

厚生労働科学研究費（長寿科学政策研究事業）  
総括研究報告書

訪問看護の質向上に向けた評価指標の標準化のための研究

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	野口麻衣子	東京大学大学院医学系研究科	准教授
	歴本サメハ	東京大学大学院医学系研究科	特任講師
	角川由香	東京大学大学院医学系研究科	助教
	沼田華子	東京大学大学院医学系研究科	助教
	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
	山名隼人	自治医科大学 データサイエンスセンター	講師
	横田慎一郎	千葉大学大学院看護学研究院	教授
研究協力者	中島朋子	一般社団法人全国訪問看護事業協会	常務理事
	鈴木理恵	公益社団法人日本看護協会 医療政策部	調査研究企画調整担当専門職
	大竹尊典	公益財団法人日本訪問看護財団	事務局次長
	岩本大希	一般社団法人日本在宅看護学会	理事
	篠原真純	東京大学大学院医学系研究科	特任研究員
	江南沙里菜	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、訪問看護の質向上に資する標準化された評価指標の構築を目的とした。今年度は、研究1では国内外の文献および資料を網羅的にレビューし、572項目の評価指標を収集した後、評価困難・日本の訪問看護に当てはまらない等の基準により360指標に絞り込んだ上で、エキスパートパネルでの討議を経て、102指標を評価指標案として選定した。この102指標について、訪問看護師・多職種・訪問看護利用者および家族・政策関係者の計40名を対象にデルファイ法による調査を実施し、最終的に86項目の評価指標を得た。研究2では、県レベルの医療および介護のレセプトデータに事業所の情報を突合し、分析用のデータベースを構築した上で、研究1で実施されている評価指標の精査の経過を踏まえ、候補指標に関してレセプトデータによる分析の可能性を検討した。更に、試験的な評価指標として訪問看護事業所別の褥瘡の有病率を分析することとし、算出ロジックを定めて1県のデータで抽出と集計を行った。

本研究の成果は、これまで合意を得た評価指標が存在しなかった訪問看護領域において、全国で共通活用可能な指標を提示した点に大きな意義がある。また、レセプトデータ等からの抽出可能性を検討したことで、看護職の記録事務負担軽減に向けた具体的道筋を示した。次年度以降は、開発した指標の妥当性を検証するとともに、構築したデータベースを基盤として、訪問看護の質向上に資する評価体系の更なる精緻化を目指す。

A. 研究目的・背景

日本では、住み慣れた地域で継続して生活できる社会の実現に向け、地域包括ケアシステムの構築が求められている。2024年度介護報酬改

定においては、「地域包括ケアシステムの深化・推進」等を基本的な視点として、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供できる体制づくりが進められた。訪問看

護においては、医療と介護の連携推進や看取り対応強化等に資する改定が行われ、質の高いサービスを促進する仕組みが整備された。今後も、医療ニーズの高い利用者が増加すると予測される中、適切かつ質の高い訪問看護を提供することが期待されると同時に、質の評価も求められることから、訪問看護の質向上につながるエビデンスに基づく評価指標が必要である。

訪問看護の質を評価する評価指標についてはすでに、OASIS (Outcome and Assessment Information Set) [1]やVENUS (Visualizing Effectiveness of Nursing and Long-term Care) 質指標[2]、日本看護協会[3]や日本訪問看護事業協会の指標[4]、オマハシステム[5]など、複数の指標が報告されている。しかし、現在の訪問看護の現場には、共通して使用されている評価指標がなく、一部の事業所がそれらの指標を活用しているものの、全国的に統一した評価を実施できていないことが課題となっている。また、分担研究者らはこれまで、Diagnosis Procedure Combination データや医療レセプトデータなど、様々なリアルワールドデータ (RWD) を用いた研究を実践してきている [6] - [11]。そこで、レセプトデータをはじめとした RWD で得られる情報を二次的に訪問看護の評価として活用することも有用であると考えられた。

以上のことから、本研究では、以下の2点を目的とする。

- 1) 国内外の文献レビューおよびエキスパートパネル、デルファイ法によるコンセンサス構築を通じた既存評価指標の精査と統一版訪問看護評価指標案の作成
- 2) 既存データベースの二次分析による訪問看護事業所の医療及び介護のサービス提供実態 (レセプトデータ、ケアの内容、開始時期、頻度等)、利用者の状態変化 (要介護度、死亡、傷病名、合併症、疾患発生、処方、栄養剤の使用、在宅療養期間、入院履歴等)、総コスト等のアウトカムに関する分析

トカムに関する分析

## B. 研究方法

本研究は、2つの分担研究から構成される。

[研究1] 国内外の文献レビューによる既存評価指標の精査、[研究2] 訪問看護事業所のサービス提供実態のアウトカムに関する分析、である。

### 1. [研究1] 国内外の文献レビューによる既存評価指標の精査

本研究は、1. 文献レビュー、2. エキスパートパネル、3. インタビュー調査、4. デルファイ法の順に実施した。

#### 1. 文献レビュー

##### 1) レビューの方法

国内外の訪問看護の質評価指標を網羅的に抽出するため、英文および和文のレビュー論文、報告書やインターネット上の実務関連サイト等のいわゆる Grey Literature を対象としたレビューを行った。

##### 2) データベース

英文のレビュー論文は PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Web of Science, PsycINFO を用い、和文のレビュー論文は医中誌 Web を用いて検索した。Grey Literature については、Google 検索によるハンドサーチに加え、研究班での議論を通して提案された報告書、米国連邦政府メディケア・メディケイドサービスの質評価ウェブサイトなど、インターネット上の情報も追加することで補完した。

##### 3) 検索戦略

英文のレビュー論文の検索語は、「Older adults」「Home visit nursing」「Quality indicators」「Review articles」等を用い、適宜 AND/OR で組み合わせた。和文のレビュー論文は「高齢者」「訪問看護」「質指標」「レビュー」等のキーワードで検索を行った。Grey

Literature についても「Review articles」「レビュー」を除き同様の検索語を用いた。検索は2025年5月に実施した。

#### 4) 組み入れ基準

組み入れ基準は、対象が高齢者（and/or その家族）、訪問看護を扱っていること、質指標（構造、過程、結果）であること、及び2010年1月から2025年5月に発表された文献であることとした。

