

でも役割を發揮し、多職種連携も十分に行えるようになっていく。

ただし、スタッフによっては、自分の意見が正しいと思ったら、相手が自分の意見を受け止められるかどうかへの配慮が不十分なままに、自分の意見を強く主張する時期がある。その結果、周囲のスタッフとの人間関係を損なうなどの体験を経て、相手に合わせながら自分の考えを相手に伝えていけるようになる、という段階的成長過程があると考えられる。

ただし、いったん損なった人間関係を修復するのは困難な場合も少なくないので、できれば自己主張もしつつ正面衝突を避けられるようなコミュニケーションスキルを身につけておくことが望ましい。そのためには、学生の頃から、演習や事例検討会のような、学生自身が議論に主体的に参加する機会をカリキュラムの中に取り入れる必要がある。

具体的には、相手を傷つけず、相手に受け入れられやすい意見の伝え方の習得を目的とするアサーティブトレーニングや、その前提となるクライアント中心療法の考え方について体験学習する機会を意図的に作ることを望ましい。

#### 5) 多職種連携の推進にむけた継続学習

上記の経過からみると、多職種連携を十分に行えるようになるには、公式組織・非公式組織の両側面にわたる人間関係能力、コミュニケーション能力の習熟が必要であり、それには個人差があるとしても、4～5年程度の期間が必要であることがわかる。すなわち、多職種連携を担えるようになるには段階がある。まずは、誰に何を言って良いかわからない時期、そして公式組織の側面から満たされ始める時期、公式組織・非公式組織の両側面が満たされる時期という段階である。その間に、意見を積極的に言い過ぎ、人間関係を毀損し易い時期を経て、相手の立場を考慮しながら、提案する時期が挟まる場合もある。

今後の課題として、現状では多職種連携を十分行えるようになるまでに要している4～5年という期間を短縮するための方法の工夫が必要である。それには、看護基礎教育まで視野に入れながら、対象者との援助関係や、多職種チームにおける協力関係につながるような人間関係能力やコミュニケーション能力の向上をもたらす学習方法の開発と普及が重要であるといえよう。

#### 2. 医療観察法病棟に生じた困難への対応

結果2から、医療観察法が施行され数年が経過したものの、「離院」等の問題行動への対応や、「新薬の導入」など、「医療観察法の下で初めて起きる事象」をめぐる、スタッフは様々な葛藤を体験していることがわかる。

医療観察法という新たな法制度の下では、まだ誰も扱ったことのない事態が生じることが多い。その都度、どのように対処したらよいかをめぐる、スタッフ内で様々な意見や対策が持ち出されるが、誰一人として結末を体験したことがないために、「答え」がわからないという状況である。このような状況に直面したMDTや病棟スタッフが、強いストレスを感じやすいことがわかるが、困難な問題に直面することは必ずしも悪いことではない。問題解決に向けた試行錯誤が成功体験につながれば、それは更なる多職種連携の強化につながるからである。

困難な問題をチームの助けを得て自発的に乗り越えたスタッフは、喜びや、自信を得て、モチベーションを向上させることができる。さらには、次の課題に取り組むためのきっかけにもなる。ペスタロッチが言っているように、人間は環境が整えば、自己の中にある学習能力を開花させていく。従って、困難な問題に直面しているスタッフを多職種チームが支援し、前向きな取り組みへのエンパワメントにより成功体験へと導き、学習能力が開花できる環境を整えることが必要である。

一般に、凝集性が強いチームほど集団として大きな成果を上げることができると考えられているが、医療観察法病棟の多職種チームにも、そのことは当てはまる。多職種チームが、問題に正面から向き合い苦労を共にすることによって仲間意識が生まれ、この情緒的なつながりが組織内の連携を強くする。凝集性を高める要因の一つである。凝集性を高めるためには、「相互協力の必要性」についての認識の共有や、「成功体験」の共有が重要な条件であり、MDTが課題を共有し、上手く乗り越えることができれば、これらの条件を満たすことになる。

一方、問題を上手く乗り越えられず、スタッフに後悔が残った時は、MDTメンバーが互いに情緒的に支えあっていること、また、スタッフの中で「十分に考えた」という感覚が共有できることが重要である。

すぐに満足のいく結果はでなくても、現時点での課題や当面の目標を明確にしながら、望ましい結果に至る過程をMDTで共有することが大切と考えられる。

### 3. 多職種連携を推進し成功体験へと導く要素

結果3から、5つの要素が考えられる。

#### 1) 多職種チームの凝集性を高めるための環境作り

医療観察法病棟では、スタッフルームを多職種で共有する職場環境が作られている。スタッフルームを共有し、メンバーが互いに近くにいることによって、話し合いや行動を共にする機会が増え、親近感が増し相互理解も高まるという効果がある。実際に、どの施設でも、執務室、スタッフルームには多職種が出入りしやすく、意見交換している姿が見られた。多くの施設では、このような交流を生みやすい構造を意図していたと考えられ、狙い通りに多職種の凝集性を高めやすい環境が自然と形作られていることが確認された。

また、多職種が昼食を一緒にとる慣例がで

きることによって、日頃から仕事上の話だけでなく、趣味の話など日常会話を交わすことが、親密さを高める作用を生んでいる。そこで育てられた仲間意識が、仕事の上で情報を共有しやすい人間関係を作り上げるという形で、非公式組織の形成が促進されていると考えられる。

#### 2) 多職種チームのリーダーシップ

結果2から、初めて起きた問題や困難事例への処遇をめぐることは、スタッフから様々な意見が出される中で、時には立場や意見の食い違いから葛藤が生まれ、治療方針が選択できず、多職種連携を一時的に後退する場合があることがわかった。

このような危機的な状況で、自ら進んで責任やリスクを背負い、既存の秩序にとらわれない新しい方針を示すことができる人物がいると、状況の打開が促進されると考えられている。そのような状況でみられることのあるカリスマ的リーダーシップとは、スタッフに深く強い影響力を及ぼせる個人的資質を持ちスタッフが異議を差し挟むことなく従うようなリーダーシップである。実際に、極めて困難度の高い危機的状況ではカリスマ的なリーダーシップが多職種連携を損なうことなく、危機を乗り越える有効な手段となっていた場合もあることがわかった。このようなリーダーシップの担い手の職種は特に限定されないが、病棟師長、病棟医長、病院長等が、その役割を担うことが多いと考えられる。

ただし、カリスマ的なリーダーにスタッフが依存しすぎると組織の力が育たないとも考えられるので、医療観察法病棟において望ましいリーダーシップのあり方について考察しておきたい。

人間関係において自分、相手、集団が体験する感情を自覚的に活用する能力を意味する感情活用能力の重要性について広く提唱したゴールマンは、この能力が発揮されたリー

ダーシップの類型を4つに分類している。①理念型、②コーチング型、③調整型、④民主型といわれる望ましい4類型に加え、⑤専制型、⑥規範型といわれる功罪半ばする類型も紹介されている。

専制型とは、方針も具体策もすべて指示する方式であり、集団にとって危機的な状況では一時的に機能し得るが、独走の危険を伴うリーダーシップでカリスマ支配にほぼ重なる。

理念型リーダーシップとは、集団が目指すべき方向性をその理由を明確に伝えながらメンバーを導くリーダーシップであり、医療観察法による医療を導くには重要な条件といえる。

民主的リーダーシップは、メンバーが率直に意見を言い合う中から合意が形成されるような場作りを重視するリーダーシップである。

調整的リーダーシップは、メンバーの考えが折り合える所を探し、メンバー間の摩擦を解消することによって、集団としての凝集性を作りだすことを重視するリーダーシップである。

