

# コラボレーティブ・リーダーシップは 組織学習と多職種連携を橋渡す

## 日本語版多職種連携評価尺度 (AITCS-II-J) 等を用いた計量的研究

松下 博宣\*・石井 馨子\*\*・木田 亮平\*\*・藤谷 克己\*\*\*

MATSUSHITA, Hironobu・ISHII, Keiko・KIDA, Ryohei・FUJITANI Katsumi

急性期病院 A の全職員を対象にして、ウェブベースの匿名質問票を 1,495 名に配布し、725 名の職員から回答を得て、最終的に 632 名のデータを分析した。質問項目は、人口統計学的項目と多職種連携協働、コラボレーティブ・リーダーシップ、組織学習に関する認知を計測する 3 つの尺度を用いた。本研究によって、組織学習と多職種連携協働に対するコラボレーティブ・リーダーシップの媒介効果の可能性が計量的に示された。また、重症ユニット系の看護師と一般病棟の看護師との間には、いくつかの点において認識の差があることが示唆された。

### はじめに

医療現場、特に集中治療の分野では、多職種連携が注目されている。2010 年に世界保健機関 (WHO) は、多職種連携協働<sup>\*1</sup>の推進を提唱した<sup>1)</sup>ことを受けて、2013 年に日本においても厚生労働省が「多職種協働によるチーム医療の推進事業実施要綱」<sup>2)</sup>を公表し、医療の質や安全性を維持するためには高い専門性を活かして多職種で連携・補完しあう多職種連携 (= チーム医療) が重要であると強調している。2015 年に Society of Critical Care Medicine (SCCM) は「集中治療医が主導する多職種連携チーム」と「多職種連携チームによる重症患者管理」を提唱した<sup>3)</sup>。これを受け、2021 年に日本集中治療医学会は「集中治療室に関与するすべての医療従事者は、各々の専門性を活かし診療に携わるとともに、各視点から医療の安全性を評価し (多専門職)、連携することで質の向上に努めること」<sup>4)</sup>を提唱している。

このようなことを背景として、急性期病院 A (A 病院という) では、重症ユニット系を含め、全病院で多職種連携協働の推進に取り組んでいる。A 病院の幹部は、重症ユニット系のみならず一般病棟も含め急性期医療を高度化し、さらに良質な医療を提供するためには、多職種連携協働の成熟化が必須であるとの認識を抱いていた。しかしながら、従来の多職種連携協働に関するアプローチ

\*1

「多職種連携」は多職種間で互いに連絡をとり協力して物事を行うという方法。「多職種協働」は多職種が同じ目的のために対等の立場で協力して共に働くという内容をそれぞれ示している。したがって、多職種連携協働には、多職種連携という方法を用いて多職種協働を行っているという網羅的な意味合いがある

\* 東京情報大学 看護学部

\*\* 東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 看護管理学/看護体系・機能学分野

\*\*\* 文京学院大学 保健医療技術学部

\*2  
あるべき姿やあるべき理想の  
構想を提示する言説。

は、ともすれば「コミュニケーションを活性化させよう」「チーム内で職種の壁を越えて目的を共有しよう」「お互いの職種の性格を理解しあおう」というようなスローガンが中心であり、重症ユニット系や病棟ごとの多職種連携協働の成熟度や実態認識の差異については不明な部分が多かった。その理由の1つが、多職種連携協働の成熟度や実態を可視化するツールとデータがないことであった。

さて、岡田ら<sup>5)</sup>によれば、集中治療医の強みは、重症患者管理の幅広い知識と技能をもち、強力なリーダーシップや他の医療者との優れたコミュニケーション能力をもつことである。Wilcoxら<sup>6)</sup>が行った過去のメタ解析研究では、集中治療医がICUの患者管理へ積極的に関与するとICU死亡率・院内死亡率が低下し、ICU滞在期間・入院期間が短縮することが示されている。その一方、集中治療医の介入効果は年々薄れてきており、集中治療医のICU常駐は必ずしも患者死亡率を低下させないことが明らかになっている。Gershengornら<sup>7)</sup>は、この理由の1つとして、医療者が診療ガイドラインに従うようになってきたことを挙げている。

多職種連携協働を推進するための教育については、どのような効果があるのだろうか。海外の先行研究においては、多職種連携協働に寄与する多職種連携教育 interprofessional collaboration education (IPE) が高い学習効果を及ぼすこと、医療のアウトカムに影響を及ぼすことが複数のエビデンスから示されている<sup>8,9)</sup>。また、病院組織と組織学習を関連づける報告がある<sup>10~12)</sup>。しかしながら、多職種連携協働を組織学習とリーダーシップの視点から計量的にとらえる研究は希少である。そこでA病院は、信頼性と妥当性(メモ1)が検証されている3種類の尺度を用いて、多職種連携協働、リーダーシップ、組織学習の3側面を可視化して現状を把握することにした。

