

日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.3
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

COVID-19 が在宅医療従事者に及ぼす物理的・心理的問題点の現状把握—今後の在宅医療支援に向けて—

飯田英和・林 伸宇・夏堀龍暢・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

●原著

療養通所介護事業所の開設状況と普及に向けた課題

石原美和・徳永幸之・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10

●原著

新型コロナワクチンの副反応が訪問診療を受ける患者の日常生活に及ぼす影響のアンケート調査

山田純也・伊藤浩光・小畑正孝・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18

●原著

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

西岡大輔・上田まゆら・西出真悟・他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28

●症例報告

がん終末期における看護小規模多機能型居宅介護サービスの利点を事例から考える

遠藤光史・高橋善美・長濱久美・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37

COVID-19 が在宅医療従事者に及ぼす物理的・心理的問題点の現状把握 —今後の在宅医療支援に向けて—

飯田英和¹⁾, 林 伸宇¹⁾, 夏堀龍暢¹⁾, 坂本 亜樹子¹⁾, 内田直樹²⁾, 武藤真祐¹⁾

要旨

COVID-19 は社会, 在宅医療の現場に大きな影響を及ぼしている. 今回, 在宅医療従事者に対し, COVID-19 による物理的・心理的問題とその経時的変化をインターネット上のアンケート調査を用いて4か月ごとに計4回調査した. 最大141人から回答があり, COVID-19 に対する不安感6.6点(10点中), 精神的ストレス6.6点で相互に高い相関関係を認めた. 職種としては看護師で不安感, 精神的ストレスが強く, 初期には医療資源の不足や不十分な情報, 患者家族とのコミュニケーション不足, 医療体制への不安など多岐に渡った. 回答数が少なかったが, 経時的には不安や精神的なストレスが高い状態を持続した.

キーワード: COVID-19, 不安, 精神的ストレス, 在宅医療

Physical and psychological problems of home healthcare workers associated with COVID-19 -For future home care support-

Hidekazu Iida¹⁾, Shinu Hayashi¹⁾, Tatsunobu Natsubori¹⁾, Akiko Sakamoto¹⁾, Naoki Uchida²⁾, Shinsuke Muto¹⁾

Abstract :

COVID-19 has had a significant impact on society and home healthcare. In this study, we surveyed home healthcare workers about physical and psychological problems caused by COVID-19 and their changes over time via an Internet-based questionnaire we administered once a month for four months. One hundred and forty-one people responded. An analysis of the results showed a high correlation between anxiety and mental stress toward COVID-19 (mean score was 6 out of 10). In terms of occupation, nurses had a strong sense of anxiety and mental stress. In the early stage, their concerns included a lack of medical resources and insufficient information, a lack of communication with patients' families, and anxiety about the medical system. Although the number of responses was small, over time, mental anxiety and stress remained high.

Key words : COVID-19, anxiety, mental stress, home healthcare

¹⁾ 祐ホームクリニック

²⁾ たろうクリニック

¹⁾ You Home Clinic

²⁾ Taro Clinic

著者連絡先: 祐ホームクリニック 医師部

〒112-0011 東京都文京区千石4丁目25-5 KSTビル3階

TEL 050-3784-2001 e-mail: hideiida0220@gmail.com

はじめに

新型コロナウイルス感染症は世界的パンデミックを引き起こし、2022年初頭では全世界で感染者数2億8千万人を超え、死亡者数は540万人、わが国でも感染者数170万人を超え、死亡者数は1万8千人を超えている¹⁾。医療現場においてもその影響は多大である。これまで災害の医療への影響は世界各国で検討され²⁾、わが国では東日本大震災や台風による災害などにおける災害は在宅医療においても様々な面に影響を及ぼしている³⁾。わが国では近年、在宅医療の発展に向けた取り組みがなされているが⁴⁾、COVID-19がどのような影響を及ぼしたのかという研究は少ない。在宅医療従事者に関しては、中国におけるCOVID-19の病院医療従事者のメンタルヘルスへの影響に関する調査報告では、看護師などのフロントラインの医療従事者では、うつ50.4%、不安44.6%、不眠34.0%と高い有病割合であった⁵⁾。2020年2月に日本在宅医療連合学会に所属する医師会員に対するアンケートを行い、コロナ禍における在宅医療機関対応や問題点として、約8割の医療機関で个人防护具の不足、約6割の医療機関で通常より長時間の診療、感染教育への指導を行っていたことが報告されている⁶⁾。しかしながら、在宅医療に従事する医療・介護スタッフ個人を対象にした研究は、著者らの知る限りほとんどなく、COVID-19が在宅医療従事者に及ぼす物理的・心理的問題点の現状とその変化について検討することは、今後の在宅医療現場にとって必要な情報となるため本調査を行った。

目的

本研究では、在宅医療従事者に対し、COVID-19によって在宅医療にもたらされた様々な物理的・心理的問題の現状とその経時的変化を評価することを目的とした。本研究により、今後のわが国におけるCOVID-19を始め今後の新興感染症を踏まえた在宅医療の在り方を探り、その発展に一助を成すことが期待される。

方法

1. 研究デザイン

本研究は横断研究、縦断研究から成る。横断研究は、2020年6月実施調査の結果を横断的に分析・解析した。縦断研究（ファローアップ評価）は、2020年6月実施調査をベースラインとして経時的に4カ月ごと（2020年10月、2021年2月、2021年6月）に調査を実施し、時点ごとの分析を加えた。

2. 調査項目

ベースライン時評価項目は、参加者の属性（所属事業所、所在県、事業所規模、職種、性別、年代）も含めて計32問である。以下の26項目については経時的に回答を得て分析した。なお、これらの項目は先行研究⁷⁾なども参考にして心理的項目、物理的項目、医療実態、などに関連する質問を研究者間で協議して選定した。

3. 調査方法および統計解析

主任・共同研究者の所属する法人の関係している事業所（約200事業所）、法人職員（169名）を対象にした。また以下の在宅医療に関わるメーリングリストに参加の依頼をした。

- ・福岡東在宅ケアネットワーク（約400件）
- ・福岡市在宅医療医会（約200件）
- ・日本財団在宅看護センター起業家育成事業（約100件）
- ・たろうクリニック関連施設メーリングリスト（約50件）

自記式WEB調査（Google フォーム）を用いて、研究としての同意を得て、ボランティアとして参加を募った（報酬はなし）。参加者は個人を単位としてメールアドレスを登録、それに基づき研究IDを作成し、2回目以降のフォローアップ評価時に各自のメールアドレスにフォローアップの質問アドレスを送付し回答を受けた。フォローアップ時の質問は、属性の質問は除く26質問のみで、各回答について記述統計をまとめた。なお、本研究では人口密度の高い都道府県（東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、埼玉県、千葉県、福岡県）を大都市圏と定義し、所在県を大都市圏・その他と2区分した。項目間の関連性について、相関分析を行った。さらに不安感と精神的ストレスの合

計得点として不安・ストレススコアを算定し、これを結果変数として重回帰分析により、不安・ストレススコアに関連する属性要因（性別、年齢、事業所種類、事業所所在地（大都市圏 vs. その他）、事業所規模、職種）との関連を分析した。加えて、同僚のストレス（大いに vs. その他）、救急搬送への影響（特になし vs. その他）に関連する要因をロジスティック回帰モデル分析により検討

した。なお、上記 2 値への区分は、同僚のストレスでは特に「大きく影響」した要因は何かという点を取り上げ、救急搬送では「特になし」と何らかの影響があったかという点に着目したことによる。また 4 回の調査での変化について、記述的にまとめた。統計解析は総計解析ソフト SAS (ver.9.4) を用いて分析した。

<質問項目の分類>

●心理的項目

- Q1 新型コロナウイルスへの不安（10 段階）
- Q2 精神的ストレス（10 段階）
- Q3 不安感やストレスの経時的変化（過去 4 カ月間程度）（増大～あまりないの 4 段階 + 増減の 5 カテゴリー）
- Q4 同僚のモチベーションに変化（上がった・下がった・混在・不変の 4 カテゴリー）
- Q5 仕事へのモチベーションの変化（とても上がったからとても下がったの 5 段階）
- Q6 同僚の不安やストレスの増大
- Q7 医療者に対する偏見や差別
- Q8 悩みを共有できる場
- Q9 他事業所とのコミュニケーションの取り易さや連携への影響
- Q10 他事業所の新型コロナへの温度差（以上、4 段階）
- Q11 新型コロナウイルスパンデミックへの対応で温度差を感じることがある職種
（医師・看護師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー・理学療法士・介護福祉士・管理栄養士・事務職・なし・その他、以上 11 カテゴリー）

●物理的影響、その他

- Q12 新型コロナウイルスパンデミックによる受診抑制（あり・なしの 2 値 + DK）
- Q13 患者やその家族が PCR 検査できなかった経験
- Q14 医療物資不足
- Q15 人材不足（以上、4 段階）
- Q16 スタッフの感染防御体制（かなり・やや・あまり・職種による差が大きい、以上 4 カテゴリー）
- Q17 救急搬送要請（断られた・嫌がった・特になし・その他、以上 4 カテゴリー）
- Q18 IT 活用（活用・活用予定・希望・考えていない・+DK、以上 5 カテゴリー）
- Q19 新型コロナウイルスパンデミック状況下で大切なこと（表 2 参照）
- Q20 患者の新型コロナウイルスに罹患（いる、いない、以上 2 値 + DK）
- Q21 自宅への訪問控への要請
- Q22 患者やその家族とのコミュニケーションの取り易さへの影響
- Q23 事業所から患者やその家族への新型コロナウイルス対策の情報提供
- Q24 看取りに関する意思決定に影響
- Q25 新型コロナウイルスに関連した教育や情報の不足
- Q26 患者やその家族の相談（以上、4 段階）

4. 調査期間

2020年6月中旬, 10月, 2021年3月, 6月の4時点に1カ月間の回答期間を以下のように設定した.

- ・第1回: 2020年6月10日～7月10日
- ・第2回: 2020年10月7日～11月7日
- ・第3回: 2021年3月1日～4月1日
- ・第4回: 2021年6月15日～7月15日

5. 調査対象

調査対象の選択基準は, 在宅医療にかかわる医療・介護従事者で, 参加登録(メールアドレス登録), 計4回の参加に同意した参加者とした. 除外基準は, 参加登録に同意されない方, または回答途中で中断し回答を終了しなかった方とした. 対象者数は実施可能性を考慮して200例とした.

6. 研究における倫理的配慮

本研究は, 「ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に従い実施した. 鉄祐会の関係する事業所に依頼する関係上, 参加しなくても不利益がないことは保証した. 参加者のメールアドレスは, 鉄祐クリニカルリサーチセンター事務局内で管理し個人が特定できない形とした. メールアドレス・研究ID対応表は, 研究終了時に廃棄とした. 本研究は, 鉄祐会倫理審査委員会での倫理承認を得た(鉄倫20-1-1: 2020年6月承認). 本研究メンバーにCOIはない.

結果

第1～4回の参加は第1回が16都府県から141人, 第2回は8都府県から62人, 第3回は6都府県49人, 第4回は5都府県から40人の回答を得た(表1).

次にベースライン(第1回目)の分析結果について述べる. 新型コロナウイルス感染症に対する不安感, 精神的ストレスはそれぞれ6.6/10点, 6.6/10点(SD: 2.2)であり, 不安感と精神的ストレスの相関係数は0.74であった. 物理的・心理的影響についての質問, 心理的な影響では「悩みの共有の場があるか」(Q8)という質問に対しては127人(89.4%)が悩みの共有の場がある(とてもある/まあある), 「働く同僚のストレス

増大がある」(Q6)では99人(70.2%)と回答した. 物理的影響やその他について同様にまとめると, 「患者・家族からの相談」(Q26)では85人(59.8%), 「新型コロナウイルス感染症が受診・入院の抑制につながっている」(Q12)では93人(65.5%), 「新型コロナウイルス感染症が患者・家族とのコミュニケーションに影響している」(Q22)では56.3%(80人/142人)が(とてもある/まあある)と回答した. 医療物資不足(2020年6月時点)(Q14)は82人(58.1%)「新型コロナウイルス感染症が看取りの意思決定に影響している」(Q24)では72人(51.0%)と回答していた.

また「新型コロナウイルスパンデミック状況下で, 大切なこと」(Q19)を複数(上限なし), 大切なこと3つ, 一番大切なこと, としてそれぞれ尋ねたところ, 医療物資, 検査体制, コミュニケーション, 知識・情報を挙げる者が多かった(表2).

不安・ストレススコアの経時的変化では, 全回答者では男性11.4～12.4点, 女性12.0～13.6点であったが, 継続回答者のみでは男性10.6～12.1点, 女性11.5～12.8点で, 継続回答者で見えた場合の変化はやや小さかった.

不安・ストレススコアと属性要因との関連を重回帰分析した結果, 地方都市と比較して大都市($p=0.004$), 看護師・ケアマネジャー($p=0.003$)で統計的に有意に不安・ストレススコアが高かった. 救急搬送への影響については, 在宅診療所に比べて介護ステーションやその他の事業所で高く($p=0.001$), 事業所規模では少人数(1～4人)に比べ, 20人以上の事業所で低いという傾向が認められた($p=0.026$)(表3).

また, 不安・ストレスと「関わっている患者で新型コロナに罹患した方はいますか」(Q9)という質問との関連性をみたが, 統計的な有意差は認めなかった.

考察

本研究は, 在宅医療に関わる医療・介護従事者を対象にCOVID-19が物理的, 心理的影響を緊急事態宣言中も含め経時的に評価した初めての研究である. 新型コロナウイルス感染症パンデミックは在宅医療現場に, 経営, 人材, 感染対策⁶⁾な

表1 調査対象の属性

	第1回	第2回	第3回	第4回
総数	141	62	49	40
性別				
男	58	24	18	14
女	82	33	22	14
欠測値	1	5	9	12
年齢				
30歳代以下	28	17	11	3
40歳代	60	19	14	15
50歳代	35	15	12	7
60歳代以上	17	6	3	3
欠測値	1	5	9	12
事業所種類				
在宅診療所	49	30	22	16
訪問看護ステーション	34	10	6	4
調剤薬局	9	4	2	4
介護事業所	13	1	2	1
その他	35	12	8	3
欠測値	1	5	9	12
事業所所在地				
大都市圏	106	45	31	24
その他	35	12	9	4
欠測値	0	5	9	12
事業所規模（スタッフの人数）				
1～4	17	4	2	2
5～9	32	14	11	10
10～19	35	11	9	4
20～	56	28	18	12
欠測値	1	5	9	12
職種				
医師	19	12	8	4
看護師	55	19	13	9
薬剤師・理学療法士	12	6	2	4
ケアマネジャー	23	7	5	1
その他	30	12	10	10
欠測値	2	6	11	12

