

在宅医療・在宅ケアにおける 多職種連携協働

田村 由美

日本赤十字看護大学

[\(y-tamura@redcross.ac.jp\)](mailto:y-tamura@redcross.ac.jp)

本日の内容

- ◆ 社会変化による多職種連携協働の必然
- ◆ 日本－愛媛県－八幡浜・大洲圏域の地域包括ケア、在宅医療・在宅ケアの現状と多職種連携協働
- ◆ 多職種連携協働の考え方(本質)
IPW/IPE vs. チーム医療
- ◆ 多職種連携協働実践事例（尾道市の例）から学ぶ
多職種連携協働のポイント
- ◆ まとめ

社会変化による多職種連携協働の必然(1)

1950~1960年代

病院の医療
医療(医学)モデル

1977年
アルマ・アタ宣言

限界・疑問

21世紀グローバル化するヘルスケア

住み慣れた地域で、在宅での医療
社会(生活)モデル

当事者
(患者・ク
ライアント・利
用者)主体

医療の高度化、細分化、分業化が急速に進んでいると同時に、医療の安全性と質の保証への要求水準が非常に高くなっていく

Learning together
to work together
for health

Report of a WHO Study Group
on Multiprofessional
Education of Health Personnel:
The Alma-Ata Declaration

健康はすべての
人の関心

コミュニティ(PHC)

"Learning together to work together for Health" (WHO, 1988)

社会変化による多職種連携協働の必然（2）

1. **超高齢社会を迎えつつある国と地域(日本)**：身体・心理・社会・倫理的な要因がからみあう複雑で困難な健康問題にチームで取り組む機会が急速に増加してきた
2. **個人で仕事を行うことの限界性**：医療技術の複雑化、細分化の中で自分の専門領域のみで治療・ケアを行うことは不可能になってきている
3. **専門職種の縦割りで仕事をするものの限界性**：専門職間の連携不全が医療事故やケアの質の低下につながることが認識されている
4. **（患者の問題）領域を一つに絞って仕事を行うものの限界性**：疾病のみでなく生活する人として患者や家族をとらえケアすることに、医療のパラダイムがシフトしてきている
5. **保健医療福祉専門職の人材不足**：

社会で求められている医療

➤ 病院完結型医療 ⇒ 地域完結型医療



生活の視点を持った病院医療
地域・在宅での生活を視野に
入れた医療、ケアを！



地域包括ケアシステム
「医療」「介護」「予防」
「住まい」「生活支援」





地域包括ケア
推進

在宅医療・介護あんしん2012

厚生労働省医政局指導課

在宅医療推進室

地域包括ケアシステムのイメージ

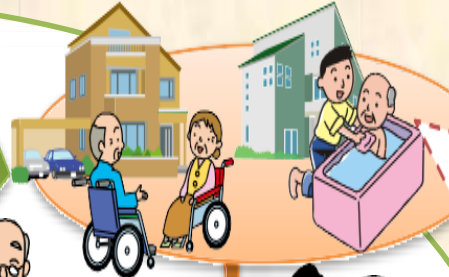
医療

在宅医療
等 訪問看護



介護

・グループホーム
・小規模多機能
・デイサービスなど



通院 通所



自宅・ケア
付き 高齢
者住宅

住まい

訪問介護
・看護



地域包括支援 センター・ケアマネジャー
相談業務やサービスの
コーディネートを行います。



24時間対応の定期
巡回・随時対応
サービスなど

生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

※地域包括ケアシステムは、
人口1万人程度の中学校区を
単位として想定

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃（高齢者専用賃貸住宅）を、サ高住（サービス付高齢者住宅）として高齢者住まい法に位置づけ

しかし、地域包括ケアシステムの構築が「自助」「互助」「共助」「公助」のバランスの上で成り立つため、そのアプローチについては人口規模はもちろんのこと、医療資源や介護資源等の各種地域資源の状況によって様々である。

- ✓ 地域包括医療・ケア推進に取り組む際の阻害要因
：「既存の人材では数が不足している」（51.3%）
「既存の人材では職種が不足している」「中心になるべきキーパーソンがいない」「関係者にノウハウがない」
が20%前後。

過疎地域等における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書
（平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）より抜粋

在宅ケアで**多職種連携**が推奨される理由

1. **チームで対応することによって、在宅患者の身体的、心理的、社会的な問題、及び家族も含めた複雑なニーズにより良く対応でき、それによって彼らの健康とQOLの向上に寄与する**
2. **多職種間で、知識と技能を分かち合うことによって、各専門職に求められているものが明確となり、その結果各職種の専門性を強化することになる**
3. **患者や家族に必要なケアや地域に必要なシステムなどについてより俯瞰的にみる視点が養われる**
4. **在宅ケアに関わる仕事をより豊かで、興味深いものにする**

愛媛県の場合

(H27年度人口139万人 高齢化率30.6%)

(11)在宅医療

①第6次愛媛県地域保健医療計画の進捗及び評価

在宅医療は、【通院が困難、退院後も継続して治療が必要、また、居宅での療養を希望する患者を対象に、自宅等の住み慣れた環境の中で、日常生活を送りながら提供される医療サービスのこと】で、往診、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション等があります。

県では、在宅医療の提供体制を整備するため、第6次愛媛県地域保健医療計画で以下の目標を掲げ、地域連携室の拡充支援や在宅医療・介護連携の推進、多職種研修会等の事業に取り組んできました。

各数値目標を見ると、24時間往診を実施する診療所数及び病院数を除く指標が順調に推移しています。しかし、現時点で把握できる数値で既に目標に達しているものはなく、また、【疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL (Quality of life) 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズが増加・多様化している】ことを踏まえ、取り組んでいく必要があります。

愛媛県HPより抜粋。

八幡浜・大洲圏域の場合

- 在宅医療を受ける患者は高齢者になるほど増加し、65歳以上の患者が占める割合は9割以上（愛媛県全域）
- 人口10万人当たりの訪問診療実施診療所・病院数は比較的多い(40.0)
- 人口10万人当たりの訪問薬剤指導を実施する薬局数は比較的多い（4.6）
- 人口10万人当たりの在宅見取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数は比較的多い（15.7）
- 訪問看護提供は、愛媛県全圏域で全国平均(100)より高い、中でも八幡浜・大洲圏域は県内でも高い（347.6）

…つづき

- **訪問診療**は、患者の住所地と隣接する市町にまたがる傾向にある。医療と介護の連携を考慮し、市町を単位として連携を進め、必要に応じて隣接圏域との連携を図る
- **退院支援の課題・求められる機能**：入院医療機関、在宅医療にかかる機関の円滑な連携により退院患者が円滑に日常生活へ復帰できるよう切れ目のない継続的な医療体制を確保することが重要であり、計画的な退院支援や担当者間の情報共有・調整を十分に行う必要がある
- **日常の療養支援の課題・求められる機能**：患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される必要がある→患者のニーズとそのニーズに対応できる医療機関とのマッチング；多職種を対象とした研修の実施による在宅医療を担う人材育成；在宅医療にかかる機関が連携し、多職種からなる在宅チーム医療の体制の構築促進
- **急変時の対応の課題・求められる機能**：在宅医療を担う機関と入院機能を有する機関との円滑な連携(円滑に受け入れる体制)
- **見取り**：患者が望む場所で見取りを行うことができる体制を構築する必要がある（八幡浜・大洲圏域は比較的高い）

八幡浜・大洲圏域の連携協働のポイント

- 訪問診療：市町を単位として連携を進め、必要に応じて隣接圏域との連携を図る
 - **医療圏を超える(越境)**
- 退院支援：入院医療機関、在宅医療にかかる機関の円滑な連携＝計画的な退院支援や担当者間の情報共有・調整を十分に行う
 - **退院調整のための多職種による会議**
- 日常の療養支援：多職種からなる在宅チーム医療の体制の構築促進
 - **多職種連携協働を推進する人材育成 (IPE)**
 - **在宅医療を担う同機能の機関間連携**
- 急変時の対応：在宅医療を担う機関と入院機能を有する機関との円滑な連携(円滑に受け入れる体制) → **多機能の機関間連携**
- **見取り**：患者が望む場所で見取りを行うことができる体制を構築する必要がある（八幡浜・大洲圏域は比較的高い）
 - **多職種参加の症例検討会(現行) = IPEの一つの例**

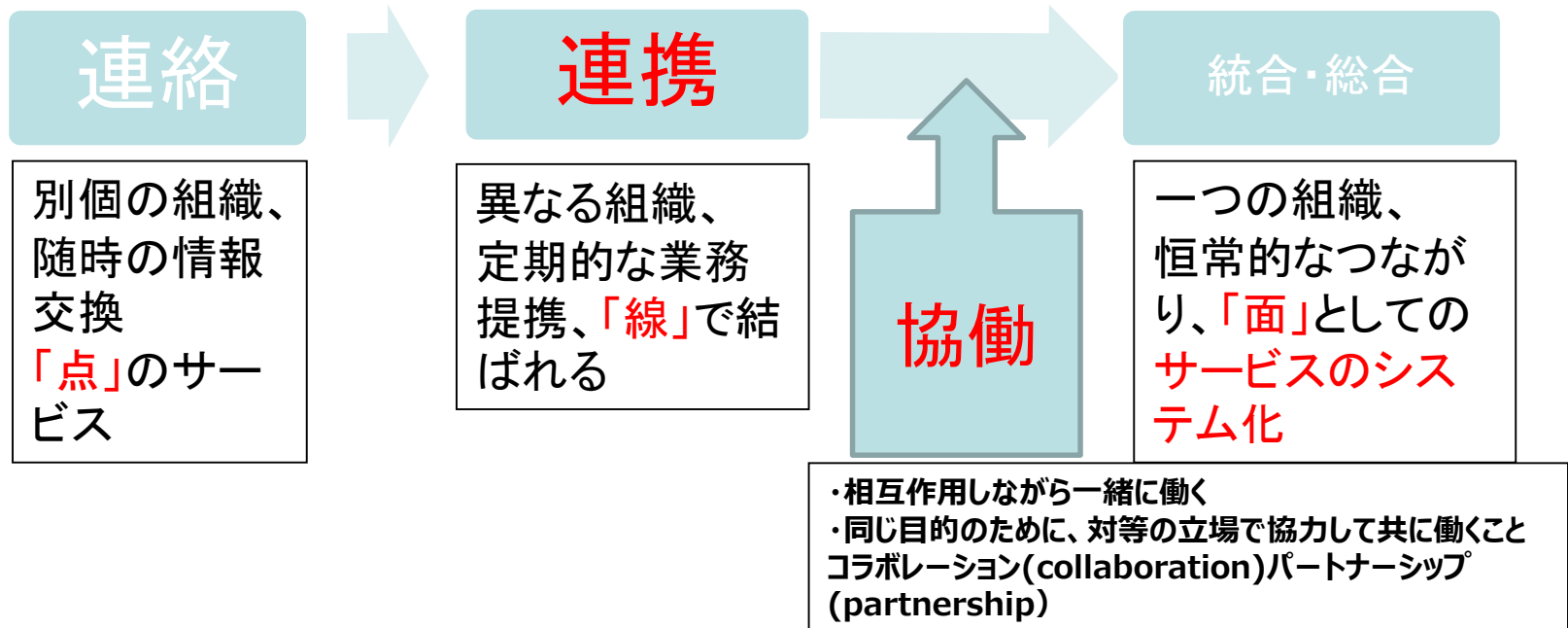
多職種連携協働の考え方

多職種連携・協働って何？

連携と協働(Collaborative Practice)