このような背景のもと、Matsushitaら<sup>13)</sup>によって開発され、多職種連携協働の実態認識と成熟

度を可視化する日本語版多職種連携評価尺度(AITCS-II-J)とインタープロフェッショナル・コラボレーティブ・リーダーシップ評価尺度(AICLS日本語版)<sup>14)</sup>と石井ら<sup>15)</sup>によって開発された日本語版組織学習サブプロセス測定尺度(OL)を含む調査を行うことにした。これらの尺度を用いて、A病院全体、および重症ユニット系(ICU, CCU, SCU, HCU, GCU, NICUを含む)で実際に働く全職員のうち、看護師の多職種連携協働の成熟度や実態認識を可視化・計量化して比較することにした。看護師を選択した理由は、A病院に雇用される単一の職種としては人数が最多であり、多職種連携協働を推進するうえでキーとなる職種であるためである。

多職種連携協働の高度化には、良きリーダーが協調的なリーダーシップを十全に発揮するコラボレーティブ・リーダーシップの存在とチームとしての学び、つまり組織学習が重要であるとされる<sup>16)</sup>。本研究では、とかく規範論\*2になりやすい多職種連携協働、コラボレーティブ・リーダーシップ、組織学習の関係を、信頼性と妥当性が検証されている3つの尺度を活用して計量化を試みた。

## 方法

本調査は、2021年11月~2022年1月にかけてA病院の全職員を対象にして、ウェブベースの匿名質問票を用いて実施された。アンケートは1495名に配布された。質問項目は、以下に述べる①多職種連携協働、②コラボレーティブ・リーダーシップ、③組織学習に関する認知を計測する3つの尺度、および人口統計学的項目であり、それぞれをLikertスケールで5段階(5:よく当てはまる, 4:当てはまる, 3:どちらともいえない, 2:当てはまらない, 1:まったく当てはまらない)で評価した。

①日本語版多職種連携評価尺度(AITCS-II-J) Assessment of Interprofessional Team collaboration Scale (AITCS)は、Orchard<sup>17)</sup>によって英語で開発され、信頼性と妥当性が検証され英語圏で多職種連携協働の実態・成熟度を評価する際に、広範に活用されている尺度である。AITCSには3つの特徴がある。第1に多言語への展開である。英語圏のみならず、ドイツ語、スペイン語、ポルトガル語、フランス語、スウェーデン語等の

## メモ1

### 信頼性と妥当性

尺度は、①測定値の一貫性や安定性が保証された「信頼できる(reliable)」ものであること、②測定しようとしている概念を正確に測定できる妥当な(valid)ものである必要がある。前者が信頼性であり、後者が妥当性である。

■表 1 日本語版多職種連携評価尺度 (AITCS-II-J)

		有効度数	平均値	中央値	標準偏差
1	患者目標を設定するときは患者を巻き込んでいる	632	3.4	3.0	1.0
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	632	3.6	4.0	1.0
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	632	3.7	4.0	1.1
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）にかかわる調整をしている	632	3.5	4.0	1.0
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	632	3.5	4.0	1.0
6	患者個々のケア目標設定に関わっている	632	3.6	4.0	1.1
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	632	3.6	4.0	1.0
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やって行う	632	3.3	3.0	1.0
9	チーム内では皆が力を出し合って協力している	632	3.8	4.0	1.0
10	お互いが尊敬しあい信頼している	632	3.6	4.0	1.1
11	皆オープンで親切だ	632	3.5	4.0	1.1
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	632	3.5	4.0	1.0
13	異なる意見が出るときは、お互いが満足のゆく解決ができるよう努力している	632	3.4	4.0	1.0
14	お互いができることとできないことを理解している	632	3.5	4.0	1.0
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	632	3.5	4.0	1.0
16	チームメンバーの間には信頼感ができあがっている	632	3.5	4.0	1.1
17	職場には多職種連携協働（チーム医療）について独自の取り決めがある	632	3.2	3.0	1.1
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	632	3.2	3.0	1.1
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	632	3.4	3.0	1.0
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	632	3.0	3.0	1.0
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	632	3.4	3.0	1.0
22	皆が一緒になってチームリーダーを選んでいる	632	2.9	3.0	1.2
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	632	3.0	3.0	1.1

文献 13 より作成

多言語に翻訳されて使用されている。第2に国際性である。米国、カナダ、ブラジル、ドイツ、ユーゴスラビア、日本、韓国などの急性期医療を含む多様な医療制度、ヘルスケア文化をもつ国々の臨床現場で用いられている。第3に、広範にわたるケアの現場で使われていることである。プライマリケア、病院、medical home<sup>\*3</sup>、国際的なボランティア活動に参加する医療者、学生、地域ケアなどの場を含め汎用的に用いられている<sup>17)</sup>。AITCS-II-Jは、前述したAITCSを原作者のOrchardと松下らが、国際共同研究プロジェクトを立ち上げて日本語化し、信頼性と妥当性を実証したうえで、複数の日本の医療機関で用いられている(表1)<sup>13)</sup>。この尺度は、パートナーシップ、協力、調整の3因子によって構成され、全23質問によって成り立つ<sup>\*4</sup>。

