

原著論文

『Team Skills Scale』日本語版の開発と 訪問看護師を対象とした測定

Development of Japanese version of Team Skill Scale and measurement of the team skill ability of visiting nurses

森下安子 (Yasuko Morisita)* 山田 覚 (Satoru Yamada)*

要 約

本研究は、訪問看護師の多職種との協働実践力を明らかにするために、協働実践力の要素を測定する尺度である『Team Skills Scale』の日本語版を開発するとともに、訪問看護師を対象に質問紙調査を実施した。訪問看護ステーション135か所に勤務している訪問看護師614名に自記式アンケートを送付し、郵送式により回収し、回収数は497通（回収率80.9%）であった。『Team Skills Scale』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であり、内定整合性が保たれていると考えられた。また、『Team Skills Scale』には、訪問看護経験年数、職位、勤務形態が関連していた。因子分析の結果、第1因子“チーム機能の改善・発揮”（ α 係数=0.910）と第2因子の“チームメンバーの尊重”（ α 係数=0.666）の2つの因子が明らかになり、第2因子の平均値が第1因子の平均値より高く、日本においては、機能性より凝集性のスキルが高い実態が明らかになった。

Abstract

This study aims to identify the characteristics of interdisciplinary-collaborative ability of visiting nurses. A Japanese version of Team Skills Scale which enables measurement of factors of collaborative performance was developed so that a questionnaire survey could be conducted using that version. Copies of a self-administered questionnaire were sent to 614 visiting nurses working at 135 home medical care offices and collected by mail with the result of 497 responses (the valid response rate 80.9%). The Cronbach's α reliability coefficient (α coefficient) of 17 items of the scale was 0.910, which was regarded as a proof of internal consistency. Length of experience as visiting nurse, duty position and type of working form were included among significant factors of the scale. The result of factor analysis revealed 2 factors, "improvement and full performance of team function" as the first factor (α coefficient=0.910) and "respect for team members" as the second (α coefficient=0.666). The fact that the average value of the second factor was higher than that of the first indicates a tendency in Japan that the level of cohesive skill is higher than that of functional skill.

キーワード：多職種協働 訪問看護師 チームケア

I. 研究の背景

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

られている¹⁾。原田ら²⁾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、連携活動における訪問看護師の役割として「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

*高知県立大学看護学部

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」の重要性を示唆しており、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³⁾、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。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あ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⁴⁾、在院日数の短縮化⁵⁾、職員の満足度⁶⁾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「地域他職種との協働の場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⁷⁾。

以上より、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。

海外では、これまで、協働への態度や、スキルなどの尺度を開発して、協働への実践力の実態が明らかにされている。しかし、日本においては市町村や高齢者施設での協働を測定する尺度⁸⁾⁹⁾や看護師－医師間の協働実践力を測定する尺度³⁾などが開発され、実態が明らかにされているものの、在宅ケアの場で実践する訪問看護師等の多職種協働実践力を測定する尺度開発にはいたっていない。

そこで、本研究では、在宅ケアの場における多職種協働の実践力の実態を明らかにするために、Hepburn, Tsukuda, and Fasser,¹⁰⁾によって開発された『Team Skills Scale』(以下、『TSS』)の日本語版を開発するとともに、訪問看護師を対象に質問紙調査を行った。

II. 研究方法

1. 『TSS』日本語版の作成

Hepburn, Tsukuda, and Fasser,¹⁰⁾によって開発された『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¹¹⁾。この測定尺度は、チームワークの技能、特にケアプランの作成に関する技能を測定するためのものである。そうした技能の中には、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・チームメンバーを仲間として関わる、といった能力が含まれる。『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。

『TSS』の日本語版の作成においては、Scaleの原作者の許可を得た上で、まず母国語を日本語とするバイリンガルが日本語の翻訳を行った。それをもとに、英語を母国語とするバイリンガル及び研究者でその意味の等価性を確認し、日本語版案を作成した。そして、この日本語版案を、訪問看護師や在宅看護学の研究者に回答してもらい、日本語表現等理解が困難な内容等について意見をもらい、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. 対象者

国内の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師約500名

3. 調査内容

『TSS』日本語版の質問項目に加え、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。

4. データ収集方法

対象者のアクセス方法として、まずホームページ上に公開されている全国訪問看護事業協会正会員及び都道府県訪問看護ステーション連絡協議会会員の名簿をもとに、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た。研究協力への同意について返信があったステーションに、研究依頼書（施設用）とともに、返送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部ずつ配布してもらった。調査票の回収は、郵送法による無記名個別回収とした。

