Journal of Japan Academy of Home Care

日本在宅ケア学会誌 Vol.29, No.1, September, 2025

目　次

巻頭言

2040年に向けて，グローバルな視座で拓く日本の在宅ケア　梶井　文子　3

特　集　2025年から2040年を見据えた在宅ケアへ

冒頭言：2040年を見据えた在宅ケアの将来のあるべき提供体制の議論にむけて　柏木　聖代　6

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想について　春日　潤子　7

2040年を見据えた訪問看護のあり方～「訪問看護アクションプラン2025」のふりかえりと「2040年に向けた訪問看護のビジョン」の策定～　高砂　裕子　12

47都道府県の医療計画の分析からみた在宅ケアのあり方　板谷　智也　29

2040年を見据えた都道府県の取組み－群馬県看護協会における取組み　神山　智子　39

2040年を見据え在宅医療に求められる役割　遠矢純一郎　45

総　説

在宅認知症高齢者を対象とした通所施設における認知症リハビリテーションの有効性：システマティックレビューとメタアナリシス　榎本　雪絵，河野　光伸，河田　萌生，久篠　奈苗，池田　晋平，石井　博之，石川　和枝，江藤　祥恵，大友　晋，大野　洋一，岡　遥，桑原　良子，白坂　宏美，清水　恵，尾崎　章子，亀井　智子　49

原　著

援助要請しない地域在住高齢者への支援における地域包括支援センター専門職の役割行動指標の作成　手塚　早苗，杉田由加里　59

喀痰吸引等業務に関連した介護職の職務継続意向を高めるフォローアップ体制整備に向けた検討　伊藤　将子，安田　孝，橋爪　祐美　69

研究報告

訪問看護へ移行し2年以上経験した訪問看護師における自律的判断の様相　仁科　祐子，谷垣　靜子，長江　弘子，岡田　麻里　80

終末期に向けた医療やケアに対する意向を表出する支援を行ううえで介護支援専門員が感じる困難－過疎地域で在宅生活を送る非がん高齢者の場合－　橋本　直子，松井　妙子　89

コロナ禍3年間における訪問看護管理者の振り返り：質的帰納的分析による困難・対処の検討　飯野　愛稀，柏瀬　淳，牛久保美津子　97

経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援－NST専門療法士の資格を有する訪問看護師の実践から－　内橋　恵　105

中国語が対応可能なデイサービスを利用しながら在宅で生活する中国帰国者の晩年期の思い：質的研究　晏　祺君，田村　直子，牛久保美津子　113

終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携促進因子の明確化　中村美穂子，岡田　麻里，岩﨑　玲奈，山下　清香，小野　順子，尾形由起子　123

病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援指標の開発　原口　道子，松田　千春，板垣　ゆみ，小倉　朗子，中山　優季　132

書　評　佐藤ゆかり　143

学会だより：2024年度第2回理事会議事録案（144），令和7年度日本在宅ケア学会論文賞報告（148），2024年度会務報告（149），2025年度事業計画書（150），2024年度貸借対照表（151），2024年度収支計算書（151），2024年度財産目録（154），2025年度収支予算書（155），日本在宅ケア学会誌オンライン投稿方法（158），第13回実践および研究助成金募集について（159），実践および研究助成に関する規定（160），実践および研究助成金応募要領（161），定款（163），倫理綱領（167），科学者の行動規範（168），研究倫理ガイドライン（169），研究発表に関する倫理的事項チェックリスト（171），在宅ケア研究のCOI（利益相反）に関する指針（172），投稿規程（173），掲載料について（173），論文の種類について（174），執筆要項（174），投稿論文作成チェックリスト（176），役員一覧（177），歴代学術集会会長（178），「日本在宅ケア学会誌」投稿論文の締切について（178），編集後記（179）

Journal of Japan Academy of Home Care

Vol.29, No.1, September, 2025

Contents

Foreword

Pioneering Home Care in Japan with a Global Perspective toward 2040 Fumiko Kajii 3

Looking Ahead : The Future of Home Care from 2025 to 2040

Toward a Discussion on the Future Ideal Home Care Delivery System for 2040 Masayo Kashiwag 6

About New Regional Medical Vision for Around 2040 Junko Kasuga 7

The Role of Temporary Nursing at Home that Fixed in the 2040 Reviewing the Nursing at Home Action Plan 2025 and Formulating a Vision for Nursing at Home towards 2040 Hiroko Takasuna 12

Perspectives on Home Care Derived from an Analysis of Medical Plans across Japan's 47 Prefectures Tomoya Itatani 29

Initiatives from the Prefectural Administration and Nursing Association with a view to 2040 in Gunma Prefecture Tomoko Kamiyama 39

Roles Required for Home Healthcare Toward 2040 Junichiro Toya 45

Review Article

Effectiveness of Dementia Rehabilitation at Day Care Facilities on Health Outcomes of Older Adults with Dementia : A Systematic Review and Meta-Analysis Yukie Enomoto, Mistunobu Khono, Aki Kawada, Nanae Kushino Shinpei Ikeda, Hiroyuki Ishii, Kazue Ishikawa, Sachie Etou Shin Ohtomo, Yoichi Ohno, Haruka Oka, Yoshiko Kuwabara Hiromi Shirasaka, Megumi Shimizu, Akiko Ozaki, Tomoko Kamei 49

Original Article

Development of a Role Behavior Indicator for Professionals at Community Comprehensive Support Center to Assist Non-help-seeking Community-dwelling Older Adults. Sanae Tezuka, Yukari Sugita 59

Study of Follow-up System to Enhance the Motivation of Care Workers Registered as Service Practitioners Continuing Their Services Shoko Ito, Takashi Yasuda, Yumi Hashizume 69

Research Report

Autonomous Nursing Judgment Among Home Health Nurses: A Study of Nurses with Two or More Years of Experience Yuko Nishina, Shizuko Tanigaki, Hiroko Nagae, Mari Okada 80

Difficulties Experienced by Care Managers in Providing Support to Older People that Establishes Their Intent on Medical or General Care toward the End of Life: A Qualitative Study on In-home Older People without Cancer in Depopulated Areas Naoko Hashimoto, Taeko Matsui 89

Reflections of Visiting Nurse Managers on Three Years of the COVID-19 Disaster : A Qualitative Inductive Analysis of Difficulties and Coping Aki Iino, Jun Kashiwase, Mitsuko Ushikubo 97

Nutritional Support to Alleviate Malnutrition in Community-dwelling Older Adults with Oral Intake －Nursing Practices Performed by Visiting Nurses with the Qualification of Nutrition Support Team Therapists－ Megumi Uchihashi 105

Late-life Thoughts of Chinese Returnees Living at Home While Using Chinese-enabled Day Services: A Qualitative Study Qijun Yan, Naoko Tamura, Mitsuko Ushikubo 113

Clarification of the Factors Promoting Cooperation between Discharge-planning Nurses and Ward Nurses in Supporting the Discharge of Terminally Ill Patients with Cancer Mihoko Nakamura, Mari Okada, Rena Iwasaki Kiyoka Yamashita, Junko Ono, Yukiko Ogata 123

Development of a Measure of Homecare Support Involving Nursing Collaboration between Hospital Nurses and Home-visit Nurses Michiko Haraguchi, Chiharu Matsuda Yumi Itagaki, Akiko Ogura, Yuki Nakayama 132

Book Review 143

2040年に向けて，グローバルな視座で拓く日本の在宅ケア

Pioneering Home Care in Japan with a Global Perspective toward 2040

梶井　文子

日本在宅ケア学会誌，29(1)：3-5(2025)

2025年に入り，世界は今，かつてない速度で変化している．地球規模での高齢化の進行，パンデミックや戦争，気候変動など多様な要因が，各国の医療・福祉体制に大きな影響を与えている．一方，我が国の医療・介護の在り方はかつてないほど大きな転換点を迎えている．とりわけ在宅ケアは，超高齢社会の深化に対応する中心的な役割を果たしつつあり，2040年を見据えた戦略的展望が強く求められている．現在，日本の高齢者人口は増加の一途をたどり，2025年には団塊ジュニア世代が高齢期を迎えることにより，65歳以上の人口が全人口の約30％，2040年には約35％となると推計されている[1]．このような中，医療資源の集中や入院医療の限界が浮き彫りとなり，「できるだけ住み慣れた地域で暮らし続けたい」という国民の想いを叶えるための在宅ケア体制の強化が不可欠であると考える．世界に先駆けて超高齢社会を迎えた国として，2040年に向けて日本の在宅ケアのあり方について見つめ直したい．

1．世界的な高齢化と介護モデルの多様化

世界保健機関（WHO）によれば，世界の人口は増加しているが，少子高齢化である[2]，特にアジア地域においてその少子高齢化の傾向が顕著である．各国はそれぞれの文化や社会制度に応じた在宅ケア体制を模索しており，スウェーデンやオランダでは地域密着型のチームケアが発展している[3-4]．また，アメリカではテレヘルスやAIを活用した訪問支援[5]が期待されている一方，中国では急速な都市化により，伝統的な家族介護モデルが見直されつつある[6]．こうした世界の動きと比較して，日本の在宅ケアは制度面では先進的な部分もありながら，「個別最適化」に偏りがちで，地域格差や制度利用の複雑さが課題[7]として挙げられている．2040年に向けては，日本は，世界の多様な実践に学び，柔軟かつ包摂的なケア体制を構築していくことが求められる．

2．パンデミックと地政学的影響からの教訓

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は，世界中の医療制度に甚大な影響を及ぼし，とりわけ高齢者施設や病院の感染リスクが顕在化した[8]ことで，「自宅での療養」が重要な選択肢として再認識された．今後，感染症だけでなく，災害や気候変動による避難・移動の困難化も見据え，在宅を「安全な居場所」として守る体制の再構築が求められると考える．さらに，ロシア・ウクライナ情勢，中東不安，台湾有事への懸念など，地政学的リスクが高まる中，エネルギー・物流の供給不安や経済的格差が在宅医療資源にも影響を及ぼしかねない．とくに医療機器，医薬品，輸送手段などの確保は今後の危機管理に直結する課題であり，国家レベルでの準備と地域レベルでの連携が不可欠であると考える．

Fumiko Kajii：東京慈恵会医科大学医学部看護学科老年看護学教授

3．グローバル人材と日本的ケア文化の融合

2040年の在宅ケアを見据えると，最も大きな課題の一つは「担い手の確保と育成」である．看護職，介護職の人材不足[9-10]は深刻化しており，これに対しては業務の効率化，タスクシフティング，外国人介護人材の受け入れなど，多角的な対策が必要と考える．日本の在宅ケアの未来において，外国人介護人材の受け入れと育成について，近年，EPAや特定技能制度によりアジア諸国からの人材受け入れが進む[11]中，日本語教育や文化的理解の促進が必要となるであろう．一方で，「おもてなし」「察する文化」「家族中心の価値観」など，日本独自のケア文化をどのように国際的枠組みの中で共有し，さらに洗練させていく必要性も検討する必要がある．2040年には多国籍・多文化のスタッフと共に働くことが当たり前の時代が到来する中で，在宅の現場で求められるのは，単なる語学力ではなく，「文化的コンピテンス（異文化理解力）」と「対話によるケア力」であり，それを支える教育と現場の工夫が課題と考える．

4．地域包括ケアから地域共生社会へ

我が国では「地域包括ケアシステム」の構築が推進されてきたが，今後はそれを基盤に，高齢者のみならず，障がいを持つ方，子育て世代，ひとり親家庭，外国人居住者など，多様な背景を持つ人々が共に支え合う「地域共生社会」において，在宅ケアは単なる医療・介護の提供にとどまらず，福祉，教育，雇用とも連動した展開が求められる．

地域共生社会をつくる地域資源の再評価と地域資源の連携が重要であり，小規模な診療所や訪問看護ステーション，ケアマネジャー，地域住民ボランティアなど，地域に根ざした資源がネットワークとして機能し，持続可能なケア体制を形成することが望まれる．

5．テクノロジーの進化と倫理的課題

現在，遠隔診療（オンライン診療）[12]，バイタルのモニタリング[13]，電子カルテの地域連携[14]などの実証が進みつつあり，2040年にはこれらの技術が標準化されることで，より迅速かつ的確なケアが実現されることが期待され，ICTやAIの活用が在宅ケアの質を高める可能性がある．しかし，プライバシーの保護，情報リテラシーの格差，テクノロジーに依存しすぎない「人間中心のケア」の在り方といった倫理的な課題も浮上してくるであろう．ケアを受ける人が置き去りにならない，対話と共感に根ざした支援が今後ますます重要になると考える．

6．学際的連携と次世代への継承

これからの在宅ケアは，医師・看護師・介護職，薬剤師，管理栄養士，福祉職，心理士など多職種が連携し，学際的に支え合う体制づくりが求められる．若い世代にとって在宅ケアが魅力ある分野であり続けるためには，現場での知見や実践を次世代へと継承していく教育体制の整備が必要と考える．教育機関との連携や，地域の中高生を巻き込んだ福祉教育の推進など，未来を担う世代へのアプローチが鍵となるだろう．

以上のように，日本の在宅ケアは，グローバルな課題と地域の実情が複雑に交差する場でもある．しかし，我が国は，世界の先頭を走る責任と可能性を有している．テクノロジー，地域連携，担い手支援，そして国際協力など，多角的な視野で課題を共有し，知恵と実践を結集することで，2040年を見据えた在宅ケアはより明るく，力強いものになると考えるが，その道のりは決して平坦ではないことが予想される．しかし，ケアの本質は「人と人とがつながり，支え合う営み」であることに変わりはない．科学技術や制度の変化を活かしながらも，常にケアの中心に「その人らしさ」を据える姿勢を，私たちは忘れてはならない．これからも本学会が，多職種・多世代・多文化の知と実践をつなぐプラットホーム的な役割を持ちつづけ，在宅ケアの未来を切り拓いていくことを願いたい．

■引用文献

1）内閣府：高齢化の状況(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf, 2025.6.30).

2）林玲子：国連世界人口推計World Population Prospects 2024年版について(https://www.ipss.go.jp/international/files/WPP2024_Hayashi.pdf, 2025.6.30).

3）岩渕亜希子：スウェーデン地域包括ケアシステム視察報告(2). 追手門学院大学地域創造学部紀要, **4**：135-143（2019).

4）堀田聰子：オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策－我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて－. JILPT Discussion Paper Series 12-07, 1-122（2012).

5）Jeeyae Choi, Seoyoon Woo, and Anastasiya Ferrell：Artificial intelligence assisted telehealth for nursing: A scoping review. Journal of Telemedicine and telecare. 2025（https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1357633X231167613, 2025.6.30).

6）Litao Zhao：China's aging population：A review of living arrangement, intergenerational support, and wellbeing. Health Care Science 2023.（https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/hcs2.64, 2025.6.30).

7）西村周三：都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究研究　平成27年年度総括・分担研究報告書, 平成25～27年度　総合研究報告書　平成28年（https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2015/151011/201501003A/201501003A0001.pdf, 2025.6.30).

8）Mohammad Rashidul Hashan, Nicolas Smoll, Catherine King, Hannah Ockenden-Muldoon, Jacina Walker, Andre Wattiaux et al.: Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. eClinical Medicine. 2021（https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2821%2900051-1, 2025.6.30).

9）Yudai Kaneda, Akimi Yamashiro：Addressing nursing shortages in Japan: toward quality and quantity enhancement. Journal of Public Health and Emergency. 2023. 7（https://jphe.amegroups.org/article/view/9401/html, 2025.6.30).

10）大竹恵子：介護福祉士の介護分野での就業に関する現状と課題. Graduate School of Policy and Management, Doshisha University, 39-52.

11）于洋：わが国における外国人介護人材の受け入れ政策の展開と課題. 城西現代政策研究, **13**（2）：1-17（2020).

12）丹野巡：循環器オンライン診療/遠隔モニタリング(バイタルサイン・心音など). 特集 デジタル医療で循環器診療はどう変わる？ 診る1, Heart View, **27**（8）：716-721（2023).

13）Duarte Dias, João Paulo Silva Cunha：Wearable Health Devices－Vital Sign Monitoring, Systems and Technologies. *Sensors*, **18**（8）：2414（2018).

14）戸島雅彦, 田村豊, 西野真樹：地域医療連携に向けた院内情報共有システムの構築　電子カルテとの共存. 日本情報経営学会誌, **37**（1）：32-41（2017).

特集：2025年から2040年を見据えた在宅ケアへ

冒頭言：2040年を見据えた在宅ケアの将来のあるべき提供体制の議論にむけて

柏木　聖代

日本在宅ケア学会誌，29(1)：6(2025)

日本では，少し前まで「団塊の世代」全員が75歳以上となる超高齢社会の到来により生じる様々な課題である「2025年問題」について議論してきましたが，今年はその2025年となりました．総務省統計局[1]によると，2025年1月1日現在の総人口は1億2,336万人であり，うち，75歳以上人口は2,091万人で全人口の16.9％を占めています．また，65歳以上人口は3,619万7千人（全人口の21.2％）であり，2042年には3,878万人（全人口の31.4％）となりピークを迎えることが予測されています．

介護と医療の複合ニーズを抱える高齢者人口の増加に加え，生産年齢人口の減少が見込まれる中，今後さらに需要が増大する在宅ケアの提供体制をどうしていくかは非常に大きな課題となっています．介護サービスの需要や医療・介護のサービス提供体制の状況は地域によって異なっており，在宅医療・介護を担う人材の確保やコロナ禍や災害などへの対応によって顕在化した課題等も踏まえ，在宅医療の体制整備の議論が進められています．

二次医療圏は都道府県が定める地域医療計画の単位であり，病床の整備を図るべき単位として設定されています．一方，在宅医療の圏域は，医療資源の整備状況や在宅医療において積極的な役割を担う医療機関やサービス事業所の配置状況等によって大きく異なり，市区町村や二次医療圏を超えた議論が必要かもしれません．訪問看護を例に挙げると，ある離島は二次医療圏単位でみると訪問看護を行う医療機関，訪問看護ステーションがありますが，実際の在宅医療の圏域となる島内には訪問看護ステーションはなく，唯一の病院の看護師が病棟・外来等との兼務で訪問看護を提供しています．他方，都市部では訪問看護ステーション数は未だ増加傾向にあります．最近では，本体の事業所が所在する市区町村や二次医療圏を超えて複数のサテライト事業所を設置し，広域でサービス提供をしている訪問看護ステーションが増えてきています．こうした状況下での在宅医療を含めた医療計画の策定にあたっては，従来の二次医療圏に加え，新たに在宅医療圏域を組み合わせた議論が必要かもしれません．このように地域差や人材の確保を含め，日本では様々な実情や課題を抱えおり，2025年を迎えた今，2040年を見据えた在宅ケアの将来のあるべき提供体制についての議論や議論のためのエビデンスの構築は必要不可欠な状況です．

そこで，本誌では「2025年から2040年を見据えた在宅ケアへ」というテーマで特集を企画いたしました．今回，行政，職能団体，研究者，在宅医療の実践者と様々な立場から本テーマについてご執筆いただきました．本特集が，これからの2040年を見据えた在宅ケアの将来のあるべき提供体制の議論を進めていく際の一助になれば幸いです．

■引用文献

1）総務省統計局：人口推計(2025年(令和7年)1月確定値，2025年(令 和7年)6月 概 算 値)(2025年6月20日 公 表)(https://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.html, 2025.6.26)．

Masayo Kashiwagi
東京科学大学大学院保健衛生学研究科ヘルスサービスリサーチ看護学分野

特集：2025 年から 2040 年を見据えた在宅ケアへ

2040 年頃を見据えた新たな地域医療構想について

About New Regional Medical Vision for Around 2040

春日　潤子

日本在宅ケア学会誌，29(1)：7-11(2025)

Ⅰ．はじめに

地域医療構想は，中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え，医療機関の機能分化・連携を進めることで，良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的としている．地域医療構想は，都道府県において構想区域（基本的には二次医療圏）ごとに策定されており，いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けた対応方針が示されてきた．具体的には，2025年の医療需要と「病床数の必要量」を，高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとに推計し，必要量を踏まえた上で，検討・策定されており，病床機能報告，地域医療構想調整会議における協議，地域医療介護総合確保基金の活用，都道府県知事の権限等を通じて，病床の機能分化・連携の取組が進められてきている．

現行の地域医療構想は2025年に向けた取組であるため，国において，令和6年3月に，「新たな地域医療構想等に関する検討会」を設置し，関係団体・有識者へのヒアリングを行いながら検討を進めてきたところであり，2040年頃の医療をとりまく状況と課題，新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療提供体制，新たな地域医療構想に関する制度改正の内容等について，令和6年12月にとりまとめを公表した．令和7年度は，当該とりまとめの内容を踏まえ，新たな地域医療構想の策定に係るガイドラインを国において検討・策定する予定である．

本稿では，当該とりまとめから，2040年頃の医療をとりまく状況と課題，新たな地域医療構想の基本的な考え方を中心に情報提供する．

Junko Kasuga
厚生労働省 医政局 地域医療計画課

Ⅱ．2040 年頃の医療をとりまく状況と課題

1．医療需要等

人口については，全国的に生産年齢人口を中心に減少するが，85歳以上を中心に，高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる．地域ごとにみると，高齢者人口については，大都市部を中心に増加し，過疎地域を中心に減少する一方，生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込まれる（図1）．

2040年の医療需要については，85歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有する場合が多く，85歳以上人口の増加に伴い，2020年と比較して，85歳以上の高齢者の救急搬送は75％増加し，85歳以上の在宅医療の需要は62％増加することが見込まれ，このうち，高齢者救急については，自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれるほか，発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションや，退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となる（図2，図3）．

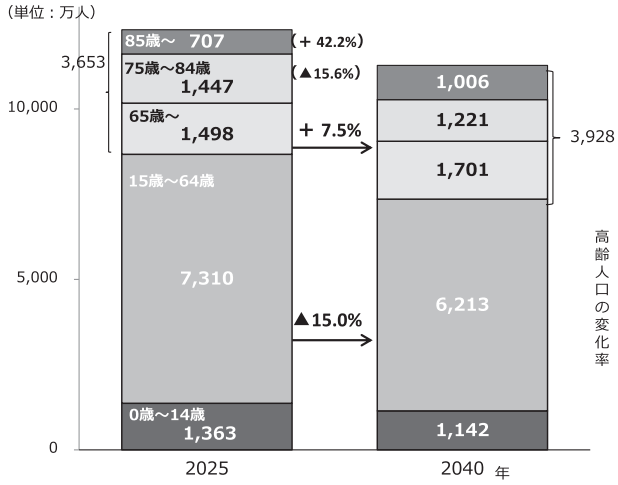
在宅医療については，大半の地域で需要が増加することが見込まれる一方で，在宅医療の提供の主体は診療所であるが，近年，在宅医療を提供する診療所の数は横ばいとなっている．また，外来医療については，全国的にすでに需要が減少傾向にあり，入院医療については，病床利用率は低下傾向にあり，病院の医業利益率は低下している．多くの医療資源を要する手術については，全て

令和6年８月26日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

＜人口構造の変化＞



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和５年推計」

＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外

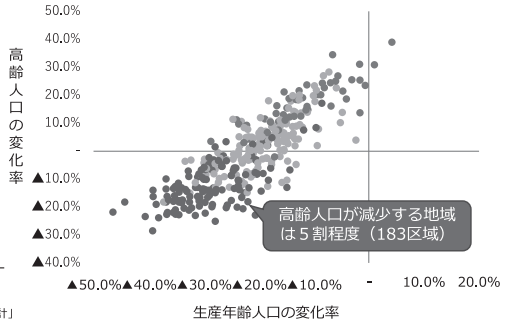


図１

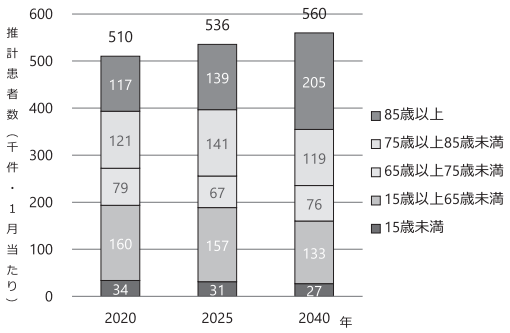
令和6年８月26日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計

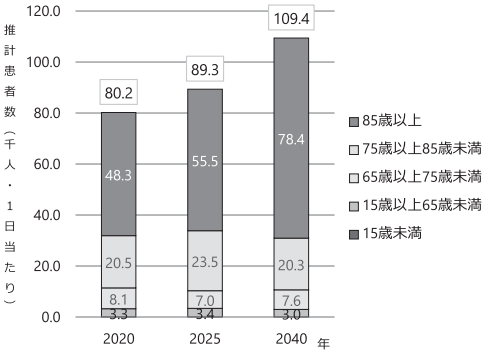


2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したもの を、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※　救急搬送の１月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※　性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

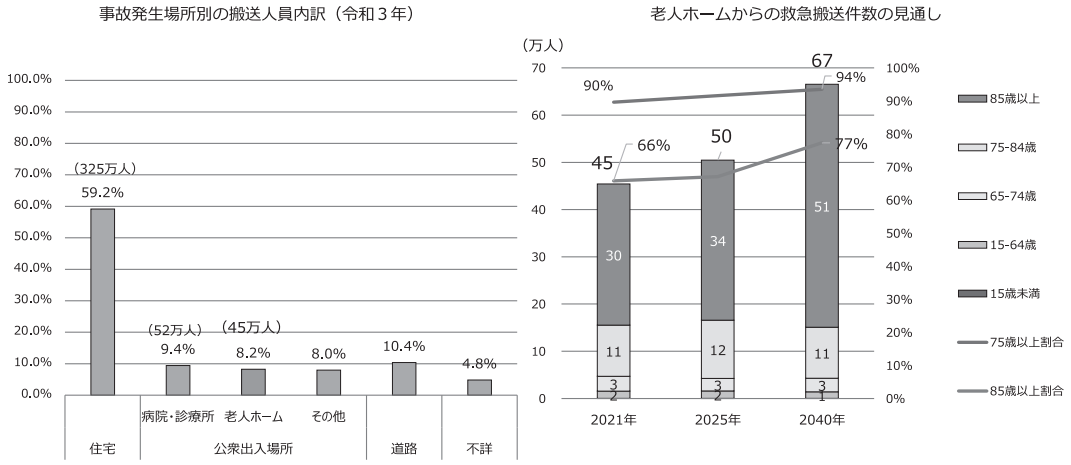
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
を基に地域医療計画課において推計。

図２

令和6年８月26日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和３年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。



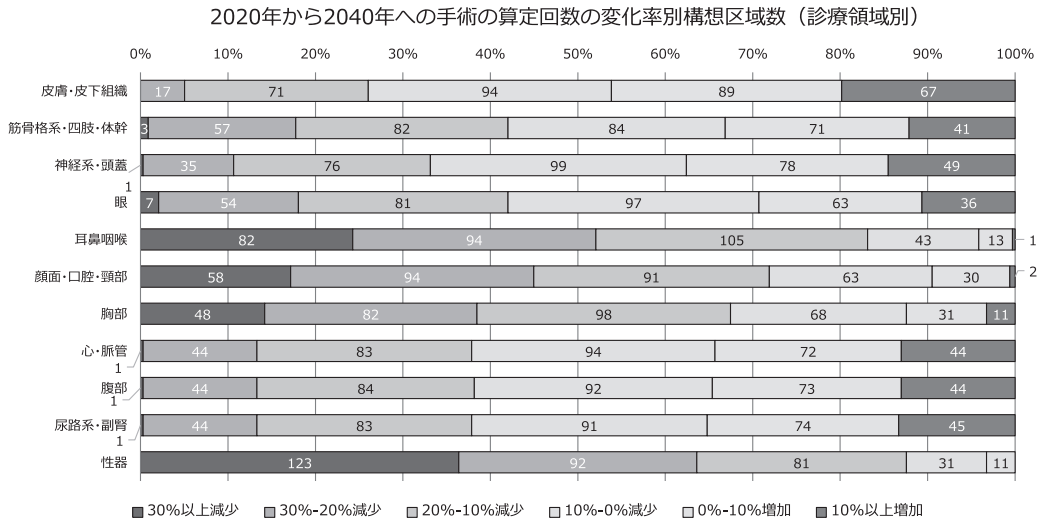
資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

図３

令和6年８月26日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、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」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

図４

の診療領域で，2020年から2040年にかけて，半数以上の構想区域において手術件数が減少することが見込まれている（図4）.

2．医療従事者

医師や看護師等の医療従事者の確保が困難となっている中，2040年に向けて，さらなる生産年齢人口の減少に伴い，医療従事者確保の制約が増す中で医療提供体制の確保が必要となり，働き方改革等による労働環境の改善や，医療DX，タスクシフト・シェア等の推進が重要となる.

医師については，人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか，特に診療所の医師は平均年齢が60代以上と高齢化しており，人口が少ない二次医療圏では診療所数は減少傾向，人口の多い二次医療圏では診療所数は増加傾向にある.

歯科医師，薬剤師，看護師等の医療従事者についても，将来にわたって医療提供体制を確保するため，その養成のあり方や偏在等の課題，専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている.

3．地域性

前述のとおり，2040年頃の人口動態の変化に伴い，医療の需要や提供体制等の地域差が拡大していくことが見込まれる．過疎地域を中心に，すでに高齢者が減少し，医療需要が減少している地域があれば，大都市部を中心に，高齢者等の医療需要の増加が見込まれる地域もある．このような，地域差の拡大に伴い，地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方は異なっていく．例えば，都市部においては，増加する高齢者救急や在宅医療の受け皿を整備すること等が課題となり，過疎地域においては，患者や医療従事者の減少に対応しながら地域の実情に応じて必要な医療機能を維持することが特に課題となる.

Ⅲ．現行の地域医療構想の評価と課題

冒頭にも述べたとおり，現行の地域医療構想は，いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて，高齢化により増大する医療需要に対応するため，主に入院医療を対象として，病床の機能分化・連携を推進してきた．具体的には，4つの病床機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）に着目し，2025年の必要病床数を定め，都道府県において，地域医療構想を策定している．2015年時点の推計では，病床の機能分化・連携を進めない場合，2025年の時点で152万床程度の病床が必要とされていたところ，一般病床において医療資源投入量の少ない患者の在宅医療等への移行等を通じて，2025年に119.1万床となることを目標としてきた.

また，毎年度，病床機能報告により，医療機関は病棟単位で現在の病床機能と今後の方向性等の報告を都道府県にしており，これらの報告等をもとに，各構想区域で開催される地域医療構想調整会議において，病床機能の転換，再編等についての協議を行い，地域の実情に応じて取組を進めてきた結果，病床機能報告上の病床数については，2015年から2023年にかけて，125.1万床から119.2万床になり，2025年の必要病床数である119.1万床と同程度の水準となっており，全体として地域医療構想の進捗が認められる.

Ⅳ．新たな地域医療構想について

1．基本的な考え方

2040年頃をとりまく状況と課題を踏まえ，2040年に向けては，いままでのような病床の機能分化・連携だけでなく，外来医療・在宅医療，介護との連携，人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう，新たな地域医療構想を策定･推進することが重要である.

前述のとおり，高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中，地域の実情に応じて，「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し，医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要である．このため，新たな地域医療構想を通じて，病床の機能分化・連携に加え，地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入，在宅医療の提供，救急・急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組について検討，推進が重要である.

2．新たな地域医療構想の位置づけ

繰り返しになるが，新たな地域医療構想については，中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化

を見据え，入院医療だけではなく，外来医療･在宅医療，介護との連携，人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づけることとしている．

具体的には，現行の地域医療構想は，病床の機能分化･連携に向けた取組を進めてきたが，新たな地域医療構想においては，地域の医療提供体制全体の将来のビジョン･方向性，医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携，病床の機能分化・連携等に関する検討を進めることが必要となる．

また，高齢化が進み，生産年齢人口が減少する中，今後の医療従事者の育成・確保についての検討も重要である．地域医療構想の具体的な記載事項としては，以下の事項が想定されるが，具体的には，今後，国における検討会での議論を踏まえ，検討することとなる．

- 地域の医療提供体制全体（入院医療，外来医療・在宅医療，介護との連携，人材確保等）の将来のビジョン･方向性
- 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 医療機関機能の情報提供の推進
- 病床機能の情報提供の推進

Ⅴ．おわりに

増加する高齢者救急や在宅医療の需要への対応に向けては，今後，介護施設等と医療機関の連携強化や，介護施設等の対応力の強化が重要である．具体的には，連携体制の構築等を通じた，平時からの適切な管理により，肺炎や尿路感染，脱水等の発生や状態悪化を防ぐとともに，必要時には円滑な入院につなげることが挙げられる．在宅ケアが展開される「暮らしの場」でケアに従事する皆様にも，新たな地域医療構想の全体像を把握頂き，持続可能性のある地域の医療提供体制の構築，推進に関する取組の一員として，大きな活躍を期待したい．

■引用文献

1）新たな地域医療構想等に関する検討会：新たな地域医療構想に関するとりまとめ，令和6年12月18日（https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf, 2025.6.30）．

特集：2025年から2040年を見据えた在宅ケアへ

2040年を見据えた訪問看護のあり方

～「訪問看護アクションプラン2025」のふりかえりと「2040年に向けた訪問看護のビジョン」の策定～

The Role of Temporary Nursing at Home that Fixed in the 2040
Reviewing the Nursing at Home Action Plan 2025 and Formulating a Vision for Nursing at Home towards 2040

高砂　裕子

日本在宅ケア学会誌，29(1)：12-28(2025)

Ⅰ．訪問看護アクションプラン2025策定の経緯

1992年4月に「老人訪問看護制度」が創設され，訪問看護ステーションが誕生しました．1994年10月の健康保険法改正により，「訪問看護制度」が創設され，老人以外の在宅患者や神経難病患者，小児等訪問看護ステーションは全年齢の人々を対象に訪問看護を提供する事業所となり，在宅療養者を支える中心的な役割を担うことになりました．更に2000年の介護保険制度の創設により訪問看護ステーションは，在宅サービス事業の一つに位置付けられました．

一方，我が国の少子高齢化の進展は，全人口の減少を初め世帯構成等の変化や生産人口の減少，それに対応する医療提供体制の改革など訪問看護を取り巻く社会環境の変化は，めざましいものでした．1947年から1949年に生まれた団塊の世代が，75歳以上となるのが，2025年です．訪問看護ステーションは，2.5人の看護職で開設できる事業所ですが，訪問看護を取り巻く社会環境に1事業所の活動で対応するのは困難です．そのため訪問看護を推進する3つの団体「公益社団法人日本看護協会」[注1)]，「公益財団法人日本訪問看護財団」[注2)]，「一般社団法人全国訪問看護事業協会」[注3)]が，2008年から国民の安全・安心な在宅療養生活の実現や訪問看護のさらなる推進を目指して『訪問看護推進連携会議』を設置しました．

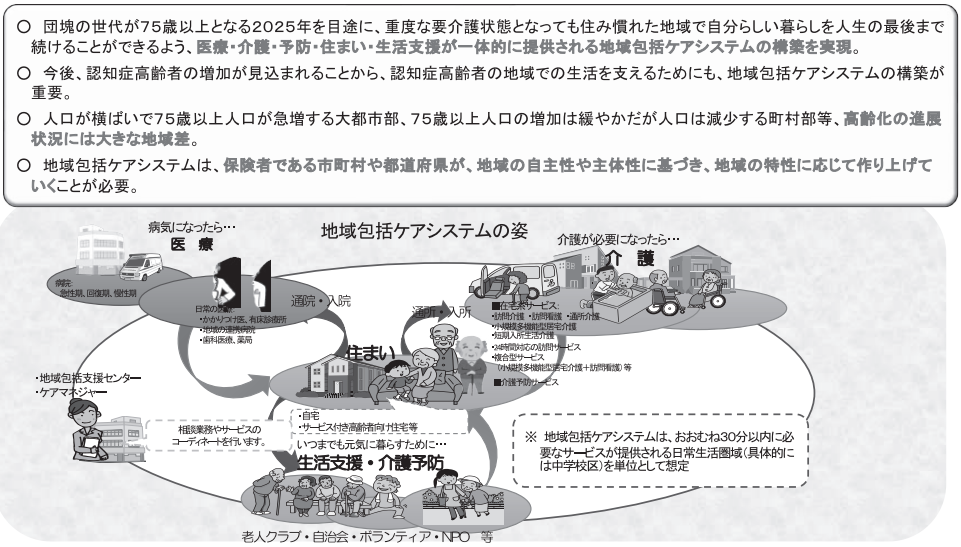
その『訪問看護推進連携会議』が中心となり，2009年に『訪問看護10ヵ年戦略』（在宅ケアの最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～）を作成し指針として，日本の訪問看護を推進してきました．その後，訪問看護を取り巻く社会環境に迅速に対応できるよう，2015年に『訪問看護アクションプラン2025[1)]』(図表1）を策定しました．

図表1　訪問看護アクションプラン2025[1)]

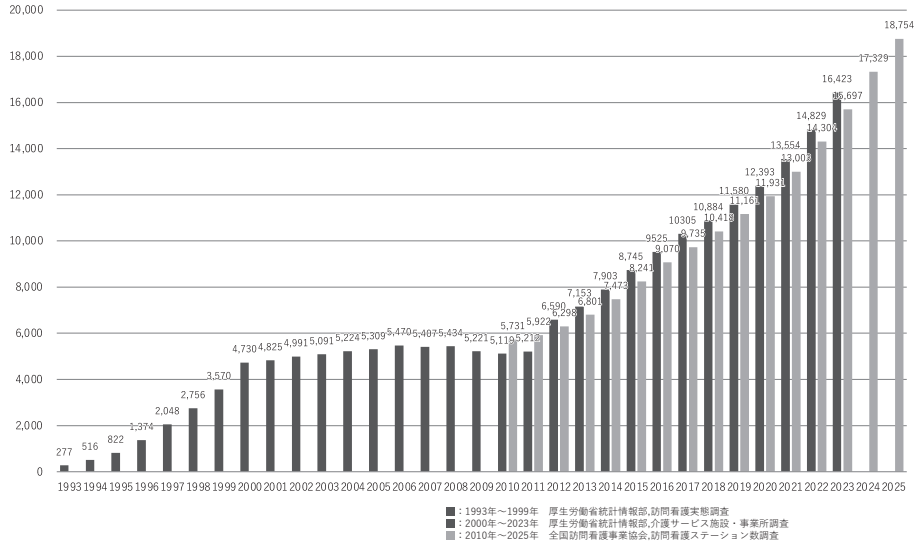
Ⅱ．訪問看護アクションプラン2025の背景

2000年に介護保険制度が創設され，2005年に「地域包括ケアシステム」（図表2）の考え方により地域包括支援センターが各地域に設置され，2014年に地域包括ケアシステムの考え方が具体化された政策として「医療介護総合確保推進法」が成立しました．訪問看護が地域包括ケアシステムの時代にどのような役割を担うべきか，

Hiroko Takasuna
(一社)全国訪問看護事業協会　副会長

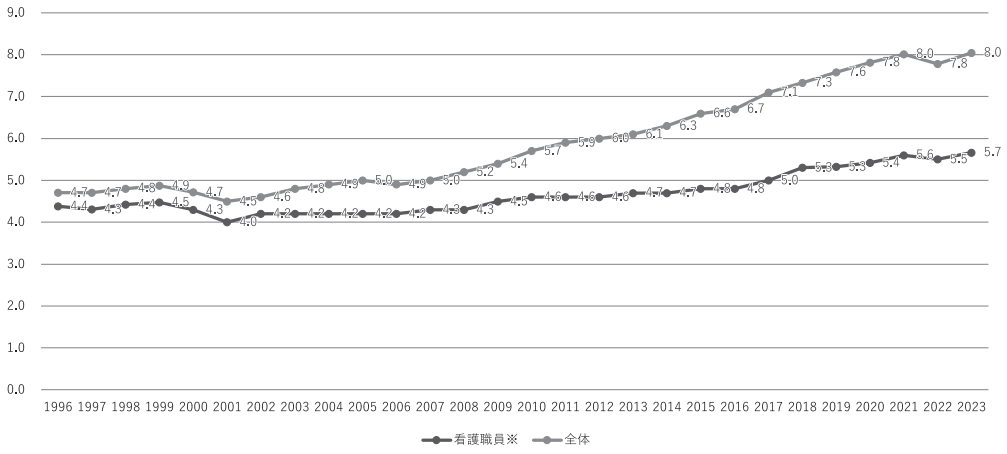


図表２　地域包括ケアシステム



図表３　訪問看護ステーション数（全国）

医療・福祉に関係する有識者の方々にご意見をうかがい『訪問看護アクションプラン2025』をまとめました．国が目指したのは，地域包括ケアシステムの構築を推進し，2025年を目処に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを最期まで続けることができる在宅ケアの基盤整備を行うことでした．在宅ケアの対象者は，急増し，重度化，複雑化，医療依存度の高い利用者，重度障害児・者，認知症の方など多様化し，さらに，一人暮らしや高齢者世帯，老老介護，認認介護など家族介護基盤の弱体化も加わり，多問題を有する利用者が増加しました．2015年の訪問看護ステーション数は，約8,000箇所（図表3），1事業所従事者数（看護職）の平均は，4.8人（図表4），訪問看護利用者数は，約51万人（図表5），24時間対応の実施率は，約8割（図表6，7）でした．訪問看護ステーションが，そのような背景に対応するため，日本全国どこでも24時間365日，いつでも必要な質の高い訪問看護サービスを届ける仕組みをつくることでした．2025年に向けて訪問看護事業所の目指すべき方向の一つとして，多機能化･大規模化を考えました．また，



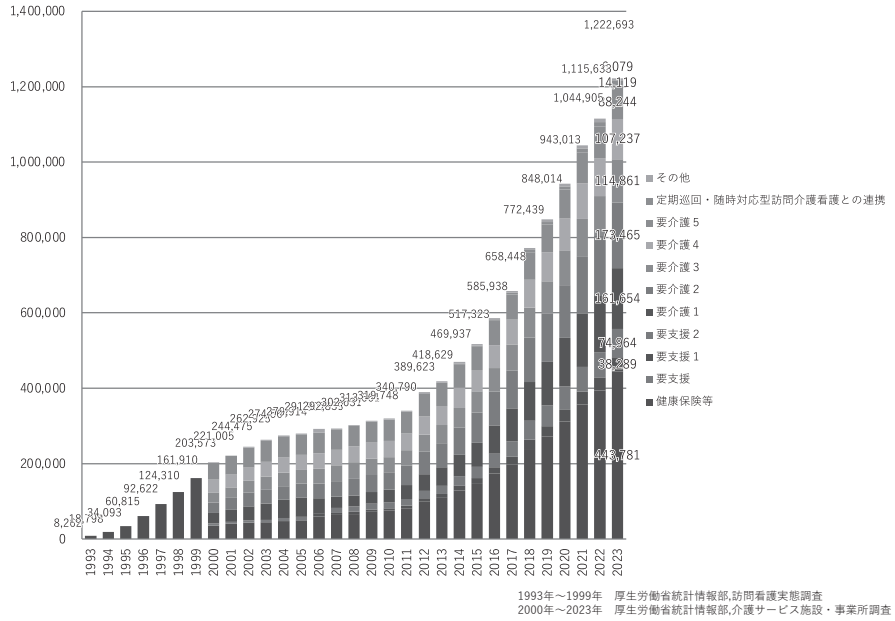
1事業所あたりの常勤換算従事者数

	年	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1事業所あたりの常勤換算数	看護職員※1	4.4	4.3	4.4	4.5	4.3	4.0	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.3	4.3	4.5	4.6	4.6	4.6	4.7	4.7	4.8	4.8	5.0	5.3	5.3	5.4	5.6	5.5	5.7
	全体※2	4.7	4.7	4.8	4.9	4.7	4.5	4.6	4.8	4.9	5.0	4.9	5.0	5.2	5.4	5.7	5.9	6.0	6.1	6.3	6.6	6.7	7.1	7.3	7.6	7.8	8.0	7.8	8.0

※1 看護職員：保健師，助産師，看護師，准看護師
※2 全体：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，その他の職員

1993年～1999年　厚生労働省統計情報部,訪問看護実態調査
2000年～2023年　厚生労働省統計情報部,介護サービス施設・事業所調査

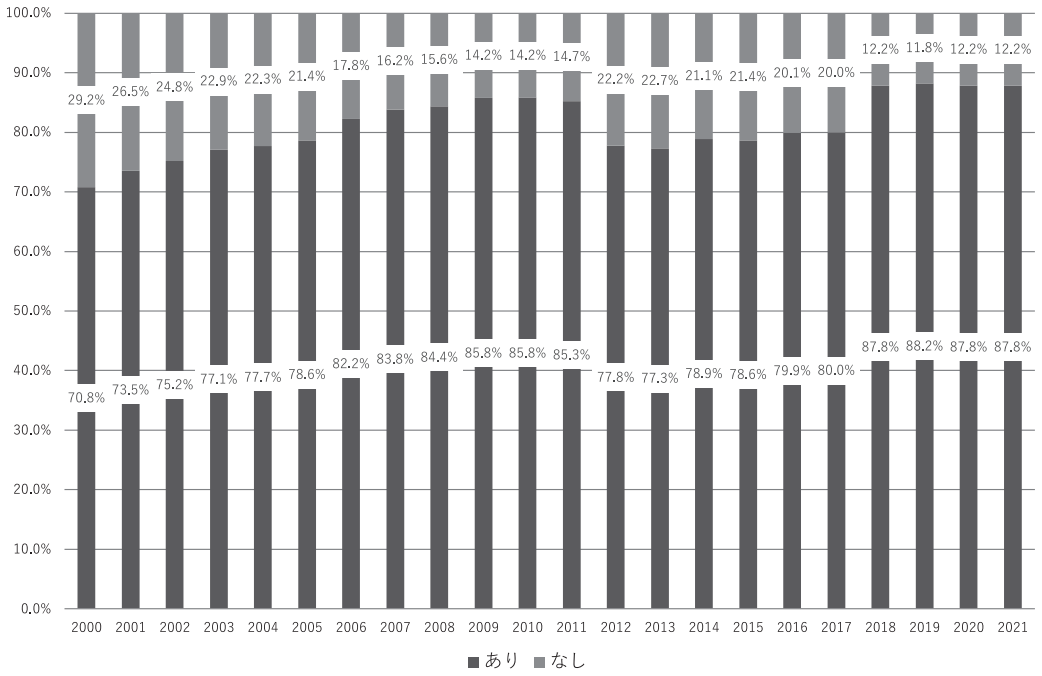
図表４　１事業所あたりの常勤換算従事者数



図表５　訪問看護の利用者数の推移（保険・介護度別）

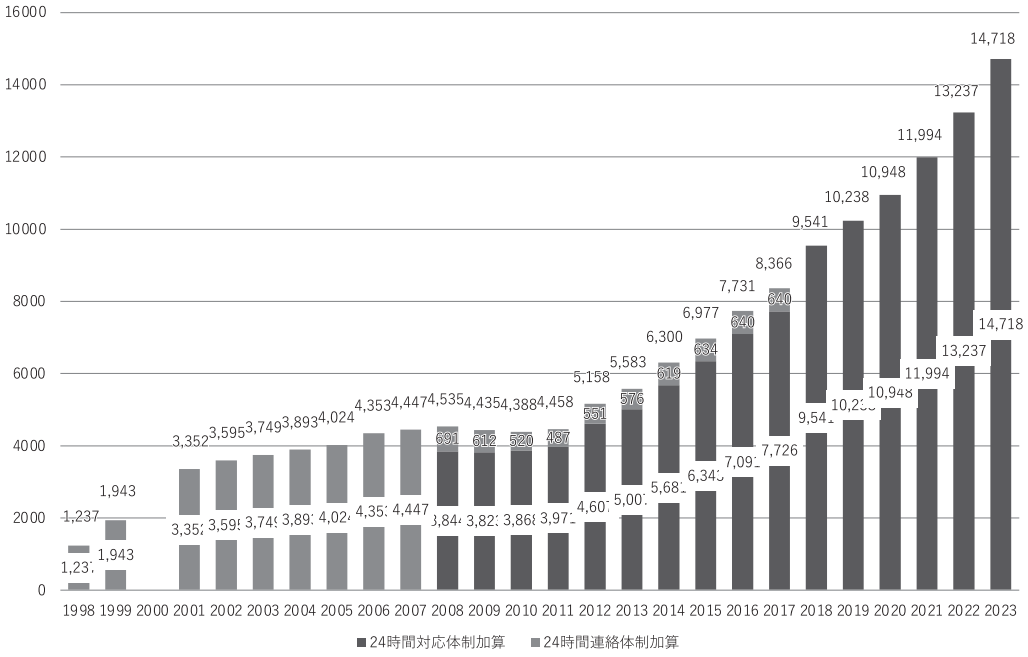
地域において多職種とともに在宅で療養する人が必要な介護サービス，生活支援サービスを一体として届けられる仕組みづくりを検討することでした．

『訪問看護アクションプラン2025』を策定後は，訪問看護従事者や地域で訪問看護師と連携するサービス事業者や専門職，訪問看護に関連する方々に「訪問看護アクションプラン2025」の実現を目指し，普及，広報による共有を行いました．



2000年～2021年　厚生労働省統計情報部,介護サービス施設・事業所調査

図表 6　緊急時訪問看護加算（介護報酬）の算定事業所数（割合）



1998年～1999年　厚生労働省統計情報部,訪問看護実態調査
2000年～2023年　厚生労働省統計情報部,介護サービス施設・事業所調査

図表 7　24 時間対応体制加算（診療報酬）の算定事業所の割合

Ⅲ．訪問看護アクションプラン 2025 の評価と課題一部抜粋

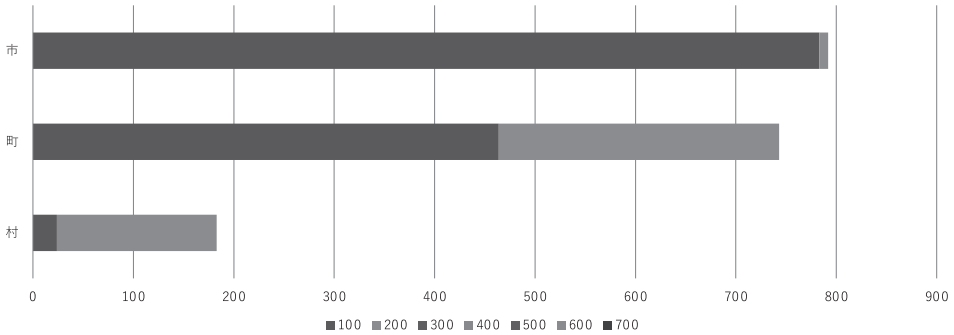
全国訪問看護事業協会は，2023年に2025年を目前にして「訪問看護アクションプラン2025」を『アクションプラン2025評価チーム』を発足し振り返り評価を行い，課題を明らかにしました．団塊の世代が，90歳以上となり，またその子供も65歳以上となり，少子高齢・多死時代のピークを迎える2040年に向け，訪問看護師の役割や期待は更に大きくなると考え「訪問看護アクションプラン2040（仮称）」を作成する前に，「訪問看護アクションプラン2025」の実現を目指し，地域の訪問看護ニーズに訪問看護師が尽力し，24時間365日，いつでも必要な質の高い訪問看護を提供してきた実態を明らかにしました．

1．訪問看護の量的拡大

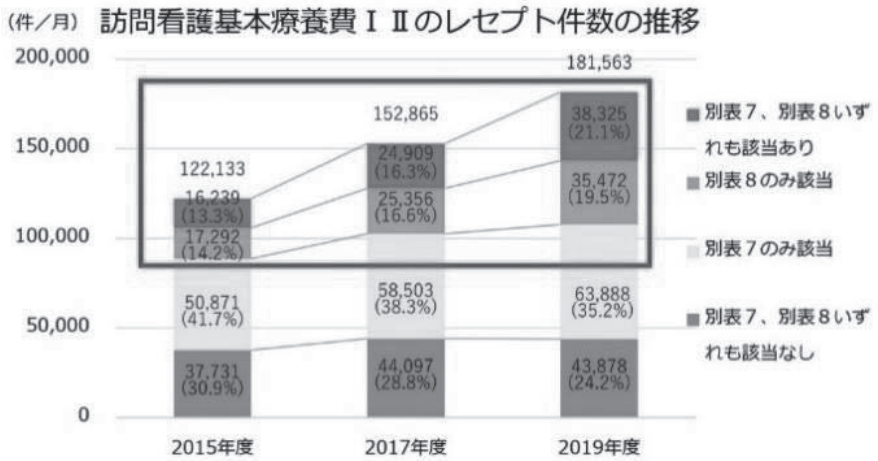
1）訪問看護事業所の全国的な整備

(1) 地域偏在の解消

- 全国の訪問看護ステーション数（図表3）は，増加傾向です．東京23区・政令指定都市での増加に対し，町や村ではほとんど増減がなく，2020年10月1日現在で全国の26%の市町村には訪問看護ステーションがない状況です．地域偏差は残っているものの，量的には充足してきています．
- 訪問看護の利用者数（図表5）は，年々増加しており，訪問看護に対する社会的ニーズは高まる一方です．高齢化のピークを越した地域もありますが，都市部では2040年まで高齢化率が上昇するなど，訪問看護に対するニーズは地域により異なります．

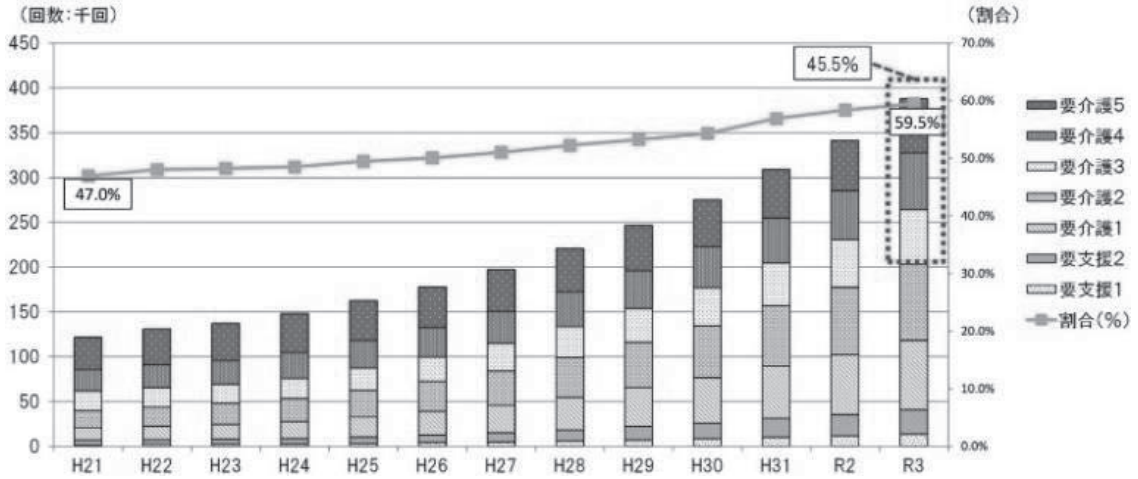


図表８　市町村別の訪問看護ステーション設置状況（2020 年 10 月 1 日）



第６回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ，参考資料１，2022年9月28日

図表９　医療保険による訪問看護の利用者の状態



第６回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ，参考資料１，2022年9月28日

図表 10　緊急時訪問看護加算の算定数及び訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算算定割合の推移

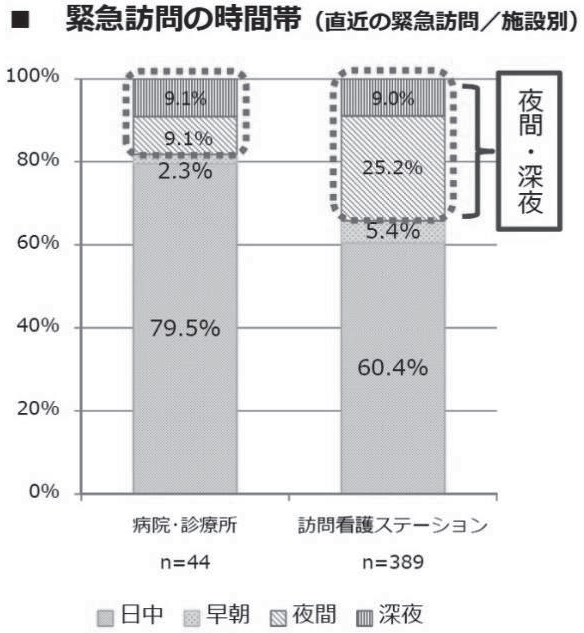
(2) 24時間365日体制の整備

- 24時間365日，必要な時に訪問看護サービスを提供できる体制の構築が求められており，訪問看護ステーションの約9割（図表6）が24時間の届出をしています．

緊急時訪問看護を利用している利用者像は，医療保険による訪問看護では別表7・8の該当者が（図表9），介護保険による訪問看護では要介護3以上の中重度者が多くを占めており（図表10），重介護・重症者や終末期，医療処置の必要のある利用者が多い状況です．緊急時訪問看護実施時間帯は，夜間・深夜・早朝が4割で，病院・診療所からの訪問よりも訪問看護ステーションが夜間・早朝に多く対応しています（図表11）．

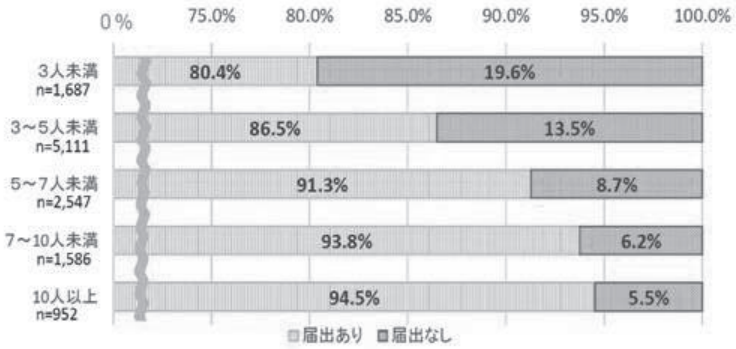
(3) 大規模化・多機能化の推進

- 1事業所あたりの看護職員の常勤換算者数（図表4）は，微増であり2020年時点では平均5.4人であり，5人未満の小規模訪問看護ステーションが全体の半数以上を占めています．
- 看護職員事業所規模が小さいほど24時間対応体制加算の届出割合が低く（図表12），24時間体制を実施できない理由は，人員不足・夜間対応できる職員の不足・常勤看護師の不足など人材確保の問題や，スタッフの負担，報酬が見合わないなどの理由でした（図表13・14）．「医療資源の少ない地域における訪問看護の充実」として，“特別地域”においては複数の訪問看護ステーションの連携による24時間対応の体制確保がされました．2022年の報酬改定では，その対象地域に“医療資源の少ない地域”が加わり拡大されました．
- 事業運営においては，職員規模が大きいほど，安定



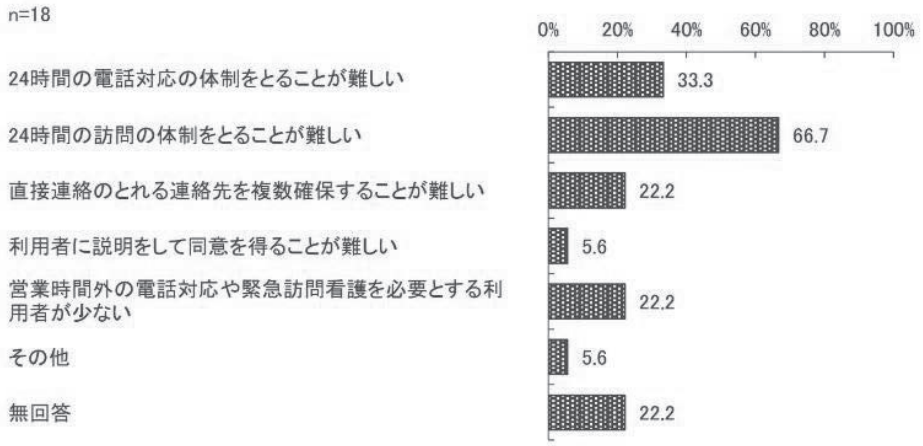
中央社会保険医療協議会総会（第370回），
在宅医療（その４）について，2017年11月15日

図表 11　訪問看護ステーションにおける緊急訪問（介護保険）



中央社会保険医療協議会総会（第500回），在宅（その５）について，2021年11月26日

図表 12　看護職員規模別（常勤換算）の 24 時間対応体制加算の届出状況（令和２年）



中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部門（第62回，2020年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（2020年度調査）の報告書案について，2021年3月24日

図表 13　24 時間対応体制加算の届出を行っていない理由（機能強化型以外のみ）（複数回答）

カテゴリー	サブカテゴリー
人員確保が困難【47】	人員が不足している【23】
	夜間対応できる看護職員の不足【15】
	常勤看護職員の不足【９】
体制整備が困難【22】	スタッフの負担が大きい【10】
	自宅が遠い【4】
	報酬が見合わない【3】
	医師等との連携が難しい【3】
	経営母体の意向がない【2】
	利用者の情報伝達が困難【1】

神奈川県訪問看護推進協議会，2014年度在宅医療（訪問看護）推進支援事業「訪問看護ステーションにおける人材育成についての実態調査報告書」，2015年3月

図表 14　24 時間体制を実施できない理由

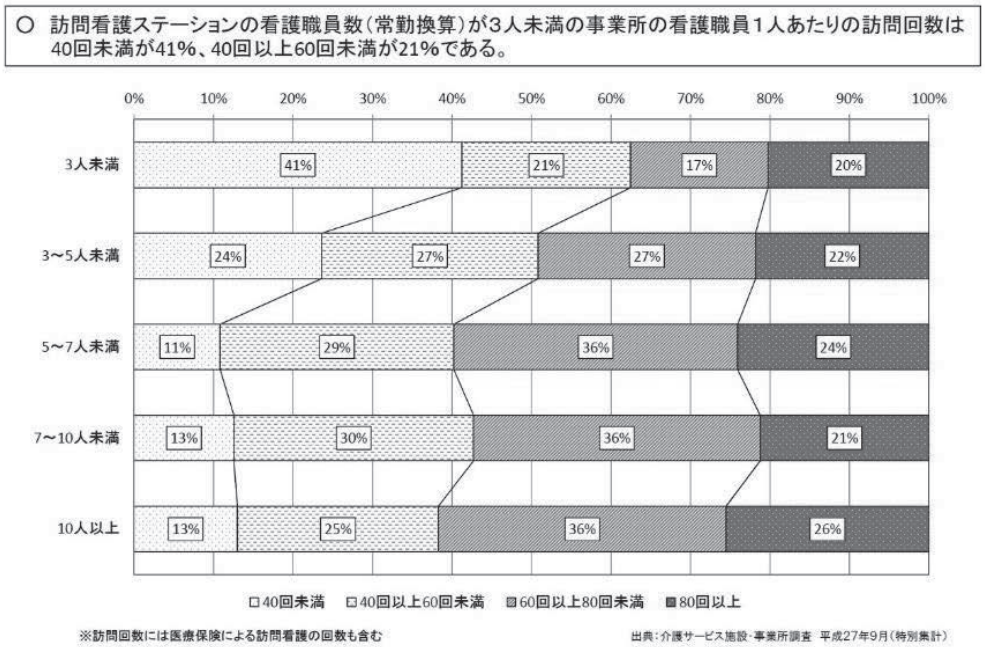
した収支となり（図表15・16），勤務環境の改善や有給休暇取得率や研修参加率の向上等が可能となる訪問看護推進と質向上のための規模と機能の拡大の推進は今後も継続した課題です（図表17）.

- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は，2022年7月時点で702箇所（図表18・19）であり，訪問看護ステーション全体の約5%，大都市に多い傾向が見られます.

1）訪問看護師の安定的な確保

(1) 訪問看護師数を2025年までに現在の3倍程度（約15万人[注4)]）を目標とする

- 訪問看護ステーションの増加（図表3）により，訪問看護師数の増加を認めますが，全就業看護職に占める割合は，約4% です（図表20）.



第142回社会補償審議会介護給付費分科会，参考資料2訪問看護，2017年7月5日

図表 15　訪問看護ステーションの看護職員規模別の看護職員 1 人あたりの訪問回数

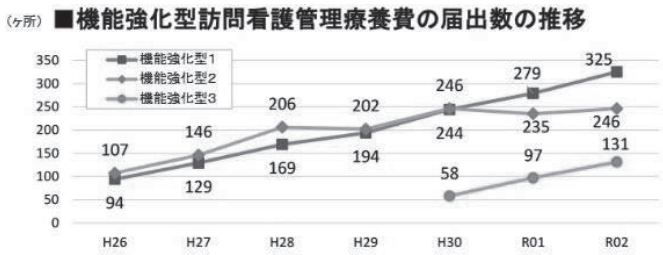
延べ訪問回数	100回以下	101～200回	201～300回	301～400回	401回以上
看護職員常勤換算数（常勤率）	2.5人	3.6人	4.3人	5.2人	7.2人
看護職員（常勤換算）一人当たり訪問回数	20.1回	42.5回	57.1回	67.6回	101.2回
収入①＝介護事業収益＋介護事業外収益	430千円	1,279千円	2,063千円	2,775千円	5,815千円
支出②＝介護事業費用＋特別損失	426	1,249	2,016	2,667	5,497
差引③＝①－②	4	30	47	108	318
法人税	1	3	5	3	16
法人税等差引④＝③－法人税等	3	26	41	105	302

厚生労働省，2020年度介護事業経営実態調査結果

図表 16　訪問看護（予防を含む）1 施設・事業所あたり収支額

一般社団法人全国訪問看護事業協会　令和５年８月

図表 17　訪問看護推進と質向上のための規模と機能の拡大

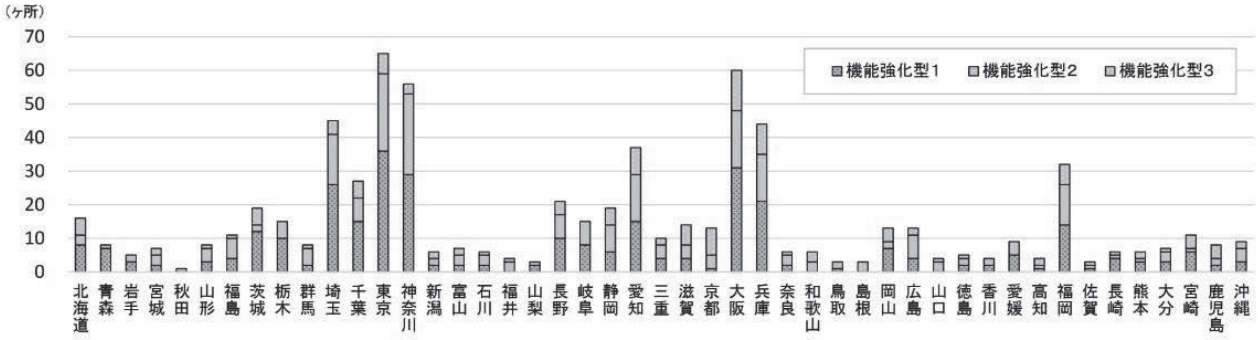


機能強化型 訪問看護管理療養費1	325
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	131
計	702

中央社会保険医療協議会（第500回），在宅（その５）について，2021年11月26日

図表 18　機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

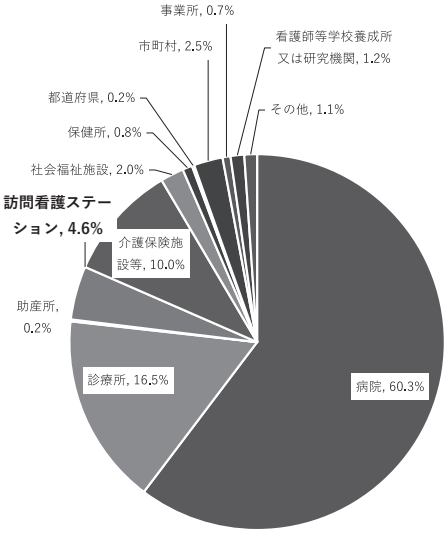
- 訪問看護サービスが必要な方々に，安定的なサービス提供ができるよう，「厚生労働省　医療従事者の需給に関する検討会　看護職員需給分科会」[注5)]では，2025年の訪問看護師の需給推計値は約12万人と示されました．訪問看護を安定的に提供するためには，訪問看護師の量的･質的な確保が必要であり，訪問看護師の人材確保と育成が喫緊の課題です．
- 訪問看護師の年齢層は，管理者・従事者ともに40歳以降が多くを占めています（図表21）．今後更に訪問看護のニーズが高まる中，若い世代の看護師が訪問看護現場で専門性を発揮するための新卒看護師の育成が始まっていました．しかし，小規模の事業所が多いことから，どんな看護師にも育成できるだけの十分な教育基盤がないなど，すべての訪問看護ステーションで育成できる状況には至っておらず，今後の課題となっています．



【出典】各年7月1日の届出状況より保健局医療課にて作成

中央社会保険医療協議会（第500回），在宅（その５）について，2021年11月26日

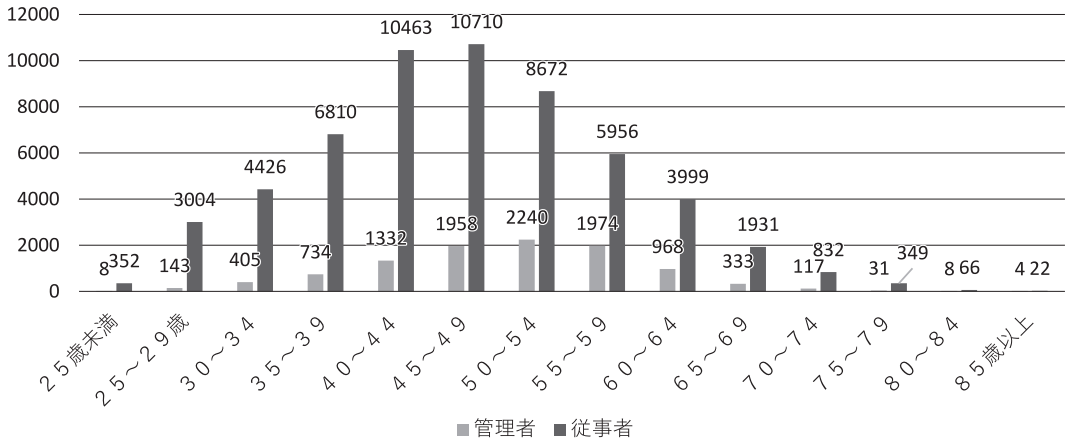
図表 19　都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



	実人数				
	保健師	助産師	看護師	准看護師	合計
病院	4,666	23,109	888,858	87,182	1,003,815
診療所	2,396	8,770	179,241	83,483	273,890
助産所	7	2,445	219	55	2,726
訪問看護ステーション	**331**	**55**	**70,975**	**5,462**	**76,823**
介護保険施設等	1,776	調査なし	101,161	62,848	165,785
社会福祉施設	455	42	22,825	10,171	33,493
保健所	10,333	470	3,024	93	13,920
都道府県	1,821	25	1,391	47	3,284
市町村	31,104	1,458	7,962	942	41,466
事業所	4,201	27	5,904	1,286	11,418
看護師等学校養成所又は研究機関	1,196	1,494	16,784	78	19,552
その他	2,013	168	13,343	2,682	18,206
合計	60,299	38,063	1,311,687	254,329	1,664,378

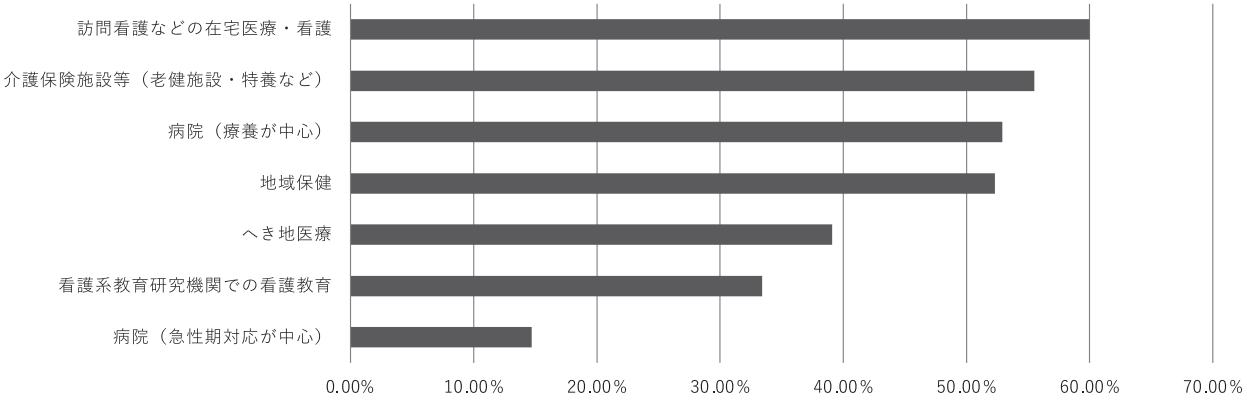
厚生労働省政策統括官付参事官付行政報告統計室，令和４年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況

図表 20　就業所別にみた就業保健師等ー看護師（構成割合）



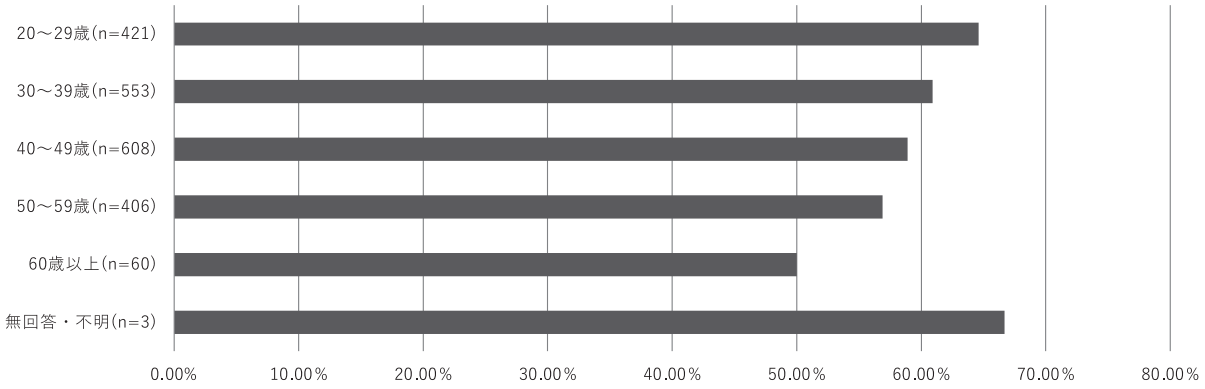
厚生労働省,令和２年衛生行政報告例

図表 21　訪問看護ステーションの管理者及び従事者数（年齢階級別）



日本看護協会，2017年看護職員実態調査

図表 22　今自分が働いている領域以外での就業意向



日本看護協会，2017年看護職員実態調査

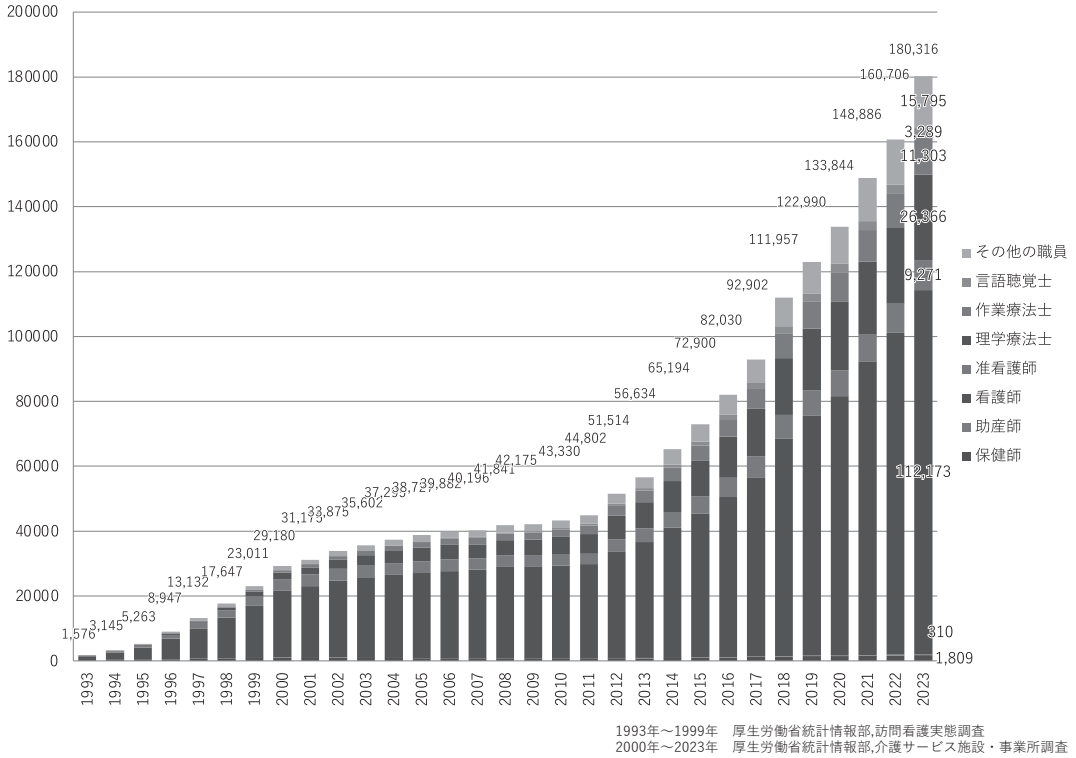
図表 23　年齢別・今自分が働いている領域以外での就業意向

意向	回答数（割合）
定年退職後すぐにでも看護職として働きたい	136（30.0%）
（　）年（　）カ月後から看護職として働きたい	57（12.6%）
看護職として働く気はない	75（16.5%）
どちらでもない	121（26.7%）
無回答	65（14.3%）
計	454（100.0%）

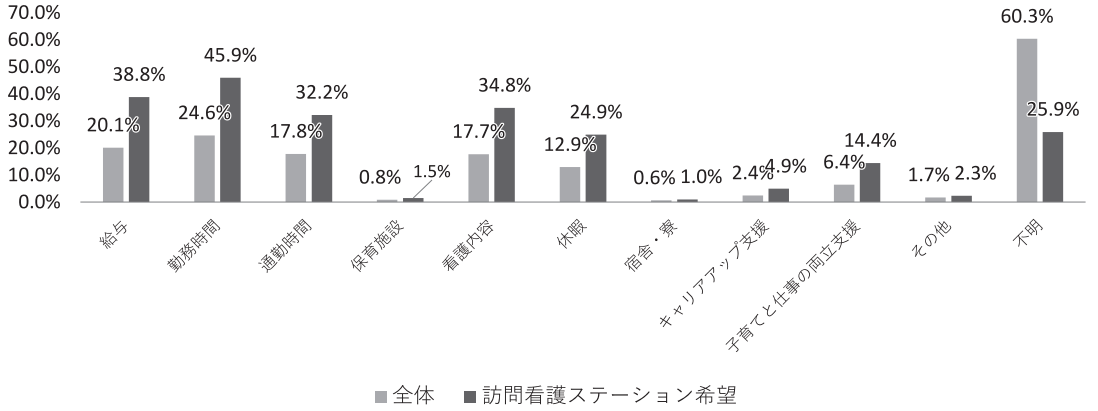
日本看護協会，2006年度潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査

図表 24　定年後看護職員の再就職意向

- 現職看護師に対する調査「今自分が働いている領域以外での就業意向（図表22）」では，60%の看護師が在宅医療・看護での就業を希望しています．希望者を年齢別に見ると（図表23）若い世代ほど就業意向が高く，就業意向に対応できる訪問看護ステーションの仕組みが必要です．また，定年退職後の再就職意向調査（図表24）では，40%以上に就業意向を認め，訪問看護に従事することを希望する60歳



図表 25　訪問看護ステーションの従事者数（職種別割合）



日本看護協会,2020（令和 2）年度ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析報告書

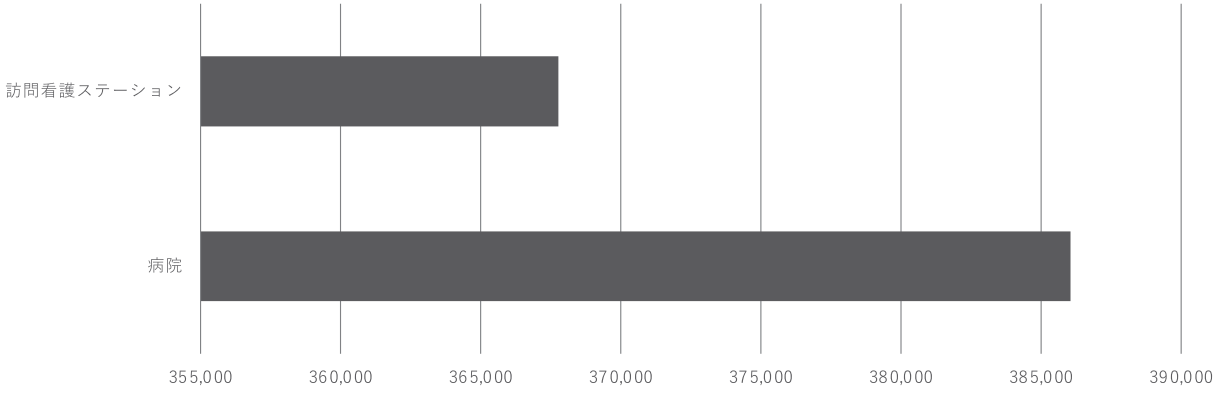
図表 26　求職者が就職の際に重視する条件

以上が50%を認めることから，プラチナナース[注6)]の活用など，豊な看護経験を発揮できる仕組みも必要です.

