

タイトル	「チーム医療」活性化に関する研究：医師と看護職間のコミュニケーションに注目して
著者	加藤，和美；Kato, Kazumi
引用	北海学園大学経営論集，13(3)：149-214
発行日	2015-12-25

「チーム医療」活性化に関する研究

— 医師と看護職間のコミュニケーションに注目して* —

加 藤 和 美

目 次

第1章 はじめに

- 1-1. はじめに
- 1-2. 研究動機と研究方法
- 1-3. 研究背景と問題意識
- 1-4. 論文の構成

第2章 医療組織

- 2-1. 組織
- 2-2. 医療組織とコミュニケーション
- 2-3. 日本の医療組織の組織構造と「病院」の歴史と二重構造
 - 2-3-1. 日本の「チーム医療」起源とされる病院の定義

第3章 「チーム医療」の理解

- 3-1. 「チーム医療」とは
 - 3-1-1. 「チーム医療」とは
 - 3-1-2. クライアント中心の医療への転換
- 3-2. 医療専門職と権限の違いの存在
 - 3-2-1. 医療チームを構成する医療専門職
 - 3-2-2. 「医療チーム」の構造
- 3-3. 「チーム医療」でのコミュニケーション障害
 - 3-3-1. 医師と看護職間にある問題
 - 3-3-2. 医師と看護職間のコミュニケーションの重要性
- 3-4. 「チーム医療」の困難さ
 - 3-4-1. 医師と看護職間の階層意識

第4章 「チーム」と「チーム医療」を阻害する階層意識

- 4-1. 「チーム医療推進」への厚生労働省の動き
- 4-2. 「チーム」が求められる経緯
 - 4-2-1. 日本で「チーム医療」を取り入れる経緯

緯

- 4-3. 「チーム」の起源
- 4-4. 「チーム」の研究
 - 4-4-1. チームの考え方
 - 4-4-1-1. 小集団型チーム
 - 4-4-1-2. プロジェクトチーム
- 4-5. 「チーム医療」の研究
- 4-6. 「チーム医療」の機能不全

第5章 調査研究

- 5-1. 第1回目調査
 - 5-1-1. 調査
 - 5-1-2. 調査設定の根拠
- 5-2. 質問紙調査の概要
 - 5-2-1. 調査方法
 - 5-2-2. 質問紙の構成
 - 5-2-3. 実施結果
 - 5-2-4. 調査結果分析
 - 5-2-5. 調査の検証
 - 5-2-6. 調査の考察
- 5-3. 第2回目調査
 - 5-3-1. 調査
 - 5-3-2. 調査設定の根拠
- 5-4. 質問紙調査の概要
 - 5-4-1. 調査方法
 - 5-4-2. 質問紙の構成
 - 5-4-3. 実施結果
 - 5-4-4. 実施結果分析
 - 5-4-5. 調査の検証
 - 5-4-6. 調査の考察
- 5-5. 調査の結論
- 5-6. 考察
- 5-7. おわりに

*本稿は筆者が2014年度北海学園大学大学院経営学研究科に提出した学位論文（博士）である。

第1章 はじめに

1-1. はじめに

本研究のテーマは、「チーム医療」活性化に関する研究で医師と看護職間のコミュニケーションに注目する。研究の対象を「チーム医療」が機能しないこと、即ち「チーム医療」の機能不全の原因を明らかにすることを目的とする。機能不全が生じる原因の解明を通して「チーム医療」の活性化につなげたい。

1999年1月11日発生した横浜市立大学医学部附属病院（以後、横浜市立大病院）の「チーム医療」における患者取り違い事故を、看護師としての経験を持つ筆者にも強い衝撃を与えた。だから、どのようにして事故が起こったのかを調査した。その結果、「チーム医療」が機能していないことに原因があるとわかった。この論文をまとめる大きな動機は、この原因を明らかにしたいところにある。

本論文の問題意識は二つある。まず、「チーム医療」の事故は「チーム医療」の機能不全による事故、ととらえる。この医療事故を引き起こした諸要因の一つとして、「チーム医療」機能不全が指摘されたものの患者取り違い事故以後も継続的に「チーム医療」の機能不全は発生している。医療の安全が叫ばれ細心の注意が払われてきたはずにもかかわらず、それでもなお生じる機能不全の原因はどこにあるのか。何故、「チーム医療」の機能不全が生じるのか、その原因は未だ明らかとなっていない。他方で、2010年に厚生労働省（以後、厚労省）が「チーム医療」を積極的に推進しはじめて以降、「チーム医療」の機能不全がどれほど解消されたのか、ここで確認しておく必要がある。

次に、本論文での「チーム医療」とはどのように理解するかを述べると、「チーム医療」は、高度専門化し多職種に分化した医療行為をクライアントに適切に提供するための組織構造を用いた医療形態で、これを必要とする

病院において採用されている。「チーム医療」は、高度専門化した多数の医療担当者を、特定のクライアントの医療に向けて努力を集中させる（機能）ために、チームの形態を採用したものと捉えることができる。それ故、本論文では、「チーム」という構造的な観点から「チーム医療」を取り扱うことによって、「チーム医療」の機能不全を「チーム」の機能不全の観点から研究することにする。

ところで、「チーム医療」の「チーム」と機能とはなにか。厚労省が唱える「チーム医療」に求められる機能に基づくならば、「チーム医療」におけるチームとは、経営学で言うところのプロジェクトチームと捉えることが出来る。プロジェクトチームは、職務横断的編制により、組織都合を顧客都合にかえた組織形態である。プロジェクトチームの機能は、専門職種の自律性を高め、顧客都合に努力を集中させることと言える。したがって、専門職種の自律性が阻害されることによって機能低下が発生するということができる。

そこで、このプロジェクトチームの観点から、「チーム医療」の機能不全の原因をさぐった。本論文では、これまで行われたチーム医療の先行研究調査をおこなった。その結果、自律性を阻害し機能不全を発生させる要因が確かに存在し、それが看護師の医師に対する階層意識であることが分かった。この先行研究調査で明らかになったのは、「チーム医療」の機能不全は、階層意識による看護職の自律性に障害がおき、必要な情報の共有が行われず、その結果、機能不全、即ち、クライアントの不利益、事故の可能性が生じたことである。

このように「チーム医療」の機能不全が、患者取り違い事故以降にも継続的に生じていることが多くの研究から明らかであるが、機能不全の要因となる階層意識を継続的に形成しうる構造が我が国には存在している。わが国では、看護職は二重の権威構造の下にあり、

職務上の自律性は横断的組織編制で担保されるが、医師の権限を守る制度（例えば主治医制）からの自律性はいまだ担保されていないのである。すると、制度の存続を考えると、厚労省の「チーム医療」推進以降の現在でも、クライアントの不利益発生継続とさらなる継続の可能性があることになる。

そこで、本論文では「チーム医療」推進病院への研究調査を行った。調査は、チーム医療の機能不全の有無を問うための、1) 機能不全の要因である階層意識の有無と2) クライアントの不利益の関連の有無を問う2つの調査をおこなった。その結果、残念ながら、クライアントに不利益をもたらす可能性のあるチーム医療の機能不全は現在でも存在し続けていることが分かった。

1-2. 研究動機と研究方法

本研究に先立ち、「1999年1月11日横浜市立大病院患者取り違え事故」の、周術期チーム医療で起きた組織事故をテーマにした研究を行った。(2010. 2012 加藤) 事故当時、ありえない患者取り違え事故は何故起きたのか医療関係者として、原因を知りたいというのが、研究を始める動機だ。

先の事故概要は次の通りである。二人のクライアントを同時刻に一人の看護師が手術室まで移送。手術室では、カルテとクライアントが別々に引き渡され、異なる手術室に取り違えて移送された。「チーム」は、エラーをはっきりと認識することなく、手術は最後まで遂行された。この事例には、医師・看護師総勢26名が関与している。注目したのは、事故調査報告書にある、医師と看護職間のやり取りは、病棟へのクライアントの確認依頼と処置確認の2回だけだったことだ。その後、チームエラーの背景要因として、チームメンバーの間に階層意識によるコミュニケーション不足があることが明らかにされた。専門性の高い「チーム」でありながら、技術ではな

いことで、事故に至ってしまったということである。

袖木ら(2013)によると、「手術室は、日常業務に特殊な機器・器材、多種多様な薬剤を使用、人が犯す小さな間違い、すなわち、ヒューマンエラーが直に医療事故につながる」¹⁾ことから、「言葉が中心(Barnard 1968)」の、コミュニケーションが重要になる。つまり、言葉による相互作用は人命に関わる重要な行動になる。

医師と看護職の間での、コミュニケーション不足となる要因として、職種の相違による上下関係・立場の違いにより医師には言いにくい(森永ら2003)、職種間に階層があり、その頂点に位置する職種を医師とする回答が最も高い(水寄2000)、医師に対するエラー指摘の抵抗感が強い、地位格差を感じる(大坪2004)などが挙げられている。

こうした先行研究等から、「チーム医療」を実施する医師と看護職が、協働するはずの「チーム医療」の中に階層意識が持ち込まれることで、コミュニケーションが不足して、「チーム」として、機能していないのではないのかという疑問を持つようになった。「チーム」の医師と看護職間で対等に話が出来ないと、クライアントに不利益を及ぼす可能性を否定できないからである。

医療現場では、「チーム医療」として、高度な医療が実施されているはずである。そんな中で事故が生じている原因を、階層意識から生じるコミュニケーション障害と考える。

本研究では、医師と看護職が「チーム医療」を実践する際に、階層意識を感じるかどうかと、クライアントへの影響の有無を確認する。そのために、質問紙調査の実施と、文献研究から明らかにすることが目的である。

1-3. 研究背景と問題意識

医療事故を招くなど、重大な問題があるにも関わらず、『「チーム医療」という言葉は、

古くて新しい言葉である。古くて新しいということは、何も解決されていないということでもあり、今、改めて「チーム医療」を取り上げざるえない状況にある（(NPO 法人卒後臨床研修評価機構岩崎専務理事) 2010年7月第60回日本病院学会の「チーム医療・職能分担の功罪」のシンポジウムより）」という認識がある。

医療組織では、「チーム」そのものの議論がなされていない。その理由として考えられるのが、職種間の従属関係が背景にあると思われる。しかし、従属関係の問題もまた、棚上げされていた。

鷹野（2003）は、「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」を挙げ、「メディカルスタッフ間の連携不足（情報の共有されない状況）が医療過誤の要因のひとつとして認識されるに至る²⁾」と述べている。

調査研究ではないため、事例を提示する。「1999年横浜市立大学医学部付属病院患者取り違え事故」の背景に、「チーム内の意思疎通が不十分であった。専門分野の範囲内で個々に機能しており、相互の連携が乏しかった」と、チームメンバーの意思疎通と部門間の連携促進による、「チーム医療」の確立の必要性が記されている。（事故調査委員会報告書。平成11年3月からの抜粋）

事例研究の考察と先行研究から、本論での問題意識を次のように主張する。

職業の権威の高い専門職である医師の支配が強くなり、コミュニケーションが不足する結果、クライアントに不利益をもたらす結果が生じる。

病院組織で、「チーム医療」の名のもと、実践されている「チーム」での行動は、「チーム」の名のごとく個々に自律したメンバーの協働で成立する。しかし、そこに上下関係が入ると、自律した協働が破壊されてしまう。

医師は、「チーム」に階層意識があることは

当然とする解釈で行動する。一方、看護職は、階層意識があるために、対等・主体的発言、行動を抑制してしまう。さらに言えば、職業権威の高い、専門職である医師の支配が強くなると、看護職の階層意識により、コミュニケーション不足が、クライアントに不利益を発生する可能性があるというのが本研究の問題意識である。

E. Freidson (1992) は、病院組織の、医師と看護職の関係を、「従属関係」として、専門的権威は、「命令が職務によってではなく、専門技能によって発せられているという事実ゆえに服従はおのずと達成される (Freidson)³⁾」ということがある。医師と看護職は職制が異なる。それは、医療の歴史からも、「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 Freidson (1992)」。

このように、病院組織では「医師は支配的な地位を占め」、他職種の、クライアントの医療に関するすべての業務は「医師の指示によってなされることを意味する⁴⁾」。医師と看護職は、常に指示により関係性が成立している。医師は診療に関する意思決定は一人で行っている。つまり、「他からの指示を受けない (Freidson 1992)」ということである。

Mintzberg (1991) は、総合病院を専門職業的組織に類別している。「専門職業家である、医師と看護職たちは、自己統制的団体に起源をもつ、他制度で仕事をしている同僚たちとともに所属している。協働する中で、専門家は、専門職業的性質の権限、専門力量に帰属する権力が強調されているであろう⁵⁾。それと、Max Weber の唱える 1) 規則と権限 2) 階層性・職務体系 3) 分業、専門化を備えている。しかし、「チーム医療」はこれらの影響を免れているはずである。

1980年代より、高齢者の増加、慢性疾患の増加、脳死判定、臓器移植などの倫理・法制問題、医療の細分化、高度器械・器具と、医

療をとりまく環境は、日本の医療の原型である、医師対クライアントの1対1の主治医制のみでカバー出来る状況ではなくなってきた。病院組織も、病院完結ではなく、自宅・施設、地域・過疎地など行政との連携も求められるなど、医療が取り組む課題は変化してきている。

厚労省も「チーム」の在り様を次のように提示している。平成23年度チーム医療実証事業報告書(厚労省医政局2011.p162)によると、「チーム医療の在り方は、個々の医療機関の置かれている状況により異なるため、それぞれの現場に応じた取組、地域における人材確保等が必要である」。

日本は、超高齢化社会となつて、平均寿命が男性79.94歳、女性86.41歳(平成24年リアルタイム簡易生命表、厚労省発表より)である。厚労省は、2025年の超高齢化社会を問題視している。それは、「チーム医療に関する検討会」報告資料厚労省(2010)の中で、「我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医師や看護師の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須」としている。この現状を踏まえると、より「チーム」の認識を高めざるを得ない。

わが国では社会の変化に伴い、求められる医療も多様化している。クライアントのニーズも多様化を極める。そのため、鷹野(2006)は、「既存の限定的サービスメニューに、クライアントを当てはめる対応に限界があり、クライアントの持つさまざまなニーズに従い、医療チームは編成されると考えるべき⁶⁾と指摘している。

水本(2008)は、「多数の専門化集団による縦割組織が大きくなってくると、次第に各専門職領域の視点を主張・強調したサービスの提供を行おうとする傾向すなわち分化が強くなり、共通の目標や価値観をもって横断的に連携するための意思疎通が希薄になるという結果を生みやすい⁷⁾と指摘する。そして、

「近年、「チーム医療」という言葉がしきりに使われ、多職種による連携や協働があるべき医療のスタイルというイメージさえ定着してきた。しかし、その概念はいまだに定まっているとは言い難い」と述べている。

日本の医療は、医師対クライアント1対1の主治医制が原型である。そのため、「チーム医療」の形態も、医師中心の考え方が大勢とされている。それが、「情報量全体を1人の医師でカバーするのは能力の限界を超える(砂原1983)」ようになった。そして、厚労省(2009)が「クライアントも「チーム」の中に入れること」と方向性を示した。そこで、浜町(2005)は、「クライアント中心の医療提供が重視されるに従い、チーム医療の形態は主治医中心から、クライアント中心の「チーム医療」に変わってきている⁸⁾と、その変容を指摘している。

「チーム」の用語が、医学の紙面で使われたのは、1962年である。そして、佐藤ら(2008)によると、「1970年代、主にリハビリテーション領域で使用された「チーム医療」は、医師とその他の職種の意味合いが強く、多職種チームの一般化は1995年に医学中央雑誌のキーワードにチームが認知された頃である⁹⁾。その多職種は医師を含め、31種の職種を数える(2013年現在)。

このように、多職種となったのは、診療科の細分化による専門分化により、医師1人では担えなくなった領域に、専門職種が養成されたからである。それにより、病院組織での診療過程には、医療専門職者の協働が日常となっている。

クライアントの目標達成のため、「多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、クライアントの状況に的確に対応した医療を提供する」(厚労省「チーム医療推進に関する検討会」報告書2010)ことが、「チーム医療」である。

本論文の問題意識は二つある。まず、「チーム医療」の事故は「チーム医療」の機能不全による事故、ととらえる。この機能不全は、患者取り違い事故以後も継続的に発生している。横浜市立大病院以降、医療の安全が叫ばれ細心の注意が払われてきたにもかかわらず、それでもなお生じる機能不全の原因はどこにあるのか。また2010年厚労省が「チーム医療」を積極的に推進しはじめて以降、患者に不利益を与える原因は解消されたのか確認する必要がある、と考える。

1-4. 論文の構成

第1章では、「チーム医療」で起きた患者取り違い事故が本論の研究動機であることを述べた。この医療事故では、「チーム医療」の機能不全を指摘した。

「チーム」に階層意識によるコミュニケーション障害があり、クライアントの不利益につながる可能性を問題意識としている。厚労省が「チーム医療」を推進している今日も尚、階層意識は残っていて、コミュニケーション障害が、今日も尚断続的に発生している。厚労省が「チーム医療」を積極的に推進しているが、どれほど機能不全が解消されてきたのか明らかにするため、階層意識とクライアントの不利益を関連付けた調査研究が見当たらなかったため、質問紙調査と先行研究をすることを示した。

第2章では、病院も組織であることを示し、医療組織は分業と協業の組織構造で、コミュニケーションが重要であることを主張する。

わが国の、「チーム医療」の起源は、1948年、病院が定義されたことが発端となる。日本の病院の歴史から、医療組織構造は変化している。しかし、医師をトップとするタテ構造は変化していない。かつ、医師と看護職間は法制上指示関係にあることから、「チーム医療」の困難さに主従の階層性に関わるコミュニケーションの問題が、今日にも影響を及ぼし

ていることを指摘した。

第3章では、まず、厚労省はチームの考えを示していないが、クライアント中心に上下関係のない多職種協働であることを示した。それに、医学と医療技術の発展によって医師の業務が細分化して、多職種が誕生した経緯とその職種、職能について説明している。そして、「チーム医療」の運営には、医療組織構造上は、指示・依頼・協力関係である。ところが実際には、医師は専門職で権威として扱われている。「チーム医療」の阻害要因として、法規上の「医師の指示のもと」の文言と、医師のみが完全専門職の要件をみたしていることから、医師を中心とした階層構造となっていることを、文献と医師の発言から説明している。

医師と看護職間の専門的コミュニケーション障害は、クライアント中心の「チーム医療」には、医療安全上最重要の問題である。その要因に階層制による力関係が影響していることを主張している。その背景には、日本の戦前・戦後の歴史に遡り準拠集団の影響も示している。

第4章では、厚労省の「チーム医療」推進と、わが国で「チーム」が求められた経緯について説明している。そして、チーム研究を行い、先行研究の定義には、小集団と目的の共有があるが、「チーム医療」には不足があることを指摘した。つまり、「チーム医療」は、クライアント中心で、医療専門職者の集団であることから、「小集団であること」、「目的の共有」、「専門性の自律」、「クライアント重視」の4点が必要である。この4点を備えているのは、J・R. Galbraithのカスタマーチームの考え方を基にした、プロジェクトチームとして扱うことが有効ではないかと指摘した。そして、「チーム医療」の従来の研究をまとめた。これまでに、医師と看護職間に階層性があるとの結論を得ている研究は認められた。しかし、クライアントへの影響を明らかにした、

質問紙調査は見られないことを確認した。

第5章では、従来の研究から、階層意識は今日も尚あると考えた。しかし、チーム医療を、病院理念若しくは看護部理念に掲げる施設では、チームの機能を阻害する階層意識を解消するための工夫がされているであろうと期待して、質問紙調査を実施した。1回目調査は、1施設の協力であったが、階層意識を持っていることが確認された。それに、階層性による専門的コミュニケーション不足で、クライアントの治療方針に関する意思決定や、問題解決に影響していることも明らかになった。それなら、他病院の推進施設にも階層意識があると考え、確認のために2回目の質問紙調査を実施した。結果、階層意識は認められた。今回、2施設156名の看護職の協力があった。回答者数は少ないながら、結果から、推進施設であっても、医師と看護師間に階層性による専門的コミュニケーション不足が生じて、クライアントへ影響している事実が確認された。そして、看護職はコミュニケーション不足を補うため、自律的に努力をしている看護職がいることもわかった。それに、看護職は、情報共有のためにコミュニケーションが、「チーム医療」を機能させる重要な要因であることを意識して行っていることが確認された。

結論では、「チーム医療」の機能不全は階層意識による看護職の自律性に障害が起き、必要な情報のコミュニケーションが行われなかった結果、機能不全に陥り、クライアントへの不利益が生じたことを文献調査により明らかにした。そして、2回の看護職への質問紙調査で、1回目2割、2回目5割に階層意識を認め、そのうち半数が機能不全を認めていることがわかった。

おわりに、看護職は階層意識を感じながら、「チーム」の機能不全を認めながらも、コミュニケーションが重要と考え自律的に行動しようとしていることもわかったことを示した。

第2章 医療組織

2-1. 組織

病院も組織である。現在の病院は、医師をトップとする構造を残しながらも、クライアント中心を唱え、多職種の専門職をそろえた、医療の高度化が推進されてきたため、様々な問題が生じている。

本論では、医療組織の「チーム医療」で、医師と看護職間の階層性のために生じるコミュニケーション障害が、クライアントの不利益を発生させる可能性を問う。それにはまず、組織を理解しておく必要がある。

桑田(2008)は、「組織は、異なる能力をもつ専門家、利害の異なる参加者の役割行動と統合を通じて目標を達成するシステム」¹⁰⁾と述べている。この目標を追求するために、組織は分業と協業を行っている。「この分業と協業を通じて協働する行為者たちを組織体(organization)と呼ぶ。行為と相互行為を組織プロセス(organization process)と呼ぶ。その背景には、役割と役割期待がある。この役割が相互に結びつけられたものを構造(structure)(谷本1999)」と言うことが出来るであろう。

組織において、分業と協業の仕組みを決める組織構造に必要とされる条件を、伊丹・加護野(1989)¹¹⁾は、5つ挙げている。①分業関係②部門化③権限関係④伝達と協議⑤公式化である。まず、分業のメリットである。分業は、組織にさまざまな利益をもたらす。Adam Smith「国富論」(1776)に代表されるように高度な熟練、専門知識によるものである。その反面、分業のデメリットには、「組織内のコンフリクトを助長する。また、分業にともなって人々に異なったものの見方が形成される側面を組織の分化という。それに伴い、組織内部のコミュニケーションが難しくなる。それに、自身の仕事を守ることは組織全体に利益をもたらすが、不利な決定には抵抗する

こともありえる。分化は、部門間の利害対立を生むこともある（伊丹・加護野 1989）。さらに、分業デメリットに関して、山田（2003）も同様に述べている。「分業によって、組織の中の個人、あるいは個々の部門は、それぞれの仕事に必要な専門的な知識や能力を蓄積する。それぞれ独自の思考様式、行動規範、価値観が形成されることがある。そうなるとお互いのコミュニケーションが難しくなり、部門間の利害対立の原因ともなる場合によって、組織全体に利益をもたらすことでも、自分たちの部門には不利な決定であれば、それに抵抗し、組織に混乱をもたらすこともある」。「分業のメリットを活かすには、分業の程度やその調整の方法をうまく考えなければならない」¹²⁾

組織構造の中のやりとりの結果、組織成果（performance）が生まれる。その達成の評価が、効率性（efficiency）とされる。これらの一連の組織の考え方は、病院組織に、合致していると考えられる。それは、組織体である、多職種の組織構成員の組織構造による役割システムが組織プロセスである、役割に副い組織成果を挙げるのである。そして、役割システムは医療専門職者で、役割、範囲が明確であることから、病院は組織である。

