

原著論文

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 —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*****

要旨：本研究の目的は、急性期医療機関における多職種連携協働の実態について、多様な職種、多様な部門、多様な部署の間に、そして人材過不足感により、認識のギャップが存在するであろうという仮説を計量的に検証することである。この目的を達成するためにカナダのブロック大学とウェスタン大学と国際共同研究体制を構築し、日本国内の調査対象医療機関に雇用される全職種、全部門、常勤・非常勤の全従業員を対象にクラウドコンピューティング技術を活用してウェブ上で質問票による調査を実施した。スケール（尺度）として、日本語環境に適応させた Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II（略してAITCS-II-Jと命名する）を用いた。調査施設においては、職種では看護補助を含む看護職が、部署では地域医療連携室が多職種連携協働に関する認識が高く、一方看護部署では外来において認識が低い傾向にあるという結果となった。職種、部門および部署の間には、多職種連携協働に関して認識のギャップが実在することが検証された。この検証結果をもとに、独自の多職種連携協働アイスバーグモデルを構築し、AITCS-II-Jの有用性と限界について批判を加えた。

キーワード：多職種連携協働，多職種連携協働アイスバーグモデル，AITCS-II-J，計量心理学，国際共同研究

Measuring the reality among healthcare professionals on the arrangement of interprofessional collaboration by the Japanese Version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II-J) at an Acute Care Hospital

Hironobu MATSUSHITA*, Kaori ICHIKAWA*, Katsumi FUJITANI**
Dawn PRENTICE***, Carole ORCHARD**** and Yayoi ISHIKAWA*****

Abstract: This research aims to measure any perception gaps regarding interprofessional collaboration among various health professionals across different departments and care units in a Japanese acute care hospital. A web-based Japanese version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (hereinafter referred to AITCS-II-J) using a set of cloud computing technologies was sent to all full-time and part-time health professionals and physicians employed by the hospital. Results demonstrated a statistically significant perception gap regarding the interprofessional collaboration among the health professionals. Based on the results of this study, we constructed an 'Iceberg Model of Interprofessional Collaboration' and offered feedback about the utility and limitations of the AITCS-II-J. Moreover, the results indicated that nursing staff, including nursing assistant, were highly positive in the perception of interprofessional collaboration. By department, the results showed that the regional medical cooperation department was relatively high. On the other hand, nursing departments tend to have low perception in outpatient department.

Keywords: Interprofessional collaboration, Iceberg model of interprofessional collaboration, AITCS-II-J, Psychometrics

* 東京情報大学 看護学部
Faculty of Nursing, Tokyo University of Information Sciences

** 文京学院大学 保健医療技術学部
Faculty of Health Science Technology, Bunkyo Gakuin University

*** ブロック大学 応用健康学部
Faculty of Applied Health Sciences, Brock University, Canada

**** ウェスタン大学 看護学部
Arthur Labatt Family School of Nursing, Western University, Canada

***** 富士宮市立病院 看護部
Fujinomiya City General Hospital

1. 本研究の背景

今日、「多職種間」を合意する用語として英語圏ではinterprofessionalが定着している。また、文脈と目的によってInterprofessional Team Collaboration (IPTC: 多職種チーム協働) という用語も多用されている。従来職種別の縦割り教育の弊害に対する反省を出発点とする教育に焦点を当てれば、多職種連携協働教育 (IPE: Interprofessional Education) となり、横の連携を十全に取りつつ働くことに焦点を当てれば多職種連携協働 (IPW: Interprofessional Work) となる (Prentice, 2019)。世界保健機構 (WHO) によれば、IPEとは、二つあるいはそれ以上の専門分野出身の学生が、効果的な連携・協働と健康アウトカムを実現するために、お互いを学び、お互いから学び、共に学び合うことから生じるものである (2010)。また、英国のCAIPE (Centre For The Advancement of Interprofessional Education) によれば、多職種連携協働教育は、協働とケアの質を改善するために、複数の専門職が共に互いについて、互いから学び合う時に生じるものである。(2002)、としている。

グローバルなシーンを視野に置くと、日本で流通してきた「チーム医療」(鷹野, 2002; 細田, 2012; 福原, 2013; 川島, 2016) という用語は陳腐化しつつあることには注意を払う必要がある。なぜなら、医療サービスは他のサービスと独立して単独では医療サービスたりえず、居宅介護、介護予防、福祉、まちづくり、防犯、見守り、認知症ケアサポートなど、多様なヘルスケア関連のサービス、システムと連携、協働しなければならないからだ。全職種を包含する地域包括ケアシステムを視野におさめる時、看護を含む医療の内部に閉鎖するチーム医療ではなく、地域包括ケアシステムに対して開放性を志向する多職種との実質的な連携こそが求められるのである。また、あらゆる種類の連携は、人と人が協力して働く場に生じる。つまり連携と協働とは表裏一体をなすのである。以上のような背景を押さえたうえで、本稿では、Interprofessional Collaborationの訳語として「多職種連携協働」を用いることにしたい。

さて、日本における多職種連携協働の動向を分析するにあたって、押さえておくべきポイントがある。それは、診療報酬制度における多職種連携協働の位置づけである。医療経済・経営の方向を直接的

に左右する診療報酬制度の中で、チーム医療ないしは多職種連携がインセンティブすなわち加点の対象として積極的に応用されていることである (松下, 2018)。2002年の「褥瘡対策未実施減算」新設による多職種連携による褥瘡対策チームを普及させたい厚生労働省は、多職種連携によるチームを医療機関のなかに組成させ所定のフォーマットで業務を遂行しない場合、所定の褥瘡対策が未実施と見なし診療報酬を減算とした。それ以降、2018年度の診療報酬改定に至るまで、医科歯科連携、特定集中治療室での早期離床・リハビリテーション、医師事務作業補助体制、看護職員と看護補助者間との業務分担・共同の推進、ケア、感染防止対策、呼吸ケア、介護支援連携、栄養サポート、リハビリテーション総合計画評価、糖尿病透析予防指導、精神科リエゾン、移植後患者指導管理、外来化学療法、在宅患者訪問褥瘡管理指導、認知症ケア、外来緩和ケア、入退院支援など多様な診療報酬項目で多職種連携によるチーム組成が加点の対象となっている。

