

8年前に輸入された「チーム医療」の概念。日本で、どう定着していくか。

がん領域にチーム医療が呼び込まれたのは必然

チーム医療という言葉自体は決して目新しいものではない。古くは、手術室や外来などに部分的に存在していた。それがここに来て、あらためてわが国の医療を変革する動きとして注目を浴び始めたのは、なぜか。

「オンコロジー分野で、チーム医療がにわかに注目を集めたのは、2001年、日本癌治療学会学術集会に米国・M.D.アンダーソンがんセンター（以下MDA）の腫瘍内科医、上野直人氏が招かれ、同センターでの取り組みを紹介したのがきっかけでした」と佐治氏は振り返る。がんのチーム医療は、じつは、米国でも限られた施設で行われていないという。佐治氏は第一期留学メンバーとしてMDAのチーム医療を目の当たりにしたときの感想を語る。

事例に見る新しい取り組みとヒント

JAMIC JOURNAL
2009年11月号
第1特集

チーム医療

患者数の増加、医師の担当業務の増大、治療の専門化、そして医師不足……。

従来のシステムでは立ち行かなくなった医療現場の悲鳴が、いたるところで聞かれます。このままでは十分な医療ができないことを懸念する声も……。そんななかで、必要性に迫られ、新たな考え方・しくみによる「チーム医療」を模索しはじめている例があります。さまざまな現場の取り組みと現状や課題を、ご紹介します。

取材・文／高柳由香・小川浩子（本誌）
企画・構成／小川浩子（本誌）
デザイン／佐藤商店



「衝撃的でした。チーム医療はある意味、医師の既得権をいかに譲渡するかです。それをメリットと感じることができるかを、問われているとも思いました。一方で、とくに乳腺を診療する医師は、増え続ける患者の診断から手術、薬物療法、終末期まですべてを抱え込んで疲弊し、限界を感じていました。そんなとき、一つのモデルを経験し、さまざまなことを自分から切り離すことで、うまく回ることを知ったのです」

多職種を取り込み、乳腺以外の領域にも広がる

チーム医療の一員である看護師や薬剤師のメリットは、権限の拡大により、自分で決定し、主体となれる業務が広がること。仕事量の増加という負担をはるかに上回る達成感、満足感を外部評価により得られる。

「それが実感できるようになると、チームの輪が次第にソーシャルワーカーや放射



PROF. E
埼玉医科大学国際医療センター
腫瘍内科准教授
佐治重衡氏
さじ・しげひら ● 1992年岐阜大学医学部卒。東京
都立駒込病院乳癌外科・臨床試験科医長などを経て、
2009年6月より現職。日本乳癌学会専門医、日本
臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医・評議員、2003
年より teamoncology.com の活動にも従事。

は開催が指定要件となっているが、「残念ながら、実効性のないものも多いと

他科の医師との連携には課題も残る

線科の技師、栄養管理士などに広がり始めました。これが、オンコロジー分野でチーム医療が受け入れられた能動的な理由だと思っています」

チーム医療は、乳がん以外でもすでに緩和ケア領域や化学療法室などで実施されており、さらに現在、大腸がんなどの領域にも広まりつつあるという。「消化器領域は手術が主なので、旧態依然としたピラミッド型のヒエラルキー体制から脱しづらい面があります。しかし、若手の医師にはそうした先人観やとらわれが少ないので、いずれはこれらの領域にも浸透していくと思います」

がん医療の要といえる集学的治療も、患者を中心に据えたチーム医療には欠かせない要素だが、医師同士の連携の現状はどうなっているのか。他科連携は、多くの場合、cancer boardという形で運営されている。とくに地域がん診療連携拠点病院に

ミッションとビジョンをまず明文化して共有する

聞きます」（佐治氏）。

外科、腫瘍内科、形成外科、放射線科などの医師が集い、一人の患者の治療方針を決めることは、患者にとって利益は大きいはず。しかし医師がこれを通してメリットを感じられるかどうかが問題。

