

ヒエラルキー・モデルとチーム医療の時代

藤崎和彦* 中木高夫**

From Hierarchical Model to Democratic Model

Kazuhiko Fujisaki : Nara Medical University, Department of Hygiene

Takao Nakaki : Shiga University of Medical Science, Second Department of Internal
Medicine

This study Examined ;

1. Whether medical doctors have difficulty in giving directions or not.
2. Whether the medical staff have difficulty in taking directions or not.
3. In what situation medical doctors and staff have difficulty in giving and taking directions.
4. Whether both medical doctors and staff assume that medical doctors are knowledgeable enough and are capable of giving appropriate directions.
5. Who do medical doctors and staff think should give directions ?

The results revealed that most medical doctors and staff have difficulty in giving and taking directions. Technical problems are the main reasons that make giving directions difficult for medical doctors, and communication problems between medical doctors and staff are the biggest impediment in making directions clear and understandable for the medical staff. Also the results indicated that the medical staff have a higher assumption that medical doctors have enough knowledge to give appropriate directions than medical doctors actually have, and most medical doctors and staff think that medical doctors should give directions.

Lastly four conditions were given to establish a collaborative medical practice.

* 奈良県立医科大学衛生学教室 ** 滋賀医科大学内科学第2講座

キーワード

チーム医療 Team Practice ジョイントプラクティス Joint or Collaborative Practice

I はじめに

医療の現場で使われる「オーダー」というこの奇妙な英語は、いつの頃から使われるようになったのだろうか。世の中は患者の権利や患者中心の医療、インフォームド・コンセント等という水平的な医療者—患者関係を要求する言葉が溢れているというのに、この言葉はひどく垂直的な関係を前提としている。しかし、それにもかかわらずあまりにも日常の医療現場に溶け込んでいるのも事実である。また、チーム医療の時代ということで、パラ・メディカルをわざわざコ・メディカルと呼び直したりしている一方で、この言葉だけは治外法権的に日常用語として流通しているのもおかしな話である。

法的な虚構空間の中では、医師法の定める「医療行為の医師による業務独占」がその根拠となって、あらゆる医療行為にその法的最終責任者たる医師の「オーダー」というものが必要とされている。しかし、もはやこの医師法の想定するヒエラルキー・モデルは、時代遅れになってきているのだろうか。医療ソーシャル・ワーカーの資格制度化論議において、1989年に厚生省の出した医療ソーシャル・ワーカー業務指針を見るかぎりでは、そこに医師の「オーダー」を受けるとの必要性が述べられているように、基本的思想は変化してきているとはいえないのが現状である¹⁾。医療の世界で、こういった医師を中心としたヒエラルキー・モデルがなぜ成立し、維持されてきたかについての詳細は別稿に譲るとして、本論では「オーダー」をめぐる問題点と今後のチーム医療の新しいモデルについて議論を進めていきたい²⁾。

II 医師の出す「オーダー」の根拠と現状

医師が他の医療スタッフに「オーダー」を出すことの根拠のひとつとして、医師の教育システムが最も長期にわたり、したがって最も幅広い医学に関する知識を有しているはずだということがあげられる。しかし、確かに医師の知識には幅広さがあるとしてもその多くは医学に関するものであり、医療に関するもので特に他のスタッフとかかわってくるものでは必ずしも十分な知識があるといえないことも多い。たとえば三分粥や五分粥というような個々の食事の形態や、入浴や洗髪の必要度の判断などについては必ずしも医師が十分な知識をもっているとはかぎらないのではないだろうか。はたして本当に、医師は「オーダー」を出すのに十分な知識をもっているといえるのだろうか。以下にこの点に関して著者の行った簡単な調査についての結果を報告する。

【目的】

医師が出す「オーダー」のうち、他の医療スタッフと比較的関係の深いと思われる食事や運動、リハビリテーションなどに関する「オーダー」について、医師はどの程度の知識をもっており、また他のスタッフからもっていると思われるのか。それぞれについて誰が「オーダー」を出したほうが良いと思われるのか。日頃「オーダー」を出す、あるいは受けるうえで困難を感じるのはどんな時か、等の点を明らかにし、医師の出す「オーダー」の現状と問題点を探る。