先に述べた通り、医療観察法病棟においては、早急に方針を明確にしなければならず、合意形成に長時間を費やせない局面がある。このような場面では、民主型や調整型のリーダーシップにもどかしさを覚え、専制型のリーダーシップを期待するメンバーが出て来やすい。

しかし、多職種連携が不可欠な医療観察法病棟チームには、職種やメンバーの主張を理解した上で、的確な問題把握に基づき説得力のある方針提起を行っていく強力なリーダーシップが求められる。その意味では、理念型と民主型のリーダーシップを併せ持つ有能なリーダーの育成が重要な課題となると考えられよう。

### 3) 管理者とスタッフとの関わり

管理者がスタッフとコミュニケーションを

取ることも「非公式組織」の形成を促す。一般に管理者については、公式組織としての権限を伴った役割によってスタッフと関わりを持つという側面に注目されがちである。しかし、管理者がスタッフの行動の基盤にある心情についても理解し、苦悩を支えることができれば、スタッフのモチベーションが上がり、作業能率を上げるために互いに連携を深めようと努力する。このように、管理者とスタッフとの間で、非公式組織という側面における良好な人間関係が形成されることによって、公式組織の側面における役割分担も適切に行われると考えられる。

### 4) 話し合い方を学ぶ

病棟チームやMDTにおいて円滑で有益な人間関係を形成し、円滑で有意義な話し合いを行うには、以下の原則を実行することが重要であると考えられる。

- (1) 良好な人間関係を維持するように努力する。相手の立場になって考えられる。
- (2) 相手の意見に耳を傾ける。
- (3) 意見が対立したときに、自分の意見を無理強いせず、待つことができる。
- (4) 話し合いの場を作ることができる。
- (5) 「私は」、というように、「私」を主語にして話す。

スタッフ間で、このような話し合い方の必要性についての理解を共有し、一定のルールを事前に取り決めておくことが、不用意に互いを傷つけず、凝集性を下げないことにつながる。

また、職種間や個人間で意見が対立した場合、治療評価会議、拡大MDT会議、拡大モジュールカンファレンス、事例検討会などを有効に活用すると良い。

大切なことは、意見が対立している者双方が参加し、他のスタッフが意識的に調整役割を取ることであると考える。

また、看護師が不規則な勤務であるため、

多くのスタッフが参加できないのであれば、何回も同様の話し合いの場を設定し、多くのスタッフの参加を図ることも鍵である。

#### 5) スタッフが余裕の持てる環境づくり

スタッフの気持ちに余裕が持てる業務量にすることで、多職種、あるいは、同職種間で互いを思いやる気持ちが生まれる。そのことから、互いに支えあっているという仲間意識が生まれ、凝集性が高まり、成功体験につながりやすいと考えられる。

多職種連携を促進し、成功体験へと導く要素は他にもあると考えられる。例えば、困難な事象に直面しても「何とかなる」という楽天的な見方を共有できる地域風土の下では、実際に「何とかなる」可能性が高いと考えられる。

このように、スタッフが身体的にも精神的にも余裕を持てるようにする要因を見つけていくことが、多職種連携を円滑にする鍵を見つけることにつながると考えられる。

## E. 結論

1. 多職種連携を促進するためには、公式組織・非公式組織の形成と両側面のバランス取りが重要であり、そのためには、スタッフが体験を通して成長していく必要がある。
2. MDTメンバーや、スタッフのサポートを受け、困難な状況を乗り越えることによって、多職種チームの凝集性が高まり、多職種連携への参加が促進される。
3. 多職種連携を促進する要素として、凝集性を高める施設構造、適切なリーダーシップ、管理者とスタッフのコミュニケーション、話し合い方の工夫、余裕のある環境作り等を上げることができる。

## <23年度の研究の報告>

### C-1. 研究結果1（半構造的面接による調査研究）

#### 1. 多職種チームにおけるケアコーディネーターのリーダーシップ

『多職種チームにおけるケアコーディネーターのリーダーシップについて』というテーマで、ケアコーディネーターを担ったことのある看護師に対して、A、B病棟各5人、合計10人に半構造化面接を実施した。

##### 1) リーダーシップへの配慮

質問. 1 「多職種チームであなたがリーダーシップをとろうとするときに、配慮していることや注意点はありますか。」

質問. 1 に対しては、【情報収集や情報交換】、【準備に関すること】、【スケジュール調整】、【MDT会議の進め方】、【看護師としての価値観や信念】の5カテゴリーが抽出された。

##### (1) 【情報収集や情報交換】について

「それぞれの職種の考えを把握すること」、「それぞれの職種の考えを引き出すこと」、「看護のモジュールの考えをMDTに持っていく」など、MDT内にとどまらず、看護師チーム内のカンファレンスでの情報共有・情報交換や、対象者との情報共有・情報交換も意識的に行われていた。

##### (2) 【準備に関すること】について

「なるべくMDT会議のときに話し合うテーマのイメージがつく様に具体的に伝える」、「時間通りに開始して、予定時間内に終了するようにしている」など、会議時間の短縮、効率的な会議運営が意識されていた。

##### (3) 【スケジュール調整】について

「個別プログラムの時に、特定の職種に役割を集中させないようにスケジュール調整をする」、「他職種の人は受け持ち数が多いので、スケジュールの空いている日や時間を探してその日に調整している」のようにMDTメン

バーへの配慮がみられた。

(4) 【MDT会議の進め方】について

「MDT会議でいきなり議題に入れるように、事前に議題を決めて準備をするように促しておく」のように、ケアコーディネーターとしてリーダーシップをとる様子が見られた。

(5) 【看護師としての価値観や信念】について

「MDT会議の際、自分のプランを持って臨む。それを伝える」、「自分で話の道筋を持ちMDT会議に臨む」のように、自身の考えを明確化して表現しようとしている様子があった。

2) 職種に応じた伝達方法への配慮

質問. 2 「職種によって伝達するときに配慮していることはありますか。」

質問. 2 に対しては、【情報集約】、【情報の伝え方や方法】、【思いや考えの表現方法】、【段取り】 4 カテゴリーが抽出された。

(1) 【情報集約】について

「看護以外の職種には看護の意見としてモジュールカンファレンスで出された内容などを伝える」という回答があり、看護師としての役割と、MDTメンバーとしての役割の両方を実践している意見があった。

(2) 【情報の伝え方や方法】について

「Ns以外の職種は受け持ち人数が多くて忙しいので、メールと直接伝えることを併用している」や「MDTにメールで連絡する」など、主に電子メールを利用していた。

(3) 【思いや考えの表現方法】について

「メールで連絡するだけでなく、口頭でも確認する」、「コメディカルが若く同世代なので、年齢層が近く話しやすい」等から、MDTメンバーとのコミュニケーションの取りやすさには、年齢層も関係があることがわかった。

(4) 【段取り】について

「その職種の専門性を生かしたかわりが必要などときには個別で依頼する時もある」、「欠席になるとときには、意見をくださいと伝え

る」、「用件や目的とともに、集まりたいというお知らせを出す」、「メールに日時、用件を書き、会議前に考えられるようにする」など、状況に応じて会議の人選をしていることや、計画的に情報共有が図れるように配慮していることがわかった。

3) ケアコーディネーターとしての役割

質問. 3-1 「ケアコーディネーターの役割としてはどんなことを行っていますか。」

質問. 3-1 に対しては、【申請書類の管理】、【対象者との関わり】、【スケジュール調整】、【見通しや提案】、【意見調整役】の5 カテゴリーが抽出された。

(1) 【申請書類の管理】について

「裁判所への申請書類など、申請記録のチェック」、「申請記録のまとめ」、「入院継続の書類など、期限に間に合うように、ほかの職種に声をかけている」など書類のチェックや、期日までに作成できるような段取りを行っていることがわかった。

