

## 専門職の職種、職位別にみたチーム医療の認識に関する研究

坂梨 薫\*<sup>1</sup>      中村 裕美子\*<sup>1</sup>      山中 道代\*<sup>1</sup>  
半田 陽子\*<sup>1</sup>      鷹野 和美\*<sup>1</sup>      木森 紀美子\*<sup>2</sup>

\*1 広島県立保健福祉大学看護学科

\*2 済生会日田病院

2003年 9月10日受付

2003年12月 3日受理

### 抄 録

本研究は、医療機関における専門職のチーム医療に対する認識について、職種および職位による違いを明らかにすることにより、チーム医療を推進していく上での問題点や課題を明確にすることを目的として、平成14年11月から12月に調査票を用いて留め置き法による郵送調査を行った。

調査施設はH県内の医療機関で、一般病床数200床以上の病院29施設と機能評価認定病院17施設の46施設である。調査対象者は医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士である。30病院（回収率65.2%）から協力が得られ、回答者数は1261人、有効回答は1205人であった。

「チーム医療に対する考え方」の25項目の平均点については、リハビリテーション専門職は協働意識、アセスメントなどの18項目で他の職種より高く、医師は、リーダーシップ、看護職は、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。「チーム医療に対する考え方」の因子得点は、因子1「協働意識」、因子2「必要条件」、因子6「職種独立性」においてリハビリテーション専門職が有意に高く、因子3の「自己啓発」は医師が高く、因子5の「業務負担」は看護職が高くなっていた。「チーム医療に対する考え方」において、「チーム医療の実践の可能性」はスタッフが管理職より少なく、管理職では「チーム医療の中でリーダーシップが取れる」が低くなっていた。

チーム医療に対する考え方の職種、職位の違いから、リーダーシップ能力の向上、業務の負担感の軽減が課題であることが明らかになった。

**キーワード：**チーム医療、職位、協働、リーダーシップ

## はじめに

今日の医療は、高齢化と疾病の重症化により医療費の増大を招き、入院期間の短縮やリスクマネジメントが大きな課題となり、また、医療の提供においては患者中心の医療が求められ、患者・家族への最良のサービスの提供とインフォームドコンセント（以下、IC）が重要視されており、その実践にはチーム医療の取り組みの必要性が挙げられている<sup>1,2,3)</sup>。

さらに、医療技術の進歩に伴い医療の専門職には高度な知識と技術が必要とされ、業務の専門分化によって、最良な患者への医療サービスの提供のためには、多くの専門職が治療やケアに対して効率的かつ有機的に協働して関わる事が求められるようになってきた。

そのような中での医療の提供方法としてチーム医療が注目され<sup>4,5,6)</sup>、実践の成果が報告されている<sup>7,8)</sup>。しかしながら、多くの実践ではチーム医療に対する概念や展開方法は明確なものが示されておらず、試行錯誤でなされているのが現状である。

医療専門職はそれぞれが役割と機能を有していることから、医師や薬剤師はリスクマネジメントの視点から、リハビリテーション専門職（以下、リハビリ職）や看護職は専門機能との協働の視点からなど、職種によるアプローチの相違がみられていた。

また、チーム医療の実践においては多くの専門職が関わることから共通の認識をもつこと、業務や役割の相互理解が必要であり、専門職者のチーム医療に対する認識を明らかにすることは、チーム医療を推進していく上で重要なことといえる。先行研究における松岡ら<sup>9)</sup>の福祉施設における職種間のチームワークに対する認識の違いでは、看護職は専門職の知識、技術、価値、役割などに関する差異と相互理解の不足やチーム医療展開過程における認識不足、介護職は所属する施設・組織・制度からのサポートの欠如、組織間の連携の欠如、専門職間の地位や権力の格差といった認識の違いが明らかにされていた。但し、松岡らの調査は福祉施設が対象であったため職種が看護職、介護職、生活指導員と限られており、医療機関において重要な役割をもつリハビリ職は含まれていなかった。また、加納川<sup>10)</sup>の医療施設における職種間の関係性の研究では、看護職と他職種、医師と他職種との関わりが高く認識されていたが、それ以外の職種の関わりは少ないという現状が明らかにされていた。しかし、関係性に影響を与えると考えられる専門職者の認識についての検証はなされていなかった。

一方、チーム医療の推進には、ヒューマンケアサービスを円滑に運営するための組織中でのシステム構築が不可欠であり、管理職には病院の理念をふまえた組織づくりのためのマネジメント能力が要求され、スタ

ッフは管理者の意向を受け、目的達成に向けて協働する姿勢が要求される。このような関係性を考えると、管理者とスタッフという職位の違いからもチーム医療に対する認識を検討することも必要であろう。

そこで、本研究は、医療機関における専門職のチーム医療に対する認識について、職種および職位による違いを明らかにし、チーム医療を推進していく上での問題点や課題を明確にすることを目的とした。調査の結果、今後のチーム医療の取り組みに対する示唆を得たので報告する。

## 1 研究方法

### 1 調査対象

調査施設は国立、県立、特定機能病院を除いたH県内の医療機関で、一般病床数200床以上の病院29施設と機能評価認定病院17施設、計46施設である。対象は内科系、外科系、リハビリテーション系の病棟および各部署の医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、言語聴覚士（以下、ST）、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）である。

### 2 調査期間

平成14年11月～12月

### 3 調査方法

調査票を用いて、留め置き法による郵送調査を行った。調査票を各調査対象病院の看護管理者に送付し、調査対象者への調査協力の依頼文書と調査票の配布を依頼した。回収は個別に封書された調査票を病院ごとに郵送にて回収した。

### 4 倫理的配慮

対象者へは文書にて協力依頼し、個別回収をもって協力の承諾とした。回答は無記名で求め、データは統計的な処理を行い、個別および機関別の回答状況が特定されないことを文書にて通知した。

### 5 調査内容

調査項目は、チーム医療の実践状況、実践の必要条件、期待される効果、チーム医療に対する考え方、治療計画の立案、治療計画立案に関与している職種、クリニカルパスの使用、カンファレンスの実施状況、退院計画の立案、退院計画に関与している職種、退院指導などへのクリニカルパスの使用、カンファレンスの実施状況、および回答者の属性として、性別、年齢、職種、職位、勤務年数、勤務部署、管理職の経験年数

である。

「チーム医療に対する考え方」は、松岡ら<sup>9)</sup>の「チームワーク質問項目」を基に検討を加えて25項目からなる質問紙を作成した。評点は4段階で「とても思う」に4点、「思う」に3点、「あまり思わない」に2点、「思わない」に1点を配点した。

## 6 用語の定義

- 1) チーム医療：本研究では、「患者中心の包括的なケアを目指して、専門職種により一貫性をもったチームワークで提供される医療提供システム」とする。
- 2) 専門職種：医療に係わる専門職のうち、医師、看護職、PT、OT、STをさす。また、今回は便宜上PT、OT、STをリハビリ職と総称する。
- 3) 職位：所属部署における業務上の職位をさし、管理職は師長や主任とし、ここでは病院管理者である院長や看護部長は含まない。スタッフはその他の職員とする。

