

「チーム医療」政策の動向と課題についての一考察
—医療従事者等の関係性に着目して—

留目 宏美

1. 本稿の目的と問題の所在

本稿は、医療従事者等の関係性に着目して、2000年代後半以降の「チーム医療」政策の動向を整理し、そこに見出される課題を考察することを目的とする。

日本は自由開業医制のもとで開業医の家、すなわち「診療所」を中心とする医療体制にあった。戦後には、専門的かつ合理的な近代「病院」を中心とする医療体制が形作られ、これに端を発し、多様な切り口からチーム論議が進められた。たとえば、すべての病院職員のモラル向上の方策として、あるいは「第四の医学」と称されるリハビリテーションの方向性として、さらには、いわゆる「縦割り診療」からの脱却の契機として、チームやチームワーク、チームアプローチの在り方が検討された。

ただし、職制や労働基盤が大きく変わらぬまま、職務加重に拍車がかかったのは看護婦・士であった。従前からの身分法を踏まえ、戦後、国家資格化がいち早く行われたのは医師、歯科医師、薬剤師、看護婦であり、そのなかで看護婦・士があらゆる職務を担っていたためである。ストライキが起こるなど、過酷な労働環境は社会問題化するなか、看護領域が1990年代初頭までのチーム論議を主導し、その過程で「チーム医療」¹というタームも生み出された（細田 2015）。

その後、論議主体は拡大に向かった。その主な経緯は、一つに、各種医療従事者の国家資格化の促進である。もう一つには、1994（平成6）年以降の度重なる診療報酬の改訂による医療評価体系の変化である。たとえば緩和ケア診療、褥瘡ハイリスク患者ケアの加算など、複数の職種による医療サービスの提供が高く評価されることになった。2000（平成12）年に創設された介護保険制度においても、診療報酬の算定基準にカンファレンスの開催等が明示され、各種医療従事者が診療報酬に関与できることになった。また、これに並行して、電子カルテなどの医療システムの整備が進められた。

ただし、現行の医療は広範囲にわたる医師の業務独占にもとづき、医療従事者等の関係再編は十分に行われてこなかった。そのため、「新しい医療の形態（川喜田 1990:257）」として期待が寄せられてきた「チーム医療」は、理念からの脱却に至っていない。2000年代後半の「チーム医療」政策は少なからずこうした背景にもとづき、医療体制の再構築に向けた歩みである。このことから、「チーム医療」政策にかかわる論議がどのように進展

¹ たとえば、米国では「チーム医療」に類する単語はなく、「multidisciplinary care」あるいは「team approach」が相当する。これは、効率性を最重視した考え方であると同時に、人種や教育の違いを超えてコミュニケーションを取らざるを得ない実情も背景にある（「チーム医療特論」『週間医学界新聞』第2686号、2006年6月12日）。他方、英国では1970年代以降の新たな医療構想において、「2つ以上の異なる専門職が患者・クライアントとその家族とともにチームとして、彼らのニーズやゴールに向かって協働すること」と定義された「インタープロフェッショナル・ワーク」が推進されている。

し、医療従事者等の関係性がいかに再編されようとしているのかを明らかにしたい。

2. 医師の病院勤務環境を改善するための方策－役割分担－

そもそも1997（平成9）年の閣議決定『財政構造改革の推進について』において、医学部定員の削減方針が示された。しかし、2006（平成18）年『医師の需給に関する検討会報告書』のなかで「不足医師量」²が算定・試算され、同年『新医師確保総合対策』及び2007（平成19年）『緊急医師確保対策』において、医学部定員は増加の方針に転じた。

また、若年・中堅層の病院勤務医を中心に、極めて厳しい勤務環境に置かれている現状を早急に打開するために、2007（平成19）年『医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（以下「役割分担通知」と記す）』が公表された。このなかで、分担事項例が、以下のように挙げられた。

医師－助産師：正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理、分娩管理

医師－看護師：薬剤投与量の調整、静脈注射、救急医療等における診療順位の決定、
入院中の療養生活に関する対応、患者・家族への説明、等

医師－事務職員：診断書、診療録及び処方箋、主治医意見書の作成

看護師－事務職員、看護補助者等：ベッドメイキング、院内物品の運搬・補充、伝票類
の整理、検査室等への移送、入院時の案内、等

ただし、これらはいくまでも現行法制度の枠内にとどまっている。そこで、2008（平成20）年3月『病院勤務医の労働環境改善の推進について』が公表され、同年、診療報酬が改定された。そして、産科・小児科、救急医療に対する重点的な評価、地域の急性期医療を担う病院における医師事務作業補助者の配置への評価がなされることになった。これより、高度医療（あるいは3次救急）を担う地域の基幹病院から、段階的かつ遠心的に役割分担が進められたことが伺える³。

