

Title	チーム医療における医療従事者のチームワークと組織の活性化に関する研究
Sub Title	Study on teamwork of hospital employees and energizing organization for multidisciplinary care
Author	福原, 麻希(Fukuhara, Maki) 当麻, 哲哉(Toma, Tetsuya)
Publisher	慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科
Publication year	2016
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	修士学位論文. 2016年度システムデザイン・マネジメント学 第246号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40002001-00002016-0058

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

修士論文

2016 年度

チーム医療における
医療従事者のチームワークと
組織の活性化に関する研究

福原 麻希

(学籍番号 : 81533494)

指導教員 教授 当麻哲哉

2017 年 3 月

慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科

システムデザイン・マネジメント専攻

論 文 要 旨

学籍 番号	81533494	氏 名	福原麻希
論文題目： チーム医療における医療従事者のチームワークと組織の活性化に関する研究			
(内容の要旨) 本研究は、病院における「チーム医療」をより効果的に実践していくため、チームの「チームワーク」とチームメンバーの「チームワークスキル」に注目し、その現状と改善について提言する。 「チーム医療」とは、病院で働く異なる職種（医療専門職、および、事務職）が同じ目的・目標に向かって連携する業務スタイルである。チーム医療の効果については、多視点による診療レベルの向上や医療の安全性向上などで科学的根拠のある文献が見られる。だが、病院職員へのインタビューからは「チームがうまく機能しない」と悩む声を聞く。 チームがうまく機能しない理由は、業務量に対する病院職員の人数不足や身分法（各医療専門職の法律）によるヒエラルキーなど、様々なことが挙げられる。今回は、そのなかでより改善できる要因として、「チームワーク」に注目した。チーム医療は、チームワーク（機能）＋専門能力（専門知識とスキル）と考えられる。チームワークはヒューマンファクターに依存しがちなところがあるが、「チームワークスキルの習得」でカバーすることができる。 先行研究を調査した結果、医療現場の「チームはうまくいっている」とは、チームがどんな状況で、チームメンバーがどのようなふるまいをしているか、明確に示されていなかった。そこで、本研究では医療現場のチームワークは「コミュニケーションによる信頼関係の醸成」「専門性に基づくリーダーシップ」「職員の活動に対する病院の積極的な関与」「特定の人のがんばりに頼らないメンバー全員のコミットメント」の4要因で構造化されると仮定した。さらに、「チームがうまくいくことで、病院組織へどのような影響をもたらすか」も検討するため、次の2点の仮説を立てた。 (1)チーム医療の「チームがうまくいっている」とき、特に「コミュニケーションによる信頼関係の醸成」と「特定の人のがんばりに頼らないメンバー全員のコミットメント」は相関がある。 (2)チームがうまくいっている場合、チームメンバーは仕事へのやりがいやチームメンバー間の相乗効果を感じる。それは、病院における「診療レベルの向上」「患者家族の満足度向上」につながる。 仮説を検証するため、全国1667病院にアンケートを送付し、①病院の経営に関する実績数値②病院のチーム医療に関する体制の状況③栄養サポートチームのチームの状況やチームメンバーの意識やふるまいを調査した。1ヶ月後、224病院1431人から回答を得た。統計解析の結果は以下の通り。 (1)「チームはうまくいっている」と主観的にとらえているチームメンバーのチームでは「コミュニケーションによる信頼関係の醸成」と「特定の人のがんばりに頼らないメンバー全員のコミットメント」が影響していた。このため、仮説は支持された。 (2)多変量解析の結果、チームメンバーが「チームはうまくいっている」と主観的にとらえている場合、チームメンバーの主観的な「診療レベルが向上している」「患者・家族の満足度は上がっている」他の回答には影響を与えていた。だが、病院経営の実績数値との関連では影響がなかった。このため、仮説は一部、支持された。			
キーワード (5語) チーム医療、チームワーク、チームワークスキル、診療レベル向上、患者家族の満足度向上			

SUMMARY OF MASTER'S DISSERTATION

Student Identification Number	81533494	Name	Maki Fukuhara
<p>Title</p> <p>Study on Teamwork of Hospital Employees and Energizing Organization for Multidisciplinary Care</p>			
<p>This study is intended to propose improvement in teamwork skills of hospital employees based on analysis of the current situation in order for hospitals to provide multidisciplinary care more effectively.</p> <p>Multidisciplinary care refers to collaborative work style among people working in different positions of hospitals (medical professionals and administrative staff) toward the shared goal and target. Previous studies have shown scientific grounds for the effect of multidisciplinary care in terms of improvement in treatment quality and medical safety through multiple perspectives. Interviews conducted by the author, however, revealed that many medical professionals and staff were troubled with teams failing to work well.</p> <p>This study focused on “teamwork”, a factor that could be improved. Multidisciplinary care consists of teamwork (function) and professional ability (professional knowledge and skills). Teamwork tends to depend on human factors, but can be improved through “acquiring teamwork skills.”</p> <p>This study first searched for previous studies to find that they have not clearly described how the teams are, and how team members behave when “teams are working well” in the medical field. We therefore assumed that teamwork in the medical field can be structurized with four factors of “Trust in relationship developed through communication”, “Leadership based on specialty”, “Hospital’s active involvement in the employees’ activities”, and “All the team members’ commitment without depending on a particular member.” Additionally, we made the following two hypotheses.</p> <p>In order to validate the hypotheses, this study mailed questionnaires to 1667 hospitals in Japan, and surveyed 1) Actual results of hospital business; 2) Situation of multidisciplinary care systems at hospitals; and 3) Situation of nutrition supporting teams, as well as the team members’ consciousness and behaviors. 1431 people from 224 hospitals responded to the survey . This study made statistical analysis and showed the following findings:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) For the first hypothesis, the teams whose members perceive subjectively that their team is working well, were influenced by “Trust in relationship developed through communication”, and “All the team members’ commitment without depending on a particular member.” The hypothesis was thus supported. 2) For the second hypothesis, multivariate analysis showed that the difference was statistically significant for “Improved treatment quality” and “Improved satisfaction of patients and their families”, but was not statistically significant for actual results of hospital business. The hypothesis was thus partially supported. <p>Key Words(5 words) Multidisciplinary care, Teamwork, Teamwork skills, Improved treatment quality, Improved satisfaction of patients and their families</p>			

<目次>

1. 本研究の背景と問題意識	
1.1. 研究背景	6
1.2. 問題意識	12
1.3. 本研究の目的	17
2. 先行研究	
2.1. チーム医療に関する先行研究	18
2.2. 「チームワーク」に関する先行研究	12
2.2.1. 海外における研究	18
2.2.2. 国内における産業分野の先行研究	19
2.2.3. 国内における医療分野での先行研究	20
2.3. 本研究の位置づけ	21
3. 本研究の仮説	
3.1. 仮説構築における流れ	22
3.2. 仮説モデル設計の流れ	
3.2.1. 本研究におけるチームワークの構造化	22
3.2.2. チームワークのよさが病院に与える影響のモデル	27
4. 研究方法	
4.1. 調査目的	29
4.2. 調査方法の設定	29
4.3. アンケート調査作成から分析までの流れ	29
5. アンケート作成	
5.1. 調査対象	31
5.2. アンケート設計	
5.2.1. 構成	33

5.2.2.	測定尺度	34
5.2.3.	設問の内容	
5.2.3.1.	「チームワークスキル」の説明変数	35
5.2.3.2.	目的変数の設問	39
6.	アンケート調査結果	
6.1.	アンケート回収結果	42
6.2.	基本統計量による正規分布確認	44
6.3.	因子分析	45
6.4.	因子分析で抽出した4因子の相関分析	48
6.5.	重回帰分析による仮説の検証	50
7.	インタビュー調査	
7.1.	インタビュー目的	61
7.2.	インタビュー方法	61
7.3.	インタビュー内容の設計	62
7.4.	インタビュー結果	62
8.	考察	64
9.	結論	67
	謝辞	68
	参考文献	69
	付録1 アンケート病院データの求め方	71
	付録2 アンケート調査票	72

1. 本研究の背景と問題意識

1.1. 研究背景

近年、全国の病院や診療所で「チーム医療」が実践されている。チーム医療とは、医療従事者が働くときの一つの方法である。病院の場合、医療従事者（医療専門職、および、事務職・技術職）は業務の必要に応じて異なる職種と連携してチームをつくる。厚生労働省（以下、厚労省）は「高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完しあい、患者の状況に対応した医療を提供すること」と定義している[1]。

チーム医療とは、どのようなものか。一例を挙げる。

現在、日本人男女で一番罹患率が高い疾病は「がん」である [2]。各種検査の結果、医師が「病名は大腸がんです」などと診断し、患者は主治医や家族らと話し合っ て治療方針を決める。

例えば、大腸がんの治療を受けるときのチーム医療では、医師（消化器外科医）・病棟の看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・医療ソーシャルワーカーがコアメンバーとなることが多い(Figure 1.1)。近年、チーム医療が実施されるようになり、医師以外の職種も入院患者のベッドサイドで直接、業務をする場面が増えている。

看護師は24時間三交代（病院によっては二交代制）で勤務し、医師の治療の補助と患者が自分らしい療養生活を送れるようサポートをする。薬剤師は、例えば、医師が処方した薬に関して、入院するまでに飲んでいた薬との相互作用の確認や副作用の有無、服薬のタイミングが適切かなどを血中濃度で確認する。患者からの薬に関する疑問にも答える。管理栄養士は、病院食の提供・管理のほか、抗がん剤治療の副作用で食べものの味が砂のように感じてしまう患者の場合、「どんな食材なら食べられるか」などを聞き取り、病院食に反映できるかどうかを検討する。「食べること」で治療に耐えられる体がつくれ、順調な回復と早期退院につながるだけでなく、口の中で食べ物を味わうことは生きる希望や喜びをもたらす。

理学療法士は、生活上の基本動作（寝返り・起き上がり・座る・立つ・歩く・呼吸する等）の不自由さを改善したり工夫して生活しやすくなったりするための指導や助言をする職種である。大腸がん患者の場合は、手術後、どのように体を使えば、痛みやつらさを感じにくく、自分のやりたいことができるか、などの指導をする。医療ソー

ソーシャルワーカーは、おもに、経済的・心理的・社会的な問題の解決や調整を援助する職種で、医療費の相談、退院後の療養場所の選定、会社でどのようにがんになったことを言えばリストラされずにすむか、などの相談にもなる。

さらに、サブメンバーとして患者の困りごとや悩み、生活上の必要に応じて、作業療法士、臨床心理士などが相談にのる。作業療法士は、リハビリテーション指導をする職種の一つで、生活上の応用動作（着替え・歯磨き・洗顔・食事・排泄・入浴・外出・就労など）について、どのように体を使えばうまくできるかなどを指導する。また、患者が生活環境に適応するための指導も専門性の一つで、大腸がん患者の場合は術後の傷口が傷むことなく排便できるように指導するほか、便座の高さや手すりの位置を補助具で変えることで不自由ないようにする。臨床心理士は、面談で患者の話聞きながら、気持ちの落ち込みや不安・恐怖・怒りなどの感情の揺れに対してケアやサポートをする。

このほか、治療で手術をするときには麻酔科医、放射線療法を受ける場合は放射線科医、化学療法を受ける場合は腫瘍内科医、病状が進行して痛みやつらい時間が長くなったら症状を緩和するため緩和ケア医などががん治療チームと連携する。

チーム医療のチームメンバーにどの職種が加わるかは、厚労省で基本的な方針は定められているものの、最終的には病院の経営や運営面での判断によるため、病院ごとに異なる。

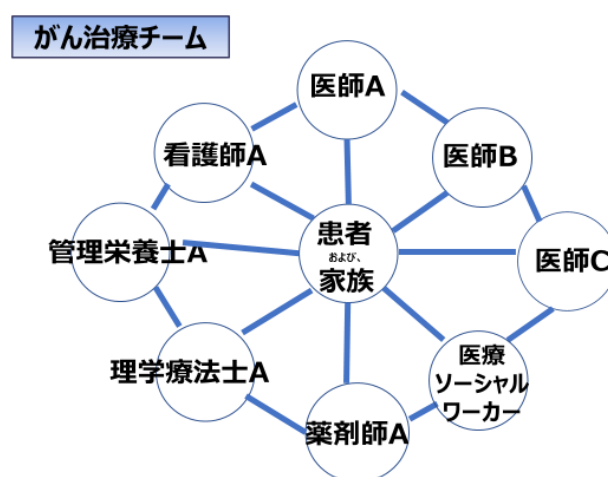


Figure 1.1 チーム医療における医師以外の職種の役割例

病院では、いくつか複数のチームを設置している。本研究では、それらをおもに4種類に大別する。

①疾患の病態が全身にわたる場合、複数の診療科の医師が連携して診察・治療する
 ……がん治療チーム、糖尿病治療チーム、脳卒中治療チームなど

②医師による患者への治療効果を底上げするため、他職種が専門的な治療をする
 ……栄養サポートチーム（患者の栄養状態を検査結果などで評価し、不足分を適切に補充する）、褥瘡（じょくそう＝床ずれ）対策チーム（寝たきりなど体が圧迫される状態が続くと、腰部や足のかかとなどに組織の壊死が生じる）、リハビリテーションチーム、摂食嚥下機能療法チーム（食事時の認知・咀嚼・嚥下＝飲み込みの機能に障害が起こった場合、言語聴覚士が改善するための指導をする）、緩和ケアなどのチーム

③患者の心身や生活などのニーズに合わせて、複数職種が相談に応じ、解決の方向に促していく…退院支援などのチーム

④病院で生じるインシデント（医療事故につながるミス）やアクシデント（医療事故）を予防・対応する…医療安全対策、感染対策などのチーム

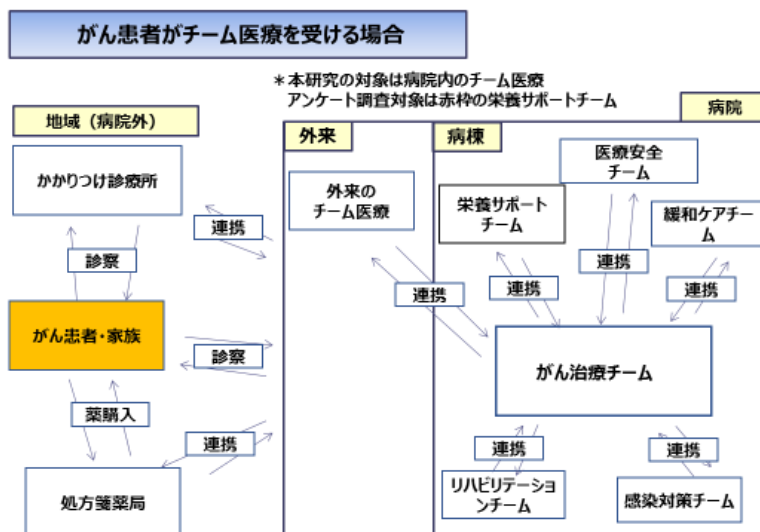


Figure 1.2 病院全体のチーム医療の構造と地域との関わり

前述の大腸がん患者の場合は、「栄養サポートチーム」「医療安全チーム」「緩和チーム」「リハビリテーションチーム」「感染対策チーム」などが関わりと想定される (Figure 1.2, 1, 3)。

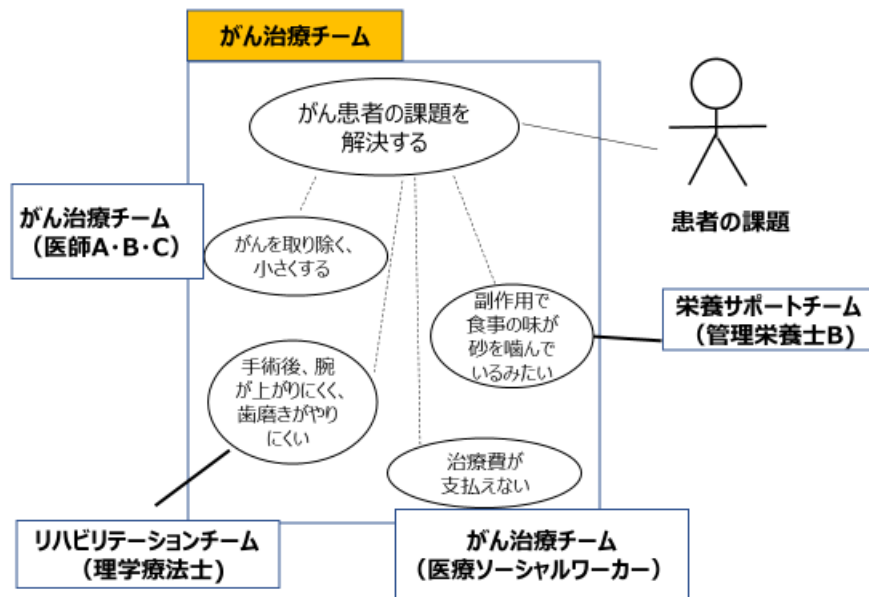


Figure 1.3 がん治療チームとほかのチームとの関わりの一例

それでは、患者はチーム医療をどのようにとらえているか。2013年に筆者が著書[3]を執筆したとき、数人の患者にインタビューしたことがある。そのうちの一人、乳がんの治療を受けた40代の女性は、こう話してくれた。

「主治医から治療選択の話聞いたが、わからないこと、迷ったこと、悩んだことが多かった。乳房を切除するという不安だったり、女性としてのアイデンティティの喪失を感じたり、性生活はどうすればいいかという悩みだった。そのとき、がん看護専門看護師や医療ソーシャルワーカーの方々と相談し、不安を解消することができたため、納得した治療の選びができた」

主治医と治療の話はできる。だが、この女性は治療にあたっての悩みや不安をがん看護専門看護師や臨床心理士と相談でき情報を得たため、安心感を持って手術やホルモン治療を受けることができたようだ。チーム医療には、患者の不安や悩みを軽減できる効果も大きい。

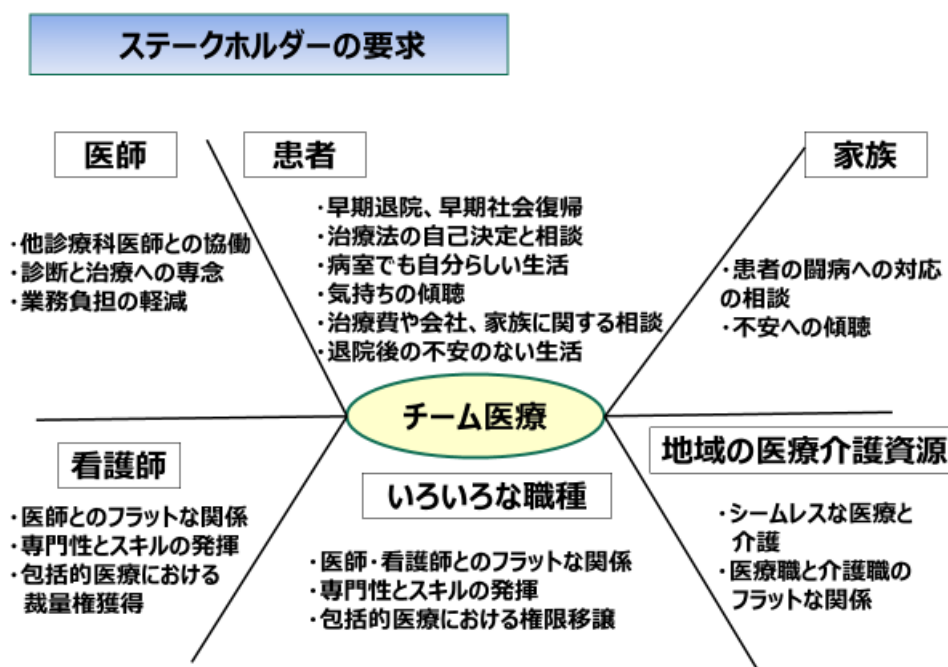


Figure 1.4 ステークホルダーそれぞれの要求

チーム医療について、日本国内で蓄積されている医療・医学の文献が検索できる「医学中央雑誌検索」で調べたところ、80年代、ごく一部の先進的な病院が取り組んでいたことがわかった。だが、この時期、チーム医療は、全国的にあまり普及しなかった。

