

訪問看護師による訪問介護員との連携及び連携での困難

須加 美明

要旨 訪問看護師による訪問介護員との連携及び連携する上で感じる困難を測定し、連携と連携での困難それぞれの関連要因を明らかにすることを目的にした。

東京都区内の全訪問看護ステーションを対象に質問紙調査を行い、有効回答は322件、回収率15%であった。聞き取り調査をもとに作成した連携及び連携での困難を表す項目について探索的因子分析を行ったところ、連携を測る5因子と連携での困難を測る4因子が抽出され、確認的因子分析の結果、それぞれの適合度も良好であった。

連携及び連携での困難を従属変数、ソーシャルスキルなどを独立変数とした重回帰分析を行った結果、連携と連携での困難に影響する要因は異なり、また連携と連携での困難は互いに無相関であったことから、それぞれは関連のない別の状況を表していることが示唆された。

キーワード：訪問看護師、訪問介護員、連携

I. はじめに

介護サービスにおいて医療との連携は以前から強調されているが、在宅生活の柱である訪問介護は医療的な課題をもつ利用者への対応が充分とは言えない。在宅療養が推進され医療依存度の高い高齢者が地域で暮らすようになり、訪問看護師が訪問介護員と同じ利用者を訪問することも増えているが、訪問看護師が訪問介護員との間で連携するために必要な情報交換などを適切に行っているかについて分析した実証研究は多くない。

川村は、医療依存度の高い利用者に対する関係職種間の効果的な連携について調査しているが¹⁾、喀痰吸引などの医療的ケアを介護職が安全に実施できる連携方法の開発に焦点を当てており、訪問看護師と訪問介護員との通常業務での連携ではない。訪問看護師と訪問介護との連携での関係に焦

点をあて聞き取り調査をもとにした分析^{2) 3)}や、両者の連携上の困難⁴⁾あるいはその要因について自由回答を分析した研究はあるが⁵⁾、連携の困難に関連する要因を分析した実証研究はほとんどない。

看護職の側から連携を測る尺度は多いが、医師との連携が中心であり^{6) ~10)}、職種の範囲を広げた場合でも医療チームに対する態度¹¹⁾や多職種チームでの行動や評価^{12) 13)}であることが多く、訪問介護員との連携に着目して尺度化を試みた研究はほとんどない。

わが国での看護職の連携尺度をみても医療職との連携を測るものが多く^{14) 15)}、調査対象に介護職が含まれていても尺度が測る中心は医療のチームケアであり¹⁶⁾、そうでない場合は相互の役割の理解や意思疎通の程度¹⁷⁾及び関係の近さ¹⁸⁾を測る尺度であり、訪問看護師と訪問介護員との連携を対象にした尺度ではない。

本論の目的は、第一に訪問看護師が訪問介護員と連携するために必要な情報交換などの行動をど

の程度行っているか、また連携する上でどのような困難を感じているかを測定することであり、第二に測定された連携及び連携での困難、それぞれに関連する要因を明らかにすることである。

II. 方法

1. 対象とデータ

2018年12月現在で厚生労働省の介護サービス情報公開システムに登録されている東京都23区内の全訪問看護ステーション734事業所に調査への協力を依頼した。一事業所あたり訪問看護の経験が3年以上の看護師2名と所長を調査対象として、事業所あたり3名の調査票と返信用封筒を2019年1月に送付した。管理者に配布を依頼し、無記名の回答者から直接郵送で334件を回収(15%)し、回答条件である経験年数3年に満たない12件を除いた322件を分析対象にした。回答者(分析対象)は女性が95%、平均年齢は46.8歳(±.49)、経験年数の平均は10.4年(±.37)、ステーション所長が37%であった。

