



ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看 取りにおける介護職との連携実践尺度の開発

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-12-05 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山内, 加絵 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005494

大阪府立大学大学院
看護学研究科
博士論文

ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける
介護職との連携実践尺度の開発

Development of the Collaborative Practice Scale for Nurses with Care-Workers
in Providing End-of-Life Care at Nursing Homes with Small-Scale Care Units

2016 年 9 月

山内 加絵

目 次

要約（和文）	1
要約（英文）	3
第1章 序論	
Ⅰ．研究の背景・意義	5
Ⅱ．研究目的	7
Ⅲ．尺度開発のプロセス	7
第2章 文献検討	
Ⅰ．高齢者施設における看護・介護職の連携	9
Ⅱ．連携に関連した概念	11
Ⅲ．連携の評価方法の検討	14
Ⅳ．特別養護老人ホームにおける看取りの現状と課題	14
Ⅴ．ユニット型特別養護老人ホームの特徴	17
Ⅵ．用語の定義	18
第3章 予備研究	
Ⅰ．予備研究1	19
Ⅱ．予備研究2	23
第4章 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける 介護職との連携実践尺度原案の作成	
Ⅰ．尺度原案の構成概念と操作的定義	31
Ⅱ．尺度項目および回答形式の選定	31
第5章 本研究1	
Ⅰ．研究目的	34
Ⅱ．研究方法	34
Ⅲ．結果	35
Ⅳ．考察	43

第6章 本研究2

I. 研究目的	45
II. 研究方法	45
III. 結果	
1. 調査対象者	48
2. 分析対象者	48
3. 分析対象者の属性	48
4. 看護師、准看護師別の属性の比較	49
5. 尺度項目の選定	50
6. 構成概念妥当性の検討	54
7. 尺度の因子別得点と属性別比較	59
8. 基準関連妥当性の検討	62
9. 安定性の検討	64
IV. 考察	
1. 尺度項目の決定プロセス	65
2. 尺度の信頼性	67
3. 尺度の妥当性	68
4. ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける 介護職との連携実践尺度の特徴	70
5. ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける 介護職との連携実践尺度の因子の特徴	71
6. ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける 介護職との連携実践尺度の意義と活用可能性	75
7. 研究の限界と今後の課題	76

第7章 結論

謝辞	78
文献	79
資料	

要 約

【目的】超高齢社会を背景に、特別養護老人ホーム（以下、特養）における看取りが推進されている。中でも少人数で生活し、なじみの介護職がケアにあたるなど、家庭的な雰囲気の中で生活することができるユニット型特別養護老人ホーム（以下、ユニット型特養）が注目されている。入居者の体調が不安定になる看取りにおいて、看護職が各ユニットの介護職といかに連携を図るかが重要な課題である。そこで本研究では、ユニット型特養の看取りにおいて、看護職が介護職との連携の実践を自己評価できる尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的とする。

【尺度原案の作成】尺度の開発は以下のプロセスで進めた。

1. 予備研究1：ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携体制の実態

- 1)方法：ユニット型特養の看護・介護職を研究参加者として、フォーカスグループインタビューを行った。
- 2)結果：ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携体制には、看取りの方針を検討するユニットリーダー介護職との連携と、入居者の体調に応じてその日のケアを検討するユニット担当介護職との連携の2つの体制が明らかとなった。

2. 予備研究2：ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携内容の明確化

- 1)方法：ユニット型特養の看護・介護職を研究参加者として、個別面接調査を行った。ユニット型特養の看取りにおいて、これまでの経験から看護職と介護職の連携がうまくいったと感じている事例に基づいて、その具体的な連携の内容を語ってもらった。
- 2)結果：看護職は5カテゴリ9サブカテゴリ36項目、介護職は5カテゴリ9サブカテゴリ25項目を抽出した。

3. 尺度原案の作成：予備研究2で得られた連携の実践について、看護・介護職それぞれの連携の実践内容を照らし合わせ、看護・介護職の実践が同じ内容を示している項目はひとつの項目とし、介護職のみが語った連携の実践内容は看護職が実践すべき連携として抽出し、予備研究1で得られたユニット型特養の連携体制を反映させて尺度項目を作成した。構成概念については、予備研究2で抽出したカテゴリを下位概念とし、＜情報の共有＞＜目標の合意＞＜専門性を活かした協力活動＞＜評価の共有＞＜関係性の構築＞の5下位概念、44項目の原案を作成した。

【尺度の信頼性・妥当性の検討】

1. 本研究1：尺度原案の表面妥当性と内容妥当性の検討

1)方法：ユニット型特養の常勤看護師および老年看護学研究者を対象に自記式質問紙調査を行った。内容妥当性は、Item-Content Validity Index (以下、I-CVI) の算出、表面妥当性は、質問項目と概念の関連、表現の適切性、項目の重複や不足を検討した。

2)結果：I-CVI が 0.8 未満であった 3 項目を削除した。また 17 項目の表現を修正し、さらに必要である内容を 7 項目加え、5 下位概念、48 項目で構成される尺度を作成した。

2. 本研究 2：尺度の信頼性・妥当性の検討

1)方法：全国のユニット型特養の看護職を対象に自記式質問紙調査を行い、項目分析、構成概念妥当性の検討、内的整合性の検討、基準関連妥当性の検討、安定性の検討を行った。

2)結果：回答を得た 378 名（回収率 76.8%）のうち、有効回答 373 名（有効回答率 98.7%）を分析対象とした。項目分析、因子分析、内的整合性を検討し、2 項目を削除した。46 項目に対して因子分析を行い【医療職として介護職を支える】【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】【ユニットで看取することを合意し評価する】【緊急時の連携体制を整備する】【看取りに向かう身体的特徴を共有する】【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】の 6 因子 37 項目で構成される尺度を作成した。内的整合性は、Cronbach' s α 係数が尺度全体で 0.967、各因子で 0.784~0.936 であった。基準関連妥当性は、学際的チームアプローチ実践評価尺度(以下、ITA 評価尺度)との相関係数は $\rho = 0.460 \sim 0.714$ 、チーム特性チェックリストとの相関係数は $\rho = 0.388 \sim 0.660$ の範囲でいずれも有意な相関を示した ($p < 0.01$)。安定性は、287 名（回収率 58.3%）の回答に基づく再テスト法を行い、1 回目と 2 回目の合計得点の間で $\rho = 0.803$ 、各因子では $\rho = 0.620 \sim 0.717$ の有意な相関がみられた ($p < 0.01$)。いずれの調査も大阪府立大学看護学研究倫理委員会にて承認を得て実施した。

【考察】本尺度は Cronbach' s α 係数が高いことより、内的整合性、安定性が確保されたといえる。また因子分析により構成概念妥当性が確認された。基準関連妥当性においても本尺度と ITA 評価尺度、チーム特性チェックリストとの有意な相関が認められた。これらのことより本尺度の信頼性・妥当性は確保されたといえる。本尺度は介護職の視点を包含しているため、看護職が介護職と連携する上で必要な項目が網羅されているといえる。さらに全国のユニット型特養に調査したことより、地域の偏りはなく汎用性の高い尺度であるといえる。本尺度は看護職が介護職との連携における実践を自己評価するためのツールとして活用できる。自らの実践を振り返ることで連携への意識が高まるなど、ユニット型特養における看取りの質の向上に寄与することができると考える。

キーワード：ユニット型特別養護老人ホーム，看取り，看護職，介護職，連携実践尺度

Abstract

[Purpose]

The purpose of this study was to develop the Collaborative Practice Scale to be used by nurses when evaluating collaborative practice with care-workers in providing end-of-life care at nursing homes with small-scale care units.

[Draft creation]

1. The actual situation of the collaboration system

As a result of having focus-group interviews with nursing staff and care-workers at nursing homes with small-scale care units, two aspects of collaboration systems emerged, where the unit leader of care-workers is responsible for end-of-life care policy, and the unit in-charge of care-workers decides on the day-to-day care provisions depending on the physical condition of the elderly.

2. Clarification of collaboration contents

As a result of having an interview with a study participant individually, and having investigated nursing staff and care-workers at nursing homes with small-scale care units, for nursing jobs, 5 categories, 9 subcategories, and 36 items were extracted; for care-workers 5 categories, 9 subcategories, and 25 items were extracted.

3. Draft creation

The interview content was used to create a draft scale comprising 44 items within the following 5 concepts: “sharing information,” “goal agreement,” “collaboration utilizing specialties,” “sharing evaluations,” and “establishing relationships.”

[Scale reliability and validity]

1. Face and content validity

A self-administered questionnaire was completed by nurses and gerontological nursing researchers. Item-content validity index (I-CVI) analysis resulted in the exclusion of 3 items due to low I-CVI (< 0.8). Seventeen items were revised, and 7 new items were included. This resulted in a scale comprising 48 items within the previously stated 5 concepts

2. Reliability and validity:

A self-administered questionnaire was completed by nurses from nursing homes with small-scale care units, a total of 373 valid responses were collected. Item analysis, factor analysis, and internal consistency analyses excluded 2 items. Exploratory factor analysis for the remaining items resulted in the extraction of 37 items within the following 6 factors: “support for care-workers as medical professionals,” “respect for the care-workers of the unit and establishing relationships,” “agreement on the provision and evaluation of end-of-life care,” “development of a collaborative system for emergencies,” “sharing of physical characteristics of the person at end of life,” and “sharing of information and utilizing the characteristics of the unit.” Cronbach’s alpha values ranged between 0.784–0.936 indicating adequate internal consistency. Significant correlations with both the interdisciplinary team approach scale, and the team characteristics checklist indicated good criterion-related validity. Significant correlations for the total scores and factors were observed between a test-retest (287 subjects) of the scale, indicating good stability.

[Discussion]

The study demonstrated that the Collaborative Practice Scale is a reliable and valid instrument. The scale items reflected the viewpoint of care-workers to ensure that all essential items for collaboration were covered. Furthermore, questionnaires were distributed to nursing homes nationwide to avoid regional bias and increase the scale’s versatility. This scale is available as a self-evaluation tool for nursing staff with care-workers during end-of-life care. Due to these factors, the Collaborative Practice Scale may make a useful contribution to the improvement of end-of-life care at nursing homes with small-scale care units.

[Key words]

nursing home with small-scale care units, end-of-life care, nursing staff, care-worker, collaborative practice scale

第1章 序論

I. 研究の背景・意義

超高齢社会の到来に伴い、特別養護老人ホーム（以下、特養）における看取りケアが推進されている。その背景には、多死社会となりそれに対応できるほど病院のベッド数が今後増加することは望めないことや、入院期間の短縮、療養型医療施設の大幅な病床数削減により、施設入所者数の増加および重度化が顕著となっている（厚生労働省大臣官房統計情報部，2014）。また、医学の発展とともに、あらゆる治療手段を尽くすことが病院の使命であり、死を敗北と捉える傾向が強かったが、近年では、最期まで自分らしく過ごし平穩に死を迎えたいと望むなど、生活の質を重視する傾向にあることから、できる限りこれまでと同じ生活を送りながら苦痛なく平穩に死を迎えられるように援助していくことが求められている。そのため、本人や家族の意向に沿いながら、身体的に負担となるような治療や医療的な処置は行わず、入居者への心身の負担が最小限になるようなケアを目指す特養での看取りのニーズが高まっている。実際、2006年4月の介護保険制度改正により、特養の介護報酬の中に重度化対応加算・看取り介護加算が創設されるなど、看取りを実践する上での体制整備と看取りの評価が明確になったことから、特養で日常生活の延長としての自然な看取りに注目が集まっていることがわかる。2016年の調査では、全国の特養のうち、77.8%の施設で看取りが実施されるなど（みずほ情報総研株式会社，2016）、約8割の特養で看取りを行っている。

特養の中でも、10名以下の小規模な生活集団の中で、家庭に近い環境で自分らしい生活を営むことを目指したユニット型特別養護老人ホーム（以下、ユニット型特養）が注目されている。ユニット型特養では、数名の介護職が固定したユニットに配置されているため、なじみの職員がケアにあたることができ、高齢者の生活歴や価値観など多くの情報を引き出して、その人らしい過ごし方を模索することができると思う。また、個室であるためプライバシーが確保されるなど、看取りを行う上でも有益であることが示されている。その反面、ユニット型特養ではケアが各ユニットの裁量に任されるところが大きく、分散した配置による情報交換の難しさや、ユニットを超えた相談のしにくさなど、ユニットの孤立や連携不足も指摘されている（医療経済研究機構，2002；認知症介護研究・研修東京センター年報，2007）。

特養の入居者の特徴として、入居者の97.2%が認知症を有しており（厚生労働省大臣官房統計情報部，2013）、的確に言語でニーズを伝えることが難しく、表現される行動・言動

から読み取らねばならない。さらに看取りとなると、入居者本人の意思表示が困難となるため（林ら，2004）、ニーズを察知する力やそのニーズに応えていく高度な実践力が求められる。そのため、ユニットによってケアに差が生じているのが現状である。また、看取りになると入浴など日常のケアを行うことを介護職が躊躇するようになることや、夜間看護職が不在であることへの介護職の不安など、看護職が介護職をどのように支え連携していくかについて困難を抱えている（早崎ら，2003；小野，2006；古田ら，2009）。特養においては、看護職は入居者がその人らしくこれまで通りの生活を送ることができるよう、健康管理上の観察点やケアのポイント等を伝えたりするなどして介護職を支え、密な情報交換を通してケアの方向性を共通認識し、入所者に対して継続したケアが提供できるよう調整していかなければならないが、複数のユニットに対して看護職1名というユニット型特養の体制において、看護職が各ユニットの介護職といかに連携を図るかが重要な課題であるといえる。特に、看取り期にある入所者は体調が不安定になるため、唯一の医療職である看護師は身体面を的確にアセスメントし、健康管理上の観察点やケアのポイント等を伝えるなどの重要な役割を担っているが、生活の場である特養においては、医療職だけでなく日常生活のケアを担う介護職とより一層連携してケアにあたることが不可欠である。

高齢者施設における看護・介護職の連携において、その必要性については多くの文献（林ら，2004；柴尾，2005；加瀬田ら，2005；小野，2006；流石ら，2007；井上，2007；古田ら，2009；小林ら，2010a；全国高齢者ケア協会，2013）で指摘されている。連携を阻害する要因としては、教育背景の相違（赤沢，2009；全国高齢者ケア協会，2013）や経験の相違（野崎ら，2007）、お互いの役割が理解されないこと（福岡，2006；井上，2007；野崎ら，2007；赤沢，2009）、意見の違いを尊重できないこと（井上，2007）などが報告されている。実際、看護師は「医療処置に関するケア」と「病状把握と看取りケア」という身体症状へのケアを、介護職は「生活支援に関するケア」を主たる業務と認知しているように、職種によって業務に対する役割認知に明確な差異があるといわれているため（石井，2010）、役割の異なる職種が連携してケアを実践していくことは容易ではない。また、特養の入所者は慢性疾患を抱えていると同時に介護も必要としており、いわば看護ニーズと介護ニーズを合わせ持って生活しているが（工藤，2008）、看護と介護の重複している領域を単純に分割できない（赤沢，2009）ところが連携の難しい点である。そのため、看護と介護の両職種の機能や役割を融合した健康管理の方法を確立していくことが重要である（吉原ら，2009）。

近年看護・介護職の連携を円滑にするための取り組みと認識の変化の実践を報告したものや(仁木, 2010)、看護師が介護職と連携するプロセスを明らかにした報告(大村, 2013)がなされてきているが、連携の活動を明確にしたものは見当たらず、実際にはそれぞれの施設で試行錯誤しながら実践しているのが現状である。そこで、ユニット型特養の看取りにおいて、看護職が介護職とどのように連携していけばよいかを具体的に示した実践尺度を開発することが必要である。介護職が必要と考える看護職との連携の実践を包含し、生活の場での自然な看取りの特徴を踏まえた尺度を作成する。この尺度は、看護職個々人が自らの実践を自己評価するためのツールとして活用できる。さらに、連携に対する意識を高めて介護職との連携を円滑に進めることを通して、ユニット型特養での看取りケアの質の向上に寄与できると考える。

II. 研究目的

ユニット型特養の看取りにおいて、看護職が介護職との連携の実践を自己評価できる尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的とする。

III. 尺度開発のプロセス

本研究で開発する尺度は、既存の尺度がなく、ユニット型特養での看取りに特化した看護職が介護職と連携する実践を示す尺度であり、その内容について質的に明らかにする手法が適切と考えた。そのため、質的帰納的研究の成果に基づいて測定用具を開発する舟島(2009)の測定用具開発過程を参考に尺度の開発を行った。具体的には、質的帰納的研究による測定する現象の概念化、尺度の構成、測定用具の信頼性・妥当性の検討、の3段階の過程で作成した。尺度開発のプロセスを図1に示す。

まず、ユニット型特養における看取りの連携体制を把握するために予備研究1にてユニット型特養の看護・介護職を対象にグループインタビューを行う。そして看取りにおける看護・介護職の連携の内容を明らかにするために、ユニット型特養の看護・介護職を対象に個別面接調査を行い、ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の概念を創出する。

尺度の構成については、予備研究2から得られた結果を質的帰納的に分析して、創出された概念を尺度の構成概念とする。そして予備研究1で得られたユニット型特養の連携体制を反映させて、予備研究2で語られた連携の内容から質問項目を作成し、尺度原案を作成する。

測定用具の信頼性・妥当性の検討として、本研究 1 においてユニット型特養の看護師および老年看護学研究者を対象に自記式質問紙調査を行い、尺度原案の内容妥当性・表面妥当性の検討を行う。本研究 1 の結果から尺度項目の修正を行い、ユニット型特養の看取りにおける介護職との連携実践尺度を作成する。次に、本研究 2 にて修正した尺度の信頼性・妥当性の検討するために、項目分析による質問項目の選定、因子分析による構成概念妥当性の検討、Cronbach's α 係数の算出による内的整合性の検討、ITA 評価尺度、チーム特性チェックリストによる基準関連妥当性の検討、再テスト法による安定性の検討を行う過程を経て尺度を開発する。

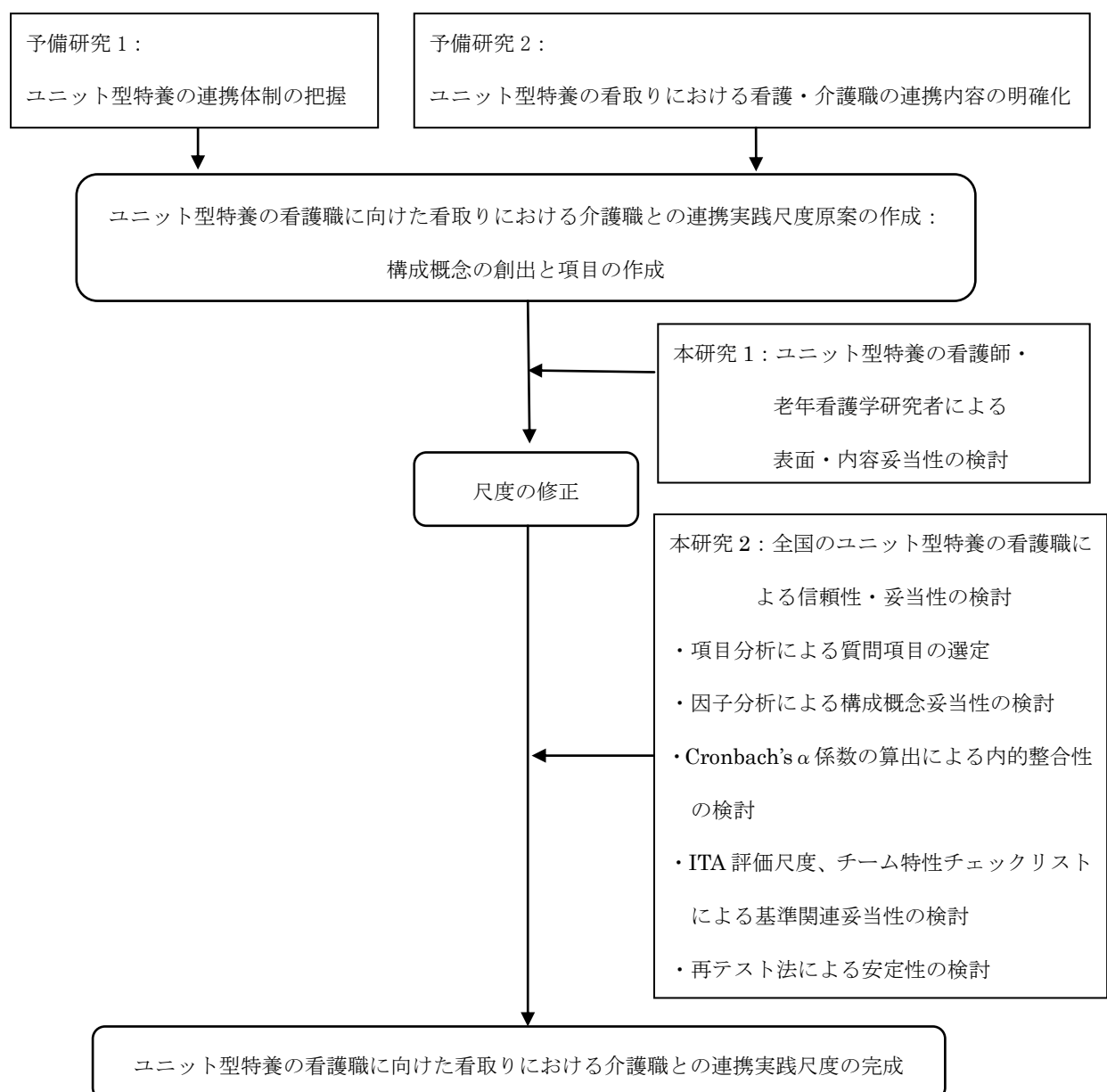


図 1 尺度開発のプロセス

第2章. 文献検討

I. 高齢者施設における看護・介護職の連携

わが国においては高齢社会に伴い、高齢者施設の入所者は高齢化、重度化、医療処置を必要とする者が増加している（鎌倉，2009；厚生労働省大臣官房統計情報部，2014）。そのような中、自らの人生において最期まで自分らしく生きたい、質の高い生活を送りたいというニーズの高まりがみられる。そのため、高齢者ケアにおいては、看取りニーズの増加、自己決定を支え、尊厳のあるケアの提供が求められるなど（仁木，2010）、医療モデルから利用者中心の生活モデルへ移行してきている。施設入所高齢者は慢性疾患を抱えていると同時に介護も必要としており、いわば看護ニーズと介護ニーズを合わせ持って生活している（工藤，2008）。しかし、看護と介護の重複している領域を単純に分割できない（赤沢，2009）ところが連携の難しさであり、連携の必要性が増大している。そのようなニーズに対応するには看護・介護職で連携していく必要があり、多くの文献でその必要性が指摘されている（林ら，2004；柴尾，2005；加瀬田ら，2005；小野，2006；流石ら，2007；井上，2007；古田ら，2009；小林ら，2010a；全国高齢者ケア協会，2013）。

