

《研究ノート》

高成果チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査報告

松 田 陽 一

目 次

- I. 調査の目的
- II. 調査の概要
- III. 調査の分析結果の詳細
- IV. 調査の分析結果の要約と考察

本稿は、2018～2019年に当研究室で実施した「高成果チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査」(以下、「本調査」と略称する)の分析結果について報告するものである。これは、本調査に先立ち、2018年に当研究室で実施した「高成果チーム医療の活用マネジメントに関するアンケート調査」(以下、「前アンケート」と略称する)の回答者の中で、協力を得られた病院・診療所に対して行ったものである。なお、本稿は、紙幅の関係で、調査に関するかなりな部分(約70%)を削除している。詳しくは、松田(2019)を参照のこと。

※本稿は、学術研究助成基金助成金・基盤研究-(C):課題番号17K03929「病院の高成果チーム医療が組織変革マネジメントに与える影響に関する理論・実証的研究」の援助を受けている。記して感謝を述べる次第である。

I. 調査の目的

本調査の目的は、病院の組織変革(organizational change)において、高成果チーム医療(High Performance Team Medical Care。以下、「HPチーム医療」と略称する)の活用マネジメントについて、その実態を明らかにすることである。

これは、2014～2016年にかけて当研究室で行った「チーム医療が病院の組織変革に与える影響に関するアンケート調査」等に基づけば、今日のチーム医療は、病院のマネジメントに多様な影響を与えていることが、ある程度明らかになっている(詳しくは松田・川上(2015)、および同(2017)を参照)。さらに、以前より、今日のチーム医療は、病院組織における組織変革を推進していく際に有用なマネジメント手段であるということが指摘されており、それが本調査の前提になっている(例えば、松田編他著(2014)を参照)。

そこで、本研究室では、その実態について、前アンケートの回答者からさらにご協力いただいた方々へのインタビュー調査によって、引き続き、現場の実態をインテンシブ(徹底的、集中的)に明らかにしようとする。本稿では、その内容を報告するものである。

今日、医療組織を取巻く経営環境の変化は加速・多様化し、とくに病院においてはその組織的な対応が継続的に要請されている。このような状況に対応して、病院は、従来から多様なマネジメント(management)

で対応してきている。その中で、着目されているのは「チーム医療」である。これは、現場においては、医療の内容がますます複雑・高度化し、さらに患者さんとの密着・個別的な対応が求められる現状では、従来の医師を頂点とした医療のやり方ではうまく出来なくなりつつある、あるいはうまく出来ない現状に対応することから始められている。それが進展し、チーム医療を意図的に病院のマネジメント活用し、さらにチーム医療の構成メンバーを中心に病院の組織変革のマネジメントを実践している病院も数多くある（松田編他著（2014）を参照）。すなわち、医療の質や安全性向上という今日的対応のためにだけでなく、病院で働いている医師や職員の意識・行動変革までも意図してチーム医療を病院組織全体のマネジメントに活用しているのである。

ところで、2014～2016年の調査では、チーム医療が病院の組織変革に与える影響について、その実態、あるいは現状をある程度明らかにすることは出来ているが、チーム医療としての成果の判断指標や高成果を出しているHPチーム医療の具体的な活動内容、およびその特徴については、それほど明らかにはなっていない。これは、チーム医療の捉え方（あるいは定義）やチーム医療ごとに求められるミッションの差異にも幾分か起因はしているが、課題ではあった。また、2016年に当研究室主催で行ったチーム医療に関する研究会（9月24日開催「チーム医療マネジメント研究会～事例報告とディスカッション」）でも、それが課題として残っている。具体的には、いかにチーム医療の成果を上げるのか、およびHPチーム医療の活動の要点を他チーム医療に伝えるのか、である。

以上より、HPチーム医療の実態、およびその影響による病院の組織変革マネジメントの様相を調査することは、大いに意義あることと着目し、前アンケートに引き続き、本調査を実施している。

なお、本調査において組織変革とは「組織が、組織成果の向上を目的として、組織構成員の意識や行動変革を考慮してマネジメント施策を行うこと、およびそこに見受けられる組織現象」（松田編他著（2014）、16頁）である。

また、チーム医療とは「医療行為において、患者のケアを医師単独で行うのではなく、医療関連諸職種（医師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、補助看護師、事務職員等）が各自の専門性を生かし、役割を分担して当たること（伊藤他総編集（2009）、1837頁）」である。

なお、本報告書の記載表記について、以下は共通である。

(1)文中の職位名称については、インタビュー当時のものである。

(2)個人の氏名、および所属している組織（病院、診療所）の名称は、アルファベット呼称にしている。

Ⅱ. 調査の概要

1. 対象と方法

(1)対象

本調査の対象は、この調査に先立ち当研究室で2018年に行った前アンケートに回答いただいた「39病院（内、1つ診療所）」の中で、さらにご協力いただいた「7病院（内、1つ診療所）」の方々である。

(2)方法

本調査は、前アンケートの回答内容を基に、同じ質問項目をさらにインテンシブに尋ねている。事前にアポイントした日時に、指定された場所にて、当方が1名（～2名）、インタビュー先が1～3名の方々と対面する形で行っている。また、許可を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音し、その後、2

回以上、原稿をチェック・校正していただいている。

2. 実施概要

本調査における実施期間、質問（兼）回答票の郵送数と返送のあった回答病院数は次のとおりである。

(1)実施期間：2018年10月26日～2019年1月11日

(2)インタビュー先総数：7（以下の本文中では、A病院らG診療所と表記する。また2病院については、相手先が複数であった）

3. 質問項目

本調査における質問項目は、事前に送信し、前アンケートの内容に基づいており、以下のとおりである。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2. （褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

問3. チーム医療による成果

問4. HPチーム医療の現状（名称、導入年、職種と人数、活動状況）

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

問6. HPチーム医療の影響による経営・職場に生じた変化

問7. チーム医療の推進や活用の際の抵抗要因

問8. チーム医療の課題

Ⅲ. 調査の分析結果の詳細（敬称略）

以下、質問項目の順に調査結果の概略的な表記を示す。

1. A病院

A病院は、診療科目として、内科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科、歯科、腎臓内科、肝臓科（他に放射線照射施設と人間ドック施設を併設）を擁し、病床数は357床（一般314床、地域包括ケア43床）である。また、職員数は、739名である（2019年5月1日A病院のHPに基づく）。

本調査は、A病院の看護部長に対して、2018年10月26日の午前10時から、A病院内の会議室にて、当方が2名、対面する形で行った。事前に送信した質問項目と前アンケートの回答結果を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行なった。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

A病院は、前アンケートにおいて、回答時点で7つのチーム医療があり、直近の5年間で2つのチーム医療が増えたと回答している。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム活動については、回答していない。

また、A病院は、本調査において、①チーム医療の数は5年前から3つ増えたこと、②それが現場発案で設置されたこと、③NSTが1番古いことを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「アンケート回答時点では、全部で7チームだと思っていたのですが、そのときはチームとして成り立っているのか、

どうかということがよく分からなかったチームがありました。今、正確にいうと、全部で12チームです。増えています。5年前は9つですから3つ増えています。これ以上は増えないと思います。当病院で機能的に必要なチームは全部あると思います。ただし、糖尿病チームについては、人が揃えば設置する可能性はあると思います。この医療チームを作ろう、という発案は、院長ではありません。現場です。やりたいという人が手を挙げて「このチームを作ろう」といいます。チーム医療に、医師は絶対に入りますから、医師から立案してきたチームもありますし、コメディカル側から立案したチームもあります。「先生と一緒にやれないか」ということです。自発的な発案による設置が、おそらく大半だと思います。当院では、病院の組織図の中で、病院長の直下である諮問機関に位置づけられているところは組織図にきちんと載っていますので、皆が知っています。ただし、自発的に形成された医療チームで組織図に載っていないものは、院長が把握していないということもあります。質問のように、院長が「作りなさい」といったチームもあります。それはやはり加算につながっているチームです。私はここに入職して10年になりますが、当時にあったチームは3つです。おそらくですが、NSTが1番古いのではないかと思います」

問2. (褥瘡, 医療安全, 感染管理以外の) チーム医療の内容 (数, 名称等)

A病院は、前アンケートにおいて、回答時点で、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム活動については、4つあると回答している。

また、A病院は、本調査において、①NSTが1番古く、ICTと緩和ケアチーム、褥瘡対策チームが次に古い設置であることを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「おそらく歴史的に古いのはNSTとICTと緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、このあたりが古いです。昔からあったであろうというチームです。その後、8年から10年くらい前に出来あがったのが、RSTと摂食嚥下チームです。もう少し経過して設置したのは口腔ケアチーム、CPT、子どもの虐待対応チーム、退院支援チームです。ごく最近に設置したのが、癌リハと抗菌薬適正使用支援のASTと排尿ケアチームです。排尿ケアチームは準備中です」

問3. チーム医療による成果

A病院は、前アンケートにおいて、チーム医療の成果として、「医療機能評価の向上」、「職場のコミュニケーション度の向上」、「職員間の情報共有度の向上」、および「学会報告や参加頻度の向上」を回答している。

また、A病院は、本調査において、①バラバラでやっていたのが標準化されたということ、②とくに環境感染対策について、意識統一を図ることが出来、職種間の差異も解消したこと、および多様な感染症に対する予防と対応について、標準化が最も図れたこと、③NSTにおいて栄養評価ツールの標準化によってスクリーニングの部署間の差異がなくなったこと、ただし③医師の意識にもよるが仕事軽減にはそれほどつながっていないことを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「バラバラでやっていたのが標準化されたということが一番大きいと思います。それぞれの部署で、それぞれに知識のある人が、また、影響力のある医師がやっていたものが、チーム医療によって標準化されたと思います。また、職種間の差異もなくなったと思います。私が当院に来た10年前と今とはかなり違うと思います。1番影響力があって、1番標準化が図れたのは、環境感染対策だと思います。ICTです。以前は、意識もバラバラで、職種間の差があったのですが、啓発活動をかなり積極的にやってくれています。あとはNSTですが、栄養評価ツールというものが標準化されましたので、スクリーニングの部署間の差異がなくなったと思います。これは、かなり大きいと思います。指摘のように、本当は、成果で出すが一番だとは思いますが。しかし、厚労省はチーム医療によって医師の業務負担軽減を図ることに診療報酬をつけてはいますが、実際に医師の仕事負担の軽減になったのかというと、それほどになっていないと思います。要するにチーム医療の活用の問題になります。その一方で、医師が行き届かないところでチーム・メンバーが発見するとか、予防するとか、というように目に見えないところで成果はあります。ですから、医師が本来の仕事が出来たようになったということだと思います。ただし、医師自身は、それほど気づいていないだろうと思います。本来、医師からコンサルテーションすることが、医師にとっての仕事負担の軽減になるのだと思います。そのコンサルテーションですが、当院では少なく、それが今後の課題だと思います。雑用的なものが減ればその時間がアイドルタイムになり、「もっと働きなさい」とならないのか、という質問ですが、チーム医療は雑用ではありません。(中略) 医師の中には医師以外の人からいわれることを快く思わない人もいます。そういう医師はチーム医療を使いません。しかし、うまく使えば自分の仕事が楽になるとい

うことが分かってきて、チーム医療に対する信頼が出来ると活用するようになります。チーム医療の活用で仕事負担が減れば、それを自分の診療時間を有効に使うって欲しいと思います。チーム医療の働きによって外来患者さんからのクレームが減ったという実感はないです。その一方で、喜ばれているご意見をいただくことはあります」

問4. HPチーム医療の現状（名称，導入年，職種と人数，活動状況）

A病院は、前アンケートにおいて、HPチーム医療として、栄養サポートチームを回答している。そして、2007年に設置し、メンバーは12人であり、ラウンドの頻度が高いことを回答している。

また、A病院は、本調査において、NSTは、①12人構成であり（ほぼ固定）、活動範囲が一番広いこと、②自らの志望によって構成されていること、③最も学会発表をしていること、院内研修会の企画が一番多いこと、および講義講演も行っていること、ただし、ここでも医師のマネジメント意識の低いことを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「HPチームは栄養サポートチームです。これは2007年の設置で、11年以上経過しています。人数は、12人くらいです。これは人数的に大きいチームです。構成する職種がたくさんありますので、その分人数が多いと思います。HPチームとしてこれを推薦した理由は、一番活動していると思うからです。褥瘡対策チームは、褥瘡を持った患者さんに関わります。接触嚥下チームは、嚥下障害のある患者さんだけというように患者さんが特定されていきますが、NSTというのは基本的に全ての患者さんが対象になります。ですから、チームが特定の部署を回るとか特定の患者さんを回るということではありません。全ての患者さんを対象にして、栄養サポートが必要な状態の患者さんを診ます。回診メンバーは、ほぼ固定です。一部の入れ替わりはあります。その選抜は、手挙げです。（中略）やはり意欲に差があります。ですから、活動に影響があると思います。また、見ていると他のチームも結構「私がやりたい」と言っている人がやっているような気がします。（中略）ほとんどのチームにリンクナースがいますので人数は足りていますが、全体の力はまだ足りません。活動の頻度でいうとラウンドが多いです。学会発表は、NSTはいろいろなチームの中で、最も学会発表をしているチームではないかと思えます。個人として発表しているのは、それぞれにいますが、チームとして発表するという点では、一番、NSTがしていると思います。チームでの勉強会というのはどのチームも少ないです。ただし、チームでは栄養サポートチームが、一番、院内研修を企画しています。（中略）また、感染対策のICNは、地域では、啓発活動をよくやっていると思います。看護協会の研修講義も引き受けています。私は栄養関連の活動を20年やっています。20年で看護師の栄養サポートに対する意識やチームに対する意識というのは、かなり向上しています。看護師だけではなくて他の職種もそうです。ただし、その成長度に対して医師の成長度は、まだまだ低いと思います。医師のチーム医療の活用の仕方というのは、看護師が活用している感覚とは少し違います。どうしてもそこが遅れているというか、変わらないというのが医師の大きな課題ではないかと思えます。（中略）看護師というのは歴史的にきちんとした組織管理が出来る職種です。（中略）師長は、大なり小なり組織マネジメントを学びます。ところが医師は学んでいません。チーム医療をどう活用するかという差異は、組織というものを学んでいるのかいないのかの差異ではないかと個人的には思っています」

