

3.4 ID手法を用いた病院職員教育の要求分析と改善策

医療技師の学校と既卒者が勤務している病院、介護ホーム、訪問介護センターなどの臨床現場とが、教育について連携することが期待されている。連携するには臨床現場側の制度が多職種教育連携というニーズに合っている必要がある。インストラクショナルデザインID手法を用いて、既卒者の多職種教育の要求分析と改善策を立案する。

3.4.1 多職種教育の現状と問題点

(1) 人事制度の現状

ID手法の分析、設計、開発、実施、評価の最上流工程である教育分析段階は、ニーズ分析から始まる。教育ニーズの主なインプットは、人事規則の職階（職務分類）、職級記述書、及び職級明細書である。職級記述書には到達目標が記載されており、職級明細書には教育すべき内容項目が記載されているからである。

職務分類は、等級と職種のマトリクスで把握するのが職階制の原則である。これから二つの表で示すように、9等級・24職種ぐらゐのマトリクスである。次の表は筆者が勤務する筑波大学附属病院の、給与規則の等級の表である。一つの等級は2年から6年程度で通過するので、学校の学位に匹敵する。○印は昇級可能な級が規定されていることを示す。△印は状況に応じて昇級させることがある、という意味である。

	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級	8級	9級
事務職員系	○	○	○	○	○	○	△	△	
医師系	○	○	○	○	○				
臨床検査技師 診療放射線技師	○	○	○	○	○	△	△		
薬剤師・栄養士	○	○	○	○	○	△			
臨床工学技師・理学療法士・ 作業療法士・言語聴覚士・視 能訓練士	○	○	○	○	△				
歯科衛生士・歯科技工士	○	○	○	△					
看護師・保健師・助産師		○	○	○	△	△	△		
技能職員系	○	○	○	△	△				

表3-1 病院職種の昇級可能性

- 附属病院の事務職員は大学職員が異動してくるので、大学を含むと人数はとも多い。事務職員の管理職の階層が高いのはそのせいである。
- 医師系の昇級上限が低いのは、高学歴・高年齢で就職するからである。給与は等級のほかに号俸という別の基準で調整されるので、給与はほかの職種よりも高く設定される。
- 療法士系は4級の課長補佐級まで昇級可能である。また、5級の課長級まで状況に応じて昇級させることがある。したがって、管理薬剤師や管理栄養士という管理職級の外部資格はなくても、管理職には昇格できる。臨床検査技師や診療放射線技師には管理職級の外部資格はなくても昇級上限が高い。

次に、病院の職員は、就業規則などによって、次表のように分類される。学校でいえば大分類が学部に、小分類が学科に匹敵する。人数は筑波大学附属病院の平成22年4月1日現在の人数である。このほかに非正規職員が少なからず勤務している。

病院職員	事務職員系		事務職員（医療事務含む）・技術職員	81人
			社会福祉士・臨床心理士	7人
			診療情報管理士	4人
	医師系		教員	251人
			病院講師	28人
			レジデント	237人
	医療技師系		臨床検査技師	50人
		薬剤師	41人	
		診療放射線技師	32人	
		臨床工学技士	10人	
		栄養士	7人	
		歯科技工士	2人	
		歯科衛生士	1人	
	療法士系		理学療法士	7人
			作業療法士	4人
			言語聴覚士	2人
			視能訓練士	1人
	看護師系		看護師・准看護師・助産師・保健師	634人
	技能職員系		医療技術職員	13人
			給食職員	12人
合計				1424人

表3-2 病院職種の人数

- 医師系は人数合計の 36%を占めて、看護師の次に多い。
- 医療技師系は 11%である。療法士系は約 1 %である。
- 看護師が 45%を占めて最も多い。

(2) 給与制度の現状

給与制度は、職員の動機付け、経歴設計、家政の計画にとって大切である。給与は次の構成要素で計算される。

本給 (等級対応)	<ul style="list-style-type: none"> ● 学校でいえば学位に相当し、昇級によって昇給する。 ● 管理職ポストがなくても成績によって昇級できる。 ● 業務の成果も参考にされる。 	成績 成果
本給 (号俸対応)	<ul style="list-style-type: none"> ● 等級の中の経験年数で決まる。昇級上限の低い職種や昇級の遅い人の終身雇用を動機付けする。 ● 職種ごとの作業の複雑さも加味される。院卒、学卒、短大卒、高卒等の学歴に対応することが多い。 	年功 成績
管理職手当	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理職の責任の重さに対する臨時給である。同じ等級の職員の中の成績のよい職員が選ばれることが多い。 	成果 成績
期末手当	<ul style="list-style-type: none"> ● 成果に対する臨時給であり、成果主義に相当する。 	成果

表 3 - 3 給与の構成要素

年功序列制度と批判されがちであるが、給与制度はこのように成績主義や成果主義も包含している。昇級の遅い人にも着実な昇給を保証して、子供への学費出費や住居ローンの返済を可能にしているのだから、それに対して年功給として批判するべきではないだろう。人事制度や給与制度は世間で批判されているほど問題はないのである。

(3) 人事の問題点

現状の人事の問題点は次のとおりである。

- 職種によって昇級上限に差がある。人数の多少による管理職ポストの多少が影響しているのだろう。しかし、本給（等級対応）と管理職手当の使い分けが不足していると思われる。
- 医療事務、臨床心理士、診療情報管理士などの事務系の少人数職種は、人事異動の多い事務職分野の中で、人事異動がやりにくい。また、幅広い部門の責任を持つ管理職になりにくい。
- 事務職系の外注が進んで、業務経験のない正規事務職員が増え、戦略策定が

困難になっている。例えば、医療事務関係の戦略策定が困難になっている。「事務」という用語は戦略策定者を意味しているのが、その前提として第一線の日常業務を経験していないと困る。

