

研究論文

チーム医療のマネジメントと情報共有

—イギリスの3病院の脳卒中病棟から—

村田京子¹⁾Team Management and Information-sharing in Medical Practice:
A Comparative Study of Stroke Units in the UK

MURATA Kyoko

The treatment and care of chronic disease such as heart disease and stroke is becoming increasingly important in an aging society. In the UK, the team medicine approach to stroke is based on evidence-based study and a holistic approach to patient treatment. Also, the hierarchy within the medical team is much less than in Japan. The author has analysed how healthcare providers in the UK treat and care for the patient through a comparative study of information-sharing in three hospital Stroke Units. From this study, the following observations have been made: 1) each professional in all three hospitals understands the importance and significance of the multidisciplinary meeting (MDM), which is evidenced by their attendance at, and preparation for the MDM, and which allows each profession to mutually share information with the other professions; 2) differences in the way the acute ward round is conducted and the way the patient records are written up by multidisciplinary professionals affect the information-sharing and discussion in the MDM. The author concludes that a more effective and efficient team approach will be established by carefully considering the way information is recorded, is made available, and the manner in which it is shared.

Key words : team, information-sharing, stroke, multidisciplinary

キーワード : チーム, 情報共有, 脳卒中, 多職種

はじめに

近年, イギリスや日本などの先進国において, 治療方法が明確である感染症が, 保健衛生や薬の開発, 医療技術の進歩によって減少し, 生活

習慣の乱れから生じる慢性疾患が医療対象の中心となってきている。さて, 多くの慢性疾患において, 多職種からなるチームによる医療介入が求められている。例えば, 脳卒中の場合, 脳のどの部位を損傷するかにより, 身体機能だけでなく認知能力や感情のあり方にも影響をきたす可能性があり, 様々な障害につながるため, 医師や看護師だけでなく, 理学療法士, 作業療

1) 立命館大学大学院政策科学研究科博士課程後期課程 (助手)

法士、言語聴覚士など様々な多職種からなるチームが患者に対してできるだけ早期から介入することが望まれている。このようにチーム医療の重要性は高まってきているが、日本におけるチーム医療の現状では、医療従事者間のコミュニケーションが適切に行われないうえに医療事故を起こしてしまったり、職種間の隔たりを取り除くことが難しいため、連携や協働が難しいと言われている⁽¹⁾。

本研究では、イギリスのストロークユニット（脳卒中ユニット）3例をとりあげ、どのような体制でどのようにチーム内で情報を共有しながら、チーム医療を行っているのかを検討した。欧米諸国では、70年代後半より多職種からなるチームによって介入を行うストロークユニットを導入し始め、90年代にはその効用がエビデンスベーストメディスン（EBM: Evidence-Based Medicine）によって認められ、導入が促進されている。イギリスは脳卒中ユニットの効用に対する研究が盛んな国のひとつであり、政府は脳卒中を高年齢疾患の主要な1つとして捉えている。また日本に比べ、医療従事者のヒエラルキーが小さく、患者の人間的な側面を見ることが元来得意であることから、豊かな情報の共有がなされていると考えられ、今後、日本において注目されている患者中心の医療を検討するためにもイギリスのチーム医療を検討することは有益であると考えられる。

1. イギリスの医療と脳卒中治療・ケア

1.1 医療の制度と環境

イギリスの医療は原則的に、NHS（National Health Service）によって、全国民に対して予防から医療までのサービスが無料で行われることになっており、ほとんどの医療機関が国営である。イギリスの「国民保健サービスは、予算の範囲でサービスを提供するシステムであ

る」⁽²⁾ ため、質がよく効果的な医療サービスを効率よく提供することに力を注ぐことが重要となる。1997年のブレア首相（新しい労働党）の就任後、イギリスの医療体制は「公平性」を大事にししながら、「効率性」と同時に「質の向上」を目指すようになり、医療サービスに対する質の評価や科学的な根拠に基づいた医療（EBM）により、より効率が高く有効な医療サービスを提供しようとしている。イギリスでは医療技術の標準化が進展し、診療指針が開発され、それが広く普及している⁽³⁾。

イギリスの医療現場では、救急医療の3時間待ち、一般医療の2日待ち、医療従事者の過酷な労働条件、医療事故などが問題となっている⁽⁴⁾。しかし、森ら⁽⁵⁾ はそれらの問題を認めたと上で、日本の国立病院会計との比較から、NHSの財務体質は収益性、安全性、効率性のいずれにおいても健全な状態にあると評価している。また、イギリスにおいて、患者の心理因子や社会因子を重要視する声は、1950年代に既にみられ、Balint, M. は一般医療における医師—患者関係の重要性、心理社会的要因の重要性を主張している⁽⁶⁾。

質のよい医療を行うためには、医療体制や制度などのほかに、充実した医療を行うことができる医療現場の環境作りが不可欠となる。矢崎⁽⁷⁾ はイギリスの医療のあり方について、次のように述べている。

- ・GP（かかりつけ医：General Practice）でも、病院でも、常に患者の心理因子や社会因子が治療にあたる上で考慮され、患者が純粋に器質論的に、または機械的に扱われることは例外である。
- ・少なくとも現在のイギリス人は医師を権威化したり特別扱いしたりせず、医学の専門家であり、健康問題の相談役とみている。
- ・施設や病院によって事情が異なるため一概には言えないが、診療科内では医師、看護