その後 90年代に入り、再び注目されるようになった。厚労省の報告書 [1] などにより、その理由は、おもに次の4点に集約できる。

- ①医療の技術が高度化し、医師を含めた各職種に高い専門性が必要になったこと
- ②患者数が増えただけでなく、患者が高齢化したため必要な医療が複雑になったこと
- ③医学技術の進展にともない治療の選択肢が多くなり、患者の生活や価値観に合わせて治療が決定されるようになったこと
- ④チーム医療の特徴である「多職種による多視点」は不確実性が強い医療において、安全性の確保に大きく寄与すること

特に 1999 年以降、新聞で大きな記事となるような医療事故が立て続けに発生したこと、さらに、2006 年以降、病院勤務の医師の疲弊や、人手不足による救急車のたらい回しなどが社会問題となったことは、厚労省でチーム医療の推進が検討される契機の一つとなった。2009 年、厚労省は全国の病院に対して「チーム医療」の実施を推奨した。現在では、全国の病院を対象としたチーム医療に関するデータはないが、例えば、がん治療の中核を担うがん診療連携拠点病院の場合、その 99%が「チーム医療を実施している」と明らかになっている [4]。

そのような様子は、病院内でも見ることができる。例えば、これまで病院では、看護師はナースステーションに、薬剤師は薬剤部に、診療放射線技師は診療放射線室（名称は病院ごとに異なる）になど、職種ごとに部署が設置され、1つの部屋で同じ職種と仕事をするが多かった。だが、近年はチーム医療が実施しやすいよう、「スタッフステーション」などの名称の広い部屋ができ、様々な職種が同じ部屋で机を並べることも多くなっている。

1.2. 問題意識

全国の病院でチーム医療が実施されるようになったが、取材を進めるうちに、病院側にも患者側にも様々な課題があるとわかった。本研究では、そのなかでも病院側の課題の一つ「病院にチームが設置されても、うまく機能しない」を取り上げる。

医療従事者にインタビューしたところ、ある病院の栄養サポートチームに所属する管理栄養士は「カンファレンスで、専門性に基づく意見を言っても、医師が話を聞いてくれない」と言っていた。さらに続けて、「管理栄養士の専門能力を明確に知らないため、(その医師に) 意見や批判をしているように受け取られて、感情的な対立を生んでいる可能性がある」とも話した。

また、別の病院の医師は「チームにうまくコミットできていない人がいる」「メンバーによってモチベーションに差があり、一丸となれない」と話していた。

医療現場でチーム医療がうまくいかない原因は、先行研究や厚労省の報告書、研究者の取材によって、以下に集約できる[1][2]。

- (1) 業務量に応じた適切な病院職員の人数不足
- (2) 身分法(各職種は国家資格であるため法律を有する)に基づく「(各職種は) 医師の指示によって業務をする」の条文による具体的指示の必要性
- (3) 古い時代から残る医師と他職種間のヒエラルキー
- (4) 各職種の専門性に対する相互理解の不足・意見の対立
- (5) 診療報酬によるチーム医療への評価・報酬の低さ

(1) は病院の経営母体が国公立の場合は職員の雇用数に制約条件がかかっている。民間の場合でも経営状況によって、必要十分な人数を雇用できるわけではない。

(2) は、医師・看護師以外の職種ができた歴史にさかのぼる。医学の進歩や高度な技術が必要な医療機器の出現にともない、医師と看護師だけでは医療がこなせなくなったため、国家資格の専門職が次々と誕生した。医師以外の職種の業務は、医師の具体的な指示によってなされてきた経緯がある。

(3) 細田(2000)は、E.フリードソン(1970)は「医師と他職種の関係性について支配—被支配の構造である」ととらえ、「制度化された専門技能の階層性 hierarchy of institutionalized expertise」と呼び、この構図が変わることは想定されていない、

を紹介している [5]。日本にもこの構図は残っていて根強い。また、日本では医師しか組織のトップである院長になれない。

(4) 医療専門職は、それぞれ依拠する学問や教育背景が異なり、それぞれ独自の慣習・文化・言語をつくってきたことなどから、意見の対立が頻繁に起こっている。

(5) 病院が患者に提供する治療や検査などの業務の対価は、国が公定価格として決めている。チーム医療についても、2010年から複数のチーム医療には、厚労省が定める要件通りに実施することで診療報酬が加算される設定になったが、その点数（価格）は低く、あまり評価されているとはいえない。例えば、日本栄養士会が実施する統計調査からは「栄養サポートチームの診療報酬では、その要件にかかる人件費をまかなうことができないため、病院によってはチーム医療を実施していても診療報酬を得ていない」という現状が明らかになっている。

せっかく、全国の病院でチームが設置されるようになっても、人が集まっただけではグループに過ぎない。

三沢 (2009) は、Salas et al. (1992) の文献を引用して、チームとは「価値のある共通の目標・目的・職務のために、ダイナミックで、相互依存的で、適応的な相互作用を交わす2名以上の人々で構成される識別可能な集合である」「各メンバーは課題遂行のための役割や職能を割り当てられており、メンバーとして所属する期間には一定の期限がある」とする [6]。チームで高い業績や効果を実現させていくためには、チームワークが必要であることは多くの文献で指摘されている。三沢は前述の Salas et al. の文献から、さらにチームワークについて「行動と密接に関連する態度、思考、感情といった心理的変数までも含めて検討されているのが実状である」としている [6]。

チームワークは、ヒューマンファクターに依存しがちなところがある。だが、東瀬 (2010) は「チームワークを機能させるためには、様々な技法・ツール・スキルなどでトレーニングが構成されている」という。

これらの知見から、本研究では「医療現場では『チームで活動するときにはチームワークの成熟が活動基盤になること』『そのためには、メンバー個々にチームワークスキルの習得が必要になること』を知っていたとしても、より強く意識して行動してい

ないのではないかと問題提起する。

現状では、患者にとってA病院のBさんに当たれば良好だが、Cさんに当たった場合は我慢しなければならない。これでは、医療格差につながるのではないかと。

そこで、この課題を解決する一助として、病院の教育研修などで職員一人一人に「チームワークスキル」を付加し、システムとして機能させていく必要があるのではないかと考えた。

さらに、病院組織のチームワークの重要性を「病院の経営や運営の側面」からも提案する。日本能率協会総合研究所が毎年調査している「病院の経営課題等に関する調査結果報告（345 病院を対象にした調査、2015 年）」では、病院において重要と認識されている経営や運営の課題を 36 項目あげて、その現状認識（重要な課題＋やや重要）と実施状況（積極的に実施＋実施）の乖離をグラフ（%）で示している。

例えば、上位の項目には「病床利用率の向上」（98.2%）「患者数の増加」（98%）「接遇の向上」（97.4%）「診療単価の増加」（97.1%）「職員のモチベーションの向上」（96.5%）の課題が並ぶ（次ページ Figure 1.5.）。

だが、病院側の実施状況では前述の課題のうち「職員のモチベーションの向上」は 58.9%と極端な落ち込みを示していた。

そこで、これら一つ一つの課題についてチームワークがもたらす組織文化への影響で補うことが予想される項目を赤丸で囲んだところ、Table 1.1 の 16 項目が解決につながる可能性があった。

Table 1.1 病院の経営課題等に関する調査結果報告からチームワークで改善できる可能性があると考える項目

病床利用率の向上	患者数の増加
診療単価の増加	職員のモチベーション向上
管理職層のマネジメント能力強化	職員の不足解消、定着率の向上
チーム医療の充実・強化	理念、方針の明確化、浸透
薬品、診療材料費の削減	職員のメンタルヘルスケア対応の強化
患者、家族、地域住民への医療情報の提供力強化	医療過誤対策の強化
残業時間の削減、労働環境の適正管理	平均在院日数の適正化
在宅医療への対応強化	紹介率、逆紹介率の向上

ただし、チームワークスキルの習得は、チーム医療の実施において絶対条件ではない。チームワークのスキルが乏しくてもチームワークが良好で、かつ、専門能力（医療の質）の高さを確保している病院はありうるからだ。

「専門能力（医療の質）」と「チームワーク」の関係を2軸で示したところ、Figure 1.6のようにチームワークの成熟が乏しい場合、「特定のメンバーの頑張りに頼る」ことになる。この場合、特定のメンバーが部署異動したり、心身ともに疲弊したりした場合、チームは機能しなくなる。チームの安定性と継続性に欠ける。

また、特定の人だけががんばるだけで周囲を巻き込んでいない場合、コアメンバーとメンバーの間にモチベーションの差ができ、考え方の理解に壁をつくる。そのことが、意見の対立（コンフリクト）につながるなど、効率性や労働生産性にマイナスの影響をもたらすことがある。

チーム医療は、「医療従事者がワイワイ仲良し医療をしている」と揶揄されることも多い。それは、右下のように個々の専門性が低いことも一因と考えられる。

2軸を「チームワーク」と「チームワークスキル」としても同じように考えられる。

病院（組織）が「安定した診療の質を担保する、持続可能な組織」として機能するためには、チーム医療をシステムとしてとらえ、要素間（職員同士）のつながりをチームワークスキルで補うことが必要ではないかと考えた。

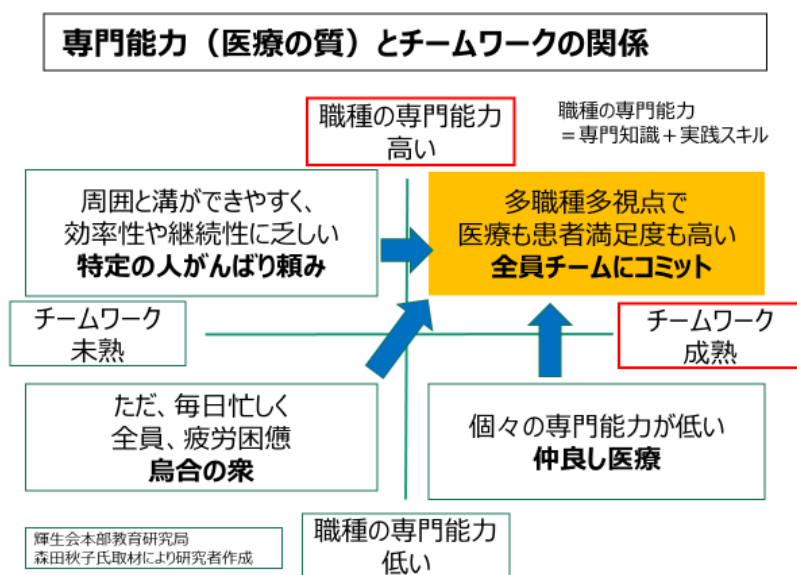


Figure 1.6 チーム医療における専門能力とチームワークの関係

1.3 本研究の目的

本研究では「チーム医療」をより効果的に実践していくため、チームメンバーのチームワークについて、特に「チームワークスキル」の観点で、現状と改善に当たっての方向性を提言する。

本研究の範囲については、Figure 1.2のように、現在の医療は「地域における医療連携」、つまり、病院と診療所（「病診連携」）、および、処方箋薬局も連携していくことになっているが、病院だけを取り上げる。

また、病院には医療提供体制として、機能別に「急性期病院（高度・一般急性期医療）」「回復期リハビリテーション病院（亜急性期医療）」「療養型病院（慢性期医療）」と大別できるが、本研究では特に、急性期病院を対象とした。理由は、急性期病院で診療報酬における平均在院日数や在宅復帰率などの実績を向上させるためには、チーム医療の実施による労働生産性の向上が役立つと考えたからである。

なお、急性期病院だけでなく、回復期リハビリテーション病院、療養型病院においても、チーム医療で医療の質、および、患者・家族の満足度を向上させていく必要性については、医療関係者間であれば論を待たないところである。

2. 先行研究

先行研究は、(1)チーム医療に関する研究 (2)産業界のチームワーク、および、チームワークスキルの研究 (3)医療界のチームワーク、チームワークスキルの研究の3種類を調べた。

2.1. チーム医療に関する先行研究

国内の医学・医療に関わる学術誌の文献を検索できる「医学中央雑誌検索」によると、チーム医療に関する古い文献は1982年から報告され始め、この年には26件見られた。タイトルは「透析」「糖尿病」「精神科治療」「慢性疾患」「産婦人科」「熱傷」「チーム医療と麻酔科」で、診療科ごと、あるいは、疾患ごとのチーム医療について記載されていた。

その後、2000年前後から急速に増えている。それらは、各疾病におけるチーム医療による診療レベルの向上、医療安全性の向上である。

たとえば、チーム医療によって診療レベルが向上した例を紹介する。[7]

国立病院機構大阪医療センターの栄養サポートチームには、医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・言語聴覚士・歯科衛生士の6職種が関わっている。栄養サポートチームの看護師が入院早期(1週間前後)から栄養障害や摂食嚥下障害を評価し、該当する患者に管理栄養士や言語聴覚士、歯科衛生士が必要な対応を実施することで、患者の在院日数が短縮した。たとえば、栄養サポートチームが介入した症例の場合、2011年の入院期間は平均70日から38日まで短縮したほか、病院食が点滴から普通の食事形態に近づき(末梢静脈栄養や中心静脈栄養=管による栄養補給から経口摂取=口から食べる食事、の患者が増加)早期回復が期待できるようになった。

さらに、食道がんや膵臓がん、肝臓の切除などの患者に対しては、術前・術後に歯科衛生士による口腔内のチェックと口腔ケアを実施することで、術後の肺炎などの感染症の罹患率を減少させ、患者の入院期間の短縮につなげた。

2.2 産業界のチームワーク、および、チームワークスキルの研究

2.2.1. 海外における先行研究

「チームワーク」に関する研究は、海外では1960年代から始まっていた。代表的な

文献である McGrath(1964)の「I - P - O モデル」(Input-Process-Outcome)とは、Input (入力要因)、Process (プロセス要因)、Outcome (結果要因) で整理されているフレームワークである。Input にチーム特性・個人特性、Process にチームの相互作用、Outcome にチームのパフォーマンスや満足感を入れることで、チームの効果を説明する。

池田は「I - P - O モデル」について、アウトカムの優劣はチームの相互作用のプロセスによって左右されることを暗黙に示唆している点が重要であると述べている [7]。

海外では、その後 70 年代に心理学の側面から、80 年代からは社会学の側面からチームワークの構造化が進められた。あまりにも数多くの研究者が論文を発表したことから、2009 年の Goodwin, Burke, Wildman&Salas によるレビューでは「チームワークモデルの提案は 100 を超える」とまとめられている。

特に有名なモデルは Salas Sims&Burke による Big Five in teamwork である。Salas らはこれまでに発表された文献を整理し、「チームワークには 5 つのチームワークスキルが必要である」とまとめた。5 つとは①チームリーダーシップ②メンバー同士の活動の観察③バックアップ方法④適応性⑤チームの指向性で、Salas らは、さらに「メンタルモデルの共有」「相互の信頼」「閉ざされたコミュニケーション」が重要と追加している。

チームワークがもたらした成果については、たとえば、Cohen, S& Balley, D(1997)の研究の結果では、「高いチームワークによって、患者の死亡率の低下、患者安全の確保、離職率の低下が見られた」と発表している。

2.2.2. 国内における産業分野の先行研究

国内における組織論については、1980 年代、産業界で製造業を中心に改善活動が始まった。この時期、自動化の進展だけでなく、ベルトコンベア方式の大量生産から少数の作業者がチームを組んで多品種少量生産をしていくセル生産方式に変化したこと、大量生産に従事する単純労働者から付加価値を生み出す知的労働者へ変化したことなどを受けて、おもに「チームワークと生産性」の研究が進んだ。

90 年代に入ると、海外と同じように「組織におけるチーム活動の成否」についてチームワークの構造化やチームにおけるリーダーとメンバーの関係性などの研究が見ら

れるようになった [8]。

さらに、2000 年以降には、心理学的側面から「企業において高業績に導くチームプロセスへの解明」などの論文も発表された [9]。

2.2.3 国内における医療分野の先行研究

医療分野のチームワーク研究においても、前述の流れは見られる。80 年代の文献にはすでに、各職種の専門性を生かすチームワークについて言及されていた [10]。

「チーム医療におけるチームワーク」および、「チーム医療による組織への影響」については、次の先行研究がある。

(1) 細田 (2003) [5]

社会学の側面から「チーム医療」を構造化し、4 つの要素に分けた。「専門性志向：各職種が専門性を発揮すること」「患者志向：患者が中心であること」「職種構成志向：複数の職種がかかわること」「協働志向：複数の職種が互いに協力していくこと」と分析し、この 4 要素は相反するもので、同時に成り立たせようとするると困難が生じてくるとして、チーム医療の難しさを明らかにした。

(2) 山本 (2010) [11]

岡山県 175 病院を対象に、「チーム医療による組織変革の様相」を明らかにするため、質問票によるアンケート調査、および、インタビュー調査を実施した。アンケートは 51 病院から回答を得ている。その結果、病院組織において、部門間を超えた多職種メンバーによるチームは組織に変化を生じさせているだけでなく、その後、ハイパフォーマンスチームに成長し、組織変革の原動力となっていると分析した。

また、各病院の院長が「ハイパフォーマンスチーム」と推薦するチームのメンバーは、チーム医療によって、①診療のプロセス改革②自らの意識変革③スムーズな情報交換④効果的なディスカッション⑤研修会やセミナーへの参加など、行動に変化を起こしていた。さらに、チームメンバー以外の職員にも影響を与え、病院全体のアウトカムの向上につながる場合があり、直接的・間接的に組織変革に重要な役割を果たしていた。

(3) 大西[12]

Anderson&West によって開発された Team Climate Inventory (TCI) の日本語版を作成し、看護チームにおける信頼性・妥当性を確認した。TCI とはチームにイノベーションをもたらす風土を測定する尺度で、「ビジョン」「参加的環境」「仕事の質に対する関心」「革新に対する支援」の4因子で構築されている。病院のチーム医療を対象に調査したところ、TCI の得点が高いほどスタッフの職務満足と患者の満足度が高いという結果が出ている。大西が急性期病院 245 病棟の看護職を対象に調査したところ、チームを構成する人々の年齢や経験年数、教育課程などよりも、病棟の仕事の仕方についての意思決定の尊重など、病院内で病棟の自律性が尊重されていること、患者ケアについて話し合う機会が充実していることなどの職務環境上の要因が、病棟の高い革新的風土とより強い関連を持っていると結果が出た。