## 7 分析方法

医療の提供状況、チーム医療の実践状況は単純集計を行い、チーム医療の実践の必要条件（以下、必要条件）、実践により期待される効果（以下、期待効果）については、優先順位の回答状況を集計し、職種、職位ごとに割合を比較した。

職種の区分は、医師、看護職（看護師、保健師、助産師）およびリハビリ職（PT、OT、ST）の3群とした。今回の研究ではその他の職種は、多くの職種が混合されており、分析困難であるため分析対象から除外した。

職位の区分は、看護師長等と主任をあわせた管理職とスタッフの2群とした。

「チーム医療に対する考え方」は項目ごとに評点の平均点を求め、職種別に一元配置分散分析、職位別にt検定を行った。

「チーム医療に対する考え方」の25項目について全対象者で因子分析（主成分法、バリマックス回転）し、因子負荷量0.4以下、因子間の因子負荷量の差が0.1未満の6項目を除く19項目を選定し、19項目の因子分析により「チーム医療に対する考え方」の因子を抽出した。抽出された因子の因子名を付け、あわせて信頼係数を求めた。次いで各因子得点を職種および職位別にt検定を行った。統計解析にはSPSS Ver.11.5 Jを用いた。

## II 研究結果

### 1 調査対象者の状況

調査対象病院の46病院中30病院（回収率65.2%）

から協力が得られ、回答者数は1261人、有効回答は1205人であった。

回答者は、男性が215人（17.9%）、女性が988人（82.1%）であり、平均年齢は34.8±9.8歳、平均勤務年数は11.0±8.6年であった。回答者の職種は、医師が112名（9.3%）、看護職が813人（67.5%）、リハビリ職は116人（9.6%）で、PTが78人（6.5%）、OTが28人（2.3%）、STが10人（0.8%）であった。その他の職種は、薬剤師が84名（7.0%）、栄養士が35名（2.9%）、MSWが27名（2.2%）などであった。職位は、看護師長などが168人（14.5%）、主任144人（12.4%）、スタッフ850人（73.1%）であった（表1）。

表1 回答者の属性 n=1205

項目	選択肢	人数	(%)
性別	男	215	(17.9)
	女	988	(82.1)
年齢	20~29歳	476	(40.7)
	30~39歳	320	(27.4)
	40~49歳	265	(22.6)
	50歳以上	109	(9.3)
	5年未満	325	(28.0)
勤続年数	5~9年	300	(25.9)
	10~19年	291	(25.1)
	20年以上	243	(21.0)
	医師	112	(9.3)
職種	看護職	813	(67.5)
	リハビリ職	116	(9.6)
	その他の職種	164	(13.6)
	師長など管理職	168	(14.5)
職位	主任	144	(12.4)
	スタッフ	850	(73.1)

注) 人数は回答のあった者のみ表示

### 2 医療の提供状況

チーム医療の実践状況は、「必要に応じて実践している」が733人（62.2%）と多く、「日常的に実践している」が239人（20.3%）、「実践していない」が207人（17.6%）であった。チーム医療を実践している972人中におけるチーム医療の実践方法は、「病棟・部署以外の関係部署も入る」が564人（58.0%）と多く、「病棟・部署のみ」が307人（31.6%）であり、「病棟・部署以外の関係部署と地域の関係者も入る」が83人（8.5%）とわずかであった。

チームワークのタイプは、「医師が中心」が471人（43.1%）と最も多く、「チームメンバーで意思決定」が218人（19.9%）、「各職種が臨機応変にイニシアチブをとる」が253人（23.1%）、「専門職の役割に規定されない」が152人（13.9%）であった。

患者カルテの診療科間の共通化は、「診療科ごと」が591人（52.3%）、「一元化されたカルテ」が540人（47.8%）であった。患者カルテの職種間の共通化は、「共通のカルテ」が800人（71.2%）、「職種別

のカルテ」が323人(28.8%)であった。治療計画の調整のためのカンファレンスは、「必要時に開催」が486人(43.5%)と多く、「定期的開催」が278人(24.9%)、「開催していない」が354人(31.7%)であった。退院計画の立案は、「すべての患者に立案」が310人(27.9%)、「必要な患者にのみ立案」が544人(48.9%)、「立案していない」が258人(23.2%)であった。退院調整のためのカンファレンスは、「必要時に開催」が583人(54.0%)と多く、「定期的

的に開催」が99人(9.2%)、「開催していない」が397人(36.8%)であった(表2)。

表2 医療の提供状況 n=1205

項目	選択肢	人数	(%)
チーム医療の実践状況	日常的に実践している	239	(20.3)
	必要に応じて実践している	733	(62.2)
	実践していない	207	(17.6)
チームワークのタイプ	医師が中心	471	(43.1)
	チームメンバーで意思決定	218	(19.9)
	各職種が臨機応変にイニシアティブをとる	253	(23.1)
患者カルテの診療科間の共通化	診療科ごと	591	(52.3)
	一元化	540	(47.8)
	共通のカルテ	800	(71.2)
治療計画の調整のためのカンファレンス	定期的開催	278	(24.9)
	必要時に開催	486	(43.5)
	開催していない	354	(31.7)
退院計画の立案	すべての患者に立案	310	(27.9)
	必要な患者にのみ立案	544	(48.9)
	立案していない	258	(23.2)
退院調整のためのカンファレンス	定期的開催	99	(9.2)
	必要時に開催	583	(54.0)
	開催していない	397	(36.8)

注) 人数は回答のあった者のみ表示

### 3 「チーム医療に対する考え方」の比較

1) 職種別にみた「チーム医療に対する考え方」の比較  
「チーム医療に対する考え方」の職種別の平均点は、19項目で職種間に有意な差がみられた(表3)。リハビリ職と看護職が医師より平均点が高い項目は、4)「職員の研修が必要である」と17)「アセスメントはチーム全体で行う」であった。リハビリ職が他の職種より高い項目は、1)「チーム医療の取り組みが必要」12)「専門職の仕事内容や役割の理解」18)「他の専門職の知識、技術を吸収しあう」24)「アセスメントはチーム会議で統合」15)「患者に関する意思決定はチームメンバーの合意で行う」8)「アセスメントは専門職が別々に行う」22)「専門職は独立的に機能する」10)「院長の考え方が大切」16)「時間を取られる事はいとわない」の9項目であった。

医師が他の職種より平均点が高い項目は、3)「自分の部署でチーム医療の実践は可能である」2)「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」6)「専門職間の役割の重複」5)「他の専門職と積極的に交流」11)「毎日の仕事に満足している」25)「私はリーダーシップを取ることができる」の6項目であった。

