

多職種連携教育の教育効果測定と 評価尺度に関する現状 —学部学生向け多職種連携学習評価尺度開発の背景—

安部博史¹, 矢田浩紀², 山本武志³

¹ 北海道医療大学心理科学部・全学教育推進センター

² 山口県立大学看護栄養学部看護学科

³ 札幌医科大学保健医療学部看護学科公衆衛生学領域

Measurements of educational effect and evaluation scales in interprofessional education

—Development of the Undergraduate Version of the Interprofessional Learning Scale (UIPLS)—

Hiroshi ABE¹, Hironori YADA², Takeshi YAMAMOTO³

¹ Center for Education in Liberal Arts and Sciences,
Health Sciences University of Hokkaido

² Department of Nursing, Faculty of Nursing and Human Nutrition,
Yamaguchi Prefectural University

³ School of Health Sciences, Sapporo Medical University

Abstract : Interprofessional working (IPW) has been recognized to be inevitable component in health systems. For effective IPW, interprofessional education (IPE) in higher educations is needed for students to achieve IPW competency. However, its contents, education strategies and evaluation tools have not been fully established yet in Japan. In this paper, we focused how IPE should be evaluated in the medical university and proposed newly developed evaluation scale, the Undergraduate Version of the Interprofessional Learning Scale (UIPLS).

Key words : Interprofessional Education, Interprofessional Working, Medical Education, Evaluation, Scale development

1. はじめに

多職種連携協働（IPW：Interprofessional working, 専門職連携協働とも呼ばれる）は、社会構造の変化および保健、医療、福祉領域における多様なニーズに対応するために提案された取り組みであり、本邦においてもその重要性が認知されている。保健、医療、福祉の現場でのIPW推進のために、現職教育のみならず、高等教育機関においても多職種連携教育（IPE；Interprofessional education）が実施されるようになった。

IPWにおいて必要とされる能力（IPWコンピテンシー）については、JAIPE（Japan Association for Interprofessional Education；日本保健医療福祉連携教育学会）を中心とする開発チームにより2つ

のコアドメインと、4つのサブドメインよりなるモデルが提案され、IPEにおいて修得すべきコンピテンシーが明確になった（春田，2016）。

教育課程は、その教育理念や目標と合致したアウトカム（結果、成果）を想定し構成・実施され、課程内容の教育効果の検証をとまなうべきである。しかしながら、国内外のIPEの現状において必ずしも保証されているわけではない。たとえば、Thistlethwaite & Moran（2010）は、1988年から2009年までに出版され、interprofessional（多職種連携）などのキーワードで検索された88の論文を吟味し、IPEのアウトカムに関する用語を整理・分類したうえで、必ずしもすべてのIPEの取り組みが、アウトカムや教育目標を明確にして実施しているわけではない問題点を指摘した。また、卒前教育におけるIPEの評価において、主要な評価尺度が、妥当性・信頼性において十分な要件を満たしていないことが指摘されている（Oates & Davidson, 2015）。

IPEの発展のためには、IPE科目が備えるべき特徴について吟味するために、定性的評価が不可欠である。一方、評価尺度を用いた定量的評価は、アウトカムに対する寄与度を明らかにすることができる。これは教育プログラムを準備する教職員にとって不可欠な情報であるだけでなく、科目履修によって何を学ぶことができたのか、最終的な目標に至るまでには何が修得されていないのかについて学修者自身が振り返る際の重要な材料となる。

本稿では、①IPEに関わる主要な評価尺度とその問題点について概観する。そして、②学部生向けに行われる多職種連携教育の評価のために独自に開発した評価尺度（UIPLS；Undergraduate Version of Interprofessional Learning Scale）について紹介する。

2. IPEにおける評価と必要性

ある領域におけるコンピテンシーを測定する尺度が作成される理由には、大きく2つの点が挙げられる。すなわち、①教育的介入（短期的な講義・演習に始まり、数年間にわたるような長期的なプログラムを含む）により、受講者がコンピテンシーを向上させることができたかどうか、および②目的とするコンピテンシーの向上のために、その教育的介入が妥当であったか否かを判断するためである。前者は、受講生の自己評価や学びの実感とも関連し、後者は教育課程の構築・改善のために欠かすことができない。