連携とは: Cooperation Coordination Link

- 互いに連絡をとり協力して物事を行うこと(大辞泉)
- 連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする
こと(大辞林第三版)
- 異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をする
こと
(前田:保健医療福祉の統合、p.13-15、勁草書房、1999)



協働概念を構成する要素

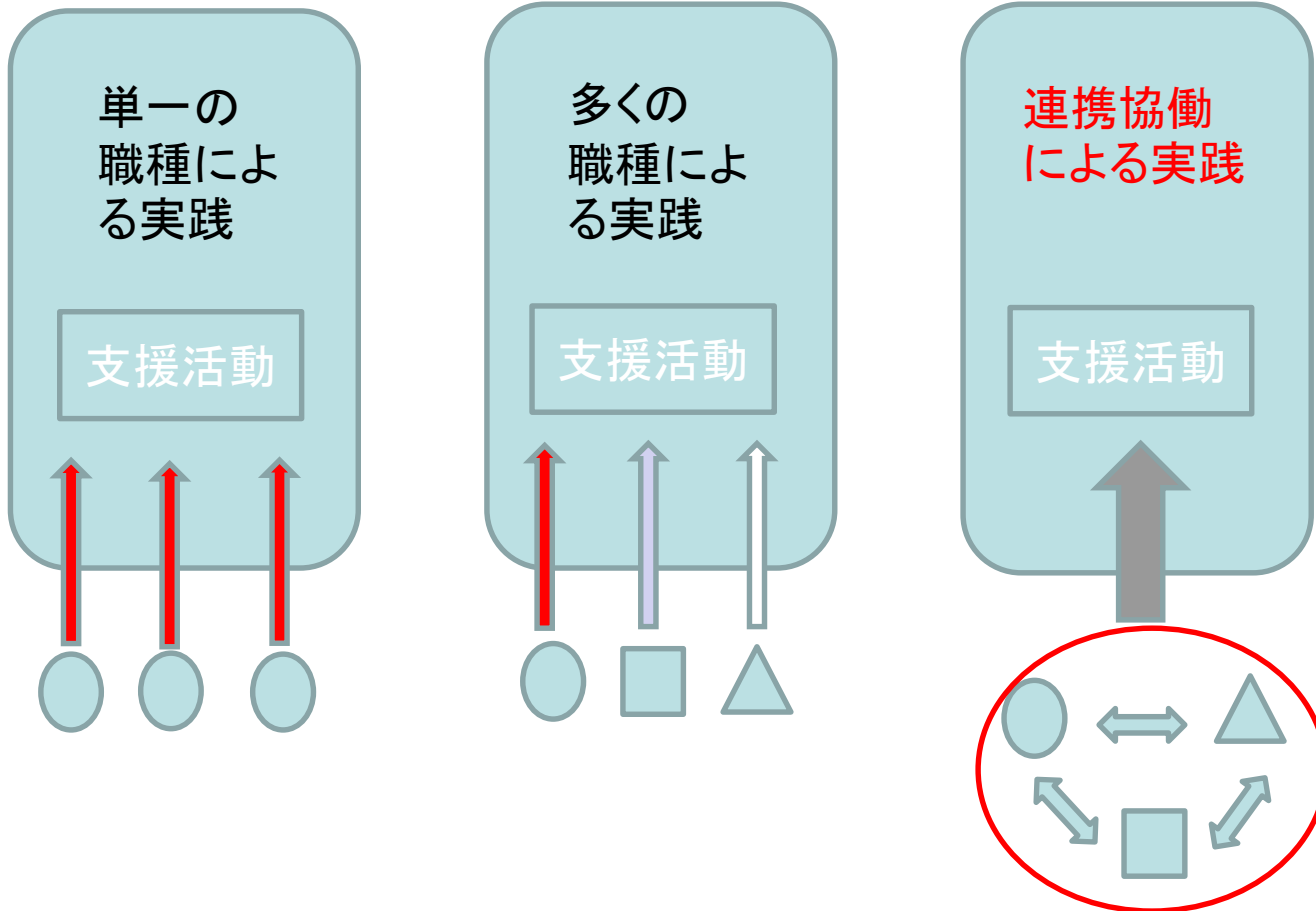
協働のイメージから導き出されるキーワード:

「共通の目的・目標」「役割・責任分担」「相互理解」「連携・協力」「相乗効果」

- **目標の共有化**…各主体が共有できる目標の設定
- **主体間の並立・対等性の確保**…協働する各主体はお互いに自主・自律性を確保し、他の主体から支配されない。
- **補完性の確保**…目標が効率・効果的に達成されるように各主体は能力や資源を互いに補完し、相乗効果による、より大きな、そして新たな成果を生み出す。
- **責任の共有**…複数主体の協働による目標達成活動であることから、関わる主体は成果に対してそれぞれ相応の責任を有する。
- **求同存（尊）異の原則確立**…協働する主体は能力、資源、ノウハウ、規模、特技などにおいて区々であり、考え方や取り組み方も異なるが、その異なる点をお互いが尊重していけば共有目標の達成も効率的・効果的となる。

荒木昭次郎『協働型自治行政の理念と実際』敬文堂 2012

専門職によって行われている実践のタイプ



Interprofessional collaboration

...requires many types of sharing:

- shared knowledge(知識の共有),
- shared values(価値の共有),
- shared responsibility(責任の共有),
- shared outcomes(結果の共有), and
- shared visions (ビジョンの共有)

(Henneman & colleagues)

[Interprofessional Collaboration (IPC)
and/or Interprofessional Work(IPW)
is a cooperative venture
based on shared power and authority.
It is non-hierarchical in nature] (Kraus)

“the process whereby members of
different professions and/or agencies
work together to provide integrated
health and/or social care for the benefit
of service users.” (Pollard et al. 2005)

Underpinning elements(構成要素)

- Common purpose (共通する目的・目標)
- Clear roles & meaningful tasks
(明確な役割と意味のある仕事)
- Interdependence(相互依存)
- Reliance on the expertise of others
(他の専門的知識への信頼)
- Regular interaction (調整の取れた相互作用)
- Balance of leadership & democracy
(リーダーシップや意思決定の調和)

Interprofessionalism

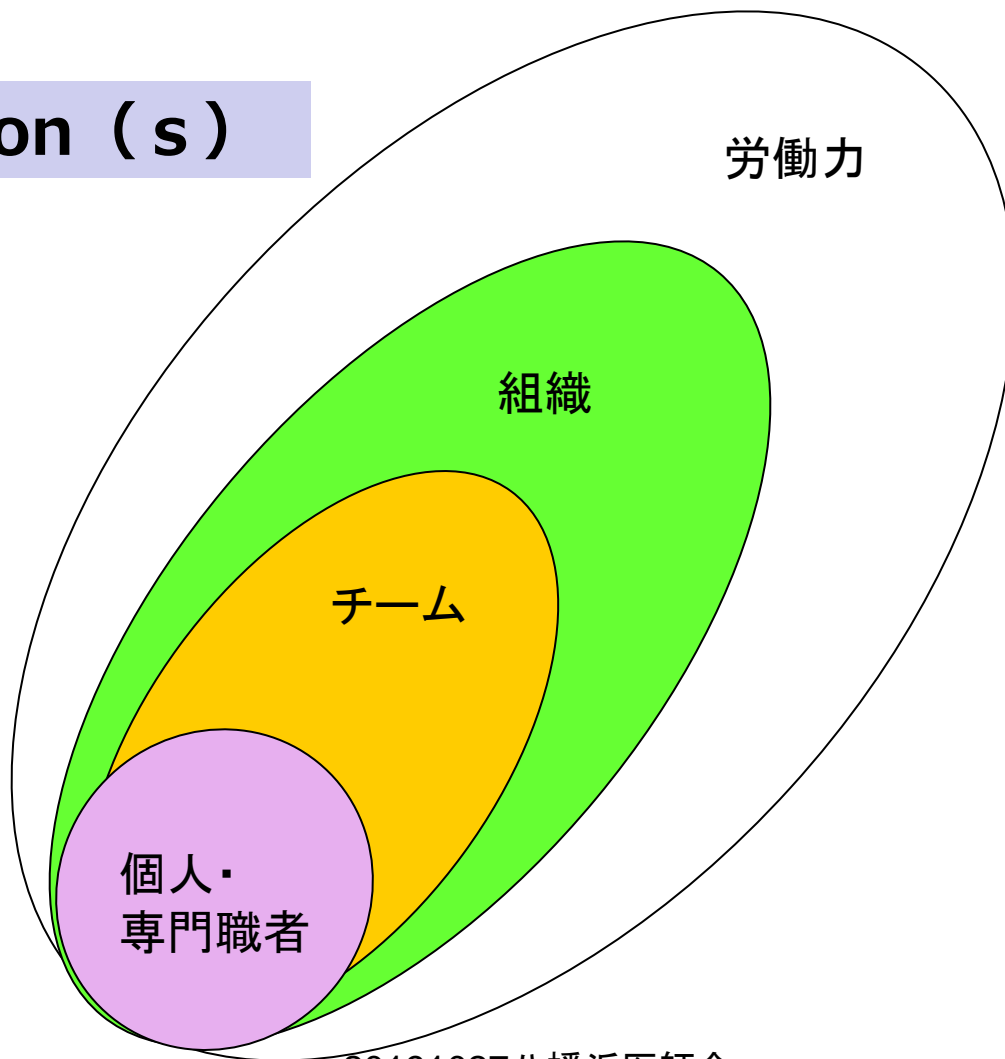
- 様々な専門職が統合・凝集し、患者ためのケアを提供するための価値観。
- 専門職同士の相互関係性と協働の仕方に焦点。
- Professional個々の成長、専門職としての成長が、組織の成長、国や地域社会全体の健康へと連動し、Interprofessionalな医療と福祉をつくり、包括的かつダイナミックなものとしてとらえる価値観。
- ProfessionalはみなInter-professionalである。

(D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care. 2005;19:8–20.)

