

チーム医療としての透析

——医師の立場より——

有菌健二

熊本中央病院腎臓科

key words：チーム，コミュニケーション，臨床倫理，透析医療

要旨

心豊かな人間性がチーム医療の基礎である。患者と家族を支えるには、医療スタッフ各人が支えられる必要がある。スタッフ同士が十分にコミュニケーションをとり、いつでも各職種がお互いに相談できるような職場環境が理想である。そして問題点を認識し共有した上で、患者に対し一枚岩で対応できればと思う。透析医療の質をいかに維持するかという医療理念、リーダーシップ、スタッフや各職種の連携、スタッフ教育、他科や他医療機関との連携などにも心をくばりたい。

はじめに

医療現場におけるチーム医療の重要性は言うまでもない。特に透析医療の中では、医師と患者およびその家族を結びつける線上に、実に様々な職種の人の手助けを必要としている。しかし、チーム医療の重要性は自覚しているものの、患者を中心としたチーム医療の実践はむずかしく、日々の診療の中でも“失敗と後悔の連続”の想いをしているのは著者ばかりではないであろう。著者のめざそうとしているチーム医療について述べたい。

1 チーム医療の歴史

従来、特に第二次世界大戦以前は医師、看護師、薬剤師のみが法律的に認知された職種であった。診療が医療の中心であり、すぐれた医師がいさえすればよい

という状況であった。医師のみに医療提供者としての大きな権利と義務が与えられ、患者のケアは医療の対象外であった。命令系統も医師から看護師や薬剤師にという一方的なものであったことは想像にかたくない。戦後、法的に承認された職種が次々に誕生している。病院という医療提供のかたち、業務の多様化、患者のケアを含めた医学的な管理が必然的にチーム医療を必要としてきたと思われる。特に、1970年代よりチーム医療の重要性が指摘され、赤ひげ的なよい医師がいればすむ問題ではなくなり、各職種の人たちが一定の水準を保ち協力しあうことが必要となってきた。

2 透析医療におけるチーム医療

透析医療では、他部門以上にチーム医療が必要となる。医師や看護師はもちろんのこと、臨床工学技士の存在が大きい。この三つの職種が主力メンバーでもある。看護師は、患者に対する治療行為や情報の収集、生活指導、精神的支援を行っている。特に患者および家族の情報などについては医師は彼らの足元にも及ばないかもしれない。医師には相談できなくても心許した看護師には語られることも少なくないからである。臨床工学技士は1970年代に透析テクニシャンという形で現れ、1976年の透析技術認定士制度を経て、1987年臨床工学技士法の発令で初めて国家資格が認められている。透析機器、透析方法などの技術の向上は、彼らの努力によるところが大きい。さらに放射線技師、臨床検査技師、薬剤師、栄養士はもちろんのこ

と、医事事務員、ソーシャルワーカー、介護福祉士、介護専門員などの介入することも少なくない。

チーム医療を育んできた病院は多くの国家資格を持った専門家の集まりである。専門家とはなんであろうか。専門家は確かに専門的知識や技術を持った人であるが、素の人としてのあたりまえの感性を欠いたびつな怪物であってはならない。たとえば、夜間から腹痛が持続している人を目の前にしたとき、“胃潰瘍、胆石、イレウス”などの鑑別診断を頭に浮かべながらも、“きつかったですね、大丈夫ですか？”と声をかける思いやりの心がほしい。また、各職種は個別に活動していることが多く、職種間の交流ができていく体質がある。あいさつや雑談からはじめてもよい。患者に対してと同様、同僚に対しても心豊かに接することができる人間性が専門家集団のチーム医療の基礎であると思う。

