静岡県看護協会
看護管理者認定セカンドレベル

多職種連携を実践する

～組織分析、組織デザイン　その2～

2020年10月20日

東京情報大学看護学部
医療管理学　教授　松下博宣
hironobu-matsushita.com

今日のゴール

- 多職種連携（チーム医療）の**コツ**を体得する。
- なにをどうすれば**多職種連携の成果**が上がるのか？の疑問に答える。
- 固定観念から脱する**異界越境**の妙味を理解する。
- 多職種連携の**システム科学**を体得する。
- **主観的幸福感**の意味、重要性、エスプリを理解する。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

テキストブック

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

多職種連携（チーム医療）のコツ

その1：実現・達成したい目標を柔らかく自由に構想する。

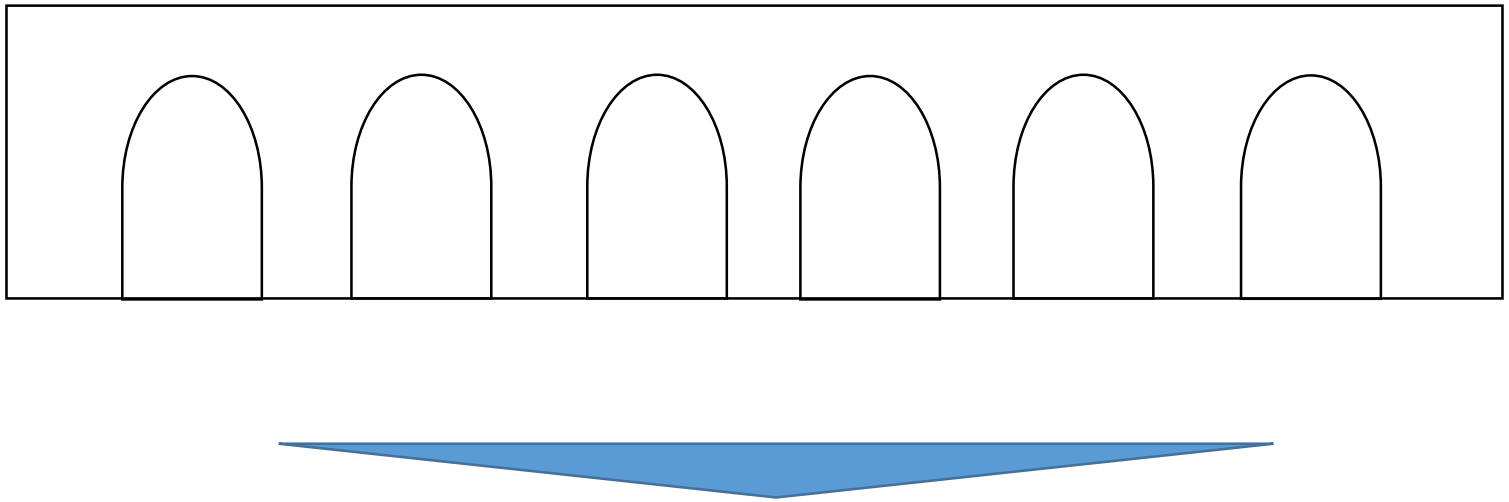
その2：組織風土を耕す。

その3：ミッションを共有し、みんなで話し合い力を合わせてエンパワーする。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

タコは蛸壺（コンフォートゾーン）に入り込む

専門分野



医療専門職は専門分野に入り込みやすい

小さな聖域化、相互不干渉

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

たこつぼ聖域

- 干渉なしで内輪で仲良くやれる
- 業務を固定化できる
- あまり変化の波をかぶらない

- 業務の「はざま」に3つの「ム」がたまる
- ムリ、ムラ、ムダ
- 医療安全、医療の質、効率にとって？？？

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

既存のタコツボから出てみる、はずれる

- いったいぜんたい、なんのため？？？
- なぜ？？？
- どうして？？？
- なにに思い込んでいる？

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

目先、手先、口先の課題

- 課題解決にとらわれ過ぎると、本質を見失う。
- 本質は、なぜ（ｗｈｙ）を3回以上問うてみよう。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

目標にたいする2つの「構え」

- 与えられた目標から出発。
- 業務から導きだされる目標。
- 業務課題目標達成を追求する。

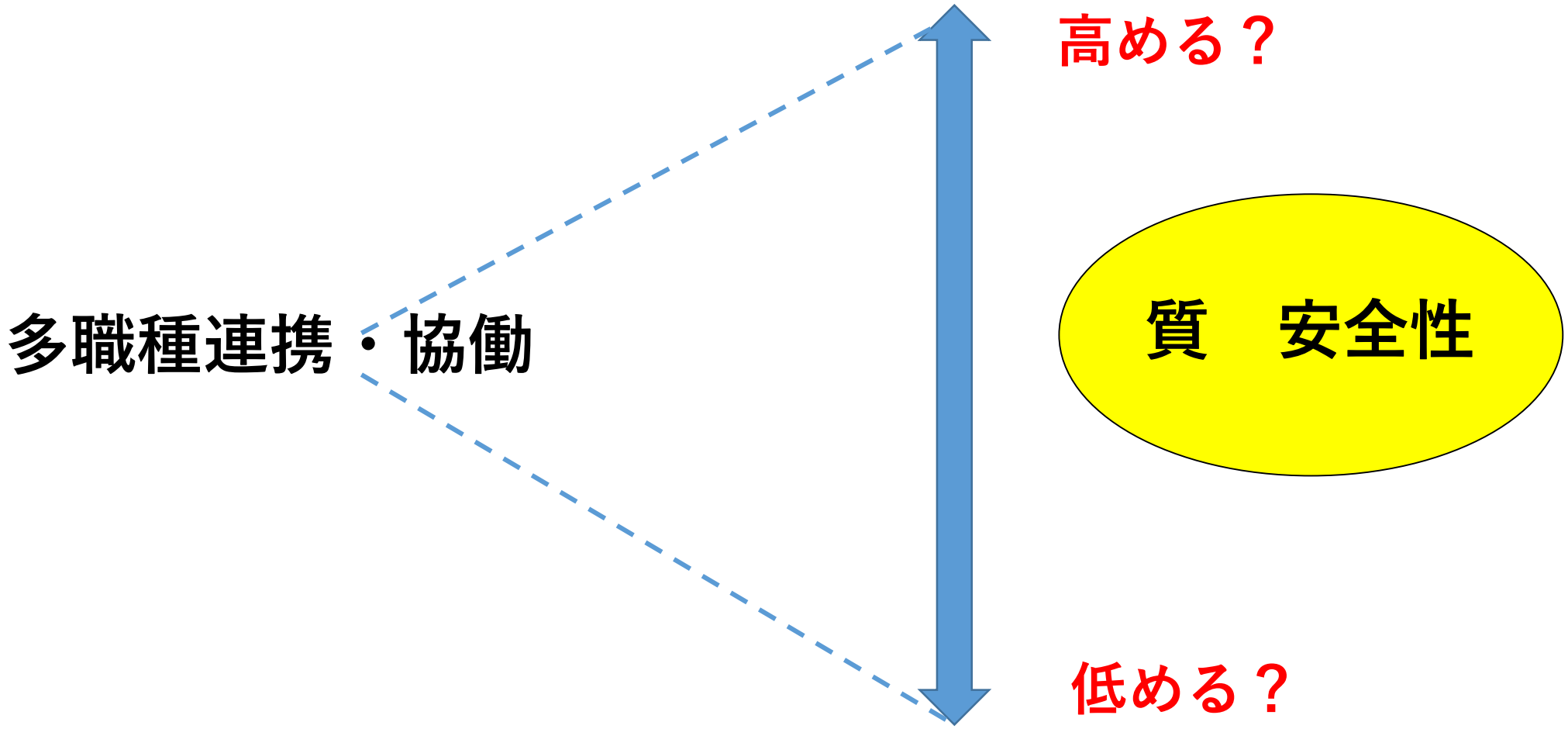
追求的目標

- 目標を自分（達）で探索する。
- 既存の業務とは必ずしも関係ない。
- 目標を設定して、かつ達成しようとする。

探索的目標

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

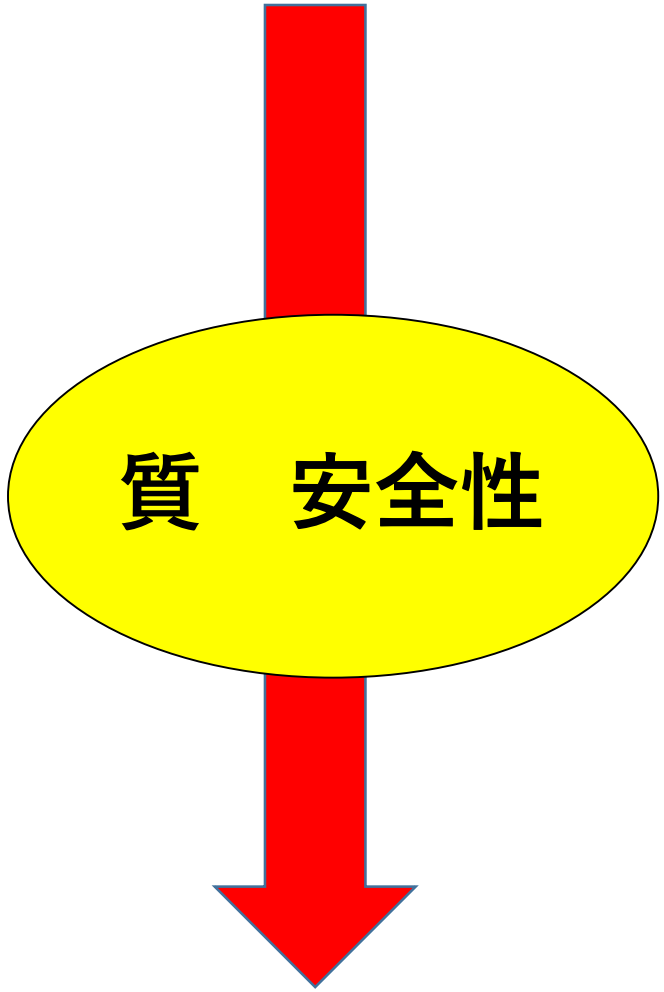
多職種連携のパラドクス



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

チームが生じさせるリスク

共有すべき情報が共有できない
共有すべき目標が共有できない
集団浅慮
調整に手間暇がかかる
チームをつくっても協力が得られない
役割分担が不明確
コミットメントの温度差
・・・・・・
・・・・・・



