

2021 年度 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの構築

ND19N001 小枝美由紀

指導教員

主指導教員	大野かおり教授	(兵庫県立大学)
副指導教員	坂下玲子教授	(兵庫県立大学)
副指導教員	撫養真紀子教授	(兵庫県立大学)
副指導教員	松本雄一教授	(関西学院大学)

2022 年 1 月 21 日提出

要 約

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの構築

訪問看護を利用する在宅療養者は、疾患や障害を抱えているという点で何らかの投薬を受けている者がほとんどである。日々の与薬は訪問看護師のみでは完結せず、そこには多職種連携が欠かせない。Wenger, McDermott and Snyder(2002)は、「あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団」を実践共同体と定義した。連携の中にも学習の要素が埋めこまれている可能性が考えられたが、先行文献においてそのような事実に言及したものはない。訪問看護師とヘルパーがどのように連携すれば適切な与薬が行えるかというモデルを検討した研究もない。今回は、訪問看護師とヘルパーにより適切な与薬を行うための連携モデルを検討した。

目的

在宅療養者の与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを構築することである。

研究方法

モデルを構築するにあたり、英語文献 11 件、日本語文献 35 件を対象に、Rodgers の概念分析を用いて連携の概念モデルを作成した後、2 段階で研究を行った。研究 1 では、訪問看護師とヘルパーそれぞれにグループインタビューを行い得られた結果と、連携の概念分析で得られた概念モデルを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。研究 2 では、作成した与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを運用し、有用性について検討した。モデル運用期間は 2 ヶ月間とした。モデル運用開始時、モデル運用 1 ヶ月後にそれぞれ訪問看護師、ヘルパー、研究者の 3 者でのミーティングを実施し、モデル運用内容のすり合わせを行った。各ミーティングで、研究者は、モデル運用が確実に行われるように介入を行った。モデル運用期間中の 2 ヶ月間、研究者が作成した記録用紙の冊子を連絡ノートに使用してもらい、記載内容をデータとした。モデル運用前後での多職種連携行動評価尺度の評価と正しく与薬できたか否かの毎回の連絡ノートへの記録によりモデル運用における与薬と多職種連携への効果を分析した。モデル運用終了後の個別インタビューにより、モデル運用のプロセス評価について分析した。

結果

概念分析の結果、先行要件に、【医療と介護の連携ニーズ】、【医療と介護の各専門職の理解】、【療養者中心の態度】、【別々の機関に所属する職種間の関係性】の 4 要素、属性に、【機関や職種を越えた情報の共有】、【役割と機能を分担しながら共に行う】、【コミュニケーションのための資源を活用する】の 3 要素、帰結に、【機関を超えた多職種でのチーム力向上】、【役割の解放】、【職務満足】、【在宅ケアの質向上】の 4 要素が得られた。これらの要素を用いて連携の概念モデルを作成した。

研究 1 では、訪問看護ステーション管理者 15 名、訪問介護事業所サービス提供責任者 13 名からのインタビューで得られた要素と、概念分析で作成した連携の

概念モデルを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。連携の前提となる要素として【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】、【与薬の方向性の統一】、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性】の4つ、連携の実践内容となる要素として【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】、【連携の基盤作り】の4つを配置した。【多機関、多職種のチームケアの向上】、【療養者の病状や生活の安定】、【役割の解放】の3つは、連携の効果として配置した。

研究1で作成された与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを、4組の訪問看護師とヘルパーに、全6事例で運用してもらった。6事例全員が何らかの認知機能低下を有する独居要介護高齢者であった。3組の訪問看護師とヘルパーが別々の機関に所属する関係であり、1組が同じ機関に所属する関係であった。

モデル運用開始時では、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】、【連携の基盤作り】が行われることで訪問看護師とヘルパーの関係性構築が成されることが重点項目であった。モデル運用1ヵ月後では、大切なチームの一員としての意識が芽生えた状態で【情報の共有と統合】が豊富にされるようになった。研究者は、モデル運用開始時では、発言の少ない参加者の発言を引き出し、関係性が作られるように介入をした。モデル運用1ヵ月後ミーティングでは、参加者からの自発的な発言が増えたため、発言を引き出す問いかけは減り、モデル運用内容が網羅されるようにミーティングを進行する役割をとった。連絡ノートの記載内容としては、前半は与薬の状況に関する記述が中心であったが、後半では、食事に関する記述など、間接的に与薬に関係するが直接の与薬内容ではない内容の記述が豊富になっていた。6事例中、2事例で前半に比べ後半で正しく与薬できた割合の増加があり、3事例で全期間を通して大きな問題が無く与薬が行われていた。1事例のみ、前半に比べ後半で正しく与薬できた割合の減少があった。終了後インタビューの結果から、モデル運用の効果として、【多機関、多職種のチームケアの向上】、【療養者の病状や生活の安定】、【役割の解放】、【相互の学びあい】に関する語りが得られた。多職種連携行動評価尺度では、モデル運用前後で、訪問看護師の方で<今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた>、<チームを組んだ他職種と気後れせず何でもきける関係を築いた>の2項目で得点の有意な上昇が認められた。

考察

モデル運用により、与薬の改善、訪問看護師とヘルパーの在宅療養者の与薬に関する包括的理解の醸成、自他の専門職の理解と関係性作りと、相互の学びあいが効果としてみられた。モデル運用効果をもたらした要因には定期的なミーティング、ミーティングでのコーディネーターの介入、連絡ノートの活用があった。コーディネーターの役割を取ることのできる知識と技術を兼ね備えた人材の確保が今後の課題である。また、連絡ノートについては、ICTの活用を含めた検討が今後の課題である。本モデルは、難しいとされる認知症独居要介護高齢者への与薬の支援に有用であった。唯一与薬の改善が無かった事例の検討から、対象とする要介護高齢者の認知機能や能力に合わせ、訪問サービスでカバーできない部分

の支援について、ケアマネジャーなどの更なる多職種連携の検討、遠隔支援装置の使用を含めた検討をしていくことが今後の課題であると考えられた。訪問看護師とヘルパーの実践共同体として本モデルは機能していた。

精練の結果、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、連携の前提となる要素として【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】、【与薬の方向性の統一】、【医療と介護の各専門職の理解と越境】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の4要素、連携の実践内容となる要素として【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】、【実践共同体の基盤作り】の4要素で構成された。モデル運用開始時は訪問看護師とヘルパーの関係性構築が重点項目であり、モデル運用1ヵ月後では大切なチームの一員としての意識が芽生えた状態で【情報の共有と統合】が豊富にされることが重点項目であった。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、開始時とそれ以降で重点となる要素が変化していくとともに、連携が実践共同体として機能していくことが明らかとなった。

Creating a model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication

Most individuals receiving at-home care are taking some form of medication for a condition or disorder. Routine administration of medication cannot be done by a visiting nurse alone, and interprofessional collaboration is essential. Wenger, McDermott, and Snyder (2002) defined communities of practice as “groups of people who share a common concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis”. Researchers thought that elements of learning might be embedded within interprofessional collaboration, but that contention has not been mentioned in the literature. No study has used a model to examine how visiting nurses and home helpers can collaborate to properly administer medication. The current study examined a model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers to properly administer medication.

Objective

To create a model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication to individuals convalescing at home.

Methods

A conceptual model of interprofessional collaboration was created using Rodgers' content analysis of 11 articles in English and 35 articles in Japanese, and then this study was conducted in 2 stages. In Study 1, results of group interviews with visiting nurses and with home helpers were integrated with a conceptual model obtained from a concept analysis of interprofessional collaboration, and a model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication was created. In Study 2, the model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication that was created was then implemented and its utility was examined. The model was implemented for 2 months. The researcher met with visiting nurses and with home helpers 1 month after the model was initially implemented, and aspects of model implementation were compared and adjusted. The researcher participated in each meeting to ascertain that the model was being implemented. During the 2 months that the model was implemented, visiting nurses and home helpers took notes in a record-keeping booklet prepared by the researcher, and those notes served as data. Before and after implementation of the model, an assessment according to a scale to assess interprofessional collaboration and information recorded in each set of notes to determine whether medication was administered correctly or not were used to analyze the effects of the model on the administration of medication and interprofessional collaboration. Once implementation of the model concluded, the process of model implementation was analyzed based on individual interviews.

Results

Concept analysis revealed 4 prerequisites for interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers: “A Need for Interprofessional Care”, “Understanding from Medical Professionals and Care Workers”, “A Care Recipient-centered Attitude”, and “The Relationship between Different Professions in Different Facilities”. Analysis also revealed 3 attributes of that interprofessional collaboration: “Sharing Information among Facilities and Professions”, “Apportioning Roles and Functions”, and “Use of Resources to Facilitate Communication”. Moreover, analysis revealed 4 outcomes of that interprofessional collaboration: “Improved Teamwork among Different Professions at Different Facilities”, “Fewer Constraints”, “Job Satisfaction”, and “Improved Quality of At-home Care”. A conceptual model of interprofessional collaboration was created using these elements.

In Study 1, elements identified based on interviews with 15 supervisors of visiting nurses stations and 13 individuals in charge of providing visiting care were integrated with the conceptual model of interprofessional collaboration created using concept analysis, and a model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication was created. The 4 prerequisites for interprofessional collaboration with regard to administering medication were “Situations Requiring Administration of Medication by Visiting Nurses or Home Helpers”, “a Uniform Policy on Administering Medication”, “Understanding from Medical Professionals and Care Workers”, and “a Common Understanding of the Relationship between Personnel Working at Different Facilities”. The 4 elements of the implementation of interpersonal collaboration were “Sharing and Consolidation of Information”, “Administering Medication while Assigning and Augmenting Roles”, “Creating and Using Common Tools to Administer Medication”, and “Laying the Groundwork for Interprofessional Collaboration”. The 4 effects of interprofessional collaboration were “Improved Team Care by Multiple Facilities and Professions”, “Stabilization of the Care Recipient’s Condition and Living Conditions”, “Fewer Constraints”, and “Mutual Learning”.

The model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication that was created in Study 1 was implemented by 4 pairs of visiting nurses and home helpers in a total of 6 cases. All 6 cases involved an elderly individual living alone who had diminished cognitive function and who needed care. Three pairs of visiting nurses and home helpers worked for different facilities, and 1 pair worked for the same facility.

When the model was initially implemented, the visiting nurse and the home helper established a relationship through “Understanding from Medical Professionals and Care Workers”, “a Common Understanding of the Relationship between Personnel Working at Different Facilities”, and “Laying the Groundwork for Interprofessional Collaboration”. This was a key finding. One month after the model was implemented, “Information [was abundantly] Shared and Consolidated” as visiting nurses and home helpers began to see each other as vital team members. When the model was initially implemented, the researcher intervened to elicit comments from reticent participants and to establish a

relationship between them. In a meeting 1 month after the model was implemented, participants increasingly volunteered comments, so the researcher elicited comments less often; the researcher assumed the role of a meeting facilitator to ensure that aspects of model implementation were covered. During the first month of model implementation, notes were mainly descriptions of the administration of medication, but during the second month of model implementation notes featured abundant descriptions of circumstances only indirectly related to the administration of medication, such as descriptions of the care recipient's diet. In 2 of the 6 cases, medication was administered correctly more often during the second month of model implementation than during the first month of model implementation. In 3 cases, there were no major problems with the administration of medication during the entire period of model implementation. In only 1 case was medication administered correctly less often during the second month of model implementation than during the first month of model implementation. Based on interviews after model implementation concluded, "Improved Team Care by Multiple Facilities and Professions", "Stabilization of the Care Recipient's Condition and Living Conditions", "Fewer Constraints on Roles", and "Mutual Learning" were cited as the effects of model implementation. A significant increase in visiting nurses' average score for 2 items on the scale to assess interprofessional collaboration—"The wishes of the care recipient and his/her family members with regard to the care recipient's future living conditions were conveyed to other professionals" and "The creation of a team with other professionals created a relationship that facilitated the asking of questions"—was noted after model implementation.

Discussion

Several effects of model implementation were noted: administration of medication improved, a comprehensive understand of administering medication to individuals convalescing at home was fostered in visiting nurses and home helpers, visiting nurses and home helpers understood their own expertise and the expertise of their counterparts and they established a relationship, and visiting nurses and home helpers learned from one another. Regular meetings, involvement of a coordinator in meetings, and notes were factors that affected model implementation. Providing an adequate number of personnel with both the knowledge and skills to serve as a coordinator is a topic for the future. Use of ICT to record notes is another topic for the future. Administering medication to elderly individuals with dementia who live alone and who require care is difficult, and the current model aided in administering medication. Several additional topics for the future were identified based on an examination of the sole case where administration of medication did not improve: examining additional interprofessional collaboration with professionals such as a care manager to compensate for gaps in visiting care in accordance with the cognitive function and ability of elderly individuals who require care and examining use of remote support systems. The current model functioned as a

community of practice for visiting nurses and home helpers.

Conclusion

Refining of the model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication identified 4 prerequisites for interprofessional collaboration: “Verification of the Care Recipient’s Need to Receive Medication by Visiting Nurses and Home Helpers”, “a Uniform Policy on Administering Medication”, “Understanding from Medical Professionals and Care Workers”, and “a Common Understanding of the Relationship between Personnel Working at Different Facilities”. In addition, 4 elements of the implementation of interprofessional collaboration were identified: “Sharing and Consolidation of Information”, “Administering Medication while Assigning and Augmenting Roles”, “Creating and Using Common Tools to Administer Medication”, and “Laying the Groundwork for Interprofessional Collaboration”. When the model was initially implemented, visiting nurses and home helpers established a relationship. This was a key finding. One month after the model was implemented, “Information [was abundantly] Shared and Consolidated” as visiting nurses and home helpers began to see each other as vital team members. This was another key finding. The current results revealed that key elements of the model of interprofessional collaboration by visiting nurses and home helpers with regard to administering medication changed after the model was implemented and that interprofessional collaboration functioned as a community of practice.

目 次

第 I 章 序論

1. 研究の動機	1
2. 研究の背景	1
3. 研究の目的	3
4. 研究の流れ	3
5. 研究の意義	3
6. 用語の定義	4

第 II 章 文献検討

1. 在宅ケアにおける多職種連携	5
2. 看護師とヘルパーの連携	6
3. 在宅ケアにおける与薬	8
4. 多職種連携と成人教育	11
5. 実践共同体	13
6. まとめ	14

第 III 章 連携の概念分析

1. 目的	16
2. 概念分析の方法	
1) データ収集方法	16
2) 分析方法	16
3. 結果	
1) 属性	17
2) 先行要件	18
3) 帰結	19
4) 連携の概念モデル	22
5) 概念の定義	22
6) モデルケース	23
4. 考察	
1) 連携の概念の特徴	24
2) 連携の概念と実践共同体	24
3) 概念の活用可能性	25

第 IV 章 研究 1－与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの作成

1. 研究目的	26
2. 研究デザイン	
3. 研究方法	
1) 研究協力者	26

2) 研究協力者の選定方法	26
3) データ収集期間	31
4) データ収集方法	31
5) 調査内容	31
6) 分析方法	31
7) 倫理的配慮	31
4. 結果	
1) 研究協力者の概要	33
2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携内容	34
3) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の前提となる要素	37
4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の効果	40
5) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル	41
5. 考察	
1) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの特徴	45
2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの今後の活用	46

第V章 研究2ー与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの有用性の検討

1. 研究目的	47
2. 研究デザイン	47
3. 研究方法	
1) 研究協力者	47
2) 研究協力者の選定方法	47
3) データ収集期間	47
4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル	50
5) 介入方法	53
6) データ収集方法	56
7) 調査項目	58
8) 分析方法	58
9) 倫理的配慮	59
4. 結果	
1) 研究協力者の概要	61
2) 連携モデル運用結果	64
(1) モデル運用開始時ミーティング	64
①A氏	64
②B氏	69
③C～E氏	74
④F氏	81
(2) モデル運用1ヵ月後ミーティング	85
①A氏	86

②B氏	89
③C～E氏	92
④F氏	95
(3)ミーティングのまとめ	98
(4)記録用紙②記述内容	101
①A氏	101
②B氏	104
③C氏	108
④D氏	111
⑤E氏	113
⑥F氏	114
(5)記録用紙②のまとめ	118
(6)終了後インタビュー	119
(7)多職種連携行動評価尺度	123
(8)与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用結果の 概要まとめ	126
5. 考察	
1) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用効果	
(1) 与薬の改善	128
(2) 多職種連携の深まり	129
2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用効果をもたらした 要因	
(1) 定期的なミーティングによる情報整理と関係性の構築	131
(2) ファシリテーターによる連携の促進	131
(3) 連絡ノート活用によるタイムリーな情報共有	132
3) 与薬の改善がなかった事例の検討	133
4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルと実践共同体	134
5) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの精錬	136
6) 本研究の限界と今後の課題	140
第VI章 結論	142
謝辞	144
引用文献	145

資 料

資料 1：研究 1 研究協力候補者紹介の 訪問看護ステーション管理者用依頼書	i
資料 2：研究 1 訪問看護ステーション管理者用依頼書	v
資料 3：研究 1 研究協力候補者紹介の サービス提供責任者用依頼書	ix
資料 4：研究 1 サービス提供責任者用依頼書	xiii
資料 5：研究 1 訪問看護ステーション管理者、サービス提供責任者用同意書 (研究協力者用控え)	xvii
資料 6：研究 1 訪問看護ステーション管理者、サービス提供責任者用同意書 (研究者用控え)	xviii
資料 7：研究 1 返信用封筒	xix
資料 8：研究 1 グループインタビュー参加者基礎情報用紙	xx
資料 9：研究 1 グループインタビューガイド	xxi
資料 10：研究 1 データ入力代行に関する誓約書	xxii
資料 11：研究 2 訪問看護ステーション管理者用依頼書	xxiii
資料 12：研究 2 訪問看護師用依頼書	xxvi
資料 13：研究 2 サービス提供責任者用依頼書	xxix
資料 14：研究 2 ヘルパー用依頼書	xxxii
資料 15：研究 2 在宅療養者用依頼書	xxxv
資料 16：研究 2 研究内容説明書	xxxvii
資料 17：研究 2 研究協力者控え用同意書	xl
資料 18：研究 2 研究者控え用同意書	xli
資料 19：研究 2 研究協力者控え用同意撤回書	xlii
資料 20：研究 2 研究者控え用同意撤回書	xliii
資料 21：研究 2 訪問看護師基礎情報用紙	xliv
資料 22：研究 2 ヘルパー基礎情報用紙	xlv
資料 23：研究 2 在宅療養者基礎情報用紙	xlvi
資料 24：研究 2 多職種連携行動評価尺度	xlvii
資料 25：研究 2 返信用封筒	xlviii
資料 26：研究 2 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル冊子	xlix
資料 27：研究 2 記録用紙①	lxi
資料 28：研究 2 記録用紙②	lxiii
資料 29：研究 2 インタビューガイド	lxv
資料 30：研究 2 データ入力代行に関する誓約書	lxvi
資料 31：研究 2 対応表	lxvii

第 I 章 序論

1. 研究の動機

研究者は、修士論文で「独居要介護高齢者の安全を守る訪問看護実践」というテーマで、訪問看護師が限られた訪問時間の中で在宅療養者の 24 時間 365 日の安全を守るために何を実践しているのかについて訪問看護師にインタビュー調査を行った。その結果の中では、日常的にケアに関わる訪問看護師とヘルパーの連携、特に、教育的に関わる連携が大切であるというデータが多く得られた。

修士論文に続く次の研究として、科学研究費の研究活動スタート支援（課題番号:26893237）で、修士論文で明らかになった訪問看護実践内容についての近畿地方実態調査を行った。その結果、訪問看護師とヘルパーとの連携の実践頻度は他の実践に比べると有意に少ないというデータが得られた。

修士論文の研究の際のインタビューでは連携が大切という内容が多く語られていたにも関わらず、実際の実践頻度として少ないというのはなぜなのか、また、何か連携に課題があるとするならばどういったことがあるのか、さらに、効果的に連携をとるためのモデルがあれば実践の一助となるのではないかという考えに至り、科学研究費の若手 B にて、「独居要介護高齢者の安全に関する訪問看護師とホームヘルパーの教育的連携モデルの基礎的研究」というテーマで、訪問看護師とヘルパーに連携の実態と認識についてインタビューを行った（課題番号:16K20830）。結果、訪問看護師は直接ヘルパーとやり取りをする中で連携したいと考えているのに対し、ヘルパーは、ケアマネジャーを通して連携するのが基本だと捉えている状況、また、ヘルパーは、訪問看護師に対し、薬剤管理等の医療的な知識についてアドバイスをしてほしいと捉えていることが明らかとなった。

現在、研究者は訪問看護師として訪問看護ステーションで勤務しているが、普段の実践の中で、ヘルパーの薬剤管理に関する知識不足が招いたと考えられる誤薬などを経験しており、ヘルパーが与薬に関与するケースではヘルパーと訪問看護師との密な連携の必要性を感じている。医療面に関する知識や技術を訪問看護師側からヘルパーに一方向的に教育するだけではなく、ヘルパーから得られる情報で訪問看護師のアセスメントもより豊かになる経験もあり、連携の中でお互いに学習利益が得られるという視点があれば、それぞれのケアの質向上につながり、在宅療養者の生活安定につながるのではないかと考え、本研究の着想に至った。

2. 研究の背景

訪問看護を利用する在宅療養者は、疾患や障害を抱えているという点で何らかの投薬を受けている者がほとんどである。日々の与薬は訪問看護師のみでは完結せず、そこには多職種連携が欠かせない。在宅ケアにおいて、認知機能の低下や ADL (Activities of Daily Living) の低下に伴い薬剤の自己管理が難しい療養者は、医師が処方箋を発行し、薬剤師が薬を届けるとともに服薬のアドバイスや医薬品情報の提供を行い、看護師は副作用・治療効果の報告と服薬状況の報告を行い、家族や介護職が服薬介助を行い、介護支援専門員は、各サービスの調整を行うなどの役割分担があるとされている（定村ら、2018；馬來ら、2017）。近年、薬

剤師が訪問薬剤指導に入るなどの状況も出てきているものの、その訪問頻度は月1~2回程度であり、実際の毎日の投薬管理となると、訪問看護師が内服薬をセッティングし、ヘルパーが内服確認や内服介助を行うという状況が多い現状であることが先行文献で述べられている（雑賀、2018）。2005年に厚生労働省より「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）」が出されたことにより、「軟膏の塗布、湿布の貼付、点眼薬の点眼、内服薬の内服、座薬の挿入、鼻腔粘膜への薬剤噴霧介助」（春口、2018）は法的にヘルパーが行える行為として認められている。法的根拠と、在宅療養者のケアニーズの増大の双方により、独居、日中独居、認知介護などの家族介護者の介護力が望めない在宅療養者の場合は、家族ではなく、介護職が服薬介助の主力になる場合が多い。医療職である訪問看護師と、与薬の役割を一部任されている現状にあるヘルパーは、処方薬のセッティング、投薬、投薬後の観察と報告の一連の全ての過程において連携が求められている。

ヘルパーは、薬剤に関する知識を資格取得の際のカリキュラムの中で明確に学ばない（厚生労働省、2018）にもかかわらず、薬剤管理の一翼を担わざるを得ない状況が起きている。その結果、研究者が訪問看護の現場で働く中で、認知介護や独居の在宅療養者にヘルパーが与薬で介入している事例において、セッティングしてある内服薬の配薬ミスや貼付薬の重複貼りといった危険な状況を散見している。

与薬の一翼を担うからには、患者個々に処方されている薬剤の使用法、作用などについて必要最低限の知識と正しい服薬援助のための技術を持っていることが必要である。研究者が訪問看護師とヘルパーとの教育的連携についてのインタビュー調査を行った結果、ヘルパーは、訪問看護師に対し、与薬をはじめとする医療的な知識についてアドバイスしてほしいと捉えていることが明らかとなり、ヘルパー側にも与薬に関する知識や技術向上のニーズがあることがわかっている。また、訪問看護師も、ヘルパーと密に連携を行うことで在宅療養者のアセスメントを豊かにし、変化に即時に対応できるようになるといったニーズがあることがインタビュー結果から得られている。

Wenger, McDermott and Snyder(2002)は、「あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団」を実践共同体と定義した。H. T. Bellら(2017)は、在宅ケアにおいて、多職種連携で薬剤管理を行う *Interprofessional medication reviews* に参加した看護師と薬剤師は、お互いが持つ情報を共有しあう中で知識や技術をアップデートする教育的利益があったと報告している。本研究において、研究計画を作成するにあたり実施した連携の概念分析では、属性の部分で実践共同体のあり方と共通する内容が抽出され、連携の中にも学習の要素が埋めこまれている可能性が考えられた。しかしながら、連携の中に学習の要素が埋めこまれているという状況は、現時点で研究者の推測でしかなく、先行文献においてそのような事実に言及したものはない。そもそも、訪問看護師とヘルパーがいかにすれば上手く連携しながら与薬が行えるのかというモデルを検討した研究もない。

今回は、訪問看護師とヘルパーがどのようにすれば上手く連携しながら与薬を行っていくことができるのかについての連携モデルを検討したいと考えた。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを検討することは、個々の在宅療養者に合わせた与薬を確実にを行い QOL(Quality of Life)の向上に寄与するとともに、各専門職のスキルアップにつながる可能性があり、地域包括ケアシステムの質向上につながるものと考えた。

3. 研究の目的

本研究の目的は、在宅療養者の与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを構築することとした。

4. 研究の流れ

本研究では、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを構築するにあたり、以下の2段階で研究を行った。

(研究1) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの作成

訪問看護師とヘルパーそれぞれにグループインタビューを行い得られた結果と、連携の概念分析で得られた概念モデルを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。

(研究2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの有用性の検討

研究1で作成した与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを6例で運用し、有用性について検討した。

5. 研究の意義

与薬についての訪問看護師とヘルパーの連携の研究をする意義としてまず一つ目に、医師や薬剤師よりも多い頻度で訪問し、生活の中に入り込みながら密な介入を行う訪問看護師とヘルパーがよりよく連携しながら与薬していくことが在宅療養者の病状安定やQOLの向上に寄与すると考えた。

二つ目に、訪問看護師とヘルパーの連携についての研究は、在宅ケアにおける多職種連携の検討の一端であることから、その結果を活用した更なる多職種連携の検討及び、地域包括ケアの検討に発展が望めると考えた。

三つ目に、連携の在り方を検討することは、地域包括ケアにおける個々のスキルアップ及びケアの質向上に寄与するものであると考えた。

ヘルパーが与薬に関与するケースは、家族介護者の介護力が期待できず、本人自身でも管理が難しいケースであることから、超高齢社会、核家族化がすすむ一方である今、本研究は、何よりも、老老介護、認認介護、独居、日中独居といった、家族介護者の介護力が望めない中、医療ニーズを持ちながら暮らす在宅療養者を、医療と介護の連携で支えることの一環となる研究であると考えた。

6. 用語の定義

1) 在宅療養者の与薬

与薬には、①医師による診察と処方、②薬剤師による調剤、③本人・家族等による薬剤の入手、④セッティング、⑤投薬、⑥効果や副作用の医師への報告の要素があり、④～⑥は、本人、家族、ヘルパー、看護師、薬剤師、医師のいずれかが関与するとされている（河原ら、2013）。本研究では、河原ら（2013）のものを参考に、薬剤のセッティング、投薬、投薬後の観察と評価、効果や副作用の報告の部分を与薬として定義した。また、薬剤の形態は、内服薬、貼付薬、自己注射薬、点眼薬とした。

第Ⅱ章 文献検討

本研究で取り扱うテーマに関連のあるキーワードとして、1.在宅ケアにおける多職種連携、2.看護師とヘルパーの連携、3.在宅ケアにおける与薬、4.多職種連携と成人教育、5.実践共同体、以上5点についてまとめる。

1. 在宅ケアにおける多職種連携

在宅ケアにおいて多職種連携の主なメンバーとなるのは医師、看護師、ケアマネジャー、介護職、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、施設スタッフであるとされており（日本在宅ケア学会、2015）、医療職と介護職が同じチームの一員となる。池田（2018）は、在宅医療における多職種連携について述べる中で、在宅医療においては医師、看護師、薬剤師などの医療チームだけではなく、ヘルパー、ケアマネジャー、ボランティアや友人などもチームの一員であり、チームとしての連帯感をもって情報や目標の共有が行われることの必要性を述べている。日本における医療保健福祉分野の多職種連携教育および実践における職種を超えた共通コンピテンシーとして、コア・ドメインに「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」「職種間コミュニケーション」を、コア・ドメインを支えあう4つのドメインに「職種としての役割を全うする」「関係性に働きかける」「自職種を省みる」「多職種を理解する」が挙げられており（多職種連携コンピテンシーチーム、2015）、多職種連携の柱となる考え方が示されている。

太和田（2016）は、「多職種連携を図る機能を持ち、関連する各専門職がその専門性を活かしながら協働できる場」としてサービス担当者会議を挙げ、サービス担当者会議における多職種連携の実態を調査している。結果の中で、「介護職は会議を医療の疑問について解決する場として活用しており、医療職はそれに答える立場であると認識していた」、「介護職は医療的知識が不足していることを自覚していた」と述べている。サービス担当者会議には日程調整の関係上、「医師は参加することが困難」とも述べられており、普段から当たり前のように参加する訪問看護師の医療職としての役割発揮の重要性が伺える。

在宅ケアにおける多職種連携に関する文献としては、Interprofessional work(以下、IPW)に関するもの、IPWを効果的に実践していくための Interpeofessional education(以下、IPE)に関するものが代表的である。

IPWは、1980年代のイギリスにおいて、従来のチームワークや連携の問題を乗り越えて多職種連携の不全を解決するために生まれてきた概念である（大塚ら、2004；河野、2108）。IPWの特徴については、「多様な専門職が互いの専門性や手法を尊重しつつ協働することを通して自らの可能性と限界を認識し、その認識に基づき各専門職が相互に補完しあいながら質の高いサービスを利用者に提供することである」（河野、2018）とされている。また、IPWの特性を、「①複数の領域の専門職が共通目標を持つこと、②専門職間で学びあうこと、③複数の領域の専門職が協働すること、④利用者がケアに参加・協働すること、⑤組織的な役割と機能を分担すること」の5点にまとめた文献もある（西海ら、2011）。大塚ら（2004）は、IPWを、「患者を中心とした患者の目標をめざす援助活動であり、それに関わる専門職は互いにその専門性を理解しあって協働する」と述べた上で、在宅要介

護高齢者に対する IPW の構成要素を、「情報の共有化」「チームケアの促進」「サービス提供の円滑化」と報告している。

IPW は、2000 年の介護保険法の施行に伴い、わが国においても保健医療福祉サービスによる多職種連携が必要不可欠となった背景から紹介され、広まりを見せているもののまだ歴史が浅く、様々な研究者が日本の文化や社会背景に合った概念を発展させている途上である。

IPE は、IPW を効果的に進めると同時に、専門職教育にも生かそうとする取り組みであり、各専門職の養成教育や大学院教育、現任教育で展開されている（河野、2018）。現任教育の中で展開される IPE も散見される（藤田；2015、吉江ら；2012）ものの、IPE のほとんどは、大学などの専門職養成教育の中で行われている（阿部ら、2015；Bondevik et. al., 2015；Brommelisek et. al., 2018；Whiteley et. al., 2014）。藤田（2015）は、「在宅介護が必要な者が増加する中で、医療・介護の専門職が対等な関係性の中で協働することが求められており、在宅介護に従事する専門職のニーズに応える教育プログラムの開発が期待されている」と述べている。

多職種連携による様々なケースへの対応について述べた文献も複数見られるが、在宅ケアにおいては特に認知症高齢者への対応に関するものが目立つ。今井(2012)は、医師の立場から、認知症診療におけるケアマネジャー・介護職との多職種連携の必要性について、『『ケア』の旗の下に医療・保健・福祉のあらゆる職種が協働する地域医療システムを整備することが重要』と述べている。梶田ら（2015）は、認知症者の介護負担感に大きな影響を及ぼす BPSD に対する多職種間の関わりや意識の違いについて調査した結果から、「医療職が認知症者の治療および介護への医学的情報の提供を行い、介護職は認知症者の生活状況を医療職にフィードバックする—このような連携が日常的に行えるような体制の構築も望まれる」としている。平原（2015）は、認知症の進行に伴いゆっくりとケアニーズが変化する中で必要な資源や専門職も変化するとした上で、認知症者のケアには「①症状の観察と緩和、②チームアプローチ、③コミュニケーション、④家族の支援、⑤食支援」といった多面的な支援が必要であり、「認知症ケアの成否はチームアプローチの成否にかかっているととっても過言ではない」と述べている。

以上、多職種連携については、IPW、IPE をはじめとする概念に関するもの、医療職だけではなく介護職との連携に関するもの、認知症等の個別のケースへの多職種連携に関するものというように非常に多数の文献があり、在宅ケアにおける多職種連携の重要性が伺われた。

2. 看護師とヘルパーの連携

多職種連携の中でも今回の研究テーマの焦点となる看護師とヘルパーの連携についての現状及び文献をまとめる。

サービス担当者会議における多職種連携についての調査結果の中で、「介護職と医療職の基礎資格による差異が生じている」、「介護職は、記録、評価、計画、分析が弱く、それが会議の場での発言に影響している」と述べている文献がある（太和田、2016）。春口（2018）は、2005 年に厚生労働省の通知によって、「軟膏

の塗布、湿布の塗布、点眼薬の点眼、内用薬の内服、座薬の挿入、鼻腔粘膜への薬剤噴霧介助」が医療行為から除外されたことに触れた上で、「多くの介護職員によって日常的に行われてきた行為であるが、医療の知識や技術がないまま安易に行うと、直接的に人体に影響を及ぼす虞のあるものも含まれているのではないかと述べている。また、科目の時間数が150時間増加されたが、医学系カリキュラムと比較すると十分ではなく、具体的には、解剖・生理学・薬理学・医療的ケアと生活援助技術に関する知識が必要であると述べている。医療職である看護師と介護職であるヘルパーとの間に知識や技術の差異があるとともに、医師と看護師の間に「上下関係がある」（大和田、2016）ように、訪問看護師とヘルパーのヒエラルキーが存在することは否めない。そのような中でも、看護師とヘルパーができる限り上下関係ではなく対等な関係として協働していくための研究報告がいくつかある。

看護職と介護職の協働は、日常生活能力の低下した高齢者にとって重要なことであり、看護職は「医療処置」、介護職は「生活援助」と分業されている現状において、生活援助を通して必要な医療処置がその時々で組み込まれているということを認識し、協働につなげなければならない（國松、2015）。

医療依存度の高い高齢者の増加に伴い、尊厳を保持し、持てる能力に応じた自立した日常生活が営まれるよう支援することが求められている昨今、看護職と介護職の連携・協働が療養者に対する安全・安楽なケアを提供する（前田ら、2018）。前田ら（2018）は、看護職と介護職の協働を促進するものの一つとして、「スキルアップを図る」ことを挙げている。内容としては、「アセスメントし判断する力をつけるための働きかけ」「ケア技術の習得を図る」「医療ケアに対する介護職員の理解度」「未経験者への教育」「ケアを難しいと感じさせない工夫」があると述べている。

地域包括ケアシステムの構築がすすみ、療養者と家族、様々な専門職に限らず地域の力を巻き込んでマネジメントする力が看護職には期待されており、日常的なヘルパーとのディスカッションが、アセスメントした内容とケアの必要性について分かりやすく他者に伝える訓練になると述べている文献もある（松本、2014）。

教育といった側面に言及した文献としては、介護老人保健施設のリーダー看護師が利用者の排尿自立援助の質向上を目指すために、どのように介護職に教育的に関わろうとしているのかについて、看護師の立場から行ったインタビュー調査が報告されている。結果として、「介護職と共に排尿援助をしていく中で、指導ばかりでなくタイミングを逃さず介護職のやる気を引き出すような言動を示すことが介護職の行動をよりよい方向へと導く」と報告されている（中村ら、2015）。

介護老人保健施設の看護職と介護職を対象に認知症ケアとバーンアウトの状況についてアンケート調査を行った結果の中で、看護職のバーンアウトを低減するための提案として「介護職への教育力などが育めるように、ことに入職後早期の段階で医療機関と異なる施設における看護職の役割が理解できるような教育を実施することが求められる」と述べている文献もある（小木曾ら、2015）。また、介護職のバーンアウトを低減するためには、「その人らしさ」を生かした実践ができ

るように学習の機会を与えることが求められると述べている（小木曾ら、2015）。

大平（2019）は、介護職の連携と職務満足との関連について、施設介護職員と訪問介護職員に調査し、その結果を報告している。「介護職員の連携は職務満足を高めていた」こと、「組織間連携よりも組織内連携のほうが職務満足を高めていた」こと、「訪問介護職は組織内連携と組織関連系ともに施設介護職よりもとれている」ことを結果として報告し、「職場の人間関係を重要視している介護職にとって、組織内の同じ職種やほかの職種との問題解決やコミュニケーションなどの連携の行為や活動、またそのような行為や活動が継続的に行われる協力関係の存在のほうが重要であると考えられる」と考察している。

入所・通所型福祉施設に従事する介護ケアスタッフを対象とした、看護スタッフと介護スタッフとの協働のあり方についてのアンケート調査結果の報告では、ケアチームの一員としての看護師からの支援的関わりが介護スタッフの職務満足に影響を及ぼしていたことが述べられている（前田ら、2017）。

以上、看護師とヘルパーの協働は必要不可欠であることが複数の文献から読み取れる。共にケアを担う中で、与薬などヘルパーが医療的知識と技術を必要とするケースも存在し、その場合には看護師によるヘルパーへの支援的関わりが求められている。また、連携が上手くいくことは看護師及びヘルパーの知識や技術の向上、さらには職務満足へとつながるといえる。複数の文献で看護師とヘルパーの連携に関して言及されているものの、そのほとんどが介護老人保健施設といった施設サービスを場としており、訪問系サービスでの連携に関しての研究はまだまだ少ないのが現状であると考えられた。

訪問介護においては、普段の担当ヘルパーとは別に、ヘルパーの責任者であるサービス提供責任者がいるという構図を忘れてはならない。指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準において、サービス提供責任者は、「サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者等と連携を図ること」とされているように、サービス担当者会議への出席や、多職種との連携はサービス提供責任者に一任されている。このシステムにより、担当ヘルパーと担当訪問看護師が直接連携する機会が非常に少ない現状があった。

3. 在宅ケアにおける与薬

今回の研究テーマの2つ目の焦点である与薬についての現状及び文献をまとめる。

在宅療養者に対するホームヘルパーの医療関連行為の実態についての調査報告がある。ヘルパーが行う医療関連行為としては、膀胱留置カテーテルの尿を捨てるといった尿管管理、褥瘡処置、薬剤管理があるが、中でも薬剤管理の頻度が突出して多いという結果を提示している。薬剤管理には内服薬の分包、内服の見守り、外用薬・点眼薬・座薬・心臓薬の全介助が含まれているが、ヘルパーの責任者であり各担当ヘルパーに指導的役割を行うサービス提供責任者の46.0%が「薬剤に関する知識は不明」と答えているという調査結果が示されている（佐久間、2003）。

与薬には、医師はもちろんであるが、薬剤師の存在も欠かすことはできない。看護師と薬剤師の連携による薬剤管理について、ナーシングホーム入居の高齢者や、訪問サービスを受ける在宅療養高齢者に看護師と薬剤師がそれぞれに評価と介入を行いつつ、それぞれの情報を共有するプログラムを実施した結果、患者のアドヒアランス向上など薬剤管理の質向上が認められただけでなく、看護師と薬剤師のコミュニケーション促進、互いの役割の認識促進になったとの結果を複数の文献が報告している（Bell ら、2017；Krause ら、2019；Mahlknecht ら、2016）。大学教育における IPE の一環として、看護学生と薬学生が協働して薬剤管理を行った結果、連携の態度とスキルの向上が見られたとの報告もある（Schussel ら、2019）。富山（2016）は、訪問看護師の立場から、地域の薬局には患者が薬に対して気軽に相談できる場としての役割が求められるとした上で、生活の視点でマネジメントを行ううえではまだまだ医療と介護サービスは一体化されていないと述べている。薬剤師と訪問看護師が連携をとって患者への高度な薬剤管理指導を実施することが期待されるとしながら、薬剤師の在宅訪問業務については、「設備的問題」、「人員不足」、介護サービスに対する「知識不足」があるとの指摘がある（高田ら、2015）。

訪問看護師・薬剤師・介護職の連携による薬剤管理については、薬剤師の訪問回数が月 1～2 回と限られる中で、介助が必要な患者の服薬介助に介護職が安心・安全に介入できるための工夫、生活状況などの情報を看護師や介護職と薬剤師が共有する必要性が複数の文献で述べられている（梨木ら、2018；定村ら、2018；雑賀、2018）。馬来ら（2017）は、施設介護スタッフと薬剤師の連携の必要性について述べた上で、介護スタッフとの連携には看護師との連携も外すことができないとしている。

在宅サービスの中での服薬指導の現状について、精神科訪問サービスの調査では、訪問しているスタッフの職種が、訪問看護師が 81.9%であったほか、訪問指導を担当しているのは精神保健福祉士と作業療法士のみであったと報告している文献がある（齋藤ら、2018）。在宅における日々の服薬指導の実際は、薬剤師よりも訪問看護師が多く行っていることが読み取れる。

薬剤師による在宅ケアにおける与薬に関する文献が複数みられるが、日常的な与薬については看護師もしくはヘルパーが実施する状況があること、医療と介護の連携が必要であることが言われていると考えた。

在宅での与薬に関する流れと各場面での関わりについては、①医師の診察、②処方、③薬剤師の調剤、④本人・家族・ヘルパー等による薬剤の入手、⑤セッティング、⑥与薬、⑦医師への報告があり、⑤～⑦は、本人・家族・ヘルパー・看護師・薬剤師・隣人・医師のいずれかが関与するとされている（河原ら、2013）。（図 1）ヘルパーも、薬のセッティングから与薬状況とそれによる状況の観察を踏まえた報告までの流れに関与することがわかる。

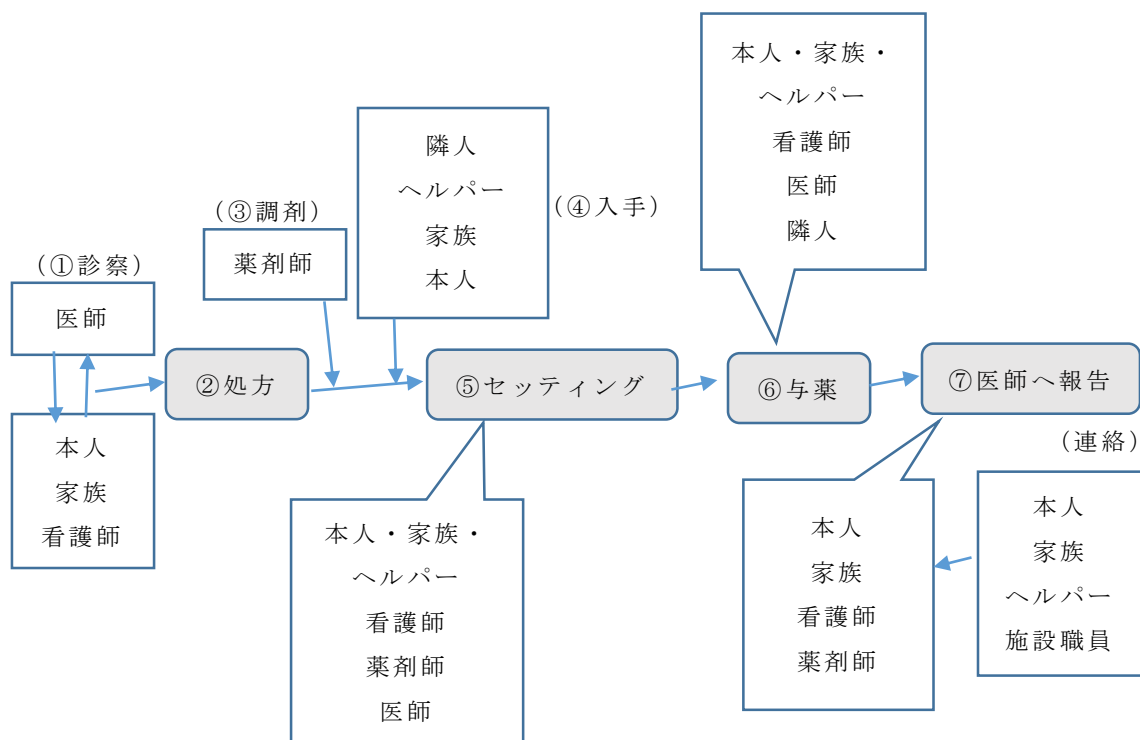


図1 与薬に関する流れと各場面での関わり ※河原ら (2013) のものを参考に作成

佐久間 (2003) は、「サービス単価が低いことを理由に訪問介護のみを利用する傾向が見られ、結果として専門的な教育を受けていないホームヘルパーが医療関連行為を担っている実態が散発的に報告されている」とし、ヘルパーが行う医療関連行為についての調査を行っている。結果、ヘルパーが行う医療関連行為の具体的な内容としては、膀胱留置カテーテル使用中の療養者の尿破棄、薬の塗布やガーゼ交換等の褥瘡処置、内服薬の管理があったとしている。内服薬の管理では、「薬を飲みやすい形に整えることや飲むのを見守るなどの行為、薬の飲み忘れや残薬の確認、服薬援助、病院からの薬の分包、湿布や軟膏の塗布、点眼薬の介助」が含まれるとしている。そのような状況の中、内服薬、外用薬、点眼薬、座薬、心臓薬の薬剤に関する知識については 46%のサービス提供責任者は不明であり、医療関連行為の指導はサービス提供責任者が 60%で、家族が 12%、訪問看護師 4%であったと報告している。また、サービス提供責任者からは、間違わないことや飲み忘れの対応などの指導は多いが、作用や副作用など薬剤知識の指導不足があると報告している。

服薬支援では、家族・医療職に加えて訪問介護員も支援者であるとし、支援の課題には、専門職間での情報共有と連携があるとされている。加えて、連携においては看護師が主にその役割を担っていると述べられている (山路ら、2017)。

与薬においてはヘルパーも支援チームの一員であり、医療職とヘルパーとの連携が必要である。在宅ケアにおける多職種連携による薬剤管理には、薬剤師、医師、ケアマネジャーといった職種の役割も欠かすことができないが、薬剤の作用・副作用などの医療知識と安全な使用方法等確かな技術の共有の中で患者の日常生活に沿った薬剤管理を可能にするという点で、訪問看護師とヘルパーの連携に焦点をあてた研究を行うことには意義があると考えられた。

4. 多職種連携と成人教育

今回の研究テーマの3つ目の焦点となった多職種連携と成人教育の視点についてまとめる。

在宅ケアにおける多職種連携（IPW）や多職種連携教育（IPE）は、成人教育の考え方に大きく影響を受けている。春田ら（2014）は、成人教育について「経験や役割からの学びが生き方や生活様式への気づき・変容を促し、それを個人から組織学習につなげるといった流れで論が展開されている。」と説明したうえで、「多職種連携においても基盤となる考え方の一つである。」と述べている。

成人教育は、7世紀以降、ヨーロッパの修道学校において発展してきた教育のただ一つのモデルであった教育学である「子供を教える技術（ペタゴジー）」とは別の教育のモデルとして提唱されたものである。Knowles(1980)は、成人教育学を、「成人の学習を援助する技術と科学（アンドラゴジー）」として発展させた。成人教育の特徴は、①成人は自分たちが学ぶことについてその計画と評価に直接関わる必要がある（自己管理・自己決定と学習への動機付け）②（失敗も含めた）経験が学習活動の基盤を提供してくれる（経験に基づく豊かな資源）③成人は、自分たちの立場や役割、暮らしに直接重要と思われるようなテーマについて学ぶことに最も興味を示す（社会的役割の発達課題に向けられる学習へのレディネス）④成人の学習は、学習内容中心型ではなく、問題中心型である（学習への方向付け）であるとされている（春田ら、2014）。

Knowles(1980)は、ペタゴジーとアンドラゴジーの考え方の違いについて表1のように説明をしている。ペタゴジーにおいて学習者は依存的であり学習へのレディネスは段階に応じて画一的であるのに対し、アンドラゴジーにおいて学習者は自己決定性が増大している存在、つまり成人であり、学習者の経験が学習資源に大きく影響を及ぼすと共に学習の方向性は課題の解決であるとしている。

成人教育は、医療福祉分野での基礎教育及び現任教育において多く取り入れられており、学生や参加者が主体的に参加するための授業やセミナー設計に関する文献が複数みられる。三輪（2017）は、成人教育を取り入れた看護実習の方法論について考察し、伊原（2017）、森（2014）は、成人教育をベースにした医学教育の方法論について考察している。五十嵐（2016）、駒澤ら（2016）は、医学教育と臨床におけるセミナーへの成人教育の活用について考察している。

表1 学習についてのペタゴジー・モデルとアンドラゴジー・モデルの考え方
 ※Knowles(1980)から引用

要素	ペタゴジー	アンドラゴジー
学習者の概念	依存的なパーソナリティ	自己決定性の増大
学習者の経験の役割	学習資源として活用されるよりは、むしろその上に積み上げられるもの	自己および他者による学習に与っての豊かな学習資源
学習へのレディネス	年齢段階－カリキュラムによって画一的	生活上の課題や問題から芽生えるもの
学習への方向付け	教科中心的	課題・問題中心的
動機付け	外部からの賞罰による	内的な誘因、好奇心

また、成人教育は個々の職種における教育のみならず、IPEにおいても活用されており、IPEが成人教育をベースに展開されていることについて述べた上でKolb(1984)の経験学習論を用いて医療・福祉の多職種が参加する研修会の効果を検証している文献がある(藤田、2015)。

船越(2015)は、新人教育を行う先輩看護師は、「教えることで自分の知識が整理される」と述べ、成人教育は、「他者のためではなく自分にとっても大きな利点のある行為である」と述べている。成人教育者について考察をする中で、「自らが成人教育者という立場であることに驕らず、常に新しい知識や技術を求めて地道に学び続ける努力ができる者こそ理想的な成人教育者の姿であろう」(島、2019)ということが言われている。成人教育者も学習を必要とする存在であり、成人教育の学習者であるということが言える。

成人教育は、大人の学習を援助する科学と技術とされており、医療福祉分野においては専門職基礎教育での講義や実習の組み立て、卒後の研修の組み立てに多く用いられているが、多職種連携においても基盤となる考え方とされている。多職種連携においては、各職種間の上下関係を無くして対等な立場で関わるのが大切といわれているものの実際にはヒエラルキーが存在することは否めない。たとえば、医療知識を持つ訪問看護師が薬剤の知識をヘルパーに教えるというような、訪問看護師が成人教育者でヘルパーが学習者という構図が容易に成立する現状がある。しかし、成人教育者も教育を行う中で学習していくのであり、学習者の立場にもなり得るのであれば、多職種連携においてはヒエラルキーが存在しようがしまいが、連携しあう者がそれぞれに成人教育者であり、学習者であるといえるのではないかと考えた。

成人教育における経験と学習をみる2つの視点として、Mezirowの変容理論と、LaveとWengerの状況的学習論が紹介されている(崔、2018)。その中で崔(2018)は、変容理論は個体主義的学習論であるとして「成人の学習を社会的文脈の視点

から捉えていない」と批判し、状況的学習論では、実践コミュニティへの参加のプロセスにおける複雑で重層的複合的な社会的相互関係の中に学習が埋め込まれていると説明している。多職種連携の場はまさに実践コミュニティであり、多職種連携の中に学習が埋め込まれているということがいえると考えられた。

5. 実践共同体

成人教育のものの考え方の中で、実践コミュニティの中に学習が埋め込まれているということを説明する実践共同体という概念が存在する。実践共同体は、参加を通しての技能と知識の変化、周りの外部環境との学習者との関係の変化、学習者自身の自己理解（内部環境）の変化が見られるとする正統的周辺参加（legitimate peripheral participation）の中で、参加を深めていく共同体である。Wenger と Snyder(2002)は、実践共同体を、「あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団」と定義している。

実践共同体は、Lave と Wenger(1991)が提唱した状況的学習論（Situational learning）の中で最初に登場した。Lave と Wenger(1991)は、状況的学習論（Situational learning）について、現場の問題が学習の動機付けとなること、また現場にある「実践コミュニティ」に学習が埋め込まれていることを説明している。

多職種連携に関する理論の俯瞰をする中、状況学習は、IPE と IPW の間に位置し、さらにメゾ（チームでの学び・実践）とマクロ（組織での学び・実践）の間に位置すると示している（春田ら、2014）。

実践共同体は、状況的学習論の中で述べられている正統的周辺参加に基づくものである。Lave と Wenger(1991)のいう正統的周辺参加において学習とは、「状況に埋め込まれたものであり、また、学習主体が実践共同体の正式メンバーとして実際の活動に参加し、その参加形態を徐々に変化させながらより深く実践共同体の活動に関与するようになる過程全体」とされている（大林ら、2006）。実践共同体においては、「学習とはある共同体に参加することであり、学び手とは共同体に参加し、共同体の熟達者とともに活動し、対話することを通じて学んでいく。知ることとは、知識を持つことではなく、共同体に所属し、参加し、そこで他のメンバーとコミュニケーションを行うことである。」とされている（荒木、2008）。

