

確な課題（「リサーチ・クエスチョンを組み立てる」）に構造化することが必要である。

続いて、そのリサーチ・クエスチョンに関連する研究等のエビデンスを収集し（「関連するエビデンスを収集する」）、地域看護活動に活用できるかを吟味・検討する（「エビデンスを吟味する」）。それらのエビデンスが看護実践の対象となる個人や家族に適応できると判断した場合には、エビデンスに基づいた地域看護活動を展開する（「エビデンスを看護活動に活用する」）。

地域看護活動を展開した後は、その活動のストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（効果）などについて、評価することが必要である（「看護活動を評価する」）。

## （2）個人・家族への地域看護活動のエビデンスの見つけ方と吟味

### ①クリニカル・クエスチョンをもつ

地域で看護実践を行うときに、漠然とした疑問をもつことがある。例えば、ある保健師が、定期健康診断で血圧や血中の中性脂肪の値が高いことがわかった50代の女性が「一人ではなかなか運動を続ける気にならない」とこぼしている場面に遭遇したとする。その場合、保健師はその女性に日々の生活のなかで運動をするように勧めたいが、どのようにアドバイスをすればよいか、迷うかもしれない。このように、看護職が専門職である自身に対して、看護実践を行う際に持つ「問いかけ」を通常、クリニカル・クエスチョンという。クリニカル・クエスチョンは、曖昧で漠然としているという特徴がある。

看護職が、自分が行っている日々の看護実践を常に振り返り、本当にこの支援方法で対象者にとって効果をもたらすものであるのか、看護職としてのスキルについて自分自身に問いかけることは、専門職として研鑽を積むという側面で重要であるだけでなく、専門職としての責務として求められているものである。

### ②リサーチ・クエスチョンを組み立てる

#### a. リサーチ・クエスチョンにP-I/E-C-Oを活用する

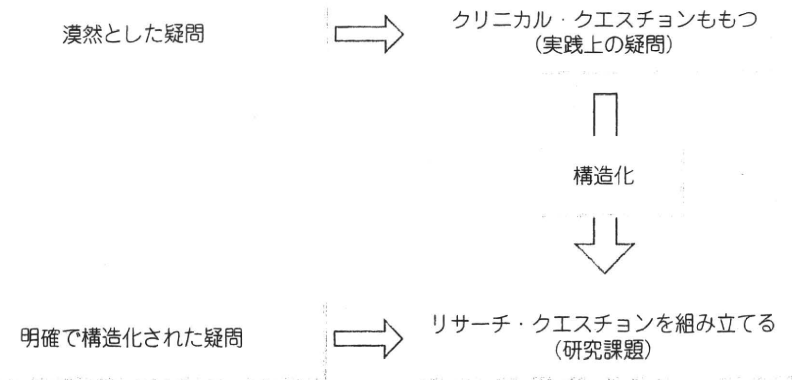
クリニカル・クエスチョンのままでは、エビデンスを検索するにしてもキーワードが明確ではなく、関連するエビデンスを効率よく、効果的に、また系統的に検索および収集するのは非常に難しい。したがって、クリニカル・クエスチョンから明確で構造化された課題、すなわちリサーチ・クエスチョンを組み立てることが必要になってくる（図Ⅱ・3）。リサーチ・クエスチョンとは、研究等のエビデンスによって答えを導くことができる課題のことである。

リサーチ・クエスチョンを組み立てるときのこつとして、P-I/E-C-Oの考え方を活用することを勧める<sup>6, 7)</sup>。P-I/E-C-Oとは、表Ⅱ・5に示すように、リサーチ・クエスチョンのなかに、「誰に」（P: Participants or Patients）「何をすると」（I/E: Intervention/Exposure）「何と比べて」（C: Comparison）「どのような効果があるのか」（O: Outcome）という4つの要素を組み込むという考え方である。

#### b. リサーチ・クエスチョンの具体例

先に述べた「血圧や血中の中性脂肪の値が高い50代の女性に対して日々の生活に運動を取り入れてほしいが、どのようにアドバイスをしたらよいだろうか？」というクリニカル・クエスチョンについて、望ましいリサーチ・クエスチョンと望ましくないリサーチ・クエスチョンの具体例を図Ⅱ・4に示す。

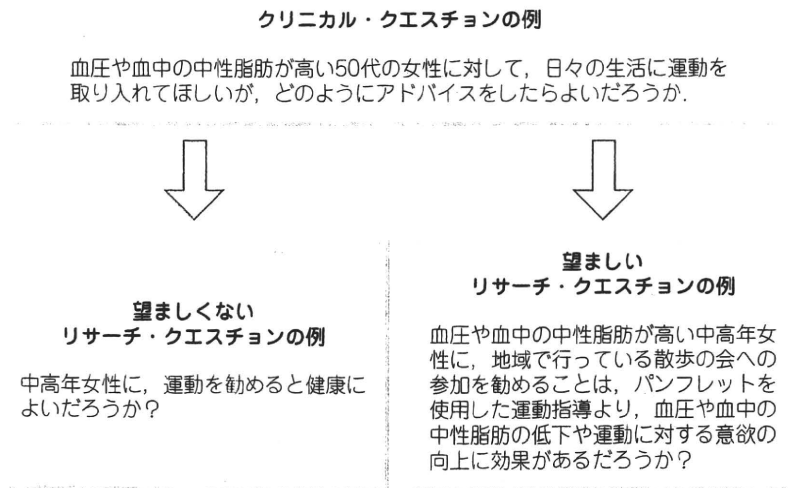
望ましくない例として挙げた「中高年女性に運動を勧めると健康によいだろうか？」というリサーチ・クエスチョンは、何を焦点とするクエスチョンか、非常に漠然としているものである。



図Ⅱ・3 クリニカル・クエスチョンとリサーチ・クエスチョン

表Ⅱ・5 リサーチ・クエスチョンを組み立てるときの要素：PI/ECO

要素	説明と例
P:Participants or Patients 対象や患者	誰に (例：性別，年齢，健康障害など)
I/E:Intervention/Exposure 介入/曝露	何をすると (例：支援内容，リスク因子への曝露，罹患)
C:Comparision 比較集団	何と比べて (例：プラシーボ，リスクに曝露していない場合)
O:Outcome 効果	どのような効果があるのか (例：罹患のリスク，QOL)



図Ⅱ・4 クリニカル・クエスチョンとリサーチ・クエスチョンの例

263-01412

一方、望ましいリサーチ・クエスチョンは、P-I/E-C-O の考え方を当てはめると、下記のように説明できる。このリサーチ・クエスチョンの場合、暴露 (Exposure) ではなく、「地域で行っている散歩の会への参加を勧めること」が介入 (Intervention) として組み込まれ、焦点となる効果 (Outcome) としては「血圧や血中の中性脂肪の低下」と「運動に対する意欲の向上」の2種類の内容が示されていることがわかる。

P : Participants 「血圧や血中の中性脂肪が高い中高年女性に対して、」

I : Intervention 「地域で行っている散歩の会への参加を勧めることは、」

C : Comparison 「パンフレットを使用した運動指導に比べて、」

O : Outcome 「血圧や血中の中性脂肪の低下や運動に対する意欲の向上に効果があるだろうか？」

なお、ある臨床的・クエスチョンから導かれるリサーチ・クエスチョンは、必ずしも1つであるとは限らない。その実践者が置かれている立場やもっている興味によって、組み立てられるリサーチ・クエスチョンは異なる。例えば、その中高年女性が働いている職場の産業保健師という立場であれば、下記に示す別のリサーチ・クエスチョンを組み立てることもできる。

