

《研究ノート》

チーム医療が病院の組織変革に与える影響に関する
アンケート調査の報告・続

松田陽一・川上佐智子

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等
- 参考文献

※本稿は、学術研究助成基金助成金・基盤研究（C）：課題番号26380508「チーム医療が病院の組織変革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

本稿は、2014年に実施した松田・川上（2014・2015）の続きとして、調査対象を変え、同様の質問（兼）回答票の郵送・返送による方法で2016年に実施したアンケート調査（以下、「本調査」と略称する。報告書は松田・川上（2016）参照）の分析結果を報告するものである。

本調査の目的は、チーム医療が病院の組織変革に与える影響について、その様相、あるいは現状を明らかにするとともに、それによって、病院内の医師や他の職員の意識・行動にどのような変化が生じたのかについて、明らかにすることである。

昨今の変化の早い経済事情の下、従来にもまして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常態的に要請されている。このような状況の下、病院は、従来から多様なマネジメント施策によって対応してきている。その中で、今日、着目されているのが「チーム医療」である。これは、国の指導指針等があるとは言うものの、医療現場においては、ますます複雑・高度化し、さらに患者との個別的な対応が求められる現状に対して、従来の医師を頂点としたやり方ではうまくできなくなりつつある、あるいはうまくでき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、昨今では、チーム医療の意図・計画的な活用やチーム医療構成メンバーが他職員に与える影響を念頭にして、病院の組織変革マネジメントをうまく実践している病院も数多くある（松田編他著（2014））。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ということである。

以上より、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、2014年8月実施の同様なアンケート調査に続き、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て、役割を分担して当たること（伊藤他編（2009）、1837頁）」である。

II. 調査の概要

1. 調査と方法

本調査の対象（質問（兼）回答票の送付先）は、webデータによる『全国病院リスト2016年3月版』<http://tore.frelis.net/c-item-detail?ic=A0000000014> から、福岡県、長崎県、大分県、宮崎県、鹿児島県、滋賀県、奈良県、和歌山県、三重県、愛知県、岐阜県、長野県、福井県、石川県、および東京都に所在する病院を2000病院抽出し、それらを対象とした（2014年8月実施のアンケート調査の対象は除外している）。

また、調査の方法は、質問（兼）回答票を上述の対象病院の院長宛に郵送し、それに回答を記載していただき、当研究室へ返送していただくことによって回収する方法を採用している。

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：2016年8月17日（発送の開始）～2016年9月20日（返送の締切）

(2)郵送数：2000

(3)回答病院数：42（2.1%）※質問項目によっては、未記入の病院もあるがそれも含めている。

3. 病床数別の回答病院数

病床数別の回答病院数については、表1のとおりである。なお、病床数の標記については質問（兼）回答票の記述内容に基づいている。最低は「26」であり、最高は「749」である。なお、平均値は、「172.46」である。

「151～250床」が最も多く（29.7%）、また「150床」以下からの回答が約半数超である。

表1 病床数別の回答病院数（N=42）

病床数	回答数	%	病床数	回答数	%
1. ～50	7	18.9	5. 251～500	4	10.8
2. 51～100	8	21.6	6. 501～	2	5.4
3. 101～150	5	13.5	未記入	5	—
4. 151～250	11	29.7	合計	42	99.9

注）表1の「%」値は、回答病院数「42」から未記入「5」を引いた「37」で除し、百分率数値の少数点第2位の数値を四捨五入している。なお「1. ～50」には「0床」と回答のあった「2施設」を含んでいる。

なお、質問（兼）回答票に、病院名称の記入のあった「37」病院について、所在都県別に分類したのが表2である。

表2 病院名称の記入のあった病院の所在府県（N=42）

県名	回答数	県名	回答数	都県名	回答数
福岡県	9	和歌山県	1	神奈川県	4
長崎県	4	三重県	2	東京都	4
大分県	1	愛知県	3	未記入	5
宮崎県	1	岐阜県	1	合計	42
鹿児島県	5	長野県	0		
滋賀県	1	福井県	0		
奈良県	0	石川県	1		

4. 本稿の表記

本稿は、主に統計的な基礎数値の集計結果だけに基づいて表記している。また、その表記について、以下の点については共通である。

- (1)以下の諸表において、「%」表記は、百分率による数値を示している。また、それについては百分率における小数点第2位の数値を四捨五入し、小数点第1位の数値までを表記している。ただし、この数値は、回答病院数（=42）からその質問項目における「未記入」（各表の右端に「未」と表記）であった病院数を差し引き、その数値を分母にして算出している。なお、この数値処理により、各項目の数値の合計が「100」にならないこともある。
- (2)同様において、「平均値」表記は、小数点第3位の数値を四捨五入し、小数点第2位の数値までを表記している。なお、紙幅の都合上、標準偏差値は割愛している（算出は本稿提示データで可能）。
- (3)同様において、「回答数」表記は、各セル（各項目と各選択肢の交差箇所）には回答病院数の数値を表記している。
- (4)同様において、「—」表記は、その欄に該当する数値（データ）のないことを示している。
- (5)同様において「N=」表記は、未記入分を含んだ回答病院数を示している。本報告書の場合、上述したようにN=42である。
- (6)同様において、選択肢「1」～「5」と表記してあるものは、とくに断らない限りそれぞれについて「1点」～「5点」の得点を与えて平均値等を算出している。

Ⅲ. 調査の分析結果の詳細

1. チーム医療の現状（問1）

(1)チーム医療の数

病院におけるチーム医療数について調査した結果が、表3である。1病院あたりの平均値は「7.54」であり、最低は「1」、最高は「21」である。「5」および「7」チーム医療が14.7%（回答数：5）で一番多く、「1～10」チームが79.4%（回答数：27）である。

表3 チーム医療の数（N=42）

チーム数	回答数	チーム数	回答数	チーム数	回答数
1	1	11	2	21	1
2	3	12	1	22	0
3	2	13	1	23	0
4	3	14	1	24	0
5	5	15	1	25	0
6	4	16	0	26	0
7	5	17	0	27	0

8	1	18	0	28	0
9	3	19	0	29	0
10	0	20	0	小計	1
小計	27	小計	6	未記入	8
				合計	42

注)「RST, ICT, 褥瘡, NST, 認知症, ハートチーム」という記述のある回答が「1」あった。同様に「安全リンク, ICT, 感染リンク(看), QQリンク, PU, NSTかんり」という記述のある回答が「1」あった。

(2)チーム医療の導入西暦年

病院におけるチーム医療の導入西暦年について調査した結果が、表4である。最も古いのは「1991年」、最も新しいのは「2014年」である。2002年の「6」(20.7%)が多い。

表4 チーム医療の導入西暦年 (N=42)

年	回答数	年	回答数	年	回答数
1982年	0	1994年	0	2006年	0
1983	0	1995	0	2007	0
1984	0	1996	1	2008	1
1985	0	1997	0	2009	0
1986	0	1998	0	2010	0
1987	0	1999	2	2011	1
1988	0	2000	5	2012	1
1989	0	2001	2	2013	1
1990	0	2002	6	2014	2
1991	1	2003	0	2015	0
1992	0	2004	3	未記入	13
1993	1	2005	2	合計	42

(3)チーム医療以外のチームの数

病院におけるチーム医療以外のチーム活動の数について調査した結果が、表5である。1病院あたりの平均値は「5.50」である。それについて「10」以下が87.5% (21)であり、それほど多くはない。最低は「1」、最高は「20」である。

表5 チーム医療以外のチーム活動の数 (N=81)