5. 分析方法

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、因子分析、t検定を行った。

6. 倫理的配慮

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

Ⅲ. 結 果

1. 質問紙の配布数および回収数

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

2. 対象者の属性

対象者の性別は、女性が488名（98.2%）、男性が9名（1.8%）で、最終学歴は、専門学校卒が419名（84.3%）、短期大学が31名（6.2%）、看護系大学が12名（2.4%）であった。看護師の経験年数は1年から60年で、平均20.54年で、5年未満が16名（3.2%）であった。勤務形態は、常勤が375名（75.5%）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。

3. 『TSS』日本語版の信頼性・妥当性

『TSS』日本語版17項目の α 係数は、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、チーム機能を改善したり、円滑にまた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。「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、“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。

表1 『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収拾をつけられる	.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

主因子法・プロマックス回転

4. 訪問看護師による『TSS』尺度得点の実態

1) 『TSS』の平均値

『TSS』17項目全体の平均値は63.68 (SD=7.07)であった。また、『TSS』の第1因子と第2因子の合計点を項目数で割った平均値で比較すると、第1因子が3.67 (SD=0.46)、第2因子が4.09 (SD=0.40)で、第2因子の平均値が高かった。

また、『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。

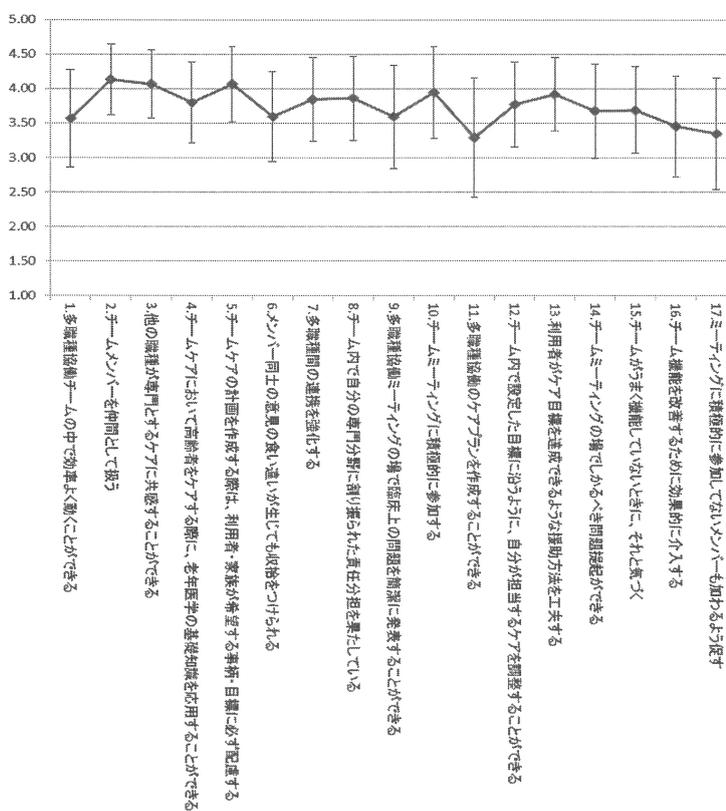


図1 『TSS』の平均値

2) 基本属性と『TSS』との関連について

基本属性と協働実践力の『TSS』、との関連をみると、年齢、看護経験年数、訪問看護経験年数との間で、相関はみられなかった。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群で有意差があった。

3) 訪問看護師経験年数と『TSS』各項目との関連

『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2 基本属性と『TSS』との関連

	『TSS』	
年齢 a)	0.214	
看護師経験年数 a)	0.213	
訪問看護経験年数 b)	0.333	
5年未満(N=209)	61.43±7.56	**
5年以上(N=246)	65.61±6.02	
最終学歴 b)		
専門学校・短大(N=419)	63.97±6.87	**
大学・大学院(N=32)	60.50±9.11	
職位 b)		
スタッフ(N=340)	62.41±6.88	**
所長・主任(N=1119)	67.18±6.41	
勤務形態 b)		
常勤(N=350)	64.36±6.84	**
非常勤(N=108)	61.61±7.50	
同居の子どもの有無		
あり(N=343)	63.64±7.33	
なし(N=121)	63.77±6.32	
a) 相関係数		
b) t検定		*p<0.05

