

管理がなされる可能性が高く、また、労働条件の良し悪しが、その病院での定着率を高めることにもつながることは、経営者であれば、十分理解できるであろう。

さて、今まで病院の組織構造をみてきたが、組織図からは各専門職の縦割り構造となっていることがわかる。ところが、患者の治療の一連の流れからいっても、各部門は、全て関係しており、全てのメディカルスタッフの協業が必要となる。したがって、次節では、医師及び他のメディカルスタッフの協業推進に関して、その関係構築とチーム医療の推進の観点から、その組織構造と医師の意識を検討してみる。

第2節 医師及び他のメディカルスタッフの協業関係

1. 医師と他のメディカルスタッフとの関係

前節において、病院経営におけるマネジメントの脆弱性に関して、組織構造と医師の雇用管理に関して確認したが、実は、病院内部の指揮命令系統は複雑で、組織図通りとはなっていない。これには、第1章の冒頭で述べたように、ほとんどの部門において医師が管理者として位置づけられ、医師以外の医療従事者の場合には、その身分法によって医師からの指示・指導・監督を受けなければその業を行えないというように規定されてきたことが関係している。この問題は、医師以外のメディカルスタッフ等の分化の過程にも関係しており、医療の原型である医師対患者の1対1主治医制を基に、医師とその助手によって行われていたものが、法的資格を整え、業種としての独立性を高め、分化発展をしてきたためである。

そのメディカルスタッフの分化発展には、まず、本来医師が行っていた業務が機能化して成立したものに、薬剤師、X線技師、臨床検査技師、理学作業療法士などの技術があり、その関係部門が医師の診療科から分化独立している。また、本来事務部門での一般的サービスであったものが専門化してきたものに、栄養士、MSW（メディカル・ソーシャルワーカー・ワーカー）などがある。そのほか、医学以外の領域から、工学、心理学などの発展に基づき部門化したものなどがある²⁹²。このような発展過程のなかで、一般の組織図では表せない点がある。

日本の病院組織は、はじめ医師1人から始まり、医師の働きを手伝うものとして、看護師、薬剤師、検査技師、事務員などが順次導入され、医師においても他の診療科の必要性に応じ複数の診療科が設置され、診療科ごとの縦の組織が形成されていった。やがて昭和30年代にかけて、医師を頂点とする縦の組織は、図(5-3)で示す横の組織に転換していく。

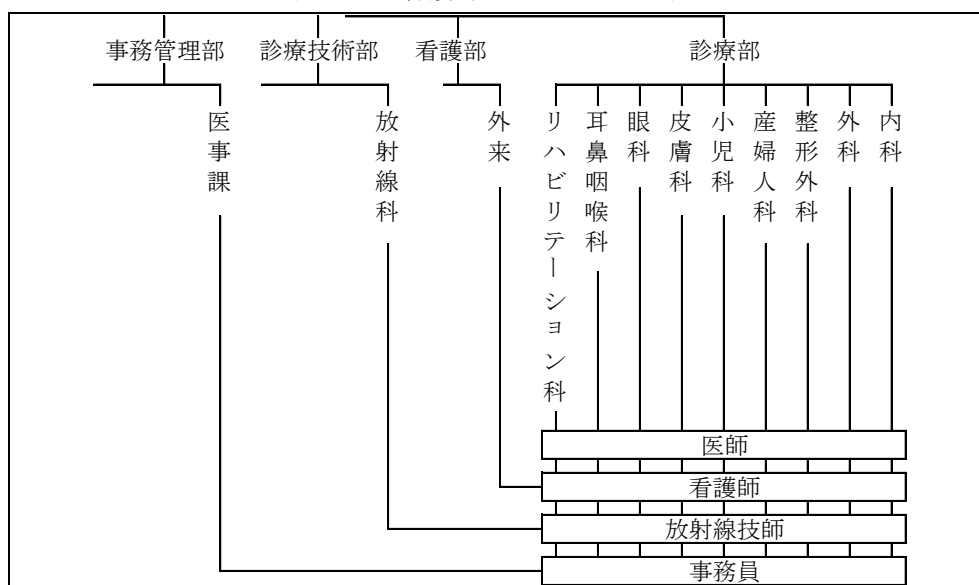
これは、「中央化」といって、各部署に分散している同種業務をできる限り一つにまとめて処理をする部署を新設したことによる。このようにして、分業の原理により業務の種類ごとに新しい部門が次つぎに誕生することとなった。ここで注目されるのは、医師が命令