表 2 新型コロナウイルス感染症下で大切なこと

	大切なこと複数 (上限なし)				大切なこと3つ				一番大切なこと			
	第1回	第2回	第3回	第4回	第1回	第2回	第3回	第4回	第1回	第2回	第3回	第4回
医療物資	135 (95.7%)	57 (91.9%)	37 (75.5%)	31 (77.5%)	83 (58.9%)	29 (46.8%)	13 (26.5%)	14 (35.0%)	34 (24.1%)	7 (11.3%)	7 (14.3%)	6 (15.0%)
検査体制	114 (80.9%)	50 (80.6%)	35 (71.4%)	26 (65.0%)	64 (45.4%)	26 (41.9%)	16 (32.7%)	10 (25.0%)	17 (12.1%)	7 (11.3%)	0 (0.0%)	2 (5.0%)
医療資源	117 (83.0%)	50 (80.6%)	36 (73.5%)	25 (62.5%)	66 (46.8%)	28 (45.2%)	24 (49.0%)	20 (50.0%)	13 (9.2%)	3 (4.8%)	13 (26.5%)	11 (27.5%)
人材	122 (86.5%)	52 (83.9%)	31 (63.3%)	30 (75.0%)	50 (35.5%)	21 (33.9%)	19 (38.8%)	14 (35.0%)	13 (9.2%)	11 (17.7%)	9 (18.4%)	2 (5.0%)
保証充実	123 (87.2%)	56 (90.3%)	34 (69.4%)	27 (67.5%)	45 (31.9%)	29 (6.8%)	18 (36.7%)	14 (35.0%)	12 (8.5%)	3 (4.8%)	1 (2.0%)	1 (2.5%)
発症数情報	105 (74.5%)	42 (67.7%)	34 (69.4%)	25 (62.5%)	25 (17.7%)	7 (11.3%)	9 (18.4%)	7 (17.5%)	4 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.5%)
医療者への知識情報	124 (87.9%)	56 (90.3%)	39 (79.6%)	28 (70.0%)	49 (34.8%)	24 (38.7%)	12 (24.5%)	8 (20.0%)	15 (10.6%)	5 (8.1%)	3 (6.1%)	4 (10.0%)
感染対応の知識情報	123 (87.2%)	51 (82.3%)	34 (69.4%)	28 (70.0%)	51 (36.2%)	15 (24.2%)	14 (28.6%)	11 (27.5%)	11 (7.8%)	2 (3.2%)	5 (10.2%)	3 (7.5%)
症例報告	92 (65.2%)	41 (66.1%)	25 (51.0%)	20 (50.0%)	20 (14.2%)	9 (14.5%)	3 (6.1%)	3 (7.5%)	4 (2.8%)	2 (3.2%)	1 (2.0%)	3 (7.5%)
コミュニケーション	87 (61.7%)	40 (64.5%)	27 (55.1%)	20 (50.0%)	15 (10.6%)	11 (17.7%)	3 (6.1%)	7 (17.5%)	4 (2.8%)	6 (9.7%)	7 (14.3%)	0 (0.0%)
IT 活用	99 (70.2%)	42 (67.7%)	32 (65.3%)	21 (52.5%)	24 (17.0%)	12 (19.4%)	4 (8.2%)	6 (15.0%)	13 (9.2%)	15 (24.2%)	3 (6.1%)	5 (12.5%)
その他	7 (5.0%)	3 (4.8%)	3 (6.1%)	5 (12.5%)	5 (3.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	2 (5.0%)

どの面で多大な影響を及ぼしているが、本研究でも在宅医療現場に従事するスタッフの不安、精神的ストレスは比較的高値（平均 6.6 点）で経時的にも高値が持続した。また、受診・入院の抑制、患者・家族とのコミュニケーション、同僚のストレス増大、看取りの意思決定にも影響を及ぼしていることが明らかになった。2020 年の医療従事者を対象にしたシステムティックレビュー⁸⁾においても、COVID-19 による抑うつ有病割合は 23.2% と非常に高く、女性、看護師で高いことが報告されている。また、わが国での在宅医療者を対象にした横断研究においても、看護師やその他の職種の不安、抑うつが強いという結果が示されている⁹⁾。本研究でも看護師で不安、精神的ストレスを感じる割合が有意に高かったが、性別は有意な差は認めなかった。看護師は最前線で多くの患者に接して感染リスクが高いということが理由の一つと考えられており、先行研究と一致す

る結果となった。本研究では、ケアマネジャーの不安・ストレススコアも有意に高かった。ケアマネジャーも現場で患者に接する時間、機会が多い職種であること、自宅での感染予防や、患者の状態が悪化したときの対応、入院などで各機関との調整が必要なことなどの医療的な事項が多いことなども関連していると思われる。また大都市で不安・ストレススコアが有意に高かったのも、人口が多い大都市を中心に感染が広まったことと関連があると考えられる。受診・入院抑制については、第 1 回目（2020 年 6 月 10 日～7 月 10 日）参加者の 65.5% で COVID-19 が受診、入院抑制につながっている（とてもある／まあある）と回答した。国内のデータベース研究では、COVID-19 の流行期の 2020 年の 3～7 月には市中肺炎の入院が最大－45.2% 減少¹⁰⁾と大きかった。第 1 回目の緊急事態宣言（2020 年 4 月 7 日～5 月 25 日）の直後であり、社会としても患者側、医療側とも

表3 同僚のストレス・救急搬送に関連する要因 (ロジスティック回帰分析)

	Q16 同僚のストレス増大 (大いに)								Q22 救急搬送への影響 (特になし)							
	Model1				Model2				Model1				Model2			
	オッズ比	95%	信頼限界	p 値	オッズ比	95%	信頼限界	p 値	オッズ比	95%	信頼限界	p 値	オッズ比	95%	信頼限界	p 値
性別 (女性対男性)	0.49	0.15	1.54	0.218					0.94	0.30	2.98	0.913				
年齢 (対 30 歳代以下)																
40 歳代	0.88	0.26	3.00	0.701					0.46	0.13	1.67	0.410	0.54	0.17	1.80	0.187
50 歳代	1.01	0.26	3.84						1.28	0.32	5.16		1.64	0.45	5.97	
60 歳代以上	0.39	0.07	2.23						0.56	0.12	2.70		0.41	0.09	1.84	
事業所種類 (対在宅診療所)																
訪問看護ステーション	3.60	0.77	16.77	0.074	2.34	0.77	7.06	0.224	0.85	0.20	3.64	0.107	1.73	0.56	5.31	0.001
介護事業所	3.30	0.41	26.45		1.74	0.38	7.97		5.34	0.46	62.22		12.37	1.27	120.23	
その他	6.96	1.53	31.70		2.93	1.04	8.28		5.11	1.17	22.35		10.02	3.05	32.92	
都市規模 (大都市圏対その他)																
	3.97	1.05	15.00	0.042	3.69	1.15	11.83	0.028	0.14	0.03	0.78	0.024				
事業所規模 (対 1 ～ 4 人)																
5 ～ 9 人	2.34	0.30	18.06	0.416					0.12	0.01	1.36	0.057	0.11	0.01	1.16	0.026
10 ～ 19 人	3.25	0.46	22.90						0.14	0.01	1.64		0.15	0.01	1.57	
20 人以上	4.71	0.63	34.96						0.05	0.00	0.57		0.05	0.01	0.47	
職種 (対医師)																
看護師	2.08	0.34	12.70	0.201					2.01	0.35	11.52	0.779				
薬剤師・理学療法士	0.21	0.02	2.14						3.74	0.38	36.90					
ケアマネジャー	0.42	0.05	3.75						3.78	0.23	62.18					
その他	1.10	0.19	6.28						1.47	0.29	7.36					
AIC; デビアンズ (DF) p 値	157.5 ;	80.2 (78)		0.410	153.5 ;	3.9 (3)		0.269	149.5 ;	70.9 (78)		0.703	145.5 ;	32.7 (38)		0.713

Model1 は多変量調整, Model 2 は Model1 で p<0.2 となった変数を取り入れて分析した最終モデル 太字は p<0.05

に入院や面会に対しての障壁の高さを反映していたと思われる。

第1回調査では新型コロナウイルス感染症下で大切なこと(表2)で、医療物資、検査体制などハード面を大切なことと挙げている割合が高いが、これは第1回の緊急事態宣言直後であり、マスクやガウンなどの医療物資不足が顕著な時期であることも影響していると思われる。第3回調査(2021年3月1日～4月1日)中にも、第2回緊急事態宣言(2021年1月7日～3月21日)、第4回調査(2021年6月15日～7月15日)中にも、第3回緊急事態宣言(2021年4月23日～9月30日)が行われており、第2～4回調査では新型コロナウイルス感染症下で大切なこととして医療物資、検査体制などのハード面とともに知識・情報、コミュニケーション、IT活用とともに上位に上げられており、物資不足は徐々に改善されてきたことの影響も考えられる。

また、継続回答者の数は少ないが、不安・ストレススコアは男性では経時的に軽度低下傾向を示したが、女性では高いレベルを維持した。さらに合計スコアとした点については、個別の尺度として取り扱ったほうが良いかという点も含めてメリットデメリットが挙げられているが¹¹⁾、2項目は相関も比較的高く(ピアソン:0.74)、2つの得点の平均もほぼ同程度(6.3, 6.6)であり、合計スコアが適当と考えたためである。なお、要因との関連に関しては個別のスコアとして分析するとややp値に相違はあるものの、関連の方向ではほぼ同様な傾向が確認された。本研究では統計的な有意差は認めないが、先行研究でも女性是不安、精神的ストレスを感じる割合が高く、同様の傾向を示していた。

わが国における医療従事者を対象にした研究でも⁷⁾、一般集団と比較して医療従事者はCOVID-19パンデミック下において孤独を強く感じ、希望、自己への思いやり(Self-compassion)が低いことが示されており、特に在宅医療は1人で訪問することも多く孤独や感染の危険性を強く感じる場面が多いことが推察された。「自分が感染してしまうのではないか」、「患者、家族、友人に感染させてしまうのではないか」という内的な不安、

精神的ストレスに加え、長時間労働による疲労や医療者への偏見・差別やクラスター発生時などの犯人探しのような社会的、外的な要因もさらに不安、精神的ストレスを助長している¹²⁾。物理的な医療資源、検査体制の制約は改善しつつあるが医療従事者の心理的負担は高い状態で持続していることが今回、明らかとなった。医療従事者のケアとして、セルフコーピングなどのセルフケアからピアサポート、カウンセリング、組織的サポートなどの環境づくり、励まし、動機づけや、スタッフ増員、休息、適切な用具支給などの予防、オンラインでの研究会、勉強会などの教育・トレーニング、オンラインでの遠隔コミュニケーションなど¹³⁾が有効と言われている。在宅医療に関わる事業者は病院と比較すると小規模な組織が多く自らの組織のみで十分なすべての対策をすることは困難であるため、学会や国などの支援も必要と考えられる。また今回のCOVID-19パンデミックでITを活用したオンラインでの退院カンファレンスやオンライン診療なども注目を浴びたが、本研究の結果では現場で十分に活用できていない状況もあり、今後さらなるITの活用が望まれる。

本研究の強みは、実際の在宅医療に従事している医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパーを対象にした研究であり、16都府県から参加者を募り、1年間で4回の経時的な調査をしたことである。また、現場レベルで必要とされている情報、コミュニケーション、人的リソースについての問題点をタイムリーに明らかにした。本研究の限界は、以下の2点が考えられる。在宅医療従事者を対象にしたが、主任研究者が所属している法人に関係している事業者に依頼したため、代表性、結果の外的妥当性については言及できる範囲が限定的であることである。また経時的には参加者が減少し、必ずしも同じ回答者が答えているわけではない点に留意する必要がある。回帰分析の結果では変数の数に比べてサンプル数が少ないため、解析の再現性に関しては限界がある。

結語

在宅医療従事者に対し、COVID-19による物理的・心理的問題とその経時的变化を調査した。職

種としては看護師の不安感、精神的ストレスが強く、初期には医療資源の不足や不十分な情報、患者家族とのコミュニケーション不足、医療体制への不安など多岐に渡った。これらの問題点を、今後のCOVID-19下の在宅医療現場に生かしていくために準備を進めていく必要がある。

文献

- 1) WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. <https://covid19.who.int/> (2022年1月24日アクセス)
- 2) Sever M.S, Remuzzi G, Vanholder R, Disaster medicine and response: Optimizing life-saving potential. *Am J Disaster Med* 13, 253-264. 2018
- 3) [https://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/](https://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/life/951216_3011646_misc.pdf) life/951216_3011646_misc.pdf (2022年1月19日アクセス)
- 4) 厚 労 省 HP: [https://www.mhlw.go.jp/](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000196001.pdf) file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000196001.pdf (2022年1月19日アクセス)
- 5) Lai J, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA Network Open* 3, e203976. 2019
- 6) [https://www.jahcm.org/assets/images/](https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/20200617questionnaire.pdf) pdf/20200617questionnaire.pdf (2022年1月19日アクセス)
- 7) Kotera Y, Ozaki A, Miyatake H, et al. Mental health of medical workers in Japan during COVID-19: Relationships with loneliness, hope and self-compassion. *Curr Psychol* 1-4. 2021
- 8) Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 88, 901-907. 2020
- 9) Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, et al. Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of home health care workers in Japan: a multicenter cross-sectional web-based survey. *BMC Prim Care* 23, 129. 2022
- 10) Nagano H, Takada D, Shin J-H, et al. Hospitalization of mild cases of community-acquired pneumonia decreased more than severe cases during the COVID-19 pandemic. *Int J Infect Dis* 106, 323-328. 2021
- 11) 堤明純. 心理社会的要因の測定 (4) 「尺度の開発Ⅱ 尺度の編集と標準化」. *日本公衛誌* 2009; 50 (7): 485-488.
- 12) 前田正治, 瀬藤乃理子. 医療従事者を襲うメンタルヘルスの危機: 新型コロナウイルス感染症対策の現場から. *モダンメディア*, 2021;67 (4): 153.
- 13) Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi S.M, et al. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord* 1-12. 2020

療養通所介護事業所の開設状況と普及に向けた課題

石原美和^{1) 2)}, 徳永幸之³⁾

要旨

療養通所介護は2006年に通所介護の一類型として創設され、その後、定員上限の引き上げ、障害児等通所支援の弾力的実施などの制度改正が行われてきたが、開設事業所数は伸び悩んでいる。本研究の目的は、療養通所介護事業所の開設状況について明らかにするとともに、制度改正が、療養通所介護事業所の普及に効果があったのかを考察することである。全国の83事業所を対象に、開設状況や利用状況について、郵送法による自記式質問票調査を行った。その結果、制度改正が事業所数の増加につながったとの評価は得られなかった。また、廃止した事業所に対するフォローアップ調査では、経営的な困難を理由に廃止していたことが明らかになった。

キーワード：療養通所介護，訪問看護ステーション，障害児，在宅療養，在宅医療

Current Situation and issue of Nursing Day Care for the elderly in Japan

Miwa Ishihara^{1) 2)}, Yoshiyuki Tokunaga³⁾

Abstract

Nursing day care was established in 2006 as an officially recognized type of day care. Since then, the system has been revised to include such things as raising the upper limit of capacity and flexibly implementing child development support. The purpose of this study is to clarify the status of opening nursing day care for elderly establishments and to consider whether system reform had an effect on the diffusion of day care centers for medical treatment and day care services. A self-administered survey targeting 83 facilities nationwide was conducted by mail on the status of establishments and their use of day care facilities. The results did not indicate that the system revision led to an increase in the number of service centers. A follow-up survey on establishments that were subsequently abolished revealed that they had been abolished due to management difficulties.

Key words : nursing day care for the elderly, home-visit nursing station, handicapped children, home care, home healthcare.

