

# 医療における自律的なチーム・ビルディングに関する事例研究

草野 千秋 (chiaki\_kusano@yahoo.co.jp)

[京都大学]

A case study on autonomous team-building in healthcare

Chiaki Kusano

Graduate School of Economics, Kyoto University, Japan

## Abstract

The purpose of this paper is to consider whether healthcare teams (or medical teams) can address autonomous team-building. The work of healthcare organizations is being carried out by teams and groups, it is inevitable that healthcare workers, such as doctors, nurses and co-medical personnel, work in a team environment. A considerable number of studies have been conducted on healthcare teams in America, Britain, Japan, so on. It was found from these studies that doctors and nurses perceived their team-work and team-climate differently, and that there was a perception gap of team-work between them. Therefore, the focus of discussions has been on collaboration that leads to conflict resolution. In this study, we focused on the stages of development in team-building. It is likely that this approach will allow teams to run effectively by themselves, because the stages of team-building development are regarded as an informal process by which team members attempt to create effective social structures and work processes on their own. The analysis was conducted based on the results of the 3 team leader's individual interviews about their team management and the questionnaire of all members (3 teams, 28 people) about their perceptions of the existing team condition. As a result, 2 teams in 3 teams were functioning effectively from a team-building perspective. That is, it was showed that healthcare teams could address autonomous team-building. The findings of this study were as follows; (1) in the orientation stage, team members and team leaders need to understand team characteristics and team behaviors, (2) healthcare professionals need the task interaction that makes the most of their expertise in the team as well as interpersonal interaction, (3) team leaders can manage autonomous team-building.

## Key words

team-building, healthcare team, stages of team development, leader, team management

## 1. はじめに

### 1.1 問題の所在—チーム医療の議論と問題点

医療組織では、治療過程において医療従事者間の協働、チームワークが日常的なものとされている(細田, 2003; 印南, 1998)。これをチーム医療<sup>(1)</sup>といい、様々な研究が行われている。これまでの研究で、多職種からなるチームにおいて、医療従事者の協働が患者によりよいケアを提供すること(Borrill, et al., 2000)、死亡率が低くなること(Horak, et al., 1991; West, et al., 2002)が明らかになっている。一方で、多職種からなるチームは多様性が増し、多様な見解を共有できるという利益と同時に、コンフリクトをもたらす(Campion, et al., 1993)ことも指摘されている。

日本において、チーム医療の認識に関するいくつかの調査があり、チーム医療に関して、医師、看護師、その他医療従事者らの間に認識のズレがあることが明らかになっている(細田, 2003; 田村他, 2004)。欧米でも医師と看護師のチームワークに関する研究が多く、医師と看護師が、チームワークやチーム風土を異なって認識していること、チーム内での協働やコミュニケーションに関して、看護師

よりも医師が高く評価していることが明らかになっている(Thomas, et al., 2003)。これと同じ調査結果は、日本においても報告されている(田村他, 2004)。

したがって、チーム医療をめぐる議論では、医師と看護師および医療従事者間の協働性に問題があると捉えられ、医療従事者間に潜在的なコンフリクトがあるという前提のもと、協働を促進する要素としてコミュニケーションと情報の共有を指摘されることが多い(細田, 2003; 高山, 2002)。つまり、チーム医療の現場では、協働においてなんらかのコンフリクトが生じ、それに対処するような対人関係に働きかけるアプローチや研究が求められているのである。そこで、チーム医療を有効に機能させる取組みとして、人間的側面を重視しチーム・パフォーマンスを高めるアプローチとして知られる、チーム・ビルディングを提案したいと考える。

### 1.2 チーム・ビルディングのチーム医療への応用

#### 1.2.1 チーム・ビルディングとは

チーム・ビルディングとは、ワークチームが、効果的に、タスクを達成しメンバーのニーズを満足させることを支援するプロセス(Cumming & Worley, 2001)で、チーム活動の改善に焦点をあてる組織開発インターベンション<sup>(2)</sup>の1つである(Levi, 2007)。ゴールの設定と優先順位を明確