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

A病院は、前アンケートにおいて、コミュニケーション度、会話量に差異があることを回答している。

また、A病院は、本調査において、それ以外の医療チームとの差異については、①リーダーのパーソナリティ、ただし②それは属人性が強いこと、また③コミュニケーションの手法（例：宴会、打ち上げ等）に差異があることを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「前アンケートでは、コミュニケーション度と会話量の差異が大きいと回答しました。一番はそうですが、ただし、よく考えてみると、リーダーのパーソナリティによる影響力が違うと思いました。それに関するエピソードはないのかという質問ですが、某チームは非常にアクティビティのあるチームなのですが、中心的になっている看護師の包容力がそれほど強くありません。ですから、自分がこうあるべきという基準が高いのでそれについていけない人に対して非常に厳しいです。その点が、そのメンバーからすると従えない、ついていきにくいという感情を持ってしまう原因のようです。それがチームのマネジメント上の障害になっている気がします。ところが、HPチームと思えるNSTは、人間関係作りが非常に上手な人がリーダーをしています。ですから、リンクナースとの関係も良いし、NSTをやる医師との関係も良いし、その使い方が上手です。私が描くチーム医療というのは医師と他職種が対等に議論をすることです。そこがチームのアクティビティとか認知、周知、活動などの差異に表れてきている気がします」

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

A病院は、前アンケートにおいて、院外研修や学会発表・参加率向上へ影響があったことを回答している。

また、A病院は、本調査において、①無駄な出費が減ったこと、②チーム間の連携の不充分さが明確になったこと、③看護師の意識やスキルの向上が図れていることを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「院外の研修や学会参加・発表回数の向上をとくに変化があったと回答しましたが、経営に対してはむしろかしいです。医療収入が増えたと回答しましたが、これは増えたというか、無駄なお金が減ったという考えです。栄養サポートチームなので、もちろん栄養サポートの加算を取れば収益にはつながるのですが、その加算については、当院はそれほど取っていません。それよりも低栄養の患者さんをそれ以上に悪くしないとか、改善を図るとか、ということです。もしかすれば、栄養サポートがなければ感染症を罹って医業支出が増えたかもしれないということとか、褥瘡を作って材料費が増えたかもしれないこととかを考えれば、収益ではなくて支出を抑制出来たのかもしれないと思います。(中略)私がチーム医療について何十年か前にこの活動を始めた時に一時期話題になったのが、チーム間の連携です。例えば、栄養と感染というのは影響があります。褥瘡と栄養というの関係があります。感染と褥瘡というの関係します。緩和ケアと栄養も関係するかもしれないし、口腔ケアと栄養も関係するかもしれませんが。ですが、最近はあまり話題としても聞きません。本来、連携して上手くいくようになっていなければならないのであれば、もっとその成果が話題にあがると思います。しかし、ありません。ですから、きっと上手くやれていない、その点については出来ていない、と考えています。(中略)教育についての質問ですが、私は、NSTのリーダーナースに「リンクナースを教育しよう」と言っています。リンクナースも、かつては一部署に1人ずつでしたが、2人にして「2人で話し合ってやっていきましょう」というようにすると、リンクナース1人に対する負担も軽くなります。私は「どのチームもリンクナースを各部署に2人置きましょう」と言っています」

問7. チーム医療の推進や活用の際しての抵抗要因

A病院は、前アンケートにおいて、活用を推進するプログラムが不十分なことを回答している。

また、A病院は、本調査において、①医師の活用不足、②電子カルテのシステムの不具合を指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「チーム医療の抵抗要因として昔からいわれているのは医師です。チーム医療を活用して欲しいのは医師なのですが、有効に活用されていません。抵抗要因は、ハード面では電子カルテのシステムです。チーム・メンバーのリコメンドが主治医に伝わるシステムになっていません。本当に苦労しています。(中略)電子カルテには、かなりのお金がかかります。納入後のカスタマイズにも、多くの費用がかかり、それも常にお金がかかっていきますので、経営トップから「高いものは入れられない」といわれるのは仕方がないのですが、現場は非常に苦労しています」

問8. チーム医療の課題

A病院は、前アンケートにおいて、チーム医療の課題として、電子カルテの不具合（医師がHPチームのリコメンデーションを読まない大きな要因）、主治医とチームとの協議（忙しすぎてカンファレンスも十分に出来ない）を回答している。

また、A病院は、本調査において、いかにしてチーム活動をする時間を創り出すのかという課題を指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「電子カルテと主治医、もちろん今の2つはそうなのですが、あとはいかにチーム活動をする時間を創り出すのか、ということです。皆、チームの専従ではなく、現場を持ちながら仕事をしていますので、難しいです。とくに医師のチーム医療活動の時間の作り方は非常に難しいです。医療・診療の傍らということになりますのでかなり大変です。当院でも働き方改革には、積極的に取り組んでいます。医師の働き方改革は、早急には無理だと思います。看護師の場合は、パートナースHIP・ナースングシステムを入れたことで相当働き方が変わりました。残業時間が、全然違います。4年前から導入しましたが、4年前の残業時間と今を比較すると全く違います。看護部は健全経営をしていると思います」

2. B病院

B病院は、診療科目として、内科、循環器内科、消化器内科、外科、整形外科、救急科、腎臓内科（人工透析）、脳神経外科、放射線科、リハビリテーション科を擁し、病床数は150（一般:52、地域包括ケア:52、療養:46）である。また、職員数は、290名である（2019年4月25日B病院のHPに基づく）。

本調査は、B病院の看護部長に対して、2018年10月26日の午後1時から、B病院内の看護部長室にて、当方が2名、対面する形で行った。事前送信した質問項目と前アンケートの回答結果を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行なった。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

B病院は、前アンケートにおいて、回答時点で、5つのチーム医療があり、4つのチーム医療が増えたと回答している。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム医療として、亜急性期や回復期、栄養サポート（NST）、地域連携、病院管理、退院調整・支援チームを回答している（過去あったものを含んでいる）。

また、B病院は、本調査において、①チーム医療の数は5つであり、直近5年前から1つ増えたこと、②加算対象として増やすこと、③院内でのチーム医療に関する関心や意識が、とくに職種間において差異があることを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「当市には民間病院が22病院あります。（中略）看護部長自体が看護協会に入会していない病院もあるようです。そのため地域の中での意見交換はありますが、看護協会や領域が広くなるとなかなか出席されず、意見交換など情報共有が出来ていないため、病院間の差異を感じる場合があります。私は、民間病院は、看護部長の質でほとんど決まると思っています。職員数でいえば、職員の大半が看護師です。病院の評判というのは、医師の評判もあると思いますが、看護師が評判を決めていると思っています。そうすると、看護師をどのように育てていくのか、看護部長のビジョンを師長に伝え、さらにそれを現場に伝え、どのように教育していくのが鍵になると思っています。（中略）医師は、今の現実をあまり理解出来ていません。医師というのは医療、現場が回れば良いと考えているのか、病院によっては、院長自体が研修に参加することについては非協力的な病院もあるようです。あとは、コメディカルが今の医療情勢や時代についてきていません。看護師というのは、入職以来クリニカルラダーや経年別にメンバーシップとか、リーダーシップとかを教育されてきます。しかし、コメディカルなどはそういう教育を全くされません。当院では、今年からコメディカルもメンバーに入れて研修をやっていますが、参加がまちまちなため、今後、受けて欲しい研修に関しては、参加を強制的にしなければ無理なのではないか、と思っています。現在、チーム医療と言われている中で今回の課題もそうですが、自分たちが興味のあるものには参加します。その興味があるとかないとかではなくて、チームでやらなければいけないのだという教育というか、医療者としての責務などが教育されていません。ナイチンゲールの精神ではないのですが、そこまで教育されていないことですごく温度差を感じます」

「問2についてですが、今は5チームです。NST、褥瘡、ICT（感染管理）、医療安全、退院支援です。増えています。5年前は4チームでした。医療安全は、今年からです。医療安全の加算2をとっているためです。ICTも4年前から他病院と連携して実施しています。NSTも積極的に実施しています。加算が発端です。しかし、褥瘡については、当院は皮膚排泄認定看護師や皮膚科の医師がいないのですが、回診などはチームでやっています。褥瘡は治療していかないとはいけませんので、加算がとれる、とれないということは別にやっています。（中略）私が当院に入職した時、チーム医療はそれほどではなかったです。褥瘡も私が入職してから褥瘡回診に回りだしました。5年くらい前だと思います。今後、チーム医療を増やすということについては、加算とかで増やさざるを得ない場合には増やすと思います。ただし、これ以上に何を増やしたら良いのかと思っています。増やす決定は、多分、それには加算があって設置しないといけないから設置しましょう、ということだと思います。ただし、どうしてもチーム医療に出席しない部署もあります。それを強制的に出席させるのは無理です。カンファレンスで、ただ座っているだけで発言をしない人もいます。NSTなども栄養士が発起人で、加算にもなるからやりましょう、ということで看護師が協力をしてデータを調べたりして、カンファレンスにはカルテの

情報などをもとに発表をしますが、検査技師は、座っているだけです。問いかけの質問に答えることはしますが、データはある程度表にされていますので、発言することはそれほどありません。(中略) 災害チーム医療は、今後検討していきたいと考えています」

問3. チーム医療による成果

B病院は、前アンケートにおいて、それほど成果はなかったと全選択肢に回答している（5点尺度で5点の選択肢はない）。

また、B病院は、本調査において、カンファレンスにおける意思疎通やコミュニケーションの活性化とか意見統一の場になっていることとかを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「それぞれが、患者さんに関わっています。カンファレンスをすることで、治療方針などの意見統一をすることには成果があります。リハビリなどは、以前、勝手に自身の見解で患者さんに退院を宣告したりしていました。自分たちが終わったと思ったら「退院しても良いです」と勝手に段取りをしていました。例えば、治療方針やケアなどの情報収集について、看護師は知っているがリハビリは知らないとか、栄養士は知っているが看護師は知らないとか、しかし薬剤師は分かっているとか、というような状況でしたので、情報共有をする場としてカンファレンスは有効だと思います。他職種の人と話をした時に自身が知らない話が出てくるので、患者さんにとっては良い環境づくりが出来ます。また、カンファレンスをしなかったら他職種の方とは、あまり会話をする機会がありません。ですから、コミュニケーションの活性化とか意見統一の場とかにはなっていますので、そのことが成果であると思っています。看護部は午後1時半からどこの病棟も毎日カンファレンスをしています」

問4. HPチーム医療の現状（名称、導入年、職種と人数、活動状況）

B病院は、アンケートにおいて、NSTを回答している。それは、2014年から導入し、19～21名であり、カンファレンスやラウンド活動の頻度の多いことを回答している。

また、B病院は、本調査において、①メンバーは固定ではないこと、②リーダー的存在は栄養士であること、③院内研修の頻度が多いことを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「NSTは、医師が1名、看護師は日勤者全員が参加します。薬剤師が1名、栄養士が2名から3名、看護助手が最低1名、絶対に参加します。看護助手は食事介助とか下膳とかをしたりして、食べる状況なども分かっています。看護助手が1名と検査技師が1名です。これが医療療養病棟になれば、8名もいません。医療療養は6人から7人くらいです。地域包括などもそのくらいです。固定のメンバーではありません。看護師は勤務により、薬剤師などは担当が決まっているために参加する人は同じです。看護助手も違います。勤務の日によって、1名参加ですが、2名参加出来るのであれば2名参加してもらっています。その時の検査とか状況により、最低1名は入って下さいとお願いしています。病棟毎にやっています。日によって、コメディカルの担当者は替わりませんが、看護師だけが替わります。医師は緊急手術がない限りカンファレンスには入りません。カンファレンスが終わった後にラウンドに回ります。質問のリーダー的存在は、栄養士です。(中略) 活動について、かなり高頻度に行っています。他のチーム医療では、褥瘡が月に2回、30分程度です。ICTは週に3回から4回程度ラウンドしています。1回30分程度、回っています。医療安全チームは、この10月から始まりますので、今からです。退院は、毎週1回30分程度、皆がナースステーションでカンファレンスをしています。NSTチームは、学会発表や院内の研修会の開催を行っていますが、院内の研修会は看護部長が組み立てており、看護部はそれに基づいて行っています。これ以外にも多くの研修を行っています。だいたい月に3～4回くらいあります」

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

B病院は、前アンケートにおいて、それほど成果はなかったと全選択肢に回答している（5点尺度で5点の選択肢はない）。

また、B病院は、本調査において、大きな差異はほとんどなく、それは①チーム医療同士で互いに関連していること、また②構成メンバーの人数・職種も異なっていることによると指摘している。その一方で、NSTについては、③リーダーシップ力が強いこと、④栄養士が学会発表していること、院内では、一番、学会で発表し、成果も上げて活躍していることを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「前アンケートでは、差異という意味がよく分かりませんでした。NSTが役割を発揮することで、別にも関連してきます。例えば、褥瘡が良くなっている一因にもなっているかもしれません。また、ICTが正確に出来ると褥瘡などにも関係します。褥瘡とNSTは、ほぼメンバーが固定されています。(中略)院内では、一番、学会で発表し、多分、成果も上げているので活躍しているのではないかと思います。他のチーム医療では、褥瘡は、収入自体は「0」です。最近、褥瘡の患者数がやや減少してきています。褥瘡チームの活動の結果という評価は出来ていません。院内感染も最近はないため、ICT活動の結果である評価は出来ていません。チーム活動の中で一番、評価が出来ているのがNSTだからというのがあります。他のチーム医療は、どのあたりを頑張れば、NSTのようになれるかですが、リーダーシップを取る人がシステムを考えると、チーム活動のシステム作りとか、そういうことを固定化していくための強いリーダーシップ力とかが必要だと考えています。ただし、チーム内のメンバー構成も重要です。看護師であれば、看護部長のトップダウンとなります。多分これだけNSTが成果を出しているのも前看護部長が全病棟のNSTカンファレンスに参加していたからです。他のチーム医療は、ある程度の強いリーダーシップ力が働いていませんし、多分、システム化もしていません。活性化もしていないと思います。今後は、看護師がもっとリーダーシップを図っていく必要があると考えています」

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

B病院は、前アンケートにおいて、それほど変化はなかったと全選択肢に回答している（5点尺度で5点の選択肢はない）。

また、B病院は、本調査において、NSTチームが活動することで①栄養や食事摂取時に、看護師が興味を深め、食べることで治療の過程でとても大切であるという理解を深めることが出来たこと、②（退院調整チームによって）皆で意識統一がはかれ、統一したケアとか声掛け実践が出来ようになったこと、③紹介患者数が増えたことを指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「NSTチームが活動することで栄養や食事摂取時に、看護師が興味を深め、食べることで治療の過程でとても大切であるということへの理解を深めることが出来ました。人というのは、私たち看護師もそうですが、食べること、眠ること、ストレスを除去することは看護の基本です。治療が良くなろうが薬が良くなろうが、受け入れる体の基本作りをしないと効果的に出来ないということです。(中略)NSTカンファレンスで検討し、さらに計画をしていくことで、基礎体力作りが出来、患者さんの回復が早くなることが分かりました。また、褥瘡チームは活動をする上で、以前は褥瘡に対する初期治療がバラバラでした。病棟で行なうというか、その担当者の判断でした。しかし、回診で指示を出し治療過程を検討していき、褥瘡委員は全員で回診に回り、スタッフがそれぞれについていますので、処置とか予防方法とかは各部署で徹底出来るようになりました。そのため褥瘡発生率は下がりました。ICTチームは活動をする上で、皆が委員会で発表しますので、環境や感染に対して以前よりは興味と理解は示すようになりました。「ここにこのようなものがある」とか「なぜそこに手指衛生がおいてあるのか」とかのように理解を示すようになりました。医療安全チームはまだ始まったばかりですので、変化が分かりません。退院支援チームは活動する上で、患者さんの今後の方向性を見据えたうえで、統一したケアが出来ようになりました。以前は、患者さんの家族にリハビリのスタッフが勝手に退院のことをいったりしていたことがあったのですが、今後こういいうようになっていくことを皆で意識統一をしていくことで、統一したケアや声掛けを実践することが出来るようになりました」