【対象と方法】

大阪市内の250床規模の市中病院に勤務する医療スタッフ(医師、看護婦、栄養士、リハビリテーション・スタッフ、薬剤師)を対象にし、自記式調査票により調査を施行した。調査期間は1992年5・6月である。

【結果と考察】

調査票に回答してくれた医療スタッフは、医師・研修医17名(経験年数1-11年、平均5.6年)、看護婦・准看護婦26名(経験年数1-25年、平均13.3年)、

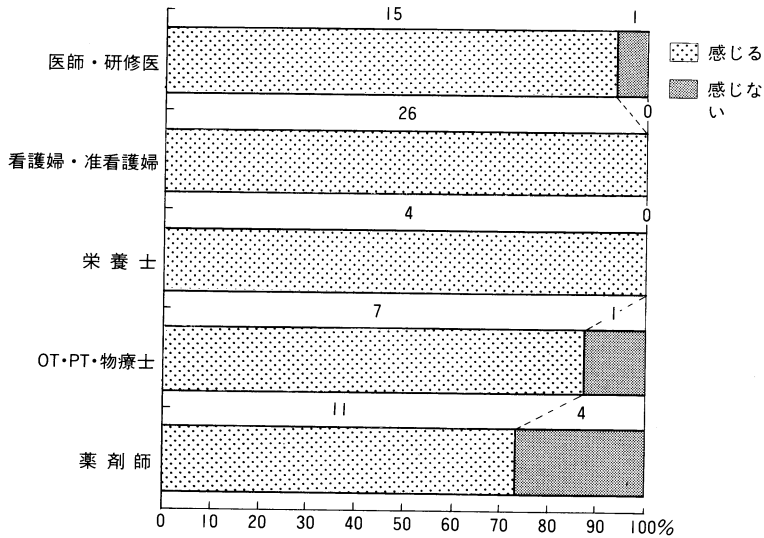


図1 オーダーで困難を感じる

栄養士 4 名（経験年数17-29年，平均21.5年），OT・PT・物療士 8 名（経験年数 1-20年，平均11.3年），薬剤師15名（経験年数， 1-20年，平均6.7年）の合計70名（平均経験年数10.3年）である。

日頃「オーダー」を出す，あるいは受ける際に困難を感じるかどうかについては，図1に示すように，医師を含め大半の医療スタッフが困難を感じていた。どんな時に困難を感じるかについては，医師が「医学的に判断が困難な場合」「忙しくてオーダーが困難な時」が多いのに対し，他の医療スタッフは「指示の内容が正確に伝わらない時」「指示を出した意図が伝わらない時」といったコミュニケーション不足による困難を指摘する意見が多かった(図2)。OT・PT・物療士に「スタッフのほうが医師よりもよい指示が出せそうな時」，薬剤師に「医師でなくても判断できそうな指示が必要な時」困難を感じるという意見が多い一方，栄養士にはそういった意見がまったくないことも特徴的であった。

実際に個々の「オーダー」についての医師のもっている知識の程度と，「医師ならもっているだろう」と対応する他の医療スタッフ（主にその「オーダー」を受けるとされる医療スタッフ）が考える知識の程度について比較してみる

