

博士論文

訪問看護サービスの利用者毎に受け持ち訪問看護師が評価した、
連携のしやすさと利用者へのケアにおける目標達成度との関連

阪 井 万 裕

目次

要 旨	1
【序論】	2
1. 背景	2
1) 在宅医療介護サービスの現状と、在宅ケアにおける多職種連携の研究と課題	2
2) 多職種連携における訪問看護の役割と訪問看護師によるケアの特徴	4
3) 複数の専門職との連携のしやすさと連携のしやすさを扱う理論	5
4) 訪問看護サービスにおける利用者アウトカム：目標達成度	6
5) 本研究の仮説と取り組む範囲	7
2. 本研究の目的	9
3. 概念枠組み	28
4. 研究設問・研究デザイン	9
【第一章】連携のしやすさと目標達成度の関連検証：縦断前向き質問紙調査	11
1. 目的	11
2. 方法	11
1) 調査対象地域および調査対象者	11
2) データ収集方法	12
3) 調査項目	13
4) 分析方法	18
5) 倫理的配慮	21

3. 結果

1) 応諾状況	21
2) 利用者，訪問看護師，および，事業所の特徴	22
3) 連携のしやすさの評価	23
4) 立案目標数と目標達成度	24
5) 目標の達成に向けて行うケアの分類結果	25
(1) 【処置観察】	25
(2) 【生活支援】	26
6) 連携のしやすさと目標達成度の関連	26

4. 考察

1) 調査対象者の属性	29
2) 連携のしやすさ	29
3) 目標達成度	31
4) 目標の達成に向けて行うケアの実施内容による目標の分類	31
(1) 【処置観察】の目標	31
(2) 【生活支援】の目標	33
5) 連携のしやすさと目標達成度の関連	33
(1) 【生活支援】の目標における連携のしやすさと目標達成度との関連	34
(2) 【処置観察】の目標における連携のしやすさと目標達成度との関連	35
6) 質問紙調査の結果をさらに解釈するための研究設問の具体化	36

【第二章】目標毎の具体的な経過の分析:インタビュー調査

1. 目的

2. 方法

1) データ収集方法	38
2) 質問内容	39
3) 分析方法	40
4) 倫理的配慮	42

3. 結果

1) 応諾状況	43
2) 目標毎の具体的な経過に基づくケースの分類	43
(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行った	44
(B) 訪問看護師のみで対応できた	46
(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だった	48
(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかった	49
(E) 利用者に避けられない状態の悪化があった	49

4. 考察

1) 目標が達成されたケースの特徴	50
(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行った	50
(B) 訪問看護師のみで対応できた	52
(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だった	53
2) 目標が達成されなかったケースの特徴	54
(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかった	54
(E) 利用者に避けられない状態の悪化があった	55

【第三章】質問紙調査とインタビュー調査の結果の統合と解釈

1. 目的

2. 方法

3. 結果

1) 【生活支援】と【処置観察】の両目標に共通して観察されたケース	57
(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケースの分布	57
(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケースの分布	58
(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースの分布	58
(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布	58
2) 【処置観察】の目標のみに観察されたケース	58
(B) 訪問看護師のみで対応できたケースの分布	58
(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布	59

4. 考察	59
1) 【生活支援】と【処置観察】の両目標に共通して観察されたケース	60
(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース	60
(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好であったケース	62
(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース	63
2) 【処置観察】の目標のみに観察されたケース	64
(B) 訪問看護師のみで対応できたケース	64
(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケース	65
3) 本研究の独自性と新規性	66
4) 本研究の限界	68
(1) 内部妥当性に関する限界	68
(2) 外部妥当性に関する限界	70
5) 実践への示唆	71
【結論】	74
謝辞	75
参考文献	77
図	90
表	101
APPENDIX	137

要 旨

訪問看護サービスの利用者の受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさが、ケアの特徴によって、利用者へのケアにおける目標の達成度にどのように関連するのかを明らかにするため、質問紙調査とインタビュー調査を行った。

その結果、訪問看護師が利用者に立案する目標には、【生活支援】を行う目標と【処置観察】を行う目標があり、【生活支援】の目標では、受け持ち訪問看護師が連携しやすいと感じているほど、利用者の目標が達成されていた。一方、【処置観察】の目標では、連携のしやすさと目標達成度に関連がないことが明らかとなった。

その理由として、【処置観察】の目標には、連携しにくい場合でも訪問看護師のみで対応でき達成された目標があることや、連携しやすい場合でも利用者に避けられない状態の悪化があり達成されなかった目標があることが影響していると考えられた。

本研究は、訪問看護師が訪問看護師以外の専門職と連携しやすいことが具体的にどのような場合に目標達成度を高めるのかを明らかにすると共に、訪問看護師によるケア介入方を具体的に提示した。

【序論】

1. 背景

1) 在宅医療介護サービスの現状と、在宅ケアにおける多職種連携の研究と課題

米国や英国をはじめとする欧米諸国では、病院や施設だけでなく、慢性疾患患者や高齢者に医療ケアや介護ケアを在宅で提供する方針を打ち出し、様々な在宅医療介護サービスが整備されてきた (1). 日本においても、急速に高齢化が進んだことで (2, 3), 高齢化に伴い増大した医療費や社会保障費の抑制を名目に (4), 在宅医療介護サービスの充実が図られ、高齢者を含む慢性疾患患者の療養場所が病院や施設から在宅へと移行してきている (4).

複数の慢性疾患を有する在宅療養者には、ケアニーズの複雑性から複数の専門職による総合的なケアが必要である (5, 6). そのため、多職種連携の充実を主軸とした在宅医療介護サービスの質の確保方策が検討され、日本では在宅医療と介護の連携推進事業が多数展開されている (7). 一方、多職種による連携を充実させることは、望ましいアウトカムを得るための方策として必ずしも有用ではないことが複数の研究で報告されており (8, 9), どのような場合に、多職種連携が利用者のアウトカムの向上により効果的であるのかを詳細に検討した報告や研究はない.

また, Trivedi ら (2013) の高齢者ケアにおける多職種連携とその効果を扱った先行研究のシステマティック・レビューでは、量的な研究手法を用いた研究が在宅ケア分野において特に少ないことが指摘されている (10). わが国の在宅ケア分野の研究を概観してみても、質

的な研究手法を用いて、がん終末期の利用者など限られた研究対象について後ろ向きにデータを収集した研究が多く、これらの多くは、期待されるアウトカム（がん終末期の利用者の場合、在宅死の実現等）を達成する過程で専門職がどのように連携・協働したのかについての報告であるという特徴がある（11-13）。在宅ケア分野では、利用者毎にケアニーズが異なるため、利用者のアウトカムを一意に測定し難い。また、利用者毎にサービスの利用状況が異なるため、利用者に関わる職種を予め限定し連携の程度を尋ねることが難しい等、研究を行う上での方法論的な難しさがある。したがって、アウトカムを一意に特定しやすく、複数の専門職による多職種連携の評価とアウトカムとの関連を量的に検証する病院や施設での研究とは異なり、在宅ケア分野での研究は質的および後ろ向きデータ収集の手法に依存している現状があると言えよう。しかし、どのような場合に多職種連携が利用者のアウトカムの向上に効果的であるのかを明らかにするためには、量的な検証を行う必要がある。

そこで、本研究は、量的な検証を行うことによって、どのような場合に在宅ケア分野における多職種の連携が利用者のアウトカムの向上に効果的であるのかを明らかにすることを試みる。しかし、在宅ケア分野の特徴上、複数の職種から多職種連携の評価を得ることは困難であるため、まずは、多職種連携において中心的な役割を果たすことが期待されている訪問看護師に着目する。そして、訪問看護師と訪問看護師以外の専門職との連携の程度を評価し、その連携の程度が利用者アウトカムの向上に寄与するのは、どのような場合であるのかを詳細に検討することを目指した。

2) 多職種連携における訪問看護の役割と訪問看護師によるケアの特徴

日本では、医療保険・介護保険等の制度を活用し、医師、看護師、理学療法士、居宅介護支援専門員、訪問介護士等の専門職が自宅に訪問する訪問サービスに加え、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所等の通所・施設サービスといった様々なサービスを在宅療養者各々の健康課題に応じて利用することができる (14)。在宅医療介護サービスの中でも訪問看護サービスは、サービス提供体制が近年充実し、全国に 7,473 ケ所の事業所を有するサービスとなっている (2015 年 4 月 1 日時点) (15, 16)。訪問看護サービスには、虚弱高齢者から精神、難病、終末期、小児等の慢性疾患を有する者に対して、医療的な視点だけでなく生活の視点も織り交ぜた支援を行うという特徴がある (17)。そのため、訪問看護師は、あらゆる在宅療養者の支援において中心的な役割を担うことが期待され、在宅医療と介護の連携推進事業では医療と介護をつなぐ専門職として位置づけられている (18, 19)。

訪問看護師は、30 分から 90 分程度の訪問時間の中で利用者の状態を把握し、ケアを行う。利用者が訪問看護と併用することが多い訪問介護と比較しても、訪問介護に比べて訪問看護の方が利用者宅への訪問回数が少なく (20)、訪問看護師は利用者との直接的な接触時間が短い中で利用者への支援を行っているという特徴がある。また、訪問看護には、利用者によってサービスの利用状況や利用者に関わるサービス専門職が異なること、訪問看護師が行う介入と同様の介入が他の専門職によって行われるという特徴がある (21, 22)。そのため、訪問看護師は各々の利用者のサービス利用状況に応じて、他職種から利用者やケアに関す

る情報を得たり、相互の介入量を調整したりしながら、利用者にケアを行っている (22, 23).
すなわち、訪問看護師の実践は、複数の専門職種との連絡や調整によって成り立っており、
訪問看護師が訪問看護師以外の専門職と連携しやすいことは、利用者へのケアをより円滑
に進めるための他職種との連携を促し、利用者アウトカムの向上に寄与する可能性がある。

3) 複数の専門職との連携のしやすさと連携のしやすさを扱う理論

訪問看護師は、利用者に関わる他の専門職と連絡や相談をしながら、利用者にケアを行う
(24). このような複数の関係者による相互補完的な介入過程を捉える概念として「Relational
coordination (以下、連携のしやすさ)」がある (25). 「連携のしやすさ」は、目標や知識の共
有、相互尊重といった「関係者間の関係性」と、情報交換の頻度や正確さ、問題解決に向け
た姿勢といった「関係者間のコミュニケーション」の程度で表現され (25), Relational
Coordination Theory (以下, RC theory) に包含される概念である (Appendix 1) (26).

RC theory では、① 関係者間で連携しやすいほどアウトカムが高まること、また、② 連
携のしやすさとアウトカムとの関連は「Task characteristics (以下、タスクの特徴)」に影響
を受けること、が示されている (27, 28). RC theory における「タスクの特徴」とは、「複数
の関係者が、各自で、あるいは、協働で行う、アウトカムの達成に向けた作業の内容」を指
す (27). Gittel ら (2000) が行った 9 つの病院の整形外科病棟における研究では、医師、看
護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、および、ケースマネジャー間の連携のしやす
さと複数のアウトカム (提供されるケアの質、術後疼痛の程度、身体機能の回復度、在院日

数の短縮化)との関連を検証している。その結果、関係者間で連携しやすいことは在院日数の短縮化に最も影響力があった一方で、連携のしやすさと身体機能の回復度との間には有意な関連がなかったことが示されている (29)。Gittell ら (2000) は、これらの関連の仕方の違いについて詳細な検討を行っていないが、すべての関係者が在院日数の短縮化に向けて退院調整や退院支援等の作業内容を行う場合と、看護師や理学療法士などの職種が身体機能の回復に向けて各自で機能訓練等の機能回復に向けた作業内容を行う場合では、それぞれの「タスクの特徴」によって、連携のしやすさとアウトカムとの関連の仕方が異なってくると考えられる。このように、訪問看護師が訪問看護師以外の専門職と連携しやすいことが利用者アウトカムの向上により効果的となる場合を明らかにするためには、「タスクの特徴」を把握し、具体的に検討する必要がある。

4) 訪問看護サービスにおける利用者アウトカム：目標達成度

訪問看護師は、サービス利用者の医療面や生活面のニーズ等、多様な側面から利用者のニーズをアセスメントし、利用者一名につき複数の看護目標を立案する (30)。また、訪問看護師は、立案した目標各々の達成に向けて利用者にケアを行う (31-33)。そのため、目標は、訪問看護師が他職種との関係性の中で利用者に対して行う、ケアの内容を反映したものであり (31, 34)、利用者に立案された目標を把握することで、どのようなケアが実施されるのか、すなわち、RC theory の「タスクの特徴」を特定することができる。

また、利用者に立案した目標の達成度評価は、利用者固有のアウトカムとして訪問看護師が他の職種と連絡や調整をしながら実施したケアの効果を表すものである。目標達成度は、看護師のケア介入のアウトカム評価として、脳血管疾患や精神疾患患者等の様々な対象者のアウトカム評価にこれまで幅広く用いられてきた (35, 36)。在宅医療介護サービスの専門職による介入のアウトカム評価ツールでは、Outcome and Assessment Information Set (OASIS) (37)、Minimum Data Set Home Care (インターライ方式ケアアセスメント) (38)、Omaha system (オマハシステム) (39)、International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF: 国際生活機能分類) (40) 等がすでに発表されており、米国等、サービスの質評価が進んでいる国々で用いられている。これらのツールに共通する点は、領域毎に整理された利用者のニーズを目標として設定し、介入後に目標がどの程度達成されたかを評価するという点である (41)。すなわち、これらのツールでも、利用者アウトカムとして「目標達成度」が用いられている。日本でも、先に挙げたいくつかのツールの導入が進んでいるが、広く一般的に用いられているものはない。そのため、訪問看護師がどのような目標を利用者に立案しているのかを具体的に把握できる方法を用いて、目標の把握とその達成度を評価する必要がある。

5) 本研究の仮説と取り組む範囲

本研究は、RC theory における「タスクの特徴」を「目標の達成に向けて行うケアの特徴 (以下、ケアの特徴)」と表現し、訪問看護師が評価した訪問看護師以外の専門職との連携

のしやすさと目標達成度との関連は、「ケアの特徴」によって影響を受けるという仮説を検証する。

本仮説を検証するため、Kiresek ら (1968) が開発した Goal Attainment Scaling (以下, GAS) を参考に、訪問看護師が利用者に立案した目標を把握し、「ケアの特徴」を明らかにする。GAS は、利用者に立案された目標を目標単位で把握できるとともに、目標間あるいは利用者間での目標達成度の比較が可能である。そのため、病院や施設、在宅の場でも、専門職による介入の効果測定ツールとして用いられてきた (42-44)。

また、Weinberg らの研究手法を参考に、利用者単位で関係職種との連携のしやすさを測定し、連携のしやすさとアウトカムとの関連を検証する。Weinberg ら (2007) は、膝関節術後患者を調査対象とし、退院後に利用したリハビリテーション施設・訪問看護サービスの利用状況を患者単位で把握し、退院後 1 ヶ月時点で関わった専門職との連携のしやすさと、退院後 6 ヶ月時点の患者の術後疼痛、身体機能、精神的健康度との関連を前向きに収集したデータによって量的に検証している (45)。彼らの研究手法を参考にすることで、訪問看護サービスの利用者のように、利用者毎にサービスの利用状況が異なる場合でも、利用者のサービス利用状況を考慮した専門職との連携のしやすさと目標達成度との関連を検証することが可能である。

さらに、利用者に立案された目標の記載、連携のしやすさと目標達成度の評価は、利用者の状況を最も把握し、妥当な評価が可能な者として、受け持ち訪問看護師に依頼した。

2. 本研究の目的

本研究の目的は、訪問看護サービスの利用者毎に受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職と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は、ケアの特徴によって、どのように関連するのかを明らかにすることである。

4. 研究設問・研究デザイン

本研究の研究設問は、以下の3つである。

- 1) 受け持ち訪問看護師は、利用者に対しどのような目標を立案しているか。
- 2) 各目標のケアの特徴によって、受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさと目標達成度との関連は異なるか。
- 3) ケアの特徴によって関連の仕方が異なるならば、それはなぜか。

本研究は、以上の研究設問に答えるため、混合研究法におけるフォローアップ調査説明型モデル (49) を基本とする「順次的埋め込みおよび説明的デザイン」(50) を用いた。本研究における手順の視覚的ダイアグラムを図2に示す。第1フェーズでは、研究設問1) に対する質的分析を埋め込んだ縦断前向き質問紙調査を行った。その後、第2フェーズでは、質問紙調査に回答の得られた受け持ち訪問看護師に対しインタビュー調査を実施した。

本デザインを用いる理由は、量的データの分析によって研究課題の一般的理解を提供し、質的データの分析によって量的データの分析から得られた結果を調査参加者による語りか

らさらに深く解釈するためである (50-52).

なお、本論文は、縦断前向き質問紙調査による仮説検証を第一章、インタビュー調査による各目標の経過の分析を第二章、質問紙調査とインタビュー調査の結果の統合と解釈を第三章で行う。

【第一章】連携のしやすさと目標達成度の関連検証：縦断前向き質問紙調査

1. 目的

第一章では、ケアの特徴による連携のしやすさと目標達成度の関連の仕方の違いを量的に検証するため、以下の1)～2)の研究設問に答えることを目的とした。

- 1) 受け持ち訪問看護師は、利用者に対しどのような目標を立案しているのか。
- 2) 各目標のケアの特徴によって、受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさと目標達成度との関連は異なるのか。

2. 方法

1) 調査対象地域および調査対象者

千葉県内の訪問看護 234 事業所（千葉県介護サービス情報データベース：2014 年 5 月 31 日時点 (53)）のうち、調査への参加同意が得られた事業所の訪問看護師と事業所管理者（以下、管理者）に質問紙調査への回答を依頼した。以下に示した 4 つの包含基準を満たす利用者のデータを収集した。

- 1) 介護保険法の適用となる 40 歳以上の者
- 2) 2014 年 6 月～11 月に利用を開始、かつ、過去 6 か月間に調査事業所での利用がない者
- 3) 利用者または介護者による調査参加への意思表示が可能な者
- 4) 利用開始から 1～2 ヶ月のうちに著しい病状悪化が予想されにくい者

2) データ収集方法

包含基準を満たす利用者について、訪問看護利用開始から1ヶ月時点（以下、T1とする）と4ヶ月時点（以下、T2とする）の二時点における縦断前向き質問紙調査を実施した。調査期間は2014年7月～2015年3月であった。2014年6月に、千葉県訪問看護事業所全234事業所の管理者宛に本研究の趣旨と調査協力依頼文を郵送し、郵便物が到着する頃合を見計らって、各事業所に電話をかけ調査の参加協力要請を行った。

研究の内容に同意し調査に参加する場合には、Faxにて同意書を返送するよう管理者に依頼した。研究者は、事業所の住所、管理者名、電話やFaxの連絡先、2014年6月における訪問看護師数、2013年度の1ヶ月当たり平均新規利用者数の情報が記載された同意書をFaxで受け取った。その後、研究者は、調査参加の意思表示があった事業所に出向き、管理者および訪問看護師を対象に調査の手順や質問紙の回答方法について詳しい説明を事業所内カンファレンスの場で行った。

研究者は、同意書に記載された2013年度の1ヶ月当たり平均新規利用者数から、参加を表明した12事業所において約20名の新規利用者が発生することを確認した。これに、包含基準に該当する利用者を50%として見積もり、リクルート期間を3ヶ月～6ヶ月間とした。期間中に最大60名程の利用者のデータを得ることを目標にした。なお、調査期間の延長の可否については、各事業所の管理者に意見を求め、了承を得た。

管理者は、調査期間中に包含基準を満たすと判断した利用者またはその家族介護者（以下、介護者）に対し、研究者が作成した調査説明書をもとに調査説明を行った。利用者または介護

者は、管理者から調査説明を聞いた後、受け持ち訪問看護師による調査回答を承諾する場合には、調査同意書に署名をし、研究者に郵送した。研究者は、利用者から郵送された調査同意書を受け取った後、その利用者を担当している受け持ち訪問看護師に、T1 で、利用者の特徴や訪問看護師自身の属性等に関する調査項目への回答、利用者に関わる受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさの評価、および、利用者立案した目標（一利用者あたり最大 4 目標）の記載を依頼した。また、T2 で、T1 で記載した各目標の達成度の評価を依頼した。質問紙調査への回答謝礼は、T1・T2 の各質問紙調査封筒に 500 円分の QUO カードを同封し、回答者である受け持ち訪問看護師がこれを受け取った。

3) 調査項目

(1) 連携のしやすさ

訪問看護サービスの利用者は、利用者毎にサービスの利用状況が異なる。そのため、受け持ち訪問看護師が利用者にケアを提供する上で関わる専門職も利用者によって異なるという特徴がある。そこで、本研究は、受け持ち訪問看護師（回答者）からみた任意の専門職との連携のしやすさの測定が可能な **Relational Coordination Scale (29)** の日本語版（以下、**J-RCS**）(54) を用いて測定した。

受け持ち訪問看護師からみた任意の専門職は、訪問看護サービスと併用されることの多い介護保険サービスを特定することから始め、5 年以上の臨床経験を有する訪問看護師 3 名への聞きとり、千葉県柏市の要介護認定者のデータを用いた分析、先行研究での報告 (55) を参考に

選定された。最終的に、事業所の訪問看護師および管理者、主治医、居宅介護支援専門員に加えて、訪問介護事業所の介護職員（介護福祉士やホームヘルパー）、訪問リハビリ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、通所デイサービス・デイケア（看護師、介護職員、リハビリ職）、訪問入浴（看護師、介護職員）、ショートステイ（看護師、介護職員）の専門職スタッフの全 8 職種を受け持ち訪問看護師が利用者にケアを提供する上で関わる専門職とした。

各専門職との連携のしやすさは、専門職毎に J-RCS の 7 項目 (Appendix 2, 後述の (a) ~ (g), 各項目は 1—5 点の 5 件法) への回答の相加平均を算出し評価する (以下, J-RCS 得点)。さらに、本研究では、利用者毎に「連携のしやすさ」を評価するため、Weinberg らの研究手法 (45) を参考に、T1 で、受け持ち訪問看護師が利用者にケアを提供する上で関わった受け持ち訪問看護師以外の専門職種数を分母、各専門職の J-RCS 得点の総和を分子とする J-RCS スコアを算出した (1—5 点)。J-RCS 得点・J-RCS スコアは共に 5 点に近いほど、受け持ち訪問看護師が利用者にケアを行う上で関わる受け持ち訪問看護師以外の専門職との意思疎通や関係性の程度を総体的に高く評価していることを示す。

J-RCS の質問項目は、(a) 目標の共有：受け持ちの利用者に関する目標を関係職種とどのくらい共有しているか、(b) 役割の認識：受け持ち利用者に対して回答者である訪問看護師が果たす役割を関係職種はどのくらい知っているか、(c) 役割の尊重：受け持ち利用者に対して回答者である訪問看護師が果たす役割を関係職種はどのくらい尊重しているか、(d) 情報交換の頻度：受け持ち利用者について関係職種はどのくらいの頻度で情報交換をしてくれるか、(e) 情報交換のタイムリーさ：受け持ち利用者について関係職種はどのくらいタイムリーに情報交

換をしてくれるか、(f) 情報交換の正確さ：受け持ち利用者について関係職種はどのくらい正確に情報交換をしてくれるか、(g) 問題が生じた時の問題解決への姿勢：受け持ち利用者について問題が生じたとき、関係職種は誰かを責めますか、それとも一緒に解決に取り組めますか、の7項目である。RCS は、これまで地域ケア (56, 57) や病院 (58, 59) での研究に用いられ、看護師を対象とした先行研究では Cronbach' $\alpha = 0.770 \sim 0.859$ (54, 60) と報告されており、妥当性・信頼性が確保された尺度である。本研究の J-RCS スコアの Cronbach の α 係数は 0.762 であった。

(2) 目標の立案と目標達成度の評価

Kiresek らが開発した GAS (61, 62) を参考にして研究者が作成した目標シートに、受け持ち訪問看護師が、利用者に立案した目標を記載し、その達成度の評価を行った。GAS は、海外において高齢者のケア (63, 64) やリハビリテーション (65) 等の分野で既に適用されており、日本ではリハビリテーションの分野で導入が開始されている (66)。

受け持ち訪問看護師は、研究者が作成した目標シートに T1 で利用者毎に立案した目標（一利用者あたり最大 4 目標）を記入した。本研究では、T1 での利用者像の把握、および、全対象者の基準を T1 で揃えるため、目標毎に T2 において予想される成果 (0) の欄に、T1 における利用者の状態 (0) を記載するよう受け持ち訪問看護師に依頼した。また、受け持ち訪問看護師は、目標毎に予想より低い成果 (-2)、予想よりやや低い成果 (-1)、予想よりやや高い成果 (+1)、予想より高い成果を (+2) の欄に各々記入を行い、5 段階の目標達成度評価ガイドを作成した（目標シートの例を Appendix 3 に示す）。目標シートの記入方法は、記入方法の統一を図るた

め、参加事業所に研究者が出向き、カンファレンスの時間等を利用して説明を行った。尚、本研究は、訪問看護師が通常業務で作成する看護ケア計画書とは別に、新たに目標達成度評価ガイドの作成を依頼するものであった。目標シートには、最大 4 目標 20 評価欄に記入する必要があり、通常業務に支障を来す可能性が考えられた。そのため、本研究では、各目標の (-2)、(0)、(+2) の評価欄には必ず記入をしてもらうように依頼し、(-1) と (+1) の評価欄は未記入でも可とした。目標達成度の評価は、受け持ち訪問看護師が T2 で評価した。

GAS では目標毎に実施した目標達成度の評価を利用者毎に合算することで、利用者あたりのケア介入の効果を評価することも可能である。しかし、本研究では、連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方はケアの特徴によって異なるという仮説を検証するため、目標個々の達成度評価をアウトカムの値として用いた。

(3) 利用者の特徴

年齢、性別、主疾患名、利用保険の種別（介護保険、医療保険）、要介護度（要支援 1～2、要介護 1～5）、病状（終末期、終末期でない）、訪問看護利用開始前 1 ヶ月間における利用者の退院や退所などの療養場所移動の有無、介護者の有無、介護者の同居の有無、日常生活動作（Activity of Daily Living: ADL）は Barthel Index（以下、BI）(67)、併存疾患は Charlson Comorbidity Index（以下、CCI）(68) を用いて測定した。

ADL の評価尺度には、BI、Katz Index (69)、Functional Independence Measure (70) 等があるが、本研究では、国際的に広く知られ信頼性・妥当性の高い尺度 (71, 72) である BI を用いて測定した。BI は、「食事」「椅子とベッド間の移乗」「整容」「トイレ動作」「入浴」「移動」「階段昇

降」「更衣」「排便コントロール」「排尿コントロール」の10項目からなり、各項目に配置された評点の合計点で評価する(0—100点)。得点が100点に近いほどADLが優れていることを示す。

併存疾患の評価尺度であるCCIは、Charlsonら(1987)によって開発され、慢性疾患に関連する19の状態を1—6点にスコア化し、重症度を考慮した併存疾患の程度を評価する。スコア1には「冠動脈疾患」「うっ血性心不全」「慢性肺疾患」「胃潰瘍」「末梢血管疾患」「軽症肝疾患」「脳血管疾患」「膠原病」「糖尿病」「認知症」、スコア2には「片麻痺」「腎疾患」「臓器障害を伴う糖尿病」「5年以内に診断された悪性疾患」「白血病」「リンパ腫」、スコア3には「中～重症の肝疾患」、スコア6には「転移性固形癌」「後天性免疫不全症候群」等がある。該当する疾患のスコアを合計し、合計得点が高いほど病状が重い併存疾患を有している状態を示す。

(4) ケアの実施内容

利用者に立案した目標に対し、どのようなケアを誰が行うのかを把握するため、T1でのケアの実施内容を尋ねた。「療養上の世話」11項目、「病状観察・医療処置」6項目、「創傷以外の医療処置」19項目の計36項目の実施状況(Appendix 4)に回答を求めた。また、これらのケアを誰が実施しているのかを明らかにするため、ケアの実施内容毎に、訪問看護師、他職種、利用者または家族介護者の選択肢を設け、複数回答で尋ねた。

(5) 訪問看護師の特徴

性別、年齢、最終学歴、取得資格、看護職経験年数、訪問看護師経験年数、現職場の就労年数、雇用形態、職位、居宅介護支援専門員業務の兼務の有無について尋ねた。

(6) 事業所の特徴

2014（平成 26）年 6 月の 1 ヶ月間について、事業所に所属している訪問看護師数（常勤・非常勤，常勤換算数），利用者数（保険別）等の実績を尋ね，管理者が回答した。

4）分析方法

(1) 目標の達成に向けて行うケアの分類

目標の達成に向けて行うケアは，以下の方法で分類を行い，ケアの特徴を見出した．まず，目標毎に，目標シートに記載された予測より高い成果（+2），予想よりやや高い成果（+1），T1 における利用者の状態（0），予想よりやや低い成果（-1），および，予想より低い成果（-2）に記載された内容と，利用者の属性，ケアの実施内容の情報を整理した．次に，これらの情報をもとに，看護師経験 5 年以上の看護師 2 名と，大学院生 1 名，および，研究者 1 名の複数名で評議し，目標毎に訪問看護師，他職種，利用者または介護者のいずれかが目標達成に向けてどのようなケアを実施しているのか（表 8-1~4 の目標達成に向けたケアの実施内容）を特定した．目標達成に向けたケアの実施内容の記述から先述の 4 名で目標毎に整理した情報を基に分類を行い，4 名のうち 1 名でも分類結果が異なる目標は，受け持ち訪問看護師または管理者に電話で内容を確認し，最終的な分類とした．内容の類似性を基に目標をまとめてサブカテゴリを作成し，さらにサブカテゴリを類似性に基づいてまとめ，カテゴリを作成した．

例えば，ID1 の利用者に立案された目標「3）服薬を継続でき，血圧が維持できる」は，目標シートに記載された内容や利用者の属性，ケアの実施内容に関して整理された情報から，目

標達成に向けて行うケアの実施内容は「利用者は認知症ではあるものの、利用者・介護者によって問題なく内服薬の管理がされてきた。訪問看護師による血圧変動の観察を行う」であると特定され、サブカテゴリ「身体徴候と症状の観察」、カテゴリ【処置観察】の目標に分類された。

(2) 統計分析

まず、利用者および訪問看護師・事業所の特徴、職種毎の J-RCS 得点と利用者単位の J-RCS スコア、目標達成度について記述統計量を求めた。連続変数は平均値（標準偏差）、カテゴリカル変数は n(%) で示した。本研究結果の外部妥当性を検討するため、訪問看護師の特徴と事業所の特徴は、Sakai ら（2013）が千葉県全訪問看護事業所を対象に実施した調査の訪問看護師と事業所の生データを用いて、連続値は独立したサンプルの t 検定、カテゴリカル変数には χ^2 乗検定を行い比較した。

次に、従属変数を各目標の達成度とし、J-RCS スコア、ケアの特徴との関連を明らかにするため、二変量解析を行った。二変量解析において、連続変数には Pearson の積率相関係数 r の算出、カテゴリカル変数には独立したサンプルの t 検定を行った。

最後に、二変量解析で目標達成度と $p < .30$ で関連のあった変数を共変量、ケアの特徴と J-RCS スコアを固定効果、利用者 ID を変量効果とする線形混合モデル分析を行った。また、ケアの特徴による連携のしやすさと目標達成度と関連の仕方の違いを検討するため、J-RCS スコアとケアの特徴の交互作用項を線形混合モデルに投入した。さらに、交互作用項が有意な場合には、単純主効果検定を行った。線形混合モデルに投入したすべての変数に欠損値はなく、多

重代入法などの特別な欠損値処理は行わなかった。線形混合モデルの分散成分の推定には、制限付き最尤法（Restricted Maximum Likelihood: REML）を用いた。REML は、分析サンプル数が少ない場合に、最尤法よりも分散成分を妥当に推定することができる (73)。また、サンプル数が少ない場合の自由度補正のため、本研究では Satterthwaite の自由度補正法を用いた (73)。

さらに、Intention-to-treat に基づき、T2 で目標達成度の評価があった目標（ $n = 88$ ）と評価がなかった目標（T1 から T2 の間に長期の入院・入所、死亡、軽快によって訪問看護の利用を中止した 15 名に立案された目標）（ $n = 47$ ）の利用者の属性に統計学的な有意差がないことを確認した後、評価がなかった目標の達成度評価を T1 での値（0）として補完し、47 目標を分析に加えないモデルと同様の手順で、全 135 目標のデータを用いた線形混合モデル分析を実施した。

線形混合モデルを用いた理由は、一利用者に立案されている目標間の達成度評価が類似している可能性を考慮するためである (73)。なお、利用者内における目標の達成度がどれだけ似通っているかを示す級内相関係数 ρ は、従属変数を目標達成度、切片の変量効果に利用者を識別する 1~27 の利用者 ID を投入した null モデルから算出したところ、 $\rho = 0.089$ であった。これは、利用者間での目標達成度の分散（利用者間 $\sigma^2 = 0.102$ ）より、利用者内での目標達成度の分散（利用者内 $\sigma^2 = 1.032$ ）が大きいことを示す (74)。

統計分析には、Statistical Package for Social Sciences（SPSS Inc., Chicago, IL, USA）version 23.0 を用い、統計学的有意水準は両側 5% とした。

5) 倫理的配慮

本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (75) とヘルシンキ宣言 (76) に基づき計画し、東京大学医学部倫理委員会の承認を得て行ったものである (承認番号: 10446)。

研究協力依頼文には、研究の目的、方法、倫理的配慮を記載した。倫理的配慮として、研究協力は調査対象者の自由意志であること、回答を返送しない場合においても不利益を被らない事を説明し、データ保管方法、プライバシーの保護、研究の公表、調査に関する問い合わせ先を明記した。

3. 結果

1) 応諾状況

調査参加事業所の地理的分布を図 3、質問紙調査対象者のフローチャートを図 4 に示す。千葉県内 234 事業所に調査依頼文書を送付した結果、12 事業所から返信があった。そのうち、5 事業所は、調査期間中に包含基準に該当する利用者のサービス利用開始がない、多忙により調査の遂行が難しいとの理由で調査から脱落した。残りの 7 事業では、包含基準に該当する利用者のサービス開始があり、調査に参加を表明した利用者は T1 で 42 名であった。42 名のうち、T1 から T2 の間に、状態改善による訪問看護の利用終了、病院・施設入所、死亡した者は 15 名であり、最終的に、T1 と T2 の両時点の回答が得られた利用者 27 名 88 目標を分析対象とした。データ分析対象となった利用者 27 名と脱落した利用者 15 名との間には、利用者の属性、受け持ち訪問看護師ならびに事業所の特性に統計学的に有意な差はなかった。

2) 利用者, 訪問看護師, および, 事業所の特徴

分析対象となった利用者 27 名の基本属性と J-RCS スコア, 利用者をケアする上で関わった職種毎の J-RCS 得点, 立案された目標, および, ケアの実施内容の一覧を表 1-1~6 に示す.

また, 表 1-1~6 の一覧をもとに, 利用者の特徴について記述統計量を算出した結果を表 2 に示す. 分析対象利用者は, 女性 13 名 (48.1%), 平均年齢 78.9 歳 (標準偏差 11.3, 以後 Standard deviation : SD とする, 範囲 54—99 歳) であった. 利用保険の種別は医療保険 6 名, 介護保険 21 名であり, 介護保険利用者のうち, 要支援者は 4 名 (14.8%), 要介護者は 17 名 (85.2%) であった. 訪問看護利用開始前 1 ヶ月間に療養場所の移動があった者は 13 名 (48.1%) であった. 終末期である者は 5 名 (18.5%), 日常生活自立度では平均 BI 55.9 (SD 37.0, 0—100), 併存疾患では平均 CCI 2.7 (SD 2.3, 0—7.0) であった. 介護者がいる者は 22 名 (81.5%) であり, そのうち介護者が同居している者は 17 名 (63.0%) であった.

