

医療の質を高めるインターナル・マーケティング

富 田 健 司

- I はじめに
- II 医療機関を取り巻く環境
- III 先行研究のレビュー
- IV 事例 - 静岡がんセンター
- V 考察
- VI 議論
- VII むすび

I はじめに

医療機関を取り巻く環境は年々厳しさを増し、各医療機関とも存続と成長を実現するためにさまざまな経営努力を必要としている。都市部では診療科によって医療サービスが供給過剰となっているところもあるが、その反面、地域医療のいくつかは医療サービスの衰退、いわゆる地域医療の崩壊が叫ばれている。また、拡大化している医療費を削減するための医療費抑制策や、疾病の多様化に伴う医療ニーズの多様化、さらには医療消費者による情報開示要求の高まりといった要因から、医療機関にも経営の実践が問われている。

近年、先進的な医療機関を中心にマーケティングへの関心は高く、その目的には患者満足の上昇がある。マーケティングでは顧客満足的前提として従業員満足を高めることが不可欠であり、従業員満足向上に関する研究はインターナル・マーケティングの分野において行われている。医療産業を対象とした先行研究において、患者満足に関する研究はある程度の蓄積が行われているものの、職務満足²に関する研究は相対的にきわめて少ない。ここ数年、都市部に医療従事者が集中しており、地方では多くの医療機関が人

-
- 1 医療法では、20床以上の病床数を完備する「病院」と20床未満の「診療所」とは明確に区別され、それらを総称する際に「医療機関」という言葉が用いられる。本稿では、医師や看護師などの医療従事者が多数存在する大きな病院に着目する。なお、病床数が200床以上の病院は「大病院」として区分される。
 - 2 医療機関では従業員ではなく「職員」という言葉が一般的であり、事務職員だけでなく、医師、看護師など医療機関で働くすべてのスタッフが該当する。そのため、従業員満足ではなく「職務満足」が用いられる。
 - 3 マーケティング研究においても、顧客満足研究に比べて、従業員満足研究は圧倒的に蓄積が少ない。しかし、特にサービス業ではサービスが施される際に、従業員は顧客と接点を持つため、従業員満足はとても重要である。

材確保に困っている社会的背景において、いかに地域の医療機関がスタッフの満足度を高めるかは大変重要な課題である。

そこで、職務満足に関する先行研究を見ていくと、第Ⅲ節で後述するように2つの特徴が挙げられる。1つは、Weisman, Alexander, and Chase(1980), Weisman and Nathanson(1985), Zangaro and Soeken(2007)など看護師を対象とした研究が圧倒的に多いことである。これは、医師のマネジメントは難しく、研究面から言えば調査協力が困難であることに起因する。そして、もう1つは、職務満足を高めるために、医療機関の組織をどう改善していくかといったマネジメントに関する議論があまり行われていないことである。そのため、本稿は医師にも目を向け、職務満足を高める医療機関のマネジメント政策について議論する。その際、静岡県立静岡がんセンターの「多職種チーム医療」をインターナル・マーケティングの事例として取り上げることにする。

さて、本稿の構成は次のようになる。まず、第Ⅱ節で医療機関を取り巻く環境を施設数、組織、マーケティングといった3つの視点から議論する。第Ⅲ節で先行研究をレビューし、第Ⅳ節で静岡がんセンターの多職種チーム医療政策を取り上げる。その後、第Ⅴ節で考察、第Ⅵ節で議論を行い、最後の第Ⅶ節ではむすびとして多職種チーム医療が機能する背景、静岡がんセンターの経営上の課題、研究の限界、今後の研究課題について順に述べていく。