実際高齢者施設では、看護・介護職はそれぞれ、看取りにおける役割の増大や（北村ら，2009）、看取りケアへの不安を抱きながら職務を果たしている（上村，2010）。1987年に社会福祉士及び介護福祉士資格が創設されて以降、専門性が分化され、看護と介護の連携については大きな課題である。連携を阻害する要因としては、まず教育背景の相違（赤沢，2009；全国高齢者ケア協会，2013）や経験の相違（野崎ら，2007）が報告されている。業務独占である看護職に対し、介護福祉士は名称独占であり、また介護職に就くには特別な資格を要しないため介護職の中でも教育に差がある。しかし施設の入所者の重度化により、吸引などの医療行為を介護職も担うようになるなど、業務の範囲は広がっており、看護・介護職が連携していくことは急務となっている。また、看護師は「医療処置に関するケア」と「病状把握と看取りケア」という身体症状へのケアを、介護職は「生活支援に関するケア」を主たる業務と認知しているように、職種によって業務に対する役割認知に明確な差異があるといわれていることより（石井，2010）、お互いの役割が理解されないことや（福岡，2006；井上，2007；野崎ら，2007；赤沢，2009）意見の違いを尊重できないこと（井上，2007）なども指摘されている。このように、役割の異なる職種が連携してケアを実践していくことは、価値観や判断基準が異なることによる軋轢が予想されるため容易ではない。また、特養の入所者は慢性疾患を抱えていると同時に介護も必要としているため、看

護と介護の両職種の機能や役割を融合した健康管理の方法を確立していくことが重要である（吉原ら，2009）。

このように、高齢者施設において看護職が介護職と連携していくためには、まずは入所者についての情報のみならずお互いの経験、医療面等の「情報を共有」することが必要であるといわれている（伊藤ら，2006；坪井ら，2007；吉原ら，2009；小林ら，2010b；高柳ら，2012；全国高齢者ケア協会，2013）。看護職は、入所者の生活を身近で観察している介護職と入所者や家族の情報を共有するとともに、介護職の不安を受け止めながら、介護職のニーズに対応した医療面の情報提供を、機会を捉えて繰り返し行うことが重要である（高柳ら，2012）。また、記録を一本化する必要性もいわれている（坪井ら，2007）。情報が共有されていない場合、介護職は入所者の急変時にどのように対応すればよいのかが分からないという事態が起こり得るため、看護職は介護職が入所者の身体状況を理解できるように説明し、入所者の状態が変化した場合の対応を伝えておくことも課題である。

また、情報交換が不足し、共有できていないと看護職と介護職の目標が異なる。目標の方向性が同じでないと連携がとれていない状況になるため（島田，2008）、「目標の合意を図る」ことが重要である（全国高齢者ケア協会，2013）。看護職は、入所者への処置やケアの必要性和根拠を分かりやすく伝え、相互の目標のずれがおこらないようにすることが必要である（島田，2008）。看護職は生命への影響を考慮するあまり、入所者の生活や活動を制限することがないよう、生活の場であることを念頭におき、介護職と連携して目標を検討することが必要である。意見を出し合う場づくりに努めることも重要である。

そして、看護職と介護職はそれぞれ異なった役割を担っており、介護職はその人らしい生活づくりに関わり、看護職はその人の健康レベルと生活ニーズを統合して援助方法を選択し対処していくといわれているように（全国高齢者ケア協会，2013）、「それぞれの専門性を踏まえて実践」し、責任を持って役割を遂行していくことが求められている（坪井ら，2007；全国高齢者ケア協会，2013）。看護職の数が少ない高齢者施設では、入所者の日常生活援助を介護職が担っているため、看護職は入所者の身体状況を的確にアセスメントして、観察点や報告してほしい内容や基準を明確にし、介護職はわずかな変化に気づき、報告・相談すべきかを判断する必要がある（全国高齢者ケア協会，2013）。看護職は、治療を目的とした医療ニーズ中心の業務に追われる看護から、入所者の生活援助に目を向け、予防的視点をもった看護を実践すること、そして介護職が主体的に判断して対応してもらう部分を明確にして任せるなど、お互いの分野を尊重することが重要である（仁木，2010）。生活

の場においては、看護職の仕事と介護職の仕事が明確に分けることができない部分も多いことから両職種の連携の必要性が伺えるが、教育・経験の背景が異なる看護・介護職においては、お互いの業務や役割を理解しするなど「相互の専門性を理解」することが重要であるといわれている（坪井ら，2007；小林ら，2010b；全国高齢者ケア協会，2013；長谷川，2004）。連携するためにはまずは自らの役割を自覚するとともに、相手の役割を認識し合うことが必要である（工藤，2008）。相互の役割を理解した上で、自分たちの意見が正しいと思いつめるのではなく、相手の意見に耳を傾け、学ぶ姿勢で関わるなど相互の意見を尊重する（坪井ら，2007；仁木，2010；野崎ら，2007）。そして、お互い歩み寄って話し合える「関係性を構築」することが重要である（全国高齢者ケア協会，2013）。信頼関係を築くためには感謝の言葉やお互いをねぎらうことも効果的である（坪井ら，2007）。そして、お互いが対等な立場にあることを認識し、知識・技術を向上させるなど関係性の構築のために努力することが必要である（全国高齢者ケア協会，2013）。

このように、看護・介護職がそれぞれの専門教育に裏付けられた特徴的な援助（砂村ら，1996）を行っていくことで、両職種の機能や役割を融合した健康管理の方法を確立（吉原ら，2009）していくことができる。そして、お互いの業務を中心とするのではなく、入所者を中心とした連携のあり方を模索する必要がある、そのことにより入所者の生活の質の向上につながると考える。

Ⅱ．連携に関連した概念

1．協働

「連携(cooperation, collaboration, coordination, linkage)」と同義語として捉えられることの多いのが「協働(collaboration, coproduction)」であり、海外文献でも様々な用語が用いられている。柴田ら（2003）は、「連携」が「制度化された形態」を意味し、「協働」が「個人や集団の主体的活動」を意味する用語として区別する場合と、「連携・協働」として明瞭に区別していない場合もあることを指摘した上で、「連携・協働」を「介護保険という制度を基盤として、高齢者のケアという目的を共有し、看護職と介護職が意図的な協力活動を行う形態」と定義している。また、田村ら（1998）は、Rawson の概念モデルを抄訳した中で協働を、「相互尊重と責任を共有する協同活動」としている。坪井ら（2005）は、組織成立の3要素である「共通の目的・コミュニケーション・協働意思」を抽出したバーナード組織論（1968）を参考にし、特養のユニットケアにおいて、「協働」とは「看護職と

介護職が利用者のケアの質の向上を図るためにユニットケアに取り組むという共通目的を持ち意識的に協力して働きあうこと」としている。

吉池（2009）は、「連携」「協働」「チーム」の各概念の関係を示している。「同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むこと」を「協働」とし、「協働を実現するための過程を含む手段的概念」を「連携」としている。そして、連携の可視化された実態として「チーム」があると整理している。

これらのことより、連携は協働するための手段として捉えることができ、本研究においては看護職が介護職と共にユニット型特養での看取りを行うための活動を具体的に示すものであるため、「連携」の概念を使用することとする。

2. チームアプローチ

2000年に施行された介護保険法により、保健・医療・福祉など分野の異なる専門職が協働・連携してチームとしてサービスを提供していくチームアプローチが求められている。

菊池（1999）は、対人援助サービスを行う他職種チームの定義を「分野の異なる専門職が、クライアントおよびその家族などの持つニーズを明確にした上で共有し、そのニーズを充足させるためにそれぞれの専門性を専門性に割り当てられた役割を、他の専門職と協働・連携しながら果たしていく少人数の集団」としており、この多職種チームによる包括的な支援活動の総称をチームアプローチという。

多職種のチームアプローチモデルとして、マルチディシプリナリー(multidisciplinary)、インターディシプリナリー(interdisciplinary)、トランスディシプリナリー(transdisciplinary)の3つがあるといわれている（菊池，2002）。マルチディシプリナリーモデルは、チームに課せられた人命にかかわる可能性がある緊急な課題を達成するために、1人の人物の指示により、チームの中で与えられた専門職としての役割を果たすことに重点をおいたチーム・アプローチの方法であり、アセスメント、ケアプラン作成、ケアの提供などが個別に行われ、チームとしての協働・連携が十分に行われていない。インターディシプリナリーモデルは、チームに課せられた複合的な、しかし緊急性がなく直接人命にかかわることが少ない課題を達成するために、各専門職がチームの意思決定に主体的に関与し、それぞれの役割を協働・連携しながら果たすことに重点をおいたチーム・アプローチの方法であり、多職種とのコミュニケーションに重点が置かれ、アセスメント、ケアプラン作成、ケアの提供などに多職種による協働・連携が行われていることが特徴である。

トランスディシプリナリーモデルは、チームに課せられた課題を達成するために、各専門職がチームの中で果たすべき役割を、意図的・計画的に専門分野を超えて横断的に共有した「役割解放」を行うチーム・アプローチの方法であり、ある専門職固有の領域のサービスを意図的、計画的に他の専門職が行うなど、専門職間の役割分担が不明瞭となる（菊池，1999；菊池，2002）。このように、チームは与えられた課題を達成するために、最も適したアプローチモデルを選択することが必要である。

近年、チームアプローチの方法論として、インタープロフェッショナルワーク（Interprofessional Work：IPW、以下、IPW）が注目されている。IPWとは、英国で19世紀半ばからその必要性が認識され（Department of Health, 1989；Department of Health, 1997）、実践の場で効果的な連携を行うために基礎教育の中でIPWを学ぶことが広まったといわれている（Funnel1, 1995）。日本では、専門職連携と訳されており、吉本（2001）が最初にIPWを、「複数の領域の専門職者が各々の技術と役割をもとに、共通の目標を目指す協働」と定義した。その後埼玉県立大学では「複数の領域の専門職者が、それぞれの技術と知識を提供し合い、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者と共に目指す協働した活動」と定義している。IPWでは、個々の専門職の視点よりむしろチームとしての視点を重視しているのが特徴であり（埼玉県立大学，2009）、異なる専門職の相互理解、相互支援に努め、利用者のケアの質の向上という共通の目標を共有することが強調されている。

本研究では、ユニット型特養の特徴から看護師とユニットの介護職とをチームとして捉え、この2つの職種の密な連携が必要となる看取りにおける連携の活動を示すものである。また、看取りの状態にある入所者は、複数の疾患や障がいを持ちながらも限られた生命の中でその人らしく、そして今まで通りの生活を送ることができるような援助が必要となる医療ニーズと生活ニーズを併せ持った対象者であるため、看護職と介護職が並列関係でありそれぞれの専門性を発揮しながら連携していかなければならないという点で、インターディシプリナリーモデルと捉えることができる。そして今後は、ユニット型特養に特化した連携を明確にすることが必要であると考ええる。

Ⅲ. 連携の評価方法の検討

連携の評価方法については、連携の性質上連携できているかどうかは可視化できないため、評価が非常に難しい。そのため、可視化できない連携を行動で表現し、連携するための実践を明確にする必要がある。

連携の評価としては、雇用管理業務支援のためのチーム特性チェックリスト（日本労働研究機構，2003）が開発されている。この尺度は、「参加と相互作用的環境」「チーム目標の受容」「他チームとの関係」「個人の権限」「解決への意欲」「チーム・パフォーマンス」の6領域36項目で構成されている。チームを各側面から測定し、それが有効に機能するために、何をどのように改善すべきかを示すものであり、パフォーマンスの高いチームの特性を測定する尺度として有効であるとされているが、この尺度は医療や福祉に特化したものではない。

高齢者ケアの分野では、学際的チームアプローチ尺度（以下、ITA 評価尺度（ITA:Interdisciplinary team approach））（杉本ら，2011）が開発されている。この尺度は、32項目からなり、「組織構造の柔軟さ」「ケアのプロセスと実践度」「メンバーの凝集性と能力」の3領域で構成されており、介護保険施設における高齢者ケアやサービスの提供に携わる医療・福祉職が、所属組織におけるチームアプローチの実施状況について自己評価を行うためのものである。これらの尺度はチームの実践を測定するものであるが、チームの中でも入居者の健康管理や日常生活援助を主として担っている看護職と介護職に焦点をあてた連携の実践尺度を開発することが必要であると考えられる。

Ⅳ. 特別養護老人ホームにおける看取りの現状と課題

1. 看取りの定義

藤腹（1994）は、看取りを「予後不良と診断された人とその家族の残された生命・時間・生活が、より豊かに、より安全に、より積極的に希望をもって過ごせるような方法で配慮し、その人が望むその人らしい最期を迎えられるように援助することである」、そして「その人の基本的欲求を満たし、身体的・精神的・社会的・宗教的ニードに対して配慮し、援助すること」だとしている。

古田ら（2009）は、死の看取りを「死期が近づいていることを予測した上で、入居者と家族が死を迎える準備をすることを意識した支援をすること」としている。

「終末期」とも使われているが、流石ら（2006）は、「高齢者の終末期」とは、「疾患と老化が進んで心身が衰弱し、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、死がそれほど遠くないと判断される状態にある高齢者の終末の時期である」と述べている。また、日本老年医学会では「終末期」を「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可逆となった状態」と定義しているように、「終末期」にはがん等の疾患により治療が不可能となり死に近づいている状況であることが多い。

特養における看取りは、毎日の暮らしとその人生の日々を積み重ねた時間軸の延長にあるため（櫻井ら, 2009）、本研究では特養での看取りを生活の延長上にあるものととらえる。そのため、本研究においては看取りを、医師により回復の見込みがないと判断された入居者が、生活の場であるユニット型特別養護老人ホームで、日常生活の延長としてその人らしい最期を迎えるための援助とする。

2. 日本における特別養護老人ホームでの看取りの現状と課題

わが国は、2007 年に高齢化率が 21.5%に達するなど、超高齢社会に突入したことを背景に、高齢者の単身世帯が年々増加している（厚生労働統計協会, 2011）。それに伴い介護保険施設である特養の利用者は年々増加し、待機者は 52.4 万人といわれている（厚生労働省老健局高齢者支援課, 2014）。医学の発展とともに、あらゆる治療手段を尽くすことが病院の使命であり、死を敗北と捉える傾向が強かったが、近年では、最期まで自分らしく過ごし平穏に死を迎えたいと望むなど、生活の質を重視する傾向にあることから、本人や家族の意向に沿いながら、入居者への心身の負担を最小限にする看取りのニーズが高まっている。特養での看取りケアは特別のことではなく、日々の生活の延長線上にある死を支えることである。できる限り入居者への心身の苦痛が少なく、その人の尊厳を保ちながらその人らしい最期を迎えることができるように援助し、日常生活の延長としての自然な看取りの実践を目指している（伊藤ら, 2006；櫻井ら, 2009）。実際、2006 年 4 月の介護保険制度改正により、特養の介護報酬の中に重度化対応加算・看取り介護加算が創設されるなど、看取りを実践する上での体制整備と看取りの評価が明確になったことから、特養で日常生活の延長としての自然な看取りに注目が集まっており、各施設における看取りの体制を整えることは急務である。

特養での看取りを実現させるため、9 割以上の施設で常勤医が不在である特養（医療経済研究機構，2003）において、唯一の医療職である看護師の役割は重要である。入居者の体調の変化に応じて、生活の場である特養で看取ることができるのかを判断し、入居者とその家族の望む生き方を選択し、それを実現していくことが求められる。

しかし、実際には特養で看取りを行う上で様々な不安や悩みを抱えながら日々実践している。特に、看取りの状態にある入居者は、自らの意思を的確に伝えることが困難であり、またこのケアでよかったというケアの評価を行うことが難しいために、看取りを実践しながらも、自分たちが実践しているケアが入居者にとってよいケアとなっているのかという不安や葛藤を抱えている（流石ら，2007；古田ら，2009）。さらに、常勤の医師が不在であること、看護職が夜間・休日は不在である上に、苦痛を緩和するという看護師の使命に対して、医療に限りがある特養で自然な死に向かうことへの医療職としての心理的負担や罪悪感を抱くことも考えられる（加瀬田ら，2005；伊藤ら，2006）。

また、看取りの経験が少ない介護職は看取ることへの不安が強く、看取りになると今まで行っていたケアを行うことを躊躇するようになることも報告されており、介護職へのフォローも課題となっている（加瀬田ら，2005；古田ら，2009）。特養での看取りを行う上で、日常生活援助を主として担っている介護職と、唯一の医療職である看護職の連携は不可欠であるが、看護・介護職双方の役割期待の相違（高柳，2000）や専門性に関する認識の相違（大山，2000；柴田ら，2003）があることが指摘されている。

以上のように、特養の看取りにおいて看護師は様々な課題を抱えているが、特養での看取りの質を向上させるためにも、看護師が日常生活を支えている介護職と相互の専門性を理解して尊重し合い、連携していくことが不可欠であるといえる。

特養における看護職とは、看護師と准看護師のことを指す。特養においては准看護師が 53.1%と、看護師 45.7%をやや上回るなど（野村総合研究所，2009）、医療機関と比較し准看護師が多く、看取りの実践においても看護師、准看護師に関わらず同等に実践している現状にある。そのため、本研究においては、看護師のみならず、准看護師を含む看護職が使用する尺度を開発することが必要である。

V. ユニット型特別養護老人ホームの特徴

ユニット型特養とは、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室により一体的に構成される場所ごとに入居者の日常生活が営まれ、これに対する支援が行われる施設と定められており（特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準，1999）、2002年にはユニット型特養に対応した施設整備費補助金が設けられた。

入居者10人以下をひとつのユニットとし、ユニット単位で生活を送ることで、入居者一人ひとりのペースに応じた生活を営むことが可能となる。これまでの身体介護を中心とした考えではなく、ユニットケアの考え方として利用者を全人的に理解し、できるだけこれまでの日常生活の延長として安全に配慮して、少しでも苦痛なく入居者や家族の意向に沿った生活を支援することを目指している（全国高齢者ケア協会，2013）。少人数の家庭的な雰囲気の中でケアを行うことで、これまで集団の中の一人として捉えていた入居者を、入居者一人一人とゆとりを持って関わり、入居者は一人の尊厳を持った人間としての生活を営むことが可能となる。さらに、介護職がユニット単位で配置されているため、なじみの職員がケアにあたることができ、個室が必要な状態になっても居室の移動の必要性がなく、家族との濃密な時間も保障されることなど、看取りを行う上でも有効であることが示されている。