- 療法士系は人数が少ないので、同期生が乏しく、手本になる上司、指導してくれる上司も得にくい。人事評価をする上司を得にくく、昇級を忘れられる恐れがある。幅広い部門の責任を持つ管理職になりにくい。
- 少人数職種は、非正規職員に頼ることがあるが、成績のばらつきがある。派遣会社の間接費、随時の採用手続きの手間、低成績者への指導労力を考慮すると、正規職員に比べて低コストとは限らない。
- 人事の処遇には昇級の不公正さの不満が存在している。就業規則や給与規則には格別な問題がないので、それを具体化する細則・マニュアル・教育などが不足して、勘と経験による運用がなされているのが問題である。
- 人事には職員の不安が存在している。少人数職種では、将来の昇級、昇給、異動の見通しの不明さに不安を感じる。多人数職種では、管理職の責任の重さに不安を感じて昇級をためらう気持ちが生じる。
- 等級・職種のマトリクスを枠組にした人事統計データや将来予測データが明らかにされておらず、職員の不満に対して系統的に対処する経営が乏しい。

(4) 教育制度の現状と問題点

ID手法を用いて、教育制度の現状と理想像とのギャップ分析をする。学位相当の等級と学部相当の職種大分類とのマトリクスの、すべての枠に教育課程（カリキュラム、教育課目編成）が存在するのが理想である。

等級（肩書目安）	事務職員系	医師系	医療技師系	看護師系
1級（係員）	○	○	○	○
2級（主任）	○	○	△	○
3級（係長）	○	△	△	△
4級（課長補佐）	○	×	△	△
5級（課長）	×	×	×	×
6級（副部長）	×	—	×	×
7級（部長）	×	—	×	×
8級（副病院長）	×	—	—	—
9級（病院長）	—	—	—	—

表3-4 教育制度のギャップ

-
- ID 手法の専門家であっても、このような人事制度から教育への橋渡しの部分を知らないことが多い。
 - 全体として、管理職教育が皆無に等しい。一般企業とは大きな格差がある。臨床専門家の個人商店の集まりだと批判されることがある。自衛隊ではマトリクスの枠ごとに教育することは、医官や衛生官も例外ではないので、医療職に管理職教育が不要であるという論証はできない。
 - 事務職員系は、国家公務員の人事院研修の名残があり、ほかの職種に比べれば教育制度が充実している。ただし、次のような問題がある。
 - 人事課目（ヒト）、物資管理課目（モノ）、会計課目（カネ）、情報課目（ノウハウ）、法規課目（ノウハウ）などの主要課目が、最近のニュース程度の軽さになっている。年々、職級明細書の内容から遊離しつつある。
 - カタカナ課目が増えて、職級明細書から遊離しつつある。
 - 異なる等級の間に重複している課目があり、半分程度は無駄である。
 - 外部講師が増えており、講師の成績にばらつきが大きい。また、自分の病院の制度教育などが困難である。
 - 医師系の教育制度は、研修医・レジデント（後期研修医）の教育とその指導医の教育に限られており、いわば学校連携教育にとどまっている。職業能力向上という本来の職員教育は皆無といってよい。等級は学位に匹敵するので、就職時の学位は高いけれども、就職後の「学位」は低いといえる。病院の経営は医師が中心に行うので極めて問題である。
 - 医療技師系の教育制度は、新入職員程度であり、あとは職種協会の教育受講や事務職員の教育受講を利用している程度である。なお、管理薬剤師、管理栄養士という資格取得は、管理職教育に近いといえるが、薬局チェーン店の教育制度に比べると、病院の教育は弱体である。
 - 看護師系の教育制度は、学校連携教育というよりは、優秀な人材を集めるために、看護学校の演習教材費や授業料を低減して、就職後の教育を重視するという制度と考えられる。したがって、最も一般企業的な職業教育の認識がある。カンファレンスも行われている。
 - 人数が多いので、管理職教育課目は開設されているが、その課目内容は気づき教育や自主研究の教育にとどまっており、科学的な管理教育課目が乏しい。
-

- 指導者育成課目に ID 手法の萌芽が見られるものの、到達目標記述のノウハウや指導要領設計技法は乏しい。
- 教育部門は、看護師系及び医師系のそれぞれに存在するが、事務職系及び医療技師系にはない。事務職系は大学側に教育の事務局があるが、医療事務や医療物資管理などの教育を担当する専門係がない。
- 病院職員教育規則がない。教育規則が等級・職種マトリクスに対応する教育課程体系の定義であるという認識は病院業種全体に存在しない。かろうじて組織規則が、看護師教育部門及び医師教育部門の存在と職務分掌を規定しているだけである。経営者が教育体課程体系をコントロールすることや教育実施実績の説明性（アカウンタビリティ）のための資料を見せることができない。
- 大学側の職員教育にも問題がある。
 - 職員教育（スタッフデベロップメント；SD）の中に教員教育を位置づけず、ファカルティデベロップメント(FD)を別扱いにしている。
 - 教育の目的を職員の職業能力向上ではなく、授業改善にしているのは問題である。
 - FD 活動は職員の職業能力向上にはならない施策であったり、初歩的なグループ体験ワークショップであったりして、一人前の職員教育のレベルになっていないことが多い。
 - 大学病院の場合には、このような大学側の FD・SD の認識に影響されて、病院の職員教育への正しい理解が得られないという問題がある。

以上のことは、多職種教育について、特に医療技師系課目の教育活動の障害になる。

- (1) 医療系学校が病院に既卒者教育の連携を申し出るときに、病院の教育窓口が一本化されていない。また、医療技師系の教育窓口がない。
 - (2) 職員教育規則がなく、等級・職種マトリクスの認識が低いので、どの等級のどの職種に対して、療法士系の教育課目を提供するのかを議論するのに手間どる。また、一般企業のような階層別職種混合課程の認識が乏しいので、多職種を集合させる教育がやりにくい。
 - (3) eラーニングに関する障害もある。医療情報システムは導入されているが、病院の共通部分である総務情報システムが遅れていることが多いので、eラーニングで多職種教育をすることがやりづらい。
-