²⁹² 車田松三郎(1969)「パラメディカルの研究—論文内容要旨—」、122頁参照。

者の立場から、依頼者の立場に変わっていることである。しかし、これには医師の強い抵抗があり基本的に現代までその抵抗は続いている。そのため、現在も複雑な構造となっている²⁹³。

看護師を一例としてあげれば、外来担当の看護師は、実際の外来において、いわゆる縦の組織としてその診療担当の医師の指揮命令を受けるが、それと同時に、いわゆる横の組織として看護部の外来担当部門に配置され、外来担当看護師長の指揮命令を受けるといった二重構造となっている。このようにほとんどの部門が、その部門の長と、管理者である医師との二重の支配を受けることとなる。

図 5-3 看護師の二重支配の構造



出典：山城章(1980)『ノンビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社、304頁を参照し筆者作成。

医師と他のメディカルスタッフとの関係の背景には、協力的相互関係ではなく、身分的關係に彩られた現実があり、あくまでも対等ではないという階層意識が作用しており、医師と他のメディカルスタッフとの関係を支配関係と捉えた階層性の存在が見いだされる²⁹⁴。しかしながら、現在の高度化・専門化が進んだ医療において、多職種の協力なくしては、医療は成り立たなくなっている。したがって、医師を含めたメディカルスタッフがお互いの能力をチームとして最大限に引き出す多職種間の連携が必要となる。ここには、最も重要なこととして医師の意識改革がある。他の専門職が医師の業務から分化してきた過程において、医師の権力は、一枚ずつ剥ぎとられ、次第に弱められて、分散化してきたことを何よりも医師が自覚する必要がある。それまで医師に従属し統制されていた他のメディ

²⁹³ 山城章(1980)、前掲書 303 頁参照。

²⁹⁴ 加藤和美(2014)、前掲論文 10 頁参照。

カルスタッフは、医師の指示の依頼を受け、協力する関係にあることを確認しなければならない²⁹⁵。

このように、医師自らが他のメディカルスタッフの能力を認め、チームとして積極的にかかわっていくことで、全てを医師1人が抱えるのではなく、法制的範囲の内ではあるが、業務分担を円滑に推進し、協力関係を構築していく必要がある。その1つがチーム医療であり、医師自らが対等の立場に身を置くことが重要である。医師の間でもこの点に関しては、認識されはじめている。2011年の国立病院総合医学会のシンポジウムにおいて、医師部門からは、医師が医療現場をリードした時代から脱却し、協調的な姿勢を示すことが必要であることや、多職種混成チーム、組織横断的チームにおいて多職種を尊重する意識を持つことが重要であるとの意見も述べられている²⁹⁶。

しかしながら、これまで、チーム医療を論じ推進しようとしているのは、多くは看護師であり、医師が中心となって推進しているものは限られている。そこで、チーム医療の推進について、もう少し検討を加える。

2. チーム医療の視点からの組織変革と意識改革

2010年、厚生労働省は、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」を発している。そこでは、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われており、こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組みの一つとして「チーム医療」の推進を示している。また、基本的な考え方として、「各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である」²⁹⁷として、専門性に積極的に委ねることが強調されている²⁹⁸。

医療現場の疲弊改善に、どのような点で、チーム医療が重要なのであろうか。また、どのような点を考慮することで医療の在り方を変えることができるのであろうか。ここでは、諏訪中央病院の鎌田が語るチーム医療の事例から、チーム医療導入による意識改革と、組織変革の点について探ってみる。

チーム医療を推進していくうえで重要な点が3つある。1つは、病院の内部体制の工夫に関する問題である。まず、内科や外科などの分散した医局を作らずに、医局を1つにすることで、医師の間のセクショナリズムを予防したことがあげられる。これは、1つの大学の

²⁹⁵ 加藤和美(2014)、前掲論文10頁参照。

²⁹⁶ 田中信一郎(2011)「チーム医療を効果的に実践するための職種連携—権限と責務—」『医療』Vol. 66 No. 8、373頁参照。

²⁹⁷ 2010年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通達「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」、参照。