その反面、入居者一人ひとりに向き合う場面が増えることや、ケアが各ユニットの裁量に任されるところが大きいため、介護職が負担と感じていることも報告されている。さらに、分散した配置による情報交換の難しさや、ユニットを超えた相談のしにくさなど、ユニットの孤立や連携不足も指摘されている（医療経済研究機構，2002；認知症介護研究・研修東京センター，2007）。そのため、ユニットケアにおいては、看護職が各ユニットの介護職といかに連携を図るかが重要な課題であるといえる。

VI. 用語の定義

1. 連携

ユニット型特別養護老人ホームの看護職が、介護職と相互の専門性の理解に基づいて関係性を築くことを基盤とし、情報を共有しながら目標の合意を図り、専門性を活かして協力し合い、評価を共有していく活動とする。

2. 看取り

医師により回復の見込みがないと判断された入居者が、生活の場であるユニット型特別養護老人ホームで、日常生活の延長としてその人らしい最期を迎えるための援助とする。

3. 看護職

准看護師を含む看護師のこととする。

第3章 予備研究

I. 予備研究1

ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける看護・介護職の連携体制の実態

1. 研究目的

ユニット型特養の看取りにおいて、看護職と介護職の看取りの連携体制を明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

1) 研究参加者

看取り介護加算を算定して、看取りを実践しているユニット型特養に勤務する看護職、介護職を研究協力者とした。

看取り介護加算を算定して看取りを実践しているユニット型特養の看護職に、研究目的、方法、倫理的配慮等を記載した依頼文書を送付し、研究協力を依頼するとともに、看取りの実践に関わっている介護職を紹介してもらうよう依頼した。

2) データ収集方法

平成25年5月に、大阪府立大学羽曳野キャンパスのプライバシーが保てる場所にてフォーカスグループインタビューを行った。研究協力者全員の承諾を得てICレコーダーに録音した。

フォーカスグループインタビュー法は、グループダイナミクスが生じ、お互いのやり取りを通して個人では気付かなかった潜在的な意見を引き出し、様々な角度から検討された意見を構築することができるという利点があるため（安梅，2001）、この方法を選択した。インタビューは安梅（2001）、Pope et al,（2006）／大滝監訳（2008）の手順を参考として行った。

3) 調査内容

インタビューガイドに基づき、特養の看取り期において、看護職、介護職の連携体制（連絡体制、ケア体制、夜間・休日体制）について語ってもらった。また、研究協力者の属性

(年齢、性別、看護職・介護職としての経験年数、特養での経験年数、資格等)、研究協力者の所属施設の概要(開設年度、特養の種類、看取り件数等)を調査した。

4) 分析方法

フォーカスグループインタビューで得られた内容から、看護職と介護職の連携体制が語られている部分を抽出し、図式化した。具体的には、体調の変化の徴候が出現した際の連絡体制や情報共有方法、日中や夜間・休日の看護・介護の配置や指示体制、連絡方法であった。

3. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会に申請し、承認を得て実施した(承認番号 24-66)。

研究参加者および施設長、看護介護管理者に対して、研究目的、方法、倫理的配慮等を文書と口頭にて説明を行った。また、研究参加は任意であり、断った場合に不利益を被ることはないこと、匿名性は保持されること、答えたくない質問には答えなくてよいこと、得られたデータは本研究の目的以外に使用しないこと等を説明した。さらに、インタビューで知り得た情報は口外しないこと研究協力者間で約束した。

4. 結果

1) 研究協力者の属性と所属施設の概要

看護職 2 名、介護職 1 名の計 3 名(2 施設)を研究協力者とした。女性 2 名、男性 1 名で、年齢は 30～50 代であった。看護師・介護職の経験年数は 8～33 年で、特養での経験年数は 3～8 年であった。看護職 2 名のうち、1 名は介護支援専門員の資格を所有していた。介護職 1 名は介護福祉士の資格を所有し、ユニットのリーダーであった。

研究対象者の所属施設は、入居定員が 90～95 名で、ユニット数は 10～12 ユニット、各ユニットに対して入居者は 8～9 名であった。診療所が併設されている施設は 1 施設、併設されていない施設が 1 施設であった。開設年度はそれぞれ 1996 年、2004 年であり、最近 1 年間の看取り件数は 15～16 件であった。インタビュー時間は 54 分であった。

2) ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の職員配置と連携体制

ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携（図2）と夜間の連携（図3）を模式図に示した。ユニット型特養において、介護職はリーダーをはじめとする数人の職員が固定したユニットに配置されていた。看護職は複数のユニットに対し1名が配置されていた。指示等はユニットリーダー介護職からユニット担当介護職に連絡される体制となっていた。

日勤の体制としては、介護職は10～12名で、1ユニットに1名の介護職が配置されていた。その1名がリーダー介護職の場合もあった。看護職は2～5名で、1名の看護職が4～6ユニットを担当していた。夜間の体制は、2つのユニットを1名の介護職が担当していた。夜間の介護職1名は、ユニットリーダー介護職の場合もあれば、ユニット担当介護職の場合もあった。看護職は不在のためオンコール体制、またはひと月の半分は看護職1名が夜勤を行っていた。休日は、看護職が1～2名配置されていた。

連携体制は、看護職が介護職と連携していくにあたって、今後どのように施設で看取っていくかという方針についてのユニットリーダー介護職との連携と、入居者のその日の体調に応じて毎日のケアをどうするかというその日のユニット担当介護職との連携の2つの体制が明らかとなった。

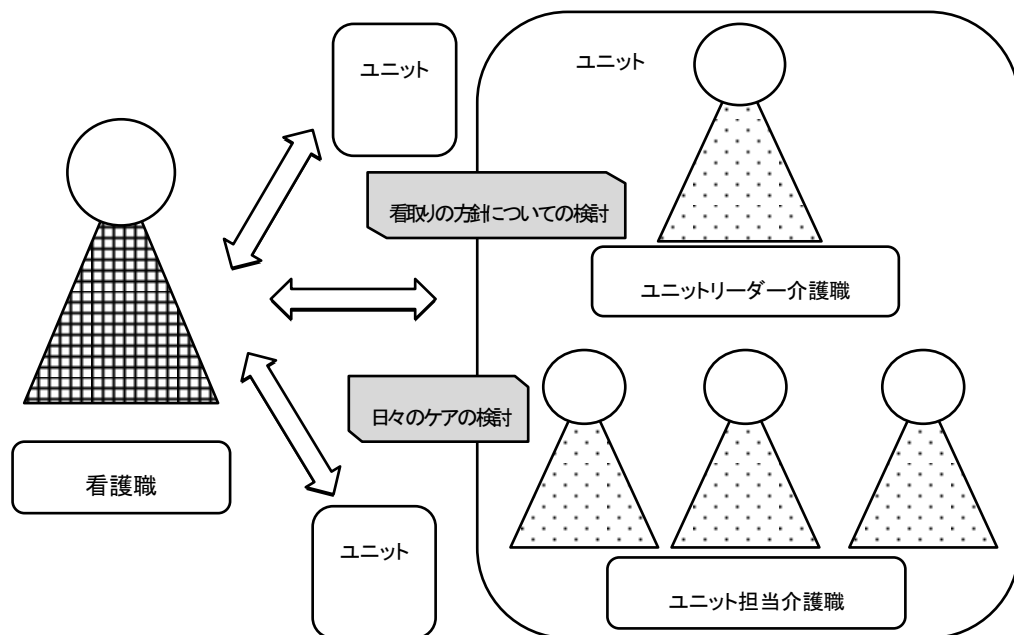


図2 ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携の模式図

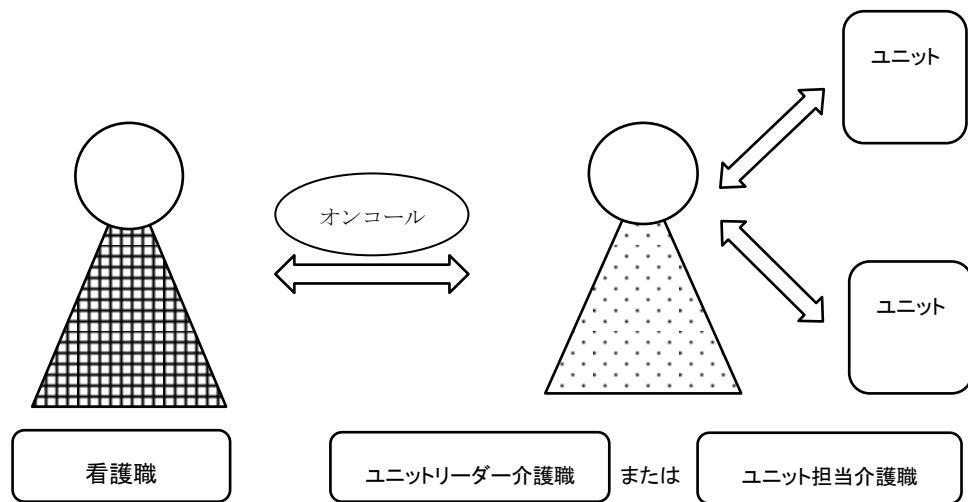


図3 ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の夜間の連携の模式図

5. 考察

ユニット型特養では、ひとりの看護職が複数のユニットを担当しなければならないため、入居者の健康管理を担う看護職は、各ユニットの介護職との連携を円滑に行うことが求められている。そして、多くの場合夜間看護職は不在で、オンコールという何かあれば電話で連絡をとる体制をとっていることより、看護職不在時の連携体制の整備も急務であることがうかがえた。

また、連絡・相談体制について看護職は、入居者のその日の体調に応じて毎日のケアをどうするかというユニット担当介護職との連携と、今後どのように施設で看取っていくかという方針についてのユニットリーダー介護職との連携の体制があることがユニット型特養での看取りの特徴であると考えられる。今後は、これらの連携体制をもとに具体的な連携内容を明らかにしていくことが必要である。

Ⅱ．予備研究 2

ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける看護・介護職の連携内容の明確化

1．研究目的

ユニット型特養の看取りにおいて、看護職と介護職の連携の内容を明らかにすることを目的とした。

2．研究方法

1) 研究参加者

積極的に看取りを実践しているユニット型特養において、リーダーとしての役割を担っている看護職、介護職を研究参加者とした。看取り加算を算定しており、全国ユニットケア推進センターの实地研修指定施設または全国個室ユニット型施設推進協議会の会員施設であるユニット型特養の看護職に、研究目的、方法、倫理的配慮等を記載した依頼文書、研究計画書、回答書を送付した。看護職に、本人の承諾を得て介護職を紹介してもらった。研究の可否と研究協力者の名前、連絡先を回答書に記載後、返送してもらうよう依頼した。また、看取り加算を算定しており、積極的に看取りを実践している他のユニット型特養の紹介を依頼した。研究協力者または研究協力施設がない場合は、無理強いしないことを明記した。

2) データ収集方法

データ収集期間は平成 25 年 7～9 月であった。インタビューガイドに沿って半構造化面接を行った。面接回数は一人一回であった。研究参加者に承諾を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。研究参加者の勤務する施設内で、プライバシーの保てる場所を借りて実施した。

3) 調査内容

ユニット型特養の看取りにおいて、これまでの経験から、看護職と介護職の連携がうまくいったと感じている事例に基づいて、その具体的な連携内容を語ってもらった。さらに、研究協力者の属性（年齢、性別、看護・介護職としての経験年数、特養での経験年数、資格等）、研究協力者の所属施設の概要（開設年度、入所定員、看取り件数等）を尋ねた。

4) 分析方法

面接調査で得られた内容を逐語録におこして繰り返し読み、看護職と介護職の具体的な連携の実践について語られている部分を書き起こして文章化した。連携の実践の類似性に基づいて整理し、その内容の特徴を表すようなネーミングをつけカテゴリ、サブカテゴリを抽出した。分析の妥当性を高めるために、質的研究の経験が豊富な老年看護学研究者にスーパーバイズを受けながら分析を行った。

3. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会に申請し、承認を得て実施した（承認番号 24-67）。

研究参加者および施設長、看護介護管理者に対して、研究目的、方法、倫理的配慮等を文書と口頭にて説明を行った。研究参加は任意であり、断った場合に不利益を被ることはないこと、匿名性は保持されること、答えたくない質問には答えなくてよいこと、得られたデータは本研究の目的以外に使用しないこと等を説明した。

4. 結果

1) 研究参加者の属性

8 施設の看護職 9 名（うち准看護師 1 名）、介護職 8 名を研究参加者とした。看護職は全員女性で、年齢は 30 歳代～70 歳以上、経験年数は 8～57 年、特養での経験年数は 1～8 年であった。介護職は女性 4 名、男性 4 名で、経験年数は 5～13 年で、特養での経験年数は 3～10 年であった。

2) 看護職が実践する介護職との連携内容

ユニット型特養の看取りにおいて看護職が介護職と連携する実践内容を表 1 に示した。看護職が介護職と連携する実践内容は 36 項目あった。以下、＜＞をカテゴリ、[]をサブカテゴリ、「」を連携内容とする。

＜情報の共有＞では、「介護職が家族から得た入所者の情報や家族の希望を、看護職に伝達してもらうよう働きかける」ことや、「オンコールの基準や注意事項などの指示が誰でも閲覧できる仕組みを作る」ことなど、[情報を共有するためのシステムを構築]していた。

そして、夜間は介護職が複数のユニットを担当することになるため、同じケアが統一して提供できるように「夜間のみ担当するユニットの入所者の情報を伝えておく」など、[夜間対応のための情報共有]をしていた。

＜目標の合意＞では、「入所者の日々の様子からケアの内容をその都度決定する」という、[日々のケアの検討]と、「介護職が看取れるかどうかを考慮に入れて話し合う」など[方針の合意]が抽出された。

＜専門性を活かした協力活動＞では、「看取りにおける観察方法を伝える」などの[医療職独自の実践]や、「介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案する」などの[介護職へのサポート]、「介護職の思いを考慮に入れてアセスメントする」などの[生活を重視したケアの実践]が語られていた。

そして、「ケアを介護職と振り返り、評価を共有する」という＜評価の共有＞のカテゴリが抽出された。

これらを実践するためには、「相互の専門性を理解した関係を構築している」や、「相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になる」など、＜関係を構築＞することが必要であると語られた。

3) 介護職が実践する看護職との連携内容

ユニット型特養の看取りにおいて介護職が看護職と連携する実践内容を表 2 に示した。介護職が看護職と連携する実践内容は 25 項目であった。介護職の連携内容でも、看護職と同様のカテゴリが抽出された。＜情報の共有＞では、「看護師のユニットをラウンド時に報告をして、顔を見て話す機会を設ける」などの[情報共有のための工夫]がみられた。

＜目標の合意＞では、「状況に応じて臨機応変にケアを相談」したり、「本人・家族の思いに沿って話し合う」など[日々のケアの検討]や、「暮らしの場での看取りということを理解して目標を一致させる」など[暮らしの場を意識した看取りケアの確認]を行っていた。

＜専門性を活かした協力活動＞では、「介護職からケアを提案する」など[介護職の見解を踏まえたケアの検討]や、「安全安楽なケアを提供するために看護職と一緒にケアする」など、[状態悪化時看護職の判断に基づいたケアを実践]していた。

＜評価の共有＞は看護職と同様に、「デスカンファレンスや記録用紙で振り返る」など[ケアを共に振り返り評価を共有する]ことの重要性を述べていた。

＜関係性の構築＞については、「連携においては信頼関係が必須であることを認識」しており、連携するためには「対話が必要であるため何かあったらその都度すぐ話をする」などの工夫がなされていた。

4) ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携の構成概念

ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携の実践内容は、両職種ともに＜情報の共有＞＜目標の合意＞＜専門性を活かした協力活動＞＜評価の共有＞＜関係性の構築＞で構成されており、これを本尺度の構成概念とした。

表1 ユニット型特養の看取りにおいて看護職が介護職と連携する実践内容

カテゴリ	サブカテゴリ	看護職が介護職と連携する実践内容
情報の共有	情報を共有するためのシステムの構築	・介護職が家族から得た入所者の情報や家族の希望を、看護職に伝達してもらうよう働きかける ・オンコールの基準や注意事項などの指示が誰でも閲覧できる仕組みを作る ・看護職からの情報が、介護職のユニットリーダーからユニットメンバーの介護職へ伝達されるように働きかける ・成功体験や失敗体験を共有できるように働きかける
	夜間対応のための情報共有	・夜間のみ担当するユニットの入所者の情報を伝えておく ・担当外のユニットでも同じケアを継続できるように伝える
目標の合意	方針の合意	・苦痛なことはしないことを確認する ・介護職が看取れるかどうかを考慮に入れて話し合う ・状態の変化に合わせてカンファレンスを開催し、方針を決定する ・入所者・家族の状況に合わせて家族への説明方法を話し合う
	日々のケアの検討	・入所者の日々の様子からケアの内容をその都度決定する ・後悔しないために今やりたいと思ったことはすぐに話し合う ・介護職の見解をもとにケアを一緒に決定する
専門性を活かした協力活動	医療職独自の実践	・看取りにおける観察方法を伝える ・看護師にボタンタッチすべき状態を伝えておく ・夜間は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝えておく ・理由を介護職に説明して医療的な視点からケアを提示する ・介護職の判断を後押しする ・入所者の状態変化時は介護職からの報告を受けて看護師のアセスメントに基づきケアをする ・最初は看護師がケアを実施して示し、状況に応じて介護職にボタンタッチする ・最期の時は家族に付き添ってもらえるよう、死期に近いことを家族に伝える
	介護職へのサポート	・介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案する ・医療的な判断をしながら介護職とともにケアを進める ・介護職が自信を持って関わられるようにサポートする ・夜間の介護職間の連絡方法を確認しておく
	生活を重視したケアの実践	・介護職の思いを考慮に入れてアセスメントする ・本人の希望にそって看護師が医療体制を整えて介護職とともにケアをする ・入所者の体調が安定している場合は、その人に合ったケアを把握している介護職に任せる
共有評価の	評価の共有	・ケアを介護職と振り返り、評価を共有する
関係性の構築	関係性の構築	・相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になる ・何でも言える関係を築いておく ・夜に気兼ねなくオンコールしてくれるような存在になる ・相手の意見を尊重する ・相互の専門性を理解した関係を構築する ・医務室に常駐せず現場に出る ・熱意を介護職に伝える

表2 ユニット型特養の看取りにおいて介護職が看護職と連携する実践内容

カテゴリ	サブカテゴリ	介護職が看護職と連携する実践内容
情報の共有	情報共有のための工夫	・入所者のちょっとした変化や思いなどを介護職から発信して話をする ・看護師のユニットをラウンド時に報告をして、顔を見て話す機会を設ける ・至急の場合はすぐ看護師に連絡をする ・利用者の背景や日々の状態等を看護職と共有して閲覧できるようにする
	夜間対応のための情報収集	・担当外のユニットの利用者の情報を共有する ・状態の悪い入所者の情報を看護職から申し送りを受け、夜間対応できるようにする
目標の合意	暮らしの場を意識した看取りケアの確認	・暮らしの場での看取りということを理解して目標を一致させる ・相談はベテランやリーダー看護師に一本化する ・わずかな変化も話し合って意識を統一しておく ・介護職の情報をもとに目標を設定する ・目指すところを共通認識できるような工夫をする ・その人らしさや尊厳を守るために共通する目標を掲げておく
	日々のケアの検討	・普段の会話の中でケアを設定する ・状況に応じて臨機応変にケアを相談する ・本人や家族の思いに沿って話し合う
専門性を活かした協力活動	介護職の见解を踏まえたケアの検討	・介護職からケアを提案する
	状態悪化時看護職の判断に基づいたケアの実践	・看護職に状況を報告して判断を依頼しケアの後押しをしてもらう ・安全安楽なケアを提供するために看護職と一緒にケアする
共有の評価	ケアを共に振り返り評価を共有する	・デスカンファレンスや記録用紙で、思い出話や遺族の意見などからケアを振り返り、反省点等を共有する
関係性の構築	信頼関係の必要性の認識	・連携においては信頼関係が必須であることを認識する
	コミュニケーションによる信頼関係の構築	・相手の意見を尊重する ・普段から相談できる関係性を築いておく ・対話が必要であるため何かあったらその都度すぐ話をする ・両職種それぞれができることを理解した関係を構築する ・ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを伝える

5. 考察

1) ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携の特徴

高齢者施設における看護・介護職の連携についての文献検討においては、＜情報の共有＞＜目標の合意＞＜専門性を活かした協力活動＞＜関係性の構築＞が連携に必要な要素として見出されたが、ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携においては、＜評価を共有＞することが語られていたことが特徴である。看取り期にある入所者は、自らの意思や希望を明確に伝えることが困難な状態であるため、自分たちが目指し、提供しているケアが、入所者にとって最善のケアかどうかの判断が非常に難しい。そのため、看護・介護職ともに自らのケアをカンファレンスや記録用紙等で振り返って評価し、それを共有することで、自らの実践の自信となり、また反省点を今後の事例に活かすことが重要であると考えられる。