3. 医療制度改革ビジョンの提示

2008（平成20）年6月には現代日本の医療制度改革における長期的ビジョン、すなわち『安心と希望の医療確保ビジョン』が公表された。このなかで「医療は、（前略）治療（「治す」）のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営み」と規定され、「治す医療」から「治し支える医療」への発展の方向性が示された。

そのうえで、先に対策が講じられていた医師の不足と勤務状況の過重さ、救急医療体制

² 医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを指す。

³ 矢崎（2009）は、「中核となる病院ですえも救急患者に対応でいないという現象が全国で起こ」っており、「医師が絶対的な裁量圏を持って、そのもとで医療を提供するというパターンリズムで行ってきた病院の医療体制ではニーズに合った対応ができなくなっている」として、急性期病院を中心とした危機からの緊急的脱却の必要性を指摘している。

の危機はもとより、「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療」への移行の難しさ、医療の公共性の低下といった諸課題を踏まえ、1) 医療従事者等の数と役割、2) 地域で支える医療の推進、3) 医療従事者と患者・家族の協働の推進をめざし、「無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていく」必要性が説かれた。

(1) 第一のビジョン：医療従事者の数と役割

第一のビジョンについては、さらなる【医師数の増加】が示され、これに関連して、総合的な診療能力（内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで）を持つ医師の育成や、医師不足問題が深刻な診療科や地域医療への貢献を推進できる臨床研修制度など、養成の在り方も見直されることになった。

また、非常勤医師の活用、短時間正社員制度や交代勤務制の導入、役割分担の徹底、産科医療補償制度の早期実現など【医師の勤務環境の改善】策も示された。なお、【医師数の増加】を通して【診療科のバランスの改善等】を図り、これによって、【医師の勤務環境の改善】につなげていくことの重要性も指摘された。

さらに、「それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務者の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者もともに安全と安心・納得を生み出す」観点から、【職種間の協働・チーム医療の充実】が示された。具体的に、①医師と看護職については、「役割分担通知」の普及に努めることとされた。また、看護師の専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ普及・拡大に努めること、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮すること、さらには、これからの看護師には、様々な関係者間のコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関における「チーム医療」の中で自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要なため、看護教育の在り方に関する抜本的な検討を進めることが指摘された。②医師と歯科医師・薬剤師等については、医療と歯科医療の連携を進めるほか、薬剤師による病棟等での薬剤管理、服薬指導、薬物療法への参画等の普及に努めることが示された。③医師とコメディカルについては、臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用等が示された。④医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク⁴等については、「役割分担通知」に従って業務を進めることとされた。

(2) 第二のビジョン：地域で支える医療の推進

第二のビジョンについては、地域のセーフティ・ネット確保の観点から、救急医療の充実と夜間・救急利用の適正化を通じた【救急医療の改善策の推進】が示された。

また、【「地域完結型医療」の推進】のため、行政が医療計画に沿って普及に努めることなどが述べられた。

⁴ 医師事務作業補助者、医療秘書などを指す

さらに、「患者・家族の生活の質を確保する観点から、医療の提供の場として、医療機関だけではなく住まいを念頭に置く発想」にもとづいて、【在宅医療の推進】が示された。具体的には、退院前・後のケアカンファレンス等を通じて切れ目のない医療連携を確保することや、予防や社会資源の開発・連携体制の構築等を専門とする保健師の活用を推進することが示された。また、訪問看護ステーションの規模の拡大等を図り、居宅系施設も含めた地域の多様な在宅医療ニーズに的確に対応する方針が示された。さらに、医療品等の供給体制や適切な服薬支援を行う体制を確保・充実するために、薬局の役割拡大が指摘されたほか、高齢者の誤嚥性肺炎予防の観点から在宅歯科診療を進めること等も指摘された。

へき地の医療体制の充実についても、医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるほか、医療の地域格差を是正するために、情報通信機器の整備等をより一層進め、【地域医療の充実・遠隔医療の推進】を図ることとされた。

