

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業

在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証

令和元年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福井 小紀子（大阪大学大学院医学系研究科 教授）

令和2（2020）年3月

目 次

I . 総括研究報告	
在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証	----- 1
福井小紀子	
. 分担研究報告	
住民の幸福度・満足度を高める医療介護連携のあり方調査：住民アンケートによる主観的指標の検討	----- 17
. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 57
該当なし	

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
総括研究報告書

在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証

研究代表者	福井 小紀子	（大阪大学大学院医学系研究科 教授）
研究分担者	飯島 勝矢	（東京大学高齢社会総合研究機構 教授）
	川越 雅弘	（埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授）
	埴岡 健一	（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 教授）
	藤田 淳子	（順天堂大学医療看護学部 准教授）
	石川 孝子	（防衛医科大学校医学教育部看護学科 講師）
	藤川 あや	（日本赤十字看護大学看護学部 准教授）
研究協力者	吉江 悟	（東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 特任研究員 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員）
	松本 佳子	（東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員 埼玉県立大学研究開発センター 研究員）
	赤田 啓伍	（株式会社富士通総研 シニアコンサルタント）
	久保田健太郎	（千葉市保健福祉局在宅医療・介護連携支援センター）

研究要旨

本研究ではまず、在宅医療・介護連携（推進事業）の分野やロジックモデルに明るい研究者及び自治体職員により在宅医療・介護連携の評価枠組み及び評価指標を検討し、暫定的な枠組みを策定した上で、自治体職員・医療介護職・住民を対象としたフォーカスグループインタビューを実施し、さらに枠組みを精練させた。

ロジックモデルのアウトカムとして、最終アウトカムにあたる全体目標に加えて、中間アウトカムとして場面別（入退院の支援・日常の療養支援・臨時対応・看取りの支援）目標を設定した。アウトカムを測定する指標については、Donabedian モデル（ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標）と上記4つの場面による3×4の次元を設定し、その中核となる「日常の療養支援」については全体目標を兼ねる形とした。ヘルスケアの評価枠組みとして海外で言及されている Triple aim、Quadruple aim などの考え方を援用し、全体目標には「住民」、「従事者」、「コスト」という3つの次元を設けた。また、場面別目標（中間アウトカム）と目標達成のための要件（アウトプット）、取組み内容（アクティビティ）のつながりがイメージしやすいよう、4つの場面（入退院の支援・日常の療養支援・臨時対応・看取りの支援）ごと、適用対象が広いと思われる具体的な要件の例示を行った。

続いて、全体目標と場面別目標の評価するための指標を示した。ほとんどの項目は医療・介護レセプトで集計可能なものとしたが、住民・従事者の主観的側面を測る指標については、項目を最小化した上で、住民・従事者アンケートによる指標を設けた。住民アンケートによる指標については、文献検討を行い、well-being を図る主観的指標として主観的幸福感、主観的健康感、生活満足度、人生満足度を取り上げ、多項目から成る尺度と既存の行政指標として用いられている単項目の指標を測定することを目的に、2自治体の住民 2400 名を対象にアンケート調査を実施した。そして、実際のアンケート結果に基づき、より簡便で適切と考えられる指標として「主観的幸福感」の単項目を提案した。

今後、この枠組みに基づいて事業評価や指標の実測が市町村単位で継続的に行われることが期待されるが、特に医療・介護レセプトを用いた集計については、市町村ごと個別に集計処理を行うことは現実的ではなく、より広域の単位で集計プログラム等が提供されることが期待される。また、住民アンケートについては、介護予防事業等と評価指標を揃えることで、住民の状態像によらず主観的な状況を継続的に評価できるようになるため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等との項目の整合に配慮した運用が望まれる。

A. 研究目的

Leuts(1999)は、連携のレベルを次の3段階で述べている：第1段階：ニーズがある人を必要なサービスへつなげる「Linkage」、第2段階：計画的な情報共有やケアマネジメントがなされている「Coordination」、第3段階：施設の壁を越えて同一の組織のように包括的に活動する「Full integration」。在宅医療・介護連携の質の評価においても、この階層を意識することが重要となる。申請者らは過去に、Linkage を評価する尺度として「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」(福井, 2014)、Coordination/Full integration を評価する尺度として「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」(藤田, 2015)を開発し、全国の自治体で活用・普及が進みつつある。

一方、野村総合研究所(2017)は、在宅医療・介護連携推進事業の評価指標のイメージとして、ストラクチャー指標・プロセス指

標・アウトカム指標に階層化された、いわゆる Donabedian モデルによる分類を示しており、アウトカム指標として、住民の生活満足度、医療・介護従事者の満足度、要介護高齢者の在宅療養率を例示している。前掲の連携に関する評価尺度はいずれもプロセス指標に分類されるが、このように連携の成果に焦点を当てた指標も含めて俯瞰的視野から評価をしていくことが重要となる。

本研究では、以上のような視点やコスト評価までも包含した在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールを開発することを目的とする。このツールは主に市町村担当者が活用することを想定し、できるだけ簡便なものを目指す。なお、評価ツール開発にあたっては、政策評価の枠組みとして広く普及しているロジックモデル(Rossi, 2005)を意識し、他の事業との比較可能性の担保に努める。

Leuts WN. (1999). Five Laws for

Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*, 77(1), 77-110.

福井小紀子. (2014). 在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討. *日本在宅医学会雑誌*, 16(1), 5-11.

藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生指標*, 62(6), 1-9.

野村総合研究所. (2017). 平成 28 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: 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業報告書.

Rossi, PH, et al(大島巖他訳). (2005). *プログラム評価の理論と方法*. 東京: 日本評論社.

B. 研究方法

1. 在宅医療・介護連携(推進事業)の評価枠組みの検討

在宅医療・介護連携推進事業の評価枠組みをロジックモデルに当てはめて整理する。在宅医療・介護連携(推進事業)の分野やロジックモデルに明るい研究者及び自治体職員を研究協力者に迎え、班会議を通じて枠組みの検討を行った。

続いて、作成された評価枠組みを自治体担当者・医療介護職・住民に示し、フォーカスグループインタビューにより項目を精練させた。在宅医療・介護連携(推進事業)の

質を評価することができ(妥当性)かつより多くの自治体で測定可能性を高められるように必要最小限の指標は何か(実用性)という2側面を重視して意見を得た。

2. 既存統計情報の市町村別集計の入手可能性の検討

評価枠組みに含まれる評価項目の中には、既存統計を二次利用して活用するものが存在する。在宅医療・介護連携推進事業の実施主体が市町村である以上、市町村単位で集計を行う必要性は高いが、一方で厚生労働省が保有する統計情報等の中には、市町村単位で集計されていないものが多く存在する。例えば、介護レセプトや要介護認定調査の情報を市町村別に集計することができれば政策的に高い価値があるが、植嶋(2017)によると、介護保険総合データベースの集計に際して市町村名の表章は厚生労働省により制限されていると記されている。本研究では、自治体担当者が個別にデータ入手のための煩雑な作業の労苦を負わなくてよい体制に向けた示唆を得るべく、市町村別に集計を行う上での制約や解決策について検討を行った。

植嶋大晃, 高橋秀人, 野口晴子, 川村顕, 松本吉央, 森山葉子, 田宮菜奈子. (2017). 地域包括ケアシステムの評価指標としての在宅期間: 8年間の全国介護レセプトデータによる検討. *厚生指標*, 64(15), 1-11.

(倫理面への配慮)

研究方法の第2項で示した調査研究について、分担研究者である飯島の所属する東

京大学倫理審査専門委員会に審査申請を行い、承認を得た（審査番号：18-104）。

C. 研究結果 及び D. 考察

1. 在宅医療・介護連携(推進事業)の評価 枠組みの検討

平成 30 年 5 月～令和元 6 月に計 7 回の
班会議を実施し、在宅医療・介護連携の評価
枠組み及び評価指標の暫定版を作成した。

続いて、作成された評価枠組みを自治体
担当者・医療介護職・住民に示し、フォーカ
スグループインタビューにより項目を精練
させた。自治体担当者対象のフォーカスグ
ループインタビューは、令和 2 年 3 月に、
計 10 名を対象に実施した。対象者の内訳は、
政令指定都市 2 名、中核市 2 名、それ以外
の市 2 名、町 1 名、市から在宅医療・介護
連携推進事業の委託を受けている郡市医師
会 1 名、都道府県 2 名であった。職種は、
事務職 6 名、保健師 3 名、社会福祉士 1 名
であった。

住民及び医療介護職対象のフォーカスグ
ループインタビューについては、令和 2 年
3 月に、60～80 歳代の住民計 11 名（女性 8
名、介護経験者 6 名）及び医療介護職 5 名
（主任介護支援専門員 2 名、訪問看護師 3
名）を対象に実施した。

(1) 評価枠組み

班会議及びフォーカスグループインタビ
ューを通じて作成された評価枠組みを図 1
に示す（図 1）。

枠組みの作成にあたっては、ロジックモ
デルを踏襲しつつ、ロジックモデルにおい
て用いられる表現が行政担当者にとって馴
染みの薄いものであることに配慮し、input

= 投入資源、activity = 取組み内容、output
= 目標達成のための要件、中間 outcome =
場面別目標、最終 outcome = 全体目標とい
った形で日本語中心の表現を付した。

まず、第一段階目の「投入資源」につい
ては、投入人員と投入金額により捉えるこ
ととした。

続いて二段階目の「取組み内容」は、介護
保険法施行規則第 140 条の 62 の 8 に 1～
8、及び「在宅医療・介護連携推進事業の手
引き Ver.2」(厚生労働省老健局老人保健課、
2017) に具体的取組（ア）～（ク）として
示されている在宅医療・介護連携推進事業
に関する取組み内容と置換が可能なよう、
大きく在宅医療・介護従事者対象の取組み
と住民対象の取組みに大別したうえで、前
者については「協議の場」、「相談支援」、「人
材育成・研修」、「ツール・資料」の 4 類型、
後者は「人材育成・研修」、「ツール・資料」
の 2 類型とした。なおこれらは、「保険者機
能強化推進交付金に係る評価指標」の「在宅
医療・介護連携」の項とも一定の整合が保た
れるよう構成している。

3 段階目の「目標達成のための要件」につ
いては、各地域の独自性も許容しつつある
程度全国の状況を網羅できる項目群の設定
を試みたが、実態が極めて多様であり、かつ
発展途上である現状において、これを明文
化してしまうことにより、この資料を目に
した市町村担当者の思考を、研究班の意図
しないところで狭い範囲にとどめてしまう
恐れがあると考えたことから、現時点では
項目の羅列を避けた。ただし、「入退院支援」、
「日常療養」、「臨時対応」、「看取り支援」と
いう 4 つの場面（「在宅医療の体制構築に係
る現状把握のための指標例」）（平成 29 年 3

月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(医政地発 0331 第 3 号)「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表 11)に示されている 4 つの場面と整合する形とした)において、要介護高齢者への対応を考えた際に比較的適用対象が広いと思われるエピソードの例示を行い、「目標達成のための要件」と「取組み内容」、そして「場面別目標」とのつながりについて具体的なイメージを持ちやすいよう図示に努めた。具体的には、「入退院支援」では「入退院を経た機能低下(医原性サルコペニア)が最小化されている」(図 2)、「日常療養」では「体重の変化に気付いている / 対処の努力がされている」(図 3)、「臨時対応」では「肺炎発生時の対応手順(治療方法や薬剤供給など)が明確である」(図 4)、「看取り支援」では「看取りに向けた対応手順が明確化 / 家族の不安が最小化されている」(図 5)という要件を示し、それを達成するために考えられる「取組み内容」を例示した。

4 段階目の「場面別目標」については、在宅医療・介護連携の場면을大きく 4 つに分けることとした。まず、中心となる場面は「日常の療養支援」であり、それに加えて、「入退院時の支援」、「臨時対応」、「看取りの支援」というやや特化した 3 つの場面を設定した。また、「日常の療養支援」と「看取りの支援」については量的側面と質的側面の 2 要素を設け、「入退院時の支援」と「臨時対応」については質的側面の要素のみとした。なおこの 4 つの分類は「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」(平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(医政地発 0331 第 3 号)「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制

について」別表 11)に示されている 4 つの場面と整合する形となっている。

5 段階目の「全体目標」については、「場面別目標」のうち中心に位置付けられる「日常の療養体制」の指標を兼ねることとした。

(2) 「全体目標」と「場面別目標」を測定する指標

「全体目標」と「場面別目標」を評価する指標については、Donabedian モデル(ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標)と上述の 4 つの場面(入退院時の支援・日常の療養支援・臨時対応・看取りの支援)による 3×4 の次元を想定し、それぞれに当てはまる指標を図 6、図 7 のように設定した。図 6 と図 7 は基本的に同じ内容を記載しているが、図 7 については、図 6 の内容を診療報酬・介護報酬(レセプト)データで指標化した場合の個別の点数まで詳述しているものである。

1) 「全体目標」及び「日常の療養支援」

「全体目標」(「日常の療養支援」に関する「場面別目標」を兼ねる)の指標としては、大きな分類として、「住民」、「従事者」、「コスト」という 3 つの次元を設けた。この 3 次元の枠組みは、米国 Institute for Healthcare Improvement や Valentijn, et al. (2016) が提唱する Triple aim(3 つの目標)あるいは Bodenheimer, et al. (2014) の提唱する Quadruple aim(4 つの目標)の枠組みを援用したものであり、2000 年の WHO の報告書においても類似の言及がされていることから、ヘルスケアの評価枠組みとして国際的にも普及したものと言える。なお、学術的な典拠となるものではないが、日本の

近江商人においても「三方よし（売り手よし、買い手よし、世間よし）」と言われる枠組みが存在し、今回の枠組みはこれとも通じるところがあると考えられる。

全体目標の指標のうち、「住民」指標については、最重要視されるアウトカム指標の1つとして、在宅医療・介護の提供を受ける住民の Subjective well being（以下、SWB）を測定することとした。Well-being という概念は、WHO 憲章前文における健康の定義においても「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」という形で用いられており、また SWB は「QOL の主観的あるいは心理的側面」とも指摘される（伊藤ほか, 2003）ことから、住民の健康や QOL の向上を目標とした保健医療福祉政策全般に利用し得る重要指標と考えられる。また、人生の最終段階にある住民に対する医療・ケアを含む在宅医療・介護の分野においては、急性期医療のように5年生存率などを指標とすることが難しいことから、SWB のような主観的指標を置くことが特に重要と考えた。

具体的な測定方法としては、総合的社会調査（General Social Surveys）や内閣府国民生活選好度調査などで用いられている主観的幸福感（単項目で、0（とても不幸）～10（とても幸せ）の11段階から回答するもの）、世界価値観調査などで用いられている「全般的な生活満足度」（単項目で、0（とても不満）～10（とても満足）の11段階から回答するもの）、カントリルの人生の階梯尺度（単項目で、0（悪い人生）～10（良い人生）の11段階から回答するもの）といったものが国際的によく用いられている。

このうち、主観的幸福感と全般的な生活満足度は両者とも現在の状況を回答するものとなっており同内容を測定しているとの指摘もみられる（Frey & Stutzer, 2002; Frey et al., 2008）ことから、回答者の負担を最小化することを考えると、いずれか一方の測定でも足りると考えた。また、介護保険の認定を受けていない高齢者を対象として全国の市町村で実施されている介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において主観的幸福感が必須項目として測定されている状況が既に存在するため、主に要介護者であると想定される在宅医療・介護を利用する住民を対象として主観的幸福感を測定することにより、状態像の異なる集団を同一指標で比較できるメリットがあると思われた。

カントリルの人生の階梯尺度は自身の人生を振り返って回答する、いわば人生満足度であることから、前二者（主観的幸福感及び全般的な生活満足度）とは異なる概念と考えられ、独立して測定することに意義があると考えた。

なお、これらの主観的指標については、分担研究で実施した住民向けアンケートの分析によりさらに考察を深めているため、分担研究報告書をあわせて参照されたい。

続いて客観的な「住民」指標としては、在宅療養率を設定した。これは、在宅で療養する者の割合を100%まで上昇させることを目標とする指標ではなく、各地域において在宅医療・介護を受ける住民の療養場所の分布を継時的に示し、あるいは地域間比較が可能な形で示し、地域包括ケア施策の定点観測指標として用いていくことを意図したものである。よって単一時点・単一地域での数値はあまり意味を持たず、各施策の取

