

特集

看護師が疲弊している今こそ、 看護師長の 評価力が問われる！

幸福な職場づくりのための 人事考課

～コラボレーティブ・リーダーシップのすすめ

東京情報大学 看護学部 看護学科
教授 松下博宣



動が注目されやすい。しかし、最も重要なポイントは、人事考課を有効な戦略ツールとして使いこなすリーダーシップがうまく機能することである。人事考課は道具であり、その道具を使いこなすスキルがリーダーシップだ。どんな精緻で立派な人事考課システムであろうとも、リーダーシップなき職場では人事考課は機能しない。

ウィズコロナ、そしてアフターコロナでのリーダーのスタイルは、指示命令、ビジョン提示、状況適応、権威主義、部下迎合ではなく、コラボレーティブ・リーダーシップだ。コラボレーティブ・リーダーシップが機能する職場と人事考課はマッチして、組織は健全に進化していく。コラボレーティブ・リーダーシップが欠落した組織にとって、人事考課は組織的儀式、年中行事、同調圧力を強化するイベントになら

人事考課は、人材開発、良質な医療の質、安全、効率などを実現するためのシステムである。ところが、全国の多くの医療機関の人的資源管理についてコンサルティング・指導をしてきた筆者の経験によれば、人事考課を儀式化・形式化させてしまっている医療機関が決して少なくなく、人材開発、良質な医療の質、安全、効率などを実現するという目標から乖離してしまっているケースが多い。人事考課が戦略的なツールとして使いこなされていないのである。

人事考課と言うと、人材評価の項目や評価の手順・基準やクリニカルリーダーとの連

Profile

まつした・ひろのぶ ●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・東京情報大学大学院総合情報学研究科教授。『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 Informatincs: 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。

ざるを得ない。そのような人事考課は有害無益であり、即刻廃止すべきだ。本稿では、コラボレーティブ・リーダーシップを紹介しつつ、より効果的に人事考課システムを展開していくコツをお伝えしたい。

新型コロナウイルスがもたらしている看護現場への影響と管理職の役割

昨今のコロナ禍の中で、筆者が共同研究などで関与している医療機関は、それぞれ奮闘している。コロナ禍は、感染管理や治療、ケアの臨床現場のみならず、病床管理や人材マネジメント、病院全体の財務にまで影響を及ぼしている。そのような大きな変化の中、多くの看護職はやるせない疲弊感やストレスを抱きながら日々のケアに取り組んでいる。このことにまず敬意と感謝の念を表したい。

今回のコロナ禍によって、医療政策と病院経営は大きな圧力にさらされている。政策面では、地域ごとに感染防止を行い、限られた医療資源を新型コロナウイルス感染症の重症患者に集中する方策がとられている。一方、病院経営面では、多くの病院が予定入院・予定手術を延期せざるを得なくなっている。

コロナ禍により感染者が増えてくる都市部の病院から聞こえてくる現場の看護部長の声には、共通点がある。例えば、「感染防止のために外来を抑制し、入院患者の受け入れを一時停止する必要がある」「新型コロナウイルス感染症患者を受け入れなければならないので、ほかの患者は後回しにせざるを得ない」「新型コロナウイルス

感染症患者は、治療までの期間が長く、平均在院日数が長期化する」という声だ。

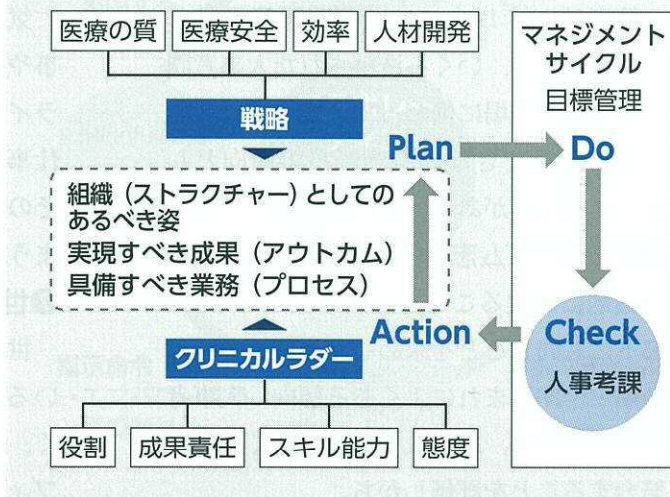
つまり、外来患者の減少、救急搬送の減少、病床稼働率の低下などによる減収が顕著なものにもかかわらず、人件費などの固定費ストレスが増し、結果として病院経営は非常に厳しくなっている。

