

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

Palliative Care Research (2014.2) 9(1):114-120.

「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発

阿部 泰之, 森田 達也

## 原著

## 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発

阿部 泰之<sup>1)</sup>, 森田 達也<sup>2)</sup>

1) 旭川医科大学病院 緩和ケア診療部, 2) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

受付日 2013年10月29日/改訂日 2014年1月7日/受理日 2014年1月15日

【目的】本研究は、地域における医療介護福祉の連携の良さを評価する尺度の信頼性・妥当性を検証することを目的に行われた。【方法】在宅で過ごす患者に関わる医療福祉従事者を対象とした「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」(森田ら, 2013)を広範な職種、疾患に適応可能となるよう改変し, 26項目からなる「医療介護福祉の地域連携尺度」を作成した。362名の医療介護福祉従事者を対象として, 信頼性・妥当性を検証した。【結果】内的一貫性は良好であった。探索的因子分析でももとの尺度と同じ因子構造が抽出された。Palliative care Difficulties Scaleの地域連携に関する困難感と有意な逆相関が認められた。地域連携の全般的評価, 多施設多職種対象の集まりへの参加回数, 困った時に助けになってくれる人の数との間に有意な関連があった。【結論】「医療介護福祉の地域連携尺度」は, 地域の医療介護福祉の包括的な連携を表す指標として有用である。

Palliat Care Res 2014; 9(1): 114-20

Key words: 連携, 地域, 評価, 福祉

## 緒言

地域で生活する患者や要介護者を支えていくためには, 適切な医療・介護・福祉サービスが, 適時提供されることが必要である。そのためには, 地域で活動する医療・介護・福祉に従事する職種が連携していくことが重要である。

2012年の社会保障・税一体改革において, 医療の連携促進や, 在宅医療・介護連携の充実, 多職種協働によるチーム医療の推進が掲げられている。また, 2012年からスタートした第5期介護保険事業計画策定の指針にも「地域包括ケア」の考え方にに基づき, 介護が居住に関わる施策や医療と連携していくことが重点事項として掲げられている<sup>1)</sup>。このように, 地域において医療・介護・福祉に関わる職種が連携, 協働していくことが求められている。

現場の医療・介護・福祉職が他職種と連携するにあたって, さまざまな障壁があることが判明している。水野ら<sup>2)</sup>は, 1,007名のケアマネジャーに対して質問紙調査を行い, ケアマネジャーが連携のために訪問看護師に望むこととして, 医師との橋渡し役, 医療情報を分かりやすく伝えること, 利用者の変化をすぐに連絡すること, などと報告している。つまり, 情報共有が依然として障壁になっている。また, 看護職と介護職の間に心理的な隔たりがあり, お互いを批判的にみており, プロフェッショナルとして同等の関係性がないことが指摘されている<sup>3,4)</sup>。また, 地域において活動する職種が, 他職種との連携に困難感やストレスを感じているという報告も散見される<sup>5-7)</sup>。しかしながら, これらの報告はある2職種間の連携の悪さを示すに留まり, 地域連携全体を把握できるものではない。

地域の連携を測る尺度に関しては, 1人の患者の治療継続性

を評価する手段は存在していたものの, これまでに地域全体の連携を評価するものはなかった<sup>8)</sup>。森田らは2012年に, がん緩和ケアに関する地域の医療福祉従事者間の連携を評価する尺度を開発した<sup>9)</sup>。これは地域全体の連携を評価する尺度として信頼性・妥当性が確認された初めてのものであるが, 測定概念は「在宅で過ごすがん患者に関わる医療福祉従事者からみた連携の良さ」であり, セッティングは在宅, 疾患はがんのみを想定して作成されている。地域における多職種連携は, セッティングや疾患分野をまたいで行われており, がんという疾患, 在宅という場所を取り出した評価尺度が適切でない場合もありうる。そこで, われわれは今回, 森田らの「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」をもとにして, より広範な職種, 疾患, 療養場所に適応可能な地域の医療介護福祉従事者の連携を評価する尺度を開発することとした。