2.3. 本研究の位置づけ

前述したように、先行研究では、特に「チームワークの構造化」「チームビルディングのプロセスの可視化」等について、数多くの文献が発表されている。近年、医療分野でも「チームワーク」や「チームへのエンパワーメント」「チーム医療による病院組織への影響」に関する文献が増えている。

だが、それぞれの研究は、おもに研究者が有する国家資格の視点で、当該職種の進展のための研究が多く、テーマや研究対象者も当該職種に限られているという特徴がある。そこで、本研究は医療専門職でない第三者的な職種（ジャーナリスト）の視点で、チーム医療全体を俯瞰的に、より多くの職種から回答を得ることを検討した。特に、チーム医療による業務活動が病院組織の運営や経営にどのように寄与しているか、定量的なデータで示すことができれば、院長や医師がチーム医療の推進により積極的に関与するようになるのではないかと考えた。定量的なデータは、本研究の調査範囲でないでは見つからなかった。

3. 本研究の仮説

3.1. 仮説構築における流れ

チーム医療の成功は「診療レベルの向上」であり、「患者・家族の満足度の向上」に寄与することである。

チーム医療の成否が Figure 1.6 の 2 軸で検討した通り、医療における専門能力とチームワークで決まるとすれば、後者の「チームワークがうまくいく」はどのような状況か。厚労省の検討会資料に「基本的な考え方」は示されているが、明確にイメージできない。先行研究にも示されていなかった。

そこで、本研究のリサーチクエッションは以下の 2 点とした。

1. チーム医療を実施するときのチームがうまくいくとは、チームがどんな状況で、チームメンバーはどのようなふるまいをしているか。
2. チームがうまくいくとき、病院組織にはどのような影響をもたらしているか。

3.2 仮説モデル設計の流れ

3.2.1. 本研究における「チームワーク」の構造化

先行研究を調査し、適切なモデルを用いての仮説の検証を計画したが、最終的には難しいと感じた。理由は、チームワークの構造化に関する文献は海外の研究者からのものが多く、日本の医療現場の現状と異なる部分があるからだ。

また、産業分野の文献におけるモデルも当たったが、医療現場の実状と合わなかった。東瀬（2010）は、「チーム職務特性に応じて、チームにとって望ましいとされる関係性のあり方、および、振る舞いは異なる」として、「汎用的なトレーニングを行うのではなく、職務特性に合わせてチームワークトレーニングを設計したほうがよい結果を得られる可能性が高い」と示唆している [13]。

このため、先行研究を参考にしながら、本研究独自の医療現場におけるチームワークのモデルを構築した。チーム医療におけるチームワークを「コミュニケーション」「リーダーシップ」「マネジメント」と 3 項目に構造化し、さらに 3 項目につながる内的要因を 12 項目設定した (Table 3.1)。

OECD が発表している「チームで協力して働く能力（チームワーク・コンピテン

シー) の5点も参考にした。[14]

- ①自分の考えを提示し、他者の考えを聞く能力
- ②討議の力動性 (dynamics) を理解し、協議事項に従う能力
- ③戦略的、もしくは持続可能な同盟関係を作る能力
- ④交渉する能力
- ⑤異なる意見を許容するような決定をする包容力 (capacity)

筆者のこれまで10年間にわたる「チーム医療」に関する取材内容から検討した項目も加え、Table 3.1の内容とした。

Table 3.1 先行研究と研究者の取材から検討した、本研究におけるチーム医療に見られる「チームワーク」の構造化 (内的要因)

大項目	中項目
1. コミュニケーション	①メンバー間の信頼関係の醸成
	②情報共有の徹底
	③コンフリクト対策
2. リーダーシップ	④自律
	⑤コミットメント
	⑥フォロワー シップ
3. マネジメント	⑦チームの方向性とビジョンの明確化の徹底
	⑧権限委譲
	⑨リスク対策・管理
	⑩役割の明確化
	⑪ステークホルダーマネジメント
	⑫ナレッジマネジメント

それぞれの項目の定義と設定した理由は次の通りである。

[1. コミュニケーション]

①信頼関係の醸成

チームの基盤は「信頼関係の醸成」であることは、複数の文献が指摘している。また、富田（2008）はLindzey and Aronson(1985)の「信頼は一方的なものではなく、互いに抱く相互信頼の関係でなければならず、また、信頼構築には相手の誠実さや好意など個人的な関係が必要となる」を引用しながら指摘している[15]。

②情報共有の徹底

情報共有がチーム医療にとって、いかに大切なことかは、すでに医療従事者は誰もが承知している。だが、その情報共有は「徹底」されているかを問う。理由は、「判断」は、現在持っている情報のなかからしかできない。患者の情報を得た場合は、速やかにチームメンバーに伝えることが最善の決断への一歩につながる。

③コンフリクト（意見の違いで起こる衝突・対立）対策

異なる文化的・組織的背景、異なる専門知識レベル、異なる視点や関心を持つステークホルダー間では、コミュニケーションを取り合うときに意見の対立が起こりやすい。そのときは、積極的な調整が必要である。

[2. リーダーシップ]

従来、リーダーシップはリーダーの資質とされ、トップダウン型だった。だが、近年の企業研修では、「調整・協働型（プラスの方向へ組織貢献する形）」として教育されることが多い。本研究では、英語辞書（研究社）の-ship=状態・技量の意味でleadership=統率力を用いて、ドラッカーの「組織の使命を考え抜き、それを目に見える形で確立すること」を採用する。[16]

④自律

取材で、近森病院（高知県）の近森正幸院長は自院のチーム医療の足跡を追いながら「チーム医療は進化する」として、進化の過程には「自律」「自動」で業務ができる状態が生じるという。[3]

*自律：それぞれの視点で患者を診て判断すること

*自動：医師の個別具体的な指示がなくても、包括的指示の範囲内で医療従事者の判断に基づいて介入する

⑤コミットメント

チームメンバーには特定の役割と責任が割り当てられる。チームの計画と意思決定にはチームメンバー全員が関与することが望ましい。[17]

⑥フォロワー シップ

リーダーシップは統率する力である。一方、フォロワーシップは支援する力である。

[3. マネジメント]

⑦チームの方向性とビジョンの明確化の徹底

チームは、目的とゴール（目標・成果）、および、「そのためにはいつ何をしたらいいか」「そのとき大切にしたいことは何か」を共有する。そして、人は思いのほか忘れやすいので、リーダーは折に触れてメンバーに何度も何度も、この点を確認しあう必要がある。

⑧権限委譲

「権限委譲」とは、上司の持つ権限を部下に与え、責任とともに任せること。医療の現場では、「包括的指示」という言葉が使われる。厚労省は包括的指示が成立する要件として、「対応可能な患者の範囲が明確である」「対応可能な病態の変化が明確にされている」「対応を受ける職種が理解しうる程度の指示内容（判断の規準・処置・検査・薬剤の使用の内容等）が示されている」「対応可能な範囲を逸脱した場合、早急に医師に連絡を取り、その指示が受けられる体制が整えられていること」としている。本内容の文言は看護師を対象としたものだが、厚労省の検討会では他職種に対しても同様の見解で議論されている[3]。

⑨リスク対策・管理

リスクマネジメントの目標は、プラスとなる事象発生可能性と影響度を増加させ、マイナスとなる事象の発生可能性と影響度を減少させることである[3]。

⑩役割の明確化

前出のように、Salas et al. (1992)はチームについて「各メンバーは課題遂行のための役割や職能を割り当てられており」としている。ただし、医療現場でよく起こる役割の重複はチーム医療ではあってよいと考える。取材で公立陶生病院の濱本実也看護師長は「チームで仕事の領域が重なると、ミスが起こりにくくなります。たとえば、同じ看護師同士の場合、もう一人が見ていてくれると思うと気が緩みます。でも他職種の場合、ちょっとしたライバル心が生まれる。お互い自分の視点で、がっちり見ることができます」と答えている[3]。

⑪ステークホルダーマネジメント

「ステークホルダー」とは、チームに影響を与えたり受けたりする可能性がある個人やグループ、組織のこと。ステークホルダーの期待とチームへの影響力を分析し、ステークホルダーがチームの意思決定や実行に効果的に関与できるような適切にマネジメントすること[17]。

⑫ナレッジマネジメント

「知識管理」と訳され、組織メンバーの知識や情報を組織の資産として管理することをいう。形式知だけでなく、暗黙知も対象とされている。

さらに、チーム医療の活動に活性化をもたらす外的要因についても検討し、Table 3.2の5点を挙げた。

Table 3.2 先行研究から検討した「いいチームワーク」構造化の外的要因

①病院がチーム医療に力を入れている。
②病院は先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。
③病院は職員の疑問や問題提起に対応している。
④病院が経営の利益や効率性を強く意識するよう言うてくる。
⑤病院の経営は順調である。

3.2.2. チームワークのよさが病院に与える影響のモデル

「チームがうまくいっている場合、病院の運営や経営にどのような影響をもたらすか」について、Figure 3.1 のようなモデルを設計した。

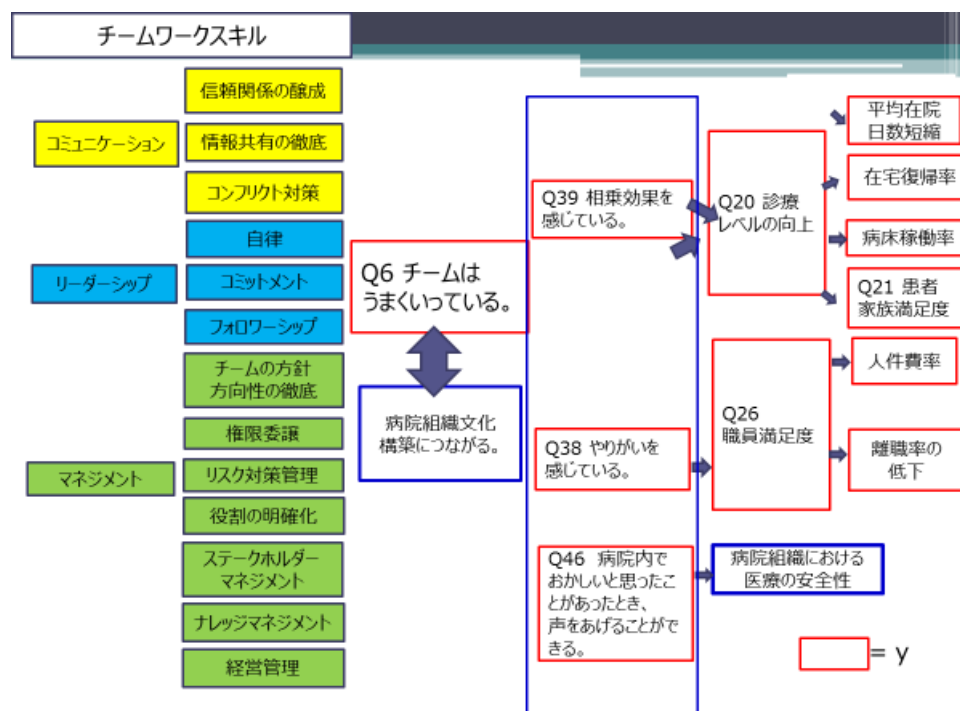


Figure 3.1 仮説検証のためのモデル図

以下、本モデルについて解説する。

1. 「チームがうまくいっている」場合、チームメンバーは専門性の相乗効果を感じることができる。それは診療レベルの向上につながり、病院経営のアウトカムとなる「平均在院日数」「病床稼働率」「在宅復帰率」「患者・家族の満足度」に何らかの影響をもたらす可能性がある。
2. 「チームがうまくいっている」場合、チームメンバーはやりがいを感じるができる。それは、職員満足度につながり、病院経営のアウトカムとなる「人件費率」「離職率」に何らかの影響をもたらす可能性がある。
3. 「チームがうまくいっている」場合、チームメンバーは病院内で何かおかしいことが起こったときでも、声をあげることができる。それは、病院組織における「医療の安全性」につながるだろう可能性がある。

そこで、本研究では医療現場のチームワークを以下の4要因で構造化されると仮定し、2点の仮説を構築した。

- *コミュニケーションによる信頼関係の醸成
- *専門性に基づくリーダーシップ
- *特定の人のがんばりに頼らないメンバー全員のコミットメント
- *職員の活動に対する病院の積極的な関与

仮説1: チーム医療の「チームがうまくいっている」とき、特に「コミュニケーションによる信頼関係の醸成」と「特定の人のがんばりに頼らないメンバー全員のコミットメント」は相関がある。

仮説2: チームがうまくいっている場合、チームメンバーは仕事へのやりがいやチームメンバー間の相乗効果を感じる。それは、病院における「診療レベルの向上」「患者家族の満足度向上」につながる。

4. 研究方法

4.1 調査目的

本研究では、医療現場の可能な限り多くの職種の意識を反映させ、定量的に分析するため、研究方法には社会調査法を採用する。調査の目的は仮説の検証である。

4.2 調査方法の設定

本研究では紙による自記式の留置き調査を実施した。現代において標準的なインターネット調査を選択しなかった理由は、病院に勤務する医師1人、看護師1人、管理栄養士2人、医療ソーシャルワーカー1人の合計5人に調査回答の容易性について意見を聞いたところ、「病院の現場は常に動き回っていること、業務では1台のコンピューターを複数人が使用していること」（管理栄養士）から、全員が紙による自記式の留置き調査を希望したことによる。マークシート方式の採用も前述の医療従事者らからは否定的な返答がかえってきた。

4.3 アンケート調査作成から分析までの流れ

アンケートの調査、および、分析は以下の流れで実施した。

(1) アンケート調査票作成

これまでの知識・情報を整理し、仮説を検証するための調査票を作成する。アンケートは、属性部分・設問部分・自由記述部分の3種類に大別される。

- 属性部分…回答者の背景によって、設問に対する反応や答え方が異なる場合があり、回答へ影響する可能性がある。そこで、回答者の客観的な属性を答えてもらう。
- 設問部分…仮説を検証するために必要な目的変数となる設問、および、目的変数の原因や影響をもたらす説明変数となる設問を作成する。
- 自由記述部分…設問部分の補完情報を得るために、自由記述部分を作成する。

(2) 予備調査

前述のように作成した調査における設問内容が本研究の意図通り伝わるか、本調査に先駆けて実施した。予備調査の対象者は、本調査の対象となる病院以外の医療従事者を選定し、4人から協力を得た。職種によって、文言からとらえる印象が異なる可

能性があるため、4人は看護師・管理栄養士・言語聴覚士・医療ソーシャルワーカーと異なる職種に協力を求めた。

予備調査の結果、分かりにくいと言われた文言や不適切な設問を修正した。

(3) アンケートの実施

本学本研究科の倫理委員会の承認を得て、本研究の調査対象として抽出した病院にアンケート調査票を送付した。1か月後、返送された回答用紙の有効回答を集計した。

(4) 回答に対する統計分析

アンケート調査の全設問に対して、平均値や標準偏差などの基礎統計量を算出し、ヒストグラムを出力させて得点分布を確認した。その後、統計分析をした。実施結果は後述する。

(5) 仮説1の検証

因子分析を実施して、チーム医療をしているときの「チームの状況」と「チームメンバーの意識やふるまい」のまとまりをつくった。この結果を用いて、「チームはうまくいっている」とはどういうチーム状況で、チームメンバーはどのような意識やふるまいをしているか、重回帰分析で確認した。

(6) 仮説2の検証

前述の因子の因子得点を用いて、チームがうまくいっているとき、病院にはどのような影響をもたらしているか、目的変数を設定して確認した。

(7) 本研究に対する verification & validation

医療従事者3人にインタビューの依頼をして、本研究に対する一連の流れ、および、統計解析の結果の検証と妥当性確認を実施し、意見を聴取した。

5. アンケート作成

5.1 調査対象

調査対象の病院の選定については、全国 8000 余りの病院から無作為抽出することは難しく、枠組みが必要だったことから、DPC 制度（診断される疾患名と症状ごとに 1 日当たりの医療費が決まり、どんな診療行為をしても定額払いの制度）を導入している病院とした。現時点で、全国に 1667 施設ある。

同制度を導入するためには制約条件があり、そのことから対象病院の特徴を要約することができる。制約条件は以下の通りである。

- ①急性期病院、あるいは、ケアミックス病院でも急性期病棟があること
(ケガや疾病は、病期・病態によって「急性期（救急や集中治療にあたる超急性期も含む）」「慢性期」「療養期」と分けられている。ケアミックス病院には、急性期・慢性期・療養期の混合病棟がある)
- ②300 床以上の国立病院・がんセンター・大学病院・県立病院も約 4 割、300 床未満のいわゆる中小規模病院が 6 割弱と病床数による偏りが少ないこと
- ③同制度によって、病院間の医療の質が評価されやすくなるなか、医療の質向上に積極的に取り組んでいること
- ④定額払い制度を採用する場合、治療が長引くとコストが増加するため、効率的な医療を提供する体制を取らざるを得ない。つまり、病院経営、および、病院運営の適正化、さらなる向上に積極的なこと
- ⑤看護師の人数について、厚労省の推奨通り雇用しているため、経営的に人件費を割けること

本研究に同制度を導入する病院を選択した理由は、チーム医療の実施は大規模病院に限らず、中小規模病院でも取り組まれていることから、どの病床規模の施設からも回答を得ることが期待できるからである。一方、同制度を導入する医療機関の特徴は、医療の質向上や病院経営・運営の適正化、およびさらなる向上に積極的なため、全国の医療機関のなかでも、どちらかという優良病院の傾向があるともいえる。

調査対象者については、選定した病院に勤務する医療従事者で、「栄養サポートチーム」に所属するチームメンバーとした。栄養サポートチームとは、▽食欲が低下している患者▽血液検査の結果で栄養状態が悪いと評価される患者▽栄養状態が悪化するリスクのある患者▽過剰栄養の患者を対象に、「適切な栄養管理による全身状態の改善、および、合併症の予防を目指すこと」を目的に稼働している。

診療報酬上のコアメンバーは、医師・看護師・管理栄養士・薬剤師の4職種だが、今回のアンケート調査結果からも他職種（言語聴覚士 67.7%・理学療法士 38.6%・歯科衛生士 26%・作業療法士 19.2%等、第6章 Table 6.1 参照）の参画が確認できた。

Figure 5.1 は栄養サポートチームを例として、多様な職種が協力し合って患者・家族と向きあう様子を示したものである。栄養サポートチームにおける言語聴覚士の役割は、患者の嚥下（飲み込み）の機能を評価し、安全に食べやすくなるよう、リハビリテーションの指導をする。理学療法士は病態に応じて、食事時、嚥下に適した姿勢になっているか、漸進的な視点から評価し、必要な指導をする。また、病態に応じて体を動かすことで、体力をつけたり食欲を引き出したり、栄養の吸収能力を高めたりする。

歯科衛生士は口腔内の状態を評価し、歯科医療器具や薬剤を使って専門的な口腔清掃をする。口の中の雑菌が除去されていくことで、食事の味がおおい感じられるようになるからだ。作業療法士は食べるときの姿勢の調節のほか、箸やスプーンなどの選択や補助具の使い方、不自由なく使用できる方法や手の使い方を指導する。

