

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の信頼性と因子妥当性の検証

田畑 真澄[†]

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働を測定する尺度の信頼性と因子妥当性を検証することを目的とした。31の介護老人保健施設に勤務する介護職と看護職492名を対象に自記式質問紙調査を実施し、個人属性・特性（年齢、性別、職種、就業形態、職位）と施設特性、協働実践尺度をたずねた。調査協力の同意が得られた392名から調査票が返送された（回収率79.7%）。このうち職種の回答に欠損のあった3名を除外し389名（介護職209名、看護職180名、有効回答率79.1%）を分析対象とした。尺度の修正済み項目合計相関は0.62~0.77の範囲にあり、尺度全体の Cronbachの α 係数は0.91であった。サブスケールでは、「協調性」は $\alpha=0.84$ 、「自己主張性」は $\alpha=0.88$ であった。また、共分散構造分析の結果、修正指数にもとづいて誤差共分散を修正したモデルの CFI は 0.97、RMSEA は 0.08であった。これらの結果から、介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度（誤差共分散修正モデル）の信頼性と因子妥当性が認められた。

Reliability and Factor Validity of the Collaborative Practice Scale for Care Workers and Nurses in Geriatric Health Services Facilities

Masumi Tabata

The purpose of this study was to test the reliability and factor validity of a scale measuring the collaboration between care workers and nurses in geriatric health services facility. We conducted a self-administered questionnaire survey among 492 care workers and nurses working at 31 geriatric health services facilities. The survey included questions on basic attributes and characteristics (age, gender, job title, employment status, and position), facility characteristics, and collaboration policy scale. Responses were received from 392 individuals (response rate: 79.7%). The analysis included 389 respondents (209 care workers and 180 nurses, effective response rate: 79.1%), excluding 3 whose answers were lacking in their job categories. The total corrected item correlations for the scale ranged from 0.62 to 0.77, and the Cronbach α coefficient for the scale as a whole was 0.91. The α for each subscale was $\alpha = 0.84$ for “cooperativeness” and $\alpha = 0.88$ for “assertiveness”. Covariance structure analysis showed that the CFI of the model with the error covariance corrected based on the corrected index was 0.97 and the RMSEA was 0.08. These results confirmed the reliability and factor validity of the Collaborative Practice Scale (modified error variance model) between care workers and nurses in Geriatric Health Services Facilities.

1. はじめに

日本では、地域包括ケアシステムをより一層推進するため、医療と介護が一体的に提供できる体制の構築が望まれる。第4期医療費適正化計画（厚生労働省、2023）では、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供が新たな目標に加えられた。医療介護従事者それぞれが高い専門性を発揮しつつ業務を分担して協働することは、高齢者が安心して暮らせる社会を実現するために欠かせないものになっている。

また、医療費の適正化と患者のQOL（生活の質）向上

を目的とした在院日数の短縮化が進んでいる。短縮化によって生じる患者・家族の不安への配慮や退院後のサポート体制という点において、介護老人保健施設で働く介護職・看護職の果たす役割は大きい。

介護老人保健施設の介護職と看護職は、1987年の老人保健法改正によって創設された当初から、二職種で協働して利用者へケアを提供している。その協働は「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」によって定められ、介護職は5/7、看護職は2/7の構成割合で協働している。他方、介護職と看護職の役割分担や業務区分といった協働の仕組みについては法的に定められたもの

[†] 博士後期課程在籍中（生活健康科学プログラム）

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の 信頼性と因子妥当性の検証

はなく、施設によって異なっている。

協働の定義には様々なものがある。協働は、静的な過程ではなく、社会の変化するニーズに合致するように継続的に変化している（堀田，1998）ためであると考えられる。中村ら（2010）は協働を、複数の人間の関係性や関わりを問題とする概念であるとし、職場での関係性のレベルによって「対人間」「グループ内」「グループ間」「組織内」「組織間」の5つに分類している。個人が他者とともに働くという意味では「対人間」「グループ内」の協働、組織がサービスを提供するために共に働くという意味では「グループ間」「組織内」あるいは「組織間」の協働を指す（中村ら，2010）。