受け持ち訪問看護師の特徴を表 3 に示す. 回答者は全員女性であった. 平均年齢 42.4 歳 (SD 6.8, 26—53), 最終学歴が専門学校卒である者は 17 名 (73.9%) であった. 看護師経験年数, 訪問看護師経験年数, 現職場の就労年数は, それぞれ平均 18.6 年 (SD 6.8, 2—28), 5.2 年 (SD 5.7, 0—18), 4.5 年 (SD 5.2, 0—20) であった. 常勤雇用の者は 14 名 (60.9%), 居宅介護支援業務の兼務がある者は 1 名 (4.3%) であった. 本研究の受け持ち訪問看護師の基本属性は, 2012 年に Sakai ら (2013) が実施した千葉県全訪問看護事業所から質問紙調査に回答が得られた 54 事業所訪問看護師 206 名の基本属性 (77) と統計学的に有意な差はなかった.

事業所の特徴を表 4 に示す。すべての事業所で 24 時間体制をとっていた。一事業所あたりの訪問看護師数は平均 6.9 名 (SD 2.9, 4—11) であり、常勤換算にすると平均 5.4 名 (SD 2.5, 2.5—8.9) であった。事業所の特徴についても、訪問看護師の基本属性と同様に Sakai ら (2013) のデータと比較した。その結果、本研究に参加した事業所は、Sakai ら (2013) の調査に参加した事業所と比べて、人員体制がより手厚い傾向が見受けられたが、それぞれの研究に参加した事業所の訪問看護師数、常勤換算訪問看護師数に統計学的に有意な差はなかった。

3) 連携のしやすさの評価

受け持ち訪問看護師が評価した受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさの評価結果を表 5 に示す。利用者一人あたりに関わる受け持ち訪問看護師以外の専門職数は、平均 4.1 職種 (SD 1.4, 2—8) であり、J-RCS スコアは、平均 3.58 点 (SD 0.53, 2.64—5.00) であった。以下に T1 で利用者に関わっていた専門職のパターンと各パターンの J-RCS スコア平均値を示す。利用者に関わる専門職のパターンで最も多かったのは、訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員パターンの 7 利用者 (25.9%) [J-RCS スコア : 3.99 点 (SD 0.55)] であった。次いで、訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・訪問介護士・訪問入浴の専門職パターンの 4 利用者 (14.8%) [3.58 点 (SD 0.14)]、訪問看護師・主治医パターンの 3 利用者 (11.1%) [3.26 点 (SD 0.52)]、訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員を含み、訪問介護士パターンまたは通所施設の専門職パターンがそれぞれ 2 利用者 (7.4%) ずつ [3.23 点 (SD 0.03), 3.43 点 (SD 0.61) (順同)] であった。上記以外のパターンは、訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員

を必ず含み、利用者毎に異なるサービスの専門職の組み合わせ 1 パターンずつであった 9 利用者 (33.3%) であった。

なお、利用者毎にサービスの利用状況が異なるため、各専門職との連携のしやすさを正確に反映した指標ではないが、参考までに、受け持ち訪問看護師が評価した各専門職種との連携のしやすさ (J-RCS 得点) を表 6 に示す。各専門職の J-RCS 得点の平均は、事業所の訪問看護師 4.51 点 (SD 0.47, 3.57—5.00)、主治医 3.11 点 (SD 0.88, 1.29—5.00)、居宅介護支援専門員 3.86 点 (SD 0.74, 2.57—5.00)、訪問介護士 2.83 点 (SD 0.72, 2.00—4.14)、訪問入浴の専門職 2.79 点 (SD 0.56, 2.14—3.57)、訪問リハビリの専門職 3.55 点 (SD 1.20, 2.29—4.86)、通所施設の専門職 2.69 点 (SD 0.79, 1.43—3.29)、短期入所施設の専門職 2.68 点 (SD 0.44, 2.29—3.29) であった。

4) 立案目標数と目標達成度

立案された目標の数と達成度評価の結果を表 7 に示す。利用者 27 名に対し T1 で立案された目標は、全部で 88 目標であった。利用者 1 名あたりに立案された目標数は平均 3.26 個 (SD 0.94) であった。目標が 4 つ立案されていた利用者は 14 名 (51.9%)、3 つ立案されていたのは 8 名 (29.6%)、2 つ立案されていたのは 3 名 (11.1%)、1 つ立案されていたのは 2 名 (7.4%) であった。

T2 における目標達成度は、平均 0.77 点 (SD 1.11) であった。予想より高い成果 (+2) であった目標は 26 個 (29.5%)、予想よりやや高い成果 (+1) であった目標は 35 個、T1 における

状態のまま（0）で変化がなかった目標は 11 個（12.5%），予想よりやや低い成果（-1）であった目標は 13 個（14.8%），予想より低い成果（-2）であった目標は 3 個（3.4%）であった。

5）目標の達成に向けて行うケアの分類結果

利用者に立案された目標と目標達成に向けたケアの実施内容，および，ケアの分類結果を，表 8-1~4 に示す．目標シートに記載された情報，利用者の基本属性，T1 におけるケアの実施内容の情報から，複数の分析担当者での協議によって目標達成に向けたケアの実施内容を特定し，分類を行った．その結果，利用者 27 名に立案された 88 目標は，サブカテゴリ「身体徴候と症状の観察」「治療・医療処置の実施」「医療機器・薬剤の管理」「日常生活動作の促進」「心理面・環境面のサポート」「介護負担の軽減」と，カテゴリ【処置観察】と【生活支援】とに分類された．本文中の【 】はカテゴリ，「 」はサブカテゴリを示す．以下に，カテゴリ別の詳細を述べる．

（1） 【処置観察】

88 目標のうち，「身体徴候と症状の観察」に関する 25 目標（28.4%），「治療・医療処置の実施」に関する 19 目標（21.6%），「医療機器・薬剤の管理」に関する 8 目標（9.0%），計 52 目標（59.1%）が【処置観察】に分類された（表 8-1~2）．「身体徴候と症状の観察」の目標は，肺炎や褥創等の発生リスクがあるものの，吸引や皮膚処置等の積極的な介入を必要としない，徴候や症状の観察を主として行う目標であった．一方，「治療・医療処置の実施」の目標は，T1 での状態を維持あるいは悪化させないために，吸引や処置，点滴，注射など具体的な医療行為

が必要な目標であった。「医療機器・薬剤の管理」の目標は、医療行為の実施自体に主眼が置かれず、医療機器や薬剤の管理を適切に行うことに、より焦点が当てられた目標であった。これらのサブカテゴリは、医療的な判断を伴う観察や処置を行う目標であると考えられたため、【処置観察】のカテゴリを作成し、分類した。

(2) 【生活支援】

88 目標のうち、「日常生活動作の促進」に関する 16 目標 (18.2%)、「心理面・環境面のサポート」に関する 13 目標 (14.8%)、「介護負担の軽減」に関する 7 目標 (8.0%)、計 36 目標 (40.9%) が【生活支援】に分類された (表 8-3~4)。「日常生活動作の促進」の目標は、身体活動の低下に関連する疾患 (骨折や認知症による意欲低下等) の存在によって、機能訓練の実施や日常生活を維持するための身体活動を促す必要のある目標であった。また、「心理面・環境面のサポート」の目標は、疾患再発等への不安の軽減や、療養生活を送る上で必要な物品や設備等、環境整備を行う必要のある目標であった。「介護負担の軽減」の目標は、介護者による介護状況を維持・改善する必要のある目標であった。これらのサブカテゴリは、療養生活の維持・向上に向けて、生活の視点から利用者や介護者を支援する目標であると考えられたため、【生活支援】のカテゴリを作成し、分類した。

6) 連携のしやすさと目標達成度の関連

二変量解析の結果を表 9 に示す。J-RCS スコアと目標達成度の間に有意な相関関係はなかった (Pearson's $r = .243$, $p = .053$)。目標達成度と $p < .30$ で関連のあった変数は、利用者の年齢、

要介護度、認知症の有無、併存疾患、介護者の有無の 5 つであった。

利用者 27 名 88 目標における線形混合モデル分析の結果を表 10 に示す。線形混合モデルに投入する変数のうち、要介護度は介護保険による訪問看護の利用者に限られてしまうため、すべての利用者のデータで分析可能な日常生活自立度の代替投入案を検討し、要介護度と日常生活自立度の相関 (Pearson's $r = -.257$, $p = .010$) を確認の上、投入した。線形混合モデルでは、J-RCS スコアと目標達成度との間に有意な関連はなかった (標準化回帰係数 (傾きの推定値) $= .271$, $p = .399$)。一方、J-RCS スコアとケアの特徴の交互作用項と目標達成度との間に有意な関連が認められた (標準化回帰係数 $= 1.146$, $p = .015$)。交互作用が認められたため、ケアの特徴である【生活支援】と【処置観察】ごとに J-RCS スコアの単純主効果検定を行ったところ、【生活支援】の目標では、J-RCS スコアの単純主効果は有意であった ($F(19) = 1.900288$, $p = .039$)。一方で、【処置観察】の目標では、J-RCS スコアの単純主効果は有意でなかった ($F(22) = 0.780383$, $p = .731$)。

なお、Intention-to-treat に基づき実施した、利用者 42 名 135 目標における線形混合モデル分析の結果を表 11 に示す。線形混合モデル分析の結果、J-RCS スコアと目標達成度に有意な関連はなかったが (標準化回帰係数 $= .198$, $p = .598$)、J-RCS スコアとケアの特徴による交互作用項が目標達成度に有意な関連を示した (標準化回帰係数 $= 1.102$, $p = .030$)。単純主効果検定の結果、【生活支援】の目標では J-RCS スコアの単純主効果は有意であった一方、【処置観察】の目標では J-RCS スコアの単純主効果は有意でなく、利用者 27 名 88 目標における分析と同様の結果を得た。

3. 概念枠組み

本研究の概念枠組みを図 1 に示す。

用語の定義

本研究では、以下のように用語を定義する。

訪問看護：介護保険法および健康保険法に基づいて看護師が利用者・患者の住まいへ訪問し、看護を提供するサービス (46)。

利用者：訪問看護サービスの利用者。

受け持ち訪問看護師：ある特定の利用者に対して看護目標を立案する等、主としてその利用者に関わる訪問看護師。

連携のしやすさ：関係者間の関係性とコミュニケーションの程度 (47)。

目標達成度：利用者に対して立案した目標が達成された度合い (48)。

4. 考察

第一章では、1) 受け持ち訪問看護師は、利用者に対しどのような目標を立案しているのか、2) 各目標のケアの特徴によって、受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさと目標達成度の関連の仕方は異なるのか、といった研究設問に答えるため、質問紙調査を行った結果、以下のことが明らかとなった、

1) 訪問看護師が立案する目標には、【処置観察】を行う目標と【生活支援】を行う目標があった。

2) 受け持ち訪問看護師が評価した受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさと目標達成度には統計学的に有意な関連はなかった。一方、連携のしやすさとケアの特徴の交互作用項が目標達成度と有意な関連を示した。単純主効果検定の結果、【生活支援】の目標のときは、受け持ち訪問看護師が連携しやすいと感じているほど利用者の目標が達成される傾向がある一方で、【処置観察】の目標のときは、連携しやすさと目標達成度に関連がなかった。これらの結果について、順に考察する。

1) 調査対象者の属性

本研究の利用者は、名古屋市在住で訪問看護サービスを利用している高齢者を対象とした前向きコホート研究 (78) で、男女別に報告されている訪問看護サービス利用者 (n = 520) の基本属性 (年齢 [男性 : 78.2 歳 (SD 7.4), 女性 : 80.2 歳 (SD 7.8) (以下, 順同)], 性別 [42.1%, 57.9%], CCI [2.3 (SD 1.5), 2.1 (SD 1.6)]) と同様の基本属性を有していた。また、訪問看護師と事業所の基本属性は、Sakai ら (2013) のデータと比較した結果、統計学的に有意な差はなかった。これらのことから、本研究の分析対象となった利用者・訪問看護師・事業所の基本属性は、先行研究から大きく逸脱するものではないと考えられた。

2) 連携のしやすさ

利用者一人あたりに関わる受け持ち訪問看護師以外の専門職数は、平均 4 職種 (SD 1.4, 2—8) であった。利用者が介護保険で訪問看護サービスを利用する場合、受け持ち訪問看護師が関

わる専門職は、訪問看護事業所の訪問看護師、主治医、居宅介護支援専門員の少なくとも3職種である。受け持ち訪問看護師は、この3職種に加えて、平均的にもう1職種と関わりを持ちながら、利用者にケアを行っていることが本研究で明らかとなった。

利用者にケアを提供する上で関わった専門職との連携のしやすさの指標である J-RCS スコアは、平均 3.58 点 (SD 0.53, 2.64—5.00) であった。宮崎県全域の訪問看護事業所を対象に調査を実施した Sakai ら (2015) は、訪問看護師が評価した、事業所の訪問看護師、主治医、居宅介護支援専門員、訪問介護士との連携のしやすさの平均得点は 3.7 点 (SD 0.6, 1.0—4.9) であったと報告している (79)。Sakai ら (2015) の報告に比べて、本研究の J-RCS スコアが低かった理由として、本研究では利用者毎に関わった専門職を尋ね J-RCS スコアを算出していること、多様な職種との連携のしやすさを評価していることが影響していると考えられた。

また、利用者にケアを提供する上で関わる専門職パターン別の J-RCS スコアは、必ずしも関わる専門職数の多寡によっていなかった。すなわち、連携のしやすさの評価は、利用者毎にばらつきがあると考えられ、これらの結果は本研究で初めて明らかになった知見と言えよう。

各専門職との J-RCS 得点は高い方から、事業所の訪問看護師、居宅介護支援専門員、訪問リハビリの専門職、主治医、訪問介護士、訪問入浴の専門職、通所施設の専門職、短期入所施設 of 専門職の順であった。本研究の J-RCS 得点の分布および Cronbach の α 係数は、訪問看護師が評価者である先行研究 (54, 79) で、訪問看護師の J-RCS 得点が最も高く、次いで居宅介護支援専門員、主治医の順に J-RCS 得点が低くなる結果と同様の傾向を示し、他の職種との連携のしやすさについては、訪問看護活動を実施する上での関わりの頻度を反映しているものである

と考えられた。

3) 目標達成度

利用者に立案された目標の達成度の分布は単峰性の正規分布であった。GAS を用いて目標達成度の評価を行った場合、その分布は単峰性の正規分布になることが報告されており (80)、本研究の結果はこれらの報告に沿う結果となった。一方、これまでに GAS を用いた研究で報告されている目標達成度の平均値は 0 点に近い値となっており (80)、本研究の平均値は 0.77 点と (+1) に近く、やや高い結果となった。この理由として、本研究では予想される成果 (0) を T1 での利用者の状態 (0) としたことが影響していると考えられた。

4) 目標の達成に向けて行うケアの実施内容による目標の分類

利用者 27 名に対して立案された 88 目標を利用者の属性、目標の記述、ケアの実施内容の情報を総合的に用いて特定した、目標達成に向けたケアの実施内容で目標を分類した結果、訪問看護師が利用者に立案する目標には【処置観察】と【生活支援】の目標があることが分かった。

(1) 【処置観察】の目標

【処置観察】の目標には、「身体徴候と症状の観察」、「治療・医療処置の実施」、「医療機器・薬剤の管理」といったサブカテゴリが含まれた。これらは、利用者が有する疾患や症状のコントロール等、利用者の健康管理に関する目標であると考えられる。居宅介護支援業務を行う訪問看護師を対象とした中谷ら (2002) の調査では、訪問看護師がケアプランとして立案した要

介護者のニーズとして『健康管理』領域が挙げられている。これらは、本研究の【処置観察】の目標におけるサブカテゴリ「身体徴候と症状の観察」「医療処置の実施」「医療機器・薬剤の管理」と一致した (41)。

先行研究 (31,81) では、訪問看護師が行うケア介入のうち最も実施率の高かったものとして『観察』や『医療処置』が挙げられており、本研究でも【処置観察】の目標が全体の 59.1%の割合で存在した。一方、先述の中谷ら (2002) の調査では『健康管理』領域の目標は全体の 24.0%であったと報告している。これは、本研究の目標分類の結果と大きく乖離していると言えるが、その理由として、以下の 3 つが考えられた。

1 つめは、中谷ら (2002) の対象とした訪問看護師は居宅介護支援業務を主として行う者であるのに対し、本研究では訪問看護業務を行う者のみを対象としているために、より「身体徴候と症状の観察」や「治療・医療処置の実施」に関する目標が多くなっている可能性がある。

2 つめは、中谷ら (2002) の調査では、142 利用者 862 目標を分析対象としており 1 名あたり 6 目標が立案されていること、本研究では 1 利用者あたり最大 4 目標までという上限を設けている点で、より優先度の高い健康上の問題に焦点をあてた目標が相対的に多くなっている可能性が考えられた。

3 つめは、中谷ら (2002) の挙げた目標領域である『食事』に関して、本研究では食事に関わる「身体徴候と症状の観察」「医療処置の実施」「医療機器・薬剤の管理」が介入内容である場合は【処置観察】の目標に含んだ。その結果、【処置観察】の割合が多くなっていると考えられた。

(2) 【生活支援】の目標

【生活支援】の目標には、「日常生活動作の促進」、「心理面・環境面のサポート」、「介護負担の軽減」といったサブカテゴリが含まれた。これらは、利用者や介護者の日常生活支援に関する目標であると考えられる。酒井（2000）によると、要介護状態の高齢者世帯では訪問看護導入1ヶ月時点で介護態勢の不備による問題、また、導入1ヶ月以降には身体機能の低下に伴う活動低下といった問題が多く出現することが明らかにされている（82）。訪問看護師はこれらの問題に対して、社会資源の導入や利用者・介護者の在宅療養に対する不安への援助等、積極的な介入を行う（31,82）。【生活支援】の目標は、このようなケア介入の方法に特徴を有する目標であると考えられた。

また、海外で在宅ケアを担当する看護師の看護診断内容を調査した Morales-Asencio ら（2009）は、介護者の介護負担と日常生活動作の障害に関する看護診断が40%程度を占めていたと報告している（30）。本研究でも、【生活支援】の目標が目標全体の40.9%の割合で存在し、本研究の目標の分類結果は、概ね妥当であると考えられた。

5) 連携のしやすさと目標達成度の関連

二変量解析と線形混合モデルを用いた多変量解析で、連携のしやすさと目標達成度との間に統計学的に有意な関連はなかった。また、【処置観察】の目標のときは、連携のしやすさと目標達成度に有意な関連はなかった一方で、【生活支援】の目標のときは、連携しやすいほど目標が達成される傾向が示された。

RC theory では、関係者間で連携しやすいほど目標達成等の望ましいアウトカムが得られる

ことが仮定されている (26). しかし、本研究では、受け持ち訪問看護師が評価した受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさと目標達成度に直接的な強い相関関係はなく、

【処置観察】・【生活支援】といったケアの特徴によって、RC theory の仮定が成り立たない場合と成り立つ場合があることが示された。このことは、利用者個々における目標の達成には、専門職の連携を高めることで達成しやすい目標とそうでない目標があることを意味する。これまでの病院や施設といった場における、RC theory を用いた研究では、部署単位での専門職の連携のしやすさと介入のアウトカムとの関連を横断的に調査し、RC theory の仮定と合致するという結果を示すのみであった (29, 58)。一方、本研究は、利用者個々について、ケアに関わる専門職との連携のしやすさと介入のアウトカムとの関連を縦断的に調査し、専門職で連携がしやすいことによって、どのような目標の場合により目標が達成されやすいのかを具体的に明らかにした初めての研究と言えよう。

(1) 【生活支援】の目標における連携のしやすさと目標達成度との関連

【生活支援】の目標の場合、目標達成のためには様々な職種の専門性が必要になるため、訪問看護師は『ケースマネジメント』という介入方法を多く用いる。米国オマハの訪問看護協会が地域看護活動を体系的に進めやすいように開発したオマハシステムでの介入方式分類によると、看護師が行う『ケースマネジメント』は、“調整、代弁、紹介といった看護活動”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”と定義されている (83)．【生活支援】の目標の達成のためには，様々な関係部署をつなぎ，社会資源の導入を行うことで利用者や介護者の生活を支援する．その際，訪問看護師は，居宅介護支援専門員をはじめとする他職種に連絡や相談を行う．よって，【生活支援】の目標においては，T1 で受け持ち訪問看護師が受け持ち訪問看護師以外の専門職と連携しやすいと感じているほど，その後の利用者の療養生活継続に関わる様々な調整を専門職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が考えられた．

また、『ケースマネジメント』の観点から機能強化を行った専門職チームからケアを受けた群（介入群）と，通常の訪問ケアを受けた群とでは，介入群で利用者の療養生活が維持され，救急受診回数や割合が有意に少なかったことが報告されている (84)．『ケースマネジメント』を主たる介入方法とする【生活支援】の目標では，受け持ち訪問看護師が受け持ち訪問看護師以外の専門職と連携しやすいことが，目標の達成に寄与する可能性が高いと言えよう．

(2) 【処置観察】の目標における連携のしやすさと目標達成度との関連

一方，【処置観察】の目標の場合には，連携のしやすさと目標達成度との間に有意な関連はなかった．オマハシステムによる介入方式分類で【生活支援】の目標と同様にケアの特徴をみると，【処置観察】の目標では，「治療・医療処置の実施」，「身体徴候と症状の観察」，「医療機器・薬剤の管理」など，『治療と処置』という介入方法を用いる目標が多い．『治療と処置』は，“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”という特徴を有する (83)．

【処置観察】の目標は、【生活支援】の目標のように『ケースマネジメント』といった介入方法を用いる目標とは異なり、『治療と処置』の介入方法を用いる。このような特徴を有する目標では、看護師の技術的な専門性が発揮されることによって、目標が達成された可能性がある。すなわち、目標を達成する上で、他職種との共助の必要性が低く、連携のしやすさに影響されずに達成された目標もあったのではないかと推察された。【処置観察】の目標における連携のしやすさと目標達成度との関連は、このような特徴を有する目標の存在に影響を受けている可能性がある。

6) 質問紙調査の結果をさらに解釈するための研究設問の具体化

【処置観察】の目標は、ケアの特徴として他職種との共助の必要性が低く、訪問看護師の専門性を発揮することによって達成される目標が多いため、連携のしやすさと目標達成度との間に有意な関連が見出せなかったのではないかと推察された。しかしながら、在宅ケアという場、つまり、様々な専門職がサービス利用者宅に断続的に訪問しケアを提供する場では、【処置観察】の目標においても【生活支援】の目標と同様に、ケアの継続性を維持し利用者の目標を達成するために専門職の連携が必要な場合も存在する (85)。小川ら (2008) は、訪問看護師以外の他職種では対応が難しい医療的判断を要する問題について、訪問看護師は、利用者の状況を常に把握できるよう他職種と連携しながら利用者の状況に合わせた介入を行っていたと報告している (86)。すなわち、【生活支援】と【処置観察】の目標について観察された連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いは、介入方法の違いですべてを説明出来ているとは言

えず，訪問看護師による具体的な介入のプロセスや利用者の状況によって影響を受ける可能性がある。

そこで，本研究では，【生活支援】と【処置観察】の目標について観察された連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いがなぜ生じるのかについて，まずは目標毎により具体的な経過を把握し，これらの経過と質問紙調査の結果を合わせて，より詳細に明らかにすることを目指し，以下の2つの研究設問を生成した。

- 1) 各目標は，具体的にどのような経過であったか。
- 2) 各目標における経過の違いは，【生活支援】の目標と【処置観察】の目標について観察された，連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いに関係しているのか。

【第二章】目標毎の具体的な経過の分析：インタビュー調査

1. 目的

質問紙調査の結果から、連携のしやすさと目標達成度の関連の仕方は、【処置観察】の目標と【生活支援】の目標で異なることが明らかになった。そこで、このような結果がなぜ生じるのかを明らかにするため、まずは、受け持ち訪問看護師にインタビューを行い、T1 から T2 に至るまでの経過を具体的に把握することを本章の目的とした。研究設問は、以下である。

1) 各目標は、具体的にどのような経過であったか。

2. 方法

1) データ収集方法

インタビュー調査の事前準備として、訪問看護経験 5 年以上の看護師 2 名にヒアリングを行い、質問の表現の適切性と質問の順番の確認をし、インタビューガイドの洗練を行った。また、訪問看護活動について理解を深めるため、許可の得られた 2 事業所で事業所内カンファレンスの見学と利用者宅への同行訪問を行った。

データ収集は、Yin による Case study 法 (87) を参考に、利用者に立案された各目標（一利用者あたり最大 4 つ）を 1 ケースとして、複数ケースのデータを収集した (87)。研究者は、第 1 フェーズで得られた質問紙調査の回答とインタビューガイド (Appendix 5) をもと

に構造的に質問を行った。データ収集期間は、2015 年 5 月 11 日から 2015 年 9 月 8 日であった。質問紙調査に回答があった利用者 27 名の受け持ち訪問看護師すべてに、管理者を通してインタビュー調査の趣旨説明を行い、調査同意の得られた者に調査日程の調整を依頼した。調査日の面接開始前に研究者から詳しい研究説明を行い、同意を得た後、インタビューを実施した。

訪問看護師は、利用者のカルテに記載された事実ができる限り忠実に、カルテを参照しながら研究者の質問に答えた。インタビューは、利用者の個人情報保護のため、訪問看護師が所属している事業所の個室または半個室で行った。面接終了後は、できるだけ速やかにケースのサマリと調査対象者の質問に対する反応や印象をフィールドノートに記録した。なお、調査対象者は、面接の開始時に調査協力の謝礼として 2,000 円分の図書カードを受領した。

2) 質問内容

インタビューガイド (Appendix 5) を用いて、以下の質問内容を構造的に聴取した。

(1) 連携のしやすさの評価について

- ・ T1 の質問紙に回答をいただいた、利用者が利用している他サービスの専門職との連携のしやすさの評価について質問紙のように評価されたのはなぜですか。どのような情報を交換したかやどのような関係性であったのかについて、具体的に教えてください。

(2) 目標について

- ・ 目標を立案された理由や意図は、それぞれどのようなものでしたか。

(3) 目標達成度の評価に至った経緯について

・T2の質問紙に目標の達成度についての評価をいただきました。なぜそのように評価されたのですか。どのような経過でしたか。

・目標達成度の評価に至る過程で、各専門職とはどのような関わりをされていましたか。

調査対象者の中には、ケース毎に経過を語るよりも利用者や専門職等との関わりを全体的に語る方が、より詳細に経過を語るができる者もいた。そのような調査対象者へのインタビューでは、ケースだけに焦点をあてた質問の仕方を避け、調査対象者に自由に語ってもらいながら、どのケースについての語りであるのかを適宜確認しながらインタビューを行った。上記の質問内容に加え、ケースの特徴をより深く理解するために open-ended question で訪問看護の利用開始に至った経緯や利用者の人柄、利用者や介護者と専門職との関係についても尋ねた。

3) 分析方法

(1) データ分析方法

インタビューから得られたデータは、以下の手順で分析した。

1) インタビュー内容を逐語録にし、逐語録と面接終了後に記録していたケースのサマ

リ・調査対象者の質問に対する反応や印象について記述したメモとを照らし合わせながら、丹念にデータを読み込み、ケース毎に T1 から T2 までの経過を時系列にまとめた（表 12-1~15 の経過のサマリを参照）。

2) 経過を時系列にまとめていく段階で、訪問看護師や他専門職による介入の特徴と、利用者・介護者の特徴や状況が、目標達成度の評価に影響する可能性が見出せた。そのため、これらの特徴や状況について語られているデータに特に着目し、データの内容を抽出していった。

3) 抽出した内容から類似するもの同士をまとめ、その内容を表すラベルをつけた。

4) 最後に、ラベルをもとにケースを分類し目標達成度の評価と照らし合わせたところ、

ケース分類によって目標達成度の評価に一定の傾向があることを発見した。(表 13)

なお、第2フェーズでは、T2における目標の達成度の評価 (-2) ~ (+2) の5段階評価のうち、(+1) と (+2) を目標が達成された、(-2), (1), (0) を目標が達成されなかったとした。

(2) 信頼性・妥当性の確保方法

本分析方法は、多様な情報源からの情報をもとに進めるため、一つのデータのみに頼る危険性が少ない。訪問看護師は、適宜カルテを参照しながら研究者の質問に回答した。また、訪問看護師は第1フェーズで収集した質問紙の回答を確認しながら、研究者の質問に回答し、想起バイアスを制御できたと考える。さらに、構造化された調査によって、漏れない情報収集に努めた。しかし、研究者が情報収集、分析の測定用具であるという研究の特質上、以下により分析結果の信頼性と妥当性を確保することに注力した。

1) インタビュー参加者に分析結果を提示し内容に関する意見を求め、確認をした。

2) 調査過程と分析内容を2~4週間ごとに研究の指導教官に提示し、指導を受けた。

3) 大学院生の研究ピアサポートグループで1ヶ月に一回、研究の内容と分析結果を提示し、その内容を討議した。

4) 訪問看護の実践を専門分野とし、帰納的研究方法を用いて継続的に研究を行っている国内外の看護学研究者に分析内容を提示し、確認を得た。

(3) サンプルサイズ

Case study 法における multiple-case design で推奨されているサンプルサイズは、6～24 ケースである (88, 89)。本研究ではデータの収集計画にこの基準を採用し、24 利用者 80 目標 (ケース) が十分であることを確認し、調査を実施した。

4) 倫理的配慮

インタビューの実施場所は、利用者の個人情報の漏洩を防ぐため、訪問看護師が所属している事業所内の一室で実施できるよう管理者に依頼した。インタビュー内容は、対象者の同意を得た上で録音し、筆者が内容を書き起こした。なお、個人が特定されないよう利用者や関係職種について語る際には、個人情報に該当する情報は匿名化した上で語ってもらうよう配慮した。インタビュー内容を逐語録に書き起こす際には地域や関係施設を匿名化し、データは ID 番号を付し管理した。

3. 結果

1) 応諾状況

インタビュー調査対象者のフローチャートを図 5 に示す。質問紙調査に回答した受け持ち訪問看護師 23 名のうち、20 名から調査参加の同意を得てインタビューを行った。最終的に、7 事業所 24 利用者に立案された 80 目標に関する具体的な経過のデータを得た。

調査対象者のうち、訪問看護師 3 名（ID 6, 7, 24 の利用者を担当した者）は既に退職をしており、管理者を通じてインタビューへの参加を依頼したが、参加が困難であるとの理由で調査ができなかった。一利用者単位で面接時間（90 分の枠で設定）を調整し、面接の平均所要時間は 65 分（40—83 分）であった。

2) 目標毎の具体的な経過に基づくケースの分類

ケース毎に T1 から T2 に至るまでの経過を受け持ち訪問看護師にインタビューし、介入の特徴や経過、利用者や介護者の特徴や状況を手がかりにケースの分類を試みた。ケースの分類結果を表 13 に示す。80 目標のうち、33 個が（A）他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、15 個が（B）訪問看護師のみで対応できたケース、11 個が（C）利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、8 個が（D）利用者や介護者の意向や状況の把握が困難だったケース、13 個が（E）利用者に避けられない状態の悪化があったケースに分類され、これらのケースの特徴は目標達成度と一定の関係性が認められた。

以下、ケース分類（A）～（E）の特徴を具体的に記述する。分類の説明を補足するため、

その分類に該当した代表的なケースについて、〈 〉内に〈ケース ID：目標の記述〉、質問紙に記載された利用者の基本属性の情報を記し、訪問看護師の語りを斜太字で示した。なお、訪問看護師の語りの中で頻出する先生は主治医、ケアマネは居宅介護支援専門員、ヘルパー・訪問介護は訪問介護士、リハビリは訪問リハビリ、入浴は訪問入浴、デイは通所施設、ショート・ショートステイは短期入所施設をそれぞれ指す。個人が特定され不利益が生じる可能性が高いと研究者が判断した部分は省略・修正し、意味の通じにくい部分には（ ）内に研究者が言葉を補足した。

(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行った

受け持ち訪問看護師（以下、訪問看護師とする）は、多くのケースで他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行っていた。その際、他の職種の専門性に頼る、利用者・介護者への対応を統一する、時間枠では対応できないことを依頼する等の方法を用いていた。

・他の職種の専門性に頼る

〈ID1-1：訪問看護のときは、入浴等清潔を受け入れる〉

86歳 男性 アルツハイマー型認知症 要介護1 CCI（1） BI（70）

ケアマネさんが絶妙なタイミングで（相談をして）、訪問と一緒にあわせてきてもらって（シャワーチェアの）サイズあわせ。まずはサンプルを持ってきてくれて、その1週間後（次の訪問の時）には、本人に「いいの借りてきたからちょっと使ってみて」って（勧めることができた）。それで、廊下でリハビリして洗面所寄って、その流れでシャワーを浴びるっていう流れが出来てきたんですね。

・利用者・介護者への対応を統一する

〈ID27-1：周囲の援助を得ながら家で看取ることに自信を持つことができる〉

79歳 男性 肺がん 要介護1 CCI（7） BI（55） 終末期

家に他の人が入るのがまずいやで、本人たち（利用者と介護者）がまず受け入れてくれない。どういう風に対応するかというところはケアマネさんと相談を密にしたり。奥さんへのアプローチの仕方を一緒に考えたりっていうことはしてもらってましたね。私たちの訪問で三回に1回は（ケアマネさんが）合わせてきてくれて、帰り際にちょこっと相談とかね。徐々に奥さんと一緒に散歩とかいくと、ぽろっと「最期までお父さんのこと見てあげようと思う」とっていう気持ちの変化もあったりして。

・時間枠では対応できないことを依頼する

〈ID17-3：毎日の散歩の継続 日中の大半を座位で過ごす〉

66歳 女性 舌がん 要介護3 CCI（2） BI（95）

足のほうを筋移植とかしているんで、筋力が（足りない）。つい忘れちゃって、階段から落ちたこともあるんです。訪問看護だけでは、（毎日の散歩を継続するのに必要な）足のリハビリまで訪問時間内でできないので、リハビリさんにも確認してもらってとかたちですね。

このように、訪問看護師は、利用者に関わる各職種の専門性を尊重しつつ、訪問看護が担うべき役割も他職種と共有し介入を行っていた。このような介入の特徴を有する多くのケースで目標が達成されていた。

しかし、他職種と達成すべき目標を共有し連絡や相談を行っていても、達成できなかったケースも1つだけ存在した。

〈ID5-2：転倒なくすごし、手すり・柵を効果的に使用できる〉

88歳 女性 右大腿骨転子骨折 要介護4 CCI（2） BI（40）

右も左も自宅で転んで骨折されているので、何か対策をしなくちゃと思って（立案した）。リハビリさんが入ったときに、家でのトイレ動作、ベッドでの起き上がりとか、**実際生活の場での動きを担当してくれた。こちら（訪問看護）でも同じやり方をやったり。デイでも少しでも歩く機会を作ってもらうようお願いしたりだとか、転倒のリスクは常にあったんですけど、転倒はせず。ただ、結果として柵を効果的にみたい**なところまでは、ちょっと（達成できなかった）。

このケースでは、利用者の能力に見合っていないレベルの目標を設定したために、目標が達成されていなかった。

（B）訪問看護師のみで対応できた

訪問看護師の多くは、訪問看護師のみによる判断と介入で利用者のニーズに対応できていたと語った。ID2-2やID18-3、ID20-2などの排便コントロールに関する目標では、訪問看護師で下剤調整や浣腸といった処置を行い、訪問介護士による介護援助や医師の判断を必要としなかった。