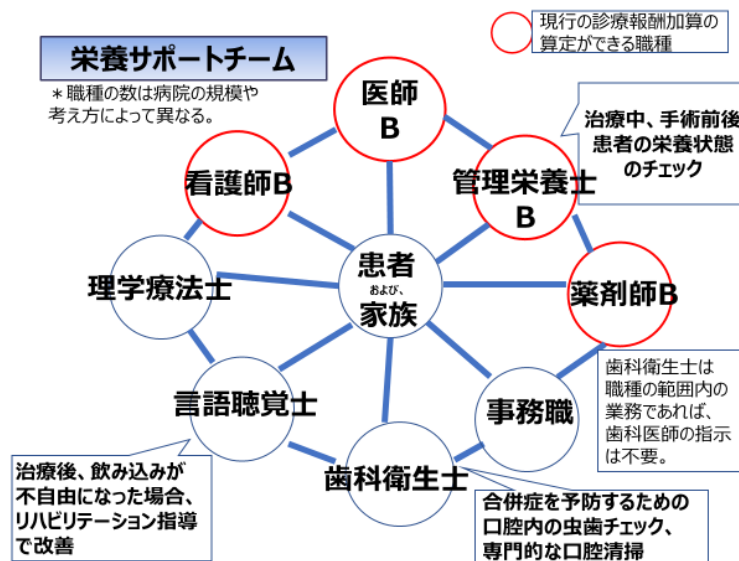


Figure 5.1 栄養サポートチームに参画する職種

栄養サポートチームを調査対象として選定した理由は、2010年の診療報酬改定でチームに加算が新設されたことにより、チームを立ち上げ稼働する病院数が増えたからである。文献や厚労省などによる報告書のデータはないが、日本栄養士会の印象によると、「全国約8割の病院に栄養サポートチームは立ち上がっている」と言う。

5.2. アンケート設計

5.2.1 構成

アンケート調査票の設計では、仮説を検証するために必要な目的変数と説明変数になりうる項目から構成する必要がある。したがって、アンケート調査票は、以下の5種類に大別される構成とした。

(1) 回答病院の経営データに関する設問

仮説検証時の目的変数として、病院経営および運営に関するデータ①病床稼働率②平均在院日数③患者1人当たりの診療単価④人件費率⑤救急応需率⑥在宅復帰率⑦職員の離職率を実績数値で記入してもらった。

(2) 回答病院のチーム医療の体制に関する設問

仮説検証時、および検証後の考察の参考にするため回答してもらった。設問項目は、①病床数②病院に設置されているチームの種類③病棟配置されている職種④チーム医療やチームワークスキルに関する院内教育の実施状況⑤電子カルテ導入の有無である。

(3) 回答者が所属するチームの状況に関する設問

仮説検証時、および検証後の考察の参考にするため回答してもらった。設問項目は、①チームリーダーの職種②チームに所属するメンバーの職種③チームで多職種が集まる活動回数④チームで多職種が集まるカンファレンスの回数⑤チームが介入する患者数（月ごと）⑥チーム発足年数⑦チーム発足の理由、である。

(4) 回答者の属性に関する設問

設問の答え方に影響をもたらす可能性があるため、回答者の属性として、①職種②職種の経験年数③チーム所属期間④チームに所属した理由（上司・病院の指示で、自発的に、資格を取得したから、そのほか）④チームでの活動によって残業時間が増えたか⑤時間外手当の有無⑥時間外手当は十分だと思うか⑦性別、に答えてもらった。

(5) 回答者のチーム医療に対するふるまいと意識に関する設問

仮説を検証するために必要な 50 設問を作成した。詳細は、5.2.3. に詳述する。

病院内で回答者が複数の部署にまたがるため、病院ごとに窓口担当者を決めて、一括で返送してもらおうという手続きを依頼した。その際、後日、調査協力者に本研究の報告書を発送するため、窓口担当者のみ記名してもらった。

5.2.2. 測定尺度

測定尺度は 4 件法を採用した。心理検査でよく用いられるリッカート尺度 6 件法を採用しなかった理由は、大変多忙な医療現場で働く職員に回答を依頼するため、心理的負担を軽減することで回答数を多く獲得したいと考えた。

● 「チームの状況」についての4件法は、次のように回答を設定した。

4：当てはまる

3：やや当てはまる

2：やや当てはまらない

1：当てはまらない

● 「回答者のふるまいと意識」については、次のように回答を設定した。

4：そう思う

3：ややそう思う

2：あまりそう思わない

1：そう思わない

5.2.3. 設問内容

5.2.3.1. 「チームワークスキル」の説明変数

本調査のアンケートの説明変数となる「コミュニケーション」「リーダーシップ」「マネジメント」について設問を設定した。

(1) コミュニケーション

複数の先行研究から、病院でチーム医療をするときに有用性がある3項目14設問を選定した(Table 5.1)。有用性があるかどうかは、事前のフィールドワークでの医療従事者へのインタビューを参考にした。さらに、本研究独自の設問も盛り込んだ。

- ・信頼関係の醸成…9項目
- ・情報共有の徹底…3項目
- ・コンフリクト（意見の違いで起こる衝突・対立）対策…2項目

(2) リーダーシップ

チームワークスキルにおける「リーダーシップ」に関する複数の先行研究から、病院でチーム医療をするときに有用性がある3項目11設問を選定した(Table 5.2)。

有用性があるかどうかは、事前のフィールドワークでの医療従事者へのインタビューを参考にした。さらに、本研究独自の設問も盛り込んだ。

- ・自律…3項目
- ・コミットメント…7項目
- ・フォロワーシップ…2項目

Table 5.1 チームワークスキルのコミュニケーションに関する設問

確認ポイント	設問
信頼関係の醸成	Q9 困難な状況のとき、お互いを支えあっている。[13] [18]
信頼関係の醸成	Q10 メンバー同士が安心して話せる。[13] [18]
信頼関係の醸成	Q13 病棟スタッフに受け入れられている。
信頼関係の醸成	Q15 院内でチームの活動を伝える工夫をしている。
信頼関係の醸成	Q28 日頃、雑談や挨拶を大事にしている。[18]
信頼関係の醸成	Q30 アサーティブに話すスキルを身につけている。
信頼関係の醸成	Q35 医師の権威や上下関係を強く感じている（反転）。
信頼関係の醸成	Q37 チームリーダーを信頼している。[13]
信頼関係の醸成	Q43 言動を振り返る習慣がある。
情報共有の徹底	Q4 メンバーの情報共有ができていないか、ときどき、確認・再検討している。 [13] [18]
情報共有の徹底	Q29 患者が大切にしていたことを、チームメンバー全員に伝えている。
情報共有の徹底	Q45 情報が意図通りに伝わったか、確認している。[19]
コンフリクト対策	Q19 異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある。 [13] [19]
コンフリクト対策	Q34 コンフリクトは前向きに調整しようと思っている。 [13] [19]

Table5.2 チームワークスキルのリーダーシップに関する設問

確認ポイント	設問
自律	Q8 特定の人のがんばりに頼っている (反転)。
自律	Q31 指示待ちでなく、自分には何ができるか考えている。
自律	Q36 自分の専門性を活かした意見を述べている。
コミットメント	Q7 メンバーのモチベーションの差が大きい (反転)。
コミットメント	Q11 メンバー全員がチーム活動に貢献している [19]
コミットメント	Q17 カンファレンスは形式的な業務報告会になることが多い (反転)。
コミットメント	Q32 業務時間が足りないと思っている (反転)。
コミットメント	Q42 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じる。
コミットメント	Q47 職員の人数が少ないとは感じている (反転)。
フォロワーシップ	Q16 チームで決定したことについては、メンバー全員が前向きに取り組んでいる。[19]
フォロワーシップ	Q41 チーム医療について、もっと学びたい

(3) マネジメント

チームワークスキルにおける「マネジメント」に関する複数の先行研究から、病院でチーム医療をするときに有用性がある7項目17の設問を選定した。有用性があるかどうかは、事前のフィールドワークでの医療従事者へのインタビューを参考にした。さらに、本研究独自の設問も盛り込んだ(Table 5.3)。

- ・ チーム方針・方向性の徹底…2項目
- ・ 権限委譲…2項目
- ・ リスク対策・管理…2項目
- ・ 役割の明確化…2項目
- ・ ステークホルダーマネジメント…3項目
- ・ ナレッジマネジメント…4項目
- ・ 経営管理…2項目

Table 5.3 チームワークスキルのマネジメントに関する設問

確認ポイント	設問
チーム方針・方向性の徹底	Q1 日頃から、チームの方針や大切にすべきことを、よく話し合っている。[19]
チーム方針・方向性の徹底	Q14 チームの方針や考え方を柔軟に見直している。[19]
権限委譲	Q12 医師が多職種に相談する場面がよくある。
権限委譲	Q44 権限委譲されていると感じる。
リスク対策・管理	Q18 ヒヤリハット情報を共有している。
リスク対策・管理	Q27 職員の疑問や問題提起に対応している。
役割の明確化	Q2 メンバーが提案した意見をカンファレンスで検討している。[19]
役割の明確化	Q3 メンバーの専門性やスキルについて、全員がよく理解している。[19]
ステークホルダーマネジメント	Q5 チームとチーム、あるいは、病棟・病院をつなぐリンク役がいる。
ステークホルダーマネジメント	Q22 患者・家族を含めてカンファレンスをしている。
ステークホルダーマネジメント	Q33 多職種連携は難しいと思っている。
ナレッジマネジメント	Q23 チーム医療に力を入れている。
ナレッジマネジメント	Q25 先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。
ナレッジマネジメント	Q40 研修は十分実施されている。
ナレッジマネジメント	Q50 病院外部から積極的に情報を得ている。[13]
経営管理	Q48 病院は経営や効率性について強く意識するように言ってくる。
経営管理	Q49 病院の経営は順調である。

5.2.3.2. 目的変数の設問

本調査の目的変数（従属変数）は、仮説モデルの「チームはうまくいっているか」、および、「病院の診療レベルの向上」「患者・家族の満足度」「職員満足度」である。いずれの質問も、回答者の主観的評価を問うものである。Table5.4～7は、これらの目的変数と、それぞれの説明変数の関係を整理したものである。

Table 5.4 目的変数「チームがうまくいっているか」と説明変数の関係

目的変数	説明変数
Q6 チームがうまくいっているか	Q28 日頃、雑談や挨拶を大事にしている。
	Q30 アサーティブに話すスキルを身につけている。
	Q31 指示待ちでなく、自分には何ができるか考えている。
	Q33 多職種連携は難しいと思っている。
	Q34 コンフリクトは前向きに調整しようと思っている。
	Q35 医師の権威や上下関係を強く感じている（反転）。
	Q37 チームリーダーを信頼している。
	Q40 研修は十分実施されている。
	Q41 チーム医療について、もっと学びたい。
	Q43 言動を振り返る習慣がある。
	Q45 情報が意図通りに伝わったか、確認している。
	Q50 病院外部から積極的に情報を得ている。

Table 5.5 目的変数「診療レベルの向上」と説明変数の関係

目的変数	説明変数
Q. 20 診療レベルの向上	Q1 日頃からチームの方針や大切にしていることを、よく話し合っている。
	Q3 メンバーの専門性やスキルについて全員がよく理解している。
	Q4 メンバーの情報共有ができていないか確認・再検討している。
	Q5 チームと病棟、チームと病院をつなぐ、リンク役がいる。
	Q6 チームはうまくいっていない (反転)。
	Q7 メンバーのモチベーションの差が大きい (反転)。
	Q11 メンバー全員がチーム活動に貢献している。
	Q12 医師が多職種に相談する場面がよくある。
	Q13 病棟スタッフに受け入れられている。
	Q14 チームの方針や考え方を柔軟に見直している。
	Q15 院内でチームの活動を伝える工夫をしている。
	Q16 メンバー全員が前向きに取り組んでいる。
	Q17 カンファレンスは形式的な業務報告会になることが多い (反転)。
	Q18 ヒヤリハット情報を共有している。
	Q19 異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある。
	Q23 チーム医療に力を入れている。
	Q25 先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。
	Q36 自分の専門性を活かした意見を述べている。

Table 5.6 目的変数「患者家族の満足度向上」と説明変数の関係

目的変数	説明変数
患者・家族の満足度向上	Q22 患者・家族を含めてカンファレンスをしている。
	Q29 患者の情報や価値観をメンバー全員に伝えている。

Table 5.7 目的変数「職員満足度の向上」と説明変数の関係

目的変数	説明変数
職員満足度の向上	Q2 メンバーが提案した意見をカンファレンスで検討している。
	Q7 メンバーのモチベーションの差が大きい（反転）。
	Q8 特定の人のがんばりに頼っている（反転）。
	Q9 困難な状況のとき、お互いを支えあっている。
	Q10 メンバー同士が安心して話せる。
	Q11 メンバー全員がチーム活動に貢献している。
	Q24 チームは病院から評価されている。
	Q27 職員の疑問や問題提起に対応している。
	Q34 コンフリクトには前向きに調整しようとしている。
	Q32 業務時間が足りないとは思っている（反転）。
	Q41 チーム医療について、もっと学びたい。
	Q42 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じる。
	Q44 権限委譲されていると感じる。

6. アンケート調査結果

6.1. アンケート回収結果

全国 1667 病院へアンケート調査票を発送し、回答病院数は 223 病院（13.4%）。栄養サポートチームメンバーの回答者数は 1431 人だった。全国の病院（岩手県と島根県を除く）から返送が届いた。Table 6.1～2 は病院データやチーム体制について、回答数を単純集計したものである。

* ケアミックス病院については、急性期病棟の実績数字を書き込んでもらった。

（厚生労働省に問い合わせたところ、一般病院の実績数字とケアミックス病院の急性期病棟の実績数字は同じように扱ってよいとのことだった）。

Table 6.1 アンケート集計結果（1）

病床数	一般病院					ケアミックス病院				データなし	全体平均値
	50床以上 99床以下	100床以上 199床以下	200床以上 299床以下	300床以上 399床以下	400床以上	100床以上 199床以下	200床以上 299床以下	300床以上 399床以下	400床以上		
回答病院数	5	24	27	44	92	9	8	7	7	4	223
一般＋ケアミックス病院数	14	32	35	51	96						13.3%
DPC病院数における 病床別回答率	5.7%	7.6%	11.1%	18.8%	23%						
病院経営データ											
病棟稼働率 (%)	2011年	76.80%	86.8%	82.7%	83.2%	86.0%	86.5%	86.7%	82.9%	86.2%	84.6%
	2015年	74%	84.0%	81.6%	79.5%	86.0%	83.9%	81.2%	80.6%	86.1%	83.2%
平均在院日数 (日)	2011年	18.65	15.21	14.46	14.4	14	13.94	16.36	15.1	13.87	14.37日
	2015年	13.95	14.52	13.27	13.57	13	14.04	16.14	13.74	14.48	13.45日
1人当たりの 患者単価(円)	2011年	45398	46948	47627	50394	58682	36884	40449	43624	51520	51873円
	2015年	53824	50914	53962	56684	64850	44907	44258	48595	53243	57437円
人件費率(%)	2011年	47	56	52	52	50	55	54	58	56	52%
	2015年	50	58	54	54	50	56	58	59	57	53%
救急車応需率 (%)	2011年	67.6	66.3	81	82.7	84.3	82.3	94.9	68	90.7	80.90%
	2015年	56.8	76.4	84.6	83.6	89.6	77.7	81.9	72.8	92.6	84.20%
在宅復帰率 (%)	2011年		86.4	86.2	90.2	92.1	91.2	75.9	72.7		88.20%
	2015年	88.5	90.7	90.5	92.3	92.1	88.8	88.6	89.6	95	91.50%
離職率(%)	2011年	20	9.8	13.2	9.6	10	9.3	10.42	12.6	8	10.60%
	2015年	16.7	9.2	11.8	9.5	9.9	6.9	11.2	13.4	6.6	10.20%
病院：チーム医療の体制											
①医療安全対策チーム	2	17	21	32	65	7	5	4	5	158	70.80%
②感染対策チーム	3	20	23	41	81	9	6	7	7	197	88.30%
③緩和ケアチーム	0	12	17	39	81	2	2	6	7	166	74.40%
④呼吸サポートチーム	0	4	7	15	46	0	2	1	4	79	35.40%
⑤褥瘡対策チーム	3	20	24	42	78	8	7	7	6	195	87.40%
⑥摂食・嚥下障害チーム	1	7	12	21	38	2	1	4	3	89	40%
⑦リハビリテーションチーム	1	6	8	6	9	1	4	2	3	40	18%
⑧救急医療チーム	0	4	6	3	16	1	2	2	1	35	16%
⑨糖尿病治療チーム	1	12	9	21	30	3	3	4	3	86	38.60%
⑩がん治療チーム	1	3	7	8	17	0	1	1	1	39	17.50%
⑪心臓血管外科チーム	0	1	0	1	8	0	0	0	1	11	0.05%
⑫脳卒中チーム	0	4	3	1	14	0	2	0	1	25	11.20%
チーム数	3.75	5.95	6.46	6.24	6.56	4.1	5.7	6.7	6.9		6.2
電子カルテ導入有無										186	83.40%
医科歯科連携	3	17	22	33	71	5	4	6	6	167	74.90%

Table 6.2 アンケート集計結果 (2)

NSTチーム												
構成職種	①医師	4	22	24	43	83	9	7	7	7	206	100%
	②看護師	4	22	24	43	82	9	7	7	7	205	92%
	③薬剤師	2	22	24	43	81	9	7	6	7	201	91.10%
	④管理栄養士	4	22	24	43	83	9	7	7	7	206	100%
	⑤理学療法士	1	7	13	17	37	2	2	4	3	86	38.60%
	⑥作業療法士	2	4	8	6	16	2	1	3	1	43	19.20%
	⑦言語聴覚士	1	16	19	36	56	8	5	6	4	151	67.70%
	⑧歯科衛生士	2	7	6	9	30	1	1	1	1	58	26%
	⑨医療ソーシャル ワーカー	0	3	1	4	6	1	1	0	0	16	7.10%
	⑩介護士	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	1.30%
	⑪臨床工学技士	0	0	0	2	3	0	0	1	0	6	2.60%
	⑫臨床検査技師	0	1	1	0	8	0	0	0	1	11	4.90%
	⑬事務職	0	4	3	1	13	0	2	0	1	24	10.70%
構成人数		5.5	7	7.2	7.2	7.3	6.7	6.7	7	6.7		5.75
リーダー職種	①医師	4	13	15	34	68	6	7	5	6	158	70.80%
	②看護師	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.40%
	③薬剤師	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	0.01%
	④管理栄養士	0	9	8	9	12	3	0	1	1	43	19.20%
リーダー歴		3.25	3.69	4.6	5	5.2	6	5.86	4.64	4.71	205	4.9年
患者数		6	38	42.9	45.4	45.3	11.6	44.8	14	124	177	45.37人
発足の理由	①診療報酬加算	1	10	14	24	38	4	4	5	5	105	47%
	②診療の安全性向上	2	6	8	13	50	3	2	2	4	90	40.30%
	③診察結果向上	2	15	17	33	63	5	6	4	6	151	67.70%
	④仕事の効率性重視	0	2	8	8	15	2	3	1	1	40	17.90%
	⑤患者満足度の向上	3	8	17	14	40	7	5	5	3	102	45.70%
	⑥スタッフの技能や 専門性の向上	0	9	16	24	40	3	7	4	3	106	47.50%
活動回数	月当たり	2.5	4.05	6.5	4.8	6.05	3.5	3.3	3.7	6.6		5.76回
カンファレンスの回数	月当たり	1.8	3.67	4.23	4.09	4.26	1.78	2	3.43	6		3.95回
加算取得有無		2	9	13	24	46	7	3	5	6	116	52%