¹⁾ 宮城大学事業構想学研究科博士課程後期

²⁾ 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター

³⁾ 宮城大学事業構想学研究科

¹⁾ Doctoral Course, Miyagi University Graduate School of Project Design

²⁾ Kanagawa University of Human Services Center for Professional Education

³⁾ Miyagi University Graduate School of Project Design

著者連絡先：神奈川県立保健福祉大学実践教育センター

〒241-0815 神奈川県横浜市旭区中尾 1-5-1

TEL 045-366-5800 e-mail: ishihara-mij@kuhs.ac.jp

はじめに

1. 療養通所介護の概要

療養通所介護とは、医療と介護ニーズを持つ在宅中重度者等の通所サービスであり、介護報酬における通所介護の一類型として2006年に創設された。利用者は、看護師による常時観察が必要な難病やがん末期、重度の脳卒中などの介護保険被保険者であるため、療養通所介護事業所の管理者は看護師と定められており、個別ケアを看護師管理のもとで提供している。その多くは訪問看護ステーションを併設しており、訪問看護と継続的・一体的に通所での看護サービスが提供されている。

難病患者等の医療ニーズの高い在宅療養者にとっては、療養通所介護で看護師の観察のもと月に2～3回であっても、数時間滞在して、全身状態の観察や排痰等のケアを受けることは、全身状態を安定させ、異常の早期発見による重症化や入院の回避につながる事が、創設時のモデル事業の効果として報告されている¹⁾。また、介護負担の大きい家族介護者のレスパイトやケアにもなり、在宅療養の継続を支えている。

2. 制度改正の変遷

療養通所介護に関する制度は、訪問看護関係団体による、訪問看護ステーション多機能化の要望を受けた厚生労働省が2004年から2年間のモデル事業を実施した上で、2006年に訪問看護と一体的に通所サービスを提供できる「療養通所介護制度」として創設された^{2) 3)}。その後、介護報酬の算定要件である定員上限が2009年、2012年、2018年の3回にわたり引き上げられ、また、2012年には医療的ケアを必要とする障害児等の受け皿とするために、同一事業所内で、その定員の範囲で障害児等通所支援事業を実施できるよう弾力化された(表1)。

3. 問題意識

このように、療養通所介護は医療ニーズの高い在宅療養者にとって非常に重要であり、その有効性から事業所の普及が望まれている。しかし、2021年10月現在、稼働する事業所数は85か所で頭打ちとなっており、制度創設以降17年経過したが普及しているとは言いがたい。これは、地

域における医療ニーズの高い在宅療養者や、医療的ケア児の急増等の需要に対してミスマッチな現象となっている。療養通所介護事業所の開設や利用の状況を明らかにし、度重なる制度改正が事業所の普及に効果があったのかを考察する必要がある。

4. 先行研究

柴崎ら⁴⁾は、介護の負担が大きい家族にとって、療養通所介護の利用が負担軽減に効果的であった等、事業の有効性、必要性について述べている。日本訪問看護財団は、療養通所介護の普及に向けて、マニュアル^{5) 6)}を作成し、事業所開設の相談や運営に関する研修などを開催しているが、施策の評価等の分析は行っていない。当間⁷⁾と本田⁸⁾は、神経難病患者らの在宅療養支援の立場から、療養通所介護事業所が普及しない要因として、1.5:1となっている職員配置の手厚さや、ケアの難易度、サービス提供時間の割に報酬が低いことを指摘している。しかしながら、これらの先行研究では、制度改正の影響という観点からの考察は行われていない。

目的

療養通所介護は、介護保険法上の位置づけが「地域密着型通所介護」という介護報酬の1つの類型となっていることから、政府の基本統計や経営実態調査では「地域密着型通所介護」に含まれてしまい、療養通所介護に関する独自の実態を把握することが困難となっている。そこで、本研究では、療養通所介護事業所を対象とした独自のアンケート調査を実施し、開設状況と運営状況について明らかにするとともに、度重なる制度改正が事業所の普及に効果があったのかを考察することを目的とする。

方法

1. 開設状況調査

厚生労働省の「介護情報サービス情報公表システム」から検索した療養通所介護事業所、全93か所(2018年5月時点)を対象とし、日本訪問看護財団から管理者宛てに調査票を郵送送付し、郵送回収とした。調査期間は、2018年8月から

10月であり、締切1週間前に、電話で返信のリマインドを行ったが、その際に10か所は既に廃止していたため、これらを除外した調査対象は83事業所となった。

回答は、自記式無記名とし、調査票の返送をもって調査への同意が得られたものとした。回答のうち記入漏れは欠損値として扱い、全ての回答を分析対象とした。

自記式無記名調査票は、訪問看護師、療養通所介護事業所管理者等経験者等をメンバーとする調査検討会において、事業所2か所へのインタビューによるパイロットテストで調査項目の内容的妥当性を確認し、以下の通りとした。

なお、調査票に記入するデータは、2018年8月分とした。

表1 制度改正の変遷

年	法令等	制度改正等の事項
2004年	厚生労働省モデル事業	「介護事業所における小規模多機能化事業（通所看護等）」老人保健健康増進事業未来志向研究プロジェクト
2005年	介護保険法改正	「通所看護」は新規介護サービスとして介護保険法改正案に含まれず、衆議院・参議院の付帯決議で「訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用して医療と介護の連携を図ることにより、在宅療養を一層支援していくために必要な措置を講ずること。」と示された
2006年	介護報酬改定	療養通所介護事業が介護報酬における通所介護の一類型として創設
2007年	老人保健課長通知	療養通所介護対象者の範囲の整理 難病又はがん末期の者に限定せず、常時看護師の観察が必要な状態の方を対象とする取扱いとなる
2009年	介護報酬改定	定員の上限を5名から8名に拡大
2012年	介護報酬改定	定員の上限を8名から9名に拡大
		指定療養通所介護を行うための専用の部屋の面積の基準が、8m ² に利用定員を乗じた面積以上から6.4m ² に改定へ
	児童福祉法改正 障害者自立支援法改正	介護報酬において送迎・入浴体制加算を創設、運営推進会議の設置
2013年	介護報酬改定	障害児施設・事業の一元化 児童発達支援・放課後等デイサービスの重複指定が可能に（障害福祉課・老人保健課事務連絡）児童福祉法等が定める児童
		指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 介護保険法に基づく地域密着型通所介護（18名以下の通所介護サービス）の一類型として位置づけ、事業所の指定・監督権限は都道府県から市町村へ移行
	介護保険改正	定員の上限を9名から18名に拡大
2018年	介護保険法改正	共生型サービスの創設 （地域密着型通所介護、児童発達支援・放課後等デイサービス）
	障害者福祉サービス等報酬改定	児童発達支援、放課後等デイサービスにおける医療的ケアのための看護職員配置の評価
	診療報酬改定	診療報酬において機能強化型訪問看護ステーションの算定要件の一つに、療養通所介護事業所の併設、その場合の人員基準を緩和（常勤職員1名までを訪問看護ステーションの常勤職員に含めることが可能に）
2021年	介護報酬改定	療養通所介護の基本報酬が利用回数に応じた出来高報酬から、包括報酬へ変更された（月あたり12,691単位）。その他ICTを活用した状態確認や認知症ケア加算の見直し等

1) 療養通所介護事業所の基本属性

開設主体、開設年次、所在市町村都市類型、併設事業（同一法人の運営する他事業）、定員数、営業日数。

2) 利用状況

延べ利用回数、登録利用者数、最大利用者数、障害児等通所支援事業の実施状況と実施しない理由、利用を制限した人数と理由。

3) 開設や運営について問題となっていること

（自由記載）

2. 追跡調査

2018年8月の調査対象である83事業所について、2021年10月に「介護情報サービス情報公表システム」で開設状況の追跡調査を行った。その結果、運営継続が確認できなかった事業所の内、電話で連絡がついた事業所について、廃止時期と廃止の事情についてヒアリングを行った。

3. 用語の定義

1) 療養通所介護

介護保険法における通所介護事業で、介護報酬上定められた療養通所介護サービスとする。

2) 障害児等通所支援

児童福祉法における児童発達支援、放課後等デイサービス、障害者総合支援法における生活介護の3つ、または、いずれかのサービスとする。

3) 延べ利用回数

調査期間2018年8月の1カ月間の利用回数の合計とした。障害児等通所支援を実施する事業所では、療養通所介護と障害児等通所支援それぞれの利用回数の合計とした。

4. 分析方法

調査対象事業所における開設状況については、制度改正の変遷と照合した。また、追跡調査によって得られた廃止事業所数の推移と廃止の事情に関する情報についても、分析に加えた。属性については、単純記述統計を行った。さらに、障害児等通所支援の実施について、2012年以降の開設事業所とその前の開設事業所との比較をFisher正確確率検定により行った。障害児等通所支援の実施の有無による延べ利用回数の差の検定は、Mann-Whitney U 検定を行った。分析ソフトは、IBM SPSS Statistics Version 25 for Windows を

用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、本研究は日本訪問看護財団倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：No.4. 2018年7月31日）。

結果

1. 2018年調査結果について

2018年調査票の回収率は59.0%(49/83)であった。

1) 基本属性

回答が得られた療養通所介護事業所の基本属性を表2に示した。設置主体は、営利法人が最も多く、その他（NPO等）、医療法人が続いた。併設事業所は、訪問看護ステーションが最も多く42事業所（85.7%）、次いで居宅介護支援事業34事業所（69.4%）だった。障害児等通所支援事業の実施ありは26事業所（53.1%）で、約半数が実施していた。内訳は、児童発達支援21事業所、放課後等デイサービス21事業所、生活介護事業所16事業所だった。

2) 定員上限数の引き上げによる影響について

図1は開設事業所数の推移を示している。2006年に制度が創設された際、介護報酬の算定要件で定員上限数は5人と定められていたが、3年ごとの介護報酬の改定時に見直され、2009年には8人に、2012年には9人に引き上げられた。2006～2008年、2009～2011年、2012～2014年、2015～2017年の4つの期間（それぞれ3年間）に区切ってみると、開設数は創設初期の2006～2008年はモデル事業に参加した事業所も含めて22か所と最も多く、定員上限数の引上げ後の期間はいずれも創設初期を上回ることなく、半数以下に留まっていた。

調査時点の平均定員数をみると、定員上限が5人から8人に引き上げられた2009～2011年開設事業所で6.2（標準偏差±1.5）人で、それまでの定員上限5人を超えていた。しかし、定員上限が9人へ引き上げられた2012～2017年開設事業所の定員数は、6.1（±1.8）人と微減であり、定員6人以下の事業所が14か所（66.7%）を占めていた。これは、定員上限数を引き上げる改正をしても、定員数を増やす事業所は少なかったことを示している。

表 2 療養通所介護事業所の概要

基本属性	n = 49	
	n	%
開設主体		
営利法人	18	(36.7%)
医療法人	11	(22.4%)
社会福祉法人	6	(12.2%)
その他 (NPO 等)	14	(28.6%)
都市区分		
政令指定都市	20	(40.8%)
中核都市	9	(18.4%)
一般市	14	(28.6%)
町	6	(12.2%)
併設事業所		
訪問看護ステーション	42	(85.7%)
居宅介護支援事業所	34	(69.4%)
地域密着型通所介護 (介護予防含む)	20	(40.8%)
通所介護 (介護予防含む)	11	(22.4%)
病院	9	(18.4%)
通所リハビリテーション (介護予防含む)	8	(16.3%)
介護老人保健施設	7	(14.3%)
診療所	6	(12.2%)
障害児等通所支援の実施		
障害児等通所支援実施あり	26	(53.1%)
(内訳)		
児童発達支援事業	21	(42.9%)
放課後デイサービス	21	(42.9%)
生活介護事業	16	(32.7%)

3) 障害児等通所支援事業実施の弾力化による影響について

図 1 で示した通り、開設数については、2012 年の障害児等通所支援事業実施の弾力化以降も開設数は増えていなかった。

表 3 は 2012 年の障害児等通所支援実施の弾力化前後で、障害児等通所支援事業の実施の割合を比較したものである。児童発達支援、放課後等デ

イサービス、生活介護いずれも、2012 年以降開設事業所の方が実施している割合が多く、有意な差が認められた。

図 2 は障害児等通所支援の実施の有無による延べ利用回数を比較したものであるが、障害児等通所支援を実施する事業所の方が有意に延べ利用回数の多いことが明らかになった。なお、障害児等通所支援を実施する事業所の延べ利用回数の多い上位 15 か所のうち、9 か所においては療養通所介護よりも障害児等通所支援の利用割合が多く、そのうち 4 か所は障害児等通所支援の利用割合が 8 割以上となっていた。

2. 廃止状況と廃止の事情

2018 年調査の対象 83 事業所のうち、2021 年 10 月時点で 17 か所 (20%) が廃止していた。廃止時期は、2019 年 10 か所、2020 年 5 か所、2021 年 2 か所だった。また、廃止した 17 か所のうち 2 か所は療養通所介護を廃止して児童発達支援と放課後等デイサービスのみに特化した事業所へ移行し、1 か所は看護小規模多機能型居宅介護事業所へ転換、1 か所は介護医療院へ転換していた。

廃止した事業所のヒアリングからは、「地域に需要はあるが、経営的には運営継続できない」が主な理由として挙げられており、「訪問看護ステーションの収入を補填して維持してきたが、これ以上続けられなくなった。」、「法人本部から補填を受けていたが、経常状態が改善する見込みがないため、ニーズはあるが、法人の判断で廃止となった。」と、他事業からの補填により運営されていることも明らかになった。

考察

制度改正の影響について、療養通所介護事業所の介護報酬算定要件における定員上限の引き上げ (2009 年、2012 年) と障害児等通所支援事業の実施に関する弾力化 (2012 年) について評価した。その結果、事業所数の増加は見られずに、横ばいとなっており、むしろ廃止に至る事業所が 2 割あったことが明らかになった。以下、療養通所介護が普及しない要因の探索として、この 2 つの規制緩和的改正について考察する。

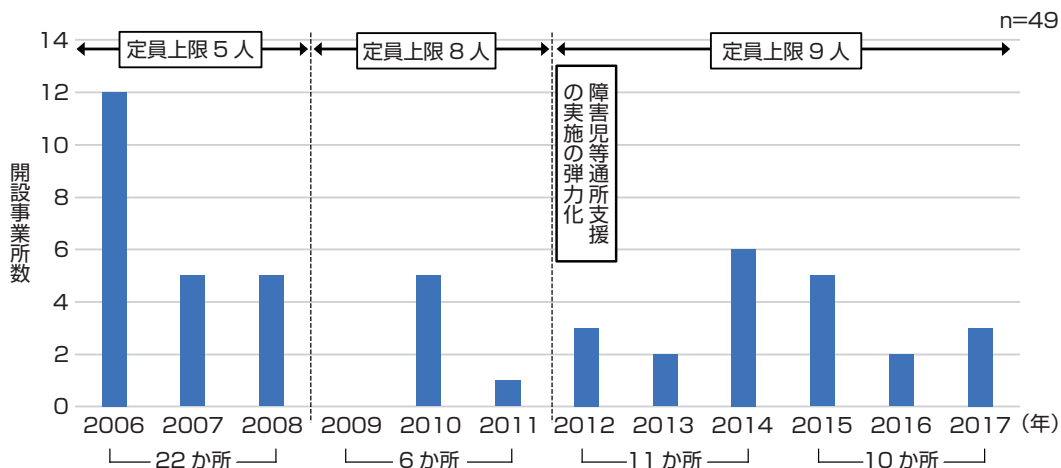


図1 開設事業所数の推移

表3 開設時期と障害児通所支援の実施

基本特性	2011 年以前開設事業所		2012 年以降開設事業所		p 値
	n=28		n=21		
	n	%	n	%	
障害児等通所支援事業の実施					
児童発達支援	9	(32.1)	12	(57.1)	0.004 **
放課後等デイサービス	9	(32.1)	12	(57.1)	0.004 **
生活介護	7	(25.0)	9	(42.9)	0.026 *

Fisher の正確確率検定 (両側検定) * $p<0.05$ ** $p<0.01$

1. 定員上限の引き上げ改正の評価

定員上限が8人以上に引き上げられた後も、定員が6人以下の事業所の方が多い。その要因としては、介護報酬の算定要件は人員配置基準が1.5:1と定められており、定員上限が増えても、利用者数に比例した職員配置が必要であるため、スケールメリットが生じないためと推測された。なお、定員の最頻値は6人で、2番目が9人であることから、1.5:1の基準から効率的な職員配置として3人の倍数で定員数を定めていたと考えられる。このことから、定員上限を5人や8人ではなく、3の倍数である9人としたことは一定の評価はできる。

一方、定員上限が9人へ引き上げられても、定

員6人以下で開設する事業所が最も多かったのは、利用者が重篤な状態であることが要因の一つと考えられる。調査期間中の療養通所介護の利用中止の主な理由は、死亡58人(49.6%)が最も多く、次に入院36人(30.8%)が続いた。要介護度も要介護4・5が、86.1%を占めていた。このことから、利用者が重篤な状態であることが明らかである。橋本ら⁹⁾は、重篤な患者の行き届いた観察看護のためには「6床まで」が限度としており、療養通所介護の利用者特性から定員6人以下としているものと推測された。このことから、定員上限9人への引き上げは、開設事業所数の増加に至る効果はなかった。