問7. チーム医療の推進や活用の際しての抵抗要因

問8. チーム医療の課題

B病院は、前アンケートにおいて、強い抵抗要因は、それほどなかったと全選択肢に回答している（5点尺度で5点の選択肢はない）。また、課題としては認知症チームの新設を回答している。

また、B病院は、本調査において、①看護師以外のコメディカルに参加率が低いこと（とくに所属長である上司に問題のあること）を指摘している。看護部長は、以下のように述べている。

「仕事が多忙であっても、看護師はきちんと参加していますが、他のコメディカルは、仕事が多忙であるといって参加率が低いです。あとは管理者の興味があるなしで参加率が変わってきます。薬剤部とか栄養課も興味があるか、ないかで出席させるか、させないかが大幅に変わってきますので、そこが問題です。結局、上司の問題です。そこで「あれくらいは参加しなくてもいい」、「あれは参加しろ」などということがあります。今後の課題としては、職種間で問題としている

事項やチーム活動に対しての温度差があります。職種間の人材能力の差もあります。最初にいいましたようにコメディカルだけがついてきていません。そこが課題だと思います。認知症対応チームは、それは設置しなければいけないと思っています。それに関連して随分と研修に行かれました。認知症対策のチームを作り、マニュアルは既にあります。あとは申請を出して設置しようと思っています。早ければ来年くらいにと考えています。あと訪問看護ステーションも作らないといけません」

3. C病院

C病院は、診療科目として、内科、整形外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、外科、歯科を擁し、病床数は70（一般：40、地域包括ケア37）である。また、職員数は、300名である（2019年4月25日B病院のHPに基づく）。

本調査は、C病院の事務局長に対して、2018年11月1日の午後4時から、C病院内の会議室にて、当方が2名、対面する形で行った。事前に送信した質問項目と前アンケートの回答結果（これは院長が回答している）を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行なった。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

C病院は、前アンケートにおいて、チーム医療の数とその増減については回答がなかった（定義が分からなかったという理由による）。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム医療として、福利厚生、園芸、および広報部の3つを回答している。

また、C病院は、本調査において、①チーム医療は5つあること（主に加算取得の組織化）、②5年前から増えていないこと、③現場発案、あるいは院長指示等によって設置すること、④福利厚生や園芸のチームがあること、④将来的には眼科のチーム医療を新設したいことを指摘している。事務局長は、以下のよう

「チーム医療は、5つくらいはあると思います。褥瘡、安全対策、感染症、NST、もう1つ何かあったと思うのですが、以前からは増えていません。基本的にチームというものは、我々は整形外科がメインですので、疾患別のものがあまり組織化されていない形で流動的にいくつかあると思います。私がいう当院の組織化された5つのチームというのは、加算をとるために必要なチームで、行政が言っているのは昔からずっと言われていますので、そういう意味では特別に4年前からは増えてはいないと思います。チームを設置した判断は、様々なケースがあると思います。院長が必要性を感じて作ろうということ、あとは患者さんの動向があります。当院は、お年寄りで寝たきりの方が多いのですが、褥瘡が出来やすい、です。当院に来ていただいて、褥瘡が発生することがないように、あるいは褥瘡を持ってこられた方もそこで治すように、となれば高齢者がやはり多いので褥瘡チームを作って対応していくということになります。これもやはり行政の指導が若干あります。感染対策チームは、時期的なものもあるのですが、それは今の季節には必要です。（中略）問2のチーム医療以外のチームですが、福利厚生、園芸、広報の3つです。職員の福利厚生活動としては職員旅行があります。一時期、一泊・全職員参加・100人くらいの旅行でしたので、バス2台で行っていた時代もありました。しかし、今は、職員もかなりプライバシーを尊重するようになりましたので、以前ほどではありません。（中略）質問のあった今後のチーム医療の新設についてですが、基本的に、加算は今の環境を無理してまで変えてとろうとあまり思いません。しかし、今後といわれますと、プロジェクトとしまして、当院は、地域貢献のためになるべく多くの科目を増設したい、という観点から、今度は眼科を増設しようと考えています。案外、職員からの声が多くて、コンタクトのフィッティングのために眼科の医師が病院にいれば福利厚生にもつながる、ということで採用を検討しています。それに対応する眼科開設のチームといえますか、それが必然的に出来ました。眼科というのは、一般的な内科や整形外科と違ってマイナーな科目ですので、我々には専門性が乏しいです。一から勉強をしていって、どういう患者さんを受け入れていくのかとか、あるいは今入院されている方にどういう効果があるのかとか、それを院長、医師、コメディカルと打ち合わせをしながら作り上げます」

問3. チーム医療による成果

C病院は、前アンケートにおいて、「医療の安全性や質の向上」、「職場の活性化や一体感の向上」、および「日常仕事の効率性やスピード感の向上」に成果があった（5点を選択）と回答している。

また、C病院は、本調査において、①直接顔を合わせることによる効率的な情報伝達が出来ていること、②（意外と）採用に貢献していることを指摘している。事務局長は、以下のように述べている。

「チーム医療を導入しての成果については、安全性が向上したとか、一体感が向上したとか、仕事が早くなったとか回答していますが、基本的にはそのとおりです。チーム医療によって各部門から代表が出ています。それによって我々の組織は、各部門の発信した情報、および専門性について非常に効率的に情報の伝達が出来ています。代表が出て、そこで意見を収集し、部署に持ち帰り、周知するということです。また、部署の意見を集約してそこに持ってきますので、本当に情報の連絡、および摺り合わせが密になり、効率的に機能しています。そういう部分が、かなりあると思います。質問のように、フェイストゥフェイスは必要です。もちろんスマホなどでグループを作って行う、というのはスピード感がありますが、実際に本質的な部分というか空気感というか、隠れている部分というのは顔を合わせてみて、というのが大切です。それほど大病院でもありませんから、ある意味そういう小回りがきくところがメリットなのかもしれませんし、多分、従業員も1回はどこかで顔を見たような関係なので、チーム医療も設置しやすくすぐに機能しやすいのだと思います。逆に数値の低い回答として、医療機能評価の向上とか、新規採用数の向上とかはそれほど関係がないという見方もあるとは思いますが。しかし、ある一部を見ますと、当院は、NSTをやっています。それに興味がある、OT、PT、ST看護師の学生さんで、その分野をもっと専門的にやりたいという人が、当院のHP等をみていただき、当院の取り組みに興味を持たれ、そこまで熱心に行っている病院もないということで、就職につながるケースはあります。（中略）当院が、チームで動いているということに対して職員が意識しているということはずごく大切な要素だと思います。普段では目に留まらなかったものが、常日頃から意識していれば、例えば何かの文献を見た時、当院はこれを行っているということに目にとまるということは確かにあると思います。実際、そういう資料を会議に持ち寄り情報交換をよく行っていますから、そういうことにおいては頑張っただけで専門性を高めようという職場風土があるのではないかと思います。さらにあるチームは、職員同士でステージごとに初級、中級、上級と3段階の研修を設けるような構成で行っています。そういう意味では、教えようということと学ぼうということとがすごくマッチングしているのではないかと思います。（中略）リーダーシップ力を高めるモチベーションというか、それをどう身につけていくのか、というのは永遠のテーマです。一過性のやる気というのは出てきます。しかし、長続きしていないと思います」

問4. HPチーム医療の現状（名称、導入年、職種と人数、活動状況）

C病院は、前アンケートにおいて、摂食嚥下チームを回答している。そして、それは2012年に導入し、21名であり、とくに頻度の高い活動はないと回答している。

また、C病院は、本調査において、摂食嚥下チームについて、①21名いて、その主力メンバー（3割）は固定的であることと県下でもトップクラスであること、②委員会やカンファレンスが多いこと、③勉強会とか学会発表はそれほど多くないことを指摘している。事務局長は、以下のように述べている。

「HPチーム医療は、摂食嚥下チームです。2012年に設置し、メンバーは21人です。主力のメンバーはそうです。理学療法士が多いのは、摂食嚥下は、コメディカルで言えば、理学療法士やセラピストが取組をされる分野だからだと思います。看護師は意外と少なく、専門性からするとセラピストがしっかりと勉強をしています。2012年から主力メンバーは変わりません。3割くらいが主力のメンバーですが、そこはずっと同じです。あとの7割が入れ替わりです。部署の実働に応じて入れ替わりをしています。メンバーの選択は、歯科医師と耳鼻科の医師が主軸でやっています。そこがスカウティングをする場合もありますし、逆にすごく興味を持っている方に対して、「チームに入っておいで」という場合もあります。ケースバイケースだと思います。（中略）全国的にみても一流の知識を持っている先生方ですので、職員もついていきやすいです。摂食嚥下の研修を行うと当院だけではなくて他の病院から集ってきます。広くは四国の方からも参加いただいています。レベルはずごく高いと思います。そういうところも当院職員のモチベーションが上がっている要素かと思えます。（中略）HPチームの活動は、委員会やカンファレンスはかなり多く、勉強会とか学会発表はそれほどでもありません。2ヵ月に1回程度です。限られた労働時間の中で優先順位をつけると、こういうことになるのだと思います。カンファレンスは、基本的には週に1回、1時間から2時間はやっています。長いのですが、カンファレンスの内容も一人ひとりの症例を扱います。この患者さんにはこういうアプローチで、ということになりますので、どうしても長くなります。それに、このメンバーは、参加出来る場合は、なるべく参加しています。勤務表もこの会議に合わせて作っています。特別な用事がない限り、参加しています。勤務時間内の14時から16時の間です。日勤は基本的には17時30分までです。病院外来は18

時30分まで開けていますので、それは遅出出勤で対応しています。(中略) 裁量労働制を導入したらどうかという質問ですが、当院のような救急指定病院は、途切れなく医師を用意して対応する、という事業計画でやっていますので、なるべくお断りすることがないように頑張っています。ただし、そうなるとさらに一極集中というか、受け入れる病院ばかりに回ってきて待ち時間が長くなる、そういう悪循環にならざるを得ないと思います」

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

C病院は、前アンケートにおいて、全質問項目に対して回答していない。

また、C病院は、本調査において、摂食嚥下チームは、自発的に設置したチームで、モチベーションに差異があることを指摘している。事務局長は、以下のように述べている。

「感染や安全対策や褥瘡は、当院が加算を取るために行政からやりなさいといわれているチームです。その一方で、摂食嚥下は、当院が自発的にやり始めました。患者さんのニーズに基づいて、こういうことが必要であろうということで専門職を集めてチームを立ち上げています。これをやることに、当時、加算は一切ありませんでした。自発的なチームと加算を取るために立ち上げたチームには、その意味ではかなり差異があると思います。差異があるのは、モチベーションです。自分たちの思いでやらせてもらっているというか、ある意味、褥瘡などは加算がもらえますからそこにお金が使えらるということはありません。しかし、加算のないチームは「これが欲しい」といっても予算審議を経て、環境を勝ち取るというように、自分たちで切り開いて行くチームなので、そこに職員のモチベーションの差異というのが、若干あるかもしれません」

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

C病院は、前アンケートにおいて、全質問項目に回答していない。

また、C病院は、本調査において、摂食嚥下チームの活動の影響から、①研修に参加した外部の人のモチベーションが向上したこと、②研修への参加意欲が向上したこと、③モチベーションとリーダーに差異があることを指摘している。事務局長は、以下のように述べている。

「当院の摂食嚥下チームの活動に研修会があるのですが、他の福祉施設からその研修会に参加されて、それを自らの職場に持ち帰られて実行されていることがあります。その職場では、例えば、お年寄りで嚥下状態の悪い人に関する相談は、その研修に行った人にされているようです。相談に来られた人のモチベーションは上がりますし、さらに自分の取り組みの意欲向上も確かにあるのではないかと思います。他のチーム医療のメンバーでも、「私も次の研修に行きたい」という発言は増えています。研修に行くレベルによってバッジのようなものがもらえます。そういうものもつけて働いていれば「私もやりたい」という話にもなりますので、組み立てとしては良かったのではないかと、思います。ただし、チームによっては、モチベーションに差異があったりとか、リーダーに少しやる気がなかったりとか、そう思うことは若干あります。リーダーは大切だと思います。(中略) 持ち場、職域、職種によってモチベーションが上がる部分が違うということがあると思います。ですから、リーダーは形式的には医師だけれど、常にリーダーではないということです。基本的に、他の病院と違うのかどうかは分かりませんが、当院では、結構、いろいろな人がいろいろな形でリーダーシップをとって、いろいろな人を引っ張っています。しかし物事がうまくいかないと考えたときには、院長に「ここはきちんとって下さい」といって、後ろ盾になってもらいます。そういうことを踏まえて、基本は院長が、そして誰もが認めるリーダーというのがあると思います。しかしながら、その一方で、リーダーの仕事を分散しないと強い組織体とは言えないと思います」

問7. チーム医療の推進や活用に際しての抵抗要因

問8. チーム医療の課題

C病院は、前アンケートにおいて、強い抵抗要因はそれほどなかったと全選択肢に回答している(5点尺度で5点の選択肢はない)。そして、いろいろな課題があり、良い結果を出すためのツールがチーム医療と考え、共通意識が重要であると回答している。