2-2. 医療組織とコミュニケーション

田村（2004）らは、専門職種間の問題として、「実践現場では職種によってその言葉の使い方が微妙に違い、職種間の認識の違いが多職種による、保健医療の実践の際の障壁になることも指摘されている」¹³⁾と述べている。現代での、コミュニケーションに関わる障害や不足が、クライアントの生命を脅かす危険性に繋がるからである。そこで、まず、コミュニケーションとは何かから理解していく。

若林（1993）は、「コミュニケーションは、二者ないしそれ以上の人間の間での、情報の移転（Lusans, F., 1973）や交換（Kats, D. &

Kahn, R. L., 1966）」の意味をもとに、コミュニケーションを「送り手と受け手の間での情報の移転ないし交換」¹⁴⁾と、包括的な定義をしている。さらに、上田（1995）によると、「コミュニケーション（communication）とは、二者以上のメンバーの間で情報交換し、その意味内容を共有するプロセスである」。それに、「日常言語を使わないコミュニケーションが社会や組織の中で果たす役割も見逃すことはできない」¹⁵⁾と述べている。

狩俣（1992）は、「組織が目的達成のためにはコミュニケーションの流れとしての構造形態の違いが行為や組織業績に大きく影響を及ぼす」¹⁶⁾と述べている。その手段として、分業と協業を用いて、目的を達成しようとする。

分業には、調整と統合が必要になる。組織の場合、分業は垂直と水平により行われる。垂直分業には、職位という階層がある。タテの分業には権限と責任、階層の原則には命令の一元化の原則がある。しかし、病院組織の場合、部門別の管理職位と、診療科別医師の業務独占の権威による命令・指示関係がある。

職位から下部の職能別に水平にある部門職員は、同職種である。そのため、狩俣（1992）によると、「部門内のコミュニケーションは比較的容易になる。これは専門化を行うことで、共通の専門知識や専門語を有し、同一部門というコンテキストが同じであるからお互いに理解しあい、コミュニケーションがスムーズに進む」。しかし、「職能領域の異なる部門間のコミュニケーションは困難となり、調整は困難となる。これはコンテキストが違うことによって、相互理解を得るのに時間がかかるからである」¹⁷⁾と述べている。

2-3. 日本の医療組織の組織構造と「病院」の歴史と二重構造

1870年、明治政府は医療の近代化のためドイツの医学を導入する。川上（1965）によると、「わが国の医師制度の枠組で、医局制度・

講座制の成立を見落とせない。ドイツの大学医学部の医局講座制は、アメリカ医学への転換を遂げてからも日本の医療に影響を残している¹⁸⁾。なぜなら、医局講座制は現在も存続しているのである。その際、医師の育成に力が注がれていたこともあり、「医学補助金は東京大学に集中し、結果、官尊民卑を招き、医師の階層化の基礎を作った(川上 1965)」。のだとしている。それと、中島(2008)によると、「医師は、職業団体の医師会以外、出身大学医局、専門医学会など複数の準拠集団の存在を上げ、それは重要な存在と位置づけしている」¹⁹⁾。このように、ドイツ医学部の医局講座制の影響を、筋(1992)は「大学教授の絶対的権限が長く、その後の日本の医療に決定的影響を与えている。その権限が、医育組織に受け継がれ、公私医療機関組織にも反映し、大学医局を中心にした、医師のヒエラルキーが作られてきた」²⁰⁾と述べている。このように、医師養成のための教育体制が整えられる時点から、医師間の階層化も作られたことを示している

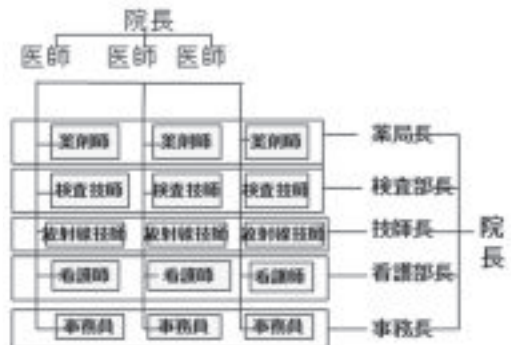
明治以降の自由開業医制以降、日本の医療の原型は、医師と患者の1対1の主治医制である。そして、医療の提供は、医師のみの権利と義務であった。しかし、戦前は診療のみが医療の対象で、看護師は医師の手伝いで、入院患者の看護・生活介助・食事は医療の対象外で、付添婦もしくは家族が担っていた。この経緯から、杉(1988)によると、「明治維新後、病院は診療科別タテ割構造で、各医局・診療科毎の医師に看護職や他の職員の全てが従属していた。医師のみが、専門職(profession)として確立されていたことから、中央化されるまで、人事・勤務体制にまで統政権があった。それは、他職種に対する権威と威信があった」²¹⁾ことになる。ゆえに、診療上の指示は命令、従属関係にあったともいえる。

1948年(昭和23年)「医療法」が施行され

た。連合国最高司令官総司令部(GHQ)の医療福祉分野を担当した、公衆衛生局PHW(Public Health and Welfare Section)、日本医師会、厚生省(当時)と協議し医療改革により「病院」と「診療所」を明確に定義した。それにより、日本型組織からアメリカの指導により病院は欧米型組織となる。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。しかしこの際、医師のみ部門別編成に同調せず、診療科別に細分化され、他職能は職能別に専門分化された²¹⁾。

図表1を基にタテの組織からヨコの組織への転換を説明する。診療科別のタテ組織は日本型病院で、一人の医師の医療から始まっている。はじめは、医師一人の診療でも対処できていたが、クライアントが増えたことから、まず看護職が養成され介助するも、医師と看護職だけでは担えなくなり、医師の業務が細分化されて職種が増えた。それに、専門別の医師も増えていった。その日本型組織のタテの組織を図表1に示している。ところが、石原(1980)によると、「こうした医師を頂点とする縦の組織は、昭和20年代から30年代にかけて、図にみられるような横の組織への転換をすすめて行くことになる。タテのからヨ

図表1 日本型(タテ型)組織から欧米型(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

コへの転換をリードしたのは、「業務分担の原理」という組織原理であった²²⁾と述べている。この業務分担は「日本型組織においては医師の手足的な存在でしかなかった技術職種は、組織内で独立した部門として、確固たる地位を確保している。従来、医師を頂点とした縦の階層組織にみられた封建的意識構造が組織転換に伴い大きく変革してきたことは事実（石原 1980）」²³⁾。

そして、石原（1980）は、図表1で注目すべきは、「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²³⁾」だと指摘している。しかし、「それに対しては、当初から医師側から強い抵抗があり、現在も続いている」としている。そのことについて説明すると、「私立病院において、医師の資本所有者的支配がなお組織のあり方を強く縛っているので、現在でも縦型の組織形態をとっている場合が多い（石原 1980）」²⁴⁾。この例として、図表1の医師の位置に医学部教授をおいてみるとそのことが理解されるであろう。なぜなら、

図表2では、医学部診療科別を示すことで、医師の支配力の強さが残っていることが理解されると思われる。

病院組織での活動は、ライン部門にある医師が、日本の医療体制である主治医制のもと、一人一人の医師の、診療上の指示決定に基づいて行われている。

多くの病院が、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、医師以外の職種は、職能別に部門化されて、ヨコ構造になっている。つまり、実際には、医師は診療科別のタテ構造であるのに対して、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。この構造は、明治維新後戦後まで続いた、しかし、診療科別のタテ構造は変化していない。

家里（2007）は、病院の組織構造を考える上で重要になるものとして、次の7点を挙げている。(1)管理範囲 (2)権限 (3)命令一元性 (4)ライン・スタッフ組織 (5)地位と役割 (6)医師の権限 (7)病院の権限構造である²⁴⁾。この中で注目すべきは、二重権限構造の存在

注1) 杉（1988）によると、戦前の診療科別タテ割組織では、「他の職員に統制権」を持っていた。そして、診療上の指示は命令とされ、医師以外の職種は従属の立場にあった。それが戦後、部門別組織に再編成されたことで、職能別に部門統轄の管理体制も確立して、医師には診療に関すること以外の統制権はない。

明治以降、診療科医長によって、医師以外の職種は全て統制されていた。1948年の医療法施行により、その体制から欧米型の部門別となり、医師以外の職種は診療科別に細分化され、各部門の所属長が説置された。しかし、医師のみが同調せず診療科別の体制を維持している。

注2) 医師以外の職種は、各部門長の管理下に帰属している。従って、組織図では医師に統制権は認められない。医師の診療上の依頼、協力関係を示している。

注3) 医師以外の職種は、部門別に細分化されて、水平な関係性を示す。しかし、医師は、診療科別であるためヨコの関係にない。さらに、医師の診療上の指示によって、全ての職種は検査・治療に関わる。

図表2 診療科別—医師（タテ型）
部門別—他職種（ヨコ型）
大学病院の場合（例）



〈出所〉橋本寛敏ら『病院管理大系』第1巻（1982）医学書院 p489
図V-33 病院組織の縦割りと横割り参照、一部加筆作成

である。

(1) 管理範囲

経営管理の範囲でいうと、企業との違いは診療部門・看護部門が特殊である。看護管理には保健師・助産師・看護師、准看護師、無資格である看護助手の職種が含まれる。人数は1看護単位と数えられるが、病棟の場合1診療科ベッド数(患者数)の看護度別の構成に基づき決定され、看護職の2交代か3交代の勤務体制によって決定される。確立された規定がないため、病院間によって看護要員人数には隔たりがある。

(2) 権限

看護職の場合、医療現場において二重権限構造になっていると言える。タテの指示・命令・報告・連絡ラインと日常業務の中では、治療に関わる診療では医師の指示のもとで運営されている。タテにおいては、部門別の所属長で、直属の上司である看護師長、副看護師長(または主任)、その上の看護部の副看護部長、最高責任者看護部長と、病院の最高責任者病院長というラインで指令がなされている。

(3) 命令一元性

垂直的な命令は、効果がある。病院業務においては、事務、薬局、検査部門など他部門との関わりなくして日常業務をこなすことは叶わない。この際に業務内容で新規の事項、またはトラブルが生じた場合などは、互いの統括する長同士の話し合いによる決定事項がスタッフに下ろされるのが常である。本論文の説明と逆になるが、階層的に命令系統をたどるという状況に適応しない。看護職が他部門より、水平的に命令が出される場合として、医師からの診療に関する指示がある。保健師助産師看護師法(昭和23年法律第二百三号)においては、「看護師は医師の指示のもとに」という一文がある。看護管理に関する命令指示と診療管理に関わる命令指示が存在するのである。

(4) ライン・スタッフ組織

この形態の根源は軍隊組織にあるといわれていることから、命令系統統一と専門化の利点を取り入れている。病院組織の場合、職種により部門化されている事で、機能別効果が明らかにされ自己の立場を自覚するのに確立された形態といえる。また、責任の所在を明確にしているといえる。しかし、この形態にも問題がないわけではない。専門化はそれぞれの部門間や集団、個人において葛藤や対立が生じる場合もある。それらを補完するものとして、各部門から代表を出して運営する各委員会がある。それらもまた、細分化され日常業務を圧迫する位の数であり、時間を要する場合もある。

(5) 地位と役割

ライン組織で構成されているため、地位は、組織目標を達成するための命令指示、責任行動を果たすために必要なものである。職能別で病院の経営目標のため職員個々の責任、役割を果たさなければならない。個人として、集団としての役割システムを展開していく場が、病院組織である。

(6) 医師の権限

病院全体の組織構造を見ると、各診療科別の科長を先頭にした、医師と看護部とが水平に配置される。これが、診療を行なう際の組織体制のトップは医師で垂直となり、看護職と他職種が水平の立場になる。しかしながら、そこに上司-部下の関係はない。あくまでも、資格の違いによる。「医師が、クライアントの治療のために、部下でない職員を指図できる権限の事を治療指示権限と呼ぶ。

病院においては、各診療科別に組織が構成されているので、最終責任は当該科の診療科長にある。そこには上司-部下の、階層関係が形成されている。

(7) 病院の権限構造

病院には、組織としての管理構造と医師の診療における権限がある。公的な大病院組織

の管理権限は、病院長が、組織の統括者としての権限をもつ。民間病院では、院長の上に理事長がいる体系で、理事会によって病院経営・運営がなされる体制をとるため、公的病院での院長の権限とは異なる。医師の診療権限は、治療を行なう際の体系によることとなる。

家里（2007）は、「医師以外の職員は、病院長を頂点とした、完全なピラミッド型の管理階層組織に入るが、医師はその組織から張り出した位置を占める」²⁵⁾と述べている。

この二重権限構造の関係について、石垣（2009）は、次のように述べている。「医療現場と組織において二重構造となっている。組織人としては、縦の指示・命令・報告と連結ラインになっている。しかし、日常の診療に関しては全て医師の指示により動いている」²⁶⁾。病院組織における、構造の特殊性といえる。ここまで、病院の権限構造について書いてきた。

病院は、専門性が高められより高度な質を追求できる可能性をもちながらも、鷹野（2003）によると、「独立性の保たれたセクショナルリズムの中で遂行することを「チーム医療」と捉え医師を頂点とする、階層制のヒエラルキーにおけるトップダウンの命令系統は、医療従事者間の相互理解を困難にした」²⁷⁾と指摘している。

杉（1991）もまた、「病院人事管理の問題として、管理的権限と専門的権限の2つの権限がある」²⁸⁾ことを主張している。具体的には、帰属する看護部門の看護部長（表記されていないが、直属の上司は看護師長）の管理的権限と、医師による診療上の指示という専門的権限を指している。だが、園田ら（1988）は、「医師による専門的権限は、業務遂行に判断の拘束を受けない、協力関係」²⁹⁾とみなしている。たとえば、図表3に示すように、医師の診療に関する指示は命令ではなく、依頼・協力であるということになる。

図表3 医師と看護職関係



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

2-3-1. 日本の「チーム医療」起源とされる病院の定義

病院は、山城（1980）らがいうように、「病院が医療の提供を目的とする社会的存在体であることは間違いない。しかし、医師が1人で医療活動を行う場合、そこにはまだ病院という概念は登場してこない。医師が複数存在することで、機能的に高いものになり、クライアントを入院させ診療を行うことが、診療実施の要件となる」³⁰⁾。

日本では、1948年「医療法」が施行されたことで、病院と診療所が明確に定義された。そして、欧米型の組織構造となり中央化がされた。これが、日本の「チーム医療」の起源となったといえる。それまで、川島（2011）によると、「診療に関連した諸業務、事務・会計・保険請求・調理・配膳・調剤・レントゲン撮影・小検査・清掃等々を看護師が引き受けていた」³¹⁾。とにかく、病院が中央されたことで、多職種により分業化されていく。

病院は次のように定義された。病院とは、「医師または歯科医師が、公衆又は、特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの」と規定されている。病院は、傷

病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜をあたえることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならぬ。(医療法第1条の5)この内容から、1人の医師による業ではなく、分業による組織活動であると示している。

第3章 「チーム医療」の理解

3-1. 「チーム医療」とは

3-1-1. 「チーム医療」とは

「チーム医療」とは、チーム形式による医療行為の形態のことである。ここでは、これまで「チーム医療」に求められているものについてまとめる。

「チーム医療」とは、「多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること（「チーム医療推進に関する検討会報告書」厚生労働省、平成22年）、「臨床現場における患者の抱える問題を解決するという共通の目的、達成目標、アプローチに合意しその達成を誓い、互いに責任を分担する補完的な技術を持つ高度な少人数の医療関係者集団というチームが行う医療（小山博史、月刊保険診療、2010年9月。P32）」、と言われている。要素は、高度に専門化した多様な職種の医療行為、クライアント、適切な提供、組織構造としての「チーム」である。ここでは、「チーム医療とは、高度専門化し多職種に分化した医療行為をクライアントに適切に提供するための組織構造（医療チーム）を用いた医療形態」と定義し、チーム医療に求められるものと、それを行うチームの機能をわけ、前者を3章で、後者を4章で取り扱う。

3-1-2. クライアント中心の医療への転換

医療組織では「チーム医療」の呼称が使用され、一般的に「チーム」が使われている。

「チーム」と言いながら医療組織のチームに求められているものとは何か。まず、細田(2009)によれば、1962年雑誌『病院』で医療従事者の人間関係がテーマの座談会で、「チーム」の用語が使われている³²⁾。次に、草刈(2011)によると、昭和35年(1960)看護師の、全国規模の病院ストライキを契機に、労働環境整備のため、「病院経営管理改善懇親会」が設置される。そして、この翌年、「病院経営管理の指標」で、人間関係の重要性など、『「チーム医療」という言葉が示されていた(第1回日本看護評価学会学術集会の基調講演より)』と述べている。このように、「チーム医療」の呼称が使用されるようになってからは、専門性ではなくて、協働、コミュニケーションに趣が置かれていたといえる。ところが、山本(2014)は、「組織の成果を決定する要因になるとして、病院は施策の一つとして、「チーム医療」を導入、1970年代から患者中心主義という新しい医療の考え方を表現する用語として、使用され始めた³³⁾」という。それまでは、「組織医療」「医療チーム」「チーム診療」等の用語により、多職種協働を表していたのである。それに、伝統的チーム形態として多職種チーム(multidisciplinary team)と呼称されていた時代がある。ここでは多職種の独自性を重視する。これは用語として一般的には余り使われず、現在「チーム医療」が主に使われている。このように、医療組織のチームは、専門性の協働を重視するようになってきている。

病院組織は、職能が異なる医療専門職により構成された組織である。その職能は分業化され、「独立性の保たれたセクショナルリズム」で連携不足が、鷹野(2003)により指摘されている。だからこそ、職種間が連携をとり、組織の成果をあげる、「チーム」に期待がもたれたのであろう。

長らく日本の医療は、医師-看護職-クライアントの従属関係から、医師中心といわれて

きた。山本（2014）は「1970年になりクライアント中心主義の考え方を表現する用語として、「チーム医療」が使われた」という。しかし、浜町（2005）によると、1972年に橋本・吉田による「病院管理体系第1巻」の中には、「主治医中心のチーム医療」と書かれているという。このように制度や、新たな変化が生じたとしても、医師と看護職関係の背景には、指示による従属関係の考え方は大きな影を落としているといえる。ところが、「インフォームド・コンセントによるクライアントの権利が尊重され、クライアントもチームの一員とする（浜町 2005）」考え方が、「チーム医療」の必要性を高めている。このように、医師中心の考え方をクライアント中心に変換していくことができないというところが、阻害要因になっているとも考えられる。

2009年8月に厚労省が「チーム医療推進に関する検討会」を始めるまでは、「主治医をチームリーダーとして、看護師は医師の指示に従う、患者は医師を信頼する（橋本・吉田 1972）」というのが「チーム医療」として、認識されていた。しかし、厚労省がクライアント中心の考えを示したことで、「医師中心の従来の医療体制ではなく（看護大辞典）」の文言が示しているように、「チーム医療」の中心はクライアントでなければならない。

高橋（1979）は、医療とは、「クライアント個人の、社会生活に伴う制約の範囲内で行われる医術の実践で、個人を対象として行う方法が医療である」³⁴⁾と述べている。一方、蒔（1992）は医療とは、「医療従事者の専門的な能力の展開である」と述べている。

医療法第1条の2〔改正平成13法153〕によると、「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」とある。その分業には、クライアントを重視した専門性が選択

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といえる。

3-2. 医療専門職と権限の違いの存在

3-2-1. 医療チームを構成する医療専門職

まず、医療専門職の分業に至る以前、医療行為はかつて、1人の医師によって行われていた。医学の発展に伴い、その医師の医療行為の専門分化から、看護が分化して看護師が養成され、科学・医学の、医療の発展に伴い、新たに医療専門職が誕生し分業の形態となった。蒔（1992）によると、「多くの、医療専門職は、医師の医療行為から、歴史的に業務分化した」³⁵⁾。この分化について、さらに、「生産力が高められたことが、産業革命後の社会的条件は医師自身にも分化を必然的にもたらした。この専門分化はその後の近代医学・医療の進歩をもたらす重要な契機になっている（蒔 1992）」と述べている。

その分化により、「チーム」を構成するメンバーはわが国では主に医療専門職で師か士のいずれかを有している。そして、国家資格・都道府県知事の資格免許をもつ。医療専門職者だけで、「医療」を遂行するわけではない。組織として、業務を円滑にして、サービスの質を高めるために、「チーム」構成メンバーには、図表5に示すように、医療専門職者や医療従事者以外の、給食・洗濯・清掃など病院職員や外部職員なども配置されている。従って、病院活動は多様な役割分担により構成されている。

次に役割分担の根拠として、法制度による資格の違いがある。その資格によって、職能が異なるため権限にも相違がある。

今回、「チーム医療」に関わる医師と看護職についての職能と権限、教育年数やチームの中の役割を図表3にまとめた。ここでは、医師と看護職の役割の違いである、職能と権限について、医師法と保健師・助産師・看護師法を提示する。

法制上、医師は、医師法（昭和23年法律第201号）第4章第17条「医師でなければ、医業をなしてはならない」。また看護職は、保健師・助産師・看護師法（昭和23年法律第203号）により、総則第2条「保健師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、保健指導に従事することを業とする者。総則第3条「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、褥婦若しくは新生児の保健指導に従事することを業とする者。総則第5条「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者。総則第6条「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師・歯科医師又は看護師の指示を受けて、前上に規定することを行うことを業とする者とされている。同法において、第37条「保健師・助産師・看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、（中略）衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」と医業に関する行為を禁じられている。

水本ら（2011）は、「現状の「チーム医療」の実践には、専門性も教育課程も別々である、複数の医療専門職同士の連携・協働がうまく機能しない場面が問題となることがある」³⁶⁾と述べている。その専門性・教育課程に関しては、図表4にまとめた。

その他の主たる医療専門職者は、その名所のみを記す。国家資格者は、薬剤師、管理栄養士、作業環境測定士、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、救命救急士、歯科衛生士である。そして、都道府県知事免許者は、栄養士で、その他の認定による資格に、食品衛生管理者、健康食品管理士、衛生管理者、産業カウンセラー、臨床心理士、歯科技工士、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士、診療情報管理士、医療秘書、医療事務、医療経営管理事務、ケ

アマネジャー、介護福祉士（ケアワーカー）がある。

ここに示したように、「チーム医療」は、クライアントのニーズに対応できる資格を保持する医療専門職者たちの多職種協働である。資格による権限の違いに関しては、指示の解釈について法制の正しい認識が必要だと考える。

3-2-2. 「医療チーム」の構造

長らく、医師の指示に従う関係の中で、医師を中心に医療は為されてきた。しかし、わが国では医療構造の変化により、高齢化とそれに伴う慢性疾患の増加、先進医療の進歩、インフォームド・コンセントの必要性などにより、クライアントとその家族も、チームの一員という認識が高まるまでになっており、図表5に示すように、クライアント中心の「チーム」構造となってきた。クライアントを輪の中心として、医療専門職は図表6に示すオール・チャンネルで、図表7に示すように相互にコミュニケーションをとりあひながら、目的達成に向かう必要がある。

3-3. 「チーム医療」でのコミュニケーション障害

「チーム」の中での医師と看護職間のコミュニケーション障害は、重大な医療事故の原因にもなっている。クライアント中心の医療を考える上で、医療安全の観点から、最重要の問題である。

竹田（2009）の研究によると、コミュニケーション内容に職種による違いがあるという。医師は『「医学的情報伝達」で、看護師は「クライアントの生活上の要望や医学的な情報」がコミュニケーションの中心であった（竹田2009）』³⁷⁾。チームにとって、不可欠な「チーム医療」におけるコミュニケーションは、どのような性格のものなのであろうか。