(2) 【対象者との関わり】について

「対象者に治療が進んでいるのだという実感が持てるように伝える」、「本人が進めないという状況を作らないように、具体的に退院後のイメージも付けながらMDT会議をする」、「対象者自身がどうしたいのかのイメージを作る」のように、対象者が治療のイメージを描けるように関わる姿や、安心感を与える関わりが見られた。また、ケアコーディネーターとして、対象者の治療経過に合わせたケアプランを立てている様子も見られた。

(3) 【スケジュール調整】について

「MDTメンバーの集まれる日にちを探して調整する」など、質問. 1の【スケジュール調整】とほぼ同様の内容であった。

(4) 【見通しや提案】について

「治療プログラムなど、対象者の今後の計画を率先して提案していく」、「ケアマップを使って今後の見通しを立てる」のように、ケアコー

ディネーターとして治療計画を立て、治療が滞りなく進むように適宜提案をしている様子が見られた。

また、「本人の今のプログラムとの兼ね合いをみて、新たにスタッフから提案されプログラムについて考える」など、アイデアに行き詰った時は、MDTメンバーに相談し、知識を得ている様子が見られた。

#### (5) 【意見の調整役】について

「他の職種と互いに意見を出し合って、意見をまとめていく」、「他の職種に次に～をしてみましょと提案する」のように、情報共有し、議論を促し、意見をまとめるという会議の流れの要を担っていることが確認できた。

#### 4) うまくいっていると感じる時

質問. 3-2 「ケアコーディネーターをして、うまくいっていると感じる時はどんな時ですか。」

質問. 3-2 に対しては、【会議の段取りや進め方】、【情報共有】、【対象者への効果】、【チームワーク】、【資源の活用】の5カテゴリーが抽出された。

#### (1) 【会議の段取りや進め方】について

「時間内で終わったとき」、「他の職種から、自分たちの空いている時間に調整をしてくれるからMDT会議に出席できるといわれた時」、「MDT会議で最初から話し合いたいテーマについて話が進められた時」など、ケアコーディネーターが立てた計画通りに会議などがまさに進められた時である。

#### (2) 【情報共有】について

「対象者をしっかり見られる時」のように、MDTメンバーに情報が共有されていると同時に、その結果、対象者の治療が進んでいる時である。

#### (3) 【対象者への効果】について

「対象者の治療が進むと、上手くいったと実感する」や、「難治な対象者の治療方針を会議で立て、上手くいった時」など、ケアプラン

の構築や、対象者の治療の進行、丁寧なケアプランの立案などにそれぞれの看護師は達成感を得ていた。

#### (4) 【チームワーク】について

「できないところを多職種にお任せできる時」のように、互いの仕事を助け合いながら、対象者に関われる時である。また、「お礼の言葉があった時」のように、MDTメンバー内でお互いの行った行動に対して〈お礼を言う〉という基本的なコミュニケーションに、有効性の実感を得ていた。

#### (5) 【資源の活用】について

「他の人からのプログラムの誘いなども利用できているとき」など、MDT以外の力を効果的に活用できている時であった。

#### 5) 上手くいったと感じられる工夫

質問. 3-3 「上手くいったと感じる時に、何か工夫をしてこれが良かったからなのではと思うことはありますか。」

質問. 3-3 に対しては、【コミュニケーション】、【対象者の参加】、【準備や連携】の3カテゴリーが抽出された。

#### (1) 【コミュニケーション】について

「MDT同士で愚痴も聞くこと」、「会議以外の時間でも（日常でも）会話も持つこと」、「日頃からそれぞれの職種とコミュニケーションをとる（考えが互いに見えていた方がよい）」、「看護以外の他の職種への配慮」など、日頃から小さなことでもMDTで声を掛け合うこと、話の内容は愚痴も良いとされていた。

#### (2) 【対象者の参加】について

MDT会議に対象者も入れ、様々な話題について率直に話すことによって、対象者のニーズを治療計画に反映させることができるとされていた。

#### (3) 【準備や連携】について

「意見を聴き、返信が返ってこない時は、会った時に直接聞く」、「事前にMDT会議のテーマについて伝えてあったことや会議の議

題を明確に共有しておく」、 「MDT会議に参加できない人の意見も聞く」、 「病棟スタッフみんなで話した」のように、 会議の欠席者の意見もチームの認識や決定に反映させるようにすることによって、『連携が取れている』と考えられていた。また、MDT内の連携だけでなく、病棟全体の連携も必要であることが述べられていた。

#### 6) 上手く行かなかったと思える時

質問. 3-4 「ケアコーディネーターをして、上手くいかなかったと思うのはどんな時ですか。」

質問. 3-4 に対しては、【意見の対立や相違】、【治療の停滞】、【チーム間の連携】、【リスク管理】の4カテゴリーが抽出された。

#### (1) 【意見の対立や相違】について

「MDT内で意見がばらついた時（MDT内の意見が違った時）難しく感じた」のように、MDTメンバー間の意見の集約が難しい時が挙げられていた。

#### (2) 【治療の停滞】について

「外出や外泊のスケジュールが合わない時」、 「対象者の治療が『停滞』している時」に焦ると述べられていた。

#### (3) 【チーム間の連携】について

「それぞれがプログラムや、病棟を兼任しているなどの事情でMDT会議に全員出られない」、 「2職種しか集まれないとき、力がないなあと思う」のように、看護以外の職種のスケジュール調整が上手くできず、MDT会議の出席人数が少ない時に不全感を抱いていた。

#### (4) 【リスク管理】について

「綿密に（外出）計画を立てているが、計画が崩れた時にどうしようかということはある」など、不測の事態で計画通り進まない時に、戸惑いや不安感を抱いていた。

#### 7) 上手くいかなかったときに必要な工夫

質問. 3-5 「上手くいかなかったと思ったときにこんな工夫があればよかったと思うこと

はありますか。」

質問. 3-5 に対しては、【対象者との関わり】、【意見調整】、【会議の持ち方や段取り】、【スタッフの意識】の4カテゴリーが抽出された。

#### (1) 【対象者との関わり】について

「対象者のニーズを聞く」、「どんな方法を取れば治療が停滞した時期を避けられるか、対象者とも共有する」など、対象者と治療について共有し、対象者のニーズを治療に反映させることが上げられていた。

#### (2) 【意見調整】について

「意見が調整しきれないときは、治療評価会議で意見を求め、話をまとめる」、 「MDT内で意見が対立した時は、その場の雰囲気固くなるから、話を切り上げる」など、MDT内で意見の対立があった場合、一旦会議を切り上げること（いわゆるタイムアウト）や、MDT外の会議で再検討することが挙げられていた。

#### (3) 【会議の持ち方や段取り】について

「MDT会議を30分以内で行うために、スタッフが意識してコンパクトに行う」、 「会議の時間短縮のため、共通評価項目は事前にやっておく」のように、会議時間の短縮方法など、効率よく終えることができるようにする工夫が出された。

#### (4) 【スタッフの意識】について

「各スタッフが互いにマナーを守り、MDT会議の予定を適当に入れないようにすること」、 「スケジュールが重なっている時は、譲り合いをすること」というように、看護師以外の職種が他のMDTにも参加できるように配慮することが述べられていた。