チーム数	回答数	チーム数	回答数	チーム数	回答数
1	4	11	1	21	0
2	3	12	1	22	0
3	4	13	0	23	0
4	2	14	0	24	0
5	2	15	0	25	0
6	1	16	0	26	0
7	0	17	0	27	0
8	3	18	0	28	0
9	1	19	0	29	0
10	1	20	1	30超	0
小計	21	小計	3	未記入	18
				合計	42

注) 回答欄に、「DMAT」という記述のある回答が「1」あった。同様に「QMS, 内部監査チーム」という記述のある回答があった。

2. チーム医療の分野（問2）

病院における褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療について、提示した分野別にその導入数を尋ねた結果が表6である。チーム医療を導入した病院の数が多い分野は回答数の少ない「11. その他」を除けば「3. 栄養サポート等の分野」で「27（＝42から未回答の15を引く）」であり、次に「4. 個別疾病の分野」で「18」である。1病院あたりの導入数が多い分野は「4. 個別疾病の分野」で平均値は「2.44」であり、次に「7. 病院管理の分野」で平均値は「1.86」である。

表6 褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療に関する分野別の数（N=42）

分野名称	平均値	チーム数						未
		1	2	3	4	5	6～	
1. 亜急性期や回復期の分野	1.46	11	1	0	0	0	1	29
2. 在宅の分野	1.13	7	1	0	0	0	0	34
3. 栄養サポート等の分野	1.15	23	4	0	0	0	0	15
4. 個別疾病の分野	2.44	7	5	2	1	1	2	24
5. 薬剤師の活用や薬物療法等の分野	1.20	8	2	0	0	0	0	32
6. 地域連携の分野	1.14	12	2	0	0	0	0	28
7. 病院管理の分野	1.86	9	1	3	0	0	1	28
8. 退院調整・支援の分野	1.07	13	1	0	0	0	0	28
9. 災害時医療の分野	1.17	10	2	0	0	0	0	30
10. 医科歯科連携の分野	1.00	6	0	0	0	0	0	36
11. その他（具体的に：）	2.42	6	3	1	1	0	1	30

注1) 回答数「6」以上の数値については以下のとおりである。「1. 亜急性期や回復期の分野」は「6」, 「4. 個別疾病の分野」は「6, 6」, 「7. 病院管理の分野」は「6」, 「11.その他」は「10」である。

注2) 「11.その他」の記述は以下のとおりである。

- ・サービス向上チーム、図書チーム等
- ・輸血療法、健康づくりチーム
- ・医療機器安全管理、臨床検査適正化チーム
- ・診療情報管理チーム、個人情報保護チーム、クリニカルパス
- ・検診・地域医療チーム
- ・病棟カンファレンス（×2）病棟チーム、回復期病棟入院判定会議
- ・看護助手ケアチーム、排泄ケアチーム、院外薬局連携チーム、接遇チーム
- ・身体拘束廃止チーム、サービス向上委員会

※「選択肢4」に「呼吸ケア、緩和ケア」という記述のある回答があった。また、「選択肢10」に「外注（歯科医院へ）」という記述のある回答があった。

また、1病院あたりの褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療について、その導入設置数について調査した結果が、表7である。1病院あたりの平均値は「5.26」である。最低は「2」、最高は「25」である。なお、導入数「10」以下が80.0%（回答数：24）である。

表7 1病院あたりのチーム医療の数（褥瘡対策・医療安全・感染管理以外：N=42）

チーム数	回答数	チーム数	回答数	チーム数	回答数
1	0	11	3	21	0
2	4	12	0	22	0
3	1	13	1	23	0
4	5	14	0	24	0
5	0	15	1	25	1
6	5	16	0	26	0
7	3	17	0	27	0
8	2	18	0	28	0
9	3	19	0	29	0
10	1	20	0	34	0
小計	24	小計	5	未記入	12
				合計	42

3. チーム医療の導入の目的（問3）

病院におけるチーム医療の導入の目的について、「5：非常に意識した」から「1：全く意識していない」の5点尺度で調査した結果が、表8である。

上位項目の3つは、その数値（平均値）が低くなる順に、①「1. 医療の安全性や質の向上（4.64）」、②「14. 医療ミスや事故の減少（4.17）」、③「2. 職場の活性化や一体感の向上（4.12）」である。

また、下位項目の3つは、その数値（平均値）が高くなる順に、①「17. 組合等からの要請への対応（1.72）」、②「19. 貴院の職員の新規採用数の向上（2.32）」、③「21. 他の病院の導入状況・動向への対応（2.53）」である。

これをみると、医療の安全性・職場活性化の向上については、予想どおりである。これ以外にも、職員の情報共有度向上や意識・行動変革も目的として強く意識されているが、これらは上述の3項目との関連が強いと考えられる。

表8 チーム医療の導入の目的（N=42）

項 目	平均値	5	4	3	2	1	未
1. 医療の安全性や質の向上	4.64	25	9	2	0	0	6
2. 職場の活性化や一体感の向上	4.12	14	10	10	0	0	8
3. 日常の仕事の効率性やスピードの向上	3.89	9	17	5	4	0	7
4. 入院・外来の患者数の増加	3.17	2	13	11	7	2	7
5. 診療報酬の増収等による病院の収益性の向上	3.63	5	17	9	3	1	7
6. 医療機能評価で認定度の向上	2.91	4	8	9	7	6	8
7. 貴病院の知名度や評判の向上	2.91	3	11	8	6	7	7
8. 職員の仕事満足度の向上	3.66	5	16	12	1	1	7
9. 職員の専門性や技能活用の向上	4.06	10	18	6	1	0	7
10. 入院と外来の患者の満足度の向上	3.83	12	11	7	4	1	7
11. 貴院の経営理念や方針の浸透	3.44	7	7	15	4	1	8
12. チーム医療メンバーが他職員に与える影響の大きいこと	3.60	5	17	8	4	1	7
13. 職員の離職率の低下	2.69	0	7	15	8	5	7
14. 医療ミスや事故の減少	4.17	14	16	3	1	1	7
15. 貴院の倫理・コンプライアンスの浸透度の向上	3.41	5	11	13	3	2	8
16. 職場のコミュニケーション度の向上	3.79	7	17	7	2	1	8
17. 組合等からの要請への対応	1.72	0	1	8	4	19	10
18. 国のチーム医療に関する指導方針への対応	2.68	5	5	9	4	11	8
19. 貴院の職員の新規採用数の向上	2.32	1	3	12	8	10	8
20. 地元や行政体等からの評判や信頼度の向上	2.62	2	7	10	6	9	8
21. 他の病院の導入状況・動向への対応	2.53	1	5	12	9	7	8
22. 職員間の情報共有度の向上	3.94	10	16	6	3	0	7
23. チーム医療のメンバーの意識・行動変革	4.11	6	10	2	1	0	23
24. その他（具体的に：)	3.00	0	0	1	0	0	41

注)「24. その他」の記述はない。

4. チーム医療による経営状況・職場の変化（問4）

チーム医療を導入した後、病院の経営状況や職場に、その影響によって生じた変化の程度について、「5：非常に〇〇した」から「1：非常に××した」の5点尺度で調査した結果が、表9である。

上位項目の3つは、その数値（平均値）が低くなる順に、①「7. 院内での委員会の開催回数（4.14）」、①「9. 院内での研修・勉強会の回数（4.14）」、③「8. カンファレンスやミーティングの回数（4.11）」である。