- 訪問看護ステーション事業所内での理学療法士等のリハビリ職員が占める割合は，年々増加傾向を認めています.（図表25）
- 求職者が就職の際に重視する条件（図表26）は勤務時間や給与であり,訪問看護師の賃金の引上げ(図表27）が人材確保の一つの方策になると考えられます.

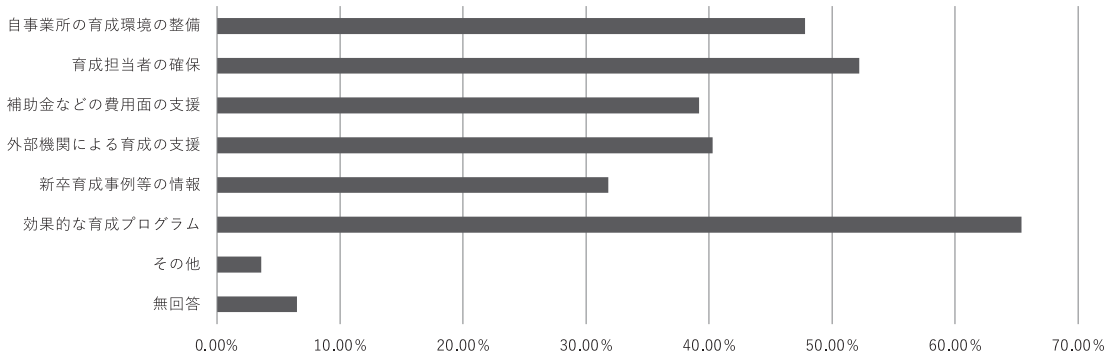
(2) 新卒看護師が訪問看護を目指すことができる教育モデルの確立

新卒看護師の訪問看護ステーションへの就職は微増しています．新卒看護師が就職先を決める際に重視する



日本看護協会，2022年看護職員実態調査

図表 27　訪問看護師と病院看護師の月額税込給与総額の比較



全国訪問看護事業協会，訪問看護事業所が新卒看護師を採用・育成するための教育体制に関する調査研究事業報告書，2018年3月

図表 28　新卒の採用を実現するために必要と思われること

点は，「教育体制」であることからも，訪問看護ステーションでの教育支援体制を整備することが求められています．訪問看護ステーションが新卒看護師の採用を実現するために必要と思われること（図表28）に関しては，「効果的な育成プログラム」が必要と考えている訪問看護ステーションが65%以上あることから，プログラム作成と教育機関や行政等との一元的な研修制度の確立も必要です．すでに，山梨県，岡山県，静岡県などでは，都道府県看護協会や都道府県訪問看護ステーション協議会等，教育機関の教員などによる新卒看護師の教育プログラム作成や育成チームを発足するなど，訪問看護に関係する機関が協働し，地域ぐるみで新卒看護師の育成を実践しています．また，「きらきら訪問ナース研究会」[注7)]では，新卒看護師を全国に広げる活動を実施しています．

2．訪問看護の機能拡大

3）看護小規模多機能型居宅介護の拡充

(1)「訪問」「通い」「泊り」の機能を持つ看護小規模多機能居宅介護を全市町村に1か所以上設置することを目標とする．

看護小規模多機能型居宅介護は，2012年に介護保険法に位置付けられた地域密着型サービスで，「訪問看護・介護」「通い」「泊り」の4つの機能を組み合わせながら，中重度の要介護者や医療処置の必要な療養者など，個々の療養者の状態に応じたケアを提供し，重度化予防・自立支援を図るものです．看護小規模多機能型居宅介護は，2022年6月時点で897か所と増加していますが，市町村別に見ると設置されていない自治体もまだ多い状況です．

訪問看護アクションプラン2025 (2015)	2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案 (2024)	2040年に向けた訪問看護のビジョン (2025)
Ⅰ 訪問看護事業所の全国的な整備 1．訪問看護事業所の全国的な整備 2．訪問看護師の安定的な確保 3．医療機関と訪問看護ステーションの看護師の相互育成	Ⅰ サスティナブル（持続可能）な訪問看護の提供の実現 1．訪問看護事業所の全国的な整備 2．訪問看護師の安定的な確保と定着 3．訪問看護業務の効率化	Ⅰ 訪問看護事業所の基盤強化 1．安定的な人材確保と基盤拡大 2．継続的な運営の実現 3．関係機関との連携・協働 4．訪問看護総合支援センター等の活用促進
Ⅱ 訪問看護の機能拡大 1．訪問看護の提供の場の拡大 2．訪問看護事業所の機能の拡大 3．看護小規模多機能型居宅介護の拡充 4．訪問看護業務の効率化	Ⅱ 訪問看護の機能拡大 1．訪問看護提供の場の拡大 2．訪問看護事業所の機能の拡大	Ⅱ 訪問看護の機能拡大 1．訪問看護提供の場の拡大 2．地域のニーズに応じた事業所の包括的なケア提供（療養通所介護・看多機の設置促進） 3．医療・介護DX等を通じた訪問看護の業務効率化等
Ⅲ 訪問看護の質の向上 1．健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ専門家の育成 2．看護の専門性を発揮して多職種と協働 3．訪問看護ステーション管理者のマネジメント力の向上 4．看護基礎教育への対応強化	Ⅲ 訪問看護の質の向上 1．多様なニーズに対応できる訪問看護師の育成 2．専門性の高い看護師の活用と普及 3．訪問看護の専門性を発揮するための訪問看護事業所の体制整備	Ⅲ 訪問看護の質の向上 1．多様なニーズに対応できる訪問看護師の育成 2．在宅領域における専門性の高い看護師の育成と活用 3．生涯学習・研修体制の整備と活用 4．管理者の質向上と育成促進 5．訪問看護の質評価の促進
Ⅳ 地域包括ケアへの対応 1．国民への訪問看護の周知 2．地域包括ケアシステムの構築 3．地域での生活を包括的に支援する訪問看護ステーションの機能強化 4．訪問看護の立場からの政策提言	Ⅳ 地域包括ケアシステムの深化・共生社会の実現 1．国民への訪問看護の周知 2．地域での生活を包括的に支援する訪問看護の機能強化 3．行政・多職種との連携及び協働	Ⅳ 地域共生社会に向かう、地域包括ケアシステムの深化・促進 1．国民への訪問看護の周知 2．多様なニーズに対応する看護体制の強化

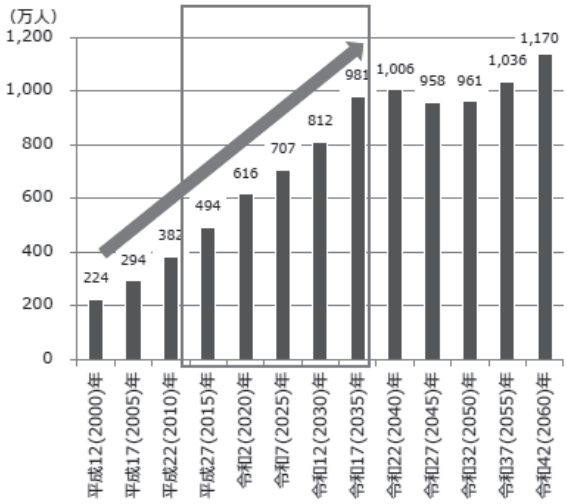
図表 29 「訪問看護アクションプラン 2025」と「2040 年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案」,「2040 年に向けた訪問看護のビジョン」の項目比較表

看護小規模多機能型居宅介護は，複数の機能を組み合わせ安定的な運営を図るため，マネジメントが重要であり，なおかつ難しさが認められています．また，どのような運営にするかは，地域のケアニーズにより異なります．看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が直面する難しさをインタビューにより抽出し，その困難を乗り越える支援のために，2020年2月に「看多機管理者のための経営・マネジメントの手引き」[注8)] を作成し支援しています．

Ⅳ．『2040 年に向けた訪問看護のビジョン』～地域での暮らしを支えるために～の策定

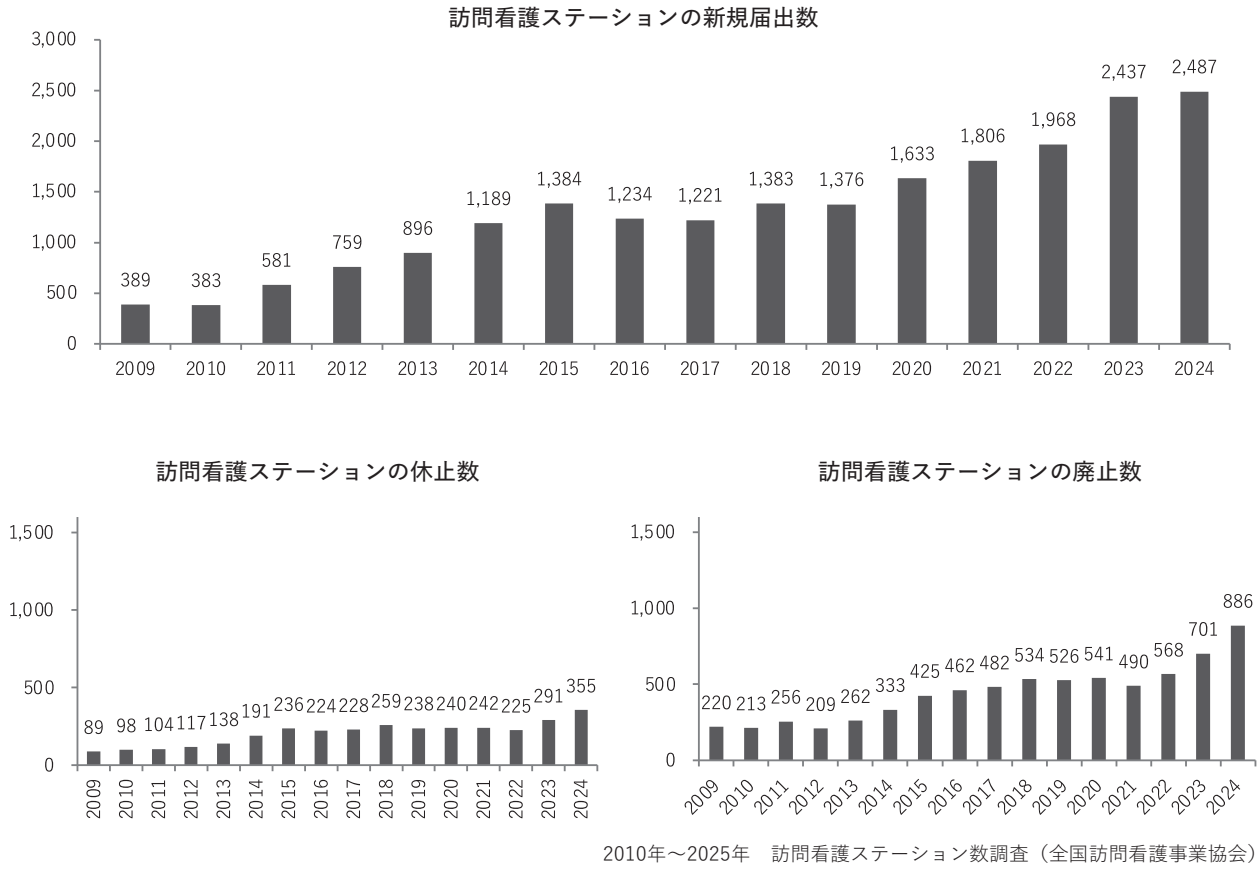
1．「2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案」[2)] の策定

2023年に「訪問看護アクションプラン2025」の評価と課題を経て，全国訪問看護事業協会では，2040年にも訪問看護ステーションが地域包括ケアシステムの深化とともに，それぞれの地域で役割を担い，訪問看護を継続的に提供できることを目指し2040年を見据えた訪問看護のあり方検討チームを発足しました．チームメンバーは，訪問看護事業だけでなく，幅広い視野で地域全体やサービスのあり方を検討するため，有識者・訪問看護事業所の管理者・訪問看護事業の経営者等を選定し意見交換を重ね，「2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案」を2024年3月に策定しました．（図表29）は,「訪問看護アクションプラン2025」,「2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案」,「2040年に向けた訪問看護のビジョン」の比較表です．作成した時期が異なるのですが,「2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案」では，サスティナブル（持続可能）な訪問看護提供を維持することが困難な状況として次の内容を挙げました．日本の人口が，2008年にピークを迎え，高齢化率・死亡数は増加し（図表30），生産年齢人口は減少，



出典：第7回新たな地域医療構想等に関する検討会(令和6年8月26日) 資料

図表 30　85 歳以上の人口推移



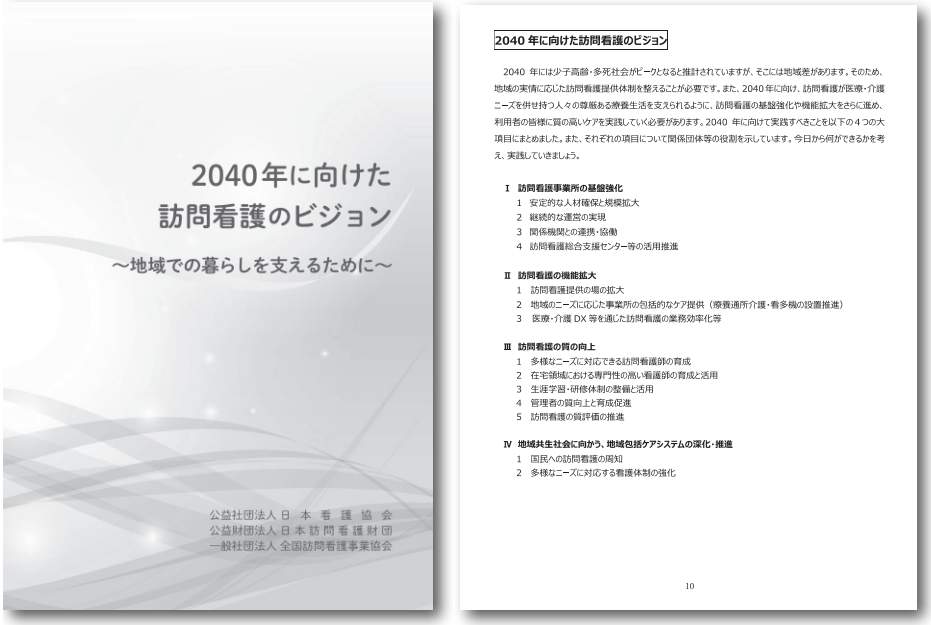
図表 31　訪問看護ステーションの休止・閉鎖

2040年には，人口は約11,264万人になると予測されています．都市部と地方では人口数，高齢化率の変化を認め，訪問看護事業所の所属する地域の人口の推移などを知る必要があります．また,訪問看護ステーション数は,増加していますが，休止・閉鎖する訪問看護ステーションも増加を認め（図表31），訪問看護事業所の全国的な整備をその地域の特性に合わせ行う必要があります[注9)]．

また，医療依存度の高い利用者や複雑化・多様性のある利用者に対応するためには，24時間対応が必須ですが，訪問看護師のライフスタイルに合わせた就労のあり方などにも十分配慮が必要です.チームでの検討会では,メンバーの訪問看護等に関する実践報告や，診療・介護報酬に対する意見を含め意見交換を行い，多角的に検討が行われました.

2．「2040年に向けた訪問看護のビジョン」の策定

訪問看護推進連携会議で，2024年7月から作成の検討を始めました．全国訪問看護事業協会からは,「2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案」を日本訪問看護財団からは,「アクションプラン2025現状評価関係資料」を日本看護協会からは,「平成6年度日本看護協会　重点政策・重点事業」から在宅看護課事業箇所を抜粋したものを参考資料として検討を行いました．このビジョンの位置付けは,「訪問看護アクションプラン2025」の後継版として，内容は，時代の変化や地域の実情を踏まえ，2040年に向け，訪問看護師・訪問看護事業所が目指す姿と具体的に実践すべき取り組みを示す指針です．今後の社会における国民への良質な看護の提供の視点で，訪問看護関係者だけでなく，行政･関係団体･在宅関係事業所・国民など幅広い立場の方々が参考にしていただきたいものです．また，訪問看護師・訪問看護事業所のみで実践できない，支援が必要な内容が多くなっていることから，関係団体の役割を追記し，3団体,訪問看護連携推進会議の役割も明確にしました．最後に



図表 32　2040 年に向けた訪問看護のビジョン　表紙・目次

在宅療養者が地域で生活が継続できる支援を目標とするため，副題として『地域での暮らしを支えるために』（図表32）を添えました．

1）2040年に向けて，訪問看護が目指す姿

全ての地域で24時間365日，必要な質の高い訪問看護サービスを提供する仕組みづくりでは，訪問看護の基盤強化であり，人材確保，事業所の規模拡大ですが，1事業所のみで規模拡大することは難しい場合は，事業所間・関係機関との連携・協働も含め，訪問看護師が安心して訪問看護できる環境整備とその支援です．また，全世代の多様なニーズへの対応のため，訪問看護の機能拡大を図る必要があり，ICT や医療DX の活用や多職種連携などサービスにおいても包括的に支援できる体制整備を図る必要があります．

(1) 訪問看護事業所の基盤強化

一部の不適切な訪問看護の提供が報道され，訪問看護利用者の不利益とならないよう，訪問看護事業所のガバナンスを強化する．また，近年の災害や新興感染症に対応する役割を担うため，訪問看護事業所が医療措置協定の指定医療機関に位置付けられたことに関する項目を挙げました．これには，BCP 策定とその実践も含まれます．また，訪問看護総合支援センターや都道府県訪問看護連絡協議会，都道府県看護協会など関係団体等の行っている活動を活用するなど支援を受ける必要性があります．

(2) 訪問看護の機能拡大

医療的ケア児・者など多様な場で生活している施設等との連携が重要です．どのような場所で生活している療養者に対しても，ACP に基づくケアに取り組む継続性の担保や地域のニーズに対応するための包括的ケアの提供が重要です．

訪問看護の機能の拡大には，訪問看護の業務効率化を医療・介護DX 等の推進や実践に積極的に取り組む必要があります．

(3) 訪問看護の質の向上

訪問看護ステーションの増加に伴い急務とされているのは，訪問看護の質の向上であり，多様なニーズに対応できる訪問看護師の育成と専門性の高い看護師の育成と活用です．訪問看護師の生涯学習や研修体制の整備と活用のためには，地域における教育機関や医療機関などとの連携が必要です．地域の多様なニーズに対応できる訪問看護事業所の運営のためには，訪問看護ステーションにおける管理者の役割は重要であり，管理者のマネジメント能力を高める体系的な研修への参加が重要です．訪問看護の質評価に関して，自己評価や第三者評価など実践を評価するシステムへの参加も重要です．

(4) 地域共生社会に向かう，地域包括ケアシステムの深化・推進

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる支援のためには，地域共生社会の実現を目指し，さまざまな人々とつながることが必要です．

Ⅴ．在宅ケアに関わる皆さまへ

我が国は，今まで経験したことがない，少子多死時代を迎えようとしています．介護保険が開始し25年が経過しましたが，地域包括ケアシステムの深化は，関わる

人々の世代交代や地域の人口減少など，住み慣れた地域で暮らし続けることが難しくなっているように感じます．

例えば看護職であれば，医療機関の看護師，高齢者施設の看護師，訪問看護ステーションの看護師とさまざまな所属による連携が進められてきましたが，専門職の効率化など，2040年には，この地域がどのように変化するかを俯瞰する視点，新たな連携や協働を模索する必要があります．さらには，教育機関の看護職など自身の役割を自らが考え，地域で交流する可能性を必要としています．

また，日本在宅ケア学会は，在宅ケアに係る多職種が会員です．在宅ケアに関わる全ての専門職においては，自身が行わなければならないこと，他の適切な方にお願いできることなど，利用者のニーズに対応する際には，その地域力を十分に活用することが必要です．そのためには，まずこの地域でどのような活動が実践されているかを昨今は，SNSなどを活用するとさまざまな活動に出会うかもしれません．

「2040年に向けた訪問看護のビジョン」の策定は，2023年から開始しました．その頃は，訪問看護師数は，2025年の推計値12万人に及びませんでしたが，2025年の春のデータでは，12万人を超えています．訪問看護師，そして関係団体の皆さまのご協力により実現できたと考えています．しかし，訪問看護師数は，増加するばかりでなく世代交代などこれからも人材育成・確保・定着を進めていく必要があります．

厚生労働省老健局でも2025年1月から「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会が開催されました．検討会の資料には，2040年までの人口増減率や推計人口別・サービス別事業所数増減率，第9期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み（推計値）が表記されています．4月10日の検討会で「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方に関する中間とりまとめ」により，「時間軸」・「地域軸」の両視点から地域における人口減少・サービス需要の変化に応じ，その地域の状況に応じたサービス提供体制や支援体制の構築が重要とされています．

「2040年に向けた訪問看護のビジョン」を指針とし，訪問看護師・訪問看護事業所の皆さんと新たな時代を開拓していきたいと思います．

■注

1）公益社団法人日本看護協会　2009年には，社団法人日本看護協会であったが，2011年に現在の名称
2）公益財団法人日本訪問看護財団　2009年には，財団法人日本訪問看護振興財団であったが，2012年から現在の名称
3）一般社団法人全国訪問看護事業協会　2009年には，社団法人全国訪問看護事業協会であったが，2012年から現在の名称
4）約15万人とは，在宅ケアを推進する看護師や医療機関で訪問看護に従事する看護職員を含み，在宅死の割合をオランダやフランスなどの水準に引き上げる場合に必要な人数
5）2019年9月30日開催
6）プラチナナースとは，定年退職前後の就業している看護職員で，自分のこれまでの経験をふまえ，持っている能力を発揮し，いきいきと，輝き続けている看護職の呼称.（日本看護協会，2017年看護職員実態調査，プラチナナース活躍促進サポートブック，2022年3月25日
7）きらきら訪問ナース研究会では，新卒看護師の活躍や育成の実際・支援，育成者への支援や新卒看護師の活動に関する調査などを実施している
8）2020年2月　令和元年度老人保健増進等事業（厚生労働省老人保健課），「看多機管理者のための経営・マネジメントの手引き」
9）2025年3月　令和6年度老人健康増進等事業（厚生労働省老人保健課）「訪問看護の持続可能なサービス提供のあり方と役割に関する調査研究事業」，『訪問看護事業所存続のための工夫や取り組みの事例集』

■文献

1）全国訪問看護事業協会：訪問看護アクションプラン2025の評価と課題（https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/actionplan2025-problem.pdf, 2025.6.22）
2）全国訪問看護事業協会：2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案（https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/2040-proposal.pdf, 2025.6.22）
3）全国訪問看護事業協会：2040年に向けた訪問看護のビジョン（https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/vision2040.pdf, 2025.7.14）

特集：2025 年から 2040 年を見据えた在宅ケアへ

47 都道府県の医療計画の分析からみた在宅ケアのあり方

Perspectives on Home Care Derived from an Analysis of Medical Plans across Japan's 47 Prefectures

板谷　智也

日本在宅ケア学会誌，29(1)：29-38(2025)

Ⅰ．はじめに

日本は少子高齢化が急速に進んでおり，総務省統計局の推計によれば，2025年には65歳以上の人口が総人口の約30％，2040年には約35％に達すると見込まれている[1]．75歳以上の後期高齢者の割合も増加を続け，2040年には総人口の約20％を占めるとされている[1]．これに伴い，年間の死亡数は2040年前後に過去最大の約168万人に達し，多死社会の到来が現実のものとなる[2]．

こうした背景のもと，平均在院日数は短縮傾向が続いており，2021年のデータを分析した調査によると，看護師配置7対1の一般急性期病棟では平均が11.5日であった[3]．この平均在院日数の短縮には複合的な理由と歴史的背景がある．その一つが，医療費の増大という社会的課題である．高齢化に伴って医療需要が増加し，2023年度の国民医療費は約43.72兆円に上っている[4]．特に入院医療はコストが高く，長期入院は医療費の増大を招く要因となってきた．このため，医療費の適正化や医療資源の効率的活用が政策課題となった．

また，かつては医療的必要性が薄れたにもかかわらず，家庭や施設での受け入れが困難な高齢者等が長期入院する「社会的入院」が大きな課題となっていた[5]．その解消が求められ，2008年の診療報酬改定で「退院支援加算」が新設され，2010年には退院支援部門の設置が義務化された[3]．医療技術の進歩もこれを後押しし，より短期間での治療と退院が可能となっている．さらに，地域包括ケアシステムが推進され，病院完結型医療から地域完結型医療への転換が進められた[6]．これらの流れを制度的に後押しする形で，診療報酬制度の改定が行われ，自宅等への退院支援機能を評価する観点を踏まえつつ見直されてきた[7]．このように，平均在院日数の短縮は，医療費の増大への対応，社会的入院の是正，医療技術と支援体制の進歩，地域包括ケアの推進，そして制度改革が相互に関わって進められてきたものである．

このような状況の中で，在宅療養の重要性は一層高まっている．厚生労働省の調査では，最期を迎えたい場所として「自宅」を希望する国民が最も多く，約44％に上るという結果を示している[8]．また，高齢者のみならず，小児の在宅療養，特に医療的ケア児の支援も大きな課題となっている[9]．

地方自治体は，医療法に基づき医療計画を策定し，在宅医療体制の整備に責任を持つことが求められている[10]．都道府県は国の基本方針に基づき，地域の実情に応じた医療計画を策定しており，その中で在宅医療は救急医療，災害医療，へき地医療などと並ぶ重要な柱の一つである[11]．医療計画とは，地域の医療需要や医療資源を把握し，必要な医療提供体制の確保方針を定めるものであり，地域医療の将来像を示す重要な指針でもある[11]．

この医療計画は，近年では特に2040年問題への対応を強く意識して策定されるようになっている．2040年問題は，高齢化と多死社会の進展に伴い，医療・介護・社会保障の負担が過去にない水準に達し，地域医療や社会保障制度の持続可能性が危ぶまれる事態を指す[12]．

Tomoya Itatani
宮崎大学医学部看護学科

表 1

指標	分類方法・出典
地域ブロック	北海道・東北，関東，中部，近畿，中国，四国，九州・沖縄
都市型／地方型（2023 年）	2023 年時点で，人口 500 万人以上かつ人口密度 1,000 人 /km² 以上を「都市型」，それ以外を「地方型」と定義 出典：国立社会保障・人口問題研究所 [15]
高齢化率推計（2050 年）	中央値を用いて高齢化率の将来推計値の高い（低い）地域に分類 出典：内閣府 . 高齢化の状況（令和 6 年版 高齢社会白書）[16]
在宅看取り率（2023 年）	総死亡数に占める自宅･その他施設での死亡割合（2023 年）を算出し，中央値を用いて在宅看取り率の高い（低い）地域に分類 出典：e-Stat. 人口動態調査 人口動態統計 確定数（死亡）2023 年 [17]
在宅療養支援診療所数（2023 年）	中央値を用いて在宅療養支援診療所の多い（少ない）地域に分類 出典：e-Stat. 医療施設調査 令和 5 年（2023 年）医療施設（静態・動態）調査 二次医療圏・市区町村編 [18]
地域医療支援病院数（2024 年）	中央値を用いて地域医療支援病院の多い（少ない）地域に分類 出典：厚生労働省 . 地域医療支援病院について [19]
訪問看護ステーション稼働数（2024 年）	中央値を用いて訪問看護ステーション稼働数の多い（少ない）地域に分類 出典：一般社団法人全国訪問看護事業協会．令和 6 年度 訪問看護ステーション数 調査結果 [20]

そのため，医療計画では看取りの体制整備，人材不足の解消，医療と介護の連携など，2040年を見据えた課題への対応が重視されている[12]．医療計画を読み解くことは，各地域が今後直面する課題を明らかにすることと同義であり，その分析は重要である．本研究では，全国47都道府県の医療計画を分析し，2040年を見据えた今後の地域医療と在宅ケアのあり方について検討する．

Ⅱ．方　　法

本研究では，全国47都道府県の第8次医療計画のうち，在宅医療に関する記述を対象として分析を行った．医療計画は医療経済研究機構が開設する「地域医療計画策定・評価 総合支援サイト」に掲載されており，当該サイトを通じて2024年6月時点で取得可能な最新版の医療計画を収集した[13]．

分析にあたっては，医療計画の中から在宅医療に関する現状や課題の記述を抽出し，内容を分類・整理した．医療計画には，在宅医療の現状や課題に関する記述が含まれており，とくに「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」の4項目が多くの都道府県で明示的に記載されている．これら4項目が項目立てされていない場合においては，文脈から該当する記述を抽出し，対応するカテゴリに分類した．なお，この4項目は厚生労働省が公表している「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」における「在宅医療の提供体制」と対応しており，同資料でも「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」が示されている[14]．なお，「日常の療養生活の支援」に含まれる訪問診療，訪問看護，訪問歯科診療，訪問薬剤管理指導，訪問リハビリテーション，訪問栄養食事指導のうち，本研究では訪問診療および訪問看護に関する記述を重点的に分析対象とした．

また，地域による傾向の違いを明らかにするため，在宅医療に関連する指標により都道府県を分類し，それぞれ記述内容の比較を行った．分類方法については表1にまとめた．

倫理的配慮ついては，本研究では公的に公開されているオープンデータ（都道府県の医療計画文書）のみを用いており，個人を特定できる情報は一切含まれていない．したがって，倫理審査の対象となる研究には該当せず，倫理的な問題は生じないと判断した．

Ⅲ．結　　果

1．全体的な傾向

全国47都道府県の第8次医療計画における在宅医療に関する記述を分析したところ，すべての都道府県で「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」のいずれかに該当する内容が確認された．

これらの4項目は，厚生労働省が提示する在宅医療の構成要素としても言及されており，地域の在宅医療体制の整備において中核をなす視点となっている．ほとんどの都道府県では，これらの項目が小見出しやパラグラフ単位で明示的に記述されており，政策的にも重要な位置づけがなされていることがうかがえた．代表的な記述例については，比較の参考として表2に主な記述例を抜粋して示した．

表2　医療計画中に記述された在宅医療に関する現状と課題の要約

都道府県	在宅医療に関する現状と課題
北海道	在宅療養体制，地域包括ケアシステムの構築が必要．自宅や老人ホームの死亡割合が低い．在宅サービスを行う診療所や訪問看護ステーションが少ない．緩和ケア，フレイル対策の充実，訪問看護や訪問薬剤管理指導の推進が必要．ACP の推進や BCP の策定が必要．
青森	高齢化に伴い在宅医療，訪問看護のニーズが増加．地域医療構想でも在宅医療の必要量増加が見込まれる．退院支援担当者配置，訪問診療体制整備，訪問看護従事者確保，看取り体制強化が必要．
岩手	広大な県土と限られた医療資源の中で，24 時間切れ目のない在宅医療体制の整備が必要．医師の負担軽減，在宅医療従事医師の増加，訪問看護の人材確保・運営支援・教育体制強化が求められている．急変時や看取りの対応が必要．医療的ケア児の増加が見込まれる．
宮城	高齢化の進展，慢性疾患による死亡増加に伴い，在宅医療のニーズが増加・多様化．医療依存度の高い小児や重度障害者，がん患者への在宅医療体制の充実が必要．訪問看護師が少なく業務効率化が必要．医療と介護が連携して地域包括ケアシステムを構築する．ACP の普及が必要．
秋田	退院支援の充実が必要．24 時間体制の在宅医療が必要．訪問看護の経営安定，人材確保が必要．多職種協働体制が必要．急変時，看取りの対応が必要．災害時の計画の策定が必要．
山形	高齢化と人口減少が進む中，在宅医療の体制整備が必要であり，退院支援，日常療養支援，急変時対応，看取りの体制強化が課題とされている．医師負担軽減，訪問看護連携強化，医療・介護の多職種連携による包括的な在宅ケアの充実が求められている．
福島	医療供給体制の充実のため施設数を増やし，医療従事者の人材確保が必要．地域包括ケアシステムを構築し，看取り対応を進める．
茨城	高齢化の進展に伴い在宅医療のニーズが増加し，退院支援，療養生活支援，急変時対応，看取りに対応する包括的体制の整備が課題となっている．多職種連携，人材確保，医療・介護の連携強化，地域啓発が重要とされている．
栃木	高齢化が進展し，疾病構造が変化していく中，医療技術や DX の進歩があり，在宅ニーズは多様化する．退院支援を強化し，ICT を活用した日常の療養生活支援を促進する．訪問看護や，歯科診療，薬剤管理，訪問リハを提供する．急変時の対応や看取りも強化が必要．
群馬	在宅療養を希望する県民が，その状態に応じた療養生活を送れるよう，在宅医療の基盤整備を進めるとともに，多職種協働により関係者相互の連携体制を構築する．入院医療機関と，在宅医療・介護に関わる従事者との円滑な連携を図る．患者（本人）の意思決定を支援し，在宅での看取りを含めた対応を推進する．口腔ケア，訪問歯科，訪問リハ，栄養指導を充実する．
埼玉	高齢化や疾病構造の変化，医療技術の進歩により，在宅医療のニーズは増加・多様化．在宅医療の 24 時間対応が困難で人材確保が必要．口腔ケアを行い，嚥下，栄養の低下を防ぐことで QOL の向上を図る．小児在宅医療の推進を図る．急変時の対応，自宅での看取りを可能にする体制が必要．
千葉	疾病構造の変化や医療技術の進歩，QOL 向上への期待に伴い，在宅医療のニーズは増加･多様化している．訪問診療や小児･若年層の医療的ケアへの対応強化が求められ，地域医療構想の中で病床機能の分化・連携と在宅医療の充実が重要な課題となっている．退院支援，自宅での療養支援や看取りの充実を図る．人工呼吸器の利用患者の災害時の対応を検討．
東京	住み慣れた場所に住み続けられるよう医療と介護一体的に提供する．本人の意思決定支援を含めた入退院支援を行う．ニーズの多様化に合わせた人材確保を行う．住民の理解を深める．地域包括ケアシステムを構築する．
神奈川	地域包括ケアシステムを構築する．多職種連携のため ICT を活用する．入退院支援，日常の療養支援，急変時の対応，看取りの強化．歯科診療が行う嚥下リハビリの強化．看取りと ACP の推進．医療的ケア児の対応を強化．
新潟	高齢化や疾病構造の変化に伴い，在宅医療のニーズが今後も増加すると見込まれている．訪問診療・看取りの実施状況や訪問看護・薬剤管理指導の実績は全国平均を下回るものもあり，在宅医療提供体制の基盤整備と多職種協働による円滑・継続的な医療の提供が求められている．特に退院支援，日常の療養生活支援，急変時対応，看取りの各機能の強化が重要課題である．
富山	多職種連携による入退院支援を行う．小児，緩和ケア等も含め住み慣れた地域で療養できるよう体制を構築する．人工呼吸器を使用する患者の搬送等を含め災害時の対応を計画する．急変時の対応，看取りの体制を構築する．

表 2　医療計画中に記述された在宅医療に関する現状と課題の要約（つづき）

都道府県	在宅医療に関する現状と課題
石川	24 時間体制の急変時の対応が必要．ACP の推進が必要．認知症患者の増加が見込まれ，認知症になっても住み慣れた地域で生活できる体制を構築する．
福井	県民の多くが自宅での療養を希望．人工呼吸器や経管栄養が広がり在宅医療のニーズは増加する．ACP や QOD（Quality Of Death）を重視する．入退院支援と訪問看護ステーションの強化．歯科診療, 薬剤管理, 栄養指導, 訪問リハの強化を行う．医療的ケア児の需要が高まっている．
山梨	在宅療養支援診療所が訪問診療に費やす時間が増えている．単独で緊急時の対応している割合が高い．訪問看護ステーションとの連携強化を希望する医療機関が多い．自宅での療養を希望する県民が多い．がん，認知症等への対応のため多職種連携が必要．緊急時，24 時間対応の構築が必要．
長野	高齢化と疾病構造の変化により，通院困難な慢性期患者や要介護・認知症患者が増加しており，在宅医療の役割が重要視される．入院から在宅への円滑な移行，日常療養支援，急変時対応，患者の意向を尊重した看取りまで，多職種連携で切れ目のない支援体制が求められている．ICT の活用により情報共有や連携強化を図り，質の高い在宅医療・地域包括ケア体制を目指す．
岐阜	後期高齢者割合の増加に伴い医療・介護の需要が高まっている．在宅医療患者数は全国平均を上回る増加を示しており，退院支援，日常療養，急変時対応，看取りの 4 機能の整備が求められる．多職種連携，ICT の活用，訪問看護・薬剤・歯科の強化，在宅医療連携拠点の整備，災害時対応（BCP 策定）など，包括的で持続可能な在宅医療体制の構築を進める．
静岡	多職種連携，ICT 活用，地域共生社会の実現を視野に，地域包括ケアの強化を進める．在宅患者に対する退院支援，日常療養，急変時対応，看取り体制の整備，災害・感染症対応，家族支援，栄養・口腔・リハビリ体制の強化が重要課題です．特に ACP 普及や医療的ケア児，小児の在宅医療推進も重点課題とされる．
愛知	高齢化の進行や医療技術の進歩に伴い，在宅医療の需要が増加している．在宅療養支援診療所，訪問看護ステーション等の基盤整備が課題．24 時間対応，急変時後方支援，在宅看取り，小児在宅医療，人材育成，医療と介護の連携，多職種協働，ICT 活用が重点課題となっており，地域包括ケアシステムの構築が進められている．
三重	高齢化の進展に伴い，在宅医療の需要が大幅に増加しており，誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし最期を迎えられる体制づくりが求められる．多職種連携による 24 時間対応や看取りの体制整備が重要課題．患者や家族の QOL 維持向上に向けた継続的・包括的な支援体制の充実が必要．
滋賀	病院から在宅療養への円滑な移行を支える切れ目のない入退院支援体制の整備が進められている．どのような状態や状況であっても，必要な支援を受けながら住み慣れた場所で安心して療養し，最期を迎えられる体制づくりが目指されている．感染症や災害発生時にも療養を継続できる仕組みや，多職種・多機関が連携する地域の拠点機能の充実が重要な課題とされる．
京都	高齢化や疾病構造の変化に伴い在宅医療の需要が増大し，2040 年には訪問診療患者が約 1.5 倍に増加すると見込まれる．地域間格差の解消，人材確保，24 時間対応，緩和ケア，口腔・栄養管理を含む多職種連携の体制整備が必要．住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活が送れるよう，切れ目のない医療・介護連携と地域拠点の機能強化が求められている．
大阪	退院支援から看取りまで地域で完結できる医療・介護の連携体制の整備が必要．夜間・休日の急変時対応や多職種連携を強化し，医療従事者のスキル向上と人材確保を進める．ACP の普及啓発と住民・医療従事者の理解促進が求められている．
兵庫	市町や関係団体と連携し，在宅医療の普及啓発と基盤整備を推進する．退院から看取りまで切れ目のない医療・介護サービス提供体制を強化し，急変時の後方支援や訪問診療・看護の体制拡充に努める．今地域課題に対応し，多職種連携や人材育成も進める．
奈良	入退院支援から日常の療養支援，急変時対応，看取りまで，切れ目のない医療・介護提供体制の構築を目指している．多職種協働・地域連携を強化し，24 時間対応や災害時対応も含めた在宅医療基盤を整備している．さらに，ICT 活用や人材育成，啓発活動を通じ，地域特性に応じた質の高い在宅医療を推進している．
和歌山	病床機能分化と連携を進めつつ，地域の医療需要に応じた在宅医療体制の整備を推進している．24 時間対応や急変時対応，介護との連携を強化し，多職種人材の確保・育成にも注力している．本人・家族の意思決定支援やかかりつけ医の普及も重要な課題．
鳥取	今後増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するため，在宅医療を提供する医療機関や訪問看護ステーションの機能強化，訪問看護師の養成・サテライト設置支援などを進めている．医療・介護・福祉の多職種連携や ICT の活用による情報共有，退院支援から看取りまでの切れ目ない体制整備を目指し，地域全体での在宅療養支援体制を構築する．また，在宅医療に積極的役割を担う医療機関の位置付けや，関係機関間の連携強化も推進している．
島根	診療所医師や訪問看護師の高齢化と後継者不足が深刻で，特に中山間地域で一次医療や在宅医療の確保が課題となっている．訪問看護ステーションの数は増加しているが，若手人材の確保が急務である．地域全体で医療･介護連携を進めるため，情報共有ネットワークや研修体制が整備され，災害・感染症時の継続的医療提供体制の強化も求められている．

表 2　医療計画中に記述された在宅医療に関する現状と課題の要約（つづき）

都道府県	在宅医療に関する現状と課題
岡山	高齢化の進展に伴い在宅医療や看取りの需要が増加し, 病院完結型から地域完結型医療への転換が課題．入退院支援や医療・介護連携の強化，訪問看護・歯科・薬局の体制整備，ACP の推進が必要．特に若年層や小児への在宅医療対応や，リハビリ・栄養管理の強化も求められている．
広島	在宅医療の充実に向け，入退院支援や急変時・看取り体制の強化，口腔・栄養管理を含む日常療養支援の連携促進に取り組んでいる．中山間地域の医師確保，総合診療医育成，多職種研修や市町・関係機関との協働を推進し，在宅医療・介護連携を進めるとともに，災害時の BCP や地域課題への対応も重視している．
山口	在宅療養の確保・充実に向けて, 多職種が連携した在宅医療提供体制（訪問診療・訪問看護・訪問歯科診療・訪問薬剤管理指導・訪問リハビリテーション等）の強化に取り組んでいる．また，県民への啓発・情報提供，関係機関の連携強化を進め，在宅医療の連携拠点や積極的役割を担う医療機関を位置付け，急変時や看取り時の対応体制の整備を図っている．
徳島	入院医療機関と在宅医療機関の連携強化による切れ目のない医療提供体制の構築を目指し，多職種協働や ICT 活用による在宅医療・介護連携，訪問看護・歯科・薬局の体制整備，人材育成に取り組んでいる．さらに，医療的ケア児への支援，災害・感染症時の継続的サービス提供，急変時や看取りへの対応強化を推進している．
香川	高齢化の進展に伴い，住み慣れた地域で自宅療養や看取りを希望する県民のニーズに応えるため，在宅医療の基盤整備，退院支援や急変時対応，訪問看護・歯科・薬剤管理の充実，多職種連携と人材育成，ICT 活用，災害時の連携強化などに取り組んでいる．また，ACP の推進を通じて患者の意思が尊重される体制構築を進めている．
愛媛	高齢化や慢性期医療ニーズの増加に対応するため，入院初期からの退院支援，多職種連携による体制の整備を進めている．訪問診療・看護の充実，ICT 活用，人材育成に力を入れ，住み慣れた地域で安心して療養・看取りができる体制づくりを推進している．
高知	入院から在宅療養までの切れ目ない医療体制の確保を目指し，退院支援の標準化，多職種連携，人材育成，EHR・オンライン診療の活用を推進している．訪問看護・歯科・薬剤管理・栄養・リハビリの体制整備や中山間地域への支援を進め，急変時対応や在宅での看取り，人生会議の啓発にも注力している．
福岡	住み慣れた地域で安心して療養・看取りができる地域包括ケアシステムの構築を進めている．市町村や医師会と連携し，退院支援，急変時対応，看取り，緩和ケア，小児や医療的ケア児への支援，多職種連携，ICT の活用，薬学管理の高度化に取り組んでいる．また，人材育成や地域住民への啓発，人生会議（ACP）の推進を強化している．
佐賀	在宅医療を希望する県民が安心して医療を受けられる環境整備を進めている．ICT の活用を含め，関係機関相互の連携により，退院支援，日常の療養支援，急変時対応，患者が望む場所での看取りが円滑に提供される体制構築を目指している．
長崎	在宅療養を希望する患者が住み慣れた地域で安心して医療を受けられるよう，入退院支援，日常の療養支援，急変時対応，看取りを含む 24 時間 365 日体制の在宅医療を整備します．医師の負担軽減，多職種連携の推進，地域包括ケアシステムの充実を目標としています．
熊本	熊本県在宅医療サポートセンターを中心に, 退院支援, 日常の療養支援, 急変時対応, 看取り体制の整備を進めている．医療・介護・福祉の多職種連携や地域の実情に応じた連携体制の構築を推進し，研修や啓発活動を通じて人材育成・住民への普及啓発を行っている．さらに，災害・感染症対応の BCP 策定や高度な薬学管理，訪問看護・薬剤管理体制の強化にも取り組んでいる．
大分	郡市医師会等と連携し，在宅療養支援診療所・病院や訪問看護ステーションの整備，24 時間対応の訪問看護・ターミナルケアの強化，オンライン診療や高度薬学管理の推進により在宅医療体制の基盤充実を進めている．また，医療・介護の多職種研修や専門職の育成，退職看護師等の再就業支援，摂食嚥下障害対策，薬剤師の高度化など人材育成に力を入れています．さらに，人生会議の普及啓発，災害・感染症時の連携強化にも取り組んでいる．
宮崎	在宅医療提供体制を確保するため，訪問診療・訪問看護・薬剤師・歯科医師など多職種の人材確保と育成を進めている．入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を重視し, 医療と介護の連携を強化している．訪問診療の充実, ICT の活用, 急性期医療との連携が求められている．急変時には 24 時間対応可能な医療体制の整備が進められており，ACP の推進や支援体制の構築にも取り組んでいる．
鹿児島	多職種協働による包括的・継続的な医療・介護サービス体制の構築を推進しています．在宅療養者の医療ニーズ・介護ニーズに応じた安心の生活環境づくり，小児・高齢者の在宅医療体制強化，訪問看護・訪問診療・訪問薬剤管理指導等の機能強化が重要視されている．また，NICU 退院児や医療的ケア児の支援，ICT を活用した情報共有・連携，退院支援，急変時の対応，災害時対応なども重点的に取り組まれている．
沖縄	入院から在宅療養への円滑な移行を目指し，退院支援担当者の配置や人材育成を進めている．多職種連携や ICT 活用による在宅医療提供体制を強化し，訪問診療・看護の充実，小児・高齢者への対応，急変時・看取りの体制整備を推進している．24 時間対応可能な医療機関の確保や，在宅医療で積極的役割を担う医療機関の位置付けにも取り組んでいる．

2．各項目別の記述傾向

本節では，在宅医療に関する記述を「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」の4項目に分類し，それぞれの傾向について分析する．なお，紙幅の都合により表形式での提示は行わず，本文中で記述する．

- 退院支援：多くの医療計画において，急性期病院から在宅医療への円滑な移行を目指した取り組みが記述されており，入院時や外来時からの退院支援が重視されていた．具体的には，地域包括ケア病棟との連携，地域連携パスの活用，退院調整専任者の配置などを通じて，病床の機能分化と地域内のシームレスな医療提供体制の構築が進められていることがうかがえた．
- 日常の療養生活の支援：訪問診療や訪問看護の体制整備については，すべての都道府県で何らかの形で言及されていた．特に，医師・看護師の人材確保，24時間対応の診療体制，訪問リハビリや栄養支援との連携，ICTの活用，遠隔診療への言及など，地域の特性に応じた工夫が盛り込まれていた．また，地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携体制についても多くの計画で記載されていた．
- 急変時の対応：在宅療養中の患者の急変に対する備えとして，24時間対応可能な訪問診療･看護体制の整備，救急医療機関との情報共有，対応マニュアルの整備，多職種によるケースレビューの実施など，実効性のある対応策が示されていた．また，急変時の患者や家族への説明体制，連携先医療機関の一覧整備など，地域によってはきめ細やかな支援体制が構築されていることが明らかとなった．
- 在宅での看取り：人生の最終段階における在宅療養の支援については，多くの都道府県がACPの推進や看取りを支える体制整備に積極的に取り組んでいた．訪問看護の充実，多職種によるカンファレンスの実施，家族支援の重要性に関する記述も多く，医療的・心理的側面の両面から支える仕組みが重視されていることが示された．

3．在宅医療関連指標による都道府県分類と記述傾向の比較（表3）

- 関東や近畿などの大都市圏を含むブロックでは，在宅医療のニーズの多様化に関する記述が多く見られた．一方，東北や四国では，在宅医療従事者の不足や訪問看護ステーションの配置の不均衡といった，医療資源の偏在が主な課題として挙げられていた．九州・沖縄では，「看取り」に関する記述が比較的多く見受けられた．ただし，全体としては，ブロックごとの傾向に明確な一貫性があるとは言い難く，地域差はあるものの，共通する課題も多く存在していた．
- 都市型／地方型の違い：
  ［人口500万人以上かつ人口密度1,000人/km²以上を「都市型」（7件）と定義］
  都市型の都府県では，在宅医療のニーズについて「増加している」や「多様化している」といった記述が多く見られた．特に「小児」に関する言及が目立ち，人口規模に比例して医療ニーズが多様化していることがうかがえた．一方，地方型の道府県では，「医師不足」「訪問看護師の確保」「基盤整備の遅れ」など，在宅医療の基本的な体制整備に関する課題が多く記述されていた．加えて,「急変時の対応」についての記載も多く，過疎地域における人材不足が，緊急対応の困難さに直結している実態がうかがえた．地方においては，こうした制約の中で，地域・在宅医療をいかに持続可能な形で維持するかに焦点が当てられていた．
- 高齢化率推計（2050年）による違い：
  ［中央値42.6％以上を「2050年予測の高齢化率が高い地域（23件）」とした］
  高齢化率が高くなると見込まれる都道府県では，多死社会への対応や在宅での看取り体制の整備に関する記述がより具体的であり，「地域の実情に応じた看取りの場所の選択肢確保」「看取り体験の普及啓発」などの内容が確認された．傾向としては，実際の対応や現場の課題に関する記述が多く読み取れた．一方で，低高齢化地域においては,「薬剤管理」「多職種連携」「地域包括ケアシステム」など，制度整備の設計に関する記述が多かった．
- 在宅看取り率の違い：
  ［中央値15.3％以上を「在宅看取り率の高い地域（23件）」とした］
  在宅看取り率が高い県では，「在宅で最期を迎えることの価値」を前提とした施策が多く，地域の医療機関や医師会との連携，住民へのACP（アドバンス･ケア･プランニング）啓発，訪問看護の活用促進などが明確

表 3　各都道府県別の在宅医療に関連した指標

都道府県	ブロック	都市 / 地方	高齢化率 (2050, %)	看取り率 (2023, %)	在宅療養支援診療所数 (2023)	地域医療支援病院数 (2024)	訪問看護 ST 稼働数 (2024)
北海道	北海道・東北	地方型	42.6	14.5	334	20	641
青森	北海道・東北	地方型	48.4	15.4	74	7	148
岩手	北海道・東北	地方型	45.9	13.1	75	6	122
宮城	北海道・東北	地方型	39.4	19.2	131	13	215
秋田	北海道・東北	地方型	49.9	13.2	65	2	85
山形	北海道・東北	地方型	44.3	14.6	85	7	89
福島	北海道・東北	地方型	44.2	17.6	156	9	186
茨城	関東	地方型	40.0	16.2	195	22	288
栃木	関東	地方型	39.6	19.2	153	10	204
群馬	関東	地方型	40.0	15.5	261	13	321
埼玉	関東	都市型	35.5	20.4	521	25	810
千葉	関東	都市型	35.5	20.4	415	23	640
東京	関東	都市型	29.6	25.1	1,661	52	1,674
神奈川	関東	都市型	35.0	23.7	910	44	1,047
新潟	中部	地方型	43.2	12.5	130	8	194
富山	中部	地方型	41.4	15.0	71	10	104
石川	中部	地方型	38.3	15.3	147	6	142
福井	中部	地方型	40.3	14.9	52	4	104
山梨	中部	地方型	41.7	16.1	64	1	87
長野	中部	地方型	41.6	16.7	264	12	223
岐阜	中部	地方型	40.6	20.4	275	9	304
静岡	中部	地方型	39.6	18.6	365	23	347
愛知	中部	都市型	34.5	18.9	845	30	1,160
三重	近畿	地方型	39.6	19.5	173	17	231
滋賀	近畿	地方型	36.7	18.5	165	12	198
京都	近畿	地方型	38.5	19.2	347	17	448
大阪	近畿	都市型	36.6	22.9	1,773	51	1,967
兵庫	近畿	地方型	39.5	22.6	957	39	938
奈良	近畿	地方型	43.3	19.6	178	6	208
和歌山	近畿	地方型	43.7	19.8	181	5	206
鳥取	中国	地方型	40.9	16.7	77	6	72
島根	中国	地方型	39.7	13.6	118	6	98
岡山	中国	地方型	37.8	16.3	278	12	225
広島	中国	地方型	37.4	18.4	549	20	409
山口	中国	地方型	42.3	14.6	144	14	173
徳島	四国	地方型	44.8	13.2	138	7	115
香川	四国	地方型	39.7	18.6	130	7	146
愛媛	四国	地方型	43.0	18.8	198	4	211
高知	四国	地方型	45.6	15.6	43	3	101
福岡	九州・沖縄	都市型	35.1	15.4	767	42	952
佐賀	九州・沖縄	地方型	39.3	14.0	123	6	121
長崎	九州・沖縄	地方型	43.4	14.8	259	11	140
熊本	九州・沖縄	地方型	38.8	12.5	224	16	327
大分	九州・沖縄	地方型	40.5	11.9	177	13	230
宮崎	九州・沖縄	地方型	40.8	12.9	105	9	185
鹿児島	九州・沖縄	地方型	41.2	13.5	272	15	232
沖縄	九州・沖縄	地方型	33.6	20.6	100	13	261

* 都市 / 地方：人口 500 万人以上かつ人口密度 1,000 人 /km² 以上を「都市型」と定義（2023 年時点）
* 高齢化率は 2050 年の将来推計（%）

に示されていた．ただし，具体的な取り組み内容は比較的多様であり，共通する定型的な表現は少なかった．一方，看取り率が低い県では，「病院志向の強さ」「家族の不安」「意思決定の負担軽減」「退院支援」など，社会的背景に関する課題が多く記述されており，課題の整理や看取りに向けた準備の必要性を示す表現が目立った．

- 在宅療養支援診療所数の違い：
  ［中央値94以上を「在宅療養支援診療所の多い地域（23件）」とした］
  診療所数が多い県では，訪問診療を担う医師の輪番制の導入や，在宅患者情報の共有化，夜間対応への備えなど，診療所が地域ケアのハブとして機能することを目指した取り組みが記述されていた．ただし，表現には共通の定型語はあまり見られなかった．一方，診療所数の少ない地域についても明確な特徴語は見られなかったが，「24時間対応や看取りの体制整備が重要課題」「若手人材の確保が急務」などの記述があり，体制構築へのニーズが計画に反映されていることがうかがえた．
- 地域医療支援病院数の違い：
  ［中央値7以上を「地域医療支援病院多い地域（23件）」とした］
  支援病院が多い地域では，急性期病院から在宅への移行に向けたスムーズな連携体制の構築が進められており，「在宅復帰支援カンファレンス」「連携パス」「退院後フォローアップ体制」などの取り組みが記述されていた．語彙の分散度が高く，地域ごとに多様な工夫がなされていることがうかがえる．一方，支援病院が少ない地域では，「連携」「代替手段」「人的資源確保」など，体制の不足や制約に対応するための課題意識に基づいた記述が多く見られた．
- 訪問看護ステーション（ST）稼働数の違い：
  ［中央値188以上を「訪問看護ST稼働数の多い地域（23件）」とした］
  訪問看護の稼働数が多い県では，質の確保や人材の育成・研修，さらには「個別の工夫」に関する記載が多く，訪問看護を中核とした包括的な在宅支援体制の構築が示されていた．一方，稼働数が少ない県では，「訪問看護の担い手不足」や「夜間対応の困難さ」などが主な課題として挙げられていた．

Ⅳ．考　　察

本研究により，47都道府県の第8次医療計画における在宅医療の記述は，「入退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」の4領域に概ね集約されていた．これらの項目は，厚生労働省のガイドラインにおいて実質的に記載が求められている内容であるため，記載されていること自体は各都道府県の共通項といえる．すなわち，全国的に一定の枠組みに基づいて医療計画が策定されていることを示しており，在宅医療に関する政策的な統一性と共通認識が形成されていることがうかがえる．一方で，本研究では都道府県間における記述内容の明確な違いはあまり見られなかった．その理由として，在宅医療や地域医療における最大の違いは，端的にいえば「都市部か地方部か」という地域特性に起因すると考えられる．しかし，実際には多くの都道府県が都市的な地域と農村的な地域の両方を併せ持っており，たとえば東京都であっても，23区のような都市部だけでなく，島しょ部や多摩地域のような地方性の強いエリアを含んでいる．都道府県の医療計画は，こうした多様な地域を包括的に対象とする必要があるため，必然的に記述が抽象化され，地域間の差異が見えにくくなる傾向があると考えられる．より具体的な違いを明らかにするには，市町村レベルの地域医療計画や実施状況を読み解く必要があるだろう．

このように，都道府県単位の医療計画では地域差が見えにくい側面がある一方で，各計画に共通して記されている内容から，全国的に重要視されている施策や方向性を読み取ることは可能である．まず，「退院支援」については，病院から在宅への円滑な移行を支援する仕組みが重要視されており，多職種による連携や早期介入の必要性が多くの計画で記載されていた．これは平均在院日数の短縮や社会的入院の回避を背景とした取り組みであり，診療報酬制度によって促進されてきた経緯が反映されていると考えられる．

「日常の療養生活の支援」においては，訪問診療や訪問看護の体制整備が多くの医療計画に共通して記載されていた．特に，医師・看護師など在宅医療を担う人材の確保や，24時間対応の体制整備に関する施策が目立った．また，ICTの活用や多職種による連携，意思決定支援の重要性に言及する計画も多く，地域包括支援セン

ターやケアマネジャーとの連携を通じて，体制整備が全国的に進められている状況が読み取れた．

「急変時の対応」に関しては，在宅療養中の患者が緊急状態に陥った際に，迅速かつ適切に対応できる体制の整備が重要視されていた．多くの医療計画では，24時間対応の訪問診療体制や，訪問看護師との連携による初期対応，さらには救急搬送や急性期医療機関との円滑な連携体制の構築が盛り込まれていた．加えて，在宅療養患者の急変を想定した情報共有の仕組みや，かかりつけ医の関与を強化する記述もみられ，地域内の医療・介護資源を活用しながら，緊急時に切れ目のない支援が提供できる体制を目指す姿勢がうかがえた．また，一部の計画では，医療資源が限られる地域においても，遠隔診療やICTの導入を活用して代替的な対応手段を講じる方針が示されていた．

「在宅での看取り」に関する記述では，ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の推進や，終末期における本人・家族の意思決定支援体制の整備が，多くの都道府県で明記されていた．また，看取りに対応できる訪問診療・訪問看護体制の構築や，看取り支援に関わる多職種チームの育成・活用も重点的に取り上げられていた．特に，住民が望む場所で最期を迎えることができるよう，在宅・施設・病院を問わず多様な選択肢を支える体制整備が求められており，計画の中には自宅での看取りを推進する方針と同時に，施設や病院での看取りにも配慮する柔軟な姿勢が見受けられた．また，一部の都道府県では，宗教的・文化的背景，地域の看取り文化，住民の死生観に着目した取り組みが紹介されており，医療的な支援だけでなく，価値観や生活文化を尊重した対応が求められていることがうかがえる．

都道府県単位の医療計画では地域差が見えにくい傾向があるものの，補足的に用いた客観データをもとに地域属性を分類して分析した結果，地方型と都市型の地域では直面する課題に違いがあることが示唆された．地方型の地域では，高齢化率の上昇や人口減少に伴い，医師や看護師など在宅医療を担う人材の確保が困難であるという課題が顕在化していた．こうした人材不足に対しては，ICTの活用や遠隔診療，訪問診療の効率化などを通じた対応が求められている．一方，都市型の地域では，比較的人材や医療資源が確保されているものの，住民のライフスタイルや価値観の多様化により，在宅医療へのニーズも多岐にわたっていることが課題である．ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や意思決定支援，多職種協働によるきめ細やかなサービス提供など，より個別化された対応が求められていた．すなわち，都市部では「多様なニーズへの柔軟な対応」，地方部では「基盤的な医療体制の確保」が，それぞれの地域における在宅医療の重点課題となっている．

これらの分析から，在宅医療の推進には全国一律の施策では不十分であり，地域の人口構造，医療資源，文化的背景に応じた柔軟な制度設計が必要であることが明らかとなった．今後の在宅ケア体制の整備においては，地域特性を踏まえた人材育成，ICTの活用，住民の意思決定支援，地域包括ケアの強化といった多角的なアプローチが求められる．2040年に向けて進展する多死社会への備えとして，医療計画が果たすべき役割は今後さらに大きくなると考えられる．

もっとも，本研究にはいくつかの限界がある．医療計画の記述方法は都道府県によって様式や表現に差異があり，画一的な分析が難しい場合があった．また，記述内容の分類や解釈には研究者の主観的な判断が含まれており，信頼性や妥当性に一定の制約がある．今後は複数の分析者によるレビューや，医療計画の策定担当者へのヒアリングなどを通じて，より客観的かつ実態に即した分析手法の構築が求められる．

V．結　　論

本研究では，全国47都道府県の第8次医療計画における在宅医療の記述を分析し，共通する政策的枠組みと地域ごとの重点の違いを明らかにした．在宅医療に関する記述は，主に「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」に集約され，全国的に共通した施策が示されていた．一方で，都市型と地方型，高齢化率や在宅看取り率の違いなど，地域の属性によって直面する課題には差があり，体制整備の内容や強調点にも一定の違いが見られた．特に，都市部では多様化するニーズへの対応，地方部では人材不足や医療資源の限界への対応が重点的に記述されていた．これらの結果から，在宅医療の推進には全国一律の政策では不十分であり，地域の実情に応じた柔軟な制度設計が必要であることが示唆された．医療計画は，2040年に向けた多死社会

への備えとして，今後ますます重要な役割を担うと考えられる．本研究の成果が，持続可能な在宅医療体制の構築に寄与することを期待する．

■引用文献

1）総務省統計局：統計からみた我が国の高齢者（https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics142.pdf, 2025.7.7）.

2）厚生労働省：2040年頃の社会保障を取り巻く環境（https://www.soumu.go.jp/main_content/000573859.pdf, 2025.7.7）.

3）Machida A, Morioka N, Kashiwagi M, et al.：Staffing level in the discharge planning department and average length of stay in acute care wards: A cross-sectional study using a nationwide hospital- and ward-level data in Japan, 30 April 2024, PREPRINT（Version 1）available at Research Square［https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4302724/v1］

4）厚生労働省：医療費の動向（令和5年度）（https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/23/dl/iryouhi_data_sankou.pdf, 2025.7.7）.

5）岸田研作：全国レベルの社会的入院の時系列推移．医療経済研究，**28**（1）：3-23, 2016（https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjhep/28/1/28_2016.06/_pdf/-char/ja, 2025.7.7）.

6）中村順子：“住み慣れた地域で最期まで暮らす”を支える“治し支える地域完結型医療”に求められるチーム医療・ケア．日農医誌，**72**（6）：483-486, 2024（https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrm/72/6/72_483/_pdf/-char/ja, 2025.7.7）.

7）厚生労働省：平成30年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（現時点の骨子）（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190939.pdf, 2025.7.7）.

8）厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査：調査の結果（https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf, 2025.7.7）.

9）厚生労働省：医療的ケア児等とその家族に対する支援施策（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/index_00004.html, 2025.7.7）.

10）医療法（令和6年4月1日施行版）第30条の4（https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000205, 2025.7.7）.

11）厚生労働省：地域医療構想ガイドライン（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000196935.pdf, 2025.7.7）.

12）厚生労働省：新たな地域医療構想に関するとりまとめ（https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001360724.pdf, 2025.7.7）.

13）医療経済研究機構 地域医療計画 策定・評価 総合サイト：都道府県第8次医療計画（https://iryo-keikaku.jp/h/, 2025.7.7）.

14）厚生労働省：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf, 2025.7.7）.

15）国立社会保障・人口問題研究所：人口統計資料集（2023年推計）（https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2023.asp?fname=T12-01.htm, 2025.7.7）.

16）内閣府：高齢化の状況（令和6年版 高齢社会白書）（https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1_1_4.html, 2025.7.7）.

17）e-Stat：人口動態調査 人口動態統計 確定数（死亡）2023年（https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411653, 2025.7.7）.

18）e-Stat：医療施設調査 令和5年（2023年）医療施設（静態・動態）調査 二次医療圏・市区町村編（https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0004024952, 2025.7.7）.

19）厚生労働省：地域医療支援病院について（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801_00015.html, 2025.7.7）.

20）全国訪問看護事業協会：令和6年度 訪問看護ステーション数 調査結果（https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r6-research.pdf, 2025.7.7）.