看護職が他の職種より平均点が高い項目は、7)「仕事の増加は負担である」20)「チーム医療を行うには職員の増員が必要である」の2項目であった。

表3 職種別にみた「チーム医療に関する考え方」の比較

項目	職種			検定
	看護職 n=813	医師 n=112	リハビリ職 n=116	
1) これからの病院にはチーム医療による取り組みが必要である。	3.57±0.529	3.59±0.578	3.75±0.454	**
12) チーム内では、専門職は、お互いの仕事の内容や役割を理解している必要がある。	3.50±0.604	3.50±0.570	3.68±0.656	*
18) チーム内での専門職は、他の専門職の知識、技術を吸収しあう。	3.34±0.609	3.21±0.541	3.41±0.591	*
24) チーム医療ではそれぞれの専門職のアセスメントは、最終的にはチーム会議で統合する。	3.07±0.669	2.95±0.638	3.25±0.646	**
4) チーム医療を行うためには職員の研修が必要である。	3.34±0.577	3.18±0.716	3.32±0.705	*
17) チーム医療ではアセスメントは、専門職が単独で行わず、チーム全体として行う。	3.24±0.672	3.05±0.624	3.26±0.663	*
15) 患者に関する意思決定はチームメンバー間の合意のもとに行なわれる。	2.97±0.745	2.88±0.617	3.17±0.690	**
8) チーム医療ではアセスメントは、専門職が別々に行なう。	2.19±0.795	2.28±0.708	2.39±0.710	*
22) チーム内の専門職はそれぞれ独立的に機能している。	2.53±0.691	2.52±0.704	2.75±0.673	**
10) チーム医療を行なうためには、病院長の考え方が大切である。	3.00±0.834	3.09±0.773	3.23±0.806	*
16) チーム医療を行なうために、時間を取られることはいとわない。	2.39±0.756	2.35±0.747	2.70±0.716	***
3) 私の病棟もしくは部署でチーム医療を実践することは可能である。	2.85±0.677	3.12±0.643	3.01±0.656	***
2) 医療チームの中には、強いリーダーシップを発揮する特定の専門職が存在する。	2.81±0.796	3.06±0.789	2.81±0.840	**
6) チーム内での専門職間の役割は、重複している。	2.70±0.696	2.91±0.649	2.68±0.672	*
5) 私は他の専門職とも積極的に交流している。	2.49±0.759	2.88±0.773	2.72±0.717	***
11) 私は毎日の仕事に満足している。	2.26±0.706	2.64±0.739	2.38±0.696	***
25) 私はチーム医療の実践においてリーダーシップを取ることができる。	2.04±0.761	2.62±0.714	2.00±0.722	***
7) 業務が多忙な状況で、チーム医療に関わる仕事の増加は負担である。	2.76±0.735	2.66±0.793	2.53±0.796	**
20) チーム医療を行なうためには職員の増員が必要である。	3.38±0.669	2.71±0.874	3.26±0.770	***
14) チーム内での専門職間の関係は、平等である。	3.05±0.779	2.91±0.811	3.17±0.794	ns
23) 私は知識や技術を向上させるために研修や勉強会に参加している。	2.76±0.689	2.83±0.659	2.63±0.717	ns
21) 病院の基本理念は、私の仕事に対する考え方と合っている。	2.70±0.654	2.55±0.725	2.70±0.706	ns
9) チーム内の専門職の関係は、階層性や上下関係が存在する。	2.48±0.846	2.48±0.821	2.49±0.842	ns
19) 患者さんは病院が提供している医療サービスに対して満足している。	2.32±0.665	2.41±0.670	2.38±0.709	ns
13) チーム医療は特定の部署で行えばよい。	1.64±0.663	1.63±0.619	1.57±0.714	ns

注1) 職種のn数は回答のあった人数を表示  
注2) \*: p<.05, \*\*: p<.01, \*\*\*: p<.001

表4 職位別にみた「チーム医療に対する考え方」の比較

項目	職位		検定
	管理職	スタッフ	
	n=312	n=850	
	平均 ±SD	平均 ±SD	
1) これからの病院にはチーム医療による取り組みが必要である。	3.75±0.460	3.57±0.530	***
12) チーム内では、専門職は、お互いの仕事の内容や役割を理解している必要がある。	3.62±0.568	3.52±0.605	*
18) チーム内での専門職は、他の専門職の知識、技術を吸収しあう。	3.44±0.576	3.31±0.607	**
4) チーム医療を行なうためには職員の研修が必要である。	3.42±0.637	3.32±0.602	*
10) チーム医療を行なうためには、病院長の考え方が大切である。	3.36±0.767	2.96±0.811	***
14) チーム内での専門職間の関係は、平等である。	3.26±0.762	2.96±0.778	***
24) チーム医療ではそれぞれの専門職のアセスメントは、最終的にはチーム会議で統合する。	3.19±0.625	3.03±0.680	***
15) 患者に関する意思決定はチームメンバー間の合意のもとに行なわれる。	3.07±0.743	2.96±0.714	*
3) 私の病棟もしくは部署でチーム医療を実践することは可能である。	3.06±0.671	2.88±0.671	***
23) 私は知識や技術を向上させるために研修や勉強会に参加している。	3.00±0.628	2.69±0.705	***
21) 病院の基本理念は、私の仕事に対する考え方と合っている。	2.91±0.626	2.61±0.667	***
6) チーム内での専門職間の役割は、重複している。	2.88±0.666	2.66±0.692	***
5) 私は他の専門職とも積極的に交流している。	2.87±0.716	2.49±0.766	***
16) チーム医療を行なうために、時間を取られることはいとわない。	2.60±0.765	2.39±0.737	***
25) 私はチーム医療の実践においてリーダーシップを取ることができる。	2.54±0.740	1.90±0.710	***
11) 私は毎日の仕事に満足している。	2.44±0.729	2.29±0.706	**
19) 患者さんは病院が提供している医療サービスに対して満足している。	2.43±0.643	2.32±0.667	*
20) チーム医療を行なうためには職員の増員が必要である。	3.03±0.812	3.32±0.705	***
7) 業務が多忙な状況で、チーム医療に関わる仕事の増加は負担である。	2.55±0.829	2.73±0.750	***
9) チーム内の専門職の関係には、階層性や上下関係が存在する。	2.25±0.869	2.56±0.827	***
8) チーム医療ではアセスメントは、専門職が別々に行なう。	2.11±0.781	2.27±0.766	**
13) チーム医療は特定の部署で行えばよい。	1.44±0.655	1.66±0.646	***
17) チーム医療ではアセスメントは、専門職が単独で行わず、チーム全体で行う。	3.27±0.688	3.18±0.664	ns
2) 医療チームの中には、強いリーダーシップを発揮する特定の専門職が存在する。	2.92±0.881	2.83±0.757	ns
22) チーム内の専門職はそれぞれ独立的に機能している。	2.62±0.691	2.53±0.690	ns

注1) 職位のn数は回答のあった人数を表示  
 注2) \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, \*\*\*: p<0.001

2) 職位別にみた「チーム医療に対する考え方」の比較  
 「チーム医療に対する考え方」の職位別の平均点は、22項目で職位間に有意な差がみられた(表4)。管理職よりスタッフの平均点が高い項目は、20)「チーム医療を行うには職員の増員が必要である」7)「仕事の増加は負担である」9)「専門職の関係には階層性や上下関係がある」13)「チーム医療は特定の部署で行えばよい」8)「アセスメントは専門職が別々に行う」の5項目であった。

