

「チームワーク」認識に関する研究

—自記式質問紙を用いた専門職間比較—

松岡千代¹⁾*, 石川久展²⁾¹⁾香川県立医療短期大学看護学科, ²⁾ルーテル学院大学**The Difference of Understanding of Teamwork among Professionals****—A Pilot Study of Teamwork—**Chiyo Matsuoka¹⁾ and Hisanori Ishikawa²⁾¹⁾ *Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences,*²⁾ *Department of Social Work, Japan Lutheran College***Abstract**

The new social care insurance system for the elderly has started in the year of 2000. This system emphasizes care management and teamwork approach among geriatric professionals such as nurses, social workers, care workers, and so on. However, there are little studies about teamwork approach in Japan. To implement effective teamwork, various barriers of teamwork must be overcome. The one of them is the difference of understanding of teamwork among the professional workers. The purpose of this study is to discuss the difference and to build a data base for future research on this topic. This will be a pilot study.

Respondents were 209 (59 male and 150 female) professional workers in nursing homes, day service centers and so on. The data were collected using a self-report questionnaire at the Council of Social Welfare in a certain prefecture in January and February of 2000. The scale of teamwork consisted of 25 items including the understanding of multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary teamwork.

Homogeneity Analysis was conducted to examine the difference of the understanding of teamwork among nurses, social workers and care workers. As a result of the first and second analyses, we removed 9 items because of the low explanatory power. Then 16 items and 'occupation' were analyzed again. The result indicated that there were two main dimensions: one was a multidisciplinary dimension and the other was an inter- and trans-disciplinary dimension. It showed that there were clear

*連絡先: 〒761-0123 香川県木田郡牟礼町大字原281-1 香川県立医療短期大学看護科

*Corresponding address: Department of Nursing, Kagawa Prefectural College of Health Sciences, 281-1 Hara, Mure-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0123, Japan

differences of understanding of teamwork especially between nurses and care workers. That is, care workers might regard of teamwork as multidisciplinary, on the other hand nurses tend to regard it as inter- and trans-disciplinary. Social workers were plotted between nurses and care workers. This might suggest that these differences of understanding about teamwork would cause some conflict among professionals and interrupt effective teamwork.

Key Words : チームワーク (teamwork), 専門職間連携 (interprofessional collaboration), 質問紙調査 (questionnaire research), 等質性分析 (homogeneity analysis)

はじめに

近年、特に高齢者ケアの分野を中心に、医師、看護職、ソーシャルワーカーといった多職種間での共働、連携、あるいはチーム医療、チームアプローチに対する関心が高まっている。本研究では、これらの多様な呼称を持つ多職種による援助アプローチを「チームワーク」と称する。この「チームワーク」が重要視されるようになった背景としては、高齢者の抱える問題が単に身体的な問題だけではなく、精神・心理的、さらに社会・環境的な問題が互いに深く関わり合っており¹⁾、単一の専門領域による援助では効果的な解決を導くことができないことが挙げられる。そこでは、包括的なアプローチが求められ、専門職は、クライアントだけではなく、制度などのシステムに働きかけることや、他の多くの職種と共働することが求められている²⁾。このようなことから、2000年4月から施行された介護保険制度のケアマネジメント過程においても、多職種による連携・共働が必須とされ^{3,4)}、実際にケアプラン作成と実行時におけるケアカンファレンスの形で制度化されている。

以上のように、その重要性は認識されているにも関わらず、実際にそれを具体的にどのように行えばよいのか⁵⁾、またそれ以前に、そもそも「チームワーク」とは何かについて用語の定義を含めた基本的な研究は充分に進んでいるとはいえない⁶⁾。また、この「チームワーク」を効果的に行っていくためには、それにまつわる多くの障壁を克服しなければならないことが知られており、さらにチームメンバーの「チームワーク」に関する認識の違いもチーム内に起こる葛藤の原因であることが指摘されている(詳細については後述する)。