(3) 第三のビジョン：医療従事者と患者・家族の協働の推進

第三のビジョンについては、医療従事者と患者の【相互理解の必要性】が指摘された。

また、【医療の公共性に関する認識】の向上についても指摘された。医療従事者は公共性の高い存在であることを自覚し、地域の医療ニーズの把握等に努めること、一方、患者側は健康管理に努めるとともに、医療資源が公共かつ有限な資源であることを理解することが指摘された。たとえば安易な時間外受診（いわゆるコンビニ受診）を回避するために、受診行動等についての積極的な普及・啓発を行い、とくに産科においては母子保健活動の充実等により妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行うこととされた。

さらに、【患者や家族の医療に関する理解の支援】として、療養生活上の心理社会的な問題の解決援助を行うメディカルソーシャルワーカー等の普及が示された。また、医療の公共性や不確実性に関する認識の普及等を行うような、たとえば地域における語らいの場（患者塾など）の開催といった市民活動等への積極的な支援を行うことや、学校教育における医療に関する教育を行う方針が示された。

3. ビジョン提示後の動向

(1) 役割分担のさらなる推進の決定－制度・解釈の見直し－

医療制度改革ビジョンが公表された半年後、2008（平成20）年12月には『規制改革推進のための第3次答申－規制の集中改革プログラム－』が公表された。これは「医師が、在宅・介護施設の医療ニーズにきめ細かく対応していくことができない結果、必要な医療が行き届かない状態」の発生が危惧されるなど、病院以外の医療の場、すなわち在宅・居宅系施設での医療が抱える緊急課題を早期に解消することを目的とするものであった。

ここで確認された内容は、一つに「その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わ

せるスキルミックス⁵⁾を進めるために、さらなる役割分担の推進施策を実施することであり、制度や解釈の見直しなど必要な措置を講じることが明示された⁶⁾。もう一つは、新たな職種の導入に関する検討であり、「専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど）の導入について、（中略）その必要性を含め検討する」⁷⁾と述べられた。

これらの事項は、2009（平成21）年の閣議決定『経済財政改革の基本方針2009』のなかで、「医師と看護師等と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」⁸⁾こととされた。そして、「チーム医療の推進に関する検討会」が発足し、2010（平成22）年3月、『チーム医療の推進について』の公表に至った。

（2）制度・解釈変更の内容

『チーム医療の推進について』のなかで、「チーム医療」は「医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目標と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することと理解されている」と述べられた。そのうえで、「一人一人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、（中略）チーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換」が必要であり、治療の標準化の浸透などが「チーム医療」の基盤とされた。そして、各医療スタッフの専門性の向上と役割の拡大、医療スタッフ間の連携・補完の方向が示された。

① 看護師の役割の拡大

看護師はあらゆる医療現場において、診療・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担っていることから、「チーム医療のキーパーソン」に位置付けられる。一方、近年、看護教育の全体水準は大きく向上しているばかりか、一定の分野に関する専門的な能力を備えた看護師が急速に育成されていることから、看護師が自律的に判断できる機会を拡大するとともに、実施し得る行為の範囲を拡大するという方針により、その能力を最大限に発揮できるような環境を用意する必要があるとされた。

そこで、第一に、「包括的指示」の積極的な活用が示された⁹⁾。「包括的指示」とは「看護

⁵⁾ スキルミックス（スキルミクス）は、生産性の向上や患者中心のよりよい医療を実現するための、医療職種間の業務の相互乗り入れ、協働と言い換えられている。従来型の権限委譲、タスク・シフティングを前提にしているものの、スキルミックスは各職種の専門性を尊重し、最大化を図るという発想にもとづいており、その点において、従来の論議とは区別されている（矢崎、南2009）。

⁶⁾ 一例として、介護施設内における介護福祉士等の「たんの吸引」等が示された。これは2011（平成23）年6月『介護保険等の一部を改正する法律による社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正』につながった。これを機に、特別支援学校の教員等が特定行為（＝「医療的ケア」のうちの5つの医行為）を行えることになった。

⁷⁾ 下線は、文書のまま

⁸⁾ 下線は、文書のまま

⁹⁾ 看護師の二大業務は「診療の補助」ならびに「療養上の世話」である。そのうち「診療の補助」は、『保健師助産師看護師法（第37条）』に規定されているように、医師から看護師への「指示」にもとづく。他方、看護師の自律性が保障されている「療養上の世話」についても、医師に「指示」を仰いでいる