一見矛盾するようではあるが、IPE受講者のIPWコンピテンシーの向上が、IPEの最終的な目標ではない。Barrら（2000）は、Kirkpatrick（1996）の4つのレベルのアウトカムモデルを修正し、最高次の6段階目のアウトカムとして、「患者・サービス利用者、家族、地域社会の健康または幸福感の向上」を設定している。すなわち、IPEが大学や専門学校など卒前に実施されるのか、現職者を対象とする臨床現場における研修という形で実施されるのかによって、短期的な目標は様々に異なるであろうが、IPEの究極的な目標は「患者・サービス利用者、家族、地域社会の健康または幸福感の向上」なのである。IPWコンピテンシーの向上がこの究極的なアウトカムとどのように関連するかは、あらためて実証的に検討する必要がある。高等教育機関でのIPEが、卒後の就業時のIPWに及ぼす影響や、現職教育としてのIPEに及ぼす影響などについて、すでにスコーピングレビューなども行われているが（例えば、McNaughton, 2017）、IPEおよびその評価法が絶え間なく改善されることにともない、随時検証する必要がある。これらの膨大な作業の入り口として、学部生向けIPEの教育内容の吟味、評価は極めて重要である。

3. IPE評価尺度の種類と対象

現在、様々なIPE・IPWに関わる評価尺度が使用されている。本邦では当初、欧米の尺度を日本

語にローカライズしていたものが使用されてきたが（たとえば, Tamura et al., 2012, Oishi et al., 2017）, 日本の学生や現職者を対象にしたオリジナルの自己評価式質問紙が用いられることもある（安部・矢田, 2015を参照）。また, IPWコンピテンシーを直接測定するための適切な尺度が存在しなかったためか, 複数の尺度を実施して評価する場合も少なくない。

IPEで用いられる評価尺度は, 二つに大別できる。一つ目は, IPEにおける評価を意図して作成された尺度である。二つ目は, 必ずしもIPEにおける評価を目的として作成されたわけではないが, IPEにおいて獲得されるべきコンピテンシーの一部を評価することができるため, 用いられるようになった尺度である。前者には, RIPLS (Readiness for Interprofessional Learning Scale, Parsell & Bligh, 1999), IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale, Luecht, et al., 1990) などが挙げられる。後者については, たとえば, ATHCTS (Attitudes Toward Health Care Team Scale, Heinemann et al., 1999) や本邦ではKiSS-18 (Kikuchis Scale of Social Skills, 菊池, 2004) 等があげられる。ATHCTSは多職種連携に関する知識, 態度, 実践（ソーシャルスキルを含む）などを評価することができ, KiSS-18はソーシャルスキルという, 単一のコンピテンスを測定する。ATHCTSでは測定することができない, 詳細なソーシャルスキルを測定する目的で使用されている。

IPEの究極的な目標が「患者・サービス利用者, 家族, 地域社会の健康または幸福感の向上」であったとしても, 大学卒業時に達成することは不可能であり, より低次レベルのアウトカムの獲得を目指すべきである。また, 大学間での比較のために, 尺度は共通のものをを用いることが望ましいものの, 大学の教育理念, ディプロマポリシーとの関連を考えれば, 評価項目は必ずしも統一されるものではなく, 独自に設定される項目があっても良いと考えられる。

4. 現存する尺度の有用性と問題点

問題点1. 現職者向けであり, 学部学生や専門学校生に使用しづらい点。

Shmitz & Brandt (2015) は, ミネソタ大学における多職種連携教育プログラムにおいて, RIPLSを5年間使用した経験より, 自分の職業について十分に学んでおらず, また他の学生の職業についてはほとんど知識が無い学生にとってRIPLSが適当ではなく使用を中止したと報告している。また, 項目の中には, 社会的に望ましい回答が明白なものがあるため, 一部の回答に天井効果がみられてしまい, プログラムを改善しても得点が上昇しない項目や, プログラム前後で変化しない項目があることも指摘している (Schmitz & Brandt, 2015)。

上述のATHCTSについては, その日本語版の妥当性と信頼性が, おおむね保たれていることが報告されている (山本ら, 2012) もの, その項目内容 (同論文の表2で参照することができる) は, 現職者を対象にしていることは明白であり, 学部学生が回答しづらい内容も含まれている。