#### 5) 文献選択およびデータ抽出

タイトル・抄録スクリーニング、フルテキスト評価により、対象となる文献を選択した。文献中の全指標を精査し、高齢者の訪問看護の質指標に該当する指標を抽出した。

#### 6) エキスパートによる提案および統合

研究協力者であるエキスパートとのディスカッションを行い、文献から抽出された質指標項目に追加すべき項目について検討した。

## 2. エキスパートパネル

### 1) 研究対象者

研究対象は、研究参加時点で、国内の看護系諸団体の役職に就いている方、もしくは、訪問看護に関する政策立案に携わっている方とした。

### 2) 調査手順・内容

対象者は機縁法により選定した。対面またはオンライン（Zoom）にて半構造化グループインタビューを実施した（120分）。インタビューガイドに基づき、評価指標案の全体的印象、妥当性、重要性、実用性等について尋ねた。

### 3) 分析

インタビュー内容は録音し、逐語録を作成した。逐語録は個人情報を削除したうえで匿名化した。逐語録を基に内容を整理し、評価指標案の修正点を抽出した。

## 3. インタビュー調査

### 1) 研究対象者

研究対象者は、研究参加時点または過去3年以

内に、訪問看護事業所に従事している看護職とし、当該訪問看護事業所における臨床経験が通算5年以上の者とした。

### 2) 調査手順及び内容

対象者は機縁法により選定し、オンライン（Zoom）にて半構造化インタビューを実施した（所要時間：60分程度）。インタビューガイドに基づき、評価指標案の全体的印象、表現の適切性や答えやすさ等について尋ねた。

### 3) 分析

インタビュー内容は録音し、逐語録を作成した。逐語録は個人情報を削除したうえで匿名化した。

## 4. デルファイ法による調査

### 1) 研究対象者

研究対象者は、訪問看護利用者又は家族4名、訪問看護師20名、理学療法士1名、作業療法士2名、言語聴覚士1名、ケアマネジャー4名、訪問診療に携わる医師4名、政策関係者4名の計40名とした。

### 2) 調査手順及び内容

2回のオンライン調査を行った。調査内容は、102の評価指標案である。評価指標案の各指標について、訪問看護の質を反映する指標としての「有用性」の程度として、1から9（1＝極めて有用でない～9＝極めて有用である）のいずれかの回答を求めた。有用性とは、「評価指標が、訪問看護の質を反映するものとして適切か、また、今後の訪問看護の質改善を行う上で役立つかどうか」と定義した。

対象者は、1回目調査の集計結果を参照した上で、2回目オンライン調査に回答した（所要時間：60分程度）。

### 3) 分析

オンライン調査1回目終了後、各指標の回答割合を算出し、回答理由については指標ごとに生データを整理した。オンライン調査2回目終了後、各指標の有用性を7以上と回答した者の割合

を算出した。米国 RAND 社のデルファイ法に関するマニュアル[12]を参考に、7以上の回答割合が80%以上の指標を合意基準とした。なお、エキスパートパネルで結果をレビューし最終指標案を判断した。

## 5. 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、機関の長による許可を受けて実施された (No. 2025327NI)。

## II. [研究 2] 訪問看護事業所のサービス提供実態のアウトカムに関する分析

本研究は3つに分けて実施した。

### 1. 分析用データベースの構築

県および市町等との調整を行い、国民健康保険および後期高齢者医療制度のレセプトデータ、KDB (国保データベース) データならびに介護レセプトデータの取得を進めた。既存の県 (A 県) はデータの年度を更新し、新たに B 県で調整を行った。また A 県については医療保険による訪問看護のデータも検討した。

また、介護事業所等に関する情報を別途入手することとした。地域における医療資源の状況を把握する目的で、訪問看護事業所に限定せず A 県および B 県に存在する様々な種類の機関 (表 1) のデータを入手した。

### 2. 質指標候補のレセプトの抽出可能性の検討

研究 1 の途中段階で得られた 284 件の評価指標の候補に関して、レセプトデータからの抽出と計算の実現可能性を検討した。2名の研究者 (研究者 1: データベース研究の専門家、研究者 2: 看護研究の専門家) がそれぞれ検討を行い、「可能性あり」「要検討」「困難」で分類した。またレセプトデータからの抽出にあたって改変が必要な定義等について検討した。

### 3. 選定された質指標のデータベースからの抽

## 出と単純集計

試験的な評価指標の算出として、事業所別の褥瘡の有病割合を分析した。A 県のデータを用いて、国民健康保険または後期高齢者医療制度の被保険者のうち 2020~2022 年度に介護保険の訪問看護 (サービス種類コード: 13) を受けた利用者の情報を抽出した。医療保険と介護保険のデータが連結できない対象者を除外した上で、県内の訪問看護事業所でサービスを受けたデータを対象とし、各利用者の各月のデータを基に分析した。医療保険の傷病名から同月中の褥瘡の傷病名 (ICD-10 コード: L89、疑い病名は除く) を抽出した上で、以下のロジックで評価指標を算出した。

- ・分析の単位: 事業所、年度
- ・分母: 1 年間に各事業所で介護保険の訪問看護を実施した人月の合計
- ・分子: 分母のうち、医療保険で褥瘡の病名が記録された人月の合計
- ・除外: 分母 < 120 人月

## 4. 倫理的配慮

本研究は自治医科大学附属病院医学系倫理審査委員会の意見を聴き (臨第 25-106)、機関による実施許可を得て行った。既存の匿名加工情報のみを用いることから、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の適応外と判断された。

## C. 研究結果 及び D. 考察

### I. [研究 1] 国内外の文献レビューによる既存評価指標の精査

#### C. 研究結果 [研究 1]

##### 1. レビュー

文献検索の結果、合計 572 指標が抽出された。その上で、日本の訪問看護の文脈に合わない (例: 処方権に関連した質指標等)、天井効果が考えられる項目等の 212 指標を、研究者らの合議で除外し、360 の質指標案が抽出された (図

1)。

## 2. エキスパートパネル

評価指標案を精練するためにエキスパートパネルを開催し、レビューにより特定された評価指標案（360指標）について意見を交換した。

エキスパートパネルには、一般社団法人全国訪問看護事業協会・常務理事／中島朋子氏、一般社団法人日本看護協会／常任理事・鈴木理恵氏、公益財団法人日本訪問看護財団・事務局次長／大竹尊典氏、日本在宅看護学会・理事／岩本大希氏の4名が参加した。

エキスパートパネルメンバーは、評価指標に何を残すべきか2時間の議論を行った。この議論の後に、エキスパートパネル4名へそれぞれ、評価指標として採用するかどうか尋ねた。エキスパートパネルメンバー4名のうち3名以上が「採用」と回答した質指標86指標から類似性等の理由から3指標を削除し、83指標を採用とした。加えて、研究者らは、採用されなかった指標について、エキスパートパネルでの意見を基に改めて精査し、新たに19指標を追加した。最終的に、評価指標案として102指標が特定された。

