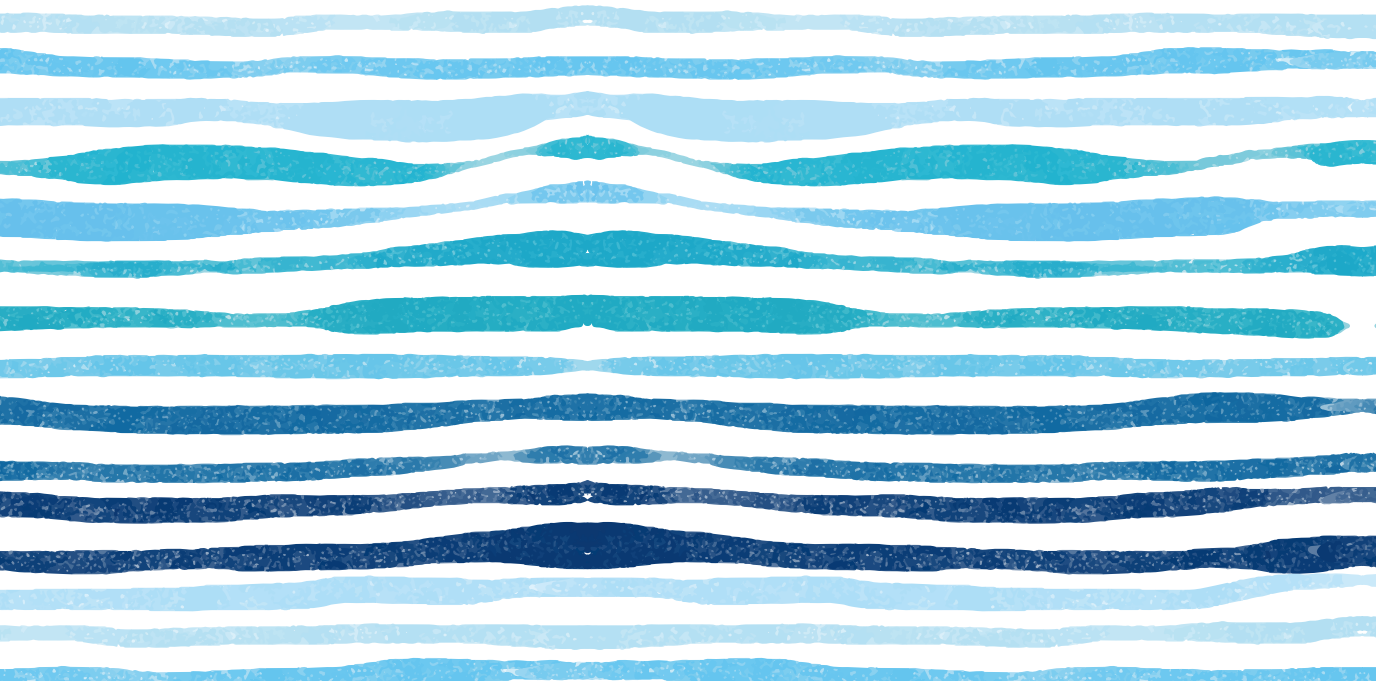


日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.5
No.3

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

- 病院から精神科訪問看護を行う看護師への情報伝達の現状と満足感への影響要因に関する横断的調査
高島佳之・石川武雅・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

●原著

- 宮古島在宅症例における、ポータブル眼科診療機器を用いた前眼部疾患疫学調査
清水映輔・久島和洋・中山慎太郎・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

●原著

- がん終末期療養者を看取る訪問看護師の自己効力感とピアサポートの実施状況との関連
森 京子・古川智恵・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18

●短報

- 災害時の口腔保健および栄養ケアに関する支援活動体制の検討～能登半島地震の支援活動を通して～
小島 香・山本美和・猪原 健・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

●活動報告

- 長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」の紹介と運用報告
土屋知洋・峰 紀子・松元定次・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

●活動報告

- 避難行動要支援者の個別避難計画作成における在宅療養支援診療所の役割
～院内個別避難計画作成プロジェクトの紹介～
金子昌裕・藤本 翠・尾本仁那・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

●活動報告

- 患者の在宅医療を円滑に支援するための当院における医事課職員が担う「橋渡し」の取り組み
妹尾 恵・牧 貴紀・柳橋 健・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46

病院から精神科訪問看護を行う看護師への情報伝達の現状と満足感への影響要因に関する横断的調査

高島佳之¹⁾, 石川武雅²⁾

要旨

精神科における病院から訪問看護への情報伝達の現状と情報に対する訪問看護師の満足感への影響要因を明らかにすることを目的に、精神科訪問看護を行う看護師を対象としたアンケート調査を実施した。483名（回収率8.5%）の回答から、病院からの情報伝達について満足していたのは2割弱に留まった。また、8割以上が情報量の不足を感じ、情報の質は高いと回答した回答者は1割に満たなかった。情報提供への満足感の有無に対する多変量ロジスティック回帰分析によるオッズ比（95%信頼区間）は、情報量：2.7（1.7-4.5）、情報の質：3.5（2.0-5.8）、看護サマリーの頻度：3.5（1.6-7.9）であった。キーワード：精神科訪問看護、退院前カンファレンス、看護サマリー、情報、多職種連携

A Cross-Sectional Study on the Current State of Information Transfer from Hospitals to Nurses Providing Psychiatric Home Visit Nurse and Exploration of Factors Influencing Satisfaction.

Yoshiyuki Takashima¹⁾, Takemasa Ishikawa²⁾

Abstract :

The purpose of this study was to clarify the factors that influence home health care nurses' satisfaction with information transfer from hospitals in psychiatric home visit nursing. Responses were received from 483 nurses (response rate:8.5%). Fewer than 20% of the respondents were satisfied with the information provided by the hospital, and fewer than 50% were dissatisfied. More than 80% of the respondents felt that the quantity of information was insufficient, and fewer than 10% of the respondents answered that the quality of information was high. The odds ratios (95% confidence interval) in multivariate logistic regression analysis for satisfaction with information provision were: quantity of information:2.7 (1.7-4.5), quality of information:3.5 (2.0-5.8), and frequency of nursing summary:3.5 (1.6-7.9) .

Keywords : psychiatric home visit nursing, pre-discharge conference, nursing summary, information, multidisciplinary collaboration

¹⁾ 梅花女子大学看護保健学部 看護学科

²⁾ なな-る訪問看護デベロップメントセンター

¹⁾ Department of Nursing, BAIKA Women's University

²⁾ Nana-r Home-visit Nursing Development Center

著者連絡先: 梅花女子大学

〒567-0051 大阪府茨木市宿久庄2丁目19-5

TEL: 072-643-6221 E-mail: y-takashima@baika.ac.jp

はじめに

わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。国民の医療・介護需要のさらなる増加が見込まれる2025年を目途に、厚生労働省を中心に地域包括ケアシステムの構築が推進されている。また、地域精神保健医療福祉施策による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」¹⁾においては、「入院医療中心から地域生活中心」を基本の方策とした指針が示されている。2017年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」以降、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が推進されることとなった²⁾。

精神疾患を抱える利用者の地域生活支援のひとつに「精神科訪問看護」があり、精神科訪問看護により利用者の再入院防止^{3,4)}、入院日数の短縮^{5,6)}、日常生活機能の改善⁷⁾などの効果が示されている。2007年から2015年の精神科訪問看護サービス利用者数は13,532人から52,203人に増加している。精神科訪問看護の実施率も、2006年の35.5%から2016年には58.3%へと着実に上昇している⁸⁾。精神科訪問看護は、精神障害者が地域生活を続けるための重要な役割を担っている。しかし、葛島は精神科訪問看護の困難さに関する文献レビューにおいて、精神科訪問看護を行う看護師は【専門職間の連携】に困難さを感じていたと報告している。「専門職間でのやりとりの場がない」「医師との連携」「看護職同士の連携」「他職種との連携」「関係機関との連携」といった連携不足の具体的内容を報告している⁹⁾。「入院医療中心から地域生活中心」の実現には、精神科病院と訪問看護間の情報連携は重要である。一方で、加藤は、病院および訪問看護事業所の看護師を対象としたアンケート調査より、病院と訪問看護事業所間において、情報伝達（精神科疾患以外も含む）についての認識に差があり、病院からの情報が訪問看護師の情報ニーズに見合った情報提供が行えていない可能性を指摘している¹⁰⁾。現状では、精神科訪問看護を行う看護師への情報伝達に焦点を当てた研究は少ない。

目的

本研究は、精神科訪問看護を行う看護師の情報

伝達の現状と、病院からの情報伝達に対する訪問看護師の満足感に影響する要因を明らかにすることを目的とした。病院から地域への情報伝達の質向上が病院から地域へ移行する精神疾患を抱えた人々へのケアの質向上に寄与できると考えた。

研究方法

1. 研究デザイン

横断的アンケート調査

2. 対象者

精神科訪問看護を行う看護師、准看護師を対象とした。

1) 対象者の選定方法

訪問看護事業所の選定は、47都道府県の最も人口が多い都市における自立支援医療（精神通院医療）の指定訪問看護事業所をリストにした。47都市の人口比率を算出し、合計で2,000事業所となるように、人口比率に合わせた事業所数を各都市から乱数によりランダムに抽出した。抽出された各事業所には、対象となる精神科訪問看護を行う看護師の中から、名字の50音順が早い3人に回答を依頼した。

3. データ収集方法

1) 調査期間

2023年1月11日から2023年1月31日とした。

2) データ収集方法

訪問看護事業所の管理者に文章による研究協力依頼を行った。管理者へは、各事業所の対象候補者へ協力依頼文書の配布を依頼した。研究協力に同意した対象者は、配布したQRコードによりアンケートフォーム（Google form[®]）にアクセスし、回答した。

3) 調査項目

調査項目は、基本属性および病院との情報伝達に関する項目で構成した。

(1) 基本属性

年齢、性別、看護職従事年数、精神科病院の勤務歴、精神科看護経験年数、訪問看護経験年数、精神科訪問看護経験年数、訪問看護事業所の属性（精神科に限らない、精神科特化）、精神科訪問看護が占める割合（0% - 25%、25% - 50%、50% - 75%、75%-100%）、看護における最終学歴（看

護高校（衛生看護科），専門学校，短期大学，大学，大学院），看護資格（看護師，准看護師，専門看護師，認定看護師）への回答を求めた。

(2) 病院との情報伝達

看護サマリーは，看護を必要とする人の経過や情報を要約したものであり，必要に応じて作成し，施設をかわる際や在宅ケアへの移行の際に，ケアの継続を保証するために送付するものとされている¹¹⁾。また，退院前カンファレンスでは，看護師の役割の一つに，情報提供と情報共有がある¹²⁾。精神科訪問看護の実態調査によると，精神科訪問看護を行う事業所では，退院に関する共同カンファレンスに参加している事業所が約8割を占めている。精神科訪問看護利用者の過去の入院回数は，入院なし12.2%，1－2回34.3%，3－10回43.3%，11回以上8.5%（N＝1,199）。3－10回の割合が最も多く，9割弱が入院を経験したのち精神科訪問看護を受けている¹³⁾。訪問看護師は，病院から療養者の情報を得ることが多く，その情報伝達に，看護サマリーや退院前カンファレンスを活用していると想定される。そのため，サマリーを活用する頻度，退院前カンファレンスを説明変数とした。病院との情報伝達に関する項目として，サマリーを活用する頻度：「いつももらう」「だいたいもらう」「あまりもらわない」「もらっても読まない」「もらわない」，退院前カンファレンスの頻度：「よくしている」「ときどきしている」「あまりしていない」「したことがない」，病院からの情報伝達の量：「多い」「やや多い」「ちょうどいい」「やや少ない」「少ない」，病院からの情報伝達の質：「高い」「やや高い」「どちらでもない」「やや低い」「低い」，病院からの情報伝達の満足感：「とても満足」「まずまず満足」「どちらでもない」「やや低い」「低い」への回答を求めた。

4) データ分析方法

(1) 基本属性の分析

調査対象者の回答状況を確認するために，基本属性の記述統計を行った。

(2) 病院から提供される情報の分析

①病院から提供される情報に関する記述統計

サマリーをもらう頻度，退院前カンファレンスの頻度，病院からの情報伝達の量，病院からの情

報伝達の質，病院からの情報伝達の満足感について記述統計を行った。

②情報伝達の満足感の関連要因

病院からの情報伝達の満足感（二値変数）を従属変数，情報伝達の量と情報の質（5段階評価），看護サマリーと退院前カンファレンスの実施（二値変数）を説明変数とした多変量ロジスティック回帰分析を行った。病院からの情報伝達の満足感には「とても満足」「まずまず満足」を1，それ以外を0，看護サマリーをもらう頻度は「いつももらう」「だいたいもらう」を1，それ以外を0，退院カンファレンスは「よくしている」，「ときどきしている」を1，それ以外を0と定義した。従属変数に対する各説明変数オッズ比および95%信頼区間(CI)を算出した。また，ホスマー・レメショウ検定を行い回帰モデルの適合度を算定した。

(3) 統計処理

分析には，統計ソフトSPSS Ver.29を使用した。統計的有意水準は5%とした。

5) 倫理的配慮

調査対象者へ研究説明文書を配布し，webアンケートフォームに設けた「同意する」のチェックボックスへのチェックをもって研究参加の同意を得た。研究説明文書では，研究目的や方法と，調査への協力は自由意思であること，無記名回答のため回答後の撤回ができないこと，調査対象者のメールアドレスなど個人が特定される情報の収集をしないことなどを説明した。本研究は，梅花女子大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2022-0226）。

結果

アンケートは2,000事業所に配布した。108件が住所不明等で返還された。最終的に1,892事業所への配布となった。各事業所3名に回答を依頼したため，5,676名の看護師に配布した。2023年1月12日から1月31日まで483名の回答があった（全管理者が配布に協力したと想定した回収率8.5%）。

1. 対象者の属性（表1）

対象者の属性を表1-aに示した。対象者の性別は，女性425名（88.2%），男性55名（11.4%），

その他1名(0.2%), 答えたくないが1名(0.2%)であった。看護師資格は, 看護師462名(95.9%), 准看護師14名(2.9%), 専門看護師1名(0.2%), 認定看護師5名(1.0%)であった。看護における最終学歴は, 専門学校361名(74.9%), 大学87名(18.0%), 看護高校26名(5.4%), 大学院8名(1.7%)であった。訪問看護事業所の属性は, 精神科に限らない事業所が360名(74.7%), 精神科に特化した事業所が122名(25.3%)であった。全体の訪問看護件数のうち精神科訪問看護が占める割合は, 25%未満が299名(62.0%), 25%以上50%未満が37名(7.7%), 50%以上75%未満が25名(5.2%), 75%以上が121名(25.1%)であった。

2. 対象者の年齢・経験年数

対象者の年齢および経験年数を表1-bに示した。対象者の平均年齢は 45.7 ± 15.5 歳, 看護職従事平均年数は 20.4 ± 9.6 年, 精神科病院看護職従事平均年数は 3.2 ± 6.4 年, 精神科看護の経験平均年数は 6.4 ± 4 年, 訪問看護の経験年数は 6.9 ± 6.1 年であった。

3. 病院から伝達される情報

1) 病院から伝達される情報の記述統計

病院から伝達される情報について, 表2に示した。情報量は, 「ちょうどいい」が82名(17.0%), 「やや少ない」が242名(50.2%), 「少ない」が157名(32.6%), 「やや多い」が0名(0.0%), 「多い」が1名(0.2%)であった。情報の質は, 「低い」が63名(13.1%), 「やや低い」が158名(32.8%), 「どちらでもない」が239名(50%), 「やや高い」が18名(4%), 「高い」が4人(1%)であった。看護サマリーをもらう頻度は, 「いつももらう」が105名(22%), 「だいたいもらう」が236名(49.6%), 「あまりもらわない」が107名(22.2%), 「もらわない」が33名(6.8%), 「もらっても読まない」が1名(0.2%)であった。情報伝達の満足感は, 「とても満足」が5名(1.0%), 「まずまず満足」が82名(17.0%), 「どちらでもない」が180名(37.3%), 「やや不満」が183名(38.0%), 「非常に不満」が32名(6.8%)であった。病院で対面の退院前カンファレンスは, 「よくしている」が79名(16.4%), 「ときどきしている」

が204名(42.3%), 「あまりしていない」が126名(26.1%), 「したことがない」が73名(15.1%)であった。病院とのオンラインでの退院前カンファレンスは, 「よくしている」が27名(5.6%), 「ときどきしている」が113名(23.4%), 「あまりしていない」が111名(23.0%), 「したことがない」が231名(47.9%)であった。

2) 情報提供の満足感に対する影響要因

多変量ロジスティック回帰分析の結果を, 表3に示した。情報提供への満足感の有無に対するオッズ比(95%CI)は, 情報量:2.7(1.7-4.5), 情報の質:3.5(2.0-5.8), 看護サマリー:3.5(1.6-7.9), 退院前カンファレンス0.9(0.4-1.6), オンラインカンファレンス:1.0(0.5-1.9)であった。ホスマー・レメシヨウ検定の結果は, $P=0.979$, 判別の中率は, 83.1%でありモデルの適合度は良好であった。

考察

現状の病院からの情報伝達は, 量・質ともに不足していたと考えられる。病院からの情報伝達の満足感は, 2割弱の訪問看護師のみが満足感と回答し, 5割弱が不満を感じていた現状が明らかになった。これらの現状と, 満足感への影響因子は, 本研究の新規性のある結果である。

1. 基本属性

訪問看護事業所の属性は, 精神科に限らない事業所が74.7%, 精神科に特化した事業所が25.3%であった。精神科訪問看護が占める割合が75%以上であった事業所が, 25.1%であった。本調査の回答は, 精神科訪問看護に特化していない事業所が主であった。また, 対象者の年齢を日本の看護師の実態調査¹⁴⁾における日本の看護職員の平均年齢41.3歳と比較すると, 本研究の対象者は年齢が高かった。また, 性別においては, 日本の看護職員は男性が6.5%であるが, 本研究の対象者は男性が11.4%であり, 男性の占める割合が多かった。看護職従事平均年数は, 日本の看護職員の平均通算経験年数が17.8年であるのに対して, 本研究の対象者は, 20.4年と経験年数が長かった。また, 訪問看護の経験年数は, 7年であった。しかし, 精神科看護の経験平均年数は, 6年程度, 精神科病院看護職従事平均年数は, 3年程度で