#### 8) 目指しているケアコーディネーターのイメージ

質問. 4 「目指したいケアコーディネーターのイメージはどんな風なのかできるだけ具体的に教えてください。」

質問. 4 に対しては、【コミュニケーションスキル】、【看護師のスキル】、【成果が出せる】

の3カテゴリーが抽出された。

(1) 【コミュニケーションスキル】について

「私（ケアコーディネーター）も主張しながら、メンバーの意見の受け取りもできる」、「対象者のニーズと、MDTの治療方針との間で、折り合いをつけながらリーダーシップを発揮する」など、MDTメンバー、対象者、ケアコーディネーター本人の三者の意見を互いに述べ合いながら、リーダーシップを発揮し集約できることであった。

(2) 【看護師のスキル】について

「知識と経験があって、入院から退院まですすめられる」や、「MDT会議の司会進行をプライマリー看護師がやってくれているが、ケアコーディネーターがやれたらよい」、「視野の広いケアコーディネーターになりたい」、「プログラムの補完や般化ができる」というように、知識と経験を基に治療を見通し他者に配慮できること、対象者へは効果的な関わりができること、MDT内でスケジュールの把握と共に、会議での司会が務められることであった。

(3) 【成果が出せる】について

「看護以外の他の職種に迷惑をかけずに会議の調整をしつつ、対象者に、いかに有効に治療期間を過ごしてもらえるかを調整できれば良い」、「対象者の治療課題を認識しながら、内容もチームで進行していけたらと思う」など、治療課題をチームで共有させ、会議の調整もそつなく設定でき、対象者には適時にプログラムを提供し充実した入院生活を実現することができる人をイメージしていた。

## D. 考察

多職種チームにおけるケアコーディネーターのリーダーシップについて考察する。

### 1. ケアコーディネーターの役割の特徴

まず、医療観察法におけるケアコーディネーターの特徴について明確にしたい。そ

の手掛かりとして、ケアマネジメントの概念について検討しておく。

アメリカのソーシャルワーク百科事典には、ケアマネジメントについて「複雑で多様な問題や能力障害をもっている人が、必要としている全てのサービスを、時宜を得た適切な形で確実に受けられるようにするサービス提供方法」とある。

つまり、ケアマネジメントとは、患者のニーズに応えながら、患者自身が持つ力を活かし健康な生活が送れるように、社会資源を調整し、組み立て、維持する計画を作り上げる活動のことである。

この中には、例えば、患者の入院から退院後までを見通して治療プラン作成することや、それを可能にするために様々な組織と会議を持つためスケジュールを立てることなどが含まれる。そのため、この役割を担うケアマネジャーは膨大な仕事量を持つ。

医療観察法病棟で主に看護師が担っている役割をケアマネジャーの概念に照らすと、どうなるであろうか。「司法精神医療等人材養成研修科 教材集」の中には、指定入院医療機関では、「医師は最終責任者として、最終的な判断をすることになる」<sup>2)</sup>と記載されており、実質的なチームリーダーは医師であるとする。ただし、会議などの司会は、看護師が良いと読み取れる。

また、指定通院医療においては、より明確に多職種チームの総括的責任者は医師の役割であると明記されている。また、ケアマネジャーはケアを調整する要であるとされている。ただし、指定通院医療におけるケアマネジャーは、社会復帰調整官もしくは、市町村の障がい福祉を担当する職員が担う役割を指していると考えられる。

一方、医療観察法におけるチーム医療のリーダーシップについてはどのように考えられているのだろうか。



多職種チームアプローチにおいて、チームリーダー及びキーワーカーが特定されていることが、多職種チームアプローチの特徴である。そして、多職種チームアプローチを成功に導くには適切なリーダーシップが必要である。また、医療観察法におけるリーダーシップのあり方は、「医療体制としての最終責任者はいうまでもなく医師」<sup>1)</sup>とされながらも、対象者の治療状況・場面に応じてリーダーが選ばれるという状況適合理論（コンティンジェンシー理論）が採用されている。

これらのことから、医療観察法病棟におけるチームリーダーは医師であり、看護師が担っている会議などの調整という役割は、一般的なケアマネージャーの役割に比べると、限定されたものだけということになる。

以上のことを踏まえ、当研究の考察に具体的に入りたい。

## 2. 看護師自身による役割規定

### 1) 看護師のリーダーシップ

（質問. 1への回答から）

抽出された【情報収集や情報交換】、【準備に関すること】、【スケジュール調整】、【MDT会議の進め方】という4つのカテゴリーから、看護師が行っているリーダーシップが、主にMDTチームが円滑に機能するように情報共有することや、効率良くMDT会議が運営できるようにすることといった調整役であることがわかる。調整役という点で、看護師はMDTをまとめる「要」になっており、その限りで看護師はケアコーディネーターの役割を適切に担えているということである。

ただし、【看護師としての価値観や信念】というカテゴリーからは、看護師が自身の考えを明確化し表現することによって、実質的なリーダーシップを役割として自然にとろうとしている動きを読み取ることができる。このことから、看護師がリーダーシップを自然と取れる機会がMDT内で自然に作られていると

も考えられる。

医療観察法が立ち上がり、7年が経過する中で、看護師と看護師以外の職種との間で、どの仕事をどの職種が担うという役割が共通認識として出来上がっている一例とも考えられる。

ただし、公的にはチームリーダーは医師であると明言されてきており、看護師はコーディネーターであるとされてきている経緯がある。

そして、看護師の中には実質的なリーダーシップを意識的に取ろうとする者と、コーディネート役割に自己の役割を限定しようとする者に分かれると考えられ、現在までの所、明確になっていない所もあると考えられる。

### 2) 相手の職種に応じた伝達方法への配慮

（質問. 2への回答から）

質問. 2への回答全体を通して、電子メールの利用が目立ち、勤務体系が違う職種間でありながら効率良く情報伝達をしていくための手段を活用することによって、MDTが支えられていることが確認できた。

また、できるだけMDTメンバーとコミュニケーションをとり、情報を共有する姿勢と、一方で、MDTメンバーのスケジュールに配慮して効率の良い方法を選択する姿勢とがバランスをとりながら存在していた。コミュニケーションをできるだけとること、スケジュールを調整しできるだけMDTメンバーを会議に参加させることは、どちらもMDTメンバーに対して多職種連携の場への『参加』を促すものであり、MDTとしての凝集性を高める機能がある。このような、看護師のケアコーディネーターとしての努力があることで、MDTのチームワークを高める効果につながっている。

看護師の担っている最も重要な【情報の集約】は、MDT会議にモジュールカンファレンスの情報を伝えているという役割である。この活動によって看護師は、ケアコーディネー

ターとしての調整・協調だけでなく、看護師の見方を代表して他職種との連携を行っていることになる。このように、看護師がMDT会議と看護モジュールカンファレンスとをつなぐ要となり、多職種チーム会議が複線的に実践されていることがわかる。

### 3) ケアコーディネーターとしての役割

(質問. 3-1への回答から)

質問. 3-1で抽出された5つのカテゴリの中で、【申請書類の管理】、【スケジュール調整】、【意見の調整役】の3つは、医療観察法病棟におけるケアマネージャーの役割である。

そして、【対象者とのかかわり】は、日頃対象者の生活を観察し、寄り添い、また、プログラム効果を日常生活へと般化する役割を担う看護師の得意とするところである。

【見通しや提案】というカテゴリは、看護師が医療観察法病棟のケアマネージャーも実践していることの顕れであると考えられる。もちろん、見通しを明確に示し、具体的な提案を行うことは、一般的に見てケアマネージャーの重要な役割である。

