

特集

チーム医療とリスク管理

信友 浩一

元 九州大学病院 副病院長

Team Approach in Medical Care and Risk Management

Koichi NOBUTOMO

The ex-vice president of Kyushu-University Hospital

【要旨】

チーム医療の責任配分が未だ不明確である。したがってリスクマネジメントが誰のために行われるのか、も不明確となる。まず医療の原点から責任配分を検討した。医療は患者が発症（心身の苦痛）し不安を抱えて医療に助けを求め受診したときに始まる：①その不安を察し患者との一体感を基にした安心関係である「診察」、あるいは不安を察することから始めるのではなく②症状のコントロールのための契約関係である「診療（診断・治療）」、とがある。医療①では医療スタッフと患者との間では責任が共有されている。一方医療②では医療スタッフのみの責任が問われることになる。したがってリスクマネジメントは医療①では医療スタッフと患者とでリスクを共有することになる（チームのためのリスクマネジメント）が、医療②では医療提供側にのみリスクが配分されることになる（医療スタッフのためのリスクマネジメント）。さらに医療②ではチーム医療提供側である医療スタッフ間の責任配分、医療提供施設経営者とチーム医療スタッフ間の責任配分も問われることになる。

キーワード： 医療の原点、診察という安心関係の医療、診療という契約関係の医療、リスクの責任配分、リスクの共有



信友 浩一

I テーマへの視点

昨年の本誌総説（磯部隆一著）『医療チームの一員としての患者アドボカシー』のはじめに「・・・患者と医療者双方が相互理解を深め、閉塞感や対立感情を排除することこそが、安心・安全な医療の実現に何よりの近道ではないだろうか」とあり、そしてまとめに「・・・『チーム医療』への理解が進み具体的な取り組み事例も増えてきているが、患者に対する医療専門職集団の協働という構図を脱していない。本来、医療チームは患者を主体として構成されなければならない。患者を客体として捉えてきたところに、インフォームドコンセントの限界、ひいては医療安全管理の限界が見える」とある。本年の総説『チーム医療とリスク管理』の視点も、医療の原点「医療の主体は患者である、患者は客体ではない」である。

I-1 なぜ医療の主体は患者なのか

死に挑戦するヒーローとしての医師は、つまるところ、死なないようにしてくれるが、死に伴う恐怖や孤立感には対応してくれない—患者は、このような実感を持っているようである。

1) 幸せな人生

1999年厳寒の時期に「終末期医療における心のケア」と題したシンポジウムが同志社大学神学部で開催され、私もシンポジストの一人として参加した。このシンポジウムの聴衆の一人が、同大のニュースレターに次のような感想を寄せておられる。

「同志社大学神学館礼拝堂において『終末期医療における心のケア—その現場・システム・宗教性』

というタイトルでシンポジウムがあり、友人と行って来ました。参加者は中高年の男女が圧倒的で、しかも超満員で、そのテーマに対する関心の高さに驚きました。(中略) まず一人目のシンポジストは、現場からとして、日本バプテスト病院のホスピス長、林章敏先生の話でした。・・・二番目のシンポジストは九州大学医療システム学講座教授の信友浩一先生で、先生は21世紀に向けて新しい医療システムという観点から研究されています。まず医療機関の閉鎖性を指摘され、もっと病院・医者情報を開示すべきで、例えば何ができ何ができないかを医師同士も知るべきだし、勿論大事な命を託する患者ももっと情報が手に入るようにしなくてはならない。また、何の病気もなくただ老衰で死んで行ける人は、老人の死のたった1%に過ぎず、ほとんどの人は何らかの病気で死んで行くそうです。すべての人が老いて死んで行くことが免れないとしたら、病むことも免れないのであって、ただ完治することのみを求めめるのではなく、病気はあってもいかに日常の生活を維持するか、病んでいてもなお生き生きと死ぬまで生きる、そのことのために努力する方向が必要であると言われました。最後のシンポジストは宗教学者の山折哲雄先生でした。(中略) 現在の医療機関では、人生の一番大切な『死の儀式』が本人の意思とは遠くかけ離れ、流れ作業のごとくパターン化されていることに悲しみを覚えるといことでした。

私たちの死は、いつどういう死を迎えるのかわかりませんが、ただ、今現在の多くの医療機関ではなかなか尊厳のある死は迎えられるようありません。一日も早く国と医者と患者それぞれが努力して、1人ひとりの思いに沿うような体制ができればいいと思いながら帰路につきました。」

今の医師に生命(生物的命)を託せても、生活・人生は託せないのでは?との認識が、患者のみならず、将来患者になりうる健康な市民の間にも生まれていると言えよう。人生の主人公は私である、という当然の自然な主張である。

