



日本赤十字社
チーム医療の推進に関する手引き
第3版



【著作権について】

本「手引き」内のコンテンツ（文章・資料・画像等）の著作権は、日本赤十字社が保有しております。本「手引き」のコンテンツを許可なく複製、転用、販売など二次利用することを禁じます。ただし、日本赤十字社等自らが活用する場合や、研究を目的として利用する場合については、例外とします。その際は、引用元（リンク先）を明記の上、ご利用ください。商用での利用を希望される場合は、日本赤十字社医療事業推進本部までご相談ください。

巻 頭 言

COVID-19 のパンデミックを受け、世界の医療をめぐる環境は大きく変わりこれまでの既成概念が崩れる中、AI の普及と現場への浸透により医師や看護師、薬剤師、そして多彩な医療技術職の職務の範囲や位置づけが急速に変化してきています。チーム医療においては、2009 年、厚生労働省に「チーム医療に関する検討会」が発足し、多くの情報発信や診療報酬上の加算等により、医療機関へのチーム医療の導入が進んできました。しかし、昨今のコロナ禍における外部環境と内部環境の目まぐるしい変化は、病院内におけるチーム医療にも影響を及ぼし、プロダクトライフサイクルのごとく、導入期、成長期を経て、いまや成熟期にあるようにも見えます。その点で、現代は旧態依然としたチーム医療や前例踏襲では太刀打ちできない時代にあると言えます。

2010 年 3 月にまとめられた厚生労働省の「チーム医療に関する検討会報告書」は、まるで現在の厳しい医療環境を予見したかのように、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった今でいうタスクシェア、タスクシフトを目標としていました。この目標をもとに、安心・安全で、患者さんにとって質の高い医療を現場で行うべく、チーム医療の推進に取り組んでまいりましたが、まだまだ改善の余地はあり、常に問題意識をもってさらに発展させる必要があります。

そして、2024 年は医師の働き方改革元年でした。これまでの日本の医療は医師の長時間労働によって支えられてきましたが、労働時間の短縮や休暇取得の義務化を含め、同じ仕事量を限られた資源で遂行していかなければならない環境となり、さらに、医師の地域偏在、診療科偏在は、多くの地域医療、へき地医療に多大な影響を与えています。ひとりひとりの医師が受け持つ守備範囲を広くし、専門性を持ちながらもサイロ化に陥らず、総合力のある医師が求められています。また同様に、看護師、薬剤師、医療技術職、そして病院におけるあらゆる職員も、自分の枠を超えて能力を高め、自発的に知恵を出し合うチームや組織を形成しなければ持続可能性を高めることはできません。そのためにも、なんでも言い合える心理的安全性のある組織風土、文化もまた、チーム医療には欠かせないと言えます。

2027 年 5 月 1 日に日本赤十字は創立 150 周年を迎えます。「変わりゆく未来へ、赤十字は挑戦をする」が長期ビジョンにあり、未来を見据えた医療提供体制が必要です。その点で、これまで作成してきた「チーム医療の推進に関するガイドライン」も今回から、「チーム医療の推進に関する手引き」へとタイトルを変え、より現実的な課題を取り上げ、変貌を遂げています。チーム間での重複業務や能力の高い職員への業務集中など、チーム医療のマネジメントがいま求められており、より効率的で先進的なチーム医療に挑戦する時期にあると思います。日赤病院グループの叡智をもって、チーム医療が発展することを祈念いたします。

2025 年 3 月吉日

医療事業推進本部長 渡部 洋一

目次

I. 手引きの目的.....	3
II. 手引きの内容および活用.....	3
III. チーム医療（多職種連携）とは.....	3
IV. チーム医療の理念およびあり方.....	3
V. チーム医療体制づくりの実際.....	7
VI. チーム医療の方向性.....	18
VII. チーム医療の推進のために必要な能力.....	21
VIII. チーム医療における心理的安全性.....	24
IX. タスク・シフト/シェアの推進.....	26
X. 広報.....	31
XI. 評価方法.....	32

はじめに

医療は本来、チームワークで行うものであり、医療者一人がすべての責任を負って治療するものではありません。高度な専門知識や技術を持つプロフェッショナルが集まり、協力し合うことで、より質の高い医療（チーム医療）を実現することが可能です。しかし、職能が細分化されることで役割分担が明確になる一方、時には横断的な業務の連携が難しくなり、効率が低下することもあります。質の高い医療を提供するためには、いかに多職種が連携するかが極めて重要です。

平成 19 年に厚生労働省は、「医師および医療関係職と事務職員等との役割分担の推進について」を通知し、平成 22 年には「チーム医療推進に関する検討会報告書」を発表しました。この報告書は、看護師を中心とした役割分担や看護業務の拡大、医療従事者間の連携を考慮したものでした。平成 25 年には、日本赤十字社として「チーム医療の推進に関するガイドライン」を策定し、第一版ではチーム医療を推進するための組織体制作りや教育体制の整備について、全プロセスを明示しました。第二版の改訂では、医療の質の評価や向上、チーム医療の課題、そしてその評価方法について、検討部会に設置されたワーキンググループにより内容が精査され、加筆・補強されました。今回の第三版では、医療者の働き方改革に合わせ、ワークシェアやワークシフト、さらには医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）による業務改善を視野に入れた改訂が行われています。

医療者の働き方改革の本質は、単に制度や規則の改定にとどまらず、医療者一人ひとりの働き方や意識の变革にあるといえます。互いをリスペクトし、助け合いながら効率的かつ質の高い業務を遂行することが求められています。また、近年では、チーム間の協働や地域での多職種連携医療（多職種地域医療連携）も重要な時代となりました。私たちは「**レッドクロス、もっとクロス、タスククロス*!**」という理念を広く浸透させ、多職種連携を通じてより良い医療サービスを提供することを目指します。

赤十字の理念に基づき、今後も安心・安全な医療サービスが提供され続けるため、本「手引き」が活用されることを心より願っております。

チーム医療の推進に関する検討部会 部会長

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 院長 佐藤 公治

*タスククロスとは

チームワークの中でタスク・シフトやタスクシェアのように役割をすべて決めるのではなく、誰もがどの職種でもできることを助け合うことを指します。困っている人がいたら、その仕事を手伝うことを大切にします。

また、仲間への気配りや思いやりを含めた、レッドクロスならではの言葉です。お互いに助け合うことで、1 + 1 が 2 以上の効果を生み出すことを期待しています。職能間の垣根をなくし、チーム医療の推進を水平展開していきたいという思いを込めています。

この言葉は、「レッドクロスをもっとクロスに」という考え方とともに、日本赤十字社のチーム医療推進に関する検討部会で作られました。

I. 手引きの目的

赤十字医療施設において、グループ全体でチーム医療を推進し、多職種の連携・協働を実現することにより、質の高い安全・安心な医療サービスを提供するとともに、効率性の向上を図り医療従事者の負担軽減に資するために活用する。

II. 手引きの内容および活用

- (1) 本「手引き」は、各々の職種が専門性を発揮しつつ、多職種の連携・協働を実現することにより、質の高い医療サービスを提供するチーム医療の体制を構築するためのプロセスを示すものである。
- (2) 本「手引き」を活用し、自施設におけるチーム医療を推進する。また、すでに実施しているチーム医療のあり方について自己点検を行う。
- (3) 本「手引き」を参考にし、自施設におけるチーム医療を推進する際の課題を整理し、管理体制の構築や評価方法の一助とする。

III. チーム医療（多職種連携）とは

チーム医療（多職種連携）とは、多種多様なメディカルスタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有しながら、業務を分担し、互いに連携・補完し合うことで、患者参画を重視した質の高い安全・安心な医療サービスを提供することである。

ここでいうメディカルスタッフとは、医療に携わるすべての職員を指す。

チーム医療の体制には、入院患者などに対して日常的な業務の中で多職種が連携・協働しながら医療サービスを提供する体制だけでなく、多職種による専門的かつ組織横断的なチームで活動する体制も含まれる。

IV. チーム医療の理念およびあり方

1. チーム医療の理念

- (1) 「人間のいのちと健康、尊厳を守るため、苦痛の予防と軽減に努める」という赤十字の理念である『人道』の具現化を共通価値とする。
- (2) 一人ひとりを尊重し、質の高い安全・安心な医療サービスを提供するために、患者・家族およびメディカルスタッフの間で、『人間対人間の相互理解』を基盤とする。
- (3) 医療の高度化・複雑化に対応しつつ、質の高い安全・安心な医療サービスを提供するため、多種多様なメディカルスタッフが各自の専門性を発揮しながら、連携・協働する。

2. チーム医療のあり方

チーム医療を実践するには、それぞれのメディカルスタッフが高度で専門的な知識と技術を持ち、専門性を発揮することが求められる。また、患者・家族およびメディカルスタッフが対等な立場で互いに尊重し合い、協働することが重要である。多職種連携・協働によるチーム医療のあり方については、以下の諸点が重要である。①3つ以上の専門職で構成されていること②メンバーは互いを認知し、承認すること③定期的なミーティングを通じて合意を形成すること④特定の職種に権限や責任が集中することを排除すること⑤チームリーダーを職種で限定せず、適切に特定すること⑥課題に応じて担当者に決定権を付与すること

また、このような条件を満たした医療チームでは、次のような効果が期待できる。①患者のニーズと提供可能な医療の適切な結合②異なる専門職同士の協調と相互支援③明確で公平な分業に基づく効率的活動④全人的な視野に基づく適切な治療計画の策定⑤患者およびスタッフに対する社会的学習の機会の提供

