

多職種協働が求められる現在において、連携業務の担当者もまたその専門性を向上させていかなくてはなりません。連携業務に求められるその専門性を可視化し、それぞれのキャリアに応じて求められる能力とその習得方法について、現場での取り組みを基に考えます。



## 現場の悩みから出発する 多職種連携のニュートレンド ～悩みと実態を可視化して問題を解決する



東京情報大学 看護学部 看護学科 教授 **松下博宣**

コーネル大学大学院 (Policy Analysis and Management, Sloan Program in Health Administration) 修了。東京工業大学社会理工学研究科博士 (学術)。東京農工大学産業技術専攻 (MOT) 教授を経て、現在、学校法人東京農業大学・東京情報大学看護学部看護学科教授。『多職種連携とシステム科学—異界越境のすすめ』(日本医療企画, 2020年), 『Health Informatics: Translating Information into Innovation』(Springer Nature, 2020年), 『看護マネジメントのための診療報酬・介護報酬解説 BOOK2018 (平成30) 年度改定対応版—看護政策・経営学で読み解く』(メディカ出版, 2018年) など、20冊の専門書を刊行、論文多数。内閣府経済社会総合研究所社会イノベーション研究ワーキンググループ委員などを歴任。

本稿では、現場の深層に横たわる多職種連携にかかわる問題・課題を起点として、それらを可視化し、さらには可視化された諸問題を継続的に多職種連携の文脈で解決していく際の方法論を検討する。本稿の前半では、可視化するための方法論と事例を中心に、後半では、対話と承認の場の創出のために筆者が独自に考案し実践しているアクション・リサーチ手法の一種であるMACEサイクルを中心に考えてみよう。

アクション・リサーチとは、システム科学者チェックランドが主導したソフトシステム方法論の実践過程から生まれたアプローチであり、「行為からの学習」を基本とする<sup>1)</sup>。例えば、病院マネジメントにおける意思決定問題のような混沌としてこじれた現実から「何をすべきか (what)」を明確にし、「いかにすべきか (how)」を問題が置かれた場の組織風土や制

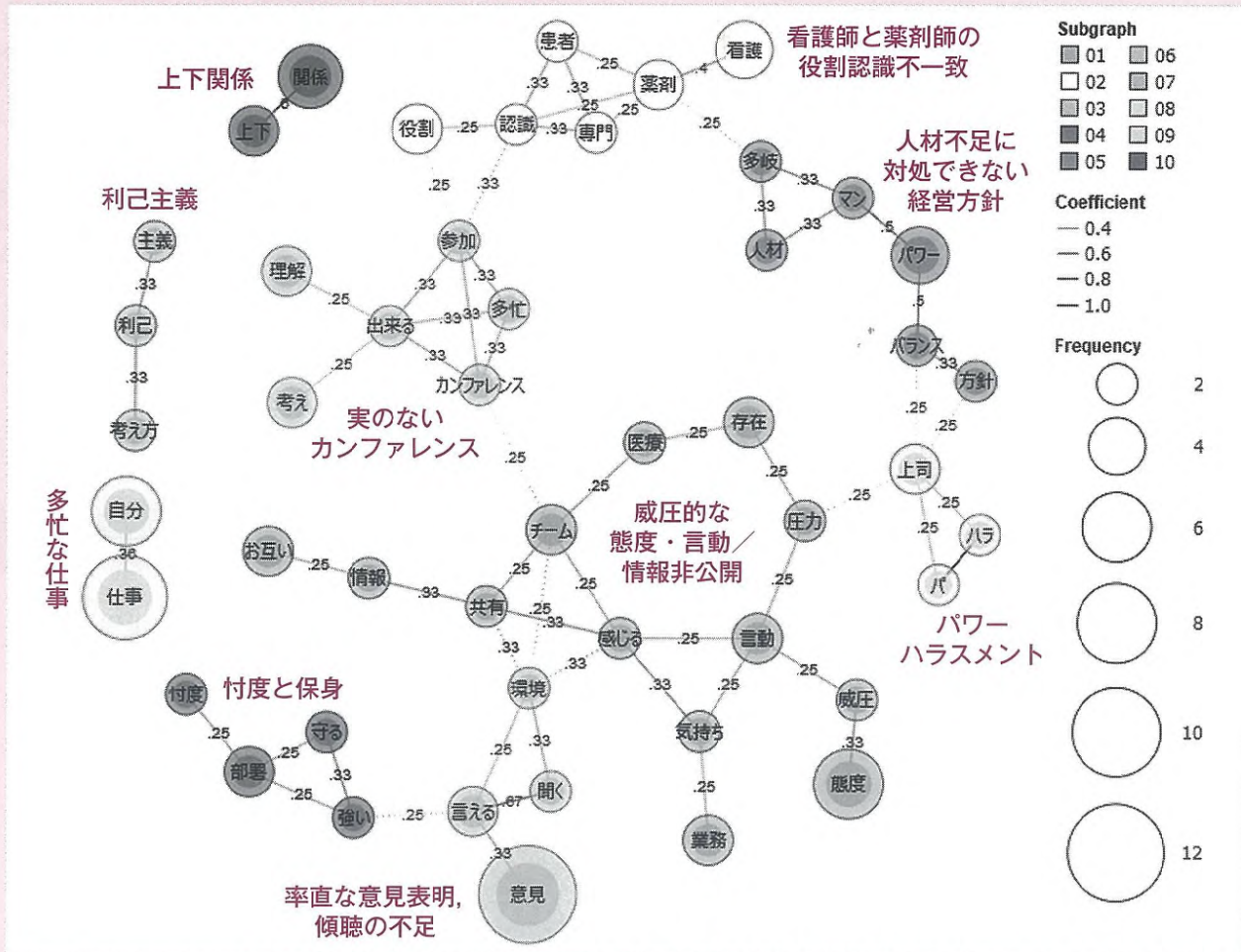
度を注意深く参与的に観察して、問題解決を図るアプローチである。筆者は、このアプローチを多職種連携という状況に応用している。