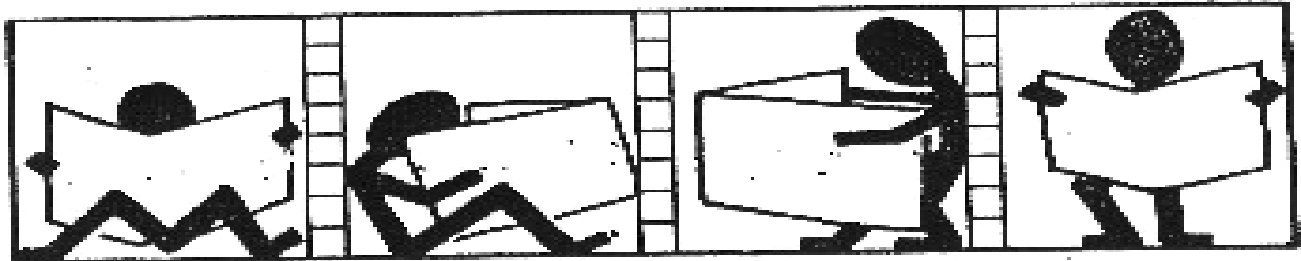
Person: Team: Organisation: Workforce



Profession (s)

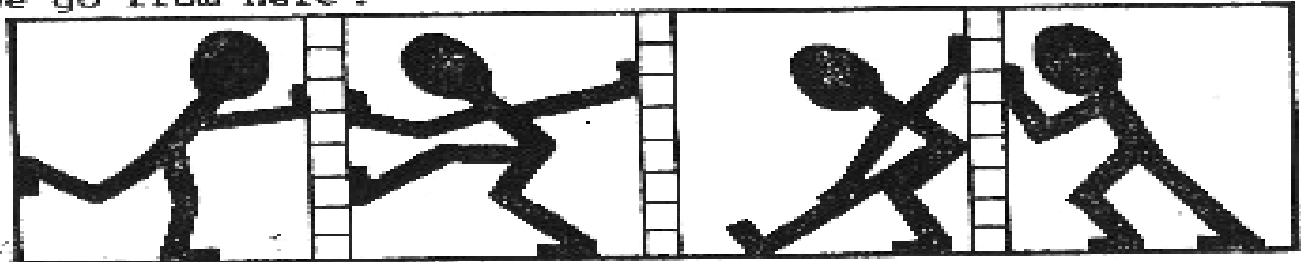


WE ARE
STILL IN
SEPARATE
BOXES

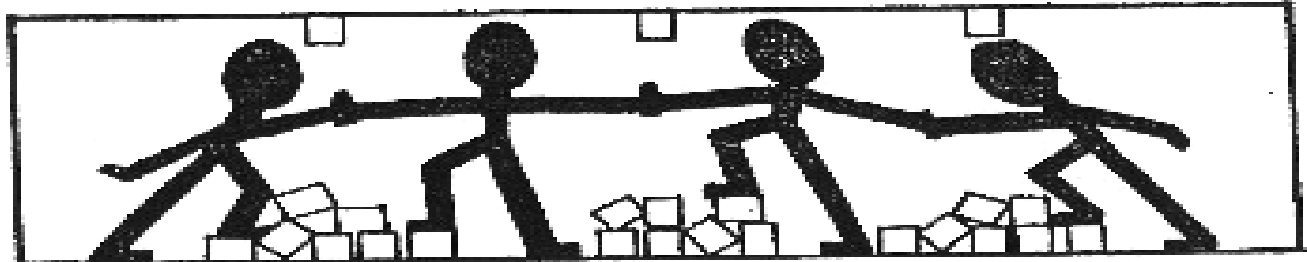


Where do we go from here ?

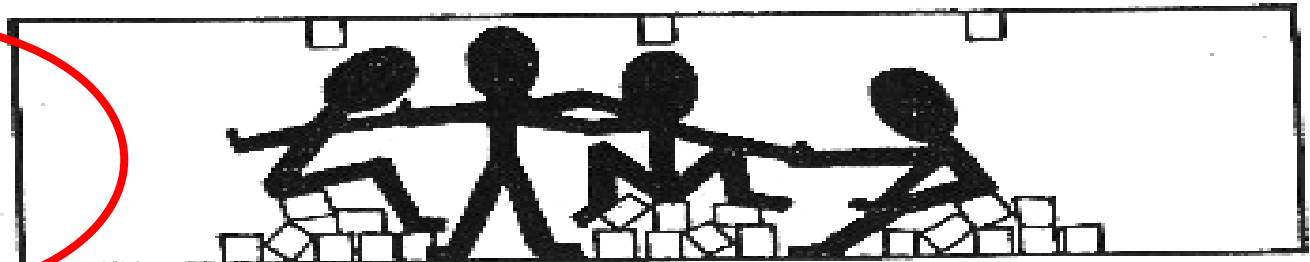
BREAK
DOWN
THE
WALLS



GET TO
KNOW
EACH
OTHER



WORK
TOGETHER



なぜ連携・協働するのか？

- Counter fragmentation(断片化の補完)
- Respond to complex needs
(複雑なニーズへの対応)
- Improve care(ケアの向上・改善)
- **Save money(費用抑制)**
- Protect patients(患者の擁護)
- Spread the load(負担の分散)
- Reduce stress(ストレスの軽減)

多様なニーズに応える多様な力：
知恵と力(実践力)を集める(調整力・マネジメント)

多職種連携・協働の成果は何か（エビデンス）？

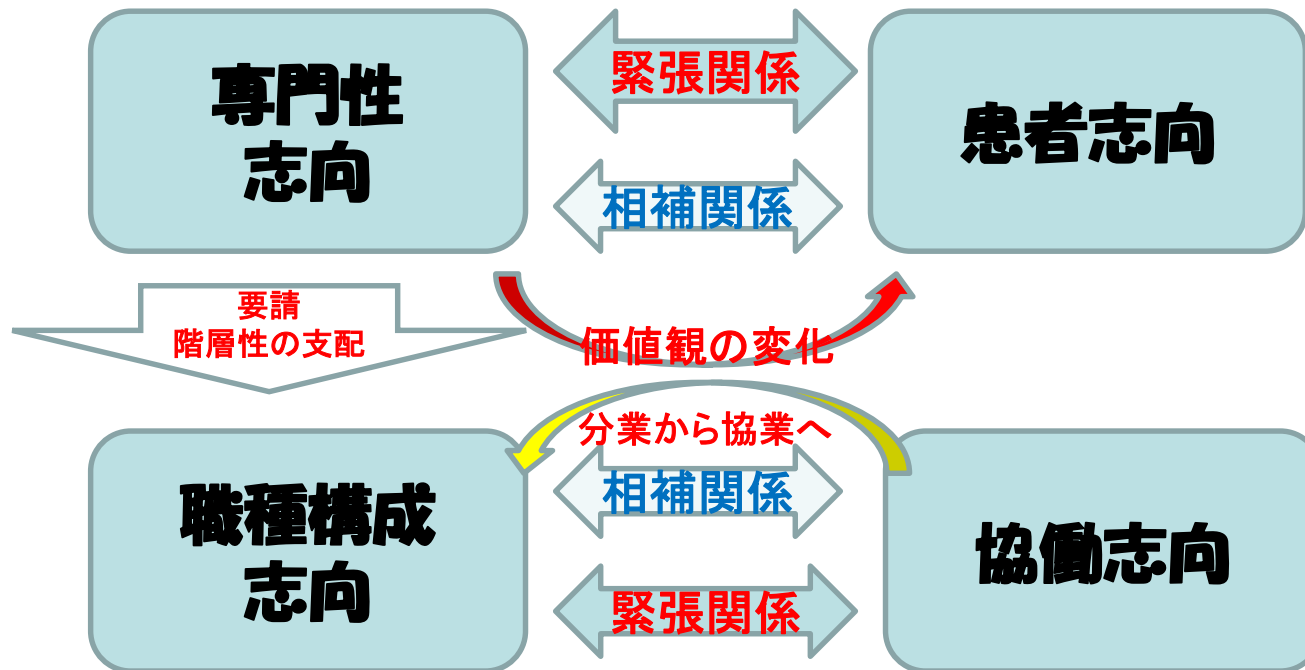
- ・ヘルスサービスへのアクセスと調整の向上
- ・臨床専門家の効果的な活用
- ・慢性疾患患者のQOL向上
- ・患者のケアの質向上
- ・患者の安全に貢献
- ・合併症の減少
- ・在院日数の減少
- ・ケア提供者間のテンション・コンフリクトの軽減
- ・スタッフの離職減少
- ・入院患者の減少
- ・医療過誤・医療事故の減少
- ・死亡率の減少
- ・患者や家族の満足度向上

Health Professions Networks Nursing and Midwifery, Dept. of Human Resources for Health, WHO, 2010:
http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

日本の動向

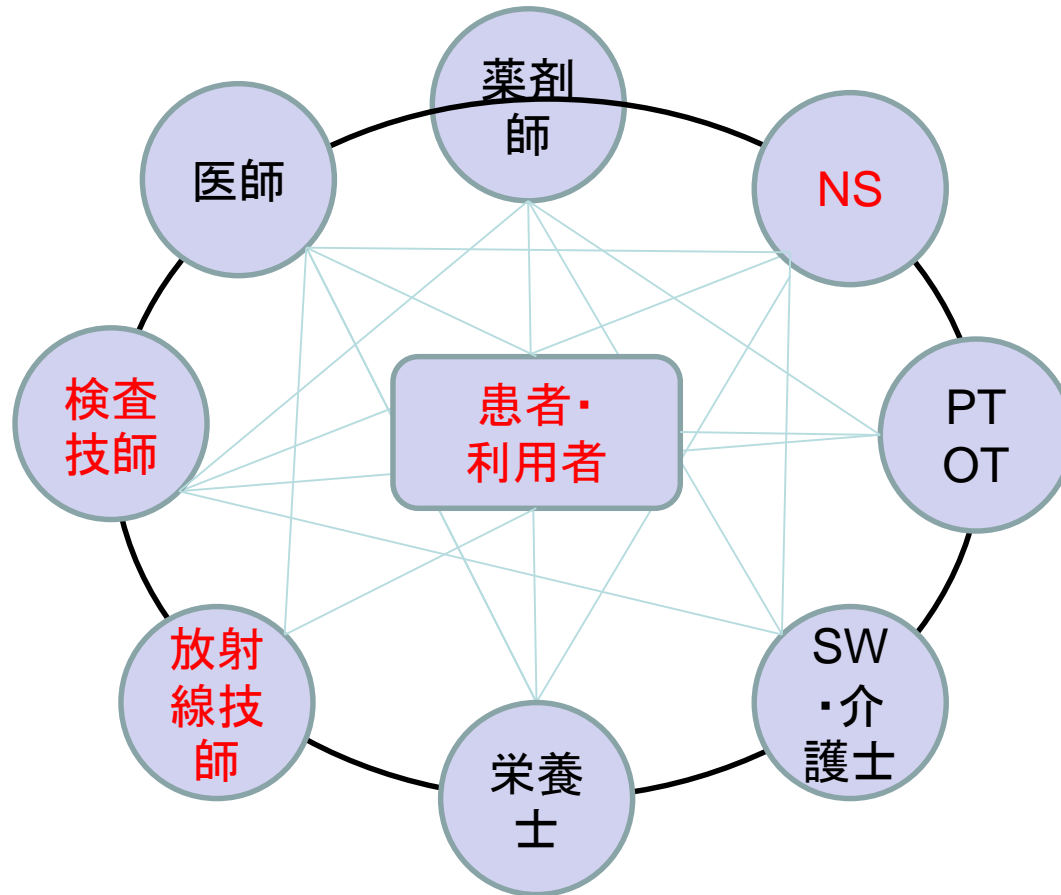
IPWの類似語「チーム医療」
“あたりまえ”