## 3. インタビュー調査

表面妥当性を検討するためにインタビュー調査を実施した。訪問看護師4名が参加した。インタビューの結果を基に、答えやすさや統一性のために各指標の表現を修正した。

## 4. デルファイ法による調査

オンライン調査（全2回）によるデルファイ法を用いた調査を実施した。40名を対象とし、第1回調査は36名、第2回調査は計34名から回答を得た。

2回目調査の結果、102指標のうち、訪問看護の質指標としての有用性（9段階評価）を7以上と回答した者の回答割合が80%以上の指標は65指標であった。残りの37指標について、エキスパートパネルにて討議し、19指標を追加採用した。採用された19指標のうち、4項目は内容の類似性から1項目に統合され、16指標となっ

た。さらに、研究班にて項目全体を討議した。その結果、今後さらに重要性が高まる項目と考えられた地域連携等に係る項目について、デルファイラウンドに入る前に一旦除外されていたが、5指標を採用した。最終的に、65指標・16指標・5指標を合わせた86指標が評価指標案として提案された（図2）。

指標は、全部で6ドメイン構造とし、1. 基本的ニーズの充足支援、2. 病状安定と苦痛緩和の支援、3. 尊厳と心理社会的ニーズへの支援、4. 安らかなエンドオブライフへの支援、5. リスク予防と安全確保の支援、6. 組織のケア提供体制であった（表2）。

指標のうち、32指標（アウトカム指標）を表3に示した。このうち、24指標は看護職からの報告、8指標は利用者又は家族が報告する指標であった。

## D. 考察 [研究1]

### 1. 指標セットの妥当性と網羅性

本研究では、多様なステークホルダーによる合意形成プロセスを経て、86項目の訪問看護の評価指標を構築した。本指標の最大の特徴は、臨床専門家だけでなく、患者・家族、政策決定者の視点を統合した点にある。これにより、従来の提供者中心の評価に留まらず、訪問看護サービスを受ける利用者、さらには政策的視点をも含めた質指標の枠組みを提案出来た。特に、多職種連携や意思決定支援など、統計的な合意だけでは含まれない可能性があるものの、臨床現場で不可欠な項目を定性的な議論を経て指標に含めた点は、本指標の強みであると考えられる。

### 2. 既存評価指標との比較と実用性

本指標セット（86項目）は、国際的に用いられるinterRAI-HC（約260項目）と比較すると、項目数が少ない。また、国内の既存の評価指標との比較においても、行政的なコンプライアンスを重視する傾向にある従来の指標[4]に対し、本指標は32項目のアウトカム指標（うち8項目

の Patient Reported Outcome (PRO)：利用者報告アウトカムを含む)を軸とした、より臨床的かつアウトカム志向の構成となっている。網羅的なアセスメントから、焦点を絞ったモニタリングへとシフトすることで、現場の看護職を疲弊させることなく、多面的な質評価を可能にする実用的な代替案となり得ると考えられる。

### 3. 領域別の特徴：尊厳と心理社会的ニーズ

全6ドメインの中で、「尊厳と心理社会的ニーズへの支援」に関する項目が最も多く抽出された。これらの指標は、訪問看護の本質的なスキルを象徴しており、従来の国内外の質指標では十分に指標化されてこなかった領域である。先行研究において、日本の訪問看護の質は単なる臨床的予測ではなく、信頼関係の構築や患者・家族の満足度、生活の価値観に根ざした支援に依存することが示唆されている[13]。本指標は今まで質指標として明示されてこなかったこれらの指標を含んだ点が新しいと言えよう。

### 4. 本研究の限界

本研究の限界として、第一に臨床現場におけるデータ収集の実現可能性や負担感の実証的検証が未完了である点が挙げられる。第二に、デルファイ法に参加したパネルの代表性の問題、第三に専門家の判断による項目復帰に伴うバイアスの可能性が残る。今後は、これらの指標を継続的にモニタリングすることで、実際に利用者アウトカムの改善に寄与するかどうかを縦断的に検証する必要がある。

### 5. 国の政策への活用に向けた展望

本指標を全国の訪問看護事業所に普及するためには、標準的な評価ツールとして国の診療報酬体系や介護保険制度に統合される必要があると考える。本指標を訪問看護記録等のデジタルヘルスシステムと連携させ、大規模言語モデルなどの手法を用いて、日々の看護記録から自動的にデータを抽出・蓄積する仕組みを構築する

ことで、現場の事務負担を最小限に抑えたフィードバックが可能となる。

特に、介護保険の施設サービス領域中心に現在展開されている科学的介護情報システム

(LIFE)へ本指標の一部を組み込むことは、直感に頼った看護からデータ駆動型看護への転換を促し、科学的根拠に基づいた訪問看護の質向上と、持続可能な地域包括ケアシステムの実現に寄与すると期待される。

## II. [研究2] 訪問看護事業所のサービス提供実態のアウトカムに関する分析

### C. 研究結果 [研究2]

#### 1. 分析用データベースの構築

A県については、県内全市町から取得済みであった2019～2023年の各種レセプトデータを拡張して2015～2025年のデータを取得し、医療保険の訪問看護レセプトデータも入手した。B県についても、2018～2025年のデータ取得を完了した。

介護事業所等の情報については、A県は2018～2022年、B県は2018～2025年等のデータを入手した。A県およびB県における2018～2022年の介護事業所数の推移を種類ごとに図3に示す。施設数の推移は、県と提供するサービスの種類によって異なることが明らかとなった。

#### 2. 質指標候補のレセプトの抽出可能性の検討

研究者2名による284件の評価指標の検討結果を表4に示す。合計116件の指標が少なくとも1名の研究者により「可能性あり」と判定された。重複を除いた69件の評価指標を表5に示す。また評価指標をレセプトデータから算出するにあたっては、適切なデータが存在するか、またどのように変数を定義するか、といった課題が挙げられた。

#### 3. 選定された質指標のデータベースからの抽出と単純集計

A 県国民健康保険または後期高齢者医療制度の被保険者のうち、3年間に介護保険の訪問看護を受けた16,960人が選択された。除外基準を適用した結果、2020年度は86事業所、2021年度は87事業所、2022年は84事業所がそれぞれ分析対象となった。年度ごとの人月の合計値、事業所規模と褥瘡の有病割合は表6に示すとおりであり、図4は褥瘡の有病割合を順に並べたものであり、一定程度のばらつきが認められた。