しかし、この【見通しや提案】を看護師がケアマネージャーとして担うべきであるとするか否かについては、議論が必要である。

その理由の一つは、医療観察法病棟における医療チームの公的組織の側面において看護師は見通しや提案までの役割を求められていないという点である。そして、すでにふれたように、医師は最終責任者として、最終的な判断をすることになるとされ、公的なチームリーダーは医師であるということになっている。

さらに、医療観察法病棟における治療は、社会復帰に重点を置いており、単に病気の症状が改善すれば良いという見方には立たない。それゆえ、対象者の個別性を詳細に意識した上で見通しを明らかにし治療計画を立てる必要がある。また、標準治療期間が1年半とい

う長期間に渡り、対象者の治療経過も紆余曲折しながら進む。これらの事情から、医師、看護師に限らず、どの職種のスタッフにとっても対象者の治療経過を容易に見通し、適切な治療計画を提案することはできない。また、それゆえに、MDTによる見通しや計画についての合意形成が重視されるということにもなる。

さらに、先行研究<sup>4)</sup>より、医療観察法病棟では、スタッフが必要な知識を身につけると共に、人間関係の構築が十分に図れるようになるまでに2~3年を要することがわかってきている。しかし、看護師は十分な知識、人間関係がないままにMDTに入った時から、負担の重いケアマネージャー役を引き受けることになる。現実的に考えると、実質的なケアマネージャーとして治療チームのリーダーシップをとるには、やはり2~3年はかかると考えられる。

すなわち、対象者の治療を見立て、構築するという役割を全ての看護師が担うよう求めることには無理があると考えられる。過大な責任からくる負担感や、役割が担えなかった時の意欲低下、バーンアウトを防ぐためにも、看護師の必須の役割は担える範囲のケアコーディネーターに限定することが現実的といえる。

以上の理由から、看護師が一律にケアマネージャーとして見通しを明らかにしケアプランを立て、MDTのリーダーシップを発揮していくという役割を担うべきであるとは考えない方がよさそうである。

実際に医療観察法病棟の現場では、見通しを立て提案する役割は、特定のスタッフが担うものではなくMDTスタッフが全員で背負い、治療経過に沿って対象者も含めて皆で議論しながら治療が展開されていると考えられる。ただし、スタッフの知識・技術・経験、および対象者の特性や回復の局面によっては、

特定のスタッフがリーダーシップをとることが望ましい場合もあり、それが看護師である場合もあると考えられる。

看護師はMDTの中で医療観察法の目的に適ったケアコーディネーターとしての調整役を担っており、この役割を円滑に担っていけるような合意が必要である。ただし、看護師の知識、経験、意欲に応じてケアマネジメントにおけるリーダーシップの役割も重ねてとっていくことが望ましいと考えられる。

#### 4) うまくいっていると感じる時

(質問. 3-2への回答から)

「うまくいっていると感じる時」を問う設問によって得られた【情報共有】、【会議の段取りや進め方】、【資源の活用】というカテゴリーは、看護師がケアコーディネーターとして、MDTを円滑に調整する役割を果たしていることの顕れであると考えられる。さらに、円滑な調整により、【チームワーク】の良さが実感され、【対象者への効果】が現れている様子うかがえる。

#### 5) 上手くいったと感じられる工夫

(質問. 3-3への回答から)

ケアコーディネーターの役割を上手く果たしている時に行なっている工夫としては、【コミュニケーション】、【対象者の参加】、【準備や連携】の3カテゴリーが挙げられている。

これらの3つのキーワードを状況適合理論に沿ってさらに分析してみたい。状況適合理論によると、リーダーシップには、『人間関係への配慮』と、『仕事遂行への体制づくり』という要素が求められており、どちらかが足りないとモチベーションの低下やグループとしての生産性の低化が起きる。

リーダーシップのこれら2つの要素と、3つのキーワードの関係を検討してみると、まず、『人間関係への配慮』には【コミュニケーション】、【対象者の参加】、『仕事遂行への体制づくり』には、【準備や連携】が該当すると

考えられる。このように、看護師がケアコーディネーターの役割を上手く取れている時には、『人間関係への配慮』と、『仕事遂行への体制づくり』というリーダーシップの2つの構成要素が満たされていることが推測できる。

また、「上手くいったと感じられる工夫」の中には、優れた決断力や判断力の発揮などといった、特定の優れた人物にしか認められない要素は見出されなかった。このことから、医療観察法におけるケアコーディネーターには、リーダーとしての特別に優れた資質が必要なわけではなく、努力と実行力の積み重ねの中から作り上げていくものであると考えられる。

#### 6) 上手く行かなかったと思える時

(質問. 3-4への回答から)

ケアコーディネーターが上手くいかなかったと思える役割に関するカテゴリーは【チーム間の連携】、【リスク管理】であった。これらのカテゴリーは、スケジュール調整の大変さを顕すものであるが、ケアコーディネーターとしての中心的な役割が上手く果たせていないという不全感を伴う状況であると考えられる。

一方、【意見の対立や相違】、【治療の停滞】というカテゴリーは、ケアコーディネーターとしての役割を越えたリーダーシップへの責任を感じながら、その遂行が困難な状況を顕すものと考えられる。つまり、単なるスケジュール調整や、型通りの司会といったレベルを越えたリーダーシップを目指す看護師は、責任感ゆえにこれらのカテゴリーに伴う困難感や不全感を体験しているということである。ここで、問題になるのは、看護師の責任感が過大な負担をもたらしているのではないかということである。

医療観察法病棟の運営に関して、「公的組織」の側面において基本的には医師がリーダーシップをとることになっているのは前述の通

りである。しかし、医療観察法病棟における治療の前提となる多職種連携の考え方からすると、医師に限らず特定の職種や人物に責任や権限を集中させることをできるだけ避ける必要がある。日本の慣例からすると、医師に責任や権限が集中する傾向を払拭するのは難しいが、医療観察法病棟では、その傾向がある程度は緩和できるはずである。

すなわち、多職種連携の方向性に沿い、課題や局面毎にスタッフがリーダーシップを分け持つという方法を実行することが可能であり、また実際に行われていると考えられる。従って、看護師がMDTの中で調整役としてのケアコーディネーターの役割を超えたリーダーシップを意識することは極めて自然なことである。しかし、医師に責任を集中させる日本の慣例と医療観察法病棟における多職種連携の理念の折合いがついていないため、様々な軋轢が生じている実態を調査結果から読み取ることができる。

このような状況把握に基づいて考えると、コーディネーター役を引き受けている看護師がMDTメンバーの意見を集約しようと努めることは重要であるが、それが上手くできないからといって責任を個人で背負い込む必要はない。難問が生じた場合には、MDTメンバーが皆で、あるいは病棟スタッフの力を得て解決することが可能であり、むしろ自力による解決に限界を感じたら、素早く相談や援助を求めることは、問題解決の鉄則といえよう。

#### 7) 上手くいかなかった時に必要な工夫

(質問. 3-5への回答から)

【会議の持ち方や段取り】、【スタッフの意識】というカテゴリーの内容は、ケアコーディネーターの基本的な役割と考えられる会議の設定や、司会などを効率的に行う工夫に関するものである。これらのカテゴリーからは、『仕事遂行への体制づくり』に関するリーダーシップの発揮が不十分な場合があることがうかが

える。

また、【意見調整】、【対象者とのかかわり】のカテゴリーは、質問. 3-4への回答から得られたカテゴリーである【意見の対立や相違】、【治療の停滞】に対する対策である。