現職教育におけるIPEにおいては, 各人の専門性と密接に関連する評価項目が必要であることはいままでもないが, 大学や専門学校の1年次生を対象に行うIPEにおいては, 専門性とは関連は薄いものの, IPWには重要である他者尊重, 協調性, チームワークの技術などについて吟味することができるような評価項目が必須である。また, そのような尺度は, 1年次に始まり4年次 (学部によっては6年次) まで継続して利用することができるもの, すなわち, 中・高学年においては一層深化させていくべきコンピテンシーを問う尺度であれば, 一貫性のある系統だったIPEプログラムの整備・運用に有益であると考えられる。もっとも, 中・高学年においては, 専門性と関連した多職種連携に関する項目・尺度を付加的に準備する必要がある。

問題点2. 妥当性・信頼性の問題.

IPEの整備および学生のIPWコンピテンシーを評価することを目的として、RIPLSをはじめとするIPE評価尺度は開発当初大いに活躍し、様々な国で各言語にローカライズされて用いられた。しかしながら、上述したような測定対象とする範囲に関する問題点だけではなく、心理測定法の観点から、妥当性・信頼性に関する懸念が指摘されるようになってきている (Schmitz & Brandt, 2015; Mahler et al., 2015, McFadyen et al., 2005)。実際に開発に当たった、Mattick & Bligh (2006) は、RIPLSの開発において用いられた統計学的処理に問題があることを認めている。すなわち、抽出される因子は、心理的な尺度であり互いに相関のあることが十分に予想されるにもかかわらず、主因子法や直行回転を用いたことの不適切さについてである (Mattick and Bligh, 2006)。我々は、上記の指摘に加えて因子分析を実施する以前に、各項目における天井効果や床効果について検討が行われたのか否かについて明確な記述がないことも大きな問題であると考えた。たとえば、RIPLSの17番目の項目は、「Shared learning before and after qualification will help me become a better team worker」であり、日本語に訳せば「専門職者としての資格取得前、および取得後の協働学修は、良き協働者に私になることの助けとなるであろう」である。これを5件法で自己評価することになるが、望ましい答えは明確であり (すなわちStrongly agree「とてもそう思う」)、天井効果の出現が推測される。このような項目は他にも存在する。定性的な評価のためには必要な項目ではあるが、定量的に評価する尺度としてこのような項目を採用することについては、疑問が残る。また既述したように、RIPLS以外の尺度もその多くが、妥当性・信頼性において十分な吟味がされていないことが指摘されている (Oates & Davidson, 2015)。たとえば、現職者を標本として作製した尺度では、同尺度を卒前の学生に実施することが妥当かどうかについての問題も残る。これらを含む問題の原因の1つは、1990年頃より始まった数々のIPEの評価尺度構成に関する論文において、心理学的な尺度構成法およびそれに付随する因子分析を中心とする統計学的手法が正しく適応されていなかったこと、および後の検証や各国向けのローカライズ版を作成するにあたって参照可能な、データの処理手順に関する記載が極めて乏しかったことを挙げることができるだろう。

5. 北海道医療大学のIPEと初年次生向け多職種連携学習尺度 (UIPLS) の開発

北海道医療大学では様々なIPE科目が設置されている。上述のとおり、2015年前後には学部生向けに利用可能な評価尺度を見つけることができなかつたため独自に作成することとした。詳細は公刊済みの論文 (abe et al., 2019) を参照いただくとして、本稿では概略について説明する。

北海道医療大学では、初年次に全学生約750名を対象に実施するIPE科目 (「多職種連携入門」) が設置されており、全学部 (歯学部附属歯科衛生士専門学校) の学生を含む) が学部・学科を越えたグループ構成で、座学およびグループディスカッションを含む演習を経験する。IPWにおける態度、知識、技能の獲得を目指す講義であるが、その評価は、出席状況と最終的なレポート提出のみであった。学生にとっては、学んだ内容と自分自身の能力の向上を可視化することができなかった。一方、教員においては、準備した学修内容が、学生の能力向上に有意に関与しているのか否か、改善をおこなったときにどのような影響が表れるのかについて確認する手段に乏しい状況であった。国内外の既存の評価尺度の利用を検討したものの、前章で述べた理由により、独自で開発する必要がある。