特集：2025年から2040年を見据えた在宅ケアへ

2040年を見据えた都道府県の取組み
ー群馬県看護協会における取組み

Initiatives from the Prefectural Administration and Nursing Association with a view to 2040 in Gunma Prefecture

神山　智子

日本在宅ケア学会誌，29(1)：39-44(2025)

Ⅰ．はじめに

高齢者人口がピークを迎えるといわれる2040年に向けて，在宅ケアの体制整備の更なる推進が必要とされている．今回この機会をいただき，群馬県保健師として勤務した38年のうち在宅ケアに関わった際の取組みを中心に振り返り，2023年からの群馬県看護協会長の立場から将来を展望したい．

〈原点〉

私が保健師として群馬県に就職し3年目の1987年に，他県に住む祖父を看取ることとなった．6年余り要介護状態だったが危篤の連絡を受け両親と祖父母宅に向かい，ベッドサイドに行くと，痰が絡んで下顎呼吸の状態であった．医師は不在，痰の吸引のための機材も聴診器もなく，親族20人位の環視の中，呼吸が止まるのを観察するしかなかった．痰で呼吸が止まったが橈骨動脈に触れると拍動を感じ，しばらくすると触れなくなった．もしやと頸動脈に触れ，その拍動も感じられなくなってしばらく，心停止と思われた時，時計を見た．それを合図に祖母，伯父，叔母，従兄弟たち皆が口々に「じ～ちゃんありがとう」と祖父にお礼の言葉を言いあった．ひとしきりしたら，皆ですぐに葬式の支度に入り，祖母たちは用意してあった青梅綿を取り出し死出の衣装を整え，伯父たちは医師に報せ，叔母たちはてんぷらの準備を始めた．この生活の中の看取りの体験は，在宅ケアに係る私の原点の一つである．

Tomoko Kamiyama
公益社団法人群馬県看護協会長

Ⅱ．群馬県の取組み

1．介護保険制度創設前

1989年に厚生省（現：厚生労働省）が策定した「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）」に「ねたきり老人ゼロ作戦」が掲げられた．

1990年，当時勤務していた富岡保健所において，「脳卒中退院時情報システム」により病院から在宅に退院した男性の情報が入り，地区担当保健師として家庭訪問をした．既にベッドが用意され妻が介護していたが，経管栄養と入浴介助に困っていた．また，妻の収縮時血圧は200mmHgあったが未受診だった．そこで，富岡地域で始まったばかりのデイケアと訪問看護を導入し，在宅医療・介護を軌道に乗せることができた．1993年には，ご夫婦と訪問看護師の笑顔の写真が市の広報誌[1]に掲載された．

介護保険制度の前は，このように保健所や市町村の保健師が現在の介護支援専門員（以下,「ケアマネ」という）の様な業務を担っていた．

さらに保健所では，在宅で介護をしている家族への洗髪等の技術教室や，介護家族の集いを市町村公民館等に出向いて行うなど，地域での在宅ケアを支える取組みを行っていた．

1998年には，介護保険法の施行準備の担当となり，制度の説明や認定調査の試行準備等のため他の保健所保健師と伴にケアマネの資格を取った．

2．訪問看護推進事業の創設

2004年，今後の在宅ケアの推進のため，国において訪問看護推進事業が開始された．これを受け群馬県では，これまで群馬県看護協会に委託しナースセンター事業の一環として行っていた訪問看護師養成研修に加え，2005年に群馬県訪問看護推進協議会を設置し，「訪問看護ステーション（以下，「訪看St」という）・医療機関に勤務する看護師の相互研修」を開始した．

2006年には，県内訪問看護事業所［325カ所（うち病院54カ所，診療所182カ所，訪看St89カ所）］の実態調査を行い群馬県看護学会で発表[2)]，翌年には課題対応策についての調査結果を同学会で第2報として発表[3)]した．

訪問看護師等を対象とした在宅ホスピスケア研修会は，在宅での看取りを促進するため2006年には1日間，翌年には3日間コースとして実施した．県内緩和ケア認定看護師等に研修の企画から運営まで協力いただき，参加者の93.5％が「学びたいことが学べた」と評価し，「群馬県でこのクオリティの研修が受けられるとは」「安心して誇りをもってケアが実施できる」といった感想が寄せられた．

また，2008年には，在宅ケアを推進するため県内2会場（高崎市・太田市）において，在宅ホスピスケア等普及事業を実施した．当時結成したばかりの「高崎緩和ケアネットワークの会」に集う多職種に協力いただき，平日夜2時間で基調講演とワークショップを実施した．定員を超える計162人（定員150人）の参加者の反応は，大いに満足及び満足が88.6％であり，基調講演の学びに加え医師を含む職種ごとのグループワークにより現状や多角的な意見が聞けた等，熱気を帯びた評価を得た．

2013年，群馬県保健医療計画を5疾病5事業＋在宅医療について策定するため，群馬県保健医療計画会議在宅医療推進部会が創設された際に訪問看護推進協議会を内包することとなった．

3．地域包括ケアシステムの推進

1）医療介護連携推進

2015年，介護保険法改正により市町村が新規に取り組む必要があった医療介護連携推進事業を支援するため，群馬県健康福祉部内室として「地域包括ケア推進室」が発足した．国立社会保障・人口問題研究所の市町村別人口将来推計を用いてグラフ化（図1～3）し，市町村ごと，地域ごとの人口の減り方，75歳以上人口・85歳以上人口のピーク等，それぞれの将来推計には差があることから，全ての市町村と今後の方策を共に考える機会を持った．

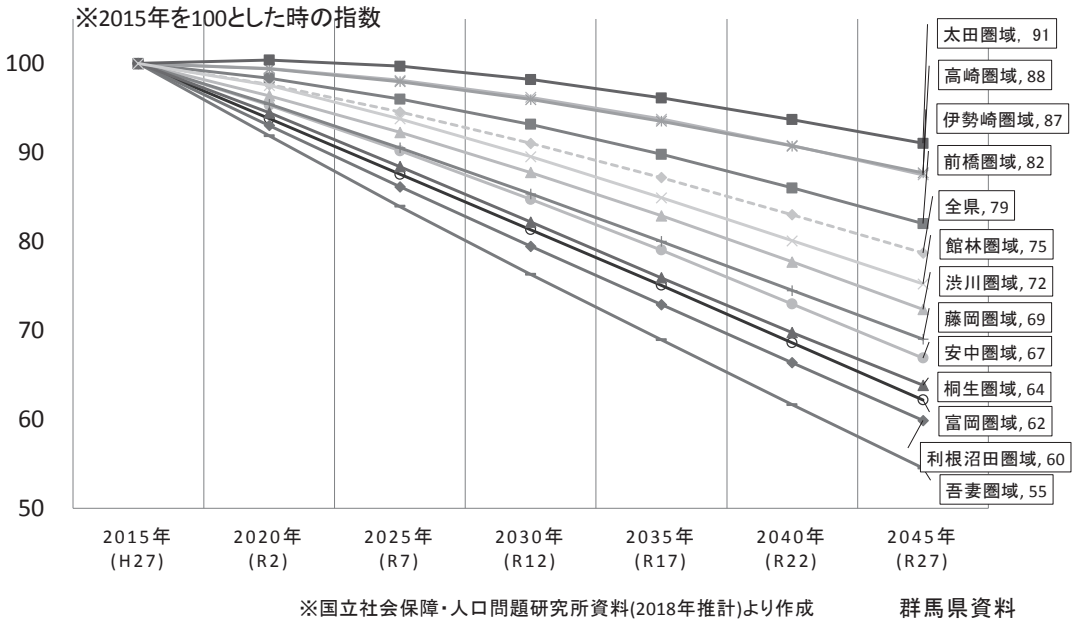


図1　圏域別総人口の将来推計

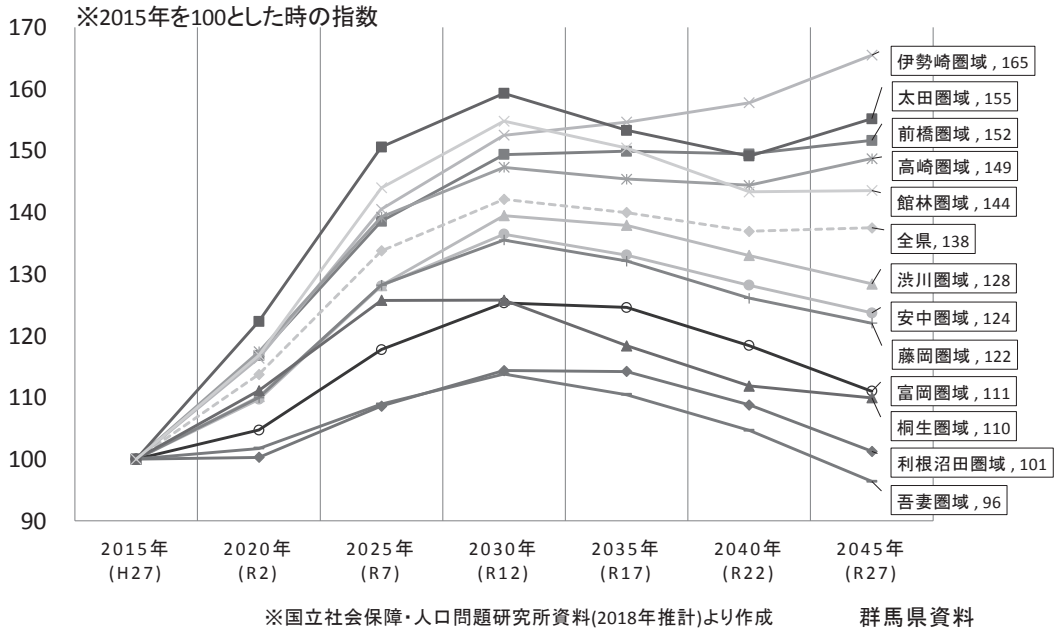


図２　圏域別 75 歳以上人口の将来推計

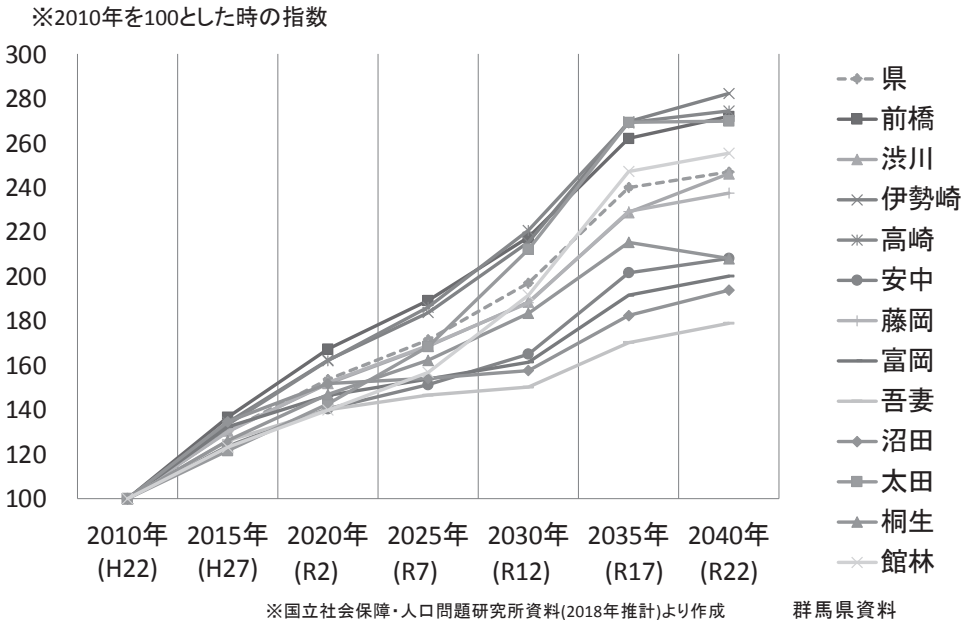
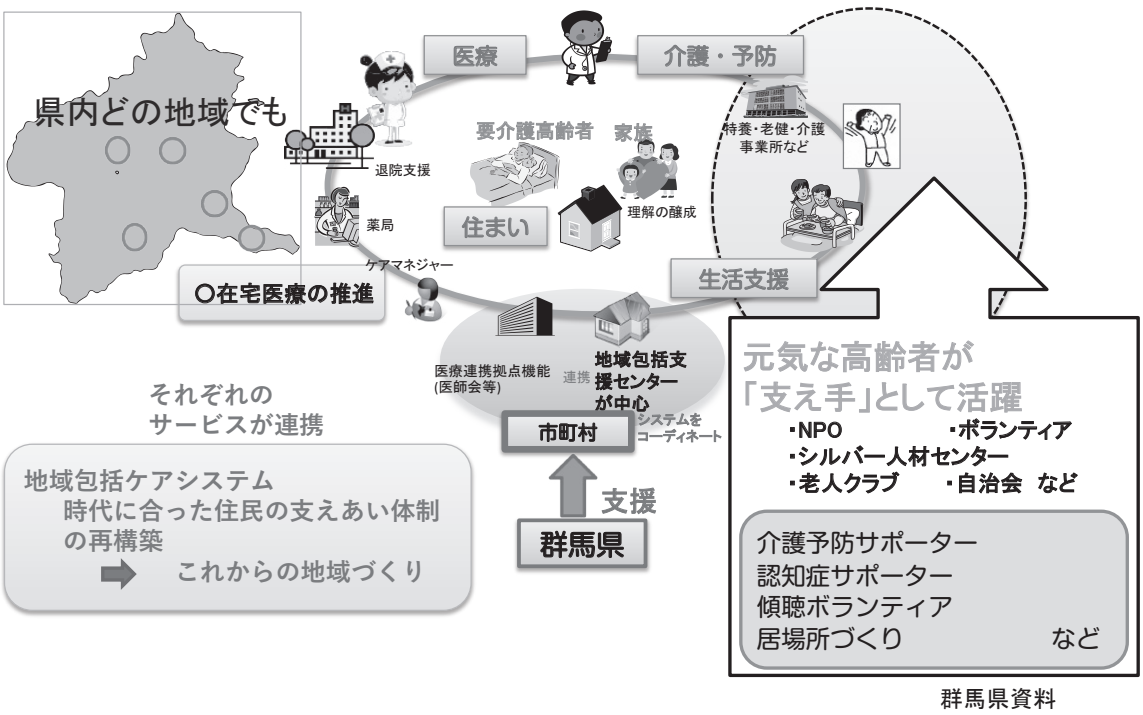


図３　圏域別 85 歳以上人口の将来推計

また，今後の高齢者増，多死社会を見据え，在宅医療・ケアの需要や在宅・施設での看取りの需要が増えることが予測されることから，市町村における在宅医療介護連携推進センターの設置支援，利用者を中心とした医療・介護従事者の連絡ツール充実のためMCS（メディカルケアステーション）の普及など県として在宅ケアに係る施策の推進に力を入れるとともに地域包括ケアシステムの構築，深化推進を図った（図4）.

２）退院調整ルール

2015年から国の医療介護連携調整実証事業に参加し，要介護・要支援の方の入退院時の病院・ケアマネ間の情報提供を漏れなく行う仕組み「退院調整ルール」づくり



群馬県資料

図４　群馬県が目指す地域包括ケアシステム

を各地域において行った．この事業を通して医療と介護の連携を深めることが目的とされた．初年度は1カ所の圏域をモデルに，2017年度までに順次全県において，医師会，市町村，管轄保健福祉事務所等との連携により，各圏域のルールを策定した．各病院の看護部長，医療連携室とケアマネとの度重なる協議の中で，互いの立場への理解が深まり，県全体の病院からケアマネへの退院調整漏れの割合が2015年30.2％から2024年13.7％に，ケアマネから病院への入院時情報提供漏れの割合が2015年64.7％から2024年30.9％に，ともに減少した[4)]．

３）訪問看護推進

2017年度からは，新規訪看Stの運営及び質の向上を目的として訪問看護事業所支援事業を開始した．経験豊富な訪看St5カ所（現在6カ所）を訪問看護支援ステーションとして指定し，相談や同行訪問を実施するとともに，地域で研修会を開催することとした（図5）．

４）アドバンスケアプランニング（ACP）の推進

2017年から，ACP（人生の最終段階における意思決定支援）事業を開始した（図6）．一般住民向け，専門職向け，介護職員向けの研修を，医師会，看護協会，訪問看護ステーション連絡協議会，ケアマネ協会をはじめとする各団体とのつながりや出会い，信頼関係により実施した．2020年度は，コロナ禍で集合型の講演会ではなく，県YouTubeチャンネル「tsulunos～群馬県公式～」でACPについての対談型のコンテンツを公開した．

５）認知症施策の推進

2014年，県庁介護高齢課に配属され，認知症施策の担当となった．これから高齢化がさらに進むことを鑑み，認知症への理解を促進することが在宅ケアの推進に必要と考え認知症サポーター養成講習会に力を入れた．そのような時，群馬県ご当地アイドル「あかぎ団」のマネジャーから，彼女たちが「認知症サポーターになりたい」と言っているという連絡があり，早速，受講いただいた．2017年には，「あかぎ団」に認知症アンバサダーを委嘱し，翌年には啓発動画やイベントへの協力等の活動が認められ，認知症サポーターキャラバン表彰を受け，2019年に厚生労働省講堂で行われた「日本認知症官民協議会」設立式に当時の県知事と一緒に出席し，活動を発表した．

また，認知症の人と家族の会と連携して本人ミーティングを実施し，認知症本人大使「ぐんま希望大使」の委嘱に繋がり，RUN伴ぐんまと連携し，市町村，団体，企業と協力したイベントを実施した．

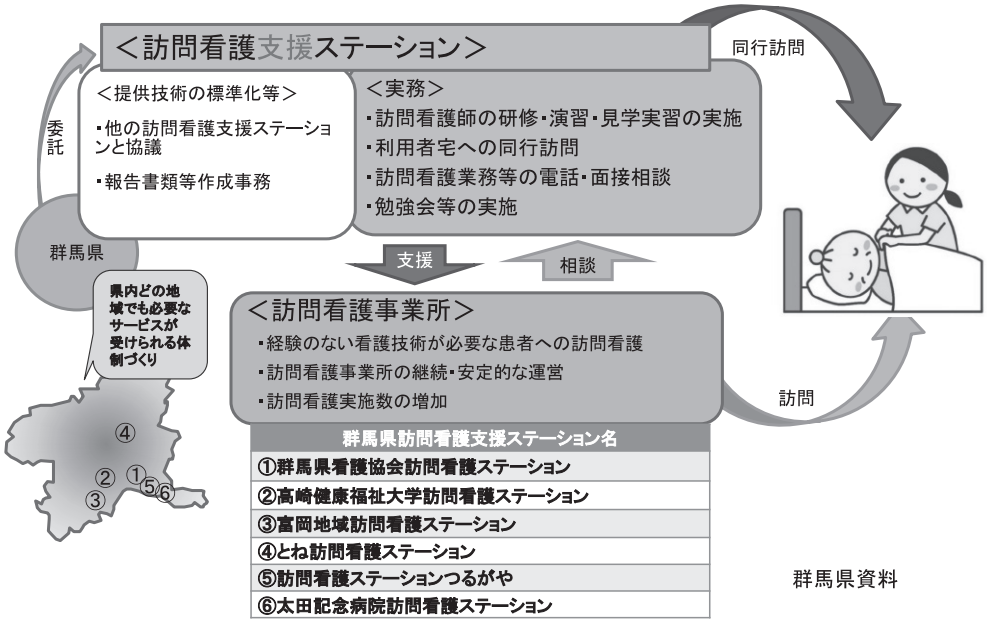


図５　訪問看護事業所支援事業

図６　人生の最終段階における意思決定支援事業

６）介護予防・重度化防止

介護予防・重度化防止を重視した，自立支援型ケアマネジメントのための地域ケア会議は2017年度から開始，コーディネーターを配置し2020年度までに全県に展開した．

コロナ禍は，食事，運動，人との関わり等の社会生活にも大きな影響を及ぼし，新たな健康づくりに取り組む必要性から，群馬県では2020年度末に策定した，新政策ビジョン「活力ある健康長寿社会実現のための『群馬モデル』」[5] に基づき，働き盛り世代の健康づくりからフ

レイル予防等に資する事業を一貫して行うこととした.

Ⅲ．群馬県看護協会での取組み

群馬県看護協会では，1991年にモデル事業として「訪問看護婦養成講習会」を開始以来，法や制度に合わせ変更し2024年度までに904人を養成した．また，時代のニーズに合わせた医療機関と訪問看護の相互研修を，2005年から2017年まで実施した.

2015年からは訪問看護研修（指導者編）を開始し，2024年度までに109人が受講している．さらに，2016年には訪問看護未経験者を対象に，講義1日，実習1日の訪問看護入門プログラムを開始し2024年度までに252人が受講した.

また，小児の在宅ケアを推進するため，小児等在宅医療連携拠点事業を県委託により2013年から開始し，現在は県補助事業として小児等在宅医療研修を実施し，これまでに合わせて延1,336人が受講している.

Ⅳ．2040年に向けて

2014年，就職30年目に80歳だった父を看取った．体調の悪化から入院や介護が早晩必要と予測し，延命等の希望を聞き，既往歴，現病歴，服薬中の薬等の記録をまとめ，ファイルした翌日，倒れているところを発見した．本人の意思は，「延命治療は不要」だったが，やむなく救急車を依頼し，心臓マッサージを施した．搬送先の病院でCOPDの悪化と診断され，病院死となった.

2040年に向け85歳以上の高齢者の増加が見込まれているが，高齢者は多臓器の不調により専門分化した複数の医師を主治医としている現状がある．ACPの普及啓発とともに，高齢者の増加や死亡場所の多様化に対応できる医療提供体制の整備が必要と考える.

日本看護協会では2025年6月11日，「看護の将来ビジョン2040～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～」[6]を公表した．看護職は，病院の入院，外来から訪問看護，施設等多くの機関に存在し，医療の視点と生活の視点を併せ持つという特徴がある．また，訪問看護師は医療と介護の両方の制度を把握していることから通訳者のように医療と介護の連携を図ることが期待される[7]．看護職の有機的な連携を意図的に図り，さらに多職種との連携により，人生の最後まで，その人らしく幸せに過ごすことができるよう，在宅ケアを推進していきたい.

これまでの群馬県及び群馬県看護協会における在宅ケア推進に係る活動に，共働，協力いただきましたすべての方々に感謝申し上げます.

■引用文献

1）富岡市：グラフとみおか, 10, 5-6（1993）.
2）神山智子，本島たみ子，荒木淳子，ほか：群馬県訪問看護推進事業「訪問看護に関する実態調査」第1報，第10回群馬県看護学会抄録, 49-50（2006）.
3）神山智子，鈴木美雪，山田幸世，ほか：群馬県訪問看護推進事業「訪問看護に関する実態調査」第2報，第11回群馬県看護学会抄録, 55-56（2007）.
4）群馬県：令和6年度退院調整状況等調査結果集計表，2025年（https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/648527.pdf, 2025.6.15）.
5）群馬県：新政策ビジョン 活力ある健康長寿社会実現のための「群馬モデル」, 2021年3月（https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/8491.pdf, 2025.6.15）.
6）日本看護協会：看護の将来ビジョン2040～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～（https://www.nurse.or.jp/home/assets/vision2040.pdf, 2025.6.15）.
7）令和6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「在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの効果的な連携に関するハンドブック」, 2025年3月（https://www.mhlw.go.jp/content/001494548.pdf, 2025.6.15）.

特集：2025年から2040年を見据えた在宅ケアへ

2040年を見据え在宅医療に求められる役割

Roles Required for Home Healthcare Toward 2040

遠矢純一郎

日本在宅ケア学会誌，29(1)：45-48(2025)

Ⅰ．はじめに

2025年，いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり，我が国は国民の3人に1人が65歳以上，5人に1人が75歳以上という「超・超高齢社会」を迎えた．しかし，これは通過点に過ぎない．その先にある2040年には，高齢者人口がピークに達し，医療・介護需要は爆発的に増大する一方で，生産年齢人口は減少し，社会保障制度の持続可能性が根本から問われることになる．特に，人口が集中する首都圏では，医療資源の不足と需要のアンバランスが極めて深刻な事態を招くと予測されている．

このような背景の中，在宅医療に寄せられる期待は，これまでとは次元の異なる重みを持つ．もはや在宅医療は，病院医療の補完的な役割や，終末期の穏やかな看取りの場という側面に留まらない．地域包括ケアシステムの中核として，地域全体の医療負荷を軽減し，システムの崩壊を防ぐための防波堤としての機能が求められているのである．

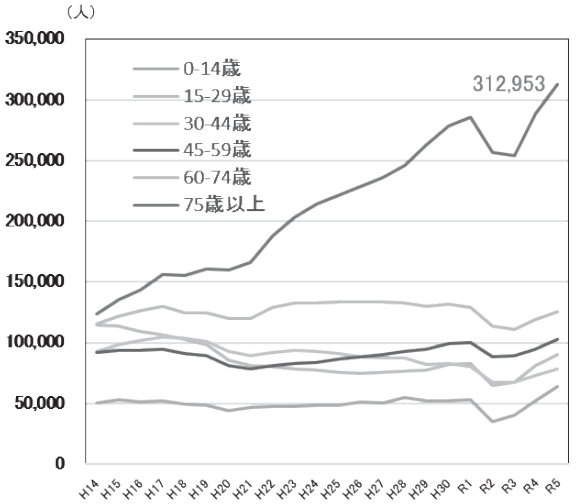
本稿では，東京・世田谷という大都市で在宅医療に携わる診療所の立場から，2040年を見据えた在宅医療が果たすべき新たな役割を論じたい．それは，望まない入院や救急搬送を回避するための「急性期在宅治療」と，人生の最終段階における意思決定を支える「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の実践である．そして，この役割を全うするために不可欠な，24時間対応体制を支えるタスクシフトとテクノロジー活用の未来について提言する．

Junichiro Toya
桜新町アーバンクリニック

Ⅱ．入院医療の限界と救急医療の逼迫

在宅医療の役割を考える上で，まず我々が直視すべきは，現在の病院中心の医療モデルが抱える限界である．特に高齢者にとって，「入院」は必ずしも最善の選択肢ではない．専門的な治療を受けられるというメリットの裏側で，患者は「入院関連機能障害」という深刻なリスクに晒される．ベッド上での安静を強いられることによるADL（日常生活動作）の低下，環境変化が引き起こせん妄，活動量低下に伴うサルコペニア（筋肉減少症），そして経口摂取が困難になることによる栄養状態の悪化や嚥下障害．これらは一度生じると回復が難しく，退院後の生活の質を著しく損ない，結果的に在宅復帰を困難にさせる大きな要因となっている．

一方で，救急医療の現場は逼迫の一途をたどっている．東京消防庁の統計によれば，救急出動件数は年々増加し，そのうち後期高齢者が占める割合は4割に達する．深刻なのは，搬送された高齢者の半数以上が入院を要しない「軽症」であり，その95％は日常的な在宅医療を受けていないという事実である．これは，本来であれば地域のかかりつけ医や訪問看護で対応できたはずの体調変化が，適切な受け皿のないまま救急要請につながっている実態を示している．まさに「在宅医療未満」の高齢者が抱える問題が，救急医療に雪崩れ込んでいる構図であり，これは医療資源の非効率な消費に他ならない（図1）．



東京消防庁資料より

図１　年代別搬送人員の推移

このままでは，2040年に向けて高齢者がさらに増加した際，病院は社会的入院を含む高齢者で溢れかえり，救急車は本当に重篤な患者への到着が遅れ，医療システム全体が機能不全に陥ることは火を見るより明らかである．患者の「住み慣れた場所で最期まで過ごしたい」という願いを叶えるどころか，必要な医療へのアクセスすら保証できなくなる．この危機を回避するためには，医療の流れを根本から変え，地域・在宅で完結できる医療のキャパシティを飛躍的に高める必要がある．

Ⅲ．在宅医療の新たな役割：急性期治療と意思決定支援の統合

地域の医療崩壊を防ぎ，患者の尊厳ある生活を守るため，在宅医療における「急性期治療」の役割をさらに深化させ，その適応範囲を拡大していくことが急務である．虚弱高齢者が中心の在宅医療において，肺炎，尿路感染症，心不全の急性増悪といった疾患に対する急性期治療は，もはや特別なことではなく，入院を回避し住み慣れた家での療養を支えるために不可欠な機能となっている．ポータブル診断機器の進化や治療薬の進歩により，これらの多くは在宅の場で安全かつ効果的に治療することが可能である．

しかし，2040年を見据えた時，この強力な機能を，より広範な層へと届けることがシステム全体を支える鍵となる．特に，日常的には医療との接点が薄く，急な体調変化時に救急要請しか選択肢がない「在宅医療未満」の方々も，我々がアプローチすべき対象だろう．在宅医療チームがこの層にまで介入し，急性期治療の選択肢を提供すること．それこそが，不要な救急搬送と入院を減らし，病院前機能を強化する効果的な一手となる．

在宅での急性期治療は，単に医療を提供する場所を自宅に移すだけではない．そのプロセスには，入院医療にはない価値がある．

第一に，的確な診断と迅速な治療介入である．ポータブル超音波診断装置や血液検査機器などを活用し，患者の自宅で病態を把握．診断に基づき，抗菌薬の点滴や酸素投与などを速やかに開始する．

第二に，治療と並行した療養環境の整備である．治療開始と同時に，訪問看護師，薬剤師，ケアマネジャーと密に連携し，患者の状態に応じたケアプランを構築する．これにより，治療効果を最大化し，合併症を予防する．

そして最も重要なのが，治療プロセス全体が「ACP」に裏付けられている点である．在宅での治療は，常に患者・家族との対話と共にある．「どこまで積極的な治療を望むか」「もし治療が奏効しなかった場合，再入院を目指すのか，あるいは苦痛緩和を中心としたケアに移行するのか」．こうした問いを通じて，治療のゴールを共有し，患者本人の価値観や人生観に基づいた意思決定を支援する．

このACPの実践こそが，在宅医療の真骨頂である．在宅医療では，病状が回復に向かうこともあれば，残念ながら終末期へと移行することもある．しかし，どのような経過を辿ろうとも，ACPを通じて事前に話し合いがなされていれば，患者は自らが望む形で人生の最終段階を迎えることができる．家族もまた，その選択を支えたという納得感を持つことができる．このように，ACPに裏付けられた在宅での急性期治療と看取りは，患者のQOLと尊厳を守ると同時に，結果として不要な救急搬送や延命目的の入院を減らし，医療資源の適正化に大きく貢献するのである．

Ⅳ．新たな役割を支える仕組み：タスクシフトとテクノロジーの戦略的活用

在宅での急性期治療や24時間対応を，個々の診療所

が単独で担うことは現実的ではない．特に夜間・休日の負担は大きく，多くの開業医が在宅医療への参入を躊躇する最大の要因となっている．この壁を乗り越え，持続可能な体制を構築するためには,「タスクシフト」と「テクノロジー」の戦略的な活用が不可欠である．

1．24時間対応体制の再構築とタスクシフト

24時間対応は，地域全体で支える「面」の体制へと発想を転換すべきである．東京都が推進する「在宅医療推進強化事業」のように，地域の医師会が主体となり，夜間・休日の往診を外部の専門医療機関に委託するスキームは有効な選択肢の一つだ．これにより，日中の主治医は疲弊することなく診療に集中でき，患者は24時間安心して過ごせる．

しかし，この体制を機能させる鍵は，徹底した「タスクシフト・タスクシェア」にある．医師はすべての業務を抱え込むのではなく，チームの司令塔としての役割に徹し，各専門職が自律的に能力を発揮できる環境を整えるべきである．

その核となるのが訪問看護師だ．特定行為研修を修了した看護師であれば，医師の包括的指示のもと，プロトコルに基づいた薬剤の投与や調整，脱水時の輸液などが可能となる．彼らが在宅におけるフィジカルアセスメントと初期対応を担うことで，医師の負担は劇的に軽減する．

薬剤師による在宅での薬学的管理，管理栄養士による急性期からの栄養介入，理学療法士らによるリハビリテーションも，回復を促進し再増悪を防ぐ上で極めて重要である．これらの多職種が自律的に専門性を最大限に発揮し，協働する体制こそが，質の高い在宅急性期ケアを支える基盤となる．

2．ICTとテクノロジーによる支援

多職種チームが効果的に機能するためには，リアルタイムかつ円滑な情報共有が生命線となる．ここでICT・DXが決定的な役割を果たす. Medical care stationやカナミックといった医療介護専用SNSは，多職種間のセキュアな情報共有を可能にする．しかし，現状では電子カルテや介護ソフトとの連携が不十分で，二重入力の手間が生じるなど,真の効率化には至っていない．今後は，これらのシステムがシームレスに連携し，一度入力した情報が関係者全員に共有される「地域医療情報プラットフォーム」の構築が急務である．

Am Coll Emerg Physicians Open. 2021［PMID：34322684］

図2　Hospital at Homeの構成要素

さらに，新たなテクノロジーの導入は，在宅医療の質と安全性を飛躍的に向上させる．コロナ禍を経て欧米で普及が進む「Hospital at Home（在宅入院）」で活用されているような，バイタルサインを遠隔で常時モニタリングするウェアラブルデバイスや，ベッド設置型のセンサーなどがその例だ．これらの機器は，患者の呼吸数，心拍数などの変化を捉え,異変の早期発見を可能にする．これにより，訪問診療の頻度を最適化しつつ，患者の安全を確保することができ，在宅急性期治療の信頼性を高めるだろう（図2）．

V．おわりに：2040年に向けて

2040年問題という大きな潮流を前に，在宅医療は「地域包括ケアの最後の砦」から「地域医療を再編する最前線」へと，その役割を大きく変えようとしている．我々診療所の医師に求められるのは，もはや外来で患者を待つだけの姿勢ではない．地域に深く根差し，多職種と連携の輪を広げ，ICTやテクノロジーを駆使しながら，患者の生活の場へ医療を届ける積極的なアウトリーチである．

私たちの使命は，急性期から回復期，そして終末期に至るまで，患者が住み慣れた環境でその人らしい生活を

継続できるよう，医療とケアをシームレスに提供することにある．それは，「治す」医療と「支える」ケアを，患者一人ひとりの人生の物語の中で統合していく創造的な実践に他ならない．

もちろん，この壮大な挑戦は，個々の診療所の努力のみで成し遂げられるものではない．病院や救急との一体的な連携，24時間対応体制の構築やICT基盤の整備に対する診療報酬上の適切な評価，タスクシフトを推進するための法制度の見直しなど，国や行政による強力な後押しが不可欠である．

迫りくる未来に対し，悲観論を唱えるのはたやすい．しかし，私たち現場の医療・介護の専門職には，培ってきた知識と技術，そして患者と築き上げてきた信頼関係がある．この力を結集し，新たな時代の要請に応えていく．それこそが，わずか15年後である2040年の社会に責任を持つ私たちの決意であり，使命であると確信している．

■参考文献

1）東京都医師会 在宅医療委員会 答申：2040 年問題を見据えたうえで，東京都の一次医療提供体制のあり方を考える，令和7年4月．

2）Ouchi K, Liu S, Tonellato D, et al.：Home hospital as a disposition for older adults from the emergency department: Benefits and opportunities. *J Am Coll Emerg Physicians Open*, **2**(4)：e12517 (2021).

3）Inoue Y, Nishi K, Mayumi T, et al. Factors in Avoidable Emergency Visits for Ambulatory Care-sensitive Conditions among Older Patients Receiving Home Care in Japan: A Retrospective Study. *Intern Med*. **61**(2)：177-183 (2022).

●　総　説　●

在宅認知症高齢者を対象とした通所施設における認知症リハビリテーションの有効性：システマティックレビューとメタアナリシス

Effectiveness of Dementia Rehabilitation at Day Care Facilities on Health Outcomes of Older Adults with Dementia：A Systematic Review and Meta-Analysis

榎本　雪絵[*1]，河野　光伸[*2]，河田　萌生[*3]，久篠　奈苗[*4]，池田　晋平[*5]，石井　博之[*1]
石川　和枝[*6]，江藤　祥恵[*7]，大友　晋[*8]，大野　洋一[*9]，岡　遥[*10]，桑原　良子[*11]
白坂　宏美[*12]，清水　恵[*10]，尾崎　章子[*10]，亀井　智子[*3]

Yukie Enomoto, Mistunobu Khono, Aki Kawada, Nanae Kushino, Shinpei Ikeda, Hiroyuki Ishii
Kazue Ishikawa, Sachie Etou, Shin Ohtomo, Yoichi Ohno, Haruka Oka, Yoshiko Kuwabara
Hiromi Shirasaka, Megumi Shimizu, Akiko Ozaki, Tomoko Kamei

要旨：［目的］在宅認知症高齢者を対象とした通所施設における認知リハビリテーションが，これを受けない統制群と比較して臨床指標を改善するかについて明らかにする．
［方法］PRISMA statement によるシステマティックレビューとメタアナリシスを行った．適格基準は，①ランダム化比較試験，②対象者が65歳以上の自宅療養中の認知症高齢者，③通所施設における認知症リハビリテーションの介入，④アウトカムが認知機能やADL，QOL，BPSD のいずれか1つ以上を含んでいることとした．
［結果］採択文献は11研究であった．MMSE をアウトカムとしたメタアナリシスの結果，介入群で有意な改善を認めた．その他，ADL やQOL，BPSD への改善効果は明確ではなかった．
［結論］在宅認知症高齢者を対象とした通所施設における認知リハビリテーション介入は認知機能の改善に有効であるが，エビデンスは限定的である．

キーワード：在宅認知症高齢者，通所施設，認知症リハビリテーション，認知機能，日常生活活動

日本在宅ケア学会誌，29(1)：49-58(2025)

Ⅰ．緒　言

認知症高齢者は2025年では675～730万人と推計され，今後も増加することが見込まれている[1)]．また，介護が必要となった主な原因について，要介護者では認知症が23.6％で最も多く[2)]，認知症高齢者へのケアおよびリハビリテーションの充実は急務の課題と考えられる．

認知症リハビリテーション（以下認知症リハ）は，「実際に生活する場面を念頭に置きつつ，有する認知機能等の能力をしっかりと見極め，これを最大限に活かしながら，ADL（食事，排泄等）やIADL（掃除，趣味活動，社会参加等）の日常の生活を自立し継続できる

受付日：2025年2月27日
受理日：2025年6月20日
＊1　杏林大学
＊2　金城大学
＊3　聖路加国際大学
＊4　東京家政大学
＊5　東京工科大学
＊6　帝京大学医学部附属病院
＊7　文京学院大学保健医療技術学部
＊8　川口市立医療センター
＊9　高崎健康福祉大学
＊10　東北大学大学院
＊11　松本看護大学
＊12　聖路加国際大学大学院

よう推進するもの」と定義されており[3]，その目的として，認知機能や生活機能などの向上を基盤とした生活の質（Quality of life以下QOL）の向上を中心とした介入を行うことが求められている[4]．また，認知症リハの実施により，ADL（Activities of Daily Living以下ADL）やQOLの低下を引き起こす認知症の行動心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia以下BPSD）を改善することが望まれており[5]，認知症リハの1つである回想療法については，BPSD改善効果が示されている[5]．

認知症高齢者に対する患者通所施設におけるサービスでは，レスパイトケアによる介護者の介護負担感の軽減だけではなく，認知症高齢者に対する適切な認知症リハの実施により，認知症高齢者の認知機能や日常生活活動などの維持・改善を図り，認知症高齢者のQOLの改善を図ることが重要である．認知症リハには，認知課題に取り組む認知訓練や思い出を語る回想法などがあり，また，個別に実施する場合と集団で実施する場合がある[5]．通所施設における認知症リハの利点としては，個別だけではなく集団での実施が可能であり，孤立しやすい認知症高齢者の社会的交流の機会にもなり得ることがあげられる．現在，我が国の認知症高齢者が介護保険サービスにおいて利用できる通所型サービスは，通所介護，通所リハビリテーション，認知症対応型通所介護，重度認知症患者デイケアなどがある．しかし，通所施設における認知症リハのエビデンスは確立していないため，施設間の実施の有無やその内容も様々であることが予測される．まずは，通所施設における認知症リハのエビデンスの現状を把握することが必要と思われ，認知症在宅高齢者の認知機能やADLの向上，BPSDの軽減，QOLの改善に焦点をあて，通所施設における認知症リハの有用性について，システマティックレビュー（以下SR）とメタアナリシス（以下MA）により評価した．

Ⅱ．研究目的

本研究は，認知症在宅高齢者を対象とした通所施設における認知症リハが，これを受けない統制群と比較して，本人の認知機能やADL，BPSD QOL，などの臨床指標を改善するかについて明らかにすることを目的とした．

Ⅲ．用語の操作的定義

1．認知症在宅高齢者

自宅で生活する認知症と診断された65歳以上の者とした．自宅には有料老人ホームなどの入所施設を含めた．

2．認知症リハビリテーション

認知症者を対象とした日常生活の自立や継続を推進することを目的としたリハビリテーションとした．

3．通所施設

通所介護や通所リハビリテーション，認知症対応型通所介護，重度認知症患者デイケアとし，精神科クリニックなどへの外来診療は除外した．

Ⅳ．方　　法

1．研究デザイン

本研究は，Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis（PRISMA）statement[6]に準じてシステマティックレビューを行った．また本研究のプロセスは日本在宅ケア学会ガイドライン作成委員会で評価され，第28，29回日本在宅ケア学会学術集会にて報告を行った．

2．文献検索方法

和・英文文献データベースを用いて検索した（検索日：2023年2月27日～3月1日）．使用データベースはPubMed，CINAHL with Full Text，Embase，PsycINFO，Cochrane Central Register of Controlled Trials（CENTRAL），医学中央雑誌Web（医中誌），CiNii Researchを使用した．主な検索語は「認知機能障害」and「デイサービス・デイケア」and「リハビリテーション」and「通所リハ」and「RCT or メタアナリシス or システマティックレビュー」などとし，図書館司書と協力し検索式を作成し，シソーラス検索を用いた．Pubmedと医中誌における文献検索式を表1に示した．

3．適格基準と除外基準

適格基準は①ランダム化比較試験（randomized controlled trial：RCT），②対象が自宅療養中の（平均

表１　文献検索式

英文データベース（PubMed）
#1　"Dementia"[MeSH Terms] OR "cognition disorders"[MeSH Terms] OR "cognitive dysfunction"[MeSH Terms] OR "Dementia"[Text Word] OR "cognition disorder*"[Text Word] OR "cognitive disorder*"[Text Word] OR "cognitive dysfunction*"[Text Word] OR "cognition dysfunction*"[Text Word] OR "cognitive Function　*"[Text Word] OR "cognitive declin*"[Text Word] OR "cognition declin*"[Text Word] OR "cognitive impair*"[Text Word] OR "cognition impair*"[Text Word] OR "MCI"[Text Word] OR "BPSD"[Text Word]
#2　"outpatients"[MeSH Terms] OR "Nursing Homes"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "partial hospitalization*"[Title/Abstract] OR "partial day*"
[Title/Abstract] OR "day hospitaliz*"[Title/Abstract] OR "geriatric day"[Title/Abstract:~1] OR "care home*"[Title/Abstract] OR residential*"[Title/Abstract] OR "nursing home*"[Title/Abstract] OR "outpatient*"[Title/Abstract]
#3　#1 OR #2
#4　("day care, medical"[MeSH Terms] OR "daycare*"[Text Word] OR "day care*"[Text Word] OR "dayservice*"[Text Word] OR "day service*"[Text Word] OR "day health*"[Text Word] OR "day Center "[title/abstract:~2] OR "day centers"[title/abstract:~2] OR "day program"[Title/Abstract:~1] OR "day programs"
#5　("rehabilitation"[MeSH Terms] OR "rehabilitat*"[Text Word] OR "exer*"[Text Word] OR "therap*"[Text Word] OR "activit*"[Text Word] OR "training*"[Text Word] OR "program*"[Text Word])
#6　(#4 AND #5) OR "ambulatory rehabilitation"[Title/Abstract:~2]
#7　#3 AND #6
#8　#7 AND (randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh]　NOT humans [mh]))
#9　#7 AND systematic[sb]

和文データベース（医中誌 Web）
#1　認知症 /TH or 認知障害 /TH or 認知機能低下 /TH or 行動心理学的症候 /TH or 認知症 /AL or 痴呆 /AL or 認知障害 /AL or 認知機能 /AL or MCI/AL or Alzheimer/AL or アルツハイマー /AL or BPSD/AL or 心理学的症候 /AL
#2　外来患者 /TH or ナーシングホーム /TH or 老人福祉施設 /TH or 高齢者保健医療サービス /TH or 通院 /TA or 施設 /TA or 入所 /TA or 外来 /TA
#3　#1 or #2
#4　(デイサービス /TH or デイサービス /TA or ディサービス /TA or デイ・サービス /TA or デイケア /TH or デイケア /TA or ディケア /TA or デイ・ケア /TA or 通所 /TA)
#5　(リハビリテーション /TH or リハビリ /TA or 運動 /AL or 療法 /TA or 理学 /TA or 活動 /AL or トレーニング /AL or 訓練 /AL or プログラム /AL)
#6　(#4 and #5) or 通所リハ /TA or 通所リハビリテーション /TH
#7　#3 and #6
#8　#7 and (メタアナリシス /RD or 診療ガイドライン /RD or ランダム化比較試験 /RD or 準ランダム化比較試験 /RD or 介入研究 /TH or 研究デザイン /TH or システマティックレビュー /TH or システマティック /AL or ランダム /AL or 無作為 /AL or 割付 /AL or 盲検 /AL or RCT/AL or 臨床研究 /TA or 試験 /TA or 対照群 /TA)
#9　(#8) and (PT= 会議録除く)

年齢）65歳以上の認知症高齢者，③通所施設における認知症リハの実施，④アウトカムが本人の認知機能やADL，QOL，BPSDのいずれか1つ以上を含んでいることとした．除外基準は①1992年以前の研究，②レターやプロトコルペーパーなどの研究，③日本語または英語論文以外の研究とした．

4．スクリーニングプロセス

本スクリーニングは2段階で行った．一次スクリーニングではRayyan[7]を用いてタイトルと要旨から適格基準を満たしているかを確認した．二次スクリーニングでは全文を精読して，採否を検討した．1次，2次スクリーニングともに研究者2名が各々独立して行い，意見が分かれた場合には担当研究者2名の討議により決定した．

5．リスクオブバイアス評価

The Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials ver 2.0[8-9] に基づき，採択した研究のバイアスリスクをアウトカムごとに評価した．評価項目はランダム化の過程から生じるバイアス，治療企図からの乖離のため生じるバイアス，アウトカムデータの欠損のため生じるバイアス，アウトカム測定におけるバイアス，報告結果の選択におけるバイアス，全体的評価とした．研究者2名で独立して各項目について，低リスクオブバイアス（low risk of bias），やや疑わしい（some concerns），高リスクオブバイアス（high risk of bias）の3段階で評価し，担当研究者3名の討議により決定した．

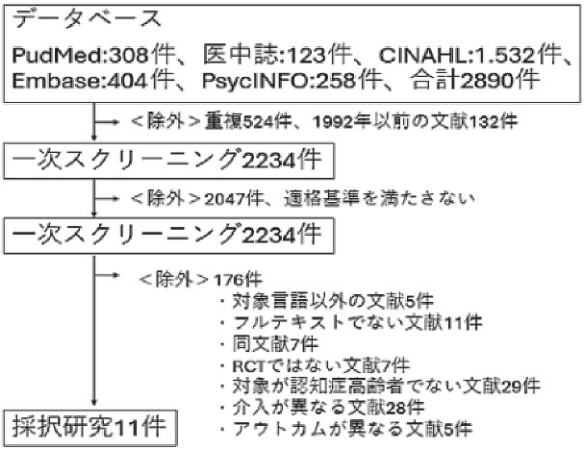


図1　文献選定フロー

6．データ抽出と統合方法

各研究の研究デザイン，研究実施国，対象者特性，介入内容と介入期間，該当アウトカムを抽出した．抽出したデータは質的統合およびメタアナリシス（Meta-Analysis以下ＭＡ）の手法を用いた量的統合を行った．解析ソフトはReview Manager（RevMan）web software ver.6.4.2[10] を使用した．解析モデルは，変量効果を用いて平均差（Mean Difference；MD）により効果量を算出し，フォレストプロットを作成し統合した．cluster RCTの研究については，Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Ver.2023[11] に準じて有効サンプル数を算出した．異質性の評価はI2統合量を用い，I2≧40％は異質性が高いと判断し，量的統合は行わないこととした．統計量の信頼性は95％信頼区間（Confidence interval；CI）を算出した．質的統合では，対象の特性，介入の内容や介入期間，介入した職種などについて分析した．

Ⅴ．結　　果

1．検索結果

文献選定プロセスを図1に示した．計2,890編から最終的に11文献[12-22] を分析対象とした．

2．対象研究の概要

分析対象となった11文献（8研究）の研究概要を表2に示す．研究デザインは8研究中，7研究がRCT，1研究がcluster RCTであった．対象者数は3～263名でほとんどの研究が小規模RCTの報告であった．対象者の年齢が65歳以下を含む研究が3研究あり，対象の平均年齢は80歳代が多かった．認知症の診断については，軽～中等度のアルツハイマー型認知症（以下AD）高齢者を対象にした研究が3研究，AD高齢者および脳血管性認知症（以下VD）高齢者を対象にした研究が3研究，その他の研究では認知症の原因疾患名が明らかでなく，軽～中等度の認知高齢者を対象にした研究が多かった．

認知症リハの内容は，認知訓練4研究，MAKS療法1研究，複合的認知療法1研究，回想法2研究であった．介入の内容として，Kallioの報告[12-13] では，デイケアを利用する軽度～中等度の認知症在宅高齢者を対象に，注意，ワーキングメモリー，認知的柔軟性，計画に焦点を当て，物体検索やトランプの分類，計算，簡単なカードゲームなどの認知課題を用いたグループでの認知訓練（FINCOG）を週2回，1回につき45分，12週間，神経心理学者の指導下で心理学部の学生と介護スタッフが実施していた．Cheungの報告[14] では，デイケアを利用する軽度～中等度の認知症在宅患者を対象に，カナダで開発された認知症のための遊び介入から派生した手工芸，風船遊び，物語を語る，カードゲーム，打楽器演奏など行う小グループでの認知訓練（CoS-Play）を1回につき45－60分8週間，デイケアのスタッフとトレーニングを受けたアシスタントが実施していた．Navarro-Martosの報告[15] では，デイケアを利用するAD在宅高齢者に対し，プラスチック製のパイを模型に合わせて組み立てるグループでの認知訓練（Assembling Game）を週3回，1回45分，5週間実施していた．実施者の職

表 2　研究概要

著者 / 出版年 / 所在国	研究デザイン	対象属性	介入		セッティング / 対照
			内容 / 頻度 / 期間	実践者の職種など	
Kallio et al. 2018, 2021 フィンランド	RCT	軽～中等度の認知症在宅高齢者. 介入群：76 名，平均年齢 82.6 歳，平均 MMSE21.0 対照群：71 名，平均年齢 83.6 歳，平均 MMSE19.9	認知訓練；FINCOG 週 2 回，1 回 45 分，12 週間 12－16 名のグループで実施	経験豊富な神経心理学者の指導の下訓練を受けた心理学の学生と介護スタッフ	自宅 / 通所施設での通常ケア
Cheung et al. 2019 中国	RCT	60 歳以上の軽～中等度の AD および VD 在宅高齢者，平均年齢 83.4 歳 介入群：18 名，平均年齢 81.8 歳 対照群：12 名，平均年齢 85.3 歳	認知訓練；CoS-play 1 回 45－60 分，8 週間 10－16 名の参加者を 4 － 6 の小グループに分け実施	トレーニングを受けたアシスタント, デイケアのスタッフ, コーディネーター	自宅 / 通所施設での通常ケア
Navarro-Martos et al. 2022 スペイン	RCT	AD 在宅高齢者 介入群：男性 1 名，女性 2 名，年齢 76－84 歳 対照群：女性 3 名，年齢 77－86 歳	認知訓練；Assembling -Game 週 3 回，1 回 45 分，5 週間 グループで実施	記載なし	自宅 / 通所施設での通常ケア
Lopez et al. 2022 スペイン	RCT	65 ～ 90 歳の AD 在宅高齢者 介入群：10 名，平均年齢 83.3 歳，平均 MMSE18.1 対照群：10 名，平均年齢 80.5 歳，平均 MMSE17.7	認知訓練；認知刺激療法，週 3 回，1 回 60 分，24 週間 グループで実施	記載なし	自宅 / 通所施設での通常ケア
Straubmeier et al. 2017 ;Luttenberger et al. 2019 ドイツ	cluster RCT	軽度認知症在宅高齢者 対象 362 名（平均年齢 81.3 歳） 介入群：208 名（平均年齢 81.5 歳 (53 － 99)，MMSE19.8） 対照群：154 名（平均年齢 81.1 歳 (46 － 93)，MMSE19.3）	MAKS 療法；週 1－5 回，1 回 120 分，24 週間 小グループセッション	記載なし	自宅 / 通所施設での通常ケア
Ishizaki et al. 2002 日本	RCT	軽度 AD 在宅高齢者 介入群：14 名（男性 5，女性 9） 平均年齢 75.9 歳，MMSE26.4 対照群：11 名（男性 5，女性 6） 平均年齢 75.7 歳，MMSE26.7	複合的認知療法：Therapeutic Psychosocial Intervention 週 1 回，1 回 150 分，24 週間 小グループで実施	臨床心理士とトレーニングを受けた保健師	自宅 / 通所施設での通常ケア
河田ら 1998 日本	RCT	AD および VD 在宅高齢者 平均年齢 74.8 歳（59－92 歳） 介入群：15 名，対照群：13 名	回想法；週 2 回，1 回 60 分，12 週間 AD と VD のグループに分けて実施	デイケア職員 1 名と神経内科医 1 名	自宅 / 通所施設での通常ケア
Tadaka et al. 2004，2007 日本	RCT	AD および VD 在宅高齢者 介入群：30 名，平均年齢 84.2 歳，MMSE17.3（AD；介入群：12 名，平均年齢 82 歳，MMSE14.6 VD; 介入群：18 名，平均年齢 85.3 歳，MMSE19.8） 対照群：30 名，平均年齢 82.4 歳，MMSE16.9（AD 群との対照群：12 名，平均年齢 81.2 歳，MMSE14.9 VD 群との対照群：18 名，平均年齢 83.2 歳，MMSE18.2）	回想法；認知症高齢者 6 名に 1 名のケアスタッフと 2 名の専門家が対応するグループケアプログラム 週 1 回，1 回 60－90 分，8－10 週間	ケアスタッフと修士もしくは博士号を持つ回想法についてトレーニングをされた保健師や臨床心理士	自宅 / 通所施設での通常ケア

種の記載はなかった. Lopezの報告[16]では，軽～中等度のAD在宅高齢者を対象に，記憶や言語，計算などを促す小グループでの認知刺激療法を週3回，1回60分24週間実施していた．実施者の職種の記載はなかった. Straubmeier；Luttenbergerの報告[17-18]では，軽度の認知症在宅高齢者を対象に，運動療法とADL，認知機能，スピリチュアル要素からなる介入をマニュアルに基づき実施するMAKS療法を，デイ訪問時（週1－5日）に2時間，24週間，グループで実施していた．実施者の職種の記載はなかった. Ishizakiの報告[19]では，軽度のAD型認知症高齢者を対象にアクティビティや回想療法，集団療法などの心理学的手法を用いた複合的Therapeutic Psychosocial Interventionを週1回，1回150分間，24週間，臨床心理士と訓練を受けた保健師が実施していた.

河田の報告[20]では，在宅認知症高齢者を対象に，グループでの回想法を週2回，1回につき60分間，12週間，デイケア職員と神経内科医が実施していた. Tadakaの報告[21-22]では，認知症在宅高齢者を対象に，グループでの回想法を週1回の頻度で1回につき60－90分，10週間，回想法について訓練された保健師や臨床心理士が実施していた.

3．リスクオブバイアスの評価結果

採択研究のバイアスリスクをアウトカム別に表3に示した. MMSEを評価した5研究のうち4研究は，ITT解析の未実施による治療企図からの乖離，報告結果の選択におけるバイアスリスクなどによりハイリスクと評価された.

4．認知症リハビリテーション介入の有効性

認知症リハ介入の有効性について，認知課題に取り組むアクティビティを含む認知訓練およびMAKS療法，複合的認知療法の認知的アプローチ[5]と，会話を中心とする回想法に分けて検討した.

1）認知的アプローチ：認知訓練とMAKS療法，複合的認知療法の有効性

①認知機能

認知機能への有効性について検討している研究は6研究であった．認知機能の評価尺度としては，Mini-Mental State Examination（以下MMSE）やAlzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Section（以下ADAS-cog），The Fuld Object-Memory Evaluation（以下FOME），Montreal Cognitive Assessment（以下MoCA），The INECO frontal screening（以下IFS），ウェクスラー記憶検査（以下WMS-Ⅲ），ウェクスラー成人知能検査（以下WAIS-Ⅲ）と様々な評価尺度が用いられていた.

24週間介入後のMMSEのスコアを報告していた3研

表3　アウトカム別リスクオブバイアスの結果

認知機能

アウトカム	研究	①	②	③	④	⑤	⑥
MMSE	Lopez et al. 2022	－	＋	－	－	＋	＋
	Ishizaki et al. 2002	－	＋	－	－	＋	＋
	Straubmeier et al. 2017；Luttenberger et al. 2019	－	－	＋	－	－	＋
	Kawata et al. 1998	?	＋	－	?	＋	＋
	Tadaka et al. 2004, 2027	－	－	－	－	－	－
ADAS-Cog	Kallio et al. 2018，2021	－	－	－	－	－	－
	Lopez et al. 2022	－	＋	－	－	＋	＋
MoCA	Cheung et al. 2019	－	＋	＋	－	－	＋
	Navarro-Martos et al. 2022	－	＋	－	－	＋	＋
FOME	Cheung et al. 2019	－	＋	＋	－	－	＋
IFS	Navarro-Martos et al. 2022	－	＋	－	－	＋	＋
WMS-Ⅲ	Lopez et al. 2022	－	＋	－	－	＋	＋
WAIS-Ⅲ	Lopez et al. 2022	－	＋	－	－	＋	＋
HDS-R	Kawata et al. 1998	?	＋	－	?	＋	＋
ADL							
ETAM	Straubmeier et al. 2017；Luttenberger et al. 2019	－	－	＋	－	－	＋
MOSESS	Tadaka et al. 2004，2027	－	－	－	＋	－	－
QOL							
15D	Kallio et al. 2018.	－	－	－	－	－	－
BPSD							
NPI-Q	Luttenberger et al. 2019	－	－	＋	?	－	＋

①ランダム化の過程から生じるバイアス
②治療企図からの乖離のため生じるバイアス
③アウトカムデータの欠損のため生じるバイアス
④アウトカム測定におけるバイアス
⑤報告結果の選択におけるバイアス
⑥全体的評価
－：Low risk，＋：High risk，?：some concern

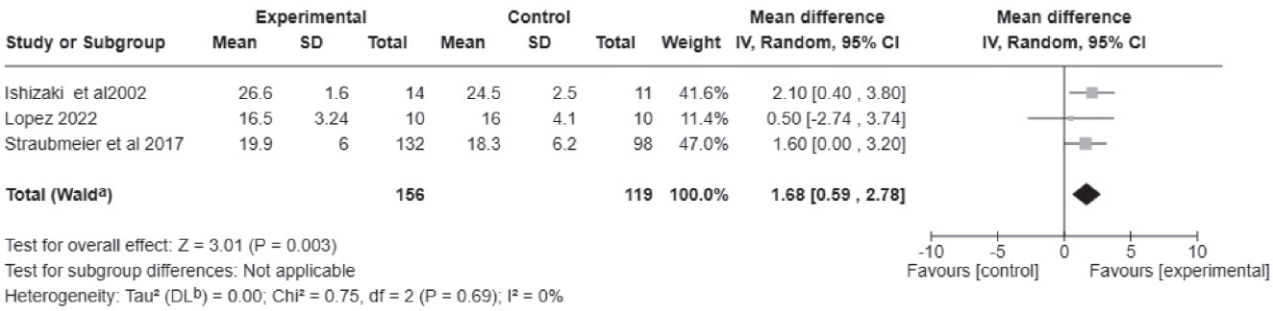


図２　認知訓練介入群 VS 通常ケア群の 24 週後の（MMSE）のフォレストプロット

究[16-17),19)] 計275人のMAの結果，介入群で有意に介入後のスコアが高く，認知的アプローチによる認知機能への効果が示唆された（MD＝1.68, 95%CI＝0.59－2.78, I2＝0% Z＝3.01，P＝0.003）(図2).

その他，介入期間が異なること，もしくは1研究のみであることから量的統合は行わなかった. Kallioの報告[12-13)] では，両群とも追跡期間中にADAS-Cogは悪化し，群間で変化量の有意差を認めず，介入効果は示されなかった. Navarro-Martosの報告[15)] においても，IFSとMoCAの群間での有意差を認めなかったが，介入群では，介入後のIFSのスコアが介入前と比較して有意に高かった. Cheungの報告[14)] では，介入後のFOME（Total storage，Total retrieval）のスコアが介入群で有意に高かった. Lopezの報告[16)] では，WMS-Ⅲ（Word list，recognition，Visual-reproduction copy），WAIS-Ⅲ（Comprehension）のスコアの変化に群間で有意差を認めた.

②日常生活活動

通所施設での認知訓練介入の手段的ADL（The Erlangen test of activities of daily living in persons with mild dementia or mild cognitive impairment以下ETAM）への有効性について検討しているMAKS療法を実施した研究[17-18)] では，介入24週間後のETAMは，対照群に比べて介入群で有意に高かった．また対照群では介入前後で低下傾向にあったが，介入群では維持傾向を認めた.

③BPSD

通所施設での認知訓練介入のBPSD（Neuropsychiatric Inventory- questionnaire以下NPI-Q）への有効性について検討しているMAKS療法を実施した研究[17)] では，両群間でNPI-Qの変化量に有意差を認めず，BPSDへの介入効果は示されなかった.

④QOL

通所施設での認知訓練介入のQOL（15-dimensional以下15D）への有効性について検討しているFINCOGを実施した研究[12)] では，両群とも追跡期間中に15Dは悪化し，群間で変化量に有意差は認められず，介入効果は示されなかった.

２）回想法の有効性

通所施設での回想法の認知機能への有効性について検討している研究[20-22)] の認知機能の評価尺度として，河田[19)] ではMMSEとHasegawa's Dementia Scale-Revised（以下HDS-R），Tadaka[21-22)] はMultidimensional Observation Scale for Elderly Subjects（以下MOSES）とMMSEを用いていた．なお，河田[20)] では平均値のみの記載のため，量的統合を行わず，質的統合を行った. 河田の報告[20)] では，介入12週後のMMSEは介入群では対照群に比べて有意に高かったが，HDS-Rは介入群と対照群の間に有意差を認めなかった．検定結果については検定統計量などの記載はなかった. Tadaka[21)] の報告では，介入10週後のMMSEは対照群に比べて介入群で有意に高かった. MOSES（self-care）は両群間に有意差を認めなかったが，MOSES（withdrawal, disorientation）は対照群に比べて介入群で有意に低かった．また対象をAD高齢者とVD高齢者に分けて検討したTadaka[21)] の報告において，AD高齢者では8週間の介入直後のMOSES（withdrawal）において，対照群に比べて介入群は有意に低かったが，他のMOSES（self-care，disorientation）とMMSEは有意差を認めなかった．一方でVD高齢者ではMOSES（self-care）

は介入群と対照群で有意差を認めなかったが，MOSES（disorientation，Withdrawal）は介入群で有意に低く，MMSE は介入群で有意に高かった．これらの結果から，認知症高齢者，特にVD高齢者に対する回想法の認知機能や認知機能障害による生活障害(引きこもりや失見当)への効果が示唆された．また，Tadaka[21] の報告では介入終了から6か月後のMMSE とMOSES self-care は両群間で有意差を認めなかったが，MOSES（withdrawal, disorientation）は対照群に比べて介入群で有意に低く，Tadaka[22] の報告ではVD高齢者において同様の結果が示されたに加えて，6か月後のMMSE も有意に高く，回想法の認知機能障害による生活障害（引きこもりや失見当）への長期的な効果が検討された．

Ⅵ．考　　察

1．選定研究の特徴とRCT のバイアスリスクについて

通所施設における認知症リハの有効性について検討しているRCT は少なく，採択された研究は8研究のみであった．また小規模RCT がほとんどであり，このことは，認知症高齢者を一定数以上確保し，プログラムを提供すること，また適切な評価を行うことの困難さを示していると思われた．また，ほとんどの研究で軽～中等度の認知症高齢者を対象としており，重度の認知症高齢者に対する定められたプログラム介入や適切な評価結果を得ることのさらなる困難さが伺えた．採択研究の所在国はフィンランド，スペイン，中国，ドイツ，日本であった．介護に関する法律や制度は国により異なり，通所施設や通所施設にて提供されるサービスについても各国により異なると推察される．回想法に関する研究はすべて本邦の1998年～2007年に報告された研究[20-22] で，複合的Therapeutic Psychosocial Intervention についての報告[19] を含めて，本研究で分析した8研究中3研究が本邦での報告であった．その他の認知症リハとしてはFINCOG やCoS-play など，各国で認知訓練プログラムが開発されていた．いずれの介入もすべてグループで行われており，プログラムの頻度は週1回から5回，1回あたりの時間も45分から150分とプログラム間で異なっていた．また，認知症リハの実践者について，プログラムの実践に習熟している保健師や臨床心理士，ケアスタッフなどが認知リハを実施している研究は5研究で，作業療法士などのリハ専門職が実践している研究はなく，実践者の職種の記載のない研究が3研究であった．RCT のバイアスリスクとして，在宅ケアにおける認知症リハ介入では対象と実践者の盲検化が現実的に難しいこともあり，バイアスリスクの高い研究が多く，これらを含めて統合した．

2．認知症在宅高齢者に対する通所施設における認知症リハビリテーションの介入効果

本MA の結果から，在宅認知症高齢者を対象とした通所施設における認知的アプローチは，これを受けない統制群と比較して，本人の認知機能を有意に改善することが示唆された．本人の認知機能の維持・改善がADL や BPSD，QOL の改善につながることが望まれたが，手段的ADL の維持や低下予防，生活障害の改善に有効な場合があると示されたものの，BPSD やQOL の維持改善には寄与しないことが示唆された．認知症リハについては，まず対象が実施を受け入れることが前提と思われる．回想法などでは社会性が比較的保たれている対象には，集団で行うほうが導入しやすく，また実施者の資質が結果に影響を及ぼすと報告されている[23]．認知リハ介入においては，対象の認知機能の状況ばかりでなく，社会性や対人交流，性格などを考慮し，対象に応じた実施内容の検討が必要である．本研究に採択された研究で実施されているプログラムはすべてグループ介入であり，対象が集う場でもある通所施設で実践できる認知リハの利点と考えられた．

3．研究の限界

本研究では和・英文以外の文献は検討していない．また，分析対象研究は小規模RCT が多く，MA を実施できた研究数が少なかったことからエビデンスの評価に限界があった．

Ⅶ．結　　論

在宅認知症高齢者を対象とした通所施設における認知症リハビリテーション介入は本人の認知機能の改善に有効であるが，エビデンスの核心は限定的である．

文献検索にご協力いただいた聖路加国際大学司書佐山暁子氏に深謝いたします．本研究は2022年度一般社団法人看護系学会等社会保険連合研究助成を得て，日本在宅

ケア学会ガイドライン作成委員会の活動として実施した.

本研究実施にあたり，申告すべき経済的・学術的利益相反はない.

YEは研究計画，一次･二次スクリーニング，ROB評価，解析，論文執筆，MKは研究計画，一次・二次スクリーニング，ROB評価，AKは研究計画，文献検索，解析，スーパーバイズ，NKは一次・二次スクリーニング，ROB評価，SI，HI，KI，SE，SO，YO，HO，YK，HSは一次・二次スクリーニング，MSは研究計画, ROB評価, スーパーバイズ, AO．TKは研究計画, スーパーバイズを担当し，著者全員が最終原稿を読み承認した.

■参考文献

1）厚生労働省：認知症高齢者の将来推計（https://www.mhlw.go.jp/content/001061139.pdf, 2024.2.8）.

2）厚生労働省：令和4年国民生活基礎調査の概況（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/index.html, 2024.2.8）.

3）日本作業療法士協会：認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究報告書（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/92_sagyouryouhoushi.pdf, 2024.2.8）.

4）岡崎大資：認知症リハビリテーションの実際. 成人病と生活習慣病, **45**(11)：1431-1435（2015）.

5）田中尚文：認知症リハビリテーションの現状とエビデンス. 日本リハビリテーション医学会誌, **55**：653-657（2018）.

6）Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al.：Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*, **151**(4)：264-269（2009）.

7）Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A.：Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*, **5**：210（2016）.

8）Sterne JAC, Savović J, Page MJ, et al.：RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366：1-8（2019）.

9）田中優：コクランリスクオブバイアス2.0. 日臨麻会誌, **41**(7)：614-621（2021）.

10）The Cochrane collaboration. Review Manager Web（https://revman.cochrane.org/, 2024.2.8）.

11）Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention（https://training.cochrane.org/handbook/PDF/v6.4, 2024.2.8）.

12）Kallio EL, Ohman H, Hietanen M, et al.：Effects of Cognitive Training on Cognition and Quality of Life of Older Persons with Dementia. *JAGS*, **66**(4)：664-670（2018）.

13）Kallio EL：Neuropsychological outcome of cognitive training in mild to moderate dementia：A randomized controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*, **31**(6)：935-953（2021）.

14）Cheung DSK, Li B, Lai DWL, et al.：Cognitive Stimulating Play Intervention for Dementia：A Feasibility Randomized Controlled Trial. *American journal of alzheimer's disease & other dementias*, **34**(1)：63-71（2019）.

15）Navarro MR, Nieto EF：A Proposal of Cognitive Intervention in Patients with Alzheimer's Disease through an Assembling Game：A Pilot Study. *J. Clin. Med*, **11**(13)：3907（2022）.

16）Lopez C, Sanchez JL, Martın J：The effect of cognitive stimulation on the progression of cognitive impairment in subjects with Alzheimer's disease. *Neuropsychology adult*, **29**(1)：90－99（2022）.

17）Straubmeier M, Behrndt E M, Seidl H, et al.：Non-Pharmacological Treatment in People With Cognitive Impairment. *Deutsches arzteblatt international*, **114**(48)：815-821（2002）.

18）Luttenberger T, Graessel E, Behrndt EM, et al.：Responder Analysis of a Multicomponent Non-Pharmacological Intervention（MAKS）for People With Cognitive Impairment in the German Day-Care Study（DeTaMAKS）. *Frontiers in psychiatry* , **10**（2019）.

19）Ishizaki J, Meguro K, Ohe K, et al.：Therapeutic Psychosocial Intervention for Elderly Subjects With Very Mild Alzheimer Disease in a Community: The Tajiri Project. *Alzheimer disease and associated disorders*, **16**(4)：261-269（2002）.

20）河田政之，吉山容正，山田達夫，ほか：痴呆に対するデイケア, 回想法の効果. 老年精神医学雑誌, **9**(8)(1998).

21）Tadaka E, Kanagawa K：A randomized controlled trial of a group care program for community-dwelling elderly people with dementia. *Japan journal of nursing science*, **1**(1)：19-25（2004）.

22）Tadaka E, Kanagawa K：Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics & Gerontology international*, **7**(2)：167-173（2007）.

23）野村信威：在宅高齢者におけるグループ回想法の認知症予防効果. 高齢者のケアと行動科学, 23：11-21（2018）.

Effectiveness of Dementia Rehabilitation at Day Care Facilities on Health Outcomes of Older Adults with Dementia：A Systematic Review and Meta-Analysis

Yukie Enomoto*[1], Mistunobu Khono*[2], Aki Kawada*[3], Nanae Kushino*[4], Shinpei Ikeda*[5], Hiroyuki Ishii*[1]
Kazue Ishikawa*[6], Sachie Etou*[7], Shin Ohtomo*[8], Yoichi Ohno*[9], Haruka Oka*[10], Ryoko Kuwaha*[11]
Hiromi Shirasaka*[12], Megumi Shimizu*[10], Akiko Ozaki*[10], Tomoko Kamei*[3]

*1 Department of Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Kyorin University
*2 Department of Occupational Therapy, Faculty of Health Sciences, Kinjo University
*3 St. Luke's International University
*4 Department of Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Tokyo Kasei University
*5 Major of Occupational Therapy, Department of Rehabilitation, School of Health Sciences, Tokyo University of Technology
*6 Teikyo University Hospital
*7 Faculty of Health Sciences Technology, Bunkyo Gakuin University
*8 Kawaguchi Municipal Medical Center
*9 Department of Physical Therapy, Faculty of Health Care, Takasaki University of Health and Welfare
*10 Tohoku University Graduate School of Medicine
*11 Matsumoto College of Nursing
*12 St. Luke's International University Graduate School

Abstract

Purpose: This systematic review aimed to assess the effectiveness of dementia rehabilitation interventions at day care facilities for older adults with dementia.

Methods: A systematic review and meta-analysis were conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses statement. The eligibility criteria were i) randomized controlled trials; ii) interventions for people with dementia aged ≥65 years living at home; iii) Dementia rehabilitation interventions at day care facilities; and iv) interventions whose outcomes include one or more cognitive functions, activities of daily living (ADL), psychological symptoms of dementia (BPSD), and quality of life (QOL).

Results: Eleven studies met our inclusion criteria. A meta-analysis indicated that cognitive function improved in older adults with dementia in the intervention group, whereas no improvements were observed in ADL, BPSD, or QOL.

Conclusion: Dementia rehabilitation in day care facilities for older adults with dementia can improve their cognitive function. The results of this review provide insufficient evidence to support other health outcomes.

Key words : Older Adults with Dementia, Dementia Rehabilitation, Day Care Facilities, Cognitive function, Activities of daily living

● 原　著 ●

援助要請しない地域在住高齢者への支援における地域包括支援センター専門職の役割行動指標の作成

Development of a Role Behavior Indicator for Professionals at Community Comprehensive Support Center to Assist Non-help-seeking Community-dwelling Older Adults.

