

平成28年度 高知県立大学大学院 博士論文

訪問看護師の協働実践力に関する研究

A Study of Collaborative Practice
among Visiting Nurses

看護学研究科看護学専攻

博士後期課程

07G207

森下 安子

指導教員 山田 覚 教授

要旨

訪問看護師の協働実践力に関する研究

森下 安子

【研究目的】本研究は、訪問看護師の協働実践力の実態と、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。

【研究方法】訪問看護師を対象にした自記式質問紙を用いた量的研究

今回、『協働実践力』は、「協働する能力」「協働チームのなか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」)を、「協働チームのなか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」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」)を尺度として用いた。「TSS」と「ICS」については、日本語版を作成した。

対象者は国内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師とした。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。

【結果・考察】研究協力の同意が得られた訪問看護ステーション135ヶ所614通アンケートを郵送し、497通(回収率80.9%)の回答が得られた。「TSS」17項目の日本語版のCronbachの α 信頼性係数(以下、 α 係数)は0.910、「ケアのプロセスと実践度」11項目の α 係数は0.853、「ICS」13項目の α 係数は0.853であった。『協働実践力』を構成する3つの尺度の平均値は、「TSS」(5件法)が63.68(SD=7.07)で、「ケアのプロセスと実践度」(4件法)が33.97(SD=3.20)、「ICS」(4件法)が39.42(SD=4.55)であった。「TSS」「ICS」において、チーム機能の改善、多職種との議論に関する項目の平均値が低く、訪問看護師は、チームメンバーの意見の相違を議論し合意形成を図り、よりよいケアを創造していく協働実践力を向上することが重要であると考えられた。

職務満足度合計との相関をみると、「TSS」が0.233、「ケアのプロセスと実践度」が0.398、「ICS」が0.460と相関があった。また、『協働実践力』の3尺度とも、職場継続意思「あり」群が「なし」群より有意に平均値が高かった。

『協働実践力』に影響する要因をみると、3尺度全てに影響している要因はなかったが、「TSS」と「ケアのプロセスと実践度」の2つの尺度には、「看護管理システム」「看護志向性」「創造性」の因子が影響しており、「ケアのプロセスと実践度」と「ICS」の2つの尺度には、「スタッフ間の人間関係」「看護志向性」「創造性」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円滑にするとともに、訪問看護師としての利用者の一人ひとりの個別性のあるケアを創造する中で看護のやりがいを見だし、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が重要であるといえる。

【結論】訪問看護師の協働実践力の強化に向け、協働チーム内の合意形成力を向上していくことが重要であると考えられた。また、協働実践力は、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

A Study of Collaborative Practice among Visiting Nurses

Yasuko Morishita

Purpose: This study clarifies the on-the-ground situation with regard to collaborative practice among visiting nurses as well factors affecting collaborative practice . In doing so, it provides suggestions with regard to methods of support that will lead to job satisfaction and job retention, as well as career-support strategies based on the enhancement of collaborative practice among visiting nurses.

Method: A quantitative method was adopted, employing a self-administered questionnaire for visiting nurses. In this study, “collaborative practice ” are deemed to consist of three components: “Ability to Collaboration,” measured using the Team Skill Scale (TSS) developed by Hepburn, Tsukuda, and Fasser (1996); “Ability to Deploy Care in Collaborative Teams,” measured using the “care process and degree of implementation” measure developed by Sugimoto et al. (2011); and “Ability to collaboration activity practice” measured using the “Interprofessional Collaboration Scale” (ICS) developed by Kenaszchuk et al. (2010). Japanese versions were prepared for the TSS and the ICS. The subjects were visiting nurses working at home-visit nursing stations in Japan. We made ethical considerations and the study was approved by the research ethics committee of University of Kochi.

Results : A total of 614 questionnaires were sent by post to 135 home-visit nursing stations that had consented to participate in the study. Of these, 497 responses were obtained (collection rate of 80.9%). The Cronbach’s α reliability coefficient was 0.910 for the Japanese version of the 17-item TSS, 0.853 for the 11-item “care process and degree of implementation” measure, and 0.853 for the 13-item ICS. The average values of the three scales constituting collaborative practice were 63.68 (SD = 7.07) for the TSS (a 5-point response scale), 33.97 (SD = 3.20) for the “care process and degree of implementation” measure (a 4-point response scale), and 39.42 (SD = 4.55) for the ICS (a 4-point response scale). On the TSS and the ICS, average values were low for the items relating to the improvement of team function and the discussion with people in multiple types of employments.

The correlation with the total degree of job satisfaction was 0.233 for the TSS, 0.398 for the “care process and degree of implementation” measure, and 0.460 for the ICS. In addition, this value was significantly higher in the group that answered “Yes” in response to “intention to remain at the workplace” than in the group that answered “No” on all three collaborative practice scales.

In terms of the factors affecting collaborative practice , the factors affecting all three scales were “nursing management systems” and “nursing orientation” under Positioning of Values in Relation to Work, with “nursing orientation” exhibiting a negative effect on the ICS. On the TSS and the “care process and degree of implementation” measure, the factors that had an effect were “nursing management systems” “nursing orientation” and “creativity,” On the ICS and the “care process and degree of implementation” measure, “interpersonal relations among staff” “nursing orientation” and “creativity”.

Discussion: In addition to focusing on the strengthening of collaborative practice among visiting nurses and promoting training courses relating to multi-disciplinary teams, working to improve team consensus-building capabilities is another important consideration. Moreover, collaborative practice help visiting nurses coordinate relationships in the workplace and support their collaboration endeavors inside and outside the workplace. At the same time, it is suggested that it is important to establish nursing administrators and systems that can allow visiting nurses to fulfill their potential as professional specialists, achieve self-realization and satisfaction in their job, and continue working.

目次

第 1 章 序論	1
I . 本研究の背景	1
II . 本研究の目的	2
III . 本研究の意義	2
第 2 章 文献検討	4
I . 協働について	4
II . 協働に関連している要因に関する文献検討	9
第 3 章 研究の枠組み	13
第 4 章 研究方法	14
I . 研究デザイン	14
II . 質問紙の作成	14
III . 研究対象者	17
IV . データ収集方法	17
V . 倫理的配慮	17
第 5 章 結果	19
I . 質問紙の配布数および回収数	19
II . 対象者の属性（表 1、図 1～8）	19
III . データ分析結果	23
第 7 章 考察	64
I . 考察構成について	64
II . 訪問看護師の【協働実践力】の実態について	64
III . 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	70
IV . 訪問看護師のバーンアウトの特徴	72
V . 訪問看護師の職務満足と職務継続意思の実態の特徴	73
VI . 【協働実践力】との関連について	74
VII . 本研究の限界	76
第 8 章 結論	78
引用・参考文献	84

図表目次

図 1	年齢	21
図 2	最終学歴	21
図 3	看護師経験年数	21
図 4	訪問看護師経験年数	22
図 5	勤務形態	22
図 6	職位	22
図 7	多職種に関する研修受講状況	23
図 8	24 時間連絡体制担当状況	23
図 9	『TSS』項目別平均値	25
図 10	『ケアのプロセスと実践度』項目別平均値	28
図 11	『ICS』項目別平均値	30
図 12	【看護師の仕事に対する価値のおき方】項目別平均値	36
図 13	『管理システム』の項目別平均値	38
図 14	『仕事上の人間関係』の項目別平均値	40
図 15	『専門職性』の項目別平均値	42
図 16	『看護師としての自己実現』の項目別平均値	44
図 17	【バーンアウト】各項目の平均値	48
図 18	職務満足の各項目の平均値	50
図 19	『協働する能力』（『TSS』）に影響する要因	61
図 20	『協働チームの中で看護ケアを展開していく力』（『ケアの プロセスと実践度』）に影響する要因エラー! ブックマークが定義されて	
図 21	『協働実践状況』（『ICS』）に影響する要因エラー! ブックマークが定	
表 1	対象者の概要（N=497）	20
表 2	【協働実践力】を構成する『協働に向けたスキル』『協働 実践状況』『協働』『協働実践状況』『チームの中でケアを 展開する力』の平均値	24
表 3	『TSS』の因子分析（主因子法、プロマックス回転）	27
表 4	Interprofessional collaboration Scale の因子分析 （主因子法、プロマックス回転）	32
表 5	協働実践力を構成する要素の相関（Pearson 相関係数） ..	32
表 6	【看護師の仕事に対する価値のおき方】スケール別得点 ..	33
表 7	【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	34
表 8	『管理システム』のサブスケール別平均値	39
表 9	『仕事上の人間関係』のサブカテゴリー別平均値	41
表 10	『専門職性』のサブカテゴリー別平均値	43

表 11	『看護師としての自己実現』のサブカテゴリー別平均値	44
表 12	【看護師の仕事に対する価値の置き方】サブカテゴリー別訪問看護経験（5年未満、5年以上）2群の平均値（t検定）	45
表 13	【看護師の仕事に対する価値の置き方】サブカテゴリー別勤務形態（常勤、非常勤等）2群の平均値	46
表 14	【看護師の仕事に対する価値の置き方】サブカテゴリー別職位別（スタッフ、主任・所長）2群の平均値（t検定）	47
表 15	【バーンアウト】の下位尺度（3因子）の平均値	48
表 16	【バーンアウト】3因子別訪問看護経験（5年未満、5年以上）2群の平均値（t検定）	49
表 17	【バーンアウト】3因子別勤務形態（常勤、非常勤等）2群の平均値	49
表 18	バーンアウト3因子別職位（スタッフ、主任・所長）2群の平均値（t検定）	50
表 19	今の職場での仕事継続の意思	51
表 20	基本属性と【協働実践力】の3要素との関連	52
表 21	訪問看護師経験年数と『TSS』項目別平均値（t検定）	53
表 22	訪問看護師経験年数（5年）と『TSS』因子別平均値（t検定）	53
表 23	訪問看護師経験年数（3年）と『TSS』因子別平均	54
表 24	職位と『TSS』因子別平均値（t検定）	54
表 25	勤務形態と『TSS』因子別平均値（t検定）	54
表 26	訪問看護師経験年数（5年）と『ケアのプロセスと実践度』項目別平均値	55
表 27	【協働実践力】と仕事に対する価値の置き方との相関（Pearsonの相関係数）	56
表 28	【協働実践力】の3つのスケールと【仕事に対する価値の置き方】のサブスケールとの相関（Pearsonの相関係数）	57
表 29	【協働実践力】と【バーンアウト】との相関（Pearsonの相関係数）	58
表 30	【協働実践力】を測定する3つの尺度と【職務満足】各項目との相関（Pearsonの相関係数）	58
表 31	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）	59
表 32	『協働実践力』に影響する要因	60

第1章 序論

I. 本研究の背景

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、多様化していく。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、2003）。「看護者の倫理綱領」の条文9においても「看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。」と専門職と協働することの必要性が謳われており、対象者に最善を尽くすために、「他の看護者及び保健医療福祉関係者と協力関係を維持し、相互の創意、工夫、努力によってより質の高い看護及び医療を提供するように努める」とされている。

原田ら（2003）は高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携について研究しており、療養者・家族のニーズに対応する連携パターンが14種類あったと報告している。そして、連携活動における訪問看護師の役割は「病状、症状の判断と適切な職種への連携・指示」「服薬の管理・指導・効果の観察」「精神状態を判断し適切な職種を調整」「家族と連携する重要性」「ヘルパーに対する療養者の健康面での指示」「予測的指導と予防」「他職種との連携の構築」が示唆されるなど、訪問看護師には連携・協働する能力が必要とされることがわかる。

また、協働は、チーム医療において核となる概念であるとし（古味、2010）、チームケア・チームアプローチの実践はケアの質を保証する一手段として実践現場の中にも認識されている。また、協働は、第六次看護職員需給見通しに関する検討会（第5回）において、経済的側面からみても、訪問看護が積極的に在宅ケアにおける多職種と関わることは、ケアの効果、さらにはサービスの効率を高めることについても提言されている。

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（Baggs&schmitt, 1997）、在院日数の短縮化（Gitrell, et, al, 2000）、職員の満足度（草刈他、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）。

このことから、協働は、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。

このように、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、連携協働が実践の場で必ずしもうまくいっていないことの報告がある（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

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」と述べている。

以上のように、協働は訪問看護師にとって利用者の問題解決と QOL 向上に欠かせないものであるが、「協働」は困難を伴うものであり、ストレスにつながるものであるといえよう。

さらに、在宅医療の推進が推し進められる中、訪問看護の役割期待は増大している。一方、訪問看護ステーション数は微増であり、その理由の一つに訪問看護師の確保が困難な現状が報告されている。訪問看護師の確保が困難な状況には、看護師不足により、就業数が少ないこともあるが、病院勤務の看護師より訪問看護ステーションの常勤者の退職率が高いという結果も報告され、訪問看護師の定着化に向けた取り組みが求められている（平成 23 年度看護白書、2009）。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、「訪問看護師のやりがい・満足感を感じられる」が 79.2%と最も多く、やりがいは訪問看護の効果があったと感じた時」が 86.4%と最も多く、草場（2009）は、「自分が実践した看護に対して自己効力感や満足感を得られた時に訪問看護師はやりがいを感じ、それが訪問看護を続けていく原動力だと感じている人が多い」と述べている。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（草場、2009）において「地域他職種との協働においてストレスがない」が 34.2%であるように、多職種との協働実践力を向上することは、職業上のストレスの軽減となり、訪問看護への定着に貢献できるといえる。

II. 本研究の目的

本研究の目的は、訪問看護師の協働実践力の実態とともに、協働実践力にどのような要因（組織に関する要因、専門職としての働きに関わる要因、バーンアウト、職務満足度、仕事継続意志）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考察することである。

III. 本研究の意義

訪問看護師の協働実践力の実態や課題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ることは、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 の向上寄与することができる。また、訪問看護師の協働実践力に影響する因子を明らかにすることにより、離職防止、訪問看護師の定着率の向上にもつながる。また、在宅ケアにおける協働に関する尺度開発をはじめとする多職種協働ケアに関する研究の発展にもつなげることができ、在宅ケア、在宅看護学の発展に寄与するこ

とができる。

第 2 章 文献検討

I. 協働について

1. 協働の定義に関する文献検討

協働については、連携と同義語で使用されることが多く、概念の整理が不明瞭である点が多い（染谷、2005）とされている。また、前田（1990）は、連携の 3 段階について早くから提案しており、異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をする上で、連絡、連携、統合の 3 段階があると述べている。よって、ここでは、連絡、連携と協働について整理していく。

1) 連絡

広辞苑では連絡を、「互いにつらなり続くこと、つらね続けること。互いに関連すること、相手に通報すること。相互に意思を通じ合うこと」としている。

前田（1990）は、連携の 3 段階の 1 段階目である「連絡」は、別個の組織が随時の情報交換を行う段階とし、連携の第 1 歩として随時の情報交換の重要性を述べている。

以上のことから、それぞれの必要性の中で、情報を発信しあい、情報を交換するという関係性の段階であるといえよう。

2) 連携

広辞苑によれば、連携は『同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと』とされており、英語では“cooperation、hook up”と訳される。

實成（1999）らは、“保健と医療と福祉の「連携」の推進要因に関する検討”の中で、連携を、『住民の視点を入れながら、関係者が共通の目的を確認し、その達成のためにおのおのが役割分担することから派生する形態である』と定義している。臺（2002）は、保健婦の地区活動を通して、多職種・他機関との協働を構築する活動の構成要素を明らかにした研究の中で、協働と区別するために連携を『連絡し合い活動をする』と定義している。臺は、この研究において、實成らは連携を協働と同義語として捉えていると述べている。また、山本（2001）は、「21 世紀の高齢社会を支える保健・医療・福祉のシステム構築」における 3 つのキーワードの 1 つに“連携”をあげ、連携とは『システム関係者がそれぞれの役割・能力・機能において対等な立場で協力し合っていくこと』と定義している。

小山（2003）は、連携を“collaboration”とし、『組織内の二者以上の専門職種が比較的独立して働きながら「協力」するか、個別の援助チームの一員として「協調する』と定義し、“チームケア”を『共通の目的をする達成のために一緒に行うケアであり、協働、チームアプローチと同義語である』と

意味づけしている。このように、“連携”と“協働”はほぼ同義語として用いられ、明確に区別して用いられていないことが分かる。

3) 協働

①他学問領域における協働

協働は、経営学、社会学、教育学など様々な領域で述べられている。経営学において早津(1996)は、“協働(コオペレーション)”とは、上司が仕事をメンバーに分担し、それをうまく調整しながら仕事を進めていくやり方、関係を意味している。これに対し、“共働(コラボレーション)”とは、メンバーや関係者がお互いに知恵を出し合って新しい意味や価値を創出するために、複数の関係者で、課題の発見・形成とその実現を効果的に行う、自律的な行動過程と定義している。

社会学において協働を高田(1971)は、財の生産、外敵に対する防御、文化の創造普及など、共同の効果に向かう多数人の活動としている。世古(2001)は、異なる主体が相互に理解し、違いを認め合った上で共通の目標を設定し、対等の立場で目標の達成にむけての課題を出し合い、解決の方策を考え、知恵と力を出し合い、1たす1が3になるようなダイナミズムと成果を生み出す関係性であり、同種、異種の多様な組織同士が知り合い、つながることでネットワークをつくることであるとしている。そして、真の協働の要素として独立性、自立性、自主性、対等性、透明性、時限性をあげている。

教育学において亀口(2002)は、協働を所与のシステムの内外で、異なる立場に立つ者同士が、共通の目標に向かって、限られた期限内に、互いの人的・物的資源を活用して、直面する問題の解決に寄与する対話と活動を展開することとしている。

心理学において Lepper(2000)は、“協同”と表し、目標や行動のレベルだけでなく、活動およびその成果のレベルにおいてもかなりの程度の相互介入もしくは相互依存が行われているものとしている。

以上のことから、協働は、領域によって“協働”、“共働”、“共同”、“協同”と様々に表され、経営学における“協働(コオペレーション)”の意味は連携と捉えられることから、他領域においても連携と協働の意味が混在していると言える。その中でも、協働は、共通の目標を達成するため、互いに持っている知恵や資源を出し合って活用し、問題解決にあたることであると言える。

②保健医療福祉領域における協働

協働については、鈴木(2006)が、コミュニティヘルスにおける協働として、ハイリスク集団の健康増進、専門職の実践・教育・研究の向上、参加者・組織やコミュニティのエンパワメントをもたらすために、異なる立

場の人々・組織が参加し、共通の企画や業務に対して、互いの関係を形成し発展させながら、ともに活動しあい調整しあうプロセスあるいは戦略であるとしている。染谷（2005）は、訪問看護における協働を、対等な立場のもとにおいて、在宅ケアに関わる患者・家族を含めた多くの職種が、それぞれの役割を重複しながら、共通の目標達成に向かって、対話と活動を展開することと定義している。Henneman ら（1995）は、collaborationの属性として、共同の危機、協同の努力・試み、積極的な参加、一緒に計画し意思決定する、チームアプローチ、専門的知識への貢献、責任の分担、対等な関係、パワーの共有、知識に基づく専門的知識対役割・肩書をあげている。また、臺（2002）は、保健師が連携から協働に発展させるために意図的に行っている活動として、情報の共有、相互理解、合意の形成、成果の明確化をあげている。

③協働とチームアプローチモデルの関係について、

“チーム”のアプローチモデルとして、“マルチディシプリナリー（multidisciplinary）・モデル” “インターディシプリナリー（interdisciplinary）・モデル” “トランスディシプリナリー（transdisciplinary）・モデル”の3つのモデルがあるとされている。これらのモデルには、様々な定義が存在するが、Germain（1984）は、共通してあげられる特徴とともに、チームが活動する状況やチームに科せられた課題の性質という点から区別している。“マルチディシプリナリー・モデル”は、医療チームは、医師の患者の治療に対する専門性と法的責任によってリーダーシップとコントロールが医師に帰属するので本質的に階層的である」としている。“インターディシプリナリー・モデル”は、在宅サービスを提供するチームのような協働・連携を重視するののもであり、医療チームが用いるマルチディシプリナリー・モデルのように、人命に関わる危機的状況や時間制約の下で活動することが少なく、また一人の人物から指示を受ける必要も少ない。」と定義している。以上のことから、協働は“インターディシプリナリー・モデル”であるといえる。

杉本は、“interdisciplinary teamwork”の概念分析結果を報告しており、チームメンバーの構成、チームメンバーに求められる要素（信頼、理解、尊重、賞賛）、チームの構造（柔軟な構造、相補的な関係、平等・並列な関係性、価値観の共有）、チームの活動（標準化された手段、専門領域の沿ったケア・アセスメントの実施、話し合いの場の開催、開放的なコミュニケーションの実施、情報の共有、メンバー間での合意形成、共通の目的・目標の志向、協働・連携、リーダーシップの共有、全メンバーによる実施結果の共有）があり、帰結として、チームメンバー個人の知識の獲得、技術の獲得、負担感の緩和、満足感の改善があり、チーム全体としてケアの質の改善があったと述べており、チームメンバーの協働関係にもとづく相

相互作用があったことを示している。

以上のことから、本研究では、協働を「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実践する活動」と定義する。

4) 協働を測定する尺度

collaboration and instrument、collaboration and questionnaire をキーワードに CINAL、で検索した。

collaboration and instrument が 336 件(2014 年 3 月 25 日)、collaboration and questionnaire が 641 件(2014 年 3 月 26 日)あり、これらの抄録から、看護師または専門職間の協働に焦点をあてて尺度開発または測定用具を使い測定している文献が 21 件あった。協働に関する測定用具については、看護師と医師間の協働を測定する用具が多く、Shortell et al, (1991) による ICU Nurse- Physician Questionnaire や、Hojat et al, (1999) による Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration、Bagg's, (1994) による Collaboration and Satisfaction About Care Decisions、Weiss and Davis, (1985) による Collaborative Practice Scale があった。Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration や Collaborative Practice Scale は、日本語版の信頼性、妥当性についても検討されている。

専門職間の協働に関する測定尺度については、Kenaszchuk et al, (2010) らが Interprofessional Collaboration Scale³ を開発しており、多職種との協働状況を測定している。また、Schroder et al, 2011 による、The Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT)や Carol A, 2012 による Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scal があり、専門職間の協働実践を測定する尺度が開発されている。

また、協働の要素として協働の技術を測定する尺度として、Hepburn, Tsukuda, and Fasser, 1996 による Team Skills Scale (TSS)があり、チーム内の協働に向けた技術を自己評価するものである。Heinemann, Schmitt and Farrell (1994) により開発された Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCTS)は、協働の要素としてチームアプローチに対する自己の態度を測定するものであった。

以上のように、協働を測定する尺度は、看護師と医師間に限定した尺度、広く専門職間の協働実践や協働状況を測定する尺度や、協働実践につながるスキルや態度を測定する尺度が海外で開発されている。

Nancy Arthur らで構成されているカナダのヘルス領域の専門職間協働を研究や評価を行うワーキンググループ (CIHC) は、多職種間教育や協働

実践の結果を測定する定量的測定用具の分類し (CIHC、2012)、その結果、尺度を6領域に分類している。6つの領域とは、①態度、②知識・技術・能力、③行動、④組織的な実践、⑤患者満足、⑥ケア提供者の満足であった。この結果から、⑤患者満足、⑥ケア提供者の満足の領域は、①態度、②知識・技術・能力、③行動、④組織的な実践を通してもたらせる結果であるといえ、また、④組織的な実践は、個人ではなく組織に関する内容である。よって、個人レベルの協働実践力を測定する要素としては、①態度、②知識・技術・能力、③行動、の3つであると考えられる。

日本においては、筒井ら(2006)が、市区町村保健師における「連携」の実態を明らかにするために「連携」を測定する尺度を開発している。また、杉本ら(2011)は協働モデルであるインターディシプリナリー(interdisciplinary)・モデルによるチームアプローチを評価する「高齢者施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度」を開発している。この尺度は、32項目からなり、組織構造の柔軟さ、ケアのプロセスと実践度、メンバーの凝集性と能力の3因子の構造となっている。

以上のように、市区町村保健師の連携や、施設における協働のチームアプローチを実践する尺度はあった。また、看護師・医師間の協働の尺度は日本語版があるが、在宅看護領域では必然となる多職種間の協働に関する尺度は、見当たらなかった。

以上の文献検討より、協働の尺度として開発されている上記の国内外の尺度の定義や要素について、本研究での協働の定義と比較、分析を行い、協働実践力を測定するための要素と尺度の妥当性について検討した。

また、本研究で明らかにするものは、訪問看護師の協働実践力である。そのため、協働実践力については、「看護実践」の定義について明らかにする必要があると考えた。今回、日本看護協会と日本科学学会の定義をみた。日本看護協会では「看護業務基準」において、看護実践を定義している。この基準は、専門職としての看護者の社会的責任を明示した包括的かつ基本的な指針として位置づけており、まず看護を「あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最後まで、その人らしく生を全うできるよう支援を行うものである。」とし、看護実践を「看護者が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成すものである。その組織化を意味する看護管理や看護職の育成を意味する看護教育と比較すると看護そのものに最も近い用語である。」と定義している。また、日本看護科学学会では、看護学学術用語検討委員会において「看護学を構成する重要な用語集」(2011)で、看護実践を「看護職が看護を必要とする人々に働きかける行為であり、看護職の活動の主要な部分をなすものとして位置づけられる。その内容としては、看護の対象となる個人や家族、集団、地域社会を身体的、構神的、認知的、社会的側面から援助することである。それには、看護を必要とする人々

を継続的に観察・判断して、問題を予知し、モニタリングする側面や、緊急事態に対して効果的な対応を行う危機対応の側面、医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察していくための看護的判断といった側面などがある。」と定義している。つまり、看護実践とは対象者の働きかける行為に主に焦点を当てている。よって、CIHC (2012) の研究結果では、①態度、②知識・技術・能力、③行動、が要素として挙げられていたが、働きかける行為に着目し、本研究では、協働実践力を協働に関する「知識・技術・能力」、「行動」を要素とする。また、「行動」には、協働実践に関する行動のみならず、看護師は、対象者の生活や健康課題を解決するため、看護を展開していく必要があるため、協働実践のみならず、課題解決に向けたケア実践のプロセスが必須であると考えた。

よって、本研究では、訪問看護師の【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』から構成されるものとする。

II. 協働に関連している要因に関する文献検討

先行研究等から、協働には以下の6つの要素が関連していることが報告されている。

1) 協働に関連している職務満足度

林 (2000) は、職務満足とは「組織メンバーが自己の職務及び職務環境に対して抱く満足感のことである」と述べている。職務満足度は、組織や職務に従事する事によって形成されるもので、仕事内容そのもの、職務権限、職場における人間関係、作業要件、給与、地位などに対してどの程度の満足を感じているかを示すものとしている。また、米本 (2008) は、職務満足には、内在的職務満足と外在的職務満足の2つがあるとし、内在的職務満足は、看護師としての成長や、周囲からの感謝、承認など、仕事のプロセスを通じて自分の内面から出るものであると述べている。一方、外在的職務満足は、組織の経営方針、組織形態、労働条件、福利厚生、職場の人間関係などの自分がおかれている職場環境をほかの環境と比較して得られるものであると述べている。

以上のことから、職務満足は、職場の人間関係や職場の管理体制といった組織の人的な管理システムに関するものと、自分自身の専門職としての自信や成長といった自分自身の専門性に関するものがあるといえる。

看護においては 1970 年代からアメリカの慢性的な看護師不足を解消するために、職務満足度はその影響因子や勤務継続・離職との関連において検討されてきた。また、Hinshaw (1987) らは、影響要因として組織構造、看護管理、専門職としての実践、リーダーシップの質、専門職としての成長などを明らかにしている。

日本における、看護師を対象とした満足度研究は、1978 年に発表された

Stamps らの職務満足度スケールを尾崎らが翻訳し、検証修正している「尾崎修正版尺度」、志自岐が検証した McClosky and Muller Satisfactio Scale (JMSS) や中山ら (1994) 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」スケールが開発され、研究されている。中野 (2008) は、訪問看護師の職務満足度測定指標を検討するにあたり、訪問看護ステーション管理者にインタビューを行い、カテゴリー化した結果、「専門性の発揮」「管理」「利用者・家族の人間関係」「自己成長」の4つのカテゴリーがあったとし、上記の3つの尺度の中で、これらの4カテゴリーを網羅している、中山ら (1994) の「看護師の仕事に対する価値のおき方と満足度」を訪問看護師の職務満足度測定評価指標とする妥当性を説明している。