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

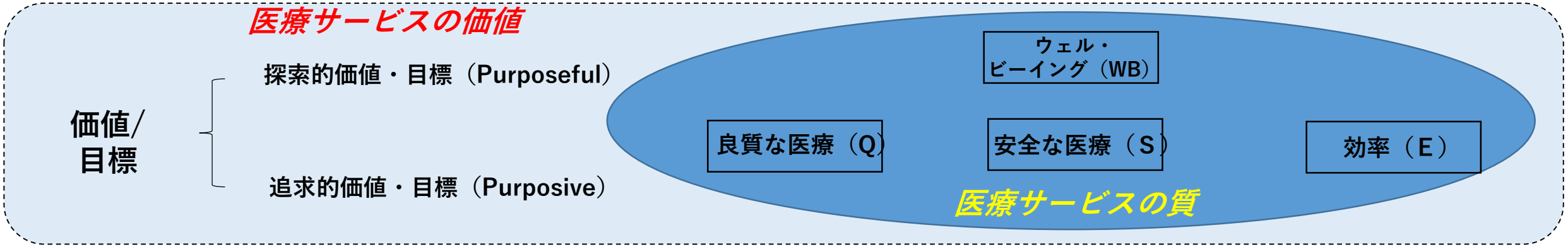
なにをどうすれば多職種連携の成果が上がるのか？

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

固定観念から脱する異界越境のすすめ

- はみでる
- ずれる
- ずらす
- 飛び越える
- 乗り換える
- 橋渡す
- 遊ぶ
- 戯れる・・・・

価値/目標システム



・人間活動システムにはpurposefulな探索的価値・目標とpurposiveな追求的価値・目標がある（Checkland, 1999）
・一般に、質、安全、効率、ウェルビーグは、価値に内包される。これらの価値は、探索的価値・目標、追求的価値・目標として設定可能である。

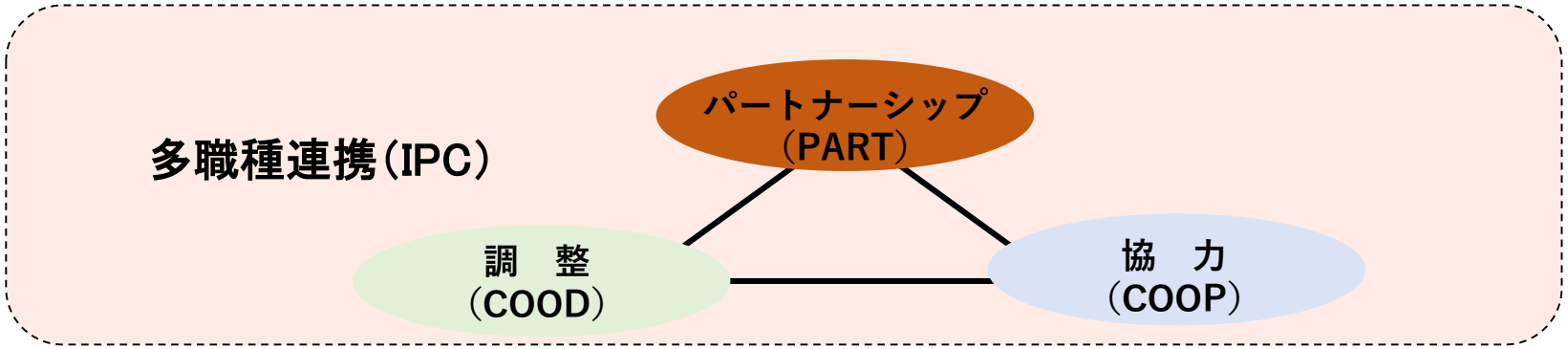
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

価値/目標システム

- しかしながら、質、安全、効率など特定の数値が所与のものとして目標が設定されると、探索的な思考が閉塞し、手段(how)が目的化され、「やらされ感」が増大し疲弊感をもたらすことがある。
- よって、なに(what)を実現するために、なぜ(why)特定の価値を求め、目標を設定するのかという根本的な問い（Root Question）を発することが重要（櫃本, 2013）
- いきなり多職種連携の各論に入ってはいけない。これらの問いを自問自答し、アコモデーション（チームで共有し深く内面化する）ことが重要である（Checkland, 1999）

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

多職種連携システム



・多職種連携には、普遍的な①パートナーシップ、②協力、③調整という組織行動(Organizational behavior)に関する機能（functionality）が存在する(Orchard, 2018)
・これらの機能の実態を計測する尺度がAITCSである(Orchard, 2018)
・AITCSは”AITCS-II-J”として日本語化され、信頼性、妥当性、実用性が確認されている（松下ら, 2020; Matsushita et al., 2020）

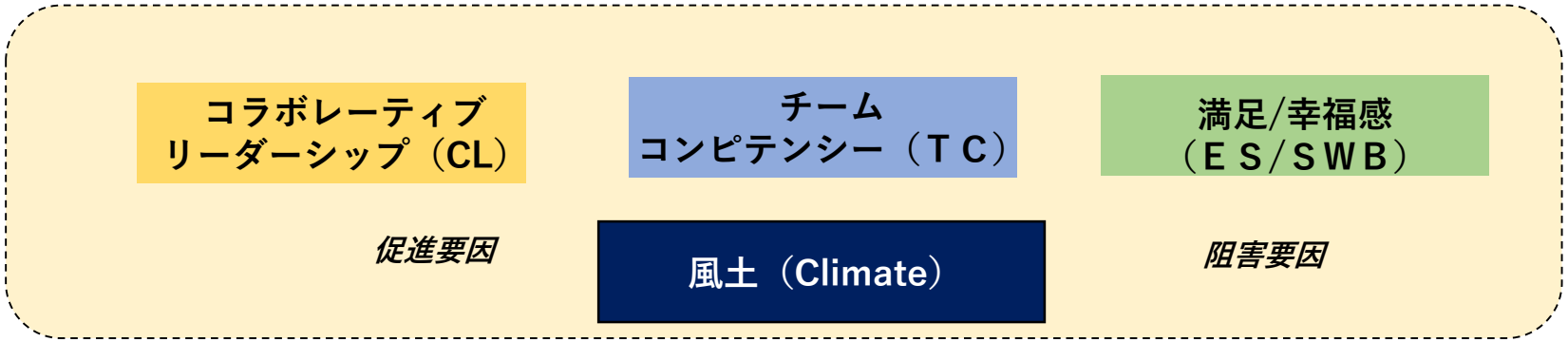
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

多職種連携システム

- この尺度により、従来抽象的で規範的に論ぜられてきた多職種連携の実態をovert and measurable（外的かつ計量可能）なものとして位置付けることができるようになった。
- AITCS-II-Jにより、多職種連携の実態が、医療の質、安全、効率と関係することが実証的に明らかになった。つまり多職種連携に操作的に介入することによって（限定的だが）各種アウトカムを操作化できるということが明らかになった（藤谷ら, 2020）
- しかしながら、多職種連携の機能的側面には下部構造が存在する。この下部構造が、多職種連携のありかたを規定、拘束する。よって、前提となる下部構造にも注目しなければならない。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

組織行動の前提システム



・深い階層には、風土（Climate）が横たわる（松下ら, 2020; 池田ら, 2020）
・多職種連携を促進・阻害する要因は風土の中に潜在的に存在する（松下ら, 2020; 池田ら, 2020）
・多職種連携を推進するものとしてコラボレーティブ・リーダーシップ（Orchard, 2019）が提言されている。

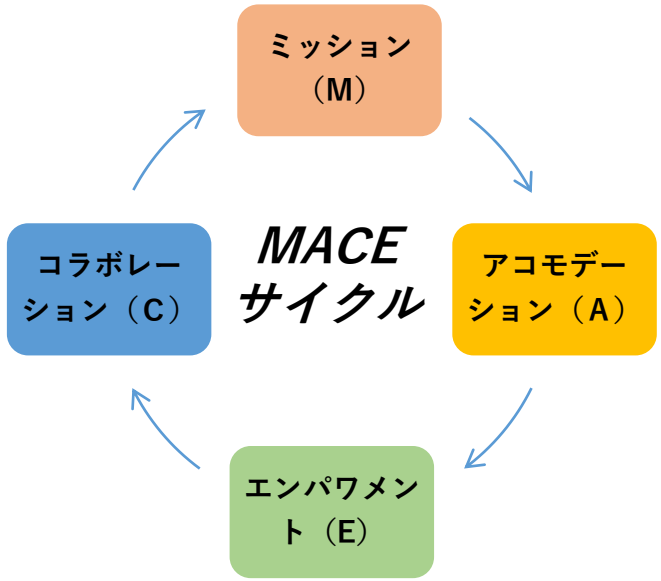
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

組織行動の前提システム

- 多職種連携を推進するものとしてチーム構成メンバーで共有されるコンピテンシーが存在する(市川ら, 2020)。クリニカルラダーなど組織階層ごとに異なる認識のされかたが明らかになっているので、階層別等の介入アプローチが必要である(市川ら, 2020)
- 医療専門職のコンピテンシーは複雑対応系(Complex Adaptive System)のなかで、動的不均衡状態に置かれている(Matsushita, 2020)
- 多職種連携を推進するものとして、チーム内で共有される満足感/幸福感が存在する(松下, 2020)
- 多職種連携に操作的に介入する際には、これらの深層構造にも着目し、改善を加える必要がある。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

組織/人間開発システム



・前述した多職種連携システム、組織行動の前提システムを賦活するシステムが、組織/人間開発システムである。循環的・動的システムとして、ミッション共有、アコモデーション、エンパワメント、コラボレーションから成り立つ。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

組織/人間開発システム

- アコモデーション（accommodation）は、世界観、職業バックグラウンド、仕事観の違い、多様性を相互に承認しつつ共立併存を図ってゆくという点において、アグリーメント（契約的合意）やコンセンサス（意見を一致させること、総意を形成すること）とは異なる。
- エンパワーメントすることによって、コラボレーションを実現してゆく。以上の賦活システムをMACEサイクルという。多職種連携システムを実現する際に、武器＝鋒（ほこ＝mice）の役割を果たす。 MACEサイクルは（櫃本, 2013)のMCCEサイクルに示唆を得て改変したものである。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