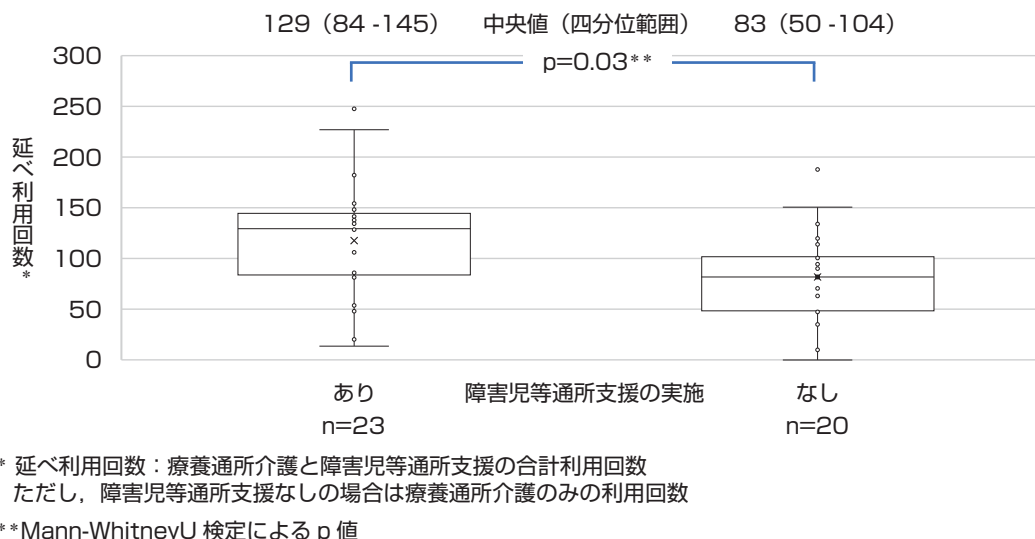


図2 障害児等通所支援実施の有無と延べ利用回数

2. 障害児等通所支援実施の弾力化の評価

横ばいの開設数からは、事業所開設に対してこの制度改正の効果があったとはいえない。しかしながら、弾力化後に開設した事業所の方が障害児等通所支援実施割合は高く、また、実施事業所の方が延べ利用回数は多いことから、事業運営上は効果があるものと推測される（図2）。

自由回答では、「キャンセルが多い」という回答があった。療養通所介護利用者は重篤であるがゆえ、病状は不安定であることがキャンセルの要因であると考えられる。小規模な事業所では1名分の空床が経営に与えるリスクは大きい。一方で、障害児の保護者とはSNS等でキャンセル情報を流し、希望者を募ることで空きベッドを埋め、キャンセル待ちの仕組みを取り入れている事業所もあった。療養通所介護の利用者や家族は高齢者が多く、同様の仕組みは難しいため、障害児の受入れにシフトする傾向があると思われる。

また、自治体単独補助等で「障害児等通所支援に対して1万円/回の補助がある」という回答もあり、療養通所介護よりも障害児等通所支援の方に経営的インセンティブがあることも推測された。

結語

本研究では、療養通所介護事業所への開設状況及び利用状況等の調査結果と制度改正の変遷を照合することで、制度改正が事業所数増加や規模の拡大に与えた影響について考察した。定員上限の引き上げについては、療養通所介護利用者に重篤者が多いことや利用者数に比例した職員配置基準があることによって開設事業所数の増加や規模の拡大への効果は認められなかった。また、障害児等通所支援実施の弾力化については、障害児等通所支援実施で延べ利用回数が多くなることによって、経営上の効果は認められたものの、開設事業所数増加の効果は認められなかった。一方、調査の自由回答では、療養通所介護は、地域にニーズがあるにもかかわらず経営的に自立できないという声が多く聞かれた。このことを踏まえ、今後の研究の課題としては、2040年を見据えて在宅療養者を支えるための地域における看護サービスの普及を見直し、更なる制度改正や報酬改定が経営面にどう影響するのかという観点からの検討が必要である。その際には、2012年の複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の創設や2016年の地域密着型サービスへの移行といった他の制度改正の影響について検討するとともに、2022年の介護報酬の改定の影響についても報酬

額の妥当性と包括化改定の影響も含めて分析評価し、報酬の在り方について検討する必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました全国の療養通所介護事業所の皆様、日本訪問看護財団には心より感謝を申し上げます。本研究は、2018年度訪問看護財団調査研究事業として調査を実施し、日本学術振興会科研費 19K10711 の助成を受けています。

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) 日本訪問看護振興財団：介護事業所における小規模多機能化事業（通所看護等）の開発・普及事業：平成 16 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分），2005.
- 2) 石原美和：介護保険制度改正と療養通所介護への期待，コミュニティケア 87：12-17，2006.
- 3) 石原美和：介護保険制度の新しい動きと看護の役割，老年看護学 11（2）：143-147，2007.
- 4) 柴崎祐美：介護保険事業所の特徴と生かした家族介護支援に関する一考察：療養通所介護事業所の家族介護者支援調査から，立教大学コミュニティ福祉研究所紀要第 4 号：115-127，2016.
- 5) 日本訪問看護振興団 / 監修：養通所介護開設・運営マニュアル，日本看護協会出版会，東京，2006.
- 6) 訪問看護財団：療養通所介護を活用した重症心身障害児・者の児童発達支援事業等事例集開設ガイド，2013.
<https://www.jvnf.or.jp/katsudo/kenkyu/24kenkyu/2405-2.pdf>（2021 年 10 月 20 日アクセス）
- 7) 当間麻子：「看護の本質を実感できる“療養通所介護”の魅力」療養通所介護推進ネットワークの取り組み地道な活動を継続して多機能化へのステップを歩みたい，コミュニティケア 130 号：34-35，2009.
- 8) 本田彰子：療養通所介護事業所の継続・発展への希求～サービス提供体制の強化～，難病と在宅ケア 17（1）：58-61，2011.
- 9) 橋本寛敏，吉田幸雄 / 監修，病院管理体系第 6 巻 I，医学書

新型コロナワクチンの副反応が訪問診療を受ける患者の日常生活に及ぼす影響のアンケート調査

山田純也¹⁾、伊藤浩光¹⁾、小畑正孝²⁾、力石辰也³⁾、野口拓哉⁴⁾

要旨

新型コロナワクチンの安全性は一般的には証明されてきているが、在宅医療を受ける患者の調査はない。ワクチンが在宅医療を受ける患者の生活に実際に及ぼす影響の調査は、ワクチン接種適応の指標となると考えられる。在宅医療を受ける患者を対象に、新型コロナワクチンの副反応が日常生活に及ぼす影響をアンケートおよびカルテ情報の抽出によって調査した。日常生活に影響があったと答えたのは1回目、2回目接種後とも5%前後で、いずれも特別な処置を必要としなかった。ワクチンを2回接種できなかった場合や、アンケート前に診療が終了となった症例には入院や死亡例もあったが、ワクチンとの明らかな関係はみられなかった。

キーワード：新型コロナワクチン、副反応、有害事象、在宅医療、日常生活

Impact of mRNA coronavirus vaccine side effects on the daily lives of patients receiving home medical care: a questionnaire survey

Junya Yamada¹⁾, Hiromitsu Ito¹⁾, Masataka Obata²⁾, Tatsuya Chikataishi³⁾, Takuya Noguchi⁴⁾

Abstract

BACKGROUND : Side effects of coronavirus (COVID-19) vaccines have been investigated. However, their impact on the daily lives of patients receiving home medical care is obscure.

OBJECTIVES : To evaluate the impact of COVID-19 vaccination side effects on the daily lives of patients receiving home medical care.

METHODS : This multi-institutional time series study involved 256 patients scheduled to receive the second COVID-19 vaccine dose between August and September 2021 and to undergo medical examination between September and October 2021. We performed a questionnaire survey of the localized symptoms at the vaccination site, pain located away from the vaccination site, fever, general fatigue, and appetite loss after the first and second shots. We

¹⁾ 赤羽在宅クリニック

²⁾ 大宮在宅クリニック

³⁾ 練馬在宅クリニック

⁴⁾ ときわ在宅クリニック墨田

¹⁾ Akabane Zaitaku Clinic

²⁾ Oomiya Zaitaku Clinic

³⁾ Nerima Zaitaku Clinic

⁴⁾ Tokiwa Zaitaku Clinic Sumida

著者連絡先：医療財団法人ときわ 赤羽在宅クリニック

〒115-0045 東京都北区赤羽二丁目69番6号 ベティ・ロロマ1階

TEL 050-3823-2316 e-mail: j.yamada@tokiwagroup.jp

compared each symptom before and after vaccination. Patients who had cancelled vaccination or medical examination were excluded from the questionnaire survey. Only descriptive analyses were conducted.

RESULTS : After excluding 21 patients, we enrolled 235 patients, eight of whom developed adverse events. The first and second shots impacted the daily lives of 4.1% and 5.5% of the patients, respectively. No medical intervention was required. The incidences of fever and fatigue increased after the second shot compared to before vaccination. Youth, low nursing level, and side effects from the first shot were correlated with side effects from the second shot. Adverse events did not affect the subjects' daily lives.

CONCLUSIONS : Side effects of COVID-19 vaccination did not impact the daily life of patients receiving home medical care.

Key words : COVID-19 vaccine, side-effects, home medical care, daily lives, adverse events

はじめに

在宅医療を受ける患者は基礎疾患があり、高齢者も多いことから、COVID-19による死亡率は高いと予測される¹⁾²⁾。新型コロナワクチンの接種はこういった患者にはメリットも大きいと考えられるが^{3~7)}、患者や家族がワクチンを躊躇する場合もあり、理由は副反応の懸念が多いという報告もある⁸⁾。新型コロナワクチンの副反応は、すでに広く調査されており^{3~9)}、重大な副反応の報告もあるが^{10~13)}、多くの副反応は健常者にとって一時的で、ワクチン接種のメリットがある^{3~7)}。一方、在宅医療を受けている、基礎疾患がありADLが低下している患者にとっては、軽い副反応が日常生活に影響を及ぼす可能性もある。例えば、摂食嚥下障害のある患者が食事が摂れなくなったり、誤嚥性肺炎を起こしやすくなる、といったことである。しかし、こういった患者の調査はなく、実態は不明である。新型コロナワクチンの3回目接種については、有効性の報告がされており¹⁴⁾¹⁵⁾、3回目あるいは4回目以降も接種が行われることが予想されるが、医療者側としても接種を勧めるか判断するため、何らかの指標が必要である。

目的

在宅医療を受ける患者が新型コロナワクチンの副反応により日常生活にうけた影響を調査し、今後の接種適応の参考となる指標を得ること。

方法

研究デザイン：時系列研究

対象：赤羽在宅クリニック、大宮在宅クリニック、練馬在宅クリニック、ときわ在宅クリニック墨田の在宅医療を受ける患者のうち、施設居住者を除いた患者で、2021年8月から9月に新型コロナワクチンの2回目接種を受ける予定で、かつ8月から10月に接種後の訪問診療を受ける予定だった256名。

調査方法：2回目のワクチン接種後、1週間以上経過した最初の診察時に、対象本人もしくは家族、後見人から医師が聞き取りと記入を行う形式でアンケートを行い、同時にカルテ情報を抽出した。アンケート対象外になった症例については、オプトアウトを行いカルテ情報のみを抽出した。

調査内容：アンケート項目は、1回目および2回目接種後1週間の接種部局所の症状、局所以外の疼痛（頭痛・関節痛・筋肉痛）、37.5℃以上の発熱、倦怠感、食思不振と、それぞれの日常生活への影響とした。影響があったかどうかは回答者の主観によるもので、詳細については自由回答とした。比較対象として、1回目接種直前1週間の疼痛（頭痛・関節痛・筋肉痛）、発熱、倦怠感、食思不振を調査した。慢性的な症状で、期間中に悪化していないものは除外した。カルテ情報から年齢、性別、2回目接種からアンケートまでの日数、介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、担癌状態の有無、もともとの経口摂取の有無を抽出した（表1）。

アンケート対象の除外基準：期間中に2回目の接種を施行できなかった対象と、2回目接種を完了したがアンケート前に診療が終了となった対象はアンケートから除外した。除外例はカルテから

年齢（10歳刻み）、性別、介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、担癌状態の有無、対象外となった理由を抽出した（表1）。

統計解析：1回目接種後、2回目接種後の各症状を McNemar 検定により接種前と比較し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。有意に増加した症状について、年齢、性別、介護度、担癌状態、1回目における同じ症状（2回目のみ）を説明変数として相関があるかどうかを、二値変数：Fisher の正確検定、連続変数：ロジスティック回帰分析により単変量解析した。介護度については40歳未満は申請できないため、介護度を含めた解析は40歳以上のみで別に行った。また、低介護度で

$n < 5$ の区分が多かったため、順序変数としての解析ではなく、2分割して Fisher の正確検定を行った。（介護度の分割要支援以下、要介護1以下、要介護2以下、要介護3以下、要介護4以下として各々単変量解析）単変量解析で $p < 0.20$ だった項目について、ロジスティック回帰分析で多変量解析し、AIC ステップワイズ法による変数選択で相関する因子を検出した。介護度は単変量解析で $p < 0.2$ かつ最小の区切りを投入した。

局所の症状については接種前の比較がないため、接種前より有意に増えていた症状と同様の解析を行った。解析にあたり、不明と無回答は除外し、その症状の回答が接種前、1回目接種後、2

表1 調査項目

アンケート実施例			
アンケートによる調査項目	1回目接種直前1週間	1回目接種後1週間	2回目接種後1週間
(それぞれが日常生活に支障があったか 具体的な支障の内容についても調査)	頭痛・関節痛・筋肉痛	接種部局所の症状	接種部局所の症状
	発熱（37.5℃以上）	頭痛・関節痛・筋肉痛	頭痛・関節痛・筋肉痛
	倦怠感	発熱（37.5℃以上）	発熱（37.5℃以上）
	食思不振	倦怠感	倦怠感
		食思不振	食思不振
診療録からの抽出項目			
	年齢		
	性別		
	2回目接種からアンケートまでの期間		
	介護度		
	認知症高齢者の生活自立度		
	担癌状態の有無		
	経口摂取の有無		
アンケート除外例			
診療録からの抽出項目	年齢（10歳刻み）		
	性別		
	介護度		
	認知症高齢者の生活自立度		
	担癌状態の有無		
	対象外となった理由、経過		

回目接種後ともそろっている対象を解析した。(局所症状については1回目, 2回目接種後のデータがそろっている対象を解析)

解析には EZR version 1.54 を使用した.

アンケートの対象外となった症例については記述的解析のみ行った.

倫理的配慮

アンケートの同意は本人, 家族, 後見人いずれかから口頭で得るものとし, 得られなかった場合は解析から除外した. また, アンケート対象から除外となった症例(同意が得られなかった場合ではなく前述「除外基準」による除外)についてはオプトアウトを行い, カルテ情報のみを収集した. 本研究は, 日本在宅医療連合学会倫理・利益相反委員会の承認を受けている(審査番号 2021-03).

結果

対象は 256 名で, アンケート対象外となった 21 名を除いた 235 名のうち, 承諾が得られた 216 名にアンケートを実施した.

供給されたワクチンはすべて BNT162b2 (mRNA ワクチン, コミナティ®)であったため,

対象者にはすべて BNT162b2 が接種された.

結果 1: アンケート実施症例について

基本属性

アンケートを実施できた対象の基本属性を表 2 に示す.

アンケート結果

接種前の疼痛, 発熱, 倦怠感, 食思不振, 1 回目, 2 回目各接種後の接種部局所症状, 局所以外の疼痛, 発熱, 倦怠感, 食思不振のそれぞれの数と比率を表 3 に示す.

