IPW における薬剤師-看護師連携のあり方—看護師の立場から

中島美津子,^{*,a} 孫 大輔,^b 川村和美,^c 内海美保^d

The Pharmacist-Nurse Collaboration for IPW: From Nurse's Perspective

Mitsuko Nakashima,^{*,a} Daisuke Son,^b Kazumi Kawamura,^c and Miho Utsumi^d^aSouthern TOHOKU Research Institute for Neuroscience; 4-3-26 Kudan-kita, Chiyoda-ku, Tokyo 102-0073, Japan:^bInternational Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo;7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan; ^cShip Healthcare Pharmacy East Japan Co., Ltd.;1-7-1 Izumi-chuo, Izumi-ku, Sendai 981-3133, Japan; and ^dFaculty of Pharmaceutical Sciences,

Kobe Gakuin University; 1-1-3 Minatojima, Chuo-ku, Kobe 650-8586, Japan.

(Received August 29, 2014)

The concept of interprofessional work (IPW) is becoming increasingly important recently and the role of nurses in IPW seems critical. In Japan, the problem of burnout and turnover of nurses has been recognized, and the solution seems embedded in the scheme of IPW, because it appears to improve their job satisfaction and recognition as health professionals. However, many obstacles lie ahead, such as “tribal conflict” between health professionals including between pharmacists and nurses. Although failure to understand the roles of other professionals or competencies may seem to hamper with the promotion of collaboration, we must realize that even a lack of understanding among nurses exists. The authors believe that the solution is to understand and respect not only other professionals but also colleagues of the same profession.

Key words—interprofessional work; turnover; job satisfaction; lack of understanding

1. はじめに

患者中心の医療といわれて久しい医療界の中で、いかにして組織としての生産性を向上させ、安心・安全な質の高い医療を提供するか、ということは、医療組織で働くすべての人々だけでなく、そのステークホルダー、当事者である国民、そして医療費を負担している国としても重要な課題である。日本薬学会第134年会シンポジウムにおいて、この質の高い医療を提供するための組織づくりのカギともいえる「インタープロフェッショナルワーク」(inter-professional work; IPW: 多職種連携実践)の概念を軸に、看護師という立場から、IPWと看護組織の関係、及び、薬剤師と看護師との関係性における

IPWについて述べる機会があった。先に述べておくが、筆者はIPWの研究者ではなく、今回シンポジウムで看護師としての立場から、IPWとともに発展する医療界への展望などを述べたに過ぎない。本稿では、看護師が置かれている現状と多職種連携における看護師の役割、中でも薬剤師との協働及び今後の方向性について、IPWをキーワードに考えてみたい。

2. 看護師が置かれている現状

看護師・准看護師は2012年度1537813人で、前年比42241人増加、さらにその後も毎年新たな卒業生とともに増加の一途をたどっている。¹⁾だが一方で、2025年問題、すなわち団塊の世代が後期高齢者に突入する時期には、国民の年齢構成や疾病構造から看護師の不足が懸念されている。もはや卒業生の増加だけでは、昨今のわが国の医療・保健・福祉・介護のどの領域においても看護師不足は不可避となる。今後の超高齢社会、及び生産年齢人口の減少するわが国において、看護師の確保と定着は喫緊の課題であり、世界最大の職能団体といわれる日本看護協会としてもその解決に取り組んでいる。看護

^a南東北グループ人材開発部 (〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-3-26), ^b東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター (〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1), ^cシップヘルスケアファーマシー東日本株式会社 (〒981-3133 仙台市泉区泉中央 1-7-1), ^d神戸学院大学薬学部 (〒650-8586 神戸市中央区港島 1-1-3)