「治療成績の向上など、メリットはあるはずですが、自分の時間を割いて他科の医師と議論することに意義を見出せるか、重要性に気づけるか。医師個人が、意識を変えないと見えてきません」

8年前、あたかも黒船のごとく輸入されたチーム医療の概念は、着実に浸透してきていると佐治氏は感じている。その一方で「扱う患者数もかわる職種も増え、あうんの呼吸でチーム医療を推進することは不可能。日本人は精神論に終始しがちですが、きちんと言葉にすることが大切です」と指摘する。

チーム医療を実践するうえでまず明確にすべきは、『ミッションとビジョン』。そして、成功のカギは、①コミュニケーション、②リーダーシップ、③EBM。

「なぜ③が必要かというと、多彩な職種が患者さんに対して矛盾のない対応をするために、科学的な裏づけのある

事柄を共通認識とすべきだからです」

その次の課題は、チーム医療を動かし、継続するのに必要な、④自分の夢（を語る力）、⑤ファシリテート力。

「⑤がいちばん難しく、技術を要します。自分が走るのではなく、他のメンバーを鼓舞して、各目の能力を上手に発揮できるよう調節する力が求められます」と説く佐治氏によれば、どちらかというと周囲が「放っておけない」と思わせるタイプが適任だという。

「本来、チーム医療は必要に応じて発生してくるもの。やる気のある人が1人現れ、それを囲むように人が集まり始めるんです。トップの号令では、まず成功しないでしょう」

佐治氏が強調するのは、『システムはすぐには変わらないし、人は変えられない』ということ。つまり、自分が変わり、自分から動くことが基本。すると、そのうちシステムも変わってくる。「MDAも今のシステムが完成するまで、15年かかっているそうです」。時間はかかるだろうが、それぞれの現場での取り組みと試行錯誤が、必ずよりよい医療につながることを信じてい

患者さん思いの「チーム医療」実現は医療者自らの満足度も上げてくれることに気づいてほしい

診療科名を変更し人材育成内科も外科も内包するチームを実現

齊藤氏は、赴任と同時に、診療科名を乳腺外科から乳腺科に変えた。これは、齊藤氏の思い描くチーム医療実現への決意のあらわれともいえる。

乳がん診療において、集学的治療は欠かせない。患者数の増加と長い経過観察期間。外科医が外来や手術だけでなく化学療法までこなすことには限界がある。がんの薬物療法の専門家の採用を試みても、うまくいかなかった。

そこで、外を頼るのはやめ、今いるスタッフを数人ずつ癌研究会附属病院の化学療法科に研修に行かせて1〜2年、腫瘍内科の修練を積ませた。なかにはがん薬物療法の専門医を取得する者もあらわれてきた。

「当初は外科だけの集団でしたが、研修から戻った彼らのおかげで、乳腺チーム内に外科と内科の人材が揃いま

した。また、出産を機に退職を余儀なくされた腫瘍内科医に声をかけ、常勤でチームに加わってもらっています」

チーム医療には他科連携も不可欠。そこで放射線科ともこの2年で良好な関係を作り上げた。さまざまな診療科と関わりなければならぬ放射線科を、がっちり組み込むことは無理と考えていたというが、週1回、同じフロアで外来を開き、放射線照射中の患者のカルテを一緒に検討する機会を設けることで、より深くかわりが持てるようになっていったという。

「以前所属していた施設では、完全分業で、他の診療



PROFILE
順天堂大学医学部附属順天堂医院
乳腺科科長・先任准教授
齊藤光江氏
さいとう・みつえ ● 1984年千葉大学医学部卒。東
京大学医学部附属病院分院外科、癌研究会附属病
院乳腺外科、東京大学大学院医学系研究科臓器病
態外科学代謝栄養内分分泌外科講師などを経て、06
年から現職。日本乳癌学会専門医。