筆者は、MACEサイクルとMACEサイクルのアドバンストコースをアクション・リサーチの一環として実施してきた。臨床現場から得たデータを可視化し、論文化して学術コミュニティに還元する以外に、研究者である筆者が、共同研究病院にてその幹部とコラボレーションしてワークショップを開き、対話と相互承認を進めながら、臨床現場に直接フィードバックして価値共創を図っている。

### 現場の声、悩みをテキストマイニングして集約する

多職種連携やチーム医療の必要性が声高に叫ばれてはいるが、臨床現場では不協和音、あつれき、摩擦、

図1 A病院における多職種連携の阻害要因



松下博宣他：組織風土に関わる多職種連携の阻害・促進要因の検討—組織風土パーセプションの共起ネットワーク分析，保健医療福祉連携，Vol.13，No.1，P.11～20，2020。

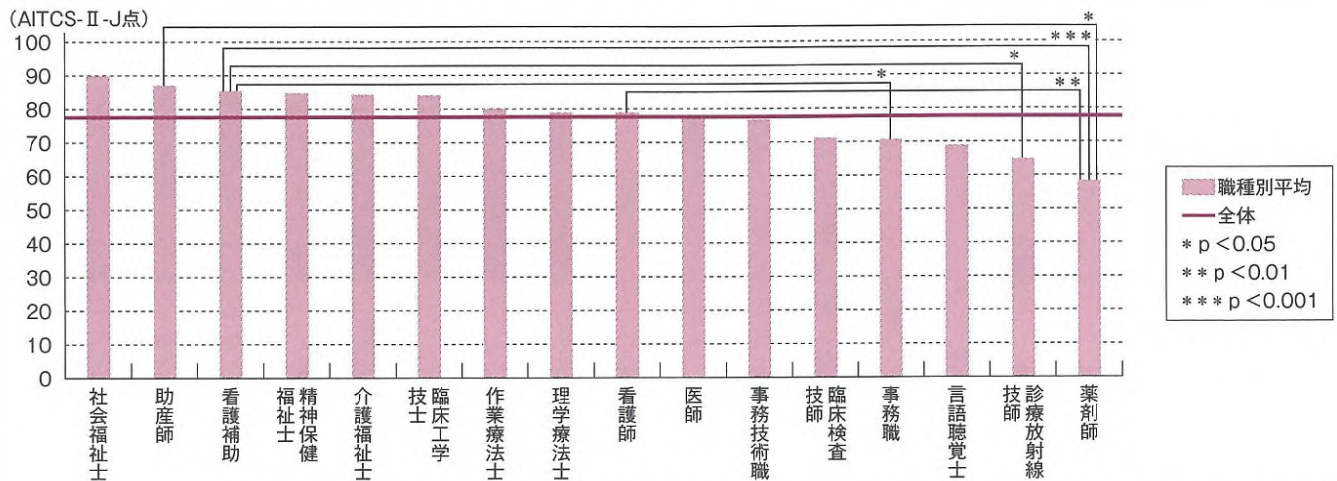
溝，確執，不和，ほころびなど，実に複雑で多様な声を聞く。また，医療機関や地域包括ケアシステムの多職種連携にかかわる問題や課題も多様であるため，多職種連携やチーム医療にかかわる問題解決の方策は個別性が強いものとなり，紋切り型の解決策はない。

