

チーム医療を実践している 看護師が感じる連携・協働の困難

吾 妻 知 美¹⁾・神 谷 美紀子²⁾

岡 崎 美 晴³⁾・遠 藤 圭 子⁴⁾

Difficulties Felt by Nurses Practicing Team Medical Care in Conducting Cooperative and Collaborative Work

AZUMA Tomomi¹⁾, KAMIYA Mikiko²⁾, OKAZAKI Miharuru³⁾ and ENDO Keiko⁴⁾

Abstract : The purpose of this study is to clarify matters that nurses practicing team medical care feel are difficult and examine schemes for nurses to conduct cooperative and collaborative tasks with workers in various types of occupation.

We conducted a survey of 247 nurses practicing team medicine. The survey was conducted in free writing form of what those nurses feel is difficult regarding attribution and cooperation with other types of occupations. After analyzing the contents of the surveys, we extracted 7 categories that they felt most difficult. In order, they were : “cooperating/collaborating over different occupational types,” “getting support from each organization,” “showing their abilities within the team,” “cooperating/collaborating with medical doctors,” “raising motivation within the team,” “conducting appropriate role-sharing,” and “sharing information within the team”.

To overcome these difficulties, it is necessary for nurses to both expand their expert knowledge and skills but also be flexible and develop abilities to communicate, coordinate, solve problems and improve leadership skills, plus accept of new senses of value. Furthermore, it is indicated that on top of earning cooperation and support from the organization, it is further necessary to send messages from nurses to the team members in order to gain cooperation from them.

Key Words : Team medical care, nurse, cooperative and collaborative work, difficulty, content analysis

抄録 : 本研究の目的は、チーム医療を実践している看護師が困難と感じている具体的内容を明らかにし多職種と連携・協働するための方略を考察することにある。対象者は、チーム医療を実践している看護師 247 人である。調査内容は、属性および多職種との連携において困難に感じていることの自由記述である。自由記述の内容分析の結果、【職種を越えて連携・協働する】【組織からの支援を得る】【チーム内で自分の能力を発揮する】【医師と連携・協働する】【チームのモチベーションを高める】【適切な役割分担を行う】【チームで情報を共有する】の7カテゴリーが抽出された。これらの困難を克服するためには、看護師が看護の専門的な知識と技術を深めることに加え、コミュニケーション力、調整能力、問題解決能力、さらに、リーダーシップおよび新しい価値観を受け入れていく柔軟性が必要である。そして、組織からの協力や支援も必要であるが、チームメンバーからも協力が得られるように発信していく必要があることが示唆された。

キーワード : チーム医療, 看護師, 連携・協働, 困難, 内容分析

¹⁾ 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科

²⁾ 兵庫県立総合衛生学院看護学科

³⁾ 神戸市立医療センター西市民病院

⁴⁾ 甲南女子大学看護リハビリテーション学部非常勤講師

I. はじめに

医療技術の発展に伴い、がんや生活習慣病など疾病構造が変化した現代では長期的な療養の視点に立った医療提供が欠かせない。これまでのチーム医療は、医師の指示の下でチームを組んで診療を展開してきた。しかし、軽症から重症まで様々な医療を必要とする患者に対し、それぞれのニーズに即した良質な医療サービスを提供するためには、専門職間における役割の見直しと連携の強化が不可欠である。細田は、チーム医療を可能にするためには患者を取り囲む、看護師、医師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士などそれぞれの職種が高度な専門性をもつことが必要であると述べている¹⁾。とりわけ24時間患者のそばにいる看護師は、看護の専門知識と技術を用いて、疾病や治療によってできなくなった日常生活行動や安楽を確保するための援助を行うだけではなく、チーム医療のキーパーソンとしての役割を担うことが期待されている。

看護系の雑誌においてチーム医療という用語が用いられるようになったのは1970年代後半で、複数の医療職者が関わる医療を意味していた²⁻³⁾。その後、チーム診療、チーム診察、組織医療、医療チームなどさまざまな用語が使用される段階を経て、1980年代にはチーム医療の示す用語と内容が定着した⁴⁾。チーム医療とよく似た概念に、インタープロフェッショナル・ワーク (interprofessional work: IPW) がある。IPWは「2つ以上の異なる専門職が患者・クライアントとその家族とともにチームとして、彼らのニーズやゴールに向かって協働すること」⁵⁾と定義されている。IPWの先進国である英国では、1970年代後半からその必要性が認識されるようになり、1987年には「Multiprofessional Education: MPE (多職種教育)」による教育改革の推進を目的に「Centre for the Advancement of Interprofessional Education: CAIPE」が設立され、保健医療サービス提供の仕組みの変革に拍車がかかった⁶⁾。

わが国では、看護教育は看護師が担うというように医療や介護の専門職教育は職種ごとに行われているため、IPWを実践する保健医療福祉ならび関連職種の連携教育 (interprofessional education: IPE) の考え方や教育は簡単に浸透しなかった。しかし、2004年の文部科学省の「看護教育の在り方に関する検討会報告書」、2011年の厚生労働省の「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」において基礎教育終了時の看護実践能力の到達目標の1つに「ケア環境とチーム体

制整備能力」が挙げられ、チーム医療の推進に資する人材育成が求められるようになった⁷⁾。大学教育においては、大学の独自性を出しながらIPEの基盤づくりを行うと同時に大学間のネットワークを構築した教育の試みがなされるようになったが⁸⁻⁹⁾、その試みは始まったばかりである。そして、臨床現場ではそれぞれの施設の状況に応じたチーム医療を手探りで進めているのが現状である。

