

原 著

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

フジタ ジュンコ フクイ サキコ イケザキ スミエ ツジムラ マユコ
藤田 淳子* 福井小紀子^{2*} 池崎 澄江^{3*} 辻村真由子^{3*}

目的 在宅チームケアにおいて重要な役割を担う介護関連職の認識する医療職との連携困難感を測定する尺度を開発することである。

方法 緩和ケアの多職種研修会に関連した研究結果から介護関連職からみた医療職との連携困難感に関する内容を抽出し、専門家パネルにて10項目の設問からなる尺度原案を作成した。1都市の在宅ケアに従事する介護関連職を対象に、自記式質問紙調査を実施し、尺度の信頼性・妥当性について検討した。

結果 220人を分析対象とした探索的および確証的因子分析の結果、2因子構造6項目を採択した。因子は、「尊重されない感覚」「コミュニケーションの壁」と命名した。Cronbach α 係数は、尺度全体で0.80、各因子は、0.77-0.81であり内的整合性が確認された。基準関連妥当性について、他の2尺度との相関係数を算出したところ、尺度全体で $r = -0.36 \sim -0.42$ の負の相関が有意に認められた。下位尺度は、第I因子と他の2尺度とは $r = -0.17 \sim -0.27$ 、第II因子と他の2尺度とは、 $r = -0.41 \sim -0.42$ の負の相関が有意に認められた。

結論 開発した尺度は、在宅の介護関連職の連携困難感を測定する尺度として一定の信頼性・妥当性を有すると考えられた。

Key words : 尺度開発, 多職種連携, 介護関連職, 医療職, 在宅ケア, 連携困難感

日本公衆衛生雑誌 2020; 67(11): 819-827. doi:10.11236/jph.67.11_819

I 緒 言

高齢化の進展や疾病構造の変化により増加した医療ニーズをあわせもつ重度の要介護者が、住み慣れた地域で最期まで安心して生活ができるよう、医療と介護の連携の必要性が高まっている¹⁾。医療ニーズの高い要介護者を支えるためには、介護職員や介護支援専門員を含む療養者の日常生活をそばで支える介護関連職の役割は重要である^{2,3)}。医療介護連携において、介護関連職は、療養者の生活行動の変化や非言語的表現から痛みや症状の変化に気づき、看護師に報告し療養者への迅速なケアにつなげるといった⁴⁾、療養者の変化を早期発見し看護師や医師等医療職と共有するなどの役割を担っていると考える。

一方で、介護関連職は、医療職との連携に困難を

感じていることが指摘されている。介護関連職は、医療的知識が不十分ななか重症度の高い療養者をケアしなければならないことによる医療への不安^{5~8)}や、医療職との間に感じるヒエラルキー^{4,7)}から、医療職とのコミュニケーションに難しさを感じている。また、自身の仕事の価値が医療職から尊重されておらず、チームに貢献できていないと認識し、役割葛藤やストレスを抱えやすいことが報告されている⁹⁾。

多職種間の連携に関しては、情報共有やケアの参画の程度から連携の良さを測定する尺度が複数開発されてきている^{10~12)}。しかし、前述したように、連携において介護関連職特有の困難感があると考えられること、また、既存の尺度のような連携の実施の程度に関する自己評価ではなく、相互尊重や話しやすさを感じるかといった観点からの評価も重要であると考えたことから、困難感を測定する必要があると考えた。とくに、在宅で活動する場合は、所属組織の違う医療職との連携が多く、連携への困難が同一組織の連携よりも強いと考えられる。在宅における介護関連職である訪問介護従事者や介護支援専門員の数は年々増加し¹³⁾、その約6割以上が終末期

* 順天堂大学大学院医療看護学研究科

^{2*} 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

^{3*} 千葉大学大学院看護学研究科

責任著者連絡先: 〒279-0023 浦安市高洲 2-5-1

順天堂大学医療看護学部・大学院医療看護学研究科

藤田淳子

ケアを経験しているという現状から⁶⁾、看取りや医療ニーズの高い療養者の在宅ケアにおいて、介護関連職の役割がますます高まると考えられる。そのため、介護関連職の困難感を定量的に測定し、医療介護連携促進の方策の検討やその評価の一助としたいと考える。