そこで，筆者が医療機関との多職種連携に関する共同研究で用いている手法が，現場の生の声をウェブ経由で収集して，テキストマイニングにかけ，阻害要因と促進要因を特定するというものである。医療機関や地域包括ケアシステムの奥底に沈殿するかのよう横たわる組織風土に潜む阻害要因と促進要因を抽出するのである。ここでは阻害要因のみを取り上げる。

図1は，ある地方自治体立のA病院の依頼により，多職種連携の阻害要因を可視化したデータである。多職種連携やチーム医療にかかわる問題や課題を，従業員はどのようにとらえているのか。図の円は，頻出する言葉を表している。円が大きいほど，出現頻度が高い言葉である。また，円と円を結ぶリンクは，言葉と言葉の関係を表している。そこに記された数値が高いほど関係が強くなる。

このようにして，個々の生の声，つまり主観を集積し，共起ネットワーク化すると，そこに個々の主観を越えた，間主観的な組織風土に潜む多職種連携を阻む構造的な問題や課題が浮かび上がる。このA病院の場合，次のように多職種連携を阻害する要因は構造的か

図2 A病院における職種別の多職種連携に関する認識



松下博宣他：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, Vol.23, No. 2, P.11 ~ 23, 2020.

つ輻輳していた<sup>2)</sup>。

Subgraph01：威圧・圧力に満ちた態度や言動／チーム内で共有する情報が生きない (威圧的な態度・言動／情報非活用)

Subgraph02：看護と薬剤，それぞれの役割と専門に関する認識 (看護師と薬剤師の役割認識不一致)

Subgraph03：多忙のためカンファレンスに参加できず，他者の考えを理解できない (実のないカンファレンス)

Subgraph04：部署では忖度・守りの姿勢が強い (忖度と保身)

Subgraph05：多岐にわたる人材・マンパワーのバランスが取れていない方針 (人材不足に対処できない経営方針)

Subgraph06：はっきり意見を言う・聞くことができない環境 (率直な意見表明，傾聴の不足)

Subgraph07：利己的な考えや利己主義 (利己主義)

Subgraph08：自分の仕事で忙しすぎる (多忙な仕事)

Subgraph09：上司からのパワーハラスメント (パワーハラスメント)