婦，理学療法士，作業療法士，心理療法士，社会福祉士，栄養士，さらには管理者がそれぞれ強い職種意識を持って平等の立場から共同医療を行うことが常識となっており，さまざまな視点から疾患の診断と治療が考慮されるのが普通である。

これらからイギリスの医療における環境は，チーム内で対等な関係が築かれた上で患者の社会的側面を重視した医療・福祉のサービスが行われやすいと考えられ，職種間の豊かな情報共有も行われやすいと考えられる。

1.2 脳卒中治療・ケアにおけるチーム医療

イギリスでは，脳卒中のほかにもメンタルヘルスや糖尿病，がんなどの疾患に対して多職種からなるチーム医療が政府主導で活発に行われている。前述のように脳卒中に関しては，イギリスを含め欧米において，脳卒中患者に対してチーム医療を行うストロークユニット（脳卒中ユニット）での介入の効果が90年代初期から活発に研究されており，エビデンスによって，科学的にも脳卒中へのチームでの介入の効果が高いことがいくつかの論文で証明されている⁽⁸⁾。政府は高齢者の重大な疾患の1つとして脳卒中を認識しており，これらのエビデンスから，積極的にストロークユニットの導入を推進しており，2004年にすべての病院に対しストロークユニットを導入することを目標に掲げた⁽⁹⁾。その結果，2004年度の導入率は79%であり⁽¹⁰⁾，その後も増加傾向にある。

脳卒中の発症は，それまでの患者の生活習慣が強く関わっており，高血圧，肥満，糖尿病，アルコールやタバコの摂取量などが影響する。また，脳卒中を含む生活習慣病の治療・ケアには，これら患者のライフスタイルに関する情報だけではなく，退院後の生活を導くために，患者の価値観，生活環境など，患者の生活体に関わる情報が広く収集されながらリハビリなどが

行われる。これらの様々な情報が治療・ケアの方針を決定する際に重要であるため，様々な観点から患者に介入する多職種での情報共有が不可欠となる。

保健省のNational Service Framework for Older People⁽¹¹⁾をはじめ，英国内科医師会のNational Clinical Guidelines for Stroke⁽¹²⁾では，脳卒中の治療・ケアにあたって，医師，看護師，専門看護師（看護師の上級資格の1つであり，脳卒中治療・ケアに対して豊富な知識と経験を持つ看護師），言語聴覚士（SLT），作業療法士（OT），理学療法士（PT）などの様々な専門職種からなるストロークチームによる介入がふさわしいとし，その介入のあり方についても詳細に記している。チームメンバーが，チームとしての価値観，目標を共通して持ち，協働することの重要性を示した上で，週に一度以上はチームでのミーティングを持ち，情報を共有しあうことなどが推進されている。また，各医療機関はNational Sentinel Stroke Audit⁽¹³⁾により2年ごとに行われるユニットの評価とその公表により，いわば他病院との競争の中でストロークユニットのあり方を見直し，よりよいものにしていくことが促されている。

日本の現状では，日本脳卒中学会，日本脳神経外科学会，日本神経学会，日本神経治療学会，日本リハビリテーション医学会の5学会と厚生労働省の脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血の3研究班からなる脳卒中合同ガイドライン委員会が作成した脳卒中治療ガイドラインが出されるようにはなった⁽¹⁴⁾が，チーム医療のあり方についての詳しい指針はまだ示されていない。しかし，事例研究として脳卒中のチーム医療を紹介する論文や病院のウェブサイトが最近見受けられるようになった。日本の一般的なチーム医療では，情報共有の重要性から，記録物の共有，クリニカルパスの作成や電子カルテ，データベースの構築などの取り組みが目立つ。しかしこ

のような情報共有の仕組みは、チーム内の医療従事者が他職種の情報価値あるものとみなし、実際にその仕組みの中で情報が活用されるから、その有効性が発揮されるものである。そのためには、それぞれの専門性を活かし、協働できるチームの組織が必要であり、チームメンバーがお互いを尊重した上で、お互いを理解しあうための直接的なコミュニケーション行動がなされていることが重要となる。しかし日本の現状は、各職種の専門性が活かされチームが機能しているケースは少なく、その大半は医師を頂点としたヒエラルキーを形成し⁽¹⁵⁾ており、そのヒエラルキーは質問を控える、質問しづらいという環境をもたらし、有効的な情報共有ができないという状況をつくり出していることも少なくない⁽¹⁶⁾。現状として、チーム医療でのコミュニケーションの重要性は指摘されたり紹介されている⁽¹⁷⁾が、その方法論はほとんど提示されていない。今後は日本の医療現場においても、他職種とのコミュニケーションのあり方や協働のあり方について、それらのメカニズムが解明され、チームアプローチの体系化がなされることが重要となるのではないかと考えられる。この研究では、チーム医療においてどのような過程で患者に関する情報やそれぞれの医療従事者の所見がコミュニケーションを通じて共有されていくのかを明らかにしながら、その過程でチームメンバーがどのように情報を理解・活用し、チームでの協働を形成するのかを解明することを目的とした。

2. 3 病院におけるストロークユニットの現状

2.1 調査方法

3病院の脳卒中ユニットでのチーム医療を参与観察により調査した。参与観察は質的研究の1つの手法であり、看護職者の間では1970年代からこの質的方法の活用が高い関心が寄せられ