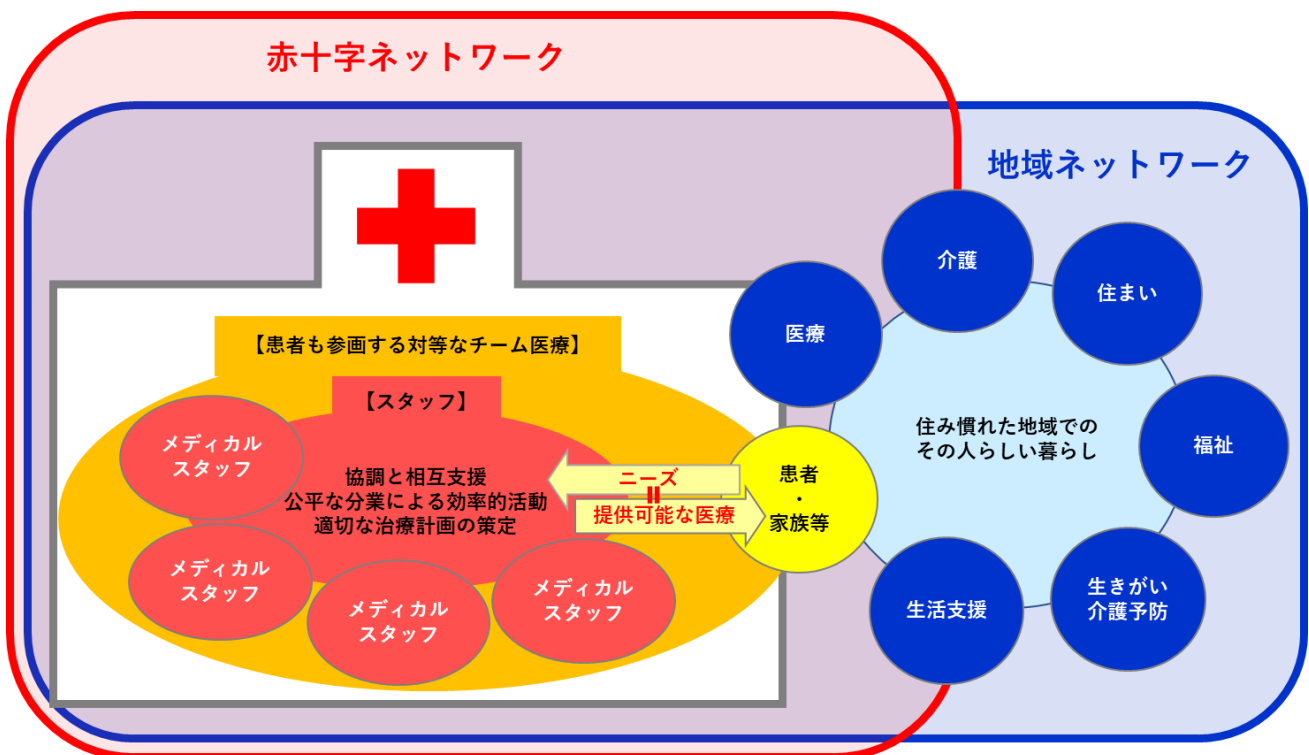


図1. チーム医療のあり方イメージ

本項では、チーム医療のあり方について、「患者および家族の視点」「メディカルスタッフの視点」「組織の視点」「質の評価の視点」から具体的に述べる。

(1) 患者および家族のQOL向上

チーム医療の実践においては、患者・家族の参画が重要である。メディカルスタッフは、患者・家族との平等な関係性を築き、患者・家族の意思を尊重しつつ、適切な意思決定支援を行う。一人の専門職では対応が困難な事案もチーム医療を実践することで、患者・家族の状況を多角的にとらえることが可能となる。多角的な視点に基づき、医療サービスの内容や適切な療養の場を選択し、快適な療養生活を支援することによ

って、患者・家族の QOL の向上を目指すことが重要である。

(2) メディカルスタッフの専門性の向上と職務満足度の向上

チーム医療には専門職としての自律性が求められるとともに、メディカルスタッフが互いに認め合える良好な人間関係が不可欠である。専門性や意見が異なるメディカルスタッフ同士が、知識・技術・情報を共有し、互いを尊重しながら建設的なディスカッションを行うことで、チームとしての目標を共有し、援助内容の合意形成が可能となる。これらのプロセスを通じて、切磋琢磨し、自己研鑽を重ねることで、それぞれの専門性を高め、質の高い医療サービスを提供することができる。メディカルスタッフとしての職務満足度の向上にもつながる。

(3) 組織の活性化と成長

専門職による適切なチーム医療の実践と、実践の振り返り（リフレクション）を繰り返して発展させていく過程は、医療事故の回避や合併症の予防等、安全で安心な医療サービスの提供につながる。これにより、経営への貢献も期待できる。また、専門分野の知識・技術を有する職種がチーム医療におけるカンファレンスや事例検討に参加することで、チームとしての知的資産を高めることが可能となる。こうした知的資産を組織内で共有することで、メンバーの知識・信念・行動に変化が生じ、チームのみならず組織全体が活性化される。これにより、働きやすく、魅力ある組織への成長が期待できる。

(4) 医療の質の評価と向上

チーム医療の効果として、「医療・生活の質の向上」、「医療従事者の負担軽減」、「医療安全の向上」などが挙げられる。これらの効果の評価・検証することは、チーム医療を推進する上で、必要不可欠である。チーム医療の最終的な評価においては、患者満足度が重要な要素であるが、それを客観的かつ定量的に評価することは困難である。また、個別のチーム医療の評価については、実施する取り組みの内容に応じて評価すべき項目が異なることや、チーム医療以外の要素が評価項目に影響する可能性があることから、一律に評価項目を設定することは難しい。

チーム医療を評価するための基本的考え方として、評価の視点と評価方法を示すこととする。個別のチーム医療の評価項目については、具体的な取り組みの内容に応じて適切に設定する必要がある。

【評価のための4つの視点】

- ① 医療の質
例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上 等
- ② 患者の視点
例) 早期社会復帰、治療への理解、患者満足度 等
- ③ メディカルスタッフの視点
例) 効率性の向上（医療の質）、負担軽減効果、スタッフの満足度 等
- ④ 経済的視点
例) 労働生産性向上、費用対効果（増収・コスト削減効果）等

【評価方法】

評価については、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価が難しい内容も多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが肝要である。

- ① ストラクチャー（構造）評価
例) 専門職種の配置、電子カルテの導入の有無 等
- ② プロセス（過程）評価
例) 推奨される治療の実践割合 等
- ③ アウトカム（成果）評価
例) 平均在院日数短縮、合併症減少、コスト減少 等

表1. 評価指標の参考例

ストラクチャー（構造） 評価	医療の質	専門職種の配置 電子カルテの導入有無 カンファレンスの実施
	患者・家族の視点	1床あたりの医療従事者数 患者・家族の相談の場の有無
	スタッフの視点	カンファレンス・勉強会の実施 治療方針の共有
	経済的視点	DPC 導入 後発品の使用
プロセス（過程） 評価	医療の質	チームの介入実施率
	患者・家族の視点	専門スタッフによる介入や回診数 相談回数・内容 治療内容の理解
	スタッフの視点	各職種からのコンサルテーション カンファレンス・勉強会への参加 治療方針の共有
	経済的視点	輸液使用金額 抗生剤使用金額 食事提供金額

アウトカム（成果） 評価	医療の質	早期治療率 合併症の発生率 入院患者の転倒転落率 再入院率
	患者・家族の視点	早期治療率 合併症の発生率 患者満足度
	スタッフの視点	1人あたりの担当患者数 各専門職種の専門性向上 職員満足度
	経済的視点	医業収益 人員配置の変化

V. チーム医療体制づくりの実際

ここでは、チーム医療の体制づくりを進める際の具体的なプロセスを紹介する。実際の進め方としては、計画を立ててから取り組む場合や、実行が先行する場合があります、各段階は順序が前後することもある。

1. チーム医療の推進を支援・マネジメントする委員会等の設置

チーム医療を推進するためには、職種間の連携を促進し、随時業務範囲や連携のあり方を見直し、必要に応じて新たな業務を行うよう調整することが必要である。そのため、病院組織として、チーム医療の推進を担う役割を持つ委員会や部署等を設置しておくことが望ましい。

2. 日常ケアプロセスに多職種でかかわることの重要性

チーム医療の推進は、診療や療養の質を確保し、患者が満足できる最良の医療を提供する上で必要不可欠である。しかし、現在の診療報酬体系を踏まえると、チーム医療が評価されていない、または評価されづらい現状がある。今後、医療の質や安全を維持し、さらにその向上をさせるためには、チーム医療の実践が、適切に評価される必要がある。

チーム医療の必要性は、急性期病棟、療養病棟、精神病棟など、いかなる場面でも同様であり、必要に応じてチームを形成しなければならない。

診療報酬の加算がなされるようになったことで、病院などの施設だけでなく、地域においてもチーム医療が積極的に導入されるようになった。しかしながら、加算を得ることを目的とし、十分な準備がないままチームが作られる現状も見受けられる。

チーム医療の実践において、チームメンバー以外の職員から医療チーム活動の時間調整への配慮や活動に

対する理解・協力が得られない場合がある。その結果、チームメンバーは「チーム医療」とは自己犠牲の上になり立つものだと感じてしまう。また、適切なメンバーの選定や医療チームの決定権に関して、管理者からの支援が得られていないことが、チーム医療の実践や推進に大きな足かせとなっている。

自律した専門職の集団である医療チームは、組織の非協力を批判するだけでなく、管理者や他の職員に対して困難な状況を理解してもらえよう、働きかけることが必要である。一方で管理者は、職員の自己犠牲に依存することなく、医療チームの存在を職員全体に周知し、その成果を適切に承認することが重要である。さらに、可能な限り効果的かつ効率的にチーム医療を提供するためには、チーム運営や人材管理などのマネジメントを徹底して行うことが重要である。