にし、メンバーに彼らの役割や責任を理解させ、メンバーが信頼を構築する環境を設定し、対人関係を発展させるものである (McMaster, 2002)。

Sundstorm, DeMeuse, & Futrell(1990)によれば、チーム・ビルディングは、①ゴール設定モデル、②コミュニケーションを改善する対人関係モデル、③役割の定義と交渉のテクニックを用いる役割モデル、④チーム内のタスク関連のプロセスを明確にする問題解決アプローチ、の4つの組み合わせからなる。一般に、チーム・ビルディングでは、チーム内にパフォーマンスを妨げるような障害や問題が生じたときに、それを確認してチームを変化させるためにアクション・リサーチを活用する。アクション・リサーチとは、情報の収集とその分析に基づいて、何らかの措置を講じて組織の変革を促すもので、コンサルタントなどの第三者が介入しておこなわれるものである (Dessler, 2005 ; Varney, 1996)。

## 1.2.2 チーム医療への応用

### (1) チーム・ビルディング応用の問題点

一般に、チーム・ビルディングでは、第三者を介して、問題解決プロセスを促進するインターベンションが行われる。それは、障壁や問題の確認のために、チーム・パフォーマンスを評価することから、それを効果的に解決するパターンの開発まで長期的取組みである。短期間で効果的であるものではなく、チームの機能を改善するための継続的な活動である (Levi, 2007)。

チーム医療において、チームを有効に機能させるために第三者が介入した長期的なチーム・ビルディングを行うことは容易ではない。なぜなら、チーム医療には、組織システムの問題とプロフェッショナルからなる集団であるがゆえの問題があるからである。前者は、マンパワー不足とそれにとまなう彼らの業務過重によって、時間的制約をもたらす。後者は、医師とその他医療従事者のタスクは高度な専門的領域である上、外部との情報の非対称性といった問題から、第三者がタスクの性質を理解することを難しくする。したがって、ファシリテーターやメンバーとして第三者が介入するインターベンションが、必ずしも十分な機能を果たすとはいえない。

以下では、制限された資源と環境の中で、リーダーとメンバーによる実践可能なチーム・ビルディングとして、チーム・ビルディングの発展段階の活用を検討したい。

### (2) チーム・ビルディングの発展段階

チームの発展段階ともいわれるこの理論は、チームがチーム・プロセスとチーム・タスクの変化を反映しながら、一連の段階をとおして発展するもので、チームがどのように変化するかを示すものでもある (Levi, 2007)。チームによって、メンバーやグループ・ダイナミックス、ゴールは異なるため、同じようなチームの発展段階を進むわけではないが、多くのチームで見ら

れ、よく知られているプロセスはタックマンのモデルである。このモデルは形成期 (Forming)、騒乱期 (Storming)、規範期 (Norming)、実行期 (Performing) の4段階か、チームが解散か消滅する解散期 (Adjourning or dissolution) を含めた5段階となる (Levi, 2007 ; West, 2004)。

#### ・形成期

社会システムを形成し、チーム・ゴールを明確にする初期段階である。メンバーは、お互いの経験やタスク、役割などの情報を収集するが、収集する情報は制限される。ビジョンやゴールを合意させる上で、リーダーは指示的な傾向が強く、メンバーも公式のリーダーに従順な傾向が強い。

#### ・騒乱期

チームに競争や緊張関係が生じる段階である。メンバー間で各自の役割や責任、指示的なリーダーシップと対立する時期である。対立は、集団の崩壊や離散の可能性がある一方で、対立の表面化が開放性をもたらす、多様な見解を共有し理解が深まってチームの凝集性を高めることもできる。リーダーは、メンバー間の議論を促し対立の解決に取り組まねばならない。メンバーの気持ちを慮り、快適な環境を作り出そうとする支持的な行動をとることが望ましい。

#### ・規範期

メンバー間に行動規範が確立される時期である。積極的かつ協力的に取り組む、凝集性とチーム・アイデンティティが発展し、チームが形成されたといえる段階である。リーダーは、メンバーとの相談によって物事を決めようとする参加的な行動に変化する。

#### ・実行期

チームとしての意思決定や協力をとおして、チーム・パフォーマンスに集中する時期である。協働タスクを重視し、協働関係がもっとも調和する。リーダーは、チーム内ではメンバーの能力を信用し、メンバーの一員となりながら、よりいっそうの改善・革新、目標にむけて、組織の資源をチームに投入できるような達成指向的な行動に向かう。