わが国のチーム医療の研究を概観すると、1970年代以降、看護師による研究がほとんどであったが、1990年代後半以降、医師、薬剤師、栄養士など看護師以外の職種からも関心が向けられるようになった¹⁰⁾。これらの研究は主に事例報告であったが、近年、看護師の役割¹¹⁻¹³⁾、看護師の能力¹⁴⁻¹⁶⁾などチーム医療に関わる看護師を対象とした研究もみられるようになった。坂梨らが実施した医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ら1205人に実施したチーム医療に対する考え方の比較調査では、職位、職種により差があり、看護師は、チーム医療による仕事の増加の負担感が高くなっていた¹⁷⁾。矢澤が行った地域医療に従事する看護師のチーム医療に対する意識調査では、対象者の8割近くがチーム医療の趣旨に関しては理解しつつもその現状に満足な思いを抱いていないという結果から、チーム医療を推進する病院の姿勢と実状に乖離があることを示している¹⁸⁾。近藤は、医療と介護、福祉において価値観を重視するもの、言語がちがうことにより、意思の統一がはかれず困っている現場が多いと指摘する¹⁹⁾。このように、チーム医療に関わる看護師は、様々な困難を抱えながらもよりよい連携・協働への道を模索している状況ではないかと思われる。

チーム医療の困難の要因については、社会学者の細田が、チーム医療には専門性を備えてそれを発揮しようとする「専門性志向」、患者の声を最優先にしようとする「患者志向」、チームのメンバーとして複数の職種が位置づけられていることに関心を寄せる「職種構成志向」、複数の職種が対等の立場で協力して業務を行うことに関心を寄せる「協働志向」の4つの要素があり、これらの要素が互いに相容れない緊張関係にあったり、一つの要素を充足させようとすると、もう一つの充足ができなくなってしまうため困難が生じると述べている²⁰⁾。看護師からみたチーム医療の困難の要因としては、専門看護師の北村が急性期心臓リハビリテーション患者に行った事例を分析し、①治療やケアの臨床判断・方法の相違、②医療者の価値の相違、③行動責任のタイミングのずれから生じた不調和、の

3点を示している²¹⁾。また、緩和ケアチームに所属する看護師が感じている困難²²⁾、救急医療に関わる看護師のチーム医療に対する認識²³⁾など、個々の事例における困難を明らかにした報告がみられるが、チーム医療を実施している特定の領域にある看護師の困難を明らかにした研究はみられない。

II. 研究目的

チーム医療を実践している看護師が困難と感じている具体的内容を明らかにすることで、看護師がその困難を克服し多職種と連携・協働するための方略を考察する。

III. 用語の操作的定義

1. チーム医療

本研究では、チーム医療を鷹野によるチーム医療の3類型²⁴⁾のうち、「機能的チーム医療」として捉え、NSTや褥瘡対策、医療安全などのように、「共通の高次の目標を共有して専門多職種が連携し、患者を中心として問題解決のために協働すること」と定義する。

2. 連携・協働

連携とは連絡を取り合って一緒に物事を行うこと、コーポレーション (cooperation) であり、協働とは、同じ目標のもとに、ともに力を合わせて活動することで、コラボレーション (collaboration) やパートナーシップ (partnership) ともいわれる。チームにおける連携と協働には様々なレベルがあるが、本研究では近藤によるチーム発展の4段階のうち「連携・協働モデル」の概念を参考に、連携・協働をひとつの概念ととらえ「チームとして意思決定を行い、責任は全員で負う。情報がチームの中で共有され、仕事の重なりをもちながらも専門性を発揮すること」²⁵⁾と定義する。

IV. 研究方法

1. 調査対象者

西日本の3府県内の300床以上を有する病院(218施設)のうち、本研究の調査に協力が得られた63施設において、専門多職種によって構成される医療チームに所属する看護師444名。

2. データ収集方法と調査内容

調査方法は、西日本の3府県内の300床以上を有する病院の看護部長に対し、調査への協力依頼、研究の趣旨、方法を記載した用紙を郵送し、協力できる場合には、対象となる看護師の人数、調査の窓口となる人の名前を返信用はがきに記入の上、返送してもらった。次に、同意が得られた施設の看護部長宛てに、研究への協力依頼用紙、質問紙調査票、返信用封筒を人数分郵送し、対象者への配布を依頼した。回収は、質問紙調査票への記入後、対象者が個人で封をし個別に返送してもらった。

調査内容は、対象者の基本的属性(年齢、性別、職位、看護職経験年数、所持している上級看護実践者資格、チーム医療の経験年数)、勤務する病院の概要(設置主体、病床数)、所属する医療チームの概要(所属チーム、チーム内における役割、所属するチームのリーダーの職種)および「多職種との連携において困難に感じていること」の自由記述である。

3. 調査期間

平成23年1月20日～2月28日

4. 分析方法

多職種との連携・協働において困難に感じていることの自由記述データはクラウド クリッペンドルフの内容分析の技法²⁶⁾を参考に文脈を重視しながら分類し、その状況の性質の類似性に基づいてカテゴリー化を行った。分析の妥当性は、内容分析の手法を熟知している研究者を含む共同研究者4名が別々にカテゴリー化を行った後、3回の協議を行うことで確保した。

5. 倫理的配慮

本研究は、平成22年に甲南女子大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。実施にあたり、対象病院の看護部長に研究の趣旨を文章で説明し同意を得た。研究協力者への倫理的配慮、権利の保障のために、(1) プライバシー・匿名性・機密性確保の権利の保障、(2) 研究目的・内容を知る権利の保障、(3) 不利益を受けない権利の保障、(4) 自己決定の権利の保障について質問紙調査票送付の際に添付する研究協力依頼書に明記した。また、質問紙は無記名とし、回収は個別に配布した封筒を用いて個別に返送してもらう方式をとり、施設内のポジションパワーの影響を受けないよう配慮し、質問紙の返送をもって同意を得たものとした。

