原 著

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—

Developing an Assessment Scale of Health Care Professionals' Recognition of
a Successful Interdisciplinary Team Approach in Health Care Facilities for
the Elderly: Analysis of Reliability and Validity

杉本知子¹⁾, *, 亀井智子²⁾

Tomoko Sugimoto, Tomoko Kamei

キーワード：学際的チームアプローチ，介護老人保健施設，高齢者

Key words：interdisciplinary team approach, health care facilities for the elderly, elderly

Abstract

Aim : The purpose of this study was to develop an assessment scale of health care professionals' recognition of a successful interdisciplinary team approach in health care facilities for the elderly (HCFE).

Methods : We adopted a three-step approach to develop this scale. Firstly, researchers carried out concept analysis of interdisciplinary teams from a literature review. Secondly, 16 health care professionals who cared for the elderly with dementia were interviewed about a successful interdisciplinary team approach. Thirdly, the assessment scale was tested on 904 healthcare professionals who worked in HCFE and re-tested after four weeks. Explanatory component analysis with promax rotation and confirmatory factor analysis were performed.

Results : A total of 401 responses (valid response rate 44.4%) were acquired from the health care professionals in the test. From the results of the explanatory components analysis with promax rotation and maximum likelihood methods, three prescribing factors of recognition of a successful interdisciplinary team approach were extracted. In brief, the final scale consisted of 32 items and three factors: "flexibility of organization structure ($\alpha=0.93$)," "care process and degree of implementation ($\alpha=0.93$)," and "cohesion and competence of members ($\alpha=0.91$)." Moreover, the hypothesis that was made from the results of the exploratory factor analysis indicated that the three-factor model of successful interdisciplinary team approach provided the best fit for the current sample (GFI=0.921, AGFI=0.891, CFI=0.955, RMSEA=0.065, AIC=301.792).

Conclusion : The developed scale may have possibilities that can measure health care pro-

受付日：2010年12月20日 受理日：2011年8月30日

1) 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Health & Social Services, Kanagawa University of Human Services 2) 聖路加看護大学 St. Luke's College of Nursing

* E-mail : sugimoto-t@kuhs.ac.jp

professionals' recognition of an interdisciplinary team approach in HCFE.

要 旨

目的：介護保険施設に勤務する医療・福祉職のチームアプローチ実践の自己評価を行う ITA 評価尺度を開発し、信頼性と妥当性を検討する。

方法：Interdisciplinary team の概念分析の結果と医療・福祉職から収集した意見を基に尺度原案（40 項目）を作成し、24 カ所の介護老人保健施設のスタッフ 904 名を対象に自記式質問紙調査を行った。信頼性、妥当性の検討は Cronbach α 、再テスト法、因子分析等により行った。

結果：401 票が回収され（有効回答率 44.4%）、因子分析から本尺度は〈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 因子構造（全 32 項目）、モデルの適合度は GFI 等が 0.9 以上を示した。尺度全体の Cronbach α は 0.9 以上、再テスト法による信頼性係数は全項目で 0.4 以上であった。

結論：ITA 評価尺度は、介護保険施設スタッフのチームアプローチ実践を把握可能な信頼性と妥当性のある尺度であると示唆された。

I. はじめに

2000 年施行の介護保険制度では、介護を要する状態になっても質の高い生活を継続できるよう、居宅及び施設サービス等の様々な支援の方策を打ち出している。平成 21 年度のわが国の高齢化率は 22.7% にのぼり、75 歳以上の後期高齢者が総人口に占める割合は増加の一途を辿っている（内閣府，2010）。このような人口の高齢化に伴う後期高齢者人口の増加は、必然的に要介護者数の増加にも繋がり、介護保険施設の利用希望者を増加させ、サービスの質・量ともに拡充が求められると推測される。一方、サービスの提供を担う介護保険施設に対しては、逼迫する保険財政の立て直しを目指し、給付抑制にむけた様々な手立てが示されるようになった。そのため前述の施設では、効果的かつ効率的にサービスを提供することが重要課題の一つとなっている。