P : Participants 「血圧や血中の中性脂肪が高い中高年女性に対して、」

I : Intervention 「職場内で休憩時間に10分間の運動時間を設定することは、」

C : Comparison 「地域で行っている散歩の会への参加を勧めることに比べて、」

O : Outcome 「運動の実施状況の向上や高血圧症の発生予防に効果があるだろうか？」

#### c. リサーチ・クエスチョンの検討を行う

組み立てたリサーチ・クエスチョンについては、明瞭で具体的であること以外に、次のような観点から検討を行うことが必要である。

- ・実行可能な実践内容であるかどうか。
- ・地域看護実践の向上に意味があるかどうか。
- ・倫理的な問題がないかどうか。
- ・その実践機関（保健所、保健センター、企業や学校の健康管理部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーションなど）に有益であるかどうか。

リサーチ・クエスチョンを明確に組み立てることができたとしても、地域看護実践と関係がない、また実践上の問題をはらんでいるとすれば、意味がないからである。また、取り組むべきリサーチ・クエスチョンが複数ある場合の優先順位の付け方として、対象住民にとって重要な問題から取り組むこと、実践場面でよく出会う問題から取り組むこと、解決できそうな問題から取り組むこと、実践者自身の興味のある問題から取り組むことなどが挙げられる<sup>7)</sup>。

リサーチ・クエスチョンの組み立てや検討を行うときには、できれば数人のグループをつくって、ディスカッションを重ね、多側面から考える方がより望ましい。また、場合によっては、立場や所属の異なる看護職や他の職種からの意見をもらい、リサーチ・クエスチョンの検討を行うこともよい。

### ③エビデンスを収集する

#### a. エビデンスの検索方法

ここでは、主に研究等のエビデンスの検索や収集等について述べる。研究論文を楽しみながらパラパラ読む場合とエビデンスを収集するために系統立って研究論文を収集して読む場合とは、論文の読み方が異なる<sup>8)</sup>。また、地域看護実践に関するエビデンスの情報は、大量であるため、自分のリサー

チ・クエスチョンに答えをもたらす研究等によるエビデンスを効率よく選択する必要がある。

P-I/E-C-Oに含まれている概念や用語を参考にして、検索のためのキーワードとして、エビデンスを収集するとより、効果的である。例えば、先に述べたリサーチ・クエスチョンの例であれば、次の下線部に示す言葉をキーワードとして検索を進めていく。また、後に述べるような英語のデータベースを活用する場合は、クリニカル・クエスチョンを英語にするとよい。

P : Participants 「血圧や血中の中性脂肪が高い中高年女性に対して、」

I : Intervention 「地域で行っている散歩の会への参加を勧めることは、」

C : Comparision 「パンフレットを使用した運動指導に比べて、」

O : Outcome 「血圧や血中の中性脂肪の低下や運動に対する意欲の向上に効果があるだろうか?」

b. エビデンスの検索の対象となるデータベース

エビデンスを検索するデータベースとして、英語のデータベースとしてはMEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line) やCINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)、日本語のデータベースとしては医学中央雑誌が一般的である。

MEDLINEはアメリカ合衆国国立医学図書館が制作している文献データベースであり、医学、看護学のほか、歯学、薬学、生物科学など多岐にわたる文献が含まれており、世界で最もよく使用されているデータベースである。CINAHLは看護学と関連する健康科学の雑誌記事が収録されているデータベースである。医学中央雑誌とは医学中央雑誌刊行会が作成する日本国内の医学論文情報データベースである。通常、これらのデータベースには大学や研究機関附属の図書館などでアクセスでき、個人でアクセス権を購入することもできる。また、MEDLINEは、PubMedとしてインターネット上で無料にて公開されているため活用しやすいという特徴がある。

そのほか、質が高く、信頼性が高いエビデンスを系統的に集めて情報を提供しているデータベースや雑誌を活用するのも効率が良い研究論文の読み方である<sup>9)</sup>。国際的組織である「コクラン共同計画」は質の高いシステムティック・レビューを作成し、コクラン・ライブラリーを提供している。また、「Evidence-based Nursing」や「Evidence-based Medicine」などの雑誌では、研究方法の妥当性が高く、実践上の意義も有用である研究成果を明確な基準で選択し、簡潔に紹介している。

#### ④エビデンスを吟味し、活用する

a. エビデンスの読み方

収集した論文等のエビデンスについて、細部に及んで最初から最後まですべて読む必要はなく、「抄録」とよばれる論文の要約をまず読むことから始める。抄録を読むことによって、研究論文の内容を迅速かつ的確に把握し、研究論文を通読する必要性について判断することができるからである<sup>10)</sup>。通常、MEDLINEやCINAHL、医学中央雑誌などの文献データベース上で研究論文の抄録を読むことができる。

近年、研究論文の抄録は、その本文内容と同じ構成であるIMRAD (Introduction, Methods, Results, and Discussion)の方法で記載されるようになってきている。IMRADの方法で記載された抄録とは、研究の目的、方法、結果、考察が順に簡潔に述べられたものであるものであり、構造化抄録 (structured abstract) と呼ばれている<sup>10)</sup>。構造化抄録についてはJournal of American Medical AssociationやNursing Researchなど多くの医学または看護学系の英文雑誌が取り入れて

263-01412

いる。また、日本国内でも、日本公衆衛生雑誌や日本地域看護学会誌などでも必要とされており、今後もそのような学会誌が増えていくと予想される。構造化抄録の特徴として、看護実践に有用な論文の情報が簡潔に伝わることであり、情報が一定に供給されているため、系統立った検索をしやすいうことが挙げられる。構造化抄録の詳細な項目については、表Ⅱ・6に示す<sup>11)</sup>。

#### b. エビデンスのクリティーク

抄録を読み、該当するクリニカル・クエスチョンを扱っていると判断した場合は、研究論文についてクリティーク（批判的吟味；critique）を行い、看護実践に活用できるか判断することが必要である。「批判」という日本語には否定的な語感があり、受け入れにくい印象があるかもしれない。しかし、看護学は実践科学であるため、看護実践者には主観的な感覚ではなく、看護学の知を客観的に判断し、目の前にいる対象者に適用できるかを判断することも必要である。

エビデンスに対するクリティークとは「過去の研究経験やその話題に対する知識を基礎においた利益、限界、意味そして意義を判断するために研究のあらゆる側面に対する系統的でバイアスのない慎重な検討」と定義づけられる<sup>12)</sup>。どのようなエビデンスであっても、必ず強み（長所）と弱み（短所）があり、それらを慎重に判断することが大切である。例えば、ある地域看護実践が対象者の健康状態の向上に役立つと結論づけている研究論文があったとしよう。しかし、その研究における対象者の選び方に偏りがある場合、一般的な住民に活用するときには注意する必要がある。研究論文をクリティークすることと研究論文をレビューすることとは、異なるものであり（図Ⅱ・5）<sup>13)</sup>、エビデンスを看護実践に適用するべきか、判断を行うときにはクリティークは必要不可欠なプロセスである。

表Ⅱ・6 構造化抄録の構成

構成	説明（例）
目的 Objectives	研究目的
方法 Design	研究デザイン（無作為化比較試験など）
Setting	どこで研究したのか（行政機関、地域など）
Patients/Participants	対象者（患者または参加者）
Interventions	介入（看護ケアや教育内容など）
Main outcome measures	主要なアウトカムの測定（効果の評価方法など）
結果 Results	結果（p値や信頼区間などを含む数値）
結論 Conclusion	結論（今後への示唆など）