てきた⁽¹⁸⁾。参与観察では、対象の文化を内側から探求することによって、現実世界のメカニズムを見出すことが期待される⁽¹⁹⁾。

本研究では、特にチーム回診やチームカンファレンスなどのチームでの活動、カルテの活用方法を観察した（また、医療従事者へのヒアリングを含む）。また、各病院の主要なチームメンバー（若手医師、専門看護師、看護師長、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）のそれぞれの2日間にわたる行動とコミュニケーションを、行動を共にさせていただくことによって観察した。調査にあたり、観察中は筆者からの医療従事者への会話を避け、彼らの業務が終わった後で疑問点を質問することとし、彼らの業務内容、それを行う時刻、その時のコミュニケーションの内容をできる限りノートに記録した。

筆者は脳卒中ユニットにおけるチーム医療はさまざまな形態があることを鑑み、複数病院への調査を行うこととした。また、異なる評価の病院を観察することにより、チーム医療のあり方の違いやよりよいチーム医療への手がかりが得られると考えたため、調査の対象となった医療機関は、イングランド地方で2004年から2005年度のNHS performance ratings⁽²⁰⁾が3つ星、2つ星、1つ星（最高3つ星）の病院に依頼した。調査は、2005年の9月から3ヶ月間実施した。

2.2 調査対象機関及び調査対象病棟の基本情報

調査対象機関はすべて急性期病院（Acute Hospital）である。Hospital A及びHospital Bは包括的ストロークユニット（Comprehensive stroke unit）と呼ばれ、急性期患者（Acute patients）と亜急性期患者（Rehab patients）が入院している。Hospital Cは亜急性期患者専門の病棟として設けられているが、なるべく早い時点から患者を受け入れるようにしており、

急性期患者も少数含まれる。

Key 12 indicator score は National Sentinel Stroke Audit 2004⁽²¹⁾ の中で評価されたものである。12の指標から脳卒中への介入のあり方を評価し、得点化したものである。表1と2にその詳細、及び3病院の基本情報を示す。表（以下の表1から5）については可能な限り日本語で表記したが、翻訳によって意味がわかりにくくなるものや職種のタイトルについては本文中で説明を加え、表では英語のまま記載している。

2.3 チームの体制

チームの体制について表3にまとめた。Hospital CにはSpecialist Nurseがない。ヒアリングから資金がないためであるということがわかった。また、病床数から見て、Hospital Cの人的資源は他病院より少ないことがわかる。

2.4 チームでの活動

2.4.1 チームカンファレンス

どの病院でもチームの中心的なメンバーである、上級医・若手医師・専門看護師・看護部長・PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・SLT（言語聴覚士）は参加する（表4）。退院・転院に関してすべての病院でソーシャルワーカーが参加している。Hospital Bは看護師の参加がない。チームカンファレンスの司会進行役はHospital Bでは医師・看護職（専門看護師もしくは看護師長）・PT・OT・SLTが交代（Rotates）で行う。またこの病院では、その記録者も同様に交代で行われることになっている。

Hospital Aでは、患者の入院経緯・状態が話された後、それぞれの職種の介入状況が共有され、そこから患者のこれからのプランについて議論がなされる。Hospital Bでは、患者の入院経緯や状態については要約程度にしか話されず、それぞれの職種の介入状況と患者のこれか

らのプランについての議論が中心となる。これは、急性期患者に対するチーム回診にセラピスト（PT・OT・SLT）が参加しており、患者の入院経緯や状態、患者への介入の大まかな方針が既にチーム回診の場で共有されているためであると考えられる。Hospital A及びBでは、患者の生活体に関する情報も広く共有され、今後の方針の決定にはそれらの情報も使用されていた。Hospital Cでは、患者の入院経緯・状態、それぞれの職種の介入状況の詳細までは共有されないため、1患者に対する議論の時間は他の病院に比べ短い。また、セラピストの患者への介入がなされていないために十分な議論が行われないケースもしばしば見られ、評価が次週に延期されることがあった。これは前述の表1からも示唆される。脳卒中では、できるだけ早期からのセラピストによるリハビリテーションが推進されているが、PTの72時間以内のアセスメント、OTの7日以内のアセスメントの達成が他病院に比べ大きく遅れていることがわかる。

しかしながら、すべての病院において、中心的なメンバーについては欠席が見られず、それぞれの病院で話したい内容や患者への介入の状況をあらかじめまとめている姿（主にPT・OT・SLT）も見られ、その他の職種でもカンファレンスの直前にそれぞれが情報収集などを行っていることが観察された。また、どの病院でも研修中の学生をカンファレンスに参加させたり、その場で報告をさせたりする姿もみられた。議論の内容をメモする者も多い。これらはガイドラインに従ってのカンファレンスの参加だけではなく、それぞれの医療従事者がカンファレンスの重要性を認識し、その場を有効に活用しようとしている姿勢の表れであると考えられる。