科がギザギザにがっちり組み合わせような関係はありませんでした。お互い、あえて、相手の領分に一歩踏み込む意気込みで症例検討することは連携を深めますね。カンファレンスは重要です」（齊藤氏）

ナース主導のチームカンファレンスが大盛況

さらに「この2年、コメディカルの成長には目覚ましいものがある」と齊藤氏は評価する。

その原動力になっているのは、月に2回開催する「チームカンファレンス」。カルテには書かれていない問題を抱える外来患者1例を選ぶ。症例選択も

司会も、看護師自らが行う。「たとえば、家族関係がうまくいって

藤氏。見習いたい姿勢である。

主治医制を残しながら負担を減らし患者の満足度を上げる

一方、「主治医制は大賛成」と話す齊藤氏は、いつ睡眠を取っているのか心配になるほどの長時間外来で有名な。「みんなで診るのも大事、と試みたこ

ともあります。でも、その実、誰もちゃんと診てない。医師同士の仲がよいので、調整をしようまくやっているようにみえますが、責任感はどうしても薄くなってしまします」

そうした紆余曲折を経て、今は少し状況が変わってきているのを感じる。その理由はおもに2つある。

「私自身、担当患者が多すぎて持ちこたえられなくなったんです。でも、主治医制に賛成ですし、誰も手放せない。手放さずに、負担を軽くする方法とし

いないとか、これ以上治療を続けてもいいのか、など。とくに治療に関しては、やや離れた位置にいるコメディカルだからこそ見えることがあります」医師に意見するには、治療の知識も必要だ。「自分たちなりに勉強して、知識面でも医師に追いつこうと努力しています。座学で総論を学ぶのも大事ですが、実際に患者さんというへんが見ええると、モチベーションが上がります。いろいろ調べはじめ、その積み重ねで知識を深めていくのです」（齊藤氏）。

会議室が確保できず、外来の待合室で行っているチームカンファレンスには、毎回あふれんばかりに参加者が集まる（次ページ写真）。

特に薬剤師には、自分たちが出した薬の影響を知る初めての機会は新鮮だったようだ。これまで入院中の処方時くらいにしか患者と接点がなかったため、目を輝かせて参加しているという。

相互理解がチームの出発点何を知り、何ができる人か

チーム医療というのはさまざまな職種が集まって、一緒に医療をしよう、というものではない。互いの領分に入り込むことが、すき間のないチーム医療を実践するために必要不可欠だと齊藤氏は語る。「チーム医療をやっている」といっても、それぞれの職種

で、診察を2回に1回は他の医師に任せることに。ただし何か困ったときは必ず私が診ると約束する。投げない、主治医とのつながりは細くしない。それを患者さんに理解してもらおうことで結構うまくいくようになりました」

もう一つは、手術のできる人材が育ってきたこと。「執刀医になると患者さんもついてきますから」。

齊藤氏は、昨今、医師が楽になるためのチーム医療が多いと感じている。「今はまず自分の幸せありきで、負担が重くなるとたんに患者さんのことが考えられなくなる医療者も多い。働きすぎといわれる私の真似をしてほしいと思っではないし、それを期待もしない。でも、患者さん思いの医療が、じつは自分たちをも満足させるものだとかってほしい」。そして、そんな姿勢が、確実にチーム内に育ってきている手こたえを、齊藤氏は感じている。



10月某日朝8時のカンファレンス。他科からの参加者も多く薬剤師、臨床心理士、緩和ケアチーム、医師たちで、部屋はいっぱいになる（写真左側にも参加者多数）。齊藤氏は、今後「チームカンファレンス入院版」を計画中大だという。

が、こういう教育を受け、どんな知識を持ち、何が出来人なのか、互いに知らないままではスムーズに動かない。齊藤氏が看護師主導のチームカンファレンスを始めたきっかけは、MD A留学の際に、看護師とじっくり話をする機会を持ち「こういうスキルのある人なんだ」と気づいたからだという。「看護師は痛みのアセスメントを行う能力があり、アクティブリスニングができ、患者さんの訴えをまず受け止める力がある。私たち医師にはできないことがある。それまでは、その役割をよく知らないで一緒に仕事をしていました」