手塚　早苗[*1]，杉田由加里[*2]

Sanae Tezuka, Yukari Sugita

要旨：［目的］地域包括支援センターの専門職が援助要請しない地域在住高齢者への支援を協働して，迅速に緊急性の判断を行い，適切なサービス利用となる支援を行うための役割行動指標を作成することである．

［方法］地域包括支援センター専門職８名と学識経験者２名が参加し修正デルファイ法により指標案を洗練した．調査はオンラインによる専門家会議を２回，事前調査２回と３回目調査を郵送またはメールで実施し，項目の内容的妥当性を５段階で評価してもらい，自由記述で修正意見を求めた．

［結果］参加者10名全員が３回の調査すべてに回答し，３回目の調査で全項目の同意率が80％を超えた．３専門職共通および各専門職・管理者の役割行動指標を作成した．

［考察］指標は３専門職の協働を促すことに資する構造を有し，迅速に緊急性の判断を行い，高齢者が適切にサービス利用できるように意思決定支援を行う目安となると考える．

キーワード：援助要請，地域包括支援センター，専門職，役割行動，修正デルファイ法

日本在宅ケア学会誌，29(1)：59-68(2025)

Ⅰ．背　　景

地域包括支援センター（以下，センター）は，地域在住高齢者等の健康の保持および生活の安定のために社会福祉士，主任介護支援専門員，保健師の３専門職が配置されチームで活動することが求められている[1)]．センター業務の中で総合相談は地域在住の高齢者の様々な相談を受け，適切な機関やサービスにつなぐ役割がある．例えば，高齢者の異変に気づいた住民からの連絡により，センター専門職が訪問し適切な支援につなげ高齢者の生活を支えている[2)]．しかし，住民等からの連絡によりセンター専門職が訪問しても専門職として必要と判断する援助を要請しない高齢者が存在し，介護サービスが必要であるにも関わらず援助要請しない高齢者[3)]，認知症等により援助要請できず心身の機能が悪化し在宅生活が困難になる高齢者[4)]が報告されている．また，セルフ・ネグレクトと呼ばれる医療やサービスの拒否などにより健康や安全を損なう状況[5)]にある高齢者が生命の危機的状況にあっても援助要請せず介入時にはすでに孤立死の状態に至っている[6)]という報告もある．

援助要請しない高齢者への支援は，信頼関係の構築が困難でありニーズの明確化や緊急性の判断が支援者の経験に委ねられ[7)]，センター専門職が対応に苦慮している状況が報告されている[8)]．全国のセンター専門職の勤続年数は３年未満が49.2%という状況[9)]であり，就職１年目から複雑な事例を担当せざるを得ない現状[10)]がある．また，複雑で対応が遅れると深刻さを増す相談[11)]は一

受付日：2024年９月２日
受理日：2025年１月８日
＊1　三育学院大学看護学部
＊2　千葉大学大学院看護学研究院

職種だけではなくチームとして支援する必要がある[12]が，3専門職がチームで援助要請しない高齢者支援を行う方法の具体を示した役割行動指標は今まで報告されていない．そのため，本研究の目的は先行研究で作成した役割行動指標案[13]（以下，指標案）を活用し，3専門職が協働して迅速に緊急性の判断を行い，適切なサービス利用となる支援を行うための役割行動指標（以下,指標）を作成することである．

Ⅱ．用語の定義

援助要請しない高齢者：身体的，精神的，社会的健康の保持に必要な援助要請を自ら行わない高齢者. セルフ・ネグレクトケースを含む.

役割行動：センター専門職として期待される支援行動.

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

本研究では先行研究で作成した指標案を活用し，複数名の専門家を対象に自記式質問紙調査と会議による意見交換を経て指標の合意形成を目指す方法である修正デルファイ法を，先行研究[14-15]を参考に用いて指標案を洗練し，指標を作成した.

2．研究協力者

対象者は調査する問題に関する知識と経験があることが必要であり，意見を網羅するために関係職種全員が含まれることが推奨されるため[16]，下記の1)，2）の条件を満たすこととした．また，対象者数は先行研究[16]を参考に8～12人程度を目標とし，対象者が多職種の場合，先行研究[17]から各専門職の人数が1～3名程度でも妥当であると考えた.

1）①センター専門職(社会福祉士,主任介護支援専門員,保健師)，②行政委託型センター統括部門の専門職，③センター管理者としての経験を有し，①と兼ねることを可とした．経験年数は，①②はセンター経験5年以上，③は管理者経験3年以上とした．協力者の募集は，センター専門職①②は機縁法としA県内センター専門職に依頼した.

2）学識経験者．学識経験者は指標案作成[13]で引用した援助要請しない高齢者支援やセルフ・ネグレクトの研究を行っている学識経験者とした．学識経験者はホームページに記載されている連絡先に連絡し依頼した.

3．調査方法と調査期間

1）指標案の内容的妥当性の調査項目

指標案[13]は，委託型センターに勤務するセンター経験3年の3専門職3名で作成し同じエリアの委託型センターと行政の専門職の意見で修正した．指標案は，〖3専門職共通〗〖各専門職・管理者〗別に，大項目を支援目標，支援のねらいを中項目，中項目を実現するための行動を小項目とし,小項目の具体的な例を行動例とした.〖3専門職共通〗の大項目は,「大項目Ⅰ：初期対応」「大項目Ⅱ：継続支援期」「大項目Ⅲ：地域づくり」別に示した.

2）指標案の内容的妥当性の検討手順

調査は，①質問紙調査による1回目調査，②専門家会議による検討，③質問紙調査による2回目調査，④専門家会議による検討，⑤質問紙調査による3回目調査の順に実施した．質問紙調査は郵送またはメールの選択式で実施した．指標の大・中・小項目の内容的妥当性の評価は「5. 妥当である」から「1. 妥当でない」の5件法を用い，自由記述では修正等の記載を求めた．1回目・2回目の質問紙調査の集計結果を専門家会議の実施前に郵送とメールで協力者に送付し，集計結果をもとに専門家会議を実施した．3回目の質問紙調査は，2回目の専門家会議で出された意見をもとに修正した指標案の内容的妥当性の評価を依頼した．項目の内容的妥当性の評価である同意率は「5. 妥当である」「4. まあまあ妥当である」と回答した者の割合とし，先行研究[18]を参考に同意率が70％以上を合意基準とし80％を強固な合意とした．同意率が70％未満の項目を中心に専門家会議で検討し，質問紙調査の自由記述や専門家会議の意見を参考に項目の修正・削除などを行った．質問紙調査による3回目調査では同意率が80％未満の項目を削除することとした．1回目の質問紙調査にて協力者の属性について回答を依頼した．調査は2024年2月～6月に実施した.

4．データの分析方法

調査の合意基準は,「5. 妥当である」「4. まあまあ妥

当である」と回答した者の割合である同意率70％以上とし，80％を強固な合意とした．あわせて自由記述を各指標ごとに整理して協力者に提示し，専門家会議で検討した．

Ⅳ．倫理的配慮

本研究では，研究の趣旨と協力内容，倫理的配慮を文書と口頭で説明し書面で同意を得た．研究協力の諾否，途中棄権，会議における発言等について自由意思の尊重を保証した．無記名での質問項目への回答や会議での匿名での発言を依頼し，個人・組織を特定できないように配慮した．千葉大学大学院看護学研究院倫理審査委員会の承認（承認番号NR5-78）を得て実施した．

Ⅴ．結　　果

全調査で10名全員から回答が得られた．センター専門職は行政直営型4名（社会福祉士2名，主任介護支援専門員1名，保健師1名），委託型3名（主任介護支援専門員3名），行政委託型センター統括部門1名（保健師1名）の計8名で，センター経験年数は10年以上5名，8～9年1名，5～7年2名であり，管理者経験者は5名（3年以上3名）であった．学識経験者2名の資格は，社会福祉士1名，保健師1名であった．協力者は選定基準を満たしていた．自由記述・専門家会議の意見をもとに項目の修正を行った．大項目を【　】,項目の内容を『　』,協力者の意見を「　」で記す．

1．1回目調査

同意率70％未満の項目が3項目あった．【大項目Ⅲ】の地域づくりに関して「近隣住民が本人支援で疲弊していてこれ以上お願いできない」という意見から小項目『相談者である近隣住民への支援も行う』を追加した．【大項目Ⅱ】中項目『支援を拒否されてもあきらめずに支援を継続する』に関して，「支援の継続は妥当性の判断が必要」という意見があり修正することとした．追加項目の例として，「住民や関係機関と連携時の個人情報の取り扱いに悩む」という意見に「命が危ない時は個人情報保護の例外規定になる場合もある」という意見が出され，行動例を追加した．移動した項目の例として，【大項目Ⅰ】初動時の緊急性の確認に関して，「生命に関わる判断が必要な時は保健師が行った方が良い」という意見が出され，行動例から小項目に移動した．その他，【大項目Ⅰ】行動例『（中略）遅くとも24時間以内に訪問する』は時間を明記するのか次回の検討課題とした．

2．2回目調査

同意率が70％未満の項目が3項目あった．【大項目Ⅱ】の継続支援の必要性の項目に関して「本人の意思も尊重したい」「緊急性が高い場合は本人の意向に関わらず頻回に顔を見に行く」という意見から修正することとした．各専門職別の主任介護支援専門員の項目で『介護サービス利用を希望しない高齢者の支援を担当ケアマネジャーとともに行う』は，「サービス利用がないとケアマネジャーは担当できない」という意見から削除した．24時間以内の初回訪問については時間の制限は設けず，できる限り早く訪問することとした．

3．3回目調査

全項目で同意率が80％を超え，文言の統一を図り最終指標を完成させた（表1～4）．大項目の同意率は全て100％となった．指標の項目数は，〖3専門職共通〗大項目3，中項目13，小項目33，行動例69，〖各専門職・管理者〗大項目1，中項目6，小項目11，行動例23となった．〖3専門職共通〗の役割行動を，表1【大項目Ⅰ】初期対応，表2【大項目Ⅱ】継続支援期，表3【大項目Ⅲ】地域づくり別に時系列に示し，表4に〖各専門職・管理者〗別の役割行動を示した．

Ⅵ．考　　察

1．3専門職の協働を促すための指標の特徴

援助要請しない高齢者支援はチームで支援することが肝要である．指標は最初に〖3専門職共通〗（表1～3）の役割行動を時系列に示し，次に表4〖各専門職・管理者〗に各専門職別の役割行動を示した．まず，援助要請しない高齢者支援の共通の役割行動を時系列に示したことは，3専門職の協働からなるチームとしての方向性を明確に捉え行動していくことに役立つと考える．さらに表4〖各専門職・管理者〗にて各専門職別の役割行動を示したことで，他の職種と比較しながら自身の専門性を

表１　３専門職共通の役割行動指標【大項目Ⅰ：援助要請しない高齢者へのチームによる迅速な初期対応】

支援時期	中項目	小項目	同意率％	行動例
支援準備期	A.　迅速に支援を行うための準備		90	
		A-1　相談者（近隣住民・他機関）から情報収集を行う	100	1　相談者（近隣住民・他機関）から主訴及び主訴以外に必要と思われる項目の情報収集を行う
		A-2　他専門職（必要に応じて行政担当課）の意見も確認しながら，初動の支援方針を決定する	100	2　相談受付者が管理者および他専門職に早急に報告し，チームで支援方針を検討する 3　行政担当課に相談内容を伝え，訪問準備に関して不足している情報や支援方針の妥当性を確認する
		A-3　訪問日の決定を行う	100	4　高齢者の状況を迅速に確認するために，できる限り早い訪問日を設定する 5　家族や他機関等の何らかの支援がすでに行われていて緊急性を要しない場合，家族や他機関と調整し訪問日を決定する
		A-4　相談者（近隣住民・他機関）との連携・協働を検討する	100	6　相談者から，本人・家族に会える方法（いつ，どこで，どの時間帯）の情報を収集する 7　相談者（近隣住民，他機関等）に同行訪問が可能か確認し，同行訪問が難しい場合，情報提供が可能か確認する 8　個人情報の保護に配慮しながら，相談者の他に連携可能な機関がないか検討する
初回訪問時	B.　緊急性の確認		100	
		B-1　保健師を含めた複数の専門職（2名程度）で訪問し，高齢者の生命の危機的状況を確認する	100	9　可能な範囲でセンターの保健師と他専門職各１名の２名程度で訪問し，緊急性を確認する 10　生活環境が，生命に危険を及ぼす状況ではないか確認する
		B-2　複数の専門職で，高齢者の生活における緊急対応の必要性を確認する	100	11　本人の言葉だけでなく，本人・家族の了解を得て，実際の室内等の状況を確認する 12　ライフラインが止まっている場合は，ライフラインの復旧に努める 13　食料の在庫状況，食料の購入費を確保しているか，食料等の買い物に行けているかを確認する 14　同居家族の健康状態の緊急対応の必要性を確認する
		B-3　本人の病歴や生活歴等の基本情報を確認する	100	15　本人の病歴や生活歴，職歴等の基本情報等を本人に精神的な負担をかけない範囲で聞き取りを行う
	C.　本人に安心と思ってもらえる訪問の実施		80	
		C-1　本人が訪問に対して，不信感をもたない訪問理由を検討する	80	16　相談者からの協力が得られない場合は，「地域包括だよりを作成して届けに来ました」等，訪問が自然と感じられるように工夫をする 17　本人が困っていると決めつけた発言を控える
		C-2　自己紹介から始める等，本人に受け入れてもらえるコミュニケーションを実施する	90	18　まずは包括専門職が自ら自己紹介し，次の訪問を受け入れてもらえるコミュニケーションに努める
訪問直後	D.　支援方針の共有		100	
		D-1　訪問した専門職の判断で終わらせず，チーム（３職種）で情報共有し，支援方針を検討する	100	19　朝礼等を利用し情報を共有する 20　カンファレンスを実施し，他職種の意見を聞いて，アセスメントおよび支援方針を作成する 21　カンファレンス等で話し合ったチームとしての支援方針を記録する
		D-2　訪問時の状況やチームで検討した支援方針を行政担当課と共有する	100	22　緊急性が高い場合は，訪問結果とチームで話し合った結果を行政担当課に報告し，今後の支援方針について共有する

＊【大項目Ⅰ：援助要請しない高齢者へのチームによる迅速な初期対応】（同意率 100％）

表２　３専門職共通の役割行動指標【大項目Ⅱ：援助要請しない高齢者のニーズにあったサービス利用のための支援】

支援時期	中項目	小項目	同意率％	行動例
信頼関係構築期	E. 組織として継続支援するための支援体制作り		100	
		E-1　継続して支援を行うためのしくみ作りを行う	100	23　朝礼等で気になるケースの支援経過を確認し，抱え込みを防止する 24　チームとしての情報共有のため，一覧表等により視覚化する 25　訪問によるモニタリングの間隔を検討し，介入のタイミングを見逃さないようにする 26　本人に会えないケースはチームで訪問を分担し，訪問の回数を確保する 27　本人に会えなくても，ポスティング等の紙面を通じて，困ったことがあったら相談してほしいと伝える
		E-2　組織として支援計画を作成する	100	28　アセスメントシートを活用して情報を収集し，本人像を明らかにしていく 29　集まってくる情報を統合しながら，本人への支援方針が適切かどうかその都度見直す 30　訪問ごとに包括の他専門職へ訪問時の状況を伝え，次の訪問をどうするのか話し合い，決めた日時を記入する 31　目標を設定し，評価日を決め，評価を行う
		E-3　必要に応じて行政担当課と連携し，支援の妥当性を確保する	100	32　チームとしての支援の方向性を，行政担当課へ報告し，必要時，行政担当課の意見を確認する 33　支援の妥当性の確保のために，圏域センター会議の事例検討等を利用し，他の包括の専門職・行政担当課から意見を聞く
	F. 効果的な支援方法の実施		100	
		F-1　本人が理解しやすく，意向を表出しやすいコミュニケーション方法を活用する	100	34　本人や家族の話し方や話すスピードなどに波長を合わせ，相手が理解しやすい言葉で伝えるなど，話し方の工夫をする 35　支援者の勝手な思い込みにならないように，支援者が想像した本人の思いが合っているのか，本人に聞いて確認する 36　訪問等の支援によって，さらに本人が頑なになってしまわないよう関わる
		F-2　本人のなじみのある交流関係を活用する	90	37　本人や家族が誰（地域の自治会長，主治医など）になら心を許し，話ができるのか把握し活用する
		F-3　本人，家族の精神的な負担にならない訪問を心がける	100	38　再訪問の際に本人・家族のことを日頃から気にかけていることが伝わりつつ，精神的な負担にならないような訪問をする
	G. 本人の潜在ニーズの明確化と尊厳の保持		100	
		G-1　本人の潜在化しているニーズを明らかにする	100	39　本人が困っていそうなことを具体的に例示し，本人が意向や本音を表出しやすいように困っていそうなことの具体例を提示し問いかけていく 40　住み慣れた地域で暮らしていくために，何ができていて何ができていないのか明らかにしつつ，活用する支援を本人や家族と一緒に考える
		G-2　本人の価値観を尊重した関りを実施する	100	41　本人に支援者の考えを押しつけたり，支援者の価値観で判断しない 42　本人ができているところを探し，本人がエンパワメントにより，本来持っている力を十分発揮できる支援を行う 43　本人が大切にしているもの（家の中の写真や趣味等）から，本人の価値観や生きてきた過程を尊重する関りをする
	H. 効率的な支援のための他機関との連携		100	
		H-1　連携可能な機関があるか検討する	100	44　初回訪問後，状況確認したのち，連携できる関係機関を検討する 45　連携機関の一覧表を作成し，３専門職で共有する
		H-2　他機関との役割分担を行う	100	46　認知症の専門医の受診等，家族だけでは難しい場合，認知症初期集中支援チームや医療機関等と連携を図る 47　他機関と支援内容の役割分担を調整し，必要な支援が抜け落ちないようにする 48　安否確認等の訪問が重ならないように連絡調整をする

表２　３専門職共通の役割行動指標【大項目Ⅱ：援助要請しない高齢者のニーズにあったサービス利用のための支援】（つづき）

支援時期	中項目	小項目	同意率％	行動例
信頼関係構築期	I. 家族の支援		100	
		I-1　介護を行っている家族の介護負担への支援も行う	100	49　家族も疲労している場合があるので家族への支援も行い，ストレスの軽減を図る 50　家族の健康状態（精神面を含む）を確認する 51　家族は本人の目の前では言えないこともあるため，状況によっては家族から個別に話を聞く 52　BPSD への対応に苦慮している家族に家族だからこそ難しい場合があることを伝える
		I-2　介護者の意に反した介護離職につながらないように支援を行う	90	53　介護者が，介護負担により介護離職につながる恐れがある場合，介護休業制度等の情報を提供する
	J. 継続支援の必要性の判断		90	
		J-1　緊急性が高い場合，必要な支援に確実につなぐ	90	54　本人が生命や健康の危機状態にあると専門職が判断した場合，なぜ支援が必要なのかを具体的に説明し，確実に支援へつなげられるようにする
		J-2　本人が必要な支援を希望しない場合，チームで今後の支援の方向性を検討する	100	55　本人が専門職として必要と判断する支援を希望しない場合，カンファレンス等でチームで現状，モニタリング間隔，支援の方向性を検討し支援を継続する 56　本人が専門職として必要と判断する支援を希望しない場合，本人の意向と専門職としての判断のギャップ，カンファレンスで話し合った内容等を記録に残す
		J-3　生命や健康の危機状態にない場合，本人の状況を確認しながら信頼関係の構築に努める	100	57　コミュニケーション技術や対人援助技術を使い，継続して訪問しながら関係を構築する
サービス導入期	K. サービス利用のための支援		100	
		K-1　本人に理解してもらえるように制度やサービス利用のメリットを折をみて繰り返し説明する	90	58　サービス利用は本人や家族にとってメリットがあることを説明し，本人の理解を得た上で利用を開始する 59　訪問を繰り返し行う中で，徐々にサービス利用を促す
		K-2　高齢者の価値観の確認を行いながら，最初の意向の表明に縛られずサービス利用の意向を適宜，確認する	90	60　本人の価値観，生活の仕方に寄り添いながら，時間をかけ，サービス利用意向の表出やサービス利用意向の変化をキャッチする

＊【大項目Ⅱ：援助要請しない高齢者のニーズにあったサービス利用のための支援】（同意率 100％）

自覚し，より充実した行動につながると考える．また，他職種の専門性の理解は専門職連携実践能力を高める要件の1つ[12]とされており，表4で示した役割行動を捉えることで，表1～3で示した役割行動の実践をより豊かにすると考える．

２．迅速に緊急性の判断を行うための項目

援助要請しない高齢者の相談は，近隣住民からの相談で開始されることが多く，高齢者本人の支援ニーズが見えにくいため，支援ニーズの明確化ができず初期対応が遅れる可能性がある．指標の表1【大項目Ⅰ】［A］初回訪問前の支援準備期の4項目と［B］初回訪問時の3項目は，チームで支援方針の検討や訪問をすることにより，情報収集した内容から高齢者の支援ニーズを複数の専門職の専門性で確認することができ，迅速に緊急性の判断を行うことができると考える．特に生命の危機的状況の判断が必要な場合，複数の専門職の中に保健師が含まれることは，保健師は心身の状態を観察しアセスメントが可能である[5]とされているため生命の緊急性の判断を行うことに活用できると考える．また，迅速に緊急性の判断を行うためには本人に会う必要がある．表1【大項目Ⅰ】［A-4］に相談者である地域住民等と協力して支

表３　３専門職共通の役割行動指標【大項目Ⅲ：援助要請しない高齢者の支援を行えるための地域づくり】

支援時期	中項目	小項目	同意率％	行動例
個別支援中	L. 個別支援を通しての地域づくり		100	
		L-1　近隣住民とともに高齢者の支援を行う	90	61　高齢者が地域で継続して生活できるように，個人情報の取り扱いに配慮しながら相談者（近隣住民や地域の他機関）と連携を図る 62　必要時，地域ケア会議を実施し，近隣住民，他機関，行政と支援の方向性を確認し，協働して支援する
		L-2　相談者である近隣住民への支援も行う	100	63　高齢者支援を行っている近隣住民が対応に苦慮している場合，近隣住民の意見を伺い，対応方法等を話し合う 64　地域ケア会議等を活用して，火災の予防等，近隣住民の安心・安全を図る
日頃の活動	M. 地域住民への関りを通しての援助要請しない高齢者を支えるための地域づくり		100	
		M-1　地域で早めにSOSに気がつくよう啓発を行う	100	65　地域住民から，援助要請しない高齢者の「何かおかしい」等，センターに相談が入るよう啓発を行う
		M-2　地域住民と顔の見える関係作りを行う	100	66　日頃から民生委員の会議や自治会の総会，地区社協の行事に顔を出すようにして，地域の核となる方々に包括職員の顔を覚えてもらえるように活動する 67　生活支援コーディネーターと連携し，活動する
		M-3　地域ケア会議等を活用し地域診断を行い地域課題を明確にする	100	68　地域住民へのアンケート調査や日々の実践を通して地域診断を行い，地域づくりに活かす 69　地域ケア会議等で地域住民や関係機関の職員と，地域課題について検討する

＊【大項目Ⅲ：援助要請しない高齢者の支援を行えるための地域づくり】（同意率100％）

援する項目を示した．認知症を有する独居高齢者へは，親しい関係にある近隣や知人を巻き込み，効果的なコミュニケーションを行ったほうがよい[19]とされている．認知症を有する可能性のある高齢者の支援には特に活用できると考える．

３．適切な意思決定支援のための項目

野中は，ニーズアセスメントはケアマネジメントの中で最も大切な作業であり，アセスメントはチームで行う必要がある[20]と述べている．Bradshaw, J. は，専門家が必要と判断するニーズを本人から表出されたニーズと区別し，ノーマティブニーズとした[21]が，適切なサービス利用のためには，まず，ノーマティブニーズの明確化が必要である．指標では表２【大項目Ⅱ】［J-2］でチームとして判断する項目として示した．また，ノーマティブニーズを明らかにした後，適切なサービス利用となるための支援として表２【大項目Ⅱ】［K］に項目を示した．認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインでは，本人の意思の繰り返しの確認や，その過程や判断の適切性の確認が必要[22]とある．本指標でも［K-1］［K-2］に繰り返し説明する等を記載し，適切なサービス利用となるための意思決定支援を行うために活用できると考える．

４．本研究の限界と今後の課題

対象者の専門職８名全員がＡ県内の自治体・委託型センターの所属であること，および熟練の専門職に限られていたため汎用性の観点から限界があると考える．今後の課題として，より広い地域での検証と経験の浅い専門職でも活用できるのかについて確認する必要がある．具体的には，更に，指標の実用性を検証するために，実際に経験の浅い専門職を含めて指標を活用することによる前向きの検証を行う必要がある．

本研究にご協力してくださった皆様に心より感謝申し上げます．

本研究において，利益相反はない．

表 4　各専門職・管理者の役割行動指標　【大項目：援助要請しない高齢者支援をチームで行うという前提のもと，3 専門職で支援目標を共有し，各専門職の専門性と限界を捉えて行動する】

各専門職	中項目	小項目	同意率％	行動例
主任介護支援専門員	A. ケアマネジャーへの啓発		100	
		A-1　援助要請しない高齢者支援は包括の役割でもあることを周知する	100	1　研修会等により，援助要請しない高齢者支援を居宅介護支援事業所のケアマネジャーと共に行うことは，包括の役割でもあることを周知し，居宅介護支援事業所のケアマネジャーがケースを抱え込まないようにする
	B. サービス利用に至らない本人・家族等の支援		100	
		B-1　サービス利用等の援助を求めない高齢者・家族の困りごとを支援する	100	2　本人・家族等の困りごとをアセスメントしながら，サービス利用に向けての支援を行う
社会福祉士	C. 本人・家族等の権利擁護		100	
		C-1　本人の判断能力が不十分な場合，必要な制度につなげる	100	3　自分のことは自分で判断できる能力があるか確認する．本人の認知機能や判断能力が低下している場合，成年後見制度等の利用を検討する
		C-2　虐待やセルフ・ネグレクトも視野に入れて支援する	100	4　家族が援助要請しない場合，ネグレクト等の虐待の可能性を常に念頭に置く 5　セルフ・ネグレクトにも支援が必要という認識を他の専門職と情報共有し，支援する 6　ネグレクトやセルフ・ネグレクトの疑いがある場合，行政の虐待対応のコア会議へつなげて意見を求める
保健師	D. 本人，家族等の健康悪化の予防		100	
		D-1　健康面へのアドバイスを利用し関係を構築する	100	7　看護職の意見を受け入れてくれる場合もあるため，血圧測定や健康面のアドバイス等により関係性の構築を行う
		D-2　本人・家族の身体状態を確認し，受診の必要性の判断を行う	100	8　医療機関の受診を望まない高齢者の健康状態を観察し，緊急性の判断を行う 9　本人，および家族（老々介護や障害等の可能性のある子による介護など，介護者に病気や障害がある場合）の服薬状況を確認する 10　他職種と協力して受診を勧奨する
		D-3　健康や生活状況の悪化を予防する視点を持つ	100	11　予後予測を行いながら，高齢者の健康状態や生活状況の悪化を予防する支援を行う 12　健康状態や生活状況の悪化のリスクを本人・家族に説明する
管理者	E. ケアの質保証		100	
		E-1　ケースの見落としや支援中断がないようにケース管理を行う	100	13　相談を受け付けた中から，援助要請しない高齢者を確実に抽出する 14　台帳等を準備し，職員が情報を共有できるようにする 15　進捗管理を行い，支援を中断しないようにする 16　ケース対応の優先順位の判断を行う
		E-2　リーダーシップを発揮し，ケース支援をサポートする	90	17　相談内容によって，どの専門職が訪問すると良いか検討する 18　定期的に事例検討会を開催する時間を確保し，ケアの質保証を行う 19　解決困難な事例等に関しては，現状を確認し，問題・課題の整理，実際の支援を職員とともに行う
	F. 職員の支援		100	
		F-1　職員のスキル向上の支援を行う	100	20　職員が自信をもって業務を遂行できるようにスキルアップのための研修会への定期的な参加の機会を確保する 21　他機関と多職種協働により支援をする際に，役割を遂行できるように助言する
		F-2　職員がバーンアウトしないよう支援を行う	100	22　適切な役割分担，複数体制による支援を調整し，職員の業務負担の軽減を行う 23　精神的負担や過剰な業務負担を常に気にかけ，職員がバーンアウトしないよう支援を行う

＊【大項目：援助要請しない高齢者支援をチームで行うという前提のもと，3 専門職で支援目標を共有し，各専門職の専門性と限界を捉えて行動する】（同意率 100％）

■引用文献

1）地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会(編)：地域包括支援センター運営マニュアル～さらなる地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に向けて～. 3訂, 1-17, 長寿社会開発センター, 東京(2022).

2）東京都福祉保健局：高齢者等の見守りガイドブック(第4版) ～誰もが安心して住み続けることができる地域社会を実現するために～ (https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/koho/mimamoriguidebook.files/guidebook4.pdf, 2024.12.8).

3）鈴木浩子, 山中克夫, 藤田佳男平, ほか：介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討. 日本公衆衛生雑誌, **59**(3)：139-150 (2012).

4）岡野明美, 上野昌江, 大川聡子：認知症が疑われる高齢者に対する地域包括支援センター保健師のコーディネーションの実態. 日本地域看護学会誌, **22**(1)：51-58 (2019).

5）岸恵美子：【セルフ・ネグレクト事例の押さえるべきポイント-早期発見･支援･予防に活かす保健師の視点】セルフ・ネグレクトの今日的課題と支援のポイント. 保健師ジャーナル, **74**(7)：544-550 (2018).

6）斉藤雅茂, 岸恵美子, 野村祥平：高齢者のセルフ・ネグレクト事例の類型化と孤立死との関連　地域包括支援センターへの全国調査の二次分析. 厚生の指標, **63**(3)：1-7 (2016).

7）染野享子：自ら支援を求めない独居高齢者への地域を基盤としたアウトリーチ実践プロセス　地域包括支援センターのセンター長　管理者を焦点とした質的分析. 社会福祉学, **56**(1)：101-115 (2015).

8）池田繭子, 福島喜代子：地域包括支援センターのアウトリーチ　支援を求めない高齢者への職員の働きかけに関する研究. 日本の地域福祉, **29**：95-106 (2016).

9）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング：平成30年度地域包括支援センターの業務実態に関する調査研究事業報告書 (https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_7.pdf, 2024.12.8).

10）宇都宮千都, 田中美延里, 野村美千江：委託型地域包括支援センター保健師が成長を実感した経験　行政職歴のない新任期保健師に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌, **24**(1)：13-22 (2021).

11）高室成幸：30のテーマでわかる！地域ケア会議コーディネートブック. 2, 第一法規, 東京(2018).

12）酒井郁子, 井出成美, 朝比奈真由美(編)：これからのIPE(専門職連携教育) ガイドブック. 第1版, 2-8, 南江堂, 東京(2023).

13）手塚早苗, 吉本照子：自ら支援を求めない高齢者に対する地域包括支援センター専門職の役割行動指標の作成. 千葉看護学会第26回学術集会講演集, **32** (2020).

14）渡邉惠, 飯岡由紀子, 常磐文枝, ほか：「バイタルサインの正確な測定 実践能力チェックリスト(VSAMチェックリスト)」の開発および信頼性・妥当性の検証. 日本看護科学会誌, **42**：111-120 (2022).

15）日浅友裕：外来通院で放射線療法を受けるがん患者が実践すべきセルフケア. 日本放射線看護学会誌, **12**(1)：3-12 (2024).

16）Keeney S, Hasson F, Mckenna H：The Delphi Technique in Nursing and Health Research, Wiley-Blackwell, 1st ed., 10-41, 81-82, Chichester (2011).

17）上野恵子, 寺本千恵, 西岡大輔, ほか：救急搬送された軽症高齢者の社会生活状況を多職種で把握・共有するためのチェックシートの開発. 日本臨床救急医学会雑誌, **26**(4)：455-467 (2023).

18）Hasson F, Keeney S, McKenna H：Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*, **32**(4)：1008-1015 (2000).

19）Tibbs, A.M：Social Work and Dementia－Good Practice and Care Management, First published, 84, Jessica Kingsley Publishers, London (2001).

20）野中猛：図説 ケアマネジメント. 第1版, 30-35, 中央法規, 東京(1997).

21）Bradshaw, Jonathan：Taxonomy of social need. In: McLachlan, Gordon, (ed.) Problems and progress in medical care－essays on current research, 7th series. 71-82, Oxford University Press , London (1972).

22）厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf, 2024.12.8).

Development of a Role Behavior Indicator for Professionals at Community Comprehensive Support Center to Assist Non-help-seeking Community-dwelling Older Adults.

Sanae Tezuka*[1], Yukari Sugita*[2]

*1 School of Nursing, Saniku Gukuin College
*2 Graduate School of Nursing, Chiba University

Abstract

Purpose: This study aimed to develop a role behavior indicator for professionals at Community Comprehensive Support Centers to effectively collaborate in assisting with community-dwelling older adults who do not actively seek help. The goal was to quickly assess the urgency of the situation and provide support for the appropriate use of services.

Methods: Eight specialists from Community Comprehensive Support Centers and two academic experts refined the proposed indicators using a modified Delphi method. The survey included two online meetings with experts, two preliminary surveys, and a third survey conducted via mail or email. Participants rated the content validity of the items on a five-point scale and provided suggestions for revisions in a free-form format.

Results: All 10 participants completed three rounds of the survey. The agreement rate for all the items exceeded 80% in the final round. Consequently, a role behavior indicator was developed for professionals at Community Comprehensive Support Centers, applicable across the three professions, as well as for each individual professional and managerial role.

Discussion: The role behavior indicator developed in this study can promote collaboration among the three types of professionals, and serves as a guide for quickly assessing the urgency of situations and supporting decision-making, enabling older adults to access services appropriately.

Key words : help-seeking, Community Comprehensive Support Centers, professionals, role behavior indicator, modified Delphi method

● 原　著 ●

喀痰吸引等業務に関連した介護職の職務継続意向を高めるフォローアップ体制整備に向けた検討

Study of Follow-up System to Enhance the Motivation of Care Workers Registered as Service Practitioners Continuing Their Services

伊藤　将子[*1]，安田　　孝[*1]，橋爪　祐美[*2]

Shoko Ito, Takashi Yasuda, Yumi Hashizume

要旨：本研究は，特定行為業務従事者の介護職における喀痰吸引等の職務継続意向の現状把握と職務継続意向を高めるフォローアップ体制について検討することを目的とした．全国の登録喀痰吸引等事業者及び登録研修機関から計2,800事業所を系統抽出し，特定行為業務従事者の介護職と指導看護職を対象に行った無記名式質問紙調査を量的・質的に分析した．介護職の喀痰吸引等の職務継続意向は，定期的に手技指導を受けた場合に高く，吸引実施時の心理的負担の増加によって低下した．また介護職は夜間及び急変時の吸引，呼吸状態が不安定な利用者の看取りへの不安も感じており，ヒヤリハット等事例や緊急時対応への研修ニーズが高かった．介護職の喀痰吸引等の職務継続意向を高めるためには，定期的な手技指導や吸引実施時の心理的負担の軽減に資するフォローアップ研修とその研修への加算，介護職の喀痰吸引等実施に対する介護報酬新設の必要性が示唆された．

キーワード：特定行為業務従事者，介護職，喀痰吸引等，職務継続意向，フォローアップ体制

日本在宅ケア学会誌，29(1)：69-79(2025)

Ⅰ．緒　　言

2012年4月からある一定の研修を修了した介護福祉士及び認定特定行為業務従事者（以下，特定行為業務従事者）である介護職が，喀痰吸引と経管栄養（以下，喀痰吸引等）を実施して12年が経過した．看護職や利用者は介護職が行う喀痰吸引等の範囲拡大を望む[1-2]一方で，喀痰吸引等の試験に合格した後の指導体制や研修は特に定められておらず[2]，資格取得時の研修だけでは十分な知識・スキルが身についていない[3]，研修修了後のフォローアップが十分でない[3]，医療的知識や技術・経験不足から喀痰吸引等及び急変時対応への不安，業務量や責任追加による身体的・心理的ストレスなどを介護職は感じている[4]．これらの現状が，特定行為業務従事者である介護職の喀痰吸引等に関連した職務継続意向の低下に及ぼす影響が懸念される．

安全な喀痰吸引等の実施のために，登録喀痰吸引等事業者及び登録特定行為事業者（以下，登録特定行為事業者）には，医療職との連携や研修体制の整備等が求められている[5]．しかし，登録特定行為事業者によるフォローアップ研修の定期的な開催率は3割弱であり[6]，2024年現在も国が定めたフォローアップ研修はなく，一部自治体や営利法人によって独自の内容で不定期に開催されている状況にある．以上より，介護職はフォローアップ研修の必要性を認識しているものの支援が行き届いていない現状があり，知識や技術不足に関連した不安や心理的ストレスの一因になっている可能性がある．Knowlesは

受付日：2025年2月27日
受理日：2025年6月12日
＊1　城西国際大学福祉総合学部福祉総合学科
＊2　筑波大学医学医療系

「成人学習者のレディネスが整うのは，現実の仕事や問題に，より満足に対処するために，一層学習の必要性を経験した時である」と述べている[7]．介護の質向上への取り組みは，介護職の離職意向を直接低める要因であることが示されている[8]が，一方で低い賃金や研修会への不参加等が離職率を高める要因となっている[9]．また，離職防止に繋がる仕事満足度を高める要因には，「介護能力向上のための研修」や「能力や資格取得に応じた賃上げ」等が，介護職の職務継続意向を高める要因には「法人や上司から働きぶりが評価」や「上司や先輩から指導や助言を受ける機会」，「介護能力を適切に評価する仕組み」が報告されている[10]．この様に介護職の離職予防及び職務継続意向に関する要因は明らかにされてきているものの，特定行為業務従事者である介護職の喀痰吸引等業務に関連した職務継続意向に関する研究は現時点において皆無である．

以上を踏まえ，「介護職は，知識や技術不足等の現実の問題により満足に対処するために，研修後のフォローアップを望んでいる．これらの取り組みがケアの質向上をもたらし，結果，喀痰吸引等に関連した職務継続意向が高まる」という仮説を立てた．そこで，本研究では，特定行為業務従事者の介護職における喀痰吸引等の職務継続意向の現状を把握し，これを踏まえて職務継続意向を高めるフォローアップ体制の在り方について検討した．

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

本研究は，無記名自記式質問紙（Web回答を含む）を用いた横断研究である．

2．用語の定義

本研究では，継続して行う知識や技術の確認・教育を「フォローアップ研修」，フォローアップ研修を含めた喀痰吸引等の支援体制を「フォローアップ体制」と定義する．また，喀痰吸引等業務に関連した職務継続意向を「喀痰吸引等の職務継続意向」と定義する．

3．研究対象者及び調査期間

特定行為業務従事者の介護職及び現場で指導にあたる看護職（喀痰吸引等指導者講習又は医療的ケア教員講習会を修了した看護師を含む）を対象に，2022年5月から2023年4月に掛けて調査を行った．

4．調査方法

介護職は全国の登録特定行為事業者から系統抽出した1,400事業所に，看護職は全国の登録特定行為事業者及び登録研修機関から系統抽出した1,400事業所に，説明書と無記名の調査票（Web回答用QRコード及び自記式質問紙）を郵送した．回答は，一事業所あたり喀痰吸引等の実施経験が3か月以上の介護職1～2名と指導経験が3か月以上の看護職1～2名に依頼した．標本数は，G*powerで算出し（重回帰分析，効果量0.15，有意水準0.05，検出力0.8，説明変数5～10），回収率を約10％程度と想定して両職種各1,400に設定した．

5．調査項目

両職種に対して，保有資格やその経験年数，所属する事業所等の基本属性及び喀痰吸引等に関する思い，喀痰吸引等に関する困り事について調査した．加えて，介護職には喀痰吸引等の職務継続意向，喀痰吸引等の実施頻度及び指導を受けた頻度（直近1年間），喀痰吸引等実施時に遭遇した事象（直近1年間），フォローアップ研修の受講頻度（直近1年間）及び希望する内容について調査した，また看護職には，介護職による喀痰吸引等の継続の必要性，指導頻度及び相談を受けた事象（直近1年間），フォローアップ研修の実施頻度（直近1年間）及び実施した内容について調査した．

喀痰吸引等に関する思いについては，0（全く思わない）～10（とても思う）の11段階のリッカート尺度を用いて測定した．リッカート尺度は5～9段階スケールが推奨されているが，同じデータを用いて4・5・6・11段階を比較した場合に，最も尖度が小さく正規性に近いことが示された11段階スケール[11]を本研究では採用した．介護職への設問は「今，喀痰吸引等の提供に関わって良かった」や「今，吸引の提供に関して，心理的負担がある」，「今，経管栄養の提供に関して，心理的負担がある」，「今，喀痰吸引等の実施をやめたい」とした．また，看護職には「介護職による喀痰吸引等の提供は継続すべきである」や「介護職の吸引の指導に関して，自身の心理的負担がある」，「介護職の経管栄養の指導に関して，

自身の負担がある」等の設問とした．また，介護職の喀痰吸引等の職務継続意向に関しては，「今，喀痰吸引等の実施をやめたい」の得点を「0」を「10」,「1」を「9」…「10」を「0」に変換してデータを作成した．

6．分析方法

郵送した自記式質問紙及びWeb回答を「Access」にてデータベース化し，喀痰吸引等の実施経験がない介護職及び指導経験がない看護職の回答，無記入が全調査項目の25％以上の回答を無効として扱った．数値データに関しては「SPSS（Verion.29）」を用いて，喀痰吸引等の職務継続意向や心理的負担に影響する要因を特定するために，重回帰分析及びχ^2独立性の検定を行った．また喀痰吸引等の提供に関連した困り事の自由記述は「KH Coder」を用いて計量テキスト分析[12]を行い，質的研究を手掛ける共著者のスーパーバイズを受けた．

7．倫理的配慮

城西国際大学研究倫理審査委員会の承認（25X220025）を得ている．また，調査の目的や方法，調査協力の任意性，個人情報の取扱い，データ保管と廃棄の方法等に関して説明書で提示し返信をもって同意を得た．

Ⅲ．結　　果

1．回収件数と回答者の属性（表1）

アンケートの回収件数は，介護職234件，看護職197件で，Web回答率はそれぞれ2割弱であった．有効回答と見なした介護職217件と看護職178件を分析対象とした．回答者の基礎資格は，介護職は「介護福祉士」が94.0％，看護職は「看護師」が96.1％であった．職種経験年数の中央値（レンジ）は介護職の15（10～20）年に対して看護職は25（19～35）年，また喀痰吸引等への関与年数の中央値（レンジ）は介護職が7（4～10）年，看護職が6（3～10）年であった．修了した喀痰吸引等研修は，2号研修（35.0％）と3号研修（32.3％）が多いものの，経過措置で実施している介護職も16.6％を占めていた．また，介護職の実施行為は口腔内吸引が96.3％と最多で，次いで鼻腔内吸引74.7％，胃ろう等からの経管栄養72.8％の順で多かった．また40.6％が気管内吸引に，27.7％が人工呼吸器の使用にも携わっていた（表2）．所属先は，介護保険・障害者施設（介護職53.5％・看護職64.0％）が半数以上を占め，次いで訪問系（介護職34.6％・看護職18.0％）であった．

表1　回収数と回答者の基本属性

	介護職	看護職
回収件数	234 件	197 件
	Web46 件・郵送 188 件	Web32 件・郵送 165 件
分析対象	217 件	178 件
基礎資格（％）	介護福祉士　204 名（94.0％）	看護師　171 名（96.1％）
	ヘルパー等　10 名（4.6％）	准看護師　7 名（3.9％）
	その他：　3 名（1.4％）	
経験年数 [a]	15.0 年（10.0 ～ 20.0 年）	25.0 年（18.9 ～ 35.1 年）
喀痰吸引等関与年数 [a]	実施年数	指導年数
	7.0 年（3.5 ～ 10.0 年）	6.0 年（3.3 ～ 10.0 年）
所属先		
介護保険・障害者施設	116 名（53.5％）	114 名（64.0％）
訪問系事業者	75 名（34.6％）	32 名（18.0％）
グループホーム等 [b]	18 名（8.3％）	10 名（5.6％）
有料老人ホーム	5 名（2.3％）	10 名（5.6％）
その他	1 名（0.5％）	11 名（6.2％）
無回答	2 名（0.9％）	1 名（0.6％）

a：中央値（25 パーセンタイル値～ 75 パーセンタイル値）
b：グループホーム及び小規模多機能型事業所

表２　修了した喀痰吸引等研修と実施行為　N=217

項　目		人数	%
研修種類	1号研修修了者	56	25.8
	2号研修修了者	76	35.0
	3号研修修了者	70	32.3
	経過措置者[a]	36	16.6
実施行為	口腔内吸引	209	96.3
	鼻腔内吸引	162	74.7
	胃ろう等からの経管栄養	158	72.8
	気管内吸引	88	40.6
	半固形化栄養剤	81	37.3
	経鼻経管栄養	68	31.3
	人工呼吸器（カニューレ）	57	26.3
	人工呼吸器（口腔等のみ）	3	1.4

a：経過措置者とは，実質的違法性阻却事由として一定の条件下（技術指導や研修受講を含む）で喀痰吸引等の実施を容認された者を示す.

２．両職種の喀痰吸引等に関する思い

喀痰吸引等に関する思いは，11段階のリッカート尺度を用いて測定し平均値（最高10点）を算出した.「喀痰吸引等を提供できて良かった（介護職）」は7.8,「介護職による喀痰吸引等の継続は必要である（看護職）」も8.8であり，両職種ともに喀痰吸引等を肯定的に捉えていた. また介護職の「喀痰吸引等の職務継続意向」も8.0と高かった.「喀痰吸引等の心理的負担」に関して，介護職の実施に関する心理的負担は「吸引」4.4及び「経管栄養」3.8，看護職の指導に関する心理的負担は「吸引」5.2及び「経管栄養」4.8であり，両職種ともに吸引の実施や指導に関する負担の方が経管栄養に比べてやや高かった.

３．喀痰吸引等の職務継続意向（介護職）に影響する要因

介護職としての経験及び喀痰吸引等経験年数，吸引及び経管栄養実施頻度，手技指導を受けた頻度，吸引及び経管栄養実施の心理的負担の7変数を用いて，喀痰吸引等の職務継続意向に影響する要因を調べた. 強制投入法による重回帰分析の結果を表3に示した. 分散分析表の結果は有意（$P < 0.001$）で，喀痰吸引等の手技指導を受けた頻度が「1」増加するに従って職務継続意向は0.454高くなり，吸引実施の心理的負担が「1」増加するに従って，職務継続意向が0.492低くなることが確認された. 喀痰吸引等の手技指導を受けた頻度のダミー変数は,「受けていない」を「0」,「初回のみ」を「1」,「定期的」を「2」に設定した. つまり,「手技指導を受けた頻度」が定期的である場合に喀痰吸引等の職務継続意向が高くなる傾向があった. 一方で「吸引実施の心理的負担」が増加するにつれて職務継続意向は低くなる傾向が確認された.

表３　喀痰吸引等の職務継続意向（介護職）に影響する要因

	非標準化係数		標準化係数	*P* 値	95% CI for B		VIF
	B	標準誤差	ベータ		下限	上限	
切片	8.939	0.722		<0.001	7.514	10.363	
介護経験年数	0.003	0.022	0.010	0.886	−0.040	0.047	1.255
喀痰吸引等経験年数	−0.046	0.035	−0.093	0.194	−0.115	0.024	1.254
吸引実施頻度[a]	0.145	0.083	0.130	0.084	−0.020	0.309	1.382
経管栄養実施頻度[a]	−0.017	0.066	−0.018	0.800	−0.147	0.114	1.277
手技指導を受けた頻度[b]	**0.454**	**0.225**	**0.131**	**0.045***	**0.010**	**0.897**	**1.049**
吸引実施の心理的負担	**−0.492**	**0.095**	**−0.597**	**<0.001*****	**−0.679**	**−0.304**	**3.281**
経管栄養実施の心理的負担	0.101	0.098	0.117	0.304	−0.093	0.295	3.172

Note. n=175：各変数で欠損値[c]のある55例中の重複した42例を除いた
重回帰分析（強制投入法）：R =0.570，調整済み R^2=0.297，分散分析：F 値 =11.494，P<0.001***
a：順序尺度（増加数1）. 例）「実施していない」=「0」,「1回 / 年」=「1」…「ほぼ毎日」=「7」
b：順序尺度（増加数1）. 例）「受けていない」＝「0」,「初回のみ」=「1」,「定期的」=「2」
c：介護経験年数10，喀痰吸引等経験年数11，吸引実施頻度7，経管栄養実施頻度8，手技指導を受けた頻度8，吸引実施の心理負担0，経管栄養実施の心理的負担10，喀痰吸引等の職務継続意向1
*P<0.05　***P<0.001

表 4　喀痰吸引等の職務継続意向と手技指導を受けた頻度との関係（介護職）

		喀痰吸引等の職務継続意向						合計		P 値
		低位群：平均値[a]未満			高位群：平均値[a]以上					
		n	%	調整済み残差	n	%	調整済み残差	n	%	
指導を受けた頻度	1回以上 / 半年	19	41.3	−2.3	41	63.1	2.3	60	54.1	0.023*
	1回 / 年	27	58.7	2.3	24	36.9	−2.3	51	45.9	
合計		46	100.0		65	100.0		111	100.0	

Note. n=111：定期的に手技指導を受けた 112 例中，喀痰吸引等の職務継続意向が欠損値した 1 例を除いた，χ^2 分析，χ^2 値 =5.142，ϕ =−0.215

a：喀痰吸引等の職務継続意向の平均値 =8.020

*P<0.05

表 5　吸引実施の心理的負担に影響する要因（介護職）

	非標準化係数		標準化係数	P 値	95% CI for B		VIF
	B	標準誤差	ベータ		下限	上限	
切片	6.463	0.827		<0.001	4.831	8.094	
介護経験年数	0.017	0.028	0.045	0.547	−0.039	0.072	1.193
喀痰吸引等経験年数	−0.080	0.045	−0.134	0.075	−0.169	0.008	1.176
吸引実施頻度[a]	**−0.473**	**0.098**	**−0.347**	**<0.001*****	**−0.665**	**−0.280**	**1.076**
手技指導を受けた頻度[b]	−0.104	0.298	−0.024	0.727	−0.692	0.484	1.028
吸引時の遭遇事象数	**0.334**	**0.140**	**0.172**	**0.018***	**0.059**	**0.610**	**1.077**

Note. n=188：各変数で欠損値[C]のある 36 例中の重複した 29 例を除いた

重回帰分析（強制投入法）：R =0.366，調整済み R^2=0.110，分散分析：F 値 =5.646，P<0.001***

a：順序尺度（増加数 1）．例）「実施していない」=「0」，「1 回 / 年」=「1」…「ほぼ毎日」=「7」

b：順序尺度（増加数 1）．例）「受けていない」＝「0」，「初回のみ」=「1」，「定期的」=「2」

C：介護経験年数 10，喀痰吸引等経験年数 11，吸引実施頻度 7，手技指導を受けた頻度 8，吸引実施時の遭遇事象数 0，吸引実施の心理的負担 0

*P<0.05　***P<0.001

喀痰吸引等の職務継続意向と定期的に受けた手技指導頻度との関連について検討するために，職務継続意向を「低位群（平均値未満）」と「高位群（平均値以上）」に，手技指導を受けた頻度を「1回以上/半年」と「1回/年」に区分して χ^2 独立性の検定を行った．結果，P = 0.023 で職務継続意向と定期的に受けた手技指導の頻度に有意な関連を認めた（表4）．調整済み残渣から喀痰吸引等の職務継続意向の高位群は「1回以上/半年」，低位群は「1回/年」の頻度で指導を受けている者が有意に多かった．

吸引実施の心理的負担に影響する要因について，介護職としての経験及び喀痰吸引等経験年数，吸引実施頻度，手技指導を受けた頻度，吸引時の遭遇事象数の5変数を用いて調べた．強制投入法による重回帰分析の結果を表5に示した．分散分析表の結果は有意（P < 0.001）で，吸引実施頻度が「1」増加するに従って吸引実施の心理的負担は0.473低くなり，吸引時の遭遇事象数が「1」増加するに従って吸引実施の心理的負担は0.344高くなることが確認された．吸引実施頻度のダミー変数は，「実施していない」を「0」，「1回/年」を「1」として，「ほぼ毎日」の「7」までの8つを設定した．つまり，「吸引実施頻度」が多くなるに従って吸引実施の心理的負担は小さくなり，「吸引時の遭遇事象数」が多くなるにつれて心理的負担も大きくなる傾向が確認された．

4．喀痰吸引等実施時の遭遇事象（表6）

吸引を実施している介護職の141名（74.2%）が，調査から1年以内に1つ以上の事象に遭遇していた．「痰が取り切れない」129件（67.9%）が最多で，1割弱で

表６　喀痰吸引及び経管栄養実施時の遭遇事象（直近１年間，複数選択）

吸引実施時 遭遇事象件数 =190	件数（%）	経管栄養実施時 遭遇事象件数 =144	件数（%）
痰が取り切れない	129 (67.9)	栄養剤のもれ	28（19.6）
利用者拒否	56（29.5）	嘔吐	17（11.9）
出血・血液混入	38（20.0）	チューブ等の閉塞	13（9.1）
吸引器の誤作動	24（12.6）	嘔気	12（8.4）
指示を超えた要望（利用者）	18（9.5）	下痢	10（7.0）
嘔気	16（8.4）	チューブ等の抜去・ずれ	9（6.3）
呼吸状態悪化	15（7.9）	腹痛・膨満感	8（5.6）
嘔吐	8（4.2）	しゃっくり・げっぷ	6（4.2）
カニューレ抜去・ずれ	7（3.7）	利用者拒否	5（3.5）
指示を超えた要望（看護職）	7（3.7）	出血・血液混入	5（3.5）
意識レベル低下	6（3.2）	指示を超えた要望（利用者）	3（2.1）
顔色不良	6（3.2）	皮膚トラブル	3（2.1）
呼吸器：アラーム	4（2.1）	指示を超えた要望（看護職）	2（1.4）
呼吸器：その他	3（1.6）	呼吸状態悪化	2（1.4）
呼吸器：作動停止	1（0.5）	顔色不良	1（0.7）
皮膚トラブル	1（0.5）	発作	1（0.7）
遭遇事象なし	49（25.8）	遭遇事象なし	82（57.3）

はあるが，呼吸状態悪化15件（7.9％）や意識レベル低下6件（3.2％）などアクシデントに繋がる事象に遭遇していた．経管栄養では「遭遇事象なし」が82件(57.3％）と最多で，次いで「栄養剤のもれ」28件（19.6％）や嘔吐17件（11.9％）が続いた．また胃ろうチューブ閉塞時に看護職から胃を圧迫して内容物を出すよう指示されるなど，法律で定められた範囲を超えた手技の実施を求められるケースも確認された．

５．フォローアップ研修に関する介護職のニーズと看護職による実施状況（図１）

介護職が希望する研修と看護職が実施している研修（上位3位）を比較すると，介護職側の上位2位は「ヒヤリハット・アクシデント（以下，ヒヤリハット等）事例（68.5％)」と「緊急時･災害時の対応方法（65.7％)」であった．一方，看護職のその実施率は27.7％（介護職の希望割合と比べて-40.8ポイント）と41.5％（同-24.2ポイント）であり，介護職の研修ニーズとの相違を認めた．しかし，介護職のフォローアップ研修の受講意欲は6.0と高くはなく，介護職の認識する受講阻害要因（複数選択）として，「職場内の人員調整困難」85名（39.2％）や「研修費用（負担)」24名（11.1％）等を

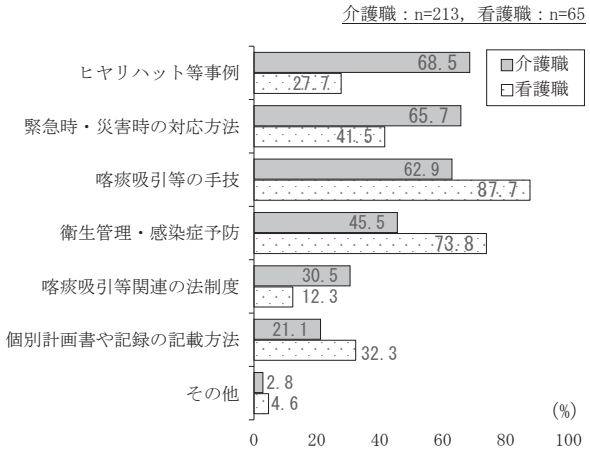


図１　希望する研修（介護職）と実施している研修（看護職）

あげていた．

６．介護職及び看護職の喀痰吸引等に関する困り事

KH Coder にて両職種の喀痰吸引等の困り事に関する自由記載回答の階層的クラスター分析を行った．階層的クラスター分析は，同じ文章に一緒に出現する頻度が高い語の組み合わせをクラスターとして形成し，これを1つの概念として捉えて主題を分析する方法である．介護

表７　喀痰吸引等に関連した困り事（自由記載）の階層的クラスター分析

職種	No.	クラスターの要約	原文（一部抜粋）
介護	C①	訪問介護事業所における喀痰吸引等の資格取得やフォローアップ研修の費用負担が大きい.	• 保健福祉医療財団（都）が実施する場合は，謝金が補助金（税金）でまかなわれているのに，民間の研修団体の場合は，全額訪問介護事業所の費用負担になっており，大変不合理. • （喀痰吸引等の）資格を取るのにも，訪問介護事業所の費用負担が大きく，あまり人数を増やせない.
	C②	上手く吸引できず，痰が取り切れない.	• なかなか痰が取り切れず，資格を持っていても上手く行えている様に感じない.
	C③	看護職に相談できる環境があるので困り事はない.	• 困ったり迷ったりした時はすぐ看護職に相談できる環境のため困り事はない.
	C④	夜間帯の吸引対応は，介護職の人数が限られるため大変さを感じる.	• 夜間帯で１人が吸引対応に当たると，他の利用者に対応できる介護職が限られてしまい大変さを感じる.
	C⑤	介護職が行える範囲を説明，納得してもらうためには時間が必要である.	• 介護職では決められた長さしか（吸引）できない事を毎回（利用者に）説明している. • 人工呼吸器装着の利用者は，必ずもっと奥まで吸引してほしいと言われる．出来ない事を説明し，納得してもらうには時間が必要.
	C⑥	資格取得に時間が掛かり，喀痰吸引等に対応可能な介護職が少ない.	• 資格を取るまでに時間がかかる. • 資格を保有している介護職が少なく，毎日吸引が必要な利用者は，対応できない日もあり，他の事業所との併用利用で行っている.
	C⑦	夜間帯や急変時の吸引への不安や事務手続きの煩雑さなどの喀痰吸引等に関する問題がある.	• 急変した時など，焦らずに吸引できるか不安. • （夜間の場合）吸引しても改善できず看護職が来るまでが不安. • 提出書類が多く，（事務手続きの）手順が分かり難い.
	C⑧	介護職は家族や看護職と実施可能な範囲が異なり，呼吸が不安定な利用者を看ることへの不安がある.	• 看護や家族が行えるもの（吸引の範囲）とは違う. • 利用者の意思を尊重したいという気持ちはある.（タイムリーに適切な吸引ができず）いつ呼吸が止まるか分からない状態のまま，どこまで施設で看ていけるのか不安.
看護	N①	介護職の実施範囲では十分に痰が取り切れない場合がある.	• 介護職が実施する場合，長さ（範囲）が決まっているため，十分に取り切れない場合がある.
	N②	介護職は危険性の理解や指示を守って責任を持ち実施する等の認識不足がある.	• 基本を守る，我流にしない，自ら学習する，危険性も理解し責任を持って行うという認識の不足.
	N③	介護職は医療的知識が乏しいため，異常の早期発見ができない可能性がある.	• 介護職は医療知識が浅く，（喀痰吸引等に伴う）恐さを知らない. • 医療的知識が乏しい介護職もいるため，（利用者の）異常の早期発見ができない可能性がある.
	N④	知識・技術の差が大きい介護職への指導に負担を感じる.	• 介護職（間）の技術の差が大きい. • 医療的な言葉の意味，基礎的な知識がない介護職員に説明することに負担を感じることが多い.
	N⑤	実地研修時の業務調整や介護職とのスケジュール調整が大変.	• 実地研修が始まると，介護職とのスケジュール調整が大変. • 実地研修が勤務時間内に限られており，業務調整等が大変.
	N⑥	報告・相談・連絡ができない介護職による喀痰吸引等実施への危惧.	• 報告，相談，連絡できない介護職，やる気のない介護職には，実際に行ってもらうのが恐い.
	N⑦	看護職や吸引が必要な利用者が少ないため，指導時間の確保や介護職の手技向上が難しい.	• 人手不足の時に吸引指導に時間がかかり，本来の業務が押してしまう. • 常時吸引する利用者が少なく，（資格を持っていても）介護職の吸引手技の向上がなかなか困難である.
	N⑧	チューブ挿入や不適切な吸引時間についての指導，介護職の抱く吸引への抵抗感に困惑する.	• 痰が絡んでいるので取れるまで吸引しないといけないと考えている時がある．吸引チューブを深く入れすぎの時がある. • 「吸引するのが恐い」と言われる事が多く困っている.
	N⑨	資格者への報酬設定や昇給を行い，多くの介護職に取得してほしい.	• もっと大勢の介護職がこの資格を知り，取得してほしい. • 資格取得したならば，それ相応の付加価値（報酬など）をつけ，給与等に反映してほしい.
	N⑩	フォローアップ研修の時間確保が現状では難しい.	• フォローアップ研修の時間を作れない. • 施設で指導できる看護職が自分一人なので勤務内で指導時間を取るのが大変.

Note.　図２におけるクラスター記号・番号を「No.」に記載している．例）C①：介護職のクラスター①

職の分析では8クラスター，看護職の分析では10クラスターが形成された（図2）．さらにKWICコンコーダンスを用いて，語が用いられた文脈を確認したうえで，各クラスターの主題について解釈を行った（表7参照．なお各職種の「No.」は図2の番号を示している）．

介護職の医療知識や技術不足が関連するクラスター（介護職はC，看護職はNとして示した）には，「上手く吸引できず，痰が取り切れない：C②」や「介護職は危険性の理解や指示を守って責任を持ち実施する等の認識不足がある：N②」，「介護職は医療的知識が乏しいため，異常の早期発見ができない可能性がある：N③」，「報告・相談・連絡ができない介護職による喀痰吸引等実施への危惧：N⑥」等から，フォローアップ研修の機会確保の必要性があると解釈した．さらに「夜間帯や急変時の吸引への不安：C⑦」，「介護職は家族や看護職と実施可能な範囲が異なり，呼吸が不安定な利用者を看ることへの不安がある：C⑧」からは，介護職は夜間帯や急変時の吸引に加えて，呼吸状態が不安定な利用者の看取りへの不安があると解釈した．しかし，「看護職や吸引が必要な利用者が少ないため，指導時間の確保や介護職の手技向上が難しい：N⑦」や「フォローアップ研修の時間確保が現状では難しい：N⑩」，「夜間帯の吸引対応は，介護職の人数が限られるため大変さを感じる：C④」等からは，特定行為業務従事者及び指導する看護職の人材不足と研修時間の確保の難しさ，当該技術を要する利用者の少ない施設では指導した技術が生かされ難く，介護職

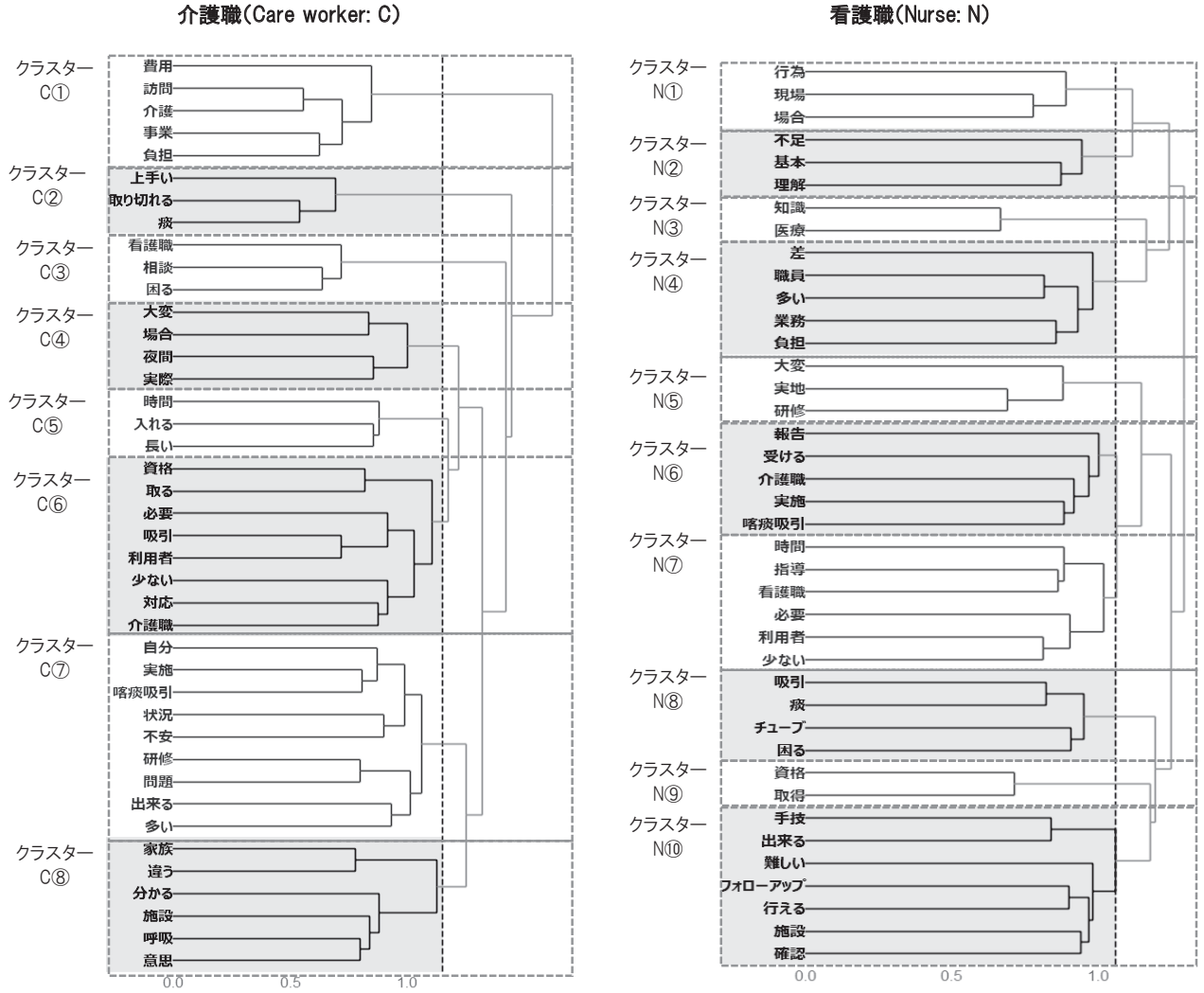


図2　喀痰吸引等に関連した困り事（自由記載）の階層的クラスター分析

の技術向上に繋がり難い現状も確認された．また，「訪問介護事業所における喀痰吸引等の資格取得やフォローアップ研修の費用負担が大きい：C①」や「資格者への報酬設定や昇給を行い，多くの介護職に取得してほしい:N⑨」等からは，登録特定行為事業者のフォローアップ研修等の費用負担が大きいことや，特定行為業務従事者の介護職の報酬設定や昇給がない現実が明らかになった．加えて，「資格取得に時間が掛かり，喀痰吸引等に対応可能な介護職が少ない：C⑥」や「事務手続きの煩雑さ：C⑦」等からは，事業所の費用負担が大きいために特定行為業務従事者の育成が難しいことや事務手続きの煩雑さ等の喀痰吸引等の制度設計に関する課題も示唆された．

Ⅳ．考　　察

1．介護職の喀痰吸引等の職務継続意向に影響する要因

介護職の喀痰吸引等の職務継続意向には，「手技指導等を受けた頻度」と「吸引実施の心理的負担」が影響しており，半年に1回以上の頻度で手技指導を受けた場合に職務継続意向が高いことが明らかになった．また，吸引実施の心理的負担が高くなるにつれて職務継続意向は低下する傾向にあったことから，心理的負担に影響する要因を確認した．結果，「吸引実施頻度」が多くなるに従って吸引実施の心理的負担は小さくなり，「吸引時の遭遇事象数」が増えるにつれて心理的負担は大きくなる傾向が確認された．雲丹亀も，吸引の実施回数が増えることにより，喀痰吸引の技術の習得から吸引機器の操作への不安が軽減する旨報告している[13]．以上より，介護職による吸引実施頻度をある程度確保すること，利用者の状態が不安定もしくは吸引が必要な利用者が不在の場合には，技術の質を維持する取組みが吸引実施の心理的負担軽減の一助になると考える．

介護職は，心理的負担の原因にもなり得る「夜間及び急変時の吸引への不安：C⑦」や「呼吸状態が不安定な利用者の看取りへの不安：C⑧」に加えて，嘔吐や呼吸状態悪化，意識レベル低下などアクシデントに繋がる事象も経験していた．この様な現状から，介護職の約7割がヒヤリハット等事例や緊急時・災害時対応に関する研修を希望していたが，看護職によるこれら研修の実施率は3割弱であり介護職の研修ニーズとは合致していなかった．加えて，介護職の「吸引実施の心理的負担」と「吸引時の遭遇事象数」との間には，正の関係があることも確認された．つまり，ヒヤリハット等及び緊急時対応などに関する介護職の学習ニーズに応えることが，ヒヤリハット等の予防など，介護職が行う喀痰吸引等の質の確保をもたらし，間接的ではあるものの，喀痰吸引等実施の心理的負担の軽減に有用であると考える．また，社会福祉士及び介護福祉士法改正時より，業務に応じた実践的な研修（OJT研修等）の実施やヒヤリハット等の事例分析を行う等の体制整備についても通達されている[14]．さらに「介護職は医療的知識が乏しいため，異常の早期発見ができない可能性がある：N③」や「報告・相談・連絡ができない介護職による喀痰吸引等実施への危惧：N⑥」等から介護職の喀痰吸引等への看護職の懸念も伺える．しかし，「訪問介護事業所における喀痰吸引等の資格取得やフォローアップ研修の費用負担が大きい：C①」など，継続教育に掛かる費用負担が介護職の学習機会を妨げている現状も明らかになった．内田らは，介護の質向上への取り組みが，介護職の離職意向を直接低める要因であると報告している[8]．これらの現状に鑑みると，喀痰吸引等研修修了後の教育機会の確保に向けた体制整備が，介護職が行う喀痰吸引等の質向上，延いては，介護職の喀痰吸引等の職務継続意向を高めるために必要と考える．

2．介護職の喀痰吸引等の職務継続意向を高めるフォローアップ体制の在り方

「フォローアップ研修の時間確保が現状では難しい：N⑩」や「夜間帯の吸引対応は，介護職の人数が限られるため大変さを感じる：C④」等から，喀痰吸引等に携わる両職種の人材不足から研修時間の確保が難しい現状が確認された．また，「訪問介護事業所における喀痰吸引等の資格取得やフォローアップ研修の費用負担が大きい：C①」や「資格者への報酬設定や昇給を行い，多くの介護職に取得してほしい：N⑨」等から，特に訪問系の登録特定行為事業者の研修費用の負担が大きいこと，特定行為業務従事者の介護報酬設定や昇給がない現実が明らかになった．フォローアップ目的の研修費用を負担する自治体[15]は限られており，講師への謝金が訪問介護事業所の負担になっている現実がある．2024年度改定の障害者福祉サービス報酬では，医療的ケア児の成長

を視野に入れた生活介護における「喀痰吸引等実施加算（1日につき30単位）」が新設[16]されたが，今回も介護報酬に関わる改定は皆無であった．高齢化率は2030年には30.8％となり，2070年まで増加が続くと推定されている[17]．医療ニーズを抱える高齢者の増加に地域ケアで対応するためにも，特定行為業務従事者である介護職の質や人材の確保は重要な課題であると考える．王らは，介護職の職務継続意向を高める要因として「上司や先輩から指導や助言を受ける機会」や「介護能力を適切に評価する仕組み」などをあげている[10]．つまり，喀痰吸引等の職務継続意向を高めるためには，指導や研修等の教育機会の確保とともに，介護職の給与にも反映される喀痰吸引等の加算などの報酬によっても，適切に評価される体制整備が不可欠であると考える．加えて「事務手続きの煩雑さ」等からは，現場の人材や時間不足を助長しない事務手続きの簡素化等の課題も示唆された．

3．本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，年間賃金や法人からの評価に関しては調査できていない点があげられる．介護職の喀痰吸引等の職務継続意向に関連する背景要因をさらに調査する必要があると考える．

本研究にご協力いただきました登録特定行為事業者や登録研修機関の介護職及び看護職の皆様に深謝いたします．本研究は，科学研究費助成事業基盤研究C（課題番号：21K02000）の研究費で行い，企業等からの資金的援助はないため利益相反はありません．

■引用文献

1）柏葉英美，阿部明子：介護保険施設等における医療的ケアに対する職員の認識と課題 看護職および介護職のアンケート調査からの分析．岩手県立大学社会福祉学部紀要，**21**：1-10（2019）．
2）楠永敏惠：介護職による喀痰吸引を受ける利用者の要望．帝京科学大学紀要，**18**：91-98（2022）．
3）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング：介護職員による喀痰吸引等の実施時状況及び医療的ケアのニーズに関する調査研究事業報告書（2018年）（https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/houkatsu_07_5_10.pdf, 2021.2.20）．
4）伊藤将子，橋爪祐美：特定行為業務従事者等である介護職が行う喀痰吸引等に関する文献レビュー．介護福祉学，**30**（2）：81-95（2024）．
5）社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和六十二年厚生省令第四十九号）．
6）日本能率協会総合研究所：介護職員等による喀痰吸引等の円滑な実施に関する調査研究事業報告書（2022年）（https://www.jmar.co.jp/2022/llgr3_28_report.pdf, 2025.2.20）．
7）Knowles, MS：The modern practice of adult education：from pedagogy to andragogy, Revised and updated（page.44）（1980）（https://colllearning.info/wp-content/uploads/2019/03/The-Modern-Practice-of-Adult-Education.pdf, 2025.2.20）．
8）内田和宏，李泰俊，加瀬裕子：高齢者介護施設における介護職員の離職意向に関連する要因の構造分析．老年社会科学，**42**（4）：289-300（2021）．
9）黒田研二，張允楨：特別養護老人ホームにおける介護職員の離職意向および離職率に関する研究．社會問題研究，**60**：15-25（2011）．
10）王偉秋，杉原陽子：介護施設職員の仕事満足度と就業継続意向に関連する職場環境要因：勤続年数・介護福祉士資格・雇用形態による違いに着目して．応用老年学，**15**（1）：26-37（2021）．
11）Shing-On, L：A Comparison of Psychometric Properties and Normality in 4-, 5-, 6-, and 11-Point Likert Scales. *Journal of Social Service Research*, **37**（4）：412-421（2011）．
12）樋口耕一：社会調査のための計量テキスト分析 内容分析の継承と発展を目指して，第2版，181-182，ナカニシヤ出版（2020）．
13）雲丹亀彩香，冨田川智志，太田貞司：介護老人福祉施設における介護職員の喀痰吸引実施に対する不安の現状と課題．京都女子大学生活福祉学科紀要，**14**：1-6（2019）．
14）社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行について（喀痰吸引等関係）（社援発1111第1号平成23年11月11日）（https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/2-4-3.pdf, 2025.2.20）．
15）兵庫県：キャリアアップ研修事業（https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf05/hw17_000000032.html, 2025.2.23）．
16）障害福祉サービス報酬の解釈（令和6年4月版），第5版，119，社会保険研究所，東京（2024）．
17）内閣府：令和6年版高齢社会白書（概要版）第1節：高齢化の状況（https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/gaiyou/s1_1.html, 2025.2.20）．

Study of Follow-up System to Enhance the Motivation of Care Workers Registered as Service Practitioners Continuing Their Services

Shoko Ito*[1], Takashi Yasuda*[1], Yumi Hashizume*[2]

*1 Faculty of Social Work Studies, Josai International University
*2 Gerontological Nursing & Caring, Institute of Medicine, University of Tsukuba

Abstract

This study aimed to investigate the motivation of care workers registered as service practitioners to continue their services and the follow-up system to enhance their motivation to continue their services. We systematically selected 2,800 registered providers and training institutions nationwide. We conducted a questionnaire survey with care workers and supervisory nurses and analyzed the results quantitatively and qualitatively. The motivation of caregivers to continue their services, which include sputum suctioning and tube feeding, was higher when they received periodic instructions on the technique. In contrast, their motivation reduced with an increase in the psychological burden of suctioning. Care workers were also anxious about suctioning at night, in the event of a sudden change, and caring for patients with unstable respiratory conditions at end-of-life, and there was an urgent need for training in HIYARI-HATTO (near misses and other safety-related incidents) etc. cases and emergency responses. To increase the motivation of care workers to continue their services, follow-up training with periodic instructions for skills must be provided and psychological burden must be reduced. Further, an additional fee for training and additional pay for new care services must be charged by care workers.