職務満足度に影響を及ぼす要因として、岩本らは、病院システム、看護管理、看護師間の人間関係、看護の自律性、看護業務、給料、看護ケア、看護職へのコミットメントの関係を明らかにしている。また、Self-esteem、充実感、社会的スキル度、専門的自律度、自己開示度・孤独度、看護観などが関係していることも報告されている。

草刈ら (2004) は、看護職-医師の協働に関連する要因について、看護職および医師の職務満足度の観点から明らかにしており、医師-看護師間の協働的關係が職務満足度の向上に影響していることを明らかにしている。さらに、「医師の迅速な指示」や「チームワーク」に加え、「十分な看護ケア」「看護職の主体性」「理想の看護」といった看護の質にかかわる事項が、看護職-医師の協働に重要な要因であるとも述べている。

松田ら (2013) は、介護老人保健施設における介護者と看護職との協働と職務満足度に関する研究において、看護職と介護職が独立してケアを行うよりも、両者がペアになってケアを行う方が、職場環境の満足度が高い傾向があることを報告している。また、古株ら (2012) も医療的ケアが必要な子どもが通学する特別支援学校に勤務する看護師と多職種の連携と仕事満足との関連研究において、円滑な連携から情報が得られることも、職務満足度に寄与していることを明らかにしている。さらに、連携を通して看護師としての専門性が発揮できるという認識が、仕事への満足に繋がっているとも述べている。

以上のように、訪問看護師の協働と職務満足との関連について明らかにしている研究はないが、病院や施設等において、協働が職務満足に影響する要因であるといえよう。

2) 協働に関連している職場の人間関係や管理システム

草刈らの文献より、医師-看護師間の協働的關係が職務満足度の向上に影響していることを述べた。訪問看護においては「協働」する「チームケア」を展開するためには、医師のみならず、多様な専門職との協働関係が必要となる。よって、訪問看護の場合、医師のみならず、訪問看護師-多職種間の

協働関係が職務満足に影響しているといえる。また、岩本らの研究結果から、職務満足度に影響を及ぼす要因として、病院システム、看護管理、看護師間の人間関係、給料といったことが関係していることを述べた。また、米本（2008）は職務満足においては、組織の経営方針、組織形態、労働条件、福利厚生、職場の人間関係など外在的職務満足の内容があるとしている。また、中山ら（2001）も職務満足影響する要因としては管理システムと仕事上の人間関係があると述べている。

以上のように、協働は、職務満足に影響し、さらに職務満足に影響するものとして、管理システムと仕事上の人間関係があるといえる。

3) 協働に関連している仕事に対する価値

中山ら（2001）は、キャリアを伸ばしながら働き続けるために必要な要件として「自分の仕事をどのように受け止め、どのようなことに価値（重みづけ）をおいて仕事をしているか」といった、仕事に対する価値が影響していると述べている。そして、仕事に対する価値について実態を把握すると共に、看護師の仕事の継続意志と満足度に影響する要因について分析するため、Hinshaw（1987）のモデルを基盤とした「看護師の仕事に対する価値のおき方と満足度」を測定する質問紙を開発している。この質問紙は、看護師の経験年数や教育背景、婚姻状態、健康状態などの個人的な要因（Organizational）と、専門職性や看護師としても自己実現など専門職としての働きに関わる要因（Professional）、から構成されており、「管理システム」スケール 15 項目、「仕事上の人間関係」スケール 26 項目、「専門職性」スケール 12 項目、「看護者としての自己実現」スケール 10 項目、「看護師の仕事満足度」スケール 7 項目の質問項目が準備されている。その結果、管理システム、スタッフの関係、給料、決定権が関係していることを明らかにしている。

草刈らの文献より、医師－看護師間の協働的關係が職務満足度の向上に影響していることを述べた。さらに、「医師の迅速な指示」や「チームワーク」に加え、「十分な看護ケア」「看護職の主体性」「理想の看護」といった看護の専門性の質にかかわる事項が、看護職－医師の協働に重要な要因であることについても述べてきた。また、岩本らにより、職務満足度に影響を及ぼす要因として、職場の管理システムの側面のみならず、看護の自律性、看護業務、看護ケア、看護職へのコミットメントの関係があることも明らかになっている。

協働実践度は、チームをつくり、対象者や家族の多様な課題に対応し解決につながるものである。よって、協働実践度は、まずは専門職性や看護師としても自己実現など専門職としての働きに関わる要因（Professional）に関連するものであるといえる。そして、これらの Professional な要因に「管理システム」や「仕事上の人間関係」が影響するものであると考えられる。

4) 協働に関連している Burnout

稲岡（1988）は Burnout を、「長期間に渡り人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、関心や思いやりの喪失等を伴う状態である」と定義している。久保・田尾はマストラックとジャクソン（1981）に準拠して Burnout 尺度を開発している。そこでは、Burnout を「その個人が自分のコーピング能力を超えた門で持続的なストレスを受けたとき、それにうまく対処できないためにそれまでに張りつめていた緊張が緩み、意欲や野心などが衰退し、疲れ果ててしまう心身の症状である」と定義し、「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成」の3因子から構成している尺度を開発している。

そして、Burnout は、看護において、Burnout の実態やストレス、職務満足度、仕事継続との関連について研究が行われている。

協働と Burnout については、病院看護師と医師との協働と Burnout との関連が多く報告され、宇城（2005）は、医師と看護師の協働はバーンアウトを抑制すると述べている。訪問看護においては、訪問看護師のストレスと協働の関連において報告されており、松山ら（1999）は、経験年数、職位のほかに医師との関係があることを明らかにしている。さらに、梅原ら（2007）は、訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連研究において、多職種との連携が良好なものが有意に消耗感が低いことを明らかにしている。

以上のように、協働と Burnout は関連しているといえる。

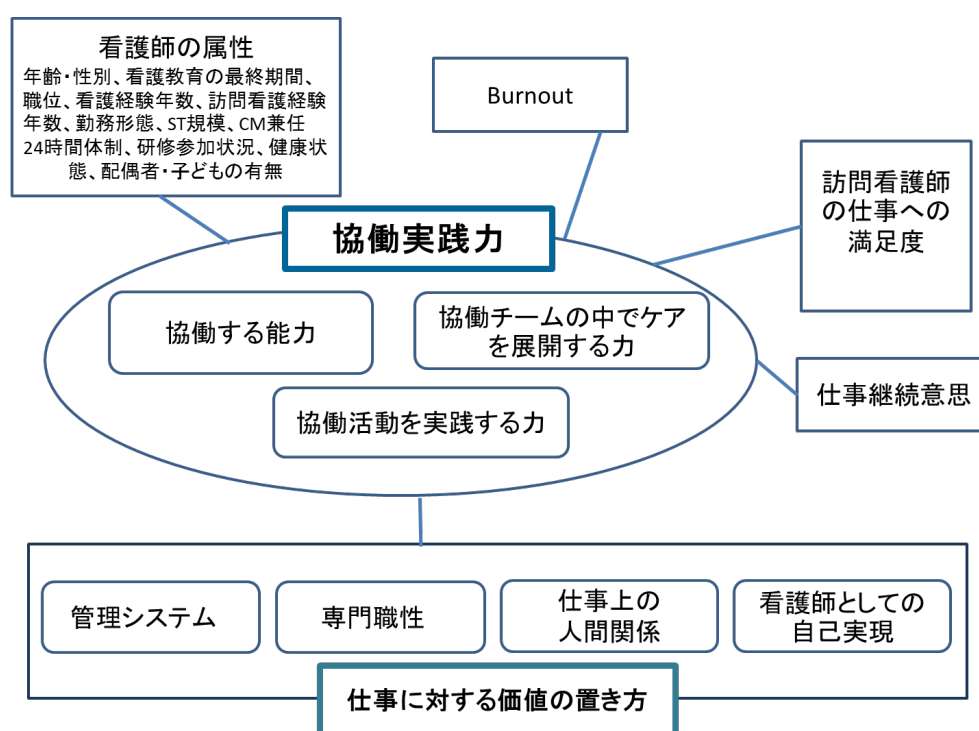
5) 仕事への継続意志

病院看護師における、勤務の継続離職については、勤務条件等の基本属性以外に、仕事の内容、職場関係、職務満足、キャリアアップなどの多様な要因の関与が報告されている。訪問看護師については、中野（2008）が、勤務継続と職務満足は関係していること、さらに、職務満足の構成要素である「訪問看護の専門性」と「訪問看護志向性」に関係していることを明らかにしている。職務満足は仕事の継続意志につながることは明白である。

第3章 研究の枠組み

本研究では、【協働実践力】を、「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力」と定義した。また、【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』『協働実践状況』から構成されるものとした。

そして、【協働実践力】は、訪問看護師としての経験年数や教育背景、健康状態などの個人に関する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、研究の枠組みを作成した。



本研究の課題

- ① 訪問看護師の【協働実践力】はどのようなものか。
- ② 訪問看護師の仕事に対する価値のおき方はどの程度のものか。
- ③ 訪問看護師のBurnoutはどの程度のものか。
- ④ 訪問看護師の職務満足度、仕事継続意志はどの程度のものか。
- ⑤ 訪問看護師の【協働実践力】と基本属性、仕事に対する価値のおき方、Burnout、職務満足度、仕事継続意志はどのように関連しているのか。

第4章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究の目的は、訪問看護師の協働実践力の実態を明らかにするとともに、協働実践力に影響する要因について明らかにすることである。よって量的関連要因探索型の研究デザインを用いて量的研究を行う

II. 質問紙の作成

1. 協働実践力を測定する質問項目

文献検討の結果、訪問看護師の協働実践力とは、「異なる立場・組織の者同士が、課題解決に向けた目標を達成するために、信頼関係・相互理解を基盤として、対話を重ね、互いに持っている知恵や資源を共有し、実践する力」とし、【協働実践力】には、『協働する能力』『協働チームの中で看護ケアを展開していく力』『協働活動を実践する力』から構成されると考えた。よって、これら3つを測定する尺度について説明する。

1) 『協働する能力』に関する質問項目

Hepburn, Tsukuda, and Fasser (1996) によって開発された Team Skills Scale (TSS)の日本語版を作成した。

Team Skills Scale (以下『TSS』)はチーム内の協働に向けた技術が自己評価できる17項目で構成されている。『TSS』は、個人の測定結果を参考に、その個人が受講するチーム訓練プログラムを検討・決定したり、さらに訓練プログラム終了後の技術の変化を評価することにも使用されている。この測定尺度は、チームワークでの対人関係、専門職としての各自のスキルの両方を活用して、利用者の悩みやニーズを明らかにし、さらに利用者家族の望み等を考慮してケアの優先順位を決定するなど、ケアプランを作成していく能力を測るものである。これらの能力の発揮は、ケアプランが利用者家族、そしてケアチームのメンバー全員にとって納得のいくものとなることを意図している。訪問看護の対象者の多くは介護保険制度を活用している。がん末期の利用者は、医療保険による訪問看護を活用するが、介護保険制度によるサービスを利用している場合も多い。介護保険制度においては、ケアマネジメントの展開が必須であり、多職種協働でケアプランを作成することが義務付けられている。よて、『TSS』の尺度は、日本における訪問看護師にとって、「協働に向けた能力」を測定する尺度として、有効な尺度であるといえる。

『TSS』は、Likert 尺度で、1. できていない、2. ふつう、3. できている、4. よくできている、5. 非常によくできている、の中で、自分に当てはまると思った技能レベルを選択するものである。『TSS』は、因子分析の結果、1因子を特定しており、全17項目についての因子負荷量は0.62から

0.81 の範囲で、この因子によって説明される分散は 53% で、Cronbach の α 信頼性係数（以下、 α 係数とする）は 0.94、項目対全体の相関は 0.58 から 0.78 の範囲であることが報告されている。

2) 『協働チームの中でケアを展開する力』に関する質問項目

本研究では、「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、共に実践する活動」と定義した。協働はケアの質を向上し、多様で複雑な問題解決を図り、利用者家族の QOL に向け看護を実践、展開していくことが求められる。協働、協働的チームケアに関する尺度の中で、ケア実践に関する尺度については、杉本ら（2011）が開発した“ITA 評価尺度”の『ケアのプロセスと実践度』に関する項目 11 項目が開発されていた。“ITA 評価尺度”は高齢者ケア施設における「Interdisciplinary team」アプローチの実践状況を把握することを目的に開発されたものであり、「組織構造の柔軟さ」に関する 13 項目、『ケアのプロセスと実践度』に関する 11 項目、「メンバーの凝集性と能力」に関する 8 項目から構成されている自己評価尺度である。Likert 尺度で、1. 全くそう思わない、2. そう思わない、3. そう思う、4. とてもそう思う、の中から選択するものである。

3) 『協働活動を実践する力』に関する質問項目

『協働活動を実践する力』については、Kenaszchuk C. (2010) らで開発された Interprofessional Collaboration Scale³ の尺度が、協働活動の実践度を測定する尺度をして開発されており、本尺度を用いることとした。

Interprofessional Collaboration Scale³（以下『ICS』）は、チームの協働活動の実践度を測定する尺度で、意思疎通（5 項目）・順応（5 項目）・孤立（3 項目）の 3 因子、計 13 項目から構成されている。『ICS』は、Likert 尺度で、1. 全くそう思わない、2. そう思わない、3. そう思う、4. とてもそう思う、の中から選択するものである。なお、否定形の質問項目が 5 項目あり、その項目については点数を逆転させて集計するものである。

本研究において、これら 3 つの Scale の原作者の許可を得た。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本後の翻訳を行った。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う。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。

2. 基本属性

年齢、性別、看護基礎教育、臨床看護経験年数、訪問看護師経験年数、職位、ステーションの規模、スタッフの構成、協働に関する研修経験、健康状態、配偶者・子どもの有無、介護支援専門員等の資格の有無に関する質問項目を設けた。

3. 『看護師の仕事に対する価値のおき方と満足度』に関する質問項目

『看護師の仕事に対する価値のおき方と満足度』の尺度は、看護師がキャリアを伸ばしながら働き続けるために必要な要件を明らかにすることを目的に「自分の仕事をどのように受け止め、どのようなことに価値（重み付け）をおいて仕事をしているか」について明らかにするために中山、野嶋らによって1993年にHinshawのモデルを基に開発された尺度である。この尺度を用いて、看護師の仕事に対する価値のおき方の実態を把握し、満足度と仕事継続意志の影響要因を明らかにしている。その後調査等を通じ部分的な修正を図り、信頼性妥当性も検証されているものである。質問項目は、「管理システム」スケール15項目、「仕事上の人間関係」スケール26項目、「専門職性」スケール12項目、「看護者としての自己実現」スケール10項目、4要素63項目で構成されている。全てLikert尺度で、1. 全く思わない、2. あまり思わない、3. まあまあ思う、4. かなり思う、5. 非常にそう思う、の中から選択するものである。

これらの4スケールのCronbach α 係数は0.68~0.88であり、異なる調査報告の過程で、質問項目の順序の変更や部分的な修正を行っている。また、本尺度では「看護師の仕事の満足度」については、7項目あったが、今回は、中山らの研究を参考に、中野（2008）が行った訪問看護師の職務満足に関する研究結果を参考に、2項目追加し、9項目とした。「看護師の仕事の満足度」もLikert尺度であり、1. 全く満足していない、2. あまり満足していない、3. まあまあ満足している、4. かなり満足している、5. 非常に満足している、の中から選択するものである。

本研究では、中山、野嶋らによって2001年に紹介されている尺度を用いる。また、中山らの尺度を使用するにあたり、訪問看護の観点から項目の表面妥当性について検討し、尺度開発者に許可を得て、変更を加えた。

4. Burnoutを測定する質問項目（17項目）

Burnoutについては、Burnoutの症状を測定する尺度として、マズラックとジャクソン（1991）に準拠して作成した田尾（1989）の尺度をさらに久保・田尾（1992）が改訂したバーンアウト尺度を用いた。本尺度は「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成」の3因子17項目から構成されている。また、Likert尺度であり、1. ない、2. まれにある、3. 時々ある、4. しばしばある、5. いつもある、の中から選択するものである。この尺度は、医療や福祉教育などヒューマンサービスに従事する成人一般を対象としており、多くの看護研究でも使

用され、信頼性妥当性も検証されている。

Ⅲ. 研究対象者

訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師約 500 名とする。

Ⅳ. データ収集方法

1. データ収集

郵送法による個別回収とする。

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、各訪問看護ステーション施設長に研究目的、内容を文書にて説明し、研究の同意と配布可能な調査票部数について記載した文書を返信していただく。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、返送要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各 1 部配布していただく。調査票の回収は、個々の訪問看護師から直接研究者へ返送していただくことにより行う。

2. データ収集期間

平成 24 年 10 月から平成 25 年 12 月とした。

3. データの信頼性・妥当性への配慮

調査で得られたデータを統計用パッケージ SPSS を使用して、各項目の記述統計、t 検定、因子分析、重回帰分析を行う。

Ⅴ. 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う。また、以下について配慮を行う。

1. 不利益を受けない権利の保障

対象者が研究参加、研究不参加によって、不利益を受けない権利を保障する。研究協力を施設が同意しても、対象者が参加するかどうかは自由意志であり、返送要封筒で回答した質問紙を研究者に送付したかどうかは施設にわからないことを保障する。本研究は質問紙による研究であり、身体的侵襲は少ないと思われるが、質問項目が心身両面に与える影響に配慮し、研究者の自尊心を傷つけたりしないように質問項目の作成に注意する。

2. 情報公開の権利の保障

対象者が研究参加に同意する前に、研究に関する情報（研究目的・内容・方法等の概要、研究結果の発表、論文投稿することについて）と研究参加に関わ

る潜在的リスクと利益について、研究者は文書で説明する。リスクとしては、「連携する力」や「職務満足」「継続意志」に関わる内容であるため、自分自身や実践力、ケアを振り返るため、自尊心等にマイナスに反応する可能性があり、利益としては

反対に振り返ることがリフレクションとなり、自身を客観視し、ポジティブに捉ええなおす機会となること、データをまとめることで、訪問看護師の職務満足や職務継続意志に関わる要因が明らかとなり、職務満足、キャリアアップの支援のあり方への示唆が得られる可能性である。

3. 自己決定の権利の保障

上記について説明した後、対象者が研究に参加するかどうか自己決定する権利を保障する。また、質問紙に回答後、研究者への送付した後は、匿名性が保たれているため、研究参加撤回が困難であることを事前に十分書面にて説明する。

4. プライバシー、匿名性、機密性の保持

対象者の匿名性を守るために、個人が特定されるような質問はしないようにする。質問紙によって提供されたデータにプライバシーや個人特定に関するものが記入されている場合、データ入力の際、記号を用いるなど配慮する、回答された質問紙を通し番号のみで管理し、質問紙を返送してきた封筒は、個人名の記載の有無に関わらず、封筒のみを迅速にシュレッダーにかける。回収した質問紙は、施錠可能な部屋に保管し、質問紙、研究参加同意書は研究完了後、破棄する。研究参加の同意書は、回答された質問紙及び入力データと別に保管し、参加した施設を特定できないようにする。研究発表する場合は、個人・施設が特定されないよう匿名性を守る。

第5章 結果

I. 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。

II. 対象者の属性（表1、図1～8）

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年で、平均20.54年で、5年未満が16名（3.2%）であった。訪問看護の経験年数は、1年未満から22年で、平均6.82年であり、3年未満が135名（27.2%）3～5年未満が88名（17.7%）、5年～10年未満が107名（21.5%）、10年以上が159名（32.5%）であった。勤務形態は、常勤が375名（75.5%）で、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。健康状態は、健康が348名（70.0%）で、症状や治療中の病気があるものが、142名（28.6%）であった。配偶者ありの者が、396名（79.7%）、同居の子どももありが368名（74.0%）であった。

表1 対象者の概要 (N=497)

属性・個人要因		n	%
年齢	20代	13	2.6
	30代	83	16.7
	40代	208	41.9
	50代以上	190	38.2
	無回答	3	0.6
最終学歴	看護専門学校	419	84.3
	短期大学	31	6.2
	看護系大学	12	2.4
	大学院等	28	5.6
	無回答	7	1.4
看護師の経験年数	3年未満	9	1.8
	3～5年未満	7	1.4
	5～10年未満	48	9.7
	10年以上	428	86.1
	無回答	5	1.0
訪問看護師の経験年数	3年未満	135	27.2
	3～5年未満	88	17.7
	5～10年未満	107	21.5
	10年以上	159	32.0
	無回答	8	1.6
勤務形態	常勤	375	75.5
	非常勤	116	23.3
	その他	5	1.0
	無回答	1	0.2
職位	スタッフ	368	74.0
	主任	37	7.4
	所長	74	14.9
	その他	16	3.2
	無回答	2	0.4
多職種チームに関する研修受講状況	よく受けている	36	7.2
	時々受けている	256	51.5
	あまり受けていない	136	27.4
	全く受けていない	54	10.9
	無回答	15	3.0
24時間対応・連絡担当の有無	担当している	351	70.6
	担当していない	143	28.8
	無回答	3	0.6
健康状態	健康	348	70.0
	症状がある	83	16.7
	治療中	59	11.9
	無回答	7	1.4
配偶者	あり	396	79.7
	なし	100	20.1
	無回答	1	0.2
同居の子ども	あり	368	74.0
	なし	129	26.0
	無回答	0	0.0

