

回復期リハビリテーション病棟を有する中規模病院における 多職種連携協働の認識と組織風土との関連

高村祐子¹⁾, 川野道宏²⁾, 篠崎真枝¹⁾, 伊藤文香¹⁾, 加納尚美¹⁾,
大江佳織¹⁾, 松下博宣³⁾, 藤谷克己⁴⁾

¹⁾ 茨城県立医療大学保健医療学部

²⁾ 佐久大学看護学部

³⁾ 東京情報大学看護学部

⁴⁾ 文京学院大学保健医療技術学部

要旨

【目的】 本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）を有する中規模病院（以下、中病院¹⁾）の全職種における多職種連携協働の認識と組織風土との関連を明らかにすることである。

【倫理的配慮】 本研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得て行った（No.1003, e377）。

【方法】 回復期リハ病棟を有する中病院の全職員を対象に、日本版多職種連携協働、多職種連携協働リーダーシップ、心理的安全性、職場組織、組織学習、医療安全等の7種類のスケールを用いた質問紙により、ウェブ調査を実施した。また多職種連携協働とその他のスケールの関連性を検討するために、各スケールの重回帰分析によるモデルの検証を行った。

【結果・考察】 多職種連携協働スケールにおいては診療と介護部門に認識の違いが見られた。また組織学習から多職種連携、職場組織、心理的安全性のそれぞれのパス、職場組織から心理的安全性へのパスで有意に関連のあるモデルが同定され、適合度も十分な値が示された。組織学習で示される多職種による学び合いや課題の共有の推進が、職場全体の連携力、信頼関係等の構築につながる可能性が示唆された。

キーワード： 回復期リハビリテーション、中規模病院、多職種連携協働、組織風土、医療の質

はじめに

回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）は、急性疾患による要介護状態を集中的なりハビリテーションにより改善させる場として、介護保険制度の施行と同期して2000年に制度化された²⁾。①安静による廃用を防ぎ、日常生活動作（activities of daily living, ADL）能力を向上さ

せ、②住み慣れた地域への在宅復帰、が主な目的である。病棟における「生活」を重視したりハビリテーション医療を行うため、多くの専門職が病棟に配属され、多職種連携協働によるチーム医療が最大の特徴といえる³⁾。チーム医療は厚生労働省の「チーム医療の推進について」⁴⁾ やチーム医療推進協議会⁵⁾ 等の国の政策誘導と相まって浸透し、今や保健医療福祉に携わる専門職者の常識と認識されてきてい

る。

多職種連携協働のアウトカムについては、例えば誤嚥性肺炎の発症率の低下⁶⁾、転倒回数の減少⁷⁾等、専門的な医療チームによる介入による効果が報告されている。一方で、古川⁸⁾や吾妻ら⁹⁾により、一部の職種における連携・協働を推進する要素や困難等についても示されている。Westら¹⁰⁾は、組織風土が患者に対する医療サービスの質や安全、従業員の職務満足にも影響を与えることを実証的に示しモデル化している。つまり、専門的チームが効果をあげるには多職種連携協働に対する認識と組織全体の風土が重要であると考えられる。

昨今、松下ら¹¹⁾により日本語版多職種連携協働評価スケール(The Japanese Version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II:以下、AITCS-II-J)(巻末資料¹⁾が開発され、多職種連携協働の実態を数値で示すことが可能になった。松下ら¹¹⁾や伊藤ら¹²⁾は急性期の大規模病院(以下、大病院¹⁾)における全職種の調査を実施しているが、回復期リハビリテーション(以下、回復期リハ)を行う中病院での調査はまだされていない。そこで今回、日常的に多職種によるチーム医療が行われていると推測される施設における多職種連携協働の実態を明らかにする。また、多職種連携協働に関連する組織風土の要因を探索することで、今後の回復期リハを行う中病院の組織運営の一助としたい。

目的

本研究の目的は、回復期リハ病棟を有する中病院の全職種における多職種連携協働の実態と関連する組織風土の要因を明らかにすることである。

用語の説明

本研究では厚生労働省による統計調査¹⁾で用いられている分類、「特定機能病院、療養型病床群を有する病院及び老人病院以外の一般病院で、病床規模が500床以上の病院を大病院、100床～499床を中病院とする。」にならい、一般的な呼称である大規

模病院を大病院、中規模病院を中病院と表記している。

方法

1. 用語の定義

1) 組織風土の指標

本研究では、組織風土の構成因子を公益財団法人日本医療機能評価機構の「医療の質指標基本ガイド」¹³⁾におけるストラクチャー指標と捉え、多職種連携協働リーダーシップ(Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale:以下AICLS)、心理的安全性、職場組織、組織学習、医療安全、職務満足、主観的幸福、主観的健康の8つのスケール(巻末参考資料2～9)で測定した。

2. 対象者

回復期リハ病棟協会に登録されている中病院のうち、管理者から同意が得られたA病院とB病院の2病院の全職員とした。

1) A病院の概要

A病院は150床(うち回復期リハ病棟47床)、職員数161名のリハビリテーション専門病院である。公益財団法人日本医療機能評価機構(以下、機能評価機構)の機能種別-区分<リハビリテーション病院>3rdG: Ver1.1.0を取得、地域リハビリテーション支援センターとして指定されている公立病院である。

2) B病院の概要

178床、職員数188名の一般総合病院である。同じく機能評価機構の機能種別<複合病院(一般・療養100床以上200床未満)3rdG: Ver.6.0>と認定され、一般病棟60床、回復期リハ病棟50床等を有し県北部の二次医療圏の中核を担っている民間病院である。

3. 調査方法

1) データ収集方法

クラウドサービス(Googleフォーム:Google社が提供しているサービス)を使用し、協力者自身でWeb上の調査票へアクセスし回答した。

2) データ収集期間(Googleフォームの設定期間)

新型コロナウイルス感染症の影響により、2病院の収集期間が異なり、A病院は2021年1月～3月、B病院は2022年12月～2023年1月であった。

4. 調査内容 (全129項目)