互いをよく知ることではじめて、どう分担し、何を要求し、何を求められるのかがつかめる。そうした場として、週に1回「自己紹介会」も設けている。

「これまで、各職種とへ対患者Vの関

ないでしようか」

とはいえ「忙しい医師に看護師が物申すのは難しい」と考える看護師も多いが「うちで、これができているのは、私がこのメモを歓迎することも理由のひとつ。よく知らせてくれた」と（齊

カンファは原則公開——医療にかかわるあらゆる人に知ってもらいたい

【当】科のカンファレンスはほとんどが公開です。隣接の病院のスタッフにも声をかけていますし、制限はあるものの原則として患者さんや製薬会社の人の参加も可能です」

製薬会社まで含む意図はなにか。「薬が売れることだけ考えている人たちにも、副作用の実態や、高い薬代を捻出するために、患者がどのような生活を送っているのかを知ってほしいから」と齊藤氏。「今はまだ有効に働いているとはいえませんが、いずれは反映されることを期待しています。いい医療を実現するためには、医療にかかわる人すべてに知っておいてほしいことがたくさんあるのです」齊藤氏は熱く語る。

産科医療の崩壊を食い止め 医師の負担を減らすため ドクター全員で全患者を担当する

勤務時間の徹底と 医療ミスの低減も実現

「チームで医療実践」の方法の一つに、主治医制をゆるやかに廃し、複数の医師がチームで患者を診るという選択肢がある。

産婦人科領域は、がん領域とは違った理由で、新しいしくみの導入に迫られている。産科医療崩壊の危機である。

産科医療を立ち行かなくさせている産科医不足の背景には、おもに訴訟リスクの高さと過酷な勤務がある。そうした現状を打破する対策の一つが、板橋中央総



合病院・産婦人科のチーム診療の取り組みである。
主治医ではなく、科に属する医師全員で患者を診ていくことの利点は大きく分けて2つ。一つは、医師の勤務体制の改善、もう一つは、チーム内の統一見解に基づく診療の適正化とゆとりある勤務体制の副次的効果としての医療ミス低減である。

同科の勤務は、8時半から17時、当直は週1回と定められている。これは、産科医全体の月平均当直回数16・7回という厚生労働省の調査報告（2005年）をみると、にわかには信じがたい。昨年は1300、そして今年は1500に迫る分娩数を扱っているという同科。なぜこのような勤務体制が可能なのだろうか。

間瀬氏は、初期研修から同院に所属他診療科の過酷な勤務も経験している。「現在、当科の医師は13名。うち6人が女性医師で、そのうち3人は子育て中です。時間厳守の勤務体制と当直回数の制限、心身ともに休める休日の確保により働きやすい環境を実現することが結果的に、医師数の十分な確保につながっているのだと思います」

チーム医療制をしているのは同院でも産婦人科だけ。「シフトが組める最低限の医師数を確保しないと、チーム医療は維持できません」ニワトリが先か、卵が先か。「大学病院で後期研修中の同級生と話をすると、月に数回しか自宅に帰っていないというのが、ここでは考えられません」（間瀬氏）。

**デッドラインを設定し
効率的で質の高い医療を**
しかし決め事も実際に運用されなければ絵に描いたモチ。勤務時間が決

まっていでも、上司が残っていれば帰りにくい。「おそらく現場のトップが、医師は24時間、365日働いて当たり前、忍耐が美德というような考えの持ち主だと、勤務体制は形骸化するでしょう。しかし、ここでは17時になると、上司やその日の責任者が、可能な限り帰宅するよう促します。残った仕事があると、当直医師から助け船が出るくらい」。さらに、「当科のキーワードの一つに8時間厳守Vがある」と続ける。

