訪問看護師と訪問介護士との連携と、在宅終末期ケアの質評価

阪井　万裕
東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 地域看護学分野　博士課程

私は、より良い在宅医療介護サービスを利用者が享受できるよう、訪問看護サービスに着目し、サービスの質を高める方策を検討したいという思いで、これまで研究を続けてきました。そのような思いを汲んでいただき、ファイザーヘルスリサーチ振興財団と審査員の先生方からご支援をいただきましたことに、この場をお借りして感謝申し上げます。

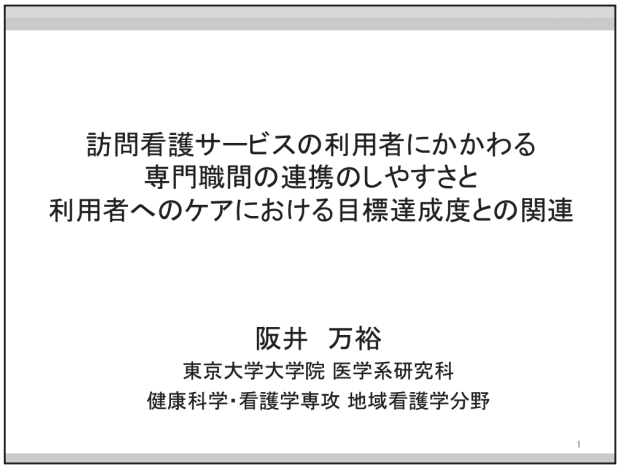
【スライド1】

助成申請当初は、「訪問看護師と訪問介護士との連携と、在宅終末期ケアの質の評価」に焦点化していたのですが、事前調査を通して、訪問看護サービスの利用者は多様で、在宅終末期の利用者さんであっても、先ほど島田先生のご発表にあったように、在宅死といったアウトカムだけではなく、様々なアウトカムがあるという現状を認識しました。また、訪問看護師が利用者への介入の際に立案する目標は、利用者によっても様々であり、まずは、目標を把握して、訪問看護師と訪問介護士との間の連携だけではなく、多職種による介入の質を評価すべきであると考え直しました。そこで、「訪問看護サービスの利用者にかかわる専門職間の連携のしやすさと利用者へのケアにおける目標達成度の関連」に研究のテーマを発展させています。本日はこれについて発表させていただきます。

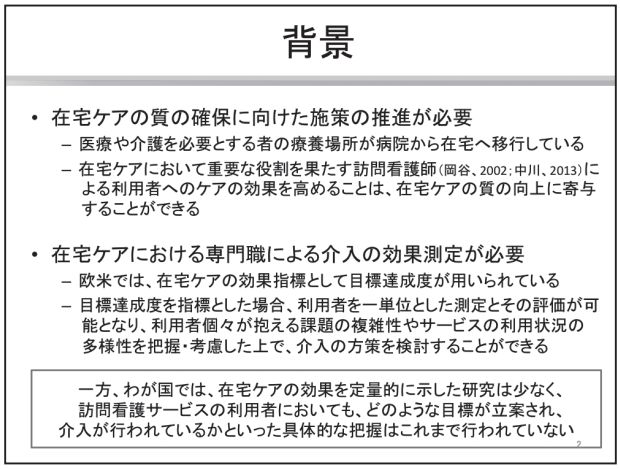
【スライド2】

研究の背景です。在宅ケアの質の確保に向けた政策の推進が必要です。医療ニーズや介護ニーズを満たすサービスに訪問看護サービスがあり、在宅ケアにおいて重要な役割を果たす訪問看護師による利用者へのケアの効果を高めることは、ひいては在宅ケアの質の向上に寄与することができると考えます。

スライド 1



スライド 2



在宅ケアの質の向上を検討する際には、訪問看護師を含む在宅ケアの専門職による介入の質の評価をすることが必要です。欧米では在宅ケアの質指標としてOASIS、MDSのHome Care、OMAHAシステム、ICF等が用いられています。これらの指標では、利用者の健康課題を目標として特定し、その目標に対する専門職の介入を目標達成度で評価する点で共通しています。