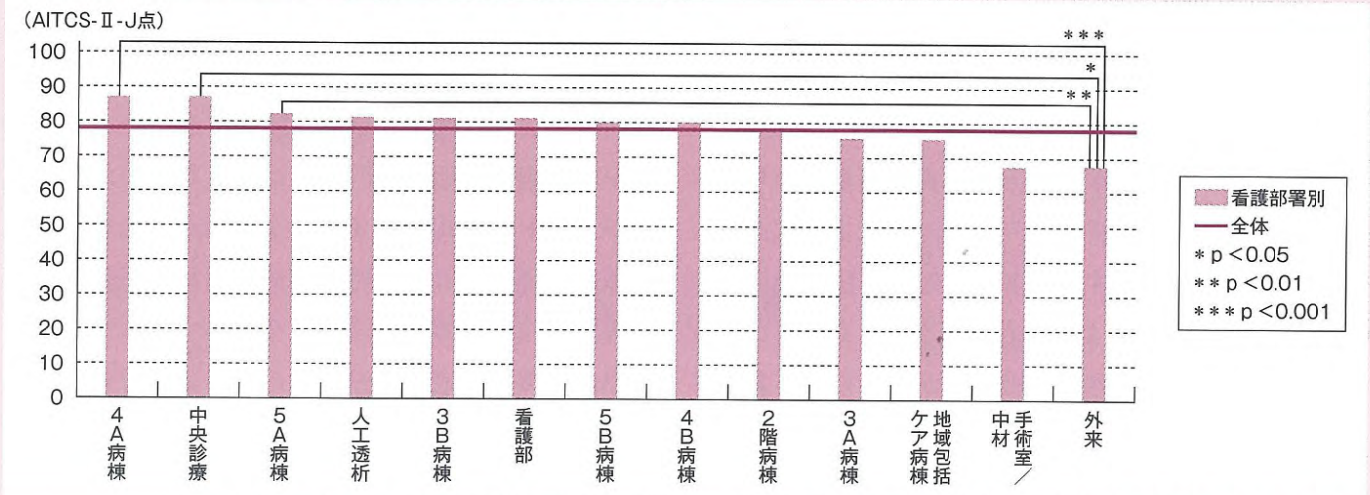
これらの阻害要因は，調査に当たった研究者や依頼者にのみ限定的に共有するのではなく，全職員で共有し，知識を知恵に転換して，行動変容にまでトランスフォームすることが肝要である。その手法については後述したい。

### AITCS-II-Jという多職種連携の実態を計測する可視化ツール

AITCS-II-Jとは，多職種連携やチーム医療の機能要件，つまり，パートナーシップ，協力，調整がどのくらい機能しているのかに関する関係者の認知を測定する尺度である。Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (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，スウェーデン語などの多言語に翻訳されて使用されている。当初37質問であったが，近年では因子分析の結果，23質問に集約されている。日本語版でも妥当性と信頼性が検証されている<sup>3~5)</sup>。筆者はこの尺度の開発者で，科研費共同研究者のキャロル・オーチャード博士の許諾を得て，この尺度を日本語化して使用している。

図2は，筆者の共同研究病院にて実際にこ

図3 A病院における看護部署別の多職種連携に関する認識



松下博宣他：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, Vol.23, No.2, P.11 ~ 23, 2020.

の可視化ツールを用い、職種別、部署別の多職種連携やチーム医療の機能要件の発揮度を比較して見える化したデータである。職種によって有意な差があることが分かる。

多職種連携やチーム医療の実質的なハブになることが多く、また不協和音、あつれき、摩擦、溝、確執などを日々の多職種連携実践の中で体感している看護の関心は強い。そこで、看護職に限定し、部署別にAITCS-II-Jスコアを比較したものが図3である。病棟などの部署別で有意な差があることが分かる。

### 対話と承認の場 =MACEサイクルに落とし込む

さて、ここからが本稿の核心である。良質の可視化ツールで「見える化」されたデータをいかに病院長、看護部長、診療部長などのトップレベルから臨床現場のスタッフのボトムレベルまでシェアして、具体的な方策を立て、実行していくのが重要である。尺度、そこから得られたデータは、すべて手段に過ぎない。そこで、筆者が提唱、実施しているのが2段階のソリューションである。

第1段階は、現場のスタッフから病院長、

看護部長までもが気軽に参加できる対話と相互承認の場（実際はワークショップという形を取る）である。多職種が一堂に会するMACEサイクルという対話と承認の場の中で、先述のような「見える化」されたデータについて共感を持って対話し、共有し、具体的なアクションにつなげるソフトシステム・アプローチである。

