

病院組織のチームが有効に動くために

—チーム医療での医師—看護職関係を焦点に—

加藤 和美 (北海学園大学大学院)

1. はじめに

病院組織と呼称する場合の多くは、総合病院を対象とする。その総合病院を、公式組織として Croog.S.H ら [1975] は次のように定義した。「総合病院は公式な組織としてもっとも高度に成層社会をなし(中略)他の大きな官僚的な機構と同じように、それは作業の分化の複雑な機構・権威の微妙な階層制度、意志伝達の公式なルート、そして幾組かの規制、制限などの構造上の仕組みに頼って、その目的を達成するために動いている。」¹ 病院組織は、第二次世界大戦後の医学の進歩、それに伴い診療の細分化、医療機器の精密化、医療専門職者の専門分化から、その業務は複雑となり協働が求められるようになった。このことから病院も、共通目標達成のために、「意識的に調整された人間の活動や諸力の体系」(Chester I.Barnard [1987])² の一つといえる。その病院組織の多くは医師のみが診療科別、他職種は専門分化された部門別の組織形態になっている。クライアントの目標達成に向けた診療・検査・治療という医療の実践を医師の治療方針にそって、専門職種毎の分業により提供されている。そのため、日本の医療の原型である、医師対クライアントの1対1主治医制を根拠に、チームリーダーは医師とされている。しかしながら、1980年代より

慢性疾患の増加、高齢患者の増加、脳死判定・臓器移植など倫理問題及び法制の問題と、主治医のみではカバー出来る状況ではなくなってきた。そして、医療現場も病院完結ではなく、地域・過疎地とその場は拡大している。これらのことから、保健・医療の取り組む課題は変化したのである。それは、医療法の改正にもおよんでいる。これまでの、病気を治すという治療(cure)から、高齢化による、生活の質の維持・向上、予防、健康増進、リハビリテーション(care)へと、日本社会で「医療」の意味も変遷したことで、「チーム医療」に変化を求められた。それは、専門性を活用することで“有効にチームを動かす”という効率性への期待もある。

厚生労働省(以後、厚労省)は2009年8月より「チーム医療推進に関する検討会」を始める。しかし、「チーム医療」の在り方に関しては、各医療機関の置かれている状況を配慮して、医療現場の裁量に委譲されている。また、文部科学省においても、2011年より専門看護師・薬剤師医療人材養成事業、大学医学部などの教育機関における「チーム医療」の充実に向けた活動がされているが、開始されてまもなく、その施設も限られている。それでも、日本の少子・超高齢化社会の現状を踏まえた上で、社会と個人のニーズに応えるべく、「チーム医療」の必要性は認識を高

めざるを得ない。そのため、病院組織の管理者と24時間クライアントに関わり、病院の中核機能とも言うべき、診断・治療・日常生活援助を担う医療専門職者は、「チーム」で医療を実践する意義を共通理解した上で、その専門性を発揮するべきである。なぜならば、「チーム」はシナジーを生み出すために形成された。専門的な知識を上手に調整しながら実践に適用して、全体の業績をそれぞれの単純な和より大きなものにするためである」。(J.R.Galbraith 他 [1993])³そして、チームメンバーは「互いの職務が何かを知り、共通の務めについての認識が一致していることは必須の条件である。」(Drucker [2008])⁴からである。

「チーム医療」では医師のみが、教育期間・教育カリキュラムの相違から、専門職 (Full profession) とされている。他職種は半専門職 (semi profession) といわれている。ゆえに、病院組織の「チーム」は、医師の責任に基づいた指示 (order) の実施において、メンバー個々も連帯責任を果たす構図になる。その指示 (order) をめぐっては、職種による階層意識の存在が考えられる。それは、医療事故の要因となると認識されていることからいえる。一般的に病院組織の臨床医は必ずしも管理職ではない。主治医制でタテ割組織の医師は、研修医であってもその意思決定で指示 (order) を出す。そこからはじまり、「チーム医療」は展開される。その中で、職種による階層意識が生じて、命令・役割・依頼・協力意識に関する葛藤が、クライアントに影響を及ぼす可能性があると考えた。医療現場では、そのことを認識しながらも日々、努力・改善を重ね実践していると考えられる。その現況

を、調査することで、考察する。

II. 本研究の目的

本研究に先立ち、パイロット・スタディとして、病院組織の「チーム医療」での問題や改善に関する質問紙調査を実施した。「チーム医療」推進施設を対象に、看護部門に帰属する看護職へ実施した。クライアントへの診療・看護ケアに24時間関わる医師と看護職間の現況から、「チーム」における問題、それらに対する工夫や改善を検証する。特に専門職として自律性と権威を持ち、診療科別組織に帰属する医師との関係性に注目する。医師は「医の倫理綱領」(平成12年2月)の医師と他の医療関係職との関係の項で、医師は医療の場における人びとの立場を尊重し、互いに協力し合い、「チーム医療」のリーダーシップを発揮することが大切であると記されている。そして、看護職は「診療補助介助」業務では、医師の指示の遂行を果たす。それと、「療養上の世話」とは、24時間観察・看護ケアを提供する業務で、看護部門の所属長の管理・監督のもと遂行する。このように、看護職は、本来は協力関係にある医師と、上司の監督下での職務を果たす。いわゆる、二重の命令系統ともいうべき、病院組織特有の体制だといえる。このように、日本の医療体制の主治医制の基、診療科別医師からの、「診療介助」医療要請、それに病院組織構造から、看護部門による「療養上の世話」という管理的要請のある、異なる役割がある看護職の関係に焦点をあて、その現況を考察し、「チーム」が有効に機能するための施策を得ることが目的である。

III. 先行研究

近年の医療においては、「チーム医療」が注目され、医学中央雑誌で55,936件、CiNiiでは3,781件（2013年9月23日現在）検索できる。しかしその詳細のほとんどが、臨床チームによる実践報告である。その中で、医療専門職者へのアンケート調査実施による研究が5件ある。三井 [2002]⁵、田村ら [2004]⁶、坂梨ら [2004]⁷の「チーム医療に対する認識」、中川ら [2008]⁸「看護師－医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件」、吾妻ら [2013]⁹「チーム医療に関わる看護師が感じる連携・協働の困難」である。しかし、これらのテーマと「チーム」の機能追求を主眼とする本研究は目的を異にしている。

「チーム医療」は、共通目標達成の目的を共有する、多職種協働であると捉える、本研究は、Barnard [1987] の「協働体系とは一つの明確な目的のために2人以上の人々が協働することによる複合体」¹⁰の考え方に基づく。その成立には、コミュニケーションが不可欠となる。そのため、「チーム」を協働体系とする、医師と看護職のコミュニケーションの現況調査に関する、先行研究は見当たらなかった。

IV. 「チーム医療」の理解

現在では、「チーム医療」の用語は一般的に使用されている。しかし、「チーム」と「医療」は異なる意味を持つ。そのため、それぞれの理解を必要とする。

1. 「チーム」の定義、「医療」とは

1-1 「チーム」の定義

「チーム」に関しては、Stephen P. Robbins [2007]、Jay R. Galbrith [1990]、P. Drucker [2011] らが多様に定義を示している。経営学の文献の多くに見られるのが、Jon R. Katzenbach, Douglas K. Smith の「チーム」とは「共通の目的、達成すべき目標、そのためのアプローチを共有し、連帯責任を果たせる補完的なスキルを備えた少人数の集合体である。」(J. R. Katzenbach, D. K. Smith [1993]¹¹) という定義である。その専門技能の分業による少人数が、「チーム」として共通目標のために、個人が行動するよりも効率的な分業で相乗効果が期待できる。そしてKatzenbachら [2004] は、チーム全体、メンバー個人として納得できる目的を追求し、全員が合意するまで妥協せず時間と努力を傾けるのが、ベスト・チームだという。そして、「チーム」に必要なスキルを3つに分類している。(1) 技術・職能上の専門スキル (2) 問題解決・意思決定スキル (3) コミュニケーション・スキルである。特にコミュニケーション・スキルに関しては、効果的で建設的対立なくして共通理解・目的の共有はないとしている。¹² これらのスキルは、2010年厚労省「チーム医療に関する検討会」の報告書資料の「チーム医療」の考え方に適応する。それは、「チーム医療とは、多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ、お互いに連携・補完し合い、患者の状況に対応した医療を提供すること。」(平成22年3月19日)である。この厚労省の考え方は、Katzenbachらの「チーム」の定義をも含有するものと捉えることが出来る。

