

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

フジタ ジュンコ フクイ サキコ イゲザキ スミエ
 藤田 淳子*1 福井 小紀子*2 池崎 澄江*3

目的 本研究では、在宅ケアにおける医療職と介護職を含めた多職種による連携行動を評価できる尺度を開発し、その関連要因を検討することを目的とした。

方法 先行研究をレビューし、医療職や介護職との討議、さらにプレテストを経て作成した、多職種連携行動尺度について、3地域で在宅ケアを提供している医師、看護職、薬剤師、介護支援専門員、訪問介護従事者を対象とした質問紙調査を実施した。

結果 配布した1,526票中、665票の回収が得られ362票を分析に用いた。項目分析と因子分析（主因子法、プロマックス回転）の結果より項目の取舍選択を行い、最終的に“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因子構造の17項目からなる尺度を作成した。信頼性として、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、内の一貫性および再現性が確認された。併存的妥当性として、地域の連携基盤やチームの連携達成度に関する自己評価とは、いずれも0.40以上の有意な相関を示した。また、関連要因として、多職種連携研修会や在宅終末期ケア研修受講がある場合、または過去1年間に終末期ケアを経験していた場合は、多職種連携行動の得点が有意に高かった。

結論 開発した尺度は、多職種連携行動を測定する尺度としての信頼性、妥当性を有すると考えられた。また、連携を高めるためには、実践的な知識や経験が必要であり、こうした機会を積極的に地域でつくり出す必要がある。今後は、本尺度を在宅ケアに従事する医療職と介護職の連携の評価とし、地域内での改善策を検討する際に活用することも可能と考える。

キーワード 多職種連携、在宅ケア、行動尺度、連携評価

I 緒 言

近年、高齢者の医療・介護に加え、住まい・予防までを一体的に提供する地域包括ケアのシステムの構築が求められている。その中で、在宅医療と介護の連携推進は重要な課題であり、地域の関係機関における連携体制づくりを国は支援している¹⁾。こうした施策を背景に、在宅ケアの現場レベルでは、医療職と介護職による多職種連携が求められることとなり、特に終末

期や医療ニーズの高い在宅ケア利用者にとってはその連携は必須のものとなろう²⁾。

終末期や医療ニーズの高い在宅ケア利用者への支援は、看取り場所や治療方針に関する利用者、家族の意思決定を基本としたうえで進められることが原則である³⁾。しかし、このような利用者は状態が不安定であるため、利用者や家族は、一旦在宅療養を開始した後も病状が悪化するたびに動揺し、在宅継続や看取りへの意思がゆれ動くことが生じやすい⁴⁾⁵⁾。こうした状

* 1 日本赤十字看護大学地域看護学准教授 * 2 同教授 * 3 千葉大学看護学研究科健康管理看護学領域准教授

況に対しては、支援する多職種間での迅速な情報共有やあらかじめ予測して対応を検討・共有しておく、いわば予測的対応⁵⁾が重要となる。終末期の利用者への多職種介入の効果を検証した研究では、在宅療養の継続⁶⁾やQOLの向上⁷⁾の効果が示されており、多職種連携を促進することは、利用者の在宅生活の質の向上へ役立つと考えられる。

在宅ケアにおける多職種連携が難しい構造的な点として、2つの特徴がある。1つ目は、病院内の連携と違って各職種が異なる所属機関に属していること、2つ目は、諸外国における在宅ケアは訪問する多職種チームのメンバーが固定されているのに対して、日本では利用者ごとに暫定的にその都度チームを形成する必要があることである。そのため、特に国内の研究では、情報共有の機会や時間の不足⁸⁾⁹⁾、相互の役割認識の齟齬¹⁰⁾、互いの遠慮⁹⁾などの連携上の課題が多く指摘されている。

連携の概念は広く、規定する要因は複雑で多様である¹¹⁾。先行研究における連携の評価尺度は、「コミュニケーション」「役割・調整」「リーダーシップ」「明確な目的の共有」などが構成要素として含まれ¹²⁾¹³⁾、これらを「チームの1員であると感じるか」などの認識で評価したり、「他のチームメンバーは目標を理解していたか」など他者を評価するものがほとんどであった。しかし、利用者ごとにチーム形成するという日本の特徴から、認識や他者を評価するのではなく、自身の行動を評価することがより適切であると考えられる。なぜなら、行動は、客観的測定が可能であるため行動指標として使用でき¹⁴⁾、連携の改善策の構築へつなげやすいと考えるからである。