実践共同体を用いた研究としては、看護学生の看護実践能力や社会的スキルの育成に、実習における正統的周辺参加を活用した教育が有用であるとの研究報告がある（山里ら、2014）。他に、新人看護師の臨床実践能力が熟達して成長する過程で、プリセプター以外のメンバーも新人看護師に組織的に関わるなかでの正統的周辺参加の理解について述べている文献もある（松浦、2018）。研究者、販売員、エンジニア、事務員、医師、看護師などの様々な分野の新規採用職員にインタビューを行い、職場参加における正統的周辺参加についての研究を行った結果、「職場実践における学びを構造化する資源の多様なありかた」が重要である

と報告している文献もある（亀井、2006）。

正統的周辺参加を用いた新人の育成に関する研究が散見される。未熟な知識や技術を実践共同体の中で熟達させていくという点においては、在宅ケアにおける多職種での実践共同体での学びと熟達に活用可能であると考えられる。

実践共同体は、職場、地域コミュニティなどに存在するとともに、新たに作り出すことも可能であるとされている。「学習のミスマッチ」を解消するために有効な一手段として、「個人が学びたい内容を、関心を持った仲間とともに、他者の支援を得て、学ぶ共同体に参加すること」が挙げられている（松本、2013）。さらに松本（2013）は、実践共同体の役割について、「個人学習・熟達化の促進」「チーム・組織学習の促進」「育成・教育」「知識創造」があると述べた上で、「実践共同体の学習は既存の学習理論の不足を埋め、未着手の学習活動を促進し、相互作用によって学習を補完的により豊かにするものである。」と述べている。

在宅ケアの中では、職種を問わず定期的に集まり開催されている勉強会、事例検討会やケアカフェなどが実践共同体といえる。また、それぞれの職場も実践共同体の一つである。同じ在宅療養者にサービスを提供する、訪問看護師、ヘルパーの集まりも、小さな一つの実践共同体となり得るのではないかと考えた。

Wenger(1998)は、正統的周辺参加論を発展させ、より相互構成的な実践共同体のあり方と、そこにおける実践について詳細な考察を行っており、共同体の特性としての実践の次元には「共同事業」、「相互従事」、「共有されたレパトリー」があると説明している（松本、2019）。すなわち、「実践の資源を用いながら」「共通の営みを互いに理解しながら」「相互に関わり合いながら取り組む」こと（松本、2019）であり、この3つの次元は、多職種連携による協働と、それによる学びを説明するのに有用であると考えた。

在宅療養者の安定した与薬には、その人の自宅の環境、ADL、認知能力、病状によって千差万別の工夫と観察が必要である。資格取得の際に薬剤に関する知識は習得しないが、生活状況に関する知識を豊富に持っているヘルパーと、医療知識を持つ訪問看護師が、「確実な与薬によって療養者の生活が安定する」という同じ目標の中で、実践共同体としてお互いのもつ知識や技術を教えあいながら相互構成的な実践共同体として、実践を豊かにすることが可能ではないかと考える。

6. まとめ

多職種連携では IPW、IPE が提唱されており、複数の多職種連携に関する文献が発表されていた。多職種連携に関する重要性が伺われた。看護師とヘルパーの連携についてはいくつかの文献が見当たすがいずれも施設を場にした研究であり、事業所が別々である訪問系サービスにおける訪問看護師とヘルパーとの連携に関して主に研究されたものはほとんど見当たらない現状であった。与薬については、薬剤師と看護師やヘルパーとの連携に関する文献があるが、薬剤師が在宅療養者に関わるのは処方があって調剤が行われる月 1～2 回が限度であり、日々の与薬に関しては訪問看護やヘルパーに託されている現状があった。実際、ヘルパーの医療関連行為の中で、与薬は突出して多かった。訪問看護師とヘルパーの連

携と、それによる確実な与薬についての研究は重要な視点と考えた。

訪問看護師とヘルパーの取得資格による差異は明らかであり、ヒエラルキーが存在することは否めない。本研究のテーマのように、連携に学習の要素を追加して検討するとき、訪問看護師が教育者、ヘルパーが学習者という構図が簡単に出来上がってしまうことは容易に想像される。しかし、成人教育の考え方をを用いたとき、多職種連携においては、そこにヒエラルキーが存在しようがしまいが、連携しあう者がそれぞれ教育者であり、同時に学習者でもあるということができると考えた。連携によって結びついている実践共同体としての実践の中に学習が埋め込まれているという考え方は、訪問看護師とヘルパーの新たな連携の形を提唱しうるものであると考えた。

第Ⅲ章 連携の概念分析

1. 目的

本研究で取り扱おうとする連携モデルの構築にあたり、まずは連携の概念について明らかにすることを目的に、概念分析を行った。

2. 概念分析の方法

「概念は時間と文脈に依存する」という立場をとる Rodgers(1993)の概念分析を用いた。Rodgers の概念分析では、①概念に関連した言い回し（代理の言い方を含めた）を明らかにする、②データ収集のための適切な領域を選定し、明らかにする、③関連があるデータを集める（a. 概念の属性、b. 境界領域、時間、文脈を含むバリエーションのある概念基盤）、④概念の特徴についてのデータ分析、⑤概念の典型例の特定、⑥概念の先行要件及び帰結の特定の6つのステップがあるとされており、この6つのステップを経ながら、属性、先行要件、帰結を特定した。

1) データ収集方法

本研究で取り扱う「連携」は、在宅領域で行われる医療職、介護職の2者以上を含む多職種連携に関連するものと特定し、以下の方法で文献検索を行った。日本語論文については、学術論文データベース医中誌、CiNiiを用い、「多職種連携/IPW」、「在宅」、「看護」、「介護」をキーワードに検索した。英語論文については、学術論文データベースPubMed、CINAHLを用い、「Interprofessional work/IPW」、「home care」、「nursing」、「care worker」をキーワードに検索した。検索の際は、4つ全てのキーワードを含む条件で検索した。検索範囲は、2018年から5年以内とした。Rodgers(1993)はサンプルサイズは少なくとも30文献としており、本研究では最終的に英語文献11件、日本語文献35件に絞り込み、分析を行った。

2) 分析方法

最初に対象文献を一定の調子で読み、連携に言及する内容をデータとして識別した。次に、得られた内容を端的に言い表す用語をコードとした。概念の性質を示しているコードを属性、概念に先立って生じる出来事を示しているコードを先行要件、概念が生じた結果としておこる出来事を示すコードを帰結としてまとめた。最後に、類似した意味内容のコードを集め、要素とした。

概念分析にあたっては、指導教員から助言を受けながら行い、信頼性、妥当性の確保に努めた。

3. 結果

以下、属性、先行要件、帰結として得られた各要素を【 】に、各コードを< >に、各コードに含まれる代表的な文献の記述を「 」に示す。

1) 属性

属性として、【機関や職種を越えた情報の共有】、【コミュニケーションのための資源を活用する】、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】の3つの要素が得られた(表2)。

(1) 【機関や職種を越えた情報の共有】

機関や職種を越えて様々な情報が共有されることに関する内容であった。「看護師や介護職が患者の生活状況などの情報を関係者間で共有」(定村ら、2018)というように、連携には、<機関や職種を越えた情報共有>(池田、2018;大塚、2014;定村ら、2018;平野ら、2015;今井、2012;野田、2016;小野ら、2014;馬来ら、2017;Santschi、2017)があり、担当者会議などの資源を用いて<多職種のコミュニケーション>(大塚、2014;平野ら、2015;松本、2014;田中、2017;Bethell、2018;Swallow、2019;Wittich20);多川ら、2017)をとりながら、各専門職種がケアの<目標の共有>(池田、2018;大塚、2014;河野、2018;小野ら、2014;松本、2014;田中、2017;多川ら、2017;松本、2019;本田、2001;Muller、2018)をし、<多職種への指示出し>(三上ら、2017)、<多職種へのアドバイス>(小野ら、2014)や<連絡調整>(三上ら、2017)を含む情報共有によって役割分担の上での実践へとつなげていた。加えて、<連携の評価の共有>(池田、2018)をすることにより次の実践へと繰り返す状況があった。

(2) 【コミュニケーションのための資源を活用する】

別々の場所に所属する多職種が情報共有や役割分担の上での実践に必要なコミュニケーションをとるにあたり様々な資源を駆使している内容であった。<連絡ノート、電話、ファックス、電子メール、ICT(Information and Communication Technology)を活用する>(上篠、2014;須田ら、2014)こと、<連携のキーパーソンを活用する>(大塚、2014;平野ら、2015;本田、2001)こと、<多職種会議へ参加する>(松本、2014;多川ら、2017;須田ら、2014;Legare、2016;太和田、2016)ことが行われていた。

(3) 【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】

各機関に所属する専門職がコミュニケーションのための資源を用いた情報共有のなかで共に実践していく内容であった。「多様な関係者の役割や責任の効果的な分担と相互作用」(河野、2018)というように、<専門職の相互作用>(大塚、2014;河野、2018)をもって、「専門性を発揮しお互いに不足を補い合い、協力すること」(太和田、2016)など、<機関や職種を越えたチームアプローチ>(小野ら、2014;松本、2014;田中、2017;松本、2019;本田、2001;太和田、2016;前田ら、2017;平原、2015)があり、<役割と機能の分担>(河野、2018;三上ら、2017;柴崎、2016;梶田ら、2015;関口、2017;國松、2015)をし、<共にケアを行う>(大塚、2014;河野、2018;小野ら、2014;Wittich、2018;太和田、2016;前田ら、2017;國松、2015;中田ら、2017;Bernstein、2017)実践がなされていた。

表 2 連携の属性

要素	コード	内容	著者
機関や職種を越えた情報の共有	機関や職種を越えた情報共有	他機関との調整とメンバー間での関連情報の共有	池田、2018；大塚、2014；定村ら、2018；平野ら、2015；今井、2012；野田、2016；小野ら、2014；馬来ら、2017；Santschi、2017
	多職種コミュニケーション	多職種会議に参加することと同様のコミュニケーション	大塚、2014；平野ら、2015；松本、2014；田中、2017；Bethell、2018；Swallow、2019；Wttich20；多川ら、2017
	目標の共有	メンバー間で療養者の目標を共通で理解していること	池田、2018；大塚、2014；河野、2018；小野ら、2014；松本、2014；田中、2017；多川ら、2017；松本、2019；本田、2001；Miller、2018
	他職種への指示出し	看護師からの指示出し	三上ら、2017
	他職種へのアドバイス	指導ではなく、意味を伝えるアドバイスとしてかわる	小野ら、2014
	連絡調整	処置の調整のため多職種へ連絡を行うこと	三上ら、2017
	連携の評価の共有	メンバー間で連携の達成の評価について共有がされること	池田、2018
コミュニケーションのための資源を活用する	連絡ノート、電話、ファックス、電子メール、ICTを活用する	連絡ノート、電話、ファックス、電子メール、クラウドコンピューティング	上篠、2014；須田ら、2014
	連携のキーパーソンを活用する	多職種との連携を行う中心的存在が、これからのケアチーム形成には不可欠である	大塚、2014；平野ら、2015；本田、2001
	多職種会議へ参加する	サービス担当者会議などの多職種が集まる会議への参加	松本、2014；多川ら、2017；須田ら、2014；Legare、2016；太和田、2016
各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う	専門職の相互作用	複数の専門職が知識と技術を提供しあい、相互作用しつつ共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す活動	大塚、2014；河野、2018
	機関や職種を越えたチームアプローチ	必要な専門職が集まり、役割を補完しながら一体的にケアを提供すること	小野ら、2014；松本、2014；田中、2017；松本、2019；本田、2001；太和田、2016；前田ら、2017；平原、2015
	役割と機能の分担	各専門職の役割により機能を分担すること	河野、2018；三上ら、2017；柴崎、2016；梶田ら、2015；関口、2017；國松、2015
	共にケアを行う	お互いの役割を理解し、尊重しながら同じ目標をもって共にケアを行うこと	大塚、2014；河野、2018；小野ら、2014；Wttich、2018；太和田、2016；前田ら、2017；國松、2015；中田ら、2017；Bernstein、2017

2) 先行要件

先行要件として、【医療と介護の連携ニーズ】、【医療と介護の各専門職の理解】、【療養者中心の態度】、【別々の機関に所属する職種間の関係性】の4要素が得られた(表3)。

(1) 【医療と介護の連携ニーズ】

医療と介護の連携ニーズを持つ在宅療養者が居ること、多職種が連携のニーズを認識していることに関する内容があった。「医療以外の介護、予防、健康増進、さまざまな生活相談など生活上のニーズを持っていること」(平野ら、2015)といった<医療と介護のケアニーズ>(平野ら、2015；今井、2012；平原、2015)、と共に、<連携の必要性の共通認識>(馬来ら、2017；須田ら、2014；平原、2015；前田ら、2018；Having、2011；関口、2017)、<多職種チームの方向性の統一>(前田ら、2017)があった。

(2) 【医療と介護の各専門職の理解】

医療と介護の多職種での連携であるが故の、各職種間の理解に関する内容があった。「介護職は医療的知識が不足しているために、医療職からの情報を納得ができるまで理解できない場合もある」(太和田、2016)というような、<自己と他者の専門性の理解>(池田、2018；大塚、2014；定村ら、2018；小野ら、2015；今井、2012；松本、2014；松本、2019；本田、2001；須田ら、2014；太和田、2016；平原、2015；國松、2015)に関するもの、<各職種が持つ知識の理解>(Swallow1、2018；三上ら、2017)や<共通用語の理解>(Swallow1、2018；三上ら、2017；

平原、2015)、＜現任研修の状況の理解＞(Swallow1、2018；三上ら、2017)など専門職として研鑽できる環境や＜個人の能力の理解＞(大塚、2014；平野ら、2015；三上ら、2017；須田ら、2014；前田ら、2018；野田、2016)といった内容があった。

(3) 【療養者中心の態度】

「利用者中心を最も重要視している」(河野、2018)といった＜療養者中心＞(池田、2018；大塚、2014；河野、2018)の態度と、＜療養者、家族の意向の理解＞(本田、2001；太和田、2016)が成されていることについて抽出された内容をまとめた。

(4) 【別々の機関に所属する職種間の関係性】

別々の機関に所属し、別々に活動しながらも一つのチームとして連携していくために必要な＜信頼関係＞(大塚、2014；須田ら、2014；太和田、2016；前田ら、2018)、＜対等な関係＞(大塚、2014；定村ら、2018；平野ら、2015；今井、2012；松本、2014；本田、2001；須田ら、2014；太和田、2016；平原、2015；関口、2017；Culp、2008)といった関係性や、＜職種による上下関係＞(太和田、2016)があった。Folkman(2019)の文献から＜適切なリーダーシップ＞(田中、2017；Having、2011；Folkman、2019)が、連携に重要な要素として抽出された。

表 3 連携の先行要件

要素	コード	内容	著者
医療と介護の連携ニーズ	医療と介護のケアニーズ	クライアントの持つ生活支援ニーズ、介護支援ニーズ	平野ら、2015；今井、2012；平原、2015
	連携の必要性の共通認識	現場での現象や実態について多職種による連携・協働が必要であると全員が意識していること	馬来ら、2017；須田ら、2014；平原、2015；前田ら、2018；Having、2011；関口、2017
	多職種チームの方向性の統一	チームでよりよいケアをおこなうためにカンファレンスなどでケアの方向性を他職種で統一させること	前田ら、2017
医療と介護の各専門職の理解	自己と他者の専門性の理解	「自己」と「他」の職種の背景や専門性に対する理解と尊敬をもち、それぞれが教育されてきた背景や意見の違いを認め、それを克服していくための寛容さをもつこと	池田、2018；大塚、2014；定村ら、2018；小野ら、2015；今井、2012；松本、2014；松本、2019；本田、2001；須田ら、2014；太和田、2016；平原、2015；國松、2015
	各職種が持つ知識の理解	多職種が共通でもっている知識	Swallow1、2018；三上ら、2017
	共通用語の理解	多職種間で共通に使える用語	Swallow1、2018；三上ら、2017；平原、2015
	現任研修の状況の理解	現場における教育	須田ら、2014；野田、2016；Culp、2008；Tan、2017；Folkman、2019
	個人の能力の理解	個人の実践能力、スキルアップする力	大塚、2014；平野ら、2015；三上ら、2017；須田ら、2014；前田ら、2018；野田、2016
療養者中心の態度	療養者中心	療養者を中心とすること	池田、2018；大塚、2014；河野、2018
	療養者、家族の意向の理解	療養者、家族の意向がケアチームで一致していること	本田、2001；太和田、2016
別々の機関に所属する職種間の関係性	信頼関係	連携をはかるために日ごろから信頼関係を築いていること	大塚、2014；須田ら、2014；太和田、2016；前田ら、2018
	対等な関係	立場を理解した上での対等な意見交換、職場や立場を超えて気軽に話し合える関係性	大塚、2014；定村ら、2018；平野ら、2015；今井、2012；松本、2014；本田、2001；須田ら、2014；太和田、2016；平原、2015；関口、2017；Culp、2008
	職種による上下関係	医師を中心とした組織体制など、職種による上下関係がある	太和田、2016
	適切なリーダーシップ	多職種でよりよいケアをおこなおうという志向性、チーム内での適切なリーダーシップがあること	田中、2017；Having、2011；Folkman、2019
	支援的な雰囲気	支援的関わり、話しやすい雰囲気	大塚、2014；太和田、2016；前田ら、2017
	顔の見える関係	会議に参加するなど顔の見える関係が築かれること	平野ら、2015；太和田、2016
	報告・連絡・相談できる関係	良い関係を築き、報告・連絡・相談ができること	関口、2017

3) 帰結

帰結として、【在宅ケアの質向上】、【機関を超えた多職種でのチーム力向上】、【役割の解放】、【職務満足】の4要素が得られた(表4)。

(1) 【在宅ケアの質向上】

連携が在宅ケアの質向上に繋がるという内容が抽出された。＜スムーズな緊急対応＞（三上ら、2017）、＜安心安全な服薬の実現＞（定村ら、2018；馬來、2017）や＜在宅看取りの実現＞（関口、2017；吉江ら、2012）など在宅ケアでの＜医療、介護を含む多様なニーズへの対応力向上＞（平野ら、2015；Folkman、2019）が可能となる状況があり、「お互いの立場を理解し安心感が生まれ、サービスの改善に繋がる。」（太和田、2016）など、連携によって＜ケアの質向上＞（河野、2018；小野ら、2015；田中、2017；多川ら、2017；太和田、2016；柴崎、2016；上篠、2014；阿部ら、2016）がおきていた。

(2) 【機関を超えた多職種でのチーム力向上】

所属機関や専門職の壁を乗り越え、＜チームとしての連帯感＞（池田、2018；多川ら、2017；太和田、2016；前田ら、2017）や＜統一したケアの提供＞（平野ら、2015）がなされ、＜多機関での連続したサポート＞（野田、2016；松本、2014；須田ら、2014）というように一つのチームとして機能していく内容が抽出された。「看護と介護の相互理解と連帯感が強まること」（前田ら、2017）というように、＜相互理解＞（池田、2018；田中、2017；松本、2019；太和田、2016；前田ら、2017）がすすむ状況もあった。

(3) 【役割の解放】

適切なきに特定の役割を手放すことを可能にする信頼の過程に関する内容が抽出された。「専門性の向上と新たな役割の獲得」（Folkman、2019）というように、各専門職間の相互理解や信頼関係の向上が＜役割の解放＞へと結びつく状況があった（太和田、2016；Folkman、2019；加瀬ら、2015）。

(4) 【職務満足】

前田ら（2017）の文献から、連携が＜職務満足＞につながる状況が抽出された（Bethell、2018；前田ら、2017）。

表 4 連携の帰結

要素	コード	内容	著者
在宅ケアの質向上	スムーズな緊急対応	緊急時にスムーズな対応ができる	三上ら、2017
	安心安全な服薬の実現	多職種による安心安全な服薬支援	定村ら、2018；馬来、2017
	在宅看取りの実現	自宅で看取り	関口、2017；吉江ら、2012
	適切な栄養管理の実現	輸液、栄養処方の管理	吉江ら、2012
	適切な褥瘡管理の実現	多職種での褥瘡患者の全身管理	吉江ら、2012
	認知症への対応力向上	終末期を含む認知症への多職種での対応	今井、2012；平原、2015；梶田ら、2015；吉江ら、2012
	医療、介護を含む多様なニーズへの対応力向上	医療だけでなく介護、予防、健康増進などの様々なニーズへの対応	平野ら、2015；Fol kman、2019
	ケアの質向上	療養者と家族の望みあり方に向けてチームでのサービス、ケアが向上すること	河野、2018；小野ら、2015；田中、2017；多川ら、2017；太和田、2016；柴崎、2016；上篠、2014；阿部ら、2016
利用者のQOL向上	利用者のQOLが向上する	平野ら、2015；今井、2012	
機関を超えた多職種でのチーム力向上	チームとしての連帯感	同じ課題を持つものとして連帯意識が高まること	池田、2018；多川ら、2017；太和田、2016；前田ら、2017
	統一したケアの提供	カンファレンス等をおしてケア方法等の共通理解がされ、多職種で統一したケアが提供されること	平野ら、2015
	多機関での連続したサポート	24時間安定したその人らしい暮らしを継続するためのサポート体制があること	野田、2016；松本、2014；須田ら、2014
	相互理解	他専門職の仕事内容や専門性を理解することで互いに理解し合えること	池田、2018；田中、2017；松本、2019；太和田、2016；前田ら、2017
	専門職同士の相互支援の強化	専門職同士で互いに支援し合える関係性が強化されること	河野、2018；小野ら、2014
役割の解放	役割の解放	専門性の向上と新たな役割の獲得	太和田、2016；Fol kman、2019；加瀬ら、2015
職務満足	職務満足	専門性とやりがいの維持・向上	Bethel、2018；前田ら、2017

4) 連携の概念モデル

概念分析で得られた要素をもとに、連携の概念モデルを作成した。まず、先行要件として、【医療と介護の連携ニーズ】、【医療と介護の各専門職の理解】、【療養者中心の態度】、【別々の機関に所属する職種間の関係性】がある。【医療と介護の連携ニーズ】は、それ単独で先行要件になり得るが、他の要素はそれ単独では先行要件にならない。【医療と介護の各専門職の理解】、【療養者中心の態度】、【別々の機関に所属する職種間の関係性】は、それぞれ連携に影響を及ぼす先行要件である。次に、連携の中核を成すものとして、【機関や職種を越えた情報の共有】、【役割と機能を分担しながら共に行う】、【コミュニケーションのための資源を活用する】の3つの要素が3本柱となりながら行われる。この属性と先行要件は互いに影響しあい、形を変えながら実践されていく。その結果、帰結として、【機関を超えた多職種でのチーム力向上】、【役割の解放】や【職務満足】を伴って【在宅ケアの質向上】が起こるとした。(図2)

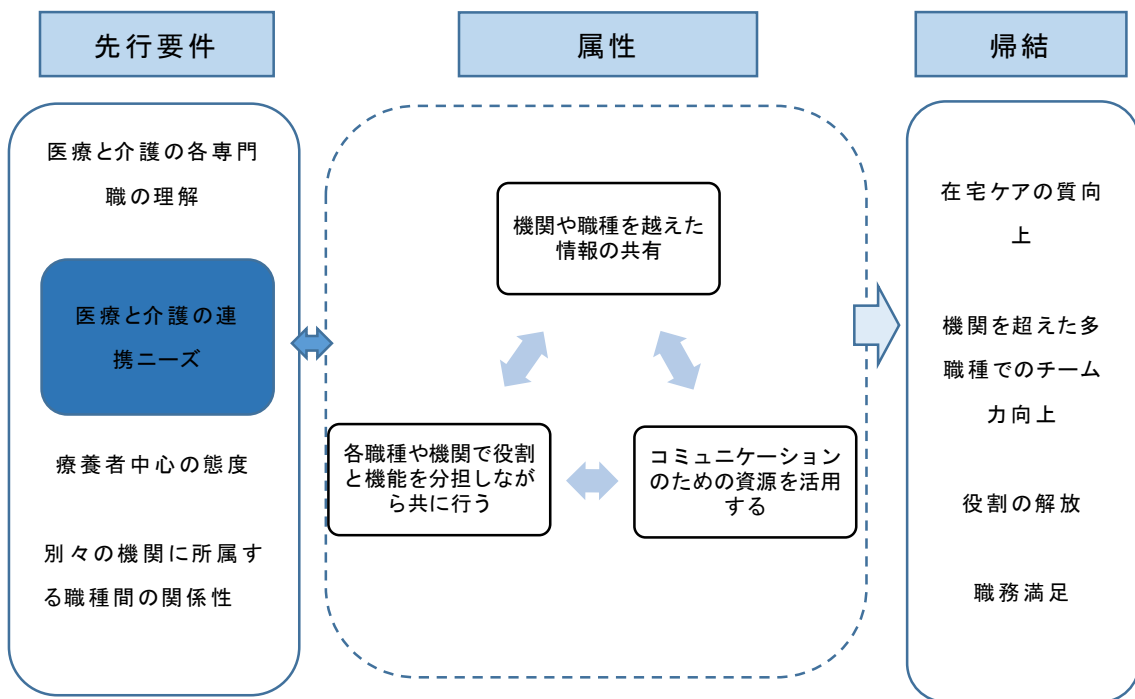


図2 連携の概念モデル

5) 概念の定義

分析結果から、連携を以下のように定義した。

連携とは、医療と介護の専門職が【コミュニケーションのための資源を活用する】ことを用いて【機関や職種を越えた情報の共有】を行うことにより、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】ことである。連携は、この3つの要素が繰り返されながら続いていくものと定義する。連携は、様々な【医療と介護の連携ニーズ】をもった在宅療養者が存在するところから始まる。また、【医療と介護の各専門職の理解】、【療養者中心の態度】、【別々の機関に所属する職種間の関

係性】といった要素にも影響を受ける。連携が上手くいった場合には、各専門職の【機関を超えた多職種でのチーム力向上】、【役割の解放】や【職務満足】を伴って【在宅ケアの質向上】が起きる。

6) モデルケース

モデルケースを用いて本概念を説明する。このモデルケースは、研究者自身が訪問看護実践の中で経験したケースである。

80代男性、加齢とパーキンソン病で寝たきり状態のため認知機能の低下も見られてきており、経口摂取には介助が必要な状態である。同居の妻も高齢で認知症を持っており、食事のセッティングや洗濯等の家事は可能であるもののオムツ交換や与薬といった介護を担ってもらうことが困難な状態である。娘が遠方から片道約2時間かけて週3日日帰りで介護しているが、娘が不在の間は1日3回のヘルパーと週3日のデイサービスを利用して生活している。訪問看護は介護保険の利用単位数の関係上、週1回の訪問が限度であるというような状況から、1日3回の内服は、ヘルパー、デイサービス、訪問看護師、娘が各々関わる時間内で行う支援の一つとして介助している。

ある日訪問看護師は、ヘルパーから、「最近X氏の飲み込みが悪く、薬をいつまでも口の中に溜め込んでなかなか飲み込んでくれない。錠剤が処方されているが、嚥下機能が落ちているから散剤にしてもらってはどうか。」との相談をケアマネジャーを通して受けた。訪問看護師は、自身の訪問時に、「(水をストローで)吸って」「飲み込んで」と指示すれば誤嚥することなく内服が可能であることを確認しており、嚥下機能の低下ではなく、認知機能低下による「吸い込み」「飲み込み」の反応の遅延であると判断していた。そこで、ヘルパーに自身が確認した状況とアセスメントについて伝えた上、薬を口の中に溜め込んで飲み込めないときは、「飲み込んで」と指示し、内服ができるように関わってみてほしいことを説明した。加えて、頻回にむせるなどの症状がみられた場合には嚥下機能低下が疑われるので知らせてほしいことを説明し、ヘルパーの了承を得た。以降、声かけを工夫してもやはり飲み込めないというようなヘルパーからの情報提供はなく、内服は問題なく行われるようになった。

この事例では、まずヘルパー側に、在宅療養者X氏が最近薬をなかなか飲み込んでくれないのでなんとかしてあげたいという【療養者中心の態度】があり、内服に関することは医療職である訪問看護師に相談すればよいという【医療と介護の各専門職の理解】があった上での【医療と介護の連携ニーズ】がみられている。訪問看護師も、X氏の機能に合わせた内服薬の調整という点で【療養者中心の態度】を持っており、なかなか飲み込んでくれないという状況に対するアセスメントや他のアプローチ方法のバリエーションをヘルパーが持ち合わせているかどうかといったヘルパーの【医療と介護の各専門職の理解】の中で、訪問看護師からの返答が指示にならないように【別々の機関に所属する職種間の関係性】を気にしながら連携するという【医療と介護の連携ニーズ】を持っている。ヘルパーも訪問看護師も、ケアマネジャーを通して連携するという【コミュニケーションの

ための資源を活用する】ことの中で、薬をなかなか飲み込めない状況や、嚥下機能の低下ではなく、認知機能低下によるものであると判断される状況と、上手く飲めるように工夫していくという【機関や職種を越えた情報の共有】を行い、お互いに内服介助の際には声かけを工夫して介助していくことを【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】こととして実践されている。これらの連携により、問題なく内服ができるという【在宅ケアの質向上】が起きている。

4. 考察

1) 連携の概念の特徴

本概念分析において、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】という要素を説明する内容に、協働に通じる内容が抽出された。「連携は、協働を実現するためのプロセスを含む手段的概念」（末松、2017）とされるが、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】ことは決して帰結にはなり得ず、「職種を超えたコミュニケーションとコラボレーション」（Bethell et al、2017）というような、職種や所属機関の違うもの同士が共に実践する事実がそこにあるだけである。属性の3つの要素が上手く実践されたとき、【在宅ケアの向上】をはじめとする帰結が起きる。チームワークに関しては、「信頼関係、メンバーの役割の明確化、情報の共有」（七條、2017）の要素があるといわれている。本概念分析において、先行要件の【別々の機関に所属する職種間の関係性】に信頼関係、属性の【機関や職種を越えた情報の共有】に情報の共有、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】に役割の明確化の内容が抽出された。設置主体や経営理念の異なる機関に所属する多職種が、協働やチームワークの要素を含みつつ【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】ことも含め、連携であることが明らかとなった。

2) 連携の概念と実践共同体

「あるテーマに関する関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団」を実践共同体という（Wenger ら、2002）。「実践共同体は学習のために組織内外に形成されるコミュニティであり、そこでメンバーは相互作用を通じて自立的に学ぶ。」（上林、2015）とされている。松本（2019）は、実践共同体の3つの特性を、「実践の資源を用いながら」「共通の営みを互いに理解しながら」「相互に関わり合いながら取り組む」と説明している。本概念分析で得られた属性の【機関や職種を越えた情報の共有】、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】、【コミュニケーションのための資源を活用する】の3つの要素は、実践共同体の3つの特性に通じる。訪問看護師を対象とした研究で、教育的に福祉職と連携することが大切といった報告（小枝、2016）もあり、実践共同体の視点を含んだ連携の検討は今後の連携に何らかの示唆を与える余地を含むのではと考えた。

3) 概念の活用可能性

今回の連携の概念モデルは、在宅での多職種連携における連携の概念を明らかにしたものであり、本研究のテーマとなる与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携という部分においては十分に検討されたモデルとはなっていない。本研究の目的である与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを検討するにあたっては、与薬に関する実践を具体的に検討していく必要がある。

連携の概念分析で明らかになった属性の3つの要素は実践共同体のあり方と共通する部分が大いにあり、連携の中にも学習が埋めこまれているということが説明できる可能性が十分に考えられた。

また、今回明らかになった連携の概念モデルは、在宅ケアにおける多職種連携全般への活用も十分可能ではないかと考えた。たとえば、与薬に関すること以外の連携、あるいは、訪問看護師とヘルパーだけではなく、ケアマネジャー、医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や歯科衛生士といった他職種との連携にも活用を検討していける余地のある概念であると考えられた。

第IV章 研究1ー与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの作成

1. 研究目的

研究1の目的は、研究1で実施する訪問看護師とヘルパーへのグループインタビュー結果と、連携の概念分析で得られた概念モデルを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成することとした。

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. 研究方法

1) 研究協力者

(1) 訪問看護師：

訪問看護師とヘルパーが連携しながら上手く与薬が行えた経験のある訪問看護ステーション管理者15名。

- ・グループインタビューで豊富な経験を語ってもらうため、普段から訪問看護実践及び関係他職種との連絡調整役割を中心的に担う立場にある者として、管理者を研究協力者とした。
- ・モデル作成にあたり、上手くいかなかった連携を試行錯誤を経て安定した連携へと変化していったプロセスを含め語っていただけるよう、安定した与薬が行えた成功体験のある者として、訪問看護師とヘルパーが連携しながら安定した与薬が行えた経験のある者とした。
- ・管理者の経験年数は問わなかった。

(2) ヘルパー：

訪問看護師とヘルパーが連携しながら上手く与薬が行えた経験のある訪問介護ステーションのサービス提供責任者13名。

- ・グループインタビューで豊富な経験を語ってもらうため、普段から介護の実践及び関係他職種との連絡調整役割を中心的に担う立場にある者として、サービス提供責任者を研究協力者とした。
- ・モデル作成にあたり、上手くいかなかった連携を試行錯誤を経て安定した連携へと変化していったプロセスを含め語っていただけるよう、上手く与薬が行えた成功体験のある者として、訪問看護師とヘルパーが連携しながら上手く与薬が行えた経験のある者とした。
- ・サービス提供責任者の取得資格や経験年数は問わなかった。

2) 研究協力者の選定方法

(1) 訪問看護師

W県X市での機縁法にて研究協力者を募集した(図3)。

- ① 経験豊富で人脈のある訪問看護ステーション管理者に、依頼書(資料1)を用いて研究協力候補者となる管理者の紹介を依頼した。研究協力候補者となる管理者には、研究協力は自由意思であることを伝え、研究者に氏名と連絡先を教えてよいかどうか確認をとっていただいた(資料1【ご協力いただきたいこと】2.)。氏名と連絡先を教えてよいと了承が得られた場合に、研究者に連絡をいただいた。
- ② 紹介いただいた研究協力候補者に連絡を取り、依頼書(資料2)、研究者の署名入り同意書(資料5、6)、返信用封筒(資料7)、グループインタビュー参加者基礎情報用紙(資料8)、を郵送した。後日、電話にて依頼書(資料2)を用い

ながら研究協力依頼を行った。口頭と文書にて、研究目的、方法及び研究協力は自由意思であることを説明したのち、同意書（資料 5、6）に署名の上、研究者控え用同意書（資料 6）をグループインタビュー参加者基礎情報用紙（資料 8）とともに返信用封筒（資料 7）にておおむね 2 週間以内に郵送してもらい、研究協力者とした。

①～②の手順を繰り返し、4～6 名のグループを 3 グループ得た。

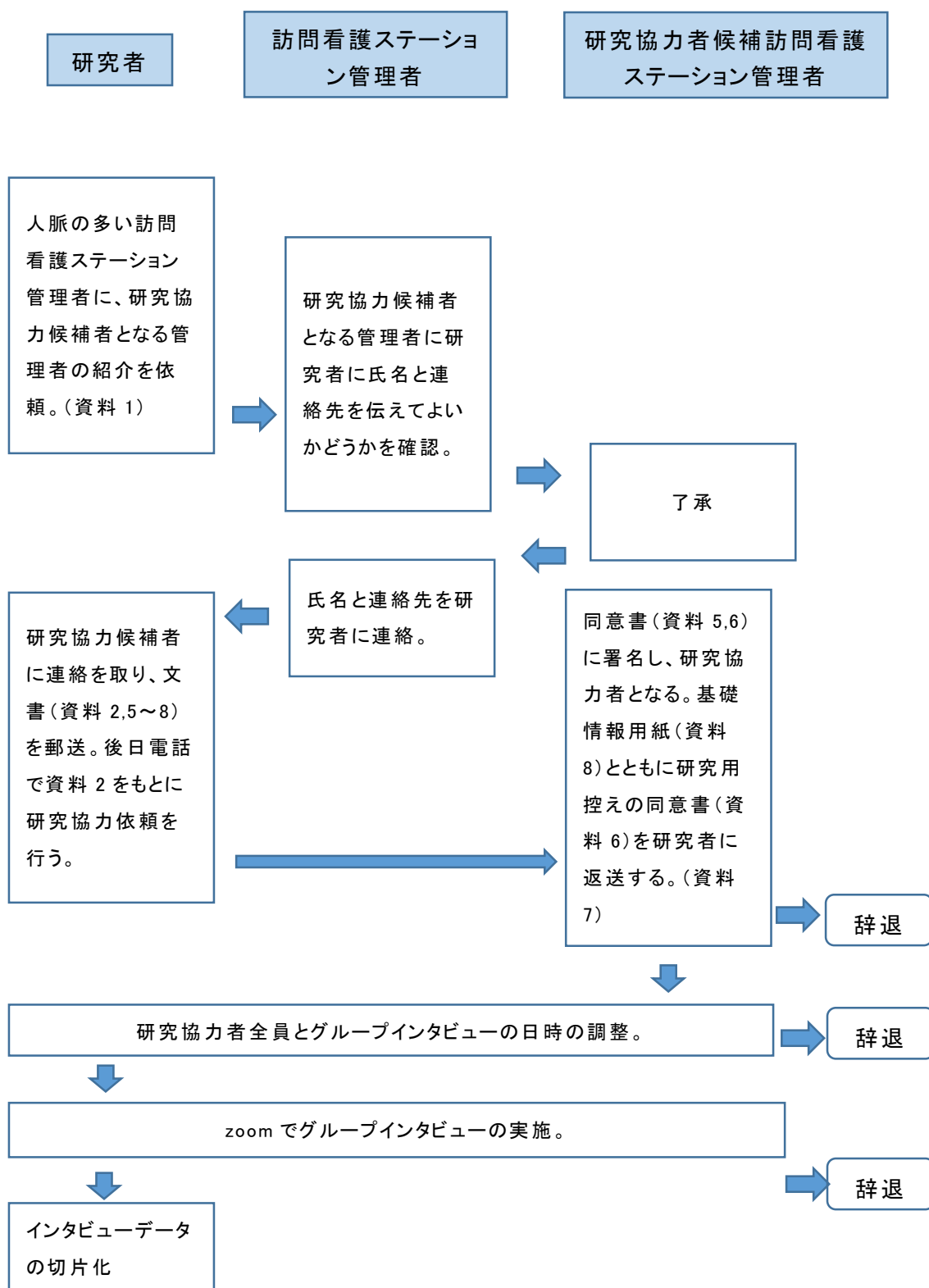


図 3 研究協力者となった訪問看護師選定方法

(2) ヘルパー

W 県 Y 市での機縁法にて研究協力者を募集した (図 4)。

- ① 経験豊富で人脈のあるサービス提供責任者に、依頼書 (資料 3) を用いて研究協力候補者となる管理者の紹介を依頼した。研究協力候補者となる管理者には、研究協力は自由意思であることを伝え、研究者に氏名と連絡先を教えてくださいかどうか確認をとっていただいた (資料 3 【ご協力いただきたいこと】 2.)。氏名と連絡先を教えてくださいと了承が得られた場合に、研究者に連絡をいただいた。
- ② 紹介いただいた研究協力候補者に連絡を取り、依頼書 (資料 4)、研究者の署名入り同意書 (資料 5、6)、返信用封筒 (資料 7)、グループインタビュー参加者基礎情報用紙 (資料 8)、を郵送した。後日、電話にて依頼書 (資料 4) を用いながら研究協力依頼を行う。口頭と文書にて、研究目的、方法及び研究協力は自由意思であることを説明したのち、同意書 (資料 5、6) に署名の上、研究者控え用同意書 (資料 6) をグループインタビュー参加者基礎情報用紙 (資料 8) とともに返信用封筒 (資料 7) にておおむね 2 週間以内に郵送してもらい、研究協力者とした。

①～②の手順を繰り返し、4～5 名のグループを 3 グループ得た。

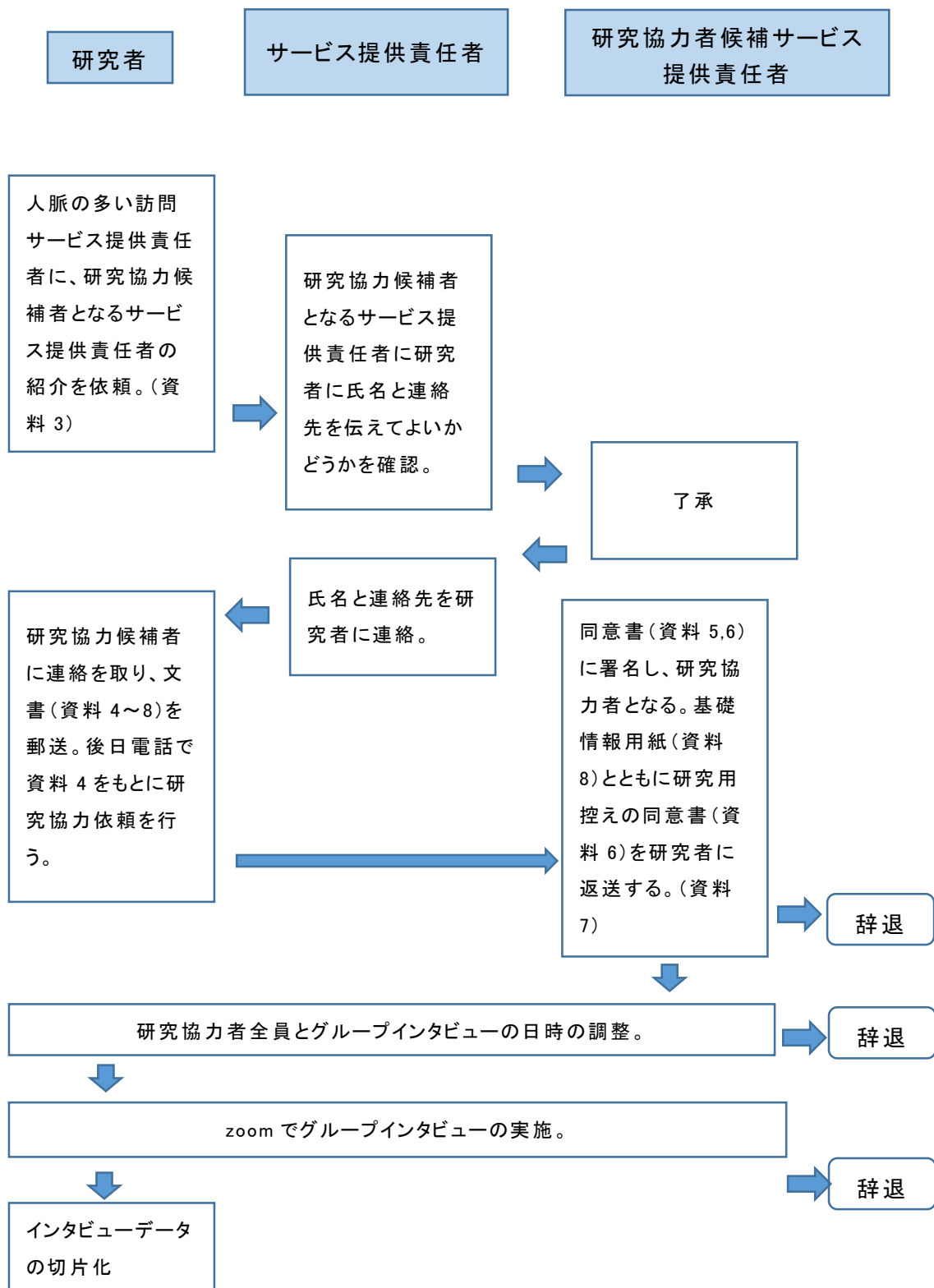


図 4 研究協力者となったサービス提供責任者選定方法

3) データ収集期間
令和2年6月～9月

4) データ収集方法

60分程度で、職種別に4～6名ずつのフォーカスグループインタビューを行った。インタビューでは、インタビューガイドを用いながら、訪問看護師とヘルパーが連携しながら与薬した際に、上手くいった事例、上手くいかなかった事例について、どんな連携が行われたのか、どこが上手くいってどこがうまくいかなかったのかを語ってもらった。

本研究では、与薬についての連携内容を語ってもらう際の、研究協力者同士の相互作用による豊富なデータが得られることを意図し、グループインタビューを実施した。

グループインタビューは、遠隔会議システム（zoom）を用いて実施した。事前に日時を調整した上で研究者より各研究協力者にURLをメール配信し、各研究協力者のスマートフォンもしくは、カメラ・集音マイク付きのパソコンからアクセスしてもらうことでグループインタビューを行った。zoomに参加できる環境がない場合は、研究協力者としなかった。

研究協力者には、インタビューでは固有名詞を匿名化した状態で語ってもらうとともに、インタビュー内容は口外しないことを約束してもらった。万が一インタビューで語られた固有名詞は逐語録にする際、記号化した。

インタビューは、訪問看護師及びヘルパーの業務に支障をきたさない時間に行った。

インタビューは、研究協力者に承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語録におこしたものをデータとした。

5) 調査内容

主なインタビュー内容は以下の通り。（資料9）

連携の概念モデルには抽出されなかった新たな要素も含め、与薬に関する連携について全般的に語ってもらうため、以下3つの質問を柱とした。

- (1) 訪問看護師とヘルパーが連携しながら与薬を行った際に上手くいった事例。その事例の連携で行われたこと、上手くいった要因。
- (2) 訪問看護師とヘルパーが連携しながら与薬を行った際に上手くいかなかった事例。その事例の連携で行われたこと、上手くいかなかった要因。
- (3) 訪問看護師とヘルパーが上手く連携しながら与薬を行うためには何が必要と考えるか。

6) 分析方法

逐語録をよく読み、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の各要素の具体例として語られた部分を抜き取り、一つの意味単位になるように分割し、コードとした。コードを類似性によってまとめ、カテゴリー化した。

得られたカテゴリーと連携の概念分析で得られた概念モデルを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。モデル作成時には、連携の概念モデルにインタビュー結果を当てはめていくのではなく、新たな要素が得られた場合にはその他の要素との関係性も含め、概念モデルと統合していく形で作成をすすめた。

データのカテゴリー化、モデル作成においては、質的研究に精通した複数の指導教員とともに検討を重ね、信頼性の確保に努めた。

7) 倫理的配慮

本研究の調査において、研究者は研究協力者に以下の倫理的配慮を行った。なお、本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

<研究協力者の人権の擁護>

(1) 研究者は研究協力者に、以下に記す権利の内容を依頼書（資料 1～4）に明記し、保証した。

- ① 研究協力者の研究協力は自由である。
 - ② 研究協力者の研究協力の拒否は自由である。また、協力を拒否した場合も不利益は生じない。
 - ③ 研究協力者が研究に協力した場合も、調査途中の拒否が自由である。
 - ④ 研究協力者が研究協力を同意した場合も、答えたくない内容については話さなくてもよい。
 - ⑤ インタビュー内容は録音およびメモに残すこととするが、研究協力者の申し出により随時これを中止できる。
 - ⑥ インタビュー途中で研究協力を拒否した場合、その前にインタビューで語られた内容は、グループインタビューであるために撤回はできないことを説明の上、同意をもらう。
 - ⑦ スマートフォンやカメラ・集音マイク付きパソコンなどの Web 会議に参加できる環境が無い場合は、研究協力者とししない。
 - ⑧ 研究者もしくはデータ入力代行業者が録音内容を文書におこす際に、個人が特定される可能性のある内容は記号に加工し、プライバシーを守る。
 - ⑨ 研究者は、研究協力者に番号を付して匿名化する。
 - ⑩ 基礎データとインタビューデータは対応しない。
 - ⑪ 研究者は、調査データを本研究の目的以外に使用しない。また研究者、指導教員、データ入力代行業者以外のものがデータを閲覧しない。
 - ⑫ データ入力代行業者とは、研究データの取り扱いについて誓約書（資料 10）を取り交わし、研究データの漏洩防止に努める。
 - ⑬ 研究者はグループインタビュー参加者全員に、インタビュー時は固有名詞を匿名化して語っていただくとともに、インタビューにより知りえた情報について口外しないように依頼する。
 - ⑭ 研究者は調査データを、研究者が席を置く兵庫県立大学大学院の博士自習室に施錠の上保管し、個人情報流出を防ぐ。
 - ⑮ 研究者は研究終了より 5 年経過する（令和 8 年 3 月末）まで鍵のかかるロッカーに調査データを保管する。5 年経過後、紙媒体はシュレッダーにかけて廃棄する。電子媒体は、データ消去の専用ソフトを使用し、完全にデータを消去する。
 - ⑯ 研究者は、データの分析および研究成果の発表時に、研究協力者の匿名性を保証し、個人の特長につながる内容や名称等を公表しない。
 - ⑰ 研究協力者は、申し出により研究計画書の閲覧が可能である。
- (2) zoom の URL は単回使用とし、パスワードをかけた。接続に必要な URL をメールで送付する際にもパスワードをかけたファイルで連絡し、セキュリティを確保した。

<研究協力者に理解を求め同意を得る方法>

(1) 研究者は研究協力者に、口頭および依頼書（資料 1～4）にて研究協力を依頼

- した。
- (2) 依頼時には、研究の目的、調査方法、調査内容、所要時間、研究成果の発表方法を説明し、理解を得た。
 - (3) 調査を行う前に、研究者は研究協力者に、上記（倫理的配慮）の内容を口頭および文書（資料 2、4）にて説明し、研究協力者の同意書（資料 5、6）への署名を受けた上で、調査を実施した。

< 研究によって生じる個人への不利益および危険性の回避 >

- (1) 研究者は研究協力者への依頼文書に、調査内容および所要時間を明示し、研究協力者にかかる労力的・時間的負担を知らせた。
- (2) 明示した所要時間を越えないよう配慮した。
- (3) 調査日時は、研究協力者と相談の上、研究協力者および所属の訪問看護ステーション、訪問介護事業所に支障が生じない日時・場所を選定した。
- (4) zoom の使用がはじめてとなる研究協力者が大半を占めたため、研究者より事前に参加方法について詳しく説明をし、心理的負担感の軽減に努めた。
- (5) zoom にかかる通信料を研究協力者自身に負担いただいたため、1000 円分の粗品を提供した。

< その他 >

- (1) 本研究の実施にあたり、利益相反はなかった。
- (2) 研究協力者には、1000 円相当の粗品を提供した。
- (3) 本研究は、兵庫県立大学大学院博士論文として報告するほか、関連学会や学会誌での報告を行う予定であることを説明した。

4. 結果

1) 研究協力者の概要

訪問看護ステーション管理者 15 名、訪問介護事業所サービス提供責任者 13 名に、zoom でのグループインタビューの協力が得られた。

訪問看護ステーション管理者は全員女性、年齢は平均 54.6 ± 4.6 歳、訪問看護経験年数は平均 14.4 ± 6.9 年であり、訪問看護認定看護師が 5 名含まれていた（表 5）。

5 名ずつの 3 グループにインタビューを実施した。インタビュー時間は平均 55 ± 2.9 分であった。

表 5 訪問看護ステーション管理者の属性

No.	性別	年齢	経験年数	資格
1	女	48	9	看護師
2	女	56	13	看護師
3	女	54	12	看護師、介護支援専門員
4	女	51	29	看護師
5	女	64	7	看護師
6	女	59	20	看護師、訪問看護認定看護師
7	女	60	22	看護師、訪問看護認定看護師
8	女	60	23	看護師、訪問看護認定看護師
9	女	52	17	看護師、訪問看護認定看護師
10	女	46	14	看護師、訪問看護認定看護師

11	女	52	11	看護師
12	女	53	17	看護師
13	女	53	3	看護師、認知症ケア認定士、病児保育スペシャリスト
14	女	56	4	看護師
15	女	55	15	看護師

訪問介護事業所サービス提供責任者は男性 3 名、女性 10 名で、年齢は平均 47.1 ± 6.4 歳、ヘルパー経験年数 15.2 ± 4.7 年であった。有する資格の状況としては、介護福祉士 12 名、社会福祉士 1 名のなかに、介護支援専門員の資格を有する者が 5 名含まれていた（表 6）。

4～5 名ずつの 3 グループにインタビューを実施した。インタビュー時間は平均 55 ± 4.5 分であった。

表 6 訪問介護事業所サービス提供責任者の属性

No.	性別	年齢	経験年数	資格
1	男	42	18	介護福祉士
2	女	52	7	介護福祉士
3	男	45	15	介護福祉士、介護支援専門員、認知症実践者研修
4	女	55	20	社会福祉士
5	女	54	11	介護福祉士
6	女	51	18	介護福祉士
7	女	42	12	介護福祉士、介護支援専門員
8	女	35	17	介護福祉士、介護支援専門員
9	女	45	9	介護福祉士、介護支援専門員
10	女	48	10	介護福祉士
11	女	58	20	介護福祉士、介護支援専門員
12	女	39	20	介護福祉士
13	男	46	21	介護福祉士

2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の内容

インタビュー内容を分析した結果、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の内容について、4 カテゴリー、20 サブカテゴリーを得た（表 7）。