病棟配置												
①医師	4	15	17	33	68	7	6	5	5	160	71.70%	
②看護師	3	22	24	39	79	8	7	7	7	196	87.90%	
③薬剤師	3	16	20	33	71	8	4	4	5	164	73.50%	
④管理栄養士	2	5	14	18	33	5	2	3	4	86	38.60%	
⑤理学療法士	2	6	15	12	21	8	5	3	3	75	33.60%	
⑥作業療法士	2	5	8	7	13	7	4	3	3	52	23.30%	
⑦言語聴覚士	1	5	8	9	17	7	3	3	2	55	24.60%	
⑧歯科衛生士	1	1	3	4	10	1	2	1	1	24	10.80%	
⑨医療ソーシャルワーカー	1	6	13	14	18	8	4	4	3	71	31.80%	
⑩介護士	2	2	3	2	4	6	3	4	3	29	13%	
⑪臨床工学技士	1	2	7	3	10	2	2	3	1	31	13.90%	
⑫臨床検査技師	1	3	6	4	10	5	2	1	1	33	14.80%	
臨床工学技士 配置	①透析室	2	13	14	27	63	3	5	4	6	137	61.40%
	②心臓カテーテル	0	8	10	13	50	0	3	1	3	88	39.50%
	③手術室	1	11	10	15	50	0	3	4	4	105	47%
	④集中治療室	0	2	5	8	49	0	1	2	2	69	30.90%
	⑤医療機器管理室	1	17	20	31	70	2	4	5	3	153	68.60%
救命救急センターMSW配置の有無		0	1	1	4	16	0	0	0	0	22	9.80%
院内教育												
チームワークスキルも含めて実施		0	7	11	13	28	4	3	4	1	71	31.80%
チーム医療のみ実施		3	7	7	22	42	2	4	2	3	92	41.30%
チーム医療の教育なし		1	7	5	5	11	2	0	1	3	35	15.70%

6.2. 基本統計量による正規分布確認

全設問に対して基本統計量を確認した。その結果はTable 6.3の通りである。

Table 6.3 基本統計量一覧

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	歪度		尖度	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	標準誤差	統計量	標準誤差
質問1	1423	1	4	2.77	.823	-.278	.065	-.427	.130
質問2	1419	1	4	3.36	.712	-.982	.065	.787	.130
質問3	1420	1	4	2.91	.774	-.338	.065	-.265	.130
質問4	1416	1	4	2.87	.692	-.373	.065	.269	.130
質問5	1417	1	4	2.99	.864	-.518	.065	-.431	.130
質問6	1423	1	4	1.85	.813	.601	.065	-.420	.130
質問7	1424	1	4	2.59	.859	-.246	.065	-.564	.130
質問8	1426	1	4	2.78	.809	-.433	.065	-.165	.130
質問9	1383	1	4	3.00	.669	-.441	.066	.559	.131
質問10	1386	1	4	3.31	.666	-.619	.066	.092	.131
質問11	1387	1	4	2.75	.831	-.097	.066	-.665	.131
質問12	1384	1	4	3.13	.749	-.602	.066	.120	.131
質問13	1378	1	4	3.06	.714	-.443	.066	.092	.132
質問14	1380	1	4	3.29	.654	-.559	.066	.090	.132
質問15	1361	1	4	2.94	.785	-.342	.066	-.360	.133
質問16	1381	1	4	3.01	.681	-.397	.066	.316	.132
質問17	1381	1	4	2.20	.800	.221	.066	-.452	.132
質問18	1376	1	4	2.23	.887	.257	.066	-.686	.132
質問19	1384	1	4	3.00	.725	-.587	.066	.529	.131
質問20	1367	1	4	2.83	.674	-.401	.066	.392	.132
質問21	1363	1	4	2.87	.611	-.368	.066	.682	.132
質問22	1360	1	4	1.65	.831	1.021	.066	.019	.133
質問23	1385	1	4	3.19	.686	-.528	.066	.201	.131
質問24	1367	1	4	2.83	.744	-.250	.066	-.200	.132
質問25	1375	1	4	2.71	.796	-.126	.066	-.461	.132
質問26	1362	1	4	2.46	.722	-.097	.066	-.298	.133
質問27	1370	1	4	2.57	.711	-.195	.066	-.183	.132
質問28	1390	1	4	3.44	.591	-.597	.066	-.114	.131
質問29	1371	1	4	2.65	.833	-.306	.066	-.421	.132
質問30	1421	1	4	2.77	.598	-.241	.065	.193	.130
質問31	1424	1	4	2.92	.691	-.204	.065	-.153	.130
質問32	1428	1	4	3.00	.830	-.345	.065	-.724	.129
質問33	1425	1	4	2.26	.777	.135	.065	-.422	.130
質問34	1420	1	4	3.06	.570	-.245	.065	1.042	.130
質問35	1428	1	4	2.68	.782	-.066	.065	-.457	.129
質問36	1425	1	4	3.01	.696	-.428	.065	.288	.130
質問37	1406	1	4	3.45	.632	-.970	.065	1.041	.130
質問38	1422	1	4	3.09	.728	-.463	.065	-.040	.130
質問39	1424	1	4	3.38	.611	-.524	.065	-.126	.130
質問40	1423	1	4	2.41	.739	.158	.065	-.249	.130
質問41	1425	1	4	3.22	.665	-.500	.065	.147	.130
質問42	1419	1	4	2.56	.710	-.217	.065	-.182	.130
質問43	1422	1	4	3.01	.642	-.232	.065	.141	.130
質問44	1415	1	4	2.54	.824	-.057	.065	-.529	.130
質問45	1421	1	4	2.71	.651	-.239	.065	.057	.130
質問46	1419	1	4	2.51	.764	.027	.065	-.367	.130
質問47	1421	1	4	2.97	.852	-.321	.065	-.789	.130
質問48	1422	1	4	2.71	.828	-.122	.065	-.574	.130
質問49	1413	1	4	2.32	.779	.001	.065	-.511	.130
質問50	1425	1	4	2.86	.725	-.214	.065	-.218	.130

6.3. 因子分析

仮説検証の準備として、因子分析を実施した (Table 6.4) 。因子分析では、回答者の属性、および、目的変数を除くすべての説明変数 42 問を用いた。分析方法は最尤法で、回転はプロマックス回転をかけた。1 回目は 9 因子が抽出された。因子負荷量の絶対値が 0.3 未満だった設問を除外し、2 回目以降は因子を 1 つずつ減らす形で 9 回繰り返した。最終的には 29 設問が残り、4 因子構造が妥当であると考えた (抽出後の負荷量平方和 : 38.786)

Table 6.4 因子分析の最終結果

パターン行列 ^a	因子			
	1	2	3	4
Q.10 チーム チームメンバー同士が安心して話せる。	.769	-.002	-.152	.043
Q.2 チーム チームメンバーが提案した意見をカンファレンス (多職種が集まる会合・会議のすべて) で検討している。	.708	-.034	-.095	-.075
Q.14 チーム 患者の病態や希望が変わったとき、チームの方針や考え方を柔軟に見直している。	.669	.049	.021	-.137
Q.9 チーム チームメンバーが困難な状況に置かれたとき、お互いを支えあっている。	.640	-.018	.036	.064
Q.4 チーム チームメンバー間の情報共有がうまくできているか、ときどき、確認、および、再検討している。	.620	-.026	-.034	.110
Q.1 チーム チームメンバー同士が「チームの方針や考え方」「チームとして大切にしていること」を日頃からよく話し合っている。	.586	-.024	.021	.061
Q.3 チーム チームメンバーの職種の専門性やスキルについて、全員がよく理解している。	.566	.052	-.069	.150
Q.12 チーム 医師が他職種に相談する場面がよくある。* 医師の方は、あなたは他職種に相談することがよくある。	.507	.071	.097	-.084
Q.16 チーム 決まったことはメンバー全員が 前向きに取り組んでいる。	.483	-.026	.034	.273
Q.15 チーム 院内でチームの存在や活動を伝えるための工夫をしている。	.455	.032	.238	-.159
Q.5 チーム 自分たちのチームと他のチーム、あるいは、自分たちのチームと病院をつなぐ役割の人 (リンク役) がいる。	.439	-.075	.145	-.144
Q.19 チーム 異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある。	.432	.168	.026	-.041
Q.13 チーム 活動は、病棟スタッフに受け入れられている。	.422	-.097	.296	-.030
Q.11 チーム チームメンバー全員がチーム活動に貢献している。	.416	.074	-.044	.406
Q.31 あなた チームの活動中、指示待ちの受け身でなく、「自分には何が出来るか」を考えている。	-.056	.766	-.036	.011
Q.36 あなた 患者やその検査データについて、自分の職種の専門性を活かした意見を述べている。	.073	.663	-.054	-.068
Q.42 あなた 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じている。	.110	.549	.064	-.036
Q.29 あなた 患者が入院前の生活 (食事・住まい・衣服・習慣・仕事・家族・友達・趣味・入浴・洗濯など) で大切にしていたことを聞き取り、チームメンバー全員に伝えている*	-.112	.520	.023	.081
Q.34 あなた チームメンバー間で意見のコンフリクト (対立・不一致) が起こったとき、前向きに調整しようとしている。	.077	.520	-.037	-.020
Q.45 あなた チームメンバーに情報や連絡を伝えたとき、あなたの意図通りに相手が受け取ったか確認している。	-.011	.485	.021	.017
Q.30 あなた アサーティブ (相手を尊重し、誠実に、率直に平等に) に話すスキルを身につけている。	-.075	.479	.106	.054
Q.44 あなた 医師から「権限 (業務上の決定権) を委譲されている」と感じている。* 医師の方は「メンバーに権限を委譲している」と思っている。	.084	.446	.066	-.067
Q.43 あなた 自分の仕事での言動を振り返る習慣がある。	-.028	.405	-.018	.028
Q.24 チーム 病院から評価されている。	.172	-.108	.704	.008
Q.23 病院 チーム医療に力を入れている。	.014	.018	.673	.006
Q.25 病院 先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。	-.107	.124	.637	.091
Q.27 病院 職員の疑問や問題提起に対応している。	-.055	.054	.546	.076
Q.7 チーム チームメンバーのモチベーションの差が大きい (反転)。	.008	-.054	.075	.767
Q.8 チーム 特定の人のがんばりに頼っている (反転)。	-.071	.042	.043	.689

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

a. 7 回の反復で回転が収束しました。

前述の結果、第1因子と第4因子にはすべて「チームの状況」に関する質問、第2因子にはすべて「チームメンバーの意識やふるまい」に関する質問、第3因子にはすべて「病院のサポート体制」に関する質問が集約された。

そこで、4因子にはTable 6.5のようなグループ名を付けた。

Table 6.5 4因子のグループ名と構成設問数

	因子名	構成設問数
第1因子	チーム ：基盤はコミュニケーションによる信頼関係の醸成	14
第2因子	チームメンバー ： 求められることは専門性に基づくリーダーシップ	9
第3因子	病院の運営 ：職員の活動に対する積極的な関与	4
第4因子	チーム運営 ：特定の人のがんばりに頼らない、メンバー全員のコミットメント	2

4因子の信頼性統計量は、Cronbach アルファで、第1因子 0.883、第2因子 0.788、第3因子 0.766、第4因子 0.714 だった。

因子分析の過程で除外した設問は Table 6.6 の通りである。

Table 6.6 因子分析の過程で除外した設問一覧

	中項目	設問
Q. 17	チーム	カンファレンスは、形式的な業務報告会となることが多い（反転）。
Q. 18	チーム	職種に限らず、ヒヤリハット情報をメンバー間で共有している。
Q. 22	チーム	患者・家族を含めてカンファレンスをしている。
Q. 28	メンバー	日頃、挨拶や同僚との雑談を大事にしている。
Q. 32	メンバー	日頃、業務の時間が足りないと思っている。
Q. 33	メンバー	様々な職種間の連携（多職種連携）は難しいと思っている。
Q. 35	メンバー	医師の権威や、それに基づく人間関係・地位の上下関係を強く感じている（反転）。
Q. 40	病院	医療に関する研修は十分実施されていると思う。
Q. 41	メンバー	チーム医療について、もっと学びたいと思っている。
Q. 47	メンバー	病院全体のスタッフの人数が少ないと感じている。
Q. 48	メンバー	あなたに利益や経営の効率性を強く意識するよう言うてくる。
Q. 49	病院	経営は順調である。
Q. 50	メンバー	病院の外部からの情報を積極的に取り入れている。

また、Q7 「あなたはチームリーダーを信頼している」の質問については、回答者がリーダーの場合の回答例を明示していなかったため、回答者が回答をどのような考え方で選択したか不明となり、本研究のすべての解析から外した。

6.4. 因子分析で抽出した4因子の相関分析

4 因子で Pearson の相関係数を確認したところ、Table 6.7 に示す通り、第1因子「チームの基盤は話し合いによる信頼関係の醸成」は第2因子「チームメンバーに求められることは専門性に基づくリーダーシップ」、第3因子「病院の職員の活動に対する積極的な関与」、第4因子「チーム運営は特定の人のがんばりに頼らない全員のコミットメント」と、それぞれ正の相関が認められた。特に、第1因子と第3因子の相関が強かった (p 値<0.001)。

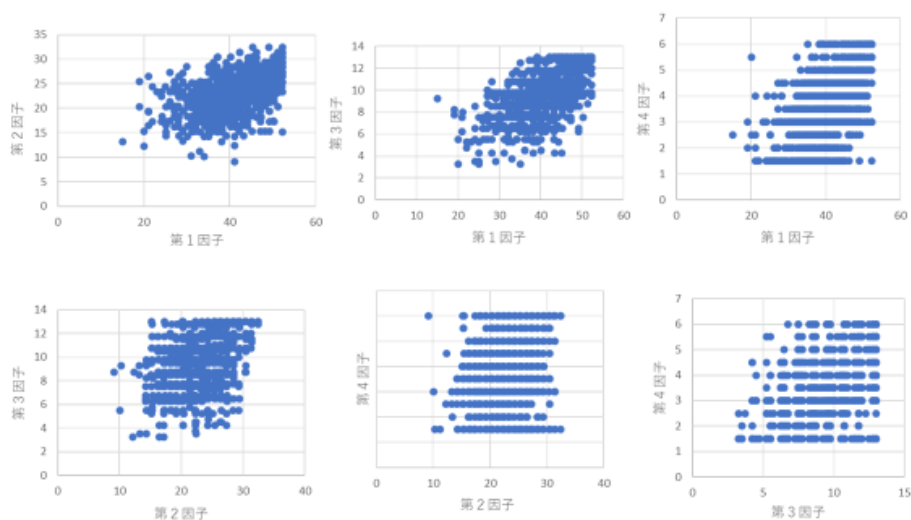
Table 6.7 相関分析の相関係数一覧

		相関			
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子	Pearson の相関係数	1	.438***	.577***	.460***
	有意確率 (両側)		.000	.000	.000
	度数	1305	1271	1275	1304
第2因子	Pearson の相関係数	.438***	1	.335***	.133***
	有意確率 (両側)	.000		.000	.000
	度数	1271	1340	1314	1337
第3因子	Pearson の相関係数	.577***	.335***	1	.344***
	有意確率 (両側)	.000	.000		.000
	度数	1275	1314	1350	1349
第4因子	Pearson の相関係数	.460***	.133***	.344***	1
	有意確率 (両側)	.000	.000	.000	
	度数	1304	1337	1349	1423

***. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

相関関係を散布図で視覚的に表した(Figure 6.1)。

第2因子 (チームメンバーに求められることは専門性に基づくリーダーシップ) と、第4因子 (チーム運営は特定の人のがんばりに頼らない、メンバー全員のコミットメント) がほとんど相関していない理由は、この2つの設問が相反しているからである。



相関関係を散布図で示してみると、第1因子は、
第2因子・第3因子・第4因子と相関していることが視覚的に明らかになる。

Figure 6.1 相関係数の散布図

6.5. 重回帰分析による仮説の検証

(1) チームの成否

仮説 1 は、チーム医療の「チームがうまくいっている」とき、特に「コミュニケーションによる信頼関係の醸成」と「特定の人のがんばりに頼らない、メンバー全員のコミットメント」は相関する、である。そこで、チームメンバーが「チームワークはうまくいっている（設問では反転項目）」と主観的にとらえた回答と、属性、および 4 因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.8 に示すように第 1 因子<第 4 因子で、仮説が支持される知見が得られた。職種と病院の運営も影響していた。(p < 0.001)

- ・ 第 4 因子…チーム運営：特定の人のがんばりに頼らない、メンバー全員のコミットメント
- ・ 第 1 因子…チーム：基盤は話し合いによる信頼関係の醸成

Table 6.8 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.651 ^a	.423	.412

係数aG2:N20						
モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	-.108	.256		-.422	.673
	職種	.017	.006	.075	2.760	.006**
	リーダー	.101	.128	.053	.787	.432
	医師	.193	.133	.097	1.450	.147
	リーダー	.091	.042	.054	2.158	.031*
	管理栄養士	.004	.002	.047	1.644	.100
	性別	-.007	.006	-.033	-1.174	.241
	チーム所属	-.139	.067	-.068	-2.067	.039*
	歴	-.116	.060	-.059	-1.938	.053
	職種経験	-.059	.060	-.025	-.981	.327
	年数	.021	.039	.013	.538	.591
	上司・病院	.032	.041	.020	.791	.429
	の指示で	.050	.005	.363	10.747	.000***
	チーム所属	-.010	.007	-.045	-1.515	.130
	自発的に	.036	.013	.085	2.786	.005**
	チーム所属	.252	.021	.348	12.300	.000***
	資格を取得					
	したから					
	チーム所属					
	残業時間の					
	有無					
	残業代の					
	有無					
	第 1 因子					
	第 2 因子					
	第 3 因子					
	第 4 因子					

(2) 病院の診療レベルの向上

チームメンバーが「チームの活動によって、病院の診療レベルが上がっている」と主観的にとらえた回答と、属性および 4 因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.9 に示すように第 1 因子<第 3 因子だった。(p < 0.001)