そこで、JAIFE等により提案された6つのカテゴリー (患者・利用者・家族・コミュニティ中心、職種間コミュニケーション、職種としての役割を全うする、多職種を理解する、関係性に働きかける、自職種を省みる) からなるIPWに関わるコンピテンシーを基盤とし、高等教育における

IPEで使用することを前提に、オリジナルの多職種連携学習評価尺度49項目を作成した。たとえば、オリジナルの「職種間コミュニケーション」のカテゴリーでは、その小項目を「患者／サービス利用者のケアの向上のために、職種背景が異なることに配慮し、専門的知識や意見を互いにやりとりすることができる。」としている。この主旨を踏まえ、本尺度では、「協働して目標を達成するために、自分の意見を他者と互いにやり取りすることができる。」という項目に翻訳した。これは、職種背景や専門的知識がまだ十分でない低学年の学生についても、職種間でコミュニケーションをとろうという態度が重要であり、学部生で獲得すべき能力であると考えたからである。このようにして、さまざまなカテゴリーで問われるコンピテンシーは、専門的な能力を前提にしたものから、大学入学レベルの能力を前提としたものに翻訳した。

これら49項目とは別に10項目を、不適切な回答スタイル（社会的に望ましい回答をする、作為なく回答する）を検出するための項目として追加した。また、菊池のKiSS-18（18問）を外的基準として追加し合計77項目について、「そう思う」および「そうは思わない」を両端とし、10cmの直線上に丸印をつけることを求めた（VAS法）。北海道医療大学全学部学科および札幌医科大学医学部医学科の学生、1年生862名に配布し、837名より回答を得た（回収率97.0%）。不適切な回答スタイルを検出するための10項目において、顕著な得点を示した49名を分析対象より除外した。その後、コンピテンシーを評価するための49項目の回答について、無回答数、天井・床効果、GP分析、項目全体（IT）相関分析、項目間相関分析など、尺度構成に当たって必須とされる一連の分析を行った。この過程で、11項目（天井・床効果）、8項目（IT相関が0.3より小さい）、1項目（項目間相関が0.8より大きい）が除外された。残された29項目に対し、最尤法・プロマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。共通性が0.2であった一項目を除外し、因子負荷量が0.4より大きな項目のみを残し因子分析を繰り返した結果、最終的に4因子18項目が抽出された（表1参照）。4つの因子は、「グループ活動のリフレクション（4項目）」「グループ活動に対する態度（5項目）」「多職種連携協働についての知識（5項目）」「グループ活動の技能（4項目）」と命名した。また、因子ごとの下位尺度得点、および総得点は、KiSS-18と一定の相関関係にあることも確認され、抽出された項目が社会的なスキルを測定することにおいても妥当性があることが示された。

このように、JAIPEなどが提案した6つのコンピテンシーをもとに、設問項目を作成したものの、因子分析の結果、態度、知識、技能、リフレクションの4つの因子に収斂された。

2016年に実施した多職種連携入門（80分×15回）の講義前後に実施した、UIPLS総得点の変化を図1に示した。医学部の学生は、地域医療合同セミナー1というIPE科目（90分×6回）を受講している。UIPLS総得点において、医学部生の得点は受講前よりすでに高く、受講後に有意な上昇はみられなかった。一方、北海道医療大学の学生の得点（医学部医学科以外）は、受講前に比較して受講後に有意に上昇した。下位尺度である「多職種連携協働についての知識」においては、医学科を除いて全ての学科で受講後の得点が有意に上昇しており、受講の効果が顕著であった。それ以外の3つの下位尺度においても、総じて医学科の得点が受講前に高い傾向にあり、受講後の有意な上昇はみられなかった。一方、北海道医療大学の学生においては、受講後の有意な得点上昇がほぼすべての学科でみられた。これらのことから、UIPLSを用いて初年次のIPE科目の教育効果を測定できることが明らかになった。また、下位尺度における得点の上昇パターンに異同がみられることから、知識・態度・技能、リフレクションというコンピテンシーのそれぞれに対する教育効果の詳細な検討も可能であることが示唆された。たとえば今回のような講義・演習の形式では、「知識」を修得したと感じている学生が多い一方で、「態度」のような技能については、向上した感覚を獲得しづらいものと推測された。今後の講義内容の改善や、上級学年におけるIPE科目への接続などを考え