また、下位項目の3つは、その数値（平均値）が高くなる順に、①「20. 院内の懇親・福利厚生関連行事への参加率（3.06）」、②「16. 職員の離職率（3.11）」、③「1. 入院と外来の患者の数（3.12）」。ただし、それらの回答数値がすべて「3点」以上であり、程度はあるが、すべての項目で変化のあった

ことが分かる。

これをみると、情報共有度・専門性向上のために上位3つの頻度が向上し、それが変化認識につながっていると考えられる。しかし、直接的に、患者数や医療収入の増加にはそれほど影響を与えていないと考えられる。また、職員の離職率やWLB（ワークライフバランス）観、産休・介護休の取得率にもそれほど影響を与えていないと考えられる。

表9 チーム医療による経営状況・職場の変化（N=42）

項目	平均値	5	4	3	2	1	未
1. 入院と外来の患者の数	3.12	0	5	28	1	0	8
2. 医療収入	3.26	0	10	24	1	0	7
3. 貴院の経営理念・方針の浸透度	3.50	1	15	18	0	0	7
4. 医療ミスや事故の件数：R	3.63	4	15	15	1	0	7
5. 貴院における院内感染発症患者の数：R	3.80	5	18	12	0	0	7
6. 貴院における褥瘡新規発生患者の数：R	3.89	8	15	12	0	0	7
7. 院内での委員会の開催回数	4.14	15	11	8	1	0	7
8. カンファレンスやミーティングの回数	4.11	10	19	6	0	0	7
9. 院内での研修・勉強会の回数	4.14	13	14	8	0	0	7
10. 職員間における各種情報の共有度	3.97	5	24	6	0	0	7
11. 職員を新規・中途採用する人材確保力	3.20	1	5	29	0	0	7
12. 他医療機関からの紹介患者の数	3.23	0	8	27	0	0	7
13. 地域からの講演や説明会への講師依頼回数	3.33	2	10	19	1	1	9
14. 入院と外来の患者からのクレーム件数：R	3.18	1	7	24	1	1	8
15. 職員のワークライフバランス観	3.21	2	6	23	3	0	8
16. 職員の離職率	3.11	0	4	31	0	0	7
17. 産前後・休暇や介護休暇の取得率	3.51	6	6	23	0	0	7
18. 院内の研修や勉強会への参加率	3.66	3	17	15	0	0	7
19. 院外の研修や学会での発表回数や参加率	3.37	1	12	21	1	0	7
20. 院内の懇親・福利厚生関連行事への参加率	3.06	1	4	26	4	0	7
21. 他医療機関との提携・協力の頻度	3.43	1	13	21	0	0	7
22. (国・地元) 行政体からの評価や信頼度	3.26	0	10	24	1	0	7
23. 患者の評判や口コミの良好度	3.14	0	7	27	0	1	7
24. コンプライアンスの遵守度	3.44	0	15	19	0	0	8
25. 職員の専門能力の活用・利用度	3.86	6	18	11	0	0	7
26. 職員の他医療組織や地域に関する情報の量	3.43	0	15	20	0	0	7
27. 職場のコミュニケーション度や一体感	3.69	2	21	11	1	0	7
28. 自己啓発や資格取得支援の施策の充実度	3.49	1	16	17	1	0	7
29. その他（具体的に：)	3.25	0	1	3	0	0	38

注) 「29. その他」の記述はない。「R」は、反転項目を示している（得点が高くなるほど、選択肢中の数値が低くなり良い状態である）。

5. チーム医療による構成メンバーの変化（問5）

チーム医療を導入した後、その構成メンバーの意識・行動に生じた変化について、「5：非常に変化が生じている」から「1：全く変化が生じていない」の5点尺度で調査した結果が、表10である。

上位項目の3つは、その数値（平均値）が低くなる順に、①「1. 医療の安全性や質の向上を意識すること（4.11）」、②「3. 同一チーム内の他メンバーの仕事や役割を意識すること（3.97）」、③「2. 時にはチームリーダーとしての位置づけや行動を意識すること（3.89）」である。

また、下位項目の3つは、「24. その他」を除いてその数値（平均値）が高くなる順に、①「22. 心的ストレス感の減少を意識すること（2.77）」、②「20. 経営トップとのコミュニケーション度が向上すること（3.20）」、③「17. 学会での積極的な発表・報告を意識すること（3.20）」である。

これをみると、医療の安全性向上、他メンバーの仕事や役割理解、チームリーダーの自覚については、予想どおりである。これ以外にも、情報共有（選択肢8）、自らの仕事責任自覚（選択肢9）も変化の

程度が高く、また、選択肢22を除いて平均値は「3点」を越えており、程度の差異はあるものの、チームで仕事を行うことがいろいろな意味で影響を与えていると考えられる。

表10 チーム医療による構成メンバーの変化 (N=42)

項目	平均値	5	4	3	2	1	未
1. 医療の安全性や質の向上を意識すること	4.11	9	23	3	1	0	6
2. 時にはチームリーダーとしての位置づけや行動を意識すること	3.89	7	20	6	1	1	7
3. 同一チーム内の他メンバーの仕事や役割を意識すること	3.97	5	26	3	0	1	7
4. 仕事の効率性やスピード化の向上を意識すること	3.43	1	17	15	0	2	7
5. 経営状況や業績に対する理解・把握の向上を意識すること	3.34	1	14	18	0	2	7
6. 入院と外来の患者の意向・状況把握の向上を意識すること	3.43	1	16	16	1	1	7
7. チーム内の他メンバーの発言への傾聴の向上を意識すること	3.60	1	23	9	0	2	7
8. メンバー間でのスムーズな情報交換や共有の向上を意識すること	3.80	1	29	3	1	1	7
9. 自らの仕事責任感の自覚向上を意識すること	3.77	3	23	7	2	0	7
10. 医療方針の決定や方法に関する発言が増えること	3.49	2	16	15	1	1	7
11. 所属するチーム医療の成果向上を意識すること	3.71	5	18	10	1	1	7
12. チーム医療活動に関する改善・修正案等の提示が向上すること	3.60	2	20	11	1	1	7
13. 専門知識や医療情報の収集や修得の向上を意識すること	3.71	0	28	5	1	1	7
14. 仕事モチベーションが向上すること	3.46	0	20	12	2	1	7
15. 自己の仕事に対する自信や経験の向上を意識すること	3.66	1	24	8	1	1	7
16. 院内・外への研修会やセミナーへの参加意欲が向上すること	3.57	2	21	8	3	1	7
17. 学会での積極的な発表・報告を意識すること	3.20	0	13	17	4	1	7
18. チーム医療外の職員の仕事・役割への理解が向上すること	3.46	1	18	14	0	2	7
19. 貴院の経営理念や方針の理解が向上すること	3.26	0	15	16	2	2	7
20. 経営トップとのコミュニケーション度が向上すること	3.20	1	10	21	1	2	7
21. メンバー間でのチーム一体感の向上を意識すること	3.60	2	20	11	1	1	7
22. 心的ストレス感の減少を意識すること	2.77	0	3	23	7	2	7
23. 貴院や自己仕事に関する誇り意識が向上すること	3.26	0	13	19	2	1	7
24. その他(具体的に:)	3.25	0	1	3	0	0	38

注) 「24. その他」の記述はない。

6. チーム医療による構成メンバー以外の職員の変化 (問6)

チーム医療を導入した後、その構成メンバー以外の職員の意識・行動に生じた変化について、「5：非常に変化が生じている」から「1：全く変化が生じていない」の5点尺度で調査した結果が、表11である。