スタッフに比べて管理職の平均点が高い項目は、1)「チーム医療の取り組みが必要」18)「他の専門職の知識、技術を吸収しあう」10)「院長の考え方が大切」14)「専門職間の関係は平等」24)「アセスメントはチーム会議で統合」3)「自分の部署でチーム医療の実践は可能である」6)「専門職間の役割の重複」5)「他の専門職と積極的に交流」21)「病院の理念は私の考えと合っている」25)「私はリーダーシップをとることができる」19)「患者は病院のサービスに満足している」11)「毎日の仕事に満足している」23)「知識や技術向上のために研修会に参加」12)「専門職の仕事内容や役割の理解」4)「職員の研修が必要である」15)「患者に関する意思決定はチームメンバーの合意で行う」の16項目であった。

3) 「チーム医療に対する考え方」の因子構造  
 「チーム医療に対する考え方」の19項目の因子分

析の結果、因子負荷量が0.4以上、固有値が1.0以上の因子が6因子抽出された。累積寄与率は52.4%、Cronbachのα係数は0.564であった(表5)。

因子1で因子負荷量の高い「チーム医療に対する考え方」の項目は、14)「専門職間の関係は平等」15)「患者に関する意思決定はチームメンバーの合意で行う」17)「アセスメントはチーム全体で行う」24)「アセスメントはチーム会議で統合」であった。チーム医療はさまざまな考え方を持つ専門職の集団によって行なわれるものであり、各職種が医療チームの一員であるとの認識を持つことが必要であると同時に、患者への援助を同じ方針で行うことが必要である。因子1はそのための専門職種間の関係性やメンバーでの合意・統合といった内容であり「協働意識」と命名した。

因子2で因子負荷量の高い「チーム医療に対する考え方」の項目は、1)「チーム医療の取り組みが必要」13)「チーム医療は特定の部署で行えばよい」12)「専門職の仕事内容や役割の理解」10)「院長の考え方が大切」であり、チーム医療を実践するための条件としてのチーム医療の必要性を認識し他職種の仕事や役割を理解すること、チーム医療の推進に対し理解を示すトップマネージャーの存在といった項目が含まれていたため「必要条件」と命名した。

因子3で因子負荷量の高い「チーム医療に対する考え方」の項目は、2)「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」5)「他の専門職と

表5 「チーム医療に対する考え方」19項目の因子分析

n=999

項目	因子1 協働意識	因子2 必要条件	因子3 自己啓発	因子4 職場風土	因子5 業務負担	因子6 職種独立性
15) 患者に関する意思決定はチームメンバー間の合意のもとに行なわれる	.749	.013	.008	.091	.055	.073
14) 専門職間の関係は、平等である	.712	.118	-.022	-.010	.220	.047
24) それぞれの専門職のアセスメントは、最終的にはチーム会議で統合する	.576	.136	.148	.036	.043	-.113
17) アセスメントは、専門職が単独で行わず、チーム全体として行う	.526	.242	.165	.040	.247	-.328
13) 実践は特定の部署で行えばよい	-.056	.713	-.010	.049	.132	.211
12) 専門職は、お互いの仕事の内容や役割を理解している必要がある	.121	.712	-.076	.124	-.028	.035
1) これからの病院にはチーム医療による取り組みが必要である	.115	.683	.200	.007	.001	.003
10) 実践には病院長の考え方が大切である	.130	.424	.136	.061	.266	.313
25) 私はチーム医療の実践においてリーダーシップを取ることができる	.141	-.052	.704	.077	-.067	.056
5) 私は他の専門職と交流している	.009	.127	.630	.149	-.235	.139
23) 私は知識や技術を向上させるために研修や勉強会に参加している	.081	.083	.618	.212	-.027	-.083
2) 強いリーダーシップを発揮する特定の専門職が存在する	-.018	.037	.454	.025	.172	.008
19) 患者さんは病院が提供している医療サービスに対して満足している	.001	-.036	.088	.791	-.044	.005
11) 私は毎日の仕事に満足している	-.031	.009	.235	.689	-.172	.025
21) 病院の基本理念は私の仕事の考えと合っている	.169	.140	.103	.657	.128	.048
7) 業務が多忙な状況で、チーム医療に関わる仕事の増加は負担である	-.110	-.189	.096	-.108	.752	.117
20) 実践のためには職員の増員が必要である	.077	.076	-.158	-.008	.735	-.025
22) 専門職はそれぞれ独立的に機能している	.048	.103	.054	-.013	-.012	.737
8) アセスメントは専門職が別々に行なう	-.144	.201	.018	.080	.085	.672
固有値	3.019	1.996	1.502	1.276	1.093	1.075
寄与率	15.888	10.503	7.905	6.716	5.754	5.660
累積寄与率	15.888	26.390	34.295	41.012	46.765	52.426
					α係数	.564

積極的に交流」23)「知識や技術向上のために研修会に参加」25)「私はリーダーシップを取ることができる」であり、専門職との交流や研修会への参加、リーダーシップ能力といった自己の能力を高める内容の項目であったため「自己啓発」と命名した。

因子4で因子負荷量の高い「チーム医療に対する考え方」の項目は、19)「患者は病院のサービスに満足している」11)「毎日の仕事に満足している」21)「病院の理念は私の考えと合っている」であり、病院に対する患者の評価や仕事への満足、病院の理念と一致といった職場の状況を表していたため「職場風土」と命名した。

因子5で因子負荷量の高い「チーム医療に対する考え方」の項目は、7)「仕事の増加は負担である」20)「チーム医療を行うには職員の増員が必要である」であり、チーム医療の実践に伴う仕事量の増加や職員の増員の必要性であったため「業務負担」と命名した。

因子6で因子負荷量の高い「チーム医療に対する考え方」の項目は、8)「アセスメントは専門職が別々に行う」22)「専門職は独立的に機能する」であり、専門職の独自の機能を示す項目で「職種独立性」と命名した。

4) 職種および職位別にみた「チーム医療に対する考え方」の因子得点の比較

職種別に「チーム医療に対する考え方」の因子得点の平均点をみると、因子1「協働意識」は、リハビリ職が最も高く、次いで看護職、医師の順であり有意差がみられた。因子2「必要条件」は、看護職と医師よりリハビリ職が高くなっていった(いずれもp<.01)。因子3「自己啓発」は、リハビリ職と看護職より医師

が高くなっていった(いずれもp<.01)。因子5「業務負担」は、看護職が最も高く、次いでリハビリ職、医師の順であり有意差がみられた。因子6「職種独立性」は、リハビリ職が最も高く、次いで看護職、医師であった(いずれもp<.01)。因子4「職場風土」は職種間で有意な差がみられなかった(表6)。