医療分野の協働に関する先行研究では、グループ間の協働にあたる医師と看護職との協働を検討したものが多くみられる。Weiss et al（1985）は、ThomasとSchmidt（1976）らの葛藤管理の理論、すなわち、対人関係の問題解決状況において、回避、融和、妥協、競争、協調の5つの異なるモードのいずれかを用い、個人が問題解決中に積極的に自己主張する度合いと、協力的である度合いの二次元にそって各個人の問題解決状況が位置づけられるとする理論を背景として、協働を次のように定義している。協働とは、「自己主張性と協調性の両方が高度に備わっており、相手の関心事に完全に屈服したり、他人を顧みずに自分の関心事を満たそうとしたり、重要な関心事の一部を妥協したりするような態様とは対照的なもの」（Weiss & Davis, 1985, p.299）である。この定義にしたがって医師看護師間の協働を測定する尺度が開発され、信頼性と妥当性が検証されている。

Baggs（1994）は、医師と看護師に協働が必要とされる理論的背景として、Thompson（1967/2003）の提唱した複雑な組織のマネジメント方式として用いられる相互依存関係の協調的アプローチを示した。複雑な組織は動的で予測不可能であり、医師と看護師の働く環境も同様であるとし、組織的支援が協働に与える影響を考慮する必要性を指摘している（Baggs, 1998）。

医師と看護師の協働により患者満足度の向上、有害事象の減少、患者ケアの質の向上といった患者への効果とともに、医師・看護師両職種の職務満足度の向上・生産性の向上、仕事ストレスの減少といった効果があることが明らかにされている（Corser, 1998）。その一方で、仕事ストレスの増長、協働に伴う新たな責任による負担といった協働することによって生じる負の影響も明らかにされている（Corser, 1998）。

医師・看護師間の協働のみならず、看護師間の協働、医療提供者と患者家族間の協働、多職種チームのメンバー間の協働が着目され、それらの協働と医師・看護師間の協働との異同や、医師・看護師間の協働で得られた知見の応用可能性について検討する必要がある（Baggs, 1998）。

医師・看護職間以外の、他の職種のあるいは他の職種も含めた協働に関する先行研究には、協働に関連する要因に

関する研究、協働の効果に関する研究、協働の状況を評価する尺度に関する研究がある。協働に関連する要因を検討した研究には、養護教諭と保健師との協働的实践には、職場風土と養護教諭の自己効力感が関連していること（河田ら，2022）、社会福祉士と主任介護支援専門員の多職種連携にはチームワークが関連していること（河野，2019）が明らかにされている。協働の効果に関する先行研究では、看護師・ケアマネジャー・介護職の協働は、ナーシング・ホームの終末期ケア量を増加させること（Nishiguchi et al., 2021）、精神障害者社会復帰施設職員において協働関係の悪さは、職務満足と援助の質を低下させること（小澤，2001）が明らかにされている。

協働の状況を評価する尺度には、医師・看護師・ソーシャルワーカー・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の多職種連携を評価する尺度（藤井・斎藤，2018）、特別養護老人ホームで介護職と見取りを連携して行う看護職の連携実践自己評価尺度（山内，2016）、在宅ケアを提供する医師・看護職・薬剤師・介護支援専門員・訪問介護従事者の多職種連携を評価する尺度（藤田ら，2015）等がある。協働の状況は、異なる機関で働く専門職間の協働か、同じ機関で働く専門職間の協働かによって状況が異なる（藤井・斎藤，2018）ため、既存の尺度を用いた測定が適さない場合もあり、状況に応じて評価するための尺度が作成されてきている。

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働は、同一組織で働くグループ間の協働で、さらに組織内の同一の職場で働くという点で医師看護師間、あるいは他の職種との協働と異なる。また介護職と看護職ともに利用者にケアを提供するという点で職務の重なりがあり、その他の職種間の協働とは異なっている。したがって、既存の尺度では介護老人保健施設の介護職と看護職の協働の状況を把握することが十分には行えない。

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働の測定が可能になれば、個人で把握するとともに、職種間あるいは組織と共有し、協働の状況を評価・検討することができ、介護職と看護職の仕事への効果と利用者へのケア提供に有益な効果をもたらされる可能性がある。

そこで、本研究は介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の信頼性と因子妥当性を検証することを目的とする。