よって、本研究の目的は、在宅の介護関連職が認識する医療職との連携困難感を測定する尺度を開発することである。本尺度の利用対象は、在宅の医療介護連携において、医療以外の立場で従事している介護関連職であり、具体的には、介護支援専門員、介護職員などを想定している。

II 研究方法

1. 尺度原案の作成

在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度（以下、連携困難感尺度）の項目は、緩和ケアプログラムによる地域介入研究（OPTIM プロジェクト）¹⁴⁾において実施した多職種研修会に関連した研究結果から、介護関連職の連携困難感に関する内容を抽出し、医師、看護系研究者、介護・福祉系研究者から構成された専門家パネルにて、10項目の尺度原案を作成した。多職種研修会に関連した研究結果¹⁴⁾とは、地域緩和ケアの課題に関するグループワーク（計17回、介護関連職・福祉職参加延べ数：介護支援専門員228人、医療ソーシャルワーカー86人）から抽出された地域緩和ケア推進のための課題、多施設・多職種のデスカンファレンス（計3回、介護関連職・福祉職参加延べ数：介護支援専門員4人、介護福祉士12人、介護員4人、社会福祉士1人）にて調査された多職種カンファレンスの有用性と問題点、および医療連携の課題に関するインタビュー調査（介護支援専門員5人）であった。また、介護職員や介護支援専門員からみた連携に関する課題について記述している文献^{6,7,15~17)}において、医療職との連携困難として、遠慮、言葉のイメージの違いなどをはじめとした専門職間の視点や役割期待の相違、本音での話しづらさ、医療職への敷居の高さが指摘されており、尺度原案の10項目は、介護関連職の連携困難感を反映できていると考えた。

2. 調査方法

1) 調査対象

我々の研究グループでは、すでに、医療介護連携マニュアルの有効性に関するランダム化比較試験を行い公表してきた^{18,19)}。本研究による連携困難感とは、これら研究における副次的アウトカムとして測定したものであり、本研究の対象者はこれらの研究と共通している。具体的な対象者の条件は、関東地

方のA市（人口約150万人）における居宅介護支援事業所の介護支援専門員および訪問介護事業所のサービス提供責任者とした。訪問介護従事者のなかでサービス提供責任者に限ったのは、1人の利用者でも曜日や時間帯が異なるヘルパーを統括しサービスの責任を持つ立場であり、他職種との情報交換の窓口として連携の機会が多いからである。A市に所在する全居宅介護支援事業所および全訪問介護事業所に、研究グループが開発した医療介護連携マニュアルの利用に関する研究協力依頼を郵送やメールで配信し、FAXと電話で研究参加の申し込みがあったものを対象とした。

2) データ収集方法

無記名の自記式質問紙調査を実施した。先述した医療介護連携マニュアル研究の対象者は、介入群と対照群に分けられており、それぞれ以下の方法でデータを収集した。介入群の対象者は、介入である集合研修に参加した際に、その開始前に質問紙に記入してもらい、会場内の回収ボックスにて回収した。対照群の対象者には、同時期に質問紙を送付し、個別に郵送回収した。調査期間は、2016年6月から8月であった。

3) 調査項目

調査項目は、対象の属性、連携困難感尺度原案、および基準関連妥当性の検討に用いるための顔の見える関係評価尺度¹¹⁾、連携行動評価尺度¹²⁾であった。

対象者の属性は、年齢、在宅における通算経験年数、性別、勤務形態、在宅看取り経験数であった。

連携困難感尺度原案10項目について、「あなたからみて、医療職との連携に関して困難に思うことを評価する質問です。最もあてはまるもの1つに○をつけて下さい。」と尋ね、回答選択肢は、「そう思わない」「あまりそう思わない」「どちらでもない」「少しそう思う」「そう思う」の5件法とし、順に1から5点を配した。