MACEサイクルのエッセンスは、次のとおりである。

- ①自分たちの存在意義について、肩ひじを張らないカジュアルでフランクな対話で共有する（ミッション）。
  - ②異なる立場、意見、価値観を決めつけることなく並立共存させる（アコモデーション）。
  - ③チームやグループのメンバーが協力して自律的、自立的に知識と知恵を出し合って価値を共創する（コラボレーション）。
  - ④互いに承認し合って、アクションに向けて動機付ける、意味付ける（エンパワメント）。
- 対話と相互承認がMACEサイクルを駆動する。

PDCAサイクルの弊害は、ともしれば目的追求的になりすぎ、現場の疲弊をもたらすこ

とである。MACEサイクルは、目的追求ではなく、むしろ目的探索だ。目的を探索するために有効なのが、対話と相互承認である。PDCAサイクルが上意下達、責任追及になりやすいことと対照的だ。英語のMACEは武器の「矛」を意味する。多職種連携を臨床現場で進めるためには、日頃のうっ憤、やるせなさ、割り切れなさ、権威勾配からもたらされる非公正感などを解消するカタルシスが随伴する対話と相互承認がぜひとも必要である。

## MACEサイクルのアドバンストコース

第2段階は、多職種連携やチーム医療のリーダーや、リーダーたちをマネジメントする管理職以上のためのプログラムである。元来、医療機関の専門職は異なる教育体系で専門教育を受け、異なる職業規範、サブカルチャーに属しており、職種間には明示的、暗黙的な権威勾配がある。一病院に雇用されているとはいえ、細分化された専門領域のため、行動様式は一樣ではない。

また、臨床現場は多忙であり、多職種が一堂に会し、日々の多職種連携のタスクではない構造的な問題や課題を徹底的に議論するという場は、極めて限られている。さらに、組織行動、モチベーション、シェアード・リーダーシップ、コラボレーティブ・リーダーシップ、葛藤マネジメント、イノベーション論、組織学習、継続的質管理、セーフティ・マネジメント、倫理、グループダイナミクス、システム・サイエンス、心理的安全性、組織開発を含むヘルスケア・マネジメント・サイエンスと、それらの現場での応用、方法論については、専門職の育成過程や継続教育の中で体系的に扱われることは希少である。

実は、これらの多職種連携をサポートする

マネジメント系の知の体系と方法論は、多職種連携やチーム医療を推進する際の必須のリベラルアーツ体系という意味合いを持つ。しかし、臨床現場の専門職には、これらのマネジメント系の知に対するアクセスが残念ながら極めて限られてきた。細分化され、狭隘な専門的技術、専門的知識、テクニカルスキルだけで多職種連携を進めるのは、素手で戦場に立つようなものである。したがって、これらのディシプリン（学術的な知のシステム）を簡素に分かりやすくパッケージングしたコンテンツを開発した。