これを医療に応用したものが、表1である。医療では、対象とする患者の治療ごとにチームは無数にある。チーム医療には、①メンバーの一部交代はあっても、あまり流動的ではない、②職種間による学問的背景の違い、タスクの違いが、協働するさいに相互理解を特に必要とする、という特徴がある。そこで、医療では、チーム形成の初期段階を重要なものと位置づけ、オリエンテーションと形成期の2段階になっている。さらに、チーム医療は継続的なワークチームであるため、実行期は最終段階ではなく、チームの強化および変革の時期になっている。医療の知識や技術は日々進歩し、症例も常に同じとは限らない。このような不確実性の高い業務は、医療従事者の能力の維持と向上が不可欠になる。チームの強化や変革には、チーム内の相互作用から学習を高めることも必要とされる。

表1: チームの発展段階-医療への応用

	チームの特性	リーダーのタスク	メンバーのタスク
1 オリエンテーション orientation	・ 社会システムの欠如 ・ 不確実性	・ 方向性を与えるスタイル ・ 目的の概要を示すこと ・ チームの任務を定義する	・ お互いの理解の開始
2 形成期 forming	・ チームの目的・境界の確立	・ 明確な指示 (問題の計画、焦点) ・ 積極的な役割モデリング ・ 指示的なリーダーシップ	・ 信頼と対人関係の確立 ・ メンバーに受容される行動を見つける
3 騒乱期 storming	・ コンフリクトの出現 ・ グループシンクのリスク ・ チームスピリットの確立	・ win-winな関係をつくること ・ コンフリクトの解消・解決 ・ メンバーのゴールへのコミットメントと信頼の構築 ・ 支持的なリーダーシップ	・ 規範、ルール、手順の議論と調整
4 規範期 norming	・ 役割・期待・コミットメントに対するメンバーの同意 ↓ ・ 凝集性・チーム・アイデンティティの確立	・ 補助的なフィードバックをメンバーに付与 ・ チームのビジョン・方向性へのコミットメントを要請 ・ 参加的なリーダーシップ	・ 意思決定の規則とプロセスの合意 (チームワークの成立) ↓ ・ 相互支援ネットワークの確立 ・ チームワークの成立
5 実行期 performing	・ チーム活動の強化・向上 ↓ ・ 改善・革新・スピード	・ 新しいアイデアを応援し、その履行を調整 ・ メンバーからよりよい働きを引き出す ・ チームの一員としての働き ・ 達成指向的なリーダーシップ	・ 個々の役割を定義し、作業計画を作るように動き出す ・ 学習による知識・技能の習得

出所: Farley, 1991; Freid, Topping, & Edmondson, 2005; Smith & Hukill, 1994

表1は、各段階におけるチームの特性、リーダーのタスク、メンバーのタスクが一目でわかるようになっている。この表を用いると、チームの問題点と必要な措置を容易に把握でき、第三者による介入がなくても、チーム・ビルディングに取り組むことができると考えられる。

### 1.3 本稿の目的

2000年の医師会「医の倫理要綱」に、医師間および医療従事者間の協力の重要性が織り込まれている。平成14年の厚生労働省「医療安全対策会議」では、不十分なチームワークが医療事故を誘発する恐れがあるため、チームの一員としての自覚をもった医療従事者の参加を促している。文部科学省においても、医療従事者の教育機関である大学でのチーム医療の充実が検討されている。このように、チーム医療は国家的な医療政策の1つとなりつつあるが、チーム医療をどのように育成するのかについて明確にされておらず、現場の裁量に任されているというのが現状である。

チーム医療の育成に関する医師をはじめとする医療従事者の報告は膨大にある。チーム医療の経験を記述したものの、各医療機関がチーム医療の改善に独自に取り組んだものも多く、現状の把握や改善に成功した事例として有益である。しかしながら、チーム医療が医療政策として重要な位置づけがなされている現在、より普遍的で現場で実践可能なチーム医療を改善するアプローチが求められるだろう。