3.4.2 望ましい人事制度

卒後教育への学校側からの協力を病院が受け入れることは、限られた資源を活用し、情報共有するために、病院側としても積極的に対応すべきである。人事制度については、世間の流行に影響されて制度改革を軽率に導入することなく、職員の不満や不安の真の原因を究明して、現行の人事制度を徹底的に活用することが正しいと考える。

- (1) 人事の実態の全体を把握しやすい形で経営者が把握することが、第一に必要である。年度ごとに人事・給与の統計データと将来予測データの総括報告を経営者（病院会議）へ行うことを規則化すべきである。医療技師系にありがちな昇級の不公正さを明らかにすることができる。また、データ不足による憶測が不必要な不安をもたらすことを防止できる。
 - (2) キャリアデザインを職員に考えさせる前に、人事・給与の統計データや昇級・異動の流れ図をもとにして、先輩たちの実績を教えるべきである。
 - (3) キャリアデザインを職員に考えさせる前に、経営者側が思っている昇級や異動の方法、各経路の人数枠や比率、判断基準、参考ガイドラインなどを、明文化して蓄積・改定していくべきである。医療技師系も歴史があるので、本流や支流の経歴の選び方を、経営者側から示すべきである。
 - (4) 現行の人事・給与制度が持っている本給（等級対応）と管理職手当の使いわけを活用して、少人数職種にも昇級枠を設け、昇級上限をほかの職種と平等にすべきである。部下がいなくても上の等級の職級明細書の条件に到達した職員は昇級させる。人事規則・給与規則が規定していない細部の要領を、細則として整備すべきである。
 - (5) 人事・給与制度は、集合論などの数学的な科学性があるので、一般企業にならって人事制度教育課目を新人教育や管理職教育に含めるべきである。病院の制度を教えるために、外部講師ではなく病院職員が講師をすべきである。
 - (6) 非正規職員や任期付職員は作業量の山・谷の平滑化の部分に限るべきである。非正規職員も終身雇用パートタイマーや終身雇用派遣会社社員を採用することにより、職員の職業安定を維持すべきである。このことは、職員の成績のばらつきの防止、教育のやりやすさ、及び病院への愛着心の向上にも貢献する。
 - (7) 少人数職種の人事異動を容易にする。既に医療事務や診療情報管理士などの職種については、派遣職員ではなく正規職員を採用して、ほかの事務職員との間で人事異動をする動きが出ている。知識の講義で済む職種なので、演習を必要とする医療技師系職種に比べて、教育時間が短くて済むからである。そのためには、病
-

院職員の教育課程を強化して、病院内で教育をする必要がある。それぞれの職務の経験者なら、講師をするのは可能である。

- (8) 事務職員を外注から正規職員に戻す傾向は、日常業務の経験が戦略策定に必要であることに気づいたことから生まれた。なお、戦略というと身近でないように誤解されるが、理念、規則、長期計画などに記載されることが戦略の例である。

等級	事務職員系	医師系	医療技師系	看護師系
1～3級（～係長）	日常業務			
4～6級（副部長）	事務（戦略起案）			
7～9級（病院長）	戦略承認			

表3-5 戦略策定に必要な経歴

- (9) 優秀な管理職は、職種にまたがる思い切った異動を行う。これによって、部下の数の多少に関わらず、病院全体を経営するポストへ昇格しやすくする。
- (10) 少人数の医療技師系職種は、演習が必要で教育時間が長いが、複数資格の取得者を採用したり、就職後の短期留学制度を利用したりすることにより、人事異動の柔軟性を強めるのが望ましい。
- (11) 上位規則改定や中長期計画立案などの経営戦略策定のためには、生涯現役の医師や看護師や医療技師が会議をして議論するのは時間がかかる。その時間を経営戦略立案の人月に投入するべきだ。経営戦略策定の職位を設けて、経歴細則で現役と戦略策定の異動経路を設定するとよい。
- (12) 従来は医師系部門が細分されていたが、もう少し大まかにして管理職ポストを減らし、戦略起案を担当する余裕のある医師のポストを設けるとよい。

3.4.3 望ましい多職種教育制度

これまで述べた教育制度の問題点や望ましい人事制度を踏まえて、今後の病院での望ましい多職種教育制度を考察する。

- (1) 人事規則が従来すべての職種・等級をカバーしていたように、すべての職種・等級の教育制度を一本化するために、単一の職員教育規則を定め、総務課人事係が担当する。自衛隊の教育訓練の通達が教育規則の雛型になる。それによれば教育規則は大きく分けて、基本的な定義の部分、教育課程の概要の叙述の部分、そして教育実施をトップから適切な人へ権限委譲する部分の三つで構成される。規則の最後に付表として教育課程を一覧表の形式で定める。