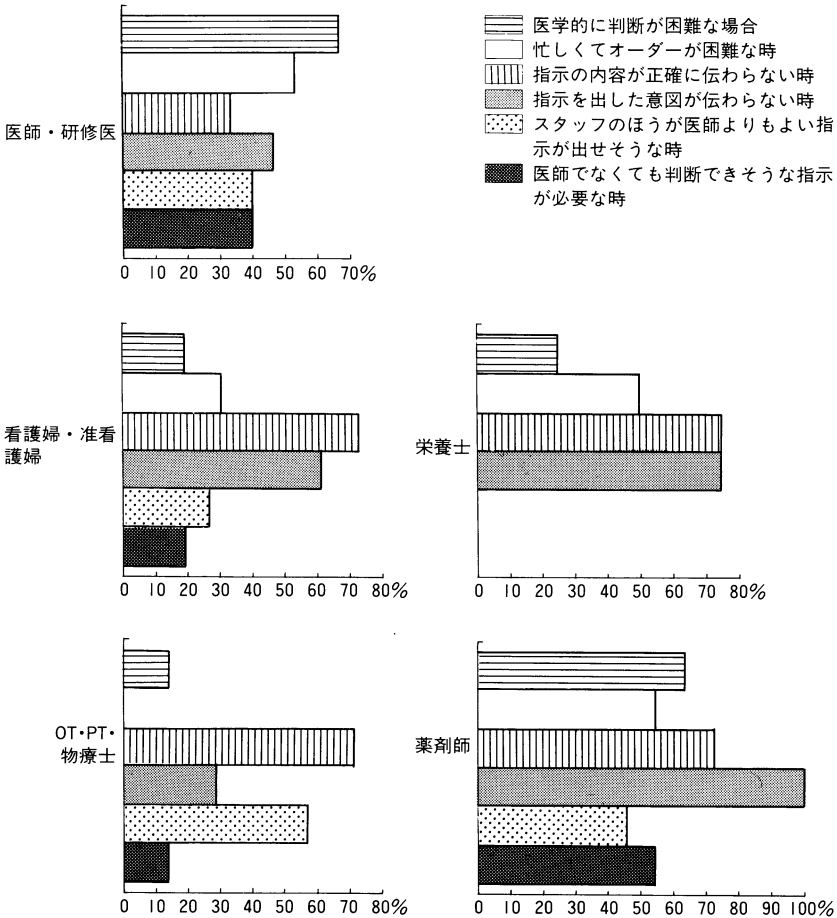


図2 オーダーで困難を感じる時

と、図3のようになる。個々の「オーダー」と対応する医療スタッフとの組み合わせは、三分粥や流動食といった食事の形態についての医師の知識、入浴や洗髪についての医師の知識、安静度や運動量についての医師の知識については医師と看護師に、栄養やカロリーについての医師の知識については医師と栄養士に、糖尿病や肥満の運動療法についての医師の知識、リハビリテーションについての医師の知識については医師とOT・PT・物療士に、服薬方法についての医師の知識については医師と薬剤師にそれぞれ質問した。回答には1点：十