2. 研究方法

2.1 対象と方法

研究デザインは横断研究で、2022年6月から7月に無記名自記式質問紙調査を実施した。

A県に所在する全介護老人保健施設195施設に調査票と説明書、同意書の郵送の可否を電話で尋ねた上で、承諾の得られた施設に研究協力の可否を検討する資料として調査票、説明書、同意書、切手を貼った返信用封筒を郵送し

た。調査票の送付、回答者への調査票の配布に関して、施設の代表者が同意する施設に同意書を返送してもらい、同意が得られた31施設を対象施設とした。この31施設に回答可能人数を申告してもらい、492名を調査対象とした。回答可能人数分の質問紙、説明書、返信用封筒を施設宛てに一括送付し、郵送法で個別に回収した。

2.2 分析に用いた変数

2.2.1 介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度

Weiss et al (1985) の協働の定義「自己主張性と協調性の両方が高度に備わっており、相手の関心事に完全に屈服したり、他人を顧みずに自分の関心事を満たそうとしたり、重要な関心事の一部を妥協したりするような態様とは対照的なもの」にしたがって、協働を自己主張性と協調性の二因子で構成した。先行研究 (Baggs, 1994; 宇城・中山, 2006; 小味ら, 2010; 石引ら, 2013) を参考にして質問項目を作成した。さらに研究者との討議により内容や表現を検討し、最終的に『自己主張性』として「利用者の急変等で通常通り業務が行えない時には、自分がどう動けば全体にとってよいかを考え行動する」などの6項目で構成し、『協調性』として「利用者のケアに関することは、介護職と看護職とで責任を持って行う」などの4項目、計10項目を作成した。回答は「1:まったくない」「2:ほとんどない」「3:ときどきあった」「4:しばしばあった」「5:いつもそうだった」の5段階のリッカートスケールとした。すなわち、この尺度の合計得点が高いほど、介護老人保健施設の介護職と看護職とが相互に関心事を尊重し合いそれを満たしたり、重要な関心事についてはお互いに妥協せずに取り組んでいる実践頻度が高いことを意味している。また、自己主張性の下位尺度得点が高いほど、重要な関心事について妥協せずに取り組んでいる実践頻度が高いことを意味している。協調性の下位尺度得点が高いほど、重要な関心事について尊重し合い満たそうとする実践頻度が高いことを意味している。

2.2.2 個人属性・特性

性別、年齢、職種、就業形態、職位を尋ねた。

2.2.3 施設特性

地域、入所者定員、開設主体、ユニット型の有無、報酬体系を尋ねた。

2.3 分析方法

各変数の基本統計量を算出したうえで、介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の信頼性分析を行った。信頼性分析は、修正済み項目合計相関と項目が削除された場合の α 係数を算出することにより検討した。

次に、介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の因子妥当性の検討を行うために、確証的因子分析を行った。協働実践尺度を尺度作成時の1次2因子と仮定してモデ

ル適合度の比較を行った。適合度はChisquare / degree of freedom (χ^2/DF), comparative fit index (以下, CFI), root mean square error of approximation (以下, RMSEA), Akaike information criterion (以下, AIC) を使用し、モデル比較においては χ^2/DF , CFI, RMSEA, AICを用いて評価した。 χ^2/DF は χ^2 値を自由度で割った値で、モデルの適合度を考えるときには小さな値ほど望ましいとされる (小塩, 2014)。CFI は0.0から1.0の範囲をとり、1.0に近いほどよいとされ、RMSEA は0.05未満であれば当てはまりがよく、0.1以上のモデルは当てはまりが悪いと判断し、AIC は複数のモデルを設定した時にこの値が小さいモデルほどよいとされている (小塩, 2014; 豊田, 1998)。有意水準は5%とした。モデルの改良には、目安を得るために修正指数を参照し理論的に解釈可能な誤差間に共分散を設定することとした。

なお、一連の分析にはSPSS Statistics Base Ver.28 for Windowsを用い、確証的因子分析にはAmos Ver.24 for Windowsを使用した。