組み内容が(中間アウトカムとして)在宅療養率に変化を生じさせる目的で実施される場合等に、一定期間をおいて評価をしていくために用いるものである。療養場所の分類として、大きく「病院」、「介護施設」、「集合住宅」、「自宅」という4つの類型を設け、「病院」は各種病床への入院、「介護施設」は介護保険3施設への入所、「集合住宅」は認知症グループホーム・介護付き有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅のうち医療・介護レセプトから同定できる集合住宅への入居、「自宅」は前三者以外、といった形で医療・介護レセプトを用いて集計することを想定している。どの類型を「在宅」として定義するかはあらかじめ指定することはせず、4つの類型の分布の変化の過程を確認できることが重要と考えている。なお、在宅療養率をアウトカム指標の1つとして提示しているが、測定内容自体は提供される医療・介護の影響を大きく受けるものであり、プロセス指標として整理することも可能である。

続いて「従事者」指標については、まず主観的な指標として、前掲の Bodenheimer, et al. (2014)による「ケアチームの well-being」を重視する枠組みを採用し、在宅医療・介護従事者の Quality of Working Life (QWL) を反映する指標として、就業満足度や、住民指標と同様の主観的幸福感・人生満足度を測定することとした。またそれに加えて、在宅医療・介護という領域の特性を踏まえた指標として、医療職と介護職の間にヒエラルキーがなく介護職が医療職に対して遠慮なく相談等をできることがチームとして良い(well-being)状態と考え、「介護職が医療職に相談したり話をするのは敷居が高い」

という先行調査(未発表、投稿中)で用いられた項目を暫定的に設定した。

次に、客観的な「従事者」指標としては、医療・介護レセプトを用いて、在宅医療や在宅介護に関するサービスが提供されている人数・回数(プロセス指標)、それらを提供している機関数(ストラクチャー指標)を集計することとした。前掲の在宅療養率と同様、これらの指標も「多ければ多いほど良い」という価値観に基づくものではなく、各地域における在宅医療・介護サービスの提供実態を継時的に示し、あるいは地域間比較が可能な形で示し、地域包括ケア施策の定点観測指標として用いていくことを意図したものである。各地域で取組みを継続しながら、過不足のないサービス提供体制を検討する資料として用いることになる。

3つ目の「コスト」指標については、医療・介護レセプトのデータを利用することにより、住民1人あたりの医療・介護費を算出し、指標として用いることとした。

2)「臨時対応」

「臨時対応」に関する指標としては、臨時の往診や訪問看護や、必要があれば救急搬送といった既存の体制が適切に機能することが重要である一方、それらの貴重な資源が必要以上に消費されることのないよう不要不急の呼び出しが最小化されていることも重要である。そこで本研究では、Bardsley, et al. (2013)の研究などで用いられている Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs) という概念を用いて、ACSCs の状態にある住民を定義し、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs の者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料

の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈して、これらをアウトカム指標として設定した。同様に、訪問診療か訪問看護を受ける ACSCs の者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数が少ない方が良質な管理がされていると解釈し、これらもアウトカム指標とした。これらの指標はすべて医療・介護レセプトにより集計することができる。(なおこの指標の限界点として、ASCSs は医療レセプトの傷病名情報から定義を行うことになるため、各該当傷病の重症度までは加味することができないという点があげられる。理想的には重症度を調整した指標化が求められるが、今後の課題である。)

また、プロセス指標・ストラクチャー指標としては、在宅時医学総合管理料、往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算、緊急時訪問看護加算及び夜間・早朝加算、深夜加算(介護保険)、訪問看護療養費の24時間対応体制加算及び夜間早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算が算定されている人数・回数(プロセス指標)、それらを提供している機関数(ストラクチャー指標)を集計することとした。

3)「看取りの支援」

「看取りの支援」に関する指標は、「日常の療養支援」に関する指標群について、集計対象を在宅医療・介護サービス利用者全体ではなく死亡日からさかのぼって6ヶ月以内の者に限定することにより指標として用いることとした。死亡前6ヶ月以内の住民における指標の分布と、「日常の療養支援」で集計した指標の分布を群間比較すること

により、終末期の者において在宅療養率が変化するのかもしれないかの確認が可能となる。なお、死亡日に関する情報は、医療・介護レセプトのデータファイルそのものには含まれていないものの、医療保険・介護保険の被保険者台帳の情報を入手することにより、被保険者資格喪失年月日及び資格喪失事由の情報を用いて特定することができる。また、本研究ではいったん死亡日から6ヶ月以内という定義をしたが、12ヶ月以内、3ヶ月以内などの定義をすることも可能であり、これは実際の集計値を見ながら適切な期間設定を検討していくことになる。

以上のほか、看取り期に算定されるレセプト点数である在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、在宅がん医療総合診療料、訪問看護のターミナルケア加算(介護保険)、訪問看護療養費における訪問看護ターミナルケア療養費が算定されている人数・回数(プロセス指標)、それらを算定している機関数(ストラクチャー指標)を集計し、指標として用いることも可能である。ただし、これらはすべての終末期患者に対して算定される点数ではないことを理解して数値を解釈する必要がある。(前述した被保険者台帳情報に基づく死亡の事実は100%に近い悉皆性の高い情報である)。

4)「入退院時の支援」

「入退院時の支援」に関する指標としては、退院後の再入院率が低いことをもって良質な管理がされていると解釈し、アウトカム指標として設定することを検討したが、医療・介護レセプト情報を用いて再入院を定義する場合に、救急搬送による入院のみを対象とするのか(救急でなくても予定外

の入院が存在すると考えられる) 当初より予定されていた再入院(当初から2度にわたる入院を通じて治療計画が立てられている場合など)をいかに除外するかなど明確にすべき論点が多く、適切な指標化が困難と考えられた。そのため、「入退院時の支援」におけるアウトカム指標は、暫定的に「臨時対応」に関する指標によって代用することとした。

プロセス指標・ストラクチャー指標については、入退院支援加算、退院時共同指導料、介護支援等連携指導料が算定されている人数・回数(プロセス指標) それらを算定している機関数(ストラクチャー指標)を集計し、指標として用いることも可能である。ただし、これらの点数を算定していなくても電話等により質の高い連携をはかっている場合があると想定されること、逆に算定をしても形式的な実施にとどまる場合もあると想定されることから、これらの点数を指標として利用する際には、数値の解釈を慎重に行う必要がある。

2. 既存統計情報の市町村別集計の入手可能性の検討

「全体目標」と「場面別目標」を測定する指標を検討する作業と同時並行して、そこで用いる指標を、できる限り全国一律に(比較可能性を保って)市町村単位(在宅医療・介護連携推進事業の実施単位)で、関係者(主に住民、医療・介護従事者、市町村職員)の手間をかけずに実現する方法を検討した。データの収集方法としては、大きく医療・介護レセプト等の既存情報を二次利用する方法と、アンケート調査等を実施して新規に情報収集を行う方法の2通りが想定される

が、本研究では、基本方針としてまずは前者の可能性を追求し、どうしても実現できない場合にのみ後者の方法で情報収集をすることとした。

結果、図7に示した指標群のうち青色・赤色で示したごく少数の項目のみ、住民や在宅医療・介護従事者を対象としたアンケート調査により直接認識を問う必要があるものの、それ以外については医療・介護レセプト情報を市町村別で処理することにより、指標集計が可能となると考えられた。

医療・介護レセプトの情報が記載された既存のデータベース(DB)としては、表1に示したようなものが存在する。しかしながら、いずれのDBも欠点(特定のデータの欠損など)があり、図7に示した指標の集計を一括して行うには課題が残る。もともと国民健康保険連合会や社会保険診療報酬支払基金が保険報酬の支払いのために管理しているデータそのもの(医療レセプトにおいてはレセプト電算処理システムの記録条件仕様等に定められたもの、介護レセプトにおいてはインターフェース仕様書等に定められたもの)と被保険者台帳の情報を利用すれば図7の指標はすべて集計できることから、今後の方向性としては、KDBなど既存のDBの仕様を改修して活用していく、上述した国民健康保険連合会・社会保険診療報酬支払基金が管理するデータそのものを利用することとし、欠損のあるDBは用いない、という2つの流れを念頭に置きつつ、いずれの道筋を辿る方が関係者(住民、医療・介護従事者、市町村職員、都道府県職員、厚生労働省職員、研究者など)の手間の総量が小さく済むか、という観点からデータ入手の方策を継続的に検討し

ていくことになる。いずれの道筋を辿る場合においても、データ処理等の業務に専門性を有しない市町村職員が個別にデータ入手やデータ処理の手間を負うことは非効率的であり望ましくない。厚生労働省や都道府県といった広域行政が研究機関等とも調整を行ったうえでデータ処理方針をとりまとめ、一括して処理を行った後、市町村別の集計値を市町村に対して（市町村間比較が可能な形式で）配布していくことが望まれる。

なお、本報告書執筆時点での研究班の所感としては、令和元年5月連携分以降はKDBに死亡年月日の情報列が追加された状況を踏まえ、医療レセプトについてはKDBを用いることが市町村にとってはもっとも実行可能性の高い選択肢であるように考える。一方介護レセプトについては、KDBに収載されているものでは回数や職種の違い（訪問看護における看護職とリハビリテーション職種の区分、居宅療養管理指導における医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士の区分）が明らかにならないことから、市町村が給付管理に用いている介護レセプトのデータをそのまま用いる方が、必要十分な集計を行えるように考えられる。

表1．既存の医療・介護レセプトDB

情報源	特徴
NDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほぼすべての保険者のレセプトが網羅されている ・ 現仕様では市町村別集計は不可能（被用者保険レセプトなどでは被保険者住所が特定できない）

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 匿名化されており他データとの接合不可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない
介護DB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 匿名化されており他データとの接合不可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていない
NDBと介護DBを紐付けたDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在厚生労働省で作業が進められており将来的には実現される予定 ・ 匿名化されており他データとの接合不可
KDB	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険のみ ・ 匿名化されておらず他データと紐付け可 ・ 死亡年月日のデータは含まれていなかった（が令和元年5月連携分以降は資格喪失事由の情報が追加され、死亡年月日が把握できるようになった模様） ・ レセプトデータから加工集計されたDBであり、特に介護レセプトについては、サービス項目コード、算定回数などの情報列が存在しない

Institute for Healthcare Improvement. The IHI Triple Aim. URL: <http://www.ihio.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>(2019.3アクセス)

Valentijn, P., P., Biermann, C., &

- Bruijnzeels, M., A. (2016) Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. BMC Health Services Research, 16:330
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med, 12(6), 573-576.
- WHO. (2002) The world health report 2000 Health systems: improving performance.
- 伊藤裕子, 相良順子, 池田政子, 川浦康至. (2003). 主観的幸福感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究, 74(3), 276-281.
- Frey, B.S. & Stutzer, A. (2002). Happiness and Economics: How the Economy and Institutions Affect Well-being, Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Frey, B.S., Stutzer, A., Benz, M., Meier, S., Luechinger, S., & Benesch, C. (2008), Happiness: A Revolution in Economics, Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Bardsley, M., Blunt, I., Davies, S., & Dixon, J., (2013). Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. BMJ Open, e002007.

E. 結論

本研究を通じ、在宅医療・介護連携(推進事業)の評価枠組み及び評価指標を設定した。今後、この枠組みに基づいて事業評価や指標の実測が市町村単位で継続的に行われ

ることが期待されるが、特に医療・介護レセプトを用いた集計については、市町村ごと個別に集計処理を行うことは現実的ではなく、より広域の単位で集計プログラム等が提供されることが期待される。また、住民アンケートについては、介護予防事業等と評価指標を揃えることで、住民の状態像によらず主観的な状況を継続的に評価できるようになるため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等との項目の整合に配慮した運用が望まれる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

飯島勝矢, 吉江悟, 二宮英樹, 佐々木健佑, 宮城禎弥, 浜田将太, 森隆浩, 金雪瑩, 岩上将夫, 安富元彦, 松本佳子, 川越雅弘, 福井小紀子, 石崎達郎, 田宮菜奈子. (2019.10.23-25). 医療・介護レセプトを用いた療養場所の集計手法の検討. 第78回日本公衆衛生学会総会, 高知.

吉江悟, 二宮英樹, 北村智美, 宮城禎弥, 浜田将太, 森隆浩, 金雪瑩, 岩上将夫, 安富元彦, 松本佳子, 川越雅弘, 福井小紀子, 石崎達郎, 田宮菜奈子, 飯島勝矢. (2019.10.23-25). 介護保険利用後期高齢者の Ambulatory Care-Sensitive Conditions と療養場所との関連. 第78回日本公衆衛生学会総会, 高知.

3 . その他

吉江悟. (2020). 進むデータの利活用: 市町村保健師によるデータ活用の考え方. 保健師ジャーナル, 76(6), 2-6.

吉江悟, (2019.3). 厚生労働省委託 平成 30 年度在宅医療・介護連携推進支援事業データ分析研修会（実施団体: 日本能率協会総合研究所）指標について.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1 . 特許取得

なし

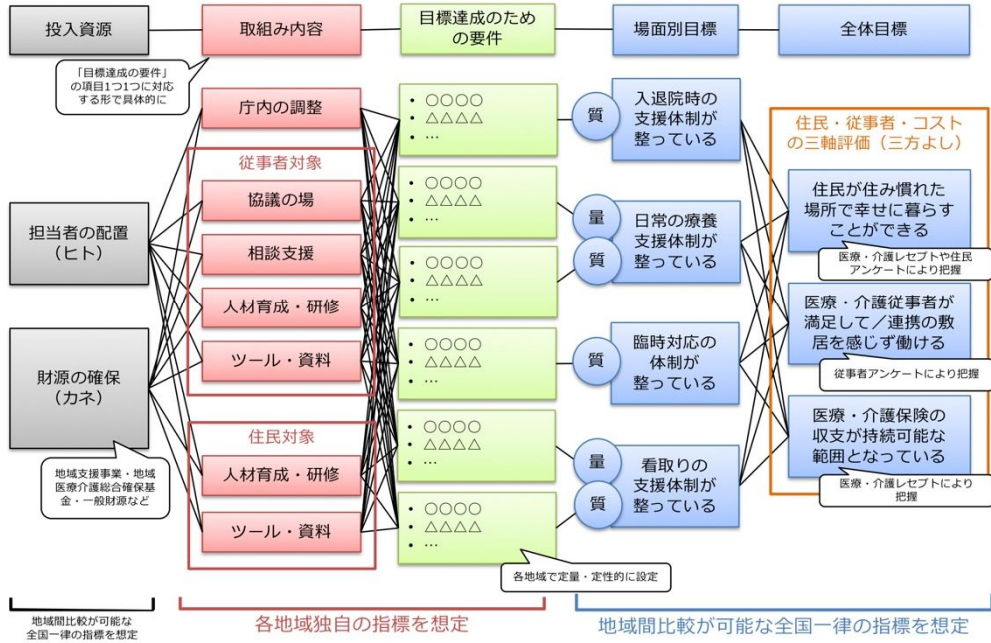
2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