チーム医療の構成要素(細田,2000)

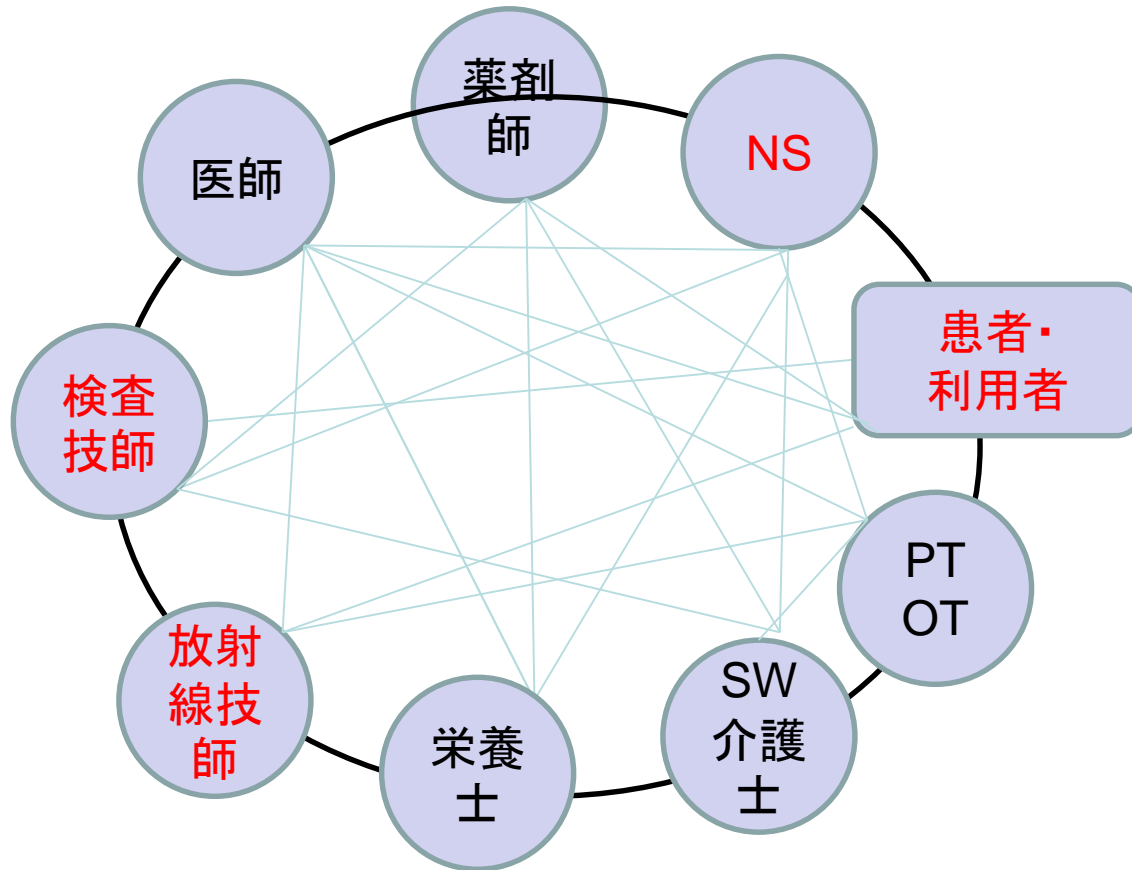


異なる知識・情報を持つ者（専門職）とうしが、その知識・情報に基づいて自由にコミュニケーションし合う中で最適・最善な医療を見つけていく営為

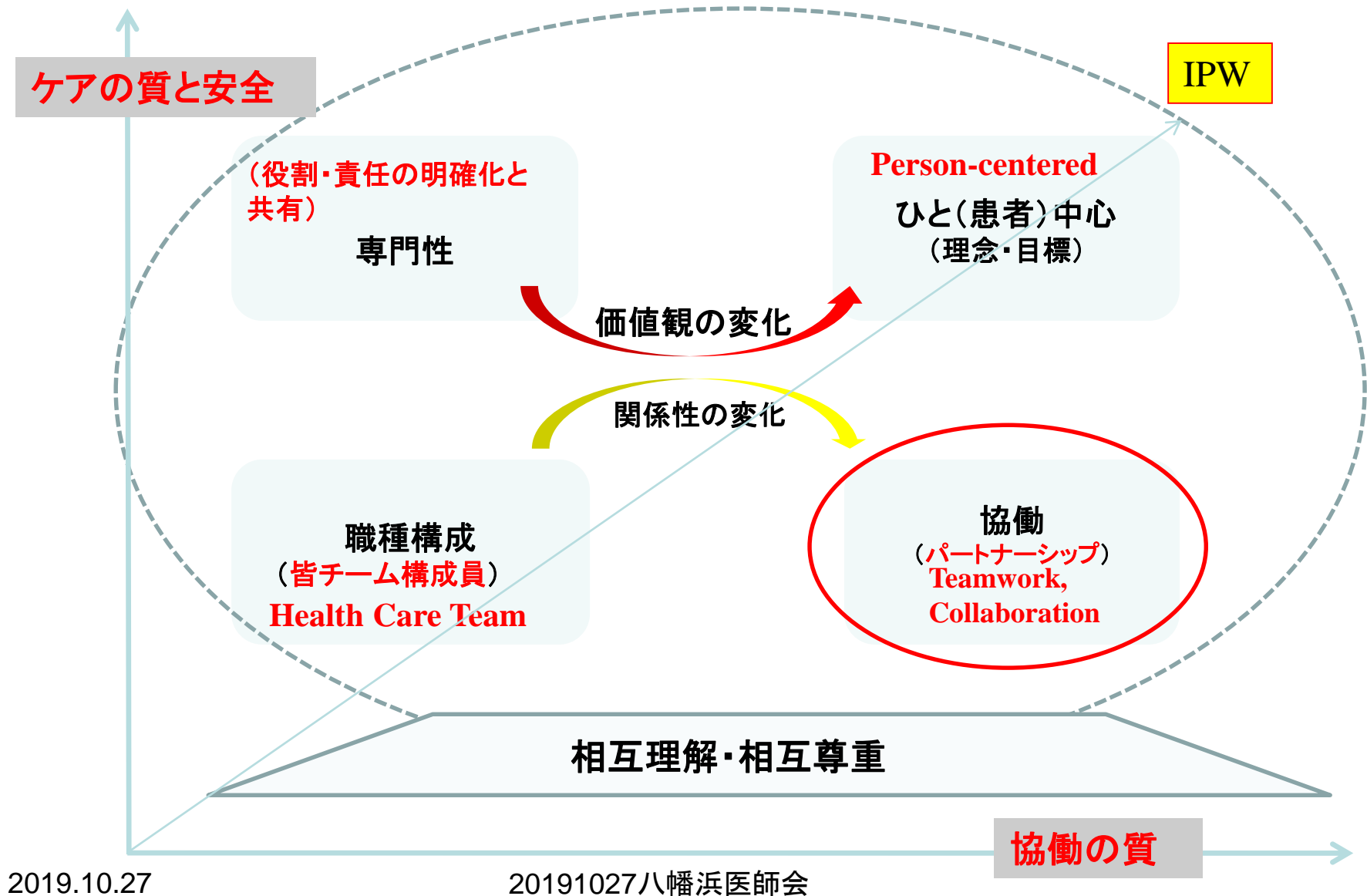
チーム医療のイメージ



IPWのイメージ



チーム医療とIPW (細田,2000の研究をもとに田村作成)



IPWとIPE

IPWの難しさ



- 1) 専門職の集団の文化：
専門職のパワー(力)とステータス
- 2) 専門職の役割と境界の不明瞭さ：
アイデンティティーの不明瞭さ
- 3) 専門職の知識・専門用語
- 4) **教育：サイロ**



WHO「2000年までにすべての人に健康を」
で強調されているヘルスケアチームアプローチ:

“the need for **learning together for working together**”(WHO,1987)

ヘルスケア専門職の協働重視
そのためには専門職連携教育の必要

卒業後、専門職としての実践活動を行うために、高等教育期間の**早い時期**に健康関連専門職について、**相互尊重ならびに相互理解を促進し、より積極的に協働**できるような**知識、スキル、態度**を身につけることが重要である。

そうすることによって、学生たちは**個性**を活かし、**想像力**に富む、**共感的態度**をよりいっそう向上し、**状況や問題をよりクリティカルに分析する能力**が身につくであろう。さらに、これらの能力は、将来直面するだろう課題に対しても**柔軟に対応する度量**を養うことができるであろう。