2 連携及び連携での困難に関する項目の作成

訪問看護師の訪問介護員との連携及び連携での困難を把握するため2018年8月、東京都A市内の全訪問看護ステーションを対象に聞き取り調査を依頼した。承諾を得た13事業所の所長から、同じ利用者を訪問している訪問介護員と連携するために行うか等について約60分聞き取りをした。この結果、連携するケアの内容は①状態変化の報告、②服薬管理、③排便コントロール、④褥瘡ケア、⑤嚥下困難での摂食、⑥家族の介護状況、⑦その他に区分できることが分かった。これをもとに連携の内容を表す37項目を作成した。また聞き取り調査と先行研究から連携での困難を表す18項目を作成した。連携及び連携での困難を示す項目について、介護支援専門員の経験をもつ所長のエキスパートレビューを受けて文言を修正した。

調査票の連携を表す項目の設問では「訪問介護と連携するため訪問看護師として、次のような行

動をどの程度行っていますか」とたずね、選択肢に1～5を配点し数量的な分析を行った。連携での困難を表す項目では「訪問介護と連携しようとして、次のような困難を感じたことがありますか」とたずね、選択肢に1～4を配点し数量的な分析を行った。二つの設問とも「同じ法人の隣接する訪問介護がある場合、他の法人の訪問介護との間で考えてください」という教示文を付けた。

3. 変数と尺度

連携及び連携での困難を表す項目の妥当性を検討する外的基準を考えた。訪問看護師が訪問介護員と連携する行動をよく行えているということは、同じ利用者をケアするチームとして活動できていることにつながるので、チーム特性尺度のうちチームワークを表す下位尺度「このチームではメンバー間でよくコミュニケーションがとれている」など8項目(以下、チームワーク尺度)を用いた¹⁹⁾。教示文は「訪問看護と訪問介護と介護支援専門員を同じ利用者をケアするチームとして考えてお答え下さい」とし、前問と同じく他の法人の事業所との間で考えるよう要請した。選択肢に1～5を配点し、チームの相互作用がよいほど点が高くなるようにした。訪問看護師が、地域の関係職種との間でよく連携できているならば、訪問介護員との連携もよくなると思われるので「地域で利用者に関わっている人の名前と顔が分かる」など地域連携尺度を用いた¹⁷⁾。選択肢に1～5を配点し、連携がよいほど点が高くなるようにした。また「あなたは看護師として訪問介護との連携がよくとれていると思いますか」に対して「よく連携がとれている～連携がとれていない」の5価で回答を求めた(以下、訪問介護との連携の自己評価)。

連携及び連携での困難の関連要因を探るため、影響する可能性をもつ変数と尺度を考えた。介護保険の指定事業者は、他事業所との連絡では介護支援専門員を介するのが基本であるため、介護支援専門員の働きが連携を左右する。介護支援専門員の活動を評価するために「ケアマネジャーはケアチームに必要な情報をすぐに伝えてくれる」「ケ

アマネジャーは必要に応じてよく動いてくれる」「ケアマネジャーは必要に応じてサービス担当者会議を開いてくれる」の3項目をたずね、「そう思う、どちらかと言えばそう思う、どちらともいえない、あまりそう思わない、そう思わない」に5～1を配点し3項目の合計を評価点とした。

訪問介護員と円滑な連携を行うためには、ソーシャルスキルが高い必要があると思われるのでW-Kiss16を用いた²⁰⁾。属性として性、年齢のほか「あなたは訪問看護ステーションの管理者（所長）ですか」とたずね「管理者である、ではない」の回答を得た。また回答者の属する訪問看護事業所に「同じ法人が経営する隣接した訪問看護事業がありますか」をたずね、「同じ法人の訪問看護事業所が、敷地内または近隣にある」「ない」で回答を得た。