表 1-a 対象者の基本属性 N = 482

	項目	n (%)
性別	女性	425 (88.2)
	男性	55 (11.4)
	答えたくない	1 (0.2)
	その他	1 (0.2)
看護師資格	看護師	462 (95.9)
	准看護師	14 (2.9)
	専門看護師	1 (0.2)
	認定看護師	5 (1.0)
看護における最終学歴	看護高校（衛生看護科）	26 (5.4)
	専門学校	361 (74.9)
	大学	87 (18.0)
	大学院	8 (1.7)
訪問看護事業所の属性	精神科に限らない	360 (74.7)
	精神科特化	122 (25.3)
精神科訪問看護が占める割合	0～25%	299 (62.0)
	25～50%	37 (7.7)
	50～75%	25 (5.2)
	75～100%	121 (25.1)

表 1-b 対象者の年齢および経験年数 N=482

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	45.1	15.5	24	70
看護職従事年数	20.4	9.6	2	49
精神科病院の勤務年数	3.2	6.4	0	38
精神科看護の経験年数	6.5	7.1	0	40
訪問看護の経験年数	6.9	6.1	0	31

あった。そのため、今回の対象者は、一般の看護師経験が長い回答者が中心であったものの、精神科経験が少ない看護師の回答も含まれたと考えられる。Setoya et al が全国の訪問看護事業所を対象に行った調査研究においても、精神科訪問看護の利用者がいる事業所は、全体の 58.0% (1,613/2,672 事業所) であった。また、精神科訪

問看護の利用者がいる事業所は、二峰性の分布をしていたと報告している¹⁵⁾。本研究においても、Setoya et al の報告と同様の傾向を持った対象であったことが想定される。

2. 病院からの情報伝達について

1) 情報伝達の記述統計量

精神科訪問看護を行う看護師は、病院から伝達される情報の量、質ともに不足を感じていた現状が明らかとなった。今後、病院と地域の連携を行

うにあたって連携の場や情報伝達する仕組みをつくる必要がある。川久保は、地域包括ケア病棟と訪問看護師と連携協働した退院支援のあり方として、①入院早期に連携して退院支援を実践するため、共通のツールをもって体制を保証

表 2 病院から伝達される情報 N=482

		n (%)
情報伝達の量	ちょうどいい	82 (17.0)
	やや少ない	242 (50.2)
	少ない	157 (32.6)
	やや多い	0 (0.0)
	多い	1 (0.2)
情報の質	低い	63 (13.1)
	やや低い	158 (32.8)
	どちらでもない	239 (49.6)
	やや高い	18 (3.7)
	高い	4 (0.8)
看護サマリーをもらう頻度	いつももらう	105 (21.8)
	だいたいもらう	236 (49.0)
	あまりもらわない	107 (22.2)
	もらっていても読まない	1 (0.2)
	もらわない	33 (6.8)
病院からの情報伝達の満足	とても満足	5 (1.0)
	まずまず満足	82 (17.0)
	どちらでもない	180 (37.3)
	やや不満	183 (38.0)
	非常に不満	32 (6.6)
病院で対面の退院前カンファレンス	よくしている	79 (16.4)
	ときどきしている	204 (42.3)
	あまりしていない	126 (26.1)
	したことがない	73 (15.1)
病院とオンラインでの退院前カンファレンス	よくしている	27 (5.6)
	ときどきしている	113 (23.4)
	あまりしていない	111 (23.0)
	したことがない	231 (47.9)

表3 情報伝達の満足感を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

	オッズ比	95%CI	
情報伝達の量	2.7	1.7-4.4	**
情報の質	3.5	2.0-5.8	**
看護サマリー	3.5	1.6-7.9	*
退院前カンファレンス	0.9	0.4-1.6	
オンラインでの退院前カンファレンス	1.0	0.5-1.9	

CI: 信頼区間 *P < 0.05 **p < 0.01

情報伝達に満足「とても満足」, 「まずまず満足」を, 1 「どちらでもない」, 「やや不満」, 「非常に不満」を0となるようダミー変数を作成し, 投入した情報の量は, 1:「少ない」2:「やや少ない」3:「ちょうどいい」4:「やや多い」5:「多い」の5段階で投入した。

情報の質は, 1:「低い」2:「やや低い」3:「どちらでもない」4:「やや高い」5:「高い」の5段階で投入した。

看護サマリーは「いつももらう」「だいたいもらう」を1, 「もらわない」「あまりもらわない」「もらっても読まない」を0として投入した。

退院前カンファレンス, オンラインでの退院前カンファレンスは, 「よくしている」「ときどきしている」を1とした。「あまりしていない」「したことがない」を0として投入した。

する, ②病棟看護師が主体となり, 訪問看護師と患者・家族の意向や在宅生活情報を共有する, ③アセスメントの視点や実践状況を十分理解し退院後も継続できるような支援方法を検討する, ④院内外が多職種で目標や方針を統一してチームで退院支援を進めることが効果的であったと報告している¹⁶⁾。精神科においても, 精神科病院の看護師が主体となり, 訪問看護師と患者・家族の意向や在宅生活情報を共有することが求められる。特に, 疾患情報のみでなく個人・家族背景や社会的状況も加味した支援を要する精神科疾患では, 入院時から退院時の支援を想定した地域の支援者と病院の看護師との連携が求められる。

2) 情報提供の満足感の関与

精神科訪問看護を行う看護師情報提供に対する満足感の要因から考えると, 記載の量と質の充実が喫緊の課題である。

(1) 看護サマリーでの情報提供

約7割の精神科訪問看護を行う看護師が看護サマリーをもらっていた。看護サマリーでの情報提供の頻度は, 精神科訪問看護を行う看護師への情報提供の満足感に影響を及ぼすことから, 退院時には, 看護サマリーを提供することが有効な情報提供手段だと考えられる。しかし, 現状では, 情

報の量, 質に共に不足を感じている。そのため, 現状の看護サマリーでの情報伝達は, 精神科訪問看護を行う看護師への情報提供の満足感に十分つなげていないと考えられる。精神科訪問看護を行う看護師が精神科病院の看護師に求める情報として, 「信頼関係を構築の手がかりとなる情報」, 「希望に沿う生活を支援するための情報」, 「継続した治療を支援するための情報」, 「家族の協力体制を支援するための情報」, 「訪問看護師が安全に支援するための情報」が報告されている¹⁷⁾。これらを基に情報提供を行うことが情報の質の向上につながるかもしれない。

(2) 退院前カンファレンスでの情報提供

退院前カンファレンスやオンラインカンファレンスの実施は, 精神科訪問看護を行う看護師の情報提供の満足感へ統計的に有意な影響を認めなかった。看護サマリーが主要な情報提供手段の一つだと推察された。加藤は, 訪問看護師が認識している「情報提供される頻度」は, 病院の認識している「情報提供している頻度」より少ない¹⁰⁾と報告している。退院前カンファレンスを情報提供の場とする継続看護の意識の改善が必要ではなかと考えられる。

研究の強みと限界

本研究の強みは、全国の訪問看護事業所に調査を行ったことであり、精神科訪問看護を行う看護師の現状を反映していたと考えられる。一方で、精神科訪問看護の情報提供に課題を感じている看護師が対象者になっている可能性がある。対象者の選定方法として、47都道府県の最も人口が多い都市に限定した。人口が少ない地域では、病院と訪問看護事業所の情報交換が限定的となる可能性を考慮した。また、QRコードを読み取りアンケートフォームに回答できる参加者に回答が偏っている可能性が考えられる。本研究は、事業所の管理者が研究協力候補者に依頼する方法を採用した。回収率が8.5%と低かったが、管理者が研究依頼に同意し研究協力候補者に配布しているため回収率は、実際の配布数の回収率を反映していない。3割程度の管理者が同意し3割程度の協力を得られたと想定すると、妥当な回収率と考えられる。横断研究の特性上、情報伝達の満足感への因果関係を示していない。

結語

本研究では、精神科訪問看護を行う看護師への情報提供の量と質が不足している現状が明らかになった。また、情報提供への満足感には、情報の量、質、看護サマリーの頻度が影響していた。

謝辞

ご協力いただいた訪問看護師の皆様に心より感謝を申し上げます。本研究は、2022年度日本訪問看護財団「訪問看護等在宅ケア研究助成」を受けて実施した。また、本研究の一部は、第5回日本在宅医療連合学会大会にて発表した内容である。

利益相反

本研究に関して申告すべき利益相反（COI）はありません。

文献

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン。厚生労働省精神保健福祉対策本部，2004。 <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>（最終アクセス：2023年10月4日）
- 2) 厚生労働省：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会。厚生労働省精神保健福祉対策本部，2017。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/gaihouka/gaihouka/fukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>（最終アクセス：2023年10月4日）
- 3) Baker E, Robinson D, Brautigan R : The effect of Psychiatric Home Nurse Follow-up on Readmission Rates of Patients with Depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 5 (4) : 111-116, 1999.
- 4) 緒方明, 三村孝一, 今野えり子・他：精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討。 *精神医学* 39 (2) : 131-137, 1997.
- 5) Catty J, Burns T, Knapp M et al : Home treatment for mental health problems : a systematic review. *Health Technology Assessment* 15 (5), 383-401, 2011.
- 6) 萱間真美, 松下太郎, 船越明子・他：精神科訪問看護の効果に関する実証的研究精神科入院日数を指標とした分析。 *精神医学* 47 (6) : 647-653, 2005.
- 7) 船越明子, 萱間真美, 松下太郎・他：精神科訪問看護を利用している統合失調症患者の日常生活機能に関する実態報告。 *病院地域精神医学会誌* 49 (1), 66-72, 2006.
- 8) Kayama M, Setoya N, Doyle C : Expanding Use of Nurse Home Visiting for Community Psychiatric Care in Japan. *Psychiatric Quarterly* 91 (2) : 571-576, 2020.
- 9) 葛島慎吾：精神科訪問看護における看護師の困難さに関する文献検討。 *東京女子医科大学看護学会誌* 14 (1) : 8-14, 2019.
- 10) 加藤智子：病院と訪問看護ステーションにおける看護職連携の実態と課題。 *聖隷浜松病院医学雑誌* 22 (1) : 8-14, 2022.
- 11) 日本看護協会：看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針，2005年 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/dl/s1005-14h02.pdf>（最終アクセス：2023年11月29日）
- 12) 出原弥和, 篠田かおる：多職種連携退院支援カンファレンスにおいて看護師が果たしている役割。 *太成学院大学紀要* 23 (1) : 1-6, 2021.
- 13) 厚生労働省：精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究報告書。一般社団法人

- 人日本精神科看護協会, 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798639.pdf> (最終アクセス:2023年11月29日)
- 14) 日本看護協会医療政策部:2021年看護職員実態調査 <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf> (最終アクセス:2023年11月29日)
 - 15) Setoya N, Aoki Y, Fukushima K, et al : Future perspective of psychiatric home-visit nursing provided by nursing stations in Japan. *Glob Health Med* 5 (3) :128-135, 2023.
 - 16) 川久保砂奈江, 田辺満子:地域包括ケア病棟における訪問看護師と連携した効果的な退院支援のあり方. *岐阜県立看護大学紀要* 23 (1) :13-24, 2023.
 - 17) 高島佳之:精神科訪問看護を行う看護師が精神科病院の看護師に求める情報. *日本精神保健看護学会学術集会・総会プログラム・抄録集* 32 (1) :86, 2022.

宮古島在宅症例における、 ポータブル眼科診療機器を用いた前眼部疾患疫学調査

清水映輔^{1) 2) 3)}, 久島和洋⁴⁾, 中山慎太郎^{1) 2)}, 西村裕樹^{1) 2) 3)}, 丹治 信^{1) 3)}, 横岩良太¹⁾,
清水裕介^{2) 3)}, 岸本正人⁴⁾, 泰川恵吾^{4) 5)}

要旨

眼科の在宅医療における疫学的研究は行われていない。今回、訪問診療医療機関で在宅症例にポータブル眼科診療機器を使用して前眼部疾患の疫学調査を実施。後向きに、宮古島の単一施設における訪問診療例に対し、眼科的検査を実施、147例のデータ収集を実施。前眼部疾患としてマイボーム腺機能不全、結膜弛緩、角膜混濁、結膜充血、翼状片等が認められ、また、半数以上の症例が白内障手術を未実施であり、手術未実施症例の中で、すべての症例に白内障を認め、年齢依存的に重症度も増悪していた。さらに、これら症例の中で1/3の症例に浅前房を認めた。離島訪問診療症例が眼科診療の機会を逸さない様、診療支援システムの構築が必要である。

キーワード：在宅診療、白内障、前眼部疾患、遠隔診療、Smart Eye Camera

Epidemiological Survey of Anterior Segment Diseases Using a Portable Slit-lamp device in Home-based Cases in Miyakojima.

Eisuke Shimizu^{1) 2) 3)}, Kazuhiro Hisajima⁴⁾, Shintaro Nakayama^{1) 2)}, Hiroki Nishimura^{1) 2) 3)}, Makoto Tanji^{1) 3)},
Ryota Yokoiwa¹⁾, Yusuke Shimizu^{2) 3)}, Masato Kishimoto⁴⁾, Keigo Yasukawa^{4) 5)}

Abstract :

Epidemiological research in ophthalmic home care has been lacking. In this study, we utilized portable ophthalmological equipment for an epidemiological survey of anterior ocular diseases in patients receiving home-based medical care in Miyakojima. A retrospective examination was conducted on home visit cases from a single facility in Miyakojima. Data from 147 cases were collected and analyzed. Findings included various anterior eye conditions such as Meibomian gland dysfunction, conjunctival laxity, corneal opacity, conjunctival congestion, and pterygium. Notably, over half of

¹⁾ 株式会社 OUI

²⁾ 医療法人 慶眼会 横浜けいあい眼科 和田町院

³⁾ 慶應義塾大学医学部 眼科学教室

⁴⁾ 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所

⁵⁾ 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

¹⁾ OUI Inc

²⁾ Yokohama Keiai Eye Clinic

³⁾ Department of Ophthalmology, Keio University School of Medicine

⁴⁾ Toriden Shirakawa Medical Corporation, Dr.Gon Kamakura Medical Clinic

⁵⁾ Toriden Shirakawa Medical Corporation, Dr.Gon Medical Clinic

著者連絡先：医療法人慶眼会 横浜けいあい眼科 和田町院

〒240-0065 神奈川県横浜市保土ヶ谷区和田1-11-17 コートリーハウス2階

TEL : 045-331-5550 E-mail : eisuke@ouiinc.jp

the cases had not undergone cataract surgery. Among those without surgery, all showed signs of cataracts, with severity increasing with age. Additionally, a shallow anterior chamber was observed in one-third of these cases. To ensure that patients in remote islands like Miyakojima do not miss opportunities for ophthalmic care, there is an urgent need for the establishment of a supportive medical system.

Keywords : home care, cataract, anterior segment diseases, telemedicine, Smart Eye Camera

はじめに

先進国である日本における眼科医の人口対比は、世界平均と比較して著しく高い。しかし、眼科の医療提供には都市部と地方部での格差が存在し、特に地方における専門医の数の不足が問題とされている¹⁾。過去には多くの地域で眼科疾患に関する疫学的研究が行われ、その多くが集団検診の形で実施されてきた。このアプローチはコホート研究で一般的であるが、通院困難な患者に焦点を当てた訪問診療症例の疫学的調査は、これまで実施されていない。本研究では、単一施設でポータブル眼科診療機器²⁻⁶⁾を使用して訪問診療の患者全員を対象にスクリーニングを行い、遠隔診療を用いて専門医が診断を行うことで、より広範な疫学的調査を実施する。

目的

宮古島地域で在宅診療を実施しているコホートを対象に、手持ちの細隙灯顕微鏡を用いて前眼部の眼科疾患のスクリーニングを行い、同コホートにおける前眼部疾患の有病率やその特徴についての調査を目的とする。

方法

1. 研究デザイン

本研究はヘルシンキ宣言に従い、医療法人小嶋医院倫理審査委員会（委員会番号：21000056, No. 20230501）の承認を受けて、後向きに実施された。使用したデータは全て後向きに収集された匿名化データであるため、書面によるインフォームド・コンセントは取得していない。代わりに、オプトアウトの手続きを採用している。本研究は後向きに実施され、非眼科の単一施設であるドクターゴン診療所（沖縄）において、前眼部動画の記録が可能なポータブル細隙灯顕微鏡（Smart

Eye Camera : SEC, 株式会社 OUI, 東京）を使用して撮影された前眼部動画について、眼科医療機関である横浜けいあい眼科（神奈川）の眼科専門医が読影を行い、その結果を収集および解析した。選択基準は以下の通りである：① 2021 年 11 月から 2022 年 3 月までにドクターゴン診療所の医師による訪問診療を受けた全症例、② 同日に SEC を用いて前眼部を撮影した症例。一方、除外基準は、① 前眼部撮影時に開眼不能・体動が激しいなど撮影が困難であった症例、② 認知症・検査に対する理解協力が不十分で撮影を拒否された症例、である。これらの基準に基づき、147 症例（4 眼）の前眼部動画が選出され、眼科専門医による読影が行われた。

2. ポータブル細隙灯顕微鏡

本研究では、ポータブル細隙灯顕微鏡として SEC を使用した。SEC はスマートフォンのアタッチメントである。動物実験²⁾や複数の臨床研究³⁻⁶⁾において、従来の細隙灯顕微鏡と同等の診断能力を有することが示されている。SEC は、無散瞳状態での水晶体観察に際して、0.1 ~ 0.3mm のスリット光を照射することができる^{3,4)}。また、SEC には前眼部の動画を録画する機能が備わっており、多数の動画および前眼部の画像データを収集することが可能である。画像の解像度は 720 × 1280 ピクセルから 1080 × 1920 ピクセルに設定されており、フレームレートは 30 または 60 フレーム / 秒である。記録には、iPhone 7 (Apple Inc., Cupertino, CA, USA) を使用した。ドクターゴン診療所の非眼科医は、SEC を用いて各眼を最低 10 秒間の前眼部撮影を実施した (図 1)。