このような主張は、行政・政治の場でも同様に現われて来ている。私の敬愛する新藤宗幸教授(行政学)は『西日本新聞』紙上で次のように述べている。「多くの有権者は、『私たちに何を施してくれるか』ではなく、『私たちの意思をいかに実現するのか』に関心を抱いている。いまや発展途上時代ではない。一定の社会基盤が整えられつつある。地域社会の問題状況を見詰め、安定的な地域社会を築くための条件を確立することこそ、市民の関心である。百万都市になるよりは、小さいコミュニティで自治と共生の条件の築こうとする与野市民、国益だからといわれても簡単に原発や軍事基地を受け入れない各地の動きは、まさにこうした変化を物語っている。

すなわち、従来のように医師に生命と生活と人生を全面的に託していたのでは、幸せな、安心・納得のいく人生は得られないと、市民が認識・展望している。みずから主体的に治すためのあるいは癒すための医療を選択し、そのことでみずから結果責任も取りたいとの主張である。医療専門職集団はみずからの使命にもとづき患者を治したい・癒したい、と医療による障害リスクの最小化を図りつつ「したい(職業からの使命)」ことを先ず主張する、一方、患者は医療介入と医療による障害のリスクを受け入れるかどうかも含めてみずからの生活・人生をこのように「したい(人間としての尊厳)」と主張し、その結果として当然のように対立が始まる。この対立を自然な当然の対立であると両者が認識し、そしてどうにかしようとする原動力は、医療専門職のもつ知識・技術(資格)ではなく、両者間に生じる共感(ボランティア精神)である。

2) その人らしい生活と人生への医師と患者との共感

「内科臨床研修指導マニュアル(日本内科学会, 2001年)」に医療の役割が『チーム医療とコミュニケーション』の中に明記されている; 医療の役割は、今、ここに生きている人の「いのち」をささえ、将来のその人の「くらし」, 「その人らしい健康」を支えることである。こうしたものの実現を目標とする医師には、専門的な知識・技術のみならず、人間の生き方、社会制度などへの造旨の深さが要求される。(中略)・・・診療室での医師は、専門知識・技術を提供する役割を持つものの、先ずは患者という人格をもった対等な人間としての出会いと共感から始まるとのボランティア精神が前提となる。

3) 共感というボランティア精神

以上のような認識にたち、両者の均等な立場を前提とした社会活動がボランティア精神から福岡の地で展開された。i 『抑制廃止福岡宣言（1998年）』；福岡県療養病床協会の10人の病院長が「老人に、自由と誇りと安らぎを！」と宣言し、患者の治療のため、安全のためと称して患者の抑制・拘束が日常化していた現場の改革に着手した。①縛る、抑制をやめることを決意し、実行する、②抑制とは何かを考える、③継続するために、院内を公開する、④抑制を限りなくゼロに近づける、⑤抑制廃止運動を全国に広げていく。これからの医療の理念を示したものとして画期的であり、世論の支持を得ることもでき省令（1999年）が発され抑制廃止が法制化された。ii 『診療情報共有福岡宣言（2000年）』；福岡県医師会が「患者さんの病気・死の恐怖の克服に役立てるために」とし、①我々は病気に伴う不安や死の恐怖を、先ず共有します、②共有できないときは何故かを考えます、③患者さんに対する説明責任を結果責任倫理に優先させます、④その為に診療情報を患者さんと医師とで共有します、⑤我々は情報を共有することが常に実現できるように、診療に関する不安・要望・苦情を、患者さんから受け入れます、⑥診療総合相談窓口を設置します、と約束し相談窓口を設置、会員医師と患者との対話の労を日常的に取るようになった。患者に当然のように敬意を払う医療が展開されたのである。

4) 時代の深層

啓蒙主義の時代に医学が、宗教を駆逐しながら、死を自らの手中に収めた。死の医療化である。従来の死は次のようであったという（フランク、1813年）。「フランスでは、危篤状態にあると思われる病人のもとに呼ばれた場合、医師は早速病人に対して懺悔をおこなうよう勧告することが義務付けられているため、病人が実際に懺悔をした、あるいは終油の秘跡を授ける準備のために牧師が病人のもとを訪ねたという事が文書で証明されないかぎり、医師は（病人を最初に訪れてから）三日目に再び病人を訪ねるのだが、医師はその間診療をおこなうことが禁止されていた。フランクにとって死をとりまくあらゆる宗教的儀礼は『死にゆく者への虐待』に等しい、「一体なぜ、今まさに死のうとしているときに、この上ない苦しみに耐えながら道徳のお説教をきかなければならないのか!」。

死の医療化が中世の時代と同様の苦しみと虐待を病人に与えているとは言えないだろうか!? 死なせない医療という使命の下で。

現在、医師を頂点とするヒエラルキー型医療提供体制の法制化はされているが、医師を牽制できる法体制が整備されていないがために、患者側は医師主体の発想である「死なせない医療」による精神的虐待に曝されている恐れがある。