高齢者への質の高い介護保険サービスの提供には、チームアプローチの実践が重要と言われる（亀井ら，2006）。チームアプローチとは、チームメンバーである専門職の協働のもとに行われる組織的な支援活動のことを言い（神部，2008）、Multidisciplinary team や Interdisciplinary team 等のチームのスタイルが含まれる（高山，2008；菊地，2002）。前者は、人命に関わるような緊急的課題を解決するために、専門職としての役割を果たすことに重点を置き、後者はチームに課せられた複合的な課題を達成するために専門職がチームの意思決定に主体的に関与し、協働・連携しながら役割を果たすものとされる（菊地，2002）。一

般的に介護保険施設の利用者は複数の疾患や障害を併せ持ち、問題が複雑化及び中・長期化している場合が多い。また、上記の施設では看護師や介護福祉士等の異なる専門性を持つ職員と、専門資格を持たない介護職員等が連携してサービスの提供を行うという複雑なシステムをとっている。したがって、これらの特徴を踏まえた上で、その場に適したチームアプローチのスタイルを見出していく必要がある。

高山（2008）は、チームは高齢者等を支援するための仕組みを指すと述べている。Robbins（1997）は、特定の目的を達成するために集まった複数の人々であり、個々が協調することを通してプラスの相乗効果を生むことができるものがチームであるとしている。また、チームアプローチは組織としての支援活動を意味するため、その展開に際しては組織の構造や機能、管理方法を理解することも求められる（神部，2008）。これらの点を踏まえると、介護保険施設において効果的なチームアプローチを展開する上で、チームの構造面のみでなく、目標の達成に向け、いかに活動しているかという、機能面にも目を向ける必要がある。加えて、その場に携わる専門職自身が所属組織の構造を含めたチームアプローチの実践状況を把握することも重要ではないかと考えられる。

神部（2008）は、営利組織におけるチームの活動目標は営利の追求が中心になるが、医療や福祉の領域における活動目標ではサービス利用者の利益が最も優先されるとしている。このことから、各領域において組織されるチームには特殊性があると考えられる。近年、チーム特性チェックリストのようにチーム

の機能性に着眼した評価指標は開発されているが（日本労働研究機構，2003），この尺度は医療や福祉の領域に特化したものではない。したがって，わが国の介護保険施設等の実践現場においてチームメンバーとなる医療・福祉職が所属組織のチームアプローチ実践を自己評価できる指標の開発が必要であると考え，3段階を経て学際的チームアプローチ実践評価尺度（以下，Interdisciplinary team approach（ITA）評価尺度）を開発した。

Ⅱ．目 的

本研究の目的は，介護保険施設に勤務する医療・福祉職が，所属組織におけるチームアプローチの実践状況について自己評価を行うためのITA評価尺度を開発し，その信頼性と妥当性について検討することである。

Ⅲ．研究方法

1. 原案作成

1) 「Interdisciplinary team」概念分析の結果に基づく質問項目の作成

国内外の48文献を収集し，Rodgers（2000）の手法を用いてInterdisciplinary teamの概念構造を明確化した。その結果，この概念の属性として「協働連携」「開放的なコミュニケーション」等が挙げられ，帰結としては「ケアの質の向上」等が含まれることが示された（杉本，2006）。これをもとに，ITA評価尺度のアイテムプールを作成した。

2) 医療・福祉職への面接調査の結果に基づく質問項目の作成

次に，チームアプローチに基づく高齢者へのケア，サービスの実務経験をもつ医療・福祉職を対象に，チームアプローチに関する意見収集の目的で面接調査を行った。対象者は，①高齢者専門の医療機関や保健機関等に常勤で3年以上の勤務経験がある，②高齢者の受け持ちを3例以上経験し，かつ1年以上にわたってサービスを提供した実務経験がある，のいずれかを満たし，任意による研究協力が得られた者とした。面接調査は2005年7～9月に実施し，その際には「チームアプローチに基づく高齢者へのケアやサービスの提供において上手くいった経験」等を尋ねた半構成的質

問紙を使用した。面接内容は許可を得て録音し，逐語記録に起こし，内容を類似性によりまとめ，カテゴリを作成した。

研究協力の承諾が得られた30名のうち，対象選択基準に合致した20名と面接日を調整し，3名から協力撤回，1名は当日に欠席をしたため，16名が対象者となった。職種の内訳は医師1名，歯科医師1名，看護師5名，保健師2名，介護福祉士等3名，介護支援専門員1名，社会福祉士2名，管理栄養士1名で，平均実務経験期間は14.1年であった。16名の意見を類似性により収束したところ，「熱意を持ったケア実践」「高度な専門的能力」「メンバーに対する理解と尊重」「チームの結合力」「目的・目標の明確化と共有」「対等な関係性」「協働連携」「柔軟な組織構造」「良好なコミュニケーション」「建設的な問題解決」「患者・家族を中心に据えたチーム構造」「根拠に基づくケア実践」「成果の高いケア実践」「経験に基づく改善」の14項目をInterdisciplinary teamの要素として抽出した。これらの結果から，ITA評価尺度原案（40項目）を作成した。