表1 : Rating 2004/2005及びKey 12 indicator scoreの得点

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
NHS performance ratings 2004/2005 (病院全体)	★★★	★★	★
12時間以内に救急で緊急入院が決定されたか (12 hour waits for emergency admission via A&E post decision to admit)	Achieved	Achieved	Achieved
重要度の高い患者の待ち時間が標準よりも長くなってしまったか (Elective patients waiting longer than the standard)	Achieved	Achieved	Achieved
財政的なマネジメント (Financial management)	Achieved	Significantly underachieved	Significantly underachieved
外来での待ち時間が標準よりも長くなってしまったか (Outpatients waiting longer than the standard)	Achieved	Achieved	Underachieved
救急にいたのは4時間以内であったか (Total time in A&E: four hours or less)	Achieved	Achieved	Underachieved
医療者の視点から (Clinical focus)	High	Medium	Medium
患者の視点から (Patient focus)	Medium	High	High
収容可能性と介入能力の視点から (Capacity and capability focus)	High	High	Medium
National Sentinel Stroke Audit; Key 12 indicator score (総得点)	86	68	56
患者が脳卒中ユニットで治療・ケアを受けたか (Patients treated in a Stroke Unit)	85	72	59
患者が入院中日数の半分より多くの日数を脳卒中ユニットで過ごしたか (Patients treated for >50% stay in a Stroke Unit)	83	58	53
入院後24時間までに嚥下障害についてスクリーニングが行われたか (Screening for swallowing disorders <24 Hours after admission)	94	82	45
脳卒中発症後の24時間以内に緊急で脳のスキャンが行われたか (Emergency brain scan within 24 hours of stroke)	100	70	91
脳卒中発症後の48時間までにアスピリンが投与されたか (Aspirin by 48 hours of stroke)	97	77	69
入院後72時間以内に理学療法士が患者を診たか (Physiotherapist assessment within 72 hours of admission)	82	75	43
入院後7日以内に作業療法士が患者を診たか (OT assessment within 7 days of admission)	41	81	4
入院中に患者の体重が測定されたか (Patient weighed during admission)	79	49	48
退院までに患者の精神的状態が評価されたか (Patient's Mood assessed by discharge)	84	40	16
退院までに患者に対して抗血栓剤による治療がなされたか (Patient on antithrombotic therapy by discharge)	97	94	96
多職種チーム内でリハビリの目標が合意されたか (Rehabilitation goals agreed by multidisciplinary team)	96	67	82
退院前までに患者宅の訪問をしたか (Home visit performed before discharge)	90	54	69

出所：NHS performance ratings 2004/2005, National Sentinel Stroke Audit 2004より筆者による抜粋・編集

Rating 2004/2005はEngland地方のNHSトラストが対象となっている。Stroke AuditのKey 12 indicator scoreはEngland, Wales, Northern Ireland, Channel Islands地方が対象となっている。評価された病院のRating2004/2005の3つ星病院数は165, 以下2つ星261, 1つ星140, 星なし24であった(3つ星を最高とする。星のつけ方の詳細は出所のp.4)。Clinical focus, Patient focus, Capacity and capability focusの詳細は出所のp.23-24。Key 12 indicator scoreの全体平均は61点である。

表 2：設備などの基礎情報

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
ベッド数	23	19+1 independent living unit (*1)	28
検査設備	CT, MRI/MRA, Dopplers, Echo, TOE, X-ray, DWI	CT, MRI/MRA, digital angiography, SPECT, Echo, X-ray	CT, MRI/MRA, Echo, X-ray

出所：ヒアリングより筆者による作成

(*1)：独立した生活に向けた訓練を行うことを目的として、2部屋で構成される病床が1床設けられている。1部屋にはベッド、洗面台と冷蔵庫、電子レンジやポットなどの設備、もう1つの部屋にはシャワー、トイレが設置されている。

表 3：チームの体制

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
医療従事者の数（人数は日勤のフルタイムを1としている）			
上級医師	0.5	1	1
若手医師	1	2	1
専門看護師	1	1	0
看護師長	1	1	2
看護師(HCAとagency nurseを含む)	9	6	8
理学療法士	3	3.5	3
作業療法士	3	4	2
言語聴覚士	1	1.5	2
ソーシャルワーカー	0 (*1)	0 (*1)	1
食事療法士	0.5	0 (*1)	0 (*1)
病棟専門の事務職員	1	1	1
その他	薬剤師 0.25	薬剤師 0.5	回答なし
チームのリーダー	stroke steering group(*2)	看護師長	チームの代表医
常勤ではない職種	ソーシャルワーカー, 食事療法士, 神経科上級医	ソーシャルワーカー, 食事療法士, 神経科上級医	心理士
マネジメント上での問題			
ベッドの不足	No	No	No
コミュニティケアへの転院待ち	No	Yes	Yes
職種の不足	心理系の職種, 中級以上の医師	心理系の職種	医師, 専門看護師
設備の不足	No	No	No
介入の遅延	No	No	No
その他	脳卒中専門のコミュニティセラピー待ち	脳卒中ユニットの組織化	回答なし

出所：ヒアリングから筆者による作成

医師（上級医：consultant，若手医師：resident house officer：病棟内に常駐している），看護師（nurse，HCA：healthcare assistant：看護師の免許を持っていなくてもなることができ、看護師補助をする、agency nurse：臨時で雇われている看護師），専門看護師（specialist nurse），看護師長（sister），言語聴覚士（SLT：speech and language therapist），作業療法士（OT：occupational therapist），理学療法士（PT：physiotherapist），ソーシャルワーカー（medical social worker），食事療法士（dietitian），病棟専門の事務職員（administrative ward support），薬剤師（pharmacist）