Ⅱ 医療機関を取り巻く環境

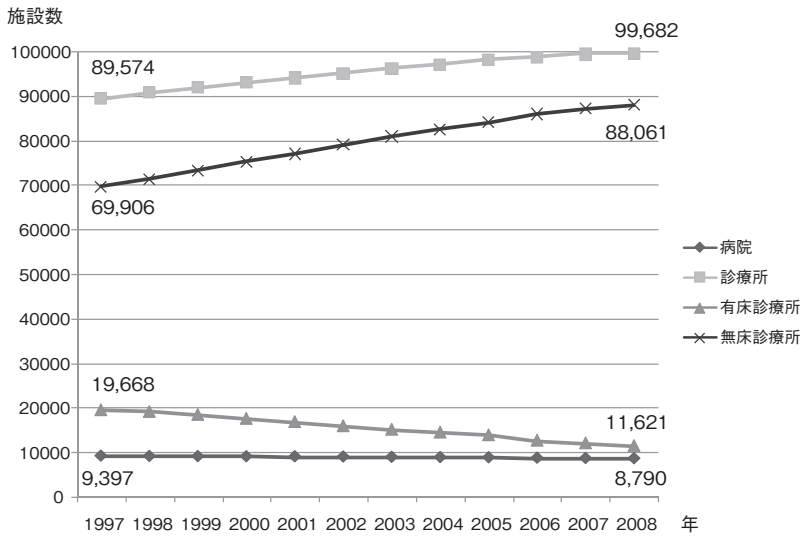
1. 施設数からの議論

まず、医療機関の数がどのように変化しているのかを見るために、第1図にこの10年間ほどの推移をグラフ化した。1997年からの11年間で、病院は9,397施設から8,790施設へと600施設ほど減少したのに対して（約6.5%の減少）、診療所は89,574施設から99,682施設へと10,000施設もの増加であった（約11.3%の増加）。さらに診療所を、入院施設を有する有床診療所と、入院施設を有しない無床診療所とに分けたところ、有床診療所の数が減少している一方、無床診療所の数が著しく増加していることが図より読み取れる。つまり、入院施設のある医療機関と、入院施設のない診療所とは対照的な傾向にある。前者の医療機関に勤務していた医療スタッフが、勤務待遇の改善を求めて後者の診療所へと移動し、その結果、入院施設のある医療機関は人手不足となり、診療科の閉鎖や医療機関自体の閉鎖に追い込まれるところも多数存在している。こうした背景から、病院において医療スタッフの満足向上を図る必要性がより高まっている

4 本稿ではこれ以降、「静岡がんセンター」と表記していく。

5 なかでも特に地方における医師や看護師が不足している。

第1図 医療機関施設数の推移



出所：厚生労働省医療施設（動態）調査・病院報告の概況

る。

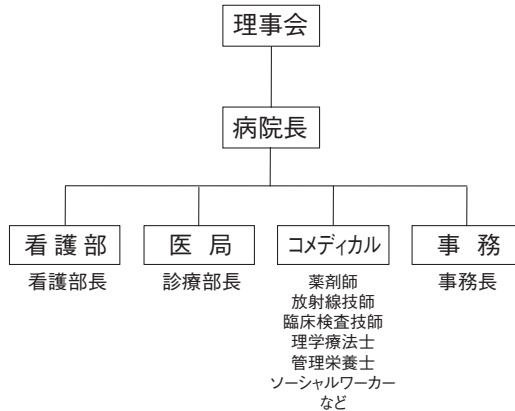
2. 組織からの議論

大きな病院の組織体系は第2図に示される。病院長には医師が就くことが医療法により定められているが、その権限は弱い（印南，1998）。成功病院の多くは理事長の個人能力によるトップダウン型である。そして、トップのもとには、看護部、医局などいくつかの職種に分かれた部署が存在する。たとえば、トップが職員に何か依頼したいことがある時には、看護部であれば看護師長、事務であれば事務長に伝えれば、その依頼事項は部内のすべての職員にすぐに伝わり、そのように対応してくれる。コ・メディカルにおいても同様である。しかし、医局では診療部長に伝えても、医局内のすべての医師がその依頼通りの行動をとることはきわめて少ない。たとえ問題のある医師がいたとしても、彼らを再教育したり、解雇することは困難である。

また、病院には、医師や看護師以外にも臨床検査技師や理学療法士、さらには薬剤師、栄養士などさまざまな専門職集団が存在する。こうした医療スタッフは病院組織に対する帰属意識は低いものの、医師や看護師など自らの職業に対する意識は高い。彼らは専門職としてのプライドが高いため、組織としての調整は困難となる。特に、医師はリーダーシップを取るのが好きではない人が多いにも関わらず、看護師など他のスタッフが医師をマネジメントすることはきわめて難しい。多くの医療機関で取られている組

6 大学病院であれば教授に伝えればその教室内のスタッフすべてが対応するが、民間病院においてこれはきわめて難しい。

第2図 病院の組織体系



織形態は、医師を中心とした縦割り型の組織であり、トップダウン型組織である。こうした組織ではシステムや権限の問題などが生じている。

3. マーケティングからの議論

「マーケティングの4P」という概念があるように、マーケティングは製品政策（Product）、価格政策（Price）、流通政策（Place）、広告政策（Promotion）といった4つの視点から議論されることが多い。たいていの産業ではそれぞれの企業が自由にマーケティング戦略を取ることができるが、医療産業ではこれら4つのすべてにおいて、医療法などによる規制を受けている。たとえば価格政策に関して言えば、一般の企業であれば、製品（サービス）の価格を戦略的に上下させて、利益の確保やシェアの拡大に努めることができる。しかし、医療産業では医療費は定められており、医療機関が勝手に操作することはできない。「出来高払い方式」と呼ばれる制度では、医療費は診療報酬に基づき算出される。1つの診療行為あたりの医療費は一定額であるが、治療や検査、投薬をたくさん行うことによって、医療機関は高い診療報酬を確保することもできた。そのため、国の医療費が膨れ上がってしまい、2003（平成15）年から「包括払い方式」が導入されることとなった。病気の種類により、診療の1日あたり、1件あたりの医療費を一定額と定めるため、国の医療費削減にもつながり、大病院から順にこの包括払い方式が取り入れられている。