顔の見える関係評価尺度¹¹⁾、連携行動評価尺度¹²⁾は、地域の医療介護従事者間の連携評価を目的に開発された信頼性・妥当性を備えた尺度である。両尺度とも5段階のリッカートスケールを用いて測定し、得点が高いほど連携がよいことを示す。顔の見える関係評価尺度は、在宅療養者に関わる医療介護従事者からみた地域における他職種との顔の見える関係構築のよさを評価する尺度であり、「他の施設の関係者とやりとりができる」「地域の他の職種の役割がわかる」「地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域の相談できるネットワークがある」「地域のリソースが具体的にわかる」「退院前

カンファレンスなど病院と地域の連携がよい」の7因子21項目で構成されている（得点範囲21～105点）。連携行動評価尺度は、他職種と連携する際の自身の具体的行動の程度を自己評価する尺度であり、「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17項目で構成されている（得点範囲17～85点）。連携困難感の高さは、医療介護従事者間の顔の見える関係構築の低さや連携行動の実施の低さと関連すると考えられることから、外的基準になると判断した。

3. 分析方法

1) 項目分析

項目分析では、平均値と標準偏差より天井効果、床効果の有無を確認した。また、項目間相関、Item-Total相関（I-T相関）、Good-Poor Analysis（G-P分析）を行った。

2) 因子分析

探索的因子分析（最尤法、Promax回転）による因子の抽出後、共分散構造分析を用いた確証的因子分析にて構成概念妥当性を検証した。確証的因子分析では、適合度の指標として、Goodness of Fit Index（GFI）、AdjustedGFI（AGFI）、Comparative Fit Index（CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（RMSEA）を検討した。

3) 信頼性の検討

内の一貫性を評価するためにCronbachの α 係数を尺度全体および下位尺度ごとに算出した。

4) 妥当性の検討

基準関連妥当性として、尺度の合計得点および下位尺度得点と顔の見える関係評価尺度、連携行動評価尺度との関連について、Spearmanの順位相関係数を算出した。

5) 基本属性との関連

連携困難感尺度の合計得点および下位尺度得点と基本属性（経験年数、在宅看取り経験数）との関連を、Spearmanの順位相関係数の算出、または、一元配置分散分析を行った。

統計学的分析には、Windows版SPSS ver22およびAMOS ver22を用いた。

6) 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を経て行った（承認番号2016-003、2016年6月6日）。研究の目的、方法、回答の自由意思の尊重、個人情報保護の保護、データの管理方法と結果の公表について書面で説明し、質問紙への回答をもって同意とみなした。

III 研究結果

1. 回答者の属性（表1）

A市の居宅介護支援事業所および訪問介護事業所で働く介護支援専門員398人、訪問介護サービス提供責任者402人のうち、我々研究グループの医療介護連携マニュアル研究^{18,19)}の対象者は、介護支援専門員129人、訪問介護サービス提供責任者98人の計227人であった。これらの対象者全員から本研究の回答が得られた。そのうち、連携困難感尺度原案に2項目以上無回答であった7人を除く220人を分析対象とした。回答者の属性を表1に示す。在宅での経験年数の平均（±標準偏差）は、10.72（±5.81）年であった。勤務形態は、常勤が大部分を占め（90.0%）、医療職と関わる機会が多いと考えられる在宅看取りの経験数が、1例以上あるものが7割以上であった。介護支援専門員の所有する資格について回答のあった75人の内訳は、介護福祉士55人、ヘルパー27人、社会福祉士18人、看護師8人、その他9人であった（複数回答）。訪問介護サービス提供責任者の所有する資格について回答のあった83人の内訳は、介護福祉士74人、ヘルパー30人、介護支援専門員16人、その他2人であった（複数回答）。

2. 項目分析（表2）

原案10項目への回答は、平均（±標準偏差）が、2.52（±1.12）から3.38（±1.13）の間であり、平均値±標準偏差が最大値または最小値を超える項目はなく天井効果と床効果はみられなかった。項目間

表1 回答者の属性

		n = 220	
		mean ± SD または n	%
年齢 ^{a)}		52.56 ± 9.98	
在宅経験年数 ^{b)}		10.72 ± 5.81	
性別	女性	185	84.1
	男性	35	15.9
職種	介護支援専門員	127	57.7
	訪問介護サービス提供責任者	93	42.3
勤務形態	常勤	198	90.0
	非常勤	18	8.2
	不明	4	1.8
在宅看取り経験数	なし	42	19.1
	1例	24	10.9
	2-9例	112	50.9
	10例以上	39	17.7
	不明	3	1.4