〈ID2-2：腹痛無く、自然排便がある。もしくは、訪問看護介入時の処置にてしっかり排便がスムーズに出る〉

73歳 男性 パーキンソン病 要介護5 CCI（0） BI（45）

下剤の調整をこちら（訪問看護）でさせていただいて、浣腸かけて排便。ヘルパーさんには、（おむつ交換程度で）特にお願いをしていないです。下剤のコントロールくらいであれば、医師に特別連絡せず、訪問看護だけで対応していました。

また、訪問看護師で対応できたケースの中には、褥創の処置や皮膚保護の仕方について、訪問看護師内で相談し、訪問看護師で対処できる範囲内で、皮膚の観察や処置を行うようにしていた。

〈ID11-2：皮膚損傷に伴う処置が必要になり、痛み等が出現するが対処することで苦痛の軽減が図れる〉

91歳 女性 左乳がん 要介護2 CCI(6) BI(100) 終末期 独居
ヘルパー(訪問介護士)さんには(腫瘍の状態の)確認をしてもらってなくて。
まず、わたしたち(訪問看護)が行って週に1回で済むように、皮膚保護の仕方を状況によって変えていった。なんとか、皮膚の状況は悪化せず。

さらに、訪問看護師のみで対応できたケースの中には、疾患の再発リスクに対し、身体徴候や症状の観察のみで処置や対応が必要にならなかったケースもあった。

〈ID20-3：十二指腸潰瘍再発のリスクがあるままである〉

88歳 男性 十二指腸潰瘍 要介護4 CCI(1) BI(10)
十二指腸潰瘍の再発のリスクがあることは先生から聞いていて。もしかしたら、(再発の)可能性もなくはない(ということで目標を立案した)。特に、先生からこれはこうだからこういうとこ看といてっていうのはないですね。奥さんからの情報で落ち着いているね、ということで(経過をみていた)。再発もしなかったというところで(目標が達成した)。

このように訪問看護師で対応できたケースでは、いずれも目標が達成されていた。

(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だった

利用者自身によって継続的なセルフケアが行われていたり、介護者によってマネジメントがされていたりするときには、訪問看護師は利用者や介護者の自助力を尊重した関わりをしていた。

〈ID18-1：食事時のむせこみもほとんどなく、誤嚥性肺炎を引き起こしていない〉

92歳 女性 右大腿骨頸部骨折 CCI（1） BI（0）

肺炎になったら、入院になってしまうということで（立案した）。食事に関しては、お嫁さんがメインになっているので。食事のときのポジショニングとか食事形態とかはお嫁さんに、基本お願いをしていて、とろみ剤とかも色々使ってもらえて防げていた。

〈ID14-1：血糖値 HbA1c が安定する〉

80歳 男性 糖尿病 要介護5 CCI（5） BI（45）

娘さんがインスリンを打つんですけど、訪問時に（娘さんが）血糖測定をしてといった具合ですね。デイサービスに通われていたので、ご本人に1400キロカロリーの食事と塩分制限があったので守ってもらうことと、飲み込みが良くないのでとろみをつけてもらうのを（デイサービスの専門職に）伝えてもらうように（本人に）お願いしたり。娘さんが（血糖値を）測って（インスリンを）打ってくれていたんで、大きく低血糖になったりせずに。HbA1cは、一応安定はしていましたね。

このようなケースでは、受け持ち訪問看護師と他職種との関わり方は利用者や介護者を介してのやりとりが主で、他職種と訪問看護師とに直接的な関わりはなかった。利用者や介護者のコンプライアンスが良好であったケースはすべて目標が達成されていた。

(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかった

訪問看護師は、利用者や介護者の意向や状況の把握が難しいと感じていた。

〈ID8-2：デパスの内服回数が減る〉

69歳 男性 慢性閉塞性肺疾患 要介護5 CCI(1) BI(45) 独居

苦しくなることの心配に対して、自己での対処ができるっていうところを挙げました。・・・中略・・・呼吸の仕方や吸入の仕方以外に、ケアマネジャーさん、訪問介護さん、入浴さんについては、統一することもなかったですね。ショートステイでの対応も把握できていなくて。落ち着いてはいるんだけど、なんだか(内服量が)多いんだよねという。それがなんだかは分かっていないという。

このようなケースでは、訪問看護師に他職種から利用者や介護者に関する情報が入らず、アセスメントが十分されないまま対処もされず、目標が達成されていなかった。

(E) 利用者に避けられない状態の悪化があった

訪問看護師は、浮腫の悪化、摂食障害による栄養不良、疼痛の悪化、腹部症状や発熱の発生、がんやパーキンソン病の進行による著しいADLの低下、短期間の入退院など、利用者の状態悪化に対し不可避の経験をしていた。このようなケースの多くで、訪問看護師は、利用者の情報をタイムリーに把握するように努め、状態や症状を悪化させないように慎重に介入を行っていた。

〈ID12-3：浮腫が増強せず、また皮膚トラブルを起こすことなく維持できる〉

83歳 女性 胃がん 要介護1 CCI(7) BI(20) 終末期 独居

むくみがあるだけで皮膚は弱いですね。そういった意味で、ケアをするときとかにヘルパーさんに知っておいてもらう必要があるかなと。最初、むくみがあって

だんだん悪化したんですよ。その後、リンパ漏からの漏出が出てきてそれで処置的な短期の入院がありました。…中略…浮腫に関しては疾患上、何かするというのは難しいという側面はありましたね。短期の入院で、少し良くなって帰ってこられたんですけど、また徐々に浮腫が悪化してという形です。

〈ID21-1：症状出現あっても疼痛コントロールがついて在宅での生活を続けている〉

76歳 男性 下咽頭がん 要介護2 CCI(6) BI(90) 終末期 独居
ケアマネさんだったり、ヘルパーさんだったり(痛みの)話をきいてくれてました。行ったときに訴えなども結構あるので、それを聞いて痛み止めの処方とか先生に相談したり。ショート中とかも発熱があったりとかって(情報があつた)。結構最後はもう大変でした。いろんなところに痛みが出てきちゃって。

このように、訪問看護師と他職種が積極的にケア介入を行っていた場合でも、利用者に避けられない状態の悪化があったケースでは、いずれも目標が達成されていなかった。

4. 考察

第二章では、各目標は具体的にどのような経過であったのかを把握するため、インタビュー調査を行った。利用者24名に立案された80目標に関する受け持ち訪問看護師の語りを得、介入の特徴や利用者・介護者の特徴・状況でケースを分類した。分類されたケースは、目標が達成されたものと達成されなかったものに大別することができた。

1) 目標が達成されたケースの特徴

(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行った

訪問看護師が他職種と目標の達成に向けた連絡や相談を行った多くのケースで目標が達成されていた。訪問看護師が他職種と連絡や相談を行うことは、利用者に立案した目標を達

成する上で有効な手段のひとつである可能性が本研究で見出せた。また、訪問看護師は、他の職種の専門性に頼る、利用者・介護者への対応を統一する、時間枠では対応できないことを依頼する、といった方法を用いていた。

訪問看護師は、訪問看護職および他職種の専門領域や専門性を把握した上で利用者へのケアを行う専門職である (90)。また、米澤ら (2014) の報告では、訪問看護師は他職種の専門性を引き出し、独居がん終末期患者へのケアを行っていたことが示されている (91)。本研究においても、訪問看護師は他職種の専門領域や専門性の特徴を把握した上で、他職種との連絡や相談を行っていた。これらの先行研究の知見は、本研究で見出された「専門性に頼る」方法と類似していると考えられた。

専門職の対応が統一されていないことは、利用者へのケアの際に、困難を生じさせる要因のひとつである (92,93)。本研究の訪問看護師は、多職種で対応を統一したり、時間的制約のために訪問看護師ができないことを他職種に依頼したりすることで、利用者に提供されるケアの質を維持できるよう、他職種と積極的に関わりを持っていた。先行研究では、複数の職種によって提供されるケア内容が同じときや時間的制約があるときに、専門職での連携の良し悪しがアウトカムに影響することが報告されており (94)、他職種との連絡や相談を行うことで、利用者へのケアニーズにタイムリーに対応できた結果、このような特徴を有する多くのケースで目標が達成されていたのではないかと考えられた。

(B) 訪問看護師のみで対応できた

本研究の訪問看護師は、複数のケースで訪問看護師のみによる判断と介入によって、目標が達成できたと語った。

齋藤ら（2014）による訪問看護認定看護師を対象とした調査では、訪問看護師の判断で行った医療行為が多数報告されている。具体的には、栄養剤の調整、浣腸や緩下剤の使用にかかる判断と調整、カテーテルの管理、解熱や慢性疼痛等にかかる薬物使用の判断と実施、血糖測定の必要性の判断と実施、褥瘡の処置等である（95）。また、個別の利用者における事例研究でも、排便ケア（96）や褥創ケア（97）について、訪問看護師による判断と実施でケア介入を行ったとの報告がある。

本研究の訪問看護師においても、齋藤ら（2014）による報告や個別事例の報告と同様に、浣腸や緩下剤の使用の判断と調整（ID2-2, ID18-3, ID20-2）や褥瘡の処置（ID11-2）等で、訪問看護師のみの判断で介入を行い、目標を達成することが出来ていた。本研究は、訪問看護師による判断と介入によって利用者の目標が達成できたかについての明示がなかったこれまでの先行研究とは異なり、訪問看護師のみで対応できるケースの特徴と目標の達成度との関連を明示した初めての研究と言えよう。

(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だった

利用者自身によって継続的なセルフケアが行われていたり、介護者によってマネジメントがされていたりするときには、目標が達成されていた。

粥川ら（2010）は、要介護高齢者の生活機能改善事例において、訪問看護師は、利用者のセルフケア能力を高めることや要介護高齢者の生活習慣を整える等の介入を行っていたと報告している（98）。本研究では、セルフケア能力の高い利用者や介護者でコンプライアンスが良好に保たれていたことで、訪問看護師による積極的な介入の必要性が低かったのではないかと推察された。また、介護者に焦点を当てると、家族に介護力があることは、離島住民が島外の施設に入院せず、島内での療養を希望通り継続するための要因のひとつであること（99）や在宅終末期患者が在宅で最期を迎えるための条件とする報告もある（100, 101）。本研究は、終末期患者に限ってのものではないが、先行研究と同様に、介護者に介護力があることが目標の達成に寄与する可能性を示したものであると考えられる。

利用者と介護者のコンプライアンスと目標達成度との関連を報告する先行研究の多くは、患者のコンプライアンス不足や介護者の介護力不足などの自助力が低下していることによって、病状の悪化や再入院等、ネガティブアウトカムとの関連を報告するものである（102-104）。一方、本研究は、ケースを個別に検討することで、利用者や介護者のコンプライアンスが良好であることが、再入院や在宅死といった従来のアウトカムのみならず、栄養状態の維持、誤嚥性肺炎や転倒の予防等の目標達成度を高める可能性を見出すことができた。

2) 目標が達成されなかったケースの特徴

(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかった

本研究の訪問看護師は、利用者や介護者の意向や状況の把握が難しいという経験をしてきた。先行研究では、意向の把握が困難な患者として認知症患者が挙げられている (105)。

Svanstrom ら (2013) は、医療や介護の専門職と認知症患者とのコミュニケーションが不足しているために、しばしば患者の意向とケア介入の内容が合致しておらず、患者にとって必要なケアが提供されることによって患者に負担が生じていたことを報告している。すなわち、訪問看護の実践においても利用者の意向が把握出来ていない場合には、利用者のニーズに対して適切でないケア介入となる可能性がある。そのため、利用者の意向の把握は質の高いケアの提供と目標達成のために重要な要素であると考えられた。また、本研究では、認知症とは限らない利用者 (ID8, 26) や介護者 (ID25) の事例が該当し、疾患や年齢といった利用者の基本属性に一定の傾向もなかった。そのため、どのような利用者の場合に、より意向の把握が困難になりやすいのかを明らかにすることは、今後の検討課題である。

利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースでは、訪問看護師は、他職種から利用者の意向や状況についての情報を入手しづらいという経験もしており、目標が達成できていなかった。先行研究では、訪問看護師が他職種と連携する際には、利用者の意向やニーズを常に他職種と共有し、利用者へのケアを展開していたことが報告されている (106)。また、利用者の意向やニーズが訪問看護師によって把握されている場合には、訪問看護師は他職種とコミュニケーションを積極的に行うとの報告がある (107)。これらの報告から、訪

問看護師が他職種から情報を得にくいと感じていた理由として、訪問看護師によって利用者や介護者の意向が把握されていないことによって、訪問看護師と他職種とのコミュニケーションが阻害されていた可能性が考えられた。

(E) 利用者に避けられない状態の悪化があった

本研究の訪問看護師は、浮腫の悪化やパーキンソン病の進行による著しい ADL の低下等、利用者に避けられない状態の悪化があったことで、それまでに複数の専門職と積極的な介入をしていても、目標が達成できなかったと語った。

先行研究では、心不全の悪化や ADL の急激な低下等、利用者の状態悪化によって再入院に至った事例が報告されている (102,108)。また、Van Houdt ら (2013) は、専門職の連絡や調整の度合いと利用者アウトカムとの関連を検討するため、在宅ケアに関わる専門職を対象にフォーカス・グループ・インタビューを行った。その結果、利用者アウトカムは、多職種による連絡や調整の度合いに影響を受ける他、多職種による連絡や調整の度合いによらず、利用者の病状や状態の変化により直接的な影響を受けることを報告している (109)。Van Houdt ら (2013) による分析結果を本研究の結果と照らし合わせてみると、複数の専門職による積極的な介入が行われていても、利用者の状態悪化は目標が達成されないことに直接的に影響を及ぼす要因のひとつであると考えられた。

【第三章】質問紙調査とインタビュー調査の結果の統合と解釈

1. 目的

第二章では、受け持ち訪問看護師へのインタビュー調査から各ケースの経過を分析し、

(A) ～ (E) の 5 つの特徴でケースを分類することができた。そこで、第三章では、インタビュー調査の結果と質問紙調査の結果を統合することで、質問紙調査の結果をより深く解釈すること、すなわち、以下の研究設問を明らかにすることを目的とした。

1) 【生活支援】と【処置観察】の目標で観察された連携のしやすさと目標達成度との関連に、インタビュー調査から明らかになったケースの特徴はどのように関係しているか。

2. 方法

質問紙調査とインタビュー調査の結果を統合するため、以下の方法を用いた。

- 1) インタビューデータの分析から導き出されたケースの特徴で目標を再分類した。
- 2) 【生活支援】と【処置観察】の目標別に散布図にて、ケースの分布を確認した。散布図は、横軸が T1 における連携のしやすさ、縦軸が T2 における目標達成度である。
- 3) ケースの分布をもとに、【生活支援】と【処置観察】の目標で観察された、連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いについて、ケースの特徴を踏まえて検討した。

3. 結果

【生活支援】と【処置観察】の目標別に、(A)～(E)の各ケースの散布図（図 6～10）を作成し、分布を確認した。ケースの分布を読み取るにあたり、T1における J-RCS スコア 平均値 3.58 点を基準として、3.58 点より高い場合を「連携しやすい」、3.58 点より低い場合を「連携しにくい」とした。図中の破線は、J-RCS スコアの 3.58 点を示すものである。また、T2における目標達成度の評価（-2）～（+2）のうち、（+1）と（+2）を「達成できた」、（-2）、（-1）、（0）を「達成できなかった」とした。ケース分布の結果は、以下の通りである。

1) 【生活支援】と【処置観察】の両目標に共通して観察されたケース

【生活支援】と【処置観察】の両目標に観察されたケースは、(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行った、(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だった、(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかった、(E) 利用者に避けられない状態の悪化があった、の各ケースであった。

(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケースの分布

他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケースの分布を図 6 に示す。青色三角印で示された各ケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、T1 で連携しやすく目標達成度が高い位置に多くのケースが分布した。一方、T1 で連携しにくい場合でも、目標が達成されていた。また、【生活支援】の目標のみに、連携しにくい場合で目標が達成されていなかったケースが 1 つ該当し、インタビュー調査のデータと照合したところ、「利用者の能力に見合っていないレベルの目標を設定した（ID5-2）」ケースと特定された。

(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケースの分布

利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケースの分布を図 7 に示す。オレンジ色十字印で示された各ケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、T1 で連携しやすい場合でも、連携しにくい場合でも、目標が達成されていた。

(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースの分布

利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースの分布を図 8 に示す。緑色四角印で示された各ケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、T1 において連携しにくい場合にすべてのケースが分布し、目標が達成されていなかった。

(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布

利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布を図 9 に示す。赤色星印で示された各ケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、両目標に共通するケースは、T1 で連携しにくい場合に分布し、目標が達成されていなかった。

2) 【処置観察】の目標のみに観察されたケース

(B) 訪問看護師のみで対応できたケースの分布

訪問看護師のみで対応できたケースの分布を図 10 に示す。紫色丸印で示された各ケースは、【処置観察】の目標のみで観察され、T1 で連携しにくい場合に多くのケースが分布し、目標が達成されていた。

(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布

利用者に避けられない状態の悪化があったケース（図 9）は、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察されたが、【処置観察】の目標の場合のみ、T1 で連携しやすい場合でも、目標が達成されていなかった。

4. 考察

【生活支援】と【処置観察】の目標における連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方の違いについて、さらに詳細に検討するため、質問紙調査とインタビュー調査の結果の統合を行い、以下の結果を得た。

1) 【生活支援】と【処置観察】の両目標において、(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケースが存在した。このうち、(A) と (C) のケースは、T1 で連携しやすい場合、連携しにくい場合のどちらにも分布し、目標が達成されていた。一方、(D) と (E) のケースは、T1 で連携しにくい場合に分布し、目標が達成されていなかった。

2) 【処置観察】の目標のみに、(B) 訪問看護師のみで対応できたケースが存在し、多くのケースで、T1 で連携しにくい場合でも目標が達成されていた。また、(E) 利用者に避けられない状態の悪化があったケースは、【処置観察】の目標の場合のみ、T1 で連携しやすい場合でも目標が達成されていないものがあった。

質問紙調査やインタビュー調査の結果を適宜引用しながら、これらの結果について順に考察する。

1) 【生活支援】と【処置観察】の両目標に共通して観察されたケース

(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース

他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、T1 で連携しやすい場合に目標が達成されていたものが多かった。一方で、T1 で連携しにくい場合でも、目標が達成されていたものがあった。

RC theory では、「関係者同士で連携しやすいほどアウトカムが向上する」という仮定を置いている (47, 94)。T1 で連携しやすい場合に、その後 T1 から T2 に至る過程で他職種と目標達成にむけた連絡や相談を行ったケースが多く存在し、これらのケースで目標が達成されていたという本研究の結果は、RC theory に合致する結果と言えよう。また、これらのケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察された。第二章で代表的な事例として挙げた ID27-1 のケースのように、【処置観察】の目標においても、訪問看護師は利用者・介護者への対応を統一するといった方法を用いて目標達成に至っていたことが明らかとなり、他職種との連携が必要な目標が一定数存在することが示された。

一方、受け持ち訪問看護師が T1 で連携しにくいと評価した場合でも目標が達成されていたケースも存在した。これらのケースは RC theory に合致しない結果であり、T1 で連携しにくい場合でも、その後、T1 から T2 に至る過程で他職種と目標達成に向けて連絡や相談を行ったことで目標が達成されたことを示す。すなわち、T1 での連携のしやすさの評価よりも、

T1 から T2 の間に実際に行われた多職種連携の方が目標達成により影響力が強いと考えることができよう。本結果の解釈として、T1 の質問紙調査で連携のしやすさ (J-RCS スコア) を評価したことによって、連携のしやすさを低く評価した受け持ち訪問看護師が T1 から T2 に至るまでに他職種とより積極的に連携した可能性も考えられる。しかし、調査に参加した受け持ち訪問看護師は、すべての質問紙調査が終了し分析結果が知らされるまでの間、J-RCS スコアの全体的な分布と自身の評価した J-RCS スコアの得点を知ることはなかった。すなわち、利用者にケアを提供する上で関わった各専門職との連携のしやすさを総合的に低く評価した場合にしか、受け持ち訪問看護師は自身の J-RCS スコアの低さを認識していなかった可能性が高い。インタビュー調査においても、T1 の質問紙調査で連携のしやすさを評価したことで、他職種とより積極的に連絡や相談をしたとの証言は得られなかった。これらより、質問紙調査で連携のしやすさの評価を行ったこと自体が、目標達成度の程度に影響を与えている可能性は低いと考えられた。

さらに、質問紙調査の分析では、受け持ち訪問看護師以外のサービス専門職すべてとの J-RCS 得点の平均値を算出し、「連携のしやすさ」の指標 (J-RCS スコア) とした。本研究で用いた J-RCS スコアの算出方法は、受け持ち訪問看護師へのインタビュー調査で実際の関わりが語られていない専門職、すなわち、目標毎にみても実際には関わりがなかった専門職の J-RCS 得点も含んだ算出方法である。そのため、連携のしやすさが実際よりも低く評価されている可能性がある。このことは、散布図に連携しにくい場合でも目標が達成されたケースが存在している理由のひとつと考えられた。

(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好であったケース

利用者や介護者のコンプライアンスが良好であったケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、T1 で連携しやすい場合、連携しにくい場合でも、すべてのケースで目標が達成されていた。また、インタビュー調査で、訪問看護師は ID14-1 のように治療や処置、あるいは介護において、利用者や介護者が主体的に取り組めるような関わりをしており、他職種とは利用者や介護者を介しての連絡や相談を行っていたことも明らかとなった。

このようなケースの場合、訪問看護師は、訪問看護師以外の専門職との直接的な連絡や相談で連携を高めるよりはむしろ、利用者や介護者がセルフケアや介護に主体的に取り組めるよう促すことで、目標が達成されるように関わっていた可能性が考えられた。広瀬ら(2005)は、訪問看護サービスを利用している家族介護者の方が、そうでない家族介護者に比べてより介護充足感を得やすい傾向があることを明らかにしている(110)。他職種と直接的な連絡や相談をせず、利用者や介護者に伝達を依頼するといった訪問看護師の関わりは、利用者や介護者のセルフコントロール感や介護充足感を高め、継続的なセルフケアや介護を促進する可能性が高い。よって、これらのケースでは、T1 での連携のしやすさによらず、目標が達成されていたのではないかと推察された。

一方、利用者や介護者の主体的なセルフケアや介護を促進するという特徴を有するこれらのケースでは、利用者のモチベーションや介護者の介護負担感等、利用者のセルフケア能力や介護者の介護力に影響を及ぼす要因についての細やかな観察が目標達成には重要であると考えられる。このようなケースでは、利用者や介護者との関係性を構築し、利用者

や介護者から情報をより詳細に得る等の対応が、訪問看護師に求められるであろう。

(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース

利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースは、【生活支援】と【処置観察】の両目標で観察され、T1 で連携しにくい場合にすべてのケースが分布し、目標が達成されていなかった。インタビューでは、訪問看護師は T1 から T2 に至るまでの間、他職種から利用者や介護者の情報を得にくい状況にあったことが明らかとなった。質問紙調査とインタビュー調査の結果を統合してみると、すでに T1 の時点で、訪問看護師は、受け持ち訪問看護師以外の専門職と連携しにくさを感じており、受け持ち訪問看護師による ID8-2 の語りのように、その後 T2 に至るまで訪問看護師と他職種とのコミュニケーションの状況は改善されないままであったことが読み取れた。

Tietbohl ら（2015）は、米国の 5 つのクリニックを対象とした調査で、内科医とその他の専門職スタッフとのコミュニケーションや関係性の程度を RC theory を用いて質的に評価し、内科医と他の専門職スタッフが連携しにくいクリニックでは、患者の意思決定支援プログラムの実施率が低かったことを報告している (111)。この知見と本研究の結果を照らし合わせてみると、T1 で連携しにくいということ自体が、利用者や介護者の意向の把握を実施しない、すなわち、把握を困難にさせる可能性が新たに見出せた。T1 の時点で連携しにくいことが目標達成度の低さに関連する場合には、訪問看護師によるケア介入の過程に、このようなプロセスが内在している可能性がある。

また、訪問看護師によって、利用者や介護者の意向が把握されていないことは、他職種とのコミュニケーションを阻害する要因である可能性について、インタビュー調査の考察で指摘したが、利用者や介護者の意向に関する情報は、訪問看護師と他職種が共有する情報の中でも情報交換の頻度が少ないことが先行研究で明らかにされている (112). 藤川ら (2011) は、訪問看護師と在宅訪問医間の情報共有の内容を調べ、利用者の症状や治療に関する内容が 9 割以上であったのに対し、利用者本人や家族の意向に関する内容は半数以下であったことを報告している。この報告と本研究の結果から、職種間で日々共有されるべき情報として利用者や介護者の意向といった情報は現状では優先度が低く、このことが連携のしやすさと目標達成との関連にも影響を及ぼしている可能性が考えられた。

2) 【処置観察】の目標のみに観察されたケース

(B) 訪問看護師のみで対応できたケース

訪問看護師のみで対応できたケースは、【処置観察】の目標のみに観察された。また、多くのケースで、T1 で連携しにくい場合でも目標が達成されていた。インタビュー調査から、排便ケアや褥創の処置等の目標が該当すること、および、これらのケースでは、訪問看護師は訪問看護師のみの観察や判断で介入を行っていることが明らかとなった。

質問紙調査とインタビュー調査を統合することで得られた本結果は、【処置観察】の目標で連携のしやすさと目標達成度との間に統計学的に有意な関連が見出せなかった理由が、訪問看護師の専門性を発揮することで達成できた目標が存在したためではないかという筆

者の推論を支持する結果である。例えば、排便ケアは、訪問介護士には実施できない浣腸や
摘便、下剤のコントロール等、医学的な知識に基づく『治療と処置』が必要になる。訪問看
護師へのインタビューでは、ID2-2のように訪問介護士に依頼や連絡をしておらず、このケ
ースの下剤調整では、主治医に相談しなくとも訪問看護師のみで判断し調整を行っている
ことが示され、改めて他職種との連絡や相談の必要性が低い（共助の必要性が低い）目標で
あることが示唆された。このように、T1の時点で訪問看護師のみで対応できる目標を特定
できれば、多職種の連携や協働を必要としない目標、あるいは逆説的に、多職種の連携や協
働が必要な目標も特定しやすくなると考えられ、このようなケースの具体例を今後示して
いくことでより効率的な実践の提示が可能となるだろう。

（E）利用者に避けられない状態の悪化があったケース

利用者に避けられない状態の悪化があったケースは、【生活支援】と【処置観察】の両
目標で観察された。【処置観察】の目標においてのみ、T1で連携しやすい場合でも、目標
が達成されていなかった。

一利用者に立案される目標の中でも、【生活支援】の目標に比べて【処置観察】の目標の
方が、利用者の状態により影響を受けやすく、連携しやすい場合でも、目標が達成されない
といった結果になりやすい可能性がある。吉川ら（2003）は、進行胃がんの終末期である訪
問看護サービス利用者の事例について報告し、この中で、訪問看護師は、主治医、居宅介護
支援専門員、皮膚・排泄ケア認定看護師等で退院前からチームで利用者に関わり、生活介護

サービスの導入への進言等, 在宅療養に必要な環境整備に積極的に取り組むと共に, 在宅療養中の全身浮腫管理を行っていた. 環境整備は多職種による介入で十分に対応できた一方で, 3 週間後には全身浮腫の悪化によって在宅ケアチームでの浮腫に対する治療や処置が困難となり, 利用者が再入院の後, 死亡に至ったことが報告されている (113).

この事例のように, 環境整備などを含む【生活支援】の目標は, 複数の専門職で連携しやすいほどスムーズな対応が可能となり, 利用者の状態悪化の影響を受けずとも達成される一方で, 疾患のコントロール状況に依存的な【処置観察】の目標では, 連携しやすい状況で利用者にケア介入を行っていても, 利用者の状態悪化の影響を受けやすいと考えられる. 本研究の利用者に立案された【処置観察】の目標 (ID 21-1) においても, 同様の介入経過を辿っており, ID 21 の利用者のようにサービス導入期からチームとして専門職が密に関わる利用者, かつ, 状態の悪化が起こりやすい利用者は, 終末期であるなど一定の特徴を有している可能性も示唆された.

3) 本研究の独自性と新規性

本研究は, 以下の 3 点に, 特に独自性と新規性を有していると考えられる.

- 1) 目標達成度を訪問看護の質の評価指標として導入し, 目標を具体的に把握することで

目標の達成向けに行われるケアの特徴を明らかにした点

先行研究では, 従来, 訪問看護サービスのアウトカムとして, 入院や入所, 在宅死亡といった単一のアウトカムが用いられてきた (84, 114). 訪問看護サービス利用者に訪問看護師

が立案する目標は、治療的側面だけでなく、利用者個々の生活の視点で立案されるものもあるため (82)、現実的には、訪問看護師による利用者への介入のアウトカムは、より多様で複雑である。そのため、本研究は **GAS** を採用し、訪問看護師が利用者に立案する目標を具体的に把握し、その特徴を明らかにした点、および、訪問看護師の介入のアウトカムとしてより本質的なアウトカムである目標達成度に着目した点に意義がある。

- 2) 利用者毎に受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさと目標達成度との関連を明らかにするため、前向きにデータ収集を行い、かつ、定量的な手法を用いて検証した初めての研究である点

複数の専門職による連携促進の重要性や必要性を強調する研究は多数報告されているが (11, 86, 115)、連携の結果、どのような効果が利用者にもたらされるのかについて前向きなデータ収集をもとに量的に検証した研究は極めて少ない。本研究では、訪問看護サービスの利用者について、**RC theory** を用いて「連携のしやすさ」を利用者毎に把握・測定し、連携のしやすさとアウトカムとの関連を検証した初めての研究である。

- 3) 質問紙調査とインタビュー調査を組み合わせた混合研究法を用いた点

本研究では、訪問看護師を対象に質問紙調査を行い、連携のしやすさと目標達成度との関連の仕方がケアの特徴によって異なることを明らかにした。また、これらの違いがなぜ生じるのかについて、インタビュー調査を行い、目標毎により詳細な検討を行った。量的な研究手法と質的な研究手法を用いることで明らかになった知見が、本研究の独自性であり、新規性である。

4) 本研究の限界

(1) 内部妥当性に関する限界

1) 連携のしやすさの評価について

本研究の限界として、連携のしやすさを受け持ち訪問看護師 1 名の認識のみで評価した点が挙げられる。本来は、一利用者に関わった専門職全員から、それぞれの職種との連携のしやすさの評価を得ることが望ましい。しかし、利用者毎に関わる専門職が異なり、また、それぞれの専門職が所属する事業所も異なるという特徴を有する在宅ケアの分野においては、すべての職種・関係者に網羅的に調査協力を得ることが困難であった。先行研究(116)においても、がん終末期の訪問看護サービス利用者等、特定の疾患を有する利用者に焦点をあて、訪問看護師、医師、居宅介護支援専門員の三者に限って多職種連携に関する同様の質問紙調査を行っているが、三者のデータを揃え分析に耐えうるだけのデータ数を得ることは困難であったことが報告されている。そのため、本研究では受け持ち訪問看護師 1 名による評価とした。

また、現実をより反映させた専門職の連携のしやすさと目標達成度との関連を解釈するためには、目標毎に関わる職種を特定し、それらの職種との連携のしやすさを尋ねるといったデータ収集上の工夫が必要であったと考える。しかし、目標毎に関わる職種を T1 で特定することは、現実的には極めて困難である。また、回答者は、目標毎に特定した職種に対して連携のしやすさを評価しなければならない (Appendix 2)。このことは、調査の煩雑性を高め、回収率の低下をもたらす等、量的データを用いた検証の実現可能性を低める

可能性が高い。そのため、本研究では、目標毎に関わる専門職の特定と、それらの職種に対する連携のしやすさの評価を問うことはしなかった。

2) 目標達成度の評価について

GAS の場合、予想よりやや低い成果 (-1) をベースラインとする方法もある。しかし、今回は T1 での利用者の状態 (0) をベースライン、すなわち、調査対象である全利用者に共通する基準の値として記述・測定・評価を実施した。これによって、回答の分布が (+1) や (+2) に偏ってしまった可能性がある。基準値を (0) とした理由は、調査設計時にあらかじめ訪問看護師や訪問看護を専門とする研究者から訪問看護サービスの利用者は訪問開始時の状態を維持することも難しいのではないかという意見を得ていたことに由来する。これによって、(0) の評価もある程度回答が得られるのではないかと予想の下、目標達成度の評価方法を決定した。

また、目標達成度の評価は、受け持ち訪問看護師 1 名が達成度の評価を行っている。よって、客観的な評価とは言い難い。しかし、仮に、管理者に評価を依頼した場合には、利用者宅への訪問が困難である管理者では、利用者の状況が正確に把握されていないのに評価がなされてしまうという恐れがあった。そのため、本研究では、これらの脅威を避けるため、最も利用者の状態を把握でき、適切に評価できる者として、受け持ち訪問看護師を評価者とした。

3) バイアスについて

インタビュー調査では、ケースによって収集される情報のむらが出ないように、構造化面

接を行った。しかし、T1 から T2 に至るまでの専門職の関わりについてできるだけ詳細に聞き取りを行ったため、目標の達成度に影響する他の要因についての詳細な聞き取りができていない可能性がある。これらについては、T1 から T2 に至る過程を自由に語ってもらうなどの工夫や、データの分析過程でできる限り多くの要素が抽出されるようにデータの抽出を行い、他者にデータを確認してもらうことで対応した。

また、訪問看護師にカルテなどの資料も参考にしてもらいながら、事実に忠実にデータを収集するよう努めたが、「連携が良かったから目標が達成できた」という社会的通念が訪問看護師に強くある場合、すりこみ及び社会的望ましきバイアスの影響を受けた語りがデータに含まれている可能性がある。厳密性を期するためには、参加観察などオンタイムで情報を収集する方法が望ましい。しかし、千葉県内に点在する参加事業所や利用者のすべてにおいて同時間帯に起こる可能性の高い事象を研究者 1 名で対応することは、現実的に不可能であった。今後は、複数の研究者による参加観察等の研究手法を取り入れた調査が必要であろう。

(2) 外部妥当性に関する限界

本研究の分析対象は、利用者 27 名 88 目標と少なく、特に第 1 フェーズにおいては統計学的に十分な数を検証したとは言い切れない。本研究では、参加事業所や訪問看護師の業務に支障をきたさないよう、調査票の回答にかかる負担をできる限り減らし実施した。今後は、対象者数をさらに増やして検証する必要があるが、回答負担を減らすだけではない対象者数の獲得方法について検討の上、実施する必要があるだろう。

本研究では、訪問看護利用開始から4ヶ月間の観察が可能な利用者のデータを用いた。そのため、1ヶ月や2ヶ月以内に長期入院や入所、死亡に至った事例が考慮されていない。今後は、短期間に密で高頻度な情報交換が専門職で必要とされる、がん終末期事例等も含めた検証が必要と考える。

この二点において、本研究結果を一般化することには限界があり、実践への適用に注意を要する。

5) 実践への示唆

【生活支援】と【処置観察】の目標の両目標において、多くのケースで複数の専門職による連携に重点を置いた介入を行うことで目標の達成度を高める可能性が見出せた。また、本研究の訪問看護師は、他職種の専門性に頼る、他職種と対応を統一する、時間枠でできないことを依頼するなどの手段を用いて、他職種と目標の達成に向けた連絡や調整を行っていた。在宅ケアの専門職は、独自の専門領域を追求するだけでなく、各専門職によって提供されるケアを統合することによって、チームでケアの質を担保する必要がある(117)。T1で連携しやすい場合、また、連携しにくい場合でも、本研究の訪問看護師が他職種とケアを提供する上で用いていた手段を参考にすることで、チームでのケアの質の維持がされ、目標の達成が可能となるであろう。

