

原著論文

訪問看護師の協働実践力に影響する要因

The factors affecting collaborative practice skills among visiting nurses

森下安子 (Yasuko Morishita)*¹ 山田 覚 (Satoru Yamada)*¹

要 約

本研究は、訪問看護師の協働実践力にどのような要因が影響しているのかを明らかにするために、訪問看護師を対象に質問紙調査を実施した。訪問看護ステーション135か所に勤務している訪問看護師614名に自記式アンケートを送付し、回収数は497通（回収率80.9%）であった。【協働実践力】に影響する要因は、『協働する能力』と『協働チームの中でケアを展開する力』では、「看護管理システム」「看護志向性」「創造性」の要因が影響しており、『協働チームの中でケアを展開する力』と『協働活動を実践する力』では、「スタッフ間の人間関係」が影響していた。協働実践力向上に向け、職場内の人間関係を調整し、職場内外の協働に向き合うことを支援しつつ、専門職業人としての能力を発揮するなかで訪問看護師としての自己実現につなげるとともに、職務満足、職務継続にもつなげることができる看護管理者やシステムの存在が重要であることが示唆された。

Abstract

In this research, we conducted a questionnaire survey targeting visiting nurses to clarify what factors are affecting the collaborative practice among visiting nurses. Self-administered questionnaires were sent to 614 visiting nurses working at 135 visiting nursing stations. The number of questionnaires collected 497 (collection rate 80.9%). Factors affecting 【collaborative practical skills】 are influenced by factors of “nursing management system,” “nurse orientedness” and “creativity” for “collaborative working skills” and “ability that develops care in a collaborative team,” and the “relationship among staff” for “ability that develops care among a collaborative team” and “ability that practices collaborative activities.” It was suggested that the following is significant to improve collaborative practice: Job satisfaction and the existence of a nursing administrator and a system that can also lead to continuing the job, while coordinating human relationships within the workplace and supporting the collaborative within and outside the workplace for improving the collaborative practice, as well as leading to self-realization as a visiting nurse while demonstrating one’s abilities as a specialized professional.

キーワード：訪問看護師 多職種協働 協働実践力

I. 研究の背景

医療制度改革を受け、在宅ケア対象者のニーズは、ますます複雑化、多様化している。このような在宅ケア対象者の様々なニーズに対応するために、アセスメント、ケア計画において、多職種と協働することの重要性がますます唱えられている（大川，2004）。

協働は、チーム医療において核となる概念であるとし（小味，大西，菅田，2010）、チームケア・チームアプローチの実践はケアの質を保證する一手段として実践現場の中にも認識されている。

さらに、チームの中で医師－看護師間の協働的關係に焦点を当てた研究結果においては、患者の死亡率や病棟からICUへの再入室率の低下

*¹高知県立大学看護学部

(Baggs & schmitt, 1997)、在院日数の短縮化 (Gitrell, Fairfield, 2000)、職員の満足度 (草刈, 俣田, 柳原他, 2004) の向上に影響することが報告されている。また、訪問看護師が訪問看護ステーションを辞めずに働き続けられる条件に関する調査結果において「地域の他職種との協働においてストレスがない。」が34.2%であることも報告されている (草場, 2009)。

以上のように連携、協働の重要性や必要性については、十分理解されているが、一方で連携協働が実践の場で必ずしもうまくいっていないとの報告がある (小山, 2003)。また、染谷 (2005) は、訪問看護における協働とその困難に関する研究結果において、「協働が“協働活動”と“関係性”から成り立っており、協働における困難は、“協働活動”を行う上で、また“関係性”を構築する上で生じており、協働と困難は切り離すことができない」と述べ、ストレスになりうるものであることが伺える。

よって、実践現場で協働を実現する協働実践力を向上することは、対象者の多様なニーズに対応し、ケアの効果、サービスの効率を高めると共に、看護師の満足度の向上、訪問看護師の定着にもつながっていくといえよう。