I-2 医療の原点

医療の世界は本質的に対立することが構造化されている。

1) 医療の原点

医療に助けを求める切っ掛けが症状（心身の苦痛）であるとすれば、症状を意識した人には必然的に症状出現の意外性から来る不安や、受診後の生活・人生が見えなくなる不安とが伴う。故に医師は先ずその不安を察し、受診者に安心感が生じたのを確認した後、症状の原因を傷病名で特定していく診断に入っていく。これが医療の出発点となる。明治時代の先輩はこのプロセスを診察と称してくれた。一方、この不安を察することを省き、直ちに診断し治療に入っていくのを診療と称した。診察と診療は似ている言葉であるが、本質は異なる。

(1) 診察

察するという感性（アート）が前提、人間の弱さへの共感・共鳴（レスポンシブル）、ウマが合うという安心感であり責任関係（レスポンシビリティ）であり、二人称の対話の世界。

(2) 診療

知識・技術という知性（サイエンス）で対応、人間の強さへの憧れ、資格に基づく契約関係（不信関係を前提とする関係）という三人称の管理の世界。故に両者に知識・技術の情報格差

が顕著である故にインフォームドコンセンスというマネジメントツールを必要とする。

2) 診断のプロセス

診断は、症状や異常所見の原因を特定することであることは述べた。何（What）が生じているか、を知ることは重要である。しかし今日では診断の重点が移りつつあり、どうして（Why）が必要となってきた。その理由として、急性疾患主流の時代から慢性疾患主流の時代へと移行してきたことがあげられる。

従来の診断の基礎となった考え方や知識は、ほとんど19世紀につくられている。当時の診断は、特定の病因が即原因となって、特定の病気を起こす、という特定病因説に基づく agent（細菌など）探しから、主にもたらされた。しかし今日では慢性疾患が主要な課題となっており、慢性疾患の正確な自然史に基づいて、患者の診断を追及することに、その重点が移りつつある。

通常、診断は2つのステップからなる。1つは、診断のきっかけとなった症状・異常所見の原因を明らかにするための診断であり、疾患診断といわれている。もう1つは、そのような疾患が、なぜこの患者に生じてきたのかを探る原因診断である。この診断により、この患者固有の、すなわち的確な治療、再発防止策をたてることにつながる。慢性疾患主流の時代では事例性への注目（原因診断）が優先されるべきなのである。

(1) 疾患診断

成書に詳しいので略すが、診断手技の標準化が診断への信頼を確保するためには必須である。医師により、あるいは施設によりバラツキが大きくなることを避けなければならない。どの医師が問診を行っても、同一の患者からは同じ返事が戻ってき、またその症状の有無の判断にしても同じことが必要である。もし、ある症状が本当にあるにもかかわらず、問診の仕方や返事の解釈によって“ない”と判断されるようなことがあってはならない。

(2) 原因診断

同一疾患であっても、多様な発病・進展要因を患者それぞれがもっている、との認識が大事である。そのために、問診などにより患者の疾患の自然史を系統的に正確に把握し、そのなかから深く関わった要因を抽出、認識、判断することが、その患者の的確な治療、再発防止につながる。一般的な原因診断の枠組みは、①遺伝的訴因、②成育歴、③家族関係、④ライフスタイル、⑤働いている場の職種・職場・職制、⑥居住地域の特性、である。

3) 医療のプロセス

診断が確定すると次に、治療目標を設定し、そして治療・療養が始まる。

(1) 手当をする（ケア）

病気や加齢に由来する心身機能の低下、そして低下していく家族介護力・・・。

この条件下で生活を安心・安全にいとむためには、患者の「したい自分」と「している自分」とのギャップを認識し、自立して過ごせる幸せを喜ぶために、本人が自らすることと本人を支え手当（ケア）することが必要となる。最適の生活環境とは、他の人々と生き生きとした交流を図りながら意味のある人生を過ごす、ことと考えている。ケアをニーズに応じて体系化すると以下のようなになる。

- ① 情報支援ケア；必要なさらなる受診先・転院などの相談，生活基盤整備のための相談，医療ケアの紹介・調整・統合のための相談と学びの場の案内
- ② 家事ケア；掃除，洗濯，買い物，食事作り，郵送など
- ③ 対人ケア；就寝，着替え，入浴，排せつ，移動，話し相手など
- ④ 看護ケア；患護，観察，処置，処方投薬など
- ⑤ 侵襲的医療ケア；処方，手術，処置など

- ⑥ 非侵襲的医療ケア；リハビリ、鍼灸、整体、アロマ、ホメオパシーなど
- ⑦ 終末ケア；ペインコントロール、スピリチュアルケアなど

(2) 配慮をする（サービス）

ケアをするには、患者がその必要性を理解し、したくなるまで説明・対話をし、患者の尊厳を傷つけることのないよう配慮した上で実行することが必要である、金銭的報酬は請求も受給もできないが。このような配慮をすることをサービスという。サービスによって患者が得られるものは有り難い！と言う幸せ、あるいは生きていてよかったという幸せ、これで死ぬという幸せ、である。