2) 看護・介護職それぞれの連携内容について

看護・介護職双方からの連携内容をインタビューしたところ、双方の共通する項目と、職種に特徴的な項目がみられた。

＜情報の共有＞については、看護・介護職ともに入所者の生活状況を最も把握している介護職から情報を発信し、その情報を共有することが語られており、介護職は入所者の情報を共有できるような工夫をし、看護職は注意事項等を周知できる仕組み作りを行っていた。夜間は看護職が不在となり、また介護職も複数のユニットを担当するため、夜間介護職が対応できるように入所者の情報やケア方法を伝えるなどして備えていた。

＜目標の合意＞では、入所者の状態の変化に応じてどのようにケアを提供するかをその都度話し合えるところにユニット型特養の特徴であると考えられる。その際に、介護職は入所者本人や家族の思いに沿ったケアを提供することを強調しており、看護職はそのニーズをよく把握している介護職の見解を考慮して話し合っていた。方針の合意を図る際には、安らかな最期を迎えられるよう看護職は入所者が苦痛と覚えることはしないことを確認したり、誰からどのように家族に連絡、説明するのがよいのかを検討していた。また、特養では介護職が中心となって日常生活援助を行うため、介護職が看取れるかどうかも考慮して話し合っていた。介護職は、看取りの状態になっても普段の暮らしを継続するという視点を強調しており、そのことを共通認識できるような働きかけを行っていた。

＜専門性を活かした協力活動＞では、介護職は入所者のわずかな変化を見逃さずに把握し看護職に報告して相談するという役割を看護・介護職双方が認識しており、介護職は入所者の変化を報告してケアを提案し、看護職にケアを後押ししてもらうなどして、一緒にケアを行っていた。通常では日々のケアは介護職が行っているが、状態が不安定な看取り期においては、看護・介護職が一緒にケアを行い入所者の反応をみながらケアを進めていることが特徴である。看護職は介護職の見解をもとに医療職としての判断を行っており、生活の場であることと入所者の身体面への負担をアセスメントし、ケアの判断を行っていた。

＜評価の共有＞＜関係性の構築＞については、看護・介護職ともにその重要性を認識していた。特に＜関係性の構築＞では、双方がお互いの気持ちを伝え合うことの必要性を語り、看護職は介護職が気兼ねなく相談してくれる存在になることを意識し、介護職は信頼関係を築くために何かあったらすぐ話をすることを実践していた。そして、やりがいや熱意をお互い伝え合っており、そのことにより一層信頼関係を深めていた。

第4章 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度原案の作成

I. 尺度原案の構成概念と操作的定義

質的研究（予備研究1, 2）に基づき、ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度原案（以下、尺度原案）を作成した。尺度原案は、舟島（2009）による尺度開発過程を基盤として作成した。予備研究2にて抽出されたカテゴリをユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度原案の構成概念とし、＜情報の共有＞＜目標の合意＞＜専門性を活かした協力活動＞＜評価の共有＞＜関係性の構築＞の5つの構成概念を構成した。尺度原案の各概念および操作的定義を表3に示す。

II. 尺度項目および回答形式の選定

1. 尺度項目の選定

ユニット型特養の連携体制に応じた尺度項目を作成するために、看取りを実践しているユニット型特養の看護・介護職を研究協力者としてフォーカスグループインタビューを行った（予備研究1）。次に、看取りにおいて看護・介護職が実践する連携の内容を抽出するために、ユニット型特養の看護・介護の両職種を対象に、看取りにおける具体的な連携の実践を面接調査にて語ってもらった（予備研究2）。看護職が介護職と連携する実践内容と、介護職が看護職と連携する実践内容について質的帰納的に分析して文章化し、その類似性にもとづいてカテゴリ、サブカテゴリをそれぞれ抽出した（表1, 3）。そして、それらを照らし合わせ、看護・介護職の実践が、同じ内容を示している項目はひとつの項目とし、看護・介護職のどちらかのみが語った連携の実践内容は看護職が実践すべき連携として抽出して介護職が実践している連携の内容を包含した項目を作成した。さらに予備研究1で得られたユニット型特養の連携体制を反映させ、44項目の連携実践尺度項目を選定した（表4）。具体的には、今後どのように施設で看取っていくかという方針を検討して決定する＜目標の合意＞の項目においてはユニットリーダー介護職との連携であり、入居者の体調に応じてその日のケアを臨機応変に話し合うなどの連携は、＜専門性を活かした協力活動＞の項目においてユニット担当介護職との連携の項目となっていた。

2. 回答形式の選定

尺度の回答形式は、各尺度項目が看取りにおける介護職との連携において実践できているかどうかを問うために、「出来ている」または「出来ていない」という回答の表現を選択した。評価の段階は 4 件のリッカート法（1=出来ていない、2=あまり出来ていない、3=やや出来ている、4=できている）を採用し、回答用紙には 1～4 の数字を示した。日本人は中性カテゴリに反応することが多いといわれているため（小塩ら，2007）、中性の選択肢のない 4 件法を採用した。測定結果の解釈は、得点の高い方が介護職と連携するための実践が出来ていることを示し、総得点および下位尺度得点にて評価することとした。

表 3 「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」
原案の構成概念の操作的定義

ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携の操作的定義	
医師により回復の見込みがないと判断された入所者が、生活の場であるユニット型特別養護老人ホームで、日常生活の延長としてその人らしい最期を迎えるために、看護職が介護職と相互の専門性の理解に基づく関係性を築くことを基盤とし、情報を共有しながら目標の合意を図り、専門性を活かして協力し合い、評価を共有していく活動とする。	
下位概念	操作的定義
情報の共有	入所者の身体的・精神的・社会的な情報や家族の情報を共有することである。
目標の合意	看取りの方針や入所者・家族のニーズに沿ったケア方法を検討して目標を統一させることである。
専門性を活かした協力活動	看護職の知識・技術を発揮して介護職と協力しながら活動することである。
評価の共有	実践しているケアを振り返り評価を共有することである。
関係性の構築	看護・介護職双方の専門性の理解に基づき、看護・介護職の連携を遂行する上で必要な人間関係を構築することである。

表4 「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」項目原案

概念	項目
情報の共有	1 ユニットラウンド時に介護職から入所者の情報が得られるように働きかけている
	2 介護職が家族から得た入所者の情報や家族のニーズを、看護師に伝達してもらうよう働きかけている
	3 ユニットリーダーからユニットメンバーへ情報や指示が伝達されるように働きかけている
	4 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している
	5 入所者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している
	6 死の徴候である入所者の身体面の変化を共有している
	7 日常生活における入所者のわずかな変化でも共有している
目標の合意	8 入所者の心身の負担にならない援助の方針を共通認識している
	9 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている
	10 その人らしさを重視して目標を検討している
	11 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている
	12 本人と家族の思いを大事にして方針を決定している
	13 介護職が看取れるかどうかを考慮に入れて方針を検討している
	14 入所者の今後の方針についての相談は介護職リーダーに一本化している
専門性を活かした協力活動	15 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している
	16 入所者の身体的変化の情報を得ている介護職と共にアセスメントをしている
	17 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている
	18 状況に応じて臨機応変にケアを相談している
	19 今必要なことをその都度話し合って実践している
	20 介護職の見解をもとにケアと一緒に決定している
	21 入所者・家族の状況に合わせて家族への説明方法を話し合っている
	22 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している
	23 必要に応じて看護師が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している
	24 入所者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている
	25 最初は看護師がケアを実施して示し、状況に応じて介護職にバトンタッチしている
	26 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している
	27 看護師不在時の介護職間の連絡方法を介護職と調整している
	28 緊急対応できるように入所者の情報を伝え、サポートしている
共有の評価	29 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている
	30 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている
関係性の構築	31 看護師不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている
	32 介護職が自信を持って関われるように介護職の判断を後押ししている
関係性の構築	33 入所者に適したケアが提供されているかを振り返り、共有している
	34 今までの看取りの体験を振り返り、共有している
	35 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している
	36 相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている
	37 何でも言える関係を築いている
	38 関係性を構築するための努力をしている
	39 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている
	40 相手の意見を尊重している
	41 相互の専門性を理解した関係を構築している
	42 入所者の容態を把握できるようユニットに向向いている
	43 連携して看取りを実践することに対する熱意を伝えている
	44 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している

第5章 本研究1

「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」原案の表面妥当性・内容妥当性の検討

I. 研究目的

「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」原案の表面妥当性と内容妥当性を検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象者

対象は、看取り介護加算を算定して、看取りを実践しているユニット型特養の常勤看護師（以下、看護師）および老年看護学研究者（以下、研究者）とした。看護師、研究者ともに学会誌・専門雑誌等において看護・介護職の連携についての実践報告を行っている者とし、看護師は、連携に対する意識が高く連携を重視していると考えられる経験豊富な者とした。研究者は、高齢者施設ケアの評価に関する研究を専門的に行っている者とした。内容妥当性に必要な専門家は3～10名が一般的であるといわれているため（Lynn, 1986；Polit et al., 2004／近藤監訳, 2010；黒田, 2006；高木, 2011）、10名とする。看護・介護職の連携についての質問紙調査であるため、勤務形態や勤務時間数が異なる非常勤職員は除く。

2. 調査方法

調査期間は平成26年11～12月であった。郵送法における自記式質問紙調査を実施した。学会誌・専門雑誌等において看護・介護職の連携についての実践報告を行っている者を抽出し、記載されている連絡先に依頼文書を送付した。調査票へ記入後、無記名で返信用封筒にて研究者宛てに返送してもらった。

3. 調査内容

調査内容は、看護師の属性（年齢、性別、保有資格、看護経験年数、特養での経験年数、所属施設の昨年の看取り件数）、研究者の属性（研究歴、職種）、尺度原案の項目が構成概念と関連しているか、項目の表現が適切か、追加・削除項目があるかであった。構成概念

の内容と尺度原案の項目の関連については、4段階で評価する内容妥当性指数 (Item-Content Validity Index;以下、I-CVI) を用い、1: 関連がない、2: あまり関連がない、3: やや関連がある、4: かなり関連がある、とした (Polit et al., 2004/近藤監訳, 2010; 高木, 2011)。

4. 分析方法

I-CVI は、3: やや関連がある、または 4: かなり関連がある、と評定された項目の比率をみるため、I-CVI 得点が 0.80 以上の項目を適切な内容妥当性があるとし、0.80 未満の項目は削除した (Polit et al., 2004/近藤監訳, 2010; 高木, 2011)。また、自由記載の内容を反映させて、質的研究指導者と検討を重ね、項目の表現や項目の重複、不足等を修正した。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究の目的、調査の概要、研究参加の任意性、匿名性の保持等を明記した依頼文書を添付し、調査票の返送をもって同意を得られたものとした。なお、大阪府立大学看護学研究倫理委員会にて承認を得て行った (承認番号 26-45)。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

自記式質問紙調査の回収は 7 件 (回収率 46.7%) であり、看護師が 4 名、研究者が 3 名であった。看護師は全員介護支援専門員の資格を有していた。看護師経験年数は 23~30 年で、特養での経験年数は 3~10 年未満であった。所属する施設の昨年の看取り件数は、1~10 件が 1 施設、11~20 件が 3 施設であった。

研究者の研究歴は 7 年~16 年未満で、職種は教授、准教授、講師 1 名ずつであった。

2. 内容妥当性の検討

内容妥当性を検討するために、I-CVI 得点を算出した。I-CVI 得点と項目の修正前後一覧を表 5 に示し、修正個所に下線を記した。以下の文中に示される番号は表 5 で示している尺度項目番号と対応しており、<>は構成概念を、「」は尺度項目を示した。

尺度原案の 44 項目中、41 項目において I-CVI 得点が 0.8 以上を示した。I-CVI 得点が 0.8 未満であった項目 14、25、32 の 3 項目は削除した。＜目標の合意＞の項目 14 は、看取りの方針は全体を統括する介護職リーダーではなく、それぞれのユニットリーダーに相談することが多いことや、また看護・介護職全員が情報共有して相談し、方針を決定できるようにするべきであるという意見より削除した。

＜専門性を活かした協力活動＞の項目 25、32 について、「25 最初は看護職がケアを実施して示し、状況に応じて介護職にバトンタッチしている」に関しては、問題がある場合のケアは必ず看護職と介護職共に行っているとの意見があった。また、状況によっては介護職から看護職にバトンタッチすることもあるなど、多様な状況が考えられるため削除した。「32 介護職が自信を持って関われるように介護職の判断を後押ししている」の項目では、介護職の判断を後押ししてよい場合と、入居者の身体状況により後押しできない場合があるとの意見より削除した。

表 5 「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」項目修正前後一覧

概念	修正前項目	I-CVI	修正後項目
情報の共有 (7) ↓ (9)	1 ユニットラウンド時に介護職から入所者情報が得られるように働きかけている	1.0	1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている
	2 介護職が家族から得た入所者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている	1.0	2 介護職が家族から得た入居者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている
	3 ユニットリーダーからユニットメンバーへ情報や指示が伝達されるように働きかけている	1.0	3 <u>ユニット間で情報共有がはかれるように</u> 働きかけている
	4 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している	1.0	4 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している
	5 入所者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している	1.0	5 <u>入居者の</u> 容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している
	6 死の徴候である入所者の身体面の変化を共有している	1.0	6 死の徴候である <u>入居者の</u> 身体面の変化を <u>共に確認</u> している
	7 日常生活における入所者のわずかな変化でも共有している	1.0	7 日常生活における <u>入居者の</u> わずかな変化でも共有している
追加項目	入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている		
	医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている		
目標の合意 (7) ↓ (8)	8 入所者の心身の負担にならない援助の方針を共通認識している	1.0	8 <u>入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を</u> 共通認識している
	9 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている	1.0	9 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている
	10 その人らしさを重視して目標を検討している	1.0	10 その人らしさを重視して目標を検討している
	11 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている	1.0	11 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている
	12 本人と家族の思いを大事にして方針を決定している	1.0	12 <u>入居者・家族の</u> 思いを大事にして <u>目標を</u> 決定している
	13 介護職が看取れるかどうかを考慮に入れて方針を検討している	0.86	13 <u>ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している</u>
			13 <u>看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している</u>
追加項目	14 入所者の今後の方針についての相談は介護職リーダーに一本化している	0.57	削除
	医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている		
専門性を活かした協力活動 (18) ↓ (16)	15 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している	1.0	15 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している
	16 入所者の身体的変化の情報を得ている介護職と共にアセスメントをしている	1.0	16 <u>介護職から得た情報をもとに</u> アセスメントをしている
	17 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている	1.0	17 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている
	18 状況に応じて臨機応変にケアを相談している	1.0	18 状況に応じて臨機応変にケアを相談している
	19 今必要なことをその都度話し合って実践している	1.0	19 今必要なことをその都度話し合って実践している
	20 介護職の見解をもとにケアを一緒に決定している	1.0	20 <u>ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアを一緒に決定している</u>

	21 入所者・家族の状況に合わせて家族への説明方法を話し合っている	1.0	21 入居者・家族の状況に合わせて家族への <u>説明内容と方法を検討している</u>	
	22 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している	1.0	22 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している	
	23 必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している	1.0	23 必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している	
	24 入所者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている		24 入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている	
	25 最初は看護職がケアを実施して示し状況に応じて介護職にバトンタッチしている	0.57		削除
	26 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している		26 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している	
	27 看護職不在時の介護職間の連絡方法を介護職と調整している	0.86	27 看護職不在時の <u>医療面に関する連絡・相談方法</u> を介護職と確認している	
	28 緊急対応できるように入所者の情報を伝え、サポートしている	1.0	28 緊急対応できるように入居者の情報を伝え、サポートしている	
	29 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている	1.0	29 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている	
	30 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている	1.0	30 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている	
	31 看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている	1.0	31 看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている	
	32 介護職が自信を持って関われるように介護職の判断を後押ししている	0.57		削除
(3) 評価の共有(2) ↓ 両	33 入所者に適したケアが提供されているかを振り返り、共有している	1.0	33 <u>入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している</u>	
	34 今までの看取りの体験を振り返り、共有している	1.0	34 <u>今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている</u>	
追加項目	家族の満足度に対して双方の視点から評価している			
関係性の構築(10) ↓ (12)	35 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している	1.0	35 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している	
	36 相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている	1.0	36 相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている	
	37 何でも言える関係を築いている	1.0	37 何でも言える関係を築いている	
	38 関係性を構築するための努力をしている	1.0	38 <u>各ユニットで実践しているケアを尊重している</u>	
	39 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている	1.0	39 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている	
	40 相手の意見を尊重している	1.0	40 相手の意見を尊重している	
	41 相互の専門性を理解した関係を構築している	1.0	41 相互の専門性を <u>理解している</u>	
	42 入所者の容態を把握できるようユニットに出向いている	0.86	42 <u>介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している</u>	
	43 連携して看取りを実践することに対する熱意を伝えている	1.0	43 連携して看取りを実践することの <u>意義を共有している</u>	
	44 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している	1.0	44 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している	
追加項目	ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している			
	介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている			

3. 表面妥当性の検討

分かりにくい表現や内容について、またその他重要・必要であると考えられる内容について自由記述で回答してもらい、表面妥当性を検討した。その結果、計 17 項目の表現を修正し、ひとつの項目内にふたつの意味内容を含む項目を分けたものを含めて 7 項目を追加した。

特養は暮らしの場であるため、入所者という表現ではなく入居者とするのが適切であるという意見により、生活の場であるユニット型特養での看取りに限定しているため、入所者という表現をすべて入居者に修正した。

<情報の共有>の概念においては、項目 1、3、6 の表現を「1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている」、「3 ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている」、「6 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している」と修正した。項目 1 では入居者の情報を得るための働きかけとして、カンファレンス等だけでなく普段の会話から情報を得ていることを表現するために「ユニットラウンド時」に限定していたが、不要であるとの意見からその部分を削除した。項目 3 は、ユニットリーダーが常に勤務しているとは限らないという意見があり、また夜間介護職は担当外のユニットも担当しなければならないことより、「ユニット間で情報共有がはかれるように」と表現を修正した。項目 6 の死の徴候を共有しているという表現は、介護職も看護職同様に死の徴候を理解しているという意味合いになるという意見より、「共に確認する」と修正した。そして、これらの項目以外で重要・必要であると考えられることとして、看護職と介護職が共通言語を用い、介護職が理解し対応可能な行動レベルの情報となっているかが大切であるという意見が 2 件みられたため、「入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている」という項目を追加した。また、看護職から介護職への情報提供として、入居者の容態や医師の指示、看護職の判断等を介護職に分かりやすく伝える必要があるという意見が 3 件あったため、「医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている」という項目を追加した。

<目標の合意>の概念では、項目 8、12 を「8 入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を共通認識している」、「12 入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している」と修正した。項目 8 は「入所者の心身の負担にならない援助の方針」とはどういうことを指すのかが分かりにくいという意見があったため具体的に表現し、また援助の方針という表現も何を指しているのかが分かりづらいという意見より、「入居者の心身の負担

を最小限にした安楽なケアの目標」と修正した。項目 12 は、「本人と家族」という表現を、「入居者・家族」と修正した。項目 13 の「介護職が看取れるかどうか」という表現は、介護職に看取る意思があるか、または介護職が対応可能な範囲であるのかというふたつの意味合いを含むという意見より、「ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している」、「看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している」と項目を分けた。そして、目標の合意を図るために、医療職である看護職はリーダーシップを発揮すべき時があるとの意見より、「医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている」という項目を追加した。

＜専門性を活かした協力活動＞の概念においては、項目 16、20、21、27 を「16 介護職から得た情報をもとにアセスメントをしている」、「20 ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアと一緒に決定している」、「21 入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討している」、「27 看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している」と修正した。項目 16 の「共にアセスメントをしている」という表現では、介護職も看護職と同様にアセスメントするという意味に捉えられるため、看護・介護職それぞれの役割を明確にした表現がよいとの意見から、「介護職から得た情報をもとにアセスメント」と修正した。項目 20 においても、看護職の専門性が分かりにくいとの意見より、「介護職の見解をもとに」を「介護職の見解を尊重してアセスメント」と、ユニットの介護職の見解を重視しつつ看護職の専門性を強調した表現に修正した。項目 21 の「入所者・家族の状況に合わせて家族への説明方法を話し合っている」については、普段の生活の様子は介護職から家族に伝えることはあるが、死に近づいていることなど身体状況の変化については看護職が責任をもつ範囲であるという意見より、「入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討」と修正した。さらに、項目 27 の「介護職間の連携方法を介護職と調整」という表現が分かりにくいという意見があったため、看護職不在時に介護職間でサポートし合えるように調整していることが分かるように、「看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認」と修正した。

