

厚生労働科学研究費

長寿科学政策研究事業

早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果

測定及び評価のための研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山本則子

令和4（2022）年5月

目 次

I. 総括研究報告	
1. 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究	----- 1
山本則子	
II. 分担研究報告	
1. 訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための評価指標の確立(研究1)	
五十嵐歩	----- 15
2. 訪問看護提供による効果、サービスの充実度の文献検討(研究2)	
Sameh Eltaybani	----- 42
3. 既存コホートの観察継続による訪問看護提供による効果、サービスの充実度の評価(研究3)	
福井千絵	----- 84
4. 評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法 (PDCAサイクル) の提案 (研究4)	
角川由香	----- 117
5. 訪問看護提供に関する比較試験	
目麻里子	----- 126
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 130

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

早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究

研究代表者	山本則子	東京大学大学院医学系研究科 教授
研究分担者	五十嵐歩	東京大学大学院医学系研究科 准教授
	野口麻衣子	東京医科歯科大学保健衛生学研究科 准教授
	目麻里子	東京大学大学院医学系研究科 助教
	角川由香	東京大学大学院医学系研究科 助教
	SamehEltaybani	東京大学大学院医学系研究科 助教
	福井千絵	東京大学大学院医学系研究科 助教
	小島太郎	東京大学医学部附属病院老年病科 講師
	柏原康佑	東京大学医学部附属病院臨床研究推進センター 特任講師
	新田國夫	医療法人社団つくし会 理事長
	北村智美	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構研究部 研究員

研究要旨

本研究の目的は、1)訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための標準化評価指標を開発すること（研究1）、2)看取り期を含む対象への前向き研究により、訪問看護の効果、サービスの充実度を可視化すること(研究2,3,5)、3)評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法（PDCAサイクル）を提案することである(研究4)。

訪問看護の評価指標について、再テスト信頼性、評価者間信頼性、表面的妥当性が一定程度担保された（研究1）。訪問看護の効果に関するアンブレラレビューにより、訪問看護は機能状態の改善、地域での療養継続、予防接種率の向上など有益な効果があると報告されたことが明らかになった。一方、QOL維持などの主観的評価をアウトカムとした研究が少なく、今後研究の蓄積が必要である（研究2）。本レビューの結果を踏まえ、訪問看護の効果を検討する比較試験の研究計画を立案している（研究5）。訪問看護利用群・非利用群における前向きコホート研究により、要介護高齢者への訪問看護提供による加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実現、全身状態の悪化予防につながる可能性が見出された（研究3）。訪問看護師・介護支援専門員へのインタビュー調査により、ケアの質改善・向上のためには、評価のフィードバックにとどまらず、評価を次のActionへつなぐ外部の相談機能ならびに、具体的なケア方針の提案・事業所全体の課題の抽出など意思決定を助けるフィードバックの検討など、質改善への継続的な支援プログラムを構築する必要があることが明らかになった（研究4）。

A. 研究目的

訪問看護は、在宅療養への早期の移行や在宅療養継続のためのニーズに対応し様々な疾患背景や療養期の特性に応じたサービスを提供している。特に看取り期にある者と家族にとり、多様な医療ニーズに対応できる訪問看護は安心して在宅療養の限界点を高める必須のサービスと思われる。しかし、訪問看護の多岐にわたる内容を適切に検討しその効果を定量化した報告は少なく、標準化した評価指標により訪問看護の効果を可視化することは重要な課題である。

著者らは数年間にわたり訪問看護の評価指標の開発に取り組んできた。この評価指標は、文献および多職種のエキスパートパネルに基づき、ケア提供者によるアウトカム・プロセス評価と高齢者本人によるQuality of Life評価等で構成されている。この評価指標を用いた1年間の前向きコホート調査を在宅療養高齢者1,450名（訪問看護利用者1,120名、非利用者330名）を対象に実施した。収集した評価指標データを用いて、入院・ADL低下の防止、利用者の生活満足度、家族の安心感の維持向上など、訪問看護提供による効果（アウトカム評価指標）・サービス充実度（プロセス評価指標）を評価する可能性を示した。

これまでの研究では課題が3点残されている；①現時点の評価指標は信頼性・妥当性が未確認である；②追跡期間は最大でも1年であり、がん以外の看取りまでのフォローアップ事例は限られる；③評価指標を用いた質向上への活用可能性を未検討である。

そこで本研究は、以下3点を目的とする。

- 1) 訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための標準化評価指標を開発する
- 2) 看取り期を含む対象への前向き研究により、訪問看護の効果、サービスの充実度を可視化する
- 3) 評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法（PDCAサイクル）を提案する

B. 研究方法

本研究は5つの分担研究から構成される。〔研究1〕訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための評価指標の確立、〔研究2〕訪問看護提供による効果、サービスの充実度の文献検討、〔研究3〕既存コホートの観察継続による訪問看護提供による効果、サービスの充実度の評価、〔研究4〕評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法（PDCAサイクル）の提案、〔研究5〕訪問看護提供に関する比較試験である。

I. 〔研究1〕訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための評価指標の確立

長期ケアの質指標の評価者間・再テスト信頼性と表面的妥当性の検証を目的とし、訪問看護師（n=62）と介護支援専門員（n=14）を対象に質問紙調査およびインタビュー調査を実施した。

評価者間信頼性・再テスト信頼性の検討のため、質問紙調査で回答されたアウトカム指標・プロセス指標についてA,B,Cの組のパターンの対象者に対する調査を行い、訪問看護師間、訪問看護師—介護支援専門員間の評価結果の一致率を確認した（表1）。表面的妥当性を検討するため、インタビュー結果を分析した。

表1. 研究対象者の参加条件

属性	人数	組み合わせ		
		A	B	C
訪問看護師① 経験が豊富	1[必須]	○	○	○
訪問看護師② 経験が浅い	1	○	○	
介護支援専門員	1	○		○

II. 〔研究2〕訪問看護提供による効果、サービスの充実度の文献検討

本研究では、入院、施設入所、死亡率、満足度、生活の質（QOL）の5つの利用者関連アウトカムに焦点を当て、Joanna Briggs Institute (JBI)の方法論に従ってアンブレラレビューを実施した。

7つの書誌データベースを検索した：Medline (PubMed), CINAHL Plus with Full Text (EBSCO), PsycINFO (EBSCO), Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid), Epistemonikos, ProQuest, と PROSPERO。付録に本レビューの検索戦略を示す。また、データベース検索での見落としをカバーするため、適格基準を満たしたシステマティックレビューの参考文献リストのレビューも行った。

本レビューのPICOS (Population「対象者」, Intervention「介入」, Comparison「比較対照」, Outcome「アウトカム」, Study type「研究の種類」) は以下の通りである。

- **P**：60歳以上の高齢者。国、性別、病状を問わない。
- **I**：訪問看護。本研究においては、看護師が高齢者の自宅を訪問し、予防、健康増進、治療またはリハビリテーションを目的としたサービスを複数回にわたり継続して長期的に（3ヶ月以上）提供することと定義する。一時的なサービス（例：移行期のケア、退院後の一時的なケア、短期間のフォローアップ訪問）や遠隔サービス（例：電話やオンラインでのサポート）を対象としたレビューは除外した。
- **C**：通常のケア、代替的な治療介入、または介入なし。
- **O**：入院（病院への入院）、施設入所（老人ホームなどの長期介護施設への入所）、死亡率、利用者満足度（利用者または代理人評

価）、QOL（利用者または代理人評価）。

- **S**：定量的研究を扱ったシステマティックレビューで、メタアナリシスを伴わないものも含む。以下の基準を満たすものを対象とした。
 - (ア) 対照群を有する介入研究（RCT または非RCT）
 - (イ) 研究選択の適格基準を明確に定義している
 - (ウ) 方法が明確である（1つ以上の書誌データベースを用いた検索戦略を含む）
 - (エ) バイアスのリスクの批判的吟味を行っている
 - (オ) 全文が英語で記載されている

III. [研究3] 既存コホートの観察継続による訪問看護提供による効果、サービスの充実度の評価

訪問看護の効果を可視化することを目的として、2019年に開始した訪問看護利用群・非利用群における前向きコホート調査の24か月後調査を実施した。訪問看護事業所、居宅介護支援事業所における75歳以上の547名（訪問看護利用群411名、非利用群136名）を対象とし、利用者・家族への質問紙調査、事業所情報、職員情報（訪問看護師・介護支援専門員）、利用者情報に関するウェブ調査を縦断的に実施し、訪問看護の効果を検討した。

IV. [研究4] 評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法（PDCAサイクル）の提案

ケアの質評価の活用状況と課題について検討するため、令和2年度老人保健事業等推進事業「要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業」に参加した全国の訪問看護事業所・居宅介護支援事業所に対し、Long-term-careの質指標から算出した質評価（問題事象発生割合、アセスメント・ケア実施割合、利用者の主観的満足度等）に

ついて研究参加事業所全体と各事業所との比較結果をフィードバックした。その後、7事業所の看護師8名と居宅介護支援専門員3名に半構造化面接を実施した。

V. [研究5] 訪問看護提供に関する比較試験

心不全をもつ高齢患者の退院直後（早期）の訪問看護利用群と非利用群における、訪問看護介入の効果を検討するため、研究計画を立案した。本研究は令和4年度～5年度を調査実施予定期間としており、令和3年度は調査開始に向け、医師・看護師などの臨床実践家および生物統計家へのヒアリングを実施し、研究デザインや倫理的配慮について検討した。

以上、5つの研究から得られた結果をもとに、訪問看護提供による効果を測定するための評価指標を提示し、要介護高齢者への訪問看護提供による効果を定量化する。さらに、評価指標のフィードバックにより継続的な訪問看護の質評価と改善のPDCAサイクルを提案する。

（倫理的配慮）

研究1,3,4は東京大学大学院医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。なお、研究2は文献検討のため倫理的な承認は不要であった。研究5は、研究計画立案中につき本年度の申請は不要であった。

C. 研究結果 および D. 考察

I. [研究1] 訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための評価指標の確立

本研究ではウェブ調査による評価者間信頼性、再テスト信頼性を、インタビュー調査による表面的妥当性の検討を行った。対象は、再テスト信頼性の評価のために「状態が安定している者」に限定したが、年齢は75歳～102歳、要介護度や疾患は多様であり、在宅で療養している要介護高齢者

を網羅した評価結果が得られたと言える。

以下、評価者間信頼性、再テスト信頼性、表面的妥当性の結果について、それぞれ検討する。

1. 評価者間信頼性

1) アウトカム指標の評価結果

アウトカムの項目毎の完全一致率は平均0.67であり、「わからない」の回答を欠損とみなすことで0.74に上昇した。さらに、アウトカム指標におけるネガティブイベントの有無を用いた場合の完全一致率は平均0.79、「わからない」の回答を欠損とみなした場合の平均一致率は0.90であった。これらの結果より、評価者間で一つひとつの項目の評価結果が完全に一致することはやや難しいものの、ネガティブイベントが発生しているかどうかの評価結果に関しては信頼性が担保されると判断できる。さらに「わからない」という回答を欠損とみなし、分析から除いた場合に特に高い一致率であった結果から、各評価者が自信をもって評価した結果は、高い信頼性を有すると解釈できる。

本研究における評価者は評価のための特別なトレーニングを受けた者ではなく、実際に臨床現場で働く訪問看護師や介護支援専門員が、調査票に記載された説明に基づき評価を実施している。本指標は、信頼性・妥当性が担保され、かつ臨床現場の日常業務の中で活用可能な指標であると言える。

一方、「わからない」の回答割合が高いアウトカム指標や、「わからない」を欠損値として除外してもなお一致率が低いアウトカム指標等、検討を要する項目が示された。

対象者が「わからない」と回答することの多い項目は、評価指標としての妥当性および質問の表現に関する課題があると考えられる。一方で、評価者の把握および判断が難しい項目であるが、把握・判断でき回答できていれば評価者間の評価結果が一致する、つまり信頼できる評価結果が得ら

れると考えられる。各項目の評価に関して具体的な評価基準を示すことにより、「わからない」の回答を減少させ、評価の信頼性を向上させることができると期待できる。

一方「わからない」を欠損としても一致率が低いアウトカム指標については、質問表現の変更や、質問内容の理解を助け評価の判断基準となるガイドの作成により、評価者による判断のばらつきを防ぐことで、評価結果の信頼性を向上させることができると期待できる。

ただし、今回開発検討した指標は対象者の生活をホリスティックに捉えケアの着眼点として重要と捉えたドメインからなっている。主観的な判断に頼らざるを得ず結果的に信頼性が一致しない指標も、まずはケア提供者がそれらを把握すること自体に意義があるとも考えられ、信頼性が低いことだけをもって指標としての適否を判断すべきではない。

2) プロセス指標の評価

「アセスメント」と「ケア」が含まれるプロセス指標では、評価者間信頼性の平均は0.53~0.61であり、「わからない」の回答を欠損値とみなしても0.6台であった。長期ケアにおいて多職種がチームでアセスメント・ケアを実施することが重要であることから、本指標のプロセスの評価において「実施者は問わない」という条件を付した。これに対して、インタビュー調査では「例えばヘルパーが食事の時に付き添いをしているが、指標で示されているような細かなアセスメントをしているかわからない」といった意見が聞かれた。また「実施者は問わない」という条件はあるものの、自分が実施しておらず他職種が実施したか把握していない場合に、評価者により「実施していない」と回答するケースと「わからない」と回答するケースがあり、不一致の原因となっていた。

プロセス指標において、評価者の認識が統一するよう「実施者は問わない」の解釈に関する説明

を追加することで、信頼性を高められる可能性がある。また将来的には、プロセス指標の評価において「実施者は問わない」の条件を削除し、評価者自身がアセスメント・ケアを実施したかを問う形式への変更も考慮する余地がある。

2. 再テスト信頼性

全体として、評価者間信頼性と比べ再テスト信頼性では一致率が高い傾向にあった。評価者間信頼性の結果と併せると、本指標は評価者による認識の違いにより評価者間の評価結果が異なる項目があるものの、同一評価者による評価では一貫性のある結果が得られることが示唆された。一方、テスト-再テスト間で評価が不一致となった要因として、評価と評価の間の利用者の状態変化が考えられる。また、2回目は評価に習熟し、1回目に「わからな」かった項目も2回目には回答ができたために評価が一致しなかった可能性がある。特に「わからない」の回答を欠損として一致率が上昇した項目は、この傾向が強いと考えられる。

「わからない」の回答が多い項目についてアウトカム項目と同様に評価の基準を作ることで、さらなる信頼性の向上が期待できる。

3. 表面的妥当性

インタビュー調査にて、本指標は長期ケアの質を反映しているという肯定的な意見が多く、表面的妥当性は担保されたと考えられる。一方、一部の対象者からは、高齢者の生活全般にわたり管理的側面の割合が大きく、施設や病院向けの指標であるという意見も聞かれた(表2)。本研究では、再テスト信頼性の検討のために「状態の安定している利用者」の選定を依頼した。そのため評価者にとって、本指標における包括的な評価を行う必要性が低いと感じる利用者が含まれていた可能性がある。

しかしながら「安定している利用者」であっても、医療・介護の必要性の高い脆弱な高齢者を対

象とする在宅ケアにおいて、包括的なアセスメント・ケアの重要性は高い。よって、評価者が包括的なアセスメント・ケアの重要性を認識できるような教育的な取り組みを、併せて行う必要があると考えられる。また長期ケアの質の評価においては定期的な評価が求められるが、今後は利用者の特性や項目の内容に応じて、適正な評価の実施頻度を検討する必要があるかもしれない。

表2. VENUS指標全体への意見

[肯定的な意見]

- ・ 高齢者への在宅ケアの質の全体を網羅されている指標だと思った。
- ・ この指標での評価を通して、自分に足りていない視点や、普段見ているけど意識していなかった視点があることに気が付くきっかけとなった。
- ・ 必要な項目が網羅されているので、新人の教育に使えると思う。
- ・ 初回や半年おきなど、利用者さんの全体像を把握し直すときに活用できる。

[否定的な意見]

- ・ 自分が実施していない項目の回答をする時に、何をもち「いいえ」か「わからない」とするかは、人によって解釈が違うと思う。
- ・ 抽象的な質問があり、何を聞きたいのかわかりにくかった。
- ・ 項目が多くてしっかり入力しようとするとう評価することが負担になる。

II. [研究2] 訪問看護提供による効果、サービスの充実度の文献検討

1. 検索結果および研究選択

データベース検索では813件を抽出し、重複削除後は730件が残った。タイトルと抄録の精読で51件を抽出し、全文レビューを行った。最終的に40件が除外され、11件のレビューが本アンブレラ

レビューの適格基準を満たした。

2. 対象研究

2000年から2019年の間に発行され、目的、対象、訪問プログラムの内容などはばらつきがあった。各レビューに含まれる研究の件数は4件から64件であり、これらのうち本アンブレラレビューの適格基準を満たすものは一部であった。例えば、Elkan (2001) のレビューには15件の研究を含み、ケア提供者は看護師、医師、開業医、ヘルスビジター、ソーシャルワーカー、ボランティアと様々であり、看護師が介入した研究は6件であった。これらのうち、1件の研究は介入が1回の自宅訪問のみであった。したがって、本アンブレラレビューでは15件中5件のみからデータを抽出した。複数のレビューに含まれている研究もあった。最終的に11件の論文のレビューに含まれる28件の研究からデータを抽出した。

3. 方法論の質の評価

1つのレビューが高い質を示し、他は全て中程度の質であった。3つのレビューだけが研究課題を明確に示していた。出版バイアスの可能性を評価したのは5つのみであった。

4. 訪問看護の有効性

アウトカムとして死亡率は最も多くの研究で用いられ (9件)、利用者満足度とQOLを用いた研究は少なかった (各2件)。訪問看護は、入院、施設入所、死亡率、利用者満足度及びQOLに対する統計的に有意な結果を示したと結論づけることはできなかった (表3)。

本アンブレラレビューに含まれた研究では上記5つ以外のアウトカムも検討した。1件の研究 (デンマークのRCT) では訪問看護は入院期間の有意な短縮と関連すると報告され、1件の研究 (米国のRCT) では逆に訪問看護は入院期間の延長と関連するとの報告があり、3件 (オランダの

RCT) では訪問看護は入院期間に影響を及ぼさなかったと報告されている。

本レビューの主な結果は以下の通りである。

- これらのアウトカムを検討したシステマティックレビューの大部分は、その方法論の質が中程度である。
- 死亡率と入院については広く検討されているが、利用者の満足度とQOLについてはほとんど検討されていない。
- 介入内容や研究が行われた環境についての記述が不足している。
- ほとんどのシステマティックレビューでは追跡期間の詳細な報告がされていない。
- 高齢者への訪問看護の、入院、施設入所、死亡率、利用者満足度とQOLへの効果は示されていない。
- 一部の研究では、高齢者への訪問看護には、機能状態の改善、地域での療養継続、予防接種率の向上など有益な効果があると報告している(表4)。

アンブレラレビューの知見から、訪問看護は、死亡率、入院、施設入所、利用者満足度、QOLに有意な影響を及ぼすという結果は得られなかった。一方で、機能状態の改善、自宅療養する高齢者の増加など、訪問看護提供による効果を示した研究もある。

本レビューにより、死亡率と入院については広く検討されているが、利用者の満足度とQOLについてはほとんど検討されていないことが明らかになった。日本における訪問看護サービスは、病気や障害を持ちながら住み慣れた地域で、その人らしい療養生活を送れるように支援することを目的としており、今後はQOLの維持など利用者の主観的満足感をアウトカムとした研究の蓄積が必要であると考えられる。

III. [研究3] 既存コホートの観察継続による訪問看護提供による効果、サービスの充実度の評価

24か月後調査時点の在宅療養者547名の転帰は、在宅継続336名、入院・入所等によりサービスを中断・終了している者173名、在宅死亡38名であった。要介護高齢者がたどる多様な経過の中で、①医療機関等からの退院・退所後に希望する療養の場に円滑に移行できたか、②在宅での療養生活を継続し QOLの維持向上が図れているか、③希望する場所での看取りを支援し実現できていたか等に注目し、要介護高齢者への訪問看護提供による効果を検討する必要がある。

24か月後時点の調査参加者547名のうち、利用者の基本属性について回答を完了した者は476名であった(訪問看護利用群392名、非利用群84名)。状態像が「病態・症状の安定期」の利用者は訪問看護利用群273名(69.9%)、非利用群62名(74.7%)であり、医療処置が「なし」の利用者は、訪問看護利用群264名(67.3%)、訪問看護非利用74名(88.1%)であった。訪問看護利用群の方が、状態像が不安定であり、医療ニーズの高かった。

24か月後調査の問題事象発生割合は、訪問看護利用者は非利用者に比べ、「転倒転落による外傷の予防」「希望するケアの実現」の問題事象発生割合が低かった。加えて、訪問看護利用群・非利用群における各調査時点の問題事象発生合計数の比較において、3か月後調査時点で有意な差があったものの、他の時点で有意な差はなかった(図1)。訪問看護の利用により、加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実現、全身状態の悪化の予防につながる可能性が見出された。

多面的な長期ケアの質指標を用いて、2年間の縦断データを収集した。訪問看護の利用により、加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実現、全身状態の悪化

の予防につながる可能性が見出された。今後、36か月後調査、48か月後調査を行い、より長期的な効果について検討する。

IV. [研究4] 評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法（PDCAサイクル）の提案

1. 対象者および事業所の概要

訪問看護事業所・居宅介護支援事業所7件において、訪問看護師8名と居宅介護支援専門員3名に半構造化面接を実施した。

2. ケアの質評価の活用状況と事業所の取り組み・課題

逐語録の分析により、1.ケアの質改善に向けた現状の取り組みとして【気軽に相談できる環境づくり】【勉強会や研修による知識の供与と共有】【多様なチャンネルによる情報共有】、2.フィードバックに対する認識と活用状況として【他者からケアの質を評価されることに対する前向きな思いと抵抗感】【数値で可視化された自施設のカラーを認識】【受けたフィードバックをもとにした具体的な行動化】【次のActionにつながるフィードバックの必要性】、3.事業所が抱えている課題や困りごととして【人的資源の不足】【スタッフ教育及び教育体制整備の不十分】【限られたサービス時間と業務逼迫】【エビデンスに基づく実践の不足】【加算がつくことによるケアの質向上への取り組み促進の期待と懸念】が抽出された（表5）。

ケアの質改善・向上のためには、評価のフィードバックにとどまらず、評価を次のActionへつなぐ外部の相談機能ならびに、具体的なケア方針の提案・事業所全体の課題の抽出など意思決定を助けるフィードバックの検討など、継続的な質改善への支援が必要と思われた。

今後、プログラム構築および実施に取り掛かり、訪問看護事業所における質改善のPDCAサイ

クルの提案につなげる。

V. [研究5] 訪問看護提供に関する比較試験

本研究は令和4年度～5年度を調査実施予定期間としている。令和3年度は調査開始に向け、医師・看護師などの臨床実践家および生物統計家へのヒアリングを実施し、研究デザインや倫理的配慮について検討した。

本年度は8名の臨床実践家および統計家に対しヒアリングを実施した。

現在、研究計画の詳細について検討を進めているほか、具体的なセッティングについて対象候補先との話し合いを予定している。現時点での研究計画概要（案）を図2に示す。

E. 結論

訪問看護提供による効果を測定するための評価指標について再テスト信頼性、評価者間信頼性、表面的妥当性が一定程度担保された。今後、標準化された評価指標を用いて、比較試験を開始する。

訪問看護の効果に関するアンブレラレビューでは、訪問看護は、死亡率、入院、施設入所、利用者満足度、QOLに有意な影響を及ぼすという結果は得られなかった。一方、機能状態の改善、地域での療養継続、予防接種率の向上など有益な効果があるとの結果を得た。死亡と入院については広く検討されているが、利用者の満足度とQOLについてはほとんど検討されていない。日本における訪問看護の目的は本人らしい生活の維持であり、今後はQOLなどの利用者の主観的評価をアウトカムとした研究の蓄積が必要であると考えられる。本レビューで得た知見は、来年度からの比較試験の計画に反映させる。

また、訪問看護利用群・非利用群における前向きコホート研究においては、要介護高齢者への訪問看護提供による加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実

現、全身状態の悪化予防につながる可能性が見出された。今後、引き続き前向きコホート研究を継続し、より長期的な訪問看護の効果について検討する。

訪問看護師へのインタビュー調査により、ケアの質改善・向上のためには、評価のフィードバックにとどまらず、評価を次のActionへつなぐ外部の相談機能ならびに、具体的なケア方針の提案・事業所全体の課題の抽出など意思決定を助けるフィードバックの検討が必要であることが明らかになった。今後、訪問看護事業所における質改善への継続的な支援プログラムを構築・実装する。

2. 実用新案登録
該当なし

3. その他
該当なし

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

- 1) Shinohara M, Sakka M, Inagaki A, Yasaka T, Fukui C, Noguchi-Watanabe M, Igarashi A, Yamamoto-Mitani N. Association Between Advance Care Planning for Older Adults and Family Caregivers' Sense of Security. GSA 2021 Annual Scientific Meeting. Nov 2021.
- 2) 野口麻衣子、福井千絵、五十嵐歩、目麻里子、稲垣安沙、北村智美、高岡茉奈美、沼田華子、久貝波留菜、山本則子. 訪問看護利用と在宅療養高齢者の家族のウェルビーイングの関連：前向きコホート研究（VENUSプロジェクト）. 第28回日本家族看護学会学術集会. 2021年10月2-3日, オンライン開催.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

表3. レビューの結果のまとめ（主要アウトカム）

アウトカム	レビュー件数、研究件数、参加者数 ※1	研究の結果 ※2			総合効果 ※3
		有益な効果	効果なし	有害な影響	
死亡率	9件のレビュー ^{1,2,3,4,5,6,7,9,10} 24件の研究 ^{12,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29,31,32,33,34,35,36,37,38} n= 13750	1件の RCT ¹³ (n = 572)	23件の RCT ^{12,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29,31,32,33,34,35,36,37,38} (n = 13,178)	—	効果なし
入院（人数）	7件のレビュー ^{1,2,4,7,8,9,10} 9件の研究 ^{13,15,17,18,23,28,29,34,38} n= 3187	1件の RCT ¹³ (n = 572)	7件の RCT ^{15,18,23,28,29,34,38} (n = 2,593) 1件の準実験的試験 ¹⁷ (n = 22)	—	効果なし
入院（回数）	2件のレビュー ^{5,9} 4件の研究 ^{15,20,22,34} n= 1222	1件の RCT ¹⁵ (n = 580)	3件の RCT ^{20,22,34} (n = 642)	—	効果なし
施設入所	6件のレビュー ^{1,2,5,6,9,10} 16件の研究 ^{12,13,14,15,18,20,21,22,24,26,27,29,33,34,36,38} n= 9310	2件の RCT ^{14,18} (n = 581)	14件の RCT ^{12,13,15,20,21,22,24,26,27,29,33,34,36,38} (n = 8,829)	—	効果なし
生活の質	2件のレビュー ^{9,11} 10件の研究 ^{15,19,22,27,30,33,34,37,38,39} n= 3042	—	10件の RCT ^{15,19,22,27,30,33,34,37,38,39} (n = 3,042)	—	効果なし
満足度	2件のレビュー ^{8,9} 2件の研究 ^{26,28} n= 403	—	2件の RCT ^{26,28} (n = 403)	—	効果なし

青色数字は引用

※1： フォローアップ時の参加者数が明らかな場合はそれを使用し、それ以外は調査参加者の合計数を使用した。

※2： 複数のフォローアップ期間での結果が報告されている場合は、最も長いフォローアップ期間での結果を使用した。

※3： 全体的な有効性は、研究の参加者数に基づいている。

表4. レビューの結果のまとめ（その他のアウトカム）

アウトカム	有益な効果	効果なし	有害な影響
転倒	転倒回数の減少 ²⁵	転倒件数 ^{19,35} 、転倒者数 ^{15,35} 、外傷を伴う転倒件数 ²² 、軽度の外傷を伴う転倒件数 ^{25,35} 、救急部への転倒関連受診数 ^{22,25} 、主観的評価(転倒の恐れ、自己効力感等) ^{19,22,29,33} 、転倒(評価方法記載なし) ¹³	-
病院の利用	入院期間の短縮 ¹³	救急部受診 ^{20,34,38} 、入院期間 ^{15,22,34} 、病院利用 ^{14,21} ※1	入院の増加 ¹⁸
機能状態	低リスク対象者のADLにおける3年間での自立性の向上 ²¹ 、ADLの改善 ²¹ 、IADLの改善 ²¹	ADL/IADL ^{15,21,22,27,29,34,37,38} ※2、その他(評価方法記載なし) ^{24,36}	
経済評価	病院や介護施設の使用が少ないことによるコスト削減 ^{15,21}	-	-
心理社会的・認知的状態	-	不安と抑うつ ^{26,29,30,34,29} 、心理社会的機能(ウェルビーイング、孤独、またはうつ症状) ¹⁵ 、認知機能(ミニメンタルステート検査) ^{32,34}	-
ヘルスステータス	-	フレイル(SF-36及びGroningen アクティビティの制限の規模) ³⁸ 、自己評価の健康スコアと健康上の不満 ¹⁵ 、その他(評価方法記載なし) ¹⁴	-
保健サービスの利用	低リスク対象者に対する2年間のプライマリヘルスケアの使用の増加 ²¹ 、ホームヘルスサービスの利用増加 ¹⁵ 、低リスク対象者の予防接種適用範囲の改善 ²¹	-	-
地域での療養継続	地域で療養する高齢者の増加 ¹⁴	介護施設での滞在期間 ³⁴ 、生存者数(死亡も入院もしない人の数) ¹⁴ 、地域での療養継続(定義の記載なし) ²²	-

青色数字は引用

※1：入院件数と入院期間(両者の結果がまとめて記載されており入院件数単独の結果の記載なし)

※2：ADL = 日常生活動作; IADL = 手段的日常生活動作。

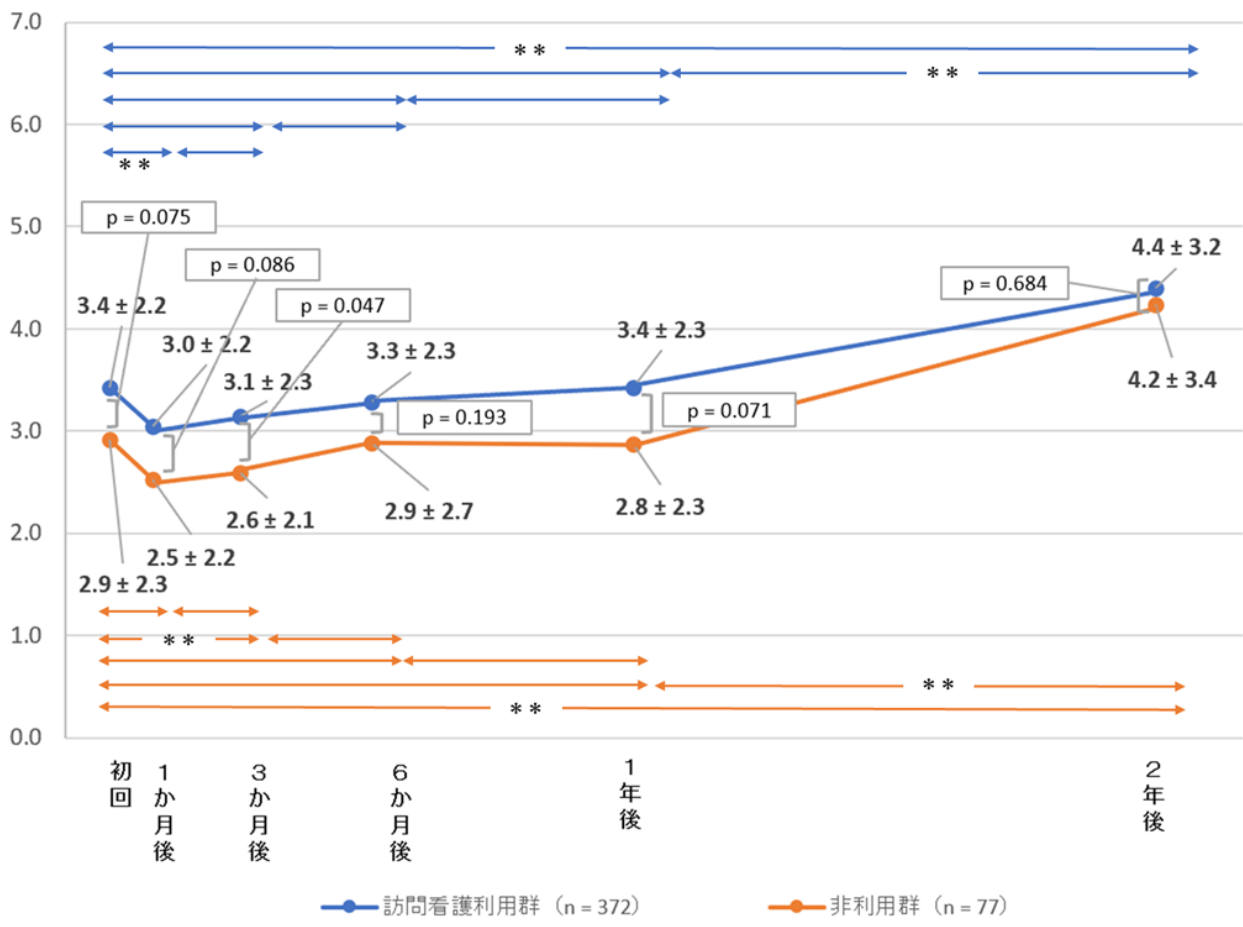


図1. 問題事象発生合計数の推移（長期ケアの質指標 - アウトカム指標）

Note. ** p < 0.01, 訪問看護利用群・非利用群における問題事象発生合計数の平均値の差は独立したサンプルのt検定、両群の各調査時点における問題事象発生合計数の平均値の差は対応のあるサンプルのt検定を用いた、全6時点において、データが1つでも欠落している対象者は分析から除外した

表5. ケアの質評価の活用状況と事業所の取り組み・課題

大カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
1. ケアの質改善に向けた現状の取り組み	(1)気軽に相談できる環境づくり	顔を合わせてのちょっとした雑談で困りごとの糸口を得る スタッフがわかれている状況を把握し相談の必要性を先読み・対応する ICTを用いたリアルタイムの相談体制
	(2)勉強会や研修による知識の供与と共有	事業所内外での勉強会や研修会への参加と伝達 事業所内でのカンファレンス実施による課題共有 施設を超えた事例検討の企画と参加
	(3)多様なチャンネルによる情報共有	情報共有や雑談のICT化 多職種が共通認識可能な記録の実施と共有
2. フィードバックに対する認識と活用状況	(4)他者からケアの質を評価されることに対する前向きな思いと抵抗感	個別ケアについて評価していくことの必要性を認識 自分たちのケアを他者と比較されることへの抵抗感
	(5)数値で可視化された自施設のカラーを認識	個々のスタッフの力量やケアの特徴についての客観的な把握 全国データとの比較による自施設の特徴の可視化 前々から気になっていたケアの不足をデータで実感
	(6)受けたフィードバックをもとにした具体的な行動化	自施設に不足していたケアの意識的な実践 自分たちのケアを振り返る機会の創出 具体的な行動化へは届かない現状
	(7)次のActionにつながるフィードバックの必要性	データの解釈へのアドバイスや具体的な解決策の提示に関する要望 次のActionに対する継続的なフィードバックの必要性
3. 事業所が抱えている課題や困りごと	(8)人的資源の不足	離職や新規入職者の不十分さに伴う深刻な人手不足 人員配置と現実の業務量の齟齬
	(9)スタッフ教育及び教育体制整備の不十分	多様な背景を有する職員に対する教育の難しさ 教育体制の不十分さ
	(10)限られたサービス時間と業務逼迫	限られたサービス時間内での的確な時間配分采配の困難 複雑化する個別事例への対応 COVID-19感染拡大に伴う業務の集中
	(11)エビデンスに基づく実践の不足	経験知や感覚で行われているケアの存在 情報収集からアセスメントに進まない実践の存在
	(12)加算がつくことによるケアの質向上への取り組み促進の期待と懸念	ケアの質向上への取り組みを後押しする加算への期待 専門職が行うケアに対する正当な評価の希望 今以上に業務が増えることへの不安

【研究計画概要】

高齢心不全患者に対する退院直後（早期）からの訪問看護介入効果の検討

目的：長期ケアの質指標を用いて訪問看護利用の効果を検討する

対象患者

【適格基準】

1. 心不全の増悪で入院し、自宅退院後1か月以内
2. NYHA分類=II（退院時点）
3. 年齢 \geq 65歳 障害高齢者日常生活自立度=J
4. 日本語で意思疎通可能

