

年の高学歴化傾向にもみられる通り、各々の専門職は、医療労働手段の発展に伴い、ますますその専門性を高め、今や、医師の理解しえない高度な技術・知識を身に付けるところとなっている。また、医師自身も専門の細分化によって、自分 1 人では治療を成しえない場面が増え、他の医師の協力なしには、治療が困難な状況もみられてきた。このように、労働対象である患者に働きかける組織的過程も、多職種協働の場面が生じている。つまり、組織過程のなかでの医師の役割の変化が生じているといえる。したがって、次節では、医療労働の組織的過程の側面から医師の労働を検討してみる。

第2節 医療労働の組織的過程の側面から

医療労働手段の発展に伴い、医療労働は分化・専門化し、医師、看護師、薬剤師、医療技術者、事務職員等のメディカルスタッフが分化した。そして医師も内科医、外科医、歯科医等に分化し、更に内科医は、呼吸器科、消化器科、小児科、神経科等の医師に、更に診療医と診療技術部門医がわかれ、麻酔科医、病理医等に細分化されてきた。また、医療技術者も診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、歯科衛生士等に専門分化してきた。このように、医療労働手段の発展過程は、同時に、医療労働の職種の多様化、分業と協業の発展過程を規定し、後者は更に前者の発展を促した。これとともに小規模な分散的労働過程の大規模で社会的な結合労働過程への転化という労働の組織化・社会化の法則は、医療労働の分野においても、多様なメディカルスタッフからなる医療労働者のチームによって行われることとなり、必然的にチーム医療へと発展する¹⁹²。つまり、医療労働の分化・専門化は、それらを統合するための組織と管理を必要とするのであり、実際の医療現場においては、主に医療の標準化とチーム医療の促進、地域における機能分化と連携の促進を必要とする。ここでは、医師の負担軽減につながると考えられる医療の標準化とチーム医療の状況を確認するにあたって、まず、他職種への専門分化と協業の必要性を確認しておきたい。

1. 多職種への専門分化と協業の必要性

前節で示した通り、医療労働は、医師とその助手の手によって行われ、医療の主要な経営形態は自営業であった。しかしその後、医療労働そのものにおける労働の分割、つまり分業が進むことになり、身分法が規定されているものだけでも、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・助産師・看護師（准看護師）、臨床検査技師、栄養士・管理栄養士、診療放射線技師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、救命救急士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉

¹⁹² 芝田進午編(1976)、前掲書 22 頁参照。

士などがある¹⁹³。このうち、第二次世界大戦前にあったものは、医師、歯科医師、看護婦（看護師）、薬剤師だけであったが、戦後改めてそれらの身分法が制定された後、次々と新しい資格が誕生することとなった。

その数は、医療労働手段の進歩とともに細分化・専門化し、その総数は、表（3-1）の通り、1970年に比べて3.2倍以上となっている。その間、医師は2.5倍、理学療法士24.4倍、作業療法士60.4倍、視能訓練士10.4倍、診療放射線技師8.6倍、臨床工学士9.6倍、管理栄養士9.0倍などになっており、技術の進歩に伴い医師以外のメディカルスタッフの増大がみられる¹⁹⁴。

表 3-1 病院の常勤換算医療従事者数の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2014	倍率
総数	636,074	985,768	1,326,970	1,641,419	1,868,256	2,043,369	3.2
医師	84,205	136,097	147,539	167,366	195,368	210,112	2.5
歯科医師	3,997	7,102	8,113	8,951	10,203	10,006	2.5
薬剤師	13,287	22,622	34,937	41,071	43,295	46,663	3.5
保健師			1,401	2,012	4,677	5,272	3.8
助産師	7,561	11,946	14,692	17,584	19,224	22,224	2.9
看護師	106,022	211,540	353,382	524,578	682,604	767,701	7.2
准看護師	115,123	161,186	232,715	223,633	161,126	135,799	1.2
看護業務補助者	59,204	88,045	122,368	210,857	196,073	196,696	3.3
理学療法士（PT）	2,712	2,585	8,601	19,025	47,541	66,151	24.4
作業療法士（OT）	659	764	3,490	9,305	30,795	39,786	60.4
視能訓練士		383	948	2,081	3,340	3,968	10.4
言語聴覚士				2,485	9,663	13,493	5.4
義肢装具士			55	54	59	63	1.1
歯科衛生士	741	1,804	2,864	3,652	4,519	5,363	7.2
歯科技工士	756	1,040	1,060	906	759	712	0.9
診療放射線技師	4,932	12,962	23,407	33,247	38,907	42,258	8.6
診療 エックス線技師	3,743	2,066	1,474	656	248	180	0.0
臨床検査技師		27,167	40,110	44,826	48,986	52,962	1.9
衛生検査技師	14,085	1,577	763	370	158	113	0.0
臨床工学技士			1,857	6,372	13,767	17,919	9.6

