

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

フジイ ヒロユキ サイトウ マサシゲ
藤井 博之*1 斉藤 雅茂*2

目的 病院における多職種連携の状況と職場環境の関係をみるためのツールとして、職場における多職種連携状況の評価尺度を開発した。

方法 農村と都市の2病院の職員6職種20人への聞き取り調査で抽出した20の質問項目で質問紙(4件法)を作成し、A病院の全職員2,336人に配布し、1,325人(回収率56.7%)から回答を得た。探索的因子分析(最尤法, プロマックス回転)で因子的妥当性を確認した後に、確認的因子分析(完全情報最尤法)で因子モデルのデータへの適合度を確認し、尺度の内的整合性をCronbachの α 係数で検討した。最後に基本属性のうち職種の経験年数の違いによる本尺度得点の相違について、一元配置分散分析を用いて確認した。

結果 探索的因子分析の結果、3因子モデル(累積寄与率58.2%)が抽出され、第1因子「患者中心の職場のまとめり」、第2因子「職員間の協働性」、第3因子「連携のための活動」と解釈した。因子間には強い相関関係を認めた($r = 0.69$ 以上)、3因子は独立したものではないと確認された。確認的因子分析では3因子と2次因子「職場の多職種連携状況」をおく解釈モデルで、完全情報最尤法による解析を行い、データとの適合性が示された。Cronbachの α 係数はいずれの因子でも十分に高い値を得た。基本属性のうち職種の経験年数による尺度得点は、第1~3因子と全因子合計のすべてで有意な違いを認めた。

結論 探索的因子分析で抽出された3つの因子は、尺度を構成した質問項目の3カテゴリー(患者、職場、働き手)にほぼ対応していた。全項目が0.37以上の因子負荷量をもち、構成概念の妥当性は確保されていた。開発した評価尺度は、急性期から在宅ケアまで全職種を対象にし、職場の連携の全体的な状況を把握しようとした点で、先行する尺度と異なる。外的基準との比較を行うこと、連携状況と個人要因、環境要因との関係性の検証に活用すること、医療現場で使いやすいより項目数の少ない尺度を開発することが、今後の課題である。

キーワード 多職種連携、職場の多職種連携状況評価尺度、探索的因子分析、確認的因子分析、一元配置分散分析

I 緒 言

本研究の目的は、医療機関における効果的な多職種連携を構築するための実践的な指標となる、「職場の多職種連携状況評価尺度」を開発することである。

保健・医療・福祉における多職種連携については、1970年代から議論があるが、2000年代に入って一層注目されている。チーム医療が診療報酬で評価され、在宅医療連携拠点事業¹⁾や地域包括ケアシステム²⁾における多職種連携の必要性が強調されていることが、契機となっている。

* 1 日本福祉大学社会福祉学部教授 * 2 同准教授

多職種連携にはさまざまな要因が影響するこ

とが指摘されてきた。例えばVanらは、関係性要因 (interactional determinants), 働き手要因 (practitioner determinants), 環境要因 (environmental determinants) を挙げている³⁾。

筆者の関心は、保健・医療・福祉の現場でより効果的な多職種連携を構築することにある。その方法として、多職種連携教育Interprofessional Education (以下、IPE) が注目されており、中でもIPEの教育目標として「連携に関するコンピテンシー」が各国で論じられ、その概念化⁴⁾と評価尺度の開発⁵⁾が進められている。また菊池は、コンピテンシーの概念について、個人のコンピテンシーと集団のコンピテンシーを分け、後者はチーム全体がもつものとしている⁶⁾。

多職種連携に影響するさまざまな要因のすべてを、多職種連携教育による連携のコンピテンシー開発のみでコントロールすることは難しい。職場、事業体、地域社会におけるネットワークなど環境要因への介入などが、並行して必要と考えられる。その際、教育と環境を構成する諸