3. テーマの設定

日頃の問題意識などを基に、構築すべきチーム医療体制のテーマを設定する（表2）。この時点でプロジェクトチームが発足する場合もある。

表2. テーマの例（参考）

組織横断的なチーム活動	日常的な業務の中でのチーム活動
<ul style="list-style-type: none"> ● 褥瘡対策チーム ● 摂食嚥下チーム ● 感染対策チーム ● 呼吸サポートチーム ● 緩和ケアチーム ● 栄養サポートチーム ● 排尿ケアチーム 	<ul style="list-style-type: none"> ● 病棟薬剤師による質の高い薬物療法の提供 ● 心臓血管術後における早期離床 ● 管理栄養士による入院患者の栄養管理 ● 看護師による機能低下防止への取り組み ● 小児入院患者とその家族の支援 ● 多職種によるケースカンファレンス 「ACPへの支援」

4. 現状分析

前項で設定したテーマに取り組むにあたり、外部環境および内部環境について現状分析を行う（表3）。

外部環境では、地域におけるニーズや他施設の状況等を把握することが重要である。また、診療報酬や医療制度といった国の政策や動向を理解しておくことも重要である。

内部環境では、取り組むテーマが組織の理念に即しているかを確認し、スタッフ（人数、職種、資格など）や設備などの必要な要素を把握することが求められる。さらに、現行の医療提供体制で実現可能か否か、準備に要する時間やコストがどの程度かかるか等についての詳細な分析が必要である。

表3. 現状分析に必要な主な視点（参考）

外部環境	内部環境
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の人口構成及び将来人口推計 ● 疾病構造 ● 他施設の状況 ● 国の方針、動向、診療報酬 ● その他 	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設の理念・方針 ● 医療提供体制 ● 経営指標 ● 各職種の人材、資格、能力、業務内容 ● 各職種の業務量、職種間の協力体制 ● 場所、設備、物品 ● その他

5. 自施設における目的・意義の明確化

前項の現状分析の結果を踏まえ、自施設で取り組むチーム医療の目的や意義を明確にし、明文化しておくことが重要である。また、可能であれば評価指標を検討し、決定しておくことが望ましい。

6. 企画書の作成

企画書には以下の内容を記載し、組織への働きかけを行う。企画にあたっては、病院経営のみならず、地域医療への貢献を重視するなど、倫理的な視点を持つことが重要である。

(1) テーマ

企画内容が正確に伝わるとともに、企画の魅力が感じられるようにする。

(2) 目的

どのような課題や問題を解決しようとしているのかを簡潔に記載する。

(3) 意義

自施設にとってどのような意義があるかを記載する。

(4) 用語の定義

必要に応じて、用語を定義し記載する。

(5) 企画内容に関する現状

企画内容に関わる現状について記載する。

(6) 施設の課題

企画内容に関する現状を踏まえ、施設の課題を記載する。

第一段階として、まず上記の内容について経営幹部や関連部署の責任者に説明し、合意を得る。幹部等の了承が得られた場合、第二段階として、以下のような具体的な内容の企画を行う。場合によっては、第二段階までの企画書を作成し、組織側へ提示することが望ましい事もある。次の内容については、取り組むテーマによって取捨選択する。

(7) 実施体制

以下の内容について記載する。

- 組織におけるチーム医療体制の役割と位置づけ
- 実施のための責任者
- 実施のために必要な人員構成や役割
- 必要なスペースや設備、物品
- 権限（活動の範囲）を明確にすること＝法的範囲、マンパワー
- 運用方法（医療サービスの質の保証、安全の保証等）

(8) 実施内容

実施内容を具体的に記載する。

(9) スケジュール

実施までの具体的スケジュールを記載する。

(10) 収支予測

準備にかかる経費や導入後の収支予測について記載する。

(11) プロジェクトチームのリーダー、構成、役割等

プロジェクトチームのリーダー、構成、役割等を記載する。

※ プロジェクトチームのリーダーが、前述の「実施のための責任者」となる場合もある。

次頁に企画書の例を示すが、あくまでも参考であり、すべての項目を網羅しなければならないというわけではない。

表4. 企画書の例

「入退院支援」プロジェクト 企画書	
	●年●月●日 作成
(1) テーマ	入院前から始まる退院支援
(2) 目的	入院前から効果的な退院支援を行うためのシステムを構築する。
(3) 意義	早期から患者・家族と関わり、十分な話し合いをすることで、納得のいく準備ができ、安心して在宅療養に移行できる。
(4) 用語の定義	必要に応じて定義する。
(5) 企画内容に関する現状	<ul style="list-style-type: none">● 病床利用率の増加 95%、在院日数の長期化 13.1 日、紹介率 68.5%、逆紹介率 43.3%● 入退院に関する相談件数の増加、独居高齢者の増加● 入退院支援加算の施設基準を満たせていない
(6) 施設の課題	<ul style="list-style-type: none">● 入退院支援に関する部門に看護師が不在● 入退院支援に関する職員の認識が低い
(7) 実施体制	<ul style="list-style-type: none">● 責任者● 人員構成・役割分担● 必要なスペース、設備、物品● 権限● 運用方法
(8) 実施内容	<p>【業務内容】</p> <ul style="list-style-type: none">● 入退院支援部門に看護職を配置し、院内の入退院を調整する。● 各病棟に入退院支援に関するリンクナースを配置し、入院時から退院後の療養生活を見据えたケアを提供する。

【役割】

<医師>

- ・患者・家族への病状に関する説明、退院に向けた具体的方針の明示

<病棟看護師>

- ・在宅療養に向けた入院時スクリーニング
- ・在宅療養に必要な技術指導

<入退院支援部門（看護師、MSW等）>

- ・在宅医、訪問看護ステーション等、必要医療機関の確保
- ・退院後の医療施設との連携体制の確認
- ・関係機関との調整、地域福祉制度等の情報提供
- ・在宅療養に必要なケア計画、サポート体制の検討

<薬剤師>

- ・薬の説明、地域薬局との連携

<医事課>

- ・医療費の説明

<その他診療に関係する職種>

- ・在宅生活に役立つ技術習得、情報提供

【質の安全の管理】

- 入退院調整に関する教育、基準・手順の整備、運用規定の整備
- リンクナース委員会の設置、事例検討

【評価方法】

- カンファレンス、患者満足度、職員満足度
- 診療報酬算定状況、在院日数、入退院調整依頼件数

(9) スケジュール

●年度（本年度）		●年度（翌年度）	
10月	スタッフ説明、マニュアル作成	4月	実施開始
11月	教育プログラム作成、設備の検討	9月	中間評価
1月	研修、施設改修	3月	評価
2月	広報		

(10) 収支予測

収入		費用	
入退院支援加算	円	職員研修費	円
	円	広報費	円

7. 組織内における関連部門との調整・合意

チーム医療を実現するためには、関連する部署・部門や職種に理解と協力を求め、組織として参加することが不可欠である。そのためにはまず、連携・協働する組織や職種を明らかにし、誰に何をどのように働きかけるかを明確にすると共に、調整・合意の方法等について検討する。調整先は経営トップである施設長をはじめ、診療部門、看護部門、薬剤部門、検査部門、事務部門等、関連部門、関連職種があげられる。調整にあたっては、目的・意義・実施内容などを説明し、理解と協力を得る。

関係組織との調整は順次行う場合や、同時進行で行う場合もあり、状況に応じて方法を検討する。円滑に進めるために、各部門に対し事前に情報提供をしておくことも有益である。

8. 質と安全を担保する仕組みづくり

(1) リスク管理体制の整備

①基本方針

- ・医療事故の予防策を策定し、事前に予測されるリスクに対して計画的な対応を実施する。
- ・定期的な評価と改善を通じて、質と安全を継続的に向上させる。

②実施責任者の役割

- ・実施責任者は、実施内容に関するリスク管理を担う。
- ・質や安全を保証できる具体的な対応手順を決定する。
- ・実施内容や体制を定期的に評価・改善する仕組みを構築する。

③医療安全推進室の役割

- ・リスクマネジメントを担う医療安全推進室は、チーム医療に積極的に関与する。
- ・病院全体の安全管理に努め、リスクに関する情報の共有や対処方法の検討を重ねる。
- ・安全対策が患者だけでなく、メディカルスタッフの安全も守るものであることを重視する。
- ・「報告しやすい環境」を整備し、責任追及よりも改善を目的とした文化を根付かせる。

(2) 協働する各職種間の取り決め

①役割の明確化

- ・職種ごとに提供可能な医療サービスをリスト化し、業務内容を文書化する。

例：医師は診断と治療の方針決定、看護師は患者ケアと観察、薬剤師は処方薬の管理と副作用モニタリングなど

②コミュニケーション手順

- ・チーム間の指示伝達における定型フォーマットを作成する。
- ・会議やカンファレンスでの議事録作成と共有を義務化する。

③情報共有

- ・電子カルテ上での記録統一基準を策定する。

例：記録の記載タイムラインや用語の統一など

- ・チームメンバー全員がアクセス可能なポータルサイトを活用して情報を一元管理する。

(3) 実施条件の明確化

① チームメンバーの条件

- ・各職種の資格や経験年数に応じた基準を設定する。
例：看護師は急性期病棟の経験3年以上、薬剤師は抗がん剤の調製経験ありなど
- ・実施前に役割と責任を再確認し、合意形成を行うプロセスを設ける。

② 患者選定基準

- ・チーム医療が特に必要な患者を選定する。
- ・評価スコアや指標に基づき患者を分類する。
例：ADLスコア、合併症リスクなど

(4) チームメンバーの教育・訓練：院外研修、院内研修、学習会

① 外部研修

- ・チーム医療の先進事例を学ぶため、外部機関の研修や学会参加を推奨する。

② 内部研修

- ・院内でのケーススタディを活用し、シミュレーション形式の訓練を定期的実施する。
例：感染症アウトブレイク時のチーム対応シミュレーションなど

③ 評価とフィードバック

- ・研修後にアンケートや実践能力テストを行い、習得状況を評価する。
- ・職種ごとの報告会を実施し、学びを共有する。

(5) 基準・手順類、運営規定の作成

① 基準・手順類の作成時の推奨項目

- ・提供する医療サービスの目的・内容
- ・提供する対象者の基準
- ・対象者に対するチームの役割、位置づけ
- ・チームメンバーの構成と個々の役割
- ・コンサルテーションの依頼手順
- ・提供した医療サービスの評価
- ・記録・報告 など