(*1) 脳卒中専門の医療従事者ではないため0となっているが、他の病棟もカバーしながら関わっている。

(*2) 各職種の代表者らで結成された集団。

表4：チームカンファレンス

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
チームカンファレンスの頻度	毎週水曜日	毎週木曜日（急性期）， 毎週月曜日（亜急性期）	毎週木曜日
チームカンファレンスへの参加職種	上級医，若手医師，専門看護師，看護師長，PT，OT，SLT，ソーシャルワーカー，（看護師）(*1)	上級医，若手医師，専門看護師，看護師長，PT，OT，SLT，ソーシャルワーカー (*2)	上級医，若手医師，看護師長，PT，OT，SLT，ソーシャルワーカー，看護師，family support organizer，discharge co-ordinator (*3)
チームカンファレンスでの司会進行役	ほとんど代表医だが，各職種の代表者が交代で行うこともある	交代制	代表医
1患者に対して議論される平均時間	9分	急性期 6分 亜急性期 9分	3分

出所：筆者作成

(*1) 括弧付の看護師は，毎回の参加ではないことを示している。

(*2) 急性期患者のためのカンファレンスでは，ソーシャルワーカーは出席せず，急性期患者を担当する上級医が出席し，亜急性期患者のためのカンファレンスでは，亜急性期患者を担当する上級医が参加する。

(*3) family support organizerは患者の家族や介護者をサポートする，discharge co-ordinatorは退院や転院の手続きがスムーズに行われるように監督する。

表5：チーム回診

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
チーム回診の頻度	月曜から金曜（急性期） 水曜日（亜急性期）	月曜から金曜（急性期） 月曜日（亜急性期）	火曜日（亜急性期）(*1)
チーム回診（急性期）の参加者	上級医，若手医師，専門看護師，看護師長，看護師(*2)	上級医，若手医師，専門看護師，看護師長，PT，OT，SLT，（看護師）(*3) (*4)	上級医，（他病棟の若手医師，薬剤師，PT）(*5)
チーム回診（亜急性期）の参加者	上級医，若手医師，専門看護師，看護師長，看護師	上級医，若手医師，専門看護師，看護師長，（看護師）	上級医，若手医師，（看護師）
急性期患者1人当たりに費やされる時間	15分	6分	--分 (*6)
亜急性期患者1人当たりに費やされる時間	7分	6分	4分

出所：筆者作成

(*1) この病院では急性期患者は他病棟（脳卒中以外の患者を含む）にいる。その病棟では回診が月曜から金曜まで行われ，ストロークユニットの上級医は週に一度担当している。

(*2) 基本的なメンバーであり，他病棟の若手医師がしばしば参加する。看護師はその日の急性期患者担当者である。

(*3) 基本的なメンバーであり，他病棟の上級医や若手医師がしばしば参加する。亜急性期担当医が参加することもある。

(*4) この表における全ての括弧付の看護師は，毎回の参加ではないことを示している。

(*5) 急性期患者の回診におけるメンバーは上級医以外，ストロークユニットのメンバーではない。また，PTは脳卒中患者の回診の場合にだけ参加する。

(*6) データ数が過少であるため，測定できなかった。

2.4.2 チーム回診

どの病院においても，代表の上級医（以下，代表医）が患者とのインタラクション及び他の

医療従事者とのコミュニケーションの中心的役割を担う。Hospital A及びBでは，急性期患者に対して月曜から金曜までチーム回診が行われ

ている（表5）。Hospital Aはその日の急性期患者を担当する看護師は参加するが、セラピストの参加はない。逆にHospital Bはセラピストが交代で代表としてそれぞれ1名ずつ参加するのに対し、看護師の参加はあまり見られない。Hospital Cでは、ストロークユニットの代表医は週に一度、急性期患者のいる病棟にて、その病棟の若手医師や薬剤師、PTと回診を行う。

亜急性期患者に対するチーム回診はどの病院も週に1度行っている。Hospital A及びBはチームカンファレンスのある日に行っているが、Hospital Aはチームカンファレンスの前、Bはチームカンファレンスの後である。AとBではこの回診の意味合いが異なると考えられる。Aではカンファレンスに向けてチームの代表医や医師、専門看護師が患者の現状把握をすること、Bではカンファレンスの結果を確認することが目的であるように感じられる。

Hospital Aでの急性期患者・亜急性期患者に対するチーム回診のあり方は、内容は異なってくるがほとんど同じ手順である。カルテの経過記録やバイタル情報を確認した後、代表医が患者に話しかけ、病状や気分を確認したり身体所見を行う。その後、代表医が意見や望ましい介入のあり方を述べ、他の参加者と意見を交わしながらその後の方針を参加者とともに決定し、患者に伝える。急性期の患者に対しては、参加者が病室の外に置かれたコンピュータの前に集まり、5分ほどかけてCTやMRIの画像を見ながら議論をする。Hospital Bでは、それら画像の所見・議論は週に一度、別に時間を設けて行われている。

Hospital Bでは、急性期患者と亜急性期患者に対するチーム回診のあり方は参加者が異なるため、違いが見られる。急性期患者のためのチーム回診では、代表医らが患者に挨拶を行った後、カルテからの情報の伝達、または医師の患者に対する知識の共有があり、その後代表医が

患者に再び話しかけ、病状や気分を確認したり身体所見を行う。そして代表医がそれらから得た評価を述べ、すでに患者との面談が済んでいる職種からの所見の報告と意見が述べられ、これからの治療方針についての確認と患者への報告が行われる。その後患者に質問がないかどうかを確認する。亜急性期患者へのチーム回診は、セラピストの参加がないために医師の所見が中心となる。前述したように、ここでは上級医がチームカンファレンスで議論された患者のこれからの治療方針を確認したり、セラピストの報告を確認する意味合いが強いと考えられる。Hospital A及びBでは、患者もしくはその家族が満足するまで、話し合う態度が見られた。