日本においては市町村 (筒井, 東野, 2006) や高齢者施設での協働を測定する尺度 (杉本, 亀井, 2011) や看護師－医師間の協働実践力を測定する尺度 (小味, 大西, 菅田, 2010) などが開発され、実態が明らかにされているものの、在宅ケアの場で実践する訪問看護師等の多職種協働実践力を測定する尺度はなく、訪問看護師等の多職種協働実践力の実態や影響する要因については明らかにされていない。

今回、訪問看護師の協働実践力に影響する要因が明らかになることにより、協働実践力を基盤としたキャリア支援のあり方を探求することができ、また、チームケアの強化、ケアの質向上、課題解決、利用者・家族のQOLの向上に寄与することができる。また、離職防止、訪問看護師の定着率の向上にもつながり、在宅ケアの発展に寄与できると考えた。

II. 研究目的

訪問看護師の協働実践力にどのような要因が影響しているのかを明らかにすることにより、訪問看護師の協働実践力の強化を基盤とした、キャリア支援のあり方、職務満足、職業継続につながる支援のあり方について示唆を得ることである。

III. 用語の定義

1. **協働**：異なる立場・組織の者同士が、信頼関係・相互理解を基盤として、対話を重ね、課題解決に向け共通の目標を達成するために、互いに持っている知恵や資源、責任を共有し、役割を重複しながら共に実践する活動
2. **協働実践力**：協働する能力を発揮しながら、協働チームの中でケアを展開し、協働活動を実践する力

IV. 研究方法

1. **研究デザイン**：量的関連要因探索型研究デザイン

2. 質問紙の構成

今回、【協働実践力】の定義より、【協働実践力】は『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』の3要素から構成するとし、『協働する能力』は、Hepburn, Tsukuda, and Fasser (1996) によって開発された“Team Skill Scale” (以下、“TSS”) 17項目 (5段階 Likert尺度) を、“協働チームの中でケアを展開する力”は、杉本ら (2011) によって開発された“ケアのプロセスと実践度” 11項目 (4段階 Likert尺度) を、“協働活動を実践する力”は、Kenaszchukら (2010) によって開発された“Interprofessional collaboration Scale” (以下、“ICS”) 13項目 (4段階 Likert尺度) を尺度として用いた。英語の尺度である“TSS”“ICS”においては、原作者の許可を得た後、まず母国語を日本語とするバイリンガルが日本語の翻訳を行った。それをもとに、英語を母国語とするバイリンガル及び

研究者でその意味の等価性を確認し、日本語版案を作成した。そして、この日本語版案を、訪問看護師や在宅看護学の研究者に回答してもらい、日本語表現等理解が困難な内容等について意見をもらった。その意見をもとに、洗練化をはかった。洗練化にあたっては、英語を母国語とするバイリンガル及び研究者でその意味の等価性について確認した。

“TSS”日本語版17項目のCronbachの α 信頼性係数（以下、 α 係数とする）は、0.910で、“ICS”日本語版13項目の α 係数は、0.853であった。

そして、【協働実践力】は、訪問看護師としての基本属性に関する要因、訪問看護師の仕事の価値のおき方に関する要因、バーンアウトが関連し、さらに【協働実践力】が職務満足度、仕事継続意志と関連するものとして、対象者の背景13項目、久保・田尾（1992）が改訂したバーンアウト尺度17項目、中山、野嶋らによって開発された『看護師の仕事に対する価値のおき方と満足度』尺度の中、満足度を除く63項目、文献をもとに研究者が作成した訪問看護師の職務満足度9項目、仕事継続意思1項目からなる質問紙を作成した。

3. 対象者

国内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師

4. データ収集方法

対象者のアクセス方法として、まずホームページ上に公開されている全国訪問看護事業協会正会員及び都道府県訪問看護ステーション連絡協議会会員の名簿をもとに、無作為抽出した訪問看護ステーションの施設長に研究目的、内容を文書にて説明した。研究協力への同意について返信があったステーションに、研究依頼書（施設用）とともに、返送用封筒を添付した承諾書、および研究依頼書（研究参加者用）と返信用封筒を添付した質問紙を協力可能な部数送付し、各ステーションの対象となる訪問看護師に1部ずつ配布してもらった。調査票の回収は、郵送法による無記名個別回収とした。データ収集期間は、平成24年10月から平成25年12月であった。