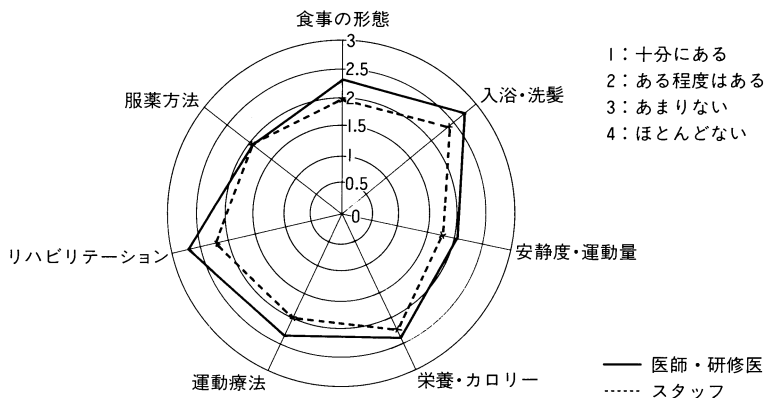


図3 医師の知識の程度

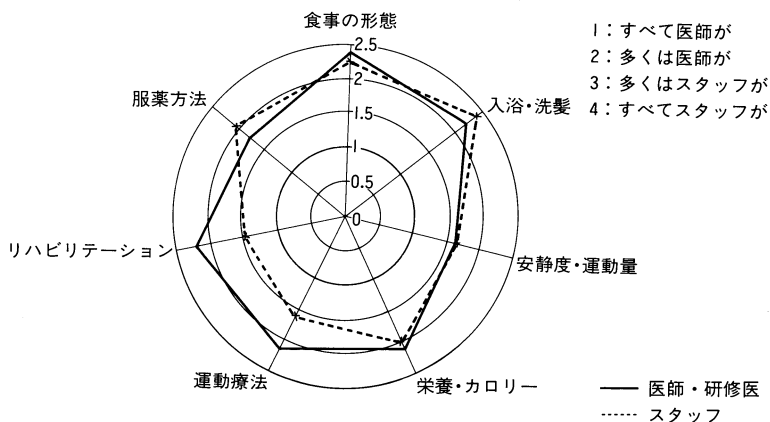


図4 誰がオーダーを出すべきか

分にある，2点：ある程度はある，3点：あまりない，4点：ほとんどないというリカート尺度を用いて点数化し，各々の平均点数を求めた．全般的にほとんどの項目で，医師はスタッフが思っているほどは，「オーダー」を出すための知識をもっていないと考えていることが明らかになった．スタッフは平均して2点前後（ある程度はあるだろう）と医師の知識を評価しているのに比較して，特に入浴・洗髪，栄養・カロリー，リハビリテーションの項目で医師の自己評価のほうが知識の不足を示している．

同様に個々の「オーダー」を誰が出すべきかについて、医師と対応する他の医療スタッフ（主にその「オーダー」を受けると思われる医療スタッフ）に質問した結果について図4に示す。回答は同様に1点：すべて医師が出すべき、2点：多くは医師が出すべき、3点：多くはスタッフが出すべき、4点：すべてスタッフが出すべきというリカート尺度を用いて点数化し各々の平均点を求めている。両者の平均点はどの項目でも2.5点以下であり、全体としては医師が「オーダー」を出すほうが望ましいと考えられている。しかし、安静度・運動量と服薬方法以外については医師は「オーダー」を出すうえでスタッフがより多く関与したほうが良いと考えていることがわかる。一方スタッフのほうは、安静度・運動量と運動療法、リハビリテーション以外の「オーダー」についてスタッフの関与をより多く求めており、特に入浴・洗髪、服薬方法についてはその程度が医師の考えている以上に強く示されている。両者を比較すると、服薬方法については医師はみずから「オーダー」したほうが良いと思っている一方、薬剤師も自分たちの関与が必要と考えていることがうかがえる。逆にリハビリテーションと運動療法については医師はみずから「オーダー」を出すことに消極的なのに、スタッフのほうは医師に「オーダー」を出してもらいたいと考えている。特に面白いことには、スタッフ自身がリハビリテーションについての医師の知識は少ないと見積っているにもかかわらず、それでも医師に指示を出してほしいと思っていることである。これらの差異がどこから生まれてくるのかについては非常に興味があるところであるが、それは今後の詳細な調査に譲るとして、とりあえず以上の結果より明らかになるのは、次のような点であると思われる。

まず第1には、医師も他の医療スタッフも共に、「オーダー」に関しては種々の困難を感じているということである。そして第2には、特に「オーダー」を受ける側の医療スタッフにとって、「オーダー」を出した医師の指示内容やその意図がうまく伝わってこないといった基本的な医師—スタッフ間のコミュニケーション上の問題が、その困難を引き起こす大きな原因としてあげられるということである。その意味では至極当たり前のことであるが、医師—スタッフ間

の基本的なコミュニケーションがまずは出発点であるといえるだろう。さらには第3に、医師が「オーダー」を出すことの根拠には医師の側の知識的優位があげられるにもかかわらず、現実にはここであげたような種類の「オーダー」に関する知識について、スタッフの思っているほどには医師自身は十分な知識をもっているとは考えていないということがいえよう。それにもかかわらず医師には「オーダー」を出すことが望まれており、それが「オーダー」をめぐる複雑な状況を生み出してきているのであろう。しかしやはり結論的にいえるのは、知識の十分でない者が、よりそのことに関しては詳しい者に対して「オーダー」を出さざるをえない状況というものは、お互いにとって不幸な状況であり、何よりも肝心の患者さんにとって最も不幸なことであるということである。

