

# 日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.4  
No.4

Journal of Japanese Association for Home Care Medicine



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

論文

●原著

在宅訪問看護利用者の主観的幸福感とその関連要因の解析

平田裕也・原口省吾・宮崎章・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

●原著

言語妥当性が担保された日本語版 modRDOS-4 の開発～在宅ケアや施設で使用できる呼吸困難の客観的評価尺度～

平原佐斗司・鈴木みずえ・金盛琢也・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

●総説

我が国における在宅医療の質評価

木村琢磨・松村真司・川越正平・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16

●症例報告

有痛性骨転移の患者において、放射線治療可能な病院との連携により緩和的放射線治療を行い、在宅療養を再開することができた1症例

大沼紗希子・川端邦裕・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

●活動報告

小児在宅医療の裾野を広げる活動～STEP表の活用～

島崎亮司・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

# 在宅訪問看護利用者の主観的幸福感とその関連要因の解析

平田裕也<sup>1) 3)</sup>, 原口省吾<sup>2)</sup>, 宮崎章<sup>2)</sup>

## 要旨

本研究は、在宅訪問看護利用者の主観的幸福感とその関連要因を明らかにするために、在宅訪問看護利用者90名を対象にアンケート調査を行った。主観的幸福感の増加に関連する要因は、健康度自己評価、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、一人で行う趣味や娯楽、運動、ボランティア活動による生きがい、他者との会食頻度（家庭内）であった。健康度自己評価の向上を図ること、人との付き合いの満足度を増やすこと、一人で行う趣味や娯楽等を見つけ生活に取り入れること、家庭内で他者と一緒に食事をする機会を作ることによって在宅訪問看護利用者の主観的幸福感が向上する支援につながる可能性が示された。

キーワード：在宅訪問看護、主観的幸福感

## Analysis of the factors associated with subjective well-being for home-visiting nursing users

Yuya Hirata<sup>1) 3)</sup>, Shogo Haraguchi<sup>2)</sup>, Akira Miyazaki<sup>2)</sup>

## Abstract :

This study investigated, by questionnaire, the factors associated with subjective well-being for 90 home-visiting nursing users. The results showed that their subjective well-being was positively correlated to self-evaluated health, satisfaction with the communication with relatives, neighbors, and friends, happiness with their activities such as hobbies and entertainments that they can enjoy by themselves, exercise and voluntary services, and the frequency of sharing diet with somebody at home. These results suggest the possibility that home-visiting nursing users could improve their subjective well-being by supporting the increase in self-evaluated health, communications with others, their daily activities including hobbies, entertainments, exercise and voluntary services and the opportunity of sharing daily diet with others at home.

Keywords : Home-visit nursing, Subjective well-being

<sup>1)</sup> 昭和大学大学院 医学研究科 医学専攻（生化学分野）

<sup>2)</sup> 昭和大学 医学部 生化学講座

<sup>3)</sup> ケアブリッジ株式会社 訪問看護リハビリステーション かざぐるま鶴見

<sup>1)</sup> Department of Biochemistry, Showa University Graduate School of Medicine

<sup>2)</sup> Department of Biochemistry, Showa University School of Medicine

<sup>3)</sup> Carebridge Inc. Visiting Nursing and Rehabilitation Kazaguruma Tsurumi

著者連絡先：昭和大学大学院医学研究科医学専攻（生化学分野）

〒142-8555 東京都品川区旗の台 1-5-8

TEL：03-3784-8116 E-mail：yuyahirata.s@gmail.com

## はじめに

我が国の高齢化率（65歳以上の人口が全人口に対する割合）は、2007年に21%を超えて超高齢社会に突入した。その後も高齢化率は上昇し、2022年には29.1%に達している<sup>1)</sup>。高齢化率が上昇していく過程で、高齢者のQuality of lifeの維持・向上という観点から、幸福で生きがいに満ちた老いが目標とされるようになり、その尺度として主観的幸福感への関心が増してきた。1950年代から主観的幸福感を測定する尺度の開発が始まり、主観的幸福感に関連する要因が研究されてきた。

これまで高齢者における主観的幸福感とその関連要因に関しては、社会関係やソーシャルサポートに着目した検討が行われ、主観的幸福感是对人関係の豊かさに関連することが報告されている<sup>2)</sup>。また健康状態が良好なほど主観的幸福感が高いことが報告されている<sup>3)</sup>。これら現在までに行われている高齢者の主観的幸福感に関する研究では、自宅の外に出ることができる人を対象としたものが多く、生活の基盤が自宅である在宅医療・介護を受けている方を対象とした研究は少ない<sup>4,5)</sup>。一般的に加齢や疾病等によって個人の生活・行動範囲が自宅中心になっていくが、そのような状況になったとしても、より幸せに感じられることは豊かな晩年や療養生活を送る上で重要である。したがって在宅訪問看護利用者の主観的幸福感を高めることが社会的に求められているが、その基盤となる在宅訪問看護利用者の主観的幸福感とその関連要因はまだ明らかにされていないことが多い。そこで今回、在宅訪問看護利用者の主観的幸福感とその関連要因を調査した。

## 目的

本研究は、在宅訪問看護利用者の主観的幸福感とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

## 方法

### 1. アンケート調査

調査対象者として、神奈川県横浜市鶴見区に事業所がある訪問看護リハビリステーションかざぐるま鶴見の在宅訪問看護サービスを利用してい

る167名を当初想定した。このうち、調査期間中に介護施設への入所や逝去などの理由でサービスが終了となった39名、精神疾患や認知症を合併した31名、研究参加への同意が得られなかった7名を除外し、最終的に回答可能な90名（75.1 ± 13.6歳、うち65歳以上は71名）を調査対象者とした。この90名の内訳は、男性38名（71.8 ± 14.5歳）、女性52名（77.3 ± 12.7歳）で、居住地域は、調査対象者全員が横浜市であった。アンケート調査は2022年4月から2023年4月に行った。調査対象者の要介護度は、要支援1:3名、要支援2:10名、要介護1:5名、要介護2:33名、要介護3:15名、要介護4:8名、要介護5:3名、認定なし:13名であった（表1）。日常生活自立度は、正常:3名、J1:11名、J2:25名、A1:15名、A2:15名、B1:13名、B2:5名、C1:2名、C2:1名であった（表1）。介護を要する原因となった主たる疾患は、整形外科疾患29例、神経疾患16例、脳血管疾患15例、循環器疾患9例、代謝内分泌疾患9例、認知症4例、悪性新生物3例、その他5例であった（表1）。調査員は、調査対象者の自宅に訪問し研究の目的や方法を説明し、研究参加への同意を文書で得た。

### 2. 主観的幸福感尺度と調査項目

主観的幸福感とは、「肯定的なものから否定的なものまで、人々が自分の生活について行うあらゆる評価と、人々が自身の経験に対して示す感情的反応を含む良好な精神状態」と定義されている<sup>6)</sup>。主観的幸福感には様々な要因が含まれており、一つの評価尺度だけではこのような要因を網羅することは困難と考えた。また主観的幸福感に関する種々の先行研究では、異なる3つの評価尺度が使用されており、本研究との比較対照を可能にするために以下の3つの評価尺度を用いた。

1つ目は、厚生労働省（厚労省）が定めた主観的幸福感尺度で、「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点とする11段階の1項目で調査した。本論文ではこの主観的幸福感のスケールを「厚労省スケール」と仮称する<sup>7)</sup>。2つ目は島井らが日本語に訳出した日本版主観的幸福感尺度を用いた<sup>5)</sup>。4項目からなる尺度で、回答は7点法で1点から7点として集計し、得点は4項目の平均値

を用いた。なお第4問は逆転項目として、点数を逆転し計算した(表2)。3つ目のThe Philadelphia Geriatric Center Morale Scale(改訂版PGCモラルスケール)は、前田らが日本語に訳出したものを用いた<sup>8)</sup>。項目ごとに肯定的な選択肢が選ばれた場合に1点、その他に0点を与え、17項目単純加算によって合計得点を算出する(表3)。これら3つの評価尺度による点数が高いほど主観的幸福感が高いことになる。

主観的幸福感の関連要因として、健康度自己評価<sup>9)</sup>、外出頻度、付き合いのある親戚・近隣・友人の人数とその満足度、一人で行う趣味や娯楽、

運動、ボランティア活動による生きがい(以下、一人で行う趣味等の生きがい)、他者との会食頻度(家庭内・外食)、メールやソーシャルネットワークサービス(SNS)の利用回数、配偶者の存在<sup>9)</sup>をアンケート調査した。またカルテ情報から、性別、年齢、要介護度、日常生活自立度、介護を要する原因となった主たる疾患、介護・医療サービスの頻度と時間をカルテより調査した。

### 3. 分析方法

主観的幸福感と各要因の関連の検討には、主観的幸福感を従属変数、検討に用いた要因を独立変数とし、多変量解析の重回帰分析を行った。また

表1 対象者の年齢、性別、要介護度、日常生活自立度、\*介護を要する原因となった主たる疾患

全体	90例	平均年齢 75.1 ± 13.6歳
男性	38例 (42.2%)	平均年齢 71.8 ± 14.5歳
女性	52例 (57.8%)	平均年齢 77.3 ± 12.7歳
要介護度	日常生活自立度	主たる疾患*
要支援1	正常 3例	整形外科疾患 29例
要支援2	J1 11例	神経疾患 16例
要介護1	J2 25例	脳血管疾患 15例
要介護2	A1 15例	循環器疾患 9例
要介護3	A2 15例	代謝内分泌疾患 9例
要介護4	B1 13例	認知症 4例
要介護5	B2 5例	悪性新生物 3例
認定なし	C1 2例	その他 5例
	C2 1例	

#### 主たる疾患\*の内訳

- ・整形外科疾患 29例 大腿骨骨折7例、腰部脊柱管狭窄症6例、圧迫骨折4例、変形性膝関節症3例、関節リウマチ3例、変形性腰椎症2例、変形性股関節症1例、頸椎症1例、頸椎骨折1例、腰痛症1例
- ・神経疾患 16例 パーキンソン病6例、多発性硬化症2例、神経因性膀胱1例、脳性麻痺1例、脊髄損傷1例、脳挫傷1例、ミトコンドリア脳症1例、多系統萎縮症1例、脊髄小脳変性症1例、重症筋無力症1例
- ・脳血管疾患 15例 脳梗塞11例、脳出血4例
- ・循環器疾患 9例 慢性心不全7例、高血圧症1例、下肢閉塞性動脈硬化症1例
- ・代謝内分泌疾患 9例 糖尿病9例
- ・認知症 4例 アルツハイマー型認知症3例、若年性認知症1例
- ・悪性新生物 3例 大腸癌2例、膀胱癌1例
- ・その他 5例 慢性閉塞性肺疾患1例、アルコール依存症1例、慢性C型肝炎1例、腎性貧血1例、ウェルナー症候群1例

表2 日本版主観的幸福感尺度

1) 全般的にみて、わたしは自分のことを ( ) と考えている						
1	2	3	4	5	6	7
非常に不幸						非常に幸福
2) わたしは、自分と同年輩の人と比べて、自分を ( ) であると考えている						
1	2	3	4	5	6	7
より不幸な人間						より幸福な人間
3) 全般的にみて、非常に幸福な人たちがいます。この人たちは、どんな状況の中でも、そこで最良のものをみつけて、人生を楽しむ人たちです。あなたは、どの程度そのような特徴をもっていますか？						
1	2	3	4	5	6	7
まったくない						とてもある
4) 全般的にみて、非常に不幸な人たちがいます。この人たちは、うつ状態にあるわけではないのに、はたから考えるよりも、まったく幸せではないようです。あなたは、どの程度、そのような特徴をもっていますか？						
1	2	3	4	5	6	7
まったくない						とてもある

表3 改訂版 PGC モラルスケール

1) 人生は年を取るにつれて悪くなる	はい / いいえ
2) 去年と同じように元気である	はい / いいえ
3) さびしいと感じることがある	はい / いいえ
4) 小さいことを気にするようになった	はい / いいえ
5) 家族や友人との行き来には満足している	はい / いいえ
6) 年をとって前よりも役に立てなくなった	はい / いいえ
7) 気になって眠れないことがある	はい / いいえ
8) 年をとるといことは若い時に考えていたよりも良い	はい / いいえ
9) 生きていても仕方ないと思うことがある	はい / いいえ
10) 若い時と同じように幸福である	はい / いいえ
11) 悲しいことがたくさんある	はい / いいえ
12) 心配なことがたくさんある	はい / いいえ
13) 前よりも腹を立てることが増えた	はい / いいえ
14) 生きることは大変厳しい	はい / いいえ
15) 今の生活に満足している	はい / いいえ
16) 物事をいつも深刻に考える	はい / いいえ
17) 心配事があるとオロオロする	はい / いいえ