Key words : registered as service practitioners, care workers, sputum aspiration and tube feeding, motivation to continue services, follow-up system

● 研究報告 ●

訪問看護へ移行し2年以上経験した訪問看護師における自律的判断の様相

Autonomous Nursing Judgment Among Home Health Nurses:
A Study of Nurses with Two or More Years of Experience

仁科　祐子[*1]，谷垣　靜子[*2]，長江　弘子[*3]，岡田　麻里[*4]

Yuko Nishina, Shizuko Tanigaki, Hiroko Nagae, Mari Okada

要旨：本研究の目的は訪問看護へ移行し2年以上経験した看護師における自律的判断の様相を明らかにすることである．訪問看護師8名に半構造的面接を行い質的記述的に分析した．結果，訪問看護師の自律的判断は【身体と生活について利用者と共に悩み考えながら折り合いをつける】【体調変化時は身体状態を推論し今できる最善の対応を決定する】という利用者の身体と生活の両方を護り，折り合いをつける判断をしつつ，他の看護師や多職種と主体的に情報共有し，最善の判断を導くことであった．これらの判断には，【利用者の生活状況を詳細に知る】【利用者の思い・生活・人生を重視する】ことが必要であり，【批判的に省察し判断材料となる経験知を増やす】ことは自律的判断力向上のために重要であった．訪問看護師の自律的判断は，身体と生活の折り合いについて利用者と共に悩み考えながら，他の看護師や多職種と主体的に情報共有し，最善の判断を導くことであった．

キーワード：訪問看護師，自律的判断，身体と生活との折り合い，協働，省察

日本在宅ケア学会誌，29(1)：80-88(2025)

Ⅰ．緒　　言

地域包括ケアシステム[1]を推進する我が国において，在宅医療および医療と介護の連携を担う訪問看護師の確保は喫緊の課題といえる．我が国における看護師資格所有者のうち80%以上は病院や診療所に勤務し，訪問看護ステーションに所属する者は5.4%である[2]が，訪問看護師数は少しずつ増加している[3]．日本看護協会等は訪問看護師を増やすために新卒訪問看護師の育成や医療機関との人事交流の推進等を行ってきた[4]．しかし，現在訪問看護師として働いている者の多くは病院での看護経験（以下，病棟経験とする）を経て訪問看護へ転職した看護師である．訪問看護へ転職した新任訪問看護師を対象とした研究では，制度の知識不足[5]，病院での看護との違いによる困難[5-6]，一人で訪問することへの不安や重責[5-6]を感じていると報告されている．一人で判断し行動することは訪問看護の特徴であるが，「ひとりで訪問する」「生活の場で判断する」ことは新任訪問看護師が取り組むべき課題となっている[7]．我々はこれまで訪問看護師の自律性，中でも自律的判断に着目し，まず，新卒訪問看護師における自律的判断の様相を明らかにした[8]．つぎに，新任訪問看護師の自律的判断力の獲得・向上を支援する方略を検討するために，病棟経験のある訪問看護師における自律的判断の様相を明らかにする必要があると考えた．

これまでの看護師の自律性に関する研究[9-12]をみる

受付日：2024年8月22日
受理日：2025年2月19日
＊1　鳥取大学医学部保健学科
＊2　岡山大学大学院保健学研究科
＊3　亀田医療大学看護学研究科
＊4　香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

と，看護師の自律性には自律的に判断することが含まれているため，本研究における自律的判断は自律性に内包する概念と捉える．自律性は看護師の自尊感情[12]，仕事満足[13-15]，仕事継続[16]，ケアの質[17-18]と関連することが明らかにされている．そのため，訪問看護師の自律的判断力の向上により自律性も向上すると予測され，仕事継続やケアの質向上につながることが期待される．

以上より本研究の目的は，訪問看護へ移行し2年以上経験した看護師における自律的判断の様相を明らかにすることである．

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

研究参加者への半構造化面接による質的記述的研究[19]．

2．用語の説明と定義

『2年以上経験した訪問看護師』は，「病棟経験を有し，訪問看護ステーションでの訪問看護経験が満2年以上6年未満の看護師」とした．ベナーは似たような状況で2，3年働いたことのある看護師を一人前レベル，類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師を中堅レベルとしている．一人前レベルでは，言われて行うのではなく計画を立てて看護ができ，中堅レベルでは，状況を全体として捉えることができると言われている[20]．本研究では自律的判断ができる看護師を研究参加者とするため，訪問看護経験を満2年以上とした．また中堅レベルの次の達人レベルでは直感が働くようになる[20]．達人レベルに達していない者を対象としたいため，上限を6年未満とした．『自律的判断』は先行研究[8),21]を参考にして，「看護師が対象者の状態やケアに関して，他職種や他者の支配（指図）を受けず，専門職として主体的に熟考し決定すること．また決定に至るまでの思考と行動のプロセスを含む」とした．『移行』は，「看護師が病院等から訪問看護へ実践の場を移すこと」とした．

3．研究参加者とデータ収集方法

研究参加者の募集は便宜的サンプリングを用いた．都道府県看護協会の代表者や規模の大きい事業所の管理者に候補者を紹介してもらった．また，著者らの所属する大学の卒業生で訪問看護に従事した人や，学生実習施設となっている事業所の看護師へも協力を依頼した．候補者へ直接連絡し口頭で研究参加の同意を得るとともに，面接日時と面接場所を決定した．参加者へは事前に説明書，同意書等を郵送した．面接は2018年8月～2019年7月に実施し全て研究代表者が行った．参加者に自由に語ってもらえるよう半構造化面接とした．時間は一人あたり約60～80分であった．面接内容は本研究における自律的判断の定義を説明したうえで，参加者に自律的に判断できたと思う場面を想起してもらい，どのような事例，状況でどのように考え判断し，その結果どうであったか語ってもらった．インタビューガイドはプレインタビューにより適切性を確認した．面接は同意を得てICレコーダーに録音した．

4．分析方法

録音内容を逐語録におこしデータを作成した．データを精読し，参加者が自律的判断をしていると思われる箇所をそのまま抜き出し，意味のあるまとまりで区切り，これをコードとした．コードの類似性，相違性を確認しながら共通性の見出せるコードを集めて小カテゴリをつくり命名した．更に同じ分析を行い，中カテゴリ，大カテゴリをつくり命名した．厳密性[19]を確保するために分析過程を詳細に記述し，分析過程において，常に生データにもどり，カテゴリ名がデータの意味を表しているかどうかを点検した．またカテゴリ化やネーミングに関して共同研究者間で議論し，意見が一致しない場合には，意見が一致するまで分析をやり直した．分析結果の内的妥当性[22]を確保するため，大カテゴリによってデータにおける複数の判断場面が説明できるかどうかを確認し，説明しにくいカテゴリについては分析のやり直しを行った．

5．倫理的配慮

参加者に本研究の目的，方法，倫理的配慮等について文書と口頭で説明し，同意書への署名をもって参加意思を確認した．本研究は参加者の自由意思を尊重して行われ，同意撤回はいつでも行ってよく，その場合にも不利益は生じないこと，研究参加者の名前とIDの照合表は研究代表者だけが所持し，データは全て匿名化して扱われること，得られたデータは本研究のみに使用されるこ

とを説明した．なお本研究は，鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号18A060）．

Ⅲ．研究結果

1．参加者の概要

参加者8名の平均年齢は27～35歳，訪問看護師経験年数は満2～5年，トータルの看護師経験年数は満5～11年であった．勤務地は中国四国地方が多かった（表1）．

2．分析結果

データから68の小カテゴリ，22の中カテゴリ，7つの大カテゴリが抽出された（表2）．以下，大カテゴリは【　】，中カテゴリは［　］，小カテゴリは〈　〉，参加者の語りは“　”，語り中の補足は（　）で示し説明する．なお，7つの大カテゴリは相互に関連しあい，これら全体が自律的判断の様相と捉えられた．

1）【利用者の生活状況を詳細に知る】

この大カテゴリは2つの中カテゴリで構成され，自律的判断をするためには利用者の生活状況を詳細に知る必要があることを表していた．［訪問を重ねて生活状況を知っていく］では，“（訪問に行くと）いつも起きて出てきてくれるのに，迎えてくれないとか，（中略）ベッドでそんなに寝てる人じゃないのに今日は横になってるなとか”（C）と語られた．［家族の生活状況や介護力を知り受け入れる］では，“その家族その家族で考え方が違ったりするので，そこを自分なりに受け止めて，それに添えるようなケアにはしたい”（A）と語られた．利用者を詳しく知れば知るほど利用者の変化に気づきやすくなり，一方で，知っているからこそ判断に悩むこともあると語られた．

2）【利用者の思い・生活・人生を重視する】

この大カテゴリは3つの中カテゴリで構成された．［利用者の生活や生き方を重視する］では“（病状管理のために利用者の生活を）あまり切り詰めちゃうと本人の幸せ奪っちゃうから，その人の体調が悪くなった時にしっかりと気づけてすぐに（医療に）かかって，利尿剤や何かしらの治療ができてすぐ戻ってこられるとか，（中略）生活っていうところが，そこを崩してしまっては私たちの利用者さんにとっての価値があまりない”（F）と語られた．［利用者・家族それぞれの思い・願いをよく聴く］では，“家で過ごしていくためのお手伝いなので，家族がどうしたいか，本人がどうしたいかだと思うんですよ”（C），“本人のやりたいこと，本人の好きなこと，本人の目標を一番中心において関わっていきますね”（G）と語られた．また在宅終末期ケアにおいては“この人は救急搬送していい人かどうかっていうのは判断材料で，（在宅死を希望している人等，病院に）送ってはいけない人もいる”（C）といった［看取りの場を適時確認する］ことが重要だと語られた．参加者はあらゆる判断場面において，利用者本人の思いをできる限り尊重したいと語った．

3）【身体と生活について利用者と共に悩み考えながら折り合いをつける】

この大カテゴリは3つの中カテゴリで構成された．［身体と生活の折り合い，必要な医療・ケアについて利用者と共に悩み決定する］では“毎日点滴はしたいけど小さい子供がいるからポート（のヒューバー）針は留置した

表1　研究参加者の基本的背景

参加者	年代	訪問看護経験年数（年）	看護師経験年数（年）	最終学歴	過去に勤務した場所	勤務地	事業所の看護師数（人）	設置主体
A	30代	2	9	大学	内科病棟，循環器病棟，老人保健施設等	中国四国	8	医療法人
B	30代	3	9	大学	混合病棟	関東	8	医療法人
C	30代	5	10	専門学校	消化器病棟，養護教諭等	中国四国	14	営利法人
D	30代	3	6	大学	血液内科病棟	中国四国	8	社団・財団法人
E	30代	2	10	大学院	救急病棟，大学教員等	中国四国	16	社団・財団法人
F	30代	3	8	大学	内科病棟，外科病棟	中国四国	5	営利法人
G	30代	4	11	大学	血液内科病棟	中国四国	5	営利法人
H	20代	2	5	大学	胸部外科病棟	関東	16	営利法人

表２　訪問看護へ移行し２年以上経験した看護師における自律的判断

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ
利用者の生活状況を詳細に知る	訪問を重ねて生活状況を知っていく	詳細な生活状況を知りどういうふうに生活している人かを理解する
		１週間，１か月など長期的な生活の流れを把握する
		利用者の性格を知る，推測する
		訪問看護以外のサービスの入り方を知っておく
	家族の生活状況や介護力を知り受け入れる	家族の生活状況を知る
		家族の性格や本音，家族関係は短時間では掴めない
		家族の介護方法を否定せずどうサポートするか考える
利用者の思い・生活・人生を重視する	利用者の生活や生き方を重視する	利用者は生活の場で自分の価値観をもって生活している
		訪問看護では病院と違い利用者がどう生きたいかが最優先になる
		疾患や症状だけでなく生活が成り立っているのかを含めて判断する
	利用者・家族それぞれの思い・願いをよく聴く	どうしたいか・どう生きたいかを聴く
		変化する思いを引き出す
		家族の話から本人の思いを推察する
		利用者と家族それぞれの思いを把握する
		利用者・家族の思い・希望を大切にする
		利用者の生き方や好きなことは続けられるようにする
	看取りの場を適時確認する	急変時の救急搬送の是非を予め確認する
		看取りの場を確認する
身体と生活について利用者と共に悩み考えながら折り合いをつける	身体と生活の折り合い，必要な医療・ケアについて利用者と共に悩み決定する	健康のために変えられることを利用者と一緒に考える
		病気と生活・思いの折り合いのつけ方を一緒に悩み決定する
		ベストな医療ではなく生活背景を勘案してベターな医療を選択する
		家族の介護力を勘案してケア方法を決定する
		よりよく生活できるように医療・介護サービスを調整する
	利用者と話せる関係をつくり対話を続ける	利用者・家族と医療やケアについて話せる関係をつくる
		決定し継続するのは本人であるため利用者の意思決定を手伝う
		看護師と利用者の考えをすり合わせる
	利用者の今後の身体状態・生活状況を予測する	できる限り自立した生活を目指す
		家族の介護力を見極めそれに合った介護力向上を目指す
		利用者の今後の状態や生活状況を予測する
体調変化時は身体状態を推論し今できる最善の対応を決定する	いつもの状態と比較して身体を観察し，変化の有無を見極める	利用者の心身の状態を観察する
		利用者の身体の特徴を知る
		今後おこりうる身体面のリスクを予測する
		いつもとの違いに気づく
		身体に起こっていることを推測する
		病棟経験を身体面のアセスメントに活かす
	少しの体調変化時にどのように様子をみるか決める	訪問後から次の訪問日までトラブルなく過ごせるか見通す
		少しの体調変化時，家でどのように様子をみるか決める
		利用者・家族が困った時の対応を決めて伝えておく
	体調変化時は身体状態を予測し生活状況を勘案して対応を決める	緊急性・重症度を見極める
		家での生活継続可能性を見極める

表２　訪問看護へ移行し２年以上経験した看護師における自律的判断（つづき）

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ
一人でできる限り判断しつつ他の看護師へ相談する事象を決める	一人でできる限り判断する	訪問看護では一人でできる限り判断する必要がある
	一人で判断し行動する限界を認識する	なるべく一人で判断しないよう心掛ける
		看護は一人でするものではないと再認識する
	他の看護師と主体的に情報共有し相談相手を増やす	事業所内で情報共有して一緒に考える
		利用者の生活の空気感（雰囲気）も伝えたい
		頼れる相談相手を増やす
		迷った時は管理者・同僚に電話で相談する
		事業所内で自分から相談事を提案する
	同僚からの承認を得る	自分の判断を共有して認めてもらう
		同僚との共有が自信につながる
よりよい生活のためのサービス提供となるよう多職種へ伝えるべき情報を決める	看護判断を多職種が理解できるよう工夫して伝える	多職種協働の必要性を認識している
		アセスメントを言語化して多職種が理解できるように伝える
	よりよいケアに繋がる情報は積極的に多職種と共有する	利用者のその人らしさを多職種と共有する
		気がかりがある時はケアマネジャーに情報提供しておく
		他の支援者と日々の生活情報を共有する
		主治医の指示を代弁して介護職に伝える
	主治医に早めに相談し医療的ケアをスムーズにする	主治医に事前指示をもらう
		訪問中に主治医に電話し処置の承諾を得る
		主治医に電話するかどうかを悩む
	利用者・家族の思いを代弁して伝える	利用者・家族と主治医との関係性を知る
		利用者・家族を代弁して主治医等に伝える
批判的に省察し判断材料となる経験知を増やす	自分の判断・ケアを振り返る機会をつくる	振り返る機会を自分でつくる
		（観察したことに）疑問をもつ
		自分の判断・ケアが絶対に正しいとは思っていない
	利用者から学び成長していく	実践していく中で勉強の必要性を痛感する
		利用者の人生に出会い学ぶ
	自分の考えを柔軟に更新していく	先輩看護師から考え方を学ぶ
		病棟で習慣化した看護の考え方を変える

くないとか，コスト面のこともあるんですけど，その人の生活とか信念でやりたくないことをやらないで，じゃあどうするかっていうことも含めて悩むとこは病棟と違うんじゃないかなと思います”（B），“（糖尿病があっても喫煙や飲酒，甘味をやめられないが家に居たい利用者と）そこは折り合いをつけながら（どうすれば入院せず家で過ごせるかを）本人と一緒に決めていく”（C）と語られた．［利用者と話せる関係をつくり対話を続ける］では“本人さんの気持ちも大事にしたいし，でも看護職として言わないといけないこともあったりすると，そこの折り合いのつけ方がなかなかまだ難しくて”（E）と語られた．［利用者の今後の身体状態・生活状況を予測する］では“私たちがいなくても自分で自立して，困ったことに対応できて，生活ができるようにアセスメントして対策をして指導していくってところが，（訪問看護の）醍醐味だと思います”（D）と語られた．参加者は利用者の身体と生活の折り合いについて，今後を予測しながら，利用者と共に悩み対話し，利用者が意思決定することを重視していた．

４）【体調変化時は身体状態を推論し今できる最善の対応を決定する】

この大カテゴリは3つの中カテゴリで構成された．［い

つもの状態と比較して身体を観察し，変化の有無を見極める］では，“その人のパターンとか特徴とか把握すると，判断基準もやっぱりこう変わってくる，いつもの状態を知れば知るほど，判断には多分精度が出てくるのかなと思う”（E）と語られた．またアセスメント力について，“病棟でいろんなケースをみてる人の方が正直（身体面のアセスメントは）強いなとは思います”（C），“アセスメント能力，ここ（訪問看護）はなんか（病棟の）倍くらいいるかなっていうのはすごく感じました”（D），“（主治医に電話報告するためにも）自分がちゃんとアセスメントして判断しないと”（G）など，訪問看護ではアセスメント力がより必要となり，病棟経験が身体面のアセスメントに活かされていると語られた．［少しの体調変化時にどのように様子をみるか決める］では，“次の訪問日までトラブルなく過ごせるかどうかが一つの判断基準”（C）“この程度の傷だったら様子をみるという判断がベストかなと考えた”（A）と語られた．［体調変化時は身体状態を予測し生活状況を勘案して対応を決める］では，“受診のタイミングは決める時に判断力いりますね”（F），“（糖尿病の高齢女性を緊急訪問すると尿失禁と意識障害があり）これはもう昏睡だなって判断はついたんですけど，（中略）（主治医の電話での指示通りに）インスリンをうったんで帰りますねって帰った後に（障害のある息子さんとの二人暮らしで）どうなるかなって思った時に，いやこれは緊急性が高いよね（と判断し救急搬送した）”（D）と語られた．参加者は利用者の体調変化時に判断力が特に求められ，緊急性や受診の見極めが重要であること，加えて，家でどのように様子をみるかという判断の難しさも語られた．

5）【一人でできる限り判断しつつ他の看護師へ相談する事象を決める】

この大カテゴリは4つの中カテゴリで構成された．［一人でできる限り判断する］では，“訪問看護って基本的には先生（主治医）から出された物品だったり，お家にあるものでどうにかして処置をしなければならないんです，自分の判断で”（A），“せっかく訪問看護が入ってるから，看護師としてできる限りのことは判断して，ちゃんとジャッジをしないといけない”（C）と語られた．［一人で判断し行動する限界を認識する］では“一人で判断をしないっていう判断が，私は在宅では大事なんだろうとなと思う”（E）と語られた．そして〈事業所内で情報共有して一緒に考える〉〈頼れる相談相手を増やす〉といった事業所内での情報共有を大切にしていた．［同僚からの承認を得る］では，“一応その場は一人で判断しているんですけど，（事業所に）帰ってからそれを共有して，（同僚の承認を得て）よしよし（と確認する）”（E）と語られた．

6）【よりよい生活のためのサービス提供となるよう多職種へ伝えるべき情報を決める】

この大カテゴリは4つの中カテゴリで構成された．［看護判断を多職種が理解できるよう工夫して伝える］では，“色んな人と連携をとらないといけない職種だからこそ，そこ（自分の判断やケア）をわかりやすく伝えられるスキルってものすごく大事”（H）と語られ，［よりよいケアに繋がる情報は積極的に多職種と共有する］では“特にケアマネ（ケアマネジャー）とか先生（主治医）とのやりとりは多いので，雑談の中でこの人こんな（その人らしい）ことがあったよとか，そういう話ができたら，よりよいケアに繋がると思う”（A）と語られた．

7）【批判的に省察し判断材料となる経験知を増やす】

この大カテゴリは3つの中カテゴリで構成された．［自分の判断・ケアを振り返る機会をつくる］では，“これ（自分の判断やケア）が絶対正解だとは思っていない”（A），［利用者から学び成長していく］では，“（利用者から）学ぶことがすごく多いなって思いますね，命を教えてもらうみたいなのは，なかなかない仕事だと思うので”（B），［自分の考えを柔軟に更新していく］では，“（臨死期の利用者さんに）何をしてあげたら楽になるかとか思って，（中略）奥さんがおられて，本人さんもしんどそうじゃなくて，うーんこれ以上何をすればいいかと思ったら，もう，落ち着いて見守るしかないかなと思ったりして，何かそこでがらっと変わったというか，（中略）そこでがらっと考え方を変えないといけない時なんだな私，と思ったりして”（E）と語られた．Eさんは何かケアを提供すべきという“病院の感覚”があったが，少し冷静になり，見守るケアに変えることができた．またAさんは，“（最初は在宅看取りが怖かったが，在宅死希望の利用者が施設で亡くなって悔しがっていた先輩達をみたり，実際に穏やかな在宅看取りを経験して）本人さんが家で亡くなりたいんだったら絶対そこをサポートしてあげるべきっていう考え方に今はなっている”（A），と語った．

Ⅳ. 考　　察

訪問看護へ移行し2年以上経験した看護師における自律的判断は，【身体と生活について利用者と共に悩み考えながら折り合いをつける】【体調変化時は身体状態を推論し今できる最善の対応を決定する】という利用者の身体と生活の両方を護り，折り合いをつける判断をしつつ，【他の看護師へ相談する事象を決める】【多職種へ伝えるべき情報を決める】ことで判断を補強し，最善の判断を導くことであった．これらの自律的判断をするためには【利用者の生活状況を詳細に知る】【利用者の思い・生活・人生を重視する】ことが必要であった．また行った判断やケアを【批判的に省察し判断材料となる経験知を増やす】ことは自律的判断力向上のために必要であった．3～5年目の新卒訪問看護師の自律的判断においても省察（リフレクション）は重要であった[8]．病棟経験のある本研究参加者は〈病棟で習慣化した看護の考え方を変え〉て［自分の考えを柔軟に更新していく］ことが特徴的であった．一人で行動することが多いからこそ自分の判断を批判的に省察することが，自律的判断力向上のために重要だと考えられた．

本研究では自律的判断を「(略) 他職種や他者の支配（指図）を受けず（略）決定すること（略)」と定義して研究を開始した．結果，自律的判断とは，訪問看護師が独断的に判断するのではなく，利用者の思いや生活，人生を重視して利用者と共に悩み考えつつ，他の看護師や多職種と主体的に情報共有して最善の判断を導くといった，他者との協働的で複雑な思考と行動のプロセスを経た判断であることが明らかとなった．体調変化時においても利用者や家族の思いや生活状況を勘案して対応を判断していた．看護師の自律性に関する先行研究において「患者中心であるという信念」[9] が示されており，訪問看護師の自律的判断においても利用者中心に思考していることが示されたといえる．また医師や多職種とのよい関係やチームワークは看護師の自律性に影響することが明らかにされている[23]．本研究においても医師や多職種と協働して判断することは訪問看護師の自律的判断において重要であることが示されたと考える．

参加者は，【身体と生活について利用者と共に悩み考えながら折り合いをつける】ことは訪問看護に特徴的であり難しいが面白さもあると語った．在宅療養がん患者の折り合いを支える支援は，しっかり願いを聴き，生活の楽しみを続けてもらい，その人らしく生き，日々の生活を支えること等であった[24]．本研究では，利用者の望む生活と身体状態との折り合いについて共に悩み考えながら，その生活継続に必要な医療やケアについても利用者の思いや生活状況とすり合わせ，折り合いをつけていく自律的判断の様相が明らかとなった．訪問看護師が，利用者の身体状態で望む生活ができるよう，身体と生活，必要なケアについて，今後を予測し，対話を続け，共に悩み考えながら折り合いをつけていく判断は，訪問看護師の自律的判断の中核をなす特徴的な判断だと考えられた．

本研究の限界として参加者の学歴や訪問看護経験年数，病棟経験の年数や場所にはばらつきがあったため，データは参加者の学修経験や看護経験の影響を受けた可能性がある．今後は学修経験や看護経験と自律的判断との関連を明らかにすることが課題である．

本研究における面接調査へご協力いただきました訪問看護師の皆様，研究を遂行するにあたりご助言，ご協力いただいた全ての皆様に，心より感謝を申し上げます．

本研究はJSPS科研費JP25463550, JP20H04015の助成を受けて行った研究の一部である．

本研究における利益相反はない．

■引用文献

1）厚生労働省老健局：社会保障審議会介護保険部会第101回資料，地域包括ケアシステムの更なる深化，推進について（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_29048.html, 2024.12.19）.
2）厚生労働省：令和4年衛生行政報告例(就業医療関係）の概況 結果の概要 就業保健師・助産師・看護師・准看護師（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/22/dl/kekka1.pdf, 2024.12.19）.
3）厚生労働省：令和4年介護サービス施設・事業所調査の概況 従事者の状況（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service22/dl/kekka-gaiyou_2.pdf, 2024.12.19）.
4）日本看護協会，日本訪問看護財団，全国訪問看護事業協会：訪問看護アクションプラン2025 2025年を目指した訪問看護（https://www.jvnf.or.jp/actionplan.html, 2024.12.19）.
5）森陽子，大山裕美子，廣岡佳代，ほか：新たに訪問看護分野に就労した看護師が訪問看護への移行期に経験した困

難とその関連要因. 日本看護管理学会誌, **20**(2)：104-114 (2016).

6）平尾由美子, 原田光子, 山田志枝, ほか：病棟業務から訪問看護業務に移行した直後に看護師が感じる戸惑い・困難. 千葉保健医療大学紀要, **8**(1)：69-76 (2017).

7）冨安眞理, 川越博美：病院から在宅へ移行した新人訪問看護師が看護実践への自信を深める要因の検討. 日本看護学教育学会誌, **15**(2)：39-50 (2005).

8）仁科祐子, 谷垣靜子, 長江弘子, ほか：2年以上の勤務経験を有する新卒訪問看護師における自律的判断の様相. 日本看護科学会誌, **41**：683-691 (2021).

9）Wade G H：Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, **30**(2)：310-318 (1999).

10）Varijus Sikka-Liisa, Leino-Kilpi H：Professional autonomy of nurses in hospital settings –a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **25**：201-207 (2011).

11）菊池昭江, 原田唯司：看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇), **47**：241-254 (1997).

12）Dempster J S：Autonomy：A professional issue of concern for nurse practitioners. *Nurse Practitioner Forum*, **5**(4)：227-232 (1994).

13）Aloisio L D, Coughlin M, Squires J E：Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care：A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, **123**：1-21 (2021).

14）Blegen M A：Nurses' job satisfaction：A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, **42**(1)：36-41 (1993).

15）Dilig-Ruiz A, MacDonald I, Varin M D, et al.：Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, **88**：123-134 (2018).

16）Tourangeau A, Patterson E, Rowe A, et al.：Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*, **22**：1015-1026 (2014).

17）Currie V, Harvey G, West E, et al.：Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix, and nurse autonomy：literature review. *Journal of Advanced Nursing*, **51**(1)：73-82 (2005).

18）Kramer M, Schmalenberg C：The practice of clinical autonomy in hospitals：20000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, **28**(6)：58-71 (2008).

19）グレッグ美鈴：Ⅳ主な質的研究と研究手法［1］質的記述的研究, グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江, よくわかる質的研究の進め方・まとめ方　看護研究のエキスパートをめざして(第2版), 64-84, 医歯薬出版, 東京(2020).

20）Benner P/井部俊子：ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ(第1版), 11-32, 医学書院, 東京(2014).

21）朝倉京子, 籠玲子：中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. 日本看護科学会誌, **33**(4), 43-52 (2013).

22）太田裕子：はじめて「質的研究」を「書く」あなたへ－研究計画から論文作成まで－. 初版, 205-213, 東京図書, 東京 (2019).

23）Pursio K, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, et al.：Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. **29**：1565-1577 (2021).

24）内田史江, 谷垣靜子：訪問看護師による在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援. 日本看護研究学会雑誌, **40**(1), 35-43 (2017).

Autonomous Nursing Judgment Among Home Health Nurses: A Study of Nurses with Two or More Years of Experience

Yuko Nishina*[1], Shizuko Tanigaki*[2], Hiroko Nagae*[3], Mari Okada*[4]

*1 School of Health Science, Tottori University Faculty of Medicine
*2 Graduate School of Health Sciences, Okayama University
*3 Graduate School of Kameda University of Health Sciences
*4 Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

Abstract

We aimed to clarify the aspects of autonomous nursing judgment among home health nurses with two or more years of experience transitioning into home health nursing. Semi-structured interviews were conducted with eight home health nurses. The responses were analyzed qualitatively. The aspects of autonomous nursing judgment for home health nurses include "talking and debating with patients, while balancing their physical condition with their desired lifestyle" and "when nurses notice deviations in a patient's usual physical condition, they assess these changes to make informed decisions to provide the best care for them at that time." They also actively shared patient information with other nurses and professionals to make better decisions. Home health nurses can make these judgments because they "pay close attention to the patients' lifestyle," and "respect patients' thoughts, daily activities, and life." They also "critically reflect on their decisions while broadening their clinical knowledge to improve their judgment." The key aspect of autonomous nursing judgment among home health nurses is that they engage in discussions with patients to balance their physical condition with their desired lifestyle.

Key words : home health nurses, autonomous nursing judgment, balancing the patient's physical condition with the lifestyle, cooperation, reflection

● 研究報告 ●

終末期に向けた医療やケアに対する意向を表出する支援を行ううえで介護支援専門員が感じる困難
－過疎地域で在宅生活を送る非がん高齢者の場合－

Difficulties Experienced by Care Managers in Providing Support to Older People that Establishes Their Intent on Medical or General Care toward the End of Life: A Qualitative Study on In-home Older People without Cancer in Depopulated Areas

橋本　直子＊1，松井　妙子＊2,3

Naoko Hashimoto, Taeko Matsui

要旨：高齢者が最期まで自分らしく暮らし続けるために，終末期の意思決定支援は重要である．本研究は，過疎地域で生活する単独世帯の非がん高齢者が，終末期の意向を表出するために，介護支援専門員（以下CM）が支援を行う過程で感じる困難を明らかにし，支援の質向上に向けた方策の考察を目的とした．CM8名に半構造化面接を行い分析した．CMの感じる困難は，【意思表明の準備が整っていない利用者への意向確認】【利用者や家族との信頼関係の悪化への懸念】【終末期支援における不確かなCMの役割】【生活状況から実現困難と予測できる利用者の意向】【死を遠ざける地域文化】などの9カテゴリを抽出した．CMの支援の質向上には，利用者等が最期の迎え方をイメージできる情報提供方法の習得，在宅ケア専門職との終末期ケアの経験の共有と各職種が担う役割の理解を深めること，死について語りやすい地域環境の整備が必要と考える．

キーワード：介護支援専門員，意思決定支援，終末期，非がん高齢者

日本在宅ケア学会誌，29(1)：89-96(2025)

Ⅰ．はじめに

少子高齢化が進む日本において，一人暮らし高齢者は今後もますます増加すると推計されており[1]，超高齢・多死社会にみあった医療福祉体制の構築が課題である．

2018年改訂の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では，医療・ケアチームが在宅の現場で行う意思決定支援のプロセスの概要や，チームで行う意思決定支援のメンバーに介護支援専門員（以下CM）が含まれることが明文化された．CMが行う意思表出支援は，身体や生活の状況にあわせて変化する利用者の意向を継続的に把握し，終末期に向けたチームでの話し合いを行いやすくすることが期待できる[2]．しかし，CMの67.9％は利用者・家族ともにエンドオブライフを意識した対話が少なく[3]，意思表出の支援に対し不安や躊躇を感じていること[2]など，意向表出の支援に対する課題を示した先行研究は散見するが，CMが意向を表出する支援の過程で感じる困難や，支援の質を向上するための具体的な方策についての研究は見当たらなかった．

今後，少子高齢化の進行や高齢者の一人暮らしが増加するなか，医療・介護分野の人材確保は重要な課題であり，限られた人手の中で，質の高い医療福祉サービスの提供が求められており，早期から関わるCMが利用者や家族の意向を確認することは重要である．そのため，人口の高齢化が全国に約20年先行し[4]，高齢者単身世帯

受付日：2024年9月2日
受理日：2025年3月11日
＊1　大台町報徳診療所
＊2　(元)鈴鹿医療科学大学院医療科学研究科教授
＊3　香川大学名誉教授

の割合が高い[5] 過疎地域の単独世帯の高齢者の意向確認を行っているCMを対象とすることで，過疎と指定されていない地域で同様の問題が発生した時の参考になると考えた．

そこで本研究は，過疎地域で生活する単独世帯の高齢者が，終末期に向けた医療やケアに対する意向（以下終末期の意向）を表出するために，CMが支援を行う過程で感じる困難を明らかにし，CMの支援の質向上に向けた方策を考察することを目的とした．この研究を行うことで，CMが高齢者の終末期の意向を表出する支援の質向上を検討する基礎資料を得ることができ，高齢者が自分らしく人生の最期を迎えるために必要な方策を考える示唆を得ることができる．

Ⅱ．用語の定義

本研究での「困難」とは「CMが利用者の終末期の意向を表出するための支援を行う時に認知する難しいと感じること，悩むこと」とし，「意向確認」とは「利用者が自分らしい人生の最期を迎えるために，終末期に向けた医療やケアに対する望みや思いを表出するようにCMが支援を行うこと」とする．

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

質的記述的研究デザイン．

2．研究参加者

研究参加者（以下参加者）は，過疎地域に在住する単独世帯の非がん高齢者に対する意向確認の経験があり，実務経験年数が通算5年以上の居宅介護支援事業所に勤務する常勤CMである．実務経験年数を5年以上とした理由は，主任CMとなるための要件の一つであり，主任CMは熟練者の立場であるとみなされているためである．CMが意向確認を行った対象事例は，支援の経過に沿って生じた困難を想起しやすいように過去2年以内に担当していた非がん高齢者とした．CMは他の医療・ケア専門職に比べ，支援開始時点の高齢者の介護度が軽く意思疎通も可能であり，高齢者が死を意識していない時期から施設入所や最期を迎えるまでの長い期間関わることができる職種である．そのため，支援が長期となる非がん高齢者を対象とすることで，高齢者の心身状況の変化にあわせて意向確認を行ううえでの困難を抽出できると考えたからである．意思疎通が可能な高齢者としたため，特性に応じ適切な配慮が必要となる認知症の高齢者は除外した．選定基準に該当する参加者の紹介はA町地域包括支援センターに依頼し，機縁法により紹介されたCMに参加依頼を行った．研究参加に同意が得られたCMと，勤務先の事業所所属長に文書で研究参加の依頼を行った．

3．データ収集方法

データ収集期間は，2022年3月～9月である．データ収集は，面接前に困難を感じた1事例を想起することを促し，その後，半構造化面接を行った．事前に「研究参加者の基礎属性と対象事例の概要」の調査用紙を配布し，面接では「意向確認に至るまでの経過や状況」，「難しいと感じたことの内容」等について尋ねた．参加者に許可を得てICレコーダーに録音，メモを行い，録音された内容から逐語録を作成しデータとした．

4．分析方法

データ分析は，谷津の分析手法を参考とした[6]．面接の録音データから作成した逐語録を精読し，参加者が終末期の意向を表出する支援を行う際に感じる困難に関する記述部分を抽出した．それらを意味のあるまとまりごとに分け，要約したものを洗い出し段階のコードとした．洗い出し段階のコードを集め，共通性や差異性に注目して分類・統合し，それらのコードに共通して見いだされる特徴を表す名前をまとめ上げ段階のコードとした．参加者全員のまとめ上げ段階のコードがそろった時点で，前述と同様の方法でまとめ，抽象化を図り，サブカテゴリ及び上位概念となるカテゴリを生成した．

分析は，CMの資格をもつ保健師2名が行い，まとめ上げ段階のコードは参加者全員にメンバーチェッキングを依頼した．全ての分析過程において決定のプロセスを記述し，指導者や他の研究者とディスカッションを行い，厳密性，確証性の担保に努めた．

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，鈴鹿医療科学大学臨床研究倫理審査委員会の承認（承認番号487）を得て実施した．参加者には文書及び口頭で説明を行い，十分理解したことを確認したうえで，自由意思で本研究へ参加することの同意を文書で得た．参加者が語る対象事例や家族に対しオプトアウトを行い，データ使用を拒否できる機会を保障した．なお，本研究における利益相反（COI）はない．

Ⅴ．結　　果

1．参加者の概要と対象事例の概要

参加者は7事業所の8名で，男性3名，女性5名であり，基礎資格は全員が福祉職で，CMの経験年数は5年～12年（平均8.5±2.4年）であった．インタビュー時間は40分～86分（平均65±16分）であった．対象事例の年齢は80歳～94歳（平均85.5±4.8歳），男女各4名であった．要介護度は1～4であり，主に介護系サービスを利用し，循環器疾患，整形外科的疾患が各4名であった．

2．終末期の意向を表出するために，CMが支援を行う過程で感じる困難（表1）

終末期の意向を表出するために，CMが支援を行う過程で感じる困難について分析した結果，9カテゴリと28サブカテゴリ，92コードを抽出できた．カテゴリは【　】，サブカテゴリは《　》，コードは〈　〉，参加者の語りは「　」で示した．（　）は文脈を明確にするため補足した．以下，9カテゴリごとに表記する．

表1　終末期の意向を表出するために，CMが支援を行う過程で感じる困難

カテゴリ	サブカテゴリ
1）意思表明の準備が整っていない利用者への意向確認	体調や生活が安定している利用者
	病気や周囲の変化が把握できず話し合おうとしない利用者
	最期の迎え方のイメージが明確でない利用者
2）利用者と家族が折り合わない時の意向確認	利用者と家族の意向が異なる時の意向確認
	利用者の状況を適切に把握できていない家族への対応
	利用者と家族の関係性が悪く，終末期の相談が家族にできないときの対応
3）利用者や家族との信頼関係の悪化への懸念	利用者や家族からの評価を気にしながら行う意向確認
	利用者や家族との信頼関係を重視するがあまりためらう意向確認
	終末期の意向に対し本心を表さない利用者への意向確認
4）意向確認のためのコミュニケーションが取りづらい労働環境	日々の業務に追われ意向確認のためにかけられない十分な時間
	利用者の病状や意向に関する医療職との情報共有不足
	コミュニケーションが図りづらいコロナ禍での意向確認
5）意向を聞き出す知識や技術の不足	意向確認のためのコミュニケーション技術の不足
	コミュニケーション障がいのある利用者への意向確認
	意向確認の知識が不足している状態で行う説明や話し合い
6）不明確な意向確認のタイミング	日ごろの生活支援業務とあわせた意向の確認の時期
	利用者の状態に応じた意向確認のタイミングの時期
	利用者の終末期に対する意向は状況により変化
	利用者が望む最期を迎えられないことを現実視した時の意向確認
7）終末期支援における不確かなCMの役割	利用者の終末期に向けた意向を表出する必要性の認識の薄さ
	終末期の在宅における看取り支援の経験不足
	最期の迎え方に対する支援に正解はなく難しい
	医療職中心ととらえている終末期支援でのCMの役割は不確実
8）生活状況から実現困難と予測できる利用者の意向	利用者の意向にそったサービス調整ができにくい少ない社会資源
	利用者の意向にそうと病状や障がいが悪化
	住み続けられるとは思えない住環境
9）死を遠ざける地域文化	住民や専門職が死を考える学習機会が少ない
	CM自身の死に関する話し合いへの抵抗感

1）【意思表明の準備が整っていない利用者への意向確認】

このカテゴリは，体調良好時の意向確認や最期の迎え方に対する考えが明確でない利用者などへの意向確認に困難を示していた.

「勇気がないというか，なんか聴きにくいかな．まだ私元気やのにと思っとる人に（延命希望されるかと）聴くのがなかなか」等,《体調や生活が安定している利用者》,《病気や周囲の変化が把握できず話し合おうとしない利用者》,《最期の迎え方のイメージが明確でない利用者》に対する意向確認に困難を感じていた.

2）【利用者と家族が折り合わない時の意向確認】

このカテゴリは，家族間の関係の悪さや，最期の医療やケアに対し利用者と家族の意向が異なる時などの意向確認に困難を示していた.

「本人も家族も同じ方向性やといいんですけど，全く違う方向性やった場合にそれはもう困ります．困るというか，家族さんの意向になってしまうこともやっぱりあります」と,《利用者と家族の意向が異なる時の意向確認》に困難を感じ,《利用者の状況を適切に把握できていない家族への対応》,《利用者と家族の関係性が悪く，終末期の相談が家族にできないときの対応》に困難を感じていた.

3）【利用者や家族との信頼関係の悪化への懸念】

このカテゴリは，意向の話し合いを行うことでCMに対して利用者や家族から否定的な評価がおこり，構築した利用者や家族との信頼関係が悪化するのではないかと思いながら行う意向確認に困難を示していた.

CMは,《利用者や家族からの評価を気にしながら行う意向確認》や,「本人の思いと違うこと（娘さんの思い）を言うと，本人が自分を理解してもらえないってなるじゃないですか．そこで自分との信頼関係が崩れてしまうのが怖くて,そういうことが言えなかった」と語り,《利用者や家族との信頼関係を重視するがあまりためらう意向確認》,《終末期の意向に対し本心を表さない利用者への意向確認》に困難を感じていた.

4）【意向確認のためのコミュニケーションが取りづらい労働環境】

このカテゴリは，意向確認を行うために十分な時間をかけられないことや,医療職との情報共有が行いにくく,意向確認に困難を感じていることを示していた.

「業務に追われて件数こなすモニタリングね，そして書類もせないかんって．こんなの言い訳ですけど，一人一人の意向を深く考える余裕がないですね」と述べ,《日々の業務に追われ意向確認のためにかけられない十分な時間》,《利用者の病状や意向に関する医療職との情報共有不足》,《コミュニケーションが図りづらいコロナ禍での意向確認》に困難を感じていた.

5）【意向を聞き出す知識や技術の不足】

このカテゴリは，終末期の意向を表出するための支援を行うときの知識やコミュニケーション技術が不足しているため，利用者や家族への説明や話し合いに困難を感じていることを示していた.

CMは,「(死を迎えるまでの対応や経過について説明する)自分のボキャブラリーがないからかな」と述べ《意向確認のためのコミュニケーション技術の不足》を感じ,《意向確認の知識が不足している状態で行う説明や話し合い》等に困難を感じていた.

6）【不明確な意向確認のタイミング】

このカテゴリは，CMが意向確認のタイミングを見分ける時期に困難を感じていることを示していた.

《日ごろの生活支援業務とあわせた意向の確認の時期》,《利用者の状態に応じた意向確認のタイミングの時期》,「日によって，もう施設探してって電話してくるときもあれば，うちで死にたいって（電話してくるときもある)」等の《利用者の終末期に対する意向は状況により変化》すること等に困難を感じていた.

7）【終末期支援における不確かなCMの役割】

このカテゴリは，終末期の意向を表出するための支援をCMが担うという役割が不確かなため，意向確認を行うことに対し困難を感じていることを示していた.

CMは,《利用者の終末期に向けた意向を表出する必要性の認識の薄さ》を感じ,《終末期の在宅における看取り支援の経験不足》や,《最期の迎え方に対する支援に正解はなく難しい》と思い,「医療の人達って自分達より（最期の医療の現場では）強い人達になっていくもんで，そういう人達から（最期の医療について）言われてしまうとああそうなのかなと思ってしまうところがある」と述べ,《医療職中心ととらえている終末期支援でのCMの役割は不確実》であるため困難を感じていた.

8）【生活状況から実現困難と予測できる利用者の意向】

このカテゴリは，CMが利用者の意向を尊重したいと

考えても，利用者の生活環境や社会資源の少なさから，利用者の希望する意向が実現困難であることを把握しつつ意向確認を行うことに対し困難を示していた．

「過疎地やから，受けられるサービス（に限りが）あると思うし．僕達にはそれが分かってる．だからこそ(利用者の望みとは）違う（最期の医療やケアに対する）答えちゅうんがあるのかなと思う」等，〈限られた資源にあわせ利用者の意向を誘導〉してしまうのではないかと感じ，《利用者の意向にそったサービス調整ができにくい少ない社会資源》，《利用者の意向にそうと病状や障がいが悪化》，《住み続けられるとは思えない住環境》に困難を感じていた．

９）【死を遠ざける地域文化】

このカテゴリは，CMが意向確認を行うにあたり，利用者である高齢者やその家族，CMも含めた住民が死について話す機会や死を考える機会が少なく，CM自身も死に関する話し合いに抵抗感があり，意向確認に困難を感じていることを表している．

「仮にね，ご自宅で亡くなられていて，（町外に住む家族が）放ってあったから，一緒に（住むとか）何とかしてあげたらいいのにって，周りは思いますよね．本人や家族さんの（サービスを利用し在宅生活を継続する）意向（を周り）は分かりませんから」と述べ，CMが利用者の意向を尊重したくても，〈近所の風評が気になる家族〉や近隣からの理解が得られにくいという地域の実情もあり，《住民や専門職が死を考える学習機会が少ない》ことや，《CM自身の死に関する話し合いへの抵抗感》があるため困難を感じていた．

Ⅵ．考　　察

過疎地域で生活する単独世帯の非がん高齢者が，終末期の意向を表出するために，CMが支援を行う過程で感じる困難を分析し，9カテゴリを抽出した．

9カテゴリは，利用者等との関係性の中で感じる困難，CMが意向表出の支援に携わる時に自身の課題としてとらえる困難，地域特性が影響し感じる困難に分類された．

１．利用者等との関係性の中でCMが感じる困難

CMは，終末期に向けた【意思表明の準備が整っていない利用者への意向確認】や，【利用者と家族が折り合わない時の意向確認】に困難を感じ，【利用者や家族との信頼関係の悪化への懸念】を生じ，ためらいを感じていた．

高齢者は終末期のイメージがつかず，終末期の医療と生活に対し意思表示ができない人もいる[2]．利用者が自分自身の病状等を理解し，最期の迎え方をイメージできると，CMとの話し合いも行いやすくなると推察できる．池永らは，意向確認前に，本人の病状の理解度，その理解度と現状のギャップ，正しく客観的に本人が現状を理解できているかを確認しながら話を進めると述べている[7]．そのためには，CM自身も利用者の病状や利用者に対する医療職の病状説明等の状況について把握する必要があると考える．

過疎地域の単独世帯の利用者の場合，介護する家族が遠方に暮らす可能性も高く，家族が日頃の利用者の生活状況や，地域で受けられるサービス等について把握することは難しい．松下らは，別居家族が高齢者の実態を理解できずに必要なサービスにつながらない状況があり，同居が困難な子ども側の事情により親の老いを受容しにくい可能性があることを示唆し，高齢者の実態の理解や老いを受け入れる援助も必要であると報告している[8]．また，家族に心配をかけないために本心を表さない利用者もいる．そのため，利用者本位のプラン作成を行いたくても，利用者と家族の意向が折り合わない時には難しく，双方からのCMに対する評価も気になり困難を感じていると推察できる．CMは家族に対し，利用者の病状や生活状況，地域のサービスについて情報提供を行いつつ，老いを受容することへの支援も行う必要があると考える．

利用者の介護サービス開始時から関わるCMは，家族や医療職と情報共有を行い，利用者や家族が最期の迎え方をイメージできるように情報提供し，意思表明の準備が整っているか確認しながら話をすすめることで，利用者や家族との信頼関係の悪化を懸念することなく意向確認を行えると考える．

２．意向表出の支援に携わる時に，CMが自身の課題としてとらえる困難

CMは，【意向確認のためのコミュニケーションが取りづらい労働環境】で意向表出の支援を行い，【意向を聞き出す知識や技術の不足】，【不明確な意向確認のタイ

ミング】に困難を感じ，【終末期支援における不確かなCMの役割】を課題と感じていた．

CMは，利用者等への訪問回数や時間の上限がなく，訪問に従事する他職種に比べ意向確認は行いやすいと考えられるが，医療へのアクセスが不便であり，日々の業務に追われ意向確認のために十分な時間を確保しにくい環境が示唆された．

過疎地域対象の終末期ケア実態調査では，地域所属の医療・介護関係者は終末期ケアに対する自信が低く，その背景に終末期ケアの実施機会が少ないことが報告[9]されている．CMは，終末期の在宅における看取り支援の経験不足から終末期ケアに自信がもてず，利用者の終末期に対する意向は状況により変化するため，意向確認のタイミングを見分けることも難しく，知識や技術の不足を感じている．また，最期の迎え方に対する支援に正解はないため支援に自信がもてず，終末期支援におけるCMの役割を不確かに感じていると推察できる．

終末期の意向の確認は，利用者に関わる他職種も支援の過程でそれぞれ行い，意思決定の支援をチームで行う．CMには利用者のターミナルケア調整時，家族・利用者の生活背景，介護職の意見や生活支援の反映が期待されている[10]．利用者が非がん高齢者の場合，CMは介護度の軽い時期から長期にわたり生活支援を行うため，終末期の意向や迎え方に対する価値観を把握しやすい立場にある．意向確認の知識・技術を高めることで，よりこの立場を生かすことが可能となる．医療・介護関係者が集まる研修の場において，各専門職が担うべき役割や期待する役割等を話し合い，相互に理解を深める取り組みを行う必要もあると考える．また，終末期ケアの経験不足を補うために，医療職などと経験の共有や振り返りを行う機会も必要と考える．

3．地域特性が影響しCMが感じる困難

CMは，意向確認を行ううえで【生活状況から実現困難と予測できる利用者の意向】,【死を遠ざける地域文化】に困難を感じていた．

CMは，利用者の意向を尊重したいと考えていても，利用可能な社会資源が少なく，利用者の住居の状況や病状，家族の介護力等により，利用者が希望する意向が実現困難であることを見込みながら行う意向確認に困難を感じていた．先行研究では，高齢化率40％以上の市町村にある居宅介護支援事業所は，ニーズに対応するサービスがないことを困難と感じ[11]，独居高齢者の在宅死が実現しない要因は，在宅生活を支えるサービスの不足などをあげており[12]，高齢化率が高い過疎地域で暮らす単独世帯の高齢者に対する意向確認の特徴的な困難であると考える．ある参加者は，「限られた資源に合わせ，利用者の意向を誘導してしまうのではないかと思う」と話し，ジレンマを抱えながら意向確認を行っていることが示唆された．CMのジレンマは，医療や介護の資源が少なく，家族が遠方で協力も得られにくいという地域特性に起因し，在宅生活を希望する利用者の意向を叶えたくても最終的には施設入所となる事例を経験していることや，意思決定支援は在宅生活を支援する過程で他職種がそれぞれ意向確認を行い，本人や家族等と共に繰り返し話し合いチームで行うという認識や経験が不足していることから派生している可能性も考えられる．

また，CMも含めた地域住民が死について話しやすい環境ではなく，話し合いに抵抗感があると考える．「（利用者は）家に本当はおりたいけど，（家族に）迷惑をかけたくないから施設を選ばれる人もいる．でも，本当は家におりたいっていうのがわかるじゃないですか」と語り，ルーラルエリアの住人は周囲に迷惑をかけない死を理想とするものの，住み慣れたところで最期を過ごしたいという希望を抱いている[13]．しかし，〈近所の風評が気になる家族〉がいるように，利用者自身も過去に周囲の住民と，要介護者やその家族の対応について噂話をした経験があり，近隣住民の風評を気にしていると考える．終末期のケアに対し本人の意向を重視するという認識が薄い地域で終末期の意向について話し合うためには，専門職を含む地域住民の死に対する価値観の変容を促し，いざという時のことを考える啓発教育や，高齢者とその家族が自分の言葉で意向を伝えられる教育が望まれる．

Ⅶ．本研究の限界

本研究はA県内のA町地域包括支援センター担当の過疎地域を対象に行い，地域が限定されていること，認知症を除く非がん高齢者の事例を想定していること，基礎資格が全て福祉職であったことから，CM全般の困難を表しているとはいえない．今後は，他地域や医療職を基礎資格としたCMを含む研究が必要と考える．

Ⅷ. 結　　論

本研究結果から，CMが終末期の意向を表出する支援を行う過程で感じる困難は，利用者等との関係性から生ずるもの，自身の課題から生ずるもの，地域特性から生ずるものがあることが明らかになった. CMの支援の質向上に向けた方策は，利用者や家族が最期の迎え方をイメージできる情報提供や意思表明の進め方の方法を習得すること，他職種と終末期ケアについての経験を共有し各専門職が担うべき役割について理解を深めること，地域住民とともに死についての学習機会を持つことが示唆された.

本研究にご協力いただきました全ての皆様に感謝いたします. 本研究は，鈴鹿医療科学大学大学院医療科学研究科修士論文を加筆・修正したものである.

■引用文献

1）内閣府：令和4年版高齢社会白書(全体版)(PDF版)(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html, 2022.11.15).
2）菅沼真由美, 新田静江, 東福寺愛実, ほか：要介護高齢者の終末期への意思表示に関わるケアマネジャーの支援方法と心情. 老年看護学, **23**(2)：59-67（2019).
3）島田千穂, 多賀努, 松家まゆみ, ほか：ケアマネジャーのエンドオブライフに向けた対話と看取りへの関与との関連. 老年社会科学, **45**(3)：191-199（2023).
4）全国過疎地域連盟：「過疎」のお話(https://www.kaso-net.or.jp/publics/index/18/, 2022.11.5).
5）総務省 地域力創造グループ過疎対策室：令和4年度版過疎対策の現況(https://www.soumu.go.jp/main_content/000944363.pdf, 2024.11.3).
6）谷津裕子：Start Up　質的看護研究. 第2版, 98-161, 学研メディカル秀潤社, 東京(2015).
7）池永昌行, 濱吉美穂：アドバンス・ケア・プランニング（ACP）実践ガイド　患者・利用者の生き方・暮らし方に焦点をあてた意志決定支援に向けて. 14-21, 中央法規出版, 東京(2020).
8）松下光子, 米増直美：ケアマネジャーによる通い介護家族への援助における課題と援助方法の検討. 日本地域看護学会誌. **14**(1)：78-84（2011).
9）藤田淳子, 福井小紀子, 岡本有子：過疎地域における医療・介護関係者の終末期ケアの実態と連携に関する調査. 日本公衆衛生雑誌, **63**(8)：416-423（2016).
10）角能, 高橋幸裕：ターミナル期の多職種連携における福祉職の役割と職種間関係に関する考察－福祉職・看護職・介護職への聞き取り調査を踏まえて－. 社会政策, **12**(2)：125-132（2020).
11）三菱総合研究所：居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事報告書（https://pubpjt.mri.co.jp/ pjtrelated/roujinhoken/ jql43u00000000s3-att/R1_053_2_report.pdf, 2022.12.20).
12）蒔田寛子：独居高齢者の在宅看取りの実現に向けて. COMMUNITY CARE, **23**(6)：10-14（2021).
13）浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, ほか：ルーラルエリアにおける住民の死生観と終末期療養希望の変容－秋田・島根の中山間地における経時的調査より－. 石川看護雑誌, **13**：33-43（2016).

Difficulties Experienced by Care Managers in Providing Support to Older People that Establishes Their Intent on Medical or General Care toward the End of Life: A Qualitative Study on In-home Older People without Cancer in Depopulated Areas

Naoko Hashimoto*[1], Taeko Matsui*[2, 3]

*1 Odai Houtoku Clinic
*2 (former)Professor, Graduate School of Health Science, Suzuka University of Medical Science
*3 Professor Emeritus, Kagawa University

Abstract

Support for end-of-life decision-making is important for older adults to continue living a life with value. This study aimed to explore the difficulties experienced by care managers (CMs) in providing support to older adults without cancer living in single-person households in depopulated areas and to consider measures to improve the quality of CMs' support. Semi-structured interviews were conducted with eight CMs. An analysis of the results revealed that CMs faced the following difficulties: [clarification of the client's intent, which has not been explicitly indicated], [concerns about a deterioration in the sense of confidence with clients and their families], [undefined role of the CM in end-of-life support], [client intent, which, considering the state of living, seems to be difficult to materialize], and [local culture that tends to detest death]. To improve the quality of support provided by CMs, CMs, medical staff, and all other concerned parties need to learn more effective methods of information provision that enable clients and related individuals to imagine the last stage of life, share experiences in end-of-life care with each home care professional, deepen their understanding of the roles played by each person in charge, and foster a community environment where death can be discussed with ease.

Key words : care manager, decision support, end-of-life, non-cancer, older adults

● 研究報告 ●

コロナ禍3年間における訪問看護管理者の振り返り：質的帰納的分析による困難・対処の検討

Reflections of Visiting Nurse Managers on Three Years of the COVID-19 Disaster : A Qualitative Inductive Analysis of Difficulties and Coping

飯野　愛稀＊1，柏瀬　　淳＊2，牛久保美津子＊2

Aki Iino, Jun Kashiwase, Mitsuko Ushikubo

要旨：［目的］コロナ禍3年間を振り返り，訪問看護管理者が体験した困難や対処を明らかにすることを目的とした．
［研究方法］訪問看護管理者6名を対象に半構造化面接を実施し，質的帰納的に分析した．
［結果］訪問看護管理者の困難と対処は【看護師自身の体調管理の心がけ】【感染に関する知識習得・伝達の努力】【感染拡大防止のための多職種・他事業所連携の苦労】【訪問看護継続のための努力】【コロナ感染対策を融合した訪問看護方法の考案の苦労】【コロナ感染に対し不安や恐怖をもつ利用者への対応の苦労】【コロナ禍での負担を考慮した職員・業務管理に関する努力】【職員への精神的フォローの苦慮】の8カテゴリが明らかとなった．
［結論］訪問看護管理者は未知の感染症へ不安を抱きながらも知識習得や感染対策に努め，職員の精神的サポートを実施しながら困難な訪問看護継続を維持していた．ステーション同士での助け合いや地域関係者間での検討の必要性が示唆された．

キーワード：訪問看護，新型コロナウイルス感染症，災害，困難，対処，質的帰納的分析

日本在宅ケア学会誌，29(1)：97-104(2025)

Ⅰ．はじめに

世界保健機構（WHO）は，2020年3月に新型コロナウイルス感染症（以下，COVID-19）についてパンデミックの状態であると認定した．国内では第1～8波まで感染拡大が繰り返され[1)]，3回の緊急事態宣言と，2回の蔓延防止等重点措置が発令された．人々は外出自粛や施設の使用制限，新しい生活様式などが求められ[2-3)]，感染者数や医療のひっ迫状況に関する連日の報道は，国民の感染に対する不安を増強させた．

高齢者や基礎疾患を持つ人は感染後の重症化リスクが高いことが周知され[4)]，活動自粛をする高齢者の1週間あたりの身体活動時間はコロナ禍前より3割減少した[5)]．さらに，休業や利用制限を行った通所介護事業所はそれぞれ約8％[6)]，自主的に通所介護の利用を控えた利用者がいた事業所は約8割であった[7)]との報告があり，利用者側と提供者側双方への影響が示された．

こういった状況から，日常生活活動（ADL）の低下や認知・精神状態が悪化し，介護負担が増大した在宅療養者が多数あったことが示されたが[6),8)]，訪問看護師は，利用者の健康管理や身体機能を維持するため，利用者と自身の感染対策を心がけながらの訪問看護サービスの継続的提供に，さまざまな困難を体験し，対処してきたと考える．

国内では，COVID-19は2023年5月より感染症の予

受付日：2024年8月22日
受理日：2025年5月2日
＊1　群馬大学医学部附属病院
＊2　群馬大学大学院保健学研究科

防及び感染症の患者に対する医療に関する法律上で5類に分類された．しかし，完全な収束には至っていないことや，今後も地球温暖化の影響からさまざまな感染症の猛威にさらされるとの予想がある[9]．よって，今回のコロナ禍で訪問看護師が体験した困難と対処を明らかにすることは，今後の新興・再興感染症のパンデミックに対する備えや感染蔓延時の訪問看護実践の検討に役立てられると考えた．

コロナ禍における訪問看護ステーション管理者の困難を明らかにした研究は2編[6),10)]みられるが，いずれも感染拡大下で行われた調査である．本研究では，WHOからCOVID-19の緊急事態宣言を終了するとの発表後，かつての日常を取り戻しつつある状況下において，コロナ禍の3年3か月間を振り返っての調査とすることで，多くの困難の中でも特に印象に残っていることを明らかにすることができると考えた．本研究の目的は，コロナ禍3年間を振り返り，訪問看護サービス提供にあたっての訪問看護管理者が体験した困難と対処を明らかにすることとした．

Ⅱ．研究方法

1．研究参加者

北関東地方のB中核市内で，看護師常勤換算数が5名以上の訪問看護ステーション（以下，ステーション）に勤務している訪問看護経験年数3年以上の常勤看護師を対象とし，11か所に研究依頼を行った．2か所が多忙との理由で辞退があった．研究参加の同意が得られた9か所のステーション各1名に面接調査を実施し，うち6名が管理者であった．本研究では，6名の管理者のみを分析対象者とした．

2．データ収集方法

研究参加者の基本属性把握のための自記式質問紙調査と半構造化面接調査を2023年9月～10月に行った．質問紙の項目は，年代，看護経験年数，訪問看護経験年数，ケアマネジャー資格等の有無とした．面接の主な質問項目は，①訪問看護の利用が中断あるいは避けられた事例で印象に残っていること，②訪問看護以外のサービスの利用が制限・中断された事例で印象に残っていること，③サービスの制限や中断による利用者への心身の影響について，④病院とは違った感染リスクが高い状況の中，訪問看護提供において苦労や思い，対処の工夫について，自由に語ってもらった．本研究は，④を中心に，コロナ禍の訪問看護においての困難や対処について分析した結果を示した．面接内容は研究参加者の同意を得てICレコーダーで録音した．

3．分析方法

面接データの分析は質的帰納的分析法を用いた．分析手順は以下の通りとした．筆頭著者と責任著者がそれぞれ逐語録を数回精読し，コロナ禍の訪問看護における困難と対処に関する語りを抜き出し，意味内容を損なわないように短文化したものをコードとした．コードは類似性を考慮し抽象度をあげてまとめたものをサブカテゴリ，さらに抽象度をあげてカテゴリを生成した．次にそれぞれの分析結果を用いて，コード，サブカテゴリ，カテゴリ間を繰り返し比較分析し，合意ができるまで修正した．この分析結果を他の共著者が修正を行い，共著者全員で確認した．共著者は在宅看護を専門とし，質的研究経験を有する研究者である．

4．倫理的配慮

本研究は群馬大学人を対象とする医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号HS2023-067）．研究目的，研究方法，倫理的配慮等を文書と口頭で説明し，同意書にサインを得た．

Ⅲ．結　　果

1．研究参加者の概要（表1）

6名の訪問看護管理者の訪問看護経験年数は5－28年であった．対象者が所属するステーションは，公益社団法人をはじめ4法人であった．4か所が居宅介護支援事業所をはじめ併設施設を有していた．

2．コロナ禍で訪問看護管理者が体験した困難と対処（表2）

面接時間は平均39分間であった．66の記述単位から32コード，22サブカテゴリ，8カテゴリが導かれた．以下，カテゴリは【　】，サブカテゴリは［　］とし，カテゴリごとに詳述した．

表1　研究参加者の概要

研究参加者						所属先の訪問看護ステーション概要			
ID	年代（歳代）	臨床看護経験（年）	訪問看護経験（年）	職位	看護師以外の専門資格	設置主体（法人）	併設施設	常勤換算職員数（人）	
								看護師	リハビリ職
A	50	35	28	管理者	なし	公益社団	なし	9.4	1.3
B	50	33	23	管理者	保健師	公益社団	居宅介護支援	9.5	2.7
C	50	27	18	管理者	介護支援専門員	公益財団	病院	6.5	0.4
D	50	29	22	管理者	介護支援専門員	社会医療	居宅介護支援	7	7
E	40	23	11	管理者	なし	営利	なし	7.5	8.3
F	40	17	5	管理者	主任介護支援専門員 認知症ケア専門士	営利	有料老人ホーム，他	13.8	3.6

居宅介護支援＝居宅介護支援事業所

訪問看護師は，家族や職員の協力を得て，利用者や他の職員のために【看護師自身の体調管理の心がけ】を行っていた．【感染に関する知識習得･伝達の努力】では，［感染に関する不安解消のための知識習得の大変さや努力］や［グループ事業所内の他職種を含めた感染対策の努力］，職員に対する感染予防の個別的対応といった［職員の感染への恐怖に対して的確な情報や対応方法の指導への心がけ］が語られた．

【感染拡大防止のための多職種・他事業所連携の苦労】も語られた．［アンテナを高くして利用者が利用している他事業所での感染拡大の情報収集の努力］は，デイサービスなどでクラスターが発生しても，みなが多忙であったため，関係機関への情報通達がなく，自分たちが気を付けて情報収集するしかなかったとのことであった．また，訪問看護師は老人ホームにも訪問しているが，福祉施設での感染対策は医療者との常識とは異なるため［訪問する施設の感染対策に恐怖を感じるが自分たちはきちんとした感染対策を講じる心がけ］があり，医療者ではない介護職との連携での困難や苦労，それに対する訪問看護の対応が明らかにされた．また，［在宅支援で他の組織と同じ方向を向く難しさ］では，病院とは違って1人の利用者に対して多職種多機関が関わるからこその苦労が明らかになった．

【訪問看護継続のための努力】については，職員の欠勤が相次ぐ中，［出勤できる職員でカバーしあって訪問をキャンセルしない努力］をしていたことが示された．また，防護服をごみ袋，フェイスシールドをクリアファイルで代用するなど，［感染対策物品不足を代用品で賄う物品確保の苦労］があげられた．さらに，［事業所が万が一に閉鎖した際の備えの苦労］は，万が一に事業所が閉鎖せざるを得ない状況になったときに，訪問看護の継続をはかるため，すぐに他事業所へ委託できるよう，感染予防や感染発生時の対応をしながら，各利用者の看護サマリーの作成や主治医との連携など体制整備に苦労していたことがあげられた．

【コロナ感染対策を融合した訪問看護方法の考案の苦労】では，感染症状があってもその重大さに気づかない高齢者などが訪問看護の利用者であるため［訪問時真っ先にコロナ感染症状聴取の実施］を行い感染拡大防止に努めていた．また［感染予防のためマスクを外す時間を最小限にしてケアを行う工夫・困難］，［マスク着用でも難聴や認知症者に安心してもらう工夫の悩み］，［コロナ陽性の聾唖者に訪問看護が対応した苦労］が明らかになった．

【コロナ感染に対し不安や恐怖をもつ利用者への対応の苦労】は，［訪問後に職員のコロナ陽性が分かったときの利用者への対応が大変］であったことや，職員から利用者が感染したなどもあり，［職員のコロナ感染により訪問拒否された際の対応の苦労］といった，利用者がCOVID-19感染に対して慎重になっており，それに対して訪問看護が対応に苦労していたことが明らかとなった．また，［訪問リハビリ継続について不安を煽らないような伝え方の葛藤］では，訪問リハビリを受けなくても生命への影響は少ないことからサービスを断る利用者が少なくなかったが，身体機能維持と感染のリスクとを天秤にかけながら説明に苦慮していたとのことであった．