MDT会議で意見が対立した場合に、結論が出るまでと長時間にわたって会議を続けたが、結局は合意を得られず、チーム内の人間関係も悪化したと言う体験のあるスタッフもいる。そこで、折り合いがつきそうにない場合はMDT会議をいったん終了し、日常の場面で意見の調整を図ることや、複層的な会議の構造を活かし、別の会議で意見の調整を図ることによって、MDT内で過度に人間関係が悪化しないような配慮が行われていた。また、対象者も治療チームの一員という治療共同体の原点にある考え方に立ち返って対象者の意見を聞くなどの対策が効果を上げている。

ケアコーディネーターとしての看護師は、【意見の対立や相違】の調整役を背負いこみ『人間関係への配慮』に苦慮することが多い。しかし、複層的な会議の構造を活かしていくという打開策を見出している看護師もあり、『仕事遂行への体制づくり』が不足すると苦しくなることがわかる。この結果から、ケアコーディネーターとしての看護師は、『人間関係への配慮』と『仕事遂行への体制づくり』というリーダーシップの2要素の間を行き来しながら役割の遂行を図っていることが明らかになった。

行動理論によれば、『人間関係への配慮』と、『仕事遂行への体制づくり』とをそれぞれ促進していくことがより良いリーダーシップにつながる。しかし、『人間関係への配慮』すなわち、「集団の中の人間関係を良くすること」と、『仕事遂行への体制づくり』すなわち、「集団の活動を効率的に行うこと」は、異なった方向性を持った原則である。従って、一人のリーダーがこの両方を実現しようとする、『役割の葛

藤』が起きる場合がある。

そこで、MDTチーム内で状況に応じて、『人間関係への配慮』を主に担うリーダーと、『仕事遂行への体制づくり』を主に担うリーダーとで役割分担を行なうという方法もある。状況や問題に応じて、適格な職種やスタッフがリーダーシップをとることで『仕事遂行への体制づくり』をするリーダーシップは担える。そして、一方の『人間関係への配慮』という調整役のリーダーシップは、主に看護師がケアコーディネーターとして担っていけば良いと考えられる。

8) 目指しているケアコーディネーターのイメージ

(質問. 4への回答から)

看護師が思い描く理想的なケアコーディネーター像として、以下の3つの側面が浮かび上がった。

- ①コミュニケーション能力が高い人
- ②豊かな知識と経験に基づいて治療を計画的に構築できる人
- ③MDTのチームワークを良くし対象者の社会復帰を促せる人

(1) コミュニケーション能力が高い人

「コミュニケーション能力が高い人」とは、対象者のニーズを聞くこと、MDTの意見を聞くことのみならず、ケアコーディネーターである看護師自身の意見も適確に述べられる人を意味している。つまり、多くの看護師は、自分自身の意見はあまり述べずに、単なる意見の調整役に止まるという『協調』的な態度や役割を取りたいと思っているわけではない。すなわち看護師たちは、MDTの中で自分自身の意見も述べ、看護師としての『自立』的な態度も保ちたいと、考えている様子が分かる。『人間関係への配慮』に偏らず、自他の立場や意見のバランスが取れるようにしていくことを看護師は自らに望んでいると考えられる。

(2) 豊かな知識と経験に基づいて治療を計画

的に構築できる人

「豊かな知識と経験に基づいて治療を計画的に構築できる人」とは、『仕事遂行への体制づくり』に長け、治療のマネジメントができる人物を意味しており、職種を問わず治療チームの理想的なリーダー像といえる。しかも看護師たちは、それに加えて「豊かな知識と経験」に基づいて高度な【看護師としてのスキル】を発揮することを思い描いている。この結果から、医療観察法病棟の看護師は、治療共同体と多職種連携の理念に触れ、既存の精神科病棟では考え難かった自立度の高いチームリーダーを目指したいと思うようになっていくことがわかる。

そのような動きは、医療観察法病棟のみならず、精神科病棟全般における看護師の自立にとって有益だと考えられる。ただし、個々の看護師の力量の向上や、医療システムの再編成によって支えられないと、個々の看護師にかかる負担が過重となる恐れがあるという問題も生じていると考えられる。

(3) MDTのチームワークを良くすることによって対象者の社会復帰を促せる人

この回答は、『人間関係への配慮』が行き届いてMDTのチームワークが良くなれば、『仕事遂行への体制づくり』もできて、対象者への治療に【成果が出せる】という前提に立っている。このようなリーダーシップを想定した場合は、かなりの努力が必要であり、上手くいかなくて行詰り感や挫折感を抱く可能性も出てくるであろう。ただし、現実には多くの問題を抱えた対象者を社会復帰に導き、その過程でリーダーシップを発揮できたという体験を積み重ねることによって自信をつけていく可能性もあると考えられる。

以上、1) から8) まで、回答から得られた結果に基づき、調査対象者の理想とするケアコーディネーター像、リーダー像に沿って、

医療観察法病棟の看護師たちの役割規定の明確化を試みた。医療観察法病棟の現状からすると、回答者の多くがかなり高い理想を抱いており、そのことが主体性発揮への動機づけを高める反面、行詰り感や挫折感からくる動機づけの低下をもたらす危険があることが明らかになった。

## E. 結論

1. 看護師は、医療観察法におけるケアコーディネーターとしてのリーダーシップを發揮できている。
2. ケアコーディネーターとしてのリーダーシップを發揮するために、MDT内の情報共有に努めることや、会議の準備・進め方を工夫すること、MDT以外の協力の得ることが効果的である。
3. MDTの話し合いが上手くまとまらない時は、結論を急いでチームワークを損ねることは避け、対象者の話を聞くこと、場面を変えて改めて話すこと、MDTメンバー以外のスタッフの参加する会議を活用することが重要である。
4. MDT内で『人間関係への配慮』をするリーダーと『仕事遂行への体制作り』をするリーダーとを立て、役割分担を行なうことによって円滑な運営を図れる可能性がある。
5. MDT内における調整役に加えて、治療経過のマネジメント役をも志す看護師は、負担感を覚える場合もあるが、成功体験によって自信をつけ、力量を高める可能性もある。

## C-2. 研究結果2（相互独立的—相互協調的自己観尺度を用いた研究）

<相互独立的—相互協調的自己観尺度と、ケアコーディネーターに対する思いについて>

### 1. 基礎データ

#### 1) 性別・年齢内訳

- ・総回収数 156名
- ・男性 83名
- ・女性 68名
- ・無回答 5名

表1 年代ごとの男女別数 N=151

	20代	30代	40代	50代	60代
女性	10	40	14	4	0
男性	14	25	25	16	3
合計	24	65	39	20	3
%	16	43	26	13	2

年齢構成では30歳代と40歳代が全体の69%を占めている。

#### 2) 医療観察法病棟の経験年数

表2 医療観察法経験年数 N=149

～1年	～2年	～3年	～4年	～5年	～6年
39名	44名	22名	27名	8名	9名
26%	30%	15%	18%	5%	6%

無回答7名

医療観察法病棟の経験年数は、2年目が一番多く、1年目と合わせ、56%になる。

#### 3) 対象者を受け持った経験

表3 対象者受け持ち経験の有無

受け持ち経験あり	136名
受け持ち経験なし	12名
無回答	8名
合計	156名

受け持った経験がないと答えた看護師は12名いたが、医療観察法病棟の経験年数が、1年未満の看護師が39名いるので、その3割に当たる看護師は、受け持ちを持った経験がないことがわかる。

4) 対象者受け持ちの延べ人数

表4 受け持ちの経験数と該当看護師 N=156

受け持ち経験数	該当看護師数
0名	8人
1名	37人
2名	47人
3名	19人
4名	16人
5名	7人
6名	7人
7名	4人
8名	6人
10名	2人
13名	2人
16名	1人