本研究の目的は, 地域における医療介護福祉従事者間の連携を評価する評価尺度を開発し, 信頼性・妥当性を検証することである。

## 方法

## ①対象(表1)

旭川市内にある総合病院と診療所の医師, 看護師, 薬剤師, 医療ソーシャルワーカー, 調剤薬局薬剤師, 訪問看護ステーションの看護師, 地域包括支援センターの医療ソーシャルワーカー, ケアマネジャー, 介護系施設(介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 小規模多機能型居宅介護事業所)の介護福祉士, ヘルパーなどを対象として, 匿名性, 研究への参加が自由意思であることなどを文章で説明したうえで, 連携尺度(プロトク

Corresponding author: 阿部泰之 | 旭川医科大学病院 緩和ケア診療部  
〒078-8510 北海道旭川市緑ヶ丘東2条1丁目1-1  
TEL 0166-69-3220 FAX 0166-69-3229 E-mail: yas@asahikawa-med.ac.jp

イブ)の記載を依頼した。

依頼先は、病院と診療所、調剤薬局については研究者の知る範囲での選択となったが、できるだけ多くの職種に記載の協力が得られる施設を選んだ。介護福祉従事者については、市内の地域包括支援センターのすべて、旭川市が公表しているリストに記載されている介護施設に送付した。再試験法は、このうち同意の得られた者のみに行った。

## ② 方法

「医療介護福祉の地域連携尺度」(プロトタイプ)を作成した。測定概念は、「地域における医療介護福祉従事者間の連携の良さ」と設定した。

まず、森田らの「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」において、「がん患者」という文言を「患者(利用者)」に言い換えを行った。また、同尺度における【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い】という下位尺度は「がん患者」という対象を限定する記載となっていること、また病院から地域という限定された連携を表す内容であることから、下位尺度ごと削除した。その他、地域全体の連携を評価するという点、広範な職種が使用するという点、この2点の目的に照らして、文言を修正・追加した。

修正は著者1名に加え、10名の多職種で行った。すなわち、上記の評価尺度(案)について、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護福祉士の5職種、各2名ずつに回答を依頼し、項目の中に答えづらいものや文言の理解が難しいものがないか、追加が必要となる項目がないか、インタビューした。その結果、いくつかの言い回しについて修正した。

以上の過程を経て、6つの下位尺度を想定した26項目からなる「医療介護福祉の地域連携尺度」(以下、本尺度)(プロトタイプ)を作成して信頼性、妥当性を評価した。

## ③ 項目

本尺度(プロトタイプ)26項目を表2に示す。それに加えて、①地域連携の全般的評価(「あなたの地域では、患者や利用者に関わる医療介護福祉職間の連携は良いと思いますか」に対して、「とても良い(1)」から「悪い(5)」の5段階)、②サポートの数(「あなたの地域で、患者や利用者について困ったことがある時に、助けになってくれる人が、あなたの身の回りには、すぐに思いつくだけで何人いますか」に対する人数)、③ Palliative care Difficulties Scale の地域連携の困難感に関する下位尺度<sup>10)</sup>、④多施設多職種対象の集まりへの過去3年間の参加回数(「1つの施設に限ったものではなく地域の複数施設から複数の職種の参加者があるカンファレンス・講演会・交流会」：なし、1回、2回、3~5回、6~9回、10回以上)、⑤属性(職種、旭川地域での臨床経験年数)を求めた。

Palliative care Difficulties Scale は、がん緩和ケアを行ううえでの地域連携の困難感を、「病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどの間で情報共有が難しい」「がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい」「がん患者が在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどの中でのカンファレンスがない」の3項目について、「思わない(1)」から「非常によく思う(5)」の5段階で質問するものである<sup>10)</sup>。本研究では、併存的妥当性を評価するために用いた。