#### D. 考察 [研究2]

本研究では、データベースの二次分析により訪問看護事業所のサービス提供実態のアウトカムを明らかにするため、レセプトデータベースを基に分析用データベースを構築するとともに、284件の評価指標の候補に関して分析可能性を検討した上で、試験的な評価指標として褥瘡を選択し、事業所別の褥瘡の有病割合を分析した。褥瘡発生とその経過は、看護実践の質を反映する指標、いわゆる Nurse-Sensitive Outcome として広く認知されている。

既存のデータベースを拡張して複数県のレセプトデータを入手することにより、地域間差の分析が可能になった。また事業所の情報を追加することにより、事業所規模などレセプトデータからは得られない情報を補うことが可能となった。2県の介護事業所数を集計した予備的検討からも、2県の医療資源の傾向が異なることが明らかである。更に、1県では新たに医療保険による訪問看護のデータを入手した。次年度はこれらのデータを複合的に用いることで、訪問看護の質向上に向けて評価指標の検討を進める予定である。

評価指標の分析可能性の検討では、候補となる指標のうち一定程度について、レセプトデータから分析できる可能性が示唆された。また1つの指標（事業所別の褥瘡の有病割合）については、医療レセプトと介護レセプトの連結データベースを活用して試験的にロジックの設定と指標の算出を行った。なお本研究の限界とし

て、①現段階では研究1の検討途中のリストを基に検討を行った点、②評価指標の分析可能性や算出方法が詳細・系統的にはできていない点、③他のデータベースでの実現可能性は検討できていない点、が挙げられる。特に、利用者のもつ基礎疾患等の背景の調整ができていないことには注意が必要であるが、医療と介護の連結データベースを用いることで更なる詳細な分析が可能である。今後は研究1の成果も踏まえ、データベースの二次分析により算出可能な評価指標の検討を進める予定である。

#### E. 結論

本年度の研究により、全国で共通活用可能な「訪問看護質指標（86項目）」の原案を策定し、レセプトデータを活用した効率的な評価体制の基盤を構築した。

まず、評価指標の選定過程において、専門家のみならず利用者・家族、政策関係者を含む多様なステークホルダーによるデルファイ法を用いた点は、本研究の強みである。特に、訪問看護特有の「生活を支える視点」や尊厳などの「心理社会的ニーズ」が反映されたことは、本邦の訪問看護の質を評価する指標として、有用な視点を含めることができたと考えられる。

データ活用については、レセプトデータと事業所情報を突合したデータベースを構築し、褥瘡有病率を例とした算出ロジックを確立した。これは、質評価における最大の課題である現場の入力負担を、既存の行政データの利活用によって解決しうる可能性を示したものと言える。この成果は、直感や経験に頼った質管理から、客観的エビデンスに基づくデータ駆動型の質管理への転換を加速させる一助となると考えられる。

今後は、本研究で開発された86指標の妥当性について、縦断的に評価する予定である。また、レセプトデータ分析においては、更なる検討を進め、評価指標の標準化と訪問看護の質向上にデータベースの二次利用から貢献すること

を目指す。

## 文献

- [1] Centers for Medicare & Medicaid Services. Home Health Quality Measures. <https://www.cms.gov/medicare/quality/home-health/home-health-quality-measures>
- [2] 令和4年度訪問看護質指標の標準化に関する調査研究事業報告書. <https://www.jvnf.or.jp/katsudo/kenkyu/2022/h4rokuken-houkokusyo.pdf>
- [3] 日本看護協会ホームページ. <https://www.nurse.or.jp/nursing/database/index.html>
- [4] 一般社団法人日本訪問看護事業協会 <https://www.zenhokan.or.jp/pdf/guideline/guide09.pdf>
- [5] ケアの質を向上させる!オマハシステムを徹底解説. <https://www.ns-pace.com/article/category/interview/a3084/>
- [6] Yamana H, Ono S, Michihata N, Uemura K, Jo T, Yasunaga H. Effect of the 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine on the incidence of hospitalisation with pneumonia in adults aged  $\geq 65$  years: retrospective cohort study using a population-based database in Japan. *Clin Microbiol Infect* 2023;29:904-10.
- [7] Yamana H, Lee S, Lin Y-C, Yoon N-H, Fushimi K, Yasunaga H, Cheng S-H, Kim H. Institutional variance in mortality after percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction in Korea, Japan, and Taiwan. *Int J Health Policy Manag* 2023;12:6796.
- [8] Wada Y, Takei Y, Sasabuchi Y, Matsui H, Yasunaga H, Kohro T, Fujiwara H, Yamana H. Treatment strategies for pelvic organ prolapse and postoperative outcomes in older women with long-term care needs: A population-based retrospective cohort study. *Int J Gynaecol Obstet* 2024;166:1323-9.
- [9] Honda A, Yamana H, Sasabuchi Y, Takasawa E, Mieda T, Tomomatsu Y, Inomata K, Takakura K, Tsukui T, Matsui H, Yasunaga H, Chikuda H. Mortality, analgesic use, and care requirement after vertebral compression fractures: a retrospective cohort study of 18,392 older adult patients. *J Bone Joint Surg* 2024;106:1453-60.
- [10] Kugai H, Igarashi A, Okada A, Sasabuchi Y, Kitamura S, Yamana H, Yamamoto-Mitani N, Yasunaga H. Transitions in the long-term care needs and health status among older people with newly diagnosed chronic kidney disease. 26th East Asian Forum of Nursing Scholars
- [11] Kugai H, Igarashi A, Okada A, Sasabuchi Y, Kitamura S, Yamana H, Yamamoto-Mitani N, Yasunaga H. Association between home-visit nursing and hospitalization among older adults with chronic kidney disease: population-based cohort study using real-world data. 27th East Asian Forum of Nursing Scholars.
- [12] Khodyakov, D., Grant, S., Kroger, J., Bauman, M. (2023). RAND methodological guidance for conducting and critically appraising Delphi panels. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- [13] Jeong S, Inoue Y, Arai Y, Ohta H, Suzuki T. What should be considered when evaluating the quality of home care? A survey of expert opinions on the evaluation of the quality of home care in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2361.