このような政策誘導と相まって、多くの医療機関では、診療報酬制度の「施設基準」の要請に応えるため、チーム医療の要員確保や各種報告書作成を含む「体裁」を整えることに腐心することになっている。結果として、多職種連携協働の「実態」を充実させることは後手になってきた傾向がある。診療報酬としての施設基準を満たす人材の配置やチームが形成されたとしても、部署や職種によって、多職種連携協働について同じ認識を持っているかどうかは不明である。

また、組織で活動する人間は、組織風土 (organizational climate) の創発に影響を与えると同時に、逆に組織風土から直接間接に影響、拘束も受けている。医療機関も組織であり、意図する、意図せざるに拘わらず、それぞれの組織風土を醸成している。医療機関の組織風土は、しばしば医療安全との関連でも議論されており、これまでも深刻な医療過誤が発覚する際に、組織風土に関わる問題が指弾されてきた。West et al. (2014) 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。多職種連携を行う医療機関内のチームの機能が十全に作動した結果として、たとえば医療サービスの質や医療安全が実現されるのであれば、多職種連携協

働の成果は組織風土の醸成にも循環的に影響を与えていると言える。

1.1 スケールの比較とレビュー

それでは、多職種連携協働の実態とはいったいなんなのだろうか。多職種連携協働の実態とはいかなる構成要素によって成り立つのか。そして、多職種連携協働の実態はいかに測定可能たりうるのか。かかる実態に対する洞察において影響力を有するものの一つとしてLeutz (1999) の言説がある。Leutz (1999) は、医学・医療に関わる論文を詳細に渉猟し、多職種連携協働を構成する下位概念として統合 (integration), 継続性 (continuity), 調整 (coordination), 協力 (collaboration) パートナースhip (partnership), 連鎖 (linkage) が精緻に概念化されずに濫用されていることを指摘し、特に full integration, coordination, linkage の3つの決定的に重要となることを概念化した。Leutzの影響は、以下に挙げるスケール (尺度) 開発に関わる論文の大半で引用されているほどに大きなものがある。

さて、上述した疑問に答えるため、個々の医療現場の多職種連携協働の程度や課題を抽出し、改善に役立てる実践的なツールを求める声が高まりつつある。これらの希求に対するひとつの回答が、多職種連携協働の程度や課題を抽出する信頼性のあるスケールである。

経営学, 組織行動論, 人的資源管理論, 医療管理学, 医療経済学, 看護学を含む現代医療に関わる科学一般において計量心理学の影響ないしは貢献は少なくない。計量心理学のアプローチとして、特定の観察対象に対して、外部的 (overt) かつ計測可能 (measurable) なものとして尺度を開発する試みがある。多職種連携協働の「実態」に関連するものを計測するとされる尺度について、信頼性と妥当性が検証されたとされるものをレビューしてみよう。

森田ら (2013) はがん緩和ケアに関する地域の医療福祉従事者の連携を計測するために、「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」を開発した。福井 (2014) は、在宅医療、介護に携わる在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、介護職、薬剤師等を対象として、地域における他職種との顔の見える関係構築の良さを測定するために、「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」を世に問うている。藤田ら (2015) は、在宅ケアにおける医療職

と介護職を含めた連携行動を評価する尺度として、「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」を構築した。これらは、医療機関というよりは、むしろ地域での連携や協働状況を評価する尺度である。医療機関を中心とした職場における多職種連携状況評価尺度として、藤田 (2018) は、探索的因子分析で「職場の多職種連携状況」を構成する3つの因子「患者中心の職場のまとまり」, 「職員間の協働性」, 「連携のための活動」を抽出している。

このような状況のなかで、本研究が注目し活用する Assessment of Interprofessional Team collaboration Scale (AITCS) の3つの特徴あるいは他のスケールに対する比較優位性について同スケールの開発者である Orchard, et al., (2018) の論考を引用しつつ整理してみよう。第1に多言語への展開である。AITCSは英語圏のみならず、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。AITCSは、韓国, アメリカ, カナダ, ブラジル, ドイツ, ユーゴスラビアなどの多様な健康, ヘルスケア文化を持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。プライマリーケア, 病院, 代替的な医療施設, 会議への参加者, 学生, 地域ケアなどの場を含め汎用的に用いられている (Orchard, et al., 2018)。しかしながら、AITCSもまた前述したLeutzの影響下にあり、発展的に継承していることは、多職種連携協働の実態を測定するサブスケールとして、パートナーシップ, 調整, 協働の3項目を挙げていることから窺い知ることができる。AITCSは、多言語, 多文化, 多国家で用いられ、多くの研究者がその国の文化や医療機関の風土のローカルな特質を包摂するため改良を加えていると主張している。

本研究チームは、今後、日本国内の医療機関, 地域ケアのみならず、英語圏と日本の多職種連携協働の実態を計測し比較考量していく。このような目的に対して合理的な選択として一定の普遍性, 信頼性, 妥当性が検証されているAITCSとAITCS-II (AITCSの37質問を23質問に統合的に短縮した尺度) を独自に日本語化して活用することにした (松下, 2019a)。

1.2 対象病院が直面する課題

A病院は地方自治体立病院であり地域の基幹的総合病院である。2019年5月現在、350床の病床を保有し、診療科目は内科、循環器内科、外科、小児科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、放射線科、麻酔科、病理診断科に渡る。対象病院では、地域包括ケア病棟（30床）専用の新棟増設を決定していて、2019年10月から稼働予定である。新病棟では、周辺の療養型病棟や老人施設からの受け入れを積極的に進め、地域包括ケアシステムの中での多職種連携を一層進める予定である。院内には、褥瘡対策チーム、感染防止対策チーム、医療安全対策チーム、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、地域連携チーム、呼吸ケアチームを含む多職種連携チームが活動している。ところが、多職種連携協働の実態は多様で、現場では不協和音も少なくない。スローガンとしての「多職種連携」に異論を差しはさむ余地はないものの、今まで客観的、実証的に対象病院の多職種連携の実態、そこに内在する課題や問題を組織風土という視点から計量的に調査したことはなかった。そこで、病院長、看護部長を含めるトップマネジメントチームの総意として、本件調査研究に研究協力医療機関として参加し、得られた知見を病院経営、人的資源開発、従業員の職務満足、医療安全、医療の質の向上に資していこうということになった。