表 1. 初年次生向け多職種連携学習評価尺度
(UIPLS ; Undergraduate Version of Interprofessional Learning Scale)

以下の項目について、あなたの考えを回答してください。「そう思わない」を1、「そう思う」を6として、自分の回答を1～6のいずれかの段階にあてはめて回答してください。

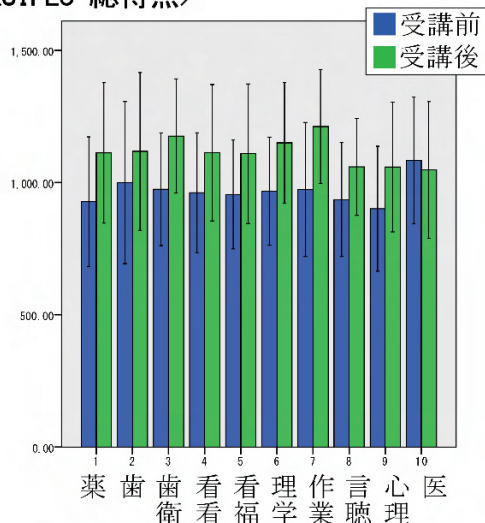
1. 話し合いで、自分の意見を言うことができる。
2. 私は、自分が目指す職業の特徴や役割を理解し、他人に説明することができる。
3. 私は、保健・医療・福祉における多職種連携について知っている。
4. 私は、グループで何かをするときには、他のメンバーに信頼されるように努力する。
5. 私は、グループ活動において、他のメンバーの感情、思考、言動がどのように推移していたのかを振り返って考えることがある。
6. 私は、保健・医療・福祉に関わる様々な職業の共通点と相違点を知っている。
7. グループ活動が苦手だ。
8. 私は、グループで作業するときには、他のメンバーに自分のことを知ってもらおうと努力する。
9. 私は、グループでの話し合いや活動では、全てのメンバーが意見を言いやすくなるような雰囲気作りを心がけている。
10. 私は、グループ活動において、他のメンバーがどのような役割を果たしていたのかを振り返って考えることがある。
11. 初めて会った人たちとも、すぐになじんでグループ活動を始めることができる。
12. 私は、グループ活動において、自分の感情、思考、言動がどのように推移していたのかを振り返って考えることがある。
13. 私は、グループ活動において、自分の言いたいことが、他のメンバーに伝わっているかどうか、意識しながら発言する。
14. 私は、グループで作業するとき、他のメンバーを尊重し、信頼するようにしている。
15. 私は、グループ活動において、自分の感情、考え方、発言が、他者からどのような影響を受けていたのかを振り返って考えることがある。
16. 保健・医療・福祉の領域において、取り組むべき課題を知っている。
17. グループ活動において、皆の意見を率先してまとめようとするほうだ。
18. 私は、自分が目指す職種では解決できない問題があるときに、他のどの職種に依頼すれば良いかを知っている。

四つの因子を構成する項目は以下の通り。①グループ活動のリフレクション（4項目）、項目5, 10, 12, 15]「グループ活動に対する態度（5項目）、項目4, 8, 9, 13, 14]「多職種連携協働についての知識（5項目）、項目2, 3, 6, 16, 18]「グループ活動の技能（4項目）1, 7*, 11, 17]。7は逆転項目であり採点時に変換する（たとえば、6点→1点, 5点→2点）。

る上で貴重な資料が得られたものとする。

作成時は、VAS法を用いていたが、その後6件法のリカートスケールに修正し、マークシート利用の年度を経て、現在はgoogleフォームを用いた回答を実施している。VAS法で作成した場合と同様の因子構造が保たれていることを確認している。設問項目は、表1のとおりである。項目7の