まとめ

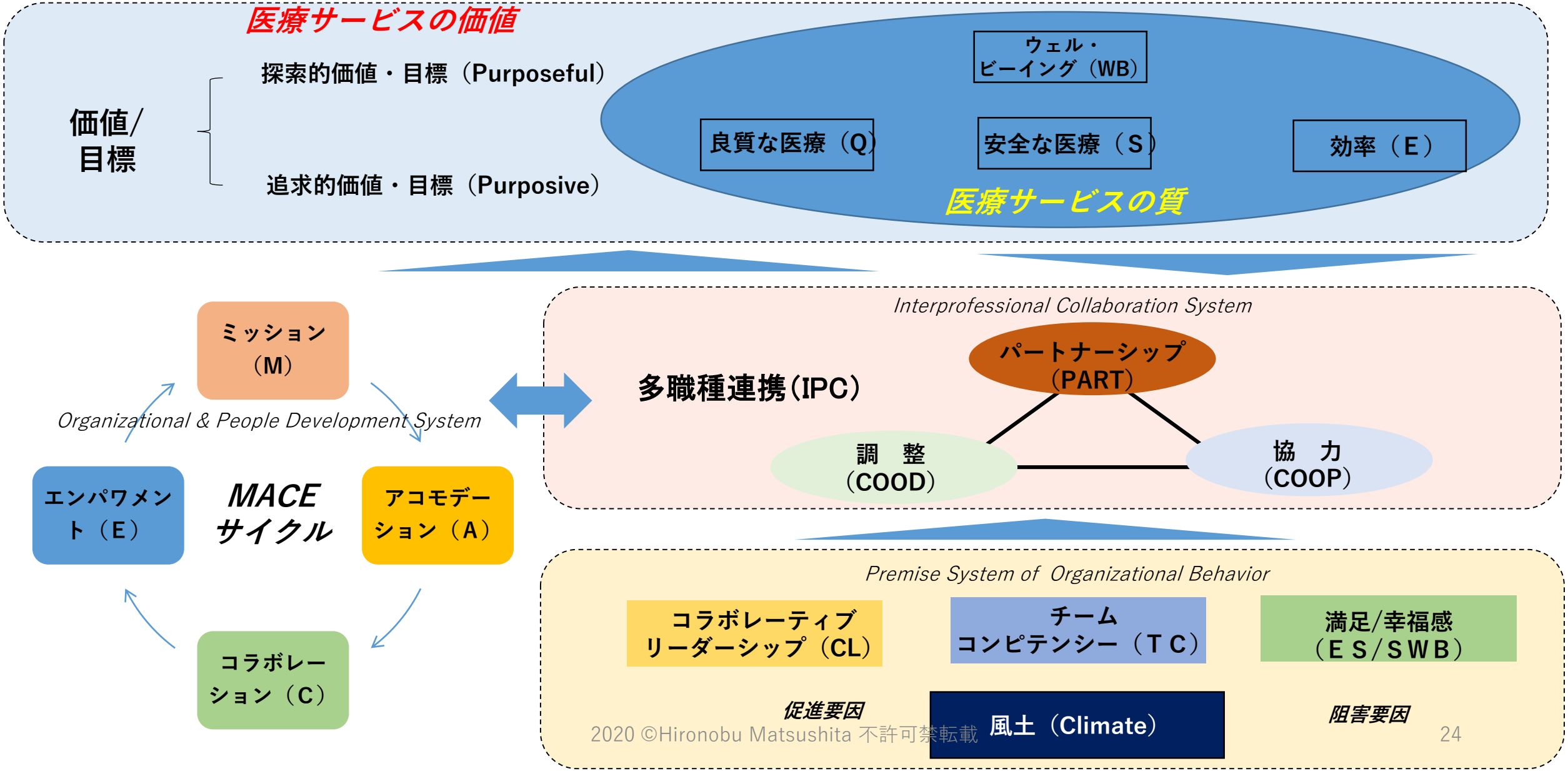
- 以上を要するに、多職種連携システムはそれ自体で独立に存在するものではなく、上位システム、下位システム、並立システムとホリスティックに連動させる必要がある。
- 上位システムとは、価値/目標システム（ Value and Objectives System ）である。
- 下位システムとは、組織行動の前提システム（Premise System of Organizational Behavior）である。
- 並立システムとは、組織/人間開発システム（Organizational & People Development System）である。
- 以上のサブシステムを整序して綜合すると、次ページの「新しいヘルスケアマネジメントにおける多職種連携～ソフトシステム体系～」を得る。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

以上をシステムとしてまとめると・・・

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

新しいヘルスケアマネジメントにおける多職種連携
～ソフトシステム体系～



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

ソフトシステムとしての多職種連携（松下, 2020 p7）

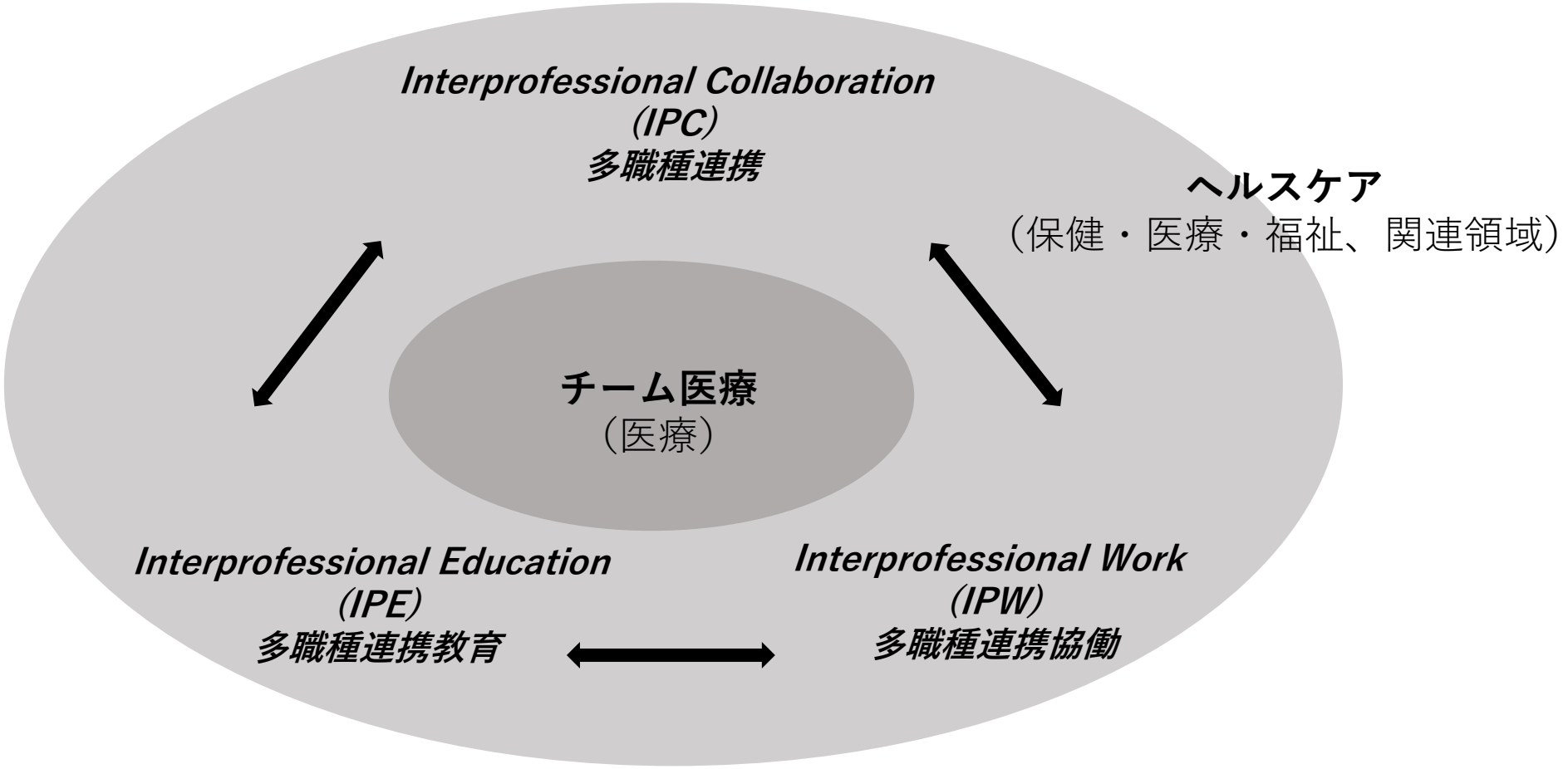
（1）多職種連携（チーム医療）は、人間活動システムとしてコミュニケーションによって成り立つ。

（2）多職種連携（チーム医療）のコミュニケーションには、パートナーシップ、協力、調整という普遍的・一般的な機能要件が求められる。

（3）多職種連携（チーム医療）とは、多様なヘルスケアに関わる意思決定主体が、それぞれの専門性を前提 に、目的と情報を共有し、連携・補完し合い、患者（顧客）の状況に的確に対応したサービスを共創するソフトシステムである。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

各種用語の関係（松下, 2020 p6）



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale(AITCS)とは（松下, 2020 p42)

（1）多言語への展開

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。

（2）国際性

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。

（3）汎用性

AITCSは、広範なケアの現場で使われている。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

※引用：Orchard, Carole et al (2018). Assessment of Interprofessional Team collaboration Scale(AITCS): Further Testing and Instrument Revision. Journal of Continuing Education in the Health Profession. Volume 38, Issue 1, pp11-18.

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

IPC（多職種連携協働）の3つのサブシステム（松下, 2020 p42）

パートナーシップ

IPC

協　力　　**調　整**

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

質問のセットは（松下, 2020 p45）

ここに格納して公開中

多職種協働評価スケール(AITCS-II-J)
AITCS：Assessment of Inter-professional Team Collaboration Scale 37質問
AITCS-II-J(23質問)英語版と日本語版の対応表

All rights reserved ©Hironobu Matsushita, 2019 不許複製・禁無断転載
この研究は日本学術振興会科研費基盤研究C（課題番号：19K10491）の助成を受けて行われています。

AITCS とは、英語圏で広範に用いられているヘルスケア関連の多職種連携協働の効果、機能などの程度を客観的・計量的に測定するスケールです。AITCS の改良バージョンである AITCS-II 日本語対訳を AITCS-II-J と命名し以下に掲載します。AITCS-II の開発経緯については，Orchard et al(2018) ：Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision を参照してください。

この日本語訳は松下博宣の著作物であり、使用、引用に際しては著作権者松下博宣の許諾承認を得たうえで本サイトを参照したことを明記する必要があります。

2019. 4. 12
翻訳：松下博宣

AITCS英語・日本語版

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。

hironobu-matsushita.com

4か国におけるAITCS, AITCS-II の尺度信頼性比較（松下, 2020 p42）

	Country	Partnership	Cooperation	Coordination
Orchard et al. (2018)				
AITCS	Canada	0.937	0.911	0.894
AITCS-II		0.898	0.924	0.898
Hellman et al. (2016)				
AITCS-S	Sweden	0.91	0.95	0.79
Caruso et al. (2018)				
I-AITCS-II	Italy	0.923	0.944	0.968
This study (2019)				
AITCS	Japan	0.962	0.963	0.917
AITCS-II-J		0.912	0.94	0.917