5. 分析方法

調査で得られたデータを統計用パッケージSPSS22.0Jを使用して、各項目の記述統計、t検定、重回帰分析を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は高知県立大学倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者には、研究の内容、意義、目的、方法、不利益を受けない権利の保障、自己決定の権利の保障、プライバシー、匿名性、機密性の保持などについて文書で説明した。なお、質問紙の投函を持って同意が得られたものとした。

V. 結 果

1. 質問紙の配布数および回収数

平成25年10月に全国訪問看護事業協会の会員として登録されている597ヶ所に郵送にて研究協力の依頼文書を送付し、同意が得られた135ヶ所614名を対象にアンケートを郵送したところ、497名の回答が得られた。回収率は、80.9%であった。

2. 対象者の属性

対象者の性別は、女性が488名（98.2%）、男性が9名（1.8%）で、最終学歴は、専門学校卒が419名（84.3%）、短期大学が31名（6.2%）、看護系大学が12名（2.4%）であった。看護師の経験年数は1年から60年（平均20.54年）で、5年未満が16名（3.2%）であった。勤務形態は、常勤が375名（75.5%）、非常勤が116名（23.3%）で、職位は、スタッフが368名（74.0%）、主任が37名（7.4%）、所長が74名（14.9%）で、24時間対応を担当している看護師が351名（70.6%）、担当していない看護師は143名（28.8%）であった。多職種チームに関する研修の受講状況は、「よく受けている」36名（7.2%）「時々受けている」256名（51.5%）、「あまり受けていない」136名（27.4%）、「全く受けていない」54名（10.9%）であった。

3. 【協働実践力】の実態 (表1)

【協働実践力】を構成する『協働する能力』の平均値は63.68 (SD=7.07) で、『協働チームの中でケアを展開する力』は33.97 (SD=3.02)、『協働活動を実践する力』は39.42 (SD=4.55) であった。

4. 【看護師の仕事に対する価値のおき方】の実態 (表2)

【看護師の仕事に対する価値のおき方】におけるサブスケール別の得点率を見ると、最も高かったのは『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」71.8%であり、次いで『看護師としての自己実現』の「看護志向性」71.3%、『仕事上の人間関係』の「利用者との人間関係」70.6%であった。得点率が低かったサブカテゴリーは、『看護師としての自己実現』の「変革力」49.1%、次いで『管理システム』の「給与」

54.5%、『仕事上の人間関係』の「医師との人間関係」57.1%の順であった。

5. 【バーンアウト】の実態 (表3)

【バーンアウト】の3つの因子別の平均値は、『情緒的消耗感』が12.83 (SD=4.49)、『個人的達成感』が16.62 (SD=4.69)、『脱人格化』が10.05 (SD=4.01) であった。勤務形態の「常勤」と「非常勤等」の2群でバーンアウト3因子別の平均値の差を比較すると、『情緒的消耗感』が常勤職員13.18、非常勤職員11.46、『脱人格化』が常勤職員10.34、非常勤職員8.97と常勤職員が有意に高かった ($p<0.01$)。また、主任・所長の「管理職」と「スタッフ」の2群でバーンアウト3因子別の平均値の差を比較すると、『個人的達成感』が、「管理職」18.26、「スタッフ」16.04と管理職が有意に高かった ($p<0.01$)。

表1 【協働実践力】を構成する『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力と実践度』『協働活動を実践する力』の平均値

	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
協働する能力	17	17~85	37	85	63.68	7.07
協働チームの中でケアを展開する力	11	11~44	25	44	33.97	3.02
協働活動を実践する力	13	13~52	24	52	39.42	4.55