要因間の相互関係、連携へのそれらの影響を実証的に検討するためには、説明変数となる各要因とともに、目的変数である「連携の状況」を評価する尺度が必要となる。

保健・医療・福祉における連携状況の評価尺度に関する先行研究としては、筒井⁷⁾、森田ら⁸⁾、阿部ら⁹⁾、福井ら¹⁰⁾などが挙げられる。いずれも、地域福祉や在宅ケアの、異なる機関で働く人との連携の評価尺度であり、働き手の職場における連携状況の尺度とは異なる。

一方、職場の環境と働き手のストレスや専門性の発揮の関係という文脈で、多職種連携に触れた文献は少なくないが、連携に与える職場環境の影響について検討したものは、阪井らの訪問看護師を対象に、「特定の相手」とのチームワークを評価する指標 (J-RCS) を用いた実証研究¹¹⁾のほかは見当たらない。

本研究では、病院に勤務する全職員を対象にした調査に基づいて、回答者が働く職場における連携状況を評価する尺度の開発を試みた。

Ⅱ 方 法

表1 職場の多職種連携状況評価尺度の質問項目リスト

<p>あなたがいまもっとも多く参加している、患者さんをケアするチーム・職場について、下記の質問はどのくらいあてはまりますか？とてもよくあてはまる～全くあてはまらないから選択して回答してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 患者さんについて、各職種の間で話しあって、いろいろな視点からの情報を共有できる 2 目標が統一されて、共有されている 3 ある程度の期間一緒に働いて人となりが分かった人が何人かいる 4 問題が起ったとき、その原因よりは、どうなったらそれが解決できるかを考える 5 医師とざくばらんに話ができる 6 紙や電子カルテでの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている 7 カンファレンスには多くの職種が参加し、それぞれが意見を述べている 8 わからないことがあれば、他職種に教えてもらうことができる 9 真剣で遠慮ない話し合いを、患者・家族のことを中心に考えながら、できている 10 各専門職が専門性を十分に発揮して、患者のためのケアに貢献している 11 お互いに、他職種の得手・不得手や特徴を理解し合っている 12 カンファレンスで一度も発言しない職種がないように、配慮されている 13 チームの中で、他職種に仕事や役目を一方的に押し付けないようにしている 14 退院後に、必要な地域ケアに切れ目なく援助を繋げられている 15 他職種への不満を誰かに言うことはない 16 患者さんへの支援の方向性や目標、職種間の足並みが揃っている 17 多職種チームでの仕事は、しんどいけれど、一緒に頑張る楽しさがある 18 患者さんへの支援について、誰かが何かを気にかけている場合に、全体で取り上げるようにしている 19 チームの構成メンバーは、チームの全員を視野に入れている 20 患者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない問題は、全員一致で決めている
--

注 選択肢は、全くあてはまらない、あまりあてはまらない、ややあてはまる、とてもあてはまるの4件法とした

(1) 多職種連携状況の評価項目

評価項目は、農村と都市の2つの病院の職員6職種 (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) 20人に「多職種連携の善し悪しは、業務上のどのような点に現れるのか」などについて行った聞き取り調査から作成した。すなわち、被調査者の発言から得た文書セグメントとその要約 (コード) から、60の質問項目候補のリストを得た。これらを共通性の高さから16のサブカテゴ

リー（患者理解・患者中心・時間を共有してきた・解決指向・全体を視野におく・地域ケアにつなぐ・問題の調整・問題の発生・双方向性・

表2 回答者の属性 (N=1,325)

	(単位 人)	
	n	%
合計	1 325	100.0
年齢		
20代	342	25.8
30代	381	28.8
40代	267	20.2
50代	209	15.8
60代	48	3.6
その他	1	0.1
無回答	77	5.8
経験年数		
5年以下	400	30.2
6～10年	298	22.5
11～20年	304	22.9
21～30年	141	10.6
31年以上	111	8.4
その他	4	0.3
無回答	67	5.1
職種		
医師	40	3.0
看護・介護	758	57.2
ソーシャルワーカー	19	1.4
診療技術系	149	11.2
療法師	77	5.8
事務系	176	13.3
ほか	82	6.2
無回答	24	1.8

注 職種群で、看護・介護は看護師、保健師、助産師、看護助手、介護福祉士、歯科衛生士の、診療技術系は診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技師、薬剤師、栄養士・管理栄養士の、療法師は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、視能訓練士の、それぞれ合計