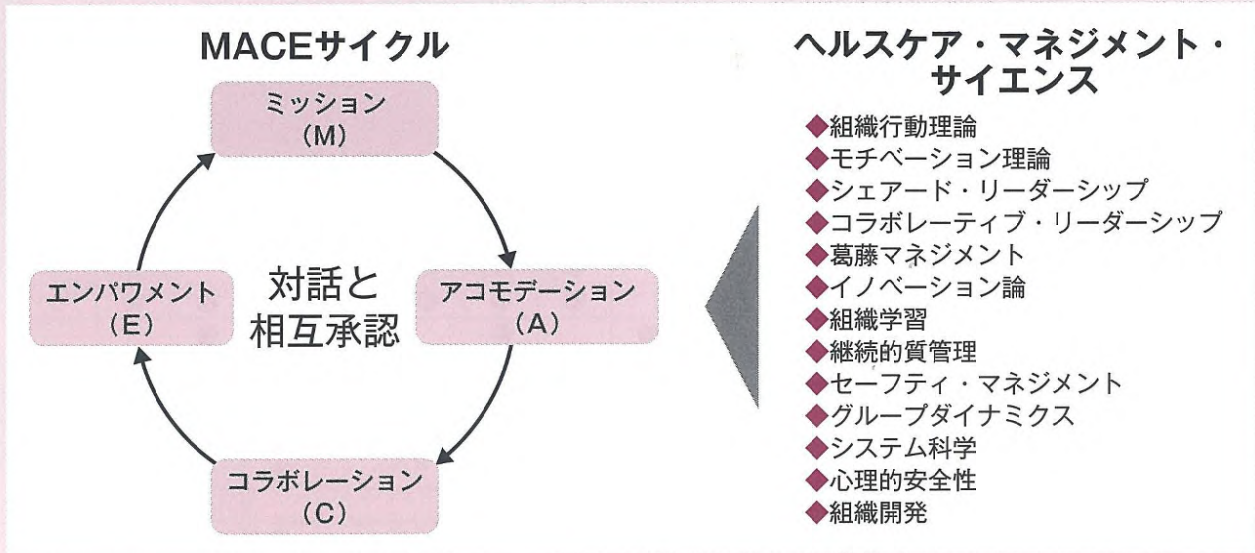
そこで、第2段階でのMACEサイクルのアドバンストコースでは、①ヘルスケア・マネジメント・サイエンスの基本を集中的、選択的に共有し、②対話と相互承認の場をつくり、③多職種連携に関する問題や課題を可視化されたデータに基づき議論、分析し、④アクションプランを立案し、⑤多職種連携の場で実行する。

図4のとおり、ヘルスケア・マネジメント・サイエンスを構成するディシプリンは多岐にわたる。ヘルスケア・マネジメント・サイエンスは社会・組織科学系の学際的な応用科学であり、組織行動理論を基軸に、表1のような内容となる。

多職種連携を阻む組織風土に潜んでいる阻害要因を縦軸に配置して、ヘルスケア・マネジメント・サイエンスの主要アプローチを横軸に配置するマトリクスを作る。このマトリクスを用いながら、表2（P.8）のように、阻害要因と解決策を考案、実施する際の知の応用可能性を探っていく。

このように、MACEサイクルのアドバンストコースは、各医療機関ならではの個別のニーズ、つまり多職種連携の阻害要因に基づ

図4 MACEサイクルとヘルスケア・マネジメント・サイエンス



いて、テーラーメイドでプログラムをつくり実施することが大切だ。

例えば、「威圧的な態度・言動」という阻害要因については、モチベーション理論、葛藤マネジメント、組織学習、倫理、心理的安全性といった多面的なアングルから議論することが解決に導くこととなる。また、「率直な意見表明、傾聴の不足」という阻害要因に対しては、モチベーション理論、コラボレーティブ・リーダーシップ、葛藤マネジメント、イノベーション論、組織学習、セーフティ・マネジメント、心理的安全性、組織開発というディシプリンに属する諸理論をベースに問題解決を試みる

こととなる。

講師は、これら社会・組

表1 多職種連携に関するディシプリンの概要

ディシプリン	概要
モチベーション理論	個人が生み出す成果や効果に影響を及ぼす行動の基部に横たわる動因。自己実現欲求、期待理論、外発的報酬、内発的報酬など
シェアード・リーダーシップ	知識創造の様態、リーダー役割の流動性に注目したリーダーシップ論。すべての人々が状況に応じてリーダー役割を得る状況創造
コラボレーティブ・リーダーシップ	価値共創性に注目したリーダーシップ論。協力的・協働的な関係性を涵養するためのリーダーシップ論
葛藤マネジメント	価値共創に至る対人状況のマネジメント。葛藤状況のアセスメントと葛藤の類型化、介入の方法論。取り引きコスト、機会主義の視点
イノベーション論	イノベーション創発機序から普及までのプロセスを考究。発着想、プロトタイプづくり、変革、社会的インパクト評価
組織学習	個人を越えて、組織内、組織間で行われる情報・知識の獲得、分配、解釈、統合、記憶などのプロセス、暗黙知と形式知の相互作用を考究
継続的質管理	サービス効用への適合状態を可能たらしめる組織マネジメント。構造、プロセス、成果の各側面に介入する手法研究
セーフティ・マネジメント	安全、安心を含む医療サービスの質、価値を継続的に向上させるための介入およびシステムを考究
医療倫理	自律尊重原則、善行原則、正義原則などの規範と現実との乖離によって生じるジレンマ状況と対応方法を検討する
グループダイナミクス	チーム/グループ規範、凝集性、情報・知識創造、合意形成、行動、意思決定などを考究
システム科学	医療サービスと健康をめぐるマクロ、メゾ、ミクロ的諸要素とそれらの複雑で相互的な関係性を考究。特にソフトシステムズ方法論に力点
心理的安全性	組織における不安、恐怖、リスク状況と組織構成員の行動、学習、変化対応などとの関係を考究
組織開発	人と人との関係性や相互作用、システムに介入し、組織を変化させていく方法論