図1 年齢

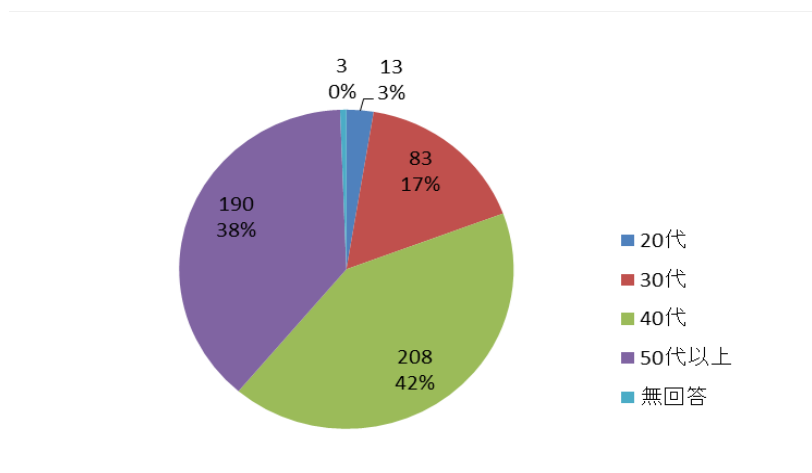


図2 最終学歴

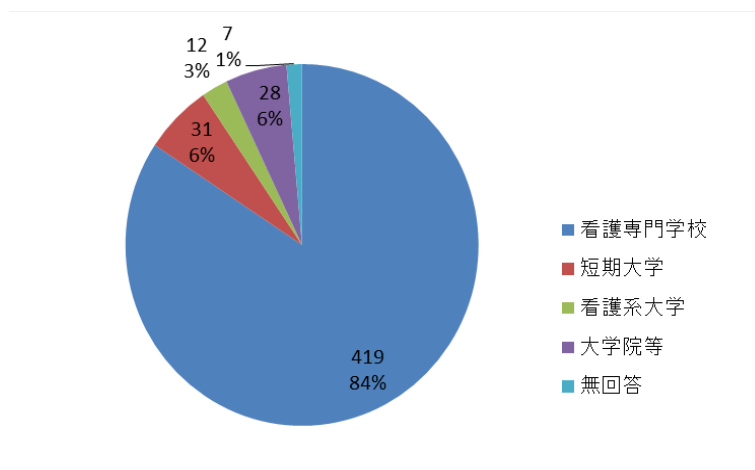


図3 看護師経験年数

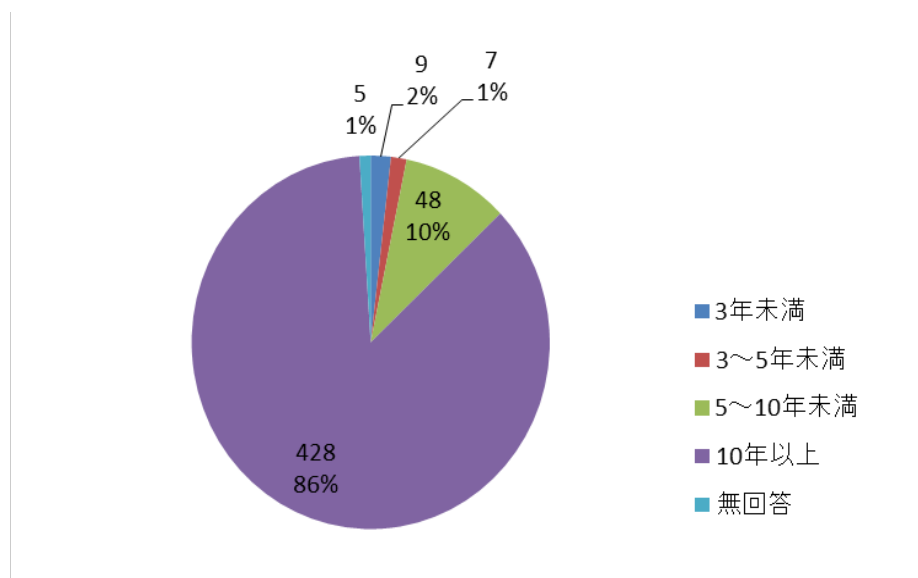


図 4 訪問看護師経験年数

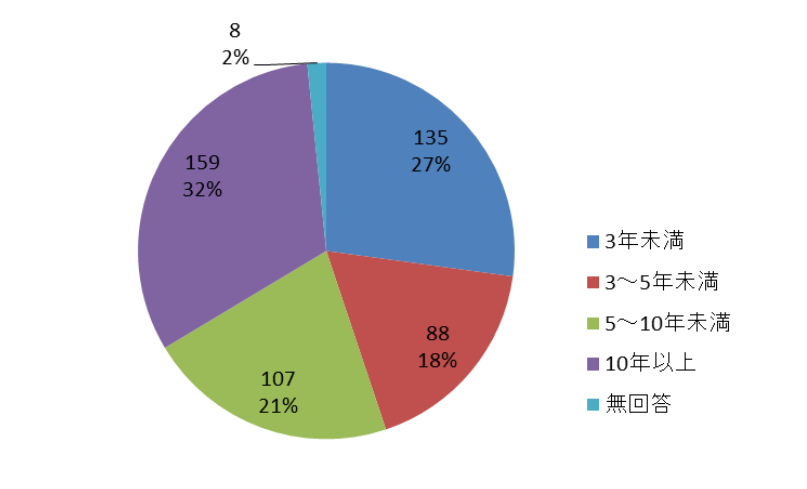


図 5 勤務形態

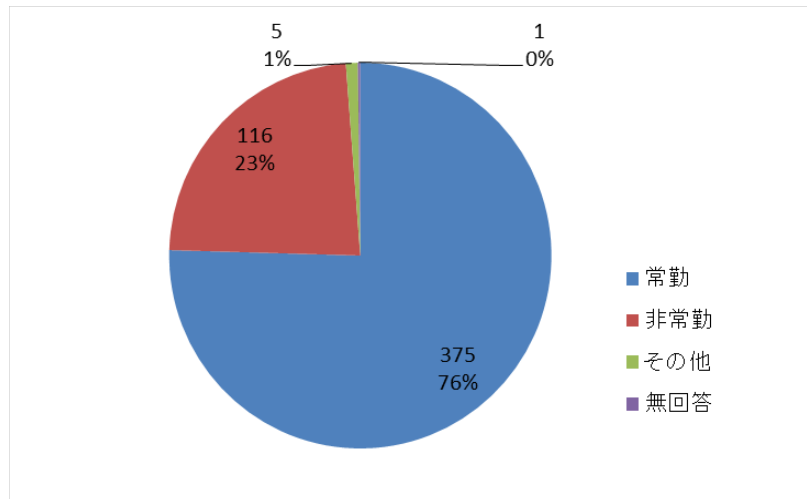


図 6 職位

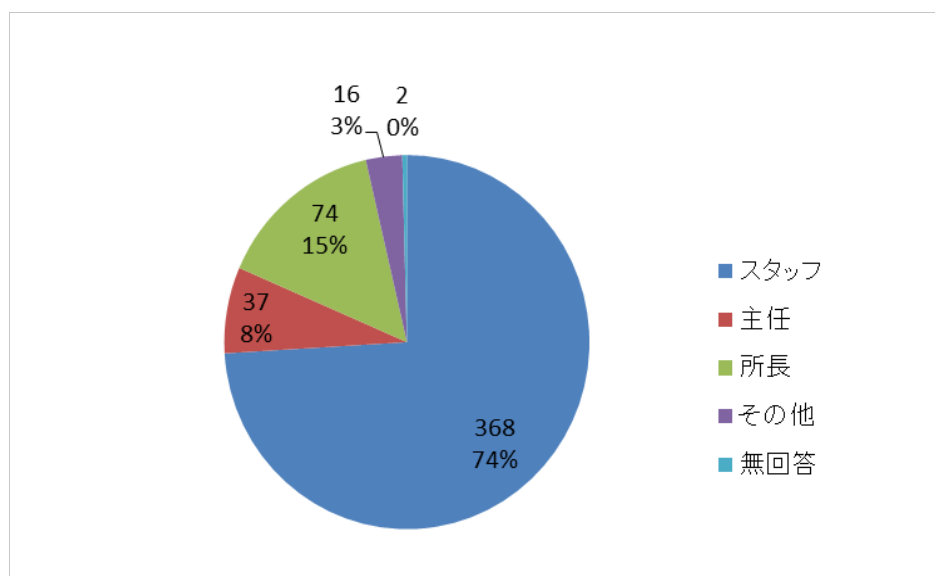


図 7 多職種に関する研修受講状況

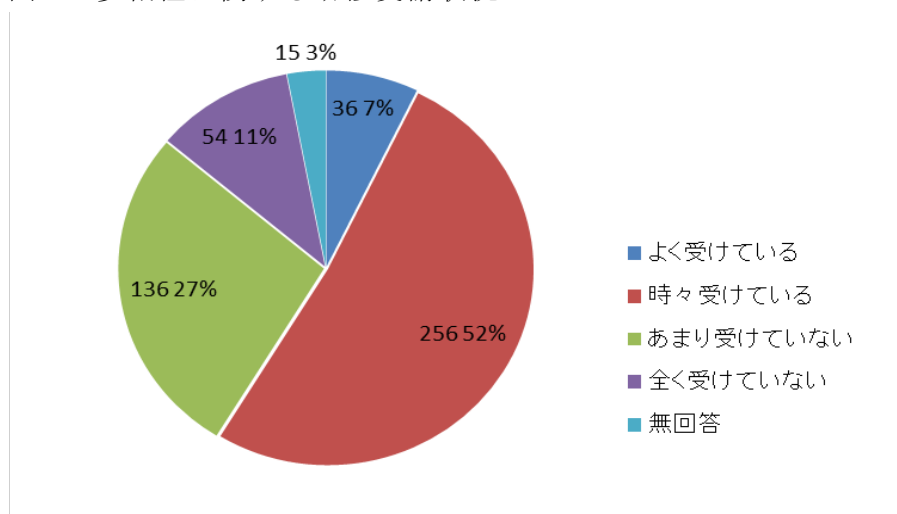
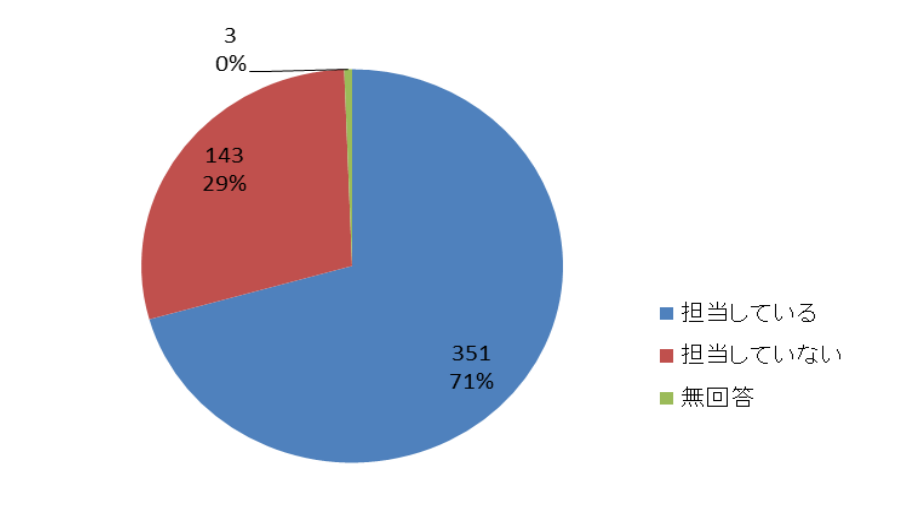


図 8 24 時間連絡体制担当状況



Ⅲ. データ分析結果

1. 【協働実践力】の実態

1) 【協働実践力】を構成する『協働に向けたスキル』『協働チームの中でケアを展開する力』『協働状況をつくり維持する力』の実態

【協働実践力】を構成する『協働に向けたスキル』『協働状況をつくり維持する力』『協働チームの中でケアを展開する力』を測定する3つの尺度の平均値は、『TSS』が63.68 (SD=7.07) で、『ケアのプロセスと実践度』が33.97 (SD=3.02)、『ICS』が39.42(SD=4.55)であった。

表 2 【協働実践力】を構成する『協働に向けたスキル』『協働実践状況』『協働』『協働実践状況』『チームの中でケアを展開する力』の平均値

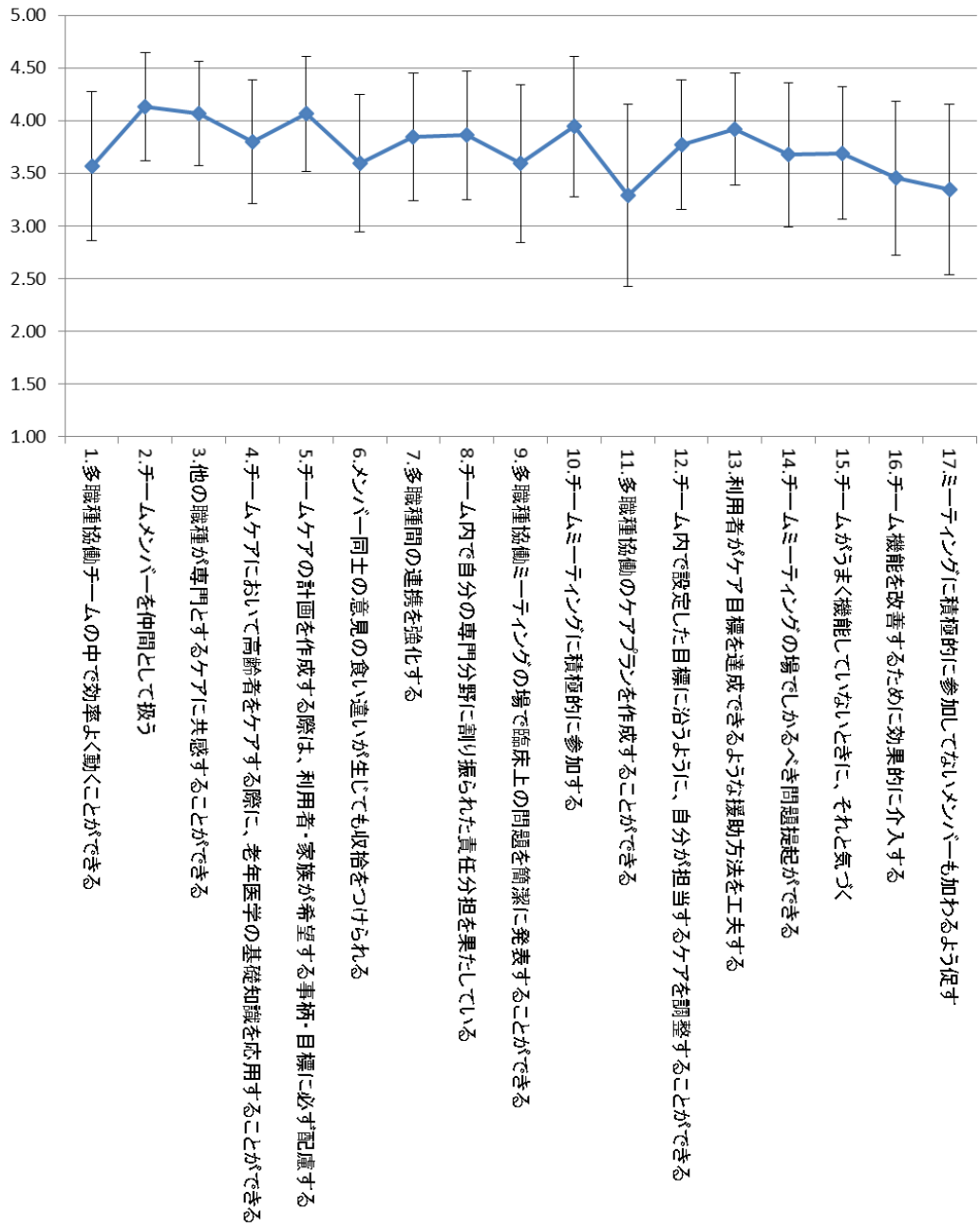
尺度	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
TSS	17	17～85	37	85	63.68	7.07
ケアのプロセスと実践度	11	11～44	25	44	33.97	3.02
ICS	13	13～52	24	52	39.42	4.55

2) 『協働に向けたスキル』の実態 (図 9)

『協働に向けたスキル』を測定する『TSS』 17 項目中 (最小 1 点、最大 5 点)、平均値が最も高かった項目は、「チームメンバーを仲間として扱う」4.13 (SD=0.515) であり、次いで「他の職種が専門とするケアに共感することができる」4.07 (SD=0.499) 「チームケアの計画を作成する際は、利用者・家族が希望する事柄・目標に必ず配慮する」4.07 (SD=0.545) であった。

平均値が低い項目は、「多職種協働のケアプランを作成することができる」3.29 (SD=0.864)、「ミーティングに積極的に参加していないメンバーに加わるよう促す」3.35 (SD=0.810) チーム機能を改善するために効果的に介入する」3.45 (SD=0.731) であった。

図9 『TSS』項目別平均値



3) 『TSS』尺度の因子分析(表3)

『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であった。『TSS』17項目の中にどのような因子が存在するのか探索し、その因子を抽出するために、主因子法(プロマックス回転)による因子分析を実施した結果、2因子が抽出され、各項目の意味合いを考慮して命名を行った。第1因子は14項目から構成され、「チーム機能を改善するために効果的に介入する。」の因子負荷量が0.853、「ミーティングに積極的に参加していないチームメンバーも加わるよう促す」が0.836と高く、その他にもチームの問題に気づく、チームの中で問題提起を行う、食い違いを調整するなどといった、チーム機能を改善したり、円滑に、効果的なチーム機能の発揮に向けた内容の項目が高い負荷量を示していた。よって、“チーム機能の改善・発揮”と命名した。第1因子の α 係数は、0.910であった。

第2因子は3項目から構成され、チームメンバーやそのケアを尊重することに関する内容であった。因子負荷量を見ると、「他の職種が専門とするケアに共感することができる」が0.752、「チームメンバーを仲間として扱う」が0.696と高く、“チームメンバーの尊重”と命名した。第2因子の α 係数は、0.666であった。

第1因子と第2因子間の相関は $r=0.487$ で中等度の相関があった。

また、『TSS』の第1因子と第2因子別に平均値と得点率を比較すると、第1因子が51.41($SD=6.40$)、得点率73.4%で、第2因子は平均値12.27($SD=1.21$)、得点率は81.8%であり、第2因子の得点率が高かった。

表3 『TSS』の因子分析（主因子法、プロマックス回転）

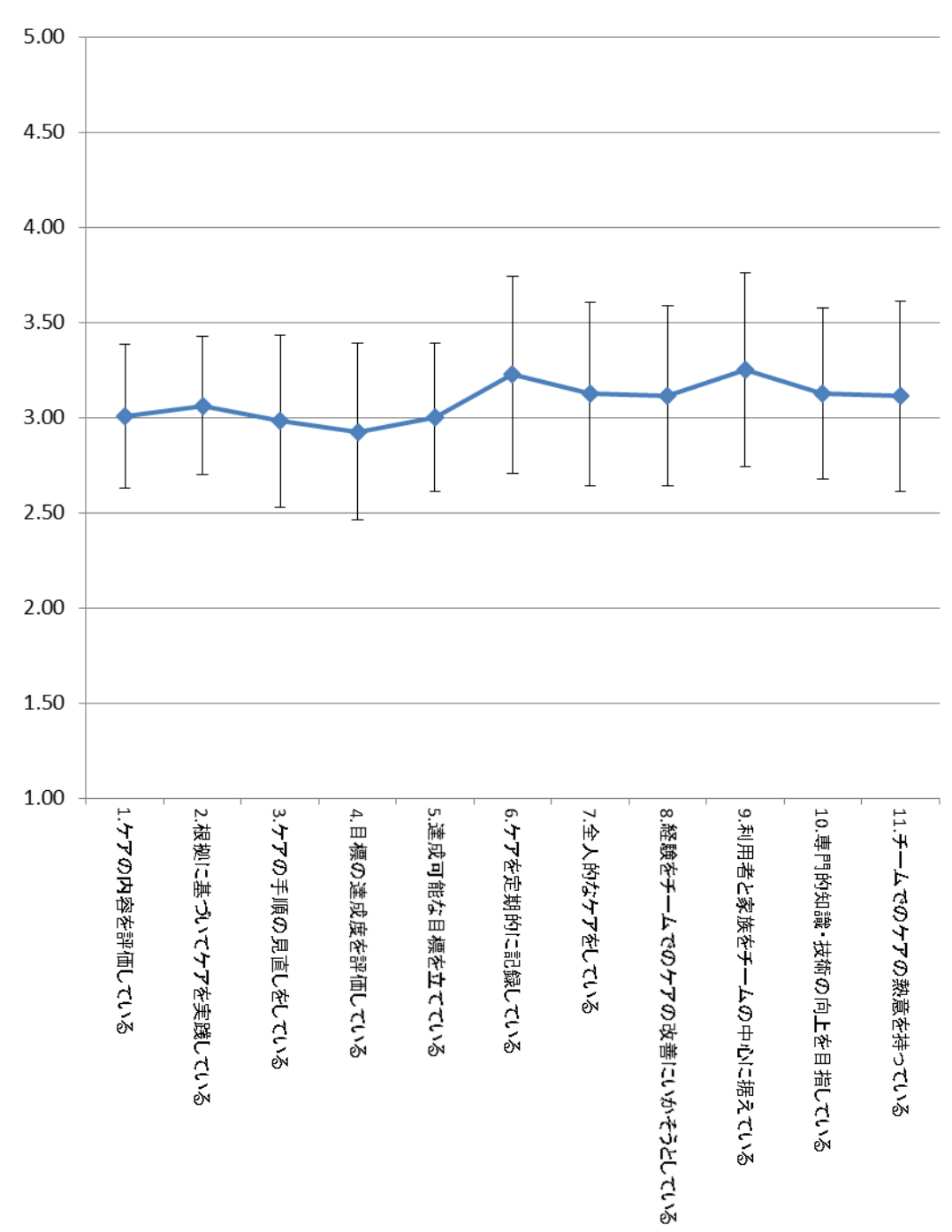
	因子負荷量	
	第1因子	第2因子
【第1因子】		
16. チーム機能を改善するために効果的に介入する	.853	-.127
17. ミーティングに積極的に参加していないチームメンバーも加わるよう促す	.836	-.257
11. 多職種協働のケアプランを作成することができる	.723	-.072
15. チームがうまく機能していないときに、それと気づく	.719	-.082
14. チームミーティングの場でしかるべき問題提起ができる	.701	.073
9. 多職種協働ミーティングの場で臨床上の問題を簡潔に発表することができる	.640	.108
12. チームで設定した目標に沿うように、自分が担当するケアを調整することができる	.638	.112
1. 多職種協働チームのなかで効率よく動くことができる	.610	.069
10. チームミーティングに積極的に参加する	.526	.174
6. メンバー同士の意見の食い違いが生じても收拾をつけられる	.497	.085
7. 多職種間の連携を強化する	.476	.140
13. 利用者がケア目標を達成できるような援助方法を工夫する	.450	.301
8. チーム内で自分の専門分野に割り振られた責任分担を果たしている	.448	.218
4. チームケアにおいて高齢者をケアする際に、老年医学の基礎知識を応用することができる	.333	.287
【第2因子】		
3. 他の職種が専門とするケアに共感することができる	-.135	.752
2. チームメンバーを仲間として扱う	-.078	.696
5. チームケアの計画を作成する際は、利用者・家族が希望する事柄・目標に必ず配慮する	.106	.542

4) 『協働チームの中でケアを展開する力』（図10）

『協働チームの中でケアを展開する力』を測定する尺度である『ケアのプロセスと実践度』11項目（最小1点、最大4点）の中で平均値が最も高かったのは「利用者と家族をチームの中心に据えている」3.25(SD=0.508)であり、次いで「ケアを定期的に記録している」3.23(SD=0.513)、「専門的知識・技術の向上を目指している」3.13(SD=0.451)であった。

平均値が低かった項目は、「目標の達成度を評価している」2.93(SD=0.464)、「ケアの手順の見直しをしている」2.98(SD=0.452)であった。

図 10 『ケアのプロセスと実践度』項目別平均値



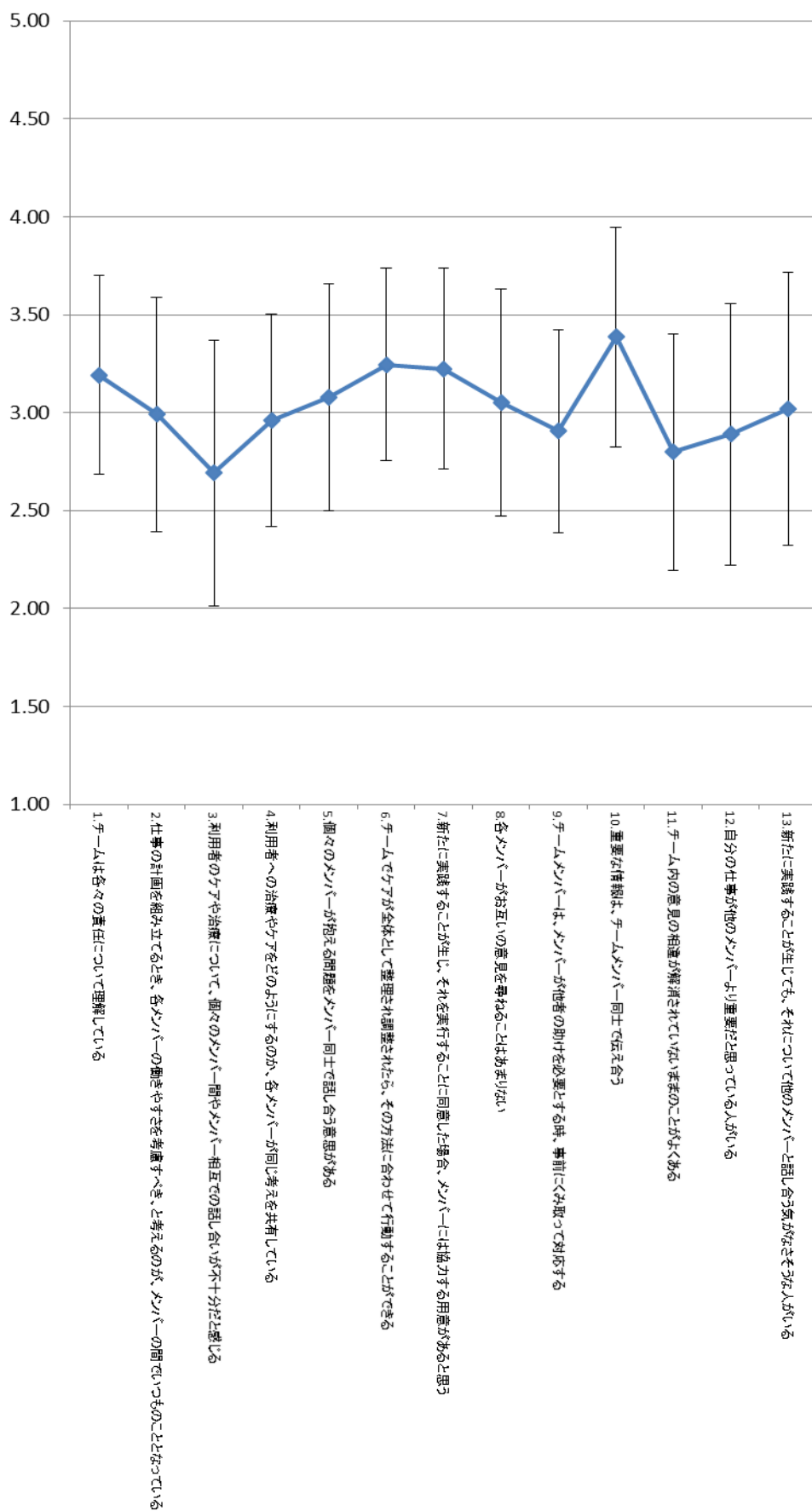
5) 『協働実践状況』の実態 (図 1 1)

『協働実践状況』を測定する尺度である『ICS』13項目(最小1点、最大4点)の中で、平均値が最も高かった項目は、「重要な情報は、チームメンバー同士で伝え合う」3.39(SD=0.561)であり、次いで「チームでケアが全体として整理され調整されたら、その方法に合わせて行動することができる」3.25(SD=0.493)、「新たに実践することが生じ、それを実行することに同意した場合、メンバーには協力する用意があると思う」3.22(SD=0.514)、「チーム

は各々の責任について理解している」 $3.19(SD=0.507)$ であった。

平均値が低かった項目は、「利用者のケアや治療について、個々のメンバー間やメンバー相互での話し合いが不十分だと考える（反転項目）」 $2.69(SD=0.677)$ であり、次いで「チーム内の意見の相違が解消されていないままのことがよくある（反転項目）」 $2.80(SD=0.603)$ 、「自分の仕事が他のメンバーより重要だと思っている人がいる（反転項目）」 $2.89(SD=0.666)$ であった。

図 11 『ICS』項目別平均値



6) 『ICS』尺度の因子分析 (表4)

『ICS』日本語版 13 項目の α 係数は、0.853 であった。

『ICS』日本語版 13 項目の中にどのような因子が存在するのか探索し、その因子を抽出するために、主因子法 (プロマックス回転) による因子分析を実施した結果、原版はコミュニケーション、順応、孤独の 3 因子であったが、本研究においては 2 因子が抽出された。明らかになった 2 因子について、各項目の意味合いを考慮して命名を行った。

第 1 因子は、因子負荷量を見ると、「新たに実践することが生じ、それを実行することに同意したら、メンバーには協力する用意がある」が 0.737、「重要な情報がチームメンバー同士で伝え合う」0.637、「チームでケアが全体として整理され調整されたら、その方法に合わせて行動することができる」0.627 と高く、重要な情報を共有しつつ、ケアの調整が決定されると、それに従って協力しながらケアを提供する内容に関する項目であった。また、「利用者への治療やケアをどのようにするのか、各メンバーが同じ考えを共有している」「チームメンバーは、メンバーが他者の助けを必要とする時、事前にくみ取って対応する」や「個々のメンバーが抱える問題をメンバー同士で話し合う意思がある」など、利用者家族へのケアについて、決定後は同じ考えを共有し、サポートしながら支えあっている内容に関する項目があった。よって、“チームへの順応”と命名した。第 1 因子 8 項目の α 係数は、0.820 であった。

第 2 因子はメンバー間で相違がないよう議論することに関する内容であり、「新たに実践することが生じてても、それについて他のメンバーと話し合う気がなさそうな人がある (反転項目)」の因子負荷量が 0.803、「チーム内の意見の相違が解消されていないままのことがよくある (反転項目)」0.716 と高く、“チームメンバーとの議論”と命名した。第 2 因子 5 項目の α 係数は、0.764 であった。第 1 因子と第 2 因子間の相関は、 $r=0.518$ で中等度の相関があった。

また、『ICS』の第 1 因子と第 2 因子の平均値と得点率を比較すると、第 1 因子“チームへの順応”の平均値 28.36 (SD=4.48)、得点率 88.6%、第 2 因子“チームメンバーとの議論”は平均値 14.43 (SD=2.32)、得点率 72.2% であり、第 1 因子“チームへの順応”の得点率が高かった。

表 4 Interprofessional collaboration Scale の因子分析
(主因子法、プロマックス回転)

	因子負荷量	
	第1因子	第2因子
【第1因子】		
7. 新たに実践することが生じ、それを実行することに同意した場合、メンバーには協力する用意があると思う	.737	-.089
10. 重要な情報は、チームメンバー同士で伝え合う	.637	-.029
6. チームでケアが全体として整理され調整されたら、その方法に合わせて行動することができる	.627	-.056
9. チームメンバーは、メンバーが他者の助けを必要とする時、事前にくみ取って対応する	.588	.018
5. 個々のメンバーが抱える問題をメンバー同士で話し合う意思がある	.551	.124
4. 利用者への治療やケアをどのようにするのか、各メンバーが同じ考えを共有している	.550	.131
1. チームは、各々の責任について理解している	.536	.061
2. 仕事の計画を組み立てるとき、各メンバーの働きやすさを考慮すべき、と考えるのが、メンバーの間でいつものこととなっている	.472	-.002
【第2因子】		
* 13. 新たに実践することが生じても、それについて他のメンバーと話し合う気がなさそうな人がある	-.020	.803
* 11. チーム内の意見の相違が解消されていないままのことがよくある	.021	.716
* 12. 自分の仕事が他のメンバーより重要だと思っている人がある	-.081	.666
* 3. 利用者の治療やケアについて、個々のメンバー間やメンバー相互での話し合いが不十分だと感じる	.031	.462
* 8. 各メンバーがお互いの意見を尋ねることはあまりない	.264	.362

* 反転項目
主因子法・プロマックス回転

7) 協働実践力を構成する要素を測定する尺度の相関

『TSS』、『ケアのプロセスと実践度』、『ICS』の各尺度間の相関係数は、
『ケアのプロセスと実践度』と『ICS』の相関係数は $r=0.415$ 、『TSS』と『ICS』
は $r=0.266$ であった。『ケアのプロセスと実践度』と『TSS』は $r=0.618$ と
強い相関があった。

表 5 協働実践力を構成する要素の相関 (Pearson 相関係数)

	TSS	ケアのプロセスと 実践度	ICS
TSS		0.618	0.266
ケアのプロセスと 実践度			0.415

2. 【看護師の仕事に対する価値のおき方】について

1) 【看護師の仕事に対する価値のおき方】のスケール得点の実態（表6）

【看護師の仕事に対する価値のおき方】における4スケールの平均値と得点率は、『管理システム』が平均値47.91、得点率63.9%、『仕事上の人間関係』が平均値87.70、得点率67.5%、『専門職性』平均値41.15、得点率68.6%、『看護師としての自己実現』が平均値31.07、得点率62.1%であり、『専門職性』の得点率が最も高かった。

表6 【看護師の仕事に対する価値のおき方】スケール別得点

スケール	項目数	N	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	得点率
管理システム	15	466	15~75	26	73	47.91	2.53	63.9
仕事上の人間関係	26	460	26~130	54	124	87.70	3.13	67.5
専門職性	12	475	12~60	25	56	41.15	4.38	68.6
看護師としての自己実現	10	481	10~50	13	50	31.07	1.57	62.1

2) 【看護師の仕事に対する価値のおき方】のサブスケール得点の実態（表7）

【看護師の仕事に対する価値の置き方】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「スタッフとの人間関係」71.6%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。

表 7 【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							
給与	3	3～15	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
創造力	2	2～10	2	10	6.51	1.45	65.1
変革力	3	3～15	3	15	7.37	2.35	49.1