② 運営規定の作成

- ・運営規定の例を表5に示す。

表5. チーム医療体制に関する規程例

(例)「〇〇(チーム)」運営規定**(目的)**

第1条 患者とその家族に質の高い〇〇(例えば緩和ケアなど)の提供を目的とする。

第2条 前項の目的を成すために、「〇〇(例:緩和ケアチームなど)」を設置する。

(定義)

第3条 「〇〇(チーム)」は、組織横断的に患者とその家族の意向を尊重しつつ、〇〇活動をするケア提供システム(例:多職種協働チーム)である。

(対象者)

第4条 「〇〇」の対象者は～である。

(ケアの内容)

第5条 「〇〇」の医療サービスの内容は～である。

(組織)

第6条

1. 業務

- (1) 基準に基づいた医療サービスの提供
- (2) コンサルテーション
- (3) 提供した医療サービスの評価
- (4) 基準作成・見直し
- (5) 啓蒙および広報活動(学習会の企画・運営)など

2. 構成(チームの構成)

3. 会議・委員会・カンファレンス等

4. 記録(職種ごとに提供したケアに関する診療録への記載に関する権限や共有方法など)

5. 報告(組織内外への活動報告)

6. 事務局(幹事)

附則 この規定は●年●月●日から施行する

(6) 組織内のチーム医療に関連する委員会・会議等の連携

①役割

- ・チーム医療の推進やマネジメントを担う委員会等は、各チームの状況把握を担う。
- ・医療安全推進室は、インシデント事例を分析し、対策を立案する役割を担う。
- ・倫理委員会は、患者権利や医療従事者間の倫理問題を討議する場を提供する。

②会議の運営

- ・定期的に部門間会議を開催し、活動状況や問題点を共有する。
例：月次会議で患者転帰の分析結果や改善案を議論するなど

③情報提供

- ・議事録や結果報告をすべての職員が閲覧できるようにポータル上に公開する。
- ・定期的なメールニュースで重要情報を周知する。

(7) チーム医療の可視化

①活動レポート

- ・年次報告書を作成し、チーム医療の取り組みや成果を明示する。
例：チーム医療が寄与した患者の転帰改善率やインシデント削減率、実施された研修や教育プログラムの概要と参加者数など
- ・報告書を院内掲示板、Web サイト、院外の学会などで共有する。

②事例報告書

- ・チーム医療による成功事例を具体的に紹介し、院内外の共有ツールとして活用する。
例：がん患者の緩和ケアで各職種が連携した具体的な取り組みなど

③表彰制度

- ・チーム医療の推進やマネジメントを担う委員会等が中心となり、優れたチーム医療の実践を表彰する制度を設け、職員のモチベーション向上を図る。
例：毎年「チーム医療優秀事例賞」を選定し、発表会を開催するなど

コ ラ ム

これからのチーム医療に貢献できる医師像とは？

チーム医療を推進する目的は、積極的に患者のために多職種間協働を図って医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを展開することだと言えます。すなわち、チーム医療を推進する観点からすれば、医師を中心に、看護師や他の医療プロフェッショナルの視点から見た患者像とその問題点を適切に把握し、意見を融合し、医師も含めた多職種で「どうすると患者さんにとって、よい選択になるか？」を考えることに尽きると思います。医療の質を向上させるためには、①コミュニケーションをいかに適切にとるか、②情報をいかに共有するか、③チームマネジメントをどのように進めるのか、がカギを握っていると思います。中でもコミュニケーションの重要性は人知れず大きいと言わざるを得ず、各職種の個々人がたとえ忙しいときであっても、積極的な意見交換や情報共有などのコミュニケーションを欠いてはいいチーム医療にはなりません。また、お互いのコミュニケーションを円滑に進めるためにも、権威勾配の存在は望ましくなく、他の医療職から見て職位が高いと考えられがちな医師こそ、常に自分から意見やフィードバックを求め、アサーティブであるべきでしょう。人を見下したような物の言い方や、リスペクトの欠けた言葉や話し方では、よいコミュニケーションは生まれません。知らず知らずのうちに自分の周囲にイエスマンばかりが集まっているチームもまた、チームとしては機能せず、出てきた選択も、形だけのものとなり、議論の尽くされたものとは本質的に異なるものではないでしょうか。よいチーム・組織とは間違っていることを間違っていると言えることを大切にしている。リーダーを務めることが多い医師こそ、いやなことであっても、自分に不都合なことであっても、聞く耳を持ち、広く意見を集め、事の本質を心眼で診ていくことが求められている。

糸

中島みゆきの「糸」は知人の結婚を祝うために作られた曲だと言われています。「縦の糸はあなた／横の糸は私／織りなす布は／いつか誰かを／暖めうるかもしれない」これは、夫婦がそれぞれの力だけではなく、重なりあい、補い合い、そして、それが織りなすものがきつと大きな力になることが謳われています。この歌詞は、医療においてもあてはまるもので、医療は医師だけではできない、もちろん、看護師だけでもできない、事務の人であっても、患者さんどこかで必ず関わっている、縦と横のみならず、たくさんの色の糸が織りなす布はまた別の意味で患者さんを暖め、仕合せにするのではないのでしょうか。患者さんにハピネスをもたらすために、いろいろな職種が自分の立場だけでなく相手を思って語り合うことは、1本1本の糸が穴のないしっかりとした布になっていく姿を現しているようにも見えてきます。

総合診療医の視点から見たチーム医療

チーム医療が格別有効になってくるのは、単なる風邪とかの診療ではなく、不明熱などの診断に難渋するような病気や、複数の病態を抱え、治療もまた一筋縄にはいかないときではないでしょうか。総合医がいなければ、それぞれの立場の臓器専門医が専門力を活かして集学的治療を発揮するチームを作る必要があります。ある意味で、それができるかどうかはその病院の力ともいえるでしょう。総合医は、オーケストラの指揮者に例えられるときがあります。指揮棒を振るだけで、音を奏することもありませんが、オーケストラ全体を見渡して、テンポや音の調和を保つ役割をしています。いわば全体最適をもたらすための存在です。音が積み重なって曲になるように、患者さんの診療も積み重なってペイシエントジャーニーになっていきます。その旅が苦しく長くなるときこそ、指揮者がテンポを整えていく、そんな医療こそが患者さんを幸せに導く一助になるのではないのでしょうか。

VI. チーム医療の方向性

2011年の厚生労働省のチーム医療推進方策検討ワーキンググループによる「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」³⁾に示されたように、急性期・慢性期・在宅医療ではチーム医療の取り組みが異なるとされ、それを認識し共有した上で、それぞれのステージにおけるチーム医療の在り方を整理する必要がある。これからのチーム医療においては、急性期・慢性期・在宅医療の段階でそれぞれのチーム医療が連鎖する仕組みが構築されることが望ましい。

診療報酬においても、2010年よりチーム医療の加算が算定されるようになり、「チーム医療を行う医療従事者への対価」と「患者に対しての質の高い医療を提供するための組織化と体制設備への対価」が目的となる⁸⁾。

チーム加算が導く結果

- ① 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防などの医療の質向上
- ② 医療の効率性の向上による医療従事者の負担軽減
- ③ 医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上

また、2024年より医師の健康確保と長時間労働の改善を担保する「医師の働き方改革」が始まった。それは、医師に代わり多職種が現行制度の下で実施可能な業務について、他の医療職種にタスク・シフト/シェアを推進することが求められ、2021年の医政発0930第16号に謳われている¹¹⁾。これをチーム医療の活動として取り組む必要がある。

1. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

急性期・救急医療においては、重症および複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者に対し、高度な医療を24時間体制で実施しなければならない。特に救急医療では、すべての医療行為において迅速性が求められ、瞬時の判断により治療が決定、開始される分野である。この迅速な全身管理、救命蘇生処置が患者の救命率や予後に大きく影響する。

医療の高度化と超高齢化社会を踏まえ、各職種の専門的知識および技術提供、協働によるチーム医療を推進し、患者中心の医療を展開しなければならない。

- ◎ 蘇生処置、手術や集中治療など救急医療の根幹を占める部分においては、「専門部隊型チーム医療」として各専門職種が課題に応じたチームを編成し、高いレベルの専門性を維持しながら日常的に症例検討、カンファレンス等で他職種との情報共有を図りながら個々の役割についても認識しておく必要がある。
- ◎ 一刻を争う救急医療では、救急医療チームの能力だけで成果が決まるわけではない。発症直後の現場対応や搬送中の救急隊員の処置など、日常より消防機関や共に救急医療を担う医療機関、また搬入後の専門各科との協働等、治療開始までの時間が効果に影響される事が多い。病院内のチームにとどまらず、関連機関との連携も重要な要素である。
- ◎ 急性期病棟においては患者のハイリスク化、超高齢化に伴い廃用症候群や低栄養状態など様々な合併症の予防、また原疾患の治療促進が課題である。「病棟配属型チーム」として専門職種を病棟に配置して直接サポートを行なうことにより、医療機器管理、感染管理、栄養管理、薬歴管理、早期リハビリテーション等を必要に応じて実践し、早期離床、早期退院に繋がることで、質の高い安全・安心な医療サービスを提供することが可能となる。

2. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療

回復期医療は、急性期を経過した患者への社会復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能を有し、特に、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する。