2. 方法

2.1 リサーチクエスションと仮説

本研究のリサーチクエスションは以下の2つである。

- ①多職種連携協働の実態を計量化して効果的に可視化することはできるのだろうか。
- ②多職種連携協働の実態に関する認識は、多様な職種、部門、部署等の属性、人材の過不足状況等によって決して斉一ではないのではないのか。

仮に、多職種連携協働の実態を計量化して効果的に可視化することができれば、多様な職種、部門、部署等の属性によって決して斉一ではないのかという実態を明らかにすることができるだろう。それによって、個々の医療機関の個々の多職種連携協働チームの具体的活動に操作や改善を加えてゆく戦略ツールの一端を得ることができるだ

ろう。以上の問いと学術的期待を合理的に整序するために、本研究は以下の2つの仮説を検証することとする。

仮説1: AITCS-II日本語版 (AITCS-II-J) を用いることにより、多職種連携協働の実態を効果的に計量化できる。

仮説2: 多職種連携協働の実態に対する認識は、職種、部門、部署等の属性や人材過不足状況によって異なる。

2.2 概要

本研究は計量心理学 (psychometrics) の方法に依拠し、AITCS-II-Jスケールを用いた仮説検証研究である。検証の対象となる仮説は多職種、部門、部署の間には多職種連携協働に関する認識のギャップが存在する、というものである。

2.3 AITCS, AITCS-II-Jスケールの信頼性

日本語版作成にあたっては妥当性を確保するために、以下の手順を踏んだ。すなわち、(1) 英語圏で医療管理学、公衆衛生学を専攻した研究者2名が個別に翻訳を行った。(2) それらを突合させて日本語版の了解性を高めるために、表現を調整した。(3) さらに、多職種同士の共通認識の可否についての確認を行うために、対象病院の病院長、看護部長、診療部長に表現の妥当性のチェックを依頼した。なお、イタリア語、ドイツ語、スウェーデン語の翻訳と同様に、日本語においても、開発者であり本稿の共著者のOrchard, C. からバックトランスレーションの必要はないむね確認を得た。本調査に先立ち、プレテストとしてB病院（約200病床）の看護師 (n=89) とリハビリテーションスタッフ (n=54) を対象としてAITCS日本語バージョンの信頼性を検証した。データ収集方法と使用したスケールは、下記2.5（つまり本研究と同一）の通りである。

AITCS37項目3因子（パートナーシップ、協力、調整）におけるCronbach's α 係数は、パートナーシップ0.90、協力0.92、調整0.85であり、AITCSの各因子は日本語環境においても、内的整合性が高いことが確認された。Orchard, et al.,(2018) の英語圏での先行研究ではAITCSのさらなる解析と精緻化が行われAITCS-IIとして、23項目3因子（パートナーシップ、協力、調整）が同定されている。そこで、

AITCS-IIを日本語環境に適合させたAITCS-II-Jにおいても、同様に23項目3因子についてCronbach's α 係数を算出したところ、パートナーシップ0.80, 協力0.92, 調整0.85であった(松下・藤谷・市川・土谷, 2019)。

スケールの内的整合性は、異なる項目/ステートメントが同じ特性を測定する程度の尺度である。同じ特性を測定すると思われる項目/ステートメントは、互いに高度に相関しているという前提を置く。Cronbach's α 係数は、内的整合性を検証するために使用され、0.70を超える値が許容できると見なされる(Tavakol & Dennick, 2011)。これら分析結果により、AITCS並びにAITCS-II-Jスケールの信頼性は日本語環境でも十分な程度にあると判断された。

2.4 調査対象者

A病院に勤務する全部門、全職種、常勤、非常勤の全従業員。多職種としては以下を含む。すなわち、医師、薬剤師、看護師、保健師、助産師、看護補助、診療放射線技師、臨床検査技師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士、視能訓練士、管理栄養士、臨床工学技士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、事務職、事務技術職である。多職種連携の多職種には患者を中心として医療に直接、間接に関与する全職種を含む(Orchard, et al., 2015; 田村, 2018)というのが共通認識として認められている。したがって、本調査は医療事務職を調査対象に含めることとした。

2.5 データ収集方法

クラウド環境にインターネット経由で回答可能な質問票をGoogle Formにて構築した。調査対象者はそれぞれの職場から所定のQRコードとアドレスを通して、スマートフォン、タブレット、PCなどの端末からインターネット上の質問サイトにアクセスし回答した。AITCS項目への回答はリッカート5段階スケールを採用し、「かなり当てはまる」を5、「まったく当てはまらない」を1とした。また、人材の過不足については、「あなたの職場では医療専門職が十分に配置されていると思いますか」についてリッカート段階スケールにて、「1.まったく不十分だ、2.不十分だ、3.普通だ、4.十分だ、5.まったく十分だ」から回答を選択した。回答は1人1回のみという制限をかけた。回答結果はSecure Socket Layer技術を用いて暗号化され、研究

代表者が管理するクラウドのストレージに蓄積され、暗号を解除後、回答データをダウンロードして分析した。

多職種協働評価スケール (AITCS-II-J)

(AITCS : Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale) (37質問)

AITCS-II-J (23質問) 対応表

※ : AITCS-II-Jのスケールは下記の23質問。

Partnership Subscale (パートナーシップサブスケール)

1. Establish agreements on goals for each patient we care for 私の職場では患者個人のケア目標について合意がとられている。
2. Are committed to the goals set out by the team チームが設定した目標に深く関与している。
3. Include patients in setting goals for their care 患者目標を設定するときは患者を巻き込んでいる。※
4. Listen to the wishes of their patients when determining the process of care chosen by the team 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。※
5. Meet and discuss patient care on a regular basis 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。※
6. Would agree that there is support from the organization for teamwork 病院からチーム活動の支援はあると思う。
7. Coordinate health and social services (e. g. financial, occupation, housing, connections with community, spiritual) based upon patient care needs 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。※
8. Use a variety of communication means (e. g. written messages, email, electronic patient records, phone, informal discussion, etc.) 多様なコミュニケーションの手段(手紙、メール、電子カルテ、電話、インフォーマルな会話など)を使っている。
9. Use consistent communication with team members to discuss patient care 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。※