1) 研究協力者のプロフィール

研究協力者のプロフィールは、職種、所属部署、雇用形態、所属部署での経験年数、年齢、性別、最終学歴、学生時代の多職種連携教育 (Interprofessional Education: IPE) の学修の有無および資格を取得、就職後の多職種連携教育受講経験の有無、多職種連携教育指導経験の有無、の10項目であった。

2) 多職種連携協働の認識 (表1)

(1) AITCS- II -J

多職種連携の実態を計測するスケールとして2018年にOrchardら¹⁴⁾が開発したものを、松下ら¹¹⁾がOrchardの許諾、協力のもと2020年に日本語版を作成、日本の医療機関を対象とした研究によって信頼性および妥当性は得られている。

3) 組織風土の様相 (表1)

(1) AICLS

2019年Orchardら¹⁵⁾によって開発され、松下ら¹⁶⁾がOrchardの許諾、協力のもと2020年、AITCS- II -Jと同様に信頼性および妥当性は得られている。協働的リーダーシップを測定するための特性と見なされる27項目で構成されている。

(2) 心理的安全性

1999年にEdmondson¹⁷⁾が開発、2021年村瀬ら¹⁸⁾によって日本語に翻訳され、広く一般的に使われている尺度である。組織やチームにおける個人の心理的安全性を測定するための7項目で構成されている。

(3) 職場組織

フィンランド公共部門研究 (The Finnish Public Sector Study: FPSS) により開発され1999年にKouvonenら¹⁹⁾によって信頼性・妥当性が検証された。さらに2013年カワチら²⁰⁾によって日本語版が広められた。チームワークや上司との関係性等を測定するための8項目で評価する。

表1 調査に用いたスケール一覧

視点	スケール名	項目	得点基準	段階	得点	
					最大	最小
多職種 連携協働	日本語版多職種連携協働評価スケール (AITCS- II -J)	23	あてはまる (5点)～ 当てはまらない (1点)	5	115	23
	多職種連携協働リーダーシップ評価スケール (AICLS)	27	全くない (1点)～ 常にある (5点)	5	135	27
	心理的安全性	7	まったくその通りだ (7点)～ まったくその通りでない (1点)	7	49	7
	職場組織 (ソーシャルキャピタル)	8	そう思う (4点)～ 思わない (1点)	4	32	8
組織風土	組織学習	23	まったくそう思わない (1点)～ 強くそう思う (5点)	5	115	23
	医療安全	28	そう思わない (1点)～ そう思う (5点)	5	140	28
	職務満足	2	満足している (2点)～ 不満足だ (1点)	2	2	1
	主観的幸福	2	幸福だと思う (2点)～ 幸福だと思わない (1点)	2	2	1
	主観的健康	2	健康だと思う (2点)～ 健康でないとと思う (1点)	2	2	1

(4) 組織学習

2012年 Floresら²¹⁾が開発し、日本では石井ら²²⁾によって2020年に日本語訳された。組織のメンバーの個人またはチームでの学習の姿勢、方法、共有等について評価する。

(5) 医療安全

2004年松原ら²³⁾によって開発された医療安全風土尺度を用いた。組織やチームにおける医療事故の防止のための取り組み、発生時や発生後の対応、上司やメンバーの姿勢・態度等の組織風土について評価する。

(6) 職務満足

松下ら²⁴⁾の調査を参考に、「満足している」および「不満足だ」の2段階で評価した。

(7) 主観的幸福

松下ら²⁴⁾の調査を参考に、「幸福だと思う」、「幸福だとは思わない」の2段階で評価した。

(8) 主観的健康

松下ら²⁴⁾の調査を参考に、「健康だと思う」、「健康だとは思わない」の2段階で評価した。

1. 分析方法

有効回答者のプロフィールについては単純集計した。各スケールの評価点は、全職種を診療（医師）、看護（看護師、准看護師、看護助手）、リハビリテーション（以下、リハ）（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士）、医療技術（臨床検査師、管理栄養士）、介護（介護福祉士、介護士）、その他（社会福祉士、介護支援専門員、事務、不明）の6部門における平均値を算出し、AITCS-II-Jのみメディアン検定（IBM SPSS Statistics ver.28.0J）で比較した。またAITCS-II-Jと各スケールの相関（Spearman）を確認し、AITCS-II-J以外を独立変数、AITCS-II-Jを従属変数として重回帰分析を実施した（IBM SPSS Amos ver.29.0）。その後仮説モデルを立て、より適合度の高いモデルの検証を行った。

倫理的配慮

本研究は、茨城県立医療大学の倫理審査の承認を得て行われた（No.1003, e377）。

結果

1. 有効回答者のプロフィール（表2）

2病院の全職員349名のうち120名から回答を得た。有効回答者数は113名（32.4%）であり、プロフィールは表2の通りであった。中でも職種は15職

表2 有効回答者のプロフィール n = 113

項目	内訳	人数 (%)
性別	男	34 (30.1)
	女	71 (62.8)
	無回答	8 (7.1)
年齢	20代	19 (16.8)
	30代	29 (25.7)
	40代	45 (39.8)
	50代	17 (15.0)
	60代	3 (2.7)
雇用形態	常勤	106 (93.8)
	非常勤	7 (6.2)
勤務年数	1年未満	4 (3.5)
	1-10年	64 (56.7)
	11-20年	32 (28.3)
	21年以上	13 (11.5)
最終学歴	専門学校	50 (44.2)
	大学	42 (37.2)
	大学院	14 (12.4)
	その他	7 (6.2)
IPE コースの学修 (学生の時)	有	5 (4.4)
	無	108 (95.6)
IPE の学修 (就職後)	有	14 (12.4)
	無	99 (87.6)
多職種連携教育 指導経験	有	5 (4.4)
	無	108 (95.6)
診療	医師	4 (3.5)
	看護師	46 (40.7)
	准看護師	4 (3.5)
看護	看護助手	1 (0.9)
	理学療法士	26 (23.0)
	作業療法士	6 (5.3)
リハ	言語聴覚士	4 (3.5)
	臨床心理士	2 (1.8)
	臨床検査技師	1 (0.9)
医療技術	管理栄養士	2 (1.8)
	介護福祉士	10 (8.8)
介護	介護士	1 (0.9)
	社会福祉士	2 (1.8)
その他	介護支援専門員	2 (1.8)
	事務	2 (1.8)

