

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成25年 6月 14日現在

機関番号：22701

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2010～2012

課題番号：22592400

研究課題名（和文）医療への信頼向上を目指した学際的医療連携チーム構築のための基盤研究

研究課題名（英文） The study of interdisciplinary team building for improving patient trust in healthcare

研究代表者

勝山 貴美子 (KATSUYAMA KIMIKO)

横浜市立大学・医学部・教授

研究者番号：10324419

研究成果の概要（和文）：本研究は、学際的医療連携チーム構築に向けて、多職種間コミュニケーション、協働、情報収集、情報共有の観点での問題の明確化、および組織としての基盤整備の方向性を明らかにすることを目的とする。方法は、①スウェーデンの実態調査②標準的な電子カルテシステムの分析③公開講座開催④実態調査⑤専門職のチーム医療の認識調査、を行った。その結果、①各医療職は、役割の認識、リーダーシップ、意思決定など、組織化の観点で職種間に差異がある、②専門職的自律性に基づく役割の発揮が不十分、③連携に関する学習機会の不足、④患者を中心に据えることの意味と難しさ、の課題が明らかになった。

研究成果の概要（英文）：This study aims clarifying problems in interdisciplinary team building in healthcare. By assessing the issues, we first studied coordination of care in Sweden. Second, we analyzed a function facilitating coordination of care in electric medical record systems. Third, we had forums, some of which included citizens. We then conducted a survey on coordination of care in Japan and had interviews with healthcare professionals. The results indicated four challenges. First, each healthcare professions had a different view toward professional role, leadership, decision-making, professional training, and systematization. Second, each profession did not exercise his professional role enough. Third, there were few opportunities to learn coordination of care. Fourth, it was difficult to understand patient-centered care.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	1,800,000	540,000	2,340,000
2011年度	500,000	150,000	650,000
2012年度	600,000	180,000	780,000
年度			
年度			
総計	2,900,000	870,000	3,770,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・基礎看護学・看護管理学

キーワード：チーム医療、学際的、連携、信頼、患者中心

1. 研究開始当初の背景

医療制度改革の目的は、「安心・信頼の医療の確保」である。具体的な目標として、「患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受け

られる体制の構築」があり、その実現のために国は、「医療機能の分化・連携の促進による切れ目のない医療の提供」と「医療情報の提供による適切な選択の支援」などを提言し

た。その根底には、地域医療の崩壊が叫ばれる中、限られた資源（人材や機器）の効果的な配分に向けて、医療機関の機能分化と効率化の促進、および診療所や訪問看護ステーション、福祉機関の連携促進への期待がある。さらに、高度・複雑化する医療の中において、医療専門職がそれぞれの役割を認識した上で機能分化し、患者を中心とした学際的チーム医療の確立と、患者の自己決定を促進する情報提供のための仕組みを確立することが、患者の医療への参加を促進し、結果として患者の「信頼」が高まると期待している。

（学際的チーム医療連携—その問題と課題）多職種で構成される学際的チーム医療連携が促進することは、多くの成果をもたらすと期待されている（碑田 2001、上原 2000）。

診療報酬においてもその評価がなされ、緩和ケア診療加算、医療安全管理体制、退院支援計画作成加算などが整備されたことよって、病院は多くのチームを構築した。しかし、形式的に作られたチームは、必ずしもその効果をあげているとはいえない。多職種間連携の阻害要因として、哲学や理念や価値観が異なること（坂梨 2004、田村 2004、渡邊 2003）、アセスメントの手順や方法の違い（渋沢 2002、Turnbull 1999）、役割のあいまいさ（Harrman 2002、荻野 2002）、医師に権限が集中しすぎて機能分化ができていないこと（川崎 2008、和田 2001）、情報共有への障壁（篠原 2009、Lefly 1998）、法や施策の問題、基本教育、倫理教育の職種間格差など（山根 2000、岡本 1996）が挙げられている。病院におけるクリティカルパスや地域連携パスができ、導入の前と比較した場合、平均在院日数が短縮され、どの患者も標準的なケアを公平に提供されるという報告（上原 2000）はあるが、その問題点も指摘されている。多職種が情報共有をし、そのアウトカムを達成するための作業行程表であるはずのクリティカルパスが、アウトカムが不明確、一職種中心に作成され、チェックのみで終わってしまっており、パスを通じての協働が十分になされているとはいえない（勝山 2000、Barbieri 2009）。看護管理者の連携に関する認識調査においても（勝山 2008）、看護管理者は連携ということばを使いながら、実際には他の職種と顔を合わせているだけ、薬の内服についての説明を薬剤師に依頼しているだけ、など単なる分業を多職種との連携と認識しており、連携の理解が十分とはいえなかった。同じ職種間であっても、退院サマリーなどの整備や内容が十分ではなく、院内の薬剤師がもつ入院中の患者の服薬情報が処方箋薬局に情報提供されていない、退院する患者の生活に関する情報が訪問看護ステーションの看護師に十分に提供されていないなど、働く場の違いによる情報の価値の格差が生じている。チーム医療に患者の参加を促すことは、患者の信頼の促進につなが

るが、その機会は少なく、結果として患者に不利益をもたらしているという報告（森 2009）もある。患者に対する効果的な成果を上げるためには、学際的チームが持つ能力を明確にした上で、その役割と要求をすり合わせることで、「コミュニケーション」「協働」「情報収集」「情報の共有」の効果的な相互作用の中で時間をかけて行うことが、その成果を最大限にし、そのためには、個々の人材、チーム構築へのサポートが必要である。

（学際的チーム医療連携の成果としての信頼とそれに関連する要因）

学際的チーム医療連携に患者が参加をすることが、結果として患者の信頼を高めると期待される。Thom ら（2004）は、「信頼」を「信頼される側がもっとも利にかなった行為をしてくれるであろうということ、信頼する側が信じるということである」と定義している。ルーマン（1990）は、著書『信頼、社会的な複雑性のメカニズム』の中で、「信頼」とは、他者の人格に起因する期待として生じる「人格的信頼」と、あるシステムの働きへの期待である「システム信頼」の2区分があると定義した。「信頼」は、「人と人」とのコミュニケーションの中で得られる「人格的信頼」と、安全などに対するシステム構築の「システム信頼」がある。本研究が実施した研究において、看護師や他の職種の患者情報の認識が異なり、十分に情報の共有がなされているとはいえないことを明らかにした。患者に提供される情報の多くは、医療者が患者にとって必要な情報であることが多く、患者が本当に必要とするものとは限らない。「インフォームド・コンセント」は、医療者が情報を提供することに重点がおかれ、患者自身が実際の説明について理解し、納得した上で同意をしているかが十分に確認されていないなど、患者が参加したチーム医療を実現できていないとはいえなかった。患者が必要とする情報は何か。多職種で認識する情報が異なるのであるから、それぞれの職種が認識した情報を効果的に共有し、協働するためのシステムの構築が急務である。Mechanic（1996）は、患者の医療への信頼は、医療者が、患者のヘルスリテラシーを確認し、それにあつた情報を提供することであると、Kinnersley ら（2008）は、患者への事前の情報提供が多かったとしても、必ずしも信頼やコンプライアンス向上にはつながらないとの結果を示し、医療者は、患者参加を促す中で、患者のヘルスリテラシーを十分に確認し、患者の関心にあわせた情報をいかに提供し、患者と協働し医療に向き合うことが必要であるといえる。

2. 研究の目的

本研究は、患者を中心におく学際的医療連

携チーム構築に向けて、多職種間のコミュニケーション、協働、情報収集、情報共有の観点からその問題を明らかにし、医療への信頼向上のために組織としてどのような基盤整備が必要かを明らかにすることを目的とする。

3. 研究の方法

(1) 医療制度の異なる北米とスウェーデンの保健・医療・福祉の連携の実態を明らかにする

(2) 標準的な電子カルテシステムにおける連携の実態分析

(3) 市民を含めた公開講座、研究会などを開催し、連携に必要な要件を明らかにする

(4) 病院における医療チームの連携の実態調査

(5) NST チームを構成するメンバーに対するチーム医療の認識に関するインタビュー調査

4. 研究成果

(1) スウェーデンの実態調査

①調査期間：2011年3月19-27日

②調査場所：SQC (Swedish Qualification Centre)、高齢者医療リハビリセンター訪問 (Danderyd)、プライマリー・ケアセンター Gustavsbergs Vårdcentral Postadress、電子カルテ導入病院 (Karolinska 予定)

Karolinska University Hospital など

③調査結果

スウェーデンの保健医療サービス法 (The Swedish Health and Medical Services Act) は、保健医療サービスは、国民全体が健康を確保し、医療が平等に提供されるようにすることを目的とする。医療の提供にあたっては、すべての国民の平等と個人の尊厳が尊重されなければならない。保健医療は、それをもっとも必要とする人に優先的に与えられなければならない。(保健医療サービス法 (1982:763) 第2条「目的」)(スウェーデン政府内閣府 ファクトシート 社会保健省 No. 16 2007 年 8 月)そのために、医療制度における保健と医療の責任を、「国」、日本の県に当たる「ランスティング」と、日本の市町村にあたる「コミューン」の三者で分担することが行政レベルで明確化されていた。「ランスティング」は医療センター、訪問看護、在宅リハビリ、救急外来、病院などを担当し、「コミューン」は、訪問看護、ショートステイ、ナーシングホーム、グループホームなど福祉などの担当と明確に役割分担され、医療がおわった患者は、コミューンが管轄する施設へ移動するため、この際の連携が重要なカギである。連携がスムーズにいくために、ウェブケアという IT システムが活用される。IT システムは、情報のやり取りを行うが、その情報は基本的なもののみで、電話やカンファレンスが重要な連携の媒体となっていた。連携の橋渡しは、医師ではなく、患者の生活に深く関わる看護師や作業療法士であったことは興味深い。患者の医療に対する期待や受療行動は日本のそれとは異なる。「風邪くらいでは受診しない」ということばに

象徴されるように、どのような段階で受診すべきか家庭で教育されている。家族が介護者になることは、労働者を一人減らすこととなり、税金が減ることと関連があることから、高齢者の介護もできるだけ高齢者自身が自立して生活できる環境を IT など駆使し、実施できるよう整備されていた。医療や介護の対象となる患者や高齢者の自身の責任も問われていた。専門職間でどのような手段を用いてどのような情報を共有すべきか、また、その中心となる患者は医療や介護に対する期待をどのように持ち、自身に責任を持つかが、重要とされた。患者や高齢者など医療や介護が必要になった段階での教育ではなく、学校や家庭などにおいて幼いころから教育をすることが望まれる。

(2) 標準的な電子カルテシステムにおける連携の実態分析

①目的：標準的な電子カルテシステムにおける多職種連携に関する機能の種類と内容、その問題と課題を明らかにする。

②調査対象：8社の標準的な電子カルテシステム

③結果：電子カルテシステムは、本来的に情報共有のツールであり、適切なアクセス制御 (職種ごとの権限付与など) のもとで、医療専門職すべてが必要な情報を共有することができる。利用環境も無線 LAN とモバイル端末などでどこでもアクセスが可能である。ベンダによって呼び方はまちまちであるが、経過要約・オーバービュー機能、モニタリングシート・ヒストリーマップ、ハイパーフローシートなどで、必要な情報を要約・整理し表示することによって短時間で把握できる。クリニカルパスも同様であり、入院中の多職種の関わりがタイムテーブルとして把握できる。多職種間の情報共有の方法として、電子メール機能があり、情報交換が可能である。自らアクセス行動を起こさなくとも、カルテ画面を開いた最初の画面に患者情報を表示することや、ボタンの色の変化や点滅によって、検査結果が届いていることを伝えるなど、自らアクセス行動を起こさなくとも知らせしてくれる Push 機能などの工夫が凝らされるようになり、適時な情報共有が可能であった。一方課題としては、様々な機能が各ベンダの工夫のもとで実装されていて、標準的なものとなっていないこと、カルテの記述は SOAP 形式が多く採用されているが、その記載内容までが必ずしも統一されているわけではないことなどが挙げられる。蓄積されたデータを分析対象とするにはまだまだ不十分な状態が続いている。また、一施設内での多職種間の情報共有はかなり進んだものの、多施設間での情報共有には、まだ問題が多く残されているため、一施設内にとどまらず地域医療連携に資すること、さらには福祉介護を含む

多職種との連携にまで発展させることなどが期待される。

(3) 市民を含めた公開講座、研究会などを開催

①目的：公開講座、研究会を開催し、有識者、専門職、市民などから、連携に必要な要件を明らかにする

②方法：a)「東日本大震災の体験から看護と看護管理を考える」(第180回東海病院管理学会と共催12月) b)「患者を中心とした学際的チーム医療連携とは何か」(看護経済・政策研究学会と共催3月)を開催

③a) 関東地方の病院における緊急時の医療連携の実際と課題について災害社会学の専門家とともに議論をした。緊急性の高い、非日常において、普段からの医療連携の重要性とその課題が明確となった。緊急性の高い状況において、医療連携は、患者が中心にならざるを得ない。患者自身が、いかに自分自身の病気や身体を理解し、そのことを医療従事者に語るか、同時に自身の健康を管理せざるを得ない。カルテが津波でながされ紛失した際、患者の治療や内服薬についての情報は、患者が救助にあたる医療者に対し自ら語ることによって、治療の継続に必要な情報を共有することができた。このような状況をうながすためには、患者が普段から自身の健康管理に対する意識を持つことと同時に、医療従事者が患者がそのような行動を起こせるよう、その重要性を伝えていく必要がある。

b) 患者を中心とした学際的チーム医療連携は、診療報酬がチームが構築されればよいのではなく、お互いの専門性の理解と協働していくためのフォーマル、インフォーマルなコミュニケーションが大きな鍵であり、市民からの発言にあるように、患者や家族を中心にすえた横並びの医療連携が必要であるという根本的な課題が明らかになった。

(4) 病院における医療チームの連携の実態調査

①目的：医療従事者は、多職種による医療チームにおける連携を、どのように認識をしているかを明らかにすることである。

②方法：調査期間：2012年1月～3月、対象：便宜的に抽出した10病院と外部機関の研修会へ参加した医療従事者のうち、協力の得られた8病院および外部機関の研修会に参加した医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師、医療ソーシャルワーカーら医療専門職および事務職など3147名、調査内容：チーム医療に関する認識40項目(理想と現実)、属性変数として病院の特性など7項目、対象者本人の属性7項目、チーム医療の実態8項目などとした。(坂梨ら(2004))

③結果：有効回答1691名(53.7%)。回答は、医師、看護職、リハビリ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など)、栄養士、事務職ら。

「これからの病院にはチーム医療が必要」

(1.41 ± 0.523)、「チーム内で各専門職はお互いの役割を認識すべき」(1.59 ± 0.579)とすべての職種はチーム内を構築し、その役割を理解する必要があるとしていた。その後の分析で、職種間の比較について多重比較をした結果、医師は、他の職種よりも、「医療チームでリーダー的な役割を果たすことができる」が有意であった。「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」は、看護職、リハビリ職が、医師に対し有意であった。各職種の役割が重複することを認識しつつも、その役割はあいまいであり、各職種の専門性を理解した上での、効果的な重複の方向性をルール化できていなかった。チーム医療における意思決定は、対象の状況によって変化し、誰がリーダーシップを取り意思決定に対するべきか状況によって異なるが、医師の権限に依存していると認識する職種もあった。看護職とリハビリ職は、「医療チームでの役割は重複している」と認識しつつも、「お互いの役割を認識する必要性」という観点では差があった。

(5) NST チームの認識する医療チーム連携の認識と専門性の獲得

①目的：NST チームを構築する医療専門職が認識する連携とその活動を通じた専門性の獲得のプロセスを明らかにする。

②方法：調査期間：2012年9月～10月、対象：A病院のNSTチームの看護師、薬剤師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、犯行性的面接を用いた質的帰納的研究

③結果：インタビューにより抽出されたデータより【チーム活動を通して獲得した専門性に基づく役割】【効果的な活動をするための情報共有】【自身の成長】の3カテゴリと12サブカテゴリに分類された。

看護師は、チーム活動に参加した当初、看護師としての発言をすることができなかった、としたのに対し、理学療法士、薬剤師は、当初から発言をすることができたと述べる。これは、日常の活動スタイルを関連していると考えられた。しかし、NST活動を通して、自身の専門性を意識し、その専門性に基づいた発言をし、職種間で情報共有する方法を獲得し、自身の成長を確認できていた。その中で、すべてのメンバーは、チームでの意思決定は医師の役割ではなく、チーム全体ですべきことであると認識を変化させていた。

(6) 今後の課題

3年間の研究を踏まえ、下記の課題が明らかになった。1点目は、すべての職種がチーム医療の必要性を認識しながらも、役割の認識、リーダーシップ、意思決定、研修の在り方など、組織化の観点で職種間に差異がある点である。各職種は、その役割が重複することを認識しつつも、どのような点で重複して

いるか、重複しつつも、その職種の専門性に基づく役割を十分に発揮できているとは言い難かった。チーム医療における意思決定は、対象の状況によって変化し、誰がリーダーシップを取り意思決定に対するべきか状況によって異なるが、医師の権限に依存していると認識する職種もあった。チームとしての目的を明確にし、その中で、各職種がどのように役割を發揮すべきか、組織化の観点で検討することが必要である。また、効果的な連携のためには、医療情報システムなど多職種間で情報を効果的に共有し、活用するための方法を検討する必要がある。

2点目は、専門職的自律性に基づく役割の發揮が十分ではない点が課題である。カール＝サンダースとウィルソンによると、専門職の規制構造は、専門職の仕事の特質に由来する、すなわち、定型化された日常業務ではなく、医療は複雑な判断を下すことが要求される。医療専門職の持つ価値は、「独立ないし自律性」であり、「技術的ないし専門的独立」すなわち、他者からの干渉・忠告・規制を受けることなく自分の技能を実行に移す自由を持つ。看護師、リハビリ職、栄養士らが「階層性や」上下関係が存在すると認識する背景には、医師の明確で、他の職種では代行できない専門的技術に由来する異質感があるのではないかと考える。また、看護師の法的な役割は、保健師助産師看護師法第5条において「診療の補助と療養上の世話」とあり、相対的医行為においては、医師の包括支持のもとに診療の補助を行う。これは、その専門性に基づく診療の在り方ではあるが、医師の指示の在り方、看護師の関係の持ち方によっては、看護師にとっては上下関係と誤解を得ることもあるのかもしれない。さらに、歴史的に、看護師は女性が多い仕事として位置づけられてきたという意味において、専門職的な意味においてではなく、生物学的な性差という意味において規定された母親役割を払拭できなかったということも、多少は影響しているだろう。医療チームを構成した際、それぞれ専門職としての自律性のみを主張することは重要であるが、重複する役割を認識するのならば、自身の専門職としての役割を發揮しつつ、チームとしての効果的な役割を發揮するために、他の職種の役割について、干渉・忠告・規制をしつつ、その協働の方向性を模索する必要があるのではないかと考える。

3点目は、連携についての学習機会が不十分である点である。医師は、学習の機会の必要性を感じていなかったが、他の職種はその必要性を感じていた。各医療職は、NST チームを構成する医療職に対するインタビュー調査において、チーム活動を通して、自身の役割に気づき、その役割を發揮すること方法を獲得していることが明らかになった。専門職の連携に関する教育 IPE (Inter professional Education) を促進するために援助による援助の実際 Inter

professional Work の中で実践という体験を用いた教育を体系化する必要がある。

4点目は、患者を中心に据えることの意味と難しさである。公開講座において、東日本大震災など緊急的な状況の際は、患者が中心にならざるを得ない状況を確認した。患者自身の健康情報は、患者が理解していくことは当然必要となる。さらに、患者をチームの中心に据えることは、当事者の意見を十分に聞き、反映させる上で重要であることはいまでもない。これを実現するためには、患者になってからでは遅く、普段から日常生活においてそれらを意識することができるよう支援していくことが必要となる。今回の調査では、患者を対象とした調査を実施していないため、詳細な内容など、今後さらに調査をしていく必要がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計1件)

①勝山貴美子、東日本大震災の体験から看護と看護管理を考える、東海病院管理学会年報、2012、18巻 p 11-21 (査読無)

[学会発表] (計5件)

①勝山貴美子、チーム医療を促進するための要因に関する研究—東日本大震災における実例をもとに—、第30回日本医学哲学・倫理学会、2011年11月5-6日、東京大学(東京都)

②勝山貴美子 加藤憲、山内一信、内藤道夫、平田明美、竹内朋子、医療従事者が認識する学際的医療連携の実態と課題、第3回看護経済政策研究会学術集会、2012年9月6日、横浜市立大学、(神奈川県)

③勝山貴美子 加藤憲、山内一信、内藤道夫、平田明美、竹内朋子、「医療従事者が認識する学際的医療連携の実態と課題—職種間比較からの考察」、第50回日本医療・病院管理学会、学術総合センター(東京都)

(日本医療・病院管理学会誌 Vol. 49 supplement p81)、2012年10月18-19日

④勝山貴美子、医療従事者が認識する学際的医療連携の実態と課題—チーム医療に関する認識調査—職種間比較からみる問題と課題、第31回日本医学哲学・倫理学会(第31回日本医学哲学・倫理学会大会抄録集 p 18)、2012年11月17-18日、金沢大学医薬保健学域保健学類(石川県)

⑤勝山貴美子、平田明美、竹内朋子、医療従事者が認識する学際的医療連携の実態と課題—看護職の特徴に焦点をあてて—、第32回日本看護科学学会学術集会(第32回日本看護科学学会学術集会抄録集 2012、p 275)、東京国際フォーラム(東京都) 2012

年 11 月 30 日 - 12 月 1 日

[その他]

6. 研究組織

(1) 研究代表者

勝山 貴美子 (KATSUYAMA KIMIKO)

横浜市立大学・医学部・教授

研究者番号：10324419

(2) 研究分担者

内藤 道夫 (NAITO MICHIO)

藤田保健衛生大学・医療科学部・教授

研究者番号：50135696

平田 明美 (HIRATA AKEMI)

横浜市立大学・医学部・准教授

研究者番号：00444943

竹内 朋子 (TAKEUCHI TOMOKO)

横浜市立大学・医学部・助教

研究者番号：70636167

(3) 連携研究者

山内 一信 (YAMAUCHI KAZUNOBU)

藤田保健衛生大学・医療科学部・教授

研究者番号：90126912

(4) 研究協力者

加藤 憲 (KATO KEN)

愛知県医師会総合政策研究機構・主任研究員