表2 【看護師の仕事に対する価値のおき方】サブスケール別平均値・得点率

	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	得点率
管理システム							
給料	3	3~5	3	15	8.17	2.53	54.5
労働条件と福利厚生	4	4~20	4	20	12.31	3.13	61.6
看護管理システム	6	6~30	7	30	20.38	4.38	67.9
キャリアアップの機会	2	2~10	3	10	7.03	1.57	70.3
仕事上の人間関係							
スタッフ間の人間関係	6	6~30	9	30	21.53	3.59	71.8
医師との人間関係	4	4~20	5	19	11.41	2.21	57.1
看護管理者との人間関係	3	3~15	3	15	10.04	2.35	66.9
利用者との人間関係	5	5~25	7	25	17.64	2.40	70.6
家族との人間関係	4	4~20	9	19	14.01	1.76	70.1
職場への所属感	4	4~20	4	20	13.15	2.71	65.8
専門職性							
専門職意識	2	2~10	2	10	6.80	1.45	68.0
決定権	4	4~20	7	20	13.79	1.80	69.0
自律性	3	3~15	4	15	10.12	1.74	67.5
ケア提供時間	3	3~15	4	15	10.40	1.40	69.3
看護師としての自己実現							
看護志向性	3	3~15	4	15	10.69	2.02	71.3
現実志向性	2	2~10	2	10	6.44	1.25	64.4
創造性	3	2~10	2	10	6.51	1.45	65.1
変革力	3	3~15	3	15	7.37	2.35	49.1

表3 【バーンアウト】の下位尺度（3因子）の平均値

	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
情緒的消耗感	5	5～25	5	25	12.83	4.49
個人的達成感	6	6～30	6	30	16.62	4.69
脱人格化	6	6～30	6	29	10.05	4.01

6. 【職務満足度】の実態（表4）

【職務満足度】9項目（5段階 Likert尺度）の中で、最も平均値が高かった項目は、「職場の人間関係」3.35（SD=0.87）で、次いで「訪問看護師の専門性」3.25（SD=0.75）であった。平均値が低かった項目は、「給料」2.55（SD=0.89）、「設置主体の管理の在り方」2.67（SD=0.89）であった。『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』と【職務満足度】9項目と9項目の合計点数と相関をみる（相関係数0.4以上）と、『協働する能力』との相関はなかったが、『協働チームの中でケアを展開する力』と「看護ケアの質」0.465、「訪問看護師の専門性」0.413と正の相関があった。『協働活動を実践する力』では、「職場の人間関係」0.502、「看護ケアの質」0.406、【職務満足度】総点0.460の正の相関があった。

表4 【職務満足度】の各項目の平均値

	平均値	標準偏差
給料	2.55	0.89
労働条件	2.77	0.85
管理者の管理の在り方	2.98	1.00
設置主体の管理の在り方	2.67	0.89
キャリアアップ	2.88	0.75
職場の人間関係	3.35	0.87
訪問看護師の自律性	3.23	0.75
訪問看護師の専門性	3.25	0.75
看護ケアの質	3.20	0.76

表5 【協働実践力】と【職務満足度】各項目との相関（Pearsonの相関係数）

	協働する能力		協働チームの中でケアを展開する力		協働活動を実践する力	
給料	0.046		0.141	**	0.155	**
労働条件	0.110	*	0.220	**	0.239	**
管理者の管理の在り方	0.100	*	0.272	**	0.380	**
設置主体の管理の在り方	0.111	*	0.279	**	0.381	**
キャリアアップ	0.111	*	0.263	**	0.255	**
職場の人間関係	0.233	**	0.283	**	0.502	**
訪問看護師の自律性	0.292	**	0.398	**	0.367	**
訪問看護師の専門性	0.318	**	0.413	**	0.322	**
看護ケアの質	0.318	**	0.465	**	0.406	**
職務満足度総点	0.233	**	0.398	**	0.460	**

*p<0.05 **p<0.01

7. 【仕事継続意思】の実態 (表7)