有田（2014）は、「医療従事者間のみならず、

図表4

職業	職能・権限	年数	「チーム」での役割
医師	医師法第17条 「医業独占」 医療・保健指導	6年間就学で、基礎・臨床・社会医学、臨床実習、共用試験。厚生労働省による医師国家試験合格後2年間研修。実質教育年数8年間。 厚生労働大臣免許。	・医療の内容・過程・結果を理解、把握し医療がスムーズに遂行されるよう統率する。 ・医療における最終責任者。 ・クライアントを中心とした医療者の一員であると同時にその核となるべき存在。
保健師	保健師・助産師・看護師法総則第2条 「名称独占」 健診・検診、健康教育、保健指導・健康相談、家庭訪問	看護師教育修了者が教育を受ける保健師学校1年と、保健師・看護師統合カリキュラム4年間で、両方の受験資格を得るもの。厚生労働省による保健師国家試験。厚生労働大臣免許。	・早期発見から医療につなげる ・保健指導 ・退院支援 ・在宅ケアマネジメント
助産師	保健師・助産師・看護師法総則第3条 「独占業務」 助産、妊婦健診、褥婦・新生児ケア	看護師資格取得後、1年間の養成学校・専攻科、又は2年間大学院就学後、厚生労働省による助産師国家試験。厚生労働大臣免許。または、看護大学就学後、看護・助産師免許取得試験。	・個人の安全、幸せな出産・子育て支援、女性のライフサイクル全般の支援。 ・女性の潜在能力引出、生命生み出し養育する次世代に関わる役割。
看護師	保健師・助産師・看護師法第5条 「療養上の世話又は診療の補助」 ・診療機械使用 ・医薬品の投与	・専門学校（3・4年制） ・高等学校5年制 ・短期大学3年制 ・大学4年制 厚生労働省による看護師国家試験。 厚生労働大臣免許。	・チームの方針とクライアントの日常生活支援とをつなぐ。 ・他職種との連携推進。特に退院前には、必要な職種の支援を考え、医師と共に、チームの基盤作りの中心的役割を担う。クライアントとその家族の状況に関する情報共有推進。 ・ケアのアドバイザー
准看護師	保健師・助産師・看護師法第6条 「医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、療養上の世話又は診療の補助」 ・医薬品の投与	・看護高等課程 ・准看護師科（2年制） 都道府県知事免許。	・チームの方針とクライアントの日常生活支援とをつなぐ。 ・他職種との連携推進。
専門看護師	特定の専門看護分野の知識及び技術を、複雑・解決困難な看護問題持つ個人、家族・集団に水準の高いケアを効率よく提供。	看護師免許取得者。 公益社団法人日本看護協会認定。 *11分野（2012.7月現在）	・実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究。
認定看護師	特定の専門看護分野において、熟練した看護技術・知識で水準の高い看護実践ができる。	看護師免許取得者。 公益社団法人日本看護協会認定。 *11分野（2012.3月現在）	・実践・指導・相談。

『実戦チーム医療論』水本清久他「各専門職の職能と医療従事者のとらえるチーム」（2011）pp14-43 抜粋参照、
『新版医療情報』p133 表3.3.3 看護部門の職種と主な業務参照。一部簡略・追加修正にて作成。

クライアントやその家族を含める「チーム医療」のコミュニケーションは一種の異文化コミュニケーションであり、一筋縄ではいかないのが現状である³⁸⁾と述べている。その医療現場の実際を説明すると、チーム構成員(図表5)は、一人のクライアントに対して、他職種の医療専門職が、直接・間接的に関わる。だから、円滑なコミュニケーション手段の一つとなる、コミュニケーション媒体として、国公立などの病院組織では、情報伝達手段として、どこにいても、多職種が直ぐに閲覧できる電子カルテ化されているが、多くの医療施設では、紙のアナログ媒体であるため、医師カルテを見るのにも簡単ではない。このことも含めて、クライアントの回復に向けた目標達成のために、情報共有と共通理解のためには、ソフト面では、力関係によるコミュニケーション不足、ハード面では、施設によってクライアントを取り巻く情報に関する設備の不備など、コミュニケーションに影響する要因が現状にはあることが問題であることが分かる。

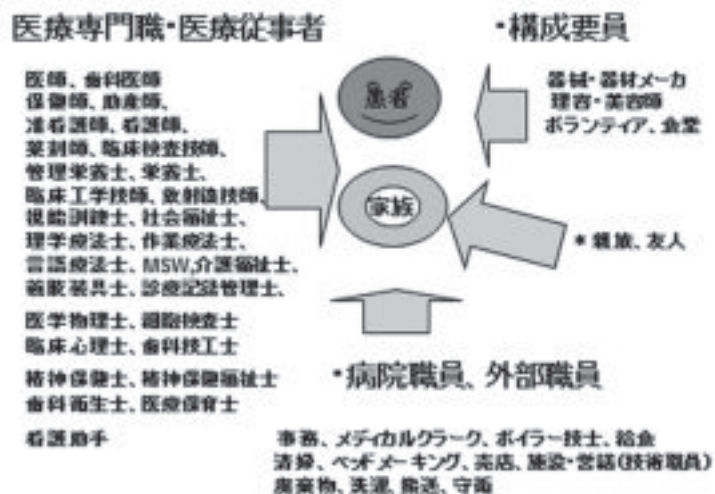
3-3-1. 医師と看護職間にある問題

前項で、「チーム医療」においては、「お互

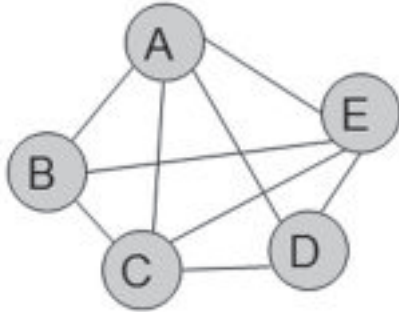
いのコミュニケーションがその要」とされる点にふれた。しかし、実際には、階層意識によると考えられる「力関係」により、コミュニケーション障害の問題が生じていると思われる。では、コミュニケーション障害の問題が生じるに至る歴史から、医師と看護職間の問題を明らかにする。

医師と看護職関係は、戦後の病院制定を機に部門化されたことにより、戦前の組織構造による管理体制とは大きく変化している。その経緯は、第2章日本の医療組織でも触れているが、戦前、看護師は各診療科医長の下に配属されており、指示命令という上下・従属関係にあった。それが、戦後、病院が確立されたことで、看護師は看護部門で独立して、総婦長という管理職能が設けられた。病院組織図では医師と並列である。互いの歴史から、萩原(1983)は、「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」³⁹⁾と述べている。そして、高橋(2010)は、この両者が「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、現在でもこれに明快な解釈を下す人は少ない」⁴⁰⁾と述べている。この背景にある要因を中島(2008)、笠原(1999)らは、医師の場合、所属する病

図表5 医療チーム構成員



図表6 オール・チャンネルコミュニケーション



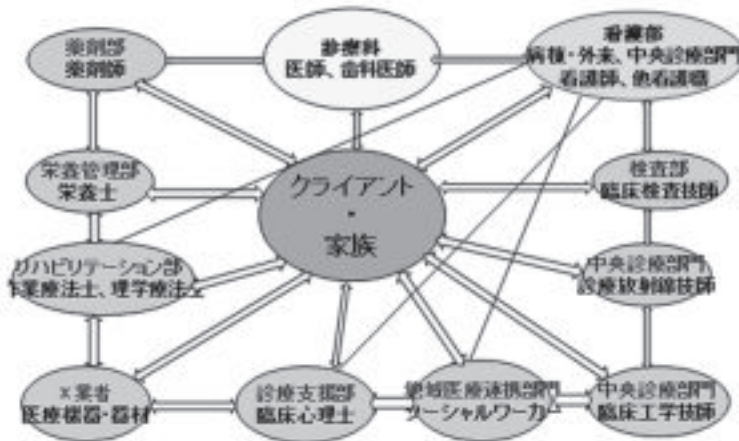
Leavitt (1951), Guetzkow=Simon (1955)
 出所；加護野忠男 (1980)
 『経営組織の環境適応』P121 図3-2 代表的コミュニケーション・ネットワークより抜粋

院よりも、「医師会という職業団体の他、出身大学医局、専門医学会など複数の準拠集団という医師会よりも重要な存在がある。大学医局制は、日本的なタテ社会組織原理が働く組織として、医局の独立性の高さ」⁴¹⁾を指摘する。

病院では、医師と看護職は共に24時間クライアントの医療と生活の場に直面している、クライアントの身近な存在である。そこで、身近にいる医師と看護職関係において、「医師と看護婦関係をどう表現するか」という質

問での調査研究がある。この研究の発端は、米国医師 Leonard. I. Stein (1967) による論文、「The Doctor-Nurse Game」をもとにした調査である。このゲームを説明すると、「医師は看護婦よりも優位に位置するという、伝統的で階層的な認識を前提としている」が、日常場面での、医師と看護職関係では、必ず医師の権限に従う構図にならないというものである (Stein 1967)⁴²⁾。ここから分かったことは、若年医師対ベテラン看護師に対して、医師が看護師の助言を求め、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、助言を求められた場合、その医師が提案したようにヒントを提供する。医師も助言を求めているようにはみせないで、ヒントを求めていることを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。これ

図表7 クライアント-医療専門職者関係



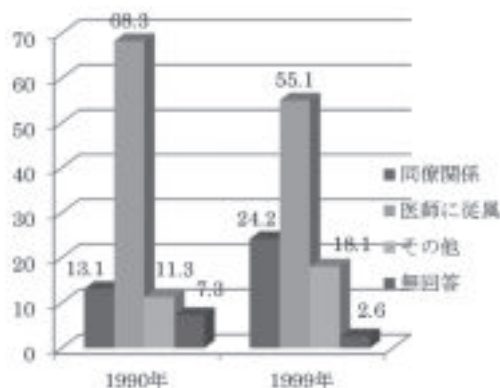
水本清久ら編 (2008) インタープロフェSSIONナル・ヘルスケア『実戦チーム医療論』実際とプログラム医歯薬出版株式会社, p069 図3 問題解決型コミュニケーション参照にて作成

をもとに、米国の看護雑誌『Nursing90』で、実態調査し、それらをさらに基にして、日本の看護雑誌 Expert Nurse で調査を行った。

「医師に従属」1990年(調査母数558人)68.3%，1999年(調査母数886人)55.1%。「同僚関係」1990年13.1%，1999年24.2%。(図表8)

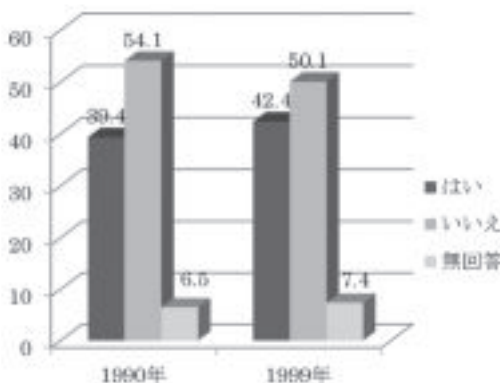
「医師は、看護婦をパートナーだと思っているか」はい1990年39.4% 1999年42.4%，いいえ1990年54.1% 1999年50.1%，無回答1990年6.5% 1999年7.4%。(図表9)

図表8 医師-看護婦関係をどう表現するか



Expert Nurse Vol. 16 No. 1 January 2000 1月号
特集「変わりましたか？ 医師との関係」小学館通巻212号 p41 表参照にて作成

図表9 医師は看護婦をパートナーだと思っているか



Expert Nurse Vol. 16 No. 1 January 2000 1月号
特集「変わりましたか？ 医師との関係」小学館通巻212号 p42 表参照にて作成

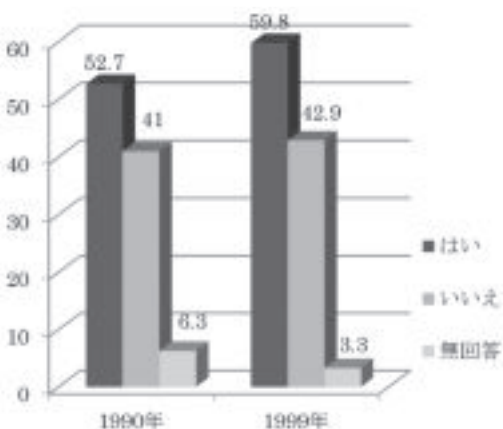
「看護婦は、自分たちを医師のパートナーだと思っているか」はい1990年52.7% 1999年59.8%，いいえ1990年41.0% 1999年42.9%，無回答1990年6.3% 1999年3.3%。(図表10) (Expert Nurse vol. 16 No. 1 January 2009 pp36-41)

この数値だけでは言いきれないが、「医師に従属」が半数超で、「同僚関係」の数値が低いことから、医師に対し看護職は上下・従属関係が存在しているといえる。

Stein は20年後の1999年、再び同テーマで関係を論じている。その中で医師の優位が弱まりつつあり、関係性に変化が生じていると述べられたとある。しかし、Expert Nurse による調査結果だけをみると、半数以上は階層意識があるといえる。

筋(1992)は、「「チーム医療」の正しい実践を考えると、中心となる医師がその役割を正しく認識し、発揮すること」の重要性を説いている。一方で、必ずしも、医師と他職種の関係がうまく機能するわけではないことも指摘している。その要因に「医師の特権的身分の問題、今日医師に求められる機能につい

図表10 看護婦は自分たちを医師のパートナーだと思っている



Expert Nurse Vol. 16 No. 1 January 2000 1月号
特集「変わりましたか？ 医師との関係」小学館通巻212号 p42 表参照にて作成

での職場での認識の差異と議論の不足」を挙げている。

「チーム医療」が推進されていることで、チームとして、医療を行うには、各職能の協力と連携が求められている。そこには、クライアントを中心として、専門性を発揮することで、機能的にチームが動き、「最終判断は医師の総合判断として統一して進める（荻1992）」ことが正しい実践だと説いている。しかしながら実際には、従属関係が認識されている。その原因として考えられることとして、「医師の側に、医師以外の職種を、医師の単なる業務補助的に考える視点が長く存在してきた（荻1992）」ことがある。さらに次のことから、医師との「チーム医療」のコミュニケーションの困難さがある。「医師は、主治医制のために、共同意思決定が不慣れである。自身の経験に基づく判断を重視する。そのため、「チーム医療」には不向きである。そして、それは医師から医師へ、その思考方式は受け継がれる。チーム医療推進の阻害因子となりうる（2013.第15回日本医療マネジメント学会学術総会。当時市立敦賀病院副院長杉浦良啓）

しかし、医療を受けるクライアントにとっては、多職種が専門性を発揮して、協働・連携する「チーム医療」の医師と看護職の身分関係は無関係なのである。

3-3-2. 医師と看護職間のコミュニケーションの重要性

「チーム医療」での医師と看護職間のコミュニケーションの重要性は、重大な事故に繋がることは前述している。医師と看護職関係は、指示関係でもあることから、指示（order）に関して、加藤（2008）は、「看護師の業務は、医師の指示に依存せざるを得ない。また、クライアントや家族に関する情報を、正確・迅速に医師に伝える義務を負い医師と看護師は、クライアントの治療にあたり相互

依存関係にある。両者のコミュニケーションは、治療において不可欠、且つ重要な要因として認識。治療の遂行には医師と看護師とのコミュニケーションに大きく左右される」⁴³⁾と述べている。そのコミュニケーションを確保する機会として実際の方法が、カンファレンスである。カンファレンスは、「チーム医療」の重要な基盤となりうる、公式の話し合い、検討の場である。そのコミュニケーションの機会は、各医療機関により様々であるが、多職種間で、治療や状況に関する情報共有する場になる。状況によっては、クライアントや家族も参加する場合もある。そのため、コミュニケーションはフラットである必要がある。

医師と看護師が行動するためのフォーマルなコミュニケーション方法として、カンファレンスの他に用いられるのが、指示（order）・連絡・記録・相談・報告である。（看護管理2013）また、情報手段として、電子カルテシステムなどの記録がある。カンファレンスの際にも、これらを用いた場合あらかじめ情報共有されていることで、問題解決がスピーディに図られる。その一方で、従来の紙カルテでは、院内内のすべての部署での、情報共有化が困難である場合が考えられる。

3-4. 「チーム医療」の困難さ

いくつかの問題をみても分かるように、「チーム医療」は、愛育病院医師の加部（2004）によると、「医師を頂点にした医療従事者間の支配-被支配関係や、医師とその他の職種間の従属関係として認識され、とくにわが国では、医師の指示（order）権限が絶対的な強さを有することから、各専門家が対等に参加する機能的なチームワークの展開は困難である」⁴⁴⁾と考えられてきているようだ。

鷹野（2003）は、次のように「チーム医療」の困難さを指摘している。「各々の医療従事者が国家資格により規定された医療業務を、

独立性の保たれた関係性セクショナルリズムの中で遂行することを、「チーム医療」として捉えてきた。医師を頂点とする、メディカルスタッフの階層制ヒエラルキーにおける、トップダウンの命令系統は、医療従事者の相互理解を困難なものとした⁴⁵⁾。そして、「スタッフ間の連携不足(情報共有されない状況)が、医療過誤の要因のひとつとして認識されるに至る」と、これまでの「チーム医療」の形態を論じている。

事例(加藤 2010. 2012)を提示すると、1999年横浜市立大病院患者取り違え事故の事故調査報告書には、医師と看護職のやり取りは2回だけであった。事故の背景には、「チーム内の意思疎通が不十分であった。専門分野の範囲内で個々に機能しており、相互の連携が乏しかった(事故調査委員会報告書平成11年3月からの抜粋)」ことが示され、チーム医療の困難さが分かる。

加藤(2010)は、J-HPES分析方法を用いて、潜在要因を個人・チーム・組織の視点からミスのつながりと事故に至る共通性を見出し、背後要因を抽出した。その結果、「チーム」の原因として、成員間の相互作用に関連して5点挙げられた。1) 相互のコミュニケーション不足(相互作用の欠落)、2) 権威(影響力)、3) 権威勾配、4) 職責重視、専門性の追求、チームワークの硬直化、5) 集団の凝集性の低下であった。さらに、他の二つの要因に関しても列記しておく。個人要因には、人間関係として階層意識が、そして、組織要因には、組織構造として、セクショナルリズム、タテ社会による“指摘しづらい”、権威への従属が抽出された。これらのことから、コミュニケーションが不足すると、クライアントの安全を脅かす医療事故につながるということが明示された。ここからも、「チーム医療」の問題には、医師と看護職間の階層意識があり、コミュニケーション障害が生じ、クライアントの不利益を招く問題があることが分かる。

日本では、この取り違え事故が発端となり、社会的に医療安全に関する関心と不信が高まり、嶋森ら(2003)によって、コミュニケーションエラーの発生要因に関する研究が行われた。この研究は、2002年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業によるものである。368事例のエラーの報告をもとにしている。ただし、研究目的がコミュニケーションエラーの要因分析で、その防止対策である。そのため、「チーム」の医師と看護職関係において、指示内容の出し方など、伝達方法に主眼を置いたものである。

368事例のエラーの背景要因の内訳で、医療従事者間の情報伝達に関連する要因は、81事例であった。医師と看護師間では24件となっている。「看護業務改善による事例防止に関する学術的研究～エラー防止および医療チーム研修の導入の効果～平成14年度 総括・分担研究報告書 平成15年4月参照・抜粋)

これらの先行研究を見ると、階層意識が問題点として挙げられている。また、患者取り違え事故という重大な事故の報告では、医師と看護職間のコミュニケーション障害が重大な原因のひとつとして、問題視され、指摘されてきている。その後、階層意識による弊害は、解消されたのであろうか。本論文では、制度的原因などから、未だ、上下関係の階層意識は解消されていないこと、したがって、コミュニケーション上の問題が継続して生じること、看護職が医療現場で、対応することになろうけれども、限界があると思われる。

3-4-1. 医師と看護職間の階層意識

学歴や資格要件の違いと医師の裁量権、指示権の問題と、医師法第17条、保健師・助産師・看護師法第5条、37条には、「医師の指示のもとに」が、必ず入るという制度上の問題を要因として、階層意識が生じる可能性が考えられる。ここでは、医師の指示が医師とそ

の他の職種間の従属関係と認識され、意思伝達は「命令」であるという権限の強さが階層意識となり、チームの機能の弊害となっている可能性があることに関して触れる。

「チーム医療」が、新しい医療の考え方を表現する用語として使われはじめた1974年、国立病院医師である日比は、医師と看護職の役割分化から、「チーム医療」という用語を用いている。また、医師と看護職関係でのコミュニケーションに関して、「長年の医療の歴史で、常に医師は絶対的権力者として支配する関係を保ちつづけてきた。支配者と被支配者との間に成立しうるコミュニケーションとは何であろうか。その間に成立しうる意思の相互伝達とは、支配者の被支配者に対する意思伝達は「命令」である」と述べている。

繰り返しになるが長らく、「チーム医療」の考え方として、愛育病院医師の加部（2004）がいうように、「医師を頂点にした、医療従事者間の支配-被支配関係や、医師とその他の職種間の従属関係として認識され、とくにわが国では、医師の指示（order）権限が絶対的な強さを有することから、各専門家が対等に参加する機能的なチームワークの展開は困難であると考えられてきた⁴⁶⁾」と述べ、聖路加国際病院院長石川は、「医師とスタッフが主従の関係になってしまったら、それぞれの専門知識を活かすというチームの機能は発揮されない」と述べている。この意見に付随するのが、「医師がトップでリーダーという意味ではなく、チームの一員としての自覚をもたないと「チーム医療」はやりにくい（富田2010.7月第60回日本病院学会シンポジウム。当時岐阜市民病院院長）」と述べている。3人の医師による発言から、職種間の従属関係がチーム医療における、大きな問題ということがいえる。

ここまでの、医師による発言から、医師は専門職（Profession）とされていて、職業威信が高いとされていることが理解できる。ここ

でいう専門職（Profession）とは、Greenwood, E. が示す1) 技術を支える体系的理論, 2) 専門的権威, 3) その権威の社会的承認, 4) 倫理綱領, 5) 専門的文化が充足している職業の5つを規定している（「保健・医療の組織と行動」垣内出版1979. p29）。

塚原（1979）は、医師は専門職（Profession）の基準に該当し、自他ともに認めているという。そこで、医師は完全専門職（Full profession）といわれる職業威信と、教育体系の違いと法制上の職能と権限に基づき、「医師の指示のもと」にあり、準専門職（semi profession）といわれているのが看護職である。ここでは、医師と看護職関係において、病院の歴史と、さらには、クライアントの診断・治療に関わる医師と、生活に24時間関わる看護職との関係性は、医療において重要と位置付ける。その関係性が「チーム」の行動に大きく影響をもたらし、クライアントに不利益をもたらす可能性がある。このことから、完全専門職（Full profession）の医師、準専門職（semi profession）といわれている看護職について説明を加える。

専門職は、通常上位にある職業と位置づけられ、「高度の学識と訓練に基礎づけられた、秘儀的な専門技能サービスをクライアントの求めに応じて有償で提供する、本来的には奉仕性と倫理性とが要求され、それゆえ社会的威信の程度がきわめて高い職業である」。さらに、北川ら（1984）は、「専門職業団体は自主的に倫理コードを制定していることが多い⁴⁷⁾」と述べている。

日本で医師が専門職で、権威として扱われるようになって、100年弱である。菅谷（1981）によると、「明治39年の医師法施行後、医師は医専か医大卒に限定された大正5年以降で、日本社会の学歴重視により、社会的身分⁴⁸⁾が高められるようになったという。そして、20世紀半ば以降の社会学者 T. Parsons や E. Freidson により、医療専門職は医師と