そのような状況の中で、「よくわからない」医師に「オーダー」を出してもらうために、「よくわかっている」スタッフたちは必然的に様々な工夫をめぐらすことになる。ここにある意味での主客の転倒が起こっているのである。その内の一つがSteinらによって命名された医師—看護婦ゲームと呼ばれるものであり、看護婦の側の医師操縦のための手練手管ということになってくる³⁴⁾。そのうえ「オーダー」をもらうために、おだてたり、なだめたり、すかしたりされている医師は、おだてられるままに無邪気にも「自分は偉いのだ」と錯覚してしまうという笑い話にならない悲喜劇まで起こってしまうのだから救われない。

III 指揮者モデルから弦楽四重奏モデルへ

よく「医師は医療チームというオーケストラの指揮者」であるといわれる。はたしてこのたとえは正しいのであろうか。本当に医師はそのような役割が果たしているのであろうか。あるいはオーケストラの指揮者のようなあり方が、チーム医療に望ましいのであろうか。

まずは指揮者の役割についてみてみよう。指揮者というのはオーケストラの前に立ってただ単に棒をブラブラさせて拍子をとっているだけではない。指揮

法という専門家だけにわかるやり方で実に多くの情報を伝えている。したがってそのために指揮者に要求される知識・技能・態度も非常に多岐にわたったものになっている。まず当然のことながら演奏される楽譜についてよく知っていないといけない。またオーケストラのメンバーのことについても熟知している必要がある。さらには楽器の特性や演奏方法についてももちろんよく知っており、これらの総合的な能力があってこそ指揮者はオーケストラに君臨し得るのである。

これを保健医療の世界に置き換えるならば、楽器の特性や演奏方法は各医療スタッフの学問体系や職務に相当している。医師が指揮者なみにそうしたことに精通しているかということ、既に見てきたように答えは否定的である。そもそも医学教育や卒後研修にそういった内容は含まれていないうえに、いくら臨床経験が長くともただ看護婦や技師の横に立っているだけでは、このような能力が身につくわけではないのである。したがって、ただ医師であるというだけでは、医師に指揮者の役割が果たせるわけではなく、結局は指揮しているつもりが、周りの医療スタッフに自分のやり方を押しつけているにすぎないということになってしまう。

医師が医療チームというオーケストラの指揮者たりえないのならば、不得手な領域についてはまったく「裸の王様」であることを自覚したうえで、だからこそのスタッフにまかせようといった民主的な態度が不可欠になってくる。つまりそれは、病気や病気に伴う様々な状況に対処するために、それぞれの状況の保健医療専門職を信じ、そのマネジメントにゆだねるという態度にほかならない。

こうしたボス抜きの演奏形態としては、音楽の世界では室内楽、たとえば弦楽四重奏ということになる。ここには指揮者は存在していない。弦楽四重奏というのは、バイオリンが2人、ビオラが1人、チェロが1人で構成され、同じバイオリン属の響きで統一された、最も純粋な合奏形態であるといわれている。あるときは第一バイオリンがメロディを奏で、あるときは第2バイオリンが、またあるときはチェロがというように、それぞれのパートが他の奏者の音色を

聞きながら、誰にも隷属することなく自分の役割を果たしており、このような形態こそ、複雑多岐な患者さんの状況に対応できるジョイントプラクティスなのではないのだろうか。

IV 民主的チーム医療を成り立たせる条件

1. 弦楽四重奏モデル

では、こうした弦楽四重奏をモデルとしたチーム医療を行うには、どのような条件が必要なのであろうか（表1）。

(1)他の専門職の専門性を尊重する

医師の多くは自分のことを「専門家」であると思っているが、他の専門職に対しては無頓着であることが多い。たとえば臨床薬学の知識がなくとも、薬のことは薬剤師よりも自分のほうがよく知っていると思ったり、栄養素別栄養処方ができなくとも食事指示を平気で行っている。