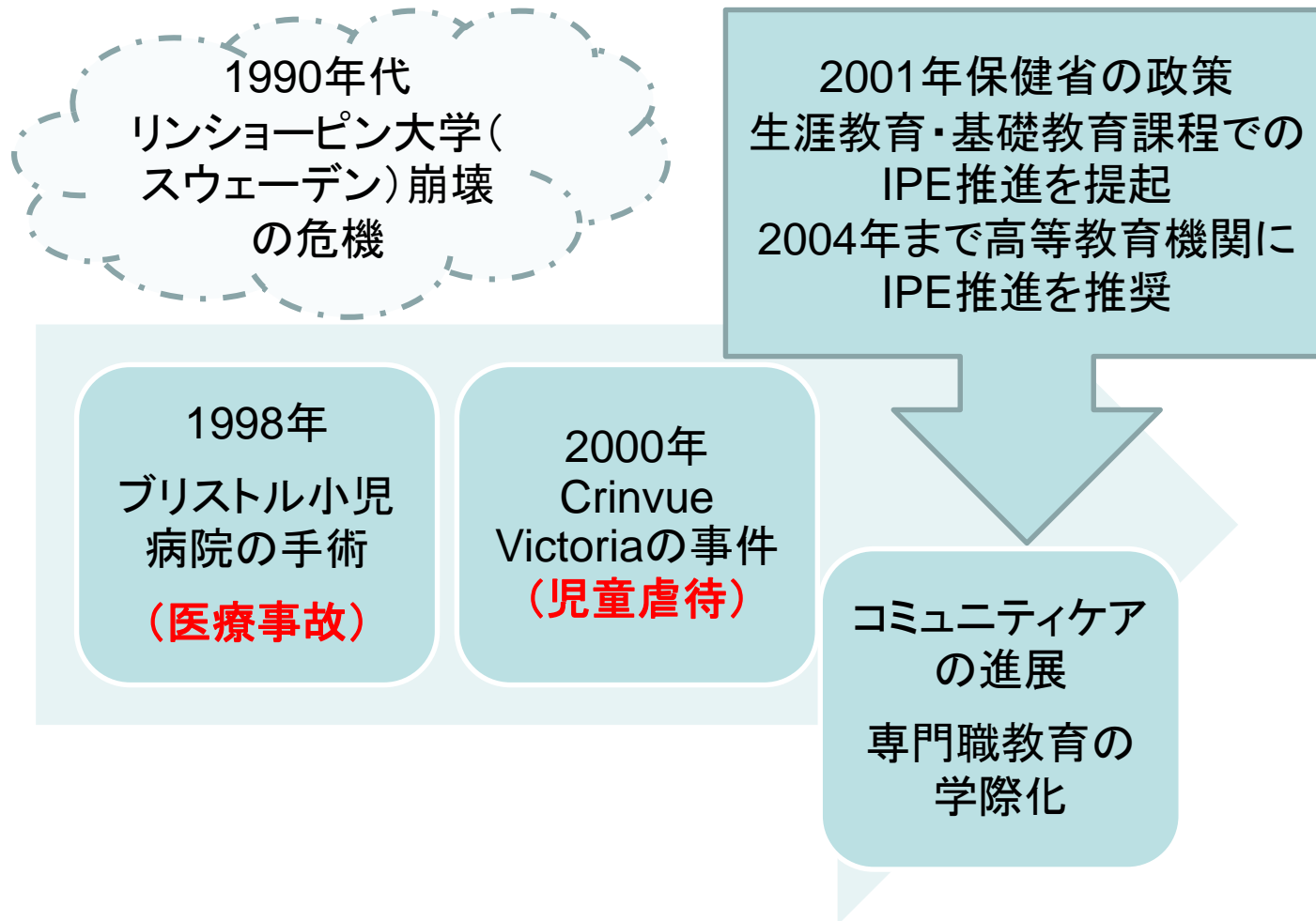
(WHO,1987)

WHO 7の期待

- 態度・行動が変化する (Modify attitudes/behaviour)
- 共通した価値・知識・技術を持つ (Establish common values/knowledge/skills)
- チームを構築する (Build teams)
- 問題解決する (Solve problems)
- 地域ニーズに対応する
(Respond to community needs)
- 実践を変化させる (Change practice)
- 専門職のあり様を変化させる
(Change the professions)



IPW/IPEの生起(英国)

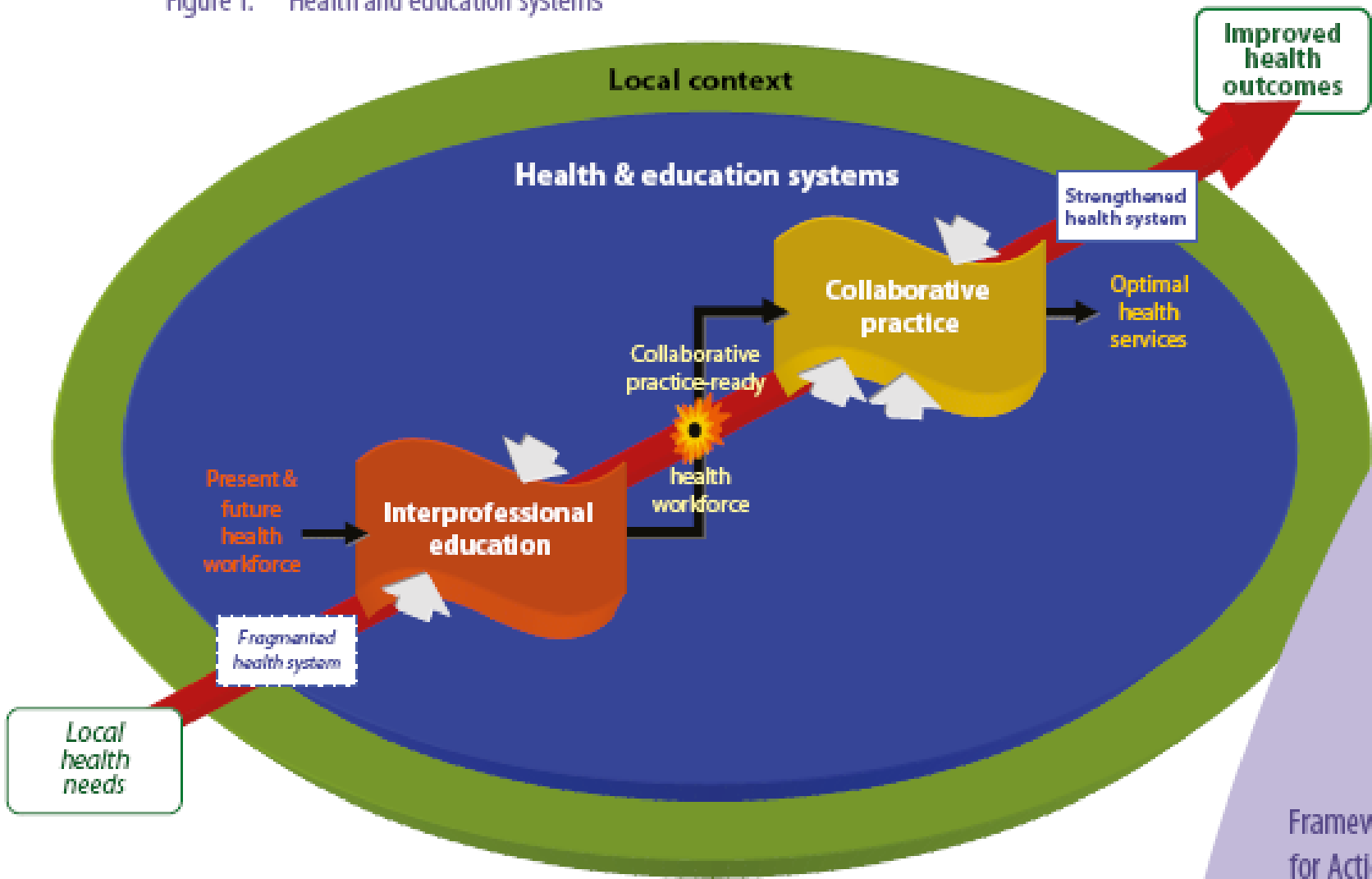


Interprofessional Education (IPE)

Occasions when two or more professions learn with, from, and about each other, to improve collaboration and the quality of care (CAIPE, 2002)

2つあるいはそれ以上の専門職が、コラボレーションを向上し、ケアの質を向上するために行われる、共に、お互いから、お互いについて学ぶ(学習)の機会である(田村訳)

Figure 1. Health and education systems



Framework
for Action on
Interprofessional
Education and
Collaborative
Practice

Health Professions Networks Nursing and Midwifery, Dept. of Human Resources for Health, WHO, 2010 : http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

実践
(Attitudes)

行動

**インター・プロ
フェッショナルで
ある/になる**

感性

思考

スキル

知識

**相互尊重
倫理
専心
共有
ケアリング**

医療人のコンピテンスとは

- 医療者が実践のために必要とする能力（コンピテンス）を習得することが重要
- 職業人としてのコンピテンスとは、患者個人と社会の利益のために、日々の実践において、コミュニケーション、知識、技術、臨床推論、情緒、価値観、振り返りを習慣的かつ思慮深く利用することである (Epstein, Hundert 2002)

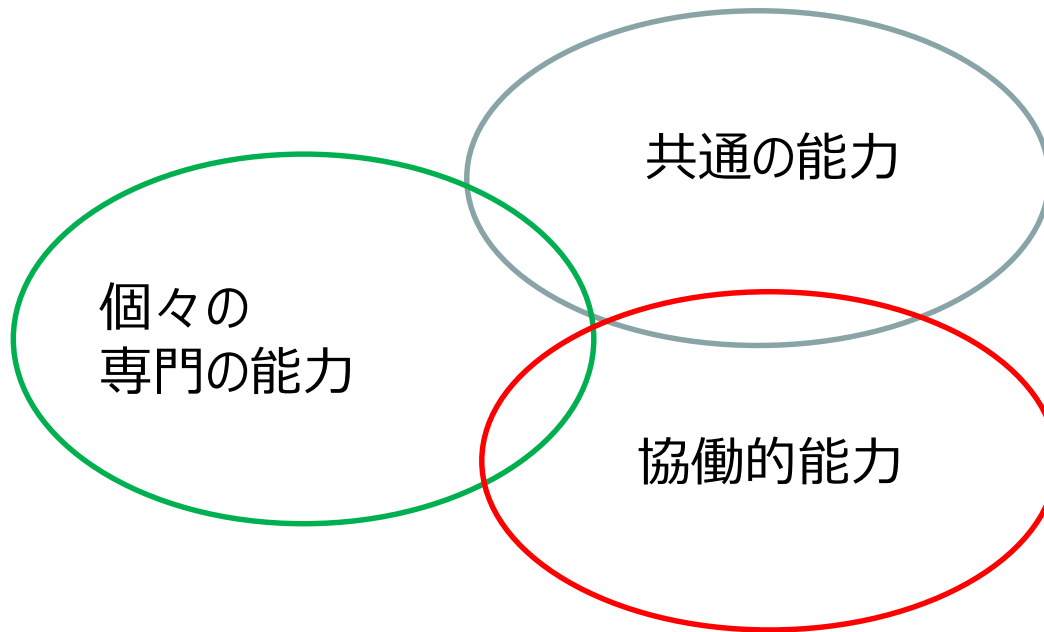
田邊政裕編著：アウトカム基盤型教育の理論と実践、篠原出版新社、P.47、2013