## ②インタープロフェッショナル・

### コラボレーティブ・リーダーシップ評価尺度 (AICLS) 日本語版

近年、臨床で多職種連携協働を促進するリーダーシップ・スタイルとして、コラボレーティブ・リーダーシップが支持されている<sup>18~22)</sup>。Sinclairら<sup>23)</sup>は、コラボレーティブ・リーダーシップを、患者・家族を含むチームの全メンバーが、ともに働くことに価値を見いだし、資源を共有して、患者が達成可能で望ましい健康アウトカムに到達することを支援することによって、グループをリードする能力を相互に作用しつつ受け入れるときに生じるリーダーシップであると定義している。

本研究では、コラボレーティブ・リーダーシップを計測する尺度として、前掲の定義をもとにSinclair<sup>23)</sup>が開発したAssessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (AICLS)

\*3

患者中心の医療施設とも呼ばれ、最大の健康アウトカムを目標にチーム医療によって患者に包括的な医療を提供する施設。

\*4

3つの尺度それぞれの有効度数、平均値、中央値、標準偏差をアベンティスクより抜粋した。

■表2 インタープロフェッショナル・コラボレーティブ・リーダーシップ評価尺度 AICLS (日本語版)

		有効度数	平均値	中央値	標準偏差
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。	632	3.5	4.0	1.0
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。	632	3.6	4.0	1.0
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。	632	3.6	4.0	1.0
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。	632	3.6	4.0	1.1
5	リーダーは、メンバーに、納得がいけない事を疑問視するよう促している。	632	3.4	3.0	1.0
6	リーダーは、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。	632	3.4	3.0	1.0
7	チームメンバーは、求められれば率先してチームをリードする能力を発揮している。	632	3.5	4.0	1.0
8	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。	632	3.5	4.0	1.0
9	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。	632	3.6	4.0	0.9
10	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。	632	3.4	3.0	1.0

文献 14 より作成

■表3 日本語版組織学習サブプロセス測定尺度 (OL)

		有効度数	平均値	中央値	標準偏差
1	私たちは顧客や供給者その他事業関係者から学ぶ	632	3.6	4.0	1.0
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	632	3.3	3.0	1.0
3	私たちには院外から関連情報を入手するプロセス（方法）がある	632	3.3	3.0	1.0
4	私たちは既存の知識から新たな知識をつくり出す	632	3.5	3.0	0.9
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	632	3.5	4.0	1.0
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	632	3.4	3.0	1.0
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	632	3.2	3.0	1.0
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	632	3.4	3.0	1.0
9	私たち従業員一人ひとり、新たな関連情報が示されたときに決断を再考する心構えがある	632	3.4	3.0	0.9
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	632	3.5	3.0	0.9
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	632	3.6	4.0	1.0
12	私たち従業員一人ひとり、何をやるだけでなく、なぜやるのかを知ることに関心がある	632	3.6	4.0	0.9
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	632	3.4	3.0	1.0
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	632	3.3	3.0	1.0
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	632	3.5	4.0	1.0
16	私たちは対話と論理的思考で合意に至るよう努める	632	3.5	3.0	0.9
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	632	3.2	3.0	1.0
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	632	3.7	4.0	0.9
19	私たちには情報を保存する効果的な仕組みがある	632	3.4	3.0	1.0
20	当院には公式なデータ管理機能がある	632	3.5	4.0	1.0
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	632	3.5	4.0	1.0
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	632	3.3	3.0	1.0
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	632	3.5	4.0	1.0

文献 15 より作成

の日本語短縮版、すなわち、AICLS 日本語版 (表 2)<sup>15)</sup> を使用した。この尺度は、従来のような規範論ではなく、多職種連携協働にフィットするリーダーシップの要素を、先行研究を分析したうえ

で計量的・実証的に抽出したものである。AICLS 日本語版は、原著者 Orchard の許諾を得たうえで藤谷・松下ら<sup>14)</sup> が翻訳と逆翻訳を行い、日本の B 自治体立病院との共同研究によって信頼性

と妥当性が検証された10項目の尺度である。

### ③日本語版組織学習サブプロセス測定尺度 (OL)

人は個人としても学習するが、組織やチームも学習主体として学習する。組織学習 organization learning とは、組織が新しい情報、知識を獲得し、それらを活用して、組織行動に変化をもたらす過程である。組織学習は、組織が不確実な状況や環境の変化に対応するために有効とされている。

このような背景のもと、本研究は、Floresら<sup>24)</sup>によって開発された組織学習サブプロセス測定尺度 (Measurement Scale for the Organizational Learning Subprocesses) を翻訳・逆翻訳し、信頼性・妥当性が検証された「日本語版組織学習サブプロセス測定尺度」<sup>15)</sup>を用いた。同尺度 (表3) は、情報獲得、情報分配、情報解釈、情報統合、組織記憶の5つの下位尺度と全23項目の質問によって成り立つ。