無回答を除く：a) n = 203, b) n = 213

表2 項目の平均値と標準偏差

項 目	mean ± SD	n = 220				
		そう 思わない 人 (%)	あまりそう 思わない 人 (%)	どちらとも いえない 人 (%)	少し そう思う 人 (%)	そう思う 人 (%)
1 医療職が何を考えて、どう思っているかがわからない	2.52 ± 1.12	40(18.2)	87(39.5)	40(18.2)	45(20.5)	8(3.6)
2 困ったことや意見がある時に、医療職にどのように伝えればいいのかわからない	2.61 ± 1.24	45(20.5)	80(36.4)	24(10.9)	58(26.4)	13(5.9)
3 医療職に相談したり話をするのは敷居が高い	2.80 ± 1.34	43(19.5)	69(31.4)	24(10.9)	58(26.4)	26(11.8)
4 介護・福祉職と医療職の間に価値観や考え方のへだたりを感じる	3.38 ± 1.13	10(4.5)	54(24.5)	28(12.7)	99(45.0)	29(13.2)
5 利用者の今後のことを決めるときに、介護・福祉職の意見や思いが尊重されていないと思う	2.77 ± 1.06	21(9.5)	79(35.9)	63(28.6)	43(19.5)	13(5.9)
6 介護・福祉職と医療職との間で話し合う機会がない	3.02 ± 1.26	28(12.7)	62(28.2)	35(15.9)	68(30.9)	27(12.3)
7 カンファレンスや申し送りなどで、医療職の用いる用語がわからない	3.19 ± 1.15	21(9.5)	48(21.8)	37(16.8)	96(43.6)	17(7.7)
8 医療職が介護・福祉職の意見や考えをくみ取ってくれないと感じる	2.74 ± 0.96	20(9.1)	72(32.7)	78(35.5)	45(20.5)	5(2.3)
9 医療に関することについて苦手意識やこわさがある	2.95 ± 1.19	28(12.7)	58(26.4)	50(22.7)	65(29.5)	19(8.6)
10 利用者のことについて、医療職へ報告をするかしないかの線引きがわからない	2.75 ± 1.17	32(14.5)	76(34.5)	40(18.2)	59(26.8)	13(5.9)

相関では、項目2と3の間で相関係数0.7以上の高い相関が認められたため、項目の回答のしやすさを吟味し、項目2を削除した。I-T相関において、各項目と尺度全体の相関係数は、0.59~0.73と低い値ではなかった。G-P分析では、尺度合計得点の上位25%と下位25%で2群にわけ、各項目の平均値を比較したところ、すべての項目で上位群の得点が有意に高かった ($P < 0.001$)。これより、項目2を除く9項目で因子分析を実施することとした。

3. 因子分析 (表3, 図1)

項目分析の結果により削除した項目2以外の9項目を用いて、探索的因子分析を行った。因子負荷量が0.6未満で他の因子に0.3以上の負荷量を持つ1項目を除外した8項目にて探索的因子分析および確認的因子分析を行ったところモデルの適合度が低かった。そこで、各因子において因子負荷量が他の項目に比べ低かった(0.6未満)1項目ずつを除外した。最終的に2因子構造6項目を採用し尺度項目とした(表3)。なお、項目3は、最終的な因子分析で因子負荷量が0.6未満となったが、意味内容の独立性、重要性から削除しないこととした。

2因子の因子寄与率は、それぞれ43.9%、13.7%であり、累積寄与率は57.6%であった。因子間相関は、0.50であった。各因子に属する項目の内容を讀

表3 探索的因子分析

	因子負荷量	
	第I因子	第II因子
5. 利用者の今後のことを決めるときに、介護・福祉職の意見や思いが尊重されていないと思う	.836	-.037
4. 介護・福祉職と医療職の間に価値観や考え方のへだたりを感じる	.738	-.015
8. 医療職が介護・福祉職の意見や考えをくみ取ってくれないと感じる	.728	.063
9. 医療に関することについて苦手意識やこわさがある	-.149	.897
10. 利用者のことについて、医療職へ報告をするかしないかの線引きがわからない	.075	.637
3. 医療職に相談したり話をするのは敷居が高い	.211	.596