最多は6年目の看護師で16名、まだ受け持ち経験のない看護師は8人だった。

5) ケアコーディネーター役割

表5 ケアコーディネーター経験の有無

経験が有る	136名
経験はない	12名
無回答	3名
合計	148名

ケアコーディネーターを経験したことがない看護師は12名いたが、病院により、ケアコーディネーターの役割をプライマリー看護師が実施する場合と、アソシエイト看護師が実施する場合があるので、受け持ち経験があっても、ケアコーディネーターは未経験の場合がある。

6) MDTチームで相談しながら物事を進める方法への抵抗感

表6 抵抗感の有無 N=154

どちらかといえば抵抗がない	108名
どちらかといえば苦手	46名
無回答	2名
合計	156名

相談しながら物事を進めていくというMDTの方法に対して、苦手意識を持つ看護師は約30%であった。

2. 「相互独立的—相互協調的自己観尺度」による調査結果

「相互独立的—相互協調的自己観尺度」は、『相互独立性』と『相互協調性』の尺度から構成されている。

『相互独立性』とは、“個人が他者から分離しており、他者から独立し独自性を主張する”ことを意味し、「独断性」と「個の認識・誇張」を下位尺度とする。

『相互協調性』とは、“個人が互いに結びついていて個別的ではなく、様々な人間関係の一部になりきることが大切だ”とする態度であり、「評価懸念」と「他者への親和・順応」を下位尺度とする。

それぞれの尺度の構成は、以下のようになっている。(下位因子の内容は資料1参照)

7) 各尺度の平均値と標準偏差

表7 各尺度の平均値と標準偏差

N=153	独断性	個の認識・誇張	評価・懸念	他者への親和・順応
男性	3.62	4.28	4.3	4.72
N=83	(0.76)	(0.84)	(0.93)	(0.64)
女性	3.65	4.4	4.43	4.77
N=70	(0.93)	(0.9)	(1.03)	(0.67)

① 「個の認識・誇張」

下位因子 1、13、17、19

② 「独断性」

下位因子 3、5、7、9、11、15

③ 「他者への親和・順応」

下位因子 10、12、14、16、18、20

④ 「評価懸念」

下位因子 2、4、6、8

今回の調査では、任意の指定入院医療機関5か所に、アンケートを配布し、以下のような結果が得られた。

N=153名に対して、4つの尺度の男女別平均値と標準偏差を算出した。その結果、尺度間、男女間における有意差はみられなかった。

8) ケアコーディネーターの役割への抵抗感

の有無

表8より、ケアコーディネーターに抵抗感がある群は、抵抗感がない人の群に比べ、以下の下位尺度、下位因子が優位に高かった。

表8 ケアコーディネーターの役割への抵抗感の有無と各尺度の平均値

尺度	独断性	個の認識・誇張	評価・懸念	他者への親和・順応
平均値	3.63	4.33	4.36	4.74
有意差	0.98	0.08	0.02	0.03
	Mann-WhitneyのU検定 有意水準0.05			

- (1) 「評価懸念」
- (2) 「他者への親和・順応」
- (3) 「独断性」の下位因子15（自分の考えや行動が自分と違っていても気にならない）
- (4) 「他者への親和・順応」の下位因子18（人と意見が対立した時、相手の意見を受け入れることが多い）
- (5) 「個の認識・誇張」の下位因子1（常に自分自身の意見をもつようにしている）と、17（自分の意見をいつもはっきり言う）
- (6) 「個の認識・誇張」の下位因子19（いつも自身を持って発言し、行動している）
- (7) 評価概念の下位因子2（人が自分をどう思っているのか気にする）

## D. 考察

高田<sup>2)</sup>の調査結果によると、『相互独立性』尺度の下位尺度である「独立性」と「個の認識・誇張」は、“小学生から中学生にかけて低下し、大学生では低い水準にとどまった後、若年成人以降は上昇に転じ、老年期まで上昇を続ける。一方『相互協調性』は、小学生から中学生にかけて低下した後、中学生から大学生にかけて上昇し、成人期には再び低下した後、老人期まで再度上昇するため、成人期や老人期では、『相互協調性』よりも『相互独立性』

のほうが高くなる。

この結果に基づいて高田は、日本文化においては、人間の社会的側面である『相互協調性』を自己の基本的な特性として身につけることが、青年期までの発達課題とされていると述べている。

高田による上記の所説を踏まえながら、本研究における調査結果に考察を加えてみたい。

まず、調査対象者である看護師の年齢構成は、30～40代の占める割合が69%と高い。高田の所説に当てはめると、調査対象者の多くは、『相互協調性』を身に付けた上で、『相互独立性』が高まってきている年代ということになる。従って、身についた『相互協調性』によってMDTスタッフや対象者の気持ちを汲みながら『相互独立性』を発揮し、周囲に振り回されることなく自己決定に基づいて行動できる年代であるということになる。

具体的な項目について見ていくと、コーディネーター役に抵抗を感じない者が、抵抗を感じる者と比べて、有意に高かった下位因子は以下の5項目であった。

そのうち、『相互協調性』に含まれる項目は下位因子18（人と意見が対立した時、相手の意見を受け入れることが多い）と、下位因子2（人がどう思っているのか気にする）であった。

また、『相互独立性』に含まれる項目は、下位因子17（自分の意見をいつもはっきり言う）、下位因子1（常に自分自身の意見をもつようにしている）、下位因子19（いつも自信を持って発言し、行動している）であった。

この結果から、ケアコーディネーターを意識している看護師は、『相互協調性』と『相互独立性』をどちらも大事にしながら仕事をしていることがわかる。さらにこの結果を、コーディネーターの役割に関する半構造化面接の結果と組み合わせながら考察を進めてみたい。

報告2に示した通り、看護師たちが目指し



ているケアコーディネーターの役割のイメージは、【コミュニケーションスキル】、【看護師のスキル】、【成果が出せる】という3つのカテゴリーに凝縮されていると考えられる。

半構造化面接によって得られた、「私も主張しながら、メンバーの意見の受け取りもできる」という回答は、「相互調整性」と「相互独立性」の両立を図ろうとする姿勢の顕れといえる。「対象者のニーズと、MDTの治療方針との間で、折り合いをつけながらリーダーシップを発揮する」にも同様の傾向を読み取れる。これらの回答は、いずれも【コミュニケーションスキル】、【看護師のスキル】の発揮を意識したものといえる。

スケールを用いた調査からも、ほぼ同様の結果が得られた。すなわち、ケアコーディネーターの役割を抵抗なく受け入れている看護師は、『相互独立性』の下位因子19（いつも自信を持って発言し、行動している）と、『相互調整性』の下位因子18（人と意見が対立した時、相手の意見を受け入れることが多い）の両立を図っている。下位因子18は【コミュニケーションスキル】の発揮に、下位因子19は【看護師のスキル】の発揮に該当すると考えられる。

一方、「看護以外の他の職種に迷惑をかけずに会議の調整をしつつ、対象者に、いかに有効に治療期間を過ごしてもらえるかを調整できれば良いと思う」は、【成果を出せる】を意識した回答であり、『相互調整性』と『相互独立性』の両方を視野に入れた姿勢を表すものといえる。

すなわち、コミュニケーションがよりよく行えているということは、スタッフや対象者の話をよく聞くと共に、自分の看護師としての考え方を明確に表現できていることを意味する。そして、そのような姿勢を貫くことが成果にも結びついていくということを、看護師たちは経験しつつあることが示唆される。

よりよいコミュニケーションのスキルと看

護師としての信念や判断力を併せ持つことによって、看護師はケアコーディネーターが単なる調整役に止まらず治療的なリーダーシップを発揮し得ることを身を以て実証しつつあることが示唆された。