意思疎通・相互理解・誰もが楽しく・目標の共有・課題の共有・職員配置・専門性)に分類し、さらに3つのカテゴリー（患者・職場・働き手)に類型化した。その上で、すべてのサブカテゴリーを含む20の質問項目を選び出し、多職種連携の状況を問うリストを構成した。各質問項目は「とてもあてはまる」から「全くあてはまらない」までの4件法で把握することとした(表1)。

(2) 調査対象と調査方法

A病院の全職員2,336名を対象とした。同病院の承認と助力を得て、2017年3月6日から11日にかけて調査用紙を配布し、同じく21日から28日にかけて回収した。回答者総数は1,325人(回収率56.7%)であった。回答者の属性は、年齢は30代381人(28.8%)、20代342人(25.9%)等、職種群では看護・介護758人(57.1%)、事務系176人(13.3%)、診療技術系149人(11.2%)等、経験年数は5年以下400人(30.2%)、11～20年304人(22.9%)、6～10年298人(22.5%)等であった(表2)。

(3) 分析方法

作成した多職種連携状況の評価尺度の因子的妥当性を確認するために探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。因子抽出に際しては固有値1以上を基準とした。次に、確証的因子分析(完全情報最尤法)を用いて、当該因子モデルのデータへの適合度を確認した。なお、誤差共分散項の導入により適合度の改善をはかる試みは行わなかった。尺度の内的整合性に関しては、Cronbachの α 係数を算出して検討した。さらに、基本属性のうち職種の経験年数の違いによる本尺度得点の相違について、一元配置分散分析を用いて確認した。データ解析には、STATA14およびSPSS Ver.24を

表3 職場の多職種連携状況評価項目への回答の分布

	とても/ ややあてはまる %	平均 ¹⁾ (標準偏差)
Y ₁ 情報が共有されている	74.9	3.20(0.81)
Y ₂ 目標が共有されている	68.8	3.08(0.76)
Y ₃ 一緒に働いたことのある人がいる	81.9	3.23(0.70)
Y ₄ 問題の原因よりは、解決を志向している	78.1	3.15(0.66)
Y ₅ 医師とざっくばらんに話ができる	47.8	2.80(0.93)
Y ₆ 顔を合わせて話し合えている	66.3	3.07(0.83)
Y ₇ カンファレンスに多職種が参加している	50.8	2.94(0.94)
Y ₈ 他職種に教わることができている	82.4	3.28(0.73)
Y ₉ 遠慮ない話し合いができている	63.2	3.02(0.80)
Y ₁₀ 各職種が十分に専門性を発揮している	78.1	3.18(0.72)
Y ₁₁ 他職種の特徴を相互に理解している	64.2	3.02(0.78)
Y ₁₂ カンファレンスで皆が発言できる配慮がある	46.5	2.89(0.91)
Y ₁₃ 他職種に一方向的に仕事を押しつけない	67.7	3.03(0.77)
Y ₁₄ 退院後、地域ケアに切れ目なく繋げている	57.9	2.93(0.87)
Y ₁₅ 他職種への不満を言わない	53.8	2.97(0.90)
Y ₁₆ 患者への支援の目標・足並みが揃っている	62.6	2.99(0.77)
Y ₁₇ しんどくても一緒に頑張る楽しさがある	71.5	3.10(0.78)
Y ₁₈ 誰かが気にかけている事を全体で取り上げる	64.4	3.05(0.78)
Y ₁₉ メンバーがチームの全員を視野に入れている	63.1	3.06(0.81)
Y ₂₀ 患者の価値観に配慮の要る問題は全員一致で決める	56.2	2.97(0.83)