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

A病院基本統計（松下, 2020 p46）

A病院　基本統計

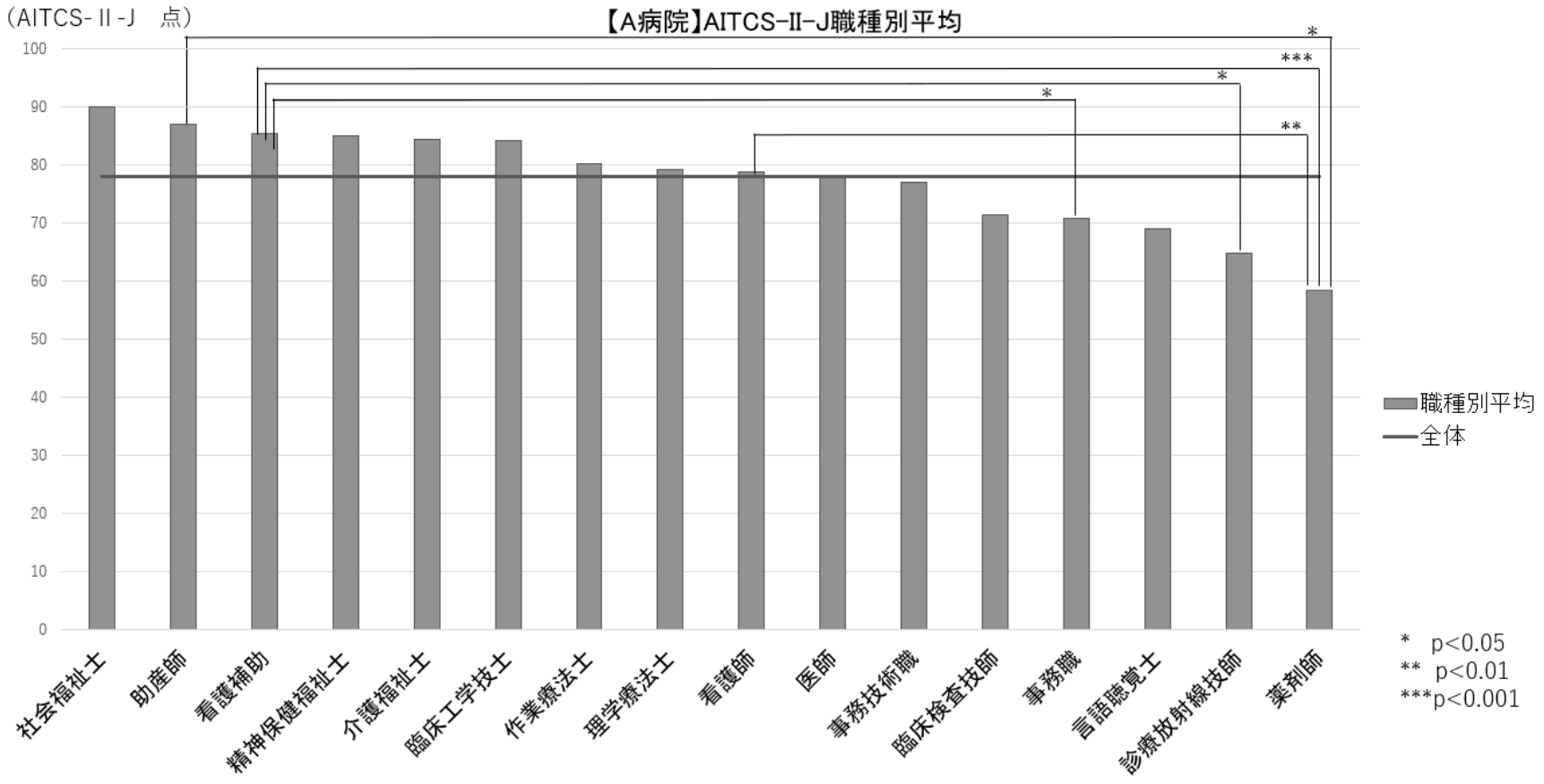
項目		対象人数 人	有効回答 人	有効回答率 (%)
年齢	20才代	143	72	50.3%
n=358	30才代	161	68	42.2%
	40才代	159	93	58.5%
	50才代	144	94	65.3%
	60才代	15	8	53.3%
	無回答		23	
性別	女性	477	294	61.6%
n=358	男性	145	55	37.9%
	その他		2	
	無回答		7	
資格	医師	65	10	15.4%
n=358	薬剤師	23	14	60.9%
	看護師	316	216	68.4%
	助産師	11	9	81.8%
	診療放射線技師	18	8	44.4%
	臨床検査技師	23	2	8.7%
	臨床工学技士	8	9	
	理学療法士	15	8	53.3%
	作業療法士	9	5	55.6%
	言語聴覚士	2	1	50.0%
	精神保健福祉士	0	1	
	社会福祉士	4	3	75.0%
	介護福祉士	2	2	100.0%
	看護補助	56	30	53.6%
	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	常勤	492	305	62.0%
n=358	非常勤	130	44	33.8%
	無回答		9	

項目		対象人数 人	有効回答 人	有効回答率 (%)
看護部門	2階病棟	40	13	32.5%
n=237	地域包括ケア病棟(3A病棟)	23	19	82.6%
	3B病棟	27	23	85.2%
	4A病棟	39	31	79.5%
	4B病棟	41	22	53.7%
	5A病棟	41	35	85.4%
	5B病棟	41	30	73.2%
	外来	50	20	40.0%
	看護部	25	11	44.0%
	手術室／中材	24	5	20.8%
	透析室	14	12	85.7%
	中央診療	13	9	69.2%
	該当なし		7	
診療技術部	リハビリテーション科	31	14	45.2%
n=33	臨床検査科	24	2	8.3%
	中央放射線科	18	8	44.4%
	栄養科	5	0	0.0%
	臨床工学科	8	9	
経験年数	5年未満	207	91	44.0%
n=358	5年以上10年未満	88	51	58.0%
	10年以上15年未満	87	44	50.6%
	15年以上20年未満	50	29	58.0%
	20年以上25年未満	39	36	92.3%
	25年以上30年未満	75	66	88.0%

©All rights reserved Hironobu Matsushita 2020

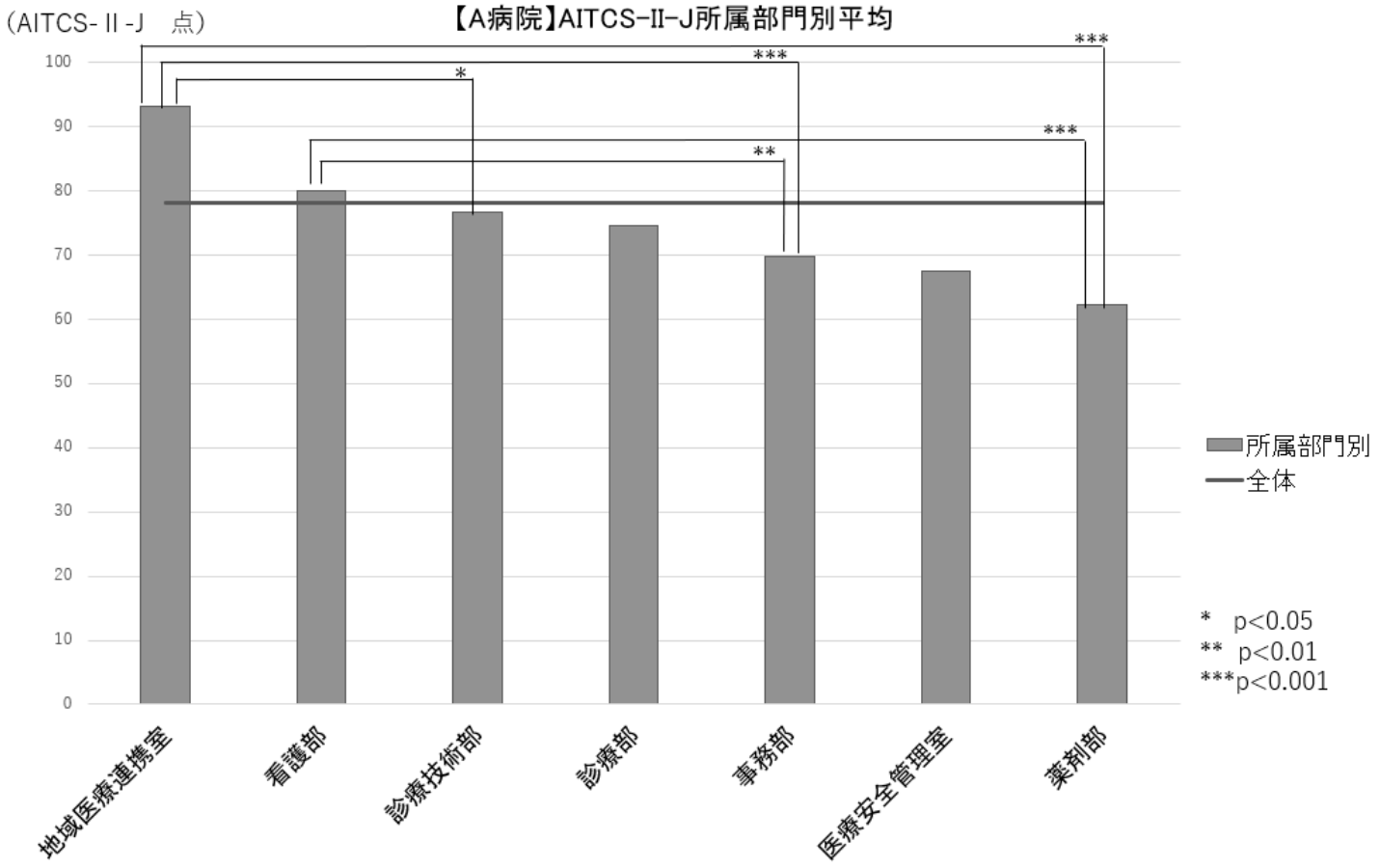
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

職種別の多職種連携協働に関する認識（松下, 2020 p47）



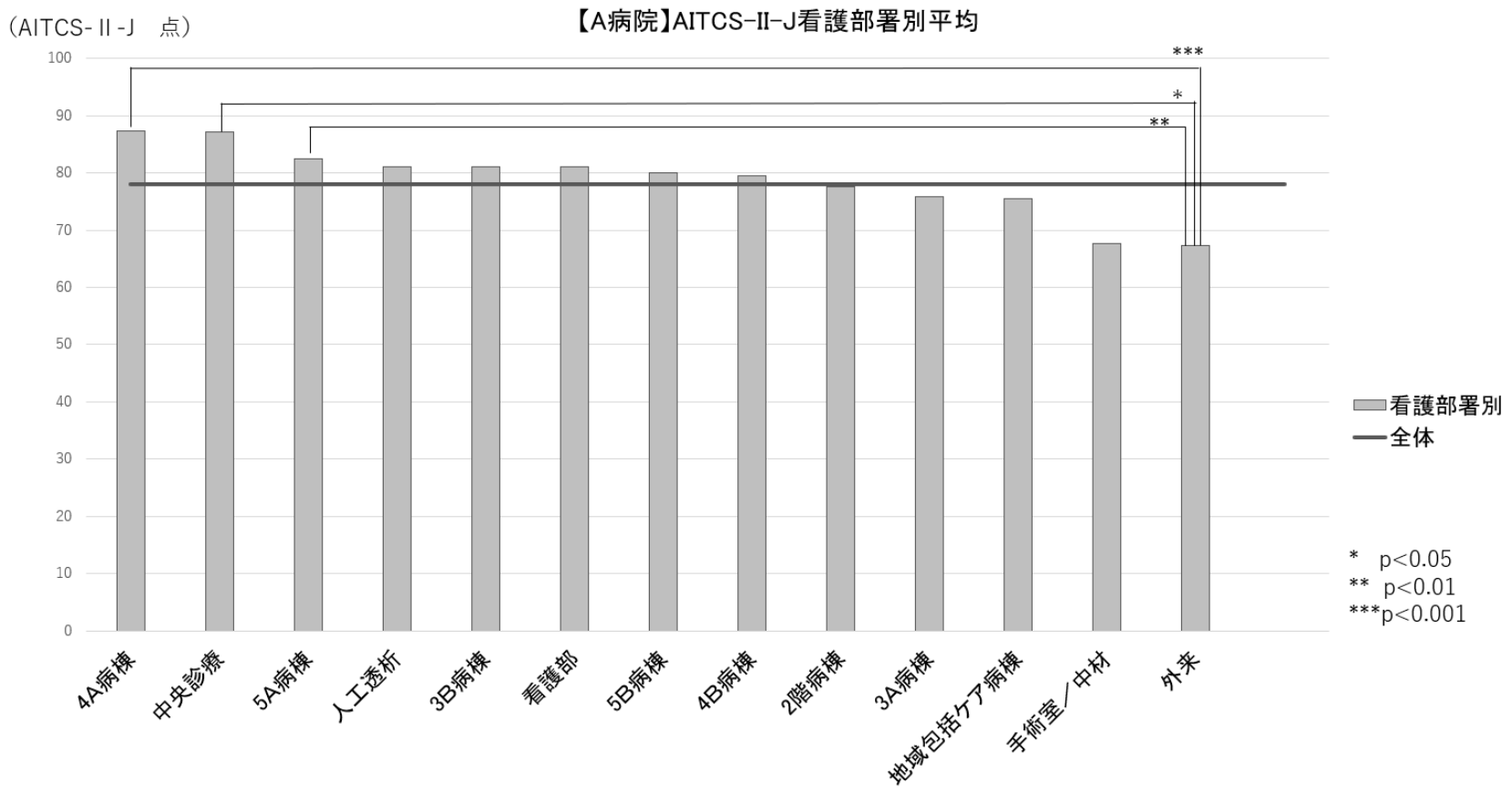
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