- ◎ 回復期リハビリテーション病棟は、量的には充実が図られていることから、今後は質の評価が問われている。2018年度診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリのアウトカム評価の推進を図る観点から、①基本的な医療の評価部分と②診療実績（リハビリ実績指数・在宅復帰率等）に応じた段階的な評価部分を組み合わせた評価体系に再編・統合が図られた。
- ◎ 多職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っており、特に以下の点が重要である。
 - ①情報の共有化
 - ②チームとしての共通目標設定
 - ③家族の参加
 - ④専門職種が互いに尊重し合うこと
- ◎ チームアプローチの具体的な方法、病棟専従の医師、社会福祉士や理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の役割の明確化、生活場面を想定したリハビリテーション、ケアのあり方などは、今後検討すべき課題である。
- ◎ 慢性期医療は、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、難病患者等を入院させる機能を有する。
- ◎ 慢性期医療を提供するうえで最も重要なポイントは、医療と介護の連携であり、これらを担う専門職が、各サービス利用者の生活を支えるという観点に立って、専門職の協業と分業を図る必要がある。

3. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）

在宅は、自分らしく生活ができる最適の場所であり、地域包括ケアの目標でもある。医療機関や施設でのケアにおいても常に意識されるべきである。在宅におけるチームは、個々人の生活の質の向上や望む生き方に寄り添う必要があり、医療チームは常に介護、福祉の専門職種との連携が必要となる。また、後期高齢者の増加や単身、高齢者夫婦世帯が増加している状況下では、ご本人の望む生き方の支援をしていくために、急変時の対応や望む医療についての意思決定をチームとして支援し、守っていく役割も意識する必要がある。

- ◎ 在宅医療におけるチームは患者・家族の状況に応じて個別に構成されるものであるが、患者・家族の意向や経済的状況にも十分配慮する必要がある。また、訪問診療・訪問歯科診療・訪問服薬指導・訪問看護・訪問リハビリ等の提供のみならず、それぞれの連携によるチームアプローチが必要となる。
- ◎ 在宅医療においては、病院や施設と異なり、夜間等患者、家族への負担が大きいため、その不安に対しても対応していく必要がある。必要に応じて24時間体制の構築が望ましい。
- ◎ 患者の不調や急変は、患者・家族の生活に強く影響をしているため、医療チームは介護・福祉の専門職との連携、情報共有を常に行う必要がある。
- ◎ 医療機関・施設における退院支援は、患者家族を中心に患者・家族の生活状況や意向を十分把握している在宅チームの情報をもとに、医療・施設側と在宅チームが共同して行うことが望ましい。

- ◎ 在宅医療チームは地域の医療機関や施設の機能を十分理解し、日ごろから連携を図り、患者が入院又は入所した場合には早期に在宅での情報（患者・家族の医療への希望含む）、地域での受け入れ体制の情報提供も含め、早期からの連携を図っていく。
- ◎ 患者情報の管理には十分留意しながら、情報共有に関しては、スピードや効率を考慮し、ICTシステムの活用等の環境整備が望ましい。

4. 院内研修によるチーム医療の教育

質の高いチーム医療を実践することは、患者の療養のみならず、医療安全や医療の質を向上させるために必要不可欠である。チーム医療の質を向上させるためには、医療安全で取り組んでいる Team STEPPS¹⁰⁾を推進するなど、コミュニケーション能力改善のための教育も有効である。さらに、権威勾配を感じさせない雰囲気づくりも重要であり、単発的な教育だけではなく、日頃から病院全体の取り組みとしてホスピタリティ・マインドを醸成しておく必要がある。

- ◎ チームを組むための知識や技術が統一されていないため、連携すべき他の職種についての理解、連携の方法、コミュニケーション能力の獲得など、チームアプローチについての教育を実施する必要がある。また、各職種がそれぞれの専門性を向上させるための研修や、研究成果発表の機会を設けるなどの教育を実施することが重要である。
- ◎ 関わる多職種のすべてが同じ方向を向いて、患者のために協働するという一体感を自覚できるような環境づくりが必要である。普段から権威勾配が強い関係でしかコミュニケーションが取れていないのであれば、いかなるチーム医療も成果を見出すことはできない。各々の違いを受け入れ、異なる価値観を認め合いながら合意を形成していくプロセスが必要である。

<具体的な研修プログラム例>

多職種カンファレンスを模したロールプレイ型研修（Team STEPPSの活用）

- ◎ 患者とスタッフの信頼関係はもとより、それぞれの職種同士が相互理解の上でリスペクトし合う関係を築くことでモチベーションを高め、質の高い医療を提供できるように成長させる。医療の質が上がれば職員のみならず、患者の満足度も高めることができる。チーム医療は、多職種が協働し設定した目標を達成することにより、総合力をいかに高められるかが重要なポイントとなる。

<目標の設定と効果測定例>

チーム医療に関する研修会を行い、参加者への事後アンケート調査

インシデントの減少率や患者満足度の上昇率など、定量的な項目で効果測定

- ◎ 多職種連携は、専門職としての確かな能力が必要である。そのためには専門認定資格を取得するなど自己研鑽に取り組むこと、それ以外にも基本的なコミュニケーション能力、専門性や個性が異なる相手にアプローチする能力、問題を解決する能力、さらにチームカンファレンスをファシリテートする能力や多職種と連携するためのリーダーシップをとる能力も必要であり、それぞれがリスペクトに値する能力を養う必要がある。
- ◎ チーム医療の向上のためには、多職種間での知識や技術の情報共有、相互理解が不可欠である。特に多

職種間のチーム医療において、同じ目的に向かうためには、他の職種を尊重するチームカンファレンスを行うことで、コミュニケーションを良好に保つことが重要である。おしつけない権威勾配がチームにあれば、機能不全に陥ってしまう。

- ◎ チームを発展させるには、多職種間での新しい知識や技術の向上が必要である。また、各職種が持っているエビデンスに基づいた最新情報を共有することも求められる。
- ◎ チーム医療の教育については、チームリーダーやマネージャーの育成が重要である。

5. 医療スタッフの業務効率化・業務負担の軽減

- ① チーム医療ありきで相当数のチームが形成されている場合、それぞれのチームの運営規定をすり合わせ、過度な重複がないか確認する必要がある。
- ② (3つ以上の職種の協働によりチーム医療となる旨をIVで述べているが) 少人数の職種に業務が集中しないよう、適切な職種を選択するとともに、必要に応じたオブザーバー的役割等、定期メンバー以外のチームへの関りを想定するなど弾力的な運用が必要である。
- ③ (メディカルスタッフとは、医療に携わるすべての職員を示すとIIIで述べているが) 様々なチームの運営について、事務職がマネジメント機能を果たす必要がある。
- ④ 生産年齢人口の減少に対応して、医療スタッフ数の削減に取り組む必要が生じる可能性が高いことに鑑み、患者サービスに貢献することをすべて実施するのではなく、費用対効果を十分に分析して、継続性のあるチーム医療を模索していく必要がある。
- ⑤ 厚労省がまとめた3つの通知(平成19年12月28日医政発第1228001号、平成22年3月19日報告書、平成22年4月30日医政発0430第1号)で示された、医師業務の軽減を主とした医療関係職の役割分担を日本赤十字社の「手引き」においても踏襲し、職種ごとの専門性や役割を明確化していく必要がある。

VII. チーム医療の推進のために必要な能力

1. チーム医療に携わる専門職に求められる能力

チーム医療に携わる者には、専門職として、また、チーム活動を行う際に次のような能力をもつことが望ましい。メディカルスタッフは誰もがチーム医療の理念を理解した上で、目的に則り思考し行動することが必要である。その能力は、様々な知識やスキルを持つ人々と交流・連携し、実践していく中で育まれていくものである。

(1) 専門職業人として求められる能力

- 自己の専門領域の知識と技術を備え、最新情報の把握に努めている。
- 自己の専門領域において、主体的・自律的に医療サービスを提供できる。
- 自己の専門領域に関して適切な判断ができる。
- 対象者を生活する主体としてとらえ支援する。

- 対象者の意思や権利を尊重するという姿勢を持っている。
- 状況に応じてセルフコントロールができる。
- 対象に応じたコミュニケーションがとれる。

(2) チーム活動の中で求められる能力

- 患者・家族を中心に良質な医療サービスを提供するという価値観を持っている。
- 個々の専門職としてだけでなく、チームとして医療サービスを提供するという視点を持っている。
- チームの目標を共有し、それに向かってまとまりのある医療サービスを提供する。
- 自己及びチームとしての実践を振り返ることができる。
- カンファレンスを建設的な議論・調整・評価・改善の場に行うことができる。
- 状況に応じてリーダーシップ・フォロワーシップを発揮する。
- チームの課題を見出し、解決に向けて取り組める。

(3) チーム責任者に求められる能力

- チームで行う支援の方向性を示し、リーダーシップを発揮する。
- チーム医療が有効に機能するよう、マネジメントを行う。
- メンバーの意欲や困難感に留意しながら活動を調整する。
- チームの動向を客観視し、活動を促進する。
- チーム医療に関与する必要性の高い勉強会や研究会の情報提供を行う。

(4) カンファレンスの参加者に求められる役割・能力

チーム医療を推進する上では、カンファレンスの持ち方が提供する医療サービスの質を左右する。有意義なカンファレンスを行う鍵は参加者が握っており、参加者には、①自分の意見を述べる②チームの一員としての役割を発揮する③決定に責任をもつ3つの役割を発揮することが望まれる。

カンファレンスでは、参加者が相互の価値観や役割、コミュニケーションスタイルを理解して認め合い、協働して討議することが大切である。自身の価値観や成功体験から慣れ親しんだ見方に凝り固まらず、他者の発言や視点を尊重し、情報交換を進めることが求められる。予定時間内に収まるように議論を運んだり、他の参加者に対して励ましの言葉や賛辞を加えたりすることなども必要である。