Hospital Cでは、医師が中心のチーム回診となる。カルテから情報を収集し、患者に代表医が話しかける。症状や気分を確認したり身体所見を行い、代表医が若手の医師に治療方針を示したり、代表医の知識を伝達する。急性期の脳卒中患者に対しては、この過程の中で、PTによる身体観察が行われ、医師はPTの所見を考慮しながら、治療方針を決定する。

2.4.3 カルテへの記録

Hospital Aでは、すべての職種の医療従事者が経過記録に時系列順に記録を残していく。Hospital Bでは、看護師を除くすべての職種が経過記録に時系列に記録を残していく。看護師は、ナースカーデックスと呼ばれる患者のベッドサイドに設置されているフォルダの中に看護師専用の経過記録紙があり、そこに記録をする（ナースカーデックスには、患者のバイタル情報、水分/食事摂取量、排尿量などの情報が記録されている）。しかし、特別な変化や他の医療従事者に伝えなければならない重要な事柄がある場合はカルテの経過記録に記録する。Hospital Cでは、チームの主要メンバーでカルテの経過記録に記録するのは医師、SLTであり、

PT・看護師はカルテ内のそれぞれの専用の欄に書くようになっている。また、OTは自分たちの記録を自分たちのオフィスに保管している。どの病院も専門看護師・看護師長・代表医の記録はあまり見られない。Hospital Bに関しては看護師長の記録が時々見られるが、主に退院に向けてのソーシャルワーカーやコミュニティケアとのやり取りの記録である。

2.4.4 その他の情報共有の特徴

すべての病院で、患者の一覧を示したボードが使用されていた。ベッド番号と患者、また退院・転院の予定がわかる仕組みがなされている。どの医療従事者も簡単に新しい患者の有無を確認できるようになっている。また、すべての病院で、看護師（看護師長含む）内での申し送りが行われているのが確認された。Hospital A及びBでは、合同の申し送りの後、それぞれの担当エリアの患者のベッドサイドで1患者ずつ患者を目の前にしながら、さらに詳細な情報が申し送られる。

Hospital Aでは、急性期患者に対する回診にセラピストが参加しないため、専門看護師が、セラピストが病棟にいる時に急性期患者に対する情報を伝達する場面が多く見られた。Hospital Bでは、PT・OT・SLTがいつどの患者とリハビリを行うのかを決定するミーティングが週に一度開かれている。Hospital B及びCでは、PT・OT・SLTによるGoal setting meetingが週に一度行われ、リハビリの目標が定められる。Hospital CではPT・OTに対し週末を除く毎朝、看護師による申し送りが行われる。その際に新しい患者についての情報も伝えられる。

3. 考察

以上の調査結果から、特にチーム医療及び脳

卒中ユニットのシステムの違いに焦点を当て、以下の3点について考察を行う。

1) 急性期患者を含むユニット (Hospital A&B) と含まないユニット (Hospital C) ガイドラインにもあるように、脳卒中患者に対しては、例えば、PTの72時間以内のアセスメント⁽²²⁾、OTの4就業日以内のアセスメント⁽²³⁾など、できるだけ早い時点でセラピストが患者をアセスメントすることが求められている。Hospital Cのように亜急性患者のための病棟では、他の病棟で急性期の3-4日程度の治療を受け、その後移動をすることとなる。多忙であってもセラピストは新患者を優先して診ることが必須となり、チームカンファレンスの前までに新患者について把握することによって、チームカンファレンスの価値が高まる。

Hospital Cでは、急性患者の情報は脳卒中ユニットにほとんど入ってくることはない。シームレスな医療介入のためにも、急性期から患者を同じ場所で診ることができるシステムもしくは、チームが病棟を越えて、急性期から介入したり、新患者の情報を獲得できるシステムが重要となる。

2) 急性期のチーム回診について (Hospital A とHospital B)

Hospital Bでは急性期のチーム回診にセラピストも参加する。セラピストの参加により、チーム全体に患者の入院経過を含めた情報・所見を通じた大まかな介入の方向性が伝わる。セラピストにとってはどの患者を優先して診ていくべきかを迅速に把握することができる。セラピストの参加がないHospital Aでは、セラピストは毎朝患者ボードをチェックし、新患者の情報をその日の急性期患者担当の看護師に尋ねる場面も見られている。特にPTは新しい患者のチェックを朝一番に行い、いち早く介入をするこ

とを心がけている姿が見られた。また、後で専門看護師がチーム回診の結果を述べたり、どの患者を診てほしいかを伝える場面がしばしば見られる。この病院での専門看護師のこのような情報伝達はこの病棟では価値が高いが、それらが合理的な情報行動であるかは疑問となる。

また、Hospital Bでは、毎朝、セラピストが急性期のチーム回診から情報を得ることから、看護師に新しい患者の情報についてたずねる必要がなくなる。Hospital Bでは、看護師は急性期のチーム回診にもあまり出席せず、カルテ記録も他のチームメンバーとは異なる場所を書くことから、主要なチームメンバーに含まれていないようにみえる。