目標達成度を介入の評価指標とした場合には、利用者を一単位とした測定とその評価が可能となり、各利用者が抱える課題の複雑性やサービス利用状況の多様性の考慮が可能です。

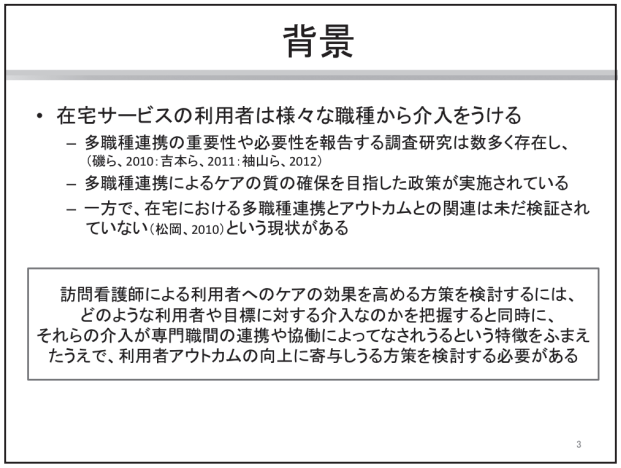
一方、我が国では在宅ケアの効果を定量的に示した研究は少なく、訪問看護サービスの利用者においても、全体としてどのような目標が立案されており、介入が行われているかといった具体的な把握はこれまで十分には行われていない現状があります。

【スライド3】

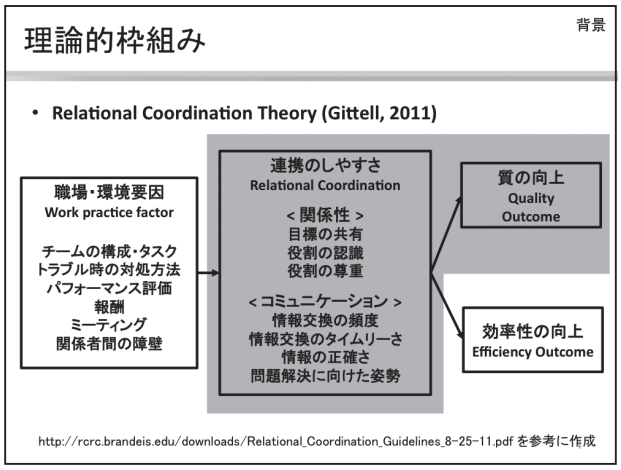
また、訪問看護サービスの利用者はさまざまな職種から介入を受けるという特徴があります。このため、多職種連携の重要性や必要性を報告する調査研究が数多く存在し、政策的にも多職種連携によるケアの質の確保を目指した事業が展開されている現状があります。しかし、在宅における多職種連携とアウトカムとの関連は未だ検証されておらず、多職種連携が利用者のアウトカムに対して効果的なのかは検証できていません。

訪問看護師による利用者へのケアの効果を高める方策を検討する際には、どのような利用者や目標に対する介入なのかを把握すると同時に、それらの介入が専門職間の連携や協働によってなされるという特徴を踏まえた上で、利用者のアウトカムの向上に寄与する方策を検討する必要があります。