また、C病院は、本調査において、チーム医療は有効なツールであり、新規な事象についてはとくに抵

抗はないが、経常的な仕事（例：環境整備）については抵抗があることを指摘している。事務局長は、以下のように述べている。

「チーム医療といいますか、何をやるのかによると思います。例えば、患者さんのニーズがあるから眼科を立ち上げようということや立ち上げチームを作ると、皆のモチベーションを刺激します。あるいは、今度、院長の奥さんが帰ってきて乳腺外来として乳がん検診とかマンモグラフィーとかを積極的にやります。このように新しいとか、今の時流にのっているとか、そういうことには皆ついていきやすいと思います。ただし、面倒くさいこと、例えば、環境整備をしようとか、挨拶をしようとか、ゴミ掃除をしようとかになると、「うちの部署は忙しいので出来ない」、「そもそも我々の仕事ではない」、「指示しても部下がいうことを聞かない」、「人が足りない」というような抵抗はあります。チーム医療の理解については、医療職は勉強の過程で、職業倫理について学んできていますので、かなり協力的です。さらに、こういう職に就こうと考える段階である程度のマインドは芽生えていますから、チーム医療に関して「違う」や「否」という意見はほとんどありません。自分の専門性は積極的に伝えておこうという風潮もあります。（中略）ただし、物事の持っていく方ですが、チームを作って、皆の協力心に訴えかけるということを考えれば、チーム医療は確かに、人に効率的に影響を与えるツールの1つだと思います。チーム医療に所属していない職員も、病院全体で考えると、いると思います。基本的に、個人で参加しているというチーム編成ではなくて、部署で参加しているという編成です。ですから、この人が欠席していれば、同じ部署の他の人を代理で参加させるという形です。形式上は参加していない人はいない、全員参加、ということです。（中略）全員が、全員そのような形ではないのですが、各チームにとっても重要な存在として機能していると思いますし、この人は出て欲しいというオファーが出てきます。（中略）私は大学の経営学部で経営を勉強して、労務管理も勉強しましたが、実際現場に立ってみてどのようにするのがベストなのか、と常日頃より頭を悩ませています。医師に対しては通用しないといいますが、専門性が高すぎて評価がしにくい面があります。（中略）医師はとても真面目な方が多く、それを意識して、もちろん患者さんには過剰な医療とならないよう気をつけながら、多くの患者さんを診ようとされています」

4. D病院

D病院は、診療科目として、内科、小児科、外科、血管外科、形成外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、眼科、ペインクリニック、乳腺甲状腺外科、歯科を擁し、病床数は148（一般：94、地域包括ケア：54）である。また、職員数は、370名である（2019年4月16日D病院のHPに基づく）。

本調査は、D病院の院長と看護師長の2名に対して、2018年11月1日の午後1時から、D病院内の応接室にて、当方が2名、対面する形で行った。事前送信した質問項目と前アンケートの回答結果を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行なった。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

D病院は、前アンケートにおいて、回答時点で、13のチーム医療があり、直近5年間のチーム医療の増減については回答がない。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム活動については、亜急性期や回復期分野が2つ、栄養サポート分野が1つ、個別疾病分野が5つ、薬剤師・地域連携・病院管理退院調整・医科歯科連携分野が各1つあると回答している。

また、D病院は、本調査において、①患者の要求への対応には、チーム医療にせざるを得ないこと、②チーム医療、プロジェクト（チーム）、委員会が混在していること、③設置については、多様であり、例えば、企画会議、病院機能評価への対応、加算のため等が要因であることを指摘している。院長は、以下のように述べている。

「昔は、病院は閉鎖的ないわゆる白い巨塔でした。今は患者さん目線に急速に変わっていますから、製造業などよりもはるかに民主的で、横に広がり平準化しています。（中略）今はガラッと変わりました。それはなぜかというところの要求が複雑で、高く、現場はそれに応えようと努力していますのでずいぶんと違ってきたのだと思います。ですから、

自然にチーム医療にせざるを得ないのです。病院によっては、手術はチームでやるのが当たり前だからチーム医療というのは今さら何をいっているのかと指摘される人もいるということですが、古い考えだと思います。なぜかというと病院では民主化が進んだのですが、今はむしろトップダウンの方をきちんとしなくてはいけないというように制度が新しく始まりました。この2年、3年前からです。例えば、情報漏えいに関しても院長の責任をものすごく重くしています。そして、それが浸透してくるとまた昔のようにトップダウンの形になるかもしれません。(中略) 今、チーム医療は13チームです。厳密にはチームの定義が難しいです。前アンケートには、だいたいざっくりと思いつくものを書きました。(中略) 1番古いのは褥瘡で、元の委員会がありました。それから毎年のようにプロジェクトチームを立ち上げて、解決したら解散する場合もありますし、永続的に続く場合もあります。各種委員会がボトムアップし、現場でチームを結成している場合もあります。いわゆるチーム医療として見える形であるのは13ですが、名前を変えて存在しているものもあります。チーム医療の設置に関する発案については、いろいろなパターンがあります。当院では企画会議があって、そこで発案する場合もありますし、現場でドクターや看護師の長がこういうものがあつた方が良いのではないかと、という発案をする場合もあります。もう1つは、病院機能評価があつて、それを5年に1回受けるのですが、その中で欠落しているものがあれば急速に立ち上げる場合がありますし、全国的な標準化を目指すために立ち上げる場合もあります。各部署からそのスタイルでの発案があります。それが縦糸だとすれば、横断的に委員会がありますので、それぞれをつなぎ合わせてトータルで考えています。加算については、大きな要因です。加算を取るためにしようということ。それが委員会を作る1つのきっかけにはなります。最近ではとくにそのインセンティブは大きく、7、8割は加算をまず取ろうということが始まります」

問3. チーム医療による成果

D病院は、前アンケートにおいて、チーム医療導入の成果として、職場の活性度・仕事のスピード感・医療機能評価・スキル専門性・患者の満足度・クレームの対応不満の減少・コミュニケーション度・他チームとの連携度・国のチーム医療方針への対応度・他医療機関との連携度・職員間の情報共有度・チーム医療メンバーの意識と行動変革度・普及啓蒙活動の頻度の向上を回答している。

また、D病院は、本調査において、①積極性が強くなったこと、②チームとして頑張れること、③評価のむずかしいことを指摘している。看護師長は、以下のように述べている。

「スタッフの能力が向上し、積極性が強くなったことです。例えば、排尿ケアや糖尿病について、その資格を自ら志願して取得するスタッフが増えたときと当院の糖尿病認定看護師も言っています。以前は、部署の長から「このようなチーム医療が出来たから参加したらどうですか」という組織側からの勧めが大半でした。参加当初は気が乗らずに活動していましたが、最近は、自分が技術を磨きたいとか知識を身につけたいとか、というようなスタッフの声が聞けます。スタッフ個々が自己を高める意欲が出てきていると思います。チームとしてのまとまりが出はじめ、頑張っている姿を見るとうれしいです。これについては、年に1回の業績発表会があります。その発表を聞くと、活動内容が分かり、すごいと感じます。(中略) プロジェクトもそうですし、チーム活動は、やはり患者さんが喜ぶために、どのように関わったら良いのか、ということが一番の目的だと思います。接遇委員会はあります。身だしなみチェックがありますし、年に1回研修会もあります」

また、院長は、チーム医療による成果の質問について、以下のように述べている。

「皆、本当に真面目ですから、逆に院長から見たらそういうのがあつると、非常に助かります。言わなくても勝手にしています。一番大事なのは人材の育成です。委員会があるから遂行するというのではなく、能力向上には非常に有効です。チームで行うというのは影響があると思います。良い意味で、お互いに負けれないとかあると思います。(中略) 学会の発表の回数や院内やチーム内の勉強会の回数は、徐々に増えています。ところが、そこは見えないので、実は、今、考えているのはそこの見える化を何とかしたいということです。ですから、意外とそう聞かれてもその質問に答えようがありません。大きなイベントがあると大きく動くのですが、このように永続性で行っている場合には、その評価が、逆に不満につながるかもしれません。きちんと評価がされているわけではありません。ですから、そこは、見える化を図らなければならないと考えています。工業の製造部門でいわれている見える化です。チームとしてはその方がやりやすいです。しかし、個人で考えると、例えば、私共のように外科系の医師であれば手術をいくらやった、といっても皆に支えられているわけですから、チームでないと評価はしにくいわけです。病棟も、この病棟はものすごく忙しい、他の病棟はそれほどでもない。となると、徐々に各病棟で不満が出ます。評価するというのは難しいです。さらに、いったん評価するとそれが独り歩きをしますから余計に難しくなるわけです」

問4. HPチーム医療の現状（名称、導入年、職種と人数、活動状況）

D病院は、前アンケートにおいて、医療業務改革推進チームを回答している。そして、2017年から導入し、14名であり、委員会活動の頻度がやや多いことを回答している（新設であるためにまだ目立った活動自体はない）。

また、D病院は、本調査において、①院長が提案して設置されたこと、②電子カルテ変更が導入契機であったこと、③メンバーは固定的で12名であることを指摘している。院長は、以下のように述べている。

「医療業務改革推進チームは、最近、私が提案して作ったものです。昨年末に電子カルテシステムを変えたのですが、その導入に際してのことです。それに合わせて患者さんを調整していると、徐々に入院者数が減ってきました。ですから、実際に稼働し始めた時には、患者さんの入院者数を増やし、ベッドの稼働率を上げるためにはどうすれば良いのか、というところから始まっています。順番に、いろいろなシステムに切り込んで行っています。メンバーは医師と看護師です。そこに社会福祉士が1人入っています。また、地域連携室は、前方支援と後方支援があります。前方支援というのは、例えば、どこかの大病院から、手術が終わったから当院へ入院させて欲しい、という依頼への支援です。そこで、受け入れ時には、どういう患者さんなのか、という情報把握のために導入しています。あと、事務員の方が3人います。合計で12人くらいいます。これは新しいということもあるのですが、医師の3人は、私と両副院長で、固定です。看護師は固定です。あまり若い人は斬新な意見が出ません。斬新というよりは、もうひとひねりして欲しい、という感じです。組織全体を俯瞰出来ないからだと思うのですが、部署では分かっていると思います。ですから、主任クラスではないとそのような斬新な意見は出ません。また、動きやすい人に参加してもらっています」

また、看護師長は、以下のように述べている。

「看護師は主任クラスを選びました。若い人よりも主任、あるいは師長の下で一緒にフォローしてくれているスタッフを選びました。チーム活動の成果ですが、先ほど院長もいいましたが、成果を数値化するまでは出来ていません。取り組んだことを院内の発表会で聞くことで、こういうことをしているのだと分かり、成果としては感じます。発表の場があれば良いと考えています。抵抗についての質問ですが、少し難しい取り組みに対しては一緒に考えています。会議なども勤務時間内ですし、委員会もすべて時間外ではありません。話し合いは時間内で行います。それを勤務として時間内に組み込んでいますから、負担ではありません。委員会は、1時間内です」

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

D病院は、前アンケートにおいて、（HPチーム医療である）医療業務改革推進チームと他のチーム医療との差異について、チーム内の活性度、仕事の効率性、意思決定のスピード、経営状況の把握、チーム外への配慮行動、チーム内のコミュニケーション度、経営理念の理解度、リーダーシップ、およびチーム内の独自ルールの存在を回答している。

また、D病院は、本調査において、アンケートで回答したほど大きな差異はほとんどなく、①チーム医療は目標や目的が違うこと、②よって目的達成すれば廃止するチームもあり、逆に今後の社会性動向を見据えて増やすチーム医療のあることを指摘している。院長は、以下のように述べている。

「アンケートでは回答しましたが、HPチームと他の11あるチーム医療にはやや差異があるというような捉え方はしていません。それほど差異がないのか、という質問ですが、チームの性格によります。疾患別で実践するチームは、じっくりとそれの受け手になっています。チームは、チームごとに目標や目的が違います。ですから、基本的にそれほど不活発なチームはありません。また、その活動が不要になれば停止や廃止があります。地域連携関連の委員会の多くは廃止しました。廃止されたチーム医療には、地域連携パス会議というのがありました。3つくらい廃止しました。今は1つだけ残っています。それは不要になったからです。周辺の病院との連続したパスを使うので、いつも集まってそれぞれの患者さんを検討するというものです。検討するに際して、準備会議を開いていました。その準備も委員会でなっていました。それらの活動は不要となったため廃止になりました」

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

D病院は、前アンケートにおいて、入院・外来患者数の増加、経営理念の浸透度の向上、他医療機関との連携頻度の向上、評判の向上、職場内コミュニケーションの向上をとくに大きな変化として回答している。

また、D病院は、本調査において、①マイナスになった項目もないこと、②各チームが積極的に活動し、成果の出ていること、③褒め合い活動や離職率の低いことを指摘している。看護師長は、以下のように述べている。

「前アンケートの回答以外にはないのか、という質問ですが、認知症ケアチームは看護部のメンバーで構成されています。研修会を看護師だけでなく院内として考えています。逆に、マイナスになったというのではないのかという質問ですが、それほど聞いたことがありません。とくに負担にはなっていません。そのために時間外勤務が多いとは思えません。モチベーションは上がると思います。また、離職についてですが、看護師も寿退職だとか、結婚して少し遠方だからということでの離職はありますが、当院は低い方だと感じています」

また、院長は、以下のように述べている。

「その点は、私としてはものすごくありがたいと思っています。「このようなことは出来ない」という話になりがちなのですが、当院は早期の年度報の作成を目指しています。極端な話、国内でも一番早い病院に入るとしています。理事会があって、それが1年間の経営方針を決めます。それまでには2ヵ月しかありません。その理事会のときに、年間の業績を説明するのに私は年度報を使いたいと思っています。理事会の開催が5月の末で、決算報告をしなければいけませんから、それにはいろいろな資料を使用しています。経営的な数字だけではなく、診療業績も出します。これは1例ですが、広報誌を作ったり、毎日の患者さんの推移も出したりします。そのようなデジタル化は各部署で行います。(中略)会議も開催自体がそれほど負担にならないようにしました。褒め合う活動についての質問ですが、忘年会のときに「輝いている人表彰」を行っています。トップダウンではありません。ですから、私は承認には加わっていません。賞品だけ私が渡しています。それほど関わらないように行っています。声掛けはものすごく大事です。師長なども声をかけているから現場はものすごく良い影響があると思います。一番の成果は離職率が低くなることに少しは関与しているかもしれません」

問7. チーム医療の推進や活用の際に際しての抵抗要因

問8. チーム医療の課題

D病院は、前アンケートにおいて、医療報酬や薬価基準の見直しは強い抵抗要因であるが、それ以外は、それほど大きな要因ではないと回答している。また、課題としては、積極・具体的にPDCAサイクルに落とし込むことと案件を定期的にだしてゆくことの重要性を回答している。

また、D病院は、本調査において、①マンネリ化、②継続の重要性を指摘している。院長は、以下のように述べている。

「課題としてはマンネリ化です。ただの消的的活動になるだけではよくありません。時間の無駄です。医療機関というのは、患者さんとの関係という意味ではやりやすいというか、目標を立てやすいです。最終的には病院のためというよりは、スタッフのためもありますが、結局は患者さんのためです。ここがないがしろにされると急に揺らいできます」