今の職場での仕事継続の意思のある訪問看護師は404名 (81.0%) で、継続の意思がない者は75名 (15.0%) であった。また、仕事継続意思の有無別に訪問看護経験年数 (5年未満、5年以上の2群)、職位 (スタッフ、主任・所長の2群)、勤務形態 (常勤、非常勤の2群) 別にクロス集計を行ったが、有意差は見られなかった。この職場での仕事継続意思の「あり」「なし」で【協働実践力】の平均値の差を比較すると、「あり」の群が『協働する能力』64.02 (SD=6.91)、『協働チームの中でケアを展開する力』34.16 (SD=3.13)、『協働活動を実践する力』39.83 (SD=4.41) で、「なし」が『協働する能力』62.19 (SD=7.18)、『協働チームの中でケアを展開する力』32.97 (SD=3.27)、『協働活動を実践する力』37.20 (SD=4.94) と、「あり」群において有意に平均値が高かった。

8. 【協働実践力】に影響する要因 (表7)

【協働実践力】を構成する『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』の各合計点を目的変数として、基本属

性、【仕事の価値のおき方と満足度】【バーンアウト】【職務満足度】【仕事継続の意思】を説明変数として、重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。

【協働実践力】に影響する要因をみると、『協働する能力』と『協働チームの中でケアを展開する力』の2つに影響している要因は、【仕事に対する価値のおき方】の『管理システム』の「看護管理システム」(『協働する能力』 $\beta=0.162$ 、『協働チームの中でケアを展開する力』 $\beta=0.211$) と、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」(『協働する能力』 $\beta=0.156$ 、『協働チームの中でケアを展開する力』 $\beta=0.172$)、「創造性」(『協働する能力』 $\beta=0.193$ 、『協働チームの中でケアを展開する力』 $\beta=0.262$) であった。『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』の2つに影響している要因は、【仕事に対する価値のおき方】の『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」(『協働する能力』 $\beta=0.102$ 、『協働チームの中でケアを展開する力』 $\beta=0.444$) であった。

表6 【仕事継続意思】の有無と【協働実践力】の平均値の比較 (t検定)

	協働する能力	標準偏差	協働チームの中で ケアを展開する力	標準偏差	協働活動を実践する力	標準偏差
継続意思あり (N=377)	64.02	6.91	34.16	3.13	39.83	4.41
継続意思なし (N=71)	62.19	7.18	32.97	3.27	37.2	4.94
	* $p<0.05$		** $p<0.01$			

表7 【協働実践力】に影響する要因

	協働する能力	協働チームの中でケアを展開する力	協働活動を実践する力
基本属性	訪問看護経験5年	0.159 **	
	24時間体制	0.099 *	
	研修	0.144 **	
管理システム	看護管理システム	0.162 **	0.211 **
	キャリアアップの機会		0.124 *
仕事上の人間関係	スタッフ間の人間関係	0.102 *	0.444 **
専門職性	ケア提供時間		0.139 **
	専門職意識	0.124 *	
看護師としての自己実現	看護志向性	0.156 **	0.172 **
	創造性	0.193 **	0.262 **
	変革力	0.139 **	
バーンアウト	脱人格化		-0.099 *
職務満足度総点			0.121 *
* $p<0.05$ ** $p<0.01$		F=45.406** R ² =0.490	F=53.280** R ² =0.408
			F=67.640** R ² =0.421