調査対象者を65歳未満と65歳以上の2群に分け、2群間における主観的幸福感、メールやSNSの利用個数の有意差をT検定で検討した。統計解析にはJMP pro16 (JMP Statistical Discovery)を用いて、有意水準は5%未満とした。

## 結果

厚労省スケールにより評価した主観的幸福感はい10点満点の $6.7 \pm 2.4$  ( $n=90$ )であった。65歳未満では $4.8 \pm 2.6$  ( $n=19$ )、65歳以上では $7.1 \pm 2.2$  ( $n=71$ )で、有意差を認めた ( $p=0.0002$ )。また日本版主観的幸福感尺度により評価した主観的幸福感はい7点満点の $5.0 \pm 1.3$ であった。65歳未満では $4.3 \pm 1.4$ 、65歳以上では $5.2 \pm 1.1$ で、有意差を認めた ( $p=0.0034$ )。さらに改定版PGCモラールスケールにより評価した主観的幸福感はい17点満点の $9.6 \pm 4.0$ であった。65歳未満では $8.4 \pm 3.7$ 、65歳以上では $9.9 \pm 4.0$ で、有意差はなかった ( $p=0.1397$ )。

厚労省スケールにより評価した主観的幸福感と有意な正の相関を認めたのは、健康度自己評価、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、一人で行う趣味等の生きがい、他者との会食頻度 (家庭内)、他者との会食頻度 (外食)であった。また主観的幸福感と有意な負の相関を認めたのは、メールやSNSの利用個数であった (表4)。

次に日本版主観的幸福感尺度により評価した主観的幸福感と有意な正の相関を認めたのは、健康度自己評価、付き合いのある近隣者の人数、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、一人で行う趣味等の生きがい、他者との会食頻度 (家庭内)、他者との会食頻度 (外食)、配偶者の存在であった。また主観的幸福感と有意な負の相関を認めたのは、メールやSNSの利用個数であった (表4)。

改定版PGCモラールスケールにより評価した主観的幸福感と有意な正の相関を認めたのは、健康度自己評価、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、一人で行う趣味等の生きがい、他者との会食頻度 (家庭内)であった (表4)。

3つの異なる主観的幸福感尺度に共通して主観的幸福感と正の相関係数を示したのは、健康度自己評価、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、

一人で行う趣味等の生きがい、他者との会食頻度 (家庭内)であった。この中で共通して最も高い相関係数を示したのは、一人で行う趣味等の生きがいであった (表4)。一方、2つの異なる主観的幸福感尺度に共通して主観的幸福感と負の相関係数を示したのは、メールやSNSサービスの利用個数であった。メールやSNSサービスの利用個数は、65歳未満では $2.1 \pm 2.0$ 個、65歳以上では $0.55 \pm 0.89$ 個で、有意差を認めた ( $p=0.0043$ )。

## 考察

本調査は、90名の在宅訪問看護利用者を対象として、主観的幸福感の関連要因について検討した。

厚労省スケールにより評価した主観的幸福感はい $6.7 \pm 2.4$ であった。内閣府が行った平成23年度国民生活選好調査では、平均6.4であり<sup>10)</sup>、今回の結果はそれと比較すると同程度であった。また本調査における日本版主観的幸福感尺度はい $5.0 \pm 1.3$ であった。我が国の大学生を対象とした調査では $4.7 \pm 1.1$ と報告されており<sup>5)</sup>、こちらも同程度であった。このことから、疾病などを理由に生活の基盤が在宅になるからという理由で主観的幸福感はい下がらないことが分かった。近年、「加齢に伴ってネガティブな状況が増えるにも関わらず、高齢者の幸福感はい低くない」というエイジングパラドックスという現象が注目されており、加齢に伴った資源の喪失に対する対処方略がうまく機能することで生じると考えられている。Tornstamは高齢者の幸福感に影響する要因として、加齢に伴い若いころとは異なる価値観を獲得するという老年的超越理論を提唱しており<sup>11)</sup>、本研究において在宅訪問看護利用者の主観的幸福感がい必ずしも低くないことに関連している可能性がある。

次に改定版PGCモラールスケールにより評価した主観的幸福感はい $9.6 \pm 4.0$ であった。地域高齢者を対象とした研究では12.2と報告されており<sup>4)</sup>、比較すると本研究の結果はいやや低かった。ちなみに、要介護度が要支援の群と要介護の群の2群間、日常生活自立度A1以上の群とA2以下の群の2群間で主観的幸福感を比較したが、いずれも統計学的有意差を認めなかった。また疾患別

で主観的幸福感に差があるかも検討したが、これも有意差を認めなかった。要介護度や日常生活自立度と主観的幸福感との関連は大変興味のあるところではあるが、結論を得るにはより大きなスケールの調査が期待される。

本研究で用いた3つの主観的幸福感尺度にはそれぞれに長所があるが、改定版PGCモラルスケールが本研究の遂行に最も適していたと考えられる。その理由は、「老いに対する態度」・「心理的動揺」・「孤独感」の3因子から設問が構成され、主観的幸福感を評価していることがあげられる。また回答の選択肢が「はい」もしくは「いいえ」のため高齢者にも回答しやすかったと感じた。

主観的幸福感とその関連要因に関する検討では、3つの評価尺度のいずれにおいても正の相関関係を認めたものが、健康度自己評価、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、一人で行う趣味等の生きがい、他者との会食頻度（家庭内）であった（表4）。

主観的幸福感と健康度自己評価について、Larsonは健康状態が良好なほど主観的幸福感が高いと報告しており<sup>3)</sup>、また栗盛らは健康状態の主観的な認知が客観的な健康状態よりも主観的幸福感を規定していると報告している<sup>9)</sup>。本研究の調査対象者は、疾病によって在宅訪問看護サービスが必要としている状態であり、栗盛らの研究結果を支持する結果であった。つまり、介護が必要な状態であったとしても、自分自身が健康であると感じることができればより幸福感も増大できる可能性がある。吉良らは、在宅訪問看護や訪問リハビリのサービスを利用することによって、日常生活動作能力や健康状態の改善が得られることを報告している<sup>12)</sup>。このことから、在宅訪問看護や訪問リハビリなどの介護サービスを受けることによって、健康状態の主観的な認知を高めることにつながり、それが二次的に在宅訪問看護利用者の主観的幸福感の向上につながる可能性が考えられる。

また、これまでに社会的援助などの对人的資源

表4 各主観的幸福感尺度を従属変数とした多変量解析

関連要因	相関係数		
	厚労省スケール	日本版主観的幸福感尺度	改定版PGCモラルスケール
介護・医療サービス頻度	-0.0152	-0.1316	-0.1106
介護・医療サービス時間	0.0180	-0.0726	-0.0090
健康度自己評価	0.4085 **	0.3412 **	0.4298 **
外出頻度	0.0444	0.0058	-0.0034
付き合いのある親戚の人数	0.1188	0.0839	0.0707
付き合いのある近隣者の人数	0.1976	0.2292 *	0.0421
付き合いのある友人の人数	0.1700	0.2025	0.0587
親戚との付き合いの満足度	0.3543 **	0.3149 **	0.3783 **
近隣との付き合いの満足度	0.3233 **	0.4252 **	0.4344 **
友人との付き合いの満足度	0.2206 *	0.4438 **	0.4438 **
一人で行う趣味等の生きがい	0.4453 **	0.5746 **	0.4673 **
他者との会食頻度（家庭内）	0.3673 **	0.3476 **	0.2225 *
他者との会食頻度（外食）	0.2381 *	0.3116 **	0.1536
メールやSNSサービスの利用回数	-0.2077 *	-0.0643 *	-0.0831
配偶者の存在	0.0766	0.2566 *	0.1984

\*\* p<0.01, \* p<0.05

が主観的幸福感に重要であることは報告されてきた<sup>13)</sup>。その理由として、看護師や介護士などの社会的援助者は一般人と比べてより良い理解者と言え、その結果得られる他者から理解されているという感覚がストレスの低減や高い主観的幸福感につながると考えられており<sup>14)</sup>、このような心理的な側面も関与している可能性がある。

今回、親戚・近隣・友人との付き合いにおける人数と満足度を調査した。その結果は、それぞれの付き合いにおける満足度が高いほど、主観的幸福感も増大していた。古谷野は人間関係の豊かさと主観的幸福感との間に相関関係があることを報告しており<sup>15)</sup>、直井は女性では親族交際頻度、男性では友人交際頻度が主観的幸福感と関連していることを報告している<sup>16)</sup>。本研究では、親戚・近隣・友人との交際頻度は調査していないが、自覚的な満足度と主観的幸福感の関連性が示された。

さらに一人で行う趣味等の生きがいと主観的幸福感に関連していた。長田らは趣味の有無が主観的幸福感に関連することを報告しており<sup>17)</sup>、今回の研究と同様の結果であった。また橋本らは外出交流系活動（ショッピング、会食など）と外出・在宅系活動（学習、手芸など）の実施種目数が主観的幸福感と関連していることを報告している<sup>18)</sup>。在宅訪問看護利用者は、屋外での活動に参加することが難しい方も多い。自宅の中でできる趣味や娯楽を見つけ、生きがいを感じることができれば、主観的幸福感の向上につながる可能性があるため、介護サービスの中で一人でも行える趣味や娯楽を一緒に見つけ生活に取り入れることも有用なアプローチの一つであると考えられる。

家庭内で家族や親戚、友人と一緒に食事をする機会を調査したところ、その食事の頻度と主観的幸福感に正の相関関係を認めた。大西らは余暇活動と改定版 PGC モラールスケールにより評価した主観的幸福感との関連を検討し、食事や入浴を楽しむことが、主観的幸福感と相関関係があると報告している<sup>19)</sup>。これらのことから、家族や友人などの誰かと一緒に食事を取り楽しむことが在宅訪問看護利用者の主観的幸福感の向上につながる可能性が示された。

メールや SNS の利用個数は、厚労省スケール

と日本版主観的幸福感尺度で評価した主観的幸福感と有意な負の相関を認めた。大田らは、高齢者の SNS の利用と主観的幸福感に関連はないが、インターネットをコミュニケーションの目的として利用している人は主観的幸福感が高かったと報告している<sup>20)</sup>。本研究では 65 歳未満の群は 65 歳以上の群と比較して SNS の利用個数が有意に多かった。また主観的幸福感は、厚労省スケールと日本版主観的幸福感尺度の 2 つの評価尺度において 65 歳未満の群が有意に低かった。インターネットをコミュニケーションとして比較的に利用している 65 歳未満の群の主観的幸福感が低かったことが、負の相関関係に影響している可能性がある。この点をより明確にするためには、調査対象者を 65 歳未満の在宅訪問看護利用者に特化した新たな研究が必要であろう。

本研究にはいくつかの限界がある。本研究では、一事業所がカバーする在宅訪問看護利用者を調査対象者としたために、サンプル数が限られており、また居住地が大都市を代表する横浜市のみという偏りもある。従って本研究で得られた結論を日本全体、あるいは地方や過疎地に敷衍、一般化するのは難しい。さらに、これまでに在宅訪問看護利用者を対象とした同様の研究の事例がなく、比較対照が容易ではない。これらの点に鑑みて、今後地域特性を視野に入れた全国規模の調査が行われることを期待したい。

## 結語

在宅訪問看護利用者の主観的幸福感は、健康度自己評価、親戚・近隣・友人との付き合いの満足度、一人で行う趣味等の生きがい、他者との会食頻度（家庭内）と正の相関関係にあった。在宅訪問看護などの介護サービスにより健康度自己評価を高めていくこと、人との付き合いの満足度を増大していくこと、一人で行う趣味や娯楽等の生きがいを一緒に見つけ取り入れること、家庭内で家族や友人などの誰かと一緒に食事を楽しめる環境を提案することにより、在宅訪問看護利用者の主観的幸福感がより向上する支援につながる可能性が示された。

