

訪問介護員の訪問看護との連携する行動を評価する尺度の開発

—服薬の情報提供、排泄の情報提供、看護から情報収集—

○ 目白大学 須加美明 (1790)

訪問介護、訪問看護、連携

1. 研究目的

介護と医療の連携は常に強調され、医療依存度の高い人の在宅が増えているが、訪問介護の医療課題への対応は充分とは言えない。訪問介護員（以下ヘルパー）が訪問看護との間で連携に必要な行動を適切に実施しているかを分析した研究は多くない。訪問看護と訪問介護との連携の関係を聞き取りした分析（原田 2002）や、両者の連携上の困難を質的に調べた研究はあるが（伊藤 2014）、連携を評価する尺度はない。看護職の連携を測る尺度は多いが医師との連携が中心であり（Weiss & Davis 1985；Baggs 1994；Hojat et al. 1999；小味ほか 2011；Hojat et al. 2015）、範囲の広い尺度でも多職種チームの評価であり（Temkin-Greener et al. 2004；King et al. 2016）、訪問介護との連携を測る尺度はほとんどない。わが国の連携尺度でも医療職との連携を測るものが多く（松井 2012；成瀬ほか 2014）、調査対象に介護職を含んでも中心は医療のチームケアにある（藤田ほか 2015）。相互の一般的な連携（福井 2014）やチームアプローチを測る尺度はあるが（飯岡ほか 2016）、ヘルパーによる訪問看護師との連携を評価する尺度はない。本論の目的は、ヘルパーが訪問看護師と連携するための行動をどの程度行っているかを評価する尺度を開発することである。

2. 研究の視点および方法

1) 調査対象とデータ

週 1 回以上稼働しているヘルパーを対象にして質問紙調査を行った。2019 年 12 月に東京都 A 市で協力の得られた 24 事業所のヘルパー(503 名)を対象に、事業所に調査票の配布を依頼し、回答者から直接郵送で回収した。回収数は 301 件で欠損値のない 267 件（53%）を分析対象にした。回答者の属性は、女性が 92%、平均年齢 58.6 歳(±11.5)、範囲は 23 歳から 82 歳、正規職員は 10%であった。

2) 尺度の構成概念の検討

先行研究をもとに尺度の構成概念を考えた。福祉医療の連携、多職種連携、多職種チームの概念を整理した研究は多く、初歩的な段階から統合あるいは専門職の役割開放など連携レベルの高度化を示している。しかし訪問介護の現実には「利用者の体調不良時、どの程度の状態で連絡すればいいかわからない」というように（伊藤 2014）、連携の基礎である情報交換において課題がある。直行直帰の非常勤（登録）ヘルパーがケアを担い、他機関への連絡はサービス提供責任者（以下、サ責）が行う決まりのため、状態変化の報告は伝聞の形に

なる。このような現実を踏まえるならば、高度なチームケア尺度より、連携に必要な情報交換をどの程度行えているかを測る尺度が必要と思われる。在宅の要介護高齢者を対象にした福祉と医療または訪問介護と訪問看護の連携についての先行研究から、以下ことが分かる。

前田は保健医療福祉の連携が統合に向けて進む3段階を示し、第一段階を随時の情報交換が行われる状態とした（前田 1990:13-15）。ここから連携の基礎は情報交換であることが分かる。大塚は質的調査をもとに多職種連携の構成要素を分析し、抽出された3カテゴリーのなかで「情報の共有化」が最も中心的な要素と述べている（大塚 2004）。平田は訪問看護、ヘルパー、ケアマネジャー、医師による3カ月間のやり取り記録を分析し、その多くは「事実の伝達」「実施報告」「判断の表明」などであり（平田 2004）、情報提供と情報収集が基本になることを示している。伊藤はヘルパーと訪問看護師間の連携困難を調査し、訪問看護師からの連携困難は「助言が聞き入れられない」「伝達が上手くいかない」など情報提供での困難であり、ヘルパーからの連携困難は「与薬の効果、変更がわからない」など情報収集での困難、「どの程度の状態で連絡すべきかわからない」など情報提供での困難を示している（伊藤 2014）。藤田は「他職種から情報収集した」「他職種へ伝えた」などの項目から成る医療職と介護職の連携尺度を開発し（藤田 2015）、連携の基本が情報収集と情報提供であることを示している。以上から本尺度の構成概念は情報収集と情報提供が枠組みとなると考えられる。

