

東京医療保健大学大学院

医療保健学研究科 医療保健学専攻 博士課程

地域包括支援センター看護職の
社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働に
おける包括的ケアマネジメントのコンピテンシー
自己評価尺度の開発

2015年度入学

2018年 3月 5日 博士

医療保健学研究科 医療保健学専攻 看護学

学籍番号 HD115002 氏名 小山 道子

研究指導教員 廣島 麻揚

論文題目	地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシー自己評価尺度の開発
氏 名	小山 道子
所 属	東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科 医療保健学専攻 博士課程 看護学領域
連 絡 先	〒 370-1393 群馬県高崎市新町 270-1 上武大学看護学部 TEL 0274-20-2115 (携帯電話 090-1818-6022) FAX 0274-42-5204 e-mail koyama@jobu.ac.jp
助 成 金	なし

東京医療保健大学大学院 医療保健学研究科 医療保健学専攻
博士論文 要旨

地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との
職種間協働における包括的ケアマネジメントの
コンピテンシー自己評価尺度の開発

東京医療保健大学大学院
医療保健学研究科 医療保健学専攻博士課程
領 域 名 看護学
学籍番号 HD115002
氏 名 小山 道子

背景 (Background or Introduction)

地域包括支援センターは、2006 年に高齢者の地域包括ケアを推進する中核機関として創設され、保健師あるいは経験のある看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員の 3 職種が配置されチームで活動している。そこに所属する看護職の離職予防策として、看護職としての専門性と社会福祉士、主任介護支援専門員との協働性に折り合いをつけ、地域包括ケアシステムの構築に取り組むための職種間協働におけるケアマネジメントのコンピテンシーを自己評価する手がかりが必要とされる。

目的 (Objective)

地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシー自己評価尺度 (A scale to measure Competency for Nurses of Comprehensive care management in Interprofessional Collaboration in relation to social welfare workers and chief care managers at community comprehensive care centers : CCIN) を開発することにある。

方法(Methods)

先行する質的研究から尺度案を作成し、予備調査を経て、全国 47 都道府県にある地域包括支援センター直営型・委託型から層化無作為抽出した 1,500 か所の看護職を対象に調査を行い、項目分析、主因子法・Quartimin 回転による探索的因子分析により尺度を生成し、信頼性・妥当性の検証を行った。

結果(Results)

回収した調査票 625 通（回収率 41.7%）から有効回答者 578 名（有効回答率 92.5%）について分析した結果、「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」「チームとして他職種と統合する」「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の 5 因子・22 項目から構成される『職種間協働のプロセス評価尺度』と、6 項目から構成される『包括的ケアマネジメント評価尺度』が生成された。外的基準との併存的妥当性や構成概念妥当性、再現性は支持されたが、『職種間協働のプロセス評価尺度』の因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の Cronbach α 係数が 0.624 と低く、尺度の信頼性の課題が残った。

結論 (Conclusions)

5 因子・22 項目の『職種間協働のプロセス評価尺度』と 6 項目の『包括的ケアマネジメント評価尺度』の 2 つのコンピテンシー自己評価尺度から構成される CCIN 尺度が生成された。

今後、尺度の信頼性・妥当性を確保し、活用の可能性を高めてゆく必要がある。

キーワード (Key Words)

地域包括支援センター、看護職、職種間協働、包括的ケアマネジメント、コンピテンシー

目 次

はじめに	1
用語の定義	4
方 法	5
1. 調査対象者	5
2. 調査方法	5
3. 分析方法	6
倫理的配慮	7
結 果	8
1. 調査票の回収・有効回答	8
2. 調査協力者の基本情報	8
3. 分析結果	8
1) 項目分析	8
2) 因子分析	9
3) 因子の命名および寄与率	9
4) 因子間相関	10
5) 信頼性の検証	11
6) 妥当性の検証	13
4. 因子分析から生成された『職種間協働のプロセス評価尺度』と概念モデルとの比較から 新たな『包括的ケアマネジメント評価尺度』の生成	18
1) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の生成	18
2) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性の検証	20
3) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性の検証	20
考 察	21
1. 調査協力者の基礎情報の特徴	21
2. CCIN 尺度の信頼性・妥当性	22
1) 『職種間協働のプロセス評価尺度』および『包括的ケアマネジメント評価尺度』の 信頼性	22
2) 『職種間協働のプロセス評価尺度』および『包括的ケアマネジメント評価尺度』の 妥当性	23

3. CCIN 尺度の有用性と活用性	35
1) CCIN 尺度の有用性	35
2) CCIN 尺度の活用性	35
研究の成果と限界	37
結 論	37
謝 辞	38
文 献	39
図	44
図 1. 概念モデル図	44
図 2. 概念モデルから尺度が生成されたカテゴリ・サブカテゴリ・概念	45
図 3. 『職種間協働のプロセス評価』と『包括的ケアマネジメント評価』の相関図	46
図 4. 『職種間協働のプロセス評価』『包括的ケアマネジメント評価』と外的基準との相関図	47
図 5. 地域包括看護職の実務経験キャリアにおける『職種間協働のプロセス』と『包括的ケアマネジメント』のデベロップメントの想定	48
図 6. CCIN 尺度による評価得点のレーダーチャート	49
表	50
表 1. 概念モデル表	50
表 2-1. 概念を導いた具体例からのアイテムプール（素案）	51
表 2-2. CCIN 尺度の概念枠組みと 26 文献からの既存尺度の因子との比較	52
表 2-3. 予備調査（パイロット版）	60
表 3. 本調査版（45 項目）と外的基準 10 項目	61
表 4. 相関係数（rs）の評価の基準	63
表 5. 尺度の妥当性検証のための外的基準	63
表 6. 研究協力者の基礎情報	64
表 7. 項目の平均値・標準偏差・変動係数	65
表 8. I-T 相関により除外した項目	66
表 9. 本調査版項目の採用と除外の結果	67
表 10. 因子間相関	68
表 11. 生成された尺度および外的基準尺度の Cronbach α 係数	68
表 12. 第 5 因子「地域包括の職種間協働の中に看護職の専門性が内蔵する」 Cronbach α 係数と I-T・項目間相関	68

表 13. 再テスト結果:1 回目と 2 回目の因子および合計における平均得点・標準偏差	69
表 14. 再テスト結果:因子毎および尺度全体の得点の 1 回目と 2 回目の ピアソンの積率相関	69
表 15. 外的基準尺度との併存的妥当性の検証	69
表 16. 基礎情報との構成概念妥当性の検証	70
表 17. CCIN 尺度の因子パターンおよび Cronbach α 係数	71
表 18. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性の検証: 1 回目と 2 回目の合計得点の相関	72
表 19. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性の検証: 1 回目と 2 回目の合計得点の平均点と標準偏差の差	72
表 20. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性の検証: 外的基準尺度との相関	72
表 21. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性の検証: 『職種間協働のプロセス評価尺度』との相関	72
表 22. CCIN 尺度 (最終版)	73

Abstract	74
-----------------	----

資 料	76
研究に関する調査に参加される方への説明文書	76
調査票	78

はじめに

地域包括支援センター（以下、地域包括と略す）は、2006年に高齢者の地域包括ケアを推進する中核機関として創設され、保健師あるいは経験のある看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が配置されている。介護予防関連業務は医療・保健分野の保健師あるいは経験のある看護師が、高齢者虐待、権利擁護は福祉に関する日常相談・指導、ソーシャルワークをする社会福祉士が、介護支援専門員への支援、包括的・継続的ケアマネジメントは主任介護支援専門員が、それぞれの主担当を持ち、その専門知識と技能を活かしながら、チームで活動をしている。

2012年介護保険法改正（介護保険法第115条46の第5項）において、地域包括の3職種には、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活の支援に携わるボランティア等関係者との連携に努め、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが出来るよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を目指した地域包括支援ネットワークづくりが期待されている。

地域包括運営マニュアル¹⁾において、3職種協働は、「各専門性を理解する」「地域包括の目的および業務の共通認識をもつ」「業務の進め方および役割を明確にする」「地域に関する情報を共有する」「高齢者に対する責任体制を明確にする」「高齢者の情報を共有する」「チームとして協議する」の7項目が提示されている。しかし、それには、個々の職種が、どのように他職種と協働したらよいか、具体的で詳細な内容が示されてはおらず、連携・協働のしくみの開発が必要とされている²⁾。

地域包括に限らず、日本の医療・保健・福祉のヒューマンケア領域における連携・協働・チームアプローチは、世界に類をみないスピードで進む日本の高齢化による国民医療費や介護給付費の増加を見据えて、2000年の介護保険制度スタートから2006年の介護保険改正、さらには、2014年の地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する法律（医療介護総合確保推進法）の診療報酬改正にみるように、地域包括ケアシステムを目指した社会的要請に呼応して発展してきている。そのため、職種間協働は、地域の医療・保健・福祉活動だけでなく、病床の機能分化や連携強化と並行して、在宅医療が推進される中で、看護師をはじめとする医療スタッフのチーム医療の推進にまで及んできている。

チーム医療に携わる看護師は、チーム内の自分の能力を発揮することや医師との職種を超えた連携・協働を困難と感じている³⁾。保育士と協働する小児病棟や介護・福祉職と協働する介護老人施設で働いている看護師は、他職種の専門的役割を理解し、肯定的感情で良好な関係もつこと⁴⁾、柔軟な業務分担能力やコーディネイト能力を持つこと、職種の階層性に対する看護職の意識変革を行い、互いに歩み寄り尊重し合う関係を構築しながら課題解決に取り組むこと^{5,6)}が示唆されている。

一方、行政保健師は、地域住民や関係機関・関係職種と統合した支援を円滑に進めるコーディネイター⁷⁾として、地域住民全体に対して調整するコーディネーションを連携・協働と捉えている⁸⁾。このように、看護職の職種間協働は、病院、施設、地域という実践の場や協働する職種によって、そのあり様と課題は異なっている。

地域包括において社会福祉士、主任介護支援専門員と協働する看護職は、保健師だけでなく、ケアマネージャーや訪問看護など地域で経験を積んだ看護師が業務に携わっており、保健師、看護師の占める割合は、概ね3対2の現状にある⁸⁾。2つの看護職のうち、保健師の方が、経験ある看護師より、他職種との連携活動評価が高く⁹⁾、看護職、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種全体では、社会資源の創出経験のある人の方が、連携活動評価が高いことが示唆されている¹⁰⁾。地域包括の看護職は、自分たちの職位や役割を守り合う看護職の準拠集団¹¹⁾から離れ、他職種と競合せずに互いの役割を分かち合う協業が求められる医療・保健・福祉の統合実践領域への分散配置¹²⁾のなかの一つと位置付けられ、保健師、看護師の職種による役割に区別のないケアマネジメントを担い、それまでに受けてきた教育や経験に応じた支援体制があるわけではない。また、職種間協働のモデルが提示されていないばかりか、専門的技術と並行して、職種間協働のスキルやコンピテンシーを身につけるシステムが確立されてはいない中で業務を遂行しなければならない。

もともと、日本の連携・協働・チームアプローチ研究の始まりは、社会福祉・社会心理学分野にある。協働体制の類型や協働の効用と協働の限界¹³⁻¹⁵⁾、協働・連携スキルとしての共有メンタルモデルとチーム・コンピテンシー¹⁶⁻¹⁹⁾、多職種チームの機能と構造^{20, 21)}など、外国の文献からの連携・協働モデルや概念の整理が行われている。その代表的なものに、Patricial L. Rosenfield²²⁾の多職種チームモデル（多分野協働 Multidisciplinary collaboration、統合協働 Interdisciplinary collaboration、専門領域を超えた横断的共有をする協働 Transdisciplinary collaboration）がある。地域包括の職種間協働は、職種が異なっても同じ業務を担う、専門領域を超えた横断的共有の協働 Transdisciplinary collaboration²³⁾と言われ、新たな協働的戦略となりうる強みがある一方で、職種間の役割解放 role release と役割拡大 role expansion²⁴⁾によって、専門領域の境界線が曖昧になり、専門性の威光を受けられない、専門性と協働性の相克性²⁵⁾のある協働形態と言われている。しかし、実情は、専門領域の境界がある統合協働 Interdisciplinary collaboration と専門領域を超えた横断的協働 Transdisciplinary collaboration が流動的に変動し²⁶⁾、一概には、3職種の関係性や相互の動きについて専門領域を超えた横断的協働 Transdisciplinary collaboration モデルに当てはめて説明することには限界がある。連携・協働の概念整理は、複雑な形式やモデルをとり、画一的には捉えられず²⁷⁾、3つの協働モデルが、不連続に存在するのではなく、連続した協働のレベル²²⁾という見方もされており、協働モデルに対する一定のコンセンサスは得られていない。しかしながら、地域包括の職種間協働は、専門領域を超えることでの専門領域の対立と専門性の帰属意識を喪失しかねないリスクを抱えた協働形態と言える。

地域包括には、創設期から介護予防ケアマネジメント業務と総合支援事業の二枚看板の激務に加えて、看護の専門性が見いだせないことからの看護職の離職問題²⁸⁾があった。介護予防プランナーの配置により負担軽減が図られている現在でも、研究調査に入った現場から離職や職種間の関係の問題が聴かれることは、地域包括の業務の職種間協働を起因とする専門性の帰属意識の喪失が要因のひとつにあるのではないかと考える。地域包括の市町村直営から委託化が進む中で、保健師配置の困難な市町村が多発し、その対策として経験のある看護師の配置が介護保険法施行規則に規定され、看護師が保健師と同様に包括的支援事業や高齢

者虐待事例に取り組む中で、「連絡・調整能力」の育成支援や研修整備が求められている^{29,30)}。また、地域包括の採用には、センターに入るまでの経験年数の基準がなく、未経験者も配置され、過剰な業務の負担でバーンアウトする職員³⁰⁾に対する改善策も求められる。

地域包括の混乱する看護職への支援として、看護職としての専門性の帰属意識とセンターの社会福祉士、主任介護支援専門員との協働性に折り合い (trade-off)³¹⁾をつけ、地域包括ケアシステムの構築という試行錯誤する帰結のないケアマネジメントに取り組むための行動指標や自分の職種間協働を評価する手がかりが必要ではないかと考えた。

職種間協働には、職種間の相互作用における行動、姿勢、考えなどの心理的行動的側面があり、それを可視化するツールとして尺度がある。尺度は、意識、感情、状態、欲求、態度、能力、興味、性格などといった行動の強さを測定するツールであり、構成概念に関連した複数個の項目を含む質問紙を作成し、それらの項目すべてに与えられる得点を合計して尺度得点とみなすもの³²⁾であり、潜在的で実態にない心理的行動的側面を数量化することで比較や変化の確認³³⁾が可能である。

職種間の連携・協働の指標となり、測定ツールとして多様な尺度の開発が試みられている。地域医療チームの評価尺度^{31,34)}、特定の職務を遂行する際のチームワークを評価した連携協働尺度日本語版 (J-RCS)³⁵⁾、在宅ケアの医療職・介護職の多職種連携行動尺度³⁶⁾、高齢者施設における多職種協働の実践を評価する尺度³⁷⁾、医療専門の多職種連携協働を測る尺度³⁸⁻⁴²⁾、医師－看護師間の協働の日本語版尺度 (Bagg の CSACD 日本語版⁴³⁾や Weiss&Davis の CPS の日本語版⁴⁴⁾、Jefferson スケール日本語版⁴⁵⁾、さらには、学生の専門職種間連携教育を評価する RIPLS(The readiness of health care students for interprofessional learning scale)⁴⁶⁾を代表とした連携教育評価尺度^{47,48)}などである。これら職種間の連携・協働尺度は、医療・保健・介護の多職種協働の尺度であり、看護職に焦点を当てた職種間協働の尺度は散見される程度である。看護職に焦点を当てた尺度として、チーム医療に携わる看護師の能力を評価する尺度⁴⁹⁾や訪問看護師のチーム活動実践尺度⁵⁰⁾、看護職－介護職間協働の尺度⁴³⁾があるが、それらは統合協働 Interdisciplinary collaboration の尺度であり、地域包括のような専門領域を超えた協働 Transdisciplinary collaboration の尺度開発は、地域の多職種モデルに1つ³⁴⁾しかない。しかし、それは、カナダのオンタリオ州の言語病理学者、作業療法士、コミュニケーション障害アシスタント、教育者、コンピューター技術者、臨床マネージャーをメンバーとした拡大代替コミュニケーションチームの Transdisciplinary collaboration の尺度であり、日本の地域包括という医療・保健・福祉領域のヒエラルキー (階層性) のある看護職、社会福祉士、主任介護支援専門員の職種間協働の適用に相応しい新たな尺度開発が必要であると考えた。

筆者は、本研究に先駆けて、質的な先行研究^{51,52)}を行っている。「地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種協働のプロセス」⁵¹⁾、「地域包括支援センターの看護職が職種間協働を確立するプロセス」(「地域包括支援センターの保健師が他職種協働を確立するまでのプロセス」として口演)⁵²⁾である。いずれも地域包括の保健師、看護師を対象にした社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働のプロセスを概念生成したものである。

概念モデルでは、地域包括の看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働の

プロセスは、「〈寄り合い・共有〉し、〈一致団結〉する〔職種間の統合〕に始まり、《専門性を活かした相互支援》を通じた《教え合い》や《主体的な他職種領域の学習》をする〔職種間の融合〕によって〈割り当てられた役割〉から〈役割の機能拡大〉し、〈専門的機能を（の）内蔵〉する【包括的役割への変容】を辿る。その職種間協働の過程において看護職は、〈職種間のヒエラルキーの表出を抑制する調節〉をし〈円滑にコミュニケーションが循環する調整〉を図る〔円滑な職種間協働のための調整〕を意識的に行う一方で、〈専門性の士気の高揚〉から〈専門性の意識の埋没〉という対極する〔専門性の意識の満ち欠け〕が生じている⁵¹⁾。」さらに、地域包括の保健師は、〈異種業務への抵抗感〉〈経験のない役割パターンへの戸惑い〉といった【初期の混乱】に遭遇したが、社会福祉士に〈介護・福祉職への尊敬の念〉を抱き、専門性を活かす【チームワークづくり】をし、〈本来の専門的役割〉はあるものの〈職種を超えた包括的役割〉を担い、【試行錯誤する正解のないケアマネジメント】に携わる姿勢を確立していた⁵²⁾」と理論づけている。

この概念モデルに基づいて、地域包括看護職が、職種間協働を円滑に図り、包括的役割としてのケアマネジメントを担うための尺度を開発しようと考えた。

本研究の目的は、地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシー自己評価尺度（A scale to measure Competency for Nurses of comprehensive care management in Interprofessional Collaboration in relation to social welfare workers and chief care managers at community comprehensive care centers；以下CCIN 尺度と略す）を開発することにある。

本研究の開発尺度は、地域包括の看護職が、社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働に限定した自己評価尺度である。地域特性の問題もあるが、地域包括の業務はマニュアル化¹⁾され、一定の業務体制がとられていることから、地域特性の影響はそれほど受けないと考える。しかし、どのセンターも必ずしも3職種が配置されているわけではなく、保健師のみの配置のところもある。そのため、開発される尺度は、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が配置されている地域包括における保健師・看護師の職種間協働を通じたケアマネジメントにおける個人の姿勢・行動・認識の潜在的行動特性（コンピテンシー）に焦点を当てている。

用語の定義

「職種間協働」は、福山¹⁵⁾と菊地氏²¹⁾の定義の一部を採用し、他職種と横断的に共有した役割解放 role release と役割拡大 role expansion を行う専門領域を超えたチームを形成し、目標を掲げたアウトカムを生むケアマネジメントのプロセスとした。

「ケアマネジメント」は、高崎の定義⁵¹⁾の一部を採用し、他職種と協働し、個と地域全体の統合した問題の解決を目指し、地域包括ケアシステムを形成・発展させることとした。

「地域包括の看護職の包括的ケアマネジメント」は、医療・看護の経験から培った専門的機能を内蔵した看護職が、介護予防業務のような看護職に割り当てられた役割や医療・看護の専門的役割を発揮するだけでなく、役割を機能拡大し、包括的にケアマネジメント⁵¹⁾をすることとした。

「コンピテンシー」は、Spencer & Spencer (1993) の定義を引用し⁵³⁾、職務において、特定の基準に照らして、効果的成果を引き起こす個人の潜在的特性とした。

以上を統合し、「地域包括看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシー」は、地域包括看護職が、社会福祉士、主任介護支援専門員と専門領域を超えたチームを形成し、個と地域全体の統合した問題の解決を目指し、地域包括ケアシステムを形成・発展させるケアマネジメントのプロセスにおける役割拡大した個人の姿勢・行動・認識の潜在的特性と定義した。

方 法

2 つの先行研究^{51, 52)}から生成された概念・カテゴリを統合し、「地域包括看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働のプロセスにおける包括的ケアマネジメント」の概念モデル(図1・表1)を生成した。

この概念を導いた具体例から、CCIN 尺度案のアイテムプール(表2-1)を出し、26 文献^{31, 34, 38-42, 46-48, 55-70)}の職種間協働の既存尺度と比較(表2-2)しながら、不足項目を追加、看護研究者2名および地域包括の看護職5名から意見を聞くことで尺度の内容的妥当性・表面的妥当性を検討、CCIN パイロット版(表2-3)を作成し、予備調査を行った。

予備調査のデータ収集期間は、平成28年9月6日～平成28年12月であった。予備調査により質問項目を洗練し、CCIN 本調査版を作成し、平成29年7月上旬～平成29年10月中旬にかけて本調査を行った。

本調査の結果から項目分析、因子分析を行い、尺度の信頼性・妥当性の検証を行った。

さらに、生成された尺度の因子・項目内容と概念モデル((図1・表1)を照合し、概念モデルの概念・カテゴリから、生成されていない尺度項目について検討し、もうひとつの新たな尺度を生成し、信頼性・妥当性の検証を行った。

1. 調査対象者

全国40.127か所の直営型および委託型から、層化無作為抽出した地域包括に所属する看護職1,500人を対象とした。そのうち129名を再テスト対象者とした。

2. 調査方法

1) データ収集内容

個人の基礎情報および CCIN 本調査版と外的基準の項目（表 3）であった。

評価には、「大いにそうである（5 点）」「そうである（4 点）」「どちらとも言えない（3 点）」「あまりそうでない（2 点）」「全くそうでない（1 点）」の 5 点リカードスケールを用いた。

2) データ収集方法

郵送法により平成 29 年 7 月上旬～10 月中旬にデータを収集した。

3. 分析方法

1) 項目分析の基準

項目の平均値、標準偏差を算出し、項目反応分布が正規分布をなすか確認し、天井効果（平均 ≥ 4.5 ）、フロアー効果（平均得点 ≤ 1.5 ）、標準偏差 $SD < 0.6$ の場合は、識別力がないとして採択項目から除外することにした。さらに Spearman の順位相関係数分析等を用いて Item-total 相関、項目間相関分析を行い、相関係数 < 0.3 の場合は除外することとした。

なお、相関係数（rs）の評価基準は、内田、平野の数値を参考⁷⁴⁾に行い、 $|rs| \geq 0.7$ は強い相関、 $0.7 > |rs| \geq 0.5$ は中間の相関、 $0.5 > |rs| \geq 0.3$ は弱い相関、 $0.3 > |rs|$ は相関なし（表 4）と判断した。

2) 探索的因子分析の基準

探索型因子分析（最尤法・Quartimin 回転）は、固有値 ≤ 1.00 、因子負荷量 < 0.35 の基準に当てはまらない項目を除外し、因子構造を確認し下位尺度の命名を行った。

3) 尺度の信頼性の検討

下位尺度および外的基準尺度について内的整合性を確認するため、Cronbach α 係数を算出した。また、129 名を対象に再テストを実施し、再現性の検証を行った。再テスト対象者には、1 回目の調査依頼に説明文書で説明しておき、1 か月後にはがき通知を出し、調査票を再送してもらった。調査期間は平成 29 年 8 月上旬～10 月中旬であった。

生成された尺度の因子の 1 回目の得点と 2 回目の得点の記述統計（平均および標準偏差）と、1 回目の得点と 2 回目の得点の相関をみることで、再現性があるかどうか検討した。

4) 尺度の妥当性の検討（表 5）

尺度の基準関連妥当性は、作成した尺度が理論的に関連の強い構成概念を測定する外的基準とどの程度、相関するかをみることである。作成した尺度が外部の基準とどの程度関連し一致するかの併存的妥当性で検証した。

併存的妥当性は、King G らが開発した「専門職種間連携の社会化と評価尺度（The ISVS Scale）」⁴⁰⁾の「他者と働くことの価値」「他者と働くことの満足」「自己知覚された他者と働く能力」の下位尺度名を参考に作成した「他職種と協働する価値がある」「他職種と協働する

満足がある」「ケアマネジメント能力が上がっている」の『職種間協働の評価尺度』3項目と、独自に作成した『職種間協働のアウトカム尺度』の「新たな資源の開発への貢献」「ネットワークづくりへの貢献」の2項目、さらに、金子らの介護職の看護職との関係性にける「連携の役割ストレス尺度」⁷⁰⁾の「業務分担の認識相違から生じる困難感」「職能を発揮できない不全感」「役割過剰」の項目を参考に、介護職を看護職に変換する表現に修正して作成した『協働における役割ストレス尺度』5項目の合計10項目の尺度を外的基準にして、テスト間との正の相関があるかどうか Spearman の順位相関係数をみることで検討した。

構成概念妥当性は、作成した尺度の測定結果が、構成概念から理論的に推定される事柄と一致する程度をみることである。尺度作成のための概念モデルや本調査版で想定した下位尺度との比較、尺度の測定結果と研究協力者の基礎情報との関連性をみた。その際に次の仮説を立てて、検証した。