¹⁹³ 福原麻希(2013)『チーム医療を成功させる10か条』中山書店、参照。

¹⁹⁴ 厚生労働省(1995～2014)「医療施設調査・病院報告」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>, (2015/12/03 アクセス)

あん摩マッサージ指圧師		6,015	7,040	5,072	2,272	1,642	0.3
柔道整復師					582	523	0.9
管理栄養士		2,346	7,452	14,801	18,285	21,207	9.0
栄養士	11,587	14,885	14,835	8,283	5,682	4,851	0.4
精神保健福祉士				1,912	7,455	8,870	4.6
社会福祉士					5,971	9,259	1.6
介護福祉士					33,144	42,988	1.3
その他の技術員	13,814	16,307	19,527	19,594	16,365	16,412	1.2
医療社会事業従事者	1,838	2,624	4,630	8,499	9,062	9,527	5.2
事務職員	82,077	112,684	142,809	150,933	176,280	209,955	2.6
その他の職員	104,614	127,348	126,910	111,402	81,849	80,695	0.8

*倍率は、データがある年度からの倍率

出典：厚生労働省(1995～2014)「医療施設調査・病院報告」、

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>, (2015/12/03 アクセス)、を基に筆者作成。

医師对患者との社会関係とは別に、医師対医療従事者との社会関係が重要視されてくるようになっている。つまり、医師の業務範囲は医療技術の進歩と共に多義にわたり、いまやメディカルスタッフとの協業関係なしには、診断治療は困難となってきた。なぜならば、患者との関わりのなかで、医師のみならず医師以外のメディカルスタッフを含めた関わりが重視されるようになってきているからであり、医師の業務範囲の拡大とともにある意味では医師の支配力の低下が招来してきていることを意味しているからでもある。医師の労働は多職種との関わりのなかでチーム医療へと向かっているのであり、そのための前提条件として、医療の標準化が志向されることとなっている。したがって、ここでは医療の標準化が、医師の労働にどのような影響を及ぼしているのかを確認する。

2. 医療の標準化と DPC 制度

医療が分化・発展するなかで、医療の標準化は、効率的で安全な医療を進める上で必要不可欠な条件となる。1950 年頃から、米国工業界では、製造工程の管理技法として、クリティカルパスメソッド (CPM) が広く実用されていた。1983 年米国で DRG/PPS (Diagnosis related groups/Prospective payment systems:医療費の診断群類別定額支払い制度) が導入され、その 2 年後、ボストンのニューイングランド・メディカルセンターのカレン・ザンダー女史によってクリティカルパス (クリニカルパスともいわれる) の手法が入院患者

のケアに導入されたのが始まりである¹⁹⁵。

日本では、1992年頃から徐々に広まり、インフォームド・コンセントの充実、チーム医療の展開、患者中心の医療への変革、医療資源の節約、安全性の向上など医療の質を高めるツールとして認識されはじめるが、現実には、1998年のDRG/PPSの試行後、2000年に急性期診療加算の条件にクリティカルパス類似の「入院診療計画書」が導入されたこと、そして、2003年4月の閣議決定に基づき、全国82の特定機能病院を対象に日本版DRG/PPSであるDPC (Diagnosis Procedure Combination) 制度 (DPC/PDPS : 「DPC : Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」、「PDPS : Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」) (急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である¹⁹⁶) が開始されたことなどが、クリティカルパス普及の契機ともなった¹⁹⁷。