## 倫理的配慮と利益相反

本研究は昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認を受けた（承認番号21-140-B）。開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) 総務省統計局：統計データ。国勢調査，2022。
- 2) 山下一也，小林祥泰，恒松徳五郎：老年期独居生活の抑うつ症状と主観的幸福感について - 島根県隠岐島の調査から -。日本老年医学会雑誌 29:179-184, 1992。
- 3) Larson R: Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. J Gerontol 33:109-125, 1978。
- 4) 岡本和士：地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連。日本老年医学会雑誌 37:149-154, 2000。
- 5) 島井哲志，大竹恵子，宇津木成介：日本版主観的幸福感尺度の信頼性と妥当性の検討。日本公衆衛生学雑誌 51:845-852, 2004。
- 6) Diener E, Lucas R, Scollon C: Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. Am Psychol 61:305-314, 2006。
- 7) 厚生労働省：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き。2016。
- 8) 前田大作，浅野仁，谷口和江：老人の主観的幸福感の研究 - モラル・スケールによる測定の試み -。社会老年学 11:15-31, 1979。
- 9) 栗盛須雅子，星旦二，長谷川卓志：IADL の自立した在宅高齢者の主観的幸福感と生活満足度の関連要因の検討。Health Sci 20:265-274, 2004。
- 10) 平成 23 年度国民生活選好度調査結果の概要（平成 24 年 6 月 22 日公示）  
[https://warp.dandl.go.jp/info/dndlj/pid/10361265/www5.cao.go.jp/seikatsu/senkoudo/h23/23senkou\\_02.pdf](https://warp.dandl.go.jp/info/dndlj/pid/10361265/www5.cao.go.jp/seikatsu/senkoudo/h23/23senkou_02.pdf)（2023 年 9 月 12 日アクセス）
- 11) Tornstam, L Gerotranscendence : A Developmental theory of positive aging. springer publishing company, New York, 2005.
- 12) 吉良健司，伊藤隆夫，近澤美紀：訪問リハビリテーションが高齢障害者の日常生活活動に与える影響について。理学療法学 28:225-228, 2001。
- 13) Diener E, Seligman ME: Very happy people. Psychol Sci 13:81-84, 2002.
- 14) Oishi S, Krochik M, Akimoto S: Felt understanding as a bridge between close relationships and subjective well-being: Antecedents and consequences across individuals and cultures. Soc Pers Psychol Compass 4:403-416, 2010.
- 15) 古谷野亘：主観的幸福感の測定と要因分析 - 尺度の選択が要因分析におよぼす影響について -。社会老年学 20:59-64, 1984。
- 16) 直井道子：都市居住高齢者の幸福感 - 家族・親族・友人の果たす役割。総合都市研究 39:149-159, 1990。
- 17) 長田篤，山縣然太郎，中村和彦・他：地域後期高齢者の主観的幸福感とその関連要因の性差。日老医誌 36:868-873, 1999。
- 18) 橋本成仁，厚海尚哉：高齢者の余暇活動と主観的幸福感に関する研究。土木学会論文集 71:567-576, 2015。
- 19) 大西丈二，益田雄一郎，鈴木裕介：農村地域に居住する高齢者の幸福感に寄与する活動。日農医誌 53:641-648, 2004。
- 20) 大田康博，斉藤雅茂，中込敦士・他：高齢者のインターネット利用と健康・幸福感の関連 - JAGE2016 横断研究 -。老年社会科学 44:9-18, 2022。

# 言語妥当性が担保された日本語版 modRDOS-4 の開発 ～在宅ケアや施設で使用できる呼吸困難の客観的評価尺度～

平原佐斗司<sup>1)</sup>, 鈴木みずえ<sup>2)</sup>, 金盛琢也<sup>3)</sup>, 森山寿伸<sup>3)</sup>, 戸谷幸佳<sup>4)</sup>, 高井ゆかり<sup>4)</sup>

## 要旨

**目的:**在宅や施設で使用可能な呼吸困難の客観的評価法として,言語妥当性が担保された日本語版modRDOS-4を開発する.  
**方法:**原作者から日本語版作成の許可を得,言語的に妥当な翻訳版を作成する際に標準的に用いられる手順に則り日本語版を作成した.

**結果:**3名の翻訳者が日本語に翻訳(順翻訳),英語を母国語とする翻訳者が逆翻訳を行った.原作者を含め原作版と日本語案との概念の整合性を検討し,暫定版を作成した.倫理審査を経て,暫定版を用いた実施調査を行い,インタビュー結果をもとに認知デブリーフィングを実施し,内容を確定した.

**考察:**今後,日本人を対象とした計量心理学的検討を行う必要がある.

**キーワード:**呼吸困難,客観的評価尺度,日本語版 modRDOS-4

## Development of a Japanese Version of modRDOS-4 with Assured Linguistic Validity ～ Objective Rating Scale for Dyspnea That Can Be Used in Home Care and Institutional Settings ～

Satoshi Hirahara<sup>1)</sup>, Mizue Suzuki<sup>2)</sup>, Takuya Kanamori<sup>3)</sup>, Toshinobu Moriyama<sup>3)</sup>, Sayaka Toya<sup>4)</sup>, Yukari Takai<sup>4)</sup>

## Abstract :

**Objective :** We developed a linguistically validated Japanese version of the modRDOS-4 as an objective rating scale for dyspnea that can be used in home care and institutional settings.

**Methods :** After receiving permission from the original developer to develop a Japanese version modRDOS-4, we developed it in accordance with general procedures used when creating linguistically validated translated versions of scale.

**Results :** Three native Japanese translators translated the text into Japanese (forward translation), and then native

<sup>1)</sup> 東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター

<sup>2)</sup> 浜松医科大学医学部 看護学科

<sup>3)</sup> 浜松医科大学医学部 看護学科 大学院修士課程

<sup>4)</sup> 群馬県立県民健康科学大学 看護学部 看護学科

<sup>1)</sup> Tokyo Fureai Medical Co-op Research & Education Center

<sup>2)</sup> Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

<sup>3)</sup> Graduate School Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

<sup>4)</sup> Department of Nursing, School of Nursing, Gunma Prefectural College of Health Sciences

著者連絡先: 東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター

〒114-0004 東京都北区堀船 3-29-9

TEL: 03-3911-5171 E-mail: hirahara@fureaico-op.com

English translators back-translated the Japanese draft. We and the original developer reviewed the original version and the Japanese draft for consistency with the original concept and created a provisional version. After an ethics review, an implementation survey was conducted using the provisional version. Based on the interview results, a cognitive debriefing was conducted, and we finalized the content of the Japanese version of the modRDOS-4.

**Discussion :** We need to conduct a psychometric study on Japanese subjects in the future.

**Keywords :** Dyspnea, Objective rating scale, Japanese version modRDOS-4

## はじめに

緩和ケアにおける苦痛の評価法は、Numerical Rating Scale (NRS) や Visual Analogue Scale (VAS) などの主観的評価、Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) などの総合評価が中心である。しかし近年、重度認知症高齢者の医療や介護の現場や救急医療の場面で、自ら苦痛を訴えることができない患者の苦痛を評価する機会が増加している。

海外では重度認知症高齢者など、苦痛を言葉で表現できない患者の疼痛や呼吸困難、不快感などの苦痛を評価するために、数多くの客観的評価尺度が開発されている。

なかでも、疼痛に関しては30以上の客観的評価法が開発<sup>1,2)</sup>されており、そのうち日本版アピー痛みスケール<sup>3)</sup>などいくつかの疼痛評価尺度については日本語版も開発されている。

一方、非がん疾患の最大の苦痛である呼吸困難に関しては、2010年にCampbellらによって開発されたRespiratory Distress Observation Scale (RDOS)<sup>4)</sup>が数少ない呼吸困難の客観的評価法であり、Gold standardと考えられている。RDOSは2021年に櫻本らによって日本語版RDOSが開発されており<sup>5)</sup>、臨床現場で使用可能となっている。

しかし、日本語版RDOSは項目が8項目と多く複雑であり、一部に評価の難しい身体観察項目が含まれているため、認知症高齢者の暮らしの場である高齢者施設や在宅で医療職以外の専門職が用いることを想定した場合、その実施可能性に課題があった。このため、療養の場を問わず多職種で使用可能な、より簡便な呼吸困難の客観的評価法が求められていた。

2021年にWongらは、RDOSより項目数が少なく、客観性、正確性が担保された呼吸困難の客観的評価尺度であるmodRDOS-4<sup>6)</sup>を開発した。

modRDOS-4は、RDOSの8項目に加え、文献レビューと緩和医療や呼吸器専門医のインタビューから得られた18の呼吸困難の身体的徴候から抽出された4項目からなる呼吸困難の客観的評価尺度である。我々は、modRDOS-4が前述したRDOS実施可能性の課題を解決できる可能性があると考え、言語性妥当性が担保された「日本語版modRDOS-4」の開発を行った。

## 目的

呼吸困難の客観的評価法として、言語性妥当性が担保された「日本語版modRDOS-4」を開発する。

## 方法

### 1) 暫定日本語版 modRDOS-4 の作成

言語的に妥当な翻訳版を作成する際に標準的に用いられる手順に則り、日本語版作成を行った。最初に、原作者から日本語版作成の許可を得た後、日本語を母国語とする3名の翻訳者が、独立してmodRDOS-4を日本語に翻訳し、合議の上で一つの日本語案を作成（順翻訳）した。次に、英語を母国語としmodRDOS-4を知らない翻訳者が、日本語案を英語にする逆翻訳を行った。その後、研究グループにおいて原作版と逆翻訳の違いについて、また原作版と日本語案（順翻訳）との概念の整合性について、原作者を含めて確認ならびに修正を行い、「暫定日本語版 modRDOS-4」を作成した。

### 2) 実施調査

次に、「暫定日本語版 modRDOS-4」を実際の臨床現場で3名の医師、2名の看護師が使用し、実施可能性を検証するとともに、必要な修正を加える認知デブリーフィングのための実施調査を行った。実施調査は、東京ふれあい医療生活協同組合倫理委員会の承認を得て、実施された（倫理

審査番号 2022-005). 倫理審査承認後, 2023 年 2 月 10 日~4 月 17 日の期間において, 訪問診療や往診時に呼吸困難が疑われる在宅療養者に対して, 医師 3 名, 看護師 2 名が「暫定日本語版 modRDOS-4」を使用した. そして「暫定日本語版 modRDOS-4」を使用した医師, 看護師に対して, 一週間以内に下記の内容で構造的インタビューを行った.

《構造的インタビューの内容》

- 「暫定日本語版 modRDOS-4」を使用した対象者と使用した状況  
(個人を特定できない範囲での情報収集を行う)
- 各項目の意味に関して理解できたか, 疑問な点はないか? 日本語表現で修正したほうが良い点はないか?
- 実際の尺度のつけ方について不明確な点はないか?
- 全般的な使いやすさは?

5 段階のリッカートスケール (5 = とっても使いやすい~5 = とっても使いにくいまで) で聴取

- 「暫定日本語版 modRDOS-4」を使用した感想, 意見

実施調査の結果をもとに, 研究グループで指標の実施可能性の検討と言語的な認知についての評価を行った.

《結果》

原作版と順翻訳, 逆翻訳, 暫定日本語版の相違を表 1 に示した.

1. 暫定日本語版 modRDOS-4 の作成

(1) 順翻訳

modRDOS-4 の 4 項目 〈① “Grunting”, ② “Respiratory rate”, ③ “Accessory muscle (clavicle rise)”, ④ “Paradoxical breathing”〉は, 日本語

を母国語とした医療職 3 名 (医師 1 名, 看護師 2 名) の順翻訳で, ①「呻き声 (呻吟)」, ②「呼吸数」, ③「呼吸補助筋の使用 (鎖骨の上昇)」, ④「奇異呼吸」とした. ④ “Paradoxical breathing” は, 順翻訳で「奇異性呼吸」「奇異呼吸」と意見が分かれた. RDOS の “Paradoxical breathing pattern” は, 日本語版 RDOS で「奇異呼吸パターン」と訳されており<sup>5)</sup>, 呼吸器学用語集第 6 版<sup>7)</sup>でも「奇異呼吸」と訳されていることから, 順翻訳では「奇異呼吸」とした. しかし, 順翻訳チームの中では, 「奇異呼吸」という医学用語は, 医療職においても共通理解が得られていない状況が考えられ, 解説を充実させたり, 教育的なコンテンツを作成することが必要という意見が付与された.