2. 本調査

1) 調査対象者と調査施設の選択

介護老人保健施設（以下，老健施設）に勤務する看護職員，介護職員，介護支援専門員等のスタッフを本調査の対象者とした。ただし，スタッフの年齢や専門職としての経験期間，現職場での勤続期間，雇用形態，専門資格の取得状況は問わないこととした。調査施設は，簡便サンプリング（横山，2005）により200ヵ所を選択した。つまり，2006年3月に全国老人保健施設協会のホームページに掲載されていた老健施設を各都道府県につき4～5ヵ所ずつ選定し，各施設長に対して研究目的，方法等を記した文書を郵送して任意による研究への参加・協力の意思を尋ねた。加えて，調査票の配布部数を把握するため，研究協力の回答書に各施設のスタッフ数の記載を求めた。

2) 調査方法

2006年4～10月に，研究参加への承諾が得られた24ヵ所の老健施設に対し，904票の無記名自記式調査票を郵送した。本研究では4週後に再テスト法による検討を行うため，色分けした2回分の調査票に同一の調査番号と回答時期を予め記載し，色分けした別々の封筒に入れ，それらをさらに1つの封筒に封入し

て施設長宛てに申し出のあった部数を一括郵送し、施設長から各対象者への配布を依頼した。回収は、回答が終了した都度直接研究者宛てに返送する方法とした。データリンケージは、調査票に記載した番号により行った。なお、本研究は聖路加看護大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

3) 調査内容

調査内容は、対象者の属性（年齢、性別、職種等）と ITA 評価尺度原案等である。尺度の回答形式は「全くそう思わない」「そう思わない」「そう思う」「とてもそう思う」の 4 件法とし、各回答を 0～3 点で得点化した。

4) 分析方法

SPSS for Windows (ver.15.0J) ならびに Amos16.0 を使用し、以下①～④の分析を行った。有意水準は $p < 0.05$ または $p < 0.01$ を採択した。

①項目分析：ITA 評価尺度の質問項目ごとに平均と標準偏差を算出して天井・フロア効果について検討し、Item-Total 相関の確認も行った。

②因子分析：ITA 評価尺度の質問項目の一貫性を確認し、その構造を明らかにするため、探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）を実施するとともに確認的因子分析も実施した。

③信頼性の検証：安定性の検証のため、4 週間の間隔をあけて ITA 評価尺度原案に対する調査を 2 度実施し、質問項目ごとに Pearson の積率相関係数を算出した。内的整合性の検証では、尺度の Cronbach α 係数を算出した。

④妥当性の検証：併存妥当性の検証では、チーム特性チェックリスト（日本労働研究機構、2003）と ITA 評価尺度の合計点による相関係数を求めた。

チーム特性チェックリストは、〈参加と相互作用的環境〉等の 6 領域、36 項目で構成される。この尺度は、個々のチームメンバーの認知を用いてパフォーマンスの高いチームの特性を評価するもの、すなわち成果をあげるチームの状態を評価する尺度である。Interdisciplinary team の概念分析の中で、〔入院期間の短縮〕〔ケアに対する満足度の改善〕等が概念の帰結として示されており（杉本、2006）、このチームが機能することによりケアやサービスにおける高い成果をあげることが可能であると考え、本研究では先のチェックリストを外的基準として用いた。また、構成

概念妥当性の検討では、対象者の属性、特に専門職としての経験期間と職位等による ITA 評価尺度の得点変化を分析し、因子分析による収束妥当性と弁別妥当性も検討した。