注 1) 全くあてはまらない=1、あまりあてはまらない=2、ややあてはまる=3、とてもあてはまる=4と換算して算出した値

使用した。

(4) 倫理的配慮

質問紙に①調査結果は研究目的以外で使用しない、②質問紙は、連結可能匿名化して、質問紙と対応表・同意書は別々に施錠して保管する。③研究結果の公表にあたっては被調査者の個人情報を秘匿する。④記録は研究終了後に、対応表、同意書は5年間保管したのち廃棄することを記載し、質問紙の提出をもって同意を得たこととした。上記について日本福祉大学倫理審査委員会で承認を受け（申請番号16-5、2016年7月29日承認）、審査結果は協力を得た病院に提出した。

III 結 果

(1) 多職種連携状況の評価尺度の分布

度数分布表を作成したところ、最頻値は全20項目で「ややあてはまる」であった。すべての項目を分析の対象とした（表3）。

(2) 探索的因子分析の結果

探索的因子分析の結果、固有値1以上を基準に因子数を3に決定した（表4）。第1因子は、

「メンバーがチームの全員を視野に入れている」「誰かが気にかけている事を全体で取り上げる」「患者の価値観に配慮の要る問題は全員一致で決める」等で、患者を中心とした職場全体のまとまりをあらわす項目の因子負荷量が大きく「患者中心の職場のまとまり」因子とした。第2因子は「一緒に働いたことのある人がいる」「他職種に教わる事ができている」「顔を合わせて話し合っている」等で、職場の構成メンバー間の連携・協働の程度を示す項目の因子負荷量が大きいので「職員間の協働性」因子とした。第3因子は「カンファレンスに多職種が参加している」「カンファレンスで皆が発言できる配慮がある」「退院後、地域ケアに切れ目なく繋げている」等、職場で行う連携のための活動を表す項目の因子負荷量が大きかったため、「連携のための活動」因子とした。因子間に強い相関関係を認め（ $r = 0.69$ 以上）、3因子は独立したものではないことが確認された。3因子の累積寄与率は58.2%であった。また、Shapiro-Wilk検定の結果、本尺度得点は正規分布に従うことが確認された（ $p = 0.999$ ）。

(3) 確証的因子分析の結果

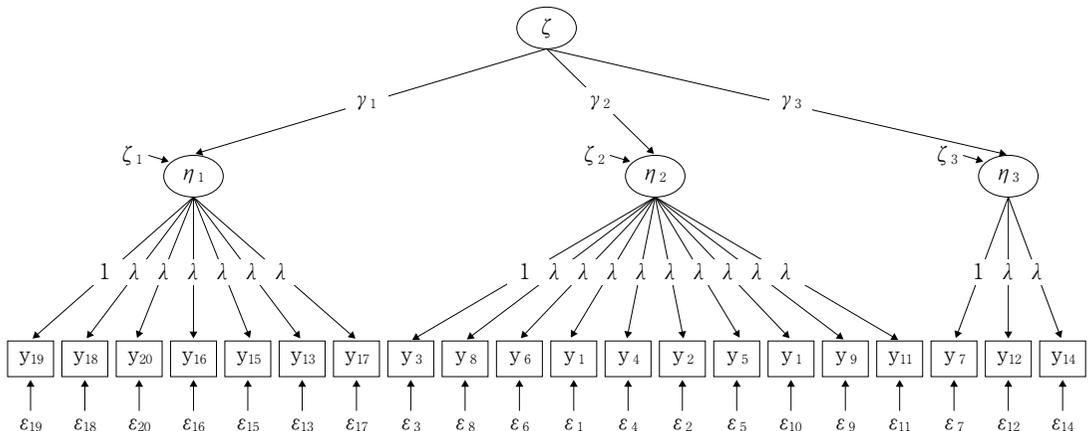
「患者中心の職場のまとまり」「職員間の協働性」「連携のための活動」の3因子で1つの因子「職場の多職種連携状況」を構成する二次因子モデルを用いて確証的因子分析を行った。推計モデルでは非標準化推定値を用いる方法をとった。各因子の中の1つの潜在変数のパス係数を1と仮定しているのはそのためである（図1）。それに対して表5では、完全情報最尤法による解を求めた最終的な結果である標準化解（標準化推定値）を記載した。表5の λ の値は図1と異なるのはそのためである。サンプルサイズが十分多いために χ^2 値は有意になつたが、RMSEA、CFI、NFI、