I-3 患者の視点

『バイシエンツ・アイズ（Through the patients eyes; Understanding and promoting patient-centered care）』を監訳し出版した（2001年）。病気になったと感じた人が、医療に具体的に何を期待し要求しているかを事例研究し、次いで大規模サーベイし検証しまとめたのがこの本である。人間としてこだわった「主観」を次の七項目に整理した；

- ① 個人として扱って欲しい（私は統計ではありません）
- ② 誰かが責任をもって見続けて欲しい（専門に逃げないで）
- ③ 何が起きているのか分るようにして欲しい
- ④ 病気に伴う苦痛を和らげて欲しい（私は病巣ではありません）
- ⑤ さらに不安や恐怖も和らげて欲しい（病巣のコントロールだけでなく）
- ⑥ 私を気にしてくれる人たちへの気を使って欲しい
- ⑦ 退院した後の不安も気にして欲しい

あくまでも主観的なこだわりであるが、医療専門職が対応するかどうかは医師に委ねられている。自分のこころを伝えることは自然である。伝えられたものを、伝えられたままに受け取ることは共感であり教養である。教養は学歴とは相関しない、資格や立場を越えたものだ。

I-4 生老病死に挑戦してきた人類

例えば「死」に対しては、①死は敵だ！という発想での対応、すなわち知性での対応〔師；サイエンス・技術・コントロールの世界・契約の世界〕、②生まれてくれば死ぬのは当然だ！という発想、すなわち感性での対応〔詩；アート・叙事詩『今日は死ぬのにもってこいの日だ』など・人間の弱さへの共感・一体感の世界・受け入れる世界〕、③どういふつもりで死ぬのか？という発想での対応、すなわちスピリットでの対応〔志；スピリット・死の意味づけ・ストーリー・腑に落ちる・同志の世界〕。これら師・詩・志は死と語源を同じくしている。

人類が挑戦し蓄積・伝達してきたこれら師・詩・志の世界を、医師が市民と共有し対話できる教養があれば、生活の質（QOL）は回復し高まる。そして幸せな出産・老化・療養・死を迎えることができる。

I-5 まとめ

対立は以上述べてきたように自然なことであり現実でもある。

従来からの救命・治療が医療の役割であるとする医療を Needs Model の医療と言う。患者が必要とする医療は医療提供側が知っているとする考え方である。医師主体の医療とも言われており国家も社会保障としての医療を位置づけ法整備し予算化している。一方、医療にはこのようなことを期待しているとする医療を Demand Model の医療と言う。患者が医療に期待することは患者が知っている、医師は患者の代理人ではない、とする考え方である。患者主体の医療とも言われており、国家はサービスとしての医

療と称し、サービス市場に委ねている。

嘗ての急性疾患主流の時代では、医師主体の医療も患者主体の医療も『救命・治療』を医療とすることは一致していた。しかし慢性疾患主流の時代になった現代では、両主体が一致して医療（救命・治療）とするものはあるが、医師主体の医療（死なせない）ではあるが、患者主体の医療では（救命・治療の打ち切り；Living—Will）の医療を期待する、など一致をみないものがある。

従って、先ず、このような対立が存在することを医師も患者も認めることがチーム医療の本来の理念を現実化する出発点となる。医療の主体は患者である、とみなすことが問われる。すなわち対立することを認めることから対話が始まるのであり、対話が両者の間に信頼関係を醸成していくことになる。信頼とは『誰によっても、このように理解・応援してもらえはらず（ルーマン、1990年）』のことであり、『期待外れの事態を想定しつつも期待をあてにでき“そして”期待外れに直面した後の対処の仕方が準備されている“のが信頼であると私は定義している。信頼と言う最強の社会資産があつてはじめて医療を安心して提供し利用できる。信頼に値する医療の確立が最優先課題である。信頼醸成装置なしのリスク管理は、医師側のリスクを最小化するだけであり、医師と患者とがリスクを共有する信頼社会は永遠に生来しない。

II チーム医療の構造・業務・成果

朝日新聞が2008年3月に発表した世論調査結果、世の中で“信用できる人が多い”と思う人は24%，“信用できない人が多い”が64%，“たいていの人は他人の役に立とうとしている”との回答は22%で“自分のことだけ考えている”は67%にのぼっていた。われわれはこのような現状の中で医療の現実を直視し、患者主体のチーム医療の展望をレビューする。