【除外基準】

ベースライン時点で腎不全、COPDの診断あり

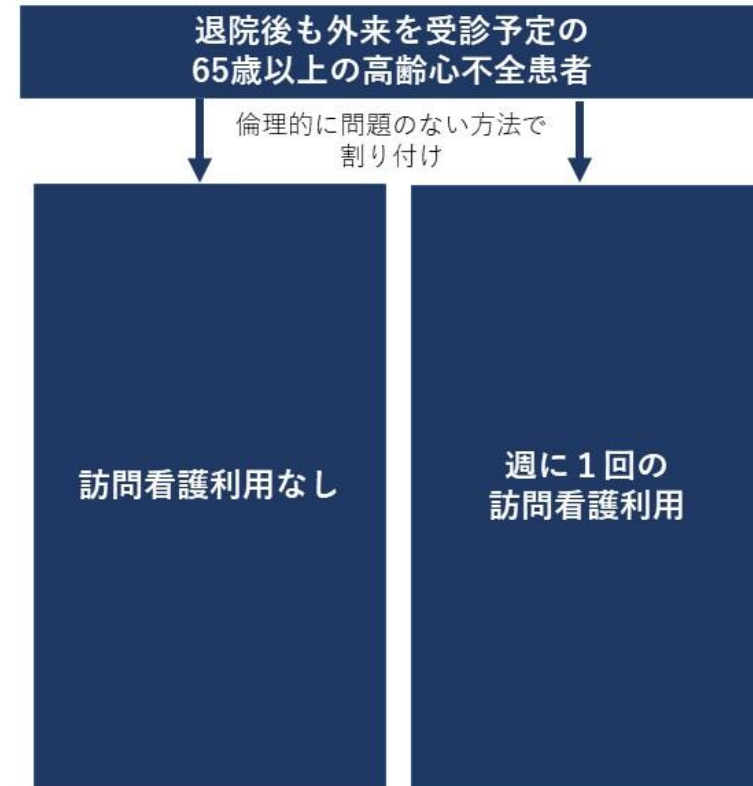
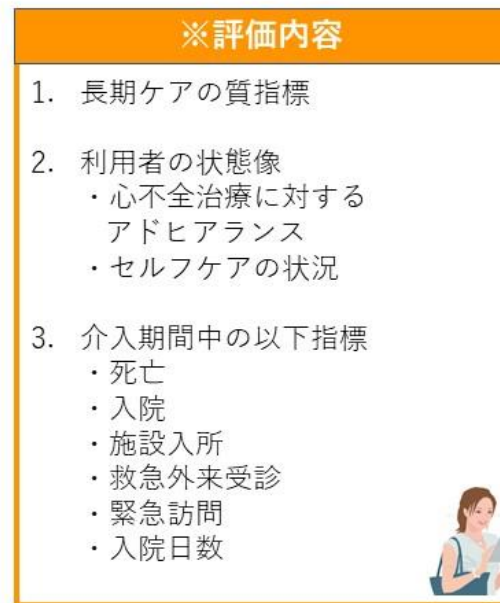


図2. 研究計画概要（案）

厚生労働科学研究費（長寿科学政策研究事業）
分担研究報告書

訪問看護提供による効果、サービスの充実度を測定するための評価指標の確立(研究1)

研究代表者	五十嵐歩	東京大学大学院医学系研究科	准教授
研究分担者	角川由香	東京大学大学院医学系研究科	助教
研究協力者	河瀬希代美	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	矢坂泰介	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	松下はるゑ	東京大学大学院医学系研究科	大学院生

研究要旨

長期ケアの質指標の評価者間・再テスト信頼性と表面的妥当性の検証を目的とし、訪問看護師と介護支援専門員を対象に調査を実施した。

アウトカム指標から算出したネガティブイベントにおいて概ね高い一致率が得られ、質指標の信頼性が確認できた。一方、一致率が低い項目や、アウトカム・プロセス指標の状況が「わからない」とする回答が多い項目に対して検討の必要性が示唆された。信頼性を向上させる方策として、評価基準をより明確にする評価ガイドの作成が有効と考えられる。また、表面的妥当性についても概ね担保されたが、訪問看護師・介護支援員に対する質指標の必要性に関する教育的な取り組みや、評価頻度の見直しの必要性が示唆された。

1. 研究目的・背景

高齢化が進む我が国において、質の高い長期ケア、特に在宅ケアの提供は喫緊の課題である。質の高いケアを提供するためには、ケアの質を評価するための標準化されたツールとそれを用いたケア改善の取り組みが必要である。

我々は、長期ケアの質を多様な側面から包括的に評価する指標(Visualizing Effectiveness of Nursing & Long-term Care : VENUS 指標¹⁾)を開発した。質指標の開発にあたり、研究者による先行研究のレビューお

よびエキスパートパネルによる表面的妥当性の検討を行った。しかし、実際に在宅ケアの現場において指標が用いられた時の妥当性については検討されていなかった。また訪問看護師の臨床経験によらず統一した評価が可能か、専門資格や役割の異なる他の職種でも活用可能な指標であるかといった信頼性に関しても未検討であり、信頼性・妥当性の確保された質指標の確立が必要であった。

そこで本研究では、VENUS 指標の信頼性・妥当性を検討することを目的とした。

2. 研究方法

1. 対象

研究対象者は、訪問看護事業所に勤務する訪問看護師および居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員とし、機縁法で募集した。

協力の意志を示した対象者に対し、表1に示すいずれかの組となり、ともに担当するサービス利用者を評価してもらうよう依頼した。経験の豊富な訪問看護師とは、独立してアセスメントやケアが可能な者とし、経験の浅い訪問看護師とは、日常業務におけるアセスメントやケアに助言が必要な者とした。

表 1. 研究対象者の参加条件

属性	人数	組み合わせ		
		A	B	C
訪問看護師① 経験が豊富	1 [必須]	○	○	○
訪問看護師② 経験が浅い	1	○	○	
介護支援専門員	1	○		○

評価の対象となる訪問看護利用者は、75歳以上の高齢者とした。疾患、家族構成、性別などは問わないが、2週間後に状態の変化がないと予想される安定期の者を選定するよう、訪問看護師に依頼した。

信頼性・妥当性の国際基準である COSMIN チェックリストによると、信頼性評価のためには、50~99名の対象者が必要であるとされている。今回の調査では実施

可能性を考慮し、評価対象者数を80名とした。

2. 調査方法

1) 調査期間およびデータ収集方法

調査は、2021年12月から2022年5月の期間に実施した。

(1) ウェブ調査

機縁法により募集した対象者に対し、研究説明書と同意書、VENUS指標の一覧を郵送した。調査への参加に同意し、同意書を返送した対象者に対し、電子メールでウェブ調査のURLを送付した。

対象者は、評価者間信頼性の検討のため、組ごとに同一の利用者の評価をそれぞれ独立して実施した(1回目調査)。再テスト信頼性の検討のため、1回目調査より2週間後に再度調査を実施した(2回目調査)。実施可能性を踏まえ、2回目調査の調査期間は1回目調査の11~17日後の期間とし、1回目調査から11日後にリマインドメールを送付し回答を依頼した。

(2) インタビュー調査

ウェブ調査を実施した対象者に対し、質指標の表面的妥当性を評価してもらうことを目的にインタビュー調査への参加を依頼し、同意が得られた対象者に対してインタビュー調査を実施した。インタビュー方法は対象者の希望に合わせて、組になった複数名または1名でのいずれかの参加とし、オンライン会議システム(Zoom)または対面を選択可能とした。

インタビュー時間は30分程度とし、イ

インタビューガイドを用いて、以下の内容を尋ねた。

- ① 回答に時間がかかった項目
- ② 評価が難しかった項目とその理由
- ③ ケアの質を反映していると感じたかと、その理由
- ④ 評価者間・再テストで回答が一致していなかった項目について、理由として考えられること

インタビュー内容は録音し、逐語録を作成した。

2) 調査項目

(1) 訪問看護師・介護支援専門員・利用者特性

対象者全員に年齢、職種経験年数、保有資格、2020年度学会・研修会参加回数を尋ねた。加えて訪問看護師には、訪問看護経験年数、専門認定資格の有無を、介護支援専門員には基礎資格とその経験年数、主任介護支援専門員研修修了の有無、認定ケアマネジャーの有無などをそれぞれ尋ねた。

また、評価の対象となった利用者の性別、年齢、主疾患、副疾患、状態像（安定期・不安定期・ターミナル期）、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度を尋ねた。

(2) 長期ケアの質指標

対象者に VENUS 指標の項目を尋ねた。VENUS 指標は、長期ケアが目指す 8 つの領域(ドメイン)に 21 のアウトカム項目

と、各アウトカム項目に対応するプロセス項目(78 のアセスメント項目および 66 のケア項目)が含まれる(表 2)。

各アウトカム・プロセス項目の検討に加え、各アウトカム項目において望ましくない状態の発生として定義される「ネガティブイベント」を分析に用いた。

3) データ分析方法

本報告書では、2022 年 1 月 31 日までに入力されたデータを分析対象とした。

(1) 信頼性の検討

①経験の豊富な訪問看護師と経験の浅い訪問看護師(NS-NS)および②経験の豊富な訪問看護師と介護支援専門員(NS-CM)の評価者間信頼性と、①経験の豊富・経験の浅い訪問看護師および②介護支援専門員の再テスト信頼性を検討した。訪問看護師-訪問看護師-介護支援専門員の 3 名 1 組で参加した場合は、それぞれ NS-NS と NS-CM のペアを作成し分析に用いた。

信頼性評価の指標である Cohen のカッパ係数は、回答の偏りがある場合に信頼性が低くなるというバイアスを受けやすい²⁾。一方 VENUS 指標は、多くの項目が「はい」「いいえ」「わからない」の選択肢で回答を求める形式で、例えば実践者が取り組みやすいプロセス項目では「はい」に回答が集中するといった特徴がある。したがって本研究の信頼性評価では、カッパ係数ではなく、評価者間およびテスト・再テスト間の単純な一致率を用いることとした。

各アウトカムの調査項目およびアウトカ

ム指標から定義されたネガティブイベントの発生の有無、各プロセス項目それぞれについて、評価者間とテスト-再テスト間の一致率を算出した。それぞれ「わからない」の回答を含む完全な一致率と「わからない」の回答を欠損とみなした一致率を算出し、両者を比較した。

またプロセスの各項目において、それぞれ「わからない」の回答を含む完全な一致率と、「わからない」の回答を欠損とみなした一致率を算出した。

(2) 妥当性の検討

インタビュー調査で得られた VENUS 指標に関する意見をドメイン別に分類し、指標の表面的妥当性を検討した。

4) 倫理的配慮

対象者である訪問看護師、介護支援専門員に対し、研究の目的、任意の参加であること、プライバシーが保護されていること等について研究説明書を用いて説明した上で、文書による同意を得た。対象者は個人識別符号を用いて匿名化された。照合表は研究者がパスワードをかけたファイルで保存した。

東京大学大学院医学系研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 2019 063NI-(2))。

3. 研究結果

1. 記述統計量

1) 訪問看護師・介護支援専門員の特性

訪問看護経験年数は経験が豊富な者(n=37)で平均 7.6 年(範囲 1-29)、経験の浅い者(n=25)で 1.4 年(範囲 1-13)であった。経験の豊富な訪問看護師の保有資格は、訪問看護認定看護師 3 名、皮膚・排泄ケア認定看護師 1 名、緩和ケア認定看護師 1 名、老人看護専門看護師 1 名、がん看護専門看護師 1 名であり、経験の浅い訪問看護師に専門認定資格保有者はいなかった。

介護支援専門員(n=14)の経験年数は平均 11.1 年(範囲 2-21)であった。最も多い基礎資格は介護福祉士 12 名(85.7%)であり、主任介護支援専門員研修修了者が 2 名、認定ケアマネジャー資格を有しているものはいなかった(表 3)。

2) 利用者特性

利用者(n=55)の特性は、平均年齢は 85.4 歳であり、およそ 60%が女性であった。主疾患は心不全 8 名(14.5%)、認知症、がん、脳血管疾患がそれぞれ 7 名(12.7%)であった。要介護度は「要介護 2」が 12 名(21.8%)と最も多く、次いで「要介護 5」が 11 名(20.0%)、「要介護 1」と「要介護 4」がそれぞれ 10 名(18.2%)であった。世帯構成は「利用者と配偶者の夫婦二人暮らし」が 18 名(32.7%)、独居が 12 名(21.8%)、主介護者は「子」と「配偶者」がそれぞれ 19 名(34.5%)、「いない」が 8 人(14.5%)であった(表 4)。

3) 長期ケアの質指標

(1) ネガティブイベントの発生状況

経験の豊富な訪問看護師による初回調査

において、「排泄活動の維持」(43.1%)、「認知機能低下による生活障がい 최소화」(23.5%)、「寝床以外での活動の維持」(19.6%)のアウトカム指標でネガティブイベントの発生割合が多かった(表5)。

(2)各項目における「わからない」の回答状況

アウトカム項目において、対象者の組のいずれかが「わからない」と回答した割合が30%以上であった項目は、「わからない」の回答が多かった順に、ドメイン8「家族は介護のために疲れ切っていたか」(52%)、ドメイン1「家族や友人との葛藤や怒りの有無」(50%)、ドメイン8「家族は無理なく穏やかに過ごさせていたか」(44%)、ドメイン1「一部の家族や近い知り合いに対する恐れの有無」(40%)、ドメイン1「孤独感や寂しさの表現の有無」(40%)、ドメイン3「5%以上の体重減少があるか(過去30日間)、または30日前と比べてやせてきたと感じるか」(40%)、ドメイン1「家族や友人とのその他の交流の有無」(38%)、ドメイン4「最も多い便性状」(31%)であった(表6-2)。

2. 信頼性

1. 評価者間信頼性

1) アウトカム項目の評価結果

(1) 各項目における評価者間の一致率
アウトカム項目における完全一致率は、NS-NSで平均0.65、NS-CMで平均0.68、全評価者間で平均0.66であった(表6-1)。NS-NS、NS-CMを合わせた全評価者

間の一致率が高いアウトカム項目は、ドメイン2「苦痛の 최소화」における「入院回数」(0.98)、「肺炎」(0.97)、「救急外来受診回数」(0.94)などであった(表6-2)。

一方、全評価者間の一致率が低いアウトカム項目は、一致率が低かった順に、ドメイン4「最も多い便性状」(0.37)、ドメイン1「受けたいケアについての話し合いへの参加と共有の有無」(0.39)、ドメイン1「家族や友人との葛藤や怒りの有無」(0.44)などであった(表6-2)。

次に、「わからない」の回答を欠損とみなして一致率を計算したところ、一致率の平均はNS-NSで0.72、NS-CMで0.75となった。全評価者間において「わからない」を欠損とした後に一致率が大きく上昇した項目は、ドメイン1「家族や友人との葛藤や怒りの有無」(0.44から0.69)、ドメイン8「家族は介護のために疲れ切っていたか」(0.53から0.84)などであった。「わからない」の回答を欠損とした場合も一致率に変化のなかった項目は、元々「わからない」の回答が少ないアウトカム項目であった(表6-2)。

(2) ネガティブイベントにおける評価者間の一致率

各アウトカム指標のネガティブイベントの有無に関して一致率を算出したところ、「わからない」の回答を含む完全一致率は、NS-NSとNS-CMとも平均0.78であった(表7-1)。

全評価者間において一致率が高いネガテ

イベントは、ドメイン1「活動制限の撤廃」(1.00)、ドメイン2「入院予防」(0.96)、「呼吸器感染予防」(0.96)であった。

全評価者間において一致率が低いネガティブイベントは、ドメイン4「排泄活動の維持」(0.54)、ドメイン8「家族のウェルビーイングの追求」(0.56)、ドメイン3「栄養状態の保持」(0.58)、ドメイン7「認知機能低下による生活障がい最小化」(0.60)、ドメイン1「孤独感の最小化」(0.67)などであった(表7-1)。

「わからない」の回答を欠損とみなした一致率の平均は、NS-NSで0.88、NS-CMで0.89と上昇した。全評価者間において「わからない」を欠損とした一致率の変化は、ドメイン1「孤独の最小化」において0.67から1.00に、ドメイン3「栄養状態の保持」において0.58から0.94へとそれぞれ大幅に上昇した(表7-2)。

2) プロセス項目の評価結果

全評価者間における各プロセス項目の完全一致率は、アセスメント項目で平均0.54、ケア項目で平均0.62であった。ドメイン3「食生活の維持」のケア項目の一致率は0.84と高かった一方、ドメイン1「尊厳の追求」のアセスメント項目とドメイン7「認知機能低下による生活障がい最小化」のアセスメント項目とケア項目の一致率はそれぞれ0.48と低かった。

「わからない」の回答を欠損とみなした一致率は、アセスメント項目で平均0.62、ケア項目で平均0.66であった。「わから

ない」の回答の割合が31%と高かったドメイン1「尊厳の追求」のアセスメント項目において、「わからない」を欠損とすると評価者間の一致率は0.48から0.62となり、0.14ポイント上昇した(表8-2)。

2. 再テスト信頼性

1) アウトカム項目の評価結果

(1) 各項目における評価者間の一致率

各アウトカム項目におけるテスト-再テスト間の完全一致率は、訪問看護師で平均0.73、介護支援専門員で平均0.78であった。訪問看護師において一致率が高い項目は、ドメイン2「救急外来受診の回数」(1.00)、「入院回数」(0.97)、「肺炎の有無」(0.95)などであった。一方、一致率が低い項目は、ドメイン1「家族や友人とのその他の交流の有無」(0.44)、ドメイン3「最も多い便性状」(0.52)などであった。

次に「わからない」の回答を欠損とみなして一致率を計算したところ、一致率の平均は訪問看護師で0.78、介護支援専門員で0.81とわずかに上昇した(表6-1)。

2) ネガティブイベントにおける評価者間の一致率

ネガティブイベントにおけるテスト-再テスト間の一致率は、訪問看護師で平均0.84、介護支援専門員で平均0.87であった。訪問看護師で一致率が高いネガティブイベントは、ドメイン1「活動制限の撤廃」(1.00)、ドメイン2「疾患悪化予防」(0.99)などであった。一方、一致率が低いネガティブイベントは、ドメイン4「排泄

活動の維持」(0.64)、ドメイン3「栄養状態の保持」(0.66)であった(表7-1)。

「わからない」の回答を欠損とみなして一致率を計算したところ、テスト-再テスト間の平均一致率は訪問看護師で0.90、介護支援専門員で0.86と全体的に高く、特にドメイン1「社会的交流の確保」「孤独感の最小化」「希望する生き方の実現」などの項目で完全一致(1.00)を示した。一致率が0.7を下回る項目は、介護支援専門員のドメイン1「希望するケアの実現」(0.50)、ドメイン2「褥瘡予防」(0.25)のみであった(表7-2)。

2) プロセス項目の評価結果

各プロセス項目におけるテスト-再テスト間の完全一致率は、訪問看護師で平均0.69、介護支援専門員で平均0.77であった。「わからない」の回答を欠損とみなした一致率は、訪問看護師で平均0.76、介護支援専門員で平均0.82であり、それぞれわずかに上昇した(表8-1)。

3. 表面的妥当性

1) 調査対象者の特徴

Web調査に回答した訪問看護師62名、介護支援専門員14名のうち、それぞれ13名、2名がインタビュー調査に参加した。

インタビュー対象者の平均年齢は、経験の豊富な訪問看護師(n=8)が50.1歳(範囲36-59)、経験の浅い訪問看護師(n=5)が33.8歳(範囲27-43)、介護支援専門員(n=2)が47.5歳(範囲41-54)であった。それぞれの訪問看護師・介護支援専門員としての経

験年数は、経験の豊富な訪問看護師で9.3年(範囲4-28)、経験の浅い訪問看護師で4.0年(範囲0-9)、介護支援専門員で15.5年(範囲10-20)であった。経験の豊富な訪問看護師のうち、訪問看護認定看護師と老人看護専門看護師の2つの資格保有者が1名、がん看護専門看護師が1名であった。(表9)。

2) 指標全体に関する意見

インタビュー調査において得られたVENUS指標全体への意見を表10に示す。意見には、肯定的なものと否定的なものの両方が含まれた。

3) 各ドメインに対する意見

各ドメインに関してインタビュー調査で得られた結果を表11に示す。

(1) 肯定的な意見

特にドメイン1「尊厳の追求」の項目について、「身体面のケアがメインであっても尊厳の問題を考えることが重要」、ドメイン8「家族のウェルビーイングの追求」について「高齢者へのケアを考えるときに、在宅では介護者のアセスメントが重要」といった意見が聞かれた。

(2) 否定的な意見

一方、各ドメインに関して否定的な意見や改善の提案が挙げられた。その主なものを以下に述べる。

① ドメイン1「尊厳の追求」

利用者の社会的交流や、ケアや生き方に対する希望の尊重に対する評価することを意図するドメインである「尊厳の追求」に対して、インタビューにおいて「利用者が認知症の場合は意向を表現できないため評価しづらい」利用者が独居の場合は近隣住民や友人との関係性把握が困難、かつ踏み込みづらい」「『関心やその他の交流』の定義が何かわからない」という意見があった。孤独や寂しさの表現について「利用者がヘルプを出していないのにあえて掘り起こさない」という声もあった。加えて、生き方やケアの希望に関して「30日という期間ではなく、ケアプランを変える時とか、定期的に1年か半年かで聞く必要はあると思う」「共有はどこまでをもって共有なのか分かりにくい。家族なのか、スタッフなのか、全体会議なのか、人によって解釈が異なると思う」という意見が聞かれた。

② ドメイン3「食生活の維持」

在宅ケアでは定期的に体重測定をしておらず体重の変化を把握していないことや、「痩せてきていると感じる」と判断する基準が不明確であるために、「わからない」と回答していることが語られた。

また「食欲増進につながると判断する利用者の場合は測定するかもしれないが、そのような利用者は少ない」(NS)「食べられなくなっている状況を理解している利用者の体重を測ることで、より精神的ダメージを与えることもある」(NS)のように、体重測定を厳密に行う意義を疑問視する対

象者もいた。

③ ドメイン4「排泄活動の維持」

在宅ケアにおけるブリストルスケールを用いた評価に関して、「(通常は)専門用語を使わずに利用者に便の性状を尋ねており、指標項目にある用語を用いて利用者に尋ねることは少ない」という意見がある一方、「排便が看護問題にあがっている場合は、ブリストルスケールを利用して評価している」(NS)という意見も聞かれた。

④ ドメイン8「家族のウェルビーイングの追求」

「『家族が穏やかに過ごせたか』という質問は、評価者により評価の仕方(いつ、どの程度)が変わりそうで難しい」(NS)

「独居であり介護者がいない利用者では、評価が難しい」(NS・CM)「情報収集の実践者がケアマネジャーであり自分(訪問看護師)自身ではないときに、それを回答に反映させて良いのか判断が難しい」(NS)など、判断の難しさがあることが示された(表11)。

4. 考察

本研究ではウェブ調査による評価者間信頼性、再テスト信頼性を、インタビュー調査による表面的妥当性の検討を行った。対象は、再テスト信頼性の評価のために「状態が安定している者」に限定したが、年齢は75歳~102歳、要介護度や疾患は多様であり、在宅で療養している要介護高齢者

を網羅した評価結果が得られたと言える。

以下、評価者間信頼性、再テスト信頼性、表面的妥当性の結果について、それぞれ検討する。

1. 評価者間信頼性

1) 各質問項目の結果

(1) アウトカムの各項目とネガティブイベントの一致率

アウトカムの項目毎の完全一致率は平均0.66あり、「わからない」の回答を欠損とみなすことで0.74に上昇した。さらに、アウトカム指標におけるネガティブイベントの有無を用いた場合の完全一致率は平均0.78、「わからない」の回答を欠損とみなした場合の平均一致率は0.88あった。これらの結果より、評価者間で一つひとつの項目の評価結果が完全に一致することはやや難しいものの、ネガティブイベントが発生しているかどうかの評価結果に関しては信頼性が担保されると判断できる。さらに「わからない」という回答を欠損とみなし、分析から除いた場合に特に高い一致率であった結果から、各評価者が自信をもって評価した結果は、高い信頼性を有すると解釈できる。

本研究における評価者は評価のための特別なトレーニングを受けた者ではなく、実際に臨床現場で働く訪問看護師や介護支援専門員が、調査票に記載された説明に基づき評価を実施している。以上より本指標は、信頼性・妥当性が担保され、かつ臨床現場の日常業務の中で活用可能な指標であると言える。

一方、「わからない」の回答割合が高いアウトカム指標や、「わからない」を欠損値として除外してもなお一致率が低いアウトカム指標等、検討を要する項目が示された。

(2) 「わからない」の回答が多い項目について

対象者が「わからない」と回答することの多い項目は、評価指標としての妥当性および質問の表現に関する課題があると考えられる。一方で、評価者の把握および判断が難しい項目であるが、把握・判断でき回答できていれば評価者間の評価結果が一致する、つまり信頼できる評価結果が得られると考えられる。

評価者が「わからない」と回答した主な理由として、例えば「社会的交流の満足度の度合い」や「人生の中で大切にしていること」など「抽象的な質問があり、何を聞きたいのかわかりにくかった」という意見が挙げられた。

各項目に対する意見として、ドメイン1「社会的交流」の生きがいや交流に関して「利用者がヘルプを出していないのにあえて掘り起こさない」という発言があった。また利用者へ直接聴取せず、間接的な話題の会話内容や雰囲気から察することで、利用者の状態を把握しているとする対象者もいた。そのため、評価者により把握の有無およびその内容に関する回答結果が不一致になりやすいことが推測された。

ドメイン3「食生活の維持」は、「5%の体重減少」のほか「痩せてきていると感

じる」のかどうかで判断を求めている。在宅ケアにおいて定期的に体重測定をしていないため体重の変化を把握できていないことに加え、「痩せてきていると感じる」と判断する基準が不明確であるため、「わからない」と回答する評価者が多かった。また、ドメイン8「家族のウェルビーイングの追求」では、インタビュー調査より、独居であり介護者がいない利用者では評価が難しいことや、評価者以外によるアセスメントである場合の回答の判断が難しいことにより「わからない」の回答が多かったと考えられる。

以上より、これらの各項目の評価に関して具体的な評価基準を示すことにより、「わからない」の回答を減少させ、評価の信頼性を向上させることができると期待できる。

(3) 「わからない」を欠損としても一致率が低いアウトカム指標について

一方、ドメイン1「尊厳の追求」（希望するケアの実現）、ドメイン4「排泄活動の維持」、ドメイン7「認知機能低下による生活障がい最小化」に関しては、「わからない」を欠損としても依然として一致率が低かった。

ドメイン1「尊厳の追求」における「希望するケアの実現」に関して、「わからない」の回答を欠損とした際のネガティブイベントの一致率は0.7以下であった。インタビュー調査における「30日という期間ではなく、ケアプランを変える時とか、定期的に1年か半年かで聞く必要はあると思

う」といった意見から、指標で定めた期間と臨床現場における評価のタイミングの実態が指標と異なることが影響している可能性がある。また「共有はどこまでをもって共有なのか分かりにくい。人によって解釈が異なると思う」という発言から、「話し合い」や「共有」の範囲、程度に関して、評価者により判断が異なったことが示唆された。

ドメイン4「排泄行動の維持」のネガティブイベントの一致率は、「わからない」の回答を欠損とした場合、NS-NSで0.65、NS-CMで0.76であった。インタビュー調査において、排便問題の評価の実際は利用者や家族からの情報で行うことが多く、理解が容易な「軟便」「硬便」などで聞き取りを行っていることが主であると語られた。ブリストルスケールを用いた評価は、厳密な下剤の調整を行っている利用者、下痢が続いている利用者など、医学的に必要とされる場合に限定して行われていた。これらの結果から、在宅ケアにおいて利用者の排便に関する問題が顕在化していない場合には、ブリストルスケールのような標準化されているツールの活用が難しく、一致率が低値となったと推測される。

ドメイン7「認知機能低下による生活障がい最小化」のネガティブイベントにおいて、「わからない」を欠損とした場合の一致率はNS-NS、NS-CMとも0.65であった。インタビュー調査において、訪問看護を利用する高齢者は認知機能の低下を認める者も少なくなく、1日の中でも気分や認知の変動がみられたり、訪問者によって

穏やかさが異なったりするなどの情動の不安定さがあり、評価が難しいという意見があった。

以上より、質問表現の変更や、質問内容の理解を助け評価の判断基準となるガイドの作成により、評価者による判断のばらつきを防ぐことで、評価結果の信頼性を向上させることができると期待できる。

2) プロセス指標の評価結果について

「アセスメント」と「ケア」が含まれるプロセス指標では、評価者間信頼性の平均は0.48～0.84であり、「わからない」の回答を欠損値とみなしてもアセスメント項目の平均は0.62、ケア項目の平均は0.66であった。長期ケアにおいて多職種がチームでアセスメント・ケアを実施することが重要であることから、本指標のプロセスの評価において「実施者は問わない」という条件を付した。これに対して、インタビュー調査では「ヘルパーが食事の時に付き添いをしているが、指標で示されているような細かなアセスメントをしているかわからない」といった意見が聞かれた。また「実施者は問わない」という条件はあるものの、自分が実施しておらず、かつ、他職種が実施したか把握していない場合に、評価者により「実施していない」と回答するケースと「わからない」と回答するケースがあり、不一致の原因となっていた。

プロセス指標において、評価者の認識が統一するよう「実施者は問わない」の解釈に関する説明を追加することで、信頼性を高められる可能性がある。また将来的に

は、プロセス指標の評価において「実施者は問わない」の条件を削除し、評価者自身がアセスメント・ケアを実施したかを問う形式への変更も考慮する余地がある。

2. 再テスト信頼性

全体として、評価者間信頼性と比べ再テスト信頼性では一致率が高い傾向にあった。評価者間信頼性の結果と併せると、本指標は評価者による認識の違いにより評価者間の評価結果が異なる項目があるものの、同一評価者による評価では一貫性のある結果が得られることが示唆された。一方、テスト-再テスト間で評価が不一致となった要因として、評価と評価の間の利用者の状態変化が考えられる。また、2回目は評価に習熟し、1回目に「わからな」かった項目も2回目には回答ができたために評価が一致しなかった可能性がある。特に「わからない」の回答を欠損として一致率が上昇した項目は、この傾向が強いと考えられる。

「わからない」の回答が多い項目についてアウトカム項目と同様に評価の基準を作ることで、さらなる信頼性の向上が期待できる。

3. 表面的妥当性について

インタビュー調査にて、本指標は長期ケアの質を反映しているという肯定的な意見が多く、表面的妥当性は担保されたと考えられる。一方、一部の評価者からは、高齢者の生活全般にわたり管理的な側面の割合が大きく、在宅ケアというよりむしろ介護

保険施設や病院向けの指標であるという意見も聞かれた。本研究では、再テスト信頼性の検討のために「状態の安定している利用者」の選定を依頼した。そのため評価者にとって、本指標における包括的な評価を行う必要性が低いと感じる利用者が含まれていた可能性がある。

しかしながら「安定している利用者」であっても、医療・介護の必要性の高い脆弱な高齢者を対象とする在宅ケアにおいて、包括的なアセスメント・ケアの重要性は高い。よって、評価者が包括的なアセスメント・ケアの重要性を認識できるような教育的な取り組みを、併せて行う必要があると考えられる。また長期ケアの質の評価においては定期的な評価が求められるが、今後は利用者の特性や項目の内容に応じて、適正な評価の実施頻度を検討する必要があるかもしれない。

限界

本研究の限界として、信頼性評価において一般的な指標であるカッパ係数を用いて偶然の一致を考慮した検討が行えなかったことがある。カッパ係数は、回答結果の偏りが大きい場合に低く算出されるという限界がある。本指標では、いずれかの選択肢に回答が偏る項目が多く含まれたため、カッパ係数では適切な検討が行えないと判断し、単純な一致率の結果を用いた。

またサンプルサイズの設定において、評価者を NS-NS、NS-CM それぞれ 40 組としたが、令和 3 年度中に調査を完了できず、特に NS-CM については目標値に満た

ない 17 組による結果を示した。現在、調査を継続中であり、次年度に報告予定である。

今後への示唆

今後は、評価者により異なる解釈を生む質問項目に対して、質問項目の表現の修正や評価ガイドの作成を行う予定である（表 12）。

例えば、ドメイン 1「尊厳の追求」のアセスメント項目に対する「認知症の人に満足や生きがいを聞くのは難しい」という意見に対して、「認知症で本人への確認が難しいなりに、表情や言動、過去の本人の様子と照らした現在の状況などから、本人が満足できているかどうかの判断・検討をなんらかの視点で行っていれば、“アセスメントやケアを実施している”と評価してください」と補足説明を加えることを検討している。

また今後は、高齢者の療養環境を問わず継続したケアの質評価が行えるような指標への精錬を目指す。介護保険施設における質指標の信頼性と妥当性を評価することが課題である。

5. 結論

訪問看護師と介護支援専門員を対象とした調査において、長期ケアの質指標の評価者間信頼性、再テスト信頼性、表面的妥当性の検討を行った。アウトカム指標から算出したネガティブイベントにおいて概ね高い一致率が得られ、質指標の信頼性が確認できた。一方、一致率の低い項目や「わか

らない」の回答が多い項目に対して検討の必要性が示唆された。

信頼性を向上させる方策として、評価基準をより明確にするための評価ガイドの作成が有効と考えられる。また、表面的妥当性についても一定程度担保されたが、訪問看護師・介護支援専門員に対し質指標を活用する意義に関する教育的な取り組みや、評価頻度の見直しを行う必要性が示唆された。

謝辞

調査にご協力いただきました訪問看護師・介護支援専門員の皆様に、心より感謝申し上げます。

文献

1. Fukui C, Igarashi A, Noguchi-Watanabe M, et al. Development of quality indicators for evaluating the quality of long-term care. *Geriatr Gerontol Int* 2021; 21: 370-371.
2. de Vet HCW, Terwee CB, Knol DL, Bouter LM. When to use agreement versus reliability measures. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 1033-1039.