4. 測定の信頼性と妥当性の検討方法

本論は尺度開発が目的ではないが、測定を行う以上ある程度の信頼性と妥当性が求められる。連携及び連携での困難を測る尺度の測定内容を明らかにするため、探索的因子分析によって抽出された因子が表す内容を整理し、さらに尺度の適合度を調べるために確認的因子分析を行った。基準関連妥当性を検討するため①チームワーク尺度、②地域連携尺度、③訪問介護との連携の自己評価との相関を調べた。また連携のための情報交換をどの程度行っているかを調べるため、作成された尺度の下位尺度ごとの平均値を求め、どのような内容の情報交換が多いのかを調べた。連携の困難についても同様に下位尺度の平均値を比べ、どのような困難が多いかを調べた。信頼性は内的整合性の観点からクロンバックの α を求めた。

5. 連携及び連携での困難の関連要因の検討方法

連携と連携での困難とはどのような関係にあるのだろうか。訪問看護師が訪問介護員と連携する行動を適切にできないことが、連携での困難になるのだろうか。両者は同じ状況を逆の面から表しているのか、あるいは別の状況なのだろうか。

これを調べるため、それぞれの尺度項目の合計をもとめ（以下、尺度得点）、その2変量の相関を調べた。連携及び連携での困難の関連要因を調べるため、尺度得点を従属変数とし、性・年齢を調整変数、管理者であるか否か（以下管理者）、ソーシャルスキル、介護支援専門員の活動評価、訪問介護事業所の有無を独立変数にした重回帰分析を行った。統計解析にはspss24とAmos24を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究は、所属大学の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。調査票は、回答者が返信用封筒で返送することにより内容が事業所に知られないこと、調査を拒否しても何ら不利益は生じないこと、結果は統計的に処理され個人が特定されないことを要請文に明記した。

Ⅲ. 結果

1. 探索的因子分析の結果と尺度の内容

連携を表す37項目の因子分析に先立ち、回答の偏りが大きい（選択肢2 箇の計が80%以上）15項目を除いた。残りの22項目について主因子法（プロマックス回転）を用いて因子分析したところ、因子負荷量が0.4未満及び他の因子と負荷が分かれた10項目が分かり、これを除く12項目について因子分析したが、再び因子負荷量0.4未満及び因子負荷が分かれた2項目が生じ、これを除く10項目について再度因子分析した結果、表1のような10項目からなる5因子を抽出した。第1因子は「発赤などがある利用者では、ヘルパーに除圧のやり方を」教えるなど2項目で「褥瘡ケア」と名づけた。第2因子は「利用者の状態が悪いときには、訪問中のヘルパーから直接電話をもらう」など2項目で「状態変化の報告」とした。第3因子は「家族がカテーテルなどの扱いに慣れていない利用者では、不具合が生じていないかヘルパーから情報をもろう」など2項目で「家族の介護状況」と名づけた。第4因子は、「認知症の利用者が服薬しなかったときには連絡をもらう」など2項目で「認

知症の服薬管理」とした。第5因子は「排便コントロールが難しい利用者では、ヘルパーから排便の状況を知らせてもらい下剤の量を調整」する2項目で「排便コントロール」と名づけた(表1の第1から第5の因子の順は主因子法での順と異なる)。聞き取り調査によって連携するケアの内容の一つとして区分した「嚥下困難での摂食」は因子を構成しなかった。

作成された5因子の尺度をもとに、連携のため

の情報交換をどの程度行っているかを調べるため、下位尺度ごとの因子内項目の合計の平均値を求めたところ、「状態変化の報告」と「認知症の服薬管理」は同じ6.08、「排便コントロール」と「家族の介護状況」は同じ5.59、「褥瘡ケア」は5.00であった。

連携での困難を表す18項目については、選択肢の「該当する経験はない」が7%以上であった7項目を除いた11項目について、主因子法(プロマックス回転)を用いて因子分析し、因子負荷量0.4未