10. Are involved in goal setting for each patient 患者個々のケア目標設定に関わっている。※
11. Listen to and consider other members' voices and opinions/views in regard to deciding on individual care planning processes 患者個々のケア計画プロセスを決定するときに、他のメンバーの声、意見、ものの見方に耳を傾け配慮している。
12. Would agree when care decisions are made, the leader strives to obtain consensus on planned processes from all parties リーダーは、ケアに関して決定をする時に、ケア計画プロセスに関与するすべての職種に対して合意形成するように努力している。
13. Feel a sense of belonging to the group チームの一員だという感覚を持っている。
14. Establish deadlines for steps and outcome markers in regards to patient care 患者ケアについてプロセス期限とアウトカム指標を確立している。
15. Jointly agree to communicate plans for patient care 治療計画、ケアプラン等を患者に伝える際には全員で合意をとっている。
16. Consider alternative approaches to achieve shared goals 共有された目標を達成するために、いくつかの代替的なアプローチを考えている。
17. Encourage each other and patients and their families to use the knowledge and skills that each of us can bring in developing plans of care 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。※
18. Focus of our teamwork is consistently the patient 自分たちのチーム活動は一貫して患者中心だ。
19. Work with the patient and his/her relatives in adjusting care plans 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。※

Cooperation Subscale (協力サブスケール)

20. Share power with each other チーム内では皆が力を出し合って協力している。※
21. Help and support each other お互いが助け合い、支え合っている。

22. Respect and trust each other お互いが尊敬しあい信頼している。※
23. Are open and honest with each other 皆オープンで親切だ。※
24. Make changes to their team functioning based on reflective reviews 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。※
25. Strive to achieve mutually satisfying resolution for differences of opinions 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。※
26. Understand the boundaries of what each other can do お互いができることとできないことを理解している。※
27. Understand that there are shared knowledge and skills between health providers on the team 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。※
28. Exhibit a high priority for gaining insight from patients about their wishes/desires 患者の願いや望みを深く知ることが優先されている。
29. Create a cooperative atmosphere among the members when addressing patient situations, interventions and goals 患者の状況、介入、目標に取り組むときは、協力的な雰囲気が醸し出されている。
30. Establish a sense of trust among the team members チームメンバーの間には信頼感ができあがっている。※

Coordination Subscale (調整サブスケール)

31. Apply a unique definition of interprofessional collaborative practice to the practice setting 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。※
32. Equally divide agreed upon goal amongst the team 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。※
33. Encourage and support open communication, including the patients and their relatives during team meetings 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。※

34. Use an agreed upon process to resolve conflicts 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。※
35. Support the leader for the team varying depending on the needs of our patients 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。※
36. Together select the leader for our team 皆が一緒になってチームリーダーを選んでいる。※
37. Openly support inclusion of the patient in our team meetings 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。※

2.6 調査期間

2019年4月15日～2019年5月17日

2.7 データ分析方法

分析は、はじめにAITCS-II-Jの信頼性を確認するために、23項目3因子についてCronbach's α 係数を算出した。

次に、職種、所属部門、看護部署をそれぞれ独立変数としてAITCS-II-Jの平均点の相違について分散分析(Tukey法を用いた平均点の差の多重比較)を行った。なお、それぞれ該当者が1人の場合および該当なしは分析対象から除外した。

さらに、人材配置が十分かどうかという認識を独立変数としてAITCS-II-Jの平均点の相違についての分散分析(Tukey法を用いた平均点の差の多重比較)を行った。

データ解析はSPSS Statistics Subscription ver.26を使用した。

3. 倫理的配慮

本調査実施にあたり東京情報大学の「人を対象とする実験・調査等に関する倫理委員会」の承認(承認番号30-012)を得た。そのうえで対象病院の病院長に研究の趣旨を文章で説明し同意を得た。機密情報を扱うため対象病院と本件研究代表者との間でNDA(Non Disclosure Agreement: 機密保持契約)を締結した。さらに、研究協力者への倫理的配慮、権利の保障のために(1)プライバシー・匿名性・機密性確保の権利の保障、(2)研究目的・内容を知る権利の保障、(3)不利益を受けない権利の保障、(4)自己決定の権利の保障について研究協力

依頼書に明記した。またウェブ経由の回答は無記名とした。

4. 結果

4.1 有効回答者のプロフィール

有効回答者の基本属性は表1の通りであった。

4.2 AITCS-II-Jの信頼性

本調査のAITCS-II-Jにおいても、23項目3因子についてCronbach's α 係数を算出した。結果は、パートナーシップ0.91, 協力0.94, 調整0.92であった。プレテストに引き続き、AITCS-II-Jの信頼性は十分にあると判断された。

4.3 職種別の認識ギャップ

職種別(AITCS-II-J平均スコア78.05, 標準偏差16.02)の最高は、社会福祉士(AITCS-II-J平均スコア90.00, 標準偏差14.00), 最低は、薬剤師(AITCS-II-J平均スコア62.21, 標準偏差12.01)であった。Tukey法による多重比較によれば、助産師と薬剤師間($p=0.012$), 看護補助と事務職間($p=0.018$), 看護補助と診療放射線技師間($p=0.049$), 看護補助と薬剤師間($p=0.0003$), 看護師と薬剤師間($p=0.007$)に有意差が認められた(図1)。これらの職種の間には多職種連携協働に関して有意な認識ギャップが存在することが示唆された。具体的には、看護補助は事務職, 診療放射線技師, 薬剤師に比べて、多職種連携協働に関する認識が高いという結果であった。また、看護師および助産師については、薬剤師に比べ多職種連携協働に関する認識が高いという結果であった。

4.4 所属部門間の認識ギャップ

所属部門別(平均点78.05, 標準偏差16.02)の最高は、地域医療連携室(AITCS-II-J平均スコア93.10, 標準偏差10.92), 最低は薬剤部(AITCS-II-J平均スコア62.21, 標準偏差12.01)だった。Tukey法による多重比較によれば、地域医療連携室と診療技術部間($p=0.046$), 地域医療連携室と事務部間($p=0.0006$), 地域医療連携室と薬剤部間($p=0.00004$), 看護部と事務部間($p=0.005$), 看護部と薬剤部間($p=0.0006$)に有意差が認められた(図2)。具体的には、地域医療連携室は、診療技術部, 事務部, 薬剤部に比べ多職種連携協働に関する認識が高いという結果であった。また、看護部は、事務部, 薬剤部に比べ多職種連携協働に関する認識