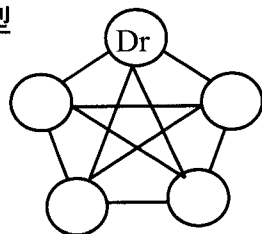
集団内のコミュニケーションにはネットワークのタイプとその特性がある¹⁾(図1)。非中心的な構造(共有型)は、複雑な問題解決に向いており、メンバーの情緒的満足度が高い反面、情報伝達が不確実で、簡単な問題の解決のためには効率が悪い。逆に中心的な構造(鎖型や車軸型)では、情報伝達はより確実で、リーダーがしっかりしていれば情報収集や簡単な問題の解決は効率的であるが、メンバー間にフィードバック情報が入りにくく自由な討論ができず、メンバーの情緒的満足度は乏しいことが予想される¹⁾。トップダウン的な情報伝達では、中心的なネットワークを選択し、

職場内の問題を解決する場合には非中心的なネットワークを選択する必要がある。さらに、チーム医療の中心には患者、また患者をささえる家族の存在があることも忘れてはいけない。今後の医療においては、治療方針などの決定の際に医療者側と患者および患者家族との共同の意志決定がなされる場合も想定され、患者およびその家族をも含めたチーム医療の展開も視野に入れる必要がある。

このような中での医師の役割はなんであろうか。診断と治療方針の決定はもちろんであるが、これにとどまらず、患者の outcome に至るまでの全責任を負うことと私は考えている。個々の患者について身体的、精神的、社会的背景を考慮して包括的な医療を展開するためには他職種と協働する必要がある。リーダーシップに加え、人の意見をよく聞く謙虚さ、幅広い知識が求められる。残念ながら、医師はすべての分野においてオールマイティーではない。自分の知識が不十分な分野に関しては、その分野の専門家にチームをサポートしてもらえるように働きかけることが必要である。他職種から学ぶ姿勢、職種間の縄張り意識をすて各職種の意見をよく聞く姿勢が特に大切であろう。また、全体をみわたすゆとりを持ちたい。経済的な逆境の中で透析医療の質をいかに維持させていくかという経営および医療の理念、リーダーとしていかに職場の雰囲気をも高めるか、またスタッフ同士や各職種の連携、スタッフの教育、センター的病院においては他科や他医療機関との連携などにも心をくばりたい。各々の持ち

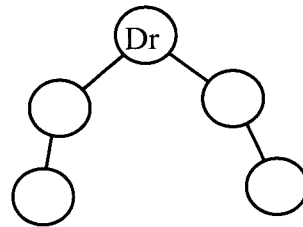
(1) 非中心的構造

共有型



(2) 中心的構造

鎖型



車軸型

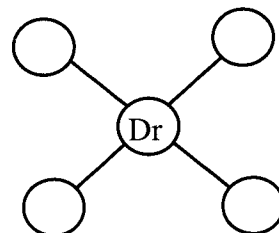


図1 集団内のコミュニケーション(文献1より引用)

味と音色を最大限に生かし、全体として調和のとれた演奏をするには、コンダクターは耳を澄まし、目線を高くして全体を視野に入れていなくてはならない。

3 透析医療におけるチーム医療のジレンマ

透析医療における最終目標は、いかに良い透析ができるかであろう。良い透析とは、合併症を引き起こすことなく元気で長生きができ、通常の人と同じような社会生活が満喫できるものであろう。しかし、最近では高齢化、重症化、長期化した透析患者が増加しており、症例によってはむしろ治療よりケアへと考えをシフトする必要があることも少なくない。そのような場合でも患者およびその家族が十分納得できるような透析を行うことが必要である。しかしながら、人員の問題、各職種間の役割分担や責任の不明確化、患者に対する共通の理解や了解の欠如により、スタッフ同士の連携がうまく機能していないことも多い。核となるスタッフ（特に看護師）の職場異動も大きな問題である。リーダーとなるべき医師にしても、患者やその家族との十分な接触時間がとれず、ほかの職種からは透析室の無医村化が危惧されているのが現状である。