- i. 保健師の方が、看護師より職種との連携活動評価得点が高い。(金:2012)⁹⁾
- ii. IPE（職種間協働の教育）を受けた看護職の方が、受けていない看護職より職種間協働のコンピテンシー評価得点が高い。
- iii. 地域包括の経験年数が長い看護職の方が、職種間協働のコンピテンシー自己評価得点が高い。
- iv. 就学中に IPE を受けた経験より卒後就労中に IPE を受けた経験の方がコンピテンシー自己評価点に影響を与える。(山本ら：2014)³⁸⁾
- v. 直営型の保健師の方が、委託型の看護職より【協働の中で看護専門性と帰属意識を見出す】コンピテンシーの自己評価得点が高いである。

検証の際には、基礎情報に欠損のない研究協力者（N=534）の基礎情報により、尺度の合計得点および構成する因子ごとの合計得点に有意な差がないかを検定した。検定には一元配置の分散分析を用い、事後検定は1検定については Student の t 検定を行い、3検定以上については Tukey-Kramer の HDS 検定を用いた。

倫理的配慮

本研究は、研究対象者に対し、調査依頼状にて研究の目的と内容、倫理的配慮等を説明したうえで自由意思により調査票に回答し、返送した者のみを同意者とみなした。

なお、研究においては、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会による承認を受けた（承認番号：院 29-8）。

結 果

1. 調査票の回収・有効回答

1,500 通配布し、回収数 625 通（回収率 41.7%）、再テストは 129 通配布し、2 回分の回収ができたものは 28 通（回収率 21.7%）であった。有効回答数は 578 通（有効回答率 92.5%）、再テストは 26 通（有効回答率 92.9%）あり、それを分析対象とした。

2. 調査協力者の基礎情報

因子分析に用いた標本（N=578）の調査協力者の基礎情報は、（表 6）のとおりである。

3. 分析結果

本調査版の質問項目において、研究協力者に理解が得られにくい内容と判断した項目 7「私は、包括の他職種から相談された医療機関への連絡役に協力している」と、29 名の看護師に欠損値があった項目 41「私は、地域の保健師活動の経験を活かしている」については、不適切項目と判断し、あらかじめ除外した上で、分析を行った。

1) 項目分析

（1）天井・フロアー効果および標準偏差・変動係数（表 7）

各項目における得点の分布は、平均値にばらつきがみられたが、標準偏差を平均値で割った変動係数は一定を示していた。各項目について回答に偏りがいないか、平均値および標準偏差、変動係数をみたが除外項目はなかった。

（2）項目間相関分析

項目間相関では、尺度案の項目 1～項目 45 および外的基準の項目 46～項目 55 についてノンパラメトリック法の Spearman の順位相関分析を使い項目間相関を行ったが、尺度案に相関係数 ≥ 0.7 の項目はなかった。

外的基準尺度の「項目 53：私は、職業的な専門性を発揮できない。（逆転）」と「項目 54：私は、自分の能力が十分に活かしていない。（逆転）」が相関係数 ≥ 0.7 にあった。しかしながら、項目 53 と項目 54 の「専門性が発揮できない」と「能力が活かさない」では意味内容が異なるため、2 項目とも外的基準尺度として採用することにした。

（3）I-T 相関（表 8）

I-T 相関で相関係数が 0.3 未満の項目は、項目 20・項目 32・項目 37・項目 38・項目 39 で、除外することにした。

2) 因子分析

不適切な質問項目とされた項目 7・項目 41 と、項目分析で除外された項目 20・項目 32・項目 37・項目 38・項目 39 の 7 項目を除いた 38 項目について因子分析を行った。

固有値 1 以上とし、最尤法・Quartimin 回転を行い、因子負荷量が 0.35 未満の項目を除外し、回転を繰り返した結果、項目 15・17・18・19・21・22・23・24・26・27・33・34・35・36・40・42 の 16 項目を除外し、7 回目の因子分析で、最終的に 5 因子 22 項目を採用した。項目分析、因子分析による本調査版の項目の採用・除外について（表 9）に示す。

3) 因子の命名および寄与率

回転後の最終的な 5 因子について、意味内容を解釈し命名を行った。

第 1 因子は、看護職が、個別の相談に応じたり、ケアマネジメントを進める過程で、包括の他職種から支援を受けながら、他職種を模範にし専門的知識や技能を教えてもらうことを意味することから、「他職種から支援を受けながら相談援助の知識・技能を教わる」（支援を受け・教わる）と命名した。

第 2 因子は、看護職が円滑に業務を進めてゆく際に、他職種に配慮しながら、自分の意見を忌憚なく言えるコミュニケーションを心掛けて行動することを意味することから、「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」（円滑に循環するコミュニケーション）と命名した。

第 3 因子は、医療・保健・看護を専門とする看護職が、他職種に医療に関する知識・技能を支援しながら教えることを意味することから、「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」（支援し・教える）と命名した。

第 4 因子は、センターの目標や地域の課題について他職種と共通認識し、職種間の役割などチームの一員として自分を他職種と統べ合せることを意味することから、「チームとして他職種と統合する」と命名した。

第 5 因子は、他職種との協働の中に看護職として活かす専門的知識・技能があり、核として帰属意識（アンデンテイ）が内在することに気づき・自覚することを意味することから、「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」（専門性が内蔵することを見出す）と命名した。

各因子の寄与率は、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」が 16.49%、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」が 16.25%、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」が 15.25%、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」が 17.92%、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵すること

を見出す」が 11.50%であった。

第 4 因子「チームとして他職種と統合する」の因子寄与率が 17.92%と一番高く、尺度の主要因子であった。次いで、第 1 因子「他職種から支援を受けながら相談援助の知識・技能を教わる」の 16.49%、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」の 16.25%、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」15.25%の順に高く、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の 11.50%が一番低かった。第 1 因子から第 5 因子までの累積寄与率は、77.41%で、生成された 5 つの因子は、全体の 8 割弱を占めていた。

4) 因子間相関（表 10）

尺度全体と第 1 因子から第 5 因子までの因子間相関についてピアソンの積率相関分析を行った。

尺度全体と各因子との相関は、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」(rs0.715)、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」(rs0.735)、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」(rs0.785)、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.712)とは、強い相関があり、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」(rs0.518)とは中間の相関にあった。

第 1 因子から第 5 因子までの因子間相関について分析した。

第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」との相関は、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」(rs0.369)、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」(rs0.310)、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.480)と弱い相関があったが、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」(rs0.140)とは相関がなかった。

第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」との相関は、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」と弱い相関にあったが、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」(rs0.532)、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.475)とは中間の相関があった。しかし、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」(rs0.270)とは相関がなかった。

第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」との相関は、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」とは弱い相関、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」とは中間の相関、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.390)、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」(rs0.451)とは弱い相関があった。

第 4 因子「チームとして他職種と統合する」は、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」と弱い相関、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」と中間の相関であったが、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」(rs0.158)

とは相関がなかった。

第 1 因子から第 4 因子間の因子間相関は、中間から弱い相関 ($rs0.532 \sim rs0.310$) にあったが、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」は、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」と弱い相関があるものの、それ以外の第 1・2・4 因子との相関はなかった (図 3)。

5) 信頼性の検証

(1) 生成された尺度および外的基準尺度の Cronbach α 係数 (表 11)

① 尺度全体および各因子ごとの Cronbach α 係数

尺度全体および各因子ごとの Cronbach α 係数を算出し、内的整合性について分析した。

尺度全体の Cronbach α 係数は 0.876、第 1 因子から第 4 因子は 0.827 $\sim$ 0.738 と 0.7 を超えていたが、第 5 因子は 0.623 で、0.7 を超えていなかった。

Cronbach α 係数の低い第 5 因子の原因を探るため、Spearman の順位相関分析を用いて I-T・項目間相関を行った (表 12)。項目 44「私には、看護専門職であるという帰属意識 (アイデンティティ) がある。」が、項目 43「私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。」($rs0.385$) と項目 45「私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。」($rs0.391$) とは弱い相関があるのに対して、項目 43「私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。」と項目 45「私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。」($rs0.222$) には相関がなかった。項目 43 を除外して α 係数を算出したが、 α 係数が 0.5 とさらに低くなってしまった。そのため、第 5 因子については、項目 43・44・45 をそのまま尺度として採用することにした。

② 外的基準尺度 (職種間協働評価尺度・職種間協働のアウトカム尺度・協働における役割ストレス尺度) の Cronbach α 係数

3 つの外的基準尺度について Cronbach α 係数を算出し、外的基準尺度として採用できるかどうか検討した。

i. 職種間協働評価尺度

職種間協働の評価尺度の項目 46・47・48 の Cronbach α 係数は、0.605 と低かった。そのため、項目 48「私のケアマネジメント能力は上がっている。」を除外し、項目 46「私は、包括の他職種と協働することは価値あることだと思う。」、項目 47「私は、包括の他職種と一緒に仕事することに満足している。」の 2 項目で Cronbach α 係数を算出したところ、0.765 に上がった。そのため職種間協働の評価尺度は、項目 48 を除外し、項目 46・47 の 2 項目を採用することにした。

ii. 職種間協働アウトカム尺度

職種間協働アウトカム尺度の項目 49「私は、地域の新たな資源の開発に貢献している。」、項目 50「私は、地域の機関や住民とのネットワークづくりに貢献している。」の Cronbach α 係数は 0.816 であった。職種間協働のアウトカム尺度は、内的整合性があると判断し、構成する項目 49、項目 50 をそのまま採用することにした。

iii. 協働における役割ストレス尺度

協働における役割ストレス尺度の項目 51「私は、職種間で業務の優先度に違いを感じる。(逆転)」、項目 52「私は、ケアマネジメントの内容や結果について他職種から非難される。(逆転)」、項目 53「私は、職業的な専門性を発揮できない。(逆転)」、項目 54「私は、自分の能力が十分に活かしていない。(逆転)」、項目 55「私には、本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。(逆転)」は、Cronbach α 係数 0.713 であった。

協働における役割ストレス尺度は、Cronbach α 係数が 0.7 を超えているため、内的整合性があると判断し、構成する項目 51・52・53・54・55 項目をそのまま採用することにした。

(2) 再テスト

再テスト対象者 129 名から 1 回目と 2 回目の調査票を回収した 28 名（回収率 27.8%）のうち、チェック内容が同一もしくは記載漏れが多い 2 名を除き、欠損値のある標本も含めて 26 名（有効回答率 92.9%）について 1 回目と 2 回目の合計得点および因子ごとの得点について分析をした。

①1 回目と 2 回目の得点の差（表 13）

1 回目と 2 回目の各因子と、22 項目の合計得点の平均値、標準偏差において、差がどの程度あるかみた。各因子の得点の 1 回目と 2 回目の平均値の差は、0.00 から -0.61 で、標準偏差も 0.37～0.78 で大きな変動はみられなかった。22 項目の合計得点の 1 回目と 2 回目の平均の差は -2.3、標準偏差は -1.43 で、得点の平均値および標準偏差は 1 回目の方が高く、2 回目は下がっており、研究協力者は、評価の得点づけに対して 2 回目の調査の記入には慎重さがあったのではないかと想定された。

②1 回目と 2 回目の得点の相関（表 14）

1 回目と 2 回目の得点の相関関係については、因子ごとの得点および合計得点について正規性があるかどうか確認したところ、正規性がみられたためピアソンの積率相関を用いた。

1 回目と 2 回目の得点において、合計得点間 ($r_s0.840$)、第 2 因子間 ($r_s0.721$)、第 3 因子 ($r_s0.817$) は強い相関があり、第 1 因子間 ($r_s0.679$) 第 4 因子間 ($r_s0.582$)、第 5 因子間 ($r_s0.598$) は中間の相関があり、合計得点および各因子の得点において再現性がみられたと判断した。

6) 妥当性の検証

(1) 外的基準尺度との併存的妥当性の検証 (表 15)

22 項目の尺度全体と外的基準の尺度 (項目 46・47・49・50・51～55 の 9 項目) の評価について欠損値がない標本 (N=569) を対象にピアソンの積率相関を行った。

尺度全体の合計得点と「職種間協働の評価尺度」(項目 46・47) (rs0.544)、「職種間協働アウトカム尺度」(項目 49・50) の得点 (rs0.452) とは、中間の相関がみられ妥当性が支持された。また、尺度全体の合計得点と「協働における役割ストレス尺度」(項目 51～55) の逆転の得点 (rs0.394) とは、弱い相関ではあるが、併存的妥当性が支持されたと判断した。

外的基準の尺度の得点と各因子ごとの得点との相関についてみた。

「職種間協働の評価尺度」の得点は、第 1 因子「支援を受け・教わる」(rs0.608) と最も相関があり、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」(rs0.395)、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.475) とともに弱い相関があったが、第 3 因子「支援し・教える」(rs0.231)、第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」(rs0.126) との相関がなかった。

「職種間協働のアウトカム評価尺度」の得点は、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」(rs0.432)・第 3 因子「支援し・教える」(rs0.390)・第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.311)・第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」(rs0.305) とは 0.305～0.437 の弱い相関があったが、第 1 因子「支援を受け・教わる」(rs0.194) とは相関がなかった。

「協働における役割ストレス評価尺度 (逆転項目)」の得点は、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」(rs0.467) と最も相関があり、第 1 因子「支援し・教える」(rs0.323)・第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」(rs0.333) とは弱い相関があったが、第 3 因子「支援し・教える」(rs0.216)、第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」(rs0.012) とは相関がなかった。

外的基準尺度である「職種間協働の評価」「職種間協働のアウトカム」「協働における役割ストレス」得点間の相関についてみると、「職種間協働の評価」は、「協働における役割ストレス」(rs0.427) とは弱い相関があったが、「職種間協働のアウトカム」(rs0.150) との相関がなく、「職種間協働のアウトカム」と「協働における役割ストレス」(rs0.164) についても相関がなかった。

(2) 構成概念妥当性の検証 (表 16)

研究協力者の基礎情報に欠損のない標本 (N=543) を分析し、尺度全体および因子ごとの平均評価得点との関係を比較した。

① 尺度全体の平均得点と基礎情報との関係

研究協力者の基礎情報と尺度の合計評価得点との関係では、包括の業務数が多いほど ($p < .001$)、IPE (職種間協働教育) を受けた経験のある人 ($p < .001$)、就学中に IPE (職種間協働教育) を受けた経験のある人 ($p < 0.01$)、卒後就労中に IPE (職種間協働教育) を受けた経

験のある人 ($p < 0.01$) の方が合計得点は有意に高かった。

②尺度の各因子の平均評価得点と基礎情報との関係

第 1 因子から第 5 因子までの各因子の平均評価得点と基礎情報の関係について分析した。

i. 第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」

第 1 因子は、直営型の地域包括に所属している人の方が、委託型の地域包括に所属している人より ($p < 0.01$)、保健師の方が、看護師より ($p < 0.01$)、介護支援専門員の資格がない人の方が、介護支援専門員の資格のある人より ($p < 0.01$)、社会福祉士の資格がない人の方が、社会福祉士の資格がある人より ($p < 0.01$)、包括の経験年数が 1 年未満の人の方が、5 年以上 10 年未満より ($p < 0.05$) 10 年以上の人より ($p < 0.05$)、就学中に IPE (職種間協働教育) を受けた経験がある人の方が、ない人より ($p < 0.01$) 合計得点が有意に高かった。

ii. 第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」

第 2 因子は、管理職の人の方が、非管理職より ($p < 0.05$)、主任介護支援専門員の人が、介護支援専門員の資格がない人より ($p < 0.001$)、業務数が多いほど ($p < .0001$)、看護職の経験年数が 25 年以上 30 年未満の人の方が、5 年以上 10 年未満 ($p < 0.05$)、15 年以上 20 年未満の人より ($p < 0.01$)、地域包括の経験年数が 10 年以上の人の方が、1 年未満の人 ($p < 0.001$) および 1 年以上 5 年未満より ($p < 0.001$)、5 年以上 10 年未満の人が、1 年未満の人 ($p < 0.05$) および 1 年以上 5 年未満の人より ($p < 0.01$)、合計得点が有意に高かった。

iii. 第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」

第 3 因子は、50 歳代の人の方が、20 歳代 ($p < .0001$) 30 歳代 ($p < 0.05$) 40 歳代 ($p < 0.05$) より、60 歳代の人の方が、20 歳代 ($p < 0.01$) より、委託型の人の方が、直営型より ($p < 0.05$)、管理職の人の方が、非管理職より ($p < 0.05$)、看護師の方が、保健師より ($p < 0.01$)、主任介護支援専門員の資格がある人の方が、介護支援専門員の資格がある人 ($p < 0.05$) および介護支援専門員の資格がない人より ($p < 0.001$)、業務数が多いほど ($p < .0001$)、得点が有意に高かった。さらに、看護職の経験年数では、35 年以上 40 年未満の人の方が、1 年以上 5 年未満より ($p < 0.05$)、30 年以上 35 年未満の人の方が、1 年以上 5 年未満 ($p < .001$)、5 年以上 10 年未満 ($p < 0.05$)、10 年以上 15 年未満 ($p < 0.05$) より、25 年以上 30 年未満の人の方が、1 年以上 5 年未満 ($p < .001$)、5 年以上 10 年未満 ($p < 0.01$)、10 年以上 15 年未満 ($p < 0.01$) より、15 年以上 20 年未満の人の方が、1 年以上 5 年未満より ($p < 0.05$) 有意に高かった。地域包括の実務経験年数では、10 年以上の人の方が、1 年未満 ($p < 0.01$)、1 年以上 5 年未満 ($p < 0.05$) より、IPE (職種間協働教育) を受けた経験では、ある人の方が、ない人より ($p < .0001$)、卒後就労中に IPE ((職種間協働教育) を受けた経験がある人の方が、ない人より ($p < .0001$) 有意に高かった。

iv. 第4因子「チームとして他職種と統合する」

第4因子は、直営型の人の方が、委託型の人より ($p < 0.01$)、管理職にある人の方が、非管理職の人より ($p < 0.05$)、主任介護支援専門員の資格がある人の方が、介護支援専門員の資格がある人 ($p < 0.01$) および介護支援専門員の資格がない人より ($p < 0.001$)、看護職の経験年数が35年以上40年未満の人の方が、5年以上10年未満の人より ($p < 0.05$) 有意に高かった。さらに、地域包括の実務経験年数が10年以上の人の方が、1年以上5年未満より ($p < 0.01$)、職種間協働の経験がない人の方が、職種間協働の経験がある人より ($p < 0.05$)、IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方が、ない人より ($p < 0.05$) 有意に高かった。

v. 第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」

第5因子は、IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方が、IPE（職種間協働教育）を受けた経験がない人より ($p < .0001$)、就学中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方が、ない人より ($p < 0.05$)、卒後就労中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方が、ない人より ($p < .0001$) 有意に高かった。

③尺度の各因子間における平均得点の比較

尺度の第1因子から第5因子の各因子間の平均評価得点の差について分析した。

第1因子から第5因子の中で平均得点が最も高いのは、第1因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」($M4.01 \pm SD0.61$) で、次いで第2因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」($M3.90 \pm SD0.87$)、第4因子「チームとして他職種と統合する」($M3.87 \pm SD0.61$)、第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」($M3.63 \pm SD0.69$) の順で、第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」($M3.40 \pm SD0.67$) が最も低かった。

④基礎情報と尺度の各因子間における平均評価得点の比較

研究協力者の基礎情報と尺度の各因子の平均評価得点（因子の合計得点÷因子の項目数）について比較した。

i. 性別

男性は、第4因子「チームとして他職種と統合する」($M3.89 \pm SD0.82$) が最も高く、次いで第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」($M3.74 \pm SD0.14$)、第3因子「支援し・教える」($M3.68 \pm SD0.53$)、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」($M3.68 \pm SD0.65$) の順で、第1因子「支援を受け・教わる」($M3.52 \pm SD0.58$) が最も低かった。

女性は、第1因子「支援を受け・教わる」($M4.01 \pm SD0.61$) が最も高く、次いで第4因子「チームとして他職種と統合する」($M3.87 \pm SD0.61$)、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」($M3.74 \pm SD0.14$)、第3因子「支援し・教える」($M3.63 \pm SD0.70$) の順で、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」($M3.39 \pm SD0.67$) が最も低かった。

職種間の相互支援・相互学習においては、男性は、第3因子「支援し・教える」が高いのに対して、女性は、第1因子「支援を受け・教わる」が高いことが特徴的であった。

ii. 年齢

20歳代 ($M4.20 \pm 0.69$)、30歳代 ($M4.09 \pm 0.62$)、40歳代 ($M3.98 \pm 0.66$) は、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高く、第3因子「支援し・教える」が下位にあった (20歳代 : $M5.25 \pm 0.87$ 、30歳 : $M3.54 \pm 0.71$ 、40歳代 : $M3.58 \pm 0.72$)。

50歳代 (3.96 ± 0.53)、70歳代 ($M4.08 \pm 0.12$) は、第1因子「支援を受け・教わる」が2番目、60歳代 ($M3.87 \pm 0.48$) は3番目に高く、50歳代は第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」($M3.9 \pm 0.55$)、60歳代 ($M3.97 \pm 0.67$)、70歳代 : $M4.50 \pm 0.71$) は第4因子「チームとして他職種と統合する」が最も高かった。

20歳代～40歳代の若い人は、第1因子「支援を受け・教わる」が高く、50歳代～70歳代は、第4因子「チームとして他職種と統合する」、第2因子「円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」が高いことが特徴的であった。

iii. 運営型 (直営型・委託型)

平均得点に有意差があるが、直営型 ($M4.12 \pm 0.57$)、委託型 ($M3.97 \pm 0.62$) とともに、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高かった。第3因子「支援し・教える」(直営型 : 3.51 ± 0.69 、委託型 : 3.68 ± 0.69) と第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」(直営型 : $M3.35 \pm 0.67$ 、委託型 : $M3.42 \pm 0.67$) は直営型、委託型ともに下位にあったが、2番目に高い因子は、直営型 ($M3.99 \pm 0.53$) は、第4因子「チームとして他職種と統合する」であるのに対して、委託型 ($M3.90 \pm 0.58$) は、第2因子「円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」であることが特徴的であった。

iv. 管理職は誰がしているか

管理者は、「担当課の管理者」、「施設の管理者」、「3職種のうちのひとり」について分析した。

それぞれの管理者は、第1因子「支援を受け・教わる」(「担当課の管理者」 : $M4.14 \pm 0.57$ 、
「施設の管理者」 : $M3.90 \pm 0.51$ 、
「3職種のうちのひとり」 : $M3.98 \pm 0.62$) が最も高かった。

次いで、「担当課の管理者」と「施設の管理者」は、第4因子「チームとして他職種と統合する」(「担当課の管理者」($M3.98 \pm 0.53$)、
「施設の管理者」($M3.85 \pm 0.62$)) が高いのに対して、「3職種のうちのひとり」は、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」($M3.94 \pm 0.57$) が高いことが特徴的であった。

v. 雇用形態 (常勤・非常勤)

常勤、非常勤ともに、因子の得点の順位は同じで、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高く、次いで第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第4因子「チームとして他職種と統合する」、第3因子「支援し・教える」、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」。

す」の順で、全体の得点と順位は同じであった。

vi. 職位（管理職・非管理職）

管理職にある人は、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」($M4.01 \pm 0.53$) が最も高く、次いで第 4 因子「チームとして他職種と統合する」であるのに対して、非管理職にある人は、第 1 因子「支援を受け・教わる」($M4.02 \pm 0.61$) が最も高く、次いで第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」が特徴的であった。以降は第 3 因子「支援し・教える」、第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」の順で同じであった。

vii. 看護職（保健師・看護師）

有意差はあるが、保健師 ($M4.07 \pm 0.58$)、看護師 ($M3.93 \pm 0.63$) とともに第 1 因子「支援を受け・教わる」が最も高く、次いで、ともに第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」、第 3 因子「支援し・教える」、第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」の順で、全体の得点と順位は同じであった。

viii. 主任介護支援専門員・介護支援専門員の資格の有無

主任介護支援専門員の資格のある人は、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」($M4.10 \pm 0.54$) が最も高く、介護支援専門員の資格については、ある人もない人も、第 1 因子「支援を受け・教わる」（介護支援専門員： $M3.92 \pm 0.64$ 、資格なし： $M4.10 \pm 0.61$ ）が最も高いということが特徴的であった。

次いでは、主任介護支援専門員、介護支援専門員、資格のない人ともに、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第 3 因子「支援し・教える」、第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」の順であった。

ix. 社会福祉士の資格の有無

社会福祉士の資格のある人は、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」($M3.99 \pm 0.64$) が最も高かったが、社会福祉士の資格のない人は、第 1 因子「支援を受け・教わる」($M4.02 \pm 0.60$) が最も高いことが特徴的で、社会福祉士の資格のある人との有意差があった。

x. 看護職の経験年数

看護職の経験年数が 1 年未満および 1 年以上から 25 年未満の人は、第 1 因子「支援を受け・教わる」が最も高いが、30 年以上 35 年未満の人を除く、25 年以上の人は、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」が上位を占めていることに特徴的違いがあった。

いずれの年代も第 3 因子「支援し・教える」と第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」が下位を占めていた。

xi. 地域包括の実務経験年数

地域包括の実務経験が1年未満の人は、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高く、第3因子「支援し・教える」が最も低いに対して、10年以上の実務経験の人は、第4因子「チームとして他職種と統合する」が最も高く、第5因子「看護職の専門性が内蔵することを見出す」が最も低いということが特徴的であった。

xii. 職種間協働の経験

職種間協働の経験のある人も、ない人も、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高く（ある人： $M3.98 \pm 0.62$ 、ない人： $M4.07 \pm 0.57$ ）、次いで、前後するものの、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第4因子「チームとして他職種と統合する」、さらに第3因子「支援し・教える」、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」の順で、特徴的な相違はなかった。

x iii. IPE（職種間協働教育）を受けた経験の有無

就学中および卒後就労中にIPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人も、ない人も、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高く、次いで、前後するが、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第4因子「チームとして他職種と統合する」、第3因子「支援し・教える」の順で、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」が最も低く、大きな相違はなかった。