表4 職場の多職種連携尺度（仮）の因子構造；探索的因子分析による因子負荷量

	第1因子	第2因子	第3因子
メンバーがチームの全員を視野に入れている y_{19}	0.851	-0.018	0.017
誰かが気にかけている事を全体で取り上げる y_{18}	0.770	0.050	0.031
患者の価値観に配慮の要る問題は全員一致で決める y_{20}	0.754	0.020	0.013
患者への支援の目標・足並みが揃っている y_{16}	0.572	0.194	0.028
他職種への不満を言わない y_{15}	0.482	-0.050	0.078
他職種に一方的に仕事を押しつけない y_{13}	0.481	0.049	0.241
しんどくても一緒に頑張る楽しさがある y_{17}	0.395	0.346	0.021
一緒に働いたことのある人がいる y_3	0.080	0.713	-0.239
他職種に教わる事ができている y_8	-0.162	0.631	0.290
顔を合わせて話し合っている y_6	-0.051	0.610	0.180
情報が共有されている y_1	0.026	0.562	0.214
問題の原因よりは、解決を志向している y_4	0.197	0.537	-0.140
目標が共有されている y_2	0.218	0.533	-0.043
医師とざっくばらんに話ができる y_5	-0.088	0.516	0.103
各職種が十分に専門性を発揮している y_{10}	0.239	0.492	0.062
遠慮ない話し合いができている y_9	0.128	0.421	0.231
他職種の特徴を相互に理解している y_{11}	0.278	0.373	0.091
カンファレンスに多職種が参加している y_7	-0.046	0.091	0.764
カンファレンスで皆が発言できる配慮がある y_{12}	0.203	-0.184	0.747
退院後、地域ケアに切れ目なく繋げている y_{14}	0.252	0.001	0.460

注 最尤法、プロマックス回転によって得られた解である。固有値1以上を基準にして因子数を決定した。3因子の累積寄与率は58.2%である。因子間相関は $r_{(1,2)} = 0.752$ 、 $r_{(1,3)} = 0.697$ 、 $r_{(2,3)} = 0.736$ であった。

図1 確証的因子分析の解析モデル；二次因子モデル



注 1) y : 観測変数, η : 潜在変数 (一次因子), ζ : 潜在変数 (二次因子), λ : 観測変数へのパス係数, γ : 潜在変数へのパス係数, ϵ : 観測変数の誤差変数, ζ : 潜在変数の誤差変数
 2) 解析モデルとして非標準化推定値を用いているため, 各因子ごとに1つ潜在変数のパス係数が1を取っている。実際に解析を行った結果を示すものではない。

表5 完全情報最尤法による解 (標準化されたパラメーターの値)

ζ 潜在変数 (二次因子)	γ 潜在変数への パス係数	η 潜在変数 (一次因子)	λ 観測変数への パス係数	y 観測変数
職場の多職種 連携状況	0.920***	患者中心の職場 のまとまり (η_1)	0.813*** 0.818*** 0.754*** 0.752*** 0.486*** 0.695*** 0.709***	メンバーがチームの全員を視野に入れている (y_{19}) 誰かが気にかけている事を全体で取り上げる (y_{18}) 患者の価値観に配慮の要る問題は全員一致で決める (y_{20}) 患者への支援の目標・足並みが揃っている (y_{16}) 他職種への不満を言わない (y_{15}) 他職種に一方向的に仕事を押しつけない (y_{13}) しんどくても一緒に頑張る楽しさがある (y_{17})
	0.950***	職員間の協働性 (η_2)	0.525*** 0.706*** 0.685*** 0.747*** 0.560*** 0.671*** 0.496*** 0.745*** 0.718*** 0.678***	一緒に働いたことのある人がいる (y_3) 他職種に教わる事ができている (y_8) 顔を合わせて話し合っている (y_6) 情報が共有されている (y_1) 問題の原因よりは、解決を志向している (y_4) 目標が共有されている (y_2) 医師とざっばらんに話ができる (y_5) 各職種が十分に専門性を発揮している (y_{10}) 遠慮ない話し合いができている (y_9) 他職種の特徴を相互に理解している (y_{11})
	0.893***	連携のための活動 (η_3)	0.776*** 0.737*** 0.668***	カンファレンスに多職種が参加している (y_7) カンファレンスで皆が発言できる配慮がある (y_{12}) 退院後、地域ケアに切れ目なく繋げている (y_{14})