²⁹⁸ 2010年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通達、同上参照。

医局からの派遣で固まった場合、他の出身大学の医師の違和感は大きく、なかなか溶け込むことができないことが要因である。次に、看護師から副院長を出したことがあげられる。病院の質、医療の質を左右するのは、優れた技術を持った医師が必要であることは、言うまでもない。しかし、看護の質が問われる時代にあつて、最も大所帯である看護師が経営に参加していないことは、チーム医療を行っていくうえでむしろおかしいことであり、経営も含めていろいろな職種の人が等分の権利と責任をお互いに背負いあうことが重要であるとの認識である。つまり、チーム医療というのは、違う職種の人他者のまなざし、同じ職種でも出身大学が異なる人のまなざしがあることが大切である²⁹⁹。

2つ目は、医療過誤をある程度防ぐことができる点である。今述べたように、多職種あるいは、他の医師のまなざしがあるということは、病院のなかで相互に評価されていることとなる。これはミス隠さず、ミスと認識し、次は失敗しないという進歩につながる³⁰⁰。

3つ目は、第3章で述べたインフォームド・コンセントに関することである。患者や家族に対して、医師だけではなかなか伝えきれないことがある。医師のみが、インフォームド・コンセントを抱えるのではなく、チームで、インフォームド・コンセントをしっかりと行うことが重要であり、疾患によってさまざまなスタッフが加わることで、患者の理解をさらに高めることが必要であり、それは医師の負担軽減にもつながることとなる³⁰¹。

以上からわかる通り、チーム医療では、病院トップ自らが率先して、他のメディカルスタッフの専門性を認め、助言を求め、そして他の医療スタッフは、これに応えられるように勉強するという姿を作り上げることが重要である。また、医師は、同業の医師や、他のメディカルスタッフとの協働のなかで、他の専門性に積極的に業務を委ねることが必要である。このように、病院トップを含めた医師自身の意識改革が重要であることを示している。

意識改革をするにあたって、組織から変革することも重要なことである。つまり、組織が従来通りであつては、変革もままならないといえる。医師を他のメディカルスタッフと対等の立場に置くためには、従来の組織のままではなかなか難しい。この点に関しては、2点考えられる。1つは、従来の組織を置いたまま、チーム医療のための組織編成をすることであり、それは、一般企業でいう、いわゆるプロジェクトチームに類すると考えられる。もう1つは、指揮命令系統にあつた、組織に変革することである。

1つ目の点については、富田が指摘する静岡県立静岡がんセンターの組織が参考となる。一般的な医療機関における、診療トップとチーム及びチーム内の関係を示すと図(5-4)のようになる。すべてのチームをマネジメントするのは、診療部のトップであり、チーム内においても医師がトップとなり、医師からの一方通行的な指示の流れとなる³⁰²。