ただし、医療観察法病棟の勤務経験は1～2年の看護師が、約半数を占めているという点についても留意する必要がある。医療観察法病棟は開設から長い年数を経過おらず、しかも異動も多いことから医療観察法による医療について経験が豊富な看護師は比較的少ない。大半は他病棟で精神科看護の経験を積んできているが、異動になって暫くは対象者の予後についての確に見通しを立て方針を立てることは難しいと思われる。まして、若手や新人の場合、その役割はかなり荷が重いので、3つの役割をすべてとらなくてはならないという前提に立つと、不全感、無力感などから自信を喪失し、自責的となって動機づけが下がってしまう場合もある。精神科看護の経験を積んだ看護師の場合も、今までの経験が通用しないと感じた場合には、同様の心境に陥ることがあると考えられる。

しかしながら、看護師のコミュニケーションスキルが高ければ、自力で見通しを得ることはできなくても、MDT内の他職種から意見や提案を提供してもらえ、行き詰まりを感じた時にも、自責的にならずに済む。みんなに分かってもらえたという経験が力となり、よりよい見通しを立てることも可能になる。他者の力を借りてこれらの役割を発揮するにあたり、スムーズな関係性を形成しMDTの働きが停滞しないようにするためには、『相互調整性』と『相互独立性』を構成する様々な因子の密接な関連について理解を深めると共に、適切な自己理解に基づいて状況に相応しい役割をとっていく必要があると考えられる。

## E. 結論

1. ケアコーディネーターのイメージは、単なるMDTの調整役に止まらず、チームメンバーの意見を調整しながら、治療の見通しを立てていくという治療・ケアのリーダーシップをとっていくという役割であった。
2. ケアコーディネーターの役割を効果的に発揮するためには、必要に応じて自己主張する姿勢と説得力のある表現力を伴ったコミュニケーション能力が必要である。
3. 「相互独立的-相互協調的自己観尺度」を用いた調査結果から、相互協調的な尺度である他者への親和・順応と評価懸念が、相互独立性の尺度よりも高いことがわかった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### <引用・参考文献>

- 1) 「平成18年度司法精神医療等人材養成研修会 教材集」p. 46, 147, 158 社団法人 日本精神科病院協会, 財団法人 精神・神経科学振興財団
- 2) 高田利武 セレクション心理学 新版 他者と比べる自分 社会的比較の心理学 著 サイエンス社 P. 222-223
- 3) 高田利武 大木美千恵 清家美紀 相互独立的-相互協調的自己観尺度 (改訂版) の作成 1995. 9
- 4) 高田利武 相互独立的-相互協調的自己観尺度 2000
- 5) 「平成22年度 医療観察法における医療の質の向上に関する研究 多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究 指定入院医療機関における多職種連携の現状と課題 多職種チームにおける医療の実際と効果に関する研究」 小野木和昭, 山口しげ子, 宮本真巳
- 6) 公認会計士 経営学 上級 テキスト① TAC (株) 経営学研究会
- 7) ダニエル・ゴールマン (土屋京子訳), EQ リーダーシップ, 日本経済新聞社出版, 2002

## 半構造化面接における質問と回答

※太字はカテゴリー

**質問1** 多職種チームで、あなたがリーダーシップをとろうとする時に、配慮していることや注意点はありますか

情報収集や情報交換	準備に関すること	スケジュール調整	MDT会議の進め方	看護師としての価値観や信念
それぞれの職種の考えを把握すること	MDT会議でいきなり議題に入れるように、事前に議題を決めて準備を促しておく	多職種の方は受け持ち数が多いので、スケジュールのあいている日や時間を探してその日に調整している	時間通りに開始して、予定時間内に終了するようにしている	MDT会議の際、自分のプランを持って臨む。それを伝える
プライマリーNs、アソシエイトNsで結論が出ない時、モジュールカンファレンスで意見をもらう	見通しを立てること	事前にみんなの都合を聞く	それぞれの職種の考えを引き出すこと	無意識
モジュールの考えをMDTに持っている	MDT会議の際にあらかじめ見て置いた上で参加して欲しい資料がある場合には～を見ておいてくださいと伝える	個別プログラムの時に、特定の職種に役割を集中させないようにスケジュール調整をする	自分で話の道筋を持ちMDT会議に臨む	当たり前のようにやっている
MDT会議のときに不在の場合には、その職種の帰りを待ち伝える	なるべくMDT会議のときに話し合うテーマのイメージがつく様に具体的に伝える	月初めに2週間くらいのみみんなの予定を聞いておく	時間が限られているので会議の道筋を自分なりに持つておく	やらなくてはいけないって感じに近い
対象者にもMDT会議のことを伝える	医師の日程に合わせてその日に集中して予定が組めなくなるが譲り合う	MDT会議のテーマで主になる職種の人を中心に日程を決める	会議を円滑に進める	
	話す議題をはっきりさせておく	外泊の日程などのスケジュール調整	30分くらいで終了できるようにする	
		ちゃんと予定を決めてから、予約を入れる	30分以内で終わらせられるようにコンパクトに進める	

**質問2** 職種 (Dr、Ns、OT、CP、PSW) によって、伝達するときに配慮していることはありますか

情報の集約	情報の伝え方や方法	思いや考えの表現方法	段取り
看護以外の職種には看護の意見としてモジュールカンファレンスで出された内容などを伝える	Ns以外の職種は受け持ち人数が多くて忙しいので、メールと直接伝えることをしている	コ・メディカルが若いので、年齢層が近く、話しやすい	欠席になるときは、意見をくださいと伝える

	MDTにメールで連絡する		要件や目的とともに、集まりたいというお知らせを出す
	メールで連絡するだけでなく、口頭でも確認する		その職種の専門性を生かしたかわりが必要などときには個別で依頼する時もある
			出席できる時も返事をもらう
			メールに日時、用件を書き、会議前に考えられるようにする

質問3-① ケアコーディネーターの役割としてはどんなことを行っていますか

申請書類の管理	対象者とのかわり	スケジュール調整	見通しや提案	意見の調整役
散歩や継続書類をいつまでに作成するか調整する	対象者に治療が進んでいるのだという実感が持てるように伝える	MDTメンバーの集まれる日にちを探して調整する	ケアマップを使って今後の見通しを立てる	MDTをまとめる
入院継続の書類など期限に間に合うように、ほかの職種に声をかけている	対象者自身がどうしたいのかイメージをつける	MDT会議開催日のスケジュールの調整	他の職種に次に～をしてみましょうと提案する	他の職種と互いに意見を出し合って、意見をまとめていく
裁判所への申請書類など、申請記録のチェック	本人が進めないという状況を作らないように、具体的に退院後のイメージも付けながらMDT会議をする	3か月評価の会議、散歩、入院継続の会議のMDT会議の調整	治療プログラムなど、対象者の今後の計画を率先して提案していく	対象者の情報をMDTに伝達・共有する
書類の作成のためのメール配信	ケアコーディネーターは、本人の今のプログラムとの兼ね合いをみて、新たにスタッフから提案されプログラムについて考える	外泊について、社会復帰調整官やPSWとのスケジュール調整	停滞しないように本人が進んでいるという実感を持てるようにする	
申請記録のまとめ	スケジュール管理のみではなく、ケアも大切にすること	MDT会議時に時間内に終わるようにする	PSWと共に社会資源の相談	
たたき台として共通評価項目を入れておく	MDTとしての役割と同時に、看護師としての役割も行う	会議・外泊などのスケジュール調整		
		会議の設定や進行		
		会議の記録		