信頼に値する医療のために、まずわれわれの行動基準〔倫理〕を意識しなければならない。行動基準には、①信念（動機）優先；患者のためにはベストを尽くします！など、②結果責任優先；がん病巣切除のためにはベストを尽くします、動機が研究目的であっても問わないでください！など、③説明責任優先；プロセスを優先します、いま何が起きているのか・何をすることができるのか・どんなリスクがあるのか・リスクへの対応は・・・など、の三つの行動基準〔倫理〕がある。

II-1 チーム医療の構造

医療スタッフという資格者は、自らが持つ知識と技能を使って患者に尽くせる『はず』『べき』『こと』になっていると信じ、一方患者も医療スタッフはこのようにしてくれる『はず』『べき』『こと』になっていると信じて、医療を提供・利用できるとしてチーム医療が構造化される。

「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、患者の状況に的確に対応した医療を提供する」、とチーム医療の推進に関する検討会報告書（2010年）でチームの構造が記されている。患者はチームの一員とはみなされていない、患者の代理人はチームの一員とみなされているかどうか不詳であるが、患者は医療の客体ではなく主体である、との定義がチーム医療にはされていない。医療の主体が患者であれば、チーム医療のスタッフと共に患者とその家族・職場などがチームの一員と明記されるはずである。

さらに留意すべき視点がふたつある。ひとつは、医療スタッフはプロフェッションではあってもスペシャリストではない、という事。プロフェッションは、以下の特性を備えた職業である；①専門的な知識や技術を習得している、その結果として名称と業務の独占が認められている。②自律性という自らの職業上の要請に従って仕事を進めることが出来る、その結果として他の集団に対して閉鎖的な態度を示すことが多く、しかも、何が意味のあることか何が価値的であることかについて、暗黙の行動細目を内部的に定めている。外に向かつては独自性を強調し、内に向かつては結束を促す。③仕事へのコミットメント、すなわち金銭的な報酬や人間関係によってではなく、仕事それ自体のために働くように内発的

に動機づけられている。マズロー的な用語でいえば、より上位の人間的とされる動機づけ要因が、判断や行動を枠づけている。④同業者への準拠が優位である。サラリーを得ている組織への所属性と同業者への準拠性との間に食い違うことがある。組織が公式に作成した内部の規律を無視しあるいは軽視して、同業者が独自に作り出した、組織から見れば外部の規範が彼らの判断や行動を強く律するようになる。たとえば勤務医にとっての出身医局のように。組織的な統制に収まりきれないことがチーム医療推進の障害となりうる。⑤倫理性が求められる。高度の専門知識と技術によってサービスを、たとえば患者に提供するだけであるなら、その関係性は対等ではありえない。故に、プロフェッションの提供するサービスには『公益性』がある旨の規範から強く律せられないとならない。そのための倫理綱領が備えられている、しかし監視が常時全てのプロフェッションに対してされてはいないので、サービスの現場では対等な関係が醸成されがたい現状がある。倫理綱領に拠らないで法律に委ねるべきである考えもある。

と同時にプロフェッションは規範であるが故に、それらの特性を備えた程度において階層を構成することとなる。①フルプロフェッション（確立されたプロフェッション）；すべての特性が備えられた職業群である、その結果として社会的な威信があり、作業集団のなかでの強力なリーダーとなっている。死化した大きな課題も抱えている。患者に対するプロフェッションの圧倒的な権威は、彼の一挙手一投足が患者に深刻な影響を与える。技術が、単なる技術ではなく、その人と一体になった技術になる。それを自覚するかしないかでサービスの質は決定的に異なる。患者の幸不幸を決定するキーパーソンの役割を負っている。しかし、高等教育によって知識・技術そのものは正確に教授されても、その知識・技術を現場でどのように適用していくかの教育（感性・倫理）が形骸化している。②セミプロフェッション（準プロフェッション）；開業が困難であるゆえに組織人として行動することが多い。個人として仕事をするよりは集団として仕事をせざるを得ないので、チームとして成果を出そうとする発想が強い。組織の中では何よりも協働関係、つまり、チームワークが重視されるので、従来の個人重視（医師など）に替わる新しい視点を提供している。この動きをプロフェッショナルリズムという。③パラプロフェッション（補助プロフェッション）プロフェッションを補助し、プロフェッションによって統制される。専門的な知識・技術よりも、患者に対する感受性が強く求められる、すなわち日常性・アットホームな環境づくりを負うことになる。

最後の懸念は、チームと称するのであればチームの責任者が必要であるが、明記されていない。災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）には責任配分が明示されているが。

Ⅱ-2 チーム医療の業務プロセス

前記した『チーム医療の推進に関する検討会報告書（2010年）』では業務プロセスに対して、①医療スタッフの専門に委ねつつ再統合していく、そして②ガイドライン・プロトコル等を活用した治療の標準化、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、が挙げている。行動基準で言えば説明責任倫理に該当する。すなわち「患者だけでなく患者家族や患者に関係する人たちと、医療スタッフとが、日常的な個々の診療において、互いの価値観の違いを認識し合いながら、双方にとって最善の対応を探索していくこと（白浜雅司）」を内科臨床研修指導マニュアル（2001年）で臨床倫理の定義として述べているが、このプロセスが業務プロセスそのものであり、説明責任倫理優先の行動である。