3) 【看護師の仕事に対する価値のおき方】の63項目の実態

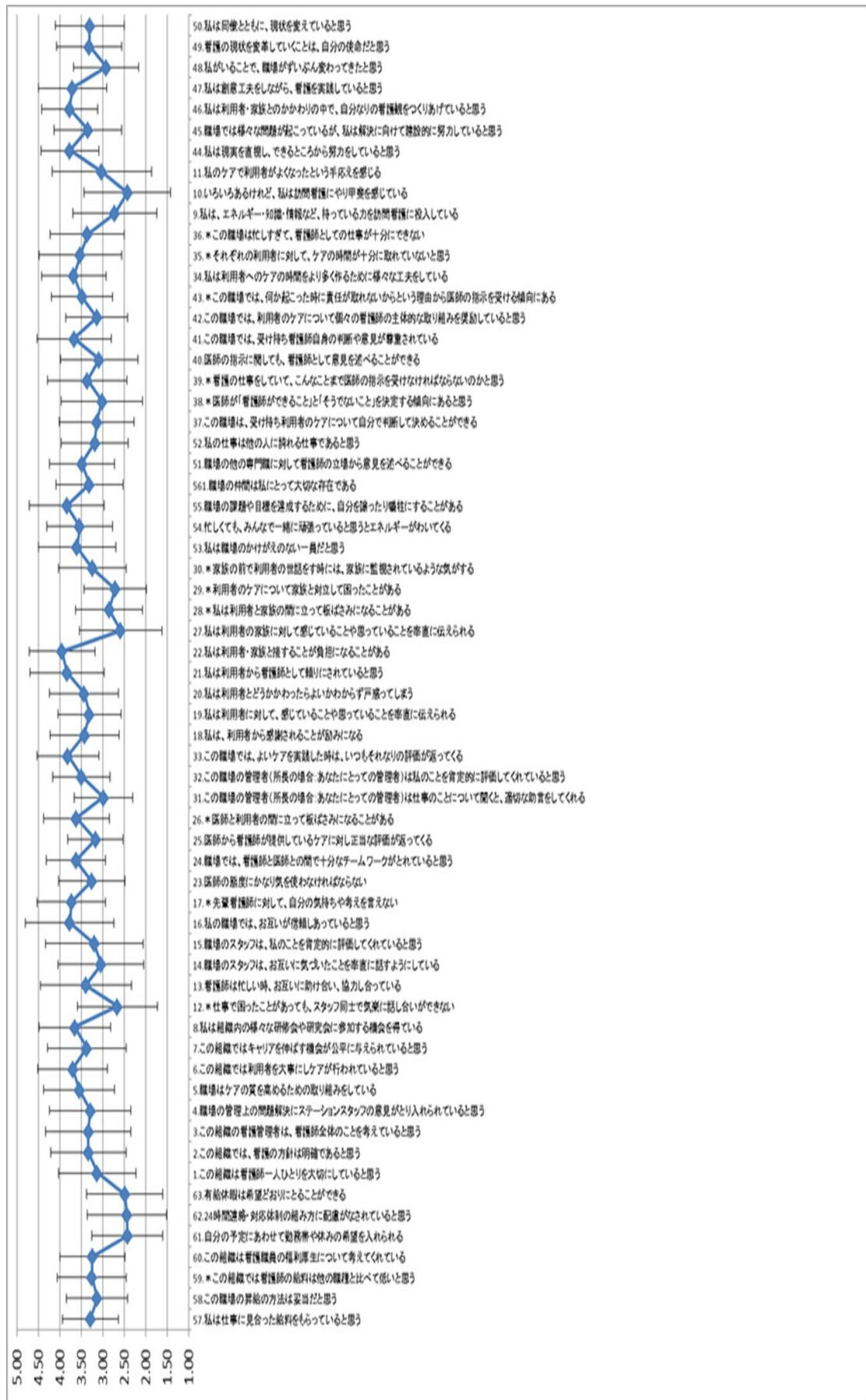
(図 12)

【看護師の仕事に対する価値のおき方】における63項目の中で最も平均値が高い項目は、「私は利用者と家族と接することが負担になる」(反転項目) 3.95 (SD=0.762)、次いで「私は利用者から看護師として頼りにされていると思う」3.84(SD=0.861)、「職場の課題や目標を達成するために、自分を譲ったり犠牲にすることがある」(反転項目) 3.84 (SD=0.869)、「この職場では、良いケアを実践した時は、いつもそれなりの評価が返ってくる」3.82 (SD=0.722)であった。

平均値が低い項目は、「いろいろあるけれど、私は訪問看護にやりがいを感じている」2.43 (SD=1.002)で、次いで「自分の予定にあわせて勤務帯休

みの希望を入れられる」2.44 (SD=0.824)、「24 時間連絡・対応体制の組み方に配慮がなされていると思う」2.44 (SD=0.923) であった。

図 12 【看護師の仕事に対する価値のおき方】項目別平均値



4) 『管理システム』に関する実態 (図 13、表 8)

【看護師の仕事に対する価値のおき方】は、4 つの下位尺度から構成されている。4 つの下位尺度別に項目別に平均値を比較した。

『管理システム』における項目別の平均値を見ると、15 項目中最も高い項目は、「この組織では利用者を大事にし、ケアが行われていると思う」が 3.71 (SD=0.806) で、次いで「私は組織内の様々な研究会や研究会に参加する機会を得ている」3.66 (SD=0.839) であった。平均値が低い項目は、「自分の予定にあわせて勤務帯や休みの希望を入れられる」2.44 (SD=0.824)、「24 時間連絡・対応体制の組み方に配慮がなされていると思う」2.44 (SD=0.923) であった。

『管理システム』を構成しているサブスケールの平均値と標準偏差は表 8 の通りである。サブスケール別に得点率をみると、「給与」が 54.47% と最も低く、「キャリアアップの機会」が 70.30% と高かった。

図 13 『管理システム』の項目別平均値

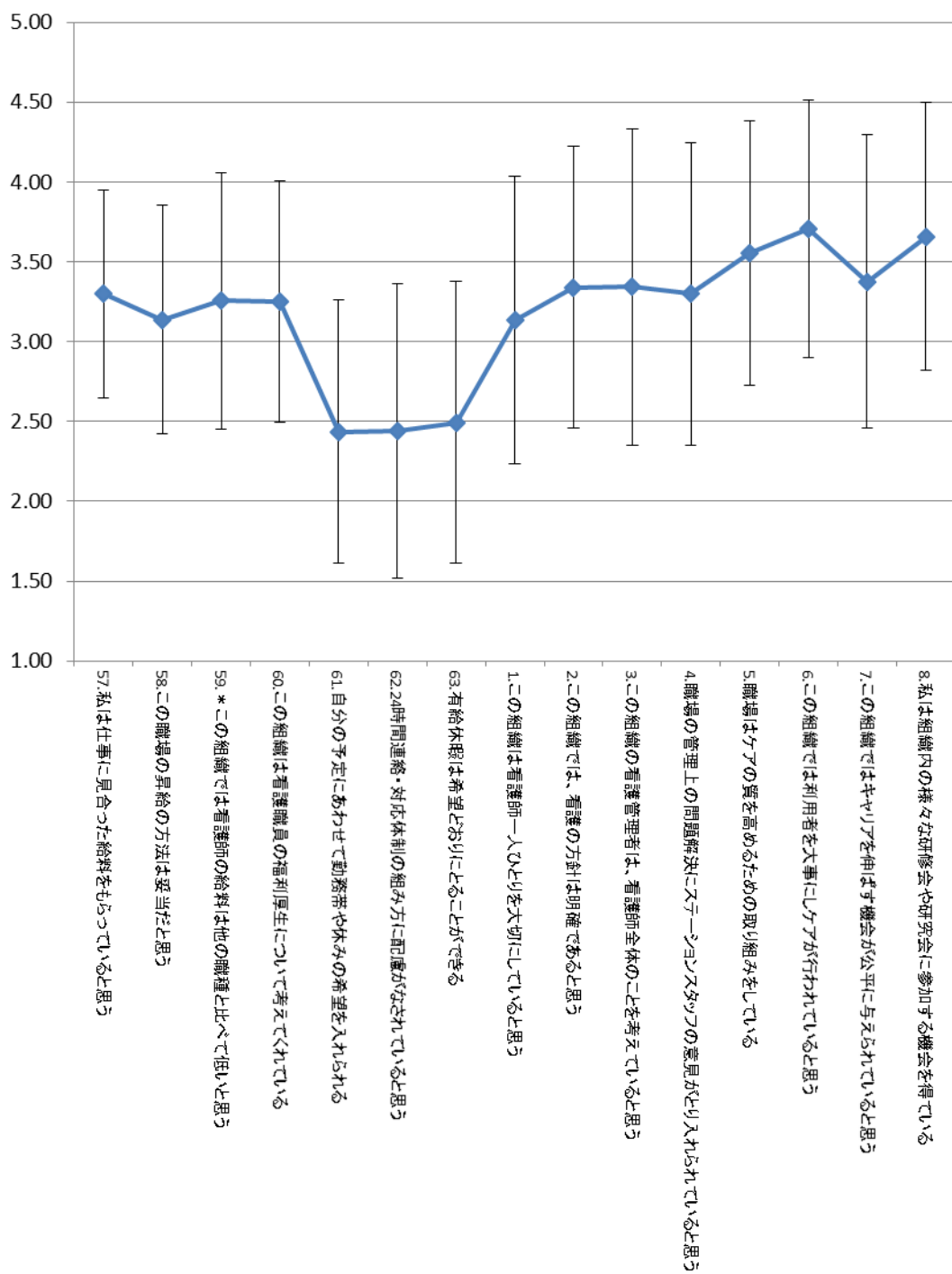


表 8 『管理システム』のサブスケール別平均値

サブスケール	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	得点率
給与	3	3～15	3	15	8.17	2.53	54.47
労働条件と 福利厚生	4	4～20	4	20	12.31	3.13	61.55
看護管理 システム	6	6～30	7	30	20.38	4.38	67.93
キャリアアップの 機会	2	2～10	3	10	7.03	1.57	70.30

4) 『仕事上の人間関係』に関する実態 (図 14、表 9)

『仕事上の人間関係』の 26 項目中、最も平均値が高い項目は、「私は利用者と家族と接することが負担になる」(反転項目) 3.95 (SD=0.762)、次いで「職場の課題や目標を達成するために、自分を譲ったり犠牲にすることがある」3.84(SD=0.869)であった。

平均値が低い項目は、「私は利用者の家族に対して感じていることや思っていることを率直に伝えられる」2.59(SD=0.959)で、次いで「職場で困ったことがあっても、スタッフ同士で気楽に話し合いができない」(反転項目) 2.66 (SD=0.937) であった。

『仕事上の人間関係』のサブカテゴリー別平均値は、表 9 の通りで、得点率では、「スタッフ間の人間関係」71.77%、「利用者との人間関係」70.56%と高く、「医師との人間関係」が 57.05%と低かった。

図 14 『仕事上の人間関係』の項目別平均値

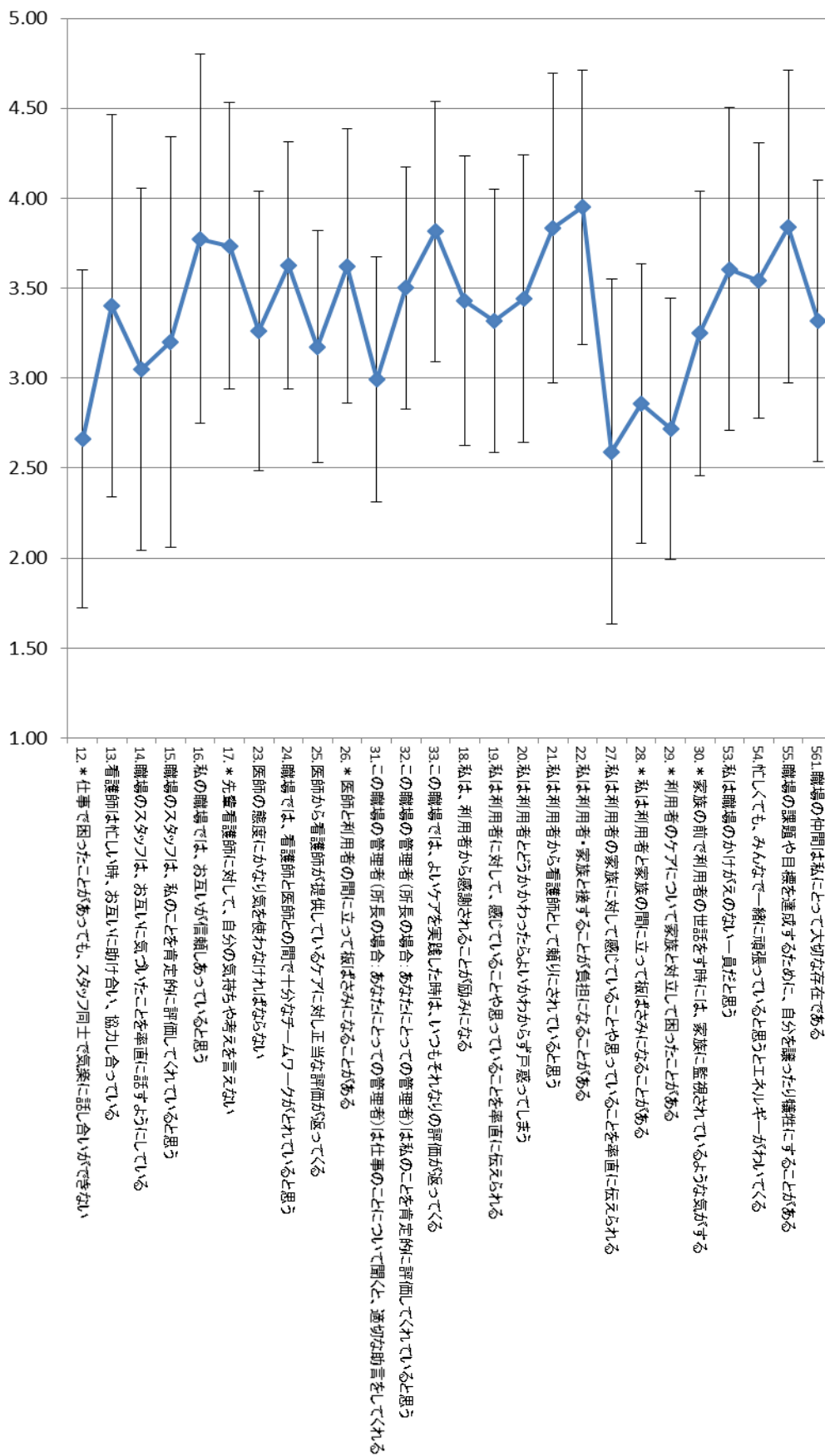


表9 『仕事上の人間関係』のサブカテゴリー別平均値

サブスケール	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	得点率
スタッフ間の人間関係	6	6～30	9	30	21.53	3.59	71.77
医師との人間関係	4	4～20	5	19	11.41	2.21	57.05
看護管理者との人間関係	3	3～15	3	15	10.04	2.35	66.93
利用者との人間関係	5	5～25	7	25	17.64	2.40	70.56
家族との人間関係	4	4～20	9	19	14.01	1.76	70.05
職場への所属感	4	4～20	4	20	13.15	2.71	65.75

5) 『専門職性』に関する実態 (図 15、表 10)

『専門職性』12項目中、最も平均値が高い項目は、「私は利用者へのケアの時間をより多く作るために様々な工夫をしている」3.68 (SD=0.745)、次いで「この職場では、受け持ち看護師自身の判断や意見が尊重されている」3.67 (SD=0.867)、「それぞれの利用者に対して、ケアの時間が十分に取れていないと思う」(反転項目) 3.53 (SD=0.964)であった。

平均値が低い項目は、「医師が“看護師ができること”と“そうでないこと”を決定する傾向にあると思う」3.02 (SD=0.944)、次いで「医師の指示に関しても、看護師として意見を述べることができる」3.09 (SD=0.904)であった。

サブカテゴリー別平均値は、表 10 の通りで、得点率では、いずれも、67-69%前後であった。

図 15 『専門職性』の項目別平均値

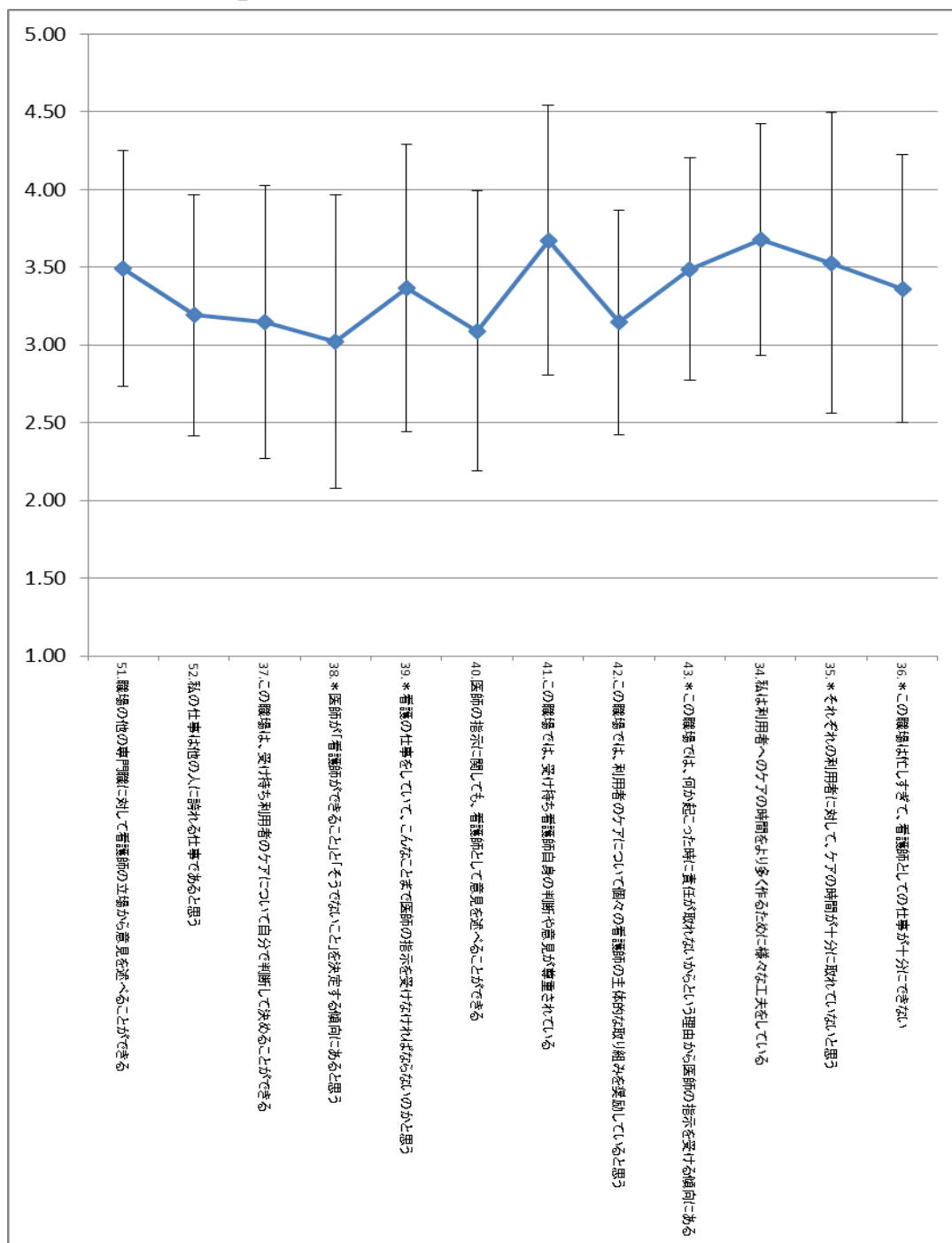


表 10 『専門職性』のサブカテゴリー別平均値

サブスケール	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	得点率
専門職意識	2	2~10	2	10	6.80	1.45	68.00
決定権	4	4~20	7	20	13.79	1.80	68.95
自律性	3	3~15	4	15	10.12	1.74	67.47
ケア提供時間	3	3~15	4	15	10.40	1.40	69.33

6) 『看護師としての自己実現』に関する実態 (図 16、表 11)

10 項目中、最も平均値が高い項目は、「私は現実を直視し、できるところから努力をしていると思う」3.78(SD=0.647)、「私は利用者・家族のかかわりの中で、自分なりの看護観をつくりあげていると思う」3.78(SD=0.674)であった。

平均値が低い項目は、「いろいろあるけれど、私は訪問看護にやりがいを感じている」2.43 (SD=1.002)、「私は、エネルギー・知識・情報など、持っている力を訪問看護に投入している」2.73 (SD=0.982)であった。

サブカテゴリー別平均値は、表 11 の通りで、得点率では、「看護志向性」71.27%と高く、「変革力」が 49.13%と低かった。

図 16 『看護師としての自己実現』の項目別平均値

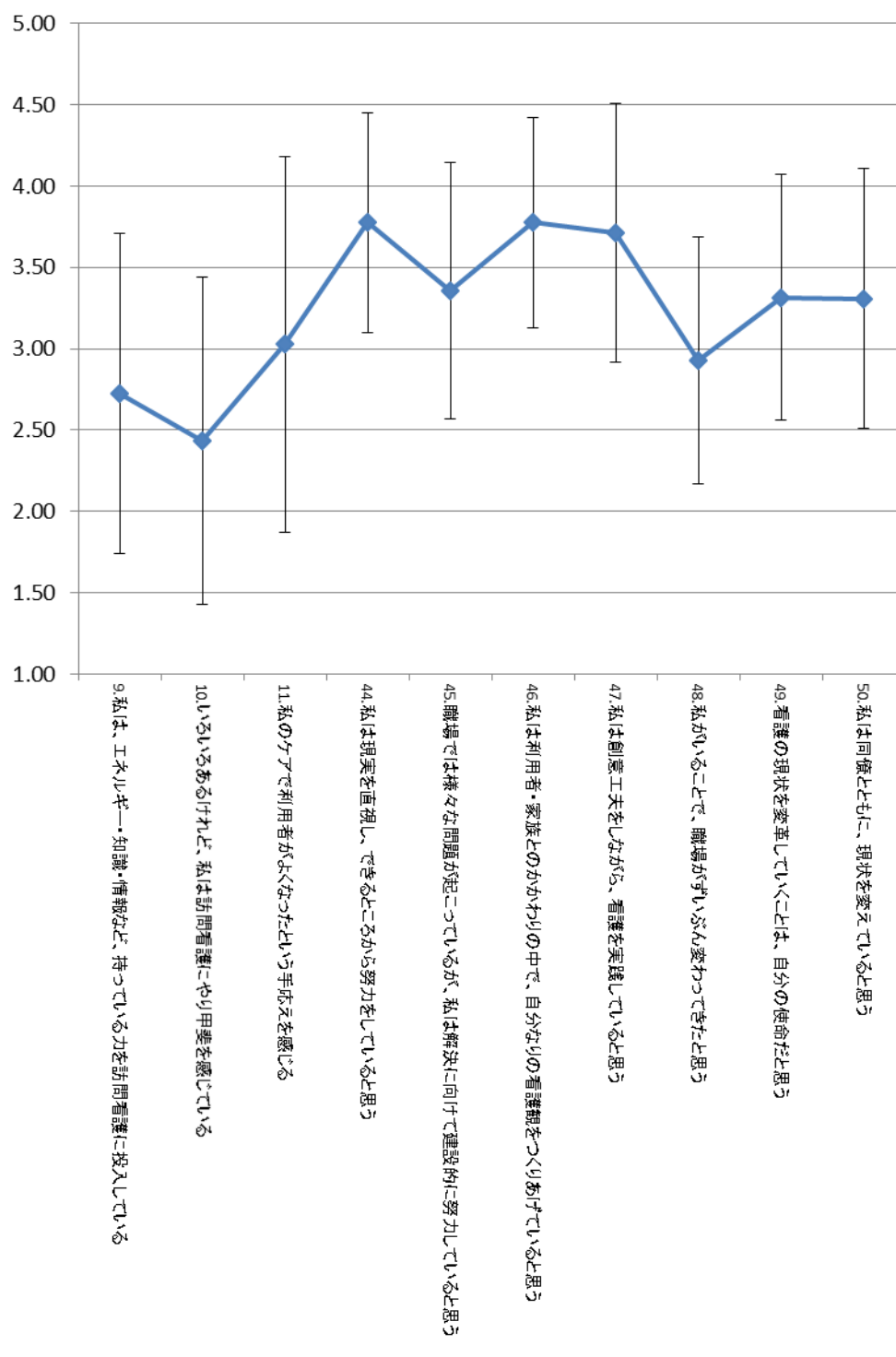


表 11 『看護師としての自己実現』のサブカテゴリー別平均値

サブスケール	項目数	点数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	得点率
看護志向性	3	3～15	4	15	10.69	2.02	71.27
現実志向性	2	2～10	2	10	6.44	1.25	64.40
創造力	2	2～10	2	10	6.51	1.45	65.10
変革力	3	3～15	3	15	7.37	2.35	49.13

7) 【看護師の仕事に対する価値の置き方】と訪問看護経験年数との関連 (表 12)

訪問看護経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群で平均値の差を比較すると、『仕事上の人間関係』の「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、看護師としての自己実現「看護志向性」「創造力」「変革力」が有意に高かった。

表 12 【看護師の仕事に対する価値の置き方】サブカテゴリー別訪問看護経験 (5年未満、5年以上) 2群の平均値 (t検定)

	訪問看護経験別平均値				
	5年未満	標準偏差	5年以上	標準偏差	
管理システム					
給料	8.33	2.28	8.07	2.72	
労働条件と福利厚生	12.37	2.97	12.33	3.24	
看護管理システム	20.56	4.86	20.23	4.00	
キャリアアップの機会	7.04	1.64	7.03	1.53	
仕事上の人間関係					
スタッフ間の人間関係	21.34	3.92	21.73	3.27	
医師との人間関係	11.40	2.21	11.46	2.22	
看護管理者との人間関係	10.25	2.46	9.85	2.26	
利用者との人間関係	17.28	2.56	17.93	2.23	
家族との人間関係	13.91	1.87	14.11	1.66	
職場への所属感	12.76	2.65	13.49	2.71	**
専門職性					
専門職意識	6.60	1.42	6.97	1.45	**
決定権	13.56	1.79	14.00	1.79	
自律性	10.07	1.78	10.20	1.71	
ケア提供時間	10.25	1.53	10.52	1.27	*
看護師としての自己実現					
看護志向性	10.44	2.02	10.92	1.97	**
現実志向性	6.32	1.24	6.53	1.26	
創造性	6.24	1.53	6.75	1.36	**
変革力	6.87	2.25	7.81	2.37	**

*<0.05 **<0.01

8) 【看護師の仕事に対する価値の置き方】と勤務形態との関連

(表 13)

「常勤」と「非常勤等」の勤務形態別の2群で平均値の差を比較すると、『管理システム』の「給料」「労働条件と福利厚生」「キャリアアップの機会」、『仕事上の人間関係』の「家族との人間関係」「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、看護師としての自己実現「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」が有意に高かった。

表 13 【看護師の仕事に対する価値の置き方】サブカテゴリー別勤務形態（常勤、非常勤等）2群の平均値

	勤務形態別平均値				
	常勤	標準偏差	非常勤	標準偏差	
管理システム					
給料	8.05	2.56	8.69	2.33	*
労働条件と福利厚生	12.16	3.12	12.93	3.08	*
看護管理システム	20.40	4.21	20.34	4.89	
キャリアアップの機会	7.15	1.52	6.66	1.68	**
仕事上の人間関係					
スタッフ間の人間関係	21.51	3.58	21.55	3.66	
医師との人間関係	11.35	2.25	11.68	2.10	
看護管理者との人間関係	10.03	2.39	10.04	2.19	
利用者との人間関係	17.63	2.35	17.69	2.62	
家族との人間関係	13.89	1.75	14.42	1.75	**
職場への所属感	13.39	2.77	12.43	2.38	**
専門職性					
専門職意識	6.88	1.47	6.54	1.37	*
決定権	13.86	1.83	13.62	1.72	
自律性	10.13	1.78	10.15	1.59	
ケア提供時間	10.43	1.37	10.39	1.47	
看護師としての自己実現					
看護志向性	10.84	2.03	10.25	1.95	**
現実志向性	6.53	1.26	6.19	1.18	*
創造性	6.60	1.46	6.27	1.38	*
変革力	7.64	2.38	6.56	2.10	**

*<0.05 **<0.01

9) 【看護師の仕事に対する価値の置き方】と職位との関連

(表 14)

「スタッフ」と「主任・所長」の職位別 2 群で平均値の差を比較すると、『管理システム』の「給料」「キャリアアップの機会」、『仕事上の人間関係』の「家族との人間関係」「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、看護師としての自己実現「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」が有意に高かった。『管理システム』の「労働条件と福利厚生」は、「スタッフ」が有意に高かった。