また、看護師長は、以下のように述べている。

「続けることが大切です。それをいかに患者さんに、提供するのかだと思います。加算のために立ち上げたチーム医療もあるかもしれませんが、結局は、患者さんのためと皆で問いかけて続けています。マンネリ化を脱皮するには、来年は、何を目標にするのかと考えながら仕事をしています。私も10年前にプロジェクトを1つ立ち上げて、今はバトンタッチをしています。それを引き継いでいるスタッフに「うれしい」と伝えると「そうですか。頑張っています」と任されて

いると気づくことでスタッフは良い方向に向かうと思います。今は、いろいろなことをいってくれます。任せてもらうのは良いけれど、ではあなたは何をしますのかというのではないのか、という質問ですが、「次は、私はこれをするから、将来、譲り受けてくれますか」といえば、「はい」となります。交代はしますが、顔を出しに行ったり、会議などにアドバイザーで参加したりすると喜んでくれます。「頑張ってみます」と聞けることが本当にうれしいです」

5. E病院

E病院は、診療科目として、脳神経外科、整形外科、脳神経内科、リハビリテーション科、内科、麻酔科、放射線科、循環器内科、形成外科、救急室を擁し、許可病床数は、202床（一般：160床、ICU：12床、地域包括ケア入院医療管理病床：30床）である。また、職員数は、460名である（2019年4月25日E病院のHPに基づく）。

本調査は、E病院の院長、室長、および事務部次長の3名に対して、2018年11月9日の午前10時から、E病院の会議室にて、当方が2名、対面する形で行った。事前送信した質問項目と前アンケートの回答結果を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行なった。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

E病院は、前アンケートにおいて、回答時点で、34のチーム医療があり、直近5年間に6つのチーム医療が減ったと回答している。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム活動については、重急性期や回復期分野が1つ、在宅分野が1つ、栄養サポート分野が1つ、個別疾病分野（糖尿病）が1つ、薬剤師活用分野が1つ、地域連携（と救急）が1つ、病院管理の分野が1つ、退院調整の分野が1つ、および医科歯科連携の分野が1つであると回答している。

また、E病院は、本調査において、①TQMセンターに院内全体の委員会等が集約されていること、②院内をはじめ院外との連携の中で自然と設置されたこと、③働き方改革を見据え、今後は増やす方向性はそれほどないこと、④設置の方法についてとくにこれといったやり方はないことを指摘している。室長は、以下のように述べている。

「今はどの病院もチーム医療を行っています。当院にはTQMセンターがあります。TQMセンターの中に当院のチーム医療としての代表的な様々な委員会が集約されています。チームでやっていかないと病院はやっていけません。そこで、医療専門の部分と経営やマネジメントの専門部分とに分けて、医療安全部門と経営管理部門という2部門でTQMセンターが構成されています。その中にいろいろな委員会があります。それはすべてチームという多職種で構成されています。（中略）地域包括ケアシステムの中で病院経営を行っていますから、地域全体での話し合いがどうしても必要です。（中略）我々としても地域の住民の方とつながっていくということがやりがいにもなります。我々も今の態勢の中で、何とか一緒に助け合ってやっていこうとしています」

また、院長は、同じ質問について、次のように述べている。

「5年前に比べるとチームは増えていないと思います。しかし、骨組みは変わっていません。今後は、出来るだけ増やしたくありません。どちらかというと縮小傾向にしようと思っています。従って、出来るだけコンパクトにして時間をかけないようにしたいと考えています。当院は、会議時間は1時間超の会議もありますが、原則は30分以内です。ワークライフバランスと働き方改革の中で、重複は出来るだけ少なくしていこうと考えています。働き方改革といいながら、職員が外に向けて病院から出ていっていますので、出来るだけコンパクトにしていこう、ということです。これは最近の傾向です。（中略）行政だけでは出来ません。例えば、災害にしても行政だけでは出来ません。自助・共助・公助が必要です。多くは、地域の助け合いでやっていかないといけません。病院組織も病院の中だけではなく地域という外部にも開くよう

な時代になっています。大変な部分と楽しい部分とがあります。あまり出ていくと体を壊すこともありますから、無理をしてはいけなと心配しています。ボランティアでこちらから何か欲しいというわけではないですから、お互いにWin-Winになっているのではないかと考えています。チームの設置についての質問ですが、それは私が提案したものもありますし、下から上がってきたものもありますし、国との関連で作ったものもあります。病院におけるチームといえは多職種でやらないといけません。設置について、これといった形はないと思います。その時に必要なチームが少しずつ増えていったということです。例えば、医療安全委員会（医療安全チーム）や感染委員会によるチームもそうです」

問3. チーム医療による成果

E病院は、前アンケートにおいて、チーム医療導入の成果として、医療安全性・職場の活性度・収益性・医療機能評価・経営理念の浸透度・他職員への影響・職場コミュニケーション度・地元の評判・他医療機関との連携度・職員間の情報共有度・チーム医療メンバーの意識・行動変革・ワークライフバランス意識・リーダーシップの向上を回答している。

また、E病院は、本調査において、①個別のチーム医療に限定せず、病院全体でチームに基づく経営を志向し、実践していること、②そのために病院の経営指針を徹底し、職員一人ひとりが組織人として自主的に育ち、経営に参加するようにしていること、③そのために人材育成センターを核にして人間教育とかマネジメント教育を充実していること、④ITを重視し、いろいろな面で見える化を図り、委員会の情報、患者サービス、施設の向上の促進を図っていること、⑤地元との連携や協調を図り、院内階層や垣根を低くする経営を志向・実践していることを指摘している。院長は、以下のように述べている。

「当院は、経営自体がチーム経営です。今、話しました経営指針書というのは理念を基に、その理念を目的にして全員参加で経営するというものです。現在の職員数460名ですが、全職員に経営戦略を記載してもらいます。そして経営理念を実現するために経営指針書を作って、それを全員が実践します。それを2018年12月9日に職員から出た経営戦略を重要な参考意見として、病院の経営幹部の約30名でブレーン・ストーミングを行いました。新年度の経営方針を策定するに際しては、互いにディスカッションをして内容を深め、1月の経営会議で方針を確認し、院長の責任で、経営方針を発表します。その単年度方針と経営理念・経営基本方針・ビジョンに従って各部署で経営計画を立案し経営指針書を作成します。経営者が「こういうことをしなさい」というものではありません。それを3月の末に経営指針の発表会を開催して、1年間かけてプラン、ドゥ、チェック、アクションで回していきます。半期ごとの見直しを11月にやって、出来るだけ目標に達するように実践し、年度末の3月までに目標を達成します。これは大きな意味でチーム経営だと思っています。現在、当院は、202床です。（中略）2014年に40床増やして202床になりました。2014年には経済産業省が企画した「おもてなし経営企業選」に応募して、おもてなし企業を選ぶのですが、病院も含む中小企業を対象に選考され、その全国28社の中に、当院が選ばれました。非常にうれしかったです。チーム医療の結果だと思います。（中略）私たちは経営理念を目的に、経営基本方針・単年度方針を基に経営指針書を作成してPDCAを実践してきました。当院の特色に教育への考え方があります。教育ではなく、共に育つという共育です。教える教育ではなく、職員一人ひとりが組織人として自主的に育ちあって経営に参加するということです。何のために病院を経営しているのかというと、1番は職員の幸せです。職員が幸せだったら患者さんも心のこもった対応が出来て、幸せになるはず。これが当院の目指す経営です。（中略）それだけではなく中小企業同友会に入会して、そこでは開催される、同友会社員共育大学や同友会幹部社員大学、同友会大学など、そこにも数多くの職員を送り込んでいます。卒業生も100名を超えています。やはり院内だけを見ていたらだめです。外を見て内を見ると、また見えてくるものがあるということで推奨しています。この中で一番難しいのは医師です。医師は、それほど行きががりません。参加し、学ぶと世界がもっと広がるから。もっと良い医師になってくれるのではないかと思います。（中略）当院は、収益率が10%でなければいけません。しかし、収益率を10%上げるということを患者さんにも求めているわけでは決してありません。ノーミッション・ノーマージンです。ミッションをやらうと思えばある程度の収益がないと出来ません。確かに当院は2009年から右肩上がりで来ました。しかし、本当は、2014年度に利益率が一度、5%下がりました。病床数を増やしたからです。40床増やしました。そうすると、看護師がいる、いろいろな機械がいる、となります。それによって利益率が下がりました。患者さんもそれに見合って増えたら良かったのですが、そういうわけにはいかなかったです。その時に、全職員が頑張ってくれて、少しずつ盛り返して、今は13.5%まで回復したということです。（中略）当院は経営情報の公開をずっと前からやってきました。そういうベースがあったから皆が協力してくれたのだと思います。（中略）平均の病床稼働率が95%です。1日の平均がこれぐらいで、月にだいたいこれぐらいの患者さんが入院すればこういう数字になるということです。経営理念を目的に取り組んで、職員それぞれが、やりがいがある病院にするためには何をしたらいいのか、です。（中略）すべてが良いという訳ではありません。当院は、学習型病院というか、学ぶという事が大事と考えています。ですから、学会などはこれに行ったらいけないというのはありません。とく

に発表したら宿泊費や旅費などは全部出ます。ただし、行きたいというだけであれば、旅費だけです。それでも結構行きます。(中略)最近、当院の院内学会で「働き方改革を考える」ということで、当院がどのような働き方改革をやっているかについて、発表してもらいました。改善するべきところは改善していきます。(中略)高度急性期から在宅に向けていろいろと取り組んでいます。(中略)公民館での健康講座は、当院の職員がずっと行っています」

問4. HPチーム医療の現状(名称, 導入年, 職種と人数, 活動状況)

E病院は、前アンケートにおいて、人材育成センターチームを回答している。そして、2017年から導入し、9名であり、委員会活動、および院内研修会の開催や参加の頻度がやや多いことを回答している。

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

E病院は、前アンケートにおいて、医療の安全性・チーム内の活性化・経営状況の把握意識・仕事満足度・経営理念の理解度・コンプライアンス精神の理解度・チーム内の他メンバーの仕事関心度・ワークライフバランス意識にとくに大きな差異があると回答している。

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

E病院は、前アンケートにおいて、経営理念の浸透度の高まり・褥瘡新規発生患者数の減少・ワークライフバランス観の高まり・院外研修の発表・参加回数の増加・他医療組織情報量の増加・職場コミュニケーション度の高まり・自己啓発支援の充実度の高まりにとくに影響があったと回答している。

問7. チーム医療の推進や活用の際しての抵抗要因

E病院は、前アンケートにおいて、全項目について大きな抵抗要因ではないと回答している。とくに、一般的に指摘される、協力姿勢の乏しいこと、チーム医療に関する説明・普及不足や推進施策の未構築、および学会報告や参加が多いことは全く抵抗要因ではないと回答している。

また、E病院は、本調査において、①栄養課に問題が多いこと(ただし、これは人数不足が原因)、②理想的には全職員が経営理念の体現者になり、チーム医療は当たり前で、これからは病院もチーム経営であるがまだ充分ではないこと、③アンケートに基づく業務改善が成果を出しつつあること、④人材育成センターが人間力や組織力の質の部分の向上を担い、研修等に力を注いでいるがまだ充分には浸透していないこと、しかしその一方で、⑤5S活動(現、6S)のように委員会が核となり他委員会への影響が見受けられることを指摘している。院長は、以下のように述べている。

「これが現在の問題点です。何が問題点として多いのか、です。一番多いのが栄養課です。それは、調理師が少ないからです。当院の食事は、全部、当院の職員でまかっています。今、病院の食事については、アウトソーシングが多いのですが、当院は、病院での食事を一番大切にしていますので自前でやっています。食事は医療の中で大きなウエイトを占めていると思っているからです。しかし、その課で退職者が続きましたので、来年の春に向けて採用しようと今努力しています。また、何とか時間外勤務を短くしようとしています。(中略)経営理念を追求すれば、利潤はついてくると思っています。当院は、30くらいの職種があります。そういう人たちが力を合わせて、職員ひとり一人が桜の花が咲くように、外から見るときれいだなといわれるようになって欲しいと考えています。そのためには、桜の木と同じで根を養えば(共育環境を整えて人を育てる職場環境を整備すれば)自ずと花が咲く(人が育つ)と思います。「来る人には安らぎを、去る人には幸せを」と願っています。理想的には全部の職員自体が経営理念の体現者になってくれたら一番良いと考えています」

事務部次長は、以下のように述べている。

「退院時アンケートは、退院される前に退院される方全員を対象としています。外来のアンケートでは、外来の患者さ

んを対象に1週間程度の期間を設けて、年に2回行っています。これらはアンケート調査委員会が担当していて、4つの経営理念の一つ、「快適な、人間味のある温かい医療と療養環境を備えた病院」を目指しています。1995年からスタートし、日々退院される方のデータを蓄積しています。(中略)例えば、アンケートの改善活動のリーフレットの発行やホームページから情報発信しています。アンケート結果の全体の指標を見ると、5段階で、「大変良い」「良い」が93.7%です。多くの方から良い評価をいただいて、過去5年間90%以上を維持しています。今後は、「大変良い」の評価を上げることを目標に取り組んでいます」

問8. チーム医療の課題

E病院は、前アンケートにおいて、課題として、全員参加型の経営、理念経営の実践（経営指針書の作成）、情報の共有化（経理の公開を含む）、ITの活用、および医師の人材確保を回答している。

また、E病院は、本調査において、人の成長（自己成長）の重要性を指摘している。院長は、以下のよう

に述べている。

「やはり人が育つということではないでしょうか。どれだけ育てていくのか、ということです。視野の広い人間になる。職場というのは自分の人生を磨く砥石のようなものですから、どれだけそこで自分が成長出来るかということが大切なのではないかと思います。当院は、その場所を提供しています。そこで人が育って、組織自体も成長すれば良いと考えています。時間はかかると思います。1日や2日では出来ませんからコツコツです。年輪経営という言葉もありますが、少しずつ成長していけば良いと思います」

6. F病院

F病院は、診療科目として、内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、外科、整形外科、救急科、腎臓内科（人工透析）、脳神経外科、放射線科、リハビリテーション科を擁し、病床数は90（一般：30、地域包括ケア：60）である。また、職員数は、290名である（前アンケートおよび2019年4月25日F病院のHPに基づく）。

本調査は、F病院の本部長に対して、2019年1月11日の午後3時から、F病院内の会議室にて、当方と対面する形で行った。事前に送信した質問項目と前アンケートの回答結果を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行った。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

F病院は、前アンケートにおいて、回答時点で、1つのチーム医療があり、チーム医療の増減はないと回答している。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム医療として、骨粗しょう症リエゾンチームの1つを回答している。

また、F病院は、本調査において、①チーム医療をとくに意識しておらず最終的にはなくなっても良いこと、②今、何かあれば自然に集まるような組織（院内風土）になっていること、③新しく設置した骨粗鬆症リエゾンチームが成果をあげていることを指摘している。本部長は、以下のように述べている。