所属部門別の多職種連携協働に関する認識（松下, 2020 p48）

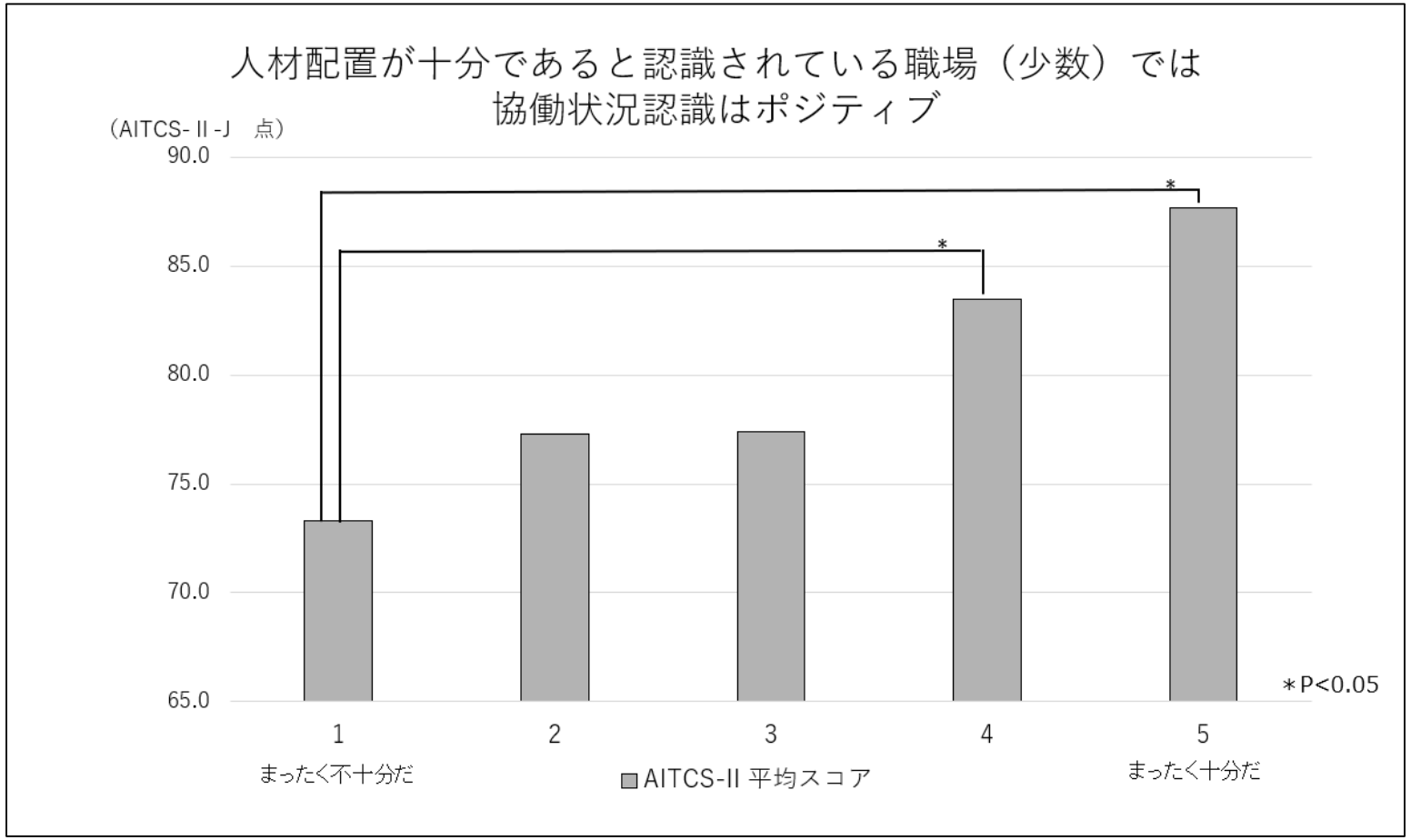


2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

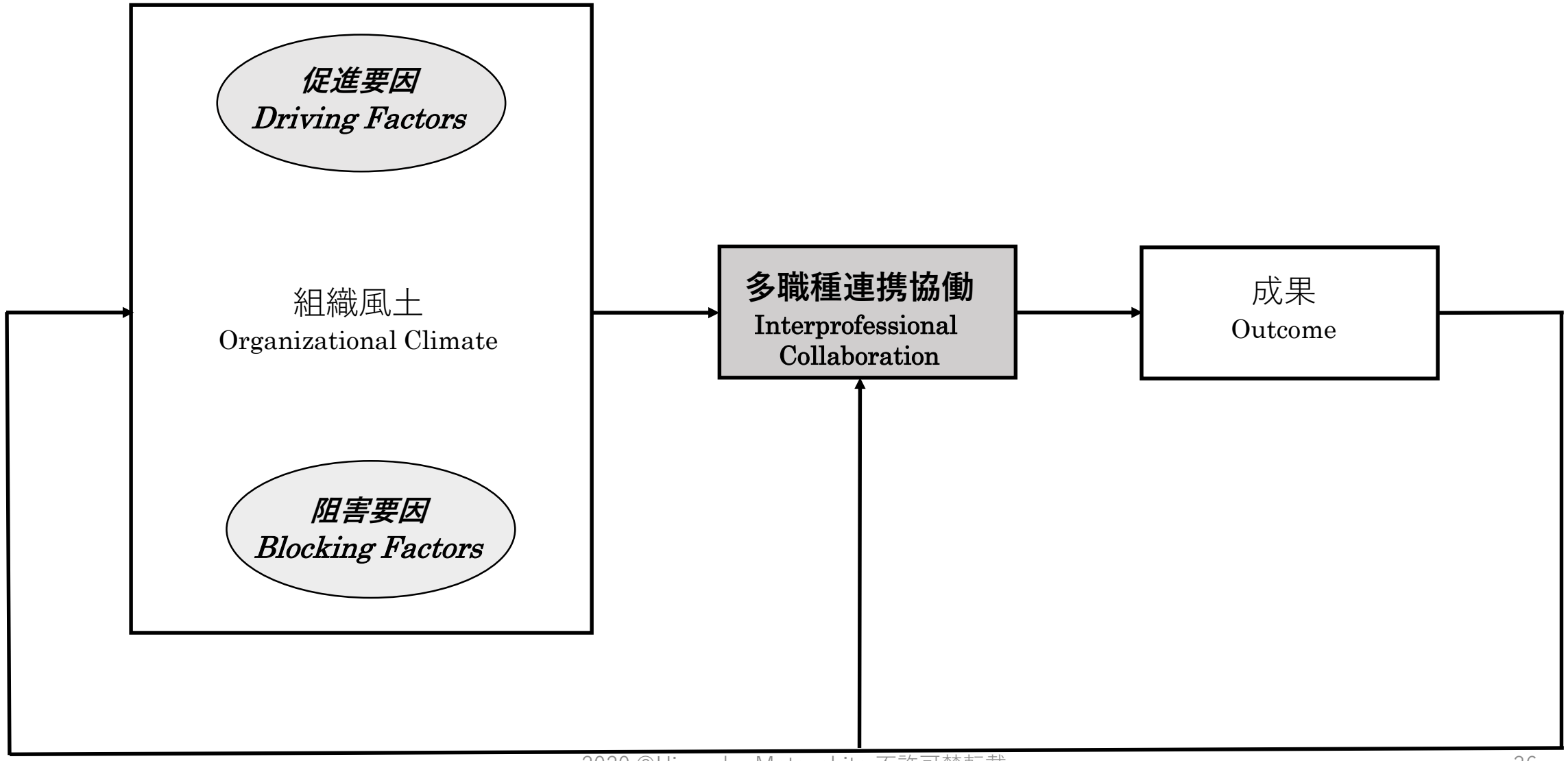
部署別の多職種連携協働に関する認識～看護職のみ～ （松下, 2020 p49）



人材配置の過不足感と多職種連携協働に関する認識（松下, 2020 p49）



阻害要因と促進要因（松下, 2020 p60）



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

（松下, 2020 p72）

医療の質、安全
Quality, Safety

多職種連携の機能要件
Functional Requisite

能力行動特性　Competencies

Assessment of Inter-professional Team Collaboration Scale(AITCS)

多職種連携
Inter-professional Collaboration

促進要因
Driving Factors

阻害要因
Blocking Factors

組織風土
Organizational Climate

縦割りの専門性
Silos

教育
Education

経営スタイル
Management Style

伝統
Tradition

文化　Culture

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

自由コメント＜阻害＞

不足
n=22

論理間の役割の明解不足
時間やスタッフの人員不足
知識不足
人員不足
人手不足、人員不足、
人材不足、
マンパワー不足、
調査している側でも論理を把握していないくらい多岐にわたる人材が不足している。
お互いの仕事内容の明解不足
人材不足、
医師不足、
マンパワー不足、コミュニケーション不足
人手不足と人件費、意識の違い、若の事は、看護師がやるべき、
人材不足、コミュニケーション不足、
コミュニケーション不足、
人員不足、優秀、各論理がしっかり自分の役割を果たすことが必要、
コミュニケーション不足、
時間不足、意識の相違、コミュニケーション不足、かかえこみ、過度な労働、
意識の違い、コミュニケーションの不足、
自由な意見交換を阻害する事柔、共有しようという意識付けの不足
人員不足、各論理の業務、各自のスキルを持っているのに、画制な事は判断、業務を抱存、
業務量の不足、業務の忙しさ、ゆっくりディスカッションする時間がとれない

医師
n=20

医師の個性が、参加者が事する時間、論理ごとの役割意識が低い
医師の存在、専門職の意識
医師の方針、自由に意見が言えない、一部の人の強い意見が反映されている、
医師の態度、自分が一番というプライド、付度、敬慕さ、
医師へ意見を言えない、意見や疑問をしっかり聞いてもらえない、
医師の存在と威圧的な態度、参加力的な貢献、
医師の協力が得られない、それぞれの立場での意見の違い
医師不足、自分の価値観に固執、他者の意見を聞かない、気は言えない環境、
医師の圧力、わが強い、上司に正当な評価をしてもらえない、
チーム医療を大切にする医師がいない
医師のプライドと自分勝手、エゴ、
医師に依頼し、責任持ってやるべき、看護師の業務拡大がされない、院外長方でない
医師の自分勝手が忙しさ、参協力的、上司命令の壁、
パワハラな医師、医師のコメディカルを見下した対応や貢献、
医師のコメディカルを見下した対応や貢献、態度、
医師の言い、高圧的な態度、否定的な意見、医師の強いよりが、異なる意見の否定
医師の強いよりが、封建主義思想、