（赤居正美，丸井英二：EBMの実践：論文執筆にどう生かし，臨床に役立てるか，整形外科50（12）：1515 1999に一部加筆）

研究の主要な内容について要約する

研究のメリット，論理性，質を評価する



レビュー



クリティーク

図Ⅱ・5 研究論文のレビューとクリティーク

（Melynk BM & Fineout-Overholt E：Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. p7, figure1. 2を著者訳）

クリティークの具体的な方法の例を表Ⅱ・7に示す<sup>14)</sup>。これは、主に統計的手法を用いた調査研究(量的研究)に活用できるガイドラインであり、目的、デザイン、サンプリングの方法、データ収集の方法、倫理的配慮、データ分析、知見、結果の解釈の妥当性など、研究論文の構成にしたがって、クリティークを行う。

他にも CASP Japan (<http://caspjp.umin.ac.jp/>) や CONSORT 声明 (<http://www.consort-statement.org/>) などからクリティークに活用できるチェックリストやツールは、いずれも日本語訳で公開されている。

CASP Japan は、医療や保健の現場で判断をする職種に就いている人、その判断に関わるすべての人がエビデンスをわかまえたうえで判断し行動できるように支援することを目的としており、クリティークに関する詳細な資料や無作為化比較試験、質的研究、レビューをクリティークするためのワークシートをインターネット上で公開している。

CONSORT 声明は、無作為化比較試験の報告が適切に行われることを目指し、無作為化比較対照試験を報告するときに含まれるべき事項のチェックリスト(タイトルから考察までに記載されるべき22項目から構成されたチェックリスト)と無作為化比較対照試験の各段階の対象者の数を示すフローチャート(対象者の組み入れ、割り付け、追跡、解析などの状況を記載したフローチャート)を提供しているものである<sup>15)</sup>。

上記のガイドラインなどにしたがって、研究論文を吟味した後、エビデンスについて最終的に、有用性(usability)、完全性(completeness)、一貫性(consistency)の観点から評価を行う<sup>16)</sup>。これらの評価の観点を表Ⅱ・8に示す。

- なお、クリティークを行うのは看護実践を向上させるためであり、次のような態度で行うことが望ましい<sup>17)</sup>。
- ・研究の弱みだけでなく強みについてもコメントを行い、研究の価値についてバランスよく分析する。
  - ・研究の強みと弱みについては、あいまいな説明を避け、論拠を明確にする。
  - ・自分の興味や見解と一致しないという理由で過度に批評しない。
  - ・コメントを受け取った研究者の立場に立ち、否定的なコメントをする際には配慮を行う。
  - ・問題点を指摘するだけでなく、問題が解決できる代替案や異なるアプローチを提案する。

#### c. エビデンスの判断から実践への活用

エビデンスの判断から実践への活用のプロセスを図Ⅱ・6に示す。これは、一般的なEBN<sup>18)</sup>やEBM<sup>19)</sup>のプロセスに、著者が一部加筆したものである。リサーチ・クエスチョンを直接扱った論文がある場合とない場合があり、エビデンスを判断するといっても、実践への活用までには、図に示すように、いくつかのパターンがあると考えられる。また、その個人や家族にエビデンスが活用できると考えた場合は、例えば保健所や保健センターなどその組織全体で取り組む、あるいは行政レベルで制度化することなどを検討する必要がある。

### (3) 個人・家族への地域看護活動の評価

個人、家族への地域看護活動の質を評価する際に、ドナベディアン<sup>20, 21)</sup>が提唱している医療の質の評価モデルを活用することができる。このモデルはストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(効果)などの一定の側面から医療保健福祉活動の評価を行うことの重要性を示しているものである(図Ⅱ・7)。

263-01412

## 表Ⅱ・7 クリティークのガイドライン（量的研究）

## 1. 目的

- 1) 研究目的は明確であるか。
- 2) 研究目的が有意義であるか。
- 3) 研究目的は、合理的な根拠のもとに導かれているか。
- 4) 最新の文献（過去5～10年間）を使い、適切なレビューをしているか。

## 2. デザイン

- 1) 研究の目的に合った研究デザインを適用しているか。
- 2) 変数間の関係を図示する概念図はどんなものか。①独立・従属変数，共変量等 ②概念，尺度等

## 3. サンプルとサンプリングの方法

- 1) 研究結果をあてはめる母集団は定義されているか。
- 2) 対象者は適切な基準や手順で選ばれているか。
- 3) 統計的な有意差をだすのに十分なサンプルサイズであるか。

## 4. データ収集の方法と項目

- 1) 介入内容のプロトコールは再現可能なものか。
- 2) データ収集の方法（質問紙調査，面接調査）やプロセスは明確であるか。
- 3) 測定用具の水準（名義尺度，順序尺度，比尺度など）は明確であるか。
- 4) 測定用具の信頼性と妥当性は十分であるか or 生理学的測定法の正確性と精度は十分であるか。
- 5) データ収集や介入におけるバイアスは最小限であるか。

## 5. 倫理的配慮

- 1) 対象者に対する研究参加の説明と了承を取る方法は適切であるか。
- 2) 研究のプロセスは，人権擁護などに配慮しているか。

## 6. データ分析

- 1) データの形式に合った分析手続きか。
- 2) 分析方法は明確か。

## 7. 知見

- 1) 分析結果は，明白でわかりやすいか。
- 2) 研究デザインに合った結果が示されているか。

## 8. 結果の解釈

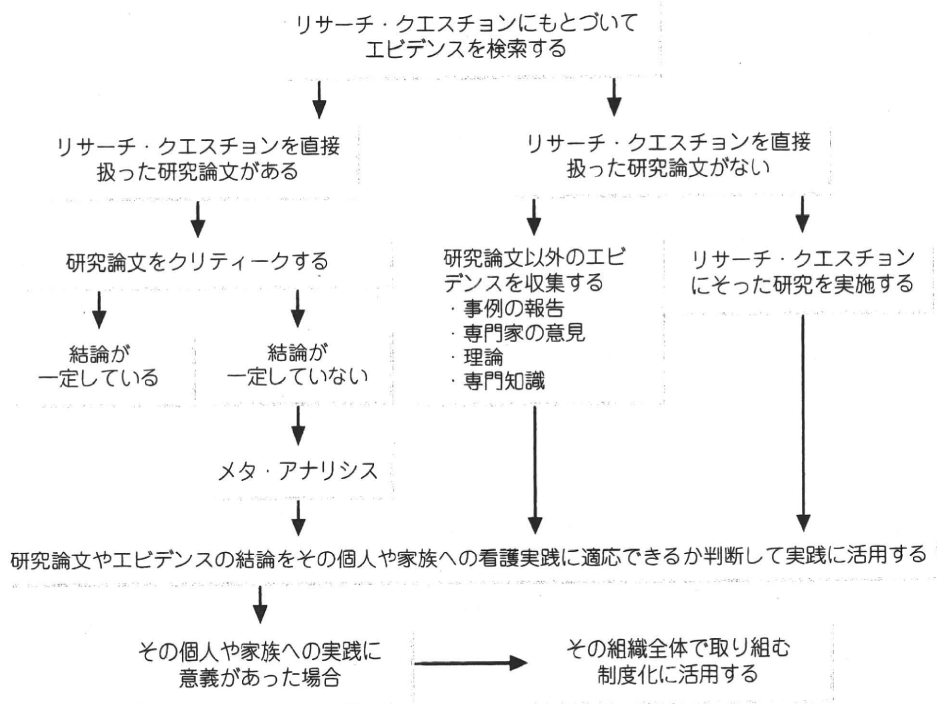
- 1) 研究目的や分析結果と一貫した考察が行われているか。
- 2) 研究結果について，どのように一般化されているか。
- 3) 研究の限界について，どのように述べられているか。
- 4) 研究結果は，看護実践への活用についてどのように述べられているか。
- 5) 今後の研究への示唆は，どのように述べられているか。