本研究では、利用者や介護者の意向を十分に把握できていないことが、専門職同士のコミュニケーションを阻害し、目標が達成できない可能性が見出せた、目標の達成には、利用者

の意向の把握が必要 (118) であり、病院や施設から在宅へ療養場所を移行する段階から、利用者や介護者をチームメンバーとして含み目標を設定することが重要であると指摘されている (119)。目標設定の段階、本研究では T1 に該当する時期に、受け持ち訪問看護師は、海外で導入されている在宅療養者の意思決定支援ツール等 (120) を利用して他職種からも積極的に情報収集をし、利用者や介護者の意向や状況の把握ができている状態を保つ必要がある。さらに、今後の研究では、J-RCS で測定する任意の関係者に利用者や介護者を含み、専門職および利用者や介護者との連携のしやすさと目標達成度との関連についても検証していく必要がある。

【処置観察】の目標では、訪問看護師が自らの専門性や役割を発揮することで、専門職の連携や協働に頼らずとも、達成される目標があった。このような場合、訪問看護師の専門性を高める方法が目標の達成には有効と考える。例えば、訪問看護師の専門性を高める方法として、2006（平成 18）年から認定を開始した認定訪問看護師制度を活用することができる (121)。在宅療養者の主体性を尊重したセルフケア支援およびケースマネジメント看護技術の提供と管理といった専門的技術を持つ訪問看護師数の拡大が、ひいては、訪問看護利用者のアウトカムの向上に寄与しうるであろう。

また、訪問看護認定看護師制度を利用せずとも、訪問看護の専門性を高める上では、訪問看護事業所における教育の充実も重要である。事業所内の教育機会は、管理者のスタッフ教育の必要性の認識による影響を受けるとされている (122)。管理者は、一事業所で提供可能な教育内容や教育機会だけでなく、複数の事業所による勉強会の開催や訪問看護ステーシ

ョン連絡協議会が提供する教育の機会を利用する等の工夫を講じることで、事業所に所属する訪問看護師の専門性を高めることに貢献する必要がある。

利用者に避けられない状態の悪化があった場合には、いずれの目標も達成されていなかった。目標達成度のみで複数の専門職による介入の評価を行っているとは、状態悪化の起こりやすい利用者を多く抱える事業所では、目標が達成されないという経験や徒労感が訪問看護師に蓄積され、仕事へのやりがい尽きてしまう。訪問看護師が、いわゆる **Burnout** の状態に陥り、やがては就労継続が難しくなると考えられる (123, 124)。わが国における訪問看護師の離職率は、病院や施設で就労する看護師よりも高い水準にある (125)。そのため、管理者は、専門職による連携の効果（例えば、事業所の訪問看護師同士や他専門職とのコミュニケーションは就労意欲の向上 (126-128) やケア提供者の仕事に対する満足感 (129) をもたらす等）にも留意することで、訪問看護師が利用者へのケアに積極的に取り組み続けるための仕組みを作っていく必要があるだろう。訪問看護師が就労を継続することで、多様な利用者へのケア経験を重ねることができ、これによって在宅医療介護サービスの質の向上も期待できると考える。

【結論】

訪問看護サービス利用者の受け持ち訪問看護師が評価した、受け持ち訪問看護師以外の専門職との連携のしやすさが、ケアの特徴によって、利用者へのケアにおける目標の達成度にどのように関連するのかを明らかにするため、質問紙調査とインタビュー調査を行い、以下の結果を得た。

- 1) 受け持ち訪問看護師が利用者に立案する目標には、【生活支援】を行う目標と【処置観察】を行う目標があった。
- 2) 【生活支援】の目標では、受け持ち訪問看護師が連携しやすいと感じているほど、利用者の目標が達成されている傾向がある一方で、【処置観察】の目標では、連携のしやすさと目標達成度に関連がなかった。
- 3) その理由として、【処置観察】の目標には、連携しにくい場合でも訪問看護師のみで対応でき達成された目標があることや、連携しやすい場合でも利用者に避けられない状態の悪化があり達成されなかった目標があることが影響していると考えられた。

本研究は、訪問看護師が訪問看護師以外の専門職と連携しやすいことが具体的にどのような場合に目標達成度を高めるのかを明らかにすると共に、訪問看護師によるケア介入方を具体的に提示した。これらの知見は、今後の訪問看護実践、ひいては、在宅医療介護サービスの発展に資するものと期待される。

謝辞

はじめに、本研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただいたすべての訪問看護サービスのご利用者様、訪問看護師の皆様に深く御礼申し上げます。訪問看護事業所の管理者の皆様には、ご利用者様のリクルートを始め、インタビュー日程の調整など研究の遂行に欠かすことのできない事項に深く関与をいただきました。皆様のご利用者様に対する熱い思いと訪問看護の質の向上を常に志向する意識の高さに沢山の刺激を受けました。

また、研究の着想段階から指導教員として厚くご支援・ご指導を賜りました、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の永田智子准教授に感謝申し上げます。同分野成瀬昂助教には、幅広い知識・経験のもと研究計画の洗練や分析的手順について大変有益な助言をいただきました。論文執筆に当たり、論文全体のバランスや質的データの分析についてご指導をいただきました同研究科成人看護学・緩和ケア看護学分野の山本則子教授にも厚く御礼を申し上げます。これらの先生をロールモデルとして、先生方から研究に対する真摯な姿勢を学ぶことが出来たことが、研究者を目指すわたしにとって、何にも代え難い経験となりました。

さらに、地域看護学教室の大学院生・学部生の皆様には、本研究に客観的・批判的に取り組むことを常に思い起こさせてくれる貴重なご意見を沢山顶きました。このような学生メンバーだけでなく事務員の皆様にも、研究過程で生じる不安事のみならず、公私にわたる様々な相談にいつも快く乗っていただき、数々の試練を乗り越えることが出来ました。本当に素晴らしいメンバーに出会えたことを有難く感じています。

最後に、特別な感謝の意を、親愛なる両親、家族の皆、夫に捧げたいと思います。長い研究生生活の中で、精神的に支えてくれたこと、研究に集中できる環境を常に整えてくれたことは、私にとってなによりのサポートになりました。心から感謝申し上げます。

研究資金援助

本研究は、平成 25-26 年度の博士課程研究遂行協力制度、平成 27 年度日本学術振興会特別研究員制度によって研究活動に専念することができた。また、調査は、公益財団法人フアイザーヘルスリサーチ振興財団第 22 回（平成 25 年度）研究助成（国内共同研究－満 39 歳以下；研究代表者 阪井万裕）、および、科研費 15J05829 の助成を受けて行った。

利益相反の申告

本研究の実施・論文作成にあたって、申告すべき利益相反は一切生じていない。

参考文献

1. Pavolini E, Ranci C. Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*. 2008;18(3):246-59.
2. Arai H, Ouchi Y, Toba K, Endo T, Shimokado K, Tsubota K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatrics & gerontology international*. 2015;15(6):673-87.
3. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口—平成 26 年 1 月推計の解説および参考推計（条件付推計）. 東京: 国立社会保障・人口問題研究所; 2015.
4. Ikegami N. Public long-term care insurance in Japan. *Jama*. 1997;278(16):1310-4.
5. Bodenheimer T. Coordinating care—a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(10):1064.
6. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*. 2002;2.
7. 厚生労働省老健局老人保健課. 在宅医療・介護連携推進事業について 2015 [cited 2015 12/18]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000077428.pdf>.
8. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *The Cochrane Library*. 2007.
9. Velasco-Garrido M, Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'IE, Busse R, Hisashige A. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions?: WHO Regional Office for Europe Copenhagen; 2003.
10. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health & social*

care in the community. 2013;21(2):113-28.

11. 藤田淳子, 渡辺美奈子, 福井小紀子. 介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因 死亡前 1 ヶ月間の高齢者終末期ケアに関して. 日本地域看護学会誌. 2013;16(1):40-7.

12. 石川ひろの, 柏木聖代, 福井小紀子, 松浦志のぶ, 川越厚. 在宅がん末期患者のケアにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究. プライマリ・ケア. 2007;30(3):242-7.

13. 財団法人日本訪問看護振興財団. 平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業報告書. 東京: 2012.

14. Kubo M. Long-term care insurance and market for aged care in Japan: focusing on the status of care service providers by locality and organisational nature based on survey results. Australasian journal on ageing. 2014;33(3):153-7.

15. 高橋千尋, 大竹まり子, 赤間明子, 鈴木育子, 小林淳子, 叶谷由佳. 都道府県における夜間を含む在宅支援サービスの整備状況に関する調査. 厚生指標. 2007;54(10):25-30.

16. 一般社団法人全国訪問看護事業教会. 訪問看護ステーション数 (平成 27 年) 調査 2015 [cited 2015 11/8]. Available from: <http://www.zemhokan.or.jp/pdf/new/h27-research.pdf>.

17. Fukui S, Yamamoto-Mitani N, Fujita J. Five types of home-visit nursing agencies in Japan based on characteristics of service delivery: cluster analysis of three nationwide surveys. BMC health services research. 2014;14:644.

18. Navarro C. [The role of the nurse among home health care service providers]. Soins; la revue de reference infirmiere. 2013(775):47-9.

19. 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 訪問看護アクションプラン 2025 2025 年を目指した訪問看護 東京: 一般社団法人全国訪問看護事業協会; 2013 [cited 2015 5/11]. Available from:

<http://www.jvnf.or.jp/top/plan2025.pdf>.

20. 平田美和, 大塚真理子, 新井利民, 大嶋伸雄, 井口佳晴, 高田玲子, et al. 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して. 埼玉県立大学紀要. 2005;6:47-52.
21. Johnson P, Wistow G, Schulz R, Hardy B. Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values. *Journal of interprofessional care*. 2003;17(1):70-83.
22. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing administration quarterly*. 2008;32(1):40-8.
23. Liebel DV, Friedman B, Watson NM, Powers BA. Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. *Medical care research and review : MCRR*. 2009;66(2):119-46.
24. Stajduhar KI, Funk L, Roberts D, McLeod B, Cloutier-Fisher D, Wilkinson C, et al. Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(2):276-86.
25. Gittel JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships. *Journal of interprofessional care*. 2013;27(3):210-3.
26. Gittel JH. Coordinating mechanisms in care provider groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*. 2002;48(11):1408-26.
27. Gittel JH. High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience: McGraw Hill Professional; 2009.
28. Stewart GL. A meta-analytic review of relationships between team design features and team

performance. *Journal of management*. 2006;32(1):29-55.

29. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical care*. 2000;38(8):807-19.

30. Morales-Asencio JM, Morilla-Herrera JC, Martin-Santos FJ, Gonzalo-Jimenez E, Cuevas-Fernandez-Gallego M, Bonill de Las Nieves C, et al. The association between nursing diagnoses, resource utilisation and patient and caregiver outcomes in a nurse-led home care service: longitudinal study. *International journal of nursing studies*. 2009;46(2):189-96.

31. 中谷久恵, 島内節, 泉宗美恵, 並木奈緒美, 秋山奈菜子. 保健師と訪問看護師が捉えた在宅ケアマネジメントのニーズに関する研究. *日本地域看護学会誌*. 2002;5(1):50-5.

32. 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 訪問看護とは? 2015. Available from: <http://www.zenhokan.or.jp/nursing/>.

33. 富安眞理, 山村江美子. 訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族を支えるための看護実践内容の構成要素 質的調査による検討. *日本健康教育学会誌*. 2009;17(4):260-7.

34. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, 藤村竜子監訳. 看護診断・成果・介入: NANDA, NOC, NIC のリンケージ: 医学書院; 2006.

35. Frey MA, Sieloff CL, Norris DM. King's conceptual system and theory of goal attainment: past, present, and future. *Nursing science quarterly*. 2002;15(2):107-12.

36. King IM. Quality of life and goal attainment. *Nursing science quarterly*. 1994;7(1):29-32.

37. Centers for Medicare & Medicaid Services. Outcome and Assessment Information Set B altimore, US: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2012 [cited 2015 5/11]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/OASIS/index.html?redirect=/oasis/01_overview.asp.

38. InterRAI. interRAI is an international collaborative to improve the quality of life of vulnerable

- persons through a seamless comprehensive assessment system: InterRAI; 2015 [cited 2015 5/11]. Available from: <http://www.interrai.org/>.
39. Martin KS, Monsen KA. The omaha system solving the clinical data-information puzzle 2015 [cited 2015 5/11]. Available from: <http://www.omahasystem.org/index.html>.
40. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): World Health Organization.; 2015 [cited 2015 5/11]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
41. 中谷久恵, 森下安子, 島内節, 亀井智子. 高齢者在宅ケアプランの実施状況とニーズ解決に関する研究. 日本在宅ケア学会誌. 1999;3(1):46-52.
42. Burnes D, Lachs MS. The Case for Individualized Goal Attainment Scaling Measurement in Elder Abuse Interventions. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*. 2015.
43. Di Rezze B, Wright V, Curran CJ, Campbell KA, Macarthur C. Individualized outcome measures for evaluating life skill groups for children with disabilities. *Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie*. 2008;75(5):282-7.
44. Tennant A. Goal attainment scaling: current methodological challenges. *Disability and rehabilitation*. 2007;29(20-21):1583-8.
45. Weinberg DB, Lusenhop RW, Gittell JH, Kautz CM. Coordination between formal providers and informal caregivers. *Health care management review*. 2007;32(2):140-9.
46. 社会保険研究所. 訪問看護業務の手引き 平成 22 年 4 月版. 東京: 社会保険研究所; 2010.
47. Gittell JH. Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*. 2002;48(11):1408-26.

48. King IM. King's theory of goal attainment. *Nursing science quarterly*. 1992;5(1):19-26.
49. Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann M, Hanson W. Advanced mixed methods research designs. In: Tashakkori A, Teddlie, C, editor. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. p. 209-40.
50. Ivancova NV, Creswell J, Stick S. Using mixed methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field Methods*. 2006;18(1):3-20.
51. Rossman GB, Wilson BL. Numbers and Words: Combining Quantitative and Qualitative Methods in a Single Large-Scale Evaluation Study. *Evaluation Review*. 1985;9(5):627-43.
52. Morgan DL. Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. *Qualitative Health Research*. 1998;8(3):362-76.
53. 千葉県. 介護事業所検索介護サービス情報公表システム 2014 [cited 2014 31/05]. Available from: <http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php><http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php>.
54. 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*. 2014;61(9):565-73.
55. Igarashi A, Ishibashi T, Shinozaki T, Yamamoto-Mitani N. Combinations of long-term care insurance services and associated factors in Japan: a classification tree model. *BMC health services research*. 2014;14:382.
56. Cramm JM, Hoeijmakers M, Nieboer AP. Relational coordination between community health nurses and other professionals in delivering care to community-dwelling frail people. *Journal of nursing management*. 2014;22(2):170-6.
57. Cramm JM, Nieboer AP. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. *Health care management review*. 2012;37(4):301-9.
58. Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, van Eijnsden RA, Mackenbach JP, Nieboer AP. The importance of relational coordination for integrated care delivery to older patients in the hospital.

Journal of nursing management. 2014;22(2):248-56.

59. Havens DS, Vasey J, Gittel JH, Lin WT. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. Journal of nursing management. 2010;18(8):926-37.

60. Weinberg DB, Cooney-Miner D, Perloff JN, Babington L, Avgar AC. Building collaborative capacity: promoting interdisciplinary teamwork in the absence of formal teams. Medical care. 2011;49(8):716-23.

61. Forbes DA. Goal Attainment Scaling. A responsive measure of client outcomes. Journal of Gerontological Nursing 1998;24(12):34-40.

62. Rockwood K, Howlett S, Stadnyk K, Carver D, Powell C, Stolee P. Responsiveness of goal attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment. Journal of clinical epidemiology. 2003;56(8):736-43.

63. Yip AM, Gorman MC, Stadnyk K, Mills WG, MacPherson KM, Rockwood K. A standardized menu for Goal Attainment Scaling in the care of frail elders. Gerontologist. 1998;38(61):735-42.

64. Stolee P, Rockwood K, Fox RA, Streiner DL. The use of goal attainment scaling in a geriatric care setting. Journal of American Geriatric Society. 1992;40(6):574-8.

65. Stolee P, Stadnyk K, Myers AM, Rockwood K. An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences 1999;54(12):641-7.

66. 上岡裕美子, 斉藤秀之, 大橋ゆかり, 飯島節. 脳卒中者への理学療法におけるチェックリスト式患者参加型目標設定法および Goal Attainment Scaling の臨床有用性の検討 3 事例について チェックリスト式患者参加型目標設定法と GAS の臨床有用性. . 茨城県立医療大学紀要. 2010;15:97-108.

67. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The barthel index. Maryland state medical journal. 1965;14:61-5.

68. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(5):373-83.
69. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*. 1963;185:914-9.
70. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Fielder RC. The Functional Independence Measure: A new tool for rehabilitation. In: Eisenberg MG GR, editor. *Advances in clinical rehabilitation*. New York: Springer-Verlag; 1987. p. 6-18.
71. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *International disability studies*. 1988;10(2):61-3.
72. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *International disability studies*. 1988;10(2):64-7.
73. Bickel R. *Multilevel analysis for applied research : it's just regression!* New York: Guilford Press; 2007.
74. Heck RH, Thomas SL, Tabata LN. *Multilevel and longitudinal modeling with IBM SPSS*. New York, NY: Routledge; 2010.
75. 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 [Internet]. 2014 [cited 01/08/2015].
76. Declaration of helsinki ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. 2013 [cited 01/08/2015].
77. Sakai M, Naruse T, Nagata S. Home visiting nurses' attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors. *International journal of palliative nursing*. 2013;19(4):195-204.
78. 榎裕美, 葛谷雅文, 益田雄一郎, 平川仁尚, 岩田充永, 井澤幸子, et al. 訪問看護サービス利用者の身体計測指標と生命予後について the Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly

(NLS - FE) より. 日本老年医学会雑誌. 2007;44(2):212-8.

79. Sakai M, Naruse T, Nagata S. Relational coordination between professionals predicts satisfaction with home visit nursing care. *Clinical Nursing Studies*. 2015;4(1).

80. Kiresuk TJ, Smith A., Cardillo JE. Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement. New York: Psychology Press; 1994.

81. 内山純子, 深谷安子, 塚本恵. 病院からの訪問看護対象者の状況と訪問看護活動状況の分析. 神奈川県立衛生短期大学紀要. 2000;32:29-35.

82. 酒井昌子. 在宅療養時期の違いによる訪問看護実践の特徴 オマハシステムを用いた訪問看護記録の分析. 聖路加看護学会誌. 2002;6(1):1-8.

83. Martin KS, Scheet N. The Omaha System. A Key to Practice, Documentation, and Information Management. 2005.

84. Sandberg M, Kristensson J, Midlov P, Jakobsson U. Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: a randomized controlled trial (RCT). *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015;60(1):71-81.

85. Banfield M, Gardner K, McRae I, Gillespie J, Wells R, Yen L. Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. *BMC family practice*. 2013;14:34.

86. 小川妙子, 大木信子, 宮崎やす子, 岩瀬いずみ, 高橋真弓, 佐藤あつ子, et al. 訪問看護活動における連携に関する研究 効果的事例における連携内容と成果. 日本看護学会論文集: 地域看護. 2003(33):48-50.

87. Yin RK. Case study research : design and methods. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2014.

88. Teddlie C, Tashakkori A. Sampling strategies for mixed methods research. Teddlie C, Tashakkori A, editors. Thousand Oaks, CA: Sage; 2009.

89. Miles M, Huberman M. Qualitative data analysis: An expanded source book. 2nd ed. Thousand

Oaks, CA: Sage; 1994.

90. 蛭間基夫. 訪問リハビリテーションサービスに携わる多職種の連携に関する基礎的研究. 群馬パース大学紀要. 2011(12):15-25.
91. 米澤純子, 杉本正子, 新井優紀, リボウィッツよし子. 独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携. 日本保健科学学会誌. 2014;17(2):67-75.
92. 林一美, 堀田真弓, 佐々木順子. 医療行為を受けている在宅高齢者に関わる医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携状況. 石川看護雑誌. 2013;10:89-94.
93. 中村妙子, 馬場万寿子, 伊藤みほ子, 関和子, 横尾栄子, 井口久子, et al. 地域・在宅医療連携に関する実態調査 アンケート調査報告. 長野県看護研究学会論文集. 2013;33:46-8.
94. Daveson BA, Harding R, Shipman C, Mason BL, Epiphaniou E, Higginson IJ, et al. The real-world problem of care coordination: a longitudinal qualitative study with patients living with advanced progressive illness and their unpaid caregivers. PloS one. 2014;9(5):e95523.
95. 齋藤美華, 坂川奈央, 東海林志保, 川原礼子. 訪問看護師が実施した医行為における看護教育へのあり方. 東北大学医学部保健学科紀要. 2014;23(2):73-82.
96. 齋藤美華, 大槻久美, 川原礼子. 高齢者の排便ケアに関する医行為が訪問看護師の判断で行えると考えた理由. 老年看護学. 2012;16(2):65-71.
97. 齋藤美華, 坂川奈央, 大槻久美, 川原礼子. 高齢者の褥瘡ケアに関する訪問看護師の医行為の内容とその判断理由. 北日本看護学会誌. 2013;16(1):33-42.
98. 粥川早苗, 城憲秀, 小塩泰代, 安藤好枝, 西尾和子. 訪問看護による要介護高齢者の生活機能改善事例の検討. 中部大学生命健康科学研究所紀要. 2010;6:57-69.
99. 堀越直子, 桑原雄樹, 田口敦子, 永田智子, 村嶋幸代. 離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴 入院施設の有無に着目して. 日本公衆衛生雑誌. 2013;60(7):412-21.
100. 寺井明日香, 毛利愛, 角田みどり, 大杉純子, 作取京子, 福原光次, et al. 安心して在宅

- が送れる家庭介護力の調査. 癌と化学療法. 2001;28(Suppl.I):101-5.
101. 村上麻弥, 加藤麻衣子, 渡邊明子, 栗生田友子. がん患者を在宅緩和ケアへ移行するための家族の要因. 日本看護学会論文集: 成人看護 II. 2009(39):173-5.
102. 石塚裕美子, 永田智子, 戸村ひかり, 村嶋幸代. 内科病棟における循環器・呼吸器疾患を有する高齢患者の計画外再入院の分類と、再入院予防策の検討. 日本地域看護学会誌. 2012;14(2):14-23.
103. Williams EI, Fitton F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. BMJ (Clinical research ed). 1988;297(6651):784-7.
104. Maurer PP, Ballmer PE. Hospital readmissions--are they predictable and avoidable? Swiss medical weekly. 2004;134(41-42):606-11.
105. Svanstrom R, Johansson Sundler A, Berglund M, Westin L. Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2013;8:20603.
106. 高橋知里, 森下安子. 訪問看護師による多職種チームメンバーとの合意形成へのアプローチ. 高知女子大学看護学会誌. 2011;36(2):42-9.
107. 服部美香, 舟島なをみ. 看護師が展開する問題解決支援に関する研究 問題を予防・緩和・除去できた場面に焦点を当てて. 看護教育学研究. 2009;18(1):35-48.
108. 大津美香. 在宅療養中の認知症を合併する高齢慢性心不全療養者の疾病管理の支援の実態. 保健科学研究. 2014;4:31-9.
109. Van Houdt S, Sermeus W, Vanhaecht K, De Lepeleire J. Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination. BMC family practice. 2014;15(1):177.
110. 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和. 家族介護者の介護に対する肯定的評価に関連する要因. 厚生の指標. 2005;52(8):1-7.

111. Tietbohl CK, Rendle KA, Halley MC, May SG, Lin GA, Frosch DL. Implementation of Patient Decision Support Interventions in Primary Care: The Role of Relational Coordination. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2015;35(8):987-98.
112. 藤川あや, 小林恵子, 飯吉令枝, 平澤則子. 新潟県内の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携の実態. *新潟医学会雑誌*. 2011;125(9):498-506.
113. 吉川由利子, 前川厚子. 胃癌再発により腸管皮膚瘻を形成した独居高齢者の在宅生活支援. *日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌*. 2003;6(2):16-9.
114. Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. Impact of home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan. *BMC health services research*. 2010;10:345.
115. 平野聖, 竹田恵子, 大田晋, 種村純, 進藤貴子, 直島克樹, et al. 医療福祉における多職種連携のあり方に関する研究. *川崎医療福祉学会誌*. 2015;24(2):209-20.
116. 福井小紀子, 藤田淳子, 乙黒千鶴, 辻村真由子, 池崎澄江, 板垣園子. 在宅終末期ケアにおける多職種連携の実態調査(第 1 報) 多職種チームの状況. *日本在宅医学会大会*. 2015;17 回:52.
117. 松井妙子, 鳥海直海, 西川勝. 訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業所従事者が、在宅高齢者終末期支援を行う上で経験する葛藤とその対処 チーム活動に関するグループインタビューの現象学的分析から. *香川大学看護学雑誌*. 2013;17(1):11-24.
118. Papadimitriou C, Cott C. Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: results from four case studies. *Disability and rehabilitation*. 2015;37(13):1135-43.
119. 二宮かよ, 森下安子. 在宅移行期における訪問看護師による患者・家族を含めたチームメンバーとの合意形成にむけたアプローチに関する文献検討. *高知女子大学看護学会誌*. 2013;39(1):51-9.

120. Sellars M, Detering KM, Silvester W. Current advance care planning practice in the Australian community: an online survey of home care package case managers and service managers. *BMC palliative care*. 2015;14:15.
121. 日本看護協会. 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 2015 [cited 2015 11/8]. Available from: <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>.
122. 赤沼智子, 本田彰子, 正野逸子, 本田彰子, 正野逸子, 牛久保美津子, et al. 訪問看護ステーション管理者の訪問看護師への学習支援に対する考えと実際. *千葉大学看護学部紀要*. 2004(26):45-9.
123. Giovannoli L. Home care: changes and concerns. *Caring : National Association for Home Care magazine*. 2012;31(1):14-7.
124. Talkington S. Home care nurses face growing challenges and stresses. *Colorado nurse* (1985). 1998;98(3):9.
125. 日本看護協会. 平成 26 年度版 看護白書. 東京: 日本看護協会; 2015.
126. 御厩美登里. 訪問看護師の職務継続意向に関連する要因 同僚間コミュニケーションと関連職種とのコミュニケーションに焦点をあてて. *日本地域看護学会誌*. 2014;17(1):32-9.
127. 細田江里. 訪問看護師が職務を継続している要因. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録*. 2009(34):278-85.
128. 小田美紀子. 訪問看護師の離職意向とソーシャル・サポートとの関連 A 県の訪問看護師を対象としたアンケート調査を通して. *日本看護学会論文集: 地域看護*. 2012(42):197-200.
129. Gittel JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*. 2008;18(2):154-70.

図

- 図 1 本研究の概念枠組み
- 図 2 本研究の手順を示す視覚的ダイアグラム
- 図 3 調査対象事業所の地理的分布
- 図 4 質問紙調査対象者のフローチャート
- 図 5 インタビュー調査対象者のフローチャート
- 図 6 他職種と目標を共有し連絡や相談を行ったケースの分布
- 図 7 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケースの分布
- 図 8 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースの分布
- 図 9 利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布
- 図 10 訪問看護師のみで対応できたケースの分布

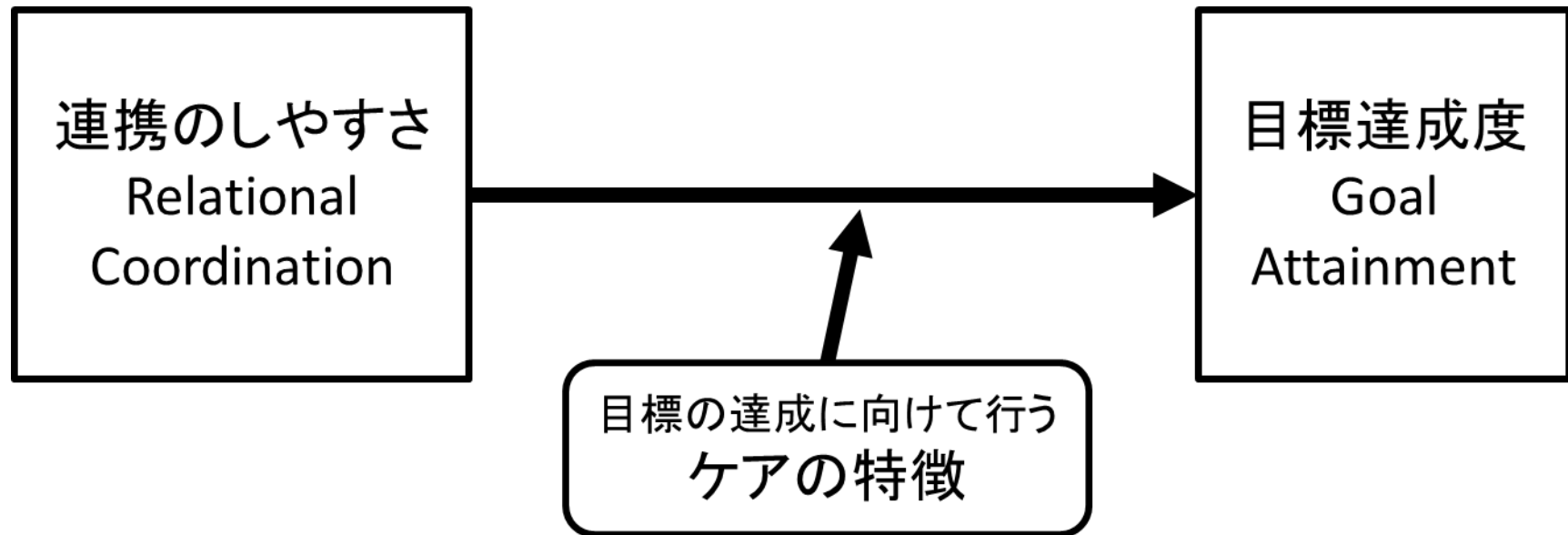


図1. 本研究の概念枠組み

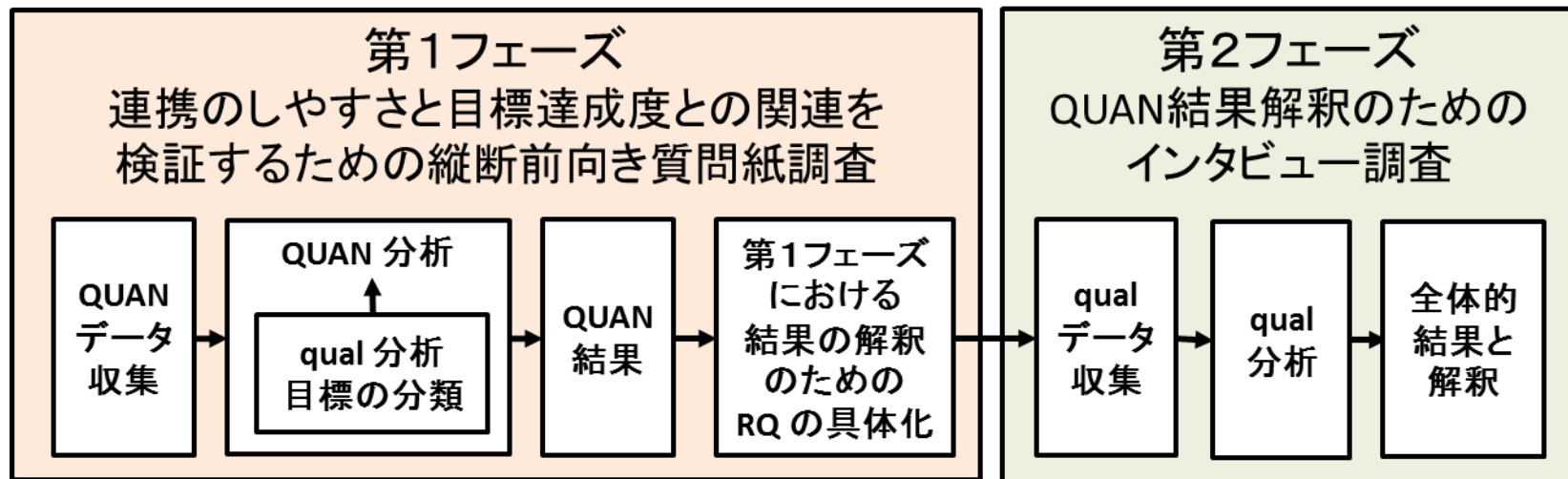


図2. 本研究の手順を示す視覚的ダイアグラム

注：図中の略語はQUAN：量的、qual：質的、RQ：リサーチ・クエスチョンを示す



図3. 調査対象事業所の地理的分布

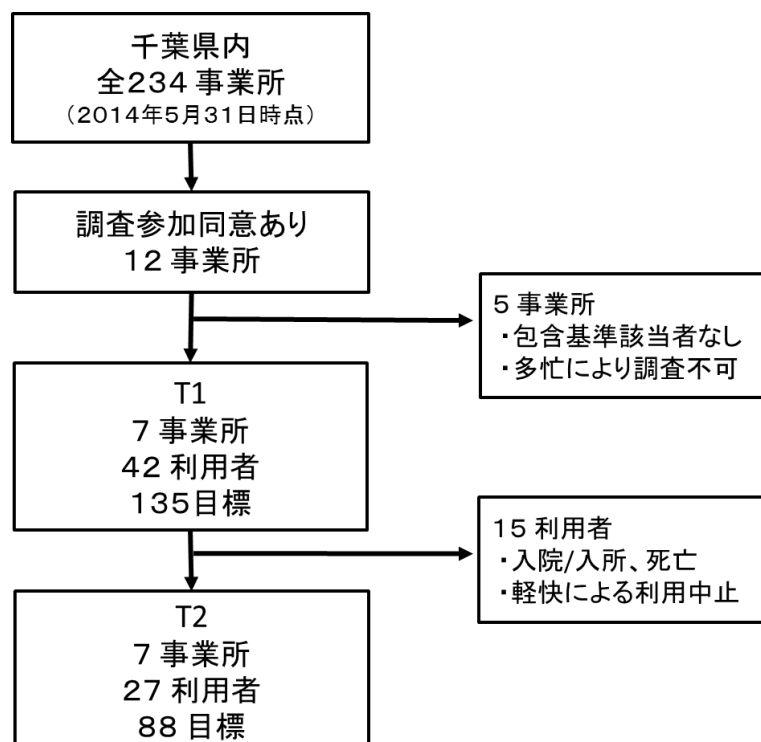


図4. 質問紙調査対象者のフローチャート

注：T1 は訪問看護利用開始から1ヶ月時点、T2 は訪問看護利用開始から4ヶ月時点を指す。

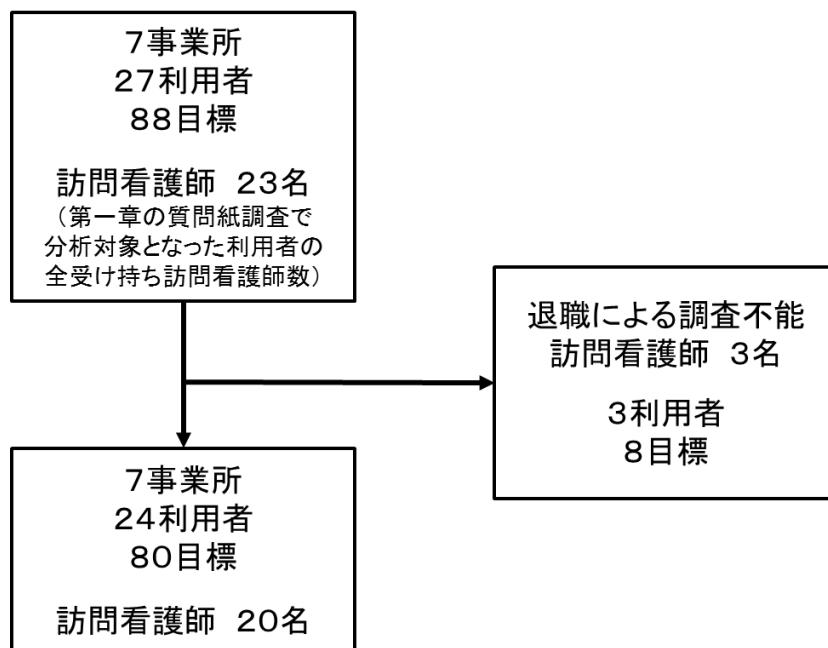


図5. インタビュー調査対象者のフローチャート

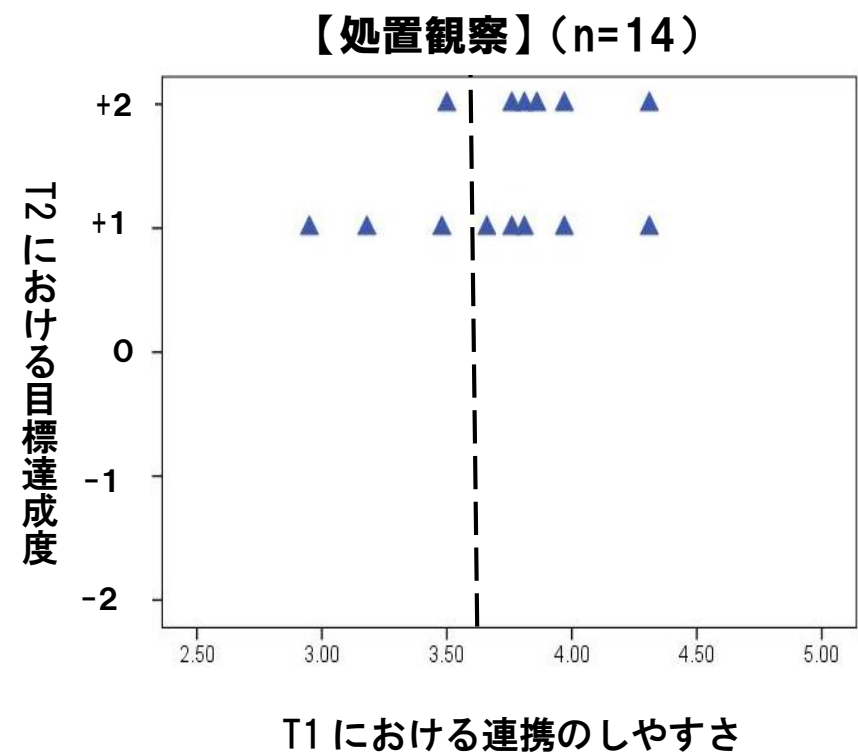
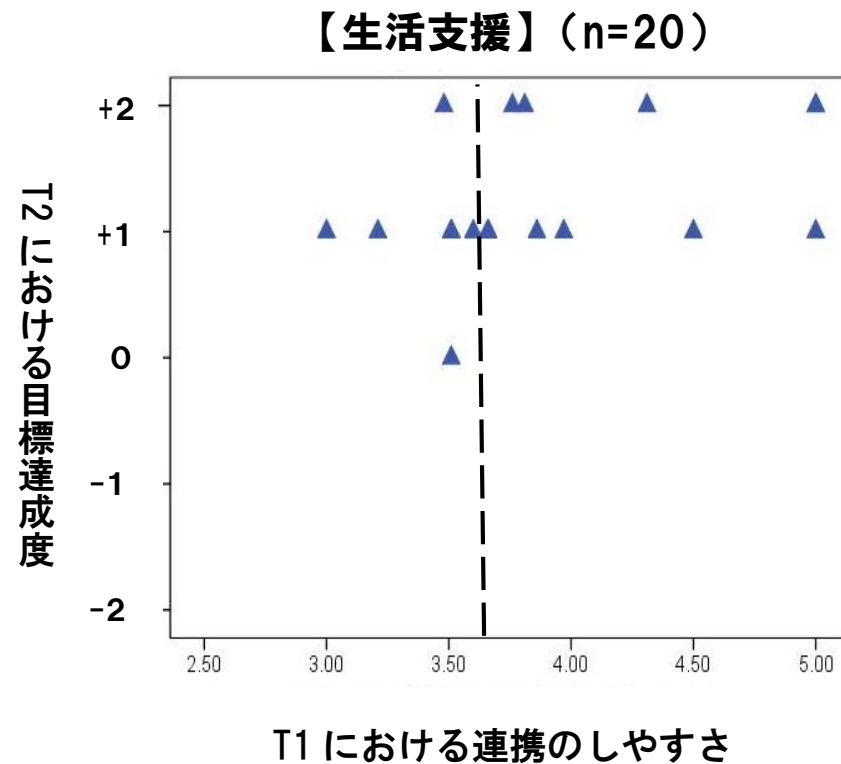


