

St. Luke's International University Repository

学際的チーム: 効果的なチームとは？

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2024-03-07 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 亀井, 智子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/0002000145

【第28回聖路加看護学会学術大会：特別講演1】

学際的チーム ——効果的なチームとは？——

亀井 智子

I. はじめに

保健医療福祉の実践現場において、多職種チームによる協働は必須である。筆者が「チームアプローチ」がどのような役割をもつのか学んだ1990年代前半、アメリカではケアの質保証の観点から、多職種による包括的なアセスメントが重要視されるようになっていた。老年学の領域ではチームアプローチは、アメリカでは1980年代後半から推進されるようになったとされ、わが国では2000年の公的介護保険制度創設を期に、地域や施設においてのチームアプローチの概念が急速に進んでいった。介護保険法施行規則では、介護職員研修のなかに「チームアプローチの重要性とチームの一員として業務に従事する際の役割と責務」について触れられている。しかし一方で、チームをどのように作ればよいのかという根本については、わが国ではほとんど議論されていない。本稿では、筆者がこれまで進めてきた学際的チームアプローチの背景や教育、チームの協働によりどのようなアウトカムが生じるのかについて述べる。

II. 社会背景の変化と学際的チームへのニーズ

わが国では、人口構造の変化に伴い、家族構造についても過去約100年の間に劇的に変化している。年少人口割合は36.5%（1920年）から11.6%（2023年）へと1/3に減少し、逆に老年人口割合は4.8%（1920年）から29.1%（2023年）へと約6倍、一世帯あたりの平均家族員数は4.99人から2.21人へと変化した。このような少子・超高齢社会となったわが国では、保健医療福祉にわたる長期的な看護や介護・福祉等への支援ニーズをもつ者が多い。そのため、その人が住み慣れた地域において all inclusive かつ包括的なケアが必要となっている。また、医療機関の種類も社会のニーズに合わせて多様化し、回復期リハビリテーションや地域包括ケア病院など、地域医療や在宅ケアを支える資源として重要となっている。

1991年の老人保健法一部改正により、老人訪問看護ステーションが創設され、その後1994年には全年代に拡大

された。在宅療養を支援する診療所や訪問リハビリテーションなど、高齢者が暮らす自宅や地域においての医療と看護・介護、リハビリテーションなどを提供する機関が増え、地域においての多機関・多職種連携もシステム化が進められた。また、介護保険制度下では、ケアマネジメントに基づく医療と介護を一体的、かつ総合的に提供して利用者のニーズに応えるため、多職種連携は欠かせない。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下では、全世代への予防（ワクチン接種）、診断（PCR検査）と治療、積極的疫学的調査、療養支援（陽性者や濃厚接触者の隔離や自宅療養）、入院できない陽性者の病状変化時に自宅に酸素濃縮器を搬入する職員など、国や自治体を挙げてのコロナ対応のためのチームアプローチが行われたことも記憶に新しい。

このように、疾病構造や高齢化の進展、医療システムの変化、看護・介護を提供する場の広がり、そして人々の多様な価値観を背景として、多職種で構成する学際的チームによる協働は、いずれの場においても、最適化して推進することが必須となっている。

III. 学際的ヘルスケアチームとは

“学際的”とは、2つ以上の専門領域による分野横断を指し、学際的ヘルスケアチームとは「特定の単位またはシステムにおいて、ヘルスケア教育を受けた背景の異なる人々がともに仕事をする統合体」（Drinka et al., 2016）と定義される（この他にも、類似した定義が多数存在している）。そして、チームのメンバーは、全員が互いの役割を理解しているという特徴がある。医療機関では医師、看護師を最小単位とし、理学療法士、作業療法士、薬剤師、栄養士、公認心理士、社会福祉士などが加わって、栄養サポートチーム、呼吸ケアチーム、摂食嚥下支援チーム、認知症ケアチーム、退院支援チームほか、学際的チームアプローチがすすめられる。診療報酬に直結する項目も増え、筆者が把握する限り、少なくとも22項目は専門看護師・認定看護師の配置（専従・専任含む）が算定要件となっており、算定に際しては、各専門的視点からのアセスメント、およびケア計画の文書化などが必要とされる。また、認定看護師や専門看護師がチーム

の推進役になることも期待されている。

チームの構造に着目すると、本人・家族を中心に据えた学際的チーム (Interdisciplinary team)、トップダウンの集学的チーム (Multi-disciplinary team)、多分野の専門家や市民が対等に参画する分野横断的チーム (Trans-disciplinary team) などに区分できる (この日英の表現も実に多様である)。このうち学際的チームが果たす役割には、多職種による包括的評価による多面的ケアの提供、チーム内のコミュニケーションを重視したケアの検討に加え、チームメンバー相互の支援や結果の分かち合いと行ったチームそのものへの効果も挙げられている (Booth, 1996)。しかし、このようなチームは「作る」努力が必要である。