- カンファレンスは多職種が集まることでしかできないことをする場と認識する。
- カンファレンスの目的と目標を共有している。
- 事前に議題、資料に目を通し、自分の意見や疑問点を率直に出し合う。
- 対面・オンライン形式に関わらず、議論に集中できるよう効率的運営を図る。
- 座席設営、会議時間、参加者全員の発言が促されるよう進行を工夫する。
- 決定事項及び実行方法を具体的に共有する。

2. チーム医療推進のための教育

前項をふまえ、組織はチーム医療に携わる者に、医療サービスを提供する専門領域についての系統的教育（講義・演習・実習・OJTなど）、各種の社会資源に関する研修、チーム力を発揮するために必要な能力の修得に向けての教育・研修、管理に関する研修などの機会を提供する。次に項目例を記す（表6）。

表6. チーム医療推進に必要な知識・技術

項目例	内容
提供する領域の医療サービスに関連する知識・技術	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門職業人としての役割と責務 2. チーム医療における各職種の役割 3. 実践における倫理 4. 安全対策、事故防止対策、感染対策 5. 医療サービスの実践評価 6. 記録 7. 患者教育・フィードバック 8. 専門領域各論 9. 情報データの活用 10. 継続的な質改善 患者の状態に関するアセスメント、治療を理解するための知識、対象者に 応じたケアを安全・安楽に提供するための該当領域に関する専門的な知 識・技術、該当領域に関する最新情報、トピックス。
各種社会資源	関連法令・通知、診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等の情報、地域 医療構想、関連団体の活動・最新情報
チーム力を発揮するための知識・技術	<ol style="list-style-type: none"> 1. チーム医療における各メディカルスタッフの責務 2. チーム力を発揮する専門職としての能力 <ol style="list-style-type: none"> (1) 対人援助の基本を基盤とした多職種と協働する力：セルフコントロ ール、多職種コミュニケーション、相互支援、実践の振り返り (2) チームを動かす力：チーム形成についての理解、リーダーシップ、 マネジメント、調整機能（コーディネーション）、チーム力を促進す る機能
管理に必要な知識・技術	ヘルスケア提供システム論、医療サービス提供論、グループマネジメント、 医療情報管理、医療経営管理

VIII. チーム医療における心理的安全性

1. 心理的安全性とは

「心理的安全性 (psychological safety)」とは、ハーバード大学で組織行動学を研究するエイミー・エドモンドソン教授が1999年に提唱した概念である。エドモンドソン教授の提唱では、心理的安全性とは「支援を求めたりミス認めたりして対人関係のリスクをとっても、公式、非公式を問わず制裁を受けるような結果にならないと信じられること」であると定義している¹⁴⁾。

2. チーミングと心理的安全性

チーミングは、エドモンドソンが新しく提唱した言葉 (概念) で、協働と学習の活動プロセスを意味する。

チーミングは、固定したチームではない人々が共通の目的のために絶え間なく協働する営みである。チーミングという働き方が必要とされるのは、以下のような場合である。

- ・ ミスを最小限にしながら、複数の目標を達成する必要がある仕事をしているとき。
- ・ 高いレベルのコミュニケーションと緊密な協調を維持しながら、次から次へと様々な状況に対応しなければならないとき。
- ・ 異なる場所にいながら協働するとき。
- ・ 仕事の性質が変わり、事前に計画された協調が不可能、または非現実的になったとき。
- ・ 複雑な情報が素早く処理・統合・活用されなければならないとき。

しかし、チーミングを定着させるには、学習を促す環境をつくろうとするリーダーシップが不可欠となる。エドモンドソンはリーダーシップについて、トップリーダーや上長は当然、現場でチーミングに加わる全ての職員が発揮すべきものであるとし、以下の4つの行動として示している。

- ① 仕事の中で学習のフレームを作る。
- ② 心理的に安全な場 (心理的安全性) を作る。
- ③ 失敗から学ぶ。
- ④ 職種や部署の境界を越えて協働する。

中でも、心理的安全性を作ることは、失敗を共有してチーム学習の糧とし、職種や部署の対立を超えて課題解決やイノベーションを生み出すというチーミングの本質ために不可欠となる。医療現場は、複雑な課題達成や問題解決に絶え間なく直面する職場である。チーミングは医療現場にこそ必要とされている働き方である¹⁵⁾。

3. 心理的安全性があるときの7つのメリット

- ① 率直に話すことが奨励される。
- ② 考えが明晰になる。
- ③ 意義ある対立が後押しされる。

- ④ 失敗が緩和される。
- ⑤ イノベーションが促される。
- ⑥ 成功という目標を追求する上での障害が取り除かれる。
- ⑦ 責任感が向上する。

4. 心理的安全性と組織の透明性

医療現場における「心理的安全性」は、ガバナンスや透明性とも深く関連する。2009年、National Patient Safety Foundation の Lucian Leape Institute (LLI) は、患者安全を推進するためにシステムレベルあるいは組織レベルで目指すべき5つのコンセプトを発表し¹⁶⁾、2016年にその進捗状況进行评估して報告がされた¹⁷⁾。

5つのコンセプトを以下に示す。

- ① 透明性 (Transparency)
- ② 統合されたケア (Integrated care platform)
- ③ 患者参加の推進 (Consumer engagement)
- ④ はたらく喜びと意味 (Joy and meaning in work)
- ⑤ 医学教育の改革 (Medical education reform)

このうち安全文化の最も重要な属性は「透明性 (Transparency)」である。「透明性」は医療従事者と患者や病院と患者の間だけでなく、医療従事者間や部署間や経営陣・幹部と一般職員の間も含めた組織中のすべての関係の中に求められる。「透明性」は、いいかえると組織内部に「心理的安全性」があつてはじめて達成できる。

5. 心理的安全性の勘違いとリーダーシップ

心理的安全性に関する勘違いで多いのが、心理的安全性の高いチームを「仲良しチーム」「ぬるいチーム」と捉えているケースである。しかし、心理的安全性が高いとは、意見を率直に言い合えることを指す。例えば、ミスや失敗の報告、誰かの意見に対する反論など、普通ならなかなか言い出せないようなことを安心して話せる状態こそ、心理的安全性の高い状態と言える。

多くのリーダーは、会議に参加するメンバーから多様な意見が出ることを期待している。しかし、結局は沈黙が会議を支配し、何も意見が出てこない……。こんな「シーン現象」を無視して、そのまま進んでもよいのだろうか？実は、このような会議は、組織の心理的安全性が低い証拠である。

心理的安全性が低いと、メンバーは意見を持っていても言い出せないのである。それはメンバーが恥ずかしがり屋であるわけでも、計画案に賛成しているわけでもない。それは、あなたの組織が「沈黙を選んだ方が得」な組織だからだ。リーダーであるあなた一人が悪いのではなく、長年の蓄積や組織の風土がそうさせている。

心理的安全性とは、簡単に言うと「自分の考えや意見などを組織のメンバーの誰とでも言い合える状態」である。近年は人的資本経営が重要視されており、これは「資本であるすべての人を活かす経営」と表現できる。心理的安全性の高い風土を育むために、一步踏み出しやすい行動として「心理的安

全性を高めるリーダーの声かけ」が大切な要素である。

IX. タスク・シフト/シェアの推進

我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働によって支えられてきた。近年、医師の働き方改革に関して叫ばれるようになり、令和4年4月に厚生労働省から「医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン（評価項目と評価基準）第1版」が発せられた¹⁸⁾。第一義的な目的は、長時間労働を行う医師（具体的には、年間の時間外・休日労働時間数が960時間を超える医師）の労働時間の短縮であり、その対策の一つとして長時間労働を行う医師から、他の医師や看護師、薬剤師、医師事務作業補助者等の各職種にタスク・シフト/シェアをすることである。

各医療機関は、実際の医師の労働時間短縮に向けた取組（プロセス）ガイドラインに対する、タスク・シフト/シェアの実施の評価をする必要がある。

【評価の視点】

- ・タスク・シフト/シェアの実施に向けた取組が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- ・多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の適切な運営
- ・「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において特に推進するとされている事項等のタスク・シフト/シェアが可能なものの取組状況
- ・タスク・シフト/シェアの実施に関する患者への説明、院内掲示状況

【評価の項目と基準（基準においては具体例などを含んで記載）】

評価項目	評価基準（基準の詳細）
医師以外の職種へのタスク・シフト/シェア業務の適切な推進のために、院内のルールが定められている	○ or ×
多職種からなる役割分担を推進のための委員会又は会議でタスク・シフト/シェアについて検討している	○ or × (検討していれば○)
特定行為研修修了者の活用等、特に推進するとされているタスク・シフト/シェアを少なくとも一つは実施している	○ or × (特に推進するものに入っている内容を一つでも実施していれば○)
その他の医師の労働時間短縮に効果的なタスク・シフト/シェアについて検討又は実施している	○ or × (検討していれば○)
タスク・シフト/シェアの実施に当たり、関係職種への説明会や研修を開催している	○ or ×
タスク・シフト/シェアについて、患者への説明を院内掲示等によって実施している	○ or ×

※タスク・シフト/シェアの実施の表を一部改変

具体的なタスク・シフト/シェアの内容

現行の制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例が、令和3年9月に厚生労働省より「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」が発せられている¹⁹⁾。(詳細な業務内容は元通知を参照されたい)

1) 看護師

- ① 特定行為 (21 区分 38 行為) の実施
- ② 事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施
- ③ 救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施
- ④ 血管造影・画像下治療 (I V R) の介助
- ⑤ 注射、採血、静脈路の確保等
- ⑥ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為
- ⑦ 診察前の情報収集

2) 助産師

- ① 院内助産
- ② 助産師外来

3) 薬剤師

- ① 周術期における薬学的管理等
- ② 病棟等における薬学的管理等
- ③ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

4) 診療放射線技師

- ① 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等
- ② 画像誘導放射線治療 (I G R T) における画像の一次照合等
- ③ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等
- ④ 血管造影・画像下治療 (I V R) における補助行為
- ⑤ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射
- ⑥ 放射線検査等に関する説明、同意書の受領、放射線検査等 (一般撮影検査、C T検査、M R I検査、核医学検査、超音波検査)
- ⑦ 放射線管理区域内での患者誘導
- ⑧ 医療放射線安全管理責任者

5) 臨床検査技師

- ① 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作
- ② 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認
- ③ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定
- ④ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引
- ⑤ 検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為
- ⑥ 病棟・外来における採血業務
- ⑦ 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作
- ⑧ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領
- ⑨ 救急救命処置の場における補助行為の実施
- ⑩ 細胞診や超音波検査等の検査所見の記載
- ⑪ 生検材料標本、特殊染色標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成
- ⑫ 病理診断における手術検体等の切り出し
- ⑬ 画像解析システムの操作等
- ⑭ 病理解剖

6) 臨床工学技士

- ① 心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作
- ② 人工呼吸器の設定変更
- ③ 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血
- ④ 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引
- ⑤ 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑥ 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更
- ⑦ 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確認
- ⑧ 全身麻酔装置の操作
- ⑨ 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入
- ⑩ 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備
- ⑪ 手術室や病棟等における医療機器の管理
- ⑫ 各種手術等において術者に器材や医療材料を手渡す行為
- ⑬ 生命維持管理装置を装着中の患者の移送

7) 理学療法士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付

8) 作業療法士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
- ② 作業療法を実施するに当たっての運動、感覚、高次脳機能（認知機能を含む）、ADL等の評価等

9) 言語聴覚士

- ① リハビリテーションに関する各種書類の記載・説明・書類交付
- ② 侵襲性を伴わない嚥下検査
- ③ 嚥下訓練・摂食機能療法における患者の嚥下状態等に応じた食物形態等の選択
- ④ 高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等

10) 視能訓練士

- ① 白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力
- ② 視機能検査に関する検査結果の報告書の記載

11) 義肢装具士

- ① 義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切等
- ② 装具を用いた足部潰瘍の免荷
- ③ 切断者への断端管理に関する指導

12) 救急救命士

- ① 病院救急車による患者搬送の際の患者観察
- ② 救急外来等での診療経過の記録
- ③ 救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

13) その他職種にかかわらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務

以下に掲げる業務については、必ずしも医師が行う必要はなく、看護師その他の医療関係職種のほか、医師事務作業補助者（「医師の指示で事務作業の補助を行う事務に従事する者」をいう。）等の事務職員が行うことも可能である。業務を行う上で求められる専門性の程度や医療機関内の体制等に応じて、適切に役割分担を行う必要がある。なお、医師事務作業補助者等の事務職員が行う場合、院内の研修等により、必要な知識を備えることが望ましい。

- ① 診療録等の代行入力
- ② 各種書類の記載すること
- ③ 医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務
- ④ 日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領
- ⑤ 入院時のオリエンテーション
- ⑥ 院内での患者移送・誘導
- ⑦ 症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるために留意すべき事項として

タスク・シフト/シェアを効果的に進めるには、それぞれの医療機関が医療関係職種の

- ・意識改革や啓発
- ・知識技能の習得
- ・余力の確保

に努めることが重要である。

そのうちの余力の確保については、タスク・シフト/シェアを受ける側の職種に負担が集中することがないような、人員の確保や業務の効率化を図る必要がある。

また、医行為には絶対的医行為と相対的医行為があり、絶対的医行為は医師（又は歯科医師）が常に自ら行わなければならない高度で危険な行為を示し、それ以外の行為を相対的医行為と言う。相対的医行為を医師以外の医療従事者に行わせるか否かは、医療従事者の能力を勘案した医師の判断により決める²⁰⁾。

例えば、気管吸引や経管栄養は、医師の指示の下に看護師、理学療法士、言語聴覚士、臨床工学技士などの相対的医行為となるが、在宅医療の場では患者家族や学校教員などによる医行為も行われており、実質的違法性阻却論の問題も留意すべきことである²¹⁾。

今後の展望

タスク・シフト/シェアは、何も医師から他職種への業務分担に限らず、医師を含むメディカルスタッフ全員でシェアを行うことが望ましい形である。例えば、手術室看護師の業務を臨床工学技士などの他職種が補うことができれば、看護師の人員不足により対応できなかった緊急手術が、医師の待ち時間なくできることになり、ひいては医師の働き方改革に寄与する。また、専門職以外で協働する職種として、看護補助者は業務見直しや役割の再検討を行うことで、看護師の指示の下で実施可能な業務が増えるだろう²²⁾。

今後、医師は働き方改革を契機に、タスク・シフト/シェアを通じて他職種の業務内容を見守り、支援する役目が増加する。専門的な知識と技能を有し、高度な医療行為も実施できる診療看護師（NP）や特定行為研修修了者の活躍の場が広がる一方で、定年退職前後の経験豊富な看護師として、プラチナナースの活用促進が高齢化時代にとっては必要不可欠となるだろう。また、看護師以外の専門職もプラチナメディカルスタッフとして活躍する時代が来ると考えられる。

X. 広報

チーム医療を行うことによる医療の質の向上・医療従事者の負担軽減・病院運営等の実績および効果等を広報することで、医療情報の提供、患者の理解促進、医療施設のイメージ向上、職員のモチベーション維持・向上、医療連携の親交促進等に寄与する。広報する際には広報対象、周知方法、周知内容および問い合わせ対応先を明確にする必要がある。

1. 広報活動の対象

- ① 患者および家族、関係者
- ② 施設内職員
- ③ 地域の医療機関、連携施設および関係職員、医療行政関係者
- ④ 報道機関・地域住民
- ⑤ その他、対象となる人々

2. 周知方法

- ① 施設ホームページ（SNS 等を含む）
- ② 広報誌（患者・地域向け広報誌、医療連携向け広報誌、職員向け院内報等）
- ③ 院内掲示（デジタルサイネージ等を含む）
- ④ プレスリリース
- ⑤ その他、広報媒体

3. 周知内容および問い合わせ対応

チーム医療の目的・体制・診療費用への影響・問い合わせ先など周知すべき事項を適時に院内外の広報ツールに掲載し、診療報酬上必要な措置を講ずるとともに、患者や職員が理解をしやすい環境を整備する。

（1）周知内容

- ① 目的・方法・体制・診療費用への影響・問い合わせ窓口
- ② 「働き方改革」に関する医療従事者への影響(予測される患者の不利益)
- ③ 「医療の質向上」に関する患者への効果(例外など患者の不利益)

（2）問い合わせ対応

- ① 患者から照会があった際の窓口を明確にする
- ② 変更がある場合は、速やかに更新する

XI. 評価方法

1. 評価に値するチーム医療

チームを評価する前段階として、チーム医療の本質を確認しておきたい。

チーム医療推進協議会のチーム医療の定義には、「われわれが目指す『チーム医療』とは、医師をはじめとするメディカルスタッフが、患者とともに、それぞれの専門性をもとに、高い知識と技術を発揮し、互いに理解し目的と情報を共有して、連携・補完しあい、その人らしい生活を実現するための医療である。」との記載がある²³⁾。

本邦において1970年ごろから各地で導入されたチーム医療は、医療安全、感染対策、リハビリテーション、呼吸ケアサポート、緩和ケア、栄養サポート、摂食・嚥下、褥瘡管理など、多くの医療機関の医療チームは、診療報酬上の規定や病院機能評価機構などの第三者評価に従って、設置しているというのが実情であろう。ゆえに、「日本には医療チームは沢山あるが、チーム医療の実践は乏しい」²⁴⁾と揶揄されている。その点でチーム医療の評価は、チーム医療が本当に機能しているかどうかを観なくてはならず、ある領域の専門職種の代表者たちがその道のプロとして集まれば、グループこそ形成できるが、その人たちがチームとしてのプロかどうかは言えない。その集団が、チームを意識して、真のチームとして協働することで、チームパフォーマンス（チーム力）を発揮し、そのパフォーマンスを本来は評価すべきである。また、チーム医療には、①専門性志向②患者志向③職種構成志向④協働志向という4要素の困難性があり、それらは互いに相補性、相克性な関係にあることから、医療現場でチーム医療が実践され有効に機能しているか否かの検証は、医療の質・患者の視点・医療スタッフの視点・経済的視点などさまざまな切り口で、アウトカム評価・プロセス評価・ストラクチャー評価されねばならない²⁵⁾とも言われており、その多様性ゆえ、決して容易ではない。チーム医療に造詣が深い種田健一郎氏は、「チームとは、意見の一致を得るためのものではない。最良の答えを求めるためのものである」²⁶⁾ということばを引用しているように、チーム医療は最良の選択を模索することが至上命題であり、単にプロがある時間にみんなで集まって、それぞれの意見を述べ合うだけで、意思決定を急ぐような集団浅慮は行ってはならないのである。まずは、チームになっていることの評価、つまり、そのチームがチームとして患者中心の医療を提供する上で、多様な視点、あらゆる意見が集約され、患者にとって、最良の答えを探し求めるチームになっていなくてはならない。これらの状況が初めてそろった上で、うわべだけではない、本来のチーム医療の評価になるものと考えられる。

2. 評価方法について

厚生労働省でも2009年からチーム医療の推進に関する検討会ならびに、チーム医療推進方策検討ワーキンググループが設置されていたが、2015年3月を最後にその活動は終焉となっている。そのワーキンググループの第7回の審議内容に、「チーム医療の評価方法について（素案）」がある²⁷⁾。この素案にも、「個別のチーム医療の評価については、実施するチーム医療の内容によって評価すべき内容が異なること、チーム医療の取組以外の要素も評価項目に影響することから、一律に評価項目を設定することは困難である」としながらも、評価方法を提言している。