表1 訪問看護師による訪問介護員との連携尺度の確認的因子分析

因子名	項目	尺度全体の $\alpha = .834$					因子負荷量
状態変化の報告 $\alpha = .781$	「熱がでた」など利用者の状態が悪いときには、訪問中のヘルパーから、直接電話をもらうようにしている ^{a)} ヘルパーが利用者の状態を心配しているとの連絡がケアマネジャーから入り、ヘルパーがまだ訪問中ならば、直接電話して詳しく聞くようにしている						.807
							.787**
認知症の服薬管理 $\alpha = .662$	認知症の利用者が自分で服薬できなくなった場合、見えない場所に薬を置き、ヘルパーが取り出して飲んでもらうようにしている ^{a)} 飲めないとき大きな影響がでる薬をヘルパーに教えて、認知症の利用者が服薬しなかったときには連絡をもらうようにしている						.561
							.887**
排便コントロール $\alpha = .721$	排便コントロールが難しい利用者では、ヘルパーから排便の状況を知らせてもらい下剤の量を調整している ^{a)} 下剤の調整が難しい利用者で、ヘルパーが下剤の量をよく分からないときには、訪問看護に電話で聞くように勧めている						.712
							.795**
褥瘡ケア $\alpha = .838$	発赤などがある利用者では、ヘルパーに除圧のやり方を分かりやすく絵に描いて教えるようにしている ^{a)} ポジショニングのやり方を担当ヘルパーに伝えるため、体位とマットの位置を絵や写真にして教えるようにしている						.884
							.812**
家族の介護状況 $\alpha = .706$	家族がカテーテルなどの扱いに慣れていない利用者では、点滴やカテーテルに不具合が生じていないかについて、ヘルパーから情報をもらうようにしている ^{a)} 家族の介護負担が大きい利用者では、家族の健康状態や疲れ具合について、ヘルパーから情報をもらうようにしている						.732
							.735**
因子相関		F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	
	F 1 状態変化の報告						
	F 2 認知症の服薬管理	.491**					
	F 3 排便コントロール	.617**	.635**				
	F 4 褥瘡ケア	.315**	.322**	.395**			
	F 5 家族の介護状況	.478**	.661**	.726**	.480**		
モデルの適合度	GFI						.977
	AGFI						.949
	CFI						.988
	TLI						.979
	RMSEA						.040

選択肢と配点：4よく当てはまる、3やや当てはまる、2どちらとも言えない、1あまり当てはまらない、0当てはまらない

a) パラメタを1に固定した変数、数値は標準化係数

* $p < .05$ ** $p < .01$

満の1項目を除いて再度、同じように因子分析した結果、表2のような10項目からなる4因子を抽出した。第1因子は「サービス提供責任者に伝えたことが、関係するヘルパーには伝わっていない」など3項目からなり「ケアが伝わらない」と名づけた。第2因子は「連絡ノートに水分摂取量などを書くように決めていても」書いていないなど2項目で「記録がされない」とした。第3因子は「利用者の状態変化の報告がない」など3項目で「状態変化の報告がない」とした。第4因子は「利用者に合ったケア方法を助言しても、聞き入れられない」など2項目で「助言が聞き入れられない」と名づけた。

と名づけた。

作成された4因子の尺度をもとに、連携の困難では何がどの程度かを調べるため、下位尺度ごとの因子内項目の合計を項目数で除した平均値を求めたところ、「ケアが伝わらない」は1.93、「助言が聞き入れられない」は1.58、「状態変化の報告がない」は1.46、「記録がされない」は1.37であった。