種あり、薬剤師、放射線技師からの回答はなかった。学生時代に、2013年から開始した本学のIPEコースのカリキュラムで多職種連携について学修した経験者は全体の1割未満であり、就職後に多職種連携教育の学修経験がある人は12.4%であった。さらに院内院外を問わず多職種連携教育の指導経験がある人は全体の4.6%であった。

2. 多職種連携協働の認識 (表3)

1) AITCS- II -J

対象全体のAITCS- II -J平均スコアは86.3 (SD15.2)であった。部門別の平均スコアは、最高が診療部門 (89.2, SD14.0)、次いで看護 (88.7, SD16.0)、医療技術 (86.0, SD12.8)、リハ (83.5, 14.2)、その他 (80.0, SD15.3) と続き、介護部門が73.0 (SD13.7) と最も低かった。また、診療と介護部門間 ($p = 0.012$) で有意差が認められた。

3. 組織風土の様相 (表3)

1) AICLS

AICLSにおける平均スコアは、診療 (93.3, SD13.5)、リハ (93.2, SD14.8)、看護 (84.5, SD16.8)、医療技術 (82.6, SD13.3)、その他 (75.0, SD14.7) と続き、介護部門が58.7, SD14.0と最も低かった。

2) 心理的安全性

リハ (27.8, SD7.8) とその他 (29.5, SD11.2) の部門以外の4部門はいずれも30点以上であり、診療

(35.3, SD9.8) が唯一35点以上であった。

3) 職場組織

いずれの部門も20点以上であり、介護が26.3点, SD2.4と最も高かった。

4) 組織学習

最高が医療技術部門 (78.3, SD13.8) で、次いで看護 (76.6, SD15.3)、その他 (74.3, SD16.1) であり、70点を下回ったのはリハ (69.3, SD15.7) と介護 (67.0, SD13.2) であった。

5) 医療安全

介護以外の5部門はいずれも80点以上であったが、介護のみ53.5点, SD16.7と低値となった。

6) 職務満足

全部門の平均は1.7点, SD0.3で、6部門とも1.6点以上を示し、診療、医療技術、その他が1.8点, SD0.2と最高値であった。次いで看護とリハが1.7点, SD0.2~0.3, 介護が1.6点, SD0.3であり、いずれも平均得点が最高と最低で0.2点以内の近似値を示した。

7) 主観的幸福

全部門の平均は1.7点, SD0.3であった。診療、看護、その他が1.7点, SD0.2, リハが1.6, SD0.4, 介護が1.6点, SD0.3, 医療技術が1.5点, SD0.4と、こちらも各部門の平均得点は僅差を示した。

8) 主観的健康

全部門の平均は1.6点, SD0.3であり、最高はリハの1.8, SD0.2であった。看護とその他が1.7点,

表3 多職種連携協働の認識と組織風土8因子の全部門および部門別平均点

	多職種連携協働の認識	組織風土							
	AITCS- II -J	AICLS	心理的安全性	職場組織	組織学習	医療安全	職務満足	主観的幸福	主観的健康
	Mean (SD)								
全部門	86.3(15.2)	84.2(12.8)	30.2(7.0)	24.5(4.2)	75.8(14.8)	82.1(17.8)	1.7(0.3)	1.7(0.3)	1.6(0.3)
診療	89.2(14.0)	93.3(13.5)	35.3(9.8)	25.3(4.7)	70.7(17.7)	86.8(14.5)	1.8(0.2)	1.7(0.2)	1.6(0.2)
看護	88.7(16.0)	84.5(16.8)	30.0(5.1)	23.7(4.5)	76.6(15.3)	80.3(19.8)	1.7(0.2)	1.7(0.2)	1.7(0.3)
リハ	83.5(14.2)	93.2(14.8)	27.8(7.8)	22.8(3.8)	69.3(15.7)	80.8(17.0)	1.7(0.3)	1.6(0.4)	1.8(0.2)
医療技術	86.0(12.8)	82.6(13.3)	30.7(6.6)	25.8(3.3)	78.3(13.8)	85.5(18.2)	1.8(0.2)	1.5(0.4)	1.6(0.2)
介護	73.0(13.7)	58.7(14.0)	32.3(8.8)	26.3(2.4)	67.0(13.2)	53.5(16.7)	1.6(0.3)	1.6(0.3)	1.6(0.4)
その他	80.0(15.3)	75.0(14.7)	29.5(11.2)	24.0(3.0)	74.3(16.1)	90.3(10.9)	1.8(0.2)	1.7(0.2)	1.7(0.2)

** . 相関係数は1%水準で有意 (両側) ※各スケールの詳細は表1参照

SD0.2~0.3, 診療, 医療技術, 介護が1.6点, SD0.2~0.4, と続き, こちらも職務満足, 主観的幸福同様各部門大きな開きはみられなかった。

4. 多職種連携協働に関連する組織風土の因子 (表4)

AITCS- II -Jと組織風土の因子とみなした各スケールとの間の相関係数rを算出したところ, 表4の結果を得た。すなわちAITCS- II -Jと「心理的安全性」(r = 0.397, p = 0.000), 「職場組織」(r = 0.437, p = 0.000), 「組織学習」(r = 0.659, p = 0.000), 「職務満足」(r = 0.274, p = 0.003), 「主観的健康」(r = 0.208, p = 0.027), の間にそれぞれ有意な相関関係が認められた。

さらに, 組織風土(心理的安全性, 職場組織, 組織学習, 医療安全, 職務満足, 主観的健康)がAITCS- II -Jに影響を与えるというモデルを検証するために, 重回帰分析で得られた結果をもとに仮説モデル(図1)を立て, 共分散構造分析を行った。結果, 推定モデルにおいて「組織学習」から「AITCS- II -J」・「職場組織」・「心理的安全性」のそれぞれのパス, 「職場組織」から「心理的安全性」へのパスで有意となり, 適合度で十分な値が示された($\chi^2 = 2.32, df = 2, p = 0.31, CMIN/DF = 1.16, TLI = 0.99, CFI = 0.99, RMSEA = 0.04, AIC = 26.32$) (図2)。