スライド 3



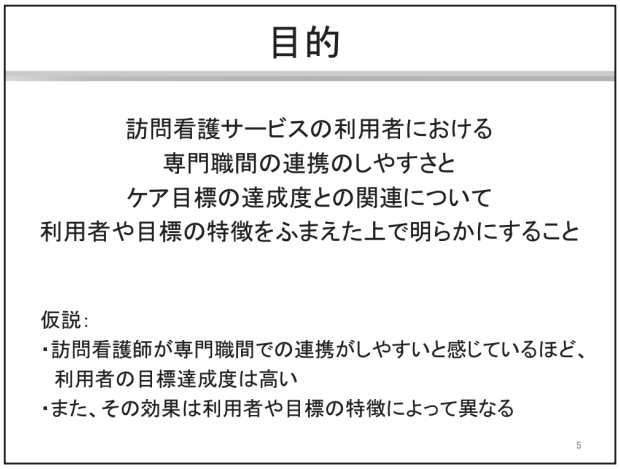
スライド 4



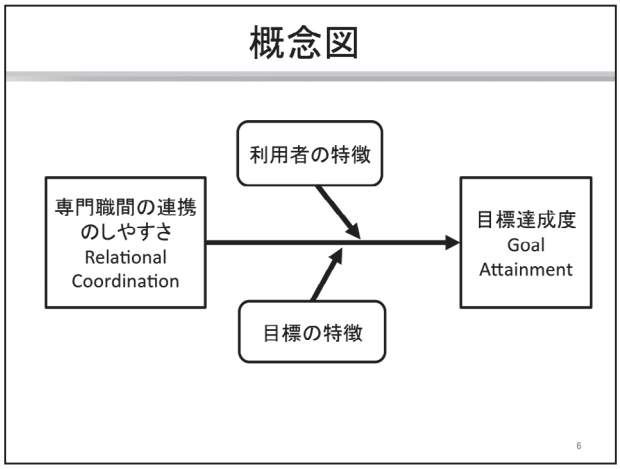
【スライド4】

本研究では理論的枠組みとして、Relational Coordination Theory（以下、RC Theory）を用いました。RC Theoryでは、ケア提供者間で目標の共有や役割の認識や尊重といった関係性が良好であることや、情報交換や問題解決に向けたコミュニケーションが良好であることによって、介入の質が向上することを示すモデルです。

スライド５



スライド６



【スライド5】

目的です。訪問看護サービスの利用者における専門職間の連携のしやすさとケア目標の達成度との関連について、目標の特徴を踏まえた上で明らかにすることとしました。

検証仮説は、「訪問看護師が専門職間での連携がしやすいと感じているほど利用者の目標達成度は高く、その効果は利用者や目標の特徴によって異なる」です。

【スライド6】

概念図はお示ししたとおりです。

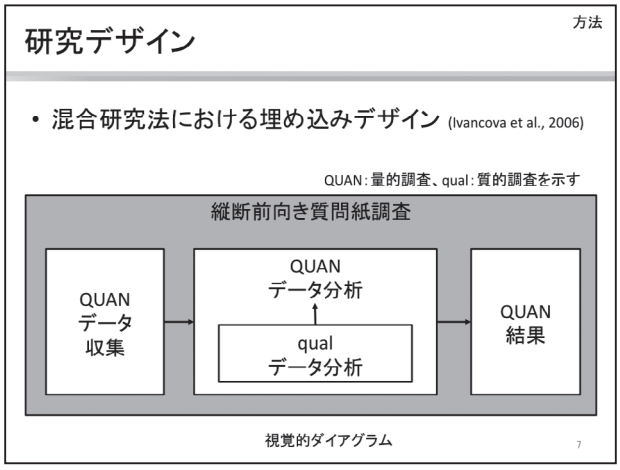
【スライド7】

本研究のデザインです。混合研究法における埋め込みデザインを用いました。質問紙調査は、訪問看護師が利用者に立案した目標を質的に分析した後、量的に専門職間の連携のしやすさと目標達成度の関連を検証するというデザインです。

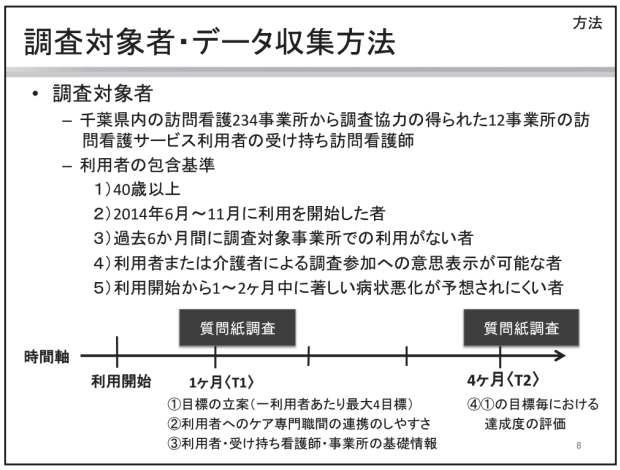
【スライド8】

千葉県内の訪問看護事業所234カ所から調査協力の得られた12事業所の訪問看護サービス利用者の受け持ち訪問看護師に質問紙調査を実施しました。利用者の包含基準は１）40歳以上の者、２）訪問看護サービスを新規に利用開始した者、３）利用開始から1、2カ月中に著しい病状の悪化が予