Tuckman (1965) は、チームの発展プロセスと各時期のタスクを次の5段階で説明している。チームメンバーが集まり、相互に関係性を作り始める「Forming: 形成期」。この時期は、タスクへの方向づけが行われる。続いて、メンバーからの意見が上がるなかでの衝突が起きる「Storming: 混乱期」。この時期には、チーム内のコンフリクトが生じるため、感情的な反応が起こる。しかし、メンバーによる話し合いが進むことで個人の意見が表出され、オープンな相互作用が起こる結果、目標が形作られ、メンバー相互の役割が決めていく。これが「Norming: 規範期」である。そして、チームによる協働が進む「Performing: パフォーマンス期」に移行する。そこでは、チーム内のエネルギーが課題に対して注がれ、解決に向かう (Tuckman, 1965)。

パフォーマンスが十分に機能しているチームでは、メンバーのメンタルヘルスがよく、高度な課題の達成ができる (West, 2012)。そして目標が達成され、課題が解決すれば、チームは解散となる (Adjourning: 散会期) (Tuckman, 1965)。各ステージでは、活発な意見が上がることで意見が異なる「コンフリクト」の状態が生じることもあるだろう。コンフリクトは悪いととらえがちであるが、プラス面もあることを知っておくことがチームビルディングには必要である。たとえば、互いの意見を競い合うことで意欲が高まること、意見交換の過程で他者への理解が深まること、その過程において相互理解やチームの結束が促進されることなどである。

Thomas ら (1974) はコンフリクトの対処パターンを競い合い、順応、妥協、回避、協力の5種類として示し、いずれもポジティブ、ネガティブなインパクトがあることと説明している。いずれも、安心してチームに参画できる「安全な場」が保証されていることが前提となる。コンフリクトの発生は、チーム内にコミュニケーションが進んでいる証拠でもあるため、回避するのではなく、「管理する」発想が必要となる。チームになにが生じているのか、状況の把握や見直し、客観化、あるいは結論を急がせずに「遅延」することも大切となる。コンフリクトの原因が意外にも、時間や予算の制約やプレッ

シャー、ストレスなどから生じることもあるため、根底にある要因を探ることも必要であろう。

また、コンフリクトが生じないチームは、Storming に踏み込めないうちに目標の設定や役割の決定に進むことになるため、発言がなく、チームへの信頼にはマイナスとなる可能性がある。したがって、コンフリクトは起きないようにすることではなく、いかに扱うのが重要なのである。ヘルスケアチームであれば、ケアの受け手にとってのゴールを探すこととなるので、各職種の意見を尊重したうえで一致点と相違点を客観化しながらコンフリクトの原因を探すことになる。このようなチーム作りを学ぶための教育の重要性に鑑み、本学では2011年度から大学院修士課程に、2019年からは博士後期課程DNPコースに「学際的チームビルディング論」を開講することになった。

IV. 学際的チームビルディング大学院教育

筆者は、1990年代の10年間にわたり、アメリカのミシガン大学老年学夏季セミナーに運営・参加し、後半5年間は日本側運営委員を担っていた。ミシガン大学老年学センターでは、1980年代から老年専門医、ナースプラクティショナー (NP)、修士号をもつソーシャルワーカー (MSW) が学際的チームとして高齢者外来で診療とケアを行っていた。ミシガン大学レクリエーションスポーツ部では、チーム自体を作るための専門的プログラムであるアドベンチャーリーダーシッププログラムを提供しており、同じ職場の専門職、ミシガン大学学生、企業などがそのプログラムを活用している。先に述べた夏季セミナーでも、アドベンチャーリーダーシッププログラムをカリキュラムに組み、専用の森林フィールドで、様々な課題にチームで取り組むアクティビティベースの学修機会が設定されていた。

経験的学習サイクル (Kolb, 2014) に基づき、ファシリテーターによるブリーフィング (ルール説明) に続き、時間的制約が設定されるなか、チームで解決策を話し合い、トライと失敗を重ね、再度話し合い、再度トライするというサイクルを繰り返す。ファシリテーターからは「今あなたになにが起こったか?」「どのようなストラテジーを考えたのか?」「現実の職場では、これはなにを象徴しているか?」など、各課題の達成後には、深い debriefing が促される。屋外で思考を解放しながらプログラムに参加するうち、複雑で到達できそうもない課題に対しても、アイデアが湧き、障害をもつ参加者がチームに参加している場合でも、相互に助け合って課題を達成していくことができる。そして、自分自身が各課題にどのように参画したのか振り返る機会を頻繁に促されることで、最終的にチームアプローチは「己を知る」ことにほかならないと気づくことになる。このような経験を筆者は運よく20代の時期に経験できたため、それ以

降、様々な機会に、このプログラムの要素を取り入れるようにしてきたものである。

本学で教育科目として取り入れることになった背景には、文部科学省専門的看護師薬剤師推進事業への採択がある（文部科学省, 2011）。この事業により、本学に適した形でカリキュラムを作り、当初は専門看護師を養成する上級実践コース履修者を想定していたが、履修希望者は修士論文コースにも広げることになった。さらに、本学が博士後期課程にDNPコースを創設した際、看護の実践現場の課題解決のためのチーム作りを学修するため、チームビルディングを特論に含めることとなり、博士後期課程にも定着している。