このように、医療の価格は国が関与、管理しており、医療機関が自由に設定することはできない。そのため、1つの診療行為に対する収入は一定であると言える。しかし、支出は自由である。より高度な医療サービスを提供するにはきわめて高額な医療機器を揃える必要があり、また患者の獲得や維持を図るにはアメニティを充実させたり、施設の改築などを行わなければならない。つまり、患者満足を考慮すればするほど、支出が

増大していく構造となっている。

さて、サービス・マーケティングの枠組みで考えると、サービスの特徴の1つに、サービスは提供者と顧客との共同生産のもとで行われることが指摘される。両者は接点を持つため、顧客は提供者の技術や態度、姿勢を目に見ることが可能となる。そのため、顧客から高い評価を得るためには、まず提供者が自らの勤務環境に満足していなければならない。

よって、医療機関では職務満足的重要性を指摘することができるが、医療機関としてはできるだけ支出を抑えたい。つまり、コストをかけずして職務満足を高めたく、それにはインターナル・マーケティングの考え方が重要となる。

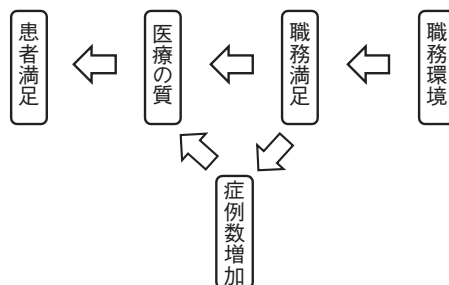
Ⅲ 先行研究のレビュー

1. 医療の質に関する先行研究

病院マネジメントに関する研究は病院管理という分野で研究されている。そこでの議論は、職務満足が高めると医療の質が高まり、あるいは職務満足が高めると症例数が増加するため医療の質が高まり、その結果、患者満足が高まるという因果関係である（第3図）。そして、職務満足の高い職場とはどのような職務環境なのかといったことも研究されている。このフレームワークの議論の特徴は、医療の質に関する議論が多く、また研究主体者が医師であるため、医療技術に関する議論が中心だということである。

Donabedian（1980）が医療の質を「構造」、「プロセス」、「結果」の3つに分けた概念を提唱して以来、現在においても医療の質が議論される際にはこの研究が引用され続けている。日本では従来、人員配置や施設といった「構造」が注目されてきたが、1995（平成7）年に財団法人日本医療機能評価機構が設立され、「結果」や「プロセス」にも目が向けられることとなった。たとえば、「結果」としては症例数、5年生存率や患者満足度などのクリニカル・インディケ이터といった指標であり、また「プロセス」としてはクリニカルパス（標準化された治療や検査のスケジュール表）に代表される指標

第3図 病院管理に関する研究



である。こうした指標は測定や評価が困難であり、また医療技術に偏重したものである。そのため、患者の満足や QOL の向上にも関心が高まるようになってきている。こうした傾向により、職員のモラル向上や、職務満足の上は医療機関にとっての不可欠な課題となっている。

2. 従業員満足に関する先行研究

マーケティング研究において従業員満足に関する研究はインターナル・マーケティングの分野で研究されている。George (1990) など多くの研究者が指摘するように、インターナル・マーケティングは企業が市場に対して行うマーケティング (エクスターナル・マーケティング) 活動が成功する前提条件である。そして、インターナル・マーケティング研究は Berry (1980) 以降、特にサービス・マーケティングにおいて発展している。

さて、インターナル・マーケティング研究は大きく2つに分けることができる。1つは、Grönroos (1981) に端を発する動機づけの研究である。もう1つは、Berry (1984) に端を発する従業員を内部顧客として捉える研究であり、Berry and Parasuraman (1991) など従業員ニーズに着目する研究も多い。後者の研究では内部顧客としての従業員満足が焦点であり、多くの研究で従業員への質問票調査が行われている。

従業員満足に関する研究は経営学でも行われおり、Herzberg (1959; 1966) は達成、承認、仕事そのもの、責任、昇進をその要因として指摘している。以降、多数の先行研究においてさまざまな要因が導出されている。一方、職務満足に関する研究では Adamson, Kenny and Wilson-Barnett (1995) が医師・同僚・上司との関係、労働環境、給与を、また Nolan, Nolan and Grant (1995) がこれらの要因に加えて仕事そのもの、承認、自己成長、自己決定権といった要因を導出している。

従業員満足研究と同様に、職務満足研究においてもたくさんの要因が見出されている。たとえば昇進、病院への貢献、病院へのコミットメント、同僚とのつながり、同僚からの評価などがあり、他にもストレスや支配といった不満足要因に関するものも指摘されている。職務満足研究の特徴は、その大半が看護師を対象とした質問票調査だということである。そして要因としては、配属、教育、昇進、給与といった処遇に関するもの、また労働環境や人間関係といった環境に関するもの、といった2つが考慮されている。いずれにしても、こうした要因を所与のものとして扱っており、医療機関の組織マネジメントをどう改善していくかといった議論はあまり展開されていない点が指摘される。そこで、本稿では医師にも目を向け、具体的な医療機関の組織マネジメントを取り上げていく。

