



## チーム医療雑感

岐阜県総合医療センター 外科

國枝 克行

私が岐阜大学医学部第2外科より県立岐阜病院に移って4年が経過しましたが、その間に当病院は大きく変わりました。H17年1月にはがん診療連携拠点病院に指定され、H18年10月に新病院が完成し、癌治療、救命救急医療、周産期医療、心臓血管疾患医療、女性医療の5つの重点医療を担う「岐阜県総合医療センター」として名称も変わりました。さらに電子カルテシステムが導入され、ペーパーレス・フィルムレスで物品搬送システムを有する新時代の病院に変身しました。50歳を過ぎた私にとって、開院当初は四苦八苦でしたが、ようやく操作にも慣れ、電子カルテシステムのすばらしい恩恵を実感できるようになってきました。

電子カルテシステムで最初に問題になったことは、あまりの融通の効かなさでした。従来は医師の口頭指示に看護師が適当に対処してくれたり、全く感知しないところで、看護師が処置伝票を切ったり、物品請求したりして、医師の仕事をカバーしてくれていました。これらの業務をすべて医師が電子カルテに入力しなければならなくなったのです。双方の業務内容の認識の食い違いから、小さなトラブルが多発しました。最近ようやく双方の歩み寄りと詳細なルール作りにより、問題の多くは解決され軌道に乗ってきましたが、これまでの医師、看護師の関係が急速に変わったと痛感しました。

電子カルテシステムは医師、看護師との役割分担、これまでのファジーな関係（とくに医師側からみて良好な関係）をいやがうえにもはっきりさせ、その結果隙間的な業務の役割を押し付け合うようになりました。看護師からは「点滴の処置入力、使用物品の入力をしてください。指示が入力されていないからできません。」と苦情が出、医師からは、「こんなことまでさせられて、何のための電子カルテだ。」との怒りの声があちこちであがりました。また、旧病院時代には「看護師詰所」の看護師に気軽に声をかけることができたのに、新病院では、「スタッフステーション」で看護師が電子カルテへの入力に没頭しており、声をかけるのははばかりされる状況となりました。さらに電子カルテではメールのやりとりのみで指示を済ますことが可能となり、看護師に会いたくなければ、一日中顔を会わずことなく業務を行える環境になったのです。この環境は、心の通ったチーム医療をめざす病院としては、新たな問題を生みそうでとても放ってはおけません。

一方、電子カルテは1患者1カルテであるため、医師、看護師が協力してカルテを作成し、情報を共有できる点で非常に優れています。この利点を上手く生かせば、より良い関係を築くことも可能なのです。（メールでの看護師とのやりとりもまた乙なものです。）

さて、当院は今年2月に日本病院機能評価機

構の Version 5 認定のための審査を受けました。Version 5 の調査項目は非常に厳しいもので、病院では半年前より準備を重ねてきました。求められる病院の基本姿勢は、患者中心の医療、EBM に基づいた医療、インフォームドコンセントの徹底、医療安全、チーム医療の実践などです。病院の基本方針、管理システムから各病棟の清潔度、各医師のカルテ記載にいたるまで、調査項目は多岐に渡り、病院全体が機能評価対策一色となりました。私は外科部門の担当でしたが、各部署の看護師長は看護部からの指令を受けて、まさに全体制でチェック項目対策、環境改善の努力がなされました。その真剣さと団結力には圧倒されるばかりでした。一方、医師側といえば日常業務に忙殺され、病院機能評価の意義、重要性も十分理解できず、むしろ現実とのギャップを感じて、やや冷めた思いでみているようでした。訪問審査日が近づくにつれて病棟内に不穏な空気が生じてきました。看護師側はチェック項目を完璧に改善しようと躍起になっているのに対し、医師側には一向に協力する雰囲気が見られません。とくに、最も汚い医師記録室の清掃を看護師側から要求された時と、感染対策室より、術後患者処置の際の、ゴーグル、エプロン、手袋の着用を押しつけられた時には、ちょっとした小競り合いがありました。こうして看護師の不満はピークに達し、非協力的な医師を名指しての抗議があるにいたり、私は頭を抱えてしまいました。ここでスタッフが一丸とならなければ、機能評価をパスできないどころか、この段階でのスタッフ間の亀裂が、今後のチーム医療を進める上で、大きな支障となると危機感を覚えたのです。その後は自ら率先してゴーグル、エプロンをつけての術後患者処置を実践し、医師記録室などの一斉清掃を呼びかけました。また、遅ればせながら、医師全員にこの病院機能評価の意義、さらに、この場で看護師と協調することの重要性を説明し、協力を要請しました。