している。特に、Freidson (1992) は、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」としている⁴⁹⁾。そして、「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」としている。一方、このFreidsonには批判もある。進藤 (2006) は、著作表題の「professional dominance = 専門家支配」こそが、医療というフィールドの「関係構造を搾取と抑圧を想起させる「支配」という用語で象徴させた点について、科学的知識に基づく人間的苦悩の除去・緩和というそれまでのステレオタイプ化した医療観の転轍を示しているといっていだろう⁵⁰⁾と述べている。そして、日本の場合、法制上医業独占からなる、「医師の指示」の文言が、医師を中心とした階層構造が成立していることも指摘している。しかしながら、Freidson が「professional dominance」を出版したのは1970年である。日本の歴史から鑑みると、すでに階層構造は存在していた。このFreidsonより遡って、進藤 (2006) によると、「近代の嚆矢となった専門職研究の著作 (Carr-Saunders & Wilson, 1933)」⁵¹⁾がある。この中に、専門職 Full profession の特性が4つ挙げられている。①長期訓練により獲得された専門的技術 (体系的理論的知識)、②特別の責任感情 (倫理要綱)、③専門職団体の結成、④固定報酬制度 (非利潤追求) である。この後、A. Etzioni (1969) は、病院を専門職組織と位置づけ、先の特性を具体的に示し、医師、看護職に照らした表現がみられた。それは、A. Etzioni (1969) によると、次の事項を専門的権限に挙げている。「生死の問題と秘密保持の責任、あるいはそのいずれかを含む、かつ知識伝達というより創造・応用されるものにあてはまる」⁵²⁾。そして、5年以上の教育機関に基づき Full profession, 教育機関が5年未満を semi professions と称している。これによると、医師は、教育

期間は6年制であること、治療方針・生死の専門的決定権があるため Full profession。看護職の教育期間は、教育機関により異なるが、5年未満であることと、生死の専門的決定には直接は関与しないことで semi professions となる。

専門職の特性と、専門的権限を医師と看護職に照らし合わせると、教育期間と専門的決定権が異なる。しかしながら、専門的知識・技術、職業倫理・守秘義務、職能団体、知識伝達では合致する。そして、非利潤には、クライアントの利益追求に最善を施すことを含有していることは、なにより共有しているといえる。

杉 (1988) によると、戦前の診療科別タテ割組織では、「他の職員に統制権」⁵³⁾を持っていた。そして、診療上の指示は命令とされ、医師以外の職種は従属の立場にあった。それが戦後、部門別組織に再編成されたことで、職能別に部門統轄の管理体制も確立して、医師には診療に関すること以外の統制権はない。そのことからして、医師と他職種の関係性は変化するはずである。

それに、病院は「開設主体、経営層は、総合的な運営と管理の方針は意思決定しても、組織の末端に位置する医師1人1人が主治医として診療上の決定を行い、それに基づく指示が他の協力的機能部門に出されることで、病院の組織医療が展開する (杉 1988)」。

萩原 (1983) は、医師と他の職種らの関係は、命令-実施関係にあるとし、医師が意思決定を行う位置を確保している。すなわち、「チームの関係は、協働における分業-機能分化における役割配分-上の位置によるものである」⁵⁴⁾としている。よって、「医療の分業の特殊性は、統制が医師により行われる (萩原 1983)」と指摘している。そして、「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づけられている (萩原 1983)」。医師は専門職の立場を確立して、そ

れ以外の職種は分業の部分を担当形態で協働しているのだという。

佐藤（1981）によると、「クライアントの欲求充足は、専門職業者の目的達成につながり、且つまた専門職業者の目的達成はクライアントの欲求充足につながる⁵⁵⁾」。また、「その行為をとおしてのみ、クライアントの信頼を獲得できる」と述べ、「専門職業者の責任の問題は、つねに彼の行為プロセスとその結果に対する責任の問題である（佐藤 1981）」という。つまり、身分関係とは無関係で、専門職資格による責任である。このことは、図表3に示すようなヨコの関係で、依頼・協力関係といえる。

蒔（1992）によると、『「チーム医療」の正しい発揮のためには、各職種の職能が機能的に働いていること、そして専門性や独自性をもちながらも最終判断は医師の総合判断として統一してすすめられることが大切』と述べている。この「最終判断は医師」というのは、医業の独占を根拠とするものである。『「チーム医療」は基本的に技術過程のありかたの問題で、どのように各職種が連携して、一人のクライアントに対応するかの問題である。それぞれの医療者の身分関係とは無関係のことである（蒔 1992）』。

岩崎（2010.前出）は、「職種間の知識・技能を含む学歴や、資格要件の違いによる弊害が現場にはあるのではないか」。それともう一つ、「医師の裁量権、指示権にも問題がある。医師法第17条、保健師・助産師・看護師法第5条、37条には、「医師の指示のもとに」が、必ず入っている。これが「チーム医療」を阻害しているのではないかと指摘している。そして、この法制度により、階層意識、従属意識を暗に強めていることも歪めない。第3章3-4-1で、進藤（2006）が指摘しているように、「医師の指示」の文言に医師を中心とした階層構造が成立している。このことも、阻害要因になると考える。

その法律は共に、昭和23年制定以来、改正がなされてはいるも、旧態依然としていることからである。それもあり、「医師が提起しなければ、だれも提起できない問題」そして、「タテ割が残っている限り、ヨコの連携はできない」とも述べている。この発言から、医師も巻き込んでの阻害要因の克服が必要であるということが出来る。

第4章 「チーム」と「チーム医療」を阻害する階層意識

4-1. 「チーム医療推進」への厚生労働省の動き

「チーム医療」とは、チーム形式による医療行為の形態のことである。ここでは、これまで「チーム」と「チーム医療」に求められている機能についてまとめた。

本論文の「チーム医療」の定義は、「高度専門化し多職種に分化した医療行為を患者に適切に提供するための組織構造（医療チーム）を用いた医療形態」であった。そこに求められる機能は、高度専門化した多数の医療担当者特定の患者の医療に向けて努力を集中させることであった。こうした形態をもった組織構造がプロジェクトチームである。プロジェクトチームは、職務横断的編制により、組織都合を顧客都合に変えた組織形態である。本論文において、「チーム医療」の「チーム」とはプロジェクトチームを指すものとする。4章では、まず「チーム医療」の重要性が増していることを行政の動きから理解し、「チーム医療」の誕生の経緯を再確認する。その上で、チームについて考察したうえで、プロジェクトチームの機能不全の観点から実際の「チーム医療」の機能不全の研究から確認をした上で、「チーム医療」の機能不全のメカニズムを提示する。

医療現場の状況が大きく変化したのは、2000年12月医師法が改正され、医師の卒業

臨床研修2年必須となったことが契機である。そして、医療法も第1次～第5次と改正された。一方、医療現場の疲弊や離職などで医師・看護師不足が問題となった。そのことは、医療事故を誘発する要因になりうると危惧される。そこで、「チーム医療」による効率性への期待がもたれた。

厚労省が初めて、公式に「チーム医療」の名称を示したのが、厚生白書の1987年昭和62年版である。「(1)サービスの総合化とチームによる対応(チーム医療の推進)に関し、これまで医療における人間関係は、医師1人対クライアント1人という、1対1の関係が中心と考えられていたが、医療技術の進歩や医療内容の高度化、複雑化に伴い、主治医を中心に、複数の医師及び医師と看護師、その他コ・メディカルが業務を分担し協力する「チーム医療」が次第に一般化しつつある」。このように提示されてから、推進への動きは2009年(平成21年)にみることができる。同年8月～2010年(平成22年)3月迄、全11回「チーム医療推進に関する検討会」が厚労省により実施されている。そこで、「チーム医療」推進のため、厚生労働大臣のもと、有識者で日本の実情に即した医師、看護師等の協働・連携の在り方の検討会を開催。その報告書が平成22年3月19日にまとめられた。そこには、「我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医師や看護師の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須」としている。

報告書の概要には、「チーム医療」の基本的な考え方が示されている。それによると、「チーム医療」とは「多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」である。

4-2. 「チーム」が求められる経緯

4-2-1. 日本で「チーム医療」を取り入れる経緯

第2章2-3-1の項でもすでに述べたように、1948年、病院が定義されたのが、わが国の、「チーム医療」の起源である。それまで、「診療に関連した諸業務、事務・会計・保険請求・調理・配膳・調剤・レントゲン撮影・小検査・清掃等々を看護師が引き受けていた(川島2011)」⁵⁰。それらは、その後病院の中央化で多職種に分業化されていく。

さらに、戦後の死因の上位が結核や肺炎・気管支炎から、脳血管疾患・悪性新生物・心疾患へと、疾病構造の変化がある。それらに伴う医療技術の進歩・高度化に応じて専門職種も増加した。

実際に「チーム医療」の必要性を高める上で、重要な二つの流れを、浜町(2005)は指摘する。一つは「1970年代以降、理学療法士、作業療法士など多職種の法的規定によるチームメンバーの増加」⁵⁰である。職種の増加に関しては、戦前において、国家資格を与えられていた職種は医師、看護師、薬剤師のみであった。それが戦後の法改正で、保健師、助産師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士など増えて、身分法で定められている医療職は16職種に及ぶ。さらにそれぞれの職種において、さらに近年、専門化され、医師は臓器別、あるいは疾患別に細分化され、専門医や認定医制度が取り入れられている。看護職も専門ごとに、専門看護師・認定看護師が養成されている。これらの専門性の細分化は、それぞれの職種の学会において拡充されてきている。その専門性を、協働によりクライアントの治癒・回復に向かうのが「チーム医療」である。

二つ目の流れに「インフォームド・コンセントによるクライアントの権利が尊重されたことで、クライアント中心の医療提供には、クライアントもチームの一員としてチームに

参加するようになったこと（浜町 2005）」を挙げている。

それまで、伝統的チーム形態として多職種チーム（multidisciplinary team）と呼称されていた時代があったが、これは多職種の独自性を重視することから、これは用語として一般的には余り使われず、現在「チーム医療」が主に使われている。

このように、わが国では、戦後の医療改革による病院法の制定や、疾病構造と人口構造の変化、それらに伴う医療技術の高度化により、求められる医療に変化があった。

「質が高く、安心・安全な医療を求めるクライアント・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、わが国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている（平成 22 年 3 月 19 日「チーム医療の推進について」チーム医療の推進に関する検討会報告書）。

4-3. 「チーム」の起源

そもそもチームは英語の Team に始まる。“Together everyone achieves more” が原語とされている。直訳すると、“皆で共同して、より多くの事を成し遂げる” という意味になる。大橋ら（2003）は、その語源を「チームは複数人による集合的結合的作業（協働）形態の 1 つであり、組織形態の 1 つである」⁵⁷⁾ と説明している。

由藤（2007）は、経営学でのチーム研究の出発点は、1927 年から 1932 年の Mayo らが中心に行ったホーソン研究で、「彼らが注目したのは公式集団（formal groups）というより、むしろ非公式集団（informal groups）であり、したがって、今日のいうチームではない」⁵⁸⁾ と述べている。それでは、チームの起源をどこに求めるか。研究者の間でも見解が様々とされ、一致しておらず、「十分に議論が

しつくされてきたとは言い難い（大橋ら 2003, 由藤 2007）」。だが、大橋らと由藤は、共通した、チームの源流を指摘している。それは、Trist, E. and Bamforth, K. の研究である。「炭鉱における機械化がそこで働く人々の社会的関係にいかなる影響を与えるのか（大橋ら 2003）」を Trist, E. らが、調査した。「従来行っていた採炭の「手掘りシステム」方法では 3～4 人、多いときで 7～8 人の多能工で炭鉱過程の全てにおいて責任ある自律性を持った集団が構成されていた。これに対し、機械化による量産のために導入された長壁方式は、作業人員を増やしシフト制として、作業も分解し 1 つの作業のみ割り当てた。この大規模作業集団は、作業員同士のコミュニケーションや、助け合い作業は失われた。調整は各シフトの監督者が行った。暗い地下、作業員は広範囲に分散する中、機能せず、緊張度を高めた（由藤 2007）」。この研究において、責任ある自律的集団は、良好なコミュニケーションと結果を集団にもたらさうということであった。Team の言語にしる、ホーソン実験にしる、Trist にしても集団の効率への人間の関心は高いことがわかった。

4-4. 「チーム」の研究

「チーム」の理解に大きく二つがある。

一つは効率の良い、小集団という「状態」を表している。効率の悪いものは集団のまま、「チーム」ではない。この小集団型の場合、「チーム」の構造的要素は、「小集団であること」以外に、「目的共有」がある。小集団の要素にある、「目的の共有」が出来てくると、「チーム」になる。そのためには、情報共有が必要になる。

もう一つは、「横断的」とは、製品中心の「縦断的」に対し、市場を中心にするのである。これはプロジェクトチームと呼ばれるもので、小集団型の要素に加え、独立し自律した専門性と顧客対応型であることだ。

このような考え方から、医療現場の「チーム」は、プロジェクトチーム型と言えそうだ。

4-4-1. チームの考え方

4-4-1-1. 小集団型チーム

「チーム」の考え方は多様であることは、先に触れた。そこで、はじめに、森田（1998, 2008）による、「チーム」の定義の一部を図表 11 に示す。この5つの「チーム」の定義に共通するのは、目的の共有と小集団であるということである。

4-4-1-2. プロジェクトチーム

プロジェクトチームの特徴として、まずメンバーは、多様な職種、部門から構成される。「そのチーム構成は、チーム内に必要な能力

をほとんど配置されなければならない（J. R. Galbraith 他 1996）」そして、「必要な情報を確保することが必須の条件（J. R. Galbraith 他 1996）」とされている。さらに、チームの機能だけに貢献するのではなく、自律した専門性を備え、共有した目標達成のために、連帯責任を果たす。その対象となる顧客重視のカスタマーチームともいえる。「主要なカスタマーに対して、サービスを提供するすべてのセールス担当が参加（J. R. Galbraith 2004）」⁵⁹⁾ひとつのチームを結成する。

J・R. Galbraith（2004）は、製品重視の企業と、カスタマー重視の企業の対比をしている。そのゴールが前者は、カスタマーにとっての最高の製品で、後者はカスタマーにとっての最高のソリューションである。そして、最も

図表 11

出所	原語	定義
Orsburn, J. D. et al. (1990), p8	Self-directed work team	明確に定義された区分の仕事の遂行に明確な責任をもつ、平均6～18人の高度に訓練された従業員からなる集団。
Fisher, K (1992), p15	Self-directed team	自らを管理することと最低限の直接的な監督のもと行う仕事に日々の責任をもつ従業員からなる集団。チームのメンバーは、仕事を割り振りし、立案、計画し、製品やサービスに関する意思決定を行い、問題に対処するという特徴をもつ。
Manz, C. C. and H. P. Sims, Jr. (1993), pp4-5	Self-managing teams	チーム (teams) はアメリカで展開してきた従業員参加のいろいろな形態の1つである。参加のアプローチはその程度によって様々であるが、Self-managing teams は、かなり程度の高いものであり、伝統的な組織とは根本的に異なるものである。
J. R. Katzenbach and D. K. Smith (1994) p45	team	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。
G. L. Stewart, T. C. Manz and H. P. Sims Jr	team	組織のような大きな社会システムの中に存在する個人、自分でもそうみなし、人からもチームとみなされる個人、互いに依存し合う個人、他の人や集団に影響を与えるタスクを達成する個人。チームとはそのような個人の集まり（R. A. Guzzo and M. W. Dicson, 1996 からの引用として）

出所：森田雅也（1998）「チーム作業方式をめぐる議論の統合に向けて」p51

〈付録1〉様々なチームの定義より

森田雅也（2008）『チーム作業方式の展開』p72表3-1様々なチームに対する見解より

共に参照・一部抜粋、人名、定義の一部加筆・修正

重要なプロセスが、前者は、新製品開発で、後者はカスタマーとの関係のマネジメントである。

4-4-1-1. で、小集団には、クライアント重視と、医療専門職者の専門的自律性が不足していることを指摘した。

プロジェクトチームには、目的の共有と小集団の他に、クライアント重視と専門的自律性がある。これで、チームに必要な4つの要素が揃うことになると考える。以上から、「チーム医療」を理解する際に、プロジェクトチームとして扱うことが適切ではないかと考える。例えば、従来の「チーム医療」は図表12下段に示すように、医師中心であったが、クライアント重視の考え方は、図表の上部に示すようなクライアント中心のチームになる。

4-5. 「チーム医療」の研究

これまでの「チーム」または「チーム医療」

が表題にある主な先行研究を、図表13に提示した。その中で、医師と看護職関係に視点を置いている、または、「チーム医療」をテーマにしている研究の内容を紹介していく。

まず、蒲生（2008）は、経営組織論の観点から、「チーム医療」の構造を理論的に考察している。そして、病院組織の「チーム医療」を協働システムとして捉える考え方は、本研究を進める上で示唆を得た。

加藤（2008）のゲーム理論からの医師と看護師関係は、治療効果にも影響を及ぼすという観点は、その関係性の影響がクライアントに及ぶという点において、知己を得た。しかしながら、ゲーム理論を起点とした研究のため、現況を知る手段には至らない。

富田（2008）は、医療経営の観点から、医療マネジメントに目を向け、実際にかん専門病院の多職種チーム医療を事例に研究をしている。構成メンバーの異質性、権力の分散、

図表12

医師	看護職	検査部	リハビリ	他	
					クライアント
					クライアント
					クライアント
					クライアント

↑

看護職	放射線	検査部	リハビリ	他	
					医師
					医師
					医師
					医師

「チーム医療」活性化に関する研究(加藤)

患者志向と緊密なコミュニケーションの実現などが考察されている。多職種チーム医療をテーマにしていることから、結論は、今後のマネジメントが課題になる。緊密なコミュニケーションの実現に関する実際は、本研究において参考となった。

次は、「チーム医療」の認識、意識を目的とした調査である。

三井(2002)は、医療現場の「チーム医療」の認識と利点、職種間の認識の違いを考察し

ている。その質問内容が、どのようなことを「チーム医療」だと思ふのかに対して、異業種カンファレンスと答える比率が高く、利点は、患者中心が高い。また、「チーム医療」促進のために異業種カンファレンスの整備・実施が課題に挙げられている。この調査からいえるのは、12年前であるが、「チーム医療」の認知がまだ、低い状況にあったのではないかということである。

矢澤(2009)の、「チーム医療」での看護職

図表 13 「チーム医療」研究一覧

	出版年	論文タイトル	筆者	刊行物
1	1974	看護婦-医師のチームワークにおける基本的要件-看護婦の観点から-	林 滋子, 五十嵐セツ	看護研究 vol. 17. 医学書院 pp69-79.
2	1990	多職種チームの3つのモデル	菊池和則	社会福祉学 第39号第2巻 pp13-25
3	1998	チーム作業方式をめぐる議論の統合に向けて	森田雅也	日本経営学会誌 (2) 43pp43-55
4	2000	多職種チームの構造と機能	菊池和則	社会福祉学 第41巻第1号 pp273-290
5	2000	緩和ケアにおけるチームアプローチへの影響要因	水嶋知子	高知医科大学紀要第 16号 pp51-63
6	2002	医療現場における「チーム医療」の認識	三井明美	岡山大学医学部 保健学科紀要
7	2003	医療事故におけるチームエラーの回復に関する研究(1) エラーの指摘を抑制する要因についての質問紙調査による検討-	森永今日子 山内桂子 松尾太加志	北九州市立大学文学 部紀要(人間関係学 科) 第10巻 pp55-62
8	2003	〈総説〉患者の主体化に視座を置く真のチーム医療論の展開	鷹野和美	広島県立保健福祉大 学誌人間と科学 3 (1). 1-7. 03-00
9	2003	看護業務改善による事故防止に関する学術的研究～エラー防止および医療チーム研修の導入の効果～	主任研究者: 松尾太加志 分担研究者: 島田康弘他	厚生労働科学研究費 補助金医療技術評価 総合研究事業 (平成14粘土総括・ 分担研究報告書)
10	2004	医療機関における地位格差とコミュニケーションの問題-質問紙調査による検討-	大坪庸介他	実験社会心理学研究 43(1), pp85-91
11	2004	「褥瘡対策チーム」に所属する専門職のチーム医療に対する認識	田村由美ら	神戸大学医学部保健 学科看護学紀要第 20巻

	出版年	論文タイトル	筆者	刊行物
12	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	坂梨 薫ら	広島県立保健福祉大学誌人間と科学 4(1), pp47-59
13	2004	看護職－医師の協働と医師および看護職の職務満足度との関連の検討－愛知県内の病院を対象とした調査の結果から－	草刈淳子ら	愛知県立看護大学紀要 vol. 10. pp19-25
14	2005	チーム医療とコミュニケーション	浜町久美子	感性哲学, pp108-123
15	2006	病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因	宇城 令ら	日看管会誌 vol 9. No2. Pp22-30.
16	2007	チーム研究の源流と発展動向	由藤知矢佳	現代社会文化研 No38 pp149-163
17	2007	医療における自律的なチーム・ビルディングに関する事例研究	草野千秋	人間環境学研究 第5巻2号 pp19-26
18	2008	チーム作業方式の展開	森田雅也	千倉書房
19	2008	ゲーム理論からみた医師－看護師関係	加藤英一	明治学院大学社会学・社会福祉学研究会 129 pp67-98
20	2008	『チーム医療』の組織論的一考察－協働システム理論をふまえて－	蒲生智哉	立命館ビジネスジャーナル vol. 2 1月
21	2008	「医療の質」と「チーム医療」の関係性の一考察－クリニカルパス活用による一貫性のある医療の実現	蒲生智哉	立命館経営学 47(1), 05-00, pp163-183
22	2008	チーム医療のマネジメント－静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例として－医療経営研究会報告書	富田健司	医療と社会 18(3) pp327-341, 008-10-00 医療科学研究所
23	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	中川典子, 林千冬	日本看護管理学会 vol. 12. No. 1
23	2009	チーム生産とインセンティブ	戸田宏治	福岡経大論集 38(2) 3-1 pp61-87.
24	2009	チーム医療の展開と課題－看護職の意識アンケート調査から－	矢澤正信	季刊 Nurse eye 桐書房 22(4). pp88-17
25	2010	Collaborative Practice Scales 日本語版の信頼性・妥当性と医師－看護師間の協働的実践の測定	小味慶子 大西麻未 菅田勝也	日本看護管理学会 vol. 14. No. 2, pp15-21
26	2011	医師と看護師の協働に対する態度：Jefferson Scale of Attitudes toward Physician－Nurse Collaboration 日本語版の開発と測定	小味慶子ら	医学教育第 42 巻第 1 号 2 月 pp9-17.
27	2012	多職種チームにおける職能のダイバシティに関する研究－チーム医療の視点から－	内藤知加恵	早稲田大学大学院商学研究科紀要 75 pp181-199

への意識調査には、「医師の非協力と独断」、「医師のもとでの診療補助者という意識」の結果がみられる。これらから、医師と看護職の共存・依存関係も「チーム医療」推進に影響を与えていることを示唆している。

次に、「チーム医療」で協働する医師と看護職の認識、態度に関する調査研究は10件認める。いずれも、医師と看護職間に、階層性を認めることを目的とした調査ではない。しかし、階層意識を質問内容に含む、または、結果に階層意識が確認された調査が6件であった。それと、文献が1件認められた。ここからは、本論の問題意識に繋がるところなので、内容を説明していく。

まず先に、階層意識を質問内容に含む、または、結果に階層意識が確認された調査6件からはじめる。

水嶋(2000)は、医療の細分化のなかで、「チーム医療」が不可欠とされる、緩和治療の「チーム」をテーマにしている。この時期、「チーム」の協働を研究テーマとした実証研究がまだ見られなかった。緩和ケア施設18施設、携わるすべてのチームメンバー(事務職員、ボランティアを除く)対象で、有効回答数280名の調査である。そこで、「チーム」における階層意識が質問紙調査に含まれている。質問項目に、階層意識の有無を問う設問がある。階層意識の頂点に達する職種医師90.1%である。結果として、「チーム」における「階層意識の存在は、チームの円滑な機能を低下させる要因」になるとある。本研究で、今回、2回目の質問紙調査を作成する上で、「チーム」の必要要件、階層意識など調査内容と様式を作成する上で、この研究から示唆を得た。