IV 事例—静岡がんセンター

近年、さまざまな機関が医療機関の順位づけを行っているが、代表的な日経ビジネス(2004年7月5日号)の「良い病院ライティング」に目を向けると、①国立がんセンター中央病院(東京都)、②聖路加国際病院(東京都)、③大阪府立成人病センター(大阪府)、④静岡がんセンター(静岡県)、⑤大阪大学医学部付属病院(大阪府)の順である。このランキングにおいても、また他のランキングを見ても、上位には大都市に位置する医療機関が名を連ねることが多い。そうした中、静岡がんセンターが静岡県駿東郡長泉町という地の利が良いとは決して言えない場所にありながら、4位にランキングされていることは注目に値する。このランキングの指標は医師評価、患者評価、日本医療機能評価機構による評価といった3つの視点からの合計得点によるものであるが、静岡がんセンターは特に患者評価において全国1位となっている。そこで、この静岡がんセンターを事例として取り上げていく⁷。

静岡がんセンターは静岡県が1995(平成7)年に設立を計画し、2002(平成14)年9月6日に開院された。外来患者数は順調に推移しており(第1表)、初診患者の地域別比率を見ると、病院所在地である県東部が74.9%と4分の3ほどを占めているものの、県外比率も11.0%と高い。

この病院の2つの特徴である「3つの組織図」と「多職種チーム医療」とを述べていく。

1. 3つの組織図

3つの組織図を併用している医療機関はきわめて珍しい。まず、対外的な組織図があ

第1表 外来患者数の推移

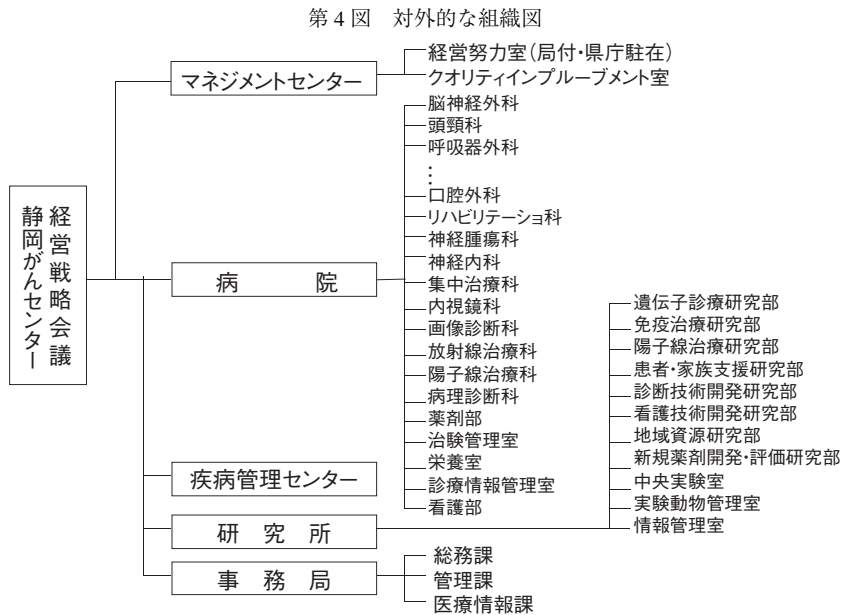
	初診患者数(人)	紹介率(%)	再診患者数(人)	外来患者数合計(人)	1日あたり患者数(人)
2002(平成14)年度	5,224	63.6	28,178	33,402	249
2003(平成15)年度	9,827	60.2	115,606	125,433	510
2004(平成16)年度	11,076	60.6	157,879	168,955	695
2005(平成17)年度	12,051	59.0	176,379	188,430	772
2006(平成18)年度	12,676	53.4	188,525	201,201	821
2007(平成19)年度	13,296	50.6	195,258	208,554	851

注：2002年度は9月6日開院のため、診療日数が少ない

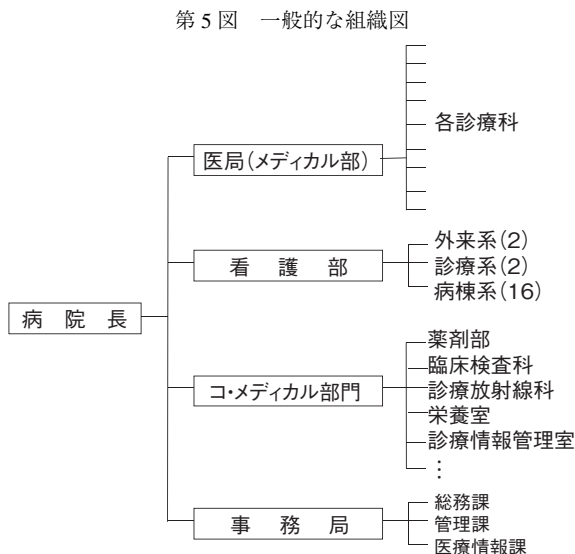
出所：医療情報課医事係資料から作成

7 第3図に従えば、患者評価が高いということは、医療の質が高く、また職務満足が高いことが十分条件として考えられる。この因果関係を明確に検証していく必要があるが、これは今後の研究課題としたい。