人事考課にありがちな失敗の原因

人事考課を効果的に活用していない医療機関は多い。日本医療機能評価機構の病院評価などを取得・維持することが目的となっ

てしまい、本来は手段であるべき人事考課が、硬直的に儀式化してしまっている¹⁾。
図1に示すように、本来の人事考課システムは、目標管理システムと連動させて、人材や医療の質を継続的に向上させ、医療安全を実現し、病床稼働率や在院日数といった効率系の指標を高め、どのような人材を採用し、定着させ、あるいは必要によって解雇すべきなのかという「戦略」とリンクすべきものだ。また、クリニカルリーダーを運用している病院も多い。クリニカ

図1 戦略、クリニカルリーダー、PDCAサイクルの関係



ルリーダーによって定義されるそれぞれの役割が達成すべき成果責任や、具備すべきスキルや能力、態度といったものを必要要件として目標を立てていく。重要なポイントは、このようなマネジメントのシステムを介して、組織（ストラクチャー）としてのあるべき姿、実現すべき成果（アウトカム）、具備すべき業務（プロセス）を連動させて、Plan, Do, Check, Actionを力動的に回転させることだ。

ところが、多くの医療機関では、人事考課がこのようなダイナミックなシステムとして作動していない。病院長や看護部長が提示する「大きな目標」や「方針」を細分化していき、それぞれの役割で目標を書くが、その目標が実際の実行（Do）段階で活用されず、忘れられていることがあまりにも多いのだ。このような状況では、人事考課で成果実現や能力向上を計測できるわけがない。部下は上司を敵にたくないし、上司は部下との間に不必要な波風を立てたくない。このような同調圧力が働くので、メリハリが効いた評価はできず、ABCならば大半はB、松竹梅ならば大半は竹といった評価の中心化傾向が歴然と出てくるのだ。

筆者は20年以上にわたり看護管理職と接しているが、いくら洗練された人事考課システムが職場に備わっていてもそれらを上手に活用できない看護師長の傾向として、次の7つがある。

①ガンバリズム志向

過剰に頑張ることを当たり前ととらえ、部下にも同じことを求める看護師長。昭和前期・中期生まれによくある傾向。人事考課においても、成果よりも汗をかくことや努力することを評価しがち。

②上意下達中心

上下関係の中でしかコミュニケーションをとれない看護師長。役割期待に依拠するあまり、心を開いて瑞々しい人間的なコミュニケーションをとることができない。形式的な評価になり、部下の不平不満が募りやすい。

③希薄なプロ意識

業務に関する専門的ノウハウや知恵が少ない看護師長。プロ意識が欠如しているため、部下に軽く見られる。それをカバーするために、部下に甘めの評価を連発する。

④威厳がない

説得力や指導力が薄弱で、プロとしての専門性に裏付けられた威厳がない看護師長。そのため部下に迎合しがちなので、そもそも厳しめの評価をしようとし、できない。

⑤多職種連携がへた

看護師の仲間うちでは良い仕事ができるが、他職種との関係づくりがへたな看護師長。いわゆる看護という内向きに閉じた小さな職場のお山の大将で、他職種からの評価が低い。よって、部下の多職種連携の努力や成果を評価することができない。

⑥弱い幸福感

気持ちに幸福感があまりなく、いつも仕事や家庭のことに追われてあくせくし、イライラしている看護師長。部下の頑張りや仕事のプロセスにまで目が行き届かない。そのため、人によって偏った評価をしてしまう。

⑦世代ギャップをつくる

世代間の壁や溝を自らつくってしまっている看護師長。若い世代の価値観から遠く、また分かってもらえない。評価をフィードバックする際のコミュニケーショ

ンが上手にとれないので、部下の間で不平不満が増大してしまう。

コラボレーティブ・リーダーシップが求められる

そもそも人事考課システムは手段系のツールであり、そのツールが埋め込まれている職場という「場」で、当事者であるリーダーやリーダーの周りの人々が、いかに人事考課というツールを使い込むのが問われている。つまり、リーダーシップのあり方によって、人事考課システムは生きもすれば死にもする。換言すると、PDCAサイクルや人事考課を含む人間活動システムを絶えず進化させ、効果的に活用していくのはリーダーの役割である²⁾。

そこで本稿では、近年世界的に注目されている新時代のリーダーシップとして、コラボレーティブ・リーダーシップについて紹介しつつ、掘り下げていきたい。コラボレーティブ・リーダーシップとは、一言で言うと連携協働関係のハブになり、職場や多職種連携のシーンで連携協働関係を促進するリーダーシップスタイルのことである³⁾。具体的には、**図2**に示すような4つの特徴がある。