上位項目の3つは、その数値(平均値)が低くなる順に、①「1. 医療の安全性や質の向上を意識すること(3.81)」、②「8. 所属部署内でのスムーズな情報交換や共有の向上を意識すること(3.43)」、③「3. 所属部署内の他メンバーの仕事や役割を意識すること(3.40)」である。ただし、数値はそれほど高くはない。

また、下位項目の3つは、その数値(平均値)が高くなる順に、①「17. 学会での積極的な発表・報告を意識すること(2.76)」、②「22. 心的ストレス感の減少を意識すること(2.82)」、③「10. 病院の経営方針の決定や管理運営に関する発言が増えること(2.91)」である。

これをみると、医療の安全性や他メンバーの役割理解、および情報共有の向上については、予想どおりであるが、数値がそれほど高くはないことが特徴的である。

表11 チーム医療による構成メンバー以外の職員の変化 (N=42)

項目	平均値	5	4	3	2	1	未
1. 医療の安全性や質の向上を意識すること	3.81	6	20	7	3	0	6
2. 職場内でチームリーダーとしての位置づけや行動を意識すること	3.37	1	18	11	3	2	7
3. 所属部署内の他メンバーの仕事や役割を意識すること	3.40	1	19	10	3	2	7
4. 仕事の効率性やスピード化の向上を意識すること	3.23	0	14	17	2	2	7
5. 経営状況や業績に対する理解・把握の向上を意識すること	3.03	0	7	24	2	2	7
6. 入院と外来の患者の意向・状況把握の向上を意識すること	3.20	0	13	17	4	1	7
7. 所属部署内の他メンバーの発言への傾聴の向上を意識すること	3.31	2	13	16	2	2	7
8. 所属部署内でのスムーズな情報交換や共有の向上を意識すること	3.43	1	19	11	2	2	7
9. 自らの仕事責任感の自覚向上を意識すること	3.34	1	15	15	3	1	7
10. 病院の経営方針の決定や管理運営に関する発言が増えること	2.91	0	6	22	5	2	7
11. 所属部署の成果向上を意識すること	3.17	0	14	15	4	2	7
12. チーム医療活動に関する改善・修正案等の提示が向上すること	3.20	0	14	15	5	1	7
13. 専門知識や医療情報の収集や修得の向上を意識すること	3.31	0	18	12	3	2	7
14. 仕事モチベーションが向上すること	3.17	0	12	19	2	2	7
15. 自己の仕事に対する自信や経験の向上を意識すること	3.20	0	13	18	2	2	7
16. 院内・外への研修会やセミナーへの参加意欲が向上すること	3.09	0	11	19	2	3	7
17. 学会での積極的な発表・報告を意識すること	2.76	0	4	22	4	4	8
18. 他部署の職員の仕事・役割への理解が向上すること	3.34	1	15	15	3	1	7
19. 貴院の経営理念や方針の理解が向上すること	3.03	0	10	19	3	3	7
20. 経営トップとのコミュニケーション度が向上すること	3.06	0	9	20	3	2	8
21. 所属部署での職場一体感の向上を意識すること	3.23	1	12	18	2	2	7
22. 心的ストレス感の減少を意識すること	2.82	0	4	22	6	2	8
23. 貴院や自己仕事に関する誇り意識が向上すること	3.03	0	7	24	2	2	7
24. その他(具体的に:)	3.20	0	1	4	0	0	37

注) 「24. その他」の記述は以下のとおりである。

・院長77歳, 副院長51歳

7. チーム医療の活用・推進の阻害(抵抗)要因(問7)

チーム医療を活用・推進するに際して、その阻害(抵抗)要因について、「5:非常に阻害(抵抗)になると考えている」から「1:全く阻害(抵抗)にならないと考えている」の5点尺度で調査した結果が、表12である。

上位項目の3つは、その数値(平均値)が低くなる順に、①「3. 活用を推進するリーダーの不在(3.71)」、②「25. 医療行為以外の雑務に関わる時間が増えること(3.53)」、③「24. カンファレンスや会議が多すぎる(3.41)」である。ただし、数値はそれほど高くはない。

また、下位項目の3つは、その数値(平均値)が高くなる順に、①「28. 他医療機関との合併や併合(2.36)」、②「11. チーム医療に関する短期的な成果の追及圧力が強いこと(2.37)」、③「15. 別の病院内活動の発生(2.37)」である。

これをみると、医師とのコミュニケーション不足、リーダーの不在については、従来の松田(2011)等の調査結果とは別の様相を呈している。従来の調査であれば、施策を限定せずに、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等が阻害要因であった。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阻害要因としては強く認識されているとは考えにくい。従来の松田(2011)等の調査も同様な傾向ではあるが、これに比較して数値は高い。

表12 チーム医療の活用・推進の阻害（抵抗）要因（N=42）

項目	平均値	5	4	3	2	1	未
1. 院内でその活用に関する保守・消極的な雰囲気	2.97	3	12	5	11	4	7
2. 医師と他職種とのコミュニケーション不足	3.14	3	14	6	9	3	7
3. 活用を推進するリーダーの不在	3.71	5	19	8	2	1	7
4. 経営トップ層のリーダーシップやマネジメント力不足	3.31	3	14	12	3	3	7
5. 貴院の経営理念や方針の浸透不足	3.06	3	8	14	8	2	7
6. 国や行政体から指示や指導が多いこと	2.40	1	2	17	5	10	7
7. 貴院の経営業績が芳しくないこと	2.49	0	3	19	5	8	7
8. 院内に多職種が職種を越えて協力する姿勢が乏しいこと	2.80	2	7	14	6	6	7
9. チーム医療の活用・推進に関する説明や普及不足	2.94	1	9	15	7	3	7
10. 活用を推進・定着・フォローする施策の未構築	3.11	3	11	11	7	3	7
11. チーム医療に関する短期的な成果の追及圧力が強いこと	2.37	1	4	10	12	8	7
12. 活用を推進するプログラムが不十分なこと	3.17	3	10	13	8	1	7
13. 一人が複数のチーム・メンバーになる場合のあること	3.33	2	19	8	3	4	6
14. 職員の配置・構成に大きな変化が乏しいこと	2.89	1	9	13	9	3	7
15. 別の病院内活動の発生	2.37	0	3	14	11	7	7
16. 自己の仕事内容に変化が乏しいこと	2.63	1	5	15	8	6	7
17. 主要な診・医療科目等の新設や削減	2.43	1	4	13	8	9	7
18. 病院の経営方針に転換があること	2.44	0	6	11	9	8	8
19. 貴病院経営に関する職員の危機感の共有が弱いこと	3.09	1	12	13	5	3	8
20. 入院や外来の患者数の減少	2.65	0	4	19	6	5	8
21. 病院内での医療ミス・事故が増えること	2.76	1	5	16	7	4	9
22. 職員の新規・中途採用や確保が難しいこと	3.06	2	9	14	5	3	9
23. 患者やその家族等からのクレームが多いこと	2.52	0	2	17	10	4	9
24. カンファレンスや会議が多すぎる	3.41	3	12	16	2	1	8
25. 医療行為以外の雑務に関わる時間が増えること	3.53	4	16	10	2	2	8
26. チーム医療に関する知識・情報量が少ないこと	3.18	1	15	9	7	2	8
27. 経営トップの交代	2.61	3	2	14	7	7	9
28. 他医療機関との合併や併合	2.36	1	4	12	5	11	9
29. 医療報酬や薬価基準の見直し	2.85	1	6	18	3	5	9
30. その他（具体的に：）	3.00	1	0	3	0	1	37