田村ら(2004)は、「チーム」に所属する専門職種を対象に、認識、相違点、類似点を明らかにすることを目的としたアンケート調査である。質問形式・内容は、前に示した、水嶋(2000)の研究を参考にしている。

「褥瘡対策チーム(医師・看護師・薬剤師・栄養士・その他)」を調査対象としている。回答者は、19施設・114名中、看護師74名、医師23名、薬剤師8名、栄養士6名、臨床検査技師1名、事務職5名である。

この調査では、「チーム」は機能しているか、現状認識を問う質問がある。「機能している」と回答した割合は、医師83%、看護師64%と医師が多い。「チームの機能に影響を及ぼす要因」とも重要・まあまあ重要と回答の順位は、①メンバー全員の情報共有②十分なコミュニケーション③個々の意見を互いに尊重しあうが上位であった。そして、「チーム医療」に必要な考え方は、互いを尊重するコミュニケーションであると考察している。さらに、注目すべきは、医師は、「誰とでも気軽に話ができる」「協力しあっている」と感じている。看護師は「話をしようとしてもできない同僚がいる」そして、「チーム内で、相談しにくいと感じている人がいること」から、階層意識を指摘している。しかしながら、この階層意識は主観的なものと述べ、客観的尺度の不足に言及している。そして、田村らは「実践現場から「チーム医療」促進の具体的な現象を蓄積して、対策の構築が必要」と述べている。これにより、機能する「チーム」に向けた対策を構築していくには、現場での日常の「チーム」に関する考え、努力や工夫を明らかにする必要性を本研究に示唆するものとなる。

坂梨ら(2004)は、「チーム医療」に対する認識を職種、職位での違いを明らかにし、「チーム医療」の問題点を明確にすることを目的とした研究である。30施設回答者1,205人の多職種を対象としている。その中で、「チーム医療」の考え方に関する質問で、「チーム内の専門職の関係には、階層性や上下関係が存在する」と回答したのは管理職よりスタッフの平均が高いという結果であった。そして、「チーム医療」実践に必要な条件とし

て、①スタッフの意欲②院長の方針③情報共有④医師の理解が上位にある。しかしながら、「チーム」の阻害因子として、クライアントへの影響という視点の設問が不足している。

草刈ら（2004）は、医師と看護職の協働と職務満足度の関連を検討している。54施設医師362名、看護職1,998名より回答を得ている。職務満足を目的としているが、考察に、医師の職務満足度に関し、看護職との協働が医師の職務満足度の直接要因と確認されている。そして、医師と看護職関係が、「看護職が医師に従属」の場合でも、「職務満足度が高い」。そのことは、すべての医師が看護職との対等性を望んでいるとはいえない」と結論づけている。一方、看護職は医師との関係性と協働以外の要因が含まれ、組織への不満など医師よりも、複雑と考察している。ここでは、医師が必ずしも看護職と対等な関係性を望んでいないという意見があることが確認された。

次は文献から、鷹野（2003）は、「チーム医療」のこれまでの問題として、「階層性、分業のデメリット、セクショナリズム」を挙げ、「メディカルスタッフ間の連携不足（情報の共有されない状況）が医療過誤の要因」だと提示している。しかし、組織構造から、医師と看護職の職能による階層に言及していない。それと、鷹野（2003）は、連携不足が医療過誤を招いた点には触れている。しかし、具体的事例を提示していない。

以上の5件の研究では、階層意識、従属関係の結論は得ている。しかし、それらが、クライアントの不利益に繋がっているという点には考察されていない。

また、階層性には触れていないが、コミュニケーションの重要性を導出している研究が、次の2件である。

宇城ら（2006）は、「病院看護師の医師との協働に対する認識」に関連する要因を明らかにすることを目的とした調査である。その調査では、「医師とのフォーマルなコミュニ

ケーション」が協働の促進になるとの結果がでている。

協働の阻害要因として、看護師自身の「医師に対する自律的態度の希薄さ」と医師が「看護師を尊重しない態度」であったと考察にある。それと、看護師の行動変容があったとしても、医師が看護師にどのような態度をとるのが、協働に影響を及ぼすとしている。さらに、医師と看護師との関係性について、歴史的背景、制度・教育・法制などとの関連性を指摘している。調査目的が、協働であって、「チーム」の視点ではない。それに、両者の関係性の阻害要因の原因にまで、踏み込んでいない。しかし、医師と看護師関係の観点から、コミュニケーションの重要性が確認された。

中川ら（2008）は、看護師と医師関係における会話を通し、協働のための条件を検討している。会話場面の参与観察と面接により収集されている。そこでは、両者の情報共有のための相互作用の重要性、看護師のコミュニケーション能力、医師の看護職に対する専門性の理解、積極的情報提供努力が結論として導かれている。しかしながら、視点を協働に置いている事で、「チーム」と捉えていないことと、階層意識に言及していない。

さらに、医師は協働的实践をしていないことを明らかにしたが、その理由に言及していない、小味ら（2010. 2011）は、医師と看護師の協働に対する態度に関する調査をしている。Collaborative Practice Scales (CPS)、Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC) の、日本語版を作成し質問紙調査を行っている。4施設の医師265名、看護師1,629名の解析をしている。結果に、日本の医師と看護師の協働の調査対象は看護師が多く、医師を対象にしたものが少ないと指摘した上で、米国と比較した場合、日本の医師は協働的实践をしていないことが明らかにされており、医師の職種間関係への

関心の低さを指摘している。しかし、医師が看護師との関係性でとる、態度や姿勢に、影響する要因については、明らかにされていない。考察に、協働を重要と考える認識が、職種間で異なっていることを示唆している。その理由として、「看護教育では、調整・コミュニケーションを伴う相互依存、医学教育では、自律的意思決定」という、専門教育における背景の違いがあることを論じている。

その他、大坪ら(2003)による、「地位格差とコミュニケーションの問題」に関する質問紙調査は、異職種間(看護師・医師間)での地位格差に基づく、エラー指摘への抵抗感の質問紙調査を実施している。「看護師の方が医師のエラーを指摘するのに抵抗が強い」という結果が得られている。それと、10施設対象で、その抵抗感には病院差があることも示された。この研究により、医療現場の医師と看護職間には階層意識が存在する。それと、施設により差があるということも、明らかにされている。

4-6. 「チーム医療」の機能不全

「チーム」の機能、すなわち、プロジェクトチームの機能は、専門職種の自律性を高め、顧客都合に努力を集中させること、と言える。こうした構造は、職務横断的に切り取った組織構造であるがゆえに、それぞれの職務の都合から離れることで自律性が担保されている。チームの機能は、専門職種の自律性が失われると失われることになる。したがって、チームの機能不全は自律性の喪失によってもたらされるといえる。自律性が失われることで、メンバーの努力は顧客に集中しなくなるのである。

では、「チーム医療」において同じことが言えるのだろうか、先行する研究からすでに答を得ている。「チーム医療」における問題の多くは、階層意識によるクライアントへの不利益の発生であった。この階層意識は、二重

権限構造から生じるものと思われるが、チームメンバーが自律的な行動を妨げる方向に作用していた。「チーム医療」の機能不全は、クライアントに対し「チーム医療」がなんらかの不利益を与えることであると考えたとそのメカニズムは、次のようになると考える。すなわち、チームメンバーの階層意識によって、チームメンバーの自律性に障害が起き、チーム内での重要な情報の共有に障害が生じ、結果としてクライアントに不利益が生じる、というメカニズムである。

第5章 調査研究

「チーム医療」の機能不全は、クライアントに対し「チーム医療」がなんらかの不利益を与えることであると考えたとそのメカニズムは、次のようになるであろう。すなわち、チームを構成する多職種のメンバーが階層意識を持つことによって、チームメンバーの自律性に障害が起きるために、チーム内で重要な多職種の専門的情報の共有に障害が生じ、結果としてクライアントに不利益を与える、というメカニズムである。

そこで、本論文では「チーム医療」推進病院への研究調査を行った。調査対象病院は、「チーム医療」推進を病院理念若しくは、看護部理念に掲げる病院である。厚労省が「チーム医療」の推進を明確に始めた2009年以降、「チーム医療」推進を掲げた病院が多数みられ、個々の努力の内にチーム医療の実践を図ってきている。こうした「チーム医療」を理念に掲げる推進病院で作られていると思われる、「チーム医療」を機能させる、主として階層意識を解消するような工夫や仕組みは、他の「チーム医療」を志す医療機関にとって、国内の多くの医療機関にとって極めて重要な役割を果たすことになると考えることができる。調査内容は、1) チーム医療の機能不全は解消されたかを主に問う調査を行った。ま

た1回目では、2)階層意識を解消する工夫がなされているかの調査を行った。

調査は、2回行われ、1回目は、1施設75人から回答を得た。2回目には1施設81人から回答を得た。

5-1. 第1回目調査

5-1-1. 調査

1回目の調査では、

- 1) チーム医療の機能不全は解消されたかを主に聞いた。
- 2) チームの機能を阻害する階層意識の解消する工夫がなされているかを聞いた。

5-1-2. 調査設定の根拠

- 1) チーム医療推進施設では、チームの機能を発揮しているであろう。階層意識の問題の認識を共有していることが期待される。
- 2) 厚労省の推進に合わせて、チーム医療を進める病院施設であれば、階層意識を解消する工夫を見出す可能性があると思われる。その為、推進施設をしばらく調査を実施した。

5-2. 質問紙調査の概要

5-2-1. 調査方法

「チーム医療」推進施設で、「チーム医療」実践しながら問題と感ずること、また、それらを改善するために、努力・工夫している現況を検証する。

(1) 対象：

①調査対象施設；「チーム医療」を病院理念・方針、看護部理念に掲げている。または、附属大学において「チーム医療」教育・訓練プログラムを取りいれている。このどちらかに限定した。理由は、「チーム医療」の目的を理解した上での協働は、医療の質を高めていることを前提に、率先して実践している、病院組織の現況は、推進に向けた指針となるだろうと考えたからである。

調査依頼施設；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。

②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・11月回収。

(2) 方法；【質問紙調査】職種、性別、年代、臨床経験年数、当該病院勤務年数。

(3) 設問方法；「チーム医療」実践に関する複数選択回答5、自由記述回答7

(4) 倫理的配慮

次のように表記した。

「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」。

5-2-2. 質問紙の構成

質問紙の質問内容は、「チーム医療」に関する先行調査研究を参考に、作成した。実際に、郵送・使用した質問紙は付録1に示す。

主な内容は、「チーム医療」の実践に重要だと思ふ要素、職場で重視していることなどコミュニケーションの現況を問うものである。そして、どのようなことを「チーム医療」と考えて実践しているのかを問う内容は、機能している「チーム」を想定している。その他、工夫・努力していること、問題・疑問に感じていること、実際に問題解決したことなど自由記述とした。これは、クライアントを重視した「チーム医療」実践のために、階層意識をどのように克服しているのか、工夫の例示を問う内容である。

質問紙の内容

1. 現状について

I 「チーム医療」の実践状況

- 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 チームリーダーは状況に応じて適宜変わっている。
そう思う・変わるときもある・ほとんど変わらない・変わらない
- ④ 自分の職務以外の業務であってもチームの一員としてフォローするようにしている。
常にしている・出来る時はしている・ほとんどしていない・していない

II 「チーム医療」を実践するには、不可欠と考えている。(自由記述)

III 「チーム医療」を実践しながら、疑問に感じている。(自由記述)

IV 「チーム医療」を実践しながら、問題だと感じている。(自由記述)

V 問題だと感じていることで、解決方法に関して、実際にこのように解決したということがあれば教えて下さい。(自由記述)

2. 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。(複数選択回答可)

- ① こまやかな患者情報の共有
- 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 役割の総合理解 (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

II 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)

3. 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。

II 役割に関して (複数選択回答可)

- ① 「チーム医療」は各自の専門性とスキルに基づく自律したチームメンバーによる協働である。
- ② 「チーム医療」はクライアントのニーズの目標達成するための役割分担の違いでしかない。

III チームメンバーに関して (複数選択回答可)

- ① 医療従事者はすべて「チーム医療」のメンバーである。
- ② クライアント・家族も「チーム医療」の一員である。
- ③ 時には、親族・友人も「チーム医療」のメンバーである。
- ④ チーム構成員には、医療従事者以外の職種、外部職員、ボランティア、器械・器材メーカーなどクライアントを取りくすべての要員も含まれると考えている。
- ⑤ クライアントの状況に応じて、チーム

構成員が入れ替わっても問題ない。

4. 「チーム医療」に関して日頃、思っていること。(自由記述)

5-2-3. 実施結果

(1) 18施設の各所属長に、調査協力の可能性を依頼打診した結果、3施設から、可否の回答を得た。協力を可とする施設はA市、1施設(450床機能評価病院)であった。看護職100人配布75人回収。配布は所属長に一任するものとした。否2施設の返答内容は、一件は院内で検討した結果というもの、もう1件はアンケート調査依頼が多いこと、記述式は時間を要することと、職員の疲弊を考慮し、当該施設の研究にのみ限るとの回答を得た。

(2) 分析は、次を参考にして行った。

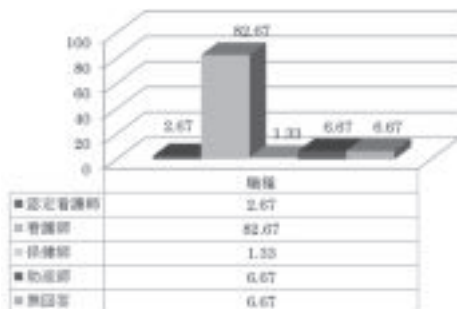
『メッセージ 分析の技法』(クラウス クリッペンドルフ 勁草書房, 2011)

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分類を行った。

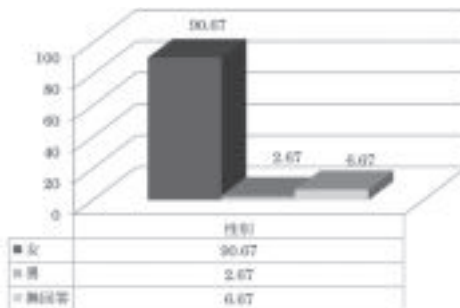
分析指標; 「チーム医療」推進施設では、階層意識を認識した上で、機能的に実践するために努力されているであろうことを想定して、現状を明らかにするために、記述内容はすべて集計に挙げる。

質問紙回答のまとめ
フェイスシート

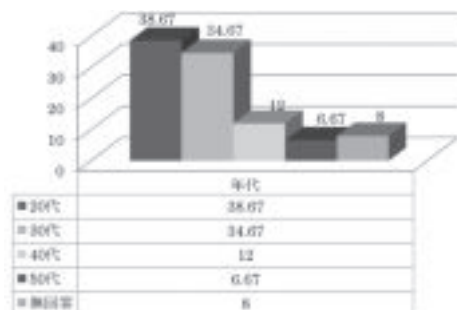
図表 14 職種



図表 15 性別

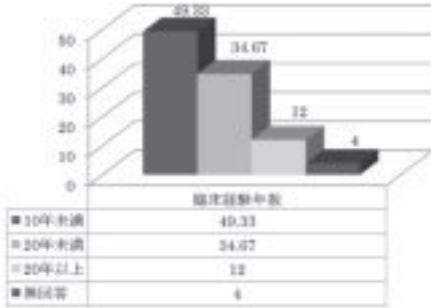


図表 16 年代

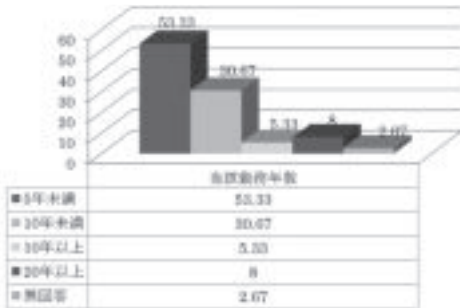


「チーム医療」活性化に関する研究(加藤)

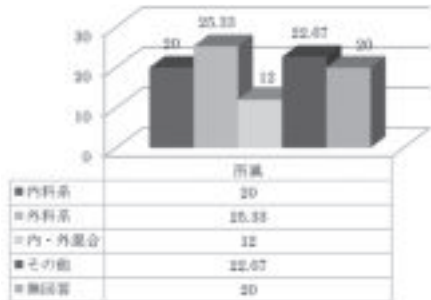
図表 17 臨床経験年数



図表 18 当該勤務年数



図表 19 所属

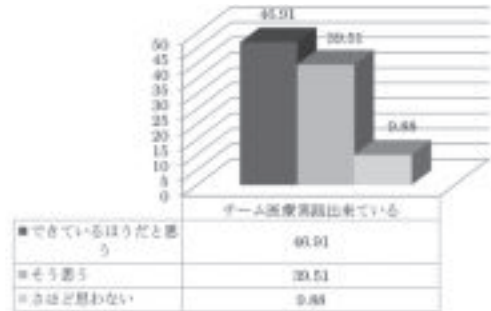


アンケート

1. 現状について

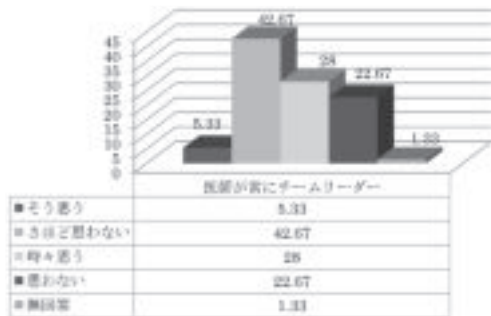
①「チーム医療」を日常的に実践できている。

図表 20 チーム医療実践できている



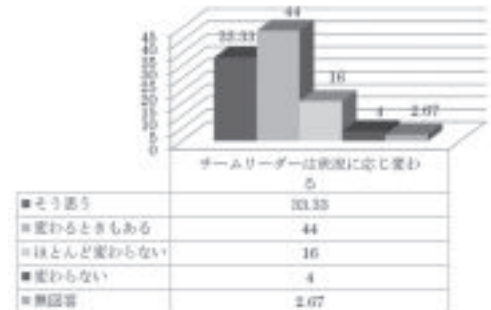
②医師が常にチームリーダーである。

図表 21 医師が常にチームリーダー



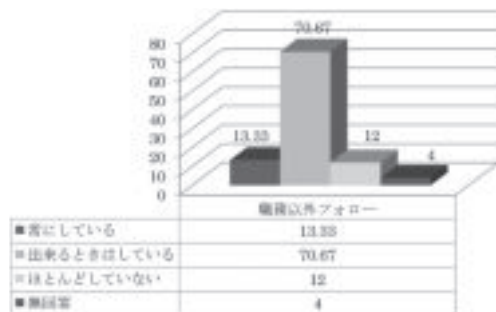
③チームリーダーは状況に応じて適宜変わっている。

図表 22 チームリーダーは状況に応じ変わる



- ④自分の職務以外の業務であっても、チームの一員としてフォローするようにしている。

図表 23 職務以外フォロー



II 「チーム医療」を実践するために、不可欠だと考えている。(自由記述)

図表 24

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	患者中心・患者の利益	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

III・IV 「チーム医療」を実践しながら、疑問・問題に感じている。(自由記述)

(本アンケートのIIIとIVの設問は重複した記載があり、一設問として記述内容をまとめている。) ※一人が複数記述している場合、カテゴリー分類して1内容1件として換算している。

図表 25

n = 53

「チーム医療」の共通認識。	12	業務分担の公平性。	4	「チーム医療」の効果の評価が行われてない。	1
職種間の関係性。	10	クライアントの意思決定。	3	クライアントの現状に応じた問題解決が出来ない。	1
対等性。	10	医師のリーダーシップの不足。	3	専門性以外の役割負担。役割分担不平等。	1
情報共有できていない。コミュニケーション不足。	8	責任の所在不明。	2	専門性の発揮。	1
目標共有。	8	クライアントおよび家族の思いと、医師の治療方針不一致。	2	勤務体制。	1

V 問題・疑問に感じる、と記入された方は、実際に、このように解決したということがあれば教えて下さい。(自由記述)

図表 26

n = 8

・主治医の治療方針変更困難なため、他医師に相談した	2
・クライアントの問題に関して、医師との話し合いの場を設けてもらうため、上司に報告・相談	2
・薬剤師に、自分から資料・アドバイスをもらう	1
・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
・ディスカッションを重ねる。退院後もチームカンファレンスで、振り返りをする	1
・業務分担を公平にする	1

・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 27

n = 21

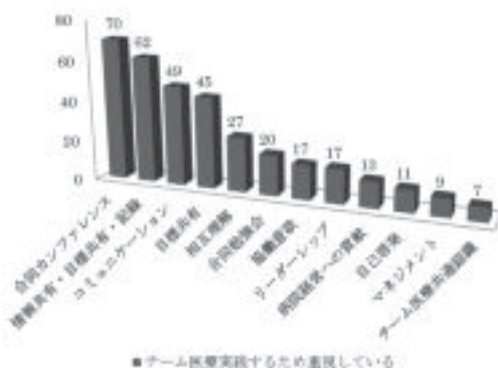
医師と看護職関係 ・医師の態度の改善 ・医師と看護職が話せる環境づくり	7	カンファレンス	1
職種間の対等性 (医師に対等な意識をもって欲しい)	3	チーム医療の共通認識	1
医師とクライアント関係 (クライアントの意思決定への影響大きいので、最大限の選択肢の提示をして欲しい)	2	他職種理解	1
「チーム医療」実践教育	3	「チーム医療」基準作成	1
コミュニケーション	2		

2. 機能的な「チーム医療」を実践するため、職場で重視していること。(〇複数回答)

I 重視していること

図表 28

n = 74

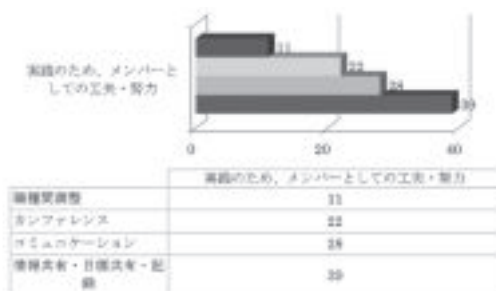


II 機能的な「チーム医療」を実践するため、メンバーとして工夫・努力していること。

(自由記述)

図表 29

n = 40



3. どのようなことを「チーム医療」と思って、日々実践していますか。（○複数回答可）

I 関係性に関して

図表 30

n = 71

61	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	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	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	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	⑤ 医師を中心としないチームは機能しない。

II 役割に関して（○複数回答可）

図表 31

n = 65

56	「チーム医療」は各自の専門性とスキルに基づく自律したチームメンバーによる協働である。
9	「チーム医療」はクライアントのニーズ目標達成するための役割分担の違いでしかない。
10	無回答

III チームメンバーに関して（○複数回答可）

図表 32

n = 73

58	① 医療従事者はすべて「チーム医療」のメンバーである。
51	② 患者・家族も「チーム医療」の一員である。
31	③ 時には、親族・友人も「チーム医療」のメンバーである。
44	④ チーム構成員には、医療従事者以外の職種、外部職員、ボランティア、器械・器材メーカーなど クライアントを取り巻くすべての要員も含まれると考えている。
45	⑤ クライアントの状況に応じて、チーム構成員が入れ替わっても問題ない。
2	無回答

4. 「チーム医療」に関して日頃、思っていることをお聞かせ下さい。(自由記載)

※一人が複数記述している場合、カテゴリー分類して1内容1件として換算している。

図表 33 n=22

自己の考え、看護職としての態度	8
医師との関係性	6
他職種との協働、連携に関して	5
社会背景・状況、社会資源に関して	2
教育について	1
看護チームメンバーに関して	1
特になし	1