都筑千景，河野あゆみ：グループワーク「論文をクリティークしてみよう」。  
日本地域看護学会誌，11（2）：99，2009。

表Ⅱ・8 クリティークの観点

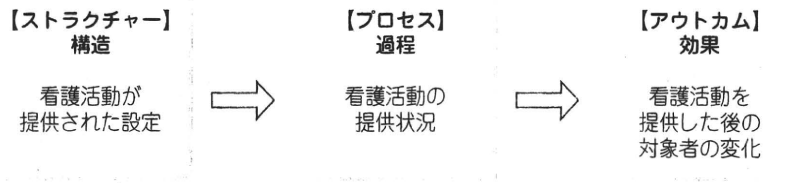
	観点	説明
有用性	Usability	研究から得られた情報が自身の専門的実践、すなわち看護実践、教育、看護管理などに活用できるか？
完全性	Completeness	クリニカル・クエスチョンに対するリサーチ・クエスチョン、対象、データ収集の方法、データの評価方法などを明らかにしているか？ 研究論文をレビューした後に、疑問点はあるか？
一貫性	Consistency	研究目的、対象、データ収集、分析、結論まで論理的であるか？ 対象の選択はリサーチ・クエスチョンにそっているか？ データ分析は対象にそっているか？ 研究論文の序論と結論部分が一貫しているか？

(Brink PJ, Wood MJ : Basic Steps in Planning Nursing Research. p59の一部を著者訳)



図Ⅱ・6 エビデンスの判断から実践への活用





図Ⅱ・7 地域看護活動の評価の視点

(Donabedian A : An introduction to quality assurance in health care. pp46-47 の内容より作図)

通常、ストラクチャーには物的資源、人的資源、組織的資源などから構成されている<sup>20)</sup>。地域看護活動でのストラクチャーの例として、下記の内容が挙げられる。

- ・物的資源：保健所、保健センター、企業や学校の健康管理部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等の実践機関の規模や設備等
- ・人的資源：地域看護活動を提供している専門職や非専門職、人数、多様性等
- ・組織的資源：地域看護活動を提供している組織体制や実践教育研究の機能、事業予算、介護報酬、診療報酬、看護活動のスーパービジョンや点検評価の体制等

地域看護活動におけるプロセスの例として、看護過程や保健指導の展開状況（頻度、時間、提供者など）、標準化されたプログラムの有無、対象者やその家族の意向や主体性の状況を評価する。

また、アウトカムとしては、健康状態や保健行動の変化、対象者の知識や態度の変化、対象者の満足感等が例として挙げられる。

以上の側面から評価を行い、さらなるクリニカル・クエスチョンを持ち、看護活動の展開につなげることが重要である。

## 2) 個人・家族への介入におけるエビデンスの見つけ方の具体例

### (1) 高齢者への家庭訪問におけるエビデンスの見つけ方

#### ① リサーチ・クエスチョンの明確化

家に閉じこもりがちな虚弱高齢者は、人との接触や保健・福祉サービスの利用が少ないと考えられ、身体・心理・社会的側面での健康水準が低いことが指摘されている<sup>22-25)</sup>。このような高齢者は身体機能が低下しやすく<sup>26-30)</sup>、死亡につながりやすい<sup>31)</sup>等その後の経過がよくないことが明らかになっている。高齢者の身体障害等が軽度である場合は、何とか地域で生活を継続することができ、高齢者本人や家族が生活機能の低下を予防するための生活改善の必要性を認識せず、閉じこもりがちになることが多い。

一方で、高齢者の予後については高齢者自身の生活のあり様によって身体機能が維持・改善できる可能性も示されている<sup>32,33)</sup>。高齢者の生活機能の低下を予防するための支援として、地域で行われている介護予防教室等のグループケアへの参加や介護保険サービス等の利用を促すこと等が考えられる

263-01412

が、その前段階として生活機能低下のリスクを把握し、高齢者やその家族がもっているニーズに対応できるように地域で働く看護師や保健師等が家庭訪問を行い、個別に支援を行うことが重要である。

わが国の高齢者に対する予防的な家庭訪問活動は、従来、老人保健事業等による訪問指導、訪問型介護予防事業や要支援高齢者等軽度者へのケアマネジメントとして、自治体、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の保健医療福祉活動の一環として実施されてきているという特徴がある。また、2009（平成21）年度の介護報酬の改定で居宅療養管理指導として、訪問看護ステーション等の看護職によって、訪問看護を利用していない高齢者等への訪問相談が制度化された。このように、高齢者に対する予防的な家庭訪問活動は、地域看護実践として定着していると考えられるが、高齢者への身体機能の低下や死亡抑制への効果については、どのようにエビデンスとして報告されているのであろうか。

リサーチ・クエスチョンを下記のように組み立て、高齢者への家庭訪問に関するエビデンスの地域看護活動への活用方法について、述べたい。

P：Participants 「在宅で暮らす高齢者に対して」

I：Intervention 「看護職が家庭訪問を行うことは」

C：Comparison 「その地域における通常のケアを行う場合に比べて」

O：Outcome 「身体機能の低下や死亡予防に効果があるだろうか？」

## ②エビデンスの検索

英語のデータベースであるMEDLINEで研究論文を検索するために、前述のリサーチ・クエスチョンは、以下のように英訳し、下線部の英単語をキーワードとして研究論文の検索を行った。

P：Participants 「In elders living at home,」

I：Intervention 「what is the effects of home visit program conducted by nurses」

O：Outcome 「on prevention of physical function decline or mortality」

C：Comparison 「compared with routine usual care?」

図Ⅱ・8に示すとおり、2009年4月時点で、MEDLINEにて過去10年間（1999～2009年）に出版された英語または日本語論文で「elder」をキーワードとした研究論文について、627,873文献を検索することができた。これらの文献のうち、「home visit」をキーワードとして、検索されたものは677文献みられた。さらに、リサーチ・クエスチョンから得られたキーワードである「nurse」「mortality」「function」を検索に活用した。すなわち、677文献の中から、「nurse」をキーワードとして掛け合わせたところでは140文献、「mortality」をキーワードとしたところでは51文献、「function」をキーワードとしたところでは116文献が検索された。

これらの延べ307文献について、MEDLINE検索画面でタイトルと抄録に目を通し、リサーチ・クエスチョンに関連あると考えられた論文を合計63文献取り寄せた。63文献について内容を一読し、以下の点を基準として、論文を選択または除外し、最終的に18文献を吟味の対象論文とした。