1-2 「医療」とは

「医療」の定義は、医療法には認められない。

筋 [1992] は、「医療」とは、医療従事者の専門的な能力の展開だと述べている。¹³ これを基に、医療法を見ると、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われる。」(医療法第1条の2 [改正平成13法153]) この内容が展開に該当すると考える。

狭義には、人間の疾病・障害への医学的対処であり、広義には、人々の健康の維持・増進、病気の予防・早期発見、治療、健康回復による社会復帰までを統合している。(園田 [1977])¹⁴

2. 「チーム医療」の理解

細田 [2012] によると、1962年雑誌『病院』で医療従事者の人間関係をテーマにした、座談会の中で、「チーム」の用語が使われている。それ以降、「チーム医療」の用語が文献に始めて使用されたのは1970年になってからである。¹⁵ それまでは、「組織医療」「医療チーム」「チーム診療」等で、多職種協働を表していた。この多職種協働による分業には、クライアントの要請に応じた専門性が選択され、おのずと「チーム医療」として機能する形態をなしているのが、病院組織の特徴といえる。その診療は、診療科別の医師が治療方針に基づく決定をして、職能別に部門化されているスタッフに指示 (order) を出して、協力・依頼の関係性で「チーム医療」が展開されるのである。この展開には、多様なスキルや判断、知識・経験を必要とする。そのメンバーは、

Robbins [2007] は、10名未満に抑えるべきとしている。しかし、「チーム医療」の場合、クライアントの状況に応じた対応を必要とするので、快復過程に応じて、メンバーの入れ替わりは想定内となる。

厚労省の報告書によると、「チーム医療」の目的は次のように示される。「専門職種の積極的活用、多職種間協働を図り、医療の質を高め効率的な医療サービスの提供をすること」(平成22年3月19日)である。しかし、各医療施設で病院理念が異なり、専門病院・教育機関などによっては使命があり、人的資源の問題など医療機関は多様な環境にある。それらを考慮すると、目的を共通理解されていたとしても、その実践形態はさまざまである事が予測される。そのことから、施設の事情に応じて、努力や工夫をしながら、「チーム医療」を実践していると考えられる。

3. 協働体系

協働体系とは、少なくとも一つの明確な目的のために二人以上の人々が協働することによって、特定の体系的関係にある物的、生物的、個人的、社会的構成要素の複合体である。(Chester I. Barnard [1987])¹⁶ また、Barnard [1987] は、組織が成立する要件として、相互に意思伝達、貢献意欲をもち、共通目的達成をめざすこととしている。そのために、組織の3要素として (1) 協働意欲 (2) 目的 (3) 伝達 (コミュニケーション) をあげている。

Barnard によると協働体系はその目的に応じ、多様なグループに分類できるとしている。組織についての最も普通概念は、その活動の多少とも調整された人々の集団とし、集団とは多くの人々に相互関係や相互作用の

プラスしたものである。(Chester I. Barnard [1987])¹⁷ このことから、「チーム」も組織のひとつの体系として扱う。その「チーム」は共通目標達成のために、1人では出来ないことのために協働する。その目的が達成された場合に、Barnard [1987] は、その行為は「有効的」であるという。「その社会的目的とは、他の人々との接触、相互関係、コミュニケーションである。」¹⁸「その社会的目的は物的結果を伴うとして、目的を追求する行為は常に物的である。その行為が、2人以上の人々の行為体系の過程であって、その最も普通の形は言葉によるコミュニケーションである。」(Barnard [1987])¹⁹ このことから、共通目的達成には、組織の成立要件である、協働意欲と目的が必要になる。そして、Katzenbachらの「チーム」の定義にある、「共通の目的、達成すべき目標、そのためのアプローチを共有」するには伝達(コミュニケーション)が重要である。これらのことから、「チーム」は組織を基底としたものであると認識する。また、Katzenbachらの定義にある、「連帯責任を果たせる、少人数の集合体」に対しては、病院組織の「チーム」は、そのほとんどは有資格者で構成されている。その資格に裏付けされた法制上の責任と、Barnard [1987] が言うところの、責任の定義にある「その個人の行動を規制する特定の私的道德準則の力」²⁰を担う。そして、「チーム医療」の目的はクライアントの快復を目的とした、効率性である。そのため、クライアントの快復過程に応じて、メンバーの入れ替わりがあり得る。これらの条件から、病院組織の「チーム医療」に、Katzenbachらの「チーム」の定義は、Barnardの協働体系のシステムにも適応する

と考えた。そこで、「チーム」の定義に、医師—看護職の協働を当てはめてみる。医師の業務は診断・検査・手術・治療で、その診療方針に基づき指示(order)が出される。そして、目的を共有した上で、その指示(order)を看護職は自分の意思で、診療介助・日常生活援助の業務を実践する。クライアントの快復・治癒という目的のため、伝達(コミュニケーション)により意識的調整を行いながら、相互作用の協力関係にあるといえる。このように、「共通目的、達成すべき目標のためのアプローチ共有」には、協働意欲と伝達(コミュニケーション)が不可欠になるといえる。

V. 問題の所在～「チーム医療」への期待と問題

超高齢化問題を筆頭とする社会背景から、厚労省は、「チーム医療」は必須と考え、医療政策の一つとした。その効率性を高めるために、「組織は効率的・効果的に競争するために、事業再編するうち、従業員の才能を生かす方法としてチームに目を向けた」(Stephen P. Robbins [2012])²¹ことが考えられる。また、太田 [1999] は、全体と部分の相互作用、頻繁なコミュニケーションと参加の機会、権限の委譲の重視が、個人の高次欲求を充足し、組織は個人から最大限の貢献を引き出す。²²と述べている。これらから、「チーム医療」が取り組むべき問題は、医療専門職の関係性に留まらず、組織論からの視点が必要であろう。

「病院」の中央化により、杉 [1988] が述べているように、医師の指示(order)も以前のような命令的意味が後退し、業務上の依頼と解すべきものとなってくる。²³そこで、主治

医制の診療形態は今後も、変わることがないとした場合、診療科別の医師と、部門別の協力体制にある職能との関係性が、「チーム医療」推進の問題に挙げられる。医師の指示 (order) を基に、「チーム医療」がはじめられるが、その指示 (order) の依頼を受け、協力する部門別の職能はその専門性の水準を高めている。そのことは、「チーム」運営をすすめる上で、メンバー間の対等性の意識を高めることにもつながっていると考えられる。

「チーム医療」の構成メンバーである、医療専門者の職能は有資格者だけで、31種を数える。鷹野 [2003] によると、伝統的にわが国の「チーム医療」とは「医師のオーダーに基づいて、関係する複数のメディカルスタッフが、一連の治療という作業を分断・分担し遂行する医業の形式」と考えられてきた。そして、「チーム医療」の問題として「医師を頂点とするヒエラルキー、分業のデメリット、セクショナリズムが連携不足を招き、チームメンバー間で情報共有されないことから、医療事故の要因となることが認識されるに至った」。(鷹野 [2003])²⁴つまり、命令と服従関係、権限の階層、分業・専門化重視による専門外への無関心、コミュニケーション不足が、「チーム医療」に及ぼす影響が大きいということである。このことから、専門職である医師の権威に対する、メンバーの意識が、コミュニケーション不足をもたらして、クライアントに不利益を与えてしまうとも考えられる。本研究は、「チーム医療」そのものを問うものでなく、「チーム」が有効に動かないと、クライアントに影響を及ぼすというのが問題意識である。それと、松本 [2003] は、分業のデメリットに、専門的知識・能力を蓄積することによ

る、独自の思考様式・行動規範・価値観の形成を挙げている。²⁵これに関連して、第15回日本医療マネジメント学会学術総会 (2013) における、医師の立場からの発表を紹介する。「医師は主治医制のため、共同意思決定が不慣れで自身の経験的判断を重視する。そのため、「チーム医療」には不向き。その思考は、医師から医師へ受け継がれ、「チーム医療」の阻害因子となりうる」。これに関して、Ritzer.G [1972] の、「専門職の要件論」で補足する。その中にある、体系的知識、クライアントに対する権威²⁶を背景に、法制上、医業独占の医師は、治療に関しての決定権を持ち、各専門職者に指示 (order) をする。そのことは、「専門職の究極の正当化は、専門職の知識の範囲で正しい行為であるということ、決定は彼自身が行う」。(A.Etzioni [1967])²⁷これは、診療に関する意思決定は、医師1人が行うということになる。このことから、医師は共同で意思決定するには不向きであるということがうかがえる。「チーム」の本質はメンバー間の合意にある。(J. R. Katzenbach, D. K. Smith [2004])²⁸そのため、コミュニケーションに難しさが生じる事が予測され、「チーム」メンバー間には調整や努力・工夫が求められると考えられる。