第 3 因子：職員の活動に対する病院の積極的な関与

第 1 因子：チームの基盤は話し合いによる信頼関係の醸成

Table 6.9 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.635 ^a	.403	.391

モデル		係数 ^a				有意確率
		非標準化係数		標準化係数	t 値	
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	.633	.214		2.964	.003
	職種	.004	.005	.020	.723	.470
	リーダー 医師	-.205	.109	-.131	-1.884	.060
	リーダー 管理栄養士	-.218	.113	-.134	-1.940	.053
	性別	-.095	.035	-.070	-2.717	.007**
	チーム所属 歴	-.001	.002	-.010	-.344	.731
	職種経験 年数	-.003	.005	-.016	-.568	.570
	上司・病院 の指示で チーム所属	-.116	.056	-.070	-2.073	.038*
	自発的に チーム所属	-.026	.050	-.016	-.525	.600
	資格を取得 したから チーム所属	-.120	.050	-.063	-2.406	.016*
	残業時間の 有無	-.007	.032	-.005	-.211	.833
	残業代の 有無	-.020	.034	-.015	-.594	.552
	第 1 因子	.039	.004	.352	10.228	.000***
	第 2 因子	-.001	.006	-.003	-.088	.930
	第 3 因子	.122	.011	.349	11.257	.000***
	第 4 因子	.004	.017	.006	.223	.823

a. 従属変数 Q.20 チーム 活動によって病院の診療レベルが上がっている。

●「チームはうまくいっている（設問は反転項目）」と主観的に回答したチームメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした (Table 6.10)。

Table 6.10 「チームはうまくいっている」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
13	(定数)	.057	.138		.414	.679
	Q.7 チーム チームメンバーのモチベーションの差が大きい (反転)。	.243	.026	.254	9.402	.000 ***
	Q.10 チーム チームメンバー同士が安心して話せる。	.211	.033	.171	6.386	.000 ***
	Q.24 チーム 病院から評価されている。	.139	.030	.127	4.660	.000 ***
	Q.5 チーム 自分たちのチームと他のチーム、あるいは、自分たちのチームと病院をつなぐ役割の人 (リンク役) がいる。	.096	.022	.102	4.429	.000 ***
	Q.17 チーム カンファレンスは、形式的な業務報告会となることが多い (反転)。	.090	.024	.088	3.817	.000 ***
	Q.13 チーム 活動は、病棟スタッフに受け入れられている。	.096	.030	.084	3.174	.002 **
	Q.8 チーム 特定の人のがんばりに頼っている (反転)。	.110	.026	.109	4.222	.000 ***
	Q.31 あなた チームの活動中、指示待ちの受け身でなく、「自分には何ができるか」を考えている。	-.145	.028	-.123	-5.222	.000 ***
	Q.1 チーム メンバー同士が「チームの方針や考え方」「チームとして大切にしていること」を日頃からよく話し合っている。	.078	.025	.079	3.160	.002 **
	Q.14 チーム 患者の病態や希望が変わったとき、チームの方針や考え方を柔軟に見直している。	.079	.033	.064	2.364	.018
	Q.27 病院 職員の疑問や問題提起に対応している。	-.066	.027	-.058	-2.420	.016
	Q.30 あなた アサーティブ (相手を尊重し、誠実に、率直に対等に) に話すスキルを身につけている。	.074	.032	.055	2.334	.020

●「チーム活動によって病院の診療レベルは上がっている」と主観的に回答したメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした (Table 6.11)。

Table 6.11 「チーム活動によって病院の診療レベルは上がっている」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
10	(定数)	.316	.098		3.242	.001
	Q.24 チーム 病院から評価されている。	.275	.026	.304	10.762	.000 ***
	Q.19 チーム 異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある。	.135	.023	.145	5.875	.000 ***
	Q.15 チーム 院内でチームの存在や活動を伝えるための工夫をしている。	.079	.022	.093	3.623	.000 ***
	Q.16 チーム 決まったことはメンバー全員が 前向きに取り組んでいる。	.086	.025	.087	3.412	.001 **
	Q.13 チーム 活動は、病棟スタッフに受け入れられている。	.088	.025	.093	3.598	.000 ***
	Q.25 病院 先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。	.081	.021	.097	3.840	.000 ***
	Q.42 あなた 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じている。	.084	.023	.088	3.654	.000 ***
	Q.29 あなた 患者が入院前の生活 (食事・住まい・衣服・習慣・仕事・家族・友達・趣味・入浴・洗髪など) で大切にしていたことを聞き取り、チームメンバー全員に伝えている*	-.057	.019	-.071	-3.069	.002 **
	Q.12 チーム 医師が他職種に相談する場面がよくある。* 医師の方は、あなたは他職種に相談することがよくある。	.051	.022	.057	2.287	.022
	Q.1 チーム メンバー同士が「チームの方針や考え方」「チームとして大切にしていること」を日頃からよく話し合っている。	.044	.020	.054	2.163	.031

a. 従属変数 Q.20 チーム 活動によって病院の診療レベルが上がっている。

(3) 患者・家族の満足度

チームメンバーが「チームの活動によって、患者・家族の満足度は高くなっている」と主観的にとらえた回答と、属性および4因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.12 に示すように、第2因子<第3因子<第1因子、および、職種の違いが影響をもたらしていた。(p<0.001)

第1因子：チームの基盤は話し合いによる信頼関係の醸成

第3因子：職員の活動に対する病院の積極的な関与

第2因子：チームメンバーに求められることは専門性に基づくリーダーシップ

Table 6.12 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.582 ^a	.339	.326

モデル		係数 ^a				
		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	.387	.204		1.895	.058
	職種	.018	.005	.110	3.749	.000***
	リーダー 医師	-.016	.104	-.011	-.152	.880
	リーダー 管理栄養士	-.068	.108	-.046	-.628	.530
	性別	-.054	.033	-.043	-1.602	.110
	チーム所属 歴	.000	.002	.002	.080	.936
	職種経験 年数	-.004	.005	-.022	-.728	.467
	上司・病院 の指示で チーム所属 自発的に チーム所属 資格を取得 したから	-.031	.048	-.021	-.653	.514
	チーム所属 残業時間の 有無	-.015	.048	-.009	-.307	.759
	残業代の 有無	.012	.031	.011	.402	.688
	第1因子	-.026	.033	-.022	-.794	.428
	第2因子	.035	.004	.340	9.398	.000***
	第3因子	.020	.005	.115	3.627	.000***
	第4因子	.078	.010	.248	7.579	.000***
	第4因子	-.004	.016	-.007	-.218	.828

a. 従属変数 Q21. チーム 活動によって患者・家族の満足度は高くなっていると思う。

(4) 職員満足度

チームメンバーが「あなたの病院の職員満足度は高いほうである」と主観的にとらえた回答と、属性および4因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.13 に示すように第4因子<第3因子だった。(p<0.001)

第3因子：病院の職員の活動に対する積極的な関与

第4因子：特定の人のがんばりに頼らない、メンバー全員のコミットメント

Table 6.13 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.550 ^a	.302	.288

モデル		係数 ^a				
		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	.324	.255		1.272	.204
	職種	-.002	.006	-.011	-.361	.719
	リーダー 医師	-.049	.130	-.028	-.376	.707
	リーダー 管理栄養士	-.094	.134	-.052	-.699	.485
	性別	.049	.042	.033	1.174	.241
	チーム所属 歴	-.001	.002	-.013	-.431	.666
	職種経験 年数	-.001	.006	-.007	-.241	.810
	上司・病院 の指示で チーム所属 自発的に チーム所属 資格を取得 したから	-.043	.067	-.023	-.644	.520
	チーム所属 残業時間の 有無	.069	.059	.039	1.171	.242
	チーム所属 残業代の 有無	.070	.060	.033	1.171	.242
	第1因子	.023	.039	.016	.591	.554
	第2因子	-.023	.041	-.016	-.557	.578
	第3因子	.000	.005	.001	.038	.970
	第2因子	.003	.007	.016	.501	.616
	第3因子	.189	.013	.490	14.578	.000 ***
	第4因子	.076	.020	.116	3.728	.000 ***

a. 従属変数 Q.26 病院 職員満足度は高いほうである。

●「チーム活動によって患者・家族の満足度は上がっている」と主観的に回答したチームメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした (Table 6.14)。

Table 6.14 「チーム活動によって患者・家族の満足度は上がっている」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

係数 ^a						
モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
9	(定数)	.553	.103		5.349	.000
	Q.24 チーム 病院から評価されている。	.228	.024	.277	9.427	.000***
	Q.14 チーム 患者の病態や希望が変わったとき、チームの方針や考え方を柔軟に見直している。	.128	.026	.138	4.919	.000***
	Q.19 チーム 異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある。	.085	.022	.100	3.865	.000***
	Q.15 チーム 院内でチームの存在や活動を伝えるための工夫をしている。	.074	.021	.096	3.535	.000***
	Q.42 あなた 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じている。	.053	.022	.061	2.400	.017
	Q.25 病院 先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。	.054	.020	.071	2.680	.007
	Q.13 チーム 活動は、病棟スタッフに受け入れられている。	.071	.024	.082	2.921	.004
	Q.34 あなた メンバー間で意見のコンフリクト（対立・不一致）が起こったとき、前向きに調整しようとしている。	.056	.027	.052	2.099	.036
	Q.1 チーム メンバー同士が「チームの方針や考え方」「チームとして大切にしていること」を日頃からよく話し合っている。	.038	.019	.051	1.963	.050

●チームメンバーが「あなたの病院の職員満足度は高いほうである」と主観的に回答したチームメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした (Table 6.15)。

Table 6.15 「あなたの病院の職員満足度は高いほうである」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

係数 ^a						
モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
4	(定数)	.264	.074		3.562	.000
	Q.27 病院 職員の疑問や問題提起に対応している。	.549	.024	.537	22.479	.000***
	Q.24 チーム 病院から評価されている。	.127	.025	.129	5.155	.000***
	Q.25 病院 先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。	.111	.022	.122	4.986	.000***
	Q.7 チーム チームメンバーのモチベーションの差が大きい（反転）。	.052	.019	.061	2.733	.006**

(5) チーム活動へのやりがい

チームメンバーが「チーム活動にやりがいを感じている」と主観的にとらえた回答と、属性および4因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.16 に示すように、第1因子<第2因子、および、「自発的にチームに所属した」が影響をもたらしていた。
($p < 0.001$)

第2因子：チームメンバーに求められる専門性に基づくリーダーシップ

第1因子：チームの基盤はコミュニケーションによる信頼関係の醸成

Table 6.16 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.586 ^a	.344	.331

モデル		係数 ^a				有意確率
		非標準化係数		標準化係数	t 値	
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	-.183	.239		-.768	.442
	職種	-.005	.006	-.027	-.912	.362
	リーダー	-.099	.120	-.059	-.827	.408
	医師	-.083	.124	-.048	-.671	.502
	リーダー 管理栄養士	.100	.039	.069	2.557	.011*
	チーム所属 歴	-.004	.002	-.055	-1.823	.069
	職種経験 年数	.005	.006	.027	.913	.361
	上司・病院 の指示で チーム所属	.053	.063	.030	.845	.398
	自発的に チーム所属	.256	.056	.150	4.613	.000***
	資格を取得 したから チーム所属	-.014	.056	-.007	-.259	.796
	残業時間の 有無	-.005	.036	-.003	-.127	.899
	残業代の 有無	-.013	.038	-.009	-.348	.728
	第1因子	.035	.004	.295	8.210	.000***
	第2因子	.063	.006	.306	9.708	.000***
	第3因子	.015	.012	.039	1.202	.230
	第4因子	.054	.019	.085	2.815	.005**

a. 従属変数 Q.38 あなた チーム活動にやりがいを感じている。

(6) チーム活動での相乗効果

チームメンバーが「チーム医療によるメンバー間の相乗効果を感じている」と主観的にとらえた回答と、属性および4因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.17に示すように、第2因子<第1因子、および、性別が影響をもたらしていた。

($p < 0.001$)

第1因子：チームの基盤はコミュニケーションによる信頼関係の醸成

第2因子：チームメンバーに求められる専門性に基づくリーダーシップ

Table 6.17 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.515 ^a	.266	.251

モデル		係数 ^a				
		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	1.011	.214		4.732	.000
	職種	-.007	.005	-.041	-1.331	.183
	リーダー 医師	-.042	.107	-.029	-.389	.697
	リーダー 管理栄養士	-.030	.111	-.020	-.271	.787
	性別	.102	.035	.083	2.904	.004**
	チーム所属 歴	.000	.002	.005	.143	.886
	職種経験 年数	.007	.005	.042	1.344	.179
	上司・病院 の指示で チーム所属	.062	.056	.041	1.109	.268
	自発的に チーム所属	.090	.050	.062	1.807	.071
	資格を取得 したから チーム所属	-.042	.050	-.024	-.841	.401
	残業時間の 有無	-.033	.033	-.029	-1.024	.306
	残業代の 有無	-.046	.034	-.038	-1.332	.183
	第1因子	.040	.004	.395	10.390	.000***
	第2因子	.029	.006	.166	4.983	.000***
	第3因子	.009	.011	.030	.868	.386
	第4因子	-.030	.017	-.055	-1.737	.083

a. 従属変数 Q.39. あなたは、「チーム医療によるメンバー間の相乗効果（一人で業務を
したいと考えたりするより有意義であること）」を感じている

(7) リスクマネジメント

チームメンバーが「病院内でおかしいと思ったことがあったとき、声をあげることができる」と主観的にとらえた回答と、属性および4因子で重回帰分析を実施したところ、Table 6.18 に示すように、第2因子、および、性別やチームにどのくらい所属しているかが影響をもたらしていた。(p < 0.001)

第2因子：チームメンバーに求められる専門性に基づくリーダーシップ

Table 6.18 重回帰分析の結果

R	R2 乗	調整済み R2 乗
.489 ^a	.239	.224

モデル		係数 ^a				
		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
B	標準誤差	ベータ				
1	(定数)	.542	.278		1.951	.051
	職種	-.016	.007	-.074	-2.359	.019 *
	リーダー	-.111	.142	-.061	-.785	.433
	リーダー 管理栄養士	-.105	.146	-.056	-.721	.471
	性別	-.178	.046	-.113	-3.909	.000 ***
	チーム所属 歴	.010	.003	.120	3.682	.000 ***
	職種経験 年数	-.007	.007	-.031	-.977	.329
	上司・病院 の指示で チーム所属	.015	.073	.008	.202	.840
	自発的に チーム所属	.108	.065	.059	1.675	.094
	資格を取得 したから チーム所属	-.086	.065	-.040	-1.332	.183
	残業時間の 有無	.017	.042	.011	.402	.688
	残業代の 有無	.034	.044	.022	.769	.442
	第1因子	.007	.005	.052	1.356	.175
	第2因子	.077	.007	.350	10.315	.000 ***
	第3因子	.017	.014	.043	1.239	.216
	第4因子	.001	.022	.001	.028	.977

a. 従属変数 Q.46. あなたは、病院内でおかしいと思ったことがあったとき、声をあげることができません

● チームメンバーが「チーム活動にやりがいを感じている」と主観的にとらえたチームメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした(Table 6.19)。

Table 6.19 「チーム活動にやりがいを感じている」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

係数 ^a						
モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
10	(定数)	-.339	.127		-2.676	.008
	Q.42 あなた 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じている。	.180	.026	.176	6.880	.000***
	Q.31 あなた チームの活動中、指示待ちの受け身でなく、「自分には何ができるか」を考えている。	.176	.028	.169	6.300	.000***
	Q.1 チーム メンバー同士が「チームの方針や考え方」「チームとして大切にしていること」を日頃からよく話し合っている。	.075	.023	.085	3.266	.001**
	Q.11 チーム メンバー全員がチーム活動に貢献している。	.075	.024	.086	3.198	.001**
	Q.17 チーム カンファレンスは、形式的な業務報告会となることが多い(反転)。	.063	.021	.070	2.979	.003**
	Q.2 チーム チームメンバーが提案した意見をカンファレンス(多職種が集まる会合・会議のすべて)で検討し	.075	.027	.073	2.818	.005**
	Q.29 あなた 患者が入院前の生活(食事・住まい・衣服・習慣・仕事・家族・友達・趣味・入浴・洗髪など)で大切にしていたことを聞き取り、チームメンバー全員	.049	.020	.057	2.408	.016*
	Q.8 チーム 特定の人のがんばりに頼っている(反転)。	.052	.022	.058	2.369	.018*
	Q.34 あなた メンバー間で意見のコンフリクト(対立・不一致)が起こったとき、前向きに調整しようとし	.073	.031	.058	2.352	.019*

● チームメンバーが「チーム医療によるメンバー間の相乗効果を感じている」と主観的にとらえたチームメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした(Table 6.20)。

Table 6.20 「チーム活動にやりがいを感じている」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

係数 ^a						
モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
12	(定数)	.549	.123		4.462	.000
	Q.19 チーム 異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある。	.084	.022	.099	3.767	.000***
	Q.2 チーム チームメンバーが提案した意見をカンファレンス(多職種が集まる会合・会議のすべて)で検討して	.087	.023	.101	3.725	.000***
	Q.42 あなた 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じている。	.050	.024	.058	2.103	.036*
	Q.43 あなた 自分の仕事での言動を振り返る習慣がある。	.088	.023	.093	3.774	.000***
	Q.10 チーム チームメンバー同士が安心して話せる。	.097	.027	.106	3.538	.000***
	Q.23 病院 チーム医療に力を入れている。	.084	.023	.096	3.725	.000***
	Q.44 あなた 医師から「権限(業務上の決定権)を委譲されている」と感じている。*医師の方は「メンバーに権限を委譲している」と思っている。	.053	.019	.072	2.738	.006**
	Q.34 あなた メンバー間で意見のコンフリクト(対立・不一致)が起こったとき、前向きに調整しようとし	.061	.028	.057	2.208	.027*
	Q.17 チーム カンファレンスは、形式的な業務報告会となることが多い(反転)。	.054	.019	.071	2.788	.005**
	Q.7 チーム チームメンバーのモチベーションの差が大きい(反転)。	-.048	.018	-.068	-2.638	.008**
	Q.14 チーム 患者の病態や希望が変わったとき、チームの方針や考え方を柔軟に見直している。	.054	.026	.059	2.043	.041*

● チームメンバーが「病院内でおかしいと思ったことがあったとき、声をあげることができる」と主観的にとらえたチームメンバーのふるまいを重回帰分析のステップワイズ法で明らかにした (Table 6.21)。

Table 6.21 「病院内でおかしいと思ったことがあったとき、声をあげることができる」と主観的にとらえるチームメンバーのふるまい

係数 ^a		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率
		B	標準誤差	ベータ		
モデル	(定数)	.238	.151		1.577	.115
10	Q.45 あなた チームメンバーに情報や連絡を伝えたとき、あなたの意図通りに相手が受け取ったか確認しています。	.208	.033	.178	6.223	.000***
	Q.34 あなた メンバー間で意見のコンフリクト（対立・不一致）が起こったとき、前向きに調整しようとしています。	.233	.039	.173	6.021	.000***
	Q.42 あなた 自分の仕事をチームメンバーに評価されていると感じている。	.087	.034	.080	2.572	.010*
	Q.27 病院 職員の疑問や問題提起に対応している。	.101	.029	.094	3.451	.001**
	Q.44 あなた 医師から「権限（業務上の決定権）を委譲されている」と感じている。* 医師の方は「メンバーに権限を委譲している」と思っている。	.085	.027	.092	3.190	.001**
	Q.4 チーム チームメンバー間の情報共有がうまくできているか、ときどき、確認、および、再検討しています。	.112	.033	.101	3.406	.001**
	Q.31 あなた チームの活動中、指示待ちの受け身でなく、「自分には何ができるか」を考えている。	.109	.034	.098	3.146	.002**
	Q.3 チーム メンバーの職種の専門性やスキルについて、全員がよく理解している。	-.092	.030	-.094	-3.065	.002**
	Q.43 あなた 自分の仕事での言動を振り返る習慣がある。	-.084	.033	-.070	-2.568	.010*
	Q.11 チーム メンバー全員がチーム活動に貢献している。	.061	.028	.066	2.213	.027*