従来、医療界では多職種連携の重要性は頻りに指摘されてきたが、組織学習やリーダーシップが、多職種連携にどのように関係しているのかは未解明であった。特に、リーダーシップの組織学習と多職種連携に対する媒介効果は明らかではない。また、重症ユニット系の看護師と一般病棟に勤務する看護師の多職種連携に対する認知の差異も計量的に明確化されていない。よって、本研究では、以下のようなリサーチ・クエスチョンを設定した。

- ①全職種を対象とする仮説：コラボレーティブ・リーダーシップ (AICLS 日本語版) は、組織学習 (OL) と多職種連携 (AITCS-II-J) を橋渡し・媒介する
  - ②看護師のみを対象にした仮説：重症ユニット系は一般病棟と比べ、手厚い資源が投入され、高度な多職種連携協働が日夜遂行されていて、治療成績も良好であることから、重症ユニット系看護師の各尺度の平均得点は、一般病棟の看護師の各尺度の平均得点よりも有意に高い
- 本調査実施にあたり、A病院倫理委員会の承認 (承認番号 03-009) と文京学院大学の倫理委員会の承認 (承認番号 2021-0006) を得た。

## 結果

本調査には725名の病院職員が参加し、最終的に632名のデータを分析した。回答者の職業は、看

## メモ2

### 共分散構造分析とは

アンケート回答やテストの得点、実験データにおいて、項目 (変数) 間の相関・因果関係について仮説を立てて、それが正しいか検証する統計的手法である。因果関係の仮説は項目間を矢印で結んだパス図で表し、項目間の関係性の強さはパス係数で表し、その大小によって因果関係を示す。本研究においては、実際に測定されたアンケートデータを観測変数、直接測定されていない各尺度のデータを潜在変数と定義し、潜在変数をさらに説明変数、媒介変数、目的変数へ分類した。

■表4 組織学習 (OL)、コラボレーティブ・リーダーシップ (AICLS 日本語版)、多職種連携協働 (AITCS-II-J) 3変数間の関係

尺度名	方向	尺度名	$\beta$ 推定値	p 値
AICLS 日本語版	←	組織学習 (OL)	0.80	***
AITCS-II-J	←	組織学習 (OL)	0.37	***
AITCS-II-J	←	AICLS 日本語版	0.58	***

OL : Measurement Scale for the Organizational Learning Subprocesses (組織学習)  
AICLS : Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (コラボレーティブ・リーダーシップ)  
AITCS-II-J : Assessment of Interprofessional Team collaboration Scale II Japanese version (多職種連携協働)

\*\*\* $p < 0.001$

護師が最も多く431名 (68.2%)、次いで医師84名 (13.3%) であった。

### 組織学習、コラボレーティブ・リーダーシップ、多職種連携協働の関係性 (全職種)

組織学習 (OL) を説明変数、多職種連携協働 (AITCS-II-J) を目的変数、コラボレーティブ・リーダーシップ (AICLS 日本語版) を媒介変数とした共分散構造分析 (推定法：最尤推定) (メモ2) を実施した。3つの変数は潜在変数とし、間接効果<sup>\*5</sup>はブートストラップ法 (2000回複製)<sup>\*6</sup>により推定した。その結果は表4のとおりであった。

OLとAICLS日本語版の関連は $\beta = 0.80$  ( $p < 0.001$ )、OLとAITCS-II-Jは、 $\beta = 0.37$  ( $p < 0.001$ )、AICLS日本語版とAITCS-II-Jは $\beta = 0.58$ , ( $p < 0.001$ ) であった。

媒介を仮定したモデルを比較した結果、表5に示されるようにAICLS日本語版が、OLとAITCS-II-Jの関係に対してもつ間接効果として0.47という数値を得た。

### 重症ユニット系と一般病棟系の比較 (看護師)

外来看護師を除く重症ユニット系の看護師 ( $n = 123$ ) と一般病棟看護師 ( $n = 258$ ) のAITCS-II-

\*5 組織学習が多職種連携協働へ直接的に影響を与える効果を直接効果、組織学習がコラボレーティブ・リーダーシップを介して多職種連携協働へ間接的に影響を与える効果を間接効果とする。

\*6 母集団の分散の性質を禁じ分布に従って標本したときの性質を計算することで推定する手法。

■表5 完全媒介をしたOL, AICLS日本語版, AITCS-II-J 3潜在変数モデル

	OL	AICLS日本語版	AITCS-II-J
AITCS-J	0.00	0.00	0.00
AITCS-II-J	0.47	0.00	0.00
AICLS日本語版6	0.65	0.00	0.00
AICLS日本語版5	0.63	0.00	0.00
AICLS日本語版7	0.68	0.00	0.00
AICLS日本語版8	0.71	0.00	0.00
AICLS日本語版10	0.66	0.00	0.00
AICLS日本語版9	0.68	0.00	0.00
AICLS日本語版4	0.68	0.00	0.00
AICLS日本語版3	0.70	0.00	0.00
AICLS日本語版1	0.68	0.00	0.00
AICLS日本語版2	0.70	0.00	0.00
AITCS-II-J調整	0.74	0.52	0.00
AITCS-II-J協力	0.74	0.52	0.00
AITCS-II-Jパートナーシップ	0.62	0.43	0.00
OL 情報獲得	0.00	0.00	0.00
OL 情報分配	0.00	0.00	0.00
OL 情報解釈	0.00	0.00	0.00
OL 情報統合	0.00	0.00	0.00
OL 情報記憶	0.00	0.00	0.00