注)「30.その他」の記述は以下のとおりである。

・離島の為、勉強会への参加が目的

8. HPチームの状況（問8）

チーム医療の中で、最もその構成メンバーの意識・行動に変化の見受けられたチーム医療（以下、「HPチーム（=High Performance team）」と略称する）の内容、およびその変化の様相について、尋ねた結果が、表13～16である。

(1)HPチームの名称

HPチームにおける名称について調査した結果が、表13である。医療安全（回答数6：21.4%）、感染対策（回答数4：14.3%）、栄養管理（回答数4：14.3%）の多いのが特徴的である。

表13 HPチームの名称（N=42）

分野	回答数	回答に記入のあった名称
1. 退院関連	3	ベットコントロールチーム、ベットコントロールチーム、在宅復帰プロジェクトチーム
2. 慢性痛管理	0	
3. 医療安全	6	安全対策チーム、医療安全チーム、医療介護安全対策委員会、医療安全対策チーム、安全リンクチーム、医療安全対策チーム
4. 栄養管理	4	NSTチーム、栄養サポートチーム、栄養サポートチーム、NSTチーム
5. 減量	0	
6. 摂食・嚥下	0	
7. 感染対策	4	感染管理チーム、感染対策チーム、院内感染対策チーム、ICTチーム
8. 糖尿病	1	糖尿病チーム
9. 地域連携	2	医療連携チーム、地域包括ケア推進チーム

10. 褥瘡	3	褥瘡対策チーム、褥瘡対策チーム、褥瘡対策チーム
11. 緩和ケア	0	
12. プロジェクト	2	接遇チーム、ふれあい健康塾チーム
13. マネジメント	1	Cooperation Meetingチーム
14. リスク	0	
15. 転倒予防	0	
16. PCT	0	
17. 精神科	0	
18. DMAT	0	
19. 電子カルテ	0	
20. 呼吸	0	
21. その他	2	認知症支援チーム、チームがん化療チーム

注) 「21. その他」の記述はない。未記入は「14」である。よって、回答のあった病院の総合計は「28」である。

(2)HPチームの導入西暦年

HPチームにおける導入西暦年について調査した結果が、表14である。最も古いのは「1999年」、最も新しいのは「2015年」である。2014年の「4」(15.4%)が多い。

表14 HPチームの導入西暦年 (N=42)

年	回答数	年	回答数	年	回答数
1982年	0	1994年	0	2006年	3
1983	0	1995	0	2007	0
1984	0	1996	0	2008	1
1985	0	1997	0	2009	0
1986	0	1998	0	2010	1
1987	0	1999	1	2011	0
1988	0	2000	2	2012	0
1989	0	2001	2	2013	3
1990	0	2002	3	2014	4
1991	0	2003	1	2015	3
1992	0	2004	1	未記入	16
1993	0	2005	1	合計	26

(3)HPチームのメンバーの職種別の人数

HPチームにおけるメンバーの職種別の人数について調査した結果が、表15である。多いのは看護師(4.76人)、医師(2.07人)である。看護師と医師を除くと大半の職種は「2人」までが大半である。ただし、未記入の回答が多く、職種によっては、まだメンバーになる機会の少ないことが分かる。

なお、1病院あたりのHPのメンバー数は、平均値は「13.54人(未回答14,回答28)」であり、最低は「7人」、最高は「22人」である。

表15 HPチームのメンバーの職種と人数 (N=42)

職種名称	平均値	人数								未
		1	2	3	4	5	6~9	10~		
1. 医師	2.07	12	10	3	1	0	0	1	15	
2. 歯科医師	0.00	0	0	0	0	0	0	0	42	
3. 助産師	1.00	1	0	0	0	0	0	0	41	
4. 看護師	4.76	0	7	3	5	5	8	1	13	
5. 准看護師	1.50	4	4	0	0	0	0	0	34	
6. 薬剤師	1.39	14	3	0	0	1	0	0	24	
7. 臨床検査技師	1.00	13	0	0	0	0	0	0	29	
8. 診療放射線技師	1.00	8	0	0	0	0	0	0	34	
9. 臨床工学技士	1.00	3	0	0	0	0	0	0	39	

10. 理学療法士	1.27	14	0	0	0	1	0	0	27
11. 作業療法士	1.50	3	0	1	0	0	0	0	38
12. 言語聴覚士	1.50	1	1	0	0	0	0	0	40
13. 視能訓練士	0.00	0	0	0	0	0	0	0	42
14. 管理栄養士	1.44	12	3	0	0	1	0	0	26
15. 栄養士	2.00	1	0	1	0	0	0	0	40
16. 歯科衛生士	0.00	0	0	0	0	0	0	0	42
17. 社会福祉士	1.83	2	3	1	0	0	0	0	36
18. 介護福祉士	1.50	2	2	0	0	0	0	0	38
19. 精神保健福祉士	1.00	1	0	0	0	0	0	0	41
20. 臨床心理士	1.00	1	0	0	0	0	0	0	41
21. ソーシャルワーカー	1.33	4	2	0	0	0	0	0	36
22. 医事課事務員	1.40	11	2	2	0	0	0	0	27
23. 医事課以外事務員	1.18	9	2	0	0	0	0	0	31
24. その他（具体的に：)	1.40	3	2	0	0	0	0	0	37

注1) 人数が「6」以上の数値は以下のとおりである。「1. 医師」は「10～」が「1回答」あるが「12人」である。「4. 看護師」は「6～9」が「8」回答あるが「7人, 7人, 8人, 7人, 7人, 6人, 6人, 8人」であり、「10～」が「1回答」であるが「14名」である

注2) 「24. その他」の記述は以下のとおりである。

・保健師 ・総務部長 ・看護助手 ・事務長 ・必要に応じ, 技術部門の参加あり。人数未定。

(4)HPチームの昨年度の活動状況

HPチームにおける昨年度の活動状況について調査した結果が, 表16である。提示した選択肢で「9. マスコミ出演や出版活動」と「10. チーム内の懇親会や食事会」を除けば, 大半は頻度の差異はあるものの, 活動として開催されている。とくに開催の頻度で一番多くの回答があった「1年に12～48回(毎週1回～月1回)」については, 「1. 委員会活動」, 「2. カンファレンス」, および「3. ラウンド」である。なお「9. 全くしていない」という回答も全項目について, 意外と多いのも特徴的である。

表16 HPチームの昨年度の活動状況 (N=42)

項 目	5	4	3	2	1	9	未
1. 委員会活動	2	24	3	0	0	12	30
2. カンファレンス	4	19	2	0	0	14	28
3. ラウンド(病棟回診)	7	10	1	3	1	14	28
4. チーム内の勉強会	0	3	5	8	7	15	27
5. 学会発表や参加	0	1	1	3	13	15	27
6. 院内研修会の開催や参加	0	3	1	11	12	13	29
7. 院外研修会の開催や参加	0	3	2	9	12	13	29
8. 講演会や講習会活動	0	1	3	2	7	14	28
9. マスコミ出演や出版活動	0	1	1	0	2	14	28
10. チーム内懇親会や食事会	0	1	1	2	6	14	28
11. その他(具体的に：)	0	1	0	0	0	39	3

注) 「11.その他」の記述はない。上記表で, 「5」～「1」は, 「5:1年に49回(毎週1回)以上, 4:1年に12～48回(週1回～月1回以上), 3:1年に7～11回, 2:1年に3～6回, 1:1年に1～2回, 9:全くしていない」である。

9. HPチームと他の医療チームとの差異(問9)

HPチームと他の医療チームとの差異について, 「5:非常に差異があると考えている」から「1:全く差異はないと考えている」の5点尺度で調査した結果が, 表17である。