因子間相関 $r = 0.50$

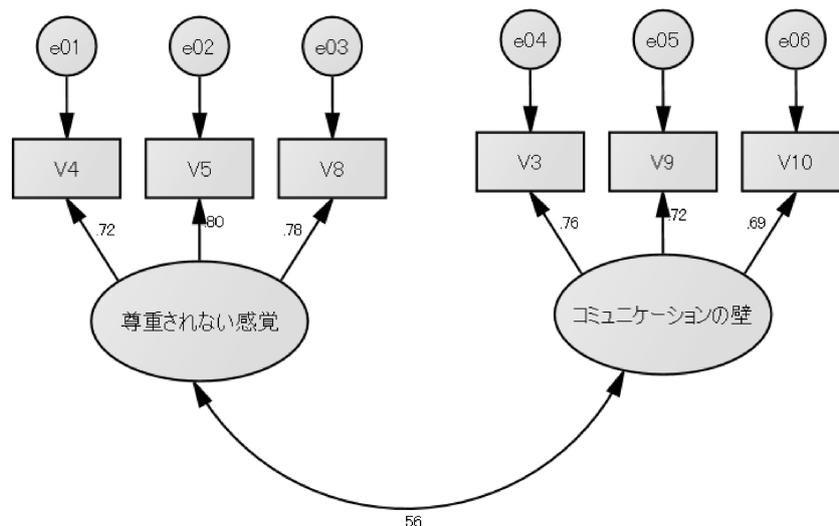
第I因子：尊重されない感覚

第II因子：コミュニケーションの壁

み取り、因子名を順に「尊重されない感覚」「コミュニケーションの壁」と命名した。

確認的因子分析のモデルの適合度指標は、GFI = 0.965, AGFI = 0.908, CFI = 0.966, RMSEA = 0.094

図1 確証的因子分析 (標準化推定値) n = 220



であり、統計学的な許容水準が確認された。

尺度の合計平均得点 (±標準偏差) は、尺度全体が17.38 (±4.89), 第I因子が8.88 (±2.68), 第II因子が8.50 (±3.07)であった。最小値・最大値は、尺度全体が、6~30点, 第I因子が3~15点, 第II因子が3~15点の範囲であった。

4. 信頼性の検討

Cronbachのα係数は、第I因子のα=0.81, 第II因子のα=0.77, 合計得点のα=0.80で、内的整合性が確認された。

5. 妥当性の検討 (表4)

基準関連妥当性において、合計得点と第II因子は、顔の見える関係評価尺度および連携行動評価尺度と有意な中程度の負の相関 (r=-0.36~-0.42) が認められた (P<0.01)。第I因子は、顔の見える関係評価尺度、連携行動評価尺度と有意な弱い負の相関 (r=-0.17~-0.27) が認められた (順に、P<0.01, P<0.05)。

6. 基本属性との関連 (表5)

在宅経験年数は、尺度全体と第II因子の得点と弱い負の相関 (順に、r=-0.21, -0.27) が認められた (P<0.01)。在宅看取り経験数ごとの得点については、尺度全体 (P<0.01) と第II因子 (P<0.001) において、有意な違いを認めた。多重比較をしたところ、尺度全体において、「なし」と「2-9例」 (P=0.02), 「1例」と「2-9例」 (P=0.02), 「1例」と「10例以上」 (P=0.04) に有意な差が認められた。第II因子では、「なし」と「2-9例」 (P<0.001), 「なし」と「10例以上」 (P<0.001), 「1例」と「2-9例」 (P=0.04), 「1例」と「10例以上」 (P<0.01) に有意な差が認められた。

表4 基準関連妥当性

	尺度全体	第I因子 尊重されない感覚	第II因子 コミュニケーションの壁
顔の見える関係評価尺度	-0.42**	-0.27**	-0.41**
連携行動評価尺度	-0.36**	-0.17*	-0.42**