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) 山本則子, 関根小乃枝, 野口麻衣子, 呉金艶. 訪問看護の質向上に向けた評価指標の標準化のための研究:長寿科学政策研究事業からの報告. 第15回日本在宅看護学会学術集会. 2025年11月29日, 愛知.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

該当なし

### 2. 実用新案登録

該当なし

### 3. その他

該当なし

表1. 入手・活用した事業所等のデータに含まれる機関の種類

種別	機関の種類または提供サービス
医科	病院、診療所
歯科	歯科診療所
薬局	保険薬局
介護	訪問サービス、通所サービス、福祉用具サービス、居宅介護支援サービス、居宅系サービス、施設系サービス、サービス付き高齢者住宅、住宅型有料老人ホーム

表2 訪問看護の評価指標のドメイン別の数

ドメイン	全て	質指標				
		構造	過程		結果	
			アセスメント	ケア	看護職による報告	利用者による報告
1. 基本的ニーズの充足支援	16	0	7	4	5	0
2. 病状安定と苦痛緩和の支援	22	0	7	3	12	0
3. 尊厳と心理社会的ニーズへの支援	30	0	12	6	4	8
4. 安らかなエンドオブライフへの支援	6	0	0	4	2	0
5. リスク予防と安全確保の支援	3	0	0	2	1	0
6. 組織のケア提供体制	9	9	0	0	0	0
合計	86	9	26	19	24	8

表3 訪問看護の評価指標案（結果指標：32指標）

No.	ドメイン	評価指標	評価者
1	1. 基本的ニーズの充足支援	利用者の、日常的な活動の自立度について、回答してください	看護師
2		排便に関する問題により日常生活に影響がありますか	看護師
3		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日間で、体重が5%以上減少しましたか ・本人または周囲の方から見て、過去30日前に比べてやせてきたと感じますか	看護師
4		身体の清潔を保つことができますか	看護師
5		利用者に、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）がありましたか	看護師
6	2. 病状安定と苦痛緩和の支援	利用者は、呼吸器感染症がありましたか	看護師
7		利用者は、尿路感染症がありましたか	看護師
8		入院がありましたか（あった場合、以下を入院毎に記録）入院日数は何日でしたか／入院の理由は何ですか／予定外の入院でしたか	看護師
9		救急車を要請したことがありますか	看護師
10		予定外の救急外来を受診したことがありますか（入院の有無は問いません）	看護師
11		緊急訪問がありましたか	看護師
12		緊急の電話連絡がありましたか	看護師
13		何種類の薬を服用していますか	看護師
14		利用者は薬の服用を指示どおりに行えていますか	看護師
15		疼痛はどの程度コントロールできていましたか	看護師
16		利用者に、皮膚の裂傷や切り傷（手術創以外）（スキんテア）がありましたか	看護師
17		利用者に褥瘡がありましたか	看護師
18	3. 尊厳と心理社会的ニーズへの支援	利用者は、現在の状況の中で、可能な範囲で自分の希望する生き方を実現できていましたか	看護師
19		家族は介護のために疲れ切っていましたか：※家族：利用者にとっての家族、家族と聞いて思い浮かべる人	看護師
20		ネグレクトや虐待の兆候は見られましたか	看護師
21		利用者は療養の場において物理的な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）	看護師
22		（家族の療養生活上の安心感） ・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している ・私の心配事には十分に対処してもらっている ・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	利用者の 家族

No.	ドメイン	評価指標	評価者
23		今の生活に満足している	利用者
24		安心して生活している	利用者
25		痛みや不快感なく過ごせている	利用者
26		排泄に関して困っている	利用者
27		今の状況で自分の希望する生き方を実現できている	利用者
28		(QCE-ACC) ・私は敬意と尊厳をもって扱われています ・私は意思決定を支援されています ・スタッフは十分なスキルを持っています ・ケアは私の健康と福祉に良い影響を与えています ・私は社会的な関係やコミュニティとのつながりを持つためのサポートを受けています・私は苦情やフィードバックを安心してスタッフに伝えることができます	利用者
29		(NPS) 今受けているサービスをどの程度友人や知人に勧めたいと思いますか	利用者
30	4. 安らかなエンドオブライフへの支援	(利用者が亡くなった場合のみの回答) 利用者本人が希望する場所でお看取りができましたか (実際の死亡場所と、希望の場所をそれぞれ回答してください)	看護師
31		(利用者が亡くなった場合のみの回答) 利用者の死亡後、家族や周囲の人から安らかな最期を迎えられた等の発言がありましたか	看護師
32	5. リスク予防と安全確保の支援	転倒転落はありましたか	看護師