(2) 逆翻訳と暫定日本語版 modRDOS-4 の作成

次に, 英語を母国語とし, modRDOS-4 を知らない翻訳者が日本語案を英語にする逆翻訳を行った. 逆翻訳では, ①は “Moaning (Groaning)”, ② “Respiratory rate”, ③ “Use of accessory respiratory muscles (clavicle elevation)”, ④ “Paradoxical respiration” となり, ①③④でオリジナルとの相違を認めた.

①については, 順翻訳で “Grunting” を「呻き声 (呻吟)」としたが, 「呻き声」は海外の苦痛の客観的評価指標では, 一般的に “Moaning” が用いられることが多い. “Grunting” は “Moaning” より短い発声を意味するという違いがあるが, 日本語では両者を区別する表現がないことから, 翻訳では「呻き声 (呻吟)」で問題ないと考えられた. しかし, 医療職以外の専門職が使用することを考慮して, より平易な「呻き声」という翻訳を採用した.

③は “Accessory muscle” を「補助筋」と直訳

表 1 原作版, 順翻訳, 逆翻訳, 暫定日本語版の比較

原作版	順翻訳	逆翻訳	暫定日本語版 modRDOS-4
Grunting	呻き声 (呻吟)	Moaning (Groaning)	呻き声
Respiratory rate	呼吸数	Respiratory rate	呼吸数
Accessory muscle (clavicle rise)	呼吸補助筋の使用 (鎖骨の上昇)	Use of accessory respiratory muscles (clavicle elevation)	呼吸補助筋の使用 (鎖骨上昇)
Paradoxical breathing	奇異呼吸	Paradoxical respiration	吸気時の腹部陥没

しても日本語的に意味をなさないため、むしろ「呼吸補助筋の使用」とすべきであることが確認された。④については、“Respiration”も“Breathing”も、ともに「呼吸」と訳されるが、“Respiration”は、主に空気を吸い込み、その一部を利用可能なエネルギーや副産物に変換し、空気を吐き出すことに関連する生物学的プロセス全体を意味する医学的用語であるのに対して、“Breathing”は、空気を吸って（吸気）吐く（呼気）という呼吸運動を指す一般的な用語である。

また、modRDOS-4では呼吸運動に着目しており、エネルギーの変換なども含めた生体内での生物学的プロセス全体を指してはいないことから、原作版では“Breathing”が採用されている。しかし、日本語では両者を区別する表現がないため研究チームでは「奇異呼吸」という和訳を採用した。原作者との協議では、この「奇異呼吸」という順翻訳に対して、言語学的に「奇妙な呼吸」と解釈でき、現象を正しく表現していないことが指摘された。ここでいう「奇異呼吸」とは横隔膜の筋力低下を示す身体所見である。つまり、横隔膜の筋力が低下すると吸気時に胸郭に吸い込まれ、横隔膜の位置が上がり、腹壁が内側へ凹むために観察される所見とされている。もともと、順翻訳の段階で「奇異呼吸」に関して医療職でも共通理解が得られていない可能性が指摘されていた。また、「奇異呼吸」は一側の無気肺、気胸、血胸、気道内異物などによって左右の胸部が非対称の動きをするという意味で用いられ、上気道閉塞時に吸気時に腹部が膨らみ、胸部が陥没する呼吸（いわゆるシーソー呼吸）を指す場合もあるため、「奇異呼吸」という表現では誤解を招く可能性が危惧された。そこで、日本語版 RDOS では「奇異呼吸パターン；吸気時に腹部が陥没」と説明されていることも勘案し、“Paradoxical breathing”を「吸気時の腹部陥没」とし、原作者の承諾を得た。

以上のように標準的に用いられる手順に則り、日本語としての言語的妥当性を検証した結果、①「呻き声」、②「呼吸数」、③「呼吸補助筋の使用（鎖骨上昇）」、④「吸気時の腹部陥没」の4項目からなる「暫定日本語版 modRDOS-4」を作成した。

## 2. 実施調査

インタビュー対象者は訪問診療に従事する医師3名、看護師2名であった。暫定日本語版 modRDOS-4の施行対象は、60～90代までの末期がん、心不全、肺炎などに伴う呼吸困難で全例認知症や意識障害を有していた。

暫定日本語版 modRDOS-4の各項目の意味については、対象者全員が理解できていた。「呼吸補助筋の使用」の程度の判断（軽度／明白）には慣れが必要という意見や「吸気時の腹部陥没」は見慣れていない所見であったが有無については判断できたという意見、呼吸苦で座位をとっている場合には観察しにくいという意見があった。

日本語版 modRDOS-4の使いやすさについては、5段階のリッカートスケール（5＝とても使いやすい～1＝とても使いにくい）において平均4.2（4：4名、5：1名）であり、すべての実施者が使いやすいと回答していた。

その他の実施者の感想として、「呼吸数を計るのに少し時間を要したが、概ね短時間で実施できた」「呼吸困難を言葉で表現できない人には有用だと感じた」「主観の評価と RDOS を同時に実施してみたが、modRDOS-4の結果はそれらの結果と合致していた」などの意見・感想があった（表2）。

## 3. 「日本語版 modRDOS-4」の完成

実施調査の解析結果に基づき、本尺度の言語的な認知について研究チームで検証を行った。その結果、本尺度は在宅での実施可能性に問題がないと考えられること、「暫定日本語版 modRDOS-4」の内容の修正はないと結論し、言語性妥当性を担保した「日本語版 modRDOS-4」を完成した（表3）。

## 考察

海外で開発された評価尺度の日本語版の作成にあたっては、言語的な違いや医療やケアの場や環境の違いを考慮し、原作版との内容的な整合性を担保しつつ、日本語として違和感なく受け入れられる表現を選択する必要がある。

そのため研究チームは、順翻訳、逆翻訳の過程で、原作者に原作版の概念ならびに日本語版と原

表 2 暫定版「日本語版 modRDOS-4」実施調査のまとめ

項目	内容
対象者及び実施した状況	① 60代女性, 乳癌末期, 意識障害有, ② 90代女性, 末期心不全, 重度認知症, 繰り返す誤嚥性肺炎, ③ 90代女性, 肺癌末期, 重度認知症, ④ 90代女性, ②と同一症例, ⑤ 90代女性, ③と同一症例の看取り期
それぞれの項目の意味に関して理解できていたか? 疑問な点はないか?	項目の意味は理解できた (全員) 死前喘鳴などは呻き声には入れなくてよいか? 腹部陥没は見慣れていないがないが有無については判断できた
実際のスコアのつけ方について不明確な点はないか?	呼吸補助筋の使用の程度判定で迷う (2名) 座位の場合は吸気時の腹部陥没は観察しにくい
日本語表現で修正したほうが良い点はないか?	「呻き声」はフリガナをつけたほうが良いかもしれない 呼吸補助筋は (胸鎖乳突筋) と具体的に書いたほうが良いかもしれない
全般的な使いやすさ (5段階のリッカートスケールで, 5使いやすい~1使いにくいまで)	平均 4.2 (4:4名, 5:1名)
その他の意見, 実施した感想	呼吸回数測定にある程度の時間を要するが全体的に非常にスムーズに実施できた (1), 言葉で表現できない人の苦痛評価に有用 (1), 訴えや見た印象, RDOS と本スケールの結果は合致していた (1)

表 3 日本語版 modRDOS-4

変数	点	0	1	1.5	2	2.5	4
呻き声		なし	あり				
呼吸数		≤ 18			>18	>30	
呼吸補助筋の使用 (鎖骨上昇)		なし			軽度		明白
吸気時の腹部陥没		なし	あり				
中等度から重度の呼吸困難を検出するスコアは,							計
≥ 6で感度 78%, 特異度 90%							
≥ 4で感度 98%, 特異度 43%							

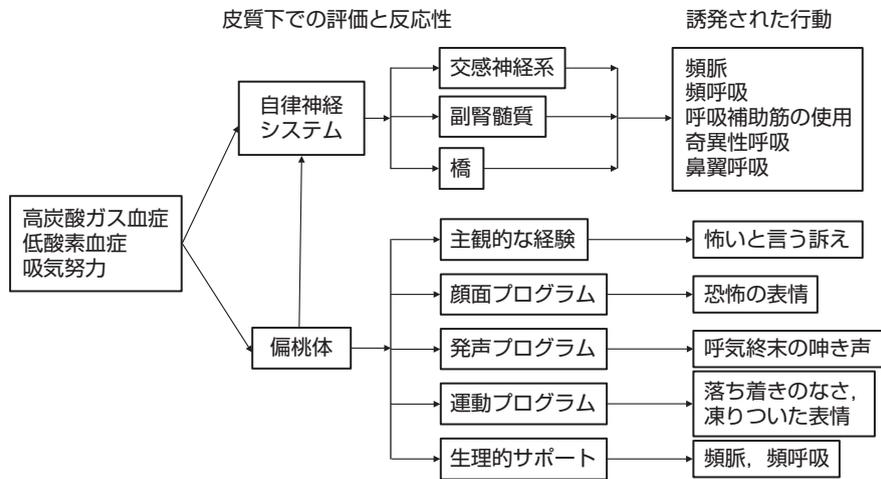
作版との言語学的な相違を確認しつつ, 我が国の医療や介護の場や環境を考慮した暫定日本語版を作成した。そして, 実施調査を通じて在宅医療の現場で受け入れられやすい表現であることを確認し, 最終的な日本語版 modRDOS-4 を完成した。

苦痛の客観的評価法の中でも, 疼痛の客観的評価尺度は「表情」「行動」「発声」の変化の評価を基本<sup>8,9)</sup>としており, これらの項目は医学的知識がなくても比較的正確に評価可能である。

一方, 呼吸困難は, 疼痛とは質的に区別される

複雑な感覚であり, 呼吸困難の客観的評価尺度は, 疼痛の客観的評価尺度とは異なる変数が必要であると考えられる。Campbellらは科学文献の統合により, 呼吸困難の行動モデルを開発<sup>10)</sup>し (図 1), これに基づき RDOS<sup>4)</sup>を開発した。この呼吸困難の理論モデルで示された変数は, バイタルサインや身体観察所見が多くを占めており, 使用にあたってはある程度の身体観察の知識が必要になる。

海外のナーシングホームとは異なり, 我が国の介護施設では看護師の配置が少ないため, より簡



文献10より

図1 皮質下刺激による呼吸困難の行動モデル

便で分かりやすい苦痛の客観的評価尺度が求められる。今回、我々が開発した「日本語版 modRDOS-4」は、項目数が少なく簡便であり、呼吸困難の客観的評価尺度として、医療機関だけでなく、在宅や介護施設でも広く用いられることが期待される。

本研究では、言語妥当性を担保した「日本語版 modRDOS-4」を開発したが、今後「日本語版 modRDOS-4」の妥当性を検証するためには、日本人を対象とした計量心理学的検討を実施する必要がある。

また、より簡便になったとはいえ、本尺度を介護現場で用いるためには、「呼吸数」の測定や「呼吸補助筋の使用（鎖骨上昇）」「吸気時の腹部陥没」などの身体観察項目に関する一定の研修が必要であり、本尺度使用のための教育コンテンツの作成が必要である。

さらにオリジナルの modRDOS-4 では、スマートフォンなどで採点できる電子インターフェースが開発されているが、現場で使用率を高めるためのそのような工夫も今後は求められている。

## 結語

日本語版 modRDOS-4 の開発は、病院、施設、

在宅など療養の場を超えて、多職種が末期認知症高齢者の肺炎や心不全などによる呼吸困難を正しく評価することに貢献できる。

本研究は、令和3年度厚生労働科学研究「療養場所の違いに応じた認知症者のエンドオブライフケア充実に向けての調査研究－COVID-19流行の影響も踏まえて－」（課題番号 21GB1001）の一環として実施した。

## 文献

- 1) Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, et al : Pain assessment for people with dementia. a systematic review of pain assessment tools. BMC Geriatr14, Article138, 2014.
- 2) McAnee G, Norwood K, Rosato M, et al : Assessment of pain in people living with dementia at the end of life : a systematic review. Int J Palliat Nurs27 (2) : 72-85, 2021.
- 3) Takai Y, Yamamoto-M N, Chiba Y, et al : Abbey Pain Scale : Development and validation of the Japanese version. Geriatr Gerontol Int10 (2) : 145-53, 2010.
- 4) Campbell M L, Templin T, Walch J : A Respiratory Distress Observation Scale for patients unable to self-report dyspnea. J Palliat Med13 (3) : 285-90, 2010.
- 5) Sakuramoto H, Hatozaki C, Unoki T, et al : Translation, reliability, and validity of Japanese

- version of the Respiratory Distress Observation Scale. PLOS ONE <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255991>
- 6) Wong R X, Shirlynn H, Koh Y S, et al : Exploration and Development of a Simpler Respiratory Distress Observation Scale (modRDOS-4) as a Dyspnea Screening Tool: A Prospective Bedside Study. *Palliat Med Rep* 2 : 9-14, 2021.
  - 7) Glossary of Respiratory Terms, 6th ed. (The Japanese Respiratory Society)  
[https://www.jrs.or.jp/publication/file/jrs-yougo06\\_e-j.pdf](https://www.jrs.or.jp/publication/file/jrs-yougo06_e-j.pdf) (最終アクセス 2023年4月10日)
  - 8) AGS Panel on persistent pain in older persons, The Management of persistent Pain in Older Persons. *JAGS* 50 (6 Suppl) 205-24, 2002.
  - 9) Corbett A, Achterberg W, Husebo B, et al : An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol* 14 : 229, 2014.
  - 10) Campbell M L, Respiratory distress : A model of responses and behaviors to an asphyxial threat for patients who are unable to self-report. *Issues in pulmonary nursing* 37 (1) 54-60, 2008.