表1 有効回答者のプロフィール

A 病院 基本統計		対象人数 有効回答 有効回答率					対象人数 有効回答 有効回答率		
項目		人	人	(%)	項目		人	人	(%)
年齢 n = 358	20 才代	143	72	50.3%	看護部門 n = 237	2 階病棟	40	13	32.5%
	30 才代	161	68	42.2%		地域包括ケア病棟 (3A 病棟)	23	19	82.6%
	40 才代	159	93	58.5%		3B 病棟	27	23	85.2%
	50 才代	144	94	65.3%		4A 病棟	39	31	79.5%
	60 才代	15	8	53.3%		4B 病棟	41	22	53.7%
	無回答					5A 病棟	41	35	85.4%
性別 n = 358	女性	477	294	61.6%	5B 病棟	41	30	73.2%	
	男性	145	55	37.9%	外来	50	20	40.0%	
	その他		2		看護部	25	11	44.0%	
	無回答		7		手術室/中材	24	5	20.8%	
資格 n = 358	医師	65	10	15.4%	透析室	14	12	85.7%	
	薬剤師	23	14	60.9%	中央診療	13	9	69.2%	
	看護師	316	216	68.4%	該当なし		7		
	助産師	11	9	81.8%	診療技術部 n = 33	リハビリテーション科	31	14	45.2%
	診療放射線技師	18	8	44.4%		臨床検査科	24	2	8.3%
	臨床検査技師	23	2	8.7%		中央放射線科	18	8	44.4%
	臨床工学技士	8	9			栄養科	5	0	0.0%
	理学療法士	15	8	53.3%		臨床工学科	8	9	
	作業療法士	9	5	55.6%	経験年数 n = 358	5 年未満	207	91	44.0%
	言語聴覚士	2	1	50.0%		5 年以上 10 年未満	88	51	58.0%
	精神保健福祉士	0	1			10 年以上 15 年未満	87	44	50.6%
	社会福祉士	4	3	75.0%		15 年以上 20 年未満	50	29	58.0%
	介護福祉士	2	2	100.0%		20 年以上 25 年未満	39	36	92.3%
	看護補助	56	30	53.6%		25 年以上 30 年未満	75	66	88.0%
	事務職	50	30	60.0%					
	事務技術職	5	3	60.0%					
	該当なし	15	4	26.7%					
	無回答		3						
	常勤/非常勤 n = 358	常勤	492	305	62.0%				
		非常勤	130	44	33.8%				
無回答			9						

が高いという結果であった。所属部門間においても多職種連携協働に関して有意な認識ギャップが存在することが示唆された。

4.5 看護部署別の認識ギャップ (看護職のみ)

看護部署別 (平均点78.06, 標準偏差16.02) の最高は4A病棟 (AITCS-II-J平均スコア87.35, 標準偏差17.22), 最低は外来 (AITCS-II-J平均スコア67.35, 標準偏差17.14) だった。Tukey法による多重比較によれば, 外来は4A病棟 ($p=0.00006$), 中央診療 ($p=0.023$), 5A病棟 ($p=0.008$) に比べ有意に平均点が低く (図3), 外来に所属する看護職は他部署の看護職に比べ多職種連携協働に関する

認識が低いという結果であった。看護職の間でも, 所属する看護部署によって, 多職種連携協働に関する有意な認識ギャップが存在することが示唆された。

4.6 多職種連携協働は人材不足を解消しているのか

「あなたの職場では医療専門職が十分に配置されていると思いますか」という質問に対して, リカート段階スケールにて, 「1.まったく不十分だ, 2.不十分だ, 3.普通だ, 4.十分だ, 5.まったく十分だ」から回答を選択した。それぞれの段階におけるAITCS-II-J平均スコアを比較したところ, 医療専