Ⅳ. 結 果

1. 調査票の回収率と対象者の概要

研究参加の承諾を得た全老健施設から回答が得られた。調査票の回収数は ITA 評価尺度原案 449 票（回収率 49.7%）、4 週間後に実施した再テスト 285 票（回収率 31.5%）、チーム特性チェックリスト 216 票（回収率 23.9%）であった。このうち、回答に半数以上の欠損のあるものを最初に除外し、次に、高齢者のケアに関与しない業務従事者、ITA 評価尺度原案の回答項目に 1 つでも欠損値があるものを削除した。その結果、ITA 評価尺度原案の有効回答数は 401 票（44.4%）、再テストの有効回答数は 230 票（25.4%）、チーム特性チェックリストは 214 票（23.7%）となり、これらを分析に用いた。

回答者の属性は表 1 のとおりで、平均年齢は 39.3 ± 12.5 歳であった。各職種における職位の割合をみると、「管理職」は医師が 4 名（80.0%）、介護支援専門員が 8 名（47.1%）の順に高かった。各職種が従事する業務の内容では、「事務的な業務を行う」と回答した者は社会福祉士と支援相談員で全員（100%）、介護支援専門員は 11 名（68.8%）であったが、看護職員や医師、理学療法士は全員（100%）が「直接的なケアを行う」と回答していた。

2. ITA 評価尺度の開発

1) 質問項目の検討と因子分析

ITA 評価尺度原案の各項目における天井・フロア効果及び Item-Total 相関の確認を行ったが、削除すべき項目は見当たらなかった。そのため、40 項目を使用して最尤法による因子分析を行い、共通性を検討したが削除すべき項目は見当たらなかった。次に、因子のスクリープロットによる固有値の変化と解釈の可能性から ITA 評価尺度は 3 因子構造が妥当であると考えられたため、本尺度は 3 因子構造をとると仮定し、40 項目を使用した最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、0.40 以上の十分な因子負荷量を示さなかった項目と複数の因子に高い負荷量（0.40 以上）を示した項目等（合計 7 項目）を削除す

表1 回答者の概要

項目	人数 (%)
職業	
医師	5 (1.2)
看護職員	100 (24.9)
介護職員	179 (44.6)
理学療法士	15 (3.7)
作業療法士	22 (5.5)
介護支援専門員	17 (4.2)
社会福祉士	7 (1.7)
支援相談員	17 (4.2)
その他	18 (4.5)
不明	21 (5.2)
性別	
女性	319 (79.6)
男性	81 (20.2)
不明	1 (0.2)
専門職としての経験期間	
1年未満	31 (7.7)
1年以上-3年未満	47 (11.7)
3年以上-5年未満	60 (15.0)
5年以上-10年未満	116 (28.9)
10年以上-15年未満	42 (10.5)
15年以上	95 (23.7)
不明	10 (2.5)
現職場における勤続期間	
1年未満	59 (14.7)
1年以上-3年未満	72 (18.0)
3年以上-5年未満	71 (17.7)
5年以上-10年未満	131 (32.7)
10年以上-15年未満	44 (11.0)
15年以上	20 (5.0)
不明	4 (1.0)
職位	
スタッフ	326 (81.3)
管理職	72 (18.0)
不明	3 (0.7)
専門資格の取得状況	
あり	322 (80.3)
なし	73 (18.2)
不明	6 (1.5)
雇用形態	
常勤	354 (88.3)
非常勤	44 (11.0)
不明	3 (0.7)
従事する業務の内容	
直接的なケアを中心に行う	327 (81.5)
事務的な業務を中心に行う	67 (16.7)
不明	7 (1.7)

N=401, 数値は人数, () 内は有効回答数に占める割合

る必要があった。安定性の検証のため、33項目における各項目の相関係数を算出したところ信頼性係数は0.38～0.63の範囲にあり、いずれも有意な正の相関が認められた ($p < 0.01$)。この中で、最も低い信頼性係数を示したのは「利用者とその家族のニーズを把握する力を備えている」であり、その他は全て0.40

以上の値を示した。そのため、この1項目は再現性が低いと判断し削除した上で、32項目による因子分析を再度行った。最終的な分析結果は表2に示すとおりであり、第一因子は13項目で構成され、「少数意見であっても傾聴している」等、所属組織におけるチームメンバーの構成や活動スタイルの柔軟さを表すことから〈組織構造の柔軟さ〉と命名した。第二因子は11項目で構成され、「ケアの内容を評価している」等、専門職・非専門職が行う日常的なケアのプロセスとその成果の評価に関わるものであり、〈ケアのプロセスと実践度〉と命名した。第三因子は8項目で構成され、「チームの目標に価値を感じている」等、チームメンバーの結束状態とメンバー個人が備えている専門的能力を表すことから〈メンバーの凝集性と能力〉と命名した。