医師の他論理の意見を聞く姿勢の低さ、
医師によるパワハラで病んだ人がいる現状を知ってほしい、
医師側、自由な意見交換を阻害する要素

職理
n=19

自論理が一番忙しいと思っている、
論理の考え方の違い、専門職としてのプライド、セクショナリズムと資格の壁、
論理ごとの役割意識が低い、高圧的な態度、貢献、自部門のみをやろうとする姿勢、
論理ごとの役割意識が低い、論理・専門性のプライドという壁、
論理がバラバラであるように思われる、論理間の役割の明解不足、パワーバランスの違い、
他論理の意見が聞けないこと、多忙で協同カンファレンスに参加出来ない、
論理間のヒエラルキー、自由に意見が言えない、一部の人の強い意見が反映されている。
「各論理には明解出来ない」的な考え、看護師の立場が弱い、
調査している側でも論理を把握していないくらい多岐にわたる人材が不足している、
今の時代の流れを考えない各論理のトップ、トップダウン、時間と心の余裕のなさ、
論理のパワーバランスが悪い、他論理の上司の方針が他論理の意見に耳を傾けない、
他論理の上司の方針が他論理の意見に耳を傾けない、

の意見に耳を傾けないチーム医療を大切にする医師がいないど利己的な考え方が自己
各論理の上下関係、上司からのパワハラ、お互いの思いやり、自部署をやることが強いこと、
医師の他論理の意見を聞く姿勢の低さ、チーム内での相談窓口基礎の違い、
論理ごとの問題、た意見、コミュニケーション不足
各論理がしっかり自分の役割を果たすことが必要、
相手の論理に気をつかう、コミュニケーション、自由な意見交換を阻害
各論理の業務、各自のスキルを持っているのに画制な事は判断、業務を抱存してしまう事、

看護
n=16

臨床内で阻害する環境が作られていなくて、あるり部の人のが抵抗され不公平に感じている
上下関係や反抗的な意見、態度、チーム医療に興味のない医師の存在、
他論理の意見が聞けないこと、多忙で協同カンファレンスに参加出来ない

自由コメント＜促進＞

意見
n=22

意見交換の場
意見交換のしやすさ
意見を集める、カンファレンスの充実
意見交換する場を設けられない、ゆとりが必要、
患者のために必要な、平等な意見交換
意見交換、協力を求められたら、断らずに話を聞いて対応できる
意見を求める、
意見を言える環境
意見を、トップを介さず、ストレートに言い合える環境が必要
意見交換する場所が必要
医師の意見が絶対的な風土が強い、患者の意見が今まで何度も無視されているのを見てきた
意見が今までも何度も無視されているのを見ると悲しくなる
意見・要望を聞く姿勢を持ってほしい
意見を言うことができる
意見を大事にしてくれる医師、医師と自由に意見交換ができる
意見交換ができる話し合い、各論理カンファレンスの充実
意見交換
意見を出し合うことができればよいのではないかと思う
意見を言える環境
意見を自由に発言できる雰囲気
意見言い合い共に協力し合い参加する
意見交換ができる関係づくり

医師
n=16

医師の参入が絶対必要
医師の個人的な地位による仕事の区別はよくない
医師とのコミュニケーション
医師の独断でチーム、看護師の適材配置と看護管理
医師の考え方が古く医師の意見が絶対的な風土が強い、患者の意見が今までも何度も無視された
医師が考え方を変えなければだめだと思う。
医師の参加があると良いと思います、お互いの意見・要望を聞く姿勢を持ってほしい
看護師の意見を大事にしてくれる医師、
医師と自由に意見交換ができる
医師と自由に意見交換ができる、話し合い
医師に話を聞いてもらいたい、独断専行に動けばいいと話すら聞いてくれない医師がいる
医師とのフラットな関係、各論理間で上下関係を気にせず意見を出し合う
医師の権威感をなくしてほしい、
医師のハラスメントをなくす、医師の明解、意見を自由に発言できる雰囲気
医師の明解、意見を自由に発言できる雰囲気
医師の治療方針の事前付、患者のQOLを考慮した治療であってほしい

コミュニケーション
n=13

コミュニケーション、意見交換の場、カンファに参加することの論理の明解
コミュニケーションと人間関係
情報共有と伝達を細部なまでも言い合えるコミュニケーション

コミュニケーションと付度なしの意見、他論理への思いやり
コミュニケーションと思いやりの心、寛大な心、話しかけやすさ
コミュニケーションをはかるための相談員の充実
他部署からの意見を、トップを介さず、ストレートに言い合えるコミュニケーションが必要
コミュニケーションをとること
コミュニケーション、報告の方は、報告に留まるのも大事ですが、患者の移動にちょっとでもう少し協力
他論理に合わせた時間帯、コミュニケーション、それぞれの部門で、責任持って仕事をする
コミュニケーションをもっとやり、それぞれの部門で、責任持って仕事をする、
医師とのコミュニケーション、話を聞いてもらいたい、独断専行に動けばいいと話すら聞いてくれない
偏見なく意見言い合い共に協力し合い参加する、カンファレンスへの各論理の参加

患者
n=13

患者の在宅療養を支えるための看護師間の連携と看護師の介入
患者さんの目標に対する医師の参入、
患者ファースト
患者のために必要な、平等な意見交換、チーム医療に関わる職員がない、
患者中心、自分からのやり方を変えてみる
患者の治療や選択支援について平等に意見交換する場所が必要、医師の考え方が古く
患者の意見が今までも何度も無視されているのを見ると悲しくなる、
患者の薬などのオーダ管理も自分でしない、いつまでも「お医者様」という態度、

患者カンファレンスに医師の参加があると良いと思います
患者への対応ができない医師が多い、接遇ができていないスタッフが多い
患者の移動にちょっとでもう少し協力していただきたいです、外来にたくさん患者がいる中で働きしている

阻害要因（松下, 2020 p66）

看護師と薬剤師の役割認識不一致
Role recognition disagreement of nurse and pharmacist

上下関係
Hierarchical relationship

人材不足に対処できない経営方針
Management policy that can not cope with the shortage of human resources

利己主義
Egoism

実のないカンファレンス
Empty conference

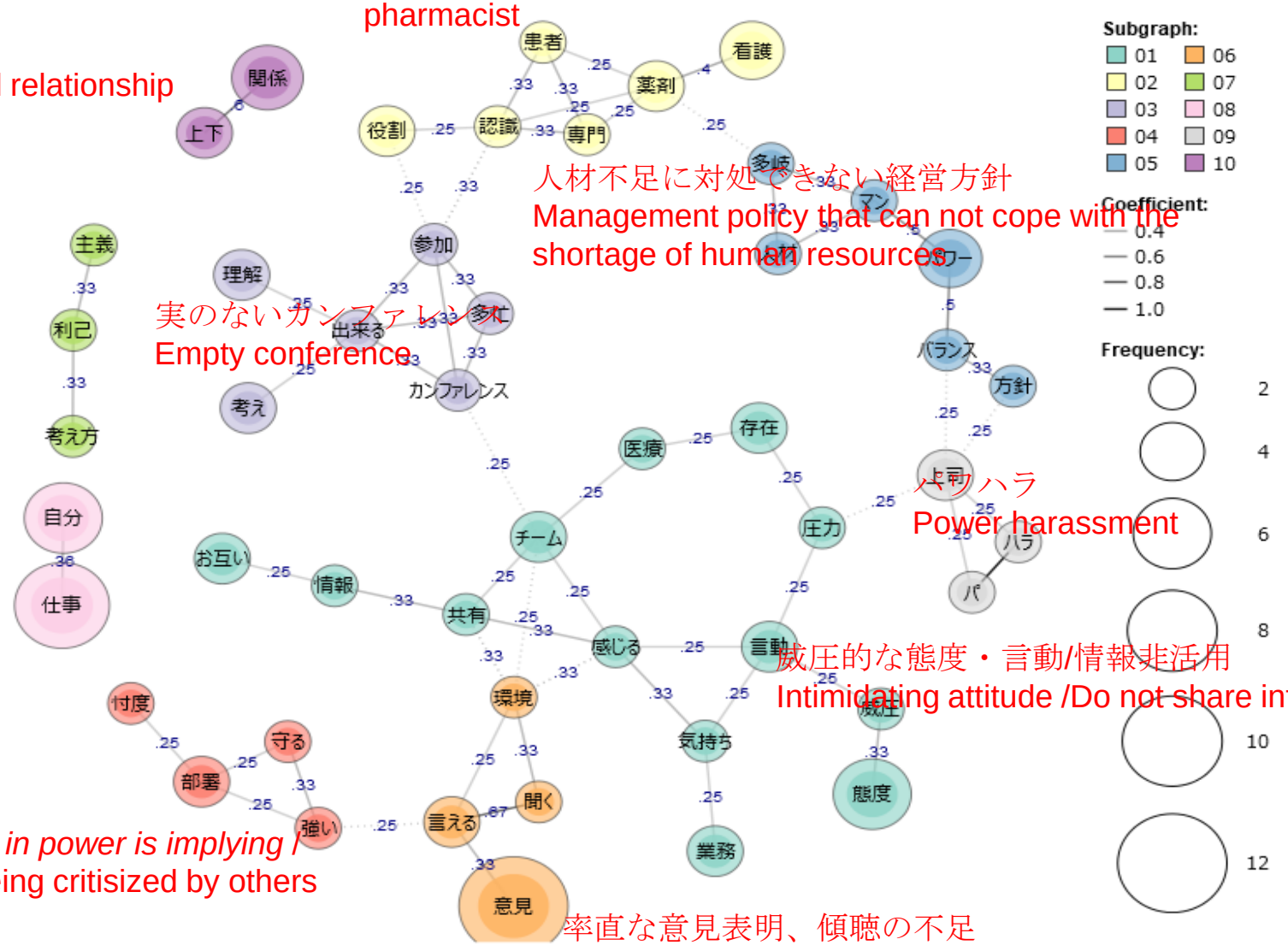
パワハラ
Power harassment

多忙な仕事
Busy work

威圧的な態度・言動/情報非活用
Intimidating attitude /Do not share information

忖度と保身
Reading what person in power is implying /
keep yourself from being critisized by others