OL: Measurement Scale for the Organizational Learning Subprocesses (組織学習)

AICLS: Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (コラボレーティブ・リーダーシップ)

AITCS-II-J: Assessment of Interprofessional Team collaboration Scale II Japanese version (多職種連携協働)

■表6 重症ユニット系と一般病棟系の比較(看護師)

	一般病棟 (n=258) 平均値±標準偏差	重症ユニット系 (n=123) 平均値±標準偏差	t値	df	p値
多職種協働					
AITCS-II-J全体	80.0±15.9	75.3±20.1	2.3	196.6	0.03
AITCS-II-Jパートナーシップ	29.6±5.2	27.2±7.4	3.3	185.8	0.00
AITCS-II-J協力	28.2±6.6	26.9±8.0	1.6	386.0	0.12
AITCS-II-J調整	22.3±5.8	21.3±6.4	1.5	388.0	0.13
コラボレーティブ・リーダーシップ					
AICLS日本語版全体	35.4±7.7	33.1±8.9	2.4	330.0	0.02
組織学習					
組織学習全体	79.5±16.5	77.3±18.9	1.2	374.0	0.24
OL 情報獲得	13.5±3.0	13.1±3.6	1.1	209.4	0.26
OL 情報分配	13.8±3.2	12.7±4.0	2.6	206.0	0.01
OL 情報解釈	14.0±3.1	13.6±3.6	0.9	271.1	0.36
OL 情報統合	17.0±4.0	16.5±4.7	1.0	212.6	0.32
OL 情報記憶	21.2±4.7	20.8±5.1	0.8	382.0	0.43

\*7  
t検定における検定統計量で平均値差、データのばらつき、データ数の3要素で構成。

\*8  
degrees of freedom, 自由度。

J, AICLS日本語版, OLの平均値, 標準偏差, t値\*7, df\*8, p値は表6のとおりであった。

AITCS-II-J(全体)は, 重症ユニット系看護師と一般病棟看護師で平均値±標準偏差(SD)は75.3±20.1 vs. 80.0±15.9 (p=0.03)と重症ユニット系看護師が有意に低かった。OL全体は, 重症ユニット系看護師と一般病棟看護師で平均値±SDは77.3±18.9 vs. 79.5±16.5 (p=0.24)となり, 両群間に有意差は見られなかった。OLの

下位尺度では, 情報分配において, 重症ユニット系看護師と一般病棟看護師を比較し平均値±SDは12.7±4.0 vs. 13.8±3.2 (p=0.01)と重症ユニット系看護師で有意に低かった。AICLS日本語版は, 平均値±SDは33.1±8.9 vs. 35.4±7.7 (p=0.02)と重症ユニット系看護師で有意に低かった。

## 議論

筆者らは、アクション・リサーチ<sup>\*9</sup>を行っており、臨床現場で活用できる知見や方法の開発に携わっている。このような視点から、A病院の全体傾向を描写したうえで、重症ユニット系看護師と一般病棟の看護師の認識の差異に注目して議論し、合わせて本研究によって得た示唆からICUにおいて、求められる変化の方向性を提言してみたい。

### A病院の全体傾向

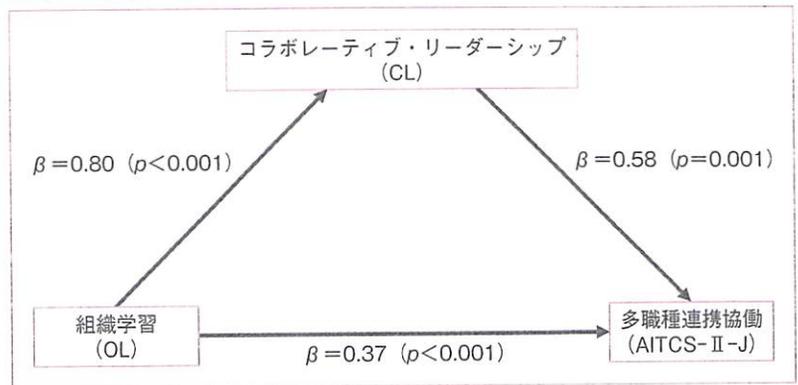
先行研究によって、チーム活動と組織学習とリーダーシップはそれぞれが密接に関係し、不即不離の関係にあることが示されている。例えば、Senge<sup>25)</sup>は、医療機関を含む組織が環境に有効に適応するためには、組織のなかのチームが自律的かつ柔軟に進化し続ける「学習する組織」でなければならないとしている。また彼は、創発的なリーダーシップの重要性を説いている。すなわち、卓越したリーダーは、制度的に指名されて生まれるのではなく、自由闊達で自律的なチーム活動のプロセスのなかから創発(emerge)するというのである<sup>26)</sup>。