【コロナ禍での負担を考慮した職員・業務管理に関す

表 2　コロナ禍での訪問看護管理者の困難と対処の内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード例
看護師自身の体調管理の心がけ	• 家族の協力を得ながらの自身の健康管理の心がけ	意識の違いはあったが医療職ではない家族の協力も受け，自分の健康管理をして，うつさない，うつらないことを心がけた
感染に関する知識習得・伝達の努力	• 感染に関する不安解消のための知識習得の大変さや努力	未知の感染症なので，何に気を付ければいいのか，どう予防すれば良いかわからず，職員全員の不安解消のため，勉強会やいろいろな機会を得て知識を得るのが大変だった
	• グループ事業所内の他職種を含めた感染対策の努力	感染症の認定看護師を招いた研修会や，医療者でないヘルパーと一緒に感染予防のガウンの脱ぎ方や手袋の外し方の研修会の開催，ケアマネジャーやヘルパーに訪問時に気を付けることを話すことで，グループ事業所内感染が起こらないように努力した
	• 職員の感染への恐怖に対して的確な情報や対応方法の指導への心がけ	訪問に行く利用者が感染しているかもしれないという恐怖を，誰しも最初は感じていて，どう対応していいかわからなかったと思うが，的確な情報を与えることや対応方法を指導することを心がけた
感染拡大防止のための多職種・他事業所連携の苦労	• アンテナを高くして利用者が利用している他事業所での感染拡大の情報収集の努力	デイサービス，デイケア，ヘルパー事業所で感染が広がっているという話を聞くと，利用者がどこの事業所を使用しているか，アンテナを高くして情報収集に努めた
	• 訪問する施設の感染対策に恐怖を感じるが自分たちはきちんとした感染対策を講じる心がけ	コロナが流行りだしたときは正確な情報がみんなわからず，事業所によって対策もまちまちで統一はできないが，他事業所がどうであれ，自分たちは感染対策をきちんとして，患者さんには迷惑をかけないようにしようと心がけた
	• 在宅支援で他の組織と同じ方向を向く難しさ	病院と違って在宅は１人の利用者に対してそれぞれ違う組織の人達が関わっているので，基本的な考え方も違っており，同じ方向を向いていくのが難しい
訪問看護継続のための努力	• 出勤できる職員でカバーしあって訪問をキャンセルしない努力	職員の感染がある中でも出勤できる職員で訪問してできる限り訪問をキャンセルしないよう努めた
	• 感染対策物品不足を代用品で賄う物品確保の苦労	物品が不足し，防護服をごみ袋，フェイスシールドをクリアファイルで代用するなど，物品確保に苦労した
	• 事業所が万が一に閉鎖した際の備えの苦労	事業所の閉鎖に備え，看護サマリーの作成，他事業所に頼む利用者の優先順位の決定，主治医に他事業所への指示書交付のお願い文を配布する準備をした
コロナ感染対策を融合した訪問看護方法の考案の苦労	• 訪問時真っ先にコロナ感染症状聴取の実施	利用者の情報収集を早めにして，発熱や感冒症状がないか伺った際に真っ先に聞くことで，未然に防げる感染は防げるよう意識した
	• 感染予防のためマスクを外す時間を最小限にしてケアを行う工夫・困難	口のリハビリはマスクをしたままだとやりづらさがあり，違和感や息苦しさ，ケアによりマスクを着用できない場合もあるので，職員が気を付けている．
コロナ感染対策を融合した訪問看護方法の考案の苦労	• マスク着用でも難聴や認知症者に安心してもらう工夫の悩み	耳が遠い方や表情でいろいろ判断する認知症の方は，表情が見えないと不安が強くなるので，透明のものを使う，マスクを一瞬はずしてまたつけるという工夫をしたが悩みどころだった
	• コロナ陽性の聾唖者に訪問看護が対応した苦労	聾唖の利用者がコロナ陽性となったが，保健所への健康観察報告の代わりに訪問看護で毎日訪問することになり，事前にFAXで感染対策でのお願いを伝えるなどしたが，相手の頭に残らない中，訪問看護が対応するしかなかったのがつらかった
コロナ感染に対し不安や恐怖をもつ利用者への対応の苦労	• 訪問後に職員のコロナ陽性が分かったときの利用者への対応が大変	訪問後に職員のコロナ感染がわかったときに，利用者にその事実を説明することが大変だった
	• 職員のコロナ感染により訪問拒否された際の対応の苦労	職員から利用者が感染したケースがあり，それを他の利用者に通知すると感染の恐怖から訪問を断られることがあり，苦労した
	• 訪問リハビリ継続について不安を煽らないような伝え方の葛藤	人それぞれ捉え方があるので，利用者に訪問リハビリについて相談をする際，不安を煽ってしまわないか，どう伝えるかを考えた
コロナ禍での負担を考慮した職員・業務管理に関する努力	• 訪問したくない職員や感染・濃厚接触者となった職員の訪問代行やシフト調整する苦労	感染しているかもしれない利用者に訪問したくないという職員がいて，言葉や態度に出てしまうと困るので，代わりに訪問したり，シフトを調整したりする苦労があった
	• コロナ陽性者への訪問で同じ職員に負担が偏らない配慮の心がけ	常勤全員で感染者の訪問を回し，全員の大変さが同じくらいになるようにした
職員の精神的フォローの苦慮	• 訪問が原因で利用者がコロナ発症した際の職員への対応が大変	訪問が原因で利用者が発症した際の職員の精神的負担が大きく，職員全体がナーバスになり，訪問に行きたくないという雰囲気になり，大変だった
	• 情報共有をしながら職員の孤独を防ぎストレス発散にも繋がるコミュニケーションの心がけ	コロナが５類になってからしゃべることに対するハードルが下がってきていることで，情報共有ができ，ストレス発散にもなっているので，職員同士で話ができるのがすごく大きいことがわかったが，コロナ禍でもコミュニケーションを心がけた
	• 職員の動揺やストレスに対する精神的フォローの努力	職員の動揺やストレスを緩和しようと，職員の意識向上や大変な気持ちをたくさん聞くようにして，大変な職員には面談をした

る努力】では，［訪問したくない職員や感染・濃厚接触者となった職員の訪問代行やシフト調整する苦労］や［コロナ陽性者への訪問で同じ職員に負担が偏らない配慮の心がけ］が語られた．訪問看護師がコロナ禍での感染や業務に関連したストレスや困難を感じており，それに対して，管理者は職員のことを考えながらさまざまな対応をしていた．

また，【職員の精神的フォローの苦慮】として，［訪問が原因で利用者がコロナ発症した際の職員への対応が大変］であったことや［情報共有をしながら職員の孤独を防ぎストレス発散にも繋がるコミュニケーションの心がけ］，［職員の動揺やストレスに対する精神的フォローの努力］など職員をケアする苦労が語られた．

Ⅳ．考　　察

本研究では，コロナ禍3年間を通しての訪問看護管理者による持続的・継続的な8つの困難とその対処が明らかとなった．【看護師自身の体調管理の心がけ】では，家族の協力を得て家庭内感染予防も心がけ，他の職員や利用者に迷惑をかけないように努めていた．また未知の感染症であったことから，医療機関ではない小規模な訪問看護ステーションは独自に【感染に関する知識習得・伝達の努力】を行っていたことが明らかとなった．徐々に，日本看護協会[11]や各都道府県看護協会，各種学会等から感染対策に関する情報発信がされたが，今後はこういった対応が感染拡大初期時にいち早く発信されることがのぞましい．

しかし，どんなに感染対策に努めようとも，訪問看護師がCOVID-19陽性者や濃厚接触者となると，管理者は，突然の職員のシフト変更が必要なだけではなく，職員がコロナ陽性の利用者に対する訪問を拒否することがあり，その対応に苦労していたなど【コロナ禍での負担を考慮した職員・業務管理に関する努力】が明らかになった．病院看護師長が直面した困難に関する研究では，「濃厚接触者等に該当し出勤停止となった看護職員の代替え要員を確保できないことや手当を支給できないことから，人員不足時の体制づくりに対して困難と捉えていた」[12]との報告がある．また，ステーションにおいては「感染・濃厚接触者対応での一時的なマンパワー不足，コロナ禍の看護師の就職控えなど人材確保の問題が生じていた」[6]との報告があり，病院・ステーション問わず，管理者は職員の確保と業務管理の苦労が大きかったと考えられる．

訪問看護は小規模であり，経営のためにも【訪問看護継続のための努力】を行い，訪問件数を減らさないようにしていた．原田らは[10]，コロナ禍においてステーションの管理者には「感染不安により必要な治療・サービスを拒否されることへの対応，徹底できない感染予防対策という困難」があったと報告している．本研究においても，［訪問後に職員のコロナ陽性が分かったときの利用者への対応が大変］や［職員のコロナ感染により訪問を拒否された際の対応の苦労］など，利用者がCOVID-19感染に慎重な中で，過度に怖がらせないためにはどう伝えるか，訪問拒否された際にどうするかなど，訪問看護管理者は普段以上に利用者に気を配り，【コロナ感染に対して不安や恐怖をもつ利用者への対応の苦労】を体験していた．また，【訪問看護継続のための努力】として，足りない物品は代用品で補い，そのとき出勤できる職員で手分けをすることで訪問をキャンセルしない，万が一ステーションが閉鎖したとしても他のステーションに問題なく引き継ぎができるような備えをするといった苦労を体験していた．

さらに，看護提供時に看護師自身がいかに感染を回避できるか，予防したうえでどのようにコミュニケーションやケア介入につなげるか【コロナ感染対策を融合した訪問看護方法の考案の苦労】が語られた．訪問看護利用者には，感染対策を講じる事が難しい難聴者，認知症者などもおり，原田らも[10]，高齢者に対して感染防護具を使用することによる，コミュニケーションや情報収集の困難があったと述べている．多次らは[13]，訪問先の環境の制約や対象者の理解・協力の得にくさ，必要基盤の未整備などにより，訪問時の感染予防策の遵守が困難であったとし，相手の生活環境に入る訪問看護では，たとえCOVID-19に感染していてもゾーニングができない，十分な感染対策が取りにくい[14]など，訪問看護提供時は感染リスクが高い状況であったといえる．利用者・家族との関係の維持や職員の感染リスクに対して不安や困難さを抱えながらも，訪問看護ステーションでは，利用者・家族のため訪問看護を提供し続けるための努力をしていたことが推察された．

訪問看護師がコロナ禍ならではの苦労や努力をして働くなかで，［情報共有をしながら職員の孤独を防ぎスト

レス発散にも繋がるコミュニケーションの心がけ］，［職員の動揺やストレスに対する精神的フォローの努力］といった【職員の精神的フォローの苦慮】があったことが明らかとなった．日本訪問看護財団は[15]，48.9%の事業所で，職員から新型コロナウイルスに関連したメンタルヘルスを心配するような訴えがあったと報告している．また「一時期各地で発生した医療従事者等への偏見・差別は訪問看護の場でも生じていた」との報告[6]があり，訪問看護師は感染への不安やさまざまな影響を抱えつつ，心身ともに疲労しながらも訪問看護を提供してきたことが推察され，職員の精神的フォローは必要不可欠であったと考えられる．

利用者には訪問看護以外のサービスも利用している方が多くいる．そのような中で［在宅支援で他の組織と同じ方向を向く難しさ］など【感染拡大防止のための多職種・他事業所連携の苦労】があったことが明らかとなった．在宅ケア領域では病院と異なり，異なる組織との関わりが多い．平常時から多職種間での連携には課題がある[16]とされる中で，コロナ禍でさらに感染に関する知識や方向性の違いなどの課題が顕著に出現し，困難や苦労を体験していたと考える．藤本らは，訪問看護師と保健師の連携について，平時に連携をとる機会が少ないことを明らかとし，平時の連携の少なさがコロナ禍で自宅療養者の支援をした訪問看護師と保健師との連携の困難感に影響した[17]と述べている．多職種連携についてはICTの利活用が推奨されている．ICT活用においては関係者間の交流が活発化したという成功例がある一方で，ソフトやネットワークの違いによる情報共有ができないなどの課題がある[7]．また，2021年の介護報酬改定では，感染症や自然災害が発生した場合であっても，介護サービスが安定的・継続的に提供されるよう，2024年4月から介護事業者におけるBCP（事業継続計画）策定が完全義務化された[18]．策定したBCPを普段からステーション内で周知し，研修を実施するだけでなく，ICTの利活用の改善をはかりながら，今後起こりうる自然災害や感染症に備えた平時からの連携・協働における一層の強化が期待される．訪問看護ステーションが，感染災害発生時に需要が高まるであろう在宅療養支援サービスのかなめとして，訪問看護を継続して提供できるように，地域のステーション間のみならず，地域全体での在宅療養支援の検討が求められる．

Ⅴ．研究の限界と今後の課題

本調査は，COVID-19が感染症5類に移行後に実施し，対象者が心身落ち着いた状況で当時を振り返ってのデータ収集を行った．COVID-19は，未知の感染症であったことから，不安が大きく，また各自治体で取り扱いが異なるなど地域差があり，何が正しいかどうかわからない中で，訪問看護管理者が体験した困難と対処を明らかにした．しかし，地方の1市内での訪問看護管理者の体験であり，一般化するには限界があると考えられる．今後は，本研究結果を地域支援関係者と共有して新たなパンデミックに備えるための検討を行うことが課題である．

Ⅵ．結　　論

コロナ禍3年間で訪問看護管理者が体験した困難と対処は，半構造化面接調査により，8カテゴリが抽出された．訪問看護管理者は，感染症を移さない，かからないように【看護師自身の体調管理の心がけ】とともに，未知の感染症に対する【感染に関する知識習得・伝達の努力】をしていた．また，関係職種は医療職のみならず福祉職であることや施設ごとに感染症対策の考えが異なることから【感染拡大防止のための多職種・他事業所連携の苦労】が語られた．また，医療施設ではない家庭で個別性高いケアを提供するため，家庭の主である療養者・家族の価値観や考えに寄り添いながら【訪問看護継続のための努力】や【コロナ感染対策を融合した訪問看護方法の考案の苦労】，【コロナ感染に対し不安や恐怖をもつ利用者への対応の苦労】が明らかとなった．また利用者や職員がコロナ陽性になった際に，ステーションは小規模であることもあり【コロナ禍での負担を考慮した職員・業務管理に関する努力】が語られた．さらに，訪問看護師は単独で訪問看護を提供するがゆえに，ステーションでのスタッフ間コミュニケーションはストレス発散につながる機会となるが，それができなくなったことからも【職員の精神的フォローの苦慮】があげられた．今後は，非常事態の対応等も含め，職場を超えたステーション同士での助け合い，あるいは地域関係者間での検討が求められる．

本調査にご協力を賜りました訪問看護管理者の皆様に深謝申し上げます.

本研究において開示すべき利益相反はない.

■引用文献

1）NHK首都圏ナビ：新型コロナ第8波 死亡が多くなった要因 専門家の考察や対策は（https://www.nhk.or.jp/shutoken/newsup/20230224c.html, 2023.2.24）.
2）厚生労働省：新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後の対応について（https://www.mhlw.go.jp/stf/corona5rui.html, 2023.6.4）.
3）内閣官房：新型コロナウイルス感染症対策（https://corona.go.jp/news/news_20200421_70.html, 2023.6.4）.
4）国立感染研究所感染症疫学センター：COVID-19の致命率と重症化リスク因子について（https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000662183.pdf, 2023.6.4）.
5）国立長寿医療研究センター，筑波大学：感染予防と身体活動（https://www.ncgg.go.jp/hospital/documents/kansenyobo.pdf, 2023.6.4）.
6）吉川未桜，吉田麻美，平塚淳子，ほか：新型コロナウイルス感染拡大下における訪問看護ステーションの困難と対応. 福岡県立大学看護学研究紀要, **19**：45-55（2022）.
7）厚生労働省：新型コロナウイルス感染症拡大防止に係る取り組みに関する通所介護事業所への調査（https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000689932.pdf, 2023.6.4）.
8）畑吉節未，畑正夫：新型コロナウイルス感染症の拡大が在宅ケアの利用者に与えた影響 終末期と看取りのケアへの影響に焦点を当てて. 日本在宅医療連合会誌, **3**(1)：45-50（2022）.
9）須田昭夫，東京保険医新聞. 2020年4月25日号：新興・再興感染症のリスクが高まった－地球温暖化がもたらす危険－（https://www.hokeni.org/docs/2020051300018/, 2024.7.19）.
10）原田かおる，長畑多代：COVID-19感染症流行期における高齢者への訪問看護で訪問看護ステーション管理者が感じた困難. 日本在宅ケア学会誌, **26**(2)：120-127（2023）.
11）日本看護協会：訪問看護ステーション等で働く看護職向け情報（https://www.nurse.or.jp/nursing/kikikanri/covid_19/homonkango/index.html, 2024.7.1）.
12）倉岡有美子：病院において新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた部署の看護師長が直面した困難－感染流行期第1波から第3波に焦点を当てて－. 日看科会誌, **43**：450-457（2023）
13）多次淳一郎，脇坂浩，春名誠美，ほか：A県の訪問看護ステーションにおける新型コロナウイルス感染症の陽性者・濃厚接触者への訪問時の感染予防策の遵守状況と遵守困難の要因. 東海公衆衛生雑誌, **11**(1)：111-118（2023）.
14）日本訪問看護財団：第4弾新型コロナウイルス感染症に関するアンケート～第3波における訪問看護ステーションの現状と対応～（https://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2021/02/210216COVID-19_chousa4.pdf, 2023.11.28）.
15）日本訪問看護財団：第2弾 新型コロナウイルス感染症に関する緊急Webアンケート調査報告書（https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2020/07/200710COVID-19_chousa2.pdf, 2023.12.13）.
16）蒔田寛子，牧田光代：在宅療養支援に必要な専門職の観察の視点と連携の課題. 保健医療福祉連携, **8**(2)：155-163（2015）.
17）藤本佳子，大村佳代子，安田温子，ほか：新型コロナウイルス感染症の自宅療養者支援における課題と連携の改善策の検討－A県における訪問看護師と保健師の対応の実態調査－. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, **30**：1-13（2023）.
18）厚生労働省：令和3年度介護報酬改定について（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html, 2024.7.21）.

Reflections of Visiting Nurse Managers on Three Years of the COVID-19 Disaster: A Qualitative Inductive Analysis of Difficulties and Coping

Aki Iino*[1], Jun Kashiwase*[2], Mitsuko Ushikubo*[2]

*1 Gunma University Hospital
*2 Gunma University Graduate School of Health Sciences

Abstract

Purpose: This study aimed to explore the difficulties faced by visiting nurse managers and how they coped with home-visit nursing during the three years during the COVID-19 pandemic.

Methods: The study participants were six nurse managers working at a visiting nursing station in City B in the Northern Kanto region. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed qualitatively and inductively.

Results: Eight categories of difficulties of visiting nurse managers were identified: [Attempts to manage their own physical condition], [Efforts to acquire and transmit knowledge about infection], [Difficulties in collaborating with multiple professionals and other service providers to prevent the spread of infection], [Efforts to continue home visit nursing], [Difficulties in devising a visiting nursing method that incorporates COVID-19 infection control measures], [Difficulties in dealing with users who have anxieties or fears regarding the COVID-19 pandemic], [Efforts in staff and operations management considering the burden during the COVID-19 pandemic], and [Struggles to follow up emotionally with staff].

Conclusion: Although visiting nurse managers were anxious about the unknown infectious disease, they made an effort to acquire knowledge, take measures against infection, and provide psychological support to staff during the three-year COVID-19 pandemic. These results suggest the need for mutual assistance between visiting nursing stations and discussions among local stakeholders.

Key words : home visit nursing, COVID-19, coping with difficulties, disaster, qualitative inductive analysis

● 研究報告 ●

経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援

ー NST 専門療法士の資格を有する訪問看護師の実践からー

Nutritional Support to Alleviate Malnutrition in Community-dwelling Older Adults with Oral Intake
– Nursing Practices Performed by Visiting Nurses with the Qualification of Nutrition Support Team Therapists –

内橋　恵

Megumi Uchihashi

要旨：［目的］NST 専門療法士の資格を保持する訪問看護師（以下NST 訪問看護師）の経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援を明らかにする．
［方法］NST 訪問看護師５名に半構造化インタビューを実施し質的記述的に分析した．
［結果］NST 訪問看護師の食支援として【低栄養を念頭においてスクリーニングする】【栄養不足を摂食嚥下機能から探る】【懐事情を踏まえてアミノ酸スコアが良い食材を提案する】【低栄養改善に向けたONS を積極的に取り入れる】【低栄養改善を身体と生活の両面から判断する】【他の職種に低栄養改善に必要なケアを働きかける】という実践を行っていた．
［考察］NST 訪問看護師は，在宅療養高齢者の食支援として高齢者・家族や他の職種にも働きかけ，問題の焦点化および在宅生活の維持・継続を図っていた．その際，NST としての専門性を発揮して，食べることだけでなく，他の職種を巻き込んで食支援の時間を確保するなど食支援全般に取り組んでいることが示唆された．

キーワード：NST 専門療法士，訪問看護師，在宅療養高齢者，低栄養，食支援

日本在宅ケア学会誌，29(1)：105-112(2025)

Ⅰ．緒　　言

超高齢社会を迎えた本邦では，地域包括ケアが推進され，高齢者が可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを最期まで続けることができるように支援することが求められている．一方，高齢者の自立した質の高い日常生活が妨げられる要因の一つに低栄養があり[1]，高齢者の低栄養は生命予後不良や日常生活動作（ADL）や生活の質（QOL）の低下と関係する[2-3]．また，高齢者の在宅療養者の80% に低栄養もしくは低栄養の恐れがあることが報告されており[4]，さらに，在宅サービスを利用している低栄養の療養高齢者は２年間で入院，入所，死亡を発生する率が70% を超えていることが明らかになっている[5]．

訪問看護師は，在宅医療・介護の両面のケアに関わっており，在宅療養高齢者の「その人らしく生きる食支援」の要として，高度なアセスメント，全人的なケア，多職種連携，連続的な評価に取り組んでいたことが報告されている[6]．一方で，訪問看護師は，食支援の課題として，在宅療養高齢者と家族の行動変容が難しいこと，食支援を行うための実践的な知識・技術が乏しいこと，多職種連携・協働が不十分であることの３点を認識していたことが明らかにされている[7]．また，訪問事業所を対象とした，在宅医療における食事，栄養支援の現況に関する調査では，利用者から週２回以上相談を受ける事業所は

受付日：2024年２月24日
受理日：2025年５月28日
Nurture

47% にのぼり，その相談内容を分析した結果，個別性が高い病態の嚥下障害や糖尿病に関する相談が多く，返答を窮していたことが指摘されている[8]．

これらのことから，在宅療養高齢者の食支援としては，専門性を発揮した関わりが求められていると示唆された．本研究では，経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養改善に焦点を絞った食支援を明らかにすることを目的とした．栄養管理に係る専門知識を有した栄養サポートチーム専門療法士（以下，NST）を保持する訪問看護師（以下，NST訪問看護師）を対象として，質的記述的研究を行うこととした．

Ⅱ．研究方法

1．用語の操作的定義

1）低栄養：高齢者の低栄養は，摂取エネルギー不足，またはある種の栄養素の摂取不足により，健康上何らかの支障がある状態である[9]．本研究での低栄養とは，エネルギーの摂取量不足のため，日常生活動作や生活の質の低下を引き起こしている状態とする．

2）食支援：食生活を支える支援とは，人間を生活している総合体として把握し，単に栄養素からのアプローチだけでなく，具体的な食べる行動への支援や生きる楽しみや希望など，食生活領域すべての関わりを通して捉えることである[10]．本研究での食支援とは，看護師が人を生活している総合体として捉え，栄養素を取り込むことと合わせて，具体的な食べる行動や楽しみなど生活に関わることとする．

2．研究参加者

研究参加者は，日本臨床栄養代謝学会の看護師部会のメンバーから，NST訪問看護師を紹介してもらう便宜的標本抽出法[11]を用いて選定した．また，全国のNSTを取得後の訪問看護師としての経験年数が1年以上ある常勤とし，実際に在宅療養高齢者の食支援を実践していることを確認し決定した．なお，管理者業務に専任している訪問看護師は除外した．

3．データ収集方法

研究参加者の臨床看護師経験年数，NSTを取得後の訪問看護師の経験年数など基本属性についてはアンケートを行い，その後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．半構造化面接におけるインタビューガイドの概要は，今まで関わった事例の全体から，経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養にあると気づいた発端や低栄養が改善した具体的な食支援，家族への働きかけ，改善の評価などで構成した． 研究参加者一人2回のインタビューを行い，合計の面接時間は38分から61分で，平均50分であった．なお，調査期間は2023年7～12月であった．

4．データ分析方法

NST訪問看護師5人のインタビューは逐語録としてデータ化し，質的記述的に分析した．具体的には逐語録を熟読して，「NST訪問看護師が実際に行っている，低栄養改善を考えた食支援」に該当する部分を分断せずにそのまま抽出し，研究目的に沿って生データを言い換えて，1コード単位とした．また，コード化した内容は，共通点と相違点を比較し，類似したコードを集め，共通して見出される意味を表現したものをサブカテゴリーとし，さらに類似したサブカテゴリーを集め，共通する意味内容を表現したものをカテゴリーとした．分析結果の真実性は，質的研究に精通している研究者のスーパーバイズを受けながら，研究目的に沿ってデータ・コード・カテゴリー間に齟齬がないかを繰り返し検討した．また，データ分析結果について，研究参加者2名に内容に不明瞭な点や違和感がないか確認を行った．

5．倫理的配慮

本研究は，甲南女子大学研究倫理審査委員会（承認番号：2023027）の承認を得た．研究参加者には文書と口頭で研究の概要，目的，意義，調査方法，倫理的配慮，研究参加の自由意思と拒否権，プライバシーへの配慮，個人情報・データの取り扱い，成果の公表について説明し書面で同意を得た．

Ⅲ．結　　果

1．研究参加者の属性（表1）

NST訪問看護師の5人は，年齢［中央値（最小値，最大値）］は47.0（42, 52）歳, 看護師としての経験年数［中央値（最小値，最大値）］は23.0（21, 30）年であった．また, NST としての経験年数［中央値（最小値, 最大値）］は12.5（2, 18）年であった．さらに，NST取得後の訪問看護師としての経験年数［中央値（最小値，最大値）］2.5（2, 6）年であった．

2．分析結果

NST訪問看護師の経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援（表2）として，【低栄養を念頭においてスクリーニングする】【栄養不足を摂食嚥下機能から探る】【懐事情を踏まえてアミノ酸スコアが良い食材を提案する】【低栄養改善に向けたONS を積極的に取り入れる】【低栄養改善を身体と生活の両面から判断する】【他の職種に低栄養改善に必要なケアを働きかける】の6つのカテゴリーが明らかとなった．以下，各カテゴリーについて結果を示す．なおカテゴリーは【　】，サブカテゴリーは《　》，コードは〈　〉で示し, 研究参加者の語りは「　」を用いて部分引用し, (　) は文脈を明らかにする補足を表すこととする．

1）【低栄養を念頭においてスクリーニングする】

このカテゴリーは5つのサブカテゴリーから構成された．

NST訪問看護師は，〈BMI が20以下だと摂食状況がかなり不良である〉と考え《サマリーから栄養状態を想像する》ことや〈脱水による低栄養か確かめる〉ため,《脱水の評価をする》ことをしていた．また，〈体重評価を行う〉ことや「サルコペニアを考えて，肉眼的な下腿周囲長あとは上腕周囲長…」と《体重・筋肉量減少を確認する》だけでなく，〈様々なツールを使用してADL や嚥下状態，認知の程度から栄養状態を把握する〉ことで《栄養評価ツールで利用者の栄養状態を視覚化する》こともしていた．さらに，〈食事が食べられないのか，作られないのか生活環境もみる〉と《生活要因を確かめる》ようにしていた．

2）【栄養不足を摂食嚥下機能から探る】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成された．

NST訪問看護師は，〈入れ歯の適合や口腔環境を確認する〉ことから《口腔や歯の状況から咀嚼できるか見定める》ことをしていた．また，「(食物の) 送り込みだとか飲み込みとか，水飲みテストが必要な人…」には〈嚥下機能の評価を行う〉ことを実践して，《嚥下機能低下の程度を確認する》ようにしていた．

3）【懐事情を踏まえてアミノ酸スコアが良い食材を提案する】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成された．

NST訪問看護師は，「お金が本当に在宅の栄養って難しいと思っていて…カップ麺一択だったり，朝はスナックパンだったり…」と〈アミノ酸スコアが良く安価な材料と調理方法を伝える〉ことや〈家族に本人へ指導したことを説明し協力をお願いする〉をとおして《金銭面に配慮した栄養の良い食材や献立を提案する》ことを実践していた．また，「ヘルパーが（利用者の）食べるものばかりを提供しているので，具体的に足りない栄養を食材や調理で伝えたり…」と, 直接的な食支援に関わることが多いヘルパーに〈(ヘルパー) 利用者に必要な食材の助言をして買い物するように頼む〉ことで《ヘルパーが具体的な食材を買い物できるように助言する》ことも実践していた．

表1　研究対象者の属性

	年齢	看護師の臨床経験年数	NST 専門療法士の経験年数	NST 専門療法士を保持する訪問看護師としての経験年数
A	52	23	12	6
B	52	30	16	3
C	42	23	2	2
D	47	25	18	3
E	42	21	11	3

表 2　NST 訪問看護師の経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード例・コード数	
低栄養を念頭においてスクリーニングする	サマリーから栄養状態を想像する	BMI が 20 以下だと摂食状況がかなり不良であると考える	3
		サマリーから転倒を繰り返していると（低栄養を）疑う	
	脱水の評価をする	脱水による低栄養か確かめる	4
		全身の皮膚の状態を確認して脱水の影響を確認する	
	体重・筋肉量減少を確認する	体重評価を行う	11
		サルコペニアを考えて，肉眼的に下腿周囲長が細いとか握力の筋肉が薄いとメジャーや握力計で測る	
	栄養評価ツールで利用者の栄養状態を視覚化する	様々なツールを使用して ADL や嚥下状態，認知の程度から栄養状態を把握する	4
		身体計測に加えて SGA を使って栄養評価する	
	生活要因を確かめる	食事が食べられないのか，作られないのか生活環境もみる	5
		買い物など外出できているか冷蔵庫の中も確認する	
栄養不足を摂食嚥下機能から探る	口腔や歯の状況から咀嚼できるか見定める	入れ歯の適合や口腔環境を確認する	5
		口腔内の状態をみる	
		（歯科医）入れ歯の調整を依頼する	
	嚥下機能低下の程度を確認する	嚥下機能の評価を行う	13
		食事摂取時の姿勢を確かめる	
		刻み食やとろみの有無など食形態を詳細に尋ねる	
懐事情を踏まえてアミノ酸スコアが良い食材を提案する	金銭面に配慮した栄養の良い食材や献立を提案する	アミノ酸スコアを考えた利用効率の良いタンパク質を摂るよう伝える	19
		アミノ酸スコアが良く安価な材料と調理方法を伝える	
		家族に本人へ指導したことを説明し協力をお願いする	
	ヘルパーが具体的な食材を買い物できるように助言する	（ヘルパー）連絡ノートに具体的な食材準備を記載する	7
		（ヘルパー）利用者に必要な食材の助言をして買い物するように頼む	
低栄養改善に向けた ONS を積極的に取り入れる	（薬剤処方）ONS を活用する	ONS の継続が，経済面的に厳しいなら食費として説明する	9
		（栄養素の）バランスが良いと摂取するよう説得する	
	（市販）ONS を活用する	不足している栄養素を多く含んでいるか考えてアプローチする	13
		味や形態など嗜好とあったものを勧める	
	提案した ONS の継続を確認する	ONS を継続するため，ゴミ処理が面倒でないか考える	6
		認知機能低下の介護者には ONS の投与スケジュールを作成して確かめる	
低栄養改善を身体と生活の両面から判断する	栄養状態の改善を数値で評価する	食事摂取量を確認する	16
		体重や下腿周囲長，握力を測定する	
	ADL の拡大を見定める	体力がついて買い物にいけるようになってきた	17
		歩行できたり，トイレに行けるようになる	
	食事状態の変化を確かめる	定期的な数値評価ではなく，食べられるようになったことをみる	8
		お酒が飲めるようになる	
他の職種に低栄養改善に必要なケアを働きかける	ケアマネに具体的な低栄養改善のプランを提案する	栄養管理に関するケアプランの検討を要請する	9
		訪問看護時間が 30 分だと栄養介入の時間が足りず 60 分枠を要求する	
	栄養の情報を伝達する	（医師）低栄養障害に対して指示がないと，こちらから情報提供する	17
		（ケアマネ）栄養ケアの情報を共有する	
		（PT）必要エネルギー量を満たしていないのなら，運動は控えた方がいいと相談する	
		（薬剤師）食事を聞いてくる薬剤師は少なく，食べられていないので，内服の相談をこちらから発信する	
		（ヘルパー）ONS の効果を伝え飲ませるようにお願いする	

４）【低栄養改善に向けたONSを積極的に取り入れる】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーから構成された.

NST訪問看護師は,「ご飯食べないんだったら，経口的栄養補助食品（以下，ONS）は，薬というより食費と一緒なので…」と〈ONSの継続が，経済面的に厳しいなら食費として説明する〉と《(薬剤処方）ONSを活用する》ようにしていた．また,「およその（必要）タンパク質は摂れますよ…」と,〈不足している栄養素を多く含んでいるか考えてアプローチする〉ために《(市販）ONSを活用する》ことをしていた．さらに，ONSの導入だけでなく,「缶ゴミか，燃えるゴミか…」と,〈ONSを継続するため，ゴミ処理が面倒でないか考える〉ことや〈認知機能低下の介護者にはONSの投与スケジュールを作成して確かめる〉など《提案したONSの継続を確認する》ことを実践していた.

５）【低栄養改善を身体と生活の両面から判断する】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーから構成された.

NST訪問看護師は,〈食事摂取量を確認する〉や〈体重や下腿周囲長，握力を測定する〉ことから《栄養状態の改善を数値で評価する》ことをしていた．また,「好きなお刺身買いに行けたね」と〈体力がついて買い物にいけるようになってきた〉ことや〈歩行できたり，トイレに行けるようになる〉ことから《ADLの拡大を見定める》ことをしていた．さらに,「食べれなかった人が食べれるように…」と,〈定期的な数値評価ではなく，食べられるようになったことをみる〉や〈お酒が飲めるようになる〉と《食事状態の変化を確かめる》こともしていた.

６）【他の職種に低栄養改善に必要なケアを働きかける】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成された.

NST訪問看護師は,「担当者会議の時とかに，栄養介入の話がでると…」と〈栄養管理に関するケアプランの検討を要請する〉ことだけでなく,〈訪問看護時間が30分だと栄養介入の時間が足りず60分枠を要求する〉と《ケアマネに具体的な低栄養改善のプランを提案する》ことをしていた．さらに,〈(医師）低栄養障害に対して指示がないと,こちらから情報提供する〉ことに加えて,〈(PT）必要エネルギー量を満たしていないのなら，運動は控えた方がいいと相談する〉ことや〈(薬剤師）食事を聞いてくる薬剤師は少なく,食べられていないので,内服の相談をこちらから発信する〉こと,〈(ヘルパー）ONSの効果を伝え飲ませるようにお願いする〉など《栄養の情報を伝達する》ようにしていた.

Ⅳ．考　　察

本研究でNST訪問看護師の経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援として6つのカテゴリーが明らかとなった．これらのNST訪問看護師の食支援への看護実践の観点から，在宅療養高齢者と他の職種に対する2つの看護実践が行われていると考えられた.

１．在宅療養高齢者の低栄養に対する看護実践

１）在宅療養高齢者の問題の焦点化

NST訪問看護師は，サマリーから栄養状態を想像しつつ，水分が不足すると身体の不調を引き起こすため,脱水の影響も含めて【低栄養を念頭においてスクリーニングする】した後，様々なスクリーニングツールを活用して利用者の栄養状態を評価していた．これは，高齢者が併存疾患，脱水，浮腫などの複数の栄養評価指数に影響する要因を有する場合が多く，栄養障害が見逃されやすいため，複数の栄養指標を用いて評価することが推奨されている[12]からである．また，高齢者の低栄養の在宅栄養サポートには，身体面・精神面・社会面などに留意する必要がある[13]．しかし，食が維持できず低栄養に陥ることも多くあり，栄養管理は継続できなければ意味がない[14]ため，NST訪問看護師は，食事を誰が作るかだけでなく口腔や咀嚼なども見定めて【栄養不足を摂食嚥下機能から探る】ことを実践していたと考えられる.

２）在宅生活の維持・継続

NST訪問看護師は，在宅療養高齢者にアミノ酸スコアが高い食品を伝えたり，具体的な食事内容を提案したりして【懐事情を踏まえてアミノ酸スコアが良い食材を提案する】ことをしていた．また，家族やヘルパーにも同様の働きかけを行い,間接的な食支援を実践していた.訪問看護の特徴からケア提供の中心は家族であることが多く，家族への支援を行う必要があること，直接食事介助を行う機会が多いサービス提供者はヘルパーである[5]

とが明らかにされている．今回の結果においてもNST訪問看護師は，ヘルパーに具体的な栄養価の高い食材を買い物するように依頼していたことが示された．

さらに，NST訪問看護師は，【低栄養改善に向けたONSを積極的に取り入れる】ため，在宅療養高齢者の身体状態だけでなく経済面と生活状況も鑑みて，薬価や市販のONSを活用していた．NST訪問看護師が，「（ONSを）食事と一緒なので…」と購入を強く勧める根拠として，高齢者の食事摂取量が少ない場合の対処法としてONSの利用が推奨されている[15]ことが挙げられる．また，低栄養の在宅療養高齢者は，入院，入所などを発生する率が高い[5]ことが示されているため，在宅生活が継続できないかもしれないと危機意識をもっていることも考えられる．加えて，NST訪問看護師は，身体評価にとどまらず，「お酒を飲めるようになったんですね…」と食事状態の変化も評価して【低栄養改善を身体と生活の両面から判断する】ことを実践していた．このことは在宅療養高齢者の生活を観察できる訪問看護特有の判断であると考えられる．低栄養の在宅療養高齢者は，SF-8のQOLの低下が示されている[3]ため，低栄養の改善ばかりに目を向けることなく，在宅生活のQOLを保ちながら維持・継続を図っていることが示唆された．

2．在宅の食支援におけるNST訪問看護師の専門性の発揮

在宅NSTの活動は，栄養評価をはじめ，適切な栄養管理チェック，在宅療養高齢者・家族への栄養管理指導などを多職種協働で行うことであり，そのうち看護師の役割として，心身の状態把握，生活支援，他の職種との橋渡し役などが求められている[16]．NST専門看護師は，「訪問看護時間が30分だと栄養介入の時間が足りなくて，60分枠を要求する」と，ケアマネに働きかけ，低栄養改善の食支援の時間確保をするなどの専門的な観点からの支援を行っていた．また，他の職種の栄養への関心を得るため，栄養の情報提供を積極的に発信して【他の職種に低栄養改善に必要なケアを働きかける】ことをしていた．同時に「ケアマネをハブとしないといけないので，もどかしさを感じる」「（多職種が）同じ時間で集まることが難しい」ことを感じながらも，NST訪問看護師の専門的知識を活用しながら，食支援全般に取り組んでいることが示唆された．

Ⅴ．結　論

本研究の結果から，在宅におけるNST訪問看護師は，経口摂取している在宅療養高齢者の低栄養を改善する食支援として，まず【低栄養を念頭においてスクリーニングする】ことから，詳細な【栄養不足を摂食嚥下機能から探る】実践をしていた．また，【懐事情を踏まえてアミノ酸スコアが良い食材を提案する】と並行して【低栄養改善に向けたONSを積極的に取り入れる】ことを提案していた．さらに，長期的には【低栄養改善を身体と生活の両面から判断する】ようにしていた．加えて，栄養の知識が少ない【他の職種に低栄養改善に必要なケアを働きかける】ように関わっていた．

以上より，本研究は，NST訪問看護師の低栄養改善の食支援の看護実践に焦点を当て分析した．NST訪問看護師は，低栄養改善の訪問時間の確保を行い，多職種で話し合うことが難しいため，専門的知識を活かしつつ，他の職種にも働きかけながら食支援全般に取り組んでいた．

Ⅵ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，NST訪問看護師5名の単職種のみに焦点をあてたため，一般化は難しい．今後，他職種のNSTが，どのような食支援を実践しているか分析し，在宅における役割を研究することが課題である．

本研究にあたり，ご協力を受け賜りました研究参加者の皆様，ご指導を賜りました甲南女子大学看護リハビリテーション学部松岡千代教授に心より深謝申し上げます．

なお，本研究は2023年ななーる訪問看護研究助成金プロジェクトによる研究で，第29回日本在宅ケア学会学術集会にて発表を行ったものに加筆修正を加えたものである．

■引用文献

1）吉村芳弘，西岡心大，宮島功，ほか：低栄養対策パーフェクトガイドー病態から問い直す最新の栄養管理．2-4，医歯薬出版，東京(2019)．

2）榎裕美，杉山みち子，井澤幸子，ほか：在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析　the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort（KAIDC）Studyより．日本老年医学会雑誌，**51**(6)：547-553（2018）．

3）森崎直子，牛尾禮子：在宅要介護高齢者の栄養状態と健康関連QOLとの関連性．日本看護福祉学会誌，**21**(2)：125-134（2015）．
4）国立長寿医療研究センター：平成25年度老人保健健康増進等事業在宅療養患者の栄養状態改善方法に関する調査研究報告書（https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/rojinhokoku4_25.pdf, 2025.4.8）．
5）古明地夕佳，杉山みち子，榎裕美，ほか：在宅サービス利用高齢者における低栄養状態と2年間の予後．日本健康・栄養システム学会誌，**16**(2)：28-35（2017）．
6）大野かおり，坂下玲子，小枝美由紀，ほか：在宅での生活支援の中で行われる食支援の実際－食支援を積極的に展開している訪問看護師の取り組み－．UH CNAS, RINCPC Bulletin, **24**：27-41（2017）．
7）深山華織，三輪恭子，時岡菜穂子，ほか：在宅栄養専門管理栄養士による訪問看護師への食支援に関する学習会の成果．大阪府立大学看護学雑誌，**28**(1)：23-32（2022）．
8）東本恭幸，長谷川卓志，平尾由美子，ほか：在宅医療における食事・栄養支援の現況と課題：訪問看護事業所への質問紙調査から．日本在宅医療連合学会誌，**1**(1)：22-30（2019）．
9）高田由美：看護栄養学ライフサイクルと栄養．第4版(尾岸恵三子，正木治恵編)，42-44，医歯薬出版，東京(2018)．
10）尾岸恵三子：看護栄養学食べる行動から始まる栄養．第4版(尾岸恵三子，正木治恵編)，47-70，医歯薬出版，東京(2018)．
11）Polit DF, Beck CT.：看護研究　原理と方法．第2版(近藤潤子監訳)，314-315，医学書院，東京(2010)．
12）日本静脈経腸栄養学会：静脈経腸栄養．第3版，6-8，照林社，東京(2013)．
13）佐々木淳：在宅における低栄養対策．臨床栄養　低栄養対策パーフェクトガイド，**130**(6)：816-821（2017）．
14）茨木あづさ：訪問看護ステーションにおける在宅NST．日本静脈経腸栄養学会雑誌，**34**(4)：255-260（2019）．
15）サルコペニア診療実践ガイド作成委員会：サルコペニア診療実践ガイド．第1版，51，ライフサイエンス出版，東京(2019)．
16）松尾晴代：JSPEN栄養療法ポケットブック看護師の役割．第1版，105，南江堂，東京(2023)．

Nutritional Support to Alleviate Malnutrition in Community-dwelling Older Adults with Oral Intake

– Nursing Practices Performed by Visiting Nurses with the Qualification of Nutrition Support Team Therapists –

Megumi Uchihashi

Nurture

Abstract

Objective: This study aimed to identify the necessary nutritional support for community-dwelling older adults with oral intake provided by visiting nurses with the qualifications of nutrition support team therapists working in home-visit healthcare agencies (NST visiting nurses) to alleviate malnutrition in this population.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with five NST visiting nurses, and the data were analyzed qualitatively and descriptively .

Results: The nutritional support provided by NST visiting nurses included “screening for malnutrition,” “investigating nutritional deficiencies from the perspective of eating and swallowing,” “suggesting cost-conscious ingredients with high amino acid scores,” “actively incorporating oral nutritional supplements to alleviate malnutrition,” “assessing malnutrition alleviation by considering both physical conditions and activities of daily living ,” and “encouraging other professionals to provide the care necessary for alleviating malnutrition.”

Discussion: In providing nutritional support, NST visiting nurses worked with community-dwelling older adults, their families, and other professionals to identify problems and continue home living. These findings suggest that visiting NST nurses utilize their expertise and involve other professionals to ensure sufficient time for nutritional support to address all aspects of nutritional problems, including eating-related issues.

Key words : nutrition support team therapists, visiting nurses, community-dwelling older adults, malnutrition, nutritional support

● 研究報告 ●

中国語が対応可能なデイサービスを利用しながら在宅で生活する中国帰国者の晩年期の思い：質的研究

Late-life Thoughts of Chinese Returnees Living at Home While Using Chinese-enabled Day Services: A Qualitative Study

晏　　祺君[*1]，田村　直子[*2]，牛久保美津子[*3]

Qijun Yan, Naoko Tamura, Mitsuko Ushikubo

要旨：中国語の対応可能なデイサービス（中国語デイ）を利用しながら在宅生活を送る中国帰国者の現在と今後の在宅生活の思いを明らかにすることを目的に，中国帰国者11名を対象にして半構造化面接調査を実施した．対象者の年齢は78歳～96歳，男性4名，女性7名，平均在日年数は約27年であった．現在の生活を送る思いは，【中国語デイに満足している】，【医療給付などには満足する一方で，経済的な苦労がある】【中国に感謝しながら過ごしている】【言葉の障害により家庭や社会生活から孤立している】など7カテゴリが抽出された．今後の生活の思いは，【中国語が対応可能な老人ホームに入りたい】，【このまま在宅で暮らし続けたい】，【死ぬ前に一度でも中国に帰りたい】，【世界平和を願いたい】の4カテゴリが抽出された．安心感を高める介護支援の充実や満たされない思いへの対応など，多側面の生活支援が必要である．

キーワード：中国帰国者，在宅生活，晩年期，中国語が対応可能なデイサービス，質的研究

日本在宅ケア学会誌，29(1)：113-122(2025)

Ⅰ．緒　　言

日中国交正常化（1972年）から約50年，戦後約80年が経過し，中国帰国者（中国残留邦人と配偶者）はみな後期高齢者となった．中国帰国者は，長年にわたり中国文化や風習の中で生きてきたため，日本での生活は，異文化社会への移住である[1)]．また，中高年になってからの帰国であったため，言葉の問題により就労が困難であった[1)]．戦後の混乱期だけでなく日本での生活困窮，日本語がわからないことでの軽侮やいじめ，さらには差別や偏見による地域社会への適応困難など，多くの中国帰国者が筆舌に尽くしがたい苦境の中で半生を過ごしてきたと言われている[1-2)]．

「中国残留邦人等実態調査結果報告書（2015年）」[3)]によると，中国残留邦人の平均年齢は76歳，配偶者は73歳であり，中国残留邦人の25.8％と配偶者の14.4％は要介護認定を受けていた．健康状況については，中国残留邦人の67.5％と配偶者の58.3％は「あまり健康ではない」もしくは「健康ではない」との結果であった．この調査から約10年が経過していることから，中国帰国者の平均年齢は80歳以上であり，健康状態や要介護状況はますます悪化していると推測され，介護支援の検討は重要な課題である．

中国帰国者は，歴史に翻弄された戦争被害者であり，介護問題をかかえる人生の晩年期こそ，安心して過ごせるための支援を検討することは重要極まりないことである．しかしながら，介護に着目した論文は5件と少なく，この5件が介護における言葉の問題を指摘していたとの

受付日：2025年2月28日
受理日：2025年6月6日
＊1　群馬大学大学院保健学研究科博士後期課程
＊2　高崎健康福祉大学保健医療学部
＊3　群馬大学大学院保健学研究科

報告がある[3]．

さらに，前述した厚生労働省が実施した全国規模の調査では，回答者3,654人のうち52.7％が要介護認定を受けていない人たちの報告であり，調査方法は質問票による選択式での回答であった[4]．在宅介護支援の検討を行うためには，現在，要介護状態にありながらも，日常の生活を在宅で送っている当事者である中国帰国者の生の声として，現在の生活に対する思いや今後の生活についての希望を知ることが重要である．

言葉の問題を解消するために中国語の対応が可能な介護事業所が全国に約500か所設置されている[5]．このサービスを利用している中国帰国者から，言葉の問題や生活習慣の違いを超えた晩年期の生活に関する思いを把握できると考えた．介護保険サービスには通所系，訪問系，入所系とさまざまあるが，中国語が対応可能な介護事業所で最も多い事業所は，通所系のデイサービスであった[5]．よって，本研究は，中国語の対応が可能な事業所のうち，デイサービス（以下，中国語デイ）を利用して在宅での生活を継続している中国帰国者に焦点をあて，晩年期の思いとして，現在とこれからの生活についての思いを明らかにすることを目的とした．

Ⅱ．用語の説明

中国帰国者：1936年から日本の農業政策で中国に移住したが，戦争により肉親と死別・生き別れにより，中国人の妻や養子になるなどして中国に残留し，1972年の日中国交正常化後に永住帰国した「中国残留邦人」（「中国残留孤児」や「中国残留婦人」）とその家族を指す[6]．

晩年期：人生後半の亡くなるまでの期間のことで，現在とこれからのことを指す．

Ⅲ．研究方法

1．研究対象者

対象者の確保には便宜的サンプリング法を用いた．具体的には，新聞やWebページで中国帰国者の支援が紹介されている事業所のうち，関東地方に所在する中国語デイ3か所に研究協力を依頼し同意を得た．研究対象者は，これらの事業所を利用し，かつ3つの選定条件①認知機能に問題がない，②難聴や発語などコミュニケーションに問題がない，③自分の思いを語ることができる，を満たす中国帰国者とした．

表1　インタビュー項目

1．現在の生活についての思い
- 現在の生活はいかがですか．
- 何か楽しいことがありますか．趣味や関心事は何かありますか．
- 何か困ったことがありますか．
- いま，一番何がしたいですか．
- 知り合いや頼れる人はいますか．連絡を取り合っていますか．
- 何か満足していることや不満なことはありますか．

2．今後の生活についての思い
- 今後はどこで過ごしたいと思っていますか．
- どのような老後生活でありたいと思われますか．
- 今後の生活に希望や心配なこと，要望などはありますか．

2．調査方法

2023年7～9月に，半構造化個別面接調査法により，対象者の現在，および今後の生活の思いについてデータ収集した．インタビュー項目は表1に記した．対象者の基礎情報（年代，性別，帰国後の年数，配偶者の有無，家族形態，デイの利用期間と利用頻度，要介護度と心理状況など）は構造化面接法で把握した．心理状況は，高齢者用うつ尺度（GDS15）を用いて把握した．GDS15は，信頼性妥当性が検証されており[7]，日本語版と中国版があることから採用した．5点以上でうつ傾向，10点以上がうつ状態と評価する．GDS15の点数により，うつ状態の程度を把握し回答への影響も確認した．

3．分析方法

半構造化面接で得られたデータは帰納的内容分析法[8]を参考にした．施設管理者から録音許可が得られなかったため，面接内容は対象者の許可を得てノートに書き留め，面接終了後24時間以内に中国語版逐語録を作成した．中国語版逐語録は筆頭著者（日本語能力試験N2）が日本語に翻訳し，翻訳校閲を受けて日本語版逐語録を作成した．分析手順は，日本語版逐語録を精読し，現在と今後における在宅生活の思いに関連した内容を抜き出し，意味が損なわれないように一文一意味に凝縮したものをコードとした．コードは類似性にあわせて，カテゴ

リを抽出した．分析の全過程において共著者間で繰り返し検討し，分析の真実性の確保に努めた．対象者の概要は記述統計を用いた．

4．倫理的配慮

各対象者に中国語版の説明文書を用いて口頭で，研究の目的，方法，匿名性の確保，参加の自由や途中辞退の自由を含む倫理的配慮を説明し，同意書に署名を得た．個人情報は符号化し，対応表を用いて管理を行った．○○大学の研究倫理審査会の承認を得て実施した（承認番号：HS2022-269）．

Ⅳ．結　　果

1．対象者の概要（表2）

研究参加者は11名で，中国残留邦人6名，配偶者5名（全員が中国出身者）であった．インタビューは平均39分間であった．平均年齢は85歳（範囲：78歳～96歳），平均在日年数は約27年であった．日本で就労した対象者はいなかった．GDS15得点によるうつ評価では「うつ状態」が2名いたが，話をする様子に問題はなかったため分析対象に含めた．

2．要介護状態にある中国帰国者の現在の生活についての思い（表3）

質的分析の結果，62のコードから7カテゴリが抽出された．以下，カテゴリは【　】，コードは斜字を“　”，（　）は研究参加者のIDを示して説明する．

【中国語デイに満足している】は，“*中国語デイで中国の芝居を見たり，みんなと一緒に麻雀やトランプをしたり毎日楽しく過ごせている（A, E, F, G, J, K)*”や“*中国語デイの職員はとてもやさしいし，みんな中国語を話せるのでとても満足している（A, J)*”などが語られ，中国語デイに安心と満足を感じていた．さらに“*私は畑を耕すのが好きで，家の近くの空き地で野菜栽培をするなどして過ごしている（D)*”などのコードから【楽しく安心して過ごしている】思いの表出があった．【中国に感謝しながら過ごしている】は，“*中国人が育ててくれなければ日本に帰れなかったので中国に感謝している（H)*”が語られ，自身のルーツを前向きにとらえ感謝しながら生活していた．

【医療給付などには満足する一方で，経済的な苦労がある】は，“*交通や医療に関しては自腹を切らなくていいので，現在の生活に満足している（B)*”などが語られ，経済的支援に安心と満足を感じていた．その一方で，“*政府から支給される生活費（年金）が多くなく，基本的な生活を維持するにも苦労している（C)*”，“*中国の親戚に会いたい（中国へ旅行）と思うなら，さらにお金を節約しないとならない(C)*”など経済的苦労が表出された．

また，【楽しいことややりたいことは特にない】があげられた．このカテゴリは，“*楽しいこともやりたいことも特にない（B, D, F, H, J)*”，また“*自分は適応力が*

表2　対象者の概要

ID	年齢	性別	中国帰国者	帰国後の年数	配偶者の有無	家族形態	要介護度	デイの利用期間	デイの利用頻度	GDS15得点	うつ評価
A	80代	男	配偶者	20年	あり	夫婦のみ	要支援1	1年未満	週1回	1	なし
B	80代	女	残留邦人	27年	あり	夫婦のみ	要支援1	半年未満	週1回	4	なし
C	70代	女	残留邦人	20年	あり	夫婦のみ	要支援1	半年未満	週1回	9	うつ傾向
D	80代	男	配偶者	27年	あり	夫婦のみ	要支援2	半年未満	週1回	5	うつ傾向
E	90代	男	配偶者	30年	なし	子供同居	要介護3	1年未満	週3回	1	なし
F	80代	女	残留邦人	31年	なし	単独	要介護4	4年8か月	週4回	12	うつ状態
G	80代	男	配偶者	31年	あり	夫婦と子供	要介護1	1年6か月	週4回	1	なし
H	80代	女	残留邦人	16年	なし	単独	要介護5	5年8か月	週5回	10	うつ状態
I	80代	女	配偶者	37年	なし	単独	要介護4	半年未満	週5回	2	なし
J	80代	女	残留邦人	29年	なし	単独	要介護1	半年未満	週5回	7	うつ傾向
K	90代	女	残留邦人	31年	あり	単独	要介護4	半年未満	週7回	5	うつ傾向

デイ：中国語対応可能なデイサービス　　GDS15：老年期うつ病評価尺度

高く，環境を整えることに自信があり，満足なことや不満足なことは特になく過ごしている（E）”，などのコードから構成され，楽しみや生きがいがない状態で生活していることが表出された．

さらにネガティブな思いとして2カテゴリが抽出された．【日本育ちの高齢者と同様の老いに伴う不便や不安を感じている】は“*昔は中国帰国者支援・交流センターではほかの帰国者に広場ダンスを教えていたが，今は体調が悪くて踊れない（C）*”などのコードから抽出された．加えて【言葉の障害により家庭や社会生活から孤立している】は“*私は60代で帰国し，それから日本語を習い始めたので勉強してもすぐ忘れてしまうし，日本人と接す*

表3　要介護状態にある中国帰国者の現在の生活に対する思い

カテゴリ	コードの抜粋
中国語デイに満足している	• 中国語デイで中国の芝居を見たり，みんなと一緒に麻雀やトランプをしたり毎日楽しく過ごせている • 中国語デイの職員はとてもやさしいし，みんな中国語を話せるのでとても満足している • この施設ではいつも中華を出してくれるのでよく食べているし，服も自分で洗わなくてもいいし，寝るのも楽で，生活に満足している
楽しく安心して過ごしている	• 私は前向きな性格なので悩み事もあまりなく，毎日楽しく過ごしている • 私は畑を耕すのが好きで，家の近くの空き地で野菜栽培をするなどして過ごしている • 今は車椅子生活で，自分で車椅子も動かせないが，歌を歌うのが好きで，中国語の歌を聞いたり歌ったりしている • 中国の最新の現状を把握することに興味関心があり，中国のニュースを見ることが張り合いになっている • 妻は日本語ができ私の面倒をみてくれ，動けなくなっても，そばには面倒をみてくれる家族がいるので安心している
中国に感謝しながら過ごしている	• 中国人が育ててくれなければ日本に帰れなかったので中国に感謝している
医療給付などには満足する一方で，経済的な苦労がある	• 交通や医療に関しては自腹を切らなくていいので，現在の生活に満足している • 私は帰国者の配偶者であるが，日本政府のおかげで受診にはお金がかかることもなく今の生活に満足している • 政府から支給される生活費（年金）が多くなく，基本的な生活を維持するにも苦労している • 中国の親戚に会いたい（中国へ旅行）と思うなら，さらにお金を節約しないとならない • 子どもから金銭的援助を受けて生活を維持している
楽しいことややりたいことは特にない	• 自分は適応力が高く，環境を整えることに自信があり，満足なことや不満足なことは特になく過ごしている • こんな年まで生きてきたので心は穏やかで怒ることはなく，だからといって特に楽しいこともない • 歳を重ねるにつれて，興味や関心をひかれるものが減り，熱中できることも少なくなってきた
日本育ちの高齢者と同様の老いに伴う不便や不安を感じている	• 昔は中国帰国者支援・交流センターではほかの帰国者に広場ダンスを教えていたが，今は体調が悪くて踊れない • 大きな悩みはないが，足がよくないので病院に行くのが不便だし，外出することが億劫に感じる • 中国帰国者支援・交流センターの日本語教室やカラオケ，健康教室に参加していたが，自分はもう年だから，出かけるのが不便で参加しなくなった • 夫が亡くなりそばにいてくれる人がいなくて，とても不安に感じる
言葉の障害により家庭や社会生活から孤立している	• 私は60代で帰国し，それから日本語を習い始めたので勉強してもすぐ忘れてしまうし，日本人と接する勇気がなく，言葉が通じないことでもめ事を起こすことを恐れるなど，日本社会に溶け込みにくいので困っている • 中国にいたときは，将棋をする友達は多かったが，日本では誰も相手がいない • 近所は全部日本人なので，まったく交流できない • 孫たちは日本で育ったので，中国語は話さなく，彼らとのコミュニケーションさえも難しいと感じている

中国語デイ：中国語対応可能なデイサービス

る勇気がなく，言葉が通じないことでもめ事を起こすことを恐れるなど，日本社会に溶け込みにくいので困っている（A)”などが語られ，地域での日常生活に欠かせないコミュニケーションの苦労を感じていた．

3．要介護状態にある中国帰国者の今後の生活についての思い（表4）

質的分析の結果，32コードから4カテゴリが抽出された．

【中国語が対応可能な老人ホームに入りたい】は，“*もし自分と夫の体調が悪くなったらお互いの面倒を見ることはできないし，子供ももそばにいないので，家での生活が困難になったら老人ホームに行く心づもりでいる（C, D)*”や“*言葉の壁を感じずに老人ホームで暮らすことができたらと思っているので，厚労省に中国人のスタッフがたくさんいて，夜間のシフトも中国人の職員が対応できる中国人や中国帰国者向けの老人ホームを開設してほしい（A)*”などのコードから全職員が中国語の対応可能な入所施設建設の希望が語られた．

【このまま在宅で暮らし続けたい】は，“*今と同じで，昼間は中国語デイに来て，夜は月8から10回ぐらい施設で寝泊りして，他の時間帯は自分の家にいるのがいいような気がする（G)*”や，“*今のままで家族と一緒に住むことができれば十分うれしい（F)*”という家族と一緒に暮らす今の生活を続けたい思いが語られた．その生活を続けるために“*今は病気で弱っているので，常に面倒を見てくれる人がいないと困るが，子供に迷惑をかけるのではないかと心配している（C)*”といった介護問題の懸念，さらに“家族と自分の体が健康で，生計に対する心配がない生活が理想と思う”といった健康かつ，お金

表4　要介護状態にある中国帰国者の今後の生活についての思い

カテゴリ	コードの抜粋
中国語が対応可能な老人ホームに入りたい	• もし自分と夫の体調が悪くなったらお互いの面倒をみることはできないし，子どももそばにいないので，家での生活が困難になったら老人ホームに行く心づもりでいる • 今は妻と一緒に暮らしているが，これから足が不便になり寝たきりになったら，一緒に老人ホームに行きたいと思っている • 夫に先立たれて，子どもも独立して生活しているので，一人で家に住むのが寂しすぎて耐えきれないし，生活上も不便だから，中国語の対応ができる老人ホームで過ごしたい • 言葉の壁を感じずに老人ホームで暮らすことができたらと思っているので，厚労省に中国人のスタッフがたくさんいて，夜間のシフトも中国人の職員が対応できる中国人や中国帰国者向けの老人ホームを開設してほしい • 人との交流が便利で孤独を感じないことを願っているので，市内や県内で職員全員が中国人の老人ホームを建ててほしいし，そうすれば何年か長く生きられると思う
このまま在宅で暮らし続けたい	• 今と同じで，昼間は中国語デイに来て，夜は月8から10回ぐらい施設で寝泊りして，他の時間帯は自分の家にいるのがいいような気がする • 今のままで家族と一緒に住むことができれば十分うれしい • 妻と子どもと一緒にいて，ずっと家で暮らし続けたい • 今は病気で弱っているので，常に面倒を見てくれる人がいないと困るが，子供に迷惑をかけるのではないかと心配している • 子供がそばにいなくても，面倒を見てくれる人はいるので，そんなに心配も不安もない • 家族と自分の体が健康で，生計に対する心配がない生活が理想と思う • 食べられるし，飲めるし，生活費があるし，働かなくてもいいのでこれ以上は何も望まない • 家族と一緒にいて，お金を心配しなくてもいい生活は私が望む老年生活である
死ぬ前に一度でも中国に帰りたい	• 義母はもう亡くなったが，私の兄弟（養母の子ども）はまだ中国におり，私はもう年をとっているので死ぬ前に中国に行って，彼らと会いたいし，会えればうれしい • 中国で定年退職してから日本にきたので中国にはまだ年金があり，（日本では受け取れないので）中国に戻って年金を受け取りたい
世界平和を願いたい	• 自分自身の願い事や心配事は特にないが，日本政府が平和憲法を守って戦争を二度と起こさないようと願っている

中国語デイ：中国語対応可能なデイサービス

の心配がない生活への望みが語られ，中国語デイを利用しながら家族に迷惑をかけずに在宅生活を継続したい思いが語られた．

【死ぬ前に一度でも中国に帰りたい】は，“*義母はもう亡くなったが，私の兄弟（養母の子ども）はまだ中国におり，私はもう年をとっているので死ぬ前に中国に行って，彼らと会いたいし，会えればうれしい（C, D)*”などが語られ，人生のうちの長年を過ごした中国に思いを寄せ，中国に戻り親族を訪問する願望を表された．さらに，【世界平和を願いたい】は，“*自分自身の願い事や心配事は特にないが，日本政府が平和憲法を守って戦争を二度と起こさないようにと願っている (E)*”と語り，戦争による苦難を経験した中国帰国者は，世界が平和で安定した生活への願いが表出された．

Ⅴ．考　　察

1．要介護状態にある中国帰国者の現在の生活に対する思い

中国帰国者から，3つの肯定的な思いが抽出された．【中国語デイに満足している】は，中国語デイでは，同文化・同言語の接触ができるため，心の安寧をもたらしていた．中国語デイのスタッフ，楽しくて安心できるサービス，そして仲間の存在が満足感につながっていると考えられた．さらに【楽しく安心して過ごしている】など，日々の生活に張りをもって過ごしている姿も明らかとなった．生活の楽しさ・面白さが最も今の生活全体への満足に寄与すると言われている[9]．高齢となり介護が必要になったとしても，個々の趣味を継続できることが，人生の潤いとなり満足感が得られていた．また，家族との生活が安心感につながっていることが示された．ソーシャルキャピタル（人と人との関係性そのものを資本とする考え方）に基づき，中国からの日本人帰国者の高齢者の生活支援ニーズについて検討した研究[10]では，中国帰国者は年齢が上がるにつれて，家族や親族との結びつきのソーシャルキャピタルが強化されると報告している．このことからも家族の存在が中国帰国者に安心感をもたらすと考えられた．

加えて【中国に感謝しながら過ごしている】という自身の生い立ちを前向きにとらえ感謝している姿があった．中国養父母のおかげで生きられていること自体が満足につながっていた．一般的に後期高齢者は，苦しかった過去があっても，長く生きられたことに感謝し，それ以上は望まず，自己超越の域に達すると言われている[11]．中国帰国者は，1945年8月のソ連軍の対日参戦により，戦闘に巻き込まれ，ソ連兵から逃れる際に，多くの人が銃殺や飢餓，疾病等により犠牲となる中，肉親と離れ離れや死別により孤児となり中国人の養父母に育てられた人たちである[12]．こういった苦しい時代を生き，死を身近に感じた過去がある中国帰国者だからこそ，生きているありがたさを実感し，生きている価値を見出していたと考えられる．

経済面では満足と不満足な思い【医療給付などには満足する一方，経済的な苦労がある】が語られた．中国帰国者が医療機関を受診した際の必要診療費などは医療給付が適用され，介護保険サービスを受けるのに必要な費用は介護給付が適用される[13]．その世帯の必要に応じた生活支援，住宅支援，医療支援，介護支援など最低限の安心した生活を送るための制度が整備されている日本の現状は満足につながる要因であったと考える．

しかし，中国帰国者は，現在の生活に経済的な余裕のなさを感じ，それが老後の在宅生活の不安につながっている現状が明らかとなった．日本に永住帰国した中国残留邦人の6割以上は生活保護での暮らしであり，生活保護制度は「制約が多い」という声もある[14]．そのような経済的基盤の脆弱性が在宅生活を送る上での満たされない思いにつながっていたと考える．

また，【楽しいことややりたいことは特にない】思いも明らかとなり，生活につまらなさを感じていた．これは意欲の低下を示していると考える．中国帰国者11名のうち6名がうつ傾向・うつ状態を示していた．老年期のうつ病の発症要因について，自身の退職や家族や親戚，友人に会える機会が少ない，夢中になれる趣味がないなどの環境的要因と，配偶者との死別，老化に伴う精神的・肉体的な衰えなどに代表される心理的要因の2つが主となり発症することが多いと言われている[15]．前述の通り，中国帰国者はさまざまな困難な人生を歩んできている．それらのことも含め，意欲低下のリスクは過去の生活の経験も重なり，日常生活に多く潜んでいることが示された．

また，中国帰国者は“自分は適応力が高く，環境を整えることに自信があり，満足なことや不満足なことは特

になく過ごしている”といったように現状を受け入れ，心の安寧を図るよう自身の心根を調整している様子があった．心を動かさないこと，無感情でいることで精神的安定を図っているとも考えられた．敗戦の混乱や逃避行の修羅場をくぐり抜け[16]，異文化となる日本の生活での彼らの苦労と困難は想像に難くない．

加えて，中国帰国者らはみな後期高齢者となり，【日本育ちの高齢者と同様の老いに伴う不便や不安を感じている】と語られた．具体的には加齢や体調悪化で活動範囲が狭小化していることによる不安や不便さが表出された．WHO（世界保健機構）は，ICF（国際生活機能分類）の中で，人が生きることの構成要素として，「活動：個人による課題や行為の遂行」と「参加：生活，人生場面への関わり」をあげている[17]．日本育ちの高齢者と同様[18]，健康を害し，活動が思うように行えないことによる不便さや社会との接点が減ってきていることが不安と感じる要因となっていた．

さらに，本研究対象者らの平均在日年数は約27年であったが，中年期以降に日本に移住したため日本語の習得が困難であった背景から【言葉の障害により家庭や社会生活から孤立している】があげられた．慣れ親しんだ環境（中国での暮らし）から新しい環境（日本）で生活をすることになった移民が経験する異文化変容ストレスは，言葉の壁・言葉のバリアが大きなストレス誘因要素としてあげられている[19]．さらに安達[20]は，日本人の異文化受容態度の年代別特徴として，老年層の受容態度が比較的低い傾向にあり，歴史的特性から受け入れ態度が十分に育まれなかった土壌があるのではないかと述べている．日本人の受け入れがたい態度が言葉の壁をさらに高くし，孤立を招き不安な思いにつながっている可能性も考えられる．中国帰国者は，言葉の障害による孤立に加え，加齢現象で活動範囲が狭小することで，ますます孤立化している状況が示された．

2．中国帰国者の要望から不安や孤立，満たされない思いを減らし安心し，よりよく生活するための支援

1）言葉の障壁を超えた介護支援

中国帰国者は中国語対応可能な介護施設の充実を強く望んでいた．厚生労働省が発行している令和6年9月現在の「中国語の対応が可能な介護事業所一覧」では，39都道府県509か所の介護事業所が掲載されている[5]．事業所が1か所しかない県もあれば61か所と大差がある．中国語ができる，あるいは職員全員が中国人の老人ホームを建ててほしいという希望を叶える事は現実的ではないが，中国帰国者が少しでも望む生活に近いサービス提供が可能となるよう中国語の対応が可能な事業所が一つでも多くなる対策を講じる必要がある．中国語対応可能なスタッフの人員の確保には課題があるため，通訳翻訳アプリなどICT（情報通信技術）の積極的な活用も重要と考える．

加えて，中国帰国者は，家族と一緒にいつまでも生活したいと思っているが，一人暮らしや老老介護の心配は尽きず，自身の健康状況の悪化につれて子どもに迷惑をかける心配を考え，中国語が対応可能な老人ホームへの入所を希望していた．在宅や入所にかかわらず，中国語が対応できる介護サービスを利用し，子どもへの迷惑を心配しないように暮らせることが，老後生活の安心や満足につながる．今より身体機能が低下し在宅での生活が難しくなった場合に，中国語デイを利用し，夜は慣れ親しんだデイサービスの職員から宿泊サービスも長期に利用できる小規模多機能型居宅介護サービスなどへの転換につながるよう行政的支援の検討が必要と考える．

一方で，日本人の介護・看護職員または介護・看護学生向けに，中国帰国者の歴史や生活習慣などを紹介するとともに，中国帰国者にとって短くわかりやすい日本語や簡単な中国語などで温かい介護サービスを提供するための学習の機会を設ける検討も重要である．中国帰国者だけでなく，多様化が進む社会においてはこれまで以上に相手の言葉を寛容に受け止めながら，異文化受容に前向きに取り組む姿勢が必要である[21]．

2）Well-Beingに向けて老後生活を適える支援

本研究より，経済的基盤の脆弱性が苦労の1つとして語られた．厚生労働省は，2008年4月から老齢基礎年金等の満額支給と「満額の老齢基礎年金等の支給を補完する支援給付」[22]という経済支援を実施している．支給されてはいるが，現在の支給額では苦しく，経済支援の更なる充実の必要性が語られた．高齢者の老後の生活費は日本国民全体の不安でもあるが，中国帰国者が安心した老後生活を過ごすために，医療給付などの給付制度以外に，経済的な支援制度のさらなる充実が必要であることが示された．

中国帰国者は【日本育ちの高齢者と同様の老いに伴う

不便や不安を感じている】だけでなく，【言語の障害により家庭や社会生活から孤立している】といったように，人との交流不足に孤独と孤立を感じていた．森田[23]は，中国帰国者はたとえ家族と同居していても，孫の中国帰国者3世・4世は日本で生まれ育ち日本語がしゃべれるため，孫たちと中国語での交流が少ないことや家族への遠慮から徐々に孤立していく状況を明らかにしている．さらに辻村[24]は，帰国者らが日本人と交流しながら太極拳や中国のダンスなど自分たちが身に付けた文化を活かし活動ができるような場を作ることは，帰国者らの心身の健康増進を促すとともに，さまざまな文化的背景を持つ人々を受け入れる地域文化を醸成することへの寄与につながると示唆している．また，「孤独を感じないように中国語が対応可能な老人ホームに行きたい」という老後の孤独のリスクを案じ，今後の生活への希望を語っている．「孤独」は，うつのリスクをあげ，意欲低下にもつながる．「孤独」は中国帰国者のキーワードの一つと言えるのではないだろうか．中国語がわかる日本人や中国人留学生，あるいは中国人団体が相互協力し合い，要介護の中国帰国者向けボランティア活動やサークルを開催するなど社会参加促進につながる支援，つまりは高齢である中国帰国者には同文化・同言語の接触で心の安寧をはかるとともに，日本社会で生活する意味を感じられるよう，適度に日本語や日本文化に接する機会の提供といった日本社会に溶け込めるような生活支援が必要と考える．

一方で，【死ぬ前に一度でも中国に帰りたい】というもう一つの故郷である中国に思いをはせた中国回帰願望も明らかになった．木下[3]は，在日外国人高齢者は生まれ育った故郷への思いや，母国文化へ回帰意識が強くなることを明らかにしている．本研究対象者も死ぬ前に中国に戻って親族に会いたいという思いを吐露していた．中国帰国者の歴史を詳述した書籍[25]に，中国帰国者はたとえ「日本の衣食住がいくらよくても，中国での暮らしがいくら苦しかったとしても，中国がなつかしく帰りたくなるんだ」との一節がある．さらに，世界平和を願う思いも聞かれた．中国残留邦人は戦争に巻き込まれた被害者であり，中国では日本人とみなされ，日本では中国人とみなされ，不安や差別偏見による苦労が多い生活を過ごしてきた．戦争を起こさぬよう，中国帰国者の歴史や苦労を次世代へ語り継ぐことも重要な支援の1つである．

今後，中国帰国者の要介護度は，加齢によりますます高くなる．「日本にきて本当に良かった」と感じることができるよう，Well-Being[26]，身体的，精神的，社会的に良好な状態に向けて，多角的な支援を積み重ねる必要がある．

Ⅵ．本研究の限界と課題

本研究は，1地方限定の調査であり，生活の現状や支援には地域性があることから一般化するには限界がある．今後は，対象地域の拡大とともに，多面的にデータ収集するためにも本人をよく知る介護スタッフや家族を対象とした調査も必要と考える．また，本研究の対象者の平均年齢は85歳で最高年齢は96歳，要介護度が4，5の対象者も含まれており，長めのインタビューは困難であった．初対面でのインタビューを避けることや，インタビューを短めにして複数回に分けて行うなど，研究方法に工夫が必要であったと考える．加えて，本研究では，対象者の属性による思いの特徴は見いだせなかったことから，これを精査するためにも，対象者数を増やした調査が必要である．

Ⅶ．結　　論

晩年期にある中国帰国者の現在の生活の肯定的な思いは，中国語デイの存在が大きく寄与していた．加齢により介護度や健康度が悪化する中，同文化・同言語の接触がより心の安寧とともに楽しみや満足を高めることにつながっていた．不安・孤立などの満たされない思いにつながる要因として，中国語デイ以外での地域生活における言葉の障壁，社会活動不足，経済的な支援不足が明らかとなった．

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます．また，本研究は，一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成（第10回）を受けて実施しましたことに深謝申し上げます．

本論文発表内容に関連して特に申告なし．

■引用文献

1）小笠原理恵：多文化共生の医療社会学　中国帰国者の語りから考える日本のマイノリティ・ヘルス. 139, 大阪大学出版社, 大阪(2019).