本稿の目的は、チーム医療が有効に機能しているのかを、チーム・ビルディングの観点で明らかにして、チーム医療において、第三者の介入がなくてもチーム・ビルディ

ングに取り組むことが可能なかを検討することである。

## 2. 事例研究

### 2.1 調査対象

本調査は、全国でも有数の高度先進医療機関Aにおいて、医師チーム(10名)、医師・看護師チーム(医師6名、看護師4名)、医師とその他医療従事者チーム(医師4名、看護師1名、作業療法士2名、薬剤師1名)の計3チーム、28名を対象としている。

### 2.2 調査方法と内容

まず資料分析を行い、A機関の院長、看護副部長および事務方との面接2回によって、A機関の組織環境を把握し質問紙の作成を行い、その後メールで追加的な情報収集を行い、最終的な質問項目を決定した。次に、アンケート調査を実施した。属性の項目を除き、選択肢の項目には自由記述を付した。その後、各チームのリーダーにインタビューを各1回ずつ実施した<sup>(3)</sup>。

本稿では、チーム・ビルディングへの取り組みの成否を明らかにすることを目的として、リーダーのインタビューとメンバーへのアンケートの双方の結果から考察する。医師チームはカンファレンスの参与観察も考察に含む。インタビューでは、リーダーが行っているチーム・マネジメントについて、チームの性質とその認識に立脚するチーム環境の設定、リーダーシップ、およびチームの課題に関して質問している。アンケートでは、メンバーのチーム医療に関する認識、チームの評価としてチーム医療の影響・チーム

の満足度・チームの問題と課題の3点、あわせて4点について自由回答してもらった。これらの質問から、チームの問題と課題を分析し、チームがどの発展段階にあり有効に機能しているのか、もし、機能していなければ、チームを機能させるために取組むべき措置が明らかにできる。

### 3. 結果

#### 3.1 医師チーム

臓器系のガンを担当する極めて高度な専門的治療チーム、医師10名で構成されている。チームは、1970年代に発足し、メンバーは比較的長期間固定されており、流動性は殆どない。

##### (1) リーダーのチーム・マネジメント

このチームは、異なる専門領域の高度な専門性をもったプロフェッショナル集団で、メンバーの帰属意識は所属する診療科にある。タスクや人間関係に伴うコン

フリクトは元来ない。このような認識のもと、リーダーは、メンバーは専門能力が異なる対等な関係にある医師であると考え、カンファレンスを意思決定とコミュニケーションの場として重視していた。カンファレンスでは、メンバー間でコンセンサスと情報の共有を促進すること、リーダーはメンバーの一員になること、に徹していた。モニタリング機能と学習機能として、時間的余裕のあるメンバーには、他のメンバーの治療に参加することを義務付けている。チームの課題として、新しい治療手法の導入と実践を掲げていた。

##### (2) アンケート調査の結果

チーム医療の認識については、表2の結果から、「合議による決定」が6と「医師による治療方針の決定」が5で多かった。チームの満足度に関しては、表3と表4から「満足」5、「不満」3、「なんともいえない」2で、満足の理由は、「情報の円滑さ」、「目標が達成できる」、

表2：主観的なチーム医療の認識（複数回答）

医師チーム	医師・看護師チーム	医師・その他医療従事者チーム
①合議の方針決定(6) ②医師中心の治療決定(5) ③医師－コメディカルの連携と情報収集(3) ④患者に応じた目標設定(1)	①医師とその他医療従事者の協力(6) ②医師－看護師の意見交換と情報の共有(4) ③医師が治療の決定をする階層性のあるチーム(3)	患者を尊重し、多職種の専門性を発揮し協力すること(8)

表3：チーム医療の満足度

	医師チーム	医師・看護師チーム	医師・その他医療従事者チーム
満足	5	1	4
不満	3	6	1
なんともいえない	2	3	3

表4：その理由

	医師チーム	医師・看護師チーム	医師・その他医療従事者チーム
満足	①情報が円滑 ②目標が達成できている	①カンファレンスで意見を述べ、チームの方針で活動できる	①議論ができている(2) ②専門職の参加(2)
不満	①マンパワー不足(2) ②チームの決定が無視される	①マンパワー不足 ②医師とのコンタクトが少ない ③医師に意見が聞き入れられない ④専門職の統一はない ⑤医師との意見交換が十分でない	時間が共有できない
なんともいえない			①時間とマンパワー不足 ②時間制約による連携の工夫が必要 ③時間的余裕がなく、十分な成果がでてない