表 2. VENUS 指標の構造

ドメイン	アウトカム項目
1. 尊厳の保持	1) 社会的交流の確保 2) 孤独感の最小化 3) 希望する生き方の実現 4) 希望するケアの実現 5) 活動制限の撤廃
2. 苦痛の最小化	6) 疾患悪化予防 7) 入院予防 8) 尿路感染症予防 9) 呼吸器感染症予防 10) 褥瘡予防 11) 呼吸困難への対処 12) 疼痛への対処
3. 食生活の維持	13) 栄養状態の保持 14) 脱水予防
4. 排泄活動の維持	15) 排泄活動の維持
5. 身体活動の維持	16) 転倒転落による外傷の予防 17) 日常的な活動の維持 18) 寝床以外での活動の維持
6. 睡眠の確保	19) 生活に支障のない睡眠の確保
7. 認知機能低下による生活障がいの最小化	20) 認知機能低下による生活障がいの最小化
8. 家族のウェルビーイングの追求	21) 家族のウェルビーイングの追求

表 3. 参加者特性

	経験の豊富な訪問看護師 (n=37)		経験の浅い訪問看護師 (n=25)		介護支援専門員 (n=14)	
	n, 平均値±標準偏差	(%) [範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%) [範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%) [範囲]
年齢 (歳)	47.3±7.2	[31-59]	39.4±11.9	[24-59]	57.5±10.3	[41-72]
性別						
女性	33	(89.1)	25	(100)	13	(92.8)
男性	4	(10.1)			1	(7.2)
看護職経験年数 (年)	21.3±8.9	[4-38]	12.7±8.8	[2-28]		
訪問看護師経験年数 (年)	7.6±6.6	[1-29]	1.4±1.9	[1-13]		
認定看護師資格						
訪問看護	3	(8.0)				
皮膚排泄ケア	1	(3.0)				
緩和ケア	1	(3.0)				
専門看護師資格						
老人看護	1	(3.0)				
がん看護	1	(3.0)				
介護支援専門員経験年数 (年)					11.1±6.1	[2-21]
主任介護支援専門員研修を修了					2	(14.4)
認定ケアマネジャー資格					0	(0)
基礎資格の種類						
(複数回答可)						
介護福祉士					12	(85.7)
歯科衛生士					2	(14.4)
社会福祉士					1	(7.2)
精神保健福祉士					1	(7.2)
看護師					1	(7.2)
基礎資格の経験年数					13±9.61	[4-35]
2020年度学会・研修会参加回数	1.3±0.7	[0-13]	1.2±0.3	[0-9]	1.4±0.8	[0-6]

表 4. 利用者特性 (n=55)

		n	(%)
		平均値±標準偏差 [範囲]	
年齢		85.4±6.28	[75-102]
性別	女性	32	(58.0)
	男性	23	(42.0)
疾患	心不全	8	(14.5)
	認知症	7	(12.7)
	がん	7	(12.7)
	脳血管疾患	7	(12.7)
	糖尿病	2	(3.6)
	その他	31	(56.3)
	要介護度	なし (申請中など)	0
要支援 1		0	(0.0)
要支援 2		4	(7.3)
要介護 1		10	(18.2)
要介護 2		12	(21.8)
要介護 3		4	(7.3)
要介護 4		10	(18.2)
要介護 5		11	(20.0)
障害高齢者		生活自立J	15
	日常生活自立度		
日常生活自立度	準寝たきりA	16	(29.0)
	寝たきりB	10	(18.1)
	寝たきりC	14	(25.4)
認知症高齢者	なし	11	(20.0)
日常生活自立度	I	10	(18.1)
	II	13	(23.6)
	III	9	(13.4)
	IV	8	(15.4)
	M	2	(3.6)
	不明	2	(3.6)
	世帯構成	独居	12
利用者と配偶者の夫婦二人		18	(32.7)
それ以外		24	(43.6)
主介護者	子	19	(34.5)
	配偶者	19	(34.5)
	子の配偶者	3	(5.5)
	それ以外	3	(5.5)
	いない	8	(14.5)

表 5. ネガティブイベントの発生 (n=51) *

ネガティブイベント	n	(%)
1) 社会的交流の確保	5	(9.8)
2) 孤独感の最小化	0	(0.0)
3) 希望する生き方の実現	0	(0.0)
4) 希望するケアの実現	0	(0.0)
5) 活動制限の撤廃	0	(0.0)
6) 疾患悪化予防	2	(3.9)
7) 入院予防	3	(5.9)
8) 尿路感染予防	1	(2.0)
9) 呼吸器感染予防	2	(3.9)
10) 褥瘡予防	6	(11.8)
11) 呼吸困難への対処	4	(7.8)
12) 疼痛への対処	2	(3.9)
13) 栄養状態の保持	2	(3.9)
14) 脱水予防	6	(11.8)
15) 排泄活動の維持	22	(43.1)
16) 転倒転落による外傷の予防	0	(0.0)
17) 日常的な活動の維持**	—	(—)
18) 寝床以外での活動の維持	10	(19.6)
19) 生活に支障のない睡眠の確保	4	(7.8)
20) 認知機能低下による生活障がい最小化	12	(23.5)
21) 家族のウェルビーイングの追求	8	(15.7)

*経験の豊富な看護師による評価

**経時的な分析が必要となるため、本調査では分析せず

表 6-1. アウトカム項目一致率

質問項目	NS1-NS2 (n=31)		NS1-CM (n= 17)		NS Retest (n=58)		CM Retest	
	3値	わからない欠損	3値	わからない欠損	3値	わからない欠損	3値	わからない欠損
	一致率	一致率 (n)	一致率	一致率 (n)	一致率	一致率 (n)	一致率	一致率 (n)
D1 社会的交流の状況(過去30日間)								
D1 ・関心のある活動への参加の有無	0.58	0.75 (24)	0.82	0.93 (15)	0.77	0.86 (49)	0.75	0.75 (12)
D1 ・家族や友人の訪問の有無	0.68	0.74 (27)	0.88	0.94 (16)	0.68	0.88 (45)	0.92	1.00 (11)
D1 ・家族や友人とのその他の交流の有無	0.48	0.67 (21)	0.41	0.56 (9)	0.44	0.63 (37)	0.75	0.73 (11)
D1 ・家族や友人との葛藤や怒りの有無	0.35	0.57 (14)	0.53	0.80 (10)	0.63	0.84 (27)	0.83	0.82 (11)
D1 ・一部の家族や近い知り合いに対する恐れの有無	0.48	0.67 (18)	0.59	0.91 (11)	0.68	0.96 (30)	0.92	0.92 (12)
D1 ・ネグレクト、粗末に扱われる、虐待の有無	0.77	1.00 (23)	0.82	1.00 (14)	0.89	0.98 (45)	1.00	1.00 (12)
D1 孤独感や寂しさの表現の有無(過去30日間)	0.52	0.65 (20)	0.41	0.56 (9)	0.56	0.73 (30)	0.67	0.88 (8)
D1 可能な範囲で自分の希望する生き方の実現の有無(過去30日間)	0.45	0.55 (20)	0.53	0.64 (14)	0.64	0.80 (37)	0.83	0.82 (11)
D1 受けたいケアについての話し合いへの参加と、共有の有無(過去30日間)	0.26	0.42 (19)	0.53	0.56 (16)	0.54	0.67 (43)	0.33	0.36 (11)
D1 療養の場において身体抑制の有無(過去30日間)	0.90	0.97 (29)	0.88	1.00 (15)	0.92	0.98 (52)	1.00	1.00 (12)
D2 新たな疾患が発生したり、既往疾患の再発・再燃の有無(過去30日間)	0.77	0.77 (31)	0.94	0.94 (17)	0.88	0.90 (55)	0.92	0.92 (12)
D2 入院回数(過去30日間)	0.97	0.97 (31)	1.00	1.00 (17)	0.97	0.97 (57)	0.92	0.92 (12)
D2 救急外来受診の回数(過去30日間)	1.00	1.00 (31)	0.88	0.88 (17)	1.00	1.00 (57)	0.75	0.75 (12)
D2 営業時間外の緊急コールの回数(過去30日間)	0.84	0.84 (31)	0.76	0.76 (17)	0.86	0.86 (57)	0.75	0.75 (12)
D2 営業時間外の緊急訪問の回数(過去30日間)	0.81	0.81 (31)	0.76	0.76 (17)	0.90	0.90 (57)	0.75	0.75 (12)
D2 尿路感染症 (UTI) の有無(過去30日間)	0.97	1.00 (30)	0.88	0.94 (16)	0.94	0.98 (55)	1.00	1.00 (12)
D2 肺炎の有無(過去30日間)	0.94	0.97 (30)	1.00	1.00 (17)	0.95	0.96 (56)	1.00	1.00 (12)
D2 褥瘡の有無(過去30日間)	0.71	0.71 (31)	0.76	0.76 (17)	0.80	0.80 (57)	0.92	0.92 (12)
D2 皮膚の裂傷や切り傷の有無(過去30日間)	0.77	0.77 (31)	0.65	0.73 (15)	0.79	0.79 (57)	0.67	0.64 (11)
D2 呼吸困難 (息切れ) の有無(過去3日間)	0.52	0.52 (31)	0.59	0.59 (17)	0.63	0.63 (57)	0.75	0.75 (12)
D2 呼吸困難のコントロールの程度(過去3日間)	0.65	0.65 (31)	0.65	0.65 (17)	0.60	0.60 (57)	0.92	0.92 (12)
D2 痛みの有無(過去3日間)	0.45	0.54 (24)	0.76	0.76 (17)	0.66	0.66 (48)	0.75	0.82 (11)
D2 痛みのコントロールの程度(過去3日間)	0.45	0.45 (31)	0.71	0.71 (17)	0.57	0.69 (57)	0.67	0.67 (12)
D3 体重	0.73	0.73 (30)	0.88	0.88 (17)	0.87	0.87 (56)	0.75	0.75 (12)
D3 5%以上の体重減少があるか(過去30日間)、30日前に比べてやせてきたと感じるか	0.61	0.89 (18)	0.59	0.91 (11)	0.64	0.88 (34)	0.33	0.57 (7)
D4 脱水の有無(過去30日間)	0.77	0.92 (25)	0.88	0.94 (16)	0.81	0.97 (48)	0.83	1.00 (10)
D4 最も多い便性状(過去30日間)	0.32	0.31 (29)	0.41	0.50 (4)	0.52	0.49 (57)	0.83	1.00 (3)
D4 尿失禁・便失禁・IADの有無(過去30日間)	0.77	0.82 (28)	0.47	0.57 (14)	0.71	0.79 (51)	0.50	0.63 (8)
D5 転倒転落の有無(過去30日間)	0.87	0.96 (28)	0.82	0.82 (17)	0.89	0.96 (52)	0.92	0.92 (12)
D5 ADL：入浴	0.41	0.41 (31)	0.53	0.53 (17)	0.64	0.64 (57)	0.71	0.71 (12)
D5 ADL：移動	0.42	0.42 (31)	0.69	0.69 (17)	0.67	0.67 (57)	0.84	0.84 (12)
D5 ADL：トイレの使用	0.78	0.78 (31)	0.78	0.78 (17)	0.73	0.73 (57)	0.92	0.92 (12)
D5 ADL：食事	0.61	0.61 (31)	0.72	0.72 (17)	0.65	0.65 (57)	0.68	0.68 (12)
D5 ADL：個人衛生 (洗顔、洗髪、身体清拭、陰部洗浄、爪切り等)	0.61	0.61 (31)	0.74	0.74 (17)	0.61	0.61 (57)	0.74	0.74 (12)
D5 ADL：家事一般 (血洗い、掃除、布団の上げ下げ、整理整頓、洗濯等)	0.71	0.71 (31)	0.66	0.66 (17)	0.71	0.71 (57)	0.91	0.91 (12)
D5 寝床から身体を離れた時間/日(過去3日間)	0.55	0.67 (21)	0.65	0.69 (16)	0.51	0.60 (43)	0.83	0.83 (12)
D5 寝室の外に出た回数(過去3日間)	0.65	0.77 (22)	0.53	0.56 (16)	0.66	0.47 (45)	0.67	0.66 (12)
D5 家 (建物) の外に出た回数(過去3日間)	0.58	0.70 (20)	0.59	0.67 (15)	0.58	0.75 (39)	0.75	0.81 (11)
D6 睡眠の障害による生活への支障の有無(過去3日間)	0.61	0.75 (20)	0.53	0.64 (14)	0.64	0.76 (38)	0.75	0.89 (9)
D7 意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定のいずれかの兆候の有無(過去3日間)	0.48	0.52 (23)	0.35	0.43 (14)	0.71	0.75 (39)	0.75	0.75 (12)
D8 家族は無理なく穏やかに過ごせたか(過去30日間)	0.58	0.76 (17)	0.47	0.70 (10)	0.64	0.72 (33)	0.67	0.70 (10)
D8 *家族は無理なく穏やかに過ごせたか (過去30日間)	0.56	0.76 (17)	0.50	0.70 (10)	0.65	0.72 (33)	0.67	0.70 (10)
D8 家族は介護のために疲れ切っていたか(過去30日間)	0.52	0.79 (14)	0.53	0.89 (9)	0.58	0.88 (26)	0.67	0.80 (10)
D8 *家族は介護のために疲れ切っていたか(過去30日間)	0.56	0.79 (14)	0.50	0.89 (9)	0.58	0.88 (26)	0.67	0.80 (10)
平均	0.65	0.72 (26.0)	0.68	0.75 (15.1)	0.73	0.78 (48.2)	0.78	0.81 (11.3)

D8:*独居一介護者なしの利用者は分析対象から除外した

■ は0.7以上の一致率もしくは30%以上の一致率の上昇と「わからない」の割合、は0.3以下の一致率を示す☒

表 6-2. アウトカム項目一致率

質問項目	全ペアにおける評価者間の一致率 (n=48)				
	3値 一致率	わからない欠損 一致率	n	一致率の上昇率	「わからない」 割合
D1 社会的交流の状況(過去30日間)					
D1 ・関心のある活動への参加の有無	0.70	0.84	(39)	17%	19%
D1 ・家族や友人の訪問の有無	0.78	0.84	(43)	7%	10%
D1 ・家族や友人とのその他の交流の有無	0.45	0.61	(30)	27%	38%
D1 ・家族や友人との葛藤や怒りの有無	0.44	0.69	(24)	36%	50%
D1 ・一部の家族や近い知り合いに対する恐れの有無	0.54	0.79	(29)	32%	40%
D1 ・ネグレクト、粗末に扱われる、虐待の有無	0.80	1.00	(37)	20%	23%
D1 孤独感や寂しさの表現の有無(過去30日間)	0.46	0.60	(29)	23%	40%
D1 可能な範囲で自分の希望する生き方の実現の有無(過去30日間)	0.49	0.60	(34)	18%	29%
D1 受けたケアについての話し合いへの参加と、共有の有無(過去30日間)	0.39	0.49	(35)	20%	27%
D1 療養の場において身体抑制の有無(過去30日間)	0.89	0.98	(44)	9%	8%
D2 新たな疾患が発生したり、既往疾患の再発・再燃の有無(過去30日間)	0.86	0.86	(48)	0%	0%
D2 入院回数(過去30日間)	0.98	0.98	(48)	0%	0%
D2 救急外来受診の回数(過去30日間)	0.94	0.94	(48)	0%	0%
D2 営業時間外の緊急コールの回数(過去30日間)	0.80	0.80	(48)	0%	0%
D2 営業時間外の緊急訪問の回数(過去30日間)	0.79	0.79	(48)	0%	0%
D2 尿路感染症 (UTI) の有無(過去30日間)	0.93	0.97	(46)	5%	4%
D2 肺炎の有無(過去30日間)	0.97	0.98	(47)	2%	2%
D2 褥瘡の有無(過去30日間)	0.74	0.74	(48)	0%	0%
D2 皮膚の裂傷や切り傷の有無(過去30日間)	0.71	0.75	(46)	6%	4%
D2 呼吸困難 (息切れ) の有無(過去3日間)	0.55	0.55	(48)	0%	0%
D2 呼吸困難感のコントロールの程度(過去3日間)	0.65	0.65	(48)	0%	0%
D2 痛みの有無(過去3日間)	0.61	0.65	(41)	7%	15%
D2 痛みのコントロールの程度(過去3日間)	0.58	0.58	(48)	0%	0%
D3 体重	0.81	0.81	(47)	0%	2%
D3 5%以上の体重減少があるか(過去30日間)、30日前に比べてやせてきたと感じるか	0.60	0.90	(29)	33%	40%
D4 脱水の有無(過去30日間)	0.83	0.93	(41)	11%	15%
D4 最も多い便性状(過去30日間)	0.37	0.41	(33)	9%	31%
D4 尿失禁・便失禁・IADの有無(過去30日間)	0.62	0.70	(42)	11%	13%
D5 転倒転落の有無(過去30日間)	0.85	0.89	(45)	5%	6%
D5 ADL：入浴	0.47	0.47	(48)	0%	0%
D5 ADL：移動	0.56	0.56	(48)	0%	0%
D5 ADL：トイレの使用	0.78	0.78	(48)	0%	0%
D5 ADL：食事	0.67	0.67	(48)	0%	0%
D5 ADL：個人衛生 (洗顔、洗髪、身体清拭、陰部洗浄、爪切り等)	0.67	0.67	(48)	0%	0%
D5 ADL：家事一般 (皿洗い、掃除、布団の上げ下げ、整理整頓、洗濯等)	0.68	0.68	(48)	0%	0%
D5 寝床から身体を離れた時間/日(過去3日間)	0.60	0.68	(37)	12%	23%
D5 寝室の外に出た回数(過去3日間)	0.59	0.67	(38)	12%	21%
D5 家 (建物) の外に出た回数(過去3日間)	0.58	0.68	(35)	14%	27%
D6 睡眠の障害による生活への支障の有無(過去3日間)	0.57	0.70	(34)	18%	29%
D7 意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定のいずれかの兆候の有無(過去3日間)	0.42	0.48	(37)	12%	23%
D8 家族は無理なく穏やかに過ごせたか(過去30日間)	0.53	0.73	(27)	28%	44%
D8 *家族は無理なく穏やかに過ごせたか(過去30日間)	0.53	0.73	(27)	27%	44%
D8 家族は介護のために疲れ切っていたか(過去30日間)	0.52	0.84	(23)	38%	52%
D8 *家族は介護のために疲れ切っていたか(過去30日間)	0.53	0.84	(23)	37%	52%
平均	0.66	0.74	(41)	10%	14%

D8:*独居一介護なしの利用者は分析対象から除外した

■ は0.7以上の一致率もしくは30%以上の一致率の上昇と「わからない」の割合、は0.3以下の一致率を示す☒

表 7-1. ネガティブイベント一致率

		NS-NS (n=31) 一致率	NS-CM (n=17) 一致率	NSRetest (n=58) 一致率	CMRetest (n=12) 一致率
1)	社会的交流の確保 過去 30 日間の利用者の社会的交流はどのような状況でたかに 対し 、「関心ある活動への参加」「家族や友人の訪問」「家族や友人とのその他の交流」の全てで「1.なかった」「2.わからない」に回答した、または「家族や友人との葛藤や怒り」「一部の家族や近い知り合いに対する恐れ」「ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される」のいずれかで 対し 「0.あった」「2.わからない」に回答した	0.77	0.94	0.82	0.92
2)	孤独感の最小化 過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、「2.常に表現している」「3.わからない」のいずれかに回答した	0.71	0.59	0.79	1.00
3)	希望する生き方の実現 利用者は、今の状況において可能な範囲で自分の希望する生き方を実現できていると 思われますか に対し、「2.全くできていない」「3.わからない」のいずれかに回答した	0.81	0.88	0.91	1.00
4)	希望するケアの実現 利用者が受けたケア・支援(アドバース・ケア・プランニング 等 を含む)について、定期的話し合い、周りの人(家族・医療・介護専門職を含む)と共有していますかに対し、「1.話し合いはしているが、共有していない」「2.話し合いはしていない」「3.わからない」のいずれかに回答した	0.61	0.94	0.83	1.00
5)	活動制限の撤廃 利用者は、過去 30 日間に、療養の場において身体抑制を受けましたか(四肢の抑制、ベッドの 点 点柵、車いすのテーブル等)に対し、「1.はい」「2.わからない」のいずれかに回答した	1.00	1.00	1.00	1.00
6)	疾患悪化予防 過去 30 日間に、救急外来を受診しましたかに対し、「1.はい」「2.わからない」のいずれかに回答した	1.00	0.82	0.99	0.75
7)	入院予防 過去 30 日間(または 1 年間に)何回入院しましたかに対し、「1回以上」と回答した	0.97	0.94	0.96	0.92
8)	尿路感染予防 利用者は、過去 30 日間				

表 7-2. ネガティブイベント一致率

		NS-NS		NS-CM		NS Retest		CM Retest		3 値	
		一致率	(n)	一致率	(n)	一致率	(n)	一致率	(n)		
1)	社会的交流の確保 過去 30 日間の利用者の社会的交流はどのような状況でたかにに対し、「関心ある活動への参加」「家族や友人の訪問」「家族や友人とのその他の交流」の全てで「1.なかった」「2.わからない」に回答した、または「家族や友人との葛藤や怒り」「一部の家族や近い知り合いに対する恐れ」「ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される」のいずれかで「0.あった」「2.わからない」に回答した	1.00	(21)	1.00	(10)	1.00	(58)	0.92	(12)	0.83	1.00 (31)
2)	孤独感の最小化 過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、「2.常に表現している」「3.わからない」										

表 8-1. プロセス項目一致率

		NS1-NS2 (n=31)		NS1-CM (n=17)		NS Retest(n=58)		CM Retest (n=12)	
		3値	わからない欠損	3値	わからない欠損	3値	わからない欠損	3値	わからない欠損
		一致率	一致率 (n)	一致率	一致率 (n)	一致率	一致率 (n)	一致率	一致率 (n)
D1 プロセスアセスメント	平均	0.44	0.61 (21)	0.52	0.63 (12)	0.57	0.73 (40)	0.68	0.79 (9)
D2 プロセスアセスメント	平均	0.57	0.68 (25)	0.65	0.71 (15)	0.70	0.77 (46)	0.73	0.79 (11)
D3 プロセスアセスメント	平均	0.55	0.65 (25)	0.65	0.70 (15)	0.75	0.83 (49)	0.81	0.88 (11)
D4 プロセスアセスメント	平均	0.57	0.63 (28)	0.65	0.71 (15)	0.75	0.79 (53)	0.77	0.86 (11)
D5 プロセスアセスメント	平均	0.47	0.53 (27)	0.58	0.62 (16)	0.67	0.73 (50)	0.74	0.77 (11)
D6 プロセスアセスメント	平均	0.53	0.63 (26)	0.53	0.64 (14)	0.62	0.70 (48)	0.79	0.82 (11)
D7 プロセスアセスメント	平均	0.37	0.46 (25)	0.59	0.63 (16)	0.64	0.72 (47)	0.72	0.75 (11)
D8 プロセスアセスメント	平均	0.46	0.57 (24)	0.55	0.58 (15)	0.66	0.75 (47)	0.81	0.82 (11)
プロセスアセスメント	平均	0.50	0.59 (25.1)	0.59	0.65 (14.7)	0.67	0.75 (47.5)	0.76	0.81 (10.6)
D1 プロセスケア	平均	0.49	0.65 (23)	0.63	0.67 (16)	0.64	0.76 (46)	0.76	0.80 (11)
D2 プロセスケア	平均	0.58	0.66 (25)	0.68	0.74 (14)	0.71	0.76 (41)	0.77	0.81 (10)
D3 プロセスケア	平均	0.77	0.94 (26)	0.91	0.91 (17)	0.88	0.96 (52)	0.92	0.92 (12)
D4 プロセスケア	平均	0.57	0.64 (27)	0.61	0.67 (15)	0.68	0.74 (52)	0.78	0.83 (11)
D5 プロセスケア	平均	0.54	0.65 (26)	0.69	0.72 (16)	0.69	0.75 (50)	0.74	0.76 (11)
D8 プロセスケア	平均	0.52	0.67 (23)	0.45	0.51 (15)	0.62	0.70 (47)	0.78	0.87 (11)
プロセスケア	平均	0.58	0.70 (25.0)	0.66	0.70 (15.5)	0.70	0.78 (48.0)	0.79	0.83 (11.0)
プロセス項目	平均	0.54	0.65 (25.1)	0.63	0.68 (15.1)	0.69	0.76 (47.8)	0.77	0.82 (10.8)

■は0.7以上の一致率、□は0.3以下の一致率を示す

表 8-2. プロセス項目一致率

		全ペアにおける評価者間の一致率 (n=48)				
		3値	わからない欠損	一致率の上昇率	「わからない」割合	
		一致率	一致率 (n)			
D1 プロセスアセスメント	平均	0.48	0.62 (33)	22%	31%	
D2 プロセスアセスメント	平均	0.61	0.69 (40)	12%	16%	
D3 プロセスアセスメント	平均	0.60	0.68 (40)	12%	16%	
D4 プロセスアセスメント	平均	0.61	0.67 (43)	9%	10%	
D5 プロセスアセスメント	平均	0.52	0.58 (43)	9%	11%	
D6 プロセスアセスメント	平均	0.53	0.64 (40)	17%	17%	
D7 プロセスアセスメント	平均	0.48	0.54 (41)	12%	15%	
D8 プロセスアセスメント	平均	0.51	0.58 (39)	12%	20%	
プロセスアセスメント	平均	0.54	0.62 (40)	13%	17%	
D1 プロセスケア	平均	0.56	0.66 (39)	16%	19%	
D2 プロセスケア	平均	0.63	0.70 (39)	10%	18%	
D3 プロセスケア	平均	0.84	0.93 (43)	9%	10%	
D4 プロセスケア	平均	0.59	0.66 (42)	11%	12%	
D5 プロセスケア	平均	0.62	0.68 (42)	10%	12%	
D8 プロセスケア	平均	0.48	0.59 (38)	18%	21%	
プロセスケア	平均	0.62	0.70 (41)	12%	16%	
プロセス項目	平均	0.58	0.66 (40)	12%	16%	

■は0.7以上の一致率、□は0.3以下の一致率を示す

表 9. インタビュー対象者の特性

	経験の豊富な訪問看護師 (n=8)		経験の浅い訪問看護師 (n=5)		介護支援専門員 (n=2)	
	n, 平均値±標準偏差	(%) [範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%) [範囲]	n, 平均値±標準偏差	(%) [範囲]
年齢 (歳)	50.1	[36-59]	33.8	[27-43]	47.5±6.5	[41-54]
性別						
女性	7	(87.5)	5	(100)	1±0	(50)
男性	1	(1.2)	0	(0)	1±0	(50)
看護職経験年数 (年)	24.0±10.5	[10-39]	8.2±5.1	[3-17]		
訪問看護師経験年数 (年)	9.3±8.3	[4-28]	4.0±3.5	[0-9]		
認定看護師資格						
訪問看護	1	(1.2)				
専門看護師資格						
老人看護	1	(1.2)				
がん看護	1	(1.2)				
介護支援専門員経験年数 (年)					15.5±6.5	[10-20]
基礎資格の種類						
介護福祉士					1±0	(50)
(複数回答可) 歯科衛生士					1±0	(50)
基礎資格の経験年数					22.5±12.5	[10-35]

表 10. VENUS 指標全体への意見

[肯定的な意見]

- ・ 高齢者への在宅ケアの質の全体が網羅されている指標だと思った(NS)。
- ・ この指標の評価を通して、自分に足りていない視点や、普段見ているけど意識していなかった視点があることに気が付くきっかけとなった(NS)。
- ・ 必要な項目が網羅されているので、新人の教育に使えると思う(NS)。
- ・ 初回や半年おきなど、利用者さんの全体像を把握し直すときに活用できる(NS・CM)。

[否定的な意見]

- ・ 自分が実施していない項目の回答をする時に、何をもって「いいえ」か「わからない」とするかは、人によって解釈が違うと思う(NS・CM)。
- ・ アセスメントやケア項目で、「実施者は問わない」との条件があったが、自分のしていないことで「はい」や「いいえ」と言いきることが難しいと感じた(NS・CM)。
- ・ 抽象的な質問があり、何を聞きたいのかわかりにくかった(NS)。
- ・ 項目が多くてしっかり入力しようとすると評価することが負担になる(NS・CM)。
- ・ 在宅ケアでは限られた訪問時間に全てを観察できるわけではないので、全体的に施設や病院よりの視点だったと感じた(NS)。
- ・ 医療や介護依存度の高い高齢者を対象とした視点多く、在宅ケアの感覚と合わなかった(NS)。

NS:訪問看護の意見を示す

CM:介護支援専門員の意見を示す

表 11-1. 各ドメインに対する意見

ドメイン 1_ 尊厳の追求	肯定的な意見	否定的な意見
<p>1. 利用者の社会的交流 (過去30日間)</p> <p>関心のある活動への参加 家族や友人の訪問</p> <p>家族や友人とのその他の交流※直接顔を合わせる以外の交流 家族や友人との葛藤や怒り</p> <p>一部の家族や近い知り合いに対する恐れ ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される</p> <p>2. 孤独感や寂しさの表現をしましたか (過去30日間)</p> <p>3. 自分の希望する生き方を実現できていましたか (過去30日間)</p> <p>4. 本人の受けたいケア・支援(ACPも含む)についての話し合いに参加し、周りの人にその内容が共有されましたか</p> <p>5. 過去30日間に、療養の場において身体抑制を受けましたか</p>	<p>1. 近隣に友人がいることは大事</p> <p>4. 本人と家族の希望を踏まえた選択が重要 All. 身体面のケアがメインであっても尊厳の問題を考えることが重要</p>	<p>1. 今回の利用者では、同居していない家族や友人に対する交流について評価する必要性をあまり感じない</p> <p>1. 利用者の社会的な交流があると回答していかどうか判断が難しい</p> <p>1. 利用者が独居の場合は近隣住民や友人との関係性把握が困難、かつ踏み込みづらい</p> <p>1. 「関心」や「その他の交流」の定義が何かわからなかった</p> <p>1. 今回の利用者では、同居していない家族や友人に対する交流について評価する必要性をあまり感じない</p> <p>2. 利用者がヘルプを出していないのにあえて掘り起こさない</p> <p>3. 認知症の人に希望する生き方を聞くのが難しい</p> <p>4. 利用者が認知症の場合は療養意向を表現できないため評価しづらい</p> <p>4. 30日という期間ではなく、ケアプランを変える時とか、定期的に1年か半年かで聞く必要はあると思う。</p> <p>4. 「共有」はどこまでをもって共有なのか分かりにくい。家族なのか、スタッフなのか、全体会議なのか、人によって解釈が異なると思う。</p> <p>All. 訪問時に家族は外出するので利用者の尊厳に関する情報を聞く機会がない</p>
ドメイン2_ 苦痛の最小化	肯定的な意見	否定的な意見
<p>1. 新規疾患発症・既往疾患の再燃 / 再発 (過去30日間)</p> <p>2. 入院回数 (過去30日間)</p> <p>3. 救急外来受診の回数 (過去30日間)</p> <p>4. 営業時間外の緊急コールの回数 (過去30日間)</p>	<p>All. 看護師の得意としている症状管理などに関するドメインで あると感じ、入力することに抵抗や困難さを感じなかった。</p> <p>All. 疾患管理について項目が分けられていたため、答えやす</p> <p>All. 家族が必ずいた患者については評価しやすかった。</p>	<p>8. 今回問われた項目はアセスメントとケアの着眼点であったため、ケアの質について差が測れるのか疑問に思う。</p>
ドメイン3_ 食生活の維持	肯定的な意見	否定的な意見
<p>1. 過去30日間に体重を測定しましたか。測定した場合は直近の体重を記入してください。</p> <p>2. 測定した場合は直近の体重を記入してください。</p> <p>3. 利用者の状態は、以下のいずれかに当てはまりますか</p> <p>5%以上の体重減少があった 本人もしくは周囲の人から見て、やせてきたと感じる (過去30日間)</p>	<p>All. 基本的な知識や、配色サービス、脱水など、自宅で特に気を付けるべきケアの質に関する項目が反映されていると思う。</p> <p>All. その方がどのような認識をしているかによる。食べられなくなっている状況を理解している患者の体重を測ることで、より精神的ダメージを与えることもある。</p> <p>All. 食欲増進につながると判断する患者の場合は測定するかもしれないが、そのような高齢患者は少ない。</p> <p>All. 食欲増進につながると判断する患者の場合は測定するかもしれないが、そのような高齢患者は少ない。</p>	<p>All. その方がどのような認識をしているかによる。食べられなくなっている状況を理解している患者の体重を測ることで、より精神的ダメージを与えることもある。</p> <p>All. 食欲増進につながると判断する患者の場合は測定するかもしれないが、そのような高齢患者は少ない。</p> <p>All. 脱水予防のために水分接種を促しましたが、と質問されているが、水分接種を促したのは脱水予防だけの目的じゃない。1つの行動が1つの目的だけで行っていない。</p> <p>All. 独居の人はちゃんと食べていると返答されるが本当のところはよくわからない</p>

表 11-2. 各ドメインに対する意見

ドメイン4_排泄行動の維持	肯定的な意見	否定的な意見
<p>1.脱水有していましたか(過去30日間)</p> <p>2.どの性状の便が最も多く利用者にみられましたか(過去30日間)</p> <p>3.排泄に関して、以下に当てはまる状態が利用者にみられましたか(過去30日間)</p> <p>尿失禁：尿が不随意にもれるという愁訴 便失禁：無意識または自分の意思に反して肛門から便がもれる症状</p> <p>IAD：尿または便（あるいは両方）が皮膚に接触することにより生じる皮膚炎</p>	<p>All. 排便ケアに関して薬だけではなく乳酸菌についての項目もあり、しっかりしていると思った。</p> <p>2. 排便が看護問題にあがっている場合は、プリストルスケールを利用している。</p>	<p>2. エコーやプリストルスケールは病院で使用するものと認識している</p> <p>2. 在宅では患者の尊厳に配慮するため、便スケールを使って観察することは少ない。</p> <p>2,3. 日常会話では専門用語を使わずに患者に便の性状を尋ねているので、指標項目にある用語を用いて利用者に尋ねることはあまりしない。</p> <p>2. 以前プリストルスケールの使用を試みていたが、用語が難しく定着しなかった。</p> <p>2. プリストルスケールを書いていただいていた患者がいたが、次第に面倒臭くなり長続きしなかった。</p> <p>3. 膀胱が膨満していたり、尿がでなかつたりする時に医師の指示をもらって尿量を測定することがあるが、感染リスクもあるので全員には行わない。</p> <p>3. 訪問看護の現場ではエコーなどを持っている事業所のほうが少ないと思う。</p>
ドメイン5_身体活動の維持	肯定的な意見	否定的な意見
<p>1.過去30日間に、転倒転落はありましたか</p> <p>2.利用者の日常的な活動について回答してください(過去3日間)</p> <p>入浴 移動 トイレの使用 食事 個人衛生：洗顔、洗髪、身体清拭、陰部洗浄、爪切り 家事一般：皿洗い、掃除、布団の上げ下げ、整理整頓、洗濯等</p> <p>3.利用者が寝床から身体を離れた時間/日を回答してください(過去3日間)</p> <p>4.利用者が寝室の外に出た回数を回答してください(過去3日間)</p> <p>5.利用者が家（建物）の外に出た回数を回答してください(過去3日間)</p>		<p>4.5. 本人に外出の希望がない場合に外出の回数で評価することは難しいのでは</p> <p>4.5. 過去3日間の外出頻度を評価する設問の場合は週1回の外出を反映できない</p> <p>4.5. 本人の外出頻度を回数カウントできるほど細かくとっていない。</p> <p>4.5. 外出頻度の回数を詳細に評価することがケアの質に影響するかについて疑問がある</p>
ドメイン6_睡眠の確保	肯定的な意見	否定的な意見
<p>1.睡眠の障害により利用者の生活に支障が出ていましたか(過去3日間)</p>	<p>All. 日々の訪問でも全利用者に尋ねる項目のため大事だと思う</p> <p>All. 高齢者は睡眠導入剤を服用しているので睡眠についての評価は重要</p> <p>All. 睡眠導入剤服用による転倒への影響があるので睡眠についての評価は重要</p>	<p>All. 本人が独居のため夜間の過ごし方がわからない</p> <p>All. 本人の1日の過ごし方をすべて把握することは難しい</p>

表 11-3. 各ドメインに対する意見

ドメイン7_認知機能低下による生活障がい 최소화	肯定的な意見	否定的な意見
1.過去3日間において、以下のいずれかの兆候が利用者に見られましたか 意欲の低下・易怒性が高い・興奮状態・感情が不安定		All. このドメインは、回答自体が難しいことや、質問の意図がわからず戸惑う部分があった印象 All. 日によって穏やかな時と穏やかではない時がみられるのが高齢者の特徴だと思うので評価が難しい
ドメイン8_家族のウェルビーイングの追求	肯定的な意見	否定的な意見
1.家族は無理なく穏やかに過ごせましたか(過去30日間) 2.家族は介護のために疲れ切っていましたか(過去30日間)	All. 介護力が不足していないか、介護者の体調が悪化していないかを外見などで判断することもある。 All. 利用者の介護者と関係性を築いておくことで訪問時に介護者の気持ちを表出してくれることがある。	1. 穏やかに過ごせたか、という質問は回答者により評価方法（いつ、どの程度）が変わりそうで難しくなりました。 All. 身寄りがない利用者において当該ドメインの評価は回答しにくい All. 看護師訪問時に家族が不在のため自身は情報を把握していない All. 情報収集の実践者がケアマネジャーであり自分自身ではないときに、回答に反映させて良いのか判断が難しい。 All. 訪問時に家族と接点がない場合、回答者によりはい・いいえ・わからないの判断に誤差が出やすいと思う。

「意見」の冒頭の番号 = 質問項目の番号に対応 All = ドメイン全体に関連

表 11-4. 各ドメインに対する意見

各ドメインに共通する意見
多職種でケアを行なっている際の評価基準がわかりにくく、判断のガイドが必要。 プロセス指標の1つが複数の視点でのアウトカムに結び付けられるような構造の指標とることが望ましい。 質問の趣旨や内容が正確に理解できるステップが必要 評価者による判断基準を標準化できるよう、具体的な例があったほうが望ましい。 評価対象とする期間をサービス提供期間と合わせることを検討する必要がある 同じ状態の評価結果が回答者によってなるべく変わらないよう、質問の文言自体をより客観的なものに検討する必要がある 評価者による判断基準を標準化できるよう、具体的な例があったほうが望ましい

表 12. 評価ガイドと質問項目の修正案

ドメイン	ネガティブイベント	質問項目	評価のガイド案	質問項目の修正案
D1 尊厳の追求	孤独感の最小化	過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、「2.常に表現している」「3.わからない」のいずれかに回答した	—	—
D1 尊厳の追求	希望する生き方の実現	利用者は、今の状況において可能な範囲で、自分の希望する生き方を 実現できていると思われませんかに対し、「2.全くできていない」「3.わからない」のいずれかに回答した	Q：認知症の人に希望する生き方ないなどを聞くのは難しいです。 A：「あくまで"アセスメント"なので、認知症で確認が難しいなりにも、表情や言動、過去の本人の様子と照らした現在の状況などから、本人が満足できているかどうかの判断・検討をなんらかの視点で行っていただければ、"はい"としてください」	—
D1 尊厳の追求	希望するケアの実現	過去30日以内に、利用者*は、本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されましたか *利用者本人の意思が確認できない場合は、代理人を指す	Q：介入を始めるときにACPについて確認しましたが、過去30日という期間では確認していません。 A：毎月行っていることが正解という意味ではなく、あくまで当該期間に行われたかどうかを把握するための設問なので、実施されたか否かをその通りに回答してください。 Q：「周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）」との共有とありますが、誰か1人でも共有でもいいのですか？それとも、関わる人全員との共有が必要ですか？ A：本人と話したことをその人（看護師・ケアマネ）だけが知っている、という状況はよくなくて、その内容が誰かしらと共有されていることが大事になりますので、「家族や他職種、誰か1人以上に共有している」場合に共有としてください。	①利用者は、介入時、ケアプラン変更時、利用者や家族・介護者の状態変化時、終末期のいずれかにあたるか。 ⇨②「はい」「わからない」と回答：過去14日間（要検討）に、利用者の本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されたか。 ⇨②「いいえ」と回答：過去に利用者の本人の受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）についての話し合いに参加し、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）にその内容が共有されたか。また、その時期は適切であるか。
D3 食生活の維持	栄養状態の保持	利用者の状態は、以下のいずれかに該当はありますか； 過去 30 日間に 5%以上の体重減少		

厚生労働科学研究費（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

訪問看護提供による効果、サービスの充実度の文献検討（研究2）

研究代表者	Sameh Eltaybani	東京大学大学院医学系研究科	助教
研究協力者	稲垣安沙	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	篠原真純	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	加藤里沙子	東京大学大学院医学系研究科	大学院生
	河瀬希代美	東京大学大学院医学系研究科	大学院生