以下、得られたカテゴリーを【 】, サブカテゴリーをく >、語りの内容を「 」に示す。

(1) 【情報の共有と統合】

【情報の共有と統合】は、訪問看護師とヘルパーが、与薬に関連する様々な情報を、連携のやり取りの中で共有し続けることを表す。

訪問看護師は、「お薬の情報もちろん担当者会議のときにきちっとヘルパーさんにはお伝えするように」しており、ヘルパーと処方内容などの＜薬剤情報の共有＞を行う状況があった。また、「1 人の利用者さんにとって、服薬っていうことが服薬が確実にできない問題点をみんなで、どこに問題があるのかっていうところ辺の共通認識が、一番大事」というように、＜与薬の問題点の共有＞を訪問看護師、ヘルパーやケアマネジャーといった担当者全員で行うことが重要であると語られた。

情報の共有に当たっては、ヘルパーが「こんな様子です、あんな様子ですってとにかく毎日でも、毎回訪問のときでもしつこいぐらい（ヘルパーから）連絡して。こんな様子で

あんな様子でってザラって言うってると、ケアマネさんもだんだんイメージが湧いてきたり。看護師さんも、圧倒的にヘルパーのほうが回数多いんで、だんだんとイメージがついてきて、結果いい方向にいくっていうことは多い。」と語っており、＜ヘルパーのもつ生活情報の共有＞が重要とされていた。加えて、「この方にとってできなくなってる状況を、みんなでどうやって捉えていくのかなっていうところを、ヘルパーさんとかケアマネージャーさんと共通認識して」と訪問看護師は語っており、＜訪問看護師の医療的アセスメントの共有＞も行われていた。

そのほか、「下剤とかで調整がいるような薬とかは、結構、具体的にきょう便があれば、ラキソベロンとか、何滴飲ませてくださいとか、便がなければ何滴でとか、具体的に（して、ヘルパーが）迷わないようには、やりとりする」など、＜与薬内容のルール化＞をすることで、訪問看護師とヘルパーがそれぞれ何をするのか、具体的に誰にでも分かるようにされていた。

所属する機関や職種は違っても、共に担当する在宅療養者の薬剤情報、与薬に関する問題点、与薬の具体的な方法について事前に情報を共有しておくこと、加えて、与薬の支援を行う中での日々の在宅療養者の状態と、そこから得られたアセスメント内容についても、その都度情報を共有していくことに関する内容が抽出された。

(2) 【役割を分担、補完しながら共に与薬する】

【役割を分担、補完しながら共に与薬する】は、訪問看護師とヘルパーがそれぞれの専門性の中で役割分担をし、与薬を共に行っていく状況、また、必要にあわせて他の専門職とも役割分担をしながら与薬していく状況を表す。

「お薬を一包化してもらっていう。そうしとけば、定期巡回で来るヘルパーは、朝の所から出せば、それ一つで済む」というように、単純な作業で内服ができるように訪問看護師が働きかけて工夫をしたり、「最初、夕方に（ヘルパーが訪問に）入ってたんですけども、朝の薬を確実に飲めるようにということで時間帯を変えて、朝に（ヘルパーが訪問に）入るように」と、確実に服薬確認ができるようにヘルパーが訪問時間を調整するなど、＜与薬方法の工夫と調整＞が行われていた。

役割分担としては、「分包とかセットっていうのが、看護師がして、お薬って結構、食事のときに飲むことが多いので、食事の準備とかしてくださるヘルパーさんに、そこの実際に飲むってところは協力してもらって」というように、＜ヘルパーによる与薬＞の状況があった。「大体どのくらいのあれが出てるかな、作用が効いてるかなみたいなのは、どうかはこっち（訪問看護師）がしてます。」というように、＜訪問看護師による与薬と医療的アセスメント＞の状況も語られた。

共に行うといった部分では、「訪看さんと密に連絡取り合って、何度も試行錯誤を繰り返す」というようなく共同での与薬方法の検討＞の状況が語られた。

そのほか、訪問看護とヘルパーだけで与薬に関する連携を行うのではなく、「お薬に関することなので、ヘルパーさんと看護師の連携だけでは、今後、回らないというか、やっぱり薬剤師、必ず出てこないといけない」や、「看護婦さんと薬剤師さんと連携させてもらってうまくいった例がある」というように、＜薬剤師による与薬＞の状況や、「ケアマネさん通してって（連携）やったりとか、報告はしやすいし、連携も取りやすいなどは思ってます。」というように、＜ケアマネジャーによる連絡＞の状況も語られた。

セッティングは訪問看護師、服薬確認はヘルパーというような役割分担の中で、各職種が可能な範囲での工夫を行いつつ、共に与薬を試行錯誤していく内容について抽出された。加えて、訪問看護師とヘルパーの2者だけではなく、各ケースに合わせて薬剤師やケアマネジャーとの連携や役割分担が行われる状況についても抽出された。

(3) 【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】

【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】は、多職種、多人数で与薬を行うために共有で使えるアイテムを対象とする在宅療養者の状態にあわせて作成し、活用することを表す。

「お薬カレンダー使ったりとか、配薬ケース使ったり」や、「カレンダーではなく金庫の中で管理」というように、多職種、多機関で共に与薬を行うため、共通で使えるツールとして＜共有の配薬アイテムの活用＞の状況があった。また、「連絡のやりとりは、連絡ノートに細かく日々の状況を書いて」というように、対象に合わせて必要なく共有の連絡アイテムの作成と活用＞の状況があった。

(4) 【連携の基盤作り】

【連携の基盤作り】は、連携が上手くすすめられるよう、訪問看護師とヘルパーが信頼関係作りのために行う行動や、連携の中で共に研鑽していく行動を表す。

「直通電話みたいな携帯があるんで、それは必ず出てくれる。」とヘルパーは語っており、＜連絡手段の確保＞をしておくことでスムーズな連携につなげていた。また、「やっぱりコミュニケーションが一番大事やなと思います。」や、「ヘルパーさんと仲良くなるように心掛けてます。」と訪問看護師は語っており、＜頻繁なコミュニケーション＞を行うことが大切と捉えられていた。訪問看護師は、「直接行ってるヘルパーさんとお話ししたりとかもするし、結構、現地で」と語り、ヘルパーも「訪看さんが訪問してるときに行って話す。」と語り、お互いに＜顔を合わせる場の確保＞を意識していた。

信頼関係構築の第一歩として、「時間も限られてる 30 分ぐらいしかない（ヘルパーの訪問の）中で、やっぱりよく見ていただいて（訪問看護師に状況を教えていただいて）、ありがとうございますっていうので、すごいその人は、ちょっとあつたらなんか言えるんやなっていう関係性っていうのを、確認できたっていうのはあります。」というように、＜感謝の言葉＞が大切である状況が語られた。

連携によってケアの質が向上していく部分に資する点として、ヘルパーは、「独居やったら、その後どう過ごすかっていうのはやっぱりヘルパーにとってすごい不安で帰れなくなってしまうとかそういうところになってしまうので。今この状況ですけどって相談してもらええる相手（訪問看護師）がいるっていうのが、まず一つ安心材料にもなります。」と語っており、＜相談しやすい関係作り＞が大切である状況があった。また、別のヘルパーは、「その人によってやっぱり症状とか状態っていうのが違うので、そういうのいろいろ（訪問看護師に）教えてもらったりとかっていうのはありますかね。」と語っており、訪問看護師も、「（一緒に訪問することで）ヘルパーさんのできるところも確認できるし、できないところは、看護師がちょっとサポートしながら、必要な助言というか、必要なことをお伝えしていける」と語るなど、訪問看護師からヘルパーへの＜学びの提供＞が行われる状況もあった。

与薬に関する連携を行うにあたり、顔の見える関係をつくり感謝の言葉を伝えるなど、信頼関係を築きあげるための一助となる行動が抽出された。加えて、やり取りの中で相談し学習していくなど、個人の能力を向上させることによってより連携を推進させ、他の在宅療養者のケアの質向上へと拡大していくような内容も抽出された。これらは、連携を行うにあたっての基盤を作る行動としてまとめられた。

表7 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
情報の共有と統合	薬剤情報の共有	処方内容について情報を共有する
	与薬の問題点の共有	与薬に関する問題点を担当者間で共有する
	ヘルパーのもつ生活情報の共有	ヘルパーが得た訪問看護師が知らない療養者の情報を共有する
	訪問看護師の医療的アセスメントの共有	看護師がアセスメントした情報をヘルパーと共有する
	与薬内容のルール化	療養者の状態に合わせた薬の使用についてルールを決めて具体的に共有しておく
役割を分担、補完しながら共に与薬する	与薬方法の工夫と調整	服薬方法や回数を単純化し、訪問時間を調整する
	ヘルパーによる与薬	看護師が薬をセッティングし、ヘルパーが服薬確認をする
	訪問看護師による与薬と医療的アセスメント	薬管理についてのアセスメントは看護師が行う
	共同での与薬方法の検討	服薬の方法について共に試行錯誤する
	薬剤師による与薬	薬剤師に与薬の一部を担ってもらおう
	ケアマネジャーによる連絡	ケアマネジャーに橋渡しをしてもらう
与薬を行うための共有ツールの作成と活用	共有の配薬アイテムの活用	配薬アイテムを使用する
	共有の連絡アイテムの作成と活用	連絡ノートを活用する
連携の基盤作り	連絡手段の確保	電話やメールでタイムリーに連絡する
	頻繁なコミュニケーション	普段からコミュニケーションをとり、信頼関係を築く
	顔を合わせる場の確保	担当者会議など顔の見える機会をつくる
	感謝の言葉	感謝の言葉を伝える
	相談しやすい関係作り	訪問看護師がヘルパーの相談相手となる
	学びの提供	ヘルパーの学びに繋がるような訪問看護師の関わり

3) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の前提となる要素

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の内容のほか、連携の前提となる要素として4カテゴリー、10サブカテゴリーを得た(表8)。連携の実践内容とは

異なる要素となるが、インタビュー内容から、連携をすすめるにあたり意識しておくことが必要となるものであると考えられたため、結果として抽出した。

以下、得られたカテゴリーを【 】、サブカテゴリーをく >、語りの内容を「 」に示す。

(1) 【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】

【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】は、与薬に関して訪問看護師とヘルパーが連携する必要性が発生する状況を表す。

訪問看護師とヘルパーが与薬に関して支援している在宅療養者には、「糖尿病で、網膜症で視力がすごく弱くなってる独居の人（で、インスリン自己注射の見守りと声かけが必要である）」といったく与薬に関して医療と生活の複合的な課題を有する状態>があることが語られた。他に、「お通じのコントロール」が必要であるため、下剤などく症状にあわせた薬剤の調整が必要な状態>や、「薬の量がばく大な量飲んでる方」などくヘルパーだけでは支援できない処方内容>あることが語られた。

医療職である訪問看護師の支援と、生活の中で服薬を続けていくためのヘルパーの支援の両方を必要とする状況が抽出された。

(2) 【与薬の方向性の統一】

【与薬の方向性の統一】は、訪問看護師とヘルパーの両者が在宅療養者を中心に支援していくという統一した方向性をもっていることを表す。

「利用者さん（在宅療養者）が主人公なので、より良い生活をしてほしいという思いが、統一した、目標がある程度定まったケアがあれば」というように、連携のためにはく療養者を中心に与薬の方向性を統一する>ことが必要であると抽出された。

(3) 【医療と介護の各専門職の理解】

【医療と介護の各専門職の理解】は、訪問看護師とヘルパーが、与薬に関して各専門性の中でそれぞれが担える範囲と、専門性の中で求められていることをお互いに理解している状況を表す。

「下剤とかちょっとした薬だったらそっち（ヘルパー）でやってみたいな感じが結構あって。私ら（ヘルパー）が例えば、お薬カレンダーを触って薬を1週間抜いといてとかっていうことって、すごく違和感があって。」と、下剤であってもヘルパーで判断して調整するのは違和感があるという認識がヘルパーから語られたほか、「そこで（ヘルパーが）判断するところではないかなっていうのは、そのときもちょっとお伝えはさせてもらってました。」と、判断する部分はヘルパーでは難しいということを訪問看護師も語っていた。くヘルパーの医療的判断の困難さの理解>が必要とされていた。

また、「ばたばたするの、あるじゃないですか、ピコ（スルファエナトリウム）とか。あれはヘルパーができないので、1滴とか5滴っていうのは、私たちできませんって断られてしまうので」と、資格や訪問時間の制約によってく専門職の責任範囲の理解>も必要とされていた。

く専門職の責任範囲の理解>により、たとえばヘルパーが昼に訪問した際に降圧剤等が入った朝の内服薬を飲み忘れていたことを発見したがそれを昼に勝手にヘルパー判断で服薬させることはできないので「前もって訪問看護師さんから（対応方法を）聞いておいたら、ありがたい」とヘルパーが訪問看護師に依頼するなど、く役割の補完方法の理解>も必要とされていた。

そのほか、「ヘルパーさんもやっぱりそれ（誤嚥しない内服方法）知りたかったんちゃうかなとか思ったり」というように、くヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解>など、各専門職が資質を向上するために何が出来るかを知ることについても語る

れた。

訪問看護師とヘルパーがお互いの専門性の中でどの範囲のことが出来るのかを知り、お互いの出来ない範囲を補い合うすべと、出来る範囲をいかに伸ばしていくのかを知ることにに関する内容が抽出された。

(4) 【他機関に所属する職種間の関係性】

【他機関に所属する職種間の関係性】は、連携のしやすさ、しにくさに関連していくような職種間の関係性や、所属機関同士の関係性に関して、訪問看護師とヘルパーがそれぞれに捉えている内容を表す。

「飲めるか飲めないかっていうのはやっぱりヘルパーさんにかかっているようなところも多少あって、協力なしにはなし得ないのかなんかという事は思ってます。」「ヘルパーさんと患者さんって、やっぱり大切な存在やねん、お互いが。」というように、＜大切なチームの一員としての意識＞をもっている状況が語られた。

別々の機関に所属することと、職種が違うという部分が影響し、「やっぱり訪問看護さんのところに連絡をするっていうのが、いつでも電話するとお忙しいのかなとか遠慮したりなんかして、そういうところもある。」というような、＜他事業所間の遠慮＞がある部分も語られた。

共に在宅ケアを行う存在として大切に思い関係性を意識する一方で、所属する機関や職種が違うために相手の様子がわかりにくく、連絡をとるのに遠慮してしまうというような関係性が抽出された。

表 8 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の前提となる要素

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態	与薬に関して医療と生活の複合的な課題を有する状態	認知症、独居、寝たきりや服薬拒否など、薬剤の管理に支援が必要な身体的、精神的、社会的状態がある
	症状に合わせた薬剤の調整が必要な状態	身体状況に合わせて薬の内容や量を変更する必要がある療養者である
	ヘルパーだけでは支援できない処方内容	薬の種類が多いなどヘルパーだけでは支援が難しい処方内容である
与薬の方向性の統一	療養者を中心に与薬の方向性を統一する	療養者を中心に与薬の方向性を統一する
医療と介護の各専門職の理解	ヘルパーの医療的判断の困難さの理解	医療的な判断はヘルパーは難しいことを知る
	専門職の責任範囲の理解	お互いの出来る範囲・出来ない範囲を知る
	役割の補完方法の理解	お互いに出来ない範囲をどのように支え合うか知る
	ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解	ヘルパーの薬剤知識や服薬介助に関する学習ニーズを知る
他機関に所属する職種間の関係性	大切なチームの一員としての意識	大切な療養者を一緒にみるチームの一員として相手を意識する
	他事業所間の遠慮	職種間、他事業所間の様子の

		分かりにくさや遠慮がある
--	--	--------------

4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の効果

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の内容、連携の前提となる要素に加え、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の効果について、3 カテゴリー、9 サブカテゴリーを得た(表 9)。連携の要素と同じく、連携の実践内容とは異なる要素であるが、連携が適切に行われたかどうかの評価となる重要なものであると考えられ、結果として抽出した。

以下、得られたカテゴリーを【 】、サブカテゴリーをく >、語りの内容を「 」に示す。

(1) 【多機関、多職種ของทีมケアの向上】

【多機関、多職種ของทีมケアの向上】は、与薬に関して訪問看護師とヘルパーが連携することにより得られる、訪問看護師とヘルパーの信頼関係の構築と、他の在宅療養者への支援を含むケアの質向上がみられる状況を表す。

訪問看護師は、「生活を見てるっていう面では、ヘルパーさんがやっぱ訪問行く回数も多いですし、よく見てくれてるなと思います。」と、ヘルパーへの信頼を語っており、ヘルパーも、「厳しいことを言ってくれるのも看護婦さんかな。お客さん(在宅療養者)に対して、なかなかヘルパーは厳しいことは言えないので」と、訪問看護師への信頼を語っていた。<専門職としての信頼の高まり>があった。

連携が上手く出来ることによって、「(連携を)やり始めると、結構ちょっとしたことでも連絡もらったりとか、こんな状態の変化があって、薬だけじゃなくて症状なども教えてくれたりとかする」など、<仕事のしやすさの向上>が語られた。また、「他の、家の人の困ったことも、その看護婦さんに聞けたりとかして、それもある。こんな人がいるんだけどっていうお話が先生とかにどうやって言ったらいいか、看護婦さん入ってないおうちの人の相談とかをさしてもらったりっていうのもできたりする」など、<他の療養者への連携の拡大>が発生する状況もあった。

そのほか、「そのヘルパーさんは、なんかちょっとインスリンがいつもと違う場所にあったとか、ご飯が食べれてない、食べれてないというか、食べようとしなくて、なんか気づいたときに、こちらにすぐ現場から電話をくれたので、だったらちょっとこうしてくださいとか、それについてこっちで確かめますとかって、対応がすごく早くできたんです。」というように、<スムーズな対応>が可能となることが語られた。

訪問看護師とヘルパーが上手く連携することによって、「難病の方とかターミナルが多いので、24時間緊急も」と、病状が不安定であったり、緊急時対応の多い<困難事例への対応力向上>の状況も語られた。

信頼関係が築き上げられたことにより、チームとして様々なケースへ対応していけるようになる状況をまとめた。

(2) 【療養者の病状や生活の安定】

【療養者の病状や生活の安定】は、訪問看護師とヘルパーが連携することにより、与薬が適切に行われるようになり、在宅療養者の病状と生活が安定する状況を表す。

「毎日きちんと飲める状態にはなりました」とヘルパーは語っており、<正しい与薬>が実現される状況があった。きちんと内服ができるようになるだけでなく、「ヘルパーさんを入れたことによって、確実に飲む、きちんと飲む回数が増えて、血圧とかも落ち着いた。」と訪問看護師は語っており、訪問看護師とヘルパーが上手く連

携して与薬を行えたことにより、＜療養者の病状安定＞が起きていた。

訪問看護師とヘルパーの連携によって与薬が適切に行われ、療養者の病状安定とともに生活の安定が得られた状況が抽出された。

(3) 【役割の解放】

【役割の解放】は、与薬という医療に関する支援を訪問看護師とヘルパーが連携して行うことにより、ヘルパーが専門性の中でケア技術を高めることができ、訪問看護師の信頼のもと、訪問看護師の役割の一部をヘルパーに解放することができる状況を表す。解放するとは、訪問看護師が役割をヘルパーに全て任せる役割の移譲ではなく、訪問看護師の責任の下、ヘルパーに一部の役割を担ってもらう状態を表す。

「緊急時が全て私たち（訪問看護師）の所にくるけど、ファーストコールがヘルパーさんっていうのに、サ高住の人なんかは。で、ヘルパーさんがまず1次対応してくれるっていう、そこまでにみんな育ってきてる」と訪問看護師は語っており、多くの在宅療養者で訪問看護師が担っている＜ヘルパーへの訪問看護師の役割の一部解放＞が可能となるまでにヘルパーの質が向上し、役割を訪問看護師の責任のもとヘルパーに担ってもらうことができている状況があった。

ヘルパーも、「随分いろんなやり取りはあったんですけど、その中から本当に信頼関係もあっていて、こんな時間に電話がかかってきて、いつから来て、これ定期巡回とか言っていて、薬のことだったりターミナルの人とかだったりっていうのはさせてもらって。」と語っており、＜ヘルパーの役割の拡大＞がなされていることを実感していた。

訪問看護師とヘルパーの間に信頼関係が構築されたことにより、それまで訪問看護師が役割としていた部分の一部を訪問看護師の責任のもと、ヘルパーに安心して解放できるようになった状況が抽出された。

表 9 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の効果

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
多機関、多職種 のチームケア の向上	専門職としての信頼の高まり	相手を専門職として信頼する
	仕事のしやすさの向上	信頼関係ができ、仕事がしやすくなる
	他の療養者への連携の拡大	他の療養者の相談もできるようになる
	スムーズな対応	ヘルパーと看護師の良い関係性が出来ると各ケースにすばやく対応できるようになる
	困難事例への対応力向上	困難事例への対応ができるようになる
療養者の病状 や生活の安定	療養者の病状安定	与薬が適切に行われ、病状が安定する
	正しい与薬	飲み忘れや誤薬がなくなる
ヘルパーへの 役割の解放	ヘルパーへの訪問看護師の役割の一部解放	ファーストコールをヘルパーに任せられる
	ヘルパーの役割の拡大	ヘルパーが対応できる範囲が増える

5) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

インタビューで得られたカテゴリー、サブカテゴリーと、概念分析で得られた

要素とを統合し、以下の通り、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。(図5)

インタビュー結果で得られた【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】、【与薬の方向性の統一】、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性】の4つは、概念分析で得られた先行要件の、【医療と介護の連携ニーズ】、【療養者中心の態度】、【医療と介護の各専門職の理解】、【別々の機関に所属する職種間の関係性】と内容が対応するため、連携モデルでは、『連携の前提となる要素』として上記4つのカテゴリーを配置した。【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】は、【医療と介護の連携ニーズ】と対応し、【与薬の方向性の統一】は、【療養者中心の態度】と対応し、【医療と介護の各専門職の理解】は、【医療と介護の各専門職の理解】と対応し、【他機関に所属する職種間の関係性】は【別々の機関に所属する職種間の関係性】と内容が対応していた。

『連携の前提となる要素』の【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】、【与薬の方向性の統一】、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性】の4つは、概念モデルと同じく、『連携の実践内容となる要素』の実践によって内容が変化していく状況がインタビュー結果から読み取れたため、『連携の実践内容となる要素』との間に双方向の矢印を配置した。

【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】の3つは、概念分析で得られた属性の、【機関や職種を越えた情報の共有】、【各職種で役割と機能を分担しながら共に行う】、【コミュニケーションのための資源を活用する】と内容が対応するため、連携モデルでは、『連携の実践内容となる要素』として配置した。【情報の共有と統合】は、【機関や職種を越えた情報の共有】と対応し、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】は、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】と対応し、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】は、【コミュニケーションのための資源を活用する】と内容が対応していた。概念分析では抽出されなかったが、インタビューで新たに抽出された内容として、【連携の基盤作り】があった。【連携の基盤作り】は、連携の中で実践される内容の語りから抽出されたカテゴリーであるため、【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】の3つとともに、『連携の実践内容となる要素』に配置した。

概念分析では、【機関や職種を越えた情報の共有】、【各職種や機関で役割と機能を分担しながら共に行う】、【コミュニケーションのための資源を活用する】の3つの要素が3本柱となっていくというモデルが作成されたが、インタビュー結果を踏まえ、『連携の実践内容となる要素』の各項目は以下のような関連性をもつものとして配置した。まずはじめに、【情報の共有と統合】により具体的な与薬の方法が共有されたのち、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践が始まる。【役割を分担、補完しながら共に与薬する】際には、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】も行われる。【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】により、また新たな【情報の共有と統合】が行われ、更なる【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践へつながる。3つの要素間に矢印を配置することで、順番に3つの要素を実践しながら何度も繰り返されていく状況を表した。

【連携の基盤作り】は、『連携の実践内容となる要素』の他の4つの項目とは独立して行われる実践内容であった。【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】の3つがより上手く機能していくための基盤となる実践であることから、『連携の実践内容となる要素』の一番下に独立して配置をした。

インタビューで得られた【多機関、多職種のチームケアの向上】、【療養者の病状や生活の安定】、【役割の解放】の3つは、概念分析で得られた帰結の【在宅ケアの質向上】、【機関を越えた多職種でのチーム力向上】、【役割の解放】と対応したため、『連携の効果』として配置した。概念分析で得られた【職務満足】に対応する内容はインタビュー結果からは抽出されなかった。

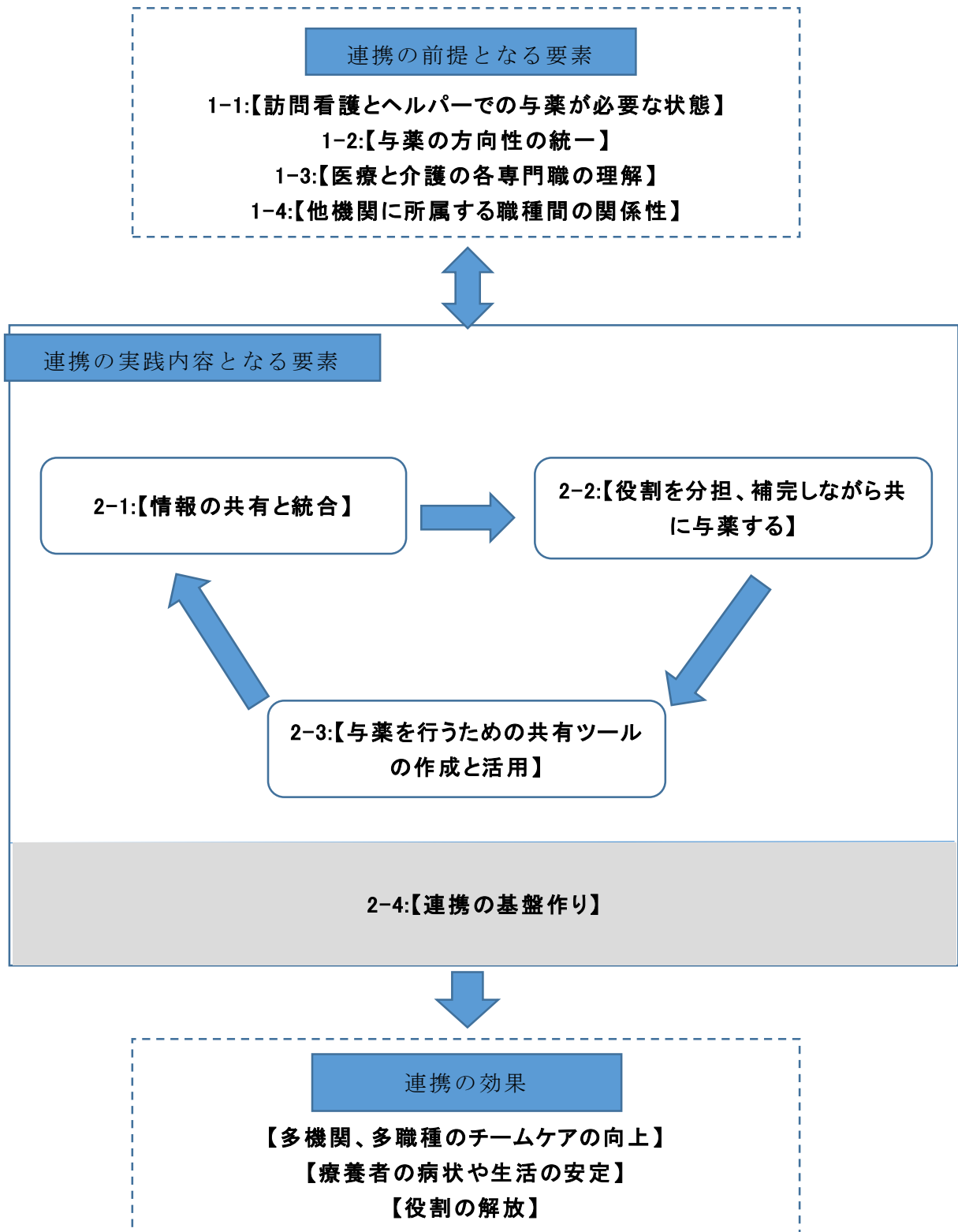


図 5 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

5. 考察

1) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの特徴

インタビューの結果、概念分析では得られなかった与薬という部分に焦点のあつた結果が複数得られた。

【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】では、医療的な面で訪問看護師の支援を必要とするような、身体状況や精神状況に合わせた処方内容であるといった医療ニーズがあり、独居で認知症のため服薬に介助が必要であるといった介護ニーズがある状況があつた。【医療と介護の各専門職の理解】では、薬に関する判断は医療職である訪問看護師が担わなければならないと訪問看護師もヘルパーも捉えていることや、ヘルパーが薬の知識や各ケースに合った服薬介助の方法について学習したいと捉えていることが明らかとなった。【情報の共有と統合】では、共有する情報の中に処方内容についての情報共有があり、与薬に関する問題点と具体的な与薬方法の共有があつた。事前の情報共有だけではなく、与薬を行う中でヘルパーが捉えた在宅療養者の情報の共有、訪問看護師が行ったアセスメント内容の共有も実践内容として明らかとなった。馬木ら（2017）は、医療職と介護職が連携して与薬を行うためには、薬剤に関する情報共有が必須であり、連携上の課題になる部分が多いことについて述べている。今回のインタビューでは、ヘルパー側も薬剤の知識や訪問看護師のアセスメント内容を知りたいというニーズがあること、連携の実践内容として、事前の薬に関する情報共有が必要となることが明らかとなり、それらが与薬に関する連携のために大切な要素であることがわかつた。

【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、訪問看護師がセッティングやアセスメントを担い、ヘルパーが服薬確認を担うなどの具体的な役割分担とともに、訪問看護師とヘルパーが共に試行錯誤する状況、ケースによっては、役割分担を薬剤師やケアマネジャーといった多職種にも担ってもらふ状況が明らかとなった。与薬は、薬に関する支援である特徴から、薬剤師の役割が大きく期待されているところであり、薬剤師による支援や、多職種連携の研究が複数見られる（梨木ら、2018；定村ら、2018；雑賀、2018）。全てのケースで薬剤師が訪問する状況にはなっていない（高田ら、2015）にせよ、薬剤師との連携も一つの要素となつていた。

【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】は、具体的には、服薬カレンダーを使用するなどのことを指す。「お薬カレンダーによる“薬の見える化”は、患者だけでなく家族や訪問介護等の誰もが薬の忘れに気づきやすい方法の一つであり導入もしやすい。」（梨木ら、2018）との文献もある。単なる情報の共有によって各機関の各専門職がそれぞれに必要な活動を行うだけではなく、個々に役割分担の中で活動しながらも、与薬という一つの同じ支援を行うにあたって共有できるグッズを使うという点は、与薬に関する連携に特有のものとして明らかとなった。

連携の概念分析で得られた要素に対応する内容に加え、今回のインタビューでは【連携の基盤作り】が新たな要素として明らかとなり、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの要素として配置された。

【連携の基盤作り】は、コミュニケーションを取ったり感謝の意を伝えたりと、信頼関係の構築につながる実践内容とともに、相談や学習によって個々の能力を向上させるような関わりとして明らかとなった。多職種のコミュニケーションの促進が服薬管理の質向上に繋がったとする文献があり（Krause ら、2019；Mahlknecht ら、2016）、須田ら（2014）は、有効な連携のために大切なこととして、「信頼関係、学ぶ姿勢、医療情報の共有」の3つを挙げている。コミュニケーションをとって信頼関係を築くことは、連携を促進させる基盤となることがわかる。また、相談することや学習することは、実践共同体でいう、「自律的な学び」（上林ら、2015）ともいえる。【連携の基盤作り】の内容は、所属機関や職種を越えた実践共同体を作り、連携の中で個人が学んでいく基盤となる要素といえるのではないかと考えられた。

今回作成した与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの内容において、【医療と介護の各専門職の理解】の中で、ヘルパーが薬剤の知識に関する学習のニーズを持っていることが明らかとなり、【連携の基盤作り】の中で、訪問看護師がヘルパーの学習の資源となる部分があることが明らかとなった。訪問看護師とヘルパーの連携場面を自律的な学びの場面としてみたときに、与薬に関する連携という特徴から、医療職である訪問看護師の持つ知識や技術を連携の中でヘルパーが学習していくという状況が色濃くなっているが、訪問看護師も、【医療と介護の各専門職の理解】の中でヘルパーのできることできないことを知ることでお互いの出来ない部分をどのように補い合うかを学び、【情報の共有と統合】の中でヘルパーしか知らない在宅療養者の情報を得てアセスメントが変化したりというような学習が起きている。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携は、自律的に学びあう実践共同体であるといえるのではないかと考えられた。

2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの今後の活用

本研究で作成した与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを実践で活用することで、訪問看護師とヘルパーがお互いの実践能力を高め、チームケアを促進させていくことができる可能性が考えられた。今回は、モデルを作成したのみであり、実際に現場で運用することによるモデルの有用性の検証と、更なる精錬を行う必要がある。

第Ⅱ章 研究 2—与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの有用性の検討

1. 研究目的

研究 2 の目的は、研究 1 で作成したモデルを実際に運用し、その有用性を検討することとした。

2. 研究デザイン

事例介入研究

3. 研究方法

1) 研究協力者 (図 6)

- (1) 訪問看護師：ヘルパーと連携しながら与薬を行う在宅療養者を担当する訪問看護師。職位、勤務形態は問わなかった。
 - (2) ヘルパー：(1)の訪問看護師と連携しながら与薬を行うヘルパーの担当者。職位、勤務形態、取得資格は問わなかった。
 - (3) 在宅療養者：(1)、(2)が連携して与薬を行っている在宅療養者。要介護度、疾患は問わなかったが、研究協力について意思表示ができる方とした。
- (1)～(3)を 1 組とし、5 か所の訪問看護ステーションに協力を依頼した。

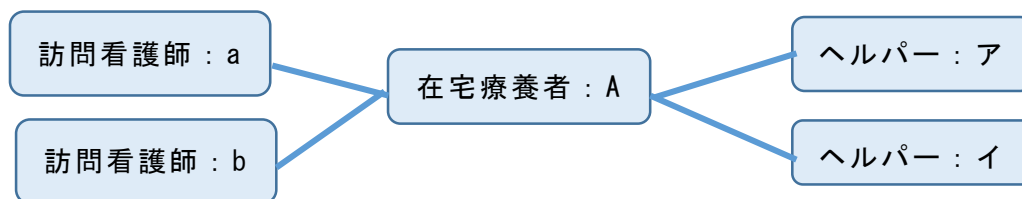


図 6 研究協力者イメージ

2) 研究協力者の選定方法 (図 7)

W 県 Y 市、Z 市の 5 か所の訪問看護ステーション管理者に、訪問看護師とヘルパーが共に与薬に携わっている利用者と、その利用者を担当する訪問看護師全員、および訪問介護事業所を紹介いただく機縁法により研究協力者を得た。

① 在宅療養者と訪問介護事業所の紹介の依頼：

訪問看護ステーション管理者に書面（資料 11、16、26）と口頭で研究協力候補者となる訪問看護師、在宅療養者、訪問介護事業所の紹介を依頼した。新型コロナウイルス感染拡大防止のため、書類を送ってよいか確認の電話をした上で書類を郵送し、届いたところに電話にて依頼を行った。

まず研究協力者となる在宅療養者に、研究協力は自由意思であることを説明してもらい、氏名と連絡先を研究者に知らせてよいかどうかを聞いてもらった。その際、なるべく平易な言葉でわかりやすく説明してもらうとともに、管理者の方から利用している訪問介護事業所の名前と連絡先を研究者に知らせてよいかどうか合わせて聞いてもらった。（資料 11 に詳細記載）

在宅療養者から了承が得られた場合には、在宅療養者、担当する訪問看護師、

訪問介護事業所、在宅療養者の名前と連絡先を知らせてもらった。

②訪問介護事業所サービス提供責任者への依頼：

紹介を得た訪問介護事業所サービス提供責任者に連絡をとり、書類(資料 12、16、26)を郵送した。後日電話にて、研究協力候補者となるヘルパーの紹介を依頼した。その際、研究は自由意思であることを説明したうえで、担当ヘルパー全員に、氏名と連絡先を研究者に知らせてよいかどうか確認してもらった。(資料 11 に詳細記載)

研究者に氏名と連絡先を知らせてよいと了承が得られた担当ヘルパーの氏名と連絡先を、サービス提供責任者から知らせてもらった。

③在宅療養者、ヘルパー、訪問看護師への依頼：

紹介を得た在宅療養者、ヘルパー、訪問看護師と連絡をとり、研究協力を依頼する。新型コロナウイルス感染拡大防止のため、訪問看護師には資料 12、16～21、23～28 を、ヘルパーには資料 14、16～20、22、24～28 を郵送したうえで、電話にて研究目的、方法及び研究協力は自由意思であることを説明した。署名された同意書(資料 18)の返送をもって研究協力者とした。在宅療養者は、郵便物の受け取りや保管、署名に手助けが必要となることが予測されたため、感染予防に十分に配慮しながら研究者が資料 15、17、18、を持って自宅へ訪問し、文書(資料 15)と口頭で説明の上、同意書(資料 17、18)への署名をもって研究協力者とした。在宅療養者、ヘルパー、訪問看護師の 3 者に同意を得られた場合に、その 1 組を研究協力者とした。

①～③を繰り返し、3 訪問看護ステーションから 4 組 6 事例の研究協力者を得た。

同じ在宅療養者を担当する訪問看護師全員、ヘルパー全員に研究協力依頼したが、全ての担当者より同意が得られずとも、訪問看護師、ヘルパー、在宅療養者がそれぞれ 1 名ずつ揃っていれば研究協力者とした。なお、3 者いずれかの研究協力候補者の同意が得られなかったために研究協力が不要になった場合は、同意が得られなかった研究協力候補者が誰であるかは特定できないように配慮しながら、他の研究協力候補者に対し研究者からその旨説明を行った。

3) データ収集期間

令和 3 年 5 月～10 月

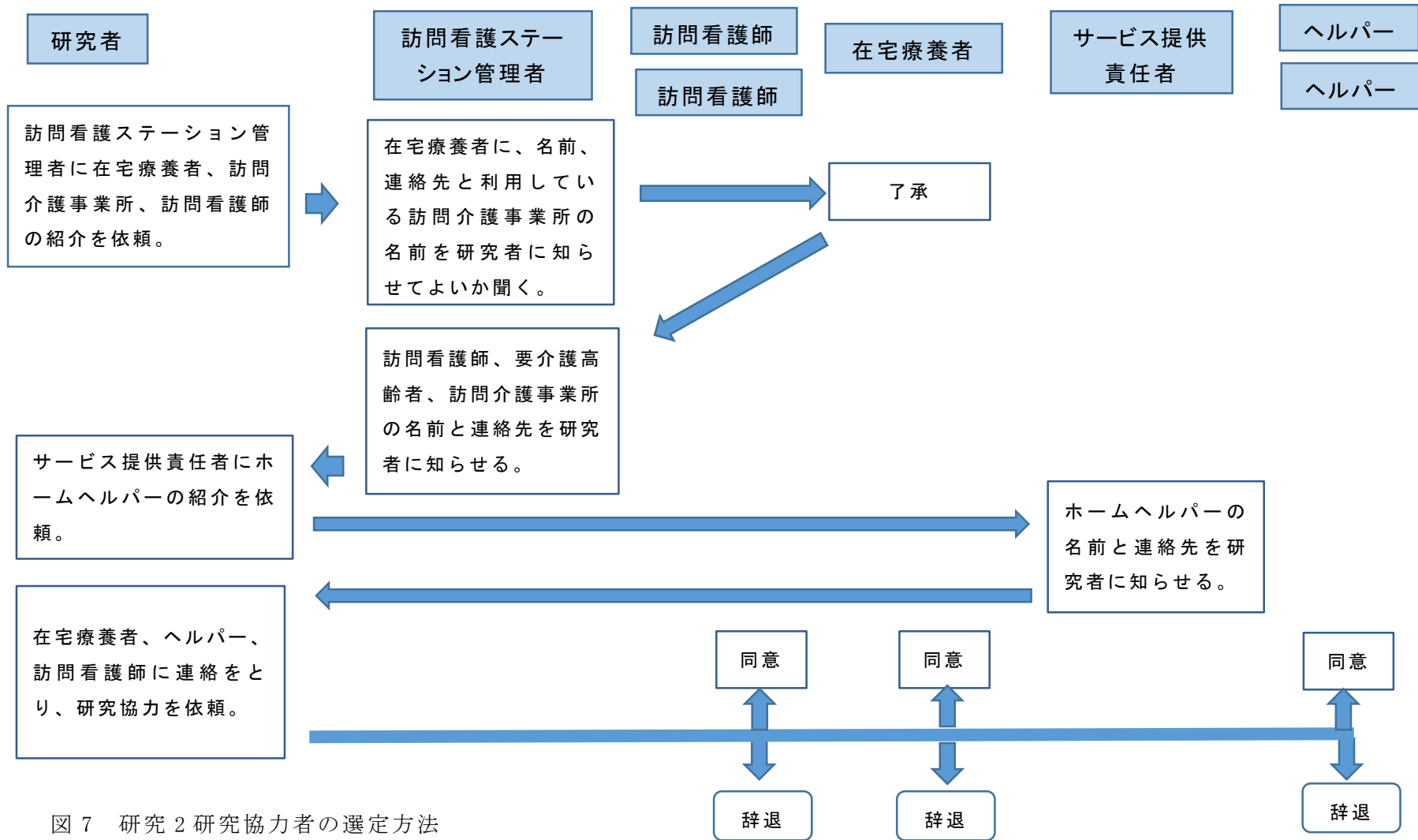


図7 研究2 研究協力者の選定方法

4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

研究1では、訪問看護ステーション管理者15名、訪問介護事業所サービス提供者責任者13名にインタビューを行った結果、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携について、12カテゴリー、43サブカテゴリーを得た。概念分析で得ていた連携の要素と研究1で得たカテゴリーとを統合し、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。研究1で作成した与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルには、帰結にあたる『連携の効果』が明記されていたが、本研究では、『連携の効果』の部分は提示せず、モデル運用のアウトカムとして、調査項目に含めた。

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、4項目から成る連携の前提となる要素、5項目から成る連携の実践内容となる要素で構成された(図8)。

以下、モデルの各要素について説明する。

(1) 連携の前提となる要素

訪問看護師とヘルパーが与薬に関して連携する場合の前提条件となったり、連携内容に影響を与えたりする要素。(2)連携の実践内容となる要素を実践する中で内容が変化する可能性があり、定期的に見直しが必要な項目である。

1-1: 【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態】

訪問看護師とヘルパーが与薬をすることが必要な在宅療養者の身体的、精神的、社会的状況や、処方内容があることである。

1-2: 【与薬の方向性の統一】

療養者を中心に置いてみんな方向性が統一されていることである。

1-3: 【医療と介護の各専門職の理解】

訪問看護師とヘルパーがお互いの専門性の理解の上で、各職種が出来る範囲、出来ない範囲を知っていること。また、出来ない範囲をどのように補い支えようか、各専門職の資質を向上するために何が出来るかを知っていることである。

1-4: 【他機関に所属する職種間の関係性】

大切な療養者を一緒にみるチームの一員として相手を意識すること。訪問看護師とヘルパーの関係性に加え、職種間、他事業所間の様子の分かりにくさや遠慮がある状況を意識することも含む。

(2) 連携の実践内容となる要素

与薬に関して訪問看護師とヘルパーが行う実践の内容。

①まずはじめに、2-1:【情報の共有と統合】により具体的な与薬の方法が共有されたのち、2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践が始まる。

②2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】際には、2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】も行われる。

③2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】により、また新たな2-1:【情報の共有と統合】が行われ、更なる2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践へつながる。

④2-4:【連携の基盤作り】は、他の4つの要素とは独立した実践である。訪問看護師とヘルパーが信頼関係を築いたり、お互いに成長しあえるような関わりをするなど、連携の基盤を作るための実践である。

2-1: 【情報の共有と統合】

訪問看護師とヘルパーが、与薬のために必要な情報を共有し続けることで、以下の内容を含む。

- a. 処方内容について情報を共有すること。
- b. 与薬に関する問題点を担当者間で共有すること。
- c. ヘルパーが得た訪問看護師が知らない療養者の情報を共有すること。
- d. 訪問看護師がアセスメントした情報をヘルパーと共有すること。
- e. 療養者の状態に合わせた薬の使用についてルールを決めて共有しておくこと。

2-2: 【役割を分担、補完しながら共に与薬する】

訪問看護師とヘルパーが役割を分担しながら与薬のために協働すること、また、他の職種の協力を得ることであり、以下の内容を含む。

- a. 服薬方法や回数を単純化し、訪問時間を調整すること。
- b. 訪問看護師が薬をセッティングし、ヘルパーが服薬確認をすること。
- c. 薬管理についてのアセスメントは訪問看護師が行うこと。
- d. 服薬の方法について共に試行錯誤すること。
- e. 薬剤師に与薬の一部を担ってもらうこと。
- f. ケアマネジャーに橋渡しをしてもらうこと。

2-3: 【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】

訪問看護師とヘルパーが与薬をともに行うために、配薬アイテムや連絡ノートなどを使用することであり、以下の内容を含む。

- a. 薬カレンダーを活用する。
- b. 連絡ノートを活用する。

2-4: 【連携の基盤作り】

連携が上手くすすめられるよう、訪問看護師とヘルパーが信頼関係作りのために行う言動や、連携の中で共に研鑽していく行動であり、以下の内容を含む。

- a. 普段からコミュニケーションをとり、信頼関係を築くこと。
- b. 連絡方法について事前に確認しておくこと。
- c. 顔の見える関係を作ること。
- d. 感謝の言葉を伝えること。
- e. 訪問看護師がヘルパーの相談相手となること。
- f. 訪問看護師がヘルパーの学習の資源となること。
- g. 訪問看護師とヘルパーが同じ研修に参加すること。

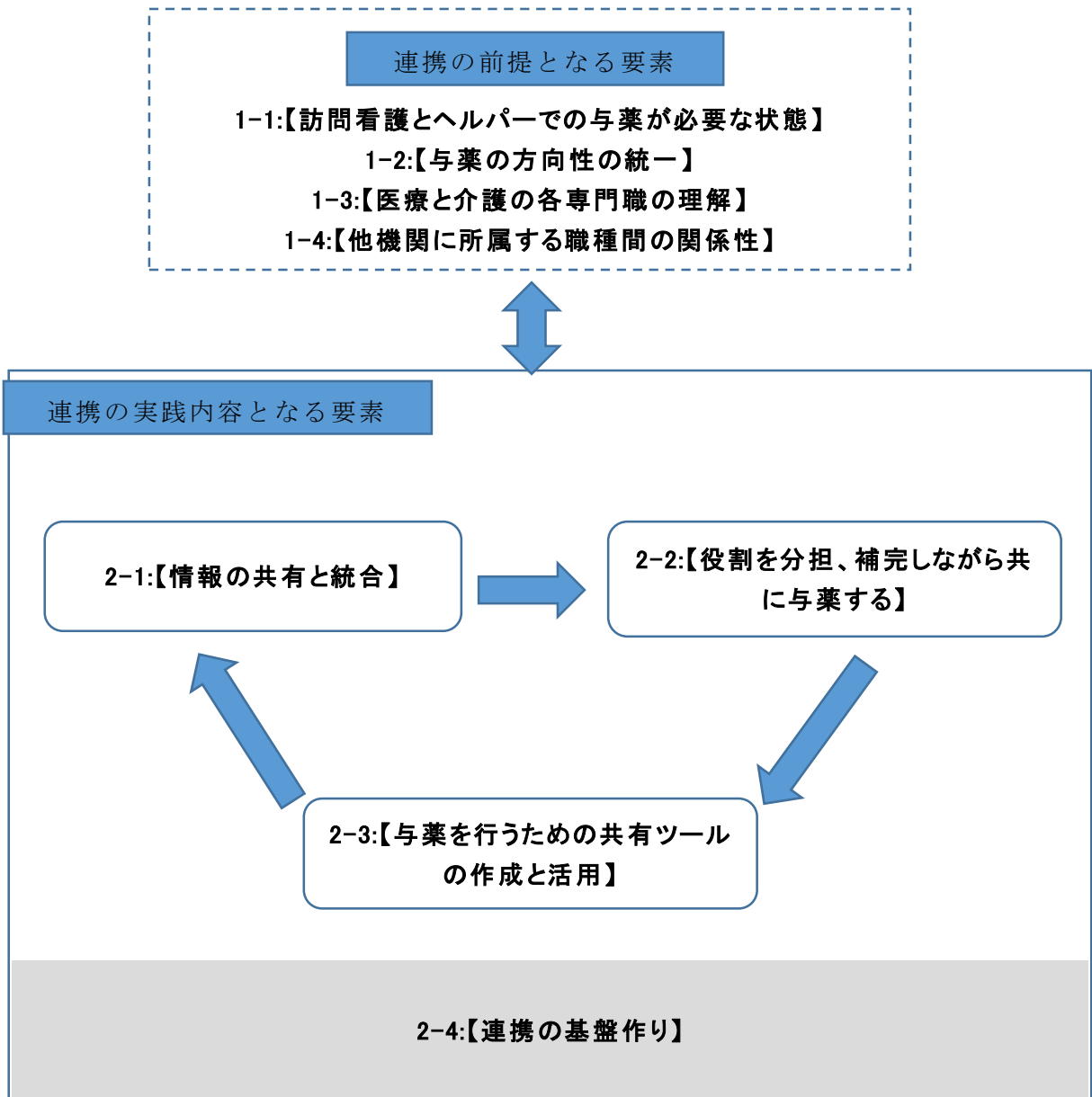


図 8 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

5) 介入方法

本研究では、研究協力者である訪問看護師、ヘルパーに与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを運用してもらうにあたり、事前に研究者が訪問看護師とヘルパーにモデルについての説明を行うことからはじめた(資料26)。また、事前のモデル説明と、研究者が作成した記録用紙(資料27、28)を使用してもらうことにより、モデルの各要素を意識した連携を行っていただけるよう方向付けた。モデル運用開始時、運用1ヶ月後にそれぞれ訪問看護師、ヘルパー、研究者の3者でミーティングを行うことにより、連携モデルを活用した連携の場づくりを行いモデル運用内容の担保につなげた(表10)。

(1) モデル運用開始前の説明

訪問看護師とヘルパーが、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの内容を理解して運用できるようにするため、研究者から説明を実施した。説明は、訪問看護師、ヘルパー個別に行った。

モデル冊子(資料26)を用い、具体例を交えながら一つ一つの項目が意図する内容と、いつ、どのように各項目を意識して実践するのかについて説明を加えた。適宜訪問看護師、ヘルパーからの質問を受け付け、理解できているかどうかを確認しながらすすめた。また、モデルの運用にあたっては、研究者が十分にフォローすること、各項目の実践内容については、2回のミーティングで研究者も一緒になって検討することを約束した。

モデル運用開始時のミーティングまでに、連携の前提となる要素(記録用紙①-1)、連携の実践内容となる要素(記録用紙①-2)の各内容についてわかる範囲で記入をしておいてもらうよう依頼した。

(2) モデル運用開始時のミーティング

モデルを使って連携が取れていくために、訪問看護師とヘルパーがモデル運用内容の情報を共有して方向性を統一させること、各職種や機関の役割分担と、与薬の方法、活用する資源、今後の連絡手段を確認しあうことを目的にミーティングを実施した。

訪問看護師、ヘルパーにあらかじめ記入してもらったモデルの実践内容(記録用紙①-1、①-2)について教えてもらい、情報を共有した。特に、連携の前提となる要素については、各職種、各機関でどのように認識しているのか、お互いに確認しあう機会とした。

連携の実践内容となる要素については、次回訪問時以降、与薬に関して何を使ってどのような手段で、どのように役割分担しながら行っていくか、また、どのような手段でどのような情報を共有していくか、各項目の内容を確認しあった。

全体を通して、的確にモデル運用がされていくよう、モデルの各項目から内容がずれている場合は研究者が助言し、修正を行った。

ミーティングが連携の基盤づくりの場となるよう、訪問看護師とヘルパーがなるべくコミュニケーションが取れるようにすすめた。

最後に、次回ミーティングの前に記録用紙①-1、①-2を一度見直し、変化があれば追加修正しておいていただくよう依頼するとともに、次回ミーティングの開催日時を調整して終了した。

(3) モデル運用初回訪問後のフォロー

モデル運用開始時のミーティングのあと、初めて訪問があった後に、訪問看護師、ヘルパー個別に電話で、記録用紙②の記入方法についてなど、何かわからないことや不具合はなかったか、確認を行った。記録用紙②に記入をしていただいた内容がモデルの内容とずれていた場合には、次回以降修正できるように声掛けを行った。

(4)モデル運用 1 か月後のミーティング

モデルを運用してみたの現状の確認、新たな課題の有無などを確認し、次回以降の連携と与薬が確実に出来るようにするための機会とした。

記録用紙②の使用状況について、訪問看護師とヘルパーから教えてもらい、モデルに沿って連携が行われているかどうか確認した。モデルから内容が逸脱している場合は、修正していけるように研究者が助言した。

モデル運用開始時ミーティングから、記録用紙①-1、①-2 の内容について変化があったかどうか、変化があったとすればどのようなことか、訪問看護師、ヘルパーに教えてもらった。教えてもらった内容を踏まえ、再度、与薬に関して何を使ってどのような手段で、どのように役割分担しながら行っていくか、また、どのような手段でどのような情報を共有していくか、各項目の内容を確認しあった。