2）王榮(木下貴雄), 渋谷努：中国帰国者の介護問題から見た在住外国人高齢者の介護支援の現状と課題－異文化介護の現場から. 社会科学研究, **38**(2)：2-18（2018).

3）晏祺君,牛久保美津子：中国帰国者1世の「在宅介護」に関する文献レビュー. 日本農村医学会誌, **72**(5)：426-433（2024).

4）厚生労働省社会・援護局：平成27年度中国残留邦人等実態調査結果報告書（https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdou happyou-12102000-Shakaiengokyoku-Engo-Chuugoku zanryuhoujinshienshitsu/houkokusyo2015.pdf, 2024.8.11).

5）厚生労働省：中国語の対応が可能な介護事業所一覧(令和6年9月30日 時 点)(https://www.mhlw.go.jp/content/12100000/001154065.pdf, 2024.8.11).

6）島崎美穂：中国帰国者の抱える問題. 加賀美常美代(編). 多文化共生論－多様性理解のためのヒントとレッスン, 52-76, 明石書店, 東京(2013).

7）渡辺舞, 今川民雄：GDS（老人用うつ尺度）短縮版の因子構造に関する研究－信頼性と妥当性の検討およびカットオフポイントの検討. パーソナリティ研究, **22**(2)：193-197（2013).

8）Elo S, Kyngäs H：The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, **62**(1)：107-115（2008).

9）内閣府政策統括官経済社会システム担当：「満足度・生活の質に関する調査」に関する第4次報告書 ～生活満足度・暮らしのレポート～（生活満足度の観点から経済社会構造を「見える化」する（https://www5.cao.go.jp/keizai2/well being/manzoku/pdf/report04_1_1.pdf, 2025.2.22).

10）河本尚枝：高齢中国帰国者の生活支援ニーズ：ソーシャル・キャピタルの観点から. 総合科学研究, **2**：95-107（2021).

11）増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子：心理的well-beingが高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴－新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて－. 老年社会科学雑誌, **32**(1)：33-47（2010-2011).

12）厚生労働省：中国残留邦人等への援護（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/senbotsusha/seido02/index.html, 2025.5.5).

13）厚生労働省：支給給付のしおり日本語版(平成26年改正)（https://www.mhlw.go.jp/content/12100000/000855817.pdf, 2025.2.22).

14）厚生労働省：中国残留邦人等に対する「新たな支援策」について（https://www.mhlw.go.jp/seisaku/14.html, 2025.2.22).

15）舘野歩：老年期のうつ病・抑うつ状態. 心身医学雑誌, **60**(4)：304-309（2020).

16）張嵐：日本における中国残留孤児のアイデンティティーライフストーリー研究から. 人文社会科学研究雑誌, **18**：53-68（2009).

17）世界保健機構(WHO)：ICF国際生活機能分類－国際障害分類改定版－.（障害者福祉研究会編）195, 中央法規, 東京(2002).

18）楠永敏恵, 山崎喜比古：在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびそれらの心理的影響に関する研究. 社会医学研究, **27**(1)：25-33（2009).

19）山下留理子, 橋本文子, 神農今日子, ほか：在日外国人労働者の精神的健康の現状とその関連要因. 日本看護学会論文集 地域看護, **39**：239-241（2008).

20）安達理恵：日本人の異文化受容態度にみられる傾向：地方都市での年代別・国別態度調査より. 名古屋外国語大学外国語学部紀要, **35**：153-173（2008).

21）文化審議会国語分科会：分かり合うための言語コミュニケーション(報告). 2018年（https://www.bunka.go.jp/seisaku/bunkashingikai/kokugo/hokoku/wakariau/pdf/r1403493_01.pdf, 2025.2.22).

22）厚生労働省:満額の老齢基礎年金等の支給を補完する支援給付 2008年（https://www.mhlw.go.jp/content/000735773.pdf, 2025.1.26).

23）森田深雪：中国帰国者とその家族の医療・介護をめぐる経験への考察. 安田女子大学紀要, **46**：259-268（2018).

24）辻村真由子, 石垣和子, 胡秀英：中国帰国者1世・2世とその中国人配偶者に必要な看護支援の検討－A県在住者を対象とした健康状態と医療・看護・介護ニーズの実態調査から. 文化看護学会誌, **6**(1)：12-238（2014).

25）井出孫六：終わりなき旅, 255, 岩波書店, 東京(2004).

26）内閣府：満足度・生活の質に関する調査報告書 2022 ～我が国のWell-beingの動向（https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/manzoku/pdf/report08.pdf, 2024.10.26).

Late-life Thoughts of Chinese Returnees Living at Home While Using Chinese-enabled Day Services: A Qualitative Study

Qijun Yan*[1], Naoko Tamura*[2], Mitsuko Ushikubo*[2]

*1 Doctor's program, Graduate School of Health Sciences, Gunma University
*2 Faculty of Health Care, Takasaki University of Health and Welfare
*3 Graduate School of Health Sciences, Gunma University

Abstract

This study aimed to determine the thoughts and feelings of Chinese returnees living at home and using a Chinese-language-enabled day service (Chinese Language Day) regarding their current and future lives. The participants were 11 Chinese returnees, who completed a semi-structured interview survey. The participants were aged 78 to 96 years (four men and seven women), and they spent an average of approximately 27 years in Japan. Seven categories of thoughts about current living at home were extracted, including [Satisfied with Chinese Language Day], [Satisfied with financial support such as medical and other benefits though there are financial hardships], [Grateful to China], and [Isolated from family and society due to language barriers]. Four categories of future life thoughts were extracted: [Hope to enter a nursing home with Chinese language capabilities], [Hope to continue living at home for as long as possible], [Hope to go back to China at least once before death], and [Hope for world peace]. In addition to enhancing caregiving support, which increases Chinese returnees' enjoyment and peace of mind, home care providers need to reduce negative thoughts and deliver multidimensional lifestyle support so that returnees can lead their lives without worrying about inconveniencing their children.

Key words : Chinese returnees, living at home, late-life, Chinese-enabled day services, qualitative study

● 研究報告 ●

終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携促進因子の明確化

Clarification of the Factors Promoting Cooperation between Discharge-planning Nurses and Ward Nurses in Supporting the Discharge of Terminally Ill Patients with Cancer

中村美穂子＊1，岡田　麻里＊2，岩﨑　玲奈＊3，山下　清香＊1，小野　順子＊1，尾形由起子＊1

Mihoko Nakamura, Mari Okada, Rena Iwasaki, Kiyoka Yamashita, Junko Ono, Yukiko Ogata

要旨：終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携促進因子を明らかにすることを目的とし，退院調整看護師に自記式質問紙調査を実施した．

探索的因子分析の結果【がん患者の支援時の状況と患者・家族の思いを共有する】【がん患者の退院後の新たな生活を整えるために必要な情報を共有する】【がん患者の病の軌跡とその経過による周囲への影響を共有する】【がん患者・家族の入院前の暮らしを共有する】【がん患者の退院支援に必要なケアの組み立てや多職種との調整について役割を分担する】の5因子を得た．Cronbachのα係数は0.95であった．基準関連妥当性は退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度とPearsonの積率相関係数を算出し，因子全体r＝0.52，各因子r＝0.31～0.51であった（p<.001）．本因子は連携促進因子として一定の信頼性，妥当性を有すと考えられた．

キーワード：終末期がん患者，退院支援，退院調整看護師，病棟看護師，連携

日本在宅ケア学会誌，29(1)：123-131(2025)

Ⅰ．緒　　言

がんは1981年よりわが国の死因第1位であり，病院の機能分化が進む中でがん患者の希望に沿った療養の場への移行支援は急務である[1]．終末期がんの病状となった時，国民の3割以上が自宅での最期を望む一方，がん患者の自宅死亡率は約2割と未だ低く国民の希望と乖離がある[2]．がんの経過は他の疾患と異なり比較的長い期間生活機能が保たれ，最期の3ヶ月程で急速に機能が低下するため[3]，終末期がん患者の退院支援は身体・生活機能が維持され希望を大切に生活できる時期を逃さない療養場所の選択，移行支援が重要となる．

看護師が同職種や他職種と共に医療や看護ケアに携わることは，連携，協働，調整など様々な概念が使用され共通の概念は定着していない[4]．連携は協働を実現する階層性のある手段的概念とされ，連続的な協力関係へ発展する前段階の概念と捉えることができる[5]．がん患者の退院支援の先行研究では，病棟看護師は退院調整看護師を在宅療養移行支援のリソースとし連携していること[6]，病棟看護師が行う退院支援は退院調整看護師との協働により促される可能性が示されている[7]．先進的な取り組みをしている英国，米国，フランス，オランダでは退院後ケアを地域医療や訪問看護が提供する傾向が強く[8]，また米国の緩和ケアに関わる他職種のコラボレーションモデルは信頼・情報共有・役割交渉で構成されることが示されている[9]．そのため日本の退院調整看護師

受付日：2025年2月21日
受理日：2025年7月8日
＊1　福岡県立大学看護学部
＊2　香川県立保健医療大学保健医療学部
＊3　独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院

と病棟看護師の連携と比較可能な体制は少ない．わが国のがん患者の意思決定は，自宅で過ごしたい思いがありながらも症状変化や家族への負担を懸念していると報告されており[10-11]，その背景には日本人特有の人生観や家族観が関係していることも考えられる．がん患者の退院支援は海外でも患者・家族のQOL向上を目指し進められているが，日本人特有の価値観とがんの辿る経過を考慮した退院支援の展開と，それを叶える退院調整看護師と病棟看護師の連携が必要である．

国内では退院調整看護師と病棟看護師の連携・協働の必要性が述べられている一方[7),12)]，病棟看護師はがん患者の在宅療養支援を退院調整看護師に任せきりになる[6)]，退院調整看護師は退院後に向け院内外関係者に働きかける実践能力が低く病棟スタッフとの調整が困難であるなど[13)]，退院調整看護師と病棟看護師の連携には未だ課題がある．またがん患者の退院支援は病棟看護師の立場から退院調整看護師との連携に着目した研究が多く[6-7)]，退院支援看護師の個別支援実践能力の評価尺度は開発されているが[14)]，がん患者の退院支援に焦点を当てた退院支援技術は見当たらない．よって本研究は「終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携促進因子」（以下，連携促進因子）を退院調整看護師の認識から明らかにすることを目的とする．

Ⅱ．用語の定義

終末期がん患者：積極的治療による治癒が期待できず，近い将来の死が不可避となった状態のがん患者と定義した[15)]．

退院支援：終末期がん患者が時期を逃さず退院し，安心して次の療養の場所で生活することを目指して行われる患者・家族への支援全般とし，退院調整と表現されることの多い患者の円滑な療養場所の移行に必要な人的・物的調整も含め退院支援と定義した[16)]．

退院調整看護師：退院支援部署で退院支援業務を行う専任または兼任の看護職員とした[14)]．

連携：退院調整看護師と病棟看護師ががん患者の退院支援の共通理解を図り互いの役割を尊重・協力して動くことと定義した．

連携促進因子：終末期がん患者の退院支援について病棟看護師と連携するための退院調整看護師の技術と定義した．

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

無記名自記式質問紙調査による横断研究

2．連携促進因子項目の作成

医学中央雑誌Web版を用い，退院支援，がん，退院調整看護師，病棟看護師，連携，意思決定をキーワードに原著論文に絞り検索し29件の文献からがん患者へ退院調整看護師と病棟看護師が実践する退院支援の記述を抽出し65項目の連携促進因子項目原案を作成した．在宅看護学，公衆衛生看護学研究者，がん看護専門看護師で内容や表現の妥当性を検討し〈患者・家族に関する情報の共有〉〈アセスメント・支援目標の共有〉〈カンファレンスの企画・開催・参加〉〈役割の理解・役割分担〉〈退院支援の実践力向上に向けた相互の関わり〉の5カテゴリー40項目の連携促進因子項目を作成した．

3．研究対象者と調査方法

研究対象は九州・中国・四国地域の一般病床及び療養病床のみで100床以上の全医療機関1,011施設のうち承諾が得られた医療機関の退院調整看護師とした．医療機関名，病床数は2020年5月時点で各県庁HP，都道府県医療情報提供ネットに公開されている情報を確認した．医療管理責任者，看護部門責任者宛に依頼書と同意書，調査票を郵送し1名へ調査票配布を依頼し調査票は対象者が直接研究者へ返送した．調査期間は2020年6～8月である．

4．調査内容

1）研究対象者の背景　14項目

性別，年代，職位，取得資格，看護師経験年数，退院支援業務経験年数，所属医療機関での勤続年数，従事形態，がん患者の在宅療養移行支援の経験，在宅看護の経験，退院計画検討のための入院早期のカンファレンスの開催，退院調整看護師の1ヶ月の病棟カンファレンスへの参加回数，病棟看護師の退院前カンファレンスへの参加頻度，病棟看護師との連携に関する主観的評価

２）連携促進因子項目　40項目

「実践できている（5点）」「まあ実践できている（4点）」「どちらともいえない（3点）」「あまり実践できていない（2点）」「実践できていない（1点）」の5段階リッカート法でたずねた.

３）退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度（Nurses' Discharge Planning Ability Scale；以下NDPAS）　24項目[14]

退院支援看護師の個別支援における職務行動の遂行能力を評価する尺度であり，患者の退院後を予測しケアバランスを見積もる能力，病院スタッフと共に退院後のケアバランスを調整する能力を含むことから基準関連妥当性検証のための外的基準とした.

４）医療介護福祉の地域連携尺度　26項目[17]

連携促進因子項目には院外の職種からのフィードバックを受け病棟看護師と退院支援を評価する内容も含まれ，退院支援の展開は院外の職種との連携も不可欠であることから，退院調整看護師の地域の職種との連携意識は連携促進因子得点と相関があると考え構成概念妥当性検証のため外的基準とした.

いずれの尺度も信頼性・妥当性が検証されており開発者より使用の許可を得た．がん看護専門看護師2名にプレテストを行い，質問項目の表現や妥当性を検証し調査票を発送した.

5．データ分析方法

各調査項目について記述統計値を求めた．連携促進因子項目分析は回答結果から平均値±標準偏差が5以上（天井効果），1未満（床効果）の項目の有無を確認した後，共通性の低い項目を削除し除外された項目以外を用い探索的因子分析を行った．因子数はスクリープロットも考慮し固有値1.0以上を基準に決定した．因子負荷量が0.4未満の項目，2因子以上に0.35以上を示した項目を削除し，連携促進因子を抽出した．因子の信頼性・妥当性の検討は連携促進因子全体及び因子ごとにCronbachのα係数を算出し因子構造の内的一貫性を検証した．各因子の項目の合計点を連携促進因子得点とし，次の通り既知集団法により構成概念妥当性を検証した[18]．病棟看護師との連携に関する主観的評価は，良い，まあ良い，あまり良くない，良くないの4群に，医療介護福祉の地域連携尺度は合計点の平均点で高群・低群に分け，データの正規性を確認し対応のないt検定，一元配置分散分析を用いた．基準関連妥当性はNDPASとPearsonの積率相関係数を算出し検討した．有意水準は$p<.05$とし統計学的解析にはSPSS for Windows ver.22.0を使用した.

Ⅳ．倫理的配慮

研究対象医療機関責任者，看護部門責任者，研究対象者へ研究の概要，結果の公表，回答は自由意志であり研究の不参加が個人の不利益にはならないことなどについて文書を用い説明した．調査票の返送をもって研究への同意とした．本研究は福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：2019-11）.

Ⅴ．結　　果

158名から回答が得られ（回収率15.6%），項目のうち一つでも欠損値のある回答は相関分析と既知集団法，探索的因子分析から除外し，有効回答数125名（有効回答率12.4%）であった（除外内訳　連携促進因子：7名，NDPAS：4名，医療介護福祉の地域連携尺度：3名，その他項目：25名，計33名うち重複6名）.

1．対象者の背景（表1）

年代は40代，50代で75.9％を占め看護師経験年数は平均24.6±8.8年であった．退院調整看護師の病棟カンファレンスへの1ヶ月間の参加回数は平均11.9±17.0回であった.

2．連携促進因子項目の回答状況について（表2）

項目3，24は平均4点以上であり退院後に必要となる医療管理や患者の家族構成やキーパーソンについての情報共有は実践している者が多かった．一方項目38は平均3点未満であり退院後の患者・家族の様子についてフィードバックを受け病棟看護師と退院支援を評価することは実践できていない者が多かった.

3．連携促進因子の項目分析と探索的因子分析（表3）

3項目（項目28～30）に天井効果，1項目（項目40）に床効果を認め4項目を除外し36項目を用い探索的因子分析を行った．更に共通性の低い1項目（項目39），

表１　対象者の背景

性別 （n=157）	男性	3（1.9）
	女性	154（98.1）
年代 （n=158）	20 代	3（1.9）
	30 代	22（13.9）
	40 代	61（38.6）
	50 代	59（37.3）
	60 代	13（8.2）
職位 （n=157）	管理職	47（29.9）
	主任	46（29.3）
	スタッフ	64（40.8）
取得資格（複数回答） （n=158）	看護師	158（100.0）
	准看護師	3（1.9）
	保健師	14（8.9）
	認定看護師	7（4.4）
	専門看護師	2（1.3）
	ケアマネージャー	32（20.3）
看護師経験年数（n=157）		24.6 ± 8.8
退院支援業務経験年数（n=156）		4.0 ± 3.7
所属医療機関での勤続年数（n=156）		16.3 ± 9.8
従事形態 （n=153）	専従	111（72.5）
	兼従	42（27.5）
がん患者の在宅療養移行支援の経験 （n=158）	あり	136（86.1）
	なし	22（13.9）
在宅看護の経験 （n=157）	あり	27（17.2）
	なし	130（82.8）
退院計画検討のための入院早期のカンファレンスの開催 （n=156）	開催している	150（96.2）
	開催していない	6（3.8）
退院調整看護師の１ヶ月の病棟カンファレンスへの参加回数（n=149）		11.9 ± 17.0 最小－最大：0-120
病棟看護師の退院前カンファレンスへの参加頻度 （n=154）	ほとんど参加していない	27（17.5）
	時々参加している	20（13.0）
	よく参加している	20（13.0）
	毎回参加している	87（56.5）
病棟看護師との連携に関する主観的評価 （n=154）	良くない	3（1.9）
	あまり良くない	19（12.3）
	まあ良い	99（64.3）
	良い	33（21.4）

表中数値は，人数（%）もしくは平均値±標準偏差

因子負荷量0.4未満9項目（項目1，6，13～15，27，31，36，37），2因子以上に0.35以上を示す6項目（項目12，17，21，22，32，37）を削除し分析を繰り返した結果，5因子21項目の最適解を得た．第1因子は，がん患者の身体的状況と主治医からの説明，その受け止めや療養場所への意向の情報共有を行う内容であり【がん患者の支援時の状況と患者・家族の思いを共有する】と命名した．第2因子は退院後の生活に必要な援助や社会資源の情報共有からなり【がん患者の退院後の新たな生活を整えるために必要な情報を共有する】と命名した．第3因子は患者の治療経過や退院後の様子，病状を含む経過が家族へ及ぼす影響，退院支援を評価する内容を含み【が

表２「終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師からみた病棟看護師との連携促進因子」各項目の平均値と標準偏差 n=125

	項　　目	平均値	標準偏差
【第１因子：がん患者の支援時の状況と患者・家族の思いを共有する】			
9	病棟看護師と，がん患者の麻薬を含む内服状況について情報共有を行う	3.85	0.87
10	病棟看護師と，がん患者・家族に対し主治医からなされた病状や今後の治療方針に関する説明内容について情報共有を行う	3.98	0.83
11	病棟看護師と，がん患者・家族の病状の受け止めについて情報共有を行う	3.83	0.90
8	病棟看護師と，がん患者の現在の主症状について情報共有を行う	3.96	0.82
2	病棟看護師と，がん患者・家族の今後の過ごし方や療養場所に関する意向について情報共有を行う	3.86	0.87
【第２因子：がん患者の退院後の新たな生活を整えるために必要な情報を共有する】			
25	病棟看護師と，がん患者の退院後に必要となる日常生活援助について共有する	3.99	0.84
24	病棟看護師と，がん患者の退院後に必要となる医療管理について共有する	4.07	0.77
26	病棟看護師と，がん患者の退院後に必要となる社会資源について共有する	3.84	0.89
16	病棟看護師と，がん患者の退院先の療養環境について情報共有を行う	3.94	0.82
【第３因子：がん患者の病の軌跡とその経過による周囲への影響を共有する】			
19	病棟看護師と，がん患者の病状に関するアセスメントについて共有する	3.41	0.90
20	病棟看護師と，がん患者の症状緩和の見通しについて情報共有を行う	3.55	0.91
23	病棟看護師と，がん患者の病状が家族の想いや生活に及ぼす影響について共有する	3.39	0.87
7	病棟看護師と，がん患者の化学療法等のこれまでの治療経過における副作用症状の有無について情報共有を行う	3.32	0.97
38	退院調整看護師が，退院後のがん患者・家族の様子を在宅側のスタッフからフィードバックを受け，病棟看護師と退院支援の評価をする	2.57	1.05
18	病棟看護師と，がん患者・家族の退院後の様子や想いについて情報共有を行う	3.32	1.00
【第４因子：がん患者・家族の入院前の暮らしを共有する】			
5	病棟看護師と，がん患者・家族の入院前の生活環境について情報共有を行う	3.72	0.89
4	病棟看護師と，がん患者・家族の入院前の生活習慣について情報共有を行う	3.62	0.96
3	病棟看護師と，退院支援の必要ながん患者の家族構成やキーパーソンについて情報共有を行う	4.00	0.86
【第５因子：がん患者の退院支援に必要なケアの組み立てや多職種との調整について役割を分担する】			
34	病棟看護師・退院調整看護師それぞれの，がん患者の退院後に必要となるケアの手技指導について役割を分担する	3.60	1.04
33	病棟看護師・退院調整看護師それぞれの，がん患者の退院後の生活に合わせた入院中からのケアを調整について役割を分担する	3.35	0.95
35	病棟看護師・退院調整看護師それぞれの，がん患者の退院支援に必要な多職種への相談や情報共有について役割を分担する	3.70	0.92

ん患者の病の軌跡とその経過による周囲への影響を共有する】と命名した．第4因子は入院前の生活環境や習慣の情報共有を行う内容であり【がん患者・家族の入院前の暮らしを共有する】と命名した．第5因子は退院調整看護師と病棟看護師が役割を分担してケアを調整し，家族や多職種への手技指導，相談や情報共有を行う内容であり【がん患者の退院支援に必要なケアの組み立てや多職種との調整について役割を分担する】と命名した．

４．妥当性の検証（表4，5）

構成概念妥当性は，病棟看護師との連携に関する主観的評価や医療介護福祉の地域連携尺度の得点が高くなるほど，連携促進因子得点も高く，有意であった．基準関連妥当性は，NDPAS との相関係数は連携促進因子得点，全因子と弱い～中程度の正の相関がみられた．

表 3 「終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携促進因子」因子分析

n=125

項目番号		因子				
		第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子
	【第 1 因子：がん患者の支援時の状況と患者・家族の思いを共有する】					
9	病棟看護師と，がん患者の麻薬を含む内服状況について情報共有を行う	.903	.005	−.036	−.087	.040
10	病棟看護師と，がん患者・家族に対し主治医からなされた病状や今後の治療方針に関する説明内容について情報共有を行う	.850	.062	−.090	.047	−.022
11	病棟看護師と，がん患者・家族の病状の受け止めについて情報共有を行う	.772	−.049	.212	.002	−.078
8	病棟看護師と，がん患者の現在の主症状について情報共有を行う	.611	.209	−.052	.035	.077
2	病棟看護師と，がん患者・家族の今後の過ごし方や療養場所に関する意向について情報共有を行う	.579	.143	.056	.108	−.009
	【第 2 因子：がん患者の退院後の新たな生活を整えるために必要な情報を共有する】					
25	病棟看護師と，がん患者の退院後に必要となる日常生活援助について共有する	.089	.930	−.026	−.079	−.002
24	病棟看護師と，がん患者の退院後に必要となる医療管理について共有する	.022	.927	−.016	−.104	.048
26	病棟看護師と，がん患者の退院後に必要となる社会資源について共有する	.112	.615	.048	.077	−.006
16	病棟看護師と，がん患者の退院先の療養環境について情報共有を行う	.094	.543	.064	.224	−.064
	【第 3 因子：がん患者の病の軌跡とその経過による周囲への影響を共有する】					
19	病棟看護師と，がん患者の病状に関するアセスメントについて共有する	−.275	.207	.845	.034	−.011
20	病棟看護師と，がん患者の症状緩和の見通しについて情報共有を行う	−.068	.205	.695	.028	.011
23	病棟看護師と，がん患者の病状が家族の想いや生活に及ぼす影響について共有する	.260	.063	.593	−.045	−.078
7	病棟看護師と，がん患者の化学療法等のこれまでの治療経過における副作用症状の有無について情報共有を行う	.281	−.044	.545	−.027	.055
38	退院調整看護師が，退院後のがん患者・家族の様子を在宅側のスタッフからフィードバックを受け，病棟看護師と退院支援の評価をする	.121	−.350	.512	−.038	.200
18	病棟看護師と，がん患者・家族の退院後の様子や想いについて情報共有を行う	.051	.070	.480	.114	−.001
	【第 4 因子：がん患者・家族の入院前の暮らしを共有する】					
5	病棟看護師と，がん患者・家族の入院前の生活環境について情報共有を行う	−.044	−.044	.009	.998	.032
4	病棟看護師と，がん患者・家族の入院前の生活習慣について情報共有を行う	.026	−.068	.031	.923	−.027
3	病棟看護師と，退院支援の必要ながん患者の家族構成やキーパーソンについて情報共有を行う	.241	.161	−.020	.485	.045
	【第 5 因子：がん患者の退院支援に必要なケアの組み立てや多職種との調整について役割を分担する】					
34	病棟看護師・退院調整看護師それぞれの，がん患者の退院後に必要となるケアの手技指導について役割を分担する	−.067	.072	.011	−.009	.911
33	病棟看護師・退院調整看護師それぞれの，がん患者の退院後の生活に合わせた入院中からのケアの調整について役割を分担する	.023	−.069	.081	.022	.837
35	病棟看護師・退院調整看護師それぞれの，がん患者の退院支援に必要な多職種への相談や情報共有について役割を分担する	.176	.247	−.015	.017	.446
	因子寄与率（%）	53.2	6.8	6.2	4.4	4.0
	累積寄与率（%）	53.2	60.0	66.2	70.6	74.6
	Cronbach の α 係数　因子全体 0.95	0.91	0.91	0.84	0.91	0.85
	因子相関行列　第 1 因子	—	0.75	0.65	0.70	0.61
	第 2 因子		—	0.69	0.70	0.50
	第 3 因子			—	0.68	0.49
	第 4 因子				—	0.43
	第 5 因子					—

重みなし最小二乗法・プロマックス回転

表 4　構成概念妥当性の検証

n=125

		人数	連携促進因子得点		
			平均値	標準偏差	p
病棟看護師との連携に関する主観的評価 a)	とても良い	29	81.72	12.90	***
	まあ良い	81	78.12	10.46	
	あまり良くない	14	64.29	10.32	
	良くない	1	55.00	−	
医療介護福祉の地域連携尺度 b)	合計得点高群	65	19.59	2.91	***
	合計得点低群	60	17.20	2.97	

***：p<.001，**：p<.01，*：p<.05
a）一元配置分散分析　b）対応のない t 検定
医療介護福祉の地域連携尺度は，尺度合計得点の平均点を基準に得点高群と低群の 2 群に分け比較した．

表 5　連携促進因子と NDPAS の関連

	連携促進因子得点		第 1 因子		第 2 因子		第 3 因子		第 4 因子		第 5 因子	
	相関係数	p	相関係数	p	相関係数	p	相関係数	p	相関係数	p	相関係数	p
NDPAS 合計得点	.52	***	.50	***	.51	***	.31	***	.40	***	.40	***

***：p<.001，**：p<.01，*：p<.05

Ⅵ. 考　　察

1．連携促進因子の信頼性・妥当性

構成概念妥当性検証の結果，病棟看護師，地域の多職種との連携が良いと認識している退院調整看護師は病棟看護師との連携技術も実践できていた．終末期がん患者は症状変化が急速に起こり，医療・介護の側面から限られた時間で院内外の多職種との情報共有や役割分担といった連携が求められる．病棟看護師や地域の職種との連携が円滑に図られていることと関連がみられた結果から，一定の構成概念妥当性が認められたと考える．Cronbach の α 係数0.95という結果が得られたこと，構成概念妥当性の検証を踏まえ因子の信頼性・妥当性は担保されると考える．基準関連妥当性については，基準に用いたNDPAS は，病状と退院後の経過に関する患者・家族の理解の確認や，退院後の住環境や医療管理・日常生活援助を予測する，患者・家族のケアの手技習得に向けた病院内外スタッフと指導の工夫等，本因子と同様の内容を含んでいる. NDPAS と有意な相関を示したことは，本尺度の妥当性を裏づける結果といえる．

2．終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携の特徴

本研究で抽出した連携促進因子の特徴は【がん患者の支援時の状況と患者・家族の思いを共有する】【がん患者の病の軌跡とその経過による周囲への影響を共有する】【がん患者･家族の入院前の暮らしを共有する】という，時間経過の中で退院調整看護師と病棟看護師が情報を共有する要素で構成されたことである．先行研究のがん患者の退院支援に関する実践内容や尺度[7),11)] は入院前に焦点を当てた情報共有の内容は含まれておらず，入院前，退院後の様子を退院調整看護師と病棟看護師が共有する要素として見出されたことは新たな知見と考える．また，【がん患者の退院後の新たな生活を整えるために必要な情報を共有する】【がん患者の退院支援に必要なケアの組み立てや多職種との調整について役割を分担する】については，退院後の様子を知ることや入院中のケアを在宅で実施可能な方法へアレンジすることは病棟看護師のみでは難しい場合も多い．木場ら[7)] の研究では，病棟看護師は退院支援へ興味を持ちながらも約半数が退院支援に関する院内研修に参加しておらず，7 割が退院後フィードバックカンファレンスがないと回答しており，退院支援に関する力量形成の機会を十分に得られていない状況が推察される．また病棟看護師のがん患者の退院支援は，病状や精神面へのアセスメントが最も高く[7)] 症状緩和が困難で急速な病状変化がある終末期がん患者に対し日々のケアの優先度が高まる状況が考えられる．主体的に早期から退院支援を展開することも病棟看護師の重要な役

割である一方，患者への日々のケアも病棟看護師の重要な専門性である．その中で，退院調整看護師は院内の研修会企画を通し病棟看護師への教育的関わりを持ち退院支援の質向上を目指す必要性が述べられている[7]．終末期がん患者の限られた時間の中での退院支援であるからこそ，時間と共に変化する患者・家族の状況や思いを共有できるよう退院支援の専門性を持つ退院調整看護師が積極的に病棟看護師に働きかけることが必要である．また，在宅医療関係者との窓口となり退院後の終末期がん患者・家族の様子を病棟看護師へ伝え，共に退院支援の評価を積み重ね意味付ける機会を持つことが退院調整看護師と病棟看護師の連携強化に繋がると考える．

Ⅶ．本研究の限界と今後の課題と看護実践への示唆

本研究対象者は限られた地域の医療機関であり一般化に限界がある．本研究で明らかにした退院調整看護師の連携の技術と，既に明らかにされているがん患者の退院支援における病棟看護師の実践を踏まえ，退院調整看護師の役割や専門性を活かした病棟看護師との連携体制構築の方策について議論していく一助になると考える．

本研究の趣旨をご理解下さりご協力頂きました医療機関の皆様，退院調整看護師の皆様に深謝致します．

本研究実施にあたり，申告すべき経済的・学術的利益相反はない．

■引用文献

1）渡邉眞理，清水奈緒美，山内桂子，ほか：がん看護実践ガイド　がん患者へのシームレスな療養支援．第1版，p.2-3，医学書院，東京(2015)．
2）厚生労働省：人生の最終段階における医療・介護参考資料(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001104699.pdf, 2025.1.20)．
3）鈴木久美，林尚子，佐藤まゆみ，ほか：がん看護　様々な発達段階・治療経過にあるがん患者を支える．85-91，南江堂，東京(2021)．
4）中村誠文，岡田明日香，藤田千鶴子，ほか：「連携」と「協働」の概念に関する研究の概観－概念整理と心理臨床領域における今後の課題－．鹿児島純心女子大学大学院　人間科学研究科紀要，**7**：3-13（2012）．
5）吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－．桃山学院大学総合研究所紀要，**32**(3)：109-122（2009）．
6）吉岡さおり，片山はるみ：終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識．日本看護科学会誌，**38**：133-141（2018）．
7）木場しのぶ，齋藤智江：急性期病院におけるがん患者への退院支援－病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性－．日本看護科学会誌，**37**：298-307（2017）．
8）伊藤智子，左方信夫，川越雅弘ら：海外における在宅医療の実態－英・米・仏・蘭のレビュー－．令和3年度厚生労働科学研究費(地域医療基盤開発推進研究事業研究事業)分担研究報告書．
9）Janice Firn, Nancy Preston, Catherine Walshe：Ward social workers' views of what facilitates or hinders collaboration with specialist palliative care team social workers：A grounded theory. *BMC Palliat Care*, **17**(1)：7（2017）．
10）國丸周平，糸島陽子，横井和美：がん患者の治療段階別にみた意思決定支援に関する文献検討．人間看護学研究，**20**：65-73（2022）．
11）森京子，古川智恵：在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助－終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助－．日本在宅看護学会誌，**6**(2)：65-74（2018）．
12）木場しのぶ：急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の問題の本質と課題検索－問題解決に向けた退院調整看護師との協働とは－．看護・保健科学研究誌，**19**(1)：83-91（2019）．
13）廣田真由美，表志津子，岡本理恵，ほか：積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の実践能力．Palliative Care Research, **15**(4)：345-353（2020）．
14）戸村ひかり，永田智子，村嶋幸代，ほか：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発．日本看護科学会誌，**33**(3)：3-13（2013）．
15）日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2021（https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf, 2025.5.26）．
16）宇都宮宏子，三輪恭子：これからの退院支援・退院調整　ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域．日本看護協会出版会，東京(2015)．
17）阿部泰之，森田達也：「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発．Palliative Care Research, **9**(1)：114-120（2014）．
18）D.F. ポーリット，C.T. ベック，坂下玲子：ポーリット＆ベック　看護研究　第3版．医学書院，東京(2025)．

Clarification of the Factors Promoting Cooperation between Discharge-planning Nurses and Ward Nurses in Supporting the Discharge of Terminally Ill Patients with Cancer

Mihoko Nakamura*[1], Mari Okada*[2], Rena Iwasaki*[3], Kiyoka Yamashita*[1], Junko Ono*[1], Yukiko Ogata*[1]

*1 Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University
*2 Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences
*3 Japan Organization of Occupational Health and Safety Kyushu Rosai Hospital

Abstract

This study aimed to clarify the factors promoting cooperation between discharge-planning nurses and ward nurses in supporting the discharge of terminally ill patients with cancer. A self-administered questionnaire survey was conducted targeting discharge-planning nurses affiliated with medical institutions, based on items developed from previous studies on cooperation promotion factors.

Five factors were identified via exploratory factor analysis as follows: sharing the situation and thoughts of patients and their families during support; sharing necessary information to help prepare patients for a new life after discharge; sharing the impact of the cancer trajectory and its course on those around the patient; sharing the pre-hospital life of patients with cancer and their families; and dividing roles and coordinating care among multiple professionals to support the patient's discharge. Cronbach's alpha coefficient was 0.95. The criterion-related validity was calculated using the Nurses' Discharge Planning Ability Scale and Pearson's correlation coefficient, resulting in $r = 0.52$ for the overall factors and $r = 0.31$ to 0.51 for each factor ($p<.001$).

The identified factors were considered to have a certain level of reliability and validity as factors promoting cooperation.

Key words : terminally ill patients with cancer, discharge support, discharge-planning nurse, ward nurse, cooperation

● 研究報告 ●

病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援指標の開発

Development of a Measure of Homecare Support Involving Nursing Collaboration between Hospital Nurses and Home-visit Nurses

原口　道子，松田　千春，板垣　ゆみ，小倉　朗子，中山　優季

Michiko Haraguchi, Chiharu Matsuda, Yumi Itagaki, Akiko Ogura, Yuki Nakayama

要旨：［目的］病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援指標を開発する．

［方法］病院看護師と訪問看護師の面接調査から連携支援項目案を作成し，質問紙調査で信頼性・妥当性を検討した．

［結果］324件（病院看護師206件，訪問看護師118件）の探索的因子分析より，【在宅療養支援計画の検討】【在宅療養生活を想定した病状・病識の情報共有】【在宅療養を見通した療養方針の共有】【在宅支援体制の検討】【在宅医療管理の引継ぎ】の5因子25項目（累積寄与率64.3％）を抽出した．Cronbachのα係数0.912，適合度GFI=0.869，AGFI=0.839，TLI=0.925，CFI=0.934，RMSEA=0.067であった．

［結論］適合度の一部に課題はあるが妥当性は許容範囲であり，高い信頼性を確認した．病院看護師と訪問看護師の看護連携による支援指標として活用可能性が示唆された．

キーワード：在宅療養支援，連携，病院看護，訪問看護，指標

日本在宅ケア学会誌，29(1)：132-142(2025)

Ⅰ．緒　　言

近年，在宅医療の推進や入院期間の短縮化により，医療依存度の高い在宅療養者が増加しており[1]，安心して在宅医療を受けられる体制の確保は重要な課題である．国は施策の方向性として「施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療･介護サービスの提供」を掲げ[2]，2006年以降の診療報酬改定では病院と地域の連携による退院支援が評価され，急速に体制整備が進められている．

退院支援は，再入院の減少や入院後の早期介入，退院後の継続支援に対する効果が検証されている[3]．退院支援看護師および病棟を含む病院の看護師（以下，病院看護師）による病院と地域をつなぐ視点として，在宅療養を見据えたアセスメント力やチーム形成力等の重要性が示され[4-5]，退院支援の質が評価されている．また，病院からの退院支援のみならず，退院後の地域を統合する多職種連携や継続支援によって再入院が回避されるとの報告[6]もあり，継続的かつ双方向の病院と地域の連携が求められている．

こうした療養の場の移行に伴うケアの継続性を確保するために，療養生活支援の幅広い専門性をもち多岐にわたる機関の看護師間の組織を超えた連携が期待されている[7]．急性期領域で開発された看護師－看護師連携尺度（Nurse-Nurse Collaboration Scale；NNC[8]）では，能力や役割，相互作用への意識と理解が看護師間の連携の重要な構成要素を成しており[9-10]，特にコミュニケー

受付日：2025年2月25日
受理日：2025年7月9日
東京都医学総合研究所　社会健康医学研究センター　難病ケア看護ユニット

ション，調整，プロフェッショナリズムの意識や能力によって連携を促進することも検証されている[11]．一方，病院看護師と訪問看護師の連携については，急性期医療を担う病院と療養者の生活がベースとなる在宅という異なる領域での活動から，それぞれの価値観や看護観を基盤とし不十分なコミュニケーションや先入観によって「病院と在宅は2つの別世界」と表現されるギャップが生じている[12]．この認識のギャップは，情報共有の認識の差やフィードバックの必要性などの連携上の課題[13]により生じやすい．これらのギャップを両者の看護の特徴から生じる違いとして捉えなおし，相補的な活動への糸口として反映することで，むしろ連携を促進する方策となりうる．

看護師間の連携を促進するための指針として，看看連携体制の構築に向けた手引き[14]が示され，組織間レベルの体制構築や関係性の構築が推進されている．しかし，組織的な看看連携体制を基盤としつつも，実践者レベルで個別療養者の支援の実際を共通の指標で評価するものは報告されていない．在宅医療を要する療養者を支えるという共通の目標に対して共通の項目で評価する指標を開発することで，病院看護師と訪問看護師がそれぞれの立場から個別療養者に対する看護連携による療養支援を評価できる．両者の評価を照し合せて看護連携の認識の違いを明らかにすることで，必要な看護連携を互いに確認し，看護の特徴から生じる違いを踏まえた役割分担・相互理解の促進につながる可能性がある．

本研究は，医療を必要として入退院をしながら療養生活をおくる療養者に対して，病院看護師と訪問看護師が看護連携に基づいて行う在宅療養支援を評価する指標（看護連携による在宅療養支援指標）を開発する．

Ⅱ．方　　法

1．用語の定義

「連携」は，共有化された目的をもつ複数の人および機関が単独では解決できない課題に対して，主体的に協力関係を構築して目的達成に向けて取組む相互関係の過程[15]とする．

「看護連携」は，看看連携に基づいて連続的かつ継続的な看護を展開する過程として，「共通の専門性を基盤とする複数の看護師が，自身の組織や立場に拠る役割・責務をもちながら，組織を超えて対象者の目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」とする．

2．看護連携による在宅療養支援指標の原案作成

連携支援項目の原案作成のために，在宅療養支援の実践・研究経験が豊富な病院看護師（病棟7名，地域連携部門5名），訪問看護師2名を対象に半構成的面接調査を行った（平均看護経験19.6年）．「医療を必要として入退院をしながら療養生活を送る療養者の在宅療養支援にあたり，病院と訪問看護の看護師はどのような連携が必要か」の問いへの発言から，374文脈を得て77コードに集約し，質的帰納的分析により「病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援項目（以下，連携支援項目）」の40項目を抽出した．〈構成要素, 項目数〉は，〈認識，1〉〈体制，6〉〈制度，2〉〈方針，9〉〈情報共有，12〉〈支援計画，3〉〈ケア方法，5〉〈医療処置管理，2〉となった．在宅看護領域の学識経験者5名の予備調査により，看護連携の概念の整合性，両立場からの回答可能性，用語の統一，表現を検討し，内容的妥当性，表面妥当性を確認した．

開発する指標は，病院看護師と訪問看護師が入院から在宅療養に移行するまでの入退院支援における一連の看護連携を看護師間で振り返り評価するものである．個別療養者に対する在宅療養支援が，病院看護師と訪問看護師の看護連携に基づいて提供されているか，在宅療養支援の質を看護連携の程度により評価する指標を想定している．連携支援項目は，病院看護師と訪問看護師が共に行う項目，役割分担に基づいて病院看護師，訪問看護師のいずれかが行う項目で構成され，自身の実践の自己評価と連携する他者の実践の評価（他者評価）を含めて，看護連携のチームによる在宅療養支援を総合的に評価する指標とした．個別療養者に対する個別の看護師による看護連携の評価であると同時に，同一指標による両者の比較から認識の違いを可視化し，連携を促進する方策への糸口としての活用を目指すものである．

3．調査方法・調査内容

病院看護師と訪問看護師各1,000名に対する質問紙調査（郵送法）を実施した．病院看護師の選定は，病床機能報告データ[16]から地域医療支援病院（565件）と在宅療養支援病院（1,176件）を抽出し，病院種別と都道

府県病院数に基づく層化抽出法で地域医療支援病院325件，在宅療養支援病院675件を抽出した．病院の看護管理者宛に地域連携に携わる看護師1名の選定を依頼した．訪問看護師は，全国の地方厚生局が公表する訪問看護事業所10,793件より都道府県別事業所数による層化抽出法で1,000件を抽出し，各事業所1名の協力を依頼した．

調査内容は，対象者概要（看護経験年数，事業所での立場等），所属機関概要（病院もしくは訪問看護事業所併設の有無等），連携支援項目の原案40項目の実施状況とした．連携支援項目の実施状況は，医療を必要として入退院をしながら療養生活を送る療養者のうち，病院と訪問看護の看護連携が最もできている（いた）療養者への支援を想定し，「まったくできていない：1点」「あまりできていない：2点」「どちらともいえない：3点」「だいだいできている：4点」「十分できている：5点」の5段階リッカート法による回答とした．連携支援項目のうち，連携する他者の実践を評価する項目について，看護連携の総合的評価として自身の認識での回答を依頼した．本調査は，2021年6月から8月に実施した．

4．分析方法

以下の通り，記述統計値の算出，項目分析，信頼性・妥当性の検討を行った．統計解析には，IBM SPSS Statistics 25とIBM Amos 25を使用し，有意水準は$p < 0.05$とした．

1）対象者・所属機関の概要および各連携支援項目の記述統計

対象者と所属機関の概要は，記述統計，カイ二乗検定，t検定により，病院看護師と訪問看護師の属性を比較した．連携支援項目は点数化し，平均値・標準偏差・尖度･歪度を算出した．病院看護師と訪問看護師の比較は，Mann-WhitneyU検定により比較した．

2）項目分析

病院看護師と訪問看護師の共通の指標とするため，各群での項目分析後に病院看護師群（以下，病院群）と訪問看護師群（以下，訪問看護群）の回答を統合した．連携支援項目の天井効果（平均＋標準偏差＞5）・床効果（平均－標準偏差＜1），尖度・歪度を確認した．病院群と訪問看護群の各群で項目間相関分析（Spearman順位相関係数）を行い，相関係数0.8以上の項目を削除基準として局所独立性や内容を考慮して項目を選定した．

3）探索的因子分析

探索的因子分析により構成概念妥当性を検討した．因子負荷量0.40以上の項目を採用し，複数の因子負荷量が0.35以上の項目を除外して因子構造を決定した．因子の下位概念の意味を吟味し命名した．採用項目の総得点の正規性は，ヒストグラムの歪度，尖度，Kolmogorov-Smirnov正規性の検定により確認した．

4）確認的因子分析

確認的因子分析により構造的妥当性を検討した．適合度指標は，GFI（Goodness-of-Fit Index），AGFI（Adjusted Goodness-of-Fit index），TLI（Tucker-Lewis index），CFI（Comparative Fit index），RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）とした．

5）信頼性・妥当性の検討

採用した全項目と各因子のCronbachのα信頼性係数により内的整合性を確認した．項目－全体得点相関分析（IT相関；Item-Total Correlation Analysis）により，指標の信頼性を検討した．GP分析（Good-Poor Analysis）により，弁別的妥当性を検討した．基準関連妥当性については，関連性を確認する既存尺度は，病院看護師・訪問看護師のいずれかを対象としており，両者による同一設問を想定しているものではないため，確認していない．

Ⅲ．倫理的配慮

指標原案作成のための面接調査は，文書と口頭により研究趣旨，匿名性の確保等の説明を行い，自由意思に基づく協力を依頼し同意書を得た．質問紙調査は，協力依頼書，説明書（研究趣旨，協力の任意性等），調査票を送付し，回答欄で研究協力の同意を確認した．東京都医学総合研究所倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：22－29）．

Ⅳ．結　　果

1．対象者・所属機関の概要

調査票回収数は，病院看護師241人，訪問看護師141人，計382人（回収率19.1％），連携支援項目の欠損値があるものを除外した有効回答数は，病院看護師206人，訪問看護師118人であった（表1）．看護師経験年数の

表１　対象者・所属機関の概要

			合計 n=324	病院看護師 n=206	訪問看護師 n=118	p 値[注)]
対象者概要	看護師経験※	平均年数（SD）	27.1（ 8.1）	26.6（ 8.1）	28.0（ 8.1）	n.s
	病院看護経験※	経験あり（人・%）	323（99.7）	206（100）	117（99.6）	＊
		平均年数（SD）	15.7（12.7）	23.5（ 9.2）	2.0（ 0.8）	
	訪問看護経験※	経験あり（人・%）	181（55.9）	63（30.6）	118（100）	＊
		平均年数（SD）	10.5（ 7.7）	6.5（ 6.8）	12.5（ 7.3）	
	事業所での役職（人・%）	管理者	216（66.7）	112（54.4）	104（88.1）	＊
		管理者以外	102（31.5）	92（44.7）	10（ 8.5）	
		無回答	6（ 1.9）	2（ 1.0）	4（ 3.4）	
所属機関概要	病院／訪問看護事業所の併設（件・%）	あり	133（41.0）	95（46.1）	38（32.2）	＊
		なし	191（59.0）	111（53.9）	80（67.8）	
	居宅介護支援事業所の併設（件･%）	あり	137（42.3）	74（35.9）	63（53.4）	＊
		なし	187（57.7）	132（64.1）	55（46.6）	

注）病院看護師・訪問看護師の比較について，※は t 検定，※以外はカイ二乗検定．＊ は $p < 0.05$

平均は，病院群26.6年，訪問看護群28.0年で有意差はなかった．訪問看護群では,１人を除き病院看護経験（平均2.0年）があり，病院群のうち訪問看護経験を有する者は63人（30.6％），平均6.5年であった．

２．項目分析

病院看護師と訪問看護師の連携支援項目原案40項目（Q1－Q40）の記述統計と機関別の比較を行った（表２）．各項目を病院群と訪問看護群で比較（Mann-WhitneyU検定）した結果，７項目で有意差を認め，いずれも訪問看護群が高値であった．本研究は，各機関の看護師の比較を可能にする指標を目指しており，一定程度の有意差は前提としているため，有意差のある７項目は除外せず，各群と統合データを照合しながら項目選択を行った．

天井効果（平均値＋標準偏差＞５）を示す項目は，病院群では該当せず，訪問看護群のQ14で5.04，病院群と訪問看護群を統合したデータ（統合データ）で5.02となりQ14を除外した．床効果（平均値-標準偏差＜１）は，病院群，訪問看護群，統合データのいずれも該当項目はなかった．尖度が±２の範囲を超えて一つの選択肢に全回答数の50％以上が集中した項目（尖度）は，病院群ではQ3（2.27），Q12（2.02），訪問看護群でQ34（2.30），Q35（3.09），Q36（2.41）であったが，統合データでは該当しなかった．歪度が±１の範囲を超える項目（歪度）は，病院群での該当はなく，訪問看護群でQ35（-1.15），Q37（-1.25）の２項目であったが，統合データで該当しなかった．尖度・歪度による項目分析の該当項目は，統合データでは該当しておらず各群の特徴を示す重要な項目として除外しないこととした．

項目間相関分析により局所独立性を検討した．相関係数0.8以上の組合せは，病院群でQ22-Q23（r＝0.87）の１組，訪問看護群でQ15-Q16（r＝0.83），Q22-Q23（r＝0.87）の２組，統合データでは，Q15-Q16（r＝0.83），Q22-Q23（r＝0.87）の２組であった．「Q15．治療方針の意思決定」と「Q16．療養場所の意思決定」は，意思決定の内容を区別する意図があり，いずれも除外しないこととした．「Q22．現在の病状の情報」と「Q23．治療の情報」は，在宅と病院で情報の把握に差が生じる可能性を意図しており，除外せず分析をすすめた．以上により，Q14の１項目を除外した39項目を選択した．

３．探索的因子分析

項目分析で選択した39項目について，病院群と訪問看護群の統合データにより探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）を行った．固有値と因子のスクリープロットを確認し５因子構造が妥当と判断した．因子負荷量が0.40未満の項目を段階的に削除し，抽出後の累積寄与率とパターン行列を確認して分析を繰り返した結果，25項目から５因子構造（累積寄与率64.33％）が抽出された（表３）．因子間相関は0.360から0.738であった．

表２　病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援：連携支援項目の原案（40 項目）の記述統計および機関別比較

	【統合】病院看護師＋訪問看護師 n=324				病院看護師 n=206		訪問看護師 n=118		機関別比較[注] p 値	
	平均	SD	歪度	尖度	平均	SD	平均	SD		
Q１. 病院と在宅では，支援者にみえる療養者の姿に違いがあることを認識している	3.91	0.70	−0.52	1.19	3.86	0.73	4.01	0.65	0.09	
Q２. 平時から連絡・相談できる体制になっている	4.24	0.67	−0.70	0.86	4.22	0.67	4.28	0.67	0.41	
Q３. 療養者の状況に応じた在宅支援体制を検討している	4.20	0.64	−0.78	1.98	4.17	0.66	4.26	0.59	0.29	
Q４. 家族の状態に応じた介護体制を検討している	4.13	0.60	−0.49	1.45	4.10	0.61	4.17	0.59	0.37	
Q５. 在宅での治療・医療処置の必要性に応じて対応可能な支援体制を検討している	4.26	0.56	−0.24	0.70	4.22	0.56	4.34	0.57	0.05	＊
Q６. 治療・医療処置管理に伴う状態変化の判断・機能評価は病院で行っている	3.83	0.86	−0.54	0.36	3.91	0.76	3.70	1.00	0.11	
Q７. 療養者の状態に応じて病院の受診または入院の必要性をともに検討している	4.18	0.71	−0.75	1.16	4.14	0.73	4.26	0.66	0.18	
Q８. 療養者の状態に応じた支援制度の手続きの状況を共有している	4.03	0.66	−0.49	0.86	4.01	0.64	4.05	0.69	0.54	
Q９. 在宅で必要な機器・物品の準備の状況を共有している	4.17	0.66	−0.59	0.81	4.16	0.66	4.20	0.67	0.54	
Q10. 療養者の病気の認識を共有している	4.27	0.62	−0.49	0.52	4.28	0.62	4.25	0.63	0.56	
Q11. 家族の病気の認識を共有している	3.96	0.79	−0.57	0.09	3.95	0.81	3.98	0.77	0.88	
Q12. 療養者の在宅療養に関する意向を共有している	4.16	0.66	−0.64	1.53	4.18	0.68	4.13	0.62	0.32	
Q13. 家族の在宅療養に関する意向を共有している	4.20	0.67	−0.69	1.01	4.18	0.68	4.24	0.66	0.47	
Q14. 在宅での緊急時の対応を共有している	4.34	0.68	−0.95	1.27	4.27	0.72	4.45	0.59	0.04	＊
Q15. 治療方針の意思決定の支援についてともに関わっている	3.85	0.85	−0.47	−0.30	3.80	0.87	3.93	0.80	0.22	
Q16. 療養場所の意思決定の支援についてともに関わっている	3.98	0.79	−0.61	0.17	3.96	0.82	4.03	0.75	0.45	
Q17. 在宅と病院ではケアを同じようにできない可能性があることを療養者・家族に伝えている	4.18	0.68	−0.54	0.40	4.16	0.67	4.22	0.69	0.34	
Q18. 療養者の入院治療に関する意向を共有している	4.05	0.70	−0.61	1.04	4.04	0.70	4.08	0.71	0.77	
Q19. 在宅療養の支援体制の情報を共有している	4.18	0.59	−0.17	0.05	4.17	0.61	4.20	0.58	0.69	
Q20. 在宅での生活状況の情報を共有している	4.09	0.66	−0.42	0.42	4.05	0.66	4.15	0.66	0.17	
Q21. これまでの病状経過の情報を共有している	4.25	0.58	−0.18	0.06	4.20	0.59	4.32	0.55	0.09	
Q22. 現在の病状の情報を共有している	4.28	0.58	−0.24	−0.04	4.27	0.59	4.31	0.58	0.51	
Q23. 治療の情報を共有している	4.24	0.62	−0.30	−0.24	4.24	0.62	4.25	0.63	0.98	
Q24. 身体機能評価の情報を共有している	4.06	0.66	−0.39	0.38	4.05	0.66	4.08	0.67	0.68	
Q25. 療養者の夜間の状態の情報を共有している	3.72	0.77	−0.42	0.16	3.69	0.80	3.75	0.73	0.64	
Q26. 治療に対する療養者の反応・エピソードの情報を共有している	3.89	0.71	−0.42	0.29	3.85	0.74	3.96	0.65	0.23	
Q27. 治療方針についての医師からの説明内容を共有している	4.07	0.71	−0.46	0.19	4.07	0.70	4.07	0.72	0.95	
Q28. 治療方針についての療養者の気持ちを共有している	3.94	0.73	−0.58	1.07	3.89	0.75	4.03	0.69	0.14	
Q29. 療養者の今後の病状の見通しを共有している	3.99	0.69	−0.32	0.08	3.99	0.67	3.98	0.73	0.92	
Q30. 家族の状況の情報を共有している	3.99	0.67	−0.36	0.37	4.02	0.62	3.92	0.74	0.33	
Q31. 症状に伴って生じる在宅療養上の課題を共有している	4.02	0.66	−0.55	1.03	3.98	0.67	4.08	0.62	0.16	
Q32. 療養者の意向に沿った活動（外出・社会参加など）の支援計画をともに検討している	3.40	0.95	−0.33	−0.26	3.34	0.95	3.49	0.95	0.20	
Q33. 個別性の高いケアの支援計画をともに検討している	3.66	0.88	−0.39	−0.24	3.58	0.92	3.81	0.79	0.02	＊
Q34. 在宅で療養者が希望するケア方法をともに検討している	3.78	0.82	−0.62	0.23	3.69	0.86	3.94	0.73	0.01	＊
Q35. 在宅の生活事情を踏まえて実施可能なケア方法をともに検討している	3.86	0.83	−0.79	0.55	3.77	0.87	4.03	0.72	0.01	＊
Q36. 在宅で使用する物品とその使用法をともに検討している	3.85	0.85	−0.80	0.82	3.74	0.89	4.04	0.74	0.00	＊
Q37. 療養者の病状評価に基づくケア方法をともに検討している	3.78	0.86	−0.86	0.91	3.70	0.85	3.92	0.86	0.01	＊
Q38. 療養者の在宅での生活を考慮した ADL の支援方法をともに検討している	3.89	0.79	−0.80	1.23	3.84	0.77	3.97	0.82	0.12	
Q39. 新たな治療・医療処置管理の導入・変更は，病院で病状評価を行ってから訪問看護に引継いでいる	3.94	0.83	−0.67	0.43	3.98	0.82	3.88	0.85	0.27	
Q40. 在宅での新たな治療・医療処置管理は，病院で家族指導を行ってから訪問看護に引継いでいる	3.84	0.86	−0.63	0.37	3.86	0.85	3.81	0.87	0.56	

注）Mann-WhitneyU 検定　＊：$p < 0.05$

表３　病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援指標の探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）

		Ⅰ因子	Ⅱ因子	Ⅲ因子	Ⅳ因子	Ⅴ因子	共通性
在宅療養支援計画の検討 α =0.931	35. 在宅の生活事情を踏まえて実施可能なケア方法をともに検討している	0.968	0.005	−0.138	0.041	0.011	0.819
	37. 療養者の病状評価に基づくケア方法をともに検討している	0.928	−0.059	−0.009	0.046	−0.032	0.795
	34. 在宅で療養者が希望するケア方法をともに検討している	0.828	−0.099	0.140	−0.027	−0.001	0.730
	36. 在宅で使用する物品とその使用法をともに検討している	0.820	0.188	−0.177	−0.071	0.036	0.663
	38. 療養者の在宅での生活を考慮した ADL の支援方法をともに検討している	0.750	−0.012	0.036	0.035	0.072	0.680
	33. 個別性の高いケアの支援計画をともに検討している	0.672	−0.127	0.275	−0.031	−0.020	0.601
	26. 治療に対する療養者の反応・エピソードの情報を共有している	0.439	0.159	0.266	−0.069	−0.045	0.510
在宅療養生活を想定した病状・病識の情報共有 α =0.919	22. 現在の病状の情報を共有している	−0.108	0.972	0.028	−0.082	0.042	0.819
	23. 治療の情報を共有している	−0.065	0.970	−0.014	−0.053	0.031	0.823
	21. これまでの病状経過の情報を共有している	−0.015	0.886	0.000	0.005	−0.053	0.730
	20. 在宅での生活状況の情報を共有している	0.198	0.646	−0.067	0.089	−0.071	0.569
	19. 在宅療養の支援体制の情報を共有している	0.083	0.520	0.205	0.075	0.004	0.632
	24. 身体機能評価の情報を共有している	0.284	0.483	0.040	−0.009	0.041	0.562
	10. 療養者の病気の認識を共有している	−0.058	0.405	0.189	0.206	0.023	0.458
在宅療養を見通した療養方針の共有 α =0.861	28. 治療方針についての療養者の気持ちを共有している	0.045	−0.020	0.879	−0.101	−0.025	0.693
	29. 療養者の今後の病状の見通しを共有している	0.008	0.021	0.818	0.000	−0.049	0.665
	12. 療養者の在宅療養に関する意向を共有している	−0.034	0.060	0.525	0.116	−0.003	0.382
	30. 家族の状況の情報を共有している	0.057	0.079	0.520	0.049	0.070	0.478
	18. 療養者の入院治療に関する意向を共有している	−0.027	0.099	0.478	−0.021	0.212	0.433
	27. 治療方針についての医師からの説明内容を共有している	0.159	0.224	0.442	0.065	−0.085	0.554
在宅支援体制の検討 α =0.856	4．家族の状態に応じた介護体制を検討している	−0.056	−0.081	0.054	0.886	0.023	0.729
	3．療養者の状況に応じた在宅支援体制を検討している	0.008	0.070	−0.067	0.836	−0.049	0.686
	5．在宅での治療・医療処置の必要性に応じて対応可能な支援体制を検討している	0.044	0.006	−0.009	0.744	0.036	0.607
在宅医療管理の引継ぎ α =0.856	40. 在宅での新たな治療・医療処置管理は，病院で家族指導を行ってから訪問看護に引継いでいる	−0.035	−0.004	0.007	−0.018	0.907	0.781
	39. 新たな治療・医療処置管理の導入・変更は，病院で病状評価を行ってから訪問看護に引継いでいる	0.117	0.004	−0.011	0.036	0.748	0.684
	回転後の負荷量平方和	9.327	9.411	9.251	6.007	5.240	
	累積寄与率	46.494	53.065	57.788	61.460	64.329	
	因子相関行列　Ⅰ因子	−	0.633	0.694	0.470	0.528	
	Ⅱ因子		−	0.738	0.574	0.504	
	Ⅲ因子			−	0.546	0.505	
	Ⅳ因子				−	0.360	
	Ⅴ因子					−	

各因子の項目の内容を検討し，因子を解釈し命名した．以下，因子名は【　】で示した．第Ⅰ因子は7項目で構成され，在宅における個別具体的な支援方法を検討する内容から【在宅療養支援計画の検討】と命名した．第Ⅱ因子は7項目で構成され，療養者の身体的情報や在宅での生活面の情報共有に関する内容から【在宅療養生活を想定した病状・病識の情報共有】と命名した．第Ⅲ因子は6項目で構成され，今後の治療，療養生活の方針，意向を共有する内容から【在宅療養を見通した療養方針の共有】と命名した．第Ⅳ因子は3項目で構成され，家族や医療を考慮した支援体制の検討に関する内容から【在宅支援体制の検討】と命名した．第Ⅴ因子は2項目で構

成され，医療管理が病院から在宅に引継がれる内容から【在宅医療管理の引継ぎ】と命名した．

4．確認的因子分析

全25項目総得点の分布の正規性の判定として，Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定は棄却されたが（p＝0.01），歪度0.012，尖度-0.148といずれも絶対値が1以下であることを確認した．KMO標本妥当性の測度は0.942，Bartlett の球面性検定は p ＜0.01と有意差を認めた．

探索的因子分析による5因子構造で，各因子を潜在変数としてすべての因子間に共分散を仮定して確認的因子分析を行った．モデルの適合度指標は，GFI=0.853，AGFI=0.820，TLI=0.912，CFI=0.922，RMSEA=0.072であった．修正指数36.6の組合わせ（Q22-Q23）を確認し，誤差変数に共分散を設定したモデルで再度確認的因子分析を行った結果，適合度指標は，GFI=0.869，AGFI=0.839，TLI=0.925，CFI=0.934，RMSEA=0.067であった．

5．信頼性・妥当性の検討

内的整合性を示すCronbach の α 信頼係数は，全25項目で0.953，各因子は0.837から0.931であった．全25項目のIT相関分析は，全項目で有意な相関を認めた（r＝0.543－0.773）．判別的妥当性の検討としてGP分析を行った．全25項目の総得点の平均値（100.38）から，対象者を上位群（100点以上）と下位群（99点以下）に分類し，平均値の差を比較（t 検定）した結果，全項目で p ＜0.01となり上位群が高値であった．

V．考　　察

1．対象者の適切性

対象者の看護師経験年数は平均27.1年で，病院看護師と訪問看護師の有意差はなかった．全国の看護職員の経験年数[17]は平均17.8年であり，本対象は地域との調整的役割をもつ管理者が66.7％を占めており経験年数が長いと推察される．訪問看護師経験者181人（55.9％）の経験年数は平均10.5年で，全国の平均訪問看護経験年数9.1年[18]と概ね変わらない経験を有しており，対象者の適切性を確認した．

2．指標の信頼性・妥当性の検討

本指標の原案作成は，病院看護師・訪問看護師の面接調査データから質的帰納的分析により作成し，学識経験者により看護連携の概念や病院と訪問看護の役割との整合性など，病院看護師と訪問看護師が回答する同一項目としての精度を上げ，内容的妥当性，表面妥当性は確保できた．

標本数は質問項目の5～10倍程度が必要とされており[19]，本研究では200～400程度が必要なところ324人の回答を得た．標本妥当性を示すKMO値は0.942，Bartlett の球面性検定は p ＜0.01と有意差を認めた．KMO値は0.9以上で大変適切とされており[20]，因子分析に耐えうる標本数を満たしていた．

構造的妥当性について，確認的因子分析による適合度指標GFI，AGFI は0.9以上を基準としてGFI はAGFIより大きく1に近いほど説明力があり，CFI，TLI は1に近いほど当てはまりがよいとされている[21-22]．本指標では，GFI=0.869はAGFI=0.839を上回ったがいずれも0.9をわずかに下回った．TLI=0.925, CFI=0.934は0.9以上と基準を満たした．RMSEA は0.05未満であてはまりが非常に良好で，0.10以上はあてはまりが悪いとされている[23]．本指標のRMSEA は0.067と0.05未満ではないが，許容される範囲であった．

GP分析では，各項目が総得点と同様の傾向を示し高い弁別力をもっており，各項目の得点の差によって看護連携の実践の程度を評価できる指標であることが確認できた．

信頼性について，全25項目のIT相関分析（r＝0.543－0.773）により，尺度の一貫性を損なう0.4以下の項目はなかった．指標全体のCronbach の α 信頼係数は0.953，各因子は0.837から0.931といずれも0.7の基準を上回り，指標全体および下位尺度ともに内的整合性が検証された．

3．指標の構成

本指標は，5つの因子で構成された．第Ⅰ因子【在宅療養支援計画の検討】と第Ⅳ因子【在宅支援体制の検討】は，病院看護師と訪問看護師が在宅療養支援に向けてともに検討する内容で構成された．第Ⅱ因子【在宅療養生活を想定した病状・病識の情報共有】と第Ⅲ因子【在宅療養を見通した療養方針の共有】は，在宅療養を想定し

た情報や方針を共有する内容で構成された. 第Ⅴ因子【在宅医療管理の引継ぎ】は，医療管理に関する状況を実際に引継ぐ内容で構成された. Nurse-Nurse Collaboration Scale（NNC）では，コア領域を「問題解決，コミュニケーション，調整，共有プロセス，プロフェッショナリズム」として構成している[24]．本指標では, コミュニケーションやプロフェッショナリズムという連携の技術や専門意識は連携の前提に位置づけており，NNC における問題解決，調整，共有プロセスに該当する内容で指標を構成している．さらに，病院と在宅の療養の場の移行に伴う「ケアの移行（Care transition)」は，「患者の健康状態，ケアの必要性，医療提供者，療養の場の変化に応じて，安全かつ効果的なケアの調整と継続性を確保するために設計された一連の行動」[25] とされていることからも，本指標は，看護連携におけるケアの調整と継続性の確保に焦点化した内容で構成しているといえる.

第Ⅰ因子【在宅療養支援計画の検討】は，療養者の希望や在宅生活を踏まえた支援方法をともに検討する項目で構成された．本因子は，療養者の負担を考慮したケアの簡素化[26] や療養者・家族が望む生活を考慮したケア継続の視点[27] と類似する視点を含んでいた.

第Ⅱ因子【在宅療養生活を想定した病状・病識の情報共有】は，共有する情報として，医療的側面，在宅生活の側面, 療養者の病気の認識の側面の項目で構成された. 病棟看護師の退院支援尺度[28] では，患者・家族からの情報収集の内容に，入院前の生活，社会背景等の情報があり，本因子を構成する情報と多くの合致を認める．訪問看護師は，在宅生活の情報に加えて医療的側面の情報を把握し今後のサービス内容を調整している[29]．本指標は病院看護師と訪問看護師が強みを発揮した情報共有を目指す点に特徴がある.

第Ⅲ因子【在宅療養を見通した療養方針の共有】は，病状の見通し，療養者の治療方針への気持ち，在宅療養の意向，家族状況など在宅療養の方針を共有する内容で構成された．病院看護師の尺度[30] では，療養者や家族の希望する生活を確認する内容が含まれており，本因子は訪問看護師と共有する内容として既存尺度と合致している．在宅療養の方針は変わり得るため，本指標では，退院後に継続的に見直しながら共有する視点を含んでいた.

第Ⅳ因子【在宅支援体制の検討】は，家族の状態や療養者の状態，必要な治療・医療処置管理を考慮した支援体制を検討する内容で構成された．在宅支援体制については，病院看護師は，退院支援において社会資源を評価している[31]．一方の訪問看護師は，退院前後に療養者の状態や介護状況に応じた支援体制の検討を行っている[32]．退院調整看護師の職務行動遂行能力[33] の一つに「退院後のケアバランスの見積力」がある．本因子は，病院看護師と訪問看護師がともに検討し統合した見積力をもって支援体制を確保する.

第Ⅴ因子【在宅医療管理の引継ぎ】は，治療や医療処置管理の導入・変更時は，病院での指導や病状評価を経て訪問看護に引継ぐ内容で構成された．医療処置が必要な療養者の退院支援は，在宅で実施可能な方法を家族に指導することが重要である[34]．本因子では，病院での家族指導や病状評価を経て在宅療養につなげる視点を，病院看護師と訪問看護師がともに確認する点に特徴がある.

4．指標の活用可能性

本指標は，病院看護師と訪問看護師が在宅療養支援を同一指標で測り，入退院支援における一連の看護連携を振り返り評価できることが特徴である．本調査による病院看護師と訪問看護師の比較（表2）から，主に第Ⅰ因子【在宅療養支援計画の検討】の5項目で相互の認識に差を認めた．看護連携における情報共有は，提供された情報と提供してほしい情報には差が生じ[35]，コミュニケーションの不足が連携を難しくしている．本指標を用いて一連の看護連携を評価することで，今後の入退院支援の看護連携において，情報共有やカンファレンスの段階で，各項目の視点（生活事情や病状評価等）を踏まえた支援計画を具体的に確認する双方向アプローチに反映できる可能性がある.

そのほかの活用可能性として，看護連携の課題解決策として情報共有ツール[36] や研修も提案されており，このような介入の効果検証として，本指標を活用することもできる．また，特定の療養者が入退院を繰り返すにあたり，当該療養者の看護連携のチームで縦断的に看護連携を評価することで，課題の明確化やチームの醸成の可視化ができる．本指標の合計点は看護連携による在宅療養支援の質を点数化するため，療養者の属性（病状や療養支援体制等），あるいは看護師の属性（経験年数，研

修受講状況等）で比較することにより，看護連携の課題が生じやすい療養者や看護師等の特徴を明らかにできる可能性がある．

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本指標の妥当性として，モデル適合度指標は許容範囲と検証されたものの，一部の指標は良好とはいえない．本指標は，病院看護師と訪問看護師の連携支援を同一指標で測ることをめざすため，立場や役割に拠る回答の偏りを統合して分析した影響は否定できない．

基準関連妥当性については，本指標との関連性を確認する病院看護師・訪問看護師の両者を対象とする日本語版既存尺度での調査に至らず確認できていない．構成概念妥当性の外的証拠たる基準関連妥当性[37]は，今後の妥当性検討の過程で実施する必要がある．信頼性の検討として，Cronbach の α 信頼係数により内的一貫性は確認されたものの，再テストは実施しておらず再現性の担保は不十分である．今後は，基準関連妥当性・再現性の検証が必要である．

Ⅶ．結　　論

本研究は，病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援指標の開発を目的に，指標の信頼性・妥当性を検討した．探索的因子分析の結果，【在宅療養支援計画の検討】【在宅療養生活を想定した病状・病識の情報共有】【在宅療養を見通した療養方針の共有】【在宅支援体制の検討】【在宅医療管理の引継ぎ】の5因子25項目（累積寄与率64.33％）が抽出された．Cronbach の α 信頼係数は0.912で，モデル適合度はGFI=0.869，AGFI=0.839，TLI=0.925，CFI=0.934，RMSEA=0.067であった．信頼性および許容される範囲の妥当性が検証され，病院看護師と訪問看護師の看護連携による在宅療養支援を評価する指標としての活用可能性が示唆された．

本研究は，JSPS科研費 基盤研究C（課題番号22K10675）の助成を受けて行った研究の一部である．本研究における利益相反は存在しない．

■引用文献

1）厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分科会（第220回）資 料3（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_34231.html, 2024.10.31）.