上位項目の3つは, その数値(平均値)が低くなる順に, ①「8. チーム内のコミュニケーション度(4.07)」、②「1. 医療への安全性意識(3.89)」、③「16. チーム内のリーダー的存在のリーダーシップ(3.86)」である。

また、下位項目の3つは、その数値（平均値）が高くなる順に、①「15. チーム内の食事会や懇親会の開催頻度（2.36）」、②「17. チーム内に独自用語やルールがあること（2.82）」、③「11. 医療ミスや事故件数（3.21）」である。

これをみると、チーム内のコミュニケーション度や専門知識レベル、およびリーダーシップに差異のあることが分かる。ただし、上位項目も下位項目も選択肢15・17を除けば大半が「3点台半ば」であり、差異はそれほどなく、あってもそれほど大きくもないことが分かる。

表17 HPチームと他の医療チームとの差異（N=42）

項目	平均値	5	4	3	2	1	未
1. 医療への安全性意識	3.89	9	10	7	1	1	14
2. 職場の活性化意識	3.64	4	11	12	1	0	14
3. 仕事の効率度やスピード	3.54	3	10	14	1	0	14
4. 入院と外来の患者数の動向に関する意識	3.32	2	6	19	1	0	14
5. 貴院の経営状況に関する把握意識・行動	3.41	2	9	17	1	0	13
6. 仕事満足度	3.54	0	16	11	1	0	14
7. チーム外の職員への配慮行動	3.64	7	8	10	2	1	14
8. チーム内のコミュニケーション度	4.07	9	13	5	1	0	14
9. チーム医療対象の入院と外来の患者の満足度	3.46	4	6	17	1	0	14
10. 貴院の経営理念や方針理解への向上意識	3.46	3	9	15	0	1	14
11. 医療ミスや事故件数	3.21	1	8	16	2	1	14
12. 貴院の倫理・コンプライアンス精神の浸透度	3.50	3	11	12	1	1	14
13. 保持する専門知識や経験のレベル	3.71	2	16	10	0	0	14
14. チーム内のカンファレンスやミーティングの頻度	3.71	4	12	12	0	0	14
15. チーム内の食事会や懇親会の開催頻度	2.36	0	3	13	3	9	14
16. チーム内のリーダー的存在のリーダーシップ	3.86	3	18	7	0	0	14
17. チーム内に独自用語やルールがあること	2.82	0	4	18	3	3	14
18. チーム内の他メンバーの仕事に関する関心度	3.43	1	13	11	3	0	14
19. チーム内メンバー同士の会話量	3.46	2	11	13	2	0	14
20. その他（具体的に：)	3.00	0	0	1	0	0	41

注)「20. その他」の記述はない。

10. チーム医療の課題（問10）

(1)チーム医療の活用における取り組むべき課題について、自由記述で尋ねた結果が表18である。次に
(2)チーム医療以外のチーム活動の課題について、自由記述で尋ねた結果が表19である。

(1)チーム医療の活用の課題

大きくまとめると、「リーダー（資質、育成）やリーダーシップ」、「会議・研修・カンファレンスの時間とやり方」、「メンバーの専門能力の向上」、「複数のチーム（委員会）兼任」等に関する課題がある。

表18 チーム医療の活用における取組課題（回答数：23）

1. 病院規模が小さく、適任者をチームに配属することが困難。チームメンバー以外への活動の周知協力が難しい。次々と新たなチームが必要となる状況。
2. それぞれの業務に支障をきたす。残業が多くなる。成果が、見えづらい。
3. ①1人のスタッフが複数のチームを兼任しており、多忙である。②院内勉強会の参加や学会参加が困難。
4. カンファレンス中心的で、ナースも変わり者が多く、表面的な意見に終わっている。
5. 患者様の安全を第一と考え安全対策に一番力を入れているはずだが導入後の効果としては褥瘡対策チームに水をあげられていることが残念である。
6. 他の仕事とのかねあいでの時間があまりとれない。
7. 医療安全と感染対策（とくにMRSA、VRE、ESBL）に注力。

8. 全ての患者様が安心して安全な医療を受けられる様に日頃から活動し、活用される事が望まれるが、毎年同じ課題をもつての取り組みでは進歩はなく、他のスタッフもマンネリ化してしまい、活気あるものにはなっていない。常に向上心をもち活動を活発に動かせる。職員の出現を望みますし、その様な考えをもてる職員を作りあげている様な働きかけが必要と考えます。
9. 診療報酬における正当な評価（コスト面）。
10. 医療と介護を一体化するためのチーム体制作り。
11. 委員会等の開催回数が多く、また勤務時間外での開催となるため、必要性はわかっているも負担感がある。やる気につながる取り組みが求められている。
12. チーム医療間の格差の是正。
13. 当院の上層部の医師はバターンリズムが盛んな時に第一線で働き始めた人達で、また当院の若手の医師もそのような父兄の環境下で育った人が多く、本当の意味のチーム医療を理解し難い状況だと思う。おまけに有資格の一部も士農工商の意識が払拭出来ていないところがある。
14. 自院のみではチーム医療を組めないで、他院及び隣接する調剤薬局等と連携したチーム構成が必要と考えている。
15. 非常勤医師、医師、看護師とのコミュニケーション。
16. 医師のリーダーシップは大きいと考える。医局側からの発想、行動が中小病院には欠けるように感じる。トップからチーム医療を推進、後押ししていく体制が必要であると考えます。
17. 一つの職種から始め、活動は行っているが、今後は全職種を入れて活動したいが、人数的な（2人の職種のところもある）問題もあるため、全職種は難しい。
18. 活動の頻度と有効的な時間活用。
19. 医師の積極的な参加促進。若手リーダークラス人材の育成。
20. 院内広報の浸透。
21. チームの種類によっては、チームメンバー以外との連携協力が不十分。メンバー以外との意識を高め連携をとっていくかが課題。
22. 人手不足であり、同一人物がいくつかのチームに入らなければならない。積極的なチーム活動の支障になっている。
23. 各自チーム医療に対する必要性、重要性の認識。

(2)チーム医療以外のチーム活動の課題

上記(1)ほど記述はないが、「活動のやり方（情報伝達、情報共有法、浅い内容、能力向上、マンネリ化、時間不足、短時間会議、職場意識、支援）」、「活動自体（理解向上、評価、体制、診療報酬との兼ね合い）」、「人に関わること（人手不足、兼任、非正規職員、医師メンバーの偏り）」等に関する課題がある。

表19 チーム医療以外のチーム活動の課題（回答数：17）

1. 活動時間の確保。
2. 時間外の活動が多い、時間的拘束がある。
3. 誠に悪いが、病院も機能別であり、大手病院と小規模では差が出ます。当院は療養型病院のため、ナースも制限されています。現場を見学されたの上ならばわかりますが一般病院とはかなりかけ離れているアンケートでした。
4. とくになし。
5. とくになし。
6. 個々のチーム活動をその場のみで（その職場のみ）終わらせるのではなく、病院全体へ報告、アピールし、その他の職場も活気あふれる取り組みができる様になればと考えます。
7. 地域に貢献できる内容のチームであるのならば、病院持ち出しにならないような金銭的保証。（行政からの補助金など）。
8. チーム医療を推進する中での人件費の上昇。
9. よい人間関係を築き続けるためには、交流会などで仕事の時とは違うその人を発見することもよいと考えるが、参加する人が少ないこと。
10. 少なくとも管理職は当然、スムーズな組織運営をやって貰わなければならないが、課、科、師長以上は経営の面にも注意を払って貰いたい。当院はまだまだその意識が足りない。
11. 特になし。
12. 月1回院内コンサートを開催しているが、職員の協力者が少ない。
13. 職員の意識向上と情報共有。
14. 予防、医療、介護、福祉分野間での連携強化。質改善プロジェクトチーム、ワークライフバランスプロジェクトチームなど各種プロジェクト活動強化。
15. メンバー以外の意識の向上。
16. 看護職のみのチーム活動では、メンバーになっている人の意識が高いが、以外の人はメンバーにまかせきりになる事が多い。互いの情報共有、協力体制構築が必要。
17. 信頼関係の構築。