表6 職種別にみた因子得点の比較

因子名	医師 (n=100)	看護職 (n=673)	リハビリ職 (n=112)
	平均±SD	平均±SD	平均±SD
因子1 協働意識	-0.27±0.938	0.05±0.999	0.29±0.965
		**	*
因子2 必要条件	-0.18±0.862	-0.09±1.013	0.22±1.062
		**	**
因子3 自己啓発	0.64±0.935	-0.10±0.988	-0.16±0.929
		**	
因子4 職場風土	-0.03±1.142	-0.03±0.974	0.04±1.044
		**	
因子5 業務負担	-0.49±1.115	0.17±0.933	-0.11±0.992
		**	**
因子6 職種独立性	0.04±0.962	-0.09±1.018	0.38±0.956
		**	**

注) \*: p<.05 \*\* : p<.01 \*\*\* : p<.001

職位別に「チーム医療に対する考え方」の因子得点の平均点をみると、因子1「協働意識」と因子2「必要条件」因子3「自己啓発」因子4「職場風土」では、スタッフより管理職が高く、有意な差がみられた。因子5「業務負担」は、管理職よりスタッフが高く、有意な差がみられた。因子6「職種独立性」は、職位間で有意な差がみられなかった(表7)。

表7 職位別にみた因子得点の比較

因子名	管理職 (n=262)	スタッフ(n=737)	検定
	平均±SD	平均±SD	
因子1 協働意識	0.21±1.095	-0.06±0.970	***
因子2 必要条件	0.26±0.925	-0.85±1.006	***
因子3 自己啓発	0.50±1.012	-0.09±0.925	**
因子4 職場風土	0.10±0.921	-0.04±1.022	*
因子5 業務負担	-0.20±1.010	0.08±0.984	***
因子6 職種独立性	0.09±0.942	-0.03±1.020	ns

注) \*: p<.05 \*\* : p<.01 \*\*\* : p<.001

4 チーム医療の実践のために必要な条件

チーム医療の必要条件の優先順位として1位に挙げられた項目の割合は、「スタッフの意欲」が28.8%、「院長の方針」が28.3%、次いで「情報の共有」が11.6%、「職員間の業務の相互理解」が10.3%であった。2位あるいは3位に挙げられた割合が高い項目は、「職員間の業務の相互理解」「職員の教育」「情報の共有」「医師の理解」であった。優先順位が最下位に挙げられた割合が高い項目は、「クリニカルパスの作成」が46.9%、「院長の方針」が24.3%、「調整機能を持つ職員存在」11.8%であった(図1)。

職種別に1位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「スタッフの意欲」は医師が41.7%で最も多く、次いでリハビリ職が34.8%、看護職は27.0%と少なくなっていた。「院長の方針」は看護職が29.4%で高く、医師とリハビリ職は5ポイント低くなっていた。最下位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「クリニカルパスの作成」がリハビリ職では51.4%と高く、看護職、医師は40%台であり、「院長の方針」は医師と看護職が20%台でリハビリ職は18%であった。

職位別に1位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「スタッフの意欲」はスタッフが31.9%で高く、管理職が20.9%で低くなっていた。「院長の方針」は管理職が42.0%で高く、スタッフが22.7%で低くなっていた。最下位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「クリニカルパスの作成」は管理職が51.6%、スタッフが45.7%であり、共に高くなっていた。次いで、「院長の方針」はスタッフが28.1%であった(表8)。

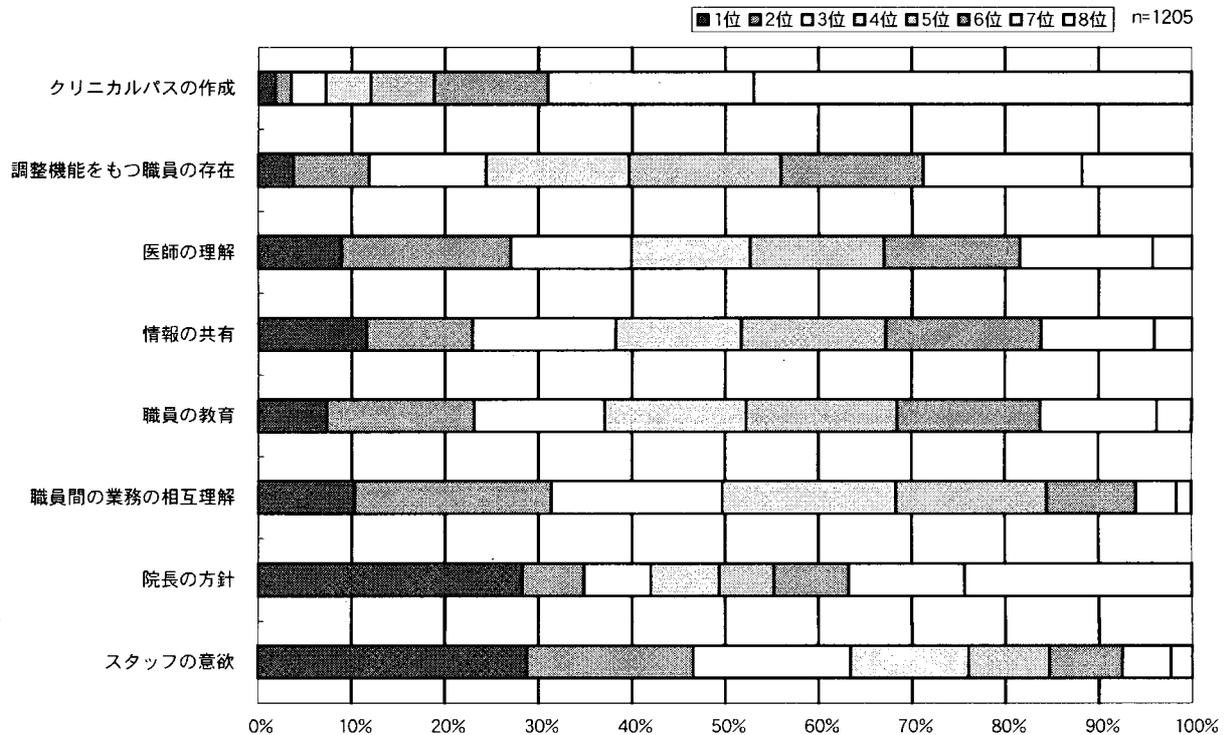


図1 チーム医療の実践に必要な条件の優先順位別の割合

表8 職種別・職位別にみた「チーム医療」の実践に必要な条件についての優先順位の項目別割合 (%)

順位	項目	職種			職位	
		医師 (n=112)	看護職 (n=813)	リハビリ職 (n=115)	管理職 (n=305)	スタッフ (n=830)
1位	スタッフの意欲	41.7	27.0	34.8	20.9	31.9
	院長の方針	24.1	29.4	23.9	42.0	22.7
	医師の理解	9.4	7.6	13.3	14.1	6.9
	職員間の業務相互理解	8.4	9.2	13.0	5.9	11.8
	情報の共有	4.7	13.1	9.6	5.9	14.0
最下位	クリニカルパスの作成	45.3	48.2	51.4	51.6	45.7
	院長の方針	24.1	26.6	18.8	14.1	28.1
	調整能力を持つ職員の存在	13.1	9.0	13.0	15.7	9.9