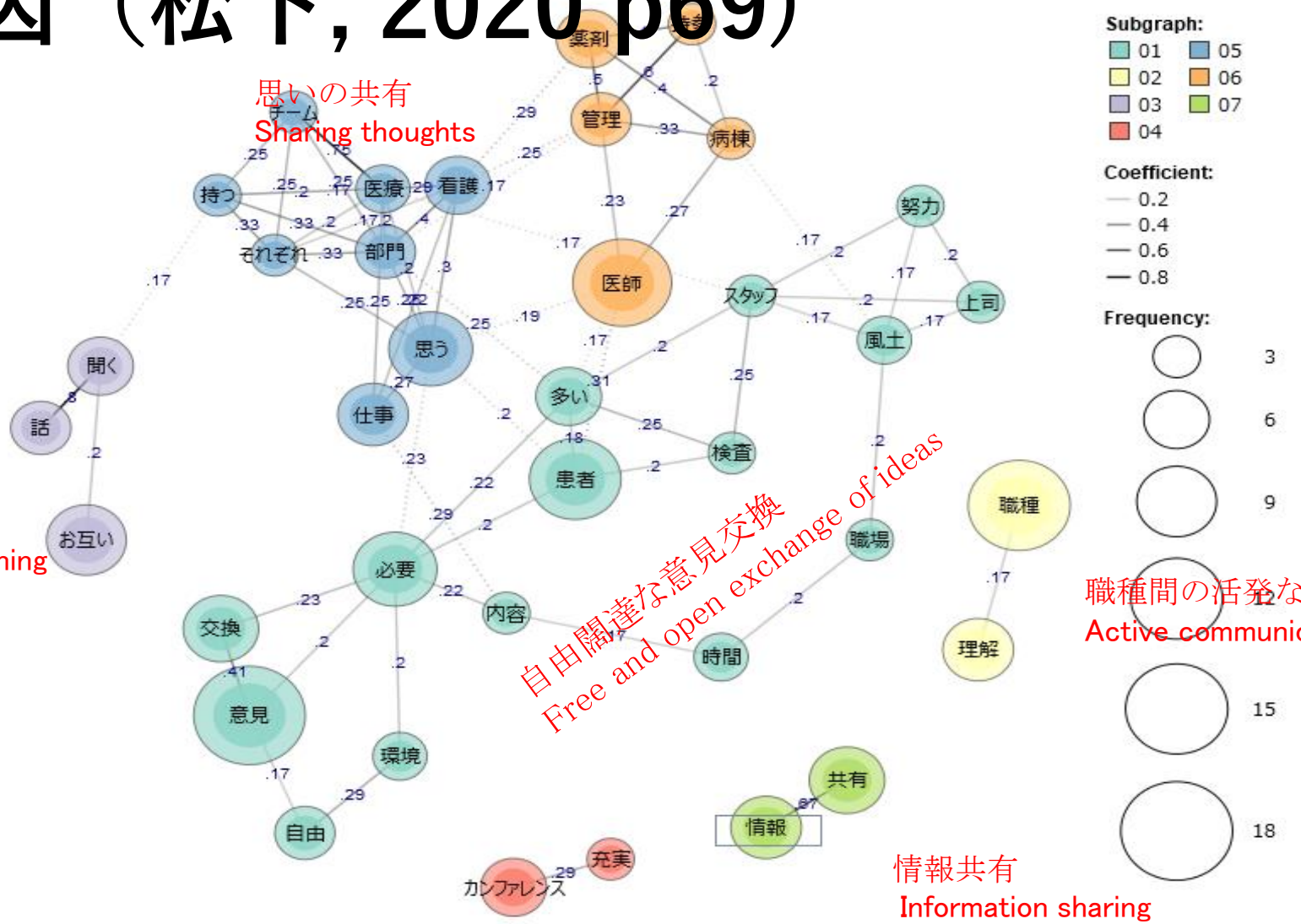
率直な意見表明、傾聴の不足
Lack of candid opinion and listening



促進要因（松下, 2020 p69）

医師、薬剤師、看護師の共働
Collaboration of doctors, pharmacists and nurses

思いの共有
Sharing thoughts



相互傾聴
Mutual listening

自由闊達な意見交換
Free and open exchange of ideas

職種間の活発なやりとり
Active communication between professionals

情報共有
Information sharing

充実した多職種カンファレンス
Rich multi-functional conference

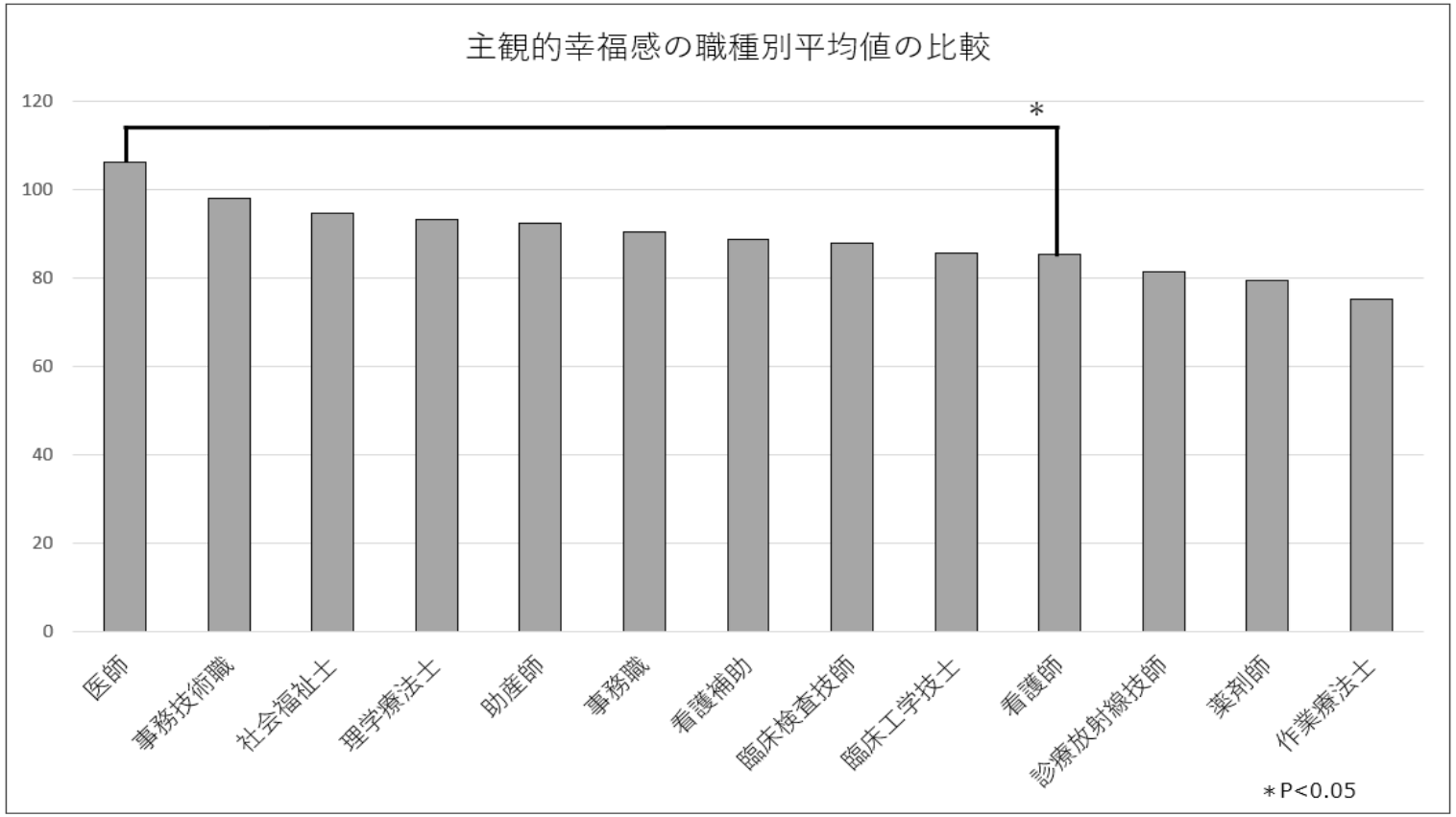
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

楽しくやってだれかを幸せにする

- ある人が幸福な友人を持つと、その人が幸福になる可能性は約9%増大し、不幸な友人を持った場合は,幸福になる可能性が約7%減少する。
- 幸福な人は、他人の幸福を考慮し,幸福な人と関係性をとり結ぼうとするし、幸福な人同志は群れる傾向がある。
- ポジティブ感情は、認知的機能を上げることが認められている。たとえば,創造性が高められる(Isen, Daubman, & Nowicki, 1987)。
- 受容性が増進され(Estrada, Isen, & Young, 1997),注意の幅が拡張される(Isen, 2003)。

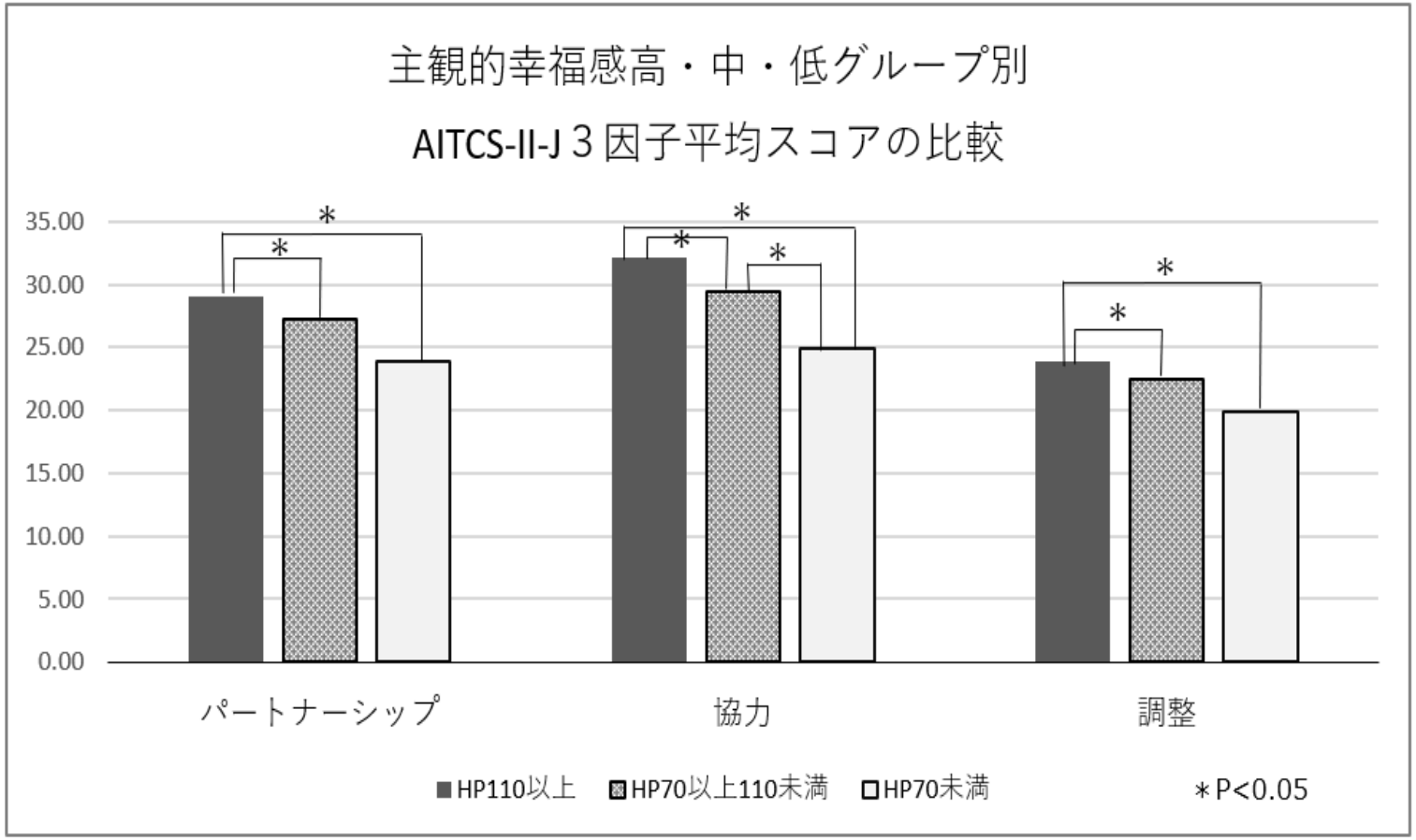
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