11. 傾向（共通性）分析

以下では、上述のように各問の基本的な集計とは異なり、各問の中で個別の病院を対象に分析し、各問間で共通的な、あるいは特徴的な結果を提示する。

(1)経営状況・職場の変化の高い病院における共通性

問4では、チーム医療の導入によって経営状況・職場のマネジメントに生じた変化を尋ねている。これについて、「29. その他」を除いて、回答平均値の高い病院の上位3つは、「4.32 (SN:32)」、「4.11 (SN:1)」、「4.00 (SN:22)」である (SN: はサンプル (=回答病院) ナンバーを示す。以下この表記は本稿において共通である)。これらが共通的に高得点 (5点尺度で5点を示す。以下この表記は本稿において共通である) をつけていたのは、「6. 褥瘡新規発生患者の数」、「9. 院内での研修・勉強会の回数」、「10. 職員間における各種情報の共有度」であり、これらが向上、あるいは増加したと回答している。これをみると、病院に共通的留意事項である褥瘡新規発生患者数の減少、院内での情報共有や学習関連行動に関わる認識の強いことが分かる。

(2)チーム医療メンバーの変化の高い病院における共通性

問5では、チーム医療のメンバーの意識・行動に生じた変化を尋ねている。これについて、「24. その他」を除いて、回答平均値の高い病院の上位3つは、「4.22 (SN:32)」、「4.09 (SN:24・41)」である。これらが共通的に高得点をつけていたのは、「1. 安全性や質」、「2. チームリーダーとしての自覚」、「3. 同一チーム内の他メンバーの仕事や役割意識」であり、これらが向上、あるいは増加・改善されたと回答している。これをみると、医療の安全性向上、リーダーとしての自覚、および他メンバーの仕事や役割理解に意識・行動に変化のあったと認識していることが分かる。

(3)チーム医療メンバーの変化の高い病院における共通性

問6では、チーム医療が他職員の意識・行動に与えた影響によって生じた変化を尋ねている。これについて、「24. その他」を除いて、回答平均値の高い病院の上位3つは、「4.00 (SN:15)」、「3.91 (SN:32・41)」である。これらが共通的に高得点をつけていた項目はない。この質問は、問5と同一選択肢で尋ねている。共通的な高得点の選択肢が少ないことから、チーム医療においてはまだチーム医療メンバーに与える影響が強く、当研究室で行ってきた諸調査・研究で想定している「チーム医療が他職員に与える影響」は、それほど強くはないと言えるかもしれない。

(4)チーム医療推進の阻害（抵抗）における共通性

問7では、チーム医療の推進における阻害（抵抗）要因を尋ねている。これについて、「30. その他」を除いて、回答平均値の高い病院の上位3つは、「4.00 (SN:32・41)」、次に数値が下がって「3.55 (SN:18・38)」である。これらが共通的に高得点をつけていた項目はない。3者に共通であったのが、「3. リーダーの不在」である。これをみると、(経営トップ層を含む) リーダーがいない、あるいはいてもリーダーシップが充分でないことが分かる。しかし、共通性に乏しく、阻害要因に関する認知度も低い。これらの結果は、松田 (2011) や松田他 (2014) で提示している、主に企業を対象とした諸調査の内容とは異なる。これは、チーム医療が施策的に自己発生的な部分が少なく、国の施策誘導的な面もあり、自己関与部分が少ない (上意下達感、やらされ感に基づく) ことによると推測できる。

(5)HPチームの共通性

①活動状況における共通性

問8(4)では、HPチームの活動状況を尋ねている。これについて、問4の回答平均値上位3つのサンプル(SN:1・22・32)についてみると、「1.委員会」については、「1年に12～48回(週1回程度から月1回以上)の開催・参加」で共通的である(SN:32は、「1年に49回(週に1回以上)」と回答している)。「7.院外研修会の開催や参加」については、「1年に1～2回の開催・参加」で共通的である(なお、SN:1は、「1年に3～6回」と回答している)。これをみると、委員会においては、他病院との比較においてもそれほど差異はないが、院外研修会の開催や参加については、他病院の大半の回答が「1年に7～11回」と「1年に3～6回」であることを考えると、やや少ないことが特徴的であると考えられる。

②他チームとの差異における共通性

問9では、HPチームと他チームとの差異を尋ねている。これについて、問4の回答平均値上位3つのサンプル(SN:1・22・32)についてみると、これらが共通的に高得点を回答した項目はない。これは、SN:1が5点回答の項目がないことによる。つまり、HPとそれ以外のチームとにそれほど差異がないと認識していることによると考えられる。

IV. 調査の分析結果の要約等

本調査の分析結果の要約等(一部、考察を含む)については、次のとおりである。

1. チーム医療の現状(問1)

チーム医療の現状について、本調査では、チーム医療の数、導入年、チーム医療以外のチーム活動を尋ねている。

(1)チーム医療の数

チーム医療の数について、1病院あたりの平均値は「7.54」であり、最低は「1」、最高は「21」である。「5」および「7」チーム医療が14.7%(回答数:5)で一番多く、「1～10」チームが79.4%(回答数:27)である(表3)。

(2)チーム医療の導入西暦年

チーム医療の導入西暦年について、最も古いのは「1991年」、最も新しいのは「2014年」である。2002年の「6」(20.7%)が多い(表4)。

(3)チーム医療以外のチームの数

チーム医療以外のチーム活動の数について、1病院あたりの平均値は「5.50」である。「10」以下が87.50%(21)であり、それほど多くはない。最低は「1」、最高は「20」である(表5)。

2. チーム医療の分野(問2)

褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療について、導入した病院の数が多い分野は「3.栄養サポート等の分野」で「27」であり、次に「4.個別疾病の分野」で「18」である。また、1病院あ

たりの導入数が多い分野は「4. 個別疾病の分野」で平均値は「2.44」であり、次に「7. 病院管理の分野」で平均値は「1.86」である。(表6)

また、1病院あたりの褥瘡対策・医療安全・感染管理以外のチーム医療について、その導入設置数について、1病院あたりの平均値は「5.26」である。最低は「2」、最高は「25」である。なお、導入数「10」以下が80.0% (回答数:24) である (表7)。

3. チーム医療の導入の目的 (問3)

上位項目の3つは、①「1. 医療の安全性や質の向上 (4.64)」, ②「14. 医療ミスや事故の減少 (4.17)」, ③「2. 職場の活性化や一体感の向上 (4.12)」である。

また、下位項目の3つは、①「17. 組合等からの要請への対応 (1.72)」, ②「19. 貴院の職員の新規採用数の向上 (2.32)」, ③「21. 他の病院の導入状況・動向への対応 (2.53)」である (表8)。

4. チーム医療による経営状況・職場の変化 (問4)