(5)介入期間すべてを通して

訪問看護師、ヘルパーからの質問や相談には随時研究者が対応した。

表 10 研究者の介入方法

	研究者	訪問看護師、ヘルパー
運用開始前 説明	<ul style="list-style-type: none">・与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル（資料 26）の説明。・運用に当たっては研究者が十分にフォローすることを約束。	<ul style="list-style-type: none">・説明後、ミーティングまでに出来る範囲で記録用紙①-1、①-2 の記入。
モデル運用開始時ミーティング	<ul style="list-style-type: none">・連携の場作り、連携モデル運用内容のすり合わせ。・記録用紙①-1、①-2 の内容について、訪問看護師、ヘルパーとともに確認。・与薬に関して何を使ってどのような手段で、どのように役割分担しながら行っていくか、また、どのような手段でどのような情報を共有していくか確認。・訪問看護師とヘルパーの連携の基盤作りの場となるよう、コミュニケーションの促し。	
運用開始初回 訪問終了後	<ul style="list-style-type: none">・初回訪問終了後、電話で記録用紙②の記入方法などわからないことや不具合はなかったか訪問看護師、ヘルパーそれぞれに確認。	<ul style="list-style-type: none">・訪問時に記録用紙②の記入を開始。
～1 ヶ月		<ul style="list-style-type: none">・モデル運用。・モデル運用 1 ヶ月後ミーティング前に、記録用

		紙①-1、①-2について 変更があれば追加修正。
モデル運用 1 ヵ月後ミーテ ィング	<ul style="list-style-type: none"> ・連携の場作り、連携モデル運用内容のすり合わせ。 ・記録用紙②使用状況の確認。 ・モデル運用内容に齟齬がある場合は修正。 ・記録用紙①-1、①-2の追加修正内容について、訪問看護師、ヘルパーとともに確認。 ・与薬に関して何を使ってどのような手段で、どのように役割分担しながら行っていくか、また、どのような手段でどのような情報を共有していくか確認。 ・訪問看護師とヘルパーの連携の基盤作りの場となるよう、コミュニケーションの促し。 	
～2ヶ月		・モデル運用。
※すべての期間で、訪問看護師、ヘルパーからの質問や相談には随時対応。		

6) データ収集方法 (図 9)

(1) モデル運用の説明 :

作成した与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを運用してもらうため、研究協力者である訪問看護師及びヘルパーに、研究協力同意後に、資料 26 を用いて研究者がモデル運用方法についての説明を行った。説明は、スマートフォン、ノートパソコン、タブレット等の通信機器と通信環境がある場合には、zoom で、通信環境が無い場合には、電話で行った。時間は、30 分程度とした。

(2) 2 ヶ月のモデル運用 :

研究協力者である訪問看護師とヘルパーに 2 ヶ月間モデルを運用してもらった。

- ・ 処方 2 回分と想定し、モデル運用期間を 2 ヶ月とした。
- ・ 具体的には、研究者が作成した記録用紙を用いて訪問看護師とヘルパーに与薬に関する連携を行ってもらった。
- ・ モデルの各要素について記録する記録用紙①-1、①-2 (資料 27) 、毎回の訪問時に記録してもらう記録用紙② (資料 28) を用いた。
- ・ 記録用紙②は、冊子 (資料 28) を在宅療養者宅に置かせてもらい、訪問毎に訪問看護師とヘルパーに内容の確認と書き込みをしていただいた。アウトカム評価のため、正しく投薬できたかどうかについて、その都度評価できるようにチェック欄を設けた。
- ・ モデル運用開始時、運用 1 ヶ月後に訪問看護師、ヘルパーと研究者の 3 者で日程調整の上、15 分程度のミーティングを行った。
- ・ モデル運用開始時 (開始時ミーティング) は、モデルの各項目について対象となる在宅療養者にあわせた具体的な内容を共有し、今後の方向性を確認しあう場とし、記録用紙①-1、①-2 を用いて行った。
- ・ モデル運用 1 ヶ月後 (中間ミーティング) は、運用されている内容について確認しあい、モデル運用にあたっての課題があれば今後の運用内容を修正するための場とし、記録用紙①-1、①-2、2 を用いて行った。
- ・ 記録用紙①-1、①-2 は、訪問看護師あるいは研究者が各ミーティング時に話し合った内容を記入し、各訪問看護、訪問介護事業所にメールもしくは FAX で送信し、共有をした。
- ・ ミーティングは、zoom を用いて行った。zoom を使用する環境が研究協力者に無かった 2 事例のみ、研究協力者と相談の上、屋外で対面でのミーティングを行った。
- ・ ミーティングの内容は研究協力者に了承を得た上で IC レコーダーに録音し、後日逐語録に起こしたものをデータとした。
- ・ 記録用紙①-1、①-2、2 は、希望があれば電子データをメールで送り、利用いただいた。
- ・ 使用いただいた記録用紙 (資料 27、28) は、モデル運用終了後に返信用封筒 (資料 25) にて紙媒体を郵送してもらい、データとした。

(3) 多職種連携行動評価 (プロセス評価) :

2 ヶ月間のモデルの運用前後で、多職種連携行動評価尺度を用いた評価を行った。訪問看護師、ヘルパーに事前に配布しておいた多職種連携行動評価尺度 (資料 24) に回答のうえ、返信用封筒 (資料 25) にて郵送してもらった。

(4) 個別インタビュー (アウトカム評価) :

2 ヶ月間のモデル運用後、訪問看護師、ヘルパーそれぞれに個別インタビューを行い、与薬への効果、在宅療養者への効果や、モデルの使い勝手について

話を聞いた。インタビューは、各訪問看護師、ヘルパーと日時を調整して 20 分程度で行った。インタビューは、スマートフォン、ノートパソコン、タブレット等の通信機器と通信環境がある場合には、zoom にて実施した。通信環境が無い場合には、電話でのインタビューを行った。時間は、業務に支障の無い時間を設定した。研究協力者には、インタビュー内容は口外しないことを約束していただいた。インタビュー内容は、研究協力者に了承を得た上で IC レコーダーに録音し、後日逐語録におこしたものをデータとした。録音の了承が得られなかった場合には、その場でメモを取りながらインタビューを行い、インタビュー終了後にインタビュー内容を書き起こしたものをデータとした。

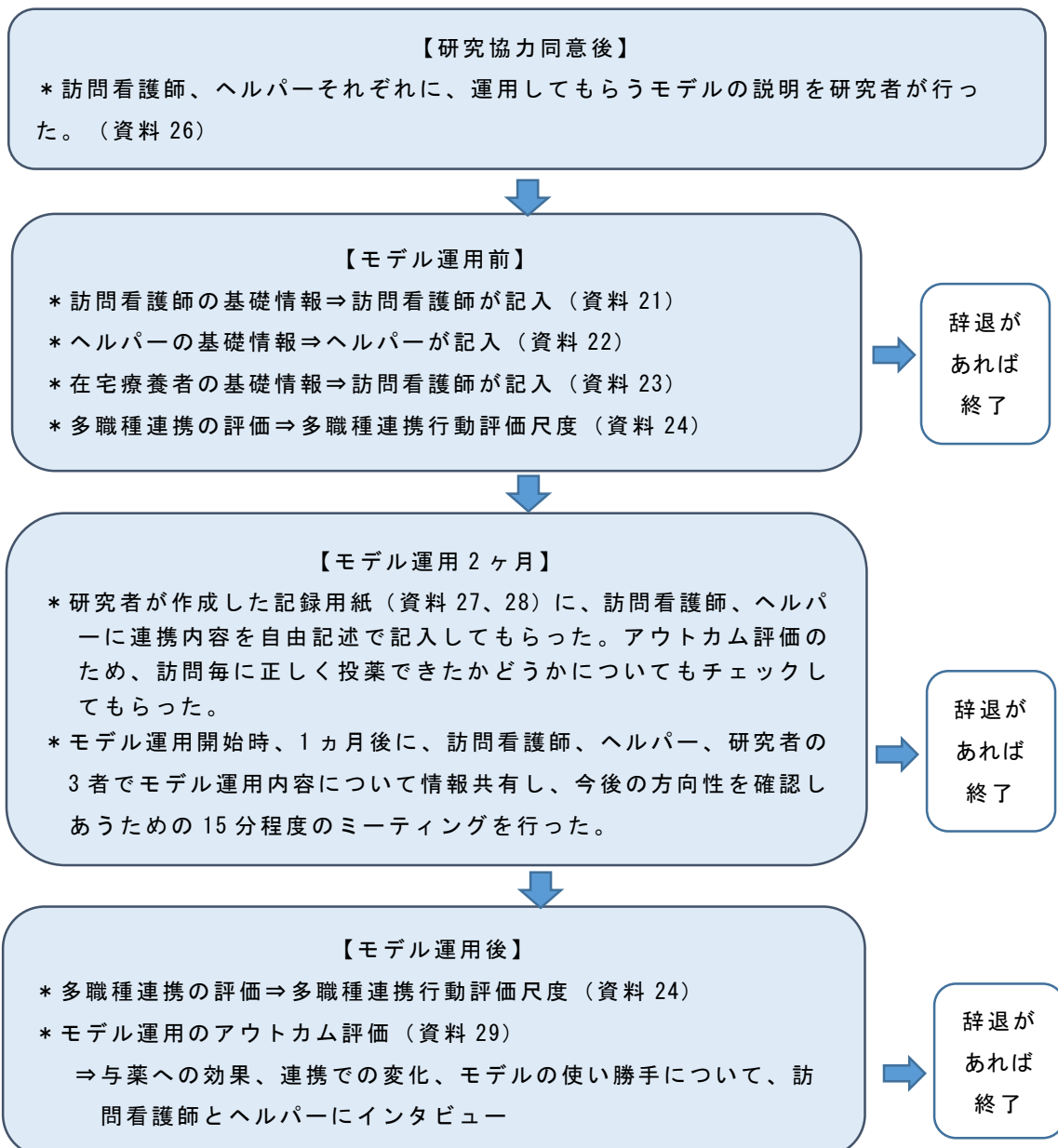


図 9 データ収集方法

7) 調査項目

- (1) 訪問看護師の属性 (資料 21) : 年齢、性別、訪問看護経験年数、取得資格、勤務形態
- (2) ヘルパーの属性 (資料 22) : 年齢、性別、ヘルパー経験年数、取得資格、勤務形態、これまでの与薬経験
- (3) 在宅療養者の属性 (資料 23) : 年齢、性別、疾患、要介護度、ADL、家族の状況、利用しているサービスの状況、使用薬剤、与薬の方法
- (4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル (資料 26~28) :

研究者が作成した記録用紙 (資料 27、28) に各訪問看護師、ヘルパーが自由記述で記入したものと、開始時ミーティング、モデル運用 1 ヶ月後ミーティングで得られた逐語録をデータとした。

なお、アウトカム評価のため、記録用紙②には正しく投薬できたかどうかに関するチェック欄を設けた。

- (5) 多職種連携の評価 (資料 24) : 多職種連携行動評価尺度を用いた。多職種連携行動評価尺度は、藤田ら (2015) が開発した、在宅ケアにおける医療職と介護職を含めた多職種連携による連携行動を評価できる尺度である。Cronbach の α 係数は 0.94、再テスト法による相関係数は 0.91 であり、信頼性、内的一貫性および再現性が確認されている。

意思決定支援、予測的判断の共有、ケア方針の調整、チームの関係構築、24 時間支援体制の 5 因子から成る 17 の質問項目で構成されている。評価は「1. まったく当てはまらない」から「5. とても当てはまる」の 5 件法で行った。

- (6) 訪問看護師、ヘルパーへのインタビュー

(モデル運用によるアウトカム評価) (資料 29) :

与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを運用してみて、与薬で上手くできたところはどこか、上手くいかなかったところはどこか。連携に関して何か変化はあったか、変化があったとすれば、どんなことがあったのか。連携を通して、相手の専門職が自身にとってどんな存在になったか。また、使い勝手がどうであったかについて伺った。

8) 分析方法

モデル運用内容の分析については、開始時ミーティング、運用 1 ヶ月後ミーティングで得られた逐語録と、記録用紙①-1、①-2、②に記載された内容を合わせて各事例で行われた連携内容について、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの構成要素に沿ってまとめるとともに、正しく投薬が行われたかどうかについて分析した。訪問看護師・ヘルパーへのインタビューは、逐語録をもとに質的分析を行った。質的分析の過程においては、質的研究に精通した複数の指導教員とともに検討を重ね、信頼性の確保に努めた。

多職種連携の評価は、職種毎のモデル運用前後の得点比較をするため、Wilcoxon の符合付順位検定を行った。加えて、職種間の得点比較をするため、Mann-Whitney の U 検定を行った。分析には、統計ソフト SPSS Ver. 23 を用いた。

9) 倫理的配慮

本研究の調査において、研究者は研究協力者に以下の倫理的配慮を行った。なお、本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

< 研究協力者の人権の擁護 >

- (1) 研究者は研究協力者に、以下に記す権利の内容を依頼書（資料 11～15）に明記し、保証した。
 - ① 研究協力者の研究協力は自由である。
 - ② 研究協力者の研究協力の拒否は自由である。また、協力を拒否した場合も不利益は生じない。
 - ③ 研究協力者が研究協力にした場合も、調査途中や調査後 2 週間までの拒否・撤回が自由である。
 - ④ 研究途中での辞退となった場合、グループでのデータ収集であるためそれまでに収集されたデータの撤回はできないことを説明の上、同意をもらう。
 - ⑤ 研究協力者が研究協力に同意した場合も、答えたくない内容については答えなくてよい。
 - ⑥ モデル運用前後で実施する多職種連携行動評価尺度は無記名で実施し、郵送法で回収することにより匿名性を保持する。
 - ⑦ 研究者は、研究協力者を ID 番号で管理し、個人が特定される情報の流出を防ぐ。また、ID 番号と本人名・連絡先等とを記した対応表（資料 31）は、下記⑬に示す場所に保管し、複写やパーソナルコンピュータ・ハードディスクへの保存を禁止する。
 - ⑧ ミーティング及びインタビュー内容は録音およびメモに残すこととするが、研究協力者の申し出により随時これを中止できる。
 - ⑨ 研究者は、調査データを本研究の目的以外に使用しない。また研究者、指導教員、データ入力代行業者以外のものがデータを閲覧しない。
 - ⑩ データ入力代行業者とは、研究データの取り扱いについて誓約書（資料 30）を取り交わし、研究データの漏洩防止に努める。
 - ⑪ 研究者もしくはデータ入力代行業者が調査内容を文書におこす際に、個人が特定される可能性のある内容は記号に加工し、プライバシーを守る。
 - ⑫ 連携モデルの記録用紙には、連携に必要であると考えられるため、研究協力者の個人名を記載して使用いただくが、記入された個人名は紙のデータを回収後ただちに黒塗りをして匿名化し、データには用いない。
 - ⑬ 研究者は調査データを、研究者が席を置く兵庫県立大学大学院の博士自習室に施錠の上保管し、個人情報流出を防ぐ。
 - ⑭ 研究者は研究終了より 5 年経過する（令和 9 年 3 月末）まで鍵のかかるロッカーに調査データを保管する。5 年経過後、紙媒体はシュレッダーにかけて廃棄する。電子媒体は、データ消去の専用ソフトを使用し、完全にデータを消去する。
 - ⑮ 研究者は、データの分析および研究成果の発表時に、研究協力者の匿名性を保証し、個人の特長につながる内容や名称等を公表しない。
 - ⑯ 研究協力者は、申し出により研究計画書の閲覧が可能である。
- (2) ミーティング及びインタビュー場所は、プライバシーが確保できる会議室等の個室とした。
- (3) モデル説明、モデル運用開始時及び中間ミーティングや、インタビューで zoom

を使用する際は、URL は単回使用とし、パスワードをかけた。接続に必要な URL をメールで送付する際にもパスワードをかけたファイルで連絡し、セキュリティを確保した。

<研究協力者に理解を求め同意を得る方法>

- (1) 研究者は研究協力者に、口頭および依頼書（資料 11～15）にて研究協力を依頼した。
- (2) 依頼時には、研究の目的、調査方法、調査内容、所要時間、研究成果の発表方法を説明し、理解を得た。
- (3) 調査を行う直前に、研究者は研究協力者に、上記（倫理的配慮）の内容を口頭および文書（資料 12、14、15）にて説明し、研究協力者の同意書（資料 17、18）への署名を受けた上で、調査を実施した。
- (4) 訪問看護師に記入してもらう在宅療養者の基礎情報は、在宅療養者の同意後にいただいた。
- (5) 調査途中で研究協力を中断する場合、あるいは調査後に研究協力を撤回する場合は、同意撤回書（資料 19、20）に署名しその旨を保証した。署名された研究者控え用同意撤回書（資料 20）は、研究者が回収に伺った。

<研究によって生じる個人への不利益および危険性の回避>

- (1) 研究者は研究協力者への依頼文書に、調査内容および所要時間を明示し、研究協力者にかかる労力的・時間的負担を知らせた。
- (2) モデル運用にあたっての問い合わせには随時研究者が対応できるよう、連絡先を明示しておいた。
- (3) 明示した所要時間を越えないよう配慮した。
- (4) モデル説明、ミーティング及びインタビュー調査日時は、研究協力者と相談の上、研究協力者および所属の訪問看護ステーション、訪問介護事業所に支障が生じない日時を選定した。
- (5) 新型コロナウイルス感染予防のため、研究協力依頼、モデル説明、2回のミーティング、インタビューは全て zoom や電話といった通信システムを用いて行い、書類のやり取り、記入済み記録用紙及び評価表の回収は、郵送で行った。
- (6) 在宅療養者は、郵便物の受け取りや保管、署名に手助けが必要となることが予測されたため、感染予防に十分に配慮しながら研究者が自宅へ訪問して行った。研究者は、日ごろから感染リスクの無い生活をした。自宅へ訪問の際は、事前に体温測定で発熱が無いことを確認した上、手指の消毒、マスクの着用、対面に座らない、換気をする、訪問は 15 分程度の短時間で行うなどの感染予防対策を実施した。

<その他>

- (1) 本研究の実施にあたり、利益相反はなかった。
- (2) 研究協力者の在宅療養者には、500 円相当の粗品を提供した。Zoom や電話によるデータ収集にかかる通信費を研究協力者に負担いただくこととなったため、訪問看護師、ヘルパーには 1000 円相当の粗品を提供した。
- (3) 本研究は、兵庫県立大学大学院博士論文として報告するほか、関連学会や学会誌での報告を行う予定であることを説明した。

4. 結果

1) 研究協力者の概要

3 訪問看護ステーション、3 訪問介護事業所から協力が得られ、連携のグループとしては 4 組、6 名の在宅療養者、10 名の訪問看護師、10 名のヘルパーが研究協力者となった(表 11)。3 組の訪問看護師とヘルパーが別々の機関に所属する関係であり、1 組が同じ機関に所属する関係であった。以下、訪問看護師、ヘルパー、在宅療養者別の概要について述べる。

表 11 研究協力者のグループの内訳

在宅療養者	訪問看護師	ヘルパー
A	a	ア、イ
B	b	イ、ウ
C、D、E	c、d、e、f、g	エ、オ、カ、キ、ク
F	h、i、j	ケ、コ

(1) 訪問看護師

研究協力者となった訪問看護師は 10 名であった。全員女性で年齢は平均 42.0 ± 7.3 歳、訪問看護経験年数は平均 3.2 ± 2.4 年であった。保健師資格を有する者が 2 名含まれ、常勤 5 名、非常勤 5 名であった。

表 12 訪問看護師の概要

	性別	年齢	訪問看護 経験年数	取得資格	勤務形態
a	女	40	6	看護師	非常勤
b	女	45	5ヶ月	看護師	非常勤
c	女	44	6	看護師	常勤
d	女	39	4	看護師	常勤
e	女	60	7	看護師	常勤
f	女	41	4	看護師	常勤
g	女	43	3ヶ月	看護師	非常勤
h	女	33	9ヶ月	看護師	非常勤
i	女	32	1	看護師、保健師	常勤
j	女	42	3	看護師、保健師	非常勤

(2) ヘルパー

研究協力者となったヘルパーは10名で、女性9名、男性1名であった。年齢は平均 52.6 ± 9.6 歳、ヘルパー経験年数は平均 9.3 ± 5.5 年であった。介護福祉士が5名、実務者研修修了者が1名、初任者研修修了者が4名であった。常勤5名、非常勤5名であり、これまでに他の在宅療養者への与薬経験のあった者が9名、今回初めてだった者が1名であった。

表 13 ヘルパーの概要

	性別	年齢	ヘルパー 経験年数	取得資格	勤務形態	これまでの与薬経験
ア	女	61	9	初任者研修	非常勤	なし
イ	女	67	4	初任者研修	非常勤	あり
ウ	女	64	12	初任者研修	非常勤	あり
エ	女	43	2.5	実務者研修	非常勤	あり
オ	女	60	21	介護福祉士	常勤	あり
カ	女	45	5	初任者研修	常勤	あり
キ	女	37	12	介護福祉士	常勤	あり
ク	男	45	5	介護福祉士	常勤	あり
ケ	女	51	15	介護福祉士	常勤	あり
コ	女	53	8	介護福祉士	非常勤	あり

(3) 在宅療養者

研究協力者となった在宅療養者は6名であった。A氏は訪問看護師:a、ヘルパー:アとイが担当、B氏は訪問看護師:b、ヘルパー:イとウが担当、C~D氏は訪問看護師:c~g、ヘルパー:エ~クが担当、F氏は訪問看護師:h~j、ヘルパー:ケとコが担当であった。

男性が4名、女性が1名であり、年齢は平均 72.2 ± 9.3 歳であった。主な疾患は、脳梗塞後遺症が2名、糖尿病が2名、腰椎圧迫骨折が1名、胸髄硬膜外血腫術後による両下肢麻痺が1名であった。要介護度の内訳は、要支援1が1名、要支援2が1名、要介護1が3名、要介護4が1名であった。6名全員が独居であり、認知機能低下を有していた。

主な使用薬剤としては、抗血小板薬を内服している者が3名、降圧剤を内服している者が5名、血糖降下剤を内服している者が2名、インスリン自己注射をしている者が1名、抗精神病薬を内服している者が1名であった。全員が薬カレンダーを使用していた。

表 14 在宅療養者の概要

ID	A	B	C	D	E	F
性別	男	女性	男性	男性	男性	男性
年齢	75	88	77	60	63	70
疾患	脳梗塞 高次脳機能障害	腰椎圧迫骨折 骨粗しょう症 高血圧症 高コレステロール 腹圧性尿失禁 認知機能低下 (Ⅱb)	胸髄硬膜外血腫 術後による両下 肢麻痺 膀胱憩室 認知機能低下	糖尿病性慢性腎 不全 糖尿病性神経障 害 左大腿骨骨折 認知機能低下	脳梗塞後遺症 (高次脳機能障 害、症候性てん かん)統合失調 症 深部静脈血栓症	2型糖尿病 脳梗塞後遺症 高次脳機能障害 前立腺癌
要介護度	要介護1	要介護1	要介護4	要支援2	要支援1	要介護1
ADL	自立 小児ポリオで車 椅子	室内伝い歩き、 屋外シルバー カー、排泄自立、 入浴一部介助、 食事自立、衣類 着脱一部介助	室内、室外は車 いす移動、食事 自立、排せつ・入 浴は全介助	屋外は電動車い す、室内はいざり or歩行器(左大 腿骨骨折後、人 工関節置換術施 行しアーム フッカーしたが 感染のため人工 関節除去。左非 加重。)	自立	自立
家族の状況	独居	独居	独居(妻が市内 在住)	独居(妹が市内 在住)	独居(姉が隣市 在住)	独居(知覚に兄 在住)
利用している サービスの 状況	デイサービス2回 /週 半日 ヘルパー4回/週 訪問看護1回/週 30分	訪問看護1回/週 訪問介護2回/週 デイサービス2回 /週	訪問看護週5回 (特別指示) 訪問入浴1回/週 訪問介護4回/週	訪問看護2回/週 訪問介護4回/週	訪問看護2回/週 訪問介護	訪問看護2回/週 訪問介護3回/週 デイサービス3回 /週
内服薬	バイアスピリン クロピドグレル ニフェジピンCR 40g アルダクトンA カルベジロール フェキソフェナジ ン	ランソプラゾール OD ニファジピンCR アルファカルシ ドール トコフェロールニ コチン酸 メコバラミン ロスバスタチン アレンドロン酸 インフリーS マナミンGA セファドール	アトルバスタチン アーチスト トラゼンタ ファモチジン マグミット	アトルバスタチン アジルバ トラゼンタ フォリアミン ノベルジン クロピドグレル	リクシアナ ランソプラゾール バルプロ酸ナトリ ウム オランザピン 酸化マグネシウ ム	ビソプロロールフ マル酸塩 アムロジピン カンデサルタン アスピリン ネキシウム ロスバスタチン カナグル ドネペジル
注射薬						ライゾデグ トルリシティ
貼付薬						ゼボラスパップ
与薬の方法	看護師が薬カレ ンダーにセットす る。毎日のサー ビス担当者が声 かけ。	看護師が薬カレ ンダーにセット。3 種類を1つの袋に まとめて日付、曜 日を記入。骨粗 しょう症の薬のみ 訪問介護が月曜 日にセットする。	1週間分を薬カレ ンダーにセット。 食事の時にヘル パーが介助で内 服。	1週間分の薬カレ ンダーを使用。ク リニックより毎週 1週間分の薬を 受け取り、透明 チャック付き収納 パックに薬を入 れ、本人へ説明 し、壁にかけられ るようセットする。	薬カレンダー使 用。 一包化したもの を1週間分セッ ト。	内服薬手渡しし て内服確認。イ ンシュリン声か け、見守り。
担当看護師	a	b	c～g	c～g	c～g	h,j
担当ヘル パー	ア、イ	イ、ウ	エ～ク	エ～ク	エ～ク	ケ、コ

2) 連携モデル運用結果

今回、連携モデル運用においては、モデル運用開始時のミーティングを実施した後、1ヶ月間記録用紙②冊子を連絡ノートとして活用してもらい、モデル運用1ヵ月後のミーティングを経て更に1ヶ月間記録用紙②冊子を用いた連携を実施してもらった。

以下、(1)モデル運用開始時ミーティング、(2)モデル運用1ヵ月後ミーティング、(3)ミーティングのまとめ、(4)記録用紙②記述内容、(5)記録用紙②のまとめ、(6)終了後インタビュー、(7)多職種連携行動評価尺度、(8)与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用結果の概要まとめ、について述べる。

なお、ミーティング及びインタビューで逐語録として得られたデータは「 」、記録用紙②の記載で得られた内容は『 』、モデルの要素は【 」、モデルのサブカテゴリーは《 》、新たに得られたモデルのサブカテゴリーは《 》、で示す。

(1)モデル運用開始時ミーティング

モデル運用開始時のミーティングにおいては、モデルを使って連携が取れていくために、訪問看護師とヘルパーがモデル運用内容の情報を共有して方向性を統一させること、各職種や機関の役割分担と、与薬の方法、活用する資源、今後の連絡手段を確認しあうことを目的にミーティングを実施した。記録用紙①-1、①-2を用いながら、研究者が司会進行し、モデルの各要素の内容について確認をする中で、参加者の発言が困難な状況があれば問いかけを工夫するなど介入しながらすすめた。

モデル運用開始時ミーティングでは、1-3:【医療と介護の各専門職の理解】、1-4:【他機関に所属する職種間の関係性】、2-4:【連携の基盤作り】の3要素が重点項目であった。研究者の介入としては、発言しやすい雰囲気作り、発言の引き出し、具体例を交えた問いかけ、話し合いの内容をまとめつつ確認すべき他の要素についての問いかけが中心であり、連絡方法の提案も一部行った。

以下、事例毎に各ミーティングで行った研究者の介入内容及び、得られたモデルの要素の内容について述べる。

①A氏

訪問看護師：a氏、ヘルパー：A氏、研究者の3名でミーティングを実施した。ミーティング時間は、10分間であった。

a. 研究者の介入内容

A氏ミーティングでは、研究者が1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】として問いかけたところ、ヘルパーから薬についての質問があり、それに答えるように訪問看護師が医療的な側面について説明をするような形でミーティングが進んだ。途中、ヘルパーからの発言が少なかったため、研究者は、「アさん(ヘルパー)の方から何かありますか?」というように、ヘルパーからの発言を引き出すよう問いかけを行い、発言しやすい雰囲気を作った。他に、2-4:【連携の基盤作り】の確認の中で、ヘルパーは、方法の変更などあればサービス提供責任者を通して連絡してもらえればよいと応じたが、「管理者さん通してもらおうほうがよかったらそれですすし、もし、急ぎでお電話でっていうのもぜんぜん構わないので。」(研究者)、「そう。事務所のほうに電話いただいたら。」(訪問看護師)、「ああ、はい。直接

か、管理者さんかで。」(ヘルパー) というように、研究者が、急ぎの場合は電話で直接連絡をしてもらっても一向に構わないことをヘルパーへ伝えた。訪問看護師も研究者の意見にすぐに同調したことにより、急ぎの用件であれば訪問介護事業所の管理者を通さずに直接連絡がとれる体制作りに繋がった。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 15)

1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】については、「一応、脳梗塞後の高次脳機能障害があってまあ独居、で内服の管理が難しいということで、発症前も、血圧の薬がのめてなくて体調不良で救急搬送されたことがあるっていうので、まあ、看護の依頼があって」(訪問看護師) というように、連携が必要な背景について、訪問看護師が訪問し始めた経緯と与薬の現状を説明することによって《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》の確認がなされた。

1-2:【与薬の方向性の統一】については、「朝の薬があるってこと自体本人が認識できてないので、前に一回、すでに無かったことがあった、で、飲んだか飲んでへんかゴミ箱も見たけどわからへんかったってことで、一応あの、責任者さんと相談して、置いておいてもらって、ヘルパー来た時点で飲むっていう方式に変えてもらった。」(訪問看護師)、「で、それからは、まあ、待ってるのかどうかわからんけどまあ。(上手くいっているのもそれだよ)」(ヘルパー) というように、ヘルパーが訪問した時点で飲んでもらう方式にした経緯と、現在の方法で問題ないことの双方での確認がなされた。その後、デイの日も統一ができるように連携することを訪問看護師が提案したところ、ヘルパーも同意。加えて、訪問看護師から、降圧剤をとりあえず飲んでもらえばよいという方向性の提示があり、ヘルパーが了承をしたことにより、《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》が行われた。

1-3:【医療と介護の各専門職の理解】については、「今、飲んでる薬が何の薬かって言う。ほかのヘルパーもあんまり把握してないみたいで。たぶん管理者も。」(ヘルパー) というように、ヘルパーから薬の内容について質問があったことから、《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》がなされた。また、「一応私は薬のセットと、薬の内容のことと、あとはもう声かけと確認とだけで。特に血圧うんぬんやから飲ませるとか飲ませないとか無いので。とりあえず飲んでいただいたらいい薬なので。ちょっとま、ずっと飲めてたら血圧も安定してくるので、やっぱりそれがあまり下がりすぎるとかあれば、こちらから先生に電話したりとかして、最近低いって報告して、先生がじゃ、ちょっとそろそろ一個、たくさん飲んでるんで、一個減らそうとか調整入るんで、そのときはまた変更になりましたっていうかたちで、お伝えはできると思うんで。それでいいかな。」(訪問看護師)「わかりました。」(ヘルパー) というように、訪問看護師が、薬の調整が必要であるか否かのアセスメント、必要時主治医への連携、薬が調整された場合のヘルパーへの連絡ができると表明し、ヘルパーが納得したことで、《専門職の責任範囲の理解》がなされた。加えて、《専門職の責任範囲の理解》の部分では、「降圧剤とか、血栓の、血液さらさらにする薬がメインで今飲んでる感じなんです。」(訪問看護師)、「それを知ってたらね。」(ヘルパー) というように、訪問看護師からヘルパーが薬剤情報を得られることを再確認する場面もあった。

1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】については、研究者からお互いの関係性について問いかけを行ったところ、「お会いするのは初めてですね。」(訪問看護師)、「そうですね。会ったことなかったんやけど。これであれかな。」(ヘルパー)、「直接訪問時の様子とかも聞けたので。」(訪問看護師)、「はい。」(ヘルパー)というように、顔を合わせるのは今回が初めてと訪問看護師から発言があり、ヘルパーは、今回顔を合わせられたのでやりやすくなったと反応するなど、《はじめての顔合わせ》であることが確認された。

c. 得られた連携の実践内容となる要素 (表 15)

2-1:【情報の共有と統合】については、「降圧剤とか、血栓の、血液さらさらにする薬がメインで今飲んでる感じなんです。」(訪問看護師)というように、訪問看護師が現在の内服薬の内容を口頭で簡単にヘルパーに説明したり、「あんまり。ポリオのほうは、今の障害の状態はそうなんですけど、実際飲んでる薬は。まあ、またあれやったら書いておきますわ。」(訪問看護師)と、ポリオの薬ではないことを訪問看護師がヘルパーに説明したうえで、現在内服している薬の内容を一覧にしたものを置いておくことを約束するなど、《薬剤情報の共有》が行われた。加えて、「ヘルパーさんってあのノートって引き出しのところですよ。」(訪問看護師)、「じゃなくって、ノートは水やの端のところにてたてかけてます。」(ヘルパー)、「あー、引き出しのところとかと思ってた。」(訪問看護師)というように、薬の内容一覧を提示するために記録ファイルの置き場所を訪問看護師がヘルパーに確認するなど、《メモの配置場所の共有》の場面があった。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、各訪問の曜日、時間と各役割の確認の中で、薬の調整が必要であるか否かは看護師がアセスメントし、必要時主治医に連携すること、薬が調整された場合は看護師からヘルパーに伝えること、ヘルパー訪問時に降圧剤を内服してもらうように支援することが訪問看護師から発言され。それを受けてのヘルパーの了承によって《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》、《ヘルパーによる与薬》の内容の確認がなされた。また、「薬こんな飲んでますって言うので一覧にして(ノートに)貼っておきますね。」(訪問看護師)というように、《訪問看護師による情報共有ツールの作成》についての約束がされた。やり取りの中で、「デイサービスさんはたぶんね、そのときもたぶん飲んでないから声かけて行ってってくれると思うんですけど。そのヘルパーさんの方式で本人がそれで認識できているんやったらそれでいいし。」(訪問看護師)、「1回だけ(薬がなくなっていたことが)あって、それから大丈夫みたい。行って飲ましています。」(ヘルパー)というように、デイサービス職員が送迎時に同じ方法で与薬するといった《デイサービス職員による与薬》についても確認がなされた。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「そこに書いてみましょうか。それか。ヘルパーさんとか、誰かが来たときに一緒に確認して飲むので置いてくださいみたいな感じでね。」(訪問看護師)、「あーそやね。ほなら飲もうと思ったときに目に入る感じ。」(ヘルパー)というように、デイの日も統一ができるように、メモを貼っておくのが良いかもしれないと訪問看護師が提案し、ヘルパーも同意をすることにより、《共有の連絡アイテムの作成と活用》についての確認がなされた。

2-4:【連携の基盤作り】については、発言を引き出すために研究者の方から問いかけを行ったところ、「ありがとうと伝える。」(ヘルパー)と、シンプルに《感謝の言葉》を伝えることがヘルパーから発言された。訪問看護師は、ヘルパーがA氏がポリオに関係する薬を内服していると思っていたことに対し、「あんまり。ポリオのほうは、今の障害の状態はそうなんですけど、実際飲んでる薬は。」(訪問看護師)というように、ポリオに関する薬ではないことをやんわりと伝えることで《相談しやすい関係作り》を意識していた。ヘルパーは、訪問看護師の発言によって、ヘルパーが考えていた薬効の薬ではないことを知り、A氏への理解が深まった。加えて、「とりあえず血圧はかったら下がってたから、飲んだのかなと思って。」(訪問看護師)、「血圧が下がってたから、ああ、なるほどね。そういう確認の仕方やな。」(ヘルパー)というように、訪問看護師が、内服確認ができなかった際に血圧をみて判断したことをヘルパーに情報提供したことにより、ヘルパーは、血圧が下がっていることで確認する方法があるということを学習するなど、《学びの提供》がなされた。最後に、「事務所のほうに電話いただいたら。」(訪問看護師)、「ああ、はい。直接か、(訪問介護事業所の)管理者さんかで。」(ヘルパー)、「さっきお渡しした名刺に番号書いてあるので、急ぎやったら、私に電話かかってくるので、直接私、電話で本人のところにかけますので。」(訪問看護師)、「はい。」(ヘルパー)というように、《連絡手段の確保》がなされた。

表 15 A氏モデル運用開始時ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	連携が必要な状態について、訪問看護師が訪問し始めた経緯と与薬の現状を説明。(A-1-1)
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	ヘルパーが訪問した時点で飲んでもらう方式にした経緯と、現在の方法で問題ないことの双方での確認。(A-1-5)
		デイの日も統一ができるように、連携することを訪問看護師が提案。ヘルパーも同意。(A-1-7)
		訪問看護師から、降圧剤をとりあえず飲んでもらえばよいという方向性の提示があり、ヘルパー了承。(A-1-10)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》	ヘルパーが「内服薬の内容について把握していないので教えてほしい」と希望。(A-1-2)
	《専門職の責任範囲の理解》	訪問看護師からヘルパーが薬剤情報を得られることを再確認(A-1-4)

		薬の調整が必要であるか否かのアセスメントは訪問看護師が行うことができると訪問看護師が表明。(A-1-10)
		必要時主治医に連携することができるという訪問看護師が表明。(A-1-10)
		薬が調整された場合はヘルパーに伝えることができるという訪問看護師が表明。(A-1-10)
1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】	《はじめての顔合わせ》	お互いに顔を合わせるの今回は初めてと訪問看護師から発言あり。ヘルパーは、今回顔を合わせられたのでやりやすくなったと反応。(A-1-11)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《薬剤情報の共有》	ポリオの薬ではないことを訪問看護師がヘルパーに説明したうえで、現在内服している薬の内容を一覧にしたものを置いておくことを約束。(A-1-3)
		訪問看護師が現在の内服薬の内容を口頭で簡単にヘルパーに説明。(A-1-4)
	《メモの配置場所の共有》	薬の内容一覧を提示するために記録ファイルの置き場所を訪問看護師がヘルパーに確認。(A-1-3)
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》	薬の調整が必要であるか否かは看護師がアセスメントし、必要時主治医に連携する。薬が調整された場合は看護師からヘルパーに伝える。(A-1-10)
	《ヘルパーによる与薬》	訪問時に降圧剤を内服してもらうように支援する。(A-1-10)
	《訪問看護師による情報共有ツールの作成》	薬の内容一覧の作成を訪問看護師が行う。(A-1-3)
		今回のミーティングで確認された内容については訪問看護師がまとめて記録する。(A-1-8)
《デイサービス職員による与薬》	デイサービス職員が送迎時に同じ方法で与薬する。(A-1-7)	
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	薬の内容一覧を作成し、ヘルパーの記録ファイルへ掲示。(A-1-3)
		デイの日も統一ができるように、メモを貼っておくのが良いかもしれないという訪問看護師が提案。ヘルパーも同意。(A-1-7)

		FAX を用いてミーティング記録をヘルパーにも共有。(A-1-8)
2-4:【連携の基盤作り】	《感謝の言葉》	ヘルパーは、感謝の言葉を伝え合うことを表明。(A-1-12)
	《相談しやすい関係作り》	訪問看護師は、ポリオに関する薬ではないことをやんわりと伝えた。(A-1-3)
	《学びの提供》	ヘルパーが考えていた薬効の薬ではないことを訪問看護師が伝えたことでヘルパーのA氏への理解が深まった。(A-1-3)
		訪問看護師が、内服確認ができなかった際に血圧をみて判断したことをヘルパーに情報提供したことにより、ヘルパーは、血圧が下がっていることで確認する方法があるということを学習。(A-1-6)
《連絡手段の確保》	訪問看護師は、積極的に細かいことでも連絡をとりあえればよいと提案。ヘルパーは、方法の変更などあればサービス提供責任者を通して連絡してもらえればよいと応じた。研究者が、急ぎの場合は電話で直接連絡をしてもらっても一向に構わないことをヘルパーへ伝えたところ、訪問看護師も研究者に同意。訪問看護師は、名刺に訪問看護ステーションの連絡先が書いてあること、急ぎの用件であればすぐに対応することをヘルパーに伝え、ヘルパーは了承。(A-1-12)	

②B氏

訪問看護師：b氏、ヘルパー：ウ氏、研究者の3名でミーティングを実施した。ミーティング時間は、18分間であった。

a. 研究者の介入内容

B氏モデル運用開始時ミーティングでは、ミーティングの導入として1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】の問いかけを行ったところ、ヘルパーが現在のB氏の服薬確認状況を詳細に話してくれたことで進行していった。訪問看護師はB氏を担当するようになってまだ日が浅く、ヘルパーの方が長年B氏を担当してきた経緯があり、ヘルパーからの情報が豊富に語られたミーティングであった。

途中、ヘルパーと訪問看護師との会話の中で言及されなかった【他機関に所属する職種間の関係性】についてのみ、「違う会社でなかなかお会いする機会もないんで

すけど、どうですか、やりとりしやすさとかしにくさとか。」(研究者) というように、モデルの要素が漏れなく確認できるよう、会話内容の軌道修正を図った。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 16)

1-1: 【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】については、「ちょっと目が悪いかもわからへんね。」(ヘルパー)と、B氏は視力が低いかもしれないこと、「大変よ。合わすのが。急にこう、ワクチンどうやった?ってきいて、え、ワクチン?って。いや、そこをこうやって。あ、そやそや、忘れてたって。」(ヘルパー)、「忘れてくるんやね、だんだんとね。」(訪問看護師)と、認知症状があることなどヘルパーが発言し、訪問看護師が納得する場面があり、《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》の確認がなされた。

1-2: 【与薬の方向性の統一】については、「お薬別にもう1日1回やから、もうヘルパーさん来たときに声かけてもらって目の前で飲んでもらったなら確実に3回は。」(訪問看護師)、「あの人はあかんねん。」(ヘルパー)、「あ、それは嫌がりますか。」(訪問看護師)、「いや、嫌がる……。でもすぐ飲むねん。ご飯食べたら、すぐ飲まなあかんわって。私が来るのが11時でしょ。で、水曜日が、10時なんですよ。10時やったら飲ませられるんですけど、11時やったら。」(ヘルパー)、「朝食食べたらもう飲んでしまってる。」(訪問看護師)、「そうそう。いつもあんた遅いやんかって言われるねん。水曜日10時に入ってるから。木曜日はちょっとわからないです。」(ヘルパー)、「あーそっか。これがね、お昼とかだったらね。デイでもね、行ってると思うと5日はね。」(訪問看護師)、「2日はね、デイサービス行ってるからね、うちのところのヘルパーがきてみて確認してるとは思うんやけど。」(ヘルパー) というように、訪問看護師の提案にヘルパーが現状をふまえて実現可能な方向性をこたえるかたちで、《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》の話し合いが行われた。

1-3: 【医療と介護の各専門職の理解】については、「骨粗しょう症のくすりは、もう目の前で、今日もまた目の前で、出して目の前で飲んでもらった。」(ヘルパー) や、「(内服の) 確認だけかな。それだけかな。」(ヘルパー) というように、ヘルパーから、骨粗しょう症の薬は目の前で飲んでもらうようにしていること、骨粗しょう症の薬以外は、本人が飲んでいるか飲んでいないかの確認のみをヘルパーがしていることの報告があり、双方で《専門職の責任範囲の理解》がなされた。また、「この前はうまいことってたんやなと思ってたんやけど、今週は無くなってるということやね。」(訪問看護師) というように、訪問看護師は週1回の訪問で薬カレンダーが空になっているのを見るだけなので、途中で処方どおりに飲めていないとは把握していなかったと発言。《ヘルパーが持つ生活情報の必要性の理解》がなされた。

1-4: 【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】については、「どうですか? ちょっとやりにくいんじゃないですか?」(ヘルパー)、「あ、いやいや。私も、初めて顔が見れたんで助かりました。前はね、電話が何月何月薬が無いからってね、わざわざ電話をくださって。」(訪問看護師)、「そうそう、あれね、私申し訳ないなと思ってて、すいませんでした。軽く電話してしまっただけ。」(ヘルパー) というように、ヘルパーは、軽く電話をするのも遠慮する気持ちがあることを話し、《他事業所間の遠慮》が浮き彫りとなった。

c. 得られた連携の実践内容となる要素(表 16)

2-1:【情報の共有と統合】については、「水曜日のだけ。水曜日のだけあったという感じで。」(ヘルパー)、「じゃあ、今日の、月曜の朝のは飲んだんかな。」(訪問看護師)、「わかんない。あー、でもね、火曜日のはね、ごみ箱に入った。」(ヘルパー)、「あー。新のまま？」(訪問看護師)、「いやいや。もう封開けて。」(ヘルパー) というように、ヘルパーが訪問看護師訪問より前の曜日に訪問した際の服薬の様子について細かく伝えたことにより、訪問看護師もB氏の服薬状況への理解を深め、《与薬の問題点の共有》がなされた。また、「じゃあもっと深いもの(薬カレンダー)をこちらで用意して。ちょっとお金をいただかないといけないですけど。申し訳ないけど。」(訪問看護師)、「お金は、本人さんが使うもの(薬カレンダー)やからね。」(ヘルパー) というように、金銭の管理面について、薬カレンダーの購入代金の負担は本人の使うものなので構わないだろうとヘルパーがフォローする場面があり、《ヘルパーのもつ生活情報の共有》がなされた。加えて、ヘルパーから、「なんせもう、ポケットの大きいやつ(薬カレンダー)ね。」(ヘルパー) と、薬カレンダーポケットの大きいものに変更した方がよいとの提案や、「最近めまいがね。」(ヘルパー)、「そうそう、言うてますね。」(訪問看護師)、「この前もなんかめまいで、起きられへん言うてはったときもあったけど。薬1錠飲んだら、元気になった言うてましたわ。」(ヘルパー) など、最近のめまいの症状についての状況など、《ヘルパーのアセスメントの共有》もなされた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】については、「これからは私が残薬何日までで無くなりますっていうことをケアマネさんに伝えます。」(訪問看護師) というように、今後は訪問看護師が残薬チェックをし、受診日をケアマネジャーを通して調整するようになったことを訪問看護師が説明し、《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》及び《ケアマネジャーによる連絡》の方向性が確認された。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「じゃあもっと深いもの(薬カレンダー)をこちらで用意して。」(訪問看護師) というように、訪問看護師は、本人に代金を負担してもらうことになるが、ポケットの大きな薬カレンダーを準備をすることを約束し、《共有の連絡アイテムの作成と活用》の確認がなされた。

2-4:【連携の基盤作り】については、「そうやって(軽く電話を)してもらえるほうが、こちらも、もらってきてもらった薬を入れておいてもらっていいですかいうて頼みやすかったりもするんで。連携がとりやすいから。」(訪問看護師) というように、軽く電話をしてもらったほうが連携がとりやすいと訪問看護師からヘルパーに伝えることにより、《相談しやすい関係作り》が行われた。また、「何かあったときは訪問看護ステーションにお電話いただいたら、いつでも対応しますよ。」(訪問看護師)、「そんなん内と申しますけど。(B氏)はしっかりしてはるから。」(ヘルパー)、「ヘルパーさんに連絡するときは事務所に連絡を入れたほうがいいですか？管理者さんとおして。」(研究者)、「そうですね。そのほうがいいですね。」(ヘルパー) というように、訪問看護師の連絡先の確認、ヘルパーの連絡先の確認による《連絡手段の確保》がなされた。最後に、「今回こうやってヘルパーさんと話ができてよかったです。」(訪問看護師) と、訪問看護師の方から、《感謝の言葉》があった。

表 16 B 氏モデル運用開始時ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	ヘルパーが、B氏は視力が低いかもしれないと発言。訪問看護師も同意する。(B-1-10)
		B氏は頑固な性格であるとヘルパーが発言。訪問看護師も納得。(B-1-11)
		ヘルパーからB氏の認知症状について発言あり、訪問看護師も同調する。(B-1-25)
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	訪問看護師が、ヘルパーが入る週3日は、ヘルパーが訪問した際に声かけをして内服してもらうようにすれば3日間は服薬が確実にできるのではないかと提案。ヘルパーは、B氏の食事時間とヘルパーの訪問時間がずれているため、訪問時にはすでに飲んでしまっているのもそれは難しいと返答。デイの日も含めて、内服確認のみであればできると応じる。(B-1-12)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《専門職の責任範囲の理解》	ヘルパーより、骨粗しょう症の薬は目の前で飲んでもらうようにしていると状況報告。(B-1-4)
		骨粗しょう症の薬以外は、本人が飲んでいるか飲んでいないかの確認のみをヘルパーがしているとヘルパーより報告。(B-1-5)
		ヘルパーは、足りないものがあるときには買い物を代行していると話す。(B-1-22)
	《ヘルパーが持つ生活情報の必要性の理解》	訪問看護師は週1回の訪問で薬カレンダーが空になっているのを見るだけなので、途中で処方どおりに飲めていないとは把握していなかったと発言。(B-1-7)
1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】	《他事業所間の遠慮》	ヘルパーは、軽く電話をするのも遠慮する気持ちがあることを話し、やりにくいのではないかと心配していることを伝える。(B-1-14)
連携の実践内容となる要素		

2-1:【情報の共有と統合】	《与薬の問題点の共有》	ヘルパーが訪問看護師訪問より前の曜日に訪問した際の服薬の様子について細かく伝え、訪問看護師もB氏の服薬状況への理解を深める。(B-1-7)
		ヘルパーより、服薬カレンダーのポケットが浅く日付が見えづらいかもしいので薬カレンダーを改善して欲しいと要望。(B-1-3)
	《ヘルパーのもつ生活情報の共有》	ヘルパーより、明日までの薬を本人がすでに飲んでしまっていたことの報告。(B-1-2)
		ヘルパーは、代金の負担は本人の使うものなので構わないだろうとフォローする。(B-1-9)
		骨粗しょう症の薬のみヘルパー見守り下で内服するようになった経緯について、訪問看護師から質問あり、ヘルパーが経緯を説明。(B-1-19)
	《ヘルパーのアセスメントの共有》	ヘルパーは、現在の薬カレンダーをどのようにして入手したのか知らないが、ポケットの大きいものに変更の方がよいと提案。(B-1-9)
		ヘルパーは、表示してある字が小さくて読めないのが原因ではないかと話す。(B-1-8)
		最近めまいの症状があることをヘルパーが発言。訪問看護師も把握していると同調。ヘルパーは、とんぷく薬を使用して症状が治まったようだったと伝える。(B-1-21)
	2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》
今後は訪問看護師が残薬チェックをし、受診日をケアマネジャーを通して調整するようになったことを訪問看護師が説明。(B-1-20)		
《ケアマネジャーによる連絡》		ケアマネジャーを通して受診調整することを訪問看護師が話す。(B-1-20)
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	訪問看護師は、本人に代金を負担してもらうことになるが、ポケットの大きな薬カレンダーを準備をすると約束。(B-1-9)

2-4:【連携の基盤作り】	《相談しやすい関係作り》	軽く電話をしてもらったほうが連携がとりやすいと訪問看護師からヘルパーに伝える。(B-1-15)
	《連絡手段の確保》	訪問看護師の連絡先の確認。(B-1-16)
		ヘルパーへの連絡は管理者を通して連絡するほうが良いか研究者が確認する。ヘルパーは、そのほうが良いと応じる。(B-1-17)
		ヘルパー事業所のサービス提供責任者の確認。(B-1-18)
	《感謝の言葉》	ヘルパーと話が出来てよかったと訪問看護師が伝える。(B-1-24)

③C～E氏

C～E氏は同じ訪問看護師とヘルパーが担当であったため、3名分のミーティングを同時に実施した。1つの事業所のほぼ全スタッフが研究協力者となったため、全員が集まることが難しく、代表で訪問看護師：c氏、ヘルパー：オ氏、研究者の3名が参加した。ミーティング時間は、30分間であった。

a. 研究者の介入内容

C～E氏ミーティングでは、訪問看護師とヘルパー間で会話が続いていく状況が少なく、ミーティング全体を通して研究者が各要素の内容を問いかけていく形でミーティングを進行した。加えて、各要素の内容についてただ単に「Cさんの、記録用紙①-1の、訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状態っていうのは、どんなことが入りますでしょうか？」(研究者)と問いかけるだけでは回答が難しい状況もあったため、「Cさんは、糖尿病性慢性腎不全ですね。で、独居でっていうところですかね。」(研究者)、「はい。」(訪問看護師)、「訪問看護とヘルパーが入らないといけない理由みたいなのでどんなところにありますか。」(研究者)、「看護のほうは、内服管理が全く、本人さんできてなくて、内服管理をするということで入ってる。あとは体調のほうも、食事も適当なの食べたりされたり、で、体調管理もっていうことで、入ってますね。」(訪問看護師)というように、研究者が把握している情報を交えながら具体的に聞いていくことで訪問看護師からの情報を引き出していった。ヘルパーからも自発的に発言がある場面が少なく、その都度「ヘルパーさんはいかがですか？」(研究者)というように、ヘルパーの発言を引き出すよう問いかけた。具体例を交えた問いかけを続けた結果、徐々に訪問看護師、ヘルパーのやりとりが出るようになった。

b. 得られたC氏の連携の前提となる要素 (表 17)