クリティカルパスは、Spathによって医療チームが共同で作成した、患者の最良のマネジメントと信ずる仮説と定義され、入院中の全ての治療・処置・検査が含まれているのであり、医師のみならず、看護師、薬剤師等多数の職種の医療関係者が協議しながら作成するものである。しかしながら、日本でのクリティカルパスの普及は十分とは言えなかった。これは、治療内容の画一化、バリエーションの際の患者不安、訴訟への発展、医師の裁量権の侵害といった医師のクリティカルパスに対する誤解が一因であり、クリティカルパスの導入には、医師を頂点としたピラミッド構造から、職種による上下のないフラットな関係でチーム医療を進めるといった意識改革が必要だったからである¹⁹⁸。

本来的に見れば、医療の標準化としてのクリティカルパスと包括支払い制度とはきつても切り離せないものと認識することができる。日本においては、上記のようにクリティカルパスに対する医師の嫌悪や、組織変革に対する医師の抵抗などが相まって、クリティカルパスの導入が遅れたこと、診療科ごとの医師のセクショナリズム、専門職ごとのセクショナリズムなどが存在しているため医療職相互間における言語の統一さえもままならない状況など、医療の標準化に対する根強い抵抗もあった。このことは、日本において電子カルテなどの導入が進んでいないことの要因にも通じており、病院間はもちろんのこと、診療科間においても、医療の標準化という概念そのものが遅れていたように思われる。そのことは、日本型の包括払いにも表れており、あえて医療の標準化をすすめなくても、あるいは、クリティカルパスを導入しなくても、診療報酬の確保は難しくない制度であったからである (その点は、この後指摘をする)。このように、日本型の包括払い制度には、クリ

¹⁹⁵ 小西敏郎(2008)「クリニカルパスの導入で何が変わったか?」『外科治療』、Vol. 99, No. 5, 2008年11月、495頁参照。

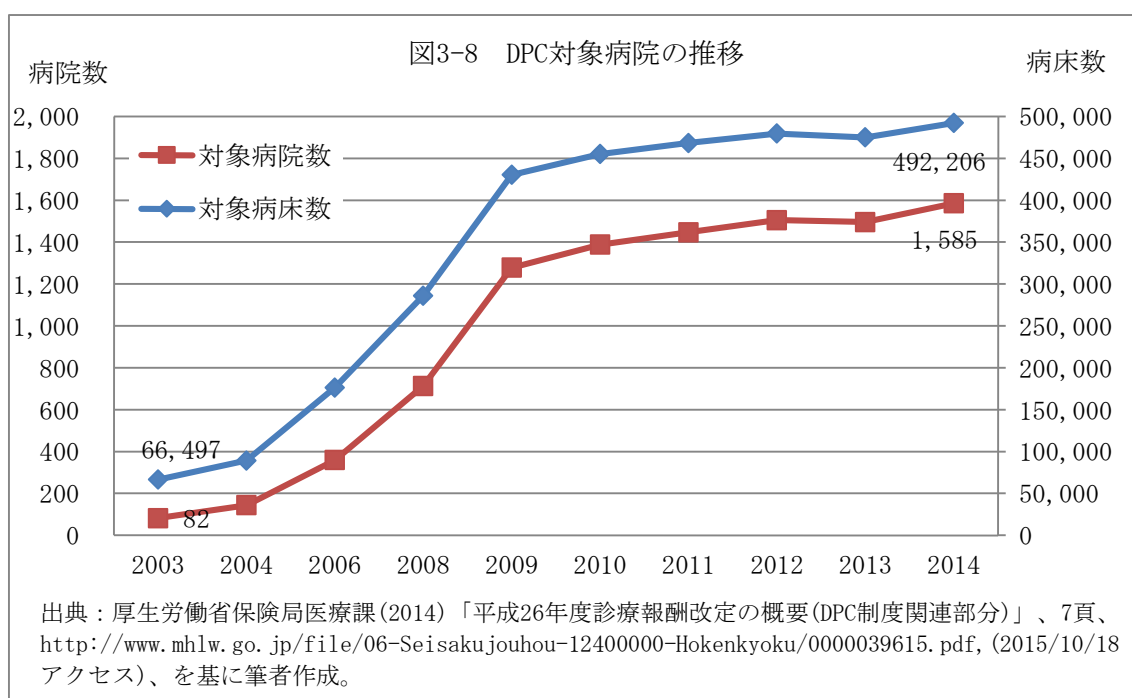
¹⁹⁶ 厚生労働省保険局医療課(2014)「平成26年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)」2014年3月5日、5頁参照。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039615.pdf>, (2015/10/18アクセス)