1 回目接種後および 2 回目接種後の疼痛, 発熱, 倦怠感, 食思不振を接種前と比較すると, 2 回目接種後の発熱, 2 回目接種後の倦怠感の 2 項目のみが有意差をもって増加していた. 2 回目接種後の発熱, 2 回目接種後の倦怠感, 1 回目接種後の局所症状, 2 回目接種後の局所症状, の計 4 項目については相関する因子を解析した(表 4). 疼痛, 発熱, 倦怠感, 食思不振はいずれも 1 回目接種後に症状があると, 2 回目接種後に同じ症状が出やすく, オッズ比は 15 ~ 30 であった. 年齢は多くの症状と逆相関がみられたが, 一部相関がみられない項目もあった. 介護度は, 局所の症状と関連があり, 1 回目接種後は要支援以下でオッズ

表 2 基本属性 (アンケート実施者のみ)

n	216								
年齢 (SD)	平均 68.48 (15.20)				(中央値 75, 12 歳～ 101 歳)				
性別	女 127/ 男 89								
接種ワクチン	BNT162b2 (供給が 1 種類だけだったため)								
2 回目接種からアンケートまでの日数	平均 22.18				(中央値 14, 7 日～ 70 日)				
介護度	要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1	要支援 2	要支援 1	非該当	申請中
	38	34	36	30	17	4	4	52	1
認知症高齢者の生活自立度	1	2a	2b	3a	3b	4	M	非該当	未回答
	42	31	20	24	9	15	3	71	1
担瘤状態	有	無	不明						
	12	202	2						
経口摂取	有	無							
	189	27							

比 3.26, 2 回目接種後は要支援以下でオッズ比 4.1 だった。女性は 2 回目接種後の局所症状が少なく, オッズ比 0.501 だった。

生活に支障が出たと答えたのは 1 回目接種後では 8 人 (3.7%) 延べ 9 症状であった。2 回目接種後では 11 人 (5.1%), 延べ 11 症状であった。原因は局所症状が最も多く 1,2 回目の合計で 12 回答, 生活に出た症状全体の 60% だった。具体的には移乗困難など, 生活動作への影響が多かった。同一症例で 1 回目, 2 回目ともに支障が出たのは, 局所の疼痛で移乗困難になった 1 名のみで, 他は

すべて 1 回目と 2 回目では違う症例であった。転倒が 1 例あったが処置を要する外傷はなかった。また, 点滴その他特別な処置を必要とするような副反応はなかった。また, アナフィラキシー反応はなかった。

結果 2: アンケート対象外となった症例について
アンケート対象外となった 21 例を表 5 に示す。

1 回もワクチン接種しなかった対象が 12 名で, そのうち, 何らかのイベントによる接種中止が 10 名(うち死亡 3 名)だった。1 回以上接種した後, 対象外となった 9 名のうち, イベントによる接種

表 3 アンケート結果 (n=216)

		陽性*	陰性	不明	無回答	割合** (%)	p 値*** (接種前との比較)	検出力	生活の支障の内容
接種直前 1 週間	疼痛	7	198	11	0	0.3	—	—	
	発熱	5	210	1	0	2.3	—	—	
	倦怠感	9	193	14	0	4.4	—	—	
	食思不振	7	182		0	3.7	—	—	
1 回目接種 直後 1 週間	局所症状	75 (6)	136	3	2	35.5	—	—	移乗困難, 生活しづらい, 入浴中止, 疼痛 が長期持続, 無回答× 2
	疼痛	8 (1)	197	10	1	3.9	1	NaN****	無回答
	発熱	11 (0)	203	2	0	5.1	0.149	0.24	
	倦怠感	16 (2)	184	5	1	8.0	0.19	0.245	活動低下と入浴困難, トイレに行くとき力が入らない
	食思不振****	2 (0)	187	0	0	1.0	0.182	0.578	
	その他	8 (0)	下痢× 2, 不安, 右手浮腫, 接種後 2～3 時間後目のピントが合わない, 握力低下, 味覚障害 (酒たばこの味が変わった)						
2 回目接種 直後 1 週間	局所症状	85 (6)	125	5	1	40.4	—	—	移乗の支障× 2, 長期の痛み, 痛みで 目が覚める, 車椅子の操作に支障, 無 回答
	疼痛	9 (1)	196	9	1	4.8	0.803	0.059	腹痛 (接種 7 日後)
	発熱	25 (0)	190	1	1	11.6	0.00032	0.952	
	倦怠感	24 (1)	176	15	1	12.0	0.014	0.737	転倒
	食思不振****	7 (2)	180	1	1	3.7	1	*****	食事量低下× 1, 無回答
	その他	10 (1)	眠気	眠気で趣味などに支障					

*陽性の () 内は生活に支障があった数

**割合は、不明と無回答を除いて計算

*** p 値は、局所症状以外の各症状を接種前と McNemar 検定によって比較

**** NaN = 計算不能

***** 食思不振は経口摂取している症例のみで計算

***** 2 回目接種後の食思不振は接種前と同数だったため計算不能

表 4 症状と関連因子

1 回目接種後局所症状							
40 歳以上 63/176				全年齢 75/208			
単変量解析*	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
年齢	0.967	0.946 ～ 0.988	2.20E-3	年齢	0.989	0.977 ～ 1.00	0.0568
女性			0.875	女性			0.884
担瘤状態			0.769	担瘤状態			0.545
要支援より軽い			7.56E-04				
要介護 1 より軽い			1.82E-02				
要介護 2 より軽い			2.33E-03				
要介護 3 より軽い			3.66E-02				
要介護 4 より軽い			0.846				
多変量解析**	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
年齢	0.978	0.955 ～ 1.00	0.068	年齢	0.989	0.977 ～ 1.00	0.0568
要支援より軽い	3.26	1.270 ～ 8.42	1.44E-02	(単変量解析で< 0.2 は年齢のみ)			

2 回目接種後局所症状							
40 歳以上 67/176				全年齢 87/207			
単変量解析*	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
年齢	0.965	0.945 ～ 0.986	1.22E-03	年齢	0.98	0.971 ～ 0.994	4.06E-03
女性			0.21	女性			0.195
担瘤状態			1.00	担瘤状態			1
要支援より軽い			5.58E-05	1 回目の局所症状			2.73E-19
要介護 1 より軽い			3.50E-03				
要介護 2 より軽い			5.21E-04				
要介護 3 より軽い			1.08E-02				
要介護 4 より軽い			0.34				
要介護 5 より軽い			8.18E-19				
多変量解析**	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
支援より軽い	4.1	1.2700 ～ 13.300	1.83E-02	年齢	0.982	0.968 ～ 0.997	1.94E-02
1 回目の局所症状	22.9	9.920 ～ 53.000	2.34E-13	女性	0.501	0.237 ～ 1.060	0.0715
年齢	変数選択で除外			1 回目の局所症状	19.9	9.380 ～ 42.200	6.58E-15

2 回目接種後発熱							
40 歳以上 15/181				全年齢 24/214			
単変量解析*	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
年齢	0.981	0.9480 ～ 1.02	0.271	年齢	0.974	0.958 ～ 0.99	1.65E-03
女性			0.589	女性			0.827
担瘤状態			0.603	担瘤状態			0.369
要支援より軽い			0.473	1 回目の発熱			1.02E-06
要介護 1 より軽い			0.365				
要介護 2 より軽い			1				
要介護 3 より軽い			0.591				
要介護 4 より軽い			0.316				
要介護 5 より軽い			9.49E-05				
多変量解析**	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
1 回目の発熱	27.2	5.6700 ～ 130.000	3.64E-05	年齢	0.974	0.956 ～ 0.993	6.34E-03
年齢	変数選択で除外			1 回目の発熱	30.5	6.860 ～ 135.000	7.10E-06

2 回目接種後倦怠感							
40 歳以上 18/170				全年齢 23/197			
単変量解析*	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
年齢	0.975	0.9450 ～ 1.01	0.122	年齢	0.985	0.968 ～ 1.00	0.0844
女性			1	女性			0.825
担瘤状態			0.605	担瘤状態			0.367
要支援より軽い			0.149	1 回目の倦怠感			5.59E-06
要介護 1 より軽い			0.391				
要介護 2 より軽い			1				
要介護 3 より軽い			0.444				
要介護 4 より軽い			1				
要介護 5 より軽い			1.14E-05				
多変量解析**	オッズ比	95% 信頼区間	p 値		オッズ比	95% 信頼区間	p 値
1 回目の倦怠感	23.5	5.9700 ～ 92.900	6.47E-06	1 回目の倦怠感	15.3	4.9600 ～ 47.400	2.11E-06
年齢	変数選択で除外			年齢	変数選択で除外		
支援より軽い	変数選択で除外						

*単変量解析は、年齢のみロジスティック回帰分析とし他は Fisher の正確検定。介護度は各区切で Fisher の正確検定とし、最小の P 値の区切りを多変量解析に投入

**多変量解析の説明変数選択は AIC ステップワイズ法による

**p<0.05 は指数表示としている

中止もしくは診療終了が8名だった。8名中、入院もしくは死亡が7名で、入院が3名（うち、1名は入院中に死亡）、自宅での死亡が4名だった。それ以外の1名は一時的な発熱のみで自然解熱している。入院もしくは死亡した7名のうち、4名の原因は悪性疾患もしくは神経疾患末期で、他、心疾患1、老衰1、肺炎1であった。

考察

本研究の最大の調査目的である「ワクチンの副反応が日常生活へ及ぼす影響」があったと答えた

のは1回目、2回目接種後とも数%であった。内容としては局所の疼痛による日常動作への影響が多く、特別な処置を必要とする副反応はなかったが、転倒例（倦怠感による）はみられた。日常生活に影響があったかについては、回答した本人や家族の主観によるため、バイアスを考慮する必要があるものの、今回のアンケート調査の範囲では、日常生活への影響はごく小さく、一時的なADLの低下や、転倒への注意・対策をすればよいと考えられた。また、副反応のリスクファクターとして、若年や低い介護度があげられ、このことも今

表5 アンケート対象外の症例一覧

性別	年代*	介護度	認知症高齢者の生活自立度	担癌状態	接種回数	接種からの期間		入院 / 死亡	イベント内容
						1回目から	2回目から		
女	80	要介護5	M	—	0			入院	肺炎
女	90	非該当	Ⅱa	—	0				体調不良
男	10	非該当	非該当	—	0				肺炎
男	30	非該当	非該当	+	0			死亡	体調不良（癌末期）
男	70	要介護5	Ⅲa	—	0			入院	蜂窩織炎
男	80	要介護1	I	—	0			入院	急性腹症
女	80	要介護4	Ⅱb	—	0				本人の体調以外の理由
女	70	要介護4	非該当	—	0				体調不良
男	90	要介護4	非該当	—	0			入院	呼吸不全
男	80	要介護3	非該当	+	0			入院→死亡	肺炎（がん末期）
女	70	要介護5	Ⅱa	—	0				家族の意向で接種中止
女	10	非該当	非該当	—	0				発熱
男	90	要介護1	Ⅱa	—	1				イベントなし、本人都合
男	80	要支援2	I	—	1	3日		入院	肺炎
男	80	要介護4	Ⅲa	—	1	14日		死亡	心疾患による突然死
女	60	要介護5	Ⅱb	—	1	14日		入院	神経疾患末期
男	90	要介護4	Ⅱb	+	1	15日		死亡	がん末期
女	80	要介護5	Ⅲa	—	1	28日			発熱（自然に解熱）
女	60	非該当	非該当	+	1	14日		入院→死亡	がん末期 （入院の4日後死亡）
女	60	要介護4	Ⅱb	—	2	27日	6日	死亡	神経疾患末期
女	90	要介護4	Ⅱa	—	2	62日	34日	死亡	老衰

*年代は10歳刻み

後、在宅医療を受けるような患者の副反応は比較的安全で、ワクチン接種を勧める根拠となる。

生活に影響がない副反応も含めた症状全体では、接種前との比較で有意に増加したのは2回目の発熱、倦怠感のみだった。これは、そもそも副反応は1回目接種や高齢者に少ない傾向があり⁹⁾、今回の対象となった集団は副反応が少なく、かつ、疼痛、発熱、倦怠感、食思不振といったバックグラウンドの症状が多いことから、似た症状がマスクされ統計学的有意差が出にくかったためと考えられる。ワクチンを一度も打たずに何らかの事情によって接種を中止している症例が256人中12例(4.7%)あったことから、バックグラウンドの症状が多いことがうかがわれた。今回の調査を行った医療機関では小児在宅診療を行っており、通常の医療機関が行う訪問診療の対象よりも若年者が多く含まれているという特性がある(20歳未満6.0%、65歳未満33%)ため、訪問診療を行う多くの診療所では高齢者の比率が高く、副反応はもっとまれであると推測される。

局所症状および、有意な増加がみられた2回目接種後の発熱、倦怠感に関連する因子を調べると、2回目の症状は1回目の症状が出た場合に出やすく、オッズ比15 - 30と非常に強い関連があった。3回目の副反応は2回目と同等という報告も出ており¹⁶⁾、今後3回目以降の接種を受ける場合、これまでの接種時の副反応が参考になると思われる。ただし、生活に影響があったと答えた症例については、1回目と2回目はほぼ異なる患者であったため、これまでワクチンの副反応で特に影響がなかった場合でも、3回目以降に注意は必要である。

アンケート対象外となった対象については、全21名のうち、12名は1回もワクチンを接種していないため副反応とは無関係で、1名は副反応とは無関係の本人都合による2回目接種の中止だった。残る8名は最低1回目接種した後になんらかの有害事象により対象外となっていたため、副反応との関連の考察が必要である。8名はいずれもカルテ記載上は明らかな副反応の記載はなかった。8名中1名は一時的な発熱で自然解熱しており、6名は、致死的な原疾患があり、イベント発

生の時期や経過からもワクチン接種との関連は考えにくかったが、1回目接種3日後の肺炎になった1例については、副反応により誤嚥を起こしやすくなった可能性など、ワクチンとの関連は完全には否定しえない。心血管イベントや、深部静脈血栓肺塞栓といった有害事象については、バックグラウンドの発生との比較により、新型コロナワクチン接種後に増加しないと報告されており、高齢者(75歳以上)についてもやはり増加しないと報告されている。これは訪問診療において、医療者が患者にワクチン接種を勧めるうえでの一つの根拠となる¹⁷⁾¹⁸⁾。今回の我々の調査では、入院や死亡といった有害事象の原因は悪性腫瘍や神経疾患の末期、心疾患による突然死、老衰と考えられ、ワクチンの副反応との関係を証明する根拠はないが、末期の患者の死期を早めるのではないかと、突然死はワクチンのせいではなかったのか、誤嚥性肺炎や脱水は、ワクチンによる倦怠感によって増えないのか、といった疑問には答えられていない。こういった発生率の低いイベントがワクチンと無関係であるかどうかを統計学的に確認するためには、バックグラウンドの発生率との比較を行う大規模な調査が必要になる。また、バックグラウンドの有害事象は、年齢や性別、国によって差があることがわかっており、85歳以上のデータも出ているが、在宅医療を受けるような、疾患がありADLが低下した対象も同様に考えてよいかはまだデータが十分ではないと思われる¹⁹⁾。

本研究の限界は第1に対象が少ないことで、不明や無回答を除くと200人を切る項目も散見された。 α 値0.05とした時の検出力は、2回目の結果を見た場合、発熱は0.952と十分だったが、倦怠感0.737、疼痛0.0585、食思不振に至っては接種前と同数だったため、計算不能だった。症状の陽性数も10以下の項目が多く、多変量解析に適さない数であった。

第2の限界としては、対象の認知機能などに起因するもので、同意が得られなかったり、記憶が曖昧で回答が不正確な場合があることである。ただし、本研究で最も重要な調査項目である、「日常生活への影響」があるほどの副反応は、もれなく調査できていると思われる。