表5：チーム医療が業務に与える影響

	医師チーム	医師・看護師チーム	医師・その他医療従事者チーム
効率的になる	8	7	4
負担になる		2	1
影響ない	2	1	2

表6：その理由

	医師チーム	医師・看護師チーム	医師・その他医療従事者チーム
効率的	①役割の補完と学習機能(5) ②情報・交流機会(2) ③独断の回避	①専門性の統合で、業務の明確化と、効率的になる(4) ②専門職の発揮(2) ③ストレスの低減 ④柔軟な思考	①意見交換と方針の理解(2) ②専門性を活かせる(2)
負担			コミュニケーション

表7：課題・問題点

医師チーム	医師・看護師チーム	医師・その他医療従事者チーム
①時間・マンパワー不足(4) ②内容がない(1)	①時間・マンパワー不足(5) ②医師への不満(2) ③メンバーの意識改革(2) ④システムの未整備(1)	①時間制約によるコミュニケーション不足(4) ②専門職の研鑽や、専門職集団としての研究が必要(3)

不満の理由は「マンパワー不足」が2で、「決定が無視される」が1であった。理由の無回答が4であった。チーム医療の影響に関しては、表5と表6から、「効率的になる」が8で、その理由として共通していたのが、「役割の補完と学習機能」が5、ついで「情報、交流の機会」が2であった。課題として、「時間・マンパワーの不足」が多かった。

### 3.2 医師・看護師チーム

病棟のチームで、医師と看護師が一組になって、各入院患者の治療にあたる伝統的なスタイルを受け継いだものである。治療部位の性質上、外来診療にはじまり、退院後のフォローまで長期体制で行っている。

#### (1) リーダーのチーム・マネジメント

協働関係をリーダーである医師と、医師の指示を受け、医師への報告を行う看護師と位置づけた環境を設定している。各患者に対して、医師2名（10年以上の経験のある手術ができる医師とレジデント）と看護師が一組になり、医師が主治医として治療とカンファレンスの全責任をもつ。リーダーは、チームは同じレベルの異なる分野のプロフェッショナルの集まりで意見を交換すること、個々の役割を發揮することと考えている。この考えは、医師に対してのみ適用され、意見

交換のさい、集団浅慮・意見の対立による人間関係の悪化が生じないように環境づくりに徹していた。意見の合意がえられないとき、集団浅慮に陥る可能性があるときのみ、リーダーが介入する。看護師を含めたチーム全体としては、モチベーションを維持・向上するための人間関係に配慮している。チームの課題は、看護師への要求として、長期的な病棟担当と専門知識の向上が掲げられていた。

#### (2) アンケート調査の結果

チーム医療の認識については、表2から、医療従事者間の協力が6で最も多い。看護師は全員「医療従事者間の意見交換や情報の共有」が4で、「医師を中心とする」が3であった。チームの満足度に関して、表3から、「満足」1、「不満」6、「なんともいえない」3で、きわめて不満が高くなっている。不満の理由は、表4から、「マンパワー不足」と、それ以外の理由は、医師との関係について看護師がもつ不満であった。チーム医療の影響に関しては、表5から「効率的になる」が7で多く、「負担になる」が2であった。その理由は表6にあるように、「業務の明確化による効率性」が4で、「専門性の発揮」が2であった。課題として、「時間・マンパワー不足」が5、「医師への不満」が2、「メンバーの意識改革」が2、「システムの未整備」が1であった。

### 3.3 医師とその他医療従事者チーム

緩和ケアといわれるチームで、一般病棟に入院する癌などの悪性腫瘍の患者に対して、身体的、精神的、社会的苦痛を和らげる医療的なケアを行うものである。医療制度の1つとして、メンバーは緩和ケアチームに所属するための資格を有することが基本となっている。メンバーは各診療科にも所属しており、当該チームとの掛け持ちになっている。チームは発足して1年である。