3. 前眼部評価方法

眼科専門医は、SEC によって記録された前眼部の動画を、クラウド上の画像ファイリングシステムを用いて閲覧・評価した (図 2)。前眼部は

眼瞼、睫毛、結膜、角膜、前房、虹彩、水晶体の7つの部位に区分され、それぞれの部位についての評価が行われた。眼瞼に関して、下垂の有無、皮膚の弛緩の有無、内反の有無、MGD⁷⁾(マイボーム腺機能不全)の有無を評価した。睫毛について、内反の有無および乱生の有無を評価した。結膜においては、結膜充血、乳頭、濾胞、弛緩のそれぞ

れの有無を評価した。角膜では、混濁とKP(角膜後面沈着)の有無についての評価が行われた。前房において、前房の深淺、セルの有無、およびフレアの有無を評価した。虹彩に関しては、瞳孔の形、損傷や萎縮、PE(偽落屑)のそれぞれの有無を評価した。水晶体については、偽水晶体眼(IOL = 眼内レンズ)であるか有水晶体眼である



図1 SECによる前眼部撮影(左)と、ドクターゴン診療所の共著者による使用風景(右)

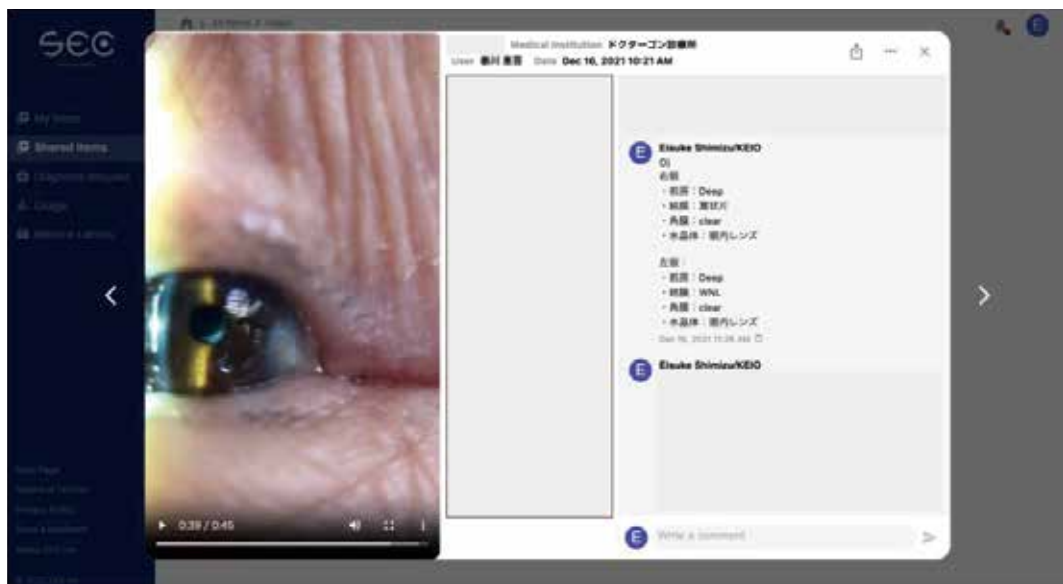


図2 クラウド上の画像ファイリングシステムを用いた前眼部所見の評価

か、さらに白内障の評価を Emery-little 分類⁸⁾(NS 1-5) を用いて行った。すべての前眼部動画は、複数の眼科専門医により評価が実施された。

4. データ・統計解析

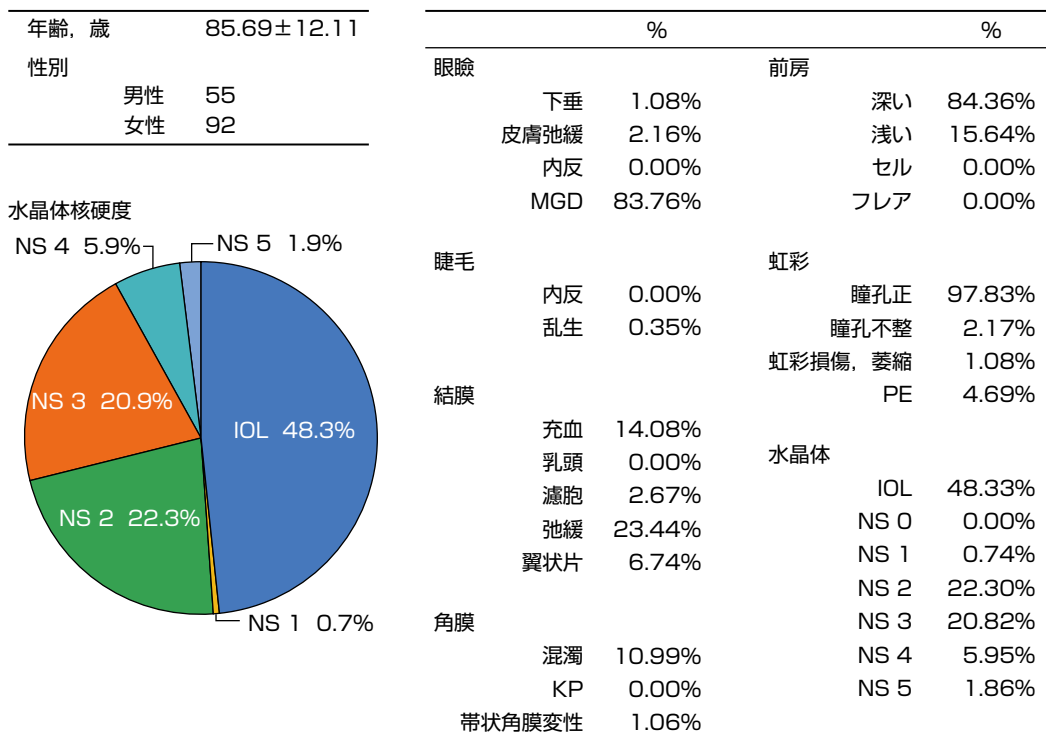
本研究は宮古島に居住する在宅患者を対象とした横断的調査研究である。サンプルサイズについて、本研究で目標とするサンプルサイズを明確に定義することは困難であった。そのため、一定期間内に基準を満たすデータを集約した。有病率の計算は、観察可能であった眼のうち、どの程度の眼が所見を認めたかにより計算された。すべての解析は Google スプレッドシート (Google LLC. CA. USA) を使用して行われた。

結果

1. 基本特性と前眼部疾患の有病率

本研究では、147 症例 294 眼の前眼部動画が収集された。症例の年齢は平均 85.69 ± 12.11 歳であり、性差は男性:女性 = 55:92 名であった (図 3)。

眼瞼の異常所見では、MGD が最も多く 83.76% であり、次いで眼瞼皮膚弛緩が 2.16%、眼瞼下垂が 1.08% であった。睫毛の異常所見としては、睫毛乱生が 0.35% で認められた。結膜の異常所見においては、結膜弛緩が 23.44%、結膜充血が 14.08%、結膜濾胞が 2.67% で、翼状片の所見は 6.74% の症例で認められた。角膜の異常所見として、角膜混濁が 10.99%、帯状角膜変性は 1.06% の症例で認められた。前房の所見においては、



MGD : meibomian gland dysfunction (マイボーム腺機能不全)
 KP : keratic precipitates (角膜後沈着)
 PE : pseudoexfoliation (偽落屑)
 IOL : intraocular lens (眼内レンズ)
 NS : nuclear sclerosis (核硬化度, Emery-little 分類)

図 3 基本特性と前眼部疾患の有病率

84.36%が前房深（前房 Deep）であり，15.64%が前房浅（前房 Shallow）であった。虹彩に関しては，97.83%が瞳孔正常であり，2.17%が瞳孔不正，1.08%に虹彩の損傷や萎縮が認められた。PEの所見は4.69%の症例で認められた。水晶体については，48.33%がIOLであり，無水晶体眼の症例は確認されなかった。白内障は全ての症例で認められ，NS 1が0.74%，NS 2が22.30%，NS 3が20.82%，NS 4が5.95%，NS 5が1.86%であった（図3）。

他に眼瞼乳頭腫（0.36%），下眼瞼母斑（0.36%），眼瞼斑（2.22%），テルモイド（0.41%），小瞳孔（0.73%），IOL震盪（1.48%），IOL前房脱出（0.74%）が認められ，様々なバリエーションの症例が認められた（図4）。

2. 水晶体所見における重症度分布

本研究では，全294眼のうち269眼で水晶体所見の観察が可能であった（91.50%）。そのうち48.33%がIOLである偽水晶体眼であり，無水晶体眼は確認されなかった。従って，残りの51.67%は有水晶体眼であると評価した。有水晶体眼のみにおける白内障の核硬化度分類をEmery-Little分類を適用して評価した結果，NS 0は0.00%，NS 1は1.44%，NS 2は43.17%，NS 3は40.29%，NS 4は11.51%，NS 5は3.60%であった（図5）。また，有水晶体眼の中で，前房がShallowと判定された症例は33.63%であった（図5）。年代別の有水晶体眼における水晶体所見や前房所見の割合を比較

した結果，年代が進むにつれて，NSの値が高い（白内障の核硬化度が強い）症例が増えたことが確認された。また，前房が浅い所見の割合も年代の進行とともに増加した（図5）。有水晶体眼と偽水晶体眼の比較では，90歳以上の年代では偽水晶体眼の割合が増えたことが確認された。

考察

本研究は宮古島では，訪問診療を実施している在宅症例を対象として，ポータブル細隙灯顕微鏡を用いて訪問診療を実施する医師が前眼部を撮影，遠隔的に眼科専門医が画像所見を判定し，前眼部疾患の有病率や重症度を調査した横断的研究である。全症例がADLの低下により訪問診療を必要とするものである。研究対象者の平均年齢は，日本の平均寿命とほぼ同程度で，また男女比においては女性が多いという特徴を持っている。

本研究では，非専門医がポータブル細隙灯顕微鏡としてのSECを使用し，専門医が遠隔で読影を行った。SECを活用した専門医間（Dr to Dr）の遠隔診療は，他の離島¹⁾や専門医同士のコンサルテーション⁹⁾にも用いられており，そのため，遠隔読影の精度は高いと推定される。

眼瞼所見の中で特筆すべき点は，極めて高いMGDの有病率である。通常，MGDの有病率は11-63%とされるが，本研究での結果はこれらの報告値を上回っている¹⁰⁾。多くの先行研究では，加齢とともにMGDが増加あるいは悪化すること

93歳 男性
左眼 重症白内障



88歳 女性
右眼 翼状片



96歳 男性
右眼 水泡性角膜症

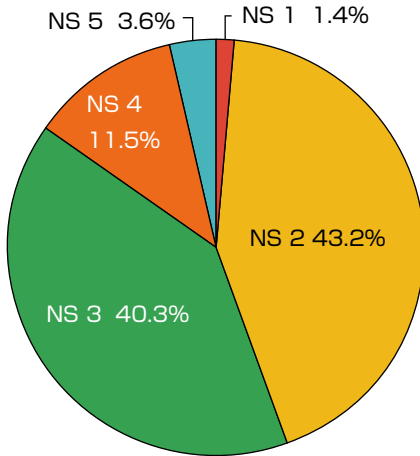


図4 代表症例画像

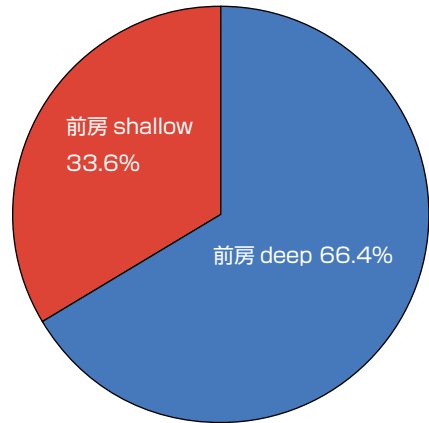
が指摘されている。事実、加齢は分泌減少型 MGD の病態の一因として知られている。最近の MGD 診療ガイドラインでも、加齢や閉経は MGD 発症のリスク因子として示されている⁷⁾。本研究のコホートは高齢者や女性が多いことを考

慮すると、高い MGD の有病率が理解できる。結膜所見において、結膜充血が 6 人に 1 人、結膜弛緩が 4 人に 1 人と多く観察された。結膜弛緩は、高齢者の多くに認められ、具体的な有病率を示す報告は限られている。本症は、結膜が強膜からの

有水晶体眼における水晶体所見の割合（全年代）



有水晶体眼における前房所見の割合（全年代）



有水晶体眼全年代		50歳以下		51歳～60歳		61歳～70歳	
NS 0	0.00%	NS 0	0.00%	NS 0	0.00%	NS 0	0.00%
NS 1	1.44%	NS 1	0.00%	NS 1	33.33%	NS 1	0.00%
NS 2	43.17%	NS 2	100.00%	NS 2	33.33%	NS 2	80.95%
NS 3	40.29%	NS 3	0.00%	NS 3	16.67%	NS 3	19.05%
NS 4	11.51%	NS 4	0.00%	NS 4	16.67%	NS 4	0.00%
NS 5	3.60%	NS 5	0.00%	NS 5	0.00%	NS 5	0.00%
前房 deep	66.37%	前房 deep	100.00%	前房 deep	66.67%	前房 deep	78.95%
前房 shallow	33.63%	前房 shallow	0.00%	前房 shallow	33.33%	前房 shallow	21.05%
有水晶体眼	51.67%	有水晶体眼	66.67%	有水晶体眼	66.67%	有水晶体眼	90.48%
偽水晶体眼	48.33%	偽水晶体眼	33.33%	偽水晶体眼	33.33%	偽水晶体眼	9.52%

71歳～80歳		81歳～90歳		91歳～100歳		101歳～	
NS 0	0.00%	NS 0	0.00%	NS 0	0.00%	NS 0	0.00%
NS 1	0.00%	NS 1	0.00%	NS 1	0.00%	NS 1	0.00%
NS 2	45.45%	NS 2	47.06%	NS 2	21.74%	NS 2	0.00%
NS 3	36.36%	NS 3	37.25%	NS 3	60.87%	NS 3	0.00%
NS 4	18.18%	NS 4	11.76%	NS 4	13.04%	NS 4	50.00%
NS 5	0.00%	NS 5	3.92%	NS 5	4.35%	NS 5	50.00%
前房 deep	75.00%	前房 deep	72.55%	前房 deep	69.57%	前房 deep	50.00%
前房 shallow	25.00%	前房 shallow	27.45%	前房 shallow	30.43%	前房 shallow	50.00%
有水晶体眼	54.55%	有水晶体眼	52.58%	有水晶体眼	44.23%	有水晶体眼	20.00%
偽水晶体眼	45.45%	偽水晶体眼	47.42%	偽水晶体眼	55.77%	偽水晶体眼	80.00%

図 5 年代別の水晶体・前房所見

分離を示すもので、その原因として結膜下の拡張したリンパ管やリンパ滲出が考えられる。事実、90%の症例で拡張したリンパ管が確認されているという報告がある¹¹⁾。結膜充血の有病率に関する報告は限られている。この理由は、結膜充血が細菌感染、ウイルス感染、アレルギー、自己免疫など、様々な要因に起因するためである。特に、有病率が非常に高いアレルギー性結膜疾患(48.7%)¹²⁾は、季節や地域性の影響を受ける可能性がある。また、翼状片の有病率が高く、6.74%であった(図3)。翼状片の主要な原因として紫外線が考えられている¹³⁾。久米島スタディでは、翼状片の有病率が30.8%と報告されている¹⁴⁾。これとは対照的に、宮古島と同じ緯度を持つ台湾の疫学研究では、翼状片の有病率は2.14%、40歳以上の層で3.48%と報告されている¹⁵⁾。これら異なる地域の疫学研究結果には差異が見られるが、本研究の結果はこれらの間の数値に位置する。翼状片の形成が紫外線暴露に関連していることを考えると、本研究の被験者が訪問診療を必要とする居宅での生活者であるため、久米島スタディに比べて有病率が低下したと推測される。他にも、角膜混濁の割合が高く(10.99%)、この数字は、同緯度に位置する65歳以上の台湾先住民の1-9調査と同等の数値を示した(7.96%)¹³⁾。本研究の注目すべき結果として、白内障の高い有病率が挙げられる。本コホートは平均年齢が85歳以上で、80歳以上の者全員に白内障が存在したことから、この結果は予測されるものであった。しかし、症例の半数以上が白内障手術を受けていない点の特筆され、手術を受けていない症例の中では、多くが中等度以上の白内障を有していた。有病率の高さは、年齢もさることながら、宮古島は北緯24度に位置するため、紫外線の暴露量が平均よりも高い。過去の報告によれば、眼部の紫外線被曝量は核白内障の発症およびその進行に関連しているとされている。この事実を考慮すると、本研究で観察された白内障の高い有病率が理解される¹⁶⁾。現在、わが国で年間100万件以上の白内障手術が行われている背景には、手技の進歩により低侵襲な手術が可能となったことが挙げられる。しかし、本研究の対象者は離島に住むもの¹⁷⁾であり、訪問

診療が必要な状況であったため、眼科手術を含む眼科診療の利用が制約されていた可能性が考えられる¹⁸⁾。有水晶体眼に関する前房所見では、約1/3の症例で浅前房(前房 shallow)が認められた。浅前房は、閉塞隅角のリスクとして知られ、これにより急性緑内障発作への移行の可能性がある¹⁹⁾。既報によれば、40歳以上の日本人の約1.3%が閉塞隅角を持っているとされる。本研究では前房深度を正確に測定していないものの、有水晶体眼において、以前の報告よりも高い頻度で浅前房が確認された。閉塞隅角のリスク要因として、水晶体の位置異常、白内障進行による水晶体厚の増加、成熟あるいは過熟白内障などが考えられ²⁰⁾、この研究の結果からも、これらの要因が関与している可能性があり、本コホートにおける多数の症例に閉塞隅角のリスクがあることが考えられる。

本研究は後向きの横断的観察研究であるため、診断された症例に対して、どのような治療が実施されたか、眼科専門医との連携についてなどの検討を実施していない部分に限界があり、今後、地域の眼科専門医との連携治療について研究を進める必要がある。また、眼科は画像診断が主な診療科であることから、本研究のように地域の非眼科専門医やコメディカルが撮影を行い、眼科専門医が診断を行うという他診療科で実施している連携がどの地域でも可能であると考えられる。