「5年前から、チーム医療は増えていません。それは、チーム医療をとくに意識をしていないからです。最終的にはなくなったら良いと思っています。全員がそれぞれに興味を持って全てに取り組んでいく、自然に集まるような組織になるように今はなっています。わざわざチームを作って組織の中でどうこう、ということはないと思っています。施設基準上で加算が必要なチーム医療はあります。意識的に別のチーム医療を作る気はないのかという質問ですが、そのときに直面した問題について、正確に、それぞれに興味がある人たちが集まれば良いだけのことだと思っています。会議等の議事録も勝手に残ります。皆が話をして「記録を残そうか」ということです。退院調整もそうです。診療報酬は、今

の医療を見事に見ていると思います。だからこそチームを作っているいろいろ行うというよりも、自然に「誰がしますか」というのを話し合っていく、です。ただし、それはチームとして格付けをしていないだけです。その理由ですが、必要なことを皆が精一杯やろうという院内風土になったからだと思います。ですから「それは誰かがやるだろう」という意識がなくなってきたということです。正直にいうといろいろな人もいますが、やはりしっかりと指導して、面と向かって人と嘘もつかずに向き合うことです。1つ増えたのが骨粗しょう症リエゾンチームです。2016年に設置したのですが、最近、外来患者数が多くなりすぎて、それほど減るような気配もありませんでした。また、施設基準的にも危なくなってきました。骨粗しょう症リエゾンチームを設置すれば、骨粗しょう症の患者さんが毎回来院しなくても良くなります。ですから、管理の医師をしっかりとまわして検査のときだけに来院してもらおうようにすれば、外来患者数は減ります。今、取り組んでいるのは、骨粗しょう症の勉強会を当院で行ない、管理の医師に発信をしながら、例えば内科の医師であっても、骨粗しょう症について骨の元気さを診るということを意識づけるといことです。これはチーム医療でやらないといけませんので作り直しました。加算はつきません。しかし、やはり人気です」

問3. チーム医療による成果

F病院は、前アンケートにおいて、それほど成果はなかったと全選択肢に回答している（5点尺度で5点の選択肢はない）。とくに、災害時への意識向上、クレームの減少、および医療ミスの減少にはほとんどなかったと回答している（5点尺度1点の回答選択肢）。

また、F病院は、本調査において、①前問のようにチームを意識せずとも世間でいうチーム医療を遂行出来る様に職員の意識・行動がなっていること、②その事案の当事者が随時メンバーとして集まること、③チーム医療としてはそれほど加算点数がとれない現状があること、④阪神大震災の記憶を伝承していること、⑤広報活動に力を入れていることを指摘している。本部長は、以下のように述べている。

「周りの病院関係者からは、多くの方が「当院はすごくチーム医療が進んでいる」といって下さいます。しかし、私の中には、チーム医療の意識がありません。それは、これについて事案が出た、それで全員が「あなたはこの調査が出来るのであれば、皆を集めて、まずはカンファレンスをしよう」というような流れが自然に出来ていますし、その都度出ています。ですから、ずっと長い間の経験が不要です。質問のように委員会は多いです。点数も取ります。チームは、今、ほとんど点数が取れません。退院調整なども地域連携室があるので入退院調整を以前はしていました。それは、加算がつかない時からやっています。加算が出来る委員会というのは、医療安全と感染くらいです。それ以外の委員会には、入退院調整があります。（中略）地域包括ケア病棟などは、点数が元々高いです。当院は、今、地域包括ケア病棟60床へ変更しました。構成メンバーについての質問ですが、だいたい似たようなメンバーが集まるということはありません。その時の当事者がメインで入るからです。私もそこは見逃さないし、見逃しません。とことんまでやります。「あなたの責任もあるだろう」といことです（中略）防災防火についても当院は、積極的に取り組んでいます。それは、結局、スタッフの安心につながります。当院は、市から避難所として今回、登録されました。それによって、患者さんを動かさなくて良いということがあります。その都度スタッフなども自分達の身さえ守ったら良いということになります。（中略）広報活動というのは大切だし、市民講座をすると、かなり来ていただけます。1月17日は、当院は上階でレクイエムコンサートを必ずします。祈りのコーラスをさせていただいています。そうやって震災のときのことを思い出すというのは大事だと思います。成果についてのアンケートでしたが、すごく答えるのが難しかったです」

問4. HPチーム医療の現状（名称、導入年、職種と人数、活動状況）

F病院は、アンケートにおいて、骨粗しょう症リエゾンチームを回答している。そして、2016年から導入し、8名であり、カンファレンス、および委員会やラウンド活動の頻度の多いことを回答している。

また、F病院は、本調査において、①人数は増えず、固定ではないこと、②カンファレンス、委員会やラウンドは他に比べて多いこと、③評価は成果であること、④メディエーター研修の知見や研修の成果が反映されていることを指摘している。本部長は、以下のように述べている。

「メンバーは、部署によって固定の人もいれば、その部署で「もう勉強になったから次に」というように交替していく人もいます。人数は8人で、増えるということはありません。各部署を網羅しています。理解をしてくれていますので増やしません。（中略）カンファレンスは多いです。すぐに集まります。他のチームと比べてラウンドも多いし、委員会も多いと思います。私は必ず「あの人の言っていることは知らない」ということは絶対にダメだ」と言っています。「分か

らない、ということは恥だ」と言っていますので「分かりません」と答える人は、仕事が出来ないと思っています。「(分からないのですぐに)調べます」というのが普通です。「今、調べますのでお待ちください」という職場風土を作りました。(中略)働く時間が限られているのに、逆に仕事の質を上げるといって苦勞はしていないのか、という質問ですが、その分中身を充実させています。一生懸命なのは見ていれば、分かります。仕事評価は、最後に成果が出たのか、出ていないのかです。その途中の頑張り方は自由です。私は、見ていて「なんだ、この人は」と思っても絶対にいいません。結果としてあれだけ無茶苦茶なやり方なのに最後に患者さんが笑って帰っていったら「良いじゃないか」です。(中略)メディエーター研修にも、もちろんあります。コンフリクト・マネジメントの世界です。ナラティブアプローチが、とくにそうです。「あなたの育った環境があるように、他の人にもその人の環境があるから、考え方が違うのは当然です」というところから理解していくことが大事です。理解出来ないのではなくて「なぜそういうことをするのか」という問を立てていくことが一番大事です。そのテクニックについての質問ですが、その人のことを私は嫌わない、と思うことが肝心です。私は、人の好き嫌いが全くありません。人をバカにすることはあるとは思いますが、憎めないです。院長のことも皆、悪くいっていますが、私は嫌いではないので、誰も私に向かって院長の文句をいいません。私はいいますし、最後は泣かせます。リーガルマインドまで含めてしっかりと頭に入るとどこに行ってもぶれません。メディエーターとして気づかせることについての質問ですが「何とかしてやろう」などという気は、私には全くないです。ですから、結局、自分の常識を押し付けたり自分の価値観を押し付けたりするから評価が生まれるのだと思います。私は、根底に評価がないので、その人、その人、個々です。どのような人でも大好きです。当院で同じ釜の飯を食べている仲間だから絶対に否定はないです。否定もないし評価もないです。人事考課はありますが、これがなくなったら良いといつも思っています。協調性があったのか、どのように自分の主観とか客観とかなどは、見ていてもその時の状態によります。ですから、最終的には不要だと思っています。これは、施設基準上評価を受けるとなったときには、これを入れておいた方が人事を厳格にやっているということになるから入れました」

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

F病院は、前アンケートにおいて、回答をしていない。

また、F病院は、本調査において、①構成メンバーが次のメンバーに正確に引き継ぐこと、②やらされ感のないように交代することを指摘している。本部長は、以下のように述べている。

「前アンケートでは回答出来なかったのですが、先ほどのリエゾンチームはメンバーが必ずしも固定ではないにも関わらず、集団のクオリティを保っている秘訣は、結局、元々、委員会に出ている職員が正確に次へ引き継いでいる、ということです。今、どのような話をしたのかを正確に引き継ぐことです。(中略)興味を持って皆が動いてくれていますので「リエゾンをやっているのだらうどうでした」と前の委員の職員に聞いています。引継ぎに何かコツがあるのか、という質問ですが、やらされ感がないようにすることです。選ばれてうれしいというように持っていくことです。交代は、「誰々さんやりなさい」ではなくて、次はやりたい人にやってもらいます。(中略)当院は、部長会というのがあって、看護師が本部長、リハビリ部長がコメディカル、事務系は全部私が、という形でやっています。某部長に「誰々さんがやりたいと言っています」といったら、某部長自身がすごく前向きな方なので、すぐに交代します。上司が前向きで、そのような上司がそろっていると職員はすごくやりやすいです。仮に不満が出て部長が話をしたら終わる、というような感じではほとんど上がってきません」

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

F病院は、前アンケートにおいて、HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化について、回答をしていない。

また、F病院は、本調査において、上述のように、チームを意識せずともチーム医療的な行為がなされておき、意識していないことを再度指摘している。本部長は、以下のように述べている。

「不安がないのか、という質問ですが、万が一上手くいかなくても良いと思っています。スタッフは、本当にチーム医療を意識せずとも良くやってくれています。そもそも私には、上手くいきたいという欲求がありません。明日死んでも良いと思っています。このような上司ですから仕方がありません。しかし、「本部長がいたら安心だ」という感じには、今はなっています」

問7. チーム医療の推進や活用の際しての抵抗要因

問8. チーム医療の課題

F病院は、前アンケートにおいて、強い抵抗要因について、経営層のリーダーシップ不足、病院の経営方針の転換、職員間に危機意識共有が弱いこと、および学会報告や会議が多すぎることを回答している（5点尺度で5点の回答）。

また、F病院は、本調査において、大きな抵抗要因はないことを指摘している。

次に、F病院は、前アンケートにおいて、チーム医療の課題について、その都度取り組むべき事例が発生すれば、自然とその分野のスタッフが集まって取り組む組織になっており、とくに課題はないことを回答している。

また、F病院は、本調査においても、大きな課題のないことを指摘している。本部長は、以下のように述べている。

「メディエーターの一番の特徴は、コンフリクトをマネジメントする、です。人間関係の構築が一番大きなメリットになります。スタッフ同士の人間関係がすごく良くなります。人を評価するということもなくなります。皆が、ベクトルは患者さんに向かないといけないのに、その一方で「あの病院が良いらしい」というような評価の話はどうでもいい話です。昨今の企業の人間関係についての質問ですが、嫌いになっているのではないのでしょうか。「面倒くさい」と思っているからしんどいのだと思います。（中略）ゆりかごから墓場までというか、いざというときに、世の中で一番必要なことなのかと思います。家を建てるとか衣食住とかも大切ですが、食べることなどのすべてを担っているのは医療です。結局、全部に精通します。だからこそ高飛車に出ることなく「全て何でもさせていただきます」という謙虚な気持ちが一番大事だと思います。医師に対する感覚の質問ですが、やはり、医師は皆、教育を受けていません。可哀想ですが、本当にそれで生きてきていますから大変です。世間ずれしていないというか、純粹です」

7. G診療所

G診療所は、診療科目として、内科・小児科・外科・整形外科を擁す一般無床診療所・臨床研修協力施設（健康福祉センター併設）である。また、常勤の職員数は、3名である（2019年4月25日G診療所のHPに基づく）。

本調査は、G診療所の所長に対して、2018年11月9日の午後0時30分から、G診療所の所長室内にて、対面する形で行った。事前に送信した質問項目と前アンケートの回答結果を机上におき、許可を得て、ICレコーダーによる録音を行った。なお、粗原稿段階にて、会話内容をチェックいただいている。

問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）

問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

G診療所は、前アンケートにおいて、回答時点で、3つのチーム医療があり、1つのチーム医療が減ったと回答している。そして、褥瘡・医療安全・感染管理以外のチーム医療として、在宅、栄養サポート、および地域連携分野の3つを回答している。

また、G診療所は、本調査において、①メンバーが限られているのでチーム医療の数を増やせないこと、②地域連携として多くの人や地元の大学等も巻き込み、それが地域における大きなチーム医療になっていることを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「メンバーの顔触れは限られており、感染症対策にしてもその都度話し合っていけば、いろいろな事態には随時対応していけるほどの少ない人数です。ですから、ここで想定しているのは診療所外のことで、今後の在宅ケアのあり方を考えた時に、今取り組んでいるのは口から食べること（摂食嚥下）に関することです。地域連携では、介護、ケアマネジャー、ヘルパー、PT、理学療法士、訪問看護師とかが関わっていますが、今「つなぐあすか」という地域の医療介護ネットワークを作っています。（中略）非常勤医師の3人が関わり、内視鏡検査や土曜日診療などの診療をサポートしてもらっています。非常勤医師は、毎日ではなく月・金・土だけになっており、なかなかチーム医療と言っても毎日同じメンバーでと

いうのは難しいです。非常勤の看護師にも常勤化を勧めているのですが、常勤となり収入が増えると扶養がはずれるとか、重責を担うのが不安だとか、と固辞されています。(中略)今、地元県立医大の総合診療科と強いパイプを持っています。具体的には、医局員の地域医療研修を半年間受け入れており、現在週に1回非常勤で来てくれている先生も、その半年の研修を終えて、「ゆくゆくはここで働きたい」と言って喜んで来てくれています。ですから、私が長期に休まないといけない場合には、大学にも頼めるし、所属法人(地域医療振興協会)にも頼めるし、何とかかなと思っています」

問3. チーム医療による成果

G診療所は、前アンケートにおいて、職場のコミュニケーションの向上、地元の評判・信頼度の向上、地元医療機関との連携度の向上、およびメンバーの意識・行動変革の向上を回答している。

また、G診療所は、本調査において、カンファレンスにおける意思疎通やコミュニケーションの活性化、および意見統一の場になっていることを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「一番の成果についての質問ですが、やはり顔が見える関係が良くなりました。この村は小さいのですが、以前は誰が何をやっているのかさえも分からず、皆さん自分の仕事だけをこなすので精一杯だったのでしょうか。ケアマネや訪問リハビリなどは書類を送っても知らない間に動いていて、誰がどう動いてくれているかについては分かりませんでした。「指示書だけください」という感じでした。以前は、文書でのやり取りだけでしたが、それから実際に話し合って「〇〇さん、今度こう出来ないかな」、「先生、意外と出来ましたよ」というようになり、顔が見える関係が出来て、お互いにフィードバック出来るようになりました。顔が見えないとだめなのか、という質問ですが、確かに、非対面のやり取りでも業務は成り立ちますが、思いが通じ合っていないければ困難事例には対処出来ないと思います。今でも村外のケアマネや訪問看護の一部では、ほとんど現場で顔を合わせないまま入院や施設入所になってしまうこともあり、関係者の意見が食い違ったりして患者や家族を混乱させることもあります。やはり実際に会ってお互いの役割や動き方を知ったり、定期的に顔を合わせたりするだけでも非常に大事だと痛感します。顔を合わせるとアクセスビリティなども良くなって、お互いの情報量も多くなりました。顔の見える関係構築で、地域連携は格段に良くなりました」