研究要旨

本研究は、高齢者への訪問看護提供の効果を評価する定量的研究の体系的なアンブレラレビューである。本研究におけるアウトカムは、入院、施設入所、死亡率、利用者満足度、利用者の生活の質（QOL）である。7つの書誌データベースを検索し、813件のレビュー論文が抽出され、11件のレビュー論文が適格基準を満たした。そのうち、質の高いレビューが1件、中程度の質のレビューが10件であった。利用者満足度と生活の質（QOL）に関連するデータの報告は少なかった。訪問看護の死亡率、入院、施設入所、患者満足度、QOLに対する統計的に有意な影響は示されなかった。一方、機能状態の改善、地域で療養する高齢者の増加など、訪問看護提供による効果が示された研究もある。本レビューで訪問看護提供の効果を結論づけることはできない。介入内容が簡潔な記述にとどまっていること、国による文脈の違いに関するデータの欠如、そしてフォローアップ期間のばらつきなどに起因する。訪問看護提供による効果を評価するためには、介入期間とフォローアップ期間で層別化した一次研究のメタ分析が必要である。

A. 研究目的・背景

高齢者の在宅ケアには、健康増進、予防的なケア、見守り、スクリーニング、健康状態の包括的な評価、紹介・搬送、健康教育、社会的支援、心理的支援、地域サービスの調整、疾患に対する治療、ケースマネジメント、レスパイトケア、フォローアップ、リハビリ、介護者へのケアなど、幅広いサービスが含まれる。ソーシャルワーカー、医師、保健師、看護師などの医療・

介護専門職、またはボランティアが、在宅ケアを提供している。高齢者を対象とした訪問看護提供の効果に関する示唆を得ることは、臨床実践と今後の研究の発展のためには不可欠である。

しかし、先行研究では在宅ケアサービスの定義、範囲、提供者の資格、対象者の選択、アウトカムにばらつきがあり、訪問看護サービス独自の効果は不明である。そこで本研究は、高齢者への訪問看護提供の

効果に関するレビューのエビデンスを統合することを目的とした。

高齢者への訪問看護提供の効果に関するエビデンスは、アウトカムの定義の曖昧さにより統合が難しくなっている。そこで今回のレビューでは、入院、施設入所、死亡率、満足度、生活の質（QOL）の5つの利用者関連アウトカムに焦点を当てた。

レビュークエスション

高齢者を対象とした訪問看護の提供は、訪問看護の提供がない場合（通常のケア、代替的な治療介入、介入なし）と比較して、入院、施設入所、死亡率、利用者満足度、QOLにどのような効果があるか？

B. 研究方法

1. デザイン

本研究は、Joanna Briggs Institute (JBI) の方法論に従って実施されたアンブレラレビューである。アンブレラレビューとは、システマティックレビューやメタアナリシスの結果を統合的にまとめたレビューのことである（図1）。

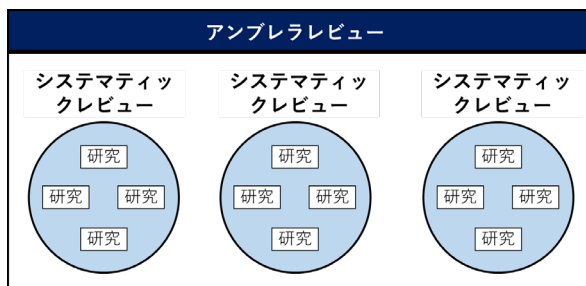


図1：アンブレラレビューの構造

2. レビューのプロトコルと登録

本レビューのプロトコルは、JBI

Evidence Synthesis

(<https://journals.lww.com/jbisrir/>)に受理された（2022年3月10日時点で未掲載）。

また、本レビューはOpen Science Frameworkに登録されている (<https://osf.io/3fexj>)。

3. 適格基準

本レビューのPICOS（Population「対象者」、Intervention「介入」、Comparison「比較対照」、Outcome「アウトカム」、Study type「研究の種類」）は以下の通りである。

- **P**：60歳以上の高齢者。国、性別、病状を問わない。
- **I**：訪問看護。本研究においては、看護師が高齢者の自宅を訪問し、予防、健康増進、治療またはリハビリテーションを目的としたサービスを複数回にわたり継続して長期的に（3ヶ月以上）提供することと定義する。一時的なサービス（例：移行期のケア、退院後の一時的なケア、短期間のフォローアップ訪問）や遠隔サービス（例：電話やオンラインでのサポート）を対象としたレビューは除外した。
- **C**：通常のケア、代替的な治療介入、または介入なし。
- **O**：入院（病院への入院）、施設入所（老人ホームなどの長期介護施設への

入所)、死亡率、利用者満足度(利用者または代理人評価)、QOL(利用者または代理人評価)。

- **S**: 定量的研究を扱ったシステマティックレビューで、メタアナリシスを伴わないものも含む。以下の基準を満たすものを対象とした。
 - (ア) 対照群を有する介入研究(RCTまたは非RCT)
 - (イ) 研究選択の適格基準を明確に定義している
 - (ウ) 方法が明確である(1つ以上の書誌データベースを用いた検索戦略を含む)
 - (エ) バイアスのリスクの批判的吟味を行っている
 - (オ) 全文が英語で記載されている

4. 検索戦略

7つの書誌データベースを検索した: Medline (PubMed), CINAHL Plus with Full Text (EBSCO), PsycINFO (EBSCO), Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid), Epistemonikos, ProQuest, と PROSPERO。付録に本レビューの検索戦略を示す。また、データベース検索での見落としをカバーするため、適格基準を満たしたシステマティックレビューの参考文献リストのレビューも行った。

5. 体系的な文献レビューの選択

検索で抽出された全文の中から重複を削除し、適格基準に従いタイトルと抄録

のスクリーニングを行った。関連する可能性のある論文はその全文を適格基準に照らして詳細に評価した。

6. 方法論の質の評価

対象となるレビューは、JBIのチェックリスト(JBI critical appraisal checklist for systematic reviews and research syntheses)を用いて批判的に評価した。方法論の質にかかわらず、対象となった全てのレビューのデータ抽出と統合を行った。

7. データ抽出

JBIのデータ抽出フォーム(JBI standard data extraction form)を用いて、リサーチクエスションに対応するデータを抽出した。データ抽出元はレビュー論文内で提示されたデータに限定し、一次研究のレビューは行わなかった。

8. データ統合

JBIのガイドラインに従い、対象となった各レビューの分析結果をそのまま用い、再分析は行わなかった。選択したレビューから抽出したデータを集計し、ナラティブ統合を行った。

9. 倫理的配慮

倫理的な承認は不要であった。なお、本論文に関して、著者は開示すべき利益相反関連事項はない。

C. 研究結果

1. 検索結果および研究選択

図2に文献検索のフローチャートを示す。データベース検索では813件を抽出し、重複削除後は730件が残った。タイトルと抄録の精読で51件を抽出し、全文レビューを行った。最終的に40件が除外され、11件のレビューが本アンブレラレビューの適格基準を満たした^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}。

2. 対象研究

対象となったレビューの特徴を表1にまとめた。2000年から2019年の間に発行され、目的、対象、訪問プログラムの内容などはばらつきがあった。各レビューに含まれる研究の件数は4件から64件であり、これらのうち本アンブレラレビューの適格基準を満たすものは一部であった。例えば、Elkan (2001)²のレビューには15件の研究を含み、ケア提供者は看護師、医師、開業医、ヘルスビジター、ソーシャルワーカー、ボランティアと様々であり、看護師が介入した研究は6件であった。これらのうち、1件の研究は介入が1回の自宅訪問のみであった。したがって、本アンブレラレビューでは15件中5件のみからデータを抽出した。表2に示すように、複数のレビューに含まれている研究もあった。最終的に11件の論文のレビューに含まれる28件の研究からデータを抽出した^{12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39}。

3. 方法論の質の評価

表3は、対象としたレビューの方法論の質の評価を示したものである。1つのレビューが高い質を示し¹⁰、他は全て中程度の質であった。3つのレビューだけが研究課題を明確に示していた^{7,8,10}。出版バイアスの可能性を評価したのは5つのみであった^{3,6,9,10,11,12}。

4. 訪問看護の有効性

死亡率、入院、施設入所、利用者満足度及びQOLへの訪問看護の効果を表4にまとめた。アウトカムとして死亡率は最も多くの研究で用いられ (9件)^{1,2,3,4,5,6,7,9,10}、利用者満足度^{8,9}とQOL^{9,11}を用いた研究は少なかった (各2件)。訪問看護は、入院、施設入所、死亡率、利用者満足度及びQOLに対する統計的に有意な結果を示したと結論づけることはできなかった。

本アンブレラレビューに含まれた研究では上記5つ以外のアウトカムも検討されていた。これらの結果の要約を表5に示す。例えば、1件の研究 (デンマークのRCT)¹³では訪問看護は入院期間の有意な短縮と関連すると報告され、1件の研究 (米国のRCT)¹⁸では逆に訪問看護は入院期間の延長と関連するとの報告があり、3件 (オランダのRCT)^{15,22,34}では訪問看護は入院期間に影響を及ぼさなかったと報告されている。

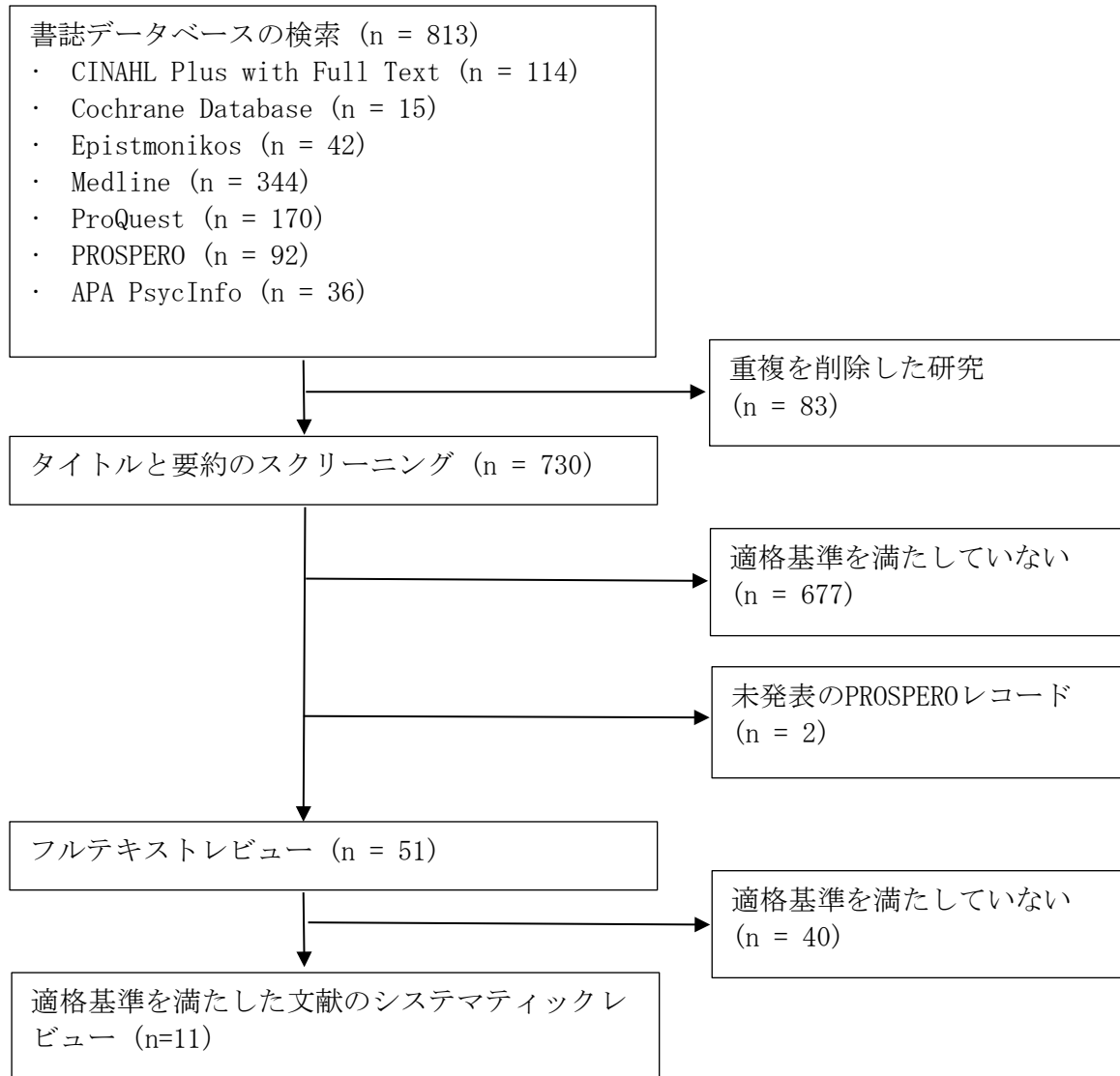


図2：文献検索のフローチャート

表1: 適格基準を満たしたシステマティックレビューの概要

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
Haastregt (2000) ¹	地域で暮らす高齢者の身体機能、心理機能、転倒、施設への入所、死亡率に対する予防的な家庭訪問の効果をもとめること。	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：地域に住む65歳以上の高齢者。 ● 介入：予防のための家庭訪問。家庭訪問では、医学的、機能的、心理社会的、環境的のうち少なくとも2つのカテゴリーについて、問題と資源の評価を行った。 ● 比較：報告なし ● アウトカム：身体機能、心理社会的機能、転倒、施設入所、死亡率のうち、少なくとも1つのアウトカム指標に関するデータが提示された ● 研究：RCT 	<p>15件</p> <ul style="list-style-type: none"> ● デザイン：RCT (15件) ● 日付：1981年～1995年 ● 国：イギリス (7件) アメリカ (4件) カナダ (1件) デンマーク (2件) オランダ (1件) ● 言語：報告なし ● 参加者数：8932人 <p>これら15件の研究のうち、4件が本アンブレラレビューの適格基準を満たした。</p>
Elkan (2001) ²	高齢者に健康増進と予防ケアを提供する	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：65歳以上の高齢者。 ● 介入：家庭訪問プログラム。ホームビジ 	<p>15件</p> <ul style="list-style-type: none"> ● デザイン：RCT (13件)

システムティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
	家庭訪問プログラムの有効性を評価する。	<p>ターは、英国のヘルスビジターの範囲内の仕事、すなわち、監視、支援、健康増進、不健康の予防を行う必要があった。介入は、転倒予防や予防接種の受診率向上といった単一の目標ではなく、幅広い予防的成果を追求するものでなければならない。ホームビジターが訪問看護以外の看護分野の専門家（例：地域精神看護、地域看護）、およびスクリーニングと紹介のみを行い、ホームビジターからの他のインプットはない研究は除外。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 比較：報告なし ● アウトカム：報告なし ● 研究：家庭訪問プログラムを評価する、比較群を設けた実証研究。RCTと非RCTが含まれる。 	<p>準実験（2件）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日付：1982年～1995年 ● 国：デンマーク（2件） アメリカ（5件） イギリス（6件） オランダ（1件） カナダ（1件） ● 言語：報告なし ● 参加者数：5537人 <p>これら15件の研究のうち、5件が本アンブレラレビューの適格基準を満たした。</p>
Ploeg	地域在住の高齢者に	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：ほとんどの利用者は65歳以上で 	19件

システムティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
(2005) ³	対する予防的プライマリーケアアウトリーチ介入の有効性を明らかにすること。	<p>あり、地域住民であった（住宅介護施設や老人ホームに居住していない）。特定の既存疾患（例：認知症、転倒歴など）に基づいて選択された利用者、および病院後のプログラムの一部である利用者は除外された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介入：予防的プライマリーケアアウトリーチ、介入は外来プライマリーケアの環境で提供された。 ● 比較：報告なし ● アウトカム：死亡率、地域生活、急性期病院への入院、長期療養への入院のうち、少なくとも1つの利用者アウトカムが報告された。 ● 研究：無作為化試験 	<ul style="list-style-type: none"> ● デザイン：RCT（19件） ● 日付：1979年～2001年 ● 国：イギリス（6件） アメリカ（5件） カナダ（4件） デンマーク（2件） オランダ（1件） オーストラリア（1件） ● 言語：英語（19件） ● 参加者数：15175人 <p>これら19件の研究のうち、3件が本アングレラレビューの適格基準を満たした。</p>
Markle-Reid (2006) ⁴	訪問看護による健康増進や介護予防の効率化を検討する。	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：地域に住む高齢者（65歳以上）（病院、老人ホーム、入所施設に居住していない）。 	<p>12件</p> <ul style="list-style-type: none"> ● デザイン：RCT（12件） ● 日付：1984年～2001年

システムティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
		<ul style="list-style-type: none"> ● 介入：正看護師またはそれに相当する者（保健師またはホームビジター）が、単独またはチームの一員として地域で行った介入。あらゆる予防的な効果を目指した介入を含み、入院や転倒などのイベントや健康問題への対応は含まれなかった。介入は継続した家庭訪問または電話連絡を含む。主に介護施設または病院でのケアの代用として利用されている場合、または家庭訪問が治療またはリハビリの目的で提供されている場合は、これらの研究を除外した。 ● 比較：報告なし ● アウトカム：死亡率、施設入所（病院、介護施設など）、健康状態、機能状態、医療・社会サービスの利用、費用のうち、少なくとも1つの転帰が報告された。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 国：カナダ （3件） アメリカ （2件） イギリス （2件） デンマーク （2件） イタリア （1件） オランダ （1件） スイス （1件） ● 言語：英語（12件） ● 参加者数：4646人 <p>これら12件の研究のうち、4件が本アンブレラレビューの適格基準を満たした。</p>

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
		<ul style="list-style-type: none"> 研究：RCT 	
Bouman (2008) ⁵	健康状態が不良または機能障害を持つ高齢者を対象とした集中的な家庭訪問プログラムの有効性を評価すること。	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：地域社会に住む健康状態に問題を抱える65歳以上の者。特定の疾患を持つ人を対象とした研究や、健康状態、サービス利用、コストに関するデータが入手できない研究は除外した。 介入：1年に4回以上の家庭訪問を行い、フォローアップの家庭訪問期間が12ヶ月以上続いたもの。家庭訪問は、看護師や一般開業医などの医療専門家が行うこととした。フォローアップ訪問は、介入計画の実施のために含まれる。 比較：報告なし アウトカム：報告なし 研究：RCT 	<p>8件</p> <ul style="list-style-type: none"> デザイン：RCT (8件) 日付：2000年～2007年 国：カナダ (1件) 日本 (1件) オランダ (1件) スイス (1件) 言語：英語 (8件) 参加者数：2901人 <p>これら8件の研究のうち、5件が本アンブレラレビューの適格基準を満たした。</p>
Huss (2008) ⁶	死亡率、老人ホームへの入所、機能低下	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：70歳以上、地域または施設に住んでいる方 	<p>20件</p> <ul style="list-style-type: none"> デザイン：RCT (20件)

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
	<p>に対する家庭訪問プログラムの効果を検証したRCTを系統的にレビューすること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 介入：多角的な予防的家庭訪問プログラム。退院後のプログラム、在宅ケアマネジメントプログラム、または広範な予防介入プログラムを提供していないものは除外。 ● 比較：報告なし ● アウトカム：介護施設入所、機能低下、死亡率 ● 研究：RCT。介入参加者との定期的な接触を含むフォローアップがデザインされた研究を対象とした（例：複数回の家庭訪問、または定期的な電話フォローアップを伴う家庭訪問） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日付：1984年～2007年 ● 国：アメリカ（4件） オーストラリア（1件） フィンランド（1件） デンマーク（2件） スウェーデン（1件） オランダ（4件） イギリス（1件） カナダ（1件） スイツツランド（1件） 日本（1件） ● 言語：報告なし ● 参加者数：4770人 <p>これら20件の研究のうち、9件が本アンブレラレビューの的確基準を満たした。</p>

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
Tappenden (2012) ⁷	英国における高齢者を対象とした在宅看護師主導の、健康増進介入の臨床的有効性と、費用対効果を検討すること。	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：入院、入所、介護のリスクがある高齢者（75歳以上）。 介入：在宅での構造化された看護師主導の健康増進プログラム。英国以外の環境下で実施された研究は除外した。 比較：健康・社会的共同評価を含む標準的なケア。健康増進を別の環境で実施するか、看護師が実施しない場合。 アウトカム：入院、入所、看護ケア、死亡率、うつ病を含む罹患率、転倒、事故、健康状態の悪化、利用者満足度。 研究：RCT 	<p>11件</p> <ul style="list-style-type: none"> デザイン：RCT（11件） 日付：1991年～2009年 国：イギリス（11件） 言語：英語（11件） 参加者数：5761人 <p>これら11件の研究のうち、1件が本アングレレビューの的確基準を満たした。</p>
Santomassin (2012) ⁸	ケアの継続的介入による利用者アウトカムへの効果について、利用可能な最良のエビデンスを調査	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：診断名、病期、重症度、併存疾患、治療歴などに関係なく、自宅で介護サービスを開始したすべての成人（18歳以上）。特定の既存疾患（例：認知症、転倒歴など）に基づいて選択された利用 	<p>4件</p> <ul style="list-style-type: none"> デザイン：RCT（2件） 準実験（1件） 前向き準介入（1件）

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
	し、統合すること。	<p>者、および病院後のプログラムの一部である利用者は除外した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介入：成人利用者の継続的なケアのためのすべてのモデル/種類の介入で、在宅ケアを開始した正看護師によって提供されたケア ● 比較：介入なし／通常ケア ● アウトカム：あらゆる理由による再入院（同じ診断、または異なる診断で、同じ病院、異なる病院、または別の急性期医療施設に計画外の入院を経験した利用者）、利用者満足度（利用者の自己報告により測定） ● 研究：無作為化試験 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日付：2003年～2008年 ● 国：アメリカ（3件） スペイン（1件） ● 言語：英語（4件） ● 参加者数：1865人 <p>これら4件の研究のうち、1件は本アンブレラレビューの的確基準を満たした。</p>
Mayo-Wilson (2014) ⁹	認知症のない地域在住高齢者に対する予防的家庭訪問の効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者：認知症のない地域在住の高齢者（65歳以上）。参加者の50%以上が認知症である研究は除外した。 	<p>64件</p> <ul style="list-style-type: none"> ● デザイン：RCT（62件） 準実験（2件）

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
	と評価し、その効果を得やすい要因を検討する。	<ul style="list-style-type: none"> ● 介入：医療・福祉専門家による予防的家庭訪問（医療専門家による予防的家庭訪問は、一次、二次、三次予防活動を通じて自律性を高めることを目的としている。医療問題を抱える人の治療やリハビリを目的とした在宅ケア介入とは異なる） ● 比較：報告なし ● アウトカム：死亡率、施設入所、入院、転倒、傷害、身体機能、認知機能、QOL、精神疾患。 ● 研究：RCT 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日付：1981年～2012年 ● 国：アメリカ (14件) イギリス (14件) カナダ (11件) ニュージーランド (4件) オーストラリア (4件) オランダ (1件) フィンランド (1件) スイス (1件) デンマーク (2件) スウェーデン (2件) 台湾 (2件) 日本 (3件) イタリア (1件) <p>言語：報告なし 参加者数：28642人</p> <p>これら64件の研究のうち、18件が本</p>

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
			アンブレラレビューの的確基準を満たした。
Apóstolo (2018) ¹⁰	高齢者におけるプレ・フレイルとフレイルの進行を予防するための介入の有効性を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：65歳以上の高齢者（女性、男性）で、事前に規定された尺度または指標に従ってプレ・フレイルまたはフレイルと明示され、あらゆるタイプの環境においてヘルスケアおよびサポートサービスを受けている者。 介入：高齢者におけるプレ・フレイルおよびフレイルの進行を予防するためのあらゆる種類の介入。 比較：通常ケア、代替治療介入、介入なし。 アウトカム：主要評価項目はフレイル。副次的アウトカムは認知、QOL、質調整生存年、ADL、介護者の負担、機能的な能力、うつ病およびその他のメンタルヘルス関連アウトカム、健康状態の自己評 	<p>21件</p> <ul style="list-style-type: none"> デザイン：RCT (21件) 日付：2002年～2016年 国：スウェーデン (3件) フランス (1件) スペイン (3件) 台湾 (2件) イギリス (1件) アメリカ (3件) オーストラリア (1件) スイス (1件) 日本 (1件) 韓国 (1件) ネザールランド (2件) シンガポール (1件) ベルギー (1件)

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
		<p>価、社会的交流、分析パラメータ（例：臨床検査による測定）、薬剤および処方、有害な転機（例：死亡、入院、施設収容）の程度、プレフレイルおよびフレイルの介入の利点および/または、コスト削減および/または費用の変化の程度。</p> <ul style="list-style-type: none"> 研究：あらゆる実験的研究デザイン。費用対効果、費用削減に関する研究。臨床効果を測定する定量的研究で、経済データを組み込んだもの。一部の研究は、方法論の質に基づいて除外された。 	<ul style="list-style-type: none"> 言語：英語（21件） 参加者数：5275人 <p>これら21件の研究のうち、1件が本アングラレビューの的確基準を満たした。</p>
Rijckevors (2019) ¹¹	フレイル高齢者のQOLに及ぼす医療介入の効果について系統的な概観をまとめる。	<ul style="list-style-type: none"> 対象者：様々な領域でフレイルティを評価する任意の測定ツールによって認定されたフレイル高齢者。 介入：あらゆる種類の医療介入 比較：通常のケアまたは他の介入 	<p>15件</p> <ul style="list-style-type: none"> デザイン：RCT（20件） マッチドコントロールグループデザイン（1件） 準実験（1件）

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
		<ul style="list-style-type: none"> ● アウトカム：QOL ● 研究：量的デザインによるすべての臨床試験 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日付：2002年～2017年 ● 国：オランダ (10件) オーストラリア (3件) 香港 (1件) アメリカ (1件) スウェーデン (1件) メキシコ (1件) スペイン (1件) ドイツ (1件) カナダ (1件) ニュージーランド (1件) イギリス (2件) 日本 (1件) ※1試験はオーストラリアとニュージーランドの両方で実施 ● 言語：英語 (22件)

システマティックレビュー	目的	適格基準	レビューに含まれる研究
			<p>オランダ語（1件）</p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者数：5700人 <p>これら23件の研究のうち、2件が本アンブレラレビューの的確基準を満たした。</p>

表2: 引用マトリックス

Primary research (n = 28)*	国	システマティックレビュー (n = 11) 及び各レビューの関連研究数										
		Haastreg (2000) ¹ 4件	Elkan (2001) ² 5件	Ploeg (2005) ³ 3件	Markle-Reid (2006) ⁴ 4件	Bouman (2008) ⁵ 5件	Huss (2008) ⁶ 9件	Tappenden (2012) ⁷ 1件	Santomassin (2012) ⁸ 1件	Mayo-Wilson (2014) ⁹ 18件	Apóstolo (2018) ¹⁰ 1件	Rijckevors (2019) ¹¹ 2件
Gunner-Svensson (1984) ¹²	デンマーク				✓		✓			✓		
Hendriksen (1984) ¹³	デンマーク	✓	✓									
Hall (1992) ¹⁴	カナダ		✓	✓	✓					✓		
Van Rossum (1993) ¹⁵	オランダ	✓	✓	✓	✓		✓			✓		
Wagner (1994) ¹⁶	米国	✓										
Archbold (1995) ¹⁷	米国		✓									
Stuck (1995) ¹⁸	米国	✓	✓							✓		
Gallagher (1996) ¹⁹	カナダ									✓		
Dalby (2000) ²⁰	カナダ			✓		✓				✓		
Stuck (2000) ²¹	スウェーテラント				✓	✓				✓		
van Haagstregt (2000) ²²	オランダ					✓	✓			✓		
Blue (2001) ²³	イギリス							✓				
Hebert (2001) ²⁴	カナダ						✓					
Robertson (2001) ²⁵	ニュージーランド									✓		
Shapiro (2002) ²⁶	米国									✓		
Yamada (2003) ²⁷	日本					✓				✓		
Feldman (2004) ²⁸	米国								✓			
Kono (2004) ²⁹	日本						✓			✓		
Markle-Reid (2006) ³⁰	カナダ									✓		
Sahlen (2006) ³¹	スウェーデン						✓					
Sjosten (2007) ³²	フィンランド						✓					
Thomas (2007) ³³	カナダ									✓		
Bouman (2008) ³⁴	オランダ					✓	✓			✓		
Elley (2008) ³⁵	ニュージーランド									✓		
Melis (2008) ³⁶	オランダ						✓					
Ploeg (2010) ³⁷	カナダ									✓		
Van Hout (2010) ³⁸	オランダ									✓	✓	✓
Favela (2013) ³⁹	メキシコ											✓

※ 関連する一次研究のみを表中に含む

✓ はシステマティックレビューに一次研究が含まれていることを示す

表3: 方法論の質の評価

システマティックレビュー (n = 11)	質問 1	質問 2	質問 3	質問 4	質問 5	質問 6	質問 7	質問 8	質問 9	質問 10	質問 11	合計点*	全体的 な質
Haastregt (2000) ¹	ない	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	ない	ない	はい	8	中
Elkan (2001) ²	ない	はい	はい	はい	はい	はい	不明	はい	ない	ない	はい	7	中
Ploeg (2005) ³	ない	はい	はい	はい	はい	はい	ない	はい	はい	はい	はい	9	中
Markle-Reid (2006) ⁴	ない	はい	はい	はい	はい	不明	ない	はい	ない	はい	はい	7	中
Bouman (2008) ⁵	ない	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	不明	はい	はい	8	中
Huss (2008) ⁶	ない	はい	はい	はい	ない	はい	ない	はい	はい	はい	はい	8	中
Tappenden (2012) ⁷	はい	はい	はい	はい	はい	ない	はい	はい	ない	はい	はい	9	中
Santomassin (2012) ⁸	はい	はい	はい	はい	はい	はい	不明	はい	ない	はい	はい	9	中
Mayo-Wilson (2014) ⁹	ない	はい	はい	はい	はい	不明	はい	はい	はい	はい	はい	9	中
Apóstolo (2018) ¹⁰	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	11	高
Rijckevoers (2019) ¹¹	ない	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	ない	はい	9	中
合計点*	3 27.30%	11 100%	11 100%	11 100%	10 90.90%	7 63.60%	6 54.50%	11 100%	5 45.50%	8 72.70%	11 100%		

※合計点は「はい」の数

「はい」は基準を満たしている；「ない」は基準を満たしていない；「不明」は基準を満たしているかどうか不明

0～6は質が低い；7～9は中程度の質；10～11は質が高い

JBIのシステマティックレビューおよび研究統合のための批判的評価チェックリスト (JBI critical appraisal checklist for systematic reviews and research syntheses) <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910853/Appendix+10.1+JBI+Critical+Appraisal+Checklist+for+Systematic+reviews+and+Research+Syntheses>

質問1. レビュークエスションが分かりやすく明示的に記述されているか。

質問2. 適格基準はレビュークエスションに対して適切か。

質問3. 検索方法は適切か。

質問4. 研究の検索に用いた情報源や資料は適切か。

質問5. 研究の評価基準は適切か。

質問6. 2人以上の査読者が独立して批判的評価を行ったか。

質問7. データ抽出の誤りを最小化する方法はあったか。

質問8. 研究の組み合わせは適切か。

質問9. 出版バイアスの可能性は評価されたか。

質問10. 政策や臨床に対する推奨は報告されたデータによって裏付けされたか。

質問11. 新しい研究に対する具体的な提言は適切か。

表4：レビューの結果のまとめ（主要アウトカム）

アウトカム	レビュー件数、研究件数、参加者数 ※1	研究の結果 ※2			総合効果 ※3
		有益な効果	効果なし	有害な影響	
死亡率	9件のレビュー ^{1,2,3,4,5,6,7,9,10} 24件の研究 ^{12,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29,31,32,33,34,35,36,37,38} n= 13750	1件の RCT ¹³ (n = 572)	23件の RCT ^{12,14,15,16,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29,31,32,33,34,35,36,37,38} (n = 13,178)	—	効果なし
入院（人数）	7件のレビュー ^{1,2,4,7,8,9,10} 9件の研究 ^{13,15,17,18,23,28,29,34,38} n= 3187	1件の RCT ¹³ (n = 572)	7件の RCT ^{15,18,23,28,29,34,38} (n = 2,593) 1件の準実験的試験 ¹⁷ (n = 22)	—	効果なし
入院（回数）	2件のレビュー ^{5,9} 4件の研究 ^{15,20,22,34} n= 1222	1件の RCT ¹⁵ (n = 580)	3件の RCT ^{20,22,34} (n = 642)	—	効果なし
施設入所	6件のレビュー ^{1,2,5,6,9,10} 16件の研究 ^{12,13,14,15,18,20,21,22,24,26,27,29,33,34,36,38} n= 9310	2件の RCT ^{14,18} (n = 581)	14件の RCT ^{12,13,15,20,21,22,24,26,27,29,33,34,36,38} (n = 8,829)	—	効果なし
生活の質	2件のレビュー ^{9,11} 10件の研究 ^{15,19,22,27,30,33,34,37,38,39} n= 3042	—	10件の RCT ^{15,19,22,27,30,33,34,37,38,39} (n = 3,042)	—	効果なし
満足度	2件のレビュー ^{8,9} 2件の研究 ^{26,28} n= 403	—	2件の RCT ^{26,28} (n = 403)	—	効果なし

青色数字は引用

※1：フォローアップ時の参加者数が明らかな場合はそれを使用し、それ以外は調査参加者の合計数を使用した。

※2：複数のフォローアップ期間での結果が報告されている場合は、最も長いフォローアップ期間での結果を使用した。

※3：全体的な有効性は、研究の参加者数に基づいている。

表5：レビューの結果のまとめ（その他のアウトカム）

アウトカム	有益な効果	効果なし	有害な影響
転倒	転倒回数の減少 ²⁵	転倒件数 ^{19,35} 、転倒者数 ^{15,35} 、外傷を伴う転倒件数 ²² 、軽度の外傷を伴う転倒件数 ^{25,35} 、救急部への転倒関連受診数 ^{22,25} 、主観的評価(転倒の恐れ、自己効力感等) ^{19,22,29,33} 、転倒(評価方法記載なし) ¹³	-
病院の利用	入院期間の短縮 ¹³	救急部受診 ^{20,34,38} 、入院期間 ^{15,22,34} 、病院利用 ^{14,21} ※1	入院の増加 ¹⁸
機能状態	低リスク対象者のADLにおける3年間での自立性の向上 ²¹ 、ADLの改善 ²¹ 、IADLの改善 ²¹	ADL/IADL ^{15,21,22,27,29,34,37,38} ※2、その他(評価方法記載なし) ^{24,36}	
経済評価	病院や介護施設の使用が少ないことによるコスト削減 ^{15,21}	-	-
心理社会的・認知的状態	-	不安と抑うつ ^{26,29,30,34,29} 、心理社会的機能(ウェルビーイング、孤独、またはうつ症状) ¹⁵ 、認知機能(ミニメンタルステート検査) ^{32,34}	-
ヘルスステータス	-	フレイル(SF-36及びGroningen アクティビティの制限の規模) ³⁸ 、自己評価の健康スコアと健康上の不満 ¹⁵ 、その他(評価方法記載なし) ¹⁴	-
保健サービスの利用	低リスク対象者に対する2年間のプライマリヘルスケアの使用の増加 ²¹ 、ホームヘルスサービスの利用増加 ¹⁵ 、低リスク対象者の予防接種適用範囲の改善 ²¹	-	-
地域での療養継続	地域で療養する高齢者の増加 ¹⁴	介護施設での滞在期間 ³⁴ 、生存者数(死亡も入院もしない人の数) ¹⁴ 、地域での療養継続(定義の記載なし) ²²	-

青色数字は引用

※1：入院件数と入院期間(両者の結果がまとめて記載されており入院件数単独の結果の記載なし)

※2：ADL = 日常生活動作; IADL = 手段的日常生活動作。評価方法: Groningen Activity Restriction Scale; Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; Mobility Control; Frenchay Activities Index; Barthel Activities of Daily Living Index; TMIG Index of Competence; Frequency activities index

D. 考察

1. 調査結果のまとめ

本アンブレラレビューは、高齢者の入院、施設入所、死亡率、利用者満足度及びQOLに対する訪問看護の効果に関するシステマティックレビューを統合することを目的とした。本レビューの主な結果は以下の通りである。

- これらのアウトカムを検討したシステマティックレビューの大部分は、その方法論の質が中程度である。
- 死亡率と入院については広く検討されているが、利用者の満足度とQOLについてはほとんど検討されていない。
- 介入内容や研究が行われた環境についての記述が不足している。
- ほとんどのシステマティックレビューでは追跡期間の詳細な報告がされていない。
- 高齢者への訪問看護の、入院、施設入所、死亡率、利用者満足度とQOLへの効果は示されていない。
- 一部の研究では、高齢者への訪問看護には、機能状態の改善、地域での療養継続、予防接種率の向上など有益な効果があると報告している。

先行研究において、在宅ケアの効果は介入内容、対象者特性、介入の遵守、介入環境の大きく4つの要因に影響されることが明らかになっている。ほとんどのレビューでは、介入内容、介入の遵守、環境についての詳細な記述が欠けている。このようなデータの不足が本レビューにおける結果

の解釈を困難にしている。

訪問看護が死亡率に影響を及ぼさなかった理由として、死亡率は単一職種による介入よりも多職種による多面的な介入によって影響を受けると考えられることが挙げられる。また、入院や施設入所を減らすという点で有意な効果がなかったのは、2つの相反する効果の結果であると考えられる。一方は、訪問看護の介入により、入院や施設入所が必要と判断された高齢者が増加した可能性であり、もう一方は、訪問看護によって入院を回避できた高齢者が増加した可能性である。

利用者満足度とQOLに対する効果がみられなかった理由として、以下の2点が考えられる。まず、このアウトカムの測定対象は生存中の比較的健康状態が良好な利用者限定され、健康状態が悪く手厚いケアを必要とした利用者は死亡により測定対象に含まれなかったために、訪問看護利用による差が生じにくかった可能性がある。第2に、看護師の存在により高齢者が自身の問題をより表出しやすくなり、介入群と対象群での差異が不明瞭になった可能性がある。全体として、利用者満足度とQOLの評価方法に関する詳細な記述が不足していた。

2. 今後の研究への提言

本レビュー結果を踏まえて、以下の提言を行う。

- 高齢者に対する訪問看護の効果を評価した研究を、介入の内容、介入期間、フォローアップ期間で層別化したメタ

アナリシスが必要である。

- 訪問看護の内容を明確に記述することは、どのようなケア要素が有用となりうるかの洞察を得るために必要である。
- 比較可能性、結果の妥当性を判断するために、対照群の明確な定義が必要である。
- 研究結果を適切に解釈するためには、研究が実施された文化的・医療的背景の明確な記述が必要である。研究結果を解釈する際には、これらの文脈を慎重に考慮する必要がある。
- サブグループ分析により、異なる特性の利用者（例えば、重病者と軽症者）に対する訪問看護の効果について洞察することができる。
- 訪問看護の利用者満足度やQOLに対する効果については、さらに多くの研究が必要である。

3. 実践への提言

対象としたレビューに介入内容の記述が乏しいため、ケアプロセスのどの要素がより良い転帰と関連するかの特定は困難である。死亡率、入院、施設入所率に対する訪問看護の有意な効果を報告した研究

(Hendriksen 1984¹³、Hall 1992¹⁴、van Rossum 1993¹⁵、Stuck 1995¹⁸)で行われた介入は、利用者の全身状態の評価、社会的・健康的問題に関する情報の提供、評価に基づくアドバイスや推奨などであったが、研究の数が少なく、また20年以上前に出版されたものであり、実践への具体的な提言のためには今後さらなる研究の蓄積が

必要である。

4. 限界

本アンブレラレビューには3つの限界がある。

- アンブレラレビューの結果の質は、含まれるシステマティックレビューの質に依存する。今回含まれた11件のレビューのうち10件は、方法論的な質が中程度であった。
- 含まれたレビューの中で最も新しい研究は2013年に発表された (Favela 2013³⁹)。訪問看護の有効性を判断する上では、より新しい研究が必要となる可能性がある。
- 本レビューで検討された研究は、主にヨーロッパ、アメリカ、カナダで実施され、日本で実施された研究は2件のみである^{27,29}。そのため、医療や文化的背景の異なる他の国への一般化には限界がある。

E. 結論

本レビューは、高齢者に対する訪問看護の効果に関するシステマティックレビューの知見を統合することを目的としている。訪問看護は、死亡率、入院、施設入所、利用者満足度、QOLに有意な影響を及ぼすという結果は得られなかった。一方で、機能状態の改善、自宅療養する高齢者の増加など、訪問看護提供による効果を示した研究もある。本レビューで訪問看護の効果結論づけることはできない。その理由として、提供された介入内容が簡潔な記

述にとどまっていること、国による文脈の違いに関するデータの欠如、そしてフォローアップ期間のばらつきなどが挙げられる。

文献

1. van Haastregt, J. C., Diederiks, J. P., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Bmj*, 320(7237), 754-758.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.754>
2. Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., & Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 323(7315), 719-725.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.719>
3. Ploeg, J., Feightner, J., Hutchison, B., Patterson, C., Sigouin, C., & Gauld, M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*, 51(9), 1244-1245.
4. Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Med Care Res Rev*, 63(5), 531-569.
<https://doi.org/10.1177/1077558706290941>
5. Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 8(no pagination), 74.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-74>
6. Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). 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.
<https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.298>
7. Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess*, 16(20), 1-72.
<https://doi.org/10.3310/hta16200>

8. Santomassino, M., Costantini, G. D., McDermott, M., Primiano, D., Slyer, J. T., & Singleton, J. K. (2012). A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. *JBI library of systematic reviews*, 10(21), 1214–1259. <https://doi.org/10.11124/01938924-201210210-00001>
9. Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(3), e89257. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089257>
10. Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H., & Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 16(1), 140-232. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003382>
11. van Rijckevorsel-Scheele, J., Willems, R., Roelofs, P., Koppelaar, E., Gobbens, R. J. J., & Goumans, M. (2019). Effects of health care interventions on quality of life among frail elderly: a systematized review. *Clin Interv Aging*, 14, 643-658. <https://doi.org/10.2147/cia.s190425>
12. Gunner-Svensson, F., Ipsen, J., Olsen, J., & Waldstrøm, B. (1984). Prevention of relocation of the aged in nursing homes. *Scand J Prim Health Care*, 2(2), 49-56. <https://doi.org/10.3109/02813438409017704>
13. Hendriksen, C., Lund, E., & Strømgård, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 289(6457), 1522-1524. <https://doi.org/10.1136/bmj.289.6457.1522>
14. Hall, N., Debeck, P., Johnson, D., Mackinnon, K., Gutman, G., & Glick, N. (1992). Randomized trial of a health promotion program for frail elders. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, 11(1), 72-91. <https://doi.org/10.1017/s0714980800014537>
15. van Rossum, E., Frederiks, C. M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people.