表1 対象者背景(N=362)

	n
<b>職種</b>	
病院医師	9.4% (n=34)
診療所医師	2.2% (n=8)
病院看護師	33% (n=121)
訪問看護師	12% (n=45)
病院薬剤師	10% (n=38)
保険薬局薬剤師	4.7% (n=17)
医療ソーシャルワーカー	4.4% (n=16)
ケアマネジャー	2.2% (n=8)
介護福祉士	7.5% (n=27)
ヘルパー	7.5% (n=27)
介護員(資格なし)	0.6% (n=2)
その他*	4.4% (n=16)
<b>勤務場所</b>	
病院	66% (n=239)
病院以外	34% (n=122)
<b>地域での臨床経験年数</b>	<b>8.7年</b>
<b>サポートの数</b>	
0人	6.9% (n=25)
1~4人	41% (n=148)
5~10人	33% (n=118)
11人以上	9.7% (n=35)
<b>多施設多職種対象の集まり</b>	
参加したことがない	20% (n=71)
1回/3年間	15% (n=55)
2回	12% (n=44)
3~5回	24% (n=87)
6~9回	6.9% (n=25)
10回以上	21% (n=75)

欠損値のため、合計は100%にならない

\*理学療法士、看護助手、生活相談員、相談員

## ④ 分析

### 1. 欠損値

15%以上の欠損値のある項目を除外する目的で、各項目の欠損値の度数分布を算出した。

### 2. 因子妥当性の検証

Promax 回転による探索的因子分析を行い、因子妥当性を検証した。

### 3. 信頼性

内的一貫性を評価するために Cronbach の  $\alpha$  係数を全体、および、下位尺度ごとに算出した。また、質問紙に回答した対象者のうち任意の50名に対して2週間の期間を空けて同じ調査票の回答を依頼した。評定者内信頼度として、回答の一致度を合計得点の級内相関係数(intra-class correlations)で求めた。

### 4. 併存的妥当性

本研究は、先行研究である森田らの「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」<sup>9)</sup>の改変という位置づけであり、まったく同じ文言も含まれているため、併存的妥当性を検証するために使用することは不適切と考えた。そこで併存的妥当性について、先行研究と同じく Palliative care Difficulties Scale と合計得点、各尺度得点との相関を順位相関係数(Spearman の  $\rho$ )により評価した。