注) 不明を除く

### 5 チーム医療によって期待される効果

チーム医療の期待効果の優先順位として1位に挙げられた項目の割合は、「患者にとってよい医療の提供」が74.5%と多く、他の項目は1位に挙げられる割合が低かった。第2位は「治療方針の円滑な展開」が30.4%、「患者・家族への十分なIC」が28.2%であった。優先順位が最下位に挙げられた項目の割合は、「地域との連携が図れる」が48.0%で最も高く、次いで「在院日数の短縮」が21.5%、「仕事への意欲の向上」が14.0%であった(図2)。

職種別に1位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「患者にとってよい医療の提供」が、看護職が76.8%で最も高く、次いでリハビリ職が71.3%、医師が61.1%で最も低くなっていた。「治療方針の円滑な展開」は、医師が14.8%であり、次いでリハビリ職が11.4%であった。最下位の項目に挙げられた項目の割合は、「地域との連携が図れる」では医師が59.4%で高く、リハビリ職が50.5%、看護職が43.3%であり、「在院日数の短縮」では看護職とリハビリ職が20%台であり、医師は15.1%であった。

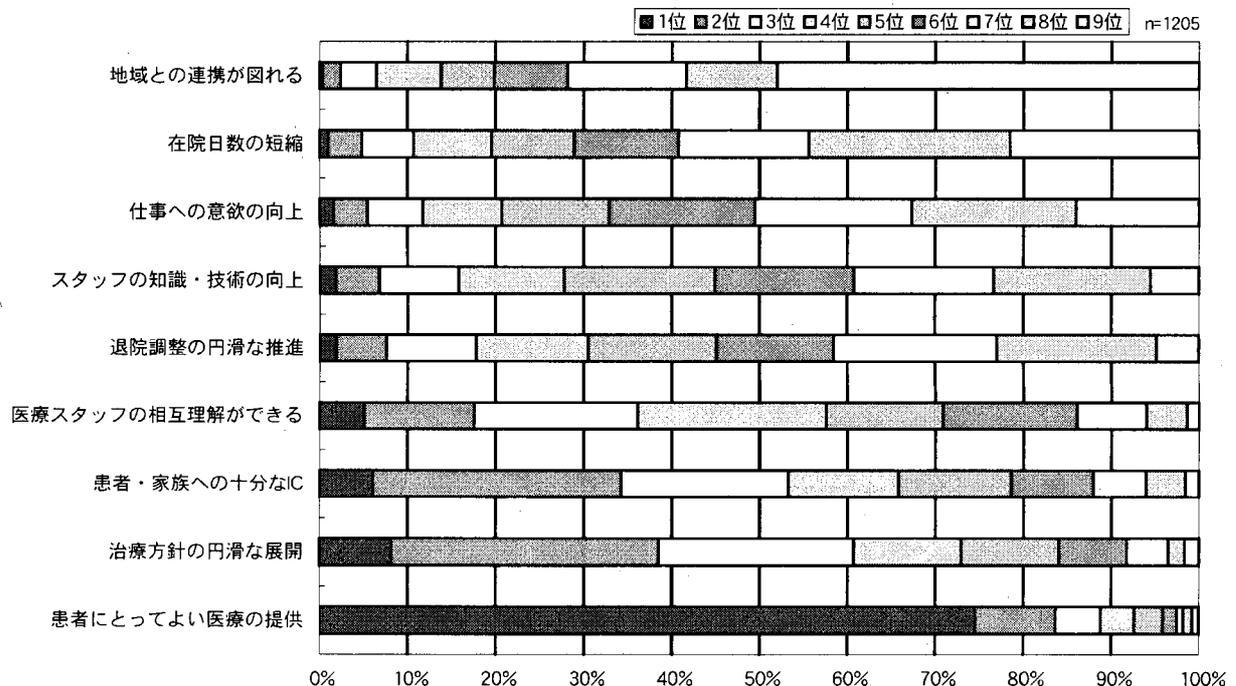


図2 チーム医療によって期待される効果の優先順位別の割合

表9 職種別・職位別にみた「チーム医療」に期待される効果についての優先順位の項目別割合 (%)

順位	項目	職種			職位	
		医師 (n=112)	看護職 (n=813)	リハビリ職 (n=115)	管理職 (n=305)	スタッフ (n=830)
1位	患者にとってよい医療の提供	61.1	76.8	71.3	85.6	70.9
	治療方針の円滑な展開	14.8	6.8	11.4	3.9	9.6
	医療スタッフの相互理解ができる	9.3	4.1	8.8	3.0	5.8
最下位	地域との連携が図れる	59.4	43.3	50.5	56.8	45.2
	在院日数の短縮	15.1	23.9	22.5	16.2	23.1
	仕事への意欲向上	14.2	14.2	14.4	9.9	15.4

注) 不明を除く

職位別に1位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「患者にとってよい医療の提供」は、管理職が85.6%で高く、スタッフが70.9%で低かった。最下位の項目に挙げられた項目の割合を比較すると、「地域との連携が図れる」は管理職が56.8%、スタッフが45.2%であり、共に高く、「在院日数の短縮」はスタッフが23.1%、管理職が16.2%であった(表9)。

### III 考察

#### 1 職種別にみたチーム医療に対する認識の比較

職種別にみた「チーム医療に対する考え方」においては、リハビリ職が他の職種より有意に高い項目が多く、特に「チーム医療の取り組みが必要」や「専門職間の仕事内容や役割の理解」「他の専門職の知識、技術を吸収しあう」など、協働に対する積極的な認識を持っていることが明らかになった。リハビリ職は多様な障害状況を持つクライアントに対して生活の自立に向けて支援する職種である。それは生活のあらゆる場で行なわれる活動であり、医療に限定されずに保健・福祉の分野での役割も担っていることから、他の専門職種との協働の必要性に対する認識が高くなっていると考えられる。

また、医師に特徴的であったのは、「強いリーダーシップを持つ専門職が存在」「他の職種との積極的な交流」「リーダーシップをとることができる」の項目の平均点が高かったことである。これは、医師という職種が日本の医療における中心的役割を担っていることの自覚のあらわれであり、柴田<sup>11)</sup>が指摘するようにチーム医療の中で医師は、リーダーシップを取りやすい職種、あるいは取るべき職種と考えられてきたことが反映していると考えられる。

鷹野<sup>12)</sup>は、リーダーシップを発揮する職種は医師に固定される必要はなく、患者のニーズに対応することが望ましいと述べ、チーム医療に関わるどの職種においてもリーダーシップが取れることの必要性を示している。患者中心の医療を提供しようとする動きが強まる中、患者のニーズに応じてチームのメンバーを構成

し、それぞれの専門分野においてリーダーシップを発揮することが求められる。しかし、医師以外の職種ではリーダーシップに対する認識は低く、チーム医療の推進に向けての課題であるといえる。

そして、看護職に特徴的であったのは、「仕事の増加は負担」や「職員の増員が必要」の項目の平均点が高く、チーム医療の実践に対して負担感を感じる傾向がみられたことである。看護職はチーム医療の取り組みの必要性を認識しているが、少ない人員配置の中で24時間患者を支え、多忙な業務を遂行している現状が強く反映された結果といえる。チーム医療の遂行には医療スタッフの大多数を占める看護職の参加は必須条件であり、看護職に過剰な負担感を感じさせることなく、チーム医療への参加の動機づけや行動のきっかけをつくることのできる条件整備が必要といえる。