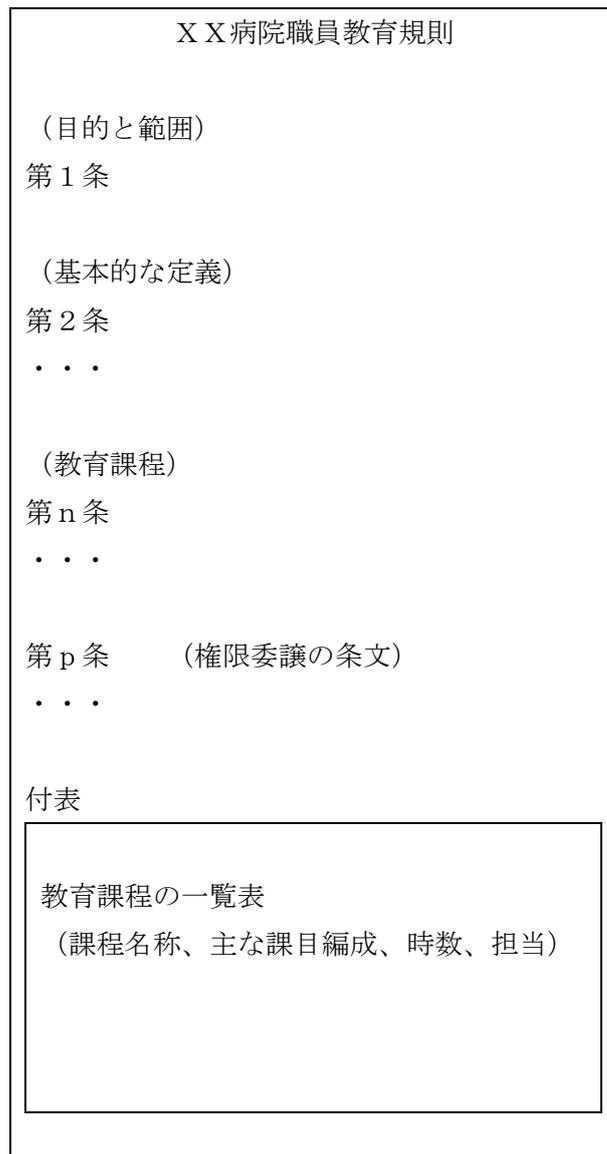


図3-1 病院の職員教育規則の構成

- これによって教育課程の全体像を一目で見ることができるので、医療技師系の教育が手薄であることや管理職教育が手薄であることなどが解消される。
 - 職員教育規則は経営者の責任であり、それによって職員教育課程は経営者の責任に一本される。また、起案は総務課人事係が担当するので、学校から相談する病院側の窓口が一本化される。
 - 窓口が一本化されていない現状では、看護教育部門に相談するとよいだろう。
- (2) 多職種の共通課程を設けて、多職種が一つの教室で学ぶ機会を設ける。職種間の相互理解、相互協調に役立つし、学校が提供する療法士系の教材なども、容易に導入することができる。

等級(肩書目安)	事務職員系	医師系	医療技師系	看護師系
1級(係員)	係員課程			
	○	○	○	○
2級(主任)	主任課程			
3級(係長)	○	○	○	○
4級(課長補佐)	課長補佐課程			
5級(課長)	○	○	○	○
6級(副部長)	副部長課程			
7級(部長)	○	○	○	○
8級(副病院長)	副病院長課程			
9級(病院長)	病院長課程			

表3-6 職種間共通課程の設定

- 職種間共通課程は、等級の一つおきに設ける。例えば、4級課長補佐には職種間共通の基礎を教育し、5級課長には職種特有のことを強調して教育するという分担が可能である。
 - 職種間共通課程の2割程度は、互いの専門分野の概要を知るための課目にする。本プロジェクトの摂食嚥下介助教育は、共通基礎教育あるは互いの専門分野の概要を知るための教育に相当する。
 - 上級職員に対しては、配下の部門長や専門職員からの「御進講」を含めるとよい。このことは経験のない職種の部門への管理職の異動を可能にする。
- (3) 全職種の課長補佐・課長級に、資源管理として人事管理(ヒト)、物資管理(モノ)、会計(カネ)、情報管理(ノウハウ)の教育課目を設ける。四つの資源のいずれにも病院特有の話題があるので、病院の先輩管理職が講師を勤める。特に人事管理は難解な主題なので、科学的な教育が必要である。
- (4) 戦略策定課目を設ける。戦略策定とは、理念、規則、長期計画などの立案作業である。事務職員だけでなく、経営の中心になる医師(医学者)にも必ず教育すべきである。
- (5) 教育分析課目を設ける。インストラクショナルアナリシスのことであるが、本節で述べたような人事制度とのつながりを含め、また職員教育規則の制定・改定の方法も含む。教育分析教育は、医師臨床教育や看護師臨床教育の改善に必要不可欠である。

(6) チーム作業技法課目を設ける。複数の職種の職員を協力しあうという考えは、病院の改革としては必要であるが、一般企業から見れば当たり前過ぎることである。むしろ職種間の協力というボトムアップな発想を捨てて、病院という全体組織からチームを区分していくという発想をする時代である。例えば、診療科目ごとの診療業務は医師・看護師のチームになっている。職種別ではなくて診療科目別のチームである。

(7) チーム作業とは、チームワークというカタカタ表現がもたらすような精神論であってはならない。生産工学に類する実践的かつ科学的な主題として扱うべきである。チーム作業を構成する心身技能、知識能力、態度能力がバランスよく組み込まれていなければならない。例えば、「気づいたことは即時に指摘する」「いつ指摘があってもよいように、聴覚を準備している」などは、心身技能に属する。

3.4.4 チーム作業のモデルと教育事例

筑波大学附属病院では、多職種共通クラス向けの教育課目を増強中である。今年度は「チーム作業技法課目」「戦略策定課目」「教育分析課目」の教材を開発した。その一つのチーム作業技法課目を紹介する。この後にスライド教材を掲載するが、本項ではその概要を説明する。

3.4.4.1 チーム作業のモデル

実務教育においては、教育以前に、実務のルールやマニュアルが存在すべきである。そして、それが信頼できるモデルを根拠にしている必要がある。チーム作業の教育を開発するにあたって、チーム作業モデルとしてさまざまな候補を検討した。

検討の結果、国防総省が中心になって開発し、米国の国家プロジェクトとして病院に推進しているチーム作業技法 TeamSTEPPS (Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety) がチーム作業モデルとしても合理性があることが分かった。

- 教育的な部分を抜いても、作業マニュアルとしての実用性がある。
- 全体から細部に到るまで、系統性がある。
- 米国軍の医療チームのルールや手順として、臨床現場で実践された実績がある。