師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること」である。在宅医療現場では、医師と訪問看護師の信頼関係を基盤に「包括的指示」が行われてきたケースがあるが、今後は積極的に活用し、そのために十全に成立するための要件の明確化が求められるとされた。

第二に、実施可能な行為の拡大・明確化である。これまでも「診療の補助」¹⁰の範囲は検討されてきた。たとえば静脈注射（平成14年）、薬剤投与量の調節（平成19年）であり、範囲内に相当する見解が述べられてきた。ただし、あらゆる医行為が「診療の補助」に含まれるかどうか、不明確なものが多いことを踏まえてのことである。

これに関連して、行為拡大のための新たな枠組みの構築については、特定の医行為を行う「特定看護師（仮称）」、医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」等の導入や、現行の専門看護師、認定看護師との関係について引き続き、検討されることが示された。

② 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

看護師以外の医療スタッフ等についても、役割の拡大が示された。たとえば、薬剤師については、主体的な薬物療法への参加が述べられた。また、病院や在宅では医師、看護師が薬剤の調製や副作用のチェック、薬剤管理を担っていることから、薬剤師の活用が指摘された。

リハビリテーション関係職種である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、いずれも喀痰等の吸引の実施可能性について検討される必要性が述べられた。

管理栄養士については、医師の包括的な指導に基づいて一般治療食を決定・変更できることや、医師に対して特別治療食等の提案ができることを明確にする方針が示された。

③ 医療スタッフ間の連携の推進

「各医療スタッフの専門性の向上や業務範囲・役割の拡大を活かして、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、（中略）包括的指示を活用しつつ各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進める」ことが重要とされた。そして、様々な取組が列挙されるとともに、その推進方策として、社会的認知を高めたり、適正に評価されたりするような仕組み、たとえば第三者機関による評価システム・認定の導入等が求められることが指摘された。

（3）『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』

2011（平成23）年6月には『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』が公表された。このなかで「チーム医療」は、専門職種の積極的な活用、多職種間協

ケースも多くあり、病院組織の「専門一元化（細田2015）」への志向性によって、「病院という存在自体が逆説的にチーム医療を阻害するものとして立ち現れ（細田2015:185）」している実情が読み取れる。

¹⁰ 川島（2014）は、看護師による医師の「肩代わり」化なども論じている。いわゆる「ミニドクター」などと称される特定看護師の養成が進んでいる現状も関連づけ、その背景には、医師のマンパワー不足の解消を指摘している。その他、安い労働力へのシフトを指摘する論文等も散見される。

働を図ること等による医療サービスの効率化、質向上と述べられ、コミュニケーション、情報の共有化、チームマネジメントの視点にもとづく「情報の共有」「業務の標準化」が要件とされた。具体的には、カンファレンスの充実（情報交換のみならず議論・調整の場にする）、診療情報管理体制の整備（情報の一元管理等）、医師、歯科医師への全面的な依存からの脱却（チームワーク）、教育の充実（専門職としての縦の教育、チームの一員としての横の教育）等である。そのうえで、表1のとおり類型化された。

表1. 情報共有方法と職種の配置方法によるチーム医療の分類

	(1)必要に応じて専門性の高い各職種がチームを結成	(2)必要な職種を病院に配置
(A)多職種がカンファレンス等においてすり合わせを行って情報を共有する	例)急性期医療の中核部分など	例)回復期リハビリテーション病院など
(B)電子カルテやクリニカルパス等を通じて情報を共有する	例)在宅医療など	例)急性期医療の周辺部分など

それぞれの医療現場の特性に応じた実践例が紹介されているが、そのなかでも、子どもを対象とした「チーム医療」の実践例を以下に取りあげる。

① 事例1：チーム名「子どもの入院支援チーム」

チーム形成の目的は「入院中の子どもの教育を受ける権利を保障し、病気を抱えながらも規則正しい生活を送り、子どもの成長に合わせて学びや楽しむ場を提供することで、QOLの向上を図る」ことである。関係職種と役割・業務内容は、以下のとおりである。