4. 因子分析から生成された『職種間協働のプロセス評価尺度』と概念モデルとの比較から新たな『包括的ケアマネジメント評価尺度』の生成

1) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の生成

尺度生成において、項目分析、因子分析から22項目が採用され、不適切な2項目を除く21項目が除外された。項目分析、因子分析においては、分析対象の標本数等によって生成された因子が異なったが、より多くの標本で分析するため、最終的に尺度項目に欠損のない578標本について分析した結果、22項目が採択された。

本研究は、概念モデル（図1）に基づいて尺度の生成を試みている。その概念モデルにおいて、地域包括の看護職の職種間協働のプロセスは、「〈寄り合い・共有〉し、〈一致団結〉する〔職種間の統合〕に始まり、《専門性を活かした相互支援》を通じた《教え合い》や《主体的な他職種領域の学習》をする〔職種間の専門性の融合〕に循環する過程を展開し、看護職の役割は、〔職種間専門性の融合〕によって〈割り当てられた役割〉から〈役割の機能拡大〉し、〈専門的機能を（の）内蔵〉する【包括的役割への変容】を辿る。その職種間協働の過程において看護職は、〈職種間のヒエラルキーの表出を抑制する調節〉をし〈円滑にコミュニケーションが循環する調整〉を図る〔円滑な職種間協働のための調整〕を意識的に行う一方で、〈専門性の士気の高揚〉から〈専門性の意識の埋没〉という対極する〔専門性の意識の満ち

欠け」が生じている。」⁵¹⁾と理論づけている。さらに、本研究では、地域包括の看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシーを「地域包括の看護職が社会福祉士、主任介護支援専門員と専門領域を超えたチームを形成し、個と地域全体の統合した問題の解決を目指し、地域包括ケアシステムを形成・発展させるケアマネジメントのプロセスにおける役割拡大した個人の姿勢・行動・認識の潜在的特性」と定義づけし、概念モデルの概念を導いた具体例からアイテムプールを作成し、既存尺度との照合から、不足項目を追加、予備調査を経て本調査によって尺度を生成している。そのことから、概念モデルのどの概念（カテゴリ）からどのような尺度が生成されたのか、概念モデルと生成された尺度を照合してみた（図2）。

寄与率が一番高い主要因子となる第4因子「チームとして他職種と統合する」は、〈寄り合い〉〈職種間の役割の取り決め〉〈一致団結〉の「職種間の統合」に相当する。第1因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」と第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」は、《専門性を活かした相互支援》を通した《教え合い》の「職種間の専門性の融合」に相当する。さらに、第2因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」は、〈円滑にコミュニケーションが循環する調節〉〈ポジティブな職場の雰囲気づくりの調整〉の「円滑な職種間協働を図るための調整」に相当し、第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」は、〈専門的機能が（の）内蔵〉する「専門性の意識の満ち欠け」のカテゴリ・概念に相当する。

概念モデルにおいて尺度の因子として生成されなかったカテゴリは、【包括的役割への変容】であった。【包括的役割への変容】とは、地域包括の看護職が、介護予防支援や医療・看護という本来の〈割り当てられた役割〉から社会福祉士の権利擁護、高齢者虐待対応、主任ケアマネのケアマネ支援からネットワークづくりまでの〈役割の機能拡大〉をし、他職種と同様に担う包括的なケアマネジメント職になる過程である⁵¹⁾。

これは、項目分析、因子分析により除外された地域包括の職種間協働のコンピテンシーの軸の因子に含まれなかった【包括的役割への変容】は、地域包括の看護職の職種間協働のプロセスの概念モデルのコア・カテゴリであり、看護職の帰属意識が揺ぎ、自分の立ち位置に迷いや不安を感じた時に見てほしい職種間協働のアウトカムとしての「包括的ケアマネジメント」のカテゴリである。

項目18「私は、地域の高齢者の生活重視の医療・保健・福祉のいろんな視点を持っている。」、項目27「私は、他職種が本来受ける相談にも応じ、さまざまな業務をオールマイティにやっている。」は、【包括的役割に（への）変容】している姿勢・行動・認識（コンピテンシー）である。そのことにより、項目17「私は、相談者・本人・家族を調整する「ひとりひとりのケアマネジメント」を通して地域の高齢者の課題を見出している。」という個と地域全体の統合した問題の解決を目指す地域包括のケアマネジメントの視点に立つことができる。しかしながら、地域包括のケアマネジメントは、【試行錯誤する正解のないケアマネジメント】で、項目20のような「私は、相談者・本人・家族の調整するケアマネジメントとは『これでいいのか』という問いが付きまとうものだと思う。」ものであり、その不安や迷いが付き纏うからこそ、他職種と協働して取り組んでいく姿勢・行動・認識（コンピテンシー）が必要とされる。

そして、地域包括の職種間協働のアウトカムとして、項目 21「私は、地域のネットワークづくりについて包括の他職種と話し合っている。」、項目 22「私は、包括の他職種と新しい地域づくりのアイデアを出し合い、新たなものを作り出そうとしている。」の地域全体に対する包括的ケアマネジメントの姿勢・行動・認識（コンピテンシー）に発展すると考える。

これら項目 17・18・20・21・22・27 の 6 項目は、概念モデルから因子分析で生成されなかった【包括的役割への変容】と〔試行錯誤する帰結のないケアマネジメント業務への定住〕のカテゴリ・概念から採用された尺度項目案である。

この意味内容が類似する 6 項目について、Cronbach α 係数を算出したところ、0.731 であったため、因子分析からの生成尺度とは別のもうひとつの新たな尺度として生成することにした。

項目分析、因子分析によって生成された 5 因子 22 項目の尺度については、地域包括看護職の職種間協働のプロセスにおけるコンピテンシーを自己評価することから、『職種間協働のプロセス評価尺度』と命名し、概念モデルの概念（カテゴリ）から採用された 6 項目から構成される、地域包括の看護職の包括的ケアマネジメントのコンピテンシーを評価する尺度については、『包括的ケアマネジメント評価尺度』と命名した。

CCIN 尺度の因子パターンおよび Cronbach α 係数については（表 17）に示す。

2) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性の検証

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の Cronbach α 係数（表 17）は 0.731 あり、尺度の内的整合性は支持された。再現性について再テスト分析対象者 26 名について 1 回目と 2 回目の合計得点の相関について Pearson の積率相関分析（表 18）をしたところ、相関係数が 0.796 の強い相関がみられ、1 回目と 2 回目の合計得点の平均値および標準偏差の差を比較（表 19）したところ、それらの平均値に差はなく、標準偏差も 2 回目の方が 1 回目よりも 1.05 点高いものの大きな差はみられず、『包括的ケアマネジメント評価尺度』において再現性は支持された。

3) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性の検証

(1) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の基礎情報との構成概念妥当性の検証（表 16）

基礎情報と『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価平均得点についての関係をみた。

管理職にある人の方が、非管理職より（ $p<0.01$ ）、主任介護支援専門員の資格がある人の方が、介護支援専門員の資格がない人（ $p<0.001$ ）より、業務数が多いほど（ $p<.0001$ ）有意に得点が高かった。また、地域包括の実務年数が 1 年以上 5 年未満の人の方が、1 年未満より（ $p<0.01$ ）、5 年以上 10 年未満の人の方が、1 年未満より（ $p<0.001$ ）、10 年以上の人の方が、1 年以上 5 年未満より（ $p<0.01$ ）、1 年未満より（ $p<.0001$ ）有意に高かった。さらに、IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方が、ない人より（ $p<0.001$ ）、卒後就労中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人の方が、卒後就労中に IPE（職種間協働

教育)を受けた経験のない人より ($p<0.01$) 有意に得点が高かった。

(2) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の外的基準尺度との妥当性の検証 (表 20)

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の合計評価得点と外的基準の尺度「職種間協働の評価尺度 (項目 46・47)」「職種間協働のアウトカム尺度 (項目 49・50)」「協働における役割ストレス尺度 (項目 50・51・52・53・55)」の評価得点との相関についてみた。

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の合計評価得点と、「職種間協働の評価尺度 (項目 46・47)」($rs0.261$)、「協働における役割ストレス尺度 (項目 50・51・52・53・55)」($rs0.273$) の評価得点に相関は見られなかったが、包括的ケアマネジメントの尺度の内容に類似する「職種間協働のアウトカム尺度」:(項目 49「私は、地域の新たな資源の開発に貢献している。」・項目 50「私は、地域の機関や住民とのネットワークづくりに貢献している。」)とは、中間の相関 ($rs0.569$) があり、妥当性が支持された。

(3) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』と『職種間協働のプロセス評価尺度』との相関からみた妥当性 (表 21)

地域包括看護職の職種間協働のプロセスの概念モデルは、【包括的役割に (への) 変容】し、地域包括ケアシステムの構築の創設というケアマネジメントのアウトカムを導くプロセスを示すものである。そのため、『包括的ケアマネジメント評価尺度』が、『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価に相関があるか、Pearson の積率相関分析を用いて分析した。

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価得点と『職種間協働のプロセス評価尺度』全体の評価得点には、中間の相関 ($r0.614$) があつた。

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の合計評価得点は、『職種間協働のプロセス評価尺度』の第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」($r0.630$)、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」($r0.504$) の評価得点とは、中間の相関にあり、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」($r0.440$)、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」($r0.347$) については、弱い相関があつた。しかし、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」($r0.285$) との相関はみられなかった。

『職種間協働のプロセス評価尺度』の各因子 (寄与率含む) と『包括的ケアマネジメント評価尺度』との相関図 (図 3)、『職種間協働のプロセス評価尺度』および『包括的ケアマネジメント評価尺度』と外的基準尺度との相関図 (図 4) について示す。

考 察

1. 調査協力者の基礎情報の特徴

研究協力者の平均年齢は、45.8 ($\pm SD10.0$) 歳、看護職の経験年数は、平均 18.3 ($\pm SD9.9$)

年で、包括に来るまでに、医療機関、行政機関、在宅サービス事業所などで、多様な経験を積んだベテラン層が占めていた。さらに、看護だけでなく、主任介護支援専門員・介護支援専門員、社会福祉士などの資格を兼ね備え、複数の業務を担当する役割を担うことが可能な人達とも言える。IPE（職種間協働教育）を受けた経験は、約 21.2%の人が就学中に受け、58.7%の人が卒後の就労中に受けている程度で、調査協力者の 41.0%の人は、IPE（職種間協働教育）を受けていない状況にあった。

運営型は、直営型が 27.3%、委託型が 72.7%、看護職は、保健師が 55.0%、看護師が 45.0%であった。平成 28 年の厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査（4,873 か所）では、直営型 25.6%、委託型 74.4%、看護職の保健師 0.8 人（57%）、看護師 0.6 人（43%）であり、本研究の研究協力者は、厚生労働省の調査に比べて、2%程度だが、直営型、保健師の割合が高い標本集団であった。

運営型別に看護職の職種別の構成からみると、委託型看護師 246 人（42.6%）、委託型保健師 175 人（30.3%）の委託型看護職が 7 割強、直営型保健師 143 人（24.7%）と直営型看護師 14 人（2.4%）の直営型看護職が 3 割弱の構成となっており、地域包括の運営は、直営型よりも委託型に偏在している特徴が本研究にも同様に表れていると言える。

2. CCIN 尺度の信頼性・妥当性

1) 『職種間協働のプロセス評価尺度』および『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性

(1) 『職種間協働のプロセス評価尺度』の信頼性

① 『職種間協働のプロセス評価尺度』の Cronbach α 係数

『職種間協働のプロセス評価尺度』全体の Cronbach α 係数は 0.876 で、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」、第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」、第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」の Cronbach α 係数は 0.738~0.827 であったが、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」は 0.624 と低かった。

Cronbach α 係数は、尺度に含まれる項目数と項目間の相関の強さに影響を受ける⁷²⁾。

第 5 因子の項目 44・45・46 において、項目 44「私には、看護専門職であるという帰属意識（アイデンティティ）がある。」は、項目 43「私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている」（ $r=0.385$ ）と項目 45「私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる」（ $r=0.391$ ）とは、弱い相関があるが、項目 43 と項目 45（ $r=0.222$ ）には相関がなかった。

項目 45「私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる」は、過去の看護職としての経験から培った知識・技能を他職種のために活かされることによって、「潜在的」にある専門性の帰属意識を自覚す

ることだが、項目 43「私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている」は、日進月歩する新たな医療の知識・技能を意識的に取り込もうとする能動的な「表在的な」帰属意識である。項目 45 と項目 43 は、専門性の帰属意識が浮上し自覚したり、埋没する拮抗した項目である。地域包括の看護職の専門性の意識は、職種間協働において、「専門性の意識が（の）満ち欠け」する構造で、第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」は、そのアンビバレンスな性質を表しており、それがゆえに、因子の内的整合性を低める結果となっている。そのため、今後、より整合性のある因子にしてゆくことが課題である。

②『職種間協働のプロセス評価尺度』の再現性

再現性は、1 回目の評価得点と 2 回目の評価得点の分析の結果、平均点および標準偏差に大きな差が見られなかった。また、ピアソンの積率相関分析の結果では、尺度全体 ($r_s0.84$) で強い相関が見られ、各因子 ($r_s0.582\sim0.721$) は、中間から強い相関があり、再現性があったと考える。しかし、再テストの標本数が 26 名と少なく、信頼性の高い再現性を得たと言いはし難い。同じ研究協働者に同じ内容の調査票を再送してもらうことの協力を得ることは困難であるが、今後、より多くの研究協力者について再テストの調査を行い、再現性を確認することが課題である。

(2)『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性 (Cronbach α 係数および再現性)

『包括的ケアマネジメント評価尺度』は、項目分析、因子分析からは生成されなかった概念モデルの【包括的役割への変容】と「試行錯誤する帰結のないケアマネジメント業務への定住」の 2 つのカテゴリから採用された 6 項目によって作成した尺度である。

尺度全体の Cronbach α 係数は 0.731 で、1 回目・2 回目の再テスト間に強い相関 ($r0.796$) がみられた。このことから本尺度は、内的整合性、再現性が支持された尺度であると考えられる。しかしながら、再現性については、『職種間協働のプロセス評価尺度』と同様に、より多くの研究協力者について再テストの調査を行い、信頼性を確認することが課題である。

2)『職種間協働のプロセス評価尺度』および『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性

(1)『職種間協働のプロセス評価尺度』の妥当性

①『職種間協働のプロセス評価尺度』と概念モデルとの構成概念妥当性

本研究の成果として、「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」「チームとして他職種と統合する」「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の 5 因子・22 項目の職種間協働のプロセスのコンピテンシー自己評価尺度が生成された。

各因子の寄与率は、第 1 因子「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わ

る」16.49%、第2因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」16.25%、第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」15.25%、第4因子「チームとして他職種と統合する」17.92%、第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」11.50%であった。

第4因子「チームとして他職種と統合する」の寄与率が最も高く、次いで、第1因子「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」、第2因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」、第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」、第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の順であった。

第4因子「チームとして他職種と統合する」は、概念モデルの〈寄り合い・共有〉〈職種間の役割決め〉〈一致団結〉を概念とするカテゴリ〔職種間の統合〕を表す『職種間協働のプロセス尺度』の主要因子である「協働性」を表す因子である。また、第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の寄与率は11.50%で、5つの因子の中で最も寄与率が低く、専門領域を超えた職種間協働にあっては、「専門性の意識が（の）満ち欠け」し、常時表出されない、概念モデルの〈専門的機能の内蔵〉に一致する職種間協働の中の「専門性」を表す因子であると言える。

第1因子「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」は、本調査版の下位尺度の【他職種とチームを形成する】の項目5・8・9・13と、【他職種とケアマネジメントを遂行する】の項目16、【他職種にパートナーとしての意識を持つ】の項目31から構成されていた。第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」は、本調査版の下位尺度の【他職種とチームを形成する】の項目6・10・11・12と、【協働の中で本来の役割から包括的役割をとる】の項目25から構成されていた。これら第1因子「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」と第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」は、職種間の相互支援・相互学習を意味し、概念モデルの《専門性を活かした相互支援》《相互学習（教え合い）》を概念としたカテゴリ〔職種間の専門性の融合〕に相当している。

第2因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」は、【他職種とチームを形成する】の項目14と【他職種にパートナーとしての意識を持つ】の項目28・29・30から構成されており、概念モデルの〈円滑にコミュニケーションが循環する調節〉〈ポジティブな職場の雰囲気づくりの調整〉を概念とするカテゴリ〔円滑な職種間協働のための調整〕に相当している。

第4因子「チームとして他職種と統合する」は、第1因子「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」(rs0.480)、第2因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」(rs0.475)、第3因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」(rs0.390)と相関することから、地域包括の看護職の職種間協働は、「職種間の統合」による協働と、《専門性を活かした相互支援》《相互学習（教え合い）》を〈他職種との伴走態勢〉で行う〔職種間の融合〕協働についてコミュニケーションをとりながら、そのプロセスを辿るという概念モデルに沿う因子が生成されたと言える。

因子分析から生成された『職種間協働のプロセス評価尺度』は、本調査版の【他職種とチ

ームを形成する】【協働の中で看護専門性と帰属意識を見出す】【職種とケアマネジメントを遂行する】【他職種にパートナーとしての意識を持つ】【協働の中で本来の役割から包括的役割をとる】の 5 つの下位尺度から採択され、第 1 因子から第 5 因子までの累積寄与率は、77.4%を占めていた。残りの 22.6%が他の因子が関係していると考え、職種間協働は、捉えきれない無数の要因から構成される複合的な概念であると言えるが、概ねの職種間協働のプロセスを説明する因子から構成された尺度が生成されたと言える。

しかし、因子分析により生成された『職種間協働のプロセス評価尺度』には、概念モデルのコア・カテゴリである【包括的役割（への変容）】に一致する因子が含まれず、その概念（カテゴリ）由来の項目の採用から、新たな『包括的ケアマネジメント評価尺度』として生成した。『包括的ケアマネジメント』は、『職種間協働のプロセス』のアウトカムであり、次元の異なる、職種間協働の既存尺度にはない、地域包括支援センター独自のケアマネジメントを担う看護職のコンピテンシーを評価する尺度である。

概念モデルにおいて、職種間の関係性の概念である〈職種を超えたこだわりのない感覚〉や〈ヒエラルキーの表出を抑制する調節〉は、採択された尺度項目には表れなかったが、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」の中に、項目 31「私は、包括の他職種を信頼し、尊重している。」という職種間のヒエラルキーのない関係性を表す項目として補完されており、職種のこだわりや職種間のヒエラルキー（階級制）が存在しないからこそ、「支援を受け・教わる」「支援し・教える」相互支援・相互学習が行われ、他職種も看護職の同志である『包括的ケアマネジメント』職となることが含意されている。

②『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価得点と基礎情報との関係の比較による構成概念妥当性

『職種間協働のプロセス評価尺度』の 22 項目の合計評価得点と基礎情報の関係においては、包括の業務数が多いほど、得点が有意に高く、IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人の方が、得点が有意に高かった。

業務数が増えることは、他職種と業務が重複し、相互支援、相互学習の成果として包括的ケアマネジメントのコンピテンシーが上がることを意味している。

『職種間協働のプロセス評価』と『包括的ケアマネジメント評価』は、業務数との関係に有意性がみられた。また、『職種間協働のプロセス評価』と、『包括的ケアマネジメント評価』に相関性があることから、職種間協働のプロセスは、役割拡大し、包括的ケアマネジメントをする人に変容するという概念モデルと一致していると言える。

IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人ほど、『職種間協働のプロセス評価』が高かった。本研究では、研究協力者に対して、受けた IPE（職種間協働教育）の内容に尋ねていないため、教育内容の詳細は明らかではないが、学生時代や OJT、Off-JT で受けた IPE（職種間協働教育）が、その後の職種間協働の実際に活かされ、職種間協働のコンピテンシーの獲得に教育的効果があることが、本研究で開発された尺度を使った測定から得ることが出来たのではないかと考える。

③『職種間協働のプロセス評価尺度』の 5 因子の評価得点と基礎情報との関係の比較による構成概念妥当性

i. 第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」

第 1 因子は、直営型の方が委託型より、保健師の方が看護師より、介護支援専門員の資格がない人の方が資格のある人より、社会福祉士の資格のない人の方が有資格者より、地域包括の経験年数が 5 年以上の人の方が 1 年未満の人より、得点が有意に高かった。

直営型の保健師は、委託型看護職に比べて、地域包括の設置主体である市町村としての高齢者虐待や権利擁護に対して対応の判断責任がより求められる。

高崎ら⁷³⁾は、地域包括の権利擁護に関する活動において、高齢者虐待への対応は、直営型の方が委託型より、保健師の方が看護師より有意に高いことを示唆している。高齢者虐待の対応に市町村の立場で責任を担う直営型の保健師は、社会福祉士や主任介護支援専門員との連携・協働態勢によって問題解決することが求められることから、委託型の看護職に比べて、他職種と連携しようとする第 1 因子「支援を受け・教わる」が有意に高くなると考えられる。

また、介護支援専門員資格のない人、社会福祉士の資格のない人、地域包括の実務年数 1 年未満の人は、日々のリアルタイムの相談援助の対応に、自分の知識・技能を補完するために、少人数態勢の地域包括では、経験を積んだ他職種がスーパーバイザーになる。加えて、看護職は、主担当の介護予防業務以外の業務が多くなれば、社会福祉士、主任介護支援専門員の持っている知識・技能について学ばなければならない状況から妥当な結果であると言える。

ii. 第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」

第 2 因子は、管理職にある人の方が非管理職より、主任介護支援専門員の資格のある人の方が介護支援専門員の資格のない人より、業務数が多いほど、看護職の経験年数が 25 年以上 30 年未満の人の方が 5 年以 10 年未満、15 年以上 20 年未満より、地域包括の実務年数が 5 年以上の人の方が 5 年未満より、得点が有意に高かった。

俵⁷⁴⁾は、地域包括の個別支援に関する連携活動評価の平均値が 3 職種の中で主任介護支援専門員が最も高いことを示している。管理職、主任介護支援専門員の資格のある人は、地域包括のケアマネジメントの責任を担う立場にある。また、看護職の経験年数や地域包括の実務年数が多いほど、業務数をこなす『包括的ケアマネジメント』のコンピテンシーが高まり、第 5 因子の「支援し・教える」が高くなることから、職種間協働を円滑に進めるためのコミュニケーションの意識が高まることが想定され、妥当な結果であると言える。

iii. 第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」

第 3 因子は、年齢が 60 歳代の人の方が 20 歳代より、50 歳代の人の方が、20～40 歳代より有意に得点が高かった。また、管理職にある人の方が非管理職より、看護師の方が保健師より、主任介護支援専門員の資格のある人の方が介護支援専門員の資格のある人や資格のない人より、業務数が多いほど、看護職の経験年数が多いほど、地域包括の実務年数が 10 年以上の人の方が 10 年未満の人より、IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人や卒後就労

中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人の方がいない人より、得点が有意に高かった。

年齢が高いほど、看護職の経験や地域包括の実務経験を積むほど、『包括的ケアマネジメント』のコンピテンシーが高まり、第 3 因子「支援し・教える」が高まる。また、管理職や主任介護支援専門員は、地域包括の 3 職種メンバーを「支援し・教える」立場にある人達であるため、得点が有意に高いことは妥当な結果である。

地域包括には、保健師と看護師の看護職がいるが、医療・健康の知識・技能については、地域の健康問題に取り組む保健師より、医療の臨床現場の経験を積んだ看護師の方が、その知識、技能が求められると考えられる。このことは、地域包括の高齢者虐待において、医療・看護に問題のある虐待事例の連携で、社会福祉士、主任介護支援専門員が事例解決の中心になる場合、連携する職種は看護師の方が保健師より有意に高いという高崎らの研究⁷³⁾からも裏付けられる。

また、IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人、卒後就労中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人の方が、評価が高いことは、職場の実務において、医療・健康の知識・技能を教えることが差し迫った状況があり、より必要度の認識が高まるからであると考えられる。

第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」は、業務数が多い方が有意に関係していたが、第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」と業務数とは有意な関係がなかった。業務数が多くなる状況は、包括的役割をとるケアマネジメントに携わる状況と同じと捉えられる。【包括的役割へ（の）変容】するまでは、「支援を受け・教わる」必要度高くなるが、「包括的役割」に達した状況においては、「支援し・教える」状況が優位になり、人によっては、「支援を受け・教わる」必要度の減弱が出るからと考えられると妥当な結果である。

iv. 第 4 因子「チームとして他職種と統合する」

第 4 因子は、直営型の方が委託型より、管理職にある人の方が非管理職より、主任介護支援専門員の資格のある人の方が、介護支援専門員の資格のある人および介護支援専門員の資格のない人より、看護職の経験年数が、35 年以上 40 年未満の方が 5 年以上 10 年未満より、地域包括の実務年数が 10 年以上の人の方が 1 年以上 5 年未満より、職種間協働の経験のない人の方がいる人より、IPE を受けた経験のある人の方がいない人より、得点が有意に高かった。

地域包括の委託型は、直営型より少人数態勢である。直営型は、高齢者の健康・福祉・介護の担当課の組織体制の中に属し、ミーティングやカンファレンスによる統制重視のアップダウンの組織構造にあるため、直営型の人の方が、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」評価が高いと考えられる。また、俵⁷⁴⁾の地域包括の個別支援に関する連携活動評価の平均値が 3 職種の中で主任介護支援専門員が最も高いことを示唆している。主任介護支援専門員の資格のある人の方が、介護支援専門員の資格のある人および介護支援専門員の資格のない人より、有意に高いことは、主任介護支援専門員は他職種と統合するコンピテンシーが高いということを裏付けている。