次に医師、看護職、リハビリ職の「チーム医療の考え方」の因子得点の平均点をみると、因子1「協働意識」、因子2「必要条件」、因子6「職種独立性」においてリハビリ職が有意に高いという結果であった。リハビリ職は医師と看護職の関係性から一步離れた、機能障害や能力障害についての専門職であることから独立性への認識は高いと考えられる。しかし一方では、ベッドサイドの患者の状態については医師や看護職に比べると情報量が少ないために、互いの情報を共有し補完する認識が他職種より強くあらわれたものと考えられる。

因子3の「自己啓発」は医師が有意に高く、常に新しい知識・技術を習得しようとしていることのアラわれであるといえる。チーム医療の核となる医師のこうした認識は、医療スタッフの中におけるリーダーとしての役割認識を強く持っていることと相まって、チーム医療の組織化やチームの機能を向上させる要因になることが期待される。

因子5の「業務負担」は看護職が有意に高く、業務の多忙さを日常的に感じている看護職は、チーム医療を実践することによってより負担が増加すると考えていることが示された。

## 2 職位別にみたチーム医療に対する認識の比較

「チーム医療に対する考え方」において、管理職とスタッフ双方にチーム医療の取り組みの必要性は高い割合で認識されており、他に、職員の研修や役割理解、チームにおけるアセスメントの必要性などチーム医療の実践において必要な条件について高い認識をもっていった。

一方で、管理職とスタッフの双方に満足感を示す「仕事に満足している」と、「患者は病院が提供している医療サービスに満足している」では平均点が低くなっていた。このことから、チーム医療の目的に遡って、患者や家族に安心と満足が得られる医療サービスを提供していくことが医療スタッフの役割であることを再認識し、そのために専門職者として自らが提供する医療サービスの内容やシステムを検討し、再構築することの必要性が生じているといえる。

次に、管理職とスタッフでは「チーム医療に対する考え方」で、25項目中18項目で有意差があり、職位によって認識が異なっていることが明らかになった。職位による認識の違いで注目すべき項目として、「チーム医療を実践することは可能である」と考えるスタッフが管理職と比較すると有意に少ない点である。チーム医療の取り組みの必要性はほとんどのスタッフが感じているにも関わらず、実践の可能性については否定的であった。

これは、スタッフはチーム医療を行うことで研修や勉強会への参加に伴う労力や時間的束縛を受けることに対して消極的であること、職員の増員が必要と考えているが、チーム医療のための人員の補充は不可能である現状がその認識の背景にあると考えられる。

また、管理者では「チーム医療の中で私はリーダーシップをとることができる」は平均点が低くなっていた。今回の管理職は各部署の科長や医長および看護師長や主任といった中間管理職であり、将来のリーダーとなる管理職自身がリーダーシップを取ることに自信がもてないことは、チーム医療の推進を阻む一つの要因になっているとも考えられる。

次に因子得点の平均点をみると、因子5「業務負担」以外の因子1から4までは管理職が有意に高いという結果であり、スタッフよりチーム医療に対する認識が高いことが明らかになった。

## 3 チーム医療に対する必要条件の職種・職位別比較

チーム医療の必要条件の優先順位1位の項目は「スタッフの意欲」「院長の方針」「情報の共有」「職員間の相互理解」の順であった。

職種別にみると、医師とリハビリ職は1位が「スタッフの意欲」、2位が「院長の方針」であったが、看護職は1位が「院長の方針」、2位が「スタッフの意

欲」であった。医師とリハビリ職はチーム医療の実践に必要な第一の条件を「スタッフの意欲」と考え、自分たち自身の問題として捉えているが、看護職は病院のトップマネージャーの方針は病院の方針に直結しているため重要と考え、他者の意向に依存的な姿勢であることが明らかになった。

また、職種間で特徴的であったのが、リハビリ職に「医師の理解」「職員間の業務相互理解」の割合が多かったことである。加納川<sup>10)</sup>によると、医師と看護職は他の医療職より良好な関係性を相互に有していると認識されているが、その他の職種での関係性の程度は低いことが明らかにされている。リハビリ職は診療の場でも医師や看護職と物理的に異なる空間で仕事をしているため、医師と看護職の関わりに比べて直接的関わりが少ない。そのため、相互の理解を得ることの必要性を強く感じていると考えられる。

看護職では「情報の共有」の割合が多かった。チーム医療においてはそれぞれの職種が得た情報を交換し共有することによって患者によりよい医療の提供が可能になることを目指している。看護職は、交代勤務で24時間を通して統合性のあるケアを継続するために関係者間の情報の伝達や共有の必要性が意識された結果と考えられる。

職位による違いでは、管理職は「院長の方針」「スタッフの意欲」「医師の理解」の順で多かったが、スタッフは「スタッフの意欲」「院長の方針」「情報の共有」の順であり「医師の理解」は少数であった。管理職はチーム医療の必要条件として、組織や機能といったシステムを作ることを優先し、スタッフは実践そのものを優先しており、職位による立場の違いがあらわれていた。

また、職種、職位ともに最下位は「クリニカルパスの作成」が圧倒的に多かった。クリニカルパスはチーム医療を実践する場合の有効な手段であるが、一般には入院中の医療や看護を展開するツールであるという認識のためと推察される。

## 4 チーム医療の実践で期待される効果の職種・職位別比較

チーム医療の期待効果においては、職種や職位に関係なく1位は圧倒的に「患者にとってよい医療の提供」で、最下位は「地域との連携が取れる」「在院日数の短縮」であった。「患者にとってよい医療の提供」が1位に挙げられていることは、医療の専門職に、より質の高い医療の提供や患者・家族の満足を得るというチーム医療の目的を充分理解されていることが示されている。また、期待効果で最下位であった「地域との連携が取れる」は、医療機関から地域の関係機関への連携活動が十分ではないことから、このような認識が

表されたと考えられる。

チーム医療の目的には、患者に関わる専門職がディスチャージプランニングを検討し、在院日数の短縮とそれによる病院経営への貢献が期待できることも含まれている。米国の老人ケアにおいて、チーム医療は在院日数の短縮を可能にすることが報告されているが<sup>13)</sup>、今回の調査では、期待効果の最下位に「在院日数の短縮」が挙げられ、管理者においても最下位の割合が高くなっていた。このことはチーム医療の目的の理解が不十分であることが考えられ、日本におけるチーム医療の推進のための課題が示唆された。