C氏の1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】については、「看護のほうは、内服管理が全く、本人さんできてなくて、内服管理をするということで入ってる。あとは体調のほうも、食事も適当なの食べたりされたり、で、体調管理もっていうことで、入ってますね。」(訪問看護師)、「内服の飲み忘れがあるので、その都度確認させていただいて、すぐに服薬できるときはしていただいている。」(ヘルパー)というように、

訪問看護師が、C 氏に訪問している理由を、ヘルパーは、訪問時に行っているサービス内容を話し、《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》の確認がなされた。また、「糖尿病がおありなので、血糖値を下げるお薬とか、時間、食事との時間との調整というかがですね、あまり、食事前に飲むようなお薬はあまり時間経ってからは、血糖値の関係もあるので、その辺の分は、看護師さんにちょっと、聞くんですけど。自分たちでは判断できないのがありますので。」(ヘルパー) というように、ヘルパーでは飲み忘れを発見したときにすぐに内服してもらうべきか否か判断できない処方内容であるなど、《ヘルパーだけでは支援できない与薬内容》であることも確認がなされた。

1-2: 【与薬の方向性の統一】については、「目標は内服の飲み忘れがなく内服ができる。が目標ではあるんですけど。」(訪問看護師) というように、訪問看護師が、C 氏の与薬の目標は飲み忘れがないことと話し、研究者がヘルパーに問いかけて、ヘルパーも同調したことで、《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》内容が確認された。

1-3: 【医療と介護の各専門職の理解】については、「食事前に飲むようなお薬はあまり時間経ってからは、血糖値の関係もあるので、その辺の分は、看護師さんにちょっと、聞くんですけど。自分たちでは判断できないのがありますので。」(ヘルパー) と、ヘルパーが血糖降下剤と食事時間の関係などは判断できないことを話し、《ヘルパーの医療的判断の困難さの理解》がなされた。また、「お薬カレンダーの中に残があるかないか見てます。」(ヘルパー) というように、ヘルパーは、薬カレンダーの中に薬が残っているかどうかを確認するようにしていると話したことで、《専門職の責任範囲の理解》がなされた。更にヘルパーは、「看護師さんにちょっと、(血糖降下剤と食事時間との関係について) 聞くんですけど。」(ヘルパー) というように、判断できない場合には訪問看護師に確認していると話し、《役割の補完方法の理解》がなされた。訪問看護師は、「看護師のほうは、お薬の準備とか、飲みやすいようなセッティングまではできるんですけども、実際入ってるのは週 2 回の、内服しない時間帯に入ってるので、その内服をしてもらって介助っていうのはできないです。」と語り、《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》がなされた。

1-4: 【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】としては、「看護側も、やっぱり利用者さんの様子みてもらったこととか、報告してくれたりするし、違うヘルパー事業所さんだとなかなか連携が行かないことも、まあ、同じフロアに居てすぐ口がきける距離なので、助かってはいます。」(訪問看護師)、「たぶん他事業所だったら、電話でお聞きするのが、ちょっとためらうことがあるかもしれないですけど。ざっくばらんに聞ける感じなので。すごい助かります。」(ヘルパー) というようにそれぞれが語り、《同法人で口がききやすい関係》があることが確認された。

c. 得られた C 氏の連携の実践内容となる要素 (表 17)

2-2: 【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、「1 週間分の薬カレンダーを使用でクリニックより 1 週間分の薬を受け取って、透明チャック付きの袋に入れて、壁にかけてらっしゃるんですね。」(研究者)、「はい。タペストリー使って、チャック付きの袋全部、月曜日から、朝昼晩って並んで入ってる感じです。いつも木曜日に薬局のほうに薬をもらいにいって、で、セットして木曜日にもって行く。」(訪問看護師) というように、クリニッ

クから1週間分の薬を受けとり、整理して本人が取り出せるように薬カレンダーにセットしていると訪問看護師が話し、《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》の内容の確認がなされた。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「お薬カレンダーとタペストリー。」(訪問看護師)と、《共有の連絡アイテムの作成と活用》内容が確認された。

2-4:【連携の基盤作り】については、「連絡は事務所内でさせていただいて。できるだけ、情報くれるので、そのときはありがとうございますみたい。声かけは重要にはしています。」(訪問看護師)、「私もそうです。その人、報告をさせていただいて、その都度、ありがとうございます。っていう。」(ヘルパー)というように、なるべく報告しあっているという《頻繁なコミュニケーション》に関する事、《感謝の言葉》に関する事が話された。また、「たまに、行ってる先から(ヘルパーから)電話があったりとかはあります。」(訪問看護師)と、すでに《連絡手段の確保》がされている状況や、「月に1回、うち、訪問看護だけじゃなくって、ほかにもいろんな部署があるので、全部の会議が月1回あって、そのときに、OJTっていうかたちで、勉強会みたいなものがある月もあります。」(訪問看護師)と、《同じ研修への参加》が行われている状況についての発言があった。

表 17 C氏モデル運用開始時ミーティングで得られた内容

要素	サブカテゴリ	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	訪問看護師が、C氏に訪問している理由を話す。(C-1-2)
		ヘルパーは、訪問時に行っているサービス内容を話す。(C-1-4)
	《ヘルパーだけでは支援できない与薬内容》	ヘルパーでは飲み忘れを発見したときにすぐに内服してもらうべきか否か判断できない処方内容であるとヘルパーが話す。(C-1-10)
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	訪問看護師が、C氏の与薬の目標は飲み忘れがないことと話す。研究者がヘルパーに問いかけ、ヘルパーも同調する。(C-1-6)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《ヘルパーの医療的判断の困難さの理解》	血糖降下剤と食事時間の関係など、ヘルパーでは判断できないと表明。(C-1-10)
		ヘルパーが、薬の内容について全部を把握しているわけではないと話す。(C-1-16)
		薬の名前など、聞いておかないといけないと思ったとヘルパーが話す。(C-1-17)

	《専門職の責任範囲の理解》	ヘルパーは、薬カレンダーの中に薬が残っているかどうかを確認するようにしていると話す。(C-1-20)
	《役割の補完方法の理解》	ヘルパーでは判断できない場合には訪問看護師に確認していると話す。(C-1-10)
	《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》	訪問看護師は、セッティングはできるが訪問時間の関係上内服の介助はできないことを説明。(C-1-8)
1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】	《同法人間で口がきやすい関係》	訪問看護師が、ヘルパーとは同じフロアに居てすぐに口がきける距離なので助かっていると話す。(C-1-12)
		ヘルパーは、訪問看護師とはざっくばらんに話しができると話す。(C-1-14)
連携の実践内容となる要素		
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》	クリニックから1週間分の薬を受けとり、整理して本人が取り出せるように薬カレンダーにセットしていると訪問看護師が話す。(C-1-19)
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	タペストリーを用いていると訪問看護師が話す。(C-1-21)
2-4:【連携の基盤作り】	《頻繁なコミュニケーション》	連絡は事務所でヘルパーと顔を合わせたときにしていると訪問看護師が話す。(C-1-23)
		なるべく情報を訪問看護師に伝えるようにしているとヘルパーが話す。(C-1-25)
	《感謝の言葉》	情報をくれたときには感謝の言葉を述べていると訪問看護師が話す。(C-1-24)
	《連絡手段の確保》	訪問先からヘルパーが電話をしてくることもあると訪問看護師が話す。(C-1-27)
	《同じ研修への参加》	法人内で多職種勉強会に訪問看護師もヘルパーも参加していると訪問看護師が話す。(C-1-26)

d. 得られた D 氏の連携の前提となる要素（表 18）

D 氏の 1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】については、「認知症。と、独居であり。」（訪問看護師）、「認知症があってって言う感じですね。あと独居で。下半身麻痺なんですかね。」（研究者）、「リフト使って自立です。」（訪問看護師）というように、研究者が、1-1 要素の内容について把握している情報を発言し、訪問看

看護師が内容を補足することで、《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》の確認がなされた。

1-2:【与薬の方向性の統一】については、「漏れることなく内服ができる。」(訪問看護師)、「はい。内服していただくということで。」(ヘルパー) というように、訪問看護師が、漏れることなく内服できることが目標であると発言し、ヘルパーも同調したことによって、《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》が行われた。

1-3:【医療と介護の各専門職の理解】については、「私たちがセッティングして、誰がみてもわかるようにセットはできる。」(訪問看護師) と、訪問看護師が、薬のセッティングはできると表明し、ヘルパーは、「毎日 D さんの場合は、訪問、私たちの事業所だけでなく、あともう 1 事業所入ってるので、そちらと連携しながらいう形で、与薬させていただいてるんですけど。夕方が、D さんに関しては、巡回の方を利用して、その方にさせていただくので。飲み忘れがあるときは、両方で連携しながら確実に服薬していただけるようにしています。」(ヘルパー) というように、2 事業所のヘルパーが入っているため、連携しながら確実に内服できるように介助をしていると発言。《専門職の責任範囲の理解》がなされた。加えて、「内服自体は介助というのは、私たちが行く時間帯。基本はセットのみで、内服介助はできない。」(訪問看護師) というように、《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》もなされた。

e. 得られた D 氏の連携の実践内容となる要素 (表 18)

2-1:【情報の共有と統合】では、「(共有する情報は) お薬の内容ぐらいかな。あとは、まあ、飲み忘れがあったかなかったかの情報ぐらいで。」(訪問看護師) というように、《薬剤情報の共有》内容の確認がなされた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】については、「水曜日にセットしてます。」(訪問看護師) と、週 1 回訪問看護師がセッティングすると話し、《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》の内容が確認された。また、「私たちは月から金曜日まで週 5 日入ってます。ので、内服の手伝いさせていただきます。」(ヘルパー) というように、ヘルパーが訪問時に服薬確認をしていること、ヘルパーの訪問時間について話すことで、《ヘルパーによる与薬》内容が確認された。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「薬カレンダーとタペストリーですかね。」(研究者)、「はい。」(訪問看護師) というように、タペストリーを用いることでよいかと研究者が質問し、訪問看護師が同意をすることによって、《共有の連絡アイテムの作成と活用》内容が確認された。

表 18 D 氏モデル運用開始時ミーティングで得られた内容

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	研究者が、1-1 要素の内容について把握している情報を発言し、訪問看護師が内容を補足。(D-1-2)
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	訪問看護師が、漏れることなく内服できることが目標であると発言。ヘルパーも同調。(D-1-4)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《専門職の責任範囲の理解》	訪問看護師が、薬のセッティングはできると表明。(D-1-6)
	《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》	ヘルパーは、2 事業所のヘルパーが入っているため、連携しながら確実に内服できるように介助をしていると発言。(D-1-8)
		訪問看護師が、内服介助は訪問時間の関係でできないと発言。(D-1-6)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《薬剤情報の共有》	訪問看護師が、薬の飲み忘れがあったかなかったかの情報と、薬の内容の共有ぐらいであると発言。(D-1-9)
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》	週 1 回訪問看護師がセッティングすると話す。(D-1-10)
	《ヘルパーによる与薬》	ヘルパーが訪問時に服薬確認をしていること、ヘルパーの訪問時間について話す。(D-1-10)
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	タペストリーを用いることでよいかと研究者が質問し、訪問看護師が同意。(D-1-11)

f. 得られた E 氏の連携の前提となる要素 (表 19)

E 氏の 1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】としては、「内服はセットしていれば内服してくれるんですけど、セットとかが難しい。」(訪問看護師)、「知的なところで。」(ヘルパー) というように、訪問看護師が、内服セットの必要性について話し、ヘルパーも同じ認識であると同調したことによって、《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》の確認がなされた。

1-2:【与薬の方向性の統一】については、「もう、飲み忘れなく。」(訪問看護師)というように、飲み忘れなくというのが目標と訪問看護師の発言があり、《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》の確認がなされた。

1-3:【医療と介護の各専門職の理解】については、「お薬のセットはできる。」(訪問看護師)、「私たちは、火曜日と土曜日だけ訪問させていただいて、入浴介助と、お部屋のお掃除をお手伝いさせていただいてるんですけど、そのときに、内服できてるかどうかっていうのを、タペストリーで確認させていただく。」(ヘルパー)というように、訪問看護師は、薬のセッティングができること、ヘルパーは、訪問時に服薬確認ができることを話し、《専門職の責任範囲の理解》がなされた。加えて、「内服の確認が毎日できないので」(訪問看護師)というように、《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》もなされた。

g. 得られた E 氏の連携の実践内容となる要素 (表 19)

2-1:【情報の共有と統合】については、「前は、朝夕とかだったんですけど、夕にまとめてからは、ここ 1 年半ぐらいは全く変わらないですね。」(訪問看護師)というように、訪問看護師が、薬の内容はしばらく変更されていないと情報提供し、《薬剤情報の共有》がなされた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】については、「火曜日セットして、木曜日にお風呂で。」(訪問看護師)と、週 1 回薬を訪問看護師がセッティングしているといった《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》の内容について確認がなされた。加えて、「私たちは、火曜日と土曜日だけ訪問させていただいて、入浴介助と、お部屋のお掃除をお手伝いさせていただいてるんですけど、そのときに、内服できてるかどうかっていうのを、タペストリーで確認させていただく。」(ヘルパー)というように、ヘルパーは、訪問時に服薬確認をしているという《ヘルパーによる与薬》内容の確認がなされた。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「お薬カレンダーですかね。」(研究者)、「はい。」(訪問看護師)というように、タペストリーを用いることでよいかと研究者が質問し、訪問看護師が同意したことにより、《共有の連絡アイテムの作成と活用》内容の確認がなされた。

表 19 E 氏モデル運用開始時ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	訪問看護師が、内服セットの必要性について話す。ヘルパーも同じ認識であると同調。(E-1-1)
		主な症状は脳梗塞後遺症での高次脳機能障害であると訪問看護師が話す。(E-1-2)

1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	飲み忘れなくというのが目標と訪問看護師が発言。(E-1-3)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《専門職の責任範囲の理解》	訪問看護師は、薬のセッティングはできると表明。(E-1-5)
	《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》	ヘルパーは、訪問時に服薬確認ができると表明。(E-1-7)
《訪問看護師は、内服確認は毎日できないと発言。(E-1-5)		
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《薬剤情報の共有》	訪問看護師が、薬の内容はしばらく変更されていないと情報提供。(E-1-9)
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》	週1回薬をセッティングしていると訪問看護師が話す。(E-1-10)
	《ヘルパーによる与薬》	ヘルパーは、訪問時に服薬確認をしていると話す。(E-1-7)
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	タペストリーを用いることでよいかと研究者が質問し、訪問看護師が同意。(C-1-11)

④F氏

訪問看護師:h~j氏、ヘルパー:ケ氏、研究者の5名でミーティングを実施した。ミーティング時間は、25分間であった。

a. 研究者の介入内容

C~E氏ミーティングと同様に、F氏ミーティングでも初めは訪問看護師とヘルパー間で会話が続いていく状況が少なく、主に研究者が各要素の内容を問いかけていく形でミーティングを進行した。具体的には、「Fさんが、訪問看護とヘルパーが連携しながら与薬が必要な状態。たとえば独居で認知症があるとかというようなところは、何が入りますでしょうか。脳梗塞後遺症で、高次脳機能障害が入りますでしょうかね。」(研究者)、「そうですね。」(訪問看護師)というように、はじめに研究者が把握している情報を交えながら具体的に聞いていくことで訪問看護師からの情報を引き出していった。ヘルパーの発言を引き出すにあたっては、A~E氏ミーティングと同様に、「ヘルパーさんのほうはいかがですか？」(研究者)というように問いかけを行った。

ミーティング後半の2-1:【情報の共有と統合】に関する確認のあたりから訪問看護師とヘルパーの活発な意見交換が行われるようになり、研究者は時間を見ながら適宜次の要素に話題が進むよう「わかりました。訪問看護師さんの方で、月1回の受診のときに確実に受診ができるように準備をして、ヘルパーさんが入られたときは、服薬

確認ということですかね。看護師さんも入られたときに服薬確認とインスリンと、それぞれみなさんですね。使ってらっしゃる共通のお薬のツールはカレンダーみたいな、お薬の、あれなんていうんでしょうね。」(研究者)というように、話し合いの内容をまとめつつ、確認すべき他の要素の内容について問いかけを行った。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 20)

1-1: 【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】については、「飲んだことも忘れてしまったり、重複の可能性もあったり、実際飲むこと自体も忘れてしまっておられることもあるし、どっちもです。インスリンがあるんですけど、曜日感覚もおかしなところがあるし、その辺も。」(訪問看護師)など、脳梗塞後遺症で、高次脳機能障害があり、薬を飲んだことも忘れてしまう状況と訪問看護師から説明があり、《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》の確認がなされた。また、インスリンを使用している点で《ヘルパーだけでは支援できない与薬内容》であることも確認がなされた。

1-2: 【与薬の方向性の統一】については、「毎日確実に内服やインスリンができる。」(訪問看護師)、「ヘルパーさんもいっしょでよろしいですか？」(研究者)、「はい。訪問したときには必ず、目の前でしていただくということです。」(ヘルパー)というように、訪問看護師がインスリンが確実に出来ることと発言し、ヘルパーも同意をしたことにより《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》がなされた。

1-3: 【医療と介護の各専門職の理解】については、「看護師のほうは、どうやったら内服とインスリンが各サービスのときにできるかっていうの、方法とか、実際にそれが行っているのかどうかというようなところもしていってます。アセスメントもしますし、経過もみますし、評価して修正も必要時、修正もしていきます。」(訪問看護師)と、訪問看護師が、内服方法の工夫や評価、アセスメントができると発言。ヘルパーは、「配薬とかは、すべて薬局さんとか看護師さんの方でしてくださってるので、きちんと日にち間違わずにお渡しして、目の前で飲んでいただくとか、そうですね。インスリンの注射の見守りを確実にするっていうことですね。」(ヘルパー)というように、日にちを間違えずに目の前で飲んでもらうこと、インスリンの見守りを確実に行うことと発言。《専門職の責任範囲の理解》がなされた。また、「看護師さんのバイタル測ったその数字とか、入ったときは確認させてもらったりとか、どういう状態でしたとかっていうのは見させてもらってます。」(ヘルパー)というように、ヘルパーは、訪問看護師が測定するバイタルサインなどの記録を参考にしていると話し、《役割の補完方法の理解》と《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》がなされた。加えて、「本人も歩いて買い物にいけないので、自分で買い物にいけないので、ゴミ箱に甘いジュースの殻が山盛りにあるっていうのをちょっと困ってたりするんですけど、そういうのをどういうふうに、看護師さんもそのへん、お食事のこととか、ジュースのこととかはよく、みてはると、わかってはると思うんですけど、そういうの、うちも困ってるなっていうのがあって、そういうのをどういうふうに相談しようかなっていうのは。一応、ケアマネさんの方には報告させてもらってるんですけど。」(ヘルパー)というように、ヘルパーは、F氏が甘いものを買っていたり、買い物を頼まれたりして困ることがあるので、ノートで訪問看護師に相談しようと思っていると話し、《ヘルパーの相談ニーズの理解》がなされた。

1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】については、「連絡はしやすい関係性だと思いますし、ノートとか読んで、普段、ヘルパーさんとか他の事業所さんが困っておられることが無いだろうかという目線で読むようにしたり、サービス担当者会議とか、ケアマネジャーさんとお話したときに他の事業所さんが困ってることは無いだろうかということは話題にも出すようにしています。」(訪問看護師)と、訪問看護師が、すでに連絡ノートでやり取りをしているし、ケアマネジャーとも連携がとりやすい関係であると話す。ヘルパーも、「訪問したときには必ず連絡ノートは確認させてもらって、これまでもインスリンの単位が前は30だったのが25になって今は20になってるんですけど、そういうのも、きちんとノートに書いてくださったりとか、ご本人もわかるようにテーブルに紙で貼ってして下さってるので、私たちもそれを見て、間違わずにしくちゃってという気持ちで入ってます。」(ヘルパー)というように、訪問看護師がきちんとノートに必要事項を書いてくれるので間違わずにしくちゃと思ってやっていると話し、「普段から連携がとりやすい関係」であることの再確認がなされた。

c. 得られた連携の実践内容となる要素 (表 20)

2-1:【情報の共有と統合】では、「本人さんがもってきてきだったお薬のしおりとかが、一応共有のバッグの中にもはいつてはいたりとか、お薬手帳に、シールを貼るタイプのやつを持ってはって、薬局に行ってもらってるんですけど、なかなか本人さんのほうが、ばらばらにしてしまっ、て、継続してはなかなか貼れてないけど、たまには貼れるようにして、誰でも見れる共有のバッグのほうにはお薬の情報は入れるようにはしてるんです。もっとみやすい場所とかに、ここにあったほうがいいのかというご提案があれば、そういうふうに変えてもいいかもしれないです。」(訪問看護師)、「大事なものは、引き出しの中っていうのは、なんとなくわかってはいるので、普段から毎回、お薬のそういうのを見るわけではないんですけど、ちょっと調子が悪いんかなとかふらついたりするんかなとかいうときは見せていただいたりはしています。」(ヘルパー)というように、薬剤情報の置き場所について、訪問看護師とヘルパーで再確認を行う場面があり、「薬剤情報の配置場所の共有」がなされた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】については、「お薬は、薬局さんに受診のときに本人さんにカレンダー配薬を薬局さんがしてくれるんでそれをとりにいく形なんですけど、受診に確実にいけるように、看護師で、受診の日の直前の訪問看護で持っていくものだったりとか、声かけだったりとか、カレンダーにも、わかりやすくマーキングして受診日を赤で囲ったり、受診って書いて促しています。もともと自己管理はされてたんですね。そのときの、デイがまず行く曜日が決まっていたんで。デイの曜日を変えずに、もともと、私たち週1回、そのときは行ってたので、それを考えて週2回くらいバランスで入れて、間でヘルパーさんにしていただくっていう感じで曜日は決まっていたのかなというところです。」(訪問看護師)というように、訪問看護師が各職種の役割分担と詳細な与薬方法の内容、その方法になった経緯の説明により、「与薬方法の工夫と調整」と、「薬剤師による与薬」の内容が確認された。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「お薬カレンダー」(訪問看護師)と、薬カレンダーを使用していることを訪問看護師が発言。「共有の連絡アイテムの作成と活用」内容が確認された。

2-4:【連携の基盤作り】については、「ヘルパーさんいつも反応くれて本当にありがたいと思っています。それ見て、それでも大丈夫だったかなとか思える。確認させてもらって、本当にありがとうございます。」(訪問看護師)というように、訪問看護師は、《感謝の言葉》を述べた。また、訪問看護師は、「大学ノートとかに、ヘルパーさんへとか書いたこととかを、ヘルパーさんたちはいつもサインくださったりしてる。」(訪問看護師)と発言し、《連絡手段の確保》がされていることが確認された。さらに、「私たち、人がかわってしまうんで、返事がかけないことが多いんですけど、見れたときはちょっとメモを書いたり、めったにできないんですけどできるときはしないとイケないなとは思ってる。」(訪問看護師)というように、ヘルパーがノートに記載した内容をきちんと確認したことがわかるように工夫していると訪問看護師が話し、《相談しやすい関係作り》がされている現状が確認された。

表 20 F氏モデル運用開始時ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	脳梗塞後遺症で、高次脳機能障害があり、薬を飲んだことも忘れてしまう状況と訪問看護師が説明。(F-1-1)
	《ヘルパーだけでは支援できない与薬内容》	インスリンを使用していると訪問看護師が説明。(F-1-1)
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	訪問看護師がインスリンが確実に出来ることと発言。ヘルパーも同意。(F-1-2)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《専門職の責任範囲の理解》	訪問看護師が、内服方法の工夫や評価、アセスメントができると発言。(F-1-4)
		ヘルパーは日にちを間違えずに目の前で飲んでもらうこと、インスリンの見守りを確実に行うことと発言。(F-1-6)
	《役割の補完方法の理解》	ヘルパーは、訪問看護師が測定するバイタルサインを参考にしていると話す。(F-1-14)
	《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》	ヘルパーは、F氏の病気を理解し、訪問看護師の記録を参考にしていると話す。(F-1-14)
	《ヘルパーの相談ニーズの理解》	ヘルパーは、F氏に甘いものを買っていたり、買い物頼まれたりして困ることがあるので、ノートで訪問看護師に相談しようと思っていると話す。(F-1-5)

1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】	《普段から連携がとりやすい関係》	訪問看護師が、すでに連絡ノートでやり取りをしているし、ケアマネジャーとも連携がとりやすい関係であると話す。ヘルパーも、訪問看護師がきちんとノートに必要事項を書いてくれるので間違わずにしなくちゃと思ってやっていると話す。(F-1-8)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《薬剤情報の配置場所の共有》	薬剤情報の置き場所について、訪問看護師とヘルパーで再確認を行う。(F-1-10)
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《与薬方法の工夫と調整》	訪問看護師が各職種の役割分担と詳細な与薬方法の内容、その方法になった経緯を説明。(F-1-11)
	《薬剤師による与薬》	薬剤師が調剤時、カレンダーに1か月分の内服薬をセッティングするようになっていると訪問看護師が発言。(F-1-11)
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	薬カレンダーを使用していることを訪問看護師が発言。(F-1-11)
2-4:【連携の基盤作り】	《感謝の言葉》	訪問看護師は、いつも感謝していることを話す。(F-1-12)
	《連絡手段の確保》	訪問看護師は、いつも大学ノートでやり取りができると話す。(F-1-12)
	《相談しやすい関係作り》	ヘルパーがノートに記載した内容をきちんと確認したことがわかるように工夫していると訪問看護師が話す。(F-1-12)

(2)モデル運用1ヵ月後ミーティング

モデル運用1ヵ月後ミーティングでは、モデルを運用してみたの現状の確認、新たな課題の有無などを確認し、次回以降の連携と与薬が確実にできることを目的にミーティングを実施した。モデル運用開始時ミーティングで作成した記録用紙①-1、①-2を用いながら、研究者が司会進行し、モデルの各要素の内容について変更点の有無を中心に確認をする中で、確認すべき事項が網羅されるよう、また、ミーティングが長時間に及ばないように介入しつつすすめた。

結果、モデル運用1ヵ月後ミーティングでは、1-3:【医療と介護の各専門職の理解】が1ヶ月間をとおしてなされたことにより、1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】が《大切なチームの一員としての意識》へと深まった中で、2-1:【情報の共有と統合】に重点が置かれるかたちを中心であった。研究者の介入としては、モデル運用開始時に引き続き、発言しやすい雰囲気作りを行ったとともに、発言されなかった要素の問いかけ、与薬に関する部分以外の生活面での情報共有が及ぶよう発言を拾った問いかけ、時間をみながら適宜話題をまとめ他の要素へ進行するような問いかけといった介入があった。

以下、事例毎に各ミーティングで行った研究者の介入内容及び、得られたモデ

ルの要素の内容について述べる。

①A氏

訪問看護師:a氏、ヘルパー:A氏、研究者の3名でミーティングを実施した。ミーティング時間は、6分間であった。

a. 研究者の介入内容

ミーティングの導入として、「前回の、ミーティングから1ヶ月経ちましたが。」(研究者)、「早いですね。」(ヘルパー)、「早いですね。その後Aさんはいかがでしょう。」(研究者)というように、前回ミーティングから早いもので1ヶ月経ったがA氏の様子はどうか、研究者から問いかけることによってスムーズにミーティングが始まった。モデル運用開始時ミーティングに比べ、ヘルパーの発言も増えたため、研究者から発言を引き出す問いかけをする場面は無かった。ミーティング終盤、1ヶ月で変化した内容、変化しなかった内容について確認をとるため、「こっこの前提のところも、とくにお変わりなく?」(研究者)というように、言及されなかった要素についての問いかけを行った。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 21)

1-1:【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】については、「FAXいただいたやつ(記録用紙①-1、1-2)みたら脳梗塞でそれを飲まないとまた詰まってしまうたらって。」(ヘルパー)、「そうなんですよ。これから暑くなって水分とかも。」(訪問看護師)、「そうやったんやって思って。」(ヘルパー)というように、脳梗塞の既往があること、薬を飲まないと再発のリスクがあることなど、《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》であることの再確認がなされた。

1-3:【医療と介護の各専門職の理解】では、「FAXいただいたやつ(記録用紙①-1、①-2)みたら脳梗塞でそれを飲まないとまた詰まってしまうたらって。」(ヘルパー)、「そうなんですよ。これから暑くなって水分とかも。」(訪問看護師)、「そうやったんやって思って。」(ヘルパー)と、ヘルパーが、前回ミーティング後の記録用紙のFAXで改めてA氏への医療情報を確認できたと発言。《ヘルパーの医療情報入手困難な状況の理解》がなされた。加えて、訪問看護師からの医療情報の提供によりヘルパーの理解が深まることを双方で理解するという《役割の補完方法の理解》がなされた。

c. 得られた連携の実践内容となる要素 (表 21)

2-1:【情報の共有と統合】では、「時々なんかね、ノートみると、すでに飲んでたみたいで。そうやってありますね。」(訪問看護師)というように、時々すでに飲んでいることもあるようだがごみで確認が取れていることをノートで知ったと訪問看護師が発言し、《与薬の問題点の共有》がなされた。その後、「前も、1回あって、で、探してもなくって。で、飲んだんか聞いても分からないっていうし。で、それで1回責任者に言っつて。もう来る前に飲んだらいいんよって言っつてからもう。」(ヘルパー)、「大丈夫なんですかね。」(訪問看護師)、「うん。大丈夫」(ヘルパー)というように、以前1回だけすでに飲んでしまっているところにヘルパーも遭遇したが、サービス提供責任者を通して、薬を飲むのを待っているように本人に伝えてからは大丈夫と返答。看護師も納得し、《ヘルパーのもつ生活情報の共有》がなされた。続いて、「お友達、あの人からも

しかしたら電話があつて飲んだか飲んでへんかって、その話されると思うんで、もし残ってたのをこう自分でとって飲むことももしかしたらあるかもしれないんで。」(訪問看護師)、「あーうん。はいはいはい。」(ヘルパー)というように、もしかすると友人からの電話で本人が気づいて飲んでしまうこともあるのかもと訪問看護師が推測すると、ヘルパーも同調。《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》がなされた。一連の話し合いにより、「もしそういうことがあったらちょっとごみだけ。前はなんか三角コーナーによく捨ててあったので。そこを見て。」(訪問看護師)というように、訪問看護師が、もし薬が無いときにはゴミ箱などを探してみたいとヘルパーに依頼し、ヘルパーは了承。《与薬内容のルール化》が行われた。そのほか、「施設に行かれるんですかね。」(ヘルパー)と、与薬に関すること以外のA氏の生活に関する情報として、施設に入所する話が出ているのかとヘルパーから質問あり。訪問看護師が把握している今後の方向性について担当者会議の内容を含め情報提供。《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》もなされた。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】については、「ちょこちょこノートには。気になることは書いてます。」(訪問看護師)と、連絡ノートの活用について発言があり、《共有の連絡アイテムの作成と活用》状況の共有がなされた。

2-4:【連携の基盤作り】では、「ときどきなんかね、ノートみると、すでに飲んでたみたいで。そうやってありますね。」(訪問看護師)、「ああほんと、私のときはなかったわ。私他の人の記録とか見てないから。」(ヘルパー)、「ほぼないんですけどね。自分で飲んでるってことは。たまにきつとあるのかな。」(訪問看護師)というように、訪問看護師は、時々訪問前に内服してしまっているとヘルパーが知らなかったことに対し、確認が取ればさほど重大なことではないので大丈夫と暗に示すような口調で返答。《相談しやすい関係作り》がなされた。また、「ケアマネさん交代になるのはご存知ですか？」(訪問看護師)、「いや、全然知らない。」(ヘルパー)、「なるんです。来月から。今行ってるデイサービスところのくっついてるところの居宅に変わるのでその方もいっちゃってて、そういう話を(サービス担当者会議で行った)。私途中からの参加やったんですけどそういう話になったので。」(訪問看護師)というように、ヘルパーがサービス提供責任者から知らされていなかった担当者会議の詳細な内容を訪問看護師からヘルパーに伝えることにより、《チームの一員であることを意識した声かけ》の場面があった。加えて、「ちょこちょこノートには。気になることは書いてます。」(訪問看護師)と、気になることは連絡ノートに少しずつ書いて《頻繁なコミュニケーション》が成されている状況が共有された。最後に、「このへんの薬の飲んでるのがわからないとか、ただ7種類の薬っていうことやったけど、FAXみて、ああ、脳梗塞の、あれが、病歴があつてみたいな。あとはもうね、機能障害があるみたいで、あとはだいたい同じようなことですけどね。ここもね、まだぜんぜんあったこともないいうてね、前はそうでしたけどミーティングでね、会って、ミーティングしていろいろと情報交換もできていますって。」(ヘルパー)というように、ヘルパーが、1回目ミーティング時の記録用紙を見てA氏の理解が深まった、ミーティングによりいろいろと情報共有ができるようになったとの発言があり、《学びの提供》がされている状況について確認がされた。

表 21 A 氏モデル運用 1 ヶ月後ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》	脳梗塞の既往があること、薬を飲まないことと再発のリスクがあることを再度双方で確認。(A-2-4)
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《ヘルパーの医療情報入手困難な状況の理解》	ヘルパーが、前回ミーティング後の記録用紙の F A X で改めて A 氏への医療情報を確認できたと発言。(A-2-4)
	《役割の補完方法の理解》	訪問看護師からの医療情報の提供によりヘルパーの理解が深まることを双方で理解。(A-2-4)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《与薬の問題点の共有》	時々すでに飲んでいることもあるようだがごみで確認が取れていることをノートで知ったと訪問看護師が発言。他のヘルパーが入ったときの記録なので当該ヘルパーは知らなかったと驚く。(A-2-2)
	《ヘルパーのもつ生活情報の共有》	変わらないとヘルパーが発言し、訪問看護師も同意。(A-2-2)
		ヘルパーは、以前 1 回だけすでに飲んでしまっているところに遭遇したが、サービス提供責任者を通して、薬を飲むのを待っているように本人に伝えてからは大丈夫と返答。看護師も納得。(A-2-3)
	《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》	もしかすると友人からの電話で本人が気づいて飲んでしまうこともあるのかもと訪問看護師が推測すると、ヘルパーも同調。(A-2-3)
	《与薬内容のルール化》	訪問看護師が、もし薬が無いときにはゴミ箱などを探してみたいとヘルパーに依頼。ヘルパー了承。(A-2-3)
	《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》	与薬に関すること以外の A 氏の生活に関する情報として、施設に入所する話が出ているのかとヘルパーから質問あり。訪問看護師が把握している今後の方向性について担当者会議の内容を含め情報提供。(A-2-5)

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	訪問看護師が、気になることは連絡ノートを活用して連絡していると発言。(A-2-7)
2-4:【連携の基盤作り】	《相談しやすい関係作り》	訪問看護師は、時々訪問前に内服してしまっているとヘルパーが知らなかったことに対し、確認が取ればさほど重大なことではないので大丈夫と暗に示すような口調で返答。(A-2-2)
	《チームの一員であることを意識した声かけ》	ヘルパーがサービス提供責任者から知らされていなかった担当者会議の詳細な内容を訪問看護師からヘルパーに伝えることにより、ヘルパーを大切なチームの一員として意識する雰囲気を作る。(A-2-5)
	《頻繁なコミュニケーション》	気になることは連絡ノートに少しずつ書いていると訪問看護師が発言。(A-2-7)
	《学びの提供》	ヘルパーは、1回目ミーティング時の記録用紙を見てA氏の理解が深まった、ミーティングによりいろいろと情報共有ができるようになったと発言。(A-2-8)

②B氏

訪問看護師:b氏、ヘルパー:イ氏、研究者の3名でミーティングを実施した。ミーティング時間は、20分間であった。

a. 研究者の介入内容

A氏と同様、ミーティングの導入として、「あれから1ヶ月、ちょっとやり方かえていただいで、いかがですか?」(研究者)というように、前回ミーティングから1ヶ月経ったがA氏の様子はどうであるか、研究者から問いかけることによってスムーズにミーティングが始まった。訪問看護師もヘルパーも自発的に発言することが多く、研究者から発言を引き出す問いかけをする場面は無かった。ミーティング終盤、1ヶ月で変化した内容、変化しなかった内容について確認をとるため、「後はなにか追加は無いですかね。」(研究者)というように、言及されなかった要素についての問いかけを行った。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 22)

1-3:【医療と介護の各専門職の理解】について、「薬もね、ちゃんと書いてくれてるし。この薬は何の薬って。」(ヘルパー)と、ヘルパーが、薬の内容を訪問看護師が書いてくれていることが助かると話し《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》がなされた。

c. 得られた連携の実践内容となる要素 (表 22)

2-1:【情報の共有と統合】について、「本人さんは、なんかやっぱ取り出しやすくなったからわかりやすくなったとかいって。3ポケットある。前は狭くて重なってたりとかで取りづらいというのと日付の表示が小さく私も書いてしまったのでそれが見づかったんだけど今回ピンク色で大きく書いてからは。」(訪問看護師)、「色もかわいいから。」(ヘルパー)というように、薬カレンダーを変更し、適切に服薬できるようになったことを訪問看護師が発言。ヘルパーも同調し《与薬の問題点の共有》にて、問題なく与薬されている状況の共有がなされた。他に、ヘルパーからは、「Bさんで気になるのは、まあ、ここと同じ間取りやねんけどあのかたこっちで寝てはるやないですか。で、こっち側って、エアコン無いねんね。」(ヘルパー)と、エアコンが無い部屋で過ごしていることが気になっているとの発言があり、訪問看護師も「そうなんですよ。昨日ね、一応、いとこさんに言って扇風機を用意してもらうか、ちょっとケアマネさんにも言おうかっていう話をして。」(訪問看護師)と、ケアマネジャーと相談し、扇風機の購入を依頼する方向で話をしていると応じるなど、《ヘルパーのもつ生活情報の共有》がなされた。続いて、「ペットボトルにストローをつけて口をこうする分をね、もう1ヶ月前かな、110円で購入して渡して。あれやったらお部屋で寝るお部屋にも持っていけるからって。」(訪問看護師)、「ペットボトル置いとるもんね。目が覚めたら飲むみたいな。」(ヘルパー)というように、訪問看護師が、熱中症対策のため、水分補給の必要性と介入している内容について言及。ヘルパーは水分補給の必要性と方法を再認識し、《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》がなされた。そのほか、「いとこさんも娘さんからね、やっぱりコロナもこんなやから、あまりBさんのお手伝いにチョコチョコ行くのもあんま楽しい顔しないから、娘にも言われてるから、私もこうあの電話でなんやかんやと言われるけど、行きづらかったりするんですとかって言われてるのをこの前電話で聞いて。」(訪問看護師)、「しんどいと思うわ。」(ヘルパー)というように、キーパーソンも高齢で家族の協力も得づらい状況であると訪問看護師が話したところ、ヘルパーもB氏の家族の情報を訪問看護師に伝え、やはり協力が難しい状況ということを確認するなど《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》もなされた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】については、「途中で外用薬で水虫のお薬をちょっと出していただいたんですけど、それを、このノートを使って、ヘルパーさんにもお願いしてるのと、あと、デイのほうにも、そのお薬を持って行ってほしいのでデイのかばんにも入れてほしいということ連絡帳で。」(訪問看護師)と、訪問看護師が、抗真菌薬の塗布が追加になったこと、ヘルパーにして欲しいことを記録用紙②で共有したことを話し、《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》、《ヘルパーによる与薬》と《デイサービス職員による与薬》に関する内容が確認された。

2-4:【連携の基盤作り】では、「片付けたいねんけど、押入れがいっぱいやから。やから押入れ、ほかすものがあつたら生ごみの袋に入れられるぐらいのやつやたら入れるから言ってよって。言ってるんやけど。そこをまず片付けらんと、ベッドの上の布団も。」(ヘルパー)、「しまえない感じ。」(訪問看護師)、「うん。電気毛布もまだ置いてるから。」(ヘルパー)、「あー、そうなんですね。」(訪問看護師)、「かけ布団というやつも、真冬にやつ、毛布とかかかてるし。」(ヘルパー)、「朝方寒いからちょうどいいのよって。いやいやって。難しいな

かなかね。」(訪問看護師) というように、困りごとをヘルパーが話し、訪問看護師は親身に話を受け取るといった《相談しやすい関係作り》が行われた。

表 22 B 氏モデル運用 1 ヶ月後ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》	ヘルパーが、薬の内容を訪問看護師が書いてくれていることが助かると話す。(B-2-11)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《与薬の問題点の共有》	薬カレンダーを変更し、適切に服薬できるようになったことを訪問看護師が発言。ヘルパーも同調。(B-2-2)
	《ヘルパーのもつ生活情報の共有》	エアコンが無い部屋で過ごしていることが気になっているとヘルパーから発言あり。訪問看護師も同調。ケアマネジャーと相談し、扇風機の購入を依頼する方向で話をしていると応じる。(B-2-3)
		水分摂取を促しているが、本人がなかなか受け入れないこと、ベッドの上にある冬物を片付けたいが出来ていないことなどヘルパーが話す。(B-2-4)
	《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》	訪問看護師が、熱中症対策のため、水分補給の必要性について言及。ヘルパーは水分補給の必要性と方法を再認識。(B-2-6)
		めまいのとんぷく薬を本人管理にしているが、適切に服薬できていることを訪問看護師が発言。ヘルパー同意。(B-2-8)
	《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》	キーパーソンも高齢で家族の協力も得づらい状況であると訪問看護師が話す。ヘルパーは、ヘルパーが持っている B 氏の家族の情報を訪問看護師に伝え、やはり協力が難しい状況ということを確認する。(B-2-5)
		訪問看護師は、水分補給ができるように便利グッズを購入して手渡し、使い方を説明しているがなかなか B 氏が使い方を覚えられずにいることなど話す。(B-2-6)

		新しく使用している薬カレンダーが使い勝手がよいとヘルパーがほめる。どこで買ったのかと質問あり。訪問看護師が購入先を伝える。(B-2-10)
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》	訪問看護師が、抗真菌薬の塗布が追加になったこと、ヘルパーにして欲しいことを記録用紙②で共有したことを話す。(B-2-7)
	《ヘルパーによる与薬》	抗真菌薬をヘルパー訪問時に塗布してもらっていると訪問看護師が話す。(B-2-7)
	《デイサービス職員による与薬》	抗真菌薬の塗布が追加になったこと、デイサービスでも使ってもらえるようにヘルパーに準備してもらっていることを訪問看護師が話す。(B-2-7)
2-4:【連携の基盤作り】	《相談しやすい関係作り》	困りごとをヘルパーが話し、訪問看護師は親身に話を受け取る。(B-2-4)

③C～E氏

C～E氏は同じ訪問看護師とヘルパーが担当であったため、3名分のミーティングを同時に実施した。1つの事業所のほぼ全スタッフが研究協力者となったため、全員が集まることが難しく、代表で訪問看護師:c氏、ヘルパー:オ氏、研究者の3名が参加した。ミーティング時間は、32分間であった。

a. 研究者の介入内容

モデル運用開始時ミーティングに比べ、訪問看護師やヘルパーからの自発的な発言が増えたため、研究者から具体例を出しながら問いかける場面は少なかった。研究者の介入としては、「前回、一応、訪問看護とヘルパーで与薬が必要な状態っていうところで。認知機能低下があって、独居で、食事も適当に食べてることがあるけれども、食事制限もあるので、食事管理とともに血糖降下剤の内服管理の援助が必要っていうところを確認したんですけども、こちらはいかがですか、お変わりないですか。」というように、前回ミーティングからの変更点の有無についての問いかけが主であった。途中、与薬に関する部分以外の生活面での情報共有にも話題が及ぶよう、「外食しはるんですね。」(研究者)、「こないだも、バイキングいったいうてね。」(訪問看護師)というように、話題を拾って質問する場面もあった。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 23)

1-2:【与薬の方向性の統一】では、「(飲み忘れたことを時間が経ってから把握した場合、その分は)スキップ。分かっているときは。」(訪問看護師)、「重複するとだめなので。」(ヘルパー)というように、飲み忘れたときにはスキップしていると訪問看護師が話すと、ヘルパーが同調し、重複するとだめなのでと付け加え《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》内容が再確認された。

c. 得られたC氏の連携の実践内容となる要素 (表 23)

2-1:【情報の共有と統合】では、「そんなに変わってなくて、飲み忘れがあるのも、飲み忘れの頻度とかも、そんなに変わってないです。ちょこちょこ忘れたり。」(ヘルパー)と、時々飲み忘れがあることは変わらないと《ヘルパーのもつ生活情報の共有》がなされた。加えて、「多いなと思うのは、日曜日とか土曜日、訪問に誰も入らないとき、日曜日とかは多いかなって。」(ヘルパー)、「土日って、よく、外に食べに行くことが多いんで、持ってもいかなと、歩いて帰ってきてそのまま、みたいな。持って行かんから。」(訪問看護師)というように、訪問が入らない日は飲み忘れてることが多い傾向があると《ヘルパーのアセスメントの共有》がされると、訪問が入らない日は外食に行くことが多いので忘れてしまっているのではないかと《訪問看護師のもつ生活情報の共有》があとに続いた。

表 23 C氏モデル運用1ヶ月後ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》	飲み忘れたときにはスキップしていると訪問看護師が話すと、ヘルパーが同調し、重複するとだめなので付け加える。(C-2-6)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《ヘルパーのもつ生活情報の共有》	ヘルパーは、時々飲み忘れがあることは変わらないと話す。(C-2-3)
	《ヘルパーのアセスメントの共有》	訪問が入らない日は飲み忘れてることが多い傾向があるとヘルパーが話す。(C-2-4)
	《訪問看護師のもつ生活情報の共有》	訪問が入らない日は外食に行くことが多いので忘れてしまっているのではないかと訪問看護師が推測を話す。(C-2-4)

d. 得られたD氏の連携の実践内容となる要素(表24)

2-1:【情報の共有と統合】では、D氏が薬を自身で飲んでしまったのか、丸1日分の薬が行方不明になったことがあったとヘルパーが発言。訪問看護師も、「本人は、触られて、本人は自分で管理しとるつもりでおるんで。時々、なんか、ぴんとつながったら、触って。」(訪問看護師)と同調。《与薬の問題点の共有》がなされた。丸1日分の薬が行方不明になった日以来、対応として、「一応、ビニールにまとめて、隠してある、タペストリーのところにおいているって、最近行った看護師からは聞いたんですけど。タペストリーも、丸めて冷蔵庫の上に置いとるんですね。」(訪問看護師)と、本人が触らないところに薬を保管していることについて発言があり、《与薬の問題点に対する解決策の共有》がなされた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、「ケアマネジャーに報告して、ケアマネジャーのほうから、冷蔵庫の上にも置いてもらえないかみたいな感じで提案をされて。」(ヘルパー)というように、

ケアマネジャーから、薬をD氏の触らない場所に保管してはどうかと提案があり、保管方法を変更したと《ケアマネジャーによる与薬方法変更の提案》があったことをヘルパーが話した。

2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活】では、「連絡ノートっていうのを、お宅に置かせていただいていますので、両方の（ヘルパー）事業所が、何かあったら書き込むような、連絡し合ってますので、それにも書いて連携を取ってます。」（ヘルパー）というように、連絡ノートを使って2箇所のヘルパー事業所間で情報のやり取りをしている《共有の連絡アイテムの作成と活用》状況についての発言があった。

表 24 D氏モデル運用1ヵ月後ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《与薬の問題点の共有》	D氏が薬を自身で飲んでしまったのか、丸1日分の薬が行方不明になったことがあったとヘルパーが発言。(D-2-2)
	《与薬の問題点に対する解決策の共有》	丸1日分の薬が行方不明になった日以来、本人が触らないところに薬を保管していることの情報提供がヘルパーからあり。訪問看護師も、詳細を付け加える。(D-2-2)
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《ケアマネジャーによる与薬方法変更の提案》	ケアマネジャーから、薬をD氏の触らない場所に保管してはどうかと提案があり、保管方法を変更したとヘルパーが話す。(D-2-4)
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》	連絡ノートを使って2箇所のヘルパー事業所間で情報のやり取りをしているとヘルパーが話す。(D-2-5)

e. 得られたE氏の連携の実践内容となる要素(表 25)

2-1:【情報の共有と統合】では、「特に変わりないです。飲み忘れもないもんね。」(訪問看護師)と、訪問看護師が、特に変わりなく、飲み忘れも無いと話し、与薬が問題なくでき、体調も安定しているという《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》がなされた。与薬に関すること以外のところで、「お薬とは関係のない、近隣の方と大丈夫かなみたいなことは。近隣の人が嫌がらせしてるのか、本人がほんまにしとんのか、事実かどうか分かんないことを、しないでくださいって書かれて、玄関所でやって、だあんって貼られてることはあったんです。」(訪問看護師)と、ご近所トラブルに巻き込まれそうになったことくらいが変わったことと訪問看護師がヘルパーに確認しながら、研究者に経緯を説明《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》がなされた。

表 25 E 氏モデル運用 1 ヶ月後ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》	訪問看護師が、特に変わりなく、飲み忘れも無いと話す。(E-2-2)
	《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》	変わったことと言えば、ご近所トラブルに巻き込まれそうになったことくらいかと訪問看護師がヘルパーに確認しながら、研究者に経緯を説明。(E-2-4)

④F 氏

訪問看護師:h~j 氏、ヘルパー:コ氏、研究者の 5 名でミーティングを実施した。ミーティング時間は、37 分間であった。

a. 研究者の介入内容

A~E 氏と同様に、モデル運用 1 ヶ月後ミーティングでは、前回に比べて訪問看護師もヘルパーも自発的に発言することが多く、研究者は、導入として、「1 ヶ月間、F さんいかがでしたか。」と問いかけたのが主な介入であった。他には、F 氏のモデル運用 1 ヶ月後ミーティング同様、時間を見ながら、「確実に、次の通院予定をカレンダーで、ヘルパーさん確認していただいて、ケアマネさんと調整していただいってるところですね。あとはいかがですか、他に何か変わったことありましたか。」(研究者) というように、適宜話し合いの内容をまとめつつ、次の話題に進行するよう問いかけを行った。

b. 得られた連携の前提となる要素 (表 26)

1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】について、「こうやって顔合わせて、前回も今回も、ヘルパーさんとミーティングさせてもらって、すごい、F さんのことをご心配してくださってたりとか、食事の面だったり、真剣に考えて、一緒に協力しながら支えてくださっているというのが、すごい感じて。」(訪問看護師) と、《大切なチームの一員としての意識》があることを訪問看護師が話した。

c. 得られた連携の実践内容となる要素 (表 26)

2-1:【情報の共有と統合】では、「受診の日があったんですけど、その日にサービスのほうが入っていない日があって、後でケアマネージャーさんに確認したら、忘れてたっていうこと。」(訪問看護師) というように、受診の日に飲み忘れたことがあったと訪問看護師から報告があり、《与薬の問題点の共有》がなされた。これに対し、ヘルパーからは、「次の通院予定のところを、しっかり、ちゃんと、いつになるかっていうことを、きちんとカレンダーで確認するようになっていうことだけは言われてますので、それが、この後の、ヘルパーとしてのこういう話というか、そういう落としどころやったんかなとは思ってるんです。」(ヘルパー) と、受診の日を忘れないようにきちんと表示することなどで対応しようと考えていると表明があり、《与薬の問題点に対する解決策の共有》がなされた。そのほか、ヘルパーから、「与薬のこととは、ちょっとまた違ってくる内容ではあるんですけども、利用者さんの最近の生活いうところでは、あって、9 月からです

か、配食弁当が入って、ご利用されてて。」(ヘルパー) と、最近配食弁当を取りはじめたので甘いものは控えるようになっていたが、数日前にまた、甘いものの買い物の依頼があったと《ヘルパーのもつ生活情報の共有》がなされた。それに応えるように、訪問看護師の方から、「サービス担当者会議がありまして、私も、2パックほど、甘いコーヒー牛乳だったりとかっていうの見たんですけど、食事のことをどうするかっていうことを話し合いました。」(訪問看護師) と、担当者会議での検討内容であった《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》がなされた。それとともに、「本人さん、うまくサービスを使っていくっていうことが、なかなか難しく。今、食べてないから頼みたいになってしまってるのはあるかなと思って。」(訪問看護師) というように、本人の判断能力低下に伴い上手くヘルパーに買い物依頼ができていないことを訪問看護師が説明。《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》がなされた。加えて、「ヘルパーさんのほうでもお気づきだったら、甘いものは駄目よじゃないけど、こうしたほうがいいっていうのを、状況知っていただいていると思うので、相談しながらやっていただくのは全然、Fさんのお体にとっていいことなので。関係性もできてくださっているの。」(訪問看護師) というように、ヘルパーの方で気づいたことがあれば、本人に伝えてもらってよいと訪問看護師から《ヘルパーへの支援方法の助言》があった。