チーム作業というと、精神論に陥りがちであり、つかみどころが乏しいことが少なくない。ところが TeamSTEPPS の内容である上司からの権限委譲は、企業などにも励行されていることであるし、また部下から上司への提言や主張も自衛隊の服務規律（軍律）などでオーソライズされている。精神論ではなくて、明解な経営論の一部なのである。

3.4.4.2 チーム作業技法の課目概要

概要： チーム作業の品質と効率の向上を目的として、指揮性の発揮、相互監視、相互提言、及び交信の方法を、講義及び質疑応答によって学びます。これらは基本的なチーム作業に必要であるのに加えて、医療ミスの防止や異職種によるチーム医療の基礎になります。

到達目標：

- ① チーム構造を説明できる。
- ② 基本的な指揮行動ができる。
- ③ 基本的な相互監視ができる。
- ④ 基本的な相互支援ができる。
- ⑤ 基本的な現場のコミュニケーションができる。

時数： 1日間

今年度は年度教育日程に計画されていなかった関係で、2～3時間の圧縮版を3クラスに実施した。

- 筑波大学附属病院 看護師主任級（職級2級程度）
- 筑波大学附属病院 看護師係長級（職級3級程度）
- 水戸協同病院 事務職・医師・看護師（職級は自由）

また、ビデオを用いる議論の時間を設けることができる。外来、補助サービス、内科・外科、歯科、新生児ICU、ICU、救急部、手術室、産婦人科、軍事医療という、合計122のビデオから部門の種類に合うものを選択して使用することができる。

これらのビデオは英語版なので、今回は八甲田山雪中行軍遭難事故の史実で代用した。この事故は小説で曲解されたが、史実には指揮や相互支援の手本が随所に見られるからだ。

3.4.4.3 チーム構成単元の概要

TeamSTEPPSのチーム構成単元は、技法教育ではなくてチーム構成に関する知識教育である。その特徴は病院の全体構成からトップダウンに組織を定義していることだ。学校教育なら個人からチームへというボトムアップな説明が妥当であろうが、就職した職員に対する教育はトップダウンの説明が妥当である。

病院全体は次表のようなチームで構成されると定義する。

顧客	患者	患者は顧客であると共に治癒をめざすメンバである。
第一線	中核チーム	患者に直接接する医師、看護師、医療技師、医事窓口
第二線	調整チーム／支援業務	後方で活動する病床管理、薬剤部、検査部、後方医事
第三線	事務管理	病院の経営戦略を扱う経営会議メンバ、総務部

表3-7 チーム構成のモデル

-
- 第一線チームは表に示すように、ある患者のカルテを扱う事務職、医師、医療技師、看護師という職種混合編成チームとして考える。ボトムアップに各職種がほかの職種と協力しなければならないという教え方ではない。
 - 同じ薬剤師でも、窓口で患者へ薬を渡すのは第一線チームに属し、患者と接しない薬剤部の部屋で薬の在庫管理などを担当するのは第二線チームに属する。このように病院という組織を職種中心には考えていないのである。
 - 第三線は病院という組織の根本を定義し、あるいは今後のために組織や規則の改定に取り組む経営会議メンバや起案を担当する事務職員である。したがって、このチーム作業技法教育は、病院経営論の入門編を兼ねている。

例えば、医療技師系の卒業生が就職後にこの教育を受ければ、ほかの職種の位置づけが、簡潔・明解に理解できる。ほかの職種の職員にとっても同様である。

3.4.4.4 リーダシップ単元

リーダーシップの単元は、病院の就業規則に含まれるような当たり前の上司の役割を教える。

- (1) 命令：部下に仕事に従事させることである。状況対応リーダーシップと言って、状況に応じてしかるべき職員が即時にリーダーになる。例えば、手術中の患者の麻酔が効かなくなったという急変の時には、リーダーは外科医から麻酔医に交代する。
- (2) 資源管理：チーム作業をしている途中でも、ヒト、モノ、カネ、ノウハウという資源の管理をする。人手が不足する時に、応援を求めるなどである。
- (3) 委譲：自分の権限の一部を部下へ委譲する。臨時に行うこともある。
- (4) チーム行事：ブリーフィング、集合（ハドル）、及びデブリーフィングを開催する。
- (5) 対立解決：チームメンバの意見が対立した時には、対立解決を促進し、合意に導く。

3.4.4.5 相互監視単元

相互監視とは、医療の状況を各自が見ていて、見落としのないように伝え合うことである。本人が気づいているかも知れなくても指摘しあう。本人が気づいていても「今やろうとしていたのに」などと腹を立てることなく、指摘に感謝するチームを目指す。

まず、監視する対象を四つの階段として整理する。

- ① 患者の状態：階段の一番上で、最も重要な監視対象である。
 - ② チームの要員：チームのほかの要員の作業遂行や疲れ具合などである。
 - ③ 環境：施設や装置などの状況である。
 - ④ ゴールへの進行：任務の進捗状況や診療計画の見直しの必要性など。階段の一番下であり、階段の上位の監視対象に気を取られて忘れることのないように注意が必要である。
-

次に状況認識のプロセスを教える。

- ① 状況監視：監視対象を注意深く見ようという態度が必要である。
- ② 状況認識：監視している状況全体の中で、気づくべきポイント（端緒、キュー）を選択し、既存の知識に照らして、それが何を意味するかを判断する。状況に意味付けしたものを状況という。「情」とは脳の働きという意味である。それに対して状況は、眼や耳の働きである。
- ③ 状況報告：意味付けしても自分の脳の中にあるだけでは、ほかのメンバには分からないので、状況をほかのメンバへ報告する。状況報告を略したのが「情報」である。