#### IV まとめ

「チーム医療に対する考え方」について職種、職位による認識の違いを検討した結果、以下のような点が明らかになった。

1. 「チーム医療に対する考え方」の項目の平均点は、リハビリ職は「協働意識」やアセスメントなどの18項目で他の職種より高く、医師は、研修参加とリーダーシップが高く、看護職は、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。
2. 「チーム医療に対する考え方」の因子分析により、因子1「協働意識」、因子2「必要条件」、因子3の「自己啓発」、因子4「職場風土」、因子5の「業務負担」、因子6「職種独立性」が抽出された。
3. 「チーム医療に対する考え方」の因子得点は、因子1「協働意識」、因子2「必要条件」、因子6「職種独立性」においてリハビリ職が有意に高く、因子3の「自己啓発」は医師が高く、因子5の「業務負担」は看護職が高くなっていた。
4. 「チーム医療に対する考え方」における「チーム医療の中でリーダーシップが取れる」は医師以外の職種の平均点が低く、管理職においても平均点は低かった。

以上のことより、チーム医療に対する考え方の職種、職位の違いから、リーダーシップ能力の向上、業務の負担感の軽減が課題であることが明らかになった。

#### おわりに

本研究は、医療機関に従事する専門職への郵送調査によりチーム医療に対する認識を把握したものである。職種と職位による認識の相違点と共通点を明らかにすることができたが、調査票による断面調査であることから調査データに限界がみられた。

今後の研究課題として、チーム医療に対する概念の明確化を行い、概念枠組みの構築と「チーム医療の考え方」の指標の開発が必要である。また、総合的な検

討を進めるためには、今回検討した職種以外の専門職種や、病院管理職を対象とした検討が必要であると考えている。

本研究にあたり、調査にご協力を頂きました医療機関の管理者の皆様、並びにご回答を頂きました皆様方に深く感謝しお礼を申し上げます。

なお、本研究は平成14年度広島県立保健福祉大学プロジェクト研究によるものである。

#### 引用・参考文献

- 1) 和田ちひろ. 患者中心のチーム医療をコーディネートするために①インターナル・マーケティングの視点から. 消化器外科NURSING, 6(7):33-37, 2001
- 2) 飯村直子. チーム医療の実践. インターナショナルナーシングレビュー, 22(5): 44-47 1999
- 3) Paris CR, Salas E, Cannon-Bowers JA: Teamwork in multi-person systems: a review and analysis.
- 4) 稗田里香. 患者中心のチーム医療をコーディネートするために①～福祉・医療・保健のネットワークの視点から. 消化器外科NURSING, 6(7):38-45, 2001
- 5) 上原鳴夫. チーム医療と医療ケアの質の向上. 日本クリニカルパス学会誌, 2(1):25, 2000
- 6) 菊池正幸. チーム医療をベースに意識改革を. 新医療, 7:148-151, 2001
- 7) 清田幸子. リハビリテーション科におけるチーム医療の取り組み. 大分県立病院学雑誌, 30:188-191, 2001
- 8) 川淵正敬, 敷地雄一, 松本秀幸, 伊藤隆夫. チームアプローチを基盤とした病棟配属体制の効果. 理学療法学, 26(6):260-264, 1999
- 9) 松岡千代, 石川久展. 「チームワーク」認識に関する研究—自記式質問紙を用いた専門職間比較—. 香川県立医療短期大学紀要, 2:17-24, 2000
- 10) 加納川栄子. 病院における医療専門職種間の関わりの程度と関係性. 病院管理, 39: 209, 2002
- 11) 柴田陸郎. チーム医療の中の医師. 日本醫事新報, 4026:44-45, 2001
- 12) 鷹野和美. 患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開. 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 3(1):1-7, 2003
- 13) Wieland D, Kramer BJ, Waite MS, Rubenstein LZ: The Interdisciplinary Team in Geriatric Care. American Behavioral Scientist, 39(6):655-664, 1996
- 14) 古庄富美子. チーム医療のあり方を問う. 看護, 53(4):149-151, 2001
- 15) 久保田満子. チーム医療を通して実現した診療録

- 管理体制. 看護, 52(14):64-68, 2000
- 16) 菊島レイ子. チーム医療とディスチャージプランニングの開発. 看護展望, 26(11):56-63
  - 17) 長尾哲男. 所属組織の一員としてのチームワーク他職種を巻き込み, ユーザーの付託に対応する. OTジャーナル, 35(7):769-771, 2001
  - 18) 太田睦美, 長谷川敬一, 五百川和明. 医療機関におけるチームワーク. OTジャーナル, 35(9):929-932, 2001
  - 19) 上田敏, 大川弥生. 協業としてのチームワーク - 「境界領域における分立的分業」から「重複領域における協業」へ. OTジャーナル, 27(4):240-246, 1993
  - 20) Dickey LL, Gemson DH, Carney P : Office System Interventions Supporting Primary Care-Based Health Behavior Change Conseling. American Journal of Preventive Medicine, 17(4): 299-308, 1999
  - 21) Carter JH, Meridy H : Making a Performance Improvement Plan Work. The Joint Commision Journal on Quality Improvement, 22(2): 104-113, 1996
  - 22) Schned ES, Doyle MA, Glickstein SL, Schousboe JT, Reinertsen JL, Bagkioni AJ, Tolson TF : Team Managed Outpatient Care for Early Onset Chronic Inflammatory Arthritis. The Journal of Rheumatology, 22(6): 1141-1148, 1995

## Differences in Perceptions of Team Medical Care with Reference to Professional Occupational and Grade

Kaoru SAKANASHI\*<sup>1</sup> Yumiko NAKAMURA\*<sup>1</sup> Michiyo YAMANAKA\*<sup>1</sup>  
Yoko HANDA\*<sup>1</sup> Kazumi TAKANO\*<sup>1</sup> Kimiko KIMORI\*<sup>2</sup>

\*1 Department of Nursing, Hiroshima Prefectural College of Health Sciences

\*2 Saiseikai Hita Hospital

### Abstract

This research is to clarify that there is a difference in the way team care recognition is regarded by people in different occupations and professional grade of the health care persons concerned.

We mailed a questionnaire to review the problem to advance team medical care in Japan.

We surveyed physicians, nurses, physical therapists (PT), occupational therapists (OT), and speech language hearing therapists (ST) and managers in 46 of hospitals of H. Prefecture. The hospitals included 17 general hospitals with 200 beds and 29 specialized hospitals.

We received replies from 30 hospitals (65.2%), which resulted in 1205 effective replies out of the total 1261.

We compared the average scores of 25 items on "the difference in the recognition of medical team treatment". As for the scores from PT, OT and ST, 18 items including "collaboration", "assessment", etc., were higher than for the other health care professionals. Physicians scored high for "leadership"; nurses responded that the need for "team care" is high, although there was some disagreement.

We divided "the concept of team medical treatment" into 6 factors. Factor 1, "collaboration"; factor 2, "the necessary conditions"; and factor 6, "independence" were scored high by PT, OT and ST. Factor 3, "self enlightenment", was scored high by physicians. Factor 5 "the business burden", was score high by the nurses.

For, "the concept of team care" and "the possibility of team medical care", the professional staff scored lower than did the managers. Half of the managers responded that leadership "can promote" team care.

We found that the perception of team medical care differs by occupation, and grade. We suggest that the team approach can induce improvement and reduce the burden of the leadership in hospitals.

**Key words** : team medical care, professional grade, collaboration, leadership