2.4 倫理的配慮

所属施設の倫理審査委員会の承認 (承認番号2021-2) を得て実施した。同意の得られた施設から申告してもらった回答可能人数に対応した数の質問紙、説明書、返信用封筒を施設宛てに一括送付し、説明書に①研究参加への同意は調査票の回答および郵送をもって確認されたものとする、②質問紙を返送した後に調査への同意を撤回することはできないこと、③この研究への協力は自由意思であり、協力しない場合にも不利益を被ることはないこと、④得られた情報は研究以外の目的で使用しないこと、⑤個人情報 は匿名化すること、ただし施設と職員を一致させるため、施設にID番号を付し、質問紙に該当するID番号を記載すること、⑥研究に関する情報公開の方法、⑦情報の保護及び廃棄の方法、⑧研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況、⑨研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応を記載した。

本研究において開示すべきCOIはない。

3. 結果

3.1 対象者の属性、施設属性・特性

492名に調査票を配布し392名から回答を得た (回収率79.7%)。このうち職種の回答に欠損のあった3名を除外し389名 (介護職209名、看護職180名) を分析対象とした (有効回答率79.1%)。

対象者の属性を表1に、施設属性・特性を表2に示した。

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の
信頼性と因子妥当性の検証

表1 職種別にみた分析対象者の属性

項目	n=389		p ²⁾
	介護職 (n=209,53.7%)	看護職 (n=180,46.3%)	
	n (%)	n (%)	
年齢 ¹⁾	42.0 (10.8)	48.6 (11.5)	<.001
	(19,65)	(23,72)	
性別			
女性	133 (63.6)	167 (93.8)	<.001
男性	75 (36.1)	11 (6.2)	
雇用形態			
一般労働	191 (91.8)	157 (87.2)	.137
短時間労働	17 (8.2)	23 (12.8)	
職位			
管理職	23 (11.0)	27 (15.0)	.402
一般職	173 (82.8)	145 (80.6)	
その他	13 (6.2)	8 (4.4)	

注 1)年齢は平均値(標準偏差) (最小値,最大値)
2)年齢は t 検定, その他は χ^2 検定

表2 施設属性・特性

項目	施設 n=31	職員		p ¹⁾
		介護職 n=209	看護職 n=180	
	n(%)	n(%)	n(%)	
地域				
A 地域	12(38.7)	62(29.7)	66(36.7)	.021
B 地域	12(38.7)	107(51.2)	67(37.2)	
C 地域	7(22.6)	40(19.1)	47(26.1)	
開設主体				
医療法人・ 社会医療法人	26(83.9)	179(85.6)	150(83.3)	.529
社会福祉法 人・その他	5(16.1)	30(14.4)	30(16.7)	
入所者定員				
100 人未満	14(45.2)	70(33.5)	63(35.0)	.755
100 人以上	17(54.8)	139(66.5)	117(65.0)	
施設形態 (ユニット型)				
なし	29(93.5)	199(95.2)	169(93.9)	.564
あり	2(6.5)	10(4.8)	11(6.1)	
報酬体系				
超強化型	12(38.7)	82(39.2)	87(48.3)	.071
在宅強化型	7(22.6)	75(35.9)	47(26.1)	
加算型	9(29.0)	39(18.7)	40(22.2)	
基本型	3(9.7)	13(6.2)	6(3.3)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	

1) 介護職・看護職の χ^2 検定

職種の割合は、介護職が53.7%、看護職が46.3%であった。平均年齢は介護職42.0 (10.8) 歳、看護職48.6 (11.5) 歳で有意な差があった。性別では介護職は女性が63.6%、看護職は女性が93.8%で有意な差があった。雇用形態、職位では有意差はなかった。

本調査対象施設は、入所者定員100人未満の施設が45.2%、100人以上の施設が54.8%であった。開設主体は医療法人・社会医療法人が83.9%と最も多かった。

3.2 信頼性の検討

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の各10項目について平均値と標準偏差を算出し得点分布を確認したところ、天井効果やフロア効果は認められなかった。そのため項目を除外せず、すべての質問項目を分析対象とした。

信頼性の検討のため、内的一貫性を表すCronbachの α 係数 (以下、 α とのみ記す) を求めた。10項目合計では $\alpha=0.91$ で十分な信頼性があることが示された。サブスケールごとの α は、「協調性」は $\alpha=0.84$ 、「自己主張性」は $\alpha=0.88$ であった。各項目の修正済み項目合計相関は0.62~0.74で、項目間で十分な相関が認められた。項目が削除された場合のCronbachの α はいずれも尺度全体の $\alpha=0.91$ より低い値であった。以上により、本尺度の信頼性が確認された。表3に信頼性分析結果を示した。