1. 「チーム」が求められた環境変化

池田 [2011] はチームが重要になってきた背景として、①組織外の環境変化②取り組む課題の変化③組織成員の変化の3つを挙げている。²⁹これらを保健・医療の変化に照らしていくと、①組織外の環境変化には、従来の階層的な組織構造・トップダウンの指示命令では対応することができない。1980年代より慢

性疾患の増加、1982年より高齢患者の増加、1996年から生活習慣病対策導入により予防重視となる。そして、1985年脳死判定基準、1997年臓器移植法制定など倫理上の問題に関しては医師一人では判断が不可能となる。それらは、医療現場の拡大におよぶ。病院だけに留まらず、クライアントの生活の場へと移行していくからである。②取り組む課題の変化については、前述したように cure から care へと医療が変遷したことで、変化を求められている。③組織成員の変化は、医療専門職種の専門化による増加である。

2. 日本の病院組織

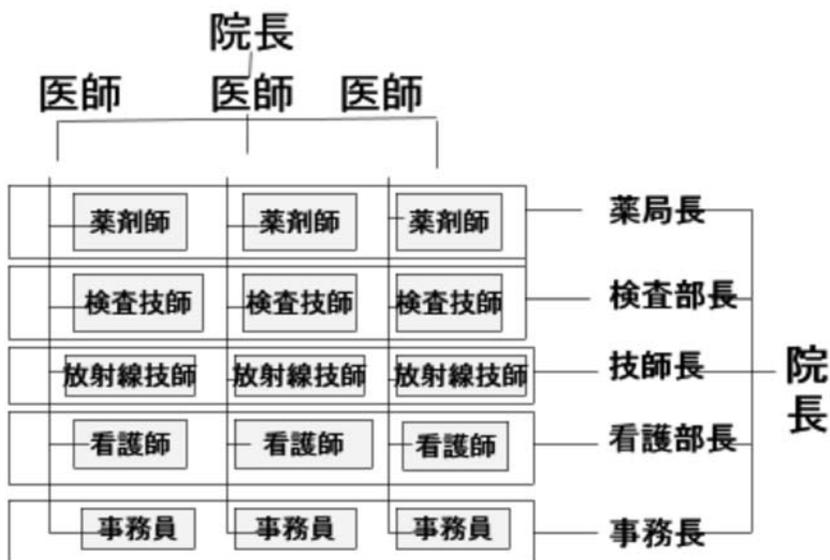
杉 [1988] によると、明治維新後、病院は診療科別タテ割構造で、各医局・診療科毎の医師に職員の全てが従属していた。³⁰ 1948

年、「病院」は中央化され、診療、看護、検査、事務部門などの部門別となり、現在のような日本での病院の体制が整った。

病院組織の構造は、Max Weber の唱える能率的組織形態を為す官僚制である。1) 規則と権限 2) 階層性・職務体系 3) 分業、専門化を備える。そこで、医師は診療科別に細分化されており、他職種は職能別に部門化され、組織図ではヨコ並びに示されている。他職種の中で、クライアントや医師との関わりが多い看護職は、看護部門に所属して、各部署に配属されるという職務体系をとる。

多くの病院組織図が、病院長をトップに、医師は診療科別に細分化されてはいても、職能別に専門分化された部門と同様に、ヨコ並びで示されている。つまり、実際は図表1に示すように、医師は診療科別のタテ構造であ

図表1 診療科別タテ型組織から職能別ヨコ型組織への転換



出所：山城 章 [1980] 『ノン・ビジネス経営の構築』
p304 杉 正孝 [1991] 『病院管理と人事管理』
p199 参照一部加筆修正作成

るのに対して、他職種は管理職位長の下、部門別にヨコの構造を呈している。この図表1で石原 [1980] は、「日本型組織から欧米型組織への転換として、注目すべきは、医師が命令者の立場から依頼者の立場に変わっていること」であると指摘する。³¹つまり、それまでの、医師に従属し統制されていた、医師以外の職種は医師の指示 (order) を受け、依頼、協力関係にあることを、この組織図が示していることになる。

3. 医師－看護職関係

「病院」の中核というべき診療には、医師と看護職が相互補完し合う。それは、常に協力なくしては成立しない。看護職以外の他職種は、診療の細分化により医師が担えなくなった分野の分化といえる。しかしながら、看護の発生は「医療」と共に古く、嘗て「医療」と看護は、クライアントである戦場の傷病者や、病者に共に介在してきた歴史がある。医師と看護職関係は、「看護の機能は、医師のそれとの関係ではメダルの両面を相互に担っている立場にある」。(萩原 [1983])³² それでも、協力的相互関係ではなく、「身分的關係に彩られた現実が存在しているため、看護師の役割葛藤、アイデンティティに危機が生じやすく、協力関係は緊張にさらされる」。(萩原 [1983])³³ それらをもたらず、医師－看護職関係の背景にある、古典的に専門職 profession と呼ばれる医師と、社会学において、研究されている専門職の概念を、看護関係者の多くは、自称専門職・希望的専門職 (would-be professional) あるいは、半専門職 (semi professional) と本質的な差を明確にせず使用している。(杉森・舟島 [2007])³⁴

その看護職の位置づけは、“対等ではない”とする階層意識にも影響しうる要素と成りうる。

Freidson [1992] は、決定権をもつ医師と医師以外の職能を、支配関係と捉え、「制度化された専門技能の階層制 hierarchy of institutionalized expertise」の存在を反映しているとして、「この階層制は古典的官僚制と同程度とし、クライアントの体験に官僚制と同一の影響を及ぼしうる」³⁵と指摘する。病院組織の分業は、医師の治療方針に基づいて実施される。そのことは、一般企業での分業による協働とは異なる。「医師の卓越した権威と責任と clinical freedom の周囲に配置され、法的に保証された権限のヒエラルキーの下に組織された部分として関係付けられている」。(萩原 [1983])³⁶ このように、医師と看護職は、協力関係にありながらも、その相互作用過程においては、緊張・葛藤・紛争関係を含有している。(萩原 [1983])³⁷ その背景には、明治維新後の「病院」の診療科別タテ割構造の影響が考えられる。診療上の指示は命令－従属関係であった。中央化されて以降、医師は部門別に同調せず、タテ型の医師の指示 (order) は、支配関係が伴うことにより、ヨコ型の看護職とクライアントに対する権威から、クライアントへ影響する可能性が考えられる。ゆえに、これまでの医師－看護職関係を、一般的な組織論で解釈しようとしたところに無理があった。(高橋 [2007])³⁸ といえる。その複雑な医師－看護職関係に、看護職が医師の意思決定に影響を及ぼすという例がある。本来、医師の権限は、フォーマルなものである。それが、日常場面での、医師－看護職関係で、必ず医師の権限に従う構図にならないことを示すのが、医師－看護師ゲー

ム (Stein [1967])³⁹である。これは若年医師対ベテラン看護師、医師が看護師の助言を求める・クライアント情報を得ようとする際、看護師が有益なクライアント情報を伝えたい時に、インフォーマルなルールを使うことである。例えば、ベテラン看護師が若年医師に処方依頼する場合、いつもと同様の処方薬を出してもらいたい場合であっても、看護師は受動的に振る舞い、助言を求められても、その医師が提案したようにヒントを提供する。そして、医師も助言を求めているようにみせないで、提示しなければならない。両者がルールに従い、不一致が起きないように役割を演じる。この過程を経て、ベテラン看護師が若年医師に処方を実行させるのである。このような相互作用、相互依存ともいえるべき関係性から、「どのような組織理論に基づいて行動すべきであるか迷いに迷い、現在でもこれに明確な解釈を下す人は少ない。」(高橋 [2007])⁴⁰と述べているように、複雑な関係性にあるのが、病院組織の中核ともいえるべき、医師-看護職関係である。