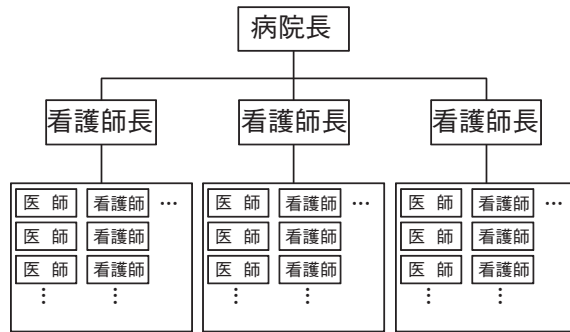
り、ここでは、事務局とは独立したマネジメントセンターが存在している（第4図）。このマネジメントセンターは経営管理を専門的に行っており、病院組織を横断的に調整する権限を有している。次に、多くの医療機関で見られるような組織図も存在する（第5図）。そして特徴的なのは、日常業務で用いられる組織図である（第6図）。これは主に病棟で使用されている。病棟では看護師が24時間患者をケアしており、看護師の方が医師より患者の状態をよく理解しているため、看護師長がトップに就くなど、看護師の位置付けが高い。



出所：静岡がんセンター資料「組織図」より作成。



第6図 日常業務における組織図



2. 多職種チーム医療

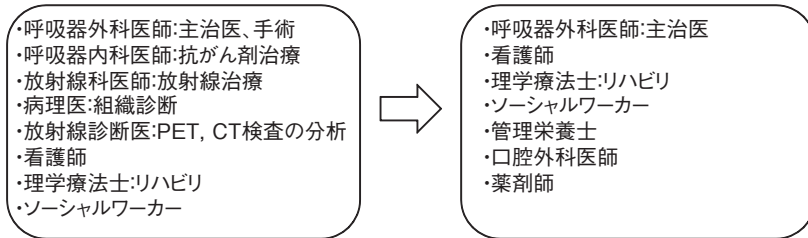
そしてもう1つの特徴は、この病院が「多職種チーム医療」を掲げている点である⁸。細田（2003）によると、チーム医療は「単に専門の異なる複数の職種の者が一人の患者に対して仕事をするだけでなく、専門的な知識や技術を有する複数の医療者同士が対等な立場にあるという認識を持ったうえで実践される協働的な行為」と定義される。多職種チーム医療もこのチーム医療の定義に沿っていると捉えられる。「多職種」と呼ばれるようにチームは、さまざまな診療科の医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士、ソーシャルワーカーなど、多様な専門職スタッフにより構成されている。異なる診療科の医師や、他の職種スタッフがチーム・メンバーとなるため、横断型の組織であると言えよう。診療科による縦割りや職種による分割が多くの医療機関組織で行われている中で、さまざまな診療科や職種スタッフが集まったこの「多職種チーム医療」政策は注目に値する。

さて、たとえば肺がん治療のチーム・メンバーを取り上げてみる。第7図に見られるように、ある段階のメンバーは、呼吸器外科の医師を主治医として、呼吸器内科や放射線科、病理医など他の診療科の医師や、看護師や理学療法士、ソーシャルワーカーなど他の職種スタッフが加わっていた⁹。手術も無事終わり、患者の症状が軽減してくると、がん治療に直接関与する医師は主治医だけとなり、管理栄養士、口腔外科医師、薬剤師などが新しくメンバーに加わる。このように、主治医が中心となり、治療プロセスに応じて必要なスタッフをメンバーに呼ぶことができる。つまり、チーム・メンバーは固定化されておらず、患者の症状や治療状況に応じて臨機応変に変化している。

8 この病院では多職種チーム医療を浸透させるために、チーム医療推進委員会が設けられ、治療だけでなくどのようなことでもチーム医療が重視されている。たとえば、ある医療スタッフが駐車場や食堂に関して、何か問題点があると感ずれば、職種を問わず、周囲にいるスタッフを数名集めて、チームとして問題解決にあたっている。

9 患者の入院時から、チーム・メンバーにリハビリスタッフが加わることにより、術後肺炎がほぼ0件と著しく低くなっている。また、歯科口腔外科を兼ね備えており、がん治療に伴う口腔内からの感染症の発症を抑える口腔ケアを行っている点も、がん専門病院として特徴的である。

第7図 例：肺がん治療のチーム・メンバー



こうした横断型組織で、さらにメンバーが臨機応変に入れ替わる組織では、コミュニケーションがより重要となる。公のコミュニケーション場としてはカンファレンスが該当する。種類により頻度が毎月、毎週、毎朝などさまざまである。また、電子カルテも重要なコミュニケーション手段として役立っている。電子カルテはメンバーの誰もが閲覧することができ、また掲示板に書き込むことも可能である。この掲示板はすべてのメンバーが書き込み可能なものもあれば、職種による制限のある掲示板も存在する。さらに、緊急のコミュニケーション手段としては「クジラ」と呼ばれるシステムが存在する。緊急に他のメンバーに情報を伝えたい時には、相手のパソコン画面上にクジラの形を出すことができ、相手がそれをクリックすると、メッセージを見ることのできるシステムが構築されている。

V 考 察

前節の2つの特徴をもとに、本節では「権力の分散」と「変動的フラット型チーム」といった2つの視点から考察していきたい。

1. 権力の分散

診療に携わるスタッフの関係は第8図に示される。まず、一般的な医療機関における関係は左側の図である。医師から他のスタッフに一方的に診療方針が伝達されるトップダウン型である。そして、その上では診療部長が統括している。

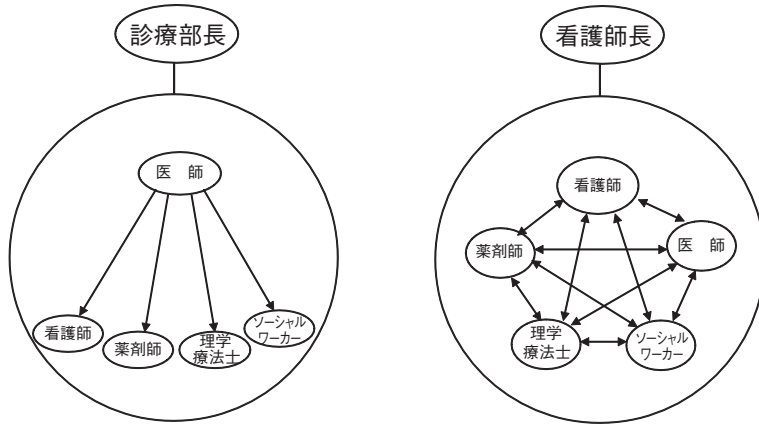
一方、静岡がんセンターにおける関係は右側の図である。チーム・メンバーはフラットな関係であるため、それぞれが専門の見地から意見や提案を言い易いワークショップ型である。チームの調整や管理は看護師長が行い、チーム内に問題が生じた際にはマネージャー役の看護師長が解決にあたるため、主治医は治療に専門することができる。

多職種チーム医療とはメンバー全員の協働であり、チーム内にスーパースターがない場合の組織マネジメントとして有効である。さまざまなスタッフに権限が移譲されることにより、役割を分担することができる。ワークショップ型であるため、治療に対し

第8図 診療に携わるスタッフの関係

一般的な医療機関

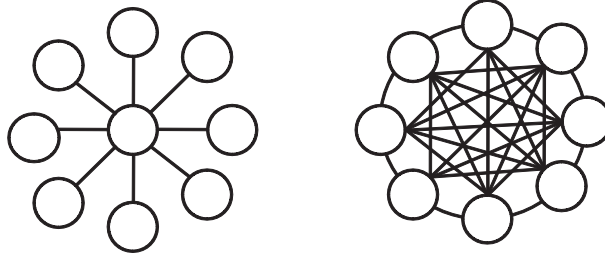
静岡がんセンター



第9図 コミュニケーション形態

車輪型

自由型



て複眼思考が可能となり、チーム内のメンバー同士では互いの能力を相互に評価することとなる。¹⁰ それにより、各メンバーは相互に高められ、チーム全体としても相乗効果を図ることができる。

2. 変動的フラット型チーム

次にチームの形態に目を向けると、チーム・メンバーが固定化されていない、つまり変動的であることを指摘できる。他のサービスと異なり、医療は患者の症状により必要な治療が変化し、特になん治療では1つの診療科だけでカバーできないことも多い。治療プロセスにおいて必要な最前線のメンバーだけを集めることは、反対に考えれば不必要なスタッフをメンバーから外すことであり、効果的かつ効率的なチームを編成することができる。

10 チーム・メンバーの能力を測定するには、仕事内容を見れば十分判断できるが、さらに評価しやすくするため、医師以外の11職種に対して多職種がん専門レジデント制度という資格制度を設けている。これにより、資格の有無でも相手进行评估することができる。

また、その組織形態がフラットであることにより、自由型のコミュニケーションとなる。第9図の左側にはトップダウン型医療機関のコミュニケーション形態が描かれる。真ん中に医師が入る車輪型であり、医師に情報が集約される。一方、右側に描かれるのが静岡がんセンターのコミュニケーション形態であり、こちらの方がコミュニケーションが活発となるのは明らかである¹¹。

VI 議 論

これまでの内容を受けて、静岡がんセンターにおいて多職種チーム医療が機能している要因を「職種間の境界を低くするマネジメント」、「医師と非医師への動機づけ」、「相互監視のメカニズム」といった3点から議論していきたい。

1. 職種間の境界を低くするマネジメント

医療機関を対象とした研究では、専門職種間に境界が存在することによって知識共有は難しいことが指摘されてきた (Currie and Schomlinova, 2006)¹²。また、医療関連の知識・情報やデータが近年、あまりにも膨大となっているため、医師は整理できていないことも指摘されている (Heathfield and Louw, 1999; Gray and de Lusignan, 1999)。そのため、職種が異なるスタッフによる組織横断的な知識のコラボレーションが必要であり (Meijboom, de Haan, and Verheyen, 2004)、異なる職種間で関係が密接な時に、知識が伝達される (Mattarelli, Fadel, and Weisband, 2006)。

つまり、職種横断型組織においてすべてのスタッフが知識・情報を学習することが重要であり、それは多職種チーム医療によって実践されていると捉えられる。まず、病院組織全体を見ると、多職種チーム医療でも一般的な医療機関でも同様に、医局や看護部などそれぞれの部署内で、トップから下に知識・情報が移動している。しかし、部署間での知識・情報の移動は縦割り組織では行うことができず、多職種チーム医療において可能となる (第10図)。

次に、チーム内に目を向け、知識・情報の伝達学習について考えていく。議論を単純にするために、医師と看護師による二者の関係に限定する。一般的な医療機関はトップ

11 患者に情報伝達される際にも、トップダウン型の医療機関では、第9図の左側のように、各スタッフが持つ情報はいったん医師に集められた後、主治医である医師から患者に伝達される。よって患者は主治医のみとコミュニケーション手段を持つ。一方、静岡がんセンターでは第9図の右側に示される自由型の真ん中に患者が置かれる。そのため、患者はどのスタッフともコミュニケーションでき、もっとも詳しいスタッフと直接自由なコミュニケーションを行うことができる。

12 医療産業を研究対象としたものではないが、同様に、専門職種間に境界が存在することによってイノベーションが妨げられることも、Ferlie et al. (2005) や Swan and Newell (1995) によって指摘されている。

2. 医師と非医師への動機づけ

Tagliaventi and Mattarelli (2006) によると、患者志向という価値を専門職集団内で共有することにより、知識の交換は促進される¹³。しかし、知識マネジメントには権限移譲の文化が必要である (Booth, 2001)。多職種チーム医療では組織がフラット化されており、権限移譲がなされた形態と言える。医師をチーム・マネジメントから開放することによって、治療に専念することができている。元来、多くの医師はマネジメントに関心がなく、それよりも治療に専念して1日に何件も手術を入れることに喜びを感じる。医師は「医師」という職業に対するコミットメントが強いため、この方が医師の満足度は高まる。一方、医師以外のスタッフは、チームがフラット化され、自分の意見を言う機会を与えられれば、その満足度は高まる。つまり、医師を尊重しつつも、非医師の地位向上を並行することにより、医師と非医師への動機づけがともに可能となる。

3. 相互監視のメカニズム

このフラット化されたチーム形態では、チーム・メンバーの能力や勤務姿勢を相互に評価することが可能となる。相互に監視し合うモニタリング機能が働くことにより、個々のメンバーが高い能力や良好な姿勢でチームに貢献することとなる。結果として、相乗効果が働き、チーム全体のレベルアップを図ることができ、メンバーの満足度向上につながっていく。

VII む す び

静岡がんセンターにおいて、多職種チーム医療がうまく機能している背景として、この病院ががん専門病院であることを指摘できる。がん治療には決まった治療法がない場合も多く、幾つかの治療法の中から最適と考えられるものを選択していく機会が多い。そうした際に、ワークショップ型の多職種チーム医療がうまく機能していると言える。

また、権限が移譲され、特に看護師の権限が高くなっており、看護師長はチームのマネジメントを行わなければならない。しかし、看護師は専門知識には長けているものの、マネジメントに関する教育はまったく受けていない。そのため、静岡がんセンターにとって、看護師のマネジメント能力の向上が、経営上の課題として挙げられよう。

さて、医療経営に関する研究はデータを収集することが難しい。それは医療スタッフは多忙であり、また治療には守秘義務を負うものも多いからである。そのため、本稿は

13 患者志向の精神は静岡がんセンターの基本理念にも現れている。基本理念は「最新で最適ながん治療の実践」「患者の視点を尊重したがん診療の推進」「がん情報ネットワークなどがん対策の中核機能の構築」の3つであり、病院が開院となった2002（平成14）年の6年も前の1996（平成8）年に既に決定されていた。

限られたデータでの議論であったことが研究の限界として指摘される。観察調査に基づく詳細な記述は難しいものの、動的な調査を続けていくことが研究課題として残される。

今後の研究課題をさらに2つ挙げると、1つは、本稿では多職種チーム医療政策に目を向け、その要因として職種間の境界を低くするマネジメント、医師と非医師への動機づけ、相互監視のメカニズムといった3つを導出したが、これら3つの変数と職務満足との因果関係を定量的に測る研究である。またもう1つは、多くの医療機関で医師を中心としたトップダウン型の組織体系が依然として保たれている中で、なぜ静岡がんセンターの医師たちはこの多職種チーム医療政策を受け入れたのかといった理由を探る研究である。

参考文献

- Adamson, B., Kenny, D. and J. Wilson-Barnett (1995), "The Impact of Perceived Medical Dominance on the Workplace Satisfaction of Australian and British Nurses," *Journal of Advanced Nursing*, Vol.21, pp.172-183.
- Berry, L. L. (1980), "Service Marketing is Difficult," *Business*, May-June, pp.24-28.
- Berry, L. L. (1981), "The Employee as Customer," *Journal of Retail Banking*, Vol.3, No.1, pp.33-40.
- Berry, L. L. and A. Parasuraman (1991), *Marketing Services : Competing through Quality*, New York : Free Press.
- Booth, A. (2001), "Managing Knowledge for Clinical Excellence : Ten Building Blocks," *Journal of Clinical Excellence*, Vol.3, No.4, pp.187-194.
- Currie G. and O. Schomlinova (2006), "The Impact of Institutional Forces upon Knowledge Sharing in the UK National Health Service : The Triumph of Professional Power and the Inconsistency of Policy," *Public Administration*, Vol.84, No.1, pp.1-30.
- Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Ferlie E., Fitzgerald L., Wood M. and C. Hawkins (2005), "The Nonspread of Innovations : the Mediating Role of Professionals," *Academy of Management Journal*, Vol.48, No.1, pp.117-134.
- George, W. R. (1990), "Internal Marketing and Organizational Behavior : A Partnership in Developing Customer-Conscious Employees at Every Level," *Journal of Business Research*, Vol.20, No.1, pp.63-70.
- Gray J. and S. de Lusignan (1999), "National Electronic Library for Health," *British Medical Journal*, Vol.319, No.4, pp.1476-1479.
- Grönroos, C. (1981), "Internal Marketing : An Integral Part of Marketing Theory," in Donnelly, J. H. and W. R. George (eds), *Marketing of Services*, Chicago : American Marketing Association, pp.236-238.
- Heathfield, H. and G. Louw (1999), "New Challenges for Clinical Informatics : KM Tools," *Health Informatics Journal*, Vol.5, No.2, pp.6-13.
- Heller, D. A. (2006) 「ラーニングアライアンスのティーチング効果」アジア自動車産業研究会, 2月2日講演資料.
- Herzberg, F. (1959), *The Motivation to Work*, New York : John Wiley & Sons.
- Herzberg, F. (1966), *Work and the Nature of Man*, New York : Thomas Y. Crowell Co. (北野利信訳, 『仕事と人間性』, 東洋経済新報社, 1968年).
- 細田満和子 (2003) 『「チーム医療」の理念と現実』日本看護協会出版会.

- 印南一路 (1998) 「組織としての病院」『組織科学』組織学会, 第 31 卷第 3 号, pp.16–26.
- Mattarelli, E., Fadel, K. J., and S. P. Weisband (2006), “Design of a Role-Playing Game to Study the Trajectories of Health Care Workers in an Operating Room,” *Proceedings of the Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI 06)*, Montreal : Canada.
- Meijboom B., de Haan J., and P. Verheyen (2004), “Networks for Integrated Care Provision : An Economic Approach Based on Opportunism and Trust,” *Health Policy*, Vol.69, No.1, pp.33–43.
- 日本経済新聞社編 (2004) 『日経病院ランキング』日本経済新聞社.
- Nolan, M., Nolan, J., and G. Grant (1995), “Maintaining Nurses’ Job Satisfaction and Morale,” *British Journal of Nursing*, Vol.4, No.19, pp.1148–1154.
- Swan J. A. and S. Newell (1995), “The Role of Professional Associations in Technology Diffusion,” *Organization Studies*, Vol.16, No.5, pp.847–874.
- Tagliaventi, M. R. and E. Mattarelli (2006), “The Role of Networks of Practice, Value Sharing, and Operational Proximity in Knowledge Flows between Professional Groups,” *Human Relations*, Vol.59, pp.291–319.
- Weisman, C. S., Alexander, C. S., and G. A. Chase (1980), “Job Satisfaction among Hospital Nurses : A Longitudinal Study,” *Health Service research*, Vol.15, No.4, pp.341–364.
- Weisman, C. S. and C. A. Nathanson (1985), “Professional Satisfaction and Client Outcomes : A Comparative Organizational Analysis,” *MEDICAL CARE*, Vol.23, No.10, pp.1179–1192.
- Zangaro, G. A. and K. L. Soeken (2007), “A Meta-Analysis of Studies of Nurses’ Job Satisfaction,” *Research in Nursing & Health*, Vol.30, pp.445–458.
- 厚生労働省医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況 <http://www.mhlw.go.jp/>
- 日経ビジネス 2004 年 7 月 5 日号.