管理職にある人、看護職の経験年数や地域包括の実務年数が多い人、IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人が、有意に高いことは、情報や目標を共有し、チームとして動く必要性をより認識している人達であることから、妥当な結果であると言える。

IPE（職種間協働）の経験がない人の方が、ある人よりも評価が有意に高いという結果があった。概念モデルにおいて、地域包括の看護職の職種間協働は、〈寄り合い・共有〉し、〈一致団結〉する〔職種間の統合〕⁵¹⁾である第4因子の「チームとして他職種と統合する」に始まる。地域包括に来るまでに IPE（職種間協働）を経験していない人は、はじめての職種間協働の体験に対して、協働のプロセスの始まりの「チームとして他職種と統合する」ことに意識的に取り組むため得点が高くなり、職種間協働の経験のある人は、〔他職種との統合〕から取り組まなくとも、既に、職種間協働がとれる人達であることから、その意識は経験のない人より低い結果となることは妥当な結果である。

v. 第5因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」

第5因子は、就学中・卒後就労中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方が、ない人より、得点が有意に高かった。

IPE（職種間協働教育）を受けた経験がない人は、職種間協働のコンピテンシーの獲得がないうまま、看護職の専門性を発揮しようとする姿勢を持ち、他職種と対立する可能性がある。これに対して、IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人は、受けた教育効果によって、職種間協働を円滑に運び、協働性と専門性の折り合いをとるコンピテンシーを備え持つことから、「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」専門性の帰属意識の内的自覚が高くなるためであると考えられる。このことから IPE（職種間協働教育）を受けた人は、専門職種間協働がとれるだけでなく、協働態勢の中にあっても、自分の専門性の帰属意識の内在的自覚を埋没させながらも、必要に応じて活性化させ、「折り合い」の調節ができるコンピテンシー（認識・行動・姿勢）を装備している人達でもあることが想定される。IPE（職種間協働教育）は、協働だけでなく、協働における専門性の帰属意識の保守を身に着ける効果もあり、協働性と専門性の相克を起こさない「折り合い」の教育でもあると解釈される。

④仮説の検証による『職種間協働のプロセス評価尺度』の構成概念妥当性

本研究においては、構成概念妥当性の検証には、次の仮説があった。

- i. 保健師の方が、看護師より職種との連携活動評価得点が高い。（金:2012）⁹⁾
- ii. IPE（職種間協働の教育）を受けた看護職の方が、受けていない看護職より職種間協働のコンピテンシー評価得点が高い。
- iii. 地域包括の経験年数が長い看護職の方が、職種間協働のコンピテンシー自己評価得点が高い。
- iv. 就学中に IPE を受けた経験より卒後就労中に IPE を受けた経験の方がコンピテンシー自己評価点に影響を与える。（山本ら：2014）³⁸⁾
- v. 直営型の保健師の方が、委託型の看護職より【協働の中で看護専門性と帰属意識を見出

す】コンピテンシーの自己評価得点が高いである。

金⁹⁾は、地域包括の看護職について「看護師より保健師の方が、職種との連携活動評価が高い」と示唆している。本研究では、『職種間協働のプロセス評価尺度』の第1因子「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」は、保健師の方が、看護師より有意に高かった。直営型に所属する多くの看護職は保健師である。直営型の高齢者虐待や権利擁護の対応は、市町村としての判断責任があることから、そこに所属する保健師は、社会福祉士や主任介護支援専門員と連携した対応が求められ、看護師より第1因子「支援を受け・教わる」の得点が有意に高いことが考えられる。さらに、第1因子の「支援を受け・教わる」という姿勢・行動は、自らが他職種に対して連携してゆくことであり、「支援を受け・教わる」と連携は、同じ意味をなすと解釈され、保健師の方が、看護師より他職種との連携評価が高いという金の示唆と一致すると考える。

地域包括の実務経験年数は、『職種間協働のプロセス評価尺度』の合計評価得点に有意差はみられなかったが、『包括的役割ケアマネジメント評価尺度』の評価得点においては、明らかに有意差がみられた。第1因子「支援を受け・教わる」は、1年未満の経験の少ない人の方が有意に高く、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第3因子「支援し・教える」、第4因子「チームとして他職種と統合する」は、地域包括の実務経験年数が多い人の方が有意に高い傾向にあった。そのため、地域包括の実務経験を積み重ねることは、『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価得点が必ずしも高くなるというものではなく、職種間協働のプロセスの各因子の評価をみる必要がある。地域包括の職種間協働のプロセスは、「包括的役割」をとる包括的ケアマネジメントをする人へのデベロップメント（図5）であり、むしろ、職種間協働のアウトカムとしての『包括的ケアマネジメント評価』は、地域包括の実務年数が長く熟練した看護職の方が、有意に高くなるということは妥当であると考ええる。

IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある看護職の方が、IPE（職種間協働教育）を受けていない看護職より評価得点が有意に高いということについては、『職種間協働のプロセス評価』、『包括的ケアマネジメント評価』ともに、IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方に有意差がみられたことから、仮説は肯定されると言える。

山本³⁸⁾は、就学中にIPE（職種間協働教育）を受けた経験は、職種間協働のコンピテンシー自己評価に影響を与えないが、卒後にIPE（職種間協働教育）を受けた経験は、若干影響を与えていると述べている。しかし、本研究においては、就学中、卒後のいずれもIPE（職種間協働教育）を受けた経験と職種間協働のコンピテンシー自己評価得点とに相関があるという結果であった。山本らの開発した職種間協働のコンピテンシー評価尺度は、病院の多職種を対象としている。Linda Rら⁷⁵⁾は、医学生と看護学生のIPE（職種間協働教育）を受けた前後の比較において、看護学生の方が、医学生より、協働の態度が有意に高いことを示唆している。そのことから、IPE（職種間協働教育）を受けた経験の教育効果は、その専門職によって格差があり、看護職は、受けた教育を職種間協働の実践に忠実に活かす特性の職種であるからではないかと考える。

直営型保健師の方が、看護師より【協働の中で看護専門性と帰属意識を見出す】という仮

説については、第 5 因子「専門性が内蔵することを見出す」の得点に、看護職種間の有意差はみられなかった。第 5 因子に有意差が見られた基礎情報は、IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人であった。IPE（職種間協働教育）をうけた経験は、職種間協働と専門性の帰属意識の折り合いを調節し、協働の中での看護専門性の帰属意識を見出す内的自覚は、直営型、委託型の運営型や保健師、看護師の職種において変わらないものであると解釈される。

⑤基礎情報における『職種間協働のプロセス評価尺度』の因子間の評価得点の比較からの妥当性

第 1 因子から第 5 因子で平均得点が最も高い因子は、第 1 因子「支援を受け・教わる」で、次いで第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」、第 3 因子「支援し・教える」、第 5 因子「専門性を内蔵することを見出す」の順であった。このことから、地域包括の看護職の職種間協働は、「支援し・教える」「専門性の帰属意識を見出す」ことの専門性より、「支援を受け・教わる」「円滑に循環するコミュニケーション」「他職種と統合する」ことの協働性を優位に捉えるという職種間協働の中に専門性の帰属意識が満ち欠ける「協働性」と「専門性」の関係を説明する概念モデルに一致し、妥当性のある結果であると考えられる。

i. 性別

男性は、第 3 因子「支援し・教える」が高いのに対して、女性は、第 1 因子「支援を受け・教わる」が高いという特徴がみられ、職種間協働に対する姿勢に性差による相違があると考えられる。

ii. 運営型

直営型は、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」の統制重視に対して、委託型は、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」のコミュニケーション重視の相違があった。

直営型は、高齢者の介護、福祉の担当課の組織体制に組み込まれた組織構造にあるが、委託型は、3 職種態勢の地域包括が多いことから、3 職種の職種間の関係性を維持するコミュニケーション重視にあると考えられる。

iii. 管理者

地域包括の管理者が「担当課の管理者」「施設の管理者」の場合は、第 4 因子「チームとして他職種と統合する」統制重視に対して、「3 職種のうちのひとり」が管理者の場合は、第 2 因子「円滑に循環するコミュニケーション」のコミュニケーション重視にある。このことは、運営型でみると、統制重視の直営型の管理者は「担当課の管理者」が多く、コミュニケーション重視の委託型の管理者は、「3 職種のうちのひとり」が多いことが影響しているからであると考えられる。

iv. 社会福祉士、主任介護支援専門員等の資格の有無

社会福祉士の資格のない人、主任介護支援専門員の資格のない人の場合は、第1因子「支援を受け・教わる」の得点が最も高いのに対して、主任介護支援専門員の資格のある人は、第4因子「チームとして他職種と統合する」、社会福祉士の資格のある人は、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」が最も高かった。主任介護支援専門員や社会福祉士の資格のある人は、相談援助技術や権利擁護の対応の知識・技能が備わっていることから、第1因子の「支援を受け・教わる」ことの必要度が低く、チームの統制重視、コミュニケーション重視がある人達だからであると考ええる。

v. 看護職の経験年数

看護職の経験年数が25年未満の人は、第1因子「支援を受け・教わる」が最も高いが、30年以上35年未満の人を除いて、看護職の経験年数が25年以上の人は、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第4因子「チームとして他職種と統合する」が上位を占めていた。看護職の経験年数の低い人は、「支援を受け・教わる」レベルにあり、看護職の経験年数のある人は、熟練のプライドがあり、「支援し・教える」姿勢や、職種間の統制重視、関係性重視の傾向にあるためであると考ええる。

vi. 地域包括の実務経験年数

地域包括の実務経験年数が1年未満の人は、第3因子「支援し・教える」が最も低いのに対して、10年以上の人は、第4因子「チームとして他職種と統合する」が最も高く、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」が最も低いということが特徴的であった。地域包括の実務経験1年未満の初心者は、介護予防ケアプランの作成方法や地域包括でのケアマネジメントの対応について、相談し支援を受けなければ、業務を遂行することが出来ない。そのため、第1因子の「支援を受け・教わる」評価得点が高いが、地域包括の実務年数が10年以上を経過すると、包括的ケアマネジメントのコンピテンシーが高まり、「支援を受け・教わる」ことの必要度が低くなる人もあり、第4因子「チームとして他職種と統合する」評価が高くなることは前述と同様である。

⑥『職種間協働のプロセス評価尺度』の外的基準尺度との併存的妥当性

『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価合計得点は、外的基準の「職種間協働の評価尺度」の2項目（項目46～47）の合計点（相関係数0.54）とは中間の相関があり、「職種間協働のアウトカム」の2項目（項目49～50）の合計点（相関係数0.45）、「協働における役割ストレス」の5項目（項目51～55）の合計点（相関係数0.39）とは、弱い相関があり、いずれの外的基準尺度とも妥当性が支持されたと考える。

外的基準尺度「職種間協働の評価」は、「協働における役割ストレス」（rs0.427）とは弱い相関があったが、「職種間協働のアウトカム」（rs0.150）とは相関がなく、「職種間協働のアウトカム」は、「協働における役割ストレス」（rs0.160）とも相関がなかった。このことは、「職種間協働の評価」である職種間協働の「協働することの満足・協働することの価値」は、「協働における役割ストレス」の「他職種との認識の不全感・職能を発揮できない不

全感・役割過剰（逆転）」とは相関するが、「職種間協働のアウトカム」の「ネットワークづくり・資源の開発への貢献」とは相関しないことを意味する。

つまり、職種間協働が上手く行っているという主観的評価があっても、必ずしもそのアウトカムである包括的ケアマネジメントが上手く行えているとは限らず、包括的ケアマネジメントの評価が高くて、職種間協働の主観的評価が良いとは限らないと解釈される。このことは、「職種間協働のアウトカム」である『包括的ケアマネジメント評価』が、「職種間協働の評価」との相関（rs0.261）「協働における役割ストレス」との相関（rs0.273）がないことから示されている。

（2）『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性

①『包括的ケアマネジメント評価尺度』の基礎情報による構成概念妥の妥当性

i. 職位

管理職にある人の方が非管理職より、有意に得点が高かった。管理職にある人は、非管理職の人より、『職種間協働のプロセス評価尺度』の第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第3因子「支援し・教える」、第4因子「チームとして他職種と統合する」においても得点が有意に高いことから、自分の専門的立場に留まらない『包括的ケアマネジメント』の評価得点が有意に高く、包括的役割をとる傾向が高い人達であるため、第2因子・第3因子・第4因子の評価点が有意に高いことは妥当な結果である。

ii. 業務数

包括的ケアマネジメントを担うということは、複数の業務を兼任することである。そのため、業務数が多くなるほど、『包括的ケアマネジメント』の評価得点が有意に高くなることは妥当であると言える。

iii. 包括の実務年数

包括の実務年数が多い人の方が得点が有意に高いことは、包括の実務経験を積むことによって、包括的ケアマネジメント職としてキャリア発達しているため評価得点が有意に高いことは妥当であると言える。

iv. IPE（職種間協働教育）を受けた経験の有無

IPE（職種間協働教育）を受けた経験がある人の方がいない人より、卒後就労中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人の方が、卒後就労中に IPE（職種間協働教育）を受けた経験のない人より、有意に得点が高かった。IPE（職種間協働教育）を受けた経験のある人は、『職種間協働のプロセス評価尺度』においても、IPE（職種間協働教育）を受けた経験のない人より有意に高かった。

福山¹⁵⁾は、「協働（体制）」とは、ソーシャルワーク実践現場で、施設・機関内および外で、

部門・専門職・機関内で複数の専門職がチームを形成し、利用者本人や家族と共に、援助・支援という特定の目的に向い、方針を計画する作業に参画し、それぞれの責任、役割、機能を果たし、設定したそれぞれの目標を達成するためのチームとしてのアウトカムを生むプロセスである。」と定義している。つまり、「利用者本人や家族と共に、援助・支援という特定の目的に向い、方針を計画する作業に参画し、それぞれの責任、役割、機能を果たし、設定したそれぞれの目標を達成するためのチームとしてのアウトカムを生むプロセス」とは、ケアマネジメントを意味している。IPE（職種間協働教育）を受けた経験は、職種間協働だけでなく、職種間協働のアウトカムである包括的ケアマネジメントにも影響を与えていると捉えるとIPE（職種間協働教育）を受けた経験は、包括的ケアマネジメントの評価に影響することは妥当な結果である。

v. 主任介護支援専門員・介護支援専門員の資格の有無

主任介護支援専門員の資格がある方が、介護支援専門員の資格がない人より有意に得点が高かった。

主任介護支援専門員は、「地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職」であり、「他の介護支援専門員に適切な指導・助言、さらに事業所における人材育成及び業務管理を行うことができ、地域包括ケアシステムを構築していくために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整を行うことにより、地域課題を把握し、地域に必要な社会資源の開発やネットワークの構築など、個別支援を通じた地域づくりを行うことができる者」である⁷⁶⁾。そのため、『包括的ケアマネジメント』のコンピテンシーの評価が高い看護職とは、主任介護支援専門員の能力に相当する人とも言え、妥当な結果であると言える。

概念モデルでは、【包括的役割への変容】は、包括的ケアマネジメント職になる過程であると捉えている。そのことから、「管理職にある」「主任介護支援専門員の資格がある」「業務数が多い」「地域包括の実務経験がある」人は、『包括的ケアマネジメント評価』の評価が有意に高いということには妥当性がある。

②『包括的ケアマネジメント評価尺度』の外的基準尺度の評価との妥当性

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価は、外的基準の「職種間協働のアウトカム尺度」の評価と中間の相関（rs0.569）にあったが、「職種間協働評価尺度」の評価（rs0.261）、「役割ストレス尺度」の評価（rs0.273）とは相関が見られなかった。また、『職種間協働のプロセス尺度』の評価は、外的基準の3尺度の評価と相関があり、『包括的ケアマネジメント尺度』の評価とも相関があった。

外的基準の「職種間協働評価尺度」は、「協働することの満足・協働することの価値」の評価を図る尺度であり、『職種間協働のプロセス評価尺度』の第1因子「支援を受け・教わる」（rs0.608）と第4因子「チームとして他職種と統合する」（rs0.475）との相関が大きい、第3因子「支援し・教える」（rs0.231）と第5因子「専門性が内蔵することを見出す」（rs0.126）との相関がなかった。

『包括的ケアマネジメント評価尺度』は、職種間協働のプロセスのアウトカムとしての「包括的役割」の評価を測る尺度である。そのため、『包括的ケアマネジメント』の評価と「協働することの満足・協働することの価値」とは次元が異なり、職種間協働が上手く行っているという評価が高い人が、必ずしも包括的ケアマネジメントの成長を遂げている人になっていくとは限らず、包括的ケアマネジメントの成長を遂げている人が、必ずしも協働が上手く行っていると自己評価しているとは限らない。そういう意味では、『包括的ケアマネジメント評価』は『職種間協働のプロセス評価』と相関するが、協働に対して上手く行っているかどうかという「職種間協働評価」とは相関しないことは妥当であると言える。このことは、前述の『職種間協働のプロセス評価尺度』の外的基準尺度の相関において、「職種間協働評価尺度」の評価は「協働における役割ストレス尺度」の評価とは相関があるが、「職種間協働のアウトカム尺度」の評価とは相関しないという結果からも裏付けられる。

「協働における役割ストレス尺度」の評価は、「他職種との業務を通じての違和感や役割の不全感」を測る逆転項目の尺度であり、『職種間協働のプロセス評価尺度』の第4因子「チームとして他職種と統合する」($rs0.467$)との相関が大きい、第3因子「支援し・教える」($rs0.216$)と第5因子「専門性が内蔵することを見出す」($rs0.012$)との相関がなかった。そのため、「協働における役割ストレス」は、職種間協働の始まりである「チームとして他職種と統合する(第4因子)」時点において起こりやすく、【包括的役割への変容】まで至らない状況下での評価尺度であると考えられる。そのため、「協働の役割ストレス尺度」の評価は、『職種間協働のプロセス尺度』全体の評価と相関が低く、『包括的ケアマネジメント評価』と相関がないという結果は妥当であると言える。

(3) 『包括的ケアマネジメント評価尺度』と『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価との相関による妥当性

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価と、『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価に相関がみられた。しかし、『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価は、『職種間協働のプロセス評価尺度』の因子ごとでは、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第3因子「支援し・教える」、第4因子「チームとして他職種と統合する」、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」とは相関があったが、第1因子「支援を受け・教わる」($r0.285$)と相関がなかった。包括的ケアマネジメントを担う地域包括の看護職は、不安や迷いが付き纏うことを受容し、オールマイティな対応で、地域ケアシステムの創設に寄与する能動的な姿勢・行動・認識(コンピテンシー)が求められる。そのため、包括的ケアマネジメントのコンピテンシーの評価が高まると、「支援を受け・教わる」知識・技能が他職種と同等程度のレベルに達し、その必要度が低くなっていく人があるためであることを前述している。また、『包括的ケアマネジメント評価尺度』と『職種間協働のプロセス評価尺度』の第5因子「専門性が内蔵することを見出す」に相関があることは、地域包括の看護職の職種間協働においては、包括的役割の中に、核として看護職としての専門性が内蔵することの内在的自覚との関連性が示され、概念モデルの理論と一致するため妥当な結果である。

3. CCIN 尺度の有用性と活用性

1) CCIN 尺度の有用性

最終的に決定した CCIN 尺度について（表 22）に示す。

本研究で因子分析により作成された『職種間協働のプロセス評価尺度』は、地域包括の看護職が、自らの専門性と介護・福祉の他職種との協働性に折り合いをつけ、包括的ケアマネジメントに取り組むための行動指標となり、自らの行動特性を客観視できる効果的な職種間協働のためのツールとなると考える。看護職は、福祉領域に分散配置される状況の中で、これまでにない他職種と専門領域を超えた協働が要求される。このような実践の場において、看護専門性の帰属意識が満ち欠けすることが明らかにされている⁵¹⁾。この専門性の帰属意識の満ち欠けは、効果的な職種間協働をする一方で、看護職の専門性の帰属意識を喪失し、看護職として働く意欲を失い、離職しかねない状況を産み、ひいては地域包括職員の離職問題は、その地域の地域包括ケアシステムを構築するというケアマネジメントの損失が危惧される。地域包括の新入期、介護・福祉領域との協働が要求され、看護専門性の帰属意識や職務に対する混乱が起きる職業的アイデンティティの揺らぎ⁷⁷⁾の時期に、本研究において開発された尺度による評価は、職種間協働の指標となり、自らの職種間協働の姿勢、行動、認識を再構築する手がかりとなる。

また、因子分析から生成されなかった概念モデルの概念（カテゴリ）に基づいて生成された『包括的ケアマネジメント評価尺度』は、地域包括においてキャリアを積んだ看護職において、職種間協働による包括的ケアマネジメントのコンピテンシーの獲得を確認することで、これまでやってきたことの誇りを認識し、今後の職種間協働やケアマネジメントに貢献するための指標となることに、評価尺度の有用性があると考ええる。

2) CCIN 尺度の活用性

『職種間協働のプロセス評価尺度』および『包括的ケアマネジメント評価尺度』の2つのコンビネーションからなる CCIN 尺度の評価には、次のことが想定される。

『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価は、『職種間協働のプロセス評価尺度』の評価とは相関があり、かつ、第2因子「円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」、第3因子「支援し・教える」、第4因子「チームとして他職種と統合する」、第5因子「専門性が内蔵することを見出す」とは相関があるが、第1因子「支援を受け・教わる」とは相関がないことから、「包括的ケアマネジメント」は、他職種とコミュニケーションをとり統合する力を必要とし、そこには「看護職の専門性の自覚がある」ことを描いている。しかしながら、包括的ケアマネジメント力を備え持つことは、もはや「支援を受け・教わる」必要度が低い状況になることが想定される。

「協働することの満足・協働することの価値」の「職種間協働評価尺度」の評価や「協働における役割ストレス尺度」の評価は、第1因子「支援を受け・教わる」、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」第4因子「チームとして他職種と統合する」と相関する。

そのことから、協働が上手く行っているかどうかの主観的自己評価は、他職種とのコミュニケーション、知識・技能の支援・教えてもらうというチーム員間の関係性に掛かっているが、包括的ケアマネジメントのコンピテンシーがあるかどうかには関連していない。しかしながら、『職種間協働のプロセス評価尺度』と『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価との関連性から、職種間協働のプロセスによって、『包括的ケアマネジメント』のコンピテンシーが発達することは想定される。

『職種間協働のプロセス評価尺度』は、尺度全体の評価得点が高い人の方が、職種間協働が円滑に運んでいると評価できる。しかしながら、地域包括の実務経験を積むと、職種間協働のアウトカムとしての『包括的ケアマネジメント評価』の得点が高くなり、第1因子「支援を受け・教わる」の評価得点が低くなり、第2因子「円滑に循環するコミュニケーション」、第3因子「支援し・教える」第4因子「チームとして他職種と統合する」評価得点が高まる傾向にある。このことから地域包括の看護職は、地域包括の看護職は包括での経験を積み重ね、職種間協働のプロセスが展開される中で、「支援を受け・教わる」人から、「コミュニケーション」を円滑に運びながら「チームの統制を図る」『包括的ケアマネジメント』をする人にデベロップメントすることが想定される（図5）。

『職種間協働のプロセス評価尺度』は、「支援を受け・教わる」「円滑に循環するコミュニケーション」「支援し・教える」「チームとして他職種と統合する」「専門性が内蔵することを見出す」の5項目の評価得点についてレーダーチャート（図6）に示し、『包括的ケアマネジメント評価尺度』の評価得点と比較しながら、総合的に評価する尺度として使用するデザインが考えられる。

本研究の研究協力者の地域包括の看護職は、新卒から70歳まで、さらに、新卒から40年以上の看護職のキャリア、地域包括の実務年数1年未満から10年以上の者が実務に就いており、年齢・経験年数、キャリアの幅広い看護職の集団である。実務経験が浅く若い人達は、「支援を受け・教わる」ことが重視され、看護職の経験や地域包括の実務経験を積んだベテラン層は、経験に培われた看護職の専門性を内蔵し、他職種の要請に応じて、医療・看護の知識・技能を「支援し・教える」ことをしながらも、チーム全体を統制重視し、協働性と専門性の二重構造の折り合いをつけるコンピテンシーを備え持つことが理想像である。この年齢や経験に幅のある集団において、若い看護職層とベテラン層の特徴を捉えた上で、尺度を活用してゆく必要がある。

本研究において開発されたCCIN尺度は、地域包括の看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働に限定した評価尺度である。しかしながら、日本の医療は、超高齢化社会によって、病院の世紀の終焉を迎え⁷⁸⁾、病院完結型から、ひとの暮らしを主体とした地域完結型に移行している。地域に密着した看護小規模多機能居宅介護⁷⁹⁾や定期巡回・随時対応型訪問介護看護⁸⁰⁾のような医療・福祉・介護が一体化した支援体制が試みられていくなかで、この協働態勢が、地域包括以外にも拡大され、本研究で開発されたCCIN尺度が看護職の専門領域を超えた協働Transdisciplinary collaborationの一助となることを願う。

研究の成果と限界

本研究は、全国 40.127 か所の市町村にある直営型および委託型から、層化無作為抽出した地域包括に所属する 1,500 人の看護職を対象に調査を行った。回収率 41.7%、有効回答率 92.5%と多くの研究協力者を得て、『職種間協働のプロセス評価尺度』と『包括的ケアマネジメント評価尺度』から構成される CCIN 尺度を生成することができたことは大きな成果であった。しかしながら、『職種間協働のプロセス評価尺度』の第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の内的整合性の課題が残った。また、再現性については、再テストの標本数が少なく、十分な標本を得て分析したとは言い難い。さらに、妥当性の検証では、信頼性・妥当性の高い既存尺度がみつからず、外的基準尺度を独自に作成し、妥当性を検証したため、信頼性・妥当性の高い既存尺度を用いた妥当性の確証を得る必要がある。