V. 結 果

1. 対象者の背景

対象者の背景を表1に示す。本研究では218施設に協力を依頼し、同意の得られた63施設444人に質問紙を配布した。回答の得られた280人(63.1%)のうち、多職種で構成されるチーム医療に参加していない対象者からの回答を無効とし、247人のデータを分析対象とした。

対象者は、40歳代が最も多く113人(45.7%)で、次いで30歳代72人(29.1%)、50歳代が47人(19.0%)であり平均年齢は43.1歳(±8.0歳)であった。このうち、女性は229人(92.7%)、男性は18人(7.3%)であった。また、職位で多かったのは看護師長が97人(39.3%)、主任または副看護師長が54人(21.9%)であった。看護職経験年数は20年以上30年未満が最も多く111人(44.9%)、10年以上20年未満が82人(33.2%)で、平均経験年数は20.7年(±8.0年)

であった。所持している上級看護実践者資格は、専門看護師が2人(0.8%)、認定看護師が80人(32.4%)であり、資格を有しない看護師が165人(66.8%)であった。チーム医療の経験年数は、3年未満が98人(39.7%)、3年以上6年未満が92人(37.2%)であり、平均経験年数は3.6年(±2.1年)であった。

所属する医療チームの内訳は、褥創対策チームが48人(19.4%)、感染防止対策チームが42人(17.0%)、医療安全対策チームが41人(16.6%)、緩和ケアチームが31人(12.6%)、栄養サポートチームが23人(9.3%)、地域連携チーム17人(6.9%)、呼吸ケアチーム16人(6.5%)、糖尿病ケアチーム11人(4.5%)などであった。チーム内での役割は、チームメンバーが110人(44.5%)と最も多く、以下チームサブリーダーが75人(30.4%)、チームリーダーが33人(13.4%)となっていた。また、対象者の所属するチームでリーダー役割を担っていたのは、医師が148人(59.9%)と半数以上を占め、次いで看護師の58人(23.6%)であった。

表1 対象者の背景

N=247

項目		人（％）	項目		人（％）
年齢	平均値±SD	43.1±8.0	設置主体	国公立	73(29.6)
	20～30 歳未満	11（4.5）		独立行政法人	40(16.2)
	30～40 歳未満	72(29.1)		その他	132(53.4)
	40～50 歳未満	113(45.7)		不明	2（0.8）
	50～60 歳未満	47(19.0)			
	60 歳以上	3（1.2）			
	不明	1（0.4）			
性別	女性	229(92.7)	病床数	300～399 床	101(40.9)
	男性	18（7.3）		400～499 床	67(27.1)
		500～599 床		23（9.3）	
		600～699 床		18（7.3）	
		700～799 床		7（2.8）	
		800 床以上		21（8.5）	
職位	看護部長	3（1.2）	その他	10（4.0）	
	副看護部長または看護次長	23（9.3）	所属チーム	褥創対策チーム	48(19.4)
	看護師長	97(39.3)		感染防止対策チーム	42(17.0)
	主任または副看護師長	54(21.9)		医療安全対策チーム	41(16.6)
	スタッフ	42(17.0)		緩和ケアチーム	31(12.6)
	その他	27(10.9)		栄養サポートチーム	23（9.3）
不明	1（0.4）	地域連携チーム		17（6.9）	
看護職 経験年数	平均値±SD	20.7±8.0		呼吸ケアチーム	16（6.5）
	10 年未満	22（8.9）		糖尿病ケアチーム	11（4.5）
	10～20 年未満	82(33.2)		その他	2（0.9）
	20～30 年未満	111(44.9)		不明	16（6.5）
	30～40 年未満	32(13.0)			
	40 年以上	0（0.0）			
所持している 上級看護 実践者資格	専門看護師	2（0.8）	チーム内 における役割	チームリーダー	33(13.4)
	認定看護師	80(32.4)		チームサブリーダー	75(30.4)
	なし	165(66.8)		チームメンバー	110(44.5)
		その他		15（6.1）	
			不明	14（5.7）	
チーム医療 の経験年数	平均値±SD	3.6±2.1	所属チーム のリーダー	看護職	58(23.5)
	3 年未満	98(39.7)		医師	148(59.9)
	3 年～6 年未満	92(37.2)		その他	18（7.3）
	6 年～9 年未満	29(11.7)		不明	23（9.3）
	9 年以上	15（6.1）			
	不明	13（5.3）			

2. チーム医療に関わる看護師が感じる連携・協働における困難の実態

自由記述のデータより抽出されたチーム医療に関わる看護師が感じる連携・協働の困難は 167 文脈であった。それらを意味内容の類似性に従い分類した結果、7 カテゴリーと 21 サブカテゴリーに分類された。具体的内容は自由記述データの典型例を示した（表 2）。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, 具体的内容は「 」で示す。

抽出されたカテゴリーは、文脈数の多い順に【職種を越えて連携・協働する】【組織からの支援を得る】【チーム内で自分の能力を発揮する】【医師と連携・協働する】【チームのモチベーションを高める】【適切な役割分担を行う】【チームで情報を共有する】であった。

【職種を越えて連携・協働する】が困難であるという記述は 58 文脈で、〈目標や価値観の一致が困難〉〈専門職間の壁を取り払うことが困難〉〈多職種の相互理解が困難〉〈専門性への固執を打破することが困難〉〈チームの自立的な活動が困難〉の 5 サブカテゴリーに分けられた。〈目標や価値観の一致が困難〉は、「チーム結成の日が浅く目標がしっかりと定まっていない」「職種間で求めていることが異なっているため、スムーズに機能しない」といったチームの目標や価値観の一致の困難であった。