結語

本研究では、宮古島における在宅訪問診療の症例に多く見られる白内障を中心とした未治療の前眼部疾患の存在が明らかとなった。対象とした症例は、訪問診療を受ける離島在住の患者であり、これらの患者が眼科診療の機会を逸していないかを検討するための診療支援システムの構築が、官民を含め、求められる。さらに、医療リソースの限界を考慮し、本研究で採用したSECのようなICTを用いた遠隔診療や診断支援システムの導入も考慮すべきである。

文献

- 1) 清水映輔, 中 慎太郎. 【オンライン診療・遠隔医療のノウハウ-海外の状況も含めて-】他科のオンライン診療・遠隔医療の実際 眼科領域. *ENTONI* (1346-2067) 279 : 89-97, 2023.
- 2) Shimizu E, Ogawa Y, Yazu H, et al : "Smart Eye Camera" : An innovative technique to evaluate tear film breakup time in a murine dry eye disease model. *PLOS ONE*, 14, e0215130. DOI : 10.1371/journal.pone.0215130, 2019.
- 3) Yazu H, Shimizu E, Okuyama S, et al : Evaluation of nuclear cataract with smartphone-attachable slit-lamp device. *Diagnostics (Basel)*. 10, 265 E576. DOI : 10.3390/diagnostics10080576, 2020.
- 4) Shimizu E, Yazu H, Aketa N, et al. A study validating the estimation of anterior chamber depth and iridocorneal angle with portable and non-portable slit-lamp microscopy. *Sensors (Basel)*. 21, 1436. DOI : 10.3390/s21 269 041436, 2021.
- 5) Yazu H, Shimizu E, Sato S, et al. Clinical observation of allergic conjunctival diseases with portable and recordable slit-lamp device. *Diagnostics (Basel)* .11, 535. DOI : 10.3390/diagnostics11030535, 2021.
- 6) Shimizu E, Yazu H, Aketa N, et al. Smart Eye Camera: A validation study for evaluating the tear film breakup time in human subjects. *Transl. Vis. Sci. Technol.*10, 28. DOI : 10.1167/tvst.10.4.28, 2021.
- 7) 天野史郎, 島崎潤, 横井則彦・他 : マイボーム腺機能不全診療ガイドライン作成委員会, 日本眼科学会, 日本角膜学会, ドライアイ研究会. マイボーム腺機能不全診療ガイドライン. *日本眼科学会雑誌* 127 (2) : 109-228, 2023.
- 8) Miyata K, Nagamoto T, Maruoka S, et al : Efficacy and safety of the soft-shell technique in cases with a hard lens nucleus. *J Cataract Refract Surg.* 28 (9) : 1546-50. doi: 10.1016/s0886-3350 (02) 01323-8, 2002.
- 9) 伊藤賀一, 清水映輔, 佐藤 真理・他 : 遠隔診療支援を行った急性期 Stevens-Johnson 症候群の1例. *あたらしい眼科* 39 (12) : 1676-1680, 2022.
- 10) Tomlinson A, Bron AJ, Korb DR, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction : report of the diagnosis subcommittee. *Invest Ophthalmol Vis Sci.*52 (4) : 2006-2049. Published. doi : 10.1167/iov.10-6997f, 2011.
- 11) Watanabe A, Yokoi N, Kinoshita S, Hino Y, et al. Clinicopathologic study of conjunctivochalasis. *Cornea*. 23 (3) : 294-8. doi:10.1 298 097/00003226-200404000-00013, 2004.
- 12) 宮崎大, 内尾英一, 海老原伸行・他 : 日本眼科アレルギー学会診療ガイドライン作成委員会. アレルギー性結膜疾患診療ガイドライン (第3版). *日本眼科学会雑誌* 125 (8) 741-785, 2021.
- 13) Chen N, Huang TL, Tsai RK, Sheu MM. Prevalence and causes of visual impairment in elderly Amis aborigines in Eastern Taiwan (the Amis Eye Study). *Jpn J Ophthalmol.*56 (6) : 624-30. doi : 10.1007/s10384-012-0178-8. Epub, 2012.
- 14) 酒井寛. 久米島スタディこれまでにわかったこと. *臨床眼科* 66 (8) 1113-1118, 2012.
- 15) Lin YH, Sun CC, Yeung L, et al. Epidemiologic study of pterygium in Taiwan. *Jpn J Ophthalmol.* 63 (4) : 297-303. doi : 10.1007/s10384-019-00670-x. Epub, 2019.
- 16) Hayashi LC, Hayashi S, Yamaoka K, et al. Ultraviolet B exposure and type of lens opacity in ophthalmic patients in Japan. *Sci Total Environ.* 302 (1-3) :53-62. doi : 10.1016/s0048-9697 (02) 00320-0, 2003.
- 17) 川本晃司, 山下由美子, 河野光恵・他 : 通院困難離島患者に対する両眼同時白内障手術と離島往診による術後管理の有効性と術後合併症発症の検討. *日本農村医学会雑誌* 59 (4) 493-499, 2010.
- 18) 佐渡一成. 沢内村での白内障手術 遠隔地へ出かけての内眼手術. *あたらしい眼科* 25 (1) 123-127, 2008.
- 19) 加茂純子, 佐宗真由美, 鶴田真・他 : スコボラミン製剤などにより誘発したと考えられる閉塞隅角緑内障2連続症例. *人間ドック* 22 (1) 59-63, 2007.
- 20) 井上俊洋. 新しい緑内障ガイドラインの概要. *眼科* 60 (11) 1357-1362, 2018.

がん終末期療養者を看取る訪問看護師の 自己効力感とピアサポートの実施状況との関連

森 京子¹⁾, 古川智恵²⁾

要旨

本研究の目的は、がん終末期療養者を看取る訪問看護師の自己効力感とピアサポートの実施状況との関連を明らかにすることである。訪問看護師 1,686 名を対象に質問紙調査を行い、最終的に 319 名（有効回答率 18.9%）を分析した。訪問看護師経験年数は平均 7.6 年、がん看護経験年数は平均 11.9 年、がん療養者の看取り件数は年間平均 8.9 件であった。GSES 得点は、平均 6.9 ± 2.6 点と低い傾向であった。自己効力感とピアサポートの実施状況の関連では、「週に 1 回程度、看護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語を語り合う」ことや「所属施設外の訪問看護師と互いに看取りの看護実践を肯定する」ことが関連していた。

キーワード：がん終末期、看取り、訪問看護師、自己効力感、ピアサポート

Association Between Self-Efficacy of Homecare Nurses Caring for Terminally Ill Cancer Patients and Implementation Status of Peer Support

Kyoko Mori¹⁾, Chie Furukawa²⁾

Abstract :

The purpose of this study was to clarify the relationship between the self-efficacy of homecare nurses who care for terminally ill cancer patients and the implementation status of peer support. We conducted a questionnaire survey for 1,686 homecare nurses and ultimately analyzed 319 nurses (valid response rate of 18.9%). The average number of years of experience was 7.6 years for homecare nurses and 11.9 years for cancer nurses. The average annual number of cancer patients who were cared for by the nurses was 8.9 per year. Results indicated that General Self-Efficacy Scale (GSES) scores tended to be low, with an average of 6.9 ± 2.6 points. Self-efficacy and the implementation status of peer support displayed the following associations: "around once a week, nurses conducted case examinations with other nurses and discussed stories with patients and families," and "nurses affirmed the nursing practice of caring for each other with homecare nurses outside of the affiliated facility."

Keywords : terminally ill cancer, end-of-life care, homecare nurse, self-efficacy, peer support

¹⁾ 名古屋学芸大学 看護学部

²⁾ 聖泉大学 看護学部

¹⁾ Faculty of Nursing, Nagoya University of Arts and Sciences

²⁾ Faculty of Nursing, Seisen University

著者連絡先：名古屋学芸大学 看護学部 森 京子

〒460-0001 名古屋市中区三の丸 4 丁目 1 番 1 号

TEL : 052-954-1222 E-mail : kyokom@nuas.ac.jp

はじめに

終末期の中でも特に看取りケアの実施においては、療養者や家族がどのような人生を歩んできたのかを捉え、価値観を尊重した支援が求められる。訪問看護師は限られた訪問時間の中で個々の価値観を捉えることに苦慮し、療養者や家族の生きざまにそったケアの難しさを感じている¹⁾。特にがん終末期の場合は、高齢者や慢性疾患の終末期に比べ在宅での療養期間が短いことから、療養者・家族との関係性の構築と並行しケアを行う難しさがあり、看取った後に不全感を抱くことも少なくない。看取りの経験は、時に無力感や葛藤、後悔、深い悲しみを伴うため、デスカンファレンスは医療者の悲嘆の軽減に有効である²⁾。しかし、我が国の訪問看護事業所の約半数は小規模事業所であり³⁾、一堂に会してデスカンファレンスを行うことは容易なことではない。また、訪問看護師は基本的に単独訪問であり、訪問件数によっては事業所に戻れない日もあることから、病院勤務の看護師に比べサポートを求めにくい状況にある。このような、周囲からのサポートの不足による看取りに関する過度の困難感や精神的疲労の蓄積は、自己効力感を低下させ、バーンアウトにつながる⁴⁾。事業所内においてがんの看取りに関わる訪問看護師のサポートを行うには限界がある中で、バーンアウトを予防するためには、同じように在宅でがん終末期療養者を看取る看護師同士が交流し、仲間 (peer) からの支援 (support)、すなわちピアサポートが必要である。

ピアサポートに関する研究では、これまで、がん⁵⁾や精神障害者⁶⁾の患者と家族、要介護高齢者の家族⁷⁾などが対象とされ、医療者を対象とした報告は見当たらない。看取りに関わる訪問看護師へのサポートに関しては、在宅ホスピスケアに関わる訪問看護師のストレス対処に関する報告⁸⁾のみで、これまで、医療者はケアの対象とされてこなかったことが窺える。

目的

本研究は、がん終末期療養者を看取る訪問看護師の自己効力感とピアサポートの実施状況の関連を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

看取りとは、在宅で療養者を死ぬ瞬間まで看病すること⁹⁾だけでなく、グリーフケアも含む援助とする。

ピアサポートとは、同じように在宅でがん終末期療養者の看取りに関わる上司や同僚、所属する事業所内外の看護師からの支援とする。

方法

1. 対象者

東海地方の訪問看護ステーション協議会会員施設のうち、各都道府県の介護サービス情報公表システムにおいて「看取りあり」と登録されている訪問看護事業所 572 施設に所属し、在宅でがん終末期療養者の看取りを経験したことがある訪問看護師とした。なお、管理業務を主とする者は除外した。

2. 調査方法

無記名自記記入式質問紙調査を行った。訪問看護事業所の管理者宛に研究の趣旨や目的、方法等を記載した依頼文、質問紙の見本と、対象者への配布資料を 1 施設につき 3 セット送付した。配布資料は、1 セットにつき研究協力の依頼文、質問紙、返信用封筒を各 1 部ずつ入れ、計 1,716 セット配布した。施設管理者から研究対象候補者に資料を配布してもらった。研究協力に同意する場合は質問紙に回答してもらい、郵送法にて回収した。調査期間は 2023 年 6～7 月であった。

3. 調査内容

1) 基本属性

基本属性として、性別、年代、職位、職種、勤務形態、残業の有無と直近 1 週間の残業時間、オンコール当番の有無 (平日および休日) と直近 1 カ月の当番回数、がん看護・訪問看護に関する専門資格の有無と領域 (専門看護師、認定看護師、学会認定資格)、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、がん看護の経験年数、年間のがん看取り件数について尋ねた。さらに、所属事業所の常勤換算看護職員数について尋ねた。

2) ピアサポートの実施状況

ピアサポートの実施状況に関する質問紙は、看護概念創出法¹⁰⁾を用いて、訪問看護師が実践し

ているがん終末期療養者を看取るピアサポートを
解明する質的帰納的研究により質問項目を抽出
し、34項目で構成した。専門家会議と訪問看護
師を対象とした検討会、予備調査を経て内容的妥
当性を確保した。回答は「いつも行っている」～
「全く行っていない」の4件法とし、「いつも行っ
ている」4点～「全く行っていない」1点とした。
さらに、質問項目間に強相関がないことを確認し
た。

3) 自己効力感

自己効力感 (Self-Efficacy) の測定には、坂野
ら¹¹⁾が開発し、信頼性・妥当性が確認されている
一般性セルフ・エフィカシー (General Self-Efficacy
Scale : GSES) を用いた。この尺度は16項目か
ら成り、「行動の積極性」、「失敗に対する不安」
および「能力の社会的位置づけ」の3つの下位尺
度で構成されている。回答は「はい」または「い
いえ」の2件法で、「はい」を1点、「いいえ」を
0点で換算し、得点範囲は0～16点である。0～
3点は非常に低い、4～7点は低い傾向にある、8
～10点は普通、11～14点は高い傾向にある、
15点以上は非常に高いと評価する。なお使用許
諾は、こころネット株式会社を通して、開発者の
許可を得た。

4. 解析方法

GSES 得点とピアサポートの実施状況の関連
は、GSES 得点を従属変数、ピアサポートの実
施状況34項目を独立変数とし、ステップワイズ
法による重回帰分析を行った。分析には、IBM
SPSS Statistics ver.28.0 for Windows を使用し、
有意水準0.05とした。

5. 倫理的配慮

施設管理者および研究対象候補者に対し、依頼
文を用いて、研究の目的、方法、研究協力の自由
意思の尊重、個人情報保護、結果の公表方法等
について説明した。対象者の同意は質問紙の同
意チェック欄への記入により確認した。本研究
は、名古屋学芸大学研究倫理審査委員会の承認
(No.655) を得て実施した。

結果

質問紙は572施設に発送し、宛先不明で手元に
戻ってきた10施設分を除く、562施設に所属す
る訪問看護師1,686名に配布した。そのうち320
名(回収率19.0%)から回答を得た。未記入であ
った1名を除いた319名(有効回答率18.9%)を分
析対象とした。

1. 対象者の概要 (表1)

対象者の年代は40代と50代で75.6%を占め、
常勤の割合は88.1%であった。67.4%の訪問看護
師が残業を行っており、直近1週間の残業は平均
4.0時間であった。オンコール当番は平日と休日
を合わせ15.1%の訪問看護師が行っており、直近
1カ月では平均9.2回であった。訪問看護師の経
験年数は平均7.6年、がん看護の経験年数は平均
11.9年、がん療養者の看取り件数は年間平均8.9
件であった。さらに、所属の事業所の規模は平均
6.8人であった。

2. GSES 得点 (図1)

GSES 得点の分布の範囲は、0～16点、平均6.9
±2.6点であった。GSES 得点と看護師経験年数
および訪問看護師経験年数の相関は認めなかった
($r = 0.030$, $p = 0.591$; $r = 0.009$, $p = 0.877$)。

3. ピアサポートの実施状況 (表2)

ピアサポートの34項目のうち、「3. 所属施設以
外の場で看取りの経験を語り合う」、「4. 他施設
の訪問看護師ともに自分たちの看護を見つめ直す」
および「10. 他施設の訪問看護師と交流し情報交
換を行う」の3項目の得点が低く、「24. ケアマ
ネージャーとの関係性を築くために看護師間で情
報共有している」、「25. 主治医との関係性を築く
ために看護師間で情報共有している」、「27. 多職
種と連携しがん終末期療養者と家族の最期を支え
る」および「31. 日頃から同僚にケアにおける困
ったことや悩み事を相談する」の4項目の得点が高
かった。

4. GSES 得点等とピアサポートの実施状況との 関連 (表3)

自己効力感を従属変数、ピアサポートの実施状
況34項目を独立変数としてステップワイズ法に
よる重回帰分析を行った。「2. 週に1回程度、看
護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語

表1 属性

		n (%)
性別	男性	7 (2.2)
	女性	312 (97.8)
年代	20代	9 (2.8)
	30代	49 (15.4)
	40代	118 (37.0)
	50代	123 (38.6)
	60代	18 (5.6)
	70代	2 (0.6)
職位	施設管理者	77 (24.1)
	スタッフ	242 (75.5)
職種	看護師	308 (96.6)
	准看護師	10 (3.1)
	保健師	1 (0.3)
勤務形態	常勤（正規職員）	274 (85.9)
	常勤（短時間正職員）	7 (2.2)
	非常勤	37 (11.6)
	未回答	1 (0.3)
残業	あり	215 (67.4)
	残業時間（時間/週）	4.0 ± 4.8
	なし	92 (28.8)
	未回答	12 (3.8)
	オンコール当番	あり（平日夜間）
あり（休日夜間）	20 (6.3)	
当番（回/月）	9.2 ± 6.0	
なし	217 (68.0)	
未回答	54 (16.9)	
がん看護・訪問看護に関する専門資格	あり	18 (5.8)
	専門看護師	1 (0.3)
	認定看護師	11 (3.5)
	なし	294 (93.9)
未回答	7 (2.2)	
看護師経験年数 ¹⁾ （年）		23.0 ± 9.4
訪問看護師経験年数 ¹⁾ （年）		7.6 ± 6.4
がん看護の経験年数 ¹⁾ （年）		11.9 ± 9.3
がん患者の看取り件数 ¹⁾ （年）		8.9 ± 9.1
所属事業所の規模 ¹⁾ （人）		6.8 ± 15.9

n=319

¹⁾平均 ± 標準偏差

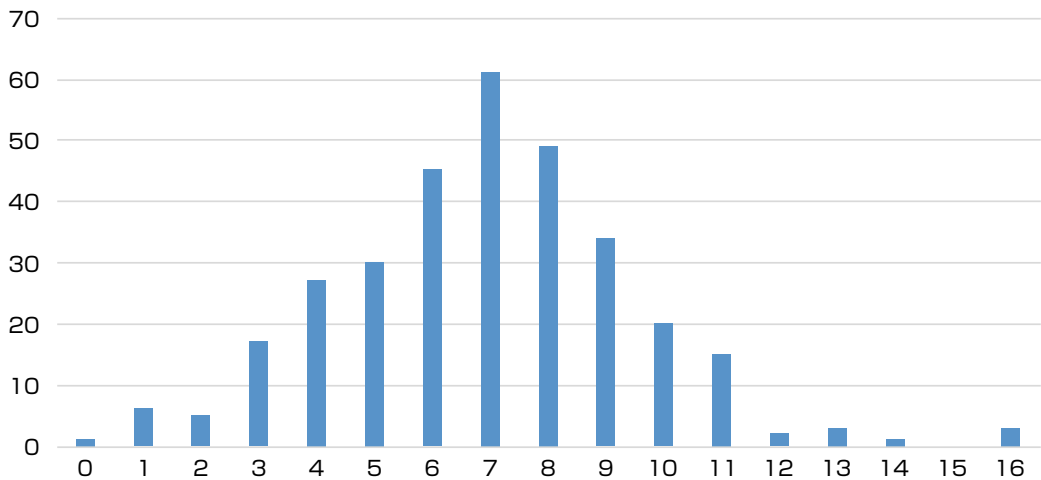


図1 GSES 得点の分布

得点の範囲は0～16で、0～3点は非常に低い、4～7点は低い傾向にある、

8～10点は普通、11～14点は高い傾向にある、15点以上は非常に高いと評価する。

を語り合う」($\beta = 0.187, p = 0.002$)と「29. 所属施設外の訪問看護師と互いに看取りの看護実践を肯定する」($\beta = 0.147, p = 0.015$)の2項目が正の要因であった。