- 医師：診断・治療過程で、院内学級への通級または訪問を許可
- 看護師：子どもを中心としたチームがスムーズに連携できるようにコーディネート
- リハビリテーションスタッフ：遊びを中心とした作業活動や運動能力の向上
- 管理栄養士：（食事摂取困難児の場合）摂取方法や時間帯の検討等
- 医療保育士：遊び・学習・レクリエーション・食事等への関わり
- 院内学級教諭：学び、楽しむ時間と場の提供
- 臨床心理士：発達評価、効果的な支援方法の提案
- 社会福祉士：入院・退院後の生活や経済的な相談、社会資源の導入
- 音楽療法士：音楽療法を通した子どもの感情表現や苦痛の発散
- チャイルドライフスペシャリスト：検査・手術プリパレーション、検査、処置中の心理的支援、感情の支援遊び、きょうだい支援
- ピアサポーター（病気や障害のある子どもを育てた経験者）：精神的支援

チームの運営事項として、看護師は子どもの成長・発達、病状を統合してアセスメントし、医師と相談しながら効果的なチーム支援体制をコーディネートすること、家族・教諭を含めたミーティングを通して患者情報の共有や評価を行うこと、また、互いの活動状況を理解し合い、チームのスキルアップに努めることである。

② 事例2：チーム名「他機関との連携による虐待予防・支援チーム」

チーム形成の目的は「(前略)虐待を早期発見し、迅速に介入することにより、虐待を受ける側を保護するとともに、虐待を行う側にも再発予防となるケアを提供する」ことである。関係職種と役割・業務内容は、以下のとおりである。

医師：医学的診断、検査、治療、保護者・家族への告知、児童相談所・警察に通報

看護師：全身状態の管理、精神的サポート

臨床心理士：虐待を受ける側と行う側へのカウンセリング

社会福祉士：虐待再発予防のための福祉サービスの調整

歯科医師：口腔内の衛生状況の評価、齲蝕(虫歯)の状態と診断

医療機関保健師：長期的なフォローアップ、地域保健師との連携と家庭訪問による生活状況の把握、地域ネットワーク会議等への出席

児童相談所医師：子どもとその家庭に対する医学的判定

児童相談所児童心理士・ソーシャルワーカー：各種調査、ケース会議の開催、在宅指導や一次保護等、教育学的・心理学的判定

地方自治体および関係機関：市町村のケースワーカー、保育士・幼稚園教諭、学校教諭

チームの運営事項として、虐待の所見が疑われる場合、速やかに対応し、院内の判断・方針を共有すること、そのうえで地域の関係者を交え、再発防止に向けた地域ネットワーク会議等で養育・介護・福祉サービスを調整し、地域を主体としたサポート体制を確立することである。

4. 「チーム医療」政策に見出される課題と学校経営への示唆

「チーム医療」のキーワードは役割分担であり、当初、病院勤務医の勤務環境の改善が意図され、医療制度改革ビジョンにおいてもその文脈が維持された。しかし、規制改革論議に組み込まれて以降、「医師が、在宅・介護施設の医療ニーズにきめ細かく対応していくことができない」事態を理由に、診療報酬の改定にとどまらない制度・解釈の見直しが促された。その方針は、各医療スタッフの専門性の向上と実施可能な行為、役割の拡大を基本としつつ、各々の専門性は情報共有(カンファレンス等/電子カルテ等を通じて)ならびに治療(あるいは業務)の標準化を要件とする「チーム医療」を通して、再統合されることが述べられた。

このことから、役割分担をキーワードとする状況に変わりはないが、近年の「チーム医療」政策は、従前からボトルネックとされてきた医師の業務独占の在り様を見直し、複数

職種による相互乗り入れを実現しようとするスキルミクスへと移行している様相が読み取れる。その基盤には、医師による「包括的指示」がある。そして、その内容に関する認識の齟齬を生み出さないために、電子カルテやクリティカル・パス（＝処置・検査・薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画）、標準的プロトコル（＝具体的な処置・検査・薬剤の使用等及びその判断に関する規準を整理した文書）を活用して業務の標準化に努めること、さらには、カンファレンスでの議論・調整を通して、チームメンバーが連携・補完しながら医療サービスの質・量の向上に努めることが、「チーム医療」の特質として浮き彫りになった。