5-2-4. 調査結果分析

1) 1. 現状について

I 「チーム医療」の実践状況

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おこなっているのが窺える。

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。それと、後述でも記しているが、医師がリーダーシップをとらないという現状もあることから、両方の考え方でみる必要がある。

2) II 「チーム医療」を実践するために、不可欠だと考えていること

「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。

3) 「チーム医療」を実践しながら、疑問・問題だと感じている

1人の回答者が、カテゴリーの異なる複数回答の記述をしている。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、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。それは、ここに記述されているカテゴリーのうち、勤務体制を除いては、すべてコミュニケーションに関わる問題だからである。そのため、内容を重視する。そして、「チーム医療」では、医師と看護職関係とクライアントへの影響は、クライアント重視の考えから、i 医師と看護職間の問題 ii クライアントへの影響に分けて、さらに詳しく分析する。

i 医師と看護職間の問題

・「チーム医療の認識」「情報共有」「目標共有」に関して

職種によって「チーム医療」の考え方に相違があるとする、意見が多い。「医師の協働意識が違う」ことから、医師と看護職間の問題として、「医師との関係性が上手く行かない」という意見がある。ここに、先行研究にもあるように、階層意識の存在があると考えられる。医師は「チーム医療」に階層は必然と考えた行動をとり、看護職は、階層を認識して発言や行動を抑制してしまう。これらことから、医師と看護職間のコミュニケーションが不足して、情報共有ができないこと

が考えられる。このことは、「クライアントの現状に応じた対応が出来ない」という記述から、十分なコミュニケーションが不足する場面があることを示している。そして、「医師の強い意見に抑えられ「チーム医療」になっているといえるのだろうか」という記述からも窺える。

階層意識がコミュニケーション不足をもたらしていると考えられ、その場合、コミュニケーションに関わるのが対等性である。

・「対等性」に関して

医師と看護職関係にもあるように、「医師と対等な立場で話をすることが少ない」。「医師が威圧的に接すると意見が言えない」、「医師の力が強く、他職種にモノを言わせない」という記述から、看護職はクライアント重視の考えから、医師に対して、対等に発言したい、「対等な立場に立つ意識を持って欲しい」と考えているが、医師には、先行研究にあるように「看護職を尊重しない態度（宇城2006）」、「すべての医師が看護職との対等性を望んでいるとは限らない（草刈 R2004）」という従属関係があるといえる。この従属関係は、医師とクライアント関係においても、看護職が、対等に発言できないことも要因と先に述べた。

ii クライアントへの影響

・「クライアント自身の治療方針に関する決定」に関して

医師の権威が強くなると、「医師主導」となり、「医師の意向により大きく左右する」ということから、クライアントの意思決定にも、影響する可能性が考えられる。このことは、実際に「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。」という記述から、医師とクライアント関係においても、看護職が、対等に発言できないことも要因となり、クライアントの不利益に繋がる問題と、捉えられているのではないかと考える。それは、「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」の記述から、医師とクライアントの間で、調整役となる看護師が、クライアントの代弁者として、医師とコミュニケーションを図りたいと思っても、「現状に対して、意見を伝えても相手にされない（吾妻ら 2013）」、「同じベクトルに向いていない医師と看護職で、クライアントに対する温度差を感じる」など、対等に話ができない、階層による従属関係の影響が考えられる。それと、医師の「意思決定は一人です」という意識が強いことも窺える。一方、コミュニケーションが円滑でないというところから、「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」があるという。クライアント重視の考え方からいえば、治療方針が定まらなると、回復に支障をきたし、疾病による苦痛も軽減しない怖れがある。そのことは、クライアントの不利益となるということである。

厚労省は、「チーム医療」推進の基本的考え方では、「クライアントも治療の選択については、医療従事者の十分な説明を踏まえ、選択に参加する必要」を提示している。この状況を実践するには、やはり、コミュニケーションが不足しているといえる。それに付随して、医師の、リーダーシップの問題がでてくる。

・「リーダーシップ」に関して

医師は、主治医制で、説明したように、「チーム」責任者として、主体的に医療サービスを行う。また、厚労省の「チーム医療」推進の基本的考え方に「医師は、チームリーダーとしてチームワークを保つことが必要」だとある。しかし、「医師がリーダーシップをとらないことが多い」という記述から、主体的に医療サービスを行わないことで、チームワークが保てないという解釈もでき、そのような医師もいるということがいえる。それは、また、看護職への依存とも解釈ができる。リーダーシップと共に、次に「チーム」の在り様に関わると考える、責任の所在について

である。

・「責任の所在」に関して

「問題が起きた場合の責任が明確でない」、
「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」という記述から、細分化により、責任の所在が不明確になる場面があった、もしくは、疑問に感じている。Katzenbachら(2004)は「チームには、個人責任と連帯責任が要求される。」⁶⁰⁾と述べていることから、「チーム医療」の共通認識がされていない現状を示しているともいえる。そのことは、また、クライアントへの影響を及ぼす可能性があるということでもある。

4) III・IV疑問・問題だと感じて、実際にこのように解決したという内容

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、日常的に、疑問や問題を抱えている中、解決の必要性を感じて、現状に踏み込み、実際に行動をした看護職は8人であった。解決行動の問題は、いずれもコミュニケーションである。反面、問題・疑問に感じていることは多く、その解決・改善のために日々の努力や工夫を必要と考えてはいても、行動に移せない、または、日常の中で、出来ることを改善しているというメンバーもいると考える。それは、職場で重視していること、機能的な「チーム医療」のため工夫・努力している、これらの設問の回答からそのことを窺える。また、何とかしたいと思っけていても、「どのようにしたらよいかかわからない」、
「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」、
「上司や先輩看護職に相談し、主治医と話し合いの場を設けても、問題解決に至らず、改善が難しい」という記述もあった。

5) 2. I 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
相互作用の重要性を示している。

6) 2. II 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

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) 3. I 関係性に関して

どのようなことを「チーム医療」と思い実践しているか

① 回答が多いのは、クライアント重視の意識が高いことと、専門職能の意識の高さが窺える。それと、クライアント中心の考えから、医師がリーダーである必要は必ずしもなく、クライアントの状況に合わせた専門性を活かすという考え方であると思われる。それと、厚労省の「チーム医療」の考え方にある、「クライアントの状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応」、「医療関係職種相互間の協力関係を確立維持」にあるように、プロジェクトチームとして認識しているといえる。

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」には必要だという意識は高い。そのため、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。これらの回答と、問題・疑問の記述を照らし合わせると、「チーム」の認識は持っていて、日常的にコミュニケーションの重要性を理解している。しかし、階層性の問題に対する解決には至らず、認識と現状のジレ

ンマがあるといえる。

③は「チーム」の捉え方の相違と、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も解釈する。

※医師と看護職関係の、問題を改善していく対策としてとられていたものをまとめると、次の6点である。しかしながら、これらは階層性を抑制する工夫には有効とは言い切れないように思う。

- i コミュニケーションを常に意識する
- ii 情報共有の徹底を行う
- iii 効率性を踏まえた情報収集を行う
- 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 メンバーの資質を活用する
- vi 上司への相談・助力を求める

5-2-5. 調査の検証

調査

- 1) チーム医療の機能不全は解消されたかを主に聞いた。
- 2) チームの機能を阻害する階層意識の解消する工夫がなされているかを聞いた。

調査の検証

- 1) 「チーム医療」の機能不全の要因である階層意識の有無と患者不利益発生の意識の有無について、「チーム医療」の疑問点を聞く形態で行った。その結果、階層意識を問題とするものが20%、関係意識に疑問を持つものが20%であった。これらは同時に機能不全の原因として回答されていることから、階層意識は存在し、クライアントへの不利益をもたらす機能不全が意識されている、という結果を得た。
- 2) 階層意識を問題にした回答もあったが、対処療法的で、階層意識を解消するような

工夫や仕組みは作られていなかった。

結果を詳しくみると、医師と看護職関係に関して、「医師と対等な立場で話をするのが少ない」、「医師の力が強く、他職種にモノを言わせない」、「医師が威圧的に接すると意見が言えない」、「同じベクトルに向いていない医師と看護職で、クライアントに対する温度差を感じる」、「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」など対等に話ができないことから、階層による従属関係の影響が考えられる。つまり、看護職が、対等に発言できないことが要因となり、クライアントの不利益に繋がる可能性がある。

一方で、「最終決定権が医師にある」というところから、看護職は階層性を認識していることがわかる。それでも、クライアント重視から、「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。」として、「上司や先輩看護職に相談し、主治医と話合いの場を設けても、問題解決に至らず、改善が難しい」場合もあり、クライアント重視の考え方とは反して、医療現場ではそのことが問題となっているといえる。

看護職は、階層性を認識しながら医師とコミュニケーションを図るため、「メンバーの気分を害さない」、「チーム」の調整役を担うなど、コミュニケーションを重視した努力や改善をしている。

調査施設は、病院理念にチーム医療推進を掲げる施設であったが、期待とは異なり、チーム医療が十分機能しているとは思えない結果であった。

5-2-6. 調査の考察

協力施設は1施設ではあったが、75名の協力により回収結果が得られた。

「医師と対等な立場で話をするのが少ない」、「医師の力が強く、他職種にモノを言わ

せない」、「医師の権威が優位」、「最終決定権が医師にある」というところから、看護職は医師に階層性を感じており、クライアントの不利益に繋がる可能性があることがわかった。ただし、対象数が少ないことは言うまでもない。1人でも階層意識を感じて、従属関係を感じている看護職がいるならば、クライアントの不利益につながる可能性があるといえる。

看護職全てが、階層意識を感じて、常に行動しているのではない、ということもいえよう。また、階層意識を認識することなく行動している看護職もいるかもしれない。しかしながら、一方で、チームが機能するための努力や改善に関して、「プロフェッショナルとして最善を尽くすのは義務」という意見があることから、階層意識を感じながらも、自律性を持って行動している看護職もいることもわかった。このように、自律的に行動しているという回答も得られた。調査対象の推進施設では、チームのあるべき姿を共通に理解して、機能的に運営されていると想定していたが、予想外の回答に戸惑った。今回の回答施設以外にも同様の状況があるかどうかを調べる必要があると考える。

5-3. 第2回目調査

第1回目での回答数を増やすため、第2回目を行った。今回も「チーム医療」推進病院を対象に協力依頼を行った。これは、「チーム医療」推進病院は機能不全に対する工夫がなされているとの期待からである。

5-3-1. 調査

1) チーム医療の機能不全は解消されたかを主に聞いた。

5-3-2. 調査設定の根拠

1) 1回目調査から、「チーム医療推進施設」でも、階層性があり、コミュニケーション不足が生じて、クライアントに影響を及ぼ

していることが認められた。

5-4. 質問紙調査の概要

5-4-1. 調査方法

厚労省が、推進の検討をはじめから、医療現場では実際に「チーム医療」をどのように考えて行動しているのか実態を調査する。

(1) 対象：看護職が、「チーム医療」の実践の現況で、コミュニケーション・情報共有、「チーム医療」の共通認識をどのように考えて行動しているのかを調査することで、「チーム医療」の問題とその解決に必要な要素を明らかにする。

①調査依頼施設；「チーム医療」を病院理念・方針、看護部理念に掲げている。

都道府県3地域。3施設依頼。175床～744床。

・特定機能病院，地域支援病院，一般病院，一般療養B。

②依頼協力対象；◎看護職（3施設）1施設100名。配布は，所属長に一任。

・研究計画書，質問紙調査協力依頼の発送先は，看護部長宛に郵送。

・時期 2013年10月実施。11月回収。

(2) 方法；職種，性別，年代，臨床経験年数，当該病院勤務年数

質問紙調査；「チーム医療」実践に関する質問項目18

設問方法；リッカートスケールを用い5段階評定で回答を求めた。

(3) 倫理的配慮

次のように表記した。

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。

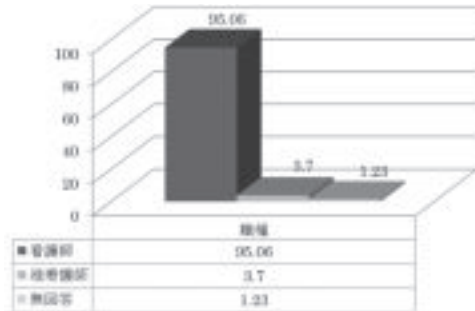
(4) 質問紙の質問内容項目は、医療現場の実態調査と位置付けた。推進後、実態調査で参考となる先行研究は見受けられなかったが、先行研究にある水嶋(2000)「緩和ケアにおけるアプローチへの影響」を参考に、作成した。実際に、郵送・使用した質問紙は付録3に示す。主な内容は、「チーム」は機能している。「チーム」の機能に影響を及ぼす要因だと思う項目を、16項目列挙した。それと、「チーム」にヒエラルキー（階層意識）を感じる。これらを問う内容とした。

5-4-2. 質問紙の構成

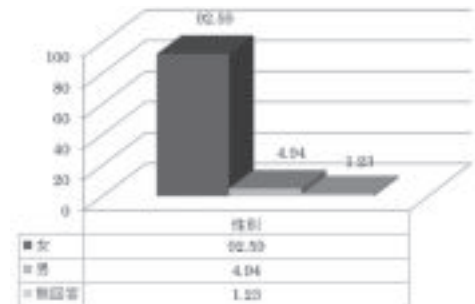
1. 日常的に「チーム」は機能している。
2. 「チーム」の機能に影響を及ぼす要因だと思う。
 - ① メンバー全員の情報共有。
 - ② メンバー全員の目標共有。
 - ③ 十分なコミュニケーション
 - ④ 「チーム医療」の共通認識
 - ⑤ メンバー個々の意見を互いに尊重し合うこと。
 - ⑥ 個人の専門性の発揮。
 - ⑦ 医師との協力関係
 - ⑧ チームマネジメント。
 - ⑨ リーダーシップ。
 - ⑩ 他職種との相互理解。
 - ⑪ 他職種との合同カンファレンス。
 - ⑫ メンバー間の信頼関係が築かれている。
 - ⑬ メンバー同士が対等な関係性である。
 - ⑭ 各職種の役割分担が明確である。
 - ⑮ 自分の職務以外の、メンバーのフォロー。
 - ⑯ 不安・苦悩を受け止めてくれる。
3. 「チーム」に、職種によるヒエラルキー（階層意識）を感じる。

5-4-3. 実施結果 質問紙回答のまとめ フェースシート

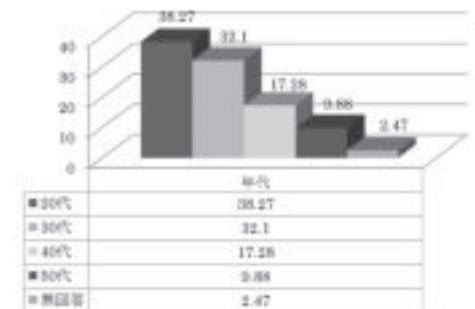
図表 34 職種



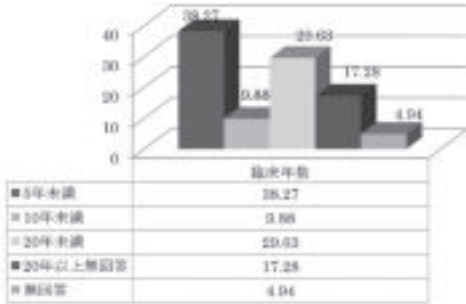
図表 35 性別



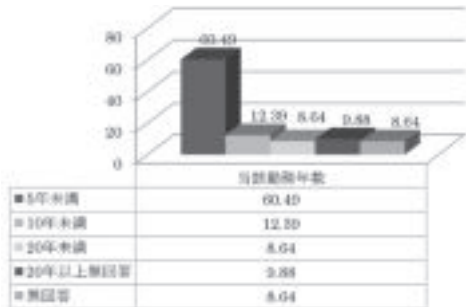
図表 36 年代



図表 37 臨床年数



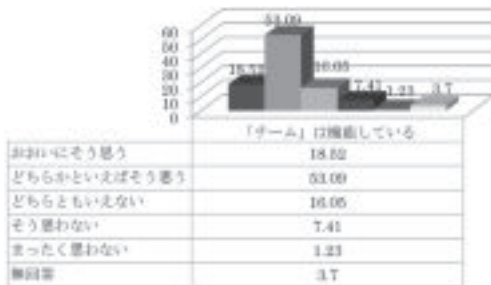
図表 38 当該勤務年数



質問項目

1. 日常的に「チーム」は機能している。

図表 39 「チーム」は機能している



2. 「チーム」の機能に影響を及ぼす要因だ
と思う。

①メンバー全員の情報共有

図表 40 情報共有



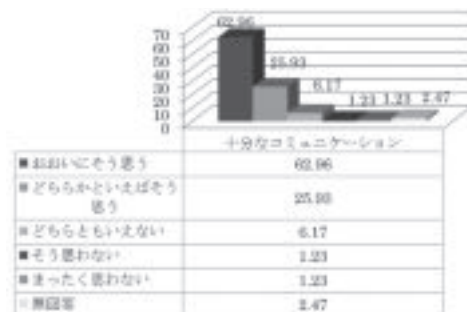
②メンバー全員の目標共有

図表 41 目標共有



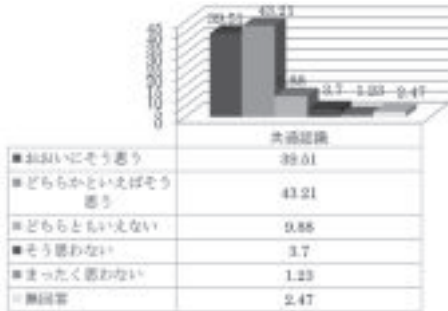
③十分なコミュニケーション

図表 42 コミュニケーション



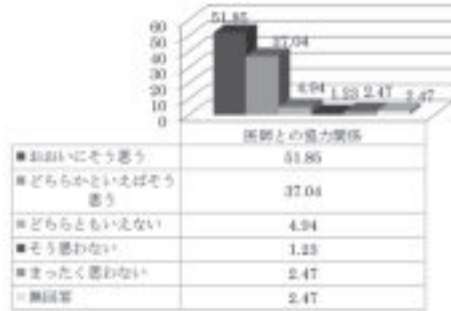
④「チーム医療」の共通認識

図表 43 共通認識



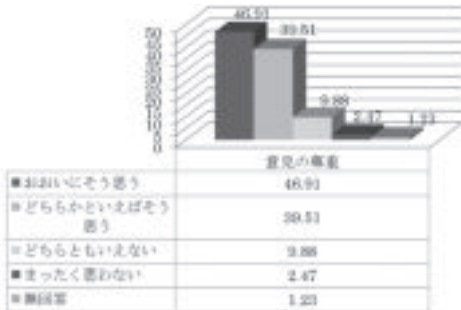
⑦医師との協力関係

図表 46 医師との協力関係



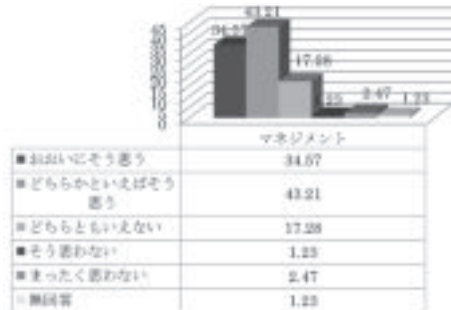
⑤メンバー個々の意見を互いに尊重し合うこと

図表 44 意見の尊重



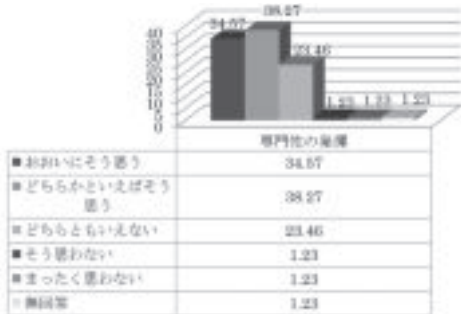
⑧チームマネジメント

図表 47 マネジメント



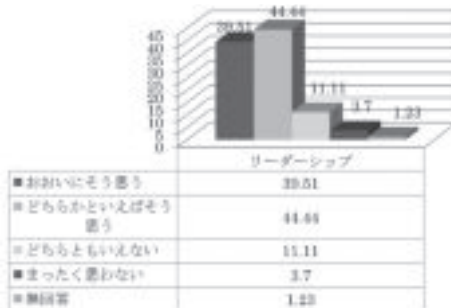
⑥専門性の発揮

図表 45 専門性の発揮



⑨リーダーシップ

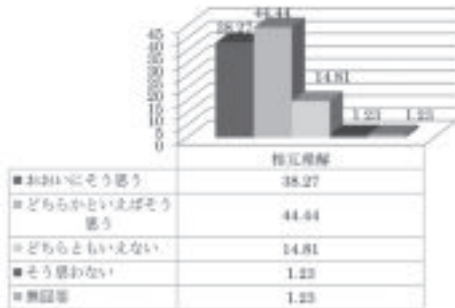
図表 48 リーダーシップ



「チーム医療」活性化に関する研究(加藤)

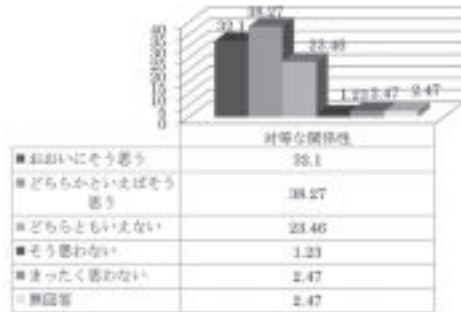
⑩職種との相互理解

図表 49 相互理解



⑬メンバー同士が対等な関係性である

図表 52 対等性



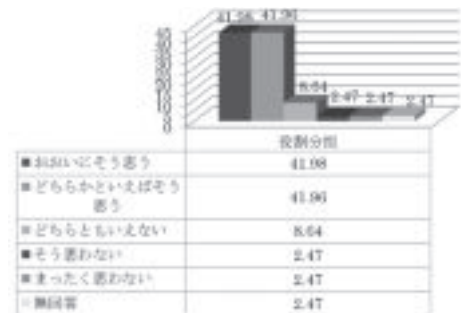
⑪他職種との合同カンファレンス

図表 50 合同カンファレンス



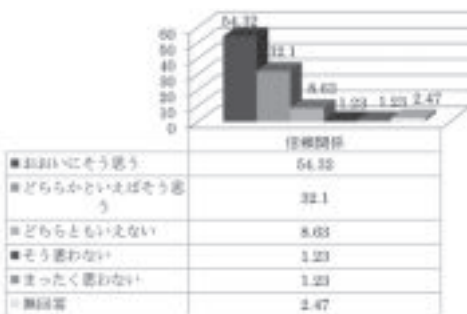
⑭各職種の役割分担が明確である

図表 53 役割分担



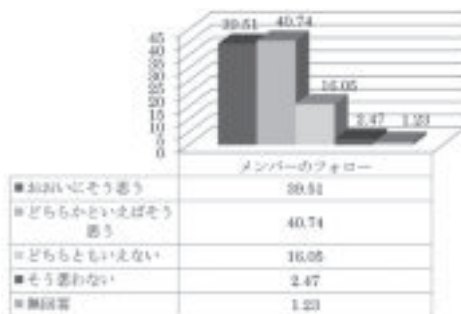
⑫メンバー間の信頼関係が築かれている

図表 51 信頼関係



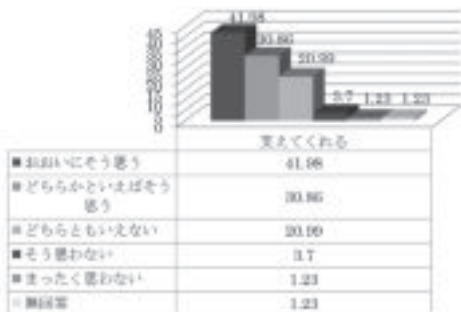
⑮自分の職務以外の、メンバーのフォロー

図表 54 メンバーのフォロー



⑩不安・苦悩を受け止め支えてくれる

図表 55 支えてくれる



3. 「チーム」に、職種によるヒエラルキー（階層意識）を感じる

図表 56 階層意識を感じる



5-4-4. 実施結果分析

1. 日常的に「チーム」は機能している。

日常的に機能していると考えているのは約20%、どちらかといえばそう思うが約50%である。この比率は、1回目の調査とほぼ同じ数値を示していることから、ここでも、問題を抱えながら、行動をしているといえる。