# 我が国における在宅医療の質評価

木村琢磨<sup>1)</sup>，松村真司<sup>2) 3)</sup>，川越正平<sup>2) 4)</sup>

## 要旨

在宅医療は量的に拡充しつつあり，今後，その質について，ますます議論されるであろう。在宅医療の質は，様々なステージ＝「在宅医療の導入支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」においての，在宅チーム全体が提供するケア内容について，ストラクチャー・構造，プロセス・過程，アウトカム・結果の各々について評価されることが合目的である。質評価には質指標が必要だが，多様な背景を有する在宅医療では，どのような施設の，どのような内容の質を，何の目的で評価するのかを特に明確にする必要がある。今後，現場に即した質指標が診療現場で活用され，医療安全や診療の質向上，患者アウトカムの改善に繋がることが望まれる。

キーワード：在宅医療，医療の質，質評価

## はじめに

近年，わが国の医療現場，特に病院においては，医療の質（Quality of Care）とその質評価について活発な議論がなされ，医療の質向上や医療安全に活用されている<sup>1), 2)</sup>。

在宅医療はこの10年余り，厚生労働省，日本医師会をはじめ，都道府県・市区町村・郡市区医師会等の関係団体，行政，様々な学術団体などの努力によって推進され，いわば在宅医療の量的拡充の段階にあったと考えられる<sup>3)</sup>。今後は病院などと同様に，在宅医療の質評価について，ますま

議論されると考えられるが，在宅医療は患者が自宅で療養していることが基本であり，求められる機能が病院と質的に異なるため，病院における医療の質評価の考え方を，そのまま適応することには限界を有する<sup>4-8)</sup>。

そこで本稿は，在宅医療の特徴を確認し，我が国における在宅医療の質評価について，その定義，質を評価する意義，質指標について，地域単位ではなく，在宅医療を提供する個々の施設を念頭に論考することを目的とした。なお，在宅医療とは介護施設などにおける診療も含まれると考えられ

<sup>1)</sup> 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 介護・在宅医療連携システム開発学講座 / 総合診療科

<sup>2)</sup> 東京医科歯科大学 臨床教授

<sup>3)</sup> 松村医院 / 国立病院機構東京医療センター 臨床疫学研究室

<sup>4)</sup> あおぞら診療所

<sup>1)</sup> Department of R&D Innovation for Home Care Medicine, Department of General Medicine, Tokyo Medical and Dental University

<sup>2)</sup> Tokyo Medical and Dental University

<sup>3)</sup> Matsumura Clinic / Department of Clinical Epidemiology, NHO Tokyo Medical Center

<sup>4)</sup> Aozora Clinic

著者連絡先：東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 介護・在宅医療連携システム開発学講座 / 総合診療科

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

TEL：03-5803-5229 E-mail：kimura.takuma@tmd.ac.jp

るが、本稿では、狭義に患家における診療を想定する。

## 在宅医療の特徴

在宅医療の特徴を、医療の質において論じられることが多い病院での医療と比較し、在宅医療の質を論じる上での礎としたい。

### 1. 様々な疾患のステージ

在宅医療では、様々なステージの患者が対象となる。現在、病院における病床機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というステージに区分されている<sup>9)</sup>。この点、在宅医療では、比較的状态が安定した慢性期の役割が大きいと考えられる。ただし、在宅医療における特徴として、多疾患併存 (Multimorbidity) や、認知機能・日常生活動作が低い方が多く、急に状態が変化して急性期に準じた状況となったり、心不全などのように増悪と寛解、入院退院を繰り返すことも少なくない。さらに、悪性疾患で看取りとなる方、老衰など緩徐に状態が悪化して終末期あるいは看取りとなることもあり得る。在宅医療では様々なステージをカバーする必要があり、厚生労働省の資料などでは「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」という区分が用いられており、これは在宅医療のニーズと捉えることができよう<sup>10)</sup>。

一般に医療の質は、ある期間 (例えば入院中など) に限定して評価されることも多いが、在宅医療では様々なステージの、多くの疾患を併存している患者へ、短期間あるいは長期間に渡るまで、様々な関わり方があるため、全体を網羅する指標による一律の評価には限界がある。

### 2. 多職種連携とタスクシフト・シェア

次に、在宅医療では多職種連携が必須である。訪問診療を行う医師、歯科医師、訪問看護師、訪問薬剤師、リハビリスタッフなどの医療職はもちろん、ケアマネージャー、介護職、福祉職なども含め、患者に関わるすべての在宅ケアチームが提供するケア内容のすべてが、広義の在宅医療であるといえる<sup>4)</sup>。これらは、患者の社会背景や地域性と関係している。病院においても多職種連携は重要であるが、様々なスタッフが常駐するわけではない在宅医療では、医療職同士、医療職と介護職の連携、タスクシフト・タスクシェアが病院と

同等以上に重要となる<sup>11),12)</sup>。在宅医療の質は、これら在宅チーム全体が提供するケア内容について論じられる必要がある。

## 在宅医療の質

代表的な医療の質の定義をふまえ、質の高い在宅医療とは何かについて考えたい。

### 1. 在宅医療における質の定義とは

医療の質の定義には様々なものがあるが、代表的である米国医学研究所 (Institution of Medicine : IOM) の定義は、「提供されたサービスが、期待された健康アウトカムを達成する可能性を増やし、それが最新の専門的知識に沿っている。」である<sup>2),13)</sup>。また医療の質において著名な米国の Donabedian は、「医療の過程のあらゆる場面で伴う損益のバランスを考慮した上で、患者の幸福度を最大化すると期待される医療」と述べている<sup>2),14)</sup>。一般に医療では、あらゆる過程である種の危険が伴うことを避けて通れず、その上で期待される利益とそれに付随して起こる損失が同時に考慮され、患者の価値も踏まえて医療が提供されることが良質な医療と考えられる。以上の概念は、在宅医療においても当てはまると考えられる。

### 2. 良質な在宅医療とは何か

OECD (経済協力開発機構) のグループは、医療の質における中核的特性として有効性 (Effectiveness)、安全性 (Safety)、応答性/患者中心性 (Responsiveness / Patient Centeredness) の3つの特性 (Dimensions) を挙げている<sup>2),15)</sup>。

有効性とは、エビデンスに基づいた医療を効果を得られる可能性のある患者に正しく提供し、効果を得られない者には提供しないこと、とされる。しかし、在宅医療においてはこれらのエビデンスが不足しており、その評価には限界がある。

安全性とは、医療に関連した不要な害のリスクを許容可能な最小限の水準まで減らすこと、とされる<sup>2),15)</sup>。病院などにおいては、医療行為や入院による合併症、たとえば褥瘡や転倒の発生率が低いことが望まれ一定の指標となるが、在宅医療においては、それらの発生リスクが高い人が多いためアウトカムとしての評価には限界があり、その安全対策がなされた割合をプロセスとして評価

することが中心となるべきであろう

応答性／患者中心性とは、患者・利用者を中心に据えた医療システムを機能させ、患者・利用者の意向、ニーズ、価値を尊重した医療を提供すること、とされる<sup>2),15)</sup>。在宅医療では対象に患者のみならず、その家族など介護者の視点も入れることが必要と考えられる。

さらにIOMは医療の質の特性として、安全性、有効性、患者中心性に加えて、Efficiency（効率性）、Access（利用可能性、適時性）、Equity（公平性）を挙げている<sup>2),16)</sup>。これらは医療システムに焦点を当てた特性と考えられ、在宅医療においては介護保険サービスとの兼ね合いも含めた財政面、費用対効果や地域医療計画や地域差を含め評価されるべきであろう。

## 在宅医療の質を評価する意義

一般に医療の質においては、現場の評価を行わなければ効果的な改善策、質の向上は望めないと言われている<sup>2)</sup>。在宅医療の質においても、評価の意義、注意点について考える必要がある。

### 1. 在宅医療の質を評価する意義

まず、単一の施設で継続的に評価することでモニタリングが可能となり、在宅医療の質向上や医療安全に役立て改善や効果を確認できる<sup>2)</sup>。さらに他施設との比較、いわゆるベンチマークと言わ

れる使用法で医療の質指標を施設間で比較し、改善に結びつけることもできるであろう<sup>2)</sup>。

OECDでは、医療の質指標の代表的な役割としてこれら質改善の役割とともに、質保証と説明責任も挙げている。今後、もし様々な施設における在宅医療の内容が情報公開されれば、患者やその家族が在宅医療を選択する際の手がかりになるであろう<sup>2),17)</sup>。

### 2. 在宅医療の質を評価する際の注意点

在宅医療の質評価には可視化が必要で、その手段として質指標があるが、在宅医療に限らず、何を持って質が高いかは不明確であり、すべての質を測定することは不可能で、闇雲に測定しても現場の混乱となるだけである<sup>2),18)</sup>。どのような施設の、どのような内容の質を、何の目的で評価するのかを明確にする必要がある<sup>2)</sup>。一般に医療の質評価においては、対象の背景が異なる場合、リスク調整を十分に行わなければ意義は低く、多様な背景を有する在宅医療では、質指標で評価する際、とくに留意する必要がある<sup>2)</sup>。在宅医療の質評価に関する課題を表1に示す。

## 在宅医療の質指標

医療の質指標（Quality indicator）は、1966年に米国のDonabedianが提唱した医療の質を構成する枠組みである、構造（Structure）、過程

表1 在宅医療の質評価に関する課題

<ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医療の機能は病院と質的に異なり、病院における医療の質の考え方の適応に限界がある。</li><li>・良質な在宅医療とは何かが不明確で、コンセンサスのある定義がない。</li><li>・多疾患併存（Multimorbidity）の患者が多く、単一の疾患評価に限界がある。</li><li>・多職種チーム全体が提供するケア内容の質について論じられる必要があるが、評価の実現可能性に限界を有する。</li><li>・病棟診療と比べて評価時期や期間設定を規定し難い。</li><li>・評価指標の参考となる在宅医療におけるエビデンスが少ない。</li><li>・病院においては発生率が低いことが望まれる指標（例えば褥瘡や転倒）の発生リスクが高い方が多く、アウトカム評価に限界がある。</li><li>・慢性安定期から看取り期など患者背景が様々であり、急性期医療においては技術的側面のリスク評価として重要なアウトカムである死亡において「評価の方向性」が定まりにくい。</li><li>・健康関連QOL、患者満足度、患者経験（Patient Experience）の評価が望まれるが、認知機能・全身状態が低下し亡くなることが少なくない在宅医療では、患者からの直接評価が実施困難である。</li><li>・アウトカムとしての臨時往診は、日常的なACP、予期しうる病態に対する家族指導を含む準備、訪問看護などと適切な連携がなされているほど減る可能性があり「評価の方向性」が定まりにくい。</li></ul>
--

(Process), 成果 (Outcome) が今日に至るまで頻用され標準的で、医療の質評価における学問基盤となっている<sup>2),14),17)</sup>。