2) 下位尺度得点の関係性と内的整合性の検討

探索的因子分析の結果、本尺度は3因子構造であることが示された。しかし、各因子に含まれる項目数は異なる。そのため、〈組織構造の柔軟さ〉を構成する全ての項目の合計点を算出したものを〈組織構造の柔軟さ〉得点とした。同様の手順で〈ケアのプロセスと実践度〉得点、〈メンバーの凝集性と能力〉得点も算出し平均をみたところ、表3のとおりとなった。また、Cronbach α 係数は、〈組織構造の柔軟さ〉が0.93、〈ケアのプロセスと実践度〉が0.93、〈メンバーの凝集性と能力〉が0.91となり、尺度全体でも $\alpha > 0.9$ を示した。

3) 妥当性の検討

構成概念妥当性を検討するため、無回答の者を除き対象者を専門職としての経験期間に基づいて「1年未満」「1年以上10年未満」「10年以上」の3群に分け、ITA評価尺度の合計点の平均をみた。その結果、専門職としての経験期間が1年未満の者は他の者よりも平均が有意に高かった。同様に、職位により尺度の合計点を比較したところ、管理職はスタッフに比べて有意に平均が低かった。一方、職種に関して無回答または「その他」と回答した者を除き、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士を「医療関連業務従事者」、それ以外の介護職員等を「福祉関連業務従事者」として平均を比較したが、有意差は認められなかった。さらに、従事する業務の内容や性別、年齢による平均の比較も行ったが有意差はみられなかった(表3)。ま

表2 ITA 評価尺度開発のための因子分析の結果

パターン行列	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
組織構造の柔軟さ ($\alpha=0.93$)			
少数意見であっても傾聴している	0.79	0.12	-0.14
ケアの方針の決定のための自由な発言が認められている	0.77	0.08	-0.18
問題状況に応じてメンバーを柔軟に取り入れながら活動している	0.68	-0.20	0.23
メンバー同士がケアへの貢献を尊重しあっている	0.62	-0.07	0.22
チームを改革するための意見の発言が認められている	0.61	0.22	-0.08
問題状況に応じて役割を調整している	0.60	-0.03	0.13
葛藤を処理する手段を活用できている	0.58	0.06	0.07
問題の建設的な解決に努めている	0.53	0.15	0.08
積極的な意見交換をしている	0.50	0.11	0.20
正確な情報を伝えている	0.49	0.20	0.07
職域に関わらずリーダーの選択をしている	0.45	0.10	0.13
伝えるべき相手に情報を伝えている	0.44	0.21	0.12
話し合いの場が定期的に設けられている	0.44	0.20	0.05
ケアのプロセスと実践度 ($\alpha=0.93$)			
ケアの内容を評価している	-0.13	0.78	0.09
根拠に基づいてケアを実践している	0.02	0.72	0.04
ケアの手順の見直しをしている	0.07	0.69	-0.03
目標の達成度を評価している	0.00	0.67	0.06
達成可能な目標を立てている	0.13	0.67	-0.05
ケアを定期的に記録している	0.15	0.63	-0.09
全人的なケアをしている	0.13	0.60	0.08
経験をチームでのケアの改善にいかそうとしている	0.06	0.55	0.20
入所者とその家族をチームの中心に据えている	0.25	0.52	-0.04
専門的知識・技術の向上を目指している	0.14	0.51	0.17
チームでのケアに熱意を持っている	0.09	0.45	0.32
メンバーの凝集性と能力 ($\alpha=0.91$)			
チームの目標に価値を感じている	0.03	-0.05	0.86
チームの目標を共通理解している	0.04	-0.02	0.79
チームには一体感があると感じている	0.23	-0.16	0.77
チームの理念を認識している	0.03	0.05	0.67
専門性に適した役割を遂行している	-0.06	0.20	0.60
責任を持って役割を遂行している	-0.01	0.23	0.58
専門的知識を持っている	-0.21	0.30	0.51
チームメンバー同士が協働している	0.30	0.04	0.47
因子相関行列	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
組織構造の柔軟さ	1.00	0.76	0.75
ケアのプロセスと実践度	0.76	1.00	0.72
メンバーの凝集性と能力	0.75	0.72	1.00

$N=401$, 因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法.