＜評価の共有＞の概念においては、「共有している」という表現では介護職からの視点が加味されていないことが懸念されるという意見があった。双方の視点から共に評価することが重要であるため、概念名を＜両職種の評価の共有＞と変更し、項目 33、34 をそれぞれ「入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している」、「今

後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている」と表現を修正した。さらに、家族の感想や意見を現場に伝えて共有しているという意見より、「家族の満足度に対して双方の視点から評価している」という項目を追加した。

＜関係性の構築＞の概念では、項目 38、41、42、43 の表現を修正した。項目 38、41 は他の項目と比較して抽象度が高いという意見があった。項目 38 の「関係性を構築するための努力」を具体的に表現し、「各ユニットで実践しているケアを尊重している」とした。項目 41 の「相互の専門性を理解した関係を構築している」は、専門性を理解することが関係性の構築につながると考え「相互の専門性を理解している」と修正した。項目 42 の「入所者の容態を把握できるようユニットに出向いている」については、介護職との関係性を構築するための方法の項目であるため「介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している」と修正した方がよいという意見により修正した。項目 43 の「熱意を伝えている」については、熱意だけでは関係性の構築につながるとは言い難く、かえって負担を与える場合も考えられるという意見より、「連携して看取りを実践することの意義を共有している」と表現を修正した。さらに、やりがいを分かち合うことや、介護職の不安を理解することも関係性の構築につながるという意見より、「ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している」、「介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている」という項目を追加した。

4. 尺度の作成

表現を修正した項目については、構成概念と関連しているかについて研究指導者と質的に検討し、内容妥当性を確認した。

以上の結果より、＜情報の共有（9 項目）＞＜目標の合意（8 項目）＞＜専門性を活かした協力活動（16 項目）＞＜両職種の評価の共有（3 項目）＞＜関係性の構築（12 項目）＞の 5 つの下位概念、48 項目の連携実践尺度を作成した（表 6）。

表6 「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」修正版（48項目）

カテゴリー	看護職が介護職と連携する実践内容
情報の共有	1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている
	2 介護職が家族から得た入居者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている
	3 ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている
	4 入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている
	5 医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている
	6 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している
	7 入居者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している
	8 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している
	9 日常生活における入居者のわずかな変化でも共有している
目標の合意	10 入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を共通認識している
	11 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている
	12 その人らしさを重視して目標を検討している
	13 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている
	14 入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している
	15 ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している
	16 看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している
専門性を活かした協力活動	17 医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている
	18 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し共に確認している
	19 介護職から得た情報をもとにアセスメントをしている
	20 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている
	21 状況に応じて臨機応変にケアを相談している
	22 今必要なことをその都度話し合って実践している
	23 ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアと一緒に決定している
	24 入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討している
	25 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している
	26 必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している
	27 入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている
	28 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している
	29 看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している
	30 緊急対応できるように入居者の情報を伝え、サポートしている
	31 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている
の両職の共有評価	32 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている
	33 看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている
	34 入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している
関係性の構築	35 今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている
	36 家族の満足度に対して双方の視点から評価している
	37 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している
	38 相互の考えを理解するために介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている
	39 何でも言える関係を築いている
	40 各ユニットで実践しているケアを尊重している
	41 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている
	42 相手の意見を尊重している
	43 相互の専門性を理解している
	44 介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している
	45 介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている
	46 連携して看取りを実践することの意義を共有している
	47 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している
	48 ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している

IV. 考察

尺度原案の内容妥当性を検討するために I-CVI 得点を算出した結果、尺度原案の 44 項目中、I-CVI 得点 0.8 以上が 41 項目、1.0 が 38 項目あり、項目の妥当性の高さが示された。削除した項目は、「相談は介護職リーダーに一本化」、「看護職がケアを実施して示し状況に応じて介護職にバトンタッチ」、「介護職の判断を後押し」というように、施設や入居者の状況によって変化する連携方法であることから、I-CVI 得点が低くなったと考えられた。

表面妥当性については、自由記述の内容を検討して修正を加えた。本研究の対象者である看護師からは情報の伝達システムや実践の場に即した意見があり、研究者からは看護職の役割や専門性を明確にすること、また表現の適切性等の意見が多くみられる傾向にあった。

特養の看取りにおける看護・介護職の連携に関する研究においては、大村（2013）により看護職の介護職との連携能力についての報告がなされており、その能力は「恐れる心を支える」「対話を紡ぐ」「医療面での補てん」「看取りに向かう」「手探りのケアプラン」「看取る力の向上」で構成されていることが示されている。「恐れる心を支える」や「医療面での補てん」については本尺度原案においても「専門性を活かした協力活動」で表現されており、「対話を紡ぐ」については本尺度原案の「関係性の構築」、「看取りに向かう」や「手探りのケアプラン」は「情報の共有」や「目標の合意」に相当すると考えられる。さらに大村は、共に看取る経験を積み重ねることで「看取る力を向上」させていくことを示している。本尺度原案においても、本人からの評価が得られにくい看取りにおいては、看護・介護職双方からの視点で事例を共に振り返ることが重要であることが示され、そのことにより看取りケアの質の向上につなげていくことができると考える。筆者らが作成している連携実践尺度は、連携するための実践を具体的に示していることで利用可能性の高い実践指標であるといえる。また、介護職の連携内容を包含した項目であることから、看取りの状態になってもその人らしい生活を送ることを重視する視点や入居者に最も近い存在である介護職から情報や目標についての意見を発信することを反映した項目となっていることが特徴である。

ユニット型特養の性質上、自らが担当しているユニットの入居者については密に関わることができるため詳細に状態を把握しているが、他ユニットの入居者の情報については十分把握しているとはいえず、夜間の対応に困ったり、ケアが統一されないという点が問題

であるため、看護職が他のユニットの入居者の情報を伝達するなどして共有し、ユニット間で情報共有をはかれるように働きかける必要性が明らかとなった。そして、入居者の身体状況の情報のみならず、医師の指示・看護職の判断等も共有すべき情報ととらえ、看護・介護職で同等に理解し共有することが大切であることが示唆された。＜目標の合意＞の概念においては、入居者の状態をよく把握しており、普段から密な関係性であるユニットの介護職の意思を考慮した目標を検討すること、＜専門性を活かした協力活動＞では、ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントすることの重要性が示された。そして、看取りケアの評価の概念では、特養での看取りにおいては、医療面だけでなくその人らしい過ごし方ができていたか、そして入居者にとってよい最期を迎えることができたかを看護・介護職双方の視点から評価し共有することが大切であるため、概念名を＜両職種の評価の共有＞とすることが適切であると考えた。連携の基盤となる＜関係性の構築＞については、それぞれのユニットの考えや思いのもと実践しているケアを尊重することが重要である。そして、相互の専門性を理解したうえで、住み慣れた環境でなじみの職員や入居者とともにその人らしい生活を送るというユニットケアならではのやりがいを共有することが不可欠であることが示された。さらに、各ユニットの考え方やケアを尊重して関係性を築き、看取りという死が迫っている状況での実践に対する介護職の不安を受け止めることも、連携において重要な実践であることが示唆された。

第6章 本研究2

「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」の信頼性・妥当性の検討

I. 研究目的

質問紙調査の結果に基づき修正された「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」の信頼性・妥当性を検討した。

II. 研究方法

1. 調査対象者

看取り介護加算を算定して、看取りを実践している全国のユニット型特養の看護職とした。看護・介護職の連携についての質問紙調査であるため、勤務形態や勤務時間数が異なる非常勤職員は除いた。

2. 調査方法

厚生労働省の介護サービス情報公開システムに掲載されている、ユニット型特養の看護管理者に対して研究依頼文、施設長宛依頼文、研究計画書、回答書、返信用封筒を送付し、同意が得られる場合には回答書に連絡先、必要部数を記入して返送してもらった。同意の得られたユニット型特養の看護管理者に対して、無記名自記式質問紙および返信用封筒を必要部数一括して郵送した。

本研究では、安定性を確認するために、約4週間の期間をおいて再テスト法を実施した。色分けした2回分の調査票に回答時期とデータリンケージのための同一の調査番号を記載した。調査票を色分けした別々の封筒に入れ、それらをさらに一つの封筒に入れた。回収は、回答が終了する度に直接研究者宛てに個別返送する方法とした。回答には1回目調査は約20分、2回目調査は約10分を要する。

3. 調査内容

1回目の調査内容は、「ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」修正案（48項目）、ITA評価尺度（32項目）、チーム特性チェックリスト（36項目）、対象者の属性である。2回目の調査内容は、「ユニット型特別養護老

人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度」修正案（48 項目）である。測定形式は、最もよく使用されるリッカート尺度を用いた（河口、1997）。日本人は中性カテゴリに反応することが多いといわれているため（小塩ら、2007）、測定形式は、4 件のリッカート法（1=出来ていない、2=あまり出来ていない、3=やや出来ている、4=できている）を採用し、各回答を 1～4 点で得点化した。各尺度を使用する際には、ITA 評価尺度、チーム特性チェックリストの作成者または管理者に使用の許諾を得た。

4. 分析方法

以下の統計解析には、SPSS Statistics ver22 を使用した。

1) 項目分析

①回答欠損率

各項目の欠損値の出現率を算出した。欠損率 5%以上を削除対象とした（Steiner et al., 2015）。

②回答分布の偏り

各項目に天井効果（平均+1SD が最大値 4 以上）やフロア効果（平均-1SD が最小値が 1 以下）、歪度および歪度が-1 以下か 1 以上を削除項目の基準とした。

③I-T 相関

各項目 (item) と項目の全体得点 (total) の相関関係を求める。相関係数 r が 0.3 未満の項目は、尺度構成に関係ない項目として削除対象とした（河口、1997；堀、2001；高木、2011；Polit et al., 2004／近藤監訳、2010）。

2) 構成概念妥当性の検討

探索的因子分析により構造を確認し、因子構造を確認した。項目分析で整理された項目について主因子法、promax 回転を用いて因子分析を行い、構成項目同士の相関および因子負荷量から構成概念に見合った項目群であるかを検討した。固有値 1 以上の因子をカイザー-メットマン基準 (Keith, 1982)、および固有値の変化量を目安とするスクリープロットより因子数を決定した。因子負荷量が 0.4 以上を採用し、それ未満の項目は削除対象とした。

3) 信頼性分析の検討（内的整合性）

尺度全体および下位尺度ごとに Cronbach' s α 信頼性係数を算出した。Cronbach' s α 係数は 0.00～1.00 の範囲で変動し、通常 0.70 が適切であるが 0.8 以上の係数がきわめて望ましいとされていることより、本研究では Cronbach' s α 係数が 0.8 以上を基準とした (Polit et al., 2004/近藤監訳, 2010)。

4) 基準関連妥当性の検討

その測定用具と他の基準との間の関係を確認した。本尺度項目と外的基準との Spearman の順位相関係数を算出した。基準関連妥当性を検討するために、ITA 評価尺度（杉本ら, 2011）、チーム特性チェックリスト（日本労働研究機構, 2003）を使用し、本尺度との相関関係を求めた。

ITA 評価尺度は 32 項目からなり、[組織構造の柔軟さ][ケアのプロセスと実践度][メンバーの凝集性と能力]の 3 領域で構成され、介護保険施設における高齢者ケアやサービスの提供に携わる医療・福祉職が、所属組織におけるチームアプローチの実施状況について自己評価を行うためのものであり、その信頼性・妥当性は十分に保障されている。本研究で開発する尺度は、介護保険施設のひとつであるユニット型特養に限定し、その特徴から看護師とユニットの介護職とをチームとして捉え、この 2 つの職種の密な連携が必要となる看取りにおける連携の実践を示すものである。また、看取りの状態にある入居者は、複数の疾患や障がいを持ちながらも限られた生命の中でその人らしく、そして今まで通りの生活を送ることができるような援助が必要となる医療ニーズと生活ニーズを併せ持った対象者であるため、並列の関係として看護師と介護職がそれぞれの専門性を発揮しながら連携していかなければならないという点で、インターディシプリナリーモデルである ITA 評価尺度を外的基準とする。

チーム特性チェックリストは、[参加と相互作用的環境][チーム目標の受容][他チームとの関係][個人の権限][解決への意欲][チーム・パフォーマンス]の 6 領域 36 項目で構成されている。チームを各側面から測定し、それが有効に機能するために、何をどのように改善すべきかを示すものであり、パフォーマンスの高いチームの特性を測定する尺度として有効であるとされており、ITA 評価尺度との相関が認められている。また、チームが有効に機能することで連携が促進されと考え、このチーム特性チェックリストを外的基準とする。

5)安定性の検討

繰り返し測定した場合に同じ結果を得られる程度を示すため、再テスト法を行った。約4週間置いて2回繰り返し測定された尺度の相関関係を求めた。0.00～1.00の範囲で数値が大きいほど関連性が強いことを示すため (Polit et al., 2004/近藤監訳, 2010)、相関係数を算出して値を検討した。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究の目的、調査の概要、研究参加の任意性、途中中断の自由、匿名性の保持等を明記した依頼文書を添付し、調査票の返送をもって同意を得られたものとする。なお、大阪府立大学看護学研究倫理委員会にて承認を得て行った(承認番号 27-47)。また、測定用具使用にあたり、著作権法等の関連法規を遵守し、作成者の許可を得て使用した。

Ⅲ. 結果

1. 調査対象者

看取り介護加算を算定して看取りを実践している全国のユニット型特養 1552 施設に研究協力を依頼し、140 施設から同意を得た。対象者は140施設の看護職 492名であった。

2. 分析対象者

1回目の質問紙の回収数は378名(回収率76.8%)、2回目の質問紙の回収数は287名(回収率58.3%)であった。1回目の質問紙の有効回答は373名(有効回答率98.7%)であった。その内訳は、連携実践尺度項目全ての記載がないもの1名、基準関連妥当性検討のための尺度項目全ての記載がないもの2名、全ての記載がないもの2名であった。また、ふたつの番号を選んでいる回答については、欠損値として扱った。

3. 分析対象者の属性

分析対象者の属性を表7に示す。対象者の平均年齢は50.2歳、性別は男性16名、女性356名、無回答1名であった。資格(複数回答)は看護師が273名(73.2%)であった。准看護師の免許を有している者は116名(31.1%)で、うち准看護師の免許のみの者は99名(26.5%)、無回答1名であった。看護職以外の保有資格として、介護支援専門員が66名(17.7%)、認知症ケア専門士15名(4.0%)であった。

表 7 対象者の属性 (N=373)

	n	(%)
性別		
男性	16	(4.3)
女性	356	(95.4)
無回答	1	(0.3)
資格		
看護師	273	(73.2)
准看護師	99	(26.5)
無回答	1	(0.3)
その他の資格		
①介護支援専門員のみ	63	(16.9)
②認知症ケア専門士のみ	9	(2.4)
①と②の両方を所有	4	(1.1)
	mean±SD	
年齢	50.2 ± 8.8	
看護師としての経験年数	24.0 ± 10.7	
特養での経験年数	6.4 ± 5.2	

4. 看護師、准看護師別の属性の比較

看護師 (n=273) と准看護師 (n=99) の属性や回答内容の差異を比較するために 2 群比較を行った (表 8)。年齢、性別、看護師経験年数、特養経験年数すべてにおいて有意な差はなかった。このことより、看護師、准看護師をあわせた結果を分析することによって結果に大きなバイアスが生じる可能性は低いと考え、分析対象者は看護師、准看護師をあわせた 373 名とした。

表 8 看護師、准看護師の属性の比較

	n (%)		p
	看護師 (n=273)	准看護師 (n=99)	
性別			
男性	11	5	.668 a
女性	262	94	
	mean±SD		p
年齢	49.9 ± 8.8	51.2 ± 8.7	.225
看護師としての経験年数	23.7 ± 10.6	24.8 ± 11.1	.330
特養での経験年数	6.1 ± 4.9	7.3 ± 5.8	.116

Mann-Whitney の U 検定 a : χ^2 検定

5. 尺度項目の選定

1) 項目分析

(1) 回答欠損率

各項目の回答欠損率を算出した。回答欠損率は 0～2.1% の範囲であり全ての項目において 5% 未満であったため、欠損回答率による削除項目はないと判断した。

(2) 回答分布の偏り

尺度項目の得点分布を表 9 に示した。各項目の天井効果については、計 11 項目（項目 1,6,7,8,29,30,32,33,37,41,44）において平均+1SD が 4 以上であり、削除の候補となった。フロア効果では平均-1SD が 1 以下の項目はみられず、削除の候補となる項目はなかった。

歪度については、計 7 項目（項目 7, 29, 32,33,37,41,44）が -1 以下であった。尖度については、計 4 項目（項目 29,32,33,37）が 1 以上であった。これらの項目は、全て天井効果でも削除の候補となっている項目であった。

(3) I-T 相関

I-T 相関係数を算出した結果、 $r=0.553\sim0.772$ の範囲であり、すべての項目において相関係数 r が 0.3 以上であったため、削除の候補となる項目はないと判断した。

2) 因子分析

全 48 項目において、主因子法による探索的因子分析にて因子数を決定し、promax 回転（斜交回転）による因子分析を行った。その結果 7 因子に分かれ、第 7 因子が項目 7,8 の 2 項目のみとなった。因子負荷量が 0.4 未満の項目は、項目 9,10,18,45 の 4 項目であった。次に 6 因子で固定して因子分析を行ったところ、第 6 因子が項目 7,8 の 2 項目のみとなった。因子負荷量が 0.4 未満の項目は、項目 1,2,9,10,17,18,45 の 7 項目であった。5 因子で固定して行ったところ、2 項目のみの因子はなかった。因子負荷量が 0.4 未満の項目は、項目 1,2,7,8,9,10,17,18,45,48 の 10 項目であった。

3) 内的整合性

内的整合性を検討するために、尺度の合計と各下位尺度の Cronbach's α 係数を算出した。尺度の合計では、 $\alpha=0.976$ であった。各下位尺度では、第 1 因子（情報の共有） $\alpha=0.890$ 、

第 2 因子（目標の合意） $\alpha = 0.903$ 、第 3 因子（専門性を活かした協力活動） $\alpha = 0.945$ 、第 4 因子（評価の共有） $\alpha = 0.792$ 、第 5 因子（関係性の構築） $\alpha = 0.923$ であり、全て 0.7 以上を示しており、削除の候補となる項目はないと判断した。

以上の結果より、天井効果や因子分析にて削除の候補となっている項目において共通して候補となっているのが項目 7,8 であった。そのため、この 2 項目のみ削除するのが妥当であると判断した。

表9 尺度項目の得点分布

尺度項目	天井効果	フロア効果	歪度	尖度	I-T 相関
1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている	4.020	2.684	-.602	-.436	.654**
2 介護職が家族から得た入居者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている	3.882	2.312	-.340	-.839	.635**
3 ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている	3.757	2.216	-.156	-.854	.646**
4 入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている	3.903	2.659	-.414	.051	.628**
5 医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている	3.955	2.645	-.460	-.447	.640**
6 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している	4.051	2.630	-.690	-.408	.600**
7 入居者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している	4.136	2.913	-1.052	.780	.674**
8 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している	4.055	2.717	-.851	.503	.682**
9 日常生活における入居者のわずかな変化でも共有している	3.699	2.247	-.086	-.762	.706**
10 入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を共通認識している	3.756	2.228	-.280	-.520	.745**
11 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている	3.630	2.105	-.141	-.529	.732**
12 その人らしさを重視して目標を検討している	3.802	2.209	-.395	-.434	.696**
13 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている	3.902	2.404	-.490	-.364	.706**
14 入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している	3.978	2.604	-.802	.800	.668**
15 ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している	3.707	1.979	-.224	-.739	.696**
16 看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している	3.759	2.258	-.359	-.273	.763**
17 医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている	3.996	2.633	-.695	.194	.685**
18 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している	3.816	2.382	-.369	-.302	.689**
19 介護職から得た情報をもとにアセスメントをしている	3.823	2.511	-.360	-.005	.659**
20 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている	3.735	2.190	-.253	-.552	.752**
21 状況に応じて臨機応変にケアを相談している	3.887	2.556	-.449	-.054	.774**
22 今必要なことをその都度話し合って実践している	3.860	2.361	-.415	-.438	.772**
23 ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアを一緒に決定している	3.750	2.197	-.231	-.654	.745**
24 入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討している	3.944	2.577	-.687	.521	.660**