連携とは双方向の働きなのでヘルパーから捉えただけでは、訪問看護にとって重要な内容が欠ける恐れがある。ヘルパーによる連携の評価尺度であるが、訪問看護にとっても意味のある尺度が望ましい。訪問看護師によるヘルパーとの連携の内容を把握するため聞き取り調査と調査票調査を行った。2018年8月、東京都A市内の全訪問看護ステーションに依頼し、承諾を得た13事業所の所長から、ヘルパーと連携する内容について聞き取り調査を行った。この結果、連携する内容は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その他の指導と情報提供に区分できることが分かった。これをもとに連携内容を表す37項目を作成した。調査票調査は東京都23区内の全訪問看護ステーション734事業所に協力を依頼し、一事業所あたり3名の調査票を2019年1月に送付した。管理者に配布を依頼し、回答者から直接郵送で334件を回収(15%)し、経験年数3年以上の回答条件に合う322件を分析対象にした。「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」をたずね、「よくあてはまる～当てはまらない」の選択肢に5-1を配点し数量的な分析を行った。連携内容の区分において複数の項目を作成した重要な4つの区分、つまり①状態変化の報告、②服薬管理、③排便コントロール、④褥瘡ケアの区分のなかで各3項目の平均値をもとめ、連携の頻度を比較したところ、①状態変化の報告 4.21、②服薬管理 4.12、③排便コントロール 3.91、④褥瘡ケア 3.76であった。ここからつぎのことがわかる。

(1)「状態変化の報告」の平均値が最も高いことから、訪問看護師のヘルパーとの連携では、状態変化の報告の頻度が最も多い。これは次で述べるサ責への聞き取り調査の結果と同じであった。つまりヘルパーは訪問看護師に対し「利用者の状態変化」についての情報提供を多く行っている。(2)服薬管理と排便コントロールの連携頻度が次に高いことから、ヘルパーが情報提供する「利用者の状態変化」では服薬と排泄に関する情報が多いことが推測される。また服薬管理では訪問看護への聞き取りでも、サ責への聞き取りでも、認知症高齢者の服薬を確認することの難しさ、相互の情報交換の重要さの点で同じ意見であったことから、服薬の情報提供が測定対象になると考えられる。(3)褥瘡ケアでの連携とは、訪問看護師がヘルパーにケア方法を指導する内容であり、ヘルパーからみればケア方法を訪問看護から情報収集することである。ヘルパーが訪問看護から情報収集する内容は、褥瘡ケアだけでなく利用者の疾病によって多岐にわたっていた。情報提供では、連携頻度の多い内容は服薬と排泄になるが、情報収集は利用者の状態によって異なり内容を概念として規定できない。

以上をまとめると、先行研究から本研究で対象とする連携の構成概念は①情報提供と情報収集の2つに大別でき、②連携の内容において区分すると、情報提供は服薬と排泄に分かれ、看護師から指導や指示を得る情報収集がもう一つの下位の構成概念になる。ここから本尺度の構成概念は、服薬の情報提供、排泄の情報提供、看護から情報収集の3つの下位概念から成りたつという仮説を設定した。

3) 項目の作成と選択

先行研究と聞き取り調査から構成概念に適した項目を考えた。聞き取りは「訪問介護が訪問看護と連携するために行っている行動」について、サ責6名にグループインタビューを行い、16項目を作成した。調査票では訪問看護の利用者を担当した経験をもつヘルパーに回答を求めた。「訪問看護と連携するために、次のような行動をどの程度していますか」をたずね、「よくあてはまる～あてはまらない」に1～5を配点して数量的な分析を行った。回答に偏りのある項目を除外するため、両端2価の計が80%以上の2項目を除外し、14項目について主因子法（プロマックス回転）を用いて3因子を抽出した。因子負荷量が分かれた6項目を除外し、再度同じ手法で因子分析した結果、3因子8項目となった。尺度を簡素化するため、因子負荷量が相対的に小さい2項目を除き3因子6項目を尺度とした。

4) 妥当性と信頼性の検討方法

基準関連妥当性を調べるため、つぎの4変数を外的基準にした。利用者の変化を把握し訪問看護と連携できるヘルパーは、援助する力も高いと考えられるので、ヘルパー援助力の尺度を用いた（須加 2012）。訪問看護と連携できるヘルパーは、仕事での能力向上も大きいと思われるので、業務能力向上尺度を用いた（中原 2010:71-91）。訪問看護と連携できるヘルパーは、関係職種との役割も理解していると思われるので地域連携尺度の「他職種の役割が分かる」を用いた（阿部・森田 2014）。訪問看護との連携を総合的にたずねた。設問は「あ