なし

図1. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（ロジックモデル）

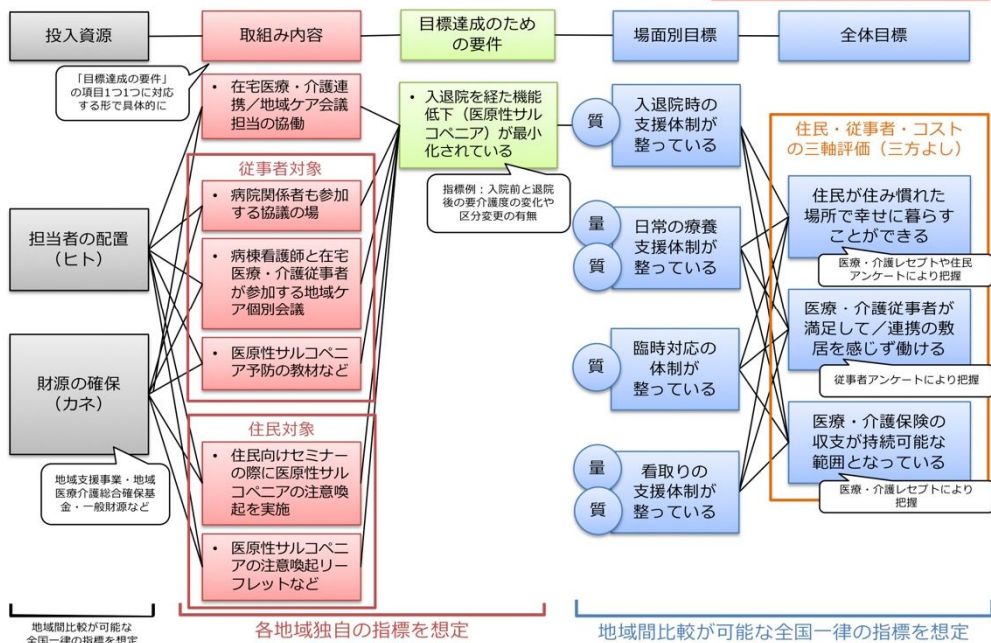


H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

1

図2. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（ロジックモデル）

入退院支援場面の一例

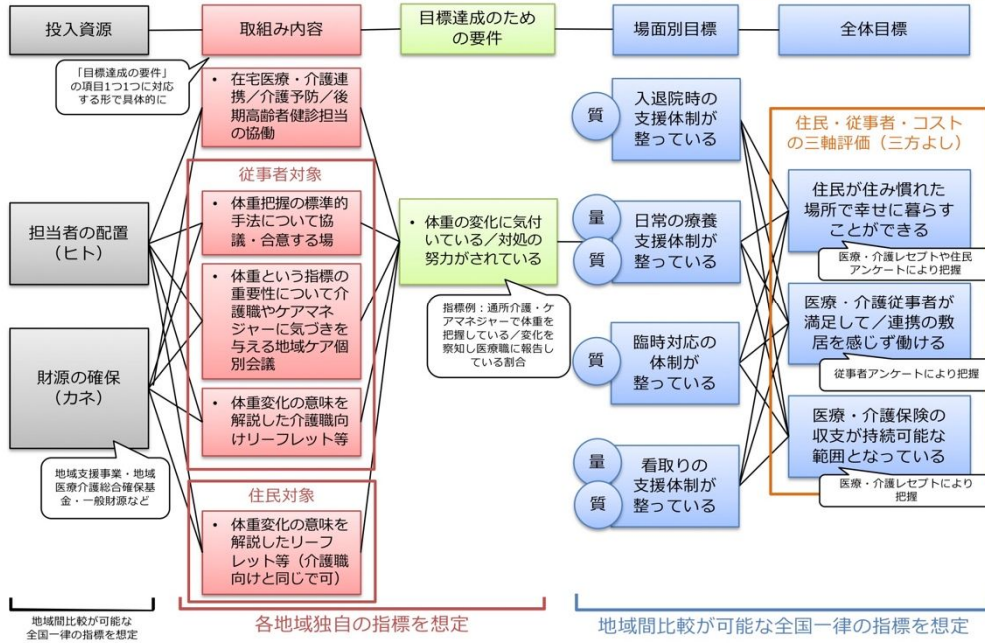


H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

2

図3. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（ロジックモデル）

日常療養場面の一例

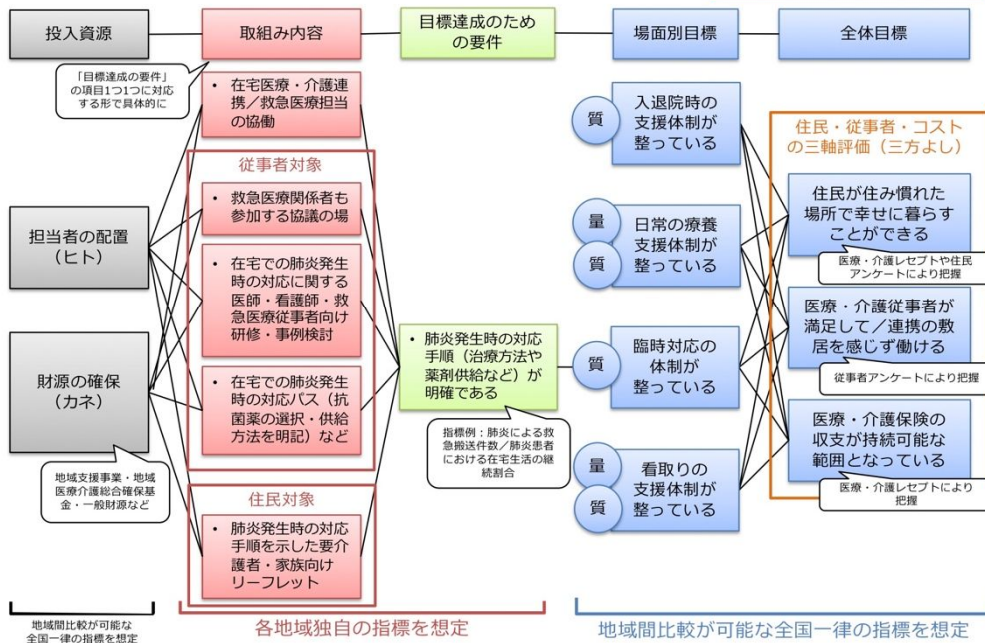


H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

3

図4. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（ロジックモデル）

臨時対応場面の一例

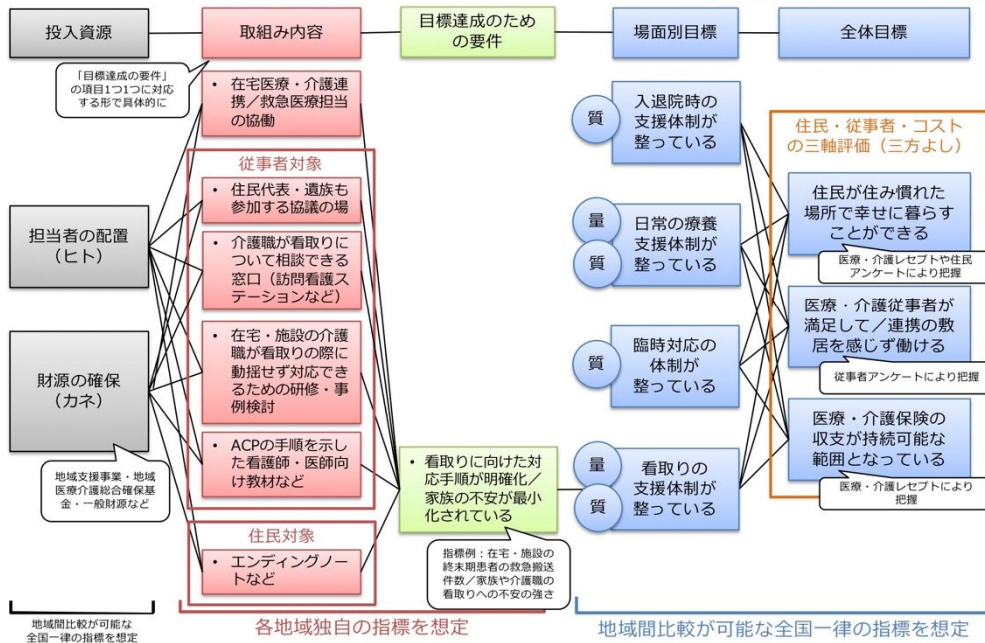


H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

4

図5. 在宅医療・介護連携の評価枠組み（ロジックモデル）

看取り支援場面の一例



H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

5

図6. 評価指標の測定方法（全体・場面別目標）

場面	入退院支援	日常の療養支援（全体指標を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標(S)	・（入退院支援系の加算を算定している施設数）	・在宅医療サービスの提供施設数（医師・看護師・リハビリテーション職種・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士）	・夜間早期の往診をする医療機関数 ・夜間早期の訪問看護を提供する訪問看護ステーション数	・看取りをしている医療機関・訪問看護ステーション数
プロセス指標(P)	・（入退院支援系の加算の算定人数・回数）	・在宅医療サービスを受けた患者数・提供回数（医師・看護師・リハビリテーション職種・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士） ・介護職の医療職に対する心理的な敷居 ・医療・介護従事者の就業満足度・生活満足度	・夜間早期の往診を受けた患者数・往診回数 ・夜間早期の訪問看護を受けた患者数・訪問回数	・看取りとなった患者数
アウトカム指標(O)	・（該当なし）	・住民の主観的幸福感など ・療養場所 ・医療費・介護費	・訪問診療・訪問看護を受ける者のうち病院に時間外受診の回数（これが少ない方が良質な在宅医療の管理がされていると解釈する）*** ・訪問診療・訪問看護を受ける者のうち夜間早期の往診・訪問看護を受けた回数（これが0だと24時間体制が確保されていない懸念が生じる一方、多過ぎる場合は適切な在宅医療の管理がされていない可能性がある）***	・被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所（「日常の療養支援」の項を参照）

SとPは主に資源の量や連携、Oはケアの質・住民の状態・費用を測定

* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。
** 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入所者、特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者、それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。
*** いずれも重症度の調整が必要であり、先行研究で示されているACSCs**などの疾患群に限定して集計することも考えられる。傷病名からACSCsを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007) などを参照のこと。

<凡例>
・黒字：医療・介護レセプトで集計可能なもの
・青字：従事者アンケートで把握するもの
・赤字：住民アンケートで把握するもの

H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」（研究代表者：川越雅弘）及びH30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

6

図7. 評価指標の測定方法（全体・場面別目標）

医療・介護レセプトの個別
点数まで詳しく記載したもの

場面	入退院支援	日常の療養支援（全体指標を兼ねる）	急変時の対応	看取り
ストラクチャー指標 (S)	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算（医療）を算定している施設数 退院時共同指導料（医療）を算定している施設数 介護支援等連携指導料（医療）を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料（医療）を算定している施設数 看護師：訪問看護（15を除く）（介護）・在宅患者訪問看護・指導料（医療）・訪問看護療養費（医療）を算定している施設数 リハビリテーション職種：訪問看護15（介護）・訪問リハビリテーション（介護）・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（医療）を算定している施設数 歯科医師：歯科訪問診療料（医療）を算定している施設数 歯科衛生士：居宅療養管理指導（介護）・訪問歯科衛生指導料（医療）を算定している施設数 薬剤師：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療）を算定している施設数 管理栄養士：居宅療養管理指導（介護）・在宅患者訪問栄養食事指導料（医療）を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅時医学総合管理料（医療）を算定している施設数 医師：往診料の夜間・休日往診加算及び深夜往診加算（医療）を算定している施設数 看護師：緊急時訪問看護加算（介護）・24時間対応体制加算（医療）を算定している施設数 看護師：訪問看護の夜間・早朝加算（介護）・訪問看護療養費及び在宅患者訪問看護・指導料の夜間早朝訪問看護加算・深夜訪問看護加算（医療）を算定している施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 医師：在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算（医療）を算定している施設数 医師：在宅がん医療総合診療料（医療）を算定している施設数 看護師：訪問看護のターミナルケア加算（医療・介護）を算定している施設数 全職種：被保険者の死亡前6ヶ月*の間に「日常の療養支援」の項に示した点数（医療・介護）を算定している施設数
プロセス指標 (P)	<ul style="list-style-type: none"> 「ストラクチャー指標」の項に示した点数（医療・介護）の算定回数 介護職の中で「医療職に相談したり話をするのは数回が高い（そう思わない〜そう思うの5件法で評価）」と感じている者の割合 医療・介護従事者の就業（生活）満足度「全体として、自分の仕事（生活）にどのくらい満足していますか（0-10点で評価）」 			
アウトカム指標 (O)	<ul style="list-style-type: none"> （退院後の再入院率などの指標の設定が考え得るが、レセプトデータの限界があるため今回は設定しない） 	<ul style="list-style-type: none"> 住民の主観的幸福感・主観的健康観・抑うつ（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査などの既存の調査で用いられている設問を利用し在宅療養者以外の群との比較可能性を担保） 療養場所（医療・介護レセプトにより被保険者の居所を特定した上で、在宅で療養する者**の割合を集計） 医療費・介護費（医療・介護レセプトにより1人当たりの合計額を算出） 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療か訪問看護を受ける者における夜間休日救急搬送医学管理料及び初診料・再診料の時間外加算・休日加算・深夜加算の算定回数（これが少ない方が良質な在宅医療の管理がされていると解釈する）*** 訪問診療か訪問看護を受ける者における夜間・早朝・深夜の往診・訪問看護の算定回数（0だと24時間体制が確保されていない懸念が生じる一方、多過ぎる場合は適切な在宅医療の管理がされていない可能性がある）*** 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の死亡前6ヶ月*の期間における療養場所（「日常の療養支援」の項を参照）

SとPは主に資源の量や連携、Oはケアの質・住民の状態・費用を測定

* 被保険者の死亡前期間については6ヶ月としたが、3ヶ月、12ヶ月などそれ以外の設定も考えられる。
 ** 「在宅で療養する者」の定義については、入院・介護保険施設入居者、特定施設入居者・グループホーム入居者・サービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅入居者・それら以外という区分の中で、どこで線引きをするかよく検討する必要がある。
 *** いずれも重症度の調整が必要であり、先行研究で示されているACSCs**などの疾患群に限定して集計することも考えられる。傷病名からACSCsを定義した先行研究についてはBardsley M, et al. BMJ Open 2013 (doi:10.1136/bmjopen-2012-002007)などを参照のこと。

<凡例>
 ・黒字：医療・介護レセプトで集計可能なもの
 ・青字：従事者アンケートで把握するもの
 ・赤字：住民アンケートで把握するもの

H30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」（研究代表者：川越雅弘）及びH30～R1年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証」（代表研究者：福井小紀子）より

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

住民の幸福度・満足度を高める医療介護連携のあり方調査：住民アンケートによる主観的
指標の検討

研究代表者	福井 小紀子（大阪大学大学院医学系研究科 教授）
研究分担者	藤川 あや（日本赤十字看護大学 准教授） 藤田 淳子（順天堂大学医療看護学部 准教授） 石川 孝子（防衛医科大学校看護学科 講師）
研究協力者	岩原 由香（前日本赤十字看護大学大学院博士後期課程） 樋口 明里（前大阪大学大学院医学系研究科 助教） 大槻 奈緒子（大阪大学大学院医学系研究科博士後期課程）
研究協力自治体	吹田市健康医療部保健医療室 魚沼市市民福祉部介護福祉課

本研究の目的は、地域住民を対象に、患者・住民アウトカム（QOL や Well-being）の類似概念（主観的幸福感、生活満足度、人生満足度、主観的健康感、QOL）に関する尺度と単項目（各類似概念を1項目で測定しうる項目）について包括的に調査し、概念間の関連性を検討し、在宅医療・介護連携を評価する患者・住民アウトカムとして妥当な指標を提案することである。調査は、協力のえられた2自治体にて年齢で層化無作為抽出した40歳以上の住民2400名を対象に郵送質問紙調査を実施した。結果として、1204名（回収率50.2%）から回答が得られた。

結果、患者・住民アウトカム指標として、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度については、3つの各尺度（多項目）と単項目との間には相関係数.636、.711、.569という中程度の相関がみられ、3つの単項目間の相関は、いずれも.839、.822、.819といった強い正の相関がみられた。このことから、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度は互いに強い相関を持つが、少しずつ異なるものを測っていることが示されるとともに、いずれかの単項目の測定で、比較的良好に Well-being の状態を捉えることが可能であると考えられた。

さらに、文献検討の結果に加えて、将来的に住民の状態像やサービス利用状況によらず主観的な状況を継続的に評価できることを目指し、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等との項目の整合に配慮した質評価指標の運用を念頭に置き、行政指標として既に用いられているこれら3概念の単項目指標とQOL（EQ-5D得点）および主観的健康感（4択評価）との関連を見た。その結果、3概念の値は、主観的健康感およびQOLと0.5程度の

相関であったことから、一定程度異なる内容を測定していることが示唆された。

以上より、well-being を測る指標として、単項目の主観的幸福感、生活満足度、人生満足度のいずれかが適切と考えられること、また、QOL や健康感を測る指標としては主観的健康感（単項目 4 段階評価）が有用である可能性が示されたと考える。

A. 研究目的

1) 背景

在宅医療・介護連携の評価指標として、ストラクチャー、プロセスと同様、住民の主観的な評価によるアウトカム指標の必要性が指摘されている（野村総合研究所、2017）。これらの指標により評価を行う自治体担当者に対して、本班が行ったヒアリング調査では、患者・住民アウトカム（QOL や Well-being）の必要性は認識されているが、継続的に測定可能な指標や妥当な指標が各自治体において設定に至っておらず、患者や住民のアウトカム指標の設定に苦慮している状況が明らかになった。