表 14 【看護師の仕事に対する価値の置き方】サブカテゴリー別職位別（スタッフ、主任・所長）2群の平均値（t検定）

	職位別平均値				
	スタッフ	標準偏差	主任・所長	標準偏差	
管理システム					
給料	8.07	2.41	8.42	2.83	*
労働条件と福利厚生	12.41	3.20	12.05	2.96	*
看護管理システム	20.27	4.55	20.66	3.84	
キャリアアップの機会	6.93	1.58	7.35	1.49	**
仕事上の人間関係					
スタッフ間の人間関係	21.46	3.72	21.72	3.15	
医師との人間関係	11.41	2.27	11.40	2.08	
看護管理者との人間関係	10.14	2.38	9.70	2.27	
利用者との人間関係	17.41	2.38	18.28	2.40	
家族との人間関係	13.94	1.76	14.23	1.75	**
職場への所属感	12.70	2.57	14.41	2.72	**
専門職性					
専門職意識	6.56	1.37	7.48	1.46	*
決定権	13.70	1.79	14.07	1.83	
自律性	10.00	1.79	10.46	1.64	
ケア提供時間	10.44	1.14	10.31	1.36	
看護師としての自己実現					
看護志向性	10.44	1.99	11.36	1.93	**
現実志向性	6.26	1.17	6.94	1.34	*
創造性	6.33	1.42	7.02	1.44	*
変革力	6.81	2.04	8.98	2.46	**

*<0.05 **<0.01

3. 【バーンアウト】の実態

1) 【バーンアウト】の全体像（図 17、表 15）

【バーンアウト】尺度 17 項目中、平均値が高かった項目は、「一日の仕事が終わると、“やっと終わった”と感ずることがある」3.35 (SD=1.085)、次いで「仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある」3.15 (SD=1.008)、「我を忘れるほど仕事に熱中することがある」3.01 (SD=1.254) であった。

【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。

図 17 【バーンアウト】各項目の平均値

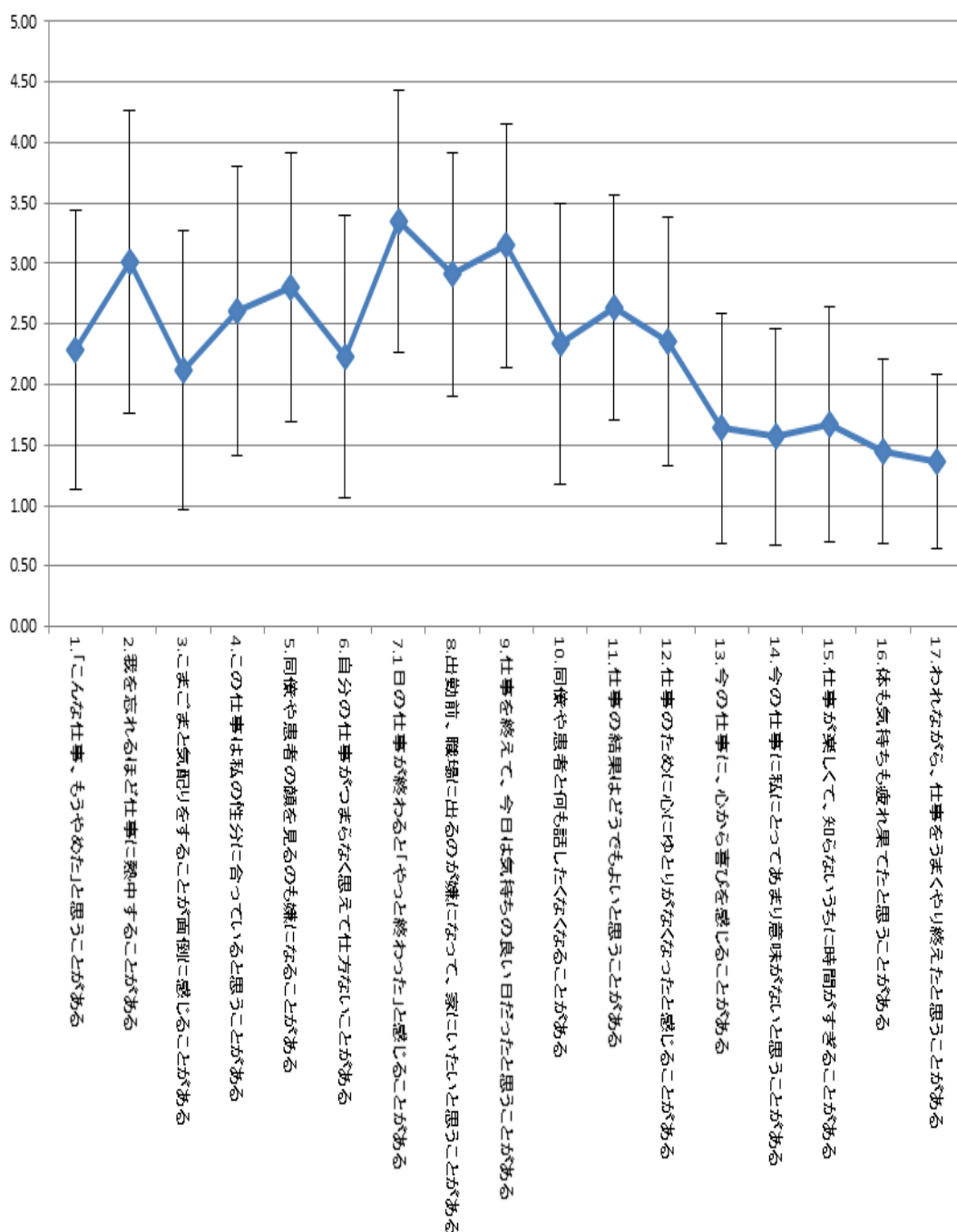


表 15 【バーンアウト】の下位尺度（3因子）の平均値

	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

2) 【バーンアウト】3因子と訪問看護経験の関連 (表 16)

訪問看護経験年数「5年未満」と「5年以上」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、「5年以上」群において「個人的達成感」が有意に高かった。

表 16 【バーンアウト】3因子別訪問看護経験 (5年未満、5年以上) 2群の平均値 (t検定)

	訪問看護経験別平均値				
	5年未満	標準偏差	5年以上	標準偏差	
情緒的消耗感	12.67	4.36	13.01	4.61	
個人的達成感	16.06	4.73	17.14	4.61	*
脱人格化	9.97	3.92	10.12	4.09	

*<0.05 **<0.01

3) 【バーンアウト】と勤務形態との関連 (表 17)

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」群において「情緒的消耗感」と「脱人格化」が有意に高かった。

表 17 【バーンアウト】3因子別勤務形態 (常勤、非常勤等) 2群の平均値 (t検定)

	勤務形態				
	常勤	標準偏差	非常勤等	標準偏差	
情緒的消耗感	13.18	4.44	11.46	4.27	**
個人的達成感	16.82	4.77	16.11	4.45	
脱人格化	10.34	4.12	8.97	3.37	**

*<0.05 **<0.01

4) 【バーンアウト】と職位との関連 (表 18)

職位の「スタッフ」と「主任・所長」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、「主任・所長」群において「個人的達成感」が有意に高かった。

表 18 バーンアウト 3 因子別職位（スタッフ、主任・所長）2 群の平均値（t 検定）

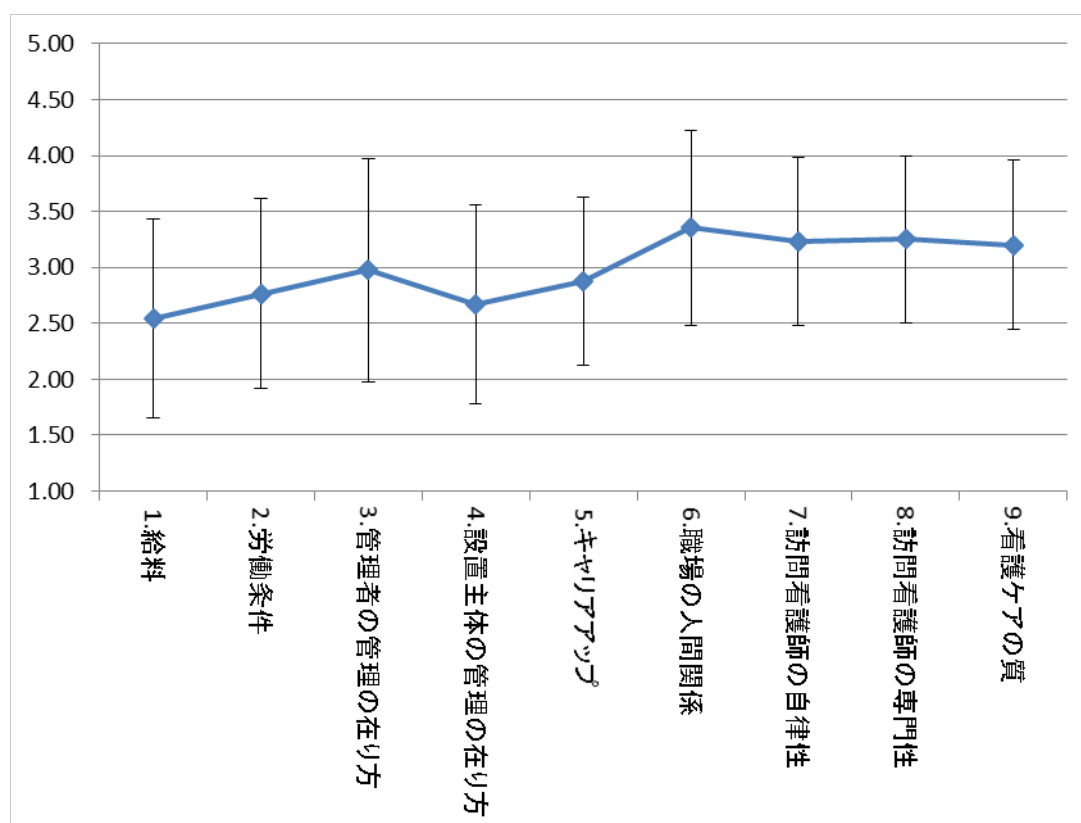
	職位				
	スタッフ	標準偏差	主任・所長	標準偏差	
情緒的消耗感	12.88	4.60	12.75	4.21	
個人的達成感	16.04	4.61	18.26	4.59	**
脱人格化	10.06	4.20	10.09	3.42	

*<0.05 **<0.01

5. 職務満足の実態（図 18）

【職務満足】9 項目の中で、最も平均値が高かった項目は、「職場の人間関係」3.35(SD=0.873)で、次いで「訪問看護の専門性」3.25(SD=0.747)であった。平均値が低かった項目は、「給与」2.55(SD=0.887)、「設置主体の管理の在り方」2.67(SD=0.891)であった。

図 18 職務満足の各項目の平均値



6. 【職務継続の意思】の実態（表 19）

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。

表 19 今の職場での仕事継続の意思

	人数	%
継続意思あり	404	81.0
継続意思なし	75	15.0
無回答	20	4.0
合計	497	100.0

7. 【協働実践力】との関連について

1) 基本属性と【協働実践力】との関連

(1) 基本属性と【協働実践力】(3つの尺度)との関連に関する全体像(表20)

基本属性と【協働実践力】の『TSS』、『チームアプローチの実践状況』、『ICS』との関連をみると、『チームアプローチの実践状況』、『ICS』においては、年齢、看護経験年数、訪問看護師経験年数との間で、相関はみられなかったが、『TSS』では、0.214～0.333と弱い相関があった。また、『TSS』の平均値の比較(t検定)において、訪問看護経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群で、最終学歴の「専門学校・短大」と「大学・大学院(看護以外の大学、大学院を含む)」の2群、職位の「スタッフ」と「主任・所長」の2群で、勤務形態の「常勤」と「非常勤等」の2群で意差があった。「チームアプローチの実践状況」は、訪問看護経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群と、職位の「スタッフ」と「主任・所長」の2群で、有意差があった。『ICS』では、同居の子どもの「あり」「なし」の2群で有意差があった。

表 20 基本属性と【協働実践力】の3要素との関連

	『TSS』	ケアのプロセスと 実践度	『ICS』
年齢 a)	0.214	0.037	0.035
看護師経験年数 a)	0.213	0.077	0.031
訪問看護経験年数 b)	0.333	0.13	-0.04
5年未満(N=209)	61.43±7.56	33.62±3.35	39.46±5.08
5年以上(N=246)	65.61±6.02	34.28±3.09	39.43±4.11
最終学歴 b)			
専門学校・短大(N=419)	63.97±6.87	34.02±3.25	39.49±4.53
大学・大学院(N=32)	60.50±9.11	33.68±2.56	38.63±4.97
職位 b)			
スタッフ(N=340)	62.41±6.88	33.72±3.16	39.56±4.53
所長・主任(N=1119)	67.18±6.41	34.60±3.13	38.95±4.59
勤務形態 b)			
常勤(N=350)	64.36±6.84	34.02±3.13	39.26±4.62
非常勤(N=108)	61.61±7.50	33.90±3.46	39.88±4.34
同居の子どもの有無			
あり(N=343)	63.64±7.33	34.03±3.22	39.87±4.39
なし(N=121)	63.77±6.32	33.79±3.14	38.16±4.79
a) Pearson相関係数			
b) t検定	*p<0.05	**p<0.01	

(2) 訪問看護師経験年数と『TSS』各項目との関連 (表 21)

協働実践力の3つのスケールの関連、で有意差が見られた基本属性について、各スケールの項目別で平均値の比較 (t検定) を行った。

協働実践力の3つのスケールの関連で有意差が見られた、基本属性について、各スケールの項目別で平均値の比較 (t検定) を行った。

『TSS』17項目において、訪問看護師経験年数5年未満と5年以上の2群では、訪問看護師経験年数「5年以上」の群が13項目全ての平均値が高かったが、「チームメンバーを仲間として扱う」、「他の職種が専門とするケアに共感することができる」、「チームケアの計画を作成する際は、利用者・家族が希望する事柄・目標に必ず配慮する」、「利用者がケア目標を達成できるような援助方法を工夫することができる」の4項目は有意差がなかった。

表 21 訪問看護師経験年数と『TSS』項目別平均値 (t 検定)

『TSS』:質問項目	5年未満		5年以上		標準偏差	標準偏差	
	N	標準偏差	N	標準偏差			
1 多職種協働チームの中で効率よく動くことができる	222	3.36	0.78	263	3.75	0.58	**
2 チームメンバーを仲間として扱う	222	4.09	0.53	265	4.18	0.49	
3 他の職種が専門とするケアに共感することができる	222	4.06	0.53	265	4.08	0.46	
4 チームケアにおいて高齢者をケアする際に、老年医学の基礎知識を応用することができる	220	3.71	0.65	263	3.87	0.53	**
5 チームケアの計画を作成する際は、利用者・家族が希望する事柄・目標に必ず配慮する	219	4.02	0.60	265	4.11	0.50	
6 メンバー同士の意見の食い違いが生じても収拾をつけられる	219	3.42	0.74	265	3.72	0.54	**
7 多職種間の連携を強化する	219	3.73	0.69	263	3.94	0.51	**
8 チーム内で自分の専門分野に割り振られた責任分担を果たしている	219	3.75	0.68	264	3.94	0.52	**
9 多職種協働ミーティングの場で臨床上の問題を簡潔に発表することができる	219	3.39	0.80	263	3.76	0.67	**
10 チームミーティングに積極的に参加する	221	3.85	0.74	264	4.03	0.60	**
11 多職種協働のケアプランを作成することができる	219	3.07	0.89	261	3.46	0.81	**
12 チーム内で設定した目標に沿うように、自分が担当するケアを調整することができる	219	3.60	0.71	262	3.91	0.49	**
13 利用者がケア目標を達成できるような援助方法を工夫する	219	3.88	0.61	263	3.96	0.47	
14 チームミーティングの場でしかるべき問題提起ができる	221	3.52	0.76	263	3.80	0.59	**
15 チームがうまく機能していないときに、それと気づく	220	3.51	0.67	262	3.84	0.56	**
16 チーム機能を改善するために効果的に介入する	220	3.25	0.79	262	3.62	0.64	**
17 ミーティングに積極的に参加していないメンバーも加わるよう促す	220	3.15	0.86	263	3.50	0.74	**
合計	212	61.43	7.57	246	65.61	6.02	**

*<0.05 **<0.01

(3) 基本属性と『TSS』因子別平均値の比較 (表 22-25)

因子別に、訪問看護師経験「5年以上」と「5年未満」の2群、「3年以上」と「3年未満の2群」、職位「スタッフ」と「主任・所長」の2群、勤務形態を「非常勤」と「常勤」の2群に分けて、それぞれで平均値の比較を行った。因子1は、訪問看護師経験「5年以上」が53.25、「5年未満」が49.25と「5年以上」が有意に高かった。一方、因子2は、「5年以上」が12.37、「5年未満」が12.19と「5年以上」が高かったが、有意差は見られなかった。

また、訪問看護師経験「3年以上」と「3年未満」で比較すると、因子1の平均値が52.40、48.89と「3年以上」が有意に高かった。一方、因子2は、「3年以上」が12.30、「3年未満」が12.26と、5年と同様、「3年以上」が高かったが、有意差は見られなかった。

また、職位においても、「主任・所長」が因子1で「スタッフ」より有意に高かったが、因子2では有意差はなかった。勤務形態においても、「常勤」が因子1で「非常勤」より、有意に高かったが、因子2では有意差はなかった。

表 22 訪問看護師経験年数 (5年) と『TSS』因子別平均値 (t 検定)

『TSS』	N	5年未満	標準偏差	N	5年以上	標準偏差	
因子1計	212	49.25	6.85	246	53.25	5.40	**
因子2計	219	12.19	1.27	265	12.37	1.11	

*<0.05 **<0.01

表 23 訪問看護師経験年数（3年）と『TSS』因子別平均値（t検定）

『TSS』	N	3年未満	標準偏差	N	3年以上	標準偏差	
因子1計	131	48.89	6.83	327	52.40	5.98	**
因子2計	136	12.26	1.35	348	12.30	1.12	

*<0.05 **<0.01

表 24 職位と『TSS』因子別平均値（t検定）

『TSS』	N	スタッフ	標準偏差	N	主任・所長	標準偏差	
因子1計	344	50.20	6.23	119	54.74	5.64	**
因子2計	364	12.21	1.22	125	12.44	1.17	

*<0.05 **<0.01

表 25 勤務形態と『TSS』因子別平均値（t検定）

『TSS』	N	非常勤	標準偏差	N	常勤	標準偏差	
因子1計	108	49.33	6.76	352	52.09	6.17	*
因子2計	115	12.26	1.36	371	12.27	1.16	

*<0.05 **<0.01

（3）訪問看護師経験年数と『ケアのプロセスと実践度』の各項目における平均値の比較（表 26）

『ケアのプロセスと実践度』11項目では、訪問看護師経験年数「5年以上」の群が、「専門的技術・知識の向上を目指している」が同じである以外、その他の10項目は平均値が高かった。2群で有意差があった項目は、「ケアの内容を見直している」で、「5年以上」が3.04、「5年未満」が2.96、「ケアの手順を直している」で「5年以上」が3.04、「5年未満」が2.91、「全人的なケアをしている」で「5年以上」が3.17、「5年未満」が3.07であった。

表 26 訪問看護師経験年数（5年）と『ケアのプロセスと実践度』項目別平均値

ケアのプロセスと実践度:項目	N	5年未満	標準偏差	N	5年以上	標準偏差	
1 ケアの内容を評価している	221	2.96	0.39	265	3.04	0.37	*
2 根拠に基づいてケアを実践している	223	3.03	0.37	265	3.09	0.36	
3 ケアの手順の見直しをしている	222	2.91	0.46	264	3.04	0.44	**
4 目標の達成度を評価している	222	2.89	0.48	265	2.95	0.45	
5 達成可能な目標を立てている	222	2.99	0.40	263	3.01	0.38	
6 ケアを定期的に記録している	222	3.18	0.52	265	3.27	0.52	
7 全人的なケアをしている	221	3.07	0.52	265	3.17	0.45	*
8 経験をチームでのケアの改善にいかそうとしている	221	3.08	0.52	265	3.15	0.44	
9 利用者と家族をチームの中心に据えている	221	3.21	0.54	265	3.29	0.48	
10 専門的知識・技術の向上を目指している	221	3.13	0.48	264	3.13	0.43	
11 チームでのケアの熱意を持っている	220	3.11	0.52	263	3.12	0.49	
合計得点	214	33.62	3.35	260	34.28	3.69	*

*<0.05 **<0.01

2) 【協働実践力】と【仕事に対する価値の置き方】との関連

(1) 【協働実践力】の3つのスケールと【仕事に対する価値の置き方】の4つのスケールとの関連（表 27）

『TSS』は、『自己実現』との相関係数が 0.608 で正の相関があり、『人間関係』、『専門職性』についても、0.477、0.459 と正の相関があった。

『ケアのプロセスと実践度』では、“看護管理システム”“仕事上の人間関係”“専門職性”“看護師としての自己実現”のすべてで 0.440 以上の正の相関があった。

『ICS』では、“看護管理システム”“人間関係”と 0.436、0.511 と正の相関がみられた。

表 27 【協働実践力】と仕事に対する価値の置き方との相関（Pearson の相関係数）

	TSS	ケアのプロセスと 実践度	ICS
看護管理システム	0.306	0.440	0.436
仕事上の人間関係	0.459	0.445	0.511
専門職性	0.477	0.462	0.360
看護師としての自己実現	0.608	0.459	0.208

3) 【協働実践力】の3つのスケールと【仕事に対する価値の置き方】のサブスケールとの相関（表 28）

協働実践力を構成する『TSS』『ケアのプロセスと実践度』『ICS』の3つの尺度の合計点数と【仕事に対する価値の置き方】の各サブスケールの点数の相関を見た。『TSS』において、相関係数が0.4以上である項目は、『看護師としての自己実現』のサブスケールである“創造性”0.511、“看護志向性”0.510、“変革力”0.506、“現実志向性”0.461、『専門職性』の“専門職意識”0.499、『仕事上の人間関係』の“職場への所属感”0.451、“利用者との人間関係”0.414であった。

『ケアのプロセスと実践度』においては、『管理システム』の“看護管理システム”0.493、“キャリアアップの機会”0.416、『看護師としての自己実現』の“看護志向性”0.461、“創造性”0.437、“現実志向性”0.422であった。

『ICS』においては、『管理システム』の“看護管理システム”のみが0.457であった。

表 28 【協働実践力】の3つのスケールと【仕事に対する価値の置き方】のサブスケールとの相関 (Pearson の相関係数)

	TSS	ケアのプロセスと実践度	ICS
管理システム			
給料	0.067	0.120	0.171
労働条件と福利厚生	0.101	0.242	0.311
看護管理システム	0.370	0.493	0.457
キャリアアップの機会	0.336	0.416	0.281
仕事上の人間関係			
スタッフ間の人間関係	0.355	0.381	0.587
医師との人間関係	0.205	0.241	0.238
看護管理者との人間関係	0.233	0.329	0.376
利用者との人間関係	0.414	0.311	0.322
家族との人間関係	0.149	0.118	0.226
職場への所属感	0.451	0.390	0.279
専門職性			
専門職意識	0.499	0.368	0.203
決定権	0.297	0.284	0.202
自律性	0.307	0.363	0.278
ケア提供時間	0.272	0.297	0.369
看護師としての自己実現			
看護志向性	0.510	0.461	0.240
現実志向性	0.461	0.422	0.183
創造性	0.511	0.437	0.190
変革力	0.506	0.251	0.096

4) 【協働実践力】を測定する3つの尺度と【バーンアウト】との相関 (表 29)

【バーンアウト】の「情緒的消耗感」「個人的達成感」「脱人格化」と『TSS』『ケアのプロセスと実践度』『ICS』の相関をみる (相関係数 0.4 以上) と、『TSS』と「個人的達成感」で 0.407 と正の相関があった。『ケアのプロセスと実践度』『ICS』との相関は見られなかった。

表 29 【協働実践力】と【バーンアウト】との相関 (Pearson の相関係数)

	TSS	ケアのプロセスと 実践度	ICS
情緒的消耗感	-0.142	-0.142	-0.260
個人的達成感	0.407	0.359	0.177
脱人格化	-0.153	0.167	-0.392

5) 【協働実践力】を測定する3つの尺度と【職務満足】との相関
(表 30)

『TSS』『ケアのプロセスと実践度』『ICS』と【職務満足】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、『TSS』との相関はなかったが、『ケアのプロセスと実践状況』と“看護ケアの質” 0.465、“訪問看護の専門性” 0.413 と正の相関があった。

『ICS』では、“職場の人間関係” 0.502、“看護ケアの質” 0.406、“満足度総計” 0.460 の正の相関があった。

表 30 【協働実践力】を測定する3つの尺度と【職務満足】各項目との相関 (Pearson の相関係数)

	TSS	ケアのプロセスと 実践度	ICS
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	0.335	0.465	0.406
満足度総計	0.233	0.398	0.460

6) 【協働実践力】を測定する3つの尺度と【職場での仕事継続の意思】との関連 (表 31)

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『TSS』64.02 (SD=6.91) 『ケアのプロセスと実践度』34.16 (SD=3.13)、『ICS』39.83 (SD=4.41) で、「なし」が『TSS』

表 32 『協働実践力』に影響する要因

		TSS	ケアのプロセスと 実践度	ICS
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 *
*<0.05 **<0.01		F=45.406 ** R ² =0.490	F=53.280 ** R ² =0.408	F=67.640 ** R ² =0.421

2) 訪問看護経験年数別『協働実践力』に影響する要因 (表 33)

訪問看護経験年数 5 年未満と 5 年以上の 2 郡において『協働実践力』に影響する要因をみると、『TSS』において「5 年未満」で【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」($\beta=0.195$)、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」($\beta=0.200$)、「現実志向性」($\beta=0.143$)があり、「5 年以上」では、【仕事に対する価値のおき方】の『管理システム』の「キャリアアップの機会」($\beta=0.220$)と『専門職性』の「決定権」($\beta=0.124$)があった。『ケアのプロセスと実践度』においては、「5 年未満」で、【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」($\beta=0.182$)、『看護師としての自己実現』の「現実志向性」($\beta=0.255$)、「創造性」($\beta=0.206$)が影響しており、「5 年以上」では、【仕事に対する価値のおき方】の『専門職性』の「専門職意識」($\beta=0.208$)と『看護師としての自己実現』の「看護志向性」($\beta=0.219$)が影響していた。『ICS』においては、「5 年未満」で【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」($\beta=0.164$)と『バーンアウト』の「脱人格化」($\beta=-0.149$)が影響し、「5 年以上」では、【仕事に対する価値のおき方】の『管理システム』の「労働条件と福利厚生」($\beta=0.149$)、『専門職性』の「ケア提供時間」($\beta=0.181$)が影響していた。

表 33 訪問看護経験年数別『協働実践力』に影響する要因

		TSS		ケアのプロセスと実践度		ICS	
		5年未満	5年以上	5年未満	5年以上	5年未満	5年以上
基本属性	研修の有無	0.184 **	0.090 *	0.102 *			
管理システム	看護管理システム			0.284 **	0.337 **	0.164 *	
	キャリアアップの機会 労働条件と福利厚生		0.220 **			0.149 **	
仕事上の人間関係	スタッフ間の人間関係	0.195 **		0.182 **		0.560 **	0.360 **
専門職性	決定権		0.124 **				
	ケア提供時間					0.181 **	
	専門職意識	0.152 *	0.148 *	0.208 **			
看護師としての自己実現	看護志向性	0.200 *		0.219 **			
	現実志向性	0.143 *		0.255 **			
	創造性		0.316 **	0.206 **			
	変革力	0.157 *	0.141 *				
バーンアウト	脱人格化					-0.149 *	

* < 0.05 ** < 0.01 F = 22.361 ** F = 47.605 ** F = 39.494 ** F = 22.361 ** F = 73.852 ** F = 35.065 **
 R² = 0.416 R² = 0.494 R² = 0.462 R² = 0.416 R² = 0.558 R² = 0.265

3) 勤務形態別『協働実践力』に影響する要因 (表 34)

訪問看護師の勤務形態を「非常勤」と「常勤」の2群にわけて『協働実践力』に影響する要因をみてみると、『TSS』において、「非常勤」では、【仕事に対する価値のおき方】の『看護師としての自己実現』の「看護志向性」($\beta = 0.320$)と「変革力」($\beta = 0.338$)があり、「常勤」では、「研修の有無」($\beta = 0.199$)、【仕事に対する価値のおき方】の『仕事上の人間関係』の「利用者との人間関係」($\beta = 0.182$)、『専門職性』の「専門職意識」($\beta = 0.229$)、『看護師としての自己実現』の「創造性」($\beta = 0.207$)が影響していた。『ケアのプロセスと実践度』では、「非常勤」で、【仕事に対する価値のおき方】の『専門職性』の「決定権」($\beta = 0.192$)が影響しており、「常勤」では、【仕事に対する価値のおき方】の『看護師としての自己実現』の「現実志向性」($\beta = 0.240$)が影響していた。『ICS』においては、「非常勤」で「職務継続」が、「常勤」では【仕事に対する価値のおき方】の『専門職性』の「ケアの提供時間」($\beta = 0.175$)が影響していた。