Spearmanの順位相関係数 * P<0.05, ** P<0.01

IV 考 察

1. 尺度の信頼性と妥当性について

尺度の信頼性について、下位尺度と尺度全体ともに Cronbachのα係数が0.7以上であり、内的整合性が確保されていることが確認された。

尺度の妥当性について、探索的因子分析の結果、2因子6項目構造であることが示され、確証的因子分析による適合度指標の結果より、構成概念妥当性が確認されたと考える。

多職種連携には様々な要素が影響することが指摘されているが、San Martin-Rodriguez (2005) は連携がうまくいく決定要因として、①システム要因 (社会システム, 文化システム, 職業システムなど), ②組織要因 (組織構造, 組織哲学, 管理的支援, 資源, 調整の仕組み), ③相互作用要因 (相互尊重, 信頼, コミュニケーション, 協働意思) の3つをあげている²⁰⁾。項目の意味内容と照らし合わせると、本尺度は、この3つの中の③相互作用要因に関する困難感を測定する尺度と位置付けることができる。すなわち、尺度の第I因子「尊重されない感覚」に含まれる「介護・福祉職と医療職の間に価値観や考

表5 尺度と基本属性との関連

	尺度全体	第Ⅰ因子 尊重されない感覚	第Ⅱ因子 コミュニケーションの壁
在宅経験年数 ^{a)}	-0.21**	-0.04	-0.27**
在宅看取り経験数 ^{b)}			
なし	19.12±4.73	8.90±2.39	10.21±3.03
1例	19.75±4.76	10.00±2.41	9.75±3.44
2-9例	16.56±4.75	8.53±2.78	8.03±2.77
10例以上	16.44±4.87	9.18±2.83	7.26±2.81

a) Spearman の順位相関係数

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

b) 一元配置分散分析, 多重比較 (Tukey の検定)。数字は平均値±標準偏差を示す

え方のへだたりを感じる」「医療職が介護・福祉職の意見や考えをくみ取ってくれないと感じる」などの項目は、多職種連携の阻害要因である相互尊重の欠如²¹⁾や役割理解の欠如²²⁾に関連した困難を反映していると考えられる。第Ⅱ因子「コミュニケーションの壁」には、「医療職に相談したり話をするのは敷居が高い」「医療に関することについて苦手意識やこわさがある」などの項目が含まれた。ホームヘルパーへの調査⁵⁾では、医療の知識に関連する不安や情報発信のシステムの問題により情報発信が阻害されることが指摘されており、第Ⅱ因子は、これらコミュニケーションをとる際に感じている困難を反映していると考えられる。Jansen ら⁴⁾は、患者の身の回りのケアを行う介護関連職は、自分たちの報告が価値あるものと思うことで、医療職へコミュニケーションを行う動機づけになると述べている。また、Suter ら²³⁾は、連携には、役割理解と効果的なコミュニケーションがコアの能力となると述べている。以上の先行研究からも、本尺度の2つの因子の妥当性は支持されると考える。

基準関連妥当性については、尺度全体と各因子は、顔の見える関係評価尺度および連携行動評価尺度と有意な負の相関を得た。これは、連携困難感が高い状態では、介護関連職と医療職間での関係構築や連携したケアの実践ができていないことを示しており、妥当な結果が得られたことから、基準関連妥当性は確認されたと考える。

基本属性については、尺度全体および第Ⅱ因子と在宅経験年数と負の相関がみられ、在宅経験年数が長いほど連携困難感全体が低下する傾向を示した。また、医療職と連携する機会が多いと考えられる在宅看取りの経験がある人は、経験のない人に比べ尺度全体と第Ⅱ因子の得点が低かった。多職種を対象とした調査から、連携の良さと経験年数²⁴⁾、看取り経験¹²⁾との関連を示した報告があるが、一方で、関連を示さなかった報告²⁵⁾も存在するため、単に、経

験した年数が長く看取り経験があれば連携がよくなるわけではなく、連携の内容、すなわち、連携した事例の医療依存度や医療職からの関わり方などが影響しているのではないかと考える。よって、今後は、経験年数だけでなく、経験してきた連携の内容による連携困難感への影響についても検討していく必要があると考える。