あなたは訪問介護員として訪問看護師との連携がよくとれていると思いますか」,選択肢は「よく連携がとれている～連携がとれていない」の5価とした。尺度の構成概念として設定した3因子6項目の測定モデルがデータと適合するかを調べるため,確認的因子分析を行った。尺度の信頼性は,クロンバックの α によって内的整合性の観点から検討した。

3. 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。

4. 研究結果

1) 探索的因子分析の結果

不適切な項目を除外し主因子法を行った結果,3因子が得られた。第1因子は「認知症のため服薬したかどうか分からない場合,連絡する」(表現は要約,項目名:認知症で服薬不明,以下同じ),「飲めないと大きな影響がでる薬を服薬していない場合,連絡する」(未服薬を連絡)の2項目から成り,服薬の情報提供と名づけた。第2因子は「排便で苦労している利用者では,水分摂取量や排便の状態を訪問看護師に伝えている」(水分摂取量を連絡),「排便の状態を専用のスケールの表現を使って伝えている」(排便状態尺度で連絡)の2項目から成り,排泄の情報提供と名づけた。第3因子は「体温や血圧の上・下限値など,ヘルパーが連絡すべき状態を教えてもらう」(バイタル値範囲を聞く),「誤嚥しやすい利用者で

は安全に食事できる姿勢を聞く」(誤嚥防ぐ姿勢)の2項目から成り,看護から情報収集と名づけた。

2) 確認的因子分析の結果

測定モデルをもとに共分散構造分析を行った結果,統計的に有意な推定値が得られ,モデルの標準化係数は表1のとおりであった。適合度指標は GFI=.992, AGFI=.973, CFI=1.000, TLI=1.003, RMSEA=.000であった。

3) 外的基準との相関及び信頼性

ヘルパー援助力と本尺度とは, $r=.378$ で有意に相関していた($p<.01$)。業務能力向上と本尺度とは, $r=.402$ で有意に相関していた($p<.01$)。地域連携尺度の他職種の役割理解と本尺度とは, $r=.385$ で

因子名と項目名		因子負荷量
服薬の情報提供	$\alpha = .856$	
認知症で服薬不明 ^{a)}		.87
未服薬を連絡		.89 ^{***}
排泄の情報提供	$\alpha = .831$	
水分摂取量を連絡 ^{a)}		.91
排便状態尺度で連絡		.80 ^{***}
看護から情報収集	$\alpha = .786$	
バイタル値範囲を聞く ^{a)}		.80
誤嚥防ぐ姿勢		.81 ^{***}
尺度全体の α	$\alpha = .874$	
因子相関		
服薬の情報提供と排泄の情報提供		.63 ^{***}
排泄の情報提供と看護から情報収集		.74 ^{***}
服薬の情報提供と看護から情報収集		.70 ^{***}
適合度	GFI=.992, AGFI=.973 CFI=1.000, TLI=1.003 RMSEA=.000	
	^{***} $p<.001$	数値は標準化係数
	^{a)} パラメータを1に固定した変数	

有意に相関していた($p<.01$). 連携の自己評価の設問と本尺度は, $r=.689$ で有意に相関していた($p<.01$). 尺度全体の信頼性係数は.874 であり,下位尺度では服薬の情報提供は.856,排泄の情報提供は.831,看護から情報収集は.786 の値を示した.

5. 考察

1) 外的基準との関連

ヘルパー援助力と本尺度は, $r=.378$ で相関し,援助力の高いヘルパーは訪問看護とよく連携できると言える.ヘルパー援助力は,利用者への気づき,考える援助,後ろ向きの態度(クライアント中心の逆)の3因子から成り,この下位尺度と本尺度の相関は順に $r=.364,r=.298,r=.210$ (いずれも $p<.01$) となり,利用者への気づきの関連が最も強かった.利用者への気づきは「利用者の健康状態の変化によく気づくことができる」など3項目で構成され,状態変化への気づきが連携の基本であることが分かる.これは医療と連携するヘルパーの情報発信を調べ,いつもと違う健康状態の把握を,経験知に基づく観察と名づけた和田の研究と一致している(和田 2018).