表 34 勤務形態別『協働実践力』に影響する要因

		TSS		ケアのプロセスと実践度		ICS	
		非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤
基本属性	研修の有無		0.199 **				
管理システム	看護管理システム	0.220 *	0.178 **	0.312 **	0.226 **		
	キャリアアップの機会				0.133 *		
仕事上の人間関係	利用者との人間関係		0.182 **				
	スタッフ間の人間関係					0.568 **	0.542 **
専門職性	決定権			0.194 *			
	ケア提供時間						0.175 **
	専門職意識		0.229 **				
看護師としての自己実現	看護志向性	0.320 **		0.189 *	0.142 *		
	現実志向性				0.140 *		
	創造性		0.207 **	0.268 **	0.177 *		
	変革力	0.338 **					
	職務継続					0.240 **	

*<0.05 **<0.01 F=18.838 ** F=52.929 ** F=17.934 ** F=37.837 ** F=36.986 ** F=35.065 **
 R²=0.378 R²=0.472 R²=0.421 R²=0.381 R²=0.459 R²=0.265

4) 職位別『協働実践力』に影響する要因 (表 35)

訪問看護師の職位を「スタッフ」と「管理職」の2群にわけて『協働実践力』に影響する要因をみてみると、『TSS』において「スタッフ」では、「研修の有無」と【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」($\beta=0.173$)『看護師としての自己実現』の「創造性」($\beta=0.272$)「変革力」($\beta=0.148$)があり、「管理職」では、【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」($\beta=0.313$)、『専門職性』の「決定権」($\beta=0.205$)「専門職意識」($\beta=0.190$)『看護師としての自己実現』の「現実志向性」($\beta=0.179$)があった。『ケアのプロセスと実践度』においては、「スタッフ」では、【仕事に対する価値のおき方】の『管理システム』の「キャリアアップの機会」($\beta=0.144$)、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」($\beta=0.184$)、「創造性」($\beta=0.284$)があり、「管理職」では、【仕事に対する価値のおき方】の『仕事上の人間関係』の「利用者との人間関係」($\beta=0.237$)、「職場への所属感」($\beta=0.236$)が影響していた。『ICS』においては、「スタッフ」で、【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」($\beta=0.180$)と『バーンアウト』の「脱人格化」($\beta=-0.204$)が影響していた。

表 35 職位別『協働実践力』に影響する要因

属性		TSS		ケアのプロセスと実践度		ICS	
		スタッフ	管理職	スタッフ	管理職	スタッフ	管理職
管理システム	研修の有無	0.188 **					
	看護管理システム キャリアアップの機会		0.313 **	0.243 **	0.283 **	0.180 **	
仕事上の人間関係	利用者との人間関係				0.237 *		
	スタッフ間の人間関係 職場への所属感	0.173 **			0.236 *	0.482 **	0.410 **
専門職性	決定権		0.205 **				
	ケア提供時間 専門職意識		0.190 *			0.106 *	0.198 *
看護師としての自己実現	看護志向性	0.190 **	0.177 *	0.184 **			
	現実志向性		0.179 *				
	創造性	0.272 **		0.284 **			
	変革力	0.148 **					
バーンアウト	脱人格化						-0.204 *

* < 0.05 ** < 0.01 F=38.568 ** F=29.160 ** F=49.436 ** F=18.113 ** F=72.531 ** F=20.949 **
 R²=0.387 R²=0.607 R²=0.395 R²=0.351 R²=0.431 R²=0.397

第7章 考察

I. 考察構成について

本研究の課題は以下の通りである。よって、課題に沿って、考察していく。

- ・訪問看護師の協働実践力はどのようなものか。
- ・訪問看護師の仕事に対する価値のおき方はどの程度のものか。
- ・訪問看護師のBurnoutはどの程度のものか。
- ・訪問看護師の職務満足度、仕事継続意思はどの程度のものか。
- ・協働実践力と基本属性、仕事に対する価値のおき方、Burnout、職務満足度、仕事継続意思はどのように関連しているのか。

II. 訪問看護師の協働実践力の実態について

1. 【協働実践力】の測定尺度の信頼性・妥当性について

今回、【協働実践力】は、『協働する能力』『協働チームのなかでケアを展開する力』『協働実践状況』の3要素から構成すると考え、『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」)を、「協働チームのなか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」を、「協働実践状況」は、Kenaszchukら(2010)によって開発された「Interprofessional collaboration Scale」(以下、「ICS」)を尺度として用いた。『TSS』と『ICS』については、日本語版を作成した。各尺度は、Cronbachの α 信頼性係数で内的整合性を確認した。

『TSS』日本語版は、Cronbachの α 信頼性係数(以下、 α 係数とする)は0.910、「ケアのプロセスと実践度」11項目の α 係数は0.853、『ICS』13項目の α 係数は0.853であり、いずれも α 係数は0.8以上であり、内的整合性は十分保たれていると考えられる。

因子分析の結果において、『TSS』原版では、1因子構造であったが、『TSS』日本語版では、2つの因子構造が明らかとなった。第1因子の α 係数は0.910で、第2因子の α 係数は0.666であり、第2因子の α 係数が若干低いため、下位尺度の妥当性については、さらに検討を重ねる必要がある。

『ICS』日本語版でも、原版では3因子構造であったが、本研究結果では、2つの因子構造が明らかとなった。第1因子の α 係数は0.803で、第2因子の α 係数は0.764であり、第1因子、第2因子とも、内的整合性は保たれていると考えられる。

2. 訪問看護師の【協働実践力】の実態の特徴について

訪問看護師の【協働実践力】の実態の特徴について、【協働実践力】を構成する3つの要素別に考察していく。

1) 『協働する能力』の実態の特徴

『協働する能力』を測定する『TSS』の17項目合計平均値は63.68 (SD=7.07)で、17項目中、平均値が最も高かった項目は、「チームメンバーを仲間として扱う」4.13であり、次いで「他の職種が専門とするケアに共感することができる」「チームケアにおいて高齢者をケアする際に、老年医学の基礎知識を応用することができる」4.07、「チームケアの計画を作成する際は、利用者・家族が希望する事柄・目標に必ず配慮する」4.07であった。

以上の結果から、訪問看護師は看護専門職として根拠ある医学的知識を応用するとともに、チームメンバーを尊重し、また、在宅看護の基本的な理念である利用者家族の希望をも尊重しケアプランを立案するといった協働する能力が備わっているといえる。

一方、平均値が低い項目は、「多職種協働のケアプランを作成することができる」3.29(SD=0.864)、「ミーティングに積極的に参加していないメンバーに加わるよう促す」3.35 (SD=0.810)、「チーム機能を改善するために効果的に介入する」3.45 (SD=0.731)であった。多職種協働のケアプラン作成の平均値が低いという結果については、介護保険では介護支援専門員（以下、CM）が作成したケアプラン案を検討、議論するサービス担当者会議が機能していない現状が報告されており（白澤政和、橋本泰子他、2000）、これらの現状が影響していると考えられる。『TSS』が測定する能力として、「ケアプラン作成会議の場で自分の専門分野を背景として意見を述べる・不熱心なメンバーに参加を促す・チームメンバーに同僚として接する」といった能力が含まれる」と述べている（Hepburn、et、2012）。介護保険制度でも、ケアマネジメントにおいて、ケアプランはサービス担当者会議を開催し、チームメンバーで意見を出し検討することが必要とされている（「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業」研究委員会、2014）。訪問看護師の協働する能力において、多職種協働のケアプラン作成におけるCMとの協働が課題であるといえよう。

また、『TSS』の因子分析の結果、“チーム機能の改善・発揮” “チームメンバーの尊重”の2つで構成されることが明らかになった。Hepburn, Tsukuda, and Fasser (1996)によって開発された『TSS』は、「ケアプラン作成会議の場で自分の専門分野を背景として意見を述べる・不熱心なメンバーに参加を促す・チームメンバーに同僚として接する」といった能力が含まれる。さらに、老人医学の基礎概念をふまえた高齢者ケアが実践できること・適切な意思伝達と作業参加ができること・チームメンバー間での立場、意見の相違や揉めごとに対処できること・チームの仕事がうまく行っていない場合、それと気づくこと・チームの仕事が良い方向にすすむよう適切な働きかけをすること」といった能力も測定の対象」としている（Gloria D. Heinemann et、2002）。つまり、第1因子の“チーム機能の改善・発揮”は、原版の能力の中のチームが課題解決に向け、自らの専門性を発揮すると

もに、チーム機能が発揮できるよう、適切にメンバーに働きかける能力であるといえる。第2因子の“チームメンバーの尊重”は、原版の「チームメンバーを仲間として、同僚として接する」関係性の内容にあたるものであるといえる。

平均値の低い項目は、第1因子の“チーム機能の改善・発揮”の「ミーティングに積極的に参加していないメンバーに加わるよう促す」「チーム機能を改善するために効果的に介入する」といった、チームの改善に向けた働きかけのスキルである。因子別の得点率を見ても、“チーム機能の改善・発揮”が73.4%、“チームメンバーの尊重”が81.8%と、“チームメンバーの尊重”野中ら(2014)は、「日本は西洋社会のように意見を主張して、折り合いをつけ、決まったことには従う文化ではなく、情緒的な一体感を容易に持ち、意見交換を避けている」と述べ、さらに、日本のチームは、「機能性より凝集性を重視している」とも得点率が高かった。述べており、本研究の『TSS』の結果から、訪問看護師の協働する能力において、機能性より凝集性を重視しているという同様の実態が明らかになったと言える。

2) 『協働チームのなかでケアを展開する力』の実態の特徴

『協働チームのなかでケアを展開する力』を測定する『ケアのプロセスと実践』の尺度を開発した杉原らが、高齢者ケア施設職員を対象とした結果において、平均値21.0(SD=5.5)の報告がある。その結果と比較すると、今回の研究対象者は33.97(SD=3.20)であり平均値が高かった。杉原らの対象者は、施設ケアの職員の約45%が介護職員である。『ケアのプロセスと実践度』の質問項目には、「達成可能な目標を立てている」「目標の達成度を評価している」、「ケアの手順の見直しをしている」、「ケアの内容を評価している」さらに「根拠に基づいてケアを実施している」等の項目があり、看護基礎教育の中で修得する看護過程の展開に関する質問項目が設定されている。一方、介護福祉士の教育カリキュラムが、大幅に見直され、看護過程と同様の思考のプロセスである介護過程の内容が介護職の基礎教育に加わったのは、2009年である。また、介護福祉士の制度を見直すために2006年に「介護福祉士のあり方及び要請プロセスの見直し等に関する検討会が開催され、「求められる介護福祉士像」12項目と「資格取得時の到達目標11項目」が明示され、到達目標の一つに「介護実践の根拠を理解する」が明示されたが、要請校における自由裁量に委ねたカリキュラム編成のため、教育内容の質や領域に差異があると課題を指摘している(加藤、2012)。さらに、介護職員の資格は、国家資格である介護福祉士のみならず、短期間で取得できるホームヘルパーの資格も存在しており、教育背景による差が結果に反映していると考えられる。

3) 『協働実践状況』の実態の特徴

『協働実践状況』を測定する『ICS』13項目の中で、平均値が最も高かった項目は、「重要な情報は、チームメンバー同士で伝え合う」であり、次いで「チームでケアが全体として整理され調整されたら、その方法に合わせて行動することができる」、「新たに実践することが生じ、それを実行することに同意した場合、メンバーには協力する用意があると思う」、「チームは各々の責任について理解している」であった。

一方、平均値が低かった項目は、「利用者のケアや治療について、個々のメンバー間やメンバー相互での話し合いが不十分だと考える（反転項目）」、「チーム内の意見の相違が解消されていないままのことがよくある（反転項目）」、「自分の仕事が他のメンバーより重要だと思っている人がいる（反転項目）」であった。以上の結果より、訪問看護師による多職種協働の状況は、チーム内でそれぞれの意見の相違が存在しても、相違を議論し合意形成するのではなく、意見が異なってもチーム内で決められたことに対しては、それに合わせてケアを提供する、という協働の実態があると言える。

小野（2003）は、チーム医療において「大切なのは、各自のモチベーションを引き上げる方向に作用するように工夫することである。ここで、議論の元になる事実や、その解釈については、相互に信頼関係がある限り、業務の枠を超えて議論を行っても問題にならないことが多い。」と述べている。また、細田（2012）は、チーム医療には、「専門性志向」「患者志向」「職種構成志向」「協働志向」の4つの要素があり、この4つの要素には相克関係があると述べ、「専門性志向」「協働志向」間において、「自らの専門性に誇りを持って、その専門性を元に議論に参加することは非常に大切なことである」と述べている。加えて、細田は、「チーム医療を実践していくこととは、異なる「知識」と「情報」を持つもの同士が、その「知識」と「情報」に基づいて、フォーマルであれ、インフォーマルであれ、自由にコミュニケーションしあう中で最適な医療を見つけていく営為」と述べているように、専門職間で議論しよりよいケアにつなげていく重要性に触れている。大串（2007）は、「協働」について、「メンバーが相互に工夫し合いながら、お互いの殻を破って、それぞれの能力を超えた、より大きな力を発揮すると言う創造的チーム」と述べ、協働は課題を解決に向け、ともに議論活動することで、新たな創造的ケアを生み出し、困難な課題を解決していくことであるとしている。しかし、「協働」において対立は避けがたいものであり、その対立を解消する最も簡単な方法が「妥協」とであるが、それは消極的な合意形成であり、対立が表面的に解決されただけになると新たな知識は生まれず、妥協を超えた新たな知識の創造の重要性についても述べている（大串、2007）。浜町（2005）は、医療現場での合意形成で特に注目すべき点は、意思決定に関わる関係者が多様化している中で、多様な関係者の意見をふまえた上で意思決定の方法を見出すことの重要性を述べている。また、合意形成について、「関係者の置かれている立場、経験、思想、信条などの背景を尊重した上で、解

決策を見出すことを重視するため、多数決による意見の一致を求めるものではない」としつつ、合意形成を「多様な、時には対立する意見を話し合いによって、関係者が納得した上で解決策を創造していくプロセス」と定義している。

以上のように、「協働」において、合意形成は重要な要素であり、その合意形成においては、「妥協」ではなく、相互の専門性に基づき議論し、新たなケアを創造し、課題を解決に導いていくという、協働実践力が重要であるといえる。

『ICS』の因子分析の結果においても、“チームへの順応”と“チームメンバーとの議論”の2つの因子が明らかになった。平均値が低い「利用者のケアや治療について、個々のメンバー間やメンバー相互での話し合いが不十分だと考える（反転項目）」、「チーム内の意見の相違が解消されていないままのことがよくある（反転項目）」は、いずれも“チームメンバーとの議論”の項目である。平均値が高い「チームでケアが全体として整理され調整されたら、その方法に合わせて行動することができる」、「新たに実践することができる」、「それを実行することに同意した場合、メンバーには協力する用意があると思う」は、“チームへの順応”の項目である。また、『ICS』の因子別得点率においても、“チームへの順応”が88.6%、“チームメンバーとの議論”が72.2%と、“チームへの順応”が高かった。

以上より、訪問看護師は、“チームへの順応”を重視して協働状況を作り上げていると考えられる。また、この結果は、『TSS』においても、“チーム機能の改善・発揮”の項目の平均値が低い傾向があり、日本における訪問看護師の協働実践力の特徴であると考えられる。しかし、先に述べたように、相互の専門性に基づき議論し、新たなケアを創造し、課題に解決に導いていくという、協働実践力が重要であることから、今後、訪問看護師は、チームメンバーの意見相違を議論し、その中から、よりよいケアを創造していく力の向上が求められているといえる。

3. 基本属性による【協働実践力】の特徴について

基本属性と【協働実践力】の『TSS』、『チームアプローチの実践状況』、『ICS』との関連をみると、『チームアプローチの実践状況』、『ICS』においては、年齢、看護経験年数、訪問看護師経験年数との間で、相関はみられなかったが、『TSS』では、0.214～0.333と弱い相関があった。『TSS』の平均値の比較（t検定）においては、訪問看護師経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群で、最終学歴の「専門学校・短大」と「大学・大学院（看護以外の大学、大学院を含む）」の2群で、職位の「スタッフ」と「主任・所長」の2群で、勤務形態の「常勤」と「非常勤等」の2群で意差があった。「チームアプローチの実践状況」は、訪問看護師経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群と、職位の「スタッフ」と「主任・所長」の2群で、有意差があった。『ICS』では、同居の子どもの

「あり」「なし」の2群で有意差があった。

『TSS』の各項目別に見ると、訪問看護師経験「5年未満」と「5年以上」の2群で平均値の有意差がなかった項目は、「チームメンバーを仲間として扱う」「チームケアの計画を作成する際は、利用者・家族が希望する事柄・目標に必ず配慮する」「利用者がケア目標を達成できるような援助方法を工夫する」の4項目であった。在宅ケアは、利用者主体で、チームケアの実現であることが重要な理念であるとともに（鷹野、2007）、介護保険法の理念でもある。よって、これらの理念は、訪問経験年数に関係なく、訪問看護に従事する看護職が重視している協働の能力であるといえる。一方、訪問看護経験年数「3年以上」、職位「主任、所長」、勤務形態「常勤」で、第1因子“チーム機能の改善・発揮”の平均値が第2因子の“チームメンバーの尊重”の平均値より有意に高かった。多職種チームのモデルとしては、すでに“マルチディシプリナリー（multidisciplinary）・モデル” “インターディシプリナリー（interdisciplinary）・モデル” “トランスディシプリナリー（transdisciplinary）・モデル”の3つアプローチモデルがあるとされているが、菊池は（1999）、一致した定義はまた見られないと述べている。また、「チームは与えられた課題を達成するために最も適したモデルを用いるものであり、実際のチームは達成すべき課題の多様性ゆえに、多様なモデル、つまり意思決定の方法と役割解放の有無などさまざまな組み合わせを用いる可能性がある」（菊池、2000）と述べられているように、訪問看護師は、協働を実践していく上で、各チームの状況と課題を分析、検討しアプローチしていくことが求められ、高度なスキルが必要であると言える。

これらのことから、チームの機能性に関する研修に関しては、訪問看護経験年数、職位、勤務形態を考慮して、多様な状況を設定し協働する能力の修得に向けたプログラムを検討していくことが重要であると考ええる。

『ケアのプロセスと実践度』の各項目別に見ると、「5年未満」と「5年以上」の2群で有意差があった項目は、「ケアの評価をしている」「ケアの手順の見直しをしている」「全人的なケアをしている」であった。「全人的なケアを行うこと」は、身体的、精神的、社会的、歴史的存在として、あらゆる側面から利用者を理解し、ケアをすることである。在宅ケアにおいて、生活者として理解し、ケアを提供する上で、重要な視点であるが、経験を積み重ねながら修得していく看護実践であるといえる。また、ケア内容を評価し、見直しを行う看護実践についても、在宅ケアの場は、利用者一人ひとりの価値観等個別性を尊重したケアが求められる。だからこそ、随時評価し、ケアを見直し改善していく看護実践は、経験や職位が影響したと考えられる。

『ICS』では、同居の子ども「あり」が「なし」より有意に平均値が高かった。同居する子どもがいることは、生活において、子どもの発達課題、状況的課題が発生する中で、子どもとともに家族として課題解決に取り組んでいく必要があり、その中で『協働実践状況』を作り出す実践力を培ってきているので

はないかと考えられる。

Ⅲ. 訪問看護師の【看護師の仕事に対する価値の置き方】の実態の特徴

1. 訪問看護師の【看護師の仕事に対する価値の置き方】の全体像の特徴

訪問看護師による【看護師の仕事に対する価値の置き方】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県に限られているが、地域の中核医療を担う300床以上の8つの病院に勤務する看護職508名を対象として、本尺度を用いて調査をしており、その結果と比較すると、全てのサブカテゴリーで平均値、得点率が高かった。また、加藤ら(2011)も1県、200—700床の一般病棟に15年以上勤務する看護職を対象とした「中高年看護職者の職務継続意思と職務満足に関連する要因の検討」の調査結果と比較すると、本結果が全てのカテゴリーにおいて平均値、得点率が高かった。

後藤の研究結果においては、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。1県のみであり、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重要である。以上のことから、全てのサブカテゴリーの平均値が高かったのではないかと考えられる。

2. 基本属性と【看護師の仕事に対する価値の置き方】の関連の特徴

訪問看護師経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群で平均値の差を比較すると、『仕事上の人間関係』の「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」「創造力」「変革力」が有意に高かった。訪問看護5年以上になると訪問看護師は、専門職としての能力を発揮し、やりがいを感じるようになった。

「常勤」と「非常勤等」の勤務形態別の2群で平均値の差を比較すると、『管理システム』の「給料」「労働条件と福利厚生」、『仕事上の人間関係』の「家族との人間関係」において、「非常勤等」が有意に高かった。一方、『管理システム』の「キャリアアップの機会」、『仕事上の人間関係』の「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」は、「常勤」が有意に高かった。

山口ら(2011)が実施した調査結果において、訪問看護ステーションの非常勤職員は、ワークライフバランス尺度が常勤等と比較し有意に高いことを明ら

かにし、「時間的に制約の少ない、夜勤がないなどの理由から非常勤という勤務形態を自ら選択肢、仕事と生活のバランスをとっていることが考えられる」と述べている。今回の結果も、仕事と生活のバランスが取りやすい「非常勤等」が「給料」「労働条件と福利厚生」で優位に高かったと考えられる。一方、非常勤職員は、訪問看護師としての自分の仕事がどれだけ誇れるかといった専門職意識を持つことや専門職としての能力を発揮し、やりがいを見出すことが常勤より困難な状況であることが明らかになった。黒白（2011）は、訪問看護ステーションに勤務する看護職を対象に、ワーク・コミットメントについて調査を行っている。ワーク・コミットメントは仕事に対して個人が示す愛着や忠誠といった心理的な関わりや結びつきを指す概念であり、常勤職員が「職務コミットメント」が非常勤より有意に高いことを明らかにし、「常勤職員が職務内容に強く同化している」と述べている。鷹見（2006）も、職務コミットメントの高い者は、働くことに価値を置き、高い内発的動機付けと自尊心を保持し、職務を非常に有意味、挑戦的と捉えていると述べている。以上のことから、非常勤職員より常勤職員は、『専門職性』の「専門職意識」、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」が優位に高く、訪問看護師としての専門性価値を置き、訪問看護を創造的に捉え、看護を展開していると考えられた。

また、「スタッフ」と「主任・所長」の職位別 2 群で平均値の差を比較すると、『管理システム』の「給料」「キャリアアップの機会」、『仕事上の人間関係』の「家族との人間関係」「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、看護師としての自己実現「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」が「主任・所長」が、有意に高かった。『管理システム』の「労働条件と福利厚生」は、「スタッフ」が有意に高かった。先に述べた、黒白（2011）の研究結果において、職位で職務コミットメントと組織コミットメントの「情緒的」、「存続的」、またキャリアコミットメントが高いことが報告されている。訪問看護ステーションの管理的な役割を担う所長・主任は、訪問看護と管理という二重の役割を遂行している。その役割を遂行していることが、自尊心を高め、訪問看護という専門性ある仕事に価値を認識しているといえる。一方、「労働条件と福利厚生」は、「スタッフ」が高く、訪問看護と管理という二重の役割遂行は労働への負担が大きくなっている実態があるといえる。

3. 協働実践力と【看護師の仕事に対する価値の置き方】の関連の特徴

『TSS』は、『看護師としての自己実現』との相関係数が 0.608 で、『人間関係』、『専門職性』についても、0.477、0.459 と正の相関があった。サブカテゴリー別に関連を見ても、『TSS』は、看護志向性、創造性、変革力がいずれも 0.5 以上と相関があった。協働する能力を向上することは、看護師としてやりがいや専門職業人としての能力発揮と関連があることが明らかになった。

『ケアのプロセスと実践度』では 『管理システム』『仕事上の人間関係』『専

門職性』『看護師としての自己実現』のすべてで 0.440 以上の正の相関があった。サブカテゴリー別に見ると、『ケアのプロセスと実践度』は、「看護管理システム」「キャリアアップの機会」「看護志向性」「現実志向性」「創造性」が 0.4 以上の正の相関があった。『ケアのプロセスと実践度』も看護師としてやりがいや看護師としての能力発揮と関連があるとともに、職場の看護管理の在り方にも左右するものであり、看護管理者のあり方が重要であるといえる。

『ICS』では、『管理システム』『仕事上の人間関係』と 0.436、0.511 と正の相関がみられたが、『看護師としての自己実現』は 0.208 とごく弱い正の相関であった。『ICS』の測定値から、訪問看護師による多職種協働の状況は、チーム内でそれぞれの意見の相違が存在しても、相違を議論し合意形成するのではなく、意見が異なってもチーム内で決められたことに対しては、それに合わせてケアを提供する、という協働の実態であると考えられた。よって、妥協的な合意形成による多職種との協働状況であると考えられることから、『看護師としての自己実現』との関連は弱いものになったと考えられる。また、サブカテゴリー別に見ると『ICS』は、「看護管理システム」「スタッフ間の人間関係」が 0.4 以上の正の相関であった。協働実践力は、まずはスタッフ間の人間関係によって培われるといえ、職場内の人間関係の構築における看護管理者の役割が重要であると考えられた。

IV. 訪問看護師のバーンアウトの特徴

1. 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・所長の管理職と訪問看護師経験年数 5 年以上が「個人的達成感」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」は低く、「個人的達成感」が低くなっている。

また、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は、「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。

2. 協働実践力とバーンアウトとの関連の特徴

バーンアウトの『情緒的消耗感』『個人的達成感』『脱人格化』において、0.4以上の相関があったのは、『TSS』と『個人的達成感』のみであった。『TSS』は自らのチーム内の協働への技術を評価するものである。協働する能力の高さの認識が、「個人的達成感」に影響していることが明らかになった。

V. 訪問看護師の職務満足と職務継続意思の実態の特徴

1. 職務満足と職務継続意思の実態の特徴

職務満足 9項目の中で、最も平均値が高かった項目は、「職場の人間関係」3.35(SD=0.873)で、ついで「訪問看護の専門性」3.25(SD=0.747)であった。平均値が低かった項目は、「給与」2.55(SD=0.887)、「設置主体の管理の在り方」2.67(SD=0.891)であった。

中野(2008)は、中山(1994)の研究結果を参考に、職務満足の尺度を開発しており、その結果において、「訪問看護の専門性」が最も重要な構成要素であり、訪問看護の専門性の認識を高めていく必要があると述べている。また、中野(2008)は、「訪問看護師は、病院ほど組織の安定性や給与・労働条件を満足の要素として重視していない」と述べ、本研究においても、給料や労働条件より、職場の人間関係や専門性、自律性を満足の要素として重視していることが明らかになった。

また、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。勤務形態や職位等による有意差は見られなかった。2011年の看護白書によると、訪問看護師の離職率は15.0%と報告されており、今回の調査対象者は意思の段階であるが、同数であった。訪問看護ステーションに従事する看護職の確保が課題になっているなか、なかなか改善につながっていない現状が継続していると言える。

2. 協働実践力と職務満足・職務継続意思との関連について

『TSS』『ケアのプロセスと実践度』『ICS』と【職務満足】9項目と9項目の合計点数との相関において、『TSS』とは0.4以上の相関はなかったが、『ケアのプロセスと実践状況』と「看護ケアの質」が0.465、「訪問看護の専門性」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。

『ICS』では、「職場の人間関係」が0.502、「看護ケアの質」が0.406、「満

足度合計」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る。よって、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、『TSS』『ケアのプロセスと実践度』『ICS』でいずれも、継続意思のある者が有意に平均値が高かった。協働実践力の向上は、仕事継続や定着につながるとものであるといえる。

VI. 協働実践力との関連について

協働実践力の影響する要因の結果より、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考察する。

1. 『協働する能力』に関連する要因

『TSS』に影響する要因について、【仕事に対する価値の置き方】に関して、サブカテゴリ単位を説明変数として分析すると、『TSS』には、「看護管理システム」($\beta=0.162$)、「看護志向性」($\beta=0.156$)、「創造性」($\beta=0.193$)が、影響を及ぼしていた。(R²=0.490)

