

Title	重症化予防をめぐる医療現場の多職種協働 外来カンファランスと情報ツールとを媒介した実践のエスノグラフィ
Author(s)	山口, 宏美
Citation	
Issue Date	2019-03
Type	Thesis or Dissertation
Text version	ETD
URL	http://hdl.handle.net/10119/15786
Rights	
Description	Supervisor:伊藤 泰信, 知識科学研究科, 博士

博 士 論 文

重症化予防をめぐる医療現場の多職種協働

—外来カンファランスと情報ツールとを媒介した実践のエスノグラフィ

山口 宏美

主指導教員 伊藤 泰信
北陸先端科学技術大学院大学
知識科学研究科

平成 31 年 3 月

Abstract

Interprofessional Work to Alleviate Severity of Chronic Disease: Ethnography of Practice mediated through Conferences for Outpatients and using Information Tools

This study considers interprofessional work of medical professionals as changing relationships and we consider this from the perspective of learning. Specifically, the author focuses on “collaborative intervention” for patients with chronic diseases such as diabetes and heart diseases in hospital outpatient settings. Here, collaborative intervention is a unique concept of the author. And it means that multiple medical professionals share information tools and intervene in medical treatment in cooperation.

In Japan, where the aging of society has progressed and chronic diseases are increasing, there is concern that medical resources will be insufficient out of a fundamental necessity. So medical professionals of many specialisations cooperate and collaborate. The meanings of medical collaborations have been discussed in many areas, and there are numerous studies on this topic. The conventional research has focused on how interprofessional work is discussed from a team or collaborative point of view, and how medical professionals of various occupations. However these studies are limited to internal discussions within the professional system, and there is a lack of analysis on factors external to the system such as legitimacy of collaboration among various medical professionals. This study discusses interprofessional work from a learning perspective, demonstrates the possibility of multi-occupational collaboration where it becomes learning by collaborative intervention, and shows collaborative intervention is the function that supports patient’s practices. In the past research, as far as I can see, there are no discussions of the medical support staffs’ collaboration that looked closely at the process of participating in patient's practice through cooperation with things such as medical information tools. This study seeks to explain the process of legally and politically multipurpose cooperation using medical information tools among various medical professionals for treatment of chronic diseases.

As a method for analyzing interprofessional work rooted in a learning perspective, the author first analyzed the historical and socially structured legal system of medical institutions. And, collaborative practices of various kinds of medical professionals were clarified using ethnography as a qualitative investigation method, focusing on organizational collaboration, information tools, knowledge and political considerations in Japan.

Key words: Interprofessional Work, Ethnography, Collaborative intervention, Practice

目次

目次	1
第1章 序論	7
1.1 はじめに	7
1.2 問題意識	8
1.3 研究の背景	10
1.3.1 社会的背景	10
1.3.2 政策的背景	12
1.4 研究の目的	13
1.5 研究の意義と特色	13
1.6 調査の方法	15
1.6.1 調査の対象	15
1.6.2 参与（参加）観察	17
1.6.3 質的研究のアプローチとエスノグラフィ	18
1.6.4 参加と観察の関係	19
1.6.5 倫理的配慮	20
1.7 本論文の構成	20
第2章 先行研究	22
2.1 はじめに	23
2.2 日本の医療制度史とチーム医療が生まれた背景	23
2.2.1 日本の医療制度と政策との関連	24
2.2.2 多種の医療専門職の誕生した背景と要因	26
2.2.3 日本の医療制度と多職種協働によるチーム医療	29
2.2.4 本節のまとめ	32
2.3 医療専門職の専門性と連携・協働	33
2.3.1 医療における「専門化」と「合理化」	34
2.3.2 多職種連携と多職種協働するための教育	36
2.3.3 専門職の専門性と多職種協働	38

2.3.4	チーム医療と自律性	41
2.3.5	チーム医療の困難	46
2.3.6	本節のまとめ	48
2.4	病院の組織と医療現場の情報化	49
2.4.1	医療現場の多職種協働への情報技術の導入	49
2.4.2	コンピュータに支援された協働	51
2.5	医療現場実践の知識コミュニケーション	53
2.5.1	実践における知識コミュニケーション	53
2.5.2	専門家の行為の中の省察的实践	54
2.5.3	本節のまとめ	56
2.6	本章のまとめ	56
第3章	心臓リハビリテーション現場の多職種協働	58
3.1	はじめに	58
3.2	調査地の概要	60
3.2.1	調査をおこなった病院の概要	60
3.2.2	病院の沿革	62
3.3	心臓リハビリテーションについて	64
3.3.1	医療政策からみる心臓リハビリテーション	66
3.3.2	プログラムからみる心臓リハビリテーション	69
3.3.3	運動療法での多職種協働の実践	74
3.3.4	包括的心臓リハビリとしての多職種協働実践	75
3.3.5	看護師の心臓リハビリでの多職種協働実践	79
3.4	外来心臓リハビリ患者のカンファレンス	80
3.4.1	外来カンファレンスの実施方法	81
3.4.2	外来患者の心臓リハビリ実践と外来カンファレンス	82
3.4.3	外来カンファレンスの実践	83
3.4.4	外来カンファレンス実施後の結果	84
3.4.5	理学療法士にとっての外来カンファレンス	86
3.4.6	医師にとっての外来カンファレンス	90
3.4.7	看護師にとっての外来カンファレンス	92
3.4.8	管理栄養士にとっての外来カンファレンス	96
3.5	心臓病患者の治療の正統性と心臓リハビリテーション	98

3.5.1	冠動脈疾患患者の治療としての外科手術と内科的インターベンション	98
3.5.2	心臓病患者の受療実践と医療専門家：不安定狭心症患者の事例	99
3.5.3	身体への埋め込み型除細動器を装着した男性の事例	109
3.5.4	医療専門家に向き合う患者の省察	114
3.5.5	本節のまとめ	118
3.6	本章のまとめ	119
第4章	糖尿病重症化予防のための多職種協働	121
4.1	はじめに	121
4.2	慢性疾患の対応	121
4.2.1	政府の糖尿病重症化予防対策	122
4.2.2	糖尿病透析予防指導管理料とは	124
4.2.3	医療情報ツールとしての疾病管理 MAP	127
4.3	新たなチーム作り	129
4.3.1	疾病管理委員会の発足とその内容	131
4.3.2	診療報酬の算定に向けて	133
4.4	医療情報ツールによる実践がもたらした新たな協働	138
4.4.1	疾病管理 MAP を用いた実践	138
4.4.2	医師の専門的知識と糖防管指導	139
4.4.3	看護師の実践	143
4.4.4	管理栄養士の実践	147
4.4.5	薬剤師の実践	148
4.4.6	臨床検査技師や診療放射線技師の実践	150
4.5	糖尿病性腎症患者への透析予防指導	152
4.5.1	透析予防指導の進展にむけた疾病管理委員会の実践	152
4.5.2	透析予防指導に対する患者の対応と医療専門職の実践	154
4.6	本章のまとめ	156
第5章	考察	158
5.1	はじめに	158
5.2	協働介入と専門性	158
5.2.1	外来カンファランスでみる専門性	160
5.2.2	外来カンファランスへの参加からみた専門性	162
5.2.3	コ・メディカルの専門的な実践	162

5.3	協働介入と情報化	163
5.3.1	協働介入と医療情報ツールの導入	163
5.3.2