### 1. ストラクチャー指標

在宅医療を提供する構造：体制・環境・資源の評価指標である<sup>2),14),17)</sup>。まず、人的な資源、つまり、訪問診療を行う医師、訪問看護師など専門職の人数が該当する。本質的には、どのような診療を提供する医師かという、いわば質が求められるが、これは人数、量的な評価である。一人診療所で昼休みなどに訪問診療を行う医師の、地域や患者への貢献は計り知れないが、現状では在宅医療を行う診療所が、複数医師のグループ診療、あるいは連携してチーム体制になっている診療所は、機能強化型といわれ、これはストラクチャー指標そのものである<sup>19)</sup>。訪問看護ステーションの開設要件は、常勤換算2.5名以上など複数の人員配置が定まっており、これもストラクチャー指標である<sup>20)</sup>。しかし、例えば医師が少ない人数でも、訪問看護ステーションとの連携で、比較的、医師の人数が多い場合と、同等以上のケアがアウトカムとして提供できている可能性もあり、在宅医療・在宅ケアを提供するチーム全体をストラクチャー指標として評価される意義について、さらなるエビデンスの構築が必要である。

その他、物的資源（施設、設備など）として、特に他職種とのコミュニケーションツールとしての Information and Communication Technology (ICT) 情報システムが求められる。これらの整備・活用、効果判定などもストラクチャー指標として重要なものであると考える。

### 2. プロセス指標

実際に提供された在宅医療に関する評価指標である<sup>2),14),17)</sup>。病院における医療では、診療ガイドラインの適用をはじめ、実臨床と臨床的なエビデンスとのギャップ (Evidence Practice Gap) を測定することで医療の質が可視化されるが、先述した通り、在宅医療におけるエビデンスが少なく限界がある現状である<sup>2)</sup>。在宅医療では、多疾患併存 (Multimorbidity) の患者が多く、単一の疾患からの評価だけでは、患者アウトカムに関係するプロセス評価となり難い側面もある<sup>21)</sup>。

仮にエビデンスを有していたとしても、個々の患者の持つ疾患・臨床状況に応じて、有効な治療の異なることが病院において以上に多い在宅医療では、患者要因として、例えば併存症により標準的なケアが実施できない場合や、患者が受診を希望しないなどがあり、ある状況に対してあるべき姿や実施すべき事項を設定すること自体が困難である。患者要因に適切に対応することは、むしろ質の高い医療であり、病院などにおいてプロセス指標として頻用される標準医療の実施率については、その解釈に注意を要する<sup>2)</sup>。

### 3. アウトカム指標

実際に提供された在宅医療によって、患者とそのご家族に何がもたらされたのかという結果を表す指標である<sup>2),14),17)</sup>。患者の受け入れ人数など絶対数は、地域単位では多いことが望まれるものの、個々の施設においては適正数があると考えられ、例えば1年間などの期間内において患者を受け入れた率など、率も質指標にすべきである。

死亡率は、病院、特に急性期医療では低いほど良いと評価されることが多く、死が望ましくないという前提で、高い場合には質が高くないと捉えられることがある<sup>2)</sup>。しかし、在宅医療では、終末期や看取り目的の方も少なくないため、必ずしも死亡、あるいは在宅死が多いことが望ましくないとは言えず、むしろ妥当であることも多いと考えられる。その一方で、たとえ在宅死を念頭においていた方であっても、患者に利益があり、希望や了承が得られれば、救急受診や入院を選択肢に入れることで死を免れる可能性もあり得る。よって在宅医療においては、全体指標と呼ばれる、疾患に関わらず対象となるすべての患者・利用者に関係する医療の質を評価する指標として、看取り率を導入することには慎重になるべきであろう<sup>2)</sup>。このように、患者の死という、急性期医療においては技術的側面のリスク評価として重要なアウトカムでさえ、患者背景が様々である在宅医療においては、一般に医療の質指標で求められる「評価の方向性」が定まりにくいと思われる<sup>2)</sup>。

アウトカム指標には、臨床検査値など、中間アウトカム指標を用いる場合もある。例えば、糖尿病の様に、認知機能や ADL が考慮された診療が

イドラインを用いて、患者のHbA1cコントロール目標の達成率を、特定の疾患に関する医療の質を評価する指標である疾患別指標として用いることの意義については、より慎重に検討する必要がある<sup>22)</sup>。

アウトカム評価には技術的側面に加えて対人的側面もあり、健康関連QOL、患者満足度、患者経験 (Individual Patient Experience) の評価が在宅医療でも望まれる<sup>2)</sup>、<sup>23)</sup>。しかし、これらは患者から直接評価してもらう必要があり、認知機能や全身状態が低下していたり、亡くなることが少なくない在宅医療では、患者自身から評価の実施が困難である可能性がある。そのため介護者などによる代理評価も検討すべきであるが、患者自身による評価と乖離する可能性をふまえ解釈する必要がある<sup>24)</sup>。

#### 4. 在宅医療のフェーズと質評価指標

具体的な在宅医療の質評価指標は、在宅医療における4つのフェーズである「在宅医療の導入支援」(筆者らが「退院支援」を改変)「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」毎に、ストラクチャー・構造、プロセス・過程、アウトカム・結果の各々の指標について考えることが合目的であろう<sup>24)</sup>。在宅医療における質評価指標の選定例を表2に示す<sup>5-8)</sup>、<sup>23)</sup>、<sup>25-31)</sup>。データ取得は、診療報酬明細書(レセプト)からもあり得るが、本稿では、個々の施設における質評価を念頭に、個々の施設で行いやすいカルテレビューを想定し、患者調査を行う場合も念頭におく。

「在宅医療の導入支援」においては、患者とそのご家族は退院直後は特に不安が大きく、様々なサポートがなされることが望まれる。ケア移行時の質評価法として我が国で開発されたJ-CTM-15 (Japanese Version of the Care Transitions Measure) の対象には、在宅医療を利用する患者も含まれている<sup>23)</sup>。「退院支援」には、導入前における在宅医療に関する情報提供はもちろん、広義には将来、在宅医療を経験するかもしれない方への情報発信や啓発、外来からの在宅導入も含まれると考えられる。

「日常の療養支援」では、疾病や障害と共に生活することへのサポート体制 (Living with

Illness or Disability / Chronic Care) はもちろんのこと、転倒など事故予防や、アドバンスケアプランニング (ACP) のプロセスも求められる<sup>25)</sup>、<sup>26)</sup>。

ACPは「在宅医療の導入支援」に開始され、「看取り期」に至るまで、定期的な評価と見直しがなされることが求められる。

「急な状態変化時」は、在宅医療においては、在宅療養支援診療所や、訪問看護ステーションの算定や開設要件に含まれるように、24時間連絡がつく、つまりアクセスが良好であることがストラクチャーとして有用である<sup>19)</sup>、<sup>20)</sup>。その上で、病院における急性期医療のような治癒あるいは回復 (Getting Better) というアウトカムよりも、「脱水や尿路感染などが生じた際に、適切なタイミングで効果的な在宅サービスが提供され、在宅で治療し入院を回避できる状態」であることを示す概念である、Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSCs)、Potentially Avoidable Hospitalization (PAH) というアウトカムが考えられるであろう<sup>8)</sup>、<sup>26)</sup>。臨時の往診は評価されるべきであるが、日常的なACP、予期が可能な病態に対する家族指導を含む準備ならびに訪問看護と適切な連携がなされているほど、アウトカムとしての臨時の往診は、むしろ減る可能性があることに留意する必要がある。

「看取り期」については、人生の最終段階における終末期医療 (Coping with End of Life) として、緩和ケアとして疼痛などの苦痛症状を確認し、診療録に記載があるかというプロセス評価や、少なくとも「自宅で最期を迎えたい」という患者本人の意向に沿うべく在宅医療が提供されることが地域差なく実現することが、我が国全体の在宅医療の質として求められるであろう<sup>6)</sup>。

#### おわりに

今後の展望として、我が国における在宅医療の質評価に関する、現場に即して実現可能性が高く、様々なステークホルダーが合意した妥当性のある評価指標が確立されることが期待される<sup>2)</sup>。そして、在宅医療においても病院などと同様に、評価された質をもとにPlan-Do-Check (Study) -Act (PDCAあるいはPDSA) というサイクルに則っ

表2 在宅医療における質評価指標の選定例

	在宅医療の導入支援	日常ケアの療養支援	急な状態変化時	看取り期
ストラクチャー指標	情報提供・啓発の施行 退院時共同指導の実施	受け入れが可能な患者 - 医療依存度の高い患者 - 精神疾患, 小児 - 神経難病, がん・非がん終末期 在宅医療に関連する資格を有するスタッフ数 (率)	在宅療養支援診療所・支援病院の施設認定 必要時に入院先の候補となる病院数	麻薬の持続皮下注ポンプの保有
プロセス指標	緊急時連絡に関する説明	身体機能の維持向上への介入 転倒リスク評価 ワクチン接種歴の記載 代理意思決定者の明確化 安全なケア移行 ACP (評価と見直し)	緊急時の対応・指示 入院の必要性や不利益に関する説明と同意	療養の場に関する意思確認 苦痛のスクリーニング オピオイドの処方適応に関する記載
紹介状が作成された全ての患者について、病歴、アレルギー、内服薬の情報が記載				
アウトカム指標	退院時共同指導を実際に受けた患者数	実際に受け入れた患者数 (率) - 医療依存度の高い患者, 神経難病 - 精神疾患, 小児, がん・非がん終末期 訪問歯科と連携した患者数 (率) 予防接種を受けた患者数 (率) - インフルエンザ, 肺炎球菌, 新型コロナ	在宅で治療し入院回避した患者数 (率) - 肺炎, 尿路感染症, 蜂窩織炎 - 脱水・胃腸炎, 心不全	在宅で終末期ケアを受けた人数 (率) 救急外来を受診した終末期患者数 (率)
健康関連 Quality of Life, 患者満足度, 患者体験, 家族満足度, 介護負担				

て、改善策の提案と診療現場での活用がなされ、医療安全や診療の質向上、ひいては患者アウトカムの改善に繋がることが望まれる<sup>2)</sup>。

本稿の要旨は、2023年6月27日、ラジオNIKKEI「医学講座」(日本医師会企画)「在宅医療の質の向上を目指すために」で発表した。

利益相反：筆頭著者、助成金：シーユーシー

## 文献

- 1) 福井次矢. 医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究. 平成28年

度総括・分担研究報告書. 厚生労働行政推進調査事業費補助金地域医療基盤開発推進研究事業. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/26193> (最終アクセス 2023年6月27日)

- 2) 公益財団法人日本医療機能評価機構: 厚生労働省補助事業医療の質向上のための体制整備事業 医療の質指標基本ガイド, 質指標の適切な設定と計測 (案) 2022年3月14日版 <https://jq-qiconf.jcqhco.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2022/03/b956f5a7438d2ca71a7234287239b6d0.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
- 3) 厚生労働省: 令和5年度病床機能報告の実施等について, 第12回地域医療構想及び医師確保計画にするワーキンググループ資料2, 令和5年

- 5月25日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001100422.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
- 4) 木村琢磨: ポストコロナ時代における在宅医療の展望, 日内会誌 112: 851-856, 2023.
  - 5) Dick AW, Murray MT, Chastain AM et al. Measuring Quality in Home Healthcare. J Am Geriatr Soc 67: 1859-1865, 2019.
  - 6) 齋藤信也, 山口三重子, 植田喜久子・他: 在宅緩和ケアにおける Quality Indicator (QI) の開発と遺族満足度との関連の評価.  
[https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/report\\_2010/2010-b1.pdf](https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/report_2010/2010-b1.pdf) (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 7) Wagner A, Schaffert R, Möckli N, et al: Home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC): a systematic review. BMC Health Serv Res 20: 366, 2020.
  - 8) 飯島勝矢. 在宅及び慢性期の医療機関で療養する患者の状態の包括的評価方法の確立のための研究. 平成 30 (2018) 年度, 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 地域医療基盤開発推進研究.  
[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202022006A-sokatsu.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022006A-sokatsu.pdf) (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 9) 厚生労働省: 在宅医療の体制構築について, 第4回全国在宅医療会議ワーキンググループ, 参考資料3, 平成 29年 10月 20日  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000181366.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 10) 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11 (令和 5年 3月 31日付け医政地発 0331 第 14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知, <https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日))
  - 11) 厚生労働省: 医療・介護関係職のタスクシフトについて, 規制改革実施計画 (令和 2年 7月 1日閣議決定) 対応状況  
[https://www8.cao.go.jp/kiseikaikaku/kisei/meeting/wg/iryuu/210927/210927iryuu\\_0101.pdf](https://www8.cao.go.jp/kiseikaikaku/kisei/meeting/wg/iryuu/210927/210927iryuu_0101.pdf) (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 12) 厚生労働省行政推進調査事業費補助金 (政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)「新しいチーム医療などにおける医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究」令和元年 - 3年度総合研究報告書: 新しいチーム医療における医療・介護従事者の適切な役割分担についての研究.  
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/155518> (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 13) Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance 1: Lohr KN, editor. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.
  - 14) Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan, USA: Health Administration Press: 1980.
  - 15) Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
  - 16) Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
  - 17) Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care 15, 523-30, 2003.
  - 18) Matsumura S, Ozaki M, Iwamoto M et al: Development and Pilot Testing of Quality Indicators for Primary Care in Japan. JMAJ 2: 131-138, 2019.
  - 19) 厚生労働省保険局医療課: 令和 4年度診療報酬改定の概要, 在宅 (在宅医療, 訪問看護)。令和 4年 3月 4日版  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000920430.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 20) 厚生労働省老健局: 訪問看護ステーションにおける人員基準に関する地方分権改革提案について 2023年 1月 16日版  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001037309.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 21) Kaneko M, Boven KV, Takayanagi H, et al: Overall mortality in older people receiving physician-led home visits: a multicentre prospective study in Japan. Family Practice 38, 395-402, 2021.
  - 22) 日本老年医学会, 一般社団法人日本糖尿病学会: 高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023, 南江堂, 2023.
  - 23) Aoki T, Fukuhara S, Yamamoto Y.: Development and validation of a concise scale for assessing patient experience of primary care for adults in