2. 研究の限界と課題

本尺度の利用対象は在宅の介護関連職であり、本研究では、介護支援専門員と訪問介護サービス提供責任者を対象に調査を実施した。研究の限界と課題の1点目は、今回の調査の介護関連職が、この2職種に限られていたことである。在宅の介護関連職には、デイサービスや地域包括支援センターのスタッフ等も相当し、これらの人々を対象に活用の可能性を検討していくことが課題である。また、介護支援専門員の中には看護師の資格をもつものが含まれているが、医療の資格を有していても介護支援専門員として活動する立場から生じる連携の課題が報告されている²⁶⁾ことから調査対象に含めている。また、8人と少数であり、看護師資格者の有無による尺度の因子構造の違いや得点の差はなかったことから、この尺度の妥当性には影響はなかったと考える。2点目は、連携相手の医療職の職種を限定していないことである。今回の調査対象者の実践から想起される医療職としては、主に医師や看護師が想定され、場合によっては薬剤師や理学療法士等を含めて回答したと推測する。これは、在宅という場においては、所属先や職種が多様となるチーム構成になるという特性上、医療の職種は限定しないことが適切であり、尺度の利用可能性を高めていると考える。一方で、もし研究目的上、回答者側の介護関連職や連携相手の医療職を限定して測定したい場合には、各項目の「介護・福祉職」と「医療職」をそれぞれ限定した職種名に変更して用いることも可能であろう。3点目として、利用できる実践の場として、在宅以

外の同じ組織内（施設や病院）の介護関連職と医療職間の連携についても活用の可能性があると考えているが、実証はできておらず、今後の課題である。4点目として、本研究の対象者は、医療介護連携マニュアルの有効性に関する研究^{18,19)}に参加を希望した人であることから、連携に関心があり困難感が高い人に偏っていた可能性がある。

以上のような限界は残しているが、在宅における介護関連職の認識する医療職との連携困難感を測定する尺度として一定の信頼性と妥当性が確認できたと考える。今後は、本尺度を用いて、介護関連職の困難感を定量的に測定し、医療・介護連携促進の方策の検討やその評価に役立てることができると考える。

本研究にご協力くださいました介護支援専門員、介護サービス提供責任者の皆様、森田達也先生、阿部泰之先生に御礼申し上げます。

本研究は科学研究費補助金基盤研究（B）26293481の助成を受けて行いました。開示すべきCOI状態はない。

（受付 2019.10.23）
（採用 2020. 8.17）

文 献

- 厚生労働省. 医療と介護の一体的な改革. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html> (2019年8月22日アクセス可能).
- Devlin M, McIlfatricke S: The role of the home-care worker in palliative and end-of-life care in the community setting: a literature review. *Int J Palliat Nurs* 2009; 15: 526-532.
- Ingleton C, Chatwin J, Seymour J, et al. The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project. *J Clin Nurs* 2011; 20: 2043-2052.
- Jansen BDW, Brazil K, Passmore P, et al. Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliat Care* 2017; 16: 6 doi: 10.1186/s12904-017-0184-1.
- 和田恵美子. ホームヘルパーの情報発信の実態把握と阻害要因の明確化. *日在宅ケア誌* 2018; 22: 65-73.
- 日本訪問看護振興財団. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業報告書. *日本訪問看護振興財団* 2012; 1-231.
- Ohta R, Ryu Y, Katsube T. Challenges for Japanese rural home care workers in interprofessional collaboration: a qualitative study. *Home Health Care Surv Q* 2018; 37: 313-324.
- 上村聡子. 特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携を阻害する要因—終末期ケアにかかわる看護職と介護職のズレを中心に—. *甲南女大研紀* 2010; 4: 145-152.
- Cameron A, Lart R, Bostock L, et al. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health Soc Care Community* 2014; 22: 225-233.
- 森田達也, 井村千鶴. 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliat Care Res* 2013; 8: 116-26.
- 福井小紀子. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日在宅医会誌* 2014; 16: 5-11.
- 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 在宅ケアにおける医療介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生指標* 2015; 62: 1-9.
- 厚生労働省. 介護人材の処遇改善について. 第165回社会保険審議会介護給付費分科会参考資料1 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000406512.pdf>. (2019年8月22日アクセス可能).
- 江口研二. OPTIM Report 2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書—Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model—. 平成24年度厚生労働省研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2013. <http://gankanwa.umin.jp/report.html> (2020年6月2日アクセス可能).
- 伊藤幸代, 小林厚美, 南田喜久美. 在宅における訪問看護師とケアマネージャー, ホームヘルパー間の連携困難に関する調査. *日看会論集: 地域看* 2014; 16: 47-50.
- 泉宗美恵, 佐藤悦子, 依田純子, 他. 専門職連携実践 (IPW) に関する訪問看護師と介護支援専門員の意識. *保健医療福祉連携* 2013; 6: 11-21.
- 下吹越直子, 八代利香. 介護職ケアマネージャーの訪問看護導入を判断する根拠. *日職災医誌* 2016; 64: 46-53.
- Fukui S, Fujita J, Ikezaki S, et al. Effect of a multidisciplinary end-of-life educational intervention on health and social care professionals: a cluster randomized controlled trial. *PLoS One* 2019; 14: e0219589.
- Fujita J, Fukui S, Ikezaki S, et al. Evaluation of the elements of interprofessional education for end-of-life care among homecare nurses, care managers, and head care workers: a cluster-randomized controlled trial. *J Interprof Care* 2019; 22: 1-8.
- San Martin-Rodriguez S, Beaulieu MD, D'Amour D, et al. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005; 19: 132-147.
- Belanger E, Rodriguez C. More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. *J Interprof Care* 2008; 22: 587-597.