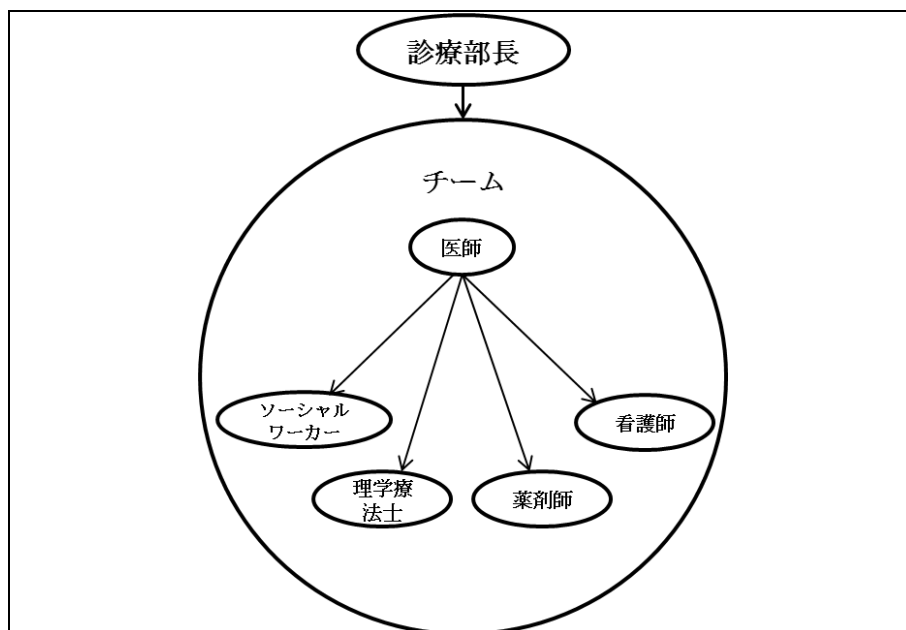
²⁹⁹ 鷹野和美編著(2002)、前掲書 76、77 頁参照。

³⁰⁰ 鷹野和美編著(2002) 同上書 84 頁参照。

³⁰¹ 鷹野和美編著(2002) 同上書 85 頁参照。

³⁰² 富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3、336 頁参照。

図 5-4 一般的な医療機関におけるチーム内の関係



出典：富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol.18 No. 3、336 頁。

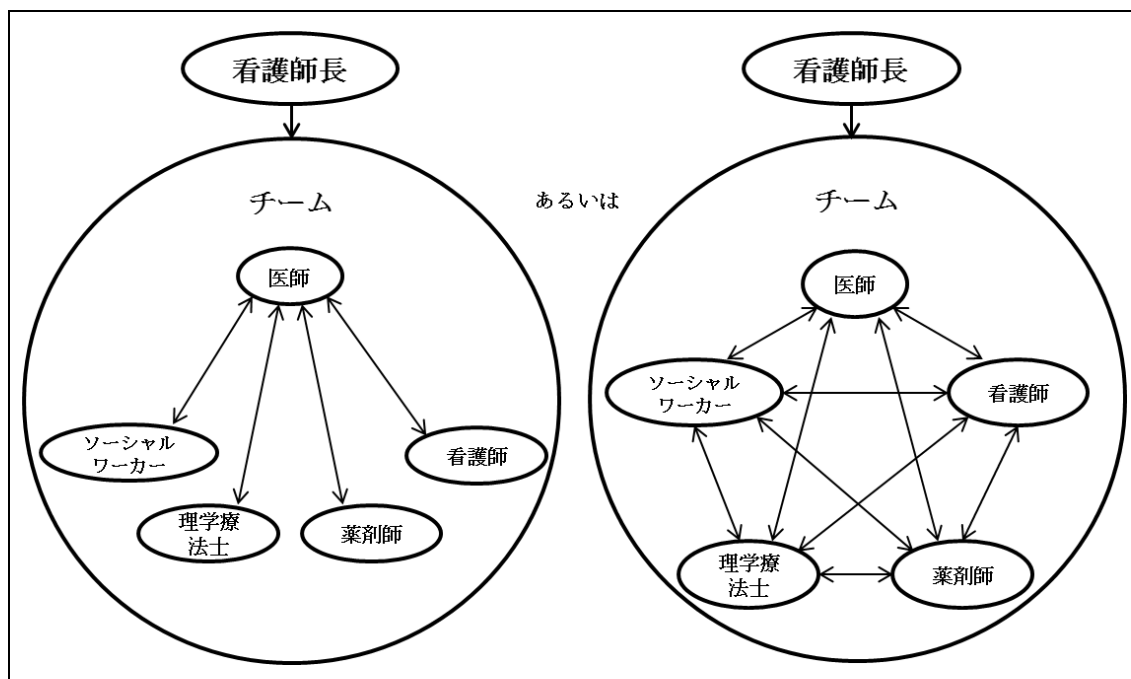
一方、静岡がんセンターの関係は、図(5-5)の通りで、全てのチームをマネジメントするのは、看護師長となり、医師がチームリーダーとなる場合と、全員がリーダーとなりうる場合とがある。しかも、この場合の多職種チームのメンバーは固定されず、患者の病態により変化する治療に応じてメンバーが入れ替わるというものである³⁰³。本稿で検討しているのは、特に右側の組織形態で、鷹野がいう機能的チームにあたる。これは、基本的に重層構造のないフラットな地位関係であって、各メンバーは濃厚なコミュニケーションによって、相互理解を深め、目標の共有化を行う。刻々と変化するニーズに対応する医療サービスの提供に相応しいメディカルスタッフがリーダーシップを取りながら、医療サービスを提供することとなり、リーダーも可変的となる³⁰⁴。