2. 「チーム」の機能に影響を及ぼす要因だと思ふ。

① メンバー全員の情報共有

おおいにそう思う、どちらかといえばそう思うを合わせると、約80%となることから、「チーム」に情報共有は不可欠ということが

いえる。

1回目調査の自由記述でも「不可欠と考えている」という記載が一番多かった。

② メンバー全員の目標共有

おおいにそう思う、どちらかといえばそう思うを合わせると、約80%となる。

しかし、情報共有の、おおいにそう思うにくらべると、低比率であることから、日常的な実践の中では、意識していないともいえる。

③ 十分なコミュニケーション

おおいにそう思うが約60%、どちらかといえばそう思うを合わせると、約90%となる。「チーム」には、もっとも不可欠であるということがいえる。しかし、約1割が必要な要素であると思っていないことも明らかになった。

④ 「チーム医療」の共通認識

おおいにそう思うが約30%、どちらかといえばそう思うを合わせると、約8割となる。必要な要素と考える人は多いが、その他、約20%がそう考えていない。この裏付けとして考えられるのは、1回目調査での設問、「どのようなことを「チーム医療」と思い実践しているか」に対して「「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。」という回答があつた。このように考えている人も含まれているかもしれない。

⑤ メンバー個々の意見を互いに尊重し合うこと

ほぼ、90%が意見の尊重は影響を及ぼすと考えている。1回目調査でも、多職種理解と尊重は「チーム医療」に当然必要だとする回答があつた。

⑥ 個人の専門性の発揮

約70%が影響する要因だとしている。専門職能の「チーム」で行動するので、専門性の発揮は当然求められる。一方医師との関係性で階層意識があると、自律した行動がとれなくなる可能性もある。

⑦ 医師との協力関係。

約90%が影響を及ぼすという結果である。職能による、指示関係にあることから、情報共有のためのコミュニケーションが不可欠という協力関係にある。医師との関係性が「チーム」と個人の行動、何よりもクライアントに大きく影響してくる。その意味で、「チーム」への影響が大きい要因の一つということである。

⑧ チームマネジメント。

おおいにそう思うが約30%、どちらかといえばそう思う40%を合わせると、約70%となる。しかし、おおいにそう思うは情報共有・コミュニケーションと比較すると、低値になっている。このことは、自律的に動いているためだと考える。「チーム」への影響は、あまりないようである。また、スタッフが日常の中で行動するために、強い期待があるというわけではないともいえる。

⑨ リーダーシップ。

おおいにそう思うが39%、どちらかといえばそう思う44%と高い。

今回の調査では、このリーダーが医師に求めているものか、状況に応じたリーダーであるのか、確認できないが、「チーム」に求められる要件であるといえる。

⑩ 他職種との相互理解。

約80%が影響するという結果である。ここからは、医師に対する内容は把握できないが、医師との協力関係の比率と比較すると、その関係性における相互理解の必要性とも窺える。

⑪ 他職種との合同カンファレンス。

約80%が影響するという結果である。部門別組織での他職種との分業には、「言葉」によるコミュニケーションが重要だといえる。1回目調査、職場で重視していることで、一番多い回答であった。

⑫ メンバー間の信頼関係が築かれている。

おおいにそう思うで、50%を超え、どちらかといえばそう思うと合わせると8割を超え

る。コミュニケーション・情報共有、医師との協力関係も、おおいにそう思うが、50%を超える高い結果になっている。このことから、「チーム」に影響を及ぼす要因として、相互作用に関わる要素が重要だといえる。

⑬ メンバー同士が対等な関係性である。

おおいにそう思うで、30%を超え、どちらかといえばそう思うと合わせると約70%の結果である。どちらともいえない以外を合わせると、30%が対等性は影響していないといえる。このことから、職能による役割であることをもとに、対等でないことを問題にしているとも考えられる。それと、准看護師が3.7%対象者であることから、身分法からして、職能による階層はあっても当然とする考えがあるとも推察できる。

⑭ 職種の役割分担が明確である。

おおいにそう思う約40%、どちらかといえばそう思う約40%の結果である。1回目調査結果で、「役割が職種により不公平」「看護職は「チーム医療」だけではなく、看護体制としてチームナーシング、プライマリーナーシングなど受持制をとっている。そのため、1人の負担が大きくなる。」「他部門の調整役もしている」など、看護業務のみに専念できていないとの記述回答があった。それらをもとに分析すると、「チーム」では、看護職の負担、個人の負担が大きく、また、それが「チーム」に影響する要因だといえる。

⑮ 自分の職務以外の、メンバーのフォロー。

おおいにそう思う約40%、どちらかといえばそう思う約40%の結果である。各職種の役割分担に関連して考えると、「チーム」は協働しているので、影響要因といえる。

⑯ 不安・苦悩を受け止めてくれる。

おおいにそう思う約40%、どちらかといえばそう思う約30%の結果である。フェースシートをみると、年代が20~30代が多い。それと、臨床経験年数も5年未満が多く、当

該病院の勤務年数も5年未満が6割である。このことから、経験の浅い年代と、当該施設経験が浅いことでの、不安を反映した結果と考える。

3. 「チーム」に、職種によるヒエラルキー（階層意識）を感じる。

おおいにそう思う20%、どちらかといえばそう思う約30%、どちらともいえない約40%の結果である。しかし、まったくそう思わないが約2%の結果である。このことから、半数以上は階層意識を感じていて、「チーム」に影響を及ぼしているといえる。

5-4-5. 調査の検証

調査目的

1) 「チーム医療」の機能不全は解消されたかを主に聞いた。

調査の検証

1) 「チーム医療」の機能不全の要因である階層意識の有無、クライアントの不利益発生の意識の有無について調査する。第2回目調査では、あらかじめ調査協力文章で個人にあて、「チーム医療」がクライアントに向けた「チーム」であることを提示した。そして、クライアントに向けて協力努力すべきものであることを説明したうえで、チームが機能しているかを設問した。さらに、階層意識を感じるかどうかを聞いている。この結果、階層意識を感じると答えた者のうち、チームが機能していないと答える人が、全体の25%に及んだ。第1回に続き階層意識は存在し、クライアントへの不利益をもたらす機能不全が意識されている、という結果を得た。

5-4-6. 調査の考察

1施設ではあったが、看護職81名の協力を得ることができた。

結果、推進施設であっても、階層意識を感じていることが確認された。数値的には少な

いが、少なくとも、この施設では認識している看護職が調査対象の半数にあるということが、わかった。

1人でも階層意識を感じているということは、「チーム」にコミュニケーションが不足して、クライアントの不利益に繋がる可能性がある。

「チーム」が機能するために、重要と考えている要素としてコミュニケーションに関する内容であることが、1回目調査の結果と、共通点があることも認められた。

5-5. 調査の結論

質問紙調査と文献研究を行った結果、階層意識は今日も存在して、看護職は階層意識をもっていることがわかった。厚労省が「チーム医療」を推進して以降、推進を病院理念に挙げている施設で、現在も、医師と看護職間には階層性の問題がある。そして、コミュニケーションの不足が生じて、クライアントの不利益に繋がっていることが明らかになった。そして、少数の看護職はコミュニケーションの不足を補うため、努力していることもわかった。

今回の調査では、2施設156名の少数の回答である。対象者の多くが、階層意識を感じていた。

回答数は少ないが、階層意識があり、問題と感じている病院施設があることが確認された。

5-6. 考察

本論では、「チーム医療」の機能不全は、階層意識による看護職の自律性に障害が起き、必要な情報のコミュニケーションが行われなかった結果、機能不全に陥り、クライアントへの不利益が生じていることを文献調査から明らかにした。

また、こうした機能不全は、安全に気を配り、行政の取り組みが行われている現在でも

なお、存在していることを調査によって明らかにした。2回の調査で、2施設156名の看護職の回答協力を得ることが出来た。「チーム医療」が推進されている現在も、1回目調査施設で回答の2割、2回目調査施設で回答の5割の看護職が、階層意識を認め、そのうち半数が機能不全を認めていた。この数字は推進施設であることからすると多いと認識する。今回の調査結果から、階層意識が今日も断続的に継続しているのは、二重権限構造が強いことにより、「チーム医療」の機能不全が生じていることが挙げられる。結果、専門的自律性を妨げ、クライアントの不利益が発生している。

「チーム医療」を活性化し機能不全を改善していくには、いまだに残る階層意識によるコミュニケーション障害に注目して、「チーム医療」の認識を高めていく必要がある。

5-7. おわりに

本研究は、階層意識がクライアントに影響する可能性を問題視した。

わが国の「チーム医療」には、医師と看護職間の、階層意識により生じるコミュニケーション障害が、クライアントの不利益を招く可能性が今も尚あるという問題を指摘した。その上で、階層意識があっても、コミュニケーションは重要であることを主張した。

医師と看護職間の、階層意識の有無を2回の質問紙調査を実施することで、確認され、階層意識によるコミュニケーション障害が、クライアントの治療方針の意思決定や現状の問題解決に影響していることが明らかにされた。

看護職は、クライアント重視から、階層意識があったとしても、「チーム」にはコミュニケーションが重要だと考え自律的に行動しようとしていることも示すことが出来た。チーム研究から、これまでのチームの定義は、「チーム医療」には不足であることが、指摘す

ることができた。

階層意識があってもコミュニケーションは重要視していることから、今後、医師も含めて医療組織で、専門的自律性が発揮されるクライアント中心の、機能する「チーム医療」を考えていく必要がある。

謝 辞

本学位論文の執筆は修士論文での問題意識から始まっています。修士論文は研究の導入でありました。そこから、明確な理論で論文の完成に導いてくださいました、大平義隆教授には心から感謝申し上げます。大平教授には、修士課程からの6年間に渡る歲月、鼓舞激励の日々でした。そのおかげ様で、1999年から続いていた疑問の解決を経て、現在前進出来ています。

研究の困難さだけで終結するのではなく、執筆を終えることが出来た時に、研究の楽しみが湧き上がってきました。私にとって、「磨斧作針」どんなに困難なことでも、忍耐強く努力する事の意義を学ばせてもらいました。その学びを頂けた大平教授と北海学園大学大学院経営学研究科の教育環境に、あらためましてお礼を申し上げます。

現代医療は、社会状況に沿った厚生労働省の新たな政策への取り組みが現場に求められ、多様な場面に直面しています。今回アンケート調査では、多数の看護職から多忙な業務の中で、ご協力を得ることが出来ました。多様な場面に直面する中での、日々の思いや工夫を実際に言葉として確認することができました。ご協力の感謝と共に、アンケート内容には重みを感じています。

本学位論文での研究成果を根拠として、医療の現場で実践していくことが、クライアントへの還元に繋がられるかなと考えています。ですから、私自身の研究は、現在も継続しています。

澤野雅彦教授、石嶋芳臣教授には文献なども含めて、研究内容に関する作成過程において、有益なご助言とアドバイス、励ましをいただきました。ここに深く感謝の意を述べさせていただきます。

最後に、修士論文で研究の突破口となるヒントをご助言くださいました、故後藤啓一教授にこの場をお借りして心よりお礼申し上げ、ご冥福をお祈りしたいと思います。

注 釈

1. 本論での呼称の使い方

- ・2002年保健師助産師看護師法改正により、婦の名称は師に変更された。それ以前の文献引用の際の名称は婦として、改正後は師に統一する。
- ・一般的に病院で、呼称される患者の用語を、クライアントの呼称に統一する。但し、厚生労働省、看護学大辞典、看護学学習辞典、引用文献に記されている患者の表記はそのままとした。

2. 医療専門職者という用語を使う意味

- 1) 「国際看護で使われる英語においては、個々の専門職の名称を大切にす。医療職者の総称は看護師、医師も含めすべて等しく Healthcare professionals (直訳：医療専門職者)である(渡部富栄 2012。インターナショナル ナーシングレビュー p101)。」
- 2) 2012年1.25日本がん治療学会で、今まで、医師以外の他職種呼称をコ・メディカルとして使用していた。しかし、「医師とそれ以外」という上下関係を暗示するとして、使用を自粛する通知を提出した。理由の1つに、全ての医療人が対等に参画することが原則のチーム医療の精神に反するからであるとしている。http://www.jsnmt.umin.ne.jp/co-medical.pdf

3. 用語の説明

(1) 「チーム医療 team care」とは

「医師中心の従来の医療体制でなく、多分野の医療従事者が上下関係なくその専門的知識を意見し、各自が主体的、かつ共同的に決められた目標に向かうことで、患者・家族に向け、効果かつ効率的な、質の高いケアを提供する組織的医療。医学的問題の他、精神・心理、経済・社会的問題解決のため、多職種連携し、最適な医療の実現に期待。」

(看護学大辞典 第2版 2010。医学書院)

※厚生労働省「チーム医療」推進の検討会報告書概

要より (2010)

「チーム医療」の基本的な考え方として、「チーム医療」とは「多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」

(2) 医療 medical care とは

「医師の指示に基づき行う。医行為の総称」(医学大辞典 第2版 2010。医学書院)

「近年、医療は単なる診療行為だけではなく、予防・健康教育も加えられる。又、現代医療は診療、看護、薬物、医療機器関連分野の有機的な活用として行われるもの」(看護学学習辞典 第3版 2010。Gakken)

(3) 周術期とは、次の3期に分けた期間をいう。

術前：手術適応と診断され、入院から手術までの準備期間。外来から病棟、手術室まで移送するまで。

術中：執刀医、麻酔医、手術室看護師などが協力して病変部除去や切開など、手術(治療行為)を行う時期。病棟看護師から引き継ぎを受けてから、手術室を退室するまで。

術後：麻酔覚醒して身体状況が回復してから、社会復帰の準備をする時間。

(4) 主治医制 attending physician とは

- 1) 主体的立場で、かつ継続してその患者の診療にあたる医師。その患者の医療チームの担当責任者として主体的に医療サービスを行い、チームの連携を図る。日本では、主治医と担当医を区別しているところもあるが、同じようにとりあついているところもある。

- 2) 病院に入院してきた患者を直接受持ち、診療に全責任を持たされた医師。長期に渡る入院患者の場合、途中で交代することもある。一人の受持医が、受持つ患者の数は、病院によって異なる。外来患者の場合も、ある特定患者を主として診療する医師を受持医ということもある。(看護学大辞典 第6版 2013 メディカルフレンド社)

(5) カンファレンス conference とは

話し合い・相談・会議の意味。臨床においては、さまざまな場面で行われる。目的は、カンファレンスの種類によりそれぞれ異なる。

- ① ケースカンファレンスは、対象者のケアに関する内容を同職種のメンバー、あるいはその患者が関わる多職種が集まり、情報共有、問題解決、方針を決定したりする。ときに、患者、患者家族がメンバーに入ることもある。

- ② チームカンファレンスの場合、看護職の場合など、

チーム別（ほとんどの場合、病棟のクライアントを2分して業務をする。また、2科混合病棟の場合は、診療科別で分担する場合がある。いずれも、各施設の病棟の事情による。）に患者のケアに関わる看護職たちが集まり、より質の高い看護を提供するために、患者の情報交換・看護ケアについて討議する。医師の場合、医療提供している医師チームが患者の治療方針を決定・情報共有したりする。

- ③学生カンファレンスの場合、臨床実習中に学生の実習をより効果的にする目的で、臨床指導者・教員と患者ケアについて、ディスカッション、学生間の看護に関する意見交換、情報共有を行う。

(看護大辞典 2003 和田 攻他編 医学書院)
(※②カッコ内の説明は加筆した)

(6) その他

- ・職制；職務の分担に関する制度（広辞苑岩波書店 2004）
- ・階層性；上下関係と解釈して使用。
- ・階層制；制度と解釈して使用。
- ・階層意識：本論では、医師と看護職間に上下の層を成して、看護職が医師に対して、上下・優劣による職業威信による序列を意識することとして、使用。
- ・一部、看護師、看護職の表示をしているが意味は同様に扱う。
- ・専門化と分業を一つの用語「分業」に統一して使用

理由；Stephen P. Robbins (2012) は、『新版 組織行動のマネジメント』で、「細分化している組織内の仕事の特徴を示している。職務の専門家の本質は、1人が仕事を最初から最後までするのではなく、仕事をいくつかのステップに分解して、各ステップを各個人がそれぞれ別々にやり遂げることにある。つまり、分業なのであり、個人は活動全体ではなく、活動の部分で専門的に行う (p346)。」この内容をもとに、専門化と分業を一つの用語「分業」に統一して使用する。

注

- 1) 柚木美紀ら (2013) 「手術室におけるコミュニケーションエラーの関連要因」第43回日本看護学会論文集 看護管理, pp43-46。
- 2) 鷹野和美「〈総説〉患者の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科学 3 (1), p1。
- 3) E・フリードソン著 新藤雄三・宝月 誠訳 (2004) 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣, p121。

- 4) 前 pp131。
- 5) H. Mintzberg (1991) 北野利信訳『人間感覚のマネジメント～行き過ぎた合理主義への抗議～』ダイヤモンド社, pp269-274
- 6) 鷹野和美 (2006) 「チーム医療論」医歯薬出版集団の捉え方より p95。
- 7) 水本清久ら編 (2008) インタープロフェッショナル・ヘルスケア『実践チーム医療論』実際とプログラム医歯薬出版株式会社, p003。
- 8) 浜町久美子 (2005) 「チーム医療とコミュニケーション」感性哲学, pp108-123。
- 9) 佐藤 智ら (2008) 『在宅医療と人材養成・人材確保』明日の在宅医療第6巻 中央法規出版株式会社, p42。
- 10) 桑田耕太郎 (2008) 「組織理論と経営者の責任～スペースシャトル事故の分析を通じて～」成城・経済研究第179号3月 pp47。
- 11) 伊丹敬之・加護野忠男 (1998) 『ゼミナール経営学入門』日本経済新聞社, pp238-242。
- 12) 山田耕嗣 (2003) 松本芳男編著『経営組織の基本問題』八千代出版株式会社, p120。
- 13) 田村由美ら (2004) 「褥瘡対策チーム」に所属する専門職のチーム医療に対する認識 神戸大学医学部保健学科看護学紀要第20巻 pp21-33。
- 14) 原岡一馬・若林 満編者 (1993) 『組織コミュニケーション～個と組織との対話～』福村出版。
- 15) 上田 泰著 (1995) 宮川公男シリーズ監修『組織の人間行動』シリーズ高度情報社会の経営学 中央経済社, p115。
- 16) 狩俣正雄 (1992) 『組織のコミュニケーション論』中央経済社, p151。
- 17) 前掲。
- 18) 川上 武 (1975) 『医療復権のために』開業医・チーム医療・医療史 勁草出版, p301。
- 19) 中島明彦 (2008) 「医療専門職の特性と病院組織」病院 67 巻 6 号 6 月 pp52-529。
- 20) 筋 昭三 (1992) 『医療学概論～患者との共同の営みとしての医療～』勁草書房, p267。
- 21) 杉 政孝 (1991) 園田恭一・米林喜男編『保健医療の社会学』有斐閣, p151。
- 22) 石原信吾 (1980) 山崎 章編集 (1980) 『ノン・ビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社, p303。
- 23) 前 p305。
- 24) 家里誠一 (2007) 『病院の組織構造分析と経営戦略モデルの創造』慶応義塾大学出版会, pp84-85。
- 25) 前 p85。
- 26) 石垣靖子 (2009) 「緩和ケア」vol. 19 Supp 1, Oct, pp41-44。

- 27) 鷹野和美「〈総説〉患者の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科学 3(1), p1。
- 28) 杉 政孝(1991)『病院経営と人事管理』改訂版 日本労働研究機構 p168。
- 29) 園田恭一・米林喜男編(1988)『保健医療の社会学』有斐閣, p147。
- 30) 山城 章編(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, p281。
- 31) 川島みどり(2011)『チーム医療と看護～専門性と主体性への問い～』看護の科学社, pp10-12。
- 32) 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。
- 33) 山本智子(2014)「チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究」川崎医療福祉学会誌, vol. 23 No. 2 pp255。
- 34) 高橋政祺(2010)「病院管理学入門」医学書院, p14。
- 35) 蒔 昭三(1992)『医療学概論～患者との共同の営みとしての医療～』勁草書房, p269。
- 36) 水本清久ら編(2008)インタープロフェッショナル・ヘルスケア『実戦チーム医療論』実際とプログラム医歯薬出版株式会社, p003。
- 37) 竹田明広(2009)「医療サービスにおける患者満足とコミュニケーション構造」経済理論 347, pp58-59。
- 38) 原岡一馬・若林 満編者『組織コミュニケーション』福村出版, p61。
- 39) 園田恭一・米林喜男編(1988)『保健医療の社会学』有斐閣, p152。
- 40) 高橋政祺(2010)『病院管理学入門』医学書院, p62。
- 41) 中島明彦(2008)「医療専門職の特性と病院組織」病院 67 巻 6 号 6 月 pp526-529。
- 笠原英彦(1999)『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会 p135。
- 42) 保健・医療社会学研究会編(1983)『保健・医療における専門職』垣内出版 p159
- 43) 加藤英一(2008)「ゲーム理論からみた医師-看護師関係」明治学院大学社会学・社会福祉学研究会 129, pp67-98。
- 44) 加部一彦(2004)「チーム医療における医師と看護師の関係」臨床看護 30(12): pp1810-1813。
- 45) 鷹野和美「〈総説〉患者の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科学 3(1), pp1-7。
- 46) 加部一彦(2004)「チーム医療における医師と看護師の関係」臨床看護 30(12): pp1810-1813。
- 47) 北川隆吉他監修(1984)『現代社会辞典』有信堂, p555。
- 48) 菅谷 章(1981)『日本の病院』中央公論社, p12。
- 49) Freidson 著(1992) 遠藤雄三他訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣, p127。
- 50) 市野川容考・金 泰昌編集(2006)『健康・医療から考える公共性』公共哲学 19 東京大学出版会, 進藤担当 p27。
- 51) 前項。
- 52) A. Etzioni(1967)『現代組織論』至誠堂, pp134-135。
- 53) 杉 正孝(1988) 園田恭一・米林喜男編『保健医療の社会学』有斐閣, pp152-153。
- 54) 前項。萩原担当 pp152-153。
- 55) 佐藤慶幸(1981)『行為の社会学』神泉社, pp291-292。
- 56) 浜町久美子(2005)「チーム医療とコミュニケーション」感性哲学, pp108-123。
- 57) 大橋昭一・竹林浩志(2003)『現代のチーム制～理論と役割～』同文館出版株式会社, p9。
- 58) 由藤知矢佳(2007)「チーム研究の源流と発展動向」現代社会文化研 No38, pp149-163。
- 59) J. R. Galbraith(2004) 梅津祐良訳『組織設定のマネジメント』生産性出版, pp108-127。

〈参考文献〉

- 主任研究者 松尾多加志 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「看護業務改善による自己防止に関する学術的研究～エラー防止および医療チーム研修の導入の効果～」平成14年度総括・分担研究報告書(平成15年4月)
- 主任研究者 嶋森好子 平成12年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)医療事故防止対策の検討「看護業務に関連する医療事故の実態調査から医療事故防止策を検討する」厚生労働省チーム医療推進会議「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」www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-77.pdf - 89k - 2012-01-18 (2011年7月20日参照)
- 厚生労働省第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/2r9852000000wym.pdf - 9k - 2010-11-22 (2013年6月3日参照)
- 総務省統計局「医療施設調査 平成24年度」www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02100104.do?tocd=