外国においても透析室の無医村化は存在するらしい。米国では医師が登場するとその分の費用がかさむため、多くの透析センターでは看護師を中心としたスタッフがマニュアルにもとづき対応しているようである。むしろ、マニュアルで対応できないケースでは医師が介在する。日本での事情は異なるが、医師も含めて透析スタッフは量的、質的に十分であるとはいいたい。その分、限られた人材で最大限の能力を発揮するために、チームとして共通の認識を持ち、種々のことを協働で行い、質の向上につとめる必要がある。各職種が対等の立場でそれぞれの分野の問題点を把握し、それを統合した医療ができればと考えている。

透析医療は特殊な職場でもある。多くの職種が関与し、慢性期医療のため患者とのつきあいも長くなり、機械に取り囲まれ、一つのフロアで患者やほかのスタッフから常に監視されているなど、良きにつけ悪きにつけ多くのストレスが存在する職場でもある。特に新人スタッフは、はじめのうちは長期の透析患者の評価の視線にさらされ、かなりのストレス、労力を費やしているのではないだろうか。長期に透析を施行している患者のほうが、はるかに透析自体のこと、日常の生

活管理のこと（できるかできないかは別であるが）、さらにはスタッフの性格をも見抜いているからである。このようにストレスが多い職場であるからこそ、少しでも楽しく適度な緊張感の中で仕事ができればと思う。職場の雰囲気が楽しくないと仕事に対する意欲は薄れ、集中できなくなる。患者と家族を支えるには、医療スタッフ各人が支えられる必要がある。日常のあいさつや雑談からスタッフ同士が十分にコミュニケーションをとり、いつでもなんでも各職種がお互いに相談できるような職場環境が理想である。そして患者に対し、問題点を認識し共有した上で一枚岩で対応できれば、新人のスタッフのストレスも軽減されるであろう。

4 透析医療の現況

「わが国の慢性透析療法の現況」（日本透析医学会）によると2001年12月末現在の慢性透析患者数は約22万人で、いまだに毎年約1万人ずつ増加している。新規の透析導入患者をみると、原疾患では糖尿病性腎症が最も多く38.1%を占め、慢性糸球体腎炎32.4%、腎硬化症7.6%と続く。新規導入の平均年齢も64.3歳とさらに上昇している。このように透析導入期には合併症の多い高齢者や糖尿病患者の増加が顕著である。また、透析技術や医療の進歩により、維持透析患者の高齢化、長期透析による合併症も増加の一途である。特に長期透析患者においては、QOLを左右する心血管系の合併症、透析アミロイドーシス、腎性骨異常栄養症、栄養障害が大きな問題になっている。

このように透析患者の高齢化、重症化、長期化、要介護者の急増があると医師の役割は病気を治すことだけでなく、透析導入や非導入の判断、透析の中止というような生死にかかわる問題、高齢者の治療からケアへの対応、さらには終末期医療への対応を余儀なくされている。

医療の質を落とすことなく安全な治療を遂行し、合併症を克服することが医師の使命であるが、この医療の質は経済の成長によるところが大きい。昭和47年より更生医療が開始となり、透析医療に必要な費用のかなりの部分が公費でまかなわれている。現在、透析にかかる年間医療費は約1兆円で総医療費の1/30を占めるとされる。国の経済政策により、透析患者が増えてもこれ以上の透析医療費の増大は見込めそうもない。

昔から各医師が経験を積んでそれぞれがよい医療をめざして治療を行い、それに対する対価として出来高払いがなされてきた。しかし、平成14年度の診療報酬改定にみられるように、透析医療は抑制項目の最重要疾患となり大幅な引き下げ結果（7-10%前後）となっている。十分なスタッフを配置し、十分な質の高い医療をする上で、次第に厳しい環境になりつつあるのが現状である。経済原則では、経営環境が厳しくなればなるほど、質が落ちる方向にいく。しかし、患者を主体とした医療においては、絶対に歯止めをかける必要がある。チーム医療を効果的、効率的に展開する