第3の限界は、接種したワクチンが供給の理由により1種類であったため、他のワクチンについては判断できないことである。

第4の限界は、対象外となった症例に起こったイベントが、ワクチンと関連するものか、個々の症例の検討でしかできていないことである。対象外になった症例には入院例や死亡例が含まれており、ワクチン未接種者の発生率と比較することで、有用な情報が得られるが、本研究ではそのデータを収集する研究デザインとしていなかったことと、発生率の小さい有害事象のため、統計学的な評価ができていない。

結語

在宅医療を受ける患者において、新型コロナウイルスワクチンの副反応は、2回目接種後の発熱、倦怠感のみで有意な増加が見られた。副反応による生活への影響は、接種部局所の症状による生活動作への影響が最も多かった。また、医療的対処を必要とする症例は皆無だった。しかし、転倒例もあり、医療者は、接種後に際し患者や介護者に対し、移動などの日常動作について注意喚起をするべきである。若年者や、要支援以下の介護度、1回目の接種時に症状があったことは、2回目接種時の副反応のリスクファクターであり、3回目接種時に特に注意が必要である。これらの注意を払えば、在宅医療を受ける患者に対するワクチンの安全性は高いと考えられる。

謝辞

本研究のため、大宮在宅クリニック、練馬在宅クリニック、赤羽在宅クリニック、ときわ在宅クリニック墨田の訪問診療を期間中に受け、アンケートにご協力いただいた方々、クリニックスタッフおよび医療法人社団ときわのスタッフの方々に心からお礼申し上げます。

COI 開示

研究に関し、COI 関係にある企業などはありません。

文献

- 1) Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al : Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA 323 : 2052-2059, 2020
- 2) Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, et al : Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature 584 : 430-436, 2020
- 3) Ehud Rinott, Ilan, Youngster, Yair E Lewis, et al : Reduction in COVID-19 Patients Requiring Mechanical Ventilation Following Implementation of a National COVID-19 Vaccination Program -Israel, December 2020-February 2021. CDC Morbidity and mortality weekly report 70 : 326-328, 2021
- 4) Stephen J Thomas, Edson D Moreira, Nicholas Kitchin, et al : Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. N Engl J Med. 385 : 1761-1773, 2021
- 5) Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al : COVE Study Group. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. N Engl J Med. 384 : 403-416, 2021
- 6) Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al : C4591001 Clinical Trial Group. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. N Engl J Med. 383 : 2603-2615, 2020
- 7) Mark W Tenforde, Wesley H Self, Katherine Adams : Association Between mRNA Vaccination and COVID-19 Hospitalization and Disease Severity. JAMA. 326:2043-2054, 2021
- 8) Okubo R, Yoshioka T, Ohfuji S et al : COVID-19 Vaccine Hesitancy and Its Associated Factors in Japan. Vaccines. 9 : 662, 2021
- 9) 順天堂大学医学部付属順天堂医院臨床研究・地検センター伊藤 澄信, 楠 進, 土田 尚・他 : 新型コロナウイルスの投与開始初期の重点的調査(コホート調査) 中間報, 2021.
- 10) Pottegård A, Lund LC, Karlstad Ø, et al : Arterial events, venous thromboembolism, thrombocytopenia, and bleeding after vaccination with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S in Denmark and Norway : population based cohort study. BMJ. 373 : n1114, 2021
- 11) Anders Husby, Jørgen Vinsløv, Hansen, Emil Fosbøl, et al : SARS-CoV-2 vaccination and myocarditis or myopericarditis : population based cohort study. BMJ 375 : e068665, 2021
- 12) Guy Witberg, Noam Barda, Sara Hoss, et

- al : Myocarditis after Covid-19 Vaccination in a Large Health Care Organization. *N Engl J Med* : 385 : 2132-2139, 2021
- 13) CDC : COVID-19 Response Team; Food and Drug Administration. Allergic reactions including anaphylaxis after receipt of the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine— United States, December 14-23, 2020. *CDC Morbidity and mortality weekly report* : 46- 51, 2020
 - 14) Ronen Arbel, Ariel Hammerman, Ruslan Sergienk, et al : BNT162b2 Vaccine Booster and Mortality Due to Covid-19. *N Engl J Med* : 385 : 2413-2420, 2021
 - 15) Yinon M Bar-On, Yair Goldberg, Micha, Mandel, et al : Micha Mandel, Protection against Covid-19 by BNT162b2 Booster across Age Groups. *N Engl J Med* : 385 : 2421-2430, 2021
 - 16) Anne M. Hause, James Baggs, Julianne Gee, et al : Safety Monitoring of an Additional Dose of COVID-19 Vaccine — United States, August 12 — September 19, 2021. *MMWR Early Release*. 70 : 1379-1384, 2021
 - 17) Nicola P. Klein, Ned Lewis, Kristin Goddard, et al : Surveillance for Adverse Events After COVID-19 mRNA Vaccination. *JAMA* 326 : 1390-1399, 2021
 - 18) Marie Joelle Jabagi, Jérémie Botton, Marion Bertrand, et al : Myocardial Infarction, Stroke, and Pulmonary Embolism After BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in People Aged 75 Years or Older. *JAMA*. 327 : 80-82, 2022
 - 19) Xintong Li, Azza Shoaibi, Gowtham Rao, et al : Characterising the background incidence rates of adverse events of special interest for covid-19 vaccines in eight countries : multinational network cohort study. *BMJ* 373 : n1435, 2021

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

西岡大輔^{1) 2) 9)}，上田まゆら^{3) 9)}，西出真悟^{4) 9)}，岡村紀宏^{5) 9)}，坂本はと恵^{6) 9)}，
梅木秀俊^{7) 9)}，早坂由美子^{8) 9)}

要旨

【目的】在宅療養支援診療所の相談支援・連携業務担当者（以下、担当者）の業務の多面性と社会福祉専門職の役割を検討することを目的とした。

【方法】「在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の実態に関する調査」で収集された担当者の業務に関する35問の回答データを二次利用し、因子分析により業務を分類・抽出し、取り組み状況を社会福祉専門職の有無で比較した。

【結果】担当者の業務は地域活動、連携、スペシフィックな支援、医事の4つに分類され、前者3つは担当者が社会福祉専門職である場合に多く取り組まれていた。

【考察】社会福祉専門職を在宅療養支援診療所に配置することは、地域福祉への貢献につながる可能性があった。

キーワード：在宅療養支援診療所，在宅医療，医療ソーシャルワーカー

Multidimensional works by personnel in charge of social work at home care support clinics and outstanding roles of certified social workers

Daisuke Nishioka^{1) 2) 9)}，Mayura Ueda^{3) 9)}，Shingo Nishide^{4) 9)}，Norihiro Okamura^{5) 9)}，Hatoe Sakamoto^{6) 9)}，
Hidetoshi Umeki^{7) 9)}，Yumiko Hayasaka^{8) 9)}

¹⁾ 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室

²⁾ 南丹市国民健康保険美山林健センター診療所

³⁾ 医療法人社団青い鳥会 上田クリニック 在宅総合相談室

⁴⁾ オレンジホームケアクリニック

⁵⁾ 西岡病院

⁶⁾ 国立がん研究センター東病院

⁷⁾ 苫小牧市立病院

⁸⁾ 北里大学病院

⁹⁾ 日本医療ソーシャルワーカー協会

¹⁾ Department of Medical Statistics, Research & Development Center, Osaka Medical and Pharmaceutical University

²⁾ Miyama-Rinken Center Clinic

³⁾ Ueda Clinic

⁴⁾ Orange Home Care Clinic

⁵⁾ Nishioka Hospital

⁶⁾ National Cancer Center Hospital East

⁷⁾ Tomakomai City Hospital

⁸⁾ Kitasato University Hospital

⁹⁾ Japanese Association of Social Workers in Health Services

著者連絡先：大阪医科薬科大学医学研究支援センター 医療統計室

〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2-7

TEL 072-684-7255 e-mail: daisuke.nishioka@ompu.ac.jp

Abstract

Purpose: We aimed to identify factors of the multidimensional works of personnel in charge of social work at home care support clinics, and to examine the outstanding roles of certified social workers.

Methods: We used the secondary data of "Survey on the Actual Conditions of Consultation Support and Coordination Work at Home Care Support Clinics", which included 35 questions about the works of personnel in charge of social work at home care support clinics. We performed factor analyses to classify and extract the constructs in the multidimensional works. Additionally, we compared the data by whether the personnel in charge were certified social worker or not.

Results: The constructs of the multidimensional works by personnel in charge of social work were classified into four categories: community activities, cooperation, specific needs support, and clerical works. Community activities, cooperation, and specific needs support were undertaken more frequently when the personnel in charge of social work were certified social workers.

Conclusion: Placing certified social workers as the personnel in charge of social work in home care support clinics may potentially contribute to community welfare.

Key words: home care support clinics, home care, medical social worker

はじめに

高齢化が進み、人々の価値観の多様性が尊重される現代の国際社会において、自身や家族の健康に関しても、その治療選択や療養の場所といった個別のニーズに応じた支援の重要性が指摘されるようになってきた。近年国内では、人々の住み慣れた場所での療養生活を可能とするような体制整備が、地域包括ケアシステムの構築の一環で進んでいる¹⁾。たとえば、平成25年度の医療計画においては、都道府県レベルで在宅医療の体制構築が求められている。がん、難病、認知症、慢性的な多臓器疾患など多様な健康状態を背景にもつ人々が、自宅での療養を選択する場合にその人の健康支援や療養を専門的に担う施設として在宅療養支援診療所が設置され、健康面の支援が強化されている²⁾。在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで在宅医療連携拠点事業や在宅医療連携推進事業において実施されてきたが、現在は在宅医療・介護連携推進事業として位置づけられ、全国的に取り組みが進んでいる³⁾。在宅での療養生活を選択する人々の健康状態が多様なように、人々が置かれている生活環境や社会背景も多様である。それらの背景の例としてその人の経済状況や世帯構成、社会的サポートの多寡などがある⁴⁾。このような社会的な要因はその人の健康にも影響を与えるため⁵⁾、

人々の健康な生活支援においてはアセスメントの重要な視点として注目されている⁶⁾。そこで、かつて病院で医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の重要性が提案され、相談支援業務の窓口には社会福祉専門職が採用されてきたように、在宅医療の現場でもMSWの役割が重視されつつある。在宅MSWによる支援の機能や支援の意義に関する質的な研究や、実際に在宅MSWが関与することで、人々の在宅療養の効果的な支援につながったというような質的な報告、在宅MSWが地域住民の在宅療養の質改善のために実践した地域活動が、研究会や学会発表だけでなく、事例研究など文献上も散見されるようになってきている^{7)~12)}。在宅療養支援診療所には、医療機関および地域の介護・福祉サービスとの連携が診療報酬上の施設基準として定められており、多くの場合相談支援・連携業務の担当者（以下、相談連携担当者）が配置されている。しかしながら、相談連携担当者は社会福祉専門職の有資格者とは限らず、医師や看護師、事務職員が担当している診療所もある^{13) 14)}。そのため、在宅療養支援診療所において相談連携担当者に関わる業務は担当者の専門性による施設間のバラつきが大きい可能性があるが、相談連携担当者の重要な役割や業務の実態、取り組み状況に関する資料はいまだ乏しい。さらに相談連携担当者が社会福祉専門職である場合に担っている特

徹的な業務に関する計量的なデータも十分ではない。

目的

本研究では、公益社団法人日本医療社会福祉協会（現：日本医療ソーシャルワーカー協会）が実施した在宅療養支援診療所の相談連携担当者に対する質問紙調査の収集データを二次利用して、相談連携担当者に関わる重要な業務の多面性とその種類を統計的に抽出することを目的とした。さらに相談連携担当者の業務の重要性の認識や取り組み状況を社会福祉専門職の資格の有無で比較することで、社会福祉専門職が果たしている役割と可能性に関して検討することを目的とした。

方法

1. 対象

公益社団法人日本医療社会福祉協会が実施した「在宅療養支援診療所相談支援・連携業務の実態に関する調査」¹⁴⁾（以下「在宅療養支援診療所実態調査」と略す）の収集データを二次利用した。同調査は、2019年5月1日時点で地方厚生局に届出されている在宅療養支援診療所（3,239機関）全てに対して郵送調査が実施され、そのうち216施設の相談連携担当者301名からの回答を得たものである（回収率6.7%）。調査期間は2019年8月9日から9月27日であった。同調査に回答した相談連携担当者には、医師、看護師、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員等の資格を有する職種が含まれていた¹³⁾。

2. 測定

「在宅療養支援診療所実態調査」は、全国の在宅療養支援診療所で配置が求められている相談連携担当者としてMSWを配置する診療所が散見され始めたことをきっかけに、在宅MSWの配置実態を明らかにすることと、在宅MSWの業務と病院MSWの業務内容との差異について把握することを目的とした調査であった。特に在宅MSWが実施している業務全般を明らかにするために、35問の設問を選定し、自己記入式質問紙により回答を得た（表1）。MSWの経験が10年程度かつ在宅医療MSWの経験5年以上MSW4名が、KJ法

により在宅MSWの業務を分析し設問を作成した。著者である上田、西出が同調査の設問作成に参加した¹⁴⁾。

3. 統計解析手法

まず、すべての設問35問を用いて最尤法による探索的因子分析を行った。因子数の決定には相関行列の固有値が1を超えた数を因子数とするカイザーガットマン基準と、相関行列の固有値を順に並べて固有値の大きさが平坦になる前の固有値番号を因子数とするスクリー基準を参考にし、著者間で検討して決定した。得られた初期解において、各因子負荷のプロット図を観察したところ、因子間の相関が確認されたため、斜交回転（プロマックス回転）を行った。項目の表面妥当性、項目間の相関、因子間の相関を考慮して、因子負荷量0.60未満でどの因子とも相関が低い質問項目、因子負荷量の因子間の差が0.20未満で複数の因子に相関がある質問項目を除外した。そのうえで、初回の因子分析で得られた因子数を用いて、再度最尤法による因子分析を実施した。因子負荷量と共通性を算出し、因子妥当性を検証した。また、各因子の寄与率を算出した。得られた各因子と相関の高い項目の内容を参考にし、各因子を命名した。さらに、各因子の信頼性の指標として標準化クロンバックの α 係数を算出して、内的一貫性を確認した。

次に、因子分析の結果抽出された各設問項目に関して、重要だと思う（“とても重要である”，“どちらかと言えば重要である”）と回答した者の数と割合、および各設問の取り組みの有無に関する回答数と割合を算出し、社会福祉専門職（社会福祉士および精神保健福祉士）の資格を有する担当者とそれ以外の職種の担当者の回答に層別して比較した。群間の回答割合の差の検定にはカイ二乗検定を利用し、統計的な有意水準 α は0.05とした。統計解析はSTATA MP Ver.17（Stata Corp., College Station, TX, USA）を用いた。