回転前の3因子での32項目の全分散を説明する割合は57.98%.

因子負荷量が0.40以上のものを太字表記した.

た, 併存妥当性を検討するため, ITA 評価尺度とチーム特性チェックリストとの相関を調べたところ, 相関係数が0.79となり, 有意な正の相関 ($p<0.01$) が認められた.

4) 確認的因子分析

3因子の中で因子負荷量が高かった上位5項目を抽出し, 3因子から該当する各項目が影響を受け, 全ての因子間に共分散を仮定したモデルで確認的因子分析を行った. その結果, GFIは0.921, AGFIは0.891

になる等, モデルの適合度を示す各数値が得られた(図1).

V. 考 察

1. ITA 評価尺度の信頼性と妥当性

ITA 評価尺度の信頼性は, 再テスト法とCronbach α 係数の結果から確保されていることが確認できた. しかし, α 係数は尺度における質問項目数が増えるほど高い数値を示すことが知られている(松尾ら,

表3 ITA 評価尺度における下位尺度得点の関係と対象者の属性による ITA 評価尺度の合計の平均の比較

	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
下位尺度得点 [†]	24.3(6.2)	21.0(5.5)	14.9(4.1)
下位尺度間の関係 ^{††}	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
組織構造の柔軟さ	1.00	0.81	0.78
ケアのプロセスと実践度	0.81	1.00	0.76
メンバーの凝集性と能力	0.78	0.76	1.00
対象者の属性	ITA 評価尺度の合計の平均	t 値または F 値	有意確率 (p)
年齢 [†]			
平均年齢以上の者 (n=186)	59.0(13.9)	t=-1.68	0.094
平均年齢未満の者 (n=211)	61.5(15.0)		
性別 [†]			
女性 (n=319)	59.7(14.2)	t=-1.34	0.180
男性 (n=81)	62.1(16.3)		
専門職としての経験期間 ^{††}			
1 年未満 (n=31)	68.6(19.4)	F=5.66	0.004 *
1 年以上 - 10 年未満 (n=223)	59.5(14.3)		
10 年以上 (n=137)	59.3(13.6)		
職位 [†]			
スタッフ (n=326)	61.1(15.0)	t=2.66	0.008 *
管理職 (n=72)	56.0(12.8)		
従事する業務の領域 [†]			
福祉関連業務従事者 (n=220)	60.1(15.3)	t=0.09	0.932
医療関連業務従事者 (n=142)	60.0(13.4)		
従事する業務の内容 [†]			
直接的なケアを中心に行う者 (n=327)	60.0(14.9)	t=-0.33	0.742
事務的な業務を中心に行う者 (n=67)	60.7(14.2)		

N=401; [†], 数値は各下位尺度得点の平均, () は標準偏差

^{††}, 数値は相関係数

[†], 数値は ITA 評価尺度の合計の平均, () 内は標準偏差, t 検定; *, p<0.05

^{††}, 数値は ITA 評価尺度の合計の平均, () 内は標準偏差, 一元配置分散分析, 多重比較 (Bonferroni 法)

2002). 本尺度ではすでに $\alpha > 0.9$ を示していることから, 信頼性を備えながらも今後は項目数を削減し, 尺度の簡便化に向けた更なる検討を行う必要もあると考えられた。

構成概念妥当性を検討するため, 専門職としての経験期間による ITA 評価尺度の得点変化をみたところ, 経験期間が 1 年未満の者は他の者よりも平均が有意に高かった。同様に, 管理職の平均はスタッフに比べて有意に低かった。ヘルスケア組織における Interdisciplinary team は, チーム自体が発展のプロセスを辿ること, チームのメンバーは発展の初期段階にはチームの中で起きている問題を明確にできないが, 成熟するにつれてチーム内の問題に着目し, その解決に取り組むことができるようになると言われている (Drinka et al., 2000; Heinemann, 2002)。したがって, 専門職としての経験が豊富な者は経験が浅い者と比べて自分を取り巻く周囲の環境に目を向けることができるため, 所属組織に対する評価が冷静に行え, 尺度の得点が低くなると予測される。さらに, 立