主観的幸福感は職種により差異がある



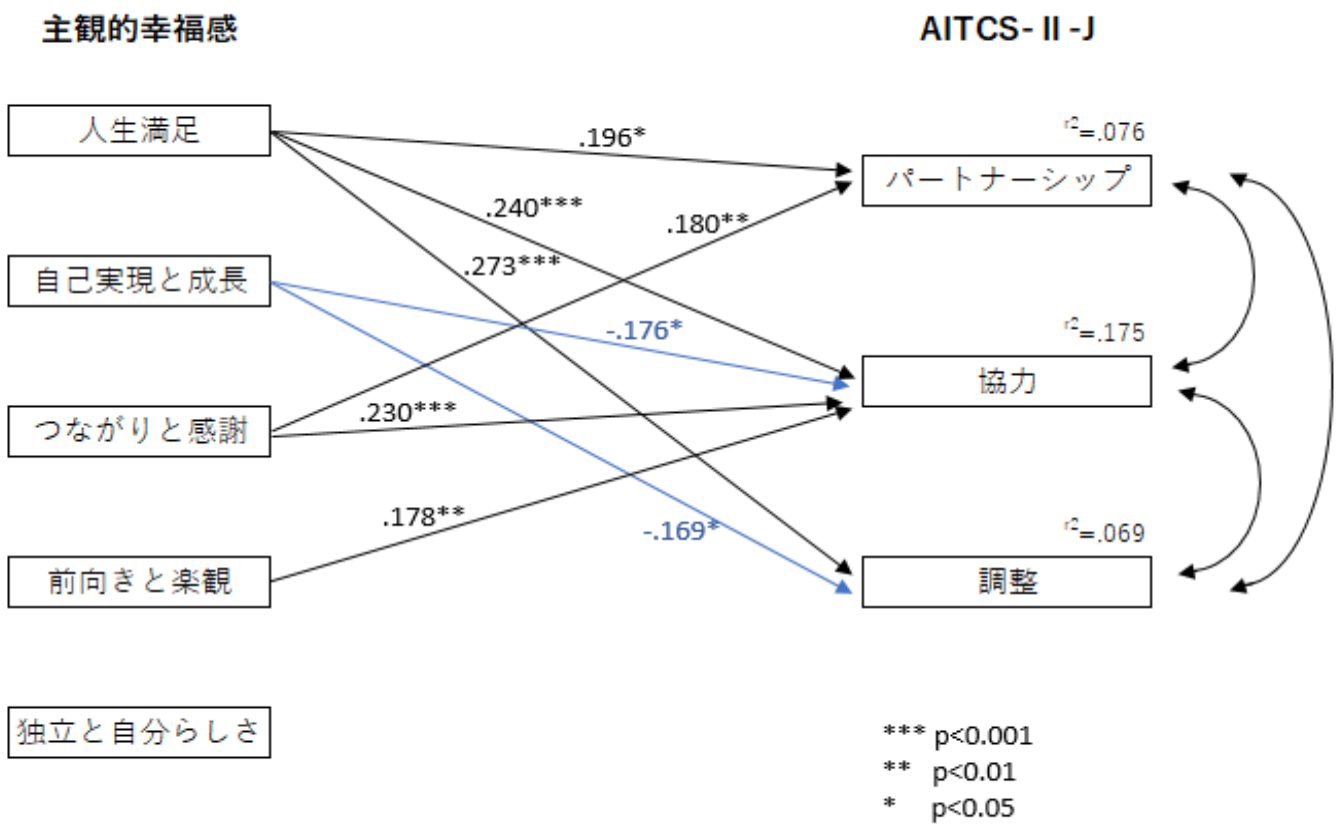
2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

主観的幸福感の比較



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

主観的幸福感とAITCS- II -Jのパス図



2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

従来の多職種連携アプローチの限界

- 「～しなければならない」という強制。
- 診療報酬制度による経済インセンティブに偏り。
- 抽象的なあるべき論（規範論）が中心で実証的な方法論がなかった。
- 精神論が中心でシステム方法論がなかった。

だから・・・

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

だれもができる多職種連携のコツ

- 幸福な専門職は協力する。
- まずは自分がハッピーになろう。
- まわりの人をハッピーにしよう。
- そうすればみんなが協力しあう！

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

まとめ

- 多職種連携（チーム医療）には**コツ**が存在する。
- 組織風土に潜む阻害要因をつぶし、促進要因を育もう。
- 固定観念から脱して**異界越境**してみよう。
- 多職種連携の**システム科学**をさらに学ぼう。
- **自分もハッピー**になり、**隣人**をもハッピーにしよう。

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載

引用文献

Checkland, P. (1999). Systems Thinking, Systems Practice: Includes a 30-Year Retrospective. John Wiley & Sons. New York. ピーター・チェックランド . (2020). 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. パンローリング株式会社.

Orchard C, Sinclair, E, Rykhoff, M. (2019). The New Leadership in Health Care Teams: Report of Development on a Promising Measure. *Archives of Healthcare*, 1:1, 20-26 Open Access

Orchard C, Pederson L, Read E, Mahler C, Laschinger HK. (2018). AITCS-II. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions: 38:1, 11-18.* doi: 10.1097/CEH.0000000000000193

Orchard C, Rykhoff M. (2015). Collaborative leadership within interprofessional practice. In D Forman, M Jones, J Thistlethwaite (Eds.) Leadership and collaboration: Further developments for interprofessional education (pp. 71-94). London, UK: Palgrave Macmillan.

Matsushita H, (2020). Translational Features of Competencies in Healthcare Innovation. Handbook of Systems Sciences, G. S. Metcalf et al. (eds.), Springer Nature, p1-20.

Matsushita, H. Lillrank, P. Ichikawa, K. (2018). Human Competency as a Catalyzer of Innovation Within Health and Nursing Care Through a Perspective of Complex Adaptive Systems, International Journal of Knowledge and Systems Sciences. 9 (4). pp. 1-15. DOI: 10.4018/IJKSS.2018100101.

池田幸代, 藤谷克己,市川香織,松下弘宣 (2020).多職種連携における看護師の組織風土に対する認識. 〜阻害要因・促進要因に関する共起ネットワーク分析〜. ペーパードラフト. in-printing.

市川香織,藤谷克己,松下博宣(2020). 多職種連携を推進するためのコンピテンシーと自分が強いと認識するコンピテンシーのギャップ分析：急性期病院の看護職に関する研究.ペーパードラフト.in-printing.

藤谷克己, 市川香織, 池田幸代, 松下博宣(2020). 患者安全及び医療の質における多職種連携・協働の意義と効果の実証的研究. ワーキング・ペーパー.

松下博宣, 市川香織, 藤谷克己, 石川弥生(2020). 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 〜 .日本保健医療福祉連携教育学会 13(1) pp.11 - 20.

松下博宣(2020).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.

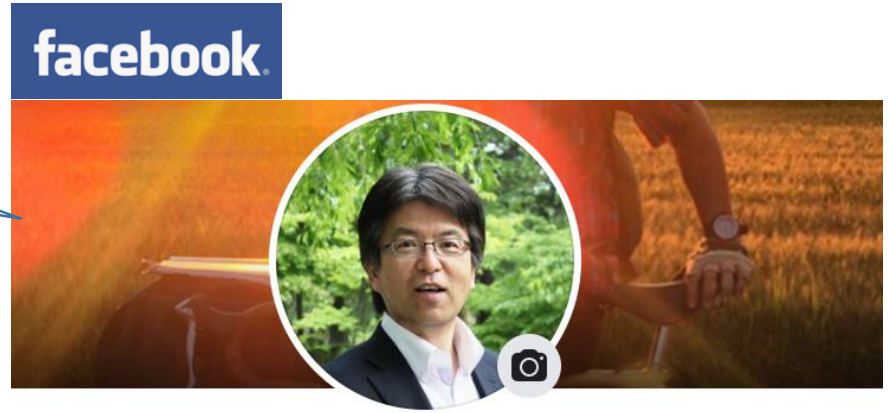
松下 博宣, 市川 香織, 藤谷 克己, ドーン プレンティス, キャロル オーチャード, 石川 弥生（2020). 急性期医療機関における多職種連携協働の実態を計測する— 日本語版多職種連携協働評価スケール（AITCS-Ⅱ-J）の応用 — 東京情報大学研究論集. 23(2). pp. 11 - 23.

櫃本 真聿(2013). 生活を分断しない医療—医療に「依存」する時代から医療を生活支援として「活用」する時代へ.ライフ出版社.

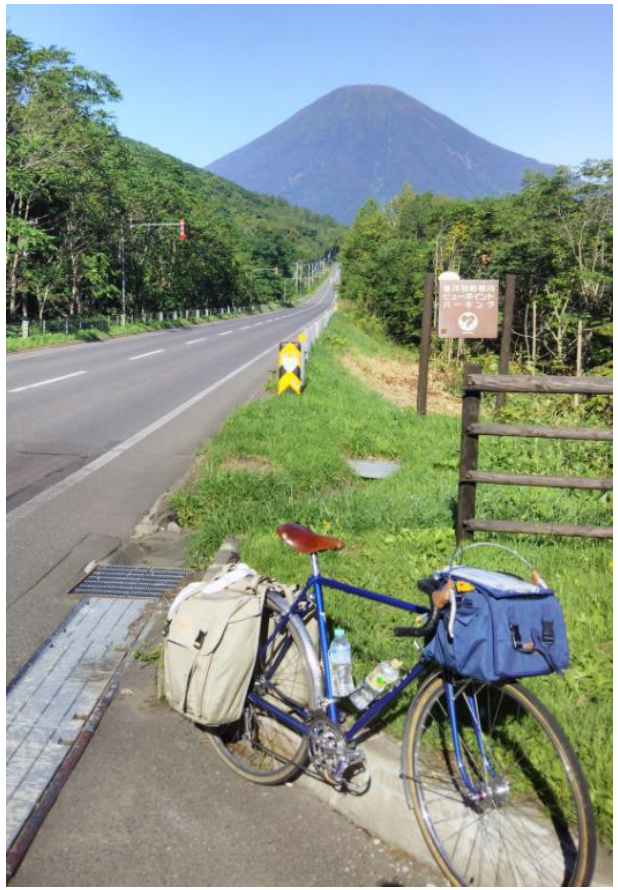
©All Rights Reserved Hironobu Matsushita 不許可禁転載

ご清聴ありがとうございました。

sparklingmetal@gmail.com



Hironobu Matsushita



hironobu-matsushita.com

2020 ©Hironobu Matsushita 不許可禁転載