

医療現場におけるチーム医療

荒木登茂子¹、大倉朱美子²

1. 九州大学大学院医療経営・管理学講座
2. 京都南病院

抄録

近年、医療現場では患者の疾患をより専門的にみる細分化と同時に、全人的医療が必要とされ、各分野が協働して患者を診ていくチーム医療が求められている。医師、看護師、薬剤師等の多くの医療職がそれぞれの専門性を最大限に發揮し、連携・協働して双方向のコミュニケーションをとり、患者中心の医療を提供していく事がチームの目的となる。これを実現するためには、多くの専門職が対等な立場であるという認識を持って協働的行為を実践する必要がある。

ここでは、臨床心理の立場からチーム医療について概観した。チーム医療を円滑に進めるためには、相互の役割分担を治療の流れに沿って柔軟に相補的に担うこと、そのためにチーム内で的確かつ迅速で柔軟な双方向のコミュニケーションをとること、患者も含めたチーム内の橋渡し役を取ること、患者から出てきたイメージやアイディア（患者の実生活に根差した資源）を利用してそれぞれの患者にあった治療を提供できることなどが重要であると考えられた。

現場でのチーム医療の問題点としては、専門職間の目標や価値観や仕事内容の理解が十分でないこと、相互の境界が曖昧で職務内容に重複と間隙があることから医療行為の重複と欠落が生じること、権威勾配があること、教育体制が十分整っていないこと等があげられた。

キーワード： チーム医療 専門職の協働 双方向のコミュニケーション

1. はじめに

近年、医療現場では患者の疾患をより専門的にみる細分化と同時に、全人的医療が必要とされ、各分野が協働して患者を診ていくチーム医療が求められている。チーム

医療とは患者を全人的にとらえ、多職種の医療従事者と患者や家族が目標を共有し、患者や家族にとってベストの選択を模索し、互いの心身の QOL を高めていくことだと考えられる。

2. チーム医療とは

理想的なチームの持つ特徴は、①共通の目標を持つ、②構成員は目標の達成に向けて協働意思を持つ、③チーム内の情報伝達は双方向のコミュニケーションによってなされることである。医療現場においては、医師、看護師、薬剤師等の多くの医療職がそれぞれの専門性を最大限に發揮し、連携・協働して双方のコミュニケーションをとり、患者中心の医療を提供していく事がチームの目的となる。これを実現するためには、多くの専門職が対等な立場であるという認識を持って協働的行為を実践する必要がある。

しかしその実現にあたっては現状では多くの問題がある。

2.1 多職種の集団

医療現場では、医師、看護師、助産師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、言語療法士、臨床心理士、診療録管理士、医療ケースワーカー、臨床工学技士、栄養士などの多職種が存在する。それぞれが高度な知識や技術が必要な専門職であり、その協働が求められる。どの専門職が構成員として必要かを多面的に評価して構成員をマネジメントするリーダーないしはチームコーディネーターの存在も必要である。

しかし、互いの職種の境界は明確ではなく曖昧な場合が多い。職種間の職務内容の重複と間隙があり、そこから医療行為の重複と欠落が生じる。互いの専門領域の目標や価値観や仕事内容の理解と、状況に応じた柔軟性が協働には必要である。

2.2 医師を頂点とする組織

医療現場は医師法により医師を頂点とする組織で成り立っている。医師もチームの一員として、他職種と対等な立場に立って協働し双方のコミュニケーションをとることを求められる。しかし、他の専門職種は医師に対して遠慮するなどの権威勾配による多くの問題を抱えている。

2.3 チーム医療に関する教育や実習の必要性

チーム医療を進めるには、対等な立場での協働意識や双方のコミュニケーションに関する教育や実習が必要だが、チーム医療についての十分な教育や実習を受けていない世代や職種があり、現場での十分な相互理解と協働が進まない場合も多い。

3. チーム医療に対する診療報酬の加算、経済的保障

現在行われているチーム医療には、緩和ケアチーム、褥そう対策チーム、リハビリテーション総合計画、栄養管理などがある。そのほかにも現場では個々の事例に応じて専門職がチームとしてかかわっている。チーム医療に対する診療報酬の加算が認められているものもあるが、診療報酬加算が認められておらずサービスとして行われている場合も多い。チーム医療を進めるには診療報酬という経済的な基盤が必要になる。