表4. 研究者2名による、訪問看護の質評価指標の候補 (N=284) に関する分析可能性の検討

研究者 1	研究者 2		
	可能性あり	要検討	困難
可能性あり	43	1	53
要検討	10	1	17
困難	9	1	149

表5. レセプトデータから抽出可能と考えられた訪問看護の評価指標の候補

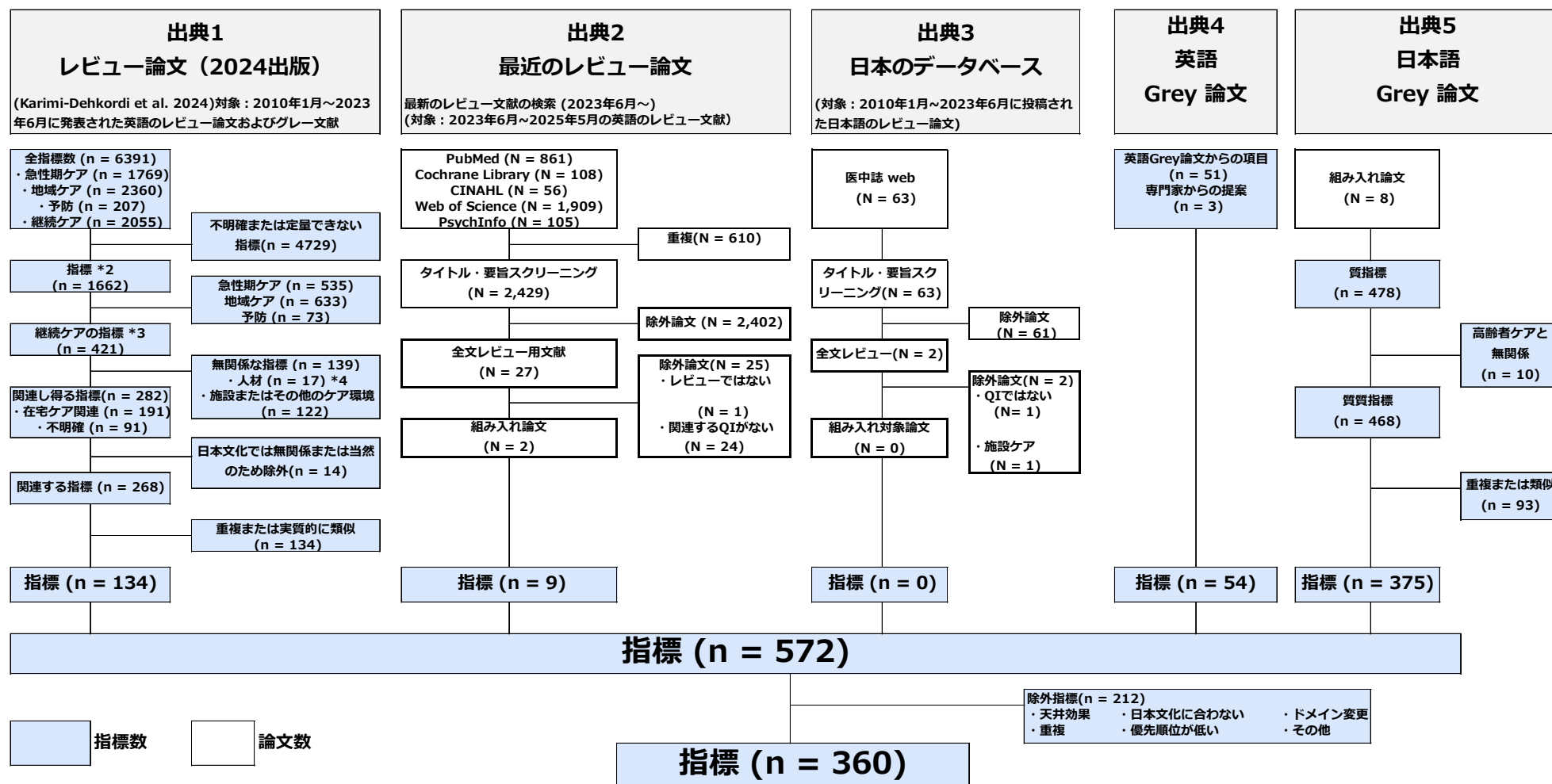
番号	評価指標
1	人口に占める利用者の割合
2	訪問頻度
3	業務効率指数
4	利用可能日から5日以内の初回看護訪問
5	30分以上の訪問介護
6	24時間サービスの提供
7	管理栄養士への相談
8	死亡者数
9	退院後の予定外の再入院
10	退院後の予定外の救急外来受診
11	予定外の救急外来受診と死亡
12	特定の疾患について退院後のフォローアップ受診
13	精神科入院後の受診
14	ADLの改善
15	ADLの低下
16	IADLの改善
17	IADLの低下
18	在宅における移動機能の障害
19	移動および歩行の自立度の維持・改善
20	移乗および移動の悪化または依存状態維持
21	体重減少
22	便秘の有病率
23	膀胱失禁の有病率
24	膀胱機能の改善
25	膀胱機能の低下
26	膀胱失禁の発症または膀胱機能の非改善
27	褥瘡の有病率
28	褥瘡・潰瘍の有病率
29	多剤併用
30	7日を超えて処方された抗生物質
31	長時間作用型ベンゾジアゼピン系、強い抗コリン作用薬またはトラマドールの使用
32	向精神薬の使用
33	向精神薬の多剤併用
34	抗うつ剤の使用
35	抗精神病薬の使用
36	抗精神病薬の使用（認知症あり）
37	抗精神病薬の使用（認知症なし）
38	低リスクの抗精神病薬使用
39	高リスクの抗精神病薬使用
40	抗精神病薬の適応外使用
41	認知機能
42	認知機能の改善
43	認知機能の低下
44	進行期認知症に対する嚥下機能と体位の評価
45	コミュニケーション機能の改善
46	コミュニケーション機能の低下
47	コミュニケーション機能の低下または非改善

表5 (続) . レセプトデータから抽出可能と考えられた訪問看護の評価指標の候補

番号	評価指標
48	気分の改善
49	気分の低下
50	抑うつ気分
51	孤独・苦悩
52	転倒
53	外傷
54	傷害（骨折、2度または3度の熱傷、原因不明の傷害）
55	骨折
56	大腿骨頸部骨折
57	疼痛の有無
58	コントロールされていない疼痛
59	痛みの改善
60	慢性オピオイド使用
61	慢性オピオイド使用（認知症あり）
62	慢性オピオイド使用（認知症なし）
63	死亡場所別の割合
64	死亡前のかかりつけ医との接触
65	看取り前に受けた在宅ケア
66	看取り前の訪問診療・医療の頻度
67	ホスピスに入院しなかった割合
68	在宅緩和ケアにより最期まで自宅で過ごすことができる
69	在宅緩和ケアにより入院を減らす

表6. 年度ごとの訪問看護事業者別の褥瘡の有病割合（A県）

年度	事業所数	年間の人月 合計	事業所規模(人月)、 中央値 [四分位範囲]	褥瘡の有病割合(%)、 中央値 [四分位範囲]
2020	86	51,204	498 [294, 792]	2.1 [1.0, 3.8]
2021	87	54,404	508 [283, 831]	1.9 [0.9, 4.0]
2022	84	54,783	543 [291, 914]	2.3 [0.8, 3.9]



Notes:

- \*1 ポリシー・ガイドラインマニュアル、臨床実践ガイドライン、政府や自治体の報告書、行政・医療制度関連のニュースなど
- \*2 Karimi-Dehkordi ら (2024) が述べているように、明確性とは質指標が十分に明確であり意味のある解釈や行動につながられることを、定量性とは質指標において分子と分母の説明が明示されていることを指す。
- \*3 継続ケアは、在宅ケア、サポート付き住宅 (アシストリビング)、または長期介護 (介護老人ホーム) を含むケアを指す。
- \*4 臨床従事者の経験、労働環境、職務満足度、研修を測定するQI (例：在宅ケアサービスのうち、スタッフに対して認知症特化研修を提供している割合)