2) 患者・住民アウトカムに関する文献検討

患者・住民アウトカム（QOL や Well-being）を測定しうる概念として、本研究では、主観的幸福感、生活満足度、人生満足度、主観的健康感、Quality of Life（QOL）を取り上げた。

各概念の定義や尺度についてみると、第一に、主観的幸福感に関して、OECD（2015）は幸せ以外のものが含まれているため「Happiness」とは異なると論じている。また、Diener（1999）は、主観的幸福感に感情状態を含み、家族・仕事などの特定の領域に対する満足や人生全般に対する満足を含む広範な概念であると述べている。さらに、OECD（2015）は、主観的幸福の要素として「生活評価」が含まれると述べている。主

観的幸福感の尺度については、単一の尺度があるわけではなく、心の健康自己評価質問紙 Subjective Well-Being Inventory（WHO,1992）をもとに開発した「主観的幸福感尺度」（伊藤・相良,2003）従来の主観的幸福感を参考に生活満足側面と現在の感情状態の測定（西村,1996）が試みられている。

第二に、生活満足度に関しては、個人的幸福度指標（International Wellbeing Group,2006）において、生活の8側面（物質的生活水準[所得,消費,富],健康,教育,個人の活動[労働も含む],政治的発言権と統治,社会とのつながりと関係,環境,経済的・個人的安全度）についての満足度を算出している。また、ドイツ社会経済パネル調査から得られた調査データを用いて、生活全般の満足度を生活の6領域（仕事、財政状況、住居、健康、レジャー、環境）への満足度を推計している。国内では、古谷野（1996）が、主観的幸福感のうち「認知・長期的」に対応する「人生全体についての満足感」、「認知・短期的」に対応する「老いについての評価」、「感情・短期」に対応する「心理的安定」の3因子で構成された生活満足度尺度Kを開発している。

第三に、人生満足度に関しては、主観的 Well-being の一側面である認知が、人生に対する満足感であり、自ら選んだ基準に基づく過去、現在、未来に渡る人生の主観的評価と定義されている（角野,2000）。人生全

体の満足度の指標としては、Neugarten, Havighurst, & Tobin (1961) による LSI-A (Life Satisfaction Index-A)、Diener (1985) による、人生の主観的評価を人生の肯定的評価としての尺度 the Satisfaction With Life Scale、角野 (1995) による the Satisfaction With Life Scale (SWLS) 日本版、島井・大竹 (2005) は日本版「人生の意味」尺度 (MLQ) が挙げられる。

第四に、主観的健康感に関して、土井 (2004) は主観的幸福感に包含されると述べている。また、主観的健康感の調査は厚生労働省、総務省等の行政機関や、一般社団法人日本老年学的評価研究機構 (JAGES) が実施しており、単項目で測定されている研究が多くみられる。

次に、各概念の関連性をみると、はじめに、主観的幸福感と生活満足度の関連は、主観的幸福感を参考にした生活満足側面と現在の感情状態の測定 (西村, 1996) の試み、主観的幸福感の短期の「短期・認知と短期・感情」を生活満足感尺度の因子としている (古谷野, 1996) 点、個人的幸福度指標が生活の 8 側面の指標で測定されている (International Wellbeing Group, 2006) 点が挙げられる。次に、主観的幸福感と人生満足度の関係について、伊藤 (2003) は、SWLS が、人生の主観的評価を人生の肯定的評価として 1 次元でとらえ、主観的幸福感を測定していると言及している。さらに、生活満足度と人生満足度については、生活満足感尺度の因子である「認知・長期的」に対応する「人生全体についての満足感」であることから関連があると考えられた。

以上のことから、主観的幸福感には、生活満足に関する側面と、長期的な視点の人生

満足度に関する側面が含まれ、また、生活満足度と人生満足度相互の関連が考えられた。これらの関連性を図 1 で示した (図 1)。

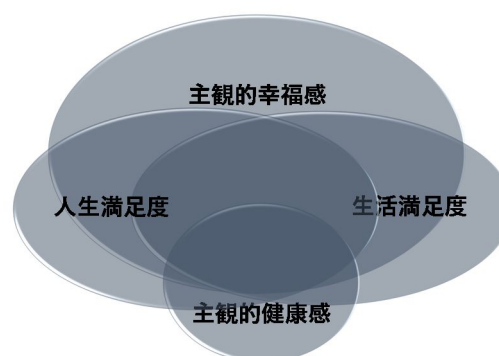


図 1：患者・住民アウトカム関連図

これら概念間の関連に関する先行研究として、一般住民の社会意識・社会行動である日本版 General Social Surveys (JGSS) では、主観的幸福感、主観的健康感、QOL、生活満足度について調査が行われた。しかし、人生満足度は測定しておらず、また、類似概念 (主観的健康感、生活満足度、QOL) 全体の関連性を分析した文献は見当たらなかった。また、その他の先行研究では、主観的健康感と生活満足度との関連 (山口 静枝ら、2018)、主観的幸福感・生活満足感・主観的健康感と社会経済要因との関連 (坊迫 吉倫ら、2010) が検討されていたが、類似概念全体 (主観的幸福感、主観的健康感、生活満足度、人生満足度) について相互に関連性を検討した研究は十分に行われていないと考えられた。

3) 住民を対象とした質問紙調査の目的

以上の背景から、本研究の目的は、地域住民を対象に、患者・住民アウトカム (QOL や Well-being) の類似概念 (主観的幸福感、生活満足度、人生満足度、主観的健康感) に

関する尺度と単項目（各類似概念を 1 項目で測定しうる項目）について包括的に調査し、概念間の関連性を検討し、在宅医療・介護連携を評価する患者・住民アウトカムとして妥当な指標を提案することである。

B. 研究方法

1) 調査対象と調査方法

調査は、2 自治体（A 地域：人口集中地域、B 地域：人口分散地域）から層化無作為抽出（年齢、性別）した 40 歳以上の男女 2400 名を対象に、無記名自記式質問紙を用いた郵送調査法を実施した。対象者に対して、研究についての説明と協力依頼の文書と調査票を送付し、研究への協力を依頼した。調査の参加と同意は、調査票の返送をもって得られることとした。データ収集期間は、2019 年 11 月から 2019 年 12 月であった。

2) 調査項目

アウトカム指標は以下である。主観的幸福感：尺度は、主観的幸福感尺度（伊藤裕子ら、2003）を、単項目は、介護予防・日常生活圏域調査から、「あなたは現在どの程度幸せですか」に対して 0～10 点の 11 件法で尋ねた。生活満足度：尺度は、生活満足度尺度 k（古谷野、1996）を、単項目は、内閣府の第 1 回生活の質に関する調査（2012）から、「あなたは全体として最近の生活にどの程度満足していますか」に対して 0～10 点の 11 件法で尋ねた。人生満足度：尺度は、The Satisfaction with Life Scale 日本語版（角野、1994）を、単項目は、研究者らが作成し「あなたは自分の人生にどの程度満足していますか」に対して 0～10 点の 11 件法で尋ねた。主観的健康観：介護予防・日常生活圏域調査（厚生労働

省、2016）から、「現在のあなたの健康状態はいかがですか」を 4 件法で尋ねた。

アウトカムの関連要因として、属性（年齢、性別、婚姻状態、家族構成、収入、経済的ゆとり、住宅の種類、居住年数、通院、病気、介護状態、就業状態、学校教育期間）とともに、山本ら（2020）の長期ケアの質指標の 8 側面である苦痛の最小化（介護状態、医療・介護情報入手、医療に対する安心感尺度 [Igarashi, 2012]、EQ-5D）、食生活（食事介助）、排泄活動（排泄介助）、身体活動（老研式活動能力指標 [古谷野、1987]、介護認定の有無）睡眠（ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 [土井ら、1998] の睡眠の質 1 項目）、認知期低下による生活障害（物忘れの有無）、家族のウェルビーイング（生活出来事尺度 [宗像ら、1986] を改変）、およびソーシャルサポート、ソーシャルキャピタル（厚生労働省、2016；Saito, 2017 の社会的凝集性）、アドバンスケアプランニング（厚生労働省、2018）に関する項目を尋ねた。また、幸福感・満足感を高める要因について自由記載で回答してもらった。

3) データ分析方法

(1) 分析 1：アウトカム指標間の関連

アウトカム指標の基本統計と、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度の尺度と単項目について Pearson の相関係数を算出した。また、主観的幸福感、人生満足度、主観的健康感、生活満足度の各単項目、EQ5D5L 間について Pearson の相関係数、Spearman の順位相関係数を算出した。

分析は、統計解析ソフト SPSSver22 を用いた。

(2) 分析 2: 幸福感・満足度を高める要因

テキスト文章の質的分析を行う形態素解析ソフト KH coder3 を用いて行った。KH coder3 装備の辞書である形態素解析ツール茶釜による品詞自動分類を行った後、複合語(高齢者、認知症、生活費、配偶者、経済力など)を強制抽出語とし、満足、幸せ、幸福等の設問の語と事、ある、思う、感じる等の一般的な語を削除語に指定し、分析対象となる語を抽出した。抽出語間、外部変数との共起ネットワーク分析と文書のクラスター分析を行いそれぞれの抽出語、特徴語をもとにテーマを付けコーディングルールを作成した。類似する抽出語については、文書検索機能を使って文脈を確認しながら、コーディングを行った。テーマ間の類似性を見るために、抽出法は Ward 法、距離は Jaccard を用いて層化クラスター分析を行った。各テーマと外部変数との χ^2 乗検定、共起ネットワーク分析を行った。外部変数は、地域、性別、年齢層(5層)を用いた。

(3) 分析 3: 医療に対する安心感

追加分析として、住民の医療に対する安心感と関連する要因について解析した。医療に対する安心感尺度 5 項目(得点範囲: 7~35点)について「もし、病気になったとしても、自分の住んでいる市町村で」という前提で回答してもらい、合計点を算出した。次に、安心感尺度 5 項目合計と関連要因について単変量解析を行い、 $p < .1$ の関連を認められた変数を抽出した。安心感尺度の合計得点を従属変数、単変量解析で抽出した要因を独立変数として、重回帰分析を行った。

分析は、統計解析ソフト SPSSver22 を用

いた。

(4) 分析 4: 終末期ケアの意向の話合い

追加分析として、終末期ケアの意向に関する話合いをする人の関連要因を検討した。記述統計を算出し、次に終末期の意向についての話合いの有無を従属変数として χ^2 検定を行った後、 $p < .10$ の関連のみられた変数を独立変数として強制投入したロジスティック回帰分析を行った。なお、在住地域、性別は調整変数として変数に投入した。分析は、統計解析ソフト SPSSver23 を用いた。

4) 倫理面への配慮

調査は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。対象者の人権及び利益の保護のため、協力依頼文書において、本研究の目的、方法、およびプライバシーの保護について十分に説明し、理解をしていただいた上で調査協力を依頼した。個人情報・プライバシーの保護として、対象者の抽出と個人情報の取り扱いは、すべて自治体が行い、研究者ならびに調査委託業者は取り扱わなかった。データ入力は、個人情報保護規定を公表している調査委託会社が行った。データはすべて匿名化して電子媒体に保存し、研究者の研究室の鍵のかかる場所に保管した。データは、本研究の目的以外では使用せず、研究終了後 5 年をめどに一定期間経過後に復元できない形で破棄する。調査票は、必要最小限の質問項目を盛り込むこととし、対象である住民に対して負担をできる限りかけないよう注意を払った。本研究における利益相反はない。

C. 研究結果

1)対象者の属性

1204名より回答が得られた(回収率50.2%)。

対象者の性別は、男性573人(47.6%)、女性588人(48.8%)であった。年齢は65~74歳が296人(24.6%)と最も多く、次いで75~84歳が283人(23.5%)であった。要介護認定を受けている者は119人(9.9%)であった。要介護度は要支援2が31人(26.1%)と最も多かった。家族構成は夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)が339人(28.2%)と最も多かった(表1-1)。

2)アウトカム指標間の関連(分析1)

4つのアウトカム指標へのすべての回答が得られた1194名を分析対象とした。

(1)尺度と単項目の記述統計

単項目の平均値は、生活満足度は6.24(SD2.09:得点範囲0-10)、主観的幸福感6.53(SD2.12:得点範囲0-10)、人生満足度は6.31(SD2.09:得点範囲0-10)、主観的健康感2.86(SD0.64:得点範囲1-4)であった(表1-2)。

尺度の平均値は、生活満足度4.26(SD2.23:得点範囲0-9)、主観的幸福感41.02(SD6.91:得点範囲15-60)、人生満足度19.70(SD5.75:得点範囲5-35)であった。

(2)尺度と単項目の相関

アウトカム指標の尺度と単項目の相関係数を確認すると、生活満足度の相関係数は.569、主観的幸福感.636、人生満足度は.711と、いずれも中程度から強い正の相関がみられた(表1-3)。

(3)単項目間の相関

全体の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感.839、主観的幸福感と人生満足度は.822、生活満足度と人生満足度は.819といずれも強い正の相関がみられた。主観的健康感とEQ5D5Lの相関係数は.511と正の相関がみられた(表1-4)。

単項目の平均値を年齢別にみると、65歳以上では、生活満足度は6.38(SD1.99)、主観的幸福感6.61(SD2.06)、人生満足度は6.41(SD2.00)と、64歳以下の平均値に比べて高い値であった(表1-5)。一方で、主観的健康感2.81(SD0.64)、EQ5D5Lは0.813(SD0.197)と、64歳以下の平均値に比べて低い値であった(表1-5)。64歳以下の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感.863、主観的幸福感と人生満足度は.873、生活満足度と人生満足度は.874といずれも強い正の相関がみられた(表1-6)。65歳以上の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感.832、主観的幸福感と人生満足度は.798、生活満足度と人生満足度は.784といずれも強い正の相関がみられた。また、主観的健康感とEQ5D5Lの相関係数は.527と正の相関がみられた(表1-7)。

単項目の平均値を性別にみると、女性の生活満足度は6.36(SD2.09)、主観的幸福感6.78(SD2.09)、人生満足度は6.44(SD2.08)、主観的健康感2.90(0.61)、EQ5D5Lは0.841(SD0.182)といずれも男性に比べて高い値であった(表1-8)。男性の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感.820、主観的幸福感と人生満足度は.788、生活満足度と人生満足度は.802といずれも強い正の相関がみられた。

また、主観的健康感と EQ5D5L の相関係数は.553 と正の相関がみられた(表 1-9)。女性の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感は.865、主観的幸福感と人生満足度は.860、生活満足度と人生満足度は.833 といずれも強い正の相関がみられた(表 1-10)。

単項目の平均値を介護認定の有無別にみると、介護認定を受けていない者の生活満足度は 6.27 (SD2.03)、主観的幸福感 は 6.52 (SD2.09)、人生満足度は 6.28 (SD2.06)、主観的健康感 は 2.92 (0.59)、EQ5D5L は 0.870 (SD0.140) といずれも介護認定を受けている者に比べて高い値であった(表 1-11)。介護認定を受けている者の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感 は.831、主観的幸福感と人生満足度は.715、生活満足度と人生満足度は.706 といずれも強い正の相関がみられた(表 1-12)。

睡眠状態の単項目の平均値をみると、睡眠状態が良い者は 6.68 (SD1.91)、主観的幸福感 は 6.96 (SD1.97)、人生満足度は 6.78 (SD1.90)、主観的健康感 は 2.98 (SD0.60)、EQ5D5L は 0.864 (SD0.161) といずれも睡眠状態が良くない者に比べて高い値であった(表 1-14)。睡眠状態の良い者の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感 は.798、主観的幸福感と人生満足度は.781、生活満足度と人生満足度は.791 といずれも強い正の相関がみられた。また、主観的健康感と EQ5D5L の相関係数は.445 と正の相関がみられた(表 1-15)。

憂うつな気持ちの有無について、単項目の平均値をみると、憂うつな気持ちではない者は 6.90 (SD1.80)、主観的幸福感 は 7.17 (SD1.88)、人生満足度は 6.94 (SD1.82)、

主観的健康感 は 3.01 (0.56)、EQ5D5L は 0.888 (SD0.144) といずれも憂うつな気持ちの者に比べて高い値であった(表 1-17)。憂うつな気持ちがある者の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感 は.835、主観的幸福感と人生満足度は.811、生活満足度と人生満足度は.815 といずれも強い正の相関がみられた。また、主観的健康感と EQ5D5L の相関係数は.535 と正の相関がみられた(表 1-18)。