#### (1) リーダーのチーム・マネジメント

リーダーは、メンバーは資格を有しており、緩和ケアチームの性質・機能を熟知していると捉えており、各職種が対等な意見交換を経て、コンセンサスによる治療方針を決定するような環境づくりを行っている。特に、リーダーは、メンバーのうち医師が突出することのないように意図して行動している。このような環境づくりを「win-win関係の構築」と表現していた。このチームは病棟の主治医からの依頼によって形成されるが、その際メンバーの選定はリーダーと医師が行う。主治医との連携が不可欠でリーダーがその役割を担っている。まだチームが発足して1年であるため、すべてにおいて模索中であるが、現段階では十分な成果がでていると考えられていた。

#### (2) アンケート調査の結果

チーム医療の認識については、表2から、「患者を尊重し、多職種の専門性を発揮し、協力すること」が8で、全員が一致していた。チームの満足度に関して、表3から、「満足」4、「不満」1、「なんともいえない」3である。表4から、満足の理由は「各専門職の参加」が2、「議論できている」が2で、「不満・なんともいえない」の根本的な理由は、「時間的制約」であった。チーム医療の影響に関しては、表5から「効率的になる」が4、「負担になる」が1、「影響がない」が2であった。「効率的になる」と回答した理由は、表6にあるように、「意見交換と方針の理解」が2と「専門性の発揮」が2で、負担の理由は「コミュニケーション不足」であった。課題として、時間制約によるコミュニケーション不足が多かったが、医師以外はチームに貢献する研究や学習意欲が強かった。

## 4. 考察

これまでの回答から、3チームとも、不満や否定的な回答の要因として、マンパワー不足と時間的制約が大きな影響力を有することが示唆される。それらは組織システムがチームを制限するものとして、重要な論点であるが、本稿では、各チームにおいて、チームが有効に機能しているのかを正確にとらえるために、リーダーのマネジメント・スタイルと、メンバーのチームに対する認識および肯定的あるいは否定的な評価に焦点をあてて考察する。

### 4.1 医師チーム

カンファレンスの参与観察では、リーダーが実践してい

るチームの環境設定どおりに、医師らが対等な関係にあった。メンバーは有する知識を提供し、意見を交換しながら、コンセンサスをえるまで建設的な議論を行っていた。症例ごとにタスクを定義し、タスクの相互関係を調整し、プロセスの設計や変化に柔軟に対応するような議論は、チームの理想的な機能であるといえるだろう。リーダーは、メンバーの一員としてカンファレンスに参加し、目立つことはなかった。開放的で積極的かつ建設的な議論はメンバー間の信頼関係を表し、リーダーのメンバーに徹している態度はメンバーとリーダーとの信頼関係を表していると考えられる。

このチームでは、チーム活動がメンバーである医師らにとって、知識の向上、質の向上といった学習機能をもたらしていた。プロフェッショナルにとって、学習機会が提供されることは、チームだけでなく自らの業務遂行に対するモチベーションにつながる。

以上から、表1の実行期にあると考えられるだろう。しかしながら、リーダーは現状に満足するのではなく、臨床チームであると同時に、新しい治療の研究・実験が可能な研究チームを目指し、チームを革新させようとしているようである。

### 4.2 医師・看護師チーム

リーダーは、医師をリーダーとする医師中心となる体制を整備し、看護師を医師の指示をうけ患者の報告を行う役割であると規定するチームづくりを行っている。看護師は、業務遂行に必要と考えている情報の共有や意見交換に参加するのは難しい。それを、医師とのコミュニケーション不足ととらえ、潜在的なコンフリクトを抱く要因になっているようである。コミュニケーション不足によって、メンバーが医療従事者間の協力が必要であると認識していても、それを医師は看護師の報告、看護師は意見の交換や情報の共有ととらえるなど、解釈の違いが生じていた。リーダーが看護師を含めたチーム全体の人間関係に配慮しているものの、タスクの相互関係性がなく、チーム内でプロフェッショナルとしての専門性を発揮できなければ、不満要因として大きな影響を与えてしまうようである。

それらを解決する手段として、表1を用いるならば、オリエンテーションおよび形成期に必要とされる、チームの性質や機能、目的をメンバーに明確にすることである。もしくは、看護師の情報を有益なものにするため、知識を深める学習機会の提供と長期担当できるような資源を確保する組織への働きかけが、リーダーにもとめられるのではないだろうか。

このチームは、形成段階にあると考えられる。上記に提案したようなリーダーシップによって、チームを再度設計することができるのではないだろうか。

### 4.3 医師とその他医療従事者チーム

様々な職種の医療従事者で構成され、メンバーは所属する診療科にも所属している。したがって、多様性と時間的

制約のあるメンバーの集団である。当該チームに参加する認定を受けた資格を有するメンバーであるため、チームの性質や機能に関する知識を習得したチームである。したがって、メンバーとリーダーが共に積極的にチームづくりに参加しているようである。

特に、リーダーは、メンバー間の win-win 関係の構築によって、異なる意見や知識の交換・共有をメンバーに促進することに徹しているようである。メンバーの選定や担当などの最終的な意思決定は、リーダーや医師が行う。それにもかかわらず、日常的な議論の場を設定することで、医療従事者間のタスクの相互関係が相乗効果をもたらし、不満が研究意欲、専門性の研鑽といったポジティブ・シンキングをもたらしていた。

このチームは、騒乱期の段階からチームが始まり、規範期の段階を終え、実行期を模索していると思われる。リーダーは、チーム・ビルディング・スキルを有しているため、リーダーシップ研究で2大機能とされる課題達成 (P) と集団維持 (M) を、共に高度におこなう Hi-Hi 行動によって、迅速なチームづくりに成功しているようである。

## 5. まとめ

本稿では、医療従事者が、チーム医療を有効に機能させるのかをチーム・ビルディングの観点で検討した。3チームは、異なるチームの構造特性（例えば、メンバー間のステータス、パワー関係、規範、タスクの相互依存関係）をもち、それぞれ異なるリーダーシップのもとで、チーム医療を行っていた。組織システム上、どのチームもメンバー不足や時間的制約、組織的支援などの資源が十分にあるとはいえない状態であった。事例研究の結果、3チームうち、2チームはチーム医療を有効に機能させていた。つまり自律的なチーム・ビルディングが可能であることが示されたと思われる。さらに、今回の事例結果をまとめると、以下のことを指摘することができる。

まず、メンバー間のステータスの違いなどに関係なく、チームの性質と機能をメンバーに周知させることが、その後のチームの活動に大きく影響すると考えられる。それは、リーダーがチームの性質と機能を明確に言明することだけではない。チームの環境設定によって暗黙に表明することも効果的であったように思われる。

次に、医療のようなプロフェッショナル組織においては、タスクの相互関係が不十分であれば、人間関係および対人関係に配慮しても、メンバーは否定的な感情をもつようになる。一般的には、対人関係に配慮することでモチベーションや満足度は高まるといわれる。本稿での調査から、医療プロフェッショナルは、チームにおいて専門性を発揮するようなタスクにおける相互関係を必要とするものであると思われる。

最後に、第三者の介入がなくても、リーダーのマネジメントによって、自律的なチーム・ビルディングが可能であることがわかった。特に、今後の発展が求められる医師・看護師チームに関しても、必ずしも表1に示したものがす

べてではないが、表1に即して各々の役割を果たしているのか、リーダーのみならずメンバーもチームを省察し、チームの改善性や発展性が高まる可能性があると考えられる。

本稿の調査は、高度医療機関の異なる性質をもつ3チームを対象としているため、規模が小さい、プロフェッショナル意識が高いなど、限定的なものになっている。今後は、同様の機関や一般病院等で実施されているチーム医療についても、チーム・ビルディングの観点で考察し、より一般化したチーム・ビルディングの提案を目指したい。また、リーダーのマネジメントによって自律的なチーム・ビルディングが可能になることが明らかになった。チームの領域では、チームのリーダーシップの研究も多く、それらとの関係や整合性についても検討することが課題であると考える。

## 謝辞

本調査では、A機関に調査実施の貴重な機会を提供していただき、多大なご協力を頂いた。秘密保持のために機関名は明らかにできないが、ここに記して、深く感謝の意を表したい。

## 参考文献

- Borrill, C., West, M.A., Shapiro, D., & Rees, A., "Team working and effectiveness in health care." *British Journal of Health Care*, 6(8), 364-371, 2000.
- Campion, M.A., Medsler, G.J., & Higgs, A.C., "Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups." *Personnel Psychology*, 46, 823-850, 1993.
- Cumming, T.G., & Worley, C.G., *Organizational Development and Change*, 7th ed., Cincinnati, OH: Southwestern College Publishing, 2001.
- Dessler, G., *Human resource management*, 10th edition, Pearson Prentice-Hall, 2005.
- Farley, M.J., "Teamwork in perioperative nursing. Understanding team development, effectiveness, evaluation", *AORN Journal*, March; 53(3), 730-738, 1991.
- Freid, B.J., Topping, S., & Edmondson, A.C., "Groups and Teams, (chapter6)", *Health Care Management. Organization and Design and Behavior*, 5th ed., Shortell, S.M & Kaluzny, A.D., eds, Albany, NY: Delmer, 2000.
- Horak, B.J., Guarino, J.H., Knight, C.C., Kweder, S.L., "Building a team on a medical floor", *Health Care Management Review*, Spring; 16(2), 65-71, 1991.
- 細田満和子、『「チーム医療」の理念と現実』、日本看護協会出版会、2003。
- 印南一路、『組織としての病院』、『組織化学』、31巻3号、16-26、1998。
- Levi, D., *Group Dynamics for Team*, 2nd ed., Sage Publications, Inc, 2007.

McMster, M., "How To: Executive Team Building," *Training and Development*, January, p16, 2002.

Smith, G.B., & Hukill, E., "Quality work improvement groups: From paper to reality", *Journal of Nursing Care Quality*, Vol.8, No.4, 1-12, 1994.

Sunderstrom, E., Demeuse, K., & Futrell, D., "Work Team," *American Psychologist*, 45, 120-133, 1990.

高山智子、「チーム医療における患者医療者関係」、鷹野和美編、『チーム医療論』医歯薬出版株式会社、2002。

田村由美、中田康夫、倉谷由佳、清水有希、渡祐子、「褥瘡対策チーム」に所属する専門職のチーム医療に対する認識、『神大医保健紀要』、第20巻、2004、21-33。

Thomas, E.J., Sexton, J.B., & Helmreich, R.L., "Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurse and physicians." *Critical Care Medicine*, Mar; 31(3), 956-959, 2003.

Varney, G.H., "Organization Development and Change", *The ASDT Training & Development Handbook*, 4th edition, Craig, H.L., ed., McGraw-Hill, 1996.

West, M.A., Borrill, C., Dawson, J., et al., "The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals." *The International Journal of Human Resource Management*, 13, (8), 1299-1310, 2002.

West, M.A., *Effective teamwork*, 2th ed., BPS Blackwell book, 2004.

の参加は差し控えた。

(受稿：2007年9月18日 受理：2007年10月4日)

## 注

- (1) 医療組織のチームを対象としている研究領域は、経営学、社会学、法学、看護学、社会福祉などの領域に多くみられる。名称自体はまだ統一されたものはない。近年、国内の研究や論文で医療組織のチーム形態を総称して、「チーム医療」という用語が用いられ、一般的に認識されていることから、本稿でもそれに準拠する。
- (2) 組織開発は、人材の開発によって、組織の有効性を高めると同時に、組織が環境に適応するような変化を促進するものである。インターベンションは、一般的には意図的介入と訳される。通常、コンサルタント等の第三者の介入が前提となっているため、意図的介入とする傾向が強い。しかしながら、組織開発におけるインターベンションにおいて、第三者の役割は、ファシリテーターやメンターとして、対象チームのメンバーを支援することである。したがって、解決策や適用手段と解釈するほうが適切と考えられる。
- (3) アンケートの配布から回収期間は、2004年9月～10月である。各リーダーへのインタビューの日時は以下のとおりである。チーム1のリーダーは2004年12月17日15:00～17:00、および同日にカンファレンスに参加。チーム2のリーダーは2005年1月4日14:00～19:00、チーム3のリーダーは2004年12月7日15:00～17:00。チーム2、チーム3は治療部位や精神的に敏感な診療が多く、プライバシーに関わるためカンファレンスへ