2. 確認的因子分析の結果

連携を表す5因子10項目の尺度の適合度を調べるため確認的因子分析を行った。確認的因子分析の結果、統計的に有意な推定値が得られ、因子負

表2 訪問看護師による訪問介護員との連携での困難尺度の確認的因子分析

因子名	項目	尺度全体の $\alpha = .905$				因子負荷量
ケアが伝わらない $\alpha = .812$	サービス提供責任者に伝えたことが、関係するヘルパーには伝わっていないことがある ^{a)}					.759
	連絡ノートでケアの仕方を伝えておいても、ヘルパーによってはできていないときがある					.800**
	ヘルパーが毎日訪問している利用者で、担当するヘルパーが多いと、処置方法がなかなか伝わらない					.731**
記録がされない $\alpha = .864$	連絡ノートに水分摂取量などを書くように決めていても、ヘルパーによって書いていないことがある ^{a)}					.909
	ヘルパーは、訪問したら必ず排便を記録すると決めておいても、忘れてたり、排便がないと書いていないことがある					.856**
状態変化の報告がない $\alpha = .826$	利用者の状態変化の報告がないことがある ^{a)}					.796
	利用者の身体的な異常の連絡が来ないため状態が悪化してしまうことがある連絡してほしい利用者の状態をあらかじめ教えていても、連絡がないことがある					.790** .756**
助言が聞き入れられない $\alpha = .829$	利用者 に 合った ケア 方法 を 助 言 し て も 、 聞 き 入 れ ら れ な い こ と が 有 る ^{a)}					.871
	食事への助言をするが聞き入れられないことがある					.811**
因子相関		F 1	F 2	F 3	F 4	
	F 1 ケアが伝わらない					
	F 2 記録がされない	.628**				
	F 3 状態変化の報告がない	.866**	.731**			
	F 4 助言が聞き入れられない	.690**	.490**	.669**		
モデルの適合度	GFI	.961				
	AGFI	.927				
	CFI	.982				
	TLI	.972				
	RMSEA	.058				

選択肢と配点：3よくある、2ある程度ある、1あまりない、0まったくない、(非該当処理) 該当する経験はない

a) パラメータを1に固定した変数、数値は標準化係数

* $p < .05$ ** $p < .01$

荷量及び因子間の共分散の標準化推定値及びモデルの適合度指標は表1のようであった。連携での困難を表す4因子10項目の尺度について確認的因子分析を行った結果、統計的に有意な推定値が得られ、標準化推定値とモデルの適合度は表2のようであった。

3. 外的基準との関連及び信頼性の結果

連携の尺度得点と外的基準として設定した①チームワーク尺度との相関係数(r)は.332、②地域連携尺度とは.339、③連携の自己評価とは.349の値で統計的に有意に相関していた(いずれも $p<.01$)。連携での困難の尺度得点と①チームワーク尺度との相関は-.240($p<.01$)、②地域連携尺度とは-.150($p<.05$)、③連携の自己評価とは-.303($p<.01$)の値でいずれも統計的に有意な負の関連を示した。連携を測る10項目のクロンバックの α は.834であり、下位尺度での値は表1のとおり.662～.838の値であった。連携での困難10項目のクロンバックの α は.905であり、下位尺度での値は表2のとおり.812～.864であった。

4. 連携及び連携での困難の重回帰分析の結果

連携と連携での困難の関係を調べるため、それぞれの尺度得点の2変量の相関を求めたところ無相関であった。

表3 連携及び連携での困難を従属変数にした重回帰分析

独立変数	従属変数	連携	連携での困難
性別		-.103	.010
年齢		.202**	.002
管理者か否か		-.033	-.136*
ソーシャルスキル		.276**	-.036
介護支援専門員の活動評価		.092	-.359**
訪問介護事業所の有無		-.175**	-.075
調整済みR ²		.152**	.144**

強制投入法 * $p<.05$ ** $p<.01$ *印なし ns

連携の尺度得点を従属変数とし、性・年齢を調整変数、管理者、ソーシャルスキル、介護支援専門員の活動評価、訪問介護事業所の有無を独立変数にした重回帰分析(強制投入法)を行った結果、表3のようになった。年齢、ソーシャルスキル、訪問介護事業所の有無の3変数が有意な影響力をもち調整済みR二乗は.152であった。連携での困難の尺度得点を従属変数とし、同じ6変数を独立変数にした重回帰分析を行った結果、表3の右の列のようになった。管理者と介護支援専門員の活動評価の2変数だけが有意な影響力をもち、調整済みR二乗は.144であった。