スライド７



スライド８



想されにくい者、4）利用者・介護者による調査参加の意思表示が可能な者としました。調査項目は、今回の発表では、独立変数である専門職間の連携のしやすさと、従属変数である目標達成度を取り上げます。

【スライド9】

専門職間の連携のしやすさは、日本語版のRelational Coordination Scale（J-RCS）を用いました。得点が高いほど専門職間の連携がしやすいことを示します。今回は、事業所の訪問看護師からショートステイ施設の専門職スタッフの計8職種について、各利用者が利用しているサービスの専門職との関係性・コミュニケーションの程度を訪問看護師が回答します。Weinbergらのスコア法を参考にして、各利用者にケアを提供する上で関わった専門職種数を分母、各関係者職種におけるJ-RCS得点の総和を分子とし、例えば利用者Aに関わる専門職が4職種であったときにはスライドのように相加平均を算出します。

スライド 9

方法

独立変数　専門職間の連携のしやすさ

使用尺度	日本語版Relational Coordination Scale (J-RCS：成瀬ら、2014) 7項目5件法（1～5）　3.58点（標準偏差0.53） ：得点が高いほど専門職種間の連携がしやすいことを示す ①目標の共有、②役割の認識、③相互尊重、④情報交換の頻度、⑤情報交換のタイムリーさ、⑥情報交換の正確さ、⑦問題解決に向けた姿勢
測定職種	計8職種 ①事業所の訪問看護師（管理者含む）、②主治医、③居宅介護支援専門員、④訪問リハビリ、⑤訪問介護職員、⑥訪問入浴、⑦デイサービス／ケア施設／⑧ショートステイ施設の専門職スタッフ
回答方法	受け持ち利用者をケアする上で関わった職種について、職種毎にJ-RCSの7項目に回答する
J-RCS得点の算出方法	Weinbergら（2007）のスコア法を参考に、受け持ち利用者にケアを提供する上で関わった関係職種数を分母、各関係職種におけるJ-RCS得点の総和を分子とする

例：利用者Aについて、関係職種数は4職種であり、4職種の各J-RCS得点は① 3.7/② 2.8/③ 3.5/④ 3.0であった場合、利用者AについてのJ-RCS得点は 3.25点となる　9

【スライド10】

従属変数の目標達成度は、Goal Attainment Scalingを基に評価しました。スライドの下の「例」のように、T1での利用者の状態を（0）とし、予想より高い成果（+2）と予想より低い成果（-2）を目標毎に訪問看護師が記入し、3カ月後に達成度を評価するという方法をとっています。一利用者あたり最大4目標立案してもらうよう依頼しました。

スライド 10

方法

従属変数　目標達成度

測定方法	Kiresekら（1998）によるGoal Attainment Scalingを基に測定した目標達成度は、T1における利用者の状態を基準（0）とし、T2で予想される成果について、予想より低い成果（-2）～予想より高い成果（+2）を受け持ちの訪問看護師が記載、T2で評価する
達成度の算出方法	目標毎の5段階評価（-2）～（+2） 平均値0.77点（1.11）

例：

	肺炎をおこさない	介護負担の増加
予想より高い成果（+2）	むせない食べ方が身につき肺炎をおこさない	妻の体調維持し、在宅生活を継続できる
予想よりやや高い成果		
T1の状態	食事のときむせている	妻はがんの治療を受けており介護に不安がある
予想よりやや低い成果		
予想より低い成果（-2）	肺炎をおこす	妻の体調が悪化し、在宅生活の継続が困難となる