世帯収入合計の単項目の平均値をみると、300 万以上は 6.60 (SD1.89)、主観的幸福感 は 6.82 (SD1.94)、人生満足度は 6.58 (SD1.92)、主観的健康感 は 2.91 (0.64)、EQ5D5L は 0.869 (SD0.156) といずれも 300 万円未満に比べて高い値であった(表 1-20)。世帯収入合計 300 万円未満の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感 は.827、主観的幸福感と人生満足度は.842、生活満足度と人生満足度は.828 といずれも強い正の相関がみられた。また、主観的健康感と EQ5D5L の相関係数は.472 と正の相関がみられた(表 1-21)。

ソーシャルキャピタル(社会的凝集性)の単項目の平均値をみると、得点が高群の生活満足感 は 6.67 (SD1.91)、主観的幸福感 は 6.96 (SD1.97)、人生満足度は 6.80 (SD1.88)、主観的健康感 は 2.91 (0.61)、EQ5D5L は 0.844 (SD0.184) といずれも得点低群に比べて高い値であった(表 1-23)。ソーシャルキャピタル(社会的凝集性)得点低群の単項目間の相関係数は、生活満足度と主観的幸福感 は.838、主観的幸福感と人生満足度は.849、生活満足度と人生満足度は.824 といずれも強い正の相関がみられた。また、主観的健康感と EQ5D5L の相関係数

は.523 と正の相関がみられた (表 1-24)。

3) 幸福感・満足度を高める要因 (分析 2)

(1)自由記載の回答率の内訳 (表 2-1,2)

全回答者 1204 名中 807 名 で 67.0%が回答していた。そのうち、設問とは関係ない回答や、わからない、特にないなどの回答を除いた 786 名を分析対象とした。

地域別の回答者数は、A 地域が、553 名中 396 名 (71.6%)、B 地域が、651 名中 390 名 (59.9%) だった。

(2)抽出語 (図 2-1)

もっとも出現頻度の高い語は、「健康」であり、続いて「家族」「自分」「人」「生活」だった。

(3)抽出語のテーマ分類 (表 2-3)

抽出語の出現頻度、語と語の共起性、語と外部変数の共起性の分析から、11 のテーマを抽出した。分類の難しい語は、文脈中の用法を KWIC コンコーダンス機能で確認し振り分けた。

(4)テーマの層化クラスター分析 (図 2-2)

テーマ間の層化クラスター分析を行った結果、「生活」、「人とのかかわり」、「活動」に 3 分類された。

(5)テーマと外部変数のクロス集計 (表 2-4 ~ 6)

各テーマと外部変数との χ^2 乗検定を行った結果、地域では、A 地域のほうが「金銭」($p < 0.05$)、性別では、女性のほうが「家族」、「ポジティブ」、「食」($p < 0.01$)、年齢層では、40 歳代が「仕事」と「金銭」($p < 0.01$)、75 歳 - 84 歳代が「活動」($p < 0.05$) が有意だった。

(6)テーマと外部変数の共起ネットワーク 共起性の指標は、Jaccard 係数 0.2 以上と

した。語と語を結ぶ線 (edge) の重要な線のみを選択する最小スパニング・ツリー法を採用した。最小スパニング・ツリー法は、共起ネットワーク図のように事象間が複雑に連結した図をわかりやすくする目的で、事象が連結している条件を保ったまま関連度が低い辺を消去して一本の関連線を残す手法である。

地域では、A 地域と B 地域に「健康」が共通しており、A 地域は「ポジティブ」、「生活」、「金銭」、B 地域は「趣味」、「家族」と共起していた (図 2-3)。

性別では、「健康」が共通しており、男性は「趣味」、「金銭」、「活動」、女性は「ポジティブ」、「生活」、「家族」が共起していた (図 2-4)。

年齢層では、50 歳以上の年齢層で「健康」が共通していた。他に、40 歳代では「仕事」、50 - 65 歳では「ポジティブ」、「金銭」、85 歳以上では「生活」、「家族」が共起していた (図 2-5)。

4)医療に対する安心感と関連要因(分析 3)

医療に対する安心感尺度に回答した 1065 名を分析対象とした。欠損値は、回答者の平均値で補完した。地域医療への安心感尺度の得点の平均値は 20.7 (SD \pm 6.8: 得点範囲 5 - 35 点) 点であった。

表 3-1 に、地域医療への安心感尺度と関連要因の単変量解析の結果を示した。

表 3-2 に、地域医療への安心感尺度を従属変数とし、この尺度と $p < 0.1$ の関連を示した要因を独立変数とした重回帰分析の結果を示した。安心感尺度の高さの関連要因として、年齢 ($\beta = 0.124$, $p < 0.001$)、経済的ゆとりあり ($\beta = 0.216$, $p < .001$) 医療に

関する気軽な相談相手として病院・医療者がいる ($r = 0.093, p = 0.001$) ソーシャルサポートとして、心配事を聞いてくれる人、看病してくれる人がいる ($r = 0.085, p = 0.005; r = 0.098, p = 0.002$) 地域の人とは他の人に役立つと思う ($r = 0.109, p = 0.001$) が安心感尺度の得点の高さに関連していた。過去 5 年間病院での看取り経験あり ($r = -0.068, p < 0.0012$) うつ傾向あり ($r = -0.125, p < 0.001$) は、安心感尺度の低さと関連していた。また、希望する最期を迎える場所が自宅であることは、安心感の高さと関連していた ($r = 0.106, p = 0.001$)。

5) 終末期ケアの意向の話し合い (分析 4)

(1) 終末期ケアの意向の話し合いの実態

終末期ケアの意向については、「詳しく話し合っている」全体 41 名 (3.4%)、「一応話し合っている」439 名 (36.5%)、「話し合ったことはない」692 名 (57.5%) であり、全体では 480 名 (39.9%)、A 地域では 266 名 (46.3%)、B 地域では 224 名 (34.4%) が話し合いを行っていた (表 4-1)。A 地域のほうが、有意に多く話し合いを行っていた ($p < 0.001$)。そのうち家族・親族間での話し合いは 457 名 (95.2%)、友人・知人間での話し合いは 53 名 (11.0%)、医療介護関係者間での話し合いは 21 名 (4.4%) であった (表 4-2)。

(2) 終末期ケアの意向の話し合いをすることの関連要因

全体では、関連する可能性のある調査項目のうち 21 項目に $p < 0.10$ の関連がみられた (表 4-3)。最終的に多変量解析にて関連のみられた変数は、介護認定を受けている (オッズ比: 95%信頼区間, 1.96: 1.17-3.30)

排泄の介護を受けている (2.78: 1.17-6.61) 通院している (1.48: 1.10-2.00) 心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる (2.01: 1.29-3.13) 5 年以内の身近な人の看取り経験あり (1.63: 1.26-2.10) 配偶者と同居あり (1.48: 1.12-1.96) 仕事していない (1.50: 1.07-2.10) であった (表 4-4)。

D. 考察

1) アウトカム指標間の関連

本研究では、在宅医療介護連携のアウトカム指標として、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度について尺度 (多項目) と単項目間の正の相関がみられ、単項目の妥当性が明らかとなった。主観的幸福感、人生満足度、生活満足度、主観的健康感、EQ5D5L の関連性について、年齢や性別、年収などの個人の背景、介護、睡眠、うつ等の身体的な状態などの個人的背景に関わらず、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度において強い相関がみられた。各指標の相関と文献検討の結果から、主観的幸福感は人生満足度と生活満足度と関連し、さらに人生満足度と生活満足度は関連があったことから、これら 3 指標が、在宅医療介護連携のアウトカム指標になり得ると考えられた。本研究の結果では、それぞれの指標に相関はみられたが、最も適している指標は明らかにされなかったことから、今後分析を進め、最適な指標を検討していくことが必要である。また、主観的健康感と EQ5D5L に関連がみられたことから、QOL 値を簡便な主観的健康感尺度で測定できると考えられた。先行研究では、類似概念 (主観的健康感、生活満足度、QOL) 全体の関連性を分析した文献は見当たらなかったことから、本研究の意

義は大きいと考える。

2) 幸福感・満足感を高める要因

「健康」は地域、年齢、性別の多くの変数に共起しており、「健康」が、地域住民の幸福度満足度を左右する重要な要因として示唆される。

3) 医療に対する安心感と関連要因

医療・介護連携によって、住民の医療に対する安心感を高めるために実施できることとしては、医療への相談のしやすさや地域の人々との助け合いの促進が考えられる。医療に対する安心感を測定し、地域比較や地域別の関連要因を解明することにより、具体的な対策の検討に寄与できると考えられた。

4) 終末期ケアの意向の話し合い

本研究において、終末期の意向に関する話し合いがあった(詳しく話し合っている、一応話し合っている)割合は40.9%であった。厚生労働省(2018)が実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の結果では39.5%であり、同等の結果であった。終末期に患者や家族が希望した医療を受けるためにも、早い時期からの話し合いを促す必要がある。

終末期の意向に関する話し合いをすることに関連がみられた要因は、介護認定を受けていること、排泄の介護を受けていること、通院していることであった。健康に対して不安がある人に対して情報を提供することにより、終末期の意向に関する話し合いが行われる可能性が示唆された。また、5年以内の看取り経験があることが関連要因であっ

た。死を意識することが終末期の会話を促進することにつながると推察される。

心配事や愚痴を聞いてあげる人がいること配偶者と同居していること、仕事をしていないことが関連要因であった。話し合いをする人が身近に存在するという物理的距離、話し合いをする時間があるという物理的時間が話し合いを行うためには重要であると考えられる。

E. 結論

1) 本研究において、在宅医療介護連携のアウトカム指標として、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度について単項目の妥当性が明らかとなった。また、主観的幸福感、人生満足度、生活満足度は相互に関連していたことから、それぞれが在宅医療介護連携のアウトカム指標になり得ると考えられた。

2) 「健康」は地域、年齢、性別の多くの変数に共起しており、「健康」が、地域住民の幸福度や満足度を左右する重要な要因として示唆された。

3) 住民の医療に対する安心感には、医療者との相談のしやすさ、地域の人々との助け合いの促進と関連している可能性が示唆された。

4) 終末期の意向に関する話し合いがあった割合は約4割と低い結果であった。終末期の意向に関する話し合いを行うことへの関連要因として、健康に対して不安があること、死を意識していること、話し合いが可能となる同居家族がいるなど人との物理的距離および週に数回は地域の人と話し合う機会が保たれているなどの物理的時間が関連していることが挙げられ、これらを強化した対策が有効となる可能性が示唆された。

文献

- 坊迫吉倫 (2012) 日本における社会経済的要因と幸福感、生活満足感、主観的健康感の共分散構造分析. 医学と生物 156(6),386-391.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. 1999 Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, 125, 276-302.
- 土井由利子・箕輪眞澄・内山真他 (1998). ピッツバーグ睡眠質問票日本版の作成. 精神科治療学,13(6),755-763.
- Glass AP (2008). Discussions by elders and adult children about end-of-life preparation and preferences. Prev Chronic Dis. 5(1): A08.
- Heyland DK, Barwich D, Pichora D et al (2013). Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. JAMA Intern Med 173:778-778.
- Igarashi A, Miyashita M, Morita T et al(2012) A Scale for Measuring Feelings of Support and Security Regarding Cancer Care in a Region of Japan: A Potential New Endpoint of Cancer Care. J Pain Symptom Manag. 43(2).218-225.
- 池田俊也・白岩健・五十嵐中・能登真一・福田敬・齋藤信也・下妻晃二郎 (2015) 日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発.日本医療科学 64(1),47-55.
- 伊藤裕子・相良順子・池田政子・川浦康至 (2003) 主観的健康感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 . 心理学研究,3(74),276-281.
- Jaclyn Y (2013). Early Palliative Care in Advanced Lung Cancer. JAMA Intern Med. ;173(4):283-290.
- 角野善治(1994)人生に対する満足尺度 (the Satisfaction With Life Scale;SWLS) 日本版作成の試み.日本教育心理学会総会発表論文集,36,192.
- 厚生労働省(2016)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き .
- 厚生労働省(2018)「人生の最終段階における医療に関する意識調査」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf
- 古谷野亘他(1987)地域老人における活動能力の測定 老研式活動能力指標の開発.日本公衆衛生雑誌,34(3),109-114.
- 古谷野亘(1996)QOL を測定するための測定度(2)老年精神医学雑誌.7(4),431-441.
- Leung JM, Udris EM, Uman J, Au DH (2012). The effect of end-of-life-discussions on perceived quality of care and health status among patients with COPD. Chest 142:128-133.
- Mack JW (2012). Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. J Clin Oncol. 30(35):4387-95.
- 宗像恒次(1986)都市住民のストレスと精神健康度.宗像 恒次,仲尾 唯治, 藤田 和夫, 他.精神衛生研究,49-68.
- 内閣府 (2012) 第1回生活の質に関する調査 URL:
http://www.esri.go.jp/jp/prj/current_research/shakai_shihyo/survey/survey.html

<p>野村総合研究所(2017)平成28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 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業報告書</p>	<p>https://www.dropbox.com/s/ff19ef074dm930d/</p>
<p>Saito M., Kondo N., Aida J. et al (2017)</p>	<p>F. 研究発表</p>
<p>Development of an instrument for community-level health related social capital among Japanese older people: the JAGES project. Journal of Epidemiology. 27(5): 221-227</p>	<p>1. 論文発表</p>
<p>山口静江・平井麻衣・和田知子・落合絵利子・宇佐美絢子・鳥海新一・星山佳治・河野武平(2018)農村地域自立高齢者の主観的健康感を規定する要因.大阪青山大学紀要.10,1-11.</p>	<p>なし(2020年度発表予定)</p>
<p>山本則子(2019).令和元年度老健事業「要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業」</p>	<p>2. 学会発表</p>
	<p>なし(2020年度発表予定)</p>
	<p>G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)</p>
	<p>1. 特許取得</p>
	<p>なし</p>
	<p>2. 実用新案登録</p>
	<p>なし</p>
	<p>3. その他</p>
	<p>なし</p>

表 1-1. 対象者の属性

	全体(n=1204)		A市 (n=553)		B市 (n=651)	
	n	%	n	%	n	%
性別						
男性	573	(47.6)	265	(47.9)	308	(47.3)
女性	588	(48.8)	271	(49.0)	317	(48.7)
無回答	43	(3.6)	17	(3.1)	26	(4.0)
年齢						
40代	89	(7.4)	43	(7.8)	46	(7.1)
50～64歳	282	(23.4)	121	(21.9)	161	(24.7)
65～74歳	296	(24.6)	139	(25.1)	157	(24.1)
75～84歳	283	(23.5)	136	(24.6)	147	(22.6)
85歳以上	217	(18.0)	98	(17.7)	119	(18.3)
無回答	37	(3.1)	16	(2.9)	21	(3.2)
要介護認定						
受けている	119	(9.9)	69	(12.5)	50	(7.7)
受けていない	883	(73.3)	387	(70.0)	496	(76.2)
無回答	202	(16.8)	97	(17.5)	105	(16.1)
要介護度						
要支援1	26	(21.8)	22	(31.9)	4	(8.0)
要支援2	31	(26.1)	20	(29.0)	11	(22.0)
要介護1	13	(10.9)	6	(8.7)	7	(14.0)
要介護2	14	(11.8)	7	(10.1)	7	(14.0)
要介護3	16	(13.4)	8	(11.6)	8	(16.0)
要介護4	6	(5.0)	2	(2.9)	4	(8.0)
要介護5	7	(5.9)	2	(2.9)	5	(10.0)
申請中	2	(1.7)	0	(0.0)	2	(4.0)
無回答	4	(3.4)	2	(2.9)	2	(4.0)
家族構成						
一人暮らし	182	(15.1)	94	(17.0)	88	(13.5)
夫婦二人暮らし (配偶者65歳以上)	339	(28.2)	203	(36.7)	136	(20.9)
夫婦二人暮らし (配偶者64歳以下)	133	(11.0)	66	(11.9)	67	(10.3)
息子・娘との2世帯	218	(18.1)	96	(17.4)	122	(18.7)
その他	249	(20.7)	69	(12.5)	180	(27.6)
無回答	83	(6.9)	25	(4.5)	58	(8.9)

表 1-2. アウトカム指標（単項目）の記述統計

n=1194			
	得点範囲	平均値	SD
生活満足度	0-10	6.24	(2.09)
主観的幸福感	0-10	6.53	(2.12)
人生満足度	0-10	6.31	(2.09)
主観的健康感	1-4	2.86	(0.64)
EQ5 D5L	-0.025-1	0.837	(0.182)