VI. 考 察

1. 訪問看護師の【看護師の仕事に対する価値のおき方】の実態の特徴

訪問看護師による【看護師の仕事に対する価値のおき方】についてサブカテゴリー別に得点率を見ると、「スタッフ間の人間関係」が71.8%、「看護志向性」が71.3%と高く、「変革力」が49.1%、「給与」が54.5%と低かった。後藤（2013）は1県の看護職を対象とした研究を行っており、その結果、サブカテゴリー別に得点率を見ると、「スタッフ間の人間関係」が67.4%、「家族との人間関係」が66.0%で、「看護志向性」は60.0%であり、18サブカテゴリー中8番目の得点率であった。低い得点率では「変革力」が44.0%、「給与」が44.7%と傾向は同じであった。上記の結果は1県のみを対象であり、病床数、病院機能も限られており、比較するには限界があるが、訪問看護師は、病院での看護と異なり、利用者や家族に対し1対1の個別性のある看護を展開している。また、訪問看護ステーションの組織は常勤換算で全国平均6.3人（平成25年）と小規模であるため、ステーション内の人間関係構築は、業務を遂行していく上で影響が強くと考える。また、病院と比較し、規模が小さいからこそ、管理者は多様な看護観を持っている訪問看護師への個別性のある配慮が可能であり、「看護志向性」が71.3%と高かったと考えられる。

2. 訪問看護師の【バーンアウト】の実態の特徴

本研究の対象者の【バーンアウト】の3つの因子別の平均値は、『情緒的消耗感』が12.83（SD=4.49）、『個人的達成感』が16.62（SD=4.69）、『脱人格化』が10.05（SD=4.01）であった。勤務形態の「常勤」と「非常勤等」の2群でバーンアウト3因子別の平均値の差を比較すると、常勤職員が『情緒的消耗感』と『脱人格化』が有意に高かった。また、主任・所長の管理職が有意に高かった。

撫養ら（2015）の500床以上の一般病院に勤務する看護師800名を対象とした調査結果において、『情緒的消耗感』が16.7（SD=4.3）、『脱人格化』

が12.5（SD=4.9）、『個人的達成感』が21.0（SD=3.9）と報告されている。その結果と比較すると、『情緒的消耗感』『脱人格化』『個人的達成感』とも低かった。

望月ら（2009）は、1県であるが、訪問看護師199名を対象とした研究結果で、『情緒的消耗感』が13.4（SD=4.4）、『個人的達成感』が20.2（SD=4.3）、『脱人格化』が9.6（SD=3.0）であったと報告している。また、同研究でバーンアウトを職位と勤務形態で平均値を比較しており、今回の研究結果と同様に、常勤職員が『情緒的消耗感』と『脱人格化』が有意に高く、また、主任・所長の管理職が『個人的達成感』が有意に高いという結果が報告されている。梅原ら（2007）は、『情緒的消耗感』と有意な関連があった項目として、年齢、労働時間の満足度、訪問人数の負担、他職種との連携等、『脱人格化』は1日の平均訪問件数、他職種との連携等であることを明らかにしている。常勤職員は、24時間体制や多問題を抱え、多職種との連携が必要な利用者を担当することが多く、よって緊急訪問にも対応していると考えられ、非常勤と比較し、仕事の内容に差があることが影響していると考えられる。

また、松原（2014）は、訪問看護ステーション管理者のやりがいとして、「訪問看護ケアの提供から得る喜び」、「スタッフから得る喜び」、「よい評価をされる喜び」、「すべてのことを采配できるおもしろさ」があることを明らかにし、「管理者は、利用者に満足してもらえようスタッフ教育に力を入れ、他機関への営業活動や良好な関係づくりにも努力しており、その結果、他機関から依頼や利用者が増え、地域にとってステーションは認められていると実感し、自分の努力に対し満足感を得る」と述べている。以上のことから、看護管理者は、自らの理念に基づいた質の高い訪問看護ステーションづくりに向け、スタッフを育て、多機関との協働関係を形成するといった管理業務を遂行することが『個人的達成感』を高めていると考えられる。

3. 【協働実践力】と【職務満足度】【仕事継続意思】との関連について

『協働する能力』『協働チームの中でケアを展

開する力』『協働活動を実践する力』と【職務満足度】9項目と9項目の合計点数との相関において、『協働する能力』とは0.4以上の相関はなかったが、『協働チームの中でケアを展開する力』と「看護ケアの質」が0.465、「訪問看護師の専門性」が0.413と正の相関があった。多職種との丁寧な看護過程の展開は、訪問看護師の専門性や看護ケアの質への満足度につながると考える。