本研究の尺度の項目の評価得点の平均は、『職種間協働のプロセス評価』、『包括的ケアマネジメント評価』ともに、3.79 点で、概ねの人が 3 点から 5 点をつける高い評価にあった。1,500 通の調査票の配布に対して得られた調査協力者の評価得点が高いことから、研究協力者は職種間協働が円滑に運んでいる人達に偏った可能性がある。

第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の内的整合性の課題については、改良を行い、さらに、『包括的ケアマネジメント評価尺度』とのコンビネーションによる評価基準を設定し、より多くの地域包括の看護職に CCIN 尺度に対する回答を得ながら、信頼性・妥当性の高い尺度にする必要がある。

CCIN 尺度は、地域包括の看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との 3 職種の協働に焦点を当て、地域包括の看護職が地域包括ケアシステムの構築に貢献する効果的な職種間協働のあり方に寄与すると考えるが、あくまでも本人による主観的な自己評価尺度であるため、第 3 者による客観的評価ではないことに留意しなければならない。また、地域包括ケアシステムの構築は、3 職種の協働だけで促進できるものではない。地域包括の 3 職種が、地域の関係機関、専門職種、住民等と連携、協働し、地域づくりを発展させてゆくプロセスが重要であり、その前段階として本研究は、地域包括の 3 職種協働に焦点をあてており、3 職種協働が、さらに、地域の関係機関や住民、職種間との連携、協働へ発展される研究へと進めてゆかなければならないと考えている。

結 論

578 名について項目分析、探索的因子分析を行い、「他職種から相談援助の知識・技能の支援を受けながら教わる」「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」「チームとして他職種と統合する」「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」の 5 因子と 22 項目から構成される『職種間協働のプロセス評価尺度』と 6 項目から構成される『包括的ケアマネジメント評価尺度』が生成され、この 2 つのコンピテンシー自己評価尺度のコンビネーションを「地域包括看護職の社会

福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシー自己評価尺度：CCIN 尺度」とした。

『職種間協働のプロセス評価尺度』の第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」のクロンバッハ α 係数が 0.624 と低く、内的整合性の課題が残ったものの、信頼性・妥当性が検証された。今後、より妥当性、信頼性が支持された実用性のある尺度にしてゆく必要がある。

謝 辞

本研究においてご多忙の中、ご協力頂きました地域包括支援センター看護職の皆様にご心より感謝申し上げます。また、熱心にご指導下頂きました東京医療保健大学大学院廣島麻揚先生、比江島欣慎先生に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 一般財団法人長寿社会開発センター. 地域包括支援センター運営マニュアル 2015.
- 2) 野川 とも江, 高杉 春代. 地域包括支援センターにおける多機関・多職種の連携と協働(特集 ソーシャルワークにおける連携と協働の技法). *ソ・シャルワ-ク研究* 2009;34(4):298-304.
- 3) 吾妻 知美, 神谷 美紀子, 岡崎 美晴, 遠藤 圭子. チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. *甲南女子大学研究紀要. 看護学・リハビリテーション学編* 2012(7):23-33.
- 4) 穂高 幸枝. 看護師がとらえた病棟保育士の専門性とそれをとらえるきっかけとなった体験. *日本小児看護学会誌* 2013;22(2):89-96.
- 5) 柴田明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 沼本教子, 原祥子, 中根薫. 高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識. *老年看護学* 2003;7(2):116-26.
- 6) 坪井桂子, 岩崎佳世, 古川直美, 古田さゆり, 奥田浩子, 平岡葉子, 他. 特別養護老人ホームで働く看護職の研修会を通しての「連携・協働」に関する学びの分析. *岐阜県立看護大学紀要* 2007;7(2):73-80.
- 7) 渥美綾子, 安齋由貴子. 行政保健師が行う個別支援における連携内容. *日本地域看護学会誌* 2013;16(2):23-31.
- 8) 公益社団法人日本看護協会. 平成 25 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査報告. 2014.
- 9) 金 真弓. 地域包括支援センターに所属する看護職の過去の業務経験と連携促進の関連. *日本看護学会論文集. 地域看護* 2012;42:201-4.
- 10) 俵志江. 地域包括支援センターの 3 専門職の個別支援に関する連携活動と社会資源の創出との関連. *日本在宅ケア学会誌* 2010;14(1):39-46.
- 11) 船津衛. シンボリック相互作用論. 第 1 版. 東京: 恒星社厚生閣; 1976:205-259.
- 12) 厚生労働省. 平成 28 年衛生行政報告例の概要(就業医療関係者) 2017/12/08 .<http://www.mhlwgo./toukei/saikin/hweisei/12/.pdf>.
- 13) 渋谷田鶴子. 対人援助における協働・ソーシャルワークの観点から. *精神療法* 2002;28(3):270-7.
- 14) 副田 あけみ. 協働;対人間・職種間・組織間. 東京: 中央法規; 2003.
- 15) 福山 和女. ソーシャルワークにおける協働とその技法(特集 ソーシャルワークにおける連携と協働の技法). *ソ・シャルワ-ク研究* 2009;34(4):278-90.
- 16) 菊地和則. 多職種チームのコンピテンシー: インディビデュアル・コンピテンシーとチーム・コンピテンシーに関する基本的概念整理. *社会福祉学* 2004;44(3):23-31.
- 17) 菊地和則. 協働・連携のためのスキルとしてのチームアプローチ(特集 ソーシャルワークにおける連携と協働の技法). *ソ・シャルワ-ク研究* 2009;34(4):291-7.
- 18) 菊地和則. 多職種チームの構造と機能: 多職種チーム研究の基本的枠組み. *社会福祉学* 2000;41(1):13-25.
- 19) 山口裕幸. チーム・コンピテンシーと個人のチームワーク能力. *教育テスト研究センター第 1 回 研究報告書* 2007:1-14.
- 20) 菊地 和則. 多職種チームとは何か. 於: 石鍋圭子, 野々村典子, 半田幸代編. *リハビリテーション看*

- 護研究 4 リハビリテーション看護におけるチームアプローチ. 初版. 東京: 医歯薬出版株式会社; 2002:2-15.
- 21) 菊地 和則. 多職種チームの 3 つのモデル: チーム研究のための基本的概念整理. *社会福祉学* 1999;39(2):273-90.
 - 22) Rosenfield PL. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Soc Sci Med* 1992;35(11):1343-57.
 - 23) 野中 猛. 図説ケアチーム. 初版. 東京: 中央法規; 2008:14-15.
 - 24) Holmesland AL, Seikkula J, Nilsen O, Hopfenbeck M, Erik Arnkil T. Open Dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *Int J Integr Care* 2010;10.
 - 25) 和田 満知子. チーム医療とは何か. 第 1 版. 東京: 日本看護協会; 2012. 76-7.
 - 26) 小山道子. 地域包括ケアシステムの構築を推進する地域包括支援センターの 3 職種協働のあり方に関する研究. 東京医療保健大学修士論文. 2013.
 - 27) 松岡 千代. ヘルスケア領域における専門職間連携: ソーシャルワークの視点からの理論的整理. *社会福祉学* 2000;40(2):17-38.
 - 28) 仙台市介護保険審議会 (第 3 期 第 3 回会議) 議事録 2006. 2017/3/26
<https://www.city.sendai.jp/kaigohoken-kanri/kurashi/kenkotofukushi/korenokata/fukushi/shingikai/shingikai/documents/181220gijiroku.pdf>.
 - 29) 高崎絹子, 佐々木明子, 大光房枝. 地域包括支援センターにおける権利擁護に関する活動: 保健師等看護職の役割と機能を中心に. *高齢者虐待防止研究* 2011;7(1):100-14.
 - 30) 田中八州夫. 地域包括支援センター職員の専門性と実用的スキルに関する考察. *同志社政策科学研究* 2012;13(2):139-53.
 - 31) Wholey DR, Zhu X, Knoke D, Shah P, Zellmer-Bruhn M, Witheridge TF. The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. *Psychiatr Serv* 2012;63(11):1108-17.
 - 32) 柳井晴夫, 井部俊子. 看護を測る一因子分析による質問紙調査の実態-. 第 4 版. 東京: 朝倉書店; 2015:1-32.
 - 33) 久田満, 北素子, 谷口千絵. 看護に活かす心理尺度 その選び方・使い方. 初版. 京都市: ナカニシヤ出版; 2015:3-6.
 - 34) Batorowicz B, Shepherd TA. Measuring the quality of transdisciplinary teams. *J Interprof Care* 2008;22(6):612-20.
 - 35) 成瀬昂, 阪井万裕, 永田智子. Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 2014;61(9):565-73.
 - 36) 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. *厚生の指標* 2015;62(6):1-9.
 - 37) 杉本知子, 亀井智子. 高齢者ケア施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の開発: 信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌* 2011;31(4):14-23.

- 38) Yamamoto T, Sakai I, Takahashi Y, Maeda T, Kunii Y, Kurokuchi K. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: a pilot study in Japan. *J Interprof Care* 2014;28(1):45-51.
- 39) Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, Zwarenstein M. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Serv Res* 2010;10:83.
- 40) King G, Shaw L, Orchard CA, Miller S. The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. *Work* 2010;35(1):77-85.
- 41) Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Health Prof* 2012;32(1):58-67.
- 42) Finley EP, Pugh JA, Lanham HJ, Leykum LK, Cornell J, Veerapaneni P, et al. Relationship quality and patient-assessed quality of care in VA primary care clinics: development and validation of the work relationships scale. *Ann Fam Med* 2013;11(6):543-9.
- 43) 小澤未緒, 横尾京子. NICU・GCUの看護師と医師の各管理者からみた病棟における看護師-医師間の協働に関する全国調査: Collaboration and Satisfaction about Care Decisions 日本語版による測定. *日本新生児看護学会誌* 2012;18(2):2-9.
- 44) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と医師-看護師間の協働的実践の測定. *日本看護管理学会誌* 2010;14(2):15-21.
- 45) 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也. 医師と看護師の協働に対する態度: Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration 日本語版の開発と測定. *医学教育* 2011;42(1):9-17.
- 46) Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ* 1999;33(2):95-100.
- 47) Mann K, McFetridge-Durdle J, Breau L, Clovis J, Martin-Misener R, Matheson T, et al. Development of a scale to measure health professions students' self-efficacy beliefs in interprofessional learning. *J Interprof Care* 2012;26(2):92-9.
- 48) Kim K, Ko J. Attitudes toward interprofessional health care teams scale: a confirmatory factor analysis. *J Interprof Care* 2014;28(2):149-54.
- 49) 遠藤圭子, 岡崎美晴, 神谷美紀子. チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の検討: 多職種と連携する看護師への調査から. *甲南女子大学研究紀要. 看護学・リハビリテーション学編* 2011(6):17-29.
- 50) 松井妙子. 在宅高齢者に対する訪問看護職のチーム活動に関する尺度作成の試みとその構造. *日本看護学会論文集. 地域看護* 2012;42:77-80.
- 51) 小山道子. 地域包括支援センター看護職の社会福祉士,主任介護支援専門員との職種間協働のプロセス. *日本地域看護学会* 2016;19(3):60-9.
- 52) 小山道子. 地域包括支援センターの保健師が他職種協働を確立するまでのプロセス. *第4回日本*

公衆衛生看護学会学術集会講演集 2016:76.

- 53) 高崎絹子, 亀井智子, 島内節. 新クイックマスター 在宅看護論 改定 2 版. 東京: 医学芸術社; 2006:71.
- 54) 山口裕幸. コンピテンシーとチーム・マネジメントの心理学. 東京: 朝倉書房; 2011:2-4.
- 55) 成瀬 昂, 阪井 万裕, 永田 智子. Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 2014;61(9):565-73.
- 56) 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(6):1-9.
- 57) 杉本 知子, 亀井 智子. 高齢者ケア施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の開発: 信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌* 2011;31(4):14-23.
- 58) 古川和稔, 井上善行, 小平めぐみ. 特別養護老人ホームにおけるチームアプローチ実践の自己認識: 学際的チームアプローチ実践評価尺度の検討とバーンアウトとの関連. *自立支援介護学* 2015;8(2):132-8.
- 59) Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Development of an Attitudes Toward Health Care Teams Scale. *Eval Health Prof* 1999;22(1):123-42.
- 60) 国澤尚子, 大塚真理子, 丸山優ほか. IPW コンピテンシー尺度の開発. *保健医療福祉連携* 2015;8(1):79-80.
- 61) 小澤 未緒, 横尾 京子. NICU・GCU の看護師と医師の各管理者からみた病棟における看護師-医師間の協働に関する全国調査: Collaboration and Satisfaction about Care Decisions 日本語版による測定. *日本新生児看護学会誌* 2012;18(2):2-9.
- 62) 小味 慶子, 大西 麻未, 菅田 勝也. Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と医師-看護師間の協働実践の測定. *日本看護管理学会誌* 2010;14(2):15-21.
- 63) 小味 慶子, 大西 麻未, 菅田 勝也. 医師と看護師の協働に対する態度: Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration 日本語版の開発と測定. *医学教育* 2011;42(1):9-17.
- 64) 遠藤 圭子, 岡崎 美晴, 神谷 美紀子. チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の検討: 多職種と連携する看護師への調査から. *甲南女子大学研究紀要. 看護学・リハビリテーション学編* 2011(6):17-29.
- 65) 松井 妙子. 在宅高齢者に対する訪問看護職のチーム活動に関する尺度作成の試みとその構造. *日本看護学会論文集. 地域看護* 2012;42:77-80.
- 66) Norris J, Carpenter JG, Eaton J, Guo JW, Lassche M, Pett MA, et al. The Development and Validation of the Interprofessional Attitudes Scale: Assessing the Interprofessional Attitudes of Students in the Health Professions. *Acad Med* 2015;90(10):1394-400.
- 67) Ficapal-Cusi P, Boada-Grau J, Torrent-Sellens J, Vigil-Colet A. Spanish adaptation of the internal functioning of the Work Teams Scale (QFI-22). *Psicothema* 2014;26(2):273-8.
- 68) 筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発 (上). *社会保険旬報* 2003;2183:18-24.
- 69) 筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」

- の開発（下）．*社会保険旬報* 2003;2184:24-8.
- 70) 金原 京子, 岡田 進一, 白澤 政和. 介護老人福祉施設の介護職が感じる看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(1):42-50.
 - 71) 内田治, 平野綾子. *JMP* によるデータ分析 第2版. 東京: 東京出版株式会社; 2015:85.
 - 72) David L.Streiner GRN, John Cairney 木原雅子,加治正行,木原正博訳. 医学的測定尺度の理論と応用 妥当性、信頼性からの G 理論、項目反応理論まで. 第1版. 東京: 株式会社メディカル・サイエンス・インターナショナル; 2
 - 73) 高崎絹子,佐々木明子,大光房枝他. 地域包括支援センターにおける権利擁護に関する活動ー保健師等看護職の役割と機能を中心にー.*高齢者虐待防止研究* 2011;7(1):100-114
 - 74) 俵志江. 地域包括支援センターの3専門職の個別支援に関する連携活動と社会資源の創出との関連. *日本在宅ケア学会誌* 2010;14(1):39-46
 - 75) Delunas LR, Rouse S. Nursing and medical student attitudes about communication and collaboration before and after an interprofessional education experience. *Nurs Educ Perspect* 2014;35(2):100-5.
 - 76) 独立法人福祉医療機構 WAM NET 主任介護支援専門員研修ガイドライン（平成28年11月版）2017/12/29 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11shuninkenshugaidorain.pdf>
 - 77) 國府隆子, 丸山美知子, 鈴木良美. 福祉分野を経験した行政保健師における役割認識の深化プロセス. *日本公衆衛生看護学会誌* 2016;5(2):165-73.
 - 78) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 東京: 有斐閣; 2015.
 - 79) 厚生労働省ホームページ. 看護小規模多機能（複合サービス）について 2017/3/26 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>.
 - 80) 厚生労働省ホームページ. 定期巡回・随時対応サービス 2017/3/26 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/teikijunkai.htm

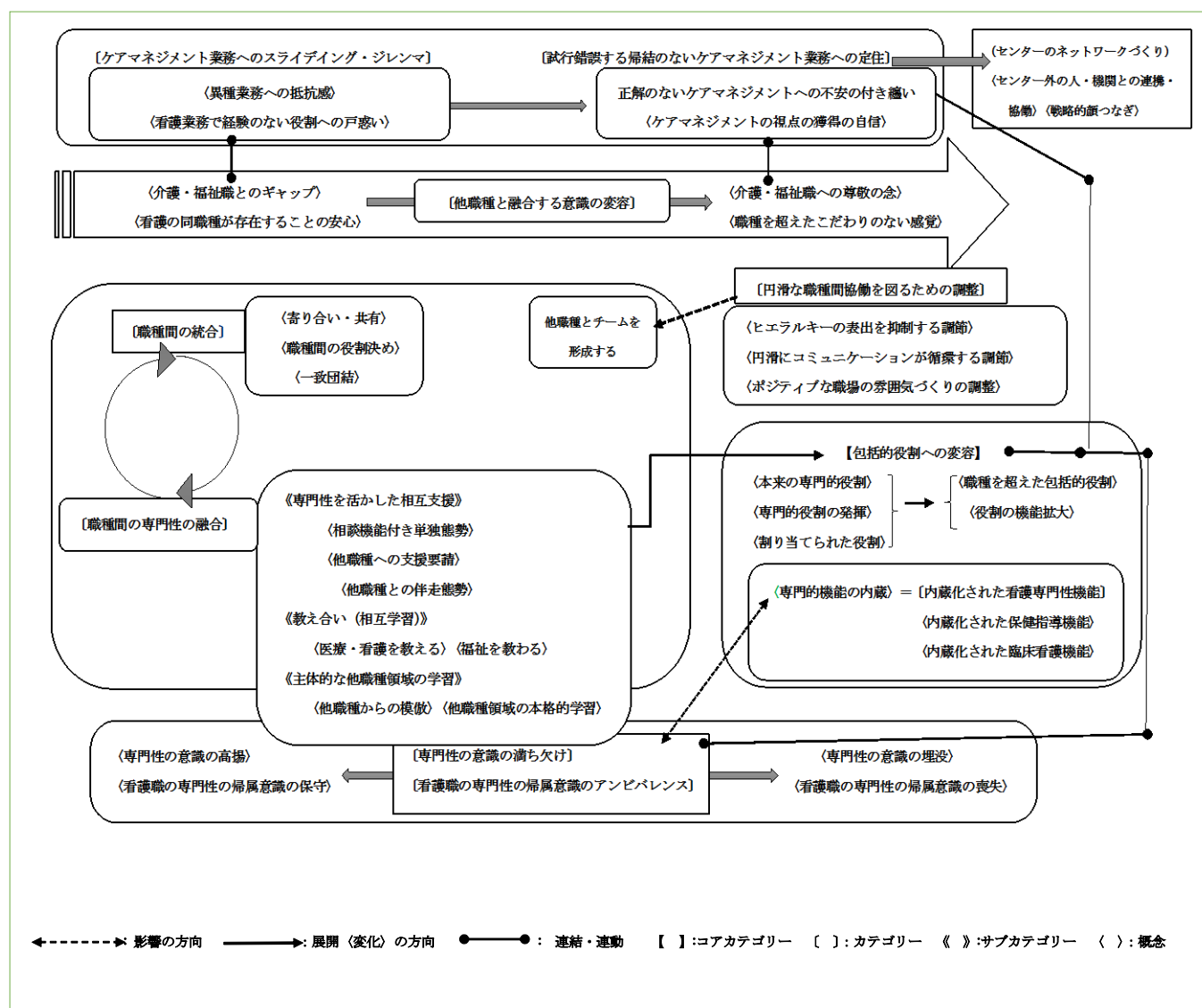


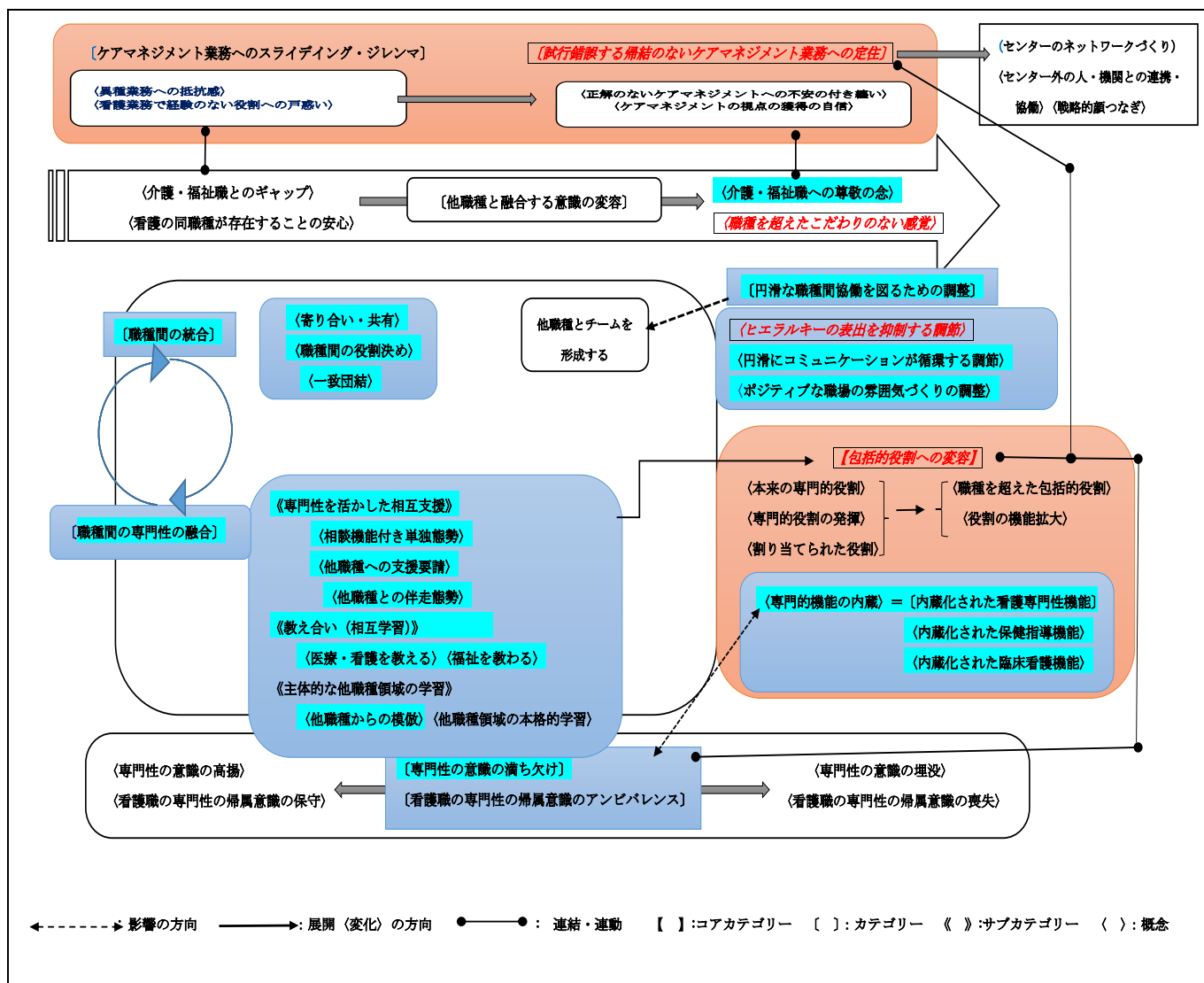
図1 概念モデル図

地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働のプロセスにおける包括的ケアマネジメント

概念モデルの先行研究

53) 小山道子. 地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働のプロセス. 日本地域看護学会 2016;19(3):60-9.

54) 小山道子. 地域包括支援センターの保健師が他職種協働を確立するまでのプロセス. 第4回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集 2016:76.