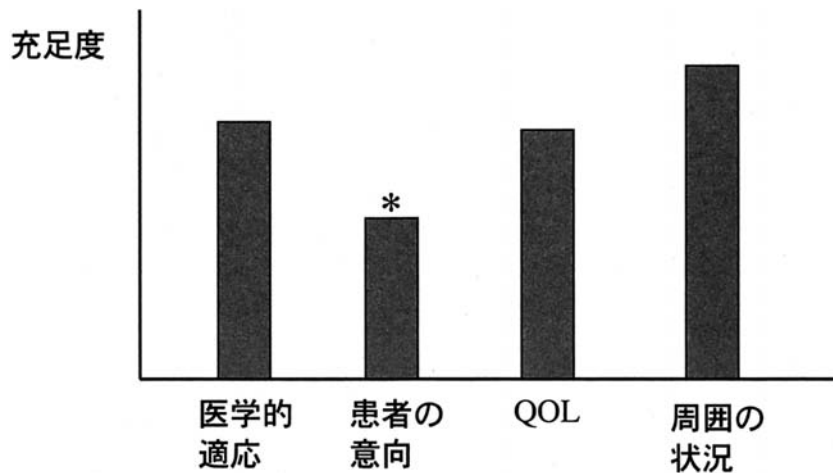
ことが病院、医院全体の医療の質を維持し、さらには高めることに寄与すると思われる。今後、各透析施設は生き残りをかけた一段と厳しい経営戦略を求められる時期にきている。

5 問題点の認識および共有のために—臨床倫理問題への取り組み

チーム医療の実施においては、各職種間での問題点の認識と共有がぜひとも必要である。次のような臨床倫理の4分割表—医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況—²⁾(表1)を利用して問題点を整理する

表1 臨床倫理の4分割表 (文献2より引用)

<p>1) 医学的適応</p> <ul style="list-style-type: none"> 1, 診断と予後 2, 治療目標の確認 3, 医学の効用とリスク 4, 無益性 	<p>2) 患者の意向</p> <ul style="list-style-type: none"> 1, 患者の判断能力 2, インフォームドコンセント 3, 治療の拒否 4, 事前の意思表示 5, 代理決定
<p>3) QOL</p> <ul style="list-style-type: none"> 1, QOLの定義とその評価 身体、心理、社会的側面から 2, 誰がどのように決定するのか 偏見の危険 何が患者にとって最善か 3, QOLに影響を及ぼす因子 	<p>4) 周囲の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 1, 家族や利害関係者 2, 守秘義務 3, 経済的側面、公共の利益 4, 施設方針、診療形態、研究教育 5, 法律、慣習 6, 宗教 7, 医療情報開示 8, 医療訴訟 9, その他



上記のようなケースでは、特に充足度の低い『患者の意向』について再度問題点を整理し、アプローチする。

図2 臨床倫理の4分割表によるアプローチ

とよい。

各項目ごとに問題点を整理することで医療チームの話し合いがより容易になるであろう。また、必ずしもすぐに解決できるわけではないが、充足していない項目について個々にその対応について患者と医療者が話し合う機会を持ちたい(図2)。

6 透析医療の問題点

透析患者の高齢化や重症化、長期化に伴い、透析を導入するかどうか、また、透析を中止するかどうかの判断に迷うことも少なくない。さらには、ターミナルケアの問題もクローズアップされてきている。米国にみられるように患者の事前指示の法的なよりどころがあれば大きな助けになるが、判断能力のない患者や痴呆症状のある患者での対応は毎回大きな問題である。

米国では、Hirschらが透析導入をしない基準³⁾として以下のような点を取りあげている。一つの参考になると思われる。

- ① 腎不全を原因としない痴呆
- ② 転移性癌あるいは切除不能の固形癌が存在
- ③ 治療に反応しない造血器悪性腫瘍
- ④ 非可逆性の神経障害のため身体活動が著しく制限されている高度の脳卒中、無酸素性脳症
- ⑤ 非可逆性の肝障害、心障害、呼吸障害で臥床を強いられ日常生活に介助者を必要とする
- ⑥ 透析操作を行うために鎮静操作または抑制操作を必要とする