- Bmj, 307(6895), 27-32.
<https://doi.org/10.1136/bmj.307.6895.27>
16. Wagner, E. H., LaCroix, A. Z., Grothaus, L., Leveille, S. G., Hecht, J. A., Artz, K., Odle, K., & Buchner, D. M. (1994). Preventing disability and falls in older adults: a population-based randomized trial. *Am J Public Health*, 84(11), 1800-1806.
<https://doi.org/10.2105/ajph.84.11.1800>
17. Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. L., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., Van Buren, L., Kirschling, J. M., Valanis, B. G., Brody, K. K., Schook, J. E., & et al. (1995). The PREP system of nursing interventions: a pilot test with families caring for older members. Preparedness (PR), enrichment (E) and predictability (P). *Res Nurs Health*, 18(1), 3-16.
<https://doi.org/10.1002/nur.4770180103>
18. Stuck, A. E., Aronow, H. U., Steiner, A., Alessi, C. A., Büla, C. J., Gold, M. N., Yuhas, K. E., Nisenbaum, R., Rubenstein, L. Z., & Beck, J. C. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*, 333(18), 1184-1189.
<https://doi.org/10.1056/nejm199511023331805>
19. Gallagher, E. M., & Brunt, H. (1996). Head over heels: Impact of a health promotion program to reduce falls in the elderly. *Canadian Journal on Aging- Revue Canadienne Du Vieillessement*, 15(1), 84-96.
<https://doi.org/10.1017/s0714980800013301>
20. Dalby, D. M., Sellors, J. W., Fraser, F. D., Fraser, C., van Ineveld, C., & Howard, M. (2000). Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *Cmaj*, 162(4), 497-500.
21. Stuck, A. E., Minder, C. E., Peter-Wüest, I., Gillmann, G., Egli, C., Kesselring, A., Leu, R. E., & Beck, J. C. (2000). 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.
<https://doi.org/10.1001/archinte.160.7.977>
22. van Haastregt, J. C., Diederiks, J. P., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Bmj*, 320(7237), 754-758.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.754>

23. Blue, L., Lang, E., McMurray, J. J., Davie, A. P., McDonagh, T. A., Murdoch, D. R., Petrie, M. C., Connolly, E., Norrie, J., Round, C. E., Ford, I., & Morrison, C. E. (2001). Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *Bmj*, 323(7315), 715-718.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.715>
24. Hébert, R., Robichaud, L., Roy, P. M., Bravo, G., & Voyer, L. (2001). 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.
<https://doi.org/10.1093/ageing/30.2.147>
25. Robertson, M. C., Devlin, N., Gardner, M. M., & Campbell, A. J. (2001). Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. *Bmj*, 322(7288), 697-701.
<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.697>
26. Shapiro, A., & Taylor, M. (2002). Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42(3), 334-341.
<https://doi.org/10.1093/geront/42.3.334>
27. Yamada, Y., & Ikegami, N. (2003). Preventive home visits for community dwelling frail elderly people based on Minimum Data Set Home Care: Randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 3.
28. Feldman, P. H., Peng, T. R., Murtaugh, C. M., Kelleher, C., Donelson, S. M., McCann, M. E., & Putnam, M. E. (2004). A randomized intervention to improve heart failure outcomes in community-based home health care. *Home Health Care Serv Q*, 23(1), 1-23.
https://doi.org/10.1300/J027v23n01_01
29. Kono, A., Kai, I., Sakato, C., Harker, J. O., & Rubenstein, L. Z. (2004). Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan: a pilot study. *Aging Clin Exp Res*, 16(4), 293-299.
<https://doi.org/10.1007/bf03324554>
30. Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *J Adv Nurs*, 54(3), 381-395.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03817.x>
31. Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits

- postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6, 220.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-220>
32. Sjösten, N. M., Salonoja, M., Piirtola, M., Vahlberg, T., Isoaho, R., Hyttinen, H., Aarnio, P., & Kivelä, S. L. (2007). A multifactorial fall prevention programme in home-dwelling elderly people: a randomized-controlled trial. *Public Health*, 121(4), 308-318.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.09.018>
33. Thomas, R., Worrall, G., Elgar, F., & Knight, J. (2007). Can they keep going on their own? A four-year randomized trial of functional assessments of community residents. *Can J Aging*, 26(4), 379-390.
<https://doi.org/10.3138/cja.26.4.379>
34. Bouman, A., van Rossum, E., Evers, S., Ambergen, T., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 291-297.
<https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.291>
35. Elley, C. R., Robertson, M. C., Garrett, S., Kerse, N. M., McKinlay, E., Lawton, B., Moriarty, H., Moyes, S. A., & Campbell, A. J. (2008). Effectiveness of a falls-and-fracture nurse coordinator to reduce falls: a randomized, controlled trial of at-risk older adults. *J Am Geriatr Soc*, 56(8), 1383-1389.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01802.x>
36. Melis, R. J., Adang, E., Teerenstra, S., van Eijken, M. I., Wimo, A., van Achterberg, T., van de Lisdonk, E. H., & Rikkert, M. G. (2008). Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 275-282.
<https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.275>
37. Ploeg, J., Brazil, K., Hutchison, B., Kaczorowski, J., Dalby, D. M., Goldsmith, C. H., & Furlong, W. (2010). Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: randomised controlled trial. *Bmj*, 340, c1480.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c1480>
38. van Hout, H. P., Jansen, A. P., van Marwijk, H. W., Pronk, M., Frijters, D. F., & Nijpels, G. (2010). Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomized controlled trial [ISRCTN05358495]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65(7),

734-742.

<https://doi.org/10.1093/gerona/glq037>

39. Favela, J., Castro, L. A., Franco-Marina, F., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Espinel Bermudez, C., Mora-Altamirano, J., Rodríguez, M. D., & García-Peña, C. (2013). Nurse home visits with or without alert buttons versus usual care in the frail elderly: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*, 8, 85-95.

<https://doi.org/10.2147/cia.S38618>

付録: 検索方法

データベース: Medline (PubMed)		
検索日: 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	((((((((aged[MeSH Terms]) OR (aged, 80 and over[MeSH Terms])) OR (elderly[MeSH Terms])) OR (geriatric nursing[MeSH Terms])) OR (health services for the aged[MeSH Terms])) OR (elder*[Title/Abstract])) OR ("older people"[Title/Abstract])) OR ("older person*" [Title/Abstract]))	3,429,508
2	((((((((((((((((((home care services[MeSH Terms]) OR (house calls[MeSH Terms])) OR (homecare[Title/Abstract])) OR ("home care"[Title/Abstract])) OR (home visit*[Title/Abstract])) OR (visiting nursing service*[Title/Abstract])) OR (home healthcare[Title/Abstract])) OR ("home nurs*" [Title/Abstract])) OR (district nurs*[Title/Abstract])) OR (community nurs*[Title/Abstract])) OR (home-based support*[Title/Abstract])) OR ("home based support*" [Title/Abstract])) OR (home-based car*[Title/Abstract])) OR ("home based car*" [Title/Abstract])) OR (home-based health care[Title/Abstract])) OR (home-based healthcare[Title/Abstract])) OR ("home based health care" [Title/Abstract])) OR ("home based healthcare" [Title/Abstract]))	74,894
3	((((((((((((((((((hospitalization[MeSH Terms]) OR (hospital*[Title/Abstract])) OR (admission*[Title/Abstract])) OR (institutionalization[MeSH Terms])) OR	4,126,961

	(institution*[Title/Abstract])) OR (facility[Title/Abstract])) OR (facilities[Title/Abstract])) OR (residential[Title/Abstract])) OR (nursing homes[MeSH Terms])) OR (homes for the aged[MeSH Terms])) OR (elderly home*[Title/Abstract])) OR (care home*[Title/Abstract])) OR (nursing home*[Title/Abstract])) OR (mortality[MeSH Terms])) OR (mortalit*[Title/Abstract])) OR (death*[Title/Abstract])) OR (death[MeSH Terms])) OR (patient satisfaction[MeSH Terms])) OR (satisf*[Title/Abstract])) OR (quality of life[MeSH Terms])) OR (quality of life[Title/Abstract])) OR (quality- of-life[Title/Abstract])) OR (QOL[Title/Abstract])) OR (life quality[Title/Abstract]))	
4	(((((systematic [sb])) OR (systematic[Title])) OR (systemic[Title])) OR (review[Title])) OR (meta*[Title])) OR (synthes*[Title]))	2,010,351
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	419
6	#5 AND medline[sb]	406
7	Filters to #6: Full text, English	344
データベース: CINAHL Plus with Full Text (EBSCO)		
検索日: 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	SU aged OR SU (aged, 80 and over) OR SU frail elderly OR SU gerontologic nursing OR TI "health services for the aged" OR AB "health services for the aged" OR TI elder* OR AB elder* OR TI "older people" OR AB "older people" OR TI "older person*" OR AB "older person*"	944,274
2	SU home healthcare OR SU home visits OR SU home nursing OR TI "house call*" OR AB "house call*" OR TI "home care" OR AB "home care" OR TI homecare OR AB homecare OR TI home nurs* OR AB home nurs* OR TI	73,298

	home visit* OR AB home visit* OR TI visiting nurs* OR AB visiting nurs* OR TI home healthcare OR AB home healthcare OR TI “home health care” OR AB “home health care” OR TI district nurs* OR AB district nurs* OR TI community nurs* OR AB community nurs* OR TI home-based support* OR AB home-based support* OR TI “home based support*” OR AB “home based support*” OR TI home-based car* OR AB home-based car* OR TI “home based car*” OR AB “home based car*” OR TI home-based healthcare OR AB home-based healthcare OR TI home-based health care OR AB home-based health care OR TI “home based healthcare” AND AB “home based healthcare” AND TI “home based health care” AND AB “home based health care”	
3	SU Hospitalization OR SU Patient admission OR SU Institutionalization OR SU Nursing homes OR SU Residential Facilities OR SU Skilled Nursing Facilities OR SU Mortality OR SU Patient Satisfaction OR SU Quality of Life OR TI hospital* OR AB hospital* OR TI admission* OR AB admission* OR TI institution* OR AB institution* OR TI facility OR AB facility OR TI facilities OR AB facilities OR TI residential OR AB residential OR TI elderly home* OR AB elderly home* OR TI care home* OR AB care home* OR TI nursing home* OR AB nursing home* OR TI mortalit* OR AB mortalit* OR TI death* OR AB death* OR TI satisf* OR AB satisf* OR TI quality of life OR AB quality of life OR TI quality-of-life OR AB quality-of-life OR TI QOL OR AB QOL OR TI life quality OR AB life quality	1,354,007
4	TI systemic OR TI systematic OR TI review OR TI meta* OR TI synthes* OR PT review* OR PT meta* OR PT synthes*	695,482
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	541

6	Limiters to #5: Full text, Academic journals, English	114
データベース： APA PsycInfo (EBSCO)		
検索日： 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	SU elder care OR SU aging OR SU geriatric* OR MA aged OR MA frail elderly OR MA geriatric nursing OR MA health services for the aged OR TI elder* OR AB elder* OR TI aged OR AB aged OR TI gerontolog* OR AB gerontolog* OR TI geriatric OR AB geriatric	695,794
2	SU home care OR SU home visiting program* OR SU home nurs* OR MA home care services OR MA house calls OR TI "home nurs*" OR AB "home nurs*" OR TI homecare OR AB homecare OR TI "home care" OR AB "home care" OR TI home visit* OR AB home visit* OR TI visiting nurs* OR AB visiting nurs* OR TI home healthcare OR AB home healthcare OR TI district nurs* OR AB district nurs* OR TI community nurs* OR AB community nurs* OR TI home-based support* OR AB home-based support* OR TI "home based support*" OR AB "home based support*" OR TI home-based car* OR AB home-based car* OR TI "home based car*" OR AB "home based car*" OR TI home based healthcare OR AB home based healthcare OR TI home-based healthcare OR AB home-based healthcare OR TI homebased health care OR AB homebased health care OR TI home-based health care OR AB home-based health care	24,904
3	SU hospitalization OR SU institutionalization OR SU residential care institutions OR SU nursing homes OR SU Facility Admission OR SU (death and dying) OR SU mortality rate OR SU mortality risk OR SU client satisfaction OR SU satisfaction OR SU quality of life OR MA hospitalization OR MA institutionalization OR MA nursing homes OR MA homes for the aged OR MA	708,162

	mortality OR MA death OR MA patient satisfaction OR MA quality of life OR TI hospital* OR AB hospital* OR TI admission* OR AB admission* OR TI institution* OR AB institution* OR TI facility OR AB facility OR TI facilities OR AB facilities OR TI residential OR AB residential OR TI elderly home* OR AB elderly home* OR TI care home* OR AB care home* OR TI nursing home* OR AB nursing home* OR TI mortalit* OR AB mortalit* OR TI death* OR AB death* OR TI satisf* OR AB satisf* OR TI quality of life OR AB quality of life OR TI quality-of-life OR AB quality-of-life OR TI QOL OR AB QOL OR TI life quality OR AB life quality	
4	MR review* OR MR meta* OR MR syntheses* OR TI systematic OR TI systemic OR TI review* OR TI meta* OR TI syntheses*	235,149
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	206
6	Limiters to #5: Linked full text, Academic journals, English	36
データベース： EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)		
検索日： 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	(aged or elder* or older people or geriatric or gerontolog* or older person*).ti.	136
2	(aged or elder* or older people or geriatric or gerontolog* or older person*).ab.	808
3	#1 OR #2	833
4	(home care service* or house call* or homecare or home care or home visit* or visiting nurs* or home healthcare or home health care or home nurs* or community nurs* or district nurs* or home based or home-based).ti.	29
5	(home care service* or house call* or homecare or home care or home visit* or visiting nurs* or home healthcare or home	99

	health care or home nurs* or community nurs* or district nurs* or home based or home-based).ab.	
6	#4 OR #5	106
7	(hospital* or admission* or institution* or facility or facilities or residential or nursing home* or homes for the aged or elderly home* or care home* or mortalit* or death* or satisfact* or quality of life or quality-of-life or QOL or life quality).ti.	314
8	(hospital* or admission* or institution* or facility or facilities or residential or nursing home* or homes for the aged or elderly home* or care home* or mortalit* or death* or satisfact* or quality of life or quality-of-life or QOL or life quality).ab.	4928
9	#7 OR #8	4962
10	#3 AND #6 AND #9	15
データベース: Epistemonikos		
検索日: 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	(title:(aged) OR abstract:(aged)) OR (title:(elder*) OR abstract:(elder*)) OR (title:(older people) OR abstract:(older people)) OR (title:(geriatric) OR abstract:(geriatric)) OR (title:(gerontolog*) OR abstract:(gerontolog*)) OR (title:(older person*) OR abstract:(older person*))	93,125
2	(title:(home care service*) OR abstract:(home care service*)) OR (title:(housecall*) OR abstract:(housecall*)) OR (title:(homecare) OR abstract:(homecare)) OR (title:(home care) OR abstract:(home care)) OR (title:(home visit*) OR abstract:(home visit*)) OR (title:(visiting nurs*) OR abstract:(visiting nurs*)) OR (title:(community nurs*) OR abstract:(community nurs*)) OR (title:(district nurs*) OR abstract:(district nurs*)) OR	24,319

	(title:(home nurs*) OR abstract:(home nurs*)) OR (title:(home healthcare) OR abstract:(home healthcare)) OR (title:(home health care) OR abstract:(home health care)) OR (title:(home-based) OR abstract:(home-based)) OR (title:(home based) OR abstract:(home based))	
3	(title:(hospital*) OR abstract:(hospital*)) OR (title:(admission*) OR abstract:(admission*)) OR (title:(institution*) OR abstract:(institution*)) OR (title:(facility) OR abstract:(facility)) OR (title:(facilities) OR abstract:(facilities)) OR (title:(residential) OR abstract:(residential)) OR (title:(nursing home*) OR abstract:(nursing home*)) OR (title:(homes for the aged) OR abstract:(homes for the aged)) OR (title:(elderly home*) OR abstract:(elderly home*)) OR (title:(care home*) OR abstract:(care home*)) OR (title:(mortalit*) OR abstract:(mortalit*)) OR (title:(death*) OR abstract:(death*)) OR (title:(satisf*) OR abstract:(satisf*)) OR (title:(quality of life) OR abstract:(quality of life)) OR (title:(quality-of-life) OR abstract:(quality-of-life)) OR (title:(QOL) OR abstract:(QOL)) OR (title:(life quality) OR abstract:(life quality))	404,460
4	#1 AND #2 AND #3	126
5	Filters to #4: Publication type: Systemic Reviews	42
データベース: ProQuest		
検索日: 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	TIABSU(aged OR elder* OR older people OR geriatric OR gerontolog* OR older person*).	3,490,766
2	TIABSU(home care service* OR house call* OR homecare OR home care OR home visit* OR visiting nurs* OR home healthcare OR home health care OR home nurs* OR	1,315,267

	community nurs* OR district nurs* OR home based OR home-based).	
3	TIABSU(hospital* OR admission* OR institution* OR facility OR facilities OR residential OR nursing home* OR homes for the aged OR elderly home* OR care home* OR mortalit* OR death* OR satisfact* OR quality of life OR quality-of-life OR QOL OR life quality).	29,839,427
4	TIABSU(review* OR meta* OR synthes* OR systematic OR systemic).	18,317,136
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	11,991
6	Limiters to #5: Full text, Peer reviewed, Scholarly journals, Review, Literature review, English	170
データベース: PROSPERO		
検索日: 2021年12月2日		
#	Query	Hits
1	(aged):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	2319
2	(elder*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	1099
3	(older people):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	191
4	(geriatric):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	120
5	(gerontolog*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	10

6	(older person*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	36
7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	3161
8	(home care service*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	10
9	(house call*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	0
10	(homecare):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	5
11	(home care):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	80
12	home visit*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	35
13	(visiting nurs*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	1
14	(home healthcare):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	1
15	(home health care):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	7
16	(home nurs*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	11

17	(community nurs*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	24
18	(district nurs*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	2
19	(home-based):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	137
20	(home based):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	137
21	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	277
22	(hospital*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	3602
23	(admission*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	933
24	(institution*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	433
25	(facility):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	196
26	(facilities):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	325
27	(residential):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	211

28	(nursing home*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	246
29	(homes for the aged):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	3
30	(elderly home*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	3
31	(care home*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	136
32	(mortalit*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	3117
33	(death*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	1887
34	(satisfact*):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	908
35	(quality of life):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	2697
36	(quality-of-life):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	2697
37	(qol):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	268

38	(life quality):IV,CM,CS,CT,HA,KW,PA,OP,OS,SM AND (Review_Completed_not_published OR Review_Completed_published):RS	65
39	#38 OR #37 OR #36 OR #35 OR #34 OR #33 OR #32 OR #31 OR #30 OR #29 OR #28 OR #27 OR #26 OR #25 OR #24 OR #23 OR #22	8666
40	#39 AND #21 AND #7	92

厚生労働科学研究費（長寿科学政策研究事業）
分担研究報告書

既存コホートの観察継続による訪問看護提供による効果、サービスの充実度の評価(研究3)

研究代表者 福井千絵 東京大学大学院医学系研究科高齢者在宅長期ケア看護学 助教
研究分担者 山本則子 東京大学大学院医学系研究科高齢者在宅長期ケア看護学 教授
研究分担者 新田國夫 医療法人社団つくし会 理事長 / 新田クリニック 院長

研究要旨

本研究では、2019年に開始した「地域で暮らす利用者・家族に対する訪問看護の効果を評価すること」を目的とした前向きコホート調査の24か月後調査を実施した。訪問看護事業所、居宅介護支援事業所における75歳以上の利用者・家族への質問紙調査、事業所情報、職員情報（訪問看護師・介護支援専門員）、利用者情報に関するウェブ調査を縦断的に実施し、訪問看護の効果を検討した。

2年間の前向きコホート研究に基づく知見は主として以下のとおりである：訪問看護利用者は非利用者に比べ、①24か月後調査時点の「転倒転落による外傷の予防」「希望するケアの実現」の問題事象発生割合が低く、②24か月後調査時点の問題事象発生合計数に有意な差がなかった。訪問看護の利用により、加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実現、全身状態の悪化の予防につながる可能性が見出された。

A. 研究目的・背景

訪問看護は、地域包括ケアシステムにおける重要な医療資源の一つであり、その更なる発展が期待されている。訪問看護の発展を支える上で、質評価や質保証の枠組みを開発し、普及することが重要である。看護は対象者を全人的に捉え、そのウェルビーイングを追求するヒューマンサービスであり、多様な側面にアプローチする性質上、定量的な質評価が困難とされてきた。特に高齢者に対する訪問看護実践では、加齢により基本的に機能の低下してゆくことが予測される中で「良いケア」を同定しなければならない。さらに、機能低下が避けられないとしても、人としての尊厳や生活・生

命の質（QOL）を保証してゆくことが重視され、疾患・症状管理に留まらない広範な領域への効果を検討する必要がある。

地域で暮らす利用者・家族に対する訪問看護の効果を検討するため、2019年より前向きコホート調査「ケア効果の可視化プロジェクト（VENUSプロジェクト）」を継続しており、2021年度は24か月後調査を実施した。本プロジェクトでは、全国の訪問看護事業所、居宅介護支援事業所における75歳以上の利用者・家族への質問紙調査、事業所情報、職員情報（訪問看護師・介護支援専門員）、利用者情報に関するウェブ調査を縦断的に実施している。訪問看護の効果を可視化するため、本プロジェクト内

で開発した質指標を用いている。

したがって、本研究の目的は、訪問看護利用群と非利用群における24か月後時点の在宅療養高齢者の状態像、問題事象発生割合・合計数を比較し、訪問看護の効果を検討することとした。

B. 研究方法

1. 対象

訪問看護事業所26件、居宅介護支援事業所35件における75歳以上の利用者・家族を対象とした。

2. 調査方法

1) 調査期間およびデータ収集方法

本研究は、2019年に開始した在宅療養高齢者への訪問看護の効果を検討することを目的とした前向きコホート調査（ケア効果の可視化プロジェクト：VENUSプロジェクト）の2年後調査の継続により収集した

データを用いる^{1),2)}。

2019年9月から2021年3月までに、管理者・訪問看護師・介護支援専門員には全5回（初回、1か月後、3か月後、6か月後、12か月後）のウェブ調査、利用者・家族には全3回（初回、3か月後、12か月後）の質問紙調査を実施した。調査期間中に利用者のサービス中断・終了されても、死亡が確認されるまで調査は継続された。

今年度においては、2021年9月から2022年3月にかけて、24か月後時点の訪問看護事業所および居宅介護支援事業所へのウェブ調査と、利用者・家族への質問紙調査を実施した（表1）。2年後調査においては、1年後調査で死亡が確認された場合、1か月後調査・2年後調査ともに中断・終了が確認された場合は、調査終了とした（表2）。

表1. 2年後調査のフロー

		2019年 9月頃	2019年 10月頃	2020年 1月頃	2020年 3月頃	2020年 9月頃	2021年 9月頃	2022年 9月頃
		初回調査	1か月後	3か月後	6か月後	1年後	2年後	3年後
ケア 提供者情報	事業所・ 管理者属性	○	-※	-※	-※	○	○	○
	職員属性	○	-	-	-	○	○	○
利用者情報	利用者属性	○	-※	-※	-※	○	○	○
長期ケアの 質の評価	長期ケアの 質指標	○	○	○	○	○	○	○
	利用者・ 家族調査	○	-	○	-	○	○	○

Note. ※管理者に変更があった場合のみ管理者属性を尋ねる

表 2. 2 年度調査の調査内容

1 年後調査	2 年後調査	調査内容				
		事業所・ 管理者属性	職員属性	利用者 属性	長期ケア の質指標	利用者・ 家族調査
利用中	利用中	○	○	○	○	○
	中断・終了	○	○	○	○※	×
中断・終了	利用中	○	○	○	○	○
	中断・終了	○	○	×	×	×
死亡						

Note. ※アウトカム指標のみ尋ねた

2) 調査内容

管理者には事業所情報を、訪問看護師・介護支援専門員には職員情報・利用者情報・長期ケアの質指標の回答を依頼した。利用者・家族には「利用者の療養生活上の主観的満足感」「家族の基本情報」「利用者の客観的QOL評価」「利用者の療養生活における家族の安心感」の回答を依頼した（表 3）。

(1)利用者情報

年齢、事業所利用期間、直近の退院日からの期間、性別、居住形態、世帯構成、主介護者については初回調査で得た情報、医療処置は12か月後調査時点で得た情報を用いた。主疾患、利用者の状態像、要介護度、障害高齢者日常生活自立度、介護・医療保険サービスなどは24か月後調査時点で更新された情報を用いた。

(2)長期ケアの質指標（表 4）

訪問看護の効果を評価には、当教室で開発した長期ケアの質指標を用いた。開発した長期ケアの質指標は、Long-term care

（長期ケア）を受けている高齢者へのケアのアウトカム・プロセスを測定できる指標である。評価者は、訪問看護師や介護支援専門員などの医療・介護従事者とした。

長期ケアの質指標の構造は、ドメイン8領域の下位にアウトカム項目が位置づけられており、各アウトカム項目はアウトカム指標・プロセス指標を有する。ドメインは看護アセスメント・ケアをする際の枠組み、アウトカム項目は在宅療養高齢者の望ましい状態とした。各アウトカム項目を達成できていない場合を問題事象発生ありと定義し、訪問看護の効果を問題事象発生の有無で評価した。

表 3. 2年後調査の調査枠組み

事業所情報	事業所属性	①開設主体 ②総利用者数（保険種別・要介護度別） ③前年度のサービス終了者数（理由別） ④常勤換算職員数	⑤認定看護師・専門看護師の人数 ⑥加算の届出状況 ⑦特別な医療処置等を必要とする利用者数 ⑧地域活動への参加状況 など
	管理者属性	①年齢・性別 ②就業形態 ③経験年数	④保有資格種類 ⑤認定・専門資格の有無・種類 ⑥最終学歴 など
職員情報	職員属性	①年齢・性別 ②職位・就業形態 ③経験年数	④保有資格種類・最終学歴 ⑤認定看護師資格の有無・種類 ⑥専門看護師資格の有無・種類 など
利用者情報	利用者属性	①サービス利用状況（サービス継続中・死亡・不明など）	
		①年齢・性別 ②訪問看護を使用する際の保険種別 ③居住形態・世帯構成 ④主介護者の続柄・就業状況 ⑤主疾患・副疾患	⑥要介護度・状態像・医療処置 ⑦利用開始日・直近の退院日 ⑨日常生活自立度（障害・認知症） ⑩過去1か月の医療・介護サービス利用 ⑪過去1か月の定期訪問以外の連絡回数など
長期ケアの質の評価	長期ケアの質指標	1. 尊厳の追求 1)社会的交流の確保/孤独感の最小化 2)希望する生き方の実現 3)希望するケアの実現 4)活動制限の撤廃 2. 苦痛の最小化 5)疾患悪化予防/入院予防 6)尿路感染症予防 7)呼吸器感染症予防 8)褥瘡予防 9)呼吸困難への対処 10)疼痛への対処 3. 食生活の維持 11)栄養状態の保持	12)脱水予防 4. 排泄活動の維持 13)排泄活動の維持 5. 身体活動の維持 14)転倒転落による外傷の予防 15)日常的な活動の維持 16)寝床以外での活動の維持 6. 睡眠の確保 17)生活に支障がない睡眠の確保 7. 認知機能低下による生活障がいの最小化 18)認知機能低下による生活障がいの最小化 8. 家族のウェルビーイングの追求 19)家族のウェルビーイングの追求
	家族調査 利用者・	1. 利用者の療養生活上の主観的満足感 2. 利用者の客観的 QOL 評価	3. 家族の基本情報 4. 家族の療養生活に関する安心感

表4. 長期ケアの質指標

ゴードンの機能的健康パターン	長期ケアの質指標 ドメイン	長期ケアの質指標 アウトカム項目	アウトカム指標	プロセス指標	
				アセスメント	ケア
1. 健康知覚／健康管理	(2) 苦痛の最小化	⑤疾患悪化予防/入院予防	2	7	8
		⑥尿路感染症予防	1	4	3
		⑦呼吸器感染症予防	1	6 (2)	6
		⑧褥瘡予防	1	4 (1)	5 (3)
		⑨呼吸困難への対処	1	1 (6)	0 (5)
		⑩疼痛への対処	1	1 (4)	0 (6)
2. 栄養／代謝	(3) 食生活の維持	⑪栄養状態の保持	1	8	2 (3)
		⑫脱水予防	1	4	2
3. 排泄	(4) 排泄行動の維持	⑬排泄活動の維持	1	3 (7)	9
4. 活動／運動	(5) 身体活動の維持	⑭転倒転落による外傷の予防	1	6	7
		⑮日常的な活動の維持	1	0	7
		⑯寝床以外での活動の維持	1	3	3
5. 睡眠／休息	(6) 睡眠の確保	⑰生活に支障のない睡眠の確保	1	6	0 (3)
6. 認知／知覚	(7) 認知機能低下による生活障がいの最小化	⑱認知機能低下による生活障がいの最小化	1	5	0 (5)
7. 自己知覚／自己概念	(1) 尊厳の保持	①社会的交流の確保/孤独感の最小化	2	4	0 (3)
8. 役割／関係		②希望する生き方の実現	1	4	6
9. 性（セクシュアリティ）／生殖		③希望するケアの実現	1	5	5
10. コーピング／ストレス耐性		④活動制限の撤廃	1	0 (3)	0 (2)
11. 価値／信念					
	(8) 家族のウェルビーイングの追求	⑲家族のウェルビーイングの追求	1	7	3
設問数			21	78 (23)	66 (30)

Note. プロセス指標の（）内は問題事象発生がある場合のみ要回答となる設問数

介護支援専門員が評価者の場合、アウトカム指標のみ

プロセス指標のアセスメント実施割合・ケア実施割合は、各ドメイン・アウトカム項目において、実施された項目数を全項目数で割り、百分率で算出した。たとえば、アウトカム項目「社会的交流の確保」において、アセスメントが全4項目中2項目実施されていた場合は、実施されたアセスメント項目数2/全アセスメント項目数4×100=50.0%となる。全員回答する項目、必要時のみ回答する項目(◎)のそれぞれについて、アセスメント実施割合・ケア実施割合を算出した。

問題事象発生合計数は、0-19の範囲であり、合計数が大きいほど問題事象が多いことを示し、全身状態が悪いと考える。なお、「入院」「日常的な活動の維持」の問題事象発生については、定義の性質が異なるため(評価期間が異なる、2時点のデータにより評価する等)、除外した。なお、全6時点において、長期ケアの質指標に関するデータが1つでも欠落している対象者は分析から除外した。

(3)利用者の療養生活上の主観的満足感

利用者の療養生活上の主観的満足感は、「今の生活に満足している」「安心して過ごせている」「痛みや不快感なく過ごせている」「排泄に関して困っている」「今の状況で自分の希望する生き方を実現できている」の5項目について、0(全くそう思わない)から10(とてもそう思う)の間の数値で利用者本人から回答を得た。利用者の記入が難しい場合は、家族・訪問看護師・介護支援専門員のいずれかが聞き取りにより代理記入するよう依頼した。

(4)利用者の客観的QOL評価

利用者の客観的QOL評価は、岡山大学精神神経病態学教室老年精神疾患研究グループが開発した認知症患者の客観的QOL評価票(短縮版)を用いた³⁾。「楽しそうである」「食事を楽しんでいる」「訪問者に対して嬉しそうにする」「周りの人が活動するのを見て楽しんでいる」「自分から人に話しかける」「仕事やレク活動について話をする」「怒りっぽい(逆転項目)」「ものを乱暴に扱う(逆転項目)」「大声で叫んだりする(逆転項目)」の9項目について、「見られない(1点)」「まれに見られる(2点)」「ときどき見られる(3点)」「よく見られる(4点)」で回答を得た(合計得点の範囲:9-36点)。回答者は、家族・訪問看護師・介護支援専門員のいずれかとした。