### A. 選択基準

- ①家庭訪問の担当者に看護職が含まれていること
- ②研究論文の評価指標（outcome）に健康に関する内容が含まれていること

### B. 除外基準

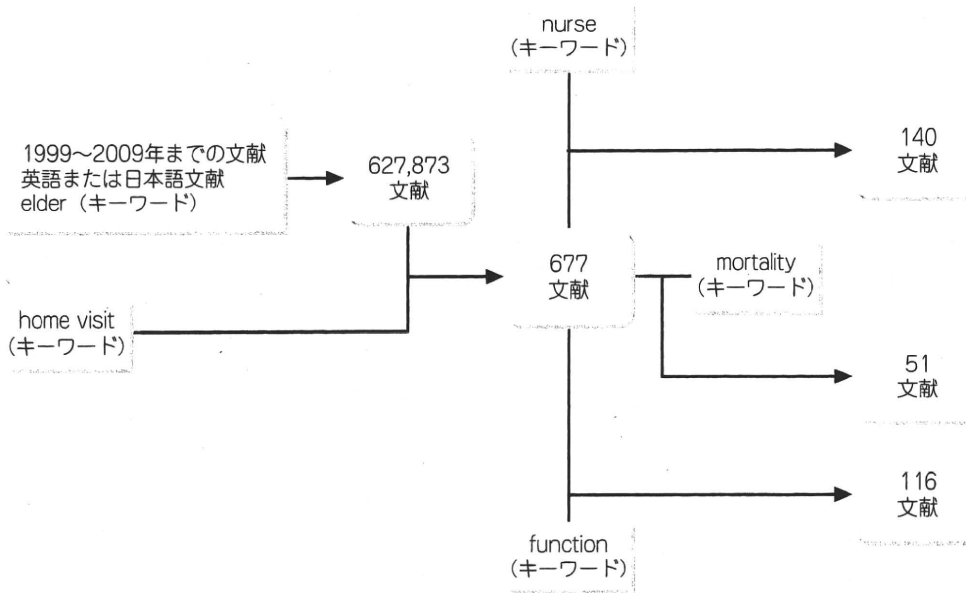
- ①家庭訪問のプログラムや方法、または評価ツール等を紹介している論文
- ②研究デザインのみを紹介している論文

263-01412

③心筋梗塞やがん等ある特定の疾患を対象としたものやリハビリテーションのみを家庭訪問で行う等専門分化した家庭訪問プログラム内容である場合

③エビデンスの吟味

選択された論文を研究論文について、エビデンスの水準に基づいて分類した結果を表Ⅱ・9に示している。水準Ⅰa（メタ・アナリシスまたはシステマティック・レビュー）の論文は5文献<sup>34-38)</sup>、水準Ⅰb（無作為化比較研究）の論文は8文献<sup>39-46)</sup>、水準Ⅱa（無作為化を伴わない比較研究）の論文は1文献<sup>47)</sup>、水準Ⅱb（ケース・コントロール研究やコホート研究）の論文は2文献<sup>48,49)</sup>である。このことから在宅高齢者の家庭訪問の身体機能に関する効果は、エビデンスの水準ⅠaまたはⅠbの論文等比較的高いエビデンス水準の高いものが論文発表されていることがわかる。



図Ⅱ・8 在宅高齢者への家庭訪問の効果に関するエビデンスの検索過程

表Ⅱ・9 在宅高齢者への家庭訪問の効果に関する研究論文16文献のエビデンスの水準

水準	内容	件数
Ⅰa	複数の無作為化比較研究を検討したメタアナリシスまたはシステマティックレビュー	5文献 <sup>34-38)</sup>
Ⅰb	緻密にデザインされた無作為化比較研究	8文献 <sup>39-46)</sup>
Ⅱa	緻密にデザインされた比較研究（割り付け時に無作為化を行わない）	1文献 <sup>47)</sup>
Ⅱb	緻密にデザインされたケース・コントロール研究やコホート研究	2文献 <sup>48,49)</sup>

(Melynck BM, Fineout-Overholt E : Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. p10, box1.2を著者訳および改変)

水準Ⅰaの論文では、メタ・アナリシスは3文献<sup>34,36,37)</sup>、システマティック・レビューは2文献<sup>35,38)</sup>みられている(表Ⅱ・10)。メタ・アナリシスの3文献<sup>34,36,37)</sup>はすべて、在宅高齢者への家庭訪問は、身体機能低下予防等について「効果はある」、または「一部の効果がある」と結論付けていた。特に、「一部の効果がある」としていた文献1<sup>34)</sup>および3<sup>36)</sup>では、比較的若い年代の高齢者に訪問した場合、死亡予防に効果があること、医学的検査や総合的機能評価を伴う訪問を行った場合、身体機能低下に効果があることが示されていることが共通した結果として報告されているのは、大変興味深い結果である。

水準Ⅰbの論文では、無作為化比較試験8文献<sup>39-46)</sup>のうち、半数の4文献<sup>39,40,44,45)</sup>は効果がないと結論付けている(表Ⅱ・11)。日本で行われた虚弱高齢者への保健師の家庭訪問についての無作為化比較試験<sup>42)</sup>では、対象者数が100例程度と少ないが、ADL低下予防に効果があるとしている。また、Caplanらの報告<sup>43)</sup>では、主に救急部門から退院した者が研究対象であるという特徴があるものの、家庭訪問は高齢者の再入院や救急受診の予防に効果があるとしている。低収入の高齢者を対象とした家庭訪問の無作為化比較試験<sup>41)</sup>においても、同様に、救急受診の予防に効果があることが報告されている。Stuckらの報告<sup>46)</sup>では、身体心理社会的機能の高い高齢者を施設入所のリスクの高い群、機能の低い高齢者を施設入所のリスクの低い群と2群に分けて、無作為化に介入群と対照群に割り付け、3カ月ごとに3年間の家庭訪問を行ったところ、施設入所のリスクの低い高齢者には身体機能の低下予防に効果があることが明らかになっている。

無作為化割り付けを伴わない比較試験<sup>47)</sup>では、年に2回の家庭訪問を行った結果、高齢者の死亡予防に効果があると報告されている(表Ⅱ・12)。また、家庭訪問のプロセスを記述した研究<sup>48,49)</sup>からは、家庭訪問プログラムは、おむね活用できるという評価が得られている。

#### ④地域看護活動への活用の示唆

以上より、「在宅で暮らす高齢者に対して、看護職が家庭訪問を行うことは、身体機能の低下や死亡予防に効果があるか?」というリサーチ・クエスチョンに基づいて、主に英文のエビデンスを中心に検索と吟味を行ってきた。

このリサーチ・クエスチョンについては、既にエビデンスの集積ともいえるメタ・アナリシスやシステマティック・レビュー等が2000年以来10年間に5件報告されていることが明らかになった。また、高齢者の家庭訪問について無作為化比較試験が国内外で数多く実施されており、このようなリサーチ・クエスチョンには、比較的エビデンスの水準の高い研究デザインが適用されていることがわかる。高齢者への家庭訪問は効果がないとしている報告もいくつかみられるが、統計分析を伴うメタ・アナリシスの研究報告から、対象者の状況や家庭訪問の方法によっては、身体機能低下や死亡予防に効果があると解釈できる。したがって、地域看護実践で行われている在宅高齢者への家庭訪問は、一定の意義があると考えてよいだろう。