〈UIPLS 総得点〉



〈UIPLS 下位尺度得点〉

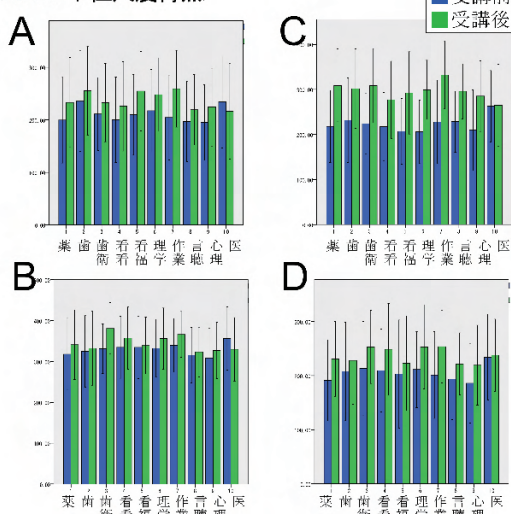


図1. IPE関連科目の事前・事後に実施したUIPLS総得点(左)および下位尺度得点(右). 総得点においては, 医学科以外のすべての学科で有意な得点の上昇があった. 下位尺度得点においては, グループ活動に対する態度(パネルB)の得点の上昇が鈍い一方, 他の3つの下位尺度得点(A: グループワークのリフレクション, C: 多職種連携協働についての知識, D: グループ活動の技能)では上昇が顕著であった. 略語)薬: 薬学部薬学科, 歯: 歯学部歯学科, 歯衛: 歯学部附属歯科衛生士専門学校, 看看: 看護福祉学部看護学科, 看福: 同臨床福祉学科, 理学: リハビリテーション科学部理学療法学科, 作業: 同作業療法学科, 言聴: 同言語聴覚療法学科, 心理: 心理科学部臨床心理学科, 医: 医学科医学科.

み, 逆転項目となっており, 回答者が作為なく同じ番号をチェックすることを予防するほか, そのような回答を行った者を検出することができるようになっている.

上述の1年生の入門科目だけでなく, 本学看護福祉学部(看護学科・看護福祉学科), リハビリテーション科学部(理学療法学科・作業療法学科)3年次生のIPE科目を対象に実施した結果についても既に報告している(川添ら, 2018). IPE科目履修群および非履修群を対象に, UIPLSを用いてIPWコンピテンシーを測定したところ, 両群とも総得点, 下位尺度得点で上昇がみられた. 非履修群でも, 「リフレクション」以外の尺度で得点が増加しており, IPEを意図しない通常の科目履修によってもコンピテンシーを高めていた可能性があることを示していた. また, 履修群では, 総得点およびすべての下位尺度得点が増加しており, 特に, UIPLS総得点, 「態度」, 「知識」については, 非履修群よりも履修群の得点上昇が大きく, IPWコンピテンシーの獲得に当該科目が有効であることが示された. また, 2022年8月に, 高学年向けのIPE科目である「全学連携地域包括ケア実践演習」を実施した. 各学部・学校から参加した22名の高学年の学生(学部3~4年, 大学院2年)が, 学科・学校混合の3つのグループにわかれ, 20名の教員と附属施設のスタッフによるサポートを受けながら, 地域包括ケアの枠組みにおいてサービス利用者に関わる課題を話し合う3日間の演習科目である. この実践的なIPE科目においても, 事後の総得点が増加することを確認しており, UIPLSがIPE科目および関連科目において, IPWコンピテンシーの向上に寄与する内容であるか否かを吟味することのできる妥当性の高い尺度であることが示唆されている.

4. おわりに

IPEおよびIPWの発展のためには, その教育プログラムの構築およびアウトカム評価に基づく改

善のサイクルが不可欠である。そのためには、定性的な評価と同時に、尺度を用いた定量的な評価も必要となる。

本稿で取り上げた評価尺度は、すべて自記式によるものであり、いわゆる自己評価である。学生自身が、自身の経験と主観的な内省に基づいて評点するものである。そのため、自己評価の高いものにおいては、IPE教育前にすでに高いコンピテンシーを示しており、IPE科目履修の効果が評価尺度の得点にあらわれにくい状況が生じる。また、自己評価を極めて低く見積もってしまう回答者や、実際に講義を受けてみてはじめて自身の能力の不足に気づき、講義履修後に自己評価を下げてしまう回答者が存在する。これらについては、自己の評価を客観的に評価するための材料として、講義内で獲得すべき能力を詳細に明示し、学生自身がこまめに自己評価し、自身の成長を確認する機会を準備することで改善できると考えられる。もちろん、客観的な指標として、チームでの話し合いへの貢献に関する他者評価を教員がフィードバックすること、ピア評価をフィードバックすること、なども有効であろう。われわれは、チームでの話し合いを評価するルーブリック（コモンルーブリック・チームワーク、関西国際大学、淑徳大学、北陸学院大学、くらしき作陽大学作成、2015）を導入し、自己評価との相関などについて検討を行っている。