注 1) *** $p < 0.001$
 2) モデルの適合度指標は以下のとおり。Chi-square(df = 1) 012.8(167), $p = 0.000$, RMSEA = 0.062, CFI = 0.931, NFI = 0.919, TLI = 0.913

TLIはいずれも高く、本モデルはデータと適合していることが示された (表5)。

(4) 内的整合性の検討

各因子を構成する項目の内的整合性を確認するために、各項目と3因子の相関およびCronbachの α 係数を求めたところ、第1因子 $\alpha = 0.882$, 第2因子 $\alpha = 0.883$, 第3因子 $\alpha = 0.771$, 合計得点 $\alpha = 0.939$ と、いずれも十分に高い値

(5) 基本属性による相違 (表6)

基本属性のうち、経験年数ごとに各因子に基づく下位尺度得点の相違を確認したところ、第1因子 ($p < 0.001$), 第2因子 ($p = 0.001$), 第3因子 ($p = 0.001$), 全因子合計 ($p = 0.001$) のすべてで有意な違いを認めた。

IV 考 察

「職場における多職種連携状況評価尺度」の総得点の分布から、データを信頼性、妥当性の検証に用いることが可能と判断された。

探索的因子分析で「職場の多職種連携状況」を構成する3つの因子「患者中心の職場のまとまり」「職員間の協働性」「連携のための活動」が抽出された。これらは、尺度を構成する質問項目の3カテゴリー（患者、職場、働き手）にほぼ対応した。ただし、患者中心、患者理解についての項目である、 y_{16} 「患者への支援の目標、足並みが揃っている」、 y_{20} 「患者の価値観に配慮の要る問題は全員一致で決める」は、いずれも「患者中心の職場のまとまり」に含まれた。これらを含めた全項目が0.37以上の因子負荷量をもち、構成概念の妥当性が確保されていると考えられる。

サンプルの基本属性のうち経験年数による尺度得点を一元配置分散分析で比較したところ、全得点と3つの下位項目のすべてで有意な差を認め、本尺度は基本属性の違いを反映すると考えられた。

先行研究と比較すると、本尺度は、急性期医療から施設介護、在宅ケアまで、医療機関で働く全職種を対象として開発した点で、地域福祉権利擁護事業を対象とした筒井¹²⁾、在宅ケアを対象とした森田¹³⁾⁻¹⁴⁾、福井¹⁵⁾⁻¹⁷⁾と異なる。さらに、自分の働く職場の多職種連携の全体像を尋ね、得点が高いほど連携状況が良好とする質問形式をとった点でも、筒井らの尺度¹²⁾が回答者に個人の行動を、森田¹³⁾¹⁴⁾、福井¹⁵⁾⁻¹⁷⁾が個人の理解や能力を、成瀬¹⁸⁾が「特定の相手」との関係性を問うていることと異なる。

本尺度は、医療機関や地域ケア事業所、あるいはそのネットワークにおける、多職種連携の全体的な状況を把握するツールである。医療機関や地域包括ケア・ネットワークで、効果的なチームワーク、多職種連携のあり方を追究していく上で、意義をもつ可能性があると考えられる。

ただし、本尺度もまた、ほかと同様に回答者

表6 経験年数ごとの各下位尺度得点の比較
(一元配置分散分析)

	因子 単純合計 職場の 多職種連 携状況	第1因子 患者中心の 職場の まとまり	第2因子 職員間の 協働性	第3因子 連携のため の活動
全体 経験年数	43.8(10.5)	15.7(4.1)	20.9(5.2)	7.2(2.1)
5年未満	44.0(10.3)	15.4(4.2)	21.4(5.1)	7.2(2.1)
5～10年	45.2(9.9)	16.2(3.8)	21.3(5.0)	7.5(2.1)
10～20年	44.3(10.7)	16.2(4.1)	20.9(5.4)	7.3(2.1)
20～30年	41.8(10.1)	15.0(3.8)	19.9(4.9)	6.7(2.1)
30年以上	40.2(11.5)	14.1(4.4)	19.2(5.6)	6.6(2.1)
検定	p=0.001 (df=1 037)	p=0.000 (df=1 104)	p=0.001 (df=1 116)	p=0.001 (df=1 088)

