

# チーム医療

## チーム医療の担い手

チーム医療とは、「患者にとって望ましい医療を実現するために、医療従事者がお互いに対等の立場から連携して活動すること」であると考えられている。通例、医療従事者は、医師、歯科医師を合わせたメディカルスタッフと、それ以外の医療関連職種を意味するコメディカルスタッフに分けられる。主なコメディカルスタッフとしては、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学士、栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、臨床心理士、及び事務職が上げられるが、看護師をメディカルスタッフに加える見方もある。

チーム医療の重要性について指摘され始めた 1960 年代から 1980 年代までは、医師、歯科医師以外の医療従事者をパラメディカルスタッフと呼ぶことが多かったが、医療現場における対等の立場からの協働という意味合いのあるコメディカルスタッフの呼称がほぼ定着してきている。また、近年では、医療従事者をメディカルスタッフと総称する考え方や、患者を医療チームの一員と見なす考え方も浸透しつつある。

## チーム医療に至る経緯

戦前まで日本の医療は、医師による診療を中心としてきており、患者の世話は看護師や付添者と家族に委ねられ、医療とは切り離されていた。戦後は占領軍主導により医療の急速な近代化が図られ、適切な医療にとって不可欠の看護、検査、栄養等、様々な機能を担う専門職種を加えて組織された入院医療体制が求められた。法律で身分を保証されている職種も、戦前は医師、歯科医師以外には看護師と薬剤師のみであったが、徐々に様々な専門職種が導入されるに至った。

その結果、すでに 1950 年代には、医療従事者による協力の重要性が認識されていたが、1960 年代に入ると、整形外科、脳外科、精神科などを中心としたリハビリテーション医療の領域で、様々な疾患や障害に対応する国家資格制度が整備されるのと並行して、専門職種による協働を可能にするチームワークの重要性が実感されていった。

こうした変化の背景には、生物学的な視点に傾いた西洋近代医学の限界が明らかになるとともに、疾患や障害を抱える対象者の生活や人生を含む全体像を視野に入れた医療の必要性が認識されるに至ったという経緯があった。すなわち、医師以外の専門職の持つ知識・技術とその文化的背景となる生物学、心理学、社会学を包括した全人的医療への社会的な要請に応じることが医療関係者の急務となった。

チーム医療という言葉が使われ始めたのは 1970 年代に入ってからであり、1980 年代、1990 年代を通じて関連文献が漸増していく中で、圧倒的に多くの文献は看護師が著者であった。医療法では医師に大幅な権限を認め、看護師は「診療の補助」と「療養上の世話」を担うと規定されている。しかし、看護師の多くは、治療方針への提言に医師が抵抗を示

すことや、療養上の世話を医師が介入することに不満を抱えてきた。患者の立場からも、医療過誤や薬害への異議申し立てと並んで、患者の人権尊重と患者中心の医療への要求運動が高まった。こうした動きの中で、看護師は医師の権限や権威に従うことによって、患者の訴えを封じてきたと批判を浴びることになった。それだけに、様々な専門職の対等性を前提としたチーム医療という理念を最も受け入れやすかったのが看護師であった。

1990年代後半以降、患者中心の医療と並んで医療事故防止への要請が高まり、医療内容への外部評価が普及し、さらには医療情報のIT化が進行する中で、チーム医療への動きが加速し、関連文献の数も飛躍的に増加した。チーム医療の推進に向けた法律・制度・システムの改善も本格化しつつあり、看護師やその他のコメディカルスタッフの役割拡大と多職種連携（IPW: Inter-professional work）を条件に診療加算が認められるようになった。

### 多職種連携によるチーム医療の特徴と利点

多職種連携によるチーム医療の特徴としては、以下の諸点を上げることができる。

- ① 3つ以上の専門職で構成
- ② メンバーは互いを認知
- ③ 定期的なミーティングでの合意
- ④ 特定職種への権限・責任の集中を排除
- ⑤ 職種を限定せずにチームリーダーを特定
- ⑥ 課題別担当者への決定権の付与

このような条件を満たした医療チームでは、以下の効果が期待できる。

- ① 患者のニーズと提供可能な医療の適切な結合
- ② 異なる専門職同士の協調と相互支援
- ③ 明確で公平な分業に基づく効率的活動
- ④ 全人的な視野に基づく適切な治療計画の策定
- ⑤ 患者・スタッフへの社会的学習の機会提供

### チーム医療の課題

チーム医療の重要性については、すでに社会的な合意形成が成立したと考えられる半面、課題も少なくない。多数の専門職によって構成されたチームが個々の患者の治療に携わることによって、患者の抱える様々なニーズに対応できる可能性が広がったのは事実である。しかし、専門職がそれぞれの専門性の発揮を競って自己主張を重ねれば、患者にとって何が大切なのかが見失われかねない。また診療加算の取得を急ぐあまり、多職種を揃えることを優先すると、チーム作りが疎かになる恐れが生じる。患者中心の医療を志向する場合も、諸職種がそれぞれに患者の要望に応えようとする、医療チームとしてのまとまりを欠くことになる。こうした状況は、互いに教育背景の異なる専門職がチームを組む以上、避けて通れないが、共に経験と工夫を積み重ねることによって、徐々に改善されることが期待できる<sup>1)</sup>。特に重要な点は、医療の専門職だけの連携に止まらず、患者自身や患者を地域で支える福祉職を交えたチームによる協働に努めることである。近年、基礎教育の段階から専門領域を越えた交流の機会を取り入れた IPE(Inter-professional education)の試みも普及しつつある。

文献

- 1) 細田美和子：「チーム医療」とは何か。日本看護協会出版社、2012

(宮本真巳)