

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。
- ・ 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のが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が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： フォロア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： 複数のフォロアアップ期間での結果が報告されている場合は、最も長いフォロア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。

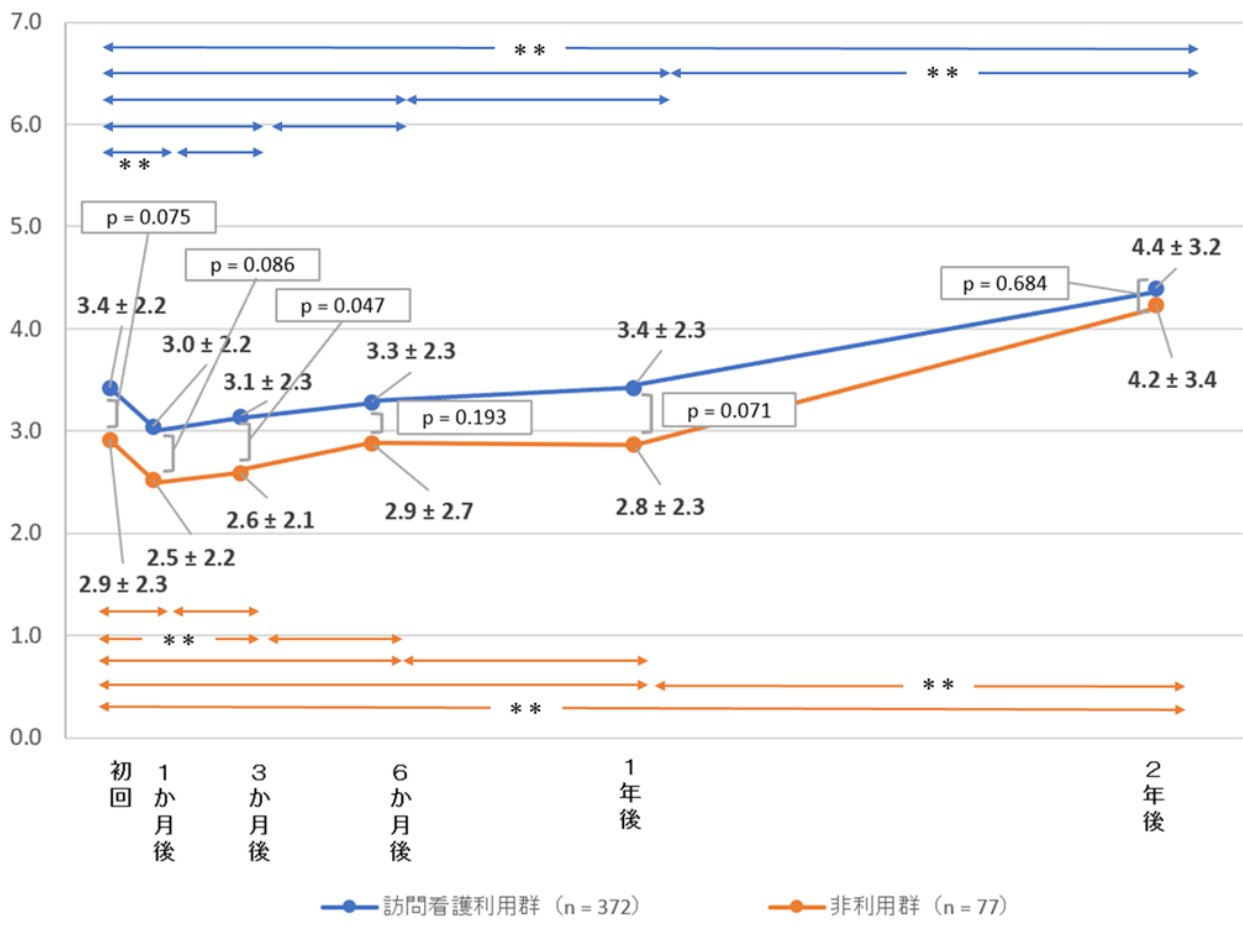


図1. 問題事象発生合計数の推移（長期ケアの質指標 - アウトカム指標）

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

※評価内容

1. 長期ケアの質指標
2. 利用者の状態像
 - ・心不全治療に対するアドヒアランス
 - ・セルフケアの状況
3. 介入期間中の以下指標
 - ・死亡
 - ・入院
 - ・施設入所
 - ・救急外来受診
 - ・緊急訪問
 - ・入院日数



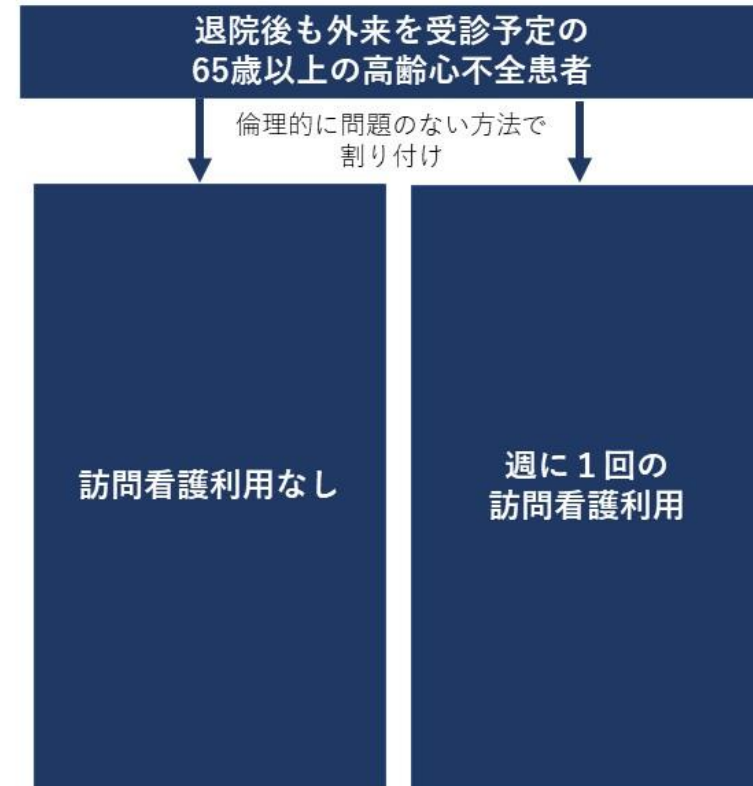


図2. 研究計画概要（案）