考察

1. 対象者の特徴

対象者が所属する事業所の規模は、看護師常勤換算平均6.8人であった。全国調査¹²⁾では常勤換算看護職員数5.6人であることから、これに比べ規模が大きかった。在宅での看取りの実施はある程度の看護師数が必要¹³⁾であることが本研究の結果からも示された。また、対象者の年代は40～50歳代が最も多く、75.6%を占めており、全国調査¹⁴⁾と同様のがんの看取り経験が豊富な対象者が抽出できていたと考える。

2. 在宅がん終末期療養者を看取る看護師の自己効力感

境ら¹⁵⁾は、年齢や経験年数を経るにつれ自己効力感が高くなることを明らかにしており、西尾ら¹⁶⁾は、看取り経験がある訪問看護師92名のGSESは平均8.5点であったことを報告している。本研究の対象者は、看護師経験年数は平均23.0年、訪問看護師経験年数は7.6年と経験が豊富であっ

たがGSES得点の平均は6.9点と自己効力感が低い傾向にあると判定された。経験年数5～8年目の看護師は、リーダー的な役割を担い、後輩の育成に携わり、自身の看護に自信と満足感を持っている一方で、周囲からの支援は少なく心身ともに疲労しているというアンバランスな状況にある可能性が報告されている¹⁷⁾。本研究の対象者である訪問看護師においても、がん終末期療養者の看取りにおいて対処できない苦悩や葛藤を抱え、心身ともに疲弊し、自己効力感が低下している可能性がある。

3. 在宅でがん終末期療養者を看取る訪問看護師間のピアサポートの実施状況

ピアサポートの現状として、「3. 所属施設以外で看取りの経験を語り合う」、「4. 他施設の訪問看護師とともに自分たちの看護を見つめ直す」および「10. 他施設の訪問看護師と交流し情報交換を行う」といった看取りの悩みを振り返り、共有する機会が少ないことが明らかとなった。横尾ら¹⁸⁾は、他施設の訪問看護師と交流し、臨床知を得ることはケアに対する看護師の不安の軽減につながると述べている。互いに行った看取りの看護実践を振り返る機会を持つことは、訪問看護師自身が看取りケアに対する知識や自信を得るとも

表2 ピアサポートの実施状況

質問項目	平均±標準偏差
1. 患者を看取った後、多職種を交えデスカンファレンスを行い、ともに振り返る	2.3 ± 1.0
2. 週に1回程度、看護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語を語り合う	2.6 ± 1.0
3. 所属施設以外の場で看取りの経験を語り合う	1.8 ± 0.8
4. 他施設の訪問看護師とともに自分たちの看護を見つめ直す	1.7 ± 0.8
5. 看護師間で難渋した事例を振り返る	3.0 ± 0.8
6. 多職種とともに難渋した事例を振り返る	2.1 ± 0.9
7. 看取り後に家族とともに在宅介護や看取りの経験を振り返る機会を設けている	2.6 ± 1.1
8. 看取りケアの実践において同僚から具体的な助言を得る	3.3 ± 0.7
9. 上司や同僚から次の課題につながる助言を得る	3.2 ± 0.8
10. 他施設の訪問看護師と交流し情報交換を行う	1.9 ± 0.9
11. 勉強会や研修会など地域の訪問看護ステーションの横のつながりを育む	2.3 ± 0.9
12. がん看護や緩和ケアについて看護師間で継続的に学ぶ	2.7 ± 0.8
13. 所属施設内において看取りに関する知識と経験を積めるよう配慮されている	2.7 ± 0.8
14. いつどこでどんな研修会があるのか容易に入手し、所属施設内で情報共有している	3.2 ± 2.4
15. 緩和ケアやがん看護、終末期ケアに関する研修会や継続学習を通して得た学びを看護師間で共有している	2.8 ± 0.9
16. 仕事の後に勉強ができる時間的余裕を持つように看護師間で調整している	2.0 ± 0.9
17. 研修会に行く時間を確保するために看護師間で調整している	2.8 ± 1.0
18. 医師と看取りに向けた方向性を相互にすり合わせるために事前に看護師間で調整している	3.1 ± 0.8
19. 家族を含めたチーム内で方向性について細やかな調整を行うために事前に看護師間で調整している	3.2 ± 0.8
20. 急性期病院の看護師と連携しながらがんの療養者を支える	2.4 ± 1.0
21. 急性期病院の看護師と顔の見える関係性を築く	2.2 ± 1.0
22. 一人で責任を背負い込まないように複数の看護師で受け持つように調整している	3.4 ± 0.8
23. 複数の看護師で患者を受け持ち家族同然に深入りしないように調整している	3.2 ± 0.9
24. ケアマネージャーとの関係性を築くために看護師間で情報共有している	3.6 ± 0.6
25. 主治医との関係性を築くために看護師間で情報共有している	3.6 ± 0.6
26. 多職種で構成されるチームに複数の看護師で関わる	3.1 ± 0.9
27. 多職種と連携しがん終末期療養者と家族の最期を支える	3.5 ± 0.8
28. 所属施設内で看取りに関わったスタッフが互いに頑張ったことを認め合う	3.3 ± 0.8
29. 所属施設外の訪問看護師と互いに看取りの看護実践を肯定する	2.2 ± 1.1
30. 一人で抱えこまないように上司にしっかり話を聴いてもらう	3.2 ± 0.9
31. 日頃から同僚にケアにおける困ったことや悩み事を相談する	3.5 ± 0.6
32. 適宜がん看護や在宅看護に関わる専門看護師や認定看護師に相談する	2.0 ± 0.9
33. 所属施設内において患者を看取った後に息抜きや気分転換ができるように互いに配慮している	2.4 ± 0.9
34. 所属施設内において看護師間で調整し、ある程度休みを確保している	3.2 ± 0.9

n=319

表3 GSES 得点とピアサポートの実施状況の要因

	B	標準誤差	β	p
週に1回程度、看護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語を語り合う	0.504	0.162	0.187	0.002
所属施設外の訪問看護師と互いに看取りの看護実践を肯定する	0.350	0.144	0.147	0.015

B：偏回帰係数、 β ：標準化偏回帰係数 n=319

ステップワイズ法でピアサポートの実施状況 34 項目を独立変数として投入し、最終モデルに残った項目

R = 0.51 調整済 R² = 0.44

に、行った看取りの看護実践に対する肯定的な意味づけを促し、自己効力感の向上につながると考える。そのためには、訪問看護師が情報共有できる地域での組織作りが急がれる。

4. 自己効力感とピアサポートの実施状況との関連

本研究において、「2.週に1回程度、看護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語を語り合う」ことが、正の相関を示した。石坂¹⁹⁾は、患者の死を体験する機会が少ないほど、患者が死にゆく現場での無力感や成果の見えなさも含め、その期待と現場のギャップで疲労感や虚脱感が蓄積されやすく、情緒的消耗感が高まることを明らかにしている。在宅では、看取りの経験も多いことから、週に1回程度の頻度で、看護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語を語りあうことで、自己を客観視し、新たな気づきや視野を広げることができると考える²⁰⁾。看取りを経験した訪問看護師が、自身の関わりを振り返り、看取った療養者との関わりに折り合いをつけ、次の療養者に新たな気持ちで関われる環境を整える必要性が示唆された。

また、「29.所属施設外の訪問看護師と互いに看取りの看護実践を肯定する」ことが正の相関を示した。所属施設外の訪問看護師は、看取りに直接関わっていないからこそ客観的に評価することができる。そのため、客観的立場にある所属施設外の訪問看護師から実施した看取りの看護実践を肯定されることは、訪問看護師の自信となり、自己肯定感を向上させると考える。また、死の肯定的意味付けは、仕事の成果に伴う達成感を高め、バーンアウトの予防につながると示唆されていること

から¹⁸⁾、所属施設内外の多職種との振り返りを通して、意味付けを行うことにより、看取りの経験に対する満足度を高める¹⁷⁾ことが、自己効力感の向上につながると考える。

研究の限界と課題

本研究は回収率が19.0%と低く、研究結果を援用するには限界がある。また、対象者にはがん終末期療養者の看取りの経験に関して回答を依頼したが、訪問看護師は、がんだけでなく非がんの看取りも行っており、非がんの看取りに関する経験との区別においては限界がある。しかし、がん終末期療養者の看取りに関わる訪問看護師の自己効力感とピアサポートの実施状況の関連を明らかにしたことは、今後、訪問看護師の支援体制を整備する上で重要な結果を示したと言える。今後は、事業所の規模や訪問看護師の背景との関連を検討するとともに、ピアサポートの実施に関わる要因を明らかにし、有効な支援方法を検討していくことが課題である。

結語

がん終末期療養者の看取りに関わる訪問看護師の自己効力感とピアサポートの実施状況との関連性を検討した結果、以下のことが明らかになった。ピアサポートの現状として、訪問看護師が主治医やケアマネージャーなど多職種との関係を構築し、看取りを支えるチームの醸成に積極的に取り組んでいることが示された。一方で、所属施設外において看取りの経験を振り返ることや、看取りケアの質向上に係る取り組みは十分とは言い難い現状が示された。また、自己効力感とピアサポー

トの実施状況の関連では、「2.週に1回程度、看護師間でケース検討を行い、患者・家族との物語を語り合う」ことや「29.所属施設外の訪問看護師と互いに看取りの看護実践を肯定する」ことが関連していることが明らかとなった。

謝辞

本研究にご協力賜りました訪問看護師の皆様感謝申し上げます。本研究はJSPS 科研費 JP20K19258 の助成を得て実施した。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 森美樹, 今井芳枝, 板東孝枝・他: 在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感: 四国医学雑誌 75 (5): 191-200, 2019.
- 2) 大友宣, 佐野かず江, 島田千穂: 在宅療養診療所と訪問看護ステーションにおけるデスカンファレンスの意味づけ: 日本プライマリ・ケア連合学会誌 37 (4): 369-373, 2014.
- 3) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社: 平成30年度老人保健事業推進費等補助金老年保健健康増進等事業 訪問看護事業所における看護師等の従業者数の規模別にみたサービスの実態に関する調査研究事業報告書 https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_18.pdf (最終アクセス 2024年6月30日)
- 4) Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, et al: Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology* 18 (5): 543-548, 2009.
- 5) 増島麻里子, 季羽倭文子, 細矢美紀・他: がん患者と家族のためのピアサポートグループプログラム「がんを知って歩む会」の効果 参加者の体験分析. *ホスピスケア* 30 (2): 96-106, 2019.
- 6) 飯田大輔, 岡田摩理, 大島泰子・他: 精神障害者と家族のセルフヘルプ・グループに必要とされる専門職の支援 ピアサポートによる効果と課題を踏まえた検討. *日本赤十字豊田看護大学紀要* 15 (1): 61-68, 2020.
- 7) 菅野栄子, 大竹まり子, 松田友美: 要介護高齢者家族の家族会参加によるピアサポート効果と関連要因の検討. *日本在宅看護学会誌* 11 (2): 48-56, 2023.
- 8) 森本喜代美: 在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレスと対処. *健康科学: 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要* 9: 20-25, 2013.
- 9) テイラー栄子: 在宅での看取りを実現している小規模訪問看護ステーションにおける管理者の要因. *日本保健科学学会誌* 9 (4): 176-185, 2016.
- 10) 舟島なをみ: 質的研究への挑戦 第2版, 医学書院, 131-328, 2007.
- 11) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフ・エヒカシー尺度作成の試み. *行動療法研究* 12: 73-82, 1986.
- 12) 厚生労働省老健局: 訪問看護 社会保障審議会介護給付費分科会 (第220回) <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001123919.pdf> (最終アクセス 2024年6月30日)
- 13) 栗生愛弓, 山田和子, 森岡郁晴: 訪問看護師ががんの療養者・家族に提供している在宅ターミナルケアの実施状況とその関連要因. *日本看護研究学会雑誌* 40 (1): 67-77, 2017.
- 14) 厚生労働省: 衛生行政報告例/令和2年度衛生行政報告例統計表隔年報 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469&tclass=000001161547> (最終アクセス 2024年6月30日)
- 15) 境俊子, 富樫千秋: 中堅看護師の自己効力感に影響する要因. *日本健康医学会雑誌* 26 (2): 65-73, 2017.
- 16) 西尾美登里, 木村裕美: ターミナルにおける看護師の看取りの満足感に関する研究. *日本農村医学会雑誌* 61 (6): 890-903, 2013.
- 17) 境俊子, 富樫千秋: 中堅看護師の自己効力感に影響する要因: 日本健康医学会雑誌 26 (2): 65-73, 2017.
- 18) 横尾誠一, 大町いづみ: 訪問看護師の死生観 個人背景との関連. *日本在宅ケア学会誌* 17 (2): 29-36, 2014.
- 19) 石坂昌子: 看護職における死の意味付けとバーンアウトの関連 - 看護経験年数による比較を通して -. *心理・教育・福祉研究* 20: 45-53, 2021.
- 20) 小山理恵: 看護におけるリフレクションの概念分析 - Walker & Avant の手法を用いて -. *伝統医療看護連携研究* 3 (2): 102-113, 2022.

災害時の口腔保健および栄養ケアに関する 支援活動体制の検討 ～能登半島地震の支援活動を通して～

小島 香^{1) 2) 3)}, 山本美和⁴⁾, 猪原 健⁵⁾, 古屋 聡⁶⁾

Examination of the System of Support Activities for Oral Health and Nutritional Care in Times of Disaster -Through the Support Activities for the Noto Peninsula Earthquake-

Kaori Kojima^{1) 2) 3)}, Miwa Yamamoto⁴⁾, Ken Inohara⁵⁾, Satoshi Furuya⁶⁾

はじめに

被災地における災害関連死の中で呼吸器疾患は循環器疾患と並んで多く¹⁾, 中でも, 特別養護老人ホームでの肺炎による死亡率が避難所での肺炎による死亡率よりも多い²⁾. また, 東日本大震災においては, 厳寒期にライフラインが寸断されるという悪条件となり, 特に長期介護が必要な高齢者を肺炎から守ることが重要と報告されている³⁾. 2024年1月1日に発生した能登半島地震においても, これらの悪条件が重なっており, 高

齢者の肺炎発症の予防が重要となる. その要が, 口腔と栄養のケアである. これらを行う上では支援活動を行うスタッフの後方にて, 人員・物資・口腔ケア物品, 栄養ケアを行うための食糧など調整や確保にあたるロジスティクスも重要である.