「医師の仕事は時間を考慮しなければ、それこそ、きりがありません。でも、それは翌日の疲労につながり、悪循環が生じます。

時間を守るということはすなわち、デッドラインを意識するということです。朝のミーティングも、30分という決まった時間があるので、必ず着地できるような濃密で活発な議論が展開されます。一瞬でも気を抜けません。

また、一日の仕事をいかに凝縮できるか、常に全員が考え、努力しているので、効率的かつ質の高い医療を提供することができていると思います」

あえて「優遇しない」 男女とも働きやすい職場に

産科医療が抱える課題の一つに女性医師の辞職問題がある。実際、自身の第2子誕生後は、約4割が離職すると

います。初めて会う手術患者にも、カルテでは足りない情報がないか、病棟医がさらに確認し補足します」（間瀬氏）

チーム医療を生かしていくのは、あくまで人々V。チーム医療は、誰かが手を抜いたら破綻する。「質を下げてはいけないと皆が意識しているからこそ、チームが成り立っているのです」。



のデータもある。一方、産婦人科では、女性医師が30〜40代では5割超、20代に至っては7割を占める。つまり、女性医師の離職は、産科全体の勤務体制や男性医師の生活をも崩壊させる恐れのある大問題なのである。

間瀬氏と同期の女性の産婦人科医は、同院勤務中に、同科で出産。産休後に復帰して育児と両立している（ちなみに、同院には24時間体制で院内保育所も整備されており、当直の医師・看護師に有効に活用されている）。

ここでは、女性だから、子育て中だからと、優遇するのは間違ったやり方だと考えている。優遇によって男性医師に負担を強いるのではなく、当直も含めて男女も同じ待遇にすることで、現在の理想的な勤務体制を維持している。「女性医師も男性医師に引け目を感じることなく働けるし、われわれにとっても、育児中の女性医師の努力されている姿は励みになります」

ところで、主治医制を廃したチーム医療とは、どのようなシステムなのか。「医師が3ヵ月ごとに婦人科病棟、産科病棟、外来をローテーションします。外来は、初診・再診とも医師を固定せず、その日のシフトに従って診療に当たります。つまり、毎回診察医が変わる可能性もあります」

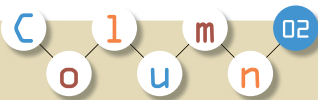
一般には、外来で診断を行った医師が手術も担当するが、ここでは外来

産科病棟、婦人科病棟それぞれの担当に分かれているため、手術もお産もそのとき勤務している医師が担当する。同様に、夜間の急変やお産は、当直と待機の医師が対応するため、当直外の医師の突然の呼び出しなどはまずない。

患者・家族が、執刀医や担当医を指名することはないのである。「例外はありません。部長が患者さんに、どの医師でも一定のレベルを保っていること、チーム医療制をとっていることを説明し、ご理解いただきます」

でも、デメリッ
トはないのだろうか。

「確かに、患者さんとのつながりの深さは、診断から検査、治療まで一貫してかわることのできる主治医制には及びません。また、家族背景など細かな情報が伝わらないなどの心配もあります。しかしだからこそ、常に一人ひとりが主治医であるという緊張感をも



所属の垣根を越えて 患者さんのために開催する 「膵がん・胆道がん教室」の取り組み

国立がんセンター中央病院

毎週水曜日の夜7時。国立がんセンター中央病院1階の相談支援センターに、ぼつぼつと人が集まってくる――。これから膵臓がん・胆道がんの入院患者を対象に「膵がん・胆道がん教室」が開催されるのだ。

テーマは8つあり、毎回かわる。治療法や薬はもとより、食事や栄養・生活・心……。この教室を開催しているのは、院内のスタッフたち。職種は医師・看護師・薬剤師・栄養士・臨床心理士・SW（ソーシャルワーカー）……と多岐にわたる。

肝胆膵内科医長の奥坂拓志氏が、この教室開始の経緯を語ってくれた。「予後の悪い病名を告知されると、患者さんやご家族の多くは、動揺したり取り乱したりすることが少なくありません。その後の人生の時間を、心穏やかに、必要なことに費やしていただくためにも、正しい情報提供をして患者