〈専門職間の壁を取り払うことが困難〉〈多職種の相互理解が困難〉は、「多職種間のどこかに壁があり、また自分たちがガードしている面もある。互いの遠慮もある」「職種の違いから理解が難しい問題や踏み込みにくい領域がある」といった、チームメンバー同士や多職種の専門性に対する相互理解の困難であった。

〈チームの自立的な活動が困難〉は、「部会別に活動しているが、自立して部会が活動することができていない」といったチームとして自立した活動をするものの困難であった。

【組織からの支援を得る】が困難であるという記述は 44 文脈で、〈チームメンバー以外から協力を得ることが困難〉〈チーム活動のための時間調整が困難〉〈組織からのバックアップを得ることが困難〉〈チームの決定権を得ることが困難〉〈マンパワーの確保が困難〉の 5 サブカテゴリーであった。〈チームメンバー以外から協力を得ることが困難〉〈チーム活動のための時間調整が困難〉は、「チームメンバーから各部署にうまく伝わらないときがあり意思伝達が難しい」といった、チームメンバー以外からの理解や協力がいないこと

でチーム活動の成果を広めることができない困難、そして、「看護師だけ勤務体制が異なるためタイムリーに対応できないことが多い」というように、看護師が他の医療スタッフと勤務体制が異なるという物理的問題も連携・協働を困難にしていた。また、「他の医療スタッフよりも同じ看護師からの理解や支援を得ることのほうが困難」といった、看護師間であっても協力が得られないという記述もみられた。

〈組織からのバックアップを得ることが困難〉〈チームの決定権を得ることが困難〉〈マンパワーの確保が困難〉は、チームメンバーのほとんどは看護師業務と兼任であるため、「マンパワーの低下により成果が得られず困難な状況」といった人材確保への対応、「チームの位置づけが周知されていない」「チームでの権限が与えられておらず、チームの意見もまったく反映されず、集まる意味がない」など、チームの存在が他の医療スタッフに周知されていなかったり、チームとしての決定権を与えられないといった組織の支援が得られずチーム活動が推進できない困難であった。

【チーム内で自分の能力を発揮する】が困難であるという記述は 21 文脈で、〈多職種と対等になることが困難〉〈自分の思いを伝えることが困難〉〈自分の知識を役立てることが困難〉〈アサーティブな対応が困難〉の 4 サブカテゴリーに分けられた。〈多職種と対等になることが困難〉は、「多職種より社会的に地位が低いとみられている看護師がチームリーダーになることは困難」といった他の医療スタッフからの偏見によりリーダー役割を担うことの困難、〈自分の思いを伝えることが困難〉〈自分の知識を役立てることが困難〉〈アサーティブな対応が困難〉は、「自分自身の考えをメンバーに伝えることがとても難しい」「自己の持つ能力は十分に発揮して頑張っているが、その能力に不足を感じ、十分に役割を果たせていないと感じる」「カンファレンスなどで感情的に発言される時の対応が難しい」など、チーム医療に関わる自己の知識や能力不足の内容であった。

【医師と連携・協働する】が困難であるという記述は 20 文脈で、〈協働関係の構築が困難〉〈医師のリーダー役割が困難〉〈医師優位の関係を打破することが困難〉の 3 サブカテゴリーに分けられた。〈協働関係の構築が困難〉〈医師のリーダー役割が困難〉では、「医師はうまく連携するために努力する様子がないと思われる時がある」「医師は自分がリーダーということを知っているが、協力ではなくどちらかという命令なので多職種の調整は看護師が行う」など、看護

表2 看護師が感じるチーム医療の連携・協働における困難

(167文脈)