また、社会福祉専門職資格の有無によって層別して因子分析を実行し、抽出される業務が異なるかを検討した。

表1 在宅療養支援診療所における相談連携担当者の業務の重要性に関する質問（出典：文献 14）

	とても重要である	どちらかと言えば重要である	どちらかと言えば重要でない	まったく重要でない
1 在宅医療導入のインテーク面接	4	3	2	1
2 外来診療の新規受付の調整	4	3	2	1
3 （有床診療所の場合）ベッドコントロール	4	3	2	1
4 その他事業の受診・受療援助	4	3	2	1
5 法人内の諸サービスの相談支援・契約等	4	3	2	1
6 自院の対象でなかった患者への助言	4	3	2	1
7 在宅療養に伴う心理社会的支援	4	3	2	1
8 住環境の整備やサービス利用の調整	4	3	2	1
9 医療機器の利用に関する調整	4	3	2	1
10 保険調剤薬局との連絡調整	4	3	2	1
11 介護支援専門員との連絡調整	4	3	2	1
12 経済的支援	4	3	2	1
13 人生の最終段階における意思決定支援	4	3	2	1
14 家族への支援	4	3	2	1
15 遺族へのグリーフケア	4	3	2	1
16 患者、家族、スタッフ間の関係調整と代弁	4	3	2	1
17 小児の在宅療養、就学等に関する相談支援	4	3	2	1
18 重度障害のある人の就労支援	4	3	2	1
19 訪問診療の同行、スケジュール管理、準備	4	3	2	1
20 院内でのスタッフミーティングの参加	4	3	2	1
21 院内、地域のカンファレンスの調整、参加	4	3	2	1
22 入院先医療機関でのカンファレンスの参加	4	3	2	1
23 訪問診療患者の入院調整（緊急、レスパイト等）	4	3	2	1
24 訪問診療患者の入院後のモニタリング	4	3	2	1
25 紹介元の病院へのフィードバック	4	3	2	1
26 ICT の活用による情報共有	4	3	2	1
27 書類の作成補助（介護保険主治医意見書等）	4	3	2	1
28 在宅時医学総合管理料の契約	4	3	2	1
29 レセプト業務	4	3	2	1
30 地域ニーズの把握と渉外活動	4	3	2	1
31 地域住民へ在宅医療の普及（勉強会開催等）	4	3	2	1
32 住民、当事者が集う場づくり（患者会支援等）	4	3	2	1
33 支援者の育成（研修開催、ボランティア養成等）	4	3	2	1
34 地域活動への参加、協力（患者家族会等）	4	3	2	1
35 委託事業の運営（相談窓口、ネットワーク事務局等）	4	3	2	1

倫理的配慮

本研究では、公益社団法人日本医療社会福祉協会が同研究倫理委員会の承認を得て実施した「在宅療養支援診療所実態調査」のデータを利用した。データは匿名化された状態で日本医療社会福祉協会が所有しており、本研究ではそのデータを二次的に分析するため、すべてのデータに関して回答者を同定することが不可能である。以上より、人を対象とする医学研究に該当せず、また、連結できない匿名化された二次資料である点で、通常倫理審査を必要としない。しかし、収集されたデータが二次利用されることについては、同倫理委員会の承認及び回答者からの同意を得ていなかったため、本研究の実施に関しては日本医療ソーシャルワーカー協会倫理委員会にて修正承認を得、研究への参加拒否の機会を提供することで対応した。

結果

「在宅療養支援診療所実態調査」で有効回答が得られた301人の相談連携担当者の回答データのうち、109人が社会福祉専門職であった（うち社会福祉士102人、精神保健福祉士41人、重複あり）。社会福祉専門職を有さない残りの192人は、看護師（91人）、保健師（6人）、社会福祉主事任用資格（13人）、介護福祉士（14人）、介護支援専門員（42人）、相談支援専門員（2人）、その他（10人）、いずれの資格もなし（45人）であった（重複あり）。社会福祉専門職資格の有無で比較すると、資格あり群では、相談支援経験年数は13.6年（標準偏差：7.5年）、資格なし群では10.8年（標準偏差：8.2年）であった。

1. 因子分析

探索的因子分析の初期解から、カイザーガットマン基準を適用し因子数を6つに決定した。因子数を6つに規定し全設問項目を因子分析した結果、スクリープロット基準では、相関行列の固有値の大きさが平坦になる直前の因子数は4であった。そのため、再度全ての質問項目を用いて因子数を4つに規定した分析を実施した。因子分析の結果から因子負荷量が0.60未満でどの因子とも相関が低い質問および因子負荷量の因子間の差が

0.20未満で複数の因子に相関がある18個の質問（設問番号：2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 26, 28, 30）を削除し、残った17問を用いて再分析した。その結果、1, 11, 17, 18, 20, 21, 22, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35の設問で説明される担当者の業務が4つの側面から描写された。つまり、第1因子に含まれた業務として、「地域活動への参加、協力（因子負荷量：0.92）」や「支援者の育成（因子負荷量：0.90）」などがあり、地域活動に関する項目が集約されていた。第2因子に含まれた業務には、「院内でのスタッフミーティングの参加（因子負荷量：0.78）」や「院内、地域のカンファレンスの調整、参加（因子負荷量：0.73）」などが診療所内外との連携に関する項目が集約されていた。第3因子には、「重度障害のある人の就労支援（因子負荷量：0.88）」や「小児の在宅医療、就学に関する相談支援（因子負荷量：0.87）」などがあり、スペシフィックなニーズを持つ利用者への支援業務に関する項目が集約されていた。第4因子には、「レセプト業務（因子負荷量：0.73）」や「書類の作成補助（因子負荷量：0.71）」などがあり、医事に関する項目が集約されていた（表2）。

抽出された相談連携担当者の業務を以下のように命名した。第1因子を地域活動業務、第2因子を連携業務、第3因子をスペシフィックな支援業務、第4因子を医事関連業務とした。各因のクロンバック α 係数はそれぞれ第1因子0.93、第2因子0.84、第3因子0.91、第4因子0.77であった。

層別分析では、社会福祉専門職資格の有無で、抽出される因子数が異なり、社会福祉専門職の方が多面的な業務を念頭に置いていることが示唆された。

2. 重要度の認識と取り組み状況

上記因子分析から得られた各業務に関して、相談連携担当者が重要だと認識している回答者の割合と実際の取り組みがあるかどうかに関して社会福祉専門職資格の有無で層別して、比較した。重要度の認識に関しては、地域活動業務、連携業務、スペシフィックな支援業務では社会福祉専門職の資格を有するものでいずれも重要だと思う割合が高かった（表3）。特に、項目1, 17, 18, 22,

表2 相談連携担当者の重要な業務概念の抽出：探索的因子分析の結果

設問	因子1	因子2	因子3	因子4	共通性
34 地域活動への参加, 協力 (患者家族会等)	0.9186	-0.0279	0.0226	-0.0305	0.8283
33 支援者の育成 (研修開催, ボランティア養成等)	0.9001	-0.0492	0.0518	0.0209	0.8225
32 住民、当事者が集う場づくり (患者会支援等)	0.8979	0.0540	-0.0115	-0.0339	0.8346
31 地域住民へ在宅医療の普及 (勉強会開催等)	0.8485	0.1074	-0.0997	0.0007	0.7405
35 委託事業の運営 (相談窓口, ネットワーク事務局等)	0.6541	0.0038	0.1143	0.0790	0.5487
20 院内でのスタッフミーティングの参加	-0.0514	0.7832	-0.0541	0.1415	0.583
21 院内, 地域のカンファレンスの調整, 参加	0.1283	0.7344	-0.0161	0.0060	0.6361
22 入院先医療機関でのカンファレンスの参加	0.0708	0.7360	0.0033	-0.0627	0.59
11 介護支援専門員との連絡調整	-0.0002	0.6773	0.0415	-0.0582	0.4779
1 在宅医療導入のインテーク面接	-0.0510	0.6320	0.1052	-0.0339	0.432
18 重度障害のある人の就労支援	0.0234	-0.0016	0.8800	-0.0009	0.7924
17 小児の在宅療養, 就学等に関する相談支援	0.0098	0.0123	0.8702	0.0155	0.7859
29 レセプト業務	-0.0259	-0.0380	-0.0149	0.7263	0.5089
27 書類の作成補助 (介護保険主治医意見書等)	0.0115	0.0629	0.0426	0.7147	0.5578
クロンバック α 係数	0.93	0.84	0.91	0.77	

31, 32 では統計的な有意差がみられた。医事関連業務に関する項目 27, 29 では社会福祉専門職を有さない群で統計的に有意に重要だと認識している割合が多かった (いずれも $p<0.01$) (表 3)。実際の取り組み状況に関しては、相談連携担当者のうち社会福祉専門職で、医事関連業務以外の業務が実際により取り組まれている割合が高いことがわかった (表 4)。

考察

本研究は「在宅療養支援診療所実態調査」のデータを二次利用し、因子分析の手法によって、在宅療養支援診療所相談連携担当者の多面的な業務を整理し分類した。その結果、相談連携担当者は、地域活動業務、連携業務、スペシフィックな支援業務、医事関連業務に広く携わっていることが明らかになった。相談連携担当者が社会福祉専門職である場合に、地域活動業務や連携業務、スペシフィックな支援業務が重要と認識され取り組まれやすいこと、医事関連業務が実践されにくい傾向

があることが計量的に明らかになった。

因子分析で得られた計量的な結果は、既存の文献レビューにおいて、在宅医療ソーシャルワーカーの重要な業務として記述されてきたものと一致している¹⁵⁾¹⁶⁾。現場の相談連携担当者の具体的な実践例でいえば、地域活動業務としては、地域住民がいつでもだれでも無料で相談できる「みんなの保健室」を解説し、在宅療養支援診療所のスタッフが常駐し全世代の住民を対象につながりづくりを実践している。連携業務としては、地域の保健医療介護福祉のステークホルダーだけでなく、地域住民もともになって、在宅医療を利用する支援だけでなく、人生の最終段階の医療についての課題を話し合っている。また、スペシフィックな支援業務としては、医療的ケアが必要となる子どもたちの在宅医療支援に限らず、療育、保育、教育の機会を検討する会議を開催したり、通学支援や医療的ケアが必要な児童の親の就労支援などを実践している¹⁷⁾。医事関連業務にあるレセプト管理に関しては、かつて病院の MSW がレセプト

表3 在宅療養支援診療所の相談連携担当者の業務のうち、社会福祉専門職の有無による重要性の違い：
カイ2乗検定の結果 (* p<0.05)

設問	資格あり (n, %)	資格なし (n, %)	p 値
34 地域活動への参加, 協力 (患者家族会等)	96, 88.1%	136, 70.8%	0.30
33 支援者の育成 (研修開催, ボランティア養成等)	96, 88.1%	134, 69.8%	0.16
32 住民、当事者が集う場づくり (患者会支援等)	99, 90.8%	132, 68.8%	0.02 *
31 地域住民へ在宅医療の普及 (勉強会開催等)	104, 95.4%	145, 75.5%	0.02 *
35 委託事業の運営 (相談窓口, ネットワーク事務局等)	86, 78.9%	114, 59.4%	0.14
20 院内でのスタッフミーティングの参加	107, 98.2%	162, 84.4%	0.40
21 院内, 地域のカンファレンスの調整, 参加	105, 96.3%	153, 79.7%	0.21
22 入院先医療機関でのカンファレンスの参加	108, 99.1%	153, 79.7%	0.02 *
11 介護支援専門員との連絡調整	109, 100%	168, 87.5%	0.26
1 在宅医療導入のインテーク面接	109, 100%	164, 85.4%	0.02 *
18 重度障害のある人の就労支援	90, 82.6%	91, 47.4%	0.00 *
17 小児の在宅療養, 就学等に関する相談支援	90, 82.6%	101, 52.6%	0.00 *
29 レセプト業務	39, 35.8%	101, 52.6%	0.00 *
27 書類の作成補助 (介護保険主治医意見書等)	60, 55.0%	119, 62.0%	0.01 *

表4 在宅療養支援診療所の相談連携担当者の業務のうち、社会福祉専門職の有無による取り組み状況の違い：
カイ2乗検定の結果 (* p<0.05)

設問	資格あり (n, %)	資格なし (n, %)	p 値
34 地域活動への参加, 協力 (患者家族会等)	32, 29.4%	31, 16.1%	0.01*
33 支援者の育成 (研修開催, ボランティア養成等)	28, 25.7%	20, 10.4%	0.00*
32 住民、当事者が集う場づくり (患者会支援等)	28, 25.7%	21, 10.9%	0.00*
31 地域住民へ在宅医療の普及 (勉強会開催等)	40, 36.7%	44, 22.9%	0.01*
35 委託事業の運営 (相談窓口, ネットワーク事務局等)	19, 17.4%	20, 10.4%	0.08
20 院内でのスタッフミーティングの参加	103, 94.5%	142, 74.0%	0.00*
21 院内, 地域のカンファレンスの調整, 参加	96, 88.1%	122, 63.5%	0.00*
22 入院先医療機関でのカンファレンスの参加	97, 89.0%	113, 58.9%	0.00*
11 介護支援専門員との連絡調整	105, 96.3%	147, 76.6%	0.00*
1 在宅医療導入のインテーク面接	101, 92.7%	105, 54.7%	0.00*
18 重度障害のある人の就労支援	10, 9.2%	10, 5.2%	0.18
17 小児の在宅療養, 就学等に関する相談支援	13, 11.9%	12, 6.3%	0.09
29 レセプト業務	15, 13.8%	47, 24.5%	0.03*
27 書類の作成補助 (介護保険主治医意見書等)	54, 49.5%	90, 46.9%	0.66

に関連する業務に携わっていたように、相談連携担当者も人員的な都合などから当該業務に携わることが求められている可能性がある。相談連携担当者に求められる業務に関する考え方は過渡期にあり、これまで病院のMSWが発展してきたように相談連携担当者の役割をより確立していくことが求められるかもしれない。

社会福祉専門職の有無で層別した場合に、医事関連業務のみが別の傾向を示し、社会福祉専門職において重要度および取り組まれている割合が低かったことは、社会福祉学における対人援助に関する体系的な教育や社会福祉士や精神保健福祉士のカリキュラムにこれらの項目が含まれていないことなどから¹⁸⁾、社会福祉専門職が本来果たすべき役割という認識をもっていない可能性が考えられた。

本研究の結果が示すように、社会福祉専門職が相談連携担当者である場合に、地域における社会活動、診療所内外との業務上の連携や、スペシフィックなニーズを持つ人々に対する相談支援に重点的に取り組みやすい可能性がある。このような実践は地域包括ケアシステムや地域共生社会の理念にかなっており¹⁾¹⁹⁾、地域住民の医療上の課題を超えた、生活上のニーズに対する多様な支援のしくみに在宅療養支援診療所も貢献できる可能性がある。現在社会福祉専門職を採用していない在宅療養支援診療所が相談連携担当者として社会福祉専門職を採用した場合に、診療所の実践がどう変化していくのかを明らかにするような研究も今後求められる。

本研究にはいくつかの限界がある。まず「在宅療養支援診療所実態調査」の質問項目が、社会福祉専門職を有するMSWを中心に作成されたことで、社会福祉専門職でない相談連携担当者の業務を網羅的に抽出できていなかった可能性がある。次に、回収率が少ない調査を二次利用した研究である点があげられる。本研究で利用した調査のサンプルは因子分析を実施するためには十分な数が確保できたが²⁰⁾、回収率が少ないことから、日本全体の在宅療養支援診療所の状況を代表できていない可能性がある。担当者がより精力的に取り組みを進めている診療所の方が仮に調査に回

答しやすい場合に、社会福祉専門職の重要な取り組み状況を過大評価してしまう可能性もあった。そのため、今後はより多くの在宅療養支援診療所からの調査データを用いて分析することも重要であろう。

結語

本研究では、在宅療養支援診療所の相談連携担当者が携わる業務には多面性があり、地域活動業務、連携業務、スペシフィックな支援業務、医事関連業務といった妥当性の高い側面が計量的に抽出された。社会福祉専門職の資格有無によって業務の重要度や実践状況は異なっていた。社会福祉専門職を在宅療養支援診療所に配置することは、地域における診療所のプレゼンスを高め、地域医療及び地域福祉への貢献につながる可能性があった。

謝辞

本論文の可読性や用語に関して、第三者の視点でアドバイスを頂戴した医療ソーシャルワーカーの西田紀子さんに感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省, 地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2022年4月12日アクセス)
- 2) 厚生労働省, 医療計画について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000036ff1-att/2r98520000036fkg.pdf> (2022年4月12日アクセス可能)
- 3) 厚生労働省, 在宅医療・介護連携推進事業の手引き.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf> (2022年4月12日アクセス)
- 4) 日本プライマリ・ケア連合学会, 日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針. 2018. <https://www.primary-care.or.jp/sdh/fulltext-pdf/pdf/fulltext.pdf> (2022年4月12日アクセス)
- 5) Marmot, M. The health gap: the challenge of an unequal world: the argument. *International journal of epidemiology*. 46 (4), 1312-1318, 2017.
- 6) 西岡大輔, 近藤尚己. 社会的処方事例と効果