- 22) Bliss J, Cowley S, While A. Interprofessional working in palliative care in the community: a review of the literature. *J Interprof Care* 2000; 14: 281-290.
- 23) Suter E, Arndt J, Arthur N, et al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care* 2009; 23: 41-51.
- 24) 藤井博之, 斎藤雅茂. 医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発. *厚生指標* 2018; 65: 23-28.
- 25) 田中克恵, 加藤真由美. 特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チームケア成果尺度の開発. *日看科会誌* 2017; 37: 279-287.
- 26) 樋口キエ子, 辻村真由子, 川上節子, 他. 介護支援専門員の視点からの訪問看護導入推進の課題 A県における福祉系と看護系介護支援専門員の比較から. *医療看研* 2014; 10: 27-33.
-

Feelings of difficulty experienced by home healthcare support workers in collaborative practice with medical professionals: Scale development

Junko FUJITA*, Sakiko FUKUI^{2*}, Sumie IKEZAKI^{3*} and Mayuko TSUJIMURA^{3*}

Key words : scale development, interprofessional collaboration, healthcare support worker, medical professional, homecare, feelings of difficulty in collaborative practice

Objective Healthcare support workers play an important role in team healthcare. The objective of this study was to develop scales for measuring feelings of difficulty among home healthcare support workers when in collaborative practice with medical professionals.

Methods Scale drafts consisting of 10 questions were developed by an expert panel, using qualitative data from previous studies. We conducted a questionnaire survey of 220 healthcare workers in a certain city using the developed scales, and reliability and validity of the scale were examined.

Results An exploratory and confirmatory factor analysis was conducted, after which two factor structures and six questions were selected. The factors were “feelings of disrespect from medical professionals” and “communication barriers between home healthcare support workers and medical professionals”. Cronbach’s coefficient alpha was 0.77–0.81 for the scale and its two subscales, which demonstrated good internal consistency. Correlation coefficients between the scale and the face-to-face cooperative confidence questionnaire (FFCCQ) and interdisciplinary collaborative practice scales (ICPS) were estimated to examine the criterion-related validity. As a consequence, the score of the scale had a significant negative correlation with FFCCQ and ICPS ($r = -0.36$ – -0.42). The two subscales also had negative correlations with FFCCQ and ICPS ($r = -0.17$ – -0.42).

Conclusion The scales we developed were reliable and valid for measuring home healthcare support workers’ feelings of difficulty in collaborative practice with medical professionals.

* Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

^{2*} Graduate School of Health Care Science, Tokyo Medical and Dental University

^{3*} Graduate School of Nursing, Chiba University