表Ⅱ・10 「在宅高齢者への家庭訪問」に関するシステマティック・レビューまたはメタアナリシスの研究論文の概要

著者 (年度)	雑誌名	論文のタイトル	論文数	選択論文基準または除外基準など	訪問者	統計的 検討	効果指標	身体機能等の 低下予防に対する効果
文献1 Huss Aら (2008) <sup>34)</sup>	J of Gerontol A Biol Sci med Sci	地域高齢者への 総合的予防訪問 プログラム	21	①施設入所、身体機能低下、死亡 のうち少なくとも1つの指標を 扱っている。 ②退院後プログラムやケースマネ ジメント、特定の治療目的を伴 う訪問は除外した。	看護師 保健師 医師 PT ボランティア	有	死亡率 身体機能 施設入所	【一部あり】 医学的検査を伴う場合、機能 低下予防に効果あり。 77歳以下の高齢者に訪問した 場合、死亡予防に効果あり。
文献2 Bouman Aら (2008) <sup>35)</sup>	BMC Health Serv Res	健康状態がよく ない高齢者への 集中的家庭訪問 の効果	8	①無作為化比較研究を対象とした。 ②1年に4回以上の集中的な訪問 である。 ③12か月以上介入期間が続いてい る。 ④健康状態不良の65歳以上の者が 対象である。	看護師 保健師	無	死亡率 健康状態 サービスマ 利用コス ト	【なし】
文献3 Stuck AEら (2002) <sup>36)</sup>	JAMA	高齢者へのナー シングホーム入 所と機能低下予 防のための家庭 訪問	18	①無作為化比較研究を対象とした。 ②対象集団の平均年齢が70歳より 上である。 ③施設入所、身体機能低下、死亡 を指標としている。	看護師 保健師 医師 PT 福祉職	有	死亡率 身体機能 施設入所	【一部あり】 総合的機能評価を伴う場合、 機能低下予防に効果あり。 複数回訪問する場合、施設入 所や機能低下予防に効果あり。 若い高齢者に訪問した場合、 死亡予防に効果あり。
文献4 Elkan Rら (2001) <sup>37)</sup>	BMJ	高齢者のための 家庭ベース支援 の効果	15	①対照群のある比較研究（無作為 化は問わない）を対象とした。 ②専門的なケア目的の訪問は除外 した。 ③訪問者がボランティアのみのも の場合、除外した。	看護師 保健師 医師	有	死亡率 身体機能 健康状態 施設入所 入院	【あり】 死亡予防と施設入所予防に効 果あり。
文献5 van Haastregt JCMら (2000) <sup>38)</sup>	BMJ	地域高齢者に対 する予防訪問の 効果	15	①無作為化比較研究を対象とした。 ②退院後のプログラムは除外した。 ③特定の疾患を対照としたプログ ラムは除外した。 ④死亡率、身体心理社会機能、施 設入所、転倒のうち少なくとも 1つの指標を扱っている。	看護師 等	無	死亡率 身体心理 社会機能 施設入所 転倒	【なし】

263-01412

高齢者保健

表Ⅱ・11 「在宅高齢者への家庭訪問」に関する無作為化比較試験の研究論文の概要

著者 (年度) (国)	雑誌名	論文の タイトル	対象者数	介入方法	訪問者 (実施国)	効果指標 (評価時期)	身体機能等の 低下予防に対 する効果
文献6 Wong FK 5 (2008) <sup>39)</sup>	J Adv Nurs	家庭訪問は入院を減らすことができるか? : RCT	介入群 → 173人 対照群 → 181人	対象: ある病院に再入院してきた患者。 介入期間・頻度: 退院後7日以内に初回訪問を行い, 28日以内に最大4回までの家庭訪問。 介入内容: オマハシステムにより介入。	看護師 (中国)	ADL, 生活満足感, ケアへの満足, 健康への自己評価, 再入院率 (退院時, 退院30日後)	【なし】
文献7 Bouman A 5 (2008) <sup>40)</sup>	J Am Geriatr Soc	オランダにおける健康状態が良くない高齢者への集中的家庭訪問の効果: RCT	介入群 → 166人 対照群 → 170人	対象: 70歳以上の地域高齢者に郵送調査を行い, 健康状態が不良と自分で評価した者。 介入期間・頻度: 18カ月間に8回以上の家庭訪問と電話によるフォロー。 介入内容: 保健師にスーパーバイジョン受け看護師が系統的アセスメントと介入。	看護師 (オランダ)	健康への自己評価, 身体機能, 生活の質 (QOL), 自分で報告する問題 (訪問前, 12カ月後, 18カ月後, 24カ月後)	【なし】
文献8 Counsell SR 5 (2007) <sup>41)</sup>	JAMA	低収入高齢者のケア マネジメント: RCT	介入群 → 474人 対照群 → 477人	対象: 65歳以上で国の水準以下の年収の者。 介入期間・頻度: 24カ月間に年6~7回の家庭訪問と11~12回の電話によるフォロー。 介入内容: NPとSWから構成されるチームにより, 系統的アセスメントと介入。	ナースプラクティショナー ソーシャルワーカー (アメリカ)	生活の質 (身体心理社会機能などを含む), IADL, ADL, 救急受診 (訪問前, 6カ月後, 12カ月後, 18カ月後, 24カ月後)	【一部あり】 救急受診の頻度については効果あり。
文献9 Kono A 5 (2004) <sup>42)</sup>	Aging Clin Exp Res	歩行可能な閉じこもり高齢者への予防訪問: 予備的研究	介入群 → 59人 対照群 → 60人	対象: 65歳以上で外出頻度が週1回以下の者。 介入期間・頻度: 18カ月間に平均4.3回の家庭訪問や電話でのフォロー。 介入内容: 系統的アセスメントと介入。	保健師 (日本)	ADL, IADL, 自己効力感, 抑うつ, ソーシャルサポート, 死亡, 施設入所 (訪問前, 18カ月後)	【あり】 ADL低下予防に効果あり。

つづく

(表 I・11 つづき)

263-01412

著者 (年度) (国)	雑誌名	論文の タイトル	対象者数	介入方法	訪問者 (実施国)	効果指標 (評価時期)	身体機能等の 低下予防に對 する効果
文献 10 CaplanGAら (2004) <sup>44)</sup>	J Am Geriatr Soc	救急部門から退院した高齢者における総合的アセスメントと学際的介入のRCT	介入群 → 370人 対照群 → 369人	対象：救急部門から退院した75歳以上の者。 介入期間・頻度：退院後28日間に家族訪問(頻度の記載はなし)。 介入内容：看護師がプランを提案し、学際的チームで検討しながら介入。	看護師 医師 理学療法士 作業療法士 (オーストラリア)	再入院率、救急受診、施設入所率、死亡率(退院時、3カ月後、6カ月後、12カ月後、18カ月後)	【一部あり】 再入院、救急受診の予防に効果あり。
文献 11 Hebert Rら (2001) <sup>44)</sup>	Age Ageing	機能低下のリスクが高い高齢者のための看護師主導の学際的予防プログラム：RCT	介入群 → 250人 対照群 → 253人	対象：75歳以上の地域高齢者に郵送調査を行い、返信があった者。 介入期間・頻度：12カ月間1カ月に1回以上の家庭訪問と電話でのフォロー。 介入内容：医師と相談しながら、看護師が系統的アセスメントと介入。	看護師 (カナダ)	死亡率、身体機能、施設入所率、自律心、幸福感、ソーシャルサポート、サービス利用(訪問前、12カ月後)	【なし】
文献 12 van Haastregt JCMら (2000) <sup>45)</sup>	BMJ	高齢者の転倒と機能障害における多面的家庭訪問プログラムの効果：RCT	介入群 → 159人 対照群 → 157人	対象：70歳以上で中度の身体障害と転倒経験のある者。 介入期間・頻度：12カ月間に5回の家庭訪問や電話でのフォロー。 介入内容：系統的アセスメントと介入。	看護師 (オランダ)	身体機能、転倒、自覚症状、健康評価、歩行、日常活動、転倒恐怖感、精神的健康、孤独感(訪問前、12カ月後、18カ月後)	【なし】
文献 13 Stuck AEら (2000) <sup>46)</sup>	Arch Intern Med	施設入所の高リスク群と低リスク群の地域高齢者への機能低下予防をめざした家庭訪問：RCT	高リスク 介入群 → 116人 対照群 → 231人 低リスク 介入群 → 148人 対照群 → 296人	対象：健康保険被保険者リストから75歳以上の者、身体心理社会機能の高い者を低リスク群、機能の低い者を高リスク群とした。 介入期間・頻度：36カ月間に3カ月毎の家庭訪問。 介入内容：医師と相談しながら、看護師が系統的なアセスメントと介入。	看護師 保健師 (スイス)	ADL、IADL、施設入所率、認知機能、歩行とバランス、健康状態、服薬、インフルエンザの免疫状態(訪問前、24カ月後、36カ月後)	【一部あり】 施設入所について低リスクの高齢者には身体機能低下予防に効果あり。