- Japan. Fam Pract37 : 137-142, 2020.
- 24) 紙谷博子, 梅垣宏行, 岡本和士・他 : 在宅医療を受ける高齢者のQOL (quality of life) 評価票における本人と介護者による代理評価の回答の一致性の検討. 日老医誌 55 : 98-105, 2018.
  - 25) 令和4年度厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業) 「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」分担研究報告書  
[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/193011/201922014A\\_upload/201922014A202005201611123080003.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/193011/201922014A_upload/201922014A202005201611123080003.pdf) (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 26) Inoue Y, Nishi K, Mayumi T, et al : Factors in Avoidable Emergency Visits for Ambulatory Care-sensitive Conditions among Older Patients Receiving Home Care in Japan : A Retrospective Study. Intern Med 61 : 177-183, 2022.
  - 27) 佐々木淳 : 在宅医療における診療評価指標, medicina59 : 2042-2047, 2022.
  - 28) 一般社団法人全国訪問看護事業協会 : 訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン第2版, 平成31年3月  
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-1-guide.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 29) Chiou CJ, Wang HH, Chang HY : Development and testing of a scale for assessing the quality of home nursing. Geriatr Gerontol Int16 : 358-64, 2016.
  - 30) 一般社団法人全国訪問看護事業協会 : 訪問看護の推進と質の向上のための大規模化の推進 令和3年3月  
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/daikiboka.pdf> (最終アクセス 2023年6月27日)
  - 31) Jeong S, Inoue Y, Arai Y, et al : 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 Health19 : 2361, 2022.

# 有痛性骨転移の患者において，放射線治療可能な病院との連携により緩和的放射線治療を行い，在宅療養を再開することができた1症例

大沼紗希子<sup>1)</sup>，川端邦裕<sup>1)</sup>

## 要旨

【はじめに】有痛性骨転移の増悪で在宅療養が困難となった患者において，近隣の放射線治療可能な病院との連携により緩和的放射線治療を行い，迅速に在宅療養を再開することができた1例を経験した。

【症例】87歳男性，肺がん，左上腕骨転移＋病的骨折による疼痛で在宅療養が困難となった。近隣の放射線治療可能な病院と連携し，短期入院で緩和的放射線治療を施行。疼痛は軽減し，在宅療養を再開できた。

【考察】在宅療養中の有痛性骨転移患者に対する緩和的放射線治療は，長期入院を回避し，在宅療養を継続する上で有効であった。在宅療養中の患者が迅速に緩和的放射線治療を受けるためには，地域連携体制の構築が重要であると考えられた。

キーワード：骨転移，放射線治療，地域連携

## Successful Palliative Radiation Therapy for Painful Bone Metastasis: Enabling Continuous Home Care at a Radiotherapy Hospital

Sakiko Onuma<sup>1)</sup>, Kunihiro Kawabata<sup>1)</sup>

## Abstract :

We report a case where collaborative palliative radiotherapy with a neighboring hospital equipped for radiotherapy enabled a patient to quickly return to home care.

**Case :** An 87-year-old male diagnosed with lung cancer experienced pain from left upper arm bone metastasis and a pathological fracture, complicating his home medical care. With brief hospitalization and collaboration with a nearby radiotherapy-ready hospital, he underwent palliative radiotherapy. This treatment significantly reduced his pain, allowing him to resume home care.

**Discussion :** For patients with painful bone metastases under home care, palliative radiotherapy proves effective in mitigating the need for extended hospital stays and ensuring continuity of home care. The importance of a well-coordinated regional system becomes evident for timely palliative radiotherapy to patients at home.

**Keywords :** Bone metastasis, radiotherapy, community collaboration

<sup>1)</sup> 公立学校共済組合東海中央病院 緩和ケア内科

<sup>1)</sup> Public School Mutual Aid Association Tokai Central Hospital

著者連絡先：東海中央病院 緩和ケア内科

〒504-8601 岐阜県各務原市蘇原東島町 4-6-2

TEL : 058-382-3101 E-mail : b045a028s@gmail.com

## はじめに

骨転移に対する緩和的放射線治療（緩和的 Radiation Therapy：RT）は、疼痛緩和や、がんが引き起こす様々な症状を軽減したりするなど、患者のQOLを維持・改善することを目的としたものであり、「WHO方式がん疼痛治療法」でも骨転移の痛みに対してRTを考慮するよう記載がある<sup>1)</sup>。しかし本邦での緩和的RTは、欧米諸国と比べると十分活用されておらず、実施件数も少ないのが実情である<sup>2)</sup>。緩和的RTが普及していない要因として、がん治療に携わる医療者の知識が十分でないことや、骨転移の診断・治療に関して、地域の医療機関同士の連携が十分でないことなどが挙げられる<sup>2,3,4)</sup>。今回、有痛性骨転移の増悪により在宅療養が困難となった患者において、近隣のRT可能な病院との連携により短期入院で緩和的RT治療を行い、迅速に在宅療養を再開することができた1症例を経験した。当院はRT装置のない病院であるが、近隣病院との多職種連携により迅速に治療につなげることができた。在宅療養中の患者が円滑に緩和的RTを受けるための地域連携体制について考察する。

## 症例

87歳男性。右上葉肺がん、左上腕骨転移＋病的骨折。

現病歴：20XX年6月近医で施行した胸部レントゲンで右上肺野に異常陰影を指摘され当院呼吸器内科を受診。右上葉肺がんと診断。20XX年8月より左上肢の疼痛が出現し、院内の整形外科・緩和ケア内科に紹介。CT検査にて左上腕骨に腫瘍性病変および骨折を認め、骨転移による病的骨折と診断。ロキソプロフェンナトリウム水和物60mg3錠/分3、トラマドール塩酸塩25mg6錠/分3の定期内服を開始し、外来通院にて鎮痛薬の調整を行ったが、骨病変の進行により疼痛が増強し左上肢の著明な腫脹・発赤を認めるようになった。整形外科では左上肢切断の可能性についても説明された。その後、NRS（Numerical Rating Scale）8～9の痛みが出現し在宅療養の継続が困難となったため、20XX年12月5日緩和ケア内科外来を受診。緩和ケア病棟への入院も検討し

たが、疼痛コントロール不良のため入院の長期化が予想された。患者は、自宅庭を眺めて過ごすことやデイサービスに通うことが生きがいであったため長期入院には拒否的であり、当時はコロナ禍であり当院では入院患者の面会不可であったため、入院すると家族と会えなくなることへの不安の訴えもあった。そこで、緩和的RTを検討し、当院の医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）より近隣のRT可能な病院に連絡し、放射線科医に診療情報提供書と画像データを送り、治療の適応があるかどうかを相談した。はじめは先方より通院での分割照射の提案があったが、緩和ケア医師、整形外科医師、看護師、MSWで検討し、患者の疼痛が強いため毎日の通院には耐えられない可能性があることや、毎日の外来通院に付き添える家族がいないことなどから通院での分割照射は困難と判断し、再協議した結果、短期入院（約2週間）で分割照射を行う方針となった。双方の地域連携室を通して具体的な日程調整を行い、20XX年12月11日入院。入院当日の移動手段は自家用車とし、入院の付き添いは家族に依頼、移動中の疼痛増強時のレスキュー薬の使用方法については当院看護師から患者・家族に指導を行った。

## 入院後経過

20XX年12月12～23日で46Gy/10frの分割照射を施行した。治療中から除痛効果がみられ、治療終了時にはNRS3～4まで改善し鎮痛薬での対応が可能となったため、12月24日に自宅退院。治療1か月後の外来受診時には、NRS0～1まで改善していたため鎮痛薬を減量した。治療3か月後にはNRS0～1、発赤は軽減しており、レントゲン画像では骨再形成を認めた。（図1,2）

## 考察

有痛性骨転移に対する緩和的RTの有効性はメタ解析で証明されており、「WHO方式がん疼痛治療法」や日本緩和医療学会の「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年版」の中では、骨転移の痛みに対してRTを考慮するよう記載されている<sup>1)</sup>。在宅療養中の有痛性骨転移の患者に



図1 治療前 Xp 画像

における緩和的 RT は、疼痛コントロールのための長期入院を回避し、より永く在宅療養を継続するための有効な治療法である。本症例の患者は、引きこもりがちな性格であったが、デイサービスで職員にいつも温かく迎えてもらえる喜びや、他の入所者と囲碁を打つことの楽しみを感じており、デイサービスは社会性を維持し他者と交流するための貴重な場であった。また、自宅庭は、木花を眺め季節の移ろいを感じる心安らげる場であり、RT により早期に在宅療養を再開できたことは患者の QOL 改善につながったと考えられる。コロナ禍で入院により家族と離れ離れになることも回避することができた。在宅診療に関わる医療者は、患者を適切に RT 可能な病院につなげることが重要である<sup>2,3,10</sup>。また、患者の病状や療養環境を把握する者として、患者にとって効果的かつ負担の少ない治療法を治療医と協議する必要がある。緩和的 RT における照射方法には分割照射や単回照射があるが、メタ解析の結果では痛み改善率は単回照射で 60～73%、分割照射では 59～73%、痛みの消失率は単回照射で 23～34%、分割照射で 24～32%と除痛効果に有意差はない



図2 治療後 Xp 画像

とされる<sup>5,6,7</sup>。また、外照射による除痛効果は、早いものでは1週間以内に認められ、有効例のおよそ半数で3週間以内に、有効例の大部分で8週間以内に認められるが、分割照射または単回照射でこの傾向に有意差はない<sup>8</sup>。1年以上生存し得た症例においても、痛みの改善率（単回照射：87%、分割照射 85%）や効果持続期間（単回照射：29 週間、分割照射：30 週間）に有意差はないと報告されている<sup>9</sup>。そのため照射方法の選択は、患者の全身状態や予測される予後、ADL、通院の負担（移動手段、家族の付き添いなど）などを総合的に考慮して決定する。分割照射においては、一定期間、毎日の照射が必要となるため、外来で治療を行う場合には毎日通院することが可能な状況であるか（患者の全身状態、疼痛の程度、ADL、移動手段、付き添いの家族の状況）を評価し、外来通院での分割照射が困難と判断される場合には単回照射や入院での分割照射が選択肢となる。このように、個々の患者の状況に応じて治療方針を決定するため、在宅診療医が放射線科医に相談する際には、骨転移部位や疼痛の程度に加えて、患者の全身状態や ADL、予測される予後、付き添いの家族の状況などについても情報提供を行い、可能であれば在宅診療医と放射線科医が協議して共に治療方針を決定することが望ましい。

その際、本症例では医師、看護師、MSWなどの多職種による検討が有効であった。具体的な受診の日程調整や、移動手段、移動中に痛みが出現したときのレスキュー薬の準備や患者・家族への指導などに関しては、MSW、看護師などの多職種連携により円滑に対応することができた。在宅療養中の有痛性骨転移の患者が、地域内のRT可能な病院でスムーズに治療を行うためには、RT可能な病院の相談窓口の明確化、放射線科医への事前相談の方法・相談時に必要な患者情報の明確化、相談から治療までの流れの明確化など、医療機関間の多職種による地域連携体制の構築が重要である。また、日頃から地域の医療機関同士が気軽に相談し合えるような「顔の見える関係」を作っておくことが望ましいと考えられた。