IV. 考察

1. 連携及び連携での困難の信頼性と妥当性

探索的因子分析によって連携及び連携での困難を測るそれぞれの尺度を作成したが、念のため尺度モデルの適合度を調べる確認的因子分析を行った。連携尺度の適合度を見るとGFIとAGFIは0.9以上、CFIとTLIも0.95以上であり、当てはまりが良いとされる値でありRMSEAもよい適合とされる0.05以下なので²¹⁾、本尺度は当てはまりの良いモデルであると思われる。連携での困難尺度の適合度を見るとGFIとAGFIは0.9以上、CFIとTLIも0.95以上であり当てはまりが良く、RMSEAも妥当とされる0.08以下なので²²⁾、本尺度も悪くない適合度と言ってよいと思われる。

連携尺度と外的基準との関連は、チームワーク尺度と.332で相関し、地域連携尺度とは.339、連携の自己評価とは.349の値で有意に相関していたので、本尺度は訪問看護師が訪問介護員と連携するために行う行動と密接に関わる内容を測定していると考えてもよいと思われる。連携での困難尺度と外的基準との関連は、チームワーク尺度と-.240、地域連携尺度とは-.150、連携の自己評価とは-.303の値で有意に相関し、係数の絶対値は大きくないものの、いずれも連携の良さを示す基準との間で負の関連を示したので、連携がうまくいかない状況、すなわち連携での困難と密接に関わる

内容を測定していると考えて良いと思われる。

信頼性については、連携尺度では下位尺度の一部に低い値があるものの、全体のクロンバックの α は.834であり、連携での困難尺度全体の α は.905なので内的整合性からみて一定の信頼性があると考えてよいと思われる。

2. 連携及び連携での困難の下位尺度の意味

訪問看護師が訪問介護員との連携に必要な行動をどの程度行っているかについては、尺度を作成したことによって5つの内容で連携が行われていること、すなわち状態変化の報告、認知症の服薬管理、排便コントロール、褥瘡ケア、家族の介護状況に関する情報交換などの行動が行われていることが分かる。その頻度を因子内項目の平均値で比べると、状態変化の報告と認知症の服薬管理が同じ6.08で最も多く、つぎは排便コントロールと家族の介護状況が同じ5.59であり、褥瘡ケアは5.00の値で連携の頻度が最も低かった。これは訪問介護事業所のなかには依頼されても褥瘡ケアは行わない事業所があるという現状を反映していると思われる。状態変化の報告での連携が多かったことは、利用者の生活をよく捉えている訪問介護員に対して、訪問看護師が強く求める情報提供であり、連携でのヘルパーの情報発信を調べた先行研究と一致する²³⁾。

訪問看護師が訪問介護員と連携するうえでどのような困難を感じているかについては、4つの内容で困難感があり、その困難の程度を平均値の大きい順に示すと、ケアが伝わらないが1.93、助言が聞き入れられないが1.58、状態変化の報告がないは1.46、記録がされないは1.37である。ケアが伝わらないと助言が聞き入れられないが多いのは、訪問看護師とホームヘルパー間の連携困難を調べた先行研究と一致している⁴⁾。

3. 連携と連携での困難の関係

連携と連携での困難の2変量の相関は無相関であった。ここから訪問看護師が訪問介護員との間で連携するための情報交換などの行動をどの程度

行っているか（連携の水準）と、その連携をする上でどの程度困難を感じているか（連携での困難度）は、別の状況を表していると思われる。つまり訪問看護師が訪問介護員と連携する行動を適切にできないことが、連携での困難になるわけではないと考えられる。これは連携での困難を表す項目のうち「サービス提供責任者に伝えたことが関係するヘルパーに伝わらない」や「ケア方法を伝えてもヘルパーによってはできていない」などは、訪問介護事業所のサービス運営によって生じる問題であることを考えると妥当な解釈と思われる。