VI. 質問紙調査による現況調査実施

仮説 1: クライアントに不利益が生じているということは、「チーム」として機能していないといえる。

仮説 2: 職能が異なることで、医師-看護職関係に階層意識がある。それを認識した上で、努力や改善が日常的にされている。

仮説の根拠

(1) 「チーム医療」の問題に、医師を頂点とするヒエラルキーが挙げられている。その

ことが、連携不足を招き、チームメンバー間で情報共有されないことから、医療事故の要因となることが認識されている。そこから、専門職である医師の権威に対する、メンバーの意識が、コミュニケーション不足をもたらして、クライアントに不利益を与えてしまうと考えられる。それは、「チーム」で実践する意義の、共通理解がされていない可能性である。その理由として3点あげる。① Katzenbachらの「チーム」の定義にある、「共通の目的、達成すべき目標、そのためのアプローチの共有」がされていないことが不利益をもたらす原因になっているのではないか。② 「チーム」も Barnard の協働体系の一つと扱うと、共通目的達成のためには、組織の3要素のいずれかが欠けていた。③ Drucker の、チームメンバーは「互いの職務が何かを知り、共通の務めについての認識が一致していることは必須の条件」としているが、「チーム」の共通理解がされていないことによって、「チーム」として機能していないのではないかという事がいえる。

(2) 「医療」において、医師のみが専門職として権威と威信を持ち合せている。歴史的に、「病院」が中央化される以前は、診療科別組織で、医師にすべての統制権があった。組織構造が変容しても、現在も、診療科別の主治医制である。社会背景から、医療政策の一環として、「チーム医療」の推進は必須である。その効率性を高めるため、診療科別と、部門別管理の弊害を理解した上で「チーム医療」の依頼、協力関係の発展に向け、医療現場では改善

が図られているであろう。

- (3) 松本 [2003] が挙げる、分業のデメリットである。専門的知識・能力を蓄積することによる、独自の思考様式・行動規範・価値観の形成である。「チーム医療」の問題の項にあるように、第15回日本医療マネジメント学会学術総会(2013)における、医師の立場からの発表内容である。「医師は主治医制のため、共同意思決定が不慣れで自身の経験的判断を重視する。そのため、「チーム医療」には不向き。その思考は、医師から医師へ受け継がれ、「チーム医療」の阻害因子となりうる」。このことから、相互のコミュニケーションの難しさが生じることが予測され、「チーム」メンバー間には調整や努力・工夫が必要になると考えられる。

目的：

「チーム医療」推進施設での、「チーム医療」実践しながら問題と感ずること、それらを改善するために、努力・工夫している現況を検証して、チームが有効に機能するための方策を得る。

1. 対象

i 調査依頼施設；

施設理念・方針に「チーム医療」推進を掲げている。

都道府県10地域。18施設依頼。200床～1,100床。

・特定機能病院、地域支援病院、一般病院、一般療養B、終末期医療ベッド保有、小児病院、ホスピス。

ii 依頼協力対象；

◎医師(10施設)1施設10名 ◎看護職(18

施設)1施設100名

- ・研究計画書、質問紙調査協力依頼の発送先は病院施設長、看護部長宛に郵送。
- ・時期 2012年9月実施

2. 方法【質問紙調査】「チーム医療」実践に関する設問

設問方法：複数選択回答5、自由記述回答7

3. 倫理的配慮

御回答いただいた結果に関しては研究以外に使用することはありません。調査結果が個人を特定されるようなことはありません。また、得られたデータにより施設名がわからないよう処理を行います。データ保管は厳重に行います。回答結果は、ご協力いただいた施設に還元し、学会もしくは論文等で成果を報告します。

4. 設問内容；ここでは、本研究テーマに添った設問のみ、記載した。

- (1) 「チーム医療」を日常的に実践出来ている。
そう思う・出来ているほうだと思う・さほど思わない・思わない
- (2) 医師が常にチームリーダーである。
そう思う・出来ているほうだと思う・さほど思わない・思わない
- (3) 「チーム医療」を実践する上で、当然のことと考えている。(自由記述)
- (4) 機能的な「チーム医療」実践のため、職場で重視していること。(複数選択回答)
 - ①細やかなクライアント情報の共有
 - ②クライアントの目標共有
 - ③合同カンファレンス
 - ④合同の勉強会
 - ⑤専門職間のコミュニケーション
 - ⑥役割の総理解(相互の尊重)

- ⑦協働意欲
 - ⑧クライアントのニーズに応じたリーダーシップ
 - ⑨「チーム医療」の共通認識
 - ⑩チームマネジメント
 - ⑪在院日数短縮など病院経営への貢献
 - ⑫自己啓発
- (5) どのようなことを「チーム医療」と思い実践しているか。(複数選択回答)
- ①クライアントの状況に応じて、どの職種でもリーダーシップをとれる必要がある。そうして、多職種がそれぞれの専門性を活かしながら役割を分担している。
 - ②「チーム医療」はヨコの関係で、チームメンバーは対等でなければ成立しない。
 - ③「チーム医療」は強く意識してはいない。自分の責任を果たすことが重要である。
 - ④法的規定により、医師をトップとして考えるのは当然又は、やむえず。
 - ⑤医師を中心としないチームは機能しない。
- (6) 機能的な「チーム医療」実践のために、工夫・努力していること。(自由記述)
- (7) 「チーム医療」を実践しながら、疑問・問題だと感じている。(自由記述)
- (8) 問題だと感じていることに対する、解決方法に関して。(自由記述)
5. 協力依頼結果
- A市、1施設(450床 機能評価病院)協力受諾。看護職100人配布75人回収。
- 今回、18医療機関に質問紙調査協力依頼を

行った。病院の倫理委員会の承認など容易ではないことは予想していた。しかし、予想以上に医療機関への質問紙調査協力は困難であることを確認する結果になった。それゆえに、協力施設は1施設ではあったが、75名の回収結果が得られたことは、貴重であった。

6. 分析方法

参考クラウス クリップENDORF『メッセージ 分析の技法』勁草書房 2011

自由記述は、その文脈を重視して、具体的用語について記載されているものは、全て「チーム医療」の必要要件として捉え、集計に上げている。また、文章については内容を重視して、状況や性質に類似性のあるものはカテゴリー分類を行った。

分析指標；

「チーム医療」に求められた変化から、「チーム」の在り方は、個別のクライアントに応じて、日々修正されていくべき課題である。そのため、今回の調査はパイロット・スタディと位置づけ、現況の検証であることに主眼をおく。

VII. 質問紙調査結果

1. 回答のまとめ

- ・質問紙調査 結果 調査時期 2012. 10月 A市 450床 100人対象 75人回収
- ・所属は、内科系、外科系など限定せず、無作為に配布とし、施設に一任した。

設問の順番にそって、次のように回答をまとめた。

図表 2 回答者の属性 n = 75

項目	選択肢	人数	項目	選択肢	人数
職種	助産師	5	臨床年数	5年未満	10
	保健師	1		5～9年未満	28
	認定看護師	2		10～19年未満	25
	看護師	62		20年未満	9
	無回答	5		無回答	3
年代	20代	33	当該病院勤務年数	5年未満	36
	30代	26		10年未満	28
	40代	11		10年以上	3
	50代	4		20年以上	6
	無回答	1		無回答	2
性別	男	3	所属 (無回答 13)	内科系	13
	女	68		外科系	18
	無回答	4		その他	31

(1) 「チーム医療」を日常的に実践出来ている。

図表 3 n = 75

そう思う	出来ているほうだと思う	さほど思わない	思わない
11名	57名	7名	0

(2) 医師が常にチームリーダーである。

図表 4 n = 75

そう思う	さほど思わない	時々思う	思わない
5名	32名	21名	17名

(3) 「チーム医療」を実践する上で、当然のことと考えている。(自由記述)

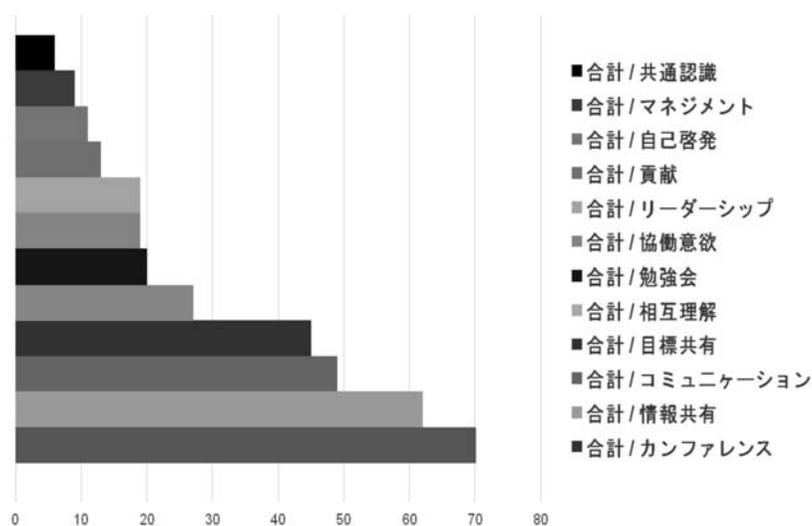
図表 5 n = 50

情報共有	16	カンファレンス	5	報告・連絡・相談	2
協力・協働・連携	16	クライアント中心・利益	4	自己啓発	2
目標共有	9	専門性発揮	3	チームワーク	2
コミュニケーション	8	情報収集	3	適切な医療提供	2
多職種理解・尊重	7	役割認識	3	その他	5