## 結語

有痛性骨転移の増悪により在宅療養が困難となった患者において、地域内のRT可能な病院との連携により緩和的RTを行い、在宅療養を早期に再開することができた1症例を経験した。在宅療養中の有痛性骨転移の患者を、RT可能な病院での治療に円滑につなげるために、多職種による地域連携体制の構築が重要であると考えられた。

## 文献

- 1) 日本緩和医療学会：がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン（2020年版）。南江堂，2020。
- 2) 公益社団法人日本放射線腫瘍学会，一般社団法人がん医療の今を共有する会：がん診療における「緩和的放射線治療」の積極的な活用に向けて提言書。  
[https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/news/kanwa\\_teigen202201.pdf](https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/news/kanwa_teigen202201.pdf)（最終アクセス2023年5月27日）
- 3) 茂松直之：厚生労働科学研究費補助金[疾病障害対策研究分野] 令和元年～3年度がん対策推進総合研究事業 骨転移放射線治療に関する診療ガイドラインの活用についての提言。<https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/palliative/report4.pdf>（最終アクセス2023年5月27日）
- 4) 茂松直之：厚生労働科学研究費補助金[疾病障害対策研究分野] 令和元年～3年度がん対策推進総合研究事業 がん治療における緩和的放射線治療の評価と普及啓発のための研究。[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download\\_pdf/2021/202108007B.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2021/202108007B.pdf)（最終アクセス2023年5月27日）
- 5) Wu JS, Wong R, Johnson M, et al : Meta-analysis of dose-fractionation radiotherapy trials for the palliation of painful bone metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*55 : 594-605, 2003
- 6) Sze WM, Shelley M, Held I, et al : Palliation of metastatic bone pain : single fraction versus multifraction radiotherapy : a systematic review of the randomised trials. *Cochrane Database Syst Rev* (2) : CD004721, 2004.
- 7) Chow E, Zeng L, Salvo N, et al : Update on the systematic review of palliative radiotherapy trilas for bone metastases. *Clin Oncol* 24 : 112-124, 2012.
- 8) Steenland E, Leer J, van Houwelingen H, et al : The effect of a single fraction compared to multiple fractions on painful bone metastases : a global analysis of the Dutch Bone Metastasis Study. *Radiother Oncology* 52 : 101-109, 1999.
- 9) Linden YM, Steenland E, Houwelingen HC, et al : Patients with a favourable prognosis are equally palliated with single and multiple fraction radiotherapy : results on survivals in the Dutch Bone Metastasis Study. *Radiother Oncol* 78 : 245-253, 2006
- 10) 公益社団法人日本放射線腫瘍学会：緩和的放射線治療 地域連携モデル（主に骨転移に対する単回照射を用いたモデル）。[https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/palliative/kanwa\\_model.pdf](https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/palliative/kanwa_model.pdf)（最終アクセス2023年5月27日アクセス）

# 小児在宅医療の裾野を広げる活動～STEP表の活用～

島崎亮司<sup>1)</sup>

## はじめに

小児在宅医療において、地域の専門職の担い手不足が指摘されている<sup>1)</sup>。その理由として、医学的な課題が複雑であること<sup>2)</sup>、小児在宅医療の役割が不明確であること、小児在宅医療を取り囲む社会制度が複雑であることなどが挙げられる。医学的な課題が複雑という点では、稀な疾患が多く、在宅医療に関わる職種にとっては未経験の疾患が多い。このため、在宅医療スタッフとして何をしたらいいかわからない点が困難と感じられる。かつ、人工呼吸器や気管カニューレ等の医療管理も多いため、より「怖い」といった心理的抵抗感を感じてしまう。2点目の小児在宅医療の在宅スタッフの役割が不明瞭については、成人の在宅医療と比較し下記の特徴からくる困難感がある<sup>3)</sup>。成人の在宅医療では治療方針を決めるのは在宅医であることが多く、病院に受診する頻度が少ないのに反し、小児在宅医療では治療方針を決めるのは病院であることが多く、病院に受診する頻度が高い。また小児在宅医療では教育や行政などの関わる職種が多数存在する。このため在宅医療のスタッフとしては、自分がどこまでどの役割を果たしたらいいかわかりにくくなっている。3つ目の小児在宅医療を取り囲む社会制度の複雑性については、障害者総合支援法や児童福祉法の法的理解の他、教育に関する知識も必要であり、精通す

るためには時間と労力が必要となる。

上記の理由から、小児在宅医療に関心はあっても実際に関わることに對して壁を感じる専門職が多く存在する。

## 活動

### 1. 委員会活動の目的

在宅医療学会東海支部では、地域における在宅医療活動の活性化を目的に令和4年度から活動を開始している。支部会の委員会の一つとして「子どものやりたいと幸せを目指す委員会（＝当会）」がある。委員会名の通り、子どものやりたいことと幸せが実現できることを目標に活動を開始した。当会は医師6名（病院医師1名、在宅医師5名）、歯科医師1名、薬剤師1名、看護師2名、栄養士1名の11名でスタートした。

目標実現のために、まずは関わる職種が増えることが必要であると考えた。そのために下記の3つの活動を柱に取り組みすることとした。

- ①裾野を広げる活動
- ②地域内での多職種の交流
- ③地域を超えた同職種の交流

このうち令和4年度は、①の裾野を広げる活動を開始した。

### 2. 裾野を広げる活動～STEP表～

裾野を広げるためには、何をするのか、役割は、

<sup>1)</sup> 地域医療振興協会 シティタワー診療所

<sup>1)</sup> City-Tower Clinic

著者連絡先：島崎亮司

〒500-8856 岐阜県岐阜市橋本町 2-52 岐阜シティ・タワー 43 3階  
TEL：058-269-3270 FAX：058-269-3283 E-mail：r.shimazaki624@gmail.com

関わりとしてどのレベルが必要なのか、を明確化することで小児在宅医療に対する心理的抵抗感が軽減されるのでは、と考えた。委員会を合計6回実施し、在宅医の役割とその関わりの深さ、STEP表の活用法を相談した(表1)。医師版のSTEP表では参考文献<sup>4)~6)</sup>を参考にして、在宅医の役割を「定期訪問診療」「臨時対応」「発達子育て支援」「地域連携能力」の4項目を横軸として表記した。関わりの深さとして、STEP1は受動的な対応、STEP2は関心期な対応、STEP3は能動的な活動がとれることのレベル分けが妥当であると会議の結果判断し、縦軸に表記した。

例えば定期訪問診療において、STEP1では予防接種など地域職種から依頼されたことを受動的にできることを役割とした。STEP2では気管カニューレ交換などができることを役割とした。STEP3では、成長を見据えて普段の呼吸器管理

等ができることを目標とした。成人の在宅医療であれば、医師の役割としてSTEP3を担うことが期待されるが、小児在宅医療においては、まずはSTEP1の役割を担うことを入り口として明記することで、慣れていない医師でも小児在宅医療に関わりやすくすることができると考えた。

### 3. STEP表の活用法

STEP表には医師自身の活用法と、多職種における活用法がある。

小児在宅医療に携わる医師としては、他者からの評価としてのものではなく、自分自身の地図としての活用を目的としている。すなわち、自分自身はどの程度の事ができているのか、訪問診療で何をしておくべきなのか、という点をSTEP表で確認する、という活用法である。例えばある患者を診察するに当たって、定期訪問診療ではどのレベルの対応をしているのか、どのレベルの対応

表1 STEP表 小児在宅医療における医師の役割(具体内容例)

	定期訪問診療	臨時対応	発達子育て支援	地域連携能力
STEP1	① マイナートラブルの対応 (皮膚トラブル、便秘など) ② 予防接種の実施	① 病院に連絡ができる ② 電話での連絡ができる	① きょうだい・家族の予防接種 ができる	① 各職種からの意見を聴く ことができる ② 訪問看護指示書が記載 できる
STEP2	① 気管カニューレ交換 ② 胃ろう交換 ③ 栄養面・摂食嚥下の評価 ができる ④ てんかん・筋緊張の評価 ができる ⑤ 呼吸の評価ができる ⑥ 腎泌尿器・筋骨格の評価 ができる	① 往診し全身評価ができ搬送か 自宅療養かの相談ができる ② 往診し検査ができる (RSやコロナ検査など)	① 療育の意義が理解でき、指 示書・意見書を記載できる ② 家族と子育ての相談が できる	① 各職種からの意見を聞き 取り任せることができる ② 病院のスタッフと連携が とれる ③ 地域職種と生活の不具合・ 不便について相談できる ④ 災害に対して個別の予防 策を相談できる
STEP3	① 成長を見据えて病態管理が できる(寝かせたきり症候 群にしない診療ができる) ② 栄養・摂食嚥下を多職種 と協議しながら対応できる ③ てんかん・筋緊張を多職 種と協議しながら対応 できる ④ 呼吸管理を多職種と協 議しながら対応できる ⑤ 腎泌尿器・筋骨格疾患を 多職種と協議しながら 対応できる	① 重篤な場合でもある程度 自宅での治療や経過観 察ができる ② 電話での連絡でも病態 の判断ができ適切な指 示ができる	① 子どもの成長発達を見 据えた療育支援ができる (通所等の助言、学校 通学の相談) ② きょうだいの心のケア ができる	① 主体的に各職種と意見 交換・相談ができる ② 胃ろうや気管切開など の意思決定支援を多職 種と協働できる ③ 行政や学校と連携を 取ることができる ④ 災害に対応するネット ワーク作りに参加できる

を目標に関わるのか、何の役割を担う必要があるのかを確認する。各々の患者によって役割とその関わりの深さは異なるが、意識することで自分に何ができて何ができていないか、そして小児在宅医療を継続するに当たってどこを目標にしたらいいか、がまさに地図として活用できると考える。

一方、多職種の活用法としては、小児在宅医療に慣れていない医師に対して小児在宅医療を紹介する際に活用することを目的としている。STEP表を提示し、今回の患者に対して医師に担ってほしい役割と関わりの深さの説明を行えば、小児在宅医療に慣れていない医師でも「これくらいなら対応することができる」と理解してもらえるのでは、と考えた。このような活動が増えることで、これまで小児在宅医療に対して関心があっても実行できなかった医師が関われるようになるのではと考える。

## 展望

現在、医師版以外に、薬剤師、歯科医師・衛生士、訪問看護師、栄養士についてのSTEP表を作成中である。これらの職種においても、横軸にそれぞれの役割を、縦軸にその関わりの深さを明記している。関わりの深さについては、医師版のごとく受動的・関心期・能動的の3STEPで統一している。それぞれの職種においても、小児在宅を担う人材の裾野を広げるという目標でSTEP表を活用していく予定である。またSTEP表の広報活動の他、セミナーの開催を行い各STEPが深められるような学習の場の提供も予定している。

STEP表自体の検証も、今後必要となる。今回は委員会の判断で作成したが、多施設での実施・検証を行い、役割やその関わりの整合性や実際に活用するに当たっての問題点を検討していきたい。

その上で本来の目的である裾野を広げるためにも、STEP表を各職種に届ける活動を行っていききたい。講演会、セミナー等で紹介する活動の他、STEP表の内容を学ぶ勉強会やグループワークも開催していきたい。これらの活動が、本会の活動目標である②地域内での多職種の交流、③地域を超えた同職種の交流、につながると考える。

## 文献

- 1) 田村正徳：小児在宅医療の現状と今後の展望. 小児内科, 45 (7) : 1206-1209, 2013.
- 2) 中村知夫：医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. Organ Biology, 27 (1) : 21-30, 2020.
- 3) 南條浩輝：医療的ケア時の在宅医療. 小児内科, 51 (5) : 747-750, 2019.
- 4) 高橋昭彦：小児在宅医療を始めようー楽しく、やりがいがありますー. 月刊地域医学, 35 (4) : 339-344, 2021.
- 5) 春本常雄：小児在宅医療の経験、そしてその充実に向けて. 日小医会報, 52 : 35-37, 2016.
- 6) 島崎亮司：小児在宅医療における在宅医の役割の検証. 月刊地域医学, 35 (10) : 974-983, 2021.