この科目を履修した院生への調査から、評価懸念が払しょくされ、コミュニケーションが促進されたことを把握している（亀井ら, 2014; 飯岡ら, 2021a）。その後、チームアプローチ評価尺度の開発（飯岡ら, 2021b）へと発展しており、チームメへのコミットメントの把握も可能となっている。

V. 協働のエビデンス：認知症ケアチームを例に

筆者は2012年度から、日本老年看護学会理事として診療報酬化のための委員会活動を担うことになった。認知症ケアは当時の医療機関においての課題のひとつであり、多くの認知症高齢者は身体拘束を受けていた。学会では入院した認知症高齢者への認知症看護認定看護師・老人看護専門看護師が参画するチーム医療の実態調査、そしてシステマティックレビューを進めることになった。実態調査からは、1病棟（ユニット）あたり約30%に認知症、または認知機能低下を伴う高齢者が入院していることが判明し、そのうち63.5%にBPSD、11.8%にせん妄が生じていることが把握できた。看護師は、医師や薬剤師、理学療法士などとのカンファレンスをもち、ケアの統一や、薬剤の調整、早期からの地域との連携を行うなど、チームを牽引している実態を把握することができた（日本老年看護学会, 2014）。

一方、高齢者への専門職によるチームアプローチの有効性に関するシステマティックレビューとメタアナリシス（亀井ら, 2016）からは、スウェーデン、オランダのランダム化比較試験のデータを統合することができた。その結果から、高齢者ケアの教育を受けたメンバーから成る「老年専門職チーム」の支援は、従来の医療と比較して、高齢者の在院日数を有意に短縮できることが示された。

これら2つの結果をもとに、看護系学会等社会保険連合を通じて診療報酬提案書を提出し、中医協の審議に取り上げられ（中医協, 2016）、2018年に「認知症ケア加算」の創設につながり、協働のエビデンスが国内医療機関のケアチームに実装されることになった。算定要件である認知症対応力向上研修のカリキュラム作りを進め、

現在も学会では研修会を開催し、そこでも、チームを学ぶ内容を入れている。また、認知症ケア加算の特徴として、身体拘束を行う場合、大幅に減算される仕組みとなっており、チームアプローチによって、認知症高齢者の拘束外しを推進し、ケアの質を保証することが求められているものである。

このように、協働は人々の人権を守り、尊厳を保つためにあるものと筆者は考えている。そして、協働にはエビデンスがあることを記しておきたい。

引用文献

- Booth DE (1996): ターナー老人医療クリニックの実践から。高齢者ケアはチームで; チームアプローチのつくり方・進め方, ミシガン大学老年学セミナー運営委員会, 黒田輝政, 井上千津子 (編著), 10-20, ミネルヴァ書房, 京都。
- 中央社会保険医療協議会 (2016): 身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000110788.pdf> (2023/11/2)。
- Drinka TJK, Clark PG (2016): *Healthcare Teamwork: Interprofessional Practice and Education* (2nd ed.), ABC-CLIO, Santa Barbara, CA.
- 飯岡由紀子, 亀井智子 (2021): チームアプローチ評価尺度改訂版 (TASS-R) の開発; 信頼性と妥当性の検討。 *日本看護科学学会誌*, 41: 114-121。
- 飯岡由紀子, 亀井智子, 片岡弥恵子, 他 (2021): 看護系大学院修士課程におけるチームビルディング力育成プログラムの効果。 *聖路加看護学会誌*, 25 (1): 20-28。
- 亀井智子, 飯岡由紀子, 片岡弥恵子, 他 (2014): 大学院修士課程特別講義「チームビルディング」(2011年度~2013年度文部科学省大学改革等推進等補助金専門的看護師・薬剤師等医療人材養成事業) の総括評価。 *聖路加看護大学紀要*, 10: 9-18。
- 亀井智子, 千吉良綾子, 正木治恵, 他 (2016): 認知症および認知機能低下者を含む高齢入院患者群への老年専門職チームによる介入の在院日数短縮等への有効性; システマティックレビューとメタアナリシス。 *日本老年看護学会誌*, 20 (2): 23-35。
- Kolb DA (2014): *Experimental Learning* (2nd ed.), Pearson FT Press, Upper Saddle River, NJ.
- 文部科学省 (2011): 平成23年度「専門的看護師・薬剤師等医療人材養成事業」。 https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/iryounjinzai/1312428.htm (2023/11/2)。
- 日本老年看護学会政策検討委員会 (2014): 老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書。 1-79。
- Thomas KW, Kilmann RH (1974): *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. XICOM, Tuxedo, NY.
- Tuckman BW (1965): Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, 63 (6): 384-399, <https://doi.org/10.1037/h0022100>.
- West MA (2012): *Effective Teamwork*. Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ.