から低下する身体を感じる〉〈予備能の少ない身体への変化を認識する〉の2つの理論記述で構成された。

5) 死と隣り合わせの恐怖

【死と隣り合わせの恐怖】は、心機能の低下を自覚す

ることで常に感じている死の恐怖を示す理論記述である。心不全高齢者は、心不全症状の出現の仕方や程度を生活内での体験を通して感じ、心機能の低下を自覚したことから、死について意識するようになっていた。また、主治医の病状説明から心不全の重症度を再認識し、死期が迫ってきていると感じていた。心不全急性増悪時の体験を生命の危機的な体験として振り返り、二度と同じ体験はしたくないという思いと次に同じ状態になれば死ぬかもしれないといった感情を抱いていた。死への恐怖心から、今後の経過や最期について知ることに抵抗感を示し、深く考えることを避けていた。この概念は、〈死について考えることに拒否感を示す〉〈心不全についてさらに知ることへの忌避感を抱く〉〈病状からいずれ来る死を悟る〉〈急迫した呼吸状態から死を連想する〉の4つの理論記述で構成された。

6) 療養生活を補完する家族力

【療養生活を補完する家族力】は、心不全高齢者が心不全増悪を防ぐ生活を組み立てることを支える家族の力を示す理論記述である。心不全高齢者は、心不全の管理として様々な制限がある中、十分に自制ができない生活の場面がある。そこで、過食や塩分過多、過活動といった心不全の増悪因子となるものを一緒に防いでくれる家族の存在の必要性を感じていた。また、心不全症状の出現による苦痛や心不全増悪での入院によるストレスを感じる中、精神的な苦痛に対して家族の支えがあることに心強さを感じていた。加えて、心不全増悪の徴候に早く気づき、対処することが心不全を持って生活する上で重要とされている中、自分自身では気づかない心不全増悪徴候をいち早く家族が気づいてくれるため、心不全の重症化を防ぐことができることに感謝していた。この概念は、〈行動抑止力としての家族の存在がある〉〈家族の支えのある生活に心強さを感じる〉〈異常に素早く気づくための家族のサポートがある〉の3つの理論記述で構成された。

7) 心不全高齢者が求めるやすらぎ

【心不全高齢者が求めるやすらぎ】は、心不全増悪を防ぐために日々奮闘する生活の中にある、心休まる時間や場所を必要としていることを示す理論記述である。心不全高齢者は、心不全があることで段々と行動範囲が狭まり、外出の頻度や他者との交流の機会が減少する。そういった状況の中で、定期的に心臓リハビリテーション

に通い身体機能の維持ができる喜びはあるが、それ以上に医師や理学療法士が生活の悩み事の相談に乗ってくれること、話を聞いてくれることに安らぎを感じていた。心不全を持って生活することで自分にとって死が身近なものと考えようになり、精神的なストレスを以前よりも感じるが多くなる。そのため、気分転換できる場所を必要としていた。ストレスが心不全の原因になると捉え、ストレスのコントロールが重要だと認識を持ち、自身の生活の中にストレスを溜めない方法を見つけていた。この概念では、〈人との関わりを持つことができる喜びを感じる〉〈心休まる場所を求める〉〈ストレスを溜めない方法を見つける〉の3つの理論記述で構成された。

V. 考 察

1. 在宅で生活する心不全高齢者の病いの受けとめ

心不全高齢者は、【段階的に低下する心機能の自覚】として、日々の生活で心不全症状が出現することやできていたことができなくなることで、自分の心機能や生活機能が低下していることを自覚していた。服部らは、過去の自分や他者と比較することで身体機能の低下を自覚していた¹²⁾と報告している。心機能や生活機能の低下を自覚することは、心不全高齢者にとって生命の危機を感じる体験である。その体験を繰り返す中で、理想とする生活のあり方や最期の迎え方などを考えながら、病いを自分のものとして受け入れようと模索している。その過程では、致死性不整脈による突然死や多臓器不全、感染症により死に至る場合もあり¹⁷⁾、自分の命がいつまで続くのかを明確に予測することは難しく、常に死を身近に感じざるを得ない。先行研究においても心不全増悪の体験から、命が助からないほどの苦しい記憶が呼び起こされる体験をしていた¹⁸⁾と述べられており、本研究の【死と隣り合わせの恐怖】と重なる部分がある。本研究参加者の語りにもあるように、心不全高齢者は、生命の危機となる状態や苦痛を経験していることが多く、二度と同じ経験はしたくないと自身の体験から実感している。しかし、心不全高齢者は自身の感じている症状を心不全増悪の重要なサインとして認識できておらず、危機感も乏しい現状がある¹⁹⁾と報告されている。また、高齢の心不全患者が身体の変化を見極めてそれを適切な対処につなげることは難しい¹⁸⁾といった報告もされてい

る。その背景には、心不全高齢者自身が心不全症状を的確に捉える能力としての身体感覚が乏しいことがあると考える。先行研究では、心不全増悪という受け入れがたい苦痛を自分の体調の指標として逆に利用する術を修得し、活用していた¹²⁾と報告されている。これは、本研究で明らかにした【変調を察知する身体感覚】と一致している。心不全高齢者が持つべき身体感覚は、心不全症状の出現に早期に気づくだけでなく、心不全を増悪させないための行動を判断するための指標として重要なものであり、心不全高齢者のセルフケアにおいて必要不可欠なものである。つまり、心不全高齢者が日々の生活の中で、機能が低下した心臓で生きていかなければならないと認識を持ち、自身の心不全の状態を正しく認知し、増悪を防ぐための適切な対処行動をすることが重要である。

心機能低下の自覚と死の恐怖を持ちながら、心不全増悪を予防する生活をするために、【変調を察知する身体感覚】を身につけ、常に身体の状態を評価し、心臓に負担の少ない行動をとることで、【心機能に順応した生活の組み立て】が可能となると考える。心不全高齢者は、身体における様々な感覚機能を駆使して身体変化を感じとっていた¹⁸⁾と報告があるように、多くの心不全高齢者は何らかの身体の異変を感じとることはできているが、心機能に合わせた生活の組み立てが十分にできず、再入院を繰り返していると推察する。したがって、【心機能に順応した生活の組み立て】ができることが心不全増悪による再入院を予防することにおいて重要である。しかし、本研究において、自分自身の生活によって心不全をコントロールすることよりも【劇的な病状改善への期待】を持ち、治療や薬物などによって、心不全をコントロールすることに重きを置いた認識があることが明らかになった。治療や薬剤によって、心不全が改善や治癒するといった認識が、身体感覚を身につけ、生活を組み立てるといったセルフケアの獲得を阻害する要因の一つとして考えられる。

心不全は完治することが難しく、一生涯かけて付き合っていかなければならないものであるが、身体状況を自分で判断できないことや自己管理の効果を実感できないことで、食事制限などを生活の中に組み込めない²⁰⁾といった、自分だけの努力だけでは管理することが難しい現状がある。Lainscak et al は、患者のセルフケアを

補助する家族の存在があることは、療養生活において有益である²¹⁾と報告している。本研究においても【療養生活を補完する家族力】が心不全高齢者の身体的側面だけでなく、精神的側面も支えていることから、心不全高齢者は家族の存在を必要としており、家族の存在が療養生活に大きく影響する。さらに、金子らは、生活内での楽しみや生きがいを支えに、家族や医療者を含む身の回りの人びとからの支援を受けながら、病気と治療を生活のなかで生かすことが重要であると報告している²²⁾。心不全高齢者は、心不全症状の出現による身体的苦痛だけでなく、心不全増悪や死に対する不安、食事制限や活動制限があることなど精神的な苦痛も多く感じながら生活をしている。そのため、心不全を増悪させないように生活するためには、食事制限や活動制限、適切な内服管理だけではなく、【心不全高齢者が求めるやすらぎ】として、時には緊張の糸がほぐれる時間や場所によって精神的な安寧を感じることが必要である。

2. 心不全高齢者に対する看護への示唆

心不全患者の予後改善を目的とした心不全疾患管理プログラムは、心不全での入院や死亡を減少させることに有用であった²³⁾と報告されており、現在多くの病院で心不全増悪予防を目的とした生活指導が実施されている。入院中に行われる生活指導は、不足している知識を補うことに重点を置いているものが多い。心不全高齢者がセルフケアを身につけるためには、正しい知識を持つことは非常に重要であり、身体感覚や生活の組み立てをする上では必要不可欠である。しかし、指導を実施する病院間あるいは個人間での格差があることは否めず、指導内容の均質化を図るための対策が必要²⁴⁾と報告されている。それは、それぞれの心不全高齢者によって生活背景や価値観が異なっているにも関わらず、全ての患者に知識を提供するだけでは、個別性のある指導が困難であることを示している。さらに、本研究参加者7名の語りにおいても病院で受けたであろう指導内容についてはほとんど語られなかった。

山下らは、入退院を繰り返した経験をもつ心不全患者は、症状悪化予防の方法を考える際に過去の症状悪化の経験を活用していると報告している²⁵⁾。心不全高齢者が適切なセルフケアを身につけるためには、正しい知識を持ちながら日々の生活の中で増悪に繋がる要因を見つ

け、身体の変化に早期に気づけるようになることが重要である。そのためには、看護師が心不全高齢者の生活の詳細について時間をかけて一緒に振り返ることが重要である。しかし、在院日数が年々短縮されていることや看護師の担う役割の増加などにより、入院中に患者と時間をかけて生活を振り返る時間を確保することが難しい現状がある。また、退院後は指導を行った看護師が直接関わることは難しく、継続して支援を行う仕組みが不十分である。したがって、入院中に生活指導を完結させるのではなく、退院後も継続してフォローアップができる仕組みづくりをしていくことが重要であると考え、そのためには、心不全に関する生活指導だけではなく、退院後に利用できる制度の紹介や要介護認定の申請、訪問看護導入支援など退院後の生活で必要な支援を入院中から見極め早期から生活指導とあわせて行っていくことが必要である。さらに、在宅療養を支えるケアマネジャーや訪問看護師などが日々の生活の中で心不全高齢者の身近な存在として関わり、必要な支援を直接行うだけでなく、必要な支援を多職種に繋ぐことで心不全高齢者が安心して在宅で生活を送ることができると考える。このように心不全高齢者が安心して生活ができるように看護師だけでなく、地域全体で支える仕組みづくりを今後行っていくことが重要であると考え、そして、多様な生活背景や価値観の中で様々なことに折り合いをつけながら心不全とともに生きていることを認め、心不全のセルフケアは容易なことではなく、看護師が想像し得ないほどの苦痛を伴っていることを考慮して関わるのが重要である。

VI. 結 語

心不全高齢者の病いの受けとめの特徴として、死の恐怖を感じながらも低下する心機能を症状の出現から自覚し、生活の中で折り合いをつけるといった受けとめやその困難があることが明らかになった。再入院を予防し、在宅での療養生活を継続するためには、病いを受けとめ、自分に合った生活方法を獲得できるように支援することが重要である。さらに、在宅療養支援では疾患管理だけでなく、その人の価値観を重視すること、多職種でその人の生活を支えていく等の視点も重要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、7事例と少なく、心不全の罹患期間や原因疾患、重症度を十分に統一できていないため、結果の一般化には一定の限界があると考え、今後は、対象者数や範囲を広げて検討を重ねていくことで、心不全高齢者の病いの受けとめをさらに深く探求することができ、心不全高齢者への看護介入の方向性を見いだしていくことが可能になると考える。

研究に際して、快くインタビューに応じてくださった研究参加者の皆さま、研究にご協力いただきました施設の皆さまに深く感謝いたします。また、本研究を進めるにあたり、ご指導を賜りました島根県立大学倉鋪桂子名誉教授に深く感謝申し上げます。本研究は、島根県立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り、本研究の一部は、日本看護研究学会第47回学術集会において発表した。

■引用文献

- 1) 内閣府：令和4年版高齢社会白書。2-6, 日経印刷, 東京 (2023)。
- 2) Shiba N, Nochioka K, Miura M, et al.: Trend of westernization of etiology and clinical characteristics of heart failure patients in Japan-first report from the CHART-2 study. *Circulation Journal*, **75**, 823-833 (2011)。
- 3) Mizuno M, Kajimoto K, Sato N, et al.: Clinical profile, management, and mortality in very-elderly patients hospitalized with acute decompensated heart failure: an analysis from the ATTEND registry. *European Journal of Internal Medicine*, **27**: 80-85 (2016)。
- 4) 日本循環器学会, 日本心不全学会: 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版)。8-15, ライフサイエンス出版, 東京 (2018)。
- 5) 眞茅みゆき, 筒井裕之: チーム医療から考える慢性心不全患者の疾病管理。日本循環器病予防学会誌, **44** (3): 194-199 (2009)。
- 6) 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子, ほか: 再入院を繰返す慢性心不全患者の実態調査と疾病管理。心臓リハビリテーション, **12** (1): 118-121 (2007)。
- 7) 松本涼太, 名尾朋子, 大草知子: 看護師の高齢慢性心不全患者に対する患者教育の現状-病院内および病院間の比較検討を通して-。日本医学看護学教育学会誌, **31** (1): 1-8 (2022)。

- 8) 小野寺純子, 黄川田恵美, 千葉ひろ江: 再入院を繰り返す高齢心不全患者の生活実態調査. 日本看護学会論文集慢性期看護, **47**: 91-94 (2017).
- 9) 山本裕子, 岩脇陽子, 室田昌子: 慢性心不全患者の再入院を予防するための看護に関する文献検討. 京都府立医科大学看護学科紀要, **31**: 1-14 (2021).
- 10) 村松容子: ヘルスリテラシーが主観的健康観に与える影響. 厚生指標, **68**(13): 27-33 (2021).
- 11) Barclay S, Momen N, Case-Upton S, et al.: End-of-life care conversations with heart failure patients: a systematic literature review and narrative synthesis. *British journal of general practice*, **61**: 49-62 (2011).
- 12) 服部容子, 前川幸子: 入院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験とその意味 心不全増悪への対応策と新たな自己価値をA氏自らの生活へと編み込むプロセス. 甲南女子大学研究紀要, **4**: 79-85 (2010).
- 13) 岡田奈都美: 70歳以上の慢性心不全患者における自己管理の特徴. 日本看護学会論文集慢性期看護, **48**: 107-110 (2018).
- 14) 今里郁美, 前田恵: 再入院した高齢慢性心不全患者の療養生活の体験. 日本看護学会論文集慢性期看護, **48**: 291-294 (2018).
- 15) 谷津裕子: 質的研究の実施と評価に活かす視点—質的記述的研究に焦点をあてて—. 日本助産学会誌, **28**(1): 60-63 (2014).
- 16) 大谷尚: 質的研究の考え方 研究方法論からSCATによる分析まで. 270-368, 名古屋大学出版会, 名古屋市 (2019).
- 17) 森山美知子, 木原康樹, 宇野真理子, ほか: エビデンスに基づく循環器看護ケア関連図. 358-365, 中央法規出版, 東京 (2017).
- 18) 阿川慶子, 原祥子, 小野光美, ほか: 高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚. 老年看護学, **17**(1), 46-54 (2012).
- 19) 後藤秀世, 長井裕介, 長沼文雄, ほか: 慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出および患者教育に関する検討. 日本心臓リハビリテーション学会誌, **10**(1), 130-135 (2005).
- 20) 山本裕子, 岩脇陽子, 室田昌子, ほか: 中年期以降の慢性心不全患者のセルフマネジメントにおける困難. 日本看護研究学会雑誌, **47**(1), 119-129 (2024).
- 21) Lainscak M, Blue L, Clark AL, et al.: Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, **13**, 115-126 (2011).
- 22) 金子史代, 倉井佳子, 広瀬ひろみ, ほか: 外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアの関連する要因の検討. 新潟青陵学会誌, **4**(3), 43-53 (2012).
- 23) Tsuchihashi-Makaya M, Matsuo H, Kakinoki S, et al.: Home-based disease management program to improve psychological status in patients with heart failure in Japan. *Circulation Journal*, **77**: 926-933 (2013).
- 24) 菅原直美, 坂田由美子, 高田ゆり子: 慢性心不全患者に対する外来における指導の実態と課題. 常磐看護学研究雑誌, **2**: 11-20 (2020).
- 25) 山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋朋子: 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整. 千葉看護学会会誌, **16**(2): 45-53 (2011).

Coming to Terms with Disease in Elderly Heart Failure People Recuperating at Home

Tomoyuki Itamochi, Miyuki Kajitani

Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane

Abstract

Objective: To identify how older adults with heart failure recuperate at home by coming to terms with and live with the condition.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with seven older adults (age range: 65–80 years), who had been diagnosed with heart failure and were recuperating at home. Qualitative data obtained were analyzed using steps for coding and theorization (SCAT).

Results: Participants' acknowledgement and acceptance of the condition were found to consist of the following seven aspects: 1) physical awareness of abnormal sensations in the body, 2) adopting a lifestyle to accommodate their level of cardiac function, 3) hope for a significant recovery from the condition, 4) awareness of cardiac function degrading in stages, 5) fear of nearing death, 6) family's support to enable recuperation at home, and 7) desiring peace of mind during recuperation.

Conclusions: Understanding physical conditions and devising a lifestyle that suits an individual's level of cardiac function are important in older patients with heart failure to avoid deterioration of their pathological condition. Care providers must provide guidance in daily life to people living at home by carefully listen to their expressed concerns and feelings, and effectively apply their knowledge about people and people's skill in helping patients cope with the condition.

Key words : recuperation at home, older patient, heart failure, coming to terms with disease

● 研究報告 ●

中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践

Home-visiting Nurses' Practice of Supporting End-of-life Care at Home in Hilly and Mountainous Areas

山本 大祐, 高橋美沙子, 李 錦純

Daisuke Yamamoto, Fusako Takahashi, Kumsun Lee

要旨：〔目的〕中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践を明らかにする。

〔方法〕中山間地域の訪問看護師8名に半構造化面接を実施し、質的帰納的に分析した。

〔結果〕在宅看取りを支えた看護実践は、【在宅療養の基盤をつくる】【療養者の望みを受け止める】【在宅療養継続に向けた連携体制を構築する】【合併症予防のために働きかける】【状態の変化に合わせたケア方法を工夫する】【苦痛を和らげ安楽に過ごせるように支援する】【療養者の思いを共有できる場をつくる】【介護している家族の心情に寄り添う】【家族が納得してお別れできるように支援する】の9のカテゴリーが抽出された。

〔結論〕中山間地域の訪問看護師は、療養者と家族が安心できる在宅看取りを支援する地域の限られた資源の一つとして、その自覚と姿勢をもって看護を実践していることが明らかになった。

キーワード：中山間地域、在宅看取り、訪問看護師、看護実践

日本在宅ケア学会誌, 28(2) : 82-89(2025)

I. 緒 言

急速に高齢化が進むわが国では、65歳以上の人口は3,621万人となり高齢化率は過去最高の28.9%となった¹⁾。高齢者の半数以上が「自宅」で最期を迎えたいと思っているにも関わらず²⁾、全死亡者数の約7割が病院で亡くなり自宅で死亡する人は17%にとどまっている³⁾。国民の在宅看取りの希望を叶えるための方略を検討し在宅看取りを推進していくことは、2040年に高齢者人口が最大になり高齢多死社会を迎える日本にとって最重要課題の一つである。

自宅死亡割合には地域差があり、人口密度が高く医療機関へのアクセスが容易で在宅看取りを支援する体制が

整っている市町村では、自宅死亡割合が高くなる傾向がある⁴⁾。したがって、地域医療の提供には地域差を考慮した対応が求められる。

国土の約7割を占める中山間地域は山深い場所に位置しており、勾配が急で冬季の積雪や路面凍結により移動に困難が生じる地区が多い⁵⁾。日常生活を送る上で不便な山村過疎地域における高齢者の看取りは、終末期ケアにふさわしい環境が整備されていない状況も多く、介護する家族の支えと訪問診療および訪問看護のさらなる普及の必要性が報告されている⁶⁾。中山間地域における訪問看護の提供上の課題として、在宅医療を担う人材の不足や育成困難さとともに、医療機関との距離が遠いことや、訪問看護の理解不足から適切に利用されていない現状がある⁷⁾。

今後の中山間地域は、人口減少と高齢化が加速し、在宅看取り割合の増加が見込まれる。サービス確保が困難

受付日：2024年6月20日

受理日：2024年10月31日

関西医科大学看護学部・看護学研究科

な地域の特性を考慮し支援する特別地域訪問看護加算や、在宅看取りを支援するターミナルケア加算などの政策的な仕組みはあるものの、依然解決困難な課題もあり、地域医療継続の危機に直面している。在宅死を叶える要因の一つに訪問看護の利用があり⁸⁾、医療資源が乏しい中山間地域では、在宅看取りを支える訪問看護は持続可能な地域医療の発展に重要な役割を果たしている。

訪問看護師の看取りの実践能力は、看護師経験を基盤にしつつも個別的な経験が幾重に積み重ねられた普遍的な能力が要求される⁹⁾。また、看取りを実現する訪問看護ステーション管理者の要因の一つに、療養者の思いに応えたいという情熱が日々の実践を支える信念であることも報告されている¹⁰⁾。訪問看護師の看取り支援は療養者とその家族を支えたいという強い思いと経験により高められた看護実践といえる。

日本の中山間地域の在宅看取りを支える訪問看護の現状や課題に関する研究は行われているが^{7),9)}、在宅療養者が自宅で最期を迎える上で支えになった看護実践に焦点をあてた研究はみられない。本研究の目的は、中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践を明らかにすることであり、今後の中山間地域における地域医療および在宅看取り体制の充実に向けた基礎資料になると考える。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 研究対象地域

兵庫県但馬地域を対象とした。但馬地域は、厚生労働省が定める「特別地域加算」,「中山間地域等の小規模事業所加算」,「中山間地域等の居住者へのサービス提供加算」の対象地域が含まれているため厚生労働大臣が定める中山間地域に該当する。また、地域全域が「豪雪地帯」として指定されている。

但馬地域の総人口は157,989人、65歳以上の人口は57,617人（高齢化率36.5%）の3市2町で構成された地域である¹¹⁾。

3. 研究協力者

但馬地区訪問看護ステーション連絡協議会にて調査概要を説明し、在宅看取り支援の経験が豊富な訪問看護師として推薦された訪問看護師8名とした。

4. データ収集方法

研究協力者に対し、インタビューガイドを用いて個別に半構成的面接を実施した。面接では、余命6か月以内として主治医より説明を受けた過去1年間に在宅で看取った1事例を想起してもらい、①在宅療養期間が6か月以内の場合は訪問看護の開始から療養者の死別までの看護実践内容、在宅療養期間が6か月以上の場合は療養者の死別まで6か月間の看護実践内容、②本事例との関わりを通して感じたことや考えたことについて、自由に語っていただいた。面接内容は研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音した。データ収集期間は、2017年11月～2017年12月であった。

5. データ分析方法

作成した逐語録を繰り返し読み、在宅看取りにおける訪問看護師の看護実践を示す記述をデータとして抽出した。抽出したデータは、内容について意味を損なわないようにコード化した。コードの意味内容や類似点、相違点を比較検討した上で分類し、抽象度を高めてサブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。分析過程においては、質的研究に精通している複数の研究者間で協議を重ね、分析結果の精度が高まるよう努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、研究実施時に著者が所属していた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審査を経て、所属長の承認を得て実施した（承認番号：教員12）。研究協力者へは、研究の主旨、研究協力は自由意思であり研究に協力しないこと、途中で協力を撤回することにより、研究協力者がいかなる不利益も被らないこと、個人情報保護することについて、口頭と文書で説明した。同意を得られた研究協力者には同意書に署名を得た。

7. 用語の定義

1) 在宅看取り

日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会のがん等の亜急性期型終末期の生命予後判断半年以内という定義¹³⁾をふまえ、「余命6か月以内で在宅療養を選択した療養者が最終的に在宅で最期を迎えた状況」と定義した。

2) 看護実践

在宅ケアとは、疾病や生活機能障害を持つ人と、家族の暮らしの場すなわち地域において専門職や非専門職の連携による複合的なケア、およびケアサービスを提供することにより、質の高い自立した生活を維持することや改善を図ることと定義¹⁴⁾されており、本研究では、訪問看護師の判断や行動の具体的内容とした。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は8名で、いずれも女性であり、40歳代4名、50歳代4名であった。看護師経験年数は平均25.8±8.3年、訪問看護師経験年数は平均9.6±4.5年であった。在宅看取りケアの実施件数は4名が100件以上、1名が約40件、2名が30件、1名が10件であった。研究協力者に想起していただいた事例は、1名が70歳代、他7名は80歳以上の後期高齢者であった。男性3名、女性4名で、疾患はがん3名、慢性疾患3名、老衰2名であった。訪問看護導入から看取りまでの在宅療養期間は16～730日、一人当たりの面接所要時間は60～90分であり、個別に1回ずつ実施した。

2. 中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践 (表1)

訪問看護師へのインタビュー内容を分析した結果、9のカテゴリー、33のサブカテゴリー、276のコードが抽出された。在宅看取りを支えた看護実践を表すカテゴリーは、【在宅療養の基盤をつくる】【療養者の望みを受け止める】【在宅療養継続に向けた連携体制を構築する】【合併症予防のために働きかける】【状態の変化に合わせたケア方法を工夫する】【苦痛を和らげ安楽に過ごせるように支援する】【療養者の思いを共有できる場をつくる】【介護している家族の心情に寄り添う】【家族が納得してお別れできるように支援する】であった。

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》で示し、研究協力者の語りは「斜体文字」を用いて示した。

1) 【在宅療養の基盤をつくる】

訪問看護師は「家族の在宅看取りに対する思いを確認しながら関わる」(訪問看護師C)のように《家族の在宅看取りに対する覚悟を確認する》とともに《家族の介護力に合わせて訪問回数を調整する》《療養者の状態に最適な多職種の体制を提案する》実践をしていた。また、《訪問看護師同士で統一したケアを提供できるように共通の認識を持つ》《療養者の将来的な変化を予測して環境を整える》実践をしていた。

2) 【療養者の望みを受け止める】

訪問看護師は《この地域で暮らし続けたいという療養者の思いを把握する》とともに「もう少し自分で動きたいという希望を踏まえ、立位、歩行のリハビリを行う」(訪問看護師G)の《自分のことは自分でしたいと願う療養者の気持ちを受け止める》実践をしていた。

3) 【在宅療養継続に向けた連携体制を構築する】

訪問看護師は「呼吸苦に対する不安の強い家族の思いを汲み、在宅酸素療法の導入を医師に提案する」(訪問看護師B)のように《家族の思いを汲みとって主治医と検査や処置の方法を調整する》とともに《在宅療養が継続できるように多職種と相談し情報共有する》《主治医と家族の仲介役になれるように連携する》実践をしていた。

4) 【合併症予防のために働きかける】

訪問看護師は合併症を予防するために《皮膚トラブルを予防するために家族とヘルパーにアドバイスする》《感染を予防するための留意方法を家族にアドバイスする》《誤嚥を予防する体位を家族にアドバイスする》《医療処置が適切に行えるように家族に指導する》実践をしていた。さらに、「主治医と連携し尿路感染や呼吸器感染などの感染症状をその都度抗生剤等を用いて対処する」(訪問看護師D)のように《主治医と連携して症状コントロールを行う》実践をしていた。

5) 【状態の変化に合わせたケア方法を工夫する】

訪問看護師は《療養者の身体状態の変化や症状の出現を観察する》とともに「症状の出方によってケアのやり方と場所を変え、その際は説明の仕方を工夫する」(訪問看護師A)の《徐々に状態が悪化する療養者に合わせてケア方法を工夫する》実践をしていた。

表1 在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践

カテゴリー	サブカテゴリー
在宅療養の基盤をつくる	家族の在宅看取りに対する覚悟を確認する
	家族の介護力に合わせて訪問回数を調整する
	療養者の状態に最適な多職種体制を提案する
	訪問看護師同士で統一したケアを提供できるように共通の認識を持つ
	療養者の将来的な変化を予測して環境を整える
療養者の望みを受け止める	この地域で暮らし続けたいという療養者の思いを把握する
	自分のことは自分でしたいと願う療養者の気持ちを受け止める
在宅療養継続に向けた連携体制を構築する	家族の思いを汲みとって主治医と検査や処置の方法を調整する
	在宅療養が継続できるように多職種と相談し情報共有する
	主治医と家族の仲介役になれるように連携する
合併症予防のために働きかける	皮膚トラブルを予防するために家族とヘルパーにアドバイスする
	感染を予防するための留意方法を家族にアドバイスする
	誤嚥を予防する体位を家族にアドバイスする
	医療処置が適切に行えるように家族に指導する
	主治医と連携して症状コントロールを行う
状態の変化に合わせたケア方法を工夫する	療養者の身体状態の変化や症状の出現を観察する
	徐々に状態が悪化する療養者に合わせてケア方法を工夫する
苦痛を和らげ安楽に過ごせるように支援する	療養者が安らかに過ごせるように身体的苦痛を緩和する
	療養者が快適に過ごせるように清潔を保持する
	療養者が食べる喜びを感じることが出来る食事の援助方法を家族にアドバイスする
療養者の思いを共有できる場をつくる	療養者が穏やかに自分の思いを話せる場をつくる
	療養者と家族がお互いの気持ちができるように関わる
	最期まで療養者の気持ちに寄り添い話しかける
	介護する家族の疲労の蓄積を確認する
介護している家族の心情に寄り添う	療養者の状態悪化を予測した具体的な介護方法を家族にアドバイスする
	訪問看護は24時間対応なのでいつでも電話連絡してよいことを何度も説明する
	介護の励みになるように近所の人から家族への声かけを活かす
	厳しい状況でもユーモアを持って家族と関わる
家族が納得してお別れできるように支援する	療養者の死が近づいていることを家族に説明する
	死後の対応方法を家族に説明する
	最期まで療養者の望みを叶えようとする家族に協力する
	療養者が輝いていた頃の服装にして見送る
	療養者の死別後も介護した家族を見守っていく

6) 【苦痛を和らげ安楽に過ごせるように支援する】

訪問看護師は「本人も家族も共に安らかに過ごし、別れについて考えることができるように、要介護者の身体的苦痛を取り除く…」(訪問看護師D)のように《療養者が安らかに過ごせるように身体的苦痛を緩和する》とともに《療養者が快適に過ごせるように清潔を保持する》《療養者が食べる喜びを感じることが出来る食事の援助方法を家族にアドバイスする》実践をしていた。

7) 【療養者の思いを共有できる場をつくる】

訪問看護師は《療養者が穏やかに自分の思いを話せる場をつくる》とともに、「本人の家にいたいという気持ちを代弁し、夫に在宅看取りについて説明し同意を得る」(訪問看護師E)という《療養者と家族がお互いの気持ちができるように関わる》実践をしていた。さらに、《最期まで療養者の気持ちに寄り添い話しかける》実践をしていた。

8) 【介護している家族の心情に寄り添う】

訪問看護師は《介護する家族の疲労の蓄積を確認する》とともに《療養者の状態悪化を予測した具体的な介護方法を家族にアドバイスする》。また、介護する家族に対して《訪問看護は24時間対応なのでいつでも電話連絡してよいことを何度も説明する》実践をしていた。さらに、「どれだけ状況が厳しくても家族さんが笑ってくれるようなことがあったり、本人さんが寝てるのにお茶タイムしてみたり、いろんなケアが済んだら、家族さんと関係のないことを話して帰ることに重きを置く」（訪問看護師D）ような《厳しい状況でもユーモアを持って家族と関わる》ことや、《介護の励みになるように近所の人から家族への声かけを活かす》実践をしていた。

9) 【家族が納得してお別れできるように支援する】

訪問看護師は家族に《療養者の死が近づいていることを家族に説明する》《死後の対応方法を家族に説明する》を実践しており、療養者のために《最期まで療養者の望みを叶えようとする家族に協力する》《療養者が輝いていた頃の服装にして見送る》実践をしていた。さらに、「介護が家族の生活リズムで、火が消えたようになってしまったので、これで終わりではなくて、ずっと見守っていかなくてはいけないと思いました」（訪問看護師G）という《療養者の死別後も介護した家族を見守っていく》を実践していた。

IV. 考 察

1. 中山間地域の在宅看取りを支えた訪問看護師の姿勢

中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践は、先行研究が示す訪問看護師が行う在宅ターミナルケアのケア内容¹⁵⁾と大きな違いはなかった。しかし、中山間地域は医療人材の高齢化や慢性的な人材不足および、近隣に子世代が不在で介護者も高齢化しているため、安定的な在宅療養継続が困難になっている⁷⁾。また、豪雪地帯を含む中山間地域においては、訪問看護の24時間対応体制を維持することが不可能に近く在宅看取り支援体制の維持が困難であることも明らかになっている¹²⁾。本研究の対象地域全域は豪雪地帯であるため、結果で示された訪問看護実践は容易に行えるものではないと考えられる。在宅看取りのニーズは高いがそれを支援する医療提供体制を維持することが困難な中山間

地域において、訪問看護の存在は重要な存在である。地域で最期まで暮らすことを希望する高齢者にとって訪問看護は最後の砦であり、そのことを訪問看護師自身が理解しているからこそ、悪条件が重なっても在宅看取りに向けた看護を提供し続けていると思われ、このような中山間地域の訪問看護師の姿勢が在宅看取り支援の背景にあると考えられる。

2. 介護している家族を支える

日本人が共通して重要だと考える Good death の概念には家族との良好な関係が含まれており¹⁶⁾、訪問看護師は Good death を支えるために、本人・家族の意思決定を支援すること、本人の病状変化に戸惑う家族を支援することを大切にしている¹⁷⁾。また、介護する家族は療養者を優先する傾向にあるため、長期にわたる在宅介護の継続には家族へのケアと支援が重要である¹⁸⁾。中山間地域の訪問看護師は、【在宅療養の基盤をつくる】ために、療養者と家族が慣れない在宅療養に不安を感じている状況を捉えつつ、在宅看取りに対する家族の覚悟を確認し、療養者の状態変化や病状悪化に対応していた。この実践は、家族にとって大きな支えになったと考えられる。

訪問看護師は【介護している家族の心情に寄り添う】ために《厳しい状況でもユーモアを持って家族と関わる》実践をしていた。不安を持つ終末期がん患者の家族が気分転換できることは、自己効力感を高め看病継続の支えになる¹⁹⁾と言われているが、中山間地域は隣家や店舗が近くになく、道路の勾配が急であり、冬季の積雪や路面凍結により移動に困難が生じる地区が多い⁵⁾ため、気軽に外出できず気分転換しづらい環境にある。そのため、定期的に訪問する看護師が家の中にユーモアを持ち込み、家族の気分転換を図ることは、家族が介護を継続するために重要な看護実践であることが示唆された。

訪問看護師は、【療養者の思いを共有できる場をつくる】ために《療養者が穏やかに自分の思いを話せる場をつくる》とともに《療養者と家族がお互いの気持ちが分かるように関わる》実践をしていた。これは、療養者に叶えて欲しい願いがあるにも関わらず、家族に遠慮して思いを伝えきれないことを気遣う看護実践といえる。日本人の望ましい死は「他者の負担にならないこと」「家

族との良好な関係」が重要な概念であり^{16),20)}、療養者は自らの願いを伝えることで家族の負担が増え、関係性が崩れることを懸念し本心を伝えづらいものと推察される。特に、中山間地域の高齢者にとっては、介護の担い手となるべき子世代が遠方に居住していることが課題⁷⁾といわれており、高齢者は遠方で暮らす子どもが心配して帰省することに伴う距離的・時間的・経済的負担を避けるためにも、離れて暮らす子どもに余計な心配をかけさせまいとする傾向が強く、高齢者自身が本心を伝える機会も少ないと思われる。そのため、残された家族のこれからの〈生きる糧〉の獲得を支えることが訪問看護師の看護観である²¹⁾といわれるように、中山間地域の訪問看護師は、療養者が家族に本当の思いを伝えきれずに死別することを危惧し、実践していたと考えられる。

3. 限られた資源を有効に活用する

訪問看護師は、【在宅療養継続に向けた連携体制を構築する】ために主治医や多職種と連携を図っていた。早期の段階から死期や状態悪化の対応について多職種間で共通認識が図れるように連携強化していくことが、在宅死亡割合を高めていくことに関連している²²⁾ことは明らかになっており、中山間地域を含めたへき地は医療資源が限られているため、医療や福祉関係者同士、顔の見える関係にあり連携が取りやすいという報告もある¹²⁾。研究対象地域は豪雪地帯であり容易に交通遮断が生じやすく、緊急訪問の依頼に直ちに訪問することが困難なことから、急変対応を見越した連携を早期より実施していたと考えられる。

訪問看護師は、家族を支える人的資源として隣人の存在を重視していた。訪問看護師が医療・福祉資源が不足する山村地域で在宅看取りを可能にする条件として、家族の困りごとを支える地縁者や血縁者の存在が報告¹²⁾されている。中山間地域は広範囲の訪問エリアをカバーするために長時間かつ遠距離の移動に伴う負担や緊急時訪問の困難さがあり⁷⁾、訪問日でない時に療養者や家族を気かけ声かけをしてくれる近隣住民の存在は、訪問看護師にとって心強い存在である。《介護の励みになるように近所の人から家族への声かけを活かす》実践では、訪問看護師は、地域住民同士のつながりが家族にとって介護継続の支えになり、在宅看取りを支援する上で、療養者および家族と近隣住民とのネットワークや関係性を

活かして関わる必要性を認識していることが示唆された。

4. 研究の限界と課題

本研究は、兵庫県但馬地域5市町の訪問看護師を対象としているため一般化には注意が必要である。また、より詳細に在宅看取りを可能にした看護実践を明らかにするために、事例の疾患や状態像、家族形態を明確に設定すること、療養者および家族が捉えた訪問看護師の看取り支援についても検証していく必要がある。

V. 結 論

中山間地域における在宅看取りを支える訪問看護師の看護実践は、【在宅療養の基盤をつくる】【療養者の望みを受け止める】【在宅療養継続に向けた連携体制を構築する】【合併症予防のために働きかける】【状態の変化に合わせたケア方法を工夫する】【苦痛を和らげ安楽に過ごせるように支援する】【療養者の思いを共有できる場をつくる】【介護している家族の心情に寄り添う】【家族が納得してお別れできるように支援する】であった。中山間地域の訪問看護師は、療養者と家族が安心できる在宅看取りを支援する地域の限られた資源の一つとして、その自覚と姿勢をもって看護を実践していることが明らかになった。

本論文の内容の一部は、22nd East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) において発表した。

本研究にご協力いただきました兵庫県但馬地域の訪問看護ステーション管理者の皆様に心から感謝申し上げます。本研究は、公益財団法人笹川記念保健協力財団2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成を受けて実施しました。

■引用文献

- 1) 内閣府：令和4年版高齢社会白書 (https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html, 2024. 2. 18).
- 2) 内閣府：平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査結果 (<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html>, 2024. 2. 19).
- 3) 厚生労働省：厚生統計要覧 (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html>, 2024. 2. 19).
- 4) 石川雅俊：全国市町村における自宅死亡割合とその関連因

- 子の探索. 日本医療経営学会誌, **12**(1) : 15-19 (2018).
- 5) 矢嶋裕樹, 矢庭さゆり : 中山間地域における高齢者の被援助志向性の社会的要因. 新見公立大学紀要, **38**(2) : 27-33 (2018).
 - 6) 宮田延子, 安江悦子, 橋本廣子, ほか : 山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス. 岐阜医療科学大学紀要, **1** : 131-140 (2007).
 - 7) 李錦純, 山本大祐, 牛尾裕子, ほか : 過疎・高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, **23** : 89-103 (2016).
 - 8) 松久雄紀, 山腰聡子, 西上直子, ほか : 訪問診療は在宅死の割合を増やす要因となるのか 在宅死に関わる因子の検討. 地域医学, **29**(6) : 448-452 (2015).
 - 9) 堀智子, 中島淳美, 西田奈美 : 訪問看護師の看取り実践の能力育成とその課題に関する研究 看取り実績のある訪問看護師のインタビューの分析より. 日本看護学会論文集 : 看護教育, (49) : 203-206 (2019).
 - 10) テイラー栄子 : 在宅での看取りを実現している小規模訪問看護ステーションにおける管理者の要因. 日本保健科学学会誌, **19**(4) : 176-185 (2017).
 - 11) 地域医療情報システム : 兵庫県但馬医療圏(https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2808, 2024. 2. 19).
 - 12) 小山歌子, 若狭一美, 渡部和子, ほか : 特別豪雪地帯・無医地区で高齢者の在宅看取りを可能にする条件—看取り家族の語りから—. 新潟医療福祉会誌, **21**(2) : 9-18 (2021).
 - 13) 日本学術会議 : 臨床医学委員会終末期医療分科会 終末期医療のあり方(<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>, 2024. 2. 19).
 - 14) 日本在宅ケア学会 : 在宅ケアとは(<https://jahhc.com/>, 2024. 2. 19).
 - 15) 宮田乃有 : 在宅ターミナルケアのプロセス, 全国訪問看護事業協会(編), 訪問看護が支える在宅ターミナルケア(第1版), 58-93, 日本看護協会出版会, 東京(2021).
 - 16) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. : Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*, **18**(6) : 1090-1097 (2007).
 - 17) 黒田真由美, 星野純子, 常盤文枝 : Good deathを支える訪問看護師が大切にしたい. ホスピスケアと在宅ケア, **29**(1) : 11-16 (2021).
 - 18) Nysaeter T. M, Olsson C, Sandsdalen T, et al. : Family caregivers' preferences for support when caring for a family member with cancer in late palliative phase who wish to die at home – a grounded theory study. *BMC Palliative Care*, **23**(1) : 1-11 (2024).
 - 19) 久松美佐子, 丹羽さよ子 : 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日本看護科学学会誌, **31**(1) : 58-67 (2011).
 - 20) 宮下光令 : 日本人にとっての望ましい死. *Pharma Medica*, **26**(7) : 29-33 (2008).
 - 21) 小野若菜子, 麻原きよみ : 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観. 日本看護科学学会誌, **27**(2) : 34-42 (2007).
 - 22) 小沼美加, 藤本桂子, 京田亜由美, ほか : 在宅がん終末期ケアに従事する訪問看護師が重要と判断したケア. 日本がん看護学会誌, **36** : 87-97 (2022).

■参考文献

- 1) 李錦純 : 中山間地域訪問看護ステーションにおける在宅ターミナルケア・看取りのサービス提供実態に関する研究—但馬地域を対象として—, 2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成研究報告書, 笹川記念保健協力財団研究助成, 1-22 (2018).

Home-visiting Nurses' Practice of Supporting End-of-life Care at Home in Hilly and Mountainous Areas

Daisuke Yamamoto, Fusako Takahashi, Kumsun Lee

Faculty of Nursing, Kansai Medical University

Abstract

Purpose: This study aimed to clarify the nursing practices of home-visiting nurses who provide end-of-life care at home in hilly and mountainous areas.

Methods: Semi-structured individual interviews were conducted with eight home-visiting nurses working in both hilly and mountainous regions. The data were analyzed using qualitative inductive analysis.

Results: Nine categories were obtained: "Building a foundation for home care," "Accepting the wishes of the older adults," "Establishing cooperating system for continued home care," "Providing care to prevent complications," "Providing nursing care according to changes in condition," "Supporting to relieve pain and provide comfort," "Providing a space to share older adult's feeling and thoughts," "Empathizing with family caregivers' feelings and thoughts," and "Supporting the family in accepting the older adult's death."

Conclusion: Home-visiting nurses in hilly and mountainous areas demonstrated an awareness and commitment to being an integral member of the limited community resources available for end-of-life care to ensure the psychological safety of older adults and their families.

Key words : Hilly and mountainous areas, end-of-life care at home, home-visiting nurse, nursing practice

● 研究報告 ●

医療的ケア児受け入れ保育園における看護師の感染予防・対策の実践

Infection Prevention and Control Practices by Nurses in Daycare Centers for Children with Medical Care

日野 徳子^{*1}, 渡邊 久美^{*2}, 中垣 紀子^{*3}

Noriko Hino, Kumi Watanabe, Noriko Nakagaki

要旨：本研究の目的は、医療的ケア児を受け入れている保育園看護師が実践している感染予防および対策を明らかにすることである。東京都内の認可保育園8施設に勤務する看護師11名を対象に半構造的面接を行い、データを質的記述的に分析した。

看護師の実践は【健康の維持管理に必要な情報の把握】【保育士・他職種との日常的な連携】【看護師の情報提供によって予防・対策行動の浸透】【接触による感染を防ぐ取り組み】【飛沫・空気による感染を防ぐ取り組み】に分類された。看護師は、園内の状況、医療的ケア児の状態、保護者の希望等に応じ、個別・集団保育を使い分けながら、他児との接触や関わりによる成長体験をさせていた。さらに、医療的ケア・生活・保育のバランスを考え、他職種を含め園・地域全体で対応し、医療的ケア児が保育園に継続して通園できるような支援や環境を整えていた。

キーワード：保育園看護師、医療的ケア児、感染予防・対策

日本在宅ケア学会誌, 28(2): 90-99(2025)

I. はじめに

2021年に施行された「医療的ケア児およびその家族に対する支援に関する法律」により、国や自治体による医療的ケア児（以下、医ケア児）と家族への支援は責務となり、必要な人員を配置して保育、教育を受けられる環境づくりが進められている。医ケア児とは、日常生活および社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠な児¹⁾を指し、保育園において導尿、人工呼吸器装着による呼吸管理、胃ろうからの栄養剤の注入等の医療行為が実施されるため、受け入れには看護師の専属配置の必要性²⁻⁴⁾や保育士との協力体制⁵⁻⁶⁾、

事故発生時等のリスク対応⁷⁾に課題がある。なかでも感染症は、医ケア児の疾患によっては重症化しやすく命をおびやかすことになりかねないため、日常的な予防や対策が必要である。保育園では、乳幼児が長時間にわたり集団生活を送るなど子どもたちの行動特性からも感染症リスクが懸念され、インフルエンザや手足口病、急性胃腸炎などの集団感染につながっていることも多い。子どもたちにとっては触れあいながら遊び・学びの機会を得ることも重要であり、今後、医ケア児の受け入れ保育園は増えていくことも予想されるため、医ケア児を受け入れている保育園看護師の感染予防・対策の実践を明らかにしていくことは重要である。保育園看護師の感染予防・対策に関する先行研究は多いが、医ケア児受け入れ保育園における感染症予防・対策に関する研究は見あたらなかった。また、医ケア児の受け入れについては、自治体や保育園によって考え方や対応には違いがあること

受付日：2024年8月30日

受理日：2024年11月26日

*1 杏林大学保健学部看護学科

*2 前和洋女子大学看護学部看護学科

*3 新潟薬科大学看護学部看護学科

も考えられる。本研究では、医ケア児受け入れ保育園で働く看護師が実践している感染予防および対策をインタビューにより明らかにし、今後の医ケア児受け入れ保育園における感染予防・対策について示唆を得ることを目的とした。

なお、本研究のインタビューは2022年12月から2023年2月にかけて実施したため、新型コロナウイルス感染症におけるオミクロン株が主流の第8波の時期であった。感染症法上の新型コロナウイルス感染症の位置づけは2類相当であった。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

看護師の配置が複数であり、病児保育や医ケア児の受け入れが進んでいる⁸⁻⁹⁾ 東京都内を選定した。市区町村のHPから医ケア児の受け入れ状況を確認の上、市区町村の窓口にかけて口頭または文書で研究の趣旨を説明・承諾を得て、当該保育園を紹介してもらった。紹介された医ケア児受け入れ保育園の園長と看護師に、研究の趣旨を文書で説明し、保育園の園長と看護師双方から同意が得られた保育園8施設の看護師11名を研究対象とした。

3. データ収集方法

研究者2名がインタビューガイドを基に半構造的面接を実施した。インタビューは、研究者が対象となる看護師が勤務する保育園に出向き、プライバシーが確保できる園内の1部屋を借用して実施した。原則、医ケア児の保育に携わる看護師1人に対してインタビューを実施したが、事業所Gでは医ケア児専任看護師の保育園での経験が浅いことから、保育園全体を統括する役割を担う看護師も同席、事業所Bでは、医ケア児専任の非常勤看護師の希望により2名同席して実施した。事業所AとEは設置市区町村、運営は同一であったが、それぞれの保育園で医ケア児受け入れをしていたためインタビューは個別に実施した。インタビューガイドには、概要として、目的、所要時間、内容（保育園で実践している感染

対策、感染予防及び、医ケア児の受け入れにあたって工夫している感染対策）を記した。なお、面接内容は承諾を得て録音をした。

4. 分析方法

インタビュー内容を逐語録にし、匿名化された逐語録とインタビュー時のメモを繰り返し読みながら分析を進めた。分析では、看護師が感染予防や対策として『何を行っているか』に着目してコーディングを行い、感染対策や予防について語られた意味を忠実にコード化した。さらにコードの意味内容を類似性に沿って分類し、サブカテゴリ、カテゴリを生成した。この過程では、保育園での看護師経験がある研究者にも参加してもらい、何度も議論を重ねて進めた。また、小児看護の専門家からカテゴリの命名や分類についてスーパーバイスを受け、分析の信頼性と妥当性を高めた。

5. 倫理的配慮

研究対象者に対し、本研究の概要、研究協力は自由意思に基づくものであり撤回も可能であること、参加者および医ケア児に関する事例の匿名性の確保、学会等への研究成果の公表について文書と口頭による説明を行い、文書にて同意を得た。また、参加者が所属する保育園の管理者に対しても同様に口頭による説明を行い文書にて承諾を得た。なお本研究は和洋女子大学看護学部倫理委員会で承認（承認番号2232）され、倫理指針等を遵守して実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力保育園・医療的ケア児受け入れ体制の概要

東京都内7市区にある公立公営5施設、私立公営3施設の8施設から協力を得た。保育園の常勤看護師数、医ケア児受け入れ定員数は1人が多かった。全ての園で医ケア児専属の看護師配置があった（表1）。

2. 研究協力看護師の概要

参加者は全員女性、年代は30～60代と幅があり、平均年齢49.18±10.40歳であった。看護師としては平均23.2±13.7年、保育園では平均11.9±12.2年の経験年数があった（表2）。

表1 研究協力保育園の概要と医ケア児受入れ体制の概要

保育園の概況					医療的ケア児の受け入れ体制						
事業所 ID	設置	運営	園児数	看護師数 (人)	定員 (人)	看護職専 属配置	専属 看護師数 (人)	看護師の 勤務形態	園児の 送迎	受入れ 開始 (年)	保育日数・時間
A	公立	公営	135	2	1	あり	1	常勤	なし	2018	月～金曜 9:00～16:00
B	公立	公営	55	4	2	あり	2	非常勤	なし	2018	月～金曜 8:20～17:00
C	私立	公営	75	3	1	あり	2	常勤	あり	2020	月～金曜 9:00～17:20
D	私立	公営	300	9	15	あり	7	常勤	あり	2020	月～土曜 7:15～18:30
E	公立	公営	126	2	2	あり	1	常勤	なし	2018	週4日 9:00～16:00
F	私立	公営	51	1	1	あり	1	契約	なし	2021	月・火曜 9:00～16:00
G	公立	公営	96	2	1	あり	1	常勤	なし	2021	週1・2日慣らして いるところで入院
H	公立	公営	124	1	1	あり	2	非常勤	なし	2020	月～金曜 8:30～17:30

表2 研究協力看護師の概要

事業所 ID	参加者 ID	年齢 (歳)	保育園内での役割/職位	勤務形態	職種	看護師としての 経験(年数)	保育園経験 (年数)	小児科勤務経 験の有無
A	1	63	園全体/看護主任	常勤	看護師	40	30	有
	2	44	園全体/看護主任	常勤	看護師・助産師	21	9	有
B	3	67	医ケア児専任	非常勤	看護師	45	35	有
	4	43	医ケア児専任	非常勤	看護師	20	3	無
C	5	31	園全体/看護主任	常勤	看護師	9	3	有
D	6	58	医ケア児専任	常勤	看護師	37	3	有
E	7	57	医ケア児専任	常勤	看護師	35	25	有
F	8	未回答	医ケア児専任/看護主任	常勤	看護師	未回答	未回答	有
G	9	45	園全体/看護主任	常勤	看護師	23	18	無
	10	39	医ケア児専任	非常勤	看護師	10	0	無
H	11	44	園全体/看護主任	常勤	看護師・保健師	16	5	有

3. 分析結果

看護師の感染予防・対策の実践について分析した結果、5のカテゴリ、25のサブカテゴリが抽出された(表3)。以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》、インタビューの語りを「 」, () は研究者による補足を示す。

1) 【健康の維持管理に必要な情報の把握】

看護師は「保護者からその日の熱や体調、生活状況を事前に聞き取りをした上で、登園後に看護師が体温、呼吸の状態などをもう一回確認して預かることができるこ

とを確認していました」等の《医療的ケア児の家庭での様子・体調の把握》や「看護師が全園児を対象に朝と昼に検温して、インフルエンザやコロナ流行の時はお昼寝の後にも、全園児にやっていました」という《感染を早期に察知するための体調管理》等、医ケア児、他児、職員の体調を確認していた。また、「家ではトリクロロールシロップを飲ませて睡眠を確保していて、登園してクラスで過ごすことで昼寝ができるようになって生活が安定してきたって伺って」「去年は2か月に一回ぐらいの

表3 看護師の感染予防・対策の実践

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数
健康の維持管理に必要な情報の把握	医療的ケア児の家庭での様子・体調の把握	6
	感染を早期に察知するための体調管理	6
	医療的ケア児の生活リズムの把握	6
	状態を把握する指標の整備	4
保育士・他職種との日常的な連携	担当看護師への園運営面からのサポート	13
	保育士の迷いに向き合い協働する体制づくり	12
	関係する他職種や他機関との連携	10
	自治体や他園との協力的体制づくり	6
看護師の情報提供によって予防・対策行動の浸透	通園による感染リスクや感染状況の伝達・説明	13
	他児との関わりや集団の刺激による発達の促し	11
	保護者が登園の可否を判断できる材料の提供	9
	園看護師の存在による保護者への安心の提供	9
	園児の理解力を考えた感染指導	7
	予防接種に対する保護者の考え方の受け止め	7
	感染への取り組みに対する意識の変化	6
	園職員への情報提供	6
接触による感染を防ぐ取り組み	接触や関わりを持つために他児や職員の手洗い・消毒の徹底	20
	医療的ケア児との接触や関わる人・場所の制限	13
	医療的ケア児と接触や関わるためにはかる距離	7
	園児・看護師を守るための個人防護具の使用	4
飛沫・空気による感染を防ぐ取り組み	医療的ケア児が舐めるおもちゃの除菌	5
	園児のマスク装着の基準づくり	13
	園児や職員のおしゃべりを補助する空間の仕切り	5
	児同士の共有空間認識と空気の流れの変更	5
	ケアによる人が媒介になることの予防	5

割合で入院していたけど、今年は1回、春に感染症で入院しただけで、クラスの中に入ること、生活リズムが安定して免疫もついてきたってことですかね」等の《医療的ケア児の生活リズムの把握》や「登園時にてんかん発作を起こしても、保育園には酸素も、モニターもなくて指標がないから不安があって、怖いからサチュレーションモニターを買ってもらったんです」等の《状態を把握する指標の整備》を実践していた。

2) 【保育士・他職種との日常的な連携】

看護師は「対応ができる保育士の配置など運用面やコロナになって感染対策でも不安があったので、法人本部、園長、看護師間で何度も話し合いをもっていました」や医ケア児担当の看護師が感染したときを考え「今年から、万が一、コロナになったとか、相方の看護師は出張でいないような時なんか、そんな時、役所に常駐する看護師、医ケア児が休んでいる保育園看護師、近場の保育

園から応援に行けるように体制を作ったんです」「市内の公立保育園看護師が集まり、(対象)園だけで考えるんじゃなくて、それぞれが集まって、記録の見直しや保育生活の悩みとかにアドバイスをもらったりして孤立しないための対策っていうようなところ(に対策をしていた)」等《担当看護師への園運営面からのサポート》や《自治体や他園との協力的体制づくり》を積極的に行っていた。「医療的ケアがあるっていうだけで、保育士さんは怖いってイメージで……でも、先生たちも保育で何をすればいいんだろう、何ができるだろうって考えてくれて」「医ケア児のように集団で生活するのが難しくなると保育士は看護師に任せますみたいになっちゃって……」「保育士に(観察する)ポイントを伝えておいて、看護師を呼ばなければいけない状態を打ち合わせをしておいて、その状態のときとか、ちょっと変わったと思ったときはすぐに呼んでくれて」「クラスに行っても工作もお絵描

きもできないけど、一緒にいることや声をかけられることが大事なんだってところを保育士にわかってもらうまでが大変だった」「最初の頃は、顔を寄せ合った遊びを設定しないようにしましょうみたいなところがあった。でも、遊びを止めるわけにはいかないってところでは、この遊びをしたいけどどんな注意をしたらいいかって相談したり、園児や職員の日常の過ごし方、行動それを見ながら変えられるところは変えていくみたいな感じですかね」等の《保育士の迷いに向き合い協働する体制づくり》の実践や、「保育園の嘱託医がゼロ歳児健診でくるので、報告・相談をするようにして巻き込んでいました」「医ケア児が就学までには経口からの飲水量を増やしたいって親御さんが希望して、主治医の指示も聞いて段階的に取り組んでいるんです」「理学療法士のサポートが入って、お母さんが自転車で送迎してるんだけどエルゴ（抱っこ紐）を使うって提案で、座位が安定できるようになって」「担当医との連絡は親御さんの方が関係がいいので、親御さんを通じて困ったことへの対応を聞く場合が多いです。この子たち（医ケア児）にとって何が一番いい対応かなって考えて対応していくところは常に必要だと思っています」等《関係する他職種や他機関との連携》についても定期的に行っている様子が語られていた。

3) 【看護師の情報提供によって予防・対策行動の浸透】

「医ケア児は、状況が変わることがあって、新たに他の病気が発覚したり、悪化したりって状態の変化に臨機応変に対応していかないといけないので、預かる側として感染も含めた安全は保証しきれない現状は（医ケア児の）先生と保護者に理解してもらわないといけないと思うんです」「通常の元気なお子さん、健常のお子さんも発達段階的には感染に弱いので、何かしら感染を持ってくる、何かにうつる確率は高いですよということは親御さんにあらかじめお伝えしていて……」など《通園による感染リスクや感染状況の伝達・説明》をしていた。また、「登園の判断には呼吸器症状の項目を提示しています」「親御さんにコロナ感染者の情報をお伝えすることで、保育園に行くかお家で見ているのかというのを（親御さんが）判断することをやっていた。親御さんに判断材料を提示することがいわゆるコロナ対策だったり感染対策だったりになっている」等《保護者が登園の可否を判断できる材料の提供》は具体的な項目を示すことで、

基準を明確にしていた。「（保育園には）看護師がいてくれるから、自宅で親が見ているよりも安心だと言われたことがあって……」「コロナや感染症に限らず対象が医ケア児でも預かっている保育園はただの保育園だということを保護者に伝えていくことが難しいけど……伝えていかないといけないと思っている」と専門職として頼られることへの葛藤を抱えながら《園看護師の存在による保護者へ安心の提供》につながっていた。予防接種の考え方も保護者によってまちまちであり、「まったく予防接種を打っていない子に強要することは難しく、（医ケア児の）保護者にも伝えていないから同じクラスになったらどうしようって」「予防接種に対する保護者の考え方の受け止め」ながら、接種を推奨していく難しさを感じていた。「看護師がいるのになんでできてなかったの？って言われたくないから……」「気が付いたところは、勝手に自分たちでやるっていうよりは園として、こうしていったほうがいいんじゃないですかっていう提案はして、結構嫌がられますけど、うるさいって。看護師さん、うるさいなって思われてるけど、でもちゃんと聞いてくださって対処してくれてるんで、そんな連携はとりながら（笑）」「園職員への情報提供」を積極的に実践している様子も見られた。さらに園児への感染指導では「園児はマスクをしていないので、つばがペーって飛ぶのが良くないんだよ、友達のそばで大きな声でしゃべるとそのつばにコロナがいるんだよ」と《園児の理解力を考えた感染指導》の実践があった。「今年の運動会の時にクラスのお友達と手をつないで、よーいどんみたいなことやダンスのときなんかの喜ぶ姿を見て、お母さん、集団の力ってすごいね、声を出して笑うようになったよね。みたいなことで……お母さんも最初はコロナだから（クラスへ）行かないでみたいな気持ちだったけど、本人の変化を感じ取ってくれて……クラスにいる時間を増やせて」「集団の中で他児も一緒に成長していけるようにするには、看護師が医ケア児と楽しく遊んでいる姿を他のお子さんに見てもらって、何やっているの？って気軽に声をかけてもらうっていうか、そんなことで交流をはかり、医ケア児を理解してもらうのがいいかなって」等《他児との関わりや集団の刺激による発達の促し》を重要視し実践していた。「他の感染は（医ケア児に）うつってもしようがないっていうところもあったけど、コロナだと死んじゃうって報道もあったから気をつけなく

ちゃって、意識が、園全体に変わっていった」「感染から医ケア児だけを守るっていうんじゃなくて、全体を守ればその子も守られるっていう感覚で園全体で取り組んでいくんだって」《感染への取り組みに対する意識の変化》語りもあった。

4) 【接触による感染を防ぐ取り組み】

《接触や関わりを持つために他児や職員の手洗い・消毒の徹底》では「子どもが触ってしまうのは仕方ないけど、看護師が何かを触ったまま食事介助をしたらいけないとか、排泄介助のあとは手を洗うって基本ですけど徹底していました」また「お母さんはもし感染させたら自分も仕事ができなくなるからってことでしたが、コロナの捉え方も時期で変わってきてますけど、当時はかかったら大変だと思ってたから（医ケア児の隔離は）仕方がなかったんです」「医ケア児のそばに来た子が鼻水を垂らしていたら来ないでとは言えないので、看護師が（医ケア児を）抱っこして距離をとれるように自分（看護師）が間に入って距離をとるみたいな」《医療的ケア児との接触や関わる人・場所の制限》や《医療的ケア児と接触や関わるためにはかかる距離》をその時々状況にあわせて工夫しながら予防に務めていた。「布エプロンだと看護師も濃厚接触者になってしまうので……コロナからはデイスポを使うようにしていました」等《園児・看護師を守るための個人防護具の使用》の実践もあった。

5) 【飛沫・空気による感染を防ぐ取り組み】

「飛沫を飛ばす確率が高い子は、他の子を守るためにもマスクをすると（口の中が）潤うからつけてねってお願いしています」「医ケア児へのマスク着用は、呼吸状態や表情も分からなくて（看護師が）気づいてあげられないのが怖いって思って……」等《園児のマスク装着の基準づくり》を行ったり、「職員の食事時は大きいテーブルに向かい合って座ってしゃべらなければ大丈夫だねって言っていたけど、しゃべりなくなっちゃうからって衝立をつけたんです」等、保育士同士のコミュニケーションや「園児の食事ともみんなが同じ方を向いて食べれないし、子どもたちの口は止められないけど……場所の関係で難しいから……だから、しゃべらないんだってってお約束しながらやったり衝立作ったりして」等、園児の集団生活を支援していく《園児や職員のおしゃべりを補助する空間の仕切り》づくりを実践していた。また、「（医ケア児は）免疫不全の治療も終了し保育園への通園許可

ももらってるけど、いろんなものを口に入れようとするから口に入れる前に除菌するようにして……」等《医療的ケア児が舐めるおもちゃの除菌》や「医ケア児は園内で同じ空間にいるが行動が単独になりがちなので、空間を他児と共有することは比較的少ないと思うんです」「換気も窓を開ければいいじゃなくて、風向きも気をつけなくちゃいけないねって話を（保育士に）していた」等《児同士の共有空間認識と空気の流れの変更》により環境を調整していた。「園内では胃腸炎が流行することが多くて、看護師は3人いるけど、熱が出た、吐いたっていうと手伝いにいく。その時、嘔吐処理に看護師が入ると、エプロンもつけてるけど浮遊物もあるし、手も洗うし着替えもするんだけど、人が媒介になってしまうからどうしようかって……」「ノロの処理には手袋をするようになりましたけど、職員がもらってしまうこともあります」等《ケアによる人が媒介になることの予防》など、飛沫や空気感染を予防する実践があった。

IV. 考 察

看護師の実践では【看護師の情報提供によって予防・対策行動の浸透】に分類されたコード数が多かった。医ケア児が保育園での生活を円滑に送るためには、まず、園内で医ケア児を受け入れるための体制を整えていく必要があるが、園の看護師数は限られていることもあり、【保育士・他職種との日常的な連携】は必須である。澤・二宮⁵⁾は、保育士は医ケア児の受け入れについての不安があることや担任になるまで医ケア児を保育するイメージの欠如があると述べており、本研究でも看護師は保育士の専門知識や技術を持たないことから生じる怖さや戸惑いを受け止めながら、医ケア児と接触する体験を増やすことにより順応していくような促しが見られ、医療的ケアと生活、保育のバランスを考えながら看護師を中心とした取り組みの実践になっていた。村上・平田¹⁰⁾は医ケア児の受け入れ保育園看護師には他職種との連携を行う役割があると述べており、本研究でも同様の結果が見られ、嘱託医、近隣の保育園看護師、医ケア児の担当医、理学療法士などへ看護師が主体的、日常的に声をかける様子が語られていた。また、看護師の実践には《担当看護師への園の運営面からのサポート》や《自治体や他園との協力体制づくり》を行っていることなど、

園内や他機関・多職種との日常的な連携により、医ケア児を地域全体で支えていく共生社会の実現に向けた取り組みにつながっているものと考えられた。

高橋¹¹⁾は保育園看護師の役割の一つに医ケア児が他児と関係性を築き、他児とともに成長発達できるように関わることを挙げており、本研究でも医ケア児が同年代の他児との関わりによる効果や成長について言及され、接触の時間や機会を持つための工夫が語られていた。「つばがペーって飛ぶのがよくないんだよ」という看護師から他園児への声かけの言葉や他児との関わりに消極的な保護者へは、関わりを喜ぶ医ケア児の姿を見せて効果を実感させ《医療的ケア児と他児の積極的な交流を促す》ことをしていた。一方で【接触による感染を防ぐ取組

み】として、手洗い・消毒の徹底、接触する際の医ケア児と他児との距離や方法を工夫している様子も語られていた。菅原・大日¹²⁾らが保育施設等で行った調査では、園児の「おてふき」利用による衛生管理も多いことが明らかになっている。接触感染対策には手洗いが有効であるが、医ケア児の手洗いには大人の介助が必要になる場合も多い。本研究では手洗いの徹底という回答は多かったが、手洗いの内容や方法、衛生管理については言及していないため、今後、さらなる調査が必要だと思われる。

医ケア児は医療的ケアが日常的に必要なため、自宅や病院など同じ環境で過ごすことも多く、同年代の子どもとの交流や多様な環境に触れる機会が少ない。保育園への通園を希望する医ケア児の保護者は他児との接触

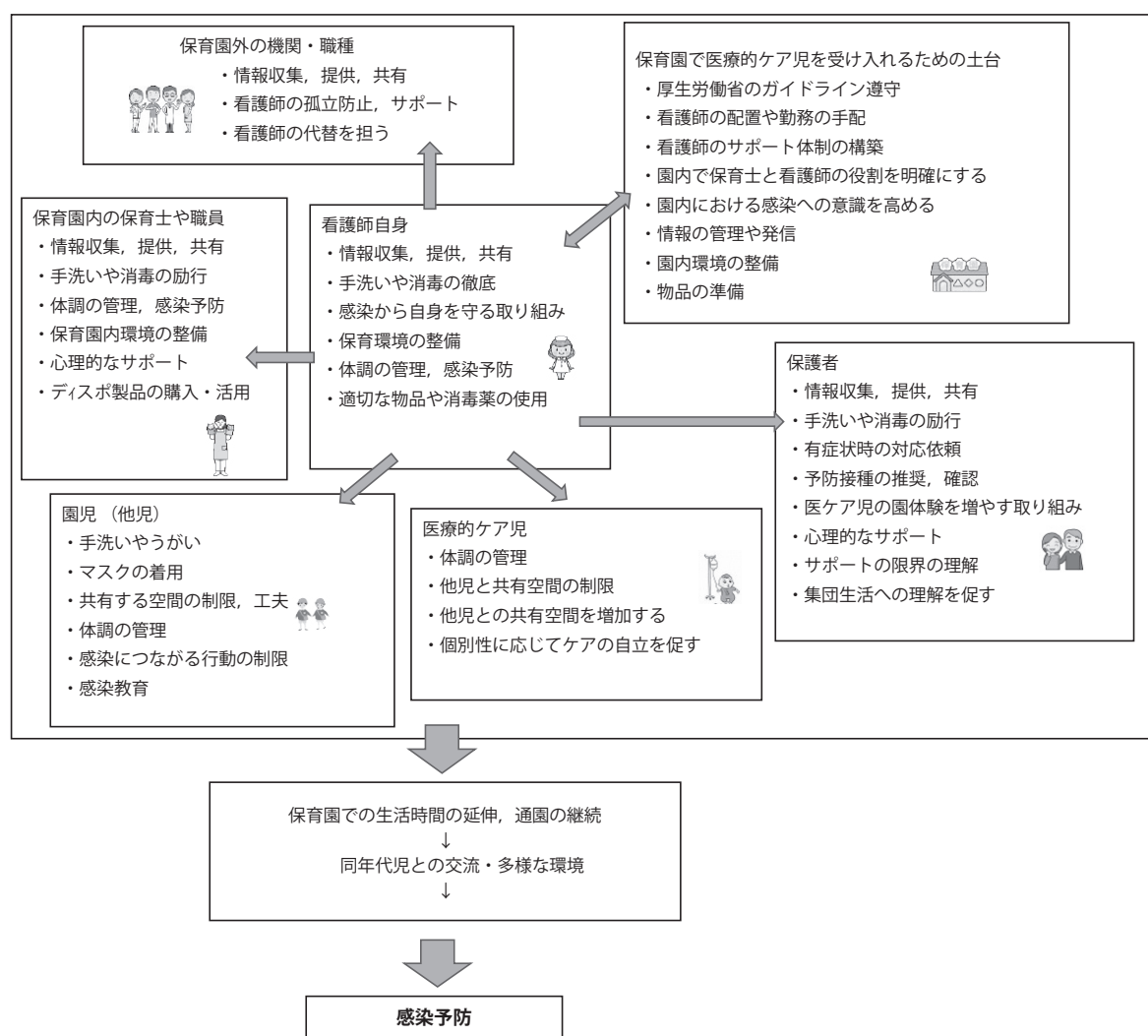


図1 保育園における感染予防・対策の関係図

を期待しているという語りもあり、感染の状況を見ながら関わる人や保育場所を制限するなど個別・集団保育を効果的に使い分けることで対応されていた。個別・集団保育の使い分けの根拠として看護師は《医療的ケア児の家庭での様子・体調の把握》《医療的ケア児の生活リズムの把握》等も視野に入れた【健康の維持管理に必要な情報の把握】を行い、医ケア児の登園や通園に関連するリスクや園生活によって起こりうるリスクを多方面から考えているものと推察された。また、【飛沫・空気による感染を防ぐ取り組み】では《園児や職員のおしゃべりを補助する空間の仕切り》など、園児や職員の行動制限をするだけでなく「どうしたらできるか」を考え実践することや、医療行為は看護師が担うことが多くなるため、《ケアによる人が媒介になることの予防》にも務めることで、感染予防・対策が持続可能な取り組みになるものと思われた。さらに、医ケア児の通園が医ケア児の適度な運動、十分な睡眠時間の確保につながっているという語りもあり、医ケア児の通園が医ケア児の体力の増強による抵抗力を高めている可能性も推測された。これらのことから、こども家庭庁の保育園における感染症ガイドライン¹³⁾による感染の成立を予防する3要素（感染源の排除、感染経路の遮断、宿主の抵抗力の向上）に準じた対応をとりながら、医ケア児が継続した通園を支援する取り組みや環境を整えていく重要性が示唆された。

本研究では、受け入れ医ケア児が1名の園が多かった。【健康の維持管理に必要な情報の把握】では《医療的ケア児の家庭での様子・体調の把握》《医療的ケア児の生活リズムの把握》等、少数だからこそできる医ケア児の個性や特性を理解し、家庭での生活とのつながりを考えたアセスメントがされていることも安心・安全な保育園生活につながっているものと思われた。

年々、医ケア児は増加傾向にあり、受け入れ保育園や受け入れ人数も増加していくものと思われる。今後、医ケア児受け入れ保育園における感染対策・予防は、感染の状況を見ながら個別・集団保育を効果的に使い分けることや、保育園への通園を継続させるように多・他職種との連携を図りながら、園全体だけでなく地域全体で取り組んでいく必要性が示唆された（図1）。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、東京都内の7市区で医ケア児専属の看護師配置がある保育園を対象とした。保育園における医ケア児の受け入れは保育支援体制や地域性による影響も考えられるため一般化は難しい。調査対象地域を広げ検討していくことが課題である。

VI. 結 論

医ケア児受け入れ保育園における感染予防・対策の看護師の実践は、健康の維持管理に必要な情報の把握、保育士・他職種との日常的な連携、看護師の情報提供による予防・対策行動の浸透、接触による感染を防ぐ取り組み、飛沫・空気による感染を防ぐ取り組みが挙げられた。

医ケア児の継続的な通園や園での生活時間を増やす対策が、同年代の子どもとの交流や多様な環境に触れる機会となり、医ケア児の体力増強、成長発達になっており、これが医ケア児の介護予防につながっていた。看護師の知識や技術を生かしながら、他児や保護者、園内外の他機関・多職種を巻き込み地域全体で医ケア児の通園を支援する取り組みが必要であることが示唆された。

本研究にご協力いただきました保育園看護師および関係者の皆様に深くお礼申し上げます。

なお、本研究は公益財団法人勇美記念財団「在宅医療推進のための調査研究助成」による助成を受けて実施した。

本研究における利益相反は存在しない。

■引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律第一章(<https://www.mhlw.go.jp/content/000801675.pdf>, 2023. 9. 11)。
- 2) 金城やす子, 山田早恵子：保育園における障害児や医療的ケア児の受け入れと課題—保育園看護職の配置との関連において—。保育と保健, **21** (1) : 37-40 (2014)。
- 3) 空田明子：医療的ケアが必要な子どもを養育する保護者の保育園・幼稚園の利用実態ニーズ。山口県立大学学術情報看護栄養学部紀要, (8) : 27-32 (2015)。
- 4) 空田明子：保育所における医療的ケアが必要な子どもに対する支援の実態と保育所看護職の認識。山口県立大学学術情報

- 誌 看護栄養学部紀要, (7) : 57-63 (2014).
- 5) 澤寛子, 二宮啓子 : 医療的ケアを要する幼児が入所している保育所における看護師と保育士の経験－連携におけるそれぞれの思いと役割－. 小児保健研究, **81** (4) : 332-341 (2022).
 - 6) 空田明子 : 保育園で医療的ケア児の保育に携わる看護師の思い. 山口県立大学学術情報 看護栄養学部紀要, **12** : 75-80 (2019).
 - 7) 別府さおり, 伊藤瑚乃美 : 医療的ケアが必要な子どもに関する保育士の理解と保育園での受け入れについての意識. 福祉心理学研究, **17** (1) : 12-28 (2020).
 - 8) 鳥海弘子, 小林美由紀 : 保育所における看護職業務の現状と課題－東京都23区内認可保育所看護職の職域に関する実態調査－. 小児保健研究, **76** (4) : 379-386 (2017).
 - 9) 全国病児保育協議会 : 病児保育事業の現状と課題. 平成21年9月30日厚生労働省第27回社会保障審議会少子化対策特別部会資料2 (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-9d.pdf>, 2023. 9. 20).
 - 10) 村上美潮, 平田美紀 : 医療的ケア児に関わる保育所看護職の役割と課題に関する文献検討. 聖泉看護学研究, **13** : 65-76 (2024).
 - 11) 高橋恵子 : 保育所に通う医療的ケア児にかかわる保育所看護職の役割. 日本小児看護学会誌, **31** : 118-125 (2022).
 - 12) 菅原民枝, 大日康史 : 保育施設等の日常の感染症対策と感染症拡大防止策の評価と課題に関する研究. 保育科学研究 / 日本保育協会企画情報部編, **11** : 69-101 (2020).
 - 13) 厚生労働省子ども家庭局保育課 : 保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドラインについて, 令和4年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12204500/000995731.pdf>, 2023. 10. 2).
 - 14) 厚生労働省 : 厚生労働省保育所保育指針(平成29年3月31日厚生労働省告知第117号) (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00010450&dataType=0&pageNo=1, 2023. 9. 30).

Infection Prevention and Control Practices by Nurses in Daycare Centers for Children with Medical Care

Noriko Hino^{*1}, Kumi Watanabe^{*2}, Noriko Nakagaki^{*3}

^{*1} Department of Nursing Faculty of Health Sciences, Kyorin University

^{*2} Former Department of Nursing, Wayo Women's University

^{*3} Department of Nursing, Niigata University of Pharmacy and Medical and Life Sciences

Abstract

This study aimed to identify infection prevention and control measures practiced by nurses in daycare centers that accommodate children with medical complications. Semistructured interviews were conducted with eleven nurses working at eight licensed daycare centers in Tokyo. The obtained data were analyzed qualitatively and descriptively.

Nurses' practices were categorized as "understanding information necessary to maintain health," "disseminating preventive actions through information provided by them," "daily collaboration with nurses and other professionals," "efforts to prevent infection through contact," and "efforts to prevent infection through aerosols and droplets."

Nurses balanced medical care, daily life, and children's needs by allowing children to interact and grow through contact with peers while ensuring infection prevention.

Additionally, considering the balance between medical care, daily life, and childcare, nurses provided support and environmental arrangements to enable children with medical complications to continue attending the daycare center, and the entire daycare center and community, including other professionals, looked after the children.

Key words : Nursery nurses, children with medical care, infection prevention and control, practice

● 研究報告 ●

在宅での看取りで訪問看護師が行う多職種連携

－訪問看護師と家族の認識の比較－

Multidisciplinary Collaboration by Home Care Nurses in end-of-life Care at Home

－ Comparison of the Perceptions of Home Care Nurses and Families －

小泉亜紀子^{*1}, 岡本双美子^{*2}, 近藤 麻理^{*3}

Akiko Koizumi, Fumiko Okamoto, Mari Kondo

要旨：〔目的〕在宅での看取りで、主家族介護者が認識していた訪問看護師の多職種連携と、訪問看護師が実際に行っていた多職種連携を明らかにする。

〔方法〕看取り事例の主家族介護者7名と、その事例を担当した訪問看護師8名に、半構造化面接を行い質的記述的に分析し考察した。

〔結果〕主家族介護者は『医師へ報告、確認、相談する』『本人にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる』『本人の病状について情報提供する』の3つを認識していた。訪問看護師の結果は5つであり、そのうち3つは共通していたが、『療養者・家族の意向を明確にし、他職種に今後の方向性について伝える』『ケアの方向性を家族も含めた関係者で決める』の2つは主家族介護者の結果に認められなかった。

〔結論〕訪問看護師が多職種連携について家族に事前に内容を伝え説明を行いケアの方向性を共に考えることで、家族はチームで共に療養者を支えていることを実感し満足することができる。

キーワード：訪問看護師、家族、看取り、多職種連携

日本在宅ケア学会誌, 28(2) : 100-108 (2025)

I. 緒 言

多死社会を目前に控えた日本では、今後、終末期を在宅で過ごす人々が増加することが予測されている。終末期では療養者の医療依存度が高くなることが多く、訪問看護師など医療専門職の支援が必要となる¹⁾。加えて、療養者が人生の最期まで自分らしい暮らしを続けるためには、保健・福祉も含めた包括的な支援を行うことが重要であり、多職種が連携して療養者を支える必要がある²⁾。「多職種連携」には職業を意味する用語「職種」が入る

が、療養者と家族が理想とする最期を迎えるためには、非職業人である家族をはじめ、看取りに関わる人々がひとつのチームとなることが重要である³⁻⁴⁾。訪問看護師は、家族などの非職業人とも連携をとっていることが明らかとなっており⁵⁾、看取りでは「多職種間の連携を強化する」ことを重要な看護としている⁶⁾。

さらに、自宅で終末期の療養者と共に生活する家族は、不安や負担を抱えながら療養者の介護を担っており⁷⁻¹⁰⁾、訪問看護師は家族と一緒に経験を重ね自信を与えるなど¹¹⁾、家族の精神的な支援を行っていることが明らかとなっている¹²⁾。そのため訪問看護師が行う多職種連携には、精神面など家族の状況にも配慮した連携が含まれている。

しかしながら家族は、自身を犠牲にしてでも療養者に

受付日：2024年8月31日

受理日：2024年11月26日

*1 関西医科大学看護学研究科博士後期課程

*2 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻在宅看護学

*3 関西医科大学看護学研究科

できることをしたいという思いから¹³⁾、自分自身を支援が必要な立場であるとは思っていない⁸⁾。そのため訪問看護師が行う家族の状況に配慮した多職種連携は認識していないことが予測される。また、家族自身は療養者のために多職種連携のチームの一員となることを望んでいるが¹⁴⁾、医療職者から介護者としての役割を強いられていると孤独を感じる者もいる¹⁵⁾。このような家族の精神的負担を軽減するためにも、職業人である多職種は、家族と連携しひとつのチームとなる必要がある³⁾。家族が認識していた多職種連携と、訪問看護師が実際に行っていた多職種連携の違いや特徴を明確にすることで、訪問看護師が家族とひとつのチームとなるためにはどうあるべきかについて考察することができ、療養者・家族へのケアの質の向上、家族の満足度の向上に寄与することができると考えた。

そこで本研究では、主家族介護者と、その担当をした訪問看護師の2者へのインタビューから、在宅での看取りで、主家族介護者が認識していた訪問看護師の多職種連携と、訪問看護師が実際に行っていた多職種連携を明らかにする。

Ⅱ. 用語の定義

多職種連携：保健・医療・福祉の各専門職と協働する中で、訪問看護師が行う他職種への関わり、働きかけ。

看取り：療養者に関わる全ての人々が、穏やかな気持ちで療養者の最期を迎えられることを目的として行われる配慮や見守りなども含めたケアや支援。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的記述的研究

2. 研究協力者

近畿圏内の訪問看護ステーションの施設管理者より紹介を受け了承を得ることができた、多職種連携で行った看取り事例の主家族介護者と、その事例を担当していた訪問看護師とした。主家族介護者の選定には、悲嘆の過程は人それぞれだが、一般的にピークは最初の6か月までであり、その後は軽減するという報告¹⁶⁾を考慮し、

家族の逝去から6か月以上経過、また記憶の減退を鑑み5年以内とした。

3. データ収集方法

インタビューガイドに基づいた半構造化面接を実施した。データ収集期間は、2023年1月29日～2023年2月21日であった。インタビュー内容は、主家族介護者には、訪問看護師が、療養者の看取りに関わっていた各専門職などに対し行っていた関わりや、働きかけなども含め、協働、協力していたことについて、訪問看護師には、看取りに関わっていた人々に対し行った多職種連携について語ってもらった。インタビューは、研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音した。

4. 分析方法

録音データから逐語録を作成した。研究協力者ごとに訪問看護師が行った多職種連携について記述されている部分を抽出し、データの示す意味を解釈して簡潔な文章にまとめコード化した。コードは、主家族介護者と訪問看護師のグループに分けて、それぞれで共通点、相違点を比較しながら分類し、サブカテゴリーを生成した。サブカテゴリー間の共通点、相違点について比較を行い分類することで抽象度をあげ、それぞれでカテゴリーを生成した。主家族介護者のサブカテゴリー、カテゴリーと、訪問看護師のサブカテゴリー、カテゴリーの共通点・相違点を比較し、相違が生じた理由について検討した。分析の信頼性、真実性を確保するため、看護学研究者のスーパーバイズを受け、訪問看護の実践者とディスカッションを行った。また、研究協力者である訪問看護師2名に結果を提示し、行った多職種連携として適切であるかを確認し同意を得た。

5. 倫理的配慮

本研究は、関西医科大学の医学倫理審査委員会に倫理審査の申請を行い、承認を得て実施した（番号：2022228）。研究の目的・方法・匿名性・守秘性の保障、協力は自由意思であることについて説明し、面接時、書面にて同意を得た。面接途中で中断や中止ができること、面接後の協力撤回も可能であることを伝えた。訪問看護師には業務に支障のない時間で面接を行い、主家族介護者には生活に支障のない時間で、協力者の様子に配慮し

た面接を行った。

IV. 結 果

研究協力者は、4つの訪問看護ステーションの施設管理者から紹介を受けた合計7つの多職種連携で行った看取り事例の、主家族介護者7名と、訪問看護師8名の計15名であった。研究協力者と事例の概要を表に示した(表1)。主家族介護者へのインタビュー時間は37分～65分、訪問看護師へのインタビュー時間は28分～40分であった。インタビューの回数は各1回であった。事例Dの主家族介護者については嫁であったため、嫁本人の

希望によりインタビューには実息子である夫も同席していた。

1. 主家族介護者が認識していた訪問看護師の多職種連携

主家族介護者のインタビューの逐語録より、主家族介護者が認識していた訪問看護師の多職種連携は、5サブカテゴリー、3カテゴリーが抽出された(表2)。以下、カテゴリーは『 』、サブカテゴリーは[]で示す。語りの具体例は「 」で示し字体を斜体で表した。

1) 『医師へ報告、確認、相談する』

療養者の医療処置に関する「家族の希望を医師に伝え

表1 研究協力者と事例の概要

		A	B	C		D	E	F	G
主家族介護者	続柄	夫	娘	娘		嫁※ ²	娘	夫	娘
	年代	60 歳代	50 歳代	60 歳代		40 歳代	70 歳代	70 歳代	50 歳代
	看取った年代	50 歳代	80 歳代	80 歳代		60 歳代	90 歳代	70 歳代	70 歳代
	療養者疾患	胃癌	腎不全・老衰	肺癌		肺癌	老衰	肝臓癌・白血病	子宮頸癌
訪問看護師	性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
	年代	30 歳代	40 歳代	60 歳代	50 歳代	50 歳代	40 歳代	40 歳代	20 歳代
	訪看年数 ／ 経験年数※ ¹	4/10	15/28	8/33	18/30	26/28	5/27	3/18	4/6
関わった職種		在宅主治医 介護支援専門員 薬剤師	在宅主治医 介護支援専門員 介護士	在宅主治医 介護支援専門員 薬剤師		在宅主治医 介護支援専門員 薬剤師 介護士	在宅主治医 介護支援専門員 歯科医 理学療法士 介護士	在宅主治医 介護支援専門員 介護士	在宅主治医 介護支援専門員 介護士

※1 訪問看護経験年数 / 看護職としての経験年数

※2 主家族介護者(嫁)の希望によりインタビュー時、実息子(夫)の同席有り

表2 主家族介護者が認識する訪問看護師の多職種連携

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	事例
医師へ報告、確認、相談する	家族の希望を医師に伝える	点滴はもういらないと話したところ医師に伝えてくれた	C
	医師へ確認・連絡する	酸素投与量がこのままで良いのか不安だったとき医師に聞いてくれた	C
		チューブから排液が出にくくなった時は夜中でも看護師に電話し、判断してもらい、必要時は医師に連絡してもらった	F
本人にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる	本人の状態に何が適切かを判断し提案・紹介する	看護師が(生じている問題に対し)医師や福祉用具など適切な連絡先を判断し、連絡してくれた	A
	本人の病状に適した医師を紹介する	夜中もヘルパーに来てもらった方が良いと助言し手配してくれた	D
		嚥下障害に対し、看護師が歯科医への依頼を提案し紹介してくれた	E
本人の病状について情報提供する	本人の病状と注意点について情報提供する	本人がデイサービスでしんどくないように、訪問看護師がデイサービスに情報提供してくれた	B
		足にむくみが出てきた時、訪問看護師が施設に体重測定を依頼してくれた	G

る]と、「酸素、2リットルのままでいいんやろうか？多くしたらあかんよな？とか言うてたら（訪問看護師が）先生に聞いてくれたから安心やった」（事例C）など「医師への確認・連絡する」であり、療養者になるべく苦痛なく、安楽な状態で過ごしてほしいと願う家族の希望、不安や疑問なども含め、治療について医師へ報告、確認、連絡することである。

2) 『本人にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる』

訪問看護師が「その件に関しては先生とか薬剤師さんに連絡しようっていうのを連携してくれてたので、何かある時は1番最初に看護師さんに連絡してました」（事例A）のように、[本人の状態に何が適切かを判断し提案・紹介する]と、[本人の病状に適した医師を紹介する]であり、療養者が安楽に過ごせるよう、その時々の状態に合わせ、より良い環境へと整備するために適切なサービスを判断し、つなげることである。

3) 『本人の病状について情報提供する』

訪問看護師が、デイサービスのスタッフに「軟膏の処置だったし、酸素の量とか、入浴時にしんどくなったら酸素量はどうするのかとか…」(事例G)と、他職種に「本人の病状と注意点について情報提供する」であり、病状に関することや処置方法など、療養者の苦痛を最小限にするための注意点について他職種へ情報提供することを意味する。

2. 訪問看護師が実際に行っていた多職種連携

訪問看護師のインタビューの逐語録より、訪問看護師が実際に行う多職種連携は、13サブカテゴリー、5カテゴリーが抽出された(表3)。以下、カテゴリーは《》，サブカテゴリーは〈〉で示す。語りの具体例は「」で示し字体を斜体で表した。

1) 《療養者・家族の希望を医師へ報告、治療の確認・相談を行う》

療養者は病院が嫌いで、日頃から“自宅で死にたい”と言っていたため、医師への報告書に「“何があっても救急車で病院には運びません”っていうのを書いてたんです」（事例E）など、〈療養者・家族の希望を医師に報告・相談する〉。また、「痛み止めどうします？って、ずっと先生と相談して調整していました」（事例A）のように、〈医師への状態報告と治療の確認、相談を行う〉で構成

されており、療養者と家族が理想とする最期を迎えられるよう、療養者と家族の希望を医師に報告し、療養者の身体的な苦痛をできる限り最小限にするため、医師へ療養者の状態報告、治療に関する確認・相談を行うことである。

2) 《療養者・家族にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる》

パソコンで仕事をしていた療養者に、心置きなく仕事をしてもらうため「薬局さんに言って（点滴の）チューブ類とかを調整したりもしてました」（事例A）などの〈療養者・家族の生活に適したサービスの相談や提案を行う〉。また、療養者の疼痛は「痛みと不安」の両方からきているとアセスメントし、精神面への配慮から「旦那さん（家族）と本人（療養者）の話をちゃんと聞いてくれそうな」（事例A）ケアマネジャーが良いと考えつないだ、のように〈療養者・家族と相性が合うと思われる担当者を選択し依頼する〉。さらに療養者の〈病状の進行を見越した処置・サービスを提案する〉で構成されており、療養者の病状はもちろん、療養者と家族がなるべく安楽に過ごすことができるよう、療養者と家族の生活状況や精神状態、また予後も含め先を見越した総合的なアセスメントを行い、最適なサービスへつなげることである。

3) 《療養者の身体状況について情報提供・情報交換する》

褥瘡ができた際には、理学療法士に「すごく痛いから、っていう感じで言っていた」（事例E）のように、療養者の〈病状に関する情報を提供する〉し、他職種に〈処置の方法やタイミングなどを依頼する〉。また〈療養者の身体状況について情報交換・情報共有する〉は、状態が悪化し、デイサービスで「お風呂入った後とかしんどくなって、サチュレーションが上がらないっていうのが起きたので、常に情報共有しながら…」(事例G)といった連携であり、療養者の病状について情報提供だけでなく、療養者がなるべく苦痛なく過ごすことができるよう、他職種が療養者と関わる時間についても情報提供を受け、情報を共有していた。

4) 《療養者・家族の意向を明確にし、他職種に今後の方向性について伝える》

療養者の身体に起きていることについて説明し、療養者・家族の意向を明確にする〈療養者・家族の理解を促

表3 訪問看護師が行う多職種連携

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	事例
療養者・家族の希望を医師へ報告、治療の確認・相談を行う	療養者・家族の希望を医師に報告・相談する	娘さんに確認したところ、その時は点滴してほしいと希望されたため、医師に相談した	B
	医師への状態報告と治療の確認、相談を行う	家族に安心してもらうため、医師に確認し、医師から確認できた内容について家族に説明した	C
		食事が全く食べられず、かなり脱水があったため、点滴が必要な状況と判断し医師に相談、数日間点滴を行った	B
療養者・家族にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる	療養者・家族の生活に適したサービスの相談や提案を行う	本人が仕事をしやすいように点滴のチューブ類の調整を調剤薬局の薬剤師に相談・依頼した	A
		たくさん機能のついているマットレスが導入されていたが、使いこなせていない機能が多かったため、合うものに交換してもらった	E
	療養者・家族と相性が合うと思われる担当者を選択し依頼する	本人・家族の本音を上手に聞き出してくれそうなケアマネージャーを選択し依頼した	A
	病状の進行を見越した処置・サービスを提案する	これからは家族だけでオムツ交換が出来ないだろうと判断し、ヘルパー導入の依頼を行った	F
		亡くなるときのことを考えて介護ベッドを入れたほうが良いと考え、時期を見てケアマネージャーに福祉用具さんへの連絡を依頼した	A
療養者の身体状況について情報提供・情報交換する	病状に関する情報を提供する	訪問リハビリに、褥瘡の発生部位と痛みの状態について連絡・説明した	E
	処置の方法やタイミングなどを依頼する	訪問入浴にガーゼ交換のタイミングなどについて連絡した	G
	療養者の身体状況について情報交換・情報共有する	処置方法や、排便状況、飲水量の確認、食事時のムセの有無など、何か気になることがあったら気軽に教えてくださいとお願いする	E
		デイサービスで入浴後にしんどくなることが起きようになり、主治医に方針を確認しながらデイのスタッフと情報共有していた	G
療養者・家族の意向を明確にし、他職種に今後の方向性について伝える	療養者・家族の理解を促し意向を明確にする	本人が眠りたい（セデーションをかけてほしい）と希望されたため、訪問看護師から家族に伝え、説明し、家族の了承を得た	G
	他職種に、療養者・家族に説明した内容とその反応、今後の方向性について伝える	家族にどのような説明をしているかについてケアマネージャーに伝え、ケアマネージャーから他職種に情報共有してもらった	D
		入院について説明したところ、本人・家族が迷っていたことを主治医に伝えた	G
	療養者・家族の意向を他職種に伝える	娘さんの、何かあった時は家に連れて帰って家で看取るという気持ちを各部署に伝える	B
ケアの方向性を家族も含めた関係者で決める	療養者・家族の意向を他職種に伝える	「もういつ亡くなるかわからないと言われたから家に帰したい」と娘さんから電話がかかってきたため、急遽、訪問看護師からケアマネージャーに在宅の調整を依頼した	G
		急変の可能性を関係者で周知し方向性を決める	何があってもおかしくない状態であったため、急変したときにどうするか、家族も含めた関係者で方向性を決める会議をした
	療養者・家族の意向に沿うケア方法を多職種でともに検討する	家族はデイサービスやショートステイでも食べさせてほしいと希望していたため、どうしたら良いか多職種で話し合った	B

し意向を明確にする」と、ケアマネージャーなど〈他職種に、療養者・家族に説明した内容とその反応、今後の方向性について伝える〉。そして、明確になった〈療養者・家族の意向を他職種に伝える〉で構成されており、療養者・家族の意向が明確になるよう話し合い、療養者・家族の理想とする最期に近づけるため、話し合いの内容や、療養者・家族の反応、療養者・家族の意向に沿った今後

の方向性について他職種に伝えることである。

5)《ケアの方向性を家族も含めた関係者で決める》

「何があってもおかしくない状態だから、急変したときにどうするかという話をみんなで…」(事例B)のように、〈急変の可能性を関係者で周知し方向性を決める〉。また、家族も含め施設スタッフなどとカンファレンスを行い、ケア方法について検討する〈療養者・家族

の意向に沿うケア方法を多職種とともに検討する〉で構成されており、今後療養者の身に起こることを予測したうえで、なるべく療養者・家族の理想とする最期に近づけるため、多職種でケアの方向性を検討し共有することを意味する。

V. 考 察

主家族介護者の結果と訪問看護師の結果には、双方に共通する3つの多職種連携があり、訪問看護師はそれら共通する多職種連携で、主家族介護者が認識していた以上の多職種連携を行っていた。また、主家族介護者の結果には認められなかったが、訪問看護師が行っていた2つの多職種連携が明らかになった。ここでは、本研究結果を踏まえ、訪問看護師が家族とひとつのチームになるために、多職種連携ではどうあるべきかについて考察する。

1. 療養環境を家族とより良いものへ整える

主家族介護者の結果である『医師へ報告、確認、相談する』、『本人の病状について情報提供する』は、療養者の身体的苦痛を最小限にするために行われる多職種連携である。家族は、訪問看護師が療養者の痛みをコントロールできる能力を持っていると安心感を得られることが明らかとなっており¹⁷⁻¹⁸⁾、本研究の主家族介護者も療養者になるべく痛みなどの身体的苦痛なく過ごして欲しいと考えていたことが分かる。訪問看護師の結果にもこれらと共通する《療養者・家族の希望を医師へ報告、治療の確認・相談を行う》、《療養者の身体状況について情報提供・情報交換する》の多職種連携があった。また家族は、療養者が安楽を得て安らかな死を迎えることで訪問看護を評価することができる⁷⁾。主家族介護者の結果である『本人にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる』も、療養者が安楽に過ごせるよう、より良い環境へと整備するために行われる多職種連携であった。一方、訪問看護師の結果である《療養者・家族にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる》では、療養者だけでなく、家族にとっても最適な環境で過ごしてもらうための多職種連携が行われていた。訪問看護師は、主家族介護者が認識していた以上に、療養者の安楽のため家族も最適な環境で過ごせることを目的とした多職種連携を行っている

と言える。

以上より、主家族介護者の結果である『医師へ報告、確認、相談する』、『本人にとって最適な在宅療養支援サービスへつなげる』、『本人の病状について情報提供する』は、全て療養者になるべく良い状態・環境で過ごすことを目的に行われる多職種連携であった。家族は療養者のために思い在宅で看取することを決意し¹⁹⁾、療養者にできるだけのことをしたいという思いで介護を行っている¹³⁾。そのため、療養者をより良い状況とするために行われるこれらの多職種連携を認識していたのだと考える。

2. 家族と共にケアの方向性を考える

主家族介護者の結果に認められなかったのは、訪問看護師の結果である《療養者・家族の意向を明確にし、他職種に今後の方向性について伝える》、《ケアの方向性を家族も含めた関係者で決める》の2つの多職種連携である。医療的知識を持つ訪問看護師は、療養者の身にこれから起こることを予測することができる。今後の方向性について伝え、ケアの方向性を共に検討し共有するこれらの多職種連携が主家族介護者の結果に認められなかったのは、家族がこれから起こることを予測出来ていないためである可能性がある。

家族は、療養者の予後について医療職者とオープンに話すことを望んでおり²⁰⁾、病状や治療について十分な説明を受けることで満足度が高くなる²¹⁻²³⁾。また、満足な看取りをした家族は、「起こりうる病状に対する説明と家族のすべきことを前もって教えてもらう」経験をしていることも明らかとなっている¹⁹⁾。家族の負担が強くならないよう、事前に家族の力量を見定める必要はあるが²⁴⁾、療養者・家族の理想とする最期に近づけるため、看取りを見据えた今後の方向性を共に考える。これらの多職種連携を行う際には、家族に連携の内容について事前に伝え説明することで、家族は訪問看護師から、これから療養者の身に起こることを含め、今後の方向性について十分な説明を受けていると満足することができる。また事前に伝えることで、家族はチームで共に療養者を支えていることを実感し、孤独を感じることなく療養者の介護を担うことができる。コミュニケーションが重要であることは多くの先行研究によって示唆されており^{17), 20), 25)}、多職種連携についても事前に内容を伝え説明を行うことで、訪問看護師は家族とひとつの

チームとなることができると考える。

VI. 本研究の限界と課題

主家族介護者の研究協力者となった事例Dの嫁は、実息子である夫同席でインタビューを行ったため、インタビューの内容に偏りが生じた可能性がある。また今後は、他の職種を対象とした多職種連携も明らかにすることで、新たな知見を得ることができると考える。

VII. 結 論

主家族介護者の結果と訪問看護師の結果には、共通する3つの多職種連携と、主家族介護者の結果には認められず、訪問看護師の結果でのみ明らかとなった2つの多職種連携があった。主家族介護者の結果は、全て療養者になるべく良い状態・環境で過ごすことを目的に行われる多職種連携であった。訪問看護師が、多職種連携について家族に事前に内容を伝え説明を行い、ケアの方向性を共に考えることで、療養者・家族へのケアの質の向上、家族の満足度の向上につながると考える。

本研究にご協力いただいた訪問看護ステーション管理者、ならびに研究協力者の皆さまに心から感謝申し上げます。この研究は、2022年度 公益財団法人笹川保健財団の助成を受けて実施したものである。

■引用文献

- 1) 浮ヶ谷幸代：現代日本の「看取り文化」を構想する四つの視座。(浮ヶ谷幸代, 田代志門, 山田慎也編) 現代日本の「看取り文化」を構想する, 47-68, 東京大学出版会, 東京 (2022)。
- 2) 厚生労働省：在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>, 2024. 7. 31)。
- 3) 佐々木淳：家族のための在宅医療実践ガイドブック。幻冬舎, 東京 (2012)。
- 4) 内田貞輔：事例でわかる！家族のための「在宅医療」読本。幻冬舎, 東京 (2021)。
- 5) 蒔田寛子：独居高齢者の療養生活継続支援における支援者連携—訪問看護師の役割に焦点をあてて—。豊橋創造大学紀要, **17** : 9-22 (2013)。
- 6) 小沼美加, 藤本桂子, 京田亜由美, ほか：在宅がん終末期ケアに従事する訪問看護師が重要と判断したケア。日本がん看護学会誌, **36** : 87-97 (2022)。
- 7) 小川恵子, 島内節, 河野あゆみ：在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価。日本看護科学会誌, **21** (1) : 18-28 (2001)。
- 8) Hudson P : Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *International Journal of Palliative Nursing*, **10** (2) : 58-65 (2004)。
- 9) Zapart S, Kenny P, Hall J, et al. : Home-based palliative care in Sydney Australia : the carer's perspective on the provision of informal care. *Health & Social Care in the Community*, **15** (2) : 97-107 (2007)。
- 10) Knighting K, O'Brien M R, Roe B, et al. : Development of the Carers' Alert Thermometer (CAT) to identify family carers struggling with caring for someone dying at home : a mixed method consensus study. *BMC Palliative Care*, **14** (22), (2015)。
- 11) 中村美由紀, 沖中由美：在宅で介護する終末期がん患者の家族の力を向上させる訪問看護師の援助。ホスピスケアと在宅ケア, **27** (1) : 11-16 (2019)。
- 12) 池田良輔子, 福井小紀子：終末期高齢者を自宅で看取った家族への訪問看護師の支援。日本在宅看護学会誌, **8** (2) : 22-31 (2020)。
- 13) 鈴木志津枝：がん患者の家族が抱える諸問題と家族ケアの重要性。がん看護, **9** (4) : 280-285 (2004)。
- 14) Ellington L, Cloyes K G, Xu J, et al. : Supporting home hospice family caregivers : Insights from different perspectives. *Palliative & Supportive Care*, **14** (2) : 209-219 (2018)。
- 15) Linderholm M, Friedrichsen M : A Desire to Be Seen Family Caregivers' Experiences of Their Caring Role in Palliative Home Care. *Cancer Nursing*, **33** (1) : 28-36 (2010)。
- 16) Maciejewski P K, Zhang B, Block S D, et al. : An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA network open*, **297** (7) : 716-723 (2007)。
- 17) Barlund A S, André B, Sand K, et al. : A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, **20** (1) : 7 (2021)。
- 18) Morris SM, King C, Turner M, et al. : Family carers providing support to a person dying in the home setting: A narrative literature review. *Palliative Medicine*, **29** (6) : 487-95 (2015)。

- 19) 尾形由起子, 岡田麻里, 櫛直美, ほか: 終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った 配偶者の介護体験. 日本地域看護学会誌, **20**(2): 64-72 (2017).
- 20) Totman J, Pistrang N, Smith S, et al.: 'You only have one chance to get it right': A qualitative study of relatives' experiences of caring at home for a family member with terminal cancer. *Palliative Medicine*, **29**(6): 496-507 (2015).
- 21) Rhodes R L, Mitchell S L, Miller S C, et al.: Bereaved family members' evaluation of hospice care: what factors influence overall satisfaction with services?. *Journal of Pain and Symptom Management*, **35**(4): 365-371 (2008).
- 22) 岡本双美子, 松延さゆり, 河野政子, ほか: 終末期がん患者とその家族への在宅療養における支援内容とその評価—遺族のインタビューから—. 死の臨床, **38**(1): 160-165 (2015).
- 23) Ong J, Brennsteiner A, Chow E, et al.: Correlates of Family Satisfaction with Hospice Care: General Inpatient Hospice Care versus Routine Home Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine*, **19**(1): 97-100 (2016).
- 24) 古瀬みどり: 終末期がん療養者の心の揺らぎに寄り添う訪問看護師のケア. 家族看護学研究, **9**(2): 90-100 (2014).
- 25) Ventura A D, Burney S, Brooker J, et al.: Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliative Medicine*, **28**(5): 391-402 (2014).

Multidisciplinary Collaboration by Home Care Nurses in end-of-life Care at Home — Comparison of the Perceptions of Home Care Nurses and Families —

Akiko Koizumi^{*1}, Fumiko Okamoto^{*2}, Mari Kondo^{*3}

^{*1} Kansai Medical University, Doctoral Program, Graduated School of Nursing

^{*2} Mie University Graduate School of Medicine, Course of Nursing Science, Home Care Nursing

^{*3} Kansai Medical University, Faculty of Nursing

Abstract

Objectives: This study aimed to clarify actual multidisciplinary collaboration that home care nurses perform in end-of-life care at home and that perceived by primary family caregivers.

Methods: Semistructured interviews were conducted with seven primary family caregivers in a case involving end-of-life care conducted in a multidisciplinary collaboration with eight home care nurses in charge of the case. The interviews were analyzed and discussed qualitatively and descriptively.

Results: The primary family caregivers recognized the following three activities: “reporting, confirming, and consulting with the doctor,” “connecting the patient to the most patient-appropriate home care support service,” and “providing information about the patient’s condition.” Five results were obtained for home care nurses, three of which were common with primary family caregivers; the remaining two that were different were: “clarifying the patient and family’s intentions and communicating the future direction to other professionals” and “deciding the direction of care among the parties concerned, including the family.”

Conclusions: Home care nurses should inform and explain the content of multidisciplinary collaboration to the families in advance. When they think about the direction of care together, families feel more satisfied and realize that they are collaborating to support the patient.

Key words : Home care nurse, Family, end-of-life care, Multidisciplinary collaboration

● 研究報告 ●

長期在宅補助人工心臓治療を受ける患者と介護者への
医療と介護を含めた療養生活に関わる連携と協働

ー在宅支援に関する医療従事者の認識ー

Cooperation and Collaboration in Relation to Treatment Life Including Medical and Nursing Care for
Patients and Carers Undergoing Destination Therapy Ventricular Assist Device
— Healthcare Professionals' Perceptions of Home Support —

永野 佳世^{*1}, 神里みどり^{*2}

Kayo Nagano, Midori Kamizato

要旨：〔目的〕長期在宅補助人工心臓治療（Destination therapy-Ventricular Assist Device：以下DT-VAD）を受ける患者と介護者への医療と介護の連携協働や支援体制の在り方について明らかにする。

〔方法〕九州・沖縄圏域で補助人工心臓治療の実施・管理施設と、補助人工心臓装着患者のケア経験を持つ訪問看護ステーションの医療従事者を対象とし無記名の自記式質問紙調査を実施した。記述統計と自由記述は質的帰納的に分析を行った。

〔結果〕35名の多職種から回答があり、自由記述よりDT-VADの在宅支援システムの構築に必要なこととして【医療と介護の連携と拡充】、【介護者不在を想定したサービスの検討】、【離島・僻地における支援体制】の課題等が挙げられた。

〔結論〕DT-VAD患者を支援するにあたり、在宅診療医師や訪問介護員、居宅介護支援事業所を含む連携と協働体制の充実が望まれる。

キーワード：補助人工心臓：Ventricular Assist Device（VAD）、在宅治療、長期在宅補助人工心臓治療：Destination Therapy-VAD（DT-VAD）、連携協働

日本在宅ケア学会誌, 28(2)：109-117(2025)

I. 序 論

重症心不全患者は症状の悪化に伴い日常生活に支障を来し、在宅療養を継続する事が困難な状況に置かれる。重症心不全患者への最終的な治療として心臓移植があるが、本邦においては臓器提供者（以下ドナー）数が諸外国に比べ圧倒的に少なく¹⁾、心臓移植を待つ多くの患者は補助人工心臓（Ventricular assist device；以下VAD）を装着し、命をつなぐ方法を選択している²⁾。深刻なド

ナー不足と高齢化によって2016年から心臓移植の適応にならない終末期の重症心不全患者に対し長期在宅補助人工心臓治療（Destination Therapy-VAD；以下DT-VAD）の治療がスタートした。2021年度には保険償還も開始され、2024年7月時点で国内20施設までDT-VADの実施が可能な施設は広がりを見せている³⁾。DT-VAD患者と介護者の支援については最後の時までVADを装着し在宅で過ごすため、在宅と病院との連携が重要となる。

米国では終末期心不全患者への薬物治療とDT-VAD治療を比較したREMATCH試験が2001年に行われ、DT-VAD治療が内科的治療より優る成績を残し⁴⁾、

受付日：2024年8月28日

受理日：2024年11月29日

*1 沖縄県立看護大学在宅保健看護

*2 沖縄県立看護大学

VADの改良も進んだことでDT-VAD治療は増加の一途を辿っている。諸外国におけるDT-VAD患者と介護者の先行研究では、患者と介護者は、家族役割や生活の再構築を余儀なくされ、四六時中対応する介護者の介護負担について報告されている⁵⁾。また、介護者のQOLスコアは心理学的スコアが最も低いと述べられており⁶⁾、患者の生活と介護者の身体的・精神的負担に寄り添った細やかなサポートが必要である。

J-MACS（日本における補助人工心臓に関連した市販後のデータ収集事業：Japanese registry for Mechanically Assisted Circulatory Support）の報告によると⁷⁾、2023年12月末日現在、本邦において心臓移植目的の全VAD患者は全国で1,458例、DT-VAD治療は98例行われている。本邦においてVADの在宅管理については、VAD植込み実施施設の医師や技術者、看護師、訪問看護師との情報共有や相談がスムーズに行われることが重要であると報告されている⁸⁾。DT-VAD開始に伴い、長期に及ぶ補助人工心臓装着においては、療養環境の調整やEnd of lifeの課題など、さらなる訪問看護と専門施設の連携が重要であると考えられている。

本邦ではVADの装着手術を行うVAD実施施設は2024年4月現在全国に40施設あり、VADの装着手術は行えないがVAD管理は行えるとして認定されている管理施設は2024年7月現在30施設存在する⁹⁾。全国に70施設という規模で、VAD装着後の在宅療養の支援が行われているが、地方においては医療資源が限局している側面も存在する。今後地方圏域においてDT-VAD患者を在宅で支援していくためには、社会基盤の整備や、医療、介護、生活を支えるインフォーマルな関係者も含め在宅療養体制を整えることなど連携と協働が望まれる¹⁰⁾。

そこで本研究の目的は、地方圏域でDT-VAD治療を受ける患者と介護者に対する病院施設と在宅ケアに関わる医療従事者及び介護従事者の連携協働や支援体制の在り方について明らかにすることとした。

II. 用語の定義

1. 補助人工心臓（Ventricular assist device：VAD）

VADには、在宅で使用できる植込み型VAD（Implantable Ventricular Assist Device：i-VAD）と、

入院治療のみとなる体外式VADがある¹¹⁾。従来i-VADの使用は心臓移植までの繋ぎの役割でのみ保険償還されてきた。本研究では在宅治療について述べており、ここでのVADとは植込型補助人工心臓をさす。

2. 長期在宅補助人工心臓治療（Destination therapy-VAD：DT-VAD）

Destination therapy：DTは「長期在宅補助人工心臓治療」と本邦では訳され植込型補助人工心臓ガイドラインにも記載されている¹²⁾。本研究では、VADのDT使用という意味合いと読み手の混乱を避けるため、在宅で症状緩和を目的に最期の時までVADを装着し治療を続ける長期在宅補助人工心臓治療についてDT-VADと表記し使用する。

III. 研究方法

1. 研究対象者

九州・沖縄圏域において調査を実施した2021年当時の全VAD実施施設（6施設）と全VAD管理施設（6施設）、またA県内でVAD患者の支援経験を持つ訪問看護ステーションに在籍する医療従事者（医師、看護師、臨床工学技士）を対象とした。

2. データ収集

対象者へ無記名の自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、①属性、②在宅治療を受けるVAD患者の支援の経験、③VAD在宅治療における支援内容、④VAD患者と介護者の在宅支援における関連職種、⑤DT-VADを見据え今後さらに協働が必要と考える専門職種、⑥DT-VADの地域を含む在宅支援システムの構築の必要性に関する考えについて調査を行った。③、④、⑤の質問項目については、2021年改訂版 重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン¹³⁾を参考に、また筆者自身の臨床や研究での経験をもとにVAD在宅治療の支援内容やDT-VADにおける連携する専門職種を提示し、その他に自由記述を設け回答を依頼した。⑥については、広く自由記述を設けた。

各施設長へ調査の趣旨と内容について記した文章を送付し、施設長の同意のもと調査の説明文書と調査用紙、返信用封筒を、対象となる医師や臨床工学技士、看護師、

訪問看護師へ配布を依頼した。個人の研究参加について調査用紙に同意を示すチェックボックスを配し、回答後に返送し回収後に同意のチェックボックスの確認を経て同意が得られたものとした。

3. 調査期間

2021年11月に郵送後、2022年2月までの10週間とした。

4. データ分析

調査内容は記述統計にて分析し、質問紙内の自由記述の回答は質的帰納的に分析を行った。分析の視点は、医療従事者が認識するDT-VAD患者と介護者への在宅支援における連携上の課題について検討した。

5. 倫理的配慮

調査は無記名自記式質問紙を採用し、研究の参加は完全に自由意志であること、研究成果は関連学会や学術雑誌への投稿による公表を行うことについて調査用紙に記載した。同意のチェックボックスを併記し調査票の記載と投函にて同意が得られたものとするを明記した。ただし、無記名自記式質問紙調査の匿名性により調査票の回収後に調査協力の撤回はできかねる旨について記載した。本研究は、沖縄県立看護大学における倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：21009）。

IV. 結 果

九州・沖縄圏域において調査当時の全VAD実施施設（6施設）と全VAD管理施設（6施設）、その内のA県内で医師の指示を受けVAD患者の訪問看護を経験、または実施している訪問看護ステーション4施設へ質問紙を送付した。VAD実施施設・管理施設に関しては各施設、医師1人、臨床工学技士2人、看護師3人程度、訪問看護ステーションは各施設に看護師2人に協

力を依頼し、調査票送付の内訳は医師12枚、臨床工学技士24枚、病院看護師36枚、訪問看護師8枚の合計80枚送付した。回収数（回収率）は36（45%）、有効回答数は35（43.8%）とした。訪問看護師の回収数は全数の8（100%）であった（表1）。

VAD患者のケア経験年数について5年以上と回答したのは13人（37.1%）であり、ケアを経験したVAD患者の数は5人以上という回答は22人（62.9%）であった。中でもケアを経験したVAD患者数が1人と回答した4人は全て訪問看護師であり、回答した訪問看護師の半数が初めてのVAD患者へのケア経験で、かつDT-VADの

表1 対象者の属性とVAD*ケア経験の背景

		配布数		回収数		回収率 (%)
属性	医師	12		5		41.7
	臨床工学技士	24		10		41.7
	病院看護師	36		12		33.3
	訪問看護師	8		8		100.0
	不明 [†]			1		
	全体数	80		36		45.0%
有効回答数 [‡]				35		43.8%
VAD ケアの経験年数				n =35		n (%)
		Dr	Ns	ME	HNs	全体数
	5 年以上	3	4	6	0	13 (37.1)
	4 年～5 年	2	4	1	5	12 (34.3)
	2 年～3 年	0	4	3	0	7 (20.0)
	1 年～2 年	0	0	0	3	3 (8.6)
	1 年未満	0	0	0	0	0
VAD ケアの経験人数				n =35		n (%)
		Dr	Ns	ME	HNs	全体数
	5 人以上	5	8	9	0	22 (62.9)
	4 人	0	2	1	2	5 (14.3)
	3 人	0	2	0	2	4 (11.4)
	2 人	0	0	0	0	0
	1 人	0	0	0	4	4 (11.4)
DT-VAD [‡] 患者の支援経験				n =35		n (%)
		Dr	Ns	ME	HNs	全体数
	あり	2	2	2	0	6 (17.1)
	無し	3	10	8	8	29 (82.9)

*VAD: Ventricular Assist Device 補助人工心臓、在宅で使用できる植込み型VAD (i-VAD) と、入院治療のみとなる体外式VADがある。

本研究では在宅治療について述べており、ここでのVADとは植込み型補助人工心臓をさす

‡DT-VAD: Destination therapy-VAD 長期在宅補助人工心臓治療、心臓移植を見据えず、最後の時までVADを装着し末期心不全の症状緩和を図る目的で行われる治療で在宅での長期療養を基本としている

†不明: 所属について無回答

‡有効回答数: 所属不明の1名を削除した回答数

Dr: 医師 Ns: 看護師 ME: 臨床工学技士 HNs: 訪問看護師

支援経験者は皆無であった。

VAD在宅治療における支援内容について、外来診療や外来看護、外来での機器チェックなどの病院スタッフによる外来支援と、多職種の連携や調整、電話相談、メール相談、など主に管理施設や実施施設における支援内容が多く挙げられた（表2）。調査当時に在宅VAD患者を支援するうえで連携している専門職種も訪問看護師、就労

移行支援スタッフ、救命救急士を除き管理施設や実施施設である病院施設内の専門職が挙げられていた（表3）。

DT-VADを支援する上で今後連携が必要だと考える専門職には在宅診療医師が最も多く、介護福祉士や介護員など、通常の在宅療養患者に提供されている関連職種が挙げられていた（表4）。

DT-VADの地域を含む在宅支援システムの構築の必

表2 VAD*の在宅療養における現在の支援内容

（複数回答） n =35

	Dr	Ns	HNs	ME	全体数 (%)
					n (%)
外来(診療・外来看護・外来機器チェック, など)	5	7	1	9	22 (62.9)
多職種の連携・調整	4	6	4	6	20 (57.1)
電話相談	2	7	3	4	16 (45.7)
介護者への教育・指導	1	5	3	4	13 (37.1)
在宅看護(訪問看護)	0	0	8	0	8 (22.9)
メール相談	1	2	0	2	5 (14.3)
コンサルテーション	2	1	0	0	3 (8.6)
他病院との連携	1	0	0	0	1 (2.9)

* VAD: Ventricular Assist Device 補助人工心臓, 在宅で使用できる植込み型 VAD (i-VAD) と, 入院治療のみとなる体外式 VAD がある。本研究では在宅治療について述べており, ここでの VAD とは植込み型補助人工心臓をさす

Dr: 医師 Ns: 看護師 ME: 臨床工学技士 HNs: 訪問看護師

表3 現在 VAD*患者を支援していくうえで連携協働している職種

（複数回答） n =34

	Dr	Ns	ME	HNs	全体数 (%)
					n (%)
医師	4	12	9	7	32 (94.1)
病院看護師	5	10	9	8	32 (94.1)
臨床工学技士	5	12	6	6	29 (85.3)
訪問看護師	4	9	7	5	25 (73.5)
理学療法士	3	6	6	3	18 (52.9)
皮膚・排泄ケア認定看護師	3	8	6	0	17 (50.0)
人工心臓管理技術認定士	4	6	6	0	16 (47.1)
ケアマネジャー	2	2	2	1	7 (20.6)
医療ソーシャルワーカー	0	2	0	3	5 (14.7)
感染管理認定看護師	0	0	4	0	4 (11.8)
臨床心理士	0	1	2	0	3 (8.8)
管理栄養士	0	2	1	0	3 (8.8)
薬剤師	0	2	0	0	2 (5.9)
言語聴覚士	0	2	0	0	2 (5.9)
就労移行支援スタッフ, 救急救命士, 移植コーディネーター	0	1	1	1	各1 (2.9)

* VAD: Ventricular Assist Device 補助人工心臓, 在宅で使用できる植込み型 VAD (i-VAD) と, 入院治療のみとなる体外式 VAD がある。本研究では在宅治療について述べており, ここでの VAD とは植込み型補助人工心臓をさす

Dr: 医師 Ns: 看護師 ME: 臨床工学技士 HNs: 訪問看護師

表 4 DT-VAD[‡]患者を支援していくうえで今後さらに連携協働が必要と思われる職種 (複数回答) n =33

	Dr	Ns	ME	HNs	全体数 (%)
在宅診療医師	2	6	4	6	18 (54.5)
臨床心理士	2	7	1	6	16 (48.5)
訪問介護員 (旧ホームヘルパー)	2	6	3	4	15 (45.5)
訪問看護師	2	5	4	3	14 (42.4)
介護福祉士	2	5	5	2	14 (42.4)
ケアマネジャー	4	6	1	2	13 (39.4)
精神科医	2	6	0	3	11 (33.3)
消防署員	0	4	0	5	9 (27.3)
緩和ケアチーム	0	1	0	0	1 (3.0)
社会活動に参加できるよう多様な人々	0	0	0	1	1 (3.0)

[‡] DT-VAD : Destination therapy-VAD 長期在宅補助人工心臓治療, 心臓移植を見据えず, 最後の時まで VAD を装着し末期心不全の症状緩和を図る目的で行われる治療で在宅での長期療養を基本としている

Dr : 医師 Ns : 看護師 ME : 臨床工学技士 HNs : 訪問看護師

表 5 DT-VAD[‡]の地域を含む在宅支援システムの構築について必要であると考えること (自由記載)

n =12

カテゴリー	コード
施設間の知識と情報の共有	在宅管理・合併症に関する知識の共有
	定期的なカンファレンスで共有する患者個々の情報
	患者の支援方法に相違が生じないよう重要となる実施施設 [§] と管理施設 [¶] 間における情報共有とカンファレンス
	在宅治療に関わる施設間でのタイムリーな情報共有
患者と介護者への継続教育	本人と介護者へ教育の継続
患者と介護者のタイムリーな心身のケアへの対応	本人と家族のメンタルヘルス
	タイムリーな症状コントロールとタイムリーな医師からの指示
DT-VAD 管理ネットワークシステムの構築	VAD [*] 管理アプリの活用
	ホームモニタリングによるアラーム管理
社会的環境整備	社会復帰を含めた社会的繋がり強化
	患者の QOL を拡大させるための地域のサポート体制構築
医療と介護の連携と拡充	訪問による VAD 機器チェック体制
	在宅心臓リハビリの充実
	患者の長期的な目標設定に関わる在宅ケアチームの連携
	デイサービスやショートステイなどの在宅サービス利用の検討
	病院と在宅における連携体制の構築
	VAD 管理施設の拡充
介護者不在を想定したサービスの検討	介護者の高齢化による介護者不在事例のサポート体制への不安
	介護者不在時の患者の安全確保のための行政介入による支援の必要性
	介護者変更や不在時でも本人の希望に添える地域の支援
離島・僻地における支援体制	離島・僻地でも DT が選択出来る体制作り
ACP [†] の検討	患者本人と ACP について話し合う

^{*} VAD : Ventricular Assist Device 補助人工心臓, 在宅で使用できる植込み型 VAD (i-VAD) と, 入院治療のみとなる体外式 VAD がある。本研究では在宅治療について述べており, ここでの VAD とは植込み型補助人工心臓をさす

[‡] DT-VAD : Destination therapy-VAD 長期在宅補助人工心臓治療, 心臓移植を見据えず, 最後の時まで VAD を装着し末期心不全の症状緩和を図る目的で行われる治療で在宅での長期療養を基本としている

[§] 実施施設 : VAD の植込み手術を行うことができる施設で, 2024 年 5 月現在, 全国 40 施設が認定されている

[¶] 管理施設 : VAD の植込み手術は行えないが, 一定の基準を満たし VAD に関する患者の管理を行うことができる施設, 2024 年 7 月現在 30 施設が認定されている

[†] ACP : Advance Care Planning (ACP) 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

要性に関する考えについての自由記述には多様な記述があった（表5）。

定期的なカンファレンスの開催や、タイムリーな情報共有など、【施設間の知識と情報の共有】と、【患者と介護者への継続教育】についての記述があった。

また、メンタルヘルスへの対応と、在宅という場から医療施設とのタイムリーな連携のしづらさといった【患者と介護者のタイムリーな心身のケアへの対応】の必要性が記述されていた。同じく在宅と医療施設とのタイムリーな連携という意味合いや、既存のアプリケーションの活用、新たなアラームモニタリングシステムの構築等によりDT-VAD患者のVADの状況把握が管理施設の医師や看護師で簡便に行えるように【DT-VAD管理ネットワークシステムの構築】の期待が寄せられていた。

社会復帰を含めた社会的繋がり強化、患者のQOLを拡大させるための地域のサポート体制構築といった【社会的環境整備】についても記述されていた。さらに訪問によるVAD機器チェック体制、在宅心臓リハビリの充実といった医療保険によるサービス内容に加え、介護保険サービス利用の検討を含めた在宅介護サービスの利用といった【医療と介護の連携と拡充】についての医療者からの希望が記述されていた。

介護者の高齢化による介護者不在事例のサポート体制への不安の中、介護者不在時の患者の安全確保のための行政介入による支援の必要性や、介護者変更や不在時でも本人の希望に添える地域の支援といった地域のインフォーマルサポートの支援も想定した内容について【介護者不在を想定したサービスの検討】として挙げられていた。

離島・僻地でもDT-VADが選択出来る体制作りといった【離島・僻地における支援体制】という島嶼圏の課題が認識されていた。また、患者本人と話し合う【ACPの検討】という課題も抽出された。

V. 考 察

1. DT-VAD在宅治療に関わる施設間の知識と情報の共有

大橋ら¹⁴⁾の、VAD装着患者を支援する訪問看護師の専門施設へ希望する支援についての報告によると、専門施設との密接な連携のニーズを示していた。本研究で

も、今後DT-VADの在宅支援連携上の課題として、在宅治療に関わる施設間の知識と情報の共有と、患者と介護者のタイムリーな心身のケアに対応するといった課題を認識していた。VAD患者のケアについて、今回の調査でもケア経験が1人という訪問看護師が半数を占めており、訪問看護師側にとってVADは未知なデバイスであることが多い。患者自身がVADに関する教育を受けて自己管理のもと退院しているとは言え、訪問看護師がケアを続ける中で細かな疑問を生じることも想定される。遠藤は、VAD実施施設と管理施設、訪問看護ステーションとの合同カンファレンスや研修会の開催など連携強化の必要性について述べている¹⁵⁾。DT-VADの支援においても、連携の強化という意味合いの定期的な合同カンファレンスの開催は重要であり、安定的に継続した運営が望まれる。

2. 介護者支援と介護者不在を想定したサービスの検討について

VADの在宅治療について、基本的に24時間介護者が居ることを前提とされてきた。しかしDT-VADについては、その長期在宅治療という介護負担を鑑み、退院後6か月までの介護者との同居を基本とし、その後は患者本人の心身の状態や自己管理能力に応じて介護者の同居不要という措置がなされている¹⁶⁾。よって介護者の同居が6か月を超え独居になる者や、介護者が居る予定であっても、患者や介護者の高齢化や合併症の発症、その他の理由でどちらかが要介護状態となる場合も想定される。介護サービスの介護員が、緊急時の対応が行えるよう責任は伴わないことを前提にVADのサポーター認定も始まっている¹⁷⁾。今後、訪問介護員を含む在宅介護福祉サービスとの連携を実際にどのように行っていくのか、実務レベルでの検討と経験の蓄積が重要である。

3. 社会的環境整備や、離島・僻地でもDT-VADが選択出来る体制

DTとして症状緩和された状態で自宅において生活を続ける患者の、社会復帰を含めた社会的繋がり強化は大きな課題である。今後さらに連携と協働が必要な対象者に「社会活動に参加できるよう多様な人々」と記述があったように、暮らしに伴う社会の理解は患者のQOLを高めるため、地域のサポート体制構築として必要であ

る。また、本調査の対象とした地域は、地方都市圏域として多くの離島と山間部も含み、病診連携や看看連携の実施においてもオンライン診療やTV会議システム等も必要である。住み慣れた場所で最後までその人らしく生活することを支えるという点において、どのようにすればその支援が可能か検討の余地があると考ええる。

4. 生活の場におけるクリティカルケアと緩和ケア

DT-VAD患者を支援していくうえで今後さらに連携と協働が必要と思われる職種について、精神科医や臨床心理士、消防署員、緩和ケアチームが挙げられていることが特徴的であった。VADは重篤な末期心不全症状の緩和ができる生命維持装置であり、駆動に問題が生じれば、たちまち命が危うい状態である。機器の管理や合併症のモニタリングなど医療的な側面の支援と、VADを装着し症状緩和を行いながら生活するという緩和ケア的な支援は平行して重要である。DTの実施基準の付録である「DT-LVAD（LVD：本研究のVADと同義）在宅治療安全管理基準に関する内容説明」¹⁸⁾において、「患者とケアギバーに対するメンタルケアを医療チームメンバーにより必要に応じて（最低年1回以上）施行する。」と記されている。DT-VADに関しては、VAD装着前から装着後6か月をめどに事前指示書を記入することになっており、死と隣り合わせの自身の行く末にスピリチュアルペインを生じることも想定でき、スピリチュアルケアも重要になってくる。在宅の場でリアルタイムにクリティカルケアと緩和ケアを並行して行い、関係職種間における情報共有、連携と協働についてなど実施レベルでのさらなる検討が必要である。

5. 研究の限界

本研究は質問紙調査の結果であり、自由記述の内容について本意を再度問うことができず、分析を深めることについて限りがある。今後はインタビュー調査や個別事例の検討を重ねて、DT-VADの支援体制の強化を目指す必要がある。

V. 結 論

DT-VADの在宅支援のためには、社会的環境整備や、在宅医療の連携と拡充の必要性などが認識されていた。

さらに、介護者支援と介護者不在を想定したサービスの検討や、離島・僻地でもDT-VADが選択出来る体制作りなど、地方圏域や島嶼圏域の課題も挙げられていた。DT-VADは長期在宅治療であり、介護者のサポートの必要性や介護施設との連携の問題も認識されていた。

地方圏域において、DT-VAD患者を支援するにあたり、専門施設と訪問看護のみならず、緩和ケアチームや在宅診療医師、訪問介護員、居宅介護支援事業所を含むこれまでよりいっそうの地域における連携と協働の充実が望まれる。

お忙しい中研究にご協力いただきましたVADにかかわる医療従事者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は日本学術振興会科学研究費(若手研究/課題番号20K19104)の助成を受けて実施し、The 7th International nursing research conference of world academy of nursing scienceにて発表した。

■引用文献

- 1) 小野稔：心臓移植の現状と未来。ICUとCCU, **46**(7)：405-412 (2022)。
- 2) 築瀬正伸：わが国における心臓移植の現状と未来。臨床検査, **66**(3)：300-311 (2022)。
- 3) 補助人工心臓治療関連学会協議会：DT実施施設 (<https://j-vad.jp/dt-lvad>, 2024. 8. 6)
- 4) Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al. : Long term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *New England Journal of medicine*, **345** : 1435-1443 (2001)。
- 5) Marcuccilli L, Casida J, Bakas T, et al. : Family caregivers' inside perspectives: caring for an adult with a left ventricular assist device as a destination therapy. *Progress in Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, **24**(4) : 332-340 (2014)。
- 6) Kirkpatrick J. N, Kellom K, Hull S. C, et al. : Caregivers and left ventricular assist devices as a destination, not a journey. *Journal of Cardiac Failure*, **21**(10) : 806-815 (2015)。
- 7) 日本胸外科学会：日本における補助人工心臓に関連した市販後のデータ収集事業(J-MACS : Japanese registry for Mechanically Assisted Circulatory Support) 事業報告書 (https://j-vad.jp/document/J-MACS%20Statistical%20Report%20_20240204.pdf, 2024. 8. 13)。
- 8) 遠藤美代子：地域に根差した植込み型VAD管理を実現するために一植込実施施設からみた疾病・病診連携の課題(看護師の立場から) -。日本循環器看護学会誌, **18**(1) :

- 9-11 (2023).
- 9) 補助人工心臓治療関連学会協議会：植込み型補助人工心臓認定一覧(<https://j-vad.jp/registry/>, 2024. 8. 13).
- 10) 徳松美月, 西村隆, 薦田宗則, 他：在宅補助人工心臓の管理に関する現状と課題ー心臓移植非実施施設の立場からー. 人口臓器, **50**(3) : 228-231 (2021).
- 11) 小野稔：重症心不全に対する補助人工心臓治療の現況と展望. 循環制御, **36**(1) : 4-5 (2015).
- 12) 日本循環器学会／日本心臓血管外科学会／日本胸部外科学会／日本血管外科学会合同ガイドライン：2021年改訂版重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドライン(https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Ono_Yamaguchi.pdf, 2024. 8. 27).
- 13) 前掲12).
- 14) 大橋由基, 浦山美輪, 秋葉美紀, ほか：植込型補助人工心臓(IVAD)装着者の在宅療養支援における訪問看護師の困難と専門施設へ希望する支援内容. 日本在宅看護学会誌, **10**(2) : 69-75 (2022).
- 15) 前掲8).
- 16) 補助人工心臓治療関連学会協議会：植込型補助人工心臓DT実施基準(2023.8.7改定)(<https://j-vad.jp/dt-lvad>, 2024. 8. 6).
- 17) 前掲3).
- 18) 前掲16).

Cooperation and Collaboration in Relation to Treatment Life Including Medical and Nursing Care for Patients and Carers Undergoing Destination Therapy Ventricular Assist Device

— Healthcare Professionals' Perceptions of Home Support —

Kayo Nagano^{*1}, Midori Kamizato^{*2}

^{*1} Okinawa Prefectural College of Nursing/ Home Health Nursing

^{*2} Okinawa Prefectural College of Nursing

Abstract

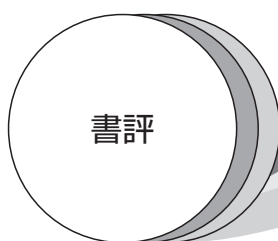
[Objective] To determine the ideal state of collaboration and support between medical and nursing care for patients receiving long-term home support for destination therapy-ventricular assist devices (DT-VAD).

[Methods] An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted at the facilities implementing and managing destination therapy in the Kyushu and Okinawa regions, and among medical staff at visiting nursing stations with experience in caring for patients with DT-VAD. Descriptive statistics and free descriptions were analyzed qualitatively and inductively.

[Results] Responses were obtained from 35 participants from various professions, and 12 of them mentioned issues such as “coordination and expansion of medical and nursing care,” “examination of services, assuming the absence of caregivers,” and “support systems in remote islands and areas” as being necessary for building a home support system for DT-VAD.

[Conclusion] In supporting patients with DT-VAD, greater cooperation and collaboration are needed with home care physicians, visiting caregivers, and home care support offices.

Key words : ventricular assist device(VAD), home treatment, destination therapy-VAD(DT-VAD), cooperation and collaboration



尾野寛明・片岡奈津子 著

災害看護でまちづくり 西日本豪雨の被災地・真備 ある訪問看護師の巻き込み型復興

木犀舎 (2022 年) / A5 判 / 197 頁 / 本体価格 1,500 円 + 税

書評者：石橋みゆき (千葉大学大学院看護学研究院)

本書の特徴は、2018年7月6日に発生した西日本豪雨で、自宅と訪問看護事業所を失った訪問看護師片岡さんの訪問看護ステーションの復旧の記録であると同時に、災害発生から3年間にわたる地域復興のありのままを事実に基づいて記録した点にある。被災者でありながらも、支援者として地域住民の健康を守り、励まし、防災意識を浸透させていった訪問看護師の体験記でもある本書は、被災者としての視点と、支援者としての視点が相まって、本当にその時に必要な災害支援とは何だったのかを改めて読者に問いかけている。

地域の防災力を高めるためには、地域住民一人ひとりに防災意識を浸透させていくことが重要である。本書のもう一人の著者である尾野寛明氏は、楽しく防災を学ぶ場「防災ばあ」や、被災地のど真ん中に国土交通省の事務所が置かれ、職員が地域住民と川づくりに取組んだこと、個別防災計画「マイ・タイムライン」が住民に浸透していったプロセスを丁寧に記述している。各章で登場する多様な人々の背景、特徴、そして片岡さんをはじめ地域住民のエピソードが生き生きと描かれているので、まるで、読んで自分の目の前で、その章に登場する人物が対話していたり、怒っていたり、悲しんでいたりする映像が浮かんでくる臨場感があり、一気に読み進めてしまった。

最終章の第11章の冒頭にもあるように、災害看護というと、発災直後の緊急医療チームの活動や負傷者の救護といった生命を守る活動に注目されがちであるが、そうした光景や支援は「全体のごく一部」に過ぎないと著者は述べている。そして、「災害看護の本質はむしろ急性期が終わった後の長く長く続く闘いの部分」であり、普段どおりのことを当たり前のように続けていくことをどうやって支えるのか、それが災害看護の難しさでもあると述べている。この一文に、私は強い共感を覚えた。看護が必要とされる時期は、災害発生直後の急性期はもとより、むしろ、中長期の人々が生活を再建していくときなのかもしれない。つまり、当たり前の生活に移行してい

くために健康面や社会面でのニーズは何かをアセスメントし、住民と一緒に解決策を考えて取組んでいく、そして、最終的には住民ができるように支援していくこと。まさに、回復過程を歩めるように支援する職種として当然持つべき態度であり、能力である。実は、同章に、ヒアリングという迷惑と題し、「悪気なく、よかれと思って迷惑をかけている人」について述べられている。具体的には、二泊三日で来てヒアリングだけして帰っていく人々のことで、「同じような支援チームがかわるがわるやってきて同じようなことを訊いていくので時間ばかりがとられ、疲れている身にはかなりの負担であった」というものである。本学会は、在宅ケアの専門職者として、被災地に外部支援者として出向く方も多いと思う。本書で紹介されている民俗学者の宮本常一が調査されるという迷惑を「調査地被害」と名付けているが、私も含め、外部支援者の一人ひとりが迷惑をかけてしまっていないかを常に気遣うということを忘れないでいたい。

一方、本書の第2章、第3章では、災害直後から中長期の支援を視野に入れて活動する団体や人々が描かれている。自宅も事業所も被災し、炎天下の中で「地域貢献が大事」と緊張感を張り詰めて必死に頑張る片岡さんに、キャンナスの菅原さんが「あなた、どうしたいの?」とたずね桃を差し出す。片岡さんはそれを丸ごと食べて号泣した後、落ち着きを取り戻してここまでの経緯を菅原さんに語る。「現地にスッとやってきて自分たちの話をじっくり聞いてくれる。そんな存在はありませんでした。」との記載から、被災支援者の気持ちを解きほぐし、語られる言葉に耳を傾けることもまた、重要な被災地支援なのだと改めて考えた。

復興には終わりが無いと言われる。どのような姿になれば復興したと言えるのか、それは被災者自身が決めることである。本書には、被災地支援、災害支援の倫理的対応の具体例が詳細に描かれている。ぜひ、被災地支援に携わるすべての人々に手に取っていただきたい一冊である。

第30回日本在宅ケア学会学術集会 ご案内

テーマ：サイエンスとひとが創り出す在宅ケア
<https://plaza.umin.ac.jp/jahc30/>

学術集会長：河野あゆみ（大阪公立大学 看護学部

地域包括ケア科学分野）

会 期：2025年9月13日(土)・9月14日(日)

開始1日目9：40～終了2日目16：10

会 場：千里ライフサイエンスセンター

（大阪府豊中市新千里東町1-4-2、

千里中央駅から徒歩3分）

現地開催とオンデマンド配信

<https://plaza.umin.ac.jp/jahc30/index.html>

【学術集会の趣旨】

少子超高齢化と人口減少が進む成熟社会では、持続性のあるケアの新しい創出と変革が求められます。ケアとは、生活の場で提供する医療・介護・福祉サービスのほか多彩な社会支援や人々の助け合いによる世話や配慮を広く含むものです。私たちは、パンデミックを経験して、対人サービスや人々同士の交流のあり方に対する価値観が多様化し、IoT（Internet of Things）が一層進化してきています。また、医療・介護・福祉領域において、多くのデータが集積され、データサイエンスによるエビデンスを創出できる環境が整いつつあります。

一方、エビデンスを使いこなし、暖かい心をもって他者に寄り添えるひとによってケアはつくられます。そこで、本学術集会のテーマを「サイエンスとひとが創り出す在宅ケア」としました。これからの時代の人々の生活と健康をまもるために、在宅ケアはどうあるべきか、どうサイエンスを生かすか、どのように人々のつながりや在宅ケア人材育成を推進するか、多様な切り口から皆さんと意見を交わします。

【参加登録】

1次登録 6月2日(月)～7月21日（月・祝）

2次登録 7月25日(金)～オンデマンド配信終了日まで

【参加費】

会 員 1次登録8,000円 2次登録10,000円

非 会 員 1次登録10,000円 2次登録12,000円

学部学生 3,000円

1 日 券 7,000円

※1日券では、オンデマンド配信の視聴はできません

【プログラム】

会長講演 サイエンスとひとが創り出す在宅ケア

河野あゆみ（大阪公立大学）

座長 村嶋幸代（湘南医療大学）

基調講演1 在宅ケアの質保証

山本則子（東京大学）

座長 中谷久恵（広島大学）

基調講演2

ヘルスサービスリサーチと在宅ケア

田宮菜奈子（筑波大学）

座長 小西かおる（大阪大学）

教育講演1

リアルワールドデータを用いたコホート研究

山本陵平（大阪大学）

座長 深堀浩樹（慶應義塾大学）

教育講演2

地域包括ケア時代の実践力を強化する看護基礎教育

叶谷由佳（横浜市立大学）

座長 梶井文子（東京慈恵会医科大学）

教育講演3**在宅ケア実践ガイドラインの開発とその成果**

亀井智子（聖路加国際大学）

座長 榎本雪絵（杏林大学）

教育講演4 要介護高齢者の自立支援とリスク回避に向けたシーティング

白井みどり（大阪公立大学）

座長 河野光伸（金城大学）

教育講演5**ロボティクスを活用した持続可能な高齢者ケアと倫理**

島村敦子（東邦大学）

座長 長畑多代（大阪公立大学）

教育講演6**人々の声なきSOSをすくう地域のつながり**

勝部麗子（豊中市社会福祉協議会）

座長 岡田進一（大坂公立大学）

シンポジウム1**リアルワールドデータと在宅ケアのエビデンス**

成瀬 昂（SOMPO インスティテュートプラス）

大槻奈緒子（大阪公立大学）

柏木聖代（東京医科歯科大学）

座長 永田智子（慶應義塾大学）

シンポジウム2**成熟社会におけるこれからの在宅ケアの人材育成**

藤野泰平（デザインケア訪問看護ST）

竹本与志人（岡山県立大学）

小林正宜（葛西医院）

座長 三輪恭子（大阪公立大学）

乗越千枝（四天王寺大学）

パネルディスカッション1**人々のつながりでつくる地域見守り**

浜崎優子（佛教大学）

小田哲司（松原市社会福祉協議会）

濱吉信彰（寝屋川市社会福祉協議会）

座長 板谷智也（宮崎大学）

パネルディスカッション2**新卒訪問看護師育成の今とこれから**

林 佳美（大阪医科薬科大学訪問看護ST）

大藪 涯（訪問看護ステーションハートフリーやすらぎ）

辻村真由子（滋賀医科大学）

座長 岡本双美子（三重大学）

パネルディスカッション3**成熟社会における持続可能な医療・介護とは？**

足立泰美（甲南大学）

西之坊篤（きずなケアプランセンター）

岩本大希（訪問看護ステーションウィル）

座長 尾崎章子（東北大学）

パネルディスカッション4**人々のつながりとエンドオブライフケア**

石山麗子（国際医療福祉大学）

小野恵子（青森県立大学）

小野若菜子（東京都立大学）

座長 平原優美（日本訪問看護財団）

パネルディスカッション5**成熟社会の地域・在宅看護人材をつくる看護基礎教育**

清水準一（東京医療保健大学）

臺 有桂（神奈川県立保健大学）

李 錦鈍（関西医科大学）

座長 片倉直子（神戸市看護大学）

パネルディスカッション6**支援が届きにくい人々へのケアマネジメント**

平山司樹（訪問看護ステーションかつさい）

杉山 京（大阪公立大学）

綾部貴子（梅花女子大学）

座長 井上高博（名古屋市立大学）

市民講座**さみしくない家じまいと人生会議：生前整理と遺品整理**

屋宜明彦（一般社団法人心結 代表理事，家じまいアドバイザー）

濱吉美穂（佛教大学）

委員会セミナー1 在宅ケアイノベーション大賞！

在宅ケアイノベーション委員会

委員会セミナー2

認知症基本法—当たり前のことを当たり前にするために：
認知症の要支援者の意思決定支援における現場の課題

生涯教育委員会

委員会セミナー3

VUCA時代を迎えての在宅ケアへの期待

学会活動推進委員会

委員会セミナー4

「在宅ケア実践ガイドライン2025」の活用

ガイドライン作成委員会・改訂委員会

委員会セミナー5

高度実践看護師の在宅療養での実践に関する研究報告
(仮)

政策提言検討委員会

日本在宅ケア学会30周年記念企画

講演 在宅ケアを紡ぐ(仮)

新田國夫(日本在宅ケアアライアンス理事長)

鼎談

新田國夫(日本在宅ケアアライアンス理事長)

亀井智子(日本在宅ケア学会第3代理事長)

白澤政和(日本在宅ケア学会第2代理事長)

座長 中谷久恵(日本在宅ケア学会現理事長)

世話人 片山陽子(日本在宅ケア学会副理事長)

オンデマンドのみ企画

スキルアップ・セミナー1

在宅ケアはどう変わる？2040年問題に向けた制度の
行方をひもとく

石井富美(多摩大学院医療・介護ソリューション研
究所)

スキルアップ・セミナー2

フットケアを始めよう！アセスメントと予防的ケアの
基本

間宮直子(大阪府済生会吹田病院)

スキルアップ・セミナー3

暮らしのなかの認知症ケア：生活機能を引き出すワザ
と工夫

田中寛之(大阪公立大学)

スキルアップ・セミナー4

ケアに生かす東洋医学的アプローチツボを刺激して
治癒力を高める手当ての基礎知識

高山美歩(東京有明医療大学)

スキルアップ・セミナー5

褥瘡ケアをアップデート！シーティングによる予防と
スキンケア

篠原真咲(大阪公立大学)

【一般演題】

すべて示説発表です。最優秀演題や優秀演題を表彰す
る予定です。

そのほか、交流集会、インタレスト・トーク、共催セ
ミナー、日本在宅ケア学会30周年記念式典、など多彩
な内容を企画しています。

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 2023年度第3回理事会議事録

I. 日 時：2024年6月23日(日)10：00～13：00

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

出席予定であった村嶋監事が急遽欠席になったため、
亀井理事長と中谷副理事長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を基に、2023年度第1回理事会（案）、資料2を
基に2023年度臨時理事会（案）を確認のうえ、これを
承認した。

2. 新入会退会承認について

資料3を基に、新入会者66名、退会者114名を確認の
うえ、これを承認した。

3. 第28回学術集会決算について

資料4を基に、小西集会長から第28回学術集会決算
について報告され、これを承認した。

4. 第28回学術集会決算監査報告について

資料5を基に、第28回学術集会決算の会計監査が実
施され、会計書類等についても適正かつ正確であった旨
の報告があり、これを承認した。

5. 2023年度決算について

資料6を基に、2023年度収支報告書、貸借対照表、財
産目録について報告され、これを承認した。

収入の部については、会費収入12,537,378円（正会
員1,156人、学生会員73人）、入会金612,500円（正会
員106人、学生会員33人）、投稿料125,000円（25論文）、
看保連助成金500,000円、学術集会余剰金2,635,710円
等を含めて、合計18,281,374円の収入があった。

支出の部については、学会誌印刷費1,938,750円、
J-STAGE掲載関連費用139,250円、迅速査読関連費
用154,000円、学会事務委託費3,258,000円、ガイド
ライン作成委員会費2,645,000円等を含めて、合計
12,889,150円を支出し、次年度への繰越金を30,082,383
円とした。

6. 2023年度監査報告について

資料7を基に、2023年度決算の会計監査を実施され、
会計書類等についても適正かつ正確であった旨の報告が
あり、これを承認した。

7. 2024年度社員総会について

資料8を基に、2024年度定時社員総会の開催につい
て、昨年同様に開催方法はオンライン会議、欠席社員は
議決権行使書もしくは委任状を提出することが提案さ
れ、これを承認した。

8. 2024年度事業計画について

資料9を基に、2024年度事業計画案を確認し、これを
承認した。

9. 2024年度収支予算書について

資料10を基に、2024年度収支予算書を確認し、これ
を承認した。

収入の部については、会費収入12,370,000円（正
会員1,210人、学生会員50人、賛助会員1社）、入会

金325,000円（正会員60人，学生会員10人），投稿料150,000円（30論文），看保連助成金500,000円等を含めて，合計13,775,200円の収入とした。

支出の部については，会議開催費90,000円，機関誌印刷費1,500,000円，J-STAGE掲載関連費用1,854,000円，学会事務委託費3,429,000円等を含めて，合計13,317,814円の支出とし，次年度繰越金を30,539,769円とした。

10. 各委員会2024年度活動計画について

資料11に基づき，各委員会の活動計画が提案された。概要は以下の通り。

1) 編集委員会

①第28巻第1，2号を刊行する。②編集委員会を2回定期開催し，拡大編集委員会は紙面開催する。③学会誌冊子体の会員向け無料配布を原則廃止する。④過去号（第1号～第26号）の学会誌をJ-STAGEへ掲載する。⑤スカラワンのメリットを活かした編集体制の整備を行い，投稿数と採択率向上について継続して検討する。

2) 学会活動推進委員会

①第29回学術集会において，作業療法士によるオンデマンド講演を行う。

- ・テーマ：（仮）ICTや3Dプリンターを用いた「ものづくり」で在宅ケアを支える
- ・講師：林園子氏（一般社団法人ICTリハビリテーション研究会代表理事，ファブラボ品川ディレクター）

②2025年度活動について検討を開始する。

3) 広報委員会

①ニュースレターを年1回発行する。②ホームページの情報更新を行う。③2024年度刊行予定の在宅ケア実践ガイドライン改訂版の広報活動を行う。④会員へのニュースメールを配信する。

4) 倫理委員会

理事会からの諮問事項に対応する。

5) 政策提言検討委員会

①2024年度看保連助成金の研究として「専門の研修を受けた看護師が存在する訪問看護事業所の組織・運営体制並びに利用者の死亡転機に及ぼす影響に関する研究」をテーマに行う。②第29回学術集会で「高度実践看護師は在宅ケアに何をもたらすのか」をテーマにシンポジウムを行う。

マにシンポジウムを行う。

6) 論文賞選考委員会

①2024年度受賞者の表彰式および記念講演を，第29回学術集会にて実施する。②学会誌第28巻第1，2号に掲載された論文から2025年度の「優秀論文賞」「奨励論文賞」を選考する。

7) 実践・研究助成委員会

2024年10月1日～11月30日の期間で第12回実践・研究助成の募集を行い，助成対象研究の審査を行う。

8) 生涯教育委員会

①2年間継続して開催したまちかどフォーラムについて，継続するか否かを検討する。

②学会ホームページにオンライン公開講座として30分程度の動画配信を行う。

- ・演題「拘束と隔離からの解放－Low Arousal Approachの基礎」

- ・講師：Dr. Andy Maconell

③認知症基本法の啓発に関する活動を検討する

9) ガイドライン作成委員会

「在宅ケア実践ガイドライン2025（仮）」の推奨文を修正し，年内の刊行を目指す。また，日本医療評価機構（Minds）への搭載手続きを進める。第29回学術集会にて結果を会員へ報告する。

10) ガイドライン改訂委員会

「在宅ケア実践ガイドライン2025（仮）」の4年後の改訂を目指して，改訂方針を決定する。

11) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

WEB研修セミナーで活動を募集し，在宅ケアイノベーション大賞を決定する。

11. 実践ガイドライン推奨文の訂正について

資料12を基に，尾崎委員長より，「在宅ケア実践ガイドライン2025（仮）」の推奨文の修正が説明され，これを承認した。

12. 災害時会費免除規程案について

資料13を基に，中谷副理事長より災害等における年会費免除規定が提案され，これを承認した。単身赴任者の取り扱いについては，就業先住所もしくは自宅いずれかの場所で被災した場合でも，罹災証明書が提出された際は会費免除を認める方針として，これを承認した。

13. その他

特になし

【報告事項】

1. 2023年度会務および会員数等報告について

資料14を基に、2023年5月1日～2024年4月30日までの会務および2024年4月30日現在の会員数（1,393人+賛助会員1社）の報告があった。

2. 2023年度各委員会および関連団体活動報告について

資料15を基に、各委員長および担当理事より報告された。概要は以下の通り。

1) 編集委員会

①学会誌第27巻第1号を2023年9月末に、第27第2号を2024年3月末に刊行した。②拡大編集委員会を第28回学術集会で対面開催した。③第27巻1号よりJ-STAGEでの掲載を開始し、学会誌PDF版を学会ホームページで公開した。④2024年2月末締切の投稿論文から迅速審査を開始し、1件の迅速審査希望の投稿があった。⑤スカラワンによる査読管理メリットを活かした編集体制を検討した。

2) 学会活動推進委員会

第28回学術集會にて、薬剤師によるオンデマンド講演を企画・運営した旨の報告があった。

テーマ：「在宅訪問薬剤師の役割および多職種連携の実際と課題」

講師：伊藤威（東京都薬剤師会理事／ノムラ薬局豊田南店）

3) 広報委員会

2024年3月にニュースレターVol.17を刊行し、その他会員向けのメール配信（計46回）、ホームページ改修、情報追加・更新を行った旨の報告があった。

4) 倫理委員会

転載許諾に関する申請が計3件あり、その内1件をメール審議した。その結果、3件すべてを承認した旨の報告があった。

5) 政策提言検討委員会

看保連助成金への申請を行い、採択された旨の報告があった。また、第29回学術集會のシンポジウムを企画・検討した旨の報告があった。

6) 論文賞選考委員会

- ・第28回学術集會にて、2023年度論文賞授賞式および記念講演を行った旨の報告があった。
- ・学会誌27巻1号、2号掲載の論文を対象に、2024年度優秀論文賞・奨励論文賞を下記のとおり選考した

旨の報告があった。

■2024年度優秀論文賞

「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

[原著] 日本在宅ケア学会誌, 27 (1):47-54 (2023)

■2024年度奨励論文賞

「慢性呼吸器疾患患者に対する看護師・理学療法士・作業療法士による在宅呼吸リハビリテーションの実践に関する質的研究」

北村智美，五十嵐歩，野口麻衣子，吉江悟，山本則子

[原著] 日本在宅ケア学会誌, 27 (2):75-8 (2023)

7) 実践・研究助成委員会

- ・第11回（2024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1件の助成を決定した旨の報告があった。

○柏瀬淳（群馬大学）

「災害の少ない北関東地域の訪問看護師の減災意識と医療的ケアを必要とする在宅療養者に対する減災対策状況」

- ・2022年度研究助成採択者で、助成金全額の返還を求めた事例の報告があった。

成果報告書が期日を過ぎて提出されず事務局より数回督促を行った結果、2024年1月に成果報告書・経費支出報告書・領収書が提出された。遅延した理由として、中国に帰国していたため、日本からのメールを確認できていなかったとのこと。提出された報告書等を確認したが、調査の実施結果が不明であり、助成期間（2022年4月～2023年3月末）外の支出が散見され、助成期間内の支出は2件であった。2件の内、1件は申請時点の予算に計上されておらず、採択者へ説明を求めたが、当初の予算に計上していた費用は所属機関から支出したとの回答であった。また、委員会で確認した所、助成期間中に採択者の博士論文が所属大学から公開されており、すでに研究は終了し論文は完成していたと推察した。当初の申請内容と異なる助成金の使用は認めがたく、もう1件の支出に関しても今回の研究には無関係の支出と判断し、委員会として全額返還を求めることが妥当と決定した。結果を理事長へ報告、承認されたため、全額返還に至った。

8) 生涯教育委員会

- まちかどフォーラムを毎月1回（第三木曜日）、オンラインにて実施している旨の報告があった。
- 第29回学術集会でのオンライン公開講座を企画した旨の報告があった。

9) ガイドライン作成委員会

在宅ケア実践ガイドラインの改訂作業を行い、改訂版の草案を作成、理事会パネルを実施し、草案を修正した。また、市民委員の意見を反映し、「第2版在宅ケア実践ガイドライン2025（仮）」を作成した旨の報告があった。

10) ガイドライン改訂委員会

「在宅ケア実践ガイドライン2022」で取りあげた内容の追加文献を収集し、推奨文の見直し、改訂版の草案を作成した。改訂版の原稿として「第2版在宅ケア実践ガイドライン2025（仮）」を作成した旨の報告があった。

11) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

在宅ケアのエコー・テレナーシングオンデマンド研修を開催した旨の報告があった。

12) 選挙管理委員会

2023年度役員選挙を実施した旨の報告があった。投票率は55.7%であった。

13) 看護系学会等保険連合（看保連）

- ①令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた医療技術評価要望書を提出したが、不採択であった。
- ②政策提言検討委員会にて2024年度助成金を獲得した。
- ③社員総会、検討委員会、情報交換会等へ参加し、会員への情報周知を行った。

14) 日本看護系学会協議会（JANA）

- ①意見公開会、総会等へ出席した。
- ②会員向けのニュースメールを配信し、情報提供を行った。

15) 日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

- ①令和5年度の事業報告、第3期（2024-2026）の新体制が報告された。
- ②7月28日に在宅ケアサミット2024が東京大学 伊藤国際学術研究センターで開催される。現地およびオンラインにて参加可能。
- ③新理事会にて新田理事長の再任が承認された。
- ④在宅ケア学会が所属するアカデミックグループにて、システムティックレビューとメタアナリシスを実施し「多職種連携による在宅ケアを行うことが何のアウトカムに有

効か」をテーマにレビューを行った。結果は、日本老年医学会発行の雑誌で採択され、論文掲載される予定。

16) 日本社会福祉系学会連合

- ①災害福祉アーカイブとして災害関連論文や報告書を公表している。
- ②学術会議の社会学委員会社会福祉分科会が開催する会議を支援する。
- ③「With コロナ時代における研究に関する状況のニーズと学会活動のあり方」についてアンケート調査を行い、結果は現在分析中。
- ④加盟学会が開催する講演会等への補助金制度へ、生涯教育委員会より申請した。

17) 日本医療安全調査機構

日本医療安全調査機構からの案内をメール配信し、周知した。

3. 学術集会について

1) 第29回学術集会進捗状況について

資料16に基づき、永田大会長より進捗状況の報告があった。概要は以下の通り。

- 参加者数は、2024年6月時点で会員430名超、非会員220名超である。
- 一般演題は、計115題が登録され、査読は完了し近日中に結果通知を行う予定。
- 交流集会は計6題が登録され、会場にて、自主運営で発表して頂く予定。
- 優秀演題の表彰を行う。事前にポスターを登録し、役員の投票により優秀演題を決定する。
- オンデマンド配信は、現在検討中の企画もあり、進行中。
- 当日は大ホールのみオンデマンド配信で視聴可能とし、当日の同時配信は行わない。ポスター発表は、現地展示およびオンデマンドでも配信する予定。
- 今後メール配信を定期的に行い、積極的な広報活動を行う。

2) 第30回学術集会準備状況について

資料17に基づき、河野あゆみ大会長より進捗状況の報告があった。概要は以下の通り。

- メインテーマ：「サインエンスとひとが創り出す在宅ケア（仮）」
- 会期：2025年9月13日(土)・14日(日)
- 会場：千里ライフサイエンスセンター
- 開催方法：現地開催のみ

- 委員会企画は新役員体制へ2024年8月以降に提案し、12月理事会にて決定する方針。

4. その他

- 今回で任期満了を迎える理事よりあいさつがあった。

一般社団法人日本在宅ケア学会 2024年度社員総会議事録

I. 日時：2024年7月27日(土) 16:00～17:30

II. 会場：株式会社毎日学術フォーラム内会議室
(〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1)

III. 議 事

1. 開会の辞

総会に先立ち亀井理事長より、本社員総会は定款第20条に則り、総社員82名のうち、出席者37名、委任状18名、議決権行使書12名（合計67名）であることから、成立している旨が宣言された。さらに本総会の議長は、定款第19条に則り理事長が務めることとした。

2. 議事録署名人の選出

定款第25条に基づき、亀井理事長および中谷理事を署名人とした。

【審議事項】

1. 第1号議案：2023年度事業報告について

資料1を基に、2023年5月1日～2024年4月30日までの会務および2024年4月30日現在の会員数（1,393名+賛助会員1社）の報告があった。また、資料2を基に、各委員会活動について以下のとおり

報告があった。審議を行った結果、第1号議案は63名により承認された。

1) 編集委員会

学会誌第27巻第1号、第27巻第2号を発行した旨、学会誌掲載論文等をJ-STAGEへ掲載し、迅速査読を導入した旨の報告があった。

2) 学会活動推進委員会

第28回学術集会時に薬剤師にオンデマンド講演を行った旨の報告があった。

3) 広報委員会

ニュースレターの発行（2024年3月）、ニュースメールの配信（計46回）、SNS開設の是非について検討

した旨の報告があった。

4) 倫理委員会

転載許諾申請に関する3件の問合せに対し検討し、承認した旨の報告があった。

5) 政策提言委員会

看保連の研究助成金制度へ申請するため研究内容を検討し、第29回学術集会での企画内容の検討を行った旨の報告があった。

6) 論文賞選考委員会

第26巻第1、2号掲載論文より2023年度優秀論文賞、奨励論文賞の選考をおこない、第28回学術集会において論文賞記念講演および表彰式を行い、賞状と楯を贈呈した旨の報告があった。

また、第27巻1、2号より以下の論文を2024年度奨励論文賞として選出した。

■ 2024年度優秀論文賞

「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

[原著] 日本在宅ケア学会誌, 27 (1):47-54 (2023)

■ 2024年度奨励論文賞

「慢性呼吸器疾患患者に対する看護師・理学療法士・作業療法士による在宅呼吸リハビリテーションの実践に関する質的研究」

北村智美、五十嵐歩、野口麻衣子、吉江悟、山本則子

[原著] 日本在宅ケア学会誌, 27 (2):75-84 (2023)

7) 実践・研究助成委員会

第11回（2024年度）実践および研究助成に7件の応募があり1件を採択した旨の報告があった。また、2022年度研究助成採択者の全額返還を求めた旨の報告があった。

8) 生涯教育委員会

まちかどフォーラムを毎月1回オンライン開催し、第29回学術集会にて委員会企画としてオンラインによる公開講座を行った旨の報告があった。

9) ガイドライン作成委員会

新規クリニカルクエスションについての文献スクリーニング等を行い、理事会パネルの実施、および、市民委員からの意見を反映させ、在宅ケア実践ガイドライン改訂版の原稿「第2版在宅ケア実践ガイドライ

ン2025（仮）」を作成した旨の報告があった。

10) ガイドライン作成委員会内ガイドライン改訂委員会

ガイドライン作成委員会とともに、在宅ケア実践ガイドライン改訂版の原稿「第2版在宅ケア実践ガイドライン2025（仮）」作成のため、追加文献の収集等を行った旨の報告があった。

11) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

在宅ケアのエコーとテレナーシングオンデマンド研修を開催し、ライブ配信による講義を計2回行った旨の報告があった。

12) 看護系学会等保険連合（看保連）

令和6年度診療報酬・介護報酬改定に向けた要望書を提出し、2024年度研究助成事業として政策提言検討委員会の研究テーマが採択された旨の報告があった。

13) 日本看護系学会協議会（JANA）

JANAからの案内を会員向けに配信し、総会・意見交換会に出席した旨の報告があった。

14) 日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

次の3点について報告があった。

①7月28日に在宅ケアサミット2024を開催する。

②日本在宅ケア学会はアカデミックグループに属し、3つのライフに関する尺度の開発を行う役割を担っている。③食支援に関する活動、災害対策に関する委員会に参加している。

15) 日本社会福祉系学会連合

次の4点について報告があった。

①災害福祉アーカイブとして災害関連の論文や報告書を収集し公表している。②学術会議の社会学委員会社会福祉分科会が開催する会議を支援した。③Withコロナ時代における研究に関する状況とニーズと学会活動のあり方についてのアンケート調査を実施した。

④加盟学会が開催する講演会等への補助金制度を実施した。

16) 日本医療安全調査機構

定期的に配信される医療事故報告メールを役員へ配信し、総会に出席した旨の報告があった。

2. 第2号議案：2023年度決算について

資料3を基に、2023年度収支計算書、2023年度貸借対照表、2023年度財産目録について報告があった。審議を行った結果、第2号議案は64名により承認された。

なお、収入の部については、会費収入12,537,348円（正会員1,156人、学生会員73人）、入会金612,500円（正会員106人、学生会員33人）、投稿料125,000円（25論文）等を含め、合計18,281,374円の収入があった。

また、支出の部については、学会誌印刷費1,938,750円、J-STAGE掲載関連費用139,250円、迅速査読関連費用154,000円、学会事務委託費3,258,200円、ガイドライン作成委員会費2,645,000円等、合計12,889,150円を支出し、次年度への繰越金を30,082,383円とした。

3. 第3号議案：2023年度監査報告について

資料4を基に、2023年度の業務および会計監査が実施され、事業報告および理事の職務の遂行等について法人として正しく行われていること、また、会計書類等についても適正かつ正確であった旨の報告があった。審議を行った結果、第3号議案は65名により承認された。

4. 第4号議案：2023年度選挙結果について

資料5を基に、2023年度選挙結果について、投票率は55.7%であること、次点者からの繰り上げ当選し、理事および監事を選出した旨の報告があった。審議を行った結果、第4号議案は65名により承認された。

5. 第5号議案：新役員体制について

資料6および7を基に、新役員体制・新委員会体制について報告があった。選出された理事および監事により、新理事長は中谷久恵先生が選出された旨の報告があった。審議を行った結果、第5号議案は65名により承認された。

6. 第6号議案：名誉会員の推薦について

資料8を基に、名誉会員の選出について報告があった。定款に定めた要件に基づき総務担当理事にて選出し、理事会の承認を得た福島道子会員、および、白澤政和会員を名誉会員へ推薦する旨の報告があった。審議を行った結果、第6号議案は65名により承認された。

7. 第7号議案：2024年度事業計画について

資料9・10を基に2024年度事業計画の報告があった。審議を行った結果、第7号議案は65名により承認された。

8. 第8号議案：2024年度予算について

資料11を基に2024年度予算の報告があった。審議を行った結果、第8号議案は64名により承認された。

なお、収入の部については、会費収入12,370,000円（正会員1,210人、学生会員50人、賛助会員1社）、入会

金325,000円（正会員60人，学生会員10人），投稿料150,000円（30論文），看保連研究助成金500,000円等を含めて，合計13,775,200円の収入とした。

また，支出の部については，機関誌印刷費1,500,000円，J-STAGE掲載関連費用1,854,000円，学会事務委託費3,429,000円等を含め，合計13,317,814円の支出とし，次年度への繰越金を30,539,769円とした。

【報告事項】

1. 学術集会について

1) 第29回学術集会進捗状況について

資料12を基に，第29回学術集会進捗状況の報告があった。前期登録までで，参加登録数約780名であり，非会員の参加申込が多い傾向であり，引き続き参加登録を企業や会員等へ呼びかけていく旨の報告があった。

2) 第30回学術集会について

資料13を基に，第30回学術集会の会期・日程に関する報告があった。

学術集会長：河野あゆみ（大阪公立大学）

会 期：2025年9月13日(土)～14日(日)

会 場：千里ライフサイエンスセンター

テーマ：サイエンスとひとが創り出す在宅ケア

一般社団法人日本在宅ケア学会 2024年度第1回理事会議事録

I. 日 時：2024年8月23日(金)18：00～19：30

II. 場 所：TKP ガーデンシティPREMIUM東京駅丸の内中央

III. 出席者：理 事 長 中谷 久恵
副理事長 片山 陽子
総 務 永田 智子 結城美智子
会 計 石橋みゆき
理 事 牛久保美津子* 内田 陽子*
榎本 雪絵 大野かおり
尾崎 章子 叶谷 由佳*
菊地ひろみ 河野 光伸
小林 裕美 酒井 昌子
高砂 裕子 竹本与志人*
臺 有桂 服部ゆかり

三輪 恭子

監 事 池田 直樹* 正野 逸子

事 務 局 北川 瑞季 中務 葵

(*印は欠席者)

IV. 議 事：

議事録署名人の選出

定款に基づき，中谷理事長，正野監事を署名人とすることとした。

【審議事項】

1. 前回会議議事録の承認

資料1を基に，2024年度新理事会議事録（案）を確認のうえ，これを承認した。

2. 新役員体制について

資料2，3を基に，2024～2026年度の役員・委員会名簿を確認のうえ，これを承認した。

3. 入退会承認について

資料4を基に，新入会者15名，退会者7名を確認した。

学会運営に長く携わってきた会員1名より退会の申し出があったことから，中谷理事長より引き留めの依頼をすることとなったため，一部検討事項を残し，これを承認した（なお，1名については依頼の結果，今年度で所属を辞される退職理由であったため慰留せず退会が確定した）。

また，学会として会員数の増加を目指していることから，学術集会でのチラシの配布などの働きかけを行う旨の説明がされた。

なお，入会の際の推薦者記入が，新規入会のハードルを上げていると考えられることから，推薦者に役員の氏名を記載するように声かけを積極的に行うよう，中谷理事長より依頼があった。

4. 2024年度会員報告会について

資料5，参考資料1，2を基に，2024年度会員報告会について説明があった。第29回学術集会1日目の昼に，会員へ向け，第29回学術集会の開催状況報告，会務・会員数等の報告，2023年度決算の報告，選挙結果報告，事業計画と委員会活動計画の報告，論文賞授賞式，名誉会員表彰式を行う旨が説明された。

また参考資料1，2，3をもとに，会員報告会当日の流れを確認した。

また，参考資料2のスライドの誤字や疑問点がないかを各委員長で確認・修正した。

5. 2024年度活動計画の変更等について

資料6, 審議事項4の審議を基に, 2024年度活動計画の確認を行った。

活動計画に変更のある委員会の概要は以下の通り。

1) 倫理委員会

理事会からの諮問事項に対応する。

2) 政策提言検討委員会

第30回日本在宅ケア学会学術集会にて行う, 2024年度研究内容に関連した委員会企画の検討をすることが追加された。

3) 在宅ケアイノベーション研究研修委員会

在宅ケアにおけるイノベーション推進を目的に「在宅ケアイノベーション大賞」を新設し, 2年かけて受賞者を決める。今年度は計画の1年目として, 応募者を募り, 大賞候補者の選定を行う。

また資料を基に諮り, 以下のような意見があったことから, チラシの一部を訂正して第29回日本在宅ケア学会学術集会で配布するが, 選定方法の詳細は継続審議となった。

- ・広報の方法について検討する必要がある。
- ・大賞候補者の最終決定時期の調整が必要である。
- ・第30回学術集会は大賞候補者の審議の場なのか, 大賞受賞者の発表の場なのかを明確にする必要がある。
- ・第30回学術集会にて発表を行う場合, 学術集会長とのスケジュールの調整を行う必要がある。

6. その他

中谷理事長より各委員会に下記依頼があった。概要は以下の通り。

1) 学会活動推進委員会

第30回学術集会を記念大会とし, その計画を付託する。

式典・催事の詳細については, 2024年第2回理事会にて審議を行う。

2) 広報委員会

学会HPの過去の情報を, 順次最新のものに更新する。

3) 倫理委員会

①新委員会で何か行事を催す場合は, その際に予算をあげること。

②日本在宅ケア学会には倫理委員会が承認を持たせられるような機能がないため, 学会自体が倫理の承認を行えるような機能を持たせられるよう検討を行う。

2024年第2回理事会(12月予定)は開催日程が未定のため, 後日事務局より日程調整を回付する予定である報告があった。

【報告事項】

1. 第30回学術集会における委員会企画募集

資料7を基に, 三輪大会事務局長より来年度の第30回日本在宅ケア学会学術集会の委員会企画募集について説明があった。概要は以下の通り。

- ・日程: 2025年9月13日(土)・9月14日(日)
- ・会場: 千里ライフサイエンスセンター
(大阪府豊中市新千里東町1-4-2)
第3会場(96名)または第4会場(60名)。
- ・準備・後片付けも含めて1セッション80分とし, 自主運営で行う。
- ・PC1台・プロジェクター・スクリーン・マイクの設置はあるが, その他必要な資材・機器は準備が必要。
- ・企画案については①テーマ②企画趣旨と内容③タイムスケジュール④世話人の氏名・所属・連絡先(メールアドレス)⑤開催日等の希望を, 2024年12月20日(金)までに, 三輪大会事務局長まで提出すること。
- ・抄録については, 別途依頼がある。

2. 学術集会長について(第31回(2026年度), 第32回(2027年度))

中谷理事長より, 第31回(2026年度)の学術集会長が片山副理事長である報告があった。

第32回(2027年度)の学術集会長は現時点で未定であるが, 第32回, 第33回の学術集会長は看護職以外から選任する予定であり, 2024年第2回理事会にて報告する予定である旨が報告された。

3. 会費免除承認報告

参考資料4を基に, 災害等における年会費免除規定の説明があった。今回1名(居住地:石川県)の申請があり, 規定に基づき, 執行部による審議を経て承認されたことが報告された。

一般社団法人日本在宅ケア学会 在宅ケア実践の質の向上と推進に関するステートメント

基本的立場

在宅ケアの実践においては、地域で暮らす人々が自らの能力を最大限に発揮し、自立した生活を送ることができるように支援することをめざします。

地域に暮らす多様な人々の人権と主体性を尊重し、地域で共に暮らすノーマライゼーションの考え方にもとづいて、健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等のあらゆる側面において人としての尊厳と権利を守り、在宅ケアを必要とするすべての人々の生活の質が確保されるようにしていかなければならないと考えます。

本ステートメント作成の目的

日本在宅ケア学会は日本学術会議に登録されている学術団体の中でも、在宅ケアに関する数少ない法人格をもつ団体の1つであり、保健医療福祉等の多職種による会員で構成されています。

そのため、学会活動や研究成果の発信を通して、専門職や研究者コミュニティにとどまらず、広く実践家、市民、サービス提供機関等、わが国の社会に貢献する使命をもつと考えます。

本ステートメントは、在宅ケアに関する日本在宅ケア学会の考え方を示し、在宅ケア実践の質の向上、および在宅ケア実践の推進を図ることをめざして作成するものです。

在宅ケアに関する定義

1. 在宅とは

「在宅」とは、自宅、または入居施設が生活の場となっていることをさします。なお、生活の場を基盤とした通院・通所、および一時的な入院もその範囲に含みます。

2. 在宅ケアとは

「在宅ケア」とは、在宅ケアを必要とする人々に対してその生活の場において行われるケアをさします。

在宅ケアの提供内容は、専門職、ならびに家族や地域の人々が在宅において、主に以下のことを行うものです。

- ・自立をめざした生活（日常生活、就労、教育を含む）

支援

- ・心身の健康状態の維持増進のための医療支援
- ・療養・治療・服薬・食事・栄養・口腔・運動・健康増進等に関する保健指導
- ・医療的な処置、および医療機器を用いた療養支援
- ・リハビリテーション
- ・意思決定の支援と権利擁護
- ・こころの支援
- ・緩和ケア
- ・エンドオブライフケアや看取り
- ・保健・医療・福祉・介護・教育・就労等の制度や資源の導入・活用
- ・日常生活用具の導入や住宅改修支援
- ・地域ケアシステムの開発や構築 等

3. 在宅ケアを必要とする人々とは

「在宅ケアを必要とする人々」とは、健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等のニーズがあり、在宅で生活するあらゆる年代、あらゆる健康状態の人々をさしています。

在宅ケアを必要とする人々のニーズは、比較的解決が容易なものから解決が困難で複雑であるものなど多様であり、かつ固定的ではなく、常に変化を伴います。その際に在宅ケアを必要とする人々は、人としての権利や価値観、社会的役割、社会的関係性などの特性を尊重され、これらの特性に応じたケアが提供されるべきです。

4. 在宅ケアの担い手とは

在宅ケアは、主に以下のような専門職、ならびに家族や地域の人々によって担われます。

- ・医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、義肢装具士、管理栄養士、栄養士、社会福祉士、介護福祉士、訪問介護員（ホームヘルパー）、精神保健福祉士、介護支援専門員、公認心理師、臨床心理士、あんま・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師、保育士、教員、相談支援専門

員等

- 民生委員・児童委員，認知症サポーター，町会，自助グループ，患者会，家族会，ボランティア団体，NPO，地域の人々等

これら在宅ケアの担い手は，在宅ケアを必要とする人々のニーズを速やかに捉え，多職種で課題を検討し，包括的・継続的なケアの提供を行います。

ステートメント 1～8

1. すべての人の尊厳と主体性の尊重

保健・医療・看護・福祉・介護活動等を通じ，乳幼児から高齢者のすべてのライフステージの人，および未病からエンドオブライフ期にあるすべての健康状態にある人の尊厳と主体性を尊重します

自宅や地域で暮らすすべての健康状態にある人々の尊厳と主体性を尊重し，その人の能力を最大限に発揮して，自立した生活を送ることができるよう支援することをめざします。

国連は 1948 年に世界人権宣言¹⁾を採択し，すべての人が人権および自由を尊重し，それを確保するために達成すべき共通の基準を定めました。そのため，在宅ケアでは，未病からエンドオブライフ期にある多様な人々の健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等，あらゆる側面において人としての尊厳と権利を重視し，すべての人の生活の質が確保されるように支援していかなければなりません。そのためには，在宅でも質の高いケアを受けることができるよう，諸制度の整備を推進します。

2. 自立した質の高い生活を送ることへの支援

在宅ケアを必要とする人々の自己決定，自己能力の発揮，そして自らの幸福を追求する権利とその責任にもとづき，在宅ケアを必要とする人々が自立した質の高い生活を送ることを支援します

在宅ケアの主体は，ケアを必要とする人々にあります。そのため，在宅ケアを必要とする人自身の自己決定を尊重する姿勢が重視されます。このことによりケアを必要とする人自身がもつ能力を発揮できるよう支援し，自らの幸福を追求する権利を守ると同時に，自身が選んだケア等への責任と役割も担いながら，自立した質の高い生活を送ることを支援します。

3. 在宅ケアの機会均等

在宅ケアを必要とする人々へのケアの機会に格差が生じない在宅ケアのあり方を探求します

乳幼児から高齢者まですべてのライフステージで在宅ケアを必要としているすべての人々が，どのような環境であろうとも，安全で安心できる質の高い在宅ケアが受けられる社会づくりが望まれます。

日本在宅ケア学会は，地域・家族形態・性・生活水準・年齢・国籍・宗教・信条・障害・健康状態の違いによって，必要な在宅ケアの機会に格差がないようにし，資源の偏在のない適切な在宅ケア提供体制のあり方を探求します。さらに，各地域において，質と量の格差のない最善の在宅ケアを提供できる体制構築のために，学術活動を通じて広く推奨できる在宅ケアの内容を確立することに努力していきます。

4. チームケアの推進

在宅ケアを必要とする人々とその家族を中心とし，専門職，地域の人々，多機関をつないだ協働によるチームアプローチを推進します

在宅ケアを必要とする人々の生活を支えるためには，多様なニーズに応えるケアが必要です。そのためには，在宅ケアを必要とする人々と家族を中心としたチームにより，ケアを提供することが求められます。チームには各専門職とともに，地域の人々を含み，生活の多面にわたるニーズに対応するケアを行います。チームはケアを必要とする人々と家族の視点を尊重し，医療機関や地域の各種施設と緊密に連携し，住み慣れた地域で暮らし続けられるよう，協働してケアを推進します。

5. 市民への啓発活動と地域包括ケアの推進

市民とともに創る質の高い在宅ケアに向けた啓発活動に注力し，市民や医療機関，および地域の各種施設とともに地域包括ケアを推進し，共に支え合う地域共生社会づくりをめざします

在宅ケアでは，すべての人々が住み慣れた地域でその人らしい生き方を実現することを推進します。そのためには，その地域の歴史や文化を踏まえつつ在宅ケアシステムを構築していくことが重要です。そのため市民とともに，行政・保健医療福祉機関・民間企業・ボランティア団体・NPO 等が協力し合って，自宅や地域で最期ま

で自分らしく生きることの価値を共有して、共に支え合うための活動を推進します。とりわけ市民への在宅ケアに関する啓発活動に注力し、自律的な地域づくりを推し進めます。

日本在宅ケア学会は人々の生活が地域の支え合いの中で成り立っていると見え、すべてのライフステージを見据え、健康増進・保健・予防・医療・看護・リハビリテーション・福祉・介護・就労・教育・住まい等に関する必要なサービスを受けられるよう、諸サービスを包括的に提供し、地域共生社会による在宅ケアシステムを構築することを推進します。

6. 在宅ケアを担う専門職の生涯教育

質の高い在宅ケアの担い手としての専門職への生涯教育を推進します。また高度な実践力やケアシステムを変革する力をもつ在宅ケアの実践者の育成をめざします

在宅ケアは複合的に多角的に提供されます。そのため、在宅ケアの担い手である専門職は、常に自身のケアの質を高めるための研鑽し、高度な実践力やケアシステムを変革する力をもって実践する必要があります。日本在宅ケア学会は、在宅ケアの担い手としての科学性と精神性をバランスよく備えた人材を育成するため、生涯教育の機会を設けることを推進します。

7. 科学的根拠のある在宅ケアのための研究活動

不断の研究活動を通じた科学的根拠のある在宅ケアを推進し、実装に向けた努力と社会の変化に合わせた在宅ケアのイノベーションを行っていきます

日本在宅ケア学会は、学術集会における研究成果の発表や機関誌「日本在宅ケア学会誌」の発刊を通じて、在宅ケアに関する研究成果を継続的に公表していきます。これらの掲載にあたっては、ピアレビュー制度をとり入れ、科学的根拠のある研究成果としての確認を行います。また、著者には、利益相反の申告を求めるとともに、研究遂行にあたって倫理的配慮について厳密な説明を求め、在宅ケアを必要とする人々の人権や個人情報保護を慎重に行っているかを確認し、著者に研究活動に対して高い科学性を求めています。加えて、学会として

の組織的な研究活動を通じて、在宅ケアに関する重要な実践的課題を取り上げ、それらに関する科学的根拠を収集し、ケアの推奨をまとめたガイドラインづくりを推進します。作成したガイドラインは、定期的に根拠の更新を行い、現場で実装できるよう努力を行うなど、不断の研究活動を行っていきます。

8. 在宅ケアのための政策提言と情報の発信

在宅ケアを必要とする人々とその家族の生活の質の向上に寄与する在宅ケアの開発・構築を推進するため、政策提言とタイムリーな情報発信を積極的に行います

日本在宅ケア学会は、在宅ケアを必要とする人々のニーズや在宅ケアを担う専門職等の実態、在宅ケア体制の改善・構築・開発に関するニーズ等在宅ケアの現状及び課題を学術的に検討し評価します。

それらを踏まえて、人々が住み慣れた地域で主体性が尊重された在宅生活が継続できることをめざし、より良い在宅ケア体制の構築と、在宅ケアの質の向上のために、関連団体とも連携し、積極的に政策提言を行います。また、学会がもつ情報の発信をタイムリーに行います。

引用文献

- 1) United Nations. (1948). The Universal Declaration of Human Rights (国連世界人権宣言). [Retrieved from URL. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, 2023年12月2日].

2017 年 11 月 24 日初版作成

2023 年 12 月 2 日第 2 版作成

一般社団法人日本在宅ケア学会

一般社団法人日本在宅ケア学会事務局

〒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

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の解任の訴え（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、役員の選任及び解任（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面等の閲覧等）
 (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責任の一部免除
 - (5) 役員の責任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責任の一部免除
- (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、データの一部分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、権力関係行使して、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 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。

第12回実践および研究助成選考結果

2025年度助成者

■「慢性閉塞性肺疾患を有する在宅療養者のアドバンスケアプランニングに伴う経験：現象学的アプローチ」
南 琴子（聖路加国際大学大学院看護学研究科博士後期課程）

■「急性期病棟看護師の退院支援実践力と退院支援看護師からの働きかけに対する認識との関連」
佐藤 絵美（新潟県立看護大学大学院博士前期課程）

■「看護基礎教育における多職種連携・協働の学びを促す訪問看護事業所での臨地実習とその指導」
國丸 周平（滋賀県立大学 人間看護学部）

※助成額：各20万円

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。ブルーの表示より、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

「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取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。

査読者一覧 (第28巻1, 2号)

今年度ご尽力くださった査読者に心からお礼申し上げますとともに、会員のみなさま方に今後とも活発な投稿やご意見をお願い申し上げます。 (五十音順)

雨宮 有子	安齋ひとみ	石原多佳子	井上 高博
内野 聖子	大村佳代子	岡田 進一	岡田 麻里
叶谷 由佳	河原加代子	金原 京子	口村 淳
坂井 志麻	酒井 昌子	島村 敦子	田中 陽子
辻村真由子	仲井 達哉	乗越 千枝	原田 祐輔
堀口 和子	丸尾 智実	三上 ゆみ	山田 雅子

「日本在宅ケア学会誌」投稿論文の締切について

第30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ます。

1. 第30巻第1号投稿論文締切日：2026年2月末日
2. 第30巻第1号刊行時期：2026年9月末日予定
3. 第30巻第2号投稿論文締切日：2026年8月末日
4. 第30巻第2号刊行時期：2027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
(2024 年 7 月 27 日～ 2026 年度社員総会まで)

理事長

中谷 久恵 (広島大学大学院)

副理事長

片山 陽子 (香川県立保健医療大学)

理事

石橋みゆき (千葉大学大学院)
牛久保美津子 (群馬大学大学院)
内田 陽子 (群馬大学大学院)
榎本 雪絵 (杏林大学)
大野かおり (兵庫県立大学)
尾崎 章子 (東北大学大学院)
叶谷 由佳 (横浜市立大学)
菊地ひろみ (札幌市立大学)
河野 光伸 (金城大学大学院)
小林 裕美 (㈱在宅看護実践研究所)
酒井 昌子 (聖隷クリストファー大学)
高砂 裕子 (南区医師会訪問看護ステーション)
竹本与志人 (岡山県立大学)
臺 有桂 (神奈川県立保健福祉大学)
永田 智子 (慶應義塾大学)
服部ゆかり (東京大学大学院)
三輪 恭子 (大阪公立大学大学院)
結城美智子 (北海道大学大学院)

監事

池田 直樹 (上本町総合法律事務所)
正野 逸子 (令和健康科学大学)

代議員

麻原きよみ (大分県立看護科学大学)
新井香奈子 (滋賀県立大学)
石垣 恭子 (兵庫県立大学)
石原多佳子 (岐阜聖徳学園大学)
上野 まり (一般社団法人日本在宅ケア教育研究センター)
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)
王 麗華 (大東文化大学)
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 (三重大学大学院)
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)
加瀬 裕子 (Western Sydney University)
片岡ひとみ (山形大学)
金盛 琢也 (浜松医科大学)

代議員

亀井 智子 (聖路加国際大学大学院)
萱間 真美 (国立看護大学校)
川上 理子 (高知県立大学)
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)
河野あゆみ (大阪公立大学)
小西かおる (大阪大学大学院)
小林 淳子 (仙台青葉学院大学)
齋藤 美華 (仙台青葉学院大学)
佐々木明子 (東北文化学園大学)
下田 信明 (東京家政大学)
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
高橋 奈美 (札幌市立大学)
竹生 礼子 (北海道医療大学)
田村須賀子 (富山大学大学院)
辻 彼南雄 (水道橋東口クリニック)
長江 弘子 (亀田医療大学)
中村 順子 (特定非営利活動法人ホームホスピス秋田)
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 (公立小松大学)
平澤 則子 (長岡崇徳大学)
平原 優美 (日本訪問看護財団)
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 (広島国際大学)
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)
村嶋 幸代 (湘南医療大学大学院)
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)
吉田 千文 (常磐大学)

編集委員会

委員長 牛久保美津子 (群馬大学大学院)
副委員長 永田 智子 (慶應義塾大学)
委員 新井香奈子 (滋賀県立大学)
石橋みゆき (千葉大学大学院)
岡本双美子 (三重大学大学院)
小野若菜子 (東京都立大学)
柏木 聖代 (東京医科歯科大学大学院)

梶井 文子 (東京慈恵会医科大学)
佐藤ゆかり (岡山県立大学)
鈴木優喜子 (杏林大学)
古瀬みどり (山形大学)

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 30 回	河野あゆみ	大阪公立大学	2025/9/13-14	サイエンスとひとが創り出す在宅ケア

※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

日本在宅ケア学会誌第28巻2号は、神奈川県鎌倉市で行われた第29回学術集会を特集しています。“「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」というテーマで開催された学術集会においては、在宅ケアの提供者や当事者の視点に加え、在宅での療養生活に関連するインフラ整備に関する視点や、在宅ケアのエビデンス構築に関する視点など、多領域・多職種による企画が展開され、様々な角度でのディスカッションが行われました。本号ではそのなかでも、「在宅ケアの効果の評価」および「ビッグデータ／リアルワールドデータの活用」に関するセッションを取り上げ、登壇された皆様にご執筆いただいています。在宅ケアにおけるエビデンス構築の課題や今後の方向性について多角的に考える機会になるかと思しますので、会長講演と合わせてぜひご一読ください。

本号の掲載論文を見てみると、まず心疾患患者に関する論文が3つ掲載されており、それぞれ当事者の思い、再入院予防対策、在宅での補助人工心臓治療患者への支援が取り上げられています。また、在宅看取りに関する2つの論文が掲載され、中山間地域における看取りと多職種連携が取り上げられています。さらに、福祉用具専門相談員の実践に関する論文、および医療的ケア児受け入れ保育園での実践に関する論文が掲載されています。疾病構造の変化・在宅療養者の多様化、在宅看取りの普及に伴う課題の多角化、多職種連携のより一層の重要性など、在宅ケアをとりまく現状を反映した論文が揃ったと言えるでしょう。

本誌の編集委員会では、電子化や迅速査読の導入など、投稿・査読・雑誌作成のプロセスの効率化や、投稿数の増加に向けた取り組みが継続的に行われてきました。今期の編集委員会でも、牛久保新委員長のもと、さらなる改革が検討されています。在宅ケアに関する研究や実践に関する知見がより円滑に共有されるよう、今後も検討を重ねて参りますので、ぜひ会員や読者の皆様からもご意見を頂戴したく存じます。

2025年は地域包括ケアシステム構築の目途とされた節目の年であり、さらに在宅ケア学会創立30周年という記念の年でもあります。在宅ケアの普及と質向上に向け、学会誌を通しての知の交流がさらに活発化するよう、引き続きご協力のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

永田 智子

日本在宅ケア学会誌 (Journal of Japan Academy of Home Care)

Vol.28, No.2, March, 2025
2025年3月31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 株式会社 HOKUETSU PLANETS

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。