彼の主張はこれらの項目を満たしたときに自動的に透析導入を拒否するというのではなく、積極的に導入をすすめない(not offering)という姿勢であるという⁴⁾。

ターミナルケア(終末期医療)の問題もむずかしい。透析を中止することは比較的すみやかな死への道程であるだけに本人ばかりでなく、家族にとってもあまりにもつらい選択である。身体的な苦痛や精神的な苦悩ははかりしれない。

今まで、透析非導入、透析の中止、ターミナルケアの問題については、各施設が独自に対応してきた。しかし、医療の高度化、患者や家族の生命や健康に対する価値観の変化や権利意識の高揚、患者側の医療に対する過度の期待、マスコミの影響、患者との信頼関係の変化などにより、不慣れな一部のスタッフでの対応

が次第に困難になってきている。そのような際に、院内の倫理委員会に検討を要請できるシステム——患者、患者家族、医療スタッフ、院内外の学識経験者や法律家をまじえた検討——ができればと思う。生死にかかわる大きな問題の決定が当事者だけの問題にとどまらず、院内あるいは院外をも含めた問題としてとりあげ、医療スタッフをサポートする体制の構築も今後ますます必要となるであろう。

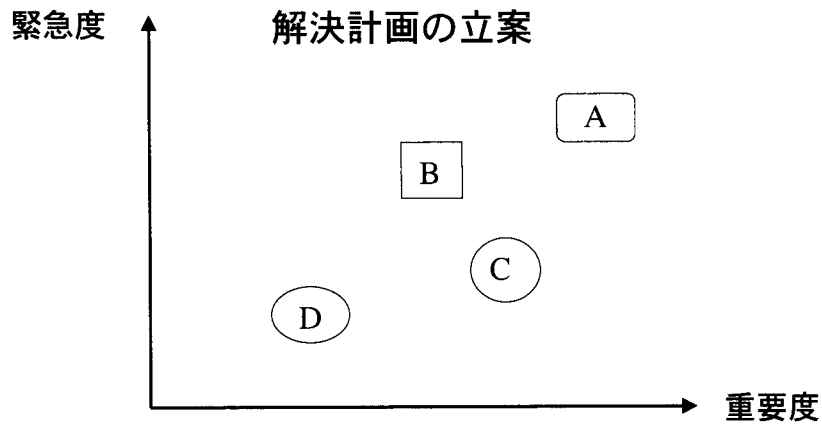
大きな合併症のある患者では、治療からケアへの転換が必要なケースも多い。透析患者のQOLの向上が最も大切であるが、つねに医療倫理を忘れては医療はなりたない。問題点を整理し、患者とその診療やケアにあたる医療者や患者家族が患者に対する最善の対応をさがしていくことが大切である。また、その際つねに医療現場における問題の認識と意識の共有が必要で、継続的に患者および患者家族と一緒に解決策を考え続けていく態度が重要である。

7 チーム医療の活性化

チーム医療の活性化のためには、話し合いの場を持ち、積極的に意見を出し合うことが大切である。また、各職種は平等に意見を交換できる雰囲気づくりも重要である。

クリティカルパスの作成も内部の活性化につながるであろう。パスの作成により医療や看護の標準化、業務の効率化、インフォームドコンセントの展開が期待できる。なによりも医療チームが共同でつくりあげることに第一の意義があると思われる。

少人数のグループであれば、KJ法(文殊カード法)という川喜田二郎氏の考案による思考をまとめる方法がある。ほぼ三等分できるカードに各自が思いついたことを最上段に書く。2段目、3段目が未記入のカードを隣のメンバーにまわす。まわってきたカードの2段目に思いついたことを書き、隣にまわす。まわってきたカードの3段目に思いついたことを記入する。意見が出つくしていないようであれば、各自が2枚目のカードを持ち、上記を繰り返す。書き終わったらカードを切り離し、それらを分類してみる(島をつくる)。同じような内容のカード群にお互い相談しながらタイトルをつける(名札をつける)。どの島にもはいらなかった孤独なカードの存在も重要である。そして、名札のついた島を相互関係を考えながら配置する。