	尺度項目	天井効果	フロア効果	歪度	尖度	I-T 相関
25	根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している	3.704	2.339	-.181	-.365	.706**
26	必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している	3.845	2.424	-.472	-.024	.724**
27	入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている	3.754	2.377	-.386	.117	.726**
28	介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している	3.976	2.698	-.498	-.353	.763**
29	看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している	4.148	2.773	-1.149	1.005	.712**
30	緊急対応できるように入居者の情報を伝え、サポートしている	4.058	2.800	-.705	-.163	.751**
31	状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容具体的に伝えサポートしている	3.818	2.407	-.301	-.497	.743**
32	オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている	4.135	2.630	-1.149	1.000	.653**
33	看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている	4.185	2.917	-1.362	1.850	.654**
34	入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している	3.520	2.033	-.051	-.452	.769**
35	今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている	3.926	2.128	-.456	-.809	.601**
36	家族の満足度に対して双方の視点から評価している	3.585	1.960	-.080	-.646	.672**
37	連携するためには信頼関係が必須であることを認識している	4.200	2.859	-1.323	1.329	.570**
38	相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている	3.736	2.382	-.229	-.292	.678**
39	何でも言える関係を築いている	3.695	2.197	-.262	-.365	.664**
40	各ユニットで実践しているケアを尊重している	3.810	2.513	-.230	-.418	.688**
41	気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている	4.153	2.732	-1.155	.948	.647**
42	相手の意見を尊重している	3.893	2.559	-.457	-.065	.674**
43	相互の専門性を理解している	3.928	2.502	-.474	-.449	.672**
44	介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している	4.171	3.160	-1.080	-.023	.553**
45	介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている	3.828	2.534	-.252	-.416	.696**
46	連携して看取りを実践することの意義を共有している	3.937	2.494	-.480	-.507	.772**
47	ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがい理解している	3.798	2.310	-.166	-.948	.716**
48	ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している	3.714	2.151	-.155	-.738	.735**

**, $P < 0.01$

6. 構成概念妥当性の検討

2項目を削除した46項目において、主因子法による探索的因子分析にて因子数を決定し、promax回転(斜交回転)による因子分析で項目を選定した。因子分析の手順は、小田(2007)、豊田(2012)、小塩(2011)を参考にして行った。因子負荷量は0.4以上、共通性0.16以上、ひとつの因子に3項目以上あることを基準とし、因子分析を繰り返し行った。因子数は、固有値が1以上、スクリープロット、累積寄与率が50%以上であることを基準として決定した(小塩, 2015)。

その結果、6因子37項目を抽出した(表10)。固有値は、22.047、1.966、1.588、1.411、1.379、1.073、.942と変化していた。累計%は4因子で全分散の64.1%を示していた。Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の精度は0.955と高く、Bartlettの球面性検定は有意であった($p<0.01$)。また、内的整合性を検討するために各下位尺度のCronbach's α 係数を算出した。その結果、尺度全体のCronbach's α 係数は0.967であった。各下位尺度では第1因子 $\alpha=0.936$ 、第2因子 $\alpha=0.883$ 、第3因子 $\alpha=0.884$ 、第4因子 $\alpha=0.873$ 、第5因子 $\alpha=0.784$ 、第6因子 $\alpha=0.792$ 、であり、0.784~0.936の範囲にあった。因子間の相関係数は0.511以上であり、構成概念妥当性が確認された。削除された尺度項目(表11)と尺度項目の選定プロセス(図4)を示した。

6つの因子は以下のように解釈し命名した。第Ⅰ因子は12項目で構成され、「根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している」、「必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している」、「入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている」など、医療職としての専門性を発揮して介護職をサポートする内容であることから、【医療職として介護職を支える】と命名した。

第Ⅱ因子は6項目で構成され、「相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になる」、「各ユニットで実践しているケアを尊重している」という項目からもわかるように、入居者のことを最も身近で援助しているユニットの介護職の意見を尊重し、信頼性を築いていくことが表現されていることより、【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】と命名した。

第Ⅲ因子は7項目で構成され、「入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している」「ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している」など、本人、家族、そしてユニットの介護職の意思を踏まえた上での看取りであることが明確な内容であった。また、「家族の満足度に対して双方の視点から評価している」「今後につながるよ

う、看取り全体を共に振り返っている」など、看取りを振り返ることの必要性についての内容であることから、【ユニットで看取することを合意し評価する】と命名した。

第Ⅳ因子は6項目で構成され、「看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている」、「オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている」、「緊急対応できるように入居者の情報を伝え、サポートしている」など、看護職がユニットに在中していない特養の体制を反映している因子であり、【緊急時の連携体制を整備する】と命名した。

第Ⅴ因子は3項目で構成され、「入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている」など、看取りの経過に伴って変化していく入居者の身体の状態を、介護職に分かりやすく伝えて共有する内容を表していることから、【看取りに向かう身体的特徴を共有する】と命名した。

第Ⅵ因子は3項目で構成され、「介護職が家族から得た入居者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている」、「ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている」など、ユニットケアという入居者・家族とより密な関係であるからこそ得られる情報を介護職から伝えてもらうことや、手薄になりがちな異なるユニットの情報も共有することの必要性を表現していることから、【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】と命名した。

表 10 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の開発
のための因子分析の結果

パターン行列	I	II	III	IV	V	VI
第Ⅰ因子 医療職として介護職を支える ($\alpha=0.936$)						
25 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している	.855	-.035	.012	-.130	.140	-.090
21 状況に応じて臨機応変にケアを相談している	.824	-.039	-.052	-.001	-.011	.120
26 必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している	.761	.034	-.087	.083	.033	-.059
23 ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアと一緒に決定している	.760	.058	.070	-.178	-.025	.126
27 入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている	.741	-.061	.015	.115	.128	-.137
20 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている	.735	-.019	.261	-.089	-.174	.098
22 今必要なことをその都度話し合って実践している	.720	-.015	.038	-.025	.037	.095
31 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている	.674	.057	-.021	.112	.003	-.052
24 入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討している	.606	.018	.023	.029	.117	-.038
28 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している	.568	.121	-.070	.186	.131	-.097
19 介護職から得た情報をもとにアセスメントをしている	.454	.073	-.066	-.045	.017	.316
17 医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている	.440	.102	.035	.255	.108	-.181
第Ⅱ因子 ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する ($\alpha=0.883$)						
39 何でも言える関係を築いている	-.076	.908	.115	-.099	.030	-.087
38 相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になる	.044	.867	.121	-.068	.002	-.153
42 相手の意見を尊重している	.005	.698	-.142	.059	.029	.171
40 各ユニットで実践しているケアを尊重している	.187	.628	.009	-.037	-.075	.086
43 相互の専門性を理解している	.034	.579	-.152	.185	.035	.136
37 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している	.037	.466	.070	.116	-.065	.070
第Ⅲ因子 ユニットで看取することを合意し評価する ($\alpha=0.884$)						
14 入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している	-.130	.050	.705	.056	.209	-.081
15 ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している	.046	-.075	.693	.080	-.009	.099
13 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている	-.030	.028	.688	-.041	.246	-.026
12 その人らしさを重視して目標を検討している	.003	.027	.627	.000	.139	.072
36 家族の満足度に対して双方の視点から評価している	.248	.132	.520	.087	-.196	-.059
16 看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している	.219	.006	.468	.008	.176	.041
35 今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている	.357	-.025	.439	.140	-.335	.033

第Ⅳ因子 緊急時の連携体制を整備する ($\alpha=0.873$)							
33	看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている	-.085	-.108	.124	.861	.006	.004
32	オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている	.031	-.076	.078	.799	-.128	.073
29	看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している	.109	.050	-.054	.650	.037	.040
41	気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている	-.109	.336	.030	.613	-.076	.003
44	介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している	-.045	.071	-.026	.513	.205	-.020
30	緊急対応できるように入居者の情報を伝え、サポートしている	.177	-.059	.010	.495	.226	.042
第Ⅴ因子 看取りに向かう身体的特徴を共有する ($\alpha=0.784$)							
4	入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている	.065	-.051	-.001	.034	.705	.106
5	医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている	.092	.012	.117	-.036	.684	-.003
6	指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している	.049	.038	.092	.051	.485	.036
第Ⅵ因子 ユニットの特徴を活かして情報を共有する ($\alpha=0.792$)							
2	介護職が家族から得た入居者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている	-.040	-.028	.054	.051	.032	.798
1	介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている	.057	.087	-.050	.104	.107	.566
3	ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている	-.018	.054	.217	-.094	.286	.407
固有値		17.263	1.826	1.536	1.353	1.282	1.003
寄与率 (%)		46.656	4.936	4.150	3.658	3.466	2.711
因子間相関							
		第Ⅰ因子	1.00				
		第Ⅱ因子	.704	1.00			
		第Ⅲ因子	.699	.568	1.00		
		第Ⅳ因子	.695	.687	.563	1.00	
		第Ⅴ因子	.585	.534	.538	.561	1.00
		第Ⅵ因子	.633	.605	.545	.526	.511
							1.00

N=373、因子抽出法：主因子法、回転法：プロマックス回転

回転前の 6 因子での 37 項目の全分散を説明する割合は 65.58%

表 11 削除された尺度項目 (11 項目)

-
- 7 入居者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している
 - 8 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している
 - 9 日常生活における入居者のわずかな変化でも共有している
 - 10 入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を共通認識している
 - 11 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている
 - 18 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している
 - 34 入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している
 - 45 介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている
 - 46 連携して看取りを実践することの意義を共有している
 - 47 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している
 - 48 ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している
-

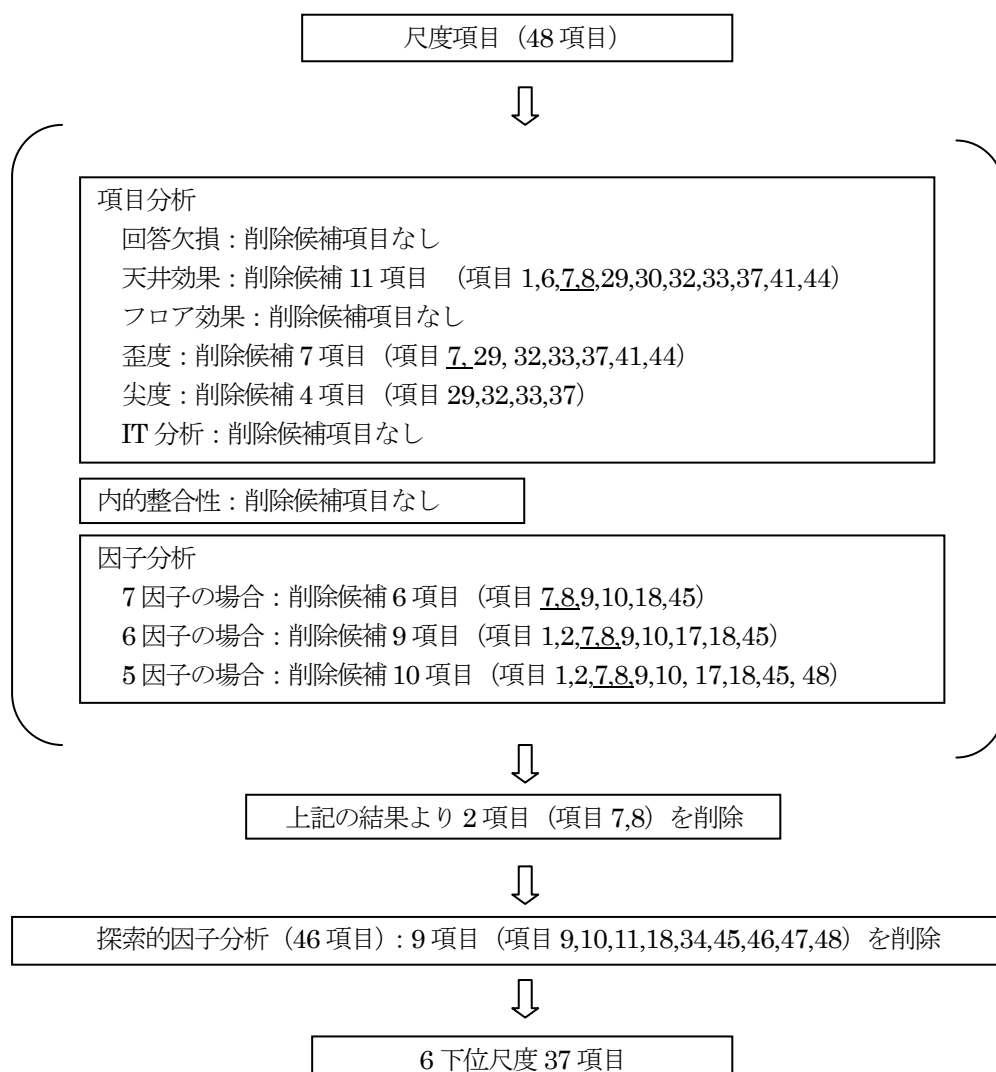


図 4 尺度項目の選定プロセス

7. 尺度の因子別得点と属性別比較

探索的因子分析の結果、ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度は6つの下位尺度37尺度項目で構成される尺度となった。

作成した本尺度の合計および各下位尺度の平均値、標準偏差を算出し、表12に示した。本尺度の合計得点の平均値、標準偏差は、 118.588 ± 17.868 、第I因子の【医療職として介護職を支える】は 37.663 ± 6.467 、【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】は 19.190 ± 3.265 、【ユニットで看取することを合意し評価する】は 21.072 ± 4.275 、【緊急時の連携体制を整備する】は 20.945 ± 3.085 、【看取りに向かう身体的特徴を共有する】は 9.945 ± 1.649 、【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】は 9.441 ± 1.869 であった。

看護師と准看護師のそれぞれの合計および各下位尺度得点について Mann-Whitney のU 検定にて比較を行った結果、合計およびすべての下位尺度において得点に有意な差はみられなかった（表13）。

経験年数別で各因子得点の平均を算出した。看護職の経験が10年未満と10年以上で比較し、特養の看護経年は3年未満と3年以上で比較した。その理由は、中堅レベルの実践は類似の科を通常3～5年経験した看護師にみられること (Benner, 1999／井上監訳, 2005)、特養の看護職は通常医療施設での経験を経ており看護職としての経験はあることより、特養での経験3年以上を中堅と考え、経験の浅い3年未満と3年以上で比較した。その結果、特養の看護師経験が3年未満と3年以上では有意な差がみられた（表14）。一方看護職としての経験年数においては、概ね10年以上の看護経験をもつ者をエキスパートとしてその実践知を分析する研究がみられることより (Benner et al, 1996；野嶋ら, 1999)、10年以上をベテランの看護職と考え、看護職としての経験年数を10年未満と10年以上で得点を比較した。その結果、有意な差はみられなかった（表15）。

表 12 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の
因子別得点

	Mean±SD	
第Ⅰ因子【医療職として介護職を支える】	37.663	6.467
第Ⅱ因子【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】	19.190	3.265
第Ⅲ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】	21.072	4.275
第Ⅳ因子【緊急時の連携体制を整備する】	20.945	3.085
第Ⅴ因子【看取りに向かう身体的特徴を共有する】	9.945	1.649
第Ⅵ因子【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】	9.441	1.869
合計	118.588	17.868

表 13 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の
看護師・准看護師別得点の比較

	Mean±SD		<i>p</i>
	看護師(n=273)	准看護師(n=99)	
第Ⅰ因子【医療職として介護職を支える】	37.494 ± 6.505	38.052 ± 6.369	.525
第Ⅱ因子【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】	19.276 ± 3.267	18.936 ± 3.282	.362
第Ⅲ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】	20.894 ± 4.431	21.537 ± 3.800	.315
第Ⅳ因子【緊急時の連携体制を整備する】	20.924 ± 3.076	20.979 ± 3.132	.835
第Ⅴ因子【看取りに向かう身体的特徴を共有する】	9.866 ± 1.677	10.168 ± 1.562	.165
第Ⅵ因子【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】	9.416 ± 1.844	9.495 ± 1.948	.781
合計	117.962 ± 18.136	120.176 ± 17.130	.350
Mann-Whitney の U 検定			<i>p</i> < 0.05

表 14 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の
特養での看護経験年数別得点の比較

	Mean±SD		<i>p</i>
	特養での看護経験	特養での看護経験	
	3 年未満(n=115)	3 年以上(n=256)	
第Ⅰ因子【医療職として介護職を支える】	35.877 ± 6.460	38.474 ± 6.317	.000**
第Ⅱ因子【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】	18.455 ± 3.624	19.510 ± 3.053	.007**
第Ⅲ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】	19.884 ± 4.567	21.579 ± 4.037	.001**
第Ⅳ因子【緊急時の連携体制を整備する】	19.982 ± 3.104	21.353 ± 2.990	.000**
第Ⅴ因子【看取りに向かう身体的特徴を共有する】	9.473 ± 1.900	10.143 ± 1.487	.003**
第Ⅵ因子【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】	9.018 ± 1.995	9.618 ± 1.779	.008**
合計	113.071 ± 18.891	120.889 ± 16.953	.001**
Mann-Whitney の U 検定			** <i>p</i> < 0.05

表 15 ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の
看護経験年数別得点の比較

	Mean±SD		<i>p</i>
	看護経験 10 年未満	看護経験 10 年以上	
	(n=31)	(n=335)	
第Ⅰ因子【医療職として介護職を支える】	37.500 ± 6.501	37.676 ± 6.484	.490
第Ⅱ因子【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】	19.688 ± 2.978	19.126 ± 3.308	.868
第Ⅲ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】	20.625 ± 5.241	21.090 ± 4.179	.304
第Ⅳ因子【緊急時の連携体制を整備する】	20.400 ± 3.328	20.975 ± 3.076	.175
第Ⅴ因子【看取りに向かう身体的特徴を共有する】	9.467 ± 1.925	9.973 ± 1.618	.052
第Ⅵ因子【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】	9.469 ± 2.000	9.413 ± 1.858	.582
合計	117.893 ± 19.234	118.478 ± 17.794	.441
Mann-Whitney の U 検定			<i>p</i> < 0.05

8. 基準関連妥当性の検討

基準関連妥当性を検討するため、ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度と ITA 評価尺度、チーム特性チェックリストとの相関を分析し、表 16、17 に示した。ユニット型特養の看取りにおける介護職との連携実践尺度と ITA 評価尺度の Spearman の順位相関係数は $\rho = 0.460 \sim 0.714$ の範囲でいずれも有意な相関を示した ($p < 0.01$)。ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度とチーム特性チェックリストの相関係数は $\rho = 0.388 \sim 0.660$ の範囲でいずれも有意な相関を示した ($p < 0.01$)。

表 16 ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度と ITA 評価尺度との
相関

ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度							
ITA 評価尺度	医療職として介護職を支える (12 項目)	ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する (6 項目)	ユニットで看取することを合意し評価する (7 項目)	緊急時の連携体制を整備する (6 項目)	看取りに向かう身体的特徴を共有する (3 項目)	ユニットの特徴を活かして情報を共有する (3 項目)	合計 (37 項目)
組織構造の柔軟さ (13 項目)	.611**	.600**	.625**	.566**	.463**	.510**	.686**
ケアのプロセスと 実践度 (11 項目)	.607**	.552**	.637**	.551**	.460**	.490**	.672**
メンバーの凝集性と 能力 (8 項目)	.600**	.584**	.628**	.543**	.471**	.516**	.680**
合計 (32 項目)	.642**	.607**	.665**	.589**	.501**	.543**	.714**

** . $P < 0.01$

表 17 ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度と
チーム特性チェックリストとの相関

ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度							
チーム特性チェックリスト	医療職として介護職を支える (12 項目)	ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する (6 項目)	ユニットで看取することを合意し評価する (7 項目)	緊急時の連携体制を整備する (6 項目)	看取りに向かう身体的特徴を共有する (3 項目)	ユニットの特徴を活かして情報を共有する (3 項目)	合計 (37 項目)
参加と相互作用的環境 (8 項目)	.518**	.553**	.519**	.498**	.434**	.469**	.597**
チーム目標の受容 (6 項目)	.553**	.512**	.587**	.512**	.418**	.468**	.626**
他チームとの関係 (4 項目)	.512**	.507**	.529**	.476**	.414**	.499**	.582**
個人の権限 (4 項目)	.495**	.564**	.486**	.474**	.388**	.440**	.567**
解決への意欲 (4 項目)	.513**	.484**	.549**	.454**	.389**	.448**	.585**
チーム・パフォーマンス (10 項目)	.505**	.511**	.547**	.454**	.404**	.457**	.602**
合計 (32 項目)	.588**	.573**	.592**	.543**	.460**	.510**	.660**

** . $P < 0.01$

9. 安定性の検討

安定性の検討のため、37 項目において 1 回目と 2 回目の各項目の相関を算出したところ、Spearman の順位相関係数は各項目間では $\rho = 0.428 \sim 0.683$ の範囲でいずれも有意な相関を示した ($p < 0.01$)。尺度の合計得点の Spearman 相関係数は $\rho = 0.803$ 、各下位尺度では $\rho = 0.620 \sim 0.717$ の範囲でいずれも有意な相関を示した ($p < 0.01$) (表 18)。