定性的な評価を行うにあたっては、「多職種連携は重要だと思う」、「患者のために連携する必要がある」のような、社会的に望ましい回答が導かれやすい項目が準備される。回答者の多くが「とてもそう思う」と回答し、天井効果をもたらしてしまうために、定量的な評価には不向きである。同じ内容であっても、ワーディング（言い回し）を工夫して、ある程度妥当な得点分布をとるような項目内容に変える努力が必要である。また、天井効果・床効果だけでなく、GP分析によって、その項目における得点差が尺度の合計得点に寄与するものになっていることも確認すべきである。UIPLSにおいて採用された各項目においては、項目ごとの得点分布、および因子ごとの得点分布は、これらの基本的な要件を満たすものである（詳細は、abe et al., 2019を参照のこと）。

今後は、初年次に始まり積み上げ式の教育課程に含まれる複数のIPE科目それぞれが、どのような内容およびレベルのIPWコンピテンシーの獲得を目的とし、UIPLSをはじめとする評価尺度の得点にどのように反映されていくのかを吟味しながら、構築・改善のサイクルを回していく予定である。

引用文献

- 安部博史 & 矢田浩紀（2015）医療系総合大学における多職種連携教育のあり方に関する考察－北海道医療大学の現状と課題－。北海道医療大学人間基礎科学論集, 41, 1－21.
- Abe, H., Yada, H., Yamamoto, T., & Sohma, H. (2019) Development of the Undergraduate Version of the Interprofessional Learning Scale (UIPLS), *Journal of Allied Health*, 48(1), 3-10.
- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (2000) Evaluations of Interprofessional Education — a United Kingdom Review for Health and Social Care. Fareham : UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education 2000.
- Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., Farrell, M. P., & Brallier, S. A. (1999) Development of an Attitudes Toward Health Care Teams Scale. *Evaluation & the Health Professions*, 22(1), 123-142.
- 菊池章夫. (2004) KiSS-18研究ノート. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 6 (2), 41－51.
- 川添恵理子, 安部博史, 三国久美, 山田律子, & 石角鈴華. (2018) 医療系総合大学の多職種連携教育が看護学生の多職種連携コンピテンシーに及ぼす効果. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 14 (1), 3－10.

- 関西国際大学, 淑徳大学, 北陸学院大学, & 暮らしき作陽大学. (2015) コモンルーブリック (チームワーク) 2013年12月9日版, 平成24年度, 文部科学省が実施する大学間連携共同教育推進事業「主体的な学びのための教学マネジメントシステムの構築」. 平成24~28年度最終報告書. <http://www.jheds.or.jp/index.html>, 2022年8月31日アクセス.
- Kirkpatrick, D. (1996) Great Ideas Revisited : Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. *Training and Development*, 50(1), 54-59.
- Luecht, M., Madsen, K., Taugher, P., & Petterson, J. (1990) Assessing professional perceptions : design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Allied Health*, 19(2), 181-91.
- McNaughton, S. (2017) The long-term impact of undergraduate interprofessional education on graduate interprofessional practice : A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 426-435.
- 春田淳志. (2016) 多職種連携コンピテンシーの国際比較. *保健医療福祉連携* 9 (2), 106-115.
- Oates, M & Davidson, M. (2015) A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Medical Education*, 49, 386-398.
- Oishi, A., Haruta, J., Yoshimi, K., Goto, M., Yoshida, K., & Yoshimoto, H. (2017) Cross-cultural adaptation of the professional version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in Japanese. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 85-90.
- Schmitz, C., & Brandt, B. (2015) The Readiness for Interprofessional Learning Scale : To RIPLS or not to RIPLS? That is only part of the question. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 525-526.
- Tamura, Y., Seki, K., Usami, M., Taku, S., Bontje, P., Ando, H. Taru, C., & Ishikawa, Y. (2012) Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 56-63.
- 山本武志, 酒井郁子, 高橋平徳, 前田崇, 国井由生子, 黒河内仙奈, & 相馬仁. (2012) 日本語版 Attitudes toward Health Care Teams Scaleの信頼性・妥当性の検証. *保健医療福祉連携*, 5 (1), 2012. 21-27.