RCT：無作為化比較試験 ADL：基本的日常生活動作 IADL：手段的日常生活動作

表Ⅱ・12 「在宅高齢者への家庭訪問」に関する無作為化割り付けを伴わない比較試験，およびコホート研究の研究論文の概要

著者 (年度) (国)	雑誌名	論文の タイトル	対象者数	介入方法	訪問者 (実施国)	効果指標 (評価時期)	結果
文献 14 Sahlen KG 5 (2006) <sup>(47)</sup>	BMC Public Health	予防訪問のその後の 死亡率：期間を限定 した比較対照試験	介入群 → 196人 対照群 → 346人	対象：75歳以上の健康な年金受給者。 介入期間・頻度：2年間に年に2回の家 庭訪問。 介入内容：看護師とケアマネジャーが系 統的にアセスメントと介入。	看護師 ケア マネジャー (スウェー デン)	死亡率 (訪問前, 24カ月後)	【あり】 家庭訪問は死 亡予防に効果 あり。
文献 15 Bouman AN 5 (2006) <sup>(48)</sup>	J Adv Nurs	健康問題を持つ高齢 者への訪問プログラ ム：プロセスの評価	介入群 → 160人	対象：75歳以上の健康な年金受給者。 介入期間・頻度：18カ月間に8回の家 庭訪問する。 介入内容：看護師が構造化されたプログ ラムにしたがってアセスメントと介入。	看護師 (オランダ)	訪問回数や時間 訪問中の会話 コンプライアンス プログラムへの看護師や 参加者への意見	家庭訪問プロ グラムは看護 師や対象者が らおおむね好 評であった。
文献 16 Milisen K 5 (2006) <sup>(49)</sup>	J Nutr Health Aging	地域高齢者のための 転倒問題のリスクス クリーニングとアセ スメントの看護師主 導型介入プロトコ ルのプロセス評価： 予備的研究	介入群 → 129人	対象：70歳以上の高齢者 介入期間・頻度：明確な記載なし 介入内容：転倒に関するスクリーニング を行い、それにしたがってアセスメン トと介入。	看護師 (ベルギー)	実施した転倒に関するア ドバイスのタイプとコ ンプライアンスの状況	看護師主導型 の訪問介入プ ロトコールは ある程度、活 用できた。



しかし、Ⅱ 11等の内容から、報告されている対象者の選択方法、家庭訪問の提供の仕方等が多様であることが示されている。本項では、看護職が家庭訪問プログラムの提供者であることを条件として、エビデンスを検索してきたが、どのようなケアチーム体制やアセスメント方法がより望ましいのか、地域看護活動に活用するには工夫が必要であると考え。また、本項で対象となったエビデンスのほとんどは海外、特に欧米諸国で行われた研究であることにも留意した方がよい。高齢者の地域ケアを取り巻く制度やケアシステムは国によって全く異なるため、わが国における在宅高齢者への家庭訪問の効果がどのようなものなのか、さらなる地域看護活動のエビデンスの蓄積が必要であると考え。

(河野あゆみ)

## 引用文献

- 1) Melnyk BM, Fineout-overholt E : Making the case for evidence-based practice. Evidence-based practice in nursing & healthcare : a guide to best practice, Melnyk BM, Fineout-overholt E (ed), pp3-24, Lippincott & Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
- 2) Chesla CA : Translational research : essential contributions from interpretive nursing science. Res Nurs Health, 31(4) : 381-390, 2008.
- 3) 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 : 脳卒中治療ガイドライン2009, 日本脳卒中学会ホームページ <http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>, 2010/05 現在
- 4) 林 邦彦 : 研究デザインの理解, エビデンスのための看護研究の読み方・進め方, 高木廣文, 林 邦彦編, pp17-38, 中山書店, 2006.
- 5) 坂下玲子 : effectiveness researchの確立に向けて, 看護研究, 41(6) : 469-473, 2008.
- 6) Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH for the Evidence-Based Medicine Working Group : users' guides to the medical literature. JAMA, 270(17) : 2093-2095, 1993.
- 7) 名郷直樹 : 臨床上の疑問とPECO : 臨床上の疑問を明らかにする EBMキーワード, pp4-7, 中山書店, 2005.
- 8) Greenhalgh T : How to read a paper : the basis of evidence based medicine. Second edition, BMJ books, 2001 / 今西二郎, 渡邊聡子訳 : 文献の検索, EBMがわかる : 臨床医学論文の読み方, pp19-48, 金芳堂, 2004.
- 9) Evidence-Based Nursing誌 : EBN users' guide. BMJ publishing group, 2000-2006 / 八重ゆかり, 海野康子訳 : 看護研究の読み方, EBNユーザーズ・ガイド : そのエビデンスを役立てるために, pp2-10, 中山書店, 2008.
- 10) 青木 仕 : 構造化抄録の基礎知識, EBMのための情報戦略 : エビデンスをつくる, つたえる, つかう, 中嶋宏監修, 津谷喜一郎, 山崎茂明, 坂巻弘之編, pp82-93, 中外医学社, 2000.
- 11) 赤居正美, 丸井英二 : EBMの実践 : 論文執筆にどう生かし, 臨床に役立てるか, 整形外科, 5(12) : 513-519, 1999.
- 12) Burns N, Grove SK : The practice of nursing research : conduct, critique and utilization. Fifth edition, Elsevier, 2005 / 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見功監訳 : 看護研究の批判的分析, パーンズ&グローブ看護研究入門 : 実施, 評価, 活用, pp668-687, 2007.
- 13) Brockopp DY, Hastings-Tolsma MT : Roles of the nurse investigator. Fundamentals of nursing research, Brockopp DY, Hastings-Tolsma MT(ed), pp39-57, Jones & Bartlett Publishers, Boston& London, 1994.
- 14) 都筑千景, 河野あゆみ : グループワーク 論文をクリティークしてみよう, 日本地域看護学会誌, 11(2) : 98-101, 2009.
- 15) 津谷喜一郎解説・訳, 小島千枝, 中山健夫訳 : CONSORT 声明 : ランダム化並行群間比較試験報告質向上のための改訂版勧告 (The CONSORT Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials, by Moher D, Schulz KF, Altman D for the CONSORT Group) . JAMA (日本語版) : pp 119-124, 2002.
- 16) Brink PJ, Wood MJ : Critical review of the literature. Basic steps in planning nursing research : from question to proposal : fourth edition, Brink PJ, Wood MJ (ed), pp57-66, Jones & Bartlett Publishers, Boston& London, 1993.
- 17) 操 華子 : 臨床看護研究のクリティーク : 総論 研究論文をクリティークすること, 看護, 57(9) : 76-79, 2005.
- 18) 阿部俊子 : EBMとEBNのちがひ, 看護実践のためのEBN : ベストエビデンスへの手引, 阿部俊子編, pp8-18, 中央法規出版, 2001.
- 19) 新保卓郎 : EBMの実際 : 疑問点の抽出, EBM実践ガイド, 福井次矢編, pp18-24, 医学書院, 1999.