10

【スライド11】

分析方法は、まず目標の分類を行い、その後、専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連検証を二変量解析、線形混合モデル分析を用

スライド 11

方法

分析方法：1）qual分析、2）QUAN分析

1）目標の分類　＝目標の特徴
だれが（行動の主体）、どのような目的で（行動の視点）、
どのような介入をする（行動の内容）のかについて整理を行い、
目標の分類を行った
－ 研究者2名、訪問看護師2名で各々で実施し、結果の照合と妥当性を確認した

2）専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連検証
・二変量解析－Spearman's ρ、対応のないt検定
・多変量解析－線形混合モデル分析
目標の特徴を固定効果、利用者IDを変量効果とするモデルを作成
モデル投入変数＞
共変量：二変量解析で目標達成度と$p < .20$であった変数
独立変数：J-RCSスコア
交互作用項：J-RCSスコアと目標の特徴の交互作用項
なお、統計分析にはSPSSver23.0を用い、統計学的有意水準は両側5%とした

11

いました。

【スライド12】

調査に参加意向の表明があった12事業所から、最終的にT1とT2のデータが揃った27利用者88目標を分析対象としました。

利用者の基本属性、訪問看護師・事業所の属性は全国データから逸脱するものではなく、T1からT2までに脱落した15利用者と分析対象となった27利用者の間には、統計学的に有意な差はありませんでした。

【スライド13】

目標の分類は、研究者2名と訪問看護師2名による分類を行い、【生活支援】と【処置観察】の目標に分類されました。二変量解析の結果は、スライドにお示しした通りです。

【スライド14】

線形混合モデル分析の結果です。専門職間で連携しやすいほど目標達成度が高まる傾向を示したのは、【生活支援】の目標の場合であることが分かりました。

【スライド15】

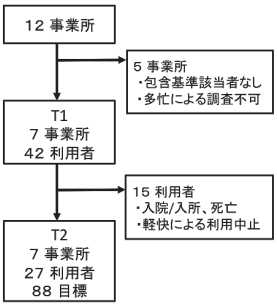
考察です。【生活支援】の目標ではケースマネジメント、【処置観察】の目標では治療と

スライド 12

結果

調査対象者の特徴

・調査対象者のフローチャート



・利用者・看護師・事業所の特徴

利用者の特徴 (n=27)	n (%) 平均値±標準偏差	(最小値-最大値)
年齢	78.9±11.3	(54.0-99.0)
性別(女性)	13(48.1)	
介護保険	21(77.8)	
日常生活自立度 BI	55.9±37.0	(0.0-100.0)
併存疾患 CCI	2.7±2.3	(0.0-7.0)
介護者(あり)	22(81.5)	

看護師の特徴 (n=23)	n (%) 平均値±標準偏差	(最小値-最大値)
年齢	42.4±6.8	(26.0-53.0)
最終学歴(専門学校)	17(73.9)	
訪問看護師経験年数	5.2±5.7	(0.0-18.0)
雇用形態(常勤)	14(60.9)	

事業所の特徴 (n=7)	n (%) 平均値±標準偏差	(最小値-最大値)
訪問看護師数(48名)	6.9±2.9	(4.0-11.0)
常勤換算看護師数	5.4±2.5	(2.5-8.9)
常勤	29 (60.4)	(2.0-28.0)
医療保険利用者数	20.4±21.1	(3.0-63.0)
介護保険利用者数	42.6±19.8	(27.0-63.0)