場の違いから管理職の方がスタッフよりも冷静な組織の評価ができ, 尺度の得点が低くなった可能性がある」と推測した。

Heinemann ら (2002) は, 十分に機能しているチームでは, チームメンバー同士が相互依存的に活動することができていると述べている。今回, 対象者の年齢や性別, 従事する業務の領域や内容にも着目し, ITA 評価尺度の平均をみたが有意差は認められなかった。この点に関しては, 先の Heinemann ら (2002) の指摘のように, 本対象者は他のチームメンバーとの相互依存に関する認識をすでに持ち合わせていたことが影響したのではないかと思われた。特に現行の介護保険法においては, 多職種協働・連携を基盤としたチームアプローチに基づいて利用者へのサービス提供を行うことが義務付けられている。そのため, この制度の開始から数年が経過した調査時点では, 制度の理念が対象者と調査施設の組織内にある程度浸透し, チームアプローチの実践が好ましいと認知されていた状況が反映された可能性もあるのではないかと考

図1 確認的因子分析の結果

えられた。

確認的因子分析を用いて ITA 評価尺度について検討したところ、GFI 等が 0.9 以上を示す値が得られたことから、この尺度が 3 因子構造であることが支持されたのではないかと考えられた。加えて、併存妥当性

に関しては、ITA 評価尺度と外的基準とした尺度との相関係数が 0.79 となり、有意な正の相関が認められた。ITA 評価尺度には、ケアやサービスの提供を受ける高齢者の利益を最優先しながらチームの活動を行うという、介護保険施設の特殊性を踏まえた質問項

目が設定されている。しかし、機能面を含め、チームの状態について把握するという評価の目的は両尺度の間で共通していたため、これらには強い相関関係がみられたのではないかと推測した。

2. 尺度の活用における検討課題

ITA 評価尺度を用いることにより、介護保険施設におけるチームアプローチの実践状況の把握が可能となるが、活用上の検討課題として以下の2点が挙げられる。第一に、学際的なチームワークが利用者等のアウトカムを改善できる程度は、チームのメンバーがいかに上手く緊密に活動できるかにかかっていると言われ (Temkin-Greener et al., 2004)、本尺度を用いてチームアプローチの実践における問題点を明らかにしていくことは、高齢者に対する質の高いケアやサービスの提供を目指す上で意義があると思われる。しかし、ITA 評価尺度がスタッフの認識を基盤とするものであるため、この尺度を用いて把握できる内容は「介護保険施設のスタッフが、所属組織におけるチームアプローチの実践状況をどのように自己認識しているのか」に限定されることになる。したがって、本尺度が示す結果はチームアプローチの実践の実際を必ずしも反映しているわけではない。次に、労働者に関する研究は一般的に組織行動学と呼ばれ、その中では個人、集団、組織の3側面から分析する必要性が指摘されている (Robbins, 1997)。介護保険施設では様々な専門職等が集結してチームを組織することになるが、チームに参加している個人の評価と個人の集合体であるチームに対する評価が異なる可能性もある。特にこの尺度は、所属組織におけるチームアプローチの実践状況を評価するもの、換言すると、チームの評価を念頭に置いたものであるため、その点もあわせて留意する必要があると考えられた。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は簡便サンプリングにより選定した特定のお老健施設で行われた調査であることから、対象に偏りがあることは否めず、得られた結果も限定されていると言える。したがって、介護保険施設の一つである介護老人福祉施設等も対象として含めること、無作為抽出法による対象の選定を行うこと等により、介護保険施設におけるチームアプローチの実践状況に関する正確な情報を収集し、高齢者ケアやサービスの幅広い

実践現場において活用でき、精度の高い尺度となるよう今後も検討を重ねていく必要がある。加えて、わが国では保健医療福祉職を志す学生に対し、学際的にヘルスケアサービスを提供していくことの重要性が教育されつつある一方で (櫻井ら, 2010)、看護学等の各専門分野におけるアイデンティティを大切にしながら利用者へのサービスを提供してきた現状もある (別所, 2010)。その点も鑑み、本研究では医療と福祉といった従事する業務の専門領域による ITA 評価尺度の検討を行ったが、本尺度による評価には個人の認識を用いるため、職種自体が評価に影響することも予測されることから、その詳細な比較を行う必要もあるのではないかと考えられた。