(4) 機能的な「チーム医療」実践のため、職場で重視していること。(無制限複数選択回答)

図表 6

n = 74



(5) どのようなことを「チーム医療」と思い実践しているか。(○複数選択回答)

図表 7

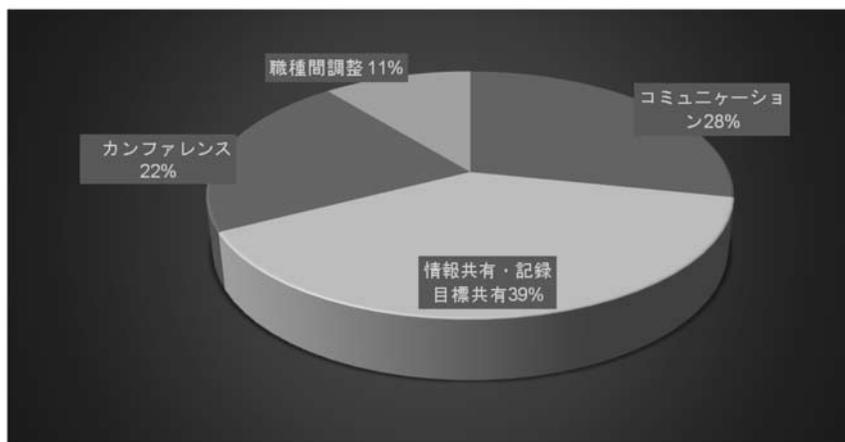
n = 71

61名	①クライアントの状況に応じて、どの職種でもリーダーシップをとれる必要がある そうして、多職種がそれぞれの専門性を活かしながら役割を分担している。
25名	②「チーム医療」はヨコの関係で、チームメンバーは対等でなければ成立しない。
5名	③「チーム医療」は強く意識してはいない。自分の責任を果たすことが重要である。
2名	④法的規定により、医師をトップとして考えるのは当然又は、やむえず。
1名	⑤医師を中心としないチームは機能しない。

(6) 機能的な「チーム医療」実践のために、工夫・努力していること。(自由記述)

図表 8

n = 40



(7) 「チーム医療」を実践しながら、疑問・問題だと感じている。(自由記述)

図表 9

n = 53

職種間の関係性	クライアントの意思決定	チーム医療の効果・評価
チーム医療の共通認識	専門性の発揮	症状に応じた問題解決
情報共有	業務分担の公平性	リーダーシップ
目標共有	役割	責任の所在
治療方針	対等性	勤務体制

(8) 問題だと感じていることに対する、解決・方法に関して。(自由記述)

1) 問題だと感じていることに対して、実際にこのように解決したということ。

図表 10

n = 8

・リハビリスタッフに、日々の調整内容・変化に関する伝達を徹底	1名
・薬剤師に、自分から資料・アドバイスをもらう	1名
・主治医以外の支援	2名
・上司へ相談	2名
・ディスカッションを重ねる。退院後も振り返りをする	1名
・業務分担を公平にする	1名

2) 問題だと感じていることに対する解決策案。(自由記述)

図表 11

n=21

医師－看護職関係	カンファレンス
医師－クライアント関係	「チーム医療」の共通認識
職種間の対等性	「チーム医療」実践教育
他職種理解	「チーム医療」基準作成
コミュニケーション	

※その他

“日頃「チーム医療」に対する思い”があれば記載してくださいという、自由記述からの抜粋。

◎他職種との協働に関して、

「一人の患者に、より良い医療を提供するには、1つの職種では限界があり、協力が不可欠。共通目標に向かい専門性を発揮することで、クライアントの最善を考える。」

「何をするにも、他部署やクライアント・家族の力が必要である。」

「クライアントを退院までの快復に導くには、看護職や医師だけでは成立しない。他職種と日々コミュニケーションをとり、良い関係を築いていくことはとても重要だと思う。」

「職種で考え方が違う。クライアントに関する保有情報も様々である。日々、情報共

有を行っていくことが「チーム医療」の実践では重要だと思う。」

この内容から、チームにおけるメンバーとしての役割認識の高さがうかがえる。また、これらは、「チーム医療」の共通認識と意義、発展のための対策を具現化しているともいえる。

VIII. 質問紙調査結果分析と仮説検証

1. 質問紙調査結果分析

(1) 「チーム医療」を日常的に実践出来ているでは、「そう思う」11名であることから、医療現場は葛藤があるのであろう。「出来ているほうだと思う」57名からは、日常の努力や工夫により日常業務を行っているのがうかがえる。

(2) 医師が常にチームリーダーであるというのに、「そう思う」5名と少数で、「思わない」17名であった。医療の原型である主治医制をして、従来、医師はチームリーダーであるという認識が高い。しかし、医療現場では、専門職権限で必ずしも医師がリーダーにはならず、また医師がリーダーである必要はないということがわかる。

(3) 「チーム医療」を実践する上で、当然だと考えていることは、「協力・協働・連携」「情報共有」「目標共有」「コミュニケーション」「他職種理解・尊重」「カンファレンス」と、相互作用に関わる事項が上げられている。これらは、Barnardの組織の3要素も含まれ、「チーム医療」にこの要素は不可欠となることが示された。そのことから、職種間の関係性

に関わる相互作用と、直接、クライアントへの影響にかかわる要件といえる。その他として、「調整」「教育」「リーダーシップ」「積極的な発言」「意思決定はクライアントが行う」という職種間の共通認識は、少数意見ながら当然だとしている。

(4) 機能的な「チーム医療」実践のため、職場で重視していること

(3)の回答と同様にBarnardの組織の3要素を含み、相互作用が重要な要素であることを示している。

(5) どのようなことを「チーム医療」と思い実践しているかでは、①の回答が多いのは、クライアント中心の意識が高いことと、専門職能の意識の高さがうかがえる。それと、クライアント中心の考えから、(2)の医師がリーダーである必要は必ずしもないことを示している。②の対等性は、(3)の組織の3要素を示す回答により、モノが言える関係性が「チーム」には必要であり、日常的にコミュニケーションの努力をしているといえる。③は「チーム」の捉え方と、臨床経験年数10年未満が半数であること、業務量の負担が大きいことなどが考えられる。④⑤に関しては、①の専門職能として、「チーム医療」の認識の高さの裏返しであると解釈する。

(6) 機能的な「チーム医療」実践のために、工夫・努力していることは、各分野のプロフェッショナルとして最善を尽くすのは義務、他職種の特性・役割を理解した上で、個人に応じたアプローチ

をするという意識の高い意見がある。その他に、情報発信、周囲の動きに気を配り、必要時フォローする。また、メンバーへの声かけを意識して行う。問題意識を常に持ち、カンファレンスで発言し、納得できるまで話し合う。職種間の根回しなど、メンバーの気分を害さないよう、「チーム」の調整役を担う。「チーム」にはマネジメントの役割を担う職種がないため、クライアントに24時間接する看護職が、クライアントや家族の代弁者として医療専門職者の調整を担っている。

(7)「チーム医療」を実践しながら、疑問・問題だと感じていることに関して、説明を加える。1人の回答者が、カテゴリの異なる複数回答の記述をしていること。また、疑問と問題を同様であるとする回答が認められた。そのため、あえて、疑問と問題を識別せず、分類した全ての内容を提示している。本論では、「チーム」とクライアントへ重大な影響を及ぼす要因と位置づけている。そのため、内容を重視するので、回答数は表示しない。回答を、さらに①各職種間の問題②医師－看護職関係、クライアントへの影響③その他に分類して分析する。