この状況認識のプロセスは、医療に限らず、スポーツや乗り物の運転の時には、よくやられている。1秒以内に進めることも多いので、速度と正確性の両方が大切である。

3.4.4.6 相互支援単元

相互支援は、チーム作業の代表である。

- (1) 任務支援：各メンバの作業負荷は予定どおり均衡するとは限らないので、ばらつきが生じる。過負荷のメンバは躊躇なく、ほかのメンバへ助けを頼む。そうでないメンバは、ほかのメンバへ助けることを申し出る。申し出を受けたメンバは「余計なお世話」などと腹を立てずに、「今はいいです」と快く返事する。
 - (2) フィードバック：頼んだ任務が終了したら、頼み手は明確にフィードバックする。よくできたら謝意を表し、普通にできても口に出して完了を認識したことを伝えるようにする。満足できなかつたら率直にやり直しをお願いする。
 - (3) 提言及び主張：上司の決定事項に対して、別な意見を持ったメンバは、即時・即座に意見を提言したり、主張したりすべきである。上司ではないがほかの職種の決定事項にもそうすべきである。それは権利ではなくて責任である。
 - 提言とは問題解決レベルのことであり、判断基準があって優劣の合意が取りやすいものである。
 - 主張とは意思決定レベルのことであり、判断基準がなく、どの意見でも確率の問題やリスクがありえることである。
 - 意見が対立することは、患者のため、治癒率向上のため、エラーの防止のためという目的を達成する手段であり、対立を嫌がることのないようにする。
 - (4) 最終決定：対立しても上司の最終決定には、部下はいさぎよく従う。上司は最終決定の権限があるからこそ、部下の提言・主張を歓迎すべきである。患者の命に関わることや大きな損失のリスクがある場合には、部下は2回提言したり主張したりするという「2回挑戦規則」を適用する。
-

- (5) 提言・主張の表現：提言・主張は、次のようなセンテンスやフレーズの順序にすると、角が立たない。これは前述の任務支援の依頼・提案やフィードバックの時にも使える。

	TeamSTEPPS のお勧めの話法	通常のパラグラフ構成
話し始め	A先生。	A先生。
関心事	(患者さんの)容体がX Xに変わりました。	(あなたの処方を) Z Zに変えたらどうです。
問題点	(私は) Y Yが心配です。	(私は) Y Yが心配です。
解決策	(あなたの処方を) Z Zに変えたらどうですか。	(患者さんの)容体がX Xに変わりました。
合意形成	採用・不採用の合意を形成する。	採用・不採用の合意を形成する。

表3-8 提言・主張のモデル

- 通常の会話では最初に結論を述べてから、後で理由を述べるのが定石である。
 - しかし、手術のように緊急の時には「(あなたは) X Xしたらどうですか。」と始めるのは、相手が混乱しやすいので、以上のような順序の表現を用いるのがよい。
- (6) 結果によらない相互敬意：意見が対立して最終合意に達したら、結果が成功でも失敗でも相互敬意を持ち続ける。どの意見を選択しても、確率やリスクの問題があるなら、後で非難しても仕方がない。上司も部下もいさぎよく、それぞれの責任を負い、敬意を持ち続ける組織文化を醸成する。

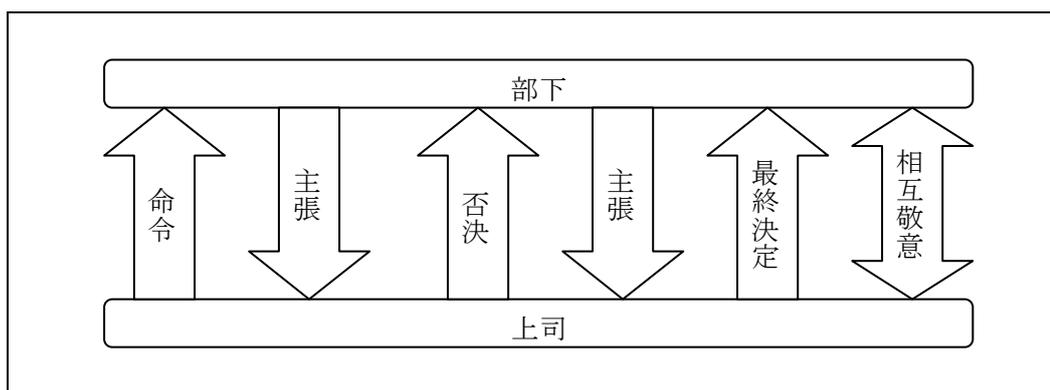


図3-2 命令から相互敬意までの流れ

- (7) 上司に対して反論することが本当にできるのか疑問に感じられやすい。そこで筆者が勤務したことのある海上自衛隊のエピソードを紹介した。自衛隊のある教育課程が数か月かけて実施され、終業式を迎えた。講堂に整列した学生に向かって、壇上で式辞を述べていた将官が、式辞を止めて次のように言った。

「そこの学生！下を向いてアクビしたお前だ。出ていけ！」（退場命令）

それに対して学生（教育中は隊員は学生と言われる）は即時に主張した。

「申し訳ありません」（話し始める）

「深く反省しております」（関心事）

「上官殿の式辞を最後まで拝聴したいです」（問題点）

「どうかここにいさせてください」（解決策）

将官「駄目だ。出ていけ」（合意形成）

このエピソードは効果的であった。絶対服従と思われていた自衛隊では、提言・主張が実施される組織文化が本当に存在することを、信じてもらえたからである。

3.4.4.7 コミュニケーション単元

この単元で教えるコミュニケーションとは、緊急呼び出しや申し継ぎなどである。普通のコミュニケーションは、リーダーシップ単元、相互監視単元、相互支援単元に登場済みである。主に文章ではなくて、現場での口頭での伝達の教育をする。