7. インタビュー調査

7.1. インタビュー目的

研究では、一連の流れにおいて課題を正しく把握し、その課題に対して適切な方法で研究方法を選択し、研究結果に妥当性があるかどうかを確認しなければならない。

本研究においても、全国の病院で実施されているチーム医療について、チームがうまく機能しない理由の一つは「チームワークスキル」に関することだったか、現状を把握するためにはアンケート調査が適切だったか、調査対象者の選定は正しかったか、設問内容と回答から導出された結果に対して、医療現場の視点で妥当性があるかを確認する必要があると考えた。

7.2. インタビュー方法

研究の一連の流れに対する Verification、および、現場の視点からの validation の両方を確認するため、有識者の選定には、普段から研究指導をされていて統計分析に精通していること、および、医療現場でチーム医療を統括している立場であることを条件とした。

インタビュー方法は1対1の個別インタビューを設定した。以下の3人の有識者に依頼し、快諾を頂き実施した。

- 医師：山形大学大学院医学研究科准教授、山形大学医学部附属病院勤務（病院教授）
森兼啓太氏
- 管理栄養士：同志社女子大学生生活科学部教授、日本栄養士会会長 小松龍史氏
- 診療放射線技師：高崎健康福祉大学大学院健康福祉学部医療情報学科准教授
児玉直樹氏

小松氏には、アンケートの対象となった栄養サポートチームの調査内容・回答・分析結果について意見をお聞きした。

森兼氏は病院の医師の立場で感染対策チームのチーム医療を統括指揮するとともに、全国の病院や関連学会・教育セミナーでチーム医療に関する講演をされている。このため、統計分析結果は栄養サポートチーム以外のチーム医療に対しても普遍性があるかお聞きした。

児玉氏には、本研究全般に関するご指導ご助言を頂いた。

7.3. インタビュー内容の設計

インタビューでは次の4点について意見をお聞きする形を設定した。

1. 仮説、および、仮説検証モデルは正しいか。
3. 仮説検証方法として、アンケート調査を実施したが、調査対象の選定、および、回答回収方法、統計解析の方法は正しいか。
4. 統計解析の結果に妥当性は見出されるか。

7.4. インタビュー結果

●森兼氏からはインタビューのため、約50分間の時間を頂いた。当日は、森兼氏に研究概要と結果を詳細に伝えたところ、以下のコメントを頂いた。

1. 仮説、仮説検証モデル、および、検証方法について、現場からの視点として、この方向で正しいと考える。
2. 相関分析の解釈が間違っていたことで指摘を受け、散布図を描くように指導された。
3. 非常に興味深い研究といえる。統計解析の結果も、現場のチームメンバーが考えていたことをデータで可視化してことに意味があり、妥当性もある。特に、「チームがうまくいっている」と主観的にとらえているチームの状況の抽出は初めて見た。「特定の人ががんばりすぎず、チームメンバー全員にコミットしてもらうことが重要」などは、現場の人のふるまいに参考になりますね。そのうえで、どのようにコミットしてもらうかは別のテーマになる。今後のさらなるデータ解析に期待する。

●小松氏からはインタビューのため、約60分間の時間を頂いた。

1. 仮説・仮説検証モデルとも、確かに同意します。組織の特性が可視化されるモデルだが、因果関係を出すことは難しい。相互の関連性の検討ですね。
2. 統計解析では、職種ごとの特性が出るような方法を取ってほしい。
3. アンケートの設計段階で、現場の状況をよくとらえている。チームメンバーのモチベーションが偏るのは、診療報酬の要件でチームメンバー1人の専従スタッフがいること（厚労省の定義では「就業時間の少なくとも8割以上、当該業務に従事していること」とされていることが関係あるだろう。だが、現在の要件では、人件費を捻出することが難しい病院もある。

●児玉氏からは、約 90 分間のインタビュー時間を頂いた。

1. 研究全体に同意する。いまは専門分野のスペシャリストが集まらなると言われていて、プロフェッショナルな医療従事者は「医療の専門性」と「他職種」との協働で必要なチームワークスキルを持ち合わせている。医療は患者さんの病気を治すことだけではない。治療後、患者さんを社会に復帰させ、職場復帰させるまでの一連の流れが必要。医師一人では医療はできない。

・自治体でも病院でも、一生懸命課題に取り組んでいる人がいなくなると、チームやプロジェクトは機能不全を起こす。それは、課題の問題意識を共有していないから。チーム全体を見られる人が必要ではないか。

2. 因子分析の累積寄与率が 50%に満たない点を指摘された。その後、共線性の診断を経て該当設問を取り除く形で因子分析をしたが、累積寄与率は 38.786 にしかならなかった。本研究の限界といえる。

3. 研究の妥当性はある。チームがうまくいっているから、病院組織に影響があるかはニワトリと卵の面があり、相互の関係だろう。実績数値への影響も病院機能や病院規模によっても異なるのでは。また、国公立の病院はベテランの人件費が高く、若い人は年功序列に押されて辞めていくこともある。民間のほうが年齢に関係なく昇進する可能性がある。「人件費率が高い病院は、チーム医療がうまくいっていないのだろうか？」の問題提起もあった。

8. 考察

(1) チーム医療の成否とは

本研究では、チーム医療におけるチームワークについて、チームメンバーは「チームはうまくいっている」をどのようにイメージしているか、統計分析でその傾向をとらえた。だが、この分析結果と真の「チーム医療の成否」は、また別の内容になる。

3.1 で記したように、チーム医療の成功は「診療レベルの向上」であり、「患者・家族の満足度の向上」に寄与することであるからだ。

厚労省は、職能団体や有識者を集めた「チーム医療推進会議」の検討会でチーム医療の評価についても試案を出した(Figure 8.1)。

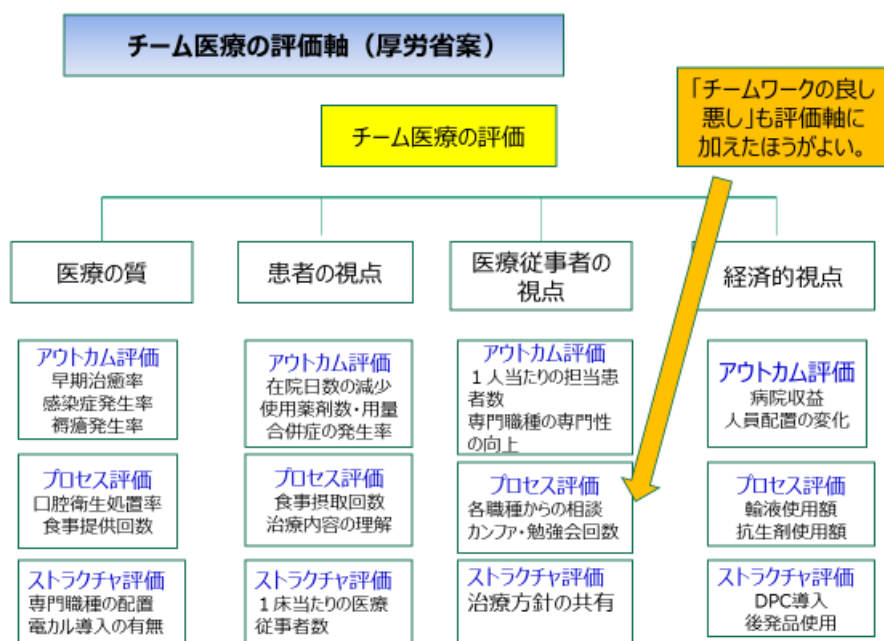


Figure 8.1 チーム医療の評価軸について厚労省案

チーム医療の成否には、患者がどのように参加できるかにも関わりが深い。本研究では触れることができなかったが、必要があれば、患者がカンファレンスに参加できる事例も増えるといいと考えている。アンケート調査の結果からは、すでに退院支援以外の場面でも、患者がカンファレンスに参加しているという病院もあった。そして、チーム医療の評価は、ぜひ患者が病院選びに用いることができるものであってほしい。

兵庫医療大学リハビリテーション学部の日高正巳教授（理学療法士）は、一般的な Figure 1.1 の図のように、患者・家族が中央にいて、周囲を医療従事者が囲んでいる説明図ではなく、Figure 8.2 のように、患者の課題を中心に置き、患者・家族も医療従事者とともに課題と向き合うモデルを提案している [20]

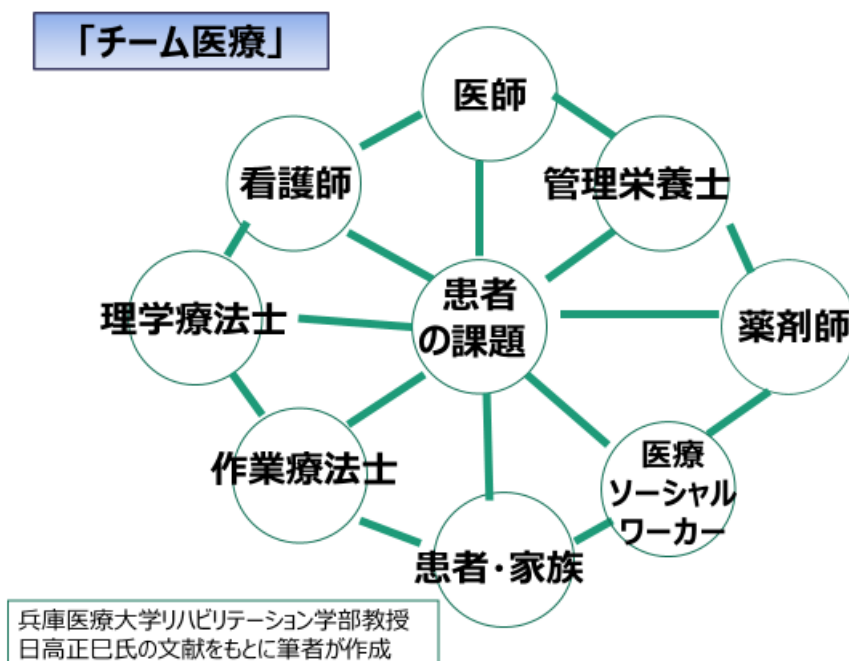


Figure 8.2 今後期待するチーム医療の形

(2) チーム医療の組織への影響

本研究では、チームメンバーが主観的に「チームはうまくいっている」と考えるチームは、病院にどのような影響をもたらしているかを検討した。だが、統計分析結果からは、チーム活動が病院組織に影響をもたらしていると同時に、病院の姿勢もチーム活動に大きな影響を与えていることが示唆された。

(3) 本研究の限界

本研究の社会調査では、できる限り、ポジティブバイアスを小さくするための工夫をした。調査回答用紙に「チームはうまくいっていない」と声をあげられるよう反転質問で挿入したほか、チームメンバーが回答用紙を提出するとき、個人情報保護で

きるよう、個別封筒を同封した。だが、それでも、設問によっては回答が正規分布にならず偏りが見られた。これは、「チーム医療」のテーマの調査に回答する病院はチーム医療に力を入れている可能性があることを示している。

(4) 病院機能評価機構との違い

公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する「病院機能評価」でもチーム医療の実施状況は評価されている。

「病院機能評価」とは、病院を4領域で評価していくしくみで、病院勤務経験のある第三者が評価する（4領域の詳細はTable 8.1を参照）。

Table 8.1 「病院機能評価」評価対象領域

第1領域	患者中心の医療の推進
第2領域	良質な医療の実践1（診療やケアが確実で安全に実施されているか）
第3領域	良質な医療の実践2（診療やケアが確実で安全に実施されているか、各部門を評価）
第4領域	理念達成に向けた組織運営

チーム医療は第2領域に入っているが、全体をよく見ると4領域すべてにまたがっている。たとえば、「患者・部位・検体などの誤認防止対策を導入し、実践している」「情報伝達エラー防止対策を実施している」などがある。

評価受審時は、それらの項目について必要なストラクチャー（体制や規定の整備）とプロセス（組織的活動の過程）を段階的に評価する。前述の誤認防止対策については、病院内で対策についてどのような議論があり、どんな対策を立てていて、どのような方法で実践し、結果的に事故の発生数はどうだったかを詳しく聞くという。

本研究との違いは、病院機能評価は病院の組織運営における守るべき具体的なルールであり、本研究はそのとき役立つスキルを熟知し、実践できているかを問うている。

(5) チーム医療による病院経営への影響

病院経営には様々な変数があり、チーム医療を実践することによる加算算定だけで収入に結びつくわけではない。だが、たとえば栄養サポートチームに関する文献からは経営上のコストが下がる可能性があることは、すでに明らかになっている。

本研究では、やや大規模なアンケート調査を実施したため、データで傾向を示してみたいと考えた。今後は、どのような工夫をすれば、チーム医療による成果が病院経営や運営の数字をも変えることができるか、検討してみたいと考えている。

9. 結論

本研究の仮説を検証した統計解析の結果をまとめる。

(1)「チームはうまくいっている」と主観的にとらえているチームメンバーのチームでは「コミュニケーションによる信頼関係の醸成」と「特定の人のがんばりに頼らないメンバー全員のコミットメント」が影響していた。このため、仮説を支持する知見が得られた。

(2)多変量解析の結果、チームメンバーが「チームはうまくいっている」と主観的にとらえている場合、チームメンバーの主観的な「診療レベルが向上している」「患者・家族の満足度は上がっている」他の回答には影響を与えていた。

だが、病院経営の実績数値との関連では影響がなかった。このため、仮説の一部を支持する知見が得られた。

謝辞

本研究を進めるにあたり、すべての謝辞に先立ち、全国の病院で大変忙しいなか、アンケート調査に丁寧に回答して下さった医療従事者のみなさま、および、本調査のとりまとめをして下さった担当者の方々に、心から御礼申しあげます。

修士課程の2年間にわたって、ご指導を頂いた主査の当麻哲哉教授に心から感謝の意を表します。副査の中野冠教授にも研究で重要視すべき視点とその心得をご助言頂きました。谷口尚子准教授には研究における統計解析に関する多くのご指導を賜りました。審査会審査委員の神武直彦准教授には研究における検証と評価についてご指導を頂きました。

さらに、前野隆司教授には研究開始当初、多視点やメタ視点で研究を検討する必要性をご指導頂き、研究内容を深めることができました。

高野研一教授には社会調査を始める前に必要な知識等をご指導頂きました。

西村秀和教授からはソフトウェア業界から始まり世界標準となったコンテキスト図やユースケース図の書き方を、何度もご指導頂き、本論文に掲載することができました。

五百木誠准教授には仮説構築の流れについて、示唆に富むご意見を頂きました。

小木哲朗教授、白坂成功准教授からは、中間発表時の講評で視野の広がりをご指導頂きました。

谷口智彦教授、春山真一郎教授からは、SDMでの日頃の生活や先生方の言動を通して洞察力や視野の広がりをご指導頂きました。

このほか、研究室秘書の天津志麻さん、研究室博士課程の米田巖根さん、瀧塚博志さん、PM横断ラボ参加者のみなさん、ウエルネス研究会の参加者みなさん、アンケート発送準備を快くお手伝いして下さったSDM同期の方々、このようなみなさまのご指導ご鞭撻のもと、1本の論文として形となりましたこと、深謝いたします。

●本研究は、平成28年度慶應義塾大学クラスター研究推進プロジェクトプログラム「安全を実現するための技術・社会システム統合安全デザイン方法論の確立とその適用」の研究助成を受けて行ったものである

参考文献

- [1] 厚生労働省：チーム医療の推進に関する検討会報告書,2010
- [2] 厚生労働省：厚生労働白書,2015
- [3] 福原麻希『チーム医療を成功させる 10 カ条 現場に学ぶチームメンバーの心得』
中山書店、2013
- [4] 厚生労働省：がん対策推進基本計画中間報告書,2015
- [5] 細田満和子：『「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）,2003・2012
- [6] 三沢良ほか：看護師チームのチームワーク測定尺度の作成:24, 3, 219-232
- [7] 厚生労働省：チーム医療の推進のための基本的な考え方と基本的事例集,2011
- [8] 野渡正博:産業界におけるグループダイナミクス：チームワーク要因の確認とその検証 グループ作業に関する一連の研究を総括して,
- [9] 縄田健悟、山口裕幸他：企業組織において高業績を導くチーム・プロセスへの解明,心理学研究,85,6,2015,
- [10] 篠田知璋：チーム医療の必要性看護学雑誌:,48,3,1984
- [11] 山本智子：チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究—岡山県下の病院を対象とした調査から,川崎医療福祉学会誌,23,2,255-267,2014
- [12] 大西麻未：看護チームにおける革新的風土の測定尺度,日本看護評価学会誌,3,1,1-9
- [13] 東瀬朗：協働型組織文化形成を目的とした包括的グループダイナミクストレーニング手法の開発,慶應義塾大学大学院
- [14] 山口裕幸, チームコンピテンシーと個人のチームワーク能力, 教育テスト研究センター第1回研究会報告書
- [15] 富田健司, チーム医療のマネジメント 静岡県静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例として, 医療と社会, 18, 3, 2008
- [16] ドラッカー：マネジメント 基本と原則 エssenシャル版、ダイヤモンド社
- [17] プロジェクトマネジメント知識体系ガイド（PIMBOK ガイド）第5版
- [18] M.West, 下山晴彦、高橋美保:『チームワークの心理学（Effective teamwork,）』
- [19] Salas : Eduardo Salas, Dana E. Sims, C.Shawn Bueke, 'Is there a "Big Five" in Teamwork?
- [20] 両角昌実、坂本昇:第5章チームでかかわる, 嶋田智明監、日高正巳編, 地域理学療法にこだわる, 東京: 文光堂, 2010, 38-49

- ・丸山常彦ほか：日本外科学会雑誌, 113,564,2011
- ・池田浩:プロジェクトチームを対象としたチームとメンバーの適応に関する縦断的研究,福岡大学研究部論集,2014
- ・種田憲一郎他：安全文化を測る 患者安全文化尺度日本語版の作成医療の質・安全学会誌, 医療の質・安全学会誌, 4, 1,10-24, 2009
- ・小味慶子他：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,日本看護師管理学会誌,14,2,15-21,2010
- ・瀬戸加奈子他：日本の急性期病院での医療安全文化の検討,日本医療マネジメント学会, 11,4,223-230,2011
- ・大野勝利,組織成員の環境認識と高業績行動, 経営行動科学,19,2,109-120,2006
- ・保井俊之他,DSM と CMMI を用いた地域活動のつながり可視化・構造化モデルの提案
- ・佐々木美奈子他：インシデントから学ぶ組織学習を支える態度・行動測定尺度の開発,日本看護師管理学会誌,15,1,2011
- ・小味慶子他: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, 医学教育,42,1,9-17,2011
- ・縄田健悟他：職務志向性に基づくチーム構成とチーム・パフォーマンスの関連性：最大値・最小値分析による,検討産業・組織心理学研究,29,29-43,2015
- ・江口圭一他：看護師の職務満足測定尺度の開発に向けた予備的研究立教 DBA ジャーナル第 3 号
- ・池田浩：チームメンタルモデルおよびチーム・パフォーマンスを規定する要因に関する検討,福岡大学人文論叢,44,2,293-309,2012
- ・水野基樹他：チーム医療の実現に向けたチームビルディングの導入とその効果の検討：看護業務における協同作業認識変容の視点から,順天堂大学医療看護学部医療看護研究,11,2,8-14,2015
- ・高山奈美他：看護活動におけるチームワークとその関連要因の構造,国立看護大学校研究紀要,8,1,1-9,2009
- ・成瀬昂, Relational coordination 尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討,日本公衆衛生学会誌,61,9,565-573,2014
- ・小野道照他：経営シミュレーションにおけるチームワークと業績チーム・マネジメントにおけるグループ・ダイナミクス研究(1),日本経営工学会論文誌,53.1, 62-70,2001