①各職種間の問題

・「職種間の関係性」「チーム医療の認識」「情報共有」に関して

i 医師、看護職、リハビリテーション部門、医療ソーシャルワーカーなど日常的に協働する職種と、そうでない他部門に協働の実感がもてない

ii 他職種への「チーム医療」に対する姿勢への疑問

iii 十分なディスカッションができていない

iv 他職種のコミュニケーション能力不足、コミュニケーションを必要と感じていない人が多い

v 職種によって「チーム医療」の認識に差がある

・「専門性の発揮」「業務分担の公平性」「役割」では

i 「チーム医療」とプライマリーナーシングの看護部門の看護体制の業務もあるので、負担が大きい

ii 専門性の発揮は当然だが、業務が職種により偏りがある

iii 細分化しすぎて、担当が重複すると過度の重圧がある

iv 役割分担を公平に出来ないか、業務分担が不平等

v 「チーム」での役割以外に枠を超え役割を担い過ぎる

vi 職種によっては専門性が活用されていない。

これらが上げられる背景には、「チーム医療」に当然必要だとされる、相互作用の不足と、専門化は進んでいるがそれらを統括し、配分する役割が「チーム」に不在であることが考える。

・「リーダーシップ」について

i 医師がリーダーシップをとらないことが多い

ii 職種ごとにリーダーがいることを上げている。

これは、設問(2)で医師がチームリー

ダーだと「そう思わない」の数値の低さにつながっているとみえる。それと職種ごとのリーダーの存在は、前述の「チーム医療」の問題に挙げた、セクショナリズムの連携不足を招く要因につながる。

② 医師－看護職関係、クライアントへの影響

回答内容の文脈から、医師－看護職関係は、クライアントへ大きな影響を及ぼす要因と捉える。

- ・「目標共有」「治療方針」に関しては、
 - i 医師主導、医師との関係性が上手く行かない
 - ii 医師の協働意識が異なる。vi クライアントの意思決定に医師の意向が大きく影響する。
- ・「対等性」について
 - i 医師と対等な立場で話をするのが少ない
 - ii 医師の力が強く、他職種にモノを言わせない
 - iii 医師が威圧的に接すると意見が言えない。
 - iv 医師の強い意見に抑えられ「チーム医療」になっているのか。
医師の権威が優位になり、「チーム」としての協力関係とは言い難い現況がうかがえる。このような、医師－看護職関係が、クライアントへ影響を及ぼしているといえる。
- ・「クライアントの意思決定」に関して
 - i 医師の治療方針が、明確に伝わらないことで方向性が定まらない難しさ
 - ii クライアント・家族の思いと医師の治療方針にズレが生じた場合のジレンマ

iii 同じベクトルに向いていない医師－看護職で、クライアントに対する温度差を感じる

・「チーム医療の効果・評価」「症状に応じた問題解決」について

- i クライアントの現状に応じた対応が出来ない
- ii チームでの実践度や効果の評価が適時行われていない印象がある。

・「責任の所在」は

- i 問題が起きた場合の責任が明確でない
- ii 専門分野が多くなり、専門知識は多くなるが、それらをまとめるのは誰なのか。

細分化による分業で、責任の所在が不明確になる場面もあるのではないのかという疑問である。Katzenbachら([2004])は「チームには、個人責任と連帯責任が要求される。」⁴¹と述べていることから、チーム」の定義と共に「チーム医療」の共通認識が求められていることになる。

③ その他

「勤務体制」に関しては、スタッフが少ないことで、一人が休むと他メンバーの負担になる。このことは、何故「チーム医療」が求められるようになったのかに遡る。わが国の医療は非常に厳しい状況にあるという、2010年厚労省が挙げたその要因の一つに、医療従事者の疲弊と不足があった。今回は少数回答で、各施設の事情により異なるであろうが、医療従事者の疲弊と不足は、政策に関わらず、医療の問題として取り上げられる重要な課題であるといえる。

(8) 問題だと感じていることに対する解決・方法に関して

1) このように解決した

問題・疑問に感じていることが多いのに比較して、回答数が少ない。このことが示しているのは、現実的に解決・改善のために日々の努力や工夫が求められているが、実際にはその解決に至っていないともいえる。しかし、これらの回答から、クライアントの問題解決・改善のために努力している、コミュニケーション行動形態といえる。

2) 問題だと感じていることに対する解決策案について

やはり日々の努力や工夫が求められながらも、職種間の統合には、現状での努力だけでは改善出来ないでいるということである。医師－他職種・医師－クライアントの関係性における、医師に対する要望が多い。具体的には、クライアントの意思決定に関わる、医師からの選択肢の提示を要望している。これは、情報共有と目標共有が出来ていないことにつながる。また、対等な立場に立つ意識を持って欲しい、しかし、どのようにしたらよいか分からない、最終決定権が医師にある以上は難しく、根本的解決はないと思うという回答もあった。

日本の「チーム医療」は主治医制が基本である。しかし、医師の発言力が強く、職種間で対等な意見交換が出来ない場合、クライアントの目的達成のために、上司や先輩看護職に相談し、主治医と話合う「場」を設けても問題解決に至らず、改善が難しいという回答もあった。「チーム医

療」の共通認識が必要であることを、医療現場のメンバーが理解していても、互いに理解する「場」としてのディスカッションが出来ない、少ないという実情がある。クライアント個人のニーズが高まれば、それに乗じて治療内容の複雑化、検査種類も増えて、看護ケアの重度や時間も費やすことになる。そのため、「場」を設ける時間にも影響が及ぶ。これには、先に述べた医療従事者の疲弊と不足も1つの阻害要因が考えられる。そこで、メンバーの努力や工夫とマネジメントの必要性が求められる。

問題を改善していく対策として、回答から導出されたのが次の9点である。

- i コミュニケーションを常に意識
- ii 情報共有の徹底
- iii 効率性を踏まえた情報収集
- iv メンバー全員のコンセンサスが得られるまで、ディスカッションを重ねる
- v 役割の公平性
- vi 疑問解決・知識修得への能動的態度
- vii メンバーの資質活用
- viii 上司の助力
- ix マネジメント、調整

2. 仮説検証

仮説1:

クライアントに不利益が生じているということは、「チーム」として機能していないといえる。

「チーム医療」を実践しながら、疑問・問題に感じていることから、検証することが出来る。医師－看護職関係は、クライアントの目的達成・意思決定に、大きな影響を及ぼす要

因と捉える。

「目標共有」「治療方針」の、i 医師主導、医師との関係性が上手くいかない。

「対等性」の、i 医師と対等な立場で話をするのが少ない ii 医師の力が強く、多職種にモノを言わせない iii 医師が威圧的に接すると正しい意見が言えない。

「クライアントの意思決定」に関しては、i 医師の治療方針が、明確に伝わらないことで方向性が定まらない難しさ ii クライアント・家族の思いと医師の治療方針にズレが生じた場合のジレンマ iii クライアントの意思決定に医師の意向が大きく影響する iv 同じベクトルに向いていない。医師—看護職で、クライアントに対する温度差を感じる。これらの回答から、コミュニケーションが上手くとれないことで、目標共有できず、協力関係にあるといえない。それは、「チーム」として機能しておらず、クライアントへの貢献がされていないということになる。したがって、仮説 1 が確認されたと考える。

仮説 2：

職能が異なることで、医師—看護職関係に階層意識がある。それを認識した上で、努力や改善が日常的にされている。

医師—看護職関係の「対等性」で、i 医師と対等な立場で話をするのが少ない ii 医師の力が強く、他職種にモノを言わせない iii 医師が威圧的に接すると意見が言えない。iv 医師の強い意見に抑えられ「チーム医療」になっているのか。医師の権威が優位になり、「チーム」としての協力関係とは言い難い。このような、医師—看護職関係が、クライアントへ影響を及ぼしているといえる。

各分野のプロフェッショナルとして最善を尽くすのは義務という、意識を高く持ち、情報発信、周囲の動きに気を配り、必要時フォローしている。また、メンバーへの声かけを意識して行う。問題意識を常に持ち、納得できるまでディスカッションしている。職種間の根回しなど、それぞれの気分を害さないよう、「チーム」の調整役を担っている。これらの回答を基に、仮説 2 が確認されたと考える。

IX. 考察

わが国がおかれている少子・超高齢化の動向にそって、これまでの「チーム医療」に変化を求められた。行政で「チーム医療」推進を進める社会の要請から、わが国での「チーム医療」の発展は必須である。そのために、医師—看護職の関係性に焦点を置き「チーム」が有効に機能する方策を得ることを目的に、研究を進めた。

Katzenbach らが言うように、「チーム」の概念は誰もが理解しているつもりで、簡単に用語を使っているのかもしれない。その検証も含めて、これまでの「チーム医療」の問題をフィードバックして、それらが改善されているか、医療実践者の「チーム医療」の現況を把握する必要があった。そのために、「チーム医療」推進施設への質問紙調査を実施した。今回、18 医療機関に質問紙調査協力依頼を行った。病院の倫理委員会の承認など容易ではないことは予想していた。しかし、予想以上に医療機関への質問紙調査協力は困難であることを確認する結果になった。協力施設は 1 施設ではあったが、75 名の回収結果が得られた。調査は、パイロット・スタディと位置