(1) コミュニケーションの標準

コミュニケーションの望ましい特性は、完全であること、明確であること、短いこと、適時であることである。原則として即時・即座に伝達する。

(2) コミュニケーションの基本構成

コミュニケーションの基本構成は、状況、背景、評価、推奨の順に、センテンスやフレーズを並べることである。提言・主張の表現と似ている。

(3) 呼び出し：緊急呼び出しなどに有用な伝達の技法を教える。

(4) 再確認：相手の伝えたことを完全に理解するための返事の必要性を教える。

(5) 申し継ぎ：当直交代などの時の申し継ぎの、危険性を理解させ、申し継ぎに含めるべき事項を整理して教える。

以上がチーム作業技法科目の概要である。もれのない、ダブりのないチーム作業技法がそろっているので、これらの一つずつ習得させればよい。

3.4.4.8 受講1か月後アンケート

チーム作業技法課目を学習した看護師たちが、職場へ戻って1か月後に提出したアンケートの一部を紹介する。院外の人にも分かりやすいように一部の字句を直したり、「注」を入

れたりした。習ったキーワードが随所に出てきており、精神論物語のような教育ではなかったことが分かってもらえるだろう。知識講義中心の教育であったが、一晩眠ったら忘れてた、ということにならなかったのも、効果的な教育であったといえる。

「以前は、師長は部下から意見を言っても採用してくれないと思うことが多かったが、その病棟の長としては、リーダーシップを発揮していた（部下の意見を聴いた上で最終決定していた）んだと思えてきた。また、自分もリーダーになった時は、自分の責任で、という思いが更に、強くなった。」

「1年目の看護師が、安静度の制限の強い患者に対して、ラジオ体操への参加を促そうとしたので声かけした。カルテをよく確認するように指導し、『患者さんの気分転換になれば』と感じた彼女の気遣いを評価する声かけをした。ネガティブなフィードバックのみをしがちであったが、良いところもフィードバックできた。」

「経験年数が多い先輩に対して、先輩が間違っていると思っても言えないことが多かったが、『患者の安全のためである』、『2回挑戦の規則』を思い出し、なるべく行動に移すことを心がけている。」

「研修前のチーム組織のイメージは、リーダーがメンバに的確な指示を出し、メンバはリーダーの指示に従って行動するといった、上下関係が強いものと思っていた。しかし、研修後はメンバの意見にリーダーが耳を傾け、リーダーとメンバが相互に意見を交換しあえるような対等な関係を築くことも重要であると感じた。」

「自分がリーダーをしているときに、メンバの仕事の割り振りを行う指示ができた。メンバの中の先輩の病室と後輩の病室とで、ケアの量や病床数に差があり、後輩の部屋が大変そうだったので、先輩にお願いしてケアを手伝ってもらったことは、リーダーシップを発揮できたのかと思う。」

「患者さんの情報をリーダーからメンバに伝え、効果的なケアを患者さんに提供できた。思ったことや感じたことを口に出して発することで、先輩、後輩とのコミュニケーションがどんどん発展し、カンファレンスなどでも、よりよい患者さんとの関わりなどを考えるきっかけになった。」

「部屋持ちの内容などにおいて、メンバ間の作業負荷の偏りが生じても、手の空いているメンバの状況を見て、仕事を委譲するなどの調整を行い、スムーズに業務を進められることが分かった。また、問題が起きた際、みんなで意見を交換し合うことで、自分だけでは思いつかなかった選択肢を得ることができた。」

「長たる者が指示を出すのが、部下はそれに対して提言する事が重要であり、義務でもあるという事を、研修前よりも強く感じている。」

「チーム組織という基本的な意味については看護学校で簡単に習った程度で、チーム作業法について学ぶ機会がなかった。今回の講義を通しチーム作業法の基本的な知識を学ぶことができた。また、八甲田山雪中行軍遭難事故の歴史的な背景を知ることで、チーム組織・活動の文化を学び、チームとしての意味、チームの中での役割、チーム能率の障害、効果的なチーム要員など、さまざまなことを知ることができた。」

「入院中の切迫早産の妊婦が、次々と容体が変わっていくときに、医師と助産師との間で情報の混乱や状況認識のずれが生じた。深夜帯の看護師リーダーだった私が活動して、無事出産となった。指示を出す医師を尊敬しつつも、看護師リーダーとして関心事や助言を明確に主張すること、その勤務帯のチーム指揮者としてアウトカムを明確にし、状況に合わせて専決し、看護スタッフへ指示し、協力を促したことで、患者さんや児の安全・生命を保持することにつながり、リーダーシップを発揮できたと感じた。」

「妊婦さんが母体搬送となると決定した時に、自分が看護師リーダーだったのだが、とても忙しい状況だった。そのため、分娩担当の人と何度も連絡を取り合い、状況をできるだけ把握し、自分は搬送の人の手伝いと、預かっている赤ちゃんの授乳を行った。搬送の人を受け持っていたのが1年目の看護師だったため、どこまでできていて、どこを手伝って欲しいかを明確にして伝えてもらい、最終チェックを私が行ったので、1年目の看護師も次からは自分一人で搬送ができると思う。忙しいのに全員定時で仕事が終わって、みんなで喜んだ。少し成長できたかなと思えた。」

「研修前は、ばくぜんと師長、リーダー、メンバという枠組みをとらえて動いていた。研修を受けることによって、役割をとらえ行動できるようになった。組織として伝達の大切さや意見を伝える重要性が理解できた。看護師として、医療従事者として、病棟看護師として、さまざまなチームが作られており、それぞれの位置づけ、伝達方法を理解することが大変で、理解できた時、しっかりと一員として動けるんだと感じた。」

「チームのリーダーとしてメンバへ声かけを心がけた時、メンバも個々に話をしてくれた。コミュニケーションがスムーズで、業務が速くでき、安全に行うことができた。自ら見本を見せたり、コミュニケーションをした事が、リーダーとして行えたと思う。」

「判断力の重要性を知った。判断を少しまちがえるだけで、違った方向に進んでしまう可能性もあり得るので、判断した後もこれでよいのか、再度考慮するようになった。また、リーダーになった際はメンバがリーダーに話しかけやすい雰囲気を作るように配慮している。」