チームにおけるリーダーシップの研究者であるEdmondson<sup>27)</sup>は、チームングとは、あらゆる境界—わけても専門性、地位、距離を超えて人々とコミュニケーションをはかり、一致協力する技術であるとしている。換言すれば、チームングとは、そのような技術と協働的な学習プロセスを、チームのなかに埋め込むことなのである。彼女も、組織学習における創発的なリーダーシップの重要性を指摘している。すなわち、優れた学習プロセスから良きリーダーが出現し、またチームに学習プロセスを埋め込むことがリーダーの役割である<sup>27)</sup>と説いている。

要するに、①リーダーシップがチーム活動と組織学習を活性化させる側面がある、と同時に、②チーム活動と組織学習がリーダーシップを生み出し、醸成する、という側面が存在するのである。①は、どの組織であれ、リーダーシップ機能の発露として直観的に首肯できるだろう。②は、チーム活動と組織学習、つまり個人学習とは別にチームとしての相互依存的・補完的な組織学習の下地があってはじめて、十全なリーダーシップの発露が可能となる、ということである。

本調査では、OLがAICLS日本語版に及ばず

■図1 コラボレーティブ・リーダーシップ、組織学習、多職種連携協働の関係



影響を示す $\beta$ 推定値は0.80 ( $p < 0.001$ )であった。この結果は、上記の②チーム活動と組織学習がリーダーシップを醸成することに対して一定の影響をもつことを支持するものと考えられる。この関係性を視覚的に表現したパス図が図1である。

チームのなかで多職種連携協働を活性化させるためには、そのみに注目し、表面的な業務を手順・基準化し、効率化するだけでは不十分である。あるいは役割分担やシステム化といった制度的なアプローチのみでも不十分である。むしろ、チームとしての組織学習、つまり情報を獲得し、獲得された情報をチーム内外で分配し、解釈し、文脈にそって統合し、そして情報を持続的に記憶し、さらに活用することが求められるだろう。

このような組織学習を培い、チーム内に前向きな協力関係を生み出すコラボレーティブ・リーダーシップを養成し、根づかせることが重要なのである。また、コラボレーティブ・リーダーシップの組織学習と多職種連携協働の関係に対する媒介効果が存在することを考慮すると、多職種連携協働を推進するためには、コラボレーティブ・リーダーを発掘、育成、選抜することが重要であろう。

本研究結果は、先述したお互いが率直かつ積極的に学びあい、自由闊達で実質的な協力関係を育み、持続的にチーム内外で組織学習を推進できるコラボレーティブ・リーダーシップ<sup>18~23)</sup>が、多職種連携協働の推進において、有効であることを示唆している。

### 重症ユニット系と一般病棟系の比較(看護師)

AITCS-II-J、AICLS日本語版ともに、重症ユニット系看護師の平均値は、一般病棟の看護師よりも総じて低いという結果を得たが、以下に考察を加えたい。

\*9 学術的な知見を臨床現場と共有・協力してよい変化を起こすことに積極的にかかわること。

### ●①支配から協調へ：

#### リーダーシップ・スタイルをシフトさせる

集中治療医の積極的介入によりICU患者の予後が改善すること<sup>28)</sup>が報告されており、SCCMが提唱するように「集中治療医が主導する多職種連携チーム」(傍点は筆者)が求められることになる。しかし、ここで注意すべきは、集中治療医が強力に「主導」する際に惹起される問題である。

本調査によって、AITCS-II-Jの下位尺度のパートナーシップが、一般病棟看護師と比べて重症ユニット系看護師のほうが有意に低かった。また、AICLS日本語版の得点に現れているように、重症ユニット系看護師は、一般病棟看護師と比べて、自分たちの職場のリーダーが「協働型ではない」と評価する傾向が示された。

端的に言えば、強力なリーダーシップは、その「強力」さが行き過ぎれば、協働型リーダーシップでなくなってしまうことが危惧される。よって、リーダーの立場にある者は、意図的にチーム全員の意見や異見を語ってもらう、傾聴する、受け入れる、治療方針を丁寧に共有する、といったコラボレーティブな協調的な姿勢を、強力もしくは支配的なリーダーシップ・スタイルに加味する、または演出することが重要であろう。

### ●②皆で学びあう：気づきを共有する

前節で述べたように、コラボレーティブ・リーダーシップには組織学習と多職種連携協働を橋渡しして、媒介する機能がある。簡単に言えば、メンバーの誰もが、お互いから学びあい、それを引っ張る協調的なリーダーがいるチームが、多職種連携協働を高めることができる。

納得感が伴う意思決定は、チームにおける熟慮や熟議から生まれるものである。多職種連携では、多様な職業に基づく価値観が混在する。チームは論理性や合理性のみならず、共感・賢慮等によっても解を見いだしている。そのためには、皆で学びあう、気づきを共有することが重要だろう。