¹⁹⁷ 小西敏郎(2008)、前掲論文 495頁参照。

¹⁹⁸ 小西敏郎(2008)、同上論文 495～498頁参照。

ティカルパスを強力に推し進めなければならないほどの働きかけはなかったといえる。

DPCという呼称は、「患者分類としての診断群分類」の意味で作られた略称であり、「診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度」を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にする必要があったことから、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)とすることで2010年12月16日のDPC評価分科会において整理されている¹⁹⁹。2003年以来、図(3-8)の通り、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、2014年4月1日見込みで1585病院、約49万床となり、2012年度の医療施設調査による一般病院数7493に対して21.1%、全一般病床数89万8116床に対して53.4%を占めるに至っている²⁰⁰。



包括評価の基本的な考え方として、適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群としている。診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に症例・包括項目(包括範囲)全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とされている²⁰¹。包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出されている。これは、既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたことと、

¹⁹⁹ 厚生労働省保健局医療課(2014)、前掲書6頁参照。

²⁰⁰ 厚生労働省保健局医療課(2014)、同上書7頁参照。

²⁰¹ 厚生労働省保健局医療課(2014)、同上書12頁参照。

既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難（データや評価体制が不十分）なことから、制度設計としては、出来高見合いの報酬設定が基本となっている²⁰²。

更にいえば、急性期病院のすべての収入が包括払いとなっているわけではなく、包括評価部分は、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1000点未満の処置等のホスピタルフィー的報酬部分であり、医学管理、手術、麻酔、放射線治療、1000点以上の処置等のドクターフィー的報酬分等は、出来高評価となっている。このように、手術を積極的に行う入院診療単価の高い病院は、包括収入の割合が低くなり、ドクターフィー的要素である出来高部分の割合が高くなる。病院の機能にもよるが、包括収入の割合は、一般に内科系病院では60～70%、外科系病院では50%を下回ることもある²⁰³。

DPC環境下では、クリティカルパス等により医療の標準化を進めながら入院日数短縮を図ることが重要であるが、ことはそれほど単純ではなく、上記のような激変緩和措置により、医療機関別係数と呼ばれる係数が存在し、医療機関の機能等により収入が異なる仕組みとなっている。DPCへの参加は任意となっており、急性期の病院がすべてDPC対象病院、DPC準備病院となっているわけではないが、最近では、200床未満の病院が比較的多く、なかには20床台のケアミックス型病院なども含まれている。この背景には、上記で示した制度設計があり、DPCに参加しても損失を伴わず、むしろ収入が増える仕組みとなっていることが考えられ、裏を返せば導入し易い仕組みといえる²⁰⁴。

DPCを利用して、クリティカルパスの仕組みを作り、標準化を押しすすめて効率化につなげていくことによって作業の標準化がなされ、単純なエラーの低減と、それに伴う医療安全、医療品質の確保、更には、標準原価の設定による、原価計算・予算管理等の効率化と、さらなる利益の確保などが実現できる。しかし、日本の医療の現実をみるならば、ある意味において、診療報酬が保証されている仕組みであるためにあえて標準化を推し進めなくても、従来通りの診療報酬は確保できるシステムとして機能している。これが現実である。