表3 訪問看護師経験年数と『TSS』各項目別平均値

『TSS』: 質問項目	5年未満		5年以上		
	N	平均値	N	平均値	
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	263	3.75	**
2 チームメンバーを仲間として扱う	222	4.09	265	4.18	
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	265	4.08	
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	263	3.87	**
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	265	4.11	
6 メンバー同士の意見の食い違い医が生じても取捨をつけられる	219	3.42	265	3.72	**
7 多職種間の連携を強化する	219	3.73	263	3.94	**
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	264	3.94	**
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	263	3.76	**
10 チームミーティングに積極的に参加する	221	3.85	264	4.03	**
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	261	3.46	**
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	262	3.91	**
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	263	3.96	
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	263	3.80	**
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	262	3.84	**
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	262	3.62	**
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	263	3.50	**
合計	212	61.43	246	65.61	**

*<0.05 **<0.01

4) 基本属性と『TSS』因子別平均値の比較

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。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、職位では、「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において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においては有意差はなかった。

表4 訪問看護師経験年数(3年)と『TSS』因子別平均値

『TSS』	N	3年未満	N	3年以上	
因子1計	131	48.89	327	52.40	**
因子2計	136	12.26	348	12.30	

* <0.05 ** <0.01

表5 訪問看護師経験年数(5年)と『TSS』因子別平均値

『TSS』	N	5年未満	N	5年以上	
因子1計	212	49.25	246	53.25	**
因子2計	219	12.19	265	12.37	

* <0.05 ** <0.01

表6 職位と『TSS』因子別平均値

『TSS』	N	スタッフ	N	主任・所長	
因子1計	344	50.20	119	54.74	**
因子2計	219	4.06	265	4.12	

* <0.05 ** <0.01

表7 勤務形態と『TSS』因子別平均値

『TSS』	N	非常勤	N	常勤	
因子1計	108	49.33	352	52.09	*
因子2計	364	12.21	125	12.44	

* <0.05 ** <0.01

IV 考 察

1. 『TSS』日本語版の信頼性・妥当性について

『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で、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、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、本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. 訪問看護師の多職種との協働実践力の実態について

1) 訪問看護師の多職種との協働実践力の実態の特徴

『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柢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立案するチームスキル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¹²⁾、これらの現状が影響

していると考えられる。『TSS』が測定するチーム能力として、「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¹¹⁾。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¹³⁾。訪問看護師のチームスキルにおいて、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¹¹⁾。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ともに、チーム機能が発揮できるように、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。野中ら¹⁴⁾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」とも述べており、本研究の『TSS』の結果でもスキルとして同様の実態が明らかになっていると言える。

2) 基本属性による多職種との協働実践力の特徴について

基本属性と『TSS』との関連をみると、年齢、看護経験年数、訪問看護経験年数との間で、相関はみられなかった。しかしながら、『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 (看護系以外の大学、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群で有意差があった。『TSS』の各項目別に見ると、訪問看護経験「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¹⁵⁾、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、チームケアに反映しているスキルであるといえる。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、一致した定義はまた見られないと述べている¹⁶⁾。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¹⁷⁾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たプログラムを構成していくことの必要性があると考ええる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、全国の訪問看護ステーション7,400か所で勤務する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か所497名を分析対象にしたものであり、全体の実態をあらわすには限界がある。また、訪問看護ステーションは、医療法人併設、独立型、等多様な形態がある。また、近年、機能強化型訪問看護ステーションが誕生し、看取りケアを重視したステーション、教育機能を持ったステーションや大規模多機能型のステーションも増加してくると考える。今後はこれら訪問看護ステーションの形態、規模、機能にも着目した協働実践力について明らかにする必要がある。また、『TSS』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。

謝 辞

お忙しい中、本研究にご協力をいただいた訪問看護ステーションの看護師の皆様へ感謝申し上げます。

<引用文献>

- 1) 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。
- 2) 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の連携、日本地域看護学会誌、5(2)、61-69、

- 2003.
- 3) 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.
 - 4) 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.
 - 5) Gittell, 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.
 - 6) 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.
 - 7) 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
 - 8) 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.
 - 9) 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.
 - 10) 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.
 - 11) Gloria D. Heinemann, Antonette M. Zeiss：Team Performance in Health Care Assessment and Development, 159-162, Springer-Science+Business Media, LLC, 2002.
 - 12) 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.
 - 13) 「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.
 - 14) 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.
 - 15) 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、2007.
 - 16) 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.
 - 17) 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.