

コメディカルコーナー・総説

学際的多職種連携によるチームケア研究の動向

永 峰 勲¹⁾, 谷 岡 哲 也¹⁾, 青 谷 恵 利 子²⁾

¹⁾ 徳島大学医学部保健学科地域・精神看護学講座

²⁾ 北里研究所・臨床薬理研究所

(平成15年5月12日受付)

(平成15年5月20日受理)

はじめに

今日、我々医療および福祉に携わる専門職がよりよい患者ケアを提供するためには、多職種が連携してチームケアを実践することが重要といわれている。そのために、教育、臨床、そしてヘルスケアシステムにおいて、何を変えなくてはならないかを検討し、さらに効果的な連携によるチームケアを実践するという課題に取り組まなければならない。これによって、よりよい患者ケアの結果が作り出されるだけでなく、学生を専門家へと成長させ、すでに医療の現場で働いているものにとっては、専門職としてのさらなる成長が期待され、また責任感も強化されるであろう¹⁾。

ここでは、チームケアの発達とチームの形態について説明した上で、今後のチームケアの実践と研究の参考となる学際的多職種連携によるチームケアに関する研究論文を紹介し、チームケア研究の動向を述べることにする。

1. チームケアの発達とチームの形態

1) 協働連携と医療パラダイムの変化

collaboration の意味はラテン語に起源をもち、col は「一緒に」という意味、laborare は「働く」という意味からきている。当初、collaboration は肯定的な意味を含み、文学、芸術、科学の領域で「働く過程」という意味を示していた。しかし第二次世界大戦中に、フランス市民が敵と考えていたナチスに協力したということから、その概念には「利敵行為」という否定的意味も含むようになった。さまざまな学問分野の文献を調べてみると、両様の意味で今なお使われている。ここでは、学際的な多職種間の協働努力に具体的価値を置いて検討していく。

1975年ごろから専門職間の協力 (interprofessional cooperation), 学際的連携 (interdisciplinary collaboration), 協働実践 (collaborative practice), 協働提携 (collaborative alliance), ヘルスケア専門職間の協働のための努力 (collaborative efforts among health care professionals), 看護師 医師間の協働 (nurse-doctor collaboration), 協働モデルの成果 (outcomes of collaborative models) といった概念が、ヘルスケアの提供者の満足感と患者ケアの効果について肯定的な結果をもたらすといわれてきた¹⁾。また、これらの概念について述べている広範囲にわたるヘルスケアの文献においては、さまざまな学問分野の専門知識を併合する利点が強調されている。

次に1990年ごろからは、リハビリテーション医学の臨床家の間では、ケアサービスの利用者自身をケアに参加させる必要性が認識されるようになってきた。このヘルスケアのパラダイムの変化は、パターンリズム (父権主義) モデルから、利用者とサービスの提供者のさらに活発なパートナーシップへと変化してきている²⁾。このように最近まで、ヘルスケアの提供者の役割は父権主義的であり、医療者主導で、医療が提供されてきた。アメリカにおいてはヘルスケアの権利擁護、患者権利主義、消費者保護運動、その他の要因がこのような変化を引き起こした。そして、入院期間の短縮と在宅ケアの必要性の増加が、ケアの中心をヘルスケアの提供者から利用者によるケアへと主導権を移行させ始めている。日本でも、未だに病院への依存度は非常に高いが、家庭でのケアおよび地域でのケアサービスへの移行が始まっている。

以上に述べてきたことをまとめると、collaboration (協働) の意味は、肯定と否定の両方の意味で使われているが、今日のケアサービスにおいては、肯定的な意味合いで学際的な専門職が相互に連携かつ協働することで質の

高いケアを提供する必要がある。加えて、よりよい医療やケアの成果を生み出すためには、サービスの利用者とのパートナーシップが重要な鍵となることを示した。

2) チームワークのモデルとその特徴

Young³⁾は、学際的なチームの内部構造を、マルチディシプリナリー (multidisciplinary)、インターディシプリナリー (interdisciplinary)、そしてトランスディシプリナリー (transdisciplinary) チームの3つ形式に区分した。しかし、同一職種内の連携が基本となるので、ここではイントラディシプリナリー (intradisciplinary) チームの概念についても加えて概説し、治療やケアとの関連を説明する。

- マルチディシプリナリーチーム：チームのメンバーは互いに協力はするが、本質的には別々に働く異なる分野の専門職で構成される集団である。したがって各専門職は、個々の治療やケアの仕事に従事する。治療およびケアの目標は各専門別に個別に決定する。このような種類のチームの形態においては、ケースカンファレンスのように、チームが明確な方向性を持つために、またチームが結束するためにチームリーダーに極端に依存する。
- インターディシプリナリーチーム：このチームは、マルチディシプリナリーチームよりもさらに目標志向のチームである。各チームメンバーは、与えられた期間内に患者が目標を達成できるように、探索的に援助する。そのためには、注意深いアセスメント、現実的な目標および綿密な協力が必須である。しかしこの種のチームにおいては、1人のメンバーが異なる治療の目標設定と手段を主張した場合には、マルチディシプリナリーチームよりもその影響を受けやすい。
- トランスディシプリナリーチーム：このチーム形態も目標志向であり、このタイプのチームでは、一人のチームメンバーが1対1の患者治療者関係を結んでケアを行う。したがって、矛盾する情報や、特に患者が様々な学際的な専門職に会うことにより引き起こされる混乱や疲労を回避できる。しかしこの場合、各メンバーが高度に訓練され、非常に経験豊富であり、専門職間の連携が非常に優れていなければ成功しない。
- イントラディシプリナリーチーム⁴⁾：このタイプのチームは、同一職種内のチームである。同一職種の場合には、一見チームワークが取りやすいと思いがちである。しかし、現実にはそう簡単なものではない。そ

れは、個人によって、受けてきた教育背景、専門職としての経験、援助観などが違うからである。このような状況の下で、よりよいチームワークを保つためには、個人によって、ケアのための判断や考え方が違うということを認識する、チームの方針や理念にそって共通の目標を持つ、個人の意見が言いあえる話し合いの場を保障する、話し合いの場では感情的にならず、相手を思いやる気持が持てるように心がける、個人がチームの一員であることを認識し、その役割と責任を果たす努力をすることである。

以上に述べたように、チームの形態にはいくつかの種類がある。前述したどのタイプのチームにおいても、適切に確立されたチームワークによって協力体制が構築されれば、患者に対する治療やケアのための最良の手段となる。学際的な専門家が完全に別々に働く場合よりも、適切に確立したチームによる仕事をするので、お互いの役割に柔軟性を持たせ、専門知識が統合され、より大きな協働連携の機会を提供するだろう。また、専門職にとっては、知識を共有する場となり、お互いの能力をさらに高め合う機会となる。

このような知識の統合と柔軟性の程度は、チームの形態間で変化する。したがってチームは、1つの形態に固執する必要はない。チームを構成するメンバーの数、受け持つ事例、目標および環境によって柔軟に変化させることが重要である。

2. 学際的なチームケアについての研究の紹介

1) マルチディシプリナリーチームについての研究：

まず、Youngson-Reilly⁵⁾が、マルチディシプリナリーチームについて検討したところ、このタイプのチームは健康と社会的サービスの中の広いバラエティに富んだ環境下で発展しており、通常のメンバー構成は、内科医、看護師、ソーシャルワーカー、心理士からなる。また、このチームの実践の場は、施設、病院、保健所あるいは児童発達センター、学校と精神保健施設のような所である。そして Youngson-Reilly は、1964年から1973年の間に出版された専門職間のチームワークについて論述されたほぼ300編の論文を検討した Kane の研究結果⁶⁾から、マルチディシプリナリーチームが専門サービスを提供するチームの標準となっていることを紹介した。

Youngson-Reilly らの研究においては、視覚障害の子

どもの管理について、チームの発展（チームの歴史的背景と理論的説明）、チームの目的と機能、メンバー構成とリーダーシップ（各メンバーが選ばれた理由とそれぞれが果たす役割）、チームの権限と責任の範囲、問題領域と認められた改善点、チームから生じた利点を調査するための半構造化された項目を用いて対面（face to face）面接法を用いて研究した。

この方法によって得られた情報に基づき分析した結果、効果的なマルチディシプリナリーチームは、明確にされた困難な問題に取り組むために個々の利用者にかかわろうとしていた、チームのメンバー構成は、利用者のケアに関わる専門家のみが参加していた、利用者に関わる機能、サービスと連絡の調整（共同作用）に関してははっきりと定義されていた。

一方、非効果的なマルチディシプリナリーチームは、医療およびパラメディカルスタッフが支配していた、利用者のニーズよりも医療上の問題の範囲で情報の共有がなされ、より管理的なチームであった、利用者を援助するための共通目的をもつチームというよりも、医療関連の専門家のための「おしゃべりショップ」または「井戸端会議」という批判を受ける可能性があることを指摘した。

さらにこの研究においては、非効果的になる要因として、伝統的にマルチディシプリナリーチームのリーダーは、最も年輩の医師であり、その場合、管理が階級的、非民主的となる場合がある。また利用者のニーズについてチームで協議するよりも、医療者側の話し合いの場となる危険性がある。

その一方で、効果的なチームの機能は、階級的よりもむしろ、地位のことをほとんど問題にしない。またチーム内の対立は必須の要素であるが、それを建設的に用いて生産的な協働を導いていた。したがって、適切な専門職の範囲からチームメンバーを構成し、その機能が利用者のケアに集中しているならば、マルチディシプリナリーチームは効果的であると結論づけられていた。この研究による知見から一般化することは難しいかもしれない。しかし、質的な研究によるチームワークの研究方法として、意義深い論文である。

2) 学際的な連携のためのチーム会議の枠組み作り

1985年から、ヘルスケアに取り組む考え方が著しく変化してきたが、Heenanら⁷⁾がその考え方を明確にしているので紹介する。

- 問題 - 焦点化から目標 - 指向へ、専門分化からチーム指向へと変化してきた。
- 全人的アプローチケアによるケアを行なうためには、利用者の身体、心理、社会、精神、認知、感情的要求を考慮する必要がある。
- 利用者（家族や友人を含む）と臨床チームの協働連携を促進するためには、それぞれの利用者のニーズを明確にして合致させる必要がある。
- 利用者の生来の権利の支援に参加し、人生のすべての見地から利用者の意思決定を支援するためには、可能な限りそれぞれの利用者がそれを実行できる範囲で選択できるように認める必要がある。
- 医療チームとしての責任を果たすためには、利用者のニーズを傾聴し、それぞれの利用者の明確にされたニーズに従ってサービスを提供する。そして資源・実践基準・臨床ガイドラインについて優先順位を考慮する必要がある。

次に上記の考え方の基に必要なメンバーが参加して質の高い「チーム会議」を行なうためには、下記の項目が含まれなければならない。

- チーム会議の目的は何か。
- チーム会議はどのような組織と構成か。
- チーム会議では、何を協議するのか。
- どのように利用者は、チーム会議に参加するのか。

Heenanらは、以上の点を勘案して、脊髄損傷のためのリハビリテーションプログラムを立案する上で、利用者（患者とその家族）と臨床チーム間の協力を促進することで、利用者のニーズを明確にし、それに合った目標を設定するための枠組みを開発した。この枠組みの目的は、利用者スタッフのリハビリテーションプログラムへの期待の概要を明確にすること、責任を確認すること、利用者スタッフの責任を担保すること、目標への到達度を評価するための測定を促進することである。

ここで目標を設定するために適用する「構造 - 過程 - 結果」の枠組みの要素を紹介する。まず、構造には、目標のチェックリスト（チーム会議の議論の焦点、記録、学際的な退院要約）、ケア計画ガイド（明らかにされた目標に対するケア計画あるいは可能な行動の概要）、

チーム会議の要約（目標一覧、目標のための行動、それらの行動に対する責任の明確化、目標達成予定日）、学際的退院要約（チームのすべての学際的専門職による目標志向かつチーム志向の簡潔な要約）がある。

次に過程には、チーム会議（現在の目標、それに関

連した行動, これらの行動と目標の日時, 作成された計画の修正), 学際的チームの役割を果たすために, チームのコーディネーターを決め責任を明確にする(チームメンバーは看護師, 作業および理学療法士, ソーシャルワーカー, レクリエーション療法士など)。

そして結果には, 肯定的な結果(目標の到達度)がある。

さらにこれらの枠組みによる実践を監査するためのチーム会議経過監査ツール(Team Meeting Process Audit Tool: チームの役割, コーディネーターの役割, 医師の役割の三側面から監査する)と記録監査ツール(Chart Audit Tool: 論点, 目標を評価するためのチェックリスト, チーム会議の要約, 経過記録の四側面から監査する)がある。

この枠組みは, スタッフが利用者と協力して肯定的結果に達するメカニズムを提供し, この協働努力がチーム全体の改善の経験へと導く。またこのチェックリストは, チーム会議の要約と組み合わせで指標として働き, 利用者とスタッフは目標達成に向けた進展具合をよく監視できる。したがって, 従来の取り組み方より, この枠組みを用いた取り組みの方が利用者のリハビリテーションプログラムの構造と方向性をより明確にする。よりよい患者ケアの効果をj得るためには前述した枠組みを修正し, 利用者固有の目標達成度(アウトカム)をより効果的に測定するための成果指標を開発する必要があると述べられていた。この研究においてはチームワークに関する量的な評価は行われていなかったが, 今後の研究の発展が期待できる。

3) 学際的な協働によるICUでの意思決定

Baggs⁸⁾は, ICU(集中治療室)での生命倫理的意思決定(以下, 意思決定)に誰が参加するかという学際的な協働による意思決定の質を文献研究した。ICUにおいて担当医は患者の病気, 可能な治療, そして治療の結果を知る責任がある。また担当医は多くの決定, 特に治療上の制限についての法的責任があり, 意思決定に加わらなければならない。ICUにおける患者の意思決定に加わる最大の情報提供者は, 担当医である。

一方で意思決定における看護師の役割はあまり明白ではない。意思決定過程において, 誰が加わるべきか, どのような因子が影響するかなどについて, 看護師・医師間で異なる考え方を持っていることを指摘した。また, 看護師が医師と意見が噛み合わなかったり, 決定に加え

られなかったりすることも指摘している。しかし, 看護師は医師と異なる方法で患者の情報を持っており, 患者と家族はしばしば看護師を信頼しており, 看護師は患者と共により多くの時間を過ごす。また患者の好みなどについては, 医師よりも看護師の方が, よく知っている場合もある。したがって, 患者や家族が意思決定をしなければならない状況において, 看護師は重要な方向性を提示できるであろう。

このように意思決定への看護師の参加の是非については相反する意見が存在するが, Baggsは看護師が患者のコミュニケーションの促進者として, また患者の価値や信念の代弁者として患者(家族)の意思決定の質を改善するために役立てることができると結論付け, 患者の意思決定に看護師が加わることの大切さを強調した。

学際的な連携がICUにおける「意思決定」を改善するために重要であることが提案されているが, 今後の研究においては, 学際的な協働効果によるケアの成果について調べることが重要であり, 同時に学際的な意思決定に際して学際的なチームに参加する各専門職の認識度合いを測定する研究も必要である。

4) 学際的連携と患者の健康に関連した生活の質の検討⁹⁾

健康に関連した生活の質(HRQOL)の測定は, 患者の立場から患者の機能状態と安寧度(well-being)を評価するために用いられ, また介入および期待される結果を改善するために, 学際的なケア計画作成に取り入れられようとしている。しかしそれはまだ, 日常的に容易なレベルで解釈, 使用するまでには至っていない。この研究においては, *Medical Outcome Study Short Form 36(SF 36)*を用いて, 患者の目標設定と学際的連携による支援が, 血液透析を受けている腎臓病患者のHRQOLを増加させるかどうかを検討した。

研究デザインは, よく統制された患者対照研究であった。

この測定を通して参加した患者は, 本人の望む機能状態あるいは安寧の領域を容易に知ることができた。例えば, もっとエネルギーを感じたい, 手の機能を改善したい, 歩けるぐらいい関節痛を減らしたい, 自分でベッドメイキングしたい, 再び家事をしたい, 寂しさや不安を軽減したい, 庭いじりや魚釣りをもう一度したい, 移植適合がもっとよく合うものを探したい, 再び孫の世話をしたい, 家族にあまり頼らなくてもよいようになりたい

などである。

一方、学際的チームの介入内容は、療養所スタッフと密接に働き、より良いコミュニケーションを確立する、透析センターへ療養所スタッフを招き、患者についての情報交換を行なう、服薬コンプライアンスを向上する、家族関係を強化するためにソーシャルワーカーによるカウンセリングを行なう、患者の帰宅時に主にケアをする家族とのコミュニケーションを増やす、感染のリスクを減らすように患者の衛生保持をすすめるなどであった。

これらの取り組みの結果、SF 36の2つのカテゴリー（身体的問題による役割制限と精神的問題による役割制限）において、介入による統計的に有意な改善が確認された。この研究においては、患者の目標設定と学際的連携による支援の効果（HRQOLの改善）を統制された研究方法で、量的な指標を用いて実証した。

5) 学際的連携と患者のアウトカムの検討¹⁰⁾

この研究チームは、腎臓病患者の退院計画に関して、自分達のチームに前向きな思考が不足していることを査定した。それを改善するために、チームはどのような行動計画が展開されるべきかを決定することを目的として毎月会議を持った。

その結果、経営状態を改善する方略として、毎日、病棟ケアコーディネーター、クオリティマネージャー、ソーシャルワーカーによる患者ケアの再検討を行なう、新規に診断された末期腎不全患者のクリティカル・パスウェイを開発する、DRG（疾患別に患者分類する疾患別関連群：Diagnosis Related Group）の適当な課題を確保するために、このDRGに割り当てられた患者の医療記録を再検討することが打ち出された。

具体的な行動としては、腎不全の入院患者に対して学際的なチームアプローチを実施した。また、アウトカムマネージャーを配置し、学際的多職種により構成されるチームケアを調整することで、約3年で患者一人あたりの入院費用が38%削減され、入院期間も34%短縮された。

ここで学際的なチームケアの鍵となるのが、アウトカムマネージャーの役割である。以下、その役割について紹介する。

アウトカムマネージャーは、学際的な方式でアウトカム管理プログラムを開発、実行、評価する責任を負っている。アウトカム管理プログラムの利点は多数あり、ヘルスケアコストの削減、入院期間の短縮、臨床結果の改

善、システムプロセスの改善、アウトカム研究の育成を含んでいる。一般的には、アウトカムマネージャーの役割は臨床看護専門家（CNS：クリニカルナーススペシャリスト）によって行なわれている。しかし、施設によってはその職に医師、栄養士、その他の専門職が雇われることもある。アウトカムマネージャーの役割は種々あるが、疑いも無く大きな責任は、結果のデータを解析し、最善の実践パターンを同定して、同定された問題に焦点を絞り、チームをリードし、発展させ、実践の変化を示唆することである。

協働関係に基づくチーム医療やチームケアを実践することは、ただ単に専門職が寄り集まるだけではできない。良好な協働関係は、各専門分野の専門職者が、能力、自信、そして効果的なコミュニケーションを示すときに生じる。この関係が成熟期に至るまでには時間と努力が必要である。また、アウトカムマネージャーはリーダーシップを担うが、チームメンバーのメンバーシップ（責任感やケアに関する専門的意見の承認）がなければ、最適なケアによる良好な結果（アウトカム）を出すことは難しいだろう。

以上のようにアウトカム管理は、患者のアウトカムを改善するための学際的な連携に手段を提供する。チームのメンバーは、変化を求められたすべての仕事に関して、望まれた改善をなすために全員が密接に連携して働く必要がある。この研究においては、入院にかかる費用と入院期間という量的な指標を用いて、臨床および経営状態におけるアウトカム管理と学際的な協働の努力の効果を実証した。チームの努力なしにこの成果は実現しなかったであろう。

おわりに

日本の学際的多職種連携に関する研究論文はほとんど見当たらない。そのため本稿では、海外の文献を用いて、学際的多職種連携によるチームケア研究の動向について述べてきた。

今日のケアサービスにおいては、学際的な専門職が相互に連携し協働するだけでなく、よりよい医療やケアの成果を生み出すために、サービスの利用者とのパートナーシップが重要な鍵となることを示した。またチームの形態にはいくつかの形態があるが、1つの形態に固執する必要はなく、チームを構成するメンバーの数、受け持つ事例、目標および環境によって柔軟に変化させるこ

とが重要である。

質的な研究方法でマルチディシプリナリーな形態によるチームアプローチを紹介したが、日本にはこのタイプのチームが多いのではないだろうか。このようなチームにおいては、その機能を利用者のケアに焦点化する必要がある。また学際的なチームアプローチを効果的なものにするためには、「構造 - 過程 - 結果」の枠組みなどを利用して、より機能的なチームアプローチを行ない、よりよい患者ケアの成果を目指したいものである。

最後に、アウトカム管理が、患者のアウトカムを改善するための学際的な連携に手段を提供するという論文を紹介したが、チームの一人一人の努力なしにはこの結果を導き出すことはできなかったであろう。今の日本で、そして自分の所属する部署で利用者のニーズに添ったケアを提供するために、「できることは何か」を考えることから始めたいものである。日本における、このような学際的なチームケアを実践し、その効果を質的あるいは量的側面から検討していくことが、これからの日本の医療および福祉に課せられた課題である。

文 献

- 1) Makaram, S. : Interprofessional cooperation. *MEDICAL EDUCATION* 29(Suppl .1) : 65 69 ,1995
- 2) Corbet, B. : Consumer involvement in research : Inclusion and impact. *In* : Spinal cord injury : Clinical outcomes from the model systems(Srovers, S., DeLisa, J., Whiteneck, J.G., eds.) Aspen Publications, Gaitherburg, M.D., 1995 ,pp 213 224
- 3) Young, C.A. : Building a care and research team. *Journal of the Neurological Sciences* ,160(Suppl .1) : 137 140 ,1998
- 4) 吉松和哉他 編 : 精神看護学 ; 精神保健学 , 第2版 , 廣川書店 , 東京 2000 pp .195 196
- 5) Youngson-Reilly, S., Tobint, M.J., Fielder, A.R. : Multidisciplinary teams and childhood visual impairment : a study of two teams. *Child : care, health and development* 21 : 3 15 ,1995
- 6) Kane, R.A. : Interprofessional teamwork Syracuse. Syracuse University, New York .1975
- 7) Heenan, C.M., Piotrowski, U. : Creation of a Client Goal-Setting Framework. *SCI Nurs.*, 17 : 153 161 2000
- 8) Baggs, J.G. : Collaborative interdisciplinary bioethical decision making in intensive care unit. *Nursing Outlook* 41 : 108 112 ,1993
- 9) Callahan, M.B., LeSage, L., Johnstone, S. : A model for patient participation in quality of life measurement to improve rehabilitation outcomes. *Nephrol. News Issues* ,13 : 33 37 ,1999
- 10) Grady, G.F., Castle, B., Sibley, K. : Outcomes management : An interdisciplinary approach to improving patient outcomes. *Nephrol. News Issues* ,10 : 28 29 ,1996

The trend of research on Interdisciplinary Collaborative Team Care (ICTC)

Isao Nagamine¹⁾, Tetsuya Tanioka¹⁾ and Eriko Aotani²⁾

¹⁾Major in Nursing, School of Health Sciences, The University of Tokushima, Tokushima, Japan ; and ²⁾Center for Clinical Pharmacology, The Kitasato Institute, Tokyo, Japan

SUMMARY

In order to perform “professional missions for care”, each professional group actively engaged in health and social care today needs to examine and recognize “what should be changed for a better outcome” from the dimensions of both clinical practice and education in each discipline. The results shall lead us to practice more effective Interdisciplinary Collaborative Team Care (ICTC).

In this paper, we explain the historical development of the ICTC, the several teamwork models, as well as the trend of research on the ICTC, all of which can be helpful for the professionals to facilitate an interdisciplinary working and a further research.

Key words : interdisciplinary collaboration, team care, teamwork, outcomes management