IPWに必要な教育とはどのようなか = IPE

- 医療専門職の教育目標（Thistlethwaitら）
 1. 個々の専門職に特異的な目標：個々の専門職で従来教育されてきた知識、技術、態度
 2. 2～3の専門職で共通の目標：専門職で共有する医療内容を支える知識、技術、態度。例として血管確保、患者中心の姿勢、それらに関連した解剖学、生物学、心理学
 3. 全ての専門職に必要な一般的能力（Generic competencies）：チームワーク、役割と責任、コミュニケーション、自己決定型学習と省察、全人的アプローチ、倫理的思考

* 医療者が現代医療の現場で有効に働けるためには、従来個々の専門職領域で設定してきた教育目標（コンピテンシー）に加えて、それらを下支えする上述の3の一般能力の獲得が必須であろう。

IPWのコア・コンピテンシー



Barr, Hugh : A competency-based model of interprofessional education is commended to remedy weaknesses in knowledge-based and attitude-based models. It distinguishes between common, complementary, and collaborative' competences. Journal of Interprofessional Care, 12(2), 181-187, 1998

コア・コンピテンシー枠組みの焦点

- 個々の専門職の持つ専門的能力を基盤とする
- 一般的な知識、あるいは、ある専門職に特有の知識にとらわれない
- 患者や家族中心として、専門職が相互に協働できるよう、個々の能力に焦点をあてる
- 専門職でないチームメンバーにも連携・協働の基本方針を適用する
- 多様かつ幅広いインタープロフェッショナル学習の中で4領域のコア・コンピテンシーを意図的に活用することをすすめる

Interprofessional **non-technical skills** for all health personnel :インタープロフェッショナル **ノン・テクニカル スキル**

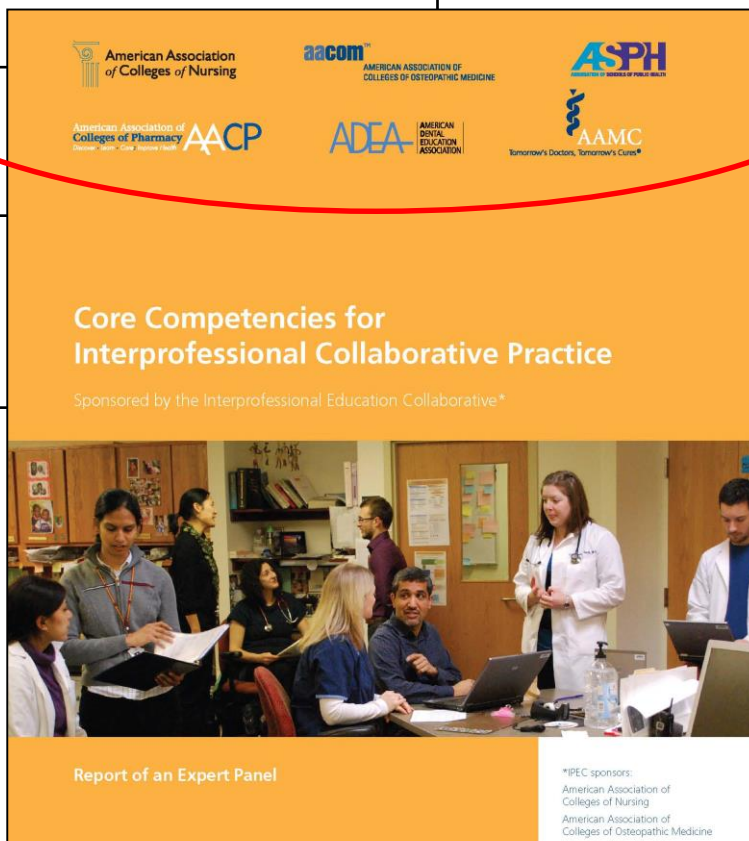
- 1. Interpersonal skills相互作用** : communication(コミュニケーション) , teamwork and leadership(チームワークとリーダーシップ)
- 2. Cognitive strategies経験に基づく知識による方策** : flexibility(柔軟性), adaptability(順応性), innovation(革新), improvisation(即興性) and creativity(創造性)
- 3. Physical and psychological self-care**
心身のセルフケア
- 4. Conflict management (コンフリクトマネジメント) , collaboration(協働) , professionalism(専門化) , health advocacy and teaching(健康の擁護と教育)**

IPコンピテンシー（カナダ）

- **役割の明白化**：自分自身と他の専門職の役割を理解し、その知識を利用者の目標に達するために適切に活用できる利用者中心のケア ケアの構築、
実行において患者、家族、地域を パートナーと位置付ける
- **チーム機能**：チームダイナミックスの原則とチームの過程を創りあげる効果的な多職種連携を理解する
- **協働的なリーダーシップ**：協働的な実践モデルを支持するリーダーシップ の原則を理解し、活用できる
- **多職種間のコミュニケーション**：異なる専門職が協働的で敏感で信頼できる態度でお互いに話し合う
- **多職種の対立の解消**：意見の対立が生じた時に積極的に、建設的に働きかけて解決する

IPコンピテンシー (米国)

USA,
2011



領域 1.
IPWに対する価値・倫理
(VE1-10)

領域 2.
役割と責任 (RR1-9)

領域 3.
多職種でのコミュニケーション
(CC1-8)

領域 4.
チームとチームワーク
(TT1-11)

専門職連携実践のためのコア・コンピテンシー

<http://www.aacn.nche.edu/education-resources/IPECReport.pdf>

多職種連携コンピテンシー(日本)

患者・利用者中心	患者／サービス利用者のケア向上のために、協働する職種間で患者／サービス利用者、家族、コミュニティにとっての重要な関心事／問題に焦点を当て、目標を共有することができる。
職種間コミュニケーション	患者／サービス利用者のケアの向上のために、職種背景が異なることに配慮し、専門的知識や意見を互いにやりとりすることができる。
パートナーシップ	患者／サービス利用者に協働したケアを提供するために、相手を尊重し、信頼関係を築くことができる。
相互理解と職種活用	患者／サービス利用者に協働したケアを提供するために、職種の特徴や役割および活動状況を理解しあい、活かすことができる。
ファシリテーション	患者／サービス利用者に協働したケアを提供するために、関係構築を援助し、各専門職が能動的に関われるように働きかけることができる。また、時に生じる職種間の葛藤に対応することができる。
リフレクション	他者と協働する能力を高めるために、連携協働した経験を俯瞰し、自身や他者の感情、試行、行為、役割、価値観を再考することができる。

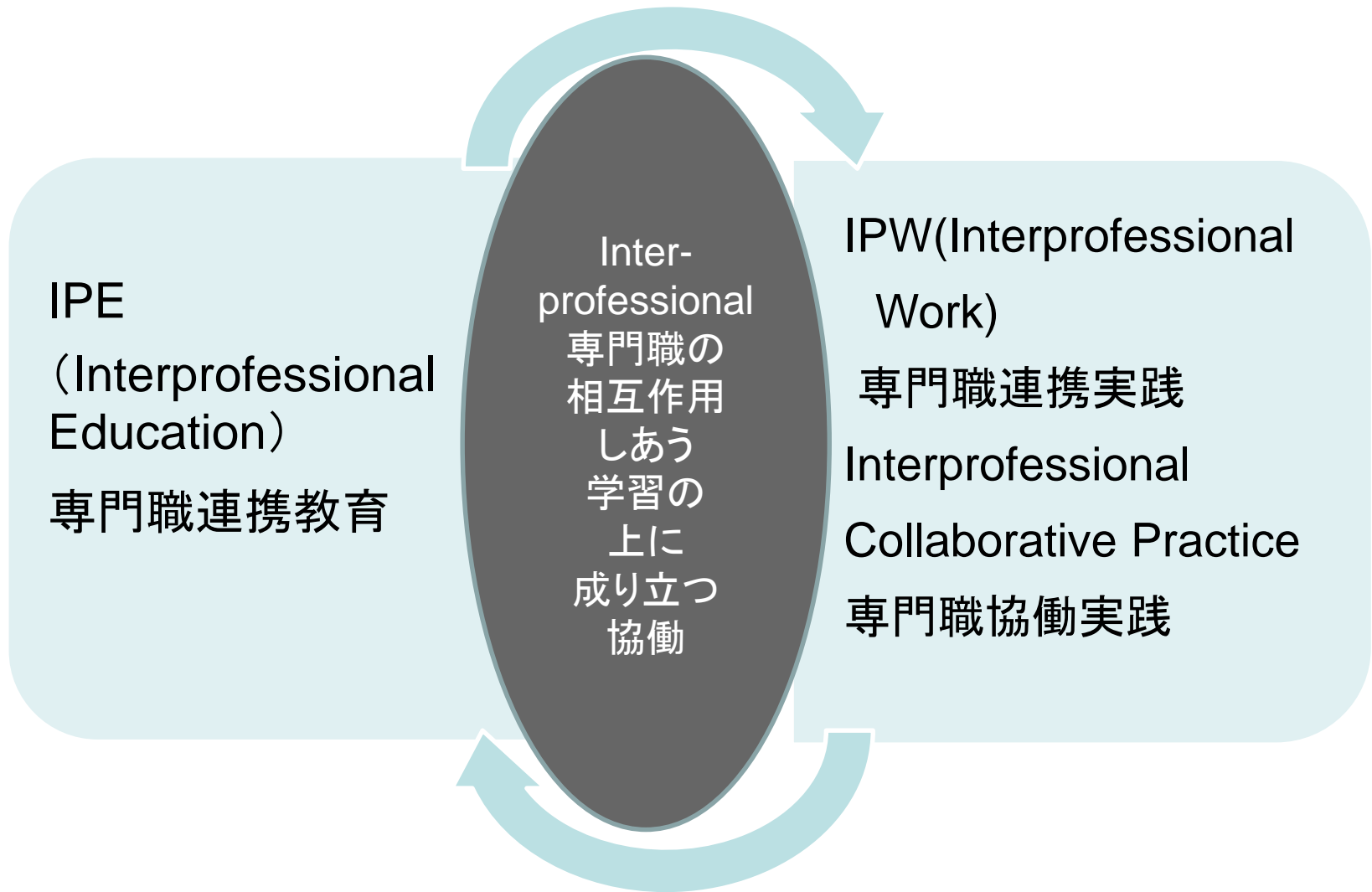
IPW/IPEの推進

- 専門教育の断片化や時代遅れの専門教育カリキュラムが人口転換、疫学転換、新種の感染、環境、行為の危険など様々な健康保障を脅かす。(Frank etc ; Lancet,2010)
- General Medical Councilが発行する医学部卒前教育改革の指針「Tomorrow's Doctors」2009年版で、**医学生のIPE必修化が明記**された。
- 世界の情勢と複数の研究からIPEの内容・効果について理解と継続して実践する必要性を提唱。(WHO ; 2010)
- 卒業後に**医師として必要な専門的スキル**には、患者管理技能、**協働とリーダーシップのスキル、職種間連携が含まれる。**