表 18 ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の

1 回目と 2 回目の相関							
1 回目 2 回目	第 I 因子	第 II 因子	第 III 因子	第 IV 因子	第 V 因子	第 VI 因子	合計
第 I 因子	.692**	.617**	.658**	.572**	.607**	.551**	.760**
第 II 因子	.595**	.684**	.603**	.583**	.526**	.544**	.711**
第 III 因子	.647**	.562**	.717**	.570**	.535**	.525**	.730**
第 IV 因子	.592**	.568**	.585**	.654**	.541**	.508**	.686**
第 V 因子	.564**	.534**	.503**	.528**	.620**	.511**	.633**
第 VI 因子	.583**	.592**	.557**	.530**	.506**	.639**	.655**
合計	.717**	.671**	.712**	.645**	.616**	.624**	.803**

** . $P < 0.01$

IV. 考察

本章では、予備研究 2、本研究 1 に基づき修正したユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の信頼性・妥当性による検討を行った。その結果、6 因子 37 項目が因子分析により導き出された。以下、この尺度項目の決定プロセスと尺度の信頼性・妥当性、各因子の特徴について考察する。

1. 尺度項目の決定プロセス

1) 質問紙の回収

研究協力については、同意の得られた 140 施設の看護職 492 名に質問紙を配布したところ、回収数は 378 名、回収率 76.8%と高かった。再テストにおいても、287 名の回答があり、回収率 58.3%と半数を超えるなど非常に高かった。本研究では、ユニット型特養の看護管理者に研究協力を依頼し、承諾の得られた施設に調査票を送付する方法をとったため、看取りにおける介護職との連携について関心の高い施設からの回答が得られたと考えられる。また、全国のユニット型特養を対象とした調査は現在のところ少ないため貴重な資料であると同時に、全国調査を実施したことで、偏りのない結果が得られたといえる。

回収数 378 名（有効回答数 373 名）については、質問項目数が 48 項目であるため、7.9 倍であった。尺度開発に必要な標本数は、項目あたり 3~4 名~40~50 名と幅があり、コンセンサスを得られた基準はないが (knapp et al, 1995)、本研究の標本数はこの範囲内であるため、分析するのに十分な標本数であったといえる。

2) 尺度項目の精選

項目分析において、まず回答欠損率については、5%以上という削除基準に該当する項目は認めなかった。ただ、「29 看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している」、「32 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている」、「33 看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている」、「41 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている」というオンコールに関しての 4 項目において、看護職が常駐しているためオンコール体制をとっていない施設の 6 名が無回答であった。欠損率としては、1.6~2.1%であり削除基準には該当せず、かなり少数派の施設であることがわかる。日本看護協会（2016）の調査では、オンコール体制をとっている特養は 91.8%と、9 割以上の施設でオンコール体制がとられて

いるが、わずかではあるがオンコール体制をとっていない施設もある。尺度の汎用性を考えると、オンコール体制をとらない施設も考慮に入れ、今後は施設内での連絡体制の整備の項目として表現を工夫することなどが必要であると考ええる。

天井効果がみられたのは、計 11 項目（項目 1,6,7,8,29,30,32,33,37,41,44）であった。項目をみると、「1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている」や「6 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している」など、看取りにおいて当然日常的に実践していると考えられる内容であるため、最も得点の高い「4. 出来ている」という回答が多かったと考えられる。歪度も 7 項目（項目 7, 29,32,33,37, 41,44）みられたこと、フロア効果がみられなかったこともそのためであると考えられる。本研究で作成している尺度は、看取りを行う上で看護職が介護職と連携すべき実践内容を示すものであるため、日々看護職が当然のこととして実践している項目が多く抽出され则认为るが、本尺度は実践尺度であるため、これらの当然として考えられている実践内容も提示すべきであると考ええる。また、4 件法であったため、天井効果が出現しやすい傾向にあったことも否めない。尖度については、計 4 項目（項目 29,32,33,37）で 1 以上であった。項目 29,32,33 に関しては、先にも述べたオンコール体制に関する項目であった。項目 37 の「連携するためには信頼関係が必須であることを認識している」という認識についての項目はばらつきがあることがうかがえた。

以上の項目分析の結果から、削除候補として番号があがった項目は計 11（項目 1,6,7,8,29,30,32,33,37,41,44）であったため、この 11 項目を削除して探索的因子分析を行ったところ 5 因子に分かれ、分析を繰り返していくと、6 回目において第 4 因子（項目 4,5）と第 5 因子（項目 35,36）が 2 項目のみとなる項目が出現した。そこで、4 因子と仮定して因子分析を行ったところ、8 回目で第 4 因子（項目 4,5）が 2 項目のみ、6 因子と仮定した場合でも、6 回目において第 4 因子（項目 4,5）、第 5 因子（項目 35,36）、第 6 因子（項目 2,3）が 2 項目のみとなり、因子として不適切であると判断した。

2 項目のみとなった項目 4,5 をみると、「4 入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている」、「5 医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている」と、看取りにおいて医療職としての見解を分かりやすく介護職に伝える内容の項目であった。教育背景の異なる介護職に、医療面での見解を分かりやすく説明することは大変重要なことであり（全国高齢者ケア協会、2013）、本尺度において必須の項目であると考えた。また、項目 2,3 についても「2 介護職が家族から得た入居者の情報や家

族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている」と、ユニットケアならではの密接な関わりによって得られた情報を共有する必要性や、「3 ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている」と他のユニットとのケアや情報の共有の必要性を表現した項目であるため、ユニット型特養の看取りにおいて非常に重要な項目であると考えた。さらに、項目 35,36 については、「35 今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている」、「36 家族の満足度に対して双方の視点から評価している」という看取り後の振り返りの項目であった。看取り期にある入居者は意思を伝えることが困難な状態であることが多いことや、看取りの特性上、ケアの評価が明確でないことなどから、看護職は提供したケアが入居者にとってベストであったのかと悩む現実がある。そのため、介護職とともに看取りのプロセスを振り返り、提供したケアやその反応を確認し、効果的であった点や改善すべき点を明確にすることが必要であるため、この項目は必要であると考えた。本尺度の特徴は、その人らしい看取りの実現のために介護職との連携の実践を明示する実践尺度であるため、必要と考えられる項目を削除することは不適切であると考えた。

そこで、項目分析で削除候補となった計 11 項目（項目 1,6,7,8,29,30,32,33,37,41,44）を全て削除するのではなく削除候補とし、探索的因子分析や信頼性分析の結果を鑑みて総合的に判断する手法をとった。その結果、天井効果や因子分析にて削除の候補となっている項目において共通して候補となっているのが項目 7,8 であったため、この 2 項目のみ削除するのが妥当であると判断し、計 46 項目において再度探索的因子分析を行った。妥当な結果が得られるまで繰り返し因子分析を行い、結論として 6 因子 37 項目に分かれた。

項目 7,8 は、「7 入居者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している」、「8 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している」など、死の徴候についてともに確認することが必要であると考え抽出していたが、項目 4 の「4 入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている」と内容に重なりがあるとも考えられた。

2. 尺度の信頼性

測定用具の信頼性は、測定していると考えられる属性を測定する際の一貫性や安定性のことをいう。一貫性については、測定用具の全ての項目が同じ特性を測定しているかをみる内的整合性をみる（Polit et al., 2004／近藤監訳, 2010）。本尺度の内的整合性について

ては、いずれの下位尺度とも Cronbach's α 係数は 0.784～0.936 の範囲にあり 0.7 以上を示していることより、内的整合性があるといえる。

安定性は 2 回別々に測定した場合に類似の結果を得られる程度のことであり、その手法として再テストにて信頼性を評価する方法がある (Polit et al., 2004/近藤監訳, 2010)。安定性については、37 項目において 1 回目と 2 回目の各項目の相関を算出したところ、各項目間では $\rho = 0.428 \sim 0.683$ の範囲、尺度の全体総得点の相関係数は $\rho = 0.803$ 、各下位尺度では $\rho = 0.620 \sim 0.717$ の範囲でいずれも有意な相関を示したことより、安定性は確保できたといえる

以上より、本尺度の信頼性は保持できていると判断できる。

3. 尺度の妥当性

尺度の妥当性とは、測定用具が測定しようとする程度をいい、表面妥当性や内的妥当性、基準関連妥当性から検討される (Polit et al., 2004/近藤監訳, 2010)。

本研究において、ユニット型特養で看取りを実践している常勤看護師や、高齢者施設ケアの評価に関する研究を行っている老年看護学研究者の専門家に自記式質問紙調査を実施したことは表面妥当性の確保につながったと考える。さらに、本尺度原案に対して、概念との関連を I-CVI を用いて数量的に検討し、基準を下回る 3 項目を削除したことにより、本尺度の内容妥当性を保持できたといえる。

構成概念妥当性については、項目分析・因子分析にて項目を精選した結果 2 項目を削除した 46 項目にて探索的因子分析を行った。Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は、標本が因子分析に適しているかを検定したものであり、1 に近いほど標本の妥当性が高く、0.7 以上が望ましく、0.8 以上であれば因子分析をする価値が十分にある、0.9 以上であれば優れているといわれている (Kaiser, 1974; 小田, 2007)。本尺度の Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.955 と高値であるため、因子分析の基準を満たしている。また、Bartlett の球面性検定が有意であったことから、標本が因子分析に適しているといえる。

本尺度の各因子の得点の平均値において、看護師と准看護師の間に有意な差がみられなかった。特養では、准看護師の占める割合が半数以上と病院と比較して多い現状がある (野村総合研究所, 2009)。さらに、看護職の配置は入居者 100 名の場合常勤で 3 名以上と定められており (厚生労働省, 1999)、日勤帯では非常勤の看護職員も含め 2～5 名と、看護職の配置が少ない状況下では、看護師・准看護師に関わらず、同様の業務や役割を担って

いるという実情から、看取りにおける連携の実践に差がなかったと考えられる。安田ら（2006）の調査においても、看護師・准看護師ともに介護職との連携のためには、介護職に観察ポイントや行為の根拠などの説明することを心がけるなど、看護師・准看護師間に差は認められないという結果が示されている。看護師と准看護師では教育背景が異なるが、ユニット型特養の看取りにおける看護・介護職の連携については差がないといえる。

経験年数では、看護師としての経験年数 10 年未満と 10 年以上の間には差がみられなかったが、特養での経験年数 3 年未満と 3 年以上では得点に差がみられた。特養の看取りにおいて、職員間の考え方の相違などから、約 7 割の看護職がジレンマを感じていることや（小野ら，2001）、実際に 5 年未満での離職率が 39.8%（日本看護協会，2016）と病院と比較して高い（大阪府社会福祉協議会福祉サービス第三者評価センター，2010）ことなどから、特養という生活の場での看護実践に戸惑いが大きいことがわかる。また、特養以外での看護職経験の長さは、特養での看取りにおける連携に関して影響していないことから、病院での死とは異なる、生活の場で看取ることの特殊性があることがわかる。しかし、特養での経験を重ねることにより、特養における看護職の役割を認識し、やりがいを獲得していくといわれていることから（戸塚，2010）、特養での看護実践の経験が浅い看護職に対しての教育の必要性が示唆された。

基準関連妥当性は、作成した連携実践尺度と ITA 評価尺度、チーム特性チェックリストとの相関を分析した。各尺度の因子間の相関をみると、本尺度と ITA 評価尺度の相関係数は 0.460～0.637、チーム特性チェックリストの相関係数は 0.388～0.587 の範囲でいずれも有意な正の相関を示した。相関係数が 0.7 以上であれば強い相関があり、0.4～0.7 であればかなり相関がある、0.2～0.4 は低い相関があると判断されるが（石井ら，2002）、本尺度と ITA 評価尺度の相関では、全ての因子においてかなり相関があるという結果であった。本尺度の【ユニットでの看取りの合意と振り返り】の因子と ITA 評価尺度の[ケアのプロセスと実践度]が最も相関が高かったが、「達成可能な目標を立てている」、「ケアの内容を評価している」といった目標の立案やケアの評価についての項目が本尺度の項目と類似していると考ええる。チーム特性チェックリストとの因子間相関においても、本尺度の【ユニットで看取することを合意し評価する】の因子と、チーム特性チェックリストの[チーム目標の受容]の因子で高い相関がみられた。「チームの役割・目標は明確である」といった目標を検討していく内容であるところが類似していた。チーム特性チェックリストはチームの機能性に着眼した評価指標、ITA 評価尺度は介護保険施設の医療・福祉職に特化したチ

ームアプローチの実践状況を自己評価する尺度と、両尺度ともチームの状態を把握するものである。本研究で作成した尺度は、生活の中で自然な看取りを実践しているユニット型特養に特化し、ユニットの連携体制に応じた介護職との連携における看護職個人の実践を自己評価する尺度であるところが異なるが、他職種と連携していくことを目指した尺度であることは共通していたため、相関がみられたと考える。以上のことより、本尺度は併存妥当性があると判断できる。

4. ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の特徴

本尺度の特徴は、看護職が実践している連携のみならず、介護職が実践している看護職との連携を調査して、介護職の視点を包含した項目を作成したところである。そのため、連携において必要な項目が網羅されているといえる。また、全国のユニット型特養に調査したことより、地域の偏りはなく汎用性の高い尺度であるといえる。

ユニット型特養では各ユニットに専属の介護職が配置されているため、介護職は入居者となじみの関係を築き、入居者・家族の情報やニーズを把握しやすい状況にある。そのため看護職は、介護職からそれらの情報を得られるように働きかけることが特徴であり、第Ⅵ因子【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】に示されている。特養での看取りは、生活の延長線上に死があると捉え、できるだけ入居者の苦痛を軽減しながら、その人らしく今まで通りの生活を継続できるようなケアを提供することである。そのため、身体的側面だけでなく、入居者の生活背景や人生観、価値観、性格など精神・社会的側面の情報を共有し、どのような過ごし方がその人らしいのかを看護・介護職で検討することは、看取りにおいて非常に重要である。実際に、第Ⅲ因子【ユニットで看取ることを合意し評価する】では入居者や家族の思いを共有し、生活の場での看取りであることを念頭においてその人らしい生活が送れるように目標を検討する重要性が示されている。ただ、看取りにおいては入居者の体調が不安定になりやすいため、第Ⅴ因子【看取りに向かう身体的特徴を共有する】の現在の身体状況や医師の見解を分かりやすく介護職に伝えることや、第Ⅰ因子【医療職として介護職を支える】の入居者を身近で援助しているユニットの介護職の見解を尊重しつつ、医療的な側面からアセスメントするなど、看護職は特養で唯一の医療職としての役割が非常に大きくなる場所が特徴である。通常特養では介護職が入居者の日常生活の援助を担っているが、身体状態が変化しやすい看取りのケアにおいては、看護職

が入居者の状態を判断しながら介護職と一緒にケアを行う機会が多くなるという看取りの特徴が示されている。看護職と一緒にケアを行うことにより、介護職の不安を軽減するとともに、入居者にとって安全で安楽なケアを介護職に提示することにもつながるなど、介護職をサポートする連携のあり方が特徴である。このように第Ⅰ因子は入居者の体調に合わせて臨機応変にケアを行う、その日のユニット担当の介護職との連携を示しており、一方看取りの方針を検討・決定していく第Ⅲ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】においては、ユニットリーダー介護職との連携が示されている。また、ケアを検討する際には、入居者の日常生活援助を担っている介護職がユニットで看取る意思があるか、また対応できるかを考慮して方針を決定することがユニット型特養での看取りにおいて重要な点であることが示されている。そして、ユニットで提供されているケアを尊重した関わりを通して信頼関係を築いていくことが、連携においては不可欠であることが第Ⅱ因子【ユニットの介護職を尊重した関係性を構築する】に示されている。

さらに看取りにおいては、入居者本人の意思表示が難しく、ケアの評価が得られにくい状況であるため、看護・介護職で家族の意見も含めてカンファレンス等で振り返り、次の事例に活かしていく必要性がⅢ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】に示されている。そしてユニット型特養の性質上、自らが担当しているユニットの入居者については詳細に把握しているが、他のユニットの入居者については十分把握できていないこともあるため、夜間や緊急時に備えて異なるユニットの入居者の情報もユニット間で共有できるように調整することも介護職との連携として第Ⅵ因子に示されている。

5. ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践 尺度の因子の特徴

1)第Ⅰ因子について

第Ⅰ因子として【専門職として介護職を支える】という下位概念が抽出された。この因子は、6因子のうち因子寄与率が最も高いことや、因子負荷量が比較的高い項目が多いことより、中核となる因子であることがうかがえた。尺度原案においては、＜専門性を活かした協力活動＞として抽出していた概念であるが、医療職としての役割を発揮することで介護職を支える連携のあり方が示されていることより、【専門職として介護職を支える】と因子名を変更している。

入居者の状態が不安定になりやすい看取りにおいては、看護職が医療的な視点からアセスメントしてともにケアを行うなど、介護職の不安を軽減し、支えることが看護職の大きな役割である（長畑ら，2012；全国高齢者ケア協会，2013）。通常特養では、介護職が入居者の日常生活援助を担っているが、看取りにおいては医療職である看護職が入居者の状態をみながら介護職と共にケアを行う機会が多くなるところが特徴的であり、項目 26「必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している」、項目 23「ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアを一緒に決定している」、項目 27「入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている」の項目においても共に行うことが表現されている。看護・介護職が一緒にケアを行ったり、一緒に相談してケアを決定していくことにより、介護職の不安を軽減するとともに、入居者にとって安全で安楽なケアを介護職に提示することができる。

ユニット型特養では、数名の介護職が固定したユニットを担当しているためなじみの関係を築くことができ、入居者のその人らしさを尊重したケアを提供することができる。そのため、項目 23「ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアを一緒に決定している」にあるように、看護職が入居者をアセスメントする際には、ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントする必要性を強調しているところにユニットケアにおける連携の特徴がある。

さらに、介護職を支える実践においても、入居者の体調に応じて臨機応変にケアを検討するなど、その日のユニット担当介護職との連携が多いことがこの因子の特徴であり、項目 21「状況に応じて臨機応変にケアを相談している」、項目 22「今必要なことをその都度話し合って実践している」などに表現されている。

2) 第Ⅱ因子について

第Ⅱ因子は、【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】という下位概念が抽出された。お互いの専門性や役割を理解し、些細なことでも報告・相談し合える関係性を築くことが連携においては非常に重要であるといわれていることより（長谷川，2004；小林ら，2010b；全国高齢者ケア協会，2013）、この下位尺度は看取りを実践する際の連携において、意義のある因子であるといえる。

さらに、ユニット型特養においては、先にも述べたように入居者の生活を最も身近で支えている各ユニットの介護職が主体となって個別性のあるケアを提供している。そのため、

それぞれのユニットで提供されているケアを尊重していくことが信頼関係を築くことになり、スムーズな連携につながることを示されたといえる。

3) 第Ⅲ因子について

第Ⅲ因子は、【ユニットで看取することを合意し評価する】という下位概念が抽出された。看取りの目標を定め、合意を得る内容の因子であるため、ユニットリーダーである介護職との連携の項目となっていることが特徴である。特養での看取りは、医療現場とは異なり、生活の延長線上に死があるという考え方であるため（櫻井，2008）、項目 14「入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している」、項目 13「生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている」、項目 12「その人らしさを重視して目標を検討している」というように、できるだけ入居者の苦痛を軽減しながら、その人らしく今まで通りの生活を継続できるように看護・介護職でケアを検討していく必要がある（伊藤ら，2006；長畑ら，2012）。また、看取りの目標を決定する際には本人、家族の意思を尊重することは当然のことながら、項目 15、16 にそれぞれ「ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している」、「看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している」と表現されているように、ユニットケアの特徴上、入居者の日常生活を支援している介護職が入居者をユニットで看取することをどう考えるのか、また実際に介護職が対応できる状態であるのかを考慮することが重要である。また、今後の看取りの方針を検討して合意する因子であるため、ユニットリーダー・介護職との連携の内容になっていることがこの因子の特徴である。

尺度原案では＜評価の共有＞として作成した尺度項目がこの因子に含まれていた。このことは、看取りの目標を決定していくにあたり、これまでの看取りを振り返って今後の看取りに活かしていくことが重要であるため、ひとつの因子にまとまったと考えられる。項目 35「今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている」、項目 36「家族の満足度に対して双方の視点から評価している」と表現されているように、看取りという本人からのケアの評価が得られにくい状況のケアであるからこそ、看護・介護職で家族の意見も含めてカンファレンス等で振り返り、次の事例に活かしていくことが大切であることから（長畑ら，2012）、この下位尺度は看取りのための連携において必要な因子であると考えられる。