(5)利用者の療養生活における家族の安心感

利用者の療養生活における家族の安心感は、「地域のがん医療に関する安心感尺度」⁴⁾を参考に、「療養者の受けている治療や支援に安心している」「療養者はあまり苦痛を感じないで過ごせている」「私の心配事には十分に対処してもらえている」

「色々なサービスがあるので安心だ」、
「安心して自宅で療養できる」の5項目を作成し、「全くそう思わない(1点)」「あまりそう思わない(2点)」「どちらでもない(3点)」「ややそう思う(4点)」「大変そう思う(5点)」の5件法で家族から回答を得た(合計得点の範囲:5-25点)。

3) データ分析方法

まず、初回調査、1・3・6・12・24か月後時点の転帰について記述統計量を算出し、調査参加者のフローチャート（図1）、在宅療養高齢者の転帰（図2）を作成した。

次に、24か月後時点の訪問看護利用群・非利用群における利用者の基本属性（表5）、問題事象発生割合（表6）、問題事象発生合計数（表7）、アセスメント実施割合・ケア割合（表8）、利用者の主観的満足度（表9）、利用者の客観的QOL（表10）、家族の基本属性（表11）、家族の安心感（表12）の記述統計量をそれぞれ算出した。

訪問看護利用群と非利用群の利用者の基本属性、家族の基本属性の差を検討するため、カイ二乗検定またはマンホイットニーのU検定または独立したサンプルのt検定を用いた。

訪問看護利用群と非利用群の問題事象発生割合の差を検討するため、カイ二乗検定を用いた。各調査時点・両群における問題事象発生合計数の平均値の差を検討するため、独立したサンプルのt検定または対応のあるt検定を用いた。

適切と考えられる看護実践プロセスの実施状況（アセスメント・ケア）を把握するため、24か月後調査のアセスメント実施割合・ケア実施割合を全ドメイン（表8-1）・ドメイン毎（表8-2）・アウトカム項目毎（表8-3,4）・プロセス項目毎（表8-5,6,7,8,9）に算出した。

利用者の主観的満足度、利用者の客観的QOL、家族の安心感の平均値の差を検討するため、独立したサンプルのt検定を用

いた。

4) 倫理的配慮

東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を受けて、実施された（No.2019087NI）。なお、研究参加者には、オプトアウトにて本研究への参加拒否の機会が与えられた。

C. 研究結果

本研究では、2022年2月1日までにデータ収集が完了した24か月後調査547名（訪問看護利用群411名、非利用群136名）について報告する。24か月後調査時点の在宅療養者547名の転帰は、在宅継続336名、入院・入所等によりサービスを中断・終了している者173名、在宅死亡38名であった。

(1)利用者情報（表5）

24か月後時点の調査参加者547名のうち、利用者の基本属性について回答を完了した者は476名であった（訪問看護利用群392名、非利用群84名）。

訪問看護利用群では、主疾患は「認知症」が80名（20.4%）と最も多く、次いで「心不全」が63名（16.1%）、「がん」が52名（13.3%）、「脳血管疾患」が46名（11.7%）であった。訪問看護非利用群では、主疾患は「認知症」が31名（36.9%）と最も多く、「脳血管疾患」が13名（15.5%）、「心不全」が8名（9.5%）、「がん」が7名（8.3%）であった。

利用者の状態像が「病態・症状の安定期」であった利用者は、訪問看護利用群273名（69.9%）、訪問看護非利用群62名（74.7%）であった。

訪問看護利用群では、障害高齢者日常生活自立度は「準寝たきりA」が128名（32.7%）と最も多く、次いで「生活自立J」が102名（26.0%）であった。訪問看護非利用群では、障害高齢者日常生活自立度は「準寝たきりA」が41名（48.8%）と最も多く、次いで「寝たきりB」が23名（27.4%）であった。

医療処置が「なし」の利用者は、訪問看護利用群264名（67.3%）、訪問看護非利用74名（88.1%）であった。

(2-1)長期ケアの質指標-問題事象発生割合（表6）

単変量解析の結果、訪問看護利用群は、非利用群に比べ、「転倒転落による外傷の予防」「希望するケアの実現」の問題事象発生割合が低く、「寝床以外での活動の維持」の問題事象発生割合が高かった。

(2-2)長期ケアの質指標-問題事象発生数（表7）

24か月後時点における問題事象発生合計数は、訪問看護利用群 4.4 ± 3.2 、非利用群 4.2 ± 3.4 ($p = 0.684$)であった。

訪問看護利用群の12か月後調査と24か月後調査時点の問題事象発生合計数は、それぞれ 3.4 ± 2.3 、 4.4 ± 3.2 であった ($p < .001$)。

非利用群の12か月後調査と24か月後調査時点の問題事象発生合計数は、12か月後調査の問題事象発生合計数はそれぞれ 2.8 ± 2.3 、 4.2 ± 3.4 であった ($p < .001$)。

(2-3)長期ケアの質指標-プロセス指標（表8）

全員が回答するアセスメント項目のうち、

比較的实施率が高いアセスメントは、アウトカム項目5)疾患悪化予防（92.0%）、次いでアウトカム項目18)認知機能低下による生活障がい最小化(79.4%)であった。反対に、比較的实施率が低いアセスメントは、アウトカム項目8)褥瘡予防(33.4%)、次いでアウトカム項目6)尿路感染症予防(48.9%)であった。

全員が回答するケア項目のうち、比較的实施率が高いケアは、アウトカム項目19)家族のウェルビーイングの追求(57.4%)、アウトカム項目9)脱水予防(57.0%)であった。反対に、比較的实施率が低いケアは、アウトカム項目11)栄養状態の保持(5.2%)、アウトカム項目7)呼吸器感染症予防(33.9%)であった。

(3)家族の基本属性（表9）

平均年齢は68.7歳（標準偏差12.9）、男性25.8%、主介護者90.6%、利用者との鼓柄は実の息子・娘46.5%であった。

(4)利用者の療養生活上の主観的満足感（表10）

利用者の療養生活上の主観的満足感の5項目は、訪問看護の利用と関連しなかった。

(5)利用者の客観的QOL評価（表11）

利用者の客観的QOL評価（合計得点）は、訪問看護利用群では平均27.0点、非利用群では平均29.0点であった ($p = 0.026$)。

(6)利用者の療養生活における家族の安心感（表12）

利用者の療養生活における家族の安心感（合計得点）は、訪問看護利用群では平均20.9点、非利用群では平均20.6点であった ($p = 0.562$)。

D. 考察

本研究では、2019年に開始した「地域で暮らす利用者・家族に対する訪問看護の効果の評価すること」を目的とした前向きコホート調査の24か月後調査を実施した。

24か月後調査時点の在宅療養者547名の転帰は、在宅継続336名、入院・入所等によりサービスを中断・終了している者173名、在宅死亡38名であった。要介護高齢者がたどる多様な経過の中で、①医療機関等からの退院・退所後に希望する療養の場に

273名（69.9%）、非利用群62名（74.7%）であり、医療処置が「なし」の利用者は、訪問看護利用群264名（67.3%）、訪問看護非利用74名（88.1%）であった。訪問看護利用群の方が、状態像が不安定であり、医療ニーズの高かった。

24か月後調査の問題事象発生割合は、訪問看護利用者は非利用者に比べ、「転倒転落による外傷の予防」「希望するケアの実現」の問題事象発生割合が低かった。加えて、訪問看護利用群・非利用群における各調査時点の問題事象発生合計数の比較において、3か月後調査時点で有意な差があったものの、他の時点で有意な差はなかった。訪問看護の利用により、加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実現、全身状態の悪化の予防につながる可能性が見出された。

E. 結論

多面的な長期ケアの質指標を用いて、2年間の縦断データを収集した。訪問看護の

円滑に移行できたか、②在宅での療養生活を継続し QOLの維持向上が図れているか、③希望する場所での看取りを支援し実現できていたか等に注目し、要介護高齢者への訪問看護提供による効果を検討する必要がある。

24か月後時点の調査参加者547名のうち、利用者の基本属性について回答を完了した者は476名であった（訪問看護利用群392名、非利用群84名）。状態像が「病態・症状の安定期」の利用者は訪問看護利用群

利用により、加齢とともに心身機能が低下する中でも、転倒転落の予防、希望するケアの実現、全身状態の悪化の予防につながる可能性が見出された。引き続き追加2年間の調査を継続していく。

文献

- 1) 山本則子（研究代表者）. 要介護高齢者等に対する介護介入による効果検証事業. 令和2年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業. 2021年.
- 2) Fukui C, Igarashi A, Noguchi-Watanabe M, Sakka M, Naruse T, Kitamura S, Inagaki A, Takaoka M, Yasaka T, Kobayashi H, Yamamoto-Mitani N. Development of Quality Indicators for Evaluating the Quality of Long-term Care. *Geriatrics & Gerontology International*. 2021 Feb 14.
- 3) Terada S, Oshima E, Ikeda C, Hayashi S, Yokota O, Uchitomi Y. (2015). Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. *International psychogeriatrics*, 27(1), 103-110.

- 4) Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. (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. *Journal of pain and symptom management*, 43(2), 218-225.

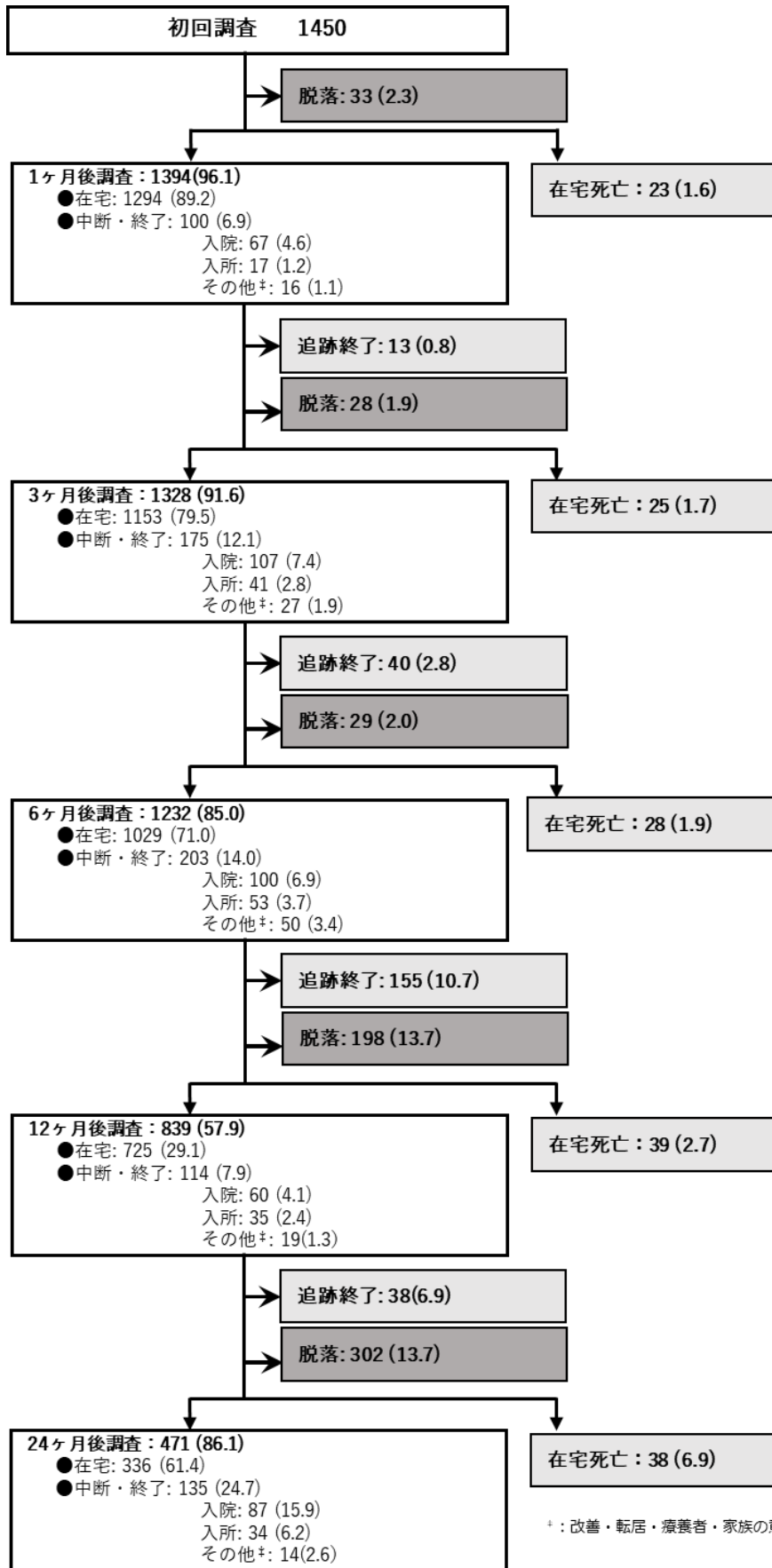
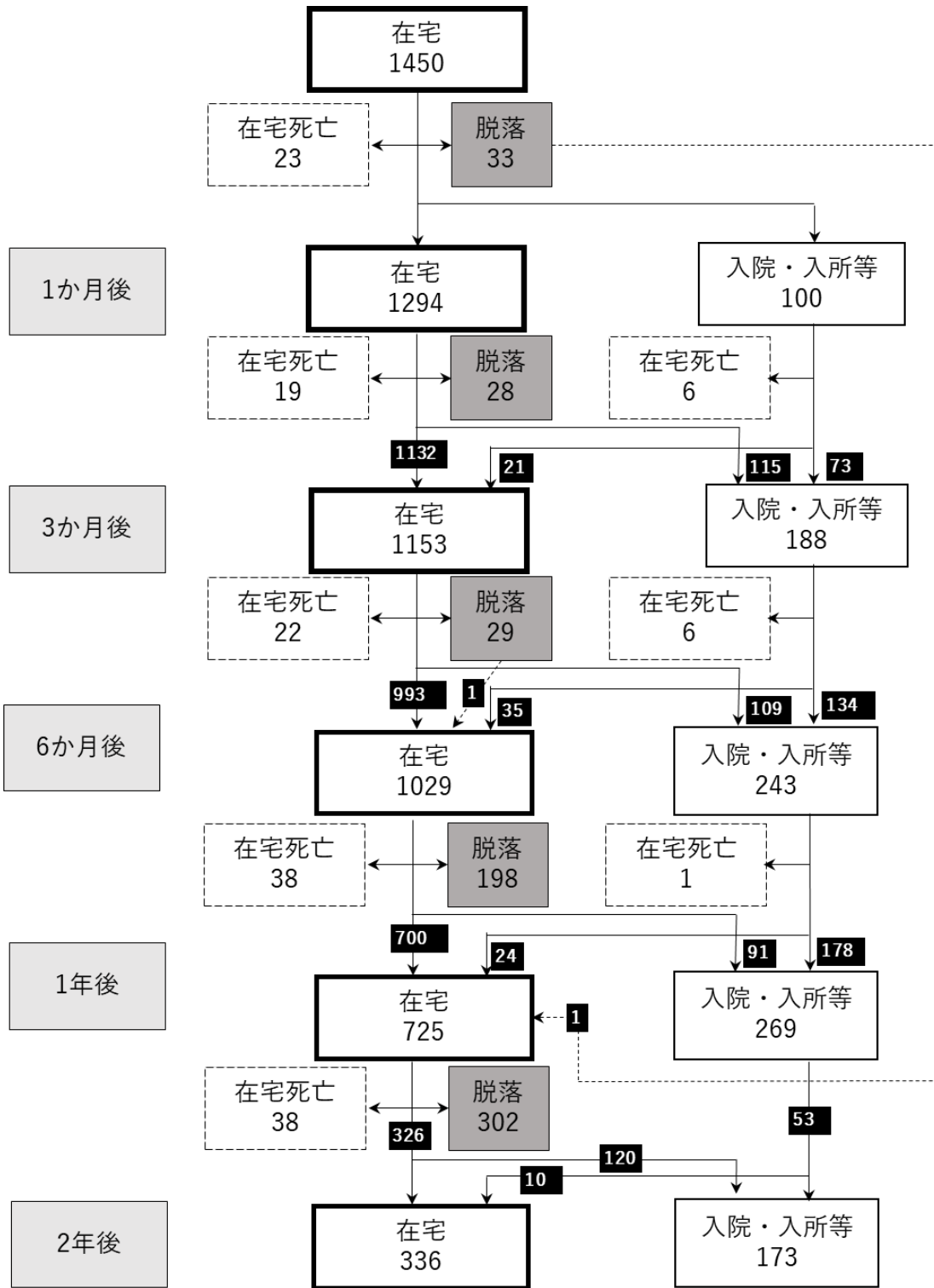


図1. 調査参加者のフローチャート



入院、入所等：入院、入所、その他（改善・転居・療養者・家族の意向など）を含む。前回の調査では入所・入院等だったが現調査時点で回答がないものを含む。

図2. 在宅療養高齢者の転帰

表5-1. 利用者の基本属性（24か月後時点）

	全体 n = 476		訪問看護利用群 n = 392		訪問看護非利用群 n = 84		p 値 a)
	平均 ± 標準偏差 [範囲]		平均 ± 標準偏差 [範囲]		平均 ± 標準偏差 [範囲]		
年齢	85.0 ± 6.3	[75-102]	85.0 ± 6.3	[75-102]	85.0 ± 6.4	[75-100]	0.983
当該事業所の利用期間（日） b)	939.3 ± 1156.9	[0-8947]	859.7 ± 989.8	[6-8697]	1310.0 ± 1694.6	[0-8947]	0.021
直近の退院日からの期間（日） c)	446.1 ± 640.1	[1-5078]	460.2 ± 621.7	[1-4107]	372.2 ± 731.9	[5-5078]	0.384

Note. 初回調査のデータを用いた, a) 独立したサンプルのt検定, b) 2000年以前のデータを除外(n = 475), c) n = 300

表5-2. 利用者の基本属性（24か月後時点）

		全体	訪問看護 利用群	訪問看護 非利用群	p 値
		n = 476	n = 392	n = 84	
		n (%)	n (%)	n (%)	
性別	男性	198 (41.6)	167 (42.6)	31 (36.9)	0.393 a)
居住形態	自宅	452 (95.0)	370 (94.4)	82 (97.6)	0.281 a)
世帯構成	それ以外	218 (45.8)	173 (44.1)	45 (53.6)	0.119 a)
	利用者と配偶者の夫婦二人	135 (28.4)	108 (27.6)	27 (32.1)	0.424 a)
	独居	123 (25.8)	111 (28.3)	12 (14.3)	0.009 a)
主介護者	子	192 (40.3)	145 (37.0)	47 (56.0)	0.001 a)
	配偶者	170 (35.7)	141 (36.0)	29 (34.5)	0.900 a)
	いない	55 (11.6)	54 (13.8)	1 (1.2)	0.001 a)
	子の配偶者	37 (7.8)	31 (7.9)	6 (7.1)	0.831 a)
	それ以外	22 (4.6)	21 (5.4)	1 (1.2)	0.148 a)
要介護度	なし（申請中など）	7 (1.5)	6 (1.5)	1 (1.2)	0.027 b)
	要支援1	10 (2.1)	10 (2.6)	0 (0.0)	
	要支援2	47 (9.9)	40 (10.2)	7 (8.3)	
	要介護1	79 (16.6)	60 (15.3)	19 (22.6)	
	要介護2	111 (23.3)	82 (20.9)	29 (34.5)	
	要介護3	80 (16.8)	66 (16.8)	14 (16.7)	
	要介護4	65 (13.7)	56 (14.3)	9 (10.7)	
	要介護5	77 (16.2)	72 (18.4)	5 (6.0)	
障害高齢者 日常生活自立度	生活自立J	119 (25.0)	102 (26.0)	17 (20.2)	0.165 b)
	準寝たきりA	169 (35.5)	128 (32.7)	41 (48.8)	
	寝たきりB	103 (21.6)	80 (20.4)	23 (27.4)	
	寝たきりC	86 (18.1)	82 (20.9)	4 (4.8)	
認知症高齢者 日常生活自立度	なし	63 (13.2)	52 (13.3)	11 (13.1)	0.298 b)
	I	92 (19.3)	77 (19.6)	15 (17.9)	
	II	104 (21.8)	80 (20.4)	24 (28.6)	
	III	133 (27.9)	107 (27.3)	26 (31.0)	
	IV	70 (14.7)	62 (15.8)	8 (9.5)	
	M	6 (1.3)	6 (1.5)	0 (0.0)	
	不明	8 (1.7)	8 (2.0)	0 (0.0)	
	利用者の状態像	0			
	病態・症状の安定期	335 (70.4)	273 (69.6)	62 (74.7)	0.511 a)
	病態・症状の不安定期	99 (20.8)	79 (20.2)	20 (24.1)	0.461 a)
	看取り期・ターミナル期	42 (8.8)	40 (10.2)	2 (2.4)	0.031 a)

Note. 性別、居住形態・主介護者は初回調査のデータを用いた, a) カイ二乗検定, b) マンホイットニーのU検定

表5-3. 利用者の基本属性（24か月後時点）

	全体	訪問看護 利用群	訪問看護 非利用群	p 値 a)
	n = 476	n = 392	n = 84	
	n (%)	n (%)	n (%)	
主疾患				
認知症	111 (23.3)	80 (20.4)	31 (36.9)	0.002
心不全	71 (14.9)	63 (16.1)	8 (9.5)	0.133
がん	59 (12.4)	52 (13.3)	7 (8.3)	0.192
脳血管疾患	59 (12.4)	46 (11.7)	13 (15.5)	0.274
神経難病	35 (7.4)	31 (7.9)	4 (4.8)	0.368
糖尿病	29 (6.1)	25 (6.4)	4 (4.8)	0.632
COPD（肺気腫・慢性気管支炎を含む）	28 (5.9)	23 (5.9)	5 (6.0)	1.000
消化器疾患	12 (2.5)	12 (3.1)	0 (0.0)	0.138
筋骨格系疾患（頸部脊柱管狭窄症・脊椎損傷）	12 (2.5)	12 (3.1)	0 (0.0)	0.138
心不全以外の循環器系疾患（解離性大動脈瘤・高血圧症）	11 (2.3)	8 (2.0)	3 (3.6)	0.419
腎機能障害（腎不全・腎炎）	10 (2.1)	8 (2.0)	2 (2.4)	1.000
精神疾患（認知症除く）	7 (1.5)	7 (1.8)	0 (0.0)	0.363
自己免疫疾患（多発性筋炎・リウマチ・強皮症）	8 (1.7)	7 (1.8)	1 (1.2)	1.000
その他	7 (1.5)	6 (1.5)	1 (1.2)	1.000
大腿骨頸部骨折以外の骨折（腰椎圧迫骨折・仙骨骨折）	8 (1.7)	5 (1.3)	3 (3.6)	0.152
大腿骨頸部骨折	6 (1.3)	4 (1.0)	2 (2.4)	0.597
難治性皮膚潰瘍（褥瘡・慢性下肢潰瘍・皮膚病）	3 (0.6)	3 (0.8)	0 (0.0)	0.640
肺炎	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	N.A.

Note. a) カイ二乗検定

表5-4. 利用者の基本属性（24か月後時点）

	全体	訪問看護 利用群	訪問看護 非利用群	p 値 a)
	n = 476	n = 392	n = 84	
	n (%)	n (%)	n (%)	
医療処置(複数回答可) b)				
なし	338 (71.0)	264 (67.3)	74 (88.1)	<0.001
介護保険サービス(複数回答可)				
訪問看護	319 (67.0)	319 (81.4)	0 (0.0)	N.A.
福祉用具貸与・特定福祉用具販売	235 (49.4)	191 (48.7)	44 (52.4)	0.550
通所介護	185 (38.9)	135 (34.4)	50 (59.5)	<0.001
訪問介護	182 (38.2)	157 (40.1)	25 (29.8)	0.084
居宅療養管理指導	85 (17.9)	78 (19.9)	7 (8.3)	0.018
訪問リハビリテーション	67 (14.1)	60 (15.3)	7 (8.3)	0.119
通所リハビリテーション	62 (13.0)	51 (13.0)	11 (13.1)	1.000
短期入所生活・療養介護	46 (9.7)	36 (9.2)	10 (11.9)	0.541
訪問入浴介護	43 (9.0)	42 (10.7)	1 (1.2)	0.005
その他	14 (2.9)	10 (2.6)	4 (4.8)	0.285
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11 (2.3)	11 (2.8)	0 (0.0)	0.226
利用なし	9 (1.9)	9 (2.3)	0 (0.0)	N.A.
看護小規模多機能・小規模多機能型居宅介護	7 (1.5)	6 (1.5)	1 (1.2)	1.000
夜間対応型訪問介護	3 (0.6)	3 (0.8)	0 (0.0)	0.640
医療保険サービス(複数回答可)				
外来通院	218 (45.8)	159 (40.6)	59 (70.2)	<0.001
訪問診療	156 (32.8)	149 (38.0)	7 (8.3)	<0.001
訪問看護	132 (27.7)	132 (33.7)	0 (0.0)	N.A.
利用なし	56 (11.8)	44 (11.2)	12 (14.3)	0.457
薬剤師の訪問	35 (7.4)	34 (8.7)	1 (1.2)	0.019
往診	31 (6.5)	29 (7.4)	2 (2.4)	0.094
訪問歯科	25 (5.3)	23 (5.9)	2 (2.4)	0.282
訪問リハビリテーション	21 (4.4)	20 (5.1)	1 (1.2)	0.146
その他	11 (0.4)	7 (0.3)	4 (1.2)	0.113
医療機関のリハビリテーション（外来等）	2 (0.4)	1 (0.3)	1 (1.2)	0.324

Note. a) カイ二乗検定, b) 24か月後調査では12か月後調査の値を用いた(n = 469), 欠損値を除いた

表6. 問題事象発生割合の推移（長期ケアの質指標 - アウトカム指標）

	初回調査			12か月後			24か月後		
	訪問看護 利用群 (n=1,222)	訪問看護 非利用群 (n=220)	p値	訪問看護 利用群 (n=680)	訪問看護 非利用群 (n=142)	p値	訪問看護 利用群 (n=391)	訪問看護 非利用群 (n=84)	p値 a)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
ドメイン1：尊厳の追及									
1-1) 社会的交流の確保	787 (64.4)	111 (50.5)	<0.001	379 (55.7)	72 (50.7)	0.273	247 (63.2)	47 (56.0)	0.215
1-2) 社会的交流の確保-孤独感	243 (19.9)	37 (16.8)	0.290	144 (21.2)	27 (19.0)	0.564	98 (25.1)	14 (16.7)	0.120
2) 希望する生き方の実現	158 (12.9)	16 (7.3)	0.018	94 (13.8)	21 (14.8)	0.763	71 (18.2)	17 (20.2)	0.641
3) 希望するケアの実現	300 (24.5)	61 (27.7)	0.317	167 (24.6)	45 (31.7)	0.077	114 (29.2)	36 (42.9)	0.013
4) 活動制限の撤廃	54 (4.4)	5 (2.3)	0.139	32 (4.7)	7 (4.9)	0.909	22 (5.6)	4 (4.8)	0.805
ドメイン2：苦痛の最小化									
5-1) 疾患悪化予防-疾患悪化	185 (15.1)	30 (13.6)	0.561	129 (19.0)	17 (12.0)	0.046	102 (26.1)	19 (22.6)	0.487
5-2) 疾患悪化予防-過去30日間の入院	108 (8.8)	20 (9.1)	0.906	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
6) 尿路感染症予防	61 (5.0)	6 (2.7)	0.141	41 (6.0)	12 (8.5)	0.294	34 (8.7)	8 (9.5)	0.831
7) 呼吸器感染症予防	50 (4.1)	5 (2.3)	0.194	38 (5.6)	7 (4.9)	0.742	27 (6.9)	8 (9.5)	0.487
8) 褥瘡予防	259 (21.2)	41 (18.6)	0.386	145 (21.3)	26 (18.3)	0.398	88 (22.5)	15 (17.9)	0.386
9) 呼吸困難への対処	66 (5.4)	6 (2.7)	0.093	49 (7.2)	10 (7.0)	0.928	34 (8.7)	6 (7.1)	0.829
10) 疼痛への対処	163 (13.3)	20 (9.1)	0.081	79 (11.6)	21 (14.8)	0.311	53 (13.6)	10 (11.9)	0.730
ドメイン3：食生活の維持									
11) 栄養状態の保持	289 (23.6)	24 (10.9)	<0.001	142 (20.9)	22 (15.5)	0.130	100 (25.6)	16 (19.0)	0.161
12) 脱水の予防	93 (7.6)	11 (5.0)	0.167	43 (6.3)	13 (9.2)	0.236	44 (11.3)	4 (4.8)	0.106
ドメイン4：排泄活動の維持									
13) 排泄活動の維持	708 (57.9)	111 (50.5)	0.635	396 (58.2)	79 (55.6)	0.469	253 (64.7)	45 (53.6)	0.062
ドメイン5：身体活動の維持									
14) 転倒転落による外傷の予防	83 (6.8)	21 (9.5)	0.136	34 (5.0)	17 (12.0)	0.002	25 (6.4)	11 (13.1)	0.040
15) 日常的な活動の維持	n.a.	n.a.	n.a.	205 (30.1)	68 (47.9)	0.011	142 (36.3)	40 (47.6)	0.528
16) 寝床以外の活動の維持	468 (38.3)	33 (15.0)	<0.001	305 (44.9)	38 (26.8)	<0.001	101 (25.8)	9 (10.7)	0.040
ドメイン6：睡眠の確保									
17) 生活に支障のない睡眠の確保	408 (33.4)	81 (36.8)	0.322	202 (29.7)	51 (35.9)	0.171	150 (38.4)	35 (41.7)	0.710
ドメイン7：認知機能低下による生活障がい最小化									
18) 認知機能低下による生活障がいの最小化	293 (24.0)	61 (27.7)	0.220	168 (24.7)	43 (30.3)	0.192	127 (32.5)	25 (29.8)	0.604
ドメイン8：家族のウェルビーイングの追求									
19) 家族のウェルビーイングの追求	156 (12.8)	48 (21.8)	<0.001	75 (11.0)	31 (21.8)	<0.001	66 (16.9)	22 (26.5)	0.062

Note. a) カイ二乗検定, b) 初回時点では過去30日間の入院, 12か月後・24か月後時点では過去1年間の有無を尋ねた, 欠損値を除いた

表7. 問題事象発生合計数（長期ケアの質指標 - アウトカム指標）

	n (%)	初回		1か月後		3か月後		6か月後		12か月後		24か月後	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
訪問看護利用群	372 (83.0)	3.4	±2.2	3.0	±2.2	3.1	±2.3	3.3	±2.3	3.4	±2.3	4.4	±3.2
非利用群	76 (17.0)	2.9	±2.3	2.5	±2.2	2.6	±2.1	2.9	±2.7	2.9	±2.3	4.2	±3.4
p値 a)		0.068		0.100		0.051		0.182		0.078		0.685	

Note. a) 独立したサンプルのt検定

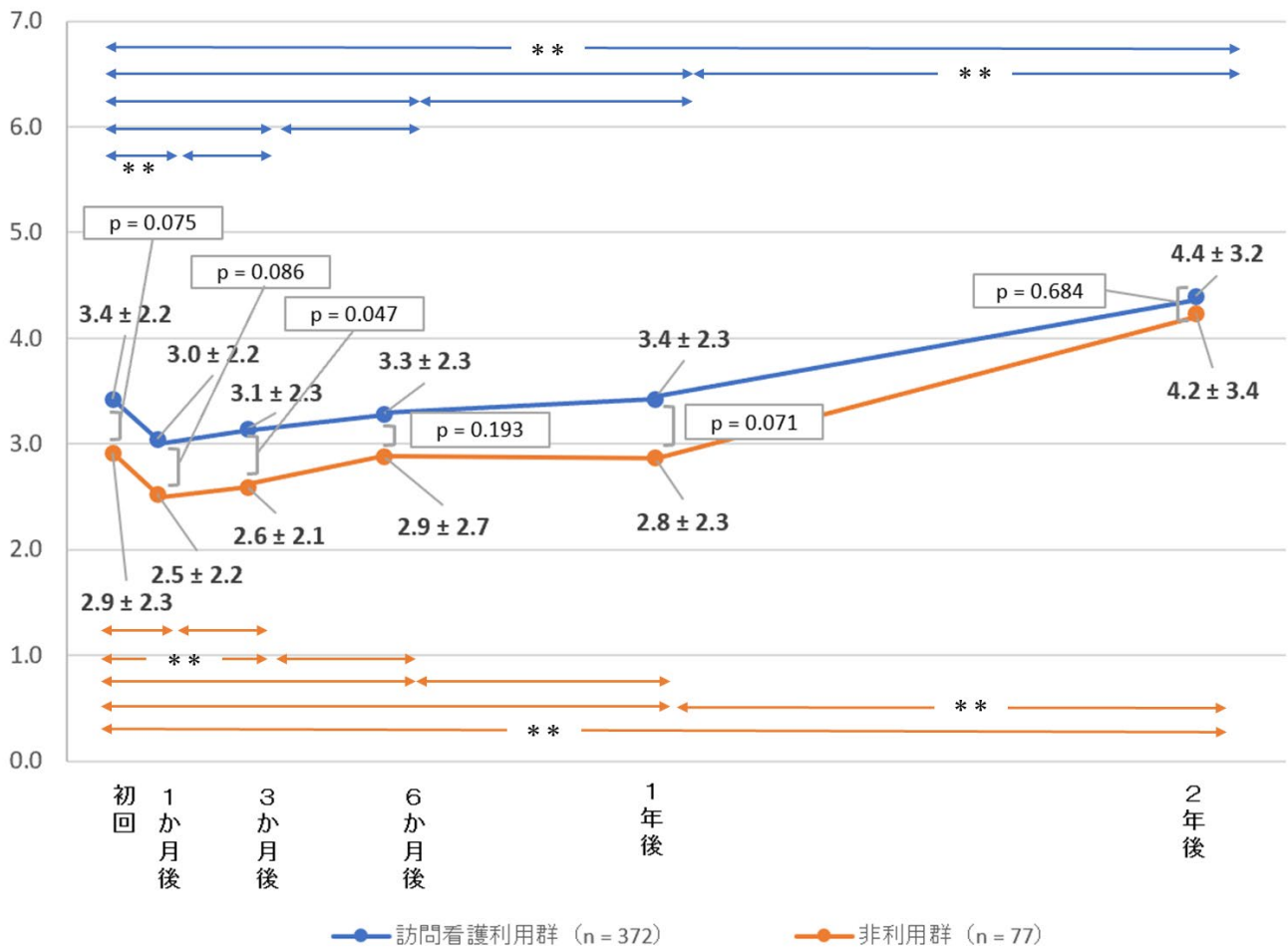


図4. 問題事象発生合計数の推移（長期ケアの質指標 - アウトカム指標）

Note. ** p < 0.01, 訪問看護利用群・非利用群における問題事象発生合計数の平均値の差は独立したサンプルのt検定、両群の各調査時点における問題事象発生合計数の平均値の差は対応のあるサンプルのt検定を用いた、全6時点において、データが1つでも欠落している対象者は分析から除外した

表8-1. 24か月後時点の全アセスメント実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標 – プロセス指標）

	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
全ドメインのアセスメント実施割合	242	65.5	24.3	1.5 - 100
全ドメインのケア実施割合	242	45.0	22.0	1.0 - 100

Note. ケア実施割合は全員回答する設問のみ用いて算出

表8-2. 24か月後時点のドメイン毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標 – プロセス指標）

	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
ドメイン1のアセスメント実施割合	242	59.1	32.2	0 - 100
ドメイン1のケア実施割合	242	46.4	30.2	0 - 100
ドメイン2のアセスメント実施割合	242	64.9	22.6	2.4 - 100
ドメイン2のケア実施割合	242	42.7	25.0	0 - 100
ドメイン3のアセスメント実施割合	242	65.6	29.8	0 - 100
ドメイン3のケア実施割合	242	31.1	25.4	0 - 100
ドメイン4のアセスメント実施割合	242	60.7	33.6	0 - 100
ドメイン4のケア実施割合	242	43.8	29.5	0 - 100
ドメイン5のアセスメント実施割合	242	70.8	32.9	0 - 100
ドメイン5のケア実施割合	242	48.8	28.1	0 - 100
ドメイン6のアセスメント実施割合	242	64.7	35.3	0 - 100
ドメイン7のアセスメント実施割合	242	79.4	31.0	0 - 100
ドメイン8のアセスメント実施割合	242	58.9	39.1	0 - 100
ドメイン8のケア実施割合	242	57.4	41.2	0 - 100