野中(2007)は、人が連携や協働する場合に考慮すべき点として5つあげ、その中には、「構成者はそれぞれの能力と限界を持って、しっかりした自分の立場(アイデンティティ)が求められる」ことや、「互いの変容することを避けず、むしろ変わるのに喜びを感じる」ことをあげている。つまり、訪問看護師としての専門職としてのアイデンティティをしっかりと確立し、訪問看護の特性である個別性、価値観を生かした創造的な看護実践力が協働実践力において重要であると考ええる。

また、『管理システム』の「看護管理システム」も影響しており、協働実践力は、上記のような力を育てていくような看護管理のシステムも重要であることも示唆された。

2. 『協働チームのなかでケアを展開する力』に関連する要因

『ケアのプロセスと実践度』には、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」($\beta=0.172$)、「創造性」($\beta=0.262$)、と『管理システム』の「看護管理システム」($\beta=0.211$)、「キャリアアップの機会」($\beta=0.124$)、『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」($\beta=0.102$)が影響を及ぼしていた。

『ケアのプロセスと実践度』は、「ケアの内容を評価している等の日常的なケアのプロセスと成果の評価に関するもの」(杉原ら、2011)であり、看護師にとっては、看護過程そのものである。よって、職場の中で、日常的なケアの

プロセスと評価を行い、ケアの質を上げる取り組みを推進する看護管理者の役割が重要であると考えられる。また、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」、「創造性」も影響していた。『ケアのプロセスと実践度』は、一人ひとりの利用者に対する日常的なケアのプロセスそのものである。訪問看護の特性は、利用者、家族に対して、一人ひとり症状や病態に応じて、さらに各価値観を尊重して個別的なケアを提供するものである。よって、「看護志向性」、「創造性」は重要な要因であると考えられる。また、『ケアのプロセスと実践度』には、「スタッフとの人間関係」が影響していた。訪問看護のケアは利用者個々への個別的ケアをステーション内のスタッフで、確実に共有し実践していくことが求められる。よって、スタッフ間の人間関係が『協働チームのなかでケアを展開する力』に影響する要因であると考えられる。また、『ケアのプロセスと実践度』においても、『管理システム』の「看護管理システム」が影響していた。『協働チームのなかでケアを展開する力』を向上に向け、看護管理者は、実行可能な個別性を尊重したケアを計画・実践が展開できるよう、また、その実践を通じて、看護師としての自己実現を図ることができるよう支援するとともに、訪問看護ステーション内の人間関係構築や関係調整を行うことが重要であることが示唆された。

3. 『協働実践状況』に関連する要因

『協働実践状況』を測定する『ICS』には、『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」が、 $\beta=0.440$ と強く、次いで『専門職性』の「ケア提供時間」が $\beta=0.139$ と影響していた。また、また、【バーンアウト】の『脱人格化』($\beta=-0.099$)、と「仕事満足度総計」が $\beta=0.121$ と影響を及ぼしていた。

訪問看護ステーションは、病院と異なり小規模な組織であるからこそ、職場内の人間関係のありようが『ICS』の実践に影響すると考えられた。また、専門職性の「ケア提供時間」も強い影響要因であった。ケア提供時間が確保できることは、利用者や家族の理解の深まりにつながり、そのことがチームでの情報伝達やチームで実施するケアの開発等、多職種との協働実践状況を生み出していると考えられた。以上より、訪問看護ステーション内の人間関係構築、関係調整、並びに、ケア提供時間等の調整などの訪問看護管理の在り方が重要であると考えられた。

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。渋谷田 (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する。

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。渋谷田 (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する。

VII. 本研究の限界

本研究は、全国の訪問看護ステーション 7,400 ヶ所で勤務する 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 ヶ所 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、協働実践力については、協働実践力の測定は、Hepburn, Tsukuda, and Fassler (1996) によって開発された「Team Skill Scale」と、Kenaszchuk ら (2010) によって開発された「Interprofessional collaboration Scale」と、杉本ら (2011) によって開発された『ケアのプロセスと実践度』の尺度を用い、『TS S』と『ICS』については、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と考える。

第8章 結論

本研究は、訪問看護師の協働実践力の実態と、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考察するものである。

研究協力の同意が得られた訪問看護ステーション135ヶ所614通アンケートを郵送し、497通（回収率80.9%）の回答が得られ、分析の結果、以下のことが明らかになった。

1. 【協働実践力】を構成する『協働する力』を測定する『Team Skill Scale』（以下、『TSS』）17項目の日本語版の Cronbach の α 信頼性係数（以下、 α 係数とする）は、0.910 で、内的整合性が確認された。また、因子分析の結果、“チーム機能の改善・発揮” “チームメンバーの尊重” の2つの因子構造が明らかとなった。第1因子の α 係数は、0.910 で、第2因子の α 係数は 0.666 であり、第2因子の α 係数が若干低いため、尺度の妥当性については、さらに検討を重ねる必要がある。
2. 【協働実践力】を構成する『協働チームの中でケアを展開する力』を測定する『ケアのプロセスと実践度』11項目の α 係数は、0.853 であり、内的整合性が確認された。
3. 【協働実践力】を構成する『協働実践状況』を測定する『Interprofessional collaboration Scale』（以下、『ICS』）13項目の日本語版の α 係数は、0.853 であり、内的整合性が確認された。また、因子分析の結果、“チームへの順応” と “チームメンバーとの議論” の2つの因子構造が明らかとなった。第1因子の α 係数は、0.803 で、第2因子の α 係数は 0.764 であった。第1因子、第2因子とも、内的整合性は保たれていると考えられる。
4. 【協働実践力】を構成する3つの尺度の平均値は、『TSS』（17項目、5件法）が 63.68（SD=7.07）で、『ケアのプロセスと実践度』（11項目、4件法）が 33.97（SD=3.20）、『ICS』（13項目、4件法）が 39.42（SD=4.55）であった。また、『TSS』、『ケアのプロセスと実践度』、『ICS』の各尺度間の相関係数は、『ケアのプロセスと実践度』と『ICS』は $r=0.415$ と中程度の相関、『TSS』と『ICS』は $r=0.266$ で弱い相関があった。『ケアのプロセスと実践度』と『TSS』は $r=0.618$ とかなり高い相関があった。
5. 【看護師の仕事に対する価値の置き方】における63項目の中で最も平均値が高い項目は、「私は利用者と家族と接することが負担になる」（反転項目）

3.95 (SD=0.762)、次いで「私は利用者から看護師として頼りにされていると思う」3.84 (SD=0.861)、「職場の課題や目標を達成するために、自分を譲ったり犠牲にすることがある」(反転項目) 3.84 (SD=0.869)、「この職場では、良いケアを実践した時は、いつもそれなりの評価が返ってくる」3.82 (SD=0.722)であった。平均値が低い項目は、「いろいろあるけれど、私は訪問看護にやりがいを感じている」2.43 (SD=1.002)で、次いで「自分の予定にあわせて勤務帯休みの希望を入れられる」2.44 (SD=0.824)、「24時間連絡・対応体制の組み方に配慮がなされていると思う」2.44 (SD=0.923)であった。

6. 訪問看護師による【看護師の仕事に対する価値の置き方】についてサブカテゴリー別に得点率を見ると、最も高かったのは『仕事上の人間関係』の「スタッフとの人間関係」71.6%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。一般病院に勤務する看護職の調査結果と比較すると、いずれのサブカテゴリーにおいて平均値・得点率が高かった。
7. 【看護師の仕事に対する価値の置き方】におけるサブカテゴリー別に、訪問看護経験年数「5年未満」と「5年以上」の2群で平均値の差を比較すると、『仕事上の人間関係』の「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、看護師としての自己実現「看護志向性」「創造力」「変革力」において、「5年以上」が有意に高かった。訪問看護5年以上になると訪問看護師は、専門職としての能力を発揮し、やりがいを感じるようになった。
8. 【看護師の仕事に対する価値の置き方】におけるサブカテゴリー別に、「常勤」と「非常勤等」の勤務形態別の2群で平均値の差を比較すると、『管理システム』の「給料」「労働条件と福利厚生」、『仕事上の人間関係』の「家族との人間関係」において、「非常勤等」が有意に高かった。一方、『管理システム』の「キャリアアップの機会」、『仕事上の人間関係』の「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」は、「常勤」が有意に高かった。仕事と生活のバランスが取りやすい「非常勤等」が「給料」「労働条件と福利厚生」で優位に高かったと考えられる。一方、常勤職員は、訪問看護師としての専門性価値を置き、訪問看護を創造的に捉え、看護を展開していると考えられた。

9. 【看護師の仕事に対する価値の置き方】におけるサブカテゴリー別に、「スタッフ」と「主任・所長」の職位別2群で平均値の差を比較すると、『管理システム』の「給料」「キャリアアップの機会」、『仕事上の人間関係』の「家族との人間関係」「職場への所属感」、『専門職性』の「専門職意識」、看護師としての自己実現「看護志向性」「現実志向性」「創造力」「変革力」が、「主任・所長」が有意に高かった。『管理システム』の「労働条件と福利厚生」は、「スタッフ」が有意に高かった。訪問看護ステーションの管理的な役割を担う所長・主任は、訪問看護と管理という二重の役割を遂行している。その役割を遂行していることが、自尊心を高め、訪問看護という専門性ある仕事に価値を認識しているといえる。一方、「労働条件と福利厚生」は、「スタッフ」が高く、訪問看護と管理という二重の役割遂行は労働への負担が大きくなっていると考えられる。
10. バーンアウト 17 項目中、平均値が高かった項目は、「一日の仕事が終わると、「やっと終わった」と感じることもある」3.35 (SD=1.085)、次いで「仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある」3.15 (SD=1.008)、「我を忘れるほど仕事に熱中することがある」3.01 (SD=1.254) であった。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「個人的達成感」が有意に高かった。訪問看護経験年数 5 年以上が「個人的達成感」が有意に高かった。常勤職員がバーンアウトの可能性を秘めていることが明らかになった。
11. 職務満足 9 項目の中で、最も平均値が高かった項目は、「職場の人間関係」3.35 (SD=0.873) で、ついで「訪問看護の専門性」3.25 (SD=0.747) であった。平均値が低かった項目は、「給与」2.55 (SD=0.887)、「設置主体の管理の在り方」2.67 (SD=0.891) であった。訪問看護師は、給料や労働条件より、職場の人間関係や専門性、自立性を満足の要素として重視しており、訪問看護の専門性は職務満足度において重要な要素であることが明らかになった。
12. 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、勤務形態や職位等によっても有意差も見られず、2011 年に実施した仕事継続意思に関する結果と同率であった。

13. 『TSS』 『ケアのプロセスと実践度』 『ICS』 と【職務満足】 9項目と9項目の合計点数との相関において、『TSS』との0.4以上の相関はなかったが、『ケアのプロセスと実践状況』と“看護ケアの質”が0.465、「訪問看護の専門性」が0.413と正の相関があった。また、『ICS』では、「職場の人間関係」が0.502、「看護ケアの質」が0.406、「満足度総計」が0.460の正の相関があった。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。また、身近な職場の人間関係の構築力が多職種協働実践状況につながるものであると考えられる。さらに、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ため、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。

14. 現職場での仕事継続意思の有無別に、『TSS』 『ケアのプロセスと実践度』 『ICS』の平均値を比較すると、いずれも継続意思のある者が【協働実践力】の平均値が有意に高かった。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。

15. 『TSS』には、【仕事に対する価値の置き方】の「看護管理システム」($\beta=0.162$)、「看護志向性」($\beta=0.156$)、「創造性」($\beta=0.193$)が、影響を及ぼしていた。(R²=0.490)

以上の結果より、訪問看護の経験を積み上げ、訪問看護師としての専門職意識、主体性や自律性を育み、訪問看護師としての能力を発揮することが重要であるといえる。そして、訪問看護師としての専門職としてのアイデンティティをしっかりと確立し、その上で、創造的にケアを展開する看護実践力が協働実践力において重要であると言える。

また、これらのような実践力を育てていくような看護管理のシステムも重要であることも示唆された。

16. 『ケアのプロセスと実践度』には、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」($\beta=0.172$)、「創造性」($\beta=0.262$)、と『管理システム』の「看護管理システム」($\beta=0.211$)、「キャリアアップの機会」($\beta=0.124$)、『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」($\beta=0.102$)が影響を及ぼしていた。

日常的なケアだからこそ、スタッフ間のみならず、利用者や家族との人間関係を構築し、チームで多面的に対象者、家族の理解を深めることは、協働実践力にとって重要であると考えられた。また、看護管理者は、実行可能な個別性を尊重したケアを計画・実践が展開できるよう、また、その実践を通じて、看護師としての自己実現を図ることができるよう支援するとともに、訪問看護ステーション内の人間関係構築や関係調整を行うこと

が重要であることが示唆された。

17. 『ICS』には、『仕事上の人間関係』の「スタッフ間の人間関係」が、 $\beta = 0.440$ と強く、次いで『専門職性』の「ケア提供時間」が $\beta = 0.139$ と影響していた。また、また、【バーンアウト】の『脱人格化』（ $\beta = -0.099$ ）、と「仕事満足度総計」が $\beta = 0.121$ と影響を及ぼしていた。
訪問看護ステーション内の人間関係構築、関係調整、並びに、ケア提供時間等の調整などの訪問看護管理の在り方が重要であると考えられた。
18. 【協働実践力】を構成している『TSS』『ケアのプロセスと実践度』『ICS』に影響する要因として、『TSS』と『ケアのプロセスと実践度』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」（『TSS』 $\beta = 0.162$ 、『ケアのプロセスと実践度』 $\beta = 0.211$ ）と、『看護師としての自己実現』の「看護志向性」（『TSS』 $\beta = 0.156$ 、『ケアのプロセスと実践度』 $\beta = 0.172$ ）、「創造性」（『TSS』 $\beta = 0.193$ 、『ケアのプロセスと実践度』 $\beta = 0.262$ ）があった。『ケアのプロセスと実践度』『ICS』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」（『ケアのプロセスと実践度』 $\beta = 0.102$ 、『ICS』 $\beta = 0.444$ ）があった。
19. 訪問看護師の協働実践力の強化に向け、多職種チームに関する研修の受講を促進するとともに、協働チーム内の合意形成力を向上していくことが重要であると考えられた。また、協働実践力は、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。
20. 今後は訪問看護師の対象者数を確保し、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、協働実践力の要素として日本語版を開発した、『TSS』と『ICS』については、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と考える。

引用・参考文献

【 A 】

阿部百合恵、飯嶋美鈴、青木樹奈他 : 神経難病を専門とする看護師におけるバーンアウトの検討 特殊疾患療養病棟から障害者施設等一般病棟へ転換して、日本難病看護学会誌、16(3)、143-153、2012

阿部百合恵、清水みどり、高橋陽子他 : 障害者施設等一般病棟において神経難病を専門とする看護師のバーンアウト対策の効果、日本難病看護学会誌、16(3)、167-174、2012

阿曾沼慎司、漆原彰 : 老健施設の基本的機能は今後も変わらず在宅支援、老健、17(10)、11-29、2007

安西信雄、清野絵 : 包括的サービスを提供するためのさまざまなチームー固いチームと緩いチーム、精神科臨床サービス、7(4)、482-486、2007

【 B 】

Bggs,J.G.& Schmitt,M.H:Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in MICU、Research in Nursing & Health,20(1)、71-80、1997

Bernard,B. : Working together:Principles of Collabration.Prevention Forum、10(1)、157-165、1989

【 C 】

近澤範子 : 看護部のエンパワーメントに関する考察、看護研究、29(6)、473-484、1996

近澤範子、大川貴子、青本さとみ : 「医療チームの連携」を生み出す看護婦の技術、看護研究、29(1)、59-70、1996

千田みゆき : チーム医療において在宅療養者をどう支えるか、インターナショナルシンングレビュー、22(5)、39-43、1999

Challs.D、Davies.B、1986、窪田暁子、谷口政隆、田端光美訳 : 地域ケアにおけるケースマネジメント、光生館、1-32、1991

鳥海房枝 : 高齢者施設の看護師として病院に望むこと、病院、66(5)、403-406、2007、

鳥海房枝 : 高齢者施設における看護師の役割ー医療と介護を連携する統合力、雲母書房、初版、2007

Carol A、Gillian A et : Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and testing of the instrument、Journal of Continuing Education in the Health Professions、32 (1)、58-67、2012

【 D 】

第4回介護施設等の在り方に関する委員会 : 「療養病床から転換した老健施設」の医療サービスについて議論、老健、18(3)、20-30、2003

臺有桂 : 他職種・他機関との協働を構築する活動の構成要素ー保健婦の地区

活動を通して、順天堂医療短期大学紀要、13、42-48、2002

【 F 】

福井小紀子 : がん終末期ケアにおける医療連携の現状と課題、病院、66(5)、397-402、2007、

福富昌城 : ケアマネジメントと連携、ケアマネジャー、3月、18-21、2006

福山和女 : 保健・医療・福祉の領域における専門職の協働体制の意義、精神療法、28(3)、3-9、2002

福崎俊貴、谷原弘之 : 精神科病棟に勤務する看護・介護職者の努力 報酬不均衡モデルとバーンアウトに関する検討、産業ストレス研究、22(2)、153-161、2015

福崎俊貴、谷原弘之 : 精神科病棟に勤務する看護・介護職者の職業性ストレスとバーンアウトの実態 内科病棟との比較から、産業衛生学雑誌、56(2)、47-56、2014

藤居眞 : ケアプランは施設を変える可能性を持つ、ケアマネジャー、9(12)、24、2007

【 G 】

Gittel,J.H. 、 Fairfield,K.M.&Bierbaum,B.,et al.: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、2000

Gloria D. Heinemann、Antonette M. Zeiss: Team Performance in Health Care Assessment and Development、159-162、Springer-Science + Business Media,LLC,2002

吾郷美奈恵、三島美代子、石橋照子他 : 保健師・助産師・看護師の職務満足度と思考特性や職業経験の質との関係、日本医学看護学教育学会誌、23(2)、13-20、2014

後藤姉奈 : 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、三重看護学誌、15(1)、27-35、2013

【 H 】

羽山由美子 : ヘルスケアにおける協働の時代、インターナショナルシンングレビュー、22(5)、49-53、1999

原田光子、山岸春江 : 訪問活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種連携、日本地域看護学会誌、5(2)、61-69、2003

平田美和、大塚眞理子、新井利民他 : インタープロフェッショナルワークにおける多職種の役割ー在宅要介護高齢者への介護保険サービスを通してー、埼玉県立大学紀要、6、47-52、2004

広井良典 : ケア学ー越境するケアへ、医学書院、第1版、34-54、184-222、2007

Hepburn, Tsukuda, Fasser : 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、2012

細田満和子 : 「チーム医療とは何か」-医療とケアに生かす社会学からのアプローチ-、日本看護協会出版会、32-117、2015

堀田力、田中滋、片山壽他 : 2015年の高齢者介護~高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて~、高齢者介護研究会報告書、2003、

堀内園子 : 高齢者看護、インターナショナルナーシングレビュー、30(3)、64-69、2007

堀川尚子 : 介護老人保健施設二分化問題とそのゆくえ、看護、60(3)、66-73、2008

【 I 】

飯島文子、米山真弓、小林吉恵他 : 摂食・嚥下障害患者へのチームアプローチ-嚥下ナースを中心とした嚥下チームのかかわり-、看護技術、44(1)、67-72、1998

飯島節 : 多職種間のコラボレーションとリハビリテーション、Quality Nursing、10(7)、640-644、2004

飯村直子 : チーム医療の実践、インターナショナルシングレビュー、22(5)、44-47、1999

井奈波良一、井上真人 : 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスの関係-経験年数1年未満と1年以上の看護師の比較-、日本職業・災害医学会誌、59(3)、129-136、2011

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-、医歯薬出版株式会社、2-15、2002

石鍋圭子 : 「連携」教育の発展に向けて-チームアプローチを実現させるリハビリテーション教育-、Quality Nursing、9(11)、928、2003a

石鍋圭子 : リハビリテーションケアにおける「連携」教育の課題、Quality Nursing、9(11)、929-932、2003b

泉キヨ子、野々村典子、石鍋圭子編 : リハビリテーション看護研究 8-リハビリテーション看護とセクシャリティ-、医歯薬出版株式会社、52-59、2003

井上郁 : 保健医療におけるコラボレーション-看護にとっての意味-、高知女子大学看護学会誌、29(1)、7-20、2004

井上郁、戸塚規子他 : シンポジウムこれからのチーム医療、日本病院会雑誌、53(1)、98-142、2006

【 K 】

介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編 : 三訂介護支援専門員実務研修テキスト、財団法人長寿社会開発センター、30-41、404-424、2007

- 「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業」研究委員会：形骸化するサービス担当者会議「顔見せ会議」からの脱却を個別援助計画との連動を目指して、月刊ケアマネジメント、11月号、64-67、2014
- 梶原和歌：チーム構築は理念と目標の共有から、国際ナショナルシンポジウム、22(5)、29-33、1999
- 加藤友野：介護福祉士の専門性に関する研究－「求められる介護福祉士像」から見る現状と課題－、総合福祉学研究、3号、105-118、2012
- 上林美保子：行政保健師の行う「連携」の概念に関する研究－地域看護分野と社会福祉分野の文献検討を中心に－、岩手県立大学看護学部紀要、6、1-16、2004
- 亀井智子、中山かおり：学際的チームアプローチによる米国ミシガン大学メディカルセンターを拠点とした在宅高齢者に関する上級看護実践研修報告、聖路加看護大学紀要、30、74-80、2004
- 亀井智子、友安直子、梶井文子：在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価枠組みの開発：文献検討と専門職インタビュー調査から、聖路加看護大学会誌、10(1)、23-37、2006
- 亀口憲治：コラボレーション－協働する臨床の知をもとめて、現代のエスプリ、至文堂、419、5-19、2002
- 加藤栄子、尾崎フサ子：中堅看護職者の職務継続意志と職務満足及び燃え尽きに対する関連要因の検討、日本看護管理学会誌、15(1)、47-56、2011
- 川島みどり：チーム医療における看護の主体性、看護実践の科学、12月、10-14、2002
- 河野信博、原嶋創、山中恵美他：介護老人保健施設の課題と展望、保健の科学、47(2)、110-116、2005
- 川村晴美、鈴木英子：病院に勤務する看護職のワークライフバランスとバーンアウトとの関連、日本看護科学会誌、34、131-141、2014
- 神田けい子、北崎志保、中川雅史他：施設におけるケアプランの可能性、ケアマネジャー、9(12)、16-21、2007
- 菊池和則：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、39(2)、273-290、1999
- 菊池和則：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、41(1)、13-25、2000
- 菊池和則：多職種チームのコンピテンシー－インディビジュアル・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、44(3)、23-31、2004
- 木村裕美、小野ミツ：介護支援専門員の役割認識とケアマネジメント実施状況、保険の科学、49(10)、719-726、2007
- 草刈淳子、俣田徹、柳原朗子 他：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、2004
- 草場美千子：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、2009
- 黒白恵子：訪問看護ステーションに勤務する看護職のワーク・コミットメントの関連要因、日本在宅ケア学会誌、14(2)、50-57、2011
- 黒田輝政：高齢者ケアはチームでーチームアプローチのつくり方・進め方ー、ミネルヴァ書房、初版、1994
- 久保真人：ヒューマンサービス従事者におけるバーンアウトとソーシャル・サポートの関係、大阪教育大学紀要第IV部門教育科学、48、139-147、1999
- 久保真人：バーンアウト（燃え尽き症候群）ー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、2007
- ケアマネジャー編集部：施設ケアプランの現在、ケアマネジャー、9(12)、14-15、2007
- 小西美智子：高齢者看護とチームケア、老年看護学、12(1)、4、2007
- 小山敦代：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、2003
- 近藤克則：連携から統合へー看護師に必要なマネジメント能力、Nursing Today、22(8)、42-45、2007
- 近藤まゆみ：チームメンバーを調整するコーディネーターの役割とは、インターナショナルシンングレビュー、22(5)、34-38、1999
- 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、14(2)、15-21、2010
- 【 M 】**
- 前田伸雄：保健医療福祉の統合、勁草書房、第1版、13-36、82-95、1997
- 真砂良則：施設サービス計画の現状と課題、北陸学院短期大学紀要、39、189-198、2007
- 松井弘子：介護老人保健施設における看護職と介護職の連携・協働の実態調査、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録、32、212-219、2007
- 松岡千代：ヘルスケア領域における専門職種間領域ーソーシャルワークの視点からの理論的整理ー、社会福祉学、40(2)、17-37、2000
- 松永保子：中堅看護職の職業継続意思に関する研究 信頼できる上司および同僚からのソーシャル・サポートと達成動機との関連、応用心理学研究、39(1)、39-45、2013
- 松坂誠應、浜村明德、東登吐志夫他：在宅ケアサービス提供過程における関係スタッフの連携、リハビリテーション医学、35(12)、918-925、1998

- 真辺一範 : 介護保険施設におけるケアマネジメント実践の検証、厚生学の指標、53(15)、14-20、2006
- 水野智美、奥宮暁子 : 筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者のケアに携わる看護師のストレッサーとバーンアウトの関連、日本慢性看護学会誌、7(1)、2-8、2013
- 村松智子 : 急性期の総合病院における退院支援の現場から、総合ケア、17(4)、40-44、2007
- Moxley.D.P、1989、野中猛、加瀬裕子監訳 : ケースマネジメント入門、中央法規出版、初版、1-84、106-131、168-177、1996
- 望月宗一郎、茂木美奈子、飯島純夫 : 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、2009
- 森繁樹編 : 生活施設のケアプラン実践～施設ケアマネジャーの役割と可能性～、中央法規出版、初版、2007
- 森繁樹 : 「生活支援の施設ケアプラン」という発想、ケアマネジャー、9(12)、25、2007
- 森下安子 : 介護保険制度におけるケアプランに関する実態、高知女子大学紀要看護学部編、54、35-41、2005
- 撫養真紀子、勝山貴美子、志田京子他 : 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、2015
- 撫養真紀子、池亀みどり、河村美枝子他 : 病院に勤務する看護師の職業継続意思に関連する要因の検討、大阪府立大学看護学部紀要、20(1)、29-37、2014
- 【 N 】**
- NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会編 : オリジナル様式から考えるケアマネジメント実践マニュアル施設編－チームケアを円滑にすすめるためのツール集－、中央法規出版、4-15、2005
- 永池京子 : 序章医療制度が看護に与える影響、インターナショナルナーシングレビュー、30(3)、4-9、2007
- 中島紀恵子 : 多様な職種間連携の脅威と刷新、日本看護科学会誌、19(2)、1-7、1999
- 長嶋紀一 : 質の高いサービス提供のために一番求められるチームづくり、GPnet、4月号、20-24、2004
- 中口恵子 : 摂食・嚥下障害患者へのチームアプローチ－食事栄養管理と嚥下食の工夫・改善－、看護技術、44(1)、60-66、1998
- 中田まゆみ、辻本好子、山田雅子他 : 介護保険時代の生活支援と看護職の役割－利用者本位のケアマネジメントと地域ケアサービス、看護、53(4)、63-78、2001
- 中野康子 : 訪問看護師の勤務継続と職務満足との関係、兵庫県立大学看護学

- 部・地域ケア開発研究所紀要、15、43-59、2008
- 中西純子：高次脳機能障害を有する人への看護支援プログラム開発のための文献検討、高知女子大学紀要看護学部編、54、1-11、2005
- 中村秀一：2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～、老健、14(5)、22-34、2003
- 中村めぐみ：チーム医療に求められる看護婦の意識改革、インターナショナルシンポジウム、22(5)、26-28、1999
- 中山洋子、野嶋佐由美：看護師の仕事の継続意思と満足度に関する要因の分析、看護研究、53(3)、81-91、2001
- 中山洋子、粟生田友子、片平好重：看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究：組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討、聖路加看護大学紀要、23、1997
- 檜原理恵、島田涼子：3交代制看護師のバーンアウトの重症度別の心身の症状 日本版 GHQ30 と日本版 MBI を用いてバーンアウトの症状を特定する試み、心身健康科学、8(2)、124-129、2012
- 檜原理恵、李錦純、岩崎朱美他：訪問看護師のバーンアウトに関連する要因 A 県 B 市における訪問看護師の業務特性に焦点を当てて、近大姫路大学看護学部紀要、3、43-50、2011
- Nancy Arthur, Siegrid, Deutschlander, Rebecca Law, et : An Inventory of Quantitative Tools Measuring Interprofessional Education and Collaborative Practice Outcomes, A Report By the Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)、9-55、2012
- 西川昭彦：“自力”を支援する施設ケアプラン、ケアマネジャー、9(12)、23、2007
- 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会：「看護学を構成する重要な用語集」、10、2011
- 日本看護協会：日本看護協会看護業務基準集 2007年改訂版、日本看護協会出版会、3-8、2007
- 日本看護協会看護政策立案のための基盤整備推進事業：
看護職による Case Management 機能のあり方に関する研究、263-309、2001、
- 日本看護協会政策企画室編：2003年「介護保険施設サービス看護実態調査」、35-40、67-76、2004
- 日本看護協会ニュースリリース：療養病床再編に伴う老健施設のあらたなサービス提供体制の在り方について、2007、
- 仁科祐子、谷垣静子：訪問看護師における職場継続意志の関連要因 仕事満足度および対人関係に焦点をあてた検討、日本在宅ケア学会誌、18(2)、28-36、2015
- 野中猛：図説ケアマネジメント、中央法規出版、初版、10-11、14-23、44-45、