そのうえで、医療従事者等の関係性の観点から、主に3つの課題を指摘できる。

第一に、医療従事者に限定されないチームメンバーの多様性である。というのも『安心と希望の医療確保ビジョン』のなかで、「治す医療」から「治し支える医療」への発展の方向性が明示され、医療概念は明らかに拡大された。これによって、診断・治療過程、すなわち「診療」のみならず、0次予防（社会づくり）や1次予防（疾病予防）の過程を指す「保健」、自立・社会復帰の過程を指す「リハビリテーション」、さらには、生活・経済面の支援過程を指す「福祉」、子どもの場合には遊びや学び、発達支援等を指す「保育」や「教育」等も医療の一端に組み込まれたといっても過言ではない。

つまり、「チーム医療」政策は、これまで独立的に捉えられてきた領域・分野を医療に内包する方向にあるといえる。しかしながら、現在に至るまで、政策論議への参画者は、医療従事者に限定されている。このことから、とくに子どもを対象とする新たな医療の在り方については、論議主体をより一層拡大させ、多角的な見地からの検討が必要だと思われる。

これに関連して、第二に、患者・家族の状態やケースの特徴に応じて、チームの形やメンバーは変化することが、実践例から確認された。こうした状況において、たとえば、子ども虐待のように行政措置を要する場合、児童相談所が主たる責任を負って対応する。しかし、その対応過程をも「チーム医療」に組み込まれることについては疑問が残る。なぜならば、事例2として挙げた「他機関との連携による虐待予防・支援チーム」は、医師による「包括的指示」など、先述した「チーム医療」の特質を十全に備えていないためである。このことから、医療概念の拡大は、必ずしも実態に即しているとは考えにくく、あらゆるケースを網羅し、そのすべてを「チーム医療」論議に組み込むことは、「チーム医療」概念のもつ曖昧さをますます助長させる可能性を捨象できない。

第三に、事例1として挙げたように、「チーム医療」において、「診療」に第一義的な責任をもつ医師と、「療養上の世話」に第一義的な責任をもつ看護師は、すべてのチームに欠かせないメンバーとされ、いわゆる「ジェネラルチーム（篠田2013）」を組む。その一方、他の職種（専門・認定看護師を含む）は、流動的なチームメンバーとして周辺に位置づけられる。

そのため、「チーム医療」政策において大きな比率を占めるのが、医師－看護師の関係

再編にかかわる論議である。ただし、看護師を一律に捉えることの難しさが、近年の顕著な実情である。チームマネジメントを担う一般の看護師と、特定の分野を専門とする看護師に区分され、職種内部の分化はますます進展しつつある。さらに、看護を担う者のなかには准看護師や看護補助者もいるため、階層化も著しい。このように、看護職内部の分化に拍車をかける「チーム医療」政策が、どのような事態をもたらすのかについては、慎重な吟味が求められる。

以上の事柄を踏まえると、地域の様々な専門機関及び専門職種をも射程に据えた関係再編が論じられている「チーム医療」政策に対しては、子どもの生活全般¹¹を踏まえた学びと発達に責任をもつ学校教育関係者も、その専門性や主体性を基盤として見解を述べていくことが求められる。なぜならば、これは教育経営あるいは学校経営とも密接な関連性を有し、とくに事例2においてその意義が確認できたためである。

主要文献

- 川島みどり『チーム医療と看護—専門性と主体性への問い』第3刷、看護の科学社、2014
- 川喜田愛郎『医学への招待—生命・病気・医療』日本看護協会出版会、1990
- 篠田道子『多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』医学書院、第2刷、2013
- 田村由美編著『新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門』看護の科学社、東京、2012
- 細田満和子『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会、第3刷、2015
- Mildred Blaxter、渡辺義嗣訳『健康とは何か—新しい健康観を求めて—』第2版、共立出版、2011
- 矢崎義雄、南裕子『対談 わが国における医師と看護師のスキルミクスを考える』週間医学界新聞、第2819号、2009

¹¹ 健康か病気かという二元論的観点は「医学モデル」にもとづく健康観、あるいは医療専門家の主導性、優位性と言い換えられ、医療技術の高度化、増大のなかで人々の潜在能力を低め、医療依存性を高めてきた。それへの批判から、代替パラダイムとしての「健康生成論」が展開され、「生活モデル」への実質的な転換が推し進められた(Mildred Blaxter 2011)。これは、「医師志向型システム/疾病志向型システム」から「患者志向型システム/問題志向型システム」への転換とも言い換えられ、患者志向等にもとづく「チーム医療」(細田 2015)は、「生活モデル」の前提としていることの証左である。