表 1-3. アウトカム指標の尺度（多項目）と単項目の相関

n=1194								
尺度	多項目			単項目			Pearsonの 相関係数	p値
	得点範囲	平均値	SD	得点範囲	平均値	SD		
生活満足度	0-9	4.26	(2.23)	0-10	6.24	(2.09)	.569**	0.000
主観的幸福感	15-60	41.02	(6.91)	0-10	6.53	(2.12)	.636**	0.000
人生満足度	5-35	19.70	(5.75)	0-10	6.31	(2.09)	.711**	0.000

nは人数、SDは標準偏差を指す。 ** p< .01

表 1-4. アウトカム指標（単項目）の相関行列（全体）

n=1194					
	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5 D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.839**	1			
人生満足度	.819**	.822**	1		
主観的健康感	.279**	.274**	.265**	1	
EQ5 D5L	.292**	.279**	.250**	.511**	1

数値はPearsonの相関係数。 ** p< .01

表 1-5. 年齢別アウトカム指標の記述統計

	n=1158			
	64歳以下 (n=371)		65歳以上 (n=787)	
	平均値	SD	平均値	SD
生活満足度	5.90 (	2.24)	6.38 (	1.99)
主観的幸福感	6.32 (	2.22)	6.61 (	2.06)
人生満足度	6.02 (	2.23)	6.41 (	2.00)
主観的健康感	2.99 (	0.60)	2.81 (	0.64)
EQ5D5L	0.892 (	0.120)	0.813 (	0.197)

表 1-6. 年齢別アウトカム指標の相関行列 (64 歳以下)

	n=371				
	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.863**	1			
人生満足度	.874**	.873**	1		
主観的健康感	.305**	.289**	.316**	1	
EQ5D5L	.347**	.311**	.375**	.398**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-7. 年齢別アウトカム指標の相関行列 (65 歳以上)

	n=787				
	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.832**	1			
人生満足度	.784**	.798**	1		
主観的健康感	.279**	.270**	.252**	1	
EQ5D5L	.313**	.284**	.240**	.527**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-8. 性別アウトカム指標の記述統計

	男性 (n=571)		女性 (n=582)	
	平均	SD	平均	SD
生活満足度	6.09	(2.07)	6.36	(2.09)
主観的幸福感	6.27	(2.12)	6.78	(2.09)
人生満足度	6.14	(2.07)	6.44	(2.08)
主観的健康感	2.83	(0.66)	2.90	(0.61)
EQ5 D5L	0.837	(0.178)	0.841	(0.182)

SDは標準偏差を指す

表 1-9. 性別アウトカム指標の相関行列 (男性)

n=571

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5 D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.820**	1			
人生満足度	.802**	.788**	1		
主観的健康感	.277*	.268**	.279**	1	
EQ5 D5L	.339**	.308**	.280**	.553**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-10. 性別アウトカム指標の相関行列 (女性)

n=582

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5 D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.865**	1			
人生満足度	.833**	.860**	1		
主観的健康感	.250**	.247*	.227*	1	
EQ5 D5L	.229**	.223**	.206**	.455**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-11. 介護認定の有無別アウトカム指標の記述統計

	介護認定を受けている (n=115)		介護認定を受けていない (n=882)	
	平均	SD	平均	SD
生活満足度	5.83	(2.35)	6.27	(2.03)
主観的幸福感	6.20	(2.30)	6.52	(2.09)
人生満足度	6.08	(2.29)	6.28	(2.06)
主観的健康感	2.35	(0.76)	2.92	(0.59)
EQ5D5L	0.561	(0.252)	0.870	(0.140)

nは人数、SDは標準偏差を指す。

表 1-12. 介護認定の有無別アウトカム指標の相関行列 (介護認定を受けている)

n=115

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.831**	1			
人生満足度	.706**	.715**	1		
主観的健康感	.239*	.235*	.200*	1	
EQ5D5L	.322**	.268**	.261**	.390**	1

数値は Pearson の相関係数。* p < .05, ** p < .01

表 1-13. 介護認定の有無別アウトカム指標の相関行列 (介護認定を受けていない)

n=882

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.851**	1			
人生満足度	.845**	.839**	1		
主観的健康感	.279**	.266**	.280**	1	
EQ5D5L	.278**	.273**	.268**	.449**	1

数値は Pearson の相関係数。** p < .01

表 1-14 睡眠状態別アウトカム指標（単項目）の記述統計

	睡眠状態良い (n= 742)		睡眠状態良くない (n=395)	
	平均	SD	平均	SD
生活満足度	6.68	(1.91)	5.41	(2.16)
主観的幸福感	6.96	(1.97)	5.71	(2.18)
人生満足度	6.78	(1.90)	5.44	(2.15)
主観的健康感	2.98	(0.60)	2.67	(0.65)
EQ5D5L	0.864	(0.161)	0.785	(0.208)

nは人数、SDは標準偏差を指す。

表 1-15. 睡眠状態別アウトカム指標の相関行列（睡眠状態良い）

n= 742

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.798**	1			
人生満足度	.791**	.781**	1		
主観的健康感	.178**	.204**	.162**	1	
EQ5D5L	.214**	.213**	.172**	.445**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-16. 睡眠状態別アウトカム指標の相関行列（睡眠状態良くない）

n=395

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.860**	1			
人生満足度	.822**	.851**	1		
主観的健康感	.285**	.244**	.258**	1	
EQ5D5L	.272**	.255**	.219**	.545**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-17. 憂うつな気持ちの有無別アウトカム指標の記述統計

	憂うつな気持ち (n=563)		憂うつ気持ちではない (n=622)	
	平均	SD	平均	SD
生活満足度	5.53	(2.16)	6.90	(1.80)
主観的幸福感	5.83	(2.17)	7.17	(1.88)
人生満足度	5.61	(2.16)	6.94	(1.82)
主観的健康感	2.71	(0.67)	3.01	(0.56)
EQ5D5L	0.783	(0.201)	0.888	(0.144)

nは人数、SDは標準偏差を指す。

表 1-18. 憂うつな気持ちの有無別アウトカム指標の相関行列 (憂うつな気持ちあり)

n=563

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.835**	1			
人生満足度	.815**	.811**	1		
主観的健康感	.270**	.258**	.240**	1	
EQ5D5L	.286**	.282**	.227**	.535**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-19. 憂うつな気持ちの有無別アウトカム指標の相関行列 (憂うつな気持ちない)

n=622

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.810**	1			
人生満足度	.789**	.796**	1		
主観的健康感	.160**	.164**	.152**	1	
EQ5D5L	.109**	.098*	.101*	.403**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-20. 世帯全体の合計収入額別アウトカム指標の記述統計

	世帯収入合計300万円未満 (n=445)		世帯収入合計300万円以上 (n=626)	
	平均	SD	平均	SD
生活満足度	5.73	(2.22)	6.60	(1.89)
主観的幸福感	6.10	(2.23)	6.82	(1.94)
人生満足度	5.91	(2.19)	6.58	(1.92)
主観的健康感	2.80	(0.63)	2.91	(0.64)
EQ5D5L	0.793	(0.205)	0.869	(0.156)

SDは標準偏差を指す

表 1-21. 世帯全体の合計収入額別アウトカム指標の相関行列 (300 万円未満)

n=445

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.827*	1			
人生満足度	.828**	.842**	1		
主観的健康感	.267*	.232**	.271**	1	
EQ5D5L	.272**	.256**	.268**	.472**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-22. 世帯全体の合計収入額別アウトカム指標の相関行列 (300 万円以上)

n=626

	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.850**	1			
人生満足度	.797*	.802**	1		
主観的健康感	.263**	.287*	.233**	1	
EQ5D5L	.241**	.242**	.183**	.535**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-23. ソーシャルキャピタル（社会的凝集性）得点高低群別アウトカム指標の記述統計

	ソーシャルキャピタル （社会的凝集性）高群 （n=563）		ソーシャルキャピタル （社会的凝集性）低群 （n=578）	
	平均値	SD	平均値	SD
生活満足度	6.67	(1.91)	5.81	(2.18)
主観的幸福感	6.96	(1.97)	6.08	(2.20)
人生満足度	6.80	(1.88)	5.83	(2.18)
主観的健康感	2.91	(0.61)	2.83	(0.65)
EQ5 D5L	0.844	(0.184)	0.831	(0.180)

SDは標準偏差を指す

表 1-24. ソーシャルキャピタル（社会的凝集性）得点低群アウトカム指標の相関行列

n=578					
	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5 D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.838**	1			
人生満足度	.824**	.849**	1		
主観的健康感	.246**	.230**	.242**	1	
EQ5 D5L	.301**	.294**	.281**	.523**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 1-25. ソーシャルキャピタル（社会的凝集性）得点高群アウトカム指標の相関行列

n=563					
	生活満足度	主観的幸福感	人生満足度	主観的健康感	EQ5 D5L
生活満足度	1				
主観的幸福感	.821**	1			
人生満足度	.794**	.774**	1		
主観的健康感	.286**	.303**	.250**	1	
EQ5 D5L	.265**	.252**	.195**	.488**	1

数値は Pearson の相関係数。 ** p < .01

表 2-1 地域別回答者数

	A 地域		B 地域		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
男性	176	44.4	170	43.6	346	44.0
女性	211	53.3	207	53.1	418	53.2
不明	9	2.3	13	3.3	22	2.8

表 2-2 年代層別回答者数

	A 地域		B 市		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
40 歳代	27	6.8	28	7.2	55	7.0
50～64 歳	95	24	98	25.1	193	24.6
65～74 歳	103	26	103	26.4	206	26.2
75～84 歳	104	26.3	92	23.6	196	24.9
85 歳以上	58	14.6	60	15.4	118	15.0
不明	9	2.3	9	2.3	18	2.3

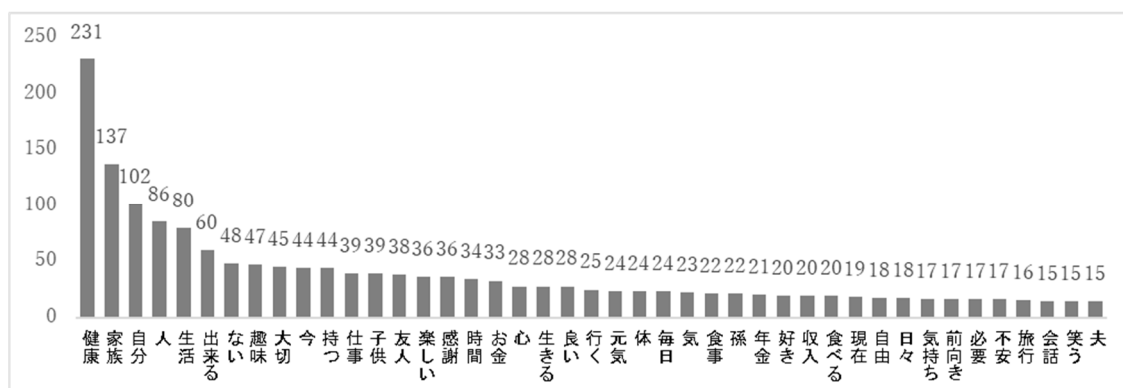


図 2-1 抽出語の頻度分布

表 2-3 コーディングルール表

テーマ	抽出語	出現頻度
*健康	健康 or 元気 or 障害 or 病気 or ボケ or 認知症 or 介護 or 健やか	266
*家族	子供 or 息子 or 娘 or 長男 or 次女 or 夫 or 妻 or 夫婦 or 孫 or ひ孫 or 両親 or 配偶者	89
*人	友人 or 知人 or 親族 or 親友 or 身内 or 親せき	47
*コミュニケーション	コミュニケーション or 会話 or 話す or 話し合う or 話し合える or 話し 合い or 対話 or 交流 or 交友 or ミーティング	55
*ポジティブ	ポジティブ or 前向き or 好き or 楽しい or 楽しむ or 楽しみ or 楽しめ る or プラス or エンジョイ or 笑顔 or のん気 or 向上心	105
*仕事	仕事 or 働く or パイト or 労働	48
*食	食べる or 食事 or ランチ or お茶 or 食べ物 or 食物 or 食欲 or ごはん	48
*活動	ボランティア or スポーツ or 運動 or 体操 or ウォーキング or ハイキン グ or トレーニング or サークル or サイクリング or ゴルフ or サッカー or スイミング or テニス or フラダンス or 登山 or ゲートボール or 山歩 き or 畑仕事 or 参加	59
*趣味	旅行 or 趣味 or 映画 or 読書 or 温泉 or コンサート or カラオケ or アニ メ or パチンコ or 囲碁 or 将棋 or 絵手紙	75
*金銭	お金 or 年金 or 収入 or 経済 or 財力 or 資金 or 資産 or 預貯金 or 年金 生活 or 金銭的余裕 or 経済力 or 生活費 or 金	90
*生活	生活 or 暮らす or 暮らし	78

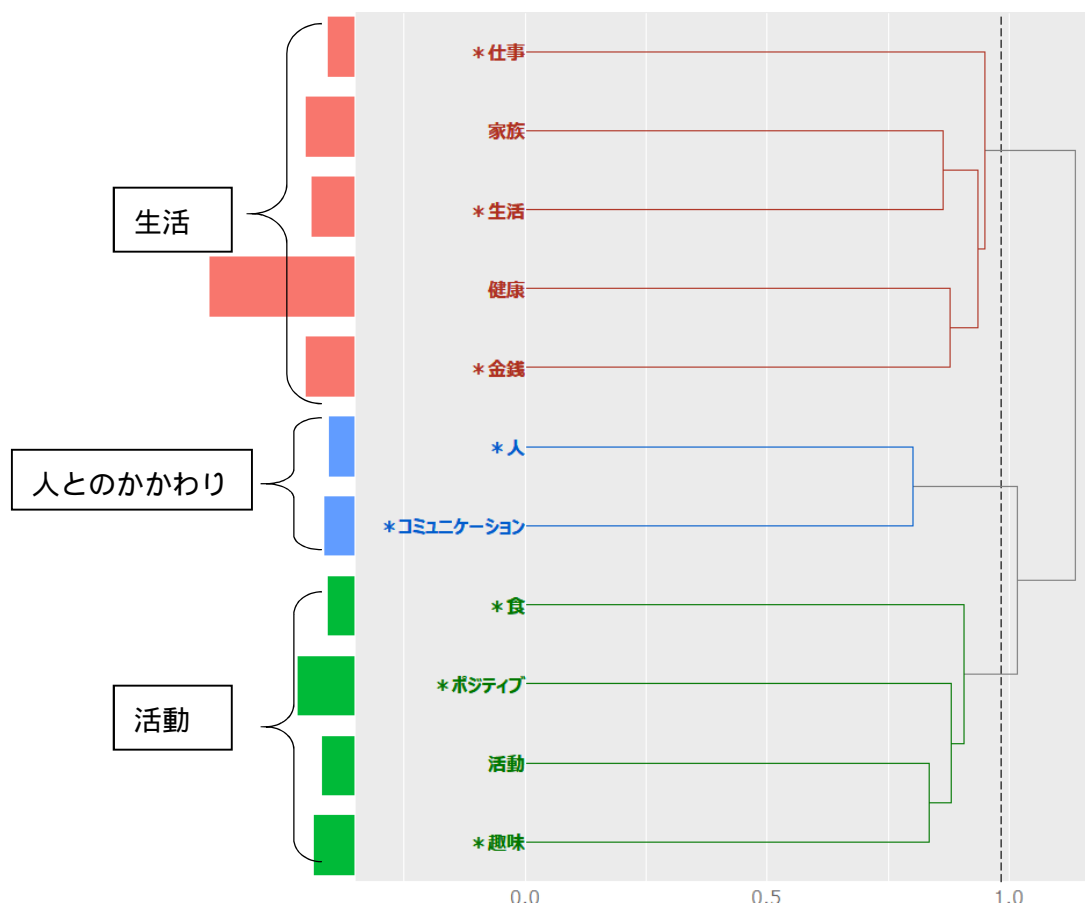


図 2-2 テーマの層化クラスター分析

表 2-4 地域

	*金銭	ケース数
A 地域	56 (14.14%)	396
B 地域	34 (8.72%)	390
合計	90 (11.45%)	786
2 乗値	5.178*	

*p < 0.05

表 2-5 性別

	*家族	*ポジティブ	*食	ケース数
女性	59 (14.11%)	75 (17.94%)	36 (8.61%)	418
男性	26 (7.51%)	28 (8.09%)	12 (3.47%)	346
合計	85 (11.13%)	103 (13.48%)	48 (6.28%)	764
2 乗値	7.686**	14.913**	7.657**	