4. チームの構成員としての患者や家族

チーム医療の構成員として、患者や家族も入れるという動きが始まっている。患者や家族の医療への貢献として、第一に診察

料などの医療費を支払い医療行為の経済的な基盤を支える事がある。第二に医療行為の基礎となる情報（患者として有する疾病に関する情報：症状やその原因と考えられる生活習慣など）の提供がある。そのうえで第三に、自らの治療に関する医療従事者との協働、即ち治療への主体的参加があげられる。英国では、医療機関でエキスパート・ペイシャント・プログラムが行われている。患者は病気（主に慢性疾患）を抱えて生きるエキスパートであり、より良く生きるために多くの情報を持っている。エキスパート・ペイシャントは、病気を抱えた患者に対して療養や生活面での有用な情報や病気をコントロールするための対処法を提供できるように訓練するためのプログラムをマスターしたうえで、患者の支援にあたる。このような患者参加は今後日本でもますます必要になってくると考えられる。

5. チーム医療が奏功した事例についての検討

5.1 医療者相互の役割分担を考慮するチーム医療の事例

症例は60歳男性。バージャー病・恐慌性障害、慢性疼痛障害。20年以上にわたりアルコール1.8リットル/日、タバコ50本/日を続け、バージャー病発症。強い攻撃的感情のコントロール不能のために病状が不安定であり、また治療関係での怒りの行動化が認められた。入院時に治療チームを組み、主治医（現実原則の重視、父性的）と心理士（感情の表出と受容、母性的）が相補的な役割を分担し、攻撃的感情の処理と昇華を目的に絵画療法を導入した。作品による

他の医療スタッフとの交流もチーム医療の一環に取り入れた。その結果治療関係の安定化、疼痛の緩和が認められた。（内容は適宜改変）

5.2 患者や家族が治療の主体となり、セルフコントロールを目指すチーム医療の事例

症例は40歳女性。咳喘息、気分変調性障害。34歳で発症。症状の背景に母子関係での依存欲求の抑圧があると考えられたため、入院時に治療チームを組み、主治医（現実適応の援助）、心理士（母子関係での問題の処理）が相補的な役割を分担した。さらに治療中に患者が外在化した幼児期の患者（人形）を養育するための役割を患者と看護師と入院中の同室者と患者の母親が担った。その結果依存欲求の充足と患者自身の成長と症状の軽快が認められた。（内容は適宜改変）

患者中心のチーム医療は、発症や症状の変化に関連する心理社会的因素を治療の枠組みに入れること、患者の詳細な観察とライフヒストリーを聴取すること、柔軟な視点でチーム医療を進めることなどで可能になる。チーム医療を円滑に進めるためには、相互の役割分担を治療の流れに沿って柔軟に相補的に担うこと、そのためにチーム内での的確かつ迅速で柔軟なコミュニケーションをとること、患者から出てきたイメージやアイディア（患者の実生活に根差した資源）を利用してそれぞれの患者にあった治療を提供できることなどが重要であると考えられた。

6. 糖尿病チーム医療における臨床心理士の役割

糖尿病患者に糖尿病と共存した無理のない生活習慣の実現を目指した指導を行うためには、的確な病態把握に加えて心理社会的側面の理解が重要である。そのための糖尿病治療教育入院に際しては、患者の心理特性を把握し、行動変容を促すはたらきかけが出来るよう、臨床心理士もチームの一員として参加している。

臨床心理士は教育入院の中で、糖尿病教室でストレスについての講義とリラクセーション法の指導を行い、同意が得られた教育入院患者に対して個別面接と心理検査を施行している。

6.1 臨床心理士の専門性と情報の共有の工夫

心理検査は有用な情報を得ると同時に施行する患者に負担を与えるものもある。それゆえ、臨床心理士は、その実施や解釈に精通すること、またその結果が他の医療スタッフに理解され、その後の治療に活かされるようなアセスメント能力を身につける必要性がある。教育入院患者用の「糖尿病受容アセスメントシート」は、患者の医学的・心理的なプロフィールを簡潔に記載し、医師の提示している治療目標に対して、「食事療法」「薬物療法」「運動療法」「自分が糖尿病であるという事実」に関して患者がどのように感じているかを、看護師・栄養士・薬剤師・臨床心理士が変化ステージモデルを用いて受容段階を評価し、記載する様式となっている。このシートにより、それぞれの職種が患者の受容段階をどのような根拠で評価しているかなど一見してわ