考察

1. 回復期リハを行う中病院における多職種連携協働の認識

松下ら¹¹⁾のAITCS- II -Jの大病院での調査では, 全職種の平均スコアは78.1 (SD16.02)であり, 最

高点は地域医療連携部(社会福祉士, 介護福祉士, 精神保健福祉士)93.10 (SD10.92), 診療部(医師)が79.0 (SD9.00), 看護部(看護師, 助産師, 看護補助)79.5 (SD9.80), 介護部門は無く, 最低は薬剤師(62.21, SD12.01)であった。本研究の全職種の平均は86.3 (SD15.2)で, 先行研究を8.2点上

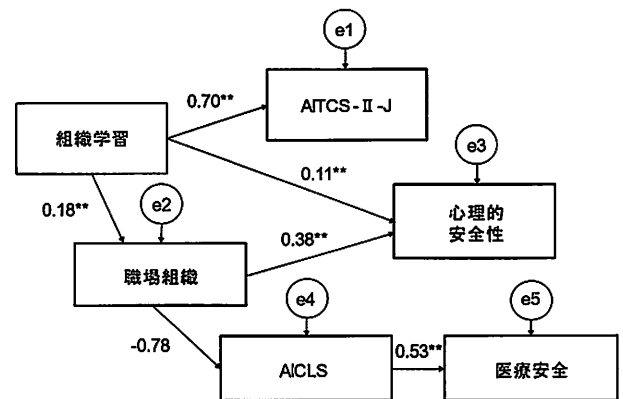


図1. AITCSと各スケールの関連を示す仮説モデル
パス図中の数字は標準化係数, 単方向矢印は因果関係(パス), □は観測変数, ○は潜在的な誤差変数を示す。
モデル適合度: $\chi^2 = 14.41, df = 9, p = 0.11, CMIN/DF = 1.60, TLI = 0.94, CFI = 0.97, RMSEA = 0.07, AIC = 50.41, **p < 0.01$

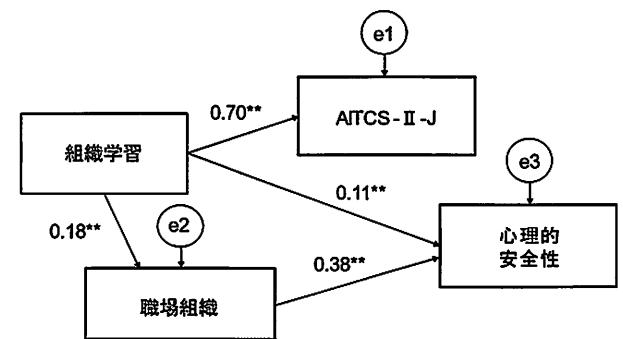


図2. AITCSと各スケールの関連を示す推定モデル
パス図中の数字は標準化係数, 単方向矢印は因果関係(パス), □は観測変数, ○は潜在的な誤差変数を示す。
モデル適合度: $\chi^2 = 2.32, df = 2, p = 0.31, CMIN/DF = 1.16, TLI = 0.99, CFI = 0.99, RMSEA = 0.04, AIC = 26.32, **p < 0.01$

表4 組織風土8因子とAITCS- II -J間の相関関係

	AITCS	心理的安全性	職場組織	組織学習	医療安全	職務満足	主観的幸福	主観的健康
AITCS- II -J	相関係数	-0.002	0.397**	0.437**	0.659**	0.085	0.274**	0.093
	有意確率	0.983	0.000	0.000	0.000	0.387	0.003	0.327

** . 相関係数は1%水準で有意 (両側)
* . 相関係数は5%水準で有意 (両側)

回った。薬剤師および放射線技師からの回答は得られなかった。最高は診療（89.2, SD14.0）で先行研究を10.2点上回り、同じく看護も88.7（SD16.0）で9.2点上回っていた。大病院の地域連携部に該当する本研究のその他の部門は（80.0, SD15.3）で13.1点下回った。

チーム医療にはいくつかの種類があると言われ、急性期では医師が中心となるメディカルモデルや調整モデルをとりやすいと言われて²⁾。つまり急性期は手術や治療、分娩等の生命維持に関わる医療行為が中心となるため、患者の治療目標達成において医師から他職種への一方向モデルや各専門職の判断に委ねる傾向がある²⁾。松下ら¹¹⁾の研究でも、地域医療連携室の「多職種連携協働」意識が医師や看護師のそれを上回っていたことから、急性期における各々の職種の特徴を表した結果ではないかと推測される。

一方で、回復期や生活期では連携・協働モデルや統合モデルをとりやすい²⁾と言われ、本研究のAITCS-II-Jについては、診療部門や看護部門の得点がその他（社会福祉士、介護支援専門員、事務）を上回っていた。また本研究のAITCS-II-Jの全部門の平均が先行研究のそれを8.2点上回ったことから、普段から医師や看護師が多職種連携協働意識を持って職務にあたっている様子や、および全職種の多職種連携協働意識が急性期大病院より強いことが伺える。

その他の部門は医師、看護師を下回ったが、大病院の平均を上回っていることから、退院支援や調整役割がその他の部門のみに偏らない、回復期リハビリテーションの特徴である全職種による連携協働体制の影響による数値なのではないかと考えられる。また互いの顔が見え易い距離の中病院のほうが、多職種連携協働を行っている認識が強くなると推測される。

2. 回復期リハを行う中病院における組織風土の様相

組織風土については、各部門近似した平均スコアを示す中、介護部門のAICLSと医療安全が他部門より20点以上の低値を示した。AICLSの質問内容は、「リーダーは全てのチームメンバーが自由に意見を言える機会を持てるようにしている」、「リー