医療の標準化を推進することが遅れていることの背景には、先にも若干触れたことであるが、第1に、従来の管理部門の業務は収入面においては、単なる月ごとの請求の積み上げであり、請求内容のチェックや請求漏れをいかに少なくするかなどに重点が置かれていたことがある。また、支出面においても同様に積み上げ方式であって、在庫管理は部署任せとなっていたなど、管理部門が各部署の業務への介入に徹し切れていなかったこともあげられよう。第2に、医療の現場においては、診療科ごと、部門ごとに異なる言語が飛び交い、また、業務手順も異なることから、それらを統一することにはかなりの抵抗があった。特に医師においては、出身医局ごとに異なる業務手順をその病院の手順に合わせなければなら

²⁰² 厚生労働省保健局医療課(2014)、同上書 13 頁参照。

²⁰³ 木村洋編著(2011)『医療現場のための病院経営のしくみ 2-経営課題の構造理解と改善活動の実践-』日本医療企画、50 頁参照。

²⁰⁴ 木村洋編著(2011)、同上書 53～65 頁参照。

らないこと、また、派遣先の病院が異なれば、その標準化も異なる場合があることであった。更には、医師の手から事務方に回っていた業務が、再び医師の手に返ることとなり、医師の側に当面の業務負担が増加することなどがあげられる。第3に、医療の標準化を見据えた電子カルテなどの導入において、医療器械メーカーごとに異なるシステムとなっているという現状では、どれが日本の標準化であるかどうかの判断は、困難を極めているということもある。また、病院ごとにオーダーメイドするにしても、基幹の部分の考え方は、電子カルテを開発する際に協力した病院の業務手順となっているというのが現実である。つまり、逆にあるメーカーの電子カルテを採用するということは、病院の手順を電子カルテの手順に合わせなければならないことになってしまう。しかも、その導入費用は決して安価な金額ではない²⁰⁵。

このように、医療の標準化と、クリティカルパス、電子カルテ、包括払い方式等の導入は、全てがお互いに絡み合っており、医療施設内においてこれらの全てを全面的に推進するためには、全てのメディカルスタッフが垣根を越えて協力するという体制の構築が必要不可欠なものとなる。現在、DPCへの参加病院は、図(3-8)の通り、順調に増加しているのであるが、真の意味における医療の標準化といった意味においては、まだまだ取り組みのスタート段階に留まっており、本格的な導入は大幅に遅れていて、医師の労働の負担軽減に寄与しているとは言い難いといっても過言ではない。しかも、データ提出評価係数の確保などのためにかえって労働負担が増しているといった話もある。また、外来診療は包括払いの対象ではないため、術前検査や内服薬は、できる限り外来時に実施されることとなる。したがって、その面でも外来における労働負担は増すこととなる²⁰⁶。このように、労働負担の軽減という面では、若干の問題も抱えている。医療の標準化及びクリティカルパスの普及が遅々としている状況のなか、チーム医療もまだまだ進展途上と考えられる。次にチーム医療の問題について検討しておきたい。

3. チーム医療への取り組み

医療の標準化とも深く関連し、チーム医療は、医療労働の分化・発展を統合する重要な手段である。米国の病院では複数の医師がチームを組んで個々の患者の診療にあたるチーム医療がスタンダードである。チーム医療が徹底している米国では医師をサポートするスタッフも多く、マンパワーの充実は医療の安全性を確保する上でとても重要である²⁰⁷。

M.D. アンダーソンがんセンターの上野は、米国でチーム医療に該当する言葉は、「multidisciplinary care」であるが、これには二面性があり、①外科、内科、放射線治療、病理というようにいろいろな専門医がコミュニケーションよく治療方針を固めていく

²⁰⁵ 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書 60 頁参照。

²⁰⁶ 木村洋編著(2011)、前掲書 54、63 頁参照。

²⁰⁷ 本田宏(2007)、前掲書 198 頁参照。

という意味と、②看護師や薬剤師といった多職種で連携するという意味があるという。つまり、自分の守備範囲、責任のとれる範囲を明確にし、それ以外はコミュニケーションをとるということになる。したがって、医師は、患者のケアについてリーダー的役割を果たすが、細部は他の専門家に任せ、全体のかじ取りをすることが重要であるとしている²⁰⁸。