*e-mail: m-shima@wa2.so-net.ne.jp

本総説は、日本薬学会第134年会シンポジウムS23で発表した内容を中心に記述したものである。

師不足の問題解決のためには、IPWの推進が不可欠である。まずはその背景として、看護師の現状に関する2つの問題点について述べる。

1つ目は、看護師不足を背景に売り手市場と化している現状では、1つの組織で体系化された教育を受け終わる前に、今よりもよい条件の別の医療機関に組織を移ってしまう「離職」の問題である（ただしこの場合の離職は看護師という職業を変えるものではなく、あくまで勤務する組織を変えるという意味での離職である）。公費をかけて学校を卒業した看護師たちはすぐに専門職としての高い能力・技術を発揮できるわけではない。入職後は、新人看護師研修制度に基づき、医療機関毎に決まった一定期間、一人前になるための人材育成が始まる（そこにも公費が投入されている）。研修は各医療機関で目標設定の期間やレベルが異なる。そのため、就職後、新人看護師研修のプログラムを終えないうちに別の組織に転職した場合は、体系化された教育プログラムの半ばで研修が中断される。次の組織では、もはや「経験者」として迎え入れられ、即戦力として仕事をさばくことを求められる。前組織での研修の続きを受けられる保証もなく、日々の業務をこなすだけになってしまう危険性もある。その結果、「経験者」として業務に従事し、体系的な知識や技能が身に付かず、経験知だけを積み重ねる未熟な看護師になりかねない。看護師確保のみならず、質の高い看護師育成という視点からも、新人看護師研修途中での離職はできるだけ予防されなければならないと考える。

2つ目は、ライフイベントや様々な理由により現場から離れてしまい、その看護師のライセンスを活かしていない「潜在看護師」の問題である。女性の多い看護師は、国家ライセンスを持った科学者として、その資格を活かした仕事を一生継続することができる。しかし現実には、いわゆる第3号被保険者として扶養範囲内で働き、非正規雇用を望む看護師も少なくない。実際、筆者が看護部長をしていた病院でも第3号被保険者として働きたいために、今月はこれ以上仕事できません、という看護師がいた。また、子育てが優先される20歳代後半から30歳代では、一般的に仕事と生活のバランスをとるため正規職員としての長時間労働を避ける傾向がある。そのような問題に対して、昨今、離職を防ぎつつ現場

に看護師を呼び戻すため、日本看護協会を中心にワークライフバランスのとれる働き方の推進が活発に行われている。フルタイム勤務ではない、ライセンスを活かした看護師の多様な働き方が広まるにつれ、育児や介護など有期限のライフイベントにより看護師が潜在化する傾向は減少しつつある。潜在看護師がカムバックし易い環境整備が進んできた効果もあるだろう。しかしながら女性の社会進出に関して、わが国の進め方に異論を唱える労働環境の研究者もいる。²⁾ 男性と同じように女性が仕事のできる環境をつくることを理想とするような社会に対して、逆に働き過ぎの男性がその働き方を見直していく視点が重要であり、その中で女性も働くことができる環境を社会として求めていくべきである、という主張である。とはいえ、女性が仕事を続けていく場合、妊娠・出産の時期以外についても良好な環境整備が必要であることは言うまでもない。医療界では、日本看護協会のワークライフバランスのとれる働き方の推進のみならず、医師会も、医師の健康支援という視点から、過酷な労働環境を変えていこうという動きを見せている。³⁾ なお、このような女性/男性という視点での議論はジェンダー論に包含されるものであり本稿の趣旨と異なるため深くは言及しないが、実際には看護師確保のためジェンダーによる差という視点は重要となる。

これまで、2つの問題点を述べたが、これらの問題を解決するための1つの方法として、チーム医療の概念をさらに進めた「IPW」がある。ではなぜ、それがこの問題を解決するために重要なのであろうか。その理由について、看護師の立場から論じてみたい。

3. 看護師の職務満足とIPW

看護師は専門職として日々チーム医療の中でその役割を発揮している。Van Eerdeらは、看護師が離職行動（この場合、転職という意味であり他の医療

中島美津子

広島大学大学院保健学研究科修了。博士（看護学）。看護師として九州大学病院他経験。教育研究職として九州大学医学部保健学科、聖マリア学院大学看護学部を歴任。東京警察病院看護部長を経て、南東北グループ入職。日本看護協会WLB推進委員、厚生労働省医療職の労働環境改善に関する調査研究委員。