図 6. 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケースの分布

注：図中の破線は、J-RCS スコアの平均値 3.58 点を示す。3.58 点より高い場合を「連携しやすい」、3.58 点より低い場合を「連携しにくい」とした
 また、T2 における目標達成度の評価 (-2) ～ (+2) のうち、(+1) と (+2) を「達成できた」、(-2) ～ (0) を「達成できなかった」とした

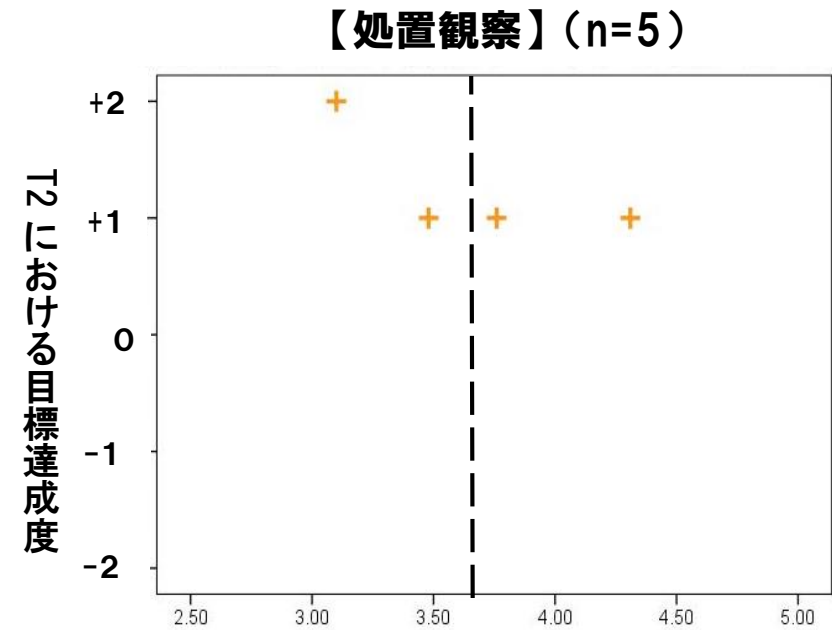
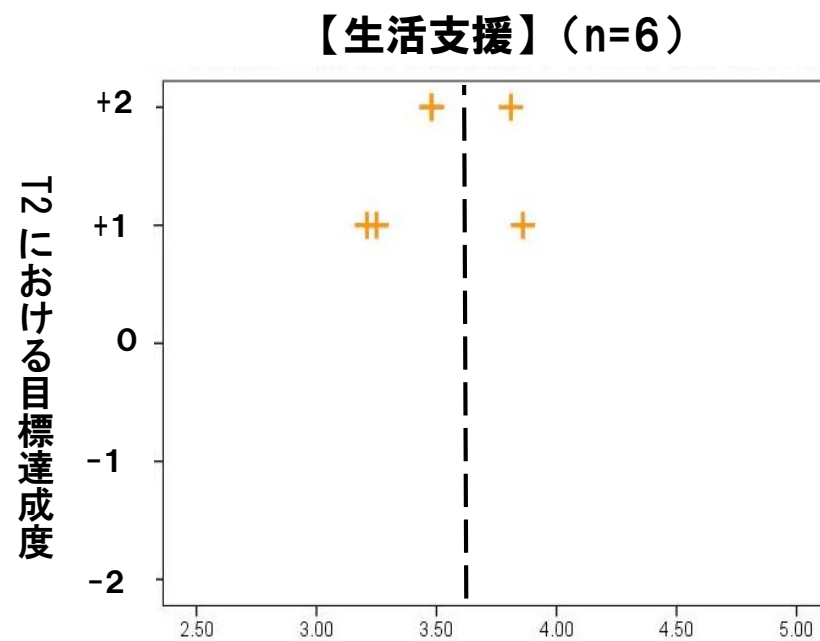


図 7. 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケースの分布

注：図中の破線は、J-RCS スコアの平均値 3.58 点を示す。3.58 点より高い場合を「連携しやすい」、3.58 点より低い場合を「連携しにくい」とした
 また、T2 における目標達成度の評価 (-2) ～ (+2) のうち、(+1) と (+2) を「達成できた」、(-2) ～ (0) を「達成できなかった」とした

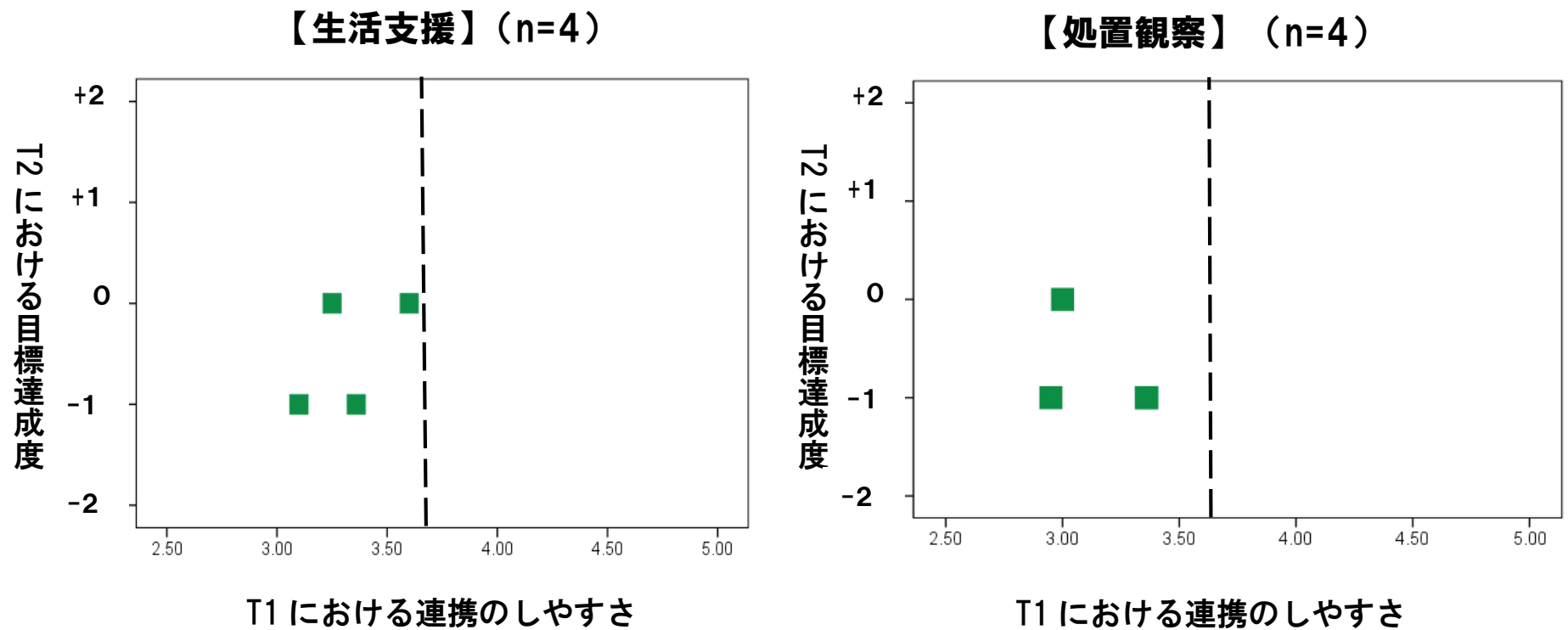


図8. 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケースの分布

注：図中の破線は、J-RCS スコアの平均値 3.58 点を示す。3.58 点より高い場合を「連携しやすい」、3.58 点より低い場合を「連携しにくい」とした
 また、T2 における目標達成度の評価 (-2) ～ (+2) のうち、(+1) と (+2) を「達成できた」、(-2) ～ (0) を「達成できなかった」とした

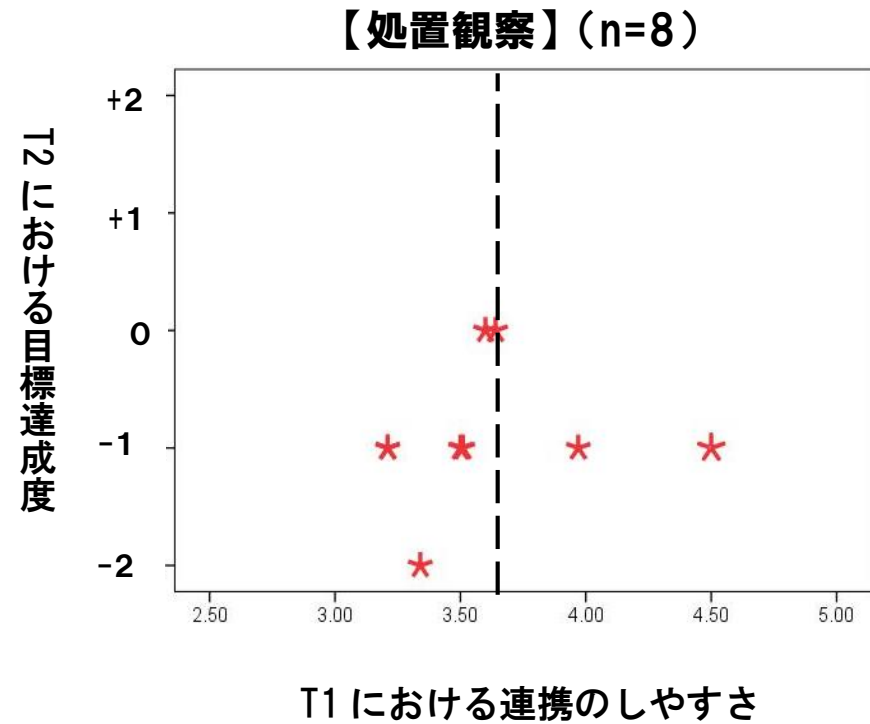
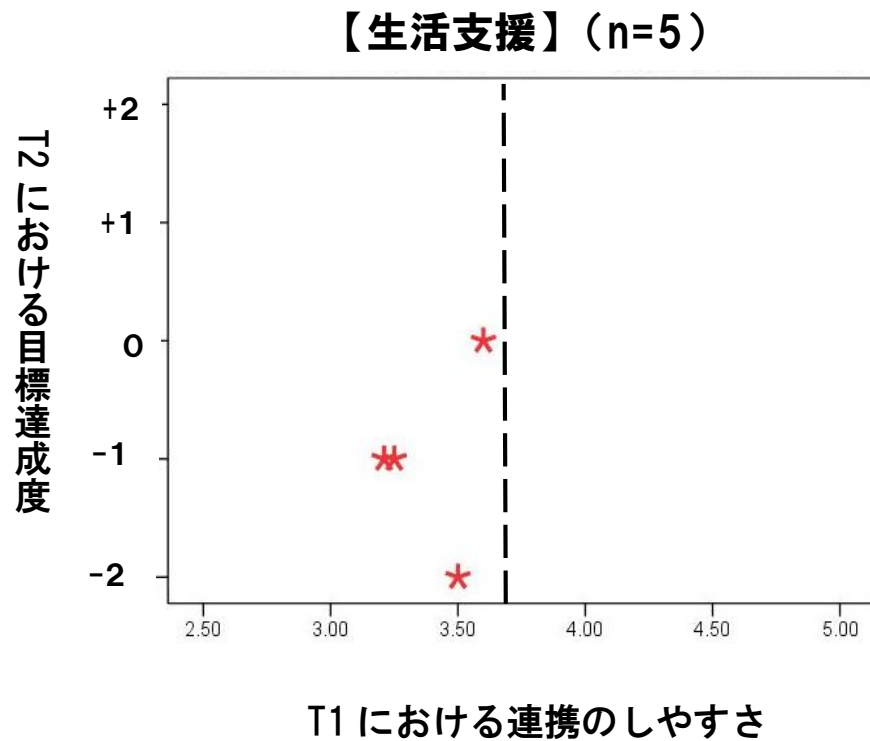


図9. 利用者に避けられない状態の悪化があったケースの分布

注：図中の破線は、J-RCS スコアの平均値 3.58 点を示す。3.58 点より高い場合を「連携しやすい」、3.58 点より低い場合を「連携しにくい」とした
 また、T2 における目標達成度の評価 (-2) ～ (+2) のうち、(+1) と (+2) を「達成できた」、(-2) ～ (0) を「達成できなかった」とした

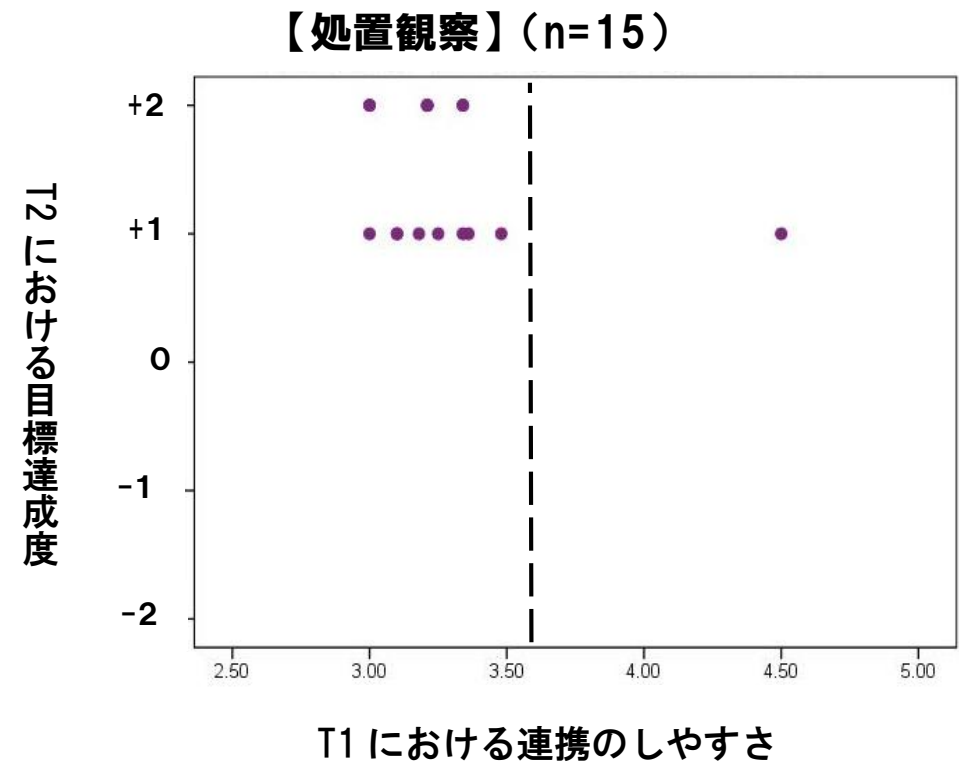


図 10. 訪問看護師のみで対応できたケースの分布

注：図中の破線は、J-RCS スコアの平均値 3.58 点を示す。3.58 点より高い場合を「連携しやすい」、3.58 点より低い場合を「連携しにくい」とした
 また、T2 における目標達成度の評価 (-2) ～ (+2) のうち、(+1) と (+2) を「達成できた」、(-2) ～ (0) を「達成できなかった」とした

表

表 1－1～6

基本属性と J-RCS スコア，利用者をケアする上で関わった職種毎の
J-RCS 得点，立案された目標，および，ケアの実施内容

表 2 利用者の特徴

表 3 受け持ち訪問看護師の特徴

表 4 事業所の特徴

表 5 受け持ち訪問看護師が T1 で評価した利用者にケアを提供する上で
関わった専門職との連携のしやすさ

表 6 各専門職との連携のしやすさ（J-RCS 得点）

表 7 利用者に立案された目標数と目標達成度

表 8－1～4

利用者に立案された目標と目標達成に向けたケアの実施内容，および，
ケアの分類結果

表 9 連携のしやすさと目標達成度の関連：二変量解析

表 1 0 連携のしやすさと目標達成度の関連：

利用者 27 名 88 目標における線形混合モデル分析

表 1 1 連携のしやすさと目標達成度の関連：

利用者 42 名 135 目標における線形混合モデル分析

表 1 2－1～1 5

訪問看護の導入経緯と T1 における各職種との連携のしやすさの評価
理由，ケースの具体的な経過のサマリ，目標達成度，および，分類結果

表 1 3 ケースの各分類ラベルにおける目標数とその達成割合

表1ー1. 基本属性と利用者をケアする上で関わった専門職とのJ-RCSスコア、職種別のJ-RCS得点、立案された目標、T1におけるケアの実施内容（利用者数 n = 27）

ID	性別	年齢	主疾患名	要介護度	CCI	BI	終末期	介護者	J-RCS スコア	職種別 J-RCS得点	立案された目標	T1におけるケアの実施内容
1	男性	86	アルツハイマー型認知症	要介護1	1	70	—	○	3.48	nr dr cm 4	1) 訪問看護のときは、入浴等清潔を受け入れる 2) 転倒しない 3) 服薬を継続でき、血圧が維持できる	看: 入浴介助、清拭、その他の保清、整容、状態の観察、機能訓練および指導 他: 該当項目なし 利: 入浴介助、移乗・歩行介助、服薬管理
2	男性	73	パーキンソン病	要介護5	0	45	—	○	3.18	nr dr cm hh bath vt day short 2.43	1) 嚥下機能が維持でき、誤嚥をおこさない 吸引しても、食残は引けない 2) 腹痛無く、排便が0～1回/日自然排便がある もしくは、訪問看護介入時の処置にて しっかり排便がスムーズになる	看: 局部洗浄、口腔内ケア、排泄介助、移乗・歩行介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、褥創の予防および処置、創傷処置、吸引、モニター測定、洗腸・摘便 他: 入浴介助、清拭、その他の保清、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助 利: 口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、吸引
3	男性	84	パーキンソン病	要介護2	0	85	—	○	3.21	nr dr cm vt 2.29	1) 肺炎をおこさない 2) トラブルなく胃ろう管理ができる 3) 転倒せず過ごせる 4) 妻の体調維持し、在宅生活を継続できる	看: 状態の観察、機能訓練および指導、モニター測定 他: 機能訓練および指導 利: 入浴介助、その他の保清、口腔内ケア、整容、服薬管理、機能訓練および指導
4	女性	56	糖尿病	—	1	100	—	—	3.5	nr dr 2.86	1) 自分の薬をセットして内服の飲み忘れがない 2) 毎日3回血糖・体重測定・注射ができ、 NGSPの値が下がる 3) 毎日規則的にカロリーを考えながら食事が摂れる 4) 孫の行動の変化に冷静に対応するとともに 自分の体調管理ができる	看: 状態の観察、服薬管理 他: 該当なし 利: 入浴介助、清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する指導、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、血糖測定
5	女性	88	右大腿骨転子骨折	要介護4	2	40	—	○	3.51	nr dr cm vt day 3.29	1) 自発的な日常生活行動が見られる 2) 転倒なくすこし、手すり・柵を効果的に使用できる 3) バイタルサイン安定、下肢浮腫軽減、脱水傾向なし 4) 見守りと誘導にて移動動作が行える	看: 入浴介助、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、移乗・歩行介助、状態の観察、機能訓練および指導 他: 入浴介助、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、移乗・歩行介助、状態の観察、機能訓練および指導 利: その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助

注: BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。終末期の利用者は終末期の欄に○、介護者がいる利用者は介護者の欄に○で示した。

専門職・サービスの略: 訪問看護師(nr)、主治医(dr)、居宅介護支援専門員(cm)、訪問介護士(hh)、訪問入浴(bath)、訪問リハビリ(vt)、通所介護・リハビリ(day)、短期入所(short)

J-RCSスコア・得点の取り得る値の範囲は1ー5点である。点数が5点に近いほど「連携しやすい」ことを示す。

ケアの実施内容は訪問看護師が認識した全ケアの実施内容であり、本研究で立案された目標に対するケアの実施内容のみを示すものではない。

ケアの実施内容の欄の看は訪問看護師、他は訪問看護以外の専門職、利は利用者または家族を示す。それぞれの後に記載されたケア内容が該当者が実施するケア内容を示す。

表1ー2. 基本属性と利用者をケアする上で関わった専門職とのJ-RCSスコア、職種別のJ-RCS得点、立案された目標、T1におけるケアの実施内容（n = 27）

ID	性別	年齢	主疾患名	要介護度	CCI	BI	終末期	介護者	J-RCS スコア	職種別 J-RCS得点		立案された目標	T1におけるケアの実施内容
6	男性	54	直腸がん	—	4	80	—	—	2.64	nr dr	3.57 1.71	1) 感染しない チューブトラブル時の対応（病院受診）ができる 2) 胃ろうの管理を継続して自分でできている 3) 清潔が保てる環境になる シャワーが使用できる	看：状態の観察、腎ろうの処置 他：該当なし 利：入浴介助、清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する指導、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、服薬管理、機能訓練および指導、経管栄養
7	男性	99	肺炎	要支援2	0	80	—	○	4.43	nr dr cm	5 4.14 4.14	1) 発熱や倦怠感等の症状が軽減または消失する 2) 食事摂取量が増え、栄養状態・貧血が改善する 3) トイレに行ける 日中は離床できる	看：状態の観察、機能訓練および指導、点滴や注射 他：採血などの検査 利：入浴介助、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、移乗・歩行介助、外出の介助、服薬管理
8	男性	69	慢性閉塞性肺疾患	要介護5	1	45	—	○	2.95	nr dr cm hh bath short	4.57 3 3 2.57 2.29 2.29	1) 薬を忘れることなく服用できる 2) デバスの内服回数が減る	看：局部洗浄、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、在宅酸素療法、洗腸・摘便 他：入浴介助、清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する指導、移乗・歩行介助、外出の介助 利：口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する指導、移乗・歩行介助、外出の介助、服薬管理、在宅酸素療法
9	男性	59	筋緊張性ジストロフィー	—	1	30	—	—	3.66	nr dr cm hh bath	4.57 2 4.14 4 3.57	1) 電動車いすを使って自由に外出できる 2) 褥創や皮膚損傷がない 3) サービスを利用して自由に外出ができる 4) 規則的な生活を送ることができ、体力の消耗がない	看：清拭、その他の保清、排泄介助、体位交換、移乗・歩行介助、状態の観察、機能訓練および指導、褥創の予防および処置、洗腸・摘便 他：入浴介助、清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する指導、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導 利：局部洗浄、服薬管理
10	男性	88	慢性心不全	要介護5	5	0	—	○	3.7	nr dr cm hh bath	4.71 4 4.14 3.29 2.43	1) IVH漏れ、皮膚炎を早期に発見し、 長引かせずに再開できる 尿路感染をおこさない 2) 確実に補液ができる 3) チームで連携し、サポートすることで 介護負担が軽減できる	看：清拭、その他の保清、曲線状、口腔内ケア、整容、排泄介助、体位交換、移乗・歩行介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、褥創の予防および処置、創傷処置、点滴ルートの交換、点滴や注射、吸引、膀胱留置カテーテル管理、在宅中心静脈栄養、洗腸・摘便 他：入浴介助、清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する指導、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、褥創の予防および処置、吸引、吸入、膀胱留置カテーテル管理 利：口腔内ケア、食事・栄養・水分に関する援助、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理

注：BI（Barthel index）は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI（Charlson comorbidity index）は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。終末期の利用者は終末期の欄に○、介護者がいる利用者は介護者の欄に○で示した。

専門職・サービスの略：訪問看護師（nr）、主治医（dr）、居宅介護支援専門員（cm）、訪問介護士（hh）、訪問入浴（bath）、訪問リハビリ（vt）、通所介護・リハビリ（day）、短期入所（short）

J-RCSスコア・得点の取り得る値の範囲は1ー5点である。点数が5点に近いほど「連携しやすい」ことを示す。

ケアの実施内容は訪問看護師が認識した全ケアの実施内容であり、本研究で立案された目標に対するケアの実施内容のみを示すものではない。

ケアの実施内容の欄の看は訪問看護師、他は訪問看護以外の専門職、利は利用者または家族を示す。それぞれの後に記載されたケア内容が該当者が実施するケア内容を示す。

表1ー3. 基本属性と利用者をケアする上で関わった専門職とのJ-RCSスコア、職種別のJ-RCS得点、立案された目標、T1におけるケアの実施内容（n = 27）

ID	性別	年齢	主疾患名	要介護度	CCI	BI	終末期	介護者	J-RCS スコア	職種別 J-RCS得点		立案された目標	T1におけるケアの実施内容
11	女性	91	左乳がん	要介護2	6	100	○	○	3.25	nr dr cm hh	4.86 2.43 3.71 2	1) 病状を理解して、治療の選択ができる 2) 皮膚損傷に伴う処置が必要になり、 痛み等が出現するが対処することで 苦痛の軽減が図れる 3) 家族での協力、必要なサービスを利用して ご本人にとって一番良い選択をして介護が継続できる 4) 今のADL(入浴、選択、食事、買い物たまに行く等) が続けられる	看: その他の保清、整容、状態の観察、機能訓練および指導、 ターミナルケア 他: 該当なし 利: 入浴介助、口腔内ケア、整容、食事・栄養・水分に関する援助、 外出の介助、服薬管理
12	女性	83	胃がん	要介護1	7	20	○	○	3.21	nr dr cm hh	5 2.14 3.57 2.14	1) 倦怠感、食欲低下の進行が緩徐である 疼痛が薬でコントロールされている 2) 腹部膨満が増強しない 3) 浮腫が増強せず、また、 皮膚トラブルを起こすことなく維持できる 4) 副作用に対して十分理解し、 身体状態に対して適切に対処できる	看: その他の保清、局部洗浄、排泄介助、体位交換、移乗・歩行介助、状態 の観察、服薬管理、褥創の予防および処置、ターミナルケア、創傷処置、疼痛 管理、浣腸・排便 他: 入浴介助、清拭、その他の保清、排泄介助、移乗・歩行介助、状態の観 察 利: その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・ 水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、 服薬管理、褥創の予防および処置、ターミナルケア、創傷処置、疼痛管理、 浣腸・排便
13	女性	73	肝がん	要介護1	5	100	—	—	3.64	nr dr	4.14 3.14	1) 胸水貯留がない	看: 状態の観察 他: 該当なし 利: 該当なし
14	男性	80	糖尿病	要介護5	5	45	—	○	3.86	nr dr cm day	4.57 3 4.57 3.29	1) 血糖値HbA1cが安定する 2) 排泄動作がスムーズとなり、オムツ排泄が減る 3) 介護者と本人の関係も良好で問題なく過ごせる	看: 清拭、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、体位交換、移乗・歩行 介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、褥創の予防および処置 他: 入浴介助、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、移 乗・歩行介助、機能訓練および指導 利: 口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交 換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理
15	女性	72	糖尿病	要支援2	1	100	—	○	3	nr dr cm day	5 2.57 3 1.43	1) 食事やインスリンのコントロールがうまくされ、 HbA1cが劇的に良くなる 家族によるインスリン投与がされる	看: 状態の観察、血糖測定、点滴や注射 他: 状態の観察 利: 入浴介助、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食 事・栄養・水分に関する援助、外出の介助、服薬管理

注: BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。終末期の利用者は終末期の欄に○、介護者がいる利用者は介護者の欄に○で示した。

専門職・サービスの略: 訪問看護師(nr), 主治医(dr), 居宅介護支援専門員(cm), 訪問介護士(hh), 訪問入浴(bath), 訪問リハビリ(vt), 通所介護・リハビリ(day), 短期入所(short)

J-RCSスコア・得点の取り得る値の範囲は1ー5点である。点数が5点に近いほど「連携しやすい」ことを示す。

ケアの実施内容は訪問看護師が認識した全ケアの実施内容であり、本研究で立案された目標に対するケアの実施内容のみを示すものではない。

ケアの実施内容の欄の看は訪問看護師、他は訪問看護以外の専門職、利は利用者または家族を示す。それぞれの後に記載されたケア内容が該当者が実施するケア内容を示す。

表1ー4. 基本属性と利用者をケアする上で関わった専門職とのJ-RCSスコア、職種別のJ-RCS得点、立案された目標、T1におけるケアの実施内容（n = 27）

ID	性別	年齢	主疾患名	要介護度	CCI	BI	終末期	介護者	J-RCS スコア	職種別 J-RCS得点		立案された目標	T1におけるケアの実施内容
16	男性	84	右下葉 肺がん	要支援1	4	100	—	○	3.81	nr dr cm	4.14 3.14 4.14	1) 右背部痛、右胸部痛の軽減 食事中のむせ、咳ソウの軽減 2) 階段昇降時、途中で休憩する時間が減る 室内で酸素を使用しない時間が持てる 3) 再発への不安言動が減り、体力に自信をもった言動が増える リハビリ意欲の向上 4) 本人の自立心や活動意欲が強く、 妻の介護負担は少ない	看: 移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、在宅酸素療法 他: 該当なし 利: 外出の介助、機能訓練および指導、在宅酸素療法
17	女性	66	舌がん	要介護3	2	95	—	○	4.31	nr dr cm hh vt	4.71 4.29 4.86 2.86 4.86	1) 誤嚥しないでスムーズに食事ができる 肺炎の兆候がない 2) 食事摂取で十分な栄養確保ができる 3) 毎日の散歩の継続 日中の大半を座位ですごす 4) 鎮痛剤の使用の軽減 マッサージやストレッチにて疼痛の緩和がある	看: 状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、創傷処置、疼痛管理 他: 食事・栄養・水分に関する指導、状態の観察、 利: 食事・栄養・水分に関する指導、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、創傷処置、疼痛管理
18	女性	92	右大腿骨 頭部骨折	要介護4	1	0	—	○	3.76	nr dr cm	4.71 3.71 2.86	1) 食事時のむせこみもほとんどなく、 誤嚥性肺炎を引き起こしていない 2) 右踵部褥創が完治する 3) 下剤内服し、訪問時排便ケア実施にて コントロールしている 4) (家族の介護) 負担の増強なし	看: 清拭、その他の保清、排泄介助、体位交換、排便・洗腸 他: 清拭、その他の保清、口腔内ケア、排泄介助、体位交換 利: 食事・栄養・水分に関する援助
19	女性	76	慢性 閉塞性 肺疾患	要支援2	1	85	—	○	3.48	nr dr cm	4 3.14 3.29	1) 生活動作にあわせた呼吸が行える HOTやNIPPV使用、管理できる 2) 呼吸疾患により体動困難・多汗だが、 皮膚トラブルおこさない 3) 夫が機械類の管理ができ、緊急時の対応ができる	看: 入浴介助、その他の保清、局部洗浄、状態の観察、機能訓練および指導、在宅酸素療法 他: 該当なし 利: 口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出介助、服薬管理、機能訓練および指導、在宅酸素療法
20	男性	88	十二指腸 潰瘍	要介護4	1	10	—	○	3.1	nr dr cm hh vt short	4.57 2.57 3.14 2.86 2.71 2.71	1) 食事時ポジショニングも出来、 肺炎を引き起こさず在宅療養できている 2) 排便コントロールがついている 3) 十二指腸潰瘍再発のリスクがあるままである 4) 介護負担の増強が軽減している	看: 清拭、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導 他: 清拭、口腔内ケア、食事・栄養・水分に関する援助、整容、排泄介助、機能訓練および指導 利: 口腔内ケア、整容、排泄介助