**p < 0.01

表 2-6 年齢層

	* 仕事	* 活動	* 金銭	ケース数
40 歳代	8 (14.55%)	2 (3.64%)	10 (18.18%)	55
50～64 歳	21 (10.88%)	7 (3.63%)	33 (17.10%)	193
65～74 歳	8 (3.88%)	17 (8.25%)	24 (11.65%)	206
75～84 歳	7 (3.57%)	22 (11.22%)	14 (7.14%)	196
85 歳以上	2 (1.69%)	9 (7.63%)	7 (5.93%)	118
合計	46 (5.99%)	57 (7.42%)	88 (11.46%)	768
2 乗値	22.874**	9.531*	15.659**	

*p < 0.05 **p < 0.01

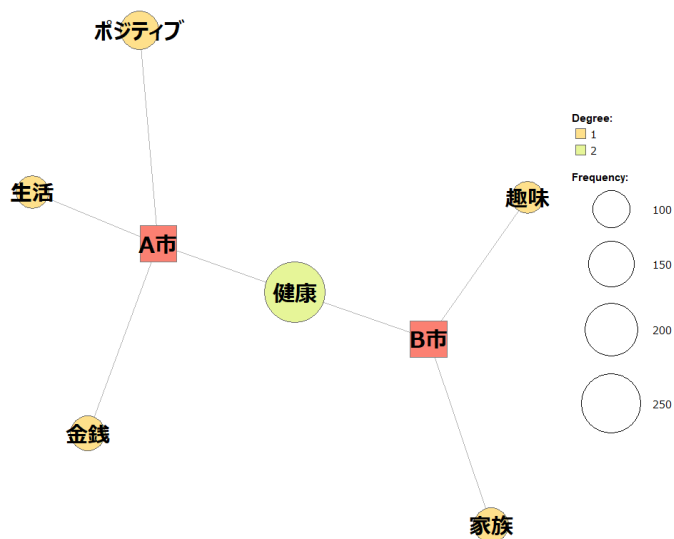


図 2-3 地域との共起ネットワーク

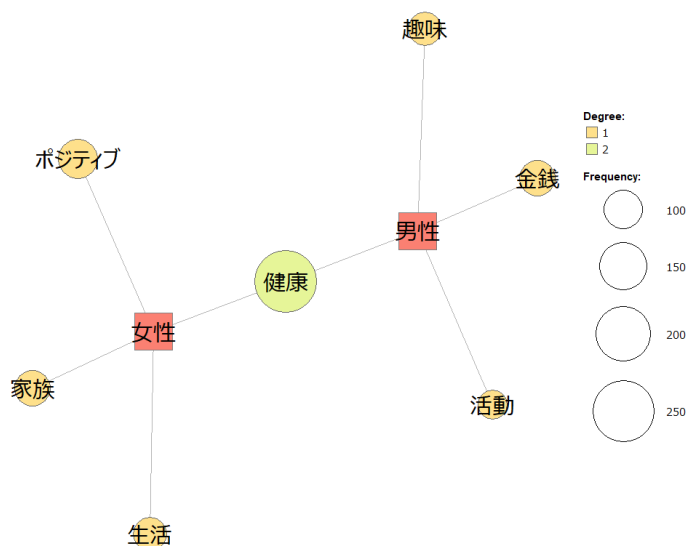


図 2-4 性別との共起ネットワーク

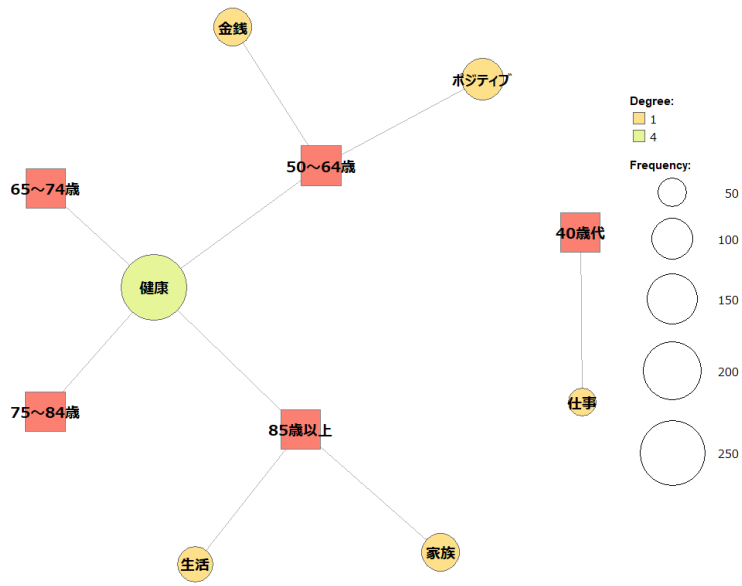


図 2-5 年齢層との共起ネットワーク

表 3-1. 医療に対する安心感と関連要因 (単変量解析)

n=1065

		n	平均値	標準偏差	p-value
年齢			0.220 ^a		0.01
性別	男性	524	21.3	6.6	0.002
	女性	541	20.1	7.0	
家族形態	独居	161	19.6	7.0	0.027
	その他	904	20.9	6.7	
居住年数			0.115 ^a		
EQ-5D			0.062 ^a		
経済ゆとり	あり	683	22.2	6.3	<0.00 1
	なし	382	17.9	6.8	
通院	あり	732	20.1	6.9	0.004
	いいえ	333	19.8	6.5	
介護認定	あり	100	22.4	6.8	0.008
	なし	965	20.5	6.8	
老研式活動指標	高い(11点以上)	702	21.0	6.7	0.012
	低い(10点以下)	363	19.9	7.0	
主観的健康観	よい	836	20.9	6.6	0.095
	よくない	229	20.0	7.3	
うつ傾向	あり	555	19.3	6.8	<0.00 1
	なし	510	22.2	6.5	
友人会う頻度	週単位以上	426	21.4	6.7	0.005
	月単位以下	639	20.2	6.8	
ボランティア・趣味・スポーツ参加：あり		301	21.3	6.7	0.068
	なし	764	20.4	6.8	
心配事を聞いてくれる人	あり	893	21.1	6.7	<0.00 1
	なし	172	18.3	6.9	
心配事を聞いてあげる人	あり	860	20.9	6.8	0.012
	なし	205	19.6	6.9	
病気の時に世話をしてくれる人	あり	895	21.4	6.6	<0.00 1
	なし	170	17.3	6.8	
病気の時に世話をしてあげる人	あり	715	20.6	6.7	0.445
	なし	350	20.9	7.0	

表 3-1 つづき

		n	平均値	標準偏差	p-value
医療・介護の相談先	病院あり	543	21.8	6.6	<0.001
	なし	522	19.5	6.8	
	公的サービス	505	20.9	6.6	0.218
	なし	560	20.4	7.0	
	民生委員あり	90	22.7	6.4	0.004
	なし	975	20.5	6.8	
	家族あり	816	21.0	6.7	0.014
	なし	249	19.8	7.0	
地域の人々への信用	できる	736	21.4	6.6	<0.001
	できない	329	19.0	6.8	
地域の人とは他の人に役立つ と思う	思う	549	21.9	6.6	<0.001
	思わない	516	19.5	6.8	
地域への愛着	あり	792	21.4	6.7	<0.001
	なし	273	18.4	6.6	
過去1年間の自身の病気や入院経験：あり	あり	148	21.6	6.8	0.082
	なし	917	20.5	6.8	
過去1年間の家族の病気や介護：あり	あり	192	19.6	7.0	0.017
	なし	873	20.9	6.7	
過去5年間の看取り経験	病院であり	342	19.7	6.8	<0.001
	なし	723	21.1	6.7	
	施設であり	98	21.5	6.6	0.192
	なし	967	20.6	6.8	
	在宅であり	149	20.6	7.2	0.953
終末期の以降の話し合い	あり（一応、詳しく）	422	21.3	6.9	0.016
	なし	643	20.3	6.7	
介護状態で希望する療養場所：自宅	自宅	228	23.1	6.5	<0.001
	他	837	20.0	6.7	
希望する最期を迎える場所：自宅	自宅	353	22.5	6.8	<0.001
	他	712	19.8	6.6	
調査地域	A 地域	505	21.8	8.5	<0.001
	B 地域	560	19.6	6.9	

a) Pearson の相関係数

表 3-2.医療に対する安心感と関連要因（重回帰分析） n=1065

独立変数		p-value
年齢	0.124	<0.001
性別：男性	0.055	0.054
家族構成：独居	-0.010	0.725
経済的ゆとり：あり	0.216	<0.001
通院：あり	0.026	0.374
介護認定受けている	0.015	0.643
老研式活動能力指標：高い(11点以上)	-0.020	0.520
主観的健康観：よい	0.031	0.296
うつ傾向：あり	-0.125	<0.001
友人と会う頻度：週単位以上	0.019	0.518
ボランティア・趣味・スポーツの会への参加：あり	-0.029	0.316
心配事を聞いてくれる人：あり	0.085	0.005
病気の時に世話をしてくれる人：あり	0.098	0.002
医療・介護の相談先		
病院の窓口・医療者あり	0.093	0.001
民生委員・自治会委員あり	0.037	0.184
家族・親戚・友人あり	-0.049	0.088
地域の人々への信用：できる	-0.001	0.976
地域の方は、他の人に役立とうとする：思う	0.109	0.001
地域への愛着：あり	0.048	0.125
過去1年間の自身の病気や入院経験：あり	0.025	0.395
過去1年間の家族の病気や介護：あり	-0.028	0.308
過去5年間の病院での看取り経験：あり	-0.068	0.012
終末期の意向の話し合い：している	0.000	0.093
介護状態で希望する療養場所：自宅	0.059	0.053
希望する最期を迎える場所：自宅	0.106	0.001

地域は、調整変数とした。また、就業（年齢と 0.6 以上の相関）、心配事を聞いてあげる人あり（心配事を聞いてくれる人ありと 0.6 以上の相関）は除外した。

調整済み $R^2 = 0.280$

表 4-1 . 終末期ケアの意向についての話し合い

	全体		A 地域		B 地域	
	度数	%	度数	%	度数	%
詳しく話し合っている	41	3.4	23	4.2	18	2.8
一応話し合っている	439	36.5	233	42.1	206	31.6
話し合ったことはない	692	57.5	286	51.7	406	62.4
無回答	32	2.7	11	2.0	21	3.2
計	1204	100.0	553	100.0	651	100.0

表 4-2 . 終末期ケアの意向についての話し合いの相手（複数回答）

	全体		A 地域		B 地域	
	度数	%	度数	%	度数	%
家族・親族	457	95.2	247	92.9	210	93.8
友人・知人	53	11.0	28	10.5	25	11.2
医療介護関係者	21	4.4	10	3.8	11	4.9
その他	4	0.8	1	0.4	3	1.3
無回答	3	0.6	1	0.4	2	0.9
計	480	100.0	266	100.0	224	100.0

表 4-3.終末期ケアの意向の話し合いをすることの関連要因 (単変量解析)

	話し合いなし (n=724) n (%)	話し合いあり (n=480) n (%)	p値
長期ケアの質指標における8側面			
尊厳の保持			
うつ尺度 ref=あり	373 (51.5)	249 (51.9)	0.904
友人・知人と会う頻度 ref=月に何度か以上あり	445 (61.5)	332 (69.2)	0.024 *
苦痛の最小化			
医療や介護について情報を得たいときに、気軽に相談できる先 ref=いる	663 (91.6)	456 (95.0)	0.023 *
安心感尺度5項目合計	31.0 ± 2.76	33.9 ± 29.4	0.08 *
食生活の維持			
現在受けている介護・食事 ref=介護あり	13 (1.8)	15 (3.1)	0.134
排泄行動の維持			
現在受けている介護・排泄 ref=介護あり	16 (2.2)	26 (5.4)	0.003 *
身体活動の維持			
現在、何らかの病気で病院や診療所に通院 ref=通院あり	479 (66.2)	364 (75.8)	<0.001 *
老研式総得点	10.3 ± 2.7	10.6 ± 3.0	0.093 *
介護認定を受けていますか ref=受けている	54 (7.5)	65 (13.5)	0.001 *
これまでの1年間に該当するできごと・ボランティア ref=あり	52 (7.2)	43 (9.0)	0.263
これまでの1年間に該当するできごと・趣味関係 ref=あり	114 (15.7)	89 (18.5)	0.205
これまでの1年間に該当するできごと・スポーツ ref=あり	94 (13.0)	75 (15.6)	0.196
これまでの1年間に該当するできごと・町内会 ref=あり	158 (21.8)	115 (24.0)	0.386
睡眠の確保			
過去1か月において、ご自分の睡眠の質を全体としてどのように評価しますか ref=よい	445 (61.5)	301 (62.7)	0.663
認知機能低下による生活障がい最小化			
物忘れが多いと感じますか ref=感じる	389 (53.7)	271 (56.5)	0.352
家族のウェルビーイングの追求			
これまでの1年間に該当するできごと・家族介護	75 (10.4)	54 (11.3)	0.625
ソーシャルサポート			
あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人はいますか ref=いる	564 (77.9)	411 (85.6)	0.001 *
反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人はいますか ref=いる	529 (73.1)	401 (83.5)	<0.001 *
あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいますか ref=いる	574 (79.3)	416 (86.7)	0.001 *
反対に、看病や世話をしてあげる人はいますか ref=いる	458 (63.3)	311 (64.8)	0.588
ソーシャルキャピタル			
あなたの地域の人々は、一般的に信用できると思いますか ref=できる	485 (67.0)	336 (70.0)	0.272
あなたの地域の人々は、多くの場合、他の人の役に立とうとしますか ref=する	372 (51.4)	248 (51.7)	0.923
あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか ref=ある	521 (72.0)	358 (74.6)	0.316
居住年数40年以上	328 (45.3)	200 (41.7)	0.213
Advance Care Planning: ACP			
介護が必要となった場合に、現在の住まいで介護を受けたい ref=受けたい	144 (19.9)	119 (24.8)	0.044 *
介護が必要となった場合に、施設で介護を受けたい ref=受けたい	237 (32.7)	175 (36.5)	0.182
介護が必要となった場合に、病院で介護を受けたい ref=受けたい	58 (8.0)	37 (7.7)	0.849
治る見込みがない病気になった場合、最後は病院で迎えたい ref=受けたい	233 (32.2)	167 (34.8)	0.347
治る見込みがない病気になった場合、最後は自宅で迎えたい ref=迎えたい	236 (32.6)	176 (36.7)	0.145
治る見込みがない病気になった場合、最後は施設で迎えたい ref=迎えたい	70 (9.7)	59 (12.3)	0.15
あなたは、身近で大切な人の死を最近5年間に経験 ref=している	365 (50.4)	187 (39.0)	<0.001 *
現在のあなたの健康状態 ref=よい	573 (79.1)	358 (74.6)	0.064 *
人生満足度尺度	6.1 ± 2.2	6.5 ± 1.9	<0.001 *
人口統計学的属性			
年齢	69.6 ± 13.3	72.4 ± 12.4	<0.001 *
婚姻状態 ref=配偶者あり	488 (67.4)	340 (70.8)	0.309
家族構成 ref=一人暮らし	110 (15.2)	72 (15.0)	0.927
配偶者と同居 ref=同居あり	422 (58.3)	306 (63.8)	0.058 *
収入300万円以上	383 (52.9)	244 (50.8)	0.482
あなたが住んでいる住宅の種類 ref=持ち家	593 (81.9)	391 (81.5)	0.844
A地域に居住	297 (41.0)	256 (53.3)	<0.001
B地域に居住	427 (59.0)	224 (46.7)	
あなたは、現在、収入になる仕事をしていませんか ref=仕事していない	333 (46.0)	157 (32.7)	<0.001 *
あなたが受けられた学校教育13年以上	204 (28.2)	164 (34.2)	0.027 *
現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか ref=ふつうからゆとりあり	429 (59.3)	320 (66.7)	0.009 *

* p<.001の関連がみられた変数 調整変数：居住地域、性別

表 4-4 . 全体の終末期ケアの意向についての話し合いをすることの関連要因 (多変量解析)
(n=1,204)