54-71、1997

野中猛 : 図説ケアチーム、中央法規出版、初版、10-45、2007

野中猛 : 図説ケアチーム、中央法規出版、初版、124、2007

野中猛、野中ケアマネジメント研究会 : 多職種連携の技術 (アート) - 地域生活支援のための理論と実践、31-36、中央法規出版、2014

【 O 】

落合佳子、郷間悦子 : 訪問看護師の今後 3 年以上の職業継続意思に関連する要因の検討、日本在宅ケア学会誌、19(1)、82-89、2015

緒方泰子、永野みどり : 看護職のバーンアウトと看護職特性および看護実践環境との関連、千葉大学大学院看護学研究科紀要、34、9-44、2012

小野桂子、城憲秀、吉田英世他 : 病院看護師のタイプ A 行動とバーンアウトとの関連性について、日本職業・災害医学会会誌、59(1)、1-7、2011

大川貴子 : リハビリテーション看護を支援するリエゾン・ナースの役割、*Quality Nursing*、10(7)、650-655、2004

大川弥生 : 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、2004

大串正樹 : ナレッジマネジメント 創造的な看護管理のための 12 章、医学書院、143-146、2007

太田義弘、小柴住まゆ子 : 高齢者に対する生活支援過程考察の意義-ケアマネジメントの実態調査を通じて-、関西福祉科学大学紀要、9、1-18、2005

大塚真理子、大嶋信雄、平田美和他 : 在宅要介護高齢者のケアマネジメントにおける情報共有化の効果に関する研究-IT を用いた WEB ケアフォーラムの検証から-、埼玉県立大学紀要、4、131-137、2002

大塚真理子 : 保健・医療・福祉の基礎教育におけるインタープロフェッショナルワーク教育を目指して、*Quality Nursing*、9(11)、953-959、2003

大野勇夫、相野谷安孝、宇藤健司編 : これでよいのかケアマネジメント-実践現場からの提言-、大月書店、93-103、2003

大橋秀行 : 良いチームが育つ条件、精神科臨床サービス、7(4)、568-575、2007

大植崇 : 看護師におけるバーンアウトと離職の意思との関連性、兵庫大学論集、20、11-18、2015

Orme.J、Galstonbury.B、1993、杉本敏夫訳 : ケアマネジメント、中央法規出版、初版、7-24、1995

Overtveit.J、1993、三友雅夫・茶谷滋監訳 : コミュニティケアの戦略-学際的チームとケアマネジメント、恒星社厚生閣、初版、1999

岡田藤太郎、岡本千秋、小田兼三監修 : ケアマネジメント入門-これからの介護福祉士のために-、中央法規出版、初版、3-21、1996

岡本玲子 : 行政保健婦・士によるケアマネジメント過程と構造要因の関連-

- 質評価質問紙を用いた調査結果よりー、聖路加看護学会誌、5(1)、32-40、
2001
- 押川真喜子 : 訪問看護、インターナショナルナーシングレビュー、30(3)、
69-72、2007
- 小野美喜 : 回復期リハビリテーション病棟看護師の退院援助における多職種
との連携行動、日本看護学会誌、15(2)、88-96、2006

【 P 】

- Payne.M、1995、杉本敏夫、清水隆則監訳 : 地域福祉とケアマネジメント、
筒井書房、第1版、206-217、1998

【 S 】

- 三枝香代子、白鳥孝子、浅井美千代他 : 救急・クリティカルケア看護に携
わる看護師のバーンアウト予防のためのサポート方法に関する研究
看護師のバーンアウトの原因とそのサポートに対する認識より、千葉
県立保健医療大学紀要、2(1)、11-18、2011
- 齋藤訓子 : 2006年診療報酬・介護報酬改定の影響、インターナショナルナ
ーシングレビュー、30(3)、32-42、2007
- 酒井郁子 : リハビリテーションと看護をめぐって、Quality Nursing、10(7)、
620-623、2004
- 佐藤俊一 : 援助専門職の対人関係ーよい関係で失っているもの、現代のエス
プリ、至文堂、468、169-177、2006
- 渋谷田鶴子 : 対人援助における協働ーソーシャルワークの観点から、精神療
法、28(3)、10-17、2002
- 島内節 : アウトカム評価でケアマネジメントの質の確保を、老健、14(5)、46-49、
2003
- Shaw. W.M、1991、老人の専門医療を考える会訳 : 高齢者ケアへの挑戦ーア
セスメントからチームアプローチまでー、医学書院、第1版、21-28、
1999
- Schroder et al : Development and pilot testing of the collaborative practice
assessment tool、Journal of Interprofessional Care、25(3)、
189-195、2011
- 柴田滋子 : 管理職を除くスタッフ訪問看護師におけるバーンアウトの関連要
因、看護教育研究学会誌、6(2)、12-17、2014
- 白澤政和 : ケースマネジメントの理論と実際ー生活を支える援助システムー、
中央法規出版、初版、26-42、1996
- 白澤政和 : 生活支援のための施設ケアプランーいかにケアプランを作成する
かー、中央法規出版、初版、2003
- 白澤政和 : ケアマネジメント研究・実践の回顧と展望、日本在宅ケア学会誌、
7(1)、5-9、2003
- 白澤政和 : よくわかるケアマネジメント、介護支援専門員、8(5)、48-52、2006a

- 白澤政和 : よくわかるケアマネジメント、介護支援専門員、8(6)、46-52、2006b
- 白澤政和 : よくわかるケアマネジメント、介護支援専門員、9(3)、60-64、2007a
- 白澤政和 : よくわかるケアマネジメント、介護支援専門員、9(4)、46-51、2007b
- 白澤政和、橋本泰子、竹内孝仁 : ケアマネジメント概論、81-85、中央法規出版、2000
- 末田千恵 : 在宅高齢者の看取りにおける 2 つのチームアプローチ、第 35 回日本看護学会論文集地域看護、52-54、2005
- 末松民生 : コメディカルとの対立と一致—患者との「新しい出来事」を生み出すつながりへ、精神科看護、33(9)、23-28、2006
- 杉本知子 : 長期ケアにおける「interdisciplinary team」概念分析、老年看護学、11(1)、5-11、2006
- 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—、日本看護科学学会誌、31(4)、14-23、2011
- 助川未枝保 : 理念の実現、目標共有を図る核としてあるもの、ケアマネジャー、9(12)、22、2007
- 諏訪さゆり、大滝清作 : ケアプランに活かす ICF の視点、日総研出版、第 1 版、8-17、2005
- 染谷千亜希 : 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、2005
- 【 T 】**
- 田所由利子 : 産科診療所に勤務する看護職の就業継続意志に影響を与える要因、日本助産学会誌、22(2)、198-207、2008
- 鷹野和美編著 : チーム医療論、医歯薬出版株式会社、第 1 版、1-10、11-24、93-106、2002
- 鷹野和美、富岡譲二、宮子あずさ : 座談会新しいチーム医療のゆくえ—神話から現実に向けて、Nursing Today、19(1)、20-29、2004
- 鷹野和美 : チームケアへのヒント、月刊ケアマネジメント、6 月号、48-50、2007a
- 鷹野和美 : チームケアへのヒント、月刊ケアマネジメント、12 月号、64-65、2007b
- 鷹野和美 : 地域ケアにおけるチームケアとは何か、月刊総合ケア、17(4)、12-19、2007c
- 鷹野和美 : 地域におけるチームケア体制の構築と運営、月刊介護保険、134、26-27、2007d
- 高橋政代 : 看護師が潤滑油になるために—ユーモアコーデイネイトのすすめ—、精神科看護、33(9)、36-40、2006
- 竹内孝仁 : ケアマネジメント、医歯薬出版株式会社、第 1 版、2-20、63-92、

1996、

高橋誠一：多職種チームによるケアマネジメントの可能性、東北福祉大学研究紀要、第24巻、1-16、1999

高山恵理子：医療機関における「枠組みとしてのチーム」の形成とその意義、社会福祉学、39(2)、291-307、1999

富岡小百合、石澤恵、大竹まり子他：訪問看護師の職務満足に関連する要因、日本在宅ケア学会誌、11(1)、43-51、2007

筒井孝子：高齢社会のケアサイエンスー老いと介護のセイフティネット、中央法規出版、初版、188-209、2004

筒井孝子、東野定律：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、2006

鶴田恵子、佐藤昭枝、鈴木恵子他：看護業務基準(2006年度改訂版)、社団法人日本看護協会、2-10、2007

【 U 】

上田敏、大川弥生：協業としてのチームワークー「境界領域における分立的分業」から「重複領域における協業」へー、作業療法ジャーナル、27(4)、240-246、1993

上田敏、大喜多潤、加藤良夫：座談会「協業としてのチームワークを考える」、作業療法ジャーナル、27(4)、269-280、1993

上野容子：援助・支援の目標をどう共有するか？、精神科臨床サービス、7(4)、487-490、2007

梅原麻美子、古瀬みどり、松浪容子：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、2007

【 W 】

若月健一：老健施設に求められるチームケアとチームづくりのポイント、老健、13(8)、16-21、2002

和気純子：介護保険施設における施設ソーシャルワークの構造と規定要因ー介護老人福祉施設と介護老人保健施設の相談員業務の比較分析を通してー、厚生指針、53(15)、21-29、2006

鷺見克典：ワーク・コミットメントとストレスに関する研究、風間書房、22-26、2006

渡辺俊介：介護保険施設、介護老人保健施設に対する世間の見方、そして見られ方、老健、17(8)、34-39、2006

【 Y 】

八重美枝子：多職種を育てるのもリハビリテーションの技術ー分業から協働へー、精神科看護、33(9)、29-35、2006

山脇京子、岡田久子、小松輝子他：高知大学医学部看護学科看護学生の「看護職に必要なコミュニケーション力・表現力・協働実践力」到達度、高知大学看護学会誌、8(1)、39-46、2014

- 柳澤愛子 : 東大病院における退院支援の現状と課題、病院、66(5)、386-390、
2007、
- 安田堅三 : ふり返ってみればチーム医療－SHIEN(支援)プログラムとい
う共通言語の創造、精神科看護、33(9)、41-46、2006
- 矢野浩二 : 回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチとそ
の戦術、総合ケア、17(4)、49-53、2007
- 山口多恵、松山理佳子、福江まさ江他 : 回復期リハビリテーション美容とう
における看護チームと多職種間との連携、長崎大学医学部保健学科紀
要、17(2)、59-64、2004
- 山口昇 : 「介護老人保健施設の今後」～その役割・機能を考える～、老健、
14(5)、36-44、2003、山崎摩耶 : 地域におけるチームケアの課題－
看護職の立場から、公衆衛生、71(11)、920-923、2007
- 山口陽子、百瀬由美子 : 訪問看護師のワークライフバランスの特徴と個人特性
との関連、愛知県立大学看護学部紀要、17、15-24、2011
- 山田尋志 : 高齢者総合福祉施設におけるチームアプローチ、総合ケア、17(4)、
54-57、2007
- 山田雅子 : 医療連携において期待される看護師の役割、病院、66(5)、382-385、
2007
- 吉田美穂 : 訪問看護師のバーンアウトに関する研究の動向と課題 過去 10
年間の文献から、新見公立大学紀要、35、103-106、2014

資料目次

資料 1	施設用研究協力依頼書.....	i
資料 2	施設用研究計画書概要.....	iii
資料 3	施設用承諾書	vii
資料 4	施設用承諾取り消し書.....	ix
資料 5	研究協力者用依頼書	エラー! ブックマークが定義されていません。
資料 6	アンケート用紙.....	エラー! ブックマークが定義されていません。
資料 7	高知県立大学研究倫理審査委員会承認書	xi

訪問看護ステーション所長様

研究協力へのお願い

陽春の候、皆様方におかけましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、高知県立大学看護学部在宅看護学領域で教員をしております、森下安子と申します。この度、「訪問看護師の協働実践力と職務満足度に関する研究」をテーマにアンケート調査を実施することになりました。この調査によって、訪問看護師の協働実践力はどのようなものか、協働実践力に影響している要因は何か、協働実践力が職務満足度にどのように影響しているのか、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、職務満足につながる支援のあり方についてご提案したいと考えております（別紙、研究計画書の概要をご覧ください）。

つきましては、ぜひ本研究へのご協力をお願いしたく存じます。

ご協力いただきたい点は、以下の2点です。

1. 貴ステーション勤務の訪問看護師さん（常勤、非常勤は問いません。）にアンケート用紙と返信用封筒を配布してください（クリアファイルと記載用ボールペンもお渡しください）。
2. 以下について訪問看護師さんにお伝えください。
 - ・自由参加であること、参加協力しないことで不利益はないこと。
 - ・協力する場合は、記入したアンケート用紙は各自で記入し、返信用封筒に入れて期間内にポストに投函すること。
 - ・個人施設は特定されないこと。そのため、封筒に氏名、施設名等記入しないこと。

ご協力いただける場合は、アンケート配布数（訪問看護師数）をご記入の上、FAXか同封の封筒にてご返送をお願いします。後日、研究承諾書、配布いただくアンケート用紙等を送付させていただきます。アンケート用紙を受理後、研究の協力の撤回も可能です。なお、一度投函されました調査用紙につきましては、個人・施設が特定できないため、参加協力の撤回ができないことをご了承ください。

ご質問等ございましたら、下記までご連絡いただければ、直接回答させていただきます。調査結果につきましては、学会等で発表させていただきます。また、貴ステーションにも発表したものを送付させていただきます。

なお、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

何とぞよろしくお願い申し上げます。

研究者：高知県立大学看護学部在宅看護学

教授 森下 安子

連絡先：〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

携帯 TEL：090-1006-0883

メールアドレス：myasuko@cc.u-kochi.ac.jp

研究室 TEL：088-847-8709

研究指導：高知県立大学看護学部看護管理学 教授 山田 寛

訪問看護ステーション

所長 様

研究協力へのお願い

余寒の候、皆様方におかけましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、高知県立大学看護学部在宅看護学領域で教員をしております、森下安子と申します。先日は、アンケート調査研究にご協力をお願いいたしましたところ、お忙しい中、ご協力へのご内諾のお葉書をいただき、ありがとうございました。

ご協力いただきます、「訪問看護師の協働実践力と職務満足度に関する研究」の承諾書ならびに配布いただくアンケート用紙を送付いたします。

ご面倒をおかけいたしますが、研究協力について、同封の承諾書 2 枚に、所長様（または施設管理者の方）にご署名ならびに施設住所、ステーション名をご記入いただき、1 枚を保管し、1 枚を返信用封筒で送り返して下さるようお願い申し上げます。なお、承諾書を送っていただいた後、アンケート調査用紙配布前に研究の撤回をされたい場合は、承諾書取り消し書 2 部にご署名をされて、お送りください。

また、アンケート配布に際し、以下につきまして、ご協力をお願い申し上げます。

1. 貴ステーション勤務の訪問看護師さん（常勤、非常勤は問いません。）にアンケート用紙と返信用封筒を配布してください（クリアファイルと記載用ボールペンもお渡しください）。
2. 以下について訪問看護師さんにお伝えください。
 - ・自由参加であること、参加協力しないことで不利益はないこと
 - ・協力する場合は、記入したアンケート用紙は各自で記入いただき、返信用封筒に入れて期間内にポストに投函すること
 - ・個人施設は特定されないこと。そのため、封筒に氏名、施設名等記入しないこと

ご質問等ございましたら、下記までご連絡いただければ、直接回答させていただきます。一度投函されました調査用紙につきましては、個人・施設が特定できないため、参加協力の撤回ができないことをご了承ください。

調査結果につきましては、学会等で発表させていただきます。また、貴ステーションにも発表したものを送付させていただきます。

なお、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

何とぞよろしくお願い申し上げます。

研究者：高知県立大学看護学部在宅看護学
教授 森下 安子

連絡先：〒781-8515 高知県高知市池 2751-1

携帯 TEL：090-1006-0883

メールアドレス：myasuko@cc.u-kochi.ac.jp

研究室 TEL：088-847-8709

研究指導：高知県立大学看護学部看護管理学 教授 山田 寛

【研究計画書概要】

高知県立大学看護学部
森下 安子

1. 課題

訪問看護師の協働実践力と職務満足に関する研究

2. 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、多様化していく。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、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、2003）。協働については、患者の死亡率や病棟から ICU への再入室率の低下（Baggs&schmitt、1997）在院日数の短縮化（Gitrell、et、al、2000）、職員の満足度（草刈他、2004）の向上に影響することが報告されている。一方、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、連携協働が実践の場で必ずしもうまくいっておらず、さらに協働は困難を伴うものであり、ストレスにつながるものであるとも言われている。草場（2009）は「自分が実践した看護に対して自己効力感や満足感を得られた時に訪問看護師はやりがいを感じ、それが訪問看護を続けていく原動力だと感じている人が多い」と述べている。以上のように、多職種間協働実践力を向上することは、利用者家族の課題解決につながると共に、自己実現、専門性の向上、職務満足度の向上となり、訪問看護への定着につながると考える。

3. 本研究の目的

本研究の目的は、訪問看護師の協働実践力の実態とともに、協働実践力に影響する因子はどのようなものか、また、協働実践力が、職務満足度、仕事継続意志にどのように関連しているのかを明らかにすることにより、訪問看護師の多職種と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考察することである。

4. 研究課題

- ①訪問看護師の協働実践力の実態を明らかにする。
- ②訪問看護師の仕事に対する価値のおき方の実態を明らかにする。
- ③訪問看護師のBurnoutの実態を明らかにする。
- ④訪問看護師の職務満足度、仕事継続意志の実態を明らかにする。
- ⑤協働実践力と基本属性、仕事に対する価値のおき方、Burnout、職務満足度、仕事継続意志の関連について明らかにする。

5. 研究予定期間

平成 26 年 8 月 10 日～平成 28 年 3 月 31 日

6. 研究方法

1) 研究デザイン

質問紙調査による量的関連要因探索型の研究デザインを用いて量的研究を行う

2) 研究対象者

訪問看護ステーションに勤務している訪問看護師

3) 対象者へのアクセス方法

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、各訪問看護ステーション施設長に研究目的、内容を説明し、協力について内諾を得る。内諾の得られたステーションに、研究依頼書（施設用）、研究計画書の概要とともに、返送要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部ずつ配布していただく。調査票の回収は、個々の訪問看護師から直接研究者へ返送していただくことによって行う。

4) データ分析方法

統計用パッケージ SPSS を使用して、各項目の記述統計、t 検定、一元配置分散分析、重回帰分析を行う。

7. 倫理的配慮

1) 研究参加施設に対する倫理的配慮

施設に理解を求め同意を得る方法

研究依頼書（施設用）を用いて、研究参加者が所属する訪問看護ステーション所長または施設長に、以下に掲げる研究の主旨・目的、方法、倫理的配慮について十分説明し、承諾を得る。承諾書の署名をもって承諾を得たものとする。

(1) 研究協力の自由意志の保障・研究の撤回が自由にできること

- ・研究の協力は自由意志とし、研究協力の諾否によって、不利益を被ることは一切ないことを保障する。
- ・研究途中（質問紙の配布前に限る）であっても、途中辞退は可能であり、途中辞退によって、不利益を被る事は一切ないことを保障する。
- ・途中辞退については、承諾取り消し書を研究者に送付していただき、研究者が承諾取り消し書を受け取った時点で承諾取り消しが成立することを保障する。

(2) 施設のプライバシーの保護

- ・配布する質問紙・返送要封筒はすべて同じ色・材質のものを使用し、通し番号等の判別する記号は使用せず、回収時に施設を特定することができないよう配慮する。
- ・収集したデータは、大学内で厳重に保管し、本研究以外には一切使用せず、研究終了時には速やかにデータを破棄することを保障する。

(3) 結果の公表の仕方

- ・研究結果は、関連の分野の学会や学会誌などへの発表・投稿することを事前に説明する。その際、プライバシーや匿名性の保持に十分配慮することを保障す

る

- ・希望する場合は、研究としてまとめたものを配布することを約束する。

(4) 施設の心身の負担への配慮

- ・疑問点等が生じた時点で、いつでも研究者と連絡が取れる体制を整えることを保障する。

(5) 施設が受ける利益や貢献

- ・訪問看護師の協働する力の実態が明らかになると共に、協働実践力に影響する要因、及び職務満足、職業継続意志との関連が明らかになることにより、訪問看護師の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方法の提案につながり、キャリアアップとともに、訪問看護師の定着が望める。

2) 研究参加者に対する倫理的配慮

研究対象者に理解を求める方法

研究協力依頼書（参加者用）を用いて、以下に掲げる研究の主旨・目的、方法、倫理的配慮について、十分説明し、研究協力について理解を得る。

(1) 質問紙調査への参加の自由意志の保障・参加撤回が自由に行えること

- ・質問紙調査への参加は自由意志とし、参加の諾否によって、不利益を被ることは一切ないことを保障する。
- ・質問紙調査回答中・回答後であっても、途中辞退は可能であり、途中辞退によって、不利益を被ること一切ないことを保障する。
- ・回答した質問紙をポストに投函したことをもって研究参加の同意が得られたこととする。

(2) プライバシーの保護

- ・研究協力依頼書を用いて、返送要封筒の裏書きに研究参加者自身の住所・氏名を記入しないように依頼する。住所・氏名の記入があった場合も、封筒はそのままシュレッダーにかけ、調査用紙のみ保管することを説明し、匿名性を保障する。
- ・収集したデータは、大学内で厳重に保管し、本研究以外には一切使用せず、研究終了時には、個人を特定するデータについて速やかにデータを破棄することを保障する。

(3) 結果の公表の仕方

- ・研究結果は、学内の公聴会で公表するとともに関連の分野の学会や学会誌などへの発表・投稿することを事前に説明する。その際、プライバシーや匿名性の保持に十分配慮することを保障する。
- ・希望する場合は、研究としてまとめたものを配布することを約束する。

(4) 心身の負担への配慮

- ・心身の負担の少ない時間に回答できるよう、回収期間に配慮する。
- ・自分自身の能力や仕事への価値や職務満足に関する内容であるため、自分自身のケアを振り返ることで、精神的な負担感を生じる可能性がある。そのため、本研究は研究参加者の看護の評価をするものではないことを説明する。

- ・研究テーマに関わるケア等への疑問点等が生じた時点で、いつでも研究者と連絡、相談が取れる体制を整えることを保障する。

(5) 生じる不利益や危険性

- ・質問紙調査の回答に 20 分程度かかるため、時間的な負担になる可能性があること。
- ・匿名性が保たれているため、投函後の研究参加辞退に応じることができないこと。
- ・本研究は研究参加者の看護の評価をするものではないが、自分自身の能力や仕事への価値や職務満足に関する内容であるため、自分自身のケアを振り返ることと、精神的な負担感を生じる可能性がある。

(6) 対象者が受ける利益や貢献

- ・訪問看護師の協働実践力の実態が明らかになると共に、協働実践力に影響する要因、及び職務満足、職業継続意志との関連が明らかになることにより、訪問看護師の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方法の提案につながり、訪問看護師としてのキャリアアップ、自己実現、職務満足の向上が望める。

3) データ管理に関する倫理的配慮

(1) データの信頼性の確保

- ・協働実践力で使用する 3 つの尺度の内 2 つについては外国で開発された尺度を用いる。そのため、尺度開発した研究者に日本語版に訳し、研究に使用することについて許可を得る。協働実践力のあと 1 つの尺度は、杉山らが開発した尺度、また、仕事に対する価値についても中山らが開発した尺度を用いる。そのため、上記の尺度を開発した研究者に使用することについて同意を得る。
- ・質問紙はパイロットスタディを行い、内容・表現や言葉使いの適切さについて、パイロットスタディ対象者と領域専門家・量的研究の専門家から助言や指導を受けながら検討・修正し、データの偏りを最小限にする
- ・回収した質問紙は通し番号をつけて整理し、データ入力は誤りがないようにダブルチェックする。

(2) プライバシーの保護

- ・配布する質問紙・返送要封筒は全て同じ色・材質のものを使用し、通し番号等判別する記号は使用せず、回収時に施設を特定することができないようにする。
- ・研究協力依頼書を用いて、返送要封筒の裏書きに研究参加者の住所・氏名記入しないように依頼する。住所・氏名の記入があった場合も、封筒はそのままシュレッダーにかけ、調査用紙のみ保管することを説明し、匿名性を保障する。
- ・収集したデータは、大学内で厳重に保管し、本研究以外には一切使用せず、研究終了時には速やかにデータを破棄することを保障する。

承諾書

(施設用)

私は、この度、「訪問看護師の協働実践力と職務満足に関する研究」に関する研究目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名

ご住所

ステーション名

研究依頼者

平成 年 月 日

署名

高知県立大学看護学部

在宅看護学 教授 森下 安子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：〒781-8515

高知県高知市池 2751-1 高知県立大学

研究室 tel 088-847-8709

携帯 tel 090-1006-0883

メールアドレス myasuko@cc.u-kochi.ac.jp

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書」は、研究期間（平成 28 年 3 月 31 日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾書

(研究者控え)

は、この度、「訪問看護師の協働実践力と職務満足に関する研究」に関する研究目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名

ご住所

ステーション名

研究依頼者

平成 年 月 日

署名

高知県立大学看護学部

在宅看護学 教授 森下 安子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：〒781-8515

高知県高知市池 2751-1 高知県立大学

研究室 tel 088-847-8709

携帯 tel 090-1006-0883

メールアドレス myasuko@cc.u-kochi.ac.jp

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書」は、研究期間（平成 28 年 3 月 31 日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾取り消し書

(施設用)

高知県立大学看護学部

森下 安子 宛

私は自由意思に基づいて、「訪問看護師の協働実践力と職務満足に関する研究」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名（施設責任者）

署名（研究依頼者）

高知県立大学看護学部

在宅看護学 教授 森下 安子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：〒781-8515

高知県高知市池 2751-1 高知県立大学

研究室 tel 088-847-8709

携帯 tel 090-1006-0883

メールアドレス myasuko@cc.u-kochi.ac.jp

承諾取り消し書

(研究者控え)

高知県立大学看護学部

森下 安子 宛

私は自由意思に基づいて、「訪問看護師の協働実践力と職務満足に関する研究」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名（施設責任者）

署名（研究依頼者）

高知県立大学看護学部

在宅看護学 教授 森下 安子

看護管理学 教授 山田 覚

連絡先：〒781-8515

高知県高知市池 2751-1 高知県立大学

研究室 tel 088-847-8709

携帯 tel 090-1006-0883

メールアドレス myasuko@cc.u-kochi.ac.jp

高知県立大学研究倫理審査委員会承認書

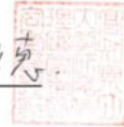
様式4

平成 26 年 8 月 25 日

承認書

高知県立大学研究倫理審査委員会

委員長 池田 光徳



下記の研究課題について、高知県立大学研究倫理審査委員会規程及び研究倫理審査に関する取り扱いについての迅速審査(オ)に基づき、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の審査結果を承認いたします。

高知県立大学看護研究倫理審査委員会

委員長 藤田 佐和



申請者 森下 安子 様

研究課題 訪問看護師の協働実践力と職務満足に関する研究

承認番号 看研倫 14-40 号

高知県立大学看護研究倫理審査委員会において、上記の研究計画における倫理を審査した結果、審査基準の全てを満たしていると判断しましたので、看護研究倫理委員会規程 8 条 6 項により、本研究計画を実施することを承認いたします。