さんの助けになりたい、という気持ちをもつスタッフが自然に集まってきました」。関与するスタッフは16名にものぼる。

この日のテーマは「がん心・リラックスについて」。精神腫瘍科の医師が語り、心理療法師が実際のリラックス法を伝授する。折に触れ、患者本人にも意見や感想を求めながら、SWの司会で全体が進行する。話をふられた患者さんは、最初こそ多少の戸惑いがみられるものの、次第にうちとけ「自分より家内の心のほうが心配」「一度、カウンセリングを受けてみたい」などと、本音が飛び出す。小一時間のうちに、患者さんの精神状態が落ち着いていくのが、手に取るようにわかる。

チーム医療という言葉を高らかに叫ぶ人はいなくても、本来、医療者が力をあわせて、患者さんのためにできることを尽くす姿は、まさに「チーム」であり、彼らの誠実さは明らかに患者にも伝わっていることを実感した。

この日のスタッフ。写真左から精神腫瘍科医の清水氏・臨床心理士の庄木氏・奥坂氏・SWの玉野氏・同じくSWの樋口氏。「スタッフは大勢いるのに、私たちだけが登場するのは気がひけます」との声も。



「教授回診」と「チーム回診」 チーム医療で生じた「余裕」は患者にも 医療者にも幸せをもたらし

米国チーム医療から 学べること、学べないこと

村上氏は10年前、九州がんセンター在籍時に乳がんの再発の入院患者が腸閉塞で苦しむ姿に「自分ひとりでは限界がある」ことを痛感する。「外科医は朝、病棟を回って患者さんの状態を把握する。しかし、そこで問題に気づいても外来・手術であつという間に夕方。医師だけでは十分な対処ができない。どうしたらいいか。自分が病棟にいない間は、看護師にお願いするしかない」と思いました。



PROF. 村上市茂氏
広島大学病院乳癌外科 講師
むらかみ・しげる 1990年広島大学医学部卒。九州がんセンター乳癌科副部長を経て、2005年4月より広島大学病院に勤務。2007年8月より現職。日本乳癌学会ガイドライン「疫学・予防」「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」の作成にも携わっている。

これが、村上氏がチーム医療導入を模索するに至った原点だという。もちろん、多忙かつ業務領域が多岐にわたることも、当時の懸念材料だった。検診をやりながら診断をし、手術化学療法、終末期まで手がけるのは乳癌外科だけ。患者の集中、インフォームド Consent、最新知見の更新——受け持ち患者もやるべきことも増える一方で、パンク寸前だったという。そんな折、村上氏はMDAへの留学の機会を得て、職員数も総収入もけた違いな環境で「チーム医療」を体験する。「豊富な資金、圧倒的なマンパワー、一人ひとりの負担の軽さ……とても真似はできない。だから、できること、できないことを分けて考えた」と言う。

問題点を共有し解決策を 探るブレストチーム・ミーティング

4年半前、広島大学病院に戻るとすぐ、村上氏は各職種の意見を吸い上げながらクリニカルパスを作った。この経緯が、乳がんにかかわるさまざまな職種が集い、診療上の問題点を共有し、解決策を話し合う「ブレストチーム・ミーティング」へと発展。これは想像以上の効果につながった。参加者の第一声は「話せてよかった」。それまで、同じ院内にいても、職種が違ふと接点はほとんどなかった。顔も知らずに電話で用件を済ませるから「仕事を押し付けられた」と不満が蓄積する遠因にもなる。

「コミュニケーションをとることこそが、円滑にチーム医療を進めるための潤滑油であり原動力です」（村上氏）
チーム・ミーティングは月1回、スタッフの多忙なスケジュールを考えて、