スライド 13

結果

目標の分類結果と、専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連

1)目標の分類

研究者2名、訪問看護師2名による目標の分類結果で、最も一致率の高かったものは、行動の内容による分類であり【生活支援】と【処置観察】の2つに分類された

2)専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連

二変量解析 (n=88)		n (%)	目標達成度 平均値±標準偏差	Spearmans' ρ	p値
J-RCS得点				.191	.074
利用者の特徴 年齢		88 (100.0)		.114	.290
要介護度				-.232	.057
認知症	なし	77 (87.5)	0.70±1.10		.190
	あり	11 (12.5)	1.18±1.33		
日常生活自立度(BI)		88(100.0)		-.030	.780
併存疾患 (CCI)		88(100.0)		-.140	.193
介護者	なし	16(18.2)	0.60±1.40		.080
	あり	72(81.8)	0.93±1.03		
目標の特徴 生活支援		36(40.9)	0.69±1.17		.648
	処置観察	52(59.1)	0.81±1.12		

13

スライド 14

結果

専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連：線形混合モデルによる分析の結果

線形混合モデル分析 (n=88)	推定値	標準誤差	t値	95%信頼区間 Min	Max	p値
J-RCSスコア	.271	.317	.854	-.374	.916	.399
利用者の特徴						
年齢	.018	.012	1.632	-.001	.037	.081
日常生活自立度(BI)	.005	.004	1.384	-.003	.013	.181
併存疾患(CCI)	-.124	.060	-2.065	-.249	.001	.052
認知症の有無	.741	.412	1.797	-.123	1.605	.088
介護者の有無	.327	.346	.944	-.386	1.040	.354
目標の特徴						
生活支援 (ref: 処置観察)	-.231	.232	-0.994	-.693	.232	.323
J-RCSスコア×生活支援	1.146	.461	2.486	.228	2.065	.015

情報量基準：赤池情報基準＝283.103、Schwarz's Bayesian 基準＝287.867
切片(利用者27名)を変量効果とした線形混合モデル

目標の特徴【生活支援】と【処置観察】によるJ-RCSスコアの単純主効果検定の結果、【生活支援】の目標のときのみ、専門職間の連携がしやすいほど目標達成度が高まる

14

スライド 15

考察

目標の特徴による関連の仕方の違い

【生活支援】では『ケースマネジメント』、【処置観察】では『治療と処置』といった介入方法の違いが、専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いを生じさせている可能性

- 『ケースマネジメント』（訪問看護活動の体系的な評価システムによる介入方式分類）
  "調整、代弁、紹介という看護活動"を含み、看護の対象のために"地域のサービス提供を促進すること、他のサービス提供者との連絡、対象者のコミュニケーションの援助、対象者が適切な地域の資源を利用できるよう支援すること"
  ⇒T1で専門職間の連携がしやすいことが、その後の様々な調整を専門職間で円滑に進めやすくすることにつながり、目標の達成度を高めた可能性

- 『治療と処置』（訪問看護活動の体系的な評価システムによる介入方式分類）
  "技術的な看護活動"であり、"徴候/症状の出現を予防し、危険因子や早期の徴候/症状の発見、徴候/症状の軽減や緩和を目指して行われる"
  ⇒ 看護師の技術的な専門性が発揮されることによって目標が達成されうる
  ⇒他職種との共助の必要性が低いために、専門職間の連携のしやすさに影響されずに達成される目標が存在した可能性がある

15

処置といった介入の方法の違いが、専門職間の連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いを生じさせている可能性が明らかになりました。