表2 問題とディシプリンの関係

	モチベーション理論	リーダーシップ・シェアード・リーダーシップ	コラボレーティブ・リーダーシップ	マネジメント 葛藤	イノベーション理論	組織学習	継続的質管理	セーフティ・マネジメント	医療倫理	グループダイナミクス	システム科学	心理的安全性	組織開発
威圧的な態度・言動	●			●		●			●			●	
情報非活用		●	●		●	●	●				●		●
看護師と薬剤師の役割認識不一致		●	●		●	●	●	●		●	●		●
実のないカンファレンス	●	●		●		●				●			
付度と保身				●					●	●		●	
人材不足に対処できない経営方針	●									●			●
率直な意思表示, 傾聴の不足	●		●	●	●	●		●				●	●
利己主義	●			●					●			●	
多忙な仕事					●	●					●		●
パワーハラスメント	●			●					●			●	

織科学系の学際的な応用科学の諸分野を、できれば大学院レベルで履修し、これらの分野のディシプリンを体得しておく必要がある。日本では、この種のカリキュラムを持つ医療経営大学院は希少だが、欧米の先進的な healthcare management, health administration 大学院プログラムでは一般的である。講師は、ワークショップで学際的な知見を用いながらも、あくまでファシリテーター役にとどまることが重要である。参加者が主人公となってMACEサイクルを回しながら、解決策を目的に応じて探索し、講師はコラボレーションの契機、そして行動変容の触媒に徹する。そして、臨機応変に引き出しからディシプリンを取り出して、参加者との質疑応答をさばっていく。

まとめ

本稿の起点は現場の悩みであった。現場の悩みを組織風土に潜む多職種連携の阻害要因としてとらえ、それらを可視化し、さらに多職種連携の実態認識を把握、分析するAITCS-II-Jのような可視化尺度を併用すれば、さらに現場の問題を多角的にとらえることができるだろう。しかし、データの可視化は手段で

あって、決して目的ではない。これらの「見える化」されたデータを病院経営、臨床現場に分かりやすくフィードバックして、データから情報へ、情報から知識へ、そして知識から知恵へ、知恵から行動変容へと転換していくことが肝要である。本稿では、そのための方法論を紹介しつつ、それらのポイント、留意点などについて考えてみた。読者諸賢にとってなにかの参考になれば幸いである。

引用・参考文献

- 1) ピーター・チェックランド著, 高原康彦他訳: ソフトシステム方法論の思考と実践—問題認識を共有し組織や仕組みの改善と発展に繋げる, パンローリング, 2020.
- 2) 松下博宣他: 組織風土に関わる多職種連携の阻害・促進要因の検討—組織風土パーセプションの共起ネットワーク分析, 保健医療福祉連携, Vol.13, No.1, P.11~20, 2020.
- 3) Yamamoto Y, et al: Translation and cross-cultural adaptation of the Japanese version of the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale-II (J-AITCS-II). MeEedPublish. 2019; 8 (3). <https://www.mededpublish.org/manuscripts/2654> (2021年7月閲覧)
- 4) 松下博宣他: 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, Vol.23, No.2, P.11~23, 2020.
- 5) Matsushita H, et al: A Systems Study on Inter-professional Collaboration in Healthcare. International Journal of knowledge and Systems Science. 2021; 12 (3), 93-108.