さて、医療の労働対象について、本章第 1 節で述べたが、実際、医療労働に関しては、医師のみが患者と係わりあっているわけではなく、患者が来院して退出するまでの間には、外来のみであろうが入院であろうが、医師及び医師以外のあらゆる医療職が患者に係わることとなる。しかし、1 人の患者に対し、医師の指示の下で他職種の医療従事者が連続的に自らの職能をもって、与えられた任務を遂行することがチーム医療であるとすれば、現在に至るまでも現在においてもチーム医療が行われているということになる。つまりチーム医療という言葉は、既に長い間使用されており、人によってその解釈するところは異なると言わざるを得ない。このように考えるならば、実際、チーム医療は決して新しいテーマではないといえよう。細田はその著述のなかで、チーム医療の起源を見ることができると指摘して、医療法制定当時の医療関係者の文書、「病院は、優れた医師がいさえすれば良いのではなく、看護や検査や事務などの各部門の人々が一定の水準を保ち「調和協調」することができる」ところ」に病院という医療提供の形がチーム医療を必要としていたと指摘している²⁰⁹。福原は、その著書で紹介しているように、医学中央雑誌検索で一番古い論文は、1982 年で 26 論文があったと指摘している²¹⁰。因みに 1976 年の芝田氏の著述のなかにも「チーム医療」という用語の使用が見られる²¹¹。少なくとも 80 年代には、医師だけで一連の医療行為を行うことに限界を感じている人がいたといえる。

従来日本の病院組織の多くは、医師のみが診療科別、他の職種は、専門分化された部門別の組織形態となっており、医師の治療方針によって専門職ごとの分業により実践されていた。そのため、日本の医療の原型である医師対患者の 1 対 1 の主治医性を根拠に、チームリーダーは医師とされてきた。その後、時代が進み、慢性疾患の増加、高齢者疾患の増加、医療技術の進展、それに伴う倫理問題など、主治医のみではカバーできない状況が醸し出され、更に医療の現場でも 1 病院のみでは完結できない地域への拡大も見られてきた。疾病構造の変化に伴い治療からケアへと医療の意味も変遷するなかで、チーム医療も変化を求められてきた²¹²。

²⁰⁸ 週刊医学会新聞(2006)「チーム医療特論」2006 年 6 月 12 日第 2686 号、医学書院、参照。
http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2006dir/n2686dir/n2686_01.htm, (2015/10/18 アクセス)

²⁰⁹ 鷹野和美編著(2002)『チーム医療論』医歯薬出版、2 頁参照。

²¹⁰ 福原麻希(2013)、前掲書 3 頁参照。

²¹¹ 芝田進午編(1976)、前掲書 22 頁参照。

²¹² 加藤和美(2014)「病院組織のチームが有効に働くために－チーム医療での医師－看護師関係を焦点に－」『ビジネスクリエーター研究』Vol.5 pp3-26, 2014、3 頁参照。

日本の医療は、何から何まで医師が決定し責任を持つ体制であるといわれる。医師でなくとも対応可能な業務までも医師が行っている現状がある。看護師等についても、その専門性を発揮できていないとの指摘がなされるなかで、2009年には、チーム医療推進協議会²¹³が発足し、厚生労働省内でも、日本の実情に即した医師と看護師等との協同・連携の在り方等について検討するとして、「チーム医療の推進に関する検討会」が発足している²¹⁴。

その後、2010年には、「チーム医療の推進について」が報告されているが、その報告のなかには、チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の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・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」²¹⁵というように記されている。このような一般的な指摘に見られるように、明確な定義づけはなされないままであったとはいうものの、チーム医療がもたらす具体的効果を指摘するものもある。①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待されること。チーム医療を推進するには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進といった方向を基本として、それぞれの立場で様々な取組を進め普及させていく必要があること。そして、医療現場における推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、更には医療と介護の連携等といった方向で努力し医療の在り方を変えていくことなどが指摘されている。つまり、徐々にではあるが、チーム医療が医療の品質向上、医療の効率化にとって重要であるとの認識が示されている²¹⁶。

これらチーム医療の推進と前後して、2007年には、上述の通り、厚生労働省医政発第1228001号「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」が発せられ、2008年には、診療報酬への反映もなされてきている。

しかしながら、2012年度に厚生労働省が全国で開催したワークショップの内容を取りまとめた「チーム医療普及推進事業報告書について」のなかのチーム医療に関する課題とその解決策からの指摘からみてもわかる通り、①医師の協力が得られないこと、②他職種の仕事の内容の理解が不十分であること、③どの職種もマンパワー不足でオーバーワークであること、④チーム医療に対する教育の不足などが課題として挙げられている。また、そもそもこの種のワークショップに医師が参加すること自体が極めて希少であることから、

²¹³ チーム医療推進協議会(HP)、「協議会とは」、

http://www.team-med.jp/team_introduction, (2015/12/19 アクセス) 参照。

²¹⁴ 厚生労働省(2009)「チーム医療の推進に関する検討会開催要綱資料1」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/dl/s0828-1a.pdf>, (2015/12/05 アクセス)参照。

²¹⁵ 厚生労働省(2010b)、前掲書参照。

²¹⁶ 厚生労働省(2010b)、同上書参照。

チーム医療に対する医師自身の取り組みの現状が端的に示されているように思われる²¹⁷。

梶の紹介する聖隷三方原病院では、モデル事業への参加を契機として、医師と看護師、助産師との互いの専門性を尊重して役割分担が行われ、院内助産院の開設となった。これには、全員の意識の共有と十分な医師の理解が重要であったと伝えている²¹⁸。医師の多くは、欧米特に米国への留学を多く経験しており、医療の標準化やチーム医療の実態を目の当たりにしてきているはずである。しかし、日本においては思ったほど普及していないのは、旧態依然とした組織と医師の意識に問題があるのではないかと考える。この点については、第5章で改めて取り上げる。

医療の労働過程から、医師の長時間・過重労働の要因を探ってきた。技術的過程の側面においては、医師の労働そのものが、診察や手術等の診療の複雑化はもとより、それ以外の勤務の内容の変化とともに、長時間労働に加え精神的なストレスが増大していることを確認した。医師の労働対象としての患者との関係では、患者及びその家族をも含めたなかでインフォームド・コンセントの重要性が問われ、その対応のため多大なる時間が必要とされること、昨今のますますエスカレートした患者要求のなかで、その対応に非常にストレスがかかっていることを確認した。労働手段における医療技術の発展においては、医療労働は、いぜんとして労働集約的な労働であり、医療技術の進展が、医師労働の効率化に寄与していないどころか、一人ひとりの患者に対する問診・検査・投薬・注射など、かえってその診療内容は濃密化し、患者1人当たりの労働量とりわけ精神的な労働量は著増し負担は確実に大きくなっていることを確認した。このように、医療の労働過程においては、医師の労働そのもの、医師の労働対象としての患者との関係、労働手段としての医療技術の発展のいずれにおいても、勤務医の長時間・過重労働を助長する傾向があることを確認した。

また、その組織的過程の側面では、医療労働手段の発展に伴って、医療労働の分化・専門化が推進され、それらを統合するための組織と管理を必要とする。具体的には、医療の標準化とチーム医療の促進、地域における機能分化と連携の促進が要となる。ここでは、医師の負担軽減につながると考えられる医療の標準化とチーム医療の状況を確認したが、実際の医療現場において、本来、医療の効率化に作用するはずの医療の標準化は、思ったほど進んでおらず、さらに、チーム医療についてもその進展は遅々としたものとなっている。このように、医療の組織的過程においては、医療の標準化、チーム医療の促進のいずれにおいても、医師の長時間・過重労働を改善し軽減する方向に働いていないことを確認した。

²¹⁷ 厚生労働省(2012b)「平成24年度チーム医療普及推進事業報告書について」厚生労働省医政局医事課、参照。

https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryoyu/iryoyujyuisya/iryoyu_d/fil/001.pdf, (2015/12/05 アクセス)

²¹⁸ 梶葉子(2009)「多職種連携と業務分担の取組み」『月間保険診療』2009年7月号、3頁参照。

次章では、これらの医療労働を支える制度面のなかから、医師の供給面と、医療施設の供給面の問題点を探ることとする。このような問題を探ることを通じて長時間・過重労働の要因について検討してみたい。