業務能力向上と本尺度は, $r=.402$ で相関していた.業務能力向上は「より専門性の高い仕事ができるようになった」「自分の判断で業務を遂行できるようになった」など5項目から成り,専門性の高い仕事ができるヘルパーは訪問看護とよく連携できることが分かる.これは訪問看護とヘルパーの連携を分析し,関係認識,成果の捉え方など8分類でヘルパーの行動を記述し,連携できるヘルパーは専門性が高いことを示した原田の研究と一致する(原田 2006).

地域連携尺度は「利用者に関わる職種の役割がだいたい分かる」「他の職種の困っていることがだいたい分かる」など4項目から成る.本尺度と $r=.385$ で関連したことから,他職種の役割や動き方が分かるヘルパーは訪問看護とよく連携できると言える.3つの外的基準と全て有意に関連し,連携の自己評価とも強く関連したことから,本尺度はヘルパーによる訪問看護と連携する行動と密接に関連する内容を測定していると考えてよいと思われる.

2) 測定モデルの適合度及び信頼性

適合度は GFI と AGFI は 0.9 以上が当てはまりが良くとされ,CFI と TLI は 1 に近いほど適合がよく, RMSEA は 0.0 に近いほど適合がよいので(豊田 2003:122-124),本尺度の測定モデルは収集されたデータの構造をよく表していると言える.クロンバックの α は尺度全体が.874,下位尺度では.786~.856 の値なので内的整合性の観点からみて一定の信頼性があると考えてよいと思われる.

3) 残された課題

本研究は東京の一地域のデータをもとにしており,標本の代表性に課題がある.他の地域においても同様の結果を得て交差妥当性を確かめることが今後の課題である.

本研究は令和元年度科学研究費補助金基盤研究(B) 課題番号 18H00951 による成果です

文献

- 阿部泰之,森田達也 (2014) 「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.
- Baggs JG (1994) Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of advanced nursing*, 20:176-182.
- 藤田淳子,福井小紀子,池崎澄江 (2015) 「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.
- 福井小紀子 (2014) 「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.
- 原田春見,小西美智子 (2002) 「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.
- 原田春美,小西美智子,寺岡佐和 (2006) 「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関係に関する研究」 『日本地域看護学会誌』 9 (1) ,40-46.
- 平田美和,大塚真理子,新井利民ほか (2004) 「インタープロフェッショナルワークにおける多職種の役割～在宅要介護高齢者への介護保険サービスを通じて」 『埼玉県立大学紀要』 6,47-52.
- Hojat M, Fields SK, Veloski JJ et al. (1999) Psychometric properties of attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Evaluation & the health professions*,22(2),208-220.
- Hojat M, Ward J, Spandorfer J et al. (2015) The Jefferson scale of attitudes toward interprofessional collaboration(JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *Journal of inter-professional care*, 29(3),238-244.
- 飯岡由紀子,亀井智子,宇都宮明美 (2016) 「チームアプローチ評価尺度 (TAAS) の開発 尺度開発初期段階における信頼性と妥当性の検討」 『聖路加看護学会誌』 19(2),21-28.
- 伊藤幸代,小林厚美,南田喜久美 (2014) 「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.
- King G, Orchard C,Khalili H et al. (2016) 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.
- 小味慶子,大西麻未,菅田勝也 (2011) 「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.
- 前田信雄 (1990) 『保健医療福祉の統合』 勁草書房.
- 松井妙子 (2012) 「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.
- 成瀬昂,阪井万裕,永田智子 (2014) 「Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検定」 『日本公衆衛生雑誌』 61(9),565-572.

- 中原淳（2010）『職場学習論—仕事の学びを科学する』東京大学出版会.
- 大塚真理子,平田美和,新井利民ほか（2004）「在宅要介護高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素」『埼玉県立大学紀要』6,9-18.
- 須加美明（2012）「ホームヘルパーの援助力を測る尺度の開発」『老年社会科学』33（4）, 566-574.
- Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ et al. (2004) Measuring interdisciplinary team performance in a long-team care setting. *Medical Care*,42(5),472-481.
- 豊田秀樹（2003）『共分散構造分析[疑問編]』朝倉書店.
- 和田恵美子（2018）「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.
- Weiss SJ, & Davis HP（1985）Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing research*, 34,299-305.