『協働活動を実践する力』では、「職場の人間関係」が0.502、「看護ケアの質」が0.406、【職務満足度】総点が0.460の正の相関があった。訪問看護ステーションのメンバー構成人数は小規模であり、まずは、身近な職場の人間関係の構築力が協働実践状況を生み出す力になるものであるといえる。また、多職種とのチームケアや協働は、利用者家族の多面的な理解につながり、課題解決にもつながるものである。よって、ケアの質に関する満足度にも影響していると考えられる。

現職場での【仕事継続意思】と【協働実践力】の関連においても、『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』でいずれも、継続意思のある者において有意に平均値が高く、協働実践力の向上は仕事継続や定着につながるものであるといえる。

4. 【協働実践力】に影響する要因

今回、【協働実践力】を構成する『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』のすべてに影響する要因はなかったが、2つの構成要素に影響している要因が明らかになった。『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』の2つに影響している要因は、【仕事に対する価値のおき方】の「看護管理システム」「看護志向性」「創造性」であった。また、『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』の2つに影響している要因は【仕事に対する価値のおき方】の「スタッフ間の人間関係」であった。以上のことから、【協働実践力】の強化にむけ、職場内の人間関係を調整し、職場内外の協働に向き合うことを支援しつつ、専門職業人として利用者一人ひとりのケアを創意工夫する力の発揮につなげる看護管理が重要であると考えられた。

Bernard (1989) は、協働が遂行されるためには、管理職レベルで職員が協働するために必要な時間、エネルギー、資源を投資することが不可欠であると述べている。洪沢田 (2002) も、「所属機関の支援がないと、職員がコラボレーションに関する意欲を失ったり、あるいは途中で燃え尽きてしまう可能性もある。」や「管理職がコラボレーションの重要性を理解し、積極的に関与する必要がある。」と述べている。また、染谷 (2005) は、「協働と困難は切り離すことができず、相互に影響している。」と述べている。訪問看護ステーション管理者は、協働を実践する上には困難が伴い、また時間やエネルギーを要することを理解し、組織として協働に向かうことの必要性や重要性を認識し、各看護師の能力に応じ、受け持つ利用者等の検討や、対象理解を深める時間や看護実践の振り返りができる時間の確保を支援するなどの支援体制について検討、構築することが重要であると考ええる。

また、【協働実践力】は、「看護志向性」が影響しており、訪問看護師としてのやりがいを獲得することは、協働実践力向上に重要な意味を持つことが明らかになった。洪沢田 (2002) は、「多職種とのコラボレーションはそれぞれの専門職としてのアイデンティティをもつことが重要である。」と述べている。協働実践力の強化に向け、訪問看護師としてのアイデンティティを確立し、看護へのやりがいを認識できるよう支援することが重要であるといえる。また、職場内の人間関係のあり方も【協働実践力】に影響していた。訪問看護ステーションは組織規模が小さいからこそ、職場内のスタッフ間の関係性が重要であるといえる。協働実践力向上に向け、職場内の人間関係を調整する役割の存在や、職場の中で、人間関係構築のスキルを修得できる場としていくことが必要であると言える。また、訪問看護師が、利用者一人ひとりのケアを創意工夫でき、また訪問看護師としてやりがいを見だし、訪問看護師としての自己実現を支援する看護管理の在り方も重要であると考ええる。

VII. 結 論

【協働実践力】を構成している『協働する能力』『協働チームの中でケアを展開する力』『共同活動を実践する力』に影響する要因として、『協働する能力』と『協働チームの中でケアを展開する力』の2つの構成要素には、【仕事に対する価値のおき方】の『管理システム』の「看護管理システム」と、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」、「創造性」があった。『協働チームの中でケアを展開する力』『協働活動を実践する力』の2つの構成要素には、【仕事に対する価値のおき方】の『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」の要因があった。