患者の視点に立って考えてみた場合、入院直後は、体が思うように動かなかったり、伝えたいことが口の筋肉の麻痺や記憶障害で伝えられなかつたりする。セラピストがいるチーム回診では、セラピストが「後でまた診に来ますね」という言動、いない回診では、「セラピストにあなたに会いに行くように言っておきます」という言動につながる。患者サイドから見た場合、Hospital Bのようにその場にセラピストがいることによって、それぞれのセラピストが自分の存在を知っていてくれるということに安心をするのではないかと考えられる。また、患者にとっては入院経過などの情報を繰り返しそれぞれのチームメンバーに伝えるという負担がなくなる。

さらに、チームカンファレンスでの急性期患者の情報共有・議論のあり方もセラピストが急性期のチーム回診に参加するかどうかで異なってくる。Hospital Aでは、情報共有・議論の時間が同程度であるのに対し、Hospital Bでは短い情報共有の後、議論が行われる。セラピストが急性期のチーム回診に参加することによって、患者を実際に目の前にしながら患者の情報が既に把握されているためであると考えられ

る。

これらから急性期のチーム回診の参加メンバーの違いが、後の情報行動に大きな影響をもたらしていることがわかる。

3) 記録される場所の違い

どの病院のどの医療従事者も患者への介入の前、もしくは記録を行う前にカルテの経過記録を読んでいた。逆に、経過記録以外の記録はほとんど読まれていなかった。経過記録以外の場所に日々の介入の記録を残すことは、情報の共有を自ら排除していることになる。それぞれの職種の医療従事者が非同期で患者に介入する医療現場では、カルテという記録物の存在は大きい。経過記録を参照することで、誰でも他職種の最新の情報にアクセスすることができ、それを元に介入の仕方を改善することが可能となる。Hospital AとBのセラピスト、及びHospital CのSLTは、カルテと自分たちで所有するフォルダの2種類の経過記録紙に記録する。どのセラピストもカルテには介入の要約、自分のフォルダには詳細を記録している。Hospital AのPTは皆で共有するカルテに記入した後、コピーをとって自分のフォルダにはさんでいく姿も見られた。

他の医療従事者に情報を伝える重要性、そして2つのカルテに記入するという時間のロスをどのように理解しているかによって、記録に対する行動が異なっていると考えられる。これらはチームとしての自分の専門性、協働の重要性への理解の表れであると考えられる。後者は、医療情報を電子化（電子カルテ）することによって解決されると考えられる。

他職種の情報を理解してチームカンファレンスに望むことにより、より深い議論を持つことができるという点からも記録の重要性が見られる。チームカンファレンスは時間が長ければよいというものではなく、十分な情報共有を元に

どのように患者のプランを議論していくかが重要であると考えられる。

チーム医療の成立には、「異なる『知識』と『情報』を持つ者同士の自由なコミュニケーションが前提となる」⁽²⁴⁾。しかし、Key 12 indicator score (表1)の指標は、チーム内の情報共有・協働による相乗効果を見るものではなく、介入の際に重要な事柄をそれぞれの事柄を職務とするチームのメンバーがいかに達成しているかを見るものがほとんどであった。今後、更なる治療効果の向上を目指す際には、その1つにチームでの協働の効果を指標化していく必要があると考えられる。

今回の参与観察では、チーム活動への参加のあり方がチームの協働意識に影響を与えていることがわかった。チーム回診やチームカンファレンスへの参加者、皆に共有されるカルテへの記入者の各病院の相違からは、各医療従事者のチームメンバーとしての認識や協働の重要性への認識の強さを伺うことができると考えられる。逆に、例えばカルテの記入について、チーム全員の情報を共有する仕組みを構築することが協働意識を高める1つの手段になると言える。例えば経過記録に皆が情報を時系列に書くという行為は、どの職種のものも同程度の価値があるということを示し、どの職種も欠かせない存在であるということ象徴する。チームを誘導する職種の医療従事者は、それぞれの職種のチーム活動をどのように位置づけるかを検討し、それを皆に理解させることが望ましい。

また、急性期患者のためのチーム回診のあり方の違いは、新患者に関する情報の共有方法や各職種の最初の介入のあり方に相違をもたらすだけでなく、チームカンファレンスでの情報共有・議論のあり方にも影響することがわかった。同様に、カルテ情報の共有のあり方も、チームカンファレンスでの情報共有・議論のあり

方に影響すると考えられる。今後、どの時点でどのように情報を共有すれば効率的かつ効果的な医療介入ができるのかを検討する必要があると考えられる。そのためには、様々な情報行動にかかる時間を分析するとともに、どのような情報が正確にその場の文脈・経験とともに伝えられるべきであるのかを見極めなければならない。

終わりに

脳卒中では、発症直後からセラピストの介入が必要とされるため、急性期からストロークユニットにて患者を診ることができることが望ましく、また、いち早く新しい患者の情報を獲得する仕組みの構築が重要となると考えられる。

チーム医療において、情報の共有は患者への介入をよりよいものにしていくための前提条件となる。調査では、すべての病院の医療従事者の積極的な出席やそのための準備行動から、彼らがチームカンファレンスの重要性と意義を理解していることが示唆された。また、チーム回診への参加とその実施内容、そして記録による情報共有のあり方が、チームによる介入の効果やその後の協働に影響を与える要因の1部であると考えられる。Hospital Cの評価が平均を下回っているのは、病棟を運営する資金の不足による人材不足に加え、チーム回診の結果をチームメンバーが容易に把握できないこと、記録物の所在が統一されていないこと、さらにチームカンファレンスの重要性や意義は認識されているものの、それが十分なコミュニケーションによる情報共有につながっていないことがその要因の1部であると考えられる。