注: BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。終末期の利用者は終末期の欄に○、介護者がいる利用者は介護者の欄に○で示した。

専門職・サービスの略: 訪問看護師(nr), 主治医(dr), 居宅介護支援専門員(cm), 訪問介護士(hh), 訪問入浴(bath), 訪問リハビリ(vt), 通所介護・リハビリ(day), 短期入所(short)

J-RCSスコア・得点の取り得る値の範囲は1ー5点である。点数が5点に近いほど「連携しやすい」ことを示す。

ケアの実施内容は訪問看護師が認識した全ケアの実施内容であり、本研究で立案された目標に対するケアの実施内容のみを示すものではない。

ケアの実施内容の欄の看は訪問看護師、他は訪問看護以外の専門職、利は利用者または家族を示す。それぞれの後に記載されたケア内容が該当者が実施するケア内容を示す。

表1ー5. 基本属性と利用者をケアする上で関わった専門職とのJ-RCSスコア、職種別のJ-RCS得点、立案された目標、T1におけるケアの実施内容（n = 27）

ID	性別	年齢	主疾患名	要介護度	CCI	BI	終末期	介護者	J-RCS スコア	職種別 J-RCS得点	立案された目標	T1におけるケアの実施内容
21	男性	76	下咽頭がん	要介護2	6	90	○	—	4.86	nr dr cm hh day 4.86 3 4.86 4.14 3	1) 症状出現あっても疼痛コントロールがついて、在宅での生活を続けている 2) 低栄養でなく過ごす 3) 排便のコントロールがついている 4) 不安が軽減されている	看: 食事・栄養・水分に関する援助、状態の観察、服薬管理、点滴や注射、疼痛管理、在宅中心静脈栄養、排便・洗腸 他: 食事・栄養・水分に関する援助、疼痛管理 利: その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、経管栄養、体位交換、状態の観察、服薬管理
22	女性	82	廃用性症候群	要介護3	3	5	○	○	3.34	nr dr cm hh bath 4.43 4.14 2.71 2.71 2.71	1) 入院時より経口摂取量がアップする 2) 肺炎をおこさない 3) 感染を起こさない 4) 褥創なし	看: 清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、状態の観察、服薬管理、機能訓練および指導、褥創の予防および処置、ターミナルケア 他: その他の保清、排泄介助 利: その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、状態の観察、服薬管理
23	女性	82	慢性心不全	要介護5	4	0	—	○	4.5	nr dr cm bath 5 4.57 5 3.43	1) 感染なく、点滴治療が続けられる 2) 在宅での介護が続けられる 3) 飲み込みが改善し食事摂取量が増える	看: 局部洗浄、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、状態の観察、服薬管理、褥創の予防および処置、点滴ルートの交換、採血などの検査、点滴や注射、膀胱留置カテーテル管理、在宅中心静脈栄養、洗腸・排便 他: 入浴介助、清拭、局部洗浄、移乗・歩行介助、外出の介助 利: 口腔内ケア、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、服薬管理、褥創の予防および処置、点滴や注射、吸入、膀胱留置カテーテル管理、在宅中心静脈栄養
24	女性	95	慢性心不全	要支援2	1	55	—	○	3.95	nr dr cm 5 3 3.86	1) 浮腫が軽減する 2) ADL向上、リビングでの生活主	看: 入浴介助、清拭、その他の保清、整容、排泄介助、状態の観察、機能訓練および指導、褥創の予防および処置 他: 該当なし 利: 入浴介助、清拭、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、服薬管理、機能訓練および指導、褥創の予防および処置

注: BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。終末期の利用者は終末期の欄に○、介護者がいる利用者は介護者の欄に○で示した。

専門職・サービスの略: 訪問看護師(nr), 主治医(dr), 居宅介護支援専門員(cm), 訪問看護師(hh), 訪問入浴(bath), 訪問リハビリ(vt), 通所介護・リハビリ(day), 短期入所(short)

J-RCSスコア・得点の取り得る値の範囲は1ー5点である。点数が5点に近いほど「連携しやすい」ことを示す。

ケアの実施内容は訪問看護師が認識した全ケアの実施内容であり、本研究で立案された目標に対するケアの実施内容のみを示すものではない。

ケアの実施内容の欄の看は訪問看護師、他は訪問看護以外の専門職、利は利用者または家族を示す。それぞれの後に記載されたケア内容が該当者が実施するケア内容を示す。

表1ー6. 基本属性と利用者をケアする上で関わった専門職とのJ-RCSスコア、職種別のJ-RCS得点、立案された目標、T1におけるケアの実施内容（n = 27）

ID	性別	年齢	主疾患名	要介護度	CCI	BI	終末期	介護者	J-RCS スコア	職種別 J-RCS得点		立案された目標	T1におけるケアの実施内容
25	女性	79	認知症	要介護4	1	0	—	○	3	nr dr cm bath short	4.57 1.29 2.57 3.29 3.29	1) 下肢挙上10度以上で痛みがない 30度ギャッジアップできる 2) 褥創が治癒する 3) きちんと配薬できる 4) デイサービスや訪問介護が利用でき、 ご主人の時間が増える	看: 清拭、その他の保清、局部洗浄、整容、排泄介助、体位交換、状態の観察、服薬管理、褥創の予防および処置、浣腸・排便 他: 入浴介助、整容、排泄介助、外出の介助、状態の観察 利: 口腔内ケア、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、外出の介助、状態の観察、服薬管理、疼痛管理
26	男性	76	脊柱管狭窄症	要介護3	2	75	—	○	3.6	nr dr cm hh bath	5 4 4.71 2.14 2.14	1) 点滴内の疼痛緩和 薬剤の変更 2) 屋外での自力歩行 3) 屋内での車椅子利用中止 4) デイサービスに行く	看: 状態の観察、服薬管理、服薬管理、機能訓練および指導、褥創の予防および処置、点滴や注射、疼痛管理 他: 入浴介助、その他の保清、局部洗浄、整容、食事・栄養・水分に関する援助、外出の介助 利: 清拭、口腔内ケア、排泄介助、体位交換、移乗・歩行介助
27	男性	79	肺がん	要介護1	7	55	○	○	5	nr dr cm	5 5 5	1) 周囲の援助を得ながら家で看することに 自信を持つことが出来る 2) 無理なく周囲に援助を求めながら生活できる 3) 手すりや見守りにより、転倒する機会を減らす 今よりADLやQOLを下げない	看: 移乗・歩行介助、外出の介助、状態の観察、機能訓練および指導、ターミナルケア、疼痛管理、モニター測定、浣腸・排便 他: 疼痛管理 利: 入浴介助、その他の保清、局部洗浄、口腔内ケア、整容、排泄介助、食事・栄養・水分に関する援助、体位交換、移乗・歩行介助、外出の介助、服薬管理

注: BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。終末期の利用者は終末期の欄に○、介護者がいる利用者は介護者の欄に○で示した。

専門職・サービスの略: 訪問看護師(nr)、主治医(dr)、居宅介護支援専門員(cm)、訪問介護士(hh)、訪問入浴(bath)、訪問リハビリ(vt)、通所介護・リハビリ(day)、短期入所(short)

J-RCSスコア・得点の取り得る値の範囲は1ー5点である。点数が5点に近いほど「連携しやすい」ことを示す。

ケアの実施内容は訪問看護師が認識した全ケアの実施内容であり、本研究で立案された目標に対するケアの実施内容のみを示すものではない。

ケアの実施内容の欄の看は訪問看護師、他は訪問看護以外の専門職、利は利用者または家族を示す。それぞれの後に記載されたケア内容が該当者が実施するケア内容を示す。

表2. 利用者の特徴（利用者数 n = 27）

変数	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)
男性	14	(51.9)
保険利用の別		
医療保険	6	(22.2)
介護保険	21	(77.8)
介護度 要支援1	0	(0.0)
要支援2	4	(14.8)
要介護1	3	(11.1)
要介護2	3	(11.1)
要介護3	3	(11.1)
要介護4	3	(11.1)
要介護5	5	(18.5)
訪問看護開始前1ヶ月における療養場所移行		
なし 自宅	14	(51.9)
あり 病院から退院	12	(44.4)
施設から退所	1	(3.7)
主な疾患名(複数回答可)		
悪性腫瘍 なし	19	(70.4)
あり	8	(29.6)
糖尿病 なし	22	(81.5)
あり	5	(18.5)
認知症 なし	24	(88.9)
あり	3	(11.1)
療養期の別		
終末期である	5	(18.5)
終末期ではない	22	(81.5)
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		
なし	5	(18.5)
あり	22	(81.5)
同居	17	(63.0)
別居	5	(18.5)

BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。

表3. 受け持ち訪問看護師の特徴（訪問看護師数 n = 23）

変数	本研究 (n = 23)			Sakai et al. (2013) (n = 206)			p値
	n (%)	平均値	±標準偏差 (最小値- 最大値)	n (%)	平均値	±標準偏差 (最小値- 最大値)	
性別 女性	23 (100.0)			206 (100.0)			
年齢	42.4 ±6.8		(26.0- 53.0)	44.1 ±7.5		(27.0- 63.0)	0.223 a)
最終学歴 *							
専門学校	17 (73.9)			168 (82.4)			0.378 b)
短期大学・大学・大学院	6 (26.1)			36 (17.6)			
経験年数							
看護師経験年数	18.6 ±6.8		(2.0- 28.0)	17.9 ±7.3		(1.0- 40.0)	0.691 a)
訪問看護師経験年数	5.2 ±5.7		(0.0- 18.0)	6.4 ±4.9		(0.0- 32.0)	0.287 a)
現職場経験年数	4.5 ±5.2		(0.0- 20.0)	no data			
雇用形態							
常勤	14 (60.9)			126 (61.2)			0.978 b)
非常勤	9 (39.1)			80 (38.8)			
居宅介護支援業務の兼務							
なし	22 (95.7)			no data			
あり	1 (4.3)						

欠損値を除く。a) 独立したサンプルのt検定、b) χ^2 二乗検定。

Sakai et al (2013) Home visiting nurses' attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors は、千葉県全211訪問看護事業所(2012年5月31日時点)に質問紙調査を行い、回答の得られた54事業所の訪問看護師計206名のデータを分析した研究論文である。比較可能なすべての変数について、Sakai et al (2013)で用いられた分析データと本研究のデータを比較した結果を示す。

表4. 事業所の特徴 (事業所数 n = 7)

変数	本研究 (n = 7)			Sakai et al. (2013) (n = 54)			p値
	平均値	±標準偏差	(最小値- 最大値)	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)	5.7	±2.6	(3.0- 16.0)	0.301 a)
3名	0	(0.0)		6	(11.1)		
4名	3	(42.9)		14	(25.9)		
5名	0	(0.0)		11	(20.4)		
6名	0	(0.0)		10	(18.5)		
7名	0	(0.0)		3	(5.6)		
8名	2	(28.6)		2	(3.7)		
9名	1	(14.3)		4	(7.4)		
11名	1	(14.3)		0	(0.0)		
12名	0	(0.0)		1	(1.9)		
14名	0	(0.0)		1	(1.9)		
16名	0	(0.0)		1	(1.9)		
常勤換算看護師数	5.4	±2.5	(2.5- 8.9)	4.7	±2.0	(2.5- 13.0)	0.386 a)
雇用形態別看護師数							
常勤 (29名)							
1名	0	(0.0)		1	(1.9)		
2名	2	(28.6)		9	(16.7)		
3名	2	(28.6)		12	(22.2)		
4名	1	(14.3)		17	(31.5)		
5名	0	(0.0)		8	(14.8)		
6名	0	(0.0)		3	(5.6)		
7名	1	(14.3)		2	(3.7)		
8名	1	(14.3)		0	(0.0)		
12名	0	(0.0)		1	(1.9)		
非常勤 (19名)							
0名	1	(14.3)		15	(27.8)		
1名	2	(28.6)		14	(25.9)		
2名	1	(14.3)		9	(16.7)		
3名	1	(14.3)		8	(14.8)		
4名	0	(0.0)		3	(5.6)		
6名	2	(28.6)		1	(1.9)		
7名	0	(0.0)		1	(1.9)		
8名	0	(0.0)		2	(3.7)		
保険別利用者数 (平成26年6月)							
医療保険	20.4	±21.1	(3.0- 63.0)	no data			
介護保険	42.6	±19.8	(27.0- 63.0)	no data			

欠損値を除く。 a) 独立したサンプルのt検定。

Sakai et al (2013) Home visiting nurses' attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors は、千葉県全211訪問看護事業所 (2012年5月31日時点) に質問紙調査を行い、回答の得られた54事業所の訪問看護師計206名のデータを分析した研究論文である。比較可能なすべての変数について、Sakai et al (2013) で用いられた分析データと本研究のデータを比較した結果を示す。

表5. 受け持ち訪問看護師がT1で評価した利用者にケアを提供する上で関わった専門職との連携のしやすさ（利用者数 n = 27）

変数	n	(%)	平均値	±標準偏差	(最小値- 最大値)	
利用者にケアを提供する上で関わった専門職との連携のしやすさ						
J-RCS スコア	27	(100.0)	3.58	±0.53	(2.64- 5.00)	
利用者にケアを提供する上で関わる専門職パターン別のJ-RCSスコア						
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員	7	(25.9)	3.99	±0.55	(3.48- 5.00)	
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士・訪問入浴の専門職	4	(14.8)	3.58	±0.14	(3.40- 3.70)	
訪問看護師・主治医	3	(11.1)	3.26	±0.52	(2.64- 3.64)	
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士	2	(7.4)	3.23	±0.03	(3.21- 3.25)	
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 通所施設の専門職	2	(7.4)	3.43	±0.61	(3.00- 3.86)	
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問リハビリの専門職	1	(3.7)	3.21	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問入浴の専門職	1	(3.7)	4.50	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問リハビリ・通所施設の専門職	1	(3.7)	3.51	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問入浴・短期入所施設の専門職	1	(3.7)	3.00	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士・通所施設の専門職	1	(3.7)	4.86	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士・訪問リハビリの専門職	1	(3.7)	4.31	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士・訪問リハビリ・短期入所施設の専門職	1	(3.7)	3.10	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士・訪問入浴・短期入所施設の専門職	1	(3.7)	2.95	—	—	—
訪問看護師・主治医・居宅介護支援専門員・ 訪問介護士・訪問入浴・訪問リハビリの専門職・ 通所施設・短期入所施設の専門職	1	(3.7)	3.18	—	—	—

J-RCSは、日本語版Relational Coordination Scaleを指す。

J-RCSスコアは、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、利用者にケアを提供する上で関わった各専門職のJ-RCS得点の総和を分子とする。

表6. 各専門職種との連携のしやすさ（J-RCS得点）（利用者数 n = 27）

変数	n	(%)	平均値 ±標準偏差	(最小値- 最大値)	Cronbach's α
事業所の訪問看護師(管理者含む)	27	(100.0)	4.51 ±0.47	(3.57- 5.00)	.853
主治医	27	(100.0)	3.11 ±0.88	(1.29- 5.00)	.897
居宅介護支援専門員	24	(88.9)	3.86 ±0.74	(2.57- 5.00)	.863
訪問介護士	11	(40.7)	2.83 ±0.72	(2.00- 4.14)	.801
訪問入浴の専門職	8	(29.6)	2.79 ±0.56	(2.14- 3.57)	.876
訪問リハビリの専門職	6	(22.2)	3.55 ±1.20	(2.29- 4.86)	.859
通所施設の専門職	5	(18.5)	2.69 ±0.79	(1.43- 3.29)	.893
短期入所施設の専門職	4	(14.8)	2.68 ±0.44	(2.29- 3.29)	.889

受け持ち訪問看護師が分析対象となる利用者27名にケアを提供する上で関わった専門職について、職種別にJ-RCS得点の記述統計量を算出した。そのため、表中のJ-RCS得点は各専門職との連携のしやすさを必ずしも正確に反映していない。

表7. 利用者に立案された目標数と目標達成度（利用者数 n = 27; 目標数 n = 88）

変数	n (%)
	平均値 ±標準偏差
利用者1名あたりに立案された目標数（n = 27）	3.26 ±0.94
1個	2 (7.4)
2個	3 (11.1)
3個	8 (29.6)
4個	14 (51.9)
目標達成度(n = 88)	0.77 ±1.11
+2	26 (29.5)
+1	35 (39.8)
0	11 (12.5)
-1	13 (14.8)
-2	3 (3.4)

本研究では、利用者1名に立案される目標は最大4つとした。
目標達成度は、目標毎に-2～+2の5段階で評価する。

表8-1. 利用者に立案された目標と目標達成に向けたケアの実施内容、および、ケアの分類結果（目標数 n = 88）

ID	目標 順位	立案された目標	目標達成に向けたケアの実施内容	サブ カテゴリ	カテゴリ
1	3)	服薬を継続でき、血圧が維持できる	利用者は認知症ではあるものの、利用者・介護者によって問題なく内服薬の管理がされてきた。訪問看護師による血圧変動の観察を行う。	身体 徴候 と 症 状 の 観 察	処 置 観 察
3	1)	肺炎をおこさない	利用者はパーキンソン病で嚥下機能が低下している。口腔内ケアは利用者で行えており、訪問看護師は肺炎の徴候等の観察を行う。		
5	3)	バイタルサイン安定、下肢浮腫軽減、脱水傾向なし	利用者には既往に心不全があり、下肢に浮腫がある。浮腫は軽度であり、訪問看護師は、皮膚・浮腫状態の観察を行う。		
6	1)	感染しない チューブトラブル時の対応（病院受診）ができる	利用者は腎ろうが造設されており、感染のリスクが高く、チューブが閉塞するリスクもある。腎ろうの管理は利用者で行えているが、訪問看護師が腎ろうの廃液などの観察を行う。		
7	2)	食事摂取量が増え、栄養状態・貧血が改善する	利用者は肺炎のため、食事摂取がほとんどできていない状態である。介護者が食事・栄養・水分を提供し、訪問看護師は食事摂取量の観察を行う。		
9	2)	褥創や皮膚損傷がない	利用者は筋緊張性ジストロフィーであり、日中の大半を車椅子で過ごす。褥創の発生リスクが高いが、現在には発生しておらず、訪問看護師と他職種は褥創の予防として皮膚観察を行う。		
12	1)	倦怠感、食欲低下の進行が緩徐である 疼痛が薬でコントロールされている	利用者は胃がんの終末期である。倦怠感・食欲低下などが症状としてあるが、利用者に疼痛薬を調整することでコントロールしながら生活が行えている。訪問看護師は、食事摂取状況や疼痛の状況の観察を行う。		
12	2)	腹部膨満が増強しない	利用者は胃がんの終末期で、治療の副作用により腹部膨満の症状がある。服薬管理は自身で行えており、訪問看護師は腹部膨満の症状観察を行う。		
12	3)	浮腫が増強せず、また、 皮膚トラブルを起こすことなく維持できる	利用者は胃がんの終末期で下肢に軽度の浮腫がある。利用者は日常生活は自身で実施可能であり、認知症状もない。訪問看護師は浮腫の状況も含めた全身状態の観察を行う。		
13	1)	胸水貯留がない	利用者は肝臓がんであり、栄養状態の低下から胸水の貯留リスクが指摘されている。訪問看護師は、呼吸音や呼吸状態の観察を行う。		
16	1)	右背部痛、右胸部痛の軽減 食事のむせ、咳ソウの軽減	右下葉肺がんによる背部痛があり、食事のむせなどでさらに痛む。しかし、積極的な疼痛管理は行わない方針であり、訪問看護師は、疼痛と食事の咳ソウの状況など、観察を行う。		
16	2)	階段昇降時、途中で休憩する時間が減る 室内で酸素を使用しない時間が持てる	利用者は右下葉肺がん、呼吸状態が悪く在宅酸素療法を行っている。在宅酸素に頼らず頑張ってしまうときがある。訪問看護師は、在宅酸素療法使用時や活動時の呼吸酸素濃度を観察する。		
17	1)	誤嚥しないでスムーズに食事ができる 肺炎の兆候がない	利用者は舌がんで、飲み込みで少しむせがあるが、咳をしたり食事に気をつけたりの対策を自身で行えている。訪問看護師は、嚥下の状況や肺炎の徴候がないかの確認を行う。		
17	2)	食事摂取で十分な栄養確保ができる	利用者は舌がんで、食事を十分に取れないときがある。利用者は食事を作ることができ、他職種は利用者の体調をみながら食事内容の検討を行う。		
18	1)	食事時のむせこみもほとんどなく、 誤嚥性肺炎を引き起こしていない	利用者は92歳と高齢であり、食事を誤嚥することで肺炎になるリスクが高い。現在、軽度のむせこみで利用者で対処できているが、訪問看護師は食事摂取時の飲み込みや肺炎の徴候がないかの観察を行う。		
19	2)	呼吸疾患により体動困難・多汗だが、 皮膚トラブルおこさない	利用者は慢性閉塞性肺疾患で、活動量が少なく同じ体勢でいることが多く、多汗である。訪問看護師は、入浴介助時に皮膚の観察を行う。		
20	1)	食事時ポジショニングも出来、 肺炎を引き起こさず在宅療養できている	利用者は要介護4で床上で食事を摂取している。利用者の食事介助は介護者が行っている。訪問看護師は、介護者によるポジショニングの確認と肺炎の徴候がないかの観察を行う。		
20	3)	十二指腸潰瘍再発のリスクがあるままである	利用者は既往に十二指腸潰瘍があり再発のリスクがある。現在十二指腸潰瘍の症状はなく、訪問看護師が再発徴候の観察を行う。		
22	1)	入院時より経口摂取量がアップする	利用者は食事がほとんど取れない状態であり、食事も低下している。利用者が食べたいときに食べられるよう、訪問看護師・他職種・介護者で食事・栄養・水分に関する援助・観察を行う。		
22	2)	肺炎をおこさない	利用者は要介護3であるが、ほぼ寝たきりである。誤嚥性肺炎のリスクがあるが、食事はほとんど取れておらず、訪問看護師は肺炎徴候がないかの確認を行う。		
22	3)	感染を起こさない	利用者は廃用性症候群で食事も取れておらず、免疫力が低下している。今のところ感染は確認できておらず、訪問看護師は感染徴候がないかの確認を行う。		
22	4)	褥創なし	利用者は要介護3であるが、ほぼ寝たきりであり、オムツ内排泄をしており、褥創の発生リスクが高い。現在、皮膚状態は良好に保たれており、訪問看護師は皮膚状態の観察を行う。		
23	3)	飲み込みが改善し食事摂取量が増える	利用者は在宅中心静脈栄養を行っているが、経口摂取もわずかに可能である。しかし、飲み込みの状況が悪く、訪問看護師は、利用者の飲み込み状況を確認しながら、食事・栄養・水分に関する援助を行う。		
24	1)	浮腫が軽減する	利用者は慢性心不全で下肢に軽度浮腫がある。浮腫があると皮膚が弱く、褥創の発生リスクが高い。訪問看護師と介護者は皮膚を清潔に保つため、保清を行い、訪問看護師は、皮膚状態の観察を行う。		

表8-2. 利用者に立案された目標と目標達成に向けたケアの実施内容、および、ケアの分類結果（目標数 n = 88）

ID	目標 順位	立案された目標	目標達成に向けたケアの実施内容	サブ カテゴリ	カテゴリ
2	1)	嚥下機能が維持でき、誤嚥をおこさない 吸引しても、食残は引けない	利用者は食事を経口から摂取することができる。要介護5でほぼ寝たきりのため肺炎のリスクが高い。訪問看護師・他職種・介護者で口腔ケアを行うことや、訪問看護師が吸引を行う。	治療・医療処置の実施	処置観察
2	2)	腹痛無く、排便が0～1回/日自然排便がある もしくは、訪問看護介入時の処置にて しっかり排便がスムーズに出る	利用者は要介護5で寝たきりであるため腹圧をかけにくい。腹部膨満があり排便コントロールが必要である。訪問看護師が浣腸・摘便・下剤調整を行い、他職種は排泄介助を行う。		
4	3)	毎日規則的にカロリーを考えながら食事が摂れ、 NGSPの値が下がる	利用者には糖尿病があり、食事が不規則である。利用者が食事時間や内容に気をつけ、食事療法を実施する。		
7	1)	発熱や倦怠感等の症状が軽減または消失する	利用者は肺炎であり、発熱や倦怠感がある。訪問看護師は解熱や肺炎の治療のため、点滴や注射を行う。また、他職種は採血などの検査を行う。		
10	1)	IVH漏れ、皮膚炎を早期に発見し、 長引かせずに再開できる 尿路感染をおこさない	利用はIVHを利用しているが、輸液が漏れてしまい、皮膚炎になることがこれまでに数回あった。訪問看護師は、皮膚状態の観察を行う。		
10	2)	確実に補液ができる	利用者はIVHを利用しているが、輸液が漏れてしまい輸液量が十分でないときがあった。訪問看護師は、点滴や注射の実施、点滴ルートの交換を行い、確実な輸液を行う。		
11	2)	皮膚損傷に伴う処置が必要になり、 痛み等が出現するが対処することで 苦痛の軽減が図れる	左乳房に浸出液を伴う腫瘍があるが、痛みはいまのところない。訪問看護師が皮膚状態の観察と創傷処置を行う。		
14	1)	血糖値HbA1cが安定する	HbA1cが15.0mg/dlと高く、糖尿病のコントロール状態が不良である。利用者または介護者が血糖測定やインスリン注射、食事に関する援助を行う。		
15	1)	食事やインスリンのコントロールがうまくされ、 HbA1cが良くなる 家族によるインスリン投与がされる	利用者は高齢の夫と二人生活である。食事療法で指示されているエネルギー制限が守れず、インスリン注射も打てない。訪問看護師は、血糖測定とインスリン注射を行う。		
17	4)	鎮痛剤の使用の軽減 マッサージやストレッチにて疼痛の緩和がある	利用者は舌がんであり、手術後の痛みがある。訪問看護師は、手術創の処置や疼痛管理を行う。		
18	2)	右踵部褥創が完治する	利用者はほとんど寝たきりで右踵部に軽度の発赤がある。訪問看護師と他職種は、清拭と体位交換を行う。保湿剤などの塗布を行う。		
18	3)	下剤内服し、訪問時排便ケア実施にて コントロールしている	利用者はほとんど寝たきりであり、腹圧がかけにくい。他職種は排泄後のおむつ交換。訪問看護師は、下剤の管理と訪問時に摘便を行う。		
20	2)	排便コントロールがついている	利用者は要介護4で床上でほぼ寝たきりであり、排便時腹圧がかけにくい。訪問看護師は、下剤調整と排泄介助を行う。		
21	1)	症状出現あっても疼痛コントロールがついて、 在宅での生活を続けている	下咽頭がん終末期の独居の利用者。日常生活は自立しているもののがんの転移で疼痛があり痛み止めを服用している。訪問看護師と他職種が疼痛管理を行う。		
21	2)	低栄養でなく過ごす	利用者は下咽頭がん終末期である。食事摂取を在宅中心静脈栄養と腸ろうの経管栄養を行っている。訪問看護師・他職種は、食事・栄養・水分に関する援助を行う。		
21	3)	排便のコントロールがついている	利用者は腸ろう栄養で下痢を繰り返している。訪問看護師は食事・栄養・水分に関する援助、排泄介助、摘便・浣腸を行う。		
23	1)	感染なく、点滴治療が続けられる	利用者は要介護5で、在宅中心静脈栄養で栄養の摂取と点滴治療を行っている。在宅中心静脈栄養の点滴ルートから感染のリスクが高い。訪問看護師は、点滴ルートの交換や採血などの検査を行う。		
25	2)	褥創が治癒する	利用者は要介護4であり、ほぼ寝たきりである。臀部に軽度の発赤がある。訪問看護師・他職種・介護者による排泄介助を継続し、訪問看護師による褥創の処置を行う。		
26	1)	点滴内の疼痛緩和 薬剤の変更	利用者は脊柱管狭窄症で2日に1回痛み止めの点滴を行っている。訪問看護師は、疼痛管理や点滴を行う。		
3	2)	トラブルなく 胃ろう管理ができる	利用者が胃ろう管理を行っていたが、チューブを切断してしまうなどのトラブルがあった。訪問看護師は、胃ろうの管理指導を行う。	医療機器・薬剤の管理	
4	1)	自分の薬をセットして内服の飲み忘れがない	利用者には糖尿病があり、内服管理が必要である。訪問看護師と利用者で服薬管理を行う。		
4	2)	毎日3回血糖・体重測定・注射ができ、 NGSPの値が下がる	利用者には糖尿病があり、利用者自身が血糖・体重測定・注射を実施する。		
6	2)	胃ろうの管理を継続して自分でできている	利用者には胃ろうが造設されており、これまでも自身で管理を行ってきた。利用者が継続して胃ろうの管理を行う。		
8	1)	薬を忘れることなく服用できる	利用者は複数の内服薬を服用している。これまで自身で管理していたが、飲み忘れることがあった。利用者が適切な内服管理を行う。		
8	2)	デバスの内服回数が減る	利用者には慢性閉塞性肺疾患の既往がある。デバス（安定剤）を飲むことで呼吸状態を維持できている。訪問看護師が呼吸の仕方や吸入機器の指導を行い、利用者が頓用のデバスの服薬管理を行う。		
19	1)	生活動作にあわせた呼吸が行える HOTやNIPPV使用、管理できる	利用者は慢性閉塞性肺疾患で、在宅酸素療法を行っている。外出は少なく、ほとんど自宅で過ごしている。利用者は、呼吸状態に合わせた在宅酸素療法が行う。		
25	3)	きちんと配薬できる	利用者は認知症であり、服薬管理は介護者である夫が行っている。夫の服薬管理状況が不明確で残薬が多数ある。介護者による服薬管理を整える。		

表8-3. 利用者に立案された目標と目標達成に向けたケアの実施内容、および、ケアの分類結果（目標数 n = 88）

ID	目標 順位	立案された目標	目標達成に向けたケアの実施内容	サブ カテゴリ	カテゴリ
1	2)	転倒しない	転倒後寝たきり状態となり、現在歩行は出来るがふらつきがある。訪問看護師が転倒予防に必要な下肢筋力の維持・改善を行う。	日常生活動作の促進	生活支援
3	3)	転倒せずごせる	利用者はパーキンソン病であり、転倒歴がある。訪問看護師・他職種で安全な歩行に向けた機能訓練を行う。		
5	1)	自発的な日常生活行動が見られる	利用者には既往に認知症がある。それにより意欲の低下がみられる。利用者が自発的に行動するように機能訓練や声かけを行う。		
5	2)	転倒なくすし、手すり・柵を効果的に使用できる	利用者は右大腿骨を骨折し、ADLが低下した。訪問看護師と他職種で活動量の増加を目指した機能訓練を行う。		
5	4)	見守りと誘導にて移動動作が行える	利用者は右大腿骨を骨折し、ADLが低下している。また、認知症のため意欲が低下している。訪問看護師と他職種、介護者は、移乗・歩行の介助や外出の介助を行う。		
7	3)	トイレに行ける 日中は離床できる	利用者は肺炎のため、ADLが低下している。介護者がトイレまでの移乗・歩行介助を行い、排泄介助を行うことで、床上での生活でなく、トイレに行き、離床する習慣をつける。		
9	1)	電動車いすを使って自由に外出できる	利用者は筋緊張性ジストロフィーの既往がある。以前は電動車椅子を使って外出していたが、外出頻度が少なくなっておりADLが低下している。訪問看護師や他職種が移乗・歩行介助を行い、機能訓練を行う。		
9	3)	サービスを利用して自由に外出ができる	利用者は筋緊張性ジストロフィーで、独りで外出することが困難である。外出頻度が減っており、様々なサービスを利用し、利用者の活動の活性化を行う。		
9	4)	規則的な生活を送ることができ、体力の消耗がない	利用者には昼夜逆転になることや日中の車椅子移乗で疲労が蓄積してしまうことなどがある。訪問看護師と他職種は、利用者の生活を規則的になるように保清や移乗・歩行介助を行う。		
11	4)	今のADL(入浴、選択、食事、買い物たまに行く等)が続けられる	利用者は左乳がんの終末期である。ADLの維持は困難であるが、訪問看護師による保清や、介護者から食事・栄養・水分に関する援助を受けて、日常生活動作の維持を行う。		
14	2)	排泄動作がスムーズとなり、オムツ排泄が減る	利用者は要介護5であるが、移乗は介助があれば何とかできる。臀部の褥創の発生予防も含め、訪問看護師は移乗・歩行介助を行う。		
17	3)	毎日の散歩の継続 日中の大半を座位で過ごす	利用者は舌がんであり、気分が沈みがちで一日中寝て過ごすことが多い。気分転換にもなっている散歩を利用者が続けるように下肢筋力の訓練を行う。		
24	2)	ADL向上、リビングでの生活主	利用者は慢性心不全で活動量を多くはできないが、要支援2であり自力での活動が可能である。介護者による移乗・歩行介助、外出介助だけでなく、自力歩行を促すため、柵などを設置し環境面の整備を行う。		
26	2)	屋外での自力歩行	利用者は脊柱管狭窄症で痛みがあるため、活動を自主制限している。下肢筋力低下予防のため、訪問看護師は機能訓練を行う。		
27	3)	手すりや見守りにより、転倒する機会を減らす 今よりADLやQOLを下げない	利用者は肺がん終末期であり、歩行にふらつきがある。手すりや見守りを拒否し、自身で行動してしまうため、転倒のリスクが高い。訪問看護師は、歩行状態の改善を目指し機能訓練を行う。		