(Basic Medical Education: Japanese Specifications WFME Global Standards for Quality Improvement)

- 学生は病院という文脈が与える行動への影響が少なく、単一職種アイデンティティが潜在化しているうちに他の職種の価値観や役割を学び、相互依存性を学ぶほうが職種アイデンティティの崩壊は少ないのかもしれない。
- 他職種への接触を増やすことで、他者の範囲を広がる。
- 対話、省察、関係性の強化、モデリングが次のStageにすすめる**変容学習¹⁾**を促進する。

1) Jack Mezirow. Transformative Dimension of Adult learning. Jossey-Bass Inc. 1991



事例から学ぶ 多職種連携協働のポイント

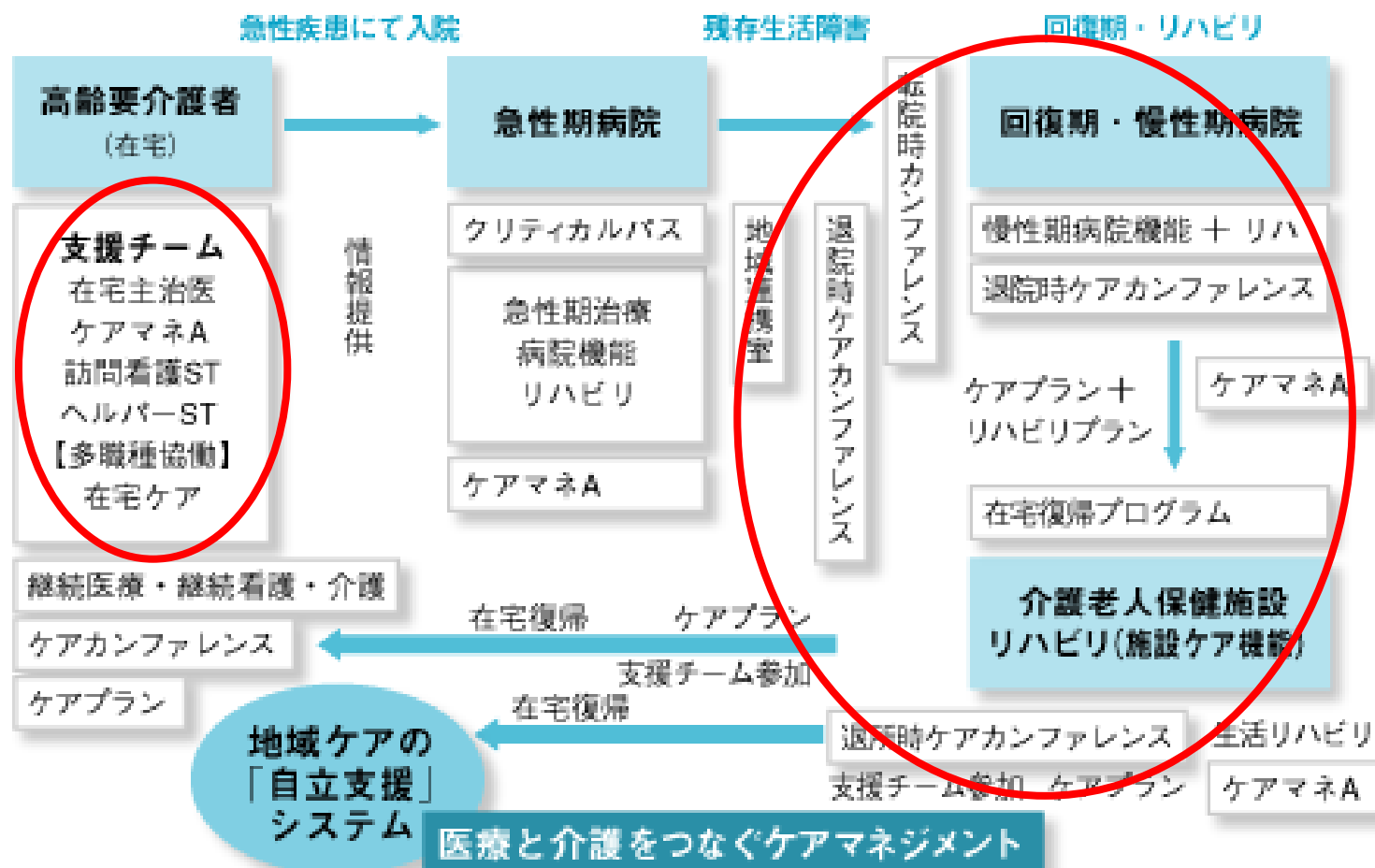
図表②

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(CC to CC)

The OMA method on long-term care management programs

高齢障害者の長期継続ケアと各段階でのケアカンファレンスの意義

(適切な医療・介護資源の投入の時系列検証)



【特集 地域連携をどう構築するかCASE1】【尾道市医師会】尾道市医師会

チームおよびチームワーク



➤ チームとは：

- 「協調を通じてプラスの相乗効果を生むもので、個々の総和以上の高い成果をもたらすもの(ダイナ・G・ロビンソン, 2009)
- 「一致した共通の目標や規範をもち、協働で仕事をする一団の人の事を指す。チームには、明確な目標、リーダー、そして円滑なコミュニケーション(五感と言葉を通して「思考」と「感情」を共有するプロセス)が必要である。」

(ルース・キャンベル, 1991ミシガンネット)
- 「共通する要素を持ち、共通の目的に向けて働く、二人もしくはそれ以上の職種を異にする専門家による集団」

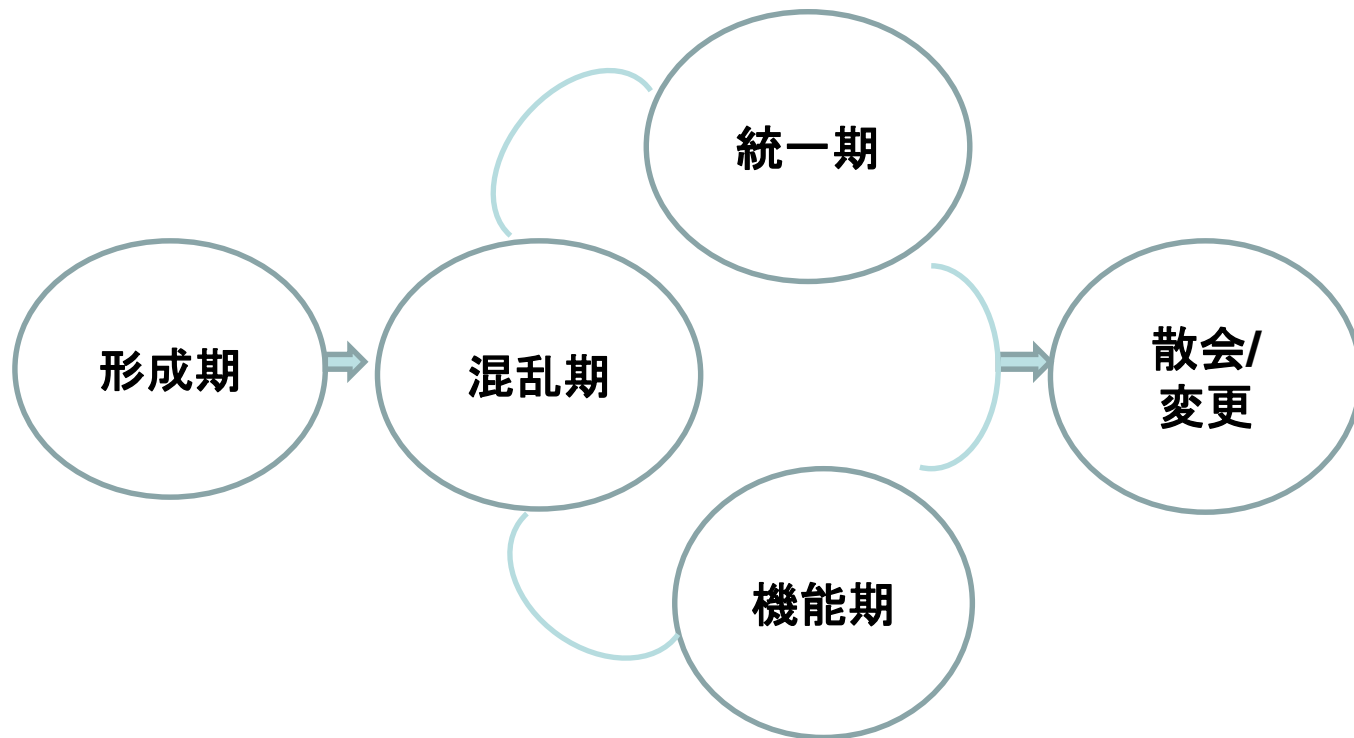
(全米リハビリテーション学会, 1975)

有効なチームの条件(ハックマン,2002)

1. 結束力のある真のチームであるか？
仕事が明確、チーム境界、管理権限、メンバーの安定性
2. ゆるぎない方針があるか？
心を動かす、目線を合わせる、力を発揮させる
3. チーム力が高まる構造になっているか？
モチベーションを高める職務設計、行動規範、チーム構成
4. 意欲を高める制度・システムがあるか？
処遇制度、情報システム、教育研修、間接支援
5. 最適なコーチング体制を持っているか？
コーチングのタイミング、共同コーチング

野中 猛:図説ケアチーム,p.124,中央法規,2007より

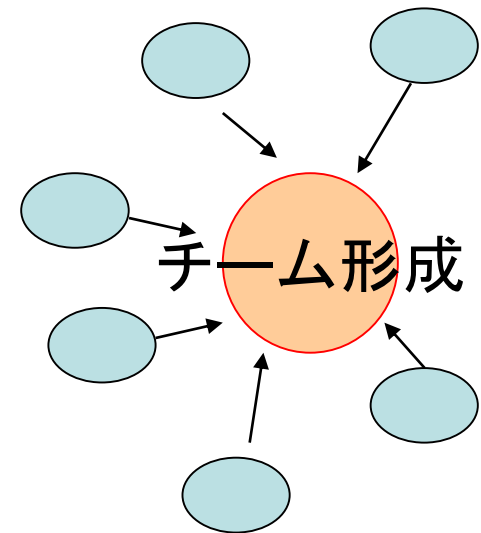
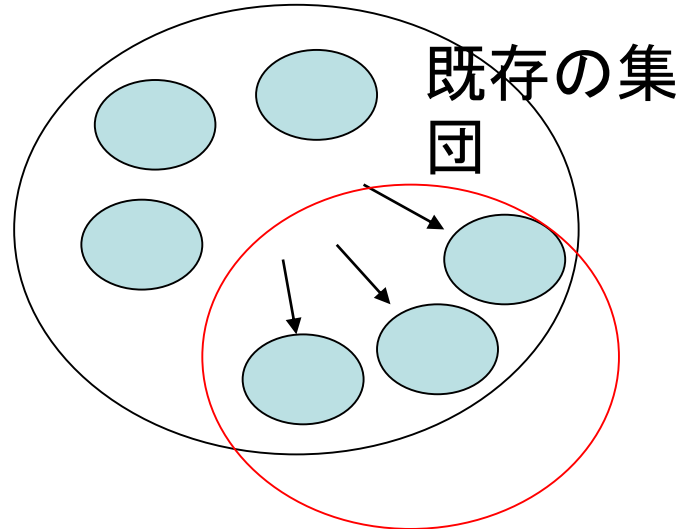
Tuckmanのチームビルディングモデル