我々は, これまで口腔保健および栄養ケアに関わるチームを構成し, 被災地での活動を行ってきた⁴⁾. 災害時の口腔保健および栄養ケアに関する活動には, 多くの専門職が関わる. 能登半島地震においても, 発災直後から災害派遣医療チーム

¹⁾ 浜松医科大学 健康社会医学講座

²⁾ 日本福祉大学 健康社会研究センター

³⁾ 医療法人つむぐ こじまデンタルクリニック

⁴⁾ 旭ろうさい病院 中央リハビリテーション部

⁵⁾ 猪原 [食べる] 総合歯科医療クリニック

⁶⁾ 山梨市立牧丘病院 整形外科

¹⁾ Hamamatsu University School of Medicine

²⁾ Nihon Fukushi University Center for Well-being and Society

³⁾ Medical Corporation Tsumugu Kojima Dental Clinic

⁴⁾ Asahi Rosai Hospital

⁵⁾ Inohara Integrated Dental Clinic

⁶⁾ Yamanashi City Makioka Hospital

著者連絡先: 小島 香 浜松医科大学 健康社会医学講座

〒431-3192 静岡県浜松市中央区半田山 1-20-1 基礎臨床研究棟 9 階

TEL: 053-435-2333 E-mail: kaori.k@hama-med.ac.jp

(Disaster Medical Assistance Team : DMAT) 本場で活動団体登録を行った上で、各医療支援団体と調整し支援を行った。本稿では、能登半島地震の口腔保健および栄養ケアについて行った活動、およびロジスティクス業務に関して報告する。

方法

調査対象は、被害の大きかった輪島地域を中心に発災1カ月以内に口腔保健および栄養ケアに関する活動を行った専門職とした。調査方法は、支援活動前・活動中・活動後のチーム内の文書による記録を調査し内容を分析した。また、能登半島地震に関する新聞報道、能登半島地域の気候などの情報も収集した。具体的な調査内容は、支援活動先、活動内容、口腔保健および栄養ケアに関する物資確保の情報とした。

結果

発災1週間～1カ月の期間に支援活動に参加した者のうち、調査への同意が得られた歯科医師2名、歯科衛生士1名、言語聴覚士1名より情報を得た。そのうち3名は、災害支援の経験を有していた。能登半島地震は、東日本大震災と同じく冬季かつ寒冷地での発災であった。発災1週間後も被害状況の把握がされづらく、ライフラインの復旧も不十分であった。さらに、交通手段の断絶により人的・物的支援の受入れ体制の確立が不十分であり、支援者が集まりづらい状況であった。支援活動への参加については、発災時期、被災地の場所や環境によって、雪道の運転経験や現地での生活力などが異なるため、支援者の選定や組み合わせの調整が必要であった。

1. 発災1週間後の活動内容

被災地における医療支援活動を行う団体であるDMATを中心に、民間の医療支援団体も支援に入っていた。しかし、病院や施設において、身体および生活のケアを行うための人員が不足していた。民間の医療支援団体については、福祉避難所の設営、病院や高齢者施設および避難所の高齢者を中心にケアにあたっていた。発災1週間後の時点では口腔保健に携わるチームは少なく、病院や施設などのDMATにより「今すぐに治療しなく

ても生命に影響はないが、放置しておくとも生命の危険がある人」と判断された方を中心に口腔ケアを行った。また、断水状態であり口腔保清がしづらく、口腔衛生状態が悪化しやすい環境であった。水を使わない口腔保清方法の指導を中心に行った。

2. 発災2週間～1カ月の活動内容

発災2週間後は、施設入所者は搬送が進んでいたものの、能登半島は高齢化率が非常に高い地域であり⁵⁾、発災1週間後に行っていた施設を中心とした口腔ケア以外にも、避難所高齢者の口腔保健へのアプローチの必要性が高かった。避難所では高齢者が床で生活をしており、埃やウイルスを吸い込むことによる肺炎を発症しやすい環境であった。加えて、COVID-19やインフルエンザ等の感染拡大により、それらへの対策も重要であった。活動に当たっては、被災地の専門職、ボランティアに入っている各団体の専門職らと連携しながら行った。この時期には、口腔衛生に関連する支援物資も増えていた。避難所の高齢者を中心に口腔衛生指導および口腔ケアを行った。避難所における口腔保健については、専門的口腔ケア以外にも、セルフケアが行える高齢者については避難所でも行える口腔ケア方法や頻度について説明を行い、肺炎の予防啓発活動に努めた。

また、口腔保健の問題の他にも、発災1週間後では聞かれなかった義歯の不適合に関する問題を抱える人が多かった。義歯の問題により食事が摂りづらい、または取れていない人も多くいた。そのような対象者には、経口補水液やゼリー、補助栄養食品、レトルトパウチの嚥下調整食の提供を行った。

3. 支援物資の確保

本調査の対象者は、災害支援の経験者が含まれていたことに加えて、日常の業務の中で訪問歯科診療、摂食嚥下リハビリテーション、栄養サポートチームを中心に臨床を行っていた。そのため、日常の臨床、学会活動、研究会を通して、口腔および栄養に関連する企業とのつながりを持っている者が多く、企業に能登半島地震における口腔保健および栄養ケアに関する支援活動の必要性を説明し、物資の無償提供を依頼していた。企業が協

力を申し出ただけのことから物資を確保することができた。

考察

能登半島は高齢化率が45%を超えており、避難所生活を送る高齢者を中心とした早期からの肺炎予防、栄養ケアは重要であった。しかし、災害時の口腔保健および栄養ケアに携わるチームおよび専門職は非常に少なく、歯科関連職種のみでなく、管理栄養士や言語聴覚士のニーズも高かった。口腔保健活動と栄養ケアは一体的に行うことが必要だと考えられた。

1. 支援活動

ライフラインが復旧していないことは、自発的な口腔保清を行うことへの妨げとなっていた。感染症の拡大や、避難所の環境が整っていない中では、高齢者の肺炎による災害関連死を招きやすい状況にあり、肺炎予防のための口腔ケアの重要性は高かった。しかし、支援活動を行う医療スタッフが少なく、その中でも口腔保健活動に携わる専門職は非常に少なかった。効率的な口腔保健活動の実行、および避難所の環境整備や公衆衛生的視点を取り入れた行動変容に向けた活動の必要性が窺えた。また、口腔の問題に加えて、食事に関する相談も非常に多かった。避難所においては、義歯に対する十分な対応がしづらい。しかし、避難所生活を送る高齢者において、フレイルやオーラルフレイルの予防は重要であり、栄養摂取は必要不可欠である。発災急性期は調理困難により、適した食事が準備できない。そのための食品の備蓄も重要である。また、今後の支援の体制については、発災時期や被災地の環境に影響されない体制づくりの必要性が伺われた。

2. 支援物資

支援物資の確保に関しては、口腔保健および栄養ケアのみでなく、発災の時期や気候、地域性、フェーズを考慮した上で、適切な物資を依頼する必要があった。災害時のサポート活動においては、災害支援に関する知識を有した者が中心となり、支援活動の内容に即した物資確保を行うことが重要であった。日常の臨床、学会、研究会といった活動を通して企業との関係構築や連携体制の整備も大切である。また、各家庭、保健・医療・福祉関連機関、自治体等における平時からの備えについても検討の余地がある。

今後、災害時の口腔保健および栄養ケアに向けたシステム構築が重要である。平時からの体制を整え、災害早期からの支援活動により、災害関連死の予防につなげることが望まれる。

文献

- 1) Shibata Y, Ojima T, Tomata Y, et al : Characteristics of pneumonia deaths after an earthquake and tsunami: an ecological study of 5.7 million participants in municipalities, Japan. *BMJ Open* 6 : e009190,2016.
- 2) Hiramatsu M, Ohta H : Oral Care that Supports Healthy Lives as a Case Study of the Kumamoto Earthquake. *Decision Science for Future Earth* 10 : 211-217,2021.
- 3) Daito H, Suzuki M, Shiihara J, et al : Impact of the Tohoku earthquake and tsunami on pneumonia hospitalisations and mortality among adults in northern Miyagi, Japan: a multicentre observational study. *Thorax* 68 : 544-550,2013.
- 4) Maeda K, Shamoto H, Furuya S. Feeding Support Team for Frail, Disabled, or Elderly People during the Early Phase of a Disaster. *Tohoku J Exp Med.* 242 (4) : 259-261,2017.
- 5) 日本医師会地域医療情報システム <https://jmap.jp/cities/detail/pref/17> (最終アクセス 2024年1月22日)

長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」の紹介と 運用報告

土屋知洋^{1) 2)}, 峰 紀子²⁾, 松元定次²⁾, 長崎市消防局³⁾

要旨

超高齢社会へ突入し、現在の医療では回復の見込みがない病気で療養中の高齢者が急変した際に、本人が望まない救急搬送が増加することが懸念されている。2018年2月18日、この課題に対し、長崎市内を管轄する警察署・長崎市消防局・長崎市医師会の三関係機関で協議を行った。2019年11月26日、長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」が完成し、運用開始した。その紹介と現況を報告する。

キーワード：蘇生処置拒否，不搬送，事前同意書

Introduction and Operation Report of the Nagasaki City Medical Association's Advance Directive 'My Wishes'

Chihiro Tsuchiya^{1) 2)}, Noriko Mine²⁾, Teiji Matsumoto²⁾, Nagasaki City Fire Department³⁾

Abstract :

February 18, 2018, as we enter a hyper-aged society, there is concern about an increase in the number of emergency transports that are unwanted by elderly individuals recovering from illnesses that are not expected to improve with current medical care when they experience a sudden change in condition. On November 26, 2019, the Nagasaki City Medical Association's version of the advance directive "My Wishes" was completed and put into operation. We will introduce it and report on its current status.

Key Words : refuse of resuscitation, non-transportation, prior consent form

¹⁾ ちひろ内科クリニック

²⁾ 長崎市医師会

³⁾ 長崎市消防局

¹⁾ Chihiro Clinic

²⁾ Nagasaki City Medical Association

³⁾ Nagasaki City Fire Department

著者連絡先：ちひろ内科クリニック

〒850-0022 長崎県長崎市馬町 47-1-3F

TEL : 095-828-0118 E-mail : chihironaikaclinic1@aria.ocn.ne.jp

背景と目的

超高齢社会へ突入し、現在の医療では回復の見込みがない病気で療養中の高齢者が急変した際に、本人が望まない救急搬送が増加することが懸念されている。本人の意思を家族らや関係機関が共有し、連携体制を構築することが課題となっている。この課題に対し、2018年2月18日長崎市を管轄する警察署・長崎市消防局・長崎市医師会の三関係機関で協議を行った。その中で、長崎市消防局より「本人・家族・かかりつけ医の署名が入った“延命処置を希望しない”という書面があり、早急にかかりつけ医に連絡がとれた場合は、延命処置をしないという選択肢もある。そのような書面を長崎市医師会で作って欲しい」という要望があった。当会でたたき台を作成し、他の関係機関（長崎在宅ドクターネットワーク理事会、長崎市地域包括ケア推進協議会医療介護連携部会「高齢者における看取りワーキング」（事務局：長崎市地域包括ケアシステム推進室）、長崎県医師会在宅医療対策委員会、長崎市医師会顧問弁護士、長崎地域メディカルコントロール協議会（事務局：長崎市消防局）でもご検討いただき、適宜修正を行った。その後、2019年8月21日に第2回警察・消防及び長崎市医師会等の関係機関協議会を開催し、長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」の再検討と承認を得て完成した。

「わたしの思い」は、「単に死期を引き延ばすためだけの心肺蘇生は受けない」との宣言文に続き、本人の署名、代理決定者の署名、かかりつけ医の署名、医療・ケアチームの署名欄がある。宣言文はPOLSTに含まれる「心肺蘇生術を実施しないと」いう宣言^{2,3)}や、日本尊厳死協会リビング・ウィル（人生の最終段階における事前指示書）の「死期を引き延ばすためだけの医療措置は希望しません」¹⁾を参考にした。「わたしの望み」は、「わたしの思い」よりも具体的な治療選好を表明するための書式である。すなわち、栄養手段、最期を過ごしたい場所、その他の希望（「誰と」「どのように過ごしたい」など）を記入してもらう。これらの質問は、既存のものより簡潔な内容で平易な表現に徹し、それでいて誤解のない内容に仕上げた。同年11月26日に運用開始の説明会を開催し、そ

の会で長崎大学医学部法医学教授と在宅医の立場からディスカッションを行った。同日を運用開始日とし、現況を報告する。

倫理的配慮

本活動報告により患者や関係者の個人情報特定されないように注意を払った。

運用報告

長崎市消防局よりご提供いただいた資料で、2019年1月1日から2022年1月31日での救急搬送人員数とその年齢、救急隊到着時心肺停止状態の時の蘇生拒否件数について報告する（表1）。

2022年中の長崎市内の救急搬送人員数は22,48人、うち75歳以上12,049人（53.9%）（表1-1）。救急隊到着時心肺停止状態385人、うち75歳以上が249人（64.7%）であった（表1-2）。

蘇生拒否件数は23件（6.0%）（表1-3）あり、口頭による指示が16件（表1-3-①）、書面による指示が7件であった（表1-3-②）。書面による指示7件のうち、3件が長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」であった。蘇生拒否23件のうち、かかりつけ医に引継ぎ不搬送となった事案は11件（47.8%）（表1-3-③）であった。不搬送となった事案は、家族等により口頭または書面で心肺蘇生拒否の提示があり、主治医へ連絡し、主治医の指示のもと心肺蘇生を中止後、現場に到着した主治医へ引き継いだため医療機関への搬送に至らなかったものである。2019～2021年も同様の理由である。

搬送された12件のうち2件（表1-3-④）は心肺蘇生を中止しての搬送であった。家族等から心肺蘇生拒否の提示が口頭または書面であり、主治医へ連絡し、主治医の指示のもと心肺蘇生を中止したが、主治医が現場に向かうことができないなどの理由から主治医の所属する医療機関や主治医と連携する医療機関へ搬送したものである。2019～2021年も同様の理由である。

残り10件（表1-3-⑤）は家族等から口頭または書面にて心肺蘇生拒否の提示があったが、主治医と連絡が取れなかったため、心肺蘇生を継続して医療機関へ搬送したものであった。2019～

表 1 2019 年～2022 年の長崎市内における救急現況

長崎市消防局警防課作成

1 救急搬送人員数				
	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
救急搬送人員数	20,385 人	19,740 人	20,732 人	22,484 人
うち 65～74 歳	3,362 人	3,402 人	3,652 人	3,786 人
うち 75 歳以上	10,354 人	10,195 人	10,786 人	12,049 人
2 心肺停止傷病者搬送人員数				
	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
心肺停止傷病者搬送人員数	343 人	375 人	358 人	385 人
うち 65～74 歳	64 人	70 人	76 人	64 人
うち 75 歳以上	209 人	229 人	220 人	249 人
3 蘇生拒否件数				
	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
蘇生拒否件数	11 件	23 件	11 件	23 件
①うち口頭による提示	8 件	17 件	10 件	7 件
②うち書面による提示	3 件	6 件	6 件	7 件
わたしの思い提示		3 件	1 件	3 件
その他の書面提示	3 件	3 件	0 件	4 件
③うち不搬送件数	2 件	12 件	7 件	11 件
④搬送件数(心肺蘇生中止)	5 件	4 件	1 件	2 件
⑤搬送件数(心肺蘇生継続)	4 件	7 件	3 件	10 件
4 心肺蘇生症例ではない救急事案で「わたしの思い」の提示があり、本人が希望する処置の把握や、かかりつけ医への円滑な連絡に繋がった事案の件数				
	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
心肺停止以外 わたしの思い提示 有		13 件	13 件	21 件

2021 年も同様の理由である。

心肺停止症例ではない救急事案でも「わたしの思い」の提示があり（2022 年中 21 件）、本人が希望する処置の把握や、かかりつけ医への円滑な連絡に繋がった（表 1-4）。

今回の長崎市消防局からいただいた報告では、「わたしの思い」の提示があった傷病者がすべて不搬送であったかどうかの詳細な分析はされていなかった。

長崎市医師会では、2020 年 11 月と 2021 年 11

月に「わたしの思い」の利用人数や、救急隊が出勤した時に有効であった件数、保管場所、改善の要望などを尋ねるアンケートを長崎市医師会会員に行ったが、正確な人数把握には及ばなかった。今後もアンケート調査は継続する予定である。

考察

本人の希望する最期を叶えるために、「わたしの思い」は有用と考えられた。「わたしの思い」は本人とその家族（代理決定者）とかかりつけ医

が納得して署名しており、また、かかりつけ医の緊急時の連絡先を記入していただくことにより、かかりつけ医への円滑な連絡に繋がった。また、かかりつけ医に連絡が取れない場合の代替案をかかりつけ医が考えるよいチャンスになった。代替案はかかりつけ医が不在にする時、友人医師に頼むことが多い。長崎市医師会としては長崎市を数地域に分け、その地域の看取りを地域の診療所や病院が支えるシステムを検討中である。

運用開始後、新型コロナウイルスのパンデミックが起これ、「わたしの思い」の市民への周知がまだまだである。また、「わたしの思い」が紙であり、今後は、救急隊や警察、各病院間でも ICT で情報共有することが不可欠と考える。長崎には「あじさいネット」があり、「わたしの思い」の情報や患者さんのアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の情報が載せられ多機関で見られるようにすることも急務である。

この内容は、第 5 回在宅医療連合学会大会で発表させていただき優秀賞を受賞させていただきました。

謝辞

この活動にあたり、長崎市消防局の多大なる貢献に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 公益財団法人日本尊厳死協会ホームページ：リビング・ウィル - Living Will——人生の最終段階における事前指示書 <https://songenshi-kyokai.or.jp/living-will> (最終アクセス 2024 年 1 月 7 日)
- 2) 日本臨床倫理学会ホームページ：日本版 POLST (DNAR 指示を含む) 作成指針 <https://c-ethics.jp/deliverables/detail02/> (最終アクセス 2024 年 1 月 7 日)
- 3) 日本集中治療学医学会倫理委員会：生命維持治療に関する医師による指示書 (Physician Orders for Life-sustaining Treatment, POLST) と Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示. 日本集中治療医学会誌. 24 : 216-26, 2017.



わたしの思い

ともに考える — アドバンス・ケア・プランニング（人生会議） —

ご両親やご家族など身近な方を亡くされた後、「父の最期は、本当にこれでよかったのだろうか?」「胃瘻とか点滴とか、して欲しくなかったのでは?」「本当は、家で最期を迎えたかったのでは?」など、最終決断を下した自分に、自責の念にかられたことがある方はいらっしゃるのではないのでしょうか?