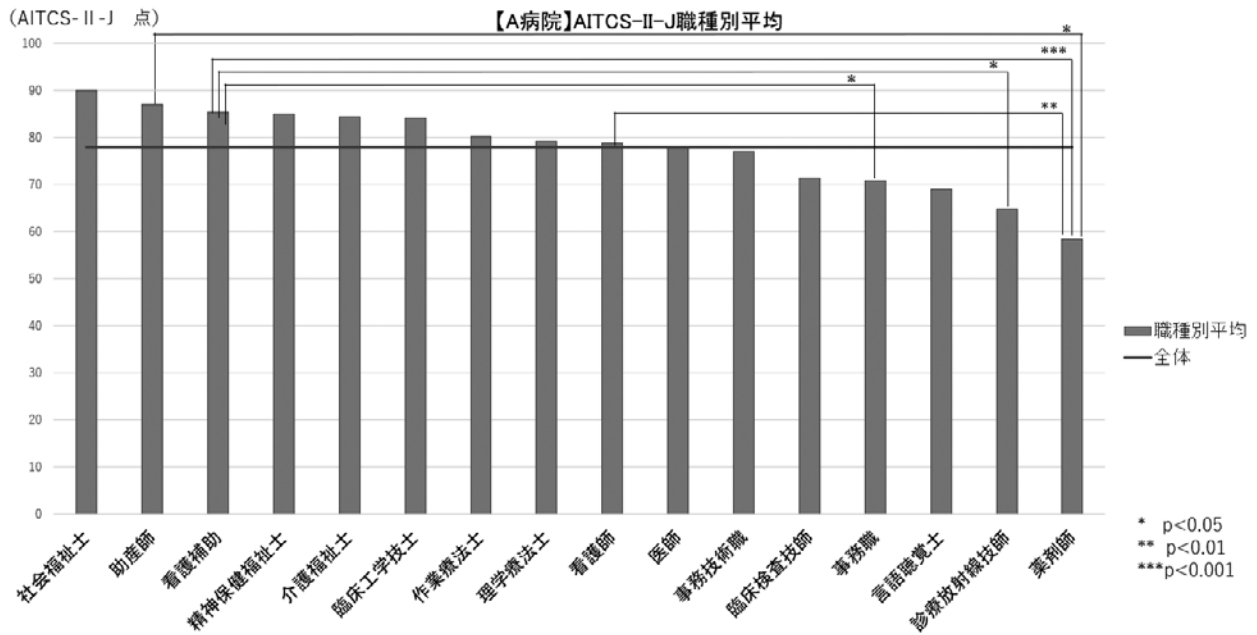


図1 職種別の多職種連携協働に関する認識

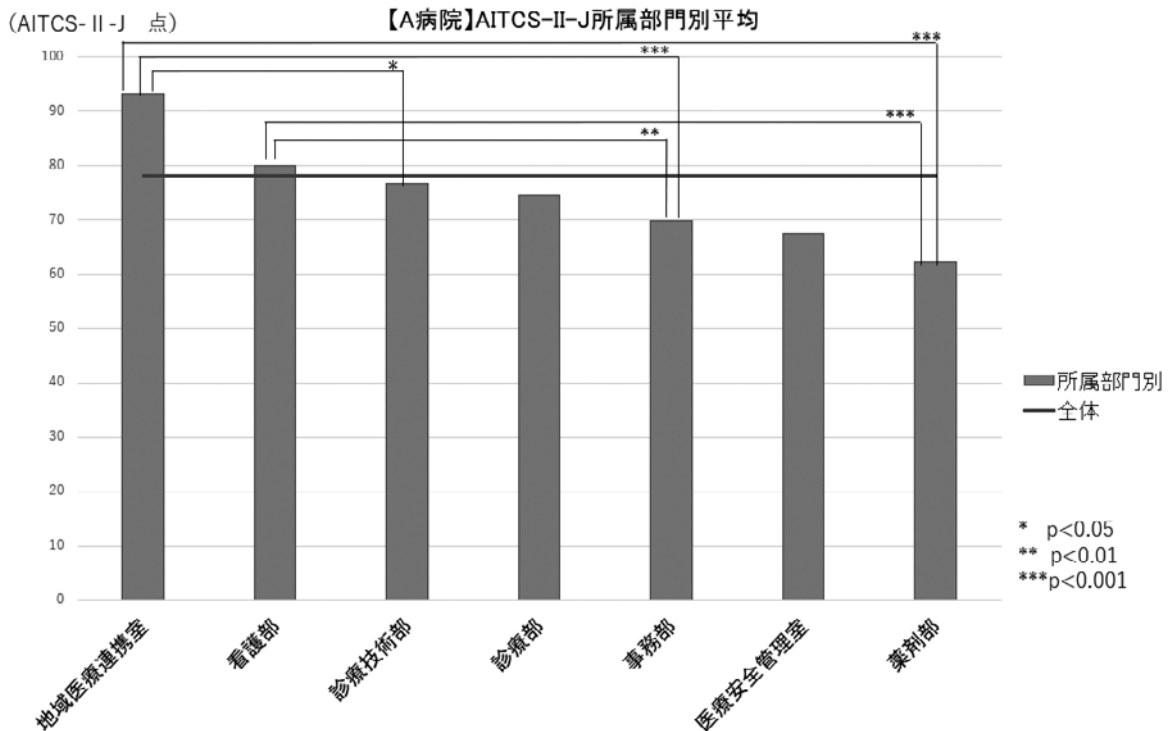


図2 所属部門別の多職種連携協働に関する認識

門職の配置が「5.まったく十分だ」という群と「1.まったく不十分だ」という群の間に ($p=0.012$), また、「4.十分だ」という群と「1.まったく不十分だ」という群の間に ($p=0.009$), 有意差が認められた (図4)。この結果より, 医療専門職の人材配