チーム医療の評価について、以下の4つの視点を考慮してはどうか。

①	医療の質：例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上、早期社会復帰 等
②	患者の視点：例) 患者満足度、治療への理解 等
③	メディカルスタッフの視点：例) 労働生産性の向上、負担軽減効果、スタッフの満足度 等
④	経済的視点：例) 診療報酬による効果、費用対効果（増収・コスト削減効果） 等

また、評価方法については、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカム評価のみでは評価困難な内容も多いことから、プロセス評価、ストラクチャー評価も併用することとしてはどうか。

①	ストラクチャー評価：例) 専門職種の配置、電子カルテ等を活用した情報共有 等
②	プロセス評価：例) 推奨される治療の実践、医療資源投入量減少 等
③	アウトカム評価：例) 平均在院日数短縮、合併症減少 等

Team effectiveness という観点で、諸外国の論文にも評価方法に関する検討はあるが、見解は一定していない^{28,29)}。

これらの評価項目や評価方法を各医療機関が、地域の実情に合わせて真摯に議論し、既存の医療チームが真にチーム医療を実践し、それぞれのテーマに関し、パフォーマンスを適正に評価することを今回の改訂に際し、提言する。また、病院内に多種存在している各チームのマネジメントを行う上でもチーム医療の評価は本来、重要である。加算のために必要なチームを廃止することは難しいが、チーム医療が漫然と行われている場合や、チームが属人的になってしまっている場合、いつしかその活動に陰りが来ているような機能不全に陥っているチームはメンバーの刷新やチームの廃止や統合なども課題になるであろう。ゆえに、病院幹部は、病院マネジメントにおいて、チーム医療のマネジメントを「評価」を通して行うべきである。どんな評価が適正かは、病院ごとに異なるため、提言にとどめたい。細田³⁰⁾によれば、「チーム医療」は、患者にしてみれば「よけいなお節介」という面もあるだろう。なんのためにそのチームが患者にチームとして大勢で接するのかを考えることもまた、重要な評価部分だと考える。多職種がただベストを尽くせばいいという時代ではない。

3. まとめ

2020年にまとめられた「チーム医療の推進ガイドライン第2版」においても評価に関する記載はあるが、それが実践された、活用されたという形跡は乏しく、評価の困難さのみならず、誰がいつ、何をどう評価するのかさえ、定かではないのが実情であろう。PDCAサイクルを回すことが大事だという認識は誰もが持っているはずだが、チェックとアセスメントをどう進めるのかを各医療機関は各自で設定し、組織や業務の改善につなげてほしい。

参考文献

- 1) 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）平成 22 年 3 月 19 日
- 2) チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（チーム医療推進会議）：チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集 平成 23 年 6 月 P14～P15
- 3) 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書），2011.
- 4) 厚生労働省：チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集（チーム医療推進方策検討ワーキンググループ）、2010
- 5) 原口義座：医療におけるリスクマネジメントをどう考えるか、日本腹部救急医学会雑誌 28 (5)、685～691、2008
- 6) 宮越浩一：リハビリテーション医療におけるリスクマネジメント、Jpn J Rehabil Med 57、167-173、2020
- 7) 荒井有美：チーム医療と医療安全、ファルマシア 52 (1)、26-30、2016
- 8) 真野恵子, 高井亜希：チーム加算算定の目的と看護管理者の役割、ナーシングビジネス、18(11)992-996; 2024
- 9) 3) 厚生労働省医政局長発：現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について、2021 年 9 月 30 日、医政発 0930 第 16 号
- 10) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理部
医療安全を推進する TeamSTEPPS(R)実践事例: チームが成長する 7 つのツール 日本看護協会出版会 2023
- 11) 細田満和子（2023 年 3 月 20 日）「チーム医療」とは何か 患者・利用者本位のチームアプローチに向けて 第 2 版 日本看護協会出版会
- 12) 沖本るり子（2017 年 12 月 24 日）『生産性アップ! 短時間で成果が上がる「ミーティング」と「会議」』明日香出版社
- 13) エイミー・C・エドモンソン（2014 年 5 月 24 日）『チームが機能するとはどういうことか——「学習力」と「実行力」を高める実践アプローチ』
- 14) Edmondson AC: Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy、JohnWiley & Sons、Hoboken、2012（エイミー・C・エドモンドソン、『チームが機能するとはどういうことか「学習力」と「実行力」を高める実践アプローチ』、英治出版、2014
- 15) 山口（中上）悦子「心理的安全性」と医療 医療の質・安全学会誌 Vol.15 No.4 P372-374、2020
- 16) Leape L、Berwick D et al、Transforming healthcare: a safetyimperative、Qual Saf Health Care 18:424-428、2009
- 17) Gandhi TK et、Al、Transforming concepts in patient safety: a progress report、BMJQuality & Safety 2018(27):1019-1026、2016
- 18) 厚生労働省医政局長発：「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」の一部の施行等について、2024 年 4 月 1 日、医政発 0401 第 31 号

- 19) 厚生労働省医政局長発：現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について. 2023年9月30日, 医政発0930第16号
- 20) 平成25年度厚生労働科学特別研究事業：「医療行為に関する法的研究」報告書. 2014年3月, 厚生労働科学研究成果データベース
- 21) 相嶋一登：臨床工学技士の業務と医師の指示のあり方. 日集中医誌, 2024; 31: 537-543
- 22) 山本利江子：外国人看護補助者雇用とタスク・シフトへの取り組み. ナーシングビジネス, 2024; 18(4); 316-318
- 23) チーム医療推進協議会 チーム医療の定義 <https://www.team-med.jp/about/philosophy/>
- 24) Workshift Blog.
<https://www.workshift.info/blog/%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%83%81%E3%83%BC%E3%83%A0%E3%81%AF%E3%81%82%E3%82%8B%E3%81%8C%E3%80%81%E3%83%81%E3%83%BC%E3%83%A0%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AF%E3%81%AA%E3%81%84%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E5%8C%BB>
- 25) 千田彰一 チーム医療 日本病院総合診療医学会雑誌 2017: 13 (2) 53-56
- 26) 種田憲一郎 医療安全コンパス 医学界新聞 (2018.04.23)
https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2018/PA03270_07
- 27) 第7回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ 厚生労働省 平成23年3月2日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000013tx1-att/2r98520000013tzf.pdf>
- 28) Kash BA, Cheon O, Halzack NM, et al. Measuring Team Effectiveness in the Health Care Setting: An Inventory of Survey Tools. Health Services Insights 2018;11: 1-18
- 29) Wespi R, Birrenbach T, Schaub SK, et al. Exploring objective measures for assessing team performance in healthcare: an interview study. Front Psychol. 2023;1-12
- 30) 細田満和子 「チーム医療」とは何か それぞれの医療従事者の視点から 保健医療社会学論集 2001;12; 88-101

チーム医療の推進に関する検討部会委員 名簿

【委員】

部会長	佐藤 公治	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二赤十字病院 院長
外部委員	白石 浩	公益社団法人 日本理学療法士協会 常務理事
委員	富安 正典	旭川赤十字病院 副院長 兼 事務部長
委員	箱石 陽子	八戸赤十字病院 看護部長
委員	小林 敦	前橋赤十字病院 薬剤部長
委員	荒井 一正	日本赤十字社和歌山医療センター 放射線診断科部 技師長 放射線治療科部 技師長
委員	真下 照子	京都第二赤十字病院 検査部 第1課長
委員	松川 勇	足利赤十字病院 リハビリテーション技術部 第一急性期リハビリテーション課長
委員	開 正宏	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 医療技術部 臨床工学科技師長
委員	伴野 広幸	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 医療技術部 栄養課長
委員	中井 正江	前橋赤十字病院 医療社会事業部 副部長
委員	横江 正道	医療事業推進本部 医療の質・研修部 次長
委員	濱谷 寿子	医療事業推進本部 看護部 参事兼 経営企画部 参事

編集後記

今回の編集にあたり、タイトルを「ガイドライン」から「手引き」に変更いたしました。

「日本赤十字社 チーム医療の推進に関する手引き 第3版」の編集において、特に苦労した点は、前回の「チーム医療の推進に関するガイドライン 第2版」からの引継ぎ作業でした。編集委員で根拠となる論文を検索しましたが、最新の資料を見つけることが難しく、「ガイドライン」のままが良いのか、委員間で熟考を重ねました。

タイトル変更の理由として、医療業界における「ガイドライン」は、最新の臨床研究結果を基に、その時点での最善の治療法などをまとめた文書であるため、以下の要件を満たす必要があります：

1. 論文によって根拠づけられた内容であること
2. 推奨度が設定されていること
3. ガイドラインで設定した Clinical Question に対する効果が検証されていること

これらを踏まえると、今回の「日本赤十字社 チーム医療の推進に関する手引き 第3版」の内容は、ガイドラインとしては十分に該当しないと考え、「手引き」とすることに決定しました。また、最近の話題として「心理的安全性」や「タスクシフト・シェア」の内容も新たに加えました。

「本手引き」が、日本赤十字社で働く皆様のお役に立つことを願っております。

最後になりますが、チーム医療の具体的な事例につきましては、「日本赤十字社 チーム医療の推進に関する手引き 実践的事例集 第2.3版」を参考になさってください。

編集委員

日本赤十字社 和歌山医療センター

荒井 一正

日本赤十字社 愛知医療センター 名古屋第一病院

開 正宏

つながる力、支える医療
多職種で創るチーム医療



日本赤十字社

チーム医療の推進に関する手引き

初 版 平成 25 年 3 月 31 日 (旧ガイドライン)

第2版 令和 2 年 6 月 1 日 (旧ガイドライン)

第3版 令和 7 年 3 月 3 日

編 集 日本赤十字社医療事業推進本部

発行者 日本赤十字社医療事業推進本部

〒108 - 8521

東京都港区芝大門1丁目1-3

TEL 03-3437-7504

FAX 03-3438-1339