表2 医療介護福祉の地域連携尺度の因子構造

	I	II	III	IV	V	VI
<b>I 【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】</b>						
患者(利用者)と一緒にみている他の施設の関係者に、知りたいことを気軽に聞ける	0.88	0.46	0.37	0.39	0.41	0.37
一緒にみている患者(利用者)のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる	0.88	0.39	0.32	0.33	0.45	0.27
一緒にみている患者(利用者)のことで、連絡のとりやすい時間や方法が分かる	0.80	0.54	0.55	0.46	0.48	0.42
一緒にみている患者(利用者)のことで連絡をとる時に、担当者ですぐにつながる	0.73	0.39	0.45	0.40	0.45	0.29
<b>II 【地域の他の職種の役割が分かる】</b>						
患者(利用者)に関わる職種の一般的な役割がだいたい分かる	0.43	0.82	0.41	0.42	0.39	0.46
患者(利用者)に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたい分かる	0.44	0.79	0.67	0.49	0.44	0.43
患者(利用者)に関わる自分以外の職種の働き方が実感をもって分かる	0.42	0.83	0.63	0.42	0.37	0.48
患者(利用者)に関わる自分以外の職種のできることが分かる	0.47	0.90	0.52	0.43	0.43	0.53
<b>III 【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】</b>						
地域で患者(利用者)に関わっている人の、考え方や方針が分かる	0.49	0.57	0.85	0.49	0.49	0.56
地域で患者(利用者)に関わっている施設の理念や事情が分かる	0.55	0.61	0.89	0.49	0.53	0.58
地域で患者(利用者)に関わっている人の、性格、つきあい方が分かる	0.40	0.56	0.92	0.47	0.46	0.52
地域で患者(利用者)に関わっている人の、名前と顔が分かる	0.38	0.51	0.91	0.48	0.43	0.52
<b>IV 【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】</b>						
患者(利用者)に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある	0.50	0.50	0.47	0.83	0.43	0.54
普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	0.39	0.42	0.48	0.91	0.37	0.46
地域連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会がある	0.43	0.44	0.52	0.94	0.41	0.44
この地域には多職種で話し合える雰囲気がある	0.43	0.46	0.41	0.86	0.44	0.36
<b>V 【地域に相談できるネットワークがある】</b>						
患者(利用者)に関わることで、気軽に相談できる人がある	0.48	0.43	0.42	0.39	0.91	0.38
患者(利用者)に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかわからない	0.44	0.47	0.47	0.42	0.90	0.48
患者(利用者)に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がある	0.58	0.39	0.42	0.35	0.83	0.41
患者(利用者)に関わることで困った時に、相談できる場(メーリングリストや集まり)がある	0.33	0.39	0.60	0.59	0.71	0.44
<b>VI 【地域のリソースが具体的に分かる】</b>						
地域で患者(利用者)を往診してくれる医師が分かる	0.21	0.40	0.44	0.29	0.47	0.74
地域で患者(利用者)をよくみている訪問看護ステーションが分かる	0.33	0.49	0.36	0.38	0.44	0.81
地域で患者(利用者)をよくみているケアマネジャーが分かる	0.34	0.40	0.50	0.39	0.37	0.84
地域で患者(利用者)の訪問服薬指導をよく行っている薬局がだいたい分かる	0.10	0.23	0.45	0.35	0.16	0.66
地域で患者(利用者)が利用できる介護サービスがだいたい分かる	0.37	0.54	0.53	0.43	0.38	0.86
患者(利用者)が(在宅・居宅で)利用できる地域の医療資源やサービスが分かる	0.45	0.56	0.49	0.52	0.44	0.87

数値は各因子の因子負荷量を示す

5. 基準関連妥当性

地域連携の程度を評価するうえでの基準関連妥当性として明確なものはない。本研究では、基準関連妥当性として、森田らの研究<sup>9)</sup>と同様に地域連携の全般的評価を「とても良い・良い」「どちらかといえば良い」「どちらかといえば悪い・悪い」の3群に分けて、合計得点の平均値の比較を一元配置分散分析で行った。post-hoc test としては、Scheffe 法を用いた。