緊急度、重要度に応じて配置する。通常は右上の方が優先度が高いが、取り組みやすさや財政的な面も考慮し、問題解決の優先順位をつける。

(例) たとえばABCDから取り組みやすさを考慮しBACDの順へ

図3 二次元展開法

さらには緊急度、重要度を軸とする2次元平面をつくり、優先度、とりくみやすさを考え、解決方法をさぐる(図3)。このような方法もチームの考えをまとめるのに有用であろう。これもまた、みんなで話し合う機会をつくるのが大きなねらいでもある。

医療の質をあげるためにメンバーはたくさんいるほうがよいが限度がある。各専門職における適正人数と配置、組織上の位置づけ、関連業務ごとのグループをつくり、各職種、チーム構成員同士の連絡や調整が必要である。最終的に並列な人間関係を構築していくことが安全な医療の遂行には大切である。コミュニケーションがよくなるとお互いが注意しあうことでチームモニターが機能してヒューマンエラーを防ぐようになる。形骸化した長時間の会議は無意味であるが、お互いが理解し合うための討議はぜひとも必要である。

チーム内の意見をまとめて、計画し、実施し、チェックを行い、処置に移すこと(Plan-Do-Check-Act)が重要で、様々な問題を解析しそれをもとに組織としての方針を明確にし、現場にフィードバックする体制が常に必要である。日本医療機能評価機構などの組織評価を利用するのも一つの手段である。病院や医院自体として正式評価をうけなくても、その評価方法——医療理念、医療、看護、事務など多岐にわたる評価法——(インターネットで入手できる)を利用するのも有用である。可能であれば、院内にトータルクオリティーマネジメント的部門をもうけ、より効果的、効率的に様々な総合的な質を管理する組織づくりが望ましい

と思われる。

8 透析医療の方向性

従来の患者の苦しみに対する共感と寄り添いから、患者の言い分への傾聴、患者の理解度の把握、患者への情報提供のあり方、場合によればセカンドオピニオンなどの提供が必要となる。医療側からは患者の問題点の認識と共有が特に大切である。その上で患者と医療側との信頼関係が構築できればと思う。

最近では、evidence based medicine (EBM) ばかりであるが、個々の患者において性格、生育環境、現在の立場、さらには病院への受診理由、受診経緯、周囲の状況はかなり異なっている。そのためにも一人ひとりの患者でよく話を聞き、その患者に最もふさわしい narrative based medicine (NBM) は必要である。常に NBM と EBM は車の両輪でなければならない。今後は、医療者と患者による共同の意志決定が医療現場ではますます要求されるであろう。

相田みつをの本⁵⁾の中に“めぐりあい”ということばがある。

あなたにめぐり
あえてほんとうに
よかった
ひとりでもいい
ところから
そういつてくれる
ひとがあれば

患者においても医療スタッフにおいてもまた院内外においても、このチームにめぐりあえてよかった、このチームに参加してよかった、このチームにまかせてみたいと思われるようなチームが構築できれば最高である。

文 献

- 1) 佐藤喜一郎：患者とのコミュニケーション—透析の場でのコミュニケーションの変化. 臨牀透析, 8; 23, 1992.
- 2) 白浜雅司：倫理的な配慮. 治療, 84; 2555, 2002.
- 3) Hirsch DJ, West ML, Cohen AD, et al. : Experience with not offering dialysis to patients with a poor prognosis. Am J Kidney Dis, 23; 463, 1994.
- 4) 大平整爾：透析の中止—日本における透析中止の現状とあり方. 臨牀透析, 14; 87, 1998.
- 5) 相田みつを：じぶんの花を; 文化出版局, 2001.