民主的なチーム医療では、医療の様々な局面において、そこで最も専門性を発揮するのにふさわしい専門職がリーダーシップを発揮すべきであって、他の職種に属するメンバーはその人が働きやすいようにサポートにまわることが役割になってくるのである。

(2)自分の職種だけに固執しない

弦楽四重奏を演奏する時に譜面台の上に置かれている楽譜は、たいていの場合「パート譜」と呼ばれているものであり、自分が演奏する部分だけが記載された楽譜である。確かにそこに書かれた音を出しさえすれば一応の曲の形には

表1 弦楽四重奏モデルのチーム医療を成り立たせる条件

-
- (1)他の専門職の専門性を尊重する
 - (2)自分の職種だけに固執しない
 - (3)他の専門職の役割を知らないといけない
 - (4)提供する医療全体をつかむシステムが必要
-

なるのであるが、それだけではとうていよい演奏とはいえるようなものにはなり得ず、各パート同士が互いによく聴き合うことがよい演奏には必要となってくる。

このことはチーム医療にもあてはまる。医師や看護婦が好き勝手に進めても、それぞれが質の高いケアを提供していれば、それなりのケアを形づくることは可能である。しかし、そこに密接な連携によって生まれる「よい医療」があるかという点、残念ながらそうはいかないのである。真の意味でチームを形成するには、他の職種がどのように行われているか、いつも知りながら協調する必要があるのである。

(3)他の専門職の役割を知らないといけない

弦楽四重奏を構成する楽器には、それぞれ固有の音色や役割があり、作曲家はこうした楽器の特性を生かして曲を作っていく。こうした楽器の特性を無視して作曲するならば、それはもはや音楽とは呼べないものに変質してしまうのである。

医療の世界でも同じことがいえよう。チーム医療では医師と看護婦がチームを組むことが一番多いのであるが、それにもかかわらず医師は「看護」を何も知らないという不思議な現象が存在している。「看護」を知らずに看護婦とチームを組むのであるから、組まれる看護婦のほうにはいい迷惑なのである。

(4)提供する医療全体をつかむシステムが必要

音楽全体を知るためには「総譜(スコア)」と呼ばれる、4人の奏者のすべての音符が記されている楽譜を見る必要がある。スコアを見ることによって、曲の構成や、自分の演奏する音が曲全体や響きの中でどのような位置を占めるのかを把握することができるのである。

医療のことも同じことがいえる。個々のケアは孤立して実行されてはならないのであり、医療全体の中でそのケアの占める位置を知ったうえで、計画・実施する必要があるのである。そのためには、医療関係者間の結束の要になるシステムが必要となってくる。

その代表的な手段が POS (Problem Oriented System) による診療記録とい

える。POS では、職種固有の専門性は保証されている。つまり、1か所に集められた職種ごとのプロブレムリストがそれにあたるのである。そしてさらに、毎日の臨床において情報がスムーズに伝達されるように、統合診療記録 (integrated medical records), すなわち経過記録を同一紙面に記載するというようなシステムが構成されているのである。

2. ジョイントプラクティス

1977年にアメリカ医師会およびアメリカ看護協会がスポンサーになった“医師と看護婦の共同作業に関する審議会 the National Joint Practice Commission”が、次のようなジョイントプラクティスを成立させるために試案を提出している (表2) ⁵⁾⁶⁾。

(1)入院の全期間を通じて、一人の看護婦がその患者のための看護ケアの計画立案の責任を負う“プライマリナーシング”

プライマリナーシングは「my patient-my nurse」という言葉で示されるように、一人の患者さんに提供する看護の責任を一人の看護婦が負うものである。ちょうど医師でいえば主治医にあたるものである。これによって担当する患者さんの看護ケアの責任者が明らかになるので、主治医はプライマリナースと相談することで緊密な連携をとることが可能となるのである。

(2)病院で定められた看護実践の範囲内における“看護婦による臨床判断”