置が十分であると認識している職場においては, 多職種連携協働に関する認識はポジティブである可能性が示唆された。

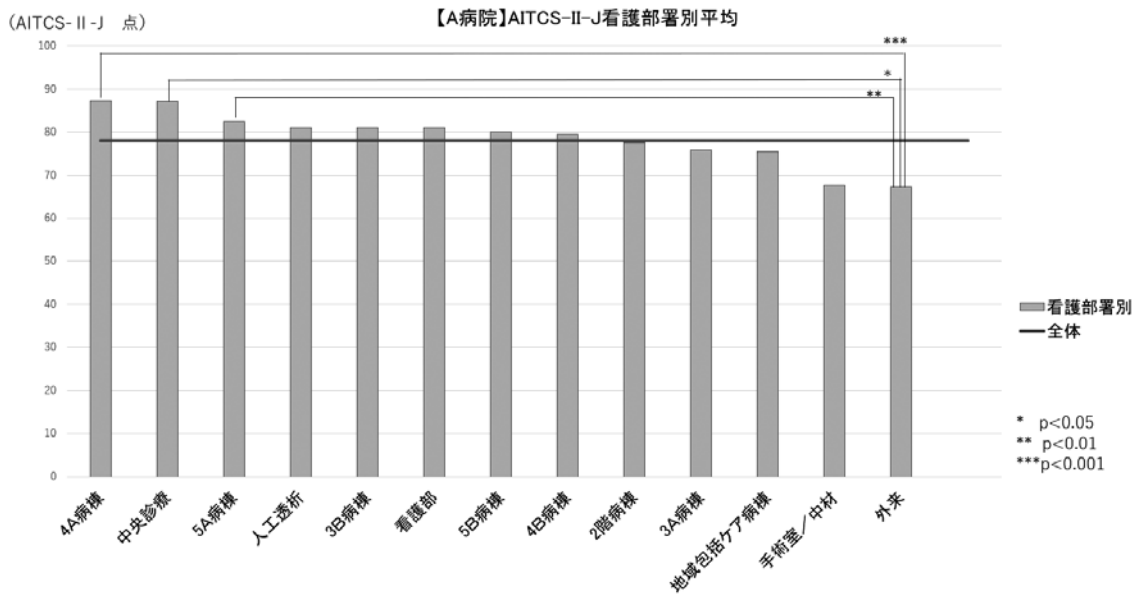


図3 部署別の多職種連携協働に関する認識（看護職のみ）

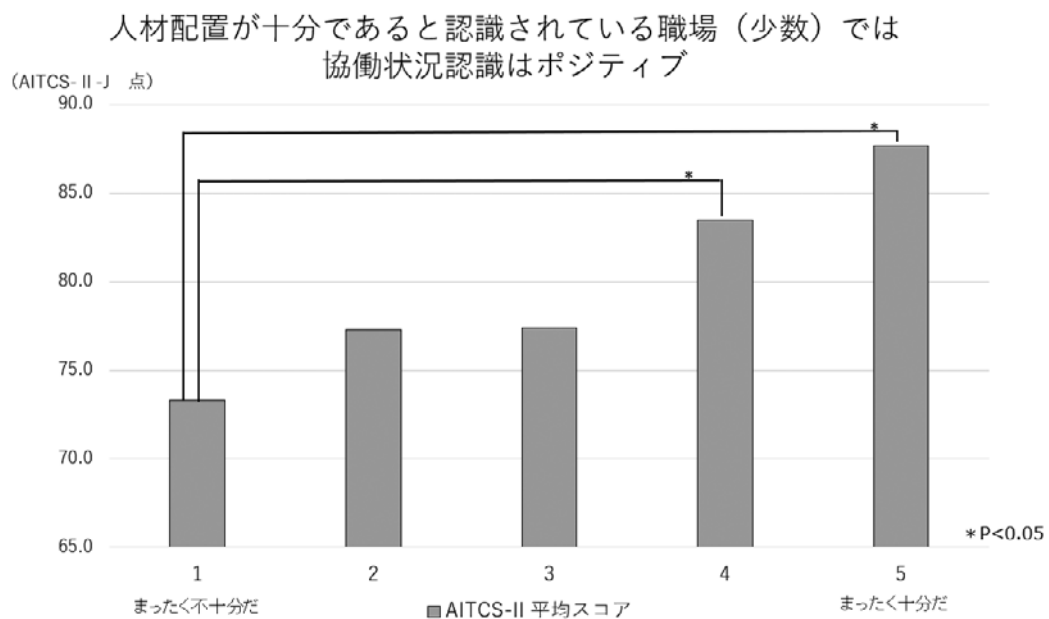


図4 人材配置の過不足感と多職種連携協働に関する認識

5. 考 察

5.1 属性間で多職種連携協働に関する認識ギャップは存在する

本研究がまず注目するのは、職種別の多職種連携協働に関する認識である。図1：職種別の多職種連携協働に関する認識に示されるように、医師、薬剤師、看護師、助産師、看護補助、診療放射線技師、臨床検査技師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚

士、臨床心理士、臨床工学技士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、事務職の間は、一様ではなかった。この施設においては、看護補助と事務職、診療放射線技師、薬剤師の間に、また、看護師および助産師と薬剤師の間に有意差が認められた。また、所属部門においても差異が観察された。また看護に限定して、看護部署別の多職種連携協働に関する認識を比較した（図3）ところ、外来と一部の病棟及び外来と中央診療の間には、有意差が認められ

た。すなわち、「多様な職種、多様な部門、多様な部署の間には認識のギャップが存在する」という仮説が実証されたことを示唆するものである。

それではいったい、なぜ各属性間で多職種連携協働の実態ないしは実態に関する認識の有意な差が生じたのであろうか。そこには、各々の臨床現場で実践されている多職種連携協働の実態に対して、促進要因と阻害要因が複雑な相互作用を介して影響しているからであると推測される。今回の研究で得られたデータのみによつてこれ以上の議論を加えるのは、恣意的な解釈に陥るリスクがあり、また、本稿の主題から逸脱するので別稿で詳細に分析することとする。

5.2 効果的な多職種連携協働には潤沢な人材の配置が必要

多職種連携協働（チーム医療）を人材不足や医療スタッフの負担軽減に対処するための有効な方策として捉える主張には根強いものがある。厚生労働省が主管する医師の働き方改革に関する検討会（2019）では、「患者へのきめ細かなケアによる質の向上や医療従事者の負担軽減による効率的な医療提供を進めるため、さらにチーム医療の考え方を進める必要がある」と明記されている。また、厚生労働省第51回社会保障審議会医療部会報告書（2017）では「個々の従事者の業務負担を最適化しつつ、医療の質を確保する方法の一つとして、同じ水準の能力や価値観を共有した上で、医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間で行うタスク・シフティング（業務の移管）／タスク・シェアリング（業務の共同化）を、これまでの『チーム医療』を発展させる形で有効活用すべきである」と記されている。これらの公的文書が主張することが真実なのであれば、多職種連携協働（チーム医療）の実態が充実すればするほど、医師を中心とした人材不足感が臨床現場から解消・払拭されるということになるはずだ。

図4：人材配置の過不足感と多職種連携協働に関する認識が示す通り、人材配置が十分であると認識されている職場ほど協働状況認識はポジティブなものであった。一見、上述の公的文書の主張が裏付けられたかのような解釈ができないこともないだろう。しかし、ことはそれほど単純ではない。多職種連携協働（チーム医療）が効果的に運用されるから、人材不足感が解消されるのではなく、そもそも、効

果的な多職種連携協働（チーム医療）を実現し運用するためには潤沢な人材の配置が必要である、ということも示唆されるからである。

5.3 多職種連携協働アイスバーグモデルとAITCS-II-Jの位置づけ

多職種連携協働はあたかも氷山（iceberg）のようなものだ。多職種連携協働アイスバーグモデル（Matsushita, 2019b）を用いて、AITCS-II-Jの位置づけを明確にしたい。

海洋に浮かぶ氷山は海面から上の部分だけが見えるが、海面下にはその何倍もの体積の下部構造が隠れている。海面下に隠れている下部構造が隠然と潜在するために、海面上に氷山の一角が顕在するのである。目に見えるものは目指しやすい。例えば、多職種連携協働を実践している医療機関は、目に見える成果として、医療の質や安全レベルの継続的改善を目指すことが多いだろう。また、多職種連携協働を推奨している厚生労働省や学術団体等も、同様の主張をすることが一般的だ。

もとより医療は、それぞれの地域や医療機関などの組織風土（organizational climate）や地域や国の文化（culture）の影響もしくは支えがあって成立するものである。それゆえに、個々にユニークな組織風土や文化的な制約条件の上部構造に成立する医療サービス、そしてその重要な一つのサブシステムである多職種連携協働システムにも、組織風土や文化の影響を想定することは合理的である。すると、多職種連携協働システムはそれぞれの医療文化、組織風土において個別特殊な存在として位置付けられることになり、それらの実態もまた、それぞれ特殊な存在であるということになる。実は、ここに、多職種連携協働の実態を計測するスケールの多様性が存在する理由がある。観察対象が多様ならば、多様な観察を実現するスケールも多様にならざるを得ない。