4. 連携と連携での困難の関連要因

連携と連携での困難は、関連性のない別々の状況を表しているという理解の仕方は、関連要因の違いをみるとより明確に言える。連携の関連要因では、ソーシャルスキルの影響力が最も大きく($\beta = .276$)、年齢が高いほど連携がよくなる傾向があり($\beta = .202$)、同じ法人内に訪問介護事業所がある方が連携がよい($\beta = -.175$)。一方、連携での困難に影響する変数は2つで、連携では有意でなかった介護支援専門員の活動評価の値が大きく($\beta = -.359$)、管理者であるか否かも影響した($\beta = -.136$)。つまり連携と連携での困難は、影響する変数が全く違い、連携で最も影響力の大きかったソーシャルスキルは連携での困難に有意な影響を与えていない。連携での困難は、ソーシャルスキルや年齢によって表される個人のもつ力と関係がない。これは、「ケアが伝わらない」は訪問介護事業所のサービス運営によって生じる問題であり、「記録がされない」「助言が聞き入れられない」などは訪問介護員の力量や職種間の壁によって生じる問題であると考えられ、訪問看護師個人の能力で対応できる範囲を超えているためであると解釈できる。

「同じ法人が経営する隣接した訪問介護事業所の有無」は連携に影響し、連携での困難に影響しなかった。「同じ法人の訪問介護事業所が、敷地内または近隣にある」場合には、訪問介護員はどのような医療知識が不足しがちであり、どのような

状況を心配に思うかなどが日常業務を通じて伝わりやすくなり、訪問介護員に対してより適切な情報を提供できるようになるためと解釈できる。またケアマネジャーがよく動いてくれるかという介護支援専門員の活動評価は、連携には影響しないが、連携での困難には大きな影響力を持っている。連携の間に立つケアマネジャーがよく動いてくれない場合には、先に述べたような訪問介護の側の事情で生じる問題をより増幅させることにつながるためではないかと解釈できる。管理者であるか否かは、連携での困難に負の影響力を持っているが、管理者であることは一般の訪問看護師よりも連携での困難をより多く感じていることになる。これは訪問介護のサービス提供責任者との窓口になるのは管理者である場合が多いこと、ケアマネジャーに対して家族への連絡を頼んだり、サービス担当者会議の開催を求めるのも管理者であることから、これらがうまく機能しない場合、管理者の方がより多く困難を感じると解釈できるだろう。

V. 結論と残された課題

1. 結論

訪問看護師が訪問介護員との連携に必要な情報交換などの行動をどの程度行っているかについては、状態変化の報告、認知症の服薬管理、排便コントロール、褥瘡ケア、家族の介護状況に関する情報交換が行われており、その連携の程度を比べると、状態変化の報告と認知症の服薬管理が同じ頻度で最も多く、つぎは排便コントロールと家族の介護状況であり、褥瘡ケアでの連携が5つのなかでは最も少ないことが分かった。連携する上でどのような困難を感じているかについては、ケアが伝わらない、助言が聞き入れられない、状態変化の報告がない、記録がされないという4つの困難があることが分かった。

連携に関連する要因は、ソーシャルスキルや年齢などが関連したのに対して、連携の困難に関連する要因では、これらは影響せず、介護支援専門員の活動評価が大きく影響したこと、連携と連携

での困難は互いに無相関であったことから両者は別の状況を表していることが示唆された。

2. 残された課題

本研究はつぎのいくつかの点において課題がある。聞き取り調査をもとに項目を作成し、連携及び連携での困難を示すそれぞれの尺度を作成したが、妥当性を示す外的基準との相関係数の絶対値の大きさが十分とは言えない。連携のよさ及び連携での困難を示すより適切な外的基準をどのように設定するかが残された課題である。また回答者が東京都23区の訪問看護師という標本の代表性において課題がある。さらに尺度の標準化としては2つの尺度が他の地域のデータにおいても成り立つかという交差妥当性を確かめることが残されている。また調査票の制約から関連要因として調べられた変数が限られたことも限界といえる。これらの不十分な点の克服が今後の課題になる。