実は昨年11月の新病院への移転準備の際にも、

移転準備に協力しない医師に対する不満が生じ、同様の問題が生じていました。「こんな先生たちとチーム医療を進めていく自信がありません。」という声が出るほどでした。なぜ、私たちの職場では、一致団結が求められる時に、このような問題が生じるのでしょうか。要因はいろいろ考えられますが、1つには医師と他のスタッフ間の関係の急速な変化があると思われます。従来病院業務の中心は医師であり、医師の医療行為が円滑に営まれるように他のスタッフが支える構図ができていました。近年チーム医療が進められる中で、「ともにチームのスタッフである」という意識に変化してきたのですが、医師側がなかなかついていけずにいると思われます。そのため病院では医師の診療行為が最優先され、引越しや病院機能評価の準備などの医療行為以外のことに時間や労力を費やす暇などなく、他の部署のスタッフに任せておけば良いという「甘え」の考えを持つのでしょうか。多職種のスタッフはそんな医師たちをどのようにみているのでしょうか。私たちの病院は県立病院ですから、スタッフは全員県職員です。県職員として県立病院を愛し、骨を埋めるつもりで働いている人が多いと思われます。一方、医師側は大学病院の人事で動く医師が多数を占めます。彼らに他のスタッフ同様の愛病院精神を求めることは難しく、他のスタッフからは、「どうせ、短期間で転動していくのだから」という冷めた目でみられることもあるのです。病院全体の一大行事で、スタッフが力を合わせなければいけない時、他のスタッフの心情に配慮しないと、チーム医療を進める上で大きな支障をきたす可能性があると考えられます。

さて、病院機能評価の準備段階で、看護師をはじめ他職種の業務内容を系統的に知る機会がありました。それぞれの領域では、綿密な計画のもとに患者へのかかわりがあり、随所で適切なアセスメントがされていました。紙カルテの頃には、看護師は無駄な申し送りと記録に時間を費やしてい

ると思い、嘆いていた私ですが、各分野の仕事内容が一望できる環境になって、あらためて仕事の奥の深さ、各部門のレベルの高さ、自分の無知を痛感しました。

私の働く外科病棟では、毎日クリニカルパスに則って消化器癌患者の手術が行われています。胃癌、大腸癌であれば手術の2日前に入院して、14日間で退院していきます。ベルトコンベア上での作業工程のように、入院から退院までが進んでいきますが、電子カルテの導入により、その工程が簡便に行われ、確認も容易になりました。当院では化学療法科や緩和ケア病棟がないため、癌患者の化学療法も緩和ケアも、主治医がすべて行わなければなりません。1人の医師の仕事能力には当然限度があります。かかる厳しい環境下で、短期間で効率的に良質の医療を行うためには、信頼関係に基づく役割分担と綿密なコミュニケーションが何より大切になります。これまでもそんなチーム医療が行われてきたからこそ、在院日数の短縮と高稼働率の維持が、安全に行われてきたのです。しかし、私自身、病院移転、病院機能評価の一件を通して、あらためて、心の通じ合うチーム

医療の大切さと難しさを実感させられたのです。私どもの病院には、そのことに気づいていない医師がまだまだ多いようです。

臨床研修医制度が導入されて4年目を迎えました。研修医の労働条件と権利は守られている反面、一般医師の労働環境はますます悪化し、大きな事故やスタッフの中に犠牲者が出ないのが不思議な状況です。そのような劣悪な環境下において、我が身を守るために、チーム医療はなくてはならないものと捉えてみることはできないでしょうか。各部門のスタッフが互いを理解し、協力して、コミュニケーションを十分にとって働けば、楽しく、効率良く仕事ができ、ダブルチェック機構で安全性も確保されます。チーム医療により、各スタッフが医師の仕事を支え、軽減し、医療過誤を防いでくれると考えると心から感謝したくなります。そして、今抱えているストレスは、ずいぶん軽減されるものと期待されます。チーム医療のリーダーとして、他職種スタッフを尊重でき、患者との関係はもちろん、スタッフとのコミュニケーションが得意な医師が、これからの最も求められる医師像なのかもしれません。