問4. HPチーム医療の現状(名称, 導入年, 職種と人数, 活動状況)

G診療所は、アンケートにおいて、地域連携分野として「つなぐあすかチーム」を回答している。そして、2015年から導入し、10名であり、それほど諸活動の頻度の多くないことを回答している。

また、G診療所は、本調査において、①関わる人の範囲を拡大するのにうまくいったこと(広い交流)、②それによって診療所の地元評価が大きく変化したこと、③諸活動の頻度は多くないが、自主的・積極的になりつつあることを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「設置は、4年くらい前になると思います。それ以前は、役場関係の人たちだけで動いていましたが、「何かこのままではいけない」と試行錯誤し、もう少し関わる人の範囲を広げてみようとする周辺の関連他市町村のサービス事業者にも声をかけたとたんに盛り上がり、地域全体が活気づきました。ですから、広い交流が大事です。チーム医療でも自分たちだけでやっていたのでは広がらないと思います。以前から村に診療所はあったのですが、1日10人くらいの患者さんで、診療所があることすら忘れられているくらいの小規模の診療所でした。(中略)しかし、最近ようやく当診療所をかかりつけにしていだけるようになり、県立医大に通院しながらも、感冒時や予防接種などのかかりつけは当診療所だと思っていただいている人が3分の2くらいにはなってきたと思っています。(中略)活動についてですが、最初は、私がリーダーでやり出したのですが、今は私の介入なしでも自分達で企画してやってくれています。ですから、私はオブザーバー的な形で少し控えめに見守っています。学会で発表したり、自分たちで研修会をやったり、ケアマネジャーだけの勉強会をやったりしていますが、それらにも積極的に参加しているようです。普段は、診療があるから夜に集まっています。県外の研修だと土日になることもあります」

問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異

G診療所は、前アンケートにおいて、それほど差異はなかったと全選択肢に回答している(5点尺度で5点の選択肢はない)。

また、G診療所は、本調査において、大きな差異はほとんどないこと、地域ケア会議に多くの熱心な関

係者の参加があり、それによって支えられていることを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「それほど目立つ差異はありません。保持する知識や経験レベルの向上、チーム内のカンファレンスやミーティングの頻度の向上というのはないのか、という質問ですが、あります。ただし、診療所の中だけであれば「今週する」とかというようにすぐに来ますが、外部参加者はそれぞれに仕事があるので夜の6時半か7時ごろからしか出来ません。しかし、当県は比較的アクセスが良いので午後7時半からでも集まります。ケアマネでも集まってくれます。ところが他府県の行政体に尋ねたら「全然やっていない」です。「地域ケア会議はやらないといけなんでしょう」と尋ねましたが、「手当が出ない」とか「仕事外はしたくない」とかという理由で、集まってくれないそうです。その終了が遅くなるので、皆が家庭を持っていますから大変だと思います。集まること自体が有意義だと理解し、地域が良くなって欲しいという人たちが、コアメンバーとして集まり、自然と他のスタッフも追従するのだと思います。お手本というか目標にしている隣の「三方よし」という仕組みがあって、その仕組みを参考にしてやっています。「それに負けたいいけない。それについてこう」という形で本家から「小三方よし」という称号をいただいてがんばってはいます」

問6. HPチーム医療の影響による経営状況・職場に生じた変化

G診療所は、前アンケートにおいて、地域からの講演や説明会の依頼が増えたと回答している。

また、G診療所は、本調査において、①地域連携による取組が、かなりの範囲や諸団体に功を奏し始めたこと、②ただし、人数が増えないとこれ以上の拡大は難しいこと、③研修を含め地元・大学との関連性の拡大を模索していることを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「地域からの依頼は増え、地域と病院からオファーがかかるようになりました。とくに地域包括ケアなどで在宅医療の話をしてくださいという声がよくかかるようになりました。看護協会からも退院調整で声がかかるようになりました。これ以上の拡大についての質問ですが、とにかくコアメンバーが増えないと、これ以上拡大すると、皆が疲弊してしまいます。例えば、大学を巻き込むことはどうかという質問ですが、今その画策はしています。当診療所と大学の関係性は強くなってきています。大学が地域ともっと密接に関連して、大学の資源を地域でもう少しくまく使えるようになればこの地域はもっと良くなるし、村ももっと改善出来ると思います。私が、今一生懸命やっているのが、大学のいろいろな部門とのパイプづくり、学長・病院長との連携、看護部との連携です。大学看護部の訪問看護や在宅看護の勉強会に参画し、現場との連携を強調するようにしています。常に現場の立場で話をさせていただいたり、アイデアを出させていただいたりしています。病院では入院患者の確保が大事だと思いますが、スムーズに退院して在院日数を減らさないといけないうことも大事です」

問7. チーム医療の推進や活用の際の抵抗要因

G診療所は、前アンケートにおいて、リーダーシップやマネジメント力不足を回答している。

また、G診療所は、本調査において、それについてとくに所長への依頼心の強いことを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「リーダーシップは難しいです。ある人が、リーダーシップを強く発揮しすぎるとチームというのは「任せた」になって、「今日はリーダーがいらないからやめておこう」とかになってしまいます。とくに医師がリーダーになると、皆、発言が出来なくなります。多分、皆、いいたいことはたくさんあると思います。しかし、「こうしたらもっと良くなるのに」と言ってやらせると指示待ちでしか動けなくなります。時間はかかります。これだけメンバーが少ないと、どうしても所長に頼らざるを得ないというのがあるのではないかと、という質問ですが、頼らせないようにしない努力も必要です。私が少し引いて見守っていると、皆が今日の当番とかを決めてやっていってくれます。そのほうが嬉しいです。楽で良いです。別な観点で、この辺りをもう少しクリア出来るとうまくいくのに、というのではないのかという質問ですが、そういうテーマではあまり議論する機会はありません。ただし、会議等で話し合いたいと思っても、出て欲しい人が出てこなくて「私は最初から関係ない」というように少し温度差があることがあります。関わる人にミッションや「思い」が共有出来ればうまくいくとは思いますが、まだまだです」

問8. チーム医療の課題

G診療所は、前アンケートにおいて、摂食嚥下のスキルや認知症ケアについての更なる技術習得を回答

している。

また、G診療所は、本調査において、①とくに今後も力を注ぐこと、②栄養士、看護師、食品メーカーを含めて地域に拡大普及を希望することを指摘している。所長は、以下のように述べている。

「誤嚥性肺炎の治療後、病院から絶食のまま自宅に帰られます。しかし、本人は「食べたい」となります。その際に口から食べることが出来るように、チーム医療で正しい摂食嚥下の評価をして食べることをサポートしていくことです。医療関係者だけでなく、ヘルパーや介護者も、皆同じ知識と技術をもってやっていけば、安全に食べられる人がかなり多いはずですが。しかし、「食べることは出来ません」と退院時に言われたために食べさせられないことも多々あります。ですから、家族も「食べたいと言っているのだけれど」と言われ、ところがどうして良いか分からずに、食べないまま亡くなってしまう場合もあります。食べることが出来るのに、食べるのをあきらめざるを得ない。「口から食べる幸せを守る」をもう少し地域活動として広げていきたいと思っています。今、取り組み始めたばかりで、栄養士やPT、STと個々の症例を通して検討しているだけですが、もっとこの地域の人が一般的な権利として、口から食べられるようになって欲しいという思いはあります。(中略)食品メーカーとのコラボについての質問ですが、栄養士がたいていそのような情報や協力先を持っていて、「ウナギのかば焼きは食べたくないですか」と尋ねて「食べたい」となれば、口の中に入れたら溶けるようなウナギのかば焼きなどがあります。「松阪牛が食べたい」といわれたら、見た感じはサイコロステーキのような感じですが、口の中に入れたら溶けてしまうようなものもあります。一度嚥下食にしてそれをもう一度成型してサイコロステーキにしたもので味もステーキそのものです。そういうのを私たちは知りませんでしたが、栄養士が「このようなものがありますか、どうですか」と提案してくれます。関わっている訪問看護師やケアマネなどもそれを知って、いろいろなケースに応用出来るようになっていきます」

Ⅳ. 調査の分析結果の要約と考察

1. 要約

本調査の要約は、以下の表1・2のとおりである。なお、松田(2019)には記載しているが、紙幅の関係で本稿では記載できなかった部分についても一部、記述している。

表1 インタビュー調査の要約

	A病院	B病院	C病院	D病院
問1	①5年前から3つ増えた、 ②現場発案で設置された	①数は5つであり、直近5年前から1つ増えたこと、 ②加算対象として増やすこと、 ③院内でのチーム医療に関する関心や意識が、とくに職種間において差異がある	①数は5つ(主に加算取得の組織化)、②5年前から増えていない、③現場発案、あるいは院長指示等によって設置する、④福利厚生や園芸のチームがある、④将来的には眼科のチーム医療を新設したい	①患者の要求への対応にはチーム医療にせざるを得ない、②チーム医療、プロジェクト(チーム)、委員会が混在している、③設置は多様で、企画会議、病院機能評価への対応、加算のためである
問2	①NSTが1番古く、ICTと緩和ケアチーム、褥瘡対策チームが次に古い			
問3	①バラバラだったのが標準化された、②環境感染対策は意識統一がはかれ、職種間の差異も解消し、感染症に対する予防と対応について標準化が最も図れた、③NSTの栄養評価ツールの標準化によってスクリーニングの部署間の差異がなくなった、④医師の意識にもよるが仕事軽減にはそれほどつながっていない	カンファレンスにおける意識通やコミュニケーションの活性化とか意見統一の場になっている	①直接顔を合わせることにによる効率的な情報伝達が出来ている、②意外と採用に貢献している	①積極性が強くなった、②チームとして頑張れる、③評価がむずかしい
問4	NSTは、①12人構成であり(ほぼ固定)、活動範囲が一番広い、②自らの志望によって構成されている、③最も学会発表をしていること、院内研修会の企画が一番多いこと、および講義講演も行っていること、④医師のマネジメント意識は低い	NSTは、①メンバーは固定ではない、②リーダーの存在は栄養士、③院内研修の頻度が多い	摂食嚥下チームは、①21名いて、その主力メンバー(3割)は固定的で県下でもトップクラスである、②委員会やカンファレンスが多い、③勉強会・学会発表はそれほど多くない	医療業務改革推進チームは、①院長提案で設置された、②電子カルテ変更が導入契機であった、③メンバーは固定的で12名である

問5	①リーダーのパーソナリティに差異がある、②ただし属人性も強い、③コミュニケーションの手法	大きな差異はほとんどないが、NSTは、③リーダーシップ力が強い、②栄養士が、院内で一番、学会発表し、成果も上げて活躍している	摂食嚥下チームは、自発的に設置したチームで、モチベーションに差異がある	大きな差異はほとんどなく①チーム医療は目標や目的が違う、②よって目的達成すれば廃止するチームもあり、逆に今後の社会性動向を見据えて増やすチーム医療もある
問6	①無駄な出費が減った、②チーム間の連携がまだ充分でない、③看護師の意識やスキルの向上が図れている	NSTチームの活動で①栄養や食事摂取時に看護師が興味を深め、食べることが治療の過程で大切なことの理解を深めることが出来た、②(退院調整チームによって)皆で意識統一がはかれ、統一ケアとか声掛け実践が出来たようになった、③紹介患者数が増えた	摂食嚥下チームの活動の影響で、①研修に参加した外部の人のモチベーションが向上した、②研修への参加意欲が向上した、③モチベーションとリーダーに差異がある	①マイナス項目もない、②各チームが積極的に活動し、成果が出ている、③褒め合い活動や離職率が低い
問7	①医師の活用不足、②電子カルテのシステムの不具合	強い抵抗要因はないが、①看護師以外のコメディカルの参加率が低い(とくに所属長である上司の問題)	強い抵抗要因はないが、①チーム医療は有効なツールである、②経常的な仕事(例:環境整備)については抵抗がある	大きな要因はない
問8	いかにしてチーム活動をやる時間を創り出すか			①マンネリ化、②継続性である

表2 インタビュー調査の要約の続き

	E病院	F病院	G診療所
問1	①TQMに院内全体の委員会等が集約されている、②院内・外との連携で自然と設置された、③働き方改革を見据え、今後は増やす方向性はそれほどない、④設置の方法についてとくにこれといったやり方はない	①チーム医療をとくに意識しておらず最終的にはなくなっても良い、②今、何かあれば自然に集まるような組織(院内風土)になっている、③新しく設置した骨粗しょう症リエゾンチームが成果をあげている	①メンバーが限られているのでチーム医療の数を増やせない、②地域連携として多くの人や地元の大学等も巻き込み、それが地域における大きなチーム医療になっている
問2			
問3	①個別のチーム医療に限定せず、病院全体でチームに基づく経営を志向し、実践している、②病院の経営指針を徹底し、職員一人ひとりが組織人として自主的に育ち、経営に参加するようにしている、③HPチームは人材育成センターであるが、それを核にして人間教育とかマネジメント教育を充実している、④ITを重視し、いろいろな面で見える化を図り、委員会の情報、患者サービス、施設の向上の促進を図っている、⑤地元との連携や協調を図り、院内階層や垣根を低くする経営を志向・実践している	①前問のようにチームを意識せずとも世間でいうチーム医療を遂行出来る様に職員の意識・行動がなっている、②事案の当事者が随時メンバーとして集まる、③チーム医療としてはそれほど加算点数がとれない現状がある、④震災の記憶を伝承している、⑤広報活動に力を入れている	カンファレンスにおける意思疎通やコミュニケーションの活性化とか意見統一の場になっている
問4		骨粗しょう症リエゾンチームは、①人数は増えず、固定ではない、②カンファレンス、委員会やラウンドは他に比べて多い、③評価は成果である、④メディエーター研修の知見や研修の成果が反映されている	つなぐあすかチームは、①関わる人の範囲を拡大するのにうまくいった(広い交流)、②診療所の地元評価が大きく変化した、③諸活動の頻度は多くないが、自主的・積極的になりつつある
問5		①構成メンバーが次のメンバーに正確に引き継ぐ、②やらされ感のないように交代する	大きな差異はほとんどなく、地域ケア会議に多くの熱心な関係者の参加があり、それによって支えられている
問6		チームを意識せずともチーム医療的な行為がなされており、意識していないことを再度指摘している	①地域連携による取組が、かなりな範囲や諸団体に功を奏し始めた、②人数が増えないとこれ以上の拡大は難しい、③研修を含め地元・大学との関連性の拡大を模索している