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
職種を越えて連携・協働する (58)	目標や価値観の一致が困難 (21)	・チーム結成の日が浅く目標がしっかりと定まっていない ・職種間で求めていることが異なっているため、スムーズに機能していない
	専門職の壁を取り払うことが困難 (14)	・個人プレーの職種も多くなかなかチーム医療を具現化することが難しい ・多職種間のどこかに壁があり、また自分たちでガードしていたり遠慮がある
	多職種の相互理解が困難 (9)	・職種の違いから理解が難しい問題や踏み込みにくい領域がある ・多職種の問題点を理解することが重要だが、多忙さや仕事に対する信念の違いもあり難しい
	専門性への固執を打破することが困難 (9)	・専門職特有のこだわりが壁となり譲ることができず、システムの立ち上げに時間がかかる ・それぞれの職種にプライドがあり、職種の利益優先で行動するため協力を得られにくい
	チームの自立的な活動が困難 (5)	・部会別で活動しているが、自立して部会が活動するということができている ・チームを引っ張って行ってくれる人がいなく医師や薬剤師が頼りになっている
組織からの支援を得る (44)	チームメンバー以外から協力を得ることが困難 (15)	・チームメンバーから各部署にうまく伝わらないときがあり意思伝達が難しい ・他職種よりも同じ看護師から理解や支援を得ることのほうが困難
	チーム活動のための時間調整が困難 (13)	・看護師だけ勤務体制が異なるためタイムリーに対応できないことが多い ・本当に今現在必要とされる場合は、勤務時間外（夜勤明けや入りの前）に対応している状況
	組織からのバックアップを得ることが困難 (6)	・チームの位置づけが周知されていない ・事務職の力が強いと事務的な目標や解決策が優先されている
	チームの決定権を得ることが困難 (5)	・チームでの権限が与えられておらず、チームの意見もまったく反映されず集まる意味がない ・チームメンバーで話し合っても上層部の一存ですべてが決定されている
	マンパワーの確保が困難 (5)	・マンパワーの低下により成果が得られず困難な状況 ・自分が必要だと考える能力をもつ職種をチーム内に参加してもらえよう委員長とも相談するが、なかなか理解が得られない
チーム内で自分の能力を発揮する (21)	多職種と対等になることが困難 (6)	・他職種より社会的に地位が低いとみられている看護師がチームリーダーになることは困難 ・看護師がリーダーシップをとればよいのは分かっているが能力不足を痛感する
	自分の思いを伝えることが困難 (6)	・自分自身の考えをメンバーに伝えることがとても難しい ・意見の意図が伝わりにくく目標を立てる時点でずれが生じることがある
	自分の知識を役立てることが困難 (5)	・自分の知識が浅く役立っていないと感じ申し訳ないと思う ・自己の持つ能力は十分に発揮して頑張っているが、その能力に不足を感じ、十分に役割を果たせていないと感じる
	アサーティブな対応が困難 (4)	・カンファレンスなどで感情的に発言される時の対応が難しい ・相手の怒りや混乱を抑えて冷静に考えてもらえるようにすること
医師と連携・協働する (20)	協働関係の構築が困難 (9)	・医師はうまく連携するために努力する様子がないと思われる時がある ・医師は業務が過密という理由から協力が得にくい時がある
	医師のリーダー役割が困難 (7)	・リーダーとなる医師のやる気によってチームの活動が左右されているように感じる ・医師は自分がリーダーということを知っているが、協力ではなくどちらかという命令なので多職種の調整は看護師が行う
	医師優位の関係を打破することが困難 (4)	・医師との関係が悪いわけではないが、あまり意見として参考に聞き入れてもらえず、現状に対して別の意見を伝えても相手にされないことが多い ・チームの中でもまだ上下関係があり、医師の指示で動く、医師が偉いという空気がある
チームメンバーのモチベーションを高める (13)	チームメンバーのモチベーションを高めることが困難 (10)	・チームメンバーのモチベーションの違いがあり、看護師がアイデアや問題提起をしても活発に意見交換ができず看護師のみが1人歩きしている傾向があり、ジレンマを感じる ・チームメンバー内のモチベーションに差がある
	達成感を得ることが困難 (3)	・チームに帰属しての満足感が得にくい ・看護師が専属ではないため活動にも限界がある。自分の部署の業務を優先することになるので、どうしても片手間にやっているような気分になる。
適切な役割分担を行う (8)	適切な役割分担が困難 (8)	・しないといけなくて多く、看護師の負担が大きい ・どちらが担当してもよいような業務や作業が関連部署で押し付け合いになる
チームで情報を共有する (3)	情報の共有が困難 (3)	・多職種が同時に話し合うことが難しく、情報共有がスムーズにできない ・必要な情報が入ってこず、自分達で情報を得ないといけない

師と医師のチーム医療に対する意識の違いによる困難であり、〈医師優位の関係を打破することが困難〉では「チームの中でもまだ上下関係があり、医師の指示で動く、医師が偉いという空気がある」といった医師を特別視する内容もみられた。

【チームのモチベーションを高める】が困難であるという記述は13文脈で、〈チームメンバーのモチベーションを高めることが困難〉〈達成感を得ることが困難〉の2サブカテゴリーに分けられた。〈チームメンバーのモチベーションを高めることが困難〉は「チームメンバーのモチベーションの違いがあり、看護師がアイデアや問題提起をしても活発に意見交換ができず看護師のみが1人歩きしている傾向があり、ジレンマを感じる」といったチーム全体のモチベーションを引き上げることの困難であり、〈達成感を得ることが困難〉では「チームに帰属しての満足感が得にくい」といったチーム活動で達成感を得ることができない困難であった。

【適切な役割分担を行う】が困難であるという記述は8文脈で、サブカテゴリーは〈適切な役割分担が困難〉であった。「どちらが担当してもよいような業務や作業が関連部署で押し付け合いになる」といった、役割分担を適切に行うことの困難であった。

【チームで情報を共有する】が困難であるという記述は3文脈で、サブカテゴリーは〈情報の共有が困難〉であった。「必要な情報が入って来ない。自分達で情報を得ないといけない」という情報共有の困難であった。

VI. 考 察

今回、チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働における困難について明らかにする目的で自由記述の内容分析を行った。その結果、【職種を越えて連携・協働する】【組織からの支援を得る】【チーム内で自分の能力を発揮する】【医師と連携・協働する】【チームのモチベーションを高める】【適切な役割分担を行う】【チームで情報を共有する】の7カテゴリーが抽出された。

このうち【職種を越えて連携・協働する】【チームのモチベーションを高める】【適切な役割分担を行う】【チームで情報を共有する】の4つのカテゴリーは、看護師がチーム医療を実践していく中で、チームやチームメンバーに対して感じる連携・協働の具体的な困難の内容であった。また、【チーム内で自分の能力を

発揮する】は、看護師が自分自身に対して感じる能力不足と、他の医療スタッフが看護師を低い位置づけに考えているために、チームの中で能力を発揮することが困難であるという内容であった。【医師と連携・協働する】は、これまで培われてきた医師優位の関係性を看護師側からも医師側からも打破できないために、連携・協働が困難であるという内容であり、記述の多さからみて看護師は、他の医療スタッフよりも医師との関係性において連携・協働に困難を感じていると推測された。そして、【組織からの支援を得る】は、チームメンバー以外からの時間調整の配慮や活動に対する理解が得られていないこと、チームを組織化した当事者である病院管理者からチームの決定権や人材確保などの支援が得られていないという困難の内容であった（図1）。

そして、これらの看護師の感じる連携・協働の困難は、チーム医療の実践に際してチームメンバーに対して感じる困難、看護師としてチーム内で自分の能力を発揮することに対して感じる困難、医師との関係性において感じる困難、チームメンバー以外の組織に対して感じる困難、という4つの様相で構成されているといえる。以下にこれらの困難の要因と看護師の役割について考察していく。