因みにアメリカ内科学会卒後研修での『医療倫理関連チェックリスト』として以下の事項が列記してあるが、全て業務プロセスのことである。

- (1) 一般的な医療行為および特別な治療や診断の介入について、患者に情報を伝え、自発的な同意を得るための方法を知っている
- (2) 救急やそれ以外の場において、医療者が勧める治療を患者が拒否した場合にすべきことを知っている。

- (3) 患者が効果のないあるいは有害な治療を要求したときにすべきことを知っている。
- (4) 患者の判断能力を評価できる。
- (5) 患者の判断能力が欠けている時に、どのようにして適切な代理決定者を選ぶのかを知っている。
- (6) 代理決定者が判断能力の欠けた患者に代わって決定するとき、何を根拠に決定すべきかを理解している。
- (7) 患者が判断能力に欠けていて適切な代理決定者がいない場合、医師が患者に代わって決定しなければならぬ状況で、適用すべき原則を知っている。
- (8) 死にゆく患者と、人生の終末の問題や医療の限界についてうまく話をすすめることができる（事前の意思表示やリビングウィルなど）。
- (9) 終末期の患者の以下のような状況にどう対応したら良いかを知っている；
 - ① 栄養や輸液を含む生命維持の治療を控える、あるいは中止する場合
 - ② 悪い知らせを伝え、患者、家族の意見を聴くこと
 - ③ 蘇生拒否（DNR）の指示を書く
 - ④ 患者が自殺幫助や安楽死を医師に要求した場合
 - ⑤ 患者との間に維持されている守秘義務を変更したい旨を伝える事
 - ⑥ 情報開示と医療過誤の現場において、真実を伝える原則と伝え方について知っている
- (10) 自分の患者と信頼関係を確立するために、以下のような倫理的則を知っている
 - ① 患者への義務と自分の権利のバランスをとること
 - ② 患者への義務と社会の利益のバランスをとること
- (11) 倫理的な問題を発生する可能性のある以下のような状況にどのような対応をするかを知っている
 - ① 需要を産み出す事（医師の方から医療サービスが増えるようにしむけること）
 - ② 業者からの謝礼
- (12) 自分の同僚がアルコールや薬物中毒などで対応能力がないことを疑った場合の医師の義務を知っている
- (13) 臨床試験で発生する倫理的な問題を認識し、解決する方法を知っている
 検討会報告書サマリーには、チーム医療では重要だと私は考えている「安全」の視点が欠けている。

チーム医療に期待される有効性・安全性・効率性（以上医師主体の医療）と納得性・安心性（以上患者主体の医療）を再統合し標準化していく上で、重要な事項が欠落している。すなわち医療安全管理・リスク管理では必須の『相互牽制』の原則がなく、有効性と効率性を優先させる業務プロセスとなってしまうことを危惧している。医療スタッフ間の連携・補完の推進だけではなく、薬剤師法にある『疑義照会』という相互牽制関係を、全ての医療スタッフ間連携・統合の大原則として明記すべきである。

1) ガイドライン・プロトコール

専門職集団で作成され、公的な業務プロセスとして利用されている。ただこれら医療マネジメントツールに沿った治療をした場合、想定外の結果例えば医療事故が生じたとき、医療スタッフが患者に「われわれはガイドラインに沿った治療をしたのですから、われわれは悪くありません」と誤った説明をしてしまうことがある。ガイドラインなどは結果を判断するツールでは決してありません、ガイドラインは医療チームの業務プロセスに係わる申し合わせに過ぎません。チーム内の医療スタッフの中には勉強不足のスタッフがいるかもしれない、その結果として患者が不利にならないようとして作成されたのがガイドラインなのです。

2) クリティカルパス，地域連携クリティカルパス

医師の指示がなければ医療を患者に提供できない原則がある故に，医療スタッフは医師の指示を仰ぐため医師探しに多くの時間を要していた。しかし医師の指示を仰がなくても，医師は患者の病態や診断名に基づいた定型的な検査・処置・処方などを指示していた現実もあった。その結果，院内で，主に看護部門が中心となって作成されたのがクリティカルパスである。したがって医師は，定型外の患者に対してのみ個別に対応した適切な指示をだすことに集中できるようになり，医療の効率性が担保できるようになった。

クリティカルパスを作成し見直しを適時に行っている病院では，当然のことながら定型外症例（アウトライヤー症例）分析のための委員会が設置され，クリティカルパスが適用できる症例割合を増やそうとしている。

