

# 第 1 回 チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 主な御議論について

## 1. ワーキンググループにおける検討の方向性

- 日本の医療が置かれている環境というものは非常に厳しい。あと 10 年弱で団塊の世代が後期高齢者になり、全国的に高齢者が増えて、大変な医療の時代になることが予想される。チーム医療は高齢化に対する大きなツール。このワーキンググループでは、これまで行われてきた、又は現在行われているチーム医療の取組だけではなく、将来のあるべきチーム医療というものを考えて推進方策を考えなければならない。
- このワーキンググループでは、これまでのチーム医療を総括して方向性を示すというよりも、むしろこれから何をやるかということを検討することが重要。
- 従来のハタナリズム、父権主義の医師の存在が、チーム医療を推進する際の障害になっていることは確か。様々な職種・職員の視点から見てみようという医師を育てることが大事。ガイドラインの中で、チームで役割分担・連携するのが客観的に見て明らかに優れているという実例・実績を示しながらチーム医療の推進を訴えるということは非常に貴重。
- チーム医療を推進する医療機関の認定の在り方を考えることは大事。在宅はいろいろなインセンティブを付けるというやり方を採用してきたが、そもそも何のために、どういう目的で、何をやろうとしているのかということを確認しておく必要がある。考え方や実際のやり方がしっかりしているチームに対して、国がバックアップしていくことを考えるべきではないか。
- 患者の生活問題や心理のことまで踏み込んでやるのが医療だと考えてやっている病院は、ちゃんとそういった人員を配置するべきであり、そういった目標を達成しなければいけないという厳しい状況に自分たちを置かなければならないのではないか。
- 診療放射線技師の業務にもグレーな領域があり、チーム医療を推進する上で、最終的には「やってよい」という担保がないので、なかなか積極的に取り組めないという現状がある。法的に「やってよい」という整理をすることがチーム医療を推進するための 1 つのポイントになる。その際、こういったところがグレーで、現実はどういったことが行われているのかということを確認して、実態をつかむべき。

- 国において、早急に各職種の実態調査を実施し、その調査結果に基づいて、ガイドラインの検討を進めるべき。作業療法士に関しては、急性期、回復期だけではなく、維持期まで含めたチーム医療を考えるような調査を行うべき。また、精神障害者の人を病院から在宅にいかにか帰すかということも重要な課題であり、精神科領域と認知症のチーム医療の在り方をどうするかという観点も調査に加えるべき。
- 医療におけるガイドラインというのは、様々なデータの証拠に基づいて標準的なやり方を示すものであり、そういう意味では、ガイドラインという言葉には多少違和感がある。

## **2. チーム医療の推進方策を検討する際の視点**

- チーム医療のキーワードとして、専門職の活用や積極的な病棟配属、医療の標準化、電子カルテを活用した情報の共有、権限の移譲といったことが挙げられる。こうした点について、どのようにすればチーム医療が推進されるか検討しなければならない。
- 在宅でのチーム医療には3つのキーワードがある。
  - 1つは統一性。考え方や実施の基準が統一されたものでなければならない。在宅の場合はいろいろな問題が起きたとき、医師によって考え方が違うこと、その医師の考え方・やり方を看護師が十分に理解しないまま動いていくことがある。
  - 次に即効性。在宅の場合、医者が診察して、指示を与えて、それから看護職等が動くということになっている。場合によっては本当に早く動かなければならない。それがうまくできないこともある。
  - 最後に効率性。日本の歴史的な状況、社会的状況を顧みると、社会保障を手厚くするといっても限度がある。より有効で、より実効性のあるサービスを提供するためにはどうすればよいか、ということを考えていかなければならない。
- チーム医療で一番大事なことは、患者をチームの中に入れること。患者がチームの外にいと、患者は医療に対してお任せということになる。しかし、患者にもある程度の情報は与えなくてはならないし、患者にもそれだけの責任を持ってもらわなければならない。患者のために最高の医療をするために、どうやって皆が協力し合うかということがチーム医療にとって一番大事。
- 安全な医療を提供するという観点から、医師の包括的指示が一つのキーワード。個々の看護職の間でも、経験量と質的な違いは非常に大きい。そこを担保していくためには、チームの中で医師が包括的指示で任せられるレベルかどうかという観点で、チーム医療の中で判断できる部分がある。ガイドラインではこうした内容について触れることも必要。

- 包括的指示については、法的な問題だけでなく、保険診療の問題もあり、チーム医療を進める上で、もっと細かい検討が必要。例えば、入院患者の栄養指導というものを管理栄養士による入院患者の栄養指導について、栄養食事指導料を算定するためには、糖尿病の患者に 1,800 キロカロリーという指示だけではだめで、脂肪が何グラムというようなさらに細かい指示がなければならないという話がある。
- チーム医療の中で、各職種は、それぞれ自分が主役という意識を持つ。この主役意識がなければ指示命令系統の形になり、いい役割発揮ができない。
- もともと医療は、専門職がそれぞれの専門性を高めながら、全体として調和させることで成り立っている。そうした組織の中ではチームリーダーがいて、あとのチームを構成する職種はみな横並び。横並びでなく、いわゆる上下関係のような形ができると、これは指揮であり、組織であるということになる。こういう形のチーム医療は存在し得ない。
- 急性期・救急病院におけるチーム医療の在り方と、回復期・在宅におけるチーム医療の在り方は全く違う。それぞれのチーム医療の概要・運営は随分違うという認識を共有した上で、それぞれのステージにおけるチーム医療の在り方というものを整理すべきではないか。
- チーム医療については、急性期、慢性期、あるいは在宅も含めて、医療サービスを提供しているチームという一つ概念と、急性期の高度医療で成果を出している専門家チームの両方のチーム医療を分けて考えなければならない。
- 今後、チーム医療を考えていくときには、急性期、慢性期、在宅医療の段階のそれぞれのチーム医療が連鎖するような仕組みを構築していくべき。
- 日本では、いろいろなチームがあることについての整理がなされていない。諸外国で整理されているチーム医療の考え方というものをこの場で紹介していただくなど、チーム医療に関する用語などを整理していくべき。
- 各職種がそれぞれの専門性を発揮したいというのは当然あるが、これは、ますます人員を増やし、ひいては人件費を増加させるという問題につながることも事実。このため、看護師でも臨床工学技士でもどちらでもできること、あるいは看護師でも栄養士でもどちらでもできること、といったことをガイドラインとして示すことも重要ではないか。

- チーム医療については、グレーゾーンの問題が大きな壁になっており、医師法に触れない範囲で業務を遂行していくというところに難しさがある。そうした点が明確化されれば業務を実施しやすくなる。
- 医療サービスを受ける患者にとっては、誰が提供するかということよりも、安全で成果が上がるサービスを受けたいもの。そうした観点で業務拡大を検討していくことが重要。
- 都市部では看護師の需給はほぼ良好で、レベルの高い方もたくさんいるが、地方では看護師そのものの供給が少ない。そういうところでもチーム医療は必要。地方の看護師が少ないところこそ、例えば縫合をさせたいというようなことがあるにもかかわらず、特定看護師しかできなくなるということを危惧する。全国の医療の実態を見つめ直した上で、今、チーム医療をどう考えるのかという観点で議論していただきたい。

また、特定看護師の検討に向けた調査が行われているが、他職種の業務の拡大・キャリアアップによって対応できることがたくさんある。看護職以外にも目を向けた調査を実施した上で最終的な方向性を決めてはどうか。

### **3. ガイドラインに盛り込むべき内容**

- 医療機関では、在院日数が短くなってきているので、急性期のときから退院支援・地域移行をどうしていくかという視点を持つ必要。今後のチーム医療を考えていくときには、相談部門が非常に重要。在宅に対する家族・本人の気持ちをしっかりと把握しながら、失敗のない形で第1回目の退院に向けて取り組むのが重要。医療機関で必要なときに入院をさせてもらえるという確保があれば、在宅でやっていけるという感触。
- 地域連携、地域横断的な取組として、病院・診療所の連携の在り方や、在宅・介護の在り方についても、このワーキンググループで検討してはどうか。
- チーム医療は在宅において非常に大事。医療だけではなく、福祉との連携という、医療職が今まで経験したことのない領域を含んでいる分野。在宅こそ、チーム医療の在り方が問われていることを実感。チーム医療を行う理由は、最終的には高品質のケアを提供するということ。
- 高齢者が非常に増えてきている状況の中で、いかに在宅の高齢者を支えていくのかということを考えながらやっている。また、医療と福祉の連携ということで、急性期

の病院、ホームドクター、薬剤師会、全部含めて、いかに患者・利用者、高齢者の方を見守っていけばいいのかを模索している。そうした観点も含めながら検討していただきたい。

- 在宅療養支援を行う中で、地域の医療機関を確保することは難しい。そのためには、訪問看護ステーション・開業医だけでなく、行政を含めることが重要。地域の保健師にはいろいろな制度とチームワークを作るという大きな役割がある。
- 看護師・介護士の人たちが重要な役割を担っているものとして、介護施設での連携というものもある。すべての職種・すべての領域に網羅したガイドラインを作るためには、そうした立場に立った検討も必要。
- 医科歯科の連携の在り方について検討していただきたい。急性期病院、回復期、維持期の在宅の支援、いずれにおいても、口腔機能をしっかり押さえていくということは栄養管理や感染対策の大本をしっかりと押さえることになる。その部分の専門職は歯科医師・歯科衛生士。歯科医師がチームの一員として参画すべく、病院の中に入ってこられるような体制づくりや、歯科衛生士の活用について、ガイドラインの中に盛り込むべき。
- 口腔ケアは地域の行政では非常に大きな問題。歯科衛生士が口腔ケアに参画しているが、通常は退院後に入院を繰り返す方が入院をしなくなったということも言われている。口腔ケアは歯科というだけでなく、全身の問題、ひいては国保の医療費軽減につながるものとしても重要。
- チーム医療を推進するためには、口腔医療領域、摂食嚥下領域、口腔ケア領域におけるチームの中で、歯科医師・歯科衛生士を積極的に活用すべき。
- 薬が高度化・複雑化し、なおかつ本当の意味で薬らしい薬も出てきているという時代の流れの中で、薬剤師をどのように使うかということについて、看護業務検討ワーキンググループでもいろいろ出ているが、多職種が関連する業務についてはこのワーキンググループ検討会で議論していただきたい。また、薬剤について、医療機関の中のチーム医療における薬剤師の取組と、在宅のチーム医療における薬局・薬剤師の取組ではいろいろな違いがある。両方の場面について検討していただきたい。
- 栄養は、生まれたときから高齢者まで必要であり、病院の中でも特に重要。急性期でありながら高齢者であることやいろいろな疾患の合併症も絡んでいることで、栄養管理が複雑化している。このため、医師だけではなくて、管理栄養士も協働しながら栄養管理や栄養指導も行っている。職種それぞれの専門性を生かした形でもう少し役

割分担が明確になるとよい。

最終的には、口腔ケアを含めた形で管理をしながら経口摂取ができれば、患者のQOLが向上するので、それぞれの立場での意見を統合したチームを組むのが大切。今、高齢者の重症化を予防するという意味でチームでの取組が大切だが、医療現場の管理栄養士は人数が少なく、うまく機能していないことがあるかもしれない。

- 助産師の立場からは、最後まで自分のケア・診断に責任を持てるようなシステムを作ることによって能力も向上させる観点から、チーム医療の推進に関する検討会の報告書にあるとおり、出血時の対応や抗生剤の選択・使用等について包括指示でできるようにするとともに、会陰裂傷の縫合等については独立してできるようにシステムにしていきたい。
- 現在、臨床工学技士は生命維持管理装置だけでなく、高度管理医療機器等、医療機器のスペシャリストという認識をいただき、医療機器については臨床工学技士に任せようといったところがある。

在宅医療においても、透析や人工呼吸器等、家庭での医療機器の使用が増えてくる。高齢化社会になった場合には、メーカー等との連携もチーム医療も一つの観点ではないか。医療職種だけのメンバーではなく、できるだけ幅広いメンバーの活用の仕方を議論していきたい。
- 今後、環境が激変し、医療経営の部門ではかつて経験したことのないような変化が予想される。これからは、チーム医療の中に事務部門が入って初めて病院の運営・経営というものが成り立つようになるのではないかと。一般論として、組織の中で事務部門が活躍している病院は総じて元気がいい。ただ、病院経営のマネジメントというものは他の産業や企業に比べると周回遅れであり、今までは非常に有能な医師に病院経営というものが支えられてきた。これからは事務部門が担うべきものが必ず出てくるのではないかと。
- 診療情報管理はチーム医療に欠かせないもの。急性期医療から地域連携、在宅も含めて、チーム医療が共有する情報について、どのような情報が有用で、最低限必要となる情報管理がどういったものかといったところを突き詰め、ガイドラインでも触れていきたい。
- 物質的なものだけで国民が満足するわけではないということは明らか。心の問題、メンタルな問題も重要。