ダーは様々な状況に適応するようにチームメンバーを励ましている」、「リーダーはメンバーがチームワークに関する共有目標を立てるように促している」というように、回答者の属するチームのリーダーに対する認識を尋ねている。リーダーを病院の管理者と捉えるのか、直属の部門の長と捉えるのかは個人によって自由であり特定できないが、いずれにしろ介護部門のメンバーによるチームリーダーへの評価は他部門より低い評価となった。その背景にある要因は本調査の結果からのみでは不明であるが、いくつかの先行研究^{25), 26)}によって介護職員の離職率の高さが指摘され、その原因のひとつとして、マンパワー不足による疲弊、給与への不満等があげられている。それが改善されないあるいは改善してくれないリーダーに対する不満が要因として推測される。しかし職務満足・主観的幸福・主観的健康は他部門と同程度であることから、介護系の施設ではない病院の医療チームの中での役割と職務に概ね充実感をもつ集団の、そのチームリーダーに対する更なる期待の現れではないかと推測される。

3. 回復期リハを行う中病院における多職種連携に影響する組織風土とは

回復期リハ病棟では、診療報酬上チーム医療を推進するために必要な職種が病棟に配属されることが規定されている²⁹⁾。例えば診療報酬²⁹⁾における回復期リハビリテーション病棟入院料1（2022年診療報酬改定時、最上位の基準）では、医師（専任1名以上）、看護職員（13:1以上、7割以上が看護師）、看護補助者（30:1以上）、療法（専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上）、社会福祉士（専任1名以上）、管理栄養士（専任1名以上）が決められているため、おのずと多職種が毎日顔を合わせ協働する構造になっている。さらに、第三者評価としての病院機能評価³⁰⁾を受審する中病院も多く、本研究の対象となった2病院も当該の評価を受審している。その主な評価項目として、良質な回復期リハを提供するための組織運営（第1領域）、リハに関わる職員の専門性（第2領域）、良質なリハケアの実践（第3領域）が設定されている。それらの下位項目として、さらに細かい規定があり、2病院ともそれらを達成するための定期的なカンファレンスや教育・研修の機会が多くも

たれている。常に多職種で学び合い情報共有していることが連携意識につながっていると推測される。加えて、「職場組織」の全部門の平均得点が24.5点、SD4.2であり、互いの理解や承認、情報共有や信頼関係が良い状態であることについて「まあそう思う」レベルで捉えられていることから、組織学習の活性化が職場組織の状態に影響していると考えられる。

次にEdmondson¹⁷⁾は、「心理的安全性」は、チームにおいて他のメンバーが自分を辱めたり拒絶したり、罰を与えるようなことはしないという確信を持っている状態であり、チームは自身にとって安全な場所であるという信念および信頼がその基盤となっていると述べている。さらにSiemensen²⁷⁾やCarmeli²⁸⁾によれば、職場の同僚との知識共有の程度に心理的安全性がどのように影響しているかを検証した結果、職場の人間関係の良さが心理的安全性を高めることや、学習行動を促進する効果があることが明らかにされている。つまり、組織風土の因子である心理的安全性、職場の人間関係、学習行動はそれぞれが相互に影響し合っていると理解できる^{27) 28)}。

本研究の検証では、組織風土の1つの因子である組織学習がAITCS-II-Jに関連していること、さらに組織学習が組織風土のその他の因子である職場組織や心理的安全性に関連することは示されたが、それらの因子が相互に影響し合っているとまでは言えない。しかし、回復期リハ病棟を有する中規模病院における多職種連携協働の認識と組織風土との関連としては初めての検証でありひとつの推論は得られたと考える。

以上のことから、本研究においては「組織学習」の促進がより良い「職場組織」や「心理的安全性」との好循環を成し、職場全体の連携力、信頼関係等の構築につながる可能性が示唆された。

結論

回復期リハを行う中病院での多職種連携協働に対する意識は、急性期病院より平均スコアが上回っていた。またAICLSと医療安全において介護部門が他部門と開きがあった。多職種連携協働を高めてい

くためには、職種を超えた積極的な情報・課題の共有や学習の機会が重要である。

研究の限界

調査は全職種を対象としたが回答が得られない職種があった。また職種の人数にばらつきがあり精度確度が十分ではない可能性がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、新型コロナウイルス感染症対応で大変お忙しい中、ご協力いただいた病院職員の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省. 統計情報・白書. 受療行動調査. 平成8年受療行動調査(確定数)の概況. 第II編関連分析1分析の概要.
https://www.mhlw.go.jp/www1/toukei/h8jyuryo_8/02-00.html, (参照2023-09-30)
- 2) 岡本隆嗣. 特集回復期リハビリテーション医療—これまでの20年, これからの20年—回復期リハビリテーション病棟における多職種連携. 日本リハビリテーション医学会誌. 2021, 58, 482-489.
- 3) 石川誠. 回復期リハビリテーション病棟の役割. 治療. 2005, 87, 133-138.
- 4) 厚生労働省. チーム医療の推進について.
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>, (参照2023-05-30).
- 5) チーム医療推進協議会: 活躍している主なチーム.
<https://www.team-med.jp/teams/>, (参照2023-05-30).
- 6) 黒川英雄, 木村ひとみ, 諫山美鈴, 高藤千鶴, 中道敦子. NSTにおける摂食・嚥下チームの専門的口腔ケアの介入の効果. 日本歯科衛生学会雑誌. 2012, 6(2), 62-69.

- 7) 榎本陽介, 坂本雄, 小諸信宏. 脳神経外科病棟における転倒転落予防に向けた多職種連携の効果. 敬心・研究ジャーナル, 2017, 1(2), 25-29.
- 8) 古川直美. 看護活動から導かれた職種間連携・協働を推進する要素. 岐阜県立看護大学紀要, 2019, 19(1), 99-110.
- 9) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 遠藤圭子. チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要, 2013, 7, 23-33.
- 10) West, M. A., Topakas, A., & Dawson, J. F. Climate and Culture for Health Care Performance. In Barbera K, Schneider B. editors, The Oxford handbook of organizational climate and culture. Oxford, Oxford University Press. 2014, 335-359.
- 11) 松下博宣, 市川香織, 藤谷克己, ドーン・プレントイス, キャロル・オーチャード, 石川弥生. 急性期医療機関における多職種連携協働の実態を計測する—日本語版多職種連携協働評価スケール (AITCS-II-J) の応用—東京情報大学研究論集. 2020, 23(2), 11-23.
- 12) 伊藤美香, 市川香織, 藤谷克己, 松下博宣. 急性期病院に勤務する看護師における多職種連携協働の実態に関連する要因の計量的探索研究. 東京情報大学研究論集. 2021, 25(1), 1-10.
- 13) 公益財団法人日本医療機能評価機構. 厚生労働省補助事業医療の質向上のための体制整備事業「医療の質指標基本ガイド」～質指標の適切な設定と計測～2022年3月14日版 https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/word_press/wp-content/uploads/2022/03/b956f5a7438d2ca71a7234287239b6d0.pdf (参照2023-08-30).
- 14) Carole Orchard, C., Pederson, L. L., Read E., Mahler, C., & Laschinger, H. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. Journal of Continuing Education in the Health Profession. 2018, 38(1), 11-18.
- 15) Carole Orchard, C., Erin Sinclair, Margot Rykhoff. The New Learnership in Health Care Teams: Progress Report of Development on a Promising Measure. Archives of Healthcare. 2019, 1(1), 20-26.
- 16) 松下博宣, 市川香織, 藤谷克己. 多職種連携・チーム医療を推進するためのコラボレーションタイプ・リーダーシップ. 第21回日本医療情報学会看護学術大会論文集. 2020, 87-90.
- 17) Edmondson, A. Psychological Safety and Learning behavior in work terms. Administrative Science Quarterly. 1999, 44(2), 350-383.
- 18) エイミー・C・エドモンドソン, 野津智子, 村瀬俊朗. 恐れのない組織—「心理的安全性」が学習・イノベーション・成長をもたらす. 英治出版 (東京), 2021.
- 19) Anne Kouvonen Mika Kivimäki, Jussi Vaheri, Tuula Oksanen, Morko Elovainio, Tom Cox, Marianna Virtanen, Jaana Pentti, Sara J Cox & Richard G Wilkinson. Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. BMC Public Health. 2006, 6, 251.
- 20) イチロー・カワチ, 高尾総司, S.V. スブラマニアン, ソーシャル・キャピタルと健康政策: 地域で活用するために. 日本評論社 (東京). 2013.
- 21) Flores, L. G., Zheng, W., Rau, D., & Thomas, C. H. Organizational learning: Subprocess identification, construct validation, and an empirical test of cultural antecedents. Journal of Management. 2012, 38(2), 640-667.
- 22) 石井馨子, 武村雪絵, 市川奈央子, 國江慶子, 木田亮平. 日本語版組織学習サブプロセス測定尺度の信頼性・妥当性の検証. 日本看護管理学会誌. 2024, 24(1), 63-71.
- 23) 松原伸一, 鮎澤純子, 萩原明人. 医療安全に関する組織風土尺度の開発—看護職を対象とした医療機関の安全風土に関する実証的研究—. 安全医学. 2004, 1(2), 78-88.
- 24) 松下博宣, 市川香織. 多職種連携の実態と主観的幸福感の関係—幸福な専門職はチーム医療に「協力」する—. 東京情報大学研究論集. 2021, 24(2), 1-12.
- 25) 松元佳代. 介護職員の職場環境と職務満足度および離職に関する考察. 熊本大学医学部保健学

- 科紀要, 2011, 7, 85-105.
- 26) 小木曾加奈子, 阿部隆春. 介護老人保健施設におけるケアスタッフの仕事全体の満足度・転職・離職の要因—職務における9つの領域別満足度との関連を中心に—. 社会福祉学, 2010, 51(3), 103-118.
- 27) Siemsen, E., Roth, A. V., Belasubramanian, S. & Anand, G. The influence of Psychological safety and confidence in Knowledge sharing. *Manufacturing & Service Operations Management*. 2009, 11(3), 429-447.
- 28) Carmeri, A., Brueller, D. & Dutton, J. E. Learning behaviors in the workplace. The role of high-quality interpersonal Relationships and psychological safety. *Systems Research and Behavioral Science*. 2009, 26(1), 81-98.
- 29) 令和3年度中央社会保険医療協議会（中医協：厚生労働大臣諮問機関）総会資料. 回復期入院医療について. 令和2年度診療報酬改定Ⅲ-1医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑬回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000864213.pdf>, (参照 2023/09/30)
- 30) 日本医療機能評価機構. 病院機能評価（高度・専門機能）リハビリテーション（回復期）Ver.1.0評価項目解説集. 公益財団法人日本医療機能評価機構, 2022.

参考資料1. 日本語版多職種連携協働評価スケール (AITCS- II -J)

-
- 1 患者目標を設定するときは患者を巻き込んでいる
 - 2 私が所属するチームはケアプロセスを決めるときに患者の要望に耳を傾けている
 - 3 常時患者ケアについてミーティングを行い話し合いをしている
 - 4 患者ニーズに基づいて, 健康やソーシャルサービス (家計, 仕事, 住まい, 地域とのつながり, スピリチュアル) に関わる調整をしている
 - 5 患者ケアについて話し合うためにチームメンバーとは首尾一貫したコミュニケーションをしている
 - 6 患者個々のケア目標設定に関わっている
 - 7 治療計画, ケアプラン等を立てるときは, 多職種の知識やスキルを活用するために, 多職種のメンバー, 患者, 家族に働きかけている
 - 8 治療計画, ケアプラン等を調整するときには, 患者や家族と一緒に進んで行く
 - 9 チーム内では皆が力を出し合って協力している
 - 10 お互いが尊敬しあい信頼している
 - 11 皆オープンで親切だ
 - 12 振り返りと改善によってチームの機能に変化を加えている
 - 13 異なる意見がでるときは, お互いが満足のゆく解決ができるよう努力している
 - 14 お互いができることとできないことを理解している
 - 15 チーム内で知識とスキルが共有されていることを理解している
 - 16 チームメンバーの間には信頼感ができあがっている
 - 17 職場には多職種協働 (チーム医療) について独自の取り決めがある
 - 18 チーム内では, メンバーによって合意された目標が公平に分担されている
 - 19 チームミーティングでは, 患者・家族を含めてオープンにコミュニケーションをとることが奨励され支持されている
 - 20 対立や衝突を解決するためにあらかじめ決められた手順を活用している
 - 21 変化する患者のニーズに応じてメンバーはチームリーダーをサポートしている
 - 22 皆が一緒になってチームリーダーを選んでいる
 - 23 チームミーティングに患者を含めることをオープンにサポートしている
-