づけ「チーム医療」に関する、日常の考えや現況把握を目的とした。そのため、内容と文脈を重視したいと考え、主に自由記述とした。回答者である、医療実践者の看護職は、病を抱える個人を対象に、組織人として、医師の指示（order）による「診療介助」と、看護部門所属長管理による命令系統の基「療養上の世話業務」の実践者である。その二つの指示・命令系統の中で、「チーム」メンバーの役割を担う。そこに、一旦ではあるが、わが国の「チーム医療」の現状が見てとれる。そのことは、1施設であり、回答者数も少ないが、これまで「チーム医療」の問題としていた、ヒエラルキー・分業のデメリット・セクショナリズム、チームメンバーの情報共有がされないこと全てを、明らかに内包している。

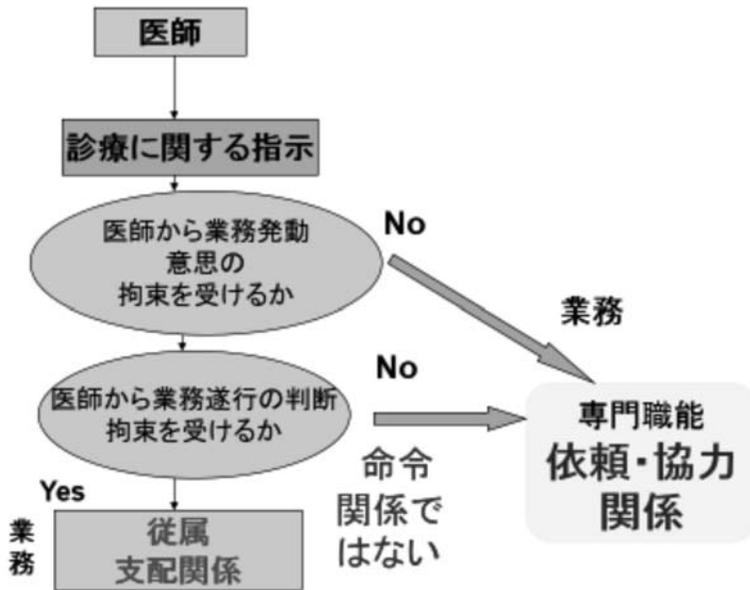
「チーム医療」を実践する上で、当然のことと考えていることに、情報共有、協力・協働・連携、目標共有、コミュニケーションがある。これらは「チーム」を協働体系と捉えると、「チーム」運営には不可欠な要素となることが検証された。次に、実践する上で職場で重視していることは、カンファレンス、情報共有、コミュニケーション、目標共有で、これらは、「チーム」運営に不可欠な要素であり、ディスカッションによる検討を重ねていくことが、「チーム医療」の発展に有益であることを、調査から認識することができた。

どのようなことを「チーム医療」と思い実践しているかの問いに対しては、「クライアントの状況に応じて、どの職種もリーダーシップがとれる必要がある。専門性を活かしながらの役割分担」の回答が多かったことから、クライアントの、最善の目標達成に貢献できるように、医師－看護職の関係性の有り様は

常に検討されるべき重要な課題であるといえる。また、この状況に応じた対応を「チーム医療」と捉えていることもあったか、今回の調査では、リーダーシップの必要性を求める意見が少なかった。むしろ、「チーム医療」にはコミュニケーションなど、組織の構成要素を重視していることが確認された。これらを重要だとしているからこそ、日頃、努力・工夫していることが、情報共有、コミュニケーション、目標共有、カンファレンスであることに反映しているのだといえる。

「チーム医療」での疑問・問題と感じていることに、職種間の関係性、「チーム医療」の共通認識がある。これらが意味することは、「チーム」という言葉や概念は当たり前すぎて、誰もが理解したつもりになっている。「「チーム」を曖昧に用いると、好業績を達成するうえで不可欠な規律を学び、これを実行することが阻害される。」(Katzenbachら [2004])⁴²とも考えられるのではないのかということである。だからこそ、「チーム」の定義を経営学から用いることで、病院組織の「チーム」研究をすすめるに至った。「チーム」の考えが曖昧ということは、「チーム医療」メンバーの共通理解がされていない状況で、業務を実践するには、葛藤や紛争など問題が生じるであろう。そして、そのことが「チーム」として機能せず、「チーム医療」及びクライアントに影響をもたらすことになる。だからこそ、目的達成のためには、メンバーの努力や工夫により、統合がされているはずである。そのことを、今回の質問紙調査で検証することが出来た。一方、問題を感じながらも、1つの職種では限界があり、協力は不可欠であるとの意見から、現実に「チーム医療」は必須であると感じてい

図表 12 医師—看護職関係



出所：『保健医療の社会学』（1988）園田恭一ら編
 姉崎担当 p147「医師と各職種との業務遂行上の関係」
 参照、加筆修正作成

る現状も明らかになった。そして、このことから言えるのは、病院組織は専門職能で構成されていること、それと、医療現場に求められているチーム運営とは、「チーム」を動かすことであるのかもしれない。

Follett ([1997]) の主張にある「権限と責任が機能から出るものとすれば、権限も職位の階層とほとんど関係がないはずである。」⁴³ これは、医師の指示 (order) はあくまでも、医業の独占による専門技能である。そして、専門技能の役割に基づく指示 (order) であると解釈できる。その指示 (order) に、メンバーは強制的に服従しているのではなく、「チーム」での役割に従って、協力しているといえる。そこには、階層意識のない、フラットな「チーム」としての協力・協働する医師—看護職の関係性が存在する。図表 12 に示すように、医師—看護職関係の指示 (order) が命令従属支

配関係ではなく、依頼・協力関係になると「チーム」は有効に動くのではないかと、いうところまでに今回の研究はとどまる。その、図表 12 について説明を加えておく。図表 1 の組織図の立場から、医師は各部門のスタッフメンバーに治療方針に基づく指示 (order) をだす。それを受けて、分業により「チーム医療」を実践するメンバーは、相互の職種を理解した上で尊重しあいながら、情報・目標を共有し、目標達成する。そのためにはコミュニケーションが重要であることが検証された。このように、医師と看護職が良い関係性を保持していると、看護職は医師の指示 (order) を、医師に依存することなく、自分の意思で業務を進めていくことになる。つまり、「チーム」の定義にある、「連帯責任を果たせる、補完的スキルを備え」そして、図表 7 の調査結果から、リーダーシップは、必要に応じて誰がとって

も良いという、メンバーの専門職能としての自律性の高い意識がある。そのことは、医師の指示(order)を命令と解釈して、指示(order)された通りに実施する従属支配関係とは、明らかに異なる。何故なら、従属支配関係は、責任は医師にあるという、依存関係を含有することにもなりうるからである。

医師と看護職関係には、これまで「チーム医療」の問題とされていた、ヒエラルキー（階層意識）は、「チーム医療」が推進されている現在の医療現場にも認められた。それは、状況によってクライアントの意思決定にも影響を及ぼしている。しかし、クライアントの利益のために、それらを改善するために、情報共有、コミュニケーション、ディスカッション（カンファレンス）など、意識的に努力・工夫がされているということが、今回の現況調査からわかったことである。

従属支配関係になると、その弊害がクライアントに影響を及ぼす。それは、「チーム」として機能していないことを意味する。一方、クライアントの目的達成に向け「チーム」の共通認識のもと、フラットな関係性を意識したコミュニケーションによる医師と看護職の「チーム」は、専門性の役割分担で、補完的スキルを備える。そうすると、「チーム」は有効に動くと解する。その「チーム」において、医療専門職者であるメンバーへの指示(order)は、依頼・協力関係となるのではないのだろうか。そのことが、今回の研究からいえることである。