本研究は平成30(2018)年度科学研究費補助金基盤研究B(課題番号18H00951)による研究成果です。

文献

- 1) 川村佐和子：医療依存度の高い在宅療養者に対する医療的ケアの実態調査および安全性確保に向けた支援関係職種間の効果的な連携の推進に関する検討 平成21年度総括報告書, 102-103, (2010)
- 2) 原田春美, 小西美智子：在宅療養高齢者ケアにおける訪問看護師とホームヘルパーの連携. 広島大学保健学ジャーナル, 2(1): 57-63 (2002)
- 3) 原田春美, 小西美智子, 寺岡佐和：同一事例にケアを提供する訪問看護師とホームヘルパーの相互作用に関する研究. 日本地域看護学会誌 9(1): 40-46 (2006)
- 4) 伊藤幸代, 小林厚美, 南田喜久美：在宅における訪問看護師とケアマネジャー, ホームヘルパー間の連携困難に関する調査. 日本看護学会論文集 地域看護, 44: 47-50 (2014)
- 5) 原田由美子, 松井妙子, 井上千津子：在宅高齢者に対する訪問看護・訪問介護・居宅介護支援事業所従事者のチーム活動を困難にする要因. 京都女子大学生活福祉学科紀要, 9: 27-34 (2013)

- 6) Hojat M, Fields SK, Veloski JJ et al.: Psychometric properties of attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Evaluation & the health professions*, 22 (2) : 208-220 (1999)
- 7) Hojat M, Ward J, Spandorfer J et al. :The Jefferson scale of attitudes toward interprofessional collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *Journal of interprofessional care*, 29 (3) : 238-244 (2015)
- 8) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也 : 医師と看護師の協働に対する態度 : Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration 日本語版の開発と測定. *医学教育*42 (1) : 9-17 (2011)
- 9) Baggs JG: Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of advanced nursing*, 20: 176-182 (1994)
- 10) Weiss SJ, & Davis HP: Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing research*, 34: 299-305 (1985)
- 11) Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP et al. : Development of an attitudes toward health care teams scale. *Evaluation & the health professions*, 22 (1) : 123-142 (1999)
- 12) King G, Orchard C, Khalili H et al. :Refinement of interprofessional socialization and valuing scale (ISVS-21) and development of 9-item equivalent versions. *Journal of continuing education in the health professions*, 36 (3) : 171-177 (2016)
- 13) Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ et al. :Measuring interdisciplinary team performance in a long-team care setting. *Medical Care*, 42 (5) :472-481 (2004)
- 14) 松井妙子 : 在宅高齢者に対する訪問看護職のチーム活動に関する尺度作成の試みとその構造. *日本看護学会論文集地域看護*, 42: 77-80 (2012)
- 15) 成瀬昂, 阪井万裕, 永田智子 : Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 61 (9) : 565-572 (2014)
- 16) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江 : 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生指標*62 (6), 1-9 (2015)
- 17) 阿部泰之, 森田達也 : 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. *日本緩和医療学会誌*, 9 (1) : 114-120 (2014)
- 18) 福井小紀子 : 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日本在宅医学会雑誌*16 (1) : 5-11 (2014)
- 19) 日本労働研究機構 : 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発～HRMチェックリストの開発と利用活用. 調査報告書No.161: 400-405 (2003)
- 20) 田中健吾 : 職場ストレスと社会的スキル. (菊池章夫編著) 社会的スキルを測る : KiSS-18ハンドブック, 52-70, 川島書店, 東京 (2007)
- 21) 豊田秀樹 : 共分散構造分析 Amos編 : 構造方程式モデリング. 18-19, 東京図書, 東京 (2007)
- 22) 大石展緒, 都竹浩生 : Amosで学ぶ調査系データ解析. 196-197, 東京図書, 東京 (2009)
- 23) 和田恵美子 : ホームヘルパーの情報発信の実態把握と阻害要因の明確化 : 医療と介護の円滑な連携に向けて. *日本在宅ケア学会誌*, 22 (1) : 65-73 (2018).