注 各下位尺度の尺度得点は、全くあてはまらない=1、あまりあてはまらない=2、ややあてはまる=3、とてもあてはまる=4と換算して算出した値の平均値（標準偏差）である。ただし、欠損値のあるサンプルは除いた。

の主観に基づく尺度である。多職種連携の状況は、連携のための行動や成果など客観的な要素でも評価されるべきで、こうしたハードな外的基準との比較ができていない点は、本研究の限界といえる。

今後の課題としては、本研究で開発し、信頼性と妥当性について一定の確認ができたこの尺度を、上記の限界に注意しながら、個人要因や環境要因との関係性の検証に活用することが挙げられる同時に、ハードな客観的外的基準との比較による検証を行っていく必要があると考えられる。さらに、医療現場で使いやすいように、より項目数の少ない簡易版の開発も検討したい。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた病院の役職員の皆様に深く感謝いたします。また、二木立氏（日本福祉大学特任教授）、山崎善比古氏（同）から研究計画と論文内容に対する助言・指導をいただきました。記して御礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省老健局. 在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査・市町村支援実施状況調査報告書. 2017年. 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/cyousahoukoku.pdf>) 2017.8.20.
- 2) 地域包括ケアシステム研究会. 地域包括ケアシス

- テム研究会－20140年に向けた挑戦－. 2017年. 三菱UFGリサーチ&コンサルティング.
- 3) Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *Journal of Interprofessional Care*, 2011 ; 25 : 366-72.
 - 4) Barr H. Competent to collaborate : Towards a competency-based model for interprofessional education. *JIPC* 1998 ; 12 : 181-7.
 - 5) Sakai I, Yamamoto T, Takahashi Y, et al. Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency : The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29). *JIPC* 2017 ; 31(1) : 59-65.
 - 6) 菊地和則. 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* 2004 ; 44(3) : 23-31.
 - 7) 筒井孝子, 東野定律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. *日本公衛誌* 2006 ; 53(10) : 762-75.
 - 8) 森田達也, 井村千鶴. 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliative Care Research* 2013 ; 8(1) : 116-26.
 - 9) 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. *Palliative Care Research*. 2014 ; 9(1) : 114-20.
 - 10) 福井小紀子. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日本在宅医学学会雑誌* 2014 ; 16(1) : 5-11.
 - 11) 阪井万裕, 成瀬昂, 永田智子. 訪問看護師における職種間連携のしやすさに関連する職場環境要因の明確化. *保健医療福祉連携* 2016 ; 9(2) : 157-65.
 - 12) 筒井孝子, 東野定律. 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. *日本公衛誌* 2006 ; 53(10) : 762-75.
 - 13) 森田達也, 井村千鶴. 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliative Care Research* 2013 ; 8(1) : 116-26.
 - 14) 阿部泰之, 森田達也. 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. *Palliative Care Research*. 2014 ; 9(1) : 114-20.
 - 15) 福井小紀子. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. *日本在宅医学学会雑誌* 2014 ; 16(1) : 5-11.
 - 16) 福井小紀子, 藤田淳子, 池崎澄江ほか. “顔の見える関係”ができたあとの多職種連携とは？連携力の評価の視点(第1回)「連携」の中身を評価しよう連携力の3つのレベルと評価尺度. *訪問看護と介護* 2015 ; 20(11) : 936-42.
 - 17) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生指標* 2015 ; 62(6) : 1-9.
 - 18) 阪井万裕, 成瀬昂, 永田智子. 訪問看護師における職種間連携のしやすさに関連する職場環境要因の明確化. *保健医療福祉連携* 2016 ; 9(2) : 157-65.