図1 文献レビューのフローチャート

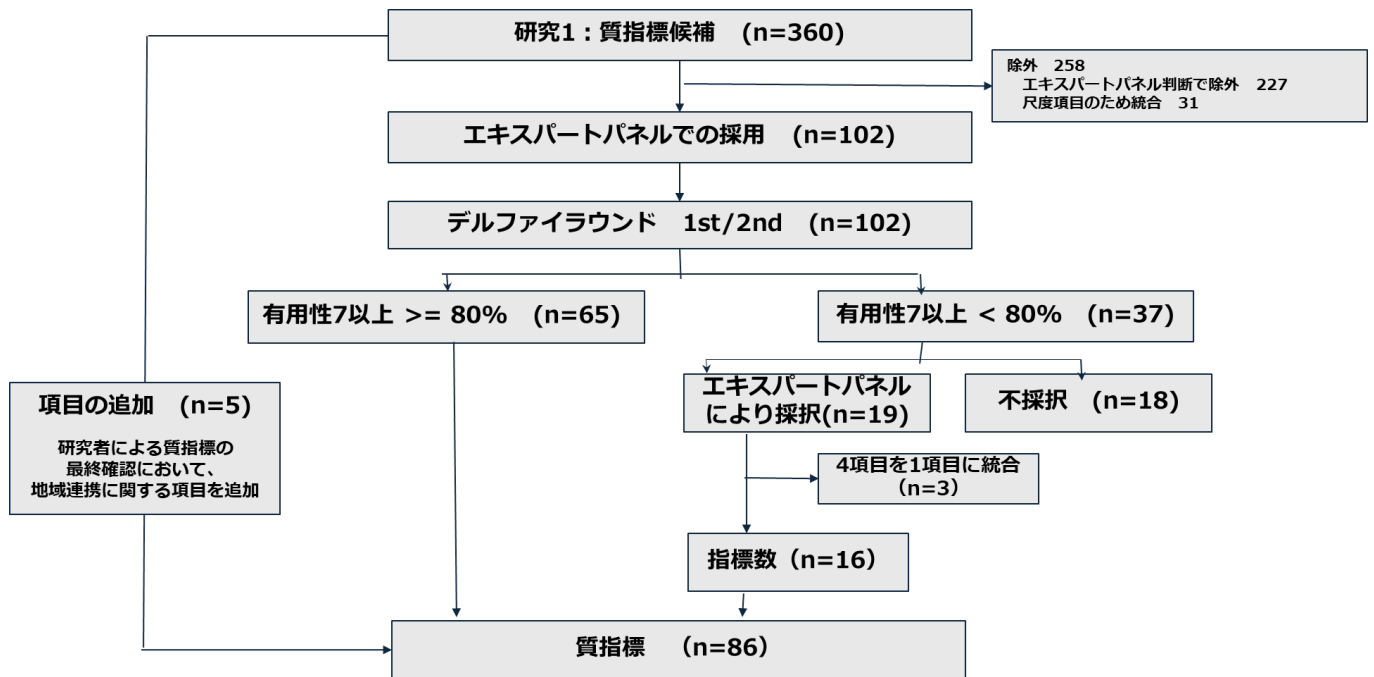
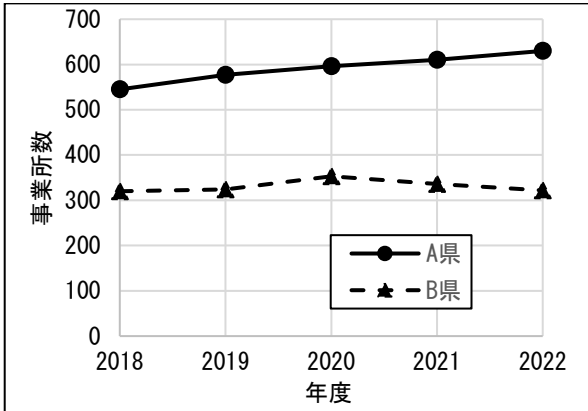
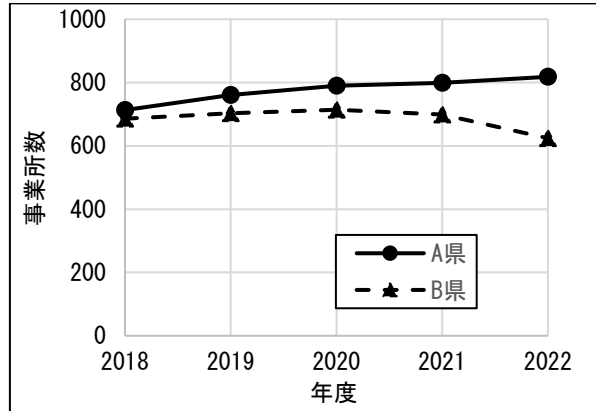