あてはまる (5点)・ややあてはまる (4点)・どちらともいえない (3点)・ややあてはまらない (2点)・あてはまらない (1点)
Max15点 Min23点

参考資料2. 多職種連携協働リーダーシップ評価スケール (AICLS)

- 1 リーダーは、メンバーのチームワークへの貢献の価値が分かるようにメンバーを援助している
- 2 リーダーは、チームメンバーが互いの専門性を重んじることを奨励している
- 3 リーダーは、チームメンバーが、ケアプランに取り組むにあたり、補完的な能力（知識、スキル、及び専門性の共有）を活用することを奨励している
- 4 リーダーは、全てのチームメンバーが自由に意見を言える機会を持てるようにしている
- 5 リーダーは、チームメンバーが共有した成果を有意義で価値あるものと見なすように促している
- 6 リーダーは、チームメンバーが一緒になって意思決定するプロセスを持つことを奨励している
- 7 リーダーは、関連する重要なケアの問題に現状（つまり、ものごとの通常のやり方）を超えて集中するようメンバーを奨励している
- 8 リーダーは、複雑な患者/クライアントのケア計画に対し、創造的な解決策を生み出すようにメンバーに働きかけている
- 9 リーダーは、メンバーに同様の状況に対処する際、従来の方法を再考するように勧めている
- 10 リーダーは、すべてのチームメンバーに対してケア計画の問題についてオープンに話し合うことを奨励している
- 11 リーダーは、提案された変化を成し遂げるためにチームメンバーを支援している
- 12 リーダーは、様々な状況に適応するようにチームメンバーを励ましている
- 13 リーダーは、メンバーに、納得がいかない事を疑問視するよう促している
- 14 リーダーは、患者/クライアントのケア計画を立案する際に不確実なことがある場合には、チームメンバーが新機軸を打ち出すことを支援している
- 15 リーダーは、全てのメンバーがケア計画に関する問題について、意見を共有する機会を持てるようにしている
- 16 リーダーは、メンバーがチームワークに関する共有目標を立てるように促している
- 17 リーダーは、状況に応じて役割を調整することをチームメンバーに促している
- 18 リーダーは、メンバーがチームの意思決定プロセスに貢献することに、責任を持って参加するよう促している
- 19 リーダーは、メンバーの視点をまとめあげ、ケア計画の開発における意思決定プロセスを共有することに注意を向けさせている
- 20 ケア計画が実行される時には、作業はメンバーの能力に応じてチームメンバー全体で分担されている
- 21 チームメンバーは、患者が協働的リーダーになれるようにサポートしている
- 22 チームメンバーは、求められるれば率先してチームをリードする能力を発揮している
- 23 全てのチームメンバーは、チームワークを共有して参加意識と説明責任を受け入れている
- 24 チームメンバー全員は、チームが共有する共通の目標達成に向けて貢献している
- 25 チームメンバーは、チームを効果的に導くことができるように、互いに精神的に支え合っている
- 26 ケア計画を立案するときは、ニーズに応じて、リーダーが交代するのをサポートしている
- 27 メンバー全員が一緒になってリーダーを選んでいる

全くない (1点)・まれにある (2点)・度々ある (3点)・ほぼある (4点)・常にある (5点)
Max135点 Min27点

参考資料3. 心理的安全性

- 1 もし私がこのチームでミスをしたら非難されることが多い (R)
- 2 このチームメンバーは困難な課題も提起することができる
- 3 このチームメンバーは自分と違うことを理由に他者を拒否することがある
- 4 このチームなら安心して達成が不確実または困難な課題に挑戦することができる
- 5 このチームメンバーに対して助けを求めにくい (R)
- 6 このチームには私の成果をわざと台無しにするような行動を取る人は誰もいない
- 7 このチームメンバーと仕事をする中で私のスキルと才能は尊重され活かされている

まったくその通りだ (1点)・その通りだ (2点)・ややその通りだ (3点)・どちらでもない (4点)
ややその通りではない (5点)・その通りではない (6点)・まったくその通りでない (7点)
Max49点 Min7点

参考資料4. 職場組織

- 1 上司は親切心と思いやりをもって私たちに接してくれる
- 2 上司は私たちの従業員としての権利に対して理解を示してくれる
- 3 われわれの職場では、共に働こう、という姿勢がある
- 4 仕事に関連した事柄や、問題について部署内で情報を共有している
- 5 お互いに理解し、認め合っている
- 6 部署のメンバーは、できるだけ最良の成果をだすために、お互いにアイデアを出し合い、生かし合っている
- 7 部署の人々は、新しいアイデアを展開・運用するために協力しあっている
- 8 われわれの上司は信頼できる

そう思う (4点)・まあそう思う (3点)・あまり思わない (2点)・思わない (1点) Max32点 Min8点

参考資料5. 組織学習

- 1 私たちは顧客や供給者その他事業関係者から学ぶ
- 2 私たちは常に他組織と比較しながら自分たちを評価する
- 3 私たちは院外から関連情報を入手するプロセス（方法）がある
- 4 私たちは既存の知識から新たな知識をつくり出す
- 5 異なる領域の従業員同士が経験や知識を共有している
- 6 あるグループが学んだ教訓は他のグループと積極的に共有される
- 7 当院には、個人間で知識をやりとりするプロセス（方法）がある
- 8 当院には、組織全体に知識を伝える効果的なプロセス（方法）がある
- 9 私たち従業員一人ひとり、新たな関連情報が示された時に「決断」を再考する心構えがある
- 10 私たち従業員は、課題とコンセプトを深く理解しようと努める
- 11 私たち従業員はわからないことについて尋ねることをためらわない
- 12 私たち従業員一人ひとり、何をやるかだけでなく、なぜやるのかを知ることに関心がある
- 13 私たちは共通の理解に至るまで課題について話し合う
- 14 経営陣は組織のさまざまな部門・領域からの情報を統合する
- 15 私たち従業員は、課題や懸案を解決するために定期的に集まる
- 16 私たちは対話と論理的思考で合意に至るように努める
- 17 当院は、同僚とのコミュニケーションを通じて経営ビジョンを共有することや理解しようとすることを重視している
- 18 私たちは情報を保持するために多大な努力をしている
- 19 私たちには情報を保存する効果的な仕組みがある
- 20 当院には公式なデータ管理機能がある
- 21 当院は業務のガイドとなる詳細な情報を保管している
- 22 特定の情報が必要な際に、従業員は誰がその情報を持っているか知っている
- 23 業務に必要な情報を得るのに、病院のファイルやデータベースを利用できる