表8-4. 利用者に立案された目標と目標達成に向けたケアの実施内容、および、ケアの分類結果（目標数 n = 88）

ID	目標 順位	立案された目標	目標達成に向けたケアの実施内容	サブ カテゴリ	カテゴリ
1	1)	訪問看護のときは、入浴等清潔を受け入れる	利用者が認知症で自身の保清に関心が低いこと、またADLの低下で浴室までの移動が困難であるため保清が十分でない。訪問看護師が入浴介助や移動介助を行う。	心理面・ 環境面の サポート	生活 支援
3	4)	妻の体調維持し、在宅生活を継続できる	利用者には介護者である妻がおり、妻はがん治療を定期的に受けている。利用者の入浴介助やその他の保清、服薬管理など行っており、治療で不在時の不安がある。現在問題ないが、妻が滞りなくがん治療を受けられるよう、環境面の整備を行う。		
6	3)	清潔が保てる環境になる シャワーが使用できる	利用者は独居であり、シャワーが故障していても自身で直すことができない。訪問看護師と他職種はシャワーが使えるように環境の整備を行う。		
11	1)	病状を理解して、治療の選択ができる	利用者は91歳と高齢で、左乳がんがある。病状について医師の説明が十分理解できていない。利用者と介護者が病状を理解し、治療の選択ができるよう支援を行う。		
12	4)	副作用に対して十分理解し、身体状態に対して適切に対処できる	利用者は胃がんの終末期である。治療の副作用に不安をもっており、訪問看護師と他職種は症状の説明などを行い、不安軽減の支援を行う。		
14	3)	介護者と本人の関係も良好で問題なく過ごせる	利用者は介護者である娘の介護に対して拒否的な態度を示している。両者の関係性を良好に保つため、心理的な支援を行う。		
16	3)	再発への不安言動が減り、体力に自信をもった言動が増える リハビリ意欲の向上	利用者は右下葉肺がんで、再発を心配している。もともと体力には自信のある方であったが、退院後ADLの低下で精神的に落ち込むことがある。訪問看護師は、心理面の支援を行う。		
16	4)	本人の自立心や活動意欲が強く、妻の介護負担は少ない	利用者は介護者である妻と二人暮らしで、生活のほとんどを妻に頼っている。退院後、不安で意欲低下がある。訪問看護師は、妻が介護負担に対して、介護環境の整備を行う。		
19	3)	夫が機械類の管理ができ、緊急時の対応ができる	利用者は夫と生活をしているが、夫による機械管理がなされていない。利用者の体調悪化時には夫が機械類の管理を行うため、夫の緊急時に対応できるよう環境の整備を行う。		
21	4)	不安が軽減されている	利用者は下咽頭がん終末期である。また独居で、不安が大きい。訪問看護師と他職種で心理面の支援を行う。		
23	2)	在宅での介護を続けられる	利用者は82歳で、介護者である夫も高齢である。訪問看護師は排泄介助、他職種は入浴介助や清拭、局部洗浄を行っているが、介護者がほぼすべての介護を担っている。サービスの充実など環境面の整備を行う。	介護負担の 軽減	
26	3)	屋内での車椅子利用中止	利用者は脊柱管狭窄症で痛みがあるため、屋内でも車椅子を利用し移動している。狭い廊下で転倒の危険が高く、手すりの設置や車椅子以外の移動手段を用いるよう、環境整備を行う。		
27	1)	周囲の援助を得ながら家で看取ることに自信を持つことが出来る	介護者が高齢のため、終末期の利用者をひとりで看るには負担が大きく、介護者に介護の自信がない。介護者が自信を持つことができるよう、心理面・環境整備などの支援を行う。		
10	3)	チームで連携し、サポートすることで介護負担が軽減できる	介護者である娘に頻脈発作の既往があり、ひとりで両親と夫の3名を介護しているため、介護負担が大きい。訪問看護師と他職種がサポートすることで介護負担を軽減する。		
11	3)	家族での協力、必要なサービスを利用してご本人にとって一番良い選択をして介護が継続できる	娘が主たる介護者であるが持病がある。娘だけでなく他の家族員も介護に参加するよう、利用者や介護者が他の家族に働きかけを行う。		
18	4)	(家族の介護)負担の増強なし	利用者と同居の息子夫婦は自営業で忙しく、介護に積極的に時間をとれず負担がある。訪問看護師と他職種は、介護者の介護環境の支援を行う。		
20	4)	介護負担の増強が軽減している	利用者は88歳であり、介護者である妻も高齢である。介護者の介護負担を軽減する。		
25	4)	デイサービスや訪問介護が利用でき、ご主人の時間が増える	利用者の介護は夫だけで行っている。夫が介護以外の時間を持てるよう、訪問看護師と他職種は、介護負担の軽減を行う。		
26	4)	デイサービスに行く	介護者である妻がほとんどの日常生活をサポートしている。妻の時間を確保することで、介護者の介護負担軽減を行う。	介護負担の 軽減	
27	2)	無理なく周囲に援助を求めながら生活できる	介護者が高齢のため、肺がん終末期の利用者を独りで介護するのは困難である。訪問看護師は介護負担の軽減を行う。		

表9. 連携のしやすさと目標達成度の関連: 二変量解析 (目標数 n = 88)

変数	n (%)	目標達成度		Pearson's r	p値
		平均値	±標準偏差		
J-RCS スコア				.243	.053
利用者の特徴					
年齢	78.9 ±11.3			.169	.116
性別 女性	42 (47.7)	0.71	±1.17		.712
男性	46 (52.3)	0.80	±1.11		
保険利用の別					
医療保険	17 (19.3)	0.53	±1.12		.351
介護保険	71 (80.7)	0.82	±1.14		
介護度 要支援1	0 (0.0)			-.240	.055
要支援2	9 (10.2)				
要介護1	10 (11.4)				
要介護2	12 (13.6)				
要介護3	12 (13.6)				
要介護4	12 (13.6)				
要介護5	13 (14.8)				
訪問看護開始前1ヶ月における療養場所の移行					
なし 自宅	46 (52.3)	0.79	±1.04		.833
あり 退院/退所	42 (47.7)	0.74	±1.24		
主な疾患名(複数回答可)					
悪性腫瘍 なし	61 (69.3)	0.74	±1.12		.771
あり	27 (30.7)	0.81	±1.18		
糖尿病 なし	72 (81.8)	0.83	±1.15		.909
あり	16 (18.2)	0.84	±1.03		
認知症 なし	77 (87.5)	0.70	±1.10		.190
あり	11 (12.5)	1.18	±1.33		
療養期の別					
終末期である	19 (21.6)	0.58	±1.30		.405
終末期ではない	69 (78.4)	0.84	±1.07		
日常生活自立度(BI)	55.9 ±37.0			-.042	.750
併存疾患 (CCI)	2.7 ±2.3			-.115	.286
介護者					
なし	16 (18.2)	0.60	±1.40		.080
あり	72 (81.8)	0.93	±1.03		
同居	57 (64.8)	0.93	±1.03		.406
別居	15 (17.0)	0.60	±1.40		
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		

BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。

表10. 連携のしやすさと目標達成度の関連: 利用者27名88目標における線形混合モデル分析 (目標数 n = 88)

変数	目標達成度					
	標準化	標準誤差	t値	95%信頼区間		p値
	回帰係数			Min	Max	
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
ケアの特徴						
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 (ref: 処置観察)	1.146	.461	2.486	.228	2.065	.015

切片 (利用者27名) を変量効果とした線形混合モデル。

標準化回帰係数(傾きの推定値)は、線形回帰分析における標準化偏回帰係数 β に相当する。

情報量基準: 赤池情報基準=283.103、Schwarz's Bayesian 基準=287.867

J-RCSは、日本語版Relational Coordination Scaleを指す。

BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。

表11. 連携のしやすさと目標達成度の関連: 利用者42名135目標における線形混合モデル分析 (目標数 n = 135)

変数	目標達成度					
	標準化 回帰係数	標準誤差	t値	95%信頼区間		p値
				Min	Max	
J-RCSスコア	.198	.422	.765	-.523	.922	.598
利用者の特徴						
年齢	.040	.044	9.136	-.031	.049	.196
日常生活自立度(BI)	.006	.004	1.560	-.002	.013	.134
併存疾患(CCI)	-.104	.059	-1.743	-.227	.020	.096
認知症の有無	.658	.407	1.618	-.191	1.506	.121
介護者の有無	.442	.278	1.591	-.139	1.022	.388
ケアの特徴						
生活支援 (ref: 処置観察)	-.162	.229	-.706	-.619	.295	.482
J-RCSスコア × 生活支援 (ref: 処置観察)	1.102	.455	2.368	.209	2.001	.030

切片(利用者42名)を変量効果とした線形混合モデル。

標準化回帰係数(傾きの推定値)は、線形回帰分析における標準化偏回帰係数 β に相当する。

情報量基準: 赤池情報基準=296.113、Schwarz's Bayesian 基準=299.876

J-RCSは、日本語版Relational Coordination Scaleを指す。

BI (Barthel index) は100を自立とし、100に近いほど日常生活が自立していることを示す。

CCI (Charlson comorbidity index) は値が高いほど、併存する疾患が予後予測の悪いものであることを示す。

表12-1. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
5	2) 転倒なくすごし、手すり・柵を効果的に使用できる	右大腿骨転子部骨折し、退院に当たり、自宅でのシャワー浴介助とリハビリ目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内では共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】訪問看護導入時に利用者宅でケアカンファレンスを行った。追加のサービスとしての看護の介入だったのでnrとcmのみでカンファレンスを実施 【vt】同じ事業所で頻繁に情報交換あり 【day】ノートなどで情報あり	利用者には骨折に至る転倒歴が複数回ある。【vt】が家でのトイレ動作やベッドからの起き上がりを担当し、【nr】も同じやり方で実施した。【day】ではなるべく車椅子を使わないで歩行訓練をしてもらうように対応を統一した。転倒せず過ごせたが、もとの状態をキープするに留まった。	低	▲
1	1) 訪問看護のときは、入浴等清潔を受け入れる	屋外で転倒してから寝たきり状態となった。利用者は認知症で、同居の介護者も認知症のため、近居の親族が泊まりこみで介護している。筋力低下のため、リハビリ目的で訪問看護導入となった。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】訪問看護指示書と報告書が主 【cm】頻繁に利用者についての情報を交換	利用者は認知症で保清ができていない。また、シャワー浴ができる環境が整っていなかった。【nr】は足浴や手浴からはじめ、シャワー浴を利用者に勧めた。【cm】に訪問時の様子などを伝えていたので、タイミングよくシャワー浴のためのシャワーチェアの導入がすみ、シャワーを浴びることができた。	高	▲
2	1) 嚥下機能が維持でき、誤嚥をおこさない 吸引しても、食残は引けない	同じ事業所の訪問リハビリから、排便状況のコントロールに対する訪問看護導入の提案があった。排便コントロールと誤嚥性肺炎予防目的の吸引指導のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内では共有 【dr】指示書と報告書のやりとりが主 【cm】ほとんど会っていない 【hh】定期巡回型の訪問介護で食事介助と口腔ケアのため、ノートでのやりとりが主 【bath】情報共有ほとんどなし 【vt】同じ事業所で頻繁に相談可能 【day】特になし 【short】滞在中の利用者情報の共有なし	利用者の嚥下機能訓練のため【vt】が導入されており、【nr】【vt】で口腔・鼻腔・気管内の吸引を実施していた。吸引機は【cm】が【nr】導入前に用意していた。【day】や【hh】では吸引をしていなかった。吸引で食事残渣物が沢山あるものの、むせはなく発熱もなく経過した。	高	▲
3	4) 妻の体調維持し、在宅生活を継続できる	パーキンソン病の進行による家族介護負担の増大に対する負担軽減と、経口摂取と併用中の胃ろうからの栄養管理目的で訪問看護導入となる。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】病院医と在宅医に情報共有するが、指示書と報告書のやり取りが主 【cm】カンファレンスで相談し、利用者情報を共有 【vt】情報交換はなし	【cm】をはじめとする複数の職種で月に1回は会合を持つようにした。介護者の妻が抗がん剤の治療で留守にする際の胃ろう栄養を【nr】が担当することなどが迅速に決まり、介護者が滞りなく治療を受けることができた。安心して治療を受けられ、在宅生活が維持できた。	高	▲
5	4) 見守りと誘導にて移動動作が行える	右大腿骨転子部骨折し、退院に当たり、自宅でのシャワー浴介助とリハビリ目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内では共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】訪問看護導入時に利用者宅でケアカンファレンスを行った。追加のサービスとしての看護の介入だったのでnrとcmのみでカンファレンスを実施 【vt】同じ事業所で頻繁に情報交換あり 【day】ノートなどで情報あり	シャワー浴介助は介護者では危険なため、【nr】で介助することになっていた。週1回の【nr】訪問では、浴室までの歩行のための機能訓練が十分でなかった。【vt】や【day】でも機能訓練をお願いし、【vt】からは歩行時の足の上げ方などを教わった。利用者も少しずつ慣れ、介助量が減ってきた。	高	▲

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-2. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
5	1) 自発的な日常生活行動が見られる	右大腿骨転子部骨折し、退院に当たり、自宅でのシャワー浴介助とリハビリ目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内では共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】訪問看護導入時に利用者宅でケアカンファレンスを行った。追加のサービスとしての看護の介入だったのでnrとcmのみでカンファレンスを実施 【vt】同じ事業所で頻繁に情報交換あり 【day】ノートなどで情報あり	利用者は認知症で自発的な行動が少ない。【nr】は介護者や【vt】【day】で普段の様子を確認したり、【vt】や【day】でも【nr】が行っている働きかけや促しを同じにすることで援助に差が出ないようにした。利用者が自発的に飲み物を飲んだり作業をしたり出来るようになり、状態が改善した。	高	▲
8	1) 薬を忘れることなく服用できる	慢性閉塞性肺疾患による呼吸困難感の悪化、また不安が増大し、近居の家族による毎日の訪問だけでは自宅療養が困難になりつつあった。ケアマネジャーからの依頼で、訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】【cm】直接会う機会はほとんどなし 病状が安定しており手紙やFAXなりで情報提供と連絡を受けた 【hh】直接のやりとりはほとんどなし 連絡ノートに食事や排泄の情報の記載あり 【bath】【short】 直接連絡はなし 処置や対応を統一することはなかった	利用者は呼吸状態が悪くなるとパニックになってしまうことがあり、内服薬を飲み忘れることがあった。【nr】内で内服薬の管理、【hh】に朝・昼の内服を利用者に渡すという対応を依頼した。【nr】【hh】で確実に薬を渡すことができ全く飲み忘れることはなかった。	高	▲
9	1) 電動車いすを使って自由に外出できる	利用していた訪問看護事業所が縮小することになり、新たにサービス事業者を探していたところ、ケアマネジャーから紹介を受けて、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内での情報交換 【dr】様々な専門医が往診、必要時のみ情報共有 【cm】利用者の情報共有や相談あり 【hh】カンファレンスとノートでのやりとりで細かく調整 【bath】ほぼ交流なし	【nr】は、【cm】【hh】とはカンファレンスで共通の目標をつくり、【hh】とはノートで情報交換をしていた。【hh】が外出用のNPOスタッフを導入した。一緒に外出してくれる人がいることで買い物などの外出が増えた。	高	▲
9	2) 褥創や皮膚損傷がない	利用していた訪問看護事業所が縮小することになり、新たにサービス事業者を探していたところ、ケアマネジャーから紹介を受けて、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内での情報交換 【dr】様々な専門医が往診、必要時のみ情報共有 【cm】利用者の情報共有や相談あり 【hh】カンファレンスとノートでのやりとりで細かく調整 【bath】ほぼ交流なし	利用者は夜間車椅子で就寝し、褥創と帯状疱疹のリスクがあった。【nr】訪問時は臥位になってもらうことや、【hh】が足浴をし下肢の血液循環を良好に保っていた。尾骨部に皮膚が硬化した部位があったが、悪化せずに過ごせた。	高	▲
9	3) サービスを利用して自由に外出ができる	利用していた訪問看護事業所が縮小することになり、新たにサービス事業者を探していたところ、ケアマネジャーから紹介を受けて、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内での情報交換 【dr】様々な専門医が往診、必要時のみ情報共有 【cm】利用者の情報共有や相談あり 【hh】カンファレンスとノートでのやりとりで細かく調整 【bath】ほぼ交流なし	利用者は近隣に親戚や友人がおらず家で過ごすことが多い。【nr】は利用者の活動状況などを把握した。【cm】や【hh】が利用者の体調が良いときには買い物に出かけたりして、サービスをうまく利用しながら外出することができていた。	高	▲
9	4) 規則的な生活を送ることができ、体力の消耗がない	利用していた訪問看護事業所が縮小することになり、新たにサービス事業者を探していたところ、ケアマネジャーから紹介を受けて、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内での情報交換 【dr】様々な専門医が往診、必要時のみ情報共有 【cm】利用者の情報共有や相談あり 【hh】カンファレンスとノートでのやりとりで細かく調整 【bath】ほぼ交流なし	【cm】が利用者宅に頻繁に訪問し、利用者の話を聞いていた。サービスの調整をほとんどを滞りなくすすめていた。【hh】は長年利用者に関わっているため、季節の変化などにも対応できていた。毎年調子を崩す時期ではあったが、検査のための短期入院だけで大きな変化なく過ごすことができた。	高	▲

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-3. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
10	2) 確実に補液ができる	誤嚥性肺炎の経過観察で他の訪問看護事業所のサービスを利用していたが、往診医による中心静脈栄養の穿刺の不手際が発生しトラブルとなった。その後、往診医の変更に伴い、訪問看護事業所も変更、導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】医師から往診の結果は届かない トラブルがないと情報共有しない 【cm】カンファレンスの開催時に顔合わせ トラブル時に連絡取り合う 【hh】カンファレンスで懸念事項等を共有 【bath】顔合わせ・情報共有なし	在宅中心静脈栄養の漏れのトラブルがあった。【nr】内では皮膚状態の観察やトラブル時の対応を統一し、【hh】と介護者にも異常な状態を説明することで意識の共有を図った。【hh】からトラブルの際、すぐに連絡があり、【nr】で対応することで漏れによる影響を少なくできた。	高	▲
14	3) 介護者と本人の関係も良好で問題なく過ごせる	利用者の糖尿病に対する病状認識が低く、血糖コントロールのための管理を受け入れられず、介護者の介護に対しても反発していた。介護者の介護負担軽減と血糖コントロール目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書、報告書でのやりとりのみ 【cm】サービス導入時は連絡 トラブル時のみ対応 【day】デイサービスでの様子など連絡なし	【cm】が利用者宅に頻繁に訪問し、介護者の話を聞いたり、【day】サービスの回数を増やすなど、利用者との距離感をうまく保てるように配慮していた。【nr】は【cm】に普段の状況などを【cm】に伝えたり、利用者と介護者がそれぞれやることを整理するなどに対応した。介護者に負担が重くなりすぎることなく過ごせた。	高	▲
16	1) 右背部痛、右胸部痛の軽減 食事中のむせ、咳ソウの軽減	肺がん手術後、入院中に発熱と誤嚥性肺炎を発症する。その後、利用者の希望にて自宅療養となるが、在宅酸素療法導入につき、病院医師から経過も含めて訪問看護でのフォローアップが必要と判断され、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】同じ事業所でカンファレンスを実施 日常的に利用者情報の共有あり	【cm】に受診時の付き添いを依頼し、【dr】に【nr】がアセスメントした疼痛やむせの状況を伝えてもらい、痛み止めの相談などをしてもらった。疼痛は自院内で誤嚥性肺炎を起すことなく過ごせた。	高	▲
16	2) 階段昇降時、途中で休憩する時間が減る 室内で酸素を使用しない時間が持てる	肺がん手術後、入院中に発熱と誤嚥性肺炎を発症する。その後、利用者の希望にて自宅療養となるが、在宅酸素療法導入につき、病院医師から経過も含めて訪問看護でのフォローアップが必要と判断され、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】同じ事業所でカンファレンスを実施 日常的に利用者情報の共有あり	利用者はできるだけ機械に頼りたくないという気持ちがあり、呼吸状態を気にせず在宅酸素療法を活用できていなかった。【dr】【nr】で自宅での生活時のSpO2の推移や活動状況を共有した。【dr】や利用者が具体的なSpO2の値を知ること、アドバイスを聞き入れてくれるようになり、呼吸に負担のない生活ができるようになった。	高	▲
16	3) 再発への不安言動が減り、体力に自信をもった言動が増える。 リハビリ意欲の向上	肺がん手術後、入院中に発熱と誤嚥性肺炎を発症する。その後、利用者の希望にて自宅療養となるが、在宅酸素療法導入につき、病院医師から経過も含めて訪問看護でのフォローアップが必要と判断され、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】同じ事業所でカンファレンスを実施 日常的に利用者情報の共有あり	利用者は肺がん再発への不安で落ち込んでしまうことが多かった。【nr】【dr】【cm】はなるべく再発に関する話をしない方向で情報を共有した。また、散歩で気分転換ができていたため、呼吸状態に負担がない距離感を【nr】の情報提供で【dr】から指導してもらった。無理なく、散歩が続けられ気分転換ができたことで体力への自信も出てきた。	高	▲

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良かったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-4. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
17	1) 誤嚥しないでスムーズに食事ができる 肺炎の兆候がない	舌がんのため、食事摂取量の低下があった。全身の体調管理と、がん再発に対する不安軽減目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】週1回の情報共有 【cm】【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【hh】直接連絡なし、ケアマネを介しての連絡が主	利用者は舌がんで食事の調理方法や飲み込みに不安があった。【nr】は利用者の思いを共有し、【hh】と食事形態を相談し、【cm】にも共有した。【hh】の訪問時間では食事摂取時の状況を確認できないので【nr】で確認をした。誤嚥はなく食事摂取できていた。	高	▲
17	3) 毎日の散歩の継続 日中の大半を座位で過ごす	舌がんのため、食事摂取量の低下があった。全身の体調管理と、がん再発に対する不安軽減目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】週1回の情報共有 【cm】【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【hh】直接連絡なし、ケアマネを介しての連絡が主	利用者は下肢に筋移植の既往があり歩行が不安定である。【cm】【vt】【nr】での初回カンファレンスで手すりの導入も決まり、【vt】から【nr】にリンパ節のマッサージや温パックの情報提供があった。足の筋力が向上し、散歩が継続できた。	高	▲
17	4) 鎮痛剤の使用の軽減 マッサージやストレッチにて疼痛の緩和がある	舌がんのため、食事摂取量の低下があった。全身の体調管理と、がん再発に対する不安軽減目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】週1回の情報共有 【cm】【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【hh】直接連絡なし、ケアマネを介しての連絡が主	【vt】が手術後の皮膚緊張や張り感に対して専門的に関わっていた。【nr】は疼痛薬の効き具合の観察だけでなく、【vt】からマッサージの方法を教わり、同じように対応をしていた。マッサージをすることで疼痛は徐々に軽減した。	高	▲
18	2) 右踵部褥創が完治する	右大腿骨頭部骨折のため、安静指示時に踵部の褥創が発生した。訪問医から褥創の予防も含めた介入の入依頼があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】必要時は適宜相談や情報交換あり 【cm】頻回には会わない	利用者はほとんど寝たきりで【dr】から褥創の観察・処置依頼が【nr】にあった。【nr】は【hh】と足の置き方や清潔保持について相談をし対応した。【cm】には自動で体位交換できるベッドの導入をしてもらい、褥創は完治した。	高	▲
18	4) (家族の介護) 負担の増強なし	右大腿骨頭部骨折のため、安静指示時に踵部の褥創が発生した。訪問医から褥創の予防も含めた介入の入依頼があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】必要時は適宜相談や情報交換あり 【cm】頻回には会わない	【cm】と【nr】で介護者の介護状況を共有し、【hh】のサービスを導入し、排泄介助が十分にできた。介護負担の増強はなかった。	高	▲
19	1) 生活動作にあわせた呼吸が行える HOTやNIPPV使用、管理できる	慢性閉塞性肺疾患のため、療養生活上の助言や指導目的で、1年ほど前から病院主治医による訪問看護の導入の打診があった。呼吸状態の悪化を認めたため、利用者の導入許可を得て、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でやりとり 【dr】系列病院の主治医 【cm】顔合わせたのは1回 福祉用具の導入時に電話でのやりとり	利用者は少しの歩行でSpO2が88～87%くらいまで下がるような状態である。【dr】は【nr】に機械類の装着トラブルの改善を依頼し、【cm】と【nr】は今後の方針も含めて綿密なやりとりをしていた。【cm】はシャワーチェアの導入を行うなど、柔軟に対応していた。機械類の管理は【nr】の指導が入ることで、利用者で管理出来ていた。	高	▲

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-5. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
21	2) 低栄養でなく過ごす	病院で腸ろうを造設したが、下痢を繰り返していたので、自宅での腸ろう管理と排便コントロールの目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内の共有 【dr】指示書と報告書のやりとりが主 【cm】利用者に関する情報の共有 緊急連絡先を統一した 【hh】ノートでのやりとりが主 【day】【cm】と同じ事業所 情報共有あり	利用者は在宅中心静脈栄養と腸ろうの併用栄養を行っている。腸ろうの管理は自身で可能であるが、体調が悪いと栄養を注入しないことがあり、栄養状態が悪くなるリスクが高かった。【hh】と【nr】による声かけ対応を行い、【cm】や【day】にも栄養時間のスケジュールを共有した。低栄養状態は避けられた。	高	▲
21	3) 排便のコントロールがついている	病院で腸ろうを造設したが、下痢を繰り返していたので、自宅での腸ろう管理と排便コントロールの目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内の共有 【dr】指示書と報告書のやりとりが主 【cm】利用者に関する情報の共有 緊急連絡先を統一した 【hh】ノートでのやりとりが主 【day】【cm】と同じ事業所 情報共有あり	【cm】【nr】【hh】での役割分担をし、下痢が続くときは【nr】に連絡するなどが統一されていた。利用者がトイレから出られないときには【hh】から【nr】に連絡がありすぐに対処することができた。下痢が頻回になることもなく、過ごすことができた。	高	▲
21	4) 不安が軽減されている	病院で腸ろうを造設したが、下痢を繰り返していたので、自宅での腸ろう管理と排便コントロールの目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内の共有 【dr】指示書と報告書のやりとりが主 【cm】利用者に関する情報の共有 緊急連絡先を統一した 【hh】ノートでのやりとりが主 【day】【cm】と同じ事業所 情報共有あり	【nr】【dr】【cm】【hh】では、利用者が出来るだけ家にいられるようにという共通の目標を持ち、利用者の不安に対して関わるようにしていた。サービス利用開始当初から在宅生活の維持は困難であったが、協力しながら不安に対処できていた。	高	▲
22	4) 褥創なし	終末期で食欲低下による食事摂取量の低下に続き、末梢点滴での対応も困難となっていた。本人・家族からの自宅療養の希望があり、退院前に地域連携室からの紹介があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でカンファレンス、情報共有あり 【dr】系列病院の医師 往診結果の情報提供あり 【cm】会う機会ほとんどなし 【hh】ノートでのやりとりが主 【bath】情報共有なし	利用者は終末期で食事摂取量の減少と活動量の低下で褥創悪化のリスクが高い。【nr】は【hh】と褥創予防について相談し、皮膚保護剤や排泄介助・局部洗浄などの方法を統一した。【hh】が体全体のポジショニングなど気をつけてくれており、皮膚状態の悪化はなく過ごすことができた。	高	▲
23	1) 感染なく、点滴治療が続けられる	慢性心不全の症状で入院した際に、中心静脈栄養が開始となる。自宅での中心静脈栄養管理と、介護負担軽減のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】情報共有あり 【cm】同じ事業所で常に情報の共有あり 【bath】訪問時間が一緒であり、顔合わせあり	利用者は在宅中心静脈栄養をしており感染のリスクが高い。入浴時のルート接続のため、【nr】と【bath】が同じ時間に入れるように【cm】がサービス調整を行った。中心静脈栄養のトラブル時には、【cm】が介護タクシーを手配するなど、スムーズな対応で大事に至らず点滴治療が継続できた。	高	▲

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-6. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
23	2) 在宅での介護が続けられる	慢性心不全の症状で入院した際に、中心静脈栄養が開始となる。自宅での中心静脈栄養管理と、介護負担軽減のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】情報共有あり 【cm】同じ事業所で常に情報の共有あり 【bath】訪問時間が一緒であり、顔合わせあり	介護者である夫が介護に積極的であるが、がんばりすぎてしまうことがある。【nr】だけでは十分に対応できないので、【cm】と相談し、一日置きにサービスが必ず入るように調整がされた。介護者の負担は少しずつ減ってきていた。	高	▲
25	4) デイサービスや訪問介護が利用でき、ご主人の時間が増える	寝たきりの利用者を高齢の介護者1名で介護しており、介護負担軽減と全身状態観察のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】トラブルがなければ連絡はとらない 指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】ほとんど情報の共有なし 【bath】情報共有なし 【short】情報共有なし	介護者が高齢で介護負担があった。【cm】が介護がしやすい介護ベッドを導入し、【bath】や【short】を併用することで介護負担の軽減ができていた。	高	▲
26	2) 屋外での自力歩行	脊柱管狭窄症で下肢に痺れと痛みがあり、鎮痛剤注射のための毎日通院をしていたが、通院困難となった。医師の提案により、自宅での鎮痛剤点滴にて対応となり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】カンファレンスはなし 【hh】特に関わりなし 【bath】特に関わりなし	下肢の痛みと痺れのため、外出はほとんどしていなかった。【nr】は訪問時に散歩をしたり、【hh】でも買い物にできるだけ付き添ってもらよう依頼した。月に1回以上は外出することができた。	高	▲
27	1) 周囲の援助を得ながら家で看ることに自信を持つことが出来る	肺がん治療のため入院していたが、妻の病院不信から自宅療養となった。肺がん終末期であり、全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】利用者情報の共有あり 【cm】元看護師で利用者宅先でも頻回に情報共有	介護者である妻は、利用者の介護はしないという態度であった。介護者にどのようにアプローチするかを【nr】【cm】で一緒に考えた。利用者の状態が徐々に悪化し、【nr】【cm】との関わりを通して介護者は介護に前向きな発言をするようになった。	高	▲
27	2) 無理なく周囲に援助を求めながら生活できる	肺がん治療のため入院していたが、妻の病院不信から自宅療養となった。肺がん終末期であり、全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】利用者情報の共有あり 【cm】元看護師で利用者宅先でも頻回に情報共有	利用者は終末期であるが自分でやることに固執をし、回りに援助を求めない人だった。【cm】【nr】で利用者の状態を常に共有した。徐々に状態が悪化し、周りに助けを求めないとやっていけない状態にはなり、福祉用具の導入を受け入れたり、徐々に周りからの支援を受け入れるようになった。	高	▲
27	3) 手すりや見守りにより、転倒する機会を減らす 今よりADLやQOLを下げない	肺がん治療のため入院していたが、妻の病院不信から自宅療養となった。肺がん終末期であり、全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】利用者情報の共有あり 【cm】元看護師で利用者宅先でも頻回に情報共有	初めての在宅介護であり、福祉用具の設置で【nr】と【cm】で調整していた。介護者が福祉用具の導入などに抵抗があったが、【nr】と【cm】の双方の意見が聞けたことで納得し、福祉用具が十分に設置でき、ADLを保つことができた。	高	▲

注: 専門職・サービスの略: 訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-7. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
1	3) 服薬を継続でき、血圧が維持できる	屋外で転倒してから寝たきり状態となった。利用者は認知症で、同居の介護者も認知症のため、近居の親族が泊まりこみで介護している。筋力低下のため、リハビリ目的で訪問看護導入となった。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】訪問看護指示書と報告書が主 【cm】頻繁に利用者についての情報を交換	【nr】は血圧値の測定をしており、血圧も正常に保たれていた。命に関わるようなこともなかったため、【dr】【cm】に連絡や相談をすることなく、【nr】による経過の観察のみで対応できた。	高	●
2	2) 腹痛無く、排便が0～2回/日 自然排便がある もしくは、訪問看護介入時の処 置にてしっかり排便がスムーズに出る	同じ事業所の訪問リハビリから、排便状況のコントロールに対する訪問看護導入の提案があった。排便コントロールと誤嚥性肺炎予防目的の吸引指導のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書のやりとりが主 【cm】ほとんど会っていない 【hh】定期巡回型の訪問介護で食事介助と口腔ケアのため、ノートでのやりとりが主 【bath】情報共有ほとんどなし 【vt】同じ事業所で頻繁に相談可能 【day】特になし 【short】滞在中の利用者情報の共有なし	下剤の調整がうまく行っておらず、【nr】で下剤調整をして排泄介助を行った。【hh】には特に依頼することもなく、【dr】に相談しなくても【nr】で判断し、対応できていた。	高	●
3	1) 肺炎をおこさない	パーキンソン病の進行による家族介護負担の増大に対する負担軽減と、経口摂取と併用中の胃ろうからの栄養管理目的で訪問看護導入となる。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】病院医と在宅医に情報共有するが、指示書と報告書のやり取りが主 【cm】カンファレンスで相談し、利用者情報を共有 【vt】情報交換はなし	利用者はろれつが回りにくいなどの言語障害があり、食事中にむせがある。【nr】で嚥下機能訓練を行い、飲み込み状況は少し改善した。	高	●
3	2) トラブルなく胃ろう管理ができる	パーキンソン病の進行による家族介護負担の増大に対する負担軽減と、経口摂取と併用中の胃ろうからの栄養管理目的で訪問看護導入となる。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】病院医と在宅医に情報共有するが、指示書と報告書のやり取りが主 【cm】カンファレンスで相談し、利用者情報を共有 【vt】情報交換はなし	利用者自身で胃ろうの管理していたが、チューブを切ってしまったりトラブルがあった。【nr】が胃ろう管理の指導を行い、利用者と介護者で胃ろうを適切に管理できるようになった。	高	●
4	1) 自分の薬をセットして内服の 飲み忘れがない	うつ病、および、自殺未遂の既往あり。糖尿病の管理で入院していたが、退院にあたり利用者が自治体の介護予防支援担当部署に相談したことから訪問看護導入となった。	【nr】事業所内では共有 【dr】指示書と報告書以外の連絡はなし	【nr】が導入となるまでは、内服や食事が適切に出来ておらず、特に昼の漢方の薬の飲み忘れが多かった。【nr】と利用者で最初是一緒に薬をセットしていたが、徐々に利用者自身でできるようになった。	高	●

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-8. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
11	2) 皮膚損傷に伴う処置が必要になり、痛み等が出現するが対処することで苦痛の軽減が図れる	高齢独居で終末期のため、病院のソーシャルワーカーから紹介があった。全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】病院医が主治医。2ヶ月に1回の受診には介護者が付き添い。直接連絡なし 【cm】顔を合わせは1回 【hh】顔合わせや連絡なし	左乳がんの浸潤で皮膚損傷のリスクが高かった。【nr】で皮膚保護の仕方を相談したり、状況によって【nr】で対応できる範囲で処置の仕方を変えた。	高	●
12	1) 倦怠感、食欲低下の進行が緩徐である 疼痛が薬でコントロールされている	抗がん剤を使用しており、倦怠感・食欲低下などの症状があった。病院の退院調整看護師から全身状態の観察依頼があり、居宅介護支援専門員からの依頼で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書のやりとりのみ 【cm】初回カンファレンスのみ顔合わせ 【hh】ノートでのやりとり	利用者はがん終末期である。【cm】【hh】は医療的なことに対しては関わりを持つような感じでなかった。【nr】でADLや疼痛の状況をアセスメントし、移乗・歩行介助を提案することで日常生活は維持できていた。疼痛に対しては薬剤の変更などなく、【dr】に相談することもなかった。	高	●
15	1) 食事やインスリンのコントロールがうまくされ、HbA1cが劇的に良くなる 家族によるインスリン投与がされる	地域包括支援センターから、糖尿病管理のインスリン導入に伴い、認知症や緑内障の既往がある利用者と、介護者の対応では不十分と判断され、訪問看護導入の打診があり、導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書、報告書でのやりとりのみ 【cm】連絡はほとんどとっていない 【day】顔合わせ・連絡なし	HbA1c15ほどで、インスリン注射などの細かい手技が利用者では困難であった。【nr】が着実にインスリンを打つということで、HbA1cが改善した。【cm】など他職種の協力ができないとできないことはなかった。	高	●
18	3) 下剤内服し、訪問時排便ケア実施にてコントロールついている	右大腿骨頭部骨折のため、安静指示時に踵部の褥創が発生した。訪問医から褥創の予防も含めた介入の入依頼があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】必要時は適宜相談や情報交換あり 【cm】頻回には会わない	介護者は排泄介助をしないため、【nr】で排泄介助や下剤のコントロールをしていた。【dr】による指示を必要とせず、また下剤の量を増やさず対応できた。	高	●
20	2) 排便コントロールがついている	左側頭葉梗塞の既往があり、寝たきりの利用者の介護負担を軽減するため、病院の医療連携室から紹介があり、訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】受診時に連絡票で情報提供するが返信なし 【cm】会う機会はほとんどなし 【hh】顔合わせなし、情報共有なし 【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【bath】顔合わせなし、情報共有なし	利用者には便秘傾向があり、下剤を内服していた。【dr】には下剤調整で連絡や相談をすることなく、【nr】だけで対応できていた。	高	●