付録1 ●アンケートで依頼した病院における実績数値の求め方：

厚生労働省医政局調査「病院経営管理指標」および、「雇用動向調査」の用語説明に基づき「用語の説明」に則った記載をお願いした。

***病床数**：本調査では統計分析上、厚生労働省が発表する「病院経営管理指標」の用語説明に基づき「一般病院」「ケアミックス病院」「療養型病院」「精神科病院」の4種類の分類を用いる。

***病棟稼働率**：病床利用率 $\text{在院患者延数} \times 100 \div \text{病床数} \times 365$ (%)

***平均在院日数**：平均在院日数 $\text{在院患者延数} \div 1/2 \times (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})$ (日)

***患者1人あたりの診療単価(1人あたり診療費)**：患者の人数 \div 診療費総額

***人件費率**：給与費(役員報酬・通勤・各種手当・法定福利費・退職金を含む) \div 医業収益 $\times 100$ (%)

***救急応需率**：救急車受入回数 \div 救急車要請数 $\times 100$ (%) 月ごと

***在宅復帰率**：復帰率の計算は、下記のように考え、「(1) \div (2)」で算出する。

(1) 直近6ヵ月において、当該病棟から退院した患者数のうち、上記の「自宅等に退院する者」の数(入院期間が通算される再入院患者、同一保険医療機関の他病棟への転棟、死亡退院を除く)

(2) 直近6ヵ月に退院した患者数(入院期間が通算される再入院患者、同一保険医療機関の他病棟への転棟、死亡退院を除く)

「在宅」には、①自宅に退院する②地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハ病棟入院料、療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る)に転院した患者③在宅機能強化型の介護老人保健施設に入所した患者も含む。

***離職率**：常用労働者数に対する離職者の割合で、次式により算出する。

$$\text{入(離)職率} = \text{入(離)職数} \div \text{1月1日現在の常用労働者数} \times 100\%$$

(離職者：常用労働者のうち、調査対象期間中に事業所を退職したり、解雇されたりした者。他企業への出向者・出向復帰者を含み、同一企業内の他事業所への転出者を除く)

急性期病院における「チーム医療」に関するアンケート調査

ご協力をお願い

慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科（慶應SDM）当麻研究室は、現在、「急性期病院におけるチーム医療」の研究に取り組んでいます。今回、DPCを導入する全国1667病院に対して、チーム医療に従事されている皆様へのアンケート調査を企画致しました。ご多用中、大変恐縮でございますが、下記の内容をご一読の上、アンケート調査にご協力頂けますようお願い申し上げます。

- 本調査の実施内容については、慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科倫理委員会の承認を得ています。
- 回答は、窓口担当者以外は匿名です。本調査への参加は、ご自由に決めて頂くことができます。なお、調査終了後、全体の集計結果のみ、調査にご協力くださった病院のご担当者宛に送らせて頂きます。
- 本調査で得られたデータは回答者および病院を匿名として統計処理し、学会、および雑誌等の発表に使用させていただきます。その際、取り扱いには十分注意致します。
- アンケート回収期間は10月12日（水）～11月7日（月）です。

■本調査では、1病院につき、次の4点を送らせて頂いています。

- (1) アンケート調査のお願い（本用紙 A4 裏表1枚）
- (2) 調査にご協力くださる病院へのアンケート用紙（1病院につき、A4のアンケート用紙 片面1枚）
【ご回答をお願いしたい方…事務などのご担当者】
- (3) 調査にご協力くださるチームへのアンケート用紙
（1チームにつき、A4のアンケート用紙 片面1枚、1病院につき2チーム分で合計2枚）
【ご回答をお願いしたい方…①脳卒中治療チーム（病棟）②栄養サポートチーム 各チームリーダー】
- (4) 調査にご協力くださるチームの各メンバーの方へのアンケート用紙
（メンバー1名につき、A4のアンケート用紙2枚＝1枚は両面印刷、1枚は片面印刷、
1病院につき2チーム①脳卒中チーム10枚 ②栄養サポートチーム8枚、合計18枚）

【ご回答をお願いしたい方…①脳卒中治療チーム（病棟） ②栄養サポートチーム、各チームメンバー】
*コアメンバーだけでなく、チームの業務に関わるメンバー各職種1人ずつご回答をお願い致します。
*脳卒中治療では、おもに「救急治療」「集中治療」「一般病棟での治療」のステージが考えられますが、本調査では一般病棟で対応するチームのメンバーにご回答をお願い致します。

①脳卒中治療チーム（病棟）10枚10職種分

医師・医療ソーシャルワーカー・看護師・管理栄養士・義肢装具士・言語聴覚士・作業療法士・歯科医師・歯科衛生士・診療情報管理士・診療放射線技師・薬剤師・理学療法士・臨床検査技師・臨床工学技士・臨床心理士・事務（医療職種は五十音順）等。11職種以上の返送も歓迎します。

②栄養サポートチーム8職種分8枚

医師・看護師・管理栄養士・薬剤師
歯科医師・医療ソーシャルワーカー・言語聴覚士・作業療法士・理学療法士・歯科衛生士・臨床検査技師・臨床工学技士・臨床心理士・事務（医療職種は五十音順）等。9職種以上の返送も歓迎します。

- * (4) のアンケートについて、事前予備調査における回答所要時間は約15分～20分程度でした。
（裏面に続く）

(5) 封筒

①アンケート回答後、匿名性、および、回答内容の情報保護を確保するために使用して頂く封筒

(メンバー1名につき封筒1枚、1病院につき2チームで合計18枚、あるいは、②のみの場合8枚)

回答用紙は、こちらの封筒に折りたたんで入れて頂き、厳封の上、②の返信用封筒へお入れください。

②当方への返信用封筒 (1枚)

*ただし、DPC導入病院のうち、がんセンター、循環器専門病院、整形外科単科病院、小児専門病院など、脳卒中治療をしていない施設には、②栄養サポートチーム分の(3)(4)(5)を同封しています。

■アンケート用紙の回収とご返送

アンケート用紙を当方までご返送頂く際には、**本調査の窓口ご担当者を1病院につき1人特定して頂き、ご担当者の方に回答用紙のご回収、および、ご返送をお願いできましたら有り難く存じます。**

*回収させて頂くのは(5)②の封筒で、封筒の中に(2)A4・1枚(3)A4・2枚(4)A4 2枚・回答して頂いた人数分を同封して頂けますようお願い致します。

期間内に1チームのみの回答、および、チームメンバー全員が回答できなかった場合でも、どうぞご返送をお願い致します。

*回収には同封のクリアファイル、および、返信用封筒をお使いください。同封の当方への返信用封筒は郵送料が受取人払いになっていますので、**ご担当者の方はそのまま投函できます。**

■このほか、本件につきまして、ご質問等ございましたら、
慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科修士課程)
本調査担当・福原麻希まで
随時、お問い合わせを頂けますようお願い致します。

(3) 「急性期病院におけるチーム医療」調査にご協力くださる

チームリーダーの方へのアンケート用紙

■こちらはチームのリーダーの方に、ご回答をお願い致します。

1. リーダーを務めているチームの種類 (いずれかに、○を付けてください)	①脳卒中治療チーム ②栄養サポートチーム (*診療報酬加算を算定していますか。はい・いいえ)
2. チームリーダーの職種 (医師の方は診療科名もご記入ください)	()
3. あなたのチームに所属するメンバーの職種すべてに○を付けてください。(このアンケートに回答したかどうかは関係ありません)	①医師 ②看護師 ③薬剤師 ④管理栄養士 ⑤理学療法士 ⑥作業療法士 ⑦言語聴覚士 ⑧歯科衛生士 ⑨医療ソーシャルワーカー ⑩介護士 ⑪臨床工学技士 ⑫臨床検査技師 ⑬事務職 ⑭そのほか ()
4. リーダーを務めているチームで多職種が集まる活動の回数、および、カンファレンスの回数	活動：週・月 () 回 / カンファレンス：週・月 () 回 *本調査での「カンファレンス」とは、多職種が集まる会合すべてと定義します。
5. リーダーを務めているチームが関わる患者数	月 () 人程度
6. チームは発足してどのくらい経ちますか。	() ヶ月 あるいは () 年
7. チーム発足した理由について、あてはまるものすべてに○を付けてください。	①診療報酬加算のため ②診療の安全性向上のため ③診療結果の向上のため ④仕事の効率性重視のため ⑤患者満足度向上のため ⑥スタッフの技能や専門性向上のため ⑦そのほか ()
8. 病院に設置されているチームの種類すべてに○を付けてください。	①医療安全対策チーム ②栄養 ③サポートチーム ④感染対策(制御)チーム ⑤緩和ケアチーム ⑥呼吸サポートチーム ⑦褥瘡対策チーム ⑧摂食・嚥下療法チーム ⑨リハビリテーションチーム ⑩救急医療チーム ⑪糖尿病治療チーム ⑫がん治療チーム、 ⑬心臓血管外科治療チーム ⑭脳卒中治療チーム ⑮そのほか ()
9. 貴院で病棟配置されている職種すべて(リーダーを務めているチーム以外も含めて)に○を付けてください。	①医師 ②看護師 ③薬剤師 ④管理栄養士 ⑤理学療法士 ⑥作業療法士 ⑦言語聴覚士 ⑧歯科衛生士 ⑨医療ソーシャルワーカー ⑩介護士 ⑪臨床工学技士 ⑫臨床検査技師 ⑬そのほか ()
10. 貴院では、チーム医療やチームワークに関する院内教育を実施していますか。該当番号に○を付けてください。	①チームワークスキルに関する院内教育を実施している ②チーム医療の院内教育はしているが、チームワークスキルの内容に関しては実施していない。 ③チーム医療やチームワークスキルについての院内教育はしていない。
11. 電子カルテは導入されていますか	①電子カルテは導入されている ②導入されていない
12. (1) 医師間・病院間、医師と患者の間で遠隔医療を実施していますか。 (2) 上記で「はい」と回答された場合、遠隔医療を、おもに、どのような目的で用いていますか。	(1) ①はい ②いいえ (2) ①在宅医療 ②重症化予防 ③再入院抑制 ④専門的指導 ⑤施設連携 ⑥トリアージ ⑦健康な人への予防医療 ⑧そのほか () (あてはまるものすべての○を付けてください)
13. 遠隔医療の今後の活用における課題について、○を付けてください(最大3つまで選ぶことができます)	①ITシステム・技術と費用 ②診療報酬 ③個人情報管理 ④遠隔医療の経験値 ⑤患者の理解・関心 ⑥医療従事者の理解・関心 ⑦そのほか ()

(4) 調査にご協力くださるチーム各メンバーの方へのアンケート用紙

■ チームリーダー、および、チームメンバー（1職種につき1名の方）にご回答をお願い致します。

（質問用紙は2枚です。1枚目は裏表、2枚目は片面のみで、質問は50問あります）

1. 貴院名	
2. 所属されているチームの種類 （どちらかに○を付けてください）	①脳卒中チーム ②栄養サポートチーム
3. あなたの職種と経験年数をご記入ください。	() () 年
4. あなたは前述のチームに所属して、 どのくらいの期間が経ちましたか。	() ヶ月 あるいは、 () 年
5. あなたは前述のチームに、どんな理由で所属 することになりましたか。 （あてはまる番号すべてに○を付けてください）	①上司・病院の指示で ②自発的に ③資格を取得したから ④そのほか ()
6. チームでの活動によって、残業時間が増えた と思いますか。（1つに○を付けてください）	①増えた ②やや増えた ③変わらない ④やや減った ⑤減った
7. 時間外手当は出ていますか。 （どちらかに、○を付けてください）	①はい ②いいえ *はいの場合、金額はどのような基準で算出されていますか。 () *十分だと思いますか。 ①はい ②いいえ
8. あなたの性別をお聞かせください。	①男性 ②女性

■ ご所属のチームと、あなた自身のご活動やお考えについて質問をさせていただきます。以下の各項目について、
あてはまる数字1つに、それぞれ○を付けてください（質問部分の下線は回答時に注意して頂きたい言葉です）。

質問項目	回答項目			
	①当ては まらない	②やや当て はまらない	③やや当て はまる	④当てはまる
I. あなたのチームについて				
1. あなたのチームでは、メンバー同士が「チームの方針や考え方」「チームとして大切にしていること」を日頃からよく話し合っている。	1	2	3	4
2. あなたのチームでは、チームメンバーが提案した意見をカンファレンス（多職種が集まる会合・会議のすべて）で検討している。	1	2	3	4
3. あなたのチームでは、メンバーの職種の専門性やスキルについて、 <u>全員</u> がよく理解している。	1	2	3	4
*他職種の専門性やスキルを知るために何か工夫をしていますか。 どんな取り組みをしているか、および、その効果を教えてください。	()			
4. あなたのチームでは、チームメンバー間の情報共有がうまくできているか、ときどき、確認、および、再検討している。	1	2	3	4
5. あなたのチームには、自分たちのチームと他のチーム、あるいは、自分たちのチームと病院をつなぐ役割の人（リンク役）がいる。	1	2	3	4
6. あなたのチームは、いま、あまりうまくいっていない。	1	2	3	4
7. あなたのチームでは、チームメンバーのモチベーションの差が大きい。	1	2	3	4
8. あなたのチームでは、特定の人のがんばりに頼っている。	1	2	3	4

質問項目	①当てはまらない	②やや当てはまらない	③やや当てはまる	④当てはまる
9. あなたのチームでは、チームメンバーが困難な状況に置かれたとき、お互いを支えあっている。	1	2	3	4
10. あなたのチームでは、チームメンバー同士が安心して話せる。	1	2	3	4
11. あなたのチームでは、メンバー全員がチーム活動に貢献している。	1	2	3	4
12. あなたのチームでは、医師が他職種に相談する場面がよくある。 *医師の方は、あなたは他職種に相談することがよくある。	1	2	3	4
13. あなたのチームの活動は、病棟スタッフに受け入れられている。	1	2	3	4
14. あなたのチームでは、患者の病態や希望が変わったとき、チームの方針や考え方を柔軟に見直している。	1	2	3	4
15. あなたのチームは、院内でチームの存在や活動を伝えるための工夫をしている。 *そのために、どんな工夫をしているか、教えてください。	[]			
16. あなたのチームでは、チームで決まったことはメンバー全員が前向きに取り組んでいる。	1	2	3	4
17. あなたのチームのカンファレンスは、形式的な業務報告会となることが多い。	1	2	3	4
18. あなたのチームでは、職種に限らず、ヒヤリハット情報をメンバー間で共有している。	1	2	3	4
19. あなたのチームでは、異なる職種間で専門スキルを教えあうことがある	1	2	3	4
20. あなたのチームの活動によって、病院の診療レベルが上がっている。	1	2	3	4
21. あなたのチームの活動によって、患者・家族の満足度は高くなっていると思う。	1	2	3	4
22. あなたのチームでは、患者・家族を含めてカンファレンスをしている。 *どんなケースの場合でしょうか？	1	2	3	4
23. あなたの病院では、チーム医療に力を入れている。	1	2	3	4
24. あなたのチームは病院から評価されている。	1	2	3	4
25. あなたの病院では先進的な取り組みを早くから取り入れようとする。	1	2	3	4
26. あなたの病院の職員満足度は高いほうである。	1	2	3	4
27. あなたの病院では、職員の疑問や問題提起に対応している。	1	2	3	4
II. あなたのご活動やお考えについて	①そう 思わない	②あまりそ う思わない	③やや そう思う	④そう 思う
28. あなたは、日頃、挨拶や同僚との雑談を大事にしている。	1	2	3	4
29. あなたは、患者が入院前の生活（食事・住まい・衣服・習慣・仕事・家族・友達・趣味・入浴・洗髪など）で大切にしていたことを聞き取り、チームメンバー全員に伝えている*。	1	2	3	4

	①そう 思わない	②あまりそ う思わない	③やや そう思う	④そう 思う
30. あなたは、アサーティブ（相手を尊重し、誠実に、率直に 対等に）に話すスキルを身につけている。	1	2	3	4
31. あなたは、チームの活動中、指示待ちの受け身でなく、「自分には何が できるか」を考えている。	1	2	3	4
32. あなたは、日頃、業務の時間が足りないと思っている。	1	2	3	4
33. あなたは、様々な職種間の連携（多職種連携）は難しいと思っている。	1	2	3	4
34. あなたは、メンバー間で意見のコンフリクト（対立・不一致）が 起こったとき、前向きに調整しようとしている。	1	2	3	4
35. あなたは、医師の権威や、それに基づく人間関係・地位の上下関係を 強く感じている。	1	2	3	4
36. あなたは、患者やその検査データについて、自分の職種の専門性を活か した意見を述べている。	1	2	3	4
37. あなたは、チームリーダーを信頼している。	1	2	3	4
38. あなたは、チーム活動にやりがいを感じている。	1	2	3	4
39. あなたは、「チーム医療によるメンバー間の相乗効果（一人で業務をし たり考えたりするより有意義であること）」を感じている。	1	2	3	4
40. あなたは、チーム医療に関する研修は十分実施されていると思う。	1	2	3	4
41. あなたは、チーム医療について、もっと学びたいと思っている。	1	2	3	4
42. あなたは、自分の仕事をチームメンバーに評価されていると 感じている。	1	2	3	4
43. あなたは、自分の仕事での言動を振り返る習慣がある。	1	2	3	4
44. あなたは、医師から「権限（業務上の決定権）を委譲されている」と感 じている。 *医師の方は「メンバーに権限を委譲している」と思っている。	1	2	3	4
45. あなたは、チームメンバーに情報や連絡を伝えたとき、あなたの意図 通りに相手が受け取ったか確認している。	1	2	3	4
46. あなたは、病院内でおかしいと思ったことがあったとき、声をあげる ことができる。	1	2	3	4
47. あなたは、病院全体のスタッフの人数が少ないと感じている。	1	2	3	4
48. 病院は、あなたに利益や経営の効率性を強く意識するよう言うてくる。	1	2	3	4
49. 現在、あなたの病院の経営は順調である。	1	2	3	4
50. あなたは、病院の外部からの情報を積極的に取り入れている。	1	2	3	4

質問は以上です。調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

(本調査は匿名で回収します。質問用紙を折りたたんで、封筒に入れて厳封の上、回収ご担当者
にお渡しく下さい)