2-4:【連携の基盤作り】では、「いつもありがとうございます。」(訪問看護師)、「ノートのほうも拝見させていただきながら、そうやってんだなっていうことは、ちゃんと把握していますので、ありがとうございます。」(ヘルパー) というように、お互いに《感謝の言葉》を伝えあう場面があった。そのほか、「朝ご飯食べてへんのが毎日なんか、それとも、ヘルパー来おへんときは、当然、自分で買い物行ってちゃんとしてはるから、まだ利用者さんにも、そこまで踏み込んで聞いたことがないので。今度、木曜日に入らせていただくときには、特にあたしたちがお訪ねできる日が、朝食の部分は、そうやってインスリンの注射打ったりとか、お薬飲んだりとか、いろいろあると思うんで、もうちょっと丁寧に聞けたほうがええんかなとは思っています。」(ヘルパー)、「今、食べてないから頼みたいになってしまってるのはあるかなと思ってて、1日3食とか頼めたらいいとか、頼めるようにとは思いますが、保存食がなくなるときに、保存食の補充を頼むとか、自分で判断できないんですね。その辺をどうするかっていうところは、問題には思ってるんですけど。本当にすっからかんのときは、前もノートに、保存食買ってきてほしいっていうのを、本人さんに相談して、ノートに書かしてもらったりとかしたんですけど。」(訪問看護師) というように、訪問看護師は、把握している情報をもとに、ヘルパーの思いや支援内容に配慮しながら、助言し、《相談しやすい関係作り》に努めるとともに、記録用紙②の記載内容でヘルパーへの買い物依頼状況や、ヘルパーの相談事は把握する《頻繁なコミュニケーション》があることに言及した。加えて、「甘いものは駄目よじゃないけど、こうしたほうがいいっていうのを、状況知っていただいていると思う。」(訪問看護師) と、訪問看護師がヘルパーを肯定する《相手を肯定する言葉がけ》があった。

表 26 F 氏モデル運用 1 ヶ月後ミーティングで得られた要素

要素	サブカテゴリー	内容
連携の前提となる要素		
1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】	《大切なチームの一員としての意識》	ヘルパーが F 氏のことを真剣に考えて一緒に協力してくれていると感じていると訪問看護師が話す。(F-2-6)
連携の実践内容となる要素		
2-1:【情報の共有と統合】	《与薬の問題点の共有》	受診の日に飲み忘れたことがあったと訪問看護師から報告。(F-2-2)
	《ヘルパーのもつ生活情報の共有》	ヘルパーから、最近配食弁当を取りはじめたので甘いものは控えるようになっていたが、数日前にまた、甘いものの買い物の依頼があったと報告。(F-2-3)
		食事摂取、買い物依頼の状況についてヘルパーが報告。(F-2-4)
	《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》	F 氏に与えられた金額内で購入できる食品でよいので血糖値の推移をみていく方向性であることを訪問看護師が説明。(F-2-3)
		本人の判断能力低下に伴い上手くヘルパーに買い物依頼ができていないことを訪問看護師が説明。(F-2-4)
	《与薬の問題点に対する解決策の共有》	受診の日を忘れないようにきちんと表示することなどで対応しようと考えているとヘルパーが表明。(F-2-2)
	《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》	担当者会議での検討内容を訪問看護師からヘルパーに報告。(F-2-3)
《ヘルパーへの支援方法の助言》	ヘルパーの方で気づいたことがあれば、本人に伝えてもらってよいと訪問看護師が助言。(F-2-4)	
2-4:【連携の基盤作り】	《感謝の言葉》	いつもありがとうございますと訪問看護師が伝える。(F-2-4)
		連絡ノートを見ながら情報は把握していること、ありがたいと思っていることをヘルパーが伝える。(F-2-5)

《相談しやすい関係作り》	訪問看護師は、把握している情報をもとに、ヘルパーの思いや支援内容に配慮しながら、助言。(F-2-4)
《頻繁なコミュニケーション》	記録用紙②の記載内容でヘルパーへの買い物依頼状況や、ヘルパーの相談事は把握していると訪問看護師が伝える。(F-2-4)
《相手を肯定する言葉がけ》	状況は良く知っているといると思うと訪問看護師がヘルパーを肯定する。(F-2-4)

(3) ミーティングのまとめ(表 27)

A～F 氏の各ミーティングから得られた要素とサブカテゴリーを集め、開始時ミーティングと 1 ヶ月後ミーティングで内容を比較した。どちらも全ての要素は網羅されており、新しい要素は無かった。サブカテゴリーに関しては、開始時ミーティングにはあったが 1 ヶ月後ミーティングにはなかったもの、開始時ミーティングにはなかったが 1 ヶ月後ミーティングには新たにみられたもの、2 回のミーティングに共通してみられたものがあった。表 27 では、開始時ミーティングでみられたサブカテゴリーに★を、1 ヶ月後ミーティングでみられたサブカテゴリーに☆を付けて表示する。

開始時ミーティングのみでみられた項目では、各専門職が何を行うのか、何を求めているのかの確認や、モデル運用を始めるにあたっての今後の連絡方法の確認に関する内容が特徴的であった。一方、1 ヶ月後ミーティングのみでみられた項目では、具体的な与薬に関する問題点への改善策の共有、相手を理解し尊重しながらチームとして支援していく意識に関する内容が特徴的であった。

研究者の介入としても、モデル運用開始時ミーティングでは、発言の少ない職種に積極的に問いかけ、発言できる環境を整えることを主に介入し、1 ヶ月後ミーティングでは訪問看護師、ヘルパーともに自発的な発言が増えたため、ミーティングが目的どおりに進行していくように適宜まとめたり次の話題に進めたりといったことを主に介入したところが特徴としてみられた。

① 開始時ミーティングにあったが 1 ヶ月後ミーティングにはなかったサブカテゴリー

開始時ミーティングにあったが 1 ヶ月後ミーティングにはなかったものとしては、4 要素、15 サブカテゴリーがあった。

1-3: 【医療と介護の各専門職の理解】では、《専門職の責任範囲の理解》、《ヘルパーが持つ生活情報の必要性の理解》、《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》と、《ヘルパーの相談ニーズの理解》の 4 サブカテゴリーがあった。各専門職が何をするのか、相手の専門職に何を望んでいるのかを確認しあう項目が多かった。

1-4: 【他機関に所属する職種間の関係性】では、《はじめての顔合わせ》、《他事業所間の遠慮》、《同法人間で口がききやすい関係》と、《普段から連携がとりやす

い関係》の4サブカテゴリーがあった。A氏、B氏、F氏は他事業所同士であったため、担当の訪問看護師とヘルパーが顔を合わせるのが始めてという状況があった。C氏、D氏、E氏は同法人内でデスクフロアも共有しているのですでに口がききやすい関係があった。いずれにしても、それぞれの立場での職種間の関係性についての項目がみられた。

2-1:【情報の共有と統合】では、《メモの配置場所の共有》、《薬剤情報の配置場所の共有》の2サブカテゴリーがあった。すでに与薬に関してそれぞれに支援している状況ではあったが、改めて薬剤情報を共有すること、情報を共有するにあたっての方法の確認についての項目がみられた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、《与薬方法の工夫と調整》、《薬剤師による与薬》と、《訪問看護師による情報共有ツールの作成》の2サブカテゴリーがあった。すでに行われている訪問看護師とヘルパーの役割と方法の確認に加え、更なる工夫点、訪問看護師とヘルパー以外の職種の支援に関する項目がみられた。

2-4:【連携の基盤作り】では、《連絡手段の確保》、《同じ研修への参加》の2サブカテゴリーがあった。これから連携モデルを運用するにあたって、改めて連絡手段を確認しあうこと、すでにされている内容として、同じ研修に参加する機会があることの確認の項目がみられた。

②開始時ミーティングに無かったが1ヵ月後ミーティングで新たにみられたサブカテゴリー

開始時ミーティングに無かったが1ヵ月後ミーティングにあったものとしては、4要素、8サブカテゴリーがあった。

1-4:【他機関に所属する職種間の関係性】では、《大切なチームの一員としての意識》の1サブカテゴリーがあった。1ヶ月間のモデル運用を経て、お互いを大切なチームの相手と意識するようになっていた。

2-1:【情報の共有と統合】では、《与薬内容のルール化》、《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》、《与薬の問題点に対する解決策の共有》と、《ヘルパーへの支援方法の助言》の4サブカテゴリーがあった。与薬そのものではないが、与薬に関連する生活状況について情報共有する項目があったほか、単なる情報共有ではなく、問題への具体的な解決方法に関する項目がみられた。

2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】では、《ケアマネジャーによる与薬方法変更の提案》の1サブカテゴリーがあった。訪問看護師とヘルパーだけではない、多職種のやりとりの中で、新たな与薬方法の提案を受ける項目がみられた。

2-4:【連携の基盤作り】では、《チームの一員であることを意識した声かけ》、《相手を肯定する言葉かけ》の2サブカテゴリーがあった。お互いを尊重しながらチームとして支援していく姿勢についての項目がみられた。

表 27 A～F 氏モデル運用開始時及び 1 ヶ月後ミーティングで得られた要素のまとめ

要素	サブカテゴリー
連携の前提となる要素	
1-1:【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	《在宅療養者が自立して薬の管理が出来ない状態》★☆
	《ヘルパーだけでは支援できない与薬内容》★
1-2:【与薬の方向性の統一】	《療養者の状況を中心に与薬の方向性の統一》★☆
1-3:【医療と介護の各専門職の理解】	《ヘルパーの医療知識への学習ニーズの理解》★☆
	《役割の補完方法の理解》★☆
	《ヘルパーの医療的判断の困難さの理解》★
	《専門職の責任範囲の理解》★
	《ヘルパーが持つ生活情報の必要性の理解》★
	《訪問時間の調整に伴う支援可能な範囲の理解》★
	《ヘルパーの相談ニーズの理解》★
1-4:【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】	《はじめての顔合わせ》★
	《他事業所間の遠慮》★
	《同法人間で口がききやすい関係》★
	《普段から連携がとりやすい関係》★
	《大切なチームの一員としての意識》☆
連携の実践内容となる要素	
2-1:【情報の共有と統合】	《与薬の問題点の共有》★☆
	《ヘルパーのもつ生活情報の共有》★☆
	《ヘルパーのアセスメントの共有》★☆
	《薬剤情報の共有》★
	《与薬の問題点の共有》★
	《メモの配置場所の共有》★
	《薬剤情報の配置場所の共有》★
	《訪問看護師の医療的アセスメントの共有》☆
	《与薬内容のルール化》☆
	《与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報の共有》☆
	《与薬の問題点に対する解決策の共有》☆
	《ヘルパーへの支援方法の助言》☆

	《訪問看護師のもつ生活情報の共有》☆
2-2:【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	《訪問看護師による与薬と医療的アセスメント》★☆
	《ヘルパーによる与薬》★☆
	《デイサービス職員による与薬》★☆
	《与薬方法の工夫と調整》★
	《薬剤師による与薬》★
	《ケアマネジャーによる連絡》★
	《訪問看護師による情報共有ツールの作成》★
	《ケアマネジャーによる与薬方法変更の提案》☆
2-3:【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】	《共有の連絡アイテムの作成と活用》★☆
2-4:【連携の基盤作り】	《感謝の言葉》★☆
	《相談しやすい関係作り》★☆
	《学びの提供》★☆
	《頻繁なコミュニケーション》★☆
	《連絡手段の確保》★
	《同じ研修への参加》★
	《チームの一員であることを意識した声かけ》☆
	《相手を肯定する言葉がけ》☆

★開始時ミーティングにみられたサブカテゴリー

☆1ヵ月後ミーティングにみられたサブカテゴリー

(4) 記録用紙②記述内容

モデル運用開始時ミーティングの後 4 週間（以下、1～4 週目）、モデル運用 1 ヶ月後ミーティングの後更に 4 週間（以下、5～8 週目）、訪問看護師、ヘルパーの各訪問時に【役割を分担、補完しながら共に与薬を行う】実践、記録用紙②の記載による【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】及び、【情報の共有と統合】が繰り返し行われた。

1～4 週目の記録用紙②では、与薬状況の報告、受診予定の連絡、受診の報告、生活状況の報告が主にされていた。モデル運用 1 ヶ月後ミーティングの後、5～8 週目の記録用紙②では、1～4 週目の内容のほか、環境調整の報告、生活支援内容の依頼と報告が加わった。

①A 氏（表 28、29）

記録回数は、訪問看護師 7 回、ヘルパー 19 回であった。

正しく与薬ができたのは 25 回、正しく与薬ができなかったのは 1 回であった。

前半の 1～4 週目では、内服確認状況についての内容が主に記載された。訪問看護師は、『お薬カレンダーに入っていない。すでに服用したと言う。台所三角コーナーに空き袋あり。確認。』（訪問看護師）、ヘルパーは、『訪問時薬ポケットに薬は無かった。飲まれたようです。』（ヘルパー）など、それぞれに内服確認時の状況を記載していた。

訪問看護師は、内服確認の状況に加え、『いつもありがとうございます。』（訪問看護師）など感謝の言葉を添えつつ、『お薬カレンダーに無ければ、ごみ箱や周囲の確認をお

願います。』(訪問看護師)など内服確認方法について追加の依頼を記載していた。また、血圧の値や『鼻汁ひどくなっている印象あり。』(訪問看護師)など、訪問看護師が行った身体状況のアセスメント内容について簡単に記載をし、ヘルパーに報告をしていた。

5週目のヘルパー訪問時の1回のみ、正しく与薬が出来なかったとの記載があった。これに関しては、モデル運用終了後のインタビューで、訪問看護師の方から『ローンボウルズの、この前もあった大会に行って、1日ヘルパーをなしにすると大体、残って』(訪問看護師)と、理由の説明がされている。

表 28 A氏記録用紙②記載内容 1～4週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
1	看護師	○	朝食は済み。内服声かけて服用。デスク上にニフェジピンがシートごと置いてある(以前処方されたもの?)破棄しておく。BP138/68	食事の有無について状況報告。 内服確認の状況報告。 バイタルサインの報告。	いつもありがとうございます。現在服用中の薬に関して、ヘルパーさんのファイルに挟んでいます。よろしくお願いします。	感謝の言葉。 薬の内容一覧をファイルに挟んだ旨事務連絡。
	ヘルパー	○	訪問時薬ポケットに薬は無かった。飲まれたようです。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○	訪問時よく眠ってたようです。何度かドアをたたき起きていただきました。	内服確認の状況報告。		
2	看護師	○	○月○日分飲み忘れあり(デイ)。薬声かけし服用する。179/96	内服確認状況の報告。 バイタルサインの報告。	いつもお世話になります。お薬カレンダーに無ければ、ごみ箱や周囲の確認をお願いします。内服確認が困難になれば管理方法の変更を検討します。	感謝の言葉。 内服確認方法について追加の依頼。 今後予測される状況と対応方法について提示。
	ヘルパー	○	朝食済んだということで、手渡しで服用していただく。	内服確認状況の報告。		
3	看護師	○	お薬カレンダーに入っていない。すでに服用したと言う。台所三角コーナーに空き袋あり。確認。	内服確認状況の報告。	いつもありがとうございます。今週も飲み忘れなしでした。今後も内服声かけ、確認をお願いします。	感謝の言葉。
	ヘルパー	○	薬飲まれていました。	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○				
4	看護師	○	薬残っており、声かけ服用する。鼻汁ひどくなっている印象あり。152/77	内服確認状況の報告。 身体状況について看護師のアセスメントの報告。	いつもありがとうございます。薬飲み忘れなしでした。すでに飲んでいることもあるようです。どこかに置き忘れていないか確認をお願いします。	感謝の言葉。 本人の内服状況について看護師のアセスメントの提示と、内服確認方法について追加の依頼。
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				

1ヵ月後のミーティングを経た後、記録用紙②では、1～4週目同様に内服状況の報告のほか、訪問看護師から『訪問時、窓閉めきり暑いことが多いです。環境みて下さい。必要時エアコン使用促してください。よろしくお願いします。』(訪問看護師)と環境に関するアセスメントの報告と、室温調整の依頼が記載された。ヘルパーはそれ以降、『部屋とても暑いのでエアコンつける。25℃にしてしばらくして27℃。』(ヘルパー)など、室温調整状況の報告もあわせて記載するようになった。

加えて、ヘルパーの方から『食事詰まらせました。』(ヘルパー)と誤嚥があったことの報告の記載がされ、次の訪問看護師訪問時には、『いつもありがとうございます。デイで食事詰まらせた件に関してはゆっくり食べる、食べる前に水分を摂ることに注意するように伝えてあります。食事に関して気になる点があれば教えてください。』(訪問看護師)というように、感謝の言葉とともに、誤嚥予防のための食事摂取方法について提示し、食事に関する相談の受付についても提示がされた。

1～4週目に比べ、5～8週目では、『冷房付いてなかったので入れる。』(ヘルパー)など室温調整に関する事、『昨日誤嚥があったとのことでしたので、食材は一口大に切って水分摂りながら食べていただきました。』(ヘルパー)など食事摂取に関する事、

『買い物行っており、11時10分ごろ戻られ、ヘルパーさん来るのを忘れていたとおっしゃる。』(ヘルパー)など認知症状に関すること、『今日お風呂入ると言われてました。』(ヘルパー)など入浴に関すること、『車椅子買い物途中で重いといわれ見てみると空気が少なかった。』(ヘルパー)など福祉用具のメンテナンスに関することといった、服薬に関すること以外の日常生活に関する記述が豊富になった。

表 29 A氏記録用紙②記載内容 5～8週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
5	ヘルパー	×	薬本日の分残っていたので夕に飲んでいただく。	内服確認状況の報告。		
	看護師	○	薬残っており服用声かけ。忘れなし。BP153/75	内服確認状況の報告。 バイタルサインの報告。	いつもお世話になります。訪問時、窓閉めきり暑いこと多いです。環境みて下さい。必要時エアコン使用促してください。よろしくお願いします。	感謝の言葉。 環境に関するアセスメントの報告と、室温調整の依頼。
	ヘルパー	○	訪問時薬のまれました。	内服確認状況の報告。	部屋とでも暑いのでエアコンつける。25℃にしてしばらくして27℃。食事詰まらせました。	室温調整の状況報告。 誤嚥の報告。
	ヘルパー	○	除湿冷房付いている。食事無事完食。	内服確認状況の報告。 食事摂取状況の報告。		
	ヘルパー	○	飲まれました。冷房付いてなかったのを入れる。夜ごはん食べられる。	内服確認状況報告。 室温調整状況の報告。 食事摂取状況の報告。		
6	看護師	○	薬残っており、服用声かける。172/88	内服確認状況の報告。	いつもありがとうございます。今週も服薬忘れなしでした。デイで食事詰まらせた件に関してはゆづり食べる、食べる前に水分を摂ることに注意するよう伝えてあります。食事に関して気になる点があれば教えてください。	感謝の言葉。 1週間の内服状況の報告。 誤嚥予防のための食事摂取方法について提示。 食事に関する相談の受付の提示。
	ヘルパー	○	訪問時はくすり飲まれてなかった。	内服確認状況の報告。	車椅子買い物途中で重いといわれ見てみると空気が少なかった。	福祉用具メンテナンスの報告。
	ヘルパー	○	カレンダー入っていたので飲んでいただきました。	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○	薬飲まれていました。	内服確認状況の報告。	少し鼻水をすすっておられるようです。コンセント切れて(CFF)おり、エアコンついていなかった。	身体状況の報告。 室温調整状況の報告。
7	看護師	○	声かけて服用。部屋エアコンつける。	内服確認状況の報告。	いつもありがとうございます。服薬忘れなしでした。今後も水分声かけ、室温(エアコン)確認お願いします。	感謝の言葉。 1週間の内服状況の報告。 引き続きの環境調整の依頼。
	ヘルパー	○	カレンダー入っていました。	内服確認状況の報告。	買い物行っており、11時10分ごろ戻られ、ヘルパーさん来るのを忘れていたとおっしゃる。	認知症状の報告。
	ヘルパー	○	訪問前TELLしました。食事後薬忘れぬよう声かけ。	内服確認状況の報告。	訪問時戸は開けきりエアコンつけてなかった。エアコンつけて買い物に行く。	室温調整状況の報告。
8	ヘルパー	○	服薬済み	内服確認状況の報告。	今日お風呂入ると言われてました。訪問時エアコンつけておられなかったのをつけていただく。	入浴の報告。 室温調整状況の報告。
	ヘルパー	○	訪問してすぐエアコンつけました。薬飲んでいただく。	内服確認状況の報告。 室温調整状況の報告。		
	ヘルパー	○	エアコンつけていただき、食事後服薬していただきました。	内服確認状況の報告。 室温調整状況の報告。 食事摂取状況の報告。	昨日誤嚥があったとのことでしたので、食材は一口大に切って水分摂りながら食べていただきました。	食事摂取時の誤嚥予防の報告。

②B氏（表 30、31）

記録回数は、訪問看護師 10 回、ヘルパー 22 回であった。

正しく与薬ができたのは 27 回、正しく与薬ができなかったのは 3 回、記載なしが 2 回であった。

前半の 1～4 週目ではまず、モデル運用開始時に検討された薬カレンダーの変更を訪問看護師が行ったことについて『本日より大きい（取り出しやすいカレンダーを設定）。薬外袋に大きい字で日付と曜日を記入したメモを貼る。』（訪問看護師）と記載され、ヘルパーへの連絡が行われた。その次のヘルパーの訪問回では、『大きい字なのでお薬日付ポケットはいいとおっしゃる。』（ヘルパー）と本人の反応が良かったことについてヘルパーが返事を記載している。その後の訪問では飲み忘れが無くなり、全ての訪問で正しく与薬ができたに○がつくとともに、『飲まれてポケットになかったです。』（ヘルパー）、『取り出しやすくなりよかったですとコメントあり。飲み忘れなし。』（訪問看護師）と、それぞれに毎回、詳細な内服確認の状況報告が記載された。また、途中、訪問看護師が『両足のうら、爪と水虫の可能性あり。かゆみあり。（月）〇〇クリニックで軟膏出していただけるようケアマネに報告してみます。』（訪問看護師）と、抗真菌薬の処方依頼する旨記載した後の訪問日に、ヘルパーが『一緒にクリニックに行き薬をもらいました。水虫のお薬、塗り薬、液体出ました。』（ヘルパー）と抗真菌薬の軟膏が処方されたことや、『水虫の薬、爪、皮膚用塗布する。あとデイのかばんに入れました。』（ヘルパー）と、デイサービスでも使用してもらえるように環境調整したことの連絡がされた。記録用紙②冊子を用いて内服、軟膏塗布についての与薬に関する事項の詳細なやりとりがおこなわれた状況が読み取れる。

軟膏塗布時のケア方法について、『足浴し、水虫の薬塗布。』（訪問看護師）と記載がされた次のヘルパーの回には、『水虫あたたかいタオルで拭いて塗る。』（ヘルパー）と記載された。これについて、終了後のインタビューで『前の看護師さんがしてくれはったみたいに、足浴。本人さんは、聞いても分からないから、書いてくれてたから、ちゃんと足浴してはったんやねって。』（ヘルパー）というように、以前から講習を受けてケア方法は学んで知っていたが、訪問看護師の足浴をしてから軟膏塗布したとの記載を受け、患部を清潔にしてから軟膏塗布するというケアの実行に繋がった旨ヘルパーが語っている。

その他、4 週目では、『顔に汗あり。ベッドの部屋で過ごされている。居間に誘導クーラー 27℃でつけました。水分ポカリ 200m 1 飲用。』（訪問看護師）というように、訪問看護師が B 氏の熱中症のリスクをアセスメントし、環境調整と水分摂取促しを行った旨の記載があった次の回、ヘルパーも『クーラー 27℃。ポカリ 200m 1 飲用。』（ヘルパー）と呼応するように環境調整と水分摂取促しを行った旨の記載があった。

表 30 B 氏記録用紙②記載内容 1～4 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
1	ヘルパー	× *	訪問時薬のポケットに薬なく、月、火に飲まれていたみたい。昨日デイに行くときに本日分を飲まれたようです。だから今日は飲まれてないとおっしゃる。	内服確認の状況報告。		
	看護師	× *	本日分前日に飲んでおりポケット内空になっていたとヘルパーよりメモにて報告有。	内服確認の状況報告。	本日分、昨日に飲まれ服薬できていないとコメント有。本日は服薬せず経過みる。本日より大きい(取り出しやすいカレンダーを設定)。薬外袋に大きい字で日付と曜日を入力したメモを貼る。カレンダーに注意して欲しいこと、曜日の確認をしてから飲んでくださいと手紙を添える。	薬セッティング方法変更の連絡
	ヘルパー	○	11時に食事をしていたので30分後に飲んでいただく	内服確認の状況報告。	大きい字なのでお薬日付ポケットはいいとおっしゃる。	セッティング方法変更の効果の報告。
2	ヘルパー	○ *	空っぽとおっしゃってました。	内服確認の状況報告。		
	看護師	○ *	取り出しやすくなりよかったですとコメントあり。飲み忘れなし。	内服確認の状況報告。	(月)〇〇クリニックにて〇月〇日～処方取りに行く予定(ケアマネに電話入れる)。両足のうら、爪と水虫の可能性あり。かゆみあり。(月)〇〇クリニックで軟膏出していただけるようケアマネに報告してみます。	受診の連絡。
	ヘルパー	○	訪問時薬飲まれていた。	内服確認の状況報告。		
3	ヘルパー	○	骨粗しょう症のお薬飲んでいただく。少し腰が痛いとおっしゃったので座ってもらいました。	内服確認の状況報告。 身体状況の報告。	水虫の薬を説明して塗りました。11時ごろ、一緒にクリニックに行き薬をもらいました。水虫のお薬、塗り薬、液体出しました。	受診結果の報告。
	ヘルパー	○ *	飲み忘れなし。わかりやすくなって助かっていますと。	内服確認の状況報告。	今日は塗っていないとおっしゃる。	軟膏の使用状況報告。
	看護師	○ *	飲み忘れなし。わかりやすくなって助かっていますと。	内服確認の状況報告。	〇月〇日35分処方あり。次回〇月〇日まであり。水虫の薬ありがとうございます。	処方内容の報告。 感謝の言葉
4	ヘルパー	○	飲み薬飲んでおられた。	内服確認の状況報告。	水虫の薬、爪、皮膚用塗布する。あとデイのかばんに入れました。	軟膏の使用状況の報告。
	ヘルパー	○	骨粗しょう症のお薬飲まれる。めまいするとお薬飲まれたとの事。現在マシになったとのこと。デイの入浴のときに塗られたほうがいいですね。	内服確認の状況報告。 内服の効果の報告。	熱36.6。知人と接種しに行くことになってます。さっさいったのにとトイレに何回も行かれる。	ワクチン接種の報告。
	ヘルパー	○ *	飲まれてポケットになかったです。	内服確認の状況報告。	トイレに何回も行かれるとのこと。今かゆみはないそうです。水虫の薬デイでお風呂に入ってから塗ってもらおうとのこと。	排尿状況の報告。 軟膏使用状況の報告。
4	看護師	○ *	カレンダー内服薬なし。	内服確認の状況報告。	額に汗あり。ベッドの部屋で過ごされている。居間に誘導しクーラー27℃でつけました。水分ボカリ200ml飲用。めまい昨日で治った。今日は朝少しご飯食べたが昨日朝ごはん食べずやと。足浴し水虫の薬塗布。	身体状況の報告。 ケア内容の報告。 水分摂取の報告。
	ヘルパー	○	骨の薬目の前で飲んでいただく	内服確認の状況報告。	水虫あたたかいタオルで拭いて塗る。クーラー27℃。ボカリ200ml飲用。	ケア内容の報告。 水分摂取の報告。

後半の5～8週目においても、引き続き『薬飲まれて骨の薬も目の前で飲まれました。』（ヘルパー）、『飲み忘れなし。』（訪問看護師）というように、内服確認の状況報告がされた。1～4週に比べ、A氏同様、『エアコン26℃でON。』（ヘルパー）など、室温調整の報告、『訪問時ベッドで横になられ微量汗が出てました顔に。体温36.5℃。』（ヘルパー）、『足首の上とか腫れて靴下を履いたらむくむとおっしゃる。でもむくんです。』（ヘルパー）など、バイタルサインを含めた身体状況の報告、『便が多量に出たと喜んでました。』（ヘルパー）など、排便状況の報告、『訪問時ベッドで寝られて食欲がなくパン半分食べて薬を飲まれたようです。』（ヘルパー）など、食事摂取状況の報告というように多岐にわたる生活、身体状況の報告がヘルパー訪問時に記載されるようになった。訪問看護師の方からは、身体状況や受診の連絡に加え、『現在引き出しの中のお薬手帳の入ってるポーチの中のお金を本人が持っているお金（1500円ぐらいあるそうです）で〇月〇日までもたせて欲しいと。』（訪問看護師）というように、金銭管理に関する連絡も合わせて行われた。

途中、受診時に新たに処方された内服薬についての相談の記載が『今日受診して新しくすり出てますが1日1回と聞いていましたが2回と書いてたのでよくわからなく、管理者に対応お願いしてます。』（ヘルパー）というようにヘルパーからあり、訪問看護師が、『抗生剤入り内服の件確認していただきありがとうございました。』（訪問看護師）と、感謝の言葉とともに、『〇クリニックに確認し1日1回朝14日分で処方になっていました。〇月〇日までセット済みです。』（訪問看護師）というように対応した旨の連絡をしていた。この件に関しては、終了後のインタビューにて、「薬なんか、水虫とかの、もらってきてはったじゃないですか。何の薬、全然、分からへんし、私も。あそこに訪問看護師さんの電話番号が書いてあったから、それ、サービス提供責任者さんが、そこへ電話してみたって言いはったから、お電話して、看護師さんが来てくれはったという感じで。それはよかったですわ。」（ヘルパー）、「ヘルパーさんが2回ぐらい、なんやかんやいって電話、飲めてませんとかなんか言って。ヘルパーさんは、見つけた瞬間に自分もパニックになって、すぐ電話してしまっでごめんなさいねとか、そのときのしゃべりも上手に言えないから、どうしても今、現状をそのまま伝えるから、ちょっと、あなたに不快な思いをさせるかもしれないけど、ごめんなさいねとかヘルパーさんが言うて。別にいいから、ヘルパーさんも落ち着いて聞いてくれて深呼吸しましょうか、皆さんって言うて、深呼吸してから事の流れを教えてください。分かりましたみたいな。」（訪問看護師）というようにヘルパー、訪問看護師ともに、記録用紙②とともに電話を用いて迅速な対応ができたことを語っていた。

表 31 B 氏記録用紙②記載内容 5～8 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
5	ヘルパー	○*	ポケットに無かったので飲まれたと思う。	内服確認の状況報告。	水虫は塗ってません。	軟膏使用状況の報告。
	看護師	○*	ピンク色の掛け物にしてくれてわかりやすくなった。	内服確認の状況報告。	15時10分居室暑い。本人暑いと思わない。クーラー26℃設定で居れ処置。退室時27℃にする。背骨隆起部発赤あり、フィルム貼ってます。はがれなければそのままでかまいません。	室温調整の報告。 皮膚症状と対応の報告。
	ヘルパー	○	薬飲まれていました。	内服確認の状況報告。	デイのかばんから水虫の薬取り塗布しました。エアコン26℃でON。	軟膏使用状況の報告。 室温調整の報告。
	ヘルパー	○	薬飲まれて骨の薬も目の前で飲まれました。足浴で水虫の薬塗りました。	内服確認の状況報告。 ケア内容の報告。		
6	ヘルパー	○*	ポカリを飲んだ便が多量に出たと喜んでました。水虫は治ったので塗り薬はいいとおっしゃる。26℃つける。	内服確認の状況報告。 排便状況の報告。 室温調整の報告。	フィルムは長いことつけたらかぶれるとおっしゃる。訪問時ベッドで横になられ微量汗が出てました顔に。体温36.5℃。	ケアの影響の報告。 身体状況の報告。 バイタルサインの報告。
	看護師	○*	飲み忘れなし。	内服確認の状況報告。	団地の収入申告書の記載、いとこさんに電話して依頼してます。先週いとこさんが来れずお金を渡せてないと。現在引き出しの中のお薬手帳の入ってるポーチの中のお金を本人が持っているお金(1500円ぐらいあるそうです)で○月○日までもたせて欲しいと。いとこさん、○月○日にはお金をもってきますと。現在寝ている部屋にクーラーが無い件をケアマネさんといとこさんに伝えます。ケアマネさんが本人の意思を確認して居間にベッドを移す段取りをしてくれています。足の薬ありがとうございます。爪用の分だけ塗ってください。お願いします。フィルムの件ありがとうございます。外して様子見ます。	金銭管理に関する連絡。 感謝の言葉。 身体状況と対応方法の報告。
	ヘルパー	○	水虫爪のだけ塗りました。	軟膏使用の報告。	訪問時ベッドでしんどいとおっしゃるのでポカリ買って1本飲んでもらいました。いとこさん3万円布の袋に封筒に入れて確認しました。26℃。	身体状況の報告。 水分摂取の報告。 金銭管理の報告。 室温調整の報告。
7	ヘルパー	○*	訪問時ベッドで寝られて食欲がなくパン半分食べて薬を飲まれたようです。	食事摂取状況の報告。	体温36.4℃。しんどいといわれる。足首の上とか腫れて靴下を履いたらむくむとおっしゃる。でもむくんです。	バイタルサインの報告。 身体状況の報告。
	看護師	○*			本日訪問時体調不良しんどい。食欲がないとお聞きしました。声もかかれており咽頭不快はないですが明日○先生のところで診てもらおう伝えました(ケアマネさんに電話済み)。午前診でいってもらうよう伝えしています。体調に不安があれば付き添っていただきたいとおっしゃってます。よろしくお願いします。○月○日～の内服処方も頂いてください。	身体状況の報告。 受診の依頼。
	ヘルパー	○			水虫の薬塗布する。今日受診して新しくすり出ますが1日1回と聞いていましたが2回と書いてたのでよくわからなく、管理者に対応お願いしてます。	受診の報告。 緊急対応依頼の報告。
	看護師				抗生剤入り内服の件確認していただきありがとうございます。○クリニックに確認し1日1回朝14日分で処方になっていました。○月○日までセット済みです。いつも細かいところまで確認対応していただきありがとうございます。今回出ている薬により定期で入ってたインフリーSと胃薬マナミンGAは抜いてます。	感謝の言葉。 処方内容の報告。 薬のセッティング内容の報告。
	ヘルパー	○	骨粗しょう症の薬は目の前で飲んでもらいました。まだ声がかすれてます。少し薬になったとおっしゃる。	内服確認の状況報告。	液体の水虫爪の間にしみこませます。チューブの塗りました。今日ベッドをクーラーの部屋に入れますとの事。	軟膏使用の報告。 室温調整の報告。
8	ヘルパー	○*	水虫塗布する。足首から甲にかけてむくんでるのが気になるようです。	軟膏使用の報告。 身体状況の報告。		
	看護師	○*	抗生剤○月○日より○月○日まであり。服用できている。	内服確認の状況報告。	左下腿皮下出血あり。打撲したのか原因不明です。痛みないようです。足背の浮腫あり。毛布をぐるみ少し下肢を挙上していただきました。じょじょにむくみ引いてきたのでむくんできたら臥床して足を挙げてみてくださいと話します。抗生剤服用による下痢等ないようなので、引き続き嘔吐も続いているので服用続けます。左下腿の皮下出血の部分にフィルム(透明の分)貼ってます。予備にデイ用ノートにも入れてます。	身体状況の報告。 対応方法の連絡。
	ヘルパー	○	ポケットにないので飲まれたよう。	内服確認の状況報告。	水虫の薬塗る(2箇所)。足がくりぶより下がむくんで。本人様は塗り薬を塗布したからかもといわれる。	塗布薬使用の報告。 身体状況の報告。 本人の訴えの報告。
	ヘルパー	×	本日(不明)と明日分(今日飲んだ)飲んでました。	内服確認の状況報告。	タオルケットをまいてふくらはぎを上へのせ臥床してくださいと説明する。足のかゆみはないとおっしゃる。むくみが気になるとおっしゃる。足のかゆみは関係ないとおっしゃる。	対応方法の助言内容の報告。 本人の訴えの報告。
	看護師	*			○月○日足の腫れが水虫の外用薬のせいでと思い○先生へ受診。アレギー剤1錠、2錠、合計3剤処方。○月○日～○月○日まで。水虫外用薬中止→リンデロンV G塗布。抗生剤(のどかれ)の分○月○日で終了。○月○日内服より痛み止め再開しセットしている。○月○日の内服重複して服用したのかみつからず○月○日分作る。	受診の報告。 処方内容の報告。 薬のセッティング内容の報告。
ヘルパー	○*	ポケットなかった。リンデロンを足の塗布。むくみましになったと思えます。	内服確認の状況報告。 軟膏使用の報告。 身体状況の報告。	部屋クーラー、扇風機つけていなく体が火照っていました。体温36.8℃。27℃に設定しました。	室温調整の報告。 バイタルサインの報告。	

③C氏(表32、33)

記録回数は、訪問看護師 10 回、ヘルパー 55 回であった。

正しく与薬ができたのは 60 回、正しく与薬ができなかったのは 5 回であった。

前半の 1～4 週目では、適宜、『飲み忘れなし』(訪問看護師)、『朝食服薬確認できています。』(ヘルパー) と、内服確認状況の報告が、訪問看護師、ヘルパー双方からされた。途中、本人が受診に行かず、内服薬が無い日が数日あり、その状況がヘルパーから『〇月〇日受診をしていないため(本日朝の薬を飲んでいただきましたが)夕方からの薬はありません。』(ヘルパー) というように記載された。次の回で訪問看護師からは、『〇月〇日受診予定だったが受診せず。薬は〇月〇日朝までしかなし。〇月〇日に受診予定のため、薬はなしで様子みる。(奥様了解)』(訪問看護師) というように、今後の受診予定と、それまでの対応について記載がされた。

また、『本人が触っていたようす。服薬カレンダー冷蔵庫の上で保管する。〇〇(他ヘルパー事業所)にはケアマネから連絡済み。』(ヘルパー) というように、ヘルパーが訪問した際に薬が 1 日分無くなっており、ケアマネジャーに連絡をして対応した旨、記載がされた。

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要	
1	看護師	○	薬飲み忘れはありません。○月○日朝まで整理しました。	内服確認の状況報告。 薬セッティングの報告。	○月○日○○病院受診予定です。	受診の連絡。	
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
ヘルパー	○				○月○日受診をしていないため (本日朝の薬を飲んでいただきましたが)夕方からの薬はありません。	受診しなかった報告。 残薬の報告。	
看護師	○				飲み忘れなし、○月○日受診予定だったが受診せず。薬は○月○日朝までしかなし。○月○日に受診予定のため、薬はなしで様子みる。(奥様了解)	内服確認の状況報告。 残薬と服薬の調整の報告。	
2	ヘルパー	○					
	看護師	×	服薬せず。	内服確認状況の報告。	○月○日受診予定。○月○日の夕食後薬から準備する予定。	受診の連絡。 薬セッティングの予定連絡。	
	ヘルパー	×				受診前で薬が無かったため。	内服確認の状況報告。
	看護師	○	○月○日夕～○月○日朝までセット	薬セッティングの報告。	本日受診され50日分の内服薬を処方された。	受診と処方の報告。	
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○	朝食服薬確認できています。	内服確認状況の報告。			
	看護師	○	飲み忘れなし	内服確認状況の報告。			
	ヘルパー	○					
3	ヘルパー	○					
	看護師	○	○月○日～1週間分セットした	薬セッティングの報告。			
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○	ご自分で昨夜？にテーブルの上に置かれていた	内服確認状況の報告。			
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
4	ヘルパー	○					
	看護師	○	7日分セット、内服忘れなし	薬セッティングの報告。			
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	○					
	看護師	○	朝後薬内服済。内服忘れなし。	内服確認状況の報告。			
	ヘルパー	○					
	ヘルパー	×	薬がなかったため	内服確認状況の報告。	本人が触っていたようです。服薬カレンダー冷蔵庫の上で保管する。○(他ヘルパー事業所)にはケアマネから連絡済み。	薬の保管方法変更の報告。	
	ヘルパー	○					
ヘルパー	×						
ヘルパー	○				昨夕の食後薬が食事のトレイの中に残っていた	内服確認状況の報告。	
ヘルパー	×						
ヘルパー	○				昨夕の食後薬が食事のトレイの中に残っていた	内服確認状況の報告。	
ヘルパー	○						

5週目では、4週目の途中でセッティングしてあった薬が行方不明になり、保管場所を変更したことに関して、改めて訪問看護師より『薬カレンダーへ1週間分セットしたが行方不明になったりどこからか見つかったりすることが多くなったため配薬セット方法変更する。』、『残分を日付、曜日記入（以前を変わりなし）、缶にセットし、本人の手の届かない場所（冷蔵庫上）に配置。ヘルパーさんに連携する。』（訪問看護師）と、記載がされた。この記載のあと、正しく与薬できなかった回はなく、8週目まで経過した。

表 33 C氏記録用紙②記載内容 5～8週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
5	ヘルパー	○				
	看護師	○	薬カレンダーへ1週間分セットしたが行方不明になったりどこからか見つかったりすることが多くなったため配薬セット方法変更する。	薬セッティング方法変更の報告。	残分を日付、曜日記入（以前を変わりなし）、缶にセットし、本人の手の届かない場所（冷蔵庫上）に配置。ヘルパーさんに連携する。	薬セッティング方法変更内容の連絡。 ケアマネジャーへの連携の報告。
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
6	看護師	○	内服忘れなし。○月○日まであり	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
7	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
8	ヘルパー	○				
	看護師	○				

④D氏（表 34、35）

記録回数は、訪問看護師 13 回、ヘルパー28 回であった。

正しく与薬ができたのは 25 回、正しく与薬ができなかったのは 14 回、記載なしが 2 回であった。正しく与薬ができなかった回数が、前半 6 回、後半 8 回と減少しなかった。

前半の 1～4 週目では、ヘルパー、訪問看護師それぞれに、『〇月〇日朝分は忘れられていた。〇月〇日昼の分はサービス中に服用された。(15 時 10 分ごろ)』（ヘルパー）、『〇月〇日朝の薬が残っていました。』（訪問看護師）というように、D 氏の服薬忘れの状況が細かく記載された。この記載をもって、D 氏の服薬忘れの傾向がわかり、週末にタイマーを設定する支援に結びついた旨、『D さんは時々、服薬忘れていうのがあって。週末、忘れることが多いデータがあったので、一度、タイマー、セットさせていただいたんですか。』（ヘルパー）というように、終了後インタビューで語られた。週末にタイマーを設定した件についても、訪問看護師が、『ヘルパーさんより携帯に服薬タイマーセットしてくださる。』（訪問看護師）というような記載で連絡がされた。

表 34 D 氏記録用紙②記載内容 1～4 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
1	ヘルパー	○				
	看護師	×	〇月〇日夕食後の内服忘れあり	内服確認の状況報告。	〇〇クリニックから処方された薬の薬剤情報を記録ファイルの上に置いています	薬剤情報の置き場所の連絡。
	ヘルパー	○	本日脳内内科の受診忘れがあり、〇月〇日に受診されるそうです	受診忘れの報告。	〇月〇日眼科の受診もあるためサービス中止です	受診のためのサービス調整連絡。
	ヘルパー	○	週末分忘れなく服用されていました。	内服確認の状況報告。		
	看護師	×	本日昼分のみ忘れていたことを思い出される。〇月〇日昼分を15時30分に服用していただく。夕は眼前に服薬するよう伝える。	内服確認の状況報告。 服薬促しの説明内容の報告。		
2	ヘルパー	○	服薬忘れはありませんでした	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	×	〇月〇日朝分は忘れられていた。〇月〇日昼の分はサービス中に服用された。(15時10分ごろ)	内服確認の状況報告。		
	看護師	×	〇月〇日朝の薬が残っていました。	内服確認の状況報告。	〇月〇日夕～〇月〇日昼まで整理しています。	薬セッティングの報告。
	ヘルパー	○	服薬忘れありませんでした。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○	服薬忘れありませんでした。	内服確認の状況報告。		
3	ヘルパー	○	今日の昼の分はサービス中に服薬されました。	内服確認の状況報告。		
	看護師	×	〇月〇日昼、〇月〇日朝飲み忘れ	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○	服薬忘れはなかったです。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	×	〇月〇日夕、〇月〇日朝、服薬忘れがありました。	内服確認の状況報告。		
4	ヘルパー	○				
	看護師		〇月〇日昼分飲み忘れあり。「忘れとった」と本人。すぐに服薬していただく。ヘルパーさんより携帯に服薬タイマーセットしてくださる。	内服確認の状況報告。 服薬促しの支援内容の報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				

4週目に、週末にタイマーを設定した旨、訪問看護師からの連絡が記載されたあと一旦は飲み忘れの無い日が続いたが、5週目では再び飲み忘れがあった旨、ヘルパーから『〇日朝忘れ』(ヘルパー)との報告が記載された。その後、前半と変化無く、『〇月〇日～〇月〇日の朝が不明で〇月〇日朝、夕は服薬忘れがあった。』(ヘルパー)、『〇月〇日夕、〇月〇日昼、〇月〇日朝、昼』(訪問看護師)というように、飲み忘れが記載される状況が続いた。

表 35 D氏記録用紙②記載内容 5～8週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
5	ヘルパー	×	〇日朝忘れ。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○				
	看護師	○				
6	ヘルパー	×	〇月〇日～〇月〇日の朝が不明で〇月〇日朝、夕は服薬忘れがあった。	内服確認の状況報告。		
	看護師	×	〇月〇日朝。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○				
7	看護師	×	飲み忘れあり	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	×	飲み忘れあり	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○	〇月〇日飲み忘れあり	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	×	〇月〇日朝、昼飲み忘れあり。〇月〇日昼不明。〇月〇日昼の分の薬が残っていた。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○				
8	看護師	×	〇月〇日昼、〇月〇日朝、昼	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○	昼食後薬が服薬できなかったためその場で内服していただく	内服確認の状況報告。		
	看護師	×	〇月〇日夕、〇月〇日昼、〇月〇日朝、昼	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○	〇月〇日、〇月〇日週末服薬忘れありませんでした。	内服確認の状況報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	看護師	○				
	看護師	○	飲み忘れなし、7日分セット	内服確認の状況報告。 薬セッティングの報告。		

⑤E氏（表 36、37）

記録回数は、訪問看護師 11 回、ヘルパー19 回であった。

正しく与薬ができたのは 30 回、正しく与薬ができなかったのは 0 回であった。

前半の 1～4 週目では、モデル運用 1 ヶ月後ミーティングで「特に変わらないです。飲み忘れもないもんね。」（訪問看護師）と語られたように、1～4 週目、5～8 週目全てをとおして正しく与薬ができており、『忘れなし、1 週間分セット』（訪問看護師）のように、内服確認状況の報告及び薬セッティングの報告がコンスタントに記載された。

表 36 E氏記録用紙②記載内容 1～4 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記載	状況の概要	連絡事項の記載	連絡事項の概要
1	ヘルパー	○				
	看護師	○	7日分セット	薬セッティングの報告。		
	ヘルパー	○				
2	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
3	看護師	○	7日分セット	薬セッティングの報告。		
	看護師	○	飲み忘れなし	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
4	看護師	○	忘れなし、1週間分セット	内服確認状況の報告。 薬セッティングの報告。		
	看護師	○	飲み忘れなし	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○				

表 37 E氏記録用紙②記載内容 5～8 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
5	ヘルパー	○				
	看護師	○	服薬忘れなし	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
6	ヘルパー	○				
	看護師	○	服薬1週間セット、服薬忘れなし	内服確認状況の報告。 薬セッティングの報告。		
	看護師	○	服薬忘れなし	内服確認状況の報告。		
	ヘルパー	○				
	ヘルパー	○				
7	ヘルパー	○				
	看護師	○	7日分セット済み、飲み忘れなし	内服確認状況の報告。 薬セッティングの報告。		
	ヘルパー	○				
8	ヘルパー	○				
	看護師	○	7日分セット	薬セッティングの報告。		
	看護師	○	飲み忘れなし	内服確認状況の報告。		

⑥F氏（表 38、39）

記録回数は、訪問看護師 18 回、ヘルパー18 回であった。

正しく与薬ができたのは 32 回、正しく与薬ができなかったのは 0 回、記載なし 4 回であった。

F 氏では、研究参加以前より訪問看護師とヘルパー間で大学ノートを用いた連絡ノートのやり取りがすでに行われており、今回のモデル運用にあたって、モデル運用期間のみ試験的に記録用紙②を連絡ノートに用いてもらう形であった。もともと連絡ノートを使用していた経緯もあってか、前半の 1~4 週目、後半の 5~8 週目全てを通して、内服確認状況、インスリンの実施状況といった与薬に関する内容以外にも、食事の報告、身体症状への対応の報告がコンスタントに記載された。訪問看護師からは、主に、『体温 36.3、血圧 138/62、脈 46、不整 (+)、酸素 99%、血糖値 131、内服、ライゾデグ 20 単位』（訪問看護師）などのバイタルサインの報告、血糖値の報告と、インスリン施注の報告とともに、『右腰~臀部痛に湿布貼用、マックスベルト、背かゆみ、オイラックス』（訪問看護師）と、身体症状への対応の報告、『朝：バナナと水、昼はご自身でごはんを炊き、卵焼きを作って食べる予定だと。「施設に入りたくないの努力している。今は飲み物は水だけ。間食はしていない」と話されていました。』（訪問看護師）と、食事の報告、『〇月〇日の整形受診は AM の時間帯になるそうです。PM は訪看あります。』（訪問看護師）と、受診と訪問予定の連絡、『〇月分の訪問看護計画書は引き出し（領収書の棚）に入れています。』（訪問看護師）と、書類保管の連絡が記載された。ヘルパーからは、主に、『血糖値 161、内服、インスリン OK です』（ヘルパー）というように、血糖値の報告、内服確認状況の報告、インスリン見守りの報告とともに、『腰痛の訴えあり→シップ貼付、背中がかゆいと訴えあり→ご本人の希望で背中清拭一部お手伝いいたしました。その他洗濯仕分け、部屋の片付けともに行う。』（ヘルパー）など、身体症状への対応の報告、家事支援内容の報告、『お弁当食べておられた。味はまあまあ。あんなもんやろうとのこと。朝食はご飯とかずのりのみ食べられたとのこと。』（ヘルパー）など、食事の報告が記載された。

与薬に直接関連のあるところでは、『湿布薬がもうないとのこと。』（ヘルパー）など、ヘルパーから湿布薬の残数の連絡が記載された。訪問看護師からは、『血糖特定する前にインスリン施注しようとされましたので、血糖測定が先と伝えています。注意してください。』（訪問看護師）など、適宜本人の状況にあわせて支援方法の注意点の連絡が記載された。