4)第Ⅳ因子について

第Ⅳ因子は、【緊急時の連携体制を整備する】という下位概念が抽出された。この因子は、尺度原案の＜専門性を活かした活動＞と、＜関係性の構築＞の項目がひとつにまとまっている。これらの項目は、看護職不在時に介護職が緊急対応できるように医療職としての実践と、介護職が気兼ねなく連絡してくれるように関わるなど関係性についての実践の項目がまとまったと考えられる。特養では一般的に、介護職のみで夜勤を行い、看護師は電話での報告・指示を行うオンコール体制をとっている施設がほとんどである。したがって看護職は、報告すべき状態を具体的に伝えるなど、日中の入居者の状態を観察し、夜間起こり得る症状の変化を予測する必要がある（島田，2012）。看取りをする上で介護職は知識不足や無力感などから不安を抱えていることや（上村，2010）、看取りの状態にある入居者は状態が不安定であるため、緊急時の連携を整備することにより、介護職をサポートすることが重要であり、看取りにおける連携に必要な下位尺度であると考えられる。

5) 第Ⅴ因子について

第Ⅴ因子は、【看取りに向かう身体的特徴を共有する】という下位概念が抽出された。介護職は、教育背景や経験の相違から、死を目前にした入居者をケアすることへの不安があるといわれている（野崎ら，2007；全国高齢者ケア協会，2013）。そのため看護職は、看取りの経過に伴って変化していく入居者の身体状況や死に至るまでのプロセスを介護職に分かりやすく伝え、指示がユニットメンバー全員に周知されるように記録にて共有していくことが求められる。

6)第Ⅵ因子について

第Ⅵ因子は、【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】という下位概念が抽出された。この因子は第Ⅴ因子とともに、尺度原案では＜情報の共有＞にまとめられていたが、探索的因子分析の結果、看取りの経過に伴って変化していく入居者の身体状況の情報共有（第Ⅴ因子）と、本人・家族の情報共有（第Ⅵ因子）のふたつの因子に分かれた。

第Ⅵ因子では、なじみの関係を築くことができるユニットケアであるからこそ得られる本人・家族の情報を共有することがその人らしい看取りの実現につながることを示されている。ユニット型特養の性質上、自らが担当しているユニットの入居者については詳細に把握しているが、他のユニットの入居者については十分把握しているとはいえず、夜間の

対応に困ったり、ケアが統一されないという問題が指摘されている（医療経済研究機構，2002）。そのため、夜間や緊急時などに備えて、異なるユニットの入居者の情報もユニット間で共有できるように調整することも介護職との必要な連携であることが示され、本尺度の下位尺度として重要な因子であるといえる。

6. ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践 尺度の意義と活用可能性

本研究では、ユニット型特養の看取りにおいて、看護職が介護職との連携の実践を自己評価できる尺度を開発し、その信頼性と妥当性は支持されていた。入居者の生活を支えるためには看護・介護職の連携は不可欠である。特に看取りという身体の状態が不安定になる時期においては、特養で唯一の医療職である看護職の果たすべき役割が大きく、介護職といかに連携していくかが極めて重要になってくる。ユニット型特養の看取りの課題として、看護職と介護職との連携・情報共有が不十分であることや、職員の精神的な負担が大きいこと、夜間看護職が不在であることなどが指摘されており（みずほ情報総研株式会社，2016）、本尺度においては、【医療職として介護職を支える】こと、【ユニットで看取することを合意し評価する】こと、【緊急時の連携体制を整備する】ことなどが介護職との連携の構成概念として表れている。そのため本尺度を使用することで、看取りにおいて看護職が介護職とどのように連携していけばよいかが明確になると同時に、職員の精神的負担の軽減につながると考える。そして、看護職が介護職との連携における実践を自己評価するためのツールとして活用できる。自らの実践を振り返ることで連携への意識を高め、連携を円滑に進める一助となる。下位尺度の評価が高い領域は維持するよう努め、低い領域は改善が必要であることが明確となり、どのような項目において遂行が難しいのか、その原因はどこにあるのかを検討するツールとすることができる。さらに、特養での経験年数の浅い看護職に対して本尺度を活用することで、看取りのための介護職との必要な実践の指標とすることができる。以上のことより、本尺度を活用することで看護職が介護職と円滑に連携することができ、結果としてユニット型特養での看取りの質の向上に寄与できると考える。

7. 研究の限界と今後の課題

本研究への協力が得られた施設・対象者は、看護・介護職の連携に対する意識が高い集団であった可能性がある。

今後は本尺度を活用し、連携への意識の変化や看取りケアの質の向上への影響について検討していく必要がある。

第7章 結論

本研究は、ユニット型特養の看取りにおいて、看護職が介護職との連携の実践を自己評価できる尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的とした。個別面接調査をもとに尺度原案を作成し、ユニット型特養の看護師と老年看護学研究者を対象に内容妥当性・表面妥当性の検討を行って、尺度項目の内容・表現を修正した。修正した尺度について、全国のユニット型特養の看護職から得られたデータをもとに最終的な尺度項目の決定、信頼性・妥当性の検討を行い、以下の結論を得た。

1. 質問項目の精選および因子分析の結果、ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度は6因子37項目となった。第Ⅰ因子【医療職として介護職を支える】、第Ⅱ因子【ユニットの介護職を尊重し関係性を構築する】、第Ⅲ因子【ユニットで看取することを合意し評価する】、第Ⅳ因子【緊急時の連携体制を整備する】、第Ⅴ因子【看取りに向かう身体的特徴を共有する】、第Ⅵ因子【ユニットの特徴を活かして情報を共有する】であった。因子間の相関係数は0.511以上であり、構成概念妥当性が確認された。
2. 本尺度の信頼性について、いずれの下位尺度とも Cronbach's α 係数は尺度全体で0.967、各因子で0.784～0.936の範囲にあり0.7以上を示していることより、内的整合性が確保された。安定性については、再テスト法を実施した結果、1回目と2回目の尺度の全体総得点の相関係数は $\rho = 0.803$ 、各下位尺度では $\rho = 0.620 \sim 0.717$ でいずれも有意な相関を示していることより、安定性が確保された。
3. 本尺度とITA評価尺度、チーム特性チェックリストとの相関を分析した結果、ITA評価尺度の相関係数は $\rho = 0.460 \sim 0.714$ 、チーム特性チェックリストの相関係数は $\rho = 0.388 \sim 0.660$ の範囲でいずれも有意な相関を示し、基準関連妥当性が確保された。

以上のことより、ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の信頼性・妥当性は確保されていると判断できる。本尺度は、介護職の視点を反映して項目を作成した連携実践尺度であることが特徴であるとともに、全国調査を行ったこと

から汎用性が高い尺度であるといえる。本尺度を使用することにより、看護職はユニット型特養の看取りにおいて介護職との連携における実践を自己評価するツールとして活用でき、実践での活用可能性のある尺度であると考えらる。

謝 辞

本研究の実施にあたり、趣旨をご理解下さり、ご多忙にも関わらず快くご協力いただきましたユニット型特養の看護職、介護職の皆様、老年看護学研究者の皆様に深く感謝申し上げます。

研究計画から論文の完成までの長期間に渡り、励まし丁寧にご指導いただきました大阪府立大学大学院看護学研究科 長畑多代教授に深く感謝申し上げます。また、研究の過程において温かいご指導、ご助言下さいました大阪府立大学大学院看護学研究科 上野昌江教授、細田泰子教授、階堂武郎元教授、摂南大学看護学部 松田千登勢教授、大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科 大西久男准教授、諸先生方に心より御礼申し上げます。

そして、博士後期課程・前期課程の大学院生の皆様には、ご助言いただくとともに、よき相談相手となっていただきました。本当にありがとうございました。

最後に、博士後期課程での研究活動をいつも応援し、支え続けてくれた家族に感謝いたします。

<文献>

- 赤沢昌子. (2009). 看護と介護の共催研修の結果と連携における課題 終了時アンケート調査より, 松本短期大学紀要, 49-56.
- 安梅勅江. (2001). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法. 東京: 医歯薬出版.
- Barnard, C. I. (1968). THE FUNCTION OF THE EXECUTIVE, Harvard University Press/山本安次郎, 田杉競, 飯野春樹監訳. (1968). 新訳経営者の役割. 経営名著シリーズ 2, 67-77, 東京: ダイヤモンド社.
- Benner P., Tanner C. A, Chesla C. A (1996). Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics. New York: Springer.
- Benner P., Hooper-Kyriakidis P. L, Stannard D. Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care (1999)/井上智子監訳 (2005). 看護ケアの臨床知, 東京: 医学書院.
- Department of Health. (1989). Caring for People, Community Care in the Next Decade and Beyond, London: HMSO.
- Department of Health. (1997). The New NHS. Modern. Dependable, London: HMSO.
- 藤腹明子. (1994). 死をめぐる看護 よりよい看とりのための DO&DON'T, 月刊ナーシング, 14(11), 76-79.
- 舟島なをみ. (2009). 看護実践・教育のための測定用具ファイル - 開発過程から活用の実際まで -. 1-25, 東京: 医学書院.
- 福岡裕美子. (2006). 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)で働く介護職と看護職の連携・協働を阻むもの, 日本老年看護学会第11回学術集会抄録集, 136.
- Funnell P. (1995). Exploring the Value of Interprofessional Shared Learning. Soothill K, Mackay L, Webb C, eds. Interprofessional Relations in Health Care. London: Edward Arnold.
- 古田さゆり, 小野幸子. (2009). B 特別養護老人ホームにおける看取り介護実現への取り組みと課題, 岐阜県立大学紀要, 10 (1), 33-41.
- 長谷川浩子. (2004). 特別養護老人ホームにおける看護職者の役割に関する文献検討, 日本赤十字広島看護大学紀要, 4, 29-36.
- 早崎幸子, 小野幸子, 坂田直美, 原敦子, 奥村美奈子, 兼松恵子, 梅津美香, 田中克子, 古川直美, 北村直子, 齋藤和子, 平山朝子. (2003). 特別養護老人ホームにおける死の

- 看取りの実態（その１）－G 県下 H と S 地区の看護職を対象に－，岐阜県立看護大学紀要，3(1)，29-35.
- 林幸子，小野幸子，坂田直美，原敦子，兼松恵子，奥村美奈子，梅津美香，古川直美，北村直子，齋藤和子，平山朝子．(2004)．特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態（その２）－G 県下 C と T 地区の看護職を対象に－，岐阜県立看護大学紀要，4(1)，45-51.
- 堀洋道．(2001)．心理測定尺度集Ⅲ，東京：サイエンス社．
- 池田直己，山田ゆかり，五十嵐智嘉子，他 (2005)．HC・QI を用いた在宅ケアの質の評価－医療系・介護系居宅支援事業所，病院管理，42，122.
- 井上千鶴子．(2007)．生活支援のための看護と介護の連携，京都女子大学生生活福祉学科紀要，3，1-6.
- 医療経済研究機構 (2002)．普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書．
- 医療経済研究機構．(2003)．特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究．
- 石井京子．(2010)．特別養護老人ホームにおける終末期ケア行動に関する研究，死の臨床，33(1)，86-93.
- 石井京子，多尾清子．(2002)．ナースのための質問紙調査とデータ分析，東京：医学書院．
- 伊藤雅治，井部俊子 (2006)．特別養護老人ホーム看護実践ハンドブック，東京：中央法規．
- Kaiser, H. F. (1974)．An Index of Factorial Simplicity, Psychometrika,, 39 (1), 31-36.
- 鎌倉克英．(2009)．“高齢者の在宅医療の現状と課題” 特別養護老人ホームにおける医療の現状と課題，日本在宅ケア学会誌，12(2)，9-12.
- 加瀬田暢子，山田美幸，岩本テルヨ (2005) 特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職者の悩み，南九州看護研究誌，3(1)，11-21.
- 河口てる子．(1997)．介護調査研究の実際 尺度開発のプロセス，看護研究，30 (5)，87-93.
- Keith, A. Y., Paul, A. G. (1982) .The Guttman-Kaiser criterion as a predictor of the number of common factors, Journal of the Royal Statistical Society, Series D(The Statistician), 31(3), 221-229.

- 菊池和則. (1999). 他職種チームの 3 つのモデルチーム研究のための基本的概念整理—社会福祉学, 273-290.
- 菊池和則. (2002). 多職種チームとは何か, 石鍋圭子, 野々村典子, 半田幸代編, リハビリテーション看護におけるチームアプローチ, 2-15, 東京: 医歯薬出版.
- 北村育子, 牧洋子, 石井京子. (2009). 特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題, 日本福祉大学社会福祉論集, 120, 75-88.
- Knapp & Brown (1995). Ten measurement commandments that often should be broken Research in Nursing & Health, 18, 495-469.
- 小林たつ子, 泉宗美恵, 伊藤健次. (2010a). 特養・老健における看護職・介護職 連携の現状, コミュニティケア, 12 (9), 50-52.
- 小林たつ子, 泉宗美恵, 伊藤健次. (2010b). 看護職と介護職の連携に関する調査報告書結果の概要と考察, コミュニティケア, 12 (9), 53-59.
- 厚生労働省. (1999). 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部. (2013). 平成 25 年介護サービス施設・事業所調査結果の概要, 東京: 財団法人厚生統計協会.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部. (2014). 平成 26 年介護サービス施設・事業所調査結果の概要, 東京: 財団法人厚生統計協会.
- 厚生労働省老健局高齢者支援課. (2014). 特別養護老人ホームの入所申込者の状況.
- 厚生労働統計協会. (2011). 国民衛生の動向・厚生 of 指標 増刊 58(9), p39-44, 東京.
- 工藤良子. (2008). 特別養護老人ホームにおける介護職と看護職の連携に関する研究 介護職の立場から, 自立支援介護学, 2(1), 4-10.
- 黒田裕子. (2006). 黒田裕子の看護研究 step by step 第 3 版, 東京: 学研.
- Mary R. Lynn. (1986). Determination and Quantification of Content Validity, Nursing Research, 35, 382-385.
- みずほ情報総研株式会社. (2016). 地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの実態・役割に関する調査研究事業 報告書.
- 長畑多代, 松田千登勢, 山内加絵, 江口恭子, 山地佳代. (2012). 生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容, 日本老年看護学会誌, 16(2), 72-79.

- 日本看護協会. (2016). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書.
- 日本労働研究機構. (2003). 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発－HRM チェックリストの開発と利用・活用－, 東京: 日本労働研究機構.
- 仁木はま子. (2010). 特別養護老人ホームにおける介護職との連携・協働を円滑にする看護職の認識と行動, 飯田女子短期大学紀要, 27, 41-55.
- 認知症介護研究・研修東京センター年報 (2007). 東京: 認知症介護研究・研修東京センター.
- 野村総合研究所. (2009). 介護施設等における重度化対応の実態に関する調査報告書.
- 野崎玲子, 板倉勲子. (2007). 看護職と介護職の協働・連携上のジレンマ, 介護福祉, 7(2), 57-67.
- 野嶋良子, 富川孝子, 真壁五月. (1999). 臨床看護婦の診断能力の発達過程に関する基礎的研究, 平成 8～10 年度文部科学省研究補助金研究成果報告書.
- 小田利勝. (2007). SPSS による統計解析入門, 長野: プレアデス出版.
- 小野幸子, 田中克子, 梅津美香, 古川直美, 兼松恵子, 水野知穂, 北村直子, 小田和美, 奥村美奈子, 坂田直美. (2001). G 県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態. 岐阜県立看護大学紀要, 1(1), 134-142.
- 小野幸子. (2006). 高齢者ケア施設におけるターミナルケアに関する課題, 老年看護学, 10(2), 25-29.
- 大村光代. (2013). 特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造, 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 47-53.
- 大阪府社会福祉協議会福祉サービス第三者評価センター. (2010). 大阪府介護サービス情報公表システムからみる府内の特別養護老人ホームの動向について.
- 大山博. (2000). 保健・医療・福祉の総合化について, 保健医療社会学論集, 11, 2-8.
- 小塩真司, 西口利文 (2007). 質問紙調査の手順, 京都: ナカニシヤ出版.
- 小塩真司. (2011). 第 2 版 SPSS と Amos による心理・調査データ解析, 東京: 東京図書.
- 小塩真司. (2015). 研究をブラッシュアップする SPSS と Amos による心理・調査データ解析, 東京: 東京図書.

- Polit D. F., Beck C. T., (2004). Nursing Research／近藤潤子監訳 (2010). 看護研究 原理と方法 第2版, 243 - 249, 東京：医学書院.
- Pope C, Mays N. (2006). Qualitative research in health care／大滝純司監訳 (2008). 質的研究実践ガイド, 121-129, 東京：医学書院.
- 埼玉県立大学. (2009). IPW を学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携ー, 東京：中央法規.
- 櫻井紀子, 内田富美江, 岡本綾 (2009). 「死にゆく人」へのケア, 東京：筒井書房.
- 櫻井紀子. (2010). 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック「さくばらホーム」の看取りケアの実践から, 東京：中央法規.
- 流石ゆり子, 牛田貴子, 亀山直子, 鶴田ゆかり. (2006). 高齢者の終末期のケアの現状と課題ー介護保険施設に勤務する看護職への調査からー, 日本老年看護学雑誌, 11(1), 70-78.
- 流石ゆり子, 牛田貴子. (2007). 高齢者の終末期(end-of-life)のケアにおける看護職の悩み・困難, 保健の科学, 49, 849-854.
- 柴尾慶次. (2005). 尊厳ある施設での看取りとは何か, 月刊総合ケア, 15(10), 12-15.
- 柴田 (田上) 明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 他 (2003). 高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識, 老年看護学, 7(2), 116-126.
- 島田久代. (2008). F 病院における看護と介護の連携の実態における考察：アンケート調査による意識調査の結果をふまえて, 松本短期大学紀要, 17, 129-144.
- 島田千穂. (2012). 特別養護老人ホームにおける終末期ケア実践と他職種連携の課題, 日本認知症ケア学会誌, 11 (2), 470-476.
- Streiner D.L, Norman G.R, Cairney J. (2015). Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use, University Press, Oxford.
- 杉本知子, 亀井智子. (2011). 高齢者ケア施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の開発ー信頼性・妥当性の検討ー, 日本看護科学学会誌, 31(4), 14-23.
- 砂村由有子, 川村佐和子, 数間恵子, 他 (1996). 在宅療養支援における看護と介護の連携に関する研究, 看護管理, 6(11), 818-826.
- 高木廣文. (2011). 「概念の数量化」尺度開発の基本的な考え方, 看護研究, 44(4), 399-406.
- 高柳千賀子. (2000). 特別養護老人ホームの看護婦が介護職に期待する医療知識と協働, 看護展望, 26(5), 608-611.

- 高柳千賀子, 片倉直子, 鳥田美紀代, 他 (2012). 医療的ケアニーズが高まる特別養護老人ホームの看護職が認識する介護職との連携のあり方についての検討, 千葉県立保健医療大学紀要, 3(1), 29-36.
- 田村由美, 工藤桂子, 池川清子 (1998). 今, 世界が向かうインタープロフェッショナル・ワークとはー21世紀型ヘルスケアのための専門職種間連携への道ー第一部: Inter-professional とは何かーRawson,D.の概念モデルー, Quality Nursing, 4(12), 1032-1040.
- 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準第32条. 1999年3月31日厚生省令第46号.
- 戸塚恵子. (2010). 特別養護老人ホームで働く看護師が施設看護を見出す過程に関する研究 (第2報), JSCI 自立支援介護学, 4(1), 34-40.
- 豊田秀樹. (2012). 因子分析入門, 東京: 東京図書.
- 坪井桂子, 西田真寿美, 成清美治 (2005). ユニットケアに取り組む特別養護老人ホームの看護職と介護職の協働と教育, 岡山大学医学部保健学会紀要, 15, 51-62.
- 坪井桂子, 岩崎佳世, 古川直美 他 (2007). 特別養護老人ホームで働く看護職の研修会を通しての「連携・協働」に関する学びの分析, 岐阜県立看護大学紀要, 7(2), 73-80.
- 上村聡子. (2010). 特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携を阻害する要因 終末期ケアにかかわる看護職と介護職のズレを中心に, 甲南女子大学研究紀要, 4, 145-152.
- 安田真美, 山村江美子, 小林朋美, 寺嶋洋恵, 矢部弘子, 板倉勲子. (2006). 看護・介護の専門性と協働に関する研究 第2報, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 14, 117-126.
- 吉原悦子, 石井美紀代, 三重野英子 (2009). 認知症高齢者グループホーム入居者の健康管理のための看護と介護の協働, 西南女学院大学紀要, 13, 9-19.
- 吉池毅志. (2009). 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理, 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3), 109-122.
- 吉本照子. (2001). インタープロフェッショナルワークによる専門職の役割遂行, Quality Nursing, 7(9), 4-11.
- 全国高齢者ケア協会 (2013). 介護と看護の連携のためのマニュアル改訂版, 高齢者ケア, 東京.