また地域内の医療スタッフが急性期から慢性期・在宅医療までを含めた地域連携クリティカルパスを作成する動きも活発化している。チーム医療が院内から地域にまで広がってきたと言える。介護サービスとのチーム化も始まっている。

さらに東大飯塚教授を中心に，状況対応型クリティカルパスというアウトライヤーをゼロに近づけるクリティカルパスの開発が進行している。

3) 病期に応じた業務プロセスなど

超急性期（救命・蘇生など），急性期，回復期，慢性期，在宅医療，終末期それぞれにガイドライン等が準備され，ガイドラインに沿ったチーム医療を展開することは非現実的である。病期に応じたチーム医療の展開が適時適切に行われるためには，ガイドライン等に頼るだけでなく，医療チームを類型化して対応する考え方（諏訪部，2009年；①指揮命令型チーム，②共同体チーム，③機能的チームを準備）も提示されている。しかし安全確保の観点からは，たとえ指揮命令チームでも，医師以外の医療スタッフが安全確保のために指揮命令に反することもある，という前提を備えておかなければならない。チーム責任者が医師であっても。

もう一つの医療チームの編成のあり方としてスポーツに擬えたチームの分類がある。責任の配分という視点からの類型化である①野球チーム；監督（チーム責任者）の指示に確実に従う，上記指揮命令型チームに相当する。医師が監督である，と本人が任じて指揮命令をする医療チーム。しかし例示にある手術室には相応しくない，安全の観点から。手術室の医療チーム責任者は室外に置くことが相応しい，例えば外科担当副院長のように。②ラグビーチーム；監督は競技フィールドに居ることを許されない，また指揮することも許されない。日常の練習等であらゆる場面を想定して適時適切に対応できるよう訓練をすることとプレイヤーのポジショニングを指定すること，各プレイヤーの強さ弱さを判断しチームを編成するのが監督の役割である。前記の手術チームの監督が副院長であるのが相当する。各プレイヤーは自らが負わなければならない役割を見つけて闘っている，決してポジションの役割だけを果たしておけば良いのではない。医師が看護師の役割を担うことが場の要請で気づけば進んでその役を引き受ける。③山登りチーム；監督が目標を設定した後は，各プレイヤーが相互の強み弱み相性を判断しチームを編成していく，そして結果責任は監督が取る。最強のチームは相互信頼関係の醸成から作られる。

II-3 チーム医療の成果

結果責任倫理優先のチーム医療に期待されるのが成果である。

チーム医療に期待されていることは前述した；有効性・安全性・効率性（医師主体の医療）と納得性・安心性（患者主体の医療）。各評価事項が両者間で一致しているものもあるが，一致しないものも，あるいは優先順位が違うこともあることは述べた。ここでは各評価事項につき，チーム医療の成果を示された実証研究を紹介する。私がたまたま見聞いたものに限るが。

1) 有効性

いずれも1980年初頭の研究であった。ひとつは米国連邦議会技術評価局（税金が使われた全ての事業は、その成果を議会が評価している）が米国東海岸の著名な総合病院の救急医療の救命率を比較したレポートである。救命率に影響する大小の要因を調整した上で、救命率の高かったグループの総合病院と救命率が低かったグループの間で何が違っていたかを分析したところ、搬送時間、医療技術（設備機器・手術・薬物・処置）や専門医などの要員数などには差がないが病院間に確かに差があった、と。病院間のこのような差を技術評価局は「救急医療チームのコミュニケーション力」と意味づけ、第五の医療技術と命名もした。米国医師会は直ちに反発しコミュニケーション力を医療技術として認められないと宣言した。

もうひとつは腎移植の腎生着率に関する研究である。HLA（組織適合性抗原）のタイピングを開発したテラサキ博士の講演で、生着率を決めるメジャーな要因がHLAのマッチ率だと想定していた参加した研究者・医師の期待を裏切り、腎移植手術を行った医療チームによる差が顕著であったとの報告であった。講演後の質問はこの医療チームに関するものがほとんどで、テラサキ博士の結論は変わらなかった。

わが国でも卵巣がんの手術成績が学会主体での研究から報告があった。術後の生存率には手術チーム間に差があったというものであった。チーム間の差を生んだのは抗がん剤の副作用を克服できるドクターがいたかどうか、が結論であった。

2) 効率性

DPC 病院間での効率性の比較ができるようになっているが、その差を生む要因の検討までは研究されていない。

3) 納得感・苦情・医療訴訟

病院間の比較研究は知らない。

院内において苦情や紛争が多い医療チームや医療スタッフの話は度々聴くことがあるがデータ化はされたものは知らない。

チーム医療に多大な期待が込められているが、チーム医療の構造や業務プロセスからの期待であり実証的な成果指標から追認されている現状ではないようである。

Ⅲ 責任とリスクの配分

チーム医療の法的整備が遅れている現在では、医療の倫理的責任からの責任配分と、慣習的な医療チームのみへのリスク配分が考えられている。安心して納得して医療を提供できる、そして医療を利用できるようになるための必要な環境整備をレビューする。