表 38 F 氏記録用紙②記載内容 1～4 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況	状況の概要	連絡事項	連絡事項の概要
1	看護師	○			体温36.2℃、血圧142/50、脈50、酸素99%、血糖161、ライゾデグ20単位打ちました。本日より宅配弁当が始まりました。冷蔵庫におかずの弁当あります。腰の痛みがあるので、ベルトつけてもらって下さい。デイに持っていくリュックにインスリン、薬等袋入っておらず、玄関先に置いてあったのでリュックに入れてます。	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。 食事に関する連絡。 身体症状への対応の報告。 物品の環境調整の報告。
	ヘルパー	○	血糖値145、内服、インスリンOKです。	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	昨日、配食弁当が箱から出されずに玄関にあり。冷蔵庫にも一昨日の分あり。(手付かず)。今朝はバナナ1本食されたとのこと。腰痛、背中痛みあり。オイラックス湿布貼付する。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。
	看護師		体温35.8℃、脈46、血圧112/58、酸素98%	バイタルサインの報告。	本日午前中、病院受診(泌)受診。(兄にて送迎)ホルモン注射なかった。ピカミタルドは継続処方あり。○薬局に届けます(本人了承済み)。次回○月○に。PSA0.9。受診後、配食弁当(1日1回)食べたと。受診等のためか、疲れた。右腰痛湿布貼り替え、ベルト、背かゆみ、オイラックス、検査データ、くすりしおり等、引き出しにいれました。朝食、糖質オフフルグラに変えた。冷蔵庫に牛乳類なく、低脂肪乳か豆乳を買うと。兄よりtel。○月○日病院(整形)受診予定と。	受診結果の報告。 食事の報告。 身体症状への対応の報告。 書類保管の連絡。
	ヘルパー	○	血糖値62、内服インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	お弁当食べておられた。味はまあまあ。あんなもんやろうとのこと。朝食はご飯とかずのりのみ食べられたとのこと。腰痛の訴えあり。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。
2	看護師	○	体温36.3、血圧138/62、脈46、不整(+)、酸素99%、血糖値131、内服、ライゾデグ20単位	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	右腰～臀部痛に湿布貼付、マックスベルト、背かゆみ、オイラックス、朝：バナナと水、昼はご自身でごはんを炊き、卵焼きを作って食べる予定だと。「施設に入りたくないで努力している。今は飲み物は水だけ。間食はしていない」と話されていました。○月○日の整形受診はAMの時間帯になるそうです。PMは訪看あります。○月分の訪問看護計画書は引き出し(領収書の棚)に入れてい	身体症状への対応の報告。 食事の報告。 受診予定の連絡。 書類保管の連絡。
	ヘルパー	○	血糖値110、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	腰痛の訴えあり。湿布の貼り替え時の立位も痛みで出来ないといわれる。本日貼った分で終了です。	身体症状の報告。 湿布薬の残数の報告。
	看護師	○	体温36.1、血圧128/56、脈48、酸素98%、血糖値168、内服、ライゾデグ20単位、トルリシディ	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	訪問時、家中に煙が蔓延しており、ドアを開ける対処をされているところでした。なべでお湯を沸かしていたことをおわすれていたためとのこと。何をしようとしたか忘れたと話されていました。本日、整形外科に受診され、加齢により骨の間が狭くなり、痛みが出ていますが前回と悪化はないと言われているそうです。新しいマックスベルトが処方されています。アセトアミノフェン(痛み止め)の頓服は本人は飲まないと言っています。靴箱の上の医療用品の黒いかばんの中に入れてあります。朝はバナナ、昼は夕飯の弁当を	生活状況の報告。 認知症状の報告。 受診結果の報告。 食事の報告。
ヘルパー	○	血糖値160、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	腰痛の訴えあり。ベルト巻いて過ごされる。昼食サンドイッチ食べたとのこと。カフェオレ、紅茶のごみあり。痛み止めはくせになるが嫌だから飲まないとのこと。	身体症状の報告。 食事の報告。	
3	ヘルパー				本日訪問看護師さんが来てくださる日のため、ヘルパーは投薬並びに血糖測定はしておりません。弁当残りありませんでした。「毎日食べているよ」とのことです。朝食はバナナ1本+フレイクを食べたとのことです。	内服確認状況の報告。 食事の報告。
	看護師	○*	体温35.4℃、脈48、血圧144/76、酸素98%、血糖値208、ライゾデグ20単位、内服、インスリンOKです	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	朝食バナナ、豆乳と。腰痛続いています。増強なくアセトアミノフェン(屯)不要と。だておこななくてよいと。湿布はりかえ。背のオイラックス	食事の報告。 身体症状への対応の報告。
	ヘルパー	○	血糖値161、内服、インスリンOKです	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	腰痛の訴えあり→シップ貼付、背中がかゆいと訴えあり→ご本人の希望で背中清拭一部お手伝いいたしました。その他洗濯仕上げ、部屋の片付けともに行う。	身体症状への対応の報告。 家事支援内容の報告。
	看護師	○	体温36.4℃、血圧120/54、脈42、酸素99%、血糖値265、ライゾデグ20単位、トルリシディ施注	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	朝バナナ2本とご飯+卵を食べました。昼は弁当を食べたとおっしゃるが、冷蔵庫に半分残っています。食欲無かったとのこと、残された様子です。腰痛のため、ベルト装着しています。腰部の湿布3枚交換。脈42回とゆっくりですが、リズム不整なく、自覚症状ありません。お兄さんがオートミール購入してくださいましたが、使い方がわからないかもしれないので、聞かれた際、一緒に作っていただけたらと思います。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。 食事に関する支援の依頼。
ヘルパー	○	血糖値130、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	朝から何も食べてないとの事。サービス中自身で米を炊かれる。後でカレーライスを作るとのこと。腰痛あり。	食事の報告。 身体症状の報告。	
4	ヘルパー		訪問看護師さん訪問日のため。背中がかゆいとのこと。見た感じ異状はありません	内服確認状況の報告。 身体症状の報告。	朝食済んでいました。温タオルでご自身がかゆいところを拭かれていました。手が届きにくいところだけ少し手伝いました。湿布薬がもうないとのこと。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。 湿布薬の残数の報告。
	看護師	○*	体温35.5℃、脈42、酸素99%、血糖値145	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	本日分服薬OK、ライゾデグ20単位、針7本補充、昼食サンドイッチ、牛乳と。デイにて○月体重68.0kg、体幹かゆみ軽度、オイラックス、腰痛、湿布3枚貼り替え(外来返却用バッグに2袋湿布あり。出しておきました。)。○月○日に病院受診予定。	内服確認状況の報告。 医療材料のセッティングの報告。 食事の報告。 体重の報告。 身体症状への対応の報告。
	看護師	○	36.2℃、血圧148/62、脈46、酸素98%、血糖264、ライゾデグ20単位トルリシディ	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	○月○日分内服忘れがありました。インスリン針5個あったのでぶん昨日打ってない。○医師の内科受診され、処方変更ありませんでした。ご本人さん受診時の医師の話「忘れた」とのことでした。血糖特定する前にインスリン施注しようと思われたので、血糖測定が先と伝えています。注意してください。ご飯たいであり、本日はご飯とつくだに食べたといわれています。	内服確認状況の報告。 受診結果の報告。 認知症状の報告。 支援方法の注意点の連絡。 食事の報告。
ヘルパー	○	血糖値115、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	朝食、ご飯とふりかけ食べたとのこと、腰痛の訴えあり、湿布貼り替え行う。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。	

5 週目では、ミーティング時に話題に上がった担当者会議での話し合いの結果をふまえ、訪問看護師の方から、『残金 30 円 (日) にお金もらえると。本日夕、明日朝、弁当を食べると (残弁当 2 つ) ※ヘルパーさんへ、次回くらい買い物時、保存用のインスタントラーメンなど 2 つ買って、シンク右横の食器棚に入れてください。つねに 2 つあるように、買い物お願いします。(お金があるときに)。本人さん了承済み、ただ今お金が少ししかないので、次回でなくて構いません。』(訪問看護師) というように、金銭管理に関する連絡と、買い物内容の依頼が記載され、その後の訪問で、ヘルパーから、『ただいま所持金少な目のため、即席めん購入はお金は言ってからの日曜日に頼むとのこと。』(ヘルパー) など、その日の金銭管理に関する連絡と買い物状況の報告が返事として記載された。加えて、7 週目では、訪問看護師から、『配食弁当〇月〇日分手つげず残っていたので、捨てました。』(訪問看護師) と、期限切れの弁当を破棄した旨記載があり、続く後の訪問から、ヘルパーの方でも『〇月〇日 (期限) 弁当手つげず。捨てました。』(ヘルパー) と、弁当を破棄したとの記載がみられるようになった。

表 39 F 氏記録用紙②記載内容 5～8 週目

週	担当	正しく与薬できたかどうか	状況の記述	状況の概要	連絡事項の記述	連絡事項の概要
5	看護師	○	体温35.9、脈46、血圧124/66、酸素98%、血糖値271、ライゾデグ20単位、本日分服薬OK	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	昼、菓子パン、バナナとのこと。湿布、腰2枚、体幹かゆみ、オイラックス、前回受診にてHbA1c6.7 (前回7.0)、クレアチニン1.91 (前回2.21)、検査データ引き出しに入れてあります。	食事の報告。 受診結果の報告。 書類保管の連絡。
	ヘルパー	○	血糖値127、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	朝食食べていないとおっしゃる、買い物代行。(サンドイッチ、牛乳、新聞)、ミルクティー 5000mlパックの空容器あり。	食事の報告。 家事支援の報告。
	看護師	○	体温36.5、血圧174/66→158/64、酸素97%、血糖値156、ライゾデグ20単位	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	血糖値高かったため、内服後に再検し158/64でした。朝昼兼用でサンドイッチ食べたそうです。湿布は残がないですがお兄さんが○月○日の定期受診日までの予定がつかず整形外科受診が難しいため、○月○日に処方してもらうようお兄さんに声かけしています。痛み止めは「くせになるから飲みたくない」そうです。○月分の訪問看護計画書をタンスに入れてあります。	食事の報告。 受診調整の報告。 身体症状への対応の報告。 書類保管の連絡。
	ヘルパー	○	血糖値98、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	朝食食べていないとの事、冷蔵庫にお兄さん持参された焼き菓子あり。昼食として食べるとのこと。湿布貼り替え行う。	食事の報告。 身体症状への対応の連絡。
6	看護師	○	体温36.0、血圧154/60、脈44、酸素97%、血糖値165、ライゾデグ20単位、本人分服薬OK	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	朝バナナ2本、一口チーズパン3コ、昼チーズパン2コ、皮膚かゆみなし、本日も痛み止めは飲みたくないと言っていました。お姉さんから焼き菓子あり。湿布は残し入れを頂いたそうです。湿布貼り替えしました。デイはお兄さんに入れてあります。	食事の報告。 身体症状への対応の連絡。
	看護師	○	血糖値171、湿布貼り替え、体温35.7、血圧140/56、脈42、酸素98	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	湿布をもらいにくいため、バイク(お兄さんに内緒で乗っていたとのこと)で整形外科、内科を受診されています。ケアマネさんより、電話でインスリン、内服をするよう促していただき、ご自身でされています。カレンダー内に本日はなく、インスリン針の数もあっていました。3日前からフラフラした感じがあったそうですが、本日消失されたそうです。コーヒー牛乳を飲んでおられたそうです。自宅においたものを新しく購入してない、今後は捨てるつもりで血糖ノット、血圧ノットが見当たりませんでした。デイに確認しましたがなかったそうです。お部屋から出てくるかもしれないので、そのときは所定の場所に入れていただけると助かります。代わりに表を作成したものを所定の位置に入れてます。血糖値の記入等お願いします。	食事の報告。 内服確認状況の報告。 連絡ノートに関する連絡。
	看護師	○	血糖値227、朝分内服、ライゾデグ20単位、トルリシディ、湿布貼り替え、体温35.3、血圧154/58、脈40、酸素98	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	水木のお弁当は食べておられず、昨日は友人の差し入れのフルーツゼリーを食べたとのこと。本日は朝バナナ、昼どん焼きを食べたそうです。夕食は残し入れを頂いたそうです。冷蔵庫内もうひとつ残っている。湿布貼り替え行う。	食事の報告。
	ヘルパー	○	血糖値105、内服、インスリンOK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	1週間くらい前よりしんどく、本日来へかかられましたが、主治医不在。入院適応なく、そのまま帰宅されました。弁当に少し気をつけておられました。サンドイッチを食べたいと言われていました。	食事の報告。 受診結果の報告。
7	ヘルパー		配食弁当本日消費切れ弁当食べておられません(手付かずのまま)。腰痛訴えあり、湿布貼りました。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。	洗濯物たたみ共に行う。居室、トイレ、台所掃除、カフェオレ(500mlパック)を飲み終えた容器がゴミ箱にあり、冷蔵庫にも1パック入っていました。朝サンドイッチを食べたくなくて買いにいってきたとのこと。	食事の報告。 家事支援内容の報告。
	看護師	○*	36.0℃、血圧130/60、脈56、SPO2100%、血糖値179、ライゾデグ20単位、内服済	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	朝コンビニで買ったサンドイッチを食べたと、昼ごはんはまだ。血糖値179でした。インスリン施注後に冷蔵庫にあったパン1個とカフェオレ飲みました。食べ物が少ない様子です。配食弁当○月○日分手つけず残っていたので、捨てました。	食事の報告。 環境整備の報告。
	ヘルパー	○	血糖値121、湿布貼付、インスリンOK、内服OK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	買い物代行、居室掃除、○月○日(期限)弁当手まはりに食べるとのことです。○月○日弁当は残し入れを頂いたとのこと。	食事の報告。 家事支援内容の報告。
	看護師	○	体温35.8℃、脈40、血圧108/54、SPO298%、血糖値213、ライゾデグ20単位、トルリシディ。内服済み。	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	朝食サンドイッチ、昼弁当少し。湿布貼付。右腰かき傷あるため、1枚のみ。かき傷にアンデペート。背オイラックス。残金30円(日)にお金もらえ。本日夕、明日朝、弁当を食べると(残弁当2つ) ※ヘルパーさんへ、次回くらい買い物時、保存用のインスタントラーメンなど2つ買って、シンク右横の食器棚に入れてください。つねに2つあるように、買い物お願いします。(お金があるときに)。本人さん了承済み、ただ今お金が少ししかないので、次回でなく、精魂いませ。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。 金銭管理に関する連絡。 買い物内容の依頼。
8	ヘルパー	○	血糖値139、内服インスリンOK、湿布貼り替え	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。 身体症状への対応の報告。	期限切れの弁当2つ処分。米も炊かれたが長時間経過していたため処分する。最近食欲無あまり食べたくないとのこと。サービスタラップのため横になって過ごされる。お金は夕方にもってきてもらえるとのこと。買い物できます。	食事の報告。 環境整備の報告。 金銭管理に関する報告。
	ヘルパー	○	朝食まだだったため、本日15時期限のお弁当(手付かずのままのもの) レンチンして召し上がっていただきました。が、おいしくないとおっしゃられ、ほとんど残っています。服薬はご本人の希望で朝食とる前に服薬されました。	食事の報告。 内服確認状況の報告。	所持金ほとんどなく、今日は希望された王子サンドと牛乳2本のみ購入しました。	食事の報告。 金銭管理に関する報告。
	看護師	○*	血糖値192、湿布、朝分内服はヘルパーさんにて済み、グラルギン20単位。	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。 インスリン施注の報告。	体温36.2、血圧142/50、脈40、酸素98%、お昼は弁当を食べると話されていました。保存食にビスコ入れています。食べ物がないときや低血糖のときなどに保存食として置かせてもらうこと本人に説明しています。	食事の報告。 バイタルサインの報告。 環境整備の連絡。
	ヘルパー	○	血糖値201朝食後測定。インスリン内服OK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	腰痛訴えあり、湿布貼付、皮膚かゆみ訴え(腰)オイラックス塗布、トイレ、居室そうじ、洗濯干し。※たたいま所持金少ないため、即席めん購入はお金は言っからの目曜日に頼むとのこと。 ※弁当手付かず3日分残っています。お姉さんが作ってくれたかやくごはんを召し上がっていました。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。
8	看護師	○	104/58、51回、98～99%、血糖値94	バイタルサインの報告。 血糖値の報告。	朝8時30分に起きたが食欲無何も食べていない。血糖94でした。バナナ1本、弁当1/3、味噌汁のりすうまい食べてインスリン施注しました。残りバナナ1本と味噌汁のり、ふりかけしかりありません。米は兄が持ってくるといわれていました。ご本人様は腰が痛くて動けないだけと思っていますが、病氣的な倦怠感によるものもあると思いますので、血糖100台と低い場合は食事すすめてください。	食事の報告。 身体症状への対応の報告。 身体症状への対応についての助言。
	ヘルパー	○	血糖値153、インスリン、内服OK	血糖値の報告。 内服確認状況の報告。 インスリン見守りの報告。	腰痛の訴えあり、食欲もあまり無いとのこと。○日期限の弁当あり、破棄する。掃除、買い物代行行う。バナナすくに召し上がられる。	食事の報告。 家事支援内容の報告。 環境整備の報告。 身体症状の報告。

(5) 記録用紙②のまとめ

1 週目から全ての期間をとおして、服薬状況の報告、受診予定や受診結果の報告はコンスタントに記載され続け、与薬に関する部分の核となる、内服確認状況の報告、インスリン施注の報告といった情報のやり取りがされた。加えて、前半の1~4週に比べ、後半の5~8週では記載される情報がより豊かになる傾向がみられた。1~4週ではほとんどみられなかったが5~8週でみられるようになった記載内容としては、A氏、B氏、F氏で環境調整の報告、B氏、F氏で金銭管理に関する報告、A氏、B氏で食事に関する報告、B氏で身体症状に関するヘルパーからの報告、D氏で新たな与薬の支援方法に関する報告があった。

B氏、C氏では、定期外の受診や本人の思わぬ行動により薬のセッティング内容の変更が必要になった場面をヘルパーが発見し、訪問看護師が対応した経緯が記録用紙②に記載されその場面に関係しなかった他の全ての担当者に連絡がされていた。

モデル運用期間中の正しく与薬できた回数と、正しく与薬できなかった回数、正しく与薬できた割合と、正しく与薬できなかった理由を表40に示す。B氏、C氏の2事例では、前半に比べ後半では正しく与薬できた割合の増加がみられた。E氏、F氏の2事例は、全期間を通して正しく与薬できた割合が100%であり、大きな問題が無く与薬が行われていた。A氏は、後半に1回のみ正しく与薬が出来なかった日があり、正しく与薬できた割合が93%に減少したが、本人の外出のためにサービスの予定を変更せざるを得なかったという明確な理由があり、大きな問題ではなかった。D氏のみ、前半に比べ後半で正しく与薬できた割合が減少していた。

正しく与薬できなかった理由としては、薬カレンダーを訪問看護師が変更する前(B氏)というように、連携モデル運用により与薬方法を変更することで解決できた問題がみられた。他には、受診ができておらず薬が無かった(C氏)、定期外の受診で処方された薬の訪問日以外の重複飲み(B氏)など、受診に関連して普段の方法が取れなかったことが理由としてみられた。唯一、正しく与薬できた割合の増加がみられなかったD氏では、連携モデル運用によって飲み忘れの傾向が発見され、対応方法が検討されたが本人の受け入れが困難であったため解決には至らなかった。

表 40 モデル運用期間中の正しく与薬できた、できなかった回数と理由

事例： 前半	正しく与薬 できた回数 (回)	正しく与薬で きなかった 回数 (回)	正しく与薬 できた割合 (%)	正しく与薬できなかった理由
後半				
A	11	0	100	
	14	1	93	・ A 氏の外出の都合でヘルパーの訪問が無かった

B	12	2	86	・薬カレンダーを訪問看護師が変更する前
	15	1	94	・定期外の受診で処方された薬の訪問日以外の重複飲み
C	39	5	89	・受診日に受診ができておらず薬が無かった ・本人がセッティングしてある薬カレンダーの中身を触り、1日分が行方不明となった
	22	0	100	
D	14	6	70	・週末のサービスが入らない日に外出した際、本人が薬を持っていかなかった
	11	8	56	・週末のサービスが入らない日に外出した際、本人が薬を持っていかなかった
E	14	0	100	
	16	0	100	
F	17	0	100	
	15	0	100	

(6) 終了後インタビュー

モデル運用終了後、訪問看護師、ヘルパーに個別のインタビューを行った。インタビュー時間は、訪問看護師平均 17±3 分、ヘルパー平均 17±3 分であった。

①モデル運用の効果

モデル運用の効果として、研究 1 で明らかとなった与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携の効果に合致する【多機関、多職種のチームケアの向上】、【療養者の病状や生活の安定】、【役割の解放】に関する語りがあった。加えて、新たな効果として、【相互の学びあい】に関する語りがあった。

以下、得られた訪問看護師、ヘルパーの代表的な語りについて述べる。

a. 【多機関、多職種のチームケアの向上】

訪問看護師から、「普段、本当に、ヘルパーさんと関わりなくというか、こっちも置いてるだけ。向こうも多分、飲ますだけだったのが、今回のこの研究で関わることを通して、お互いに、こっちの思いというか、こういう薬やから飲んでとかが前もあったように、薬の内容を知らなかったというのを、ヘルパーさんからご指摘があって。ヘルパーさん、こっちの勝手なイメージやと、飲ましてくれるだけな感じやし、ヘルパーさんも飲ましたらいいでしょう？みたいな感じの人のイメージというか、言い方悪いけど。けど、それってどんな薬飲んでるんやろうって興味を持ってくれて、聞いてくれて。」「(ヘルパーは) すごい心強い味方になりましたよ、本当に。今までは、ある意味、病気のことは、きつと私。病状とか体調は、結構メインで私。あとは、日常生活の。あの人、特に日常生活、食事の準備と、あの辺が結構メインで何か分けてる感じがあったけど、そうではなくなったというか、一緒にそういう、

病気の難しいことは無理やけど、薬の内容を通して、こういうこと気を付けてっていうのを、一緒に見てもらうような感じにはなっただと思う。」(A氏訪問看護師)というように、今回のモデル運用を通してヘルパーへの見方が変わり、心強いチームの相手になったと《専門職としての信頼の高まり》に関する語りがあった。また、ヘルパーからは、「訪看さんもそういうお買い物のこと、Fさんの所持金のこととか、いつ所持金っていうか、定期的にご家族さんからいくらかまとまったお金がFさんの手元に入るんですけども、そのこととか、お金が入ったときにこういうものを買ってもらえたらみたいな、そういった看護だけっていうか医療だけではないところまで一歩、踏み込んでくださってたっていうのは、このケースというか、今の取り組みによってではないのかなとは思いますが。」(F氏ヘルパー)というように、医療的な視点だけではなく、一歩踏み込んだ生活の視点でも訪問看護師が関わってくれるようになったことで、今まで以上に心強い相手となったと《専門職としての信頼の高まり》についての語りがあった。

訪問看護師から、「そういうように熱を持ってじゃないけど、ただ飲ませるだけじゃなくて、そういうように思ってくれてるんやと思ったら、こっちも、それは薬のことも教えてあげなあかんし、しなあかんと思った。他の人にもできることから、していかなあかんかなとは思いました。」(A氏訪問看護師)というように、ヘルパーの姿勢に刺激をもらい、自身も研鑽しなければならないという意識、他の利用者での連携でも意識を持って連携していきたいという思いを持ったと《他の療養者への連携の拡大》に関する語りがあった。

ヘルパーから、「薬なんか、水虫とかの、もらってきたはったじゃないですか。何の薬、全然、分からへんし、私も。あそこに訪問看護師さんの電話番号が書いてあったから、それ、サービス提供責任者が、そこへ電話してみてもいいから、お電話して、看護師さんが来てくれはったという感じで。それはよかったですわ。」(B氏ヘルパー)というように、受診で新たに薬をもらってきたが内容がわからず困ったときに訪問看護師へ電話ができ、《スムーズな対応》が出来たことについての語りがあった。訪問看護師からも、「本当に体調が悪かったやつも、行ったときは声がかれてたけど、さかのぼって見たら、月曜日からちょっとしんどいと本人が言うとかいうて書いてくださってたんで。じゃあ、きょうだけじゃなくて、2日前から調子悪かったんやって分かったから、ほんなら明日、病院行こうって、もう3日目になってるわみたいなんで、受診にもつながれたので。」(B氏訪問看護師)というように、訪問看護していなかった間の様子が詳細にわかり早期受診につなげるという《スムーズな対応》が出来たことについての語りがあった。

ヘルパーから、「本人からのお話だけしか聞いてなくて、ポリオになって、こうなったみたいなね。だから、そういうことだと、仕事させてもらってた。」「看護師さんとミーティングみたいなことをさせていただいて、それで、Aさんの、今までの病歴みたいなのも教えてもらってから、あらためて、これは絶対、飲まさないけん薬やなっていうことで、そこら辺を考えながら。看護師さんに聞く前は、薬を7種類ほど飲んでるということだけで、病歴なんか教えてもらってなかったんで。」「自分がまず書いて、それでファクスを見て、見比べて、こういうこと、ここに書くんだとか、こういうことなんだみたいな感じで見させてはいただきましたね。あったほうが、症状とかあるの分かったと思います。これなければ、今までと同じ対応してたと思うんで。」(A氏ヘルパー)というように、連携モデル運用を通して本人の病歴と薬の内容を理解したことでA氏の与薬に対する意識が変わり、支援内容も変わったと《意識向上》に関する語りがあった。また、訪問看護師からは、「お薬の問題は看護師だけじゃなくて、訪問する全スタッフが意識をしないといけないところでは、良かったのかなと思います。」(C~D氏訪問看護師)というように、医療職だけが意識をするのではなく、介護職であるヘルパーも一緒になって意識していくことなのだというように変わったと《意識向上》に関する語りがあった。

b. 【療養者の病状や生活の安定】

ヘルパーから、「起きてないときとか、服薬とか、なかなか声掛けてできない部分ってあるんですけど、ちょっと認識を持ってることによって、Cさんに声掛けをして、薬、服薬してもらうことって大事ですよ、みたいに、声掛け認識する点で、ちゃんと、こっちでできることはできたかなと思いました。」(C~D氏ヘルパー)というように、モデル運用前は、在宅療養者に服薬の声かけをしづらい場面では服薬の促しができていないこともあったが、モデル運用によって意識が変わり、きちんと声かけができるようになったと、《正しい与薬》ができた旨、語りがあった。

c. 【ヘルパーへの役割の解放】

F氏のモデル運用1ヵ月後ミーティングで、糖尿病でインスリン治療を受けているF氏が甘いものを買ってきて欲しいと依頼してくることに困っているとヘルパーから相談があった際、「ヘルパーさんのほうでもお気付きだったら、甘いものは駄目よじゃないけど、こうしたほうがいいっていうのを、状況知っていただいていると思うので、相談しながらやっていただくのは全然、Fさんのお体にとっていいことなので。関係性もできてくださっているの、ノートで様子も、その辺やりとりしてくださって、こういうことになってるんだなっていうの、私たちも見させていっていて、把握はしていつているつもりです。」(訪問看護師、F氏モデル運用1ヵ月後ミーティングより)というように訪問看護師がヘルパーへの信頼の上で療養指導を含めたヘルパーと在宅療養者との買い物内容の相談をやってもらってよいこと、訪問看護師もサポートすることについての話があった。終了後インタビューでは、訪問看護師から、ヘルパーによる買い物について、「結構、看護師だけではなく、生活力をサポートするにはヘルパーさんっていうのは大事な存在で。私たちから提案したことを結構、ヘルパーさんなりにもやってくださるので、すごく頼りにはなる存在。」「買い物とかが結構、難しくはなってきた人なんですけど、そこら辺はヘルパーさんなりにどうカバーしていこうかなっていうの、何と何を買ってきましたって」、「ヘルパーさんがやったことだけでなく、やるからには多分、意図を持ってやってはる。」(F氏訪問看護師)というように、ヘルパーが意図をもって本人と相談しながら買い物をしてきてくれていることに信頼を置いているし、適宜提案もしているといった語りがあった。ヘルパーからは、「看護師さんのほうからそういう生活の、食生活ですよね、ところへのそういう働き掛けというか、ヘルパーにこういう買い物してほしいなみたいな感じのことを言ってきた。」「気に掛けてくださってるところでの今後、ヘルパーもそれにもお答えしたり、逆にお伝え、お答えするだけじゃなくてこちらからも看護師さんへのそういうアプローチというか、働き掛けっていうのは必要なんだなって。」(F氏ヘルパー)というように、買い物はヘルパーの基本的な役割であるとした上で、生活状況や病状を考慮した買い物内容の選択や提案について、ヘルパーから積極的に行ってもよいのではないかという意識に変わったという語りがあった。これらは、ヘルパーの買い物という役割の中に療養生活指導の視点を組み込んでもらう《ヘルパーへの訪問看護師の役割の一部解放》であった。

d. 【相互の学びあい】

ヘルパーから、「前の看護師さんがしてくれはったみたいに、足浴。本人さんは、聞いても分からないから、書いてくれてたから、ちゃんと足浴してはったんやねって、それもあります。忘れたことがあったら、こういうふうにしたらいい、そういえば思い出したなと思ってました。それもありました。」(B氏ヘルパー)、「お薬のあれもよく分かったし、これは抗生物質やとか、こういうのは、あれやとかいうのを、いろいろ書いていただいて分かりました。」(B氏ヘルパー)、「医療的な部分での視点っていうのでは、ヘルパーよりも関わりというか、

湿布、貼ったりとかでお体のほう見られたとかもあったりして、ヘルパーもそうやって見ることもありましたけども、そういう視点の置き方っていうのはまたヘルパーとは違ってたんではないのかなと思っております。だから、そういったところでは訪看さんが書いてくださってるノートっていうのはとても、そういう参考になりました。」(F氏ヘルパー)というように、訪問看護師からの情報提供、ケア方法の報告や、助言から様々な知識やケア技術を学び、自身の支援内容を工夫したり、自信をもって支援していけるようになったりしたという語りが複数あった。

訪問看護師からも、「結構いつも、なんか、いろいろ書いてくれて。じゃあ、私もちょっと書かないとなって、頑張ってる。」(A氏訪問看護師)、「私らもちゃんと、ヘルパーさんにお薬の情報をきっちり伝えていかなあかんっていうのも今回、思いましたすごく。」(C~D氏訪問看護師)というように、ヘルパーの一生懸命な姿勢から自身も頑張らなければと学んだという語りがあった。

②今後の臨床現場での活用にあたっての意見

インタビューでは、モデルの要素に関する改善点の意見は無かった。しかし、今回のモデルを今後臨床現場で活用するにあたり、記録用紙②に関する改善点と、ミーティングに関する意見がいくつか語られた。

記録用紙②については、「別に、そんなに。時間も結構あるし、ご飯食べてるときに、Aさんの様子見ながら書くみたいな感じでしたから。」(B氏ヘルパー)というように、記入は負担ではなかったという意見が大半であった。また、「前は大学ノートに全部書かれてたので、全部めくって振り返っていかないといけなかったんですけど、看護師が入った後にヘルパーさんが書いてくださるっていう感じで、看護師が来るまでの間にヘルパーさんが何をしていたかとかいうのが一目瞭然で見えるようには。情報が、収集が早くなったっていうのは感じます。」(F氏訪問看護師)というように、大学ノートや別々の記録用紙に記録していくのではなく、1 ページで訪問看護師訪問から次の訪問看護師訪問までの間のヘルパーの記録が対応して見られるので情報が一目でわかり、使いやすかったという意見もあった。

一方で、「ナースさんが書いてるじゃないですか。その青い紙に、ここからって書いてあるから、ここから書いたらいいのかなとか、結構、間、空けて書いたりとか、そこでいいか、それは別に、そこはそんなにこだわらなくていいとこかなと思いつつながら。」(A氏ヘルパー)、「記録用紙の看護師の記録欄と、ヘルパーさんの記録欄が最後に別れてますけど、日にちの所が、看護師がページの半分ぐらいで、ヘルパーさんが何日間で空白の所があってヘルパーさんの記録の日にちを見ながら次のページにいったりとか。そういうのはあったかな。」(C~D氏訪問看護師)というように、ヘルパー記入欄に空欄が発生する状況があったのがわかりにくかったという意見、「記録のするのに書ける面積が少なかつたかなっていうのが。まずそこが書きにくかった。結構、マスに細かくは分かれてるんですけども、あとノートを通して予約のこととか薬のこと以外でのそういった、Fさんの生活の中でこういう、ヘルパーがサービスを行いましたとか、こういうことを行いましたっていうところを書けるスペースもあつたらやりやすかつたかなとかって思ったんで。」(F氏ヘルパー)というように、ヘルパー記入欄が小さかつたので書きたいことが全て書けなかつたという意見があった。

また、「ミーティングを全部、研究者さんが議題とか引っ張ってくださって、ファシリテーター的なことをやってくださったんで。それを、自分たちでどういうふうに整理してやっていくかっていうと、またちょっと違う形になっていってしまうかもしれないけど、どういうふうにやっていけるんだらうなと思ったり。」(F氏訪問看護師)というように、今回の2回のミーティングは有用であったが、いざ現場で運用するとなったときに、今回研究者が担った役割を誰が担うのかという問題が発生するとの意見があった。

(7)多職種連携行動評価尺度

モデル運用開始前（1回目）、モデル運用終了後（2回目）にそれぞれ多職種連携行動評価尺度の回答を得た。1回目では、訪問看護師10名、ヘルパー10名から回答が得られ、2回目では、訪問看護師10名、ヘルパー9名から回答が得られた。

職種毎に、1回目と2回目で得られた多職種連携行動評価尺度の点数分布について表41に示す。訪問看護師では、1回目に比べ2回目のとてもよく当てはまるの分布が増えている。

加えて、職種毎に、1回目と2回目で得られた多職種連携行動評価尺度の得点を比較したものを表42に示す。訪問看護師では、＜ケアの方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った＞、＜ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した＞、＜病状の変化に応じてケアプランの変更（他職種のサービス内容や頻度も含め）をチームを組んだ他職種に提案した＞の3項目を除く14項目で1回目から2回目にかけて得点の上昇がみられた。ヘルパーでは、＜今後起こりうる利用者の病状の変化（例：病気の進行に伴って生じる症状の出現など）について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた＞、＜今後起こりうる家族の状況の変化（例：家族の気持ちや介護負担の増強など）について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた＞の2項目を除く15項目で1回目から2回目にかけて得点の上昇がみられた。

また、全ての項目において、訪問看護師よりヘルパーの得点が上回っていた。

得られた結果について、モデル運用前後での比較を行うため訪問看護師1回目と2回目、ヘルパー1回目と2回目で、Wilcoxonの符合付順位検定を行った。加えて、職種による点数の差異についても検討を行うため、訪問看護師1回目とヘルパー1回目、訪問看護師2回目とヘルパー2回目でMann-WhitneyのU検定を行った。

訪問看護師1回目と2回目の比較では、＜今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた＞（ $p=0.003$ ）、＜チームを組んだ他職種と気後れせず何でもきける関係を築いた＞（ $p=0.033$ ）の2項目で有意差が認められた。

ヘルパー1回目と2回目の比較では、有意差はみられなかった。

訪問看護師1回目とヘルパー1回目の比較では、＜今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた＞（ $p=0.030$ ）、＜利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種から情報収集した＞（ $p=0.041$ ）、＜平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった（連絡網や情報交換ツールなど）＞（ $p=0.013$ ）の3項目で有意差が認められた。

訪問看護師2回目とヘルパー2回目の比較では、有意差はみられなかった。

表 41 多職種連携行動評価尺度点数の分布

多職種連携行動評価尺度評価項目	a:訪問看護師1回目(n=10)					b:訪問看護師2回目(n=10)					c:ヘルパー1回目(n=10)					d:ヘルパー2回目(n=9)				
	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらでもない	当てはまる	とても当てはまる	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらでもない	当てはまる	とても当てはまる	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらでもない	当てはまる	とても当てはまる	全く当てはまらない	当てはまらない	どちらでもない	当てはまる	とても当てはまる
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種から情報収集した	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	3(30.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	2(20.0)	6(60.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	4(40.0)	3(30.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	5(50.0)
今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた	2(20.0)	4(20.0)	4(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	3(30.0)	3(30.0)	3(30.0)	2(20.0)	0(0.0)	2(20.0)	4(40.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	3(30.0)	4(40.0)	9(90.0)
利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種から情報収集した	1(10.0)	1(10.0)	6(60.0)	2(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(40.0)	1(10.0)	4(40.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(50.0)	3(30.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(40.0)	4(40.0)
利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種へ伝えた	2(20.0)	1(10.0)	3(30.0)	4(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	3(30.0)	4(40.0)	2(20.0)	2(20.0)	0(0.0)	2(20.0)	4(40.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	2(20.0)	3(30.0)	3(30.0)
今後起こりうる利用者の生活状況の変化(例:食事の摂取量や排泄の自立度の低下など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	0(0.0)	4(40.0)	2(20.0)	4(40.0)	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	5(50.0)	2(20.0)	2(20.0)	0(0.0)	2(20.0)	3(30.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	6(60.0)	1(10.0)
今後起こりうる利用者の病状の変化(例:病気の進行に伴って生じる症状の出現など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	0(0.0)	4(40.0)	2(20.0)	3(30.0)	1(10.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	6(60.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	3(30.0)	4(40.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	5(50.0)	1(10.0)	1(10.0)
今後起こりうる家族の状況の変化(例:家族の気持ちや介護負担の増強など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	2(20.0)	2(20.0)	5(30.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	2(20.0)	3(30.0)	3(30.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	3(30.0)	4(40.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	5(50.0)	1(10.0)	1(10.0)
ケアの方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った	0(0.0)	1(10.0)	2(20.0)	7(70.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(50.0)	4(40.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	1(10.0)	6(60.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	2(20.0)
ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した	0(0.0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0.0)	1(10.0)	2(20.0)	1(10.0)	4(40.0)	2(20.0)	2(20.0)	0(0.0)	3(30.0)	4(40.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(10.0)	4(40.0)	3(30.0)
病状の変化に応じてケアプランの変更(他職種のサービス内容や頻度も含め)をチームを組んだ他職種に提案した	1(10.0)	1(10.0)	5(50.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	2(20.0)	4(40.0)	3(30.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	4(40.0)	3(30.0)	1(10.0)	1(10.0)	1(10.0)	4(40.0)	1(10.0)	2(20.0)
他職種が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	2(20.0)	3(30.0)	2(20.0)	3(30.0)	0(0.0)	1(0.0)	3(30.0)	2(20.0)	3(30.0)	2(20.0)	2(20.0)	0(0.0)	2(20.0)	4(40.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	5(50.0)	2(20.0)	1(10.0)
チームを組んだ他職種と気後れせず何に何でもける関係を築いた	0(0.0)	2(20.0)	4(40.0)	4(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(20.0)	6(60.0)	2(20.0)	2(20.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	2(20.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	5(50.0)	3(30.0)
自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	0(0.0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(20.0)	6(60.0)	2(20.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	7(70.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	6(60.0)	2(20.0)
普段から定期的に他職種との顔合わせの機会を持った(勉強会やカンファレンスなど)	3(30.0)	2(20.0)	3(30.0)	2(20.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	1(10.0)	2(20.0)	1(10.0)	2(20.0)	2(20.0)	3(30.0)	2(20.0)	1(10.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	4(40.0)	2(20.0)
他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた	0(0.0)	2(20.0)	4(40.0)	3(30.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(50.0)	4(40.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	2(20.0)	5(50.0)	1(10.0)	1(10.0)	0(0.0)	4(40.0)	2(20.0)	2(20.0)
緊急時において、チームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体制をとっていた	0(0.0)	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	2(20.0)	4(40.0)	1(10.0)	2(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(40.0)	4(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(20.0)	3(30.0)	4(40.0)
平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった(連絡網や情報交換ツールなど)	0(0.0)	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	2(20.0)	5(50.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	6(60.0)	3(30.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	4(40.0)	4(40.0)

表 42 モデル運用前後の多職種連携行動評価尺度平均点

多職種連携行動評価尺度評価項目	a:訪問看護師 1回目(n=10)	b:訪問看護師 2回目(n=10)	c:ヘルパー 1回目(n=10)	d:ヘルパー 2回目(n=9)	Wilcoxonの符号付 順位検定		Mann-WhitneyのU 検定	
	平均	平均	平均	平均	a×b	c×d	a×c	b×d
今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種から情報収集した	2.7	3.9	3.6	4.2				
今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を他職種へ伝えた	2.2	3.7	3.8	4.0	**		*	
利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種から情報収集した	2.9	3.3	3.2	4.1			*	
利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて他職種へ伝えた	2.9	3.7	3.7	3.8				
今後起こりうる利用者の生活状況の変化(例:食事の摂取量や排泄の自立度の低下など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	3.0	3.7	3.6	3.7				
今後起こりうる利用者の病状の変化(例:病気の進行に伴って生じる症状の出現など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	3.1	3.6	3.4	3.0				
今後起こりうる家族の状況の変化(例:家族の気持ちや介護負担の増強など)について、自身の専門性から予測し他職種に伝えた	2.5	3.4	3.1	3.0				
ケアの方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った	3.6	3.6	3.6	3.8				
ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した	3.4	3.4	3.4	3.9				
病状の変化に応じてケアプランの変更(他職種のサービス内容や頻度も含め)をチームを組んだ他職種に提案した	3.1	3.1	3.3	3.2				
他職種が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	2.6	3.3	3.4	3.2				
チームを組んだ他職種と気後れせずに何でもきける関係を築いた	3.2	4.1	4.0	4.1	*			
自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	3.4	4.0	4.0	4.1				
普段から定期的に他職種との顔合わせの機会を持った(勉強会やカンファレンスなど)	2.4	3.1	2.7	3.4				
他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた	3.3	3.9	3.6	3.4				
緊急時において、チームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体制をとっていた	3.2	3.3	3.3	4.2				
平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった(連絡網や情報交換ツールなど)	3.2	3.6	3.8	4.3			*	
合計	50.7	60.7	59.5	63.6				

**P<0.01、*P<0.05

(8) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用結果の概要まとめ

A～F 氏のモデル運用及び終了後インタビューで得られた結果を時系列にそってまとめたものを図 10 に示す。

モデル運用開始時ミーティングとモデル運用 1 ヶ月後ミーティングでは、それぞれ全てのモデルの要素が網羅されたが、各ミーティングにおいて特徴的な重点項目となった要素があったため、重点項目となった要素は太字で示すとともに、モデル運用がきちんと行なえるように研究者が行った介入の概要も付け加えた。1～4 週、5～8 週の記録用紙②を用いた連携内容については、記録用紙②でそれぞれ特徴的であった記載内容をまとめた。モデル運用の効果は、終了後インタビューから得られた結果をまとめた。

モデル運用開始時ミーティングでは、対象となる在宅療養者の与薬に関連する情報を確認していく中でお互いの職種が果たしている役割や、相手の職種に求めていること、また、お互いの関係性に目を向けることなど、1-3:【医療と介護の各専門職の理解】、1-4:【他機関に所属する職種間の関係性】、2-4:【連携の基盤作り】に重点が置かれた。他の参加者に圧倒されて発言の少ない参加者もあり、研究者の介入としては、発言の少ない参加者には問いかけを行って発言を引き出すように介入し、関係性が作られていくように配慮をした。全ての事例で、訪問看護師とヘルパーは連携モデル運用開始時ミーティングより以前から何らかの形で連携は取っていた状況であったが、ミーティングが与薬に関する連携の新たな出発点となった。1～4 週目の記録用紙②では、与薬に関する連携に忠実に、与薬状況の報告、受診予定の連絡、受診の報告、生活状況の報告が主にされた。

モデル運用 1 ヶ月後ミーティングでは、これまでの連携を経て、相手を大切なチームの一員として意識した 1-4:【他機関に所属する職種間の関係性】、2-4:【連携の基盤作り】に変化していた。お互いを知り関係性を作ることが重点項目であったモデル運用開始時ミーティングに比べ、2-1:【情報の共有と統合】が重点項目となった。発言の少なかった参加者からの発言も増え、対象の在宅療養者の与薬に関する現在の問題点や具体的な解決方法についての共有とともに、与薬以外の生活全般に関する情報や支援内容についても話し合われるようになった。研究者の介入としては、ミーティングで確認すべき事項が網羅されるように適宜話題をまとめ他の要素へ進行するよう問いかけることが中心となり、発言を引き出すための問いかけはほとんどなかった。続く 5～8 週目の記録用紙②では、1～4 週目の内容のほか、環境調整の報告、生活支援内容の依頼と報告が加わった。

2 ヶ月間のモデル運用の結果、初めはお互いを知るところが重点項目であったところから相手を尊重し合う関係性が作り上げられ、与薬に関する部分のみの連携から生活全体に関する連携に発展する状況があった。連携の効果として、【多機関、多職種のチームケアの向上】、【療養者の病状や生活の安定】、【役割の解放】、【相互の学びあい】がみられた。

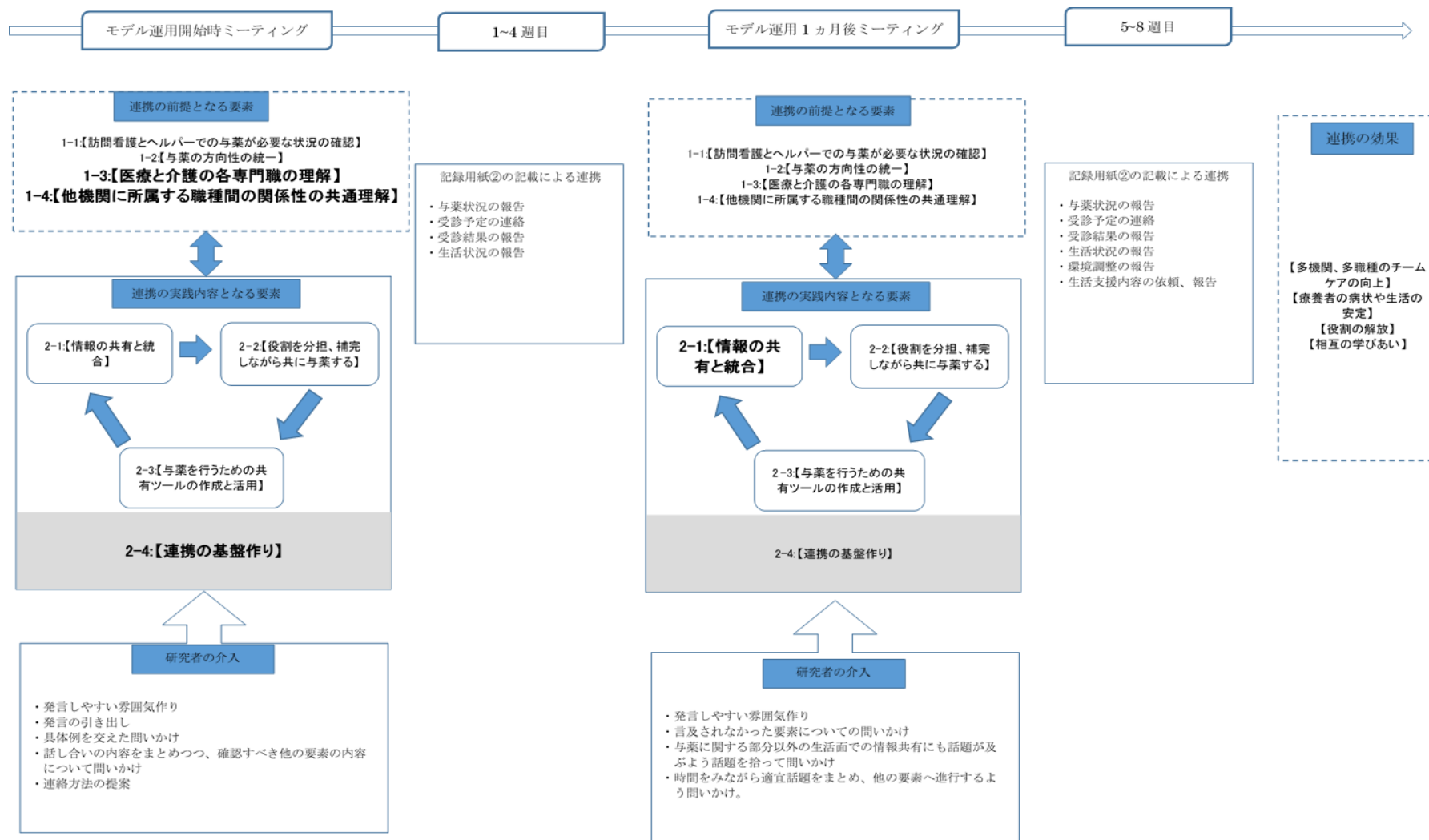


図 10 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用結果の概要

5. 考察

研究2で得られた結果について、以下、1)与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用効果、2)運用効果をもたらした要因、3)与薬の改善がなかった事例の検討、4)与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルと実践共同体の4点で考察した。最後に、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを精錬した。

1)与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用効果

(1)与薬の改善

モデル運用をとおして、B氏、C氏の2事例では、前半に比べ後半で正しく与薬できた割合の増加がみられた。A氏、E氏、F氏の3事例は、全期間を通して大きな問題が無く与薬が行われていた。全6事例中5事例で、連携モデル運用により与薬が上手くいくことで、【療養者の病状や生活の安定】がみられた状況があった。D氏のみ、前半に比べ後半で正しく与薬できた割合が減少していた。D氏の与薬が改善しなかった要因については、後に考察する。

モデル運用終了後のインタビューで、ヘルパーは、モデル運用によって対象とする在宅療養者の服薬の必要性を改めて認識し、以前ならば「今は寝ているので仕方ない。」で済ませていた服薬の声かけが、自信をもって「必要であるから今飲んでください。」という声かけに変わったと語っていた。ヘルパーなどの在宅ケアサービス担当者が訪問時に服薬についての声かけをすることで服薬率が上昇するとの研究報告がある(畑中ら、2009)。モデル運用で【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の理解】がされ、ヘルパーの意識が変わり、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】中、服薬の声かけが以前よりも確実に行われるようになったことは、在宅療養者の与薬の改善の一因であったと考えられた。

訪問看護師とヘルパーは、開始時ミーティングで服薬に影響を与える要因を確認した後、記録用紙②を連絡ノートとして活用し、情報共有した。この情報共有をもとに訪問看護師とヘルパーは、普段の服薬行動の様子をつかみ、問題点を明らかにし、生活スタイルに馴染む自己管理の方法を模索することができていた。坂根(2021)は、在宅高齢療養者の服薬自己管理に向けた訪問看護師の支援プロセスとして、「【普段の服薬行動の様子をつかむ】、【服薬に影響を与える要因を探索する】、【服薬自己管理ができていなかった原因を明確にする】、【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】、【その人を取り巻く関係者間のネットワークをリードする】、【服薬自己管理の支援を内省する】」を挙げている。モデル運用においても、【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の理解】のもとで訪問看護師とヘルパーが【連携の基盤作り】を行いながら【役割を分担、補完しながら共に与薬する】とともに【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】によって、在宅療養者の服薬管理について詳細な【情報の共有と統合】が行われ、正しい与薬につながったと考えられた。

モデル運用の後半では、与薬に関係するが、与薬内容には該当しない生活に関する情報として、訪問看護師とヘルパーによる食事に関する情報共有とアプローチが垣間見られた。大堀ら(2020)は、慢性疾患を持つ在宅療養者の服薬管理に

ついて、『服薬アドヒアランス』は『服薬継続力』で決定され、『服薬継続力』は、『服薬に関する専門職の支援』によって構成される」こと、『服薬継続力』への影響因子として、『規則的な食事』と『話を聞く能力』を挙げている。食生活など、与薬には直接関連しないが間接的に与薬に影響を与える生活状況へのアプローチは服薬継続力への影響因子の一つであり、本モデルにおいても後半の【情報の共有と統合】の中で実行されていた。

(2) 多職種連携の深まり

モデル運用の分析結果から、開始時では、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】と、【連携の基盤作り】が豊富に行われることでまずお互いのことを理解し関係性を作るところから始まり、連携が進むと【情報の共有と統合】が豊富になり、与薬を中心にしながら周囲の生活状況を含めた連携に発展する様相が明らかとなった。多職種連携によるチームケアに関して、Shawら（2016）は、「共通ゴール(a common goal)」、「他メンバーからの学び(Learning from and about team members)」、「情緒的サポート(Emotional support)」を挙げている。モデル運用の結果、【与薬の方向性の統一】により共通ゴールが確認され、【医療と介護の各専門職の理解】の上での【連携の基盤作り】により、情緒的サポートを含めた連携がされたことで、【多職種、多機関のチームケアの向上】、【役割の解放】、【相互の学びあい】といった効果が表れ、多職種連携の深まりがみられた。以下、今回のモデル運用による多職種連携への有用性として、①在宅療養者の与薬に関する包括的理解の醸成による共通ゴールの明確化、②自他の専門性の理解と関係性作りによる情緒的サポートの醸成、③相互の学びあいの3点について述べる。

①在宅療養者の与薬に関する包括的理解の醸成

今回のモデル運用によって、在宅療養者の病歴と薬の内容を理解したことで与薬に対する意識が変わったと終了後インタビューでヘルパーから語りがあった。前田ら（2019）は、介護職のチームケア上の困難感の中に「収集した情報を包括的にアセスメントする難しさ」があると述べている。ヘルパーだけでは難しい包括的アセスメントが、モデル運用を通じた訪問看護師との連携により可能となったと考えられた。

また、1ヵ月後ミーティングで【情報の共有と統合】が豊富に行われることにより、モデル運用後半では直接の与薬内容ではないが間接的に与薬に影響を与える生活状況についての情報共有がみられるようになった。大塚ら（2004）は、ケアマネジャーを対象とした、在宅要介護高齢者に対する多職種連携の構成要素に関する研究において、「情報の共有化」による「対象理解の深化」があったことを報告している。間接的に与薬に影響を与える生活状況に関する情報共有は、先述のとおり与薬の改善の一因であったことに加え、訪問看護師とヘルパーの在宅療養者への包括的理解醸成の結果が反映されたものであると考えられた。

②自他の専門性の理解と関係性作り

訪問看護師とヘルパー間で互いの専門性を理解し合い、関係性が作られたことにより、モデル運用後半の【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の中で、大切なチームの一員としての意識がされるようになった。多職種連携コンピテンシーのコア・ドメインには、「職種間コミュニケーション」があり、コア・ドメインを支えあうドメインに、「関係性に働きかける」、「他職種を理解する」がある（多職種連携コンピテンシー開発チーム、2016）。文献でも多職種連携には他職種を理解し、関係性を作ることの必要性が述べられている。今回のモデルで行われた【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の上での【連携の基盤作り】は、多職種連携の深まりとして【多機関、多職種のチームケアの向上】の効果をもたらしたと考えられた。

多職種連携行動評価尺度の評価においては、訪問看護師の方で、モデル運用前後での「チームを組んだ他職種と気後れせずに何でもきける関係を築いた」の得点が有意に上昇していた。ヘルパーの方ではモデル運用前後で同じ項目に有意差は無く、訪問看護師とヘルパーの職種間比較でも有意差は無かった。藤田ら（2020）は、在宅の介護関連職種が認識する医療職との連携困難感に、「尊重されない感覚」と「コミュニケーションの壁」が入ることを明らかにしている。今回の多職種連携行動評価尺度の評価では、気後れせずにコミュニケーションがとれる関係か否かに関する部分で、藤田ら（2020）の研究で述べられているような連携困難感は見られなかった。モデル後半では、訪問看護師に大切なチームの一員としての意識が芽生えており、訪問看護師がヘルパーを理解し尊重する関係性作りにモデル運用が効果的であったと考えられた。1 ヶ月後ミーティングにおいて、ヘルパーの質問に答える形で訪問看護師の方から、食料品の買い物の中で療養生活指導の視点を含めた関わりをしてもらうような発言があったことから、モデル運用によって訪問看護師がヘルパーを理解し尊重する関係性作りが【役割の解放】につながったと考えられた。