6. 既知集団妥当性

既知集団妥当性として、①多施設多職種対象の研修会の参加回数を「なし、1回(0-1回)」「2回、3-5回(2-5回)」「6-

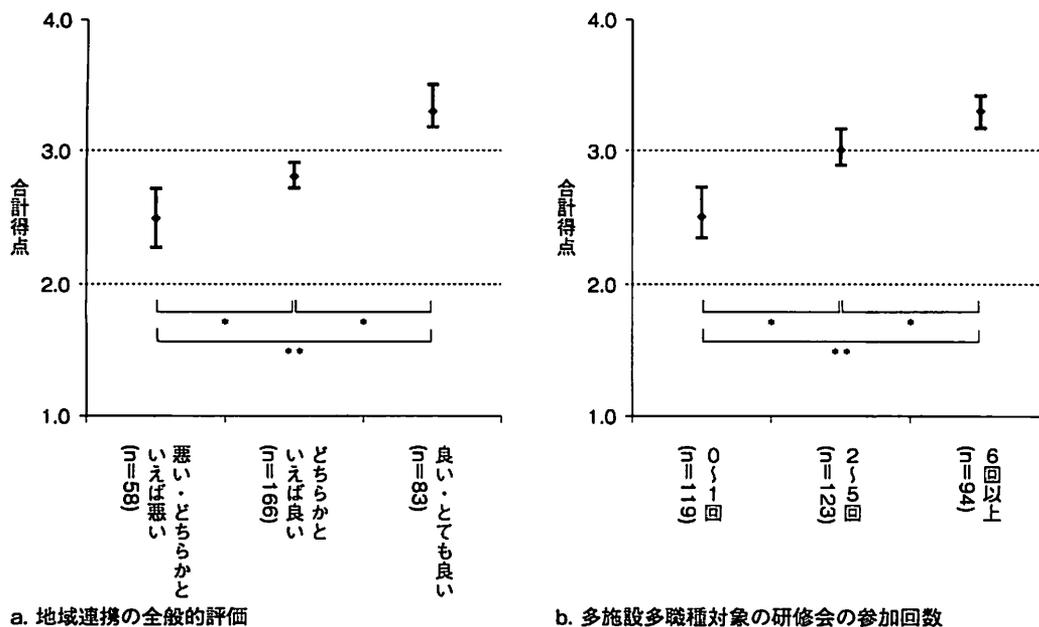
9回、10回以上(6回以上)」の3群に分けて、合計得点の平均値の比較を一元配置分散分析で行った。post-hoc test としては、Scheffe 法を用いた。②サポートの数が5人以上あるものと5人未満のもの2群に分けて、合計得点、各尺度得点を比較した。③地域での臨床経験年数が10年以上のもの10年未満のもの2群に分けて、合計得点、各尺度得点を比較した。2群間の比較(サポートの数、地域での臨床経験)には、対応のないt検定を行った。

有意水準についてはボンフェローニ補正を行い、0.05/16=0.003とした。すべての統計解析は、IBM SPSS Statistics 19を用

表3 度数分布, 内的一貫性と併存的妥当性

下位尺度	平均 (標準偏差)	Cronbach の $\alpha$	Palliative care Difficulties Scale との相関*	級内相関係数 (再試験法)
【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】	3.2 (0.97)	0.86	-0.25	0.71
【地域の他の職種の仕事が分かる】	3.0 (0.91)	0.87	-0.30	0.73
【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】	2.3 (1.1)	0.93	-0.18	0.76
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】	2.7 (1.1)	0.91	-0.27	0.84
【地域に相談できるネットワークがある】	3.2 (1.0)	0.87	-0.25	0.73
【地域のリソースが具体的に分かる】	2.8 (1.0)	0.91	-0.29	0.84
合計得点	2.9 (0.80)	0.95	-0.34	0.79

\*Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する困難感の下位尺度との相関係数 (Spearman の  $\rho$ ) を示す  
すべて  $p < 0.001$



a. 地域連携の全般的評価  
b. 多施設多職種対象の研修会の参加回数  
図1 地域連携の全般的評価と研修会参加回数との関連  
\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.001$

いて行った。

## 結果

481名の医療介護福祉従事者に調査を依頼し、429名が調査に参加した(応答率89%)。有効回答362名が解析の対象となった。対象者の背景を表1に示す。最多は病院看護師であった。介護福祉従事者が2割以上含まれていた。勤務場所としては病院が66%、病院外が34%であった。病院外には診療所、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、地域包括支援センター、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業所が含まれていた。地域での平均経験年数は8.7年であった。多施設多職種対象の集まりへの参加回数は3-5回が最多であった。

項目ごとの欠損値は 0.28-1.1%であった。

26項目の「医療介護福祉の地域連携尺度」の因子構造は、①【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】、②【地域の他の職種の役割が分かる】、③【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】、④【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】、⑤【地域に相談できるネットワークがある】、⑥【地域のリソースが具体的に分かる】、であり、森田らの「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」における【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い】という下位尺度を除いた6つからなる因子構造と同様であった(表2)。