組織へ移ることを指す)に至るまでの各ステージとそれに影響を及ぼす要因を分析している。⁴⁾ 毎日の仕事の中で、具体的に何が離職の要因となり得るのか。最終的に離職という行動をとるステージに行く前には離職を決意するステージがあり、さらにそのステージに大きく影響する要因として、「組織での職務満足」と「専門職としての職務満足」が挙げられている。給与や報酬、管理スタイルや仕事の進め方、同僚との相互作用が発揮できる環境など、専門職としての能力が発揮できる環境であるかどうかということが大きく離職行動に影響していることを示唆している。この「組織での職務満足」と「専門職としての職務満足」に大きく影響するのが、IPWだと筆者は考える。⁴⁻⁶⁾ 専門性が発揮できる環境とは、各専門職がお互いの能力と役割を相互に理解し、患者中心のケアという共通の目標を目指して協働できるような環境である。このような環境は、看護師の働きがい・職務満足を向上させ、その結果離職を減らすものと考えられる。

ところで、従来から耳にする「チーム医療」と「IPW」はどう違うのか？ 荒木は「チーム医療」という言葉について、この用語が海外の文献ではほとんど認められず、おそらく2012年の厚生労働省の報告書「チーム医療の推進について」に係わる審議が始まった2009年頃より、日本で使われ始めたのではないかと述べている。⁷⁾ 「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、各々に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」と定義され、他の職種に補完的に係わりながらも、自らの専門性のもとに患者ケアを実践する意味合いが強い。一方、「IPW」は、「専門職が相互作用しあう学習のうえに成り立つ協働関係」とされ、同時に「複数の領域の専門職者が連携及びケアの質を改善するために、同じ場所でもともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」という多職種連携教育(interprofessional education; IPE)に基づいた行動が求められる。⁸⁾ すなわち、専門職同士がともに学び、お互いをよく理解し、尊重し、信頼する関係性が基盤となる。

このように、IPWは、「組織での職務満足」と「専門職としての職務満足」を向上させ、組織とし

ての働き易さにもつながると同時に、看護師が専門性を発揮できる環境作りにつながる。したがって、IPWを推進することは、人的リソース不足の緩和、看護師の離職防止にも貢献すると考える。

4. 薬剤師と看護師の協働を阻むもの

IPWの根底には、専門職同士が互いに認め、尊敬し、学び合い、その上で「オタガイサマ」という相手を慮る精神が根底にある。また、IPWの前提には「自律性」があり、自律した専門職同士が互いに有機的に協働しながら、最終的な成果に向けた行動をとらなければならない。これらを理解しないまま、表面的な組織行動として「多職種連携」の名の下に、業務の細分化と分担だけが推進されると、職種間にぎくしゃくとした歪みを生むこととなる。医療組織として質の高いケアを提供するためIPWの考え方が広がってきているものの、現状ではいまだに、職種間の「ぎくしゃくした関係」がしばしばみられる。筆者はそれを「部族間抗争」と呼んでいるが、例えば、看護部 vs. 薬剤部、看護部 vs. 検査部などの対立構造がみられることは多くの医療者が経験するところであろう。

筆者が、ある病棟で薬剤師に対する看護師の思いをヒアリングした際に、「薬剤師は患者の処方内容を、主治医ではなく、いちいち看護師に確認する」という声が聞かれた。その背景には「伝言係りじゃないんだから、自分で主治医に聞いて!」という考えがあった。また、別の意見では「16時半過ぎに処方箋が出ると、何か理由を付けて明日に回そうとする薬剤部」に対して、看護師は「早く帰りたい気持ちはよくわかるけど、患者のためなんだから!」と定刻に帰りたがる薬剤部の働き方に対し不満を抱いていた。一方、薬剤師側の視点に立つと、近年の薬剤師の職能拡大による業務負担の増大も影響しているようである。これらは、実際にある「部族間抗争」の一例であるが、こうした対立構造の背景には、医師に対して発言し難いヒエラルキーの存在や、薬剤師と看護師のコミュニケーションスタイルの違い、お互いの役割の明確さの不足などがあり、それが相手への固定化した見方や感情的対立につながっていることも少なくないと思われる。