Leutsは、連携のレベルを3段階で述べている¹⁵⁾。すなわち、第1段階：ニーズがある人を必要なサービスへつなげる「Linkage」、第2段階：計画的な情報共有やケアマネジメントがなされている「Coordination」、第3段階：施設の壁を越えて同一の組織のように包括的に活動する「Full integration」である。Full integrationの段階にいくほど、重度で緊急性の高

いニーズをもつ人に適切とされている。第1段階のLinkageレベルに対しては、福井が、「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」を開発した¹⁶⁾。これは、他職種の役割や名前がわかるかなど他職種とのつながりの程度を測定するものである。しかし、重度の利用者を地域で支えていくためには、より高い連携のレベルであるCoordination, Full integrationの段階を評価できる尺度の開発が必要であり、実際に在宅ケアに従事する医療、介護職が共通して利用可能な尺度であることが望ましい。

そこで、本研究での目的は、医療・介護職による多職種連携行動を評価する尺度を作成し、その関連要因を検討することとした。なお、多職種連携行動とは、在宅ケア利用者へのケアを目的とした、他職種と連携をとる際の具体的な行動と操作的に定義する。

Ⅱ 方 法

(1) 尺度原案の作成

尺度原案の作成は、以下の2段階で行った。第1段階として、医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員、介護職間の連携における行動内容を示した質的研究等^{5)17)~23)}をもとに多職種連携行動を示す文言を抽出した。さらに、研究者らと医療、介護職（診療所医師、訪問看護管理者、介護支援専門員、社会福祉法人の保健師経験者）との討議により内容や表現を検討し、40項目の質問項目を作成した。第2段階として、在宅医療連携拠点事業を実施している1都市（関東）において、当事業の連携会議の参加者とケアマネジャー連絡会登録者（医師、看護職、薬剤師、介護支援専門員、社会福祉士等）144名にプレテストを行った。また、この連携会議には介護職が含まれていなかったため、研究者の知人の訪問介護事業所の介護職9名へのプレテストを追加した。未回答が多かった項目や意味内容が理解されなかった項目について削除や文言修正を行った。特に介護職にとっても回答しやすくなるよう配慮し、21項目を選定し尺度原案とした。

(2) 本調査の実施方法

1) 調査対象と調査方法

調査対象は、在宅医療連携拠点事業を実施している3都市（東北、中部、九州地方）において、当事業実施機関が所有する名簿に記載されている機関とし、機関（職種）は、①病院・診療所（医師、看護職）、②調剤薬局（薬剤師）、③訪問看護事業所（看護職）、④居宅介護支援事業所（介護支援専門員）⑤訪問介護事業所（訪問介護従事者）、⑥地域包括支援センター（介護支援専門員、看護職）とした。医師、薬剤師は各機関1名とし、それ以外は各機関の所属人数を元に1～6名の依頼をした。合計1,526票の配布した職種の内訳は、医師333、看護職150、薬剤師188、介護支援専門員472、訪問介護従事者383票であった。医師、薬剤師については、実際の在宅医療の提供の有無は不明であったため、名簿上の機関すべてに配布を行った。なお、在宅医療連携拠点事業とは、多職種協働の在宅医療支援体制の構築および包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すことを目的とした厚生労働省のモデル事業である¹⁾。調査方法は、自記式質問紙による郵送調査とした。調査時期は、2012年11月～2013年1月であった。

2) 調査内容

調査内容は、①回答者の概要（現職勤務年数、多職種連携研修会の参加等）、②実践事例の概要、③②で選択した実践事例における自身の多職種連携行動とした。実践事例とは、医療と介護のより高度な連携を必要とする事例として、過去1年以内に経験した終末期の事例とし、終末期の事例経験がない場合は、医療ニーズの高い事例とした。医療ニーズとは、「医療機器やカテーテル装着、症状が重く不安定、褥瘡などがあり頻繁に医療や介護が必要な状態」と説明した。多職種連携行動の各項目は、「1. 全く当てはまらない」から「5. とても当てはまる」の5段階評価とした。また、併存的妥当性の確認のために、④在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度（以下、顔の見える関係評価尺度）¹⁶⁾、⑤チームの連携達成度として、「全くうまくいっていなかった」から「とても

うまくいっていた」まで10段階のRating Scaleを用いた。顔の見える関係評価尺度は、「在宅ケア利用者に関わる医療、介護職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」を測定する尺度であり、全21項目を5段階評価した平均点を使用した。得点が高いほど顔の見える関係がよいことを示す。