VII. 結 論

介護保険施設において高齢者ケアやサービスの提供に携わる医療・福祉職が、所属組織におけるチームアプローチの実践状況について自己評価を行うための ITA 評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性について検討した結果、以下のことが明らかとなった。

1. ITA 評価尺度は 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 因子構造であった。
2. ITA 評価尺度の Cronbach α 係数は 0.9 以上、再テスト法による信頼性係数は全項目で 0.4 以上であった。また、外的基準として用いた尺度と本尺度との相関係数は 0.79 になる等、尺度の信頼性・妥当性が検証された。

今後は、介護老人福祉施設に勤務するスタッフ等も対象とすること、無作為抽出法による対象施設の選定を行うこと等により、介護保険サービスを提供する幅広い実践現場において活用でき、精度の高い尺度となるよう検討を重ねる必要がある。

謝辞：本研究に対してご協力をくださいました介護老人保健施設の職員の皆様に深謝申し上げます。また、研究の実施過程においてご助言をくださいました聖路加看護大学の柳井晴夫教授には心より御礼申し上げます。

専門職への面接調査に関しては、非特定営利法人高齢者を支える学際的なチームアプローチ推進ネットワークの皆様にご協力をいただき、重ねて御礼申し上げます。

本研究は、聖路加看護大学大学院看護学研究科博士論文として提出した内容の一部であり、研究結果の一部は The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science において発表しました。ま

た、この研究は公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金の助成を受けて実施しました。

文 献

- 別所遊子 (2010): ヒューマンサービスとしての看護, 阿部志郎, 前川喜平 (編), ヒューマンサービスの構築に向けて, 102-111, 中央法規出版, 東京.
- Drinka, T. J. K., Clark, P. G. (2000): Health Care Team-work—Interdisciplinary Practice and Teaching—, Auburn house, Westport.
- Heinemann, G. D. (2002): Team in health care settings, Heinemann, G. D., Zeiss, A. M., Team Performance in Health Care—Assessment and Development—, 3-17, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Heinemann, G. D., Zeiss, A. M. (2002): A model of team performance, Heinemann, G. D., Zeiss, A. M., Team Performance in Health Care—Assessment and Development—, 29-42, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- 亀井智子, 友安直子, 梶井文子, 他 6 名 (2006): 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—文献研究と専門職インタビュー調査から—, 聖路加看護学会誌, 10(1), 23-36.
- 神部智司 (2008): 組織理論, 岡田伸一編著, 介護関係者のためのチームアプローチ, 69-71, ワールドプランニング, 東京.
- 菊地和則 (2002): 多職種チームとは何か, 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におけるチームアプローチ, 2-15, 医歯薬出版, 東京.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002): 誰も教えてくれなかった因子分析, 北大路書房, 京都.
- 内閣府 (2010): 平成 22 年度版高齢社会白書 (2010.11.10 検索) <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/22index.html>
- 日本労働研究機構 (2003): 組織の診断と活性化のための基盤尺度の研究開発—HRM チェックリストの開発と利用・活用—, 日本労働研究機構, 東京.
- Robbins, S. P. (1984) / 高木晴夫 (1997): 組織行動のマネジメント—入門から実践へ—, ダイアモンド社, 東京.
- Rodgers, B. L. (2000): Concept analysis—an evolutionary view—, Rodgers, B. L., Knafl, K. A., Concept Development in Nursing—Foundations, Techniques, and Applications— (2nd ed.), 77-102, Saunders company, Philadelphia.
- 櫻井典子, 今井健雄 (2010): ヒューマンサービスにおける実践への取り組み, 阿部志郎, 前川喜平 (編), ヒューマンサービスの構築に向けて, 56-65, 中央法規出版, 東京.
- 杉本知子 (2006): 長期ケアにおける「interdisciplinary team」概念分析, 老年看護学, 11(1), 5-11.
- 高山恵理子 (2008): チームアプローチの目的と意義, 岡田伸一 (編著), 介護関係者のためのチームアプローチ, 12-16, ワールドプランニング, 東京.
- Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S. J., et al. (2004): Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting, Med. Care, 42(5), 472-481.
- 横山美江 (2005): 具体的な研究方法の検討と立案, 横山美江, よくわかる看護研究の進め方・まとめ方—エキスパートを目指して—, 71-86, 医歯薬出版, 東京.