このような状況にあって、AITCS-II-Jは、組織風土や文化の違いを超えた、もしくは、どのような組織風土や文化の影響下でも機能する機能要件（functional requisite）を抽出したものであると考えられる。例えば、自動車の根本的機能要件は、「走る、曲がる、止まる」の3項目であり、この機能要件は、その自動車が、ドイツ、アメリカ、中国、そして日本の文化や風土の中で製造されても不変かつ普遍である。同様に、パートナーシップ、協力、調整とい



図5 多職種連携協働アイスバーグモデル

う多職種連携協働の機能要件は、多職種連携協働アイスバーグモデルの表層に近接する部分に位置付けられるがゆえに、不変であり普遍であると考量することが妥当であろう。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1急性期病院の限定的なデータ数にのみ依拠するものゆえに、結論を直ちに一般化することはできないだろう。今後は、研究対象医療機関とデータの数を増やし、大規模な横断的研究を展開する必要である。その際は、因子分析を行い、パートナーシップ、協力、調整の3因子に属する各質問の負荷量を測定する必要があると思われる。

なぜ、多様な職種、多様な部門、多様な部署の間には多職種連携協働の実態に関する認識のギャップが存在するのか、という根源的理由・根拠についてはAITCS-II-Jのみで解明することはできないだろう。AITCS-II-Jは多職種連携協働の機能要件という、本質的なながらも、多職種連携協働アイスバーグモデルの海面上の氷山の顕在している部分に近接した層における機能を析出したスケールだからである。多職種連携協働の実態を促進もしくは阻害する要因についてのさらなる研究が俟たれるものである。あるいは、AITCS-II-Jスケールに加え、個別の組織風土に内在する阻害要因、促進要因等を抽出する用具を合わせて使うという方法も考えられるだろう。

多職種連携協働アイスバーグモデルで示すように、医療の質や安全が多職種連携協働の上部構造であるとするならば、多職種連携協働と医療の質や安全レベルとの間には相関関係あるいは因果関係が認められなければなるまい。果たして、このような関係は存在するのであろうか。あわせて今後の課題としたい。

7. 結論

多職種連携協働の実態を測定するAITCS-II-Jによって、多様な職種、多様な部門及び部署の間には多職種連携協働に関する認識のギャップが存在すること、つまり、仮説1：AITCS-II日本語版 (AITCS-II-J) を用いることにより、多職種連携協働の実態を効果的に計量化できる。仮説2：多職種連携協働の実態に対する認識は、職種、部門、部署等の属性や人材過不足状況によって異なる、が計量的に検証されたことが示唆された。

8. 利益相反

申告すべき利益相反状況は無い。

9. 謝辞

本研究は日本学術振興会の基盤研究Cの支援（研究課題/領域番号19K10491）を受けた。

【引用文献】

- CAIPE (2002). *Centre for Advancement of Interprofessional Education, Definition of Interprofessional Education (revised)*.
<https://www.caipe.org/> (accessed 2019-8-22)
 原文は“Occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care”
- 藤井博之 (2018). 地域医療に取り組み 2つの医療機関における多職種連携の視点と方法に関する実証的研究. 日本福祉大学大学院福祉社会開発研究科, 124.
<https://www.n-fukushi.ac.jp/gs/dc/shelf/paper/number21.pdf> (参照2019-8-31)
- 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江 (2015). 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. 厚生労働省, 62(6), 1-9.
- 福原麻希 (2013). チーム医療を成功させる10か条—現場に学ぶチームメンバーの心得. 東京: 中山書店.
- 福井小紀子 (2014). 在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討. 日本在宅医学会誌, 16(1), 5-11.
- 富士宮病院ホームページ. <https://fujinomiya-hp.jp/hospital/> (参照2019-5-3)
- 細田満和子 (2012). 「チーム医療」とは何か—医療ケアに生かす社会学からのアプローチ. 東京: 日本看護協会出版会.
- 川島みどり (2016). 増補版 チーム医療と看護—専門性と主体性への問い. 東京: 看護の科学社.
- 厚生労働省 (2017). 第51回社会保障審議会医療部会 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書. 33.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000162895.pdf (参照2019-8-31)
- 厚生労働省 (2019). 医師の働き方改革に関する検討会報告書. 3.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf> (参照2019-8-31)
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- 松下博宣 (2018). 看護マネジメントのための診療報酬・介護報酬解説BOOK2018年度改定対応版: 看護政策・経営学で読み解く. 大阪: メディカ出版.
- 松下博宣 (2019a). 多職種協働評価スケール (AITCS-II-J) AITCS: Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale 37質問 AITCS-II-J (23質問) 英語版と日本語版の対応表. Retrieved from
<http://hironobu-matsushita.com/wp/wp-content/uploads/81fb39a179422a94de05adc601c45107.pdf> (参照2019-8-31)
- Matsushita, H. (2019b). International Empirical Study on Interprofessional Collaboration, Presentation material shared at the 4th Health Forum, Bukyo Gakuin University, Tokyo.
<http://hironobu-matsushita.com/wp/wp-content/uploads/f226ef89d8ed3196caf306d1baa3941c.pdf> (accessed 2019-8-22)
- 松下博宣, 藤谷克己, 市川香織, 土谷朋子 (2019). 国際的スケール (AITCS) で多職種協働 (チーム医療) の実態を計測する第1報 (口演). 日本医療マネジメント学会雑誌, 20 (学術総会号).
- 森田達也, 井村千鶴 (2013). 緩和ケアに関する地域連携尺度の開発. *Palliative Care Research*, 8(1), 116-26.
- Orchard, C., & Bainbridge, L. (2015). *Interprofessional Client-centred Collaborative Practice: What Does it Look Like? How Can it Be Achieved?* New York: NOVA Publishers.
- Orchard, C., Pederson, L.L., Read, E., Mahler, C., & Laschinger, H. (2018). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 38(1), 11-18.
- Prentice, D. (2019). *Navigating Interprofessional Care: The Past, Present & Future*. Presentation material shared at the 4th Health Forum, Bukyo Gakuin University, Tokyo.
- 鷹野和美 (2012). チーム医療論. 東京: 医歯薬出版.
- 田村由美編著 (2018). 新しいチーム医療 改訂版 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門. 東京: 看護の科学社.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- West, M.A., Topakas, A., & Dawson, J.F. (2014). 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, 335-359.
- World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=D4143EB147792E35F17359DD11AEE71F?sequence=1 (accessed 2019-8-22)
 原文は“Interprofessional education occurs when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes”