

研究

「医療の質」と「チーム医療」の関係性の一考察

—クリニカルパス活用による一貫性のある医療の実現—

蒲 生 智 哉

目 次

はじめに：本研究の目的と流れ
第1章 「チーム医療」とは
第1節 「チーム」という組織特性
第2節 「チーム医療」の定義と目的
第2章 医療の連続性
第1節 症状ステージに沿った医療の流れ
第2節 症状ステージに沿って行なわれる「チーム医療」
第3章 クリニカルパスによる一連の医療計画の策定
第1節 クリニカルパスの定義と目的
第2節 クリニカルパスの作成と活用
むすびにかえて：まとめと「チーム医療」の発展可能性

はじめに：本研究の目的と流れ

本研究は、「チーム医療」に関する理解を深めるとともに、そのひとつの計画表である「クリニカルパス」の活用がどのように「医療の質」向上に関連するかを考察するものである。チーム医療を遂行することの第一目的は「医療の質」向上とされているが、本研究は、一貫した医療サービスを患者へ提供することによってそれが実現されるという考えに基づいている。医療の質に関しては、これまで多くの研究がなされてきたが、それは「効率性」、「安全性」、「患者主体性」という3つの医療の側面と概念構成されている。すなわち、チーム医療にクリニカルパスを組み込み、適切に遂行することによって、チーム医療自体の効率性が向上し、医療の安全性が確保され、より患者の意思を尊重した患者主体の医療が可能になるのではないかと筆者は考える。これを論証するために、本稿は次のように構成されている。

第1章にて、チーム医療について基本的な理解を得る。まず、チーム医療の特殊性をチームという組織形態に見出すことができると考えられるため、チームに関する考察を行なう。次に、このチームに関する理解を踏まえ、チーム医療の定義と目的について先攻研究からみていく。

第2章にて、医療の連続性について考察する。医療は患者の疾患の状態にあわせて一連のサービスであることが望まれる。そのため、まず各症状ステージに関する理解を得て、さらにその各ステージに対応した医療に関して説明する。そして、次に、急性期と慢性期に大別してそれ

それに遂行されるチーム医療をその事例を通じてみていく。

第 3 章にて、一連の医療計画の作成とチーム医療の遂行にクリニカルパスが重要な役割を担っていると考えられるので、その考察を行なう。先攻研究や事例からクリニカルパスの作成方法ならびに活用と効果についてみていく。

一貫性した医療の提供が医療の質向上に貢献する、という仮説を念頭に置いて以下に論述を行なっていく。

第 1 章 「チーム医療」とは

本章は、医療の質向上と強い関係のあるとされる「チーム医療」に関する基本的な理解を得ることを目的とする。まず、一般的な医療と比較して「チーム医療」の特殊性をその組織形態にみることができると筆者は考えるため、「チーム」という組織特性について考察をおこなう。次に、「チーム医療」に関する先攻研究等からその定義ならびに目的について基本的な理解を得る。

第 1 節 「チーム」という組織特性

社会に実在する「チーム」が多種多様であるように、われわれのその言葉に対する意味の理解もまた多種多様である。ある人にとって「チーム」は、スポーツチームを連想するだろう。また、ある人にとってはパートナーシップによって結合された 2 人以上の集団をさして言うかもしれない。本研究においては、主な題材として「チーム医療」を扱っており、「チーム」をその名に冠する限りは、それもまたひとつの「チーム」の形態をなすと自然に考えられる。故に、ここで「チーム」に対して一貫した理解を求めなければならない。

(1) 「チーム」の定義

「チーム」に関する広く一般的な理解としては、上記に述べたとおり多種多様であるが、組織論に関する文献においては、すなわち J.R. カッツェンバックならびに D.K. スミスによると、「チーム」とは、「共通の目的、達成目標、アプローチに合意しその達成を誓い、互いに責任を分担する補完的な技術を持つ少人数の人たちである¹⁾」と定義されている。この定義を観察すると C.I. バーナードが示す「組織成立における諸要因」を含んでいることに気がつく。つまり、「共通の目的、達成目標」は組織成立の要因である「目的」に対応しており、さらに「協働意欲」をもって個人は「共通の目的、達成目標、アプローチに合意しその達成を誓い、互いに責任を分担する」であろうし、その調整においては当然ながら「伝達」を要するであろう。このこと

1) Katzenbach, Jon R. Smith, Douglas K., *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*: Harvard Business School Press, 1993, p.45. (横山禎徳・吉良直人訳『[[高業績チーム]の知恵—企業を革新する自己実現型組織—』ダイヤモンド社, 1994年, 55頁。)

から「チーム」は「組織」を基盤としていることが理解できるが、ここでC.I.バーナードによる「組織」の定義と「チーム」のそれとを見比べてみよう。すなわち、バーナードによると組織とは「2人以上の人々の意識的に調整された活動や諸力のひとつのシステム²⁾」とされるが、「チーム」との比較上、注目すべきは「人間」に関して、である。つまり、J.R.カッツェンバックらによる定義においては、「チーム」は互いに責任を分担する補完的な技術をもつ少人数の人たちから構成されることが強調されている。すなわち、「チーム」に参加する個人には、その行為に付随する責任を果たし得るだけの専門能力が前提条件として要求されており、さらには参加者の数は「少人数」に制限されているのである。したがって、「チーム」はこれらの2点の特殊性をもつ一組織形態であると考えられる。

(2)「チーム」がもつ特性

①少人数であること

「チーム」が少人数で構成されることは定義に表れていることであるが、その意義はいくつかの有効なメリットに裏づけられる。すなわち、少人数の組織においては「個性、部署の機能、職位といった違いを超えて共通の計画に取り組み、互いに結果に責任を持つ³⁾」ことが比較的可能となりやすい。加えて、組織内外での建設的な交流やグループセッション等の時間の確保ならびにその合意困難性の軽減もまた、その利点として挙げられる。これらに一貫してみられる性質は伝達、すなわち意思疎通の観点における優位性である。

しかしながら、保有し得る情報量は組織の規模に影響を受けることから、少人数で構成されるチームはその点において不利であると考えられそうである。だが、チームはプロフェッショナルが参加する組織であることを思い出していただきたい。つまり、彼（彼女）らは、共通目的ならびにその達成に必要と考えられる知識や技術といった情報を質、量ともに各個人で兼ね備えており、またそれがチーム参加の前提条件となる。故に、チームは伝達システムに優れている点、ならびに必要な情報の保有可能であるという点において少人数から構成されている。

②補完的な技術の開発

「チーム」の大きな特徴として、目的や目標の達成に関係すると考えられる各部門からその意思決定や作業に必要な人材を確保して構成される組織であることが挙げられるが、彼（彼女）らの持つ技術を適当に組み合わせることでチームの職務達成のための補完的な技術を開発しなければならない。カッツェンバックらはチーム参加者に要求される技術は、次の3つであるとしている。

まず、「技術的あるいは機能的専門能力」である。これは、例えば、医師や弁護士といったその人の職務や職業に表現され得る専門能力である。

次に、「問題解決および意思決定の技術」である。これはチームに限らずあらゆる組織に必

2) Barnard, *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, 1938, p.81.