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-9. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
20	3) 十二指腸潰瘍再発のリスクがあるままである	左側頭葉梗塞の既往があり、寝たきりの利用者の介護負担を軽減するため、病院の医療連携室から紹介があり、訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】受診時に連絡票で情報提供するが返信なし 【cm】会う機会はほとんどなし 【hh】顔合わせなし、情報共有なし 【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【bath】顔合わせなし、情報共有なし	【dr】から十二指腸潰瘍の再発リスクについて【nr】に情報提供があった。しかし、どのように対処すべきかの連絡はなく、【nr】で徴候や症状の観察をしていた。再発はなく、【nr】による観察のみで経過した。	高	●
22	2) 肺炎をおこさない	終末期で食欲低下による食事摂取量の低下に続き、末梢点滴での対応も困難となっていた。本人・家族からの自宅療養の希望があり、退院前に地域連携室からの紹介があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でカンファレンス、情報共有あり 【dr】系列病院の医師 往診結果の情報提供あり 【cm】会う機会ほとんどなし 【hh】ノートでのやりとりが主 【bath】情報共有なし	利用者は右顔面麻痺があり、口も閉じられないような状態だった。【hh】【cm】にケアのことで相談することもなく、【nr】のみの観察で水分摂取時の飲み込みの問題ないことを確認していた。	高	●
22	3) 感染を起こさない	終末期で食欲低下による食事摂取量の低下に続き、末梢点滴での対応も困難となっていた。本人・家族からの自宅療養の希望があり、退院前に地域連携室からの紹介があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でカンファレンス、情報共有あり 【dr】系列病院の医師 往診結果の情報提供あり 【cm】会う機会ほとんどなし 【hh】ノートでのやりとりが主 【bath】情報共有なし	利用者は眼が充血しており、アイパッチを使用していた。【hh】にアイパッチ交換を依頼したりはなく、【nr】で話し合い対応し、トラブルなく経過した。	高	●
25	1) 下肢挙上10度以上で痛みがない 30度ギャッジアップできる	寝たきりの利用者を高齢の介護者1名で介護しており、介護負担軽減と全身状態観察のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】トラブルがなければ連絡はとらない 指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】ほとんど情報の共有なし 【bath】情報共有なし 【short】情報共有なし	利用者はほぼ寝たきりで自力で動くことが困難である。【nr】が機能訓練を行い、ギャッジアップはできるようになった。【nr】が機能訓練をしている際に、介護者の姿はなく、他のサービスでは機能訓練をしていない。	高	●
25	2) 褥創が治癒する	寝たきりの利用者を高齢の介護者1名で介護しており、介護負担軽減と全身状態観察のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】トラブルがなければ連絡はとらない 指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】ほとんど情報の共有なし 【bath】情報共有なし 【short】情報共有なし	【nr】は【short】に褥創処置の方法についての連絡や相談はしなかった。【nr】は、病状が安定していたため【dr】連絡をとらず、【nr】による褥創の観察処置で褥創の悪化はなかった。	高	●

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-10. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
1	2) 転倒しない	屋外で転倒してから寝たきり状態となった。利用者は認知症で、同居の介護者も認知症のため、近居の親族が泊まりこみで介護している。筋力低下のため、リハビリ目的で訪問看護導入となった。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】訪問看護指示書と報告書が主 【cm】頻繁に利用者についての情報を交換	【nr】で下肢筋力向上のための機能訓練を行っていた。しかし、日常生活のほとんどに介護者である娘による歩行見守りや内服薬の管理がされており、認知症薬の作用で歩行ふらつきが増強したときには、娘が【dr】へすぐに連絡を入れたため、内服調整が適切に出来、歩行のふらつきが改善した。	高	+
11	3) 家族での協力、必要なサービスを利用してご本人にとって一番良い選択をして介護が継続できる	高齢独居で終末期のため、病院のソーシャルワーカーから紹介があった。全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】病院医が主治医。2ヶ月に1回の受診には介護者が付き添い、直接連絡なし 【cm】顔を合わせは1回 【hh】顔合わせや連絡なし	主たる介護者である娘はがんである利用者の介護に当初積極的でなかった。娘婿がその後、キーパーソンとなり親族のサポートを得ることができた。【nr】【dr】【cm】【hh】間で、環境面の調整を行わずとも、家族で対処できていた。	高	+
12	4) 副作用に対して十分理解し、身体状態に対して適切に対処できる	抗がん剤を使用しており、倦怠感・食欲低下などの症状があった。病院の退院調整看護師から全身状態の観察依頼があり、居宅介護支援専門員からの依頼で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書のやりとりのみ 【cm】初回カンファレンスのみ顔合わせ 【hh】ノートでのやりとり	【nr】利用開始当初は、介護者に独りでの介護に不安があった。【dr】の定期受診時には不安事について介護者が相談したり、【nr】にも不安表出が出来ていた。【cm】や【hh】に不安への対応をお願いしなくても、介護者がしっかりしており、介護に取り組んでいた	高	+
14	1) 血糖値HbA1cが安定する	利用者の糖尿病に対する病状認識が低く、血糖コントロールのための管理を受け入れられず、介護者の介護に対しても反発していた。介護者の介護負担軽減と血糖コントロール目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書、報告書でのやりとりのみ 【cm】サービス導入時は連絡 トラブル時のみ対応 【day】デイサービスでの様子など連絡なし	介護者である娘が血糖値の測定とインスリン注射、食事制限をすべて行い、【nr】や【day】で処置や観察を行うことはなく、HbA1cは安定していた。	高	+
14	2) 排泄動作がスムーズとなり、オムツ排泄が減る	利用者の糖尿病に対する病状認識が低く、血糖コントロールのための管理を受け入れられず、介護者の介護に対しても反発していた。介護者の介護負担軽減と血糖コントロール目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書、報告書でのやりとりのみ 【cm】サービス導入時は連絡 トラブル時のみ対応 【day】デイサービスでの様子など連絡なし	利用者と介護者である娘が折り合いが悪かった。【nr】や【cm】が娘さんからの相談にのることもなく、徐々に利用者と介護者との関係が改善し、オムツ排泄の回数は減少した。	高	+
16	4) 本人の自立心や活動意欲が強く、妻の介護負担は少ない	肺がん手術後、入院中に発熱と誤嚥性肺炎を発症する。その後、利用者の希望にて自宅療養となるが、在宅酸素療法導入につき、病院医師から経過も含めて訪問看護でのフォローアップが必要と判断され、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】同じ事業所でカンファレンスを実施 日常的に利用者情報の共有あり	利用者は肺がん術後で精神的に落ち込むことがあった。介護者である妻の精神的な負担が予想されたが、介護者に看護助手経験があり、家族という視点だけでなく客観的に利用者の状態を看ることができていた。【nr】【dr】【cm】に介護者が精神的に負担を感じ、サポートを求めていることはなかった。	高	+

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-11. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
17	2) 食事摂取で十分な栄養確保ができる	舌がんのため、食事摂取量の低下があった。全身の体調管理と、がん再発に対する不安軽減目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】週1回の情報共有 【cm】【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【hh】直接連絡なし、ケアマネを介しての連絡が主	食事摂取量の低下による体力低下を防ぐため、【nr】は食事摂取量の観察をしていた。【dr】からは経口栄養剤の処方があった。介護者である夫が食事摂取量を管理し、利用者也早く動けるようになりたいと食事摂取に意欲的で一生懸命食事を摂っていた。	高	+
18	1) 食事時のむせこみもほとんどなく、誤嚥性肺炎を引き起こしていない	右大腿骨頸部骨折のため、安静指示時に踵部の褥創が発生した。訪問医から褥創の予防も含めた介入の入依頼があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】必要時は適宜相談や情報交換あり 【cm】頻回には会わない	食事摂取時のポジショニングや食事形態は介護者である長男の嫁が行っていた。【nr】は食事の時間に訪問がなく、【cm】【dr】も訪問することはほとんどない。肺炎予防のとりみ剤も支障なく使え、肺炎が予防できていた。	高	+
19	2) 呼吸疾患により体動困難・多汗だが、皮膚トラブルおこさない	慢性閉塞性肺疾患のため、療養生活上の助言や指導目的で、1年ほど前から病院主治医による訪問看護の導入の打診があった。呼吸状態の悪化を認めたため、利用者の導入許可を得て、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でやりとり 【dr】系列病院の主治医 【cm】顔合わせたのは1回 福祉用具の導入時に電話でのやりとり	利用者は肥満傾向にあり、皮膚の密着部分が多いので皮膚トラブルを起こしやすい。【dr】より塗り薬の処方があり、シャワー入浴後に塗布の指示があった。塗り薬は利用者本人で使用できており、トラブルなく経過した。	高	+
19	3) 夫が機械類の管理ができ、緊急時の対応ができる	慢性閉塞性肺疾患のため、療養生活上の助言や指導目的で、1年ほど前から病院主治医による訪問看護の導入の打診があった。呼吸状態の悪化を認めたため、利用者の導入許可を得て、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でやりとり 【dr】系列病院の主治医 【cm】顔合わせたのは1回 福祉用具の導入時に電話でのやりとり	介護者である夫が緊急時に在宅酸素療法の機械が出来るよう【nr】は関わる予定でいたが、訪問時に介護者にほとんど会えなかった。しかし、機械類の管理が適切になされており、緊急時の連絡先も介護者が管理できていた。	高	+
20	1) 食事時ポジショニングも出来、肺炎を引き起こさず在宅療養できている	左側頭葉梗塞の既往があり、寝たきりの利用者の介護負担を軽減するため、病院の医療連携室から紹介があり、訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】受診時に連絡票で情報提供するが返信なし 【cm】会う機会はほとんどなし 【hh】顔合わせなし、情報共有もしない 【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【bath】顔合わせなし、情報共有もしない	食事摂取時に【hh】【nr】【vt】の訪問は無く、食事摂取時のポジショニングや水分にとろみをつけるなどは介護者である妻がすべて行っていた。ポジショニングやとろみについては介護者から相談があり、その都度【nr】や【vt】が対応した。何かトラブルがあればすぐに連絡を【nr】にいれてくれるようお願いしていたが、特にトラブルなく経過した。	高	+

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-12. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
4	2) 毎日3回血糖・体重測定・注射ができ、NGSPの値が下がる	うつ病、および、自殺未遂の既往あり。糖尿病の管理で入院していたが、退院にあたり利用者が自治体の介護予防支援担当部署に相談したことから訪問看護導入となった。	【nr】事業所内では共有 【dr】指示書と報告書以外の連絡はなし	【dr】は利用者の生活全般に対する指導は【nr】に一任していた。利用者の【nr】の受入れは良かったが、利用者の不規則な生活状況に即した提案が難しかった。利用者は最初はやる気があったが、現実にあったやり方でなく、規則正しい生活の維持ができなかった。	低	■
4	3) 毎日規則的にカロリーを考えながら食事が摂れる	うつ病、および、自殺未遂の既往あり。糖尿病の管理で入院していたが、退院にあたり利用者が自治体の介護予防支援担当部署に相談したことから訪問看護導入となった。	【nr】事業所内では共有 【dr】指示書と報告書以外の連絡はなし	利用者は歌手の仕事をしており、秋から冬にかけて舞台が多くなる。そのため、利用者は【nr】開始当初の夏は規則的な食事を心がけていたが、秋以降カロリー摂取が過多になってしまった。【nr】による利用者の生活の予測が難しく、対処もしづかった。	低	■
8	2) デバスの内服回数が減る	慢性閉塞性肺疾患による呼吸困難感の悪化、また不安が増大し、近居の家族による毎日の訪問だけでは自宅療養が困難になりつつあった。ケアマネジャーからの依頼で、訪問看護導入となった。	【nr】事業所内では共有 【dr】【cm】直接会う機会はほとんどなし 病状が安定しており手紙やFAXなりで情報提供と連絡を受けた 【hh】直接のやりとりはほとんどなし 連絡ノートに食事や排泄の情報の記載あり 【bath】【short】直接連絡はなし	【cm】【hh】【bath】は、デバスの内服状況に関する連絡や利用者への対応を統一しなかった。利用者管理のデバスの内服量が週に2～3回に増え、【nr】は利用者の意向や状況を把握できていなかった。	低	■
11	1) 病状を理解して、治療の選択ができる	高齢独居で終末期のため、病院のソーシャルワーカーから紹介があった。全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内では共有 【dr】病院医が主治医。2ヶ月に1回の受診には介護者が付き添い。直接連絡なし 【cm】顔を合わせは1回 【hh】顔を合わせや連絡なし	利用者の病気の理解度をはっきり把握している職種がいなかった。【dr】の病状説明内容や対応は知らず、【cm】や【hh】は【nr】以前から利用しているが、利用者や介護者とのコミュニケーションが出来ていなかった。【nr】内で状況の確認をしていたが、利用者や介護者の意向が十分に把握できておらず、対応できなかった。	低	■
20	4) 介護負担の増強が軽減している	左側頭葉梗塞の既往があり、寝たきりの利用者の介護負担を軽減するため、病院の医療連携室から紹介があり、訪問看護導入となった。	【nr】事業所内では共有 【dr】受診時に連絡票で情報提供するが返信なし 【cm】会う機会はほとんどなし 【hh】顔を合わせなし、情報共有もしない 【vt】同じ事業所で頻繁に情報共有あり 【bath】顔を合わせなし、情報共有もしない	介護者である妻が高齢で、介護負担があった。介護者は【cm】と話すことが多く、【nr】とはコミュニケーションをあまりとっておらず介護者の意向や状況は十分に把握していなかった。【nr】利用当初は、介護している姿が見られたが、【nr】が自宅に訪問することで世間体からこれまでより頑張らなければいけない状況になった。徐々に介護者に疲れが蓄積していた。【short】の回数を増やしたりして対応したが、介護負担を大きくは減らせなかった。	低	■

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-13. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
25	3)きちんと配薬できる	寝たきりの利用者を高齢の介護者1名で介護しており、介護負担軽減と全身状態観察のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】トラブルがなければ連絡はとらない 指示書と報告書でのやりとりが主 【cm】ほとんど情報の共有なし 【bath】情報共有なし 【short】情報共有なし	介護者が管理している薬の残薬数が多く、飲むべき薬も分からない状況であった。【nr】は配薬カレンダーを用意し、介護者に説明をしたが、薬の把握が曖昧で、まずは【nr】で対応し、介護者による管理には至らなかった。	低	■
26	3)屋内での車椅子利用中止	脊柱管狭窄症で下肢に痺れと痛みがあり、鎮痛剤注射のため毎日通院をしていたが、通院困難となった。医師の提案により、自宅での鎮痛剤点滴にて対応となり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】カンファレンスはなし 【hh】特に関わりなし 【bath】特に関わりなし	脊柱管狭窄症の進行について【dr】から説明を受け、利用者はよくはならない病氣と知っており、結局車椅子を使うことの方が多かった。	低	■
26	4)デイサービスに行く	脊柱管狭窄症で下肢に痺れと痛みがあり、鎮痛剤注射のための毎日通院をしていたが、通院困難となった。医師の提案により、自宅での鎮痛剤点滴にて対応となり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】カンファレンスはなし 【hh】特に関わりなし 【bath】特に関わりなし	利用者は以前複数のデイサービスを利用していた。【nr】はデイサービスを再開することで介護者の介護負担の軽減を図るよう関わっていたが、利用者に積極的なデイサービス利用意向はなかったことが判明し、積極的な利用につながらなかった。	低	■
3	3)転倒せず過ごせる	パーキンソン病の進行による家族介護負担の増大に対する負担軽減と、経口摂取と併用中の胃ろうからの栄養管理目的で訪問看護導入となる。	【nr】受け持ち訪問看護師のみで対応 【dr】病院医と在宅医に情報共有するが、指示書と報告書のやり取りが主 【cm】カンファレンスで相談し、利用者情報を共有 【vt】情報交換はなし	T1から1～2ヶ月で動けなくなった。【cm】と相談し、【vt】を週1回追加したが、パーキンソン病の進行が早く、転倒を防げなかった。	低	★
4	4)孫の行動の変化に冷静に対応するとともに自分の体調管理ができる	うつ病、および、自殺未遂の既往あり。糖尿病の管理で入院していたが、退院にあたり利用者が自治体の介護予防支援担当部署に相談したことから訪問看護導入となった。	【nr】事業所内では共有 【dr】指示書と報告書以外の連絡はなし	孫を利用者が養子に迎え養育するなど家庭環境が複雑であった。【nr】は孫のことには直接介入しづらいという経験をしており、医療的な問題には至っていないので【dr】にも相談しなかった。孫の少しの問題行動で、影響され眠れなくなることが続いた。	低	★
5	3)バイタルサイン安定、下肢浮腫軽減、脱水傾向なし	右大腿骨転子部骨折し、退院に当たり、自宅でのシャワー浴介助とリハビリ目的で訪問看護導入となる。	【nr】事業所内では共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】訪問看護導入時に利用者宅でケアカンファレンスを行った。追加のサービスとしての看護の介入だったのでnrとcmのみでカンファレンスを実施 【vt】同じ事業所で頻繁に情報交換あり 【day】ノートなどで情報あり	【nr】は【day】に毎回の体重チェックを依頼し、【dr】は浮腫に対し利尿剤を処方した。しかし、利用者は認知症で活動性に乏しく、水分を自主的に摂取しない。介護者も食事制限や水分摂取に気をつけていたが、結果的に心不全の状態は悪くなった。	低	★

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-14. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
10	1) IVH漏れ、皮膚炎を早期に見し、長引かせずに再開できる尿路感染をおこさない	誤嚥性肺炎の経過観察で他の訪問看護事業所のサービスを利用していたが、往診医による中心静脈栄養の穿刺の不手際が発生しトラブルとなった。その後、往診医の変更に伴い、訪問看護事業所も変更、導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】医師から往診の結果は届かない トラブルがないと情報共有しない 【cm】カンファレンスの開催時に顔合わせ トラブル時に連絡取り合う 【hh】カンファレンスで懸念事項等を共有 【bath】顔合わせ・情報共有なし	中心静脈栄養の漏れがあり、【hh】に普段の状況について情報提供を依頼した。【dr】は発熱の原因をいくつか特定し、【nr】に症状観察を支持した。たくさんの人の目が入り、予防に努めていたが、発熱で入院した。	低	★
10	3) チームで連携し、サポートすることで介護負担が軽減できる	誤嚥性肺炎の経過観察で他の訪問看護事業所のサービスを利用していたが、往診医による中心静脈栄養の穿刺の不手際が発生しトラブルとなった。その後、往診医の変更に伴い、訪問看護事業所も変更、導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】医師から往診の結果は届かない トラブルがないと情報共有しない 【cm】カンファレンスの開催時に顔合わせ トラブル時に連絡取り合う 【hh】カンファレンスで懸念事項等を共有 【bath】顔合わせ・情報共有なし	【cm】に対しては、介護者が信頼を持っていた。【hh】【nr】は介護者に信頼を持ってもらえるよう情報を共有した。利用者の病状悪化で入院は避けられず、また介護者の夫も要介護状態で入院した。	低	★
11	4) 今のADL（入浴、選択、食事、買い物たまに行く等）が続けられる	高齢独居で終末期のため、病院のソーシャルワーカーから紹介があった。全身状態の観察と病状管理のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】病院医が主治医。2ヶ月に1回の受診には介護者が付き添い、直接連絡なし 【cm】顔を合わせは1回 【hh】顔合わせや連絡なし	【nr】でADLの確認を行っていた。予想以上に乳がんの腫瘍が大きくなり、食欲低下やめまいでADLが悪化した。	低	★
12	2) 腹部膨満が増強しない	抗がん剤を使用しており、倦怠感・食欲低下などの症状があった。病院の退院調整看護師から全身状態の観察依頼があり、居宅介護支援専門員からの依頼で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書のやりとりのみ 【cm】初回カンファレンスのみ顔合わせ 【hh】ノートでのやりとり	【hh】は浣腸や摘便を実施できないので、【nr】で下痢や便秘症状に対処していた。直腸転移が疑われ、下剤のコントロールも効かなくなった。	低	★
12	3) 浮腫が増強せず、また皮膚トラブルを起こすことなく維持できる	抗がん剤を使用しており、倦怠感・食欲低下などの症状があった。病院の退院調整看護師から全身状態の観察依頼があり、居宅介護支援専門員からの依頼で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】指示書と報告書のやりとりのみ 【cm】初回カンファレンスのみ顔合わせ 【hh】ノートでのやりとり	【nr】はリンパマッサージや足浴を行い、【hh】も短い時間でのシャワー付き添いなどしていた。リンパ浮腫の管理が難しく、短期入院し改善したがまた徐々に悪化した。	低	★

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表12-15. 訪問看護の導入経緯とT1における各職種との連携のしやすさの評価理由、ケースの具体的な経過のサマリ、目標達成度、および、分類結果（目標数 n = 80）

ID	目標	訪問看護の導入経緯	T1における各職種のJ-RCS評価の理由	経過のサマリ	達成度 高低	分類 ラベル
13	1) 胸水貯留がない	C型肝炎から肝がんになり、胸水が徐々に貯留し、呼吸状態に影響が出るようになった。胸水に対する処置を受けるため入院した際に、今後は緩和的経過観察の治療方針となり、利用者はサービス導入に対しては消極的であったが訪問看護導入となった。	【nr】事業所内で共有 【dr】胸水の経過、問題があるときのみ連絡	大きな変化は無かったので【dr】と相談しなかった。胸水に大しては根本的な治療が無く、胸水の貯留は避けられなかった。	低	★
21	1) 症状出現あっても疼痛コントロールがついて在宅での生活を続けている	病院で腸ろうを造設したが、下痢を繰り返していたので、自宅での腸ろう管理と排便コントロールの目的で訪問看護導入となった。	【nr】事業所内の共有 【dr】指示書と報告書のやりとりが主 【cm】利用者に関する情報の共有 緊急連絡先を統一した 【hh】ノートでのやりとりが主 【day】【cm】と同じ事業所 情報共有あり	【cm】【hh】が訪問時に痛みの様子を確認し、連絡があった。【dr】とは痛み止めの相談をした。【short】からは発熱の連絡を取る等対応していた。最後は、痛みもあり体調が悪化した。	低	★
22	1) 入院時より経口摂取量がアップする	終末期で食欲低下による食事摂取量の低下に続き、末梢点滴での対応も困難となっていた。本人・家族からの自宅療養の希望があり、退院前に地域連携室からの紹介があり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内でカンファレンス、情報共有あり 【dr】系列病院の医師 往診結果の情報提供あり 【cm】会う機会ほとんどなし 【hh】ノートでのやりとりが主 【bath】情報共有なし	訪問開始後も食事が進まず、【nr】では食事量増加に向けたカンファレンスが行われた。【hh】は水分摂取量の記載をし、情報を提供していた。経口摂取量は、病状の進行に伴い、全く改善せず。	低	★
23	3) 飲み込み改善する	慢性心不全の症状で入院した際に、中心静脈栄養が開始となる。自宅での中心静脈栄養管理と、介護負担軽減のため、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】情報共有あり 【cm】同じ事業所で常に情報の共有あり 【bath】訪問時間が一緒であり、顔合わせあり	在宅中心静脈栄養はトラブルが続いており、経口から栄養を摂取することで徐々に在宅中心静脈栄養を中止の方向で利用者・介護者が希望していた。本人の病状の悪化があり、食べられないままになった。	低	★
26	1) 点滴内の疼痛緩和 薬剤の変更	脊柱管狭窄症で下肢に痺れと痛みがあり、鎮痛剤注射のための毎日通院をしていたが、通院困難となった。医師の提案により、自宅での鎮痛剤点滴にて対応となり、訪問看護導入となる。	【nr】事業所内で共有 【dr】訪問看護指示書・報告書でのやりとりが主 【cm】カンファレンスはなし 【hh】特にに関わりなし 【bath】特にに関わりなし	【nr】が鎮痛剤の点滴を行っていたが、痛みは消失しなかった。【dr】に相談したが薬剤の変更なし、疼痛は有効な治療無く徐々に悪化した。	低	★

注：専門職・サービスの略：訪問看護師【nr】、主治医【dr】、居宅介護支援専門員【cm】、訪問介護士【hh】、訪問入浴【bath】、訪問リハビリ【vt】、通所介護・リハビリ【day】、短期入所【short】

▲他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行ったケース、●訪問看護師のみで対応できたケース、+利用者や介護者のコンプライアンスが良好だったケース、■利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかったケース、★利用者に避けられない状態の悪化があったケース

表13. ケースの各分類ラベルにおける目標数とその達成割合（目標数 n = 80）

分類ラベル	該当 ケース数	達成された 目標数と割合
(A) 他職種と目標達成に向けた連絡や相談を行った	33	32 (99.9)
(B) 訪問看護師のみで対応できた	15	15 (100.0)
(C) 利用者や介護者のコンプライアンスが良好だった	11	11 (100.0)
(D) 利用者や介護者の意向や状況の把握が難しかった	8	0 (0.0)
(E) 利用者に避けられない状態の悪化があった	13	0 (0.0)

注: 達成された目標とは質問紙調査での目標達成度評価で(+1)または(+2)の評価であった目標を指す.

Appendix

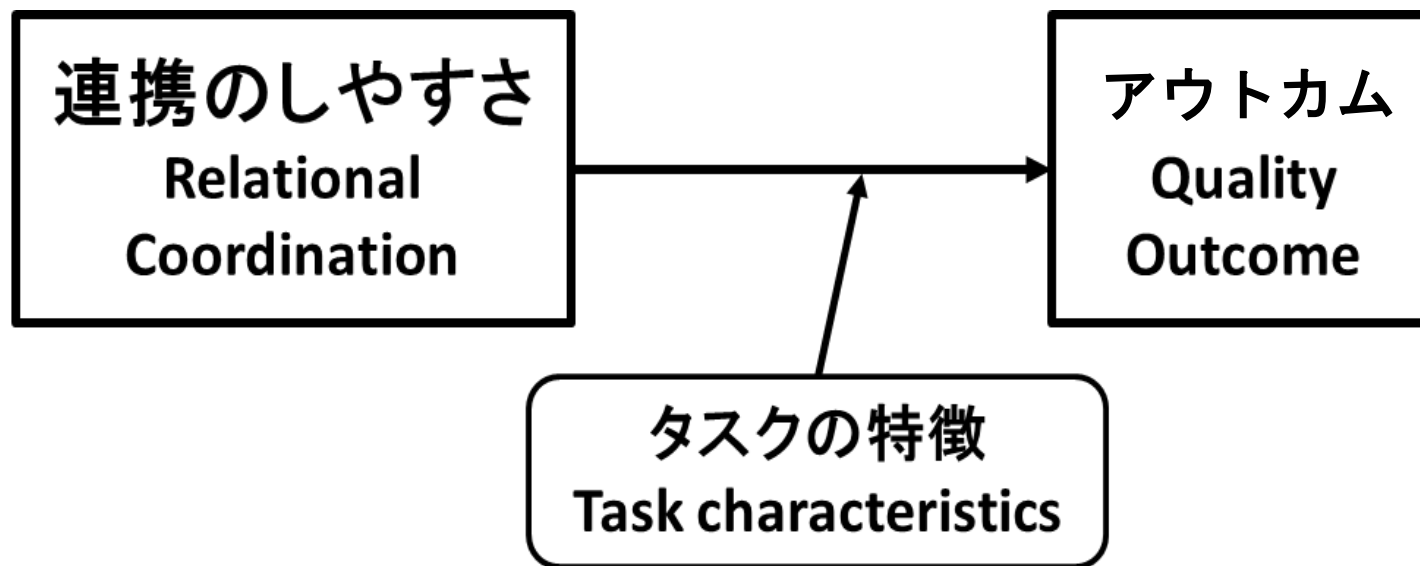
Appendix 1 . . . Relational coordination theory

Appendix 2 . . . 連携のしやすさ尺度

Appendix 3 . . . 目標シートの実例

Appendix 4 . . . ケアの実施内容の質問項目

Appendix 5 . . . インタビューガイド



Appendix 1. Relational coordination theory

注： Relational coordination theory (Gittell, 2009)では、 Relational coordination のアウトカムとして、 Quality outcome 以外に Efficient outcome などがあるが、 本研究は Quality outcome に特に着目したものである。

問1. この利用者さんについて、

訪問看護利用開始から1か月間の以下の関係者との情報交換の現状や関係性について伺います。
 普段のあなたの経験に最も近いものを1つ選択してください。

問1-1. 次の人々は、この利用者さんについてどのくらいの頻度であなたと情報交換をしますか。

(各関係者ごとに1つに○)	かなり少ない	少ない	ちょうど良い	多すぎる	かなり多すぎる
事業所の訪問看護師(管理者含む)	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

問1-2. 次の人々は、この利用者さんについてタイムリーにあなたと情報交換をしてくれますか。

(各関係者ごとに1つに○)	全くしない	めったにしない	時々してくれる	よくしてくれる	いつもしてくれる
事業所の訪問看護師(管理者含む)	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

問1-3. 次の人々は、この利用者さんについて正確にあなたと情報交換をしてくれますか。

(各関係者ごとに1つに○)	全くしない	めったにしない	時々してくれる	よくしてくれる	いつもしてくれる
事業所の訪問看護師(管理者含む)	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

問1-4. この利用者さんについて問題が生じたとき、次の人々は誰かを責めますか、

それともあなたと一緒に問題解決に取り組めますか。

(各関係者毎に1つに○)	いつも誰かを責める	だいたい誰かを責める	責めることも解決することもしない	だいたい解決しようとする	いつも解決しようとする
事業所の訪問看護師(管理者含む)	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

Appendix 2. 連携のしやすさ尺度

注:ここに示した「連携のしやすさ尺度」は、Relational coordination scale 日本語版(成瀬ら, 2014)を基に本研究で新たに作成したものである。

問1-5. 次の人々とあなたは、この利用者さんに関する目標をどのくらい共有していますか。

(各関係者毎に1つに○)	まったく共有してない	少しは共有している	いくらか共有している	かなり共有している	完全に共有している
事業所の訪問看護師	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

問1-6. 次の人々は、この利用者さんに対してあなたが果たす役割をどのくらい知っていますか。

(各関係者毎に1つに○)	まったく知らない	ほとんど知らない	いくらか知っている	かなり知っている	すべて知っている
事業所の訪問看護師	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

問1-7. 次の人々は、この利用者さんに対してあなたが果たす役割をどのくらい尊重してくれますか。

(各関係者毎に1つに○)	まったく尊重していない	少しは尊重してくれる	いくらか尊重してくれる	かなり尊重してくれる	全的に尊重してくれる
事業所の訪問看護師	1	2	3	4	5
主治医	1	2	3	4	5
居宅介護支援専門員	1	2	3	4	5
訪問介護事業所の介護職員	1	2	3	4	5
通所施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問入浴の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
ショートステイ施設の専門職スタッフ	1	2	3	4	5
訪問リハビリの専門職スタッフ	1	2	3	4	5

Appendix 2 (つづき). 連携のしやすさ尺度

注:ここに示した「連携のしやすさ尺度」は、Relational coordination scale 日本語版(成瀬ら, 2014)を基に本研究で新たに作成したものである。

目標シート 評価日（ 月 日）

利用者本人の希望 以前と同じよう在宅での生活したい。

家族・介護者の希望 (妻)自分の体調のこともあり、頑張りすぎないようにしたい。本人の体調を維持したい。

	目標領域または看護問題・診断名1 えん下機能低下。 肺炎再発の可能性。	目標領域または看護問題・診断名2 胃ろうの自己管理ができる。	目標領域または看護問題・診断名3 運動機能低下により、 転倒のリスク。	目標領域または看護問題・診断名4 介護負担の増加。
予想より 高い成果	肺炎を起こさない。	トラブルなく胃ろう管理が できる。	転倒せず、すごせる。	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				
予想される 成果	肺炎の徴候はみられない。	おおむね自己管理できる が、チューブ切断してしま った。	居室で足をすべらせ転倒。	妻のガン治療時の本人の在 宅生活について不安あり。
予想より やや低い成果				
予想より 低い成果	肺炎の再発。	胃ろうのトラブルを おこしてしまう。	転倒をくり返す	妻の体調悪化、 在宅生活の限界。

Appendix 3. 目標シートの事例

<p>・ケアの実施内容</p> <p>※以下の①～③に従って、 当てはまるものすべてに ☑をつけてください</p> <p>↓</p> <p>①訪問看護で実施している内容 看□ → 看☑</p> <p>②利用者に関わっている 他の職種が実施している内容 他□ → 他☑</p> <p>③利用者または家族・介護者が 実施している内容 利□ → 利☑</p>	<p>《療養上の世話等》</p> <p>看□・他□・利□ 入浴介助（シャワー浴を含む） 看□・他□・利□ 清拭 看□・他□・利□ その他の保清（部分清拭、足浴、洗髪等） 看□・他□・利□ 局部洗浄 看□・他□・利□ 口腔内ケア（歯磨き、義歯の洗浄等） 看□・他□・利□ 整容（爪切り、洗面、髭剃り、整髪等） 看□・他□・利□ 排泄介助（おむつ交換を含む） 看□・他□・利□ 食事・栄養・水分に関する援助 看□・他□・利□ 体位交換 看□・他□・利□ 移乗・歩行介助 看□・他□・利□ 外出の介助</p> <p>《病状観察・医療処置等》</p> <p>看□・他□・利□ 状態の観察 看□・他□・利□ 服薬管理（分包、作用副作用の確認等） 看□・他□・利□ 機能訓練および指導 看□・他□・利□ 褥創の予防および処置 看□・他□・利□ ターミナルケア（緩和ケア） 看□・他□・利□ 創傷処置</p> <p>《創傷以外の医療処置》</p> <p>看□・他□・利□ 点滴ルートの変更 看□・他□・利□ 採血などの検査 看□・他□・利□ 血糖測定 看□・他□・利□ 点滴や注射 看□・他□・利□ 吸引 看□・他□・利□ 吸入 看□・他□・利□ 人工呼吸器にかかる処置・管理 看□・他□・利□ 経管栄養（胃ろうを含む） 看□・他□・利□ 膀胱留置カテーテル管理 看□・他□・利□ 膀胱洗浄 看□・他□・利□ 在宅中心静脈栄養（HPN） 看□・他□・利□ 在宅酸素療法（HOT） 看□・他□・利□ CAPD 看□・他□・利□ 疼痛管理 看□・他□・利□ 透析 看□・他□・利□ ストーマ（人工肛門、人工膀胱） 看□・他□・利□ 気管切開の処置 看□・他□・利□ モニター測定（心拍、酸素飽和度等） 看□・他□・利□ 浣腸・排便</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Appendix 4. ケアの実施内容の質問項目

本日はインタビュー調査にご協力をいただき、誠にありがとうございます。質問紙にご回答を頂いた ID_____のご利用者様について、質問紙のご回答やカルテを参考にしながら、経過を詳しく伺いたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

(調査の趣旨と手続き等について説明書を用いて説明を行う。)

- 1) まず、質問紙への回答内容について確認を行います。
- 2) ご利用者様についてより深く理解するため、質問紙の回答にはない、訪問看護の開始に至った経緯やご利用者さま、介護者の方のお人柄などについてお聞かせください。
- 3) 質問紙に回答をいただいた、利用者が利用している他サービスの専門職との連携のしやすさの評価について伺います。
 - ・それぞれそのように評価されたのはなぜですか。
 - ・どのような情報を交換したかやどのような関係性であったのかについて、そのときの状況を具体的に教えてください。
- 4) 立案された目標について伺います。
 - ・目標を立案された理由や意図は、それぞれどのようなものでしたか。
- 5) 目標達成度の評価に至った経緯について伺います。
 - ・2回目にご回答いただいた質問紙に目標の達成度の評価をいただきました。なぜそのように評価されたのですか。
 - どのような経過でしたか。
 - ・目標達成度の評価に至る過程で、各専門職とはどのような関わりをされていましたか。

Appendix 5. インタビューガイド