わが国での多職種連携に関する報告や研究を見るため、2014年8月に医中誌で「医療」「多職種連携」「専門職協働」で検索したところ2000件弱がヒット

したが、そのほとんどは会議録であり、原著はわずか6件であった。多職種連携教育に関する論文が4本、臨床現場でのIPWに関する論文は2本であった。⁹⁻¹⁴⁾ このことから鑑みても、わが国では、多職種連携やその基礎となる共通理解・学習がまだまだ進んでいない状況であることを示している。安全で安心できる質の高いケアの提供を望む医療機関にとって、IPWはすべての専門職が学ぶべき喫緊の課題であり、今後、全国の組織に広がりを見せるであろう新しい概念と言える。

5. 看護師同士の理解不足

看護師は、他職種どころか同じ職種の中でも理解や共感が不足しているという現状がある。その実例は、多様な勤務形態やワークライフバランスのとれる働き方を導入する場合に顕著となる。現職の看護師を対象に、多様な働き方の看護師が入职することに対してどう思うかを聞いた筆者らの調査では、「指導・伝達による業務負担の増加」「経験が少ない看護師への漠然とした懐疑心」「フルタイム以外の人は責任がないという誤解」「業務遂行能力が低いのではないかという不安や懸念」「業務内容が理解できないのではないかという不安や懸念」「固定の勤務シフト以外の人がチームにいることが想像できない」などの意見があった。¹⁵⁻¹⁸⁾ これは、新しい働き方が推奨されている中で、旧態依然とした働き方を多くの看護師が望んでいる現状を示している。つまり、看護師は看護師人生60年前後において、そのすべてをフルタイムで勤務できないことを理屈では理解できていても、多様な働き方をする同僚に対して受容と共感ができていないのである。同じ看護師の立場として恥ずかしい気もするが、これは看護部門だけではないようで、他部門でも職種内の理解がないということをししばしば聴く。医療職においてマジョリティを占める看護師は、率先して他職種に対する理解と協働を進め、IPWを促進したいところであるが、まずは同職種の理解を進めることが重要なのである。

6. IPWの障害要因

これまでの研究では、多職種連携の実践を阻むものとして、どのようなことが分かっているのだろうか。IPWの障害要因としては、「チーム内での異なる目標」「情報共有不足」「コミュニケーション機会の不足」「役割の明確さの不足」「同僚との協調・支

援の不足」「時間不足」「疲労・業務量」「権威こう配（ヒエラルキー）」「職種間の対立」などが挙げられている。¹⁹⁾ これらを見ると、従来の医師中心のヒエラルキーの組織構造を変えることができないために生じる現象と、昨今の業務過多とも言える状況から生じる自己防衛行動などが影響しているようである。患者・家族中心のケアを追求するため、医師を中心とした権威こう配（ヒエラルキー）をなくすべきことが頭で分かっているにもかかわらず、現場で長い間表現してきたその行動パターンはすぐには変わるものではない。変わりたいと思っても行動変容ができないうちに、次のステップの行動を期待することであたかも「障害要因」として存在するかのように見えることもある。加えて、昨今の外部評価や患者の厳しい目、高い成果を望む医療界において看護師も薬剤師も様々な業務が増えており、またどの職種も人的資源の不足を感じている。その中で業務を効率的にやりたい、自分たちの仕事はこれ以上増やしたくない、という自己防衛に陥ってしまうことが、協働を阻むことになる。また、お互いにどのように協働することが患者の利益につながるか、ということを考えるための情報共有の場や時間が不足しており、その結果、薬剤師と看護師を含む職種間の不理解や感情対立につながっていると思われる。IPWを促進するためには、こうした「ヒエラルキー」や「業務過多」といった背景となる障害要因に留意しながら、良好な関係性とチームワーク構築のために障害となる「異なる目標」や「情報共有不足」「協調・支援の不足」を解決するためのアプローチを考えるべきである。

