

図1 協働するチーム医療とは？

さて、協働するチームを創るためにはどうすればよいだろうか？ 最初に必要なのは、メンバーの一人一人がどのような人であるのかを互いに知ることである。この問題を解決するためには、誰に頼ればよいのかがわかるチームを創っていく。すなわち、自分やメンバーの特性を相互に認め合うことができる状態を目指す。さらに、チームは何を目指すチームなのかをメンバー全員で認識できるようにする。そのためには、「チームの理念」が必要である。たとえば、「糖尿病患者が主体的にセルフケアに取り組めるように支援するチーム」のようなものである。そして、チームメンバーは「問い」を共有してコミュニケーションを重ねていく。このチームはどうすれば理念を実現できるだろうか？ ここに至って、はじめて協働する医療チームと呼べるものになる。

## 2. インスリン治療に対する考え方をチームで共有する

チームリーダーである医師が、インスリン治療に対してどのような考え方を持っているのか？ これは、チームで共有しなければならない。インスリン導入の時期をどのように考えているのか？ インスリン治療の導入は、入院治療を優先するのか、外来治療を優先するのか？ はじめから強化インスリン療法か、基礎インスリンからか？ 絶対的な正解があるわけではないので、医師の考え・治療方針はカンファレンスなどを通して理解しあうようにする。もちろん、医師の治療方針だけが絶対であり、スタッフは常

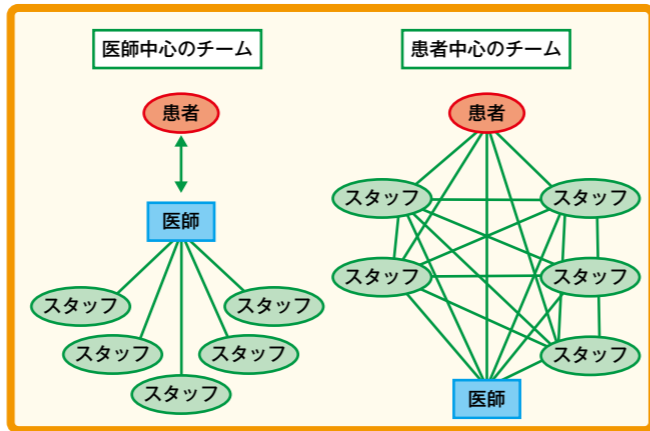


図2 医師中心のチームと患者中心のチーム

に服従すべきであるとはしていない。そのような医師主導が強すぎるチームは医師を頂点にしたパターンリズムであって本当のチーム医療とはいえない(図2)。

よりよい糖尿病治療を推進するために、複数の医師やスタッフ間で治療方針を討論することはチームとして望ましいことである(図2)。筆者が勤務していた佐世保中央病院では、高血糖症状が明らかな患者には基本的には入院で強化インスリン療法を勧めるようにしていた。一方、糖尿病教育はすでに十分にされているけれども徐々にHbA1cが上昇してきた患者には外来で基礎インスリンを追加するbasal supported oral therapy (BOT療法)を勧めるようにしていた。妊娠糖尿病の患者であれば、超速効型インスリンアナログを各食直前に注射する方法を勧めていた。どの方法であっても、インスリン治療は高血糖を改善するために最も優れているのでお勧めであると説明するようにスタッフ間で共有していた。標準的な方法をチームスタッフが理解していると、通常と異なる治療方針になった場合であっても、どこが違うのかを説明しやすい。

## 3. インスリン治療の導入を標準化するマニュアルを作成する

インスリン治療を患者に指導する方法がスタッフごとに異なっていると問題が生じやすい。現実的に、スタッフによって知識のレベルに差があることは否めない。しかしながら指導内容が漏れていたり、過剰であったりすると困るのは患者である。せっきくインスリン治療に同意して治療

を開始したのに、うまくいかないことが続けば意欲をなくしてしまうことだろう。そこで、チームの誰が指導しても過不足なく患者へ伝達できるような、インスリン治療導入マニュアルを作成することが必要になる。

マニュアルは、インスリン治療に対する知識が豊富なスタッフが中心となってたたき台を作成する。その内容を医師や他のスタッフと共有して意見交換を行う。そして、指示内容、知識の伝達、手技、時間の流れ、確認方法、加算などについてチェックリストを完成させていく。とくに、加算の部分は医師や看護師には苦手な分野であり、事務職員の協力が不可欠である。スタッフ全員がマニュアルの内容を理解したら、実際にインスリン導入の際に使用するが、問題点を発見したら再び修正を行う。つまり、インスリン治療マニュアルに完成はなく、常にアップデートを繰り返すことが重要である。同様に、血糖自己測定(self-monitoring of blood glucose ; SMBG) に関してもマニュアルを作成しておく。インスリン治療とSMBGは両方揃ってこそ、その効果を発揮できるからである。図3に佐世保中央病院の糖尿病センターで作成した「インスリン手技 チェックリスト」を、図4に「SMBG手技 チェックリスト」を示す。双方ともに、医療安全の視点から血液で汚染した針やセンサーの廃棄まで指導することに注目していただきたい。

## 4. インスリン治療を開始するための同意を得る

高血糖が著明で自覚症状も明らかな場合には、インスリン治療への承諾は得られやすい。糖尿病性ケトアシドーシスを含めて、このような場合には通常は入院治療を行う。インスリン持続静注療法や強化インスリン療法で治療を開始して、全身状態が落ち着いたところでインスリン自己注射へと切り替える。入院中であるので、自己注射指導には十分な時間が確保できる。薬剤師によるインスリン製剤の説明、看護師による自己注射手技の説明、臨床検査技師によるSMBGの説明がそれぞれの立場から実施される。

一方で、食事療法・運動療法・経口血糖降下薬による治療を継続してきたけれども、HbA1c値が目標値に到達し

なくなったためにインスリン治療を開始する場合には、患者のインスリン治療への同意がなかなか得られないことがある。このような場合に、インスリン治療が必要であるという正論で高圧的にインスリン治療を推進しようとする、時に患者の頑なな抵抗に会う。最悪の場合、患者は治療を自己中断してしまうので注意を要する。

佐世保中央病院の糖尿病センターでは、インスリン治療を話題にするのは、どの職種からでもよいことにしている。必ずしも医師(主治医)が口火を切らなくてもよい。糖尿病コントロールがうまくいっていない患者との対話の機会に、スタッフの誰かが「インスリンについてどう思いますか？」と尋ねる。あるいは、医師が患者にインスリン治療の話をしたら、スタッフが患者の理解度や気持ちをフォローする。この際に最も大事なことは、患者がどんな発言をしても受け止めるということである。これを心理的安全性<sup>2)</sup>。患者がインスリン治療を避けたいと思うことは自然なことであり、その感情を最後まで傾聴する。このようにして患者と医療者の関係を深めていく。そのうえで、患者に許可を得てインスリン治療のよい点について情報提供を行う。このプロセスは時間がかかることがあるが、最終的にはインスリン治療に同意をする患者が大部分である(図5)。

## 5. インスリン治療の実際

佐世保中央病院では、年間におよそ150例の新規インスリン治療が導入されている。入院導入が90例、外来導入が60例である。入院・外来ともに60代の患者が最多であるが、入院導入は70代・80代の高齢者の割合が高く、外来導入は30～50代の現役世代が多かった。入院導入に関しては、年間に130例ほどの教育入院と、50例ほどの緊急入院(高血糖、シックデイなど)があるが、それを機会にインスリン治療が開始になることが多い。既述のように入院でのインスリン導入は時間的余裕があるため、多職種で介入することはとくに難しいことではない。一方、外来導入は指導時間が限られているので、高い次元でのチーム医療が要求される。以下、外来でのインスリン導入について述べる。