- に関する文献レビュー：日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題. 医療と社会. 29 (4). 527-44, 2020.
- 7) 中土純子. 在宅医療におけるソーシャルワーカーの現状と課題. 武蔵野大学現代社会学部紀要. 7, 117-129, 2006.
 - 8) 中土純子. 在宅医療におけるソーシャルワークの意義. 武蔵野大学現代社会学部紀要. 8, 101-119, 2007.
 - 9) 中土純子. 在宅医療におけるソーシャルワーカーの連携機能. 武蔵野大学現代社会学部紀要. 9, 97-110, 2008.
 - 10) 野田京. 在宅医療におけるソーシャルワークの実践報告. 医療と福祉. 80, 61-65, 2006.
 - 11) 野田京. 在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーク援助の現状——アンケート調査からの実態把握. 医療と福祉. 87, 33-37, 2010.
 - 12) 上田まゆら. (2019)「在宅医療現場におけるソーシャルワーク実践」『ソーシャルワーク研究』45 (3), 253-261, 2019.
 - 13) 山崎まどか, 西出真悟, 佐野晴美, 他. 「在宅療養支援診療所ソーシャルワーカーの業務の実態に関する調査」報告. 医療と福祉. 103, 24-30, 2018.
 - 14) 公益社団法人日本医療社会福祉協会. 在宅医療に関わるソーシャルワークの手引き. 2020.
 - 15) 大賀有記. 在宅医療ソーシャルワークの意義に関する考察—スピリチュアリティに配慮したソーシャルワークの観点を参考に—. 社会福祉研究, 22, 1-8, 2020.
 - 16) 加藤大輔, 塩路直子, 池田朋広. 医療ソーシャルワーカー業務における地域活動の定着に関する文献検討—希望する在宅生活の継続を可能とする地域医療体制の構築に向けて—. 日本農村医学会雑誌., 69 (5), 516-524, 2021.
 - 17) オレンジホームケアクリニック, 経済・財政一体改革推進委員会第15回社会保障ワーキンググループ資料.
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/281027/shiryous3.pdf>
(2022年4月12日アクセス)
 - 18) 厚生労働省, 令和元年度社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/shakai-kaigo-yousei/index_00012.html (2022年4月12日アクセス可能)
 - 19) 厚生労働省, 地域共生社会のポータルサイト.
<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>
(2022年4月12日アクセス)
 - 20) MacCallum RC, Zhang S, and Hong S. Sample Size in Factor Analysis. Psychol Methods 4 (1): 84-99, 1999.

がん終末期における看護小規模多機能型居宅介護 サービスの利点を事例から考える

遠藤光史^{1) 2)}, 高橋善美²⁾, 長濱久美¹⁾

要旨

【はじめに】がん終末期の療養の場の選択に看護小規模多機能型居宅介護サービス（以下、看多機）を活用した症例を報告する。

【症例】症例①は膵がん 70 歳代女性、自宅での療養継続が不可能で看多機へ緊急入所し永眠した。症例②は肝細胞がん 70 歳代男性、状態に応じて看多機を活用した。症例③は悪性脳腫瘍 70 歳代女性、自宅への退院は不安で看多機を利用して永眠した。

【考察】看多機は介護と医療を統合し、在宅生活支援や看取りなどの医療ニーズの高い患者でも対応する。またデイサービスなどを通じて日常性が得やすくがん終末期でも有用であった。今後症例を重ねて、看多機の有用な活用および連携の在り方を確立していきたい。

キーワード：看護小規模多機能型居宅介護サービス、がん、終末期

Considering the role of multifunctional long-term care in small group home and home-visit nursing in the terminal stage of cancer : Case reports

Mitsufumi Endo^{1) 2)}, Yoshimi Takahashi²⁾, Kumi Nagahama¹⁾

Abstract :

Introduction : We will discuss the efficiency of multifunctional long-term care in a small group home and home-visit nursing (MLSH) facilities and services used to determine the place for medical treatment in three terminal cancer cases.

Cases : Case 1 is a female in her 70s with pancreatic cancer. It was impossible to continue medical treatment at home, so the patient urgently entered a MLSH and remained until death. Case 2 is a male in his 70s with hepatocellular carcinoma. MLSH were used depending on the patient's condition. Case 3 is a female in her 70s with a malignant brain tumor. Because the patient was anxious about being discharged to her home, MLSH were used.

Discussion : MLSH integrates nursing care and medical care to support patients with high medical needs such as those experienced during end-of-life care. MLSH day care services were especially useful in the advanced stage of

¹⁾ メディケアクリニック石神井公園

²⁾ 東京医科大学病院 緩和医療部

¹⁾ Medicare Clinic Shakujiko

²⁾ Tokyo Medical University Hospital

著者連絡先：メディケアクリニック石神井公園

〒177-0041 東京都練馬区石神井町 2-8-21MJY ビル 3 階

TEL : 03-6913-3681 E-mail : endo@medicare-clinic.net

terminal cancer because it allowed for patients to more easily establish and maintain a daily routine. In the future, we would like to continue to use MLSH, coordinate care with MLSH staff, and collect data to establish the ideal way of coordinating care between primary physicians and MLSH care staff.

Key Words : PCA, medical narcotic, end-stage cancer

はじめに

がん終末期では、病状が急激に悪化することや、医療的ケアが多く介護負担も大きいため、療養の場を選択するのに苦慮することを経験する。そうした療養の場を選択する際に、さらには住み慣れた地域で過ごすための選択肢の一つに看護小規模多機能型居宅介護サービス（以下、看多機）があげられる。

看多機は、在宅での看取り支援など自宅療養を支える介護保険サービスで、利用者の体調や家族の状況に合わせ、医療処置も含めたサービス（訪問看護、訪問介護、通い、泊まり）を1つの事業所が提供する。

今回看多機を利用した症例を供覧し、がん終末期における看多機の有用性について考察を行う。

症例

症例①は70歳代女性、病名は膵がん、既往歴では特記すべきことなし。現病歴としてX年Y-6月に膵がん・肝転移と診断され、抗がん剤治療を行うも効果なく緩和医療へ移行した。臨床経過としては、同年Y月より訪問診療を開始したが、訪問診療開始5日後には呼吸困難、体動困難が出現した。訪問診療を開始したばかりで訪問看護などの療養環境の調整や症状コントロールも困難で、さらには独居でもあることから、自宅での療養継続が不可能となった。しかし希望していた緩和ケア病棟への緊急入院ができないため、普段から当院と連携を図っていた看多機へ緊急入所を依頼した。介護保険未申請のため自費の緊急ショートステイ対応ではあったが同日緊急入所となり、入所後2日目に永眠となった。

症例②は70歳代男性、病名は肝細胞がん、既往歴では脳出血、膀胱がん、糖尿病、冠動脈狭窄症、腰部脊柱管狭窄症、甲状腺機能低下症を認めた。現病歴としてX-4年肝細胞がんでS8切除お

よび肝動脈化学塞栓療法、抗がん剤が施行された。X年Y-1月に意識障害で入院し、入院後に誤嚥性肺炎となった。肺炎は軽快するも経口摂取が進まず、抗がん剤治療は困難なため緩和医療へ移行となった。Y月自宅での介護に対して家族の不安があり、一旦看多機に退院した。そして在宅環境を調整して自宅に戻ることになり、同時に訪問診療開始となった。臨床経過としては、退院後も経口摂取は改善せず状態不良のまま、家族の不安もさらに増したことから、自宅へは外出や外泊とした。この間看取りに向けて、訪問診療医や看多機のスタッフから、今後身体に起こる変化などの説明を繰り返し行いながら、家族の負担や不安の軽減を図るように努めた。退院16日後看多機で永眠となった。

症例③は70歳代女性、病名は悪性脳腫瘍、既往歴では特記すべきことなし。現病歴としてX-6年より悪性脳腫瘍に対して腫瘍摘出術および放射線治療を複数回施行された。しかし腫瘍増大による痙攣の悪化や術後の難治性瘻孔などのため積極的治療は困難となり、緩和医療へ移行した。自宅への退院は不安なため、以前よりデイサービスで利用していた看多機へ退院となり、X年Y月訪問診療も開始された。臨床経過としては、経鼻胃管から栄養および薬剤を投与、頭部の術後難治性瘻孔の処置を継続した。入所当初は、外泊を含めて自宅に戻ること検討したが、医療処置も多く、何度か自宅への外出を行いながら看多機で過ごした。自宅との往復は、施設職員が行ったため病状などの情報共有や、家族の都合に合わせた搬送時間の調整もスムーズに行えた。徐々に状態は悪化していくなかでむせ込みも増え、経鼻胃管からの投与を減量したり中止したりする必要が生じた。こうした病状変化の説明は、訪問診療および看多機のスタッフから家族が受け入れられるように繰り返行なった。Y+4月看多機で永眠となった。

考察

佐藤らの報告によれば、がんは他の慢性疾患と比較し、療養の開始から看取りまでの期間が短いことを報告している¹⁾。加えてせん妄や疼痛などで病状が悪化すれば医療的なケアが増してくることが考えられる。こうした状況の変化は、自宅での生活を困難にし、療養場所の変更を早急に行わなければならないが、受け入れ可能な病院や施設が決まらない事例も経験する。その際の選択肢の候補の一つに、斎藤らが述べている「在宅ホスピスケアの要」となる看多機が挙げられる²⁾。看多機は、「医療依存度の高い人や退院直後で状態が不安定な人、在宅での看取り支援など、住み慣れた自宅での療養を支えるための介護保険サービス」である³⁾。その内容としては、患者の体調や家族の状況に合わせて、訪問看護、訪問介護、デイサービス、ショートステイの4つのサービスを1つの事業所が提供しながら、介護と医療を統合した包括的なサービスを提供し、「通い」を中心に「宿泊」「訪問」を組み合わせた在宅生活支援が可能であるとされている³⁾。今回我々は、がん終末期の患者3症例で看多機を利用した。以下にその症例ごとに問題点を提示しながら、看多機の役割について考察を加える。

症例①では予想以上に早く病状が悪化したことや独居で介護者も不在であったことが在宅療養継続の阻害要因となった。事前に緩和ケア病棟への入院を考え準備しておいたが、緊急入院はできず、本症例では看多機を利用して看取りまで対応した。このように独居で急激な病状の悪化に対しても看多機で看護・介護のサポートを受けながら、緩和ケア病棟入院までの待機や看取りの対応を行えることが示唆された。これは看多機の特長である「患者の多様なニーズに対応できる」⁴⁾ことを示しており、住み慣れた地域で療養を支えるための連携施設としての有用性が示された。また本症例では介護保険未申請でも自費による緊急ショートステイで地域の看多機に入所できたことは、日頃から「顔の見える連携」⁵⁾を行っていたからと考える。

次に症例②について検討する。「病院からの退院直後は、患者、介護者共にもっとも不安が強く、

慣れない中での介護や医療処置は心身共に大きな負担」⁶⁾となる。特にがん終末期は状態の変化が早いなかで、その変化に応じて介護者が患者の死を受け止められるように支援し、看取りへの準備をしていくことが必要であると考えられる。加えて、終末期にある患者への介護は、常に死を認識することになると考えられ、伊藤ら⁷⁾は介護者の心身状態の安定を図りながら、患者の看取りにむけた介護スキルの獲得も重要であると報告している。また片平ら⁶⁾は「看多機ではこの時期に泊り利用を多くして患者の心身の安定を図り、介護者の介護指導を集中的に行うことで技術と自信をつけてもらい、少しずつ自宅で暮らす時間を増やすといった段階的な支援を、様子を見ながら進めていくことができる」と述べている。こうした看多機の利点を活用することで、症例②のような病状が安定しない場合でも、患者の変化やそれに対する介護者の心身状態に配慮しながら柔軟に対応し、穏やかに看取るための環境を整えることができる可能性が示唆された。

症例③では経管栄養、連日の瘻孔処置や繰り返す痙攣発作など医療依存度は高く、看多機のような医療的処置への対応もでき、さらに介護面も支援できる施設は有用であった。また、家族が看多機を選んだ理由として、以前デイサービスで利用していたときに健康な人と過ごせたことをあげた。これは病院とは違ったこれまでと同じような日常的な雰囲気を感じられたことに、家族は満足感を得られたのではないかと考えられる。看多機ではこうした患者が療養している同じ空間で、デイサービスが行われることなどの「集団でいることによる利用者間の良い影響」⁶⁾を生み出したりする可能性が考えられることや、高井⁴⁾が述べる、看多機が看護と介護の複合型サービスによる安心できる環境の構築を目指しているということは、がん終末期の療養の場としては大切な点であると考えられる。これらの要因により、看多機ががん終末期の療養の場の候補となっていると考えられる。

当院では経験していないが、看多機を利用して在宅看取りとなった事例²⁾は報告されており、がん終末期患者が住み慣れた地域で最期まで過ごすための看多機の有用性が示されていると考える。

これまで述べてきたような看多機を利用するメリットの他にも、「家庭的な環境下で顔馴染みの職員からのきめ細かなケア」、「月額固定制による利用者の経済的負担の軽減」などがあげられる⁸⁾。しかしながら一方で、看多機のデメリットもある。「2.5人の看護師常勤換算配置で認可を認められることから訪問看護を経験しない事業所もある」と報告されており²⁾全ての看多機が、がん終末期患者や看取り対応に習熟しているわけではなく、看取りを含めた多様なニーズへの対応などは施設ごとに能力の差がある可能性も考えられる。また片平ら⁶⁾は問題点として、看多機は「自宅での生活を基本とするという理念があり、宿泊等は施設ごとに1日の利用者数に毎回限度があるため利用者の希望のとおりサービスが利用できるわけではない」ことを挙げている。別の文献⁸⁾では、「低所得者や福祉用具利用者の経済的負担」、利用する看多機のケアマネジャーを利用しなければならないため、「他事業所のケアマネジャー担当の場合ケアマネジャーの変更が必要」であることや、「看多機についての知識の普及の不足」などの問題点を事例報告の分析から抽出している。さらに看多機の設置や利用が進まない理由として、利用者が入院、入所すると報酬が得られなくなり、医療ニーズが高い要介護利用者を想定した施設であるため、入院、入所のリスクは高く、安定的な経営は難しい⁶⁾ことも指摘されている。

こうしたデメリットもあるが、看多機の有用な活用方法と、そしてより良い連携の在り方を模索していけば、看多機は地域医療においてがん終末期を支える必要なリソースになり得ると考える。

付記

本症例は第3回日本在宅医療連合学会大会で発表した。

文献

- 1) 佐藤泉, 山本則子, 竹森志穂・他. 終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違いーがんとうがん以外の事例の比較ー. 日本看護科学会誌 31, 68-76, 2011.
- 2) 斎藤忠雄, 物江正子. あっかんべえ, でありがとう, 看護小規模多機能型居宅介護サービスによる在宅ホスピスケアのすすめ. 死の臨床 41, 332, 2018
- 3) 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス). 訪問看護・看多機の提供体制強化に向けた取り組み/訪問看護師の確保・活躍推進. 東京: 日本看護協会 <https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kantaki/index.html> (2022年6月アクセス)
- 4) 高井由美子. 多様なニーズに対応し退院後の利用者・家族を支える. 看護 65, 54-57, 2013.
- 5) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? Palliative Care Research 7, 323-333, 2012
- 6) 片平伸子, 丸尾智実, 小川妙子. 医療と介護は限りなく近づく, 在宅サービス 看護と介護が一緒にサービスを提供する強みと課題 看多機の事例報告分析から. 医療と看護 Next, 5, 503-507, 2019.
- 7) 伊藤絵梨子・田高悦子: 終末期がん療養者の在宅看取りに求められる家族介護者の特徴ー訪問看護師の視点からー. 横浜看護学雑誌 14, 19-26, 2021.
- 8) 片平伸子・丸尾智実・小川妙子: 看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題ー事例報告の分析からー. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 42, 32-39, 2019.