ここでいう「臨床判断」という言葉が、医学的な判断を指しているのではな

表2 ジョイントプラクティスを成り立たせるための条件

-
- | |
|--|
| (1)入院の全期間を通じて、一人の看護婦がその患者のための看護ケアの計画立案の責任を負う“プライマリナーシング” |
| (2)病院で定められた看護実践の範囲内における“看護婦による臨床判断” |
| (3)患者ケアにおける医師—看護婦間のコミュニケーションのための正式な方法としての“統合診療記録 (Integrated Medical Records)” |
| (4)看護婦と医師が共同して行う患者ケアの“評価” |
| (5)医師—看護婦関係を監視し、共同作業を推進するのに必要な種々の活動を勧告するための“ジョイントプラクティス委員会” |
-

いことは明らかである。なぜなら「看護実践の範囲内における」と限定されているからである。したがって、「看護婦による臨床判断」としてまず挙げられるのは「看護診断」である。

看護診断は、医師が患者さんの医学的状态を診断して医学診断をつけるのと同様に、患者さんの看護学的状態を診断してつけるものである。

さらには、看護診断以外の臨床判断も含まれている。収集した情報を他の職種から提供された尺度にあてはめて異常か正常かを判断すること、異常の場合に看護ケアの範囲で介入することや、あらかじめ決められたプロトコールに従って医学的介入行為を代行することなどがそれらに含まれるだろう。

(3)患者ケアにおける医師—看護婦間のコミュニケーションのための正式な方法としての“統合診療記録 (Integrated Medical Records)”

医師と看護婦のコミュニケーションというと「飲み会」とか「パーティ」というイメージであるが、ここでいっているのは仕事のうえでの公式なコミュニケーションツールのことである。詳細については前述したとおりである。

(4)看護婦と医師が共同して行う患者ケアの“評価”

このあたりからわが国の実情から離れてくる。

看護婦と医師が患者ケアに関して共同して評価を実施するというのは、わが国ではまだまだ先のことである。このためには、まず医師は自分たちの医療を評価するという習慣を身につける必要があるだろう。今、何となく評価らしいことが行われているのは、保険請求の対象かどうかについての審査くらいのものである。

看護婦も提供した看護の評価をする必要があるが、看護過程が普及しているので、実際に行えているかどうかは別にして、評価が必要だという意識はあはずである。医師のほうはまだ、その必要性すら認識できていないのが現状であろう。

(5)医師—看護婦関係を監視し、共同作業を推進するのに必要な種々の活動を勧告するための“ジョイントプラクティス委員会”

これは医師と看護婦の双方から議長を出し、医師と看護婦が同数で構成する

委員会である。病院の運営会議が診療科長全員で行われている病院がかなりあるとのことだ。その場がこの委員会として活用されればよいのであるが、わが国では病院の運営会議に、せいぜい看護部長一人だけでも出席できていればまだいいほうという状況であろう。

ジョイントプラクティスを実現するための勧告は、このようにきわめて具体的なものである。弦楽四重奏モデルのチーム医療とジョイントプラクティスを成立させるための条件を整備することによって、多専門職種の連携によるチーム医療が実現できうるものと考えられるだろう。

文 献

- 1) 高橋紀夫：医療ソーシャルワーカーの業務と資格制度化問題，病院，48(6)：479—483，1989.
 - 2) 藤崎和彦：医療の中の“土農工商”はなぜ改まらないのか？，医療'93，9(5)：76—79，1993.
 - 3) Stein, L. I. : The Doctor-Nurse Game, Arch. Gen.Psychiatry, 16 : 699—703, 1967.
 - 4) Stein, L. I., et al., 中木高夫訳：“医師—看護婦ゲーム” ふたたび，エキスパートナース，6 (14)：33—37，1990.
 - 5) National Joint Practice Commission : Guidelines for establishing joint or collaborative practice in hospitals, Chicago, Neely Printing Co. Inc., 1981.
 - 6) レベッカ C.クーン，中木高夫訳：看護婦と医師との連携，看護学雑誌，54：566，1990.
-