内的一貫性は、下位尺度ごと、全体ともに Cronbach の  $\alpha$  係数が 0.86 以上であった(表3)。

再試験法を行ったのは55名(医師6名、看護師27名、医療ソーシャルワーカー4名、薬剤師18名)であった。55名のこの地域での平均臨床経験年数は9.5年であった。再試験法の級内相関係数は0.79(95%信頼区間、0.66, 0.87)であった。

表 4 既知集団妥当性

下位尺度	サポートの数			地域での臨床経験年数		
	<5人 (n=173)	≥5人 (n=153)	<i>p</i>	<10年 (n=207)	≥10年 (n=123)	<i>p</i>
【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】	2.9±0.95	3.5±0.88	<0.001	3.1±1.0	3.3±0.90	0.14
【地域の他の職種の役割が分かる】	2.7±0.85	3.3±0.86	<0.001	3.0±0.88	3.1±1.0	0.35
【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】	2.1±1.1	2.6±1.0	<0.001	2.3±1.1	2.3±1.0	0.80
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】	2.4±0.98	3.1±1.0	<0.001	2.7±1.1	2.7±1.1	0.88
【地域に相談できるネットワークがある】	2.9±1.0	3.6±0.90	<0.001	3.1±1.0	3.4±1.0	0.015
【地域のリソースが具体的に分かる】	2.5±0.98	3.1±0.99	<0.001	2.7±1.0	2.9±1.0	0.065
合計得点	2.6±0.74	3.2±0.74	<0.001	2.8±0.79	2.9±0.84	0.21

Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する困難感の下位尺度との相関では、【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】以外の下位尺度と-0.25~-0.30 程度の弱い逆相関がみられた (表 3)。

基準関連妥当性として、地域連携の全般的評価の 3 群間ですべての群間にも、合計得点に有意差がみられた ( $p < 0.003$ , 図 1)。

既知集団妥当性として、多施設多職種対象の集まりの参加回数 3 群間ですべての群間にも合計得点に有意差がみられた ( $p < 0.003$ , 図 1)。また、サポートしてくれる人が 5 人以上いると回答した群では 5 人未満の群と比較して、すべての下位尺度と合計得点が有意に高かった。地域での臨床経験年数が 10 年未満と 10 年以上の群間比較では、すべての下位尺度と合計得点の差は認められなかった (表 4)。

## 考 察

地域における医療介護福祉の連携の良さを定量的に評価する評価尺度を開発した。信頼性、妥当性 (併存的妥当性、基準関連妥当性、既知集団妥当性) は十分であると考えられた。

併存的妥当性として Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する項目を比較に用いたが、森田らの研究<sup>9)</sup>におけるほどの相関は見出せなかった。先行研究では退院前カンファレンスや情報共有など病院と地域との連携を質問している。今回作成した連携尺度は先行研究にみられる「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い」の下位尺度を在宅がん患者に限定したものとして削除しており、それが Palliative care Difficulties Scale との相関の低さに関係している可能性がある。

地域の医療福祉従事者の地域連携に関する全般的評価の 3 段階を尺度合計得点がよく弁別できたことは、今後の尺度の利用の価値の高さを示唆するものである。すなわち、本尺度得点は、①理論値が 1-5 点で実際の平均値が 2.9 点 (標準偏差 0.78 点) と天井効果もなく分布が正規分布に近い、②連続変数として扱える、③解釈可能な下位尺度を有していることから、緩和ケアの地域連携全般に加えて、より詳細な分析を計画的に行うことが可能である。

既知集団妥当性としては、先行研究と同様に、サポートの人数、多施設多職種対象の集まりへの参加回数と関連があった。しかし、先行研究では臨床経験年数との関連が認められていた地域での臨床経験年数との関連はなかった。理由として、本研究では臨床経験の少ない対象者が多かったことが考えられ

る。多施設多職種対象の集まりへの参加と連携の良さに関連があったことは、本尺度が集まりへの参加という介入可能な事象により地域連携の変化を測定する際に使用できる可能性を示している。すなわち、地域包括的な介入研究などに利用することが可能であり、地域包括ケアシステムの構築が重視されている今、有用な尺度であると考えられる。