③相互の学びあい

終了後インタビューにおいて、ヘルパーは、訪問看護師からの情報提供、ケアの方法の報告や助言から様々な知識やケア技術を学び、自身の支援内容を工夫したり、自信をもって支援していけるようになったりしたことを語っていた。また、訪問看護師は、ヘルパーの一生懸命な姿から、自身もヘルパーにきちんとした医療情報を伝えるために頑張らなければと学んだことを語っていた。モデル運用をとおして、訪問看護師とヘルパーの相互作用の中での学びあいが起きていた。大和田（2016）は、サービス担当者会議に関する研究の中で、「会議は専門職自身としても、他専門職からの情報を得て自分の専門性を高めることができる学びの場であることがわかった。」と述べている。また、大塚ら（2004）も、「互いが得た情報を共有することで、それぞれが学びあい対象理解を深めることができる。」と、連携の中での学びあいについて述べている。今回の連携モデルは、訪問看護師とヘルパーの【相互の学びあい】が発生するという点でも連携の深まりをもたらした。

たとえられた。

2) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル運用効果をもたらした要因

(1) 定期的なミーティングによる情報整理と関係性の構築

今回のモデル運用では、開始時と運用1ヶ月後の2回、ミーティングを開催した。終了後インタビューにて、訪問看護師は、ミーティングによって情報が整理され改めて連携をスタートさせるという部分で有用であったと語った。Kua(2016)は、介護施設での服薬管理に関するチームケアにおけるステップとして、多職種でのディスカッションを挙げており、West(2014)も、「最低でも月1回、お互いの成果を最新のものとし、目標に向かうメンバーの活動を再調整する必要がある。」と述べている。開始時及びその後の定期的なミーティングが、多職種のディスカッションを生み、最新の情報をもとに活動を再調整していく部分で有用であったといえる。また、大和田(2016)は、「他専門職の専門性を理解して情報交換することや参加者も自分自身の専門性を知ってもらえるように会議で話すなどが他専門職理解を進めている」と述べている。モデル運用においても、開始時ミーティングで【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の内容が豊富であったように、ミーティングは、他専門職理解にも有用であった。

(2) ファシリテーターによる連携の促進

今回、開始時ミーティングと1ヵ月後ミーティングでは、研究者が介入を行った。開始時ミーティングでは、発言しやすい雰囲気を作り、発言の少ない参加者への問いかけや、具体を交えた問いかけによって発言を引き出し、関係性が作られていくように配慮した。1ヵ月後ミーティングでは、参加者からの自発的な発言が増えたため、研究者は、ミーティングで確認されるべき内容が網羅されるように適宜話題をまとめ進行する方向で介入した。Shawら(2016)は、多職種チームによるケアの要素として、「チーム促進のファシリテーター(a facilitator of team process)」に言及している。ファシリテーションスキルには、「角度を変えて質問を繰り返す、『問われ語り』を引き出す」こと(野口、2019)、「指導ではなく『話し合い』」であること、「フラットな関係性」があること、「結論は決まっていない」こと、「全員の意見を聞く」こと(鈴木、2020)が言われている。研究者の介入は、ミーティングでのファシリテーターとしての役割を果たしていたと考えられた。

医療と介護の専門職が参加する会議においては、発言が多い専門職と発言が少ない専門職があるという実態が明らかになっている(大和田、2016)。West(2014)は、「チームの良いメンバーであるということは、チームにしっかりと参加する」ということであると述べており、大和田(2016)は、サービス担当者会議で、多職種連携が上手く図られたと思われる場面のなかに、「双方向性のある関係性」が形成されることを挙げている。研究者の開始時ミーティングでの発言を引き出す介入は、職種間の理解を深め、関係性の構築に寄与し、1ヵ月後ミーティングで

の自発的なディスカッションに貢献したと考える。互いを理解し、ディスカッションが出来たことで、大切なチームの一員としての意識が生まれ、更なるチームケアへと好循環を生み出したと考えられた。

また、West(2014)は、会議の基本原則として、「本題から離れない」、「他のメンバーの発言を促す」、「議論がどこに向かっているかを明らかにする」、「みんなが理解できるように議論されてきたことについてまとめる」ことを挙げている。研究者の介入はこれらの原則を網羅しており、ミーティングの進行及び連携モデル運用促進に有用であったと考えられた。

一方、終了後インタビューで訪問看護師は、今回研究者が行った介入を担ってくれる人材が居なければ難しいのではないかと語った。介護保険制度下で行われる多職種が参加するミーティングの代表にはサービス担当者会議がある。サービス担当者会議の運用はケアマネジャーの役割であり、ケアマネジャーの視点からのサービス担当者会議の現状と課題に関する研究もされている(大和田、2016)。しかし、ケアマネジャーの役割は、「要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市区町村、サービス事業者等との連絡調整」(介護保険法第7条第5項)であり、今回のモデル運用で有用であったと考えられたファシリテーターの役割とは異なる。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの相互の学び連携モデルを理解し、ミーティングでのファシリテーター役割がとれるような、知識と実践力を兼ね備えたコーディネーターが必要となることは、本モデルの課題であると考えられた。

(3)連絡ノート活用によるタイムリーな情報共有

終了後インタビューにおいて、連絡ノート(記録用紙②)があったことで、タイムリーに情報共有ができたこと、与薬および連携への意識が高まったことが語られた。坂根(2020)は、多職種連携により高齢者の服薬自己管理支援を推進していくために、「タイムリーに情報共有するためのシステムの構築」が必要であると述べている。今回、記録用紙②では、訪問看護師の記録とヘルパーの記録を約1週間分ずつ並列で見られるように工夫したことにより、職種毎の記録用紙や大学ノートを利用するのに比べ、情報収集が一目でできるようになったこと、飲み忘れの傾向がつかめるようになったことが効果として現れた。連絡ノートの各項目内容や欄の大きさの調整については各在宅療養者に合わせて応用していく課題が残ったが、連携モデル運用において連絡ノートを用いたことは、タイムリーな情報共有による与薬に有用であった。

多職種で使用する記録ツールの活用の効果といった点では、Verhoefら(2008)が、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)に基づいた共通の評価用紙を多職種で使用した結果、スタッフ間のコミュニケーションが増えたとの報告をしている。C~E氏の事例においても、記録用紙②の存在により、以前に比べて訪問看護師とヘルパーのコミュニケーションの機会が増えたとの語りを得た。1ヵ月後ミーティングで参加者からの自発的な発言が増えたこと、発言の少ない参加者への問いかけの必要がなくなったことも、連絡ノー

トという共通の記録用紙運用の効果といえるのではないかと考えられた。

3) 与薬の改善がなかった事例の検討

D氏を含め、本研究で研究協力者となった6名の在宅療養者は、家族構成や疾患を限定していなかったにも関わらず、全員が独居であり、認知機能低下を有する状態であった。独居高齢者及び認知症高齢者は増加の一途をたどっている（内閣府、2017；内閣府、2020）。傷病別の訪問看護内容について調査報告において、認知症は脳血管疾患、循環器疾患、悪性新生物に続いて多く、看護の内容としては薬の与薬状況の確認と支援が83.8%と最も多かったと報告されている（松田ら、2021）。独居高齢者が増え、認知症高齢者の介護サービス利用者が多い現状と、訪問看護での看護の内容として与薬への支援が多い状況とが組み合わせられ、今回研究協力者となった在宅療養者の特徴に顕著に現状が現れたものと考えられた。

認知症独居の在宅高齢者への与薬については、在宅高齢者の中でも服薬支援が特に難しいとされているとの報告（山路ら、2017）や、家族の協力が得られにくい生活環境が服薬行為を阻害する要因であるとの報告（末岡ら、2017）がある。今回は、訪問看護師とヘルパーがモデルを用いて連携することにより、D氏を除く5例中3例では大きな問題が無く経過し、2例で与薬の改善があった。この結果からは、本人の理解力、判断力低下があることに加え家族にも協力を得られにくい生活環境である中、周囲のサービスの連携によって与薬が問題なく行われる点で、連携モデルの一定の有用性が示唆された。しかし、D氏が唯一、正しく与薬できた割合が減少した。唯一与薬の改善がなかったD氏の検討を行うことで、難しいとされる認知症独居要介護高齢者への与薬について、本モデルの更なる課題が検討できると考えた。

D氏は糖尿病のコントロールのため血糖降下剤を処方されていたが、認知機能低下があり独居であることから自己管理が難しく、訪問看護とヘルパーを利用していた。サービスの入らない週末に正しく与薬できない傾向があり、訪問看護師とヘルパーは携帯電話のアラーム機能を使用した解決方法を考え実行した。しかしD氏が携帯電話のアラーム機能への理解を示さず、継続的な使用が難しかったと終了後インタビューで訪問看護師及びヘルパーは語った。認知機能低下のあるD氏に携帯電話のアラーム機能を活用してもらうという方法がD氏の対応能力に見合うものではなかった可能性が考えられた。認知症独居の在宅高齢者への服薬支援の1つに、服薬支援ロボットなどの支援装置の開発も検討されている（末岡ら、2017；田中ら、2020）が、支援装置の導入の難しさや、支援装置だけの正しい与薬の支援には限界があることが指摘されているところである（山路ら、2017；田中ら、2020）。D氏の結果は、携帯電話のアラーム機能という服薬支援装置の導入や継続使用の難しさと、それだけでは与薬の改善が難しいとする先行研究（山路ら、2017；田中ら、2020）と同じ結果であった。近年、ICTを活用したテレナーシングシステムガイドラインの提示（日本在宅ケア学会、2021）や、コロナ禍特例としてのオンライン診療の解禁など、デジタルトランスフォーメーションの進展（綱川、2021）が在宅ケア領域でも行われている。携帯電話のアラーム

機能のように、本人が独りで操作しなければならないような装置は継続使用が難しかったが、ICT を活用した遠隔支援システムであれば、支援者のサポートを受けながら要介護者が使用するという点で、D 氏にも有効であった可能性が考えられた。但し、ICT の導入にも独居要介護高齢者側の操作能力の判断と能力に見合う手段の検討が必要である。独居要介護高齢者が使用できる実現可能で具体的な1つの方法として、電話の活用なども、検討材料となるのではないかと考えた。

ICT による遠隔支援システムの導入には、サービス全体の調整といった部分で、ケアマネジャーの介入が必要となる。多職種連携による与薬に関する先行研究では、関係する多職種として、訪問看護師とヘルパー以外に、医師、薬剤師、ケアマネジャーがメンバーとして挙げられている（高田ら、2015；荒木ら、2019；土居、2018）。医師、薬剤師、ケアマネジャーと連携することで、サービス全体の調整や処方内容の調整による解決策の糸口を見つけることが出来る可能性がある。今回は、訪問看護師とヘルパーの2者間の多職種連携による与薬について検討を行ったところに、D 氏の限界があったと考えられた。今後は、訪問看護師とヘルパー以外の更なる多職種を含めた連携の検討が課題であると考えられた。

服薬忘れの傾向をつかみ、解決方法を検討し実施するまでにモデル運用開始から約1ヵ月を要しており、D 氏の認知機能と対応能力に関する包括的アセスメントの難しさが伺えた事例でもあった。と同時に、データ収集期間の残り約1ヵ月で次の最良策を導き出し実効する時間が足りなかったという点も、正しく与薬ができなかった回数の減少に至らなかった要因の1つであった。今後の長期的な視点で考えれば、D 氏のように誰かの声かけと確認さえあれば自己で内服ができる認知症独居要介護高齢者への電話などを含む遠隔装置を用いた支援の検討、サービス調整を含む更なる多職種連携の検討が今後の課題であると考えられた。

4) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルと実践共同体

今回の連携モデル運用の有効性の中で、相互の学びあいがみられることが明らかとなった。「実践共同体は組織内外に形成されるコミュニティであり、そこでメンバーは相互作用を通じて自立的に学ぶ。」（上林、2015）とされている。今回の連携モデルでの相互の学びを、在宅療養者を支援する担当訪問看護師と担当ヘルパーの実践共同体の学びとして考察する。

モデル運用によって、訪問看護師とヘルパーは、対象となる在宅療養者の与薬の理解を深め、支援方法を改めて確認し、お互いの姿勢から各職種のあり方を学びつつ関係性を構築した上で、突発的な事象に対しての早急な対応ができていた。川守田ら（2018）は、実践共同体の学びにより、「対象理解に関する内容、看護実践に関する内容、看護師のあり方を学び、予測外の状態の変化に合わせた行動」が生じると報告している。本モデルでも同様の実践共同体での学びがみられた。松本（2014）は、訪問看護とホームホスピスでの多職種連携に関する文献の中で、「それぞれの弱い部分を補いながら相互に学びあう場が少ないと日常の活動において実感している。」と述べている。今回の連携モデルは、日常の活動の中での連携という場面を用いて医療的な部分で訪問看護師が情報を補い、日常生活の部分

でヘルパーが情報を補うことができおり、それぞれの弱い部分を補いながら相互に学びあう場として有用であった。松本（2019）は、Argyris and Schon(1978)のシングル・ループ学習とダブル・ループ学習について言及する中で、「学習者が仕事に役立つ知識や技能を獲得すること」を低次学習、「背後にある価値観・文化・パースペクティブを変容させること」を高次学習と位置づけつつ、「実践共同体は低次学習・高次学習を両方促進できる学習環境」であると述べている。訪問看護師とヘルパーは、【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の理解】と【与薬の方向性の統一】の上で【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】を繰り返し行うことで、対象とする在宅療養者の与薬に必要な情報や技術を精錬させることにより、低次学習をすすめつつ、【医療と介護の各専門職の理解】と【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の上で【連携の基盤作り】を行いながら連携をすることで、自己の専門職のあり方を意識するようになるといった高次学習をすすめることができたと考えられた。

開始時ミーティングでは発言の少なかった参加者が、1ヵ月後ミーティングでは発言が増える状況があった。大林ら（2006）は、「学習主体が実践共同体の正式メンバーとして実際の活動に参加し、その参加形態を徐々に変化させながらより深く実践共同体の活動に関与するようになる過程全体」を正統的周辺参加による学習と述べている。今回のモデル運用によって、訪問看護師とヘルパーが、実践共同体の正式メンバーとして活動に参加する中で、ミーティングにより上手く参加ができるようになるといった正統的周辺参加が起きていたことが考えられた。

実践共同体の要素として、相互の学びあいのほか、一時的意義、二次的意義、越境、コーディネーターによるマネジメントがあると言われている（松本、2019）。松本（2019）は、「実践共同体への参加と実践は、最初は一次的意義のために始められるが、それにとどまらず、メンバーの実践によって参加を深めていく中で、二次的意義を発見することが求められる。」と述べている。介護施設における学習療法導入による組織活性化の研究において、学習療法の一次的意義は「認知症の予防改善」であり、二次的意義は「利用者とのコミュニケーション」であったことも報告している（松本、2019）。今回のモデルにおける一時的意義は「正しい与薬」であり、二次的意義は「在宅療養者の包括的な理解」及び「チームケアの促進」であるのではないかと考える。越境は、「外部の実践共同体やその成員にアプローチし、そこで構築されるネットワークでの相互作用を通じて技能や知識を獲得・共有・創造する」こととされている（松本、2019）。今回のモデルでも、訪問看護師とヘルパーが相互作用を通じて知識を共有、獲得し、時には与薬方法を共に創造していった状況が得られており、これは、越境であったと考えた。また、松本（2019）は、包摂的実践共同体について「介護施設の事例では施設内の実践共同体が業態間の境界横断的相互作用を実現し、施設間での学びあいが地域ごとの包摂的実践共同体を構築した。」と述べている。実践共同体においては、「学会でいえば全国大会と地方部会のような、複数の実践共同体を包摂するような重層性」があり、「包摂的な上位の実践共同体は下位の実践共同体の境界横断と

それに伴う学習、およびネットワークの形成を促進する」とされている（松本、2019）。終了後インタビューにて、訪問看護師は、今回の連携での学びを生かして他療養者での連携にも応用していきたいと語っており、今回のモデルでも、事業所と職種を越えた訪問看護師とヘルパーによる越境も実現したと考えられた。また、一つ一つの連携が、複数の療養者での連携に応用されていくことにより、今後、地域全体を包摂する、包摂的実践共同体へと発展が望めるのではないかと考えられた。コーディネーターによるマネジメントについては、Schenkel and Teigland (2008) が「コミュニケーション環境の整備」が必要であると言及している。今回のモデルでは、開始時ミーティングと1ヵ月後ミーティングがコミュニケーションの機会となり、実施した研究者の介入がディスカッションを担保することにつながったと考えられた。

松本 (2019) は、実践共同体の参加者は、「仲間がいることの安心感、理解しあえること、悩みや問題を共有することの喜び、お互い学びあい成長し合える充実感と熟達感といったポジティブな感情を感じていた。」と述べている。終了後インタビューで、訪問看護師もヘルパーも、お互いを専門職として頼りになる存在、安心できる存在になったとポジティブな感情を抱いたことを語っていた。それぞれに、実践共同体の参加者としての効果を感じていたと考えられる。

以上より、今回の連携モデル運用が実践共同体として機能していたと考えられた。

5) 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの精練 (図 11、表 43)

以上の考察より、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、与薬の改善、多職種連携に有用であることが明らかになった。連携モデル運用にあたっては、開始時及びその後の定期的なミーティング、連絡ノートの活用、コーディネーターの介入が有用であることが明らかとなった。加えて、今回の連携モデルは、実践共同体として機能していたと考えられた。

以下、結果と考察をもとに、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを精練した。本モデルの新規性として、連携が実践共同体として機能していくという点を明確にするため、【医療と介護の各専門職の理解】を、【医療と介護の各専門性の理解と越境】に、【連携の基盤作り】を【実践共同体の基盤作り】に修正した。【医療と介護の各専門職の理解】は、出来ない範囲を補い合うこと、各専門職の資質を向上するために何が出来るかを知ることという点が、実践共同体で重要とされている越境であると考えられ、【医療と介護の各専門職の理解と越境】とした。【連携の基盤作り】の内容は、連携のためだけではなく、それ自体が実践共同体の基盤作りとなると考えられたため、【実践共同体の基盤作り】とした。

図 11 では、モデルの全体像として各要素の関係性を表し、表 43 では、各要素の内容を記載した。時期によって重点を置いて行われる項目が変化していく状況があるため、図 11、表 43 では、連携開始時に重点を置いて行われる項目に★、連携開始1ヶ月以降に重点を置いて行われる項目に☆をつけて表示した。

連携の前提となる要素は、訪問看護師とヘルパーが与薬に関して連携する場合

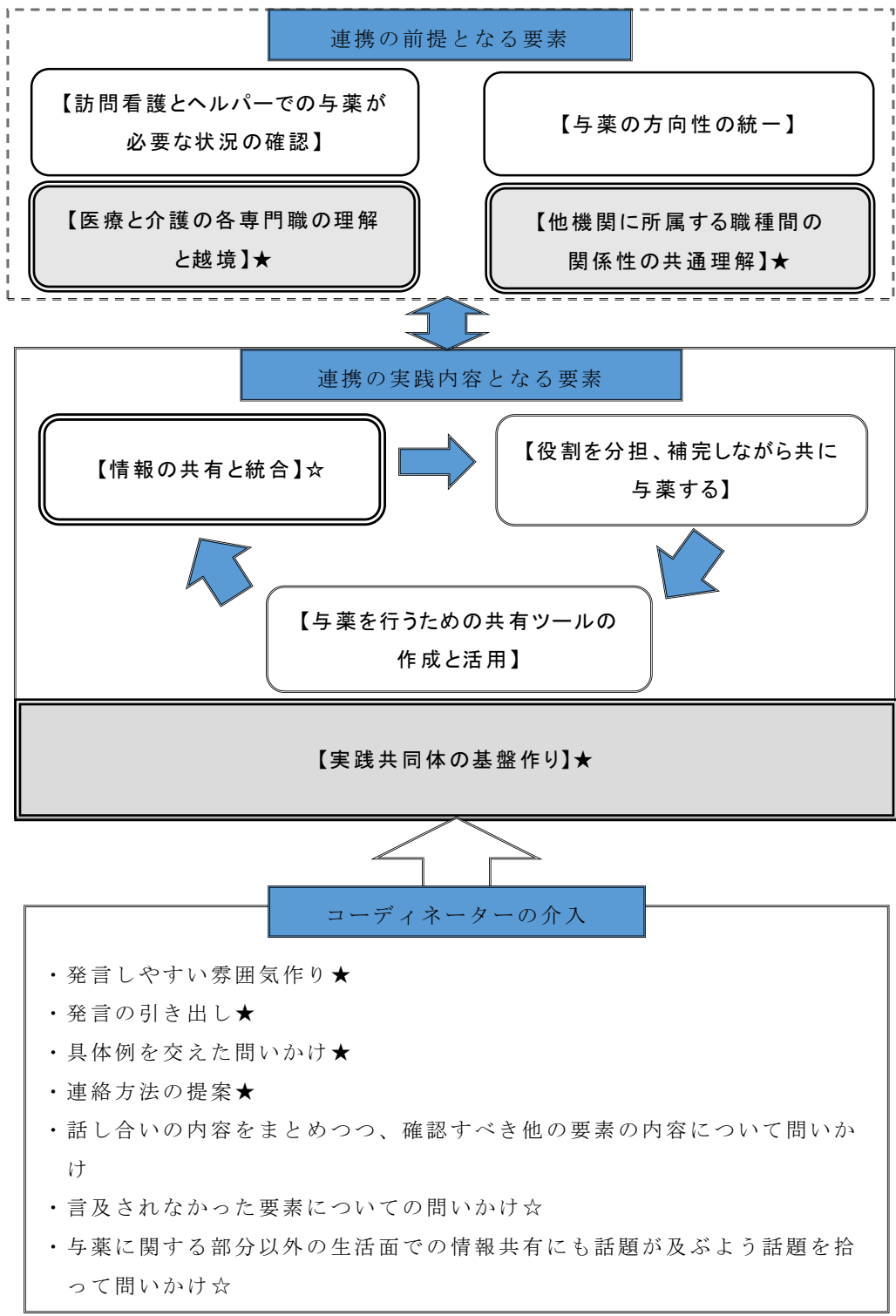
の前提条件となったり、連携内容に影響を与えたりする要素である。連携開始時においては、連携の前提となる要素を確認しあうことが出発点となる。特に、【医療と介護の各専門職の理解】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の2つの要素については重点的に確認をしておくことが大切である。連携開始後は、1ヶ月を目安に連携の前提となる要素に変化があるか否かについて確認する。【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】に関しては、要素の内容として、大切なチームの一員としての意識が芽生えていることが望ましい。

連携の実践内容となる要素は、与薬に関して訪問看護師とヘルパーが行う実践の内容である。まずはじめに、【情報の共有と統合】により具体的な与薬の方法が共有されたのち、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践が始まる。【役割を分担、補完しながら共に与薬する】際には、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】も行われる。【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】により、また新たな【情報の共有と統合】が行われ、更なる【役割を分担、補完しながら共に与薬する】実践へつながる。【連携の基盤作り】は、他の4つの要素とは独立した実践である。訪問看護師とヘルパーが信頼関係を築いたり、お互いに学び成長しあえるような関わりをするなど、連携の基盤を作るための実践である。連携開始時においては、【連携の基盤作り】を重視しながら実践することが大切である。連携開始後1ヵ月以降は、【情報の共有と統合】が豊富に行われることが望ましい。

本モデルには、コーディネーターの介入、連携開始時と開始後1ヶ月毎を目安にした定期的なミーティングと連絡ノートの活用が有用であったため、研究1で作成したモデルにコーディネーターの介入内容、ミーティングと連絡ノートの使用に関する追記を行った。

コーディネーターは、開始時では、各専門職の専門性をそれぞれが理解し、関係性が作られるように配慮する。発言の少ない参加者には問いかけを行い、発言を引き出す。問いかけても発言が少ない場合は、具体例を交えながら問いかけていく。訪問看護師とヘルパーの連絡のやり取りは、連絡ノートに加え、直接電話をかけるなどの口頭でのやり取りが行っていけるように提案する。1ヵ月後以降では、参加者が発言しやすい雰囲気づくりを心掛ける。会議がすすんできたときに、適宜話題をまとめ、確認すべき内容がすべて時間内で確認できるように問いかけていく。

連絡ノートは、左半分に訪問看護師の記録、右半分にヘルパーの記録というように、1つのページで1週間分が一目でみられるように枠を作る。項目としては、訪問日時、訪問担当者、与薬の状況、その他連絡事項とするが、対象とする在宅療養者の状況に合わせて枠の大きさや記載項目の工夫が必要である。



★連携開始時、重点をおいて行われる項目

☆連携開始1ヵ月後以降、重点をおいて行われる項目

※運用にあたっては、連携開始時と、開始後1ヵ月毎を目安に定期的なミーティングを開催する。また、日々の情報共有のために専用の連絡ノートを活用する。

図 11 精練後の与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル

表 43 精練後の与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデル各要素の内容

要素	具体的な内容
連携の前提となる要素	
【訪問看護とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】	訪問看護師とヘルパーの与薬が必要な在宅療養者の身体的、精神的、社会的状況や、 <u>処方内容について確認すること。</u>
【与薬の方向性の統一】	療養者の状況を中心に置いて統一された方向性をみんなで <u>確認すること。</u>
【医療と介護の各専門職の理解と越境】 ★	訪問看護師とヘルパーがお互いの専門性の理解の上で、各職種が出来る範囲、出来ない範囲を知ること。また、出来ない範囲をどのように補い支えあうか、各専門職の資質を向上するために何が出来るかを <u>知ること。</u>
【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】 ★	連携開始時の訪問看護師とヘルパーの関係性を理解すること。 <u>普段から話しやすい関係をすでに築いている関係のほか、初めての顔合わせである関係や、職種間、他事業所間の様子の分りにくさや遠慮がある状況を意識すること、大切なチームの一員としての意識があること</u> も含む。
連携の実践内容となる要素	
【情報の共有と統合】 ☆	訪問看護師とヘルパーが、与薬のために必要な情報を共有することで、以下の内容を含む。 a. <u>薬剤情報を共有すること。</u> b. 与薬に関する問題点を担当者間で共有すること。 c. ヘルパーが得た訪問看護師が知らない療養者の情報を共有すること。 d. <u>メモや薬剤情報などの書類の置き場所をすりあわせること。</u> e. 訪問看護師の医療的アセスメントを共有すること。 f. <u>与薬に関係するが直接与薬にはあたらない情報（例：食生活、家族の状況など）についての情報を共有すること。</u> g. <u>与薬の問題点への解決策を共有すること。</u> h. 与薬方法をルール化すること。 i. ヘルパーの支援方法に関する助言を訪問看護師が行うこと。
【役割を分担、補完しながら共に与薬する】	訪問看護師とヘルパーが役割を分担しながら与薬のために協働すること、また、他の職種の協力を得ることであり、以下の内容を含む。 a. <u>各サービスの訪問曜日、時間の中でどのように与薬するかを確認すること。</u> b. 薬剤師に与薬の一部を担ってもらうこと。 c. ケアマネジャーに橋渡しをしてもらうこと。

<p>【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】</p>	<p>訪問看護師とヘルパーが与薬をともにを行うために、配薬アイテムや連絡ノートなどを使用することであり、以下の内容を含む。</p> <p>a. 薬カレンダーを活用する。</p> <p>b. 連絡ノートを活用する。</p> <p>c. <u>メモを活用する。</u></p>
<p>【実践共同体の基盤作り】★</p>	<p>連携が上手くすすめられるよう、訪問看護師とヘルパーが信頼関係作りのために行う言動や、連携の中で共に研鑽していく行動であり、以下の内容を含む。</p> <p>a. コミュニケーションをとり、信頼関係を築くこと。</p> <p>b. 連絡方法について事前に確認しておくこと。</p> <p>c. 顔の見える関係を作ること。</p> <p>d. 感謝の言葉を伝えること。</p> <p>e. 訪問看護師がヘルパーの相談相手となること。</p> <p>f. 訪問看護師がヘルパーの学習の資源となること。</p> <p>g. 訪問看護師とヘルパーが同じ研修に参加すること。</p> <p>h. <u>相手を肯定する言葉がけをすること。</u></p>

※精練部分は下線部。

★連携開始時、重点をおいて行われる要素

☆連携開始1ヵ月後以降、重点をおいて行われる要素

6) 本研究の限界と今後の課題

本研究は、事例介入研究であり、6 事例と症例数が少ないため、今後は症例数を増やして検討していく必要がある。多職種連携行動評価尺度を用いた評価については、訪問看護師 10 名、ヘルパー10 名と症例数が少ないため十分な評価ができたとはいえない。訪問看護師とヘルパーの連携に対する意識の違いは検討できない。また、独居要介護高齢者のみが対象であったため、老老介護、認認介護など、介護力の期待できない同居家族がいる在宅療養者での検討ができていない。今後更に症例数を増やした研究が必要である。

今回研究者が行った介入を担ってくれる人材が居なければ難しいのではないかという意見を得た。本モデルが求めるコーディネーター像は、ケアマネジャーとは異なる。在宅ケア現場での運用を検討するにあたり、今後は、どんな知識、実践力があれば連携モデルを推進していくコーディネーターの役割が果たせるのかを明らかにすることと、コーディネーターの役割を担える専門職の育成が課題と考えられた。一方で、コーディネーター役割を担う人材が居なければモデル運用が推進されていかないという点は本モデルの課題でもある。コーディネーター役割をとる人物がいなくても現場で簡単に使っていけるような連携モデルにしていくという方向での検討も今後の課題であると考えられた。本モデルが実践共同体として機能していくという点では、連携の中での学びあいが各実践者の能力を向上させ、次なる新しい連携においてのロールモデルへと成長していく余地も十分に考えられた。一つ一つの連携モデルを丁寧に育てることで、ロールモデルを作

り、コーディネーター役割がいなくても使っていけるような検討も今後必要であると考えられた。

今回のモデルは、訪問看護師とヘルパーの2者間の多職種連携に的を絞ったため、他の専門職を含めた多職種連携の検討はできていない。今後は、薬剤師やケアマネジャーなど、複数の多職種連携の検討が必要であると考えられた。

D氏の検討から、今後のICT活用も課題であると考えられた。また、連絡ノートの活用はモデル運用に有用であったが、紙の連絡ノートに代わるツールがあればさらに有用かもしれない。ICTを活用した共有の記録ツールがあれば、紙のノートよりもより迅速に情報共有が可能となる点から、多機関、多職種で使用できる共有の記録システムの研究もされているところである(矢口ら、2010)。コロナ禍であったこともあり、今回、2回のミーティングとインタビューには遠隔会議システム(zoom)が活用された。しかし、遠隔の支援システムや記録システムは、今回使用したzoomのように一般的に普及されているものは数少なく、導入には費用が発生してしまうのが現状であり、今回のモデル運用での導入は難しかった。今後、有用な遠隔支援、記録システムの検討が課題であると考えられた。

今回は、6つの個々の事例での多職種連携の検討にとどまった。連携モデル運用の成果を地域へ広げ、地域全体の在宅ケアの質向上へとつなげるためには、実践共同体の視点を用い、個々の事例で留まるのではなく、地域の包摂的实践共同体へと発展させていく仕組みづくりの検討が必要であると考えられた。

今回の研究は、与薬に関する連携に焦点を当てたため、食事摂取、室温調整など、在宅療養者の生活全般を支援するための情報に関しては、【情報の共有と統合】の中の一カテゴリーとして組み込み、分析を行った。訪問看護師及びヘルパーの支援の第一の目的は、在宅療養者の生活全体を見据えて支援することであり、与薬に関する支援はその中の一部であることを踏まえ、連携モデルの在り方を今後更に検討していくことが必要であると考えられた。

第Ⅶ章 結論

連携の概念分析及び、15名の訪問看護ステーション管理者と13名のサービス提供責任者へのグループインタビュー結果をもとに、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを作成した。作成したモデルを、4組の訪問看護師とヘルパーに、全6事例で運用してもらい、与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルの有用性を検討し、モデルの精錬を行った。

1. 与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、連携の前提となる要素として【訪問看護師とヘルパーでの与薬が必要な状況の確認】、【与薬の方向性の統一】、【医療と介護の各専門職の理解と越境】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】の4要素、連携の実践内容となる要素として【情報の共有と統合】、【役割を分担、補完しながら共に与薬する】、【与薬を行うための共有ツールの作成と活用】、【実践共同体の基盤作り】の4要素で構成された。
2. モデル運用開始時は、【医療と介護の各専門職の理解と越境】、【他機関に所属する職種間の関係性の共通理解】、【実践共同体の基盤作り】が行われることで訪問看護師とヘルパーの関係性構築が成されることが重点項目であった。モデル運用1ヵ月後では、大切なチームの一員としての意識が芽生えた状態で【情報の共有と統合】が豊富にされるようになった。与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルは、開始時とそれ以降で重点となる要素が変化していくことが明らかとなった。
3. 全6事例中2事例で後半にかけて正しく与薬できた割合の増加がみられ、与薬の改善が得られた。3事例はモデル運用の全期間をとおして大きな問題が無く与薬が行われ続けた。1事例で与薬の改善が無かった。本モデルは、難しいとされる認知症独居要介護高齢者への与薬の支援に有用であった。
4. モデル運用により、訪問看護師とヘルパーの在宅療養者の与薬に関する包括的理解の醸成、自他の専門職の理解と関係性作りと、相互の学びあいが効果としてみられた。
5. モデル運用には定期的なミーティング、ミーティングでのコーディネーターの介入、連絡ノートの活用が有用であった。コーディネーターの役割を取ることのできる知識と技術を兼ね備えた人材の確保が今後の課題である。また、連絡ノートについては、ICTの活用を含めた検討が今後の課題である。
6. 唯一与薬の改善が無かった事例の検討から、対象とする要介護高齢者の認知機能や能力に合わせ、訪問サービスでカバーできない部分の支援について、ケアマネジャーなどの更なる多職種連携の検討、遠隔支援装置の使用を含めた検討をしていくことが今後の課題であると考えられた。

7. 訪問看護師とヘルパーの実践共同体として本モデルは機能していた。今後は、実践共同体として、一つ一つのモデル運用が積み重なって包摂的実践共同体へと発展し、地域の多職種連携による在宅ケア向上へとつながっていくような仕組みの検討が課題である。

謝辞

はじめに、本研究でのモデル運用にご協力いただきました訪問看護師、ヘルパーと在宅療養者の皆様、モデル作成のためのグループインタビューにご協力いただきました訪問看護ステーション管理者、サービス提供責任者の皆様方に心よりお礼申し上げます。コロナ禍という大変な時期に、快く研究にご協力くださったこと、感謝いたします。皆様にたくさんの気づき、学びをいただきましたおかげで本研究の結果を導くことができました。

大野かおり先生には、主査として多くのご指導を頂きました。いついかなるときも、在宅ケアをとりまく現状や動向を踏まえた幅広い見知から、研究の進むべき方向をご教示くださいました。私が考えを上手くまとめられず、方向性に迷い立ち止まりそうになったときには力強く背中を押して頂きました。研究者として成すべきことを先生からたくさん学ばせていただきました。研究の始まりから常に先へ先へと導いてくださったことで、今回の論文を書き上げるに至りました。心より深く感謝申し上げます。

副査としてご指導いただきました坂下玲子先生には、研究の手法や論文の書き方、まとめ方について、様々にご教示いただきました。概念分析、モデル作成、モデル運用にあたっての研究者の介入計画などにおいて、私の気づかない点をつもの的確にご指導くださり、方向づけをしてくださったことが、研究の成果につながりました。心より感謝申し上げます。

撫養真紀子先生には、質的研究におけるカテゴリ作成の際に、時間をかけて一つ一つ丁寧に指導いただきました。長時間にわたり、夜遅くまで一緒に考えてくださったことが心に残っています。看護管理の視点からのご指摘は、研究結果を広い視点で捉え、整理することにつながりました。心より感謝申し上げます。

松本雄一先生には、経営学の視点から、実践共同体の考え方についてご教示いただきました。本研究をとおして実践共同体を学んだことは、看護学を越えたものの見方につながり、私の成長になりました。また、先生にかけていただいた励ましやねぎらいの言葉が、研究遂行の大きな力となりました。心より感謝申し上げます。

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期過程同期の松枝加奈子さん、筒井千春さんには、研究計画の段階で共に受けた講義やそれ以外のところで、限られた時間の中ではありましたが様々にディスカッションできたことが研究テーマ絞込みにつながりました。また、共に頑張っている仲間がいることがとても励みとなりましたこと感謝申し上げます。

最後に、夫と3人の子どもたちには、仕事をしながらの大学院進学でいろいろと迷惑をかけることが多かったにもかかわらず、学業の応援をしていただき、勉強や論文作成のための時間を作らせてくれたこと、感謝いたします。

今回の研究で得られた与薬に関する訪問看護師とヘルパーの連携モデルを、在宅ケア現場で活用できるよう活動していく所存です。

引用文献

- 阿部恵子、安井浩樹、内山靖、末松三奈、植村和正 (2015). 在宅ケアにおける多職種連携教育：医学生と理学療法学大学院生の協働、*医学教育*、46(6)、503-507.
- 荒木淳子 (2008). 職場を越境する社会人学習のための理論的基盤の検討ーワークプレイスラーニング研究の類型化と再考ー、*経営行動科学*、21(2)、119-128.
- 荒木美輝、半谷眞七子、亀井浩行 (2019). 他職種からみた薬剤師の在宅医療での多職種連携の現状に関する質的研究、*医療薬学*、45(2)、63-75.
- Argyris, C. and Schon, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading: Addison-Wesley.
- Bondevik, G. T., Holst, L., Haugland, M., Baerheim, A., Raaheim, A. (2015). Interprofessional workplace learning in primary care: students from different health professions work in teams in real-life settings. *Interprofessional Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 27(2)、175-182.
- Brommelsiek, M., Peterson, J. A., Amelung, S. A. (2018). Improving cultural competency: a patient-centered approach to interprofessional education and practice in a veterans healthcare facility, *International Journal of Higher Education*, 7(4)、157-165.
- Chong-Han Kua, Cindy Ying Ying Yeo, Cheryl Wai Teng Char, Cheryl wei Yan Yan, Poh Ching Tan, Vivienne SL Mak et. al. (2017). Nursing home team-care deprescribing study: a stepped-wedge randomised controlled trial protocol, *CrossMark, BMJ Open*, Doi:10.1136.
- 土居有子 (2018). 地域における高齢者の服薬管理に対する多職種連携、*老年看護学*、23(1)、41-45.
- 船越拓 (2015). 後輩の教え方 先輩1年生も教から教え上手!、*レジデントノート*、16(18)、3422-3428.
- 藤川あや、月野木ルミ (2020). 訪問看護師と介護支援専門員を対象とした relational coarsination 理論に基づく専門職間連携促進プログラムの検討、*日本看護科学学会誌*、40、572-578.
- 藤田益伸 (2015). 在宅介護場面における多職種連携教育プログラムの開発、*岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要*、40、97-106.
- 藤田淳子、福井小紀子、池崎澄江 (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動評価尺度の開発、*厚生の指標*、62(6)、1-9.
- 藤田淳子、福井小紀子、池崎澄江、辻村真由子 (2020). 在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度の開発、*日本公衆衛生学会誌*、11、819-827.
- 春口好介 (2018). 介護職員の医療行為に関する研究ー医療行為一部除外後の介護福祉士養成教育の現状と課題ー、*新潟青陵大学短期大学部研究報告*、48、107-111.

- 春田淳志、錦織宏 (2014). 医療専門職の多職種連携に関する理論について、*医学教育*、45(3)、121-134.
- 畑中典子、伊藤貴文、石幡真澄、小島美里、根本英一、大島繁、小林大介 (2009). 在宅患者のアドヒアランスに及ぼす背景因子の解析—真の服薬率とヘルパーの推定する服薬率の比較—、*薬学雑誌*、129(6)、727-734.
- 平原佐斗司 (2015). 認知症の人の在宅医療は、医療と介護の連携がなぜ必要か？、*MB Med Reha*、183、91-94.
- 五十嵐寛 (2016). 成人教育と授業設計の観点から今後のセミナーを考える、*日臨麻会誌*、36(3)、339-344.
- 井原千晶 (2017). 成人教育の観点から見た対人援助職教育—医師、薬剤師、そして公認心理師—、*京都学園大学人間文化学会紀要*、38、17-35.
- 池田千鶴 (2018). 在宅医療における心身医学的アプローチ—多職種協働の在宅ケアを実践するために—、*日本心身医学学会誌*、58、598-592.
- 今井幸充 (2012). 認知症診療におけるケアマネジャー・介護職との多職種連携、*臨床精神医学*、41(12)、1699-1704.
- J Verhoef、PJ Toussaint、H Putter、JHM Zwesloot-Schonk、TPM Vliet Vlieland (2008). The impact of introducing an ICF-based rehabilitation tool on staff satisfaction with multidisciplinary team care in rheumatology: an exploratory study、*Clinical Rehabilitation*、22、23-37.
- James Shaw、Colleen Kearney、Brenda Glenns、Sandra Mckay (2016). Interprofessional team building in the pakkiative home care setting: Use of a conceptual frramework to inform apilot evaluation、*Journal of Interprofrrsional Care*、30(2)、262-264.
- 亀井美弥子 (2006). 職場参加におけるアイデンティティ変容と学びの組織化の関係: 新人の視点から見た学びの手がかりをめぐって、*発達心理学研究*、17(1)、14-27.
- 梶田博之、柿木達也、九鬼克俊、前田潔 (2015). 認知症の行動・心理症状に対する関連多職種のかかわりおよび意識の違いについて—医療職、介護職を対象とした調査—、*老年精神医学雑誌*、26(1)、67-74.
- 川守田千秋、村中陽子 (2018). 看護学臨地実習における学習経験に関する文献研究—実践共同体としての学び—、*順天堂大学医療看護学部医療看護研究*、21、60-68.
- 河野高志 (2018). 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントとインタープロフェッショナルワークの可能性、*福岡県立大学人間社会学部紀要*、26(2)、37-53.
- King G.、Strachan D.、Tucker M.、et al. (2009). The application of a trans disciplinary model for early intervention services、*Infant & Young Childlen*、22(3).211-223.
- Knowles、S.M. (1980). 成人教育の現代的実現ペタゴジーからアンドラゴジーへ、

- (堀薫夫、三輪健二 監訳). 東京：鳳書房(2001).
- 小枝美由紀(2016). 要介護高齢者の安全を守る訪問看護実践－独居および日中独居高齢者に焦点をあてて－、*兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*、23、131-140.
- 駒澤伸康、藤原俊介、趙崇至、三原良助、林道廣、南敏明(2016). 臨床教育と連続性のあるシュミレーション教育の重要性－成人教育原理の重要性－、*日臨床会誌*、36(5)、599-603.
- 厚生労働省(2005). 医師法代17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について(通知)、入手先：
<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g3ig-att/2r9852000000iiut.pdf>
- 國松秀美(2015). 医療・介護現場における看護職と介護職の協働に関する研究の動向、*聖泉看護学研究*、4、77-82.
- Krause, O., Wiese, B., Doyle, I., Kirsch, C., Thurmann, P., Wilm, S., ... Junius-Walker, U. (2019). Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study), *BMC Geriatrics*, 19:24
 Doi:10.1186/s12877-019-1027-0
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *状況に埋め込まれた学習正統的周辺参加*. (佐伯胖訳). 東京：産業図書(1993).
- 前田則子、伊木智子、古川秀敏、魚里明子、吉村秀樹、丹野康之、大川美幸代(2017). 看護ケアスタッフと介護ケアスタッフとの協働の在り方－介護ケアスタッフの職務満足に及ぼす関連要因の検討－、*関西看護医療大学紀要*、9(1)、1-9.
- 前田則子、伊木智子、古川秀敏、魚里明子、森花美和子... 大川美幸代(2018). 高齢者福祉施設における看護スタッフと介護ケアスタッフとの協働を促進させる要因－看護ケアスタッフの認識から－、*関西看護医療大学紀要*、10(1)、23-34.
- 前田則子、梶由美子、久松美佐子、丹羽さよ子(2019). 高齢者福祉施設におけるBPSDのある利用者へのチームケア上の困難感－リーダー介護職の語りの分析から－、*関西看護医療大学紀要*、11(1)、32-41.
- Mahlknecht, A., Nestler, N., Bauer, U., Schuber, N., Scarer, J., Scharer, S., ... Oswebrink, J. (2017). Effect of training and structured medication review on medication appropriateness in nursing home residents and on cooperation between health care professionals: the interAKT study protocol, *BMC Geriatrics*, 17:24
 Doi:10.1186/s12877-017-0418-3
- Michel A. West. (1994). *Effective Teamwork: Practical Lessons from Organizational Research*, Third Edition, British Psychological Society and John Wiley & Sons Limited. (下山晴彦監修、高橋美穂訳(2014)). *チームワークの心理学、エビデンスに基づいた実践へのヒント*、東京：東京大学出版

- 会.
- 松田友美、櫻田香、佐藤慎哉、石田陽子、宇野智咲、三枝真他 (2021). A 県の訪問看護ステーション利用者における傷病別に必要な看護ケアの分析、*日本在宅医療連合学会誌*、2 (1)、23-34.
- 松本一生(a) (2014). 認知症医療の立場から、*老年看護学*、18(2)、24-28.
- 松本京子(b) (2014). 訪問看護とホームホスピス・デイサービスで支える暮らし、*老年看護学*、18(2)、29-33.
- 松本雄一 (2013). 実践共同体における学習と熟達化、*日本労働研究雑誌*、639、15-26.
- 松本雄一(2019). 実践共同体の学習、東京：白桃書房.
- 松浦智恵美 (2018). 新人看護師の熟達について正統的周辺参加論による分析の可能性、*Core Ethics*、14、271-281.
- Meleis、I. A. (2018). *Theoretical nursing development and progress (6th ed.)*、Philadelphia : Wolters Kluwer.
- 三輪健二 (2017). 成人教育学と看護教育—成人学習者への学習支援論、*上智大学総合人間科学部看護学科紀要*、3、3-13.
- 森淳一郎(2014). 学生がより積極的に参加する講義を実現するために、*信州医誌*、62(1)、25-32.
- 内閣府 (2021). 令和3年度版高齢社会白書 第1章 高齢化の状況、(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_03.pdf) 2021.11.24 参照.
- 中谷こずえ、松岡広子 (2015). 介護老人保健施設のリーダー看護職が実施している介護職への教育的関わり—施設入所高齢者の排尿自立援助に焦点を当てて—、*日本看護福祉学会誌*、21(1)、59-73.
- 梨木恵実子、山路聡子 (2018). 慢性呼吸器疾患患者に対する訪問看護—生活に視点を置いた患者教育—、*日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*、27(2)、123-127.
- 日本在宅ケア学会編(2015). *在宅ケア学第3巻在宅ケアとチームアプローチ*、東京：株式会社ワールドプランニング.
- 日本在宅ケア学会編 (2021). *テレナーシングガイドライン*、東京：照林社.
- 野口麻衣子 (2020). 実践の言語化と共有、そして全員参加を促す ポジティブ事例検討会におけるファシリテーションの極意、*訪問看護と介護*、24 (3)、2019.
- 大林理恵、金銀美(2006). 学習に対する状況論的アプローチについての基礎文献報告、宇佐美まゆみ編 *言語情報学研究報告 13 自然会話分析への言語社会心理学的アプローチ 東京外国語大学大学院 地域文化研究科 21世紀 COE プログラム「言語運用を基盤とする言語情報学」*、163-176.
- 大平剛士 (2019). 日本の介護職の連携と職務満足、*老年社会科学*、40(4)、375-383.
- 大堀昇、松浦雅史、三木保 (2020). 慢性疾患を持つ在宅療養者の服薬アドヒアランス要因分析モデルの構築、*東医大誌*、78 (4)、312-327.

- 大塚真理子、平田美和、新井利民、大島伸雄、井口佳晴、高田玲子 (2004). 在宅要介護高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素、*埼玉県立大学紀要*、6、9-18.
- 大和田雅美 (2016). サービス担当者会議における多職種連携の実態と課題について、*飯田女子短期大学紀要*、33、171-195.
- 小木曾加奈子、平澤泰子 (2015). パーンアウトと認知症高齢者に対する環境を整えるケアとの関係；介護老人保健施設の看護職と介護職の違いに着目した教育支援、*教育医学*、60(4)、189-197.
- Rodgeres, L. B.、Knaf1, A. K. (2000). *Concept development in nursing foundations, thchniques, and applications (2thed.)*、Philadelphia : SANDERS.
- 崔敏奎 (2018). 成人教育理論の検討－「自主活動」の分析視角の検討－、*東北大学大学院教育学研究科研究年報*、67、19-29.
- 斉藤百枝美、安藤崇仁、伊神敬人、小中原隆史、小松洋平、高木友徳、…、丹羽真一 (2018). 精神疾患患者への訪問看護・訪問サービス時に必要とされる向精神薬の情報提供に関する調査・研究、*医薬品情報学*、19(4)、172-179.
- 坂根加奈子 (2020). 服薬自己管理の支援が必要な高齢者に対する多職種協働による支援とその課題－在宅領域と急性期病院のフィールド調査の結果より－、*島根大学医学部紀要*、42、27-33.
- 坂根加奈子 (2021). 訪問看護師が在宅高齢療養者に服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセス、*日本看護研究学会誌*、44 (1)、61-71.
- 定村美紀子、糸井和佳、松岡恵子、浅見恭史、霜越千裕 (2018). 地域包括ケアシステムにおける多職種連携による服薬支援の課題、*帝京科学大学紀要*、14、209-213.
- 佐久間志保子 (2003). 在宅療養者に対するホームヘルパーの医療関連行為の実態とそのリスク管理に関する研究、入手先：http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080327064324.pdf
- Schussel, E. K.、Forbes, S.、Taylor, M. A.、Cooley, H. J. (2019). Implementation of an interprofessional medivation therapy management experience、*American Journal of Pharmaceutical Eduvation*、83(3)、370-381.
- 島美佐子 (2019). M. ノールズの成人教育理論に関する考察－理想的な成人教育者像に焦点をあてて－、*早稲田大学大学院教育学研究科紀要*、別冊 26(2)、45-54.
- 末岡弓奈、金井秀明 (2017). 独居高齢者を対象とした残存機能を活かす服薬支援システムの検討、*GN Workshop*.
- 鈴木央 (2020). 地域連携の技術ファシリテーション これまでの”話し合い”と何が違う？、*訪問看護と介護*、25 (2)、148-151.
- 高田雅弘、中野祥子、三田村しのぶ、宮崎珠美、菊田真穂、小森浩二、…山本淑子 (2015). 薬局及び訪問看護ステーションにおける多職種連携に関する調査研究、*社会薬学*、34(2)、116-127.
- 多職種連携コンピテンシー開発チーム (2016)、医療保健福祉分野の多職種連携

- コンピテンシー、
http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryu/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf
- 田中昌昭、平松生光、小山真生、谷口菜々子、勇裕加里、内田直希(2020). スマートスピーカーを使った独居高齢者のための服薬支援システムの開発、*川崎医療福祉学会誌*、30(1)、257-263.
- 富山美由紀(2016). 看護師の立場からの在宅医療、*薬学雑誌*、136(8)、1129-1132.
- 綱川菊美(2021). デジタルトランスフォーメーションの進展～日本の実情と課題～、*鹿児島国際大学福祉社会学部論集*、39(1、2)、14-22.
- 馬来秀行、白石朗、三木晶子、佐藤宏樹、小西ゆかり、浅井康平、…、澤田康文(2017). 施設介護スタッフと薬剤師の連携はどうあるべきか：服薬に関する入居者の安心安全への取り組み、*薬学雑誌*、137(8)、1041-1049.
- WAM NET. 介護支援専門員の役割、
(tps://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/caremanager/caremanagerworkguide/caremanagerworkguide_01.html) 2021. 11. 24 参照
- Wenger, E., McDermott, R. and Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Boston: Harvard Business School Press. (野村恭彦監修、櫻井裕子訳[2002]. 『コミュニティ・オブ・プラクティスーナレッジ社会の新たな知識形態の実践』東京：翔泳社)
- Whiteley, R., Gillespie, J., Robinson, C., Watts, W., Carter, D. (2014). Effective teaching and learning in interprofessional education in child welfare, *Journal of Education and Training Studies*, 2(4)、148-158.
- 矢口隆明、岩田彰、白石善明、横山淳一(2010). チームケアの知識流通支援システムの開発と評価ー在宅ケアサービス記録の電子的共有に基づく情報連携ー、*医療情報学*、29(2)、63-73.
- 山路由実子、市川周平、竹村洋典(2017). 我が国における在宅高齢者への服薬支援の状況と課題に関する文献的検討、*日本プライマリ・ケア連合学会誌*、40(3)、136-142.
- 山里久美、堀薫夫(2014). 成人教育の視点からみた、看護学生の社会的スキルと看護実践能力を育む教育の可能性、*大阪教育大学紀要*、63(1)、181-192.
- 吉江悟、西永正典、川越正平、平原佐斗司、藤田伸輔、苛原実ら…辻哲夫(2012). 開業医および多職種を対象とした在宅医療研修の試行および評価ー千葉県柏市における在宅医療推進の取り組みー、*日本在宅医療学会誌*、39、Spuplement1、80-85.