1. チーム医療の実践に対して感じる困難

役割として集合したグループがチームに発展する過程では、構成員間の問題意識や価値観などの違いが顕在化し、緊張や衝突が起こりうる²⁷⁾。看護師が感じるチームの連携・協働の困難もまた、チームメンバー間の専門性の違いからくる目標や価値観の不一致によるものと思われた。専門職者がそれぞれの専門性を誇りに思うことは重要である。しかし、細田は、専門性を追求することは自分の専門的技術を生かしたい、または専門的な仕事だけをすればよいという考えに傾斜しがちになり、医療内容が本当に患者の利益になっているかどうかを吟味する視点は抜け落ちやすくなると指摘する²⁸⁾。このような自己の専門性への固執が他のメンバーとの意見の対立を招き、連携・協働していくことを阻害しチームメンバーのモチベーションにも影響することもあるだろう。

Tuckmanによれば、チームメンバー間の対立は、チームの発達段階において避けては通れない重要なステップとして位置づけている。そして、このような緊張や衝突に直面しつつも、コミュニケーションを通して構成員が相互理解を深めてパートナーシップを形成

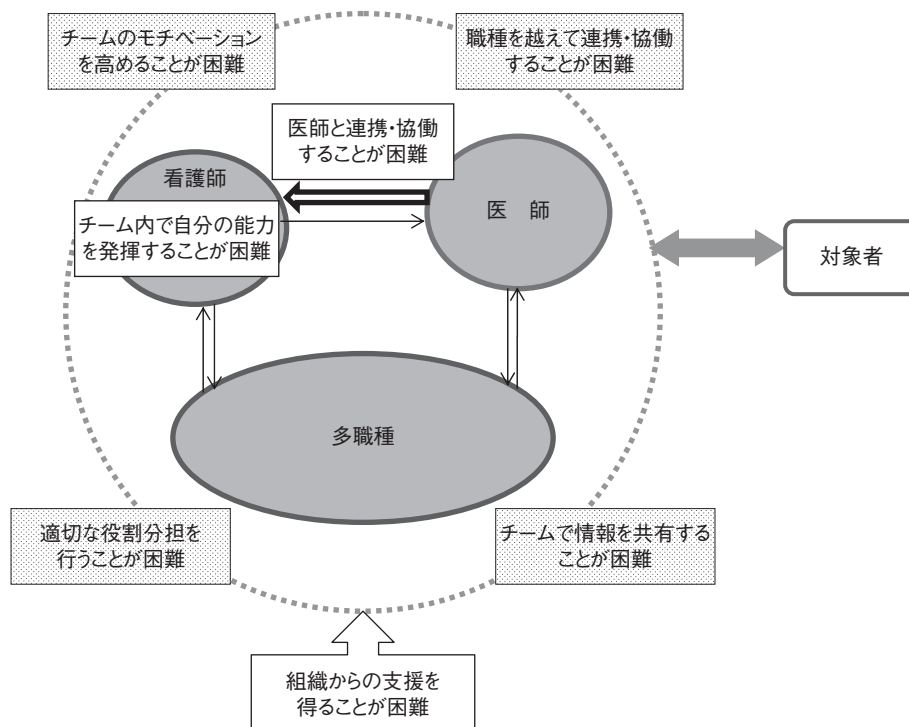


図1 看護師が感じるチーム医療の連携・協働における困難

し協働することによってひとつの職種では達成できないことが可能になると述べている²⁹⁾。したがって、チームメンバーは、緊張や衝突を恐れず、根気強く話し合いを続けていくこと、自分の専門性に固執せずチームとしての新たな価値観を受け入れていく柔軟性をもつことが、連携・協働を促進する鍵となるだろう。また、適切な役割分担を行うこと、情報を共有することの困難はチームとしての行動規範が定まっていないことによる混乱である。これらの混乱は多職種間の相互理解と、チームの目標が定まることで解決できると考える。

近藤は看護師について、医療の専門知識もあるのでマネジメント能力を身につけることでチーム医療のマネージャーと最適の人材と述べている。しかしその一方で「自分さえ頑張れば」と思いつめてしまう傾向があると指摘する³⁰⁾。本研究の看護師も、他の医療スタッフとのモチベーションに温度差を感じ、チームメンバーのモチベーションを高めることについて困難を感じていた。しかし、モチベーション（動機づけ）を促進するためには、報酬や罰といった外発的動機づけではなく、願望や好奇心、驚きや喜びという内発的動機づけこそが重要である³¹⁾。チームの関係性ができていない段階で看護師だけが焦って他の医療スタッフに働きかけるのではなく、チームメンバーと活動をともしながら、チームが成長していく中で見いだした成果を

共に喜ぶことで、チームメンバーに一体感が生まれチームのモチベーションが高まるのではないだろうか。そして、これらの困難を克服することにより、おのずとチームとしての様々な目標達成が可能になると考える。

2. 看護師としてチーム内で自分の能力を発揮することに対して感じる困難

看護師は臨床現場で患者やその家族、同僚や多職種と常に関わって仕事をしているため、連携・協働の方法は自然に身についていると思われがちである。本研究の対象者は、看護職の平均経験年数が20年以上のベテランといわれる看護師であり、このうち7割の対象者は看護部や外来および病棟の運営を担っている看護管理者であった。このような看護師であっても、自己のコミュニケーション能力やリーダーシップ能力や専門的知識の不足によりチーム内で能力を発揮できていないと感じていた。「チーム医療の推進に関する検討会報告書」によると、チーム医療の推進に資するため、看護師の専門的な臨床実践能力の強化が求められている³²⁾。しかし、チーム医療の実践には、看護の専門的知識の習得と看護師としての経験知だけではない能力が必要とされているのである。