かり、情報が共有できる。

6.2 チーム医療における臨床心理士の役割

心理アセスメントは心理検査のみでなく、心理面接で得た情報や観察などを総合して行うものである。臨床心理士は、糖尿病治療においては直接患者の診療にかかわらない存在であるため、姿勢によっては患者にとって他の医療スタッフと違った存在となりうることができる。患者の語りに耳を傾けることにより、治療への思いを聴き、糖尿病以外のその人を知ることができると、そこから患者の「人となり」を感じることができると考えられる。そしてそのありのままの「人となり」を受容することにより、患者理解が深まると考えられる（患者の物語を紡ぐ）。

チーム医療は複数の専門職がかかわることで、患者をより複眼的にみることができ、患者に対して身体的、心理的、社会的にかかわることで治療を円滑かつ効果的に行うことができる。しかし、他職種間の連携が機能するためには、それぞれが診療チームの一員としての役割や担当領域を確認し、情報交換を密にすることが大切である。医師や他の医療スタッフにも、それぞれの立場があり、患者理解の方法論がある。いかに職種間の狭間を補うかという点は、チーム医療の問題点のひとつである。チーム医療が奏功するように、狭間を埋めるにあたっては患者や各スタッフの言葉の内容や、伝える時期に配慮することが必要である。

糖尿病治療チームにおける臨床心理士の役割を考えた時、客観的な目で見た心理アセスメント結果と、直接診療にかかわらない立場でないことで聴けた患者の本音を各

医療スタッフに伝えることで、患者と医療スタッフの橋渡し役、患者のトランスレーターの役割を果たすことができれば、糖尿病チーム医療を円滑に進める一助となると考えられる。

7. チーム医療のあり方についての参加 者全員のディスカッション

以下にディスカッションの結果の要点をまとめた。

- ①専門職がそれぞれの立場での専門性を生かすためには、時間や空間を共有できる話し合いの場と、話し合いを進めるための共通言語や共通の指針が必要になる。また共通の時間や空間の確保と医療従事者の疲弊の予防のための勤務体制や勤務条件を整える事も重要である。
- ②専門職が職種間の接点を持ち、仕事内容とチーム内での役割についての相互理解を深める事が必要である。現場では、医療従事者、特に医師が多職種と対等な立場に立つことが難しいという問題がある。オスキーの導入前の医師への再教育が必要だと考えられる。現状では歯科医師も医師と対等な立場に立ちにくい。歯科医師は専門医、総合医としての自覚を持つことが生きがいにつながると考えられる。
- ③チーム医療に関する教育を充実させるために、学生の時から他職種の存在を知ること、また多職種チームでの合同カンファレンスに参加して体験的にチーム医療を学ぶ機会を持つことが必要である。
- ④専門職としてのかかわりに経済的な裏付けがある事が専門職としての自覚を促し、役割りや責任を持つことにつながる。保

険診療の中でチームとして機能することが患者の治療や経済的なメリットにつながるという実績を積み重ねていくことが必要である。

⑤専門職相互の境界が曖昧である。また仕事内容の重なり合いと隙間が存在する。

チーム医療を導入することで、専門領域の隙間で患者の問題点が見逃される危険性がある。

⑥患者中心の医療を進めるためにチームを統合してチームの方針を定めるリーダーと、専門職間の相互理解の促進と隙間を埋めるコーディネーターの育成が必要になる。

8. 最後に

チーム医療によって患者中心の全人的医療を進めるためには、各専門職の協働と双方のコミュニケーションが必要だが、その実現には多くの問題がある。教育体制、経済的基盤の確立をはかりつつ、各専門職が生きがいを持って協働できるための歩みが不可欠であると考えられた。

参考文献

- ・中山康裕. なぜ今、こころのケアが必要か？－臨床心理学の立場から. 糖尿病 43:3-7, 2000
- ・荒木登茂子. 心身症とチーム医療. 久保千春, 中井義英, 野添新一(編):現代心療内科、永井書店、253-259,2003.
- ・大倉朱美子. 糖尿病診療におけるチーム医療と医療心理士の役割. 心身医学 50:905-912, 2010
- ・荒木正見, 荒木登茂子. 医療コミュニケーション,日本医療企画、2010.