「チーム医療」活性化に関する研究(加藤)

- 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) japan Medical Association. All rights reserved.
社会保障制度改革国民会議報告書(抄)(平成25年8月6日)
www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/.../item1_1.pdf
- 『病院』(2011)「特集～何をめざすチーム～」70(12), 12月号 医学書院, pp918-920。
- Jon R. Katzenbach, Douglas K. Smith (1993). *The Discipline of Teams*: Harvard Business School Publishing Corporation. pp2-31.
- Harvard Business (2004)「チームビルディング求心力の経営～チームとグループは異なる～」ダイヤモンド社, 29(12) pp80-95。
- Harvard Business Review (2004)「いかに好業績チームをつくるか」pp4-15。
- Harvard Business Review (2012)「最強チームをつくる」ダイヤモンド社。
- 週刊ダイヤモンド編集部, ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス編集部編者(1998)「複雑系のマネジメント」ダイヤモンド社。
- 厚生統計協会(1978)「国民衛生の動向・厚生指標」臨時増刊 第25巻第9号昭和53年特集号。
- 厚生統計協会(1987)「国民衛生の動向・厚生指標」臨時増刊 第34巻第9号。
- 厚生統計協会(1989)「国民衛生の動向・厚生指標」臨時増刊 第36巻第9号。
- 厚生統計協会(2001)「国民衛生の動向・厚生指標」臨時増刊 第48巻第9号。
- 厚生統計協会(2008)「国民衛生の動向・厚生指標」臨時増刊 第55巻第9号。
- 『治療』(2009)『～昨日の常識 看護職は、医師の手足として働く職種である。今日の常識 看護職は、医師と協働して働く医療専門職者である～』石井トク vol. 91, No12, pp2776-2777。
- 『月刊/保険診療』(2010)「特集“連携”の地図帳 ②“チーム医療の未来図” 小山博史 第65巻。第9号(通巻1452号) pp32-37。
- 『IRYO』(2009)「チーム医療における看護師の役割」菊池由貴 第62回国立病院総合医学会 シンポジウム:「チーム医療」vol. 63 No 8 Aug pp498-500。
- 『Nursing BUSINESS』(2010)白水明代・中村秀敏「医師の本音を語る～協働相手としての看護師に期待すること～」vol 4, No. 4, pp12-15。
- 『臨床看護』(2004)加部一彦「チーム医療における医師と看護師の関係」30(12): pp1810-1813。
- 『EMERGENCY CARE』(2005)奈良 理・今泉 均
- 「特集 救急医療のチームワーク医師・看護師のチームワーク～医師の視点から」vol. 18, No 9, pp18-23。
- 『治療』(1999)北原雅樹「特集-国際比較 どこへ行く 日本の医療～医師を取り巻く環境 チーム医療～」vol. 81, No 4 pp55-60。
- 守島基博(2013)「日本医療」病院管理学会誌 50(1), pp56-59。
- 柚木美紀ら(2013)「手術室におけるコミュニケーションエラーの関連要因」第43回日本看護学会論文集 看護管理 pp43-46。
- 山本智子(2014)「チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究」川崎医療福祉学会誌, vol. 23 No. 2 pp255。
- 『病院』(1998)田尾雅夫「組織論の視点から見た病院」57(1)。pp50-54。
- 庭本佳和(1983)『組織とコミュニケーションとOA』オフィス・オートメーション Vol. 4, No 4, pp54-59。
- 竹田明広(2009)「医療サービスにおける患者満足とコミュニケーション構造」経済理論, 347 pp58-59。
- 鬼塚佳奈子他(2004)「医療現場のコミュニケーションエラー」日本社会心理学研究 60, pp79-98。
- 草野千秋(2007)「医療における自律的なチーム・ビルディングに関する事例研究」Journal of Human Environmental Studies Volume 5, Number 2 pp19-26。
- 久米和興・久米龍子・村川由加里(2010)「病院看護部の組織構造の特徴に関する一考察」山形保健医療研究, 第13号, pp95-104。
- 『病院』(1971)車田松三郎「病院医師に関する研究 4。医師からみた看護婦およびパラメディカルについて」vol. 30, No. 8, pp94-103 医学書院。
- 厚東偉介(2012)「経営哲学による基層」早稲田商学部 431号3月 pp373-432。
- 風間信隆(1981)「社会・技術システム論と「自律的作業集団」 明大商学論叢, 63(5-6)3月, pp83-117。
- 桑田耕太郎(2008)「組織理論と経営者の責任」スペースシャトル事故の分析を通じて 成城・経済研究代 179号3月 pp47-7。
- 戸田宏治(2008)「チーム生産とインセンティブ問題に関する一考察」第6回「法と経済学会・報告論文」 pp1-13。
- 谷口和弘(2002)「制度研究の近年的発展-制度主義から比較制度分析へ-」三田商学研究 第44巻第6号2月, pp31-36。
- 『病院』(2008)中島明彦「医療専門職の特性と病院組織」67巻6号6月 pp 526-529。
- 『日本病院会雑誌』(2010)病院学「チーム医療～職

- 能分担の功罪」vol. 57 No12
- 中川淳平 (2004) 「経済学と企業資産」論説 駒澤大学経営学部研究紀要第33号(33), pp23-36, 03-00.
- 中島明彦 (2008) 「医療専門職の特性と病院組織」病院 67巻6号6月 pp526-529.
- 『保健医療社会学論集』(2001) 細田満和子『「チーム医療」とは何かそれぞれの医療従事者の視点から』第12号 pp88-101.
- 浜町久美子 (2005) 「チーム医療とコミュニケーション」感性哲学, pp108-123.
- 細田満和子 (2000) 『病院における医療従事者の組織認識～「チーム医療」の理想と現実～』現代社会理論研究会, pp253-265.
- 森下郁子 (1997) 「看護婦が直面する道徳的葛藤の実態」日本赤十字看護学紀要, 11, pp41-49.
- 森田雅也 (1998) 「チーム作業方式をめぐる議論の統合に向けて」日本経営学会誌 (2) 3-10 pp43-55.
- 松原敏浩・水野智他 (2001) 「看護方式が職務行動に与える影響について」病院管理, 38(3), pp215-222.

博士論文参考文献

- 赤岡 功 (1989) 『作業組織再編成の新理論』千倉経営学研究叢書14 千倉書房。
- 蒔 昭三 (1992) 『医療学概論～患者との共同の営みとしての医療～』勁草書房。
- A. ザンダー著 (1996) 黒川正流・金川智恵・坂田桐子訳『集団を活かす』北大路書房。
- A. Etzioni 著 (1968) 綿貫讓治監訳『組織の社会学的分析』培風館。
- A. Etzioni (1967) 『現代組織論』至誠堂。
- 池上直己, J. C. キャンベル著 (1997) 『日本の医療～統制とバランス感覚～』中公新書。
- 飯野春樹 (1990) 『バーナード 組織と管理』文眞堂。
- 飯野春樹 (1993) 『バーナード組織論研究』文眞堂。
- 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』文眞堂。
- 狩俣正雄 (1992) 『組織のコミュニケーション論』中央経済社。
- 今村都南雄 (2006) 『官庁セクショナリズム』行政学叢書 I 東京大学出版会。
- 上田 泰著, 宮川公男 (1995) 『組織の人間行動』シリーズ高度情報社会の経営学 中央経済社。
- E. デュルケーム著 (1988) J・C・フィュー編佐々木交賢, 中島明勲訳『社会科学と行動』恒星社厚生閣。
- E. デュルケーム著 (1971) 田原音和訳『社会分業論』

- 現代社会学体系第2巻 青木書店。
- E. フリードソン著 新藤雄三・宝月 誠訳 (2004) 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣。
- 太田 肇 (1999) 『仕事人と組織～インフラ型への企業革新～』有斐閣。
- 伊丹敬之・加護野忠男 (1998) 『ゼミナール経営学入門』日本経済新聞社。
- 井部俊子・中西睦子監修 木村チヅ子・村上三好編集 (2011) 『看護組織論』第3巻看護管理学習テキスト2版 日本看護協会出版会。
- 井部俊子・中西睦子監修 金井 Pak 雅子編集 (2011) 『看護組織論』第6巻看護管理学習テキスト2版 日本看護協会出版会。
- 井部俊子・中西睦子監修 中西睦子・上泉和子・増野園枝編集 (2011) 『看護組織論』第8巻看護管理学習テキスト2版 日本看護協会出版会。
- 井部俊子・中西睦子監修 中西睦子・勝原裕美子・増野園枝編集 (2011) 看護管理学習テキスト第2版『看護管理基本資料集』2011年版別巻 日本看護協会出版会。
- 猪俣佐登留訳 (1976) 『クルト・レヴィン社会科学における場の理論』誠信書房。
- 今村都南雄 (2006) 行政学書『官庁セクショナリズム』財団法人 東京大学出版会。
- 大月博司他編 (2003) 『経営組織』21世紀経営学シリーズ4 学文社。
- 大月博司他著 (1997) 『経営学～理論と体系～』第2版 同文館。
- 大橋昭一・竹林浩志 (2003) 『現代のチーム制～理論と役割～』同文館出版株式会社。
- 奥林康司・庄村 長・竹林 明・森田雅也・上林憲雄 (1994) 『柔構造組織パラダイム序説～新世代の日本的経営～』文眞堂。
- A. トゥーレーヌ著 大久保敏彦他訳 (1974) 『行動の社会学』合同出版。
- 占部都美 (1989) 新訂『経営管理論』白桃書房。
- 占部都美 (1991) 『現代経営組織論』(現代経営学全集) 第5巻 白桃書房。
- 小川鼎三 (1966) 『医学の歴史』中公新書39 中央公論社。
- 笠原英彦 (1999) 『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会。
- 木下安子・北川隆吉監修 板倉達文編 (2000) 『病院組織の中の看護』シリーズ現代社会の看護中央法規出版。
- 『経営行動ハンドブック』(2010) 中央経済社。
- 工藤達男他著 (1993) 『現代の経営管理論～活動のいづみ～』リーディングス新生経営学 学文社。
- 経営学史学会編 (2002) 『経営学史事典』文眞堂。

- 國島弘行・池田光則・高橋正泰・べえ富吉 (1994) 『経営学の組織論的研究』白桃書房。
- 川本 彰 (1982) 『日本人と集団主義』玉川大学出版部。
- 川上 武 (1990) 『現代日本医療史』勁草書房。
- 川上 武編著 (2005) 『戦後日本病人史』社団法人農山漁村文化協会。
- 佐藤典子 (2007) 『看護職の社会学』専修大学出版局。
- 佐藤慶幸 (1981) 『行為の社会学』新泉社。
- 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。
- 杉 政孝 (1991) 『病院経営と人事管理』改訂版日本労働研究機構。
- 菅谷 章 (1981) 『日本の病院』中央公論社。
- 澤野雅彦 (2001) 『現代日本企業の人事戦略～21世紀のヒトと組織を考える～』千倉書房。
- 数土直紀 (2010) 『日本人の階層意識』講談社。
- 園田恭一・米林喜男編 (1988) 『保健医療の社会学～健康生活の社会的条件～』有斐閣選書。
- J. R. ポーセル編著佐々木恒男監訳 (2005) 『アンリ・ファョールの世界』文眞堂。
- C. I. バーナード著山本安次郎他訳 (1968) 『経営者の役割』ダイヤモンド社。
- C. I. バーナード著山本安次郎他訳 (1987) 『新約経営者の役割』経営名著シリーズ ダイヤモンド社。
- J. R. ガルブレイス著 梅津祐良訳 (2004) 『組織設計のマネジメント』生産性出版。
- J. R. ガルブレイス他著 寺本義也監訳 (1996) 『21世紀企業の組織デザイン』産能大学出版部。
- J. R. ガルブレイス著 (1980) 梅津祐良訳 『横断組織の設計』マトリックス組織の調整機能と効果的運用, ダイヤモンド社。
- J. R. ガルブレイス著 梅津祐良訳 (2006) 『顧客中心組織のマネジメント』生産性出版。
- J. A. ドラン著小野康博・内尾貞子訳 (1978) 『看護・医療の歴史』誠信書房。
- 島内竹文 (1967) 『病院管理学』第2版 医学書院。
- 芝田進午編 (1976) 『医療労働の理論』双書 現代の精神的労働4 青木書店。
- 砂原茂一 (1983) 『医者と患者と病院と』岩波書店。
- S. M. ディビス, P・R. ローレンス著 津田達男・梅津祐良訳 (1980) 『マトリックス経営～構造組織の設計と運用～』ダイヤモンド社。
- S. P. Robbins 著高木晴夫訳 (2009) 『新版組織行動のマネジメント』ダイヤモンド社。
- S. P. Robbins 著高木晴夫訳 (2012) 『組織行動のマネジメント』ダイヤモンド社。
- S. ルークス著 伊藤公雄訳 (1989) 『権力と権威』社会学的分析の歴史 16 アカデミア出版会。
- 鷹野和美 (2006) 「チーム医療論」医歯薬出版。
- 高橋政祺 (2000) 『病院管理学入門』(第5版) 医学書院。
- 戸部良一他 (1984) 『失敗の本質～日本軍の組織論的失敗の本質～』ダイヤモンド社。『～病院組織の社会学的研究』医学書院。
- 高柳 暁 (1991) 『現代経営管理論～組織論的アプローチ～』同文館出版株式会社。
- 富永健一編 (1981) 『日本の階層構造』東京出版会。
- 長尾周也 (1995) 『プロフェッショナルと組織』大阪府立大学経済研究叢書第83冊。
- 新村 拓 (2011) 『日本医療史』吉川弘文館。
- 日本グループ・ダイナミクス学会編 (1954) 『グループ・ダイナミクスの研究～集団行動の理論と実験～』第二集 理想社。
- 新村 拓 (2001) 『日本医療社会史の研究～古代中世の民衆生活と医療～』叢書・歴史学研究 法政大学出版局。
- 保健・医療社会学研究会編 (1983) 『保健・医療における専門職』垣内出版 pp113-159. 1983年。
- 保健・医療社会学研究会 (1979) 『保健・医療の組織と行動』垣内出版。
- H. G. ヒックス 景山裕子訳 (1970) 『人間行動と組織』産業能率短期大学出版部。
- 細田満和子 (2006) 『「チーム医療」の理念と現実～看護に生かす医療社会学からのアプローチ～』日本看護協会出版会。
- 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。
- F. パーキン著 橋本 満訳 (1989) 『社会階層論』社会学的分析の歴史 15 アカデミア出版会。
- 樋口晴彦 (2012) 『組織不祥事研究』組織不祥事を引き起こす潜在的原因の解明 白桃書房。
- H. ミンツバーグ (1991) 『人間感覚のマネジメント～行き過ぎた合理主義への抗議～』北野利信訳 ダイヤモンド社。
- 原岡一馬, 若林満編者 (1993) 『組織コミュニケーション～個と組織との会話～』福村出版株式会社。
- 眞野 脩 (1987) 『バーナードの経営理論』文眞堂。
- 山田耕嗣 (2003) 松本芳男編著 『経営組織の基本問題』八千代出版株式会社。
- 森田雅也 (2008) 『チーム作業方式の展開』千倉書房。
- 水本清久ら編 (2008) 『実戦チーム医療論』インタープロフェッショナル・ヘルスケア 実際とプログラム 医歯薬出版株式会社。
- 南 博編者 (1980) 『日本人の人間関係事典』講談社。
- 三隅二不二 (1976) 『グループ・ダイナミクス』情報科学講座 C-12・4 共立出版株式会社。

村上陽一郎（1996）『医療-高齢社会へ向かって』20
世紀の日本9 読売新聞社。
森脇俊雅（2000）『集団・組織』社会科学の理論とモ
デル6 東京大学出版会。
藻利重隆（1984）『経営学の基礎』（新訂版）森山書
店。

山崎 章編集（1980）『ノン・ビジネス経営の構築』
ビジネス教育出版社。
W. E. ムーア著 石川 実訳（1986）『機能主義』社
会学的分析の歴史9 アカデミア出版会。

付録1. 第1回目質問紙調査用紙①

*用語に関する説明

<「チーム医療の考え方」>

川島みどり『チーム医療と看護』－専門性と主体性への問い－より

「チーム医療とは、患者を中心に各種の医療専門職が、共通の理念を基盤に、それぞれの専門性を活かし共有した目標に向かい協働して医療を実践すること。」

<「チーム」の定義> J. R. Katzenbach, D. K. Smith(1993)

「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。」

<部門横断チーム(クロスファンクショナルチーム(CFT))の説明>経営用語の基礎知識
複数の部門や職位から、多様な経験・スキルを持つメンバーを集めて構成される。部門横断的なテーマの検討、解決策の提案がミッション。(補足:部門の垣根を取り外して、明確な目標と高度な専門性の協働で、質の高い医療を提供する。)

<厚生労働省2011年「チーム医療」推進の基本的考え方報告書(原文抜粋)>

○チームアプローチの実践には、様々な業務について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である。

職種・年代を教えてください。いずれかに○をつけて下さい。

◎医師 20代・30代・40代・50代・60代 性別:男・女

内科系・外科系・その他(差し支えなければ記入して下さい):

*臨床年数:5年未満・5年~9年未満・10~19年未満・20年以上

*当院での勤務年数 _____年

◎助産師・保健師・看護師・准看護師 性別:男・女

(認定看護師・専門看護師) 20代・30代・40代・50代・60代

内科系・外科系・その他(差し支えなければ記入して下さい):

*臨床年数:5年未満・5~9年未満・10年~19年未満・20年以上

*当院での勤務年数 _____年

アンケート

1. 現状について

I「チーム医療」の実践状況についてお尋ねします。(適当と思うものに○)

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・さほど思わない・時々思う・思わない

付録1. 第1回目質問紙調査用紙②

- ③ チームリーダーは状況に応じて適時変わっている。
そう思う・変わるときもある・ほとんど変わらない・変わらない
- ④ 自分の職務以外の業務であっても、チームの一員としてフォローするよう
にしている。
常にしている・出来る時はしている・ほとんどしていない・していない

Ⅱ 「チーム医療」を実践するうえで、当然のことと考えていることがあれば
記入して下さい。（自由記載）

Ⅲ 「チーム医療」を実践しながら、疑問に感じていることがあれば記入して
下さい。（自由記載）

Ⅳ 「チーム医療」を実践しながら、問題だと感じていることがあれば記入し
て下さい。（自由記載）

Ⅴ Ⅳで問題だと感じることを記入された方にお尋ねします。解決方法に関し
て又は、このように解決したということがあれば教えて下さい。（自由記載）

うらへ→

付録1. 第1回目質問紙調査用紙③

2. 機能的な「チーム医療」を実践するため、あなたの職場で重視していることがあれば教えてください。

I 選択肢 (○複数回答可)

- () ① 細やかな患者情報の共有
- () ② 患者/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 役割の相互理解 (相互の尊重)
- () ⑦ 協働意欲
- () ⑧ 患者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

II 機能的な「チーム医療」を実践するために、メンバーとして工夫していることや努力していることを教えてください。(自由記載)

3. どのようなことを「チーム医療」と思って、日々実践していますか?

(○複数回答可)

I 関係性に関して

- () ① 患者/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取れる必要がある。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最重要である。
- () 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ない。
- () ⑤ 医師を中心としないとチームは機能しない。

付録1. 第1回目質問紙調査用紙④

II 役割に関して

- () ① 「チーム医療」は各自の専門性とスキルに基づく自律したチームメンバーによる協働である。
- () ② 「チーム医療」は患者/クライアントのニーズ目標達成するための役割分担の違いではない。

III チームメンバーに関して

- () ① 医療従事者はすべて「チーム医療」のメンバーである。
- () ② 患者・家族も「チーム医療」の一員である。
- () ③ 時には、親族・友人も「チーム医療」のメンバーである。
- () ④ チーム構成員には、医療従事者以外の職種、外部職員、ボランティア、器械・器材メーカーなど患者/クライアントを取り巻くすべての要員も含まれると考えている。
- () ⑤ 患者/クライアントの状況に応じて、チーム構成員が入れ替わっても問題ない。

- IV 上記以外にも「チーム医療」と思って、日々実践していることがありましたら、お聞かせ下さい。(自由記載)

4. 「チーム医療」に関して日頃、思っていることをお聞かせ下さい。
(自由記載)

お忙しい中ご協力いただき誠にありがとうございました。

付録2. 第2回目質問紙調査用紙①

差し支えなければ、該当する職能に○印をつけてください。

- () 助産師
 () 保健師
 () 看護師 () 認定看護師 () 専門看護師
 () 准看護師

差し支えなければ、○印または、ご記入ください。

性別 男性 ・ 女性

年代 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代

臨床年数 5年未満・5年～9年未満・10～19年未満・20年以上

当該施設勤務年数 () 年 () ヶ月

アンケート調査ご協力のお願い

この調査は、日頃、「チーム医療」を実践されながら、「チーム」をどのように考えられているのかをお尋ねするものです。ご多忙とは存じますが、アンケート調査にご協力いただきますようお願いいたします。

研究者：加藤和美

所属：北海道大学大学院経営学研究科 経営学専攻 博士後期課程

E-mail：7411101k@edu.hgu.jp

<研究テーマ> 「チーム医療」に関する一考察(仮題)

<アンケートに関する説明>

回答は無記名で、回答したくない質問に関しては拒否していただいても構いません。

<倫理的配慮>

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。調査結果は全体で統計処理をいたします。回答者個人の特定や、個人について分析することはありません。得られたデータにより施設名が特定されないよう処理を行います。データ保管は厳密に行います。

<用語の説明>

* 「チーム医療の考え方」本研究での、医療におけるチームの定義
 「臨床現場における患者の抱える問題を解決するという共通の目的、達成目標、アプローチに合意しその達成を誓い、互いに責任を分担する補完的な技術を持つ高度な少人数の医療関係者集団」とし、そのチームが行う医療をチーム医療という。

東京大学大学院医学系研究科公健康医学専攻 医療科学講座臨床情報工学分野
 教授 小山博史 月刊/保健診療・2010年9月特集 p82

次のページ(裏面)に質問事項があります⇒

付録2. 第2回目質問紙調査用紙②

質問項目	おおいに そう思う	どちらかといえ ば そう思う	どちらともい えない	どちらかとい えば そう思わな い	まったく そう思わな い
1. 日常的に「チーム」は機能している。	5	4	3	2	1
2. 次の項目は「チーム」の機能に影響を及ぼす要因だと思う。					
① メンバー全員の情報共有。	5	4	3	2	1
② メンバー全員の目標共有。	5	4	3	2	1
③ 十分なコミュニケーション。	5	4	3	2	1
④ 「チーム医業」の共通認識。	5	4	3	2	1
⑤ メンバー個々の意見を互いに尊重し合うこと。	5	4	3	2	1
⑥ 個人の専門性の発揮。	5	4	3	2	1
⑦ 医師との協力関係。	5	4	3	2	1
⑧ チームマネジメント。	5	4	3	2	1
⑨ リーダーシップ。	5	4	3	2	1
⑩ 他職種との相互理解。	5	4	3	2	1
⑪ 他職種との合同カンファレンスへの参加。	5	4	3	2	1
⑫ メンバー同士の信頼関係が築かれている。	5	4	3	2	1
⑬ メンバー同士が対等な関係性である。	5	4	3	2	1
⑭ 各職種の役割分担が明確である。	5	4	3	2	1
⑮ 自分の職務以外の、メンバーのフォロー。	5	4	3	2	1
⑯ 不安・苦悩を受け止め支えてくれる。	5	4	3	2	1
3. 「チーム」に	5	4	3	2	1
職種によるヒエラルキー（階層意識）を感じる。					