2）川越雅弘：わが国における地域包括ケアの現状と課題．海外社会保障研究, **162**：4-15（2008）.

3）Braet A, Weltens C, Sermeus W.：Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions－A systematic review－. *JBI Database System Rev Implement Rep*, **14**(2)：106-173（2016）.

4）戸村ひかり，永田智子，村嶋幸代，ほか：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発．日本看護科学学会誌, **33**(3)：3-13（2013）.

5）山岸暁美，久部洋子，山田雅子，ほか：「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証．看護管理, **25**：248-254（2015）.

6）Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, et al.：Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission－A systematic review－. *Int J Environ Res Public Health*, **16**(14)：2457（2019）.

7）厚生労働省：病院看護管理者のための看看連携体制の構築に向けた手引き（研究代表者：永田智子）(2019).

8）Dougherty B, Larson L.：The Nurse-Nurse Collaboration Scale. *J Nurs Adm*, **40**(1)：17-25（2010）.

9）Lemetti T, Pauli P, Minna S, et al.：Nurse-to-nurse collaboration between nurses caring for older people in hospital and primary health care－A cross-sectional study－. *J Clin Nurs*, **30**(7-8)：1154-1167（2021）.

10）Lemetti T, Stolt M, Rickard N, et al.：Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *Int Nurs Rev*, **62**(2)：248-66（2015）.

11）Jane M, Dawn P, Joanne C.：Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings－a scoping review－. *J Clin Nurs*, **30**(19-20)：2769-2785（2021）.

12）Helle P, Signe F, Vibeke N.：“It is two worlds” cross-sectoral nurse collaboration related to care transitions－A qualitative study－. *J Clin Nurs*, **28**(9-10)：1999-2008（2019）.

13）加藤智子：病院と訪問看護ステーションにおける看護職間の連携の実態と課題．聖隷浜松病院医学雑誌, **22**(1)：8-14（2022）.

14）前掲書7）

15）吉池毅志，栄セツコ：精神科ソーシャルワーカーの精神保健福祉実践活動 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目

して－. 桃山学院大学総合研究所紀要, **34**(3)：109-122 (2009).
16) 厚生労働省：平成29年度病床機能報告（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00002.html, 2021.2.3).
17) 日本看護協会：2021年日本看護協会調査研究報告 看護職員実態調査（https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https:// www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf&ved=2ahUKEwj3hv-ntomNAxW2m68BHUmpATIQFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw3CvIE0L6vX__gS1_ECG-pc, 2024.10.31).
18) 日本看護協会：2014 年訪問看護実態調査報告書（https://nurse.repo.nii.ac.jp/records/2000278, 2024.10.31).
19) 松尾太加志, 中村知靖：誰も教えてくれなかった因子分析. 33, 北王路書房, 京都(2016).
20) 豊田秀樹：因子分析入門. 198, 東京図書, 東京(2012).
21) 小塩真司：研究事例で学ぶSPSSとAmosによる心理・調査データ解析. 第2版, 268, 東京図書, 東京(2012).
22) 友利幸之介, 京極真, 竹林崇：作業で創るエビデンス. 76-79, 296-297, 302-303, 305-306, 医学書院, 東京(2019).
23) 朝野熙彦, 鈴木督久, 小島隆矢：入門共分散構造分析の実際. 120, 講談社, 東京(2005).
24) 前掲書8)
25) Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M：Care Transitions－A Systematic Review of Best Practices－. *J Nurs Care Qual*, **30**(3)：233-239 (2015).
26) 近藤浩子, 辻村弘美, 牛久保美津子, ほか：病院看護職の在宅を見据えた看護活動尺度の信頼性・妥当性とその関連要因の分析. The Kitakanto Medical Journal, **71**：131-141 (2021).
27) 樽矢裕子, 濱本洋子, 佐藤鈴子：退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス. 日本看護研究学会雑誌, **38**(4)：25-35 (2015).
28) Sakai S, Yamamoto-Mitani N, Takai Y, et al: Developing an instrument to self-evaluate the discharge planning of ward nurses. *Nursing Open*, **3**(1)：30-40 (2016).
29) 桒原雄樹, 永田智子, 田口敦子, ほか：訪問看護ステーションが利用者の退院前後に行う業務の実態. 日本医療・病院管理学会誌, **47**(2)：93-101 (2010).
30) 前掲書26)
31) 前掲書28)
32) 前掲書29)
33) 前掲書4)
34) 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, ほか：医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取組と病棟看護職の実践. 日本看護研究学会雑誌, **36**(4)：39-46 (2013).
35) 前掲書13)
36) 蒔田寛子, 三浦さえ子, 風間祐子, ほか：病棟看護師と訪問看護師の連携促進強化の試み. 豊橋創造大学紀要, **18**：41-53 (2014).
37) 前掲書22)

Development of a Measure of Homecare Support Involving Nursing Collaboration between Hospital Nurses and Home-visit Nurses

Michiko Haraguchi, Chiharu Matsuda, Yumi Itagaki, Akiko Ogura, Yuki Nakayama

Unit for Intractable Disease Nursing Care, Research Center for Social Science & Medicine,
Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science

Abstract

Objective: To develop a measure of homecare support involving collaboration between hospital nurses and home-visit nurses.

Methods: A measure comprising items of collaborative support was drafted based on an interview survey conducted with hospital nurses and visiting nurses. The measure's reliability and validity were also investigated by conducting a questionnaire survey.

Results: An exploratory factor analysis of the 324 responses (hospital nurses, n=206; visiting nurses, n=118) revealed a total of 25 items belonging to the following five factors (cumulative proportion, 64.3%): consideration of homecare support plans, sharing of information regarding disease status and clinical insights in homecare settings, sharing the care direction created in anticipation of homecare, consideration of the homecare support system, and transition of home medical care management. Cronbach's alpha coefficient was 0.912, while model fit indices were as follows: goodness-of-fit index = 0.869; adjusted goodness-of-fit index = 0.839; Tucker-Lewis index = 0.925; comparative fit index = 0.934; and root mean square error of approximation = 0.067.

Conclusion: Although not all fit index values indicated a good fit, the validity of the measure was within an acceptable range, and the measure was confirmed to have high reliability. This measure could be used to evaluate support for nursing collaboration between hospital and visiting nurses.

Key words : Homecare support, collaboration, hospital nursing, visiting nursing, measure

書評

津久井 進　著

災害ケースマネジメント◎ガイドブック

合同出版（2020 年）／A5 判／272 頁／本体価格 1,600 円 + 税

書評者：佐藤ゆかり（岡山県立大学）

「この豊かな大自然とともにどう生きる？」と我々は常に問われ続けている．日本には四季があり，世界が羨む美しい自然を持つ一方で，地形・地質・気象等の特性により災害に対し脆弱[1]である．この問いを受け本書は，柔軟で弾力性に富んだ姿勢とレジリエンスを持って災害に向き合い，ご本人が主人公となる生活再建を支えていこうというメッセージを貫く．

災害ケースマネジメントは「被災者一人ひとりに必要な支援を実施するため，被災者に寄り添い，その個別の被災状況・生活状況等を把握し，それに合わせてさまざまな支援策を組み合わせた計画を立てて，連携して支援を実施する仕組み」と定義される．おりしも，内閣府に災害ケースマネジメント全国協議会が発足し[2]，昨秋の第1回協議会を経て，関係団体の間で知見の共有とそれぞれの役割について理解が深められたところである．

第1章『被災地のリアル』は，「取り残される被災者」という問題提起に始まる．災害制度の何が課題かについて解説したうえで先駆例が紹介され，学術的な考察が展開される．一人ひとりの状況に合わせた支援こそが最適解で，将来に希望を紡ぐことにつながる，という実践の科学が心に響く．

次いで，第2章『被災者支援制度の改善』では，災害救助法の見直し等について言及し，制度の弱点として，①制度がない，②なかみが悪い，③使い方が悪い，④無知の4つを指摘する．平時からの準備が災害ケースマネジメントの迅速かつ効率的な実施につながり被災者の自立・生活再建を進める[2]考え方からマイ・タイムラインが紹介され，「事前災害ケースマネジメント」というフェーズフリーの新たな視野を拓く道標が見えてくる．

本書の本丸は，第3章『災害ケースマネジメント』にて詳述され，5つのポイント（①個別対応，②アウトリーチによる申請主義の克服，③支援の総合連携，④支援の計画性，⑤計画の総合化）がピックアップされる．個別に寄り添う過程で見えてきた制度利用を申請しない理由，カルテを共有し継続的に寄り添う伴走支援を形成したチームなど，課題解決型支援と伴走型支援を両輪とする実践が紹介される．法律リテラシーについての解説も大変興味深い．被災を体験したご本人が主人公となる生活再建を強調したうえで，一人ひとりを大切にする災害文化を創造する糸口を見出し，地域コミュニティでの取り組みが人々の持続可能な活動によって文化として定着するという視座は，人を慈しみ，個人を認めあう共生社会の実現を目指す本学会の趣旨と符合する．

終盤で改めて「被災者って誰だろう？」と発問し，社会全体の共通課題として災害に向き合う姿勢が語られる．そもそも日本には被災者の定義がなく，災害の定義自体も曖昧で，様々な制度によって災害の範囲も異なるため誰が被災者なのか定まらず制度の穴や隙間に陥り救済の網から漏れ落ちるケースが存在する現状に警鐘を鳴らす．被災者って誰？というクリニカルクエスチョンから，対象者定義の文献的検討といった研究課題，あるいは，声なき声を聴き未だ記述されていない実態を明らかにするといった研究課題設定も想定されよう．

著者は，日本弁護士連合会災害復興支援委員会委員長，日本災害復興学会理事等を歴任．ご本人と向き合い続けたどり着いた真実から導かれた本書は，ご本人が主人公となる生活再建に向けた支援の在り方を研究するために必携である．28巻2号にて紹介された，「災害看護でまちづくり」尾野寛明･片岡奈津子（著）に記されている，災害支援および倫理的対応の具体例と併せて抄読されると，より学びが深まると思われる．

■引用文献

1）国土交通省：自然の脅威を乗り越え，豊かな社会経済活動の礎を築く（https://www.mlit.go.jp/saiyojoho/manifesto/manifesto10.html）
2）内閣府：災害ケースマネジメント全国協議会（https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/case/index.html）

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 2024年度第２回理事会議事録案

Ⅰ．日　時：2024年12月4日㈬　18：00～21：15
Ⅱ．場　所：オンライン会議
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
	尾﨑　章子	叶谷　由佳
	菊地ひろみ*	河野　光伸
	小林　裕美	酒井　昌子
	髙砂　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
オブザーバー	河野あゆみ	
事務局	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，中谷理事長と正野監事を署名人とすることとした．

【審議事項】

1．前回理事会議事録の承認について

資料1を基に，2024年度第1回理事会議事録（案）を確認のうえ，これを承認した．

2．2024年度中間決算（案）について

資料2を基に，2024年度中間決算（案）が報告され，これを承認した．

1）収入の部については，10月末時点の入金とし，会費収入11,162,500円（正会員1,059名，学生会員70名），入会金355,000円（正会員67名，学生会員8名），投稿料105,000円（21論文）等を含め，合計12,471,813円の収入があった．

2）支出の部については，学会誌印刷費687,500円，学会事務委託費2,086,150円等，合計で5,795,852円を支出した．

3．新入会退会承認について

資料3を基に，新入会者16名，退会者5名を確認のうえ，これを承認した．

4．第29回学術集会決算・会計監査について

資料4を基に，永田集会長から第29回学術集会決算について報告された．また，池田監事・正野監事により第29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．第32回学術集会長について

資料5を基に，第32回学術集会長として丹羽敦先生が推薦され，これを承認した．

6．在宅ケア学会創立30周年記念事業について

資料6を基に，在宅ケア学会創立30周年記念事業について報告され，これを承認した．概要は以下の通り．

1）特別講演

- 日時：2025年9月14日㈰　10：30～11：30
- 場所：千里ライフサイエンスセンター
  学術集会会場1ライフホール

内容は講演と鼎談を予定している．詳細は以下の通り．

①講演　10：30～11：00

- 講師：新田國夫先生（日本在宅ケアアライアンス理事長）
- テーマ：在宅ケアを紡ぐ（仮）
- 座長：中谷理事長

②鼎談　11：00～11：30

- 登壇者：新田國夫先生（日本在宅ケアアライアンス理事長）・亀井智子先生（前日本在宅ケア学会理事長）・白澤政和先生（元日

本在宅ケア学会理事長）

- 司会進行：中谷理事長

2）記念式典

- 日時：2025年9月13日㈯　夕方（1日目プログラム終了後，17：00以降を想定）
- 会場：学会場内レストラン
- 形式，収容人数：立食形式．70名～100名収容可能．
- 参加費用：5,000円
- 招待者：名誉会員（7名），関連団体（3名），日本在宅ケアアライアンス関係者（22名）の計32名．
- 内容：現理事長挨拶，歴代理事長挨拶，来賓挨拶（3名ほど），祝辞．

3）周知

- 年会費請求時の案内チラシ封入（2025年3月）・学会HP・広報メールにて周知．
- 記念式典の参加について，一般会員は学会HPからの事前申込とする．学術集会参加者の申し込みについては，事前参加申し込み数により検討予定．

4）記念品

- 作成，配布は行わない．

5）予算

- 記念事業にかかる費用は2025年度学会予算とする．60万円程度を計上予定だが，招待者の参加人数により変動の可能性がある．
- 2025年3月に配布予定の案内チラシについては2024年度予算の予備費で支出予定．
- 特別講演登壇の先生方3名の交通・宿泊費・式典参加費は学会負担．新田先生には謝金を支給する．
- 来賓挨拶をいただく関連団体の交通・宿泊費・式典参加費は学会負担．
- 名誉会員，日本在宅ケアアライアンス関係者の式典参加費は学会負担．交通費等は自己負担．
- 理事，監事，代議員，委員会委員，一般会員はすべて自己負担．

6）その他

- 一般会員の記念式典事前参加申込受付は，学術集会参加登録開始時期と合わせて，2025年6月頃を予定している．
- 30周年記念事業の広報は学会活動推進委員会が担当する．
- 河野集会長より，特別講演のオンデマンド配信を予定しているため，登壇者の承認をいただきたい旨の依頼があった．
- 中谷理事長より，今後の学会発展のためにも記念式典には理事や代議員に限らず，若手の先生方にも参加いただくよう働きかけてほしい旨の依頼があった．

7．名誉会員の推薦について

資料7を基に，下記2名の会員の名誉会員推薦が提案され，これを承認した．2025年度社員総会へ諮り，正式に承認される予定．

- 黒田研二先生
- 加瀬裕子先生

【報告事項】

1．第29回学術集会報告について

資料8を基に，永田集会長より第29回学術集会の開催報告があった．概要は以下の通り．

- 最終的な参加者人数は1,089名だった．非会員の参加者の割合が高かったため，会員数増加につながるように，参加登録者あてに入会案内メールを送った．
- 大きなトラブルなく終了し，終了後のアンケートでも好評だった．
- SNS（Facebook,X,Instagram）やHPでの情報発信・周知に力を入れた．
- 参加者割合としては50代が一番多く，次いで40代，60代となっており，若い世代の参加が引き続き課題となっている．

2．第30回学術集会進捗状況について

資料9を基に，河野集会長より第29回学術集会の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：サイエンスとひとが創り出す在宅ケア
- 会期：2025年9月13日㈯，14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．一部オンデマンド配信を予定．
- 想定規模は当初800名を想定していたが，収支の都合上1,000名とすることとした，詳細は今後検討する．
- 演題は180程度を予定している．
- ランチョンは予定しておらず，協賛セミナーおよび

インタレスト・トーク・ランチでは，会場で購入したお弁当を持ち込み，食事しながら参加可能という形式にて開催する．

- 助成金は，勇美記念財団より獲得しており，現在，科研費へ申請中であり，セコム化学技術進行財団は獲得できなかったが再度申請予定である．
- 懇談会・懇親会の開催はなく，茶話交流会・30周年記念企画（記念式典）がその代替となる．
- 会員報告会の昼食の配布については，会場指定の弁当を手配することになる．業者への注文は学術集会から行うため，河野集会長より，50名配布予定と聞いているが随時必要数を教えていただきたい旨の要請があった．
- 委員会企画募集は引き続き募集をしており，12/20が締め切りである旨が共有された．
- 企業の参加や寄付金，一般演題の査読，座長について，理事・監事の先生方にも協力いただきたい旨の要請があった．

3．2024年度会務および会員数等報告について

資料10を基に，2024年5月1日～11月30日までの会務，および，11月30日現在の会員数が1,338人＋1社である旨の報告があった．

4．2024年度各委員会および関連団体活動報告について

資料11を基に，各委員長および担当理事より報告された．概要は以下の通りである．

1）編集委員会

①学会誌第28巻第1号を2024年9月末に刊行した．第28巻第2号を2025年3月末に刊行予定．②編集委員会を2024年5月，11月の2回開催した．

③査読者の査読辞退が多数あったため，査読委員の増員をしたく，理事からの推薦･紹介をお願いしたい．

④スカラワンのメリットを活かした編集体制の整備を進め，効率化と活性化を図る．

⑤学会誌掲載論文における共著者・投稿料について以下の審議を行った．

(1) 学会誌掲載論文については，筆頭者のみ会員資格を必須とし，共著者は非会員でもよいとする．

(2) 投稿料については廃止し，採択時に非会員の共著者が含まれる場合は，各非会員の共著者より8,000円を徴収する方向で引き続き検討することとなった．

2）学会活動推進委員会

第30回学術集会での委員会企画については若手を中心としたもので，在宅ケアに対する期待が持てるようなセミナーを予定している．

3）広報委員会

①2025年3月発行予定のニュースレターNo.18の記事内容について，委員会活動紹介・活動報告，新理事長挨拶，第29回学術集会報告等を掲載する旨の報告があった．

②前回理事会にて理事長より依頼のあった学会HPの点検・更新については，予算の都合上，現在は点検を主としている．情報の重複箇所が散見されることから，サイトマップで整理をしながら進めていく予定である．

4）倫理委員会

前回理事会にて理事長より依頼のあった，学会内で会員の研究倫理の審査が受けられるような組織の設置の検討を進める件について，様々な規定があり，そもそも学会内で研究倫理委員会として組織立てができるのか不明である旨が報告された．また，学会内に研究倫理の審査が受けられるような組織を設立する件について，他団体にも協力いただき，共同で設立するのはいかがかという意見があった．

上記から，看護系他学会の倫理委員会に関する情報を募り，規定案とともに次回の理事会で改めて審議することとなった．

5）政策提言検討委員会

①看保連助成研究について期間の延長（1年間）を行ったため，引き続き調査研究を行う．

②第29回学術集会でシンポジウムを開催した．

6）論文賞選考委員会

2024年度優秀論文賞・奨励論文賞の記念講演および表彰式を，第29回学術集会で実施した．また，2025年度は学会誌28巻1号，2号掲載の論文を対象に，選考を行い決定する旨の報告があった．

7）実践・研究助成委員会

第12回（2025年度）実践および研究助成には13件の応募があった．全員応募資格を満たしているため，今後委員会内で選考を進めていくことが報告された．

8）生涯教育委員会

①第29回学術集会にてオンデマンド配信をし，定例のまちかどフォーラムを実施した．

②まちかどフォーラムの今後の運営については「まちかどカフェ」と名称を改め，年3回の開催とし，会員が気軽に参加できる場として運営していくこととなった．

③前期に収録済みのオンライン公開講座の配信が未完のため，講師との契約について確認し，配信予定である．

④第30回学術集会での企画として，認知症基本法の啓発を行う予定である．

9）ガイドライン作成委員会

①「第2版在宅ケア実践ガイドライン2025」の編集作業を進めている．年度内には刊行し，会員へ冊子体の配布を予定している．

③「第3版在宅ケア実践ガイドライン」については予算や会員非会員の差別化の観点から冊子体として作成することとなった．

③第30回学術集会での企画として，ガイドライン作成・改訂委員会合同で，ガイドラインの読み解き・活用方法についてのワークショップの開催を予定している．

10）ガイドライン改訂委員会

①現行ガイドラインのクリニカルクエスションについて，モニタリングを行い，スケジュールに沿って今後作業を進めていく予定である．

②RevManの契約更新については，2024年12月～2025年12月までは榎本委員長の個人契約とし，2025年12月以降は団体契約とする．ガイドライン作成・改訂委員会合同の予算で執行する方針となった．

11）在宅ケアイノベーション研究研修委員会

在宅ケアイノベーション大賞の応募が現時点で無いことが報告された．今後理事・委員の先生方で推薦をいただくなど，積極的な広報を行っていく予定である．

12）看護系学会等保険連合（看保連）

看保連総会，看護技術検討委員会，診療報酬体系等のあり方検討委員会での内容について情報共有を行った．

13）日本看護系学会協議会（JANA）

①2024年度JANA社員総会に出席した．

②適宜必要な情報を会員向けに配信した旨の報告があった．

14）日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

①日本在宅ケア・サミット2024へ参加をした．

②第20回在宅医療推進フォーラムへ参加した．

③勇美記念財団25周年記念刊行誌への寄稿を行った．

④災害対策委員会の担当者が今年度より結城理事となった旨を報告した．

15）日本社会福祉系学会連合

特になし

16）日本医学会連合診療ガイドライン統括委員長会議

第2回診療ガイドライン統括委員長会議へ出席を行った（臺理事・中谷理事長）．様々な学会がガイドラインを作成しているため，他学会との重複がないように点検を行い，在宅ケア学会ならではの特徴のあるガイドライン作成を行うことが求められている旨が報告された．

5．入会フォームの変更について

結城理事より，入会フォームの入力を簡便にする目的で，入会フォームの変更を検討している旨が報告された．概要は以下の通り．

- 「所属機関」の選択肢を減らす．
- 「職種」を「就業の主な資格」に名称変更し，選択肢を減らす．
- 学歴欄について「学位」の選択肢を大幅に減らすなど，項目の全体的な見直しを行う．
- 「専門領域」の選択肢を実態に沿って洗練し，選択肢も減らす．
- 入会審査の「業績欄」を削除する．
- 入会審査の「推薦者の会員番号の記載」は継続とする．

6．JANAの被選挙人候補者の推薦について

理事・監事に推薦者を募ったところ，理事に片山副理事長，監事に中谷理事長の推薦があったが，引き受けは難しいとのことだった．再度理事・監事内の自薦で募ったが，候補者が出なかったため，中谷理事長より亀井前理事長に推薦の依頼を行うこととなった．

7．次年度会議日程について

2025年度会議日程案が提案された．概要は以下の

通り.

１）2025年度第1回理事会

6/24㈫18：00～21：00・6/25㈬18：00～21：00・6/26㈭18：00～21：00の中から，後日決定することとなった.

2）2025年度社員総会

7/26㈯10：00～12：00

令和７年度日本在宅ケア学会 論文賞報告

論文賞選考委員会委員長　菊地ひろみ

日本在宅ケア学会誌第28巻第1号・第2号掲載論文を対象として，令和7年度「優秀論文賞」「奨励論文賞」を選考しました．2025年5月20日にオンラインにて委員会を開催し，下記二論文を選考致しました．6月24日の理事会にて正式に承認されました．2025年度会員報告会（大阪）において授与式が，第30回学術集会において論文賞記念講演が行われる予定です.

■令和7年度日本在宅ケア学会論文賞

1．優秀論文賞

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」（Vol.28 No.1）

［原著］日本在宅ケア学会誌，28(1)：62-71（2024）

2．奨励論文賞

内田　和宏，易　　肖和，加瀬　裕子

「認知症の行動心理症状にあわせて家族介護者が対応するための介入の効果：システマティックレビュー」（Vol.28 No.1）

［総説］日本在宅ケア学会誌，28(1)：38-50（2024）

一般社団法人日本在宅ケア学会　2024 年度会務報告

種　類	開催日	会　場
理 事 会：5 回開催	2024.6.23	オンライン会議（2023 年度第 3 回）
	2024.6.24	オンライン会議（2024 年度新理事会）
	2024.8.23	対面会議（2024 年度第 1 回理事会）
	2024.9.9～9.11	書面会議
	2024.12.4	オンライン会議（2024 年度第 2 回理事会）
社員総会：1 回開催	2024.7.27	オンライン会議（書面による議決権行使を含む）
会計監査：1 回開催	2024.6.16	会計書類の送付による実施
事務局会議：3 回開催	2024.6.1	オンライン会議
	2024.6.10	オンライン会議
	2024.11.19	オンライン会議
編集委員会：4 回開催	2024.5.13	オンライン会議
	2024.11.19	オンライン会議
	2024.12.11	書面会議（拡大編集委員会）
	2025.3.7	オンライン会議
学会活動推進委員会：3 回開催	2024.10.18	オンライン会議
	2024.11.25	オンライン会議
	2025.3.18	オンライン会議
広報委員会：1 回開催	2024.10.30	オンライン会議
倫理委員会： 1 回開催	2024.12	書面会議
政策提言検討委員会：5 回開催	2024.8.25	対面会議
	2024.9.9	オンライン会議
	2024.12.18	オンライン会議
	2024.12.22	オンライン会議
	2025.3.27	書面会議
論文賞選考委員会：1 回開催	2024.5.20	オンライン会議
実践・研究助成委員会：1 回開催	2025.1.20～1.24 日	書面会議
生涯教育委員会：3 回開催	2024.8.28	オンライン会議
	2024.11.21	オンライン会議
	2025.2.13	オンライン会議
ガイドライン作成・改訂委員会合同会議：3 回開催	2024.7.30	オンライン会議
	2024.11.18	オンライン会議
	2025.3.5	オンライン会議
在宅ケアイノベーション研究研修委員会：6 回開催	2024.8.7	オンライン会議
	2025.2.5	オンライン会議
	2025.3.19	オンライン会議
	2025.3.21	書面会議
	2025.4.8	書面会議
	2025.4.18	書面会議

一般社団法人日本在宅ケア学会　2025 年度事業計画書

1．理事会を 2 回以上および会計監査を 1 回開催する.
2．社員総会を 1 回開催する.
3．第 30 回学術集会を開催する.
4．代議員・役員選挙を行う.
5．日本在宅ケア学会誌第 29 巻第 1 号，第 2 号を刊行する．また，学会誌を J-STAGE へ掲載する.
6．在宅ケア学に関するガイドライン更新・改訂等の研究活動を推進する.
7．在宅ケア学に関する教育研修活動を推進する.
8．在宅ケア学に関する国際的な発信・交流を検討する.
9．在宅ケア学に関する広報活動を強化し，News Letter を年 1 回配信する.
10. 学会活動・研究活動に関する倫理事項の検討を行う.
11. 政策に関する検討を行う.
12. 日本在宅ケア学会表彰制度を運営する.
13. 日本在宅ケア学会助成金制度を運営する.
14. 看護系学会等社会保険連合・日本看護系学会協議会・日本社会福祉系学会連合・日本在宅ケアアライアンスとの連携を進め，活動に参画する.
15. その他必要な事業を行う.

一般社団法人日本在宅ケア学会　2024 年度貸借対照表

2025 年 4 月 30 日現在
(単位：円)

科　目	当年度	前年度	増　減
Ⅰ資産の部			
流動資産			
現金預金	43,661,600	40,514,674	3,146,926
普通預金	29,546,143	30,077,433	△ 531,290
普通預金	1,525,194	1,673,220	△ 148,026
普通預金	0	0	0
普通預金	284,770	500,000	△ 215,230
郵便振替口座	12,305,493	8,264,021	4,041,472
仮払金	0	0	0
前払金	0	0	0
未収入金	625,000	505,000	120,000
流動資産合計	44,286,600	41,019,674	3,266,926
資産合計	44,286,600	41,019,674	3,266,926
Ⅱ負債の部			
流動負債			
前受金	1,525,194	1,673,220	△ 148,026
前受金	5,855,000	5,440,000	415,000
前受金	0	500,000	△ 500,000
預り金	6,942	0	6,942
未払金	4,129,752	3,252,771	876,981
未払金	72,000	71,300	700
仮受金	5,000		5,000
選挙費積立金	250,000	0	250,000
流動負債合計	11,843,888	10,937,291	906,597
負債合計	11,843,888	10,937,291	906,597
Ⅲ正味財産の部			
一般正味財産	32,442,712	30,082,383	2,360,329
正味財産合計	32,442,712	30,082,383	2,360,329
負債及び正味財産合計	44,286,600	41,019,674	3,266,926

一般社団法人日本在宅ケア学会　2024 年度収支計算書

自　2024 年 5 月 1 日
至　2025 年 4 月 30 日

Ⅰ．一般会計
1．収入
(単位：円)

科　目		予算額	決算額	差　異	備　考
A．会　費	正会員	12,100,000	12,112,500	12,500	
	学生会員	250,000	360,000	110,000	
	賛助会員	20,000	20,000	0	
B．入会金	正会員	300,000	560,000	260,000	
	学生会員	25,000	35,000	10,000	
C．機関誌等売上					
1）機関誌売上		200,000	349,259	149,259	
2）印税		10,000	24,562	14,562	
D．投稿料		150,000	155,000	5,000	
E．選挙積立金取崩		0	0	0	
F．厚生労働省委託事業		0	0	0	
G．セミナー参加費		200,000	0	△ 200,000	
H．看保連研究助成金		500,000	500,000	0	

科　目	予算額	決算額	差　異	備　考
Ⅰ．雑収入				
1）学術集会準備金	0	0	0	
2）学術集会余剰金	0	117,958	117,958	
3）その他	20,000	85,007	65,007	
J．利　息	200	13,997	13,797	
小　　計	13,775,200	14,333,283	558,083	
前年度繰越金	30,082,383	30,082,383		
合　　計	43,857,583	44,415,666		

2．支出　　(単位：円)

科　目	予算額	決算額	差　異	備　考
1．会議費				
1）会議開催費	90,000	170,330	80,330	
2）交通費	0	0	0	
2．機関誌刊行費				
1）印刷費	1,500,000	1,368,400	△ 131,600	
2）編集委員会会議費	130,000	7,150	△ 122,850	
3）校正等郵送費	0	0	0	
4）コピー等印刷費	0	0	0	
5）機関誌発送費	80,000	0	△ 80,000	
6）原稿料	300,000	80,096	△ 219,904	
7）投稿・査読システム費	322,814	322,814	0	
8）J-STAGE 掲載関連費用	1,854,000	1,716,550	△ 137,450	
9）迅速査読関連費用	66,000	66,000	0	
3．学会事務費				
1）学会事務委託費	3,429,000	3,707,000	278,000	
2）ホームページ作成費	0	0	0	
3）ホームページ維持費	780,000	808,970	28,970	
4）決算委託費	0	0	0	
5）外部委託費	0	0	0	
4．通信費	445,000	465,335	20,335	
5．印刷費	250,000	318,973	68,973	
6．選挙費	0	0	0	
7．選挙費積立金	250,000	250,000	0	
8．学術集会関連費				
1）学術集会準備金	500,000	500,000	0	
2）学会事務受付	77,000	77,000	0	
3）交通・宿泊費	4,000	3,344	△ 656	
9．委員会活動費等				
1）学会活動推進委員会	150,000	39,240	△ 110,760	
2）広報委員会	120,000	90,200	△ 29,800	
3）倫理委員会	0	0	0	
4）政策提言検討委員会	700,000	215,230	△ 484,770	
5）論文賞選考委員会	80,000	41,622	△ 38,378	
6）実践・研究助成委員会	600,000	600,000	0	
7）生涯教育委員会	150,000	195,918	45,918	
8）ガイドライン作成委員会	150,000	26,384	△ 123,616	
9）ガイドライン作成委員会内 ガイドライン改訂委員会	50,000	0	△ 50,000	
10）在宅ケアイノベーション研究研修委員会	200,000	0	△ 200,000	

科　目	予算額	決算額	差　異	備　考
10. 各種関連団体				
1）看護系学会等社会保険連合	150,000	150,000	0	
2）日本看護系学会協議会	80,000	80,000	0	
3）日本社会福祉系学会連合	80,000	80,000	0	
4）在宅ケアアライアンス	100,000	100,000	0	
11. 法人関連費	370,000	410,290	40,290	
12. 消費税	0	0	0	
13. 雑費	60,000	82,108	22,108	
14. 予備費	200,000	0	△ 200,000	
小　　計	13,317,814	11,972,954	△ 1,344,860	
当期収支差額	457,386	2,360,329	1,902,943	
次年度繰越金	30,539,769	32,442,712		
合　　計	43,857,583	44,415,666		

Ⅱ．特別会計 1（選挙費積立金）

1．収入

（単位：円）

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

2．支出

（単位：円）

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

Ⅲ．特別会計 2（第 29 回学術集会）

1．収入

（単位：円）

科　目	予算額	決算額	差　異	備　考
1）学術集会参加費	8,700,000	10,258,000	1,558,000	
2）抄録集等販売費	250,000	270,000	20,000	
3）企業展示・広告費：展示	1,450,000	1,650,000	200,000	
4）企業展示・広告費：バナー・幕間	250,000	300,000	50,000	
5）企業展示・広告費：抄録集等	190,000	190,000	0	
6）企業共催・寄付金	50,000	0	△ 50,000	
7）ランチョン／企業共催セミナー等	450,000	350,000	△ 100,000	
8）助成金	500,000	500,000	0	
9）学会準備金	500,000	500,000	0	
10）雑収入	0	287	287	
合　　計	12,340,000	14,018,287	1,678,287	

2．支出

（単位：円）

科　目	予算額	決算額	差　異	備　考
1）会場費	1,800,000	1,154,660	△ 645,340	
2）会場機材備品費	900,000	1,950,725	1,050,725	
3）人件費	600,000	902,586	302,586	
4）印刷・製作費	1,120,000	1,057,100	△ 62,900	
5）通信費	350,000	319,674	△ 30,326	
6）会議費	200,000	207,470	7,470	
7）看板・装飾費	1,100,000	1,812,360	712,360	
8）講師謝金・記念品費	1,100,000	1,305,495	205,495	

科　目	予算額	決算額	差　異	備　考
9）運営業者費	5,100,000	5,100,000	0	
10）予備費	70,000	90,259	20,259	
11）返済金	0	117,958		
12）繰上（余剰）金	0	0		
合　　計	12,340,000	14,018,287	1,678,287	

一般社団法人日本在宅ケア学会　2024 年度財産目録

2025 年 4 月 30 日現在
(単位：円)

科　　目	場所・物量等	使用目的等	金　額
(流動資産)			
普通預金	三菱 UFJ 銀行	学会運転資金	29,546,143
普通預金	三井住友銀行	第 30 回学術集会運営資金	1,525,194
普通預金	三菱 UFJ 銀行	科研費	0
普通預金	神奈川県医師信用組合	看保連研究助成金（2024 ～ 25 年度）	284,770
郵便振替口座	郵便振替口座	会費，入会金，投稿料等入金	12,305,493
未収入金		会費（クレジットカード決済分）	625,000
資産合計			44,286,600
(流動負債)			
前受金	三井住友銀行	第 30 回学術集会運営資金	1,525,194
前受金	郵便振替口座	会費，入会金，投稿料等入金	5,855,000
前受金	神奈川県医師信用組合	看保連研究助成金（2024 ～ 25 年度）	0
未払金			4,129,752
未払金			72,000
仮受金			5,000
選挙費積立金			250,000
預り金			6,942
負債合計			11,843,888
正味財産			32,442,712

一般社団法人日本在宅ケア学会　2025 年度収支予算書

自　2025 年 5 月 1 日
至　2026 年 4 月 30 日

Ⅰ．一般会計

1．収入

事　　項	2024 年度決算	2025 年度予算	備　考
A．会　費　正 会 員	12,112,500	12,100,000	正会員 1,170 人（完納率約 90％想定），過年度分 40 人
学生会員	360,000	360,000	学生会員 72 人（完納率約 95％想定）
賛助会員	20,000	20,000	1 社（セコム医療システム㈱）
B．入会金　正 会 員	560,000	300,000	￥5,000 × 60 人
学生会員	35,000	25,000	￥2,500 × 10 人
C．機関誌等売上			
1）機関誌売上	349,259	300,000	「日本在宅ケア学会誌」定期購入，バックナンバー販売分
2）印税	24,562	10,000	「在宅ケア学」販売分
D．掲載料	155,000	150,000	2025 年度より投稿料を廃止し掲載料の運用を開始 費目を投稿料⇒掲載料に変更
E．選挙積立金取崩	0	500,000	代議員・役員選挙開催年
F．30 周年記念事業			
1）参加費		285,000	記念講演・懇親会参加費（学会負担分除く）
G．看保連研究助成金	500,000	0	2024 年度に 50 万収入．2025 年度も助成期間延長（残高 284,770 円）
H．雑収入			
1）学術集会準備金	0	0	第 30 回学術集会運営資金：特別会計 2 より繰入
2）学術集会余剰金	117,958	0	第 30 回学術集会運営資金：特別会計 2 より繰入
3）その他	85,007	20,000	著作権使用料等
H．利　息	13,997	200	利息
小　　計	14,333,283	14,070,200	
前年度繰越金	30,082,383	32,442,712	
合　　計	44,415,666	46,512,912	

2．支出

事　　項	2024 年度決算	2025 年度予算	備　考
1．会議費			
1）会議開催費	170,330	100,000	
2）交通費	0	0	
2．機関誌刊行費			
1）印刷費	1,368,400	1,400,000	29-1，29-2
2）編集委員会会議費	7,150	200,000	
3）校正等郵送費	0	0	
4）コピー等印刷費	0	0	
5）機関誌発送費	0	0	
6）原稿料	80,096	200,000	29-1,29-2 特集執筆料，英文校閲費
7）投稿・査読システム費	322,814	351,212	
8）J-stage 掲載関連費用	1,716,550	154,000	29-1，29-2
9）迅速査読関連費用	66,000	66,000	事務局対応費
3．30 周年記念事業			
1）事務委託費		251,350	事前招待・当日運営等事務局対応費
2）開催費		433,800	会場費・設備費・装飾費・飲食代
3）交通・宿泊費		183,320	来賓・招待者交通・宿泊費，ミニライブ交通費
4）印刷費		30,000	パンフレット代
5）謝金		65,000	特別講演公演謝金，ミニライブ謝金
6）雑費		0	
4．学会事務費			
1）学会事務委託費	3,707,000	3,385,000	学会事務局業務委託費，入会フォーム改修費
2）ホームページ修繕費	0	500,000	学会 HP 改修費用（広報委員会）

事　　項	2024年度決算	2025年度予算	備　考
3）ホームページ維持費	808,970	800,000	会員専用サイト経常費用,学会HPサーバー利用料･HP既存ページ更新費
4）決算委託費	0	0	
5）外部委託費	0	0	
5．通信費	465,335	250,000	年会費請求，入会案内郵送費等
6．印刷費	318,973	250,000	入会案内等印刷費，封筒作成費，会員報告会資料コピー代等
7．選挙費	0	448,800	代議員・役員選挙開催年
8．選挙費積立金	250,000	250,000	特別会計1へ振替
9．学術集会関連費			
1）学術集会準備金	500,000	500,000	第30回学術集会への準備金
2）学会事務受付	77,000	77,000	事務局デスク設置費（2日間）
3）交通・宿泊費	3,344	56,200	事務局往復交通費，宿泊費
10．委員会活動費等			
1）学会活動推進委員会	39,240	180,000	
2）広報委員会	90,200	120,000	ニュースレターVol.19
3）倫理委員会	0	0	
4）政策提言検討委員会	215,230	700,000	看保連助成金残高284,770円含む
5）論文賞選考委員会	41,622	80,000	楯・賞状作成費
6）実践・研究助成委員会	600,000	600,000	3名採択予定
7）生涯教育委員会	195,918	150,000	
8）ガイドライン作成委員会	26,384	706,792	Webライセンス料・文献検索謝金
9）ガイドライン作成委員会内ガイドライン改訂委員会	0	50,000	
10）在宅ケアイノベーション研究研修委員会	0	60,000	ケアイノベーション大賞実施
11．各種関連団体			
1）看護系学会等社会保険連合	150,000	150,000	年会費
2）日本看護系学会協議会	80,000	80,000	年会費
3）日本社会福祉系学会連合	80,000	115,000	年会費，総会交通費
4）在宅ケアアライアンス	100,000	100,000	年会費
12．法人関連費	410,290	286,000	税理士費用，支払調書作成費
13．消費税	0	0	
14．雑費	82,108	80,000	振込手数料，クレジットカード決済手数料等
15．予備費	0	200,000	
小　　計	11,972,954	13,609,474	
当期収支差額	2,360,329	460,726	
次年度繰越金	32,442,712	32,903,438	
合　　計	44,415,666	46,512,912	

Ⅱ．特別会計1（選挙費積立金）

1．収入

事　　項	2024年度決算	2025年度予算	備　考
前年度繰越金	0	250,000	
一般会計より振替	250,000	250,000	
合　　計	250,000	500,000	

2．支出

事　　項	2024年度決算	2025年度予算	備　考
取　　崩	0	500,000	
合　　計	0	500,000	

Ⅲ．特別会計 2（第 30 回学術集会）

1．収入

事　　項	2024 年度決算	2025 年度予算	備　考
1．学術集会参加費	10,258,000	9,930,000	事前：会員￥8,000×600 名，非会員￥10,000×150 名 当日：会員￥10,000×100 名，非会員￥12,000×100 名，1 日券￥7,000×200 名，学部生￥3,000×10 名
2．抄録集販売費	270,000	100,000	￥2,500×40 名
3．企業共催セミナー収入	350,000	836,000	￥308,000×2 社，￥220,000×1 社
4．広告費			
1）抄録集広告	190,000	693,000	￥198,000×1 社，￥49,500×6 社，￥33,000×6 社
2）HP バナー広告	300,000	110,000	￥55,000×2 社
5．展示：企業展示	1,650,000	1,980,000	￥165,000×12 社
企業共催・寄付金	0		
6．助成金	500,000	1,600,000	勇美財団 40 万，学振科研費 120 万
7．学会準備金	500,000	500,000	
雑収入	287		
合　　計	14,018,287	15,749,000	

2．支出

事　　項	2023 年度決算	2024 年度予算	備　考
1．会議準備費			
1）印刷費	1,057,100	1,629,376	
2）ホームページ作成・管理費		275,000	
3）参加登録受付事務費		830,000	
4）一般演題募集関連事務費		427,000	
5）オンデマンド配信費		832,000	
6）送料（2024 年度は通信費）	319,674	40,840	
7）事務費・雑費		459,173	
2．会議当日費			
1）会場費	1,154,660	2,991,200	
2）機材費	1,950,725	2,703,100	
3）看板・装飾費	1,812,360	0	
4）当日運営費		1,245,160	
5）講師招聘費（2024 年度は謝金・記念品費）	1,305,495	610,000	
6）スタッフ手配日（2024 年度は人件費）	902,586	1,271,006	
7）運営諸経費		563,773	
3．事後処理費			
1）会議整理費（2024 年度は会議費）	207,470	105,000	
2）その他事後処理費用		140,000	
4．企画運営費		730,000	
5．消費税		896,372	業者委託費用の消費税
運営業者費	5,100,000		2025 年度は各項目に分割計上
予備費	90,259		
返済金	117,958		一般会計へ振替
繰上（余剰）金	0		一般会計へ振替
合　　計	14,018,287	15,749,000	

日本在宅ケア学会誌オンライン投稿方法

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

〈投稿手続きの流れ〉

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

1．アカウントを作成

筆頭著者の基本情報（連絡先，所属機関名，専門分野・研究方法等）を入力してください.

共著者全員分のアカウントもあわせて作成してください.

2．論文情報の登録（手順1～4）

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

3．各設問の確認（手順5）

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

〈関連規定〉

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

4．登録内容の確認（手順6）

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

5．投稿手続完了

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　㈱毎日学術フォーラム内
TEL：03-6267-4550　/　FAX：03-6267-4555　E-MAIL：maf-jahc@mynavi.jp

一般社団法人日本在宅ケア学会
第 13 回実践および研究助成金募集について

「一般社団法人日本在宅ケア学会　実践および研究助成」につきまして，第 13 回募集を開始いたしますので，ご案内いたします．詳細は「実践および研究助成に関する規定」（本誌 p.160）ならびに「一般社団法人日本在宅ケア学会　実践および研究助成金応募要領」（本誌 p.161）にてご確認ください．多数のご応募をお待ちしております．

■募集期間：2025 年 10 月 1 日～ 11 月 30 日（予定）
■応募資格：実践および研究代表者は，当学会員（入会手続きが完了している者）であり，該当年度の会費を振り込んだ者
■助 成 額：年間 60 万円（1 件あたり最大 20 万円まで，3 件程度採択予定）
■応募方法：学会ホームページより所定の申請用紙をダウンロードのうえ，事務局まで送付

一般社団法人日本在宅ケア学会
実践および研究助成に関する規定

（目的）

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

（資金）

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

（対象）

第３条　実践および研究代表者としての本事業への応募資格は，申請年度の４月末日の時点で一般社団法人日本在宅ケア学会会員であるもの．

２．　実践および研究が継続され，更に継続して事業による資金を希望する者は改めて申請を行うこととする．

（義務）

第４条　この事業による資金を受けた者は，対象実践および研究課題の業績成果を２年以内に日本在宅ケア学会学術集会において口頭発表する．また日本在宅ケア学会誌に，論文を投稿することを推奨する．

２．　実践および研究成果の公表を行う際には，一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成事業による実践および研究であることを明示しなければならない．

（罰金）

第５条　事業による資金を受けた者の負う義務を怠り，また一般社団法人日本在宅ケア学会会員としてその名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は，委員会が査問を行い，理事会の審議のうえ贈与した資金の全額の返還を求めることがある．

（委員会）

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

１）委員会の長が運営を総括する．

２）委員会は次の事業を掌務する．

①事業の公募，選考，決定及び理事長へ報告．

②事業対象者の義務履行の確認，及び不履行の査問，返還の義務等につき理事長に報告を行う．

③その他，事業実施に必要な活動．

（募集要領）

第７条　委員会は募集要領を別に定め，会員に公告する．

（審査結果の公告）

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

（支給）

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

（改廃手続）

第10条　本規定の改廃は理事会が行う．

附則　この規定は平成28年５月21日より施行する．

一般社団法人日本在宅ケア学会 実践および研究助成金応募要領

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

[応募資格]

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

[実践および研究課題]

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

[助成金の金額]

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

[実践および研究助成期間]

申請年度の翌年度4月1日～3月31日とする．

[応募手続き]

1．実践および研究助成金交付申請書のダウンロード

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

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

2．応募方法

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

1）学会所定の申請書：1部

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

2）申請年度の年会費振込み領収証のコピー（実践および研究代表者）

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

①実践および研究代表者名．②郵便番号．③送付先住所．

3．募集期間：毎年10月1日～11月末日必着

4．申請は会員一人につき1件とする．

5．一般社団法人日本在宅ケア学会実践および研究助成選考基準

1）実践および研究の目的が明確である．

2）実践および研究方法は妥当である．

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

5．助成者の決定および通知

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

6．助成金の交付

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

7．助成金の使途

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

8．助成金残金の処理

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

9．応募に関しての注意事項

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

[実践および研究成果の報告]

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

■申請書の提出先・お問い合わせ先

一般社団法人日本在宅ケア学会実践・研究助成委員会
〒 100-0003　東京都千代田区一ツ橋１丁目１番１号　パレスサイドビル　株式会社 毎日学術フォーラム内
TEL：03-6267-4550　FAX：03-6267-4555　E-mail：maf-jahc@mynavi.jp

一般社団法人日本在宅ケア学会定款

第1章　総　　則

(名称)

第1条　この法人は，一般社団法人日本在宅ケア学会（英文では Japan Academy of Home Care と表記する.）と称する.

(目的)

第2条　本会は，在宅ケアの学術的発展と教育・普及を図り，人々の健康と福祉に貢献することを目的とする.

(事業)

第3条　本会は第2条の目的を達成するため, 次の事業を行う.

(1) 学術集会の開催
(2) 機関誌等の発行
(3) 調査・研究活動の推進
(4) 会員相互の学術交流の推進
(5) 研究論文等の表彰
(6) 国内外の関係学術団体との研究協力・連携事業
(7) その他，この法人の目的達成に必要な事業

(事務所)

第4条　この法人は主たる事務所を東京都千代田区に置く.

2. この法人は，理事会の議決を経て，必要の地に従たる事務所を設置することができる．これを変更または廃止する場合も同様とする.

(広告)

第5条　この法人の公告方法は，電子公告によるただし，事故その他やむを得ない事由によって電子公告による公告ができない場合は, 官報に掲載する方法により行う.

第2章　社　　員

(会員)

第6条　この法人の会員は次のとおりとする.

(1) 正 会 員　この法人の目的に賛同して入会した個人
(2) 学生会員　この法人の目的に賛同して入会した大学院の学生
ただし，学生会員は本会役員等の選挙において，選挙権，被選挙権を有しない
(3) 賛助会員　この法人の事業を賛助するため入会した個人または団体
(4) 名誉会員　この法人に原則として15年以上の活動歴を有し，かつ多大な寄与をした者の中から，理事長が理事会の議を経て社員総会に推薦し，その承認が得られた者

(入会)

第7条　正会員，学生会員及び賛助会員として入会しようとする者は，入会申込書を理事長に提出し，理事会の承認を得なければならない.

(退会)

第8条　退会しようとする者は，別に定める退会届を理事会に提出しなければならない.

2. 会員は，次の各号の一つに該当するときは退会したものとみなす.

(1) 年会費を3年以上滞納したとき.
(2) 死亡したとき.
(3) この法人が解散したとき.

(除名)

第9条　この法人の会員が，この法人の名誉を毀損し，もしくは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權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　この法人に各種委貴会及び事務局を置く.

2．各種委員会の設置については理事会の決議を経て理事長が定める.

3．事務局の組織，内部管理に必要な規則その他については理事会が定める.

4．事務局の職員の任免は理事長が行う.

(委任)

第 52 条　この定款に定めるもののほか，この定款の施行について必要な事項は，理事会の決議を経て，理事長が定める.

第 10 章　附　　則

(定款に定めのない事項)

第 53 条　この定款に定めのない事項については，すべて法人法その他の法令の定めるところによる.

(最初の事業年度)

第 54 条　この法人の最初の事業年度は，法人設立の日から平成 29 年 4 月 30 日までとする.

一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領

一般社団法人日本在宅ケア学会は，在宅ケアの研究において必要な倫理的配慮の大綱的基準として，本倫理綱領を定める．

一般社団法人日本在宅ケア学会会員は，在宅ケアの発展を期して，真理の探究のため，学問の自由を希求し，同時に研究，教育および社会活動を通して，人類の健康および社会の健全な発展を目的として活動することに同意し，その責任を自覚して，以下の綱領を遵守する．

（本綱領の基本理念）

第１条　本綱領は，本学会員が在宅ケアおよび関連するケア全般の理論的および実践的研究を実施するにあたって，その研究にあたって倫理的に配慮しなければならない事項を定める．

２　本綱領は，本学会員が行うわが国における在宅ケアおよび関連するケア全般の向上に寄与することを目的として行われるすべての研究活動に適用される．

（学会員が遵守すべき基本原則）

第２条　本学会員は，自らの研究活動において，常に科学的合理性と倫理的妥当性の確保に努め，個人の尊厳および基本的人権を尊重しなければならない．

２　本学会員は研究活動にあたって，すでに公にされている以下の倫理綱領を遵守または尊重しなければならない．

１）ヒトを対象とする実験的，臨床的研究においては，「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」（ヘルシンキ宣言，1964 年，世界医師会第 18 回総会採択）

２）疫学的研究においては，「疫学研究に関する倫理指針」（平成 14 年，文部科学省・厚生労働省）

３）患者を対象とした研究においては，「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言」（1981 年，世界医師会総会）

４）児童を対象とした研究においては「児童の権利に関する条約」（子どもの権利条約，1989 年，国際連合総会採択）

５）「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」ならびに「看護研究における倫理指針（日本看護協会）」

（本学会員が遵守すべき基本的研究姿勢）

第３条　会員は，自らの研究の立案・計画・申請・実施・報告などの過程において，本綱領を遵守しなければならない．

２　研究・調査データの記録保存や厳正な取り扱いを徹底し，ねつ造，改ざん，盗用などの不正行為を為さず，また加担してはならない．

（研究活動における研究対象者への情報提供と同意の上での実施）

第４条　本学会員は，研究において対象となる者に対して研究の目的，方法，対象者に及ぼす効果，影響および生じうる危険等に関する情報を正しく告知し，対象となる者の同意を得なければならない．

２　本学会員は，研究の公表にあたって，前項の手続きが適正に行われたことを明示しなければならない．

（研究成果の公表にあたっての個人情報の保護）

第５条　本学会員は，研究の公表にあたって，研究の対象となった者の個人情報を保護するための必要な措置を講じなければならない．

（社会通念上の倫理に反する研究の禁止）

第６条　本学会員は，研究において，対象者に人権の侵害や差別を助長するおそれのあること，あるいは社会通念や法に抵触するおそれのあることを行ってはならない．

２　本学会員は研究において，差別を助長する用語や研究目的を外れて社会的に不適切と考えられる用語を用いてはならない．ただし，歴史的にその用語を使用する必要がある場合，あるいは引用する文献である原典において用いられている場合はこの限りではない．

３　前項の但し書きにあたる場合は，研究の過程及び公表にあたって，人権侵害および差別が起こらないように配慮しなければならない．

（改廃手続）

第７条　本綱領の改廃は理事会が行う．

附則　本綱領は，平成 21 年 3 月 14 日から施行する．

一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範

一般社団法人日本在宅ケア学会(以下「本学会」という)会員は，本学会の目的に則り，在宅ケアおよびケア一般の理論及び実践の向上･発展を図り，研究の交流に努め，もって人類の健康と福祉の増進に貢献できるよう最善の努力を行うことを使命とする.

本学会会員は，本学会倫理綱領を遵守するとともに，本学会会員が属する他の学協会及び専門職能団体の倫理に関わる綱領や諸指針を遵守する.

本学会会員は，在宅ケア学の研究及び実践に携わる者として，学問の自由の下に，自らの専門的な判断により真理を探究する権利を享受するとともに，専門家として社会の負託に応える重大な責務を有する.

本学会は，会員が社会に対する説明責任を果たし，科学と社会の健全な関係の構築と維持に自覚的に参画すると同時に，その行動を自ら厳正に律するための倫理規範を明示する.

この行動規範は，平成 18 年 10 月 3 日に出された日本学術会議の声明「科学者の行動規範」に準拠して作成された.

(科学者の責任)

1．会員は，自らが生み出す在宅ケア学およびケア一般の専門知識や技術の質を担保とする責任を有し，さらに自らの専門知識，技術，経験を活かして，人類の健康と福祉，社会の安全と安寧，そして地球環境の持続性の保持に貢献する責任を有する.

(科学者の行動)

2．会員は，科学の自律性が社会からの信頼と付託の上に成り立つことを自覚し,科学的真理に忠実であり，かつそれにもとづき誠実に判断し,行動する．また，科学研究によって生み出される知の確実性や正当性を，科学的に明示するために最善の努力を傾注するとともに，科学者コミュニティ，特にケア関連領域における科学者相互の評価に積極的に参加する.

(自己の研鑽)

3．会員は自らの専門知識・能力の維持向上に努めるとともに，科学技術と社会・自然環境の関係を広い視野から理解し，常に最善の判断と姿勢を示すように弛まず努力する.

(説明と公開)

4．会員は，自らが携わる研究の意義と役割を公開して積極的に説明し，その研究が人間，社会，環境に及ぼし得る影響や起こし得る変化を評価し，その結果を中立性・客観性をもって公表するとともに，社会との建設的な対話を築くように努める.

(研究活動)

5．会員は，自らの研究の立案・計画・申請・実施・報告などの過程において，本規範の趣旨に沿って誠実に行動する．研究・調査データの記録保存や厳正な取り扱いを徹底し，ねつ造，改ざん，盗用などの不正行為を為さず，また加担しない.

(研究環境の整備)

6．会員は，責任ある研究の実施と不正行為の防止を可能にする公正な環境の確立・維持も自らの重要な責務であることを自覚し，科学者コミュニティ及び自らの所属組織の研究環境の質的向上に積極的に取り組む．また，これを達成するために社会の理解と協力が得られるよう努める.

(法令の遵守)

7．会員は，研究の実施，研究費の使用等にあたっては，法令や関係規則を遵守する.

(研究対象などへの配慮)

8．会員は，研究への協力者の人格，人権を尊重し，その福利に配慮する．動物などに対しては，真摯な態度でこれを扱う.

(他者との関係)

9．会員は，他者の成果を適切に批判すると同時に，自らの研究に対する批判には謙虚に耳を傾け，誠実な態度で意見を交える．他者の知的成果などの業績を正当に評価し，名誉や知的財産権を尊重する.

(差別の排除)

10．会員は，研究･教育･学会活動において，人種，性，地位，思想・宗教などによって個人を差別せず，科学的方法に基づき公平に対応して，個人の自由と人格を尊重する.

(利益相反)

11．会員は自らの研究，審査，評価，判断などにおいて，個人と組織，あるいは異なる組織間の利益の衝突に十分に注意を払い，公共性に配慮しつつ適切に対応する.

附則　本規範は，平成 22 年 1 月 24 日から施行する.

一般社団法人日本在宅ケア学会研究倫理ガイドライン

1．基本的な考え方

(目的)

1）本研究倫理ガイドラインは，一般社団法人日本在宅ケア学会員が在宅ケアの理論的・実践的向上を目指して行う研究活動について，一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領及び一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範に基づいて，その研究倫理の具体的なあり方を示すものである．

(適用範囲)

2）本研究倫理ガイドラインの適用範囲は，本学会員が学会活動として実施する在宅ケアに関する理論及び実践の向上に寄与することを目指して行われるすべての研究活動を含むものとする．

3）これらの研究活動とは，研究着手，研究計画，研究実施，研究成果公開のすべての過程を含むものとする．

(学会員が遵守すべき事項の基本原則)

4）法令及び倫理綱領等の遵守

本学会員は，研究活動にあたって国内外の法令及び一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領，一般社団法人日本在宅ケア学会科学者の行動規範を遵守しなければならない．

5）人権の尊重及び科学的合理性と倫理的妥当性の確保

(1) 研究活動においては，個人の尊厳および人権を尊重しなければならない．

(2) 研究活動は，科学的合理性および倫理的妥当性があることが認められるものでなければならない．

6）研究活動におけるインフォームドコンセント

(1) 研究活動の実施にあたっては，研究者は事前に研究対象者（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を保護する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的事項

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.個大情報を含んだデータシート・記入用紙や,コンピュータファイルなどについては,個人を特定できる情報（氏名など）を削除した上で管理する．また，各データファイルはできるだけパスワードプロテクションなどのセキュリティー対策を講じた上で慎重に取り扱う必要がある.

2）コンピュータ上のデータに関しては,そのコンピュータが完全にインターネット環境から独立している場合を除き，ファイル交換ソフト，スパイウェア等の影響を排除できるような配慮を行う必要がある.

3）調査データの物理的な管理は，施錠可能な引き出しや棚に収納するなどして，第三者の目に触れることがないようにしなければならない.

4）調査データは，研究発表や研究論文執筆後も検証や追試の必要が生じる可能性があるため,最低10年間保存することとする.

7．重複投稿・多重投稿の禁止

1）重複投稿・多重投稿

(1) 実質的に同じ内容の研究論文を同時に二つ以上の研究誌に投稿してはならない.

(2) 既に出版物に掲載されている論文と実質的に同じ内容の原稿を投稿することも，同様にしてはならない．ただし，研究の梗概等を記した抄録などはこの限りではない.

2）既発表の論文を使用した研究の場合

既に他の研究誌あるいは刊行物に投稿あるいは公表した原著論文をもとにして本学会において研究論文等として発表する場合は，内容の変更箇所を明示しなければならない.

8．研究活動におけるハラスメントの禁止

1）研究組織において，その成員間の上下関係，権力関係を行使して，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研究発表に関する倫理的事項チェックリスト

一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領の制定に伴い，本学会における研究発表者は，研究経過およびその成果（抄録・発表内容）について，一般社団法人日本在宅ケア学会倫理綱領に基づいて，以下の項目について，すべてを点検してください．

No.	項　　目
1	他の文献等から引用している部分について，引用元を明確にしていますか（本文および図表） ・引用部分の点検をしていること，引用がある場合にはその箇所を明らかにし，文末に引用元を記載すること
2	研究発表に用いるデータについて，不適切な改変（結果の導出に不都合なデータを集計から外すなど）を行っていませんか ・データの改変をしていないこと ・一部削除・適合データのみの選択などをする場合にはその合理的根拠について記載していること
3	人に対するデータの収集が行われた場合（機関・組織に対する調査を含む），研究参加者に事前の説明と同意を適切に行っていますか ・実験的研究，サービス事業所等での臨床的研究，対面で行う検査・調査・観察等による研究の場合には，目的・内容などについて研究参加者本人または代理人に説明書を交付して，口頭で説明を行い，同意を文書で得ること ・非対面（郵送法）による調査的研究の場合には，調査票に目的・内容などについての説明および同意による参加についての説明が記載されていること ・研究への参加は自由意思であること，参加しない場合に不利益がないことが説明に含まれていること
4	データ収集の場となった機関の責任者（施設長・管理者など）の承諾を得ていますか
5	研究への参加者に対して必要以上に負担，苦痛，不利益をもたらしていませんか ・痛み，著しい体力の消耗，悲しみや抑うつ，研究参加により生じる社会的不利益などが大きいこと
6	取得したデータ等の保管方法をあらかじめ適切に決めて，説明書や調査票に記載し，そのとおりに保管していますか ・調査票や記録紙の保管方法，電子データの取り扱いなどの明示と実施
7	個人のデータを研究発表において報告する必要がある場合に（事例研究等），個々の対象者が特定されないような配慮をしていますか ・個人名を伏せること，地名・利用機関名・生活歴（学歴や職業歴等）によって個人が特定されないこと
8	発表に個人のデータを用いる場合に，その参加者に発表することについての同意を得ていますか

在宅ケア研究のCOI（利益相反）に関する指針

一般社団法人日本在宅ケア学会は，在宅ケアおよびケア全般における会員の研究発表，知識の交換並びに会員相互間および関連学協会との研究連絡，提携などの在宅ケア学の学術研究に関する事業を通してその進歩普及に貢献し，もって学術文化の発展と国民の医療福祉に寄与することを目的としている．一般社団法人日本在宅ケア学会の学術集会・刊行物などで発表される研究においては，ケアの対象者を被験者とするさまざまな調査研究，実践研究および実験研究が行われるが，この過程で産学連携あるいは研究機関と事業所による共同の研究・開発が行われる場合が少なくない．このような産学連携による研究は在宅ケア学の進歩のためにきわめて重要な位置を占めているといえるが，産学連携による在宅ケア研究には学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元（公的利益）だけではなく，産学連携に伴い取得する金銭・地位・利権など（私的利益）が発生する場合があり，これら2つの利益が研究者個人のなかに生じるconflict of interest：COI（利益相反）と呼ばれる状態が発生することがある．COI状態が深刻な場合，研究の方法，データの解析，結果の解釈が歪められるおそれや適切な研究成果であるにもかかわらず，公正な評価がなされないなどの中立性，公明性を欠く研究成果となる可能性がある．

一般社団法人日本在宅ケア学会は，その事業の遂行において会員に対してCOIに関する本学会の方針を明示することで産学連携による重要な研究･開発の公正さを確保し，在宅ケア研究を積極的に推進することが社会的責務であると認識し，これに関する指針を定めるものである．

Ⅰ．指針策定の目的

「ヘルシンキ宣言」や，わが国で定められた「臨床研究に関する倫理指針」（厚生労働省告示第225号，2003年）および「疫学研究に関する倫理指針」（文部科学省・厚生労働省，2007年）において述べられているように，研究対象が人間である研究は，被験者の人権・生命を守り，安全に実施することに格別な配慮が求められる．一般社団法人日本在宅ケア学会は，その活動において社会的責任と高度な倫理性が要求されていることに鑑み，「在宅ケア研究のCOIに関する指針」（以下，本指針と略す）を策定する．その目的は，一般社団法人日本在宅ケア学会が会員のCOI状態を適切にマネジメントすることにより，研究結果の発表やそれらの普及，啓発を，中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ，在宅ケアおよびケア全般の進歩に貢献することにより社会的責務を果たすことにある．本指針の核心は，一般社団法人日本在宅ケア学会会員に対してCOIについての基本的な考えを示し，一般社団法人日本在宅ケア学会が行う事業に参加し発表する場合，COI状態を適切に自己申告によって開示させることにある．一般社団法人日本在宅ケア学会会員が，以下に定める本指針を遵守することを求める．

Ⅱ．対象者

COI状態が生じる可能性がある以下の対象者に対し，本指針が適用される．

①一般社団法人日本在宅ケア学会会員　②一般社団法人日本在宅ケア学会事務局の従業員　③一般社団法人日本在宅ケア学会で発表する者

Ⅲ．対象となる活動

一般社団法人日本在宅ケア学会がかかわるすべての事業における活動に対して，本指針を適用する．とくに，一般社団法人日本在宅ケア学会の学術集会，シンポジウムおよび講演会での発表，および一般社団法人日本在宅ケア学会の機関誌，論文，図書などでの発表を行う研究者には，在宅ケア研究のすべてに，本指針が遵守されていることが求められる．一般社団法人日本在宅ケア学会会員に対して教育的講演を行う場合や，市民に対して公開講座などを行う場合は，社会的影響力が強いことから，その演者には特段の本指針遵守が求められる．

Ⅳ．開示・公開すべき事項

1）対象者は，在宅ケア研究の成果の公表を，純粋に科学的な判断，あるいは公共の利益に基づいて行うべきである．対象者は，在宅ケア研究の結果を会議・論文などで発表する，あるいは発表しないという決定や，臨床研究の結果とその解釈といった本質的な発表内容について，その在宅ケア研究の資金提供者．企業の恣意的な意図に影響されてはならず，また影響を避けられないような契約書を締結してはならない．

2）対象者は，自身の在宅ケアおよびケア全般にかかわる研究過程および研究内容において，その研究内容にかかわった論文の投稿，学術集会での発表等研究成果の公表に際して，その実施において関与した営利を目的とする法人，企業，事業所その他の団体から，資金，物資，

「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，筆頭著者は本会会員に限ります．共著者は非会員でも可能です．ただし，非会員を共著者に含む論文は，採択後に掲載料を支払う必要があります．請求から2週間以内に振り込み，入金確認後に，著者校正をお送りし掲載となります．
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．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．
4．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．
5．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．
6．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．
7．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．
8．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．
9．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．
10．原稿執筆の様式は，「執筆要項」に従って下さい．
11．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
12．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．
13．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．
14．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．これは修正投稿時も同様です．なお，迅速査読は当該論文の迅速な採用受理を意味するものではありません．迅速審査を希望するものは，オンライン投稿システムにその旨を入力し，迅速審査申請書（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　㈱毎日学術フォーラム内
TEL：03-6267-4550　FAX：03-6267-4555　E-mail：maf-jahc@mynavi.jp

2023年7月22日改訂
2025年7月26日改訂

掲載料について

- 採択された際，非会員を共著者に含む場合には，掲載料として非会員一人につき5,000円を徴収する．
- 掲載料の支払いは，学会事務局からの請求により行い，振り込み手数料は本人負担とする．

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況を概説し，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，本文中の該当個所の右肩に (1) (2) (3) ……，と順番に番号を付し，本文の後にまとめて記載してください．

10．図表は，図・表ごとに一括して順に番号をうち，図 1，表 1 のように表示してください．図または表の説明，出典等がある場合は，図表の下に必ず明記してください（オリジナルの場合は除く）．

11．掲載にあたっては本誌編集方針に則って，漢字・平仮名表記の別など多少の原稿整理を行います．

「日本在宅ケア学会誌」
投稿論文作成チェックリスト

1．投稿規程に関する事項

□ 著者は共著者を含め，全員が日本在宅ケア学会の会員である．

□ 著者・共著者とも，年会費の納入が滞納なく完了している．

□ 投稿料の振り込みが完了している．

□ 倫理的問題に関しては，以下の 1）～ 3）を含め，倫理綱領に則って記述している．

1）文献やデータならびに設問など資料の引用・出典の明示

2）差別用語等倫理的問題となりそうな用語

3）調査対象者への研究趣旨説明や協力同意の取り付けの有無

□ 利益相反の有無を本文中に記載している．

□ 投稿論文に，著者名，所属，倫理審査機関名，謝辞のほか，著者を特定することのできる事項の記載がない．

□ 投稿論文は，未発表の論文である．

□ 投稿論文は，他誌で審査中あるいは掲載予定となっているものではない．

□ 著者および共著者が収集したデータ・事例・資料等に基づいた別論文がある場合は添付している．

2．執筆要項に関する事項

□ 投稿論文は，A4 判，横書き，40 字× 40 行＝ 1,600 字／ 1 枚を用いて作成のうえ，図表も含めて 1 つの PDF ファイルとして保存している．

□ 投稿論分 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，挿入個所を本文に明記している．

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）
尾﨑　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）
髙砂　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（東京大学医学部附属病院）
三輪　恭子（大阪公立大学大学院）
結城美智子（東北文化学園大学）

監　事
池田　直樹（上本町総合法律事務所）
正野　逸子（西九州大学）

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（日本在宅ケア教育研究センター）
内田恵美子（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
柏木　聖代（東京科学大学大学院）
加瀬　裕子（早稲田大学）
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）
鷲見　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（日本赤十字北海道看護大学）
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（西南女学院大学）
松下　祥子（東京家政大学）
松本　啓子（香川大学）
光安　　梢（福岡女学院看護大学）
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）
梶井　文子（東京慈恵会医科大学）
柏木　聖代（東京科学大学大学院）
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（山形大大学院）

一般社団法人日本在宅ケア学会歴代学術集会会長

回	会長	所属	開催日	テーマ
第 1 回	髙﨑　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	尾﨑　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パイオニア・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 31 回	片山　陽子	香川県立保健医療大学	2026／11／7-8	在宅ケアの核心と革新

※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）

「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ております．

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

編集後記

会員の皆様には，日頃より在宅ケアの発展にご尽力いただき心より感謝申し上げます．

2025 年 6 月の月平均気温は，過去最高となり，史上最も暑い 6 月でした．夏の高校野球の試合時間が安全対策により変更され，季節のずれから時候の挨拶に苦慮するなど，四季に恵まれた日本の文化や生活に地球温暖化がもたらす影響を近年，肌で感じてきました．しかしながら，今年の猛暑は，確かな危機感を感ぜずにはいられないでいます．気候変動がもたらす健康被害は深刻化しており，患者・利用者個人や在宅ケアに関わる職種レベルでの対策では立ち行かず，保健医療福祉システムに焦点を当てた気候変動対策が政策的に推し進められる段階にあるのだと考えます．

今号は，「2025 年から 2040 年を見据えた在宅ケアへ」をテーマに特集を組み，諸先生方に執筆をいただいております．これからわが国が直面する一層の高齢化の進展と生産年齢人口の減少に対し，どのように高齢者を支え，地域包括ケアシステムの深化を図っていくのか，前段で述べた気候変動にどう立ち向かっていくのか，在宅ケア学会誌の紙面を通じ，会員の皆様と研究成果の発表という形で対話できれば幸いです．是非ご一読ください．

さらに今号では，総説 1 編，原著 2 編，研究報告 7 編を掲載することができました．多忙な臨床業務や教育・研究活動の中，多くの学術誌がある中で，大切な研究成果の発表の場に，在宅ケア学会誌を選んでくださった投稿者の皆様に感謝いたします．また，査読というプロセスを通じて投稿者と丁寧な対話をくださいました査読者の方々にお礼申し上げます．私自身は，編集委員の視点から，投稿くださった論文の精錬化について日々学びながら編集業務に携わらせていただきました．このような機会をいただきましたことに深く感謝申し上げます．今後も投稿者・査読者の皆様との対話を通し，投稿者の研究成果の結晶である投稿論文がよりよいものとなるよう精進して参ります．

皆様の研究成果が，多くの在宅ケアの場や研究者の活動に貢献し，2040 年を見据えた持続可能な在宅ケア実現の鍵になると考えます．会員の皆様からのご投稿を心からお待ちしております．

新井香奈子

日本在宅ケア学会誌（Journal of Japan Academy of Home Care）

Vol.29, No.1, September, 2025
2025 年 9 月 30 日

定価（本体 2,450 円＋税）

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

＊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．

第 31 回 日本在宅ケア学会学術集会

在宅ケアの核心と革新

~ 本質を問い、誠実な歩みを進める～

会　　期　2026 年 11 月 7 日 (土) ・ 8 日 (日)

メイン会場　レクザムホール (香川県県民ホール)
〒760-0030 香川県高松市玉藻町 9-10

学術集会長　片山 陽子　香川県立保健医療大学

事　務　局　香川県立保健医療大学 在宅看護学　〒761-0123 香川県高松市牟礼町原 281-1
事 務 局 長　岡田 麻里 香川県立保健医療大学 在宅看護学
運営事務局　株式会社 ユピア　〒456-0005 愛知県名古屋市熱田区池内町 3-21