そこで本研究では、この「チームワーク」に関する認識の違いに焦点を当て、専門職間の相違を明ら

かにするために、自記式質問紙によるパイロットスタディを行ったので、その結果を報告する。

研究の概念枠組み

1. 「チームワーク」とは

多職種による「チームワーク」は、共働・連携、さらにはネットワークといったように様々な呼称が用いられている。そこで、まずこれらの用語を整理しておきたい。筆者は別稿において、「チームワーク」とは、専門職間連携 (interprofessional collaboration) の一方式であることを示した⁷⁾。「専門職間連携」とは、「主体性を持った多様な専門職間にネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性 (exchanging resources) を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセス」と定義される。そして、「メンバーシップが確認された境界を有する集団」を前提として行われるものを「チームワーク」と位置づけた。このように、「チームワーク」とは、アドホック (場当たり) 的なものではなく、ある一定の期間、継続的かつ固定的に結ばれた関係を基に展開されるプロセスと考えて良いだろう。もちろん、一人の専門職がその時々に応じて複数のチームワークに加わることはあり得る。

次に、「チームワーク」の分類についてであるが、Wieland ら⁸⁾は、ヘルスケア領域において最もよく言及されてきたのはマルチディシプリナリ (multidisciplinary) モデル (マルチモデルと省略する) とインターディシプリナリ (interdisciplinary) モデル (インターモデルと省略する) であり、近年ではインターモデルから派生したトランスディシプリナリ (transdisciplinary) モデル (トランスモデルと省略する) が出現していると指摘している。これらの内でまず、マルチモデルは患

者ケアにおけるメディカルモデルから発展し、典型的には医師が中心となって他の専門職からの情報を受け取りながら治療に関する意思決定を行うもので、そこには職種間の「階層性(hierarchy)」が存在する⁹⁾。次に、インターモデルは、慢性疾患¹⁰⁾や高齢者ケア¹¹⁾に適しているといわれ、多職種が平等な立場から相互に意見交換し、チームメンバー全員で意思決定を行うプロセスを踏む。そしてトランスモデルは、乳児・幼児療育や障害児(特殊)教育の場面から生まれてきたもので、例えば家族が看護者の役割を担ったり、教師が教育という本来の役割を超えて一部の医療行為や理学療法を行うなど、「役割の解放性(role release)」のあることがその特徴である¹²⁾。以上、簡単に各モデルについて説明したが、その特徴を、職種間の「相互作用性」、「役割の解放性」、「階層性」という要素を基にしてまとめると表1のようになる。

表1 チームワークモデルの特徴
(Characteristics of Teamwork Models)

	相互作用性	役割解放性	階層性
マルチモデル	小	無	有
インターモデル	大	一部有り	無
トランスモデル	大	有	無

2. 「チームワーク」の障壁(barrier)

「チームワーク」は、その内容について詳細な検討が行われていないにもかかわらず、ただ単に「良い」というイメージで語られ、実践される傾向がある^{13,14)}。しかし、実際の運営上には様々な障壁があることも多くの論者によって指摘されている。これら多様な障壁について、別稿でまとめたものを以下に紹介する⁷⁾。

① 専門職を取り巻く環境の問題

専門職の所属する施設・組織・制度からのサポート欠如、機関や組織間の連携の欠如、専門職間の地位や権力の格差等

② 専門職自身に関わる問題

専門職の知識、価値、技術、役割、機能、目標等に関する専門職間の差異と、その相互理解不足

③ 「チームワーク」展開上の問題

展開過程についての認識不足、過程上で発生した葛藤処理方法の知識欠如等

以上の障壁に加え、Ganerは、「チーム内における葛藤や不満の多くは、価値、思考様式、哲学などの一般的な違いよりもむしろ、チーム自体に関するメンバーの相容れない期待⁹⁾があることを指摘している。すなわち、あるチームメンバーが、自分の行っているチームワークがマルチモデルであると考えているのに対し、他のメンバーがインターモデルを想定しているといった場合、そのチームにおいて互いの関わり方に齟齬がおり、現実にチームワークを行う上で支障を来すとされている。このように、メンバー間の「チームワーク」モデル認識のズレもチームワークを阻害する一要因として働く可能性が示されている。