問7	①栄養課に問題が多い（は人数不足が原因）、②全職員が経営理念の体現者になり、チーム医療は当たり前 のチーム経営であるがまだ充分ではない、③アンケートに基づく仕事改善が成果を出しつつある、③人材育成センターが人間力や組織力の質の部分の向上を担い、研修等に力を注いでいるがまだ充分には浸透していない、④6S活動のように委員会が核となり他委員会への影響が見受けられる	大きな抵抗要因や課題はない	所長への依頼心が強いこと
問8	人の成長（自己成長）の重要性		①今後も力を注ぐ、②栄養士、看護師、食品メーカーを含めて地域への拡大普及

本調査の質問項目

- 問1. チーム医療の現状（数、増減数、他のチーム医療数）
 問2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）
 問3. チーム医療による成果
 問4. HPチーム医療の現状（名称、導入年、職種と人数、活動状況）
 問5. HPチーム医療とそれ以外のチーム医療との差異
 問6. HPチーム医療の影響による経営・職場に生じた変化
 問7. チーム医療の推進や活用際に際しての抵抗要因
 問8. チーム医療の課題

2. 考察

本調査の分析結果の考察については、以下のとおりである。なお、共通しているのは、チーム医療の捉え方（定義）がまだ共通・統一的ではなく、各病院等によって異なっていることである。よって、同程度の病床数でもかなりその実践の程度に差異がある。また、そもそも医療・診療行為は医師だけでは出来ず、チーム（複数人）で行うのが通常であり、「チーム医療」という用語自体に疑問や、今風に言えば「いまさら感・観」を持つ病院も意外と多い。

(1) チーム医療の現状と内容（問1・2）

前アンケートでは、病院におけるチーム医療数については、科目数・病床数、および病院の経営方針にもよるが、「10」以下が多い。これは、チームの数、それに必要な職員数のバランスがこの数値であると考えられることによる。また、加算という要因もあるが、チーム医療の数は病床数とはそれほど関係なく、増加傾向にある。これは、加算取得、および医療の安全・質の向上を図る意識がさらに強くなっていることを表していると考えられる。

また、褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療については、「栄養サポート等」の分野が多く、1病院あたりの導入数が多い分野は「個別疾病の分野」である。これは、松田・川上（2015・2017）と同様な傾向である。チーム医療で対応しやすい分野、および対応が必要とされる分野が徐々に明確になってきたことによると考えられる。

なお、後のインタビュー調査で判明するが、チーム医療の新設・増設については、トップダウン、現場からの提案、外部からの要請が多い。

本調査では、チーム医療の増加意向はそれほど見られず、設置のやり方（施設、改廃含む）についても多様である（トップダウン、現場発等）ことが判明している。加算対象としての設置の動機は通常であるが、これらについては松田・川上（2015・2017）と同様な傾向である。ただし、必ずしも加算対象を契機

として設置をしていない病院やチーム医療もある。

その一方で、現況（患者への対応、病院全体のマネジメント等）からすればチーム医療を活用することが有用であること（D病院、E病院）、さらには地域の他医療機関との連携をチーム医療に見立てて成果を出していること（G診療所）という指摘もある。中には、究極的な組織のあり方であろうが、課題ごとに関係者が自発・自律的に集まって解決するということを志向している病院もある（F病院）。

また、褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療については、院内の福利厚生や地域連携に関連するチーム活動も導入している施設もあることが判明している。

チーム医療が、単に加算取得や医療の質向上のためだけではなく、組織変革のツールとして活用されていることが分かる。これは、松田（2011）で指摘したように、企業のCI活動やQC活動と同様に、組織変革における1つのマネジメント・ツールであるといえる。

(2) チーム医療の成果（問3）

前アンケートでは、チーム医療の成果については、「医療の安全性や質の向上」、「職場の活性化や一体感の向上」、「職員間の情報共有度やコミュニケーション度の向上」、「院内研修・勉強会等への開催頻度の向上」、「職員の専門性や技能活用の向上」が結果として判明している。これは、「医療の安全性や質の向上」ではじまったマネジメント施策が多様な方面に影響を与え、とくにその本来の成果を向上させるために職員の意識や行動の変革に及んでいることによると考えられる。その一方で、採用、離職、入院・外来患者数の動向に対してはそれほど成果とは関連が弱いと判断していることも判明している。これは、チーム医療と成果との関連度について、現場ではチーム医療の導入がすすみ、運用が向上するにつれて、その指標が明確になりつつあることによると考えられる。

本調査では、標準化が図れた（A病院）、コミュニケーションや意識・意見統一が図れた（A病院、B病院、G診療所）、効率的な情報伝達が出来た（C病院）、積極性が出てきた（D病院）、職員一人ひとりの自主性と経営参加意識が出てきた（E病院）、意識しなくてもチーム医療行動が出来る職員の意識・行動変革（F病院）が判明している。

上述からすれば、チーム医療による組織変革の成果を、現場では多様な視点から評価・判断していることが分かる。企業であれば、媒介変数あるいはモデレータ変数等の存在は意識しても、最終的には、売上や利益のような財務諸表に代表される、いわゆる企業業績が成果の指標として指摘される。

それに対して、医療行為は社会的にその求められる使命が異なり、必ずしも企業のような営利活動と同等には対照出来ないこと、およびチーム医療が、そのチーム医療ごとに求められるミッションが明確でかつ異なるために必ずしも企業のように同一の指標で成果の評価・判断をすることが出来ないということがある。よって、企業とは異なって多様な視点からなるのは、よく分かることである。

ただし、Katzenbach, J.R. and Smith, D.K., (1993)も指摘しているように、具体的な組織の業績達成目標に対するチームの目的の変換と整合、および目標と目的の組み合わせについては、まだ十分に意図されているとは言えず、今後の課題と考えられる。

(3) HPチーム医療の状況（問4）

① HPチーム医療の名称

前アンケートでは、HPチーム医療については、感染対策関連が多く、「13人」前後が多く、医師が2名、看護師が5～6名、あと2名以下の多職種のメンバーで構成されていることが判明している。また、インタビュー調査では、メンバーが固定されている場合が多く、その選抜方法も多様である。これは、松田・

川上（2015・2017）と同様な傾向である（ここでも感染対策関連、NST関連が多かった）。ただし、新入メンバーへの伝承等については、後のインタビュー調査で判明するが、それほど苦慮はしていない。

本調査では、NST（A病院、B病院）、摂食嚥下（C病院）、医療業務改革推進（D病院）、人材育成センター（E病院）、骨粗しょう症リエゾン（F病院）、地域医療連携（つなぐあすか・G診療所）と多岐にわたっていることが判明している。これは、松田・川上（2015・2017）とやや異なり、直接医療行為等に関わるというより院内のマネジメント（部署間連携を含む）に関するもの（D・E・F病院）、地域連携に関するもの（G診療所）のように多岐にわたっていることが特徴的である。

②HPチーム医療の活動状況

前アンケートでは、HPチーム医療における昨年度の活動状況については、「ラウンド」を「毎週1回以上」行っている病院と「カンファレンス」を「毎週1回以上」行っている病院が多い。これは予想通りであり、松田・川上（2015・2017）と同様な傾向である。

その一方で、出版活動、および講演会や講習会活動のような啓蒙活動をまったく行っていない病院も多く、またチーム内の懇親会や食事会などの頻度もそれほど高くはないことが判明している。とくに後者については、インタビュー調査では、この頻度の高いことを指摘している病院も少なからずあり、チーム内のコミュニケーション向上についての実態を明らかにすることは一つの課題である。

本調査では、学会発表や院内研修の頻度が多い（A病院、B病院）、委員会やカンファレンスが多い（C病院、F病院）、院内の人間教育やマネジメント教育の充実（E病院）、多くの面で自主・積極的行動が見られる（G診療所）ことが判明している。

HPチーム医療と他のチーム医療の活動の頻度について、大きな差異はないが、G診療所に代表されるように、各活動において数字には表れにくい積極性や自主性の向上については、本調査で多くの病院が指摘していることである。

Katzenbach, J. R. and Smith, D. K., (1993) が指摘しているように、アプローチを共有し、それにコミットすること、メンバーの相互責任感、補完的スキルについては、実践的な観点からは、チーム医療に限らずまだ充分ではなく、そのマネジメントにおいては課題であると考えられる。つまり、成果向上を図れるような活動やマネジメントについては、創造出来る余地があるということである。

(4)HPチーム医療と他のチーム医療との差異（問5）

前アンケート調査では、HPチーム医療と他のチーム医療との差異については、「チーム内の活性化度や一体化感」、「医療の安全性や質の向上意識」、「意思決定と意思疎通のスピード」、「チーム内のコミュニケーション度」、「チーム内のカンファレンスやミーティングの開催頻度」、「リーダーのリーダーシップ」であることが判明しているが、数値はそれほど高くはない。現場では、それほど大きな差異が見出しにくいということである。これは、チーム医療の各々に対するミッション（求められているもの）が異なっており、一概に比較しにくいことによると考えられる。よって、例えば、「企業の営業チームAと同Bとにおいて、成績が異なるというのは」、というような問を単純に立てても比較は難しいと考えられる。

本調査では、リーダーのパーソナリティーやコミュニケーションの手法、リーダーシップ（A病院、B病院）、モチベーション（C病院）、ほとんど差異がない（D病院、G診療所）、IT重視の見える化（E病院）、引き継ぎとやらされ感の少ない交代（F病院）、が判明している。

HPチームと他のチーム医療の差異において、大きな差異はない。しかし、リーダーシップをはじめ現場でのマネジメント手法については差異があることを、本調査では多くの病院が指摘している。簡単では

ないが、成果との関連において差異の有無とその判断指標が課題であると考えられる。

(5)HPチーム医療の影響による変化（問6）

前アンケートでは、HPチーム医療が病院の経営状況や職場に与えた影響によって生じた変化については、「職員の専門能力の活用・利用度」、「職員間における各種情報の共有度」、「カンファレンスやミーティングの開催頻度」であるが、数値はそれほど高くない。これは、現場では、成果として指標的なものは判明しつつあるが、それほど強いものではない、と考えていることによる。

その一方で、「職員の離職率」、「新規・中途採用の人材確保力」、および「産前後・休暇や介護休暇の取得率」の影響は弱いと考えられるが、数値は上述の上位項目とも大きな差異はなく（1点内）、それほど弱いものではないと考えられる。

本調査では、無駄な出費が減った（A病院）、看護師の意識・スキル・理解の向上（A病院、B病院）、外部者のモチベーションと研修参加意欲の向上（C病院）、積極的な活動、ほめあい活動や離職率の低さ（D病院）、地元連携や協調による経営実践（E病院）、地域連携による成果向上（G診療所）が判明している。

これをみると、病院のマネジメントの多くの部分に影響のあること、および与えていると判断していることが分かる。しかし、今後は、その影響の程度、成果との関連、今は意識していないがあると予想される影響部分、およびそれらにおけるマネジメント実践の向上が課題であると考えられる。

(6)チーム医療の活用・推進の抵抗要因（問7）

前アンケートでは、チーム医療を活用・推進するに際して、その抵抗要因については、「医療行為以外の雑務」、「一人が複数のチーム・メンバーになる」、および「病院経営への危機意識」であるが、数値はそれほど高くはない。

これをみると、雑務に関わる時間が増えること・複数のチーム・メンバーになること・病院経営への危機意識が弱いことが抵抗要因としてやや強いことが分かる。従来の松田（2011）他の調査結果とは別の様相を呈している。その従来の調査であれば、マネジメント施策を限定せずに、ほぼ共通的に、保守的な職場風土、活動の啓蒙・説明不足、フォロー施策の未構築が主たる抵抗要因であった。ただし、これは、マネジメント施策（手段、手だて）の推進を対象とした調査とチーム医療（集団による医療行為）の活用とを対象とした調査の差異であると考えられる。

なお、全般的に数値が低く、全選択肢がそれほど抵抗要因としては認識されていないと考えられる。また、それについては従来の松田・川上（2015・2017）等の調査においても同様な傾向ではある。

本調査では、医師の活用不足や電子カルテシステムの不具合（A病院）、強い抵抗要因はない（B病院、C病院、D病院、F病院）、チーム医療に基づく経営や組織力向上研修の不十分なこと（E病院）、依頼心の強いこと（G診療所）が判明している。

強い抵抗要因はない、という回答であるが、成果の判断指標が多様であるために、総じて評価出来ないのか、もともと組織変革のマネジメント・ツールとして、抵抗要因の少ないツールなのか、不明である。また、松田（2011）で提示したCI・QC活動のように組織全体的にわたる活動ではないために、さらにミッションが明確で各自に役割も明確な活動のために抵抗するの少ないマネジメント施策なのかも不明である。これらを明確にすることが、今後の課題である。

(7)チーム医療の課題（問8）

前アンケートでは、今後のチーム医療の活用における取り組むべき課題については、職員のチーム医療に対する意識、専門能力、所属するチーム医療の複数さ、チーム医療のマネジメントや仕事負担等に関するものが多い。松田・川上（2015・2017）からすると、一概に比較は出来ないが、かなり広範囲にわたったの課題が多いことが特徴的である。これは、チーム医療がかなり普及し、運用されている結果、従来の課題より、具体的に、どこに、何がというように、現場では明確になりつつあることによると考えられる。

本調査では、チーム活動に関する時間の捻出（A病院）、コメディカルの参加率が低い（B病院）、とくにない（C病院、F病院）、マンネリ化と継続性（D病院）、人の成長（E病院）、力の注入と地域への拡大普及（G診療所）が判明している。

課題としては、具体的に、院内におけるチーム医療活動に関するものや院外連携における拡大であることが指摘されている。これら以外に課題はないのか、また今直面している課題をどのように解決していくのか、これらが今後の課題である。

参 考 文 献

松田陽一（2011）『組織変革のマネジメント－人の意識・行動とCI活動－』中央経済社。

松田陽一（2019）『高成果チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査報告書』未刊。

松田陽一・川上佐智子（2015）「チーム医療が組織変革に与える影響に関するアンケート調査報告」、『岡山大学経済学会雑誌』、第47巻、第1号、45-69頁。

松田陽一・川上佐智子（2017）「チーム医療が組織変革に与える影響に関するアンケート調査報告・続」、『岡山大学経済学会雑誌』、第48巻、第3号、77-96頁。

松田陽一編著、山本智子・川上佐智子・大月説子著（2014）『組織変革マネジメントへの招待－抵抗の除去とチーム医療の活用－』岡山大学出版会。

Katzenbach, J. R. and Smith, D. K., (1993), *The Wisdom of Teams Creating The High-Performance Organization*, Boston: Harvard Business School Press. (横山偵徳監訳, 吉良直人訳 (1994) 『「高業績チーム」の知恵－企業を革新する自己実現型組織－』ダイヤモンド社)