3) 倫理的配慮

調査の実施については、千葉大学看護学部倫理審査委員会の承認を得た（承認番号23-61、2012年1月20日）。回答は無記名とし、対象者には、自由意思の尊重、匿名性の保障、データの管理などを記載した文書を添付し、アンケートの返送をもって協力の同意とした。

(3) 分析

まず、作成した尺度原案の項目の記述統計を算出し、Item Total Correlation Analysis (I-T 相関)、項目間相関を実施後、探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行って構成概念妥当性を確認しながら最終尺度を作成した。次に、作成した尺度の信頼性を検討するため尺度全体および下位尺度ごとにCronbachの α 係数を算出した。再現性の確認のために、再テストとして、1都市において初回調査依頼前に再テストの同意の有無を電話で確認し、同意が得られた25名に2週間後に実施した。返送され有効回答の得られた20名のデータについて尺度全体および下位尺度ごとに相関係数を算出した。併存的妥当性の検討においては、尺度得点（平均値）と採用した2つの内容（顔の見える関係評価尺度・チーム連携達成度）との相関係数を算出した。

最後に、この多職種連携行動尺度との関連要因を検討するため、尺度得点（平均値）と回答者および実践事例の特性との関連をt検定もしくは相関係数により分析した。

統計ソフトはSPSS Ver.19.0を用い、有意水準を5%とした。

Ⅲ 結 果

(1) 調査票の回収結果と回答者および実践事例の概要

調査票は1,526票郵送し、返送665票（回収率44%）であり、回答者が在宅サービスを直接提供していない198票は非該当として除外した。さらに、終末期もしくは医療ニーズの高い事例の経験がなかった96票、多職種連携行動が無回答であった9票を除外し、最終的に362票を分析対象とした。

回答者と実践事例の概要を表1に示す。回答者の割合は、主資格は介護支援専門員が最も多く47.8%、医師と薬剤師が少なかった（順に、6.1%、2.8%）。医師の回答率は23%と低い。えに回答の6割は在宅医療を提供していなかったため、有効回答率は大幅に減少した。同様に薬剤師の回答率は45%であったものの、8割以上は在宅医療を提供していなかった。このため、医師と薬剤師の占める割合がかなり低くなった。

表1 回答者と実践事例の概要 (n=362)

	人数	%
回答者の概要		
主資格 ¹⁾ ：医師	22	6.1
看護職	84	23.2
薬剤師	10	2.8
介護支援専門員	173	47.8
訪問介護従事者	73	20.2
性別（男性）	66	18.2
年齢：平均値（±標準偏差）年	47.4(±10.0)	
現職勤務年数：平均値（±標準偏差）年	8.6(± 6.7)	
多職種連携研修会参加（あり）	222	61.3
在宅終末期ケア研修受講（あり）	241	66.6
過去1年間の経験：終末期ケア（あり）	271	74.9
過去1年間の経験：医療ニーズの高い利用者（あり）	327	90.3
実践事例の概要		
病態：終末期	260	71.8
医療ニーズ	102	28.2
病名：がん	192	53.0
がん以外	170	47.0
利用者の年齢：18～64歳	34	9.4
65～74歳	59	16.3
75歳以上	269	74.3
関与した期間：1週間以内	5	1.4
1カ月以内	58	16.0
1～6カ月	146	40.3
6カ月以上	153	42.3
チームメンバーとして関わっていた職種：医師	342	94.5
：訪問看護師	316	87.3
：薬剤師	88	24.3
：介護支援専門員	326	90.1
：訪問介護従事者	232	64.1

注 1) 主資格別の有効回答率は、医師（6.6%）、看護職（56.0%）、薬剤師（5.3%）、介護支援専門員（36.7%）、訪問介護従事者（19.1%）であった。

在宅医療連携拠点事業で開催した多職種連携研修会に参加経験のある者は222人（61.3%）であった。

実践事例は、病態が終末期の事例260例（71.8%）、医療ニーズの高い事例102例（28.2%）であった。各事例においてチームメンバーとして関わっていた職種は、医師、看護職、介護支援専門員は9割近い事例でメンバーであったが、訪問介護従事者は6割程度であり、薬剤師が関わっていた事例は全体の3割未満と少なかった。