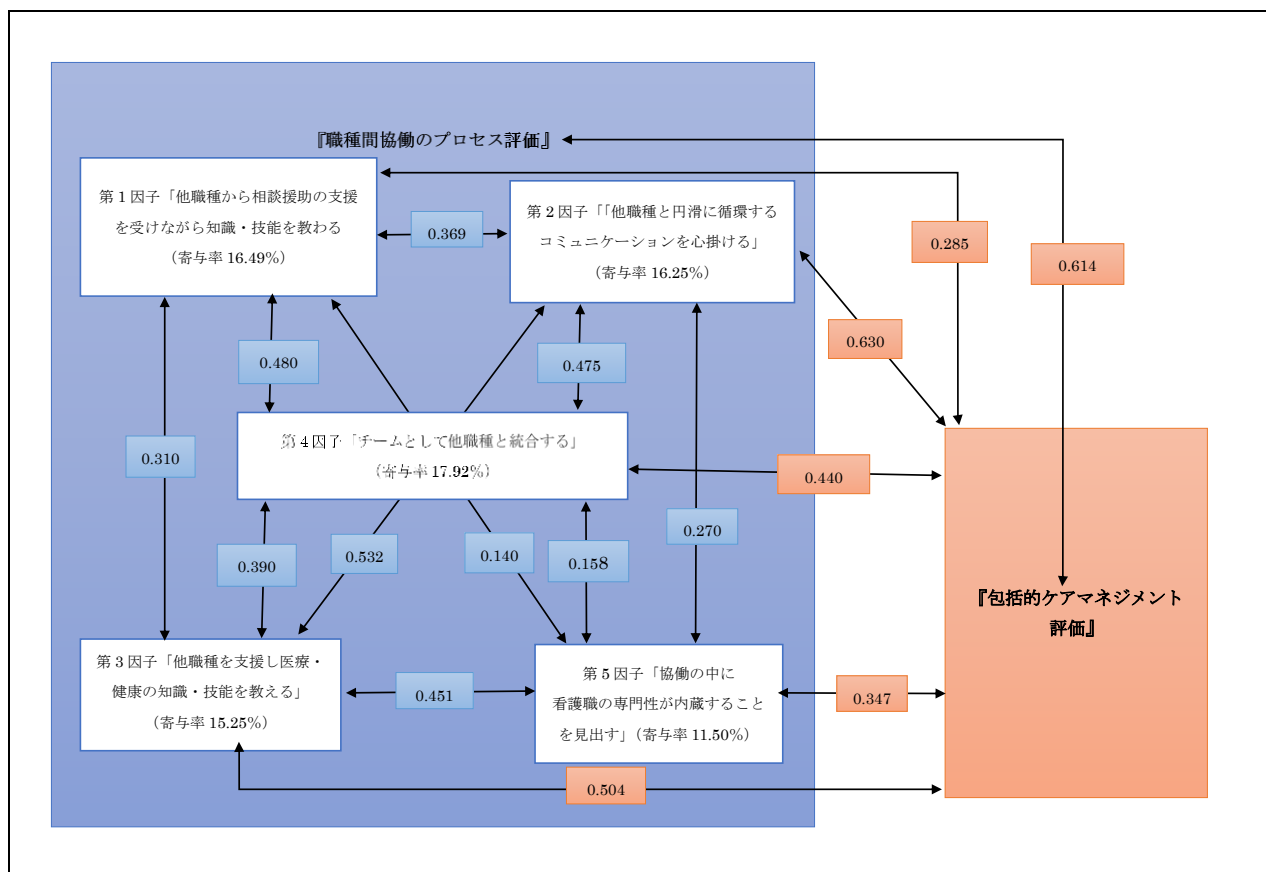


図 3. 『職種間協働のプロセス評価』と『包括的ケアマネジメント評価』の相関図

↔ 数値は相関係数

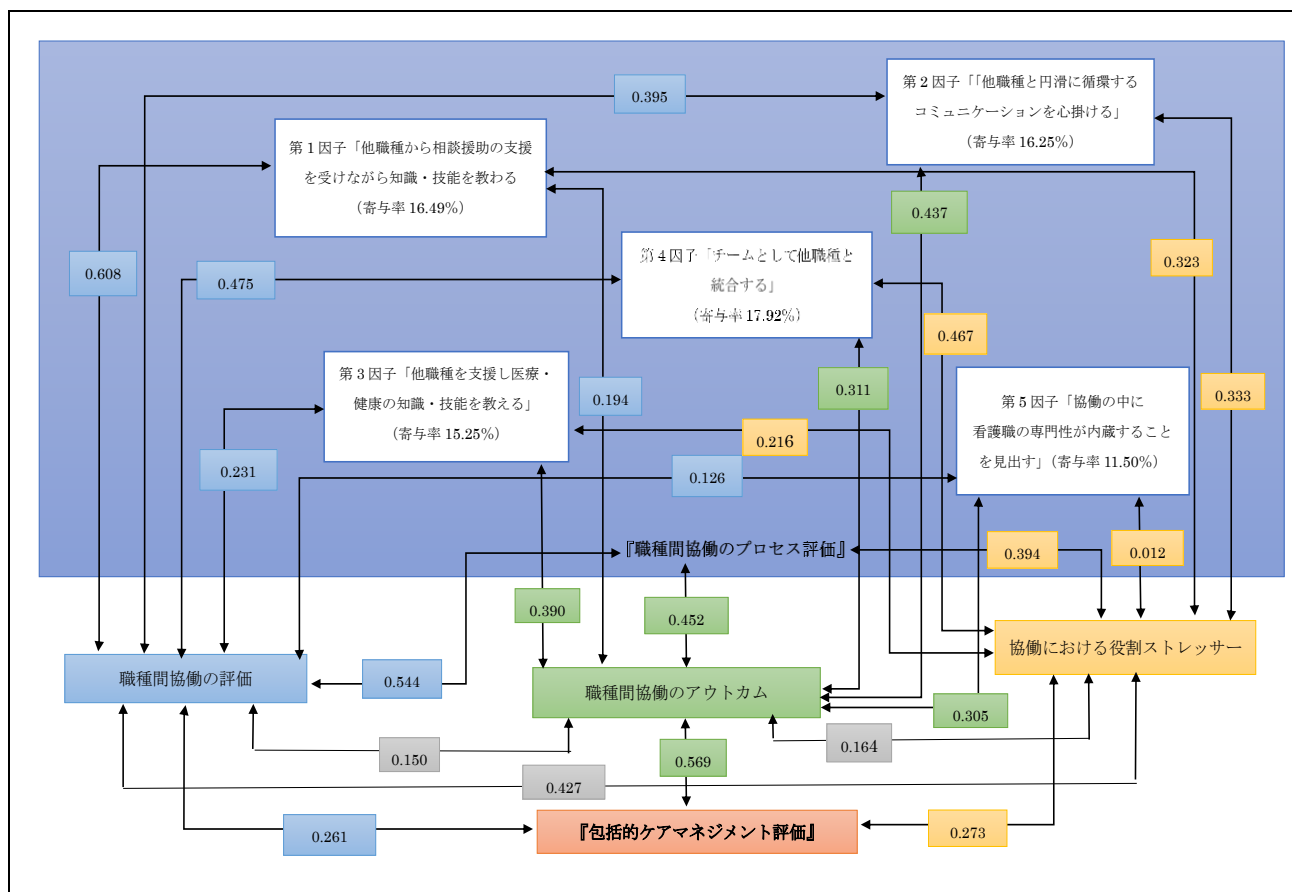


図 4. 『職種間協働のプロセス評価』『包括的ケアマネジメント評価』と外的基準との相関図

外的基準：「職種間協働の評価」「職種間協働のアウトカム」「協働における役割ストレス」

↔ 数値は相関係数

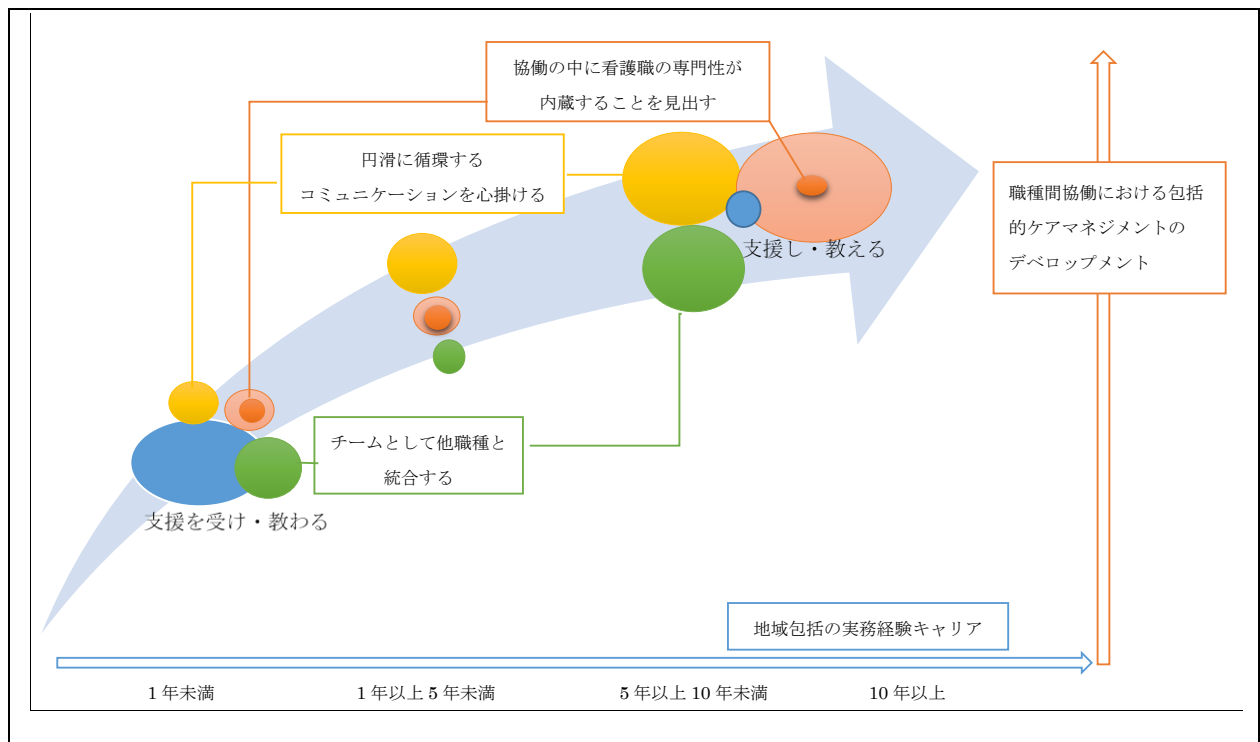


図 5. 地域包括看護職の実務経験キャリアにおける『職種間協働と包括的ケアマネジメント』のデベロップメントの想定

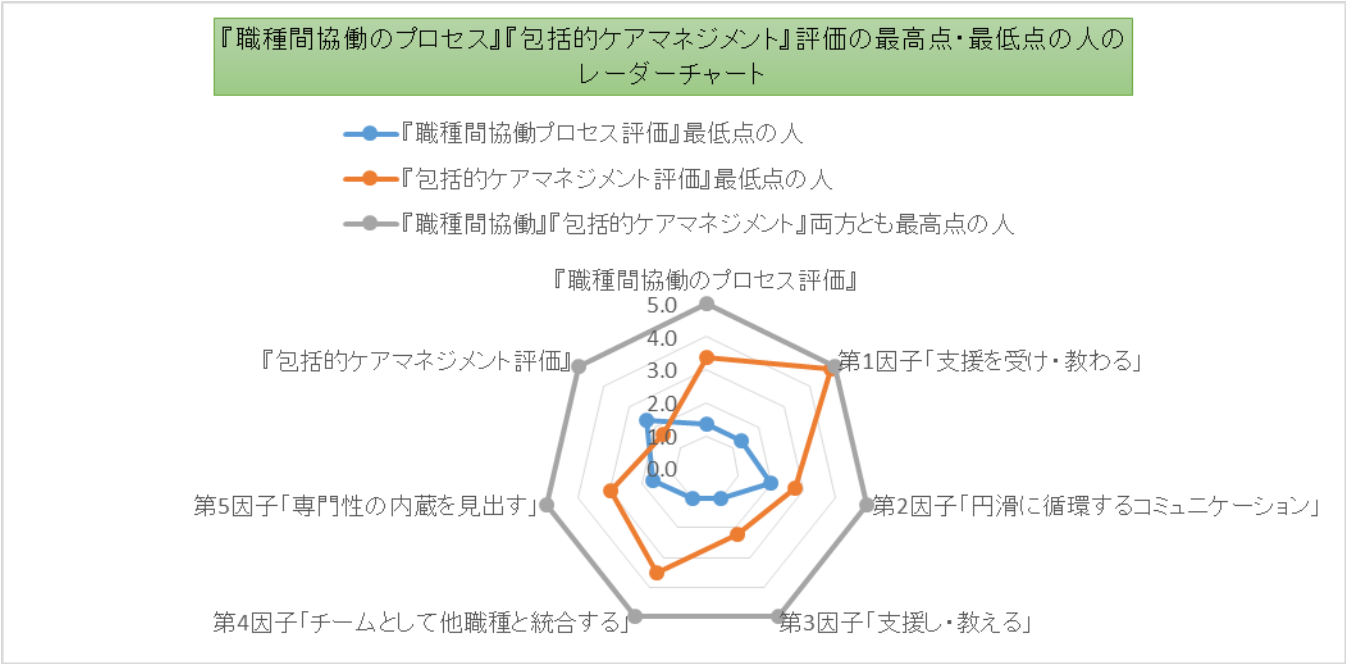


図 6 CCIN 尺度による評価得点のレーダーチャート

表

表 1.概念モデル表

地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働のプロセスにおける
包括的ケアマネジメント

カテゴリ		サブカテゴリ	概念名
〔ケアマネジメント業務へのスライディング・ジレンマ〕			〈異種業務への抵抗感〉 〈看護業務で経験のない役割への戸惑い〉
〔試行錯誤する帰結のないケアマネジメント業務への定住〕			〈正解のないケアマネジメントの不安のつきまとい〉 〈ケアマネジメントの視点の獲得の自信〉
〔他職種と融合する意識の変容〕			〈看護の同職種が存在する安心感〉 〈介護・福祉職とのギャップ〉 〈介護・福祉職への尊敬の念〉 〈職種を超えたこだわりのない感覚〉
他職種とチームを形成する	〔職種間の統合〕		〈寄り合い・共有〉 〈職種間の役割決め〉 〈一致団結〉
	〔職種間の専門性の融合〕	《専門性を活かした相互支援》	〈他職種の支援を受けながらの単独態勢〉 〈他職種との伴走態勢〉 〈役割の限界からの他職種への支援要請〉
		《相互学習（教え合い）》	〈福祉を学ぶ〉 〈医療・看護を教える〉
		《主体的な他職種領域の学習》	〈他職種からの模倣〉 〈他職種領域の本格的学習〉
〔センターのネットワークづくり〕			〈センター外の人・機関との連携・協働〉 〈戦略的顔つなぎ〉 ←追加概念
〔包括的役割への変容〕			〈本来の専門的役割〉 ⇄ 〈割り当てられた役割〉 〈専門的役割の発揮〉 〈職種を超えた包括的役割〉
〔内蔵化された看護専門性機能〕			〈内蔵化された保健指導機能〉 〈内蔵化された臨床看護機能〉
〔看護職の帰属意識のアンビバレンス〕 ⇄ 【専門性の意識の満ち欠け】			〈看護職の帰属意識の保守〉 〈看護職の帰属意識の喪失〉 〈専門性の士気の高揚〉 〈専門性の意識の埋没〉
〔円滑な職種間協働のための調整〕			〈職種間のヒエラルキーの表出を抑制する調節〉 〈円滑なコミュニケーションが循環する調整〉 ⇄ 〈ポジティブな職場の雰囲気づくりの調整〉

概念モデルの先行研究は図 1 と同じ

表 2-1. 概念を導いた具体例からのアイテムプール（素案）

下位尺度		No	項目
カテゴリ	概念		
【職種の統合】	(寄り合い・共有) (職種間の役割決め) (一致団結)	1	私は、他職種と時間、場所を決め、定期的なミーティングをもっている。
		2	私は、ケースの対応に困難が生じたときや必要に応じて他職種に声をかけミーティングをしている。
		3	私は、自分が持っている情報・専門的知識・視点・意見を忌憚なく他職種に言うことができています。
		4	私は、他職種が伝えてくる情報・専門的知識・視点・意見を関心をもって聞いている。
		5	私は、他職種とお互いの役割を決めながら働いている。
		6	私は、他職種とチームの方針を決めて働いている。
		8	私は、他職種と担当する地域の課題について共通の認識をもっている。
		13	私は、受けた相談やケアマネジメントについて他職種と相談しながらやっている。
【職種の専門性の融合】 《専門性を活かした相互支援》 《相互学習（教え合い）》 《主体的な他職種領域の学習》	(他職種の支援を受けながらの単独態勢) (他職種との伴走態勢) (役割の境界からの他職種への支援要請) (福祉を教わる) (医療・看護を教える) (他職種からの模倣) (他職種領域の本格的学習)	14	私は、複雑な相談は、他職種に同席してもらい受けている。
		15	私は、複雑な相談は他職種とといっしょに訪問をしている。
		16	私は、自分の対応に限界を感じたとき、他職種に助けや支援を求めることがある。
		17	私は、他職種が自分の対応に限界を感じたとき、看護職に助けや支援を求めてくる。
		19	私は、他職種から知識・情報・視点・技法を教えてもらいながら仕事をしている。。
		20	私は、他職種に医療や看護の知識・情報・視点・技法を教えることがある。
		21	私は、日常の業務の中で、他職種の対応でよいと思ったところを模倣にしている。
		22	私は、他職種の専門的知識や技能について本を読んだり勉強している。
		23	私は、他職種の専門的知識や技能について研修に参加し学習をしている。
		24	私は、他職種の専門的知識や技能について研究会に参加し学習をしている。
		25	私は、他職種の専門的知識や技能について大学の講義など教育機関から学習をしている。
		28	私は、他職種と意識して職種の話しやすい雰囲気づくりを行っている。
		29	私は、他職種といっしょに仕事に対して前向きな姿勢で取り組もうとしている。
		31	私は、他職種の仕事がいまいけない時は、励ましの言葉をかけている。
		32	私は、福祉・介護の他職種と上下関係をおきないように意識している。
【円滑な職種間協働を図るための調整】 【執行錯誤する帰結のないケアマネジメント業務への定住】 【ネットワークづくり】	(円滑にコミュニケーションが循環する調整) (ポジティブな職場の雰囲気づくり) (ヒエラルキーの表出を抑制する調節) (ケアマネジメントの視点の獲得の自信) (正解のないケアマネジメントへの不安の付き離れ) (センター外の人・機関との連携・協働) (戦略的顔つなぎ)	35	私は、ひとりで行った業務についていつも「これでいいのか」という不安が付きまとう。
		36	私は、職種の外の人や機関と連携・協働をするときは、職種のなかの他職種に相談している。
		37	私は、地域のネットワークづくりのために他職種と話し合っている。
		38	私は、地域のネットワークづくりのために他職種といっしょに働いている。
		39	私は、地域のネットワークづくりのために地域の人や機関に積極的に関わっている。
		43	私は、保健師の専門的役割をとっている。
		44	私は、看護師の専門的役割をとっている。
【包括的役割への変容】 【ケアマネジメント業務へのスライディング・ジレンマ】	(割り当てられた役割) (本来の専門的役割) (職種を超えた包括的役割) (異種業務への抵抗感) (看護業務で経験のない役割への戸惑い) (円滑なケアマネジメント業務へのスライディング)	45	私は、権利擁護、成年後見の相談に対応している。
		46	私は、地域の介護支援専門員からの相談を受けたり、支援をしている。
		47	私は、職種の他職種が不在の時は、代わりにその職種の専門的役割をとっている。
		48	私は、看護職の役割だけでなく、職場内のほとんどの業務をまんべんなくやっている。
		50	私は、職種の仕事は介護・福祉領域の仕事で、看護の仕事ではないと思う。(逆転)
		51	私は、職種の仕事は、これまでの看護師の仕事にはない役割の仕事であると思う。(逆転)
		52	私は、職種の仕事は、これまでの保健師の仕事にはない役割の仕事であると思う。(逆転)
		53	私は、職種の介護・福祉の仕事に対して抵抗がなくやってきている。
【他職種と融合する意識の変容】 【内蔵化された看護専門性機能】	(介護・福祉職への尊敬の念) (異職種とのギャップ) (職種を超えたこだわりのない感覚) (看護の同職種が存在する安心感) (内蔵化された保健指導機能) (内蔵化された臨床看護機能)	54	私は、他職種を尊重する気持ちをもっている。
		56	私には、他職種は、看護職とは「違う」という違和感やギャップがある。(逆転)
		57	私には、職種が異なっても「皆同じ職員である」という気持ちがある。
		58	私には、職種に、同じ看護職がいることに安心感がある。
		61	私は、これまでの地域の保健師の経験が活かされていると思う。
		62	私は、これまでの臨床看護の経験が活かされていると思う。
【看護専門職の帰属意識の変容】＝ 【専門性の意識の満ち欠け】	(保健師・看護師の帰属意識の保守) (保健師・看護師の帰属意識の喪失) (専門性の士気の高揚) (専門性の士気の埋没)	63	私は、これまでの地域の訪問看護の経験が活かされていると思う。
		65	私には、他職種といっしょに仕事をするなかで「自分は保健師である」という意識がある。
		66	私には、他職種といっしょに仕事をするなかで「自分は看護師である」という意識を持っている。
		67	他職種から医療・看護の専門的知識や支援が求められた時、私の「保健師である」という意識が高まる。
		68	他職種から医療・看護の専門的知識や技能が求められた時、私の「看護師である」という意識が高まる。

表 2-2. 概念モデルの概念枠組みと 26 文献の既存尺度との比較 (その 1)

[illegible]

杉本知子、亀井智子、高齢者ケア施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の開発：信頼性・妥当性の検討；日本看護科学会誌 2011;31(4):14-23.		古川和哉、井上善行、小平めぐみ、特別養護老人ホームにおけるチームアプローチ実践の自己認識：学際的チームアプローチ実践評価尺度の検討とベンチマークとの関連；自立支援介護学 2016;8(2):132-138.	
2-1) 高齢者ケア施設におけるITA (Interdisciplinary Team Approach) 学際的チームアプローチ実践) 評価尺度		2-2) チームアプローチの実践の自己認識の評価尺度	
2. 施設多職種			
〈Interdisciplinary〉		〈Interdisciplinary〉	
杉本知子、亀井智子		古川和哉、井上善行、小平めぐみ、野村晴美、藤尾祐子	
2006年		2015	
介護老人保健施設に勤務する医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、介護職員、介護支援専門員、社会福祉士、支援相談員など		A県のH25～26年に介護力向上講習会A分校を受講した36特別養護老人ホームに勤務する職員（看護師、准看護師、介護福祉士、社会福祉士、ヘルパー、介護支援専門員）	
介護保険施設の医療・福祉職の所属組織におけるInterdisciplinaryチームアプローチの自己評価		介護保険施設の医療・福祉職の所属組織におけるInterdisciplinaryチームアプローチの自己評価	
4件法		4件法	
3下位尺度32項目		4下位尺度19項目	
【ケアのプロセスと実践度】			
【メンバーの凝集性と能力】		【チームの凝集性】 【目標指向性】 【組織の自由さ】	
【組織構造の柔軟さ】			
【メンバーの凝集性と能力】		【専門的支援の実践】	
【メンバーの凝集性と能力】			

[illegible]

Bergin JG. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. <i>J Adv Nurs</i> 1994;20(1):176-182.		小澤美紀子, NIGU・GCUの看護師と医師の合作からみた行政における看護師・医師の協働に関する全国調査: Collaboration and Satisfaction about Care Decisions 日本病院会による調査, 日本看護学会 2012;16(2):9.	小沢美紀子, 大西敏夫, 菅田晴也, Collaborative Practice Scale-Japan 日本病院会看護部・看護士と医師・看護師間の協働的実践の測定, 日本看護学会会誌 2003;42(1):5-21	小沢美紀子, 大西敏夫, 菅田晴也, 医師と看護師の協働に対する態度: Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration 日本病院会の調査と測定, 医学教育 = Medical education 2011;45(1):9-17.	遠藤圭子, 岡崎美晴, 竹谷美紀子, チーム医療を推進する看護師の能力の現状: 多職種と連携する看護師への調査から, 看護女子大学研究 2011;6(1):7-29.	松井 夢子, 在宅高齢者に対する訪問看護師のチーム活動に関する尺度作成の試みとその検証, 日本看護学会論文集, 看護実践 2015;42:77-80.
4-1) Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions (CSACD) 日本語版		4-2) Collaboration and Satisfaction about Care Decisions (CSACD) 日本語版	4-3) Collaborative Practice Scale 日本語版	4-4) ジェフソンスケール(JSAFNC: Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration) 日本語版	5-1) チーム医療を推進する看護師に必要なとされる能力	5-2) 訪問看護職のチーム活動の実践を測定する尺度
4. 医師－看護師間の協働						
Judith Gadeny Bases		Interdisciplinary	Interdisciplinary	Interdisciplinary	Interdisciplinary	Interdisciplinary
1994		2011	2009	2009	2011	2010
アメリカ合衆国 NICU/ICUの医師・看護師		日本のNICU/GCUの医師(新生児部門長)・看護師(部長)	300床以上の病院の医師・看護師	300床以上の病院の医師・看護師	チーム医療に参加している看護師	近畿2府4県の訪問看護事業所(訪問看護師)
特別な患者のケアを意思決定する際の医師－看護師の協働の構成		看護師－医師間の協働の実態	医師－看護師間の協働的実践の状況を把握(医師用)・協働性を測定(看護師用)自己主張性を測定する。	医師－看護師間の協働に対する態度	チーム医療を推進する看護師が発揮する能力	訪問看護職の在宅高齢者に対する人らしい人生を形成させるという共通目標を達成するために他職種と協働して働くチーム活動の実践を測定する。
7件法		7件法	6件法	4件法	4件法	5点リカードスケール
6下位尺度6項目+3項目		9下位尺度9項目	看護師用: 2下位尺度9項目	4下位尺度10項目	11下位尺度54項目	3下位尺度24項目
【意思決定を分かち合う】 【一緒に計画する】		【ケア計画】 【意思決定のプロセスの満足】 【意思決定の責任の共有】 【決定事項の満足】 【協働性】 【自己主張性】 【意思決定を分かち合う】 【一緒に計画する】	【共同責任に対する互いの期待の明確化】 【教育の共有とチームワーク】	【課題に向かう】 【課題に取り組む姿勢】 【問題解決】 【チーム音成】 【折衝】 【立場や権限を使う】	【患者への利益】 【チーム活動の向上のための活動】 【情報共有の技術】 【チーム活動の理念】	
【コミュニケーション】		【コミュニケーション】【自己主張性】		【人間関係】		
【対等な協同関係】			【専門的知識や意見の主張】	【看護師の自立性】	【経験を役立てる】 【自己と向き合う】	【専門的実践と個人の成長】
				【医師による支配】		
					【成果を出す】	【患者への利益】

表 2-2. 概念モデルの概念枠組みと 26 文献の既存尺度の下位概念との比較から「想定した下位尺度名」(その 2)