たとえ専門知識があり、高度な専門性を有している者がチームを牽引するとしても、結論や方針を確定させる前にワンクッションおいて、関係者で異なる視点から意見や異見を共有しておく、ということも含まれるだろう。

### ●③支配から分配へ：

#### 情報を占有せずチームで分配する

組織学習の下位尺度「情報分配」において、重症

ユニット系看護師は、一般病棟看護師よりも実態認識が低いという結果が示された。これは、重症ユニット系看護師にとって、ほしい情報、シェアすべき情報がきちんと共有されていないという認識を示している可能性がある。

組織学習とは、チームと特定の問題や課題が埋め込まれた変化する文脈とが相互依存的に交流することにより、情報が分配、共有されて進展するものである<sup>29)</sup>。ゆえに、皆で学びあい、気づきを共有することが、多職種連携協働を高度化させるための1つの有効な契機である。情報の「解釈」「統合」「記憶」はすべて連続しているのである。

ここにおいても、コラボレーティブ・リーダーシップが重要になる。コラボレーティブ・リーダーシップは、情報を占有することよりも、分配、シェアすることで組織学習を推し進めることが可能となる。チームを活性化するためには、リーダーがコラボレーションの核となり、情報をひとりじめせずチームでシェアすることが肝要だろう。一言でいえば変化の方向性は、支配から分配へ、であろう。

## 本調査の限界

本調査には、いくつかの限界がある。

第1に、調査対象は単施設に限定されているがゆえに、直ちに一般化はできない。今後は対象病院を拡大して、データを増やすことで、より一般性のある理論構築に貢献できるだろう。

第2に、本研究は信頼性と妥当性が検証されている尺度を用いた計量研究であるものの、対象者が抱くであろう社会的な望ましさのバイアス(social-desirability bias)と多重共線性の影響を有効に排除するものではなかった。これは、尺度を用いる社会医学系の研究にはついて回る限界である。例えば、回答者からテキストデータを直接取得し、それらをテキストマイニングにかけることで、より直接的な実態認識を得ることができのかもしれない。

第3に、本調査は、尺度を用いて概念間の関係を計量的に把握する研究である。具体的な臨床アウトカム(死亡率、治療成績、インシデント、アクシデントの発生件数・率等)との関係を究明することによって、多職種連携協働、組織学習、コラボレーティブ・リーダーシップとの相関関係、因果関係が明確になれば、より説得力が増すだろう。

第4に、本研究は重症ユニット系と一般病棟に勤務する看護師に焦点を当て比較を試みた。しかしながら、一般病棟と重症ユニットとの間には、制度、文化、年齢構成、性別、キャリア等の差異があり、これらの差異がどの程度AITCS-II-Jスコアに影響しているのかを明確化することは今後の課題としたい。

## 結論

本研究は、従来未解明であった組織学習と多職種連携協働に対するコラボレーティブ・リーダーシップの媒介効果の可能性を計量的に示した。しかしながら、重症ユニット系看護師の各尺度の平均得点は、一般病棟の看護師の各尺度の平均得点よりも有意に高い、という仮説は棄却された。

## 【COI】

記すべき利益相反 (COI) はない。

## 【謝辞】

本研究の共同研究病院であるA病院の病院長、看護部長、集中治療部長をはじめ、ご協力を賜った多職種にわたる方々に、記して深甚なる感謝の意を表します。また本研究に対して「多職種連携協働におけるリーダーシップ機能解明に関する実証的国際共同研究」(21K10309)の助成を受けたことについて感謝いたします。