3) Katzenbach, Jon R. Smith, Douglas K., *op. cit.*, pp.45-46. 邦訳 56頁。

要とされる技術であるが、少人数のチームにおいても問題は生じ意思決定を迫られるため、この技術を持つ人間が当然必要とされる。

そして、「対人関係の技術」である。チーム組織内であっても効果的な伝達システムが形成されなければ、共通の理解や目的を各個人に浸透させることは極めて困難である。この優れた「対人関係の技術」によって、スムーズなコミュニケーションや建設的な対立がなされる。

上記に挙げたそれぞれの技術は、チームへの参加以前に身につけられたものだけではなく、チーム参加中に学習によって身につけられるものもある。しかしながら、学習には多くの時間を要する場合もあり、短期的なチーム組織においては、その時間的制約を考慮しなければならないという点を付け加えておく必要があるだろう。

③ 構成員の相互責任

如何なる組織においても、継続して存在する限りは、その活動に対して責任が生じる。勿論、チームにおいてもひとつの組織であるため、同様のことがいえるが、その「責任」の性質において厳密に異なる。すなわち、チームにとっての責任とは、「自分自身と他の構成員に対する真剣な約束であり、それがコミットメントと信頼というチームの決定的な側面の基礎を形成するのである⁴⁾」。チームにおける目的ならびに達成すべき目標、アプローチが形成され、それらに則して協働することによって、参加者個人はチームの有効性に対して責任を持つようになる。故に、チーム組織内では、強制ではなく必然的に個人が自らの役割を果たさんと責任を持ち行動する。換言すると、チームの構成員に付随する責任とは「与えられた責任」だけではなく、「自ら創出した責任」という性質のものがみられる。

(3) 定量的目標の設定と計画表の作成

協働の前提要因として、共通目的の存在は絶対である。当然、チームによる協働においても同様である。チームが形成される時その共通目的が設定される（あるいはされている）が、その目的を定量的な数値目標に落とし込むことがチーム・マネジメントにおいて重要かつ有効とされている。すなわち、そうすることによって、定量的な目標の達成のためにどのように行動すればよいか、あるいは数値目標の決定や修正に関して、チーム内のコミュニケーションはより具体的かつ活発なものになり、メンバー間に建設的な対立が成立する。さらに、この建設的な対立はメンバー間の職種や職位の差異を払拭し、平準化する作用が働くと考えられる。このとき、明確な定量的な目標の設定とその達成こそが第一義となるのである。

そして、定量的な数値目標は可視化することができる。つまり、数値目標を反映した計画表を作成することによって、メンバーが目標を確認することが可能となる。このような計画表は概ね工程（作業）と時間軸の 2 次元的なものである。実際に、メンバーは計画表に示された目

4) *Ibid.*, p.60. 邦訳 76 頁。

標を数値で測定することで計画の進捗や目標達成度合いを知ることができるとともに、達成すべき成果に集中することができ、そのための協働が促進されると期待される。

第2節 「チーム医療」の定義と目的

(1) 「チーム医療」の定義

まず、「チーム医療」を「チーム」と「医療」とに文字どおり分解して考察してみよう。

いま一度、前節において求めた「チーム」の定義に振り返ってみると、すなわち、それは「共通の目的、目標達成、アプローチに合意しその達成を誓い、互いに責任を分担する補完的な技術ならびに情報を持つ少人数の人たち」から構成されるひとつの組織の形態とされていることから「チーム医療」とは、少人数のプロフェッショナルおよび有力な情報を持ち得る人々から構成される組織によって遂行される医療ということになる。

次に、「医療」の定義をみていきたいが、「医療」については、その分野における基本法である医療法のなかでは明確に定義づけされておらず、一般的にそれは、「医学」の社会的適用、すなわち実践を意味している。さらに、「医療」とは、狭義において「診療（診断と治療：medical care）」をさし、広義においては「健康に関する世話（health care）」という、2つの側面を持つ。本研究においては、普遍的に医療機関を捉えていることから、その両側面をもって「医療」とし、「チーム医療」に適用して考察する。

そして、一般的に医療に関する事典で示されている「チーム医療」は、「医師、薬剤師、看護師等の各医療職が専門性を最大限に発揮し、かつ、連携・協働して提供する医療⁵⁾」と定義づけられている。さらに詳しく説明を付け加えた定義を示すならば、「チーム医療とは、単に専門の異なる複数の職種の方がひとり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⁶⁾」と定められている。

「チーム」ならびに「医療」におけるそれぞれの定義を、次いで「チーム医療」の定義を上記にみてきたが、「チーム医療」はその名称が表すとおり、「チーム」と「医療」との化合物として理解できる。換言すると、それは医療スタッフ等のプロフェッショナルならびに、疾病やその原因に関する有力な情報を持ちうる患者とその家族から構成される組織を通じて行なわれる「診療およびケア」の一連の行為として捉えられるであろう。

(2) 「チーム医療」の性格

「チーム医療」に関する定義に基づいた考察を上記において行なうことで、その大意は掴め

5) 飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修『医療の質用語事典』日本企画協会、2005年、154頁。

6) 細田満和子著『「チーム医療」の理念と現実－看護に生かす医療社会学からのアプローチ』、(株)日本看護協会出版会、2003年、149頁。

たといってよいだろう。次に「チーム医療」の性格に関して考察を行なう。すなわち、「チーム医療」に付随する 4 つの志向性を考察することから、その深層に潜む性格を浮き彫りにし、さらにその基底をなす性格が「チーム医療」のチーム組織形成ならびに遂行にどのような影響を与えているか把握することを目的とする。

下表 1-1 に示したとおり、「チーム医療」当事者の認識と実践に基づいて、「チーム医療」に内在する「志向性」は 4 つに分類される。

表 1-1 「チーム医療」の 4 つの志向性

専門性志向	患者（家族）志向
各医療職は専門性を備えて、さらにそれを発揮しようとする。	患者自身や患者（家族）の問題解決を最優先にしようとする。
職種構成志向	協働志向
チームの構成員として複数の職種が位置づけられていることに関心を寄せる。	複数職種が対等な立場で協力して業務を行なっていく。

出所) 細田満和子著『「チーム医療」の理念と現実⁷⁾』より筆者作成

チーム医療の理想型としては、上記の 4 つの「志向」のすべてが最大値にある状態であると考えられるが、医療機関の機能やチームのミッションによって、あるいはそれら 4 つの「志向」の性質上、全てを均等に最大化することは困難を極める。なぜなら、「専門性志向」と「患者（家族）志向」、「職種構成志向」と「協働志向」はそれぞれ緊張関係にあり、互いの共立における阻害要因となっているからである。以下に、それら 2 つの緊張関係をみていこう。

まず、「専門性志向」と「患者（家族）志向」との間に生じる緊張関係については、次のとおりである。各医療スタッフがその専門性を追究し、自らの専門的技術を活かすことや専門的な仕事だけに専念すればよいという考え、つまり「専門性志向」に傾斜することは、患者（家族）の利益を損なう危険性を孕んでいる。反対に、「患者（家族）志向」に傾斜しすぎて患者の主張を何よりも優先させることで、医療ニーズへの配慮不足に繋がり、医療の専門性を否定しかねないため、診療よりも診療以外の要望に応えすぎることは危険である。すなわち、この緊張関係は、「患者（家族）」に関連するチーム医療の性格の葛藤である。

次に、「職種構成志向」と「協働志向」との間に生じる緊張関係についてである。まず「職種構成志向」が「協働志向」よりも強く表れているとき、医療機関で正式雇用されていたとしても、他職種と対等な関係にあるという認識に基づいた医療行為が遂行されない。つまり、職種はそろっていても協働がなされない状態に陥りやすい状況にある。反対に、「協働志向」の方が「職種構成志向」よりも強く表出している場合、当事者の医療スタッフは対等に仕事をしていると認識していたとしても、それに見合ったポストが医療機関側の体制として確保されて

7) 細田満和子著『同書』35-36 頁。

いない、あるいは給与や診療報酬が保証されていないという、いわば協働がなされていたとしても、それ相応の処遇がされないという危険性を孕んでいる。すなわち、この緊張関係はチーム医療に参画する「医療スタッフ」関連するチーム医療の性格の葛藤である。

既に述べたとおり、これらの緊張関係により、4つの志向性をすべて最大値まで高めるというチーム医療の理想型の実現はそれぞれの性質上、ほぼ不可能であると考えてよいが、医療機関はその機能や規模等にみられるように多種多様であり、それぞれが自らの強みを活かす社会的ミッションを掲げ、患者に医療を提供することが要求される。したがって、その理想型を追い求めることが決して無駄であるとはいえないが、現実的に重要なことは、遂行するチーム医療にその目標達成に必要なかつ適当な志向性が備わっているかどうか、である。すなわち、これらの志向性はチーム医療の性格なのである。例えば、高度な専門性を必要とする患者の治療に対しては「専門性志向」の強いチーム医療によって、より高いパフォーマンスを期待するし、患者（家族）のQOLの向上を第一義とするような慢性期医療あるいはターミナル・ケアにおいては「患者（家族）志向」の強いチーム医療が求められるかもしれない。換言すると、これらチーム医療の4つの志向性と、各種医療機関がそれぞれ目指した、あるいは目指すべきチーム医療の在り方、あるいはその遂行のプロセス、さらにはその目的とは相互に関係していると考えられる。

(3) 「チーム医療」の目的

なぜ、医療機関は「チーム医療」を通じてその社会的ミッションを果たさなければならないか、つまりチームという組織形態をもって医療を行なうことの意義は何であり、どのようなパフォーマンスが期待されているのか、といった根本的な問いかけに耐えうるだけの論説を行なう。

前述のとおり、チーム医療はチームという組織形態をもって医療を行なうものであるから、その目的は「チーム」のもつ特質に求められると筆者は考える。すなわち、チームの特質からその組織形態の優位性は「コミュニケーション」に求められる。C.I. バーナードによると、コミュニケーションのプロセスは組織内の協働意思をもつ個人と共通目的とを結びつけ、協働を動的ならしめるものであり、その目的あるいは昨日の役割は協働に関する調整を主要なものとしている。さらに情報や知識、命令の伝達および共有化や、メンバーの協働意思を確保、そして意思決定を合理的に行なえることがあげられる。つまり、協働を行なううえでコミュニケーションがその協働システムのマネジメントにおいても重要な役割を担うとともに、それがうまく機能しなければ協働が困難となる。このように協働において重要な役割を担うコミュニケーション機能をチームという組織形態は活用することに優れている。チームは、共通の目的、達成目標、アプローチに合意しその達成を誓い、互いに責任を分担する補完的な技術を持つ少人数の人たちから構成される組織である。メンバーが大人数である場合の意思疎通が複雑になりがち

であることは経験的によく知られることである。そして、チームを構成するメンバーは少人数であることだけでなく、ミッション遂行のために必要となる補完的な技術を有するプロフェッショナルである。つまり、高い専門性をより合理的な意思決定に結びつけることができるのである。したがって、このようなチーム組織のもつ特性を医療に活かさんとして適用した協働システムが「チーム医療」であると筆者は考える。

実際に、倉敷中央病院のチーム医療を例にあげてみると、この病院は急性期先進医療基幹病院であるから、基本的にその患者の症状ステージは「急性期であり各科の専門性は高く、チーム間の情報は密度が濃かつリアルタイムの効率性を求められるゆえ、リハスタッフを脳外科、整形外科、神経内科、小児科、内・外科の 5 科で PT (理学療法士) 3～4 名、OT (作業療法士) 2～3 名ずつ割り当てて各科別の担当制で治療を行なっている⁸⁾」。このケースにおけるチーム医療は、亜急性期にてリハビリテーション治療を行なうものであるが、共有すべき情報もまた高度かつ即時性の高いものである。それ故に、少人数かつ専門スタッフからなるチーム組織の特性を活かせる医療、すなわちチーム医療を導入および遂行しているのである。

第 2 章 医療の連続性

医療というサービスは、設定された目標にたどりつくまでに、傷病に適した一連の医療計画に沿って進められる。当然、外来診療のみで完治するもの、あるいは入院治療やリハビリテーション治療を行なう必要があるもの等、傷病の種類や程度等によって様々なプロセスを経るので、その多様性に準じて医療計画は適当に立てられるべきである。医療計画のみならず、なにかしらの計画を作成するために、前例やマニュアル等、規範となるものの存在は有効である。医療計画においては、「クリニカルパス」がそれにあたると考えられる。クリニカルパスについては次章にて詳述しているが、それはその医療計画に参画する医療スタッフの医療に関する行為と時間軸からなる予定表あるいは工程表である。つまり、医療に関する行為とは言うまでもなく診療行為であり、その時間軸は予定されるあるいは実際の患者の傷病の状態を表す。つまり、患者の症状の段階 (症状ステージ) によって適当な治療方法が異なることを意味する。したがって、本章では、まず症状ステージに沿った医療の流れを簡潔に説明し、次にクリニカルパスとは何であり、それによってどのように一連の医療計画が策定されるかをみていくことで、医療のもつ連続性という性質について考察を行なう。

第 1 節 症状ステージに沿った医療の流れ

基本的に患者の傷病の状態に沿って適した医療が行なわれることになる。例えば、患者の状

8) 伊勢真樹著「急性期と回復期リハビリテーションにおける医師・看護師・療法士の連携について」『医療』国立医療学会, Vol. 61 No. 5, 2007 年, 297 頁。

態が急性期にあたるものであれば急性期医療が施され、次第に回復期に病状が移行されると同様にそれに適した回復期医療が施される。つまり、それぞれの患者の傷病状態を「症状ステージ」と呼び、症状ステージに対応した医療を行なうことが基本的には重要となる。その症状ステージは、「急性期」、「亜急性期」、「回復期」、「慢性期」そして「終末期」の5つに分類することができる。以下にこれら症状ステージとその医療について説明する。

(1) 急性期

急性期とは、疾病（あるいは傷病）の発症から急激に健康が損なわれた状態を意味する。疾病の進行が停止すると回復に向かうが、依然として急激に悪化する状態にもある。この急性期状態に対応する急性期医療は、病状の進行を止める、あるいは疾病の回復が見込める目処をつけるまでの間、提供される医療であり、具体的には手術や抗生物質などの投薬、検査、救急治療、各種処置などが行なわれる。急性期医療のための特別な施設として、救命救急センターやICU（Intentional Cure Unit：集中治療室）が挙げられる。急性期は発症から14日以内がその目安とされている。

(2) 亜急性期

亜急性期とは、急性期状態を脱し、疾病の状態が安定するまでの期間を意味する。不健康状態から回復しはじめてから慢性期までの回復過程をたどるが、急性期同様にその症状が急変することもあり得る。この亜急性期状態に対応する亜急性期医療は、急性期医療が終了し、リハビリテーション等によって回復過程をたどる医療である。この亜急性期医療においては、人員は当然必要であるが、リハビリテーションが中心となり、薬剤投与あるいはその他の特別な処置の必要性は低くなる。亜急性期は急性期を脱した状態から30日から90日の期間が目安となる。

(3) 回復期

回復期とは、急性期を脱し、健康な状態やそれに準ずる状態になるまでの期間であるが、依然として患者の容態が急激に悪化する危険性を孕んでいる。この回復期に対応する回復期医療は、急性期以降の医療であり、患者を社会へ早期復帰させるためのステージが必要となり、回復期医療がそれにあたる。一般的には薬剤投与や特別な治療行為も少なく、回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションを中心とした医療を行なう。回復期の期間は、急性期を脱してから30日から180日までが目安となる。

注意すべきは、亜急性期と回復期との区別であるが、基本的に亜急性期は慢性期へ移行する過程であり、一方の回復期は健康状態（完治）へ回復する過程をたどる。

(4) 慢性期

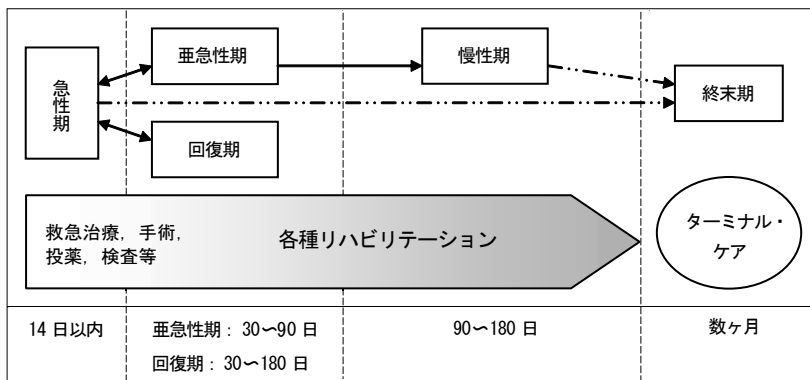
慢性期とは、急性期ならびに亜急性期を脱し、不健康状態が安定的に持続する状態である。しかし、介護が必要なケース（要介護状態）とは区別される。慢性期において合併症が発症さ

れることがなければ生命の危険におよぶことは少ない。この慢性期に対応する慢性期医療では、疾病が完治するわけではないので、病状の進行を遅らせる、あるいは身体機能の維持を目的とした継続的な治療が行なわれる。この対象となる疾病には、例えば、糖尿病や高血圧等の生活習慣病、そして脳梗塞等が含まれる。慢性期医療は、医療と介護とがミックスされたような状態であるが、主として機能維持リハビリテーションを行なうことにより、徐々に医療管理の割合が減少し、介護の割合が増加していく。したがって、質の良い慢性期医療を提供するためには、医療管理と介護の役割分担が重要となる。慢性期の期間は急性期ならびに亜急性期を脱してから 90 日から 180 日までが目安となる。

(5) 終末期

終末期とは、医師から不治の病と宣告されてから数ヶ月程度で死亡すると予想され、その宣告から死までの期間を指す。この期間において、患者ならびにその家族は心身ともに最も不安定になりやすい。この終末期に対応する終末期医療（ターミナル・ケア）は、自宅あるいは病院や施設での高密度医療、あるいは自宅での QOL（Quality Of Life：生活の質）を重視した医療のいずれかである。つまり、患者ならびにその家族の要望により、アクティブに最期まで治療を続けるか、QOL を重視した治療を続けるかでその医療は分類されることになるが、最終的に患者ならびにその家族が意思決定し、その選択を尊重した治療が行なわれる。

図2-1 基本的な症状ステージの流れ



出所) 筆者作成

上述のように、患者は急性期から回復期あるいは亜急性期のいずれかへとその病状や疾病によって移行し、亜急性期へと移行した場合、次の症状ステージである慢性期への移行を考慮に入れた医療計画を策定する必要がある。このような基本的な症状ステージの移行の様子を図2-1に示す。この図よると、症状ステージ別にみた医療は、基本的に「救急治療、手術、投薬、検査等」と「リハビリテーション」そして「ターミナル・ケア」に大きく3分類されると考えられる。症状ステージがシームレスに移行することから、あるいは患者の容態が急変する可

能性もあるために前後のステージにそれぞれ相互の関係性がみられる。そのために、それぞれの症状ステージに対応する医療もまたシームレスに進行したり、相互関係をもつ。ただし、終末期に関しては、必ずしも他の症状ステージと直接的な関係を持たないことも少なくない。つまり、疾病が発症し診断の結果、すでに終末期の状態であったり、慢性期から病状が急変して終末期をむかえるケースもある。したがって、終末期への移行は不規則なケースも存在するが、次に述べる医療計画のひとつの規準となりうるクリニカルパスはこのような症状ステージ別にみた医療の連続性を考慮に入れて作成されていると考えられる。

第2節 症状ステージに沿って行なわれる「チーム医療」

図 2-1 に示されているとおり、症状ステージ別にその対応した医療は急性期医療と慢性期医療に大きく分類される。しかし、上述のように各症状ステージはシームレスに移行し、相互に関係するので、この区別はあくまでも中心となる治療方法によるものである。つまり、厳密には急性期における治療とそれ以降のリハビリテーションを中心とした治療を行なう医療に分類することができる。以下に、急性期と慢性期におけるチーム医療をみていく。

(1) 急性期における「チーム医療」

急性期における患者の治療方法は、手術や投薬、各種検査、救急治療、その他処置等と様々である。以下に実際に発症から急性期までのチーム医療の事例をとりあげる。

表 2-1 急性期におけるチーム医療の事例

<p>患者：高齢女性 疾患：クモ膜下出血 治療：救急搬送 → 救急処置と緊急検査 → 緊急の開頭下のクリッピング手術 経過：術後経過は順調であり集中治療室を経て一般病床へ</p> <hr/> <p>チームアプローチの実際： 急性期においては一般的に高度救命救急医療が施行されることになる。 救急搬送中、救急隊員・医師・看護師からなるチームによって救急蘇生が行なわれる。病院到着後、救命処置や各種検査を行なう。この段階においては、医師がチームの中心となりリーダーシップを発揮する。 次に、脳外科医・麻酔科医・手術室看護師・医用工学士等がチームを形成し、開頭手術を行なう。この段階において、手術に関して脳外科医が、患者の全身管理に関しては麻酔科医がそれぞれ責任を持ちリーダーシップをとる。このような全身麻酔手術においては、外科医と麻酔科医が協力しあう必要がある。例えば、血圧低下や心停止等の不測の事態では麻酔科医の専門性が必要となるため、麻酔科医がリーダーシップを発揮することで危機を脱すことも少なくない。 術後の集中治療室 (ICU) では、看護師・脳外科医 (病院によっては ICU 担当医) がチームを形成し手術の回復期を見守る。術後急性期では、全身管理を中心として看護が重要であるので看護師の権限が高まる。術後早期からリハビリテーションが開始されることもあるため、このチームに PT (理学療法士) や OT (作業療法士) が参加する。</p>
--

出所) 鷹野和美編著『チーム医療論』60 頁より筆者作成

この発症から急性期においては、その治療方法が複数種あるためそれに対応してチームの形態も変化していくことになる点がこの期におけるチーム医療の特徴である。この事例では、「術前」、「術中」、「術後」の 3 つのチームが確認できる。

そして、急性期はまさに時間との戦いであるので、迅速かつ適切な意思決定ならびに処置が重要となる。そのため、クリニカルパスといった予め疾患別の医療計画の存在が必要となる。さらに、不確実性の高い急性期に耐えうるだけの高度な技術をもちあわせたスタッフが必要となる。

(2) 慢性期における「チーム医療」

一般的に、急性期を脱し、それ以降、患者に施される治療はリハビリテーションを中心としたものになる。故に、亜急性期や回復期においてもリハビリテーション治療は行なわれるが、その度合いが最も高いことと急性期との明確な区別から、ここでは「慢性期における「チーム医療」」という表記を行なっている。

専門的な知識や技術を用いてチームで機能するリハビリテーション医療のプロセスは、チーム医療をイメージあるいは理解しやすい医療行為とされている。そのため、医療従事者によるリハビリテーションのチーム医療に関する発表論文は比較的多い。そのなかから以下に事例をあげ考察を行なっていく。

表 2-2 リハビリテーションにおけるチーム医療の事例

患者：56 歳女性
状態：脳梗塞を発症し、左片麻痺があり歩行困難。 右半球損傷によるコミュニケーション障害
チームスタッフ：リハビリテーション医、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
リハビリテーション専門病院（以下、当リハ病院と略す）に来院する 2 年前に脳梗塞を発症し、他の医療機関にて 6 ヶ月の加療の後、機能改善が認められないとして退院を勧告された。当リハ病院への来院時、患者は左片麻痺があり、受診時の Brunnstrom Stage ⁹⁾ は、上肢 III・下肢 IV であった。歩行は困難で、日常生活は車椅子レベルであった。さらに右半球損傷によるコミュニケーション障害もみられた。患者の希望としては、夫とは死別し息子は遠方に居住しているため、自家にて一人暮らしをしたいということであった。
合併症は認められず、患者の年齢で片麻痺による歩行困難の原因は、重度の空間認知障害のためと判断し、その評価及び治療アプローチのためにリハ専門病棟への入院加療を行なうこととなった。入院後、リハビリテーション・チームのリハビリテーション医・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（認知・心理検査担当）の各部門で評価を行ない、評価カンファレンスを実施した結果、「重度の視空間認知障害、身体失認があり、感覚入力を重視する訓練により ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作あるいは活動）の自立に到達し得る」という結論に達し、治療プランが策定された。病棟では空間認知訓練の成果を日常生活に役立てるような指導がなされた。入院から 4 ヶ月後には屋外歩行もほぼ可能レベルに達し、外泊訓練を実施の後、自宅退院することができた。退院後の経過も良好であり、IADL（Instrumental ADL：手段的 ADL）も完全に自立している。

出所) 鷹野和美編著『チーム医療論』42-43 頁より筆者作成

このリハビリテーション治療におけるチーム医療の事例から、特筆すべき点はカンファレンスといったメンバー間の専門的視点を必要とするコミュニケーションの場の存在である。この「カンファレンスは多職種が対面して双方向の議論ができ記録も残るという点で、(緊密な情報共有化に関して) 最も有益な手段である¹⁰⁾」。例えば、事例にある「評価カンファレンス」で

9) 片麻痺の回復を神経生理学レベルで捉えるもの。上肢・下肢とも、全く随意運動ができないもの (= Stage I) からほぼ正常な運動ができるもの (= Stage VI) までの 6 段階に分類される。

10) 新藤直子著「リハビリテーション病院に亜急性期病床を導入して」『医療』国立医療学会, Vol.61 No.5,

は、患者の状態を理解し評価するためにチームメンバーの専門的知識が活用される。この評価をもって、治療計画を立てていくことになるが、さらにこの計画には患者の意思も反映される。すなわち、「自家にて一人暮らしがしたい」という希望はその患者にとっての医療の目的であり、それがチームの共通目的となりうる。この共通の目的を、カンファレンスのプロセスにおいて定量的な数値目標に落とし込み、各スタッフが責任をもち目標達成のために医療を行なう。そして、進捗状況を把握するためカンファレンスは有効であり、そこでメンバーの専門的視点からバリエーションのチェックを行ない、修正案等に関して議論される。

このカンファレンスやその他ミーティングといった、コミュニケーション・プロセスが特にリハビリテーション・チーム医療の本質であると筆者は考える。なぜなら、カンファレンス（あるいはミーティング等）はチーム医療に参加するメンバーが一同に介して協働を行なう唯一の場といえるのではないだろうか。すなわち、実際に策定した計画に従って治療を行なうプロセスにおいては、患者とその治療に関する職種のメンバーであり、全てのメンバーが同じ工程で治療に参加することはほぼないと考えられる。さらにいえば、カンファレンスにおいては患者やその家族を参加を得て、より具体的な情報共有も可能となるため、この手法を取り入れている施設も少なからず存在する。つまり、このようなスタイルが「患者を中心においたチーム医療」といえるだろう。

第3章 クリニカルパスによる一連の医療計画の策定

前述のとおり、一連の医療計画の策定にクリニカルパスがそのひとつの主要な規準として用いられると考えられるため、本章ではそのクリニカルパスについて詳述したい。まず、クリニカルパスとは何なのかについてその定義と意義を説明し、次にいくつかのケースをとりあげることによって実際のクリニカルパスの作成方法ならびにその活用についてみていく。

第1節 クリニカルパス¹¹⁾の定義と目的

(1) クリニカルパスの定義

『医療の質用語事¹²⁾』によると、「クリニカルパスとは、症例ごとに到達目標を定め、その目標に至るための診断、治療、看護など、チーム医療に参画する医療従事者の行為と時間軸の二次元に表した予定（工程）表をいう」とある。そして、その意義は「業務の可視化による情報の共有と標準化にある。すなわち、業務を可視化することによって、医療従事者同士あるいは

2007年、315頁（括弧内文脈より筆者挿入）。

11) 他に、クリティカルパス、ケアマップ、クリティカルパスウェイ、クリニカルパスウェイという呼称があり、パスあるいはパス法と総称される。本研究では「クリニカルパス」に統一する。

12) 飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修『前掲書』日本規格協会、2005、226—228頁。

患者との情報の共有ならびに連携を図ることができる。また、業務を標準化することは、仕事のばらつきの削減と効率化、不具合の解消、質保障が可能となり、医療の質向上につながる。さらに、経済的観点では、医療費適正化に効果があるとして広く普及している」とされる。すなわち、この定義と意義から、クリニカルパスはチーム医療の計画表であるとともに、業務とその進捗状況の可視化によってチーム・スタッフ間および患者との情報共有あるいは連携を容易ならしめる一種のコミュニケーション・ツールであるとも考えられる。

(2) クリニカルパスの目的

通常、クリニカルパスはひとつの病院といった医療施設内における入院から退院までの期間を対象として作成されるが、さらに患者の転院先の施設にまで拡大して作られたものを「連携パス」という。各種医療機関はそれぞれの機能から、「特定機能病院」、「地域医療支援病院」、「療養型病床群」、「療養・一般病床群」そして診療所に基本的に分類される。つまり、患者に継続的で一貫性のある医療を提供するためには、提携施設あるいは地域の適当な施設との連携が必要となる。これを医療連携¹³⁾あるいは地域医療連携¹⁴⁾といい、このときクリニカルパス(連携パス)は施設間の情報共有ツールとしての役割を担う。

クリニカルパス導入のメリットは、「①医療の効率化と質の向上、②患者満足度の向上、③チーム医療の推進¹⁵⁾」という3つに集約され、すなわちこれらがクリニカルパス作成の目的となる。以下にそれぞれに説明を加える。

①医療の効率性と質の向上

医療の質のひとつの指標となる平均在院(あるいは入院)日数の短縮が、医療の効率化によって可能となる。例えば、福井県済生会病院では「17.0日(98年)から15.9日(2001年)¹⁶⁾」に、大阪大学医学部付属病院では、全国の肺癌検査入院の平均検査入院期間が約8日(2003年度)であったが「気管支鏡下肺生検パス」を適用した結果2.8日間に短縮されている¹⁷⁾。これらの事例は、クリニカルパスによって医療の効率化がなされた結果である。すなわち、疾患別に

13) 医療連携とは、「医療提供の継続性を目的に、医療機関同士が患者の情報を共有し、相互に紹介し、医療機器を共同利用することなどを医療連携という。病院と診療所が連携することを“病診連携”，病院と病院が連携することを“病病連携”，診療所と診療所が連携することを“診診連携”という(飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修『同書』, 152頁。)」

14) 地域医療連携とは、「地域の医療機関が自らの施設の実情や地域の医療状況に応じて、医療の機能分化を進め、診療所と診療所、診療所と病院、あるいは病院と病院が相互に円滑な連携を図り、その有する機能を有効に活用することにより、住民が地域で継続性のある適切な医療を受けられるようにするもの(真野俊樹著「地域に広がるパスは在宅医療・連携の推進に役立つか」『病院—特集：在宅医療を支える地域連携システムとは—』医学書院, 2006年, 65巻10号, 812頁。)」と定義される。

15) 笠原善郎著「クリニカルパスの改善対策—チーム医療の実践がカギ」『日経ヘルスケア21』日本経済新聞社, 2002年3号, 106頁。

16) 笠原善郎著『同書』106頁。

17) 長浜宗敏著「診断群分類・包括評価(DPC)とクリニカルパス」『病院—特集：病院の質評価の選択肢は広がるか—』医学書院, 2005年, 64巻2号, 114頁。

EBM（Evidence Based Medicine：根拠に基づいた医療）に基づいて考案された標準的な治療方法等を適用したクリニカルパスを用いることによって、明確な目標と日程の定まった医療計画を策定することが可能となり、不必要な検査や治療行為等を排除した効率的かつ適正な医療を行なえるようになったのである。ただし、医療は特に不確実性の高いサービスであるため、計画表と実情とのバリエーションのチェックを常に行ない、計画の修正を行なう必要がある。

②患者満足度の向上

クリニカルパスは通常、その治療に携わる医療スタッフ用と患者用との二種類が作成される。その内容は基本的には同じであるが、それぞれの視点から理解しやすいように、つまり患者用のものは医学・医療に関する知識が比較的低い患者にも理解できるように作られている。クリニカルパスが患者満足度向上に貢献するひとつの要因には、この情報共有ツールとしての役割があげられる。医療提供者側と患者（家族）との医療上重要なコミュニケーション・プロセスに「インフォームドコンセント¹⁸⁾」があるが、この情報共有プロセスにクリニカルパスを適用することで、医療提供者側は疾患や治療等に関するより詳細で分かりやすい説明を患者（家族）に行なうことが可能となり、患者（家族）はその説明によってより自らの疾患とその状況、そしてその治療方法に関して理解を得ることができ、納得のいく意思決定を行なえるようになるのである。すなわち、医療提供者と患者（家族）との間の医療に関する情報の非対称性が軽減され、患者（家族）が安心して医療を受けられるようになり、患者満足度が向上すると考えられる。例えば、福井県済生会病院において患者満足度を測定するために行なったアンケート調査によると、「クリニカルパスがあることで入院生活が安心して過ごせましたか」という問いに対して「はい」の回答が96%、「治療は予定通りに進みましたか」に対しては「はい」が88%に達した¹⁹⁾という有効な結果を得ており、インフォームドコンセントにクリニカルパスを適用することによって、患者（家族）の診療への積極的な参加が促進され、患者満足度が向上したと考えられる。

さらに、上述した在院（入院）日数の短縮もまた患者満足度を向上させる別の要因として考えられる。すなわち、在院日数の短縮化は不必要な医療行為の削減から実現される医療の効率化によるものであるから、患者にかかる医療費の負担である直接費用を軽減させることも可能となる。また、在院（入院）日数の短縮化は患者の早期社会復帰を可能ならしめるため、入院による機会費用を自ずと削減することができる。したがって、在院（入院）日数の短縮化

18) インフォームドコンセントとは、医師等の分かりやすい説明に基づいて、理解し、納得したうえで患者の同意をいう。自分の疾患名、症状や検査結果等から解釈される現在の状態、適応となる治療方法とその成功率や副作用、予後等について、医師から十分な説明を受けたうえで、患者自身が自分の状況を判断し、治療方法を下す、“患者の自己決定を支援する一連のプロセス”といえる（飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修『前掲書』188頁。）。

19) 笠原善郎著『前掲書』106頁。

は患者（家族）にとって直接費用と機会費用とを削減することができることから、患者（家族）の経済的観点からも満足度を高める要因といえるであろう。

③チーム医療の推進

クリニカルパスは、その定義にあるように「チーム医療に参画する医療従事者の行為と時間軸の二次元に表した予定（工程）表」であり、その作成ならびに遂行は多職種のチーム組織が主体となる。チーム組織については第 1 章にて詳述したように、チームの共通目標を作業工程とともに時間軸に表したスケジュール表であるクリニカルパスを作成するには多職種の参加による多方面からのアプローチを得ることが重要かつ不可欠となる。要するに、より適切なクリニカルパスの作成の過程は、医師や看護師、リハビリスタッフ、ソーシャルワーカー等のコメディカルスタッフの持つ専門知識や意見を交換しあうコミュニケーションの場となり、それに基づいた医療計画の遂行は多職種からなるチームが参画することになる。つまりこのプロセスにチーム医療の本質がみられると筆者は考える。クリニカルパスはチーム医療によって作成および修正されるとともに、チーム医療を推進あるいは遂行するための最も重要な計画表のひとつである。

(3) クリニカルパスの経営的意義

クリニカルパスを導入し活用することで得られる経営的な意義は、在院（入院）日数の短縮化によってもたらされる。すなわち、前述のとおり、クリニカルパス導入のメリットとして患者の在院（入院）日数の短縮化が事例からも明らかにあげることができるが、このことよって病床回転率の上昇が期待される。医療法第 7 条において、病院や診療所の開設や病床数増加もしくは病床種別の変更に関して当該都道府県知事の許可を得なければならない。ようするに、医業収益をあげるために施設側が勝手に病床数を増やすことは禁じられているのである。そのため、経営上の効率性を求めるためには病床回転率を上げることがひとつの策となる。一般病院（自治体とその他公的および私的病院を総じて）の「病床利用率」は下表 3-1 にあるように 80% 程度である。医療は不確実性の高い環境下のサービスであるので、つねに急患の受け入れ可能性を考慮にいたした病床利用率のマネジメントを行ない、その当該病院に適切と考えられる病床利用率（例えば 80%）のなかで、病床回転率をあげることが理想ではないかと筆者は考える。当然、患者（家族）の意思を理不尽に無視した上で病床回転率をあげるような経営は論外である。

また、2006 年度診療報酬改定にて「地域連携クリティカルパス」を推進する改定がみられた。すなわち、「大腿骨頸部骨折の患者の情報提供が共有されている体制を評価した地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画管理料が新設された。地域連携計画管理料は、施設規準を満たし届け出た病院が、患者の入院時に診療計画を作成・説明し、その計画を文書で提供した場合

に算定するもので、転院時または退院時に1回算定で1,500点である²⁰⁾。クリティカルパスの導入へのきっかけになりうる施策であり、医療機関の経営改善に有効的な施策であると考えられる。

表 3-1 一般病院における病床利用率平均

病床規模	平均	20-99床	100-299床	300-499床	500-599床	600-699床	700床以上
利用率	80.7%	71.9%	78.5%	81.6%	82.9%	85.0%	82.1%

出所) 真野俊樹著『医療マネジメント』127頁より筆者作成

第2節 クリニカルパスの作成と活用

(1) クリニカルパスの作成

クリニカルパスは通常、医療スタッフ用と患者用とのふたつが作成される。医療スタッフ用はその患者の医療に携わる医療スタッフ・チームのために自らの業務を理解・把握するために重要であるが、患者用は、患者（家族）に対して提供する医療の透明化を行ない、安心感を高めるために重要となる。

クリニカルパスを導入あるいは作成しようとする際、まず「医師、看護師、薬剤師、栄養士、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士、事務職員から構成されるクリニカルパス委員会²¹⁾」といったプロジェクトの中心となる組織が設置される。このような組織は、院内用（他施設への連携を考慮しないような）クリニカルパスを作成する際には院内のスタッフから主に構成されると考えられるが、連携パスの作成には当然連携する施設のスタッフも参加する必要がある。例えば、医療連携を必要とする疾患の連携パスを作成する際、転院先の施設と共通して使用できる連携パスのフォーマットを作成しなければならない。そのためにまず中心（起点）となる施設あるいは組織で作成案をつくる。次に、医師や看護師、理学療法士（以下PTと略す）等から構成されるチームで、リハビリ施設や診療所等の連携先を訪問して意見を収集し、検討を重ねていくことによって、スムーズな連携が可能となりチーム医療の有効性を高めるような連携パスを作り上げていく。

このようなクリニカルパス作成及び導入過程において、特定機能病院といった比較的高機能な医療機関では、自らの施設のもつEBM²²⁾（Evidence Based Medicine：根拠に基づいた医療）あ

20) 真野俊樹「地域に広がるパスは在宅医療・連携の推進に役立つか」『病院』65巻10号、2006年、814頁。

21) 飯田さよみ著「(2) セイフティマネジメントを担うクリニカルパス」『医療』国立医療学会、2005、Vol.59 No.1、31頁。

22) EBMとは、「提唱者であるサケット博士によれば、“現今の最良の根拠（エビデンス）を、良心的・明示的・妥当性のある用い方をして、個々の患者の臨床決断を下すこと”と定義されている（1996）。また、我が国の厚生省（当時）医療技術評価推進検討会報告書では、“診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、自分自身の専門技能を活用して医療を行うこと”と説明している（1999）。エビデンスとは、単に、事例は症例の蓄積ではなく、検証可能な方法で集積されたデータに基づいて、科学的に検討された臨床研究をいう」とある（飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修『前掲書』80頁。）。

るいは EBN (Evidence Based Nursing: 根拠に基づいた看護) のデータが有効な指標となる。しかし、機能レベルの高低に関わらず、いかなる施設においても臨床経験からある程度のエビデンスを得ることは可能と考えられている。そして、これらのデータやエビデンスをクリニカルパスに組み込み、「作成完了したパス内容を、日本の EBM, EBN である学会のガイドラインと整合性があるかどうかを検討する。その結果、現時点で自分たちの病院で最良の医療と信じる内容すなわち適正医療をパスに組み込むことができる²³⁾」とされる。

(2) クリニカルパスの活用

クリニカルパスは、チーム医療の予定表として有用であるが、その他にインフォームドコンセントの推進や患者の医療参加を促進する効果も認められる。さらに、それは診療や看護等の最適とされる手順やタイミングを表しているので、過誤や遅延、資源の無駄を削減する。このような効用を得るためには、多職種によるチーム医療の展開、経営者が参画した組織行動、患者(家族)の参加など、様々な視点から情報や知識を得られるように多くの人の参加が必要となる。

そして、クリニカルパスをさらに地域医療連携のツールとして発展させた連携パスの活用は、患者への一貫した医療の提供上確実に有効である。次にその連携パスの活用に関する事例を紹介する。

表 3-2 によると、連携パスの活用は転院をスムーズに進めることができ、さらに平均在院日数の短縮化に有効であることが確認できる。しかし、40 以上の施設と共通して使用する連携パスのフォーマットを作成するために施設間において綿密なミーティングや意見収集を重

表 3-2 連携パス活用の事例

施設：国立熊本病院 対象疾患：大腿骨頸部骨折（年間約 200 症例） 転院先施設数：約 47 施設
<p>当該病院にて、1999 年頃から大腿骨頸部骨折の連携パスの開発が行なわれた。この疾患は骨粗鬆症の基盤に発症し高齢女性に多発する。臥床期間が長期に及ぶことで寝たきりになる可能性が脳血管疾患に次いで第 2 位と高い。その治療の原則は早期離床と早期リハビリであるが、患者が高齢者であるため合併症を併発していることが多く、長期間のリハビリを要する。手術は急性期病院で行なわれ、術後リハビリはリハビリ施設へ転院し行なわれるため、この疾患は連携を必要とする代表的な疾患である。</p> <p>開発した連携パスは一枚の用紙に、当院での患者用パスの内容、予想されるゴール、リハビリの経過目標、受症前と退院時の ADL、コメント欄が記載されている。それは連携先においても使いやすいように作成されている。これとは別に患者用の連携パスが作成される。連携パスは患者の転院時に転院先に送付される。</p> <p>連携パスの有効性をはかるべく転院先 47 施設にアンケート調査を行ったところ 89%の「役立つ」という回答を得た。その内容は「当院の治療内容が理解できる」「患者の目標がわかる」「リハビリの進め方が理解できる」「時間軸での進行がわかりやすい」などであり、その目的に沿った活用がなされていることが確認できた。</p> <p>その活用の効果は平均在院日数に表れ、通常のクリニカルパスを使用した事例と比較して連携パスを使用した場合、約 9 日間の短縮が確認でき、スムーズな転院が行なわれていた。</p>

出所) 野村一俊著「連携パス」の活用で転院を円滑に進める」99-103 頁から筆者作成

23) 飯田さよみ著『前掲書』31 頁。

ねて行なう必要がある。その有用性は高いが、その作成に多くの手間がかかるという問題を孕んでいるのもまた事実である。

むすびにかえて：まとめと「チーム医療」の発展可能性

本稿においては、一貫性をもつチーム医療は医療の質向上のためのひとつの重要な要因と考え、その考察を行ってきた。一貫性をもつチーム医療は、クリニカルパスを組み込むことで実現可能となることは本研究の論説から明らかとなったといえるだろう。では、そのクリニカルパスを組み込み一貫性を得たチーム医療は、実際にあるいはどのように医療の質に影響を与えているか、冒頭で触れた医療の「効率性」、「安全性」、「患者主体性」のそれぞれについてここで振り返りみていきたい。

まず、医療における「効率性」については、最も主要なクリニカルパスの活用の効果である平均在院（入院）日数の短縮化に表れている。すなわち、クリニカルパスは疾患別にそのとき最適とされる手順とタイミングによって医療の提供を一貫してなしうる予定（工程）表であるので、医療スタッフの作業や薬剤などの資源の無駄を省くことができる。この「効率性」を求める過程で、多職種からなるチームメンバーの多角的な視点あるいは専門的な知識や技術が必要となる。

次に、医療における「安全性」については、医療ミスの抑制・予防が第一の要因となると考えられる。クリニカルパスはチームメンバーそして患者（家族）にその治療のスケジュール表として実際に目視して確認されるので、医療ミスの抑制・予防に効果を発揮する。例えば、医療スタッフと患者は予めクリニカルパスを確認しておくことで、投薬する薬剤の種類や実施する検査等の過誤を予防することができる。さらに、クリニカルパスを通じてバリエーション・チェックを行なうことで、計画の修正や患者の病状を随時把握することができるため、容態の急変といった不確実性への対処も比較的容易になり、その点からも患者の安全性は確保されると考えられる。

最後に、医療における「患者主体性」については、近年よくいわれる「患者中心のチーム医療」といった表現にあらわれている。そもそもチームは一種の組織形態であり、それはすなわち、C.I. バーナードによると顧客もまた構成員のひとりなのである。それにもかかわらず、チーム研究においてこの原則を含むものは多くなく、概ね顧客はチームの構成員からは除外されて考えられている。しかし、サービスのプロセスにおいては顧客の役割は重要であり、医療においても同様に患者（家族）の参加がなされなければ、その十分な効果性は得られ難い。例えば、クリニカルパスを組み込んだインフォームドコンセントによって、患者（家族）はより自身の病状を把握し、その治療のためにどのような方法がとられるのか、その方法によってどのよう

な効果が得られるのか、といった情報をより理解することで、患者（家族）はより自分の意向に沿った意思決定を行なうことが可能となる。つまり、医師をはじめとする医療スタッフは医療とその情報を提供し、患者（家族）はその情報に基づいて意思決定を行なう。したがって、このような関係を「患者中心のチーム医療」といい、このとき「患者主体性」がみられる。患者もまたチームの一員なのである。

以上の考察から、クリニカルパスの導入・活用によって一貫性を得たチーム医療は医療の質向上に関係があり、その適切な遂行は質向上に貢献するという結論を導く。さらに、連携パスについていうと、それは院外施設との連携を推進する発展型クリニカルパスであり、地域医療連携をより効率的ならしめる期待が寄せられている。クリニカルパスはチーム医療の予定（工程）表であるので、連携パスは施設を越えたチーム医療のクリニカルパスともいえる。提携施設間のチームが連携パスを通じて、カンファレンスやミーティングを行ない患者の情報共有化が可能となる。すなわち、チーム間の連携であり、これは新しいカタチのチーム医療の概念となるのではないだろうか。あえて、ここで提唱することが許されるのであれば、「チーム（間）連携医療」とし、急性期からリハビリまでの一貫したチーム医療を連携パスを通じて行なうことが医療の質向上により一層の影響を与えることができるのではないだろうか。

〈参考文献〉

- Barnard, *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, 1938.
- Katzenbach, Jon R. Smith, Douglas K., *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*: Harvard Business School Press, 1993. (横山禎徳・吉良直人訳『[高業績チーム]の知恵—企業を革新する自己実現型組織—』ダイヤモンド社, 1994年。)
- OECD, *Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report (OECD Health Working Papers No. 22)*, OECD, 2006. (岡本悦司訳『医療の質国際指標—OECDの医療の質指標プロジェクト報告書』明石書店, 2006年。)
- 飯田さよみ著「(2) セイフティマネジメントを担うクリニカルパス」『医療』国立医療学会, Vol.59 No.1, 2005年。
- 飯田修平・飯塚悦功・棟近雅彦監修『医療の質用語事典』日本企画協会, 2005年。
- 五十嵐進著「国際生活機能分類を基盤にしたリハビリテーションチーム医療」『医療』国立医療学会, Vol.61 No.5, 2007年。
- 五十嵐美和・上野悦子・浜野昌恵・小谷坂枝・山内京子著「固定チームナースングにおける看護ケアの満足度の調査—個別性と継続性に焦点をあてて—」『看護学統合研究』呉大学看護学部, 2巻1号, 2000年。
- 医療法制研究会監修『第五次改正医療法 改正法と主要関連法新旧対照表』中央法規出版, 2006年。
- 伊勢真樹著「急性期と回復期リハビリテーションにおける医師・看護師・療法士の連携について」『医療』国立医療学会, Vol. 61 No. 5, 2007年。
- 石田和久・尾上博美著「阿久根市民病院における人事考課の導入へのメディカル部門の取り組みとその状況に関する事例研究」『病院管理』日本病院管理学会, Vol.43 No.2, 2006年。
- 稲庭千弥子著「認知症ケアはチーム医療が要—秋田・久幸会のプログラムに学ぶ」『日経ヘルスケア』日本経済新聞社, 10月号, 2005年。

- 池上直己・J.C. キャンベル著『日本の医療 統制とバランス感覚』中央新書, 2001年。
- 今村知明・康永秀生・井出博生著『医療経営学』医学書院, 2006年。
- 大石廣著「リハビリテーション医療における言語聴覚士の現状と課題」『医療』国立医療学会, Vol.61 No.5, 2007年。
- 笠原善郎著「クリニカルパスの改善対策チーム医療の実践がカギ」『日経ヘルスケア 21』日本経済新聞社, 3月号, 2002年。
- 小原仁・栗原裕子・土肥守著「療養型リハビリテーション病棟における Nutrition Support Team による栄養管理の有用性」『医療』国立医療学会, Vol.59 No.6, 2005年。
- 後藤恵・高橋英男・股村恵理子・佐藤健太郎・山城あゆみ・三並淳一・長谷川志穂・桑江みちよ・本山二三・新貝憲利著「重症摂食障害の患者さんを地域で支える多職種援助」『病院・地域精神医学』日本病院・地域精神医学会, 48巻3号, 2006年。
- 近藤まゆみ著「専門看護師と医師との協働の実際」『病院』医学書院, 62巻5号, 2003年。
- 新藤直子著「リハビリテーション病院に亜急性期病床を導入して」『医療』国立医療学会, Vol.61 No.5, 2007年。
- 鷹野和美編著『チーム医療論』医歯薬出版株式会社, 2006年。
- 高山恵理子著「医療機関における「枠組みとしてのチーム」の形成とその意義」『社会福祉学』日本社会福祉学会, 第39巻第2号, 1999年。
- 中島雪彦著「回復期リハビリテーション病棟の運営の実際」『日経ヘルスケア 21』日本経済新聞社, 9
- 長浜宗敏著「診断群分類・包括評価（DPC）とクリニカルパス」『病院—特集：病院の質評価の選択肢は広がるか—』医学書院, 2005年。
- 中村伴子著「リハビリテーションチーム医療における作業療法士の立場からの現状と課題」『医療』国立医療学会, Vol.61 No.5, 2007年。
- 野村一俊著「連携パス」の活用で転院を円滑に進める」『日経ヘルスケア 21』日本経済新聞社, 11月号, 2003年。
- 灰野恵美・高崎邦子・堀達・小宮山徳太郎・佐藤るみ子・川島聡子著「重症依存症者が社会生活を維持していくための病棟支援体制 ～現状調査結果からの考察～」『病院・地域精神医学』日本病院・地域精神医学会, 48巻3号, 2006年。
- 深井久仁子・田熊亜矢子・町和夫・山根由夫著「チーム医療・協働を考える」『病院・地域精神医学』日本病院・地域精神医学会, 48巻3号, 2006年。
- 細田満和子著『「チーム医療」の理念と現実—看護に生かす医療社会学からのアプローチ—』, (株)日本看護協会出版会, 2003年。
- 真野俊樹著『医療マネジメント』日本評論社, 2004年。
- 「地域に広がるパスは在宅医療・連携の推進に役立つか」『病院』医学書院, 65巻10号, 2006年。月号, 2001年。
- 山崎哲也・柏原幸治・梁川和志・大山由紀子著「チームでの支援関係を重視したアプローチについて～症例を通じて学んだこと～」『病院・地域精神医学』日本病院・地域精神医学会, 48巻3号, 2006年。