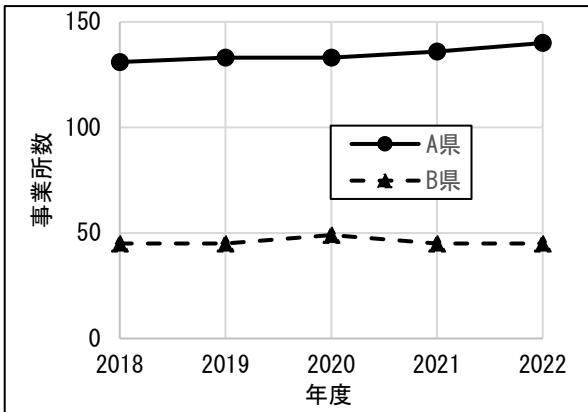
図2 デルファイ調査における評価指標案のフローチャート



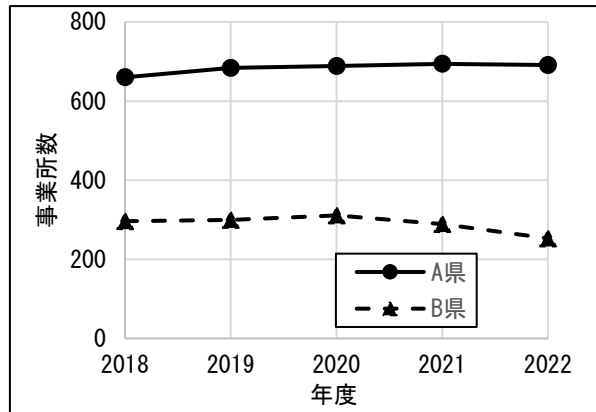
A. 訪問サービス



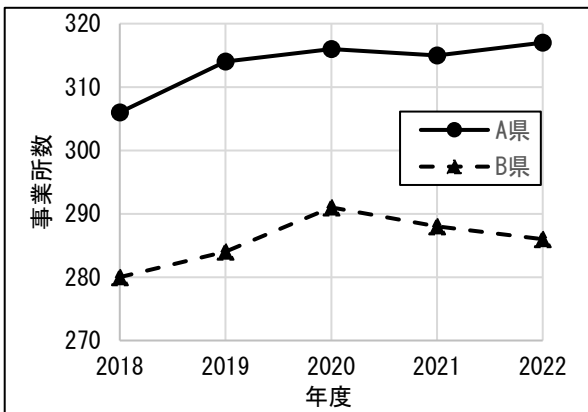
B. 通所サービス



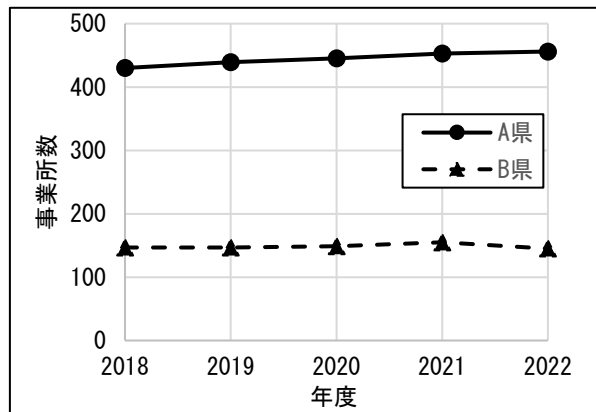
C. 福祉用具サービス



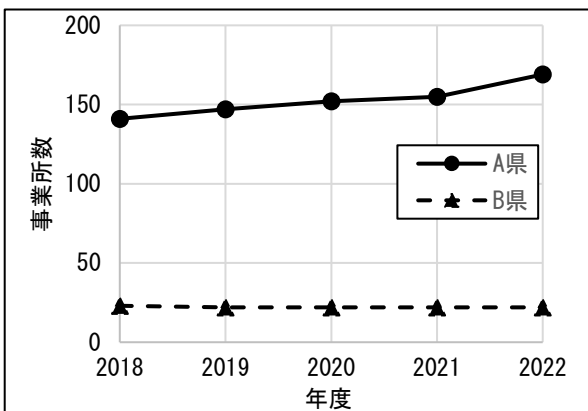
D. 居宅介護支援サービス



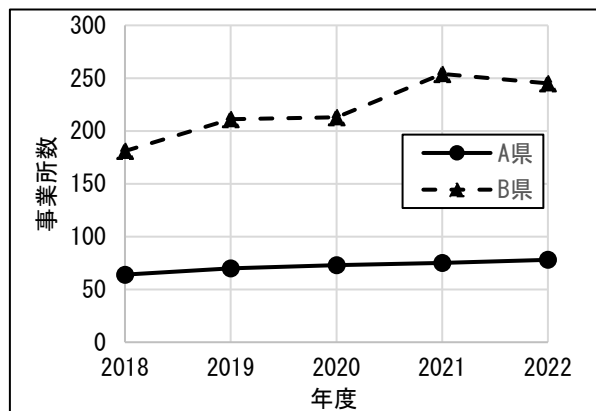
E. 居宅系サービス



F. 施設サービス



G. サービス付き高齢者向け住宅



H. 住宅型有料老人ホーム

図 3.2 県の提供サービス別の介護事業所数

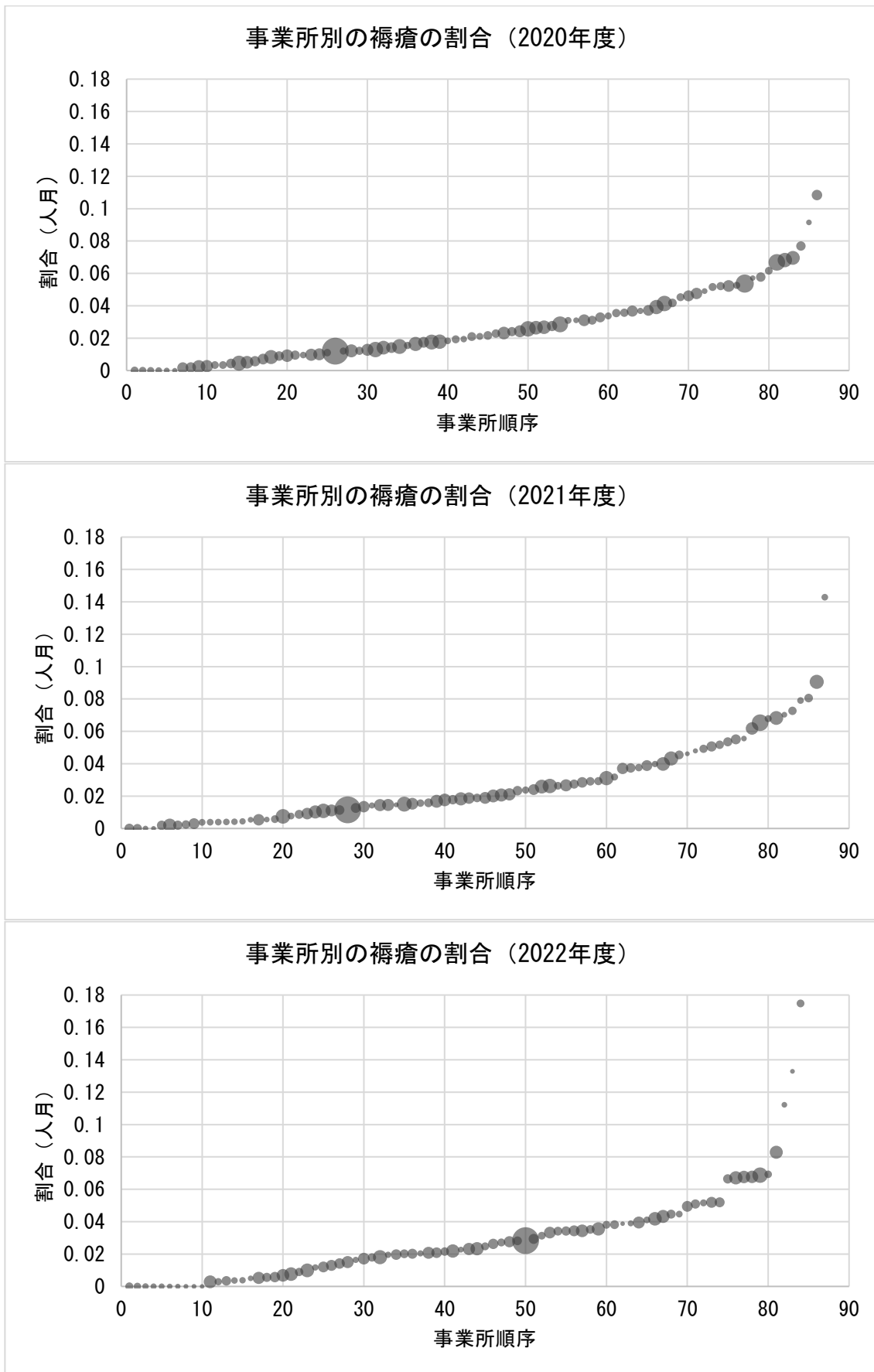


図4. 年度ごとの訪問看護事業者別の褥瘡の有病割合 (A 県)