Note. ケア実施割合は全員回答する設問のみ用いて算出

表8-3. 24か月後時点のアウトカム項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン 1. 尊厳の追求	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目1) 社会的交流の確保/孤独感の最小化				
アセスメント実施割合	242	51.9	39.5	0.0 - 100
ケア実施割合◎	218	21.6	22.1	0.0 - 100
アウトカム項目2) 希望する生き方の実現				
アセスメント実施割合	242	67.0	35.2	0.0 - 100
ケア実施割合	242	46.1	32.2	0.0 - 100
アウトカム項目3) 希望するケアの実現				
アセスメント実施割合	242	58.3	38.1	0.0 - 100
ケア実施割合	242	46.7	35.6	0.0 - 100
アウトカム項目4) 活動制限の撤廃				
アセスメント実施割合◎	2	100.0	0.0	100.0 - 100
ケア実施割合◎	2	75.0	35.4	50.0 - 100
ドメイン 2. 苦痛の最小化	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目5) 疾患予防/入院予防				
アセスメント実施割合	242	92.0	16.5	0.0 - 100
ケア実施割合	242	45.6	27.0	0.0 - 100
アウトカム項目6) 尿路感染症予防				
アセスメント実施割合	242	48.9	28.4	0.0 - 100
ケア実施割合	242	51.5	39.1	0.0 - 100
アウトカム項目7) 呼吸感染症予防				
アセスメント実施割合	242	65.8	37.3	0.0 - 100
アセスメント実施割合◎	8	87.5	35.4	0.0 - 100
ケア実施割合	242	33.9	26.3	0.0 - 100
アウトカム項目8) 褥瘡予防				
アセスメント実施割合	242	33.4	35.9	0.0 - 100
ケア実施割合	242	39.7	35.6	0.0 - 100
アセスメント実施割合◎	38	31.6	47.1	0.0 - 100
ケア実施割合◎	38	52.6	46.3	0.0 - 100
アウトカム項目9) 呼吸困難への対処				
アセスメント実施割合	242	73.1	44.4	0.0 - 100
アセスメント実施割合◎	53	66.7	27.9	0.0 - 100
ケア実施割合	53	44.5	28.5	0.0 - 100
アウトカム項目10) 疼痛への対処				
アセスメント実施割合	242	76.0	42.8	0.0 - 100
アセスメント実施割合◎	100	85.5	24.4	0.0 - 100
ケア実施割合◎	100	60.3	30.1	0.0 - 100

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表8-4. 24か月後時点のアウトカム項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン3. 食生活の維持	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目11) 栄養状態の保持				
アセスメント実施割合	242	68.3	27.8	0.0 - 100
ケア実施割合	242	5.2	17.2	0.0 - 75.0
ケア実施割合◎	15	46.7	41.4	0.0 - 58.3
アウトカム項目12) 脱水予防				
アセスメント実施割合	242	62.9	39.3	0.0 - 100
ケア実施割合	242	57.0	45.0	0.0 - 100
ドメイン4. 排泄活動の維持	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目13) 排泄活動の維持				
アセスメント実施割合	242	60.7	33.6	0.0 - 100
アセスメント実施割合◎	155	65.1	24.3	0.0 - 92.9
ケア実施割合	242	43.8	29.5	0.0 - 100
ドメイン5. 身体活動の維持	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目14) 転倒転落による外傷予防				
アセスメント実施割合	242	70.2	35.6	0.0 - 100
ケア実施割合	242	48.3	31.7	0.0 - 100
アウトカム項目15) 日常生活活動の維持				
ケア実施割合	242	43.2	28.7	0.0 - 100
アウトカム項目16) 寝床以外での活動の維持				
アセスメント実施割合	242	71.5	39.2	0.0 - 100
ケア実施割合	242	55.0	44.3	0.0 - 100
ドメイン6. 睡眠の確保	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目17) 生活に支障のない睡眠の確保				
アセスメント実施割合	242	64.7	35.3	0.0 - 100
ケア実施割合◎	64	54.7	33.3	0.0 - 100
ドメイン7. 認知機能低下による生活障がいへの最小化	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目18) 認知機能低下による生活障がいへの最小化				
アセスメント実施割合	242	79.4	31.0	0.0 - 100
ケア実施割合◎	44	58.6	30.0	0.0 - 100.0
ドメイン8. 家族のウェルビーイングの追求	n	平均値(%)	標準偏差	範囲
アウトカム項目19) 家族のウェルビーイングの追求				
アセスメント実施割合	242	58.9	39.1	0.0 - 100
ケア実施割合	242	57.4	41.2	0.0 - 100

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表8-5. 24か月後時点の項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン1. 尊厳の追求		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目1) 社会的交流の確保/孤独感の最小化		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	関心ある活動への参加に関する満足度	508 (45.7)	186 (57.9)	122 (50.4)
アセスメント	家族との交流に関する満足度	640 (57.6)	205 (63.9)	149 (61.6)
アセスメント	親しい友人との交流に対する満足度の度合い	355 (31.9)	136 (42.4)	94 (38.8)
アセスメント	日常生活を送る中で感じる寂しさ	539 (48.5)	184 (57.3)	137 (56.6)
ケア	介護保険、公的内容のサービス調整◎	494 (50.3)	137 (51.5)	103 (47.2)
ケア	近隣住民や友人を巻き込んだ関係の調整◎	73 (7.4)	26 (9.8)	16 (7.3)
ケア	電話・インターネットなどを利用した他者との交流の工夫◎	58 (5.9)	16 (6)	22 (10.1)
アウトカム項目2) 希望する生き方の実現		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	生活についての自己決定の程度	728 (65.5)	218 (67.9)	171 (70.7)
アセスメント	楽しみにしていること	776 (69.8)	238 (74.1)	191 (78.9)
アセスメント	今まで続けていた日常生活での習慣	789 (71)	231 (72)	176 (72.7)
アセスメント	老いや死に関する不安	449 (40.4)	147 (45.8)	111 (45.9)
ケア	利用者の意思の探索と医師形成のための支援	639 (57.5)	201 (62.6)	147 (60.7)
ケア	利用者の声に出せない苦しさの代弁	447 (40.2)	158 (49.2)	110 (45.5)
ケア	介護職員、医師などのチームメンバーにおける利用者の医師の共有	659 (59.3)	175 (54.5)	139 (57.4)
ケア	利用者だけで実現できないことに対する公的サービスの調整	479 (43.1)	131 (40.8)	86 (35.5)
ケア	利用者の友人や近隣住民を巻き込んだ支援体制の構築	116 (10.4)	44 (13.7)	29 (12)
ケア	利用者の意向の再確認	700 (62.9)	194 (60.4)	158 (65.3)
アウトカム項目3) 希望するケアの実現		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	療養場所の意向	760 (68.3)	234 (72.9)	163 (67.4)
アセスメント	受けたい医療・介護についての意向	770 (69.2)	232 (72.3)	172 (71.1)
アセスメント	代理意思決定者	376 (33.8)	151 (47)	110 (45.5)
アセスメント	人生で大切にしていること	483 (43.4)	170 (53)	128 (52.9)
アセスメント	利用者の意向の変化	574 (51.6)	188 (58.6)	133 (55)
ケア	話し合う時間の設定	746 (67.1)	204 (63.6)	156 (64.5)
ケア	話し合った内容の記録	650 (58.5)	180 (56.1)	152 (62.8)
ケア	家族・他の職種と話し合った内容の共有	663 (59.6)	178 (55.5)	142 (58.7)
ケア	利用者・家族・他の職種の話し合いの場の設置	377 (33.9)	97 (30.2)	74 (30.6)
ケア	複数の専門家による話し合いの場の設定	258 (23.2)	58 (18.1)	41 (16.9)
アウトカム項目4) 活動制限の撤廃		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	見当識障害・専門の程度◎	26 (65)	10 (100)	2 (100)
アセスメント	薬剤の使用状況◎	22 (55)	10 (100)	2 (100)
アセスメント	身体抑制に対する家族・他職種の認識◎	24 (60)	7 (70)	2 (100)
ケア	他職種での身体抑制の原因について検討◎	16 (40)	2 (20)	2 (100)
ケア	原因の除去または回避方法の検討◎	16 (40)	2 (20)	1 (50)

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表8-6. 24か月後時点の項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン2. 苦痛の最小化		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目5) 疾患予防/入院予防		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	意識レベルの変化	921 (83)	462 (89.9)	214 (88.4)
アセスメント	活動状況の変化	1020 (91.9)	493 (95.9)	232 (95.9)
アセスメント	内服状況（処方内容、アドヒアランス、管理状況）	1023 (92.3)	481 (93.6)	229 (94.6)
アセスメント	体重	662 (59.7)	395 (76.8)	198 (81.8)
アセスメント	浮腫	1001 (90.5)	488 (94.9)	232 (95.9)
アセスメント	水分摂取状況	1026 (92.4)	490 (95.3)	228 (94.2)
アセスメント	セルフケア能力	1005 (90.9)	472 (91.8)	225 (93)
ケア	疾患管理に関する安全上のアドバイス	767 (69.2)	360 (70)	164 (67.8)
ケア	受診に合わせたタイムリーなかかりつけ医（医師・看護職）との情報共有活動	650 (58.6)	319 (62.1)	148 (61.2)
ケア	疾患管理に関する介護支援専門員との情報共有	808 (72.9)	392 (76.3)	187 (77.3)
ケア	疾患管理に関する訪問介護員（ホームヘルパー）との情報共有	337 (30.8)	172 (33.5)	80 (33.1)
ケア	疾患管理に関する通所介護等の介護職員との情報共有	354 (32.3)	174 (33.9)	96 (39.7)
ケア	内服の調整に関する医療職（医師・薬剤師）との相談	456 (41.2)	219 (42.6)	114 (47.1)
ケア	疾患管理に関するかかりつけ医（医師・看護職）との、情報共有以外の連携	272 (24.6)	142 (27.6)	62 (25.6)
ケア	災害時対応の計画立案（安否確認、人工呼吸器・HTの管理 等）	226 (20.4)	129 (25.1)	31 (12.8)
アウトカム項目6) 尿路感染症予防		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	陰部の保清状況	774 (70.6)	389 (76)	174 (71.9)
アセスメント	自覚症状（残尿感、頻尿、排尿時痛）	692 (63.1)	377 (73.6)	166 (68.6)
アセスメント	残尿測定（導尿、エコー）	43 (3.9)	14 (2.7)	8 (3.3)
アセスメント	尿性状	498 (45.4)	281 (54.9)	125 (51.7)
ケア	陰部の清潔	723 (65.8)	362 (70.7)	157 (64.9)
ケア	尿路感染症を予防するための生活動作の指導（排泄後の拭き方等）	370 (33.7)	222 (43.4)	88 (36.4)
ケア	実施可能か判断した上で、水分補給量を増加	553 (50.4)	288 (56.3)	129 (53.3)
アウトカム項目7) 呼吸感染症予防		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	体重減少	619 (56.3)	365 (71.3)	178 (73.6)
アセスメント	食べる姿勢・食欲・意識レベル	834 (75.9)	401 (78.3)	194 (80.2)
アセスメント	口腔内乾燥・技師の具合・咀嚼困難・口からの食べ物のこぼれ	599 (54.6)	315 (61.5)	154 (63.6)
アセスメント	口腔内食物残滓・話し方と発音の変化	583 (53.1)	308 (60.2)	153 (63.2)
アセスメント	むせ・食後の湿性咳嗽	616 (56.2)	324 (63.3)	156 (64.5)
アセスメント	食事時間の延長	377 (34.4)	244 (47.7)	121 (50)
アセスメント	喀痰・咳嗽◎	28 (96.6)	8 (100)	7 (87.5)
アセスメント	意識レベル・活気◎	27 (93.1)	7 (87.5)	7 (87.5)
ケア	口腔ケア	522 (47.6)	291 (56.8)	137 (56.6)
ケア	接触嚥下訓練の実施	172 (15.7)	117 (22.9)	41 (16.9)
ケア	食形態・増粘剤の検討	221 (20.2)	146 (28.5)	50 (20.7)
ケア	鎮静剤・睡眠導入剤の減量・中止について他職種と相談	99 (9.1)	86 (16.8)	30 (12.4)
ケア	臥床時、東夷を軽度挙上するようポジショニング調整	235 (21.5)	140 (27.3)	54 (22.3)
ケア	インフルエンザワクチンの接種	552 (50.3)	344 (67.2)	180 (74.4)

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表8-7. 24か月後時点の項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン2. 苦痛の最小化		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目8) 褥瘡予防		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	スケールを用いたリスクアセスメント	217 (21.7)	164 (32.1)	56 (23.1)
アセスメント	マットレスの適切性	382 (38.4)	236 (46.2)	101 (41.7)
アセスメント	介護者の褥瘡に関する知識	401 (40.1)	258 (50.5)	102 (42.1)
アセスメント	皮膚に装着された機器類による皮膚損傷リスク	287 (28.9)	165 (32.3)	64 (26.4)
ケア	手指の握り込みや拘縮肢による圧迫予防	206 (20.8)	139 (27.2)	49 (20.2)
ケア	適切なマットレスの交換・内圧調整	206 (20.8)	150 (29.4)	59 (24.4)
ケア	必要栄養摂取量の確保	482 (48.6)	292 (57.1)	123 (50.8)
ケア	皮膚保護のための衣類や環境の調整	520 (52.4)	279 (54.6)	128 (52.9)
ケア	スキンケアを予防する愛護的なケア	497 (50.2)	310 (60.7)	121 (50)
アセスメント	DESIGN-Rによる重症度のアセスメント◎	84 (42.9)	26 (31.3)	12 (31.6)
ケア	創部及び創周囲に対する十分な量の水を用いた石鹸洗浄◎	148 (74.4)	58 (69.9)	19 (50)
ケア	創部の深さ、滲出液の状況、炎症反応の有無に応じた外用薬・ドレッシング剤の検討◎	154 (77.4)	55 (66.3)	21 (55.3)
ケア	創部の汚染予防◎	144 (72.7)	55 (66.3)	20 (52.6)
アウトカム項目9) 呼吸困難への対処		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	労作時の呼吸困難	605 (61.5)	377 (73.8)	177 (73.1)
アセスメント	呼吸困難による生活への影響◎	232 (91)	104 (90.4)	45 (84.9)
アセスメント	軽快因子や増悪因子◎	224 (87.8)	98 (85.2)	44 (83)
アセスメント	患者のセルフケア能力◎	211 (82.7)	95 (82.6)	43 (81.1)
アセスメント	食事摂取量・内容◎	195 (76.5)	89 (77.4)	39 (73.6)
アセスメント	胸部の可動性◎	168 (65.9)	74 (64.3)	31 (58.5)
アセスメント	検査データ（血ガス、呼吸機能検査）◎	79 (31)	44 (38.3)	10 (18.9)
ケア	利用者・家族・サービス提供者間で目標を共有◎	158 (61.7)	68 (59.1)	29 (54.7)
ケア	生活動作のアドバイス◎	217 (84.8)	89 (77.4)	43 (81.1)
ケア	呼吸法の指導◎	143 (55.9)	57 (49.6)	25 (47.2)
ケア	医師と連絡を取り別の薬剤・治療法の検討◎	85 (33.2)	33 (28.7)	14 (26.4)
ケア	排痰ドレナージ・スクイーミングの実施◎	51 (19.9)	22 (19.1)	7 (13.2)
アウトカム項目10) 疼痛への対処		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	労作時の疼痛の有無・程度	729 (71.5)	418 (82)	184 (76)
アセスメント	疼痛による生活への影響◎	438 (92.2)	182 (95.8)	93 (93)
アセスメント	軽快因子や増悪因子◎	421 (88.6)	178 (93.7)	89 (89)
アセスメント	皮膚病変の有無◎	368 (77.5)	161 (84.7)	77 (77)
アセスメント	患者のセルフケア能力◎	409 (86.5)	161 (84.7)	83 (83)
ケア	利用者・家族・サービス提供者間で情報を共有◎	315 (66.6)	124 (65.3)	66 (66)
ケア	生活動作のアドバイス◎	393 (83.1)	154 (81.1)	82 (82)
ケア	自宅内の環境調整◎	310 (65.5)	136 (71.6)	65 (65)
ケア	内服管理ができるよう支援◎	297 (62.8)	110 (57.9)	60 (60)
ケア	別の薬剤・治療法の実施に関する医師との相談◎	154 (32.6)	52 (27.4)	33 (33)
ケア	リラクゼーションの導入◎	220 (46.4)	109 (57.4)	56 (56)
ドメイン3. 食生活の維持		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目11) 栄養状態の保持		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	体重の減少	636 (57.2)	371 (72.7)	176 (72.7)
アセスメント	BMI	224 (20.1)	200 (39.2)	79 (32.6)
アセスメント	ADL	926 (83.3)	449 (88)	210 (86.8)
アセスメント	疾患の悪化	949 (85.3)	448 (87.8)	208 (86)
アセスメント	神経・精神的問題・認知症の有無	907 (81.6)	445 (87.3)	199 (82.2)
アセスメント	食事内容	936 (84.2)	441 (86.5)	204 (84.3)
アセスメント	口腔内機能	673 (60.5)	336 (65.9)	155 (64)
アセスメント	かみ合わせ	355 (31.9)	215 (42.2)	92 (38)
ケア	歯科医師、歯科衛生士との相談	106 (9.5)	43 (8.4)	20 (8.3)
ケア	栄養士との相談	20 (1.8)	20 (3.9)	5 (2.1)
ケア	栄養補助食品の使用◎	50 (60.2)	16 (66.7)	7 (46.7)
ケア	食事内容・形態の変更◎	48 (57.8)	11 (45.8)	9 (60)
ケア	配食サービス等地域資源の活用◎	11 (13.3)	6 (25)	5 (33.3)
アウトカム項目12) 脱水予防		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	利尿剤の服用	511 (46)	296 (58)	120 (49.6)
アセスメント	嘔吐・下痢	679 (61.1)	355 (69.6)	160 (66.1)
アセスメント	脱水を誘発する環境要因（=エアコンの有無など）	813 (73.2)	380 (74.5)	169 (69.8)
アセスメント	脱水の対処法に関する認識	769 (69.2)	374 (73.3)	160 (66.1)
ケア	脱水の原因をコントロールする支援	550 (49.5)	308 (60.4)	124 (51.2)
ケア	利用者の生活リズムに合わせた脱水の予防法・対処法に関する指導	743 (66.9)	358 (70.2)	152 (62.8)

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表8-8. 24か月後時点の項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン4. 排泄活動の維持		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目13) 排泄活動の維持		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	排泄の問題の有無	914 (82.3)	453 (89)	208 (86)
アセスメント	Bristol スケールの使用による便性状アセスメント	272 (24.5)	199 (39.1)	89 (36.8)
アセスメント	排泄動作	579 (52.1)	296 (58.2)	144 (59.5)
アセスメント	内服している薬剤の種類・数◎	574 (86.2)	273 (90.7)	138 (89)
アセスメント	内服している下剤の内服量とタイミング◎	521 (78.2)	257 (85.4)	129 (83.2)
アセスメント	残尿感・残便感の有無◎	461 (69.2)	245 (81.4)	116 (74.8)
アセスメント	食事内容◎	550 (82.6)	263 (87.4)	130 (83.9)
アセスメント	原因の検討（イレウスや大腸癌などの重篤な疾患との識別）◎	347 (52.1)	161 (53.5)	89 (57.4)
アセスメント	超音波による膀胱、大腸の状態観察◎	29 (4.4)	21 (7)	4 (2.6)
アセスメント	排泄の問題に関する利用者自身の認識◎	422 (63.4)	191 (63.5)	100 (64.5)
ケア	下剤や浣腸・滴便の実施	492 (44.3)	248 (48.7)	110 (45.5)
ケア	下剤の用法・容量の調整	492 (44.3)	250 (49.1)	126 (52.1)
ケア	食物繊維や乳酸菌などを含む食事接種内容の調整	388 (34.9)	231 (45.4)	117 (48.3)
ケア	水分摂取量の調整	714 (64.3)	347 (68.2)	167 (69)
ケア	腹部マッサージの実施	355 (32)	171 (33.6)	65 (26.9)
ケア	利用者の状態に応じた身体活動量の増加に関する指導	399 (35.9)	233 (45.8)	110 (45.5)
ケア	定期的なトイレ習慣（誘導）に関する指導	258 (23.2)	138 (27.1)	63 (26)
ケア	排泄の問題解消のための日常生活のアドバイス	596 (53.6)	317 (62.3)	151 (62.4)
ケア	排泄の問題解消のための看護職と医療機関での相談や話し合い	245 (22.1)	124 (24.4)	46 (19)
ドメイン5. 身体活動の維持		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目14) 転倒転落による外傷の予防		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	服薬状況による身体・精神的影響	663 (59.6)	368 (72.3)	151 (62.4)
アセスメント	身体バランス保持能力	920 (82.7)	424 (83.3)	201 (83.1)
アセスメント	失認・失行	615 (55.3)	320 (62.9)	149 (61.6)
アセスメント	利用者・家族の理解力	814 (73.2)	400 (78.6)	188 (77.7)
アセスメント	循環器系の問題	626 (56.3)	359 (70.5)	160 (66.1)
アセスメント	移動時使用物品の状態（履き物・移動補助用具）	696 (62.6)	351 (69)	170 (70.2)
ケア	生活環境・整備（床材、手すり、ベストポジションバーなど）	524 (47.1)	256 (50.3)	106 (43.8)
ケア	SOSの方法の検討	445 (40)	242 (47.5)	118 (48.8)
ケア	身体バランスを維持、強化することを目的とした身体活動	615 (55.3)	310 (60.9)	142 (58.7)
ケア	移動動作能力、筋力の維持・強化を目的とした身体活動	636 (57.2)	324 (63.7)	153 (63.2)
ケア	不要な薬剤の原料・中止の点検	263 (23.7)	170 (33.4)	69 (28.5)
ケア	原疾患治療の管理	716 (64.4)	358 (70.3)	147 (60.7)
ケア	理学療法士、作業療法士による支援の導入	381 (34.3)	179 (35.2)	83 (34.3)
アウトカム項目15) 日常的な活動の維持		n (%)	n (%)	n (%)
ケア	筋力・関節活動	731 (65.8)	371 (72.9)	169 (69.8)
ケア	生活環境整備	683 (61.5)	337 (66.2)	161 (66.5)
ケア	ADLの動作訓練の実施：入浴・移動・トイレ・食事・個人衛生	585 (52.8)	284 (55.8)	119 (49.2)
ケア	疼痛・呼吸困難等の身体症状緩和	512 (46.2)	251 (49.3)	118 (48.8)
ケア	補助具の追加	181 (16.3)	110 (21.6)	48 (19.8)
ケア	作業療法士への家事動作の維持・改善についての相談	137 (12.4)	64 (12.6)	26 (10.7)
ケア	変化するADLの需要を促す話し合い	338 (30.6)	162 (31.8)	91 (37.6)
アウトカム項目16) 寝床以外での活動の維持		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	家族やその他の職種からの支援状況	713 (64.5)	387 (76)	180 (74.4)
アセスメント	室内・室外環境	695 (63)	369 (72.5)	158 (65.3)
アセスメント	活動意欲	770 (69.7)	393 (77.2)	181 (74.8)
ケア	寝室から外に出る機会の提供	545 (49.1)	278 (54.6)	127 (52.5)
ケア	家の外に出る機会の提供	563 (50.8)	273 (53.6)	131 (54.1)
ケア	活動意欲を高めるためのケアの実施	571 (51.6)	312 (61.3)	141 (58.3)
ドメイン6. 睡眠の確保		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目17) 生活に支障のない睡眠の確保		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	睡眠時間、中途覚醒の頻度	825 (74.2)	415 (81.5)	185 (76.4)
アセスメント	睡眠導入剤の内服状況	592 (53.2)	304 (59.7)	133 (55)
アセスメント	うつ状態の傾向	540 (48.6)	314 (61.7)	136 (56.2)
アセスメント	日中の過ごし方	923 (83)	442 (86.8)	201 (83.1)
アセスメント	寝床周辺の環境	626 (56.3)	353 (69.4)	162 (66.9)
アセスメント	睡眠障害による社会生活への影響	409 (36.8)	286 (56.2)	123 (50.8)
ケア	睡眠導入剤に関するアドバイス、医療職との相談◎	104 (41.1)	54 (52.4)	26 (40.6)
ケア	寝床周辺の環境整備◎	124 (49)	60 (58.3)	29 (45.3)
ケア	日中の過ごし方に関するアドバイス◎	190 (75.1)	83 (80.6)	50 (78.1)

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表8-9. 24か月後時点の項目毎実施割合・ケア実施割合（長期ケアの質指標－プロセス指標）

ドメイン7. 認知機能低下による生活障がい最小化		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目18) 認知機能低下による生活障がい最小化		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	表情・言動	934 (84)	446 (87.6)	212 (87.6)
アセスメント	家族や親しい人との関係、会う頻度	735 (66.1)	381 (74.9)	184 (76)
アセスメント	ストレスや不安を与える出来事の有無	815 (73.3)	414 (81.3)	188 (77.7)
アセスメント	疼痛、発熱、便秘、その他体調不良などの身体症状の有無	989 (88.9)	455 (89.4)	212 (87.6)
アセスメント	利用者の「望む暮らし」の把握	673 (60.5)	353 (69.4)	165 (68.2)
ケア	身体症状や痛みに対する対応◎	161 (82.1)	57 (82.6)	36 (81.8)
ケア	上記以外の原因への対応◎	135 (68.9)	53 (76.8)	33 (75)
ケア	行動・心理症状への対応◎	152 (77.6)	62 (89.9)	36 (81.8)
ケア	医師・薬剤師と認知機能障害に関する薬の調整◎	50 (25.5)	24 (34.8)	15 (34.1)
ケア	認知機能障害の理解を高めるための地域への働きかけ◎	22 (11.2)	11 (15.9)	9 (20.5)
ドメイン8. 家族のウェルビーイングの追求		初回	12か月後	24か月後
アウトカム項目19) 家族のウェルビーイングの追求		n (%)	n (%)	n (%)
アセスメント	家族構成（利用者が家族と聞いて思い浮かべる人）・役割	799 (72.1)	382 (75.2)	173 (71.5)
アセスメント	家族の仕事と経済状況	584 (52.7)	314 (61.8)	137 (56.6)
アセスメント	利用者の状況による仕事への影響	462 (41.7)	269 (53)	119 (49.2)
アセスメント	利用者および家族の療養に関する意向	699 (63.1)	360 (70.9)	165 (68.2)
アセスメント	介護負担・介護意欲	749 (67.6)	362 (71.3)	170 (70.2)
アセスメント	虐待等家庭生活上の危機	386 (34.8)	205 (40.4)	93 (38.4)
アセスメント	社会資源の利用状況	673 (60.7)	334 (65.7)	140 (57.9)
ケア	定期的なサービス提供者とのコミュニケーション	816 (73.6)	390 (76.8)	174 (71.9)
ケア	利用する社会資源の調整に関する検討	567 (51.2)	273 (53.7)	120 (49.6)
ケア	利用者を担当する専門職からの連絡	600 (54.2)	278 (54.7)	123 (50.8)

Note. ◎は問題事象発生時のみ回答する設問

表9. 家族の基本属性（24か月後時点）

	全体	訪問看護利用者群	訪問看護非利用者群	p 値
	n = 159	n = 119	n = 40	
	n(%) / 平均 ± 標準偏差 [範囲]	n(%) / 平均 ± 標準偏差 [範囲]	n(%) / 平均 ± 標準偏差 [範囲]	
年齢	68.7 ± 12.9 [39-94]	69.28 ± 13.1 [39-94]	67.0 ± 12.6 [42-92]	0.341 ^{a)}
男性	41 (25.8)	29 (24.4)	11 (26.8)	0.834 ^{b)}
主介護者である	144 (90.6)	108 (90.8)	35 (85.4)	0.733 ^{b)}
利用者との関係性				0.622 ^{b)}
実の息子・娘	74 (46.5)	54 (45.4)	20 (50.0)	
配偶者	66 (41.5)	51 (42.9)	15 (37.5)	
義理の息子・娘	14 (8.8)	12 (10.1)	2 (5.0)	
無回答	3 (1.9)	1 (0.8)	2 (5.0)	
その他	2 (1.3)	1 (0.8)	1 (2.5)	
就業状況				0.015 ^{b)}
現在就労なし、または休職中	99 (62.3)	78 (65.5)	21 (52.5)	
パートタイム	20 (12.6)	14 (11.8)	6 (15.0)	
フルタイム	19 (11.9)	10 (8.4)	9 (22.5)	
自営業	14 (8.8)	13 (10.9)	1 (2.5)	
無回答	7 (4.4)	4 (3.4)	3 (7.5)	
暮らし向き				0.284 ^{c)}
大変ゆとりがある	5 (3.1)	4 (3.4)	1 (2.5)	
ややゆとりがある	27 (17.0)	17 (14.3)	10 (25.0)	
普通	98 (61.6)	75 (63.0)	23 (57.5)	
やや苦しい	21 (13.2)	18 (15.1)	3 (7.5)	
大変苦しい	4 (2.5)	4 (3.4)	0 (0.0)	
無回答	4 (2.5)	1 (0.8)	3 (7.5)	

Note. a) 独利したサンプルのT検定, b) カイ二乗検定, c) マンホイットニーのU検定

表10. 利用者の主観的満足度（24か月後時点）

	全体 n = 171		訪問看護利用者群 n = 137		訪問看護非利用者群 n = 34		p 値 a)
	平均 ± 標準偏差 [範囲]		平均 ± 標準偏差 [範囲]		平均 ± 標準偏差 [範囲]		
1. 今の生活に満足している	6.9 ± 2.3	[1-10]	6.9 ± 2.3	[1-10]	7.0 ± 2.3	[3-10]	0.731
2. 安心して生活している	7.3 ± 2.5	[0-10]	7.3 ± 2.5	[0-10]	7.4 ± 2.7	[1-10]	0.864
3. 痛みや不快感なく過ごせている	6.4 ± 2.9	[0-10]	6.4 ± 2.8	[0-10]	6.2 ± 3.5	[0-10]	0.622
4. 排泄に関して困っている（逆転処理後）	5.4 ± 3.7	[0-10]	5.5 ± 3.7	[0-10]	5.0 ± 3.7	[0-10]	0.509
5. 今の状況で自分の希望する生き方を実現できている	6.3 ± 2.7	[0-10]	6.4 ± 2.7	[0-10]	6.1 ± 2.6	[2-10]	0.564

Note. 各項目「全くそう思わない（0点）」から「大変そう思う（10点）」で回答を得た。得点が高いほど、満足感が高いことを示す。「4. 排泄に関して困っている」は逆転項目であり、得点が高いほど排泄に関して困っていないことを示す。回答欠損は除外した。a) 独立したサンプルのT検定

表11. 利用者の客観的QOL（24か月後時点）

	全体 n = 219		訪問看護利用者群 n = 174		訪問看護非利用者群 n = 45		p 値
	n(%) / 平均 ± 標準偏差 [範囲]		n(%) / 平均 ± 標準偏差 [範囲]		n(%) / 平均 ± 標準偏差 [範囲]		
評価者							0.818 ^{a)}
家族	86 (39.3)		67 (38.5)		19 (42.2)		
訪問看護師または介護支援専門員	81 (37.0)		66 (37.9)		15 (33.3)		
無回答	52 (23.7)		41 (23.6)		11 (24.4)		
1. 楽しそうである	2.9 ± 0.9	[1-4]	2.8 ± 0.9	[1-4]	3.1 ± 0.8	[1-4]	0.023^{b)}
2. 食事を楽しんでいる	3.2 ± 1.0	[1-4]	2.8 ± 1.0	[1-4]	3.2 ± 0.8	[1-4]	0.032^{b)}
3. 身内や知り合いに会うとうれしそう	3.3 ± 0.9	[1-4]	3.2 ± 1.0	[1-4]	3.5 ± 0.8	[1-4]	0.085 ^{b)}
4. 周りの人が活動するのを見て楽しんでいる	2.7 ± 1.0	[1-4]	2.6 ± 1.1	[1-4]	3.1 ± 0.8	[1-4]	< .001^{b)}
5. 自分から人に話しかける	3.0 ± 1.0	[1-4]	2.9 ± 1.0	[1-4]	3.3 ± 1.0	[1-4]	0.048^{b)}
6. 仕事やレク活動について話す	2.2 ± 1.1	[1-4]	2.1 ± 1.1	[1-4]	2.5 ± 1.2	[1-4]	0.041^{b)}
7. 怒りっぽい（逆転後）	3.2 ± 1.0	[1-4]	3.2 ± 1.0	[1-4]	3.2 ± 1.1	[1-4]	0.624 ^{b)}
8. 物を乱暴に扱う（逆転後）	3.8 ± 0.6	[1-4]	3.8 ± 0.5	[1-4]	3.7 ± 0.6	[2-4]	0.291 ^{b)}
9. 大声で叫んだりする（逆転後）	3.6 ± 0.8	[1-4]	3.6 ± 0.8	[1-4]	3.5 ± 0.8	[1-4]	0.505 ^{b)}
合計得点	27.4 ± 5.2	[11-36]	27.0 ± 5.2	[12-36]	29.0 ± 5.0	[11-36]	0.026^{b)}

Note. 各項目「見られない（1点）」から「よく見られる（4点）」で回答を得た。全9項目の合計得点範囲は9 - 36点、得点が高いほど、利用者の客観的QOL評価が高いことを示す。「7. 怒りっぽい」「8. 物を乱暴に扱う」「9. 大声で叫んだりする」は逆転項目であり、得点が高いほど「怒りっぽくない」「物を乱暴に扱っていない」「大声で叫んでいない」ことを示す。回答欠損は除外、1つでも欠損があった場合は合計得点の算出から除外した。a) カイ二乗検定、b) 独立したサンプルのT検定

表12. 家族の安心感（24か月後時点）

	全体 n = 155		訪問看護利用者群 n = 115		訪問看護非利用者群 n = 40		p 値 a)
	平均 ± 標準偏差 [範囲]		平均 ± 標準偏差 [範囲]		平均 ± 標準偏差 [範囲]		
療養者の受けている治療や支援に安心している	4.4 ± 0.8	[1-5]	4.3 ± 0.9	[1-5]	4.4 ± 0.8	[2-5]	0.804
療養者はあまり苦痛を感じないで過ごせている	4.0 ± 1.0	[1-5]	3.9 ± 1.0	[1-5]	4.1 ± 1.0	[2-5]	0.454
私の心配事には十分に対処してもらえている	4.1 ± 1.0	[1-5]	4.1 ± 1.0	[1-5]	4.0 ± 1.0	[2-5]	0.380
色々なサービスがあるので安心だ	4.4 ± 0.8	[2-5]	4.4 ± 0.8	[2-5]	4.3 ± 0.9	[2-5]	0.488
安心して自宅で療養できる	4.1 ± 1.0	[1-5]	4.1 ± 1.0	[1-5]	3.9 ± 1.0	[1-5]	0.143
合計得点	20.8 ± 3.4	[10-25]	20.9 ± 3.6	[10-25]	20.6 ± 3.0	[15-25]	0.562

Note. 各項目「全くそう思わない（1点）」から「大変そう思う（5点）」で回答を得た。全5項目の合計得点範囲は5 - 25点、得点が高いほど、利用者の療養生活における家族の安心感が高いことを示す。回答欠損は除外、1つでも欠損があった場合は合計得点の算出から除外した。a) 独立したサンプルのT検定

(資料) 長期ケアの質指標における問題事象発生 の定義

ドメイン 1. 尊厳の追求

アウトカム項目：1-1) 社会的交流の確保

定義：過去 30 日間において、社会活動ができていなかった、
または人間関係に悩みがあった

過去 30 日間の利用者の社会的交流はどのような状況でしたかに対し、

「関心ある活動への参加」「家族や友人の訪問」「家族や友人とのその他の交流」の全てで「1. なかった」「2. わからない」に回答した、または「家族や友人との葛藤や怒り」「一部の家族や近い知り合いに対する恐れ」「ネグレクト、粗末に扱われる、虐待される」のいずれかで「0. あった」「2. わからない」に回答した

アウトカム項目：1-2) 孤独感の最小化

定義：過去 30 日間において、孤独感や寂しさの表現があった

過去 30 日間に、利用者は孤独感や寂しさを表現しましたかに対し、

「2. 常に表現している」「3. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：2) 希望する生き方の実現

定義：希望する生き方が実現できていない

利用者は、今の状況において可能な範囲で、自分の希望する生き方を実現できていると思われ
ますかに対し、

「2. 全くできていない」「3. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：3) 希望するケアの実現

定義：定期的に話し合い、共有していない

利用者が受けたいケア・支援（アドバンス・ケア・プランニング含む）について、定期的に話し合い、周りの人（家族・医療・介護専門職を含む）と共有していますか

に対し、
「1. 話し合いはしているが、共有していない」「2. 話し合いはしていない」「3. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：4) 活動制限の撤廃

定義：過去 30 日間において、身体拘束があった

利用者は、過去 30 日間に、療養の場において身体抑制を受けましたか（四肢の抑制、ベッドの 4 点柵、車いすのテーブル等）

に対し、
「1. はい」「2. わからない」のいずれかに回答した

ドメイン 2. 苦痛の最小化

アウトカム項目：5-1) 疾患悪化予防

定義：過去 30 日間に新たな疾患の発生、または既往疾患の再発・再燃があった

過去 30 日間に、利用者に新たな疾患が発生したり、既往疾患が再発・再燃しましたか

に対し、
「1. はい」「2. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：5-2) 疾患悪化予防

定義：過去 1 年間に入院があった

過去 1 年間に何回入院しましたか

に対し、
「1 回以上」と回答した

アウトカム項目：6) 尿路感染症予防

定義：過去 30 日間に尿路感染症を有していた

利用者は、過去 30 日間のどこかで、尿路感染症 (UTI) を有していましたか

に対し、
「1. 診断があり、治療を受けている」「2. 診断があり、経過観察されているが、治療は受けていない」「3. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：7) 呼吸器感染症予防