チームに与える組織の影響(Huckman JR, 1990)

- 組織のあり様がチームの効果を規定する
 - ✓ チームと組織それぞれの価値
 - ✓ チームの目標と遂行に対するフィードバック
 - ✓ 研修や技術的助力
 - ✓ 物理的な条件
 - ✓ 組織の雰囲気
 - ✓ チーム間の関係
 - ✓ 契約と管理の構造
 - ✓ チームの人数設定

文化とチーム形成



IPWチームリーダーシップ

ヘルスケアの特徴

- ・作り置きできない
- ・結果と過程の等価的重要性
- ・生産と消費の同時性
- ・顧客との共同生産
- ・生命にかかわる
- ・半公共的
- ・個別的
- ・受益者との知識の差

組織変革の要点

- ① 変革しようとする**集団**
(**チーム**)の形成+
組織的支援
- ② 求められる変化の目標を
明快に表現する
- ③ 具体的な小目標
- ④ 十分な期間を用意する
(3~5年)
- ⑤ 変化の記録をつける
(**組織的モニタリング**)
変化の評価

効果的なIPチームコミュニケーション

- チームには集団的行為の意思決定の仕組みが備わっている
- 民主的カンファレンスとコミュニケーション
 - * よくデザインされていること（準備）
 - * カンファレンスの側面：メンバー間のコミュニケーションの促進と「情緒の安定」
 - * コミュニケーションの機能：情報交換、課題解決、「情緒の安定」
 - * **情報**は「縫い目のない状態」に⇒記録の共有化

職種間コミュニケーション

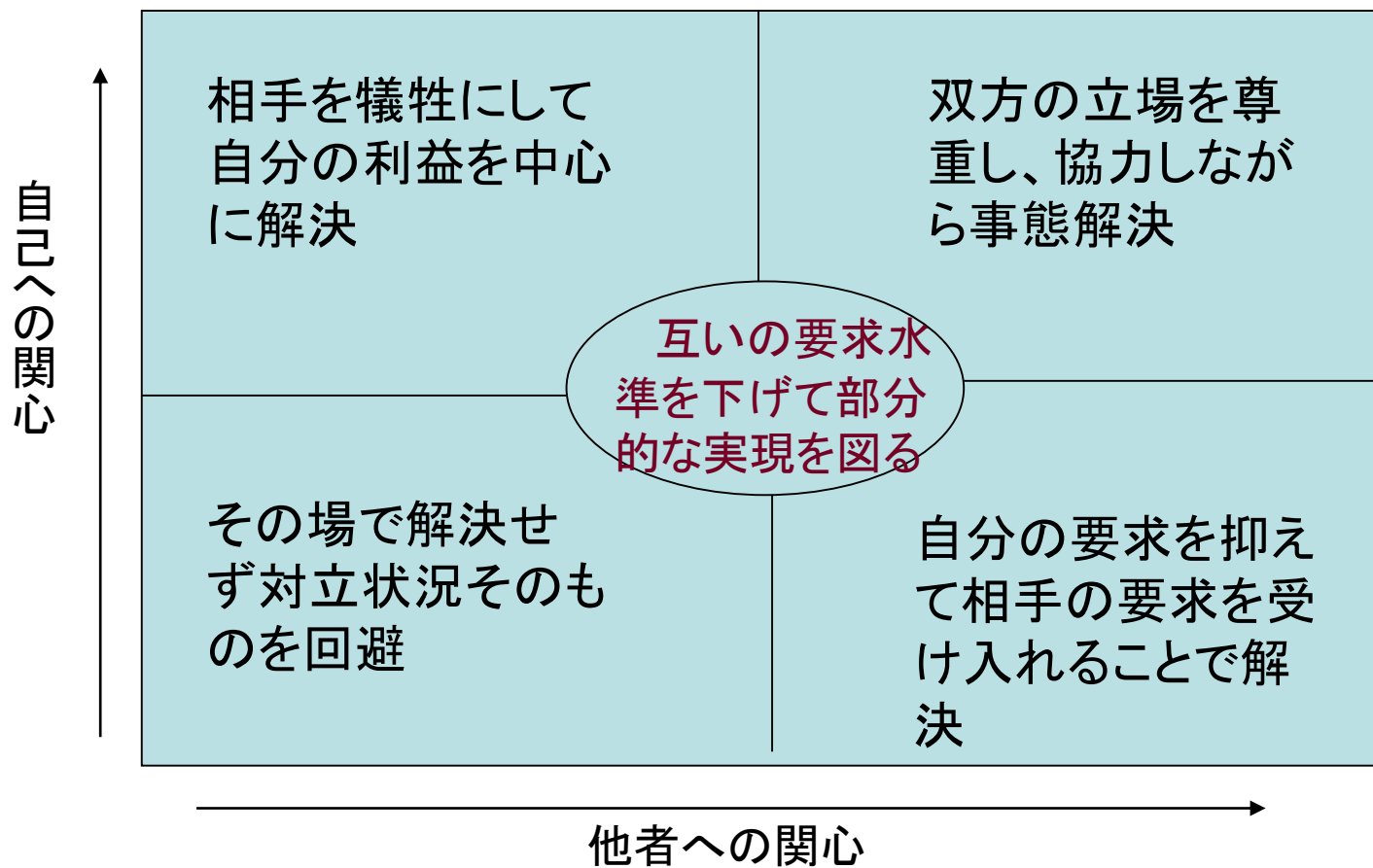


Conducting team meetings

「**集まりやすい時間帯**で行うのはもちろん、カンファレンスは**通常、15分で終える**ようにします。その15分に集約するために、**その前の努力が大変重要**になります。ケアマネジャーは、ケアプランを綿密に絞っていなければなりませんし、主治医との打ち合わせも済ませておく。それから、歯科の口腔ケアプラン や通所の報告、患者への説明等々。しかし、初動段階でカンファレンスを行っておくと、チームの動きが大変効率化できて、その後の業務が整理されます。また、患者・利用者との信頼関係がスムーズに構築されます。」

To provide information; To seek opinions; To reach decisions; To plan future activities

合意形成：チームの意思決定



トーマスとキルマンのコンフリクトマネジメント,1974

望ましい協働関係のための条件

1. Directness (直接性) → コミュニケーションの質
情報交換の量と質、適時のFace-to-faceコミュニケーション、
コミュニケーションの方向性・経路と情報交換の質・効率、
コミュニケーションのスタイルとスキル、
適切なコミュニケーション行動: オープン、信頼
2. Continuity (時間) → 相互理解は時間をかけて
3. Multiplexity (関係性の幅、広さの多重性)
→ 相互の役割、スキルを理解する
4. Parity (参加している実感)
→ ダブルスタンダード、偏見、依怙最良は
協働関係をむしばむ
5. Commonality (共通性) → 支え合い、助け合い

「多職種協働というのは、野球にたとえるとよくわかる。たとえばピッチャーが主治医で、速球をコントロールしてバッターを打ち取れば、スムーズに試合も終わる。守備もエラーがなく、ダブルプレーをピシッと取る。フェンス際のファールボールなんかも取ってしまう。そういうチームは連戦連勝です。そして敗北しないチームはどんどん高まります。」

多職種協働がうまく機能したら、みんな心地よくてはまっちゃうんです。この連携力が日本にいかに欠けていることか。競争原理などと勘違いしている人が結構いるが、市場経済で医療を考えるのは所詮無理なわけです。

Teams pull together

「尾道方式というのは、いわば**医療と福祉の一体論**なのです。**ケアマネジメントをツールに、主治医機能を軸とすることで、介護と医療の連携を図ることができ、多職種協働が実現できる**わけです。

ケアマネジメントというのは、山登りと一緒に、2000メートルしか登ったことがない人はその上の景色や存在を知らない。あと1000メートル登ればすごいきれいな花園が広がっているとか、おいしい水がわき出ている……。尾道の場合は医師会員みんなで3000メートルまで登ったので、その良さをみんなが知っている。

だから神経細胞が横につながっているのと同じで、平場でつながっているのです。それが触手を出して機能している。どこにも指揮官はいない、オートマチックで機能しているのです。

それは、みんなが理念を持って、達成度を高くすることが自分の仕事だとわかっているからモチベーションが下がらない。医療、あるいは医術の本質論なのです」。

まとめ

**「人間を対象とする看護を含む保健医療福祉の
実践現場は一人の人(患者/当事者)を中心
に多くの専門職が関わっている共有の場であ
る。」**

—池川清子, 田村由美, 工藤桂子:<連載>今、世界
が向かうインタープロフェッショナル・ワークとは、
Quality Nursing, Vol4(11)–Vol.5(5), 1998/1999—

『T地域(病院)に Everybody(皆), Somebody(誰か), Anybody(誰でも), Nobody(誰も)という名前の人がいました。Everybody が人々にとって重要な仕事を頼まれました。Everybody は Somebody がするだろうとっていました。でも、Anybodyができる仕事だったのに、Nobody しませんでした。すると、Somebody が、これは Everybody'sの仕事だったのといって怒りました。Everybody は、Anybody できたのに Nobody その仕事が Everybody の責任だという意識がなかったのだと思いました。結局、EverybodyはAnybodyができることだったのに Nobodyしなかったと、Somebodyを非難しました。仕事は. . . 』

とさ。



「普通」をだれも教えてくれない 「わかりやすいはわかりにくい？」

—臨床哲学者 驚田清一先生の著書タイトルより—

「普通」っていうのはたぶん、生きていくうえでほんとうの拠りどころとなりうる単純なことなんだろう。あるいは、ひとが心から納得でき、それに素直に従うことのできることを、あるいはそれには従わねばならないと思えること。(p.10) . . .

普通教育。これは専門知識の伝授ではなく、ひとが一人の「人間」として、あるいは市民として、社会人として、*専門職として*生きていくうえで、これだけはどうしても覚えておく必要にあることから、世代から世代へ伝える教育を意味した。(p.11). . .



ご清聴ありがとうございました

2019.10.27

71