【スライド16】

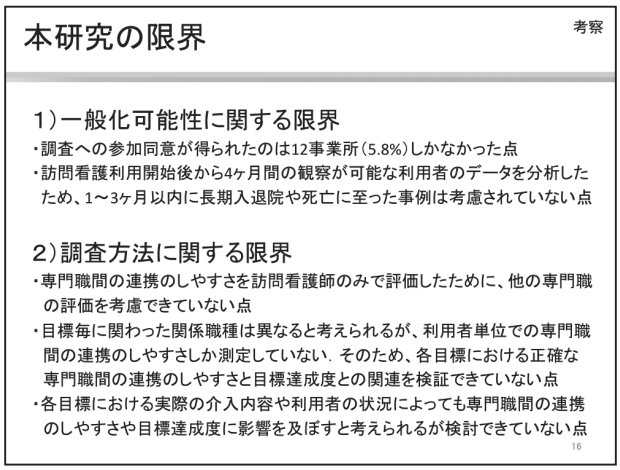
限界は、一般化可能性と調査方法に関する限界があり、詳細はスライドの通りです。

【スライド17】

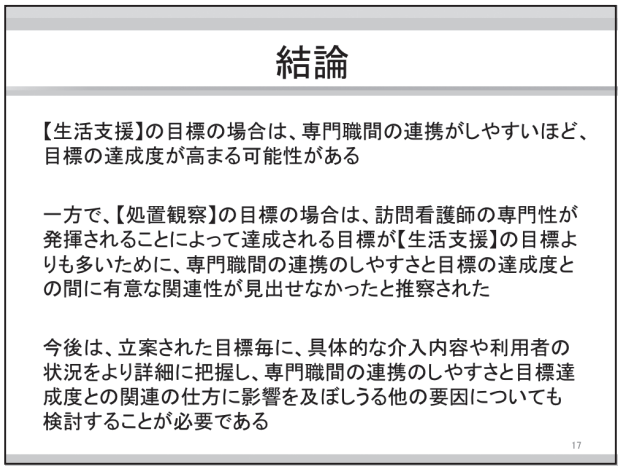
結論です。【生活支援】の目標では、専門職間で連携しやすいほど目標の達成度が高まる可能性があること、一方で、【処置観察】の目標では、専門職間の連携のしやすさと目標の達成度との間に有意な関連性がなく、この理由として、訪問看護師の専門性が発揮されることで達成された目標がある可能性が推察されました。

今後は、連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方に影響を及ぼし得る他の要因を検討する必要があります。そのため、現在、本研究の調査参加者を対象に、立案された目標毎に具体的な介入内容や利用者の状況についてインタビュー調査を計画しています。

スライド 16



スライド 17



質疑応答

会場： 先生がおっしゃっているように、この研究の限界として、二百何十の施設の中からわずか12施設、5.8％という回答率なので、そこでやはり問題があるのではないか。こういう研究はnを増やしていかないと傾向を証明できないと思います。今後、nを増やすためにどういう方策をお考えでしょうか。

阪井： 本研究では、千葉県だけでなく他県にも働きかけたり、千葉県の訪問看護事業所234ヶ所に研究説明の文書を送付するだけでなく一事業所毎に電話で趣旨説明を行ったり、訪問看護師の業務の範囲内で目標の記入や達成度評価を依頼したり等の工夫を行いましたが、なかなか例数を得ることができませんでした。今後は、このような工夫に加えて、もう少し対象を特定して測定するなど、現場の方々に研究の意義や趣旨を理解していただき、研究に対して賛同を得ることが重要かと思います。

会場： 今、看護界でアンケート調査をやって10％を超えると「まあまあ、いい」と言われるぐらい回答率低いのは確かにあるのですが、やはり今日の問題に困っているというところもあると思うのです。この未来に対する意見をもらうのと、今集めたデータが答えた施設にもメリットがあるという、そういう内容だったらまだ協力が得られるのではないかなと思うのです。

座長： そうですね。それはとてもいいご質問だと思います。僕もこの回答を送って下さらなかった222の訪問看護ステーションは何を考えて暮らしているのか、と。要するに、訪問看護師が足りなくて、介護士も不足している状況ですよね。今そんなときにアンケートなんていちいち答えてられませんよ、ということですね。結局、現場と阪井先生のように未来志向でしっかりしたデータを作って将来の在宅医療の礎にしようという研究とのギャップです。そのギャップをどう埋めるかというのは、このお二人の問題でなくて、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の問題なのです。一言だけ追加すれば、在宅医療の中で一番大事なのは医者ではなく、ナース、訪問看護師だと思います。ちょっと考えていただければ分かります。最後に死にそうな人が、体の向きが悪いだとか、胸が苦しいとか、心配だと言っているときに、出ていくのが看護師であり介護士です。そんな中で、医療の視点に立って介護ができるのは訪問看護師です。それが訪問看護師の役目なのです。訪問看護師がいて初めて介護士が医療の視点に立って行動ができるわけです。