近年、日本は、世界に類を見ない超高齢社会へ突入しており、国は、「地域包括ケアシステム」の実現により、住み慣れた地域で、最期まで自分らしく生きられる地域社会を目指しています。

「生きていてよかった」と思える人生の最終段階を迎えるために、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）が重要となってきます。

アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）とは、「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人と代理決定者等（本人が判断能力を失った際に本人に代わって治療方針を決定してくれる家族など信頼できる人物）と医療・ケアチームで、事前に繰り返し話し合う過程」と定義されています。

今後起こりうる状況を医療・ケアチームから説明を受け、受けたい医療と受けたくない医療を明らかにし、自分に代わって治療方針を決定してくれる代理決定者（複数可）を決定する。これが「アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」です。

アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）は、話し合いを経て、本人、代理決定者、医療・ケアチームが、本人の希望を共有することによって、本人の希望が尊重されやすいという利点があります。また、心の変化・病状の変化によって、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）に基づく本人の思いは、いつでも、何度でも書き直せるという利点もあります。

日本では、死について話し合うことはまだまだタブー視されています。自ら自分の死について話し合おうとすると、子供たちや配偶者から「縁起でもない」と断られます。子供から親の死について話し合おうとすると、親から「財産狙いか」と誤解され、親子関係がギクシャクしたりします。しかし、そこに医療・ケアチームが入ることによって、本来の目的がはっきりし、円滑な話し合いになります。また、本人の希望や情報を医療・ケアチームと共有することによって、代理決定者が治療方針を決定しなくてはならなくなった際に、医療・ケアチームがアドバイスでき、代理決定者の心の負担を軽減することが出来ます。

自分らしい最期を考えることは、自分らしい人生を全うすることでもあり、自分の人生を大切に考える一つの機会です。ともに考えましょう。

長崎市医師会

※ いかなる場合にも、書面に記載された意思の内容を実現する法的義務を医療者及び救急隊が負うものではありません。

長崎市医師会 2020.6.9 作成 第2版

1

わたしの思い

私は、現在療養中の病気で、回復が見込めない状態になった場合に、例えば急激な変化を起こして自分で判断できなくなった時に、ただ単に死期を引き延ばすためだけの心肺蘇生（心臓マッサージ、人工呼吸器、AEDによる電気ショック、薬剤投与、気管挿管を含む）は、受けません。

- ◆本人の意思により、いつでも何度でも自由に書き直すことができます。
- ◆意思が変わった場合は、かかりつけ医に申し出てください。

◇作成日： 年 月 日

◇更新日： 年 月 日

○は必須項目です

○本人の署名 _____ 署名日： 年 月 日

本人の意思が上記であることを確認しました。

○代理決定者1の署名 _____ 続柄（ ）署名日： 年 月 日

代理決定者2の署名 _____ 続柄（ ）署名日： 年 月 日

○かかりつけ医の署名 _____ 署名日： 年 月 日

医療機関名 _____

医療・ケアチームの署名 _____ 署名日： 年 月 日

事業所名 _____

救急隊へ 出動された場合は、必ず かかりつけ医 へご連絡下さい。

かかりつけ医緊急連絡先：（医療機関・携帯） _____

病状の概要：

※ いかなる場合にも、書面に記載された意思の内容を実現する法的義務を医療者及び救急隊が負うものではありません。

わたしの望み

—自分らしい、よりよい最期を迎えるために—

〈1〉自分で食べることができなくなり、医師から回復不能と判断された時の
栄養手段

- 鼻チューブによる栄養補給 胃ろうによる栄養補給
 中心静脈栄養 点滴による水分補給
 お口から食べられる分だけ食べる

〈2〉最期を過ごしたい場所

- 自宅 自宅以外（病院、介護施設など）
 分からない その他

〈3〉その他の希望（「誰と」「どのように過ごしたい」など）

〈4〉自分の意思を伝えたい人（代理決定者※）

※本人が判断能力を失った際に本人に代わって治療方針を決定してくれる家族など
信頼できる人物（複数可）

1. 氏名_____ 続柄（ ）

2. 氏名_____ 続柄（ ）

終末期になったときの医療の希望について（説明）

心臓マッサージなどの心肺蘇生とは？

- 心肺蘇生とは、死が迫った時に行われる、心臓マッサージ、気管挿管（口や鼻から気管に管を入れる）、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為をいいます。
- 心臓マッサージをすると、心臓が一時的に動き出すことがあります。
- 気管挿管の場合、必ずしもすぐに人工呼吸器を装着するわけではなく、多くの場合、手動のバック（アンビューバック）を連結して医療スタッフが呼吸補助をします。この行為により、一時的に呼吸が戻ることがあります。

延命のための人工呼吸器の装着とは？

- 気管に通した管に機械をとりつけ呼吸をさせます。装着してから亡くなるまでの期間は病気により異なります。

人工透析とは？

- 腎臓が機能しなくなった時に、腎臓の機能の代行する装置を用い、血液の老廃物を人工的に取り除くことです。

胃ろうによる栄養補給とは？

- お腹から直接、胃に通したチューブで流動食を送り込むことです。
- 事前に内視鏡を使い、局所麻酔で胃ろうを作る手術を受ける必要があります。

鼻チューブによる栄養補給とは？

- 鼻チューブでは手術は必要ありませんが、鼻や喉に違和感があります。定期的に交換する必要があります。
- 胃ろうや鼻チューブでは、常に栄養補給ができます。しかし、終末期の状態では、栄養を十分に体内に取り入れることができないため、徐々に低栄養になります。また、栄養剤が食道から口の中に逆流して誤嚥性肺炎を合併することがあります。

点滴による水分補給とは？

- 重度の脱水にならないように行います。栄養はほとんどなく次第に低栄養が進行します。
- このほかに、太い静脈に点滴チューブを通し、より多くの栄養を持続的に入れる高カロリー輸液（IVH）という方法がありますが、点滴チューブを介した感染症を起こすことがあります。

一「長崎市医師会版 わたしの思い」を使っていたり医師の方へ

長崎市医師会

日本は超高齢社会へ突入し、現在の医療では回復の見込みがない病気で療養中の高齢者が急変した際に、本人が望まない救急搬送や延命治療が増加することが懸念されています。どのような最期を迎えたいのか、本人の意思を確認し、家族や関係機関が共有することにより、連携体制を構築することが必要です。

- 1.この「わたしの思い」は、いかなる場合にも、書面に記載された意思の内容を実現する法的義務を医療者及び救急隊が負うものではありません。
2. 本人の意思により、いつでも何度でも自由に書き直すことができます（意思が変わった場合は、かかりつけ医に申し出が必要）。
3. 現在療養中の病気や他の合併症で回復が見込めない状態になった場合、例えば急激な変化を起こして自分で判断できなくなった時を想定します。ただ単に死期を引き延ばすためだけの心肺蘇生（心臓マッサージ、人工呼吸器、AEDによる電気ショック、薬剤投与、気管挿管を含む）を、受けたくないという意思表示のある方に対し、かかりつけ医が現在の病状や今後起こりうる変化を本人と家族等（代理決定者※を含む）に説明し、「**わたしの思い**」に納得されたうえで、医師の目の前で、本人、家族等、かかりつけ医、医療・ケアチーム（必須でない）に署名していただくこととなっています。

- ・代理決定者※とは、本人が判断能力を失った際に本人に代わって治療方針を決定してくれる家族など信頼できる人物のこと。
- ・自署できない場合は、代筆者が医師の目前で署名し、空欄に代筆者の氏名と続柄を記載していただきます。

また、本人や家族等から署名をいただくときに、急変時はまず、かかりつけ医か訪問看護師に連絡することを、改めてご説明下さい。

4. 代理決定者は、書面の都合上2名になっておりますが、それ以上おられる場合は、空きスペースに署名していただくなどご対応をお願いします。基本的には、キーパーソンである家族の署名が必要となりますが、今後、単身世帯が増えることが想定されることから、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨より、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みます。本人からの聞き取りやキーパーソンからの聞き取りで、この親族からも署名をもらっていた方がいい（異論が出る可能性がある、他の親族に知ってもらわないと心配である等）との確認を取ることができれば、その親族からも署名をもらうことが望ましいと考えます。
5. かかりつけ医には必ず連絡先と主病名を書いていただきます。急変時に救急隊を呼んだ場合でも、この事前指示書があることで、直ぐに救急隊からかかりつけ医に連絡を取ることができれば、本人が望まない心肺蘇生をしない場合があります。

6. 本人が認知症の場合（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む）であっても、その能力を最大限に活かして、自らの意思に基づいた最期を迎えることができるようにすることは大切です。認知症の方の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則とプロセスについては、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省 平成30年6月）をご参照下さい。
7. 余命がどのくらいの時に、意思表示をしてもらうかについては、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省 平成30年3月改訂）に基づいた「意思決定支援教育プログラム（E-FIELD）」において、「この1年以内に亡くなくても驚かないとき」となっています。しかし、認知症の方など、本人が自ら意思決定できる早期（認知症の軽度）の段階で、今後の生活がどのようになっていくかの見通しを本人や家族、関係者で話し合い、先を見通した意思決定支援が繰り返し行われることが重要です。
8. この「わたしの思い」は、いかなる場合にも、書面に記載された意思の内容を実現する法的義務を医療者及び救急隊が負うものではないため、有効期間はありません。本人が希望する最期を迎えるために、本人の意思を繰り返し確認することが必要です。
9. また、「わたしの望み」と題して、〈1〉「受けたい栄養手段」〈2〉「最期を過ごしたい場所」、〈3〉「その他の希望」など自由に書き込めるようになっており、〈4〉は、自分の意思を家族等の誰に伝えたいかを明確にする欄になっています。代理決定者を選定する際に役立つと思われます。
10. この「わたしの思い」は、冷蔵庫の前に貼ることや安心カードの筒の中に入れて置くなど、出動した救急隊が分かりやすい場所に保管していただければと思います。
11. 気持ちは揺らぐものです。何度でも書き換えられます。「思い」や「価値観」を家族等やかかりつけ医、医療・ケアチームと共有することによって、よりよい人生を全うすることができます。

「長崎市医師会版 わたしの思い」Q&A

Q1 本人の意思が決まっていて、その後本人が意思表示できなくなった場合、代理決定者が2名いて、それぞれの意向が異なる場合はどのようなになるのでしょうか？

A1 この「わたしの思い」は、いかなる場合にも、書面に記載された意思の内容を実現する法的義務を医療者及び救急隊が負うものではありません。Q1のような状況の場合、本人の意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとるため、家族等と医療・ケアチームで話し合い、意見がまとまらない場合は、専門家へのコンサルテーションが必要となります。長崎県内でも「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省 平成30年3月改訂)に基づいた「患者の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 (E-FIELD 長崎)」が行われています。受講希望の方は、長崎市医師会へお問い合わせ下さい。

Q2 本人が代理決定者の意向を酌んでしまい、本人の意思と異なる選択をした場合は？

A2 本人の適切な意思決定がなされるための支援として、前述の「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省 平成30年6月)に、意思決定支援のプロセスの確保(意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援)が掲載されていますので、ご参照下さい。

Q3 作成にあたって、弁護士や公証人の立ち会いは必要でしょうか？

A3 この「わたしの思い」は、いかなる場合にも、書面に記載された意思の内容を実現する法的義務を医療者及び救急隊が負うものではありません。そのため、弁護士や公証人の立ち会いは必須ではありません。家族が希望されたり、かかりつけ医の先生が必要と感じられた場合は、そのご判断にお任せいたします。

「長崎市医師会版 わたしの思い」は、長崎市医師会で初めての取り組みであり、今後、先生方のご意見をいただきながら、改訂していきたいと思っております。ご意見・お問い合わせは、長崎市医師会事務局まで、宜しく願いいたします。

〔連絡先〕長崎市医師会事務局 担当：医事課
TEL095-818-5511 FAX095-818-5633
E-mail ncma-iji2@ncma.or.jp

避難行動要支援者の個別避難計画作成における 在宅療養支援診療所の役割 ～院内個別避難計画作成プロジェクトの紹介～

金子昌裕^{1) 2)}, 藤本 翠¹⁾, 尾本仁那¹⁾, 鷹津 英¹⁾, 清水政克¹⁾

要旨

令和3年の災害対策基本法改正で、市町村は災害時の自主避難が困難な「要支援者」について個別避難計画を作成することが努力義務となった。しかし、優先度の低い住民については法律上の作成責任者の規定が不明確であり、自治体によって進展状況が大きく異なっている。当院では令和4年9月の大雨の際に避難支援を行った経験の期に、在宅患者の個別避難計画の作成を行った。時間帯別の役割分担を明確化したテンプレートの作成を通じて、災害時の避難計画の実現可能性向上を試み、81名の在宅患者の計画が完成している。今後は在宅療養支援診療所が、自治体やケアマネジャーと連携して関わることで個別避難計画の作成が進んでいく可能性がある。

キーワード：個別避難計画、災害対策、事業継続計画

The role of home care support clinics in the development of individual evacuation plans for home care patients.

Masahiro Kaneko^{1) 2)}, Midori Fujimoto¹⁾, Nina Omoto¹⁾, Hana Takatsu¹⁾, Masakatsu Shimizu¹⁾

Abstract :

With the revision of the Basic Act on Disaster Management in 2021, municipalities must endeavor to formulate individual evacuation plans for “residents in need of assistance in evacuation.” However, there is no clear legal responsibility for individuals with lower priority in plan creation, resulting in significant disparities in progress among local authorities. After our clinic supported the evacuation of home care patients during heavy rain in September 2022, we took the lead in creating individual evacuation plans for 81 home care patients. We designed a template for easy evacuation planning at our facility, specifying supporter names, evacuation routes, and locations. Assigning time-specific roles to each supporter aims to increase the practicality of evacuation during emergencies. Many local governments are currently outsourcing the task of creating evacuation plans to care managers. However, there is a nationwide shortage of care managers, making it impractical to delegate the creation of all evacuation plans to them. In

¹⁾ 医療法人社団 清水メディカルクリニック

²⁾ 公益財団法人復光会 垂水病院

¹⁾ Shimizu Medical Clinic

²⁾ Tarumi Hospital

著者連絡先：金子昌裕

〒673-0862 兵庫県明石市松が丘2丁目3-7

TEL : 078-918-3799 E-mail : qhnqj628@gmail.com

the future, clinics like ours might work with local governments and care managers to create more individual plans.

Key Words : individual evacuation plan, disaster plan, business continuity plan

背景

様々な理由から災害時に被害を受けやすい集団 (vulnerable population) については、平時から災害対策をとることが重要と考えられている¹⁾。わが国では東日本大震災を契機に、2013年の災害対策基本法改正に伴って避難行動要支援者（以下、要支援者）名簿の作成が自治体に義務付けられた²⁾。また、2021年の災害対策基本法改正で要支援者すべてに個別避難計画を作成することが、地方自治体の5年間の努力義務として明記された²⁾。要支援者の定義は自治体に依存するが、多くの自治体で要介護、難病、障害の認定を持つすべての住民や妊婦、外国人が含まれており³⁾、その数は膨大で自治体の負担は大きい。ただ、60%程度の自治体で部分的には作成が進んでおり⁴⁾、優先度が高い住民については各自自治体が主体となり計画が作成できている。ここでの問題は優先度が低く、自治体が作成の主体とならない住民である。内閣府の指針には、「これらの住民は本人と家族、そして医療福祉関係者と地域住民が作成する」とある。しかし、これには明確な規定がなく、各自自治体が独自の取り組みで作成を奨励しているのが現状である。在宅療養支援診療所は在宅患者の医療面の中核となる存在であるが、個別避難計画の作成に関わったという報告は少ない。当院では2022年9月に発生した大雨の際に在宅患者の避難支援をした経験を契機に、局所災害に特化した在宅患者の個別避難計画の作成を行ったため、その成果をここに報告する。

事例紹介

1. 2022年9月大雨の際の避難支援

前提として当院では元々、院内 Business Continuity Plan (BCP) の一環として全患者の避難優先度 (表1) を、訪問診療専用スケジュール管理ソフトである CrossLog⁵⁾上に登録していた。

9月11日に明石市全域で大雨が続き、14時に高齢者避難勧告が発令された。この際に当院のオンライン看護師が勧告に気づき、対象地域の避難優先度が高い表1のA、Bに該当する患者2名について電話で避難支援の必要性の聞き取りを行った。この結果1名は避難をせずにケアマネジャー (CM) から介護ベッド用の予備電源を借りる、もう1名はショートステイ先へ緊急避難という対応を1時間程度で実行できた。これを踏まえて、各患者について当院と連携機関だけで対応が完了する程度の局所災害については個別に対応を決めておく必要を感じ、全患者について個別避難計画を作成することにした。

2. 個別避難計画の現状把握

中心となる医師1名、看護師1名で作業を開始したが、検討するなかで上述した「個別避難計画」を各自自治体が作成していることが明らかになった。このため、当院周囲の明石市と神戸市の保健所、福祉局、地域包括支援センターなどに現状の聞き取りを行った。その結果、当院周囲の自治体では保健所が把握する重症心身障害児または障害等級のある患者で人工呼吸器を常時使用している住民のみ、保健所が主体となって個別避難計画を作成していたことが明らかになった (表2)。しかし、その他の患者については作成主体が決まっておらず、CMや地域の防災組織向けの助成事業があるが⁶⁾、聞き取りによれば利用件数は少ないとのことだった。

表1 当院での在宅患者の避難優先度

在宅患者の避難優先度

- | | |
|---|----------------------|
| A | 医療デバイスに依存しており自主避難が困難 |
| B | 医療デバイスはないが自主避難困難 |
| C | 医療デバイスに依存しているが自主避難可能 |
| D | 医療デバイスはなく自主避難可能 |

3. 個別避難計画のテンプレート作成

多くの自治体で福祉専門職が作成の委託を受けており、まずはCMや相談支援専門員と連携して作成するのが妥当だろうと考え、CMに向けて現在の災害対策についてのアンケートを行った。回収率は送付先86件中72件(84%)で、内容について他のスタッフや連携機関のCMと議論を重ねた結果を表3にまとめた。それをもとにA4用紙1枚に収まるテンプレート(図1)を作成した。

4. 個別避難計画の作成

作成したテンプレートと手引きをCMと相談支援専門員に送付し作成を依頼した。回答された内容を看護師がチェックして不明点を聞き取り追記して、訪問診察の際に患者・家族に確認をとつ

たものを完成版とした。診察時間を圧迫しないよう確認は数分程度にし、不十分でも現時点の完成形として扱うこととした。回答がなかった場合は、訪問診療時に家族へ依頼して完成させた。完成した計画は1部を自宅に、1部はカルテへ取り込みいつでも確認が可能な状態とした(図2)。当院では2023年2月から作成を開始し2023年7月末時点で、114名の作成対象患者のうち93名で作成完了または作成中である。なお、介護施設入所中の患者は除外、新規患者や明らかに週単位以内の予後と思われる患者は状態が安定するまで保留するという方針をとっている。このため作成できなかった患者は作成前の死亡や転医が多く、保留となっているケースは状態が不安定な患者が多い(表4)。

表2 兵庫県明石市・神戸市での個別避難計画の作成主体

		人工呼吸器+重心 or 障害	
		あり	なし
CMまたは 相談支援専門員の担当者	あり	作成主体：保健所 保健所が作成済	作成主体：未定→担当者に依頼
	なし		作成主体：未定→当院が作成

CM：ケアマネジャー、重心：重症心身障害児、障害：身体障害者

表3 避難計画についてのアンケートの分析

避難計画作成前のアンケート(72人のCMから回答)からの問題点の抽出

①24時間対応の問題(約2割)

災害の覚知や避難先の調整などの対応が24時間体制にない

②避難先の問題(約4割)

避難先が決まっていない、連絡先が不明

⇒これらを明記する必要性

③家族や本人との話し合いが不十分(約2割)

家族の負担が大きすぎる、家族の能力が過小評価されている

院内スタッフやCMからの意見

①アンケート内容がわかりにくい⇒テンプレートは穴埋め式で作成

②全員完璧を目指すのは不可能⇒現時点での結果を記録する

③支援者という名前は硬い⇒サポーターに変更

CM：ケアマネジャー

さまの個別避難計画

この計画は火事や停電、大雨や台風など比較的狭い範囲でおきた災害に対する避難計画です。

●避難サポーター

被災時は情報担当が被災を把握し、連絡担当へ連絡する。24時間誰かが(対応できる・できない)