① 共生的な関係性を育む

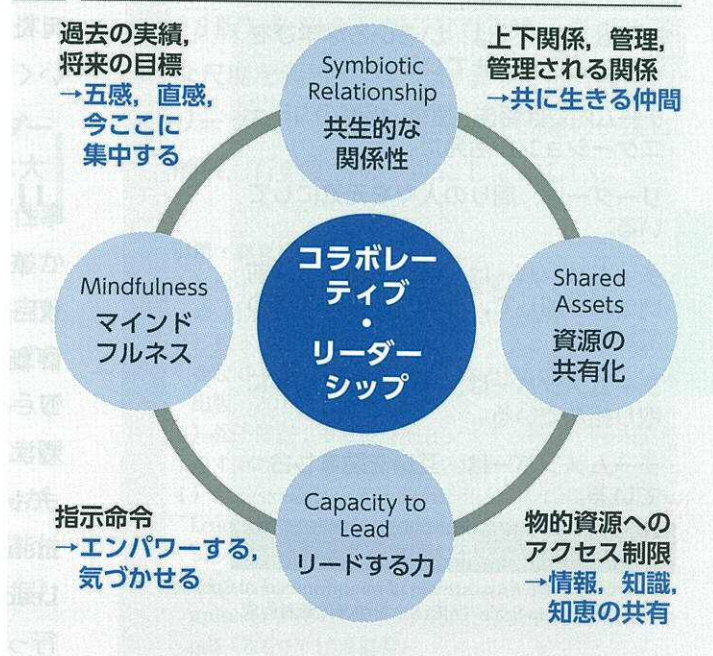
多職種連携によって、機能的な仲間を仲間として十全な人間関係を培い、関係性を回復し、涵養するのである。連携は、本音をはっきり言い伝えると同時に、相手を心から気にかけることから始まる。高度な専門性をリスペクトする組織にあって、専門性のみならず、関係性コンピテンシーをいかな

く発揮し、周りの仲間の能力行動特性をも引っ張り上げる、そうしたリーダーが求められる。ガンバリズムを過剰演出し、上下関係の中の上司と部下といった関係をつくるのではなく、同じ職場内のイコール・パートナーという立ち位置をとるのが大切である。

② 情報、知識、知恵といったソフトな資源を活用する

新しい時代の経営資源として、情報、知識、知恵を含むソフトな資源の創造とプロフェッショナルリズムこそが、病院や地域包括ケアシステムの源泉となる。高度な判断、文脈そのものをつくる力、感情を移入し共感する力など、新しい時代のリーダーには、自然としなやかな威厳、プロとしての気高さといった雰囲気が生じるものだ。組織の内外にネットワークを張り巡らし、オープンなやりとりを行い、データ、情報、知識、知恵の連携協働のハブとなるのが、コラボレーティブ・リーダーである。

図2 コラボレーティブ・リーダーシップの4つの特徴



コラボレーティブ・リーダーシップ 簡易評価尺度（β版）

次の質問に答えることによって、あなたのコラボレーティブ・リーダーシップの度合いを客観的に評価することができます。それぞれの質問に、「当てはまらない」= 1、「どちらでもない」= 2、「当てはまる」= 3を記入して、最後にこれらの点を合計してください。あなたのスコアは、16点から48点の範囲のどこかになります。

チームメンバーは、頻繁に患者ケアのリーダー役となっている。

チームメンバーは、その場その場で言われなくてもチームを引っ張ることができる。

チーム内には、前向きに仕事を楽しむという雰囲気のみなぎっている。

チームの目標は明確だ。

チームメンバーは、目標達成に向けて頑張っていると思う。

リーダーは、チームメンバーから頼りにされている。

リーダーとチームメンバーは分け隔てなく何でも語り合える。

チーム内では、いろいろな話題をざっくばらんに相談できる。

このチームにいるとためになることが多い。

チームメンバーは、リーダーの経験・知識・スキルを認めている。

チームメンバーは、いろいろな学びを深めることができている。

チーム内では報告・連絡・相談のコミュニケーションが活発だ。

リーダーは、周りの人々を元気にしている。

チームメンバーは、いつもチームに前向きに参加して、能力やスキルを高めている。

チームメンバーは、イキイキと仕事に取り組んでいる。

チームメンバーは、互いを励まし合っている。

合計

Carole Orchard作成Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (AICLS) を参考に筆者作成