以上より、協働実践力向上に向け、職場内の人間関係を調整し、職場内外の協働に向き合うことを支援しつつ、専門職業人としての能力を発揮するなかで訪問看護師としての自己実現につなげるとともに、職務満足、職務継続にもつなげることができる看護管理者やシステムの存在が重要であることが示唆された。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、全国の訪問看護ステーション7,400か所勤務する41,000名（平成25年度全国訪問看護事業協会調査結果）の中の135か所497名を分析対象にしたものであり、全体の実態をあらわすには限界がある。また、訪問看護ステーションは、医療法人併設、独立型、等多様な形態がある。また、近年、機能強化型訪問看護ステーションが誕生し、看取りケアを重視したステーション、教育機能を持ったステーションや大規模多機能型のステーションも増加してくると考える。今後はこれら訪問看護ステーションの形態、規模、機能にも着目した協働実践力について明らかにする必要がある。また、“TSS” “ICS”は日本語版を作成したため、今後日本において、実践への活用が可能か検証を続けていく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました訪問看護ステーションの皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は高知県立大学大学院看護学研究科博士後期

課程に提出した博士論文の一部に加筆修正したものです。本研究において申告すべく利益相反事項はありません。

<引用文献>

- Baggs, J. G. & Schmitt, M. H (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in MICU, *Research in Nursing & Health*, 20(1), 71-80.
- Bernard, B. (1989). Working together: Principles of Collaboration. *Prevention Forum*, 10(1), 157-165, 1989
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M. & Bierbaum, B., et al. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients, *Medical Care*, 38(8), 807-819.
- Hepburn, Tsukuda, Fasser (2012). Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), 196-204.
- Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, Zwarenstein M (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration, *BMC Health Services Research*.
- 草刈淳子, 俣田徹, 柳原朗子 他 (2004). 看護職, 医師の協働と医師および看護職の職務満足度との関連の検討. 愛知県内の病院を対象とした調査の結果から: 愛知県立看護大学紀要, 10, 19-25.
- 草場美千子 (2009). 訪問看護師の定着化を図るための要因. 訪問看護と介護, 14(12), 998-1002.
- 久保真人 (2007). バーンアウト (燃え尽き症候群) - ヒューマンサービス職のストレス. 日本労働研究雑誌, 558(1), 54-64.
- 小山敦代 (2003). 高齢者ケアにおける連携の現状と教育の必要性. *Quality Nursing*, 9(11), 940-947.
- 小味慶子, 大西麻未, 菅田勝也 (2010). 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, 14(2), 15-21.
- 後藤姉奈 (2013). 同一施設に定着して働く看護師の職務満足度と看護観との関連. 三重看護学会誌, 15(1), 27-35.
- 松原みゆき (2014). 訪問看護ステーション管理者のやりがいと困難を構成する要素. 日本赤十字広島看護大学紀要, 14, 37-46.
- 望月宗一郎, 茂木美奈子, 飯島純夫 (2009). A県内訪問看護師の職務満足度とバーンアウトに関する一考察. 山梨大学看護学会誌, 8(1), 9-14.
- 撫養真紀子, 勝山貴美子, 志田京子他 (2015). 一般病院に勤務する看護師の職務満足感とバーンアウト. 自尊感情との関連, 社会医学研究, 32(2), 143-150.
- 大川弥生 (2004). 介護保険サービスとリハビリテーション－ICFにたった自立支援の理念と技法. 中央法規出版, 25-32.
- 渋沢田鶴子 (2002). 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, 28(3), 10-17.
- 杉本知子, 亀井智子 (2011). 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－. 日本看護科学学会誌, 31(4), 14-23.
- 染谷千亜希 (2005). 訪問看護師における協働と訪問看護師が協働していく上の困難に関する研究. 平成17年度高知女子大学大学院看護学研究科修士論文, 123.
- 筒井孝子, 東野定律 (2006). 全国の市町村保健師における「連携」の実態に関する研究. 日本公衆衛生誌, 53(10), 762-775.
- 梅原麻美子, 古瀬みどり, 松浪容子 (2007). A県内の訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連. 北日本看護学会誌, 9(2), 27-33.