## 文 献

- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010. <<http://www.who.int/publication/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>> Accessed Oct. 17, 2022.
- 厚生労働省. 多職種協働によるチーム医療の推進事業実施要綱. 2013年. <[https://www.mhlw.go.jp/seisakunit/suite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/topics/dl/tp130628-1d.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunit/suite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/dl/tp130628-1d.pdf)> Accessed Oct. 12, 2021
- Weled BJ, Adzhigirey LA, Hodgman TM, et al. Critical care delivery : the importance of process of care and ICU structure to improved outcomes : an update from the American College of Critical Care Medicine Task Force on models of critical care. *Crit Care Med* 2015 ; 43 : 1520-5. PMID : 25803647
- 日本集中治療医学会薬事・規格・安全対策委員会. 日本集中治療医学会 集中治療室における安全管理指針. *日集中医誌* 2021 ; 28 : 29-59.
- 岡田和也, 牧野 淳. 今求められるICUの多職種連携: 理想的な多職種連携のあり方と当院での取り組み. *Intensivist* 2020 ; 12 : 725-40.
- Wilcox ME, Chong CAKY, Niven DJ, et al. Do intensivist staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta analyses. *Crit Care Med* 2013 ; 41 : 2253-74. PMID : 23921275
- Gershengorn HB, Johnson MP, Factor P. The use of nonphysician providers in adult intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med* 2012 ; 185 : 600-5. PMID : 22135345
- Hammick M, Freeth D, Koppel I et al. A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide no.9. *Med Teach* 2007 ; 29 : 735-51. PMID : 18236271
- Reeves S, Perrier L, Goldman J et al. Interprofessional education : effects on professional practice and health-care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 2013 : CD002213. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/full>> Accessed Oct. 3, 2021. PMID : 23543515
- 松尾 睦. In : 学習する病院組織 : 患者志向の構造化とリーダーシップ. 東京 : 同文館出版, 2009.
- 山本智子. チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究 : 岡山県下の病院を対象とした調査から. *川崎医療福祉会誌* 2014 ; 23 : 255-67.
- 山口 (中上) 悦子. 学習する病院組織を育てる : よりよい医療の質と安全を求めて. *システム/制御/情報* 2017 ; 61 : 233-9.
- Matsushita H, Orchard C, Fujitani K, et al. A systems study on interprofessional collaboration in health-care : testing the Japanese version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. *International Journal of Knowledge and Systems Science* 2021 ; 12 : 93-108.
- 藤谷克己, 市川香織, 松下博宣. 多職種連携におけるコラボレーティブ・リーダーシップ評価尺度の信頼性及び妥当性の検証. *医療マネジメント学会第24回抄録集* 2022.
- 石井馨子, 武村雪絵, 市川奈央子ほか. 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. *日看護会誌* 2020 ; 24 : 63-71.
- 松下博宣. 多職種連携を推進するコラボレーション大全. 東京 : 日経研出版, 2022.
- Orchard C, Pederson LL, Read E, et al. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) : further testing and instrument revision. *J Contin Educ Health Prof* 2018 ; 38 : 11-8. PMID : 29517613
- Gitell, JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination : improving healthcare through relationships. *J Interprof Care* 2013 ; 27 : 210-3. PMID : 23082769
- Orchard C, Rykhoff M. Collaborative Leadership within Interprofessional Practice. In : Forman D, Jones M, Thistlethwaite J. *Leadership and Collaboration : Further Developments for Interprofessional Education*. London : Palave Macmillan, 2014 ; 71-94.
- Rykhoff M, Orchard C, Wong. Collaborative leadership : a concept analysis (Unpublished manuscript) . Arthur Labatt Family School of Nursing, Faculty of Health Sciences, Western University, London, Ontario, Canada. 2015.
- DeWitt PM. In : *Collaborative Leadership : Six Influences That Matter Most*. Thousand Oaks : Corwin Press, 2016.
- Oxford Leadership . *Leadership White Paper : Collaborative Leadership*. 2021.<<https://www.oxfordleadership.com/collaborative-leadership/>> Accessed Aug. 21, 2022
- Sinclair E, Orchard C. Development of the Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (AICLS). Paper session at the Arthur Labatt Family School of Nursing Research Project session, June 26th. Western University, London, Ontario, Canada. 2018.
- Flores LG, Zheng W, Rau D, et al. Organizational learning : subprocess identification, construct validation, and an empirical test of cultural ante-cedents. *Journal of Management* 2012 ; 38 : 640-67.
- Senge PM, Kleiner A, Roberts C, et al. In : *The Fifth Discipline Fieldbook : Strategies and Tools for Building a Learning Organization*. Sydney : Currency, 1994.
- Senge PM. In : *The Fifth Discipline : The art and practice of the learning organization : Second edition*. London : Random House Business. 2006.
- Edmondson AC. In : *The Fearless Organization : Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Hoboken : John Wiley & Sons, 2018. [邦訳 : エイミー・C・エドモンドソン (翻

訳：野津智子), 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。東京：英治出  
版, 2021]

28. Checkley W, Martin GS, Brown SM, et al. Structure, process, and annual ICU mortality across 69 centers : United States Critical Illness and Injury Trials Group Critical Illness Outcomes Study Crit Care Med 2014 ; 42 : 344-56. PMID : 24145833
29. Matsushita H. Translational Features of Competencies in Healthcare Innovation. In : Metcalf GS, Kijima K, Deguchi H, eds. Handbook of Systems Sciences. Singapore : Springer Nature, 2020 : 1-20.

●

## Collaborative Leadership Mediates Organizational Learning and Interprofessional Collaboration : A Quantitative Study using AITCS-II-J and Others

MATSUSHITA, Hironobu\* · ISHII Keiko\*\* ·  
KIDA, Ryohei\*\* · FUJITANI Katsumi\*\*\*

\* Faculty of Nursing  
Tokyo University of Information Sciences

\*\* Department of Nursing Administration and Advanced  
Clinical Nursing in the Graduate School of Medicine  
The University of Tokyo

\*\*\* Faculty of Health Science Technology  
Bunkyo Gakuin University

A web-based anonymous questionnaire was distributed to all 1,495 employees at Hospital A. 725 employees participated, then the data from 632 were analyzed. The questionnaire included demographic items and three scales measuring perceptions of interprofessional collaboration, collaborative leadership, and organizational learning. Through quantitative analysis, this study demonstrated the potential mediating effects of collaborative leadership on organizational learning and interprofessional collaboration. It also showed that there were differences in perceptions between nurses in intensive care units and nurses in general wards in a number of respects.