概念モデルの カテゴリ名	概念モデルの サブカテゴリ名	概念モデルの概念名	想定した 下位尺度名	26 文献の既存尺度の下位概念
〔試行錯誤する帰結のないケアマネジメントへの定住〕		〈ケアマネジメントの視点の獲得の自信〉	ケアマネジメントプロセス (本調査版名) 【他職種とケアマネジメントを遂行する】	【ケアのプロセスと実践度】 【ケア/プロセスの質】 【ケアの質】 【キュアに対するケアの特色】 【消費者中心のケア】 【患者を尊重すること】 【患者への利益】 【課題に向かう】 【課題に取り組む姿勢】 【問題解決】 【ケア方針の調整】【調整】 【一緒に計画する】 【意思決定】【意思決定支援】 【決定事項の満足】 【意思決定を分かち合う】 【意思決定の責任の共有】 【意思決定のプロセスの満足】 【24 時間支援体制】 【質のあるサービスの開発】 【開発】【調査】
		〈正解のないケアマネジメントへの不安の付き纏い〉		
〔ケアマネジメント業務へのスライディング・ジレンマ〕		〈異種業務への抵抗感〉		
		〈看護業務で経験のない役割への戸惑い〉		
		〈ケアマネジメント業務からの円滑な介護・福祉へのスライディング〉		
(地域ネットワークづくり)		〈センター外の人・機関との連携・協働〉		
		〈戦略的顔つなぎ〉		
〔職種間の統合〕		〈寄り合い・共有〉	チームマネジメント→ (本調査版名) 【他職種とチームを形成する】	【情報のアクセスのしやすさ】 【情報共有の技術】 【情報共有】 【建設的な議論】 【予測的判断の共有】 【意思決定の一致】 【チームサポート】 【チームの関係構築】 【協働とチームワーク】 【個人間のサポート】 【業務協力】 【関係職種との交流】 【チームワーク・役割・責任】 【チームワークマネジメント】
		〈職種間の役割決め〉		
〔職種間の専門性の融合〕	《専門性を活かした相互支援》	〈他職種の支援を受けながらの単独態勢〉		

		〈他職種との伴走態勢〉		【連携業務の処理と管理】 【メンバーの凝集性と能力】 【チームの凝集性】 【協働の程度】 【チーム活動の実践】 【一緒に計画する】 【立場や権限を使う】 【チーム活動の理念】 【専門職種間連携の相互作用】 【チームマネジメント技術】【協同】 チームの結集力を向上させる態度 【学習】【教育の共有とチームワーク】 【チーム活動の質向上のための活動】 【意思決定の責任の共有】 【意思決定の際の協調性】 【共同責任に対する互いの期待の明確化】 【多様性と倫理】 【専門職種間連携チームの評価とフィードバック】 【組織構造の柔軟さ】【組織の自由さ】 【チーム育成】
		〈役割の限界からの他職種への支援要請〉		
	《相互学習(教え合い)》	〈福祉を学ぶ〉		
		〈医療・看護を教える〉		
	《主体的な他職種領域の学習》	〈他職種からの模倣〉		
		〈他職種領域の本格的学習〉		
〔円滑な職種間協働のための調整〕		〈円滑にコミュニケーションが循環する調整〉		【特定の相手のコミュニケーションの良好さ】 【コミュニケーション】 【効果的なコミュニケーション】【折衝】 【自己主張性】
【包括的役割への変容】		〈本来の専門的役割〉 〈割り当てられた役割〉	<i>協働の役割意識・態度→ (本調査版名) 【協働の中で本来の役割から包括的役割をとる】</i>	【メンバーの凝集性と能力】 【専門的支援の実践】 【専門職としての態度と信頼】 【役割と責任】 【専門職としての役割に満足すること】 【役割過剰】 【業務負担の認識相違から生じる困難感】
		〈専門的役割の発揮〉		
		〈職種を超えた包括的役割〉		
〔他職種と融合する意識の変容〕		〈看護の同職種が存在する安心感〉		【出会いの準備】 【パートナーシップ】

			職種間の関係性→ (本調査版名) 【他職種にパートナーとしての意識をもつ】	【異なる専門職集団の関係】 【対等な協同関係】 【人間関係】 【調和】【分離】【対立】 【医師が中心にしていること】 【医師による支配】 【チームマネジメント技術】 【相互理解】【協調性】 【自己主張性】 【専門職間連携のバイアス】 【特定の相手との関係性の良好さ】 【意思決定を分かち合う】
		〈介護・福祉職とのギャップ〉		
		〈介護・福祉職への尊敬の念〉		
		〈職種を超えたこだわりのない感覚〉		
〔円滑な職種間協働のための調整〕		〈ヒエラルキーの表出を抑制する調節〉		
〔内蔵化された看護専門性機能〕		〈内蔵化された保健指導機能〉	協働のなかの専門的役割と帰属意識→ (本調査版名) 【協働の中で看護専門性と帰属意識を見出す】	【メンバーの凝集性と能力】 【専門的知識や意見の主張】 【看護師の自立性】 【経験を役立てる】 【自己と向き合う】 【専門的実践と個人の成長】 【職能を発揮できない不全感】
		〈内蔵化された臨床看護機能〉		
〔看護職の専門性の帰属意識のアンビバレンス〕		〈保健師・看護師の帰属意識の保守〉		
		〈保健師・看護師の帰属意識の喪失〉		
〔専門性の意識の満ち欠け〕		〈専門性の士気の高揚〉		
		〈専門性の士気の埋没〉		
			職種間協働のアウトカム	【チームの目標を達成すること】 【成果を出す】 【患者への利益】 【他者と働くことの価値】 【他者と働くことの満足】 【自己知覚された他者と働く能力】 【時間制約】

表 2-3. 予備調査 (パイロット版)

[illegible]

表 3. 本調査版（45 項目）と外的基準 10 項目

下位尺度名*：概念モデル等から想定した下位尺度名

下位尺度名*	No	項目
【他職種とチームを形成する】 15 項目	1	私は、包括の他職種と互いの役割を決めながら動いている。
	2	私は、センターの目標・方針に包括の他職種と合意している。
	3	私は、担当地域の課題について包括の他職種と共通認識をしている。
	4	私は、包括の他職種とチームの一体感を感じながら仕事をしている。
	5	私は、高齢者虐待・権利擁護の相談対応が難しいとき、相談の同席、同行訪問をしてもらっている。
	6	私は、包括の他職種から相談された医療依存度の高い人や健康状態の悪い人を同行訪問している。
	7	私は、包括の他職種から相談された医療機関への連絡役に協力している。
	8	私は、包括の他職種から権利擁護や成年後見制度を教えてもらいながら仕事をしている。
	9	私は、包括の他職種から高齢者の相談援助技術を教えてもらいながら仕事をしている。
	10	私は、包括の他職種から医療や看護の知識・情報・技法を教えてほしいという要求に応えている。
	11	私は、包括の他職種に医療機関の医師やスタッフとの付き合い方を教えている。
	12	私は、包括の他職種に高齢者に特徴的な疾患やからだの状態の判断を教えている。
	13	私は、相談対応や援助で包括の他職種の「よいと思ったところ」を模範にしている。
	14	私は、包括内の相談しやすいコミュニケーションのある職場づくりに心掛けている。
	15	私は、包括の他職種との互いの意見の違いを解決している。
【他職種とケアマネジメントを遂行する】 7 項目	16	私は、相談者・本人・家族の調整（ケアマネジメント）を、包括の他職種と相談しながらやっている。
	17	私は、相談者・本人・家族を調整する「ひとりひとりのケアマネジメント」を通して地域の高齢者の課題を見出している。
	18	私は、地域の高齢者の生活重視の医療・保健・福祉のいろんな視点を持っている。
	19	私は、本人・家族の意思決定について包括の他職種と協働して関わっている。
	20	私は、相談者・本人・家族の調整するケアマネジメントとは「これでいいのか」という問いがつかまとうものだと思う。
	21	私は、地域のネットワークづくりについて包括の他職種と話し合っている。
	22	私は、包括の他職種と新しい地域づくりのアイデアを出し合い、新たなものを作り出そうとしている。
【協働の中で本来の役割から包括的役割をとる】 5 項目	23	私は、包括の他職種に健康の予防対策を高齢者に呼びかけるよう働きかけている。
	24	私は、介護予防のような看護職の主担当業務を担っている。
	25	私は、医療・健康に関する看護職の専門的役割を担っている。
	26	私は、包括の他職種の専門的知識や技能を本や研修会、研究会などで学んでいる。
	27	私は、他職種が本来受ける相談にも応じ、さまざまな業務をオールマイティやっている。
【他職種にパートナーとしての意識をもつ】 11 項目	28	私は、包括の他職種に自分のもっている情報・知識・意見を遠慮なく言えている。
	29	私は、包括の他職種の仕事がかうまいかない時、励ましの言葉をかけている。
	30	私は、包括の他職種に過剰なストレスや負担が生じていないか気にかけている。
	31	私は、包括の他職種を信頼し、尊重している。
	32	私は、包括の他職種に対する看護職との違和感やギャップがある。（逆転）
	33	私は、包括の他職種とは「みんな同じ職員である」と思っている。

	34	私は、包括の他職種の受けてきた教育や経験が違うことを踏まえて付き合っている。
	35	私は、包括に来るまでの職場で経験した職種間協働を活かしている。
	36	私は、包括の他職種と対等な関係を保つように心がけている。
	37	私は、包括の他職種に対して看護職カラーを強く出さないように気をつけている。
	38	私は、包括の他職種の失敗に対して責めることはしていない。
【協働の中で看護専門性と帰属意識を見出す】 7項目	39	私は、日頃、包括のなかでは職種を意識しないで仕事をしている。
	40	私は、過去の職場の医療・看護の知識や経験を活かしている。
	41	私は、地域の保健師活動の経験を活かしている。
	42	私は、包括の他職種に、看護の専門性について説明している。
	43	私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。
	44	私には、看護専門職であるという帰属意識（アイデンティティ）がある。
	45	私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。
外的基準 10項目	46	私は、包括の他職種と協働することは価値あることだと思う。
	47	私は、包括の他職種と一緒に仕事することに満足している。
	48	私のケアマネジメント能力は上がっている。
	49	私は、地域の新たな資源の開発に貢献している。
	50	私は、地域の機関や住民とのネットワークづくりに貢献している。
	51	職種間で業務の優先度に違いを感じる。 (逆転)
	52	ケアマネジメントの内容や結果について他職種から非難される。 (逆転)
	53	職業的な専門性を発揮できない。 (逆転)
	54	自分の能力が十分に活かせていない。 (逆転)
	55	本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。 (逆転)

表 4. 相関係数（rs）の評価の基準

$ rs \geq 0.7$	強い相関あり
$0.7 > rs \geq 0.5$	相関あり（中間の相関）
$0.5 > rs \geq 0.3$	弱い相関あり
$0.3 > rs $	相関なし

表 5. 尺度の妥当性検証のための外的基準尺度

項目	内 容	参考にした既存の下位尺度	外的基準尺度名
46	私は、包括の他職種と協働することは価値あることだと思う。	他職種と働くことの価値	職種間協働評価 尺度 40)
47	私は、包括の他職種と一緒に仕事することに満足している。	他者と働くことの満足	
48	私のケアマネジメント能力は上がっている。（除外）	自己知覚された他者と働く能力	
49	私は、地域の新たな資源の開発に貢献している。		職種間協働の アウトカム尺度
50	私は、地域の機関や住民とのネットワークづくりに貢献している。		
51	職種間で業務の優先度に違いを感じる。	業務負担の認識相違が	協働における役割 ストレス尺度 70)
52	ケアマネジメントの内容や結果について他職種から非難される。	生じる困難感	
53	職業的な専門性を発揮できない。	職能を発揮できない不全感	
54	自分の能力が十分に活かしていない。		
55	本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。	役割過剰	

40) King G, Shaw L, Orchard CA, Miller S. The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. *Work* 2010;35(1):77-85.

70) 金原 京子, 岡田 進一, 白澤 政和. 介護老人福祉施設の介護職が感じる看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(1):42-50.

表 6. 研究協力者の基礎情報 (N=578)

人数			割合 (%)			人数			割合 (%)		
性別						看護職以外の資格			(重複回答)		
男			16			社会福祉主事			5		
女			562			社会教育主事			1		
年齢			平均 45.8 (SD±10.0)			介護福祉士			7		
20歳代			40			ヘルパー1級			1		
30歳代			123			児童福祉主事			1		
40歳代			184			障害者相談支援専門員			1		
50歳代			187			養護教諭			16		
60歳代			39			労働衛生管理者			9		
70歳代			2			産業心理カウンセラー			4		
不明			3			認知症ケア専門士			5		
運営型						健康運動指導士			5		
直営型			158			福祉住宅環境コーディネーター			4		
<再掲> 特別区			1			福祉用具相談専門員			1		
市			70			救命救急士			3		
町			80			栄養士			1		
村			7			キャリアコンサルタント			1		
委託型			420			診療情報管理士			1		
<再掲> 社会福祉法人			228			人間ドッグアドバイザー			1		
社会福祉協議会			87			業務数 (N=577)			平均 4.03 (SD±1.5)		
医療法人			74			1			30		
営利法人			5			2			70		
特定非営利活動法人			2			3			117		
その他			21			4			131		
不明			3			5			111		
管理者						6			100		
①担当課の管理者			111			7			18		
②施設の管理者			55			その他の業務内容			(複数回答)		
③3職種うちのひとり			358			認知症対策地域支援・推進			51		
④その他			17			医療・介護連携			9		
①②兼任			2			日常生活総合支援事業			7		
①③兼任			15			地域支援講座・教室			5		
②③兼任			11			自主グループ支援			2		
③④兼任			1			介護認定調査・実態把握			3		
①②③兼任			2			包括業務以外の保健指導・行政業務			2		
不明			6			連携会議・協議会運営			3		
運営型・管理者						看護職の経験年数			平均 18.3 (SD±9.9)		
直営型						1年未満			5		
①担当課の管理者			81			1年以上5年未満			33		
②施設の管理者			9			5年以上10年未満			70		
③3職種うちのひとり			44			10年以上15年未満			83		
④その他			8			15年以上20年未満			105		
①②兼任			1			20年以上25年未満			98		
①③兼任			6			25年以上30年未満			85		
②③兼任			2			30年以上35年未満			51		
①②③兼任			2			35年以上40年未満			22		
③④兼任			1			40年以上			13		
不明			4			不明			13		
委託型						地域包括の経験年数			平均 4.7 (SD±3.6)		
①担当課の管理者			30			1年未満			56		
②施設の管理者			46			1年以上5年未満			251		
③3職種うちのひとり			314			5年以上10年未満			160		
④その他			9			10年以上			103		
①②兼任			1			不明			8		
①③兼任			9			地域包括に来るまでの就労場所			(複数回答)		
②③兼任			9			医療機関			420		
①②③兼任			0			市町村行政機関			228		
③④兼任			0			都道府県行政機関			14		
不明			2			居宅介護支援事業所			99		
看護職						在宅介護支援センター			63		
保健師			318			介護老人保健施設・介護老人福祉施設			94		
看護師			260			訪問看護事業所			84		
運営型・看護職						複合型サービス事業所			5		
直営型 保健師			143			障害者施設			10		
看護職			14			児童福祉施設			8		
委託型 保健師			175			新卒			10		
看護職			246			その他			85		
雇用形態						職種間協力の経験					
常勤			556			あり			407		
非常勤			22			なし			168		
職位						不明			3		
管理職			80			IPEを受けた経験					
非管理職			496			あり			339		
不明			2			なし			237		
主任介護支援専門員および介護支援専門員の資格						不明			2		
主任介護支援専門員			98			就学中にIPEを受けた経験					
介護支援専門員			243			あり			122		
資格なし			237			なし			454		
社会福祉士の資格						不明			2		
あり			31			卒後就労中にIPEを受けた経験					
なし			547			あり			289		
						なし			287		
						不明			2		

表 7. 項目の平均値・標準偏差・変動係数 (N=578)

項目の平均・標準偏差・変動係数		(項目7・項目41は不適切項目のため除外)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
-----------------	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

表 8. I-T 相関（相関係数<0.3）により除外した項目

項目	内容	
項目 20	私は、相談者・本人・家族の調整するケアマネジメントとは「これでいいのか」という問いがつきまとうものだと思う。	除外
項目 32	私は、包括の他職種に対する看護職との違和感やギャップがある。	除外
項目 37	私は、包括の他職種に対して看護職カラーを強く出さないように気をつけている。	除外
項目 38	私は、包括の他職種の失敗に対して責めることはしていない。	除外
項目 39	私は、日頃、包括のなかでは職種を意識しないで仕事をしている。	除外

表 9.本調査版項目の採用と除外の結果

下位尺度	No	項目	除外理由
他職種とチームを形成する 15項目	1	私は、包括の他職種と互いの役割を決めながら動いている。	採用
	2	私は、センターの目標・方針に包括の他職種と合意している。	採用
	3	私は、担当地域の課題について包括の他職種と共通認識をしている。	採用
	4	私は、包括の他職種とチームの一体感を感じながら仕事をしている。	採用
	5	私は、高齢者虐待・権利擁護の相談対応が難しいとき、相談の同席、同行訪問をしてもらっている。	採用
	6	私は、包括の他職種から相談された医療依存度の高い人や健康状態の悪い人を同行訪問している。	採用
	7	私は、包括の他職種から相談された医療機関への連絡役に協力している。	不適切な項目
	8	私は、包括の他職種から権利擁護や成年後見制度を教えてもらいながら仕事をしている。	採用
	9	私は、包括の他職種から高齢者の相談援助技術を教えてもらいながら仕事をしている。	採用
	10	私は、包括内の他職種から医療や看護の知識・情報・技法を教えてほしいという要求に応えている。	採用
	11	私は、包括の他職種に医療機関の医師やスタッフとの付き合い方を教えている。	採用
	12	私は、包括の他職種に高齢者に特徴的な疾患やからだの状態の判断を教えている。	採用
	13	私は、相談対応や援助で包括の他職種の「よいと思ったところ」を模範にしている。	採用
	14	私は、包括内の相談しやすいコミュニケーションのある職場づくりに心掛けている。	採用
	15	私は、包括の他職種との互いの意見の違いを解決している。	因子分析2回目
他職種とケアマネジメントを遂行する 7項目	16	私は、相談者・本人・家族の調整(ケアマネジメント)を、包括の他職種と相談しながらやっている。	採用
	17	私は、相談者・本人・家族を調整する「ひとりひとりのケアマネジメント」を通して地域の高齢者の課題を見出している。	因子分析2回目
	18	私は、地域の高齢者の生活重視の医療・保健・福祉のいろんな視点を持っている。	因子分析4回目
	19	私は、本人・家族の意思決定について包括の他職種と協働して関わっている。	因子分析3回目
	20	私は、相談者・本人・家族の調整するケアマネジメントとは「これでいいのか」という問いがつきまとうものだと思う。	I-T相関
	21	私は、地域のネットワークづくりについて包括の他職種と話し合っている。	因子分析6回目
	22	私は、包括の他職種と新しい地域づくりのアイデアを出し合い、新たなものを作り出そうとしている。	因子分析5回目
協働の中で本来の役割から包括的役割をとる 5項目	23	私は、他職種に健康の予防対策を高齢者に呼びかけるよう働きかけている。	因子分析2回目
	24	私は、介護予防のような看護職の主担当業務を担っている。	因子分析4回目
	25	私は、医療・健康に関する看護職の専門的役割を担っている。	採用
	26	私は、包括の他職種の専門的知識や技能を本や研修会、研究会などで学んでいる。	因子分析2回目
	27	私は、他職種が本来受ける相談にも応じ、さまざまな業務をオールマイティにやっている。	因子分析2回目
他職種にパートナーとしての意識をもつ 11項目	28	私は、包括の他職種に自分のもっている情報・知識・意見を遠慮なく言っている。	採用
	29	私は、包括の他職種の仕事とうまくいかない時、励ましの言葉をかけている。	採用
	30	私は、包括の他職種に過剰なストレスや負担が生じていないか気にかけている。	採用
	31	私は、包括の他職種を信頼し、尊重している。	採用
	32	私は、包括の他職種に対する看護職との違和感やギャップがある。	(逆転)
	33	私は、包括の他職種とは「みんな同じ職員である」と思っている。	因子分析2回目
	34	私は、包括の他職種の受けてきた教育や経験が違うことを踏まえて付き合っている。	初期解
	35	私は、包括に来るまでの職場で経験した職種間協働を活かしている。	因子分析2回目
	36	私は、包括の他職種と対等な関係を保つように心がけている。	因子分析3回目
	37	私は、包括の他職種に対して看護職カラーを強く出さないように気をつけている。	I-T相関
	38	私は、包括の他職種の失敗に対して責めることはしていない。	I-T相関
協働の中で看護専門性と帰属意識を見出す 7項目	39	私は、日頃、包括のなかでは職種を意識しないで仕事をしている。	I-T相関
	40	私は、過去の職場の医療・看護の知識や経験を活かしている。	因子分析3回目
	41	私は、地域の保健師活動の経験を活かしている。	不適切な項目
	42	私は、包括の他職種に、看護の専門性について説明している。	因子分析2回目
	43	私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。	採用
	44	私には、看護専門職であるという帰属意識(アイデンティティ)がある。	採用
	45	私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。	採用
外的基準 10項目	46	私は、包括の他職種と協働することは価値あることだと思う。	【他職種と働くことの価値】
	47	私は、包括の他職種と一緒に仕事することに満足している。	【他職種と働くことの満足】
	48	私のケアマネジメント能力は上がっている。	【自己知覚された他職種と働く能力】
	49	私は、地域の新たな資源の開発に貢献している。	【職種間協働のアウトカム】
	50	私は、地域の機関や住民とのネットワークづくりに貢献している。	
	51	私は、職種間で業務の優先度に違いを感じる。	(逆転)
	52	私は、ケアマネジメントの内容や結果について他職種から非難される。	(逆転)
	53	私は、職業的な専門性を発揮できない。	(逆転)
	54	私は、自分の能力が十分に活かせていない。	(逆転)
	55	私には、本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。	(逆転)

表 10. 因子間相関 (N=578)

	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子
第 1 因子	1.000	0.369	0.310	0.480	0.140
第 2 因子	0.369	1.000	0.532	0.475	0.270
第 3 因子	0.310	0.532	1.000	0.390	0.451
第 4 因子	0.480	0.475	0.390	1.000	0.158
第 5 因子	0.140	0.270	0.451	0.158	1.000

表 11. 生成された尺度および外的基準尺度の Cronbach α 係数 (N=578)

尺度全体	0.876
第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」	0.792
第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」	0.795
第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」	0.827
第 4 因子「チームとして他職種と統合する」	0.738
第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」	<u>0.624</u>
外的基準尺度「職種間協働評価尺度」(項目 46・47・48) → (項目 46・47)	<u>0.605</u> →0.765
外的基準尺度「職種間協働アウトカム尺度」(項目 49・50)	0.816
外的基準尺度「協働の役割ストレス尺度」(項目 51・52・53・54・55)	0.713

表 12. 第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」

Cronbach α 係数と I-T・項目間相関

		Cronbach α 係数
第 5 因子全体		0.624
右記の項目を除外した場合	項目 43	0.586
	項目 44	0.396
	項目 45	0.570

関関の項目	Spearman の順位相関係数
項目 43・項目 44	0.385
項目 43・項目 45	<u>0.222</u>
項目 44・項目 45	0.391
第 5 因子・項目 43	0.748
第 5 因子・項目 44	0.803
第 5 因子・項目 45	0.642

表 13. 再テスト結果.

1 回目と 2 回目の 5 因子および合計得点における平均点・標準偏差 (N=26)

		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	合計得点
平均	1回目	24.31	15.65	18.38	15.46	10.35	84.15
	2回目	23.31	15.23	18.31	14.85	10.15	81.85
	1回目-2回目の差	0.00	▼ 0.42	▼ 0.07	▼ 0.61	▼ 0.20	▼ 2.3
標準偏差	1回目	3.26	2.66	3.43	2.98	2.45	10.36
	2回目	3.16	1.99	3.80	2.20	1.85	8.93
	1回目-2回目の差	▼ 0.10	▼ 0.67	△ 0.37	▼ 0.78	▼ 0.60	▼ 1.43

表 14. 再テスト結果.

因子ごとおよび合計得点の 1 回目と 2 回目のピアソンの積率相関 (N=26)

相関の項目	ピアソンの積率相関係数
第 1 因子の 1 回目と 2 回目	0.679
第 2 因子の 1 回目と 2 回目	0.721
第 3 因子の 1 回目と 2 回目	0.817
第 4 因子の 1 回目と 2 回目	0.582
第 5 因子の 1 回目と 2 回目	0.598
CNTC 尺度の 1 回目と 2 回目	0.840

表 15. 外的基準尺度との併存的妥当性の検証 (N=569)

	職種間協働の評価	職種間協働のアウトカム	役割ストレスサー
職種間協働のプロセス評価全体	0.544	0.452	0.394
第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら 知識・技能を教わる」	0.608	0.194	0.323
第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」	0.395	0.437	0.333
第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能 を教える」	0.231	0.390	0.216
第 4 因子「チームとして他職種と統合する」	0.475	0.311	0.467
第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵するこ とを見出す」	0.126	0.305	0.012
職種間協働の評価	1.000	0.150	0.427
職種間協働のアウトカム	0.150	1.000	0.164
協働における役割ストレスサー	0.427	0.160	1.000

表 17. CCIN 尺度の因子パターンおよび Cronbach α 係数

尺度名	下位尺度名	No.	項 目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
職種間協働のプロセス評価尺度	他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる	9	私は、包括の他職種から高齢者の相談援助技術を教えてもらいながら仕事をしている。	0.781176	-0.130749	0.002105	-0.023099	0.011560
		8	私は、包括の他職種から権利擁護や成年後見制度を教えてもらいながら仕事をしている。	0.644812	-0.023526	0.123078	-0.014965	-0.002259
		5	私は、高齢者虐待・権利擁護の相談対応が難しいとき、相談の同僚、同行訪問をもらっている。	0.577032	-0.090214	0.175409	0.051292	-0.094760
		13	私は、相談対応や援助で包括の他職種の「よい」と思ったところを模範にしている。	0.552645	-0.060764	0.000089	0.122390	-0.000089
		31	私は、包括の他職種の信頼し、尊重している。	0.496954	-0.213860	0.196758	-0.005317	-0.005317
	他職種と円滑に連携するコミュニケーションを心掛ける	16	私は、相談者・本人・家族の調整（ケアマネジメント）を、包括の他職種と相談しながらやっている。	0.491347	0.097684	-0.040190	0.094568	0.099285
		29	私は、包括の他職種の仕事がうまくいかない時、励ましを言葉をかけている。	-0.002658	0.802036	0.117122	0.017425	-0.037130
		30	私は、包括の他職種に過剰なストレスや負担が生じていないか気にかけている。	-0.022415	0.685308	0.160089	-0.012041	-0.019790
		14	私は、包括内の相談しやすいコミュニケーションのある職場づくりに心掛けています。	0.287190	0.533442	-0.031872	0.072376	0.078568
		28	私は、包括の他職種に自分のもっている情報・知識・意見を遠慮なく言っている。	-0.041191	0.469056	0.114993	0.252150	0.111065
	他職種の支援し医療・健康の知識・技能を教える	12	私は、包括の他職種に高齢者に特徴的な疾患やからだの状態の判断を教えている。	-0.014074	0.145095	0.710758	-0.009181	0.121215
		11	私は、包括の他職種に医療機関の医師やスタッフとの付き合い方を教えている。	-0.037242	0.193136	0.623483	-0.000316	0.093819
		10	私は、包括の他職種から医療や看護の知識・情報・技法を教えてほしいという要求に応えている。	0.153037	0.098504	0.571981	0.071127	0.149771
		6	私は、包括の他職種から相談された医療依存度の高い人や健康状態の悪い人を同行訪問している。	0.117575	-0.080072	0.560681	0.101433	-0.056174
		25	私は、医療・健康に関する看護職の専門的役割を担っている。	0.008456	0.093950	0.386015	0.088035	0.311411
	チームとして他職種と統合する	2	私は、センターの目標・方針に包括の他職種と合意している。	-0.048022	0.066869	-0.055326	0.820234	0.032339
		3	私は、担当地域の課題について包括の他職種と共通認識をしている。	-0.083304	0.102055	-0.012198	0.716618	-0.034349
		4	私は、包括の他職種とチームの一体感を感じながら仕事をしています。	0.287310	0.105108	-0.031057	0.572343	-0.089604
		1	私は、包括の他職種と互いの役割を決めながら働いている。	-0.010303	-0.084889	0.097727	0.472641	0.034243
		44	私には、看護専門職であるという帰属意識（アイデンティティ）がある。	-0.032360	-0.043092	-0.052770	-0.057692	0.807470
包括的ケアマネジメント評価尺度	地域包括の看護職として包括的ケアマネジメントを担う	45	私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。	0.096738	0.035009	0.009792	0.029324	0.524651
		43	私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。	-0.036947	-0.045568	0.133796	0.060008	0.474427
		Cronbach 係数 (全体0.876)			0.792	0.795	0.827	0.738
		寄与率			16.488	16.252	15.246	17.919
		累積寄与率			16.488	32.740	47.986	65.905
	包括的ケアマネジメント評価尺度	因子間相関			第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
		第1因子			1.000	0.369	0.310	0.480
		第2因子			0.369	1.000	0.532	0.475
		第3因子			0.310	0.532	1.000	0.390
		第4因子			0.480	0.475	0.390	1.000
包括的ケアマネジメント評価尺度	包括的ケアマネジメント評価尺度	第5因子			0.140	0.270	0.451	0.158
		Cronbach 係数 (全体0.791)			0.285	0.630	0.504	0.440
		第1因子			0.285	0.630	0.504	0.440
		第5因子			0.440	0.440	0.347	0.347

表 18. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性の検証

1 回目と 2 回目の合計得点の相関 (N=26)

1 回目と 2 回目の合計得点の Pearson の積率相関係数	0.796
----------------------------------	-------

表 19. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の信頼性の検証

1 回目と 2 回目の合計得点の平均点・標準偏差の差 (N=26)

平均	1回目	22.15
	2回目	22.15
	1回目-2回目の差	0
標準偏差	1回目	2.70
	2回目	3.75
	1回目-2回目の差	△ 1.05

表 20. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性の検証

外的基準尺度との相関 (N=568)

外的基準尺度	Spearman の順位相関係数
職種間協働のアウトカム尺度 (項目 49・50)	<u>0.569</u>
職種間協働の評価尺度 (項目 46・47)	0.261
協働の役割ストレス尺度 (項目 51・52・53・54・55)	0.273

表 21. 『包括的ケアマネジメント評価尺度』の妥当性の検証

『職種間協働のプロセス評価尺度』との相関 (N=578)

	Pearson の積率相関係数
全体の合計得点	0.614
第 1 因子「他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる」	<u>0.285</u>
第 2 因子「他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける」	0.630
第 3 因子「他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える」	0.504
第 4 因子「他職種と統合する」	0.440
第 5 因子「協働の中に看護職の専門性が内蔵することを見出す」	0.347

表 22. 地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働における包括的ケアマネジメントのコンピテンシー自己評価尺度：CCIN 尺度

尺度名	下位尺度名	No.	項 目
職種間協働のプロセス評価尺度	他職種から相談援助の支援を受けながら知識・技能を教わる	9	私は、包括の他職種から高齢者の相談援助技術を教えてもらいながら仕事をしている。
		8	私は、包括の他職種から権利擁護や成年後見制度を教えてもらいながら仕事をしている。
		5	私は、高齢者虐待・権利擁護の相談対応が難しいとき、相談の同席、同行訪問をしてもらっている。
		16	私は、相談者・本人・家族の調整(ケアマネジメント)を、包括の他職種と相談しながらやっている。
		13	私は、相談対応や援助で包括の他職種の「よいと思ったところ」を模範にしている。
		31	私は、包括の他職種を信頼し、尊重している。
	他職種と円滑に循環するコミュニケーションを心掛ける	29	私は、包括の他職種の仕事やうまくいかない時、励ましの言葉をかけている。
		30	私は、包括の他職種に過剰なストレスや負担が生じていないか気にかけている。
		28	私は、包括の他職種に自分のもっている情報・知識・意見を遠慮なく言えている。
		14	私は、包括内の相談しやすいコミュニケーションのある職場づくりに心掛けています。
	他職種を支援し医療・健康の知識・技能を教える	12	私は、包括の他職種に高齢者に特徴的な疾患やからだの状態の判断を教えている。
		11	私は、包括の他職種に医療機関の医師やスタッフとの付き合い方を教えている。
		10	私は、包括の他職種から医療や看護の知識・情報・技法を教えてほしいという要求に応えている。
		6	私は、包括の他職種から相談された医療依存度の高い人や健康状態の悪い人を同行訪問している。
	チームとして他職種と統合する	25	私は、医療・健康に関する看護職の専門的役割を担っている。
		2	私は、センターの目標・方針に包括の他職種と合意している。
		3	私は、担当地域の課題について包括の他職種と共通認識をしている。
		1	私は、包括の他職種と互いの役割を決めながら動いている。
包括的ケアマネジメント評価尺度	地域包括の看護職として包括的ケアマネジメントを担う	4	私は、包括の他職種とチームの一体感を感じながら仕事をしている。
		45	私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。
		43	私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。
		44	私には、看護専門職であるという帰属意識(アイデンティティ)がある。
		18	私は、地域の高齢者の生活重視の医療・保健・福祉のいろんな視点を持っている。
		27	私は、他職種が本来受ける相談にも応じ、さまざまな業務をオールマイティにやっている。
		17	私は、相談者・本人・家族を調整する「ひとりひとりのケアマネジメント」を通して地域の高齢者の課題を見出している。
		20	私は、相談者・本人・家族の調整するケアマネジメントとは「これでいいのか」という問いがつきまとうものだと思う。
		21	私は、地域のネットワークづくりについて包括の他職種と話し合っている。
		22	私は、包括の他職種と新しい地域づくりのアイデアを出し合い、新たなものを作り出そうとしている。

Tokyo Healthcare University, Postgraduate School, Faculty of Healthcare,
Department of Healthcare
Doctorate Thesis Overview

Development of a Self-Evaluation Scale for Comprehensive Care Management
Competency in Interprofessional Collaboration of Nurses Working with Social
Welfare Workers and Chief Care Managers at Community
Comprehensive Care Center

Tokyo Healthcare University
Postgraduate School,
Faculty of Healthcare,
Department of Healthcare,
Division of Nursing
Student ID No.:HD115002
Name: Michiko Koyama

Background

Community Comprehensive Care Centers were established in 2006 as the central institution for promoting community comprehensive care for the elderly and these centers operate teams consisting of the three job types of public health nurses or nurses with experience as community health nurses, social welfare worker, and chief care managers. This presented the need to develop a self-evaluation method for comprehensive care management competency in the collaboration necessary for building community comprehensive care systems as a means for mitigating employee turnover in nursing positions by improving the specialization of those in nursing positions and collaboration with social welfare workers and chief care managers.

Objective

To develop a self-evaluation scale to measure the competency for comprehensive care management in interprofessional collaboration of nurses working with social welfare workers and chief care managers at community comprehensive care centers : CCIN.

Methods

The method used was to create a scale from prior qualitative research, use it in a trial application, conduct a survey of nurses in 1,500 locations from a stratified random sample taken from directly operated and outsourced community comprehensive care centers in all 47 prefectures nationwide, conduct an exploratory factor analysis through rotational use of item analysis, the main factor method, and Quartimin rotation and then create the scale and verify its reliability and validity.

Results

The results from the analysis of the 578 valid responses (valid response rate 92.5%) taken from the 625 returned responses (recovery rate 41.7%) were used to create a scale with 22 items from the 5 factors of “Teach while receiving consultation assistance knowledge and skill support from other community comprehensive job types,” “Strive to create an environment for smooth communication with other community comprehensive job types,” “Support other community comprehensive job types by teaching medical and healthcare knowledge and skills,” “Be integrated to work with other community comprehensive job types in team building,” and “Awareness of incorporating nursing specialization in the interprofessional collaboration”. The concurrent validity with external standards, construct validity, and reproducibility were confirmed, but the Cronbach’s alpha coefficient of the factor “Awareness of incorporating nursing specialization in the interprofessional collaboration” was low at 0.624, so the issue of the scale’s reliability remains. This scale was named “Interprofessional Collaboration process” and CCIN scale was created another scale with 6 items of “Comprehensive care management”.

Conclusions

CCNI scale to be comprised of two self- evaluation scales for the competency of “Interprofessional collaboration process” of 22 items for 5 factors and “Comprehensive care management” of 6 items was created. Greater reliability and validity of the scale needs to be obtained to increase the possibility of using this scale.

Key Words

community comprehensive care centers, nursing job,
interprofessional collaboration, comprehensive care management ,competency

資 料 研究説明書

研究に関する調査に参加される方への説明文書

【研究の意義および目的】

この研究の目的は、地域包括支援センターの看護職が、センターの社会福祉士、福祉職の主任介護支援専門員との専門性を超えた職種間協働について自己評価する尺度（ものさし）を開発することにあります。

地域包括支援センターの看護職の皆さまにご回答頂き、作成してまいりたいと存じますので、お忙しいところ、恐縮ではございますが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

【研究の方法】

この研究は、独自に作成した調査票を用いた調査を行います。

質問は、択一式もしくは自由記述となっております。設問に合わせてご回答ください。

回答時間は15分程度と考えております。

回答をご記入後は、質問票を封筒に入れて郵送にてご返送ください。

【予測される研究の結果】

この尺度は、保健師、看護師が社会福祉士、主任介護支援専門員と協働した業務の促進を図り、離職防止に役立てることが可能になると考えております。

【研究期間】

この研究は、研究の実施が承認された日から平成30年3月31日まで実施される予定です。

【研究を実施する研究者】

研究実施責任者／所属：東京医療保健大学大学院	博士課程学生	氏名：小山道子
研究指導教員／所属：東京医療保健大学大学院	職位：教授	氏名：廣島麻楊

【研究に関する資料の開示】

あなたのご希望に応じて、この調査に参加された方の個人情報保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲で、この研究の研究計画および研究方法についての資料を入手または閲覧することができます。

この研究への参加について

【研究への参加の任意性】

この研究への参加は任意です。あなたの自由な意思が尊重されます。研究に参加しないことによって、業務をする際に、不利益な対応を受けることはありません。また、研究への参加の有無が今後の業務を継続するにあたって影響を与えることは一切ありません。無記名の質問票への記入提出をもって同意と見なすため、データは完全に匿名化して集計します。同意撤回されてもデータを特定することができず破棄できませんのでご了承下さい。

【あなたにこの研究への参加をお願いする理由】

地域包括支援センターは、3職種の専門領域を超えた職種間協働を実践している場です。そこに所属する看護職の皆様にご回答して頂きたいと存じます。

【研究により期待される利益】

この研究に参加することによって、あなたに直接的な利益はありませんが、研究成果は、地域包括支援センターの看護職が、他職種との協働を円滑に行うために役立てられると考えています。

【研究への参加に伴う危険または不快な状態】

この研究への参加に伴い、健康被害等の危険や、痛み等の不快な状態、その他あなたに不利益となることが生じる可能性はございません。

【個人情報の取り扱い】

調査票とご本人が連結しない匿名化を行い、ご本人の特定ができないようにいたします。

【研究終了後の対応・研究成果の公表】

この研究の終了後、あなたのデータは、個人情報を厳重に保管したうえで保存いたします。

また、この研究で得られた成果を専門の学会や学術雑誌などに発表する可能性があります。発表する場合は被験者の方のプライバシーに慎重に配慮しますので、個人を特定できる情報が公表されることはありません。

【データの保存期間、保存方法および破棄方法、保存・破棄の責任者】

データの保存期間は研究終了後 10 年とし、研究終了後平成 30 年 3 月～平成 40 年 3 月（予定）です。

データは、他のコンピューターと切り離されたコンピューターを使用して外部記録媒体（USB もしくはフロッピーディスク）に記憶させ、その外部記録媒体は、研究者の自宅の保管庫に鍵をかけて厳重に保管します。研究終了後は調査協力者の紙データおよび電子データは個人情報を厳重に管理した上で、研究者の自宅の鍵のかかる保管庫に保管します。

保管期間終了後は、紙データはシュレッダーにかけ、USB もしくはフロッピーディスクに保管された電子データは専用のファイル抹消ソフトウェアを使用して完全に消去いたします。

データ保存・破棄の責任者は、研究責任者小山道子にあります。

【研究のための費用】

この研究は、東京医療保健大学大学院の研究補助費を受けて行われます。

【研究への企業・団体等の関与】

この研究には、企業や団体は関与しません。企業等との利害関係はないため、利害の衝突によって研究の透明性や信頼性が損なわれるような状況は生じません。

【研究に伴う補償】

この研究に参加することで健康被害等の有害事象が生じる可能性はないため、研究に伴う特別な補償はありません。

【知的財産権の帰属】

この研究の成果により特許権等の知的財産権が生じる可能性があります。その権利は、東京医療保健大学大学院等の研究機関に属し、調査に参加された方には属しません。

【問い合わせ先・苦情等の連絡先】

○ この研究に関する問い合わせ先

東京医療保健大学大学院 博士課程 小山道子 （所属：上武大学看護学部）

電話：090-9201-5494 E-mail：koyama@jobu.ac.jp

東京医療保健大学大学院 廣島麻揚

電話：03-5421-7655 E-mail：m-hiroshima@thcu.ac.jp

調査票

地域包括支援センターの保健師、看護師の皆さま

研究調査協力をお願い

地域包括支援センター看護職の社会福祉士、主任介護支援専門員との職種間協働の尺度開発の研究をしています。

センターに所属する保健師、看護師の皆さまにご協力をお願いしたく、調査票を送らせて頂きました。

「研究に関する調査に参加される方への説明文書」をお読み頂き、「調査票」にお答えくださいますようお願いいたします。

なお、調査票は1名分しか入っておりません。

複数の看護職の方が所属されている場合、条件は問いませんので、どなたかおひとりがお答えください。

1 回目のみ調査協力の方

ご多忙のところ恐縮ではございますが、平成 29 年 8 月末日までに同封いたしました封筒に入れ、ご返送下さい。

2 回調査協力の方

お手数をおかけしますが、調査票の返送は2回ございます。

① 1 回目は、調査票にご記入頂き、平成 29 年 8 月末日頃までに返送下さい。

② 2 回目は、1 回目の調査票の返送 1 か月頃、はがきでお知らせいたします。

2 回目用調査票にご記入頂き、平成 29 年 9 月末日頃までにご返送下さい。

上武大学看護学部 在宅看護学領域

小山 道子

連絡先 〒370-1393

群馬県高崎市新町 270-1

代表番号 0274-20-2115

携帯番号 090-9201-5494

メールアドレス koyama@jobu.ac.jp

I. お答えされる方について、当てはまるところに☑を入れて下さい。

1. 性別を教えてください。

- ① ☐ 男性 ② ☐ 女性

2. 年齢を教えてください。 () 歳

3. 所属するセンターの運営形態はどちらですか。

1) ☐ 直営型

直営型の場合、自治体の単位はどれですか。

- ① ☐ 特別区
② ☐ 市
③ ☐ 町
④ ☐ 村
⑤ ☐ 広域

2) ☐ 委託型

委託型の場合、委託先はどこですか。

- ① ☐ 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）
② ☐ 社会福祉協議会
③ ☐ 医療法人
④ ☐ 営利法人
⑤ ☐ 特定非営利活動法人
⑥ ☐ その他（ ）

4. 所属するセンターの管理者はどなたがされていますか。（複数回答可）

- ① ☐ 担当課の管理者 ② ☐ 施設の管理者 ③ ☐ 3 職種のうちのひとり
④ ☐ その他（ ）

5. あなたの雇用形態は何ですか。

- ① ☐ 常勤 ② ☐ 非常勤

6. あなたの職位は何ですか。

- ① ☐ 管理職 ② ☐ 非管理職

7. あなたが、現在、就業している看護職種は何ですか。（複数回答可）

- ① ☐ 保健師 ② ☐ 看護師 ③ ☐ 助産師

8. あなたの取得している看護職の資格は何ですか。（複数回答可）

- ① ☐ 保健師 ② ☐ 看護師 ③ ☐ 助産師

9. あなたが看護職以外に取得している資格は何ですか。（複数回答可）

- ① ☐ 主任介護支援専門員 ② ☐ 介護支援専門員 ③ ☐ 社会福祉士 ④ ☐ 介護福祉士
⑤ ☐ 精神保健福祉士 ⑥ ☐ その他（ ）

① ☐ 総合相談支援業務

② ☐ 権利擁護業務

③ ☐ 包括的継続的ケアマネジメント支援業務

④ ☐ 介護予防事業（教室・訪問）

⑤ ☐ 介護予防支援業務

⑥ ☐ 地域ケア会議・ネットワークづくり

⑦ ☐ その他（ ）

11. これまでの就業場所はどこですか。（複数回答可）

① ☐ 医療機関

② ☐ 都道府県行政機関

③ ☐ 市町村行政機関

④ ☐ 在宅介護支援センター

⑤ ☐ 居宅介護支援事業所

⑥ ☐ 訪問看護事業所

⑦ ☐ 複合型サービス

⑧ ☐ 介護老人保健施設・介護老人福祉施設

⑨ ☐ 障がい者施設

⑩ ☐ 児童施設

⑪ ☐ 新卒

⑫ ☐ その他（ ）

12. 現在のセンターも含めて看護職としての実務経験は概ね通算年数ですか。（看護以外は除いて下さい。）

概ね（ ）年

13. 地域包括支援センター実務経験は概ね通算何年ですか。（他のセンターの実務経験含まれます）

概ね（ ）年

① ☐ない ② ☐ある

① ☐ 医療機関 ② ☐ 都道府県行政機関 ③ ☐ 市町村行政機関

④ ☐ 在宅介護支援センター ⑤ ☐ 居宅介護支援事業所 ⑥ ☐ 訪問看護事業所

⑦ ☐ 複合型サービス ⑧ ☐ 介護老人保健施設・介護老人福祉施設

⑨ ☐ 障がい者施設 ⑩ ☐ 児童施設 ⑪ ☐ その他（ ）

① ☐ない ② ☐ある

☐ 就学中に受けた。

① ☐ 専門学校 ② ☐ 短大 ③ ☐ 大学 ④ ☐ 大学院

⑤ ☐ その他（ ）

☐ 卒業後に受けた。

① ☐ 職場内研修 ② ☐ 職場外研修 ③ ☐ 所属する学会

④ ☐ その他（ ）

Ⅱ. 該当する数字の下の子に○をつけてください。

「包括の他職種」とは、センター内の社会福祉士（あるいは社会福祉主事等）もしくは、介護・福祉職の主任介護支援専門員をさしています。

1. 全くそうでない 2. あまりそうでない 3. どちらとも言えない 4. そうである 5. 大いにそうである

該当する数字の下の子に○をつけて下さい。

	質 問 内 容	1	2	3	4	5
1	私は、包括の他職種と互いの役割を決めながら動いている。					
2	私は、センターの目標・方針に包括の他職種と合意している。					
3	私は、担当地域の課題について包括の他職種と共通認識をしている。					
4	私は、包括の他職種とチームの一体感を感じながら仕事をしている。					
5	私は、高齢者虐待・権利擁護の相談対応が難しいとき、相談の同席、同行訪問をしてもらっている。					
6	私は、包括の他職種から相談された医療依存度の高い人や健康状態の悪い人を同行訪問している。					
7	私は、包括の他職種から相談された医療機関への連絡役に協力している。					
8	私は、包括の他職種から権利擁護や成年後見制度を教えてもらいながら仕事をしている。					
9	私は、包括の他職種から高齢者の相談援助技術を教えてもらいながら仕事をしている。					
10	私は、包括の他職種から医療や看護の知識・情報・技法を教えてほしいという要求に応えている。					
11	私は、包括の他職種に医療機関の医師やスタッフとの付き合い方を教えている。					
12	私は、包括の他職種に高齢者に特徴的な疾患やからだの状態の判断を教えている。					
13	私は、相談対応や援助で包括の他職種の「よいと思ったところ」を模範にしている。					
14	私は、包括内の相談しやすいコミュニケーションのある職場づくりに心掛けている。					
15	私は、包括の他職種との互いの意見の違いを解決している。					
16	私は、相談者・本人・家族の調整（ケアマネジメント）を、包括の他職種と相談しながらやっている。					
17	私は、相談者・本人・家族を調整する「ひとりひとりのケアマネジメント」を通して地域の高齢者の課題を見出している。					
18	私は、地域の高齢者の生活重視の医療・保健・福祉のいろんな視点を持っている。					
19	私は、本人・家族の意思決定について包括の他職種と協働して関わっている。					
20	私は、相談者・本人・家族の調整するケアマネジメントとは「これでいいのか」という問いがつきまとうものだと思う。					
21	私は、地域のネットワークづくりについて包括の他職種と話し合っている。					
22	私は、包括の他職種と新しい地域づくりのアイデアを出し合い、新たなものを作り出そうとしている。					
23	私は、包括の他職種に健康の予防対策を高齢者に呼びかけるよう働きかけている。					
24	私は、介護予防のような看護職の主担当業務を担っている。					

1. 全くそうでない		2. あまりそうでない		3. どちらとも言えない		4. そうである		5. 大いにそうである			
						該当する数字の下に○をつけて下さい。					
	質 問 内 容						1	2	3	4	5
25	私は、医療・健康に関する看護職の専門的役割を担っている。										
26	私は、包括の他職種の専門的知識や技能を本や研修会、研究会などで学んでいる。										
27	私は、他職種が本来受ける相談にも応じ、さまざまな業務をオールマイティにやっている。										
28	私は、包括の他職種に自分のもっている情報・知識・意見を遠慮なく言えている。										
29	私は、包括の他職種の仕事がうまくいかない時、励ましの言葉をかけている。										
30	私は、包括の他職種に過剰なストレスや負担が生じていないか気にかけている。										
31	私は、包括の他職種を信頼し、尊重している。										
32	私は、包括の他職種に対する看護職との違和感やギャップがある。										
33	私は、包括の他職種とは「みんな同じ職員である」と思っている。										
34	私は、包括の他職種の受けてきた教育や経験が違うことを踏まえて付き合っている。										
35	私は、包括に来るまでの職場で経験した職種間協働を活かしている。										
36	私は、包括の他職種と対等な関係を保つように心がけている。										
37	私は、包括の他職種に対して看護職カラーを強く出さないように気をつけている。										
38	私は、包括の他職種の失敗に対して責めることはしていない。										
39	私は、日頃、包括のなかでは職種を意識しないで仕事をしている。										
40	私は、過去の職場の医療・看護の知識や経験を活かしている。										
41	私は、地域の保健師活動の経験を活かしている。										
42	私は、包括の他職種に、看護の専門性について説明している。										
43	私は、医療・保健・看護の最新知識や技術について学習をしている。										
44	私には、看護専門職であるという帰属意識（アイデンティティ）がある。										
45	私は、包括の他職種から医療・看護・保健の知識の提供や支援が求められた時、看護職としての存在価値に気づかされる。										
46	私は、包括の他職種と協働することは価値あることだと思う。										
47	私は、包括の他職種と一緒に仕事することに満足している。										
48	私のケアマネジメント能力は上がっている。										
49	私は、地域の新たな資源の開発に貢献している。										
50	私は、地域の機関や住民とのネットワークづくりに貢献している。										
51	私は、職種間で業務の優先度に違いを感じる。										
52	私は、ケアマネジメントの内容や結果について他職種から非難される。										
53	私は、職業的な専門性を発揮できない。										
54	私は、自分の能力が十分に活かせていない。										
55	私には、本来、自分たちの職種の仕事じゃないと思いながら行っている業務がある。										

ご協力頂きまして、本当にありがとうございました。