チーム医療を導入した後、病院の経営状況や職場に、その影響によって生じた変化について、上位項目の3つは、①「7. 院内での委員会の開催回数 (4.14)」, ①「9. 院内での研修・勉強会の回数 (4.14)」, ③「8. カンファレンスやミーティングの回数 (4.11)」である。

また、下位項目の3つは、①「20. 院内の懇親・福利厚生関連行事への参加率 (3.06)」, ②「16. 職員の離職率 (3.11)」, ③「1. 入院と外来の患者の数 (3.12)」。ただし、回答数値がすべて「3点」以上であり、程度はあるが、すべての項目で変化のあったことが分かる (表9)。

5. チーム医療による構成メンバーの変化 (問5)

チーム医療を導入した後、その構成メンバーの意識・行動に生じた変化について、上位項目の3つは、①「1. 医療の安全性や質の向上を意識すること (4.11)」, ②「3. 同一チーム内の他メンバーの仕事や役割を意識すること (3.97)」, ③「2. 時にはチームリーダーとしての位置づけや行動を意識すること (3.89)」である。

また、下位項目の3つは、①「22. 心的ストレス感の減少を意識すること (2.77)」, ②「20. 経営トップとのコミュニケーション度が向上すること (3.20)」, ②「17. 学会での積極的な発表・報告を意識すること (3.20)」である (表10)。

6. チーム医療による構成メンバー以外の職員の変化 (問6)

チーム医療を導入した後、その構成メンバー以外の職員の意識・行動に生じた変化について、上位項目の3つは、①「1. 医療の安全性や質の向上を意識すること (3.81)」, ②「8. 所属部署内でのスムーズな情報交換や共有の向上を意識すること (3.43)」, ③「3. 所属部署内の他メンバーの仕事や役割を意識すること (3.40)」である。ただし、数値はそれほど高くはない。

また、下位項目の3つは、①「17. 学会での積極的な発表・報告を意識すること (2.76)」, ②「22. 心的ストレス感の減少を意識すること (2.82)」, ③「10. 病院の経営方針の決定や管理運営に関する発言が増えること (2.91)」, である (表11)。

7. チーム医療の活用・推進の阻害 (抵抗) 要因 (問7)

チーム医療を活用・推進するに際して、その阻害 (抵抗) 要因について、上位項目の3つは、①「3.

活用を推進するリーダーの不在(3.71)」、②「25. 医療行為以外の雑務に関わる時間が増えること(3.53)」、③「24. カンファレンスや会議が多すぎること(3.41)」である。ただし、数値はそれほど高くはない。

また、下位項目の3つは、①「28. 他医療機関との合併や併合(2.36)」、②「11. チーム医療に関する短期的な成果の追及圧力が強いこと(2.37)」、③「15. 別の病院内活動の発生(2.37)」である(表12)。

8. HPチームの状況(問8)

チーム医療の中で、最もその構成メンバーの意識・行動に変化の見受けられたチーム医療(「HPチーム(=High Performance team)」と略称する)について、本調査では、その名称、導入年、職種別の人数、および活動状況を尋ねている。

(1)HPチームの名称

名称について、NST(栄養サポート)関連(20.6%)、感染対策関連(22.1%)が多いのが特徴的である。

HPチームの名称について、医療安全(回答数6:21.4%)、感染対策(回答数4:14.3%)、栄養管理(回答数4:14.3%)の多いのが特徴的である(表13)。

(2)HPチームの導入西暦年

HPチームにおける導入西暦年について、最も古いのは「1999年」、最も新しいのは「2015年」である。2014年の「4」(15.4%)が多い(表14)。

(3)HPチームのメンバーの職種別の人数

メンバーの職種別の人数について、平均値として多いのは看護師(4.76人)、医師(2.07人)である。看護師と医師を除くと各職種の多くは「2人」までが大半である。ただし、未記入の回答が多く、職種によっては、まだメンバーになる機会の少ないことが分かる。

なお、1病院あたりのHPのメンバー数は、平均値は「13.54人(未回答14, 回答28)」であり、最低は「7人」、最高は「22人」である(表15)。

(4)HPチームの昨年度の活動状況 未記入と「9」を除いた分母で割る

HPチームにおける昨年度の活動状況について、「1. 委員会活動」、「2. カンファレンス」、および「3. ラウンド」が、「1年に12~48回(毎週1回~月1回)以上」行われていることが特徴的である(表16)。

9. HPチームと他の医療チームとの差異(問9)

HPチームと他の医療チームとの差異について、上位項目の3つは、①「8. チーム内のコミュニケーション度(4.07)」、②「1. 医療への安全性意識(3.89)」、③「16. チーム内のリーダー的存在のリーダーシップ(3.86)」である。

また、下位項目の3つは、①「15. チーム内の食事会や懇親会の開催頻度(2.36)」、②「17. チーム内に独信用語やルールがあること(2.82)」、③「11. 医療ミスや事故件数(3.21)」である(表17)。

10. チーム医療の課題（問10）

(1)チーム医療の活用の課題

「リーダー（資質、育成）やリーダーシップ」、「会議・研修・カンファレンスの時間、やり方」、「メンバーの専門能力の向上」、「複数のチーム（委員会）兼任」等に関する課題が指摘されている（表18）。

(2)チーム医療以外のチーム活動の課題

「活動のやり方（情報伝達、情報共有法、浅い内容、能力向上、マナー化、時間不足、短時間会議、職場意識、支援）」、「活動自体（理解向上、評価、体制、診療報酬との兼ね合い）」、「人に関わること（人手不足、兼任、非正規職員、医師メンバーの偏り）」等に関する課題が指摘されている（表19）。

11. 傾向（共通性）分析

(1)経営状況・職場の変化の高い病院における共通性

問4で回答平均値の高い病院の上位3つ（SN：32・1・22）には、褥瘡新規発生患者の数減少、院内での研修・勉強会の回数、職員間における各種情報の共有度に関わる認識の強いことが共通的である。

(2)チーム医療メンバーの変化の高い病院における共通性

問5で回答平均値の高い病院の上位3つ（SN：32・24・41）には、医療安全性、リーダーとしての自覚、他メンバーの仕事や役割意識に変化のあったと認識していることが共通的である。

(3)構成メンバー以外の他職員の変化の高い病院における共通性

問6で回答平均値の高い病院の上位3つ（SN：15・32・41）には、共通的に高得点（5点尺度で5点）をつけていた項目はない。これから、当調査・研究で想定している「チーム医療が他職員に与える影響」は、それほど強くはないと言えるかもしれない。

(4)チーム医療推進の阻害（抵抗）における共通性

問7で回答平均値の高い病院の上位3つ（SN：32・41・18・38）には、共通的に高得点（5点尺度で5点）をつけていた項目はない。これから、共通性に乏しく、阻害要因に関する認知度も低いことが共通的である。

(5)HPチームの共通性

①活動状況における共通性

問4で回答平均値上位3つ（SN：32・1・22）には、活動状況として「委員会」は、「1年に12～48回（週1回程度から月1回以上）の開催・参加」で共通的である。同様に「院外研修会の開催や参加」については、「1年に1～2回の開催・参加」で共通的である。

②他チームとの差異における共通性

問4で回答平均値上位3つのサンプル（SN：32・1・22）には、他チームとの差異がそれほどない。

参考文献

- 伊藤正男・井村裕夫・高久史磨総編集(2009)『医学書院医学大辞典第2版』医学書院。
- 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。
- 松田陽一編, 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。
- 松田陽一・川上佐智子(2014)『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報告書(集計結果)』未刊。
- 松田陽一・川上佐智子(2015)「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の報告」『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(2016)『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報告書・続き(集計結果)』未刊。