③多職種連携協働のハブとなる

看護マネジャーは、看護という専門機能の内側に引きこもるのではなく、ほかの職種との臨機応変なやりとりや気持ちが通うコミュニケーションを通して成果を実現する役回りへと変化している。医療の世界には、専門性という名のタコツボや壁が無数に存在する。コラボレーティブ・リーダーは、それらのタコツボや壁の向こうを楽しい異界ととらえ、未知の世界、未知の文脈、未知の専門分野に越境していく異界越境者である。

④マインドフルな意識を持つ

上下関係や権限で硬直化した階層組織は、人の五感や直観さえも減耗させる。これは、職場におけるうつ病の一大原因が、複雑な組織の人間関係に起因するということとも符合する。そういった自覚的な、あるいは自嘲的な反省があるからこそ、近年「マインドフルネス」が受け入れられている。つまり、仕事を楽しむこと、仕事をしつつ充実感を感じることを、そして、五感、直観、今ここに集中することが、世代を越えたより良いムードの醸成につながっていく。

コラボレーティブ・ リーダーシップ簡易評価尺度

筆者は、臨床現場の看護師長や看護リーダーのコラボレーティブ・リーダーシップ評価尺度について、コラボレーティブ・リーダーシップ研究の第一人者でカナダのウエスタン大学教授であるキャロル・オーチャード博士と共同研究を行い、Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (AICLS) の日本語化を行った⁴⁾。その簡易版を表に挙げるので、

回答してみてください。所要時間は3分である。

回答結果であるスコアの範囲それぞれの一般的傾向をまとめたものを次に挙げる。ぜひとも参考にしてもらいたい。

41~48点→イキイキとした コラボレーティブ・リーダー

あなたはコラボレーティブ・リーダーとして、職場の中でハツラツと働いています。チームメンバーからの信頼も厚く、多くのメンバーがあなたのことを良きリーダーであると受け止めていることでしょう。人事考課をする局面でも、部下の頑張りを褒め、前向きにメンバーの成果を認めることができていると思われます。

33~40点→コラボレーティブ・リーダー としての可能性、資質あり

あなたはコラボレーティブ・リーダーとしての可能性や資質を持っています。しかし、それらは決して十分なものではありません。人事考課や評価面談においても、やや不安を感じる局面があると思われます。低めの点がついた項目について今一度振り返り、自分自身の行動を改善してみてくださいか。

25~32点→コラボレーティブ・リーダー として自己開発の余地は大

あなたはリーダーとして日々熱心に仕事に取り組んでいるかもしれませんが、メンバーとの関係、学習の機会、自分がメンバーから受け入れられているかどうかについて、不安になることもあるようです。自分と合うメンバーに対する人事考課や評価面談においては問題ありませんが、合わないメンバーとは軋轢が生じる可能性があります。低めの点がついた項目を振り返ってみてください。

16~24点→コラボレーティブ・ リーダーシップは弱い

あなたはたまたまリーダーの役割についているのかもしれませんが。また、リーダーとしての経験が不足している可能性があります。リーダーの役割を楽しんでいるわけでもなく、周りから良きリーダーとして認知されているわけでもありません。あなたは人事考課をすることが憂鬱だと感じ、逃げたいと思っていないですか。1点がついた項目をチェックして、自らの行動を変容させてみてください。

まとめ

人事考課に悩む管理者は多いだろう。しかし、事の本質はリーダーシップのあり方にある。表面的な人事考課の進め方や基準・手順の活用といったテクニック面より、むしろ、自分自身のリーダーシップと向き合うことの方がはるかに重要である。本稿では、そのための具体論として、コラボレーティブ・リーダーシップに注目し、コラボレーティブ・リーダーシップ簡易評価尺度（β版）を紹介した。ぜひとも、このような尺度を利用することによって自分自身のリーダーシップに潜む課題や問題の一端に触れ、行動変容の一助にしてほしい。

引用・参考文献

- 1) 松下博宣：看護経営学—看護部門改造計画のすすめ 第4版，日本看護協会出版会，2005。
- 2) 松下博宣：医療看護イノベーション—組織に変化を起こす2035年生き残り戦略の教科書，メディカ出版，2017。
- 3) 松下博宣：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。
- 4) Assessment of Interprofessional Collaborative Leadership Scale (AICLS)：多職種連携協働リーダーシップ評価スケール。
<https://hironobu-matsushita.com/wp/wp-content/uploads/84d7f4f4eb9a52ad6fd3cf4c9803c07d.pdf> (2020年10月閲覧)