まったくそう思わない (1点)・そう思わない (2点)・どちらとも言えない (3点)・そう思う強く (4点)・そう思う (5点)
Max115点 Min23点

参考資料6. 医療安全

- 1 医療事故防止のための取り組みに、現場の職員の意見が反映されている
- 2 業務上の規則や手順を、より良くしていこうとする姿勢がある
- 3 医療事故防止のための取り組みに、過去に起きた事故の教訓が生かされている
- 4 患者の安全に関わる職場の問題点はすみやかに改善される
- 5 医療事故防止に役立つアイデアを積極的に取り入れている
- 6 他の人に知られることがない限り、ミスをしたことを黙っていてもいいだろう、という雰囲気がある (R)
- 7 患者に実害のないミスであれば、報告しなくてもいいだろう、という雰囲気がある (R)
- 8 問題さえ起こさなければ規則と少し違うことをしても、許される (R)
- 9 患者に実害のないミスなら患者やその家族に説明しなくてもいいだろう、という雰囲気がある (R)
- 10 医療事故防止のための取り組みに、患者やその家族の意見が反映されている
- 11 患者と職員が、患者の受ける医療について、お互いの納得のいくまで話しあえる
- 12 医療のプロセスに、患者やその家族が参加できるように、支援している
- 13 職場の医師・職員は、職員・医師がよりよい医療事故防止策を提案したら、真剣に検討してくれる
- 14 職場の医師・職員は、職員・医師が反対意見を言っても感情的にならず、真剣に聞いてくれる
- 15 職場の医師・職員は、職員・医師に医療事故を防止するため、積極的に助言している
- 16 職場の医師・職員は、職員・医師が安全な行動をしているかどうか、常に注意を向けている
- 17 私の上司は、部下がよりよい医療事故防止策を提案したら、真剣に検討してくれる
- 18 私の上司は、部下が安全な行動をしているかどうか、常に注意を向けている
- 19 私の上司は、部下が反対意見を言っても、感情的にならず、真剣に聞いてくれる
- 20 私の上司は、部下に医療事故を防止するため、積極的に指導している
- 21 安全管理委員会は、患者の安全が確保されているかどうか、積極的に職場を巡視している
- 22 安全管理委員会は、職員に医療事故を防止するための情報を積極的に提供している
- 23 安全管理委員会は、医療事故防止対策に職員の意見を積極的に反映させている
- 24 安全管理委員会は、医療事故につながる出来事を適切に分析している
- 25 医療事故防止に必要な物品は充足している
- 26 院内の規則は、医療事故防止に役立っている
- 27 作業手順に関するマニュアルは医療事故防止に役立っている
- 28 物品の配置は、医療事故が起らないように考慮されている

そう思わない (1点)・どちらかといえばそう思わない (2点)・どちらともいえない (3点)
どちらかといえばそう思う (4点)・そう思う (5点) Max140点 Min28点

参考資料7. 職務満足

質問	選択肢
あなたの職務に対する満足について	満足している／不満足だ
満足している (2点)・不満足だ (1点) Max2点 Min1点	

参考資料8. 主観的幸福

質問	選択肢
あなたの主観的な幸福について	幸福だと思う／幸福だとは思わない
幸福だと思う (2点)・幸福だとは思わない (1点) Max2点 Min1点	

参考資料9. 主観的健康

質問	選択肢
あなたの主観的な健康について	健康だと思う／健康でないと思う
健康だと思う (2点)・健康でないと思う (1点) Max2点 Min1点	

Relationship Between Interprofessional Collaboration and Organizational Climate in a Medium-sized Hospital with a Convalescent Rehabilitation Ward

Yuko Takamura¹⁾, Michihiro Kawano²⁾, Masae Shinozaki¹⁾, Ayaka Ito¹⁾, Naomi Kanou¹⁾, Kaori Ohe¹⁾, Hironobu Matsushita³⁾, Katsumi Fujitani⁴⁾

¹⁾ Faculty of Health Science, Ibaraki Prefectural University Health Science

²⁾ Saku University Nursing Department

³⁾ Faculty of Nursing, Tokyo University of Information Sciences

⁴⁾ Faculty of Health Science Technology, Bunkyo Gakuin University

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify the relationship between perceptions of Interprofessional Collaboration and organizational climate among all professionals that Rehabilitation ward for convalescent period in the medium-sized hospital.

Method: A web-based survey was conducted among all employees of a medium-sized hospital that Rehabilitation ward for convalescent period patients, using a questionnaire with Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS), Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (AICLS), Psychological safety, workplace organization, organizational learning, and medical safety. In order to examine the relationship between collaboration among professions and the other scales, a multiple regression analysis of each scale was conducted to validate the model.

Ethical: This study was approved by the Ethics Committee of Ibaraki Prefectural University of Health Sciences.

Results/Discussion: In the AITCS differences in perceptions were observed between the medical and nursing care sectors. Significantly related models were identified in the paths from organizational learning to multidisciplinary collaboration, workplace organization, and psychological safety, and from workplace organization to psychological safety. It was suggested that the promotion of learning and sharing of issues among multiple professions, as indicated by organizational learning, may lead to the building of cooperative power and trust in the workplace as a whole.

Key words: rehabilitation ward for convalescent period, medium-sized hospital, Interprofessional Collaboration, organizational climate, quality of medical care