項目	オッズ比	95%信頼区間	
		上限	下限
介護認定を受けている	1.96	1.17	3.30
排泄の介護を受けている	2.78	1.17	6.61
通院している	1.48	1.10	2.00
心配事や愚痴を聞いてあげる人がいる	2.01	1.29	3.13
5年以内の身近な人の看取り経験あり	1.63	1.26	2.10
配偶者と同居あり	1.48	1.12	1.96
仕事していない	1.50	1.07	2.10

* 調整変数：居住地域、性別

令和元年度厚生労働科学研究費補助金研究

住民の幸福度・満足度を高める医療介護連携 のあり方調査

この調査は、厚生労働省より研究助成を受け、〇〇市の皆様の幸福度や満足度を測るために、どの質問がより良いか、そして、幸福度や満足度を高める医療と介護の連携体制をどう評価していけば良いかについて、〇〇市民の目線でお答えいただくための調査です。このため、似通った質問を複数おうかがいすることになりますが、どうぞご協力をよろしくお願い申し上げます。

宛名の方ご本人がお答えください。直接のご記載が難しい場合は、ご家族様に代理記入をお願いいたします。ご回答は、該当する番号に〇をつけるか、回答欄に数値・文字をご記入ください。

厚生労働科学研究費調査「在宅医療・介護連携の評価指標の検討調査」班

共同研究 〇〇大学、〇〇市

本調査問い合わせ先：〇〇大学〇〇〇〇研究室 ××-××××-××××（平日10時～15時）

◆◆◆ あなた自身のことについておうかがいします◆◆◆

問1 あなたの身体状況についておうかがいします。

-1 現在のあなたの健康状態はいかがですか。

1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

-2 現在、何らかの病気で病院や診療所に通院していますか
(自宅への往診や訪問診療も含みます)。

1. はい 2. いいえ

「1. はい」と答えられた方は、現在治療中、または後遺症のある病気にあてはまる番号すべてに〇をつけてください。

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 1. 高血圧 | 10. 外傷（転倒・骨折等） |
| 2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） | 11. がん（悪性新生物） |
| 3. 心臓病 | 12. 血液・免疫の病気 |
| 4. 糖尿病 | 13. うつ病 |
| 5. 高脂血症（脂質異常） | 14. 認知症（アルツハイマー病等） |
| 6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎等） | 15. パーキンソン病 |
| 7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気 | 16. 目の病気 |
| 8. 腎臓・前立腺の病気 | 17. 耳の病気 |
| 9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症・関節症等） | 18. その他（ ） |

-3 あなたは、普段の生活でどなたかによる介護・介助が必要ですか。

1. 介護・介助は必要ない
2. 何らかの介護・介助が必要だが、現在は受けていない
3. 介護・介助が必要で、介護・介助を受けている
(介護認定を受けずに家族などの介護を受けている場合も含む)

「3. 介護・介助が必要で、介護・介助を受けている」と答えられた方は、現在受けている介護・介助の内容についてあてはまる番号すべてに〇をつけてください。

1. 食事（食事介助、うがい・歯磨き介助など） 2. 排泄（オムツ・ポータブルトイレ使用・下剤内服など）
3. 清潔（入浴介助など） 4. 室内の移動
5. 外出 6. その他（ ）

問7 あなたは、現在、収入になる仕事をしていますか。収入になる仕事には、家業（農業を含む）の手伝い、パート、アルバイト等の非常勤も含みます。

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 仕事についている |
| 2. 以前は仕事についていたが、今はしていない（退職、休業中など） |
| 3. 職についたことがない |

「1.仕事についている」と答えられた方は、勤務形態はどちらですか。

- | | |
|-------|--------|
| 1. 常勤 | 2. 非常勤 |
|-------|--------|

問8 あなたが受けられた学校教育は何年間でしたか。

- | | | | |
|-----------|---------|-----------|----------|
| 1. 6年未満 | 2. 6～9年 | 3. 10～12年 | 4. 13年以上 |
| 5. その他（ ） | | | |

問9 現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じていますか。

- | | | |
|-------------|-------------|--------|
| 1. 大変苦しい | 2. やや苦しい | 3. ふつう |
| 4. ややゆとりがある | 5. 大変ゆとりがある | |

問10 あなたのお考えに最も近いものに○をつけてください。

もし、病気になったとしても、 自分の住んでいる市町村で、	全く 思わ ない	そう 思わ ない	やや 思わ ない	ど ち ら も な い	や や 思 う	そう 思 う	と て も 思 う
1 安心して病気の治療を受けられる	1	2	3	4	5	6	7
2 安心して自宅で療養できる	1	2	3	4	5	6	7
3 あまり苦しくなく過ごせると思う	1	2	3	4	5	6	7
4 苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う	1	2	3	4	5	6	7
5 いろいろなサービスがあるので安心だ	1	2	3	4	5	6	7
6 希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ	1	2	3	4	5	6	7

問11 あなた現在の気持ちについておうかがいします。当てはまる答えの番号に○をつけてください。

1 あなたは去年と同じように元気だと思いますか	はい 1		いいえ 2	
2 全体として、あなたの今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか	ほとんどない 1	いくらかある 2	たくさんある 3	
3 最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか	はい 1		いいえ 2	
4 あなたの人生は他の人に比べて恵まれていたと思いますか	はい 1		いいえ 2	
5 あなたは年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか	そう思う 1		そうは思わない 2	
6 あなたの人生をふりかえてみて、満足できますか	満足できる 1	大体満足 できる 2	満足できない 3	
7 生きることは大変きびしいと思いますか	はい 1		いいえ 2	
8 物事をいつも深刻に考えるほうですか	はい 1		いいえ 2	
9 これまでの人生で、あなたは、求めていたことのほとんどを実現できたと思いますか	はい 1		いいえ 2	

問 12 あなたの現在のお気持ちに最も近いものに○をつけてください。

1 あなたは人生が面白いと思いますか	非常に 4	ある程度は 3	あまりそう 思わない 2	全くそう 思わない 1
2 過去と比較して、今の生活は	とても 幸せ 4	まあまあ 幸せ 3	あまり幸せ ではない 2	全く幸せ ではない 1
3 ここ数年やってきたことを全体的に見て、あなたはどの程度幸せを感じていますか	とても 幸せ 4	まあまあ 幸せ 3	あまり幸せ ではない 2	全く幸せ ではない 1
4 ものごとが思ったように進まない場合でも、あなたはその状況に適切に対処できると感じますか	だいたい できる 4	ときどきは できる 3	ほとんど できない 2	全く できない 1
5 危機的な状況(人生を狂わせるようなこと)に出会ったとき、自分が勇気をもってそれに立ち向かって解決していけるという自信がありますか	非常に 4	ある程度は 3	あまり自信 はない 2	全く自信 はない 1
6 今の調子でやっていけば、これから起きることにも対応できる自信がありますか	非常に 4	ある程度は 3	あまり自信 はない 2	全く自信 はない 1
7 期待通りの生活水準や社会的地位を手に入れたと感じますか	非常に 4	ある程度は 3	あまりそう 思わない 2	全くそう 思わない 1
8 これまでどの程度成功したり出世したと感じていますか	非常に 4	まあまあ 3	あまり うまく いっていない 2	全く うまく いっていない 1
9 自分がやろうとしたことはやりとげていますか	ほとんど いつも 4	ときどき 3	ほとんど できて いない 2	全く できて いない 1
10 自分の人生は退屈だとか面白くないと感じていますか	非常に 4	ある程度は 3	あまり感じ ていない 2	全く感じて いない 1
11 将来のことが心配ですか	非常に 4	ある程度は 3	あまり心配 ではない 2	全く心配 ではない 1
12 自分の人生には意味がないと感じていますか	非常に 4	ある程度は 3	あまり感じ ていない 2	全く感じて いない 1
13 自分がまわりの環境と一体化していて、欠かせない一部であるという所属感を感じるがありますか	非常に強く 4	ある程度は 3	あまり 感じない 2	全く 感じない 1
14 非常に強い幸福を感じる瞬間がありますか	とてもよく 4	ときどき 3	ほとんど ない 2	全くない 1
15 自分が人類という大きな家族の一員だということに喜びを感じることがありますか	とてもよく 4	ときどき 3	ほとんど 感じない 2	全く 感じない 1

問13 あなたの現在のお気持ちに最も近いものに○をつけてください。

	全くそうではない	あまりそうではない	どちらかとは言えませんが	どちらとも言えない	どちらかとは言えそうですが	大体そうです	全くそうです
1 大体において、私の人生は理想に近い	1	2	3	4	5	6	7
2 私の人生は、すばらしい状態である	1	2	3	4	5	6	7
3 私は、私の人生に満足している	1	2	3	4	5	6	7
4 私はこれまでの人生の中で、こうしたいと思った重要なことはなしとげてきた	1	2	3	4	5	6	7
5 人生をもう1度やりなおせたとしても、変えたいことはほとんどない	1	2	3	4	5	6	7

問14 あなたは、全体として最近の生活にどの程度満足していますか。
(あてはまる点数に○をつけてください)

全く満足していない									とても満足している	
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点

問15 あなたは、現在どの程度幸せですか。(あてはまる点数に○をつけてください)

とても不幸									とても幸せ	
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点

問16 あなたは、自分の人生にどの程度満足していますか。
(あてはまる点数に○をつけてください)

全く満足していない									とても満足している	
0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点

問17 この一か月間のことをお聞きします。

1 気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	はい 1	いいえ 2
2 どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	はい 1	いいえ 2

問18 日常生活についておうかがいします。

1 バスや電車を使って1人で外出していますか (自家用車でも可)	できる している 1	できるけど していない 2	できない 3
2 自分で食品・日用品の買い物をしていますか	できる している 1	できるけど していない 2	できない 3
3 自分で食事の用意をしていますか	できる している 1	できるけど していない 2	できない 3
4 自分で請求書の支払いをしていますか	できる している 1	できるけど していない 2	できない 3
5 自分で預貯金の出し入れをしていますか	できる している 1	できるけど していない 2	できない 3

問23 これまでの1年間に該当するできごとについておうかがいします。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 仕事を始めた	14. 家族が大きな病気やケガをした
2. 仕事をやめた	15. 家族の介護
3. 子どもと同居を始めた	16. ボランティアに参加した
4. 一人暮らしを始めた	17. 趣味関係のグループに参加した
5. 自分や子どもが離婚した	18. スポーツ関係のグループやクラブに参加した
6. 経済的な困難が増した	19. 町内会・自治会に参加した
7. 孫・ひ孫が生まれた	20. 家族・親戚・ご近所とのトラブルがあった
8. 孫やひ孫の世話をした	21. 引越しをした
9. 配偶者が亡くなった	22. 生活習慣の変化・改善
10. 家族や親しい親類・友人・ペットが他界した	23. 訴訟
11. 新しい友人ができた	24. その他 ()
12. 大きな病気やけがをした	25. とくに該当するものはなかった
13. 入院をした	

問24 あなたの住んでいる地域についておうかがいします。

-1 あなたの地域の人は、一般的に信用できると思いますか。

1. とても信用できる	2. まあ信用できる	3. どちらともいえない
4. あまり信用できない	5. 全く信用できない	

-2 あなたの地域の人は、多くの場合、他の人の役に立とうとするとと思いますか。

1. とてもそう思う	2. まあそう思う	3. どちらともいえない
4. あまりそう思わない	5. 全くそう思わない	

-3 あなたは現在住んでいる地域にどの程度愛着がありますか。

1. とても愛着がある	2. まあ愛着がある	3. どちらともいえない
4. あまり愛着がない	5. 全く愛着がない	

問25 仮に、あなたご自身が老後に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思いますか。この中から1つだけお答えください。

1. 現在の住まいで介護を受けたい	
2. 介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい	
3. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい	
4. 病院に入院して介護を受けたい	5. その他 ()
6. 一概に言えない	7. わからない

問26 万一、あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか。この中から1つだけお答えください。

1. 病院などの医療施設	2. 自宅	3. 子どもの家
4. 兄弟姉妹など親族の家	5. 高齢者向けのケア付き住宅	
6. 特別養護老人ホームなどの福祉施設		
7. その他 ()		8. わからない

問27 あなたが末期のがん、もしくは重い病気により、治る見込みがなく、あなたの死が近い場合を想像して、受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養についてお尋ねします。

-1 あなたは、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがありますか。(○は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

問 27-2 あなたの死が近い場合に受けてほしい医療・療養や受けてほしくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのどのくらい話し合ったことがありますか。(○は1つ)

※ 「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

- | |
|------------------------------------------------|
| 1. 詳しく話し合っている
2. 一応話し合っている
3. 話し合ったことはない |
|------------------------------------------------|

「1. 詳しく話し合っている」「2. 一応話し合っている」と回答の方にお尋ねします。
-3 どなたと話し合いましたか。(複数回答可)

- | | | |
|------------|----------|------------|
| 1. 家族・親族 | 2. 友人・知人 | 3. 医療介護関係者 |
| 4. その他 () | | |

問 28 あなたは、身近で大切な人の死を最近5年間に経験しましたか(複数回答可)

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. 病院で経験をした | 2. 施設で経験をした | 3. 在宅で経験をした |
| 4. 経験していない | | |

問 29 以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに○をつけてください。

1 移動の程度	歩き回るのに問題はない 1	歩き回るのに少し問題がある 2	歩き回るのに中程度の問題がある 3	歩き回るのにかなり問題がある 4	歩き回ることができない 5
2 身の回りの管理	自分で体を洗ったり着替えをするのに問題はない 1	自分で体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある 2	自分で体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある 3	自分で体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある 4	自分で体を洗ったり着替えをすることができない 5
3 ふだんの活動 (例：仕事、勉強、家族、余暇活動)	ふだんの活動を行うのに問題はない 1	ふだんの活動を行うのに少し問題がある 2	ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある 3	ふだんの活動を行うのにかなり問題がある 4	ふだんの活動を行うことができない 5
4 痛み／不快感	痛みや不快感はない 1	少し痛みや不快感がある 2	中程度の痛みや不快感がある 3	かなりの痛みや不快感がある 4	極度の痛みや不快感がある 5
5 不安／ふさぎ込み	不安でもふさぎ込んでいない 1	少し不安あるいはふさぎ込んでいる 2	中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる 3	かなり不安あるいはふさぎ込んでいる 4	極度に不安あるいはふさぎ込んでいる 5

問 30 あなた自身の幸福度や満足度を高めるために、大切なことは何ですか？
ご自由にご記入ください。

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

令和2年1月17日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 大阪大学大学院医学系研究科

所属研究機関長 職名 医学系研究科長

氏名 森井 英一 印



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 2. 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科 ・教授
(氏名・フリガナ) 福井 小紀子・フクイ サキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日本赤十字看護大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年2月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神 真

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
3. 研究者名 (所属部局・職名) 高齢社会総合研究機構・教授
(氏名・フリガナ) 飯島 勝矢・イイジマ カツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年3月17日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 埼玉県立大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 萱場 一則



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院保健医療福祉学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 川越 雅弘 ・ カワゴエ マサヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2020年3月30日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国際医療福祉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 大友 邦



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 2. 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療福祉学部・教授
(氏名・フリガナ) 埴岡 健一・ハニオカ ケンイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2020年 3月 30日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 順天堂大学医療看護学部
所属研究機関長 職名 学部長 工藤 綾子
氏名



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 長寿科学政策研究事業
- 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
- 研究者名 (所属部局・職名) 順天堂大学医療看護学部・准教授
(氏名・フリガナ) 藤田淳子・フジタジュンコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日本赤十字看護大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

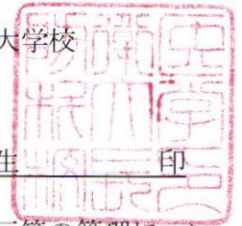
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2020 年 5 月 29 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 防衛医科大学校
所属研究機関長 職名 学校長
氏名 長谷 和生 印



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
3. 研究者名 (所属部局・職名) 防衛医科大学校医学教育部看護学科・講師
(氏名・フリガナ) 石川孝子・イシカワタカコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

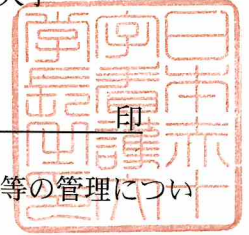
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2年 5月 25日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 日本赤十字看護大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 守田 美奈子 印



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 在宅医療・介護連携の質に関する評価ツールの開発と検証
3. 研究者名 (所属部局・職名) 日本赤十字看護大学さいたま看護学部 准教授
(氏名・フリガナ) 藤川 あや (フジカワ アヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日本赤十字看護大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。