必ず1時間以内に終わらせる。

患者ケアに必要なメンバー だけで行うチーム回診

村上氏の取り組みのなかでも顕著なのが「チーム回診」。通常、大学病院の回診は、教授を筆頭に、指導医と研修医、担当医と医師だけの集団が各病室を巡るのが定番。しかし「誰が、誰のために、なぜ回診するのか」を突き詰めた結果、チーム回診の導入に至った。週に1度、朝8時半から9時、医師と看護師、薬剤師で病棟を回る。

「チーム回診のメンバーは、患者のケアをするのに本当に必要な人たち」。乳癌外科は回転が早い。入院期間はおおむね1週間、術後2〜3日で退院してしまふ患者さんも多い。手術が木曜、チーム回診が金曜朝。痛みはどうか、困ったことはないか、退院に向けてト

ラブルはないかなど、その場で話して、即、対応する。チーム回診は、各職種が専門性を発揮し、電話や文書でのやりとりでは不可能な迅速さときめ細かな対応によって、全人的医療の実践を可能にする。

薬剤師や看護師は患者さんからの質問に「先生に聞いておきますね」という対応が減ったのを実感している。

医師にしかできない 仕事に集中することで 生まれた余裕

細く、長く、無理なく——が村上氏の信条。チーム回診を始めるまでに3年かかった。

「新しい取り組みを始めると、最初は高揚期があつて盛り上がりますが、2年もすると倦怠期が訪れます。そこを何とか乗り越えようとペースがわかつて

きて、継続できます」という。

村上氏がうれしかったのは、薬剤師に「外来でホルモン療法の副作用の説明をしてもらえないか」と持ちかけたところ、快諾されたうえで「私たちで対応できることは何でもやりますので、先生は、先生にしかできないことをやってください」と言われたことだという。

「それまで、副作用の説明に費やしていた30分間を、患者さんに笑顔を向けること、他の勉強をすること、早く帰って家族と過ごすことに使うよう、他のスタッフに話しました」

チーム医療の導入は、患者だけでなく医療者をも幸せにするものでなければならぬ。これも、村上氏の信条だ。



厚労省「チーム医療の 推進に関する検討会」(09年8月)

去る8月下旬、厚労省がチーム医療の推進に関する検討会を初めて開催した。検討会の背景と内容に関して担当者から以下の原稿をいただいたので紹介したい。

毎年、少子高齢化の進展や医療技術の高度・複雑化、地域の医師不足問題など、医療を取り巻く状況は厳しさを増しており、医療サービスの質の向上が求められている。

そのようななかで、患者、家族にとって安全で質の高い医療を効率的に提供するに当たっては、各医療関係職種の方々がその専門性を発揮できるよう、チームで医療を行うという体制を整えていくことが非常に重要である。

このため、今後の医療関係職種間の協働・連携のあり方などについて検討を行うために、「チーム医療の推進に関する検討会」が設置された。

今後は、委員の皆様、医師・看護師をはじめ、その他の医療関係職種も含めたチーム医療の推進について、現場の実情を勘案しつつ、幅広い観点から議論を重ねていただく予定である。

「経済財政改革の基本方針2009」では、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し（専門看護師の業務拡大等）」について、専門家会議で検討を行い、平成21年度中に具体策を取りまとめるとされており、当面、このようなスケジュールで検討をお願いしたいと考えている。

なお、規制改革や構造改革特区の流れのなかで提唱されているナースプラクティショナー（専門性の高い業務が可能な看護師）など、関連する議論の情報もご紹介していきたい。

（厚生労働省医政局医事課*）

今回の検討会のゴールのひとつは、主に看護師の業務をどこまで認めるか—拡大業務範囲の具体的な「相場観」を形成・共有することのようだ。来年3月末までに具体策をとりまとめること。9月には検討会は開催されず、第2回は10月5日に、第3回は10月13日に開催され、検討がすすめられている。（編集部）

* 検討会の議事録等は厚労省のHPで閲覧可能。



医師1名、研修医1名、看護師2名、薬剤師2名の計6名で病棟を回診する。