(2) 質問項目の検討と因子分析（表2）

21項目の記述統計と項目間相関を確認し、項目19は、「とても当てはまる」に70%以上の回答が集中する天井効果がみられ、IT相関が0.33と極端に低かったため尺度より削除することとした。項目3、4、20、にも同様の天井効果がみられたが、研究者間で検討し、意味的に重要であること、本調査の対象が連携の取り組みが進んでいる地域であることにより高く偏った可能性があることと判断し、除外はしなかった。20項目にて因子分析し（主因子法、プロマックス回転）、スクリープロットの下がり具合より解釈可能な因子構造を求め、最終的に5因子構造とした。このうち、項目4は、複数の因子に0.218～0.288と同程度の因子負荷量を持つため除外した。項目5、6は、因子1への因子負荷量が低いこと、同因子内の項目14～16とは項目間相関も高く（項目5は項目14との相関が0.6、項目6は項目15、16との相関が0.6）、意味内容が重複していることから総合的に判断し除外した。

最終的に残った17項目を用いて因子分析の結果は、表2のとおりである。因子名は、「因子1：意思決定支援」「因子2：予測的判断の共有」「因子3：ケア方針の調整」「因子4：チームの関係構築」「因子5：24時間支援体制」とし、各下位尺度と位置づけた。なお、事例の病態別に因子分析を行い、同様の因子構造であることを確認した。

各因子に属する項目の因子負荷量は、0.31～1.01であった。尺度全体と、各下位尺度との相

表2 多職種連携行動の因子分析の結果（因子抽出法：主因子法，プロマックス回転）

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	平均値±標準偏差
因子1：意思決定支援 ($\alpha = 0.90$) ¹⁾						
12 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を ②他職種から情報収集した	0.88	-0.08	-0.01	0.00	0.05	3.68±1.14
11 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を ①他職種へ伝えた	0.83	0.04	0.08	-0.07	0.01	3.83±1.15
10 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 ②他職種から情報収集した	0.78	-0.02	-0.11	0.18	0.01	3.65±1.11
9 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 ①他職種へ伝えた	0.72	0.12	0.10	-0.03	-0.05	3.66±1.20
因子2：予測的判断の共有 ($\alpha = 0.92$) ¹⁾						
14 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	-0.06	1.01	-0.04	0.01	-0.02	3.28±1.20
13 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	-0.02	0.91	-0.04	-0.02	0.05	3.18±1.24
15 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	0.16	0.70	0.05	-0.01	0.01	3.30±1.17
因子3：ケア方針の調整 ($\alpha = 0.91$) ¹⁾						
17 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	-0.07	-0.05	0.96	-0.02	0.05	3.63±1.18
16 ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した	0.03	-0.04	0.90	0.04	0.01	3.64±1.16
18 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	0.19	0.06	0.65	0.03	-0.04	3.44±1.20
因子4：チームの関係構築 ($\alpha = 0.83$) ¹⁾						
2 他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した	0.09	-0.11	-0.12	0.91	0.02	4.00±0.97
1 チームを組んだ他職種と気後れせず何でもさける関係を築いた	-0.10	0.03	0.16	0.69	0.01	3.95±1.06
3 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	0.04	0.09	-0.01	0.68	0.02	4.00±1.03
8 普段から定期的に他職種との顔合わせの機会をもった（勉強会やカンファレンスなど）	-0.02	0.03	0.29	0.44	-0.03	3.06±1.19
7 他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた	0.14	0.21	0.12	0.31	-0.07	3.54±1.17
因子5：24時間支援体制 ($\alpha = 0.83$) ¹⁾						
21 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	-0.02	0.00	0.03	0.06	0.84	4.11±1.20
20 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）	0.05	0.03	0.00	-0.04	0.80	4.02±1.16
回転後の負荷量平方和	7.05	5.97	6.39	6.34	3.50	
除外項目						
4 利用者・家族の変化（いつもと違う、何かおかしいといったちょっとした変化の場合も含めて）について即座に他職種に伝えた						4.17±0.97
5 利用者・家族の医療に関して、自身の専門性からの意見を他職種に伝えた（例：看取りの場所や薬の服用に関する意見など）						3.42±1.23
6 利用者・家族の生活に関して、自身の専門性からの意見を他職種に伝えた（例：食事・排泄の方法に関しての意見など）						3.70±1.05
19 あなたの事業所では、利用者・家族と24時間連絡可能な体制をとっていた						4.33±1.28

注（ ）内はすべてCronbachの α 係数である。

関係数は、順に、0.88、0.80、0.84、0.87、0.61であり、下位尺度間の相関係数は、0.40～0.69であった。

(3) 信頼性と妥当性の検証

信頼性について、Cronbachの α 係数は、尺度全体が0.94であり、下位尺度得点では、いずれも0.8以上であった（表2）。

再テスト法では、尺度全体の相関は、0.91、各下位尺度の相関は、因子1～5の順に、0.88、0.86、0.93、0.88、0.96で有意な相関がみられた（ $P < 0.001$ ）。

併存的妥当性の検討結果を表3に示す。顔の見える関係評価尺度との相関は、尺度全体では、0.48であった。下位尺度においては、「因子

表3 多職種連携行動尺度の併存的妥当性

	顔の見える関係評価尺度 ²⁾	チームの連携達成度 ³⁾
多職種連携行動（全体）	0.48***	0.63***
因子1：意思決定支援	0.41***	0.54***
2：予測的判断の共有	0.35***	0.44***
3：ケア方針の調整	0.37***	0.50***
4：チームの関係構築	0.49***	0.60***
5：24時間支援体制	0.25***	0.44***

注 1) *** $P < 0.001$ 、Pearsonの相関係数
2) 21項目5段階評価の平均点を使用。全体の平均値3.6（標準偏差0.7）であった。
3) 10段階評価。平均値7.0（標準偏差2.0）であった。

5：24時間支援体制」については、0.25と低い相関であったが、それ以外の因子1～4は、中程度の相関がみられた。また、チームの連携達成度に関する評価は、尺度全体では0.63、下位

表4 尺度得点と回答者および実践事例の特性との関連

	n	多職種連携 行動尺度	因子1：意思 決定支援	因子2：予測 的判断の共有	因子3：ケア 方針の調整	因子4：チー ムの関係構築	因子5：24時 間支援体制
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
回答者の概要							
現職勤務年数 ³⁾		0.06	0.02	0.11*	0.04	0.08	-0.05
多職種連携：あり	222	3.73±0.71*	3.80±0.89*	3.34±1.04	3.65±0.99	3.80±0.75*	4.11±1.03
研修会参加：なし	140	3.52±0.96	3.56±1.17	3.12±1.22	3.45±1.23	3.58±0.96	3.99±1.18
在宅終末期：あり	241	3.77±0.72***	3.84±0.88**	3.36±1.03*	3.72±0.98**	3.83±0.78***	4.16±1.00*
ケア研修受講：なし	121	3.40±0.94	3.44±1.19	3.04±1.24	3.28±1.23	3.48±0.92	3.87±1.23
過去1年間の経験：終末期ケアあり	271	3.71±0.79*	3.76±1.00	3.33±1.08*	3.65±1.05*	3.77±0.81*	4.12±1.07
なし	91	3.46±0.88	3.54±1.04	3.02±1.18	3.35±1.18	3.53±0.90	3.90±1.14
実践事例の概要							
病態：終末期	260	3.71±0.79*	3.75±1.01	3.31±1.09	3.65±1.05*	3.78±0.81**	4.12±1.08
医療ニーズ	102	3.48±0.86	3.58±1.02	3.11±1.16	3.37±1.16	3.52±0.90	3.93±1.11
病名：がん	192	3.64±0.81	3.73±1.01	3.22±1.12	3.56±1.13	3.71±0.80	4.07±1.11
がん以外	170	3.65±0.83	3.68±1.01	3.29±1.11	3.59±1.04	3.70±0.88	4.06±1.07
利用者の年齢：75歳以上	269	3.73±0.78**	3.77±0.97*	3.34±1.10*	3.72±1.01***	3.78±0.80**	4.11±1.03
75歳未満	93	3.40±0.89	3.51±1.11	3.01±1.13	3.15±1.21	3.51±0.92	3.93±1.25
関与した期間：1カ月以内	63	3.62±0.87	3.65±1.09	3.28±1.28	3.43±1.17	3.64±0.82	4.29±0.90
1カ月以上	299	3.65±0.81	3.72±1.00	3.25±1.08	3.60±1.07	3.72±0.85	4.02±1.12

注 1) * $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$.2) 群間の平均値の差については、 t 検定を実施した。

3) Pearsonの相関係数を算出した。

尺度においても0.40以上の有意な相関がみられた。

与した期間には有意差はみられなかった。

IV 考 察

(4) 尺度得点と回答者および実践事例の特性との関連

尺度得点と回答者および実践事例の特性との関連を表4に示す。回答者の概要について、現職勤務年数との相関は、因子2において有意ではあるが0.11とほとんど相関はなく、尺度全体および他の因子においては有意な相関はみられなかった。多職種連携研修会参加があると、尺度全体および「因子1：意思決定支援」「因子4：チームの関係構築」の得点が高かった。在宅終末期ケア研修受講は、尺度全体および5因子すべてにおいて有意に得点が高かった。過去1年間に終末期ケアを経験した場合は、尺度全体および「因子2：予測的判断の共有」「因子3：ケア方針の調整」「因子4：チームの関係構築」で有意に得点が高かった。

実践事例においては、病態が終末期の方が、医療ニーズの事例よりも尺度全体および「因子3：ケア方針の調整」「因子4：チームの関係構築」の得点が高かった。利用者の年齢が75歳以上の群は、尺度全体および因子1～4で、有意に得点が高かった。病名（がんの有無）と関

(1) 多職種連携行動尺度の信頼性・妥当性について

本研究では、17項目で5つの下位尺度からなる多職種連携行動尺度を作成した。「因子1：意思決定支援」は、利用者・家族の病状への理解（項目9, 10）や希望（項目11, 12）をもとに他職種と情報共有することで意思を支える行動とした。利用者の希望と現実にはギャップも起こりやすく、在宅ケア提供者は、今後起こりうる変化と現実的な改善策を伝えてすり合わせをし、QOLの向上を図ることが重要な役割の1つである²⁴⁾。そのため、意思決定支援は、一時点だけでなく利用者の変化に合わせて継続的に実施しなければならない多職種連携行動であると考えられる。「因子2：予測的判断の共有」は、今後起こりうる変化に関して、医療面（項目13）と生活面（項目14, 15）から各専門職の判断を共有する行動とした。医療職は、病状変化の過程に関する判断と予測⁵⁾¹⁷⁾が、介護職は、利用者や家族を身近に観察し気づく変化をタイムリーに報告することが期待されており²⁵⁾、各

専門職に必要とされる重要な役割だと考える。「因子3：ケア方針の調整」「因子4：チームの関係構築」は、既存の連携評価尺度の構成要素「役割・調整」「コミュニケーション」¹²⁾¹³⁾とも共通し、連携における基本的要素であると捉えられる。「因子5：24時間支援体制」は、平常時（項目20）と緊急時（項目21）の24時間支援体制に関する内容である。時間外の病院受診は、がんや心血管障害などをもつ人に多く、看護師のサポートや医師間の情報共有があると有意に少ないことが明らかとなっており²⁶⁾、終末期や医療ニーズの高い利用者が安定した在宅生活をおくるためには24時間支援体制は重要な要素である。

尺度の信頼性については、Cronbachの α 係数による内の一貫性、および再テスト法による再現性が確認されたと考える。併存的妥当性として、顔の見える関係評価尺度と多職種連携行動尺度において中程度の関連がみられた。また、下位尺度との関連をみると、「因子4：チームの関係構築」との相関係数が最も高かった。このことから、前述した連携の3段階のレベル¹⁵⁾において、顔の見える関係評価尺度で測定した第1段階のLinkageが高いと、第2・第3段階のCoordination, Full integrationも高くなるという関連性の説明が可能である。すなわち、地域他職種との関係基盤があると、実際に事例を支援する過程においても他職種と気後れない情報交換ができていたと推察できる。これは、訪問看護師が他職種へ行く連携活動の実施の程度は、同一建物に所属しているという物理的関係ではなく、それまでにチームメンバーとして連携してきた頻度、すなわち顔なじみかどうかということと関連があったという先行研究²⁷⁾とも一致する結果となった。また、チームの連携達成度に関する評価とは、中程度～高い相関がみられ、多職種連携行動が高いとチームの連携がうまくいっていたという関連がみられた。多職種連携行動は、一方通行ではなく、他職種の受け入れ状況にも左右され、相互作用のうえに実施できるものであると考えると妥当な結果であると考えられる。以上のことから、本尺度は、多

職種連携行動を自己評価する尺度として一定の信頼性と妥当性を有すると考えられた。

（2）多職種連携行動に影響する要因について

回答者の概要に関して、尺度全体の平均点は、多職種連携研修会参加や在宅終末期ケア研修受講、過去1年間の終末期ケア経験があると有意に高かった。下位尺度をみると、多職種連携研修会参加は、「因子1：意思決定支援」「因子4：チームの関係構築」と関連があったことから、連携の研修会等で他職種を理解することで、チームケアの基盤である関係構築や利用者の希望という基本的な情報共有がしやすくなるのではないかと考えられた。在宅終末期ケア研修受講は、5因子すべてと関連があった。このことから、在宅終末期ケアに必要な高度な知識を得ることで、因子1, 4だけでなく、「因子2：予測的判断の共有」「因子3：ケア方針の調整」「因子5：24時間支援体制」という具体的なケアに関連した、多職種連携行動を高めると考えられた。また、過去1年間に終末期ケアの経験があると、「因子2：予測的判断の共有」「因子3：ケア方針の調整」「因子4：チームの関係構築」が高かったことから、経験知から病状変化の予測が可能であり、ケア方針の調整への意見、チーム内で自身の専門性からの意見を述べることができたのではないかと考えられた。一方、現職勤務年数が長いと多職種連携行動が高まるわけではなかった。以上のことから、経験の長い専門職であっても、他職種の理解や在宅終末期ケアの知識と経験の機会を積極的にもつことが、在宅ケアに関わる職種間連携の促進に必要と考える。

実践事例の概要に関しては、病態が終末期の場合、尺度全体および「因子3：ケア方針の調整」「因子4：チームの関係構築」の得点が高かった。訪問看護ステーションへの調査において、苦痛症状の緩和や点滴が必要な事例は、そうでない事例に比べ他職種との連携回数が有意に多かった²⁸⁾。終末期の事例では、常に進行する症状の見通しや状態に関する相談を他職種とともにしていくことが必要²⁵⁾であるため、終末

期事例の方がより多職種連携行動、その中でも変化する状態に沿ったケア方針の調整や関係構築における専門性からの意見交換が必要であったと考えられる。一方、病名との関連はみられなかった。これは、非がんであっても終末期においては、食事、呼吸状態、意識レベルの変化などがんと同様の症状が課題となることから⁵⁾、がんの有無ではなく、終末期かどうかということが多職種連携行動に影響していたと考えられる。利用者の年齢に関しては、75歳以上の方が、75歳未満よりも尺度全体および因子1～4の得点が高かった。本研究では家族状況についてデータ収集できなかったが、高齢者のうち75歳以上になると単独世帯が増えることから²⁹⁾、家族介護力が低く、家族に代わり、利用者の状況について様々な職種と頻繁に情報交換する必要があったのではないかと推測された。本研究では、関与した期間の長さとも多職種連携行動との関連はみられなかった。今回は、回答者が実践事例に関与した期間を尋ねているが、同じ事例に関わっている他の職種が関与した期間や、他の職種とこれまでにチームを組んだ経験の有無などが影響している可能性がある。よって、今後は、事例に関わる複数の職種との連携の長さや頻度との関連も検討していく必要がある。

(3) 尺度の活用と今後の課題

本尺度は、一定の信頼性・妥当性が検証されたことにより、在宅ケアを提供している医療職、介護職が連携行動の評価に役立てることができる。さらに、既存の尺度は、医師対看護師など2職種間の連携を評価³⁰⁾するものが多かったが、本尺度は多職種が利用できるため、地域の活動圏内全体・全職種で調査結果を共有し、改善策を検討することにも活用できよう。

本研究の限界として、在宅医療連携拠点事業を実施している地域で調査したため、回答者の連携の力量が高い方に偏っていた可能性がある。また、現状として、在宅ケアに関与している実数が少なく、特に医師と薬剤師の回答者が少なく、在宅リハビリを提供しているリハ職は本研

究では含めていない。今後は、より多様な地域と職種に調査を重ねて、本尺度の有用性や職種間の連携行動の違いを検討していきたいと考えられる。さらに、チームとしての関係性³¹⁾なども視野に入れた多職種連携へ影響する要因と、連携による利用者、家族への成果との関連も検討していく必要がある。

謝辞

本研究の調査にご協力くださいました在宅医療連携拠点事業の事業窓口の方、関係職種の方々、共同研究者である千葉大学辻村真由子先生、埼玉県立大学藤川あや先生にお礼を申し上げます。なお、本研究は、MEXT科研費 23390526（研究代表者：福井小紀子）の助成をうけた。

文 献

- 1) 厚生労働省. 在宅医療の推進について. 在宅医療連携拠点事業. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>) 2015.5.11.
- 2) 厚生労働省. 2015年の高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>) 2014.2.7.
- 3) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007. (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>) 2014.2.7.
- 4) 医療経済研究機構. 在宅高齢者等のターミナル期における介護、看護のあり方に関する研究報告書. 平成18年度老人保健健康増進等事業 2007:14-22.
- 5) 全国訪問看護事業協会. 高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業報告書. 平成19年度老人保健事業推進費等補助金事業 2008:17-107. (<http://www.zenhokan.or.jp/pdf/surveilance/H19-3.pdf>) 2014.2.7.
- 6) Costantini M, Higginson IJ, Boni L, et al. Effect of palliative home care team on hospital admissions among patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2003; 17: 315-21.
- 7) Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, et al. Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary Care. *JAMA* 2000; 284: 2877-85.
- 8) 田宮菜奈子. 訪問看護ステーションにおける医師

- との連携：神奈川県26ステーションに対する電話調査. 日本プライマリ・ケア学会誌 1997; 20(4): 383-6.
- 9) 日本医師会総合政策研究機構. 在宅医療の提供と連携に関する実態調査 訪問看護ステーション調査. 日医総研 日医総研ワーキングペーパー 2009: 27-34. (<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=400>) 2014.2.7.
 - 10) 郷間悦子, 松下由美子. 在宅ケアにおける介護職と看護職の役割分担と連携の現状と課題: ホームヘルパーと訪問看護婦へのアンケート調査より. 自治医科大学看護短期大学紀要 1997: 1-14.
 - 11) Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. Aust Health Rev 2005; 29(2): 211-7.
 - 12) Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ, et al. Measuring Interdisciplinary Team Performance in Long-Term Care Setting. Med Care 2004; 42: 472-81.
 - 13) Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. J Organiz behav 1998; 19: 235-58.
 - 14) 山口裕幸. チームワークの心理学. 東京: サイエンス社, 2011: 44-6.
 - 15) Leuts WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q 1999; 77(1): 77-110.
 - 16) 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. 日本在宅医学会雑誌 2014; 16(1): 5-11.
 - 17) 原田光子, 山岸春江. 在宅療養者及び、家族のニーズに対応した訪問看護師と他職種との連携. 山形大学看護学会誌 2002; 1(1): 25-31.
 - 18) 川越厚. 在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究報告書. 平成17~19年度総合研究報告書 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 2008.
 - 19) 正野逸子, 岡崎美智子, 鷹居樹八子, 他. 訪問看護ステーションにおける看護婦および介護職の協働的役割に関する検討. 日本在宅ケア学会誌 1999; 2(1): 74-85.
 - 20) 古川照美, 田高悦子. 介護支援専門員の連携手法の抽出に関する質的帰納的研究. 日本在宅ケア学会誌 2007; 11(1): 58-65.
 - 21) 堂園裕美, 岡田進一, 白澤政和. 高齢者を対象とした在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員の役割. 生活科学研究誌 2007; 6: 163-73.
 - 22) 響基治. 在宅ホスピスケアにおける保険薬局の役割. ターミナルケア 2001; 11(4): 285-8.
 - 23) 白石丈也, 海老原毅, 串田一樹. 在宅医療における薬局の現状と問題点について. 癌と化学療法 2009; 36: 92-4.
 - 24) Murray SA, Sheikh A, Thomas K. Advance care planning in primary care. BMJ 2006; 333(28): 868-9.
 - 25) 日本訪問看護振興財団. 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. 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事業 2012: 131-223. (<http://www.jvnf.or.jp/23mitori.pdf>) 2014.2.7.
 - 26) De Korte-Verhoef MC, Pasman HRW, Schweitzer BP, et al. End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners a retrospective chart study. BMC Fam Pract 2012; 13: 89: doi: 10.1186/1471-2296-13-89.
 - 27) 藤田淳子, 渡辺美奈子, 福井小紀子. 介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因: 死亡前1か月間の高齢者終末期ケアに関して. 日本地域看護学会誌 2013; 16(1): 40-7.
 - 28) 福井小紀子. 訪問看護事業所の基盤強化に関する調査研究事業報告書. 平成22年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業 2011: 205-12.
 - 29) 厚生労働省. 平成24年国民生活基礎調査の概況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa12/>) 2014.2.7.
 - 30) Ushiro R. Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs 2009; 65(7): 1497-508.
 - 31) Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud 2008; 45(1): 140-53.