では、なぜこのような認識のズレが生じるのだろうか。この点についてはいくつかの要因が考えられるが、そのうちのひとつとして職種の違いが指摘できるだろう。各職種は、専門職として社会化される過程で独自の文化(考え方)を身につけていくことが知られている^{15,16)}。また、それぞれの職種が主として実践している組織環境に相違がみられる。たとえば、医療現場と比べると、社会福祉現場では職員の対等性が強調される傾向にある。これらのことが影響して、職種が異なれば想定するチームワーク像も異なってくる可能性がある。しかし、この点についてはまだ実証的研究が行われていない。そこで、今回の調査では、主に看護職、介護職、ソーシャルワーカー(生活指導員)を対象にして、職種間での「チームワーク」に対する認識の差があるかどうかについて検証した。

調査対象および方法

1. 調査対象

A県社会福祉協議会マンパワーセンター主催による、福祉施設を中心とした施設主任指導員のスーパービジョンに参加した職員と、同じく施設で働く看護職を対象とした研修(どちらも2日間)への参加者(計214名)である。研修は2000年1月17・18日、2月15・16日、2月21・22日の計3回行われた。

2. 方法

(1) 質問紙の作成

先述した「チームワーク」の各モデル(マルチ、インター、トランス)についての論述のある文献^{8, 10-12, 17-19)}についてその言説の中味を検

表2 「チームワーク」質問項目一覧
(Questionnaire Items of Teamwork)

M1: チームに所属する専門職は、専門職としての自律性を持っている。
M2: 専門職の間には、心理的な距離がある。
M3: 専門職は、それぞれ独立的に機能している。
M4: 専門職は、もっぱら他の専門職に助言を行う。
M5: 専門職の関係に、階層性がある。
M6: 各々の専門職の役割は、明確である。
M7: アセスメントは、それぞれの専門職毎に別々に行っている。
M8: チームとしての全体的な決定は行われない。
M9: 最終的な決定は、チームリーダーである専門職によって行われる。
M10: 強いリーダーシップを発揮する特定の専門職がいる。
I1: 専門職は、相互に依存し合っている。
I2: 専門職間の関係は、平等である。
I3: 専門職の役割等は、重複している。
I4: 専門職の機能は、相互の承認の上で決定する。
I5: アセスメントは各専門職が別々に行うが、最終的にチーム会議で統合する。
I6: チームの意思決定はメンバーによって行われる。
I7: チーム会議では、メンバーの意見の合意が求められる。
I8: チームメンバー誰もが、チームリーダーになることがある。
I9: チームリーダーは、取り扱う問題によって変わる。
T1: 専門職の役割は、交換可能である。
T2: 専門職は、役割を共有している。
T3: 専門職は、自らの機能を他の専門職に開放している。
T4: 専門職は、他の専門職の知識、技術を吸収し合う。
T5: アセスメントは、各専門職が単独で行わず、チーム全体として行う。
T6: 特にチームリーダーはいない。

a) 'M' means multidisciplinary, 'I' means interdisciplinary and 'T' means transdisciplinary.

討し、その内容から各モデルの特徴を示す要素を抜き出しまとめた。これらの中から、各モデルの特性を良くあらわしており、意味が分かりやすい記述を選択して質問項目とした(表2)。

質問項目は25項目から構成され、マルチモデル10項目、インターモデル9項目、トランスモデル6項目からなる。これらについて、「現実のチームワークとはどのようなものか」を問い、各質問に対し「はい」か「いいえ」で回答してもらうこととした。

(2) 調査方法

研修終了後に自記式質問紙を配布し、回答後回収する、集合法による調査を行った。

回答に不備が見られた質問紙を除いた結果、最終有効回答数は209、有効回収率97.7%であった。

データ分析は、SPSS 10.0J for Windows Base & Categories (Ver.8.0J)を使用し、「チームワーク」認識データに関しては等質性分析を行った。等質性分析とは、「カテゴリカルなデータ、とくに多変数のクロス表を分析するための解析法であり、カテゴリカルデータの主成

分分析とも呼ばれる」²⁰⁾ものである。

結 果

1. 対象者の属性

対象者の属性について、年齢は平均40.1歳(SD=10.2)で、30歳代、40歳代の中堅層が全体の61.3%を占めている。性別は男性28.2%、女性71.8%であった。勤務先は、老人福祉関連施設が56.9%と最も多く、知的障害者関連施設が22.5%であった。職種は、(生活)指導員が39.7%、看護職が39.2%、介護職が15.7%であった。勤務年数は、平均8.7年(SD=7.5)で、3年未満が27.6%である一方、20年以上が11.7%と、勤務経験は初心者からベテランまで多様であった。(表3参照)

2. 「チームワーク」の認識分析

「チームワーク」モデルに関する質問項目に対する回答の単純集計結果は、表4のとおりである。これら25項目と「職種」を変数として等質性分析を行った。「職種」に関しては、「生活指導員」、「看護職」、「介護職」の3カテゴリーのみを分析の対象とした。

Table 3. Sample Characteristics (n=209)

Characteristics	n (%)
Age (M±SD=40.1±10.2)	
20-29	41 (19.6)
30-39	58 (27.8)
40-49	70 (33.5)
50+	40 (19.1)
Gender	
Male	59 (28.2)
Female	150 (71.8)
Work Place	
Institutions for the Aged	119 (56.9)
Institutions for the Developmental Disabilities	47 (22.5)
Institutions for the Physical Disabilities	15 (7.2)
Care Management Center	11 (5.3)
Institutions for the Children	10 (4.8)
Other	7 (3.4)
Occupation	
Nurse	80 (39.2)
Social Worker	81 (39.7)
Care Worker	32 (15.7)
Other	11 (5.4)
Total Working Years (M±SD=8.7±7.5)	
Under 1	25 (12.1)
1-3	32 (15.5)
3-5	27 (13.1)
5-10	57 (27.7)
10-20	41 (19.9)
20+	24 (11.7)

まず、「チームワーク」のモデルは3タイプあることから、全25項目と「職種」について次元を3次元に設定して分析を試みたが、解釈不可能な結果であった。

次に、次元数を2次元に設定し、等質性分析を行った結果、判別測度の低い変数がいくつか見られた。そこで、1回目と2回目の等質性分析において、判別測度が1次元、2次元とも0.1未満であった9項目を以後の分析から削除した。再度、残り16項目と「職種」を変数として等質性分析を行った。各変数の判別測度は表5のとおりである。各次元の固有値は、第1次元が0.185、第2次元が0.101であり、全体の適合度(説明率)は、28.6%であった。次に、各変数のカテゴリーを数量化し、その得点を2次元上にプロットしたものが図1である。

第1次元は、0点を挟んで、プラス方向に「T4：いいえ」、「I7：いいえ」等、インターモデル、トランスモデルを示す項目で「いいえ」のカテゴリ

Table 4. Frequency of Teamwork Items (n=209)

Item	yes	no	Item	yes	no
M 1	171	38	I 4	144	65
M 2	129	80	I 5	149	60
M 3	80	129	I 6	48	161
M 4	70	139	I 7	187	22
M 5	102	107	I 8	78	131
M 6	129	80	I 9	99	110
M 7	91	118	T 1	82	127
M 8	87	122	T 2	148	61
M 9	132	77	T 3	135	74
M10	101	108	T 4	162	47
I 1	67	142	T 5	142	67
I 2	124	85	T 6	57	152
I 3	149	60			

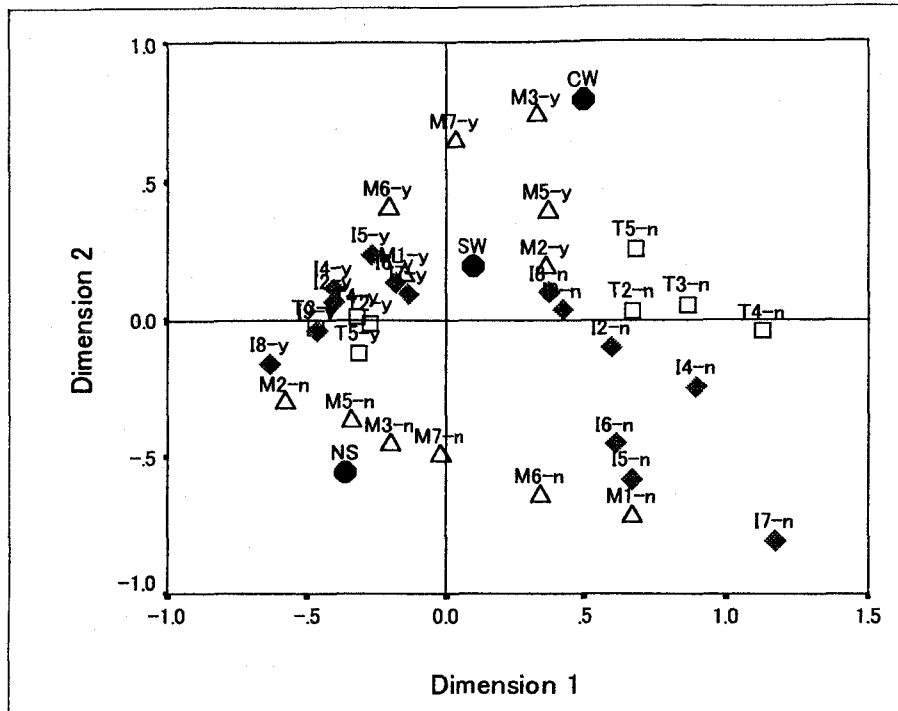
Table 5. Discrimination Measure per Variable per Dimension

	Dimension	
	1	2
M 1	0.100	0.114
M 2	0.208	0.058
M 3	0.066	0.334
M 5	0.126	0.144
M 6	0.072	0.258
M 7	0.001	0.321
I 2	0.240	0.007
I 4	0.362	0.028
I 5	0.179	0.138
I 7	0.161	0.061
I 8	0.236	0.077
I 9	0.197	0.016
T 2	0.185	0.000
T 3	0.408	0.002
T 4	0.368	0.001
T 5	0.218	0.031
Occupation	0.092	0.230

リーが配置され、一方でマイナス方向には、「I8：はい」、「T9：はい」等、インターモデル、トランスモデルを示す項目で「はい」のカテゴリーが配置されている。このことから、第1次元は〈非インター・トランスモデル↔インター・トランスモデル〉軸であると解釈された。

第2次元は、0点を挟んで、プラス方向に「M3：はい」、「M7：はい」等のマルチモデルを示す項目で「はい」のカテゴリーが配置され、またマイナス方向には、「M1：いいえ」、「M6：いいえ」等、マルチモデルを示す項目で「いいえ」のカテゴリーが配置されていることから、この次元は〈マルチモデル↔非マルチモデル〉軸であると解釈された。

この2次元上に配置された職種のカテゴリーを見てみると、介護職(CW)はマルチ軸プラス方



- a) 'M' (△) means multidisciplinary item, 'I' (◆) means interdisciplinary item and 'T' (□) means transdisciplinary item. 'y' means yes category and 'n' means no category. 'NS' is the nurses, 'SW' is the social workers, and 'CW' is the care workers (●).
- b) Dimension 1 : Non inter- & trans-disciplinary ←→ Inter- & trans-disciplinary.
Dimension 2 : Multidisciplinary ←→ Non multidisciplinary

Figure 1. The Result of the Homogeneity Analysis : Plot of Category Quantification.

向とインター・トランス軸プラス方向にプロットされた。すなわち、介護職は現実のチームワークとは、マルチモデルであり、インター・トランスモデルではないと認識している可能性が示された。一方で、看護職 (NS) は、マルチ軸マイナス方向、インター・トランス軸マイナス方向にプロットされた。このことは、看護職が、現実のチームワークはマルチモデルではなく、インター・トランスモデルと認識している可能性を示す。最後に生活指導員 (SW) であるが、介護職と看護職と中間であり、0点に近い座標にプロットされ、現実のチームワークについてマルチ、インター・トランスモデルの中間的な認識をしていることが示された。

考 察

「チームワーク」3モデルに基づく25項目のスケールを作成し、職種別のチームワークに対する認識についての調査を行ったが、等質性分析の結果インターモデル、トランスモデルに関しては分化せず、

混合されて認識されていることがわかった。トランスモデルはインターモデルから派生したといわれるように、それが理論的に把握されるようになった歴史も浅く、また障害児教育という特殊な分野で発展してきたため、今回の調査対象であった施設職員においてはなじみがなく、区別が不可能であったのではないかと考えられる。

次に、職種間の「チームワーク」認識の相違については、特に看護職と介護職の間に正反対の認識傾向があることが示された。この認識のズレは、先述したように「チームワーク」を行っていくにあたっての阻害要因となり得る。当初の予測では、看護職はマルチモデルを指向するのではないかと考えられた。それは、看護職は、医療場面においては医師の強いリーダーシップの下でチームのメンバーとして機能することが多いため、そのスタイルがそのまま施設場面にも持ち込まれるのではないかと考えられたからである。しかし、予測に反し、看護職が現実のチームワークをマルチモデルではなく、インター・トランスモデルであると認識していた。こうした結果が生じた背景には、看護活動が病院内から地域・

在宅、福祉施設へと広がり、医師を中心とした旧来の看護のスタイルは多職種との連携や協働する形へ変化し、そこではすべての職種が「同じステージ」で仕事をする²¹⁾ことが求められていることがあると考えられる。

その一方で、介護職が看護職と正反対の認識傾向を示した背景には、介護が中心となる施設における、看護職と介護職の軌轢が反映されているのではないかと思われた。それは、介護職が無資格であった時代から、「看護職を介護職の優位に位置づけようとする」²²⁾傾向があり、また現在、介護教育が看護職の力を借りなければならない状況にあることから、介護中心の職場でありながら介護職が看護職の助言・指導を受けつつケアを行っているという実態が反映されているのではないかと考えられた。

生活指導員が「チームワーク」の認識に関して中間的な位置を示した意味については、このソーシャルワーカーという職種が持つ機能という点から考えてみたい。奥田²³⁾は、ソーシャルワークに8つの機能を挙げており、その一つに連絡・調整機能がある。この機能の中には人間関係の調整や、職員との連絡・調整が含まれており、これは日常業務の中で大きな位置を占めるものの一つである。この機能の遂行においては、常に中立的な立場にあることが求められ、この傾向が「チームワーク」の認識にも反映されているのではないかと思われた。すなわち、状況に応じて、「チームワーク」モデルのいずれでもあり得るし、ケースバイケース的に対応していく姿勢が示唆されていると考えられる。

以上、今回の調査研究において明らかになった職種間の「チームワーク」認識の違いについて、その意味を考察してきた。このような「チームワーク」認識のズレがチームワークの阻害要因であることに関しては、「チームワーク」の理論研究においてもあまり注目されてこなかったものである。しかし、例えば、高齢者に対する地域ケア、ならびに在宅ケアにおいて「チームワーク」の必要性が強調されており、そこではインターモデルが適切であるといわれている。その一方で、一部の専門職がマルチモデルで対応しようとしたときに起こる弊害が多く、現場で指摘されるようになってきている。こうした意味で、今回の「チームワーク」認識に関する調査研究は、単なる意識調査という枠を超えて、「チームワーク」を運営していくストラテジー開発のための基本的情報となるものと考えられる。

おわりに

本研究の目的である、職種間の「チームワーク」認識の違いを明らかにすることについては一定の成果が得られ、パイロットスタディとしての意義は果たし得たのではないと思われる。しかし、幾つかの課題があることも認めなければならない。

まず、等質性分析で抽出された各次元の固有値の値が低く、加えて適合度が低かったことが挙げられる。その原因が、概念モデルの設定に無理があるのか、質問項目の不備か、サンプル数の問題なのかなどについて検証する必要がある。また当初想定していた「チームワーク」の3モデルが、實際上マルチモデルとインター・トランス混合モデルの2モデルになっていることが示された。このことから、今後次元軸を2次元に設定したモデルを使用することの必要性が示唆された。次に、今回の調査対象は研修に参加した職員に限定されていることから、この結果を一般化することは難しいと考えられる。今後、より大きなサンプル数を用いた調査を行う必要がある。最後に、今回開発した「チームワーク」認識に関する一連の質問項目（スケール）について、その妥当性・信頼性の検証はできなかった。今後、これらの検証を含めた調査をデザインし実施する必要がある。

以上、今回の調査から明らかになった幾つかの課題について、再度調査研究を行うことによって検証していきたいと考えている。

文 献

- 1) 岡本祐三, 並河正晃, 藤本直規, 森山美知子 (1998) “高齢者医療福祉の新しい方法論-疾病診断から総合評価へ”, 医学書院, 東京, p.37.
- 2) Mariano, C. (1989) The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37 (6) : 285-288.
- 3) 竹内孝仁 (1996) “ケアマネジメント”, 医歯薬出版株式会社, 東京, p.65-72.
- 4) 副田あけみ (1997) “在宅介護支援センターのケアマネジメント”, 中央法規出版, 東京, p.23-38.
- 5) 福山和女 (1999) 福祉・保健・医療のネットワークにおける医療ソーシャルワークの機能. *ソーシャルワーク研究*, 25 (1) : 9-16.
- 6) 菊池和則 (2000) 多職種チームの機能と構造-多職種チーム研究の基本的枠組み-. *社会福祉学*, 41 (1) : 13-26.

- 7) 松岡千代 (2000) ヘルスケア領域における専門職間連携 - ソーシャルワークの視点からの理論的整理 -. 社会福祉学, 40 (2) : 17-38.
- 8) Wieland, D., Kramer, B. J., Waite, M. S., Rubenstein, L. Z (1996) The interdisciplinary team in geriatric care. *American Behavioral Scientist*, 39 (6) : 655-664.
- 9) Garner, H. G. (1994) Multidisciplinary versus interdisciplinary teamwork, "Teamwork in Human Services: Models and Applications Across the Life Span" (ed. by Garner, H. G. and Orelove, F. P.), Butterworth-Heinemann, Newton: MA, p.19-36.
- 10) Mailic, M. and Jordon, P. (1977) A multimodel approach to collaborative practice in health settings. *Social Work in Health Care*, 2 (4) : 445-454.
- 11) Pfeiffer, E. (1998) Why teams?, "Geriatric Interdisciplinary Team Training" (ed. by Siegler, E. L., Hyer, K., Fulmer, T., Mezey, M.), Springer, New York: NY, p.13-20.
- 12) Orelove, F. (1994) Transdisciplinary Teamwork, "Teamwork in Human Services: Models and Applications Across the Life Span" (ed. by Garner, H. G. and Orelove, F. P.), Butterworth-Heinemann, Newton: MA, p.19-36.
- 13) Biggs, S. (1993) User participation and interprofessional collaboration in community care, *Journal of Interprofessional Care*. 7 (2) : 151-159.
- 14) Atkins, J. and Walsh, R. (1997) Developing shared learning in multiprofessional health care education: for whose benefit?. *Nurse Education Today*, 17 : 319-324.
- 15) Beattie, A. (1995) War and peace among the health tribes, "Interprofessional Relations in Health Care" (ed. by Soothill, K., et al.), Edward Arnold, London, p.11-30.
- 16) Waugaman, W. (1994) Professionalization and socialization in interprofessional collaboration, "Interprofessional Care and Collaborative Practice" (ed. by Casto, R. M. and Julia, M. C.), Brooks/Cole, Pacific Grove: CA, p.23-31.
- 17) Germain, C. (1984) "Social Work Practice in Health Care", Free Press, New York: NY, p.198-229.
- 18) Andrews, A. (1990) Interdisciplinary and interorganizational collaboration, "Encyclopedia of Social Work", 18th ed. (Supplement), (ed. by Ginsberg, L., et al.), NASW Press, Silver Spring, p.175-188.
- 19) Harbaugh, G. (1994) Assumptions of interprofessional collaboration: interrelatedness and wholeness, "Interprofessional Care and Collaborative Practice", (ed. by Casto, R. M. and Julia, M. C.), Brooks/Cole, Pacific Grove: CA, p.11-21.
- 20) 山本嘉一郎, 小野寺孝義, 竹村和久 (1999) "新版 SPSSx IV オプション編", 東洋経済新報社, 東京, 69-72.
- 21) 細井恵美子 (1995) 福祉施設における看護職と介護職の役割分析. *看護*, 47 (10), 38-45.
- 22) 工藤禎子 (1995) 介護と看護の共働を視野に入れた教育を. *看護*, 47 (10), 46-52.
- 23) 奥田いさよ (1992) "社会福祉専門職性の研究", 川島書店, 東京, p.179-184.

受付日 2001年1月4日