名前(関係)	電話番号	役割	対応時間帯
		情報・連絡・避難	平日日中・休日夜間
		情報・連絡・避難	平日日中・休日夜間
		情報・連絡・避難	平日日中・休日夜間
		情報・連絡・避難	平日日中・休日夜間
		情報・連絡・避難	平日日中・休日夜間
XX クリニック	XXX-XXXX-XXXX	情報・ 連絡 ・避難	平日日中・休日夜間

●避難手段

自家用車(サポーターの車も含む)

タクシー、介護タクシー(契約事業所:無、有:) 連絡先 Tel:)

●避難所(親族の家、ショートステイ、病院など)

名前・住所	電話番号	事前相談
		未 ・ 済
		未 ・ 済
		未 ・ 済

内服薬の予備: [] 日分あり、 避難所での留意事項:

●停電時の電源

人工呼吸器・在宅酸素などがありますか? (はい・いいえ)

予備電源はご自宅にありますか? (はい・いいえ)

ない場合の対応: (事業所から貸し出し・避難所へ移動)

吸引器・吸入器はありますか? (はい・いいえ)

予備電源はご自宅にありますか? (はい・いいえ)

ない場合の対応: ([]時間までなら不要・事業所から貸し出し・避難所へ移動)

エアマットや介護ベッドはありますか? (はい・いいえ)

予備電源はご自宅にありますか? (はい・いいえ)

ない場合の対応: ([]時間までなら不要・事業所から貸し出し・避難所へ移動)

●備考

図1 個別避難計画テンプレート

テンプレートをもとにケアマネジャーや相談支援専門員、患者や家族へ記載を依頼した。

考察

当院のテンプレートの特徴は災害を覚知して避難を判断する「情報」担当、情報担当からの要請で避難先や移動手段に連絡を取る「連絡」担当、実際に患者の移動を助ける「避難」担当という3つの役割分担を作り、それを時間帯別に決めたことにある。これによって時間帯別に誰がどこまでするかという流れが明確になり、有事の実現可能性が上がることを期待している。一方で、記載内容には不十分なものも多く、訓練の実施もないため実際にどこまで機能するかは不明な部分が多い。ただ、アドバンス・ケア・プランニングと同様、私たちが計画を作成することで、関係者が災害という「もしものとき」を想像して備える必要

性に気づく第一歩になるのではないかと考えている。今回も家族や担当者から「もしもの時のショートステイを考えたい」、「電源のことは考えていなかった」など新たな気づきを得たと思われる反応が多かった。

当院の個別避難計画はカルテ記載内容と併せて法定要件（災害対策基本法第49条の10、第49条の14）を満たしている。ただ、当院で想定した対策はあくまでも周囲の交通・医療福祉機関が被災していない局所災害に限ったもので、大規模災害を想定した災害対策基本法の理念からはズレがある。大規模災害時は平時の連携範囲だけで対応することは不可能であり、広範囲の医療福祉機関や地域の防災組織との連携が重要となってくる。このため、今後は自治体と共同で大規模災害にも対応できる計画を作成していきたいと考えている。

個別避難計画への取り組みは自治体間の差が大きく、数百件完成している地域も未作成の地域もある⁷⁾。今後作成を考える場合は所属する自治体での取り組みについて知っておくことが重要だろう。また、現在はCMに業務委託されるケースが多いが、そもそも近年CMの不足が問題となっており⁸⁾、CMの負担感のなかで業務の広さが挙がっている⁹⁾以上、CMにすべてを任せるのは現実的ではない。実際、当院の避難計画作成でも、1割ほど担当者が何らかの理由で作成できなかったケースが出ている（表4）。また、CMも相談支援専門員もいないが医療依存度が高く、訪問診療を受けているという住民＝患者については、訪問診療を行っている医療機関が主体となって作成するしかないのではないだろうか。今後、医療機

テンプレート作成後

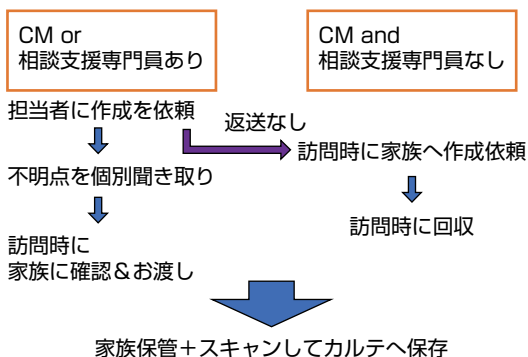


図2 当院での個別避難計画作成フロー

CMか相談支援専門員がいる患者についてはまずはその担当者へ作成を依頼する。

担当者での作成が困難だった場合や担当者がいない場合は当院が本人や家族へ作成を依頼する。

CM：ケアマネジャー

表4 2023年2月～7月末までの院内個別避難計画作成状況

作成対象者	114人
作成済み	81人 79人：担当者が作成、3人：担当者不在で家族が作成
作成中	12人 11人：担当者が作成できず、家族が作成
保留	8人 4人：新規患者、3人：状態不安定、1人：CM変更中
未作成	13人 12人：作成中又は保留中に看取り、1人：作成中に転医

CM：ケアマネジャー

関へ診療報酬上の加算などがつけば取り組む医療機関も増えることが予想される。ただ、そもそも現行の行政からの避難計画作成に関する経済的な助成は自治体ごとにバラバラで、要求される内容に比して助成金額が少ない自治体も多く（例：計画作成から地域の防災組織との連携、訓練の実施まで行って、1件7,000円[兵庫県、岡山県など]）、財源・予算の見直しが必要になる可能性が高い。本報告を今後の在宅患者の個別避難計画について考える際の参考にしていただければ幸いである。

文献

- Centers for Disease Control and Prevention. Planning for an Emergency: Strategies for Identifying and Engaging At-Risk Groups. <https://www.cdc.gov/nceh/hsb/disaster/atriskguidance.pdf>（最終アクセス2024年7月12日）
- 内閣府（防災担当）. 避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針. 2022. <https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/youengosya/r3/pdf/shishin0304.pdf>（最終アクセス2024年7月12日）
- 内閣府（防災担当）. 避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針（令和3年5月改定）参考資料（V部）. <https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/youengosya/r3/pdf/202105sankou.pdf>（最終アクセス2024年7月12日）
- 総務省. 総務省報道資料 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取り組み状況の調査結果（令和4年6月28日）. https://www.soumu.go.jp/main_content/000822486.pdf（最終アクセス2024年7月12日）
- 訪問診療専用スケジュール管理ソフト CrossLog. <https://crosslog.life/>（最終アクセス2024年7月12日）
- 明石市. 個別避難計画の作成について. https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/fu_soumu_ka/shise/koho/oshirase/kobetu_shiennkeikaku.html（最終アクセス2024年7月12日）
- 内閣府. 令和4年度個別避難計画作成モデル事業. <https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/r4modeljigyo.html>（最終アクセス2024年7月12日）
- 職業情報提供サイト（日本版O-NET）介護支援専門員 / ケアマネジャー. <https://shigoto.mhlw.go.jp/User/Occupation/Detail/132>（最終アクセス2024年7月12日）
- 日本総合研究所. 令和4年度老人保健健康増進等事業「介護支援専門員の養成に関する調査研究事業」報告書. https://www.jri.co.jp/file/column/opinion/pdf/2304_mhlwkrouken_report5.pdf（最終アクセス2024年7月12日）

患者の在宅医療を円滑に支援するための当院における 医事課職員が担う「橋渡し」の取り組み

妹尾 恵¹⁾, 牧 貴紀²⁾, 柳橋 健²⁾

要旨

介護保険や、介護保険を用いて利用することの出来る在宅および通所サービスは在宅医療を支援するために欠かせない。しかしながら、在宅医療導入にあたり介護保険制度に関して患者や家族の情報や理解が十分でない場合がある。当院では、在宅患者や家族と介護保険サービス導入の橋渡しの役割を訪問診療担当の医事課事務職員が積極的に行なっている。非資格職員である医事課事務職員が、患者や家族の在宅生活を安楽にすることのできる当院の活動について若干の文献的考察を加えて報告する。

キーワード：医療事務、介護保険、家族支援

Activities of office workers of the medical affairs division supporting in-home patients and their families.

Kei Senoo¹⁾, Yoshinori Maki²⁾, Ken Yanagibashi²⁾

Abstract :

Long-term care insurance, and in-home or commuting services based on long-term care insurance are indispensable supports for home care medicine. However, in some cases, patients and their families do not have enough information or understanding of long-term care insurance system at the initiation of home care medicine. In our institute, office workers of the medical affairs division communicate with in-home patients and their families for smoothly introducing long-term care insurance services. In this paper, we report the activities of medically unqualified office workers of the medical affairs division who support in-home comfortable life of patients and their families.

Key Words : medical affairs division, long-term care insurance, family care

¹⁾ 医療法人良善会ひかり病院 医事課

²⁾ 医療法人良善会ひかり病院

¹⁾ Medical Corporation Ryozenkai Hikari Hospital Division of medical affairs

²⁾ Medical Corporation Ryozenkai Hikari Hospital

著者連絡先：医療法人良善会ひかり病院 代表者氏名：牧 貴紀

〒520-0002 滋賀県大津市際川3丁目35-1

TEL : 077-522-5411 E-mail : passatempo19840816@gmail.com

はじめに

当院は滋賀県大津市に拠点を有する有床在宅療養支援病院である。同一施設内に訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション及び居宅介護支援事業所が併設されており、在宅医療を受ける患者とその家族を包括的に支援することができる体制をとっている。また、新規患者の受付や訪問診療スケジュールの管理など、訪問診療医と共に医事課事務職員が調整的に関わる体制をとっている。医事課事務職員は、在宅患者や家族、医療・看護・介護職員の橋渡し役を担っており、在宅患者や家族が安心して在宅医療を受けることができるように支援している。

実臨床における活動

慢性心不全や認知症を有した92歳女性の家族から、訪問診療の依頼を受けた。医事課事務職員が訪問診療医の指示のもと家族に了承を得て、患者の病状や臨床経過、それに基づき訪問診療が適応となりうるかといった情報をかかりつけ医へ電話で意見照会を行った。医事課事務職員が介護保険の利用状況を家族に確認をしたが、患者の介護認定は未申請であった。

家族は在宅支援サービスの活用については必要でないと考えている様子で、介護保険制度に関する情報が不足していると推察された。そのため、患者の在宅生活を支援するための制度としての介護保険やそれに付随したサービスが存在することを医事課事務職員が患者家族に伝えた。訪問診療導入と共に地域包括支援センターへの連絡及び当院併設の居宅介護支援事業所との連携を医事課事務職員が図り、初回以降、訪問時には、訪問診療医に医事課事務職員が随行した。訪問診療時に医師からも在宅支援サービスの活用に関して情報提供を行なったところ、家族は在宅支援サービスの必要性を認識し始めたようで、地域包括支援センターからの支援に関して医事課事務職員に調整を依頼された。最終的には患者の介護認定取得、ケアマネージャーの選定とケアプラン作成に至った。

考察

我が国の医療は医療職に対する許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進が必須となっている¹⁾。在宅医療においても多職種によるチーム医療の重要性が指摘されているが、これらは医療保険による医療・看護の支援提供のみならず、介護保険を利用した在宅及び通所サービスや意思決定能力の不十分な者への支援事業などから構成されている²⁾。訪問診療を支援するサービスの調整は、専門職であるケアマネージャーが担っており、ケアマネージャー介入の起点は、介護認定の申請となる事が大半である。しかし、訪問診療導入にあたり、介護者家族の理解や協力が十分でない場合など、介護認定の申請をしていないケースがあり、利用者の自己決定による選択と利用が実現されていない可能性がある³⁾。介護者家族の医療制度、介護制度、在宅療養を支援する制度への理解度を高め、受益権利を認識してもらう事は、介護者の負担も軽減し在宅療養を継続する事に繋がると考えられる⁴⁾。

意思決定に困難が伴う利用者への支援サービスは、成年後見人制度や日常生活自立支援事業(2007年まで「地域福祉権利擁護事業」の名称)が存在し介護保険制度は2000年に施行されて以来、地域包括センターの設置、多くの自治体や機関毎にもフォーマル、インフォーマルサポートの活用、ソーシャルサービス、社会起業家推進、社会資源活用がされてきた^{5~7)}。これらの制度は申請主義であり、利用者の状況や環境により、サービスを選択するための意思決定支援を必要とするケースも稀でなく、自己決定の尊重に付随する申請主義は、制度が運用される中で抱え続けている課題の1つである^{2~7)}。そのため在宅療養を望む患者や家族が申請を行い、制度の利益を享受できるように、相談を受ける可能性のある医療機関職員による適切な助言は有効と考えられる⁸⁾。

在宅医療において求められる支援とは、利用者や家族の精神的・肉体的負担感の軽減を行う事、ニーズを形にして迅速に対応する事、多種職間の連携に必要な橋渡しをする事、とされている。我々が涉猟した限り、在宅医療で求められる支援に関して、医療職、介護職、福祉職が果たす役割につ

いての先行研究は存在するが、非資格者や事務職に関する報告は限られている。患者に関する速やかな情報共有と職種間の連携は、相談者の負担軽減に繋がり、患者サービス向上といった利点となりうる。在宅医療において質の高い医療を効率よく提供するためには、チームの統合性、スピード性、効率性の3つの要素が欠かせない^{1,12)}。当院では施設内に介護、看護、居宅の各事業所が併設されているため、平生より多職種間の関係性が構築されており、連携調整を比較的容易かつ迅速に行うことができる。また、訪問診療の依頼を当院の医事課事務職員が窓口となって受け付け、実際の訪問診療にも総じて随行している。患者や家族の在宅医療を安楽にする介護保険を利用したサービスに対する理解や選択を、医事課事務職員が多職種間や利用者の橋渡し役として支援しようとする。介護保険制度や在宅支援サービスに対する知識や理解が平生より培われている医事課事務職員が、訪問診療に関する業務に携わることで利点と思われる。

在宅医療においては、こうした橋渡しの役割を患者や家族に関わる全職種が担うことで、より相補的な支援を行うことができると考えられる。そのためには、在宅生活を送るにあたって患者や家族の社会的背景、悩みや不安、問題と考えられている事柄を把握し（聴取）、必要な支援の選択と導入時期を吟味することが必要である（評価）。必要な支援とそれに関する情報へのアクセスもしくはアクセスサポートを提示し（提案）、支援導入に必要な専門職への橋渡しを行う必要がある（連携）。患者の病状や家族の状況の変化に応じて全職種が、この聴取、評価、提案、連携のサイクルを繰り返すことによって、より良い在宅医療の環境を提供できると考えられる。

本症例では、家族からの初回入電を担当医事課事務職員が受けたため、聴取、評価を入電時より行い、提案を数回に分けて行った。この際、聴取から提案が複数回に渡った理由は、介護保険や在宅支援サービスについて家族の理解を深め、介護申請が最終的に決断されるまでに時間を要したことに加え、医事課事務職員が院内他部署との調整を行ったためである。医事課事務職員は患者や家

族を医療資格職員へと橋渡しすることが一つの役割であり、聴取、評価、検討の段階で訪問診療医の指示判断のもと、院内他部署との連携を行う。医事課事務職員が患者や家族、多種職とのやり取りを複数回に渡り橋渡しする事は、必然的に患者家族とコミュニケーションを取る機会が多くなり、信頼関係を構築しやすくなると考えられる。また、医事課職員とのコミュニケーションが、医師や看護師など有資格者とのやり取りと比して、患者や家族にとって心理的な抵抗が低いことも、在宅支援サービスの導入に至り得た要因と考えられた。

本症例では、当院の医事課事務職員がこの聴取から連携の過程において橋渡しをすることにより、介護認定を検討していた患者家族を地域包括支援センターへと繋げることができた。

結語

在宅患者や家族が、介護保険や現存する制度を利用した在宅支援サービスの利益を享受できるように、医事課事務職員からの情報提供も有用となりうる。有資格者のみならず医事課事務職員も、より良い在宅医療の提供のため、医事課職員が医療制度、介護制度、在宅療養を支援するサービス、インフォーマルサポートについても理解を深め把握しておくことは重要である。

謝辞

本研究発表にあたり、良善会ひかり病院 長谷川千夏先生に感謝いたします。

文献

- 1) 厚生労働省 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127355.html（最終アクセス 2023年6月6日）
- 2) 西岡大輔, 上田まゆら, 西出真悟・他: 在宅療養支援診療所における相談支援・連携業務の多面性とその実践状況: 社会福祉専門職の特徴分析. 日本在宅医療連合学会誌 3 (4): 28-36, 2022.
- 3) 鈴木浩子, 山中克夫, 藤田佳男・他: 介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性検討.
- 4) 吉澤恵美, 杉澤秀博: 家族介護者の認知症に関する理解度が介護負担感に与える効果. 老年学

雑誌 2 : 43-56, 2011.

- 5) 大阪府. 福祉部高齢介護室介護支援課企画調整グループ「ご存じですか?いろいろな在宅サービス」<https://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/kouhoupanfu/zaitaku.html> (最終アクセス 2023 年 10 月 14 日)
- 6) 厚生労働省 介護・高齢者福祉「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html> (最終アクセス 2023 年 10 月 14 日)
- 7) 松本佳代: 高齢者の意思決定支援において医療・福祉専門職に求められるファシリテーションスキル. 社会関係研究 26 (2) : 47-73, 2021.
- 8) 壹岐伸弥, 平田康介, 知花朝恒・他: 共有意思決定により認知症高齢者を介護する家族介護者のサービス受け入れに繋がった訪問リハビリテーション事例. © 2023 一般社団法人日本地域理学療法学会
- 9) 金田明子, 叶谷由佳: 多職種がエンド・オブ・ライフ期にある在宅要介護高齢者にケアマネジメントの視点から実践している内容. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 44 (2) : 74-80, 2021.
- 10) 高橋幸裕: 訪問介護現場における利用者本位の看取りを実現するための支援体制構築に関する研究-自宅での看取りを促進するための多職種連携に基づいたモデル構築に向けて-. 109-118, 2018.
- 11) 河谷はるみ: 在宅医療を担う医療体制の在り方. 九州看護福祉大学紀要 16 (1) : 25-30, 2016.
- 12) 河瀬希代美, 稲村直子, 小貫恵理佳・他: 積極的治療終了後に在宅生活を中断したがん患者の家族が抱える困難. Palliative Care Research 12 (2) : 194-202, 2017.