「夜勤のリーダーをして、メンバが1年目、2年目の看護師の時があり、リーダーとしての作業もあるが、少しでも迷っているようなら、こちらから声をかけて一緒に考え、行動できた。何かを判断する時は、先輩に頼りがちだが、こういう機会も増えてくるだろうから、根拠をもとにしてしっかり考えるようになったと思う。」

「準夜帯で、ターミナルの患者の容体が変化してきていたため、メンバに早めに検温に回れるように伝えた。また、アシストするときには、メンバに状況を伝え、メンバにチームのケアなどを任せて、私はエンゼルケアなどを行った。」

「リーダシップ研修に参加して、リーダシップは難しいと苦手意識のあった私にとって、リーダシップの意義や必要性や重要性を知る機会となった。これまではリーダシップはリーダだけが行うものであると思っていたが、スタッフ一人一人が心がけることで、円滑に業務を行うことができるものと学ぶことができた。」

「後輩がプライマリー患者のケアに関して悩み、先輩からも厳しい指導を受け、それがきっかけで萎縮してしまっていることがあった。そこで、私はカンファレンスを設け、チーム内で今後の患者ケアの方針を話し合った。一人では気付けない問題を知ることができ、多方面から対象を捉えることができる。スタッフ間で問題を共有することで、新人の能力だけでは対応しきれないことに対して先輩からサポートし、新人からもサポートを依頼しやすい環境になった。患者に統一されたケアが提供でき、スタッフ間では互いに支援し合える関係性ができた。後輩も自分の役割を理解し自己効力感を高めることができた。私はこの場面でリーダシップを発揮できたと感じた。」

「今までなら決まっていた配置を、患者の重症度に合わせ、臨機応変に変更し、確認・アドバイスを行うことで、スムーズに業務が行えていたと思う。また、必要な看護が行えていたと思う。」

「研修前までは、改めてチームとは何かということを考えることはなかった。病棟ではその日ごとにグループになり看護を行っている、その最小単位のイメージが強かった。病院全体がチームであることが分かっている、特に意識していなかった。研修後は、チームとして働くことの利点やチーム能率を上下させる要因や、自分がメンバとしてどのような役割があるのかが分かった。チーム内ではリーダとメンバとの間に、もっと相互作用があってもよいことや、目標を明確にして、日々の看護をチームとして行っていかなければいけないと感じた。チームとして働いている利点を活かせるよう、自分の役割を考え、意識して業務を行っていきたいと感じた。」

「夜勤リーダがリーダ作業を始めて間もない時に、児が GCU 収容予定の妊婦が陣発で入院した。自分はリーダでなかったが、お互いに働きかけるコミュニケーションをとることが大事だと思い、分かっているとは思ったが確認の意味を含めて、GCU のスタッフへ陣発入院となった旨を一報入れる必要がある、とリーダに伝えたところ、忘れていた様子だったので、声かけ（相互支援）が効果的に働いた場面だと思った。」

「今年度からリーダを始めたので、まだ経験は浅いが、チームとしては自由に意見を言うことができるし、コミュニケーションがよくとれていてメンバとしてもリーダとしても働

きやすい。師長をはじめとして、その日のリーダを中心に、お互いに情報や意見をフィードバックできているから、1日を安全に効率よく仕事をする事ができていると感じた。」

「自分の所属病棟にも、価値観、人材、スキルを育成するための独特の組織文化が存在し、意識の有無に関わらず、私たちはその中で働いていることを研修後感じた。現在所属している病棟は、リーダ、メンバの役割が日々変わるが、円滑に業務が行われている。1日の中でも、個々のメンバの役割が変わることがあるが、混乱することなく業務が進むのは、病棟の中での共通概念がはっきりしているためだと感じた。」

「自分が受け持っていた患者が急変した際、やらなければいけないことを明確にできるように、支援してくれた他のメンバにして欲しいことをすぐに指示した。一人一人が自分のすべきことを把握していたので、混乱することなくケアが進行した。」

「日々の業務でリーダや代行をするようになったが、いま一つリーダがどうあるべきか分からないことがあった。その勤務帯の責任者という思いが強く、重荷と感ずることがあった。研修をとおして改めてリーダの役割やメンバの役割、相互支援について確認できた。相互が信頼し合い仕事が行えるよう、リーダはその日の方向性をしっかり明確にし、委譲できることは任せ、きちんと報告を受けることが大切だと感じた。余裕がなく難しいこともあるが、意識はできるようになった。また、自分がメンバの時にも、リーダや他メンバへ協力してスムーズに仕事が行えるよう、以前より意識が強くなったと感じる。」

「提言・最終決定を尊重しあうチーム文化」という枠組みで、ピラミッドの図がありました。私は、以前は、課長が上で患者が一番下で、逆に考えていた。よく考えると、確かに課長という基盤になる人がいて、そこから積み重なっているのだと分かった。

「事例で、八甲田山雪中行軍遭難事故について話し合った。この事例で、リーダはだれか、だれが指揮をとり、だれの意見を聞くべきだったのか話し合った。この事例で突然吹雪に見舞われたように、突然患者の状態が悪くなることもある。そういった時、特に1年目の看護師が受け持っている場合には、どうしたらよいかアドバイスしたり、先輩が受け持っている患者が急変した場合には、他のメンバとの調整や医師との連携など、少し積極的に関わられるようになった。」

「私の所属する病棟では、自分の仕事が終わった後も、何か手伝えることがないか確認するという習慣がある。この研修を受ける前は、早く仕事が終わった人は帰宅してもよいのではないかと思うこともよくあった。しかしこの研修を受けて、相互支援が強くなり働いているのだと感じるようになった。相互支援は作業の過負荷を助けるだけでなく、エラーの発生を減らすための方法であると、研修で学ぶことができた。」

「先輩が失敗等あった際に、叱るだけではなくて、次はこうしようと話をすることができた。」