今回の調査からは、職種間のヒエラルキーによる隔たりや未熟なコミュニケーションの問題以外にもチーム医療を上手く運営できない要素が見つかった。チームでの活動のあり方やカル

テの記録の仕方をいかに工夫して、効率よく高い効果を得られるようにするかが鍵となる。また、適時に適切な情報の共有と討論を可能とする仕組みの構築は、ヒエラルキーの軽減をもたらすと考えられる。

今回の論文ではチーム医療の概観にとどまっているが、イギリスの脳卒中治療・ケアの体制などを紹介し、情報共有・意思決定の過程に焦点をあて、どのようにチーム医療が行われているのかを検討することができた。筆者は今後、今回の調査で得られた医療従事者の行動過程を細かく分析し、質がよく効率的なチーム医療のあり方について検討していきたい。また、チーム医療の違いによってどのように共有される情報の質が異なってくるのかという点についても検討を行いたいと考えている。

謝辞

本研究を進めるにあたり、所属などは明らかにできませんが、調査に協力して下さった機関の皆様へ感謝の意を表します。また、立命館大学大学院政策科学研究科の稲葉光行助教授には多くの貴重なコメントを頂き、心より感謝します。また、この調査は『2005年度・政策科学研究科 堀田大介氏研究助成金』によって支えられており、このような機会を与えてくださったことに感謝いたします。

- (1) 中島由美「回復期リハビリテーション病棟における看護・介護スタッフとの協業」『理学療法ジャーナル』, 39(5): 419-425, 2005.5 及び 渡辺京子「当院の医療連携の現状と問題点」『リハビリテーションネットワーク研究』2(12): 19-24, 2004.
- (2) 一圓光彌「日本の医療保障をめぐる議論とイギリスの国民保健サービス」『Journal of Policy Studies』関西学院大学, 2: 23-31, 1996. (引用p.28)
- (3) JANCOC「科学的根拠に基づく医療 (Evidence-based Medicine): 21世紀における医療の選択—ミュー・グレイ博士講演会より—」
(http://cochrane.umin.ac.jp/seminar_etc/muir960227.htm) 2005.6.19アクセス.
- (4) 近藤克則『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』医学書院, 2004.5, p.57-67.
- (5) 森宏一郎・鶴田由美子「日医総研ワーキングペーパー イギリス医療レポート NHS病院会計の財務分析」No.87, 2003.8.19
(<http://www.jmari.med.or.jp/research3.php?no=214>) 2005.9.1アクセス.
- (6) 齊藤清二・岸本寛史『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版, 2003.7.20, p.序文4.
- (7) 矢崎直人「特別企画/各国の心身医学の現状 イギリス」『心身医学』39(1): 53-58, 1999.1.
- (8) 中山博文「脳卒中新時代第2回求められる脳卒中診療体制」『あいみっく』25(3・4): 31-34, 2004.
- (9) Department of Health, National Service Framework for Older People, March 2003.
(<http://www.jr2.ox.ac.uk/geratol/NSF.pdf>) 2005.7.10アクセス.
- (10) The stroke association. Work still to be done to achieve a first-class stroke service, says The Stroke Association.
(http://www.stroke.org.uk/media_centre/press_releases/2004_sentinel.html) 2005.10.20アクセス.
- (11) (9) を参照.
- (12) Royal College of Physicians. National Clinical Guidelines for Stroke.
(<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/>) 2005.4.5アクセス.
- (13) Royal College of Physicians. National Sentinel Stroke Audit.
(<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/>) 2005.10.10アクセス.
- (14) 日本脳卒中学会「脳卒中ガイドライン治療2004」.
(<http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>) 2005.11.16アクセス.
- (15) 鈴木敦子「よいチーム医療を作るために、看護師の他職種とのコミュニケーションのあり方」『小児看護』26(6): 749-753, 2003.
- (16) 日下隼人「メディカル・コンフリクト・マネジメント—医療事故の対応— [第3回] コミュニケーション①」『看護展望』30(4): 460-465, 2005.3.
- (17) 石井ひろみ「回復期リハビリ病棟に学ぶチーム医療推進のためのヒント」『日経ヘルスケア21』(148): 58-61, 2002.2 及び 上野直人他「座談会 M.D. アンダーソン癌センターのチーム医療 米国流チーム医療の真実—ミッション、情報共有、人的資源が癌撲滅のカギ」『日経メディカル』32(12

- 433) : 54-59, 2003.12 及び 細田満和子『「チーム医療」の理想と現実』, 日本看護協会出版社, 2003.9.20, pp.97-105.
- (18) Holloway, I., Wheeler, S. (1996) *Qualitative Research for Nurses*. Blackwell Science. (野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで』医学書院, 2000) p.1.
- (19) 前掲載, pp.65-69.
- (20) Healthcare Commission. *NHS performance ratings 2004/2005*. (http://image.guardian.co.uk/sys-files/Society/documents/2005/07/27/Performance_ratings.pdf) 2005.9.12アクセス.
- (21) Royal College of Physicians. *National Sentinel Stroke Audit 2004*. (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/strokeaudit2004.pdf>) 2005.10.10アクセス.
- (22) Royal College of Physicians. *National Clinical Guidelines for Stroke 2nd edition*. (http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/stroke_guidelines_2ed.pdf) 2005.4.5アクセス. p.62.
- (23) 前掲載, p.72.
- (24) (17) の細田を参照. p.97.
(2005. 11. 30 受稿) (2006. 1. 31 受理)