7. おわりに—多職種連携実践の今後の方向性

私たち医療者は、「患者のため」という大きな明確な目的の下に進んでいる。相手の立場を理解し、尊重し、お互いから学び、協働するというIPWを促進することは、専門職がやりがいを持って働くことや、質の高い安心・安全な医療にも帰結する。もちろん長年とってきた行動パターンは一朝一夕には変容できない。しかし、IPWに関して、それぞれの職場で多職種がともに学習するような機会が増え、「オタガイサマ」の精神にあふれた職場環境が増えていくことを期待したい。

ロジェクトチームのメンバーである鈴木佳奈子様、坪田康祐様、根岸哲史様、浅田義和様、そしてこの活動を通じて継続的にご指導を賜りました浅香えみ子様、池上敬一様、鈴木克明様に深く御礼申し上げます。

利益相反 開示すべき利益相反はない。

REFERENCES

- 1) Japanese Nursing Association. “Statistical Data on Nursing Service in Japan 2012.”: <http://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/pdf/toukei01.pdf>, cited 7 August, 2014.
- 2) Takenobu M., *Digest of Science of Labour*, **69**, 68–71 (2014).
- 3) Japan Medical Association. “Ishi no Kenko Shien wo Mezashite.”: http://www.med.or.jp/doctor/hospital_based/support/, cited 7 August, 2014.
- 4) Van Eerde W., Thierry H., *J. Appl. Psychol.*, **81**, 575–586 (1996).
- 5) Hinshaw S. A., Smeltzer H. C., Atwood R. J., *J. Nurs. Adm.*, **17**, 4–36 (1987).
- 6) Adams J. S., “Inequity in Social Exchange,”: <http://www.e-bookspdf.org/download/adams-inequity-in-social-exchange.html>, cited 7 August, 2014.
- 7) Araki A., *Kango Bucho Tsushin*, **11**, 9–14 (2014).
- 8) Saitama Prefectural University, “IPW wo manabu,” Chuohoki Publishing Co., Ltd., Tokyo, 2009, pp. 12–20.
- 9) Sano I., *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **116**, 269–288 (2014).
- 10) Tsuruta J., Morio I., *Journal of Japanese Association for Dental Education*, **28**, 94–98 (2012).
- 11) Syomura M., Kojima Y., Oyama F., Ishii H., Fujii H., *Tokai University School of Health Sciences Bulletin*, **17**, 73–74 (2012).
- 12) Paku H., *The Journal of Interprofessional Collaboration in Health and Social Care*, **3**, 60–67 (2011).
- 13) Hara S., Uchikawa Y., Tateishi N., Isakozawa Y., Kurauchi N., *Journal of Kyushu University of Health and Welfare*, **11**, 135–140 (2010).
- 14) Nagai Y., *Niigata Journal of Health and Welfare*, **6**, 126–129 (2006).
- 15) Nakashima M., *The Japanese Journal of Nursing Science*, **38**, 1052–1063 (2013).
- 16) Nakashima M., *Kango Bucho Tsushin*, **11**, 2–13 (2013).
- 17) Nakashima M., *Nursing BUSINESS*, **7**, 794–799 (2013).
- 18) Nakashima M., Tojo K., Inezawa R., Ishii M., Tsujino M., Kobayashi K., Takahashi S., Mamiya N., Yamamoto M., Oshima J., Onoue J., Ikeda E., Moriyama M., *Journal of the Japan Society for Healthcare Administration*, **45** (Suppl.), 200 (2008).
- 19) Stead K., Kumar S., Schultz T. J., Tiver S., Pirone C. J., Adams R. J., Wareham C. A., *Med. J. Aust.*, **190**, S128–S132 (2009).