定義：過去 30 日間に肺炎を有していた

利用者は、過去 30 日間のどこかで、肺炎を有していましたか

に対し、
「1. 診断があり、治療を受けている」「2. 診断があり、経過観察されているが、治療を受けていない」「3. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：8) 褥瘡予防

定義：過去 30 日間に褥瘡またはスキんテアを有していた

1) 利用者は、過去 30 日間のどこかで、褥瘡を有していましたか

に対し、
「1. 持続した発赤部分がある」「2. 皮膚層の部分的喪失」「3. 皮膚の深いくぼみ」「4. 筋層や骨の露出」「5. 判定不能」「6. わからない」のいずれかに回答した、または

2) 利用者は、過去 30 日間のどこかで、皮膚の裂傷や切り傷（手術創以外）（スキんテア）を有していましたか

に対し、
「1. はい」「2. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：9) 呼吸困難への対処

定義：過去 30 日間に呼吸困難感のコントロール不良があった

利用者は、過去 30 日間に呼吸困難感をコントロールできていましたか

に対し、
「3. コントロールは効くが、常に実施できていない」「4. コントロールを行なっているが、十分に効いていない」「5. 呼吸困難がある時のコントロール方法はないか、効いていない」「6. コントロールできているかわからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：10) 疼痛への対処

定義：過去 30 日間に疼痛のコントロール不良があった

利用者の痛みは、過去 30 日間にどの程度コントロールできていましたか

に対し、
「3. コントロールは効くが、常に実施できていない」「4. コントロールを行なっているが、十分に効いていない」「5. 疼痛がある時のコントロール方法はないか、効いていない」「6. コントロールできているかわからない」のいずれかに回答した

ドメイン 3. 食生活の維持

アウトカム項目：11) 栄養状態の保持

定義：過去 30 日間において、5%以上の体重減少または痩せてきたと感じる

利用者の状態は、以下のいずれかに当てはまりますか；過去 30 日間に 5%以上の体重減少が

あった、本人もしくは周囲の人から見て、30 日前に比べてやせてきたと感じる

に対し、
「1. はい」「2. わからない」のいずれかに回答した

アウトカム項目：12) 脱水の予防

定義：過去 30 日間に脱水を有していた

利用者は、過去 30 日間のどこかで、脱水を有していましたか

に対し、
「1. 診断があり、治療を受けている」「2. 診断があり、経過観察されているが、治療は受けていない」「3. わからない」のいずれかに回答した

ドメイン 4. 排泄活動の維持

アウトカム項目：13) 栄養状態の保持

定義：過去 30 日間に排泄の問題が生じていた

- 1) 利用者の過去 1 週間に排便はありましたか に対し、
「2. 排便が週 3 回未満または排便困難がある」「3. わからない」のいずれかに回答した、または
- 2) 利用者の過去 1 週間に下痢はありましたか に対し、
「1. あり」「2. わからない」のいずれかに回答した

ドメイン 5. 身体活動の維持

アウトカム項目：14) 転倒転落による外傷の予防

定義：外傷を伴う転倒転落があった

- 転倒転落はありましたか に対し、
「2. 外傷を伴う転倒転落あり」に回答した ※初回調査では過去 6 か月間、1, 3, 6, 12 か月後調査では前回調査から今回調査における転倒転落を問うた

アウトカム項目：15) 日常的な活動の維持

定義：前回調査（1年前）から現在までに ADL の悪化があった

過去 1 週間における利用者の日常的な活動のスコア（「入浴：1,2,3,4,5,6」＋「移動：1,2,3,4,5,6」＋「トイレ使用：1,2,3,4,5,6」）が前回調査から現在までに 1 点以上減少している、または現在において、「入浴」「移動」「トイレ使用」のいずれかで「8. わからない」と回答した

※前回調査から現在までに、日常的な活動のスコア 3 項目（入浴・移動・トイレの使用）のすべてで 1－6 と回答した、または現在の日常的な活動のスコア 3 項目（入浴・移動・トイレの使用）のうち 1 項目以上で「8. わからない」と回答したケースを対象とした

アウトカム項目：16) 寝床以外での活動の維持

定義：過去 1 週間において、寝床以外での活動がない（寝たきり）

過去 1 週間において、利用者から身体を離れた時間/日を回答してください（他動、寝床で座る動作等も含む） に対し、

「0. なし（寝たきり）」もしくは「6. わからない」のいずれかに回答した

ドメイン 6. 睡眠の確保

アウトカム項目：17) 生活に支障ない睡眠の確保

定義：過去 30 日間において、生活に支障ない睡眠が確保できていなかった

過去 30 日間に、睡眠の障害により利用者の生活に支障が出ていましたかに対し、
「1. ややある」「2. とてもある」「3. わからない」のいずれかに回答した

ドメイン 7. 認知機能低下による生活障がい¹の最小化

アウトカム項目：18) 認知機能低下による生活障がい¹の最小化

定義：過去 30 日間において、認知機能低下による生活障がい¹があった

過去 30 日間に、認知機能低下の有無にかかわらず、焦燥感や不安、意欲の低下がなく穏やかに過ごせましたかに対し、
「1. あまり穏やかに過ごせていなかった」「2. 全く穏やかに過ごせていなかった」
「3. わからない」のいずれかに回答した

ドメイン 8. 家族のウェルビーイングの追求

アウトカム項目：19) 家族のウェルビーイングの追求

定義：過去 30 日間において、家族が穏やかに過ごせていなかった

- 1) 過去 30 日間に、家族は無理なく穏やかに過ごせましたかに対し、
「1. いいえ」に回答した、かつ
- 2) 過去 30 日間に、家族は介護のために疲れ切っていましたかに対し、
「1. はい」に回答した

厚生労働行政推進調査事業費（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

評価指標を活用したサービスの充実に向けた評価方法（PDCAサイクル）の提案（研究4）

研究代表者 角川由香 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 助教
研究分担者 福井千絵 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 助教
野口麻衣子 東京医科歯科大学保健衛生学研究科 准教授
研究協力者 沼田華子 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 大学院生

研究要旨

本研究の目的は、ケアの質評価の活用状況と課題について検討することである。令和2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」に参加した全国の訪問看護事業所・居宅介護支援事業所に対し、Long-term-careの質指標から算出した質評価（問題事象発生割合、アセスメント・ケア実施割合、利用者の主観的満足度等）について研究参加事業所全体と各事業所との比較結果をフィードバックした。その後、7事業所の看護師8名と居宅介護支援専門員3名に半構造化面接を実施した。逐語録から1.ケアの質改善に向けた現状の取り組みとして【気軽に相談できる環境づくり】【勉強会や研修による知識の供与と共有】【多様なチャンネルによる情報共有】、2.フィードバックに対する認識と活用状況として【他者からケアの質を評価されることに対する前向きな思いと抵抗感】【数値で可視化された自施設のカラーを認識】【受けたフィードバックをもとにした具体的な行動化】【次のActionにつながるフィードバックの必要性】、3.事業所が抱えている課題や困りごととして【人的資源の不足】【スタッフ教育及び教育体制整備の不十分】【限られたサービス時間と業務逼迫】【エビデンスに基づく実践の不足】【加算がつくことによるケアの質向上への取り組み促進の期待と懸念】の、合計12のカテゴリが抽出された。さらにそれぞれから計30のサブカテゴリが抽出された。ケアの質改善・向上のためには、評価のフィードバックにとどまらず、評価を次のActionへつなぐ外部の相談機能ならびに、具体的なケア方針の提案・事業所全体の課題の抽出など意思決定を助けるフィードバックの検討など、継続的な質改善への支援が必要と思われた。

A. 研究目的・背景

平成30年度に行われた診療報酬改定¹で、国は地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進を重点課題と

して掲げた。特に医療と生活の両側面から患者を支え、多様な医療ニーズにも対応できる訪問看護は、患者・介護者が安心して在宅療養を継続するために必須のサービス

と思われる。

しかし、訪問看護の多岐にわたる内容とその効果を定量化した報告は少ない^{2,3}。標準化された評価指標を用い訪問看護の効果を可視化し、ケアの質の維持・改善を図ることは重要な課題である。そのため、報告者らは2019年から訪問看護の評価指標づくりに取り組んできた。

ケアの質の維持・改善のためには、計画を立て、実行・評価を行い、計画を見直すというPDCAサイクルを有効に機能させることが重要である。先行研究では地域医療・ケアのセッティングにおいてこのサイクルを取り入れることでケアの質の改善に効果があったことが報告されている^{4,5}。そのため、報告者ら研究班は事業所単位の継続的な質評価を目的とした、フィードバックモデルを検討しているが、PDCAサイクルへの効果は不明である。

本研究では居宅サービス事業所（訪問看護ステーションおよび居宅介護支援事業所）における、ケアの質評価の活用状況と課題について検討する。

B. 研究方法

1. 専門家への事前ヒアリング調査

1) 訪問看護ステーション管理者へのヒアリング：2021年7月28日（水）

対象者：藤野泰平氏（みんなのかかりつけ訪問看護ステーション/代表取締役社長）

出席者：研究班メンバー3名および大学院生3名、合計6名

内容：訪問看護ステーションにおける質の維持・改善の取り組みについてお話しを伺

い意見交換を実施。得られた示唆を以下に挙げる。ヒアリング結果について、詳細は図1参照。

- 事業所全体でのケアの質維持・改善の取り組みも重要だが、同時に、スタッフ個人へアプローチすることで個々の看護の力量やモチベーションをどのように維持・向上していくかが重要である
- 看護師個人がケアの質を向上するために自由に取り組める風土の醸成が必要
- 積極的なICT利用の促進や仕掛けが必要

2) 訪問看護に関する研究者へのヒアリング：2021年7月29日（木）

対象者：谷口由紀子氏（淑徳大学看護栄養学部地域看護学領域/助教）

出席者：研究班メンバー3名および大学院生4名、合計7名

内容：訪問看護ステーションの質の維持・改善に向けたコンサルテーション/コーチングについてお話しを伺い意見交換を実施。得られた示唆を以下に挙げる。ヒアリング結果について、詳細は図2参照。

- フィードバックで抽出された各事業所の課題に対する、管理者・スタッフの納得感と合意をどう形成するかがPDCAサイクルを回すキモとなりうる
- 特に、管理者自身が自事業所の課題を自ら見つけたと感じられるような外部からの意思決定支援や仕掛けが必要と思われる

- また、課題抽出後の取り組みに対する継続的な評価・モニタリングを事業所単体で行うことは難しい。外部からのモニタリング機能があれば、持続的な取り組みが期待できる

2. 対象およびリクルート方法

令和2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」に参加した全国の訪問看護事業所・居宅介護支援事業所98箇所に対し、Long-term-careの質指標から算出した質評価（問題事象発生割合、アセスメント・ケア実施割合、利用者の主観的満足度等）について研究参加事業所全体と各事業所との比較結果をフィードバックした。全事業所のなかから機縁法により研究参加者をリクルートした。

なお、今回は2021年1月末までに実施したインタビューデータを用いた途中報告である。

3. 調査方法

1) 調査期間およびデータ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を、各対象者の指定する方法（すべてZoomを用いたオンライン）で実施した。インタビュー内容は、対象者の同意を得てZoomの記録機能を用いて録音し、合わせて研究実施者がメモを取り記録した。インタビュー終了後、逐語録を作成しメモの内容と合わせて記録した。インタビュー実施期間は2021年11月～2022年1月である。

2) データ分析方法

インタビュー内容を逐語録にし、「ケアの質改善に向けた現状の取り組み」、「フィードバックに対する認識と活用状況」および「事業所が抱えている課題や困りごと」という視点で意味のまとまり毎に文章を区切ってエクセルシートで管理した。続いてそれぞれの内容についてコード化、カテゴリ化を行った。

コード化、カテゴリ化の作業にあたっては、質的研究に豊富な経験を持つ研究者、および在宅看護領域の研究者からスーパーバイスを受けることで、結果が研究実施者の偏りや歪みによる影響を受けていないかを確認し、確証性の確保に努めた。

3) 倫理的配慮

本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2019087NI）。なお、研究協力への依頼は、研究目的、方法と手順、研究への参加および中止は自由意思であること、プライバシーの保護等について文書を用いて口頭で説明し、文書で同意を得た。

C. 研究結果

1. 対象者および事業所の概要

研究対象者および事業所の概要を表1に示す。7事業所の看護師8名と居宅介護支援専門員3名に半構造化面接を実施した。専門職としての経験平均年数は21.5年（Min7年 - Max33年）、現在の所属での経験年数は10.2年（1年 - 19年）であった。

2. ケアの質評価の活用状況と事業所の取

り組み・課題

分析結果を表2に示す。逐語録から1.ケアの質改善に向けた現状の取り組みとして【気軽に相談できる環境づくり】【勉強会や研修による知識の供与と共有】【多様なチャンネルによる情報共有】、2.フィードバックに対する認識と活用状況として【他者からケアの質を評価されることに対する前向きな思いと抵抗感】【数値で可視化された自施設のカラーを認識】【受けたフィードバックをもとにした具体的な行動化】【次のActionにつながるフィードバックの必要性】、3.事業所が抱えている課題や困りごととして【人的資源の不足】【スタッフ教育及び教育体制整備の不十分】【限られたサービス時間と業務逼迫】【エビデンスに基づく実践の不足】【加算がつくことによるケアの質向上への取り組み促進の期待と懸念】の、合計12のカテゴリが抽出された。さらにそれぞれから計30のサブカテゴリが抽出された。

D. 考察

ケアの質評価の活用状況と事業所の取り組み・課題が明らかになった。ケアの質改善・向上のためには、評価のフィードバックにとどまらず、評価を次のActionへつなぐ外部の相談機能ならびに、具体的なケア方針の提案・事業所全体の課題の抽出など意思決定を助けるフィードバックの検討など、継続的な質改善への支援が必要と思われた。

E. 結論

令和3年度に実施した専門家ヒアリングおよびインタビュー調査の結果を踏まえ、令和4年度以降に予定している調査に対し、以下を提言する。

- 評価フィードバック内容の修正
- 事業所へのフィードバックの継続
- 事業所への評価フィードバックにとどまらず、評価を次のActionへつなぐ相談機能の検討
- フィードバックによる評価に基づく具体的なケア方針の提案
- 事業所全体の課題の抽出など意思決定を助けるフィードバック機能の検討
- 継続的な質改善への支援
- ICTの積極的な活用
- 事業所だけでなく看護師個人へのアプローチについても検討

なお、インタビュー調査は2022年3月末日まで継続実施しており、現在、データの最終分析中である。

文献

1. 厚生労働省. (2018). 中医協 総-1, 平成30年度診療報酬改定について, 個別改定項目について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>.
2. Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 8(no pagination), 74. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-74>
3. Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effective

- ness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technol Assess*, 16(20), 1-72. <https://doi.org/10.3310/hta16200>
4. Das, M. K., Arora, N. K., Dalpath, S. K., Kumar, S., Kumar, A. P., Khanna, A., ... & Singh, B. (2021). Improving quality of care for pregnancy, perinatal and newborn care at district and sub-district public health facilities in three districts of Haryana, India: An Implementation study. *Pilot and Feasibility Studies*, 16(7), e0254781.
 5. Doupe, M., Brunkert, T., Wagg, A., Ginsburg, L., Norton, P., Berta, W., ... & Estabrooks, C. (2022). SCOPE: safer care for older persons (in residential) environments—a pilot study to enhance care aide-led quality improvement in nursing homes. *Pilot and feasibility studies*, 8(1), 1-13.

STRUCTURE	PROCESS	OUTCOME
<ul style="list-style-type: none"> 組織内に安全管理室を設置 1店舗10名までの配置 最低限の手順書 ラダーに聞き書きを包含 ラダーは給与と直結 聞き書き評価のために評価会議 年に2回「良い仕事」コンテストを全店舗で実施 聞き書きによるケアの可視化は普段から、かつ簡単に行う（Siri可/一文でも可） 自由裁量のHappy project予算 Happy projectを公開する場（チャットワーク）の設置による自律性の涵養 店舗マネージャーへの定期的なコーチング 	<ul style="list-style-type: none"> インシデント/アクシデントに継続的な分析 聞き書きによる利用者自身の価値・希望の把握 かっこいいINs像の共有 Happy project予算を使ったスタッフの自由なケア いいねボタンによる他者からの承認：ICTの活用 いいケアに対する店舗間/スタッフ間の相互評価 	<p>【利用者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅にいる価値の創造 安全と在宅にいることの価値とのバランスの実現 Happy projectを受けた利用者さんの写真提供 <p>【スタッフ】</p> <ul style="list-style-type: none"> かっこいいINsの真似をしようというスタッフの意識変容 スタッフの仕事への満足度 <p>【組織】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高純度の組織構築と維持 店舗の拡大 日本の訪問看護の向上


藤野氏が前提として持っている考え

- ナースは専門職なのだから、ナースとしていいケアをするはずである
- 組織の純度を保つことが組織維持・拡大には重要である（組織ビジョンの共有が大事）

藤野氏ヒアリングからの示唆

- 当研究班ではステーション単位でケアの質をあげるにはどうしたらいいか、という思考
 - 藤野氏は看護師個人にアプローチし、どうやって力量をあげていくか、モチベーションをあげていくか、という思考
- 当研究班のPDCAサイクル検討においても、**組織だけでなく個にどうアプローチしていくかの視点が必要**

図1. 訪問看護ステーションにおける質の維持・改善の取り組みに関する整理

持続可能なPDCAサイクルの仕掛け
 ( は仕掛ける側が力を入れるべき部分)

キモ：初めから課題を明確につきつけない
 実践する課題への納得感・合意が必要
 管理者自ら課題を見つけた！と思える仕掛け

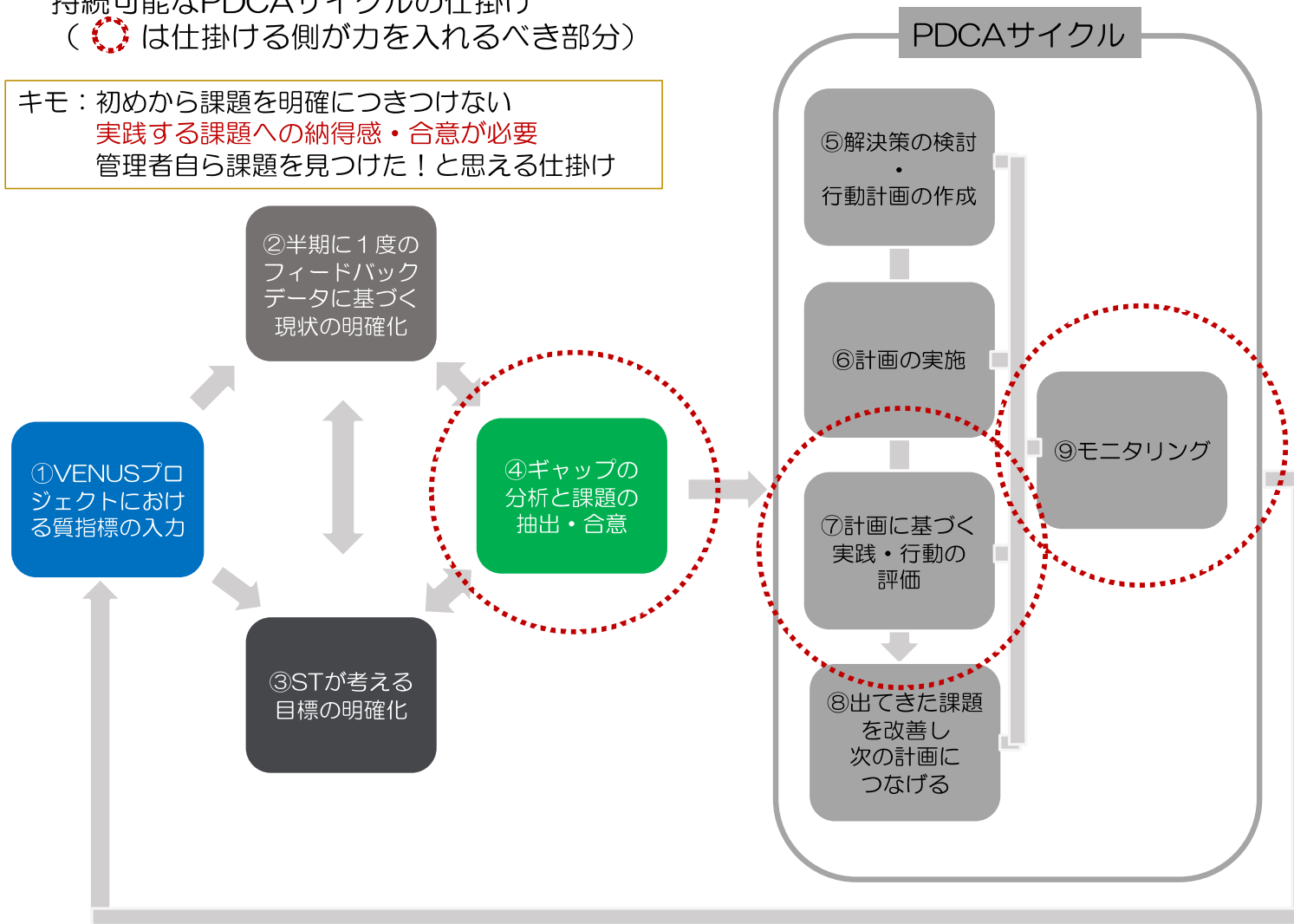


図2. 訪問看護ステーションにおける質の維持・改善の取り組みに対する持続可能な外部評価体制およびコーチングについて

表1. 対象者・事業所の概要

ID		001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011
個人 属性	インタビュー時間	65分07秒	77分00秒	40分13秒	54分47秒	57分10秒	59分06秒	60分10秒	55分25秒	57分49秒	65分01秒	---
	性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	男性	女性	女性
	年代	50代	50代	50代	40代	50代	40代	50代	50代	40代	50代	40代
	職種	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	看護師	居宅介護支援 専門員	居宅介護支援 専門員	居宅介護支援 専門員
	現在の所属での経験年数	18	19	16	5	13	8	13	9	1	3	7
	専門職としての経験年数	32	33	27	21	30	18	21	26	11	11	7
	役職	スタッフ	管理者兼スタッフ	スタッフ	管理者	管理者	管理者兼スタッフ	管理者	管理者兼スタッフ	管理者	管理者兼スタッフ	スタッフ
	最終学歴	専門予校・ 短期大学	大学・大学院	専門予校・ 短期大学	専門予校・ 短期大学	専門予校・ 短期大学	大学・大学院	大学・大学院	専門予校・ 短期大学	大学・大学院	専門予校・ 短期大学	専門予校・ 短期大学
事業所 特性	事業所種類	訪問看護事業所	訪問看護事業所	訪問看護事業所	訪問看護事業所	訪問看護事業所	訪問看護事業所	訪問看護事業所	訪問看護事業所	居宅介護支援 事業所	居宅介護支援 事業所	居宅介護支援 事業所
	開設主体	営利法人	営利法人	医療法人	医療法人	営利法人	営利法人	その他の法人	その他の法人	社会福祉法人	営利法人	営利法人
	所属看護師数	5	5	8	8	15	15	45	45	---	---	---

表 2. ケアの質評価の活用状況と事業所の取り組み・課題

大カテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
1. ケアの質改善に向けた現状の取り組み	(1)気軽に相談できる環境づくり	顔を合わせてのちょっとした雑談で困りごとの糸口を得る スタッフがおかれている状況を把握し相談の必要性を先読み・対応する ICTを用いたりリアルタイムの相談体制
	(2)勉強会や研修による知識の供与と共有	事業所内外での勉強会や研修会への参加と伝達 事業所内でのカンファレンス実施による課題共有 施設を超えた事例検討の企画と参加
	(3)多様なチャンネルによる情報共有	情報共有や雑談のICT化 多職種が共通認識可能な記録の実施と共有
2. フィードバックに対する認識と活用状況	(4)他者からケアの質を評価されることに対する前向きな思いと抵抗感	個別ケアについて評価していくことの必要性を認識 自分たちのケアを他者と比較されることへの抵抗感
	(5)数値で可視化された自施設のカラーを認識	個々のスタッフの力量やケアの特徴についての客観的な把握 全国データとの比較による自施設の特徴の可視化 前々から気になっていたケアの不足をデータで実感
	(6)受けたフィードバックをもとにした具体的な行動化	自施設に不足していたケアの意識的な実践 自分たちのケアを振り返る機会の創出 具体的な行動化へは届かない現状
	(7)次のActionにつながるフィードバックの必要性	データの解釈へのアドバイスや具体的な解決策の提示に関する要望 次のActionに対する継続的なフィードバックの必要性
	(8)人的資源の不足	離職や新規入職者の不十分さに伴う深刻な人手不足 人員配置と現実の業務量の齟齬
	(9)スタッフ教育及び教育体制整備の不十分	多様な背景を有する職員に対する教育の難しさ 教育体制の不十分さ
	(10)限られたサービス時間と業務逼迫	限られたサービス時間内での的確な時間配分采配の困難 複雑化する個別事例への対応 COVID-19感染拡大に伴う業務の集中
3. 事業所が抱えている課題や困りごと	(11)エビデンスに基づく実践の不足	経験知や感覚で行われているケアの存在 情報収集からアセスメントに進まない実践の存在
	(12)加算がつくことによるケアの質向上への取り組み促進の期待と懸念	ケアの質向上への取り組みを後押しする加算への期待 専門職が行うケアに対する正当な評価の希望 今以上に業務が増えることへの不安

厚生労働科学研究費（長寿科学政策研究事業）
分担研究報告書

高齢心不全患者に対する退院直後（早期）からの訪問看護介入効果の検討（研究5）

研究代表者	目麻里子	東京大学大学院医学系研究科 助教
研究分担者	柏原康佑	東京大学医学部附属病院臨床研究推進センター 特任講師
	小島太郎	東京大学医学部附属病院老年病科 講師
	北村智美	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構研究部 研究員
	角川由香	東京大学大学院医学系研究科 助教
研究協力者	増田有葉	東京大学大学院医学系研究科 大学院生
	矢坂泰介	東京大学大学院医学系研究科 大学院生

研究要旨

本研究の目的は、心不全をもつ高齢患者の退院直後（早期）の訪問看護利用群と非利用群における、訪問看護介入の効果を検討することである。効果検討には、在宅療養を行う高齢者の状態像を評価する標準化された質指標として研究班が開発した「長期ケア質指標」を用いる。本研究は令和4年度～5年度を調査実施予定期間としており、令和3年度は調査開始に向け、医師・看護師などの臨床実践家および生物統計家へのヒアリングを実施し、研究デザインや倫理的配慮について検討した。

A. 研究目的・背景

慢性疾患である心不全は高齢になるにつれ有病率が高くなり、世界的に共通して患者数の上位を占めるものである¹⁻³。高齢化に伴い患者数は今後ますます増加を続けることが予想され^{4,5}、この疾患の患者に対する治療、ケア、およびその提供体制に関する検討は喫緊の課題である⁶。

特に高齢患者は心不全の増悪を繰り返す特徴があり³、退院後の在宅・地域での日常生活における心身のマネジメントは重症化や増悪を予防し、住み慣れた場所で尊厳を保ち質の高い生活を営み続けるために不

可欠である。さらに、昨今は多職種による包括的ケアの必要性が叫ばれているが、そのなかで看護師は患者への直接ケアを行う機会が多いことに加え、多職種と患者をつなぐ役割をもち、包括的ケアを先導する存在とされる。海外の多くの文献においてもNurse-led careとしてその役割の重要性は認識されている⁷⁻⁹。

在宅・地域において主にその役割を果たすのは訪問看護師である。訪問看護師は「健康と生活」の視点をもち、心身の両面から在宅療養高齢者を包括的にアセスメントしケアを行う。急性増悪予防のため、

退院直後早期から継続的な日常生活および疾患マネジメントが必要となる心不全患者に対し、訪問看護師は大きな影響をもつと考えられる。しかし、訪問看護師の行う全人的なケアは利用者の状態像が複雑なこと・アウトカム指標が確立されていないことから可視化が難しく、心不全の患者に対し訪問看護師によるケアがどのような効果をもたらすか明らかにされていない。

本研究の目的は、心不全をもつ高齢患者の退院直後の訪問看護利用群と非利用群における、訪問看護介入の効果を検討することである。なお、効果検討には、在宅療養を行う高齢者の状態像を評価する標準化された質指標として「長期ケア質指標」を用いる。

B. 令和3年度の進捗

本研究は令和4年度～5年度を調査実施予定期間としている。令和3年度は調査開始に向け、医師・看護師などの臨床実践家および生物統計家へのヒアリングを実施し、研究デザインや倫理的配慮について検討した。

C. 令和3年度に実施したヒアリング

本年度は8名の臨床実践家および統計家に対しヒアリングを実施した。以下に各回の概要を示す。

1) 2021年11月24日(水)

対象者：高砂裕子氏（訪問看護師/南区医師会訪問看護ステーション管理者・全国訪問看護事業協会副会長）

内容：①対象者の適格・除外基準につい

て、②調査に参加可能な訪問看護ステーションについて

2) 2021年11月24日(水)

対象者：柏原康佑氏（生物統計家/東京大学医学部附属病院特任講師）

内容：①対象者の割付について、②観察期間および評価間隔について

3) 2021年11月30日(火)

対象者：高取幸代氏（ゆみの訪問看護ステーション訪問看護師）

内容：①対象者の適格・除外基準について、②心不全高齢患者への訪問看護の実態について

4) 2021年12月7日(火)

対象者：山田雅子氏（聖路加国際大学在宅看護学分野教授/日本在宅看護学会理事長）

内容：①訪問看護介入の効果測定のための評価指標およびメインアウトカムについて、②訪問看護ステーションのリクルートについて

5) 2021年12月8日(水)

対象者：小島太郎氏（老年病科医師/東京大学医学部附属病院講師）

内容：①高齢心不全患者の外来通院・入院の現状について、②循環器専門医についてご紹介

6) 2021年12月17日(金)

対象者：森崎真由美氏（東京大学医学系研

究科家族看護学分野助教)

内容：①東京大学附属病院外来での介入研究について

7) 2022年2月28日(月)

対象者：波多野将氏(東京大学医学部附属病院循環器内科、高度心不全治療センター准教授)

内容：①高齢心不全患者の外来通院・入院の現状について、②対象者の適格・除外基準について、③訪問看護介入の効果測定のための評価指標およびメインアウトカムについて、④具体的なリクルートについて

8) 2022年3月24日(木)

対象者：高取幸代氏(ゆみの訪問看護ステーション訪問看護師)

内容：①心不全患者に対する訪問看護の介入プロトコルについて助言、②ゆみの訪問看護ステーション内のICT利用状況、③今後の相談の流れについて

D. 今後の見通し

現在、研究計画の詳細について検討を進めているほか、具体的なセッティングについて対象候補先との話し合いを予定している。現時点での研究計画概要(案)を図1に示す。なお、近日、本研究について研究代表者が所属する大学の倫理審査委員会に倫理申請のうえ、令和4年度には調査に着手する予定である。

文献

1. Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler,

J., Chioncel, O., Greene, S. J., Vaduganathan, M., ... & Gheorghiade, M. (2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(12), 1123-1133.

2. Shimokawa, H., Miura, M., Nochioka, K., & Sakata, Y. (2015). Heart failure as a general pandemic in Asia. *European journal of heart failure*, 17(9), 884-892.

3. Ide, T., Kaku, H., Matsushima, S., Tohyama, T., Enzan, N., Funakoshi, K., ... & JROADHF Investigators. (2021). Clinical characteristics and outcomes of hospitalized patients with heart failure from the large-scale Japanese Registry Of Acute Decompensated Heart Failure (JROADHF). *Circulation Journal*, 85(9), 1438-1450.

4. Yasuda, S., Miyamoto, Y., & Ogawa, H. (2018). Current status of cardiovascular medicine in the aging society of Japan. *Circulation*, 138(10), 965-967.

5. 厚生労働省. (2019). 患者調査 2017, 上巻 第 61 表 . Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>.

6. 厚生労働省. (2020). 循環器病対策推進基本計画 . Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000688415.pdf>

7. Gorthi J, Hunter CB, Mooss AN, Alla

VM, Hilleman DE. Reducing heart failure hospital readmissions: A systematic review of disease management programs. *Cardiol Res* 2014; 5: 126-38.

8. Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V. et al. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *The Journal of the American*

Medical Association, 281, 613–620.

9. Strömberg, A., Martensson, J., Fridlund, B., Levin, L. A., Karlsson, J. E. & Dahlstrom, U. A. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 24, 1014–102

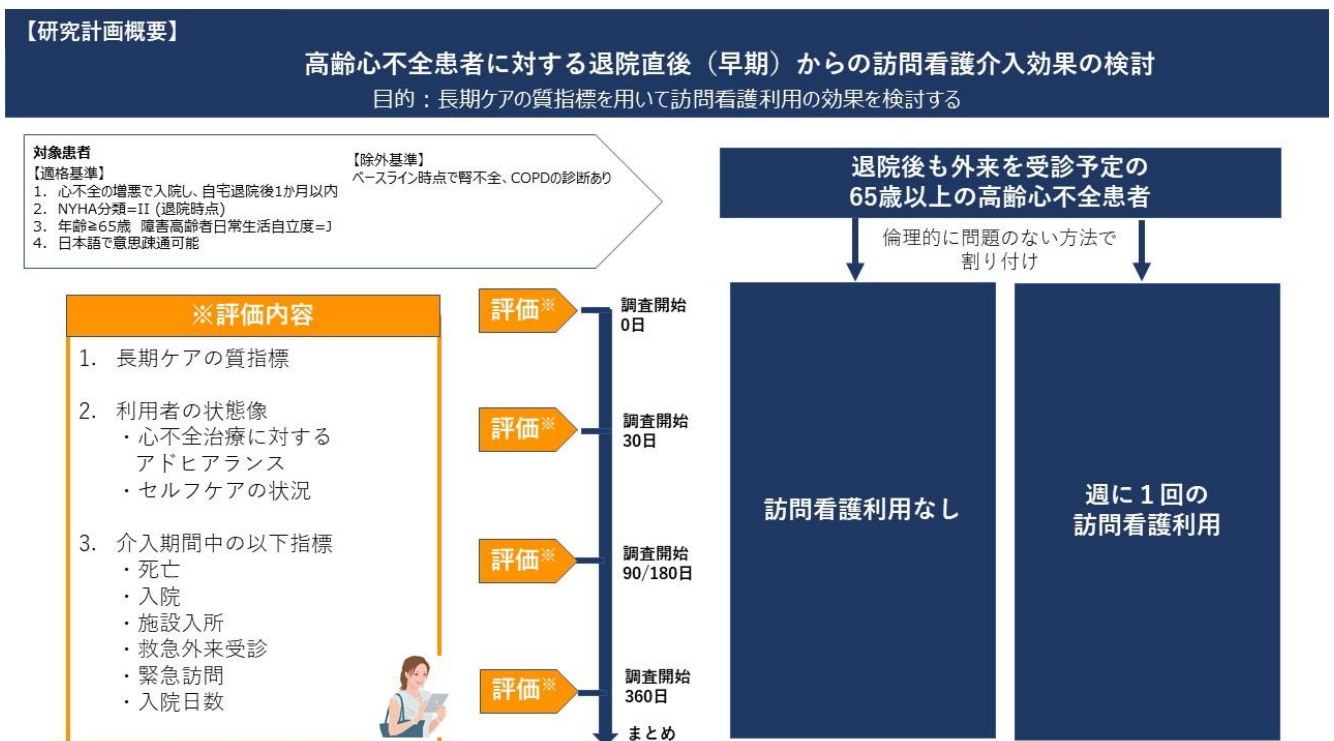


図1 研究計画概要（案）

研究成果の刊行に関する一覧表

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

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

厚生労働大臣 殿

機関名 医療福祉法人つくし会
新田クリニック

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 新田國夫

次の職員の令和 3 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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療福祉法人つくし会・理事長
(氏名・フリガナ) 新田 國夫 ・ ニッタ クニオ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 山本 則子 ・ ヤマモト ノリコ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年4月19日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 准教授
(氏名・フリガナ) 五十嵐 歩 ・ イガラシ アユミ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 4 年 1 月 31 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田 中 雄 二 郎

次の職員の令和 3 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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 保健衛生学研究科 ・ 准教授
(氏名・フリガナ) 野口 麻衣子 ・ ノグチ マイコ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年4月19日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 特任助教
(氏名・フリガナ) Sameh Eltaybani ・ サメ エルタイバニ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年4月19日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 助教
(氏名・フリガナ) 角川 由香 ・ スミカワ ユカ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 助教
(氏名・フリガナ) 福井 千絵 ・ フクイ チェ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 ・ 助教
(氏名・フリガナ) 目 麻里子 ・ サッカ マリコ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	国立大学法人 東京大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年3月31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)—

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
機関名 医療経済研究機構
所属研究機関長 職名 所長
氏名 辻 哲夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 研究部・研究員
(氏名・フリガナ) 北村 智美・キタムラ サトミ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	医療経済研究機構	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究 (21GA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・講師
(氏名・フリガナ) 小島太郎・コジマタロウ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" 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"/>
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) 研究内容の修正が必要であり、倫理審査をこれから申請する予定である。

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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4年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和3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 早期の在宅療養移行及び療養継続支援における訪問看護による効果測定及び評価のための研究 (21GA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 特任講師
(氏名・フリガナ) 柏原 康佑 カシワバラ コウスケ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。