本研究の限界を示す。対象者は旭川市内において、任意に選択された施設への送付アンケートに答えた参加者であり、地域の代表性のある集団とはいえない。また、北海道旭川市という特定の地域で行われたものであり、日本全国における代表性のある地域ともいえない。とはいえ、本尺度のように地域の医療介護福祉の包括的な連携を表す指標はこれまでに存在しておらず、信頼性・妥当性が確認された連携尺度として、今後、地域連携を評価する際の物差しとして有用と考えられる。

## 結 論

地域における医療介護福祉の連携の良さを評価するための尺度を開発した。6 ドメイン、26 項目からなる「医療介護福祉の地域連携尺度」が作成され、信頼性・妥当性が確認された。本尺度は地域におけるサポートの数や多施設多職種の集まりへの参加回数と関連が認められ、今後の地域介入研究などにおいて有用な尺度であると考えられた。

## 文 献

- 厚生労働省老健局介護保険計画課. 第 5 期介護保険事業計画の策定に当たってのポイント等について. 2011. ([http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/hokenjigyoku/05/dl/kaigo\\_point.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/hokenjigyoku/05/dl/kaigo_point.pdf)) (アクセス: 2013 年 12 月 20 日)
- 水野伊津子, 草場美千子, 廣田とき子. 在宅療養者にとって最適なサービス提供につながる連携へー訪問看護に対するケアマネジャーの意識調査. 訪問看護と介護 2011; 16: 585-9.
- 坪井桂子, 西田真寿美, 成清美治. ユニットケアに取り組む特別養護老人ホームの看護職と介護職の協働と教育. 岡山大保健紀 2005; 15: 51-62.
- 井上千津子. 看護と介護の連携. 老年社会科学 2006; 28: 29-34.
- 長内さゆり, 清水準一, 河原加代子. がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感. 日保健科誌

- 2011; 14: 5-12
- 6) 原田小夜, 山根 寛. 高齢精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケア困難感と多職種連携の課題. 精神障害リハ 2013; 17: 50-8
- 7) 金原京子, 岡田進一, 白澤政和. 介護老人福祉施設の介護職との連携における「役割ストレス」の構造. 介護福祉学 2012; 19: 42-50
- 8) Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. J Palliat Med 2005; 8: 808-16.
- 9) 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.
- 10) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. J Palliat Med 2010; 13: 427-37.
- 
- 著者の申告すべき利益相反なし
-

## Original Research

# A measure to quantify the quality of communication and cooperation among medical, nursing, and welfare services in a region

Yasushi Abe<sup>1)</sup> and Tatsuya Morita<sup>2)</sup>

1) Department of Palliative Care, Asahikawa Medical University Hospital,

2) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital

**Purpose:** This study was conducted to verify the reliability and validity of a scale evaluating the quality of communication and cooperation among medical, nursing, and welfare services in a region. **Methods:** To apply "a measure to quantify the quality of communication and cooperation among health care providers in a region" (Morita et al, 2013) developed for health care professionals engaged in the care of homebound patients to broader profession and disease categories, the measure was modified to newly establish the 26-item "measure to quantify the quality of communication and cooperation among medical, nursing, and welfare services in a region." In total, 362 health care professionals were enrolled in this study. **Results:** The internal consistency was excellent. Exploratory factor analyses identified the factor structure as being identical to that of the original scale. The total score had negative but significant correlations with subscales for difficulties in regional cooperation on the Palliative Care Difficulties Scale. The total score was also significantly associated with the general evaluation of communication and cooperation in the region, the number of participations in whole-region multidisciplinary conferences, and the number of persons to whom the respondent could inquire about support. **Conclusion:** This scale may be useful for describing the extent of global communication and cooperation among medical, nursing, and welfare services in a region. Palliat Care Res 2014; 9(1): 114-20

**Key words:** cooperation, region, measurement, welfare