チーム医療を推進するために必要な能力について遠藤らは、【人間関係】【効果的なコミュニケーション】

【立場や権限を使う】【課題に取り組む姿勢】【経験を役立てる】【折衝】【課題に向かう】【チーム育成】【成果を出す】【問題解決】を挙げ、【問題解決】はチーム医療を行う上で特に獲得が必要な能力であると述べている³³⁾。したがって、遠藤らの指摘するように、看護師がチーム医療を推進するキーパーソンとなるためには、看護の専門的な実践能力を高めるだけではなく、多職種とのコミュニケーション力や調整能力、問題解決能力を育成する必要があると考える。

近藤は、チーム医療の質を高める鍵を握るのはリーダーであり、一人では達成できないことをチームとして成し遂げるために、多職種の意見を引き出してそれらを反映させた目標を設定し、チームメンバーの力量をふまえた適切な業務の分担すること、成果についての多面的な評価と課題設定が提示できるリーダーシップが求められる、と指摘する³⁴⁾。また、専門看護師や認定看護師、認定看護管理者といったいわゆる上級看護実践者³⁵⁾が、このリーダー役割を担っていくことが期待されている。岡崎らが行ったチーム医療における専門・認定看護師と一般看護師の発揮している能力の比較調査では、専門・認定看護師は「人の行動に影響を与える能力」「独自で課題に取り組む能力」が優位に高かったと報告されている³⁶⁾。これは、上級看護実践者がリーダーシップを発揮していることを示している。

本研究の対象者が所持していた上級看護実践者資格は、専門看護師が2人、認定看護師が80人であり、資格を有しない看護師が7割近くを占めていた。このように、現在の臨床現場においては上級看護実践者資格を有する看護師が充足しているとは言えない状況にある。したがって、資格を有しない看護師であっても躊躇することなくリーダー役割を担っていくという意識の変革が必要である。そして、その看護師がリーダー役割を担うためには、看護の視点にどどまらない広い視野と新しい価値観により問題解決できるリーダーシップ能力の育成が必要になってくる。

3. 医師との関係において感じる困難

保健師助産師看護師法において看護師は、看護独自の機能である「療養上の世話」と医師の指示を前提とする「診療の補助」という業務を有しており、医師の指示という法的規制が看護師と医師との従属関係を形成していた。また、医師は専門職の階層性においても頂点に位置づけられており、医師優位の風潮が今も臨床現場に残っているためチーム医療の実践に少なから

ず影響を及ぼしている。矢澤の調査においても、チーム医療が実践できていない理由として「看護師としての知識と経験不足」(40%)、「医師の非協力と独断」(30.9%)、「人員(時間)不足」(16.4%)、「医師のもとでの診療補助者という意識」(12.7%)をあげており³⁷⁾、医師の非協力、看護師の医師に対する依存といった、医師－看護師の共依存関係がチーム医療の推進に影響を与えていた。

これまで医師はチーム医療において常にリーダー役割を担ってきた。坂梨らの調査においても医師は、「医療チームには強いリーダーシップをもつ専門職が存在する」「私はリーダーシップをとることができる」という項目の平均得点が他の職種よりも高かったという結果が示されている³⁸⁾。本研究においても対象者の所属するチームリーダーはその6割が医師であった。医師のリーダー役割について対象者は、「チームの中でもまだ上下関係があり、医師の指示で動く」など医師優位の関係性を指摘していた。また、「医師は自分がリーダーということはわかっているが、協力ではなくどちらかというと命令なので多職種の調整は看護師が行う」など、医師のリーダー役割に不満があっても遠慮して言えない状況がみられていた。田村は医師－看護師関係について、ステータス、賃金、教育、ジェンダーなどが影響するため、決して単純なものではないと述べ、看護職は、経験を重ね豊富な知識を活用して患者のニーズや望みを理解する必要がある、そうならば、従属的な役割は誰にとっても利益にならないことが理解できるようになると指摘する³⁹⁾。看護師は、医師に対し意識を変える働きかけをすることも必要ではあるが、それ以上に同じ専門職者として、対等・同等・平等な協働関係を構築するために、自律した看護専門職としての深い知識を身につけることが必要である。

4. 組織に対して感じる困難

チーム医療促進のために、栄養サポートチーム、緩和ケア領域、リハビリテーション領域などで診療報酬の加算がなされるようになり、病院などの施設だけではなく地域においてもチーム医療を積極的に導入するようになった。複数の職種が協働・連携するチーム医療では、ひとりの患者に対しそれぞれの専門家が自分の領域で専門性を追求することにエネルギーを注ぐことができる「専門化」と、それぞれが得意とする領域が存在しそれに専念することで効率が良くなる「合理化」という意義がある。そして、複眼的に患者の全体

像を見ることで、これまでの医療で行われていた患者の細分化により患者の全体像が見えなくなる危険性を補完することを可能にするといわれている⁴⁰⁾。

細田は、十分な準備がないまま、加算を得たいがためにチームが作られることもあると指摘する⁴¹⁾。そして、機能していないチームに所属する当事者たちは、自分たちのしていることは「チーム医療」ではない、あるいは「チーム医療」というのは自己犠牲なものだと思い、不満や憤りを感じていると述べている⁴²⁾。本研究の対象者である看護師は、チームメンバー以外の医療スタッフからのチーム活動の時間調整への配慮や活動に対する理解や協力、管理者からの適切なメンバーの選定やチームの決定権という支援が得られておらず、チーム医療の実践に困難を感じていた。しかし、自律した専門職の集団である医療チームとしては、組織の非協力を批判するだけではなく、チームメンバーから管理者や他の医療スタッフに困難な状況を理解してもらうよう発信していくことも必要であると考えられる。

そして、管理者は、メンバーの自己犠牲に依存することなく、チームの存在をスタッフ全体に周知するとともに、その成果を承認することが必要である。さらに、可能な限り効果的で効率的にチーム医療が提供されるように、チームメンバーと相談しながら人材管理をしていく必要がある。また、看護師に関しては、専門看護師や認定看護師といった上級看護実践者の採用や看護師の人材育成を推進することも重要になってくると考える。

VII. おわりに

チーム医療の歴史において看護師は患者を中心に多職種と関わってきた。しかし、その役割は、患者の診察をした医師が他の医療スタッフに指示や連絡を行うための連絡役としての関わりであった。そして、現在のチーム医療においても、多職種との調整役として様々な困難にぶつかりながらチームの調整者として奮闘していた。また、看護師は最も数の多い職種であり、そのため意思統一が困難であるという状況もみられた。しかし、看護師はこの数の多さを生かし、保健医療福祉専門職のチーム医療の推進に関わる意識改革の原動力となることでこれからのチーム医療の中心的な役割を担えると考えられる。

チームの連携・協働とは、チームとして意思決定を行い、責任は全員で負い、情報がチームの中で共有さ

れ、仕事の重なりをもちながらも専門性を発揮することである。そして、これからのチーム医療はチームとしての統合性を発揮し、専門性を活かしながらも、どの職種でもある程度同じようなケアが提供できることである。このような、チーム医療の実現のためには、それぞれ職種の専門基礎教育において専門職連携教育(IPE)を推進していくことも必要である。

今回は300床以上の、3府県内の看護師を対象とした調査であった。今後は対象者および対象となる職種を増やして検討を続けていきたい。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき調査にご協力いただいた看護師の皆様に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 細田満和子：「チーム医療」とは何か。日本看護協会出版会、東京、2012、38-43.
- 2) 杉森みどり：医療チームの中の看護の役割。看護 1977; 29(2)：11-17.
- 3) 中西睦子：チーム医療における医師－看護婦関係。看護 1977; 29(5)：6-12.
- 4) 前掲書 1)：17.
- 5) 田村由美編著：新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門。看護の科学社、東京、2012、3.
- 6) 前掲書 5)：133-135.
- 7) 前掲書 5)：44.
- 8) 大塚真理子、國澤尚子、横山恵子他：医療現場の連携・協働を促進する地域基盤型の IPE. Nursing BUSINESS 2010; 4(5)：36-41.
- 9) 石井伊都子：医・看・薬の専門職連携教育(IPE)。調剤と情報 2011; 17(9)：75-79.
- 10) 前掲書 1)：2-3.
- 11) 松岡千代：多職種連携の中で発揮すべき看護職の役割。臨床老年看護 2009; 16(1)：23-27.
- 12) 大谷京子：職種の役割と多職種間連携。精リハ誌 2008; 12(1)：34-39.
- 13) 眞嶋朋子：コメディカルスタッフの新たな役割－看護師の立場から－。日本心臓リハビリテーション学会誌 2009; 14(1)：49-51.
- 14) 山口聖子：呼吸リハビリテーションにおいてチーム医療のコーディネータとして看護師に求められる能力と現任教育。Quality Nursing 2003; 9(11)：9-15.
- 15) 遠藤圭子、岡崎美晴、神谷美紀子他：チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力の検討－多職種と連携する看護師への調査から－。甲南女子大学研究紀要 看護学リハビリテーション学編 2012; 6：17-29.
- 16) 岡崎美晴、神谷美紀子、遠藤圭子：チーム医療を推進する看護師に必要とされる能力－専門・認定看護師と一般看護師の比較－。日本看護学会論文集 看護管

- 理 2012；42号：159-162.
- 17) 坂梨薫，中村由美子，山中道代他：専門職の職種，職位別から見たチーム医療の認識に対する研究．広島県立保健福祉大学誌 人間と科学 2004；4(1)：47-59.
- 18) 矢澤正信：チーム医療の展開と課題 看護職の意識アンケート調査から．YEAR 2009；22(4)：8-17.
- 19) 近藤克則：連携から統合へー看護師に必要なマネジメント能力．Nursing Today 2007；22(8)：42-45.
- 20) 前掲書 1)：62-93.
- 21) 北村愛子：チーム医療のありかたと看護師に期待される役割．看護展望 2011；36(1)：15-21.
- 22) 奥村美奈子：A 県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題．岐阜県立看護大学紀要 2011；11(1)：63-69.
- 23) 杉山洋介：救急医療におけるチーム医療の現状と課題ー看護師の病院前医療に対する認識についてー．目白大学 健康科学研究 2008；第1号：49-58.
- 24) 鷹野和美：チーム医療論ーチーム医療の教育ー患者中心のチーム医療をめざしてー．医歯薬出版株式会社，東京，2006：98-99.
- 25) 前掲書 19).
- 26) クラウス・クリッペンドルフ著三上俊治，椎野信雄，橋元良明訳．メッセージ分析の技法「内容分析」への招待．勁草書房，東京，1980.
- 27) 前掲書 5)：22.
- 28) 前掲書 1)：22-23.
- 29) 前掲書 5)：67.
- 30) 前掲書 19).
- 31) 宇野忍：授業に学び授業を創る 教育心理学．中央法規，東京，1995：143-148.
- 32) 前掲書 1)：236-241.
- 33) 前掲書 15).
- 34) 近藤克則：医療・福祉マネジメント 改定版．ミネルヴァ書房，京都，2012：92-93.
- 35) 松本光子編．看護学概論 看護とは・看護学とは．ヌーヴェルヒロカワ，東京，2011：152-153.
- 36) 前掲書 16).
- 37) 前掲書 18).
- 38) 前掲書 17).
- 39) 前掲書 5)：52.
- 40) 前掲書 1)：23-24.
- 41) 前掲書 1)：71.
- 42) 前掲書 1)：92-93.