Ⅲ-1 チームの構造からの責任とリスクの配分

チームの中に患者をチームの一員として編成するかどうかの選択肢がある。

1) 患者をチームの一員として認める場合

患者は当然、チームの結果責任も説明責任も取ることになり、ゆえにリスクの配分も担うことになる。患者があらゆるリスクを受け入れる信頼関係が成立する。人はエラーをするものである、医療提供側も、患者側も、ことを受け入れる。人間の弱さへの共感が始まることから生じる。また患者はリビング・ウィルを、インフォームド・コンセントと同様に、医療提供側に提示し理解・合意を得られることになる。

因みに患者側のエラーとは、発病してしまったこと、症状が出て気になっていたが受診が遅れてしまい治療開始が遅れた、などなどである。病気に係わるリスク（発病・進展）を患者側がとる社会が醸成されていく。医療スタッフのボランティア精神が問われている。

2) 患者はチームの一員ではなく医療の客体であるとする場合

患者はクライアントとなり契約関係の相手側となる。ゆえにあらゆる責任は免れることになり、リスクの配分を負うこともない。責任とリスクの配分は、①病院経営者、②チーム医療の責任者、③医療スタッフ間、で行われる。あるいは地域ベースでチーム医療が提供される場合は、医療計画作成の責任者である知事が責任を分担することになるかもしれない。医療計画づくりには患者側の意見を反映させなさいとの実施要項があるが現実化は遅れている。

(1) チームに必須の医療スタッフ

説明責任に対応できるためには、診療記録が適時・適切に標準化された方法で記録され監査を受けた公的な診療記録を根拠にして、初めて説明に説得力が出てくる。すなわち診療情報管理士（日本病院会）が必須となる。また成果比較のためにも標準化された診療記録が必要となる。

(2) 院内での責任の配分

経営者である院長がすべての責任とリスクを負うことになる。医療チームの責任者は編成スタッフの起案・業務プロセスの確認と運用を負うことになるが、他の医療スタッフ、例えば主治医独自の業務責任を負うことになる。

(3) 地域内での責任配分

医療法で、従来の施設完結型医療から地域完結型医療への転換が叫われており、首長がすべての責任を負うべきなのだが未だ定着からは程遠い。

Ⅲ-2 法律からの責任とリスクの配分

チーム医療が法的に位置づけられていない現在、一般的な責任の配分をレビューすることに留まる。

1) 資格法

医療業務と責任の配分が、今現在、看護師の業務拡張が図られている。

2) 業務法

医療業務、診断や治療などを規制する法律である。

医療法にある医療提供の理念（平成4年改正）、「医療は医療提供者と患者との間の信頼関係に基づき提供される」とあり、従来の資格だけではなく関係性、それも契約関係ではなく『信頼』関係成立が前提となることが明示された。画期的なことである。しかし資格法の改正には至っていない。

3) 責任法

チーム医療の過誤責任が、チーム医療が争点となつての訴訟は起きていない。また助産師と産科医との間に資格法に基づく嘱託契約があるが、チーム医療という枠組みの医療であるとするかしないかの法的位置づけがないままに放置されれば、フルプロフェッショナル間には同様の契約、例えば麻酔と外科医との関係、にも嘱託契約を行政は求めることになるのだろうか？すべてのフルプロフェッショナル間には応召義務だけが法的に課せられているだけで医療提供が出来ているにも関わらず、である。

4) 医療過誤裁判

争点となる事項だけ記す。

- ① 医師の責任の法的性質
- ② 医療水準論
- ③ 説明義務
- ④ 担保責任
- ⑤ 因果関係論

- ⑥ 期待権侵害論
- ⑦ カルテの閲覧・謄写

信頼に値する医療の醸成なのか，有効・効率的な医療の確立なのか，が問われている現在である。

参考文献

- 1) 「医療大革命」環，56，2014年
- 2) 厚生労働省「チーム医療の推進について」検討会報告書，2010年
- 3) 信友 浩一「生存政策学序論」福岡医誌，100（11），2009年
- 4) 矢作 直樹企画「救急医療 UPDATE；現状と展望」医学のあゆみ，226（9），2008年
- 5) 日本内科学会「内科臨床研修指導マニュアル」，2001年
- 6) 信友 浩一監訳「ペイシェンツ・アイズ」，日経BP社，2001年
- 7) 市野川 容孝「身体/生命，思考のフロンティア」，岩波書店，2000年
- 8) 田尾 雅夫「ヒューマン・サービスの組織；医療・保健・福祉における経営管理」法律文化社，1995年
- 9) 日本の医療；これから」ジュリスト増刊，44，1986年
- 10) 「医療業務と責任の再配分」ジュリスト，804，1983年