つまり、従来のように、医療行為のどの場面においても、医師がリーダーとなるのではなく、各々のメディカルスタッフにリーダーを任せることが重要となる。このように、医師自身が、チームの対等の1メンバーとなること、もう1つは、看護師長の指揮下にはいることであり、組織自体を変えることで、医師はもちろんのことその他のメディカルスタッフの意識改革を呼び込むことが可能となる。

³⁰³ 富田健司(2008)、同上論文 336～337 頁参照。

³⁰⁴ 鷹野和美(2003)「患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開」『人間と科学』3(1)1-7 2003、3 頁参照。

図 5-5 静岡がんセンターにおけるチーム内の関係



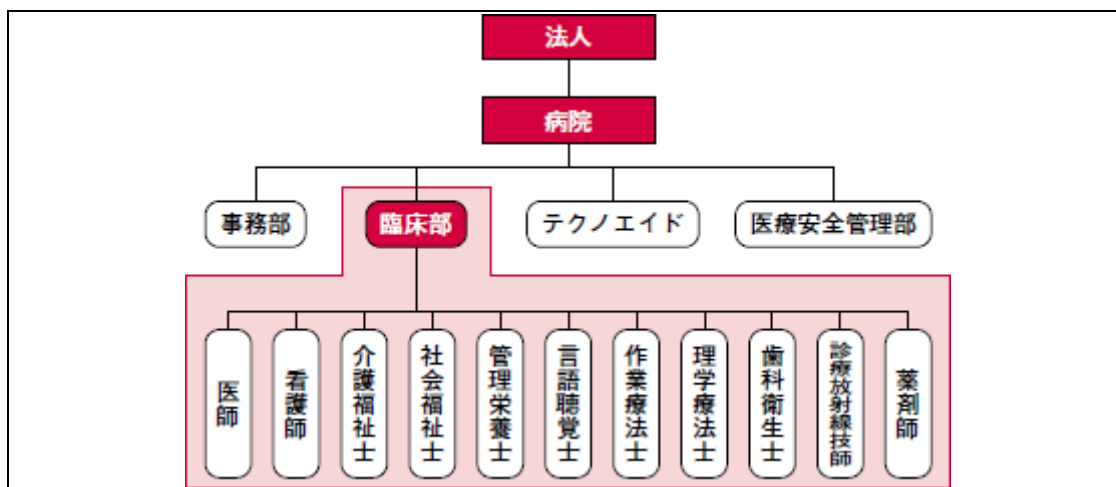
出典：富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3、337頁。

2つ目の点については、もう一歩進んだ組織形態であり、長崎リハビリテーション病院の組織図が参考となる。図(5-6)の通り従来の縦割り組織を廃し、専門職が臨床部に所属した組織となっている。院長の栗原氏は、週刊医学会新聞のインタビューに対して、「いくら病棟を中心に活動しようとルールを決めても、職種ごとに部課長などの役職がある限りは限界がある。したがって、組織図ごと抜本的に見直し、現場の専門職はすべて臨床部の所属とし、病棟専従にした」³⁰⁵と答えている。リハビリテーション病院であるとはいえ、組織図自体を書き換えている病院も現れているのである。

これらが示すように、医師が、機能的チームの一員となることで、医療スタッフ間の情報共有が促進され、各々の専門性にゆだねることで、医師一人がすべてを抱えるといった構造から脱却することが必要であり、機能的チーム医療の推進と、そのための組織構造の変革は、勤務医の意識を改革し、それを契機として業務の効率性を高め、疲弊改善に効果を発揮する可能性がある。

³⁰⁵ 『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04, (2015/12/27アクセス)、参照。

図 5-6 長崎リハビリテーション病院の組織図



出典：『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04, (2015/12/27 アクセス)、より転載。

以上の動きを見ても、病院の組織編成はさらなるステージに進む可能性がある。ここでは、大きく急性期の診断治療と、回復期とを分けて考えてみる。急性期の診断治療は、現在の縦割り組織である診療科を単位とすれば、そのトップは医師が務めることとなり、看護師、事務職員等は、その配下に位置するのが自然である。なぜなら緊急性が高く、医師の判断が重要な要素となるからである。一般企業であれば、1つの診療科は、部あるいは課となり、医師が部長職、課長職となる。したがって、看護師、事務職員等は、医師の配下となる。その際、看護部や、事務部等には、看護師、事務職を支援するスタッフ部門が置かれる必要がある。

回復期は、病棟が中心となるため、そのトップは看護師が務めることとなる。したがって、同様に看護師が上長であり、医師はその組織に組み込まれることとなる。理学療法士や、ソーシャルワーカーなどもその部署に所属することとなる。その際、同様に、個別専門職部門には、各々のメディカルスタッフを支援するスタッフ部門が置かれることが必要となる。

このように、今や病棟単位で、急性期病棟、回復期病棟などを届け出ることともなっており、患者の治療の段階及び患者との接点から考えて、全ての診療場面において医師がトップとなる組織形態からの脱却が望まれる。従来医師が1人で行っていた業務が、いまや高度に専門分化することで、医師の業務は、ますます医療の中核部分に絞られてしまっている。しかしながら、医師にはその意識が乏しく、全てを自身の支配下に置き、コントロールしたがる傾向がある。もっと、他のメディカルスタッフを信頼し、尊重して任せることの重要性を認識することが、長時間・過重労働からの脱却にもつながるものと考えられる。このように、医師の意識改革を進めるうえにおいて、組織変革は1つの重要な要素

と考える。

ここまで、組織的な観点を中心に、組織の変革及び意識改革として、旧習からの脱却を図ることの重要性を述べてきたが、最後に、長時間・過重労働の改善を阻害する勤務医の労働者認識の欠如について、プロフェッショナリズムとの観点から検討を加える。

第3節 勤務医の労働者認識の醸成

1. プロフェッショナリズムと労働者性

医師という職業を考える上で、プロフェッショナリズムの問題を避けて通ることはできない。プロフェッション（職業）、西洋では、弁護士、医師、牧師が三大プロフェッションとして知られている。中坊は、『日本人の法と正義』のなかで、この3つの職業は、ビジネスオンリーであってはいけない、つまりプロフェッション（特別な職業）でなければいけない、それは、弁護士は人のトラブルを、医師は人の病気を、牧師は人の死を扱う職業だからである。人の最大の不幸に関係している職業だからこそ、金もうけのために仕事をしてはならないと述べている³⁰⁶。

医師という職業には高い専門性と、倫理性、奉仕の精神が必要となる。医師患者関係を見るに、そこには、いわゆる情報の非対称性といわれるものが存在する。弱者としての患者は、医学的知識に乏しいゆえに、医師に身を委ねざるを得ず、医師に信頼を寄せざるを得ないのである。それゆえ医師には、患者の利益を最優先するという義務が発生する。このような信頼関係が成り立っているからこそ、医師には特別な義務と責任、それに見合う社会的地位が与えられているともいえる³⁰⁷。

英国では、このようなプロフェッションを有するものとしてプロフェッショナルという言葉が用いられる。また、ドイツでは、プロフェッションに相当するものとして、自由業（*der freie Beruf*）という言葉が用いられる。いずれも、通常の職業と区別された高度に専門的な職業として社会的に認知されている。医師は医師法によって、法的にその資格要件を厳密に定め、職業上の独占権を与え、無資格者を排除する代わりに、法令を遵守し公正に職務を遂行すべき義務や公益に奉仕すべき義務を課している³⁰⁸。いわゆる一般士業においても、同様な法令が存在し、社会的な身分が示されているといえる。

このプロフェッショナルの働き方について、契約形態から労働者性を探ってみる。民法では、役務提供を目的とする契約形態として、雇用、請負、委任の3つの類型を規定している。では、医師の役務提供は、この3つのどれに当たるのであろうか、この区分に関す

³⁰⁶ 中坊公平(2001)、『日本人の法と正義』日本放送出版協会、30頁参照。

³⁰⁷ 奥田栄二(2014)「職業としての医師－医療現場の一側面」、労働政策研究・研修機構(HP)、<http://www.jil.go.jp/column/bn/colum0249.html>, (2015/12/28アクセス)、参照。

³⁰⁸ 鎌田耕一(2014)「プロフェッショナルな働き方と契約、労働者性」『日本労働研究雑誌』No. 645, April 2014, 54～55頁参照。