- 20) Donabedian A : Selecting approaches to assessing performance. An introduction to quality assurance in health care, Bashshur R (ed), pp45-57, Oxford University Press, New York, 2003.
- 21) Donabedian A: Exploration in quality assessment and monitoring, volume 1 definition of quality and approaches to its assessment / 東 尚弘訳: 評価のための基本的な方法: 構造, 過程, 結果. 医療の質の定義と評価方法. pp84-143, NPO 健康医療評価研究機構, 2007.
- 22) 河野あゆみ : 在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴. 日本公衆衛生雑誌, 47(3) : 216-229, 2000.
- 23) Kono A, Kanagawa K : Characteristics of housebound elderly by mobility level in Japan. Nurs Health Sci, 3 : 105-111, 2001.
- 24) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷 修・他 : 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, 51(3) : 168-188, 2004.
- 25) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典・他 : 地域高齢者における“タイプ別”閉じこもりの出現頻度とその特徴. 日本公衆衛生雑誌, 52(6) : 443-455, 2005.
- 26) Kono A, Kai I, Sakato C, et al : Frequency of going outdoors : a predictor of functional and psychosocial change among ambulatory frail elders living at home. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59(3) : 275-280, 2004.
- 27) 渡辺美鈴, 渡辺文眞, 松浦尊磨・他 : 自立生活の在宅高齢者の閉じこもりによる要介護の発生状況について. 日本老年医学会雑誌, 42(1) : 99-105, 2005.
- 28) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典・他 : 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもりの予後 ; 2年間の追跡研究. 日本公衆衛生雑誌, 52(7) : 627-638, 2005.
- 29) Fujita K, Fujiwara Y, Chaves PH, et al : Frequency of going outdoors as a good predictors for incident disability of physical function as well as disability recovery in community-dwelling older adults in rural Japan. J Epidemiol, 16(6) : 261-270, 2006.
- 30) Kono A, Kai I, Sakato C, et al : Frequency of going outdoors predicts long-range functional change among ambulatory frail elders living at home. Arch Gerontol Geriatr, 45(3) : 233-242, 2007.
- 31) 河野あゆみ, 金川克子 : 地域障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の1年後の身体・心理社会的変化. 老年看護学, 5(1) : 51-58, 2000.
- 32) 河野あゆみ・金川克子 : 在宅虚弱高齢者の生活パターンからみた1年半後のADL変化に関する1考察. 日本公衆衛生雑誌, 45(8) : 749-757, 1998.
- 33) 河野あゆみ・金川克子 : 在宅虚弱高齢者の生活パターンからみた3年後の生命予後とADL変化. 日本公衆衛生雑誌, 46(10) : 915-921, 1999.
- 34) Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al : Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 63(3) : 298-307, 2008.
- 35) Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, et al : Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status : a systematic review. BMC Health Serv Res, 8 : 74, 2008.
- 36) Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al : Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people : systematic review and meta-regression analysis. JAMA, 287(8) : 1022-1028, 2002.
- 37) Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al : Effectiveness of home based support for older people : systematic review and meta-analysis. BMJ, 323(7315) : 719-725, 2001.
- 38) van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, et al : Effects of preventive home visits to elderly people living in the community : systematic review. BMJ, 320(7237) : 754-758, 2000.
- 39) Wong FK, Chow S, Chung L, et al : Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial. J Adv Nurs, 62(5) : 585-595, 2008.
- 40) Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, et al : Effects of a home visiting program for older people with poor health status : a randomized, clinical trial in the Netherlands. J Am Geriatr Soc, 56(3) : 397-404, 2008.
- 41) Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, et al : Geriatric Care Management for Low-Income Seniors : a randomized controlled trial. JAMA, 298(22) : 2623-2633, 2007.
- 42) Kono A, Kai I, Sakato C, et al : Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan : a pilot study. Aging Clin Exp Res, 16(4) : 293-299, 2004.

283-01412

- 43) Caplan GA, Williams AJ, Daly B, et al : A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department : the DEED II Study. *J Am Geriatr Soc*, 52(9) : 1417-1423, 2004.
- 44) Hebert R, Robichaud L, Roy PM, et al : Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline : a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 30(2) : 147-153, 2001.
- 45) van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, et al : Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk : randomized controlled trial. *BMJ*, 321(7267) : 994-998, 2000.
- 46) Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, et al : A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med*, 160(7) : 977-986, 2000.
- 47) Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, et al : Preventive home visits postpone mortality : a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6 : 220, 2006.
- 48) Nicolaidis-Bouman A, van Rossum E, Habets H, et al : Home visiting programme for older people with health problems : process evaluation. *J Adv Nurs*, 58(5) : 425-35, 2007.
- 49) Milisen K, Dejaeger E, Braes T, Dierickx K, et al : Process evaluation of a nurse-led multifactorial intervention protocol for risk screening and assessment of fall problems among community-dwelling older persons : a pilot-study. *J Nutr Health Aging*, 10(5) : 446-452, 2006.

## IX 閉じこもり

(河野あゆみ)

### 1 「閉じこもり」の定義および生活機能

「閉じこもり」とは元来、「閉じこもり症候群」という考え方から発生してきた概念である。「閉じこもり症候群」とは、在宅高齢者の寝たきりや認知症などになる真の原因<sup>1)</sup>であるという問題指摘であり、高齢者が疾患や何らかの身体障害をもったときに、活動意欲が低下する、介護力が低い、住宅環境が不十分であるなどの多様な心理社会的要因が加わり、高齢者の行動範囲が家の中にとどまり、その結果、心身の活動性や生活機能が著しく低下する廃用症候群を意味する。

その後、高齢者の「閉じこもり」について、その実態や弊害の検証を行うために調査研究が多く行われるようになった。これらの調査研究では「閉じこもり」を「家から出られる状態であるにもかかわらず、家から出ない状態であり、社会的な関係性が失われている状態」<sup>2)</sup>としたり、「移動能力が高いにもかかわらず行動範囲が屋内に限られ、かつ生活行動の活動性が低い生活状況」<sup>3,4)</sup>とする定義がみられているが、それぞれの定義はややニュアンスが異なる。

調査時に使用されている「閉じこもり」の操作的定義を検討した報告がある<sup>5)</sup>。ここでは、1998年から2003年頃までは生活行動範囲を「閉じこもり」の定義として用いたものが頻繁に発表されていたが、近年では、交流状況を用いない外出頻度を「閉じこもり」の定義に使用している研究が多くみられている。すなわち、外出頻度を「閉じこもり」を

評価する一つの指標として考えることが一般的になってきており、外出頻度が週1回程度以下の高齢者を「閉じこもり」と定義されている<sup>6)</sup>。なお、その定義の際には、外出とは買い物、散歩、通院、人との交流などを目的とした家から外にでる生活行動すべてを意味する。

現在、地域支援事業では生活機能の低下が予測される高齢者を把握するための生活機能評価として、基本チェックリストが活用されている。ここでは要介護認定を受けていない高齢者のうち、「閉じこもり」を把握するために、表1に示す質問項目<sup>7)</sup>が挙げられている。

以上より、高齢者の「閉じこもり」とは、外出行動や生活行動、社会的関係性など人が地域で自立して生活するための機能で定義されるものであり、ある特定の疾病による症状を意味するものではない。「閉じこもり」とは老化を基盤とした、高齢者の生理的・身体的、心理的、社会的要因が複合的に関与しておこる生活機能が低下している状態であり、いわば老年症候群の1つとしてとらえることができる。

### 2 「閉じこもり」の出現率

「閉じこもり」を「外出できる移動能力をもっているのに、外出頻度が週1回程度以下の高齢者」と定義した場合の出現率について、年齢階級別および性別に表した調査結果を図1に示す。これは、地方の小都市のある地域(人口1588人、調査回収率97.2%)、大都市近郊ニュータウン(人口1135人、調査回収率88.3%)の調査結果<sup>8)</sup>に、大都市町工場密集地