3.3 因子妥当性の検討

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度が尺度作成時と同じ2因子構造であることを確認するために確証的因子分析を行った。適合度指標は $\chi^2/DF=8.34$ 、CFI=0.89、RMSEA=0.14、AIC=345.42であった。そこで、修正指数をもとに項目1と2、項目8と9、項目8と10、項目9と10の誤差間に共分散を設定するモデル (誤差共分散修正モデル) を作成してモデルの改良を行った。次に修正のないモデルと誤差共分散修正モデルの確証的因子分析を行い、モデルの適合度を比較した (表4)。

誤差共分散修正モデルでは $\chi^2/DF=3.26$ 、CFI=0.97、RMSEA=0.08、AIC=167.67と、修正のないモデルよりもデータに適合した値が得られたことから誤差共分散修正モデルを採択した。図1に最終的なパスモデルとパス係数を示した。

4. 考察

4.1 対象者の特性

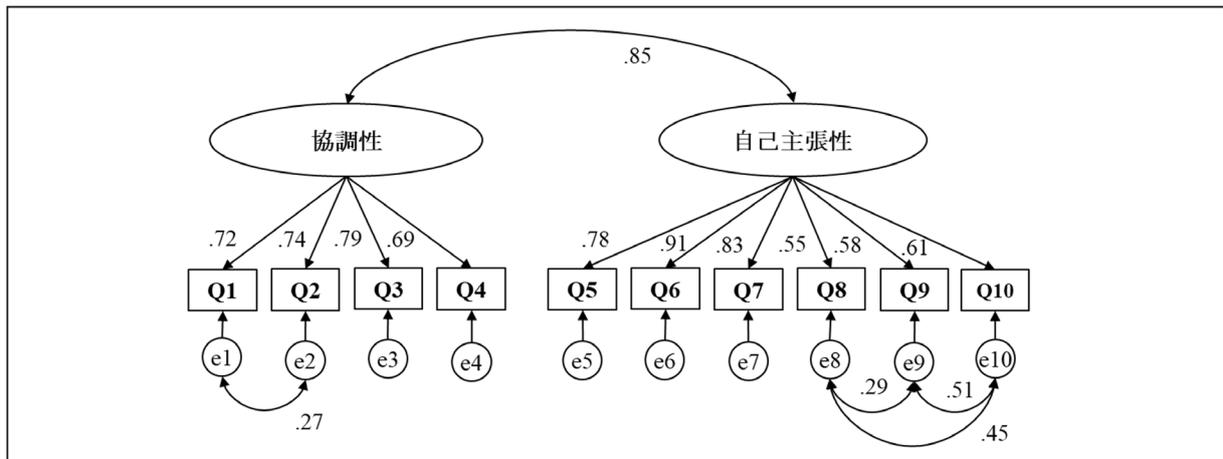
対象は、介護職と看護職の比率がほぼ等しく、両職種の意見を加味することができた。本研究の対象は、財団法人介護労働安定センターによる令和4年度の介護労働実態調査 (介護労働安定センター、2022) による全国平均と比較して、介護職の男性の割合がやや多く、平均年齢のやや低い集団であった。

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の信頼性と因子妥当性の検証

表3 介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度

構成要素	項目内容	n=389(Cronbach α = .91)			
		平均 ¹⁾	(SD)	修正済み項目合計相関	項目が削除された場合のCronbachの α
協調性	Q1 利用者のケア方針を決定する時には、他の職種と互いに合意できるまで話し合う。	3.7	(0.9)	.69	.78
	Q2 他の職種と、利用者のケアのことについてコミュニケーションをとる。	4.0	(0.9)	.69	.79
	Q3 他の職種が立案した看護計画（または介護計画）に沿うよう意識してケアを行う。	3.8	(0.9)	.67	.79
	Q4 利用者のケアに関することは、介護職と看護職とで責任を持って行う。	4.1	(0.8)	.63	.81
自己主張性	Q5 申し送りやミーティングでは、わからないことや疑問に思ったことを率直に他の職種に確認する。	4.0	(0.9)	.65	.87
	Q6 他の職種が立案した看護計画（または介護計画）でわからないことや疑問に思ったことを他の職種に確認する。	3.8	(1.0)	.77	.85
	Q7 他の職種から自分とは違う意見を提案された時には、相手の意見を聞いた上で互いに納得できる方策を一緒に検討する。	3.7	(0.9)	.74	.85
	Q8 他の職種が忙しい時には、自分が代わりに担える役割がないか探して行う。	3.6	(1.0)	.62	.87
	Q9 利用者の急変等で通常通り業務が行えない時には、自分がどう動けば全体にとってよいかを考え行動する。	4.0	(0.9)	.66	.86
	Q10 仕事上で誰かが困っている時には、他の職種であっても声をかけ解決策を一緒に考える。	3.8	(0.9)	.71	.86