X. おわりに

身体的・精神的・社会的背景を抱える、

個人であるクライアントに、医療専門職者は「チーム」の形態でニーズに応じている。Katzenbachら〔2004〕は、「チーム」の本質はメンバー間の合意にあり、メンバーが納得できる目的が必要⁴⁴としている。今回の調査では、医師－看護職関係で、コミュニケーションが上手くとれないことで情報共有・目標共有が出来ない現況があることが認識された。この問題点から、「チーム」にはコミュニケーション・情報共有・目標共有が重要であることの示唆を得た。しかしながら、そのための改善策から、チームが有効に動くための施策を見出すまでには至らなかった。そのため、今回の研究において病院組織の「チーム」の定義について、明確なものは提示出来ない。しかし、医療現場の現況調査から、看護職はクライアント中心の医療提供のために、医師－看護職の関係性がクライアントに影響しないよう、努力や工夫をしていることが確認された。そして、その中から、問題を改善していく対策の一端だが、導出することができた。しかし、今回は医師も調査対象としたが、協力を得ることは出来なかった。理由として考えられるのは、医学領域における、1964年ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則である、「ヘルシンキ宣言」の存在である。医療専門職者に対する調査は、倫理審査委員会に提出されなければならない。そのため、医師は特に帰属する医師会の許可、病院倫理委員会などの審査により、調査が困難であると考えられる。そのため、今回の質問紙内容は不備であったといえる。調査内容・方法の検討が求められる結果となった。

医師との関係改善に向けては、厚労省(2009)が「チーム医療」推進検討会の議論

開始する第1回方策検討ワーキングでの検討の方向性に挙げられた、「パターナリズム、父権主義の医師の存在がチーム医療推進の障害になっていることは確か」の文面がある。今回の調査でも、「チーム医療」での思いに関する自由記述に、パターナリズムの記載が見られた。現場でのクライアントへの影響があるとして、今後、医師の影響要因を踏まえた研究が必要になると考える。それは、先にも触れた第15回日本医療マネジメント学会学術総会（2013）における、医師の立場からの発表にあった、「「チーム医療」の阻害因子となりうる」とする阻害因子と合わせて、検討していく必要を感じる。

医療現場の看護職は、「チーム医療」は必須であると認識している。「チーム」はシナジーを生み出すために形成されたことから、「チーム」を動かすメンバーの関係性は、成果に大きく関わってくる。成果に向けて、協力関係にある医師－看護職それぞれの立場からの意見を反映して、マネジメントに活かしていく必要がある。そのためにも、医師の「チーム医療」に関する調査研究の方法・内容の検討が大きな課題となった。

今回、医師－看護職関係の階層意識がもたらす、クライアントへの影響という視点で研究を進めた。その過程で、看護職は部門別管理の権威による要請と、診療科別医師の専門的権威による指示（order）の、医療要請という、二重の権威の存在に対する役割を要求されており、それを背景に「チーム」への貢献という過重な責任を担っていることが理解された。今後は、組織論から、看護職のこの立場を考慮に入れた上での、研究を課題とする。

(注)

- 1 保健・医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』[1983] 垣内出版 pp150-151
- 2 Chester I.Barnard [1987]『経営者の役割』ダイヤモンド社 p67.
- 3 J.R.Galbraith and E.E.Lawler Ⅲ世他著 寺本義也監訳 [1996] マルチメディア時代に対応する『21世紀企業の組織デザイン』産能大学出版部 p193.
- 4 Peter F.Drucker 著 有賀裕子訳 [2008]『マネジメント』務め、責任、実践Ⅲ 日経 BP 社 p444.
- 5 三井明美他 [2002]「医療現場における「チーム医療」の認識」アンケート調査から－岡山大学医学部保健学科紀要 .13 : pp25-36.
- 6 田村由美他「じょくそう対策チーム」に所属する専門職チーム医療に対する認識 神戸大学医学部保健紀要 第20巻 [2004] pp21-33.
- 7 坂梨薫他 [2004]「専門職の職種、職位別にみたチーム医療の認識に関する研究」広島県立保健福祉大学誌 人間と科学、4 (1) pp47-59.
- 8 中川典子、林 千冬 [2008]「看護師－医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件」日本管理看護学会誌 vol. 12, No1, pp37-48.
- 9 吾妻知美他 [2013]「チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難」甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編 (7)、pp3-18.
- 10 前掲書 2 p67.
- 11 ハーバード・ビジネス・レビュー [2004] いかにか「好業績チーム」をつくるか p7.
- 12 前掲書 11 pp14-15.
- 13 筋 昭三 [1992]『医療学概論』勁草書房 p269.
- 14 園田恭一 [1977]『保健・医療社会学の成果と課題』垣内出版.
- 15 細田満和子 [2012]『チーム医療の理念と現実』日本看護協会出版会 pp16-17.
- 16 前掲書 2 p67.
- 17 前掲書 3 pp71-p75.
- 18 前掲書 3 pp20-21.
- 19 前掲書 3 p21.
- 20 前掲書 3 p274.
- 21 前掲書 18 p199.
- 22 太田 肇 [1999]『仕事人と組織』－インフラ型への企業革新 [1999] 有斐閣.
- 23 園田恭一・米林喜男編 [1988]『保健医療の社会学』有斐閣選書 p154.
- 24 鷹野和美「患者主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開 広島県立保健福祉大学誌 人間と価値 (1) [2003] pp1-7.
- 25 前掲書 1 p120.
- 26 “The Professions and Social Structure,” Social Force 17 [1939] pp457-467.

- 27 A.Etzioni [1967] 『現代組織論』 至誠堂 p119.
 28 前掲書 11 p7.
 29 経営行動科学学会編『経営行動ハンドブック』[2011] 中央経済社 pp277-278.
 30 前掲書 26 p151.
 31 山城 章 [1980] 『ノンビジネス経営の構築』 ビジネス教育出版社 p303.
 32 前掲書 3 p157.
 33 前掲書 3 pp157-158.
 34 杉森みど里・舟島なおみ [2007] 『看護教育学』 第4版 医学書院 p281.
 35 前掲書 12 p114
 36 前掲書 2 p153.
 37 前掲書 1 p152.
 38 高橋政祺 [2007] 『病院管理学入門』 医学書院 p62.
 39 前掲書 1 p159.
 40 前掲書 38 p62.
 41 前掲書 11 pp14-15.
 42 前掲書 11 pp4-5.
 43 M・フォレット 米田清貴・三戸 公訳 [1977] 『組織行動の原理』 未来社 p206.
 44 前掲書 11 p7.

【参考文献】

- アーウィック編（藻利重隆・斉藤守生訳）経営名著シリーズ5 [1970] 『フォレット 経営管理の基礎—自由と調整』 ダイヤモンド社.
 青井和夫 [1980] 『小集団の社会学』 財団法人 東京大学出版会.
 A・エチオーニ著 [1968] 綿貫譲治監訳『組織の社会学的分析』 培風館.
 飯野春樹監訳・日本バーナード協会訳 [1990] 『バーナード組織と管理』 文真堂.
 飯野春樹編 [1988] 『人間協働経営学の巨人、バーナードに学ぶ』—バーナード生誕百年記念大会の記録— 文真堂.
 小川鼎三 [1966] 『医学の歴史』 中公新書 39 中央公論社.
 J・R・ガルブレイス／E・E・ローラー三世、他 寺本義也監訳 [1996] 『21世紀企業の組織デザイン』 産能大学出版社.
 島内武文 [1974] 『病院管理学』—管理概論編—、医学書院.
 杉 政孝 [1973] 『病院の組織と人間関係』 医学書院.
 砂原茂一 [1983] 『医者と患者と病院と』 岩波書店.
 スタンレー・ミルグラム著 山形浩生訳 [2009] 『服従の心理』 河出書房新社.
 富永健一編 [1981年] 『日本の階層構造』 東京出版会.
 中根千枝 [1967] 『タテ社会の人間関係』 単一社会の理論 講談社現代新書.
 H・A・サイモン、D・W・スミスバーグ、V・A・トンプソン（岡本康雄・河合忠彦・増田浩治訳） [1977] 『組織と管理の基礎理論』 ダイヤモンド社.

- 村上陽一郎 20世紀の日本9 [1996] 『医療—高齢社会へ向かって』 読売新聞社.
 藻利重隆 [1984] 『経営学の基礎』（新訂版）森山書店.
 山城 章 [1980] 『ノン・ビジネス経営の構築』 「叢書・現代経営学の課題」 3 ビジネス教育出版社.

【インターネット資料】

- チーム医療推進のための基本的な考えと実践的事例集 平成23年6月チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（チーム医療推進会議）
www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-77.pdf-89k-2012-01-18 (2011年7月20日)
 第1回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について
hlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000wyk3-att/2r9852000000wym1.pdf-9k-2010-11-22 (2013年6月3日)
 医療施設調査 総務省統計局 平成24年度
www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?tocd=00450021 (2013年9月17日)
 日本医師会ホームページ
[http://www.med.or.jp/Copyright\(C\)japanMedical Association.All rights reserved.](http://www.med.or.jp/Copyright(C)japanMedicalAssociation.Allrightsreserved.)