1) レンジ 1~5



1)標準化パス係数：各パスの近傍

図1 介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の確証的因子分析結果

表4 介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の各モデルの適合度比較

	χ^2	DF	χ^2/DF	CFI	RMSEA	AIC
仮説モデル ¹⁾	283.42	34	8.34	0.89	0.14	345.42
誤差共分散修正モデル ²⁾	97.67	30	3.26	0.97	0.08	167.67

¹⁾ 修正のないモデル

²⁾ 項目1と項目2, 項目8と項目9, 項目8と項目10, 項目9と項目10の各誤差の間に共分散を認めたモデル

対象施設の開設主体は医療法人・社会医療法人が83.9%と最も多く、令和4年度介護サービス施設・事業所調査の概況（厚生労働省、2024）と比較して、医療法人・社会医療法人の割合がやや多い傾向にあった。

4.2 介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の信頼性と因子妥当性

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度は尺度全体では $\alpha=0.91$ 、下位尺度では「協調性」4項目は $\alpha=0.84$ 、「自己主張性」6項目は $\alpha=0.88$ であった。したがって、尺度全体および下位尺度においても、内の一貫性が保たれていることが確認された。

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の確証的因子分析の結果、項目1と項目2、項目8と項目9、項目8と項目10、項目9と項目10の各誤差間に相関を設定した修正モデルが採択された。誤差間に相関を引いた項目1「利用者のケア方針を決定する時には、他の職種と互いに合意できるまで話し合う」と項目2「他の職種と、利用者のケアのことについてコミュニケーションをとる」は、と

介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度の
信頼性と因子妥当性の検証

もに「ケア」について他の職種と意思を伝え合うことを尋ねており、文言と内容に重なりがある。また、項目8「他の職種が忙しい時には、自分が代わりに担える役割がないか探して行く」、項目9「利用者の急変等で通常通り業務が行えない時には、自分がどう動けば全体にとってよいかを考え行動する」、項目10「仕事上で誰かが困っている時には、他の職種であっても声をかけ解決策を一緒に考える」は、いずれも他者や周囲の状況への細やかな配慮と気づきに基づいた主体的な判断と行動を問う項目となっている。意味内容が重複していることから誤差間に相関を設定した。

誤差共分散修正モデルでは $\chi^2/DF=3.26$, $CFI=0.97$, $RMSEA=0.08$, $AIC=167.67$ で、修正のないモデルよりもデータに適合した値であった。CFIの値は当てはまりがよいとされる0.95以上であった。RMSEAの値は当てはまりがよいとされる0.05未満を満たさなかったものの、許容できる範囲内(0.1未満)にあった。以上により、協働実践尺度は尺度作成時に設定した1次2因子構造であることが概ね認められた。

4.3 研究の限界と今後の課題

本研究は一地域に所在する施設を対象とした調査であったことから、日本の介護老人保健施設を代表したサンプルに基づく調査結果であるとは言い難い。さらに地域性を考慮して調査対象を拡大し、結果の一般化に向けて検証していく必要がある。また、信頼性・妥当性の検討が限定的であることがあげられる。再検査法による信頼性の検証や、構成概念妥当性の検証など更なる検討をしていくことが今後の課題である。

5. 結論

介護老人保健施設の介護職と看護職を対象にした自記式質問紙調査の結果、介護老人保健施設の介護職と看護職の協働実践尺度(誤差共分散修正モデル)の信頼性、因子妥当性が確認された。

謝辞

本研究の実施にあたり、多大なるご指導を賜りました放送大学戸ヶ里泰典教授に心より感謝申し上げます。

調査にご協力いただきました介護老人保健施設の介護職と看護職の皆様へ深謝いたします。

本研究はJSPS科研費 JP19H03928(研究代表者:戸ヶ里泰典)の助成を受けて実施した。

文献

Baggs JG (1994) : Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions, *Journal of Advanced Nursing*, **20**, 176-

182.

Baggs JG (1998) : Response to "A Conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions: The Management of Traditional Influences and Personal Tendencies", *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, **12(4)**, 343-346.

Corser WD (1998) : A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: the management of traditional influences and personal tendencies, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, **12(4)**, 325-341.

藤井 博之, 斎藤 雅茂 (2018) : 医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発, *厚生学の指標*, **8**, 22-28.

藤田 淳子, 福井 小希子, 池崎 澄江 (2015) : 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発, *厚生学の指標*, **62(6)**, 1-9.

堀田 哲一郎 (1998) : 組織間関係における概念定義に関する考察—「調整」・「協同」・「協働」の差異を中心に—, *広島大学教育学部紀要 第一部(教育学)*, **47**, 121-126.

石引 かずみ, 長岡 由紀子, 加納 尚美 (2013) : 助産師の産科医師との協働に関する研究—助産師の専門職の自律性に焦点をあてて—, *日本助産学会誌*, **27(1)**, 60-71.

介護労働安定センター (2022) : 令和4年度介護労働実態調査 事業所における介護労働実態調査 結果報告書, https://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2023r01_chousa_jigyousho_kekka.pdf (2024年2月12日アクセス).

河田 恵子, 實金 栄, 二宮 一枝 (2022) : 養護教諭の発達障害児支援における保健師との協働の実践, *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, **28**, 39-46.

小味 慶子, 大西 麻未, 菅田 勝也 (2010) : Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と医師・看護師間の協働の実践の測定, *日本看護管理学会誌*, **14(2)**, 15-21.

河野 貴志 (2019) : 地域包括ケアシステムにおける多職種連携の促進要因, *社会福祉学*, **60(1)**, 63-74.

厚生労働省 (2023) : 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針, <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001123574.pdf> (2024年8月11日閲覧).

厚生労働省 (2024) : 令和4年介護サービス施設・事業所調査の概況, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service22/dl/kekka-gaiyou_1.pdf (2024年2月18日アクセス).

中村 和彦, 塩見 康史, 高木 譲 (2010) : 職場における協働の創生—その理論と実践—, *人間関係研究(南山大学人間関係研究センター紀要)*, **9**, 1-34.

Nishiguchi S, Sugaya N, Saigusa Y, et al. (2021) :

Effect of interprofessional collaboration among nursing home professionals on end-of-life care in nursing homes, *Drug Discoveries & Therapeutics*, **15(2)**, 93-100.

- 小塩 真司 (2014) : はじめての共分散構造分析 (第2版) —Amosによるパス解析, 東京図書, 東京.
- 小澤 恵美 (2001) : 精神障害者社会復帰施設における労働・職場特性と職務満足および援助の質との関係, 東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻 健康社会学分野修士論文, 177-192.
- Thomas K W, Schmidt W.H (1976) : A Survey of Managerial Interests with Respect to Conflict, *The Academy of Management Journal*, **19(2)**, 315-318.
- Thompson J. D (1967/2003) : *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*, New York McGraw-Hill. New Brunswick, NJ: Transaction. (2003年版の訳: 大月博司, 廣田俊郎訳『行為する組織』同文館出版, 2012).
- 豊田 秀樹 (1998) : 共分散構造分析〈入門編〉—構造法的形式モデリング—, 朝倉書店, 東京, 173-177.
- 宇城 令, 中山 和弘 (2006) : 病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因, *日本看護管理学会誌*, **9 (2)**, 22-30.
- Weiss S J, Davis H P (1985) : Validity and Reliability of the Collaborative Practice Scales, *Nursung Research*, **34**, 299-305.
- 山内 加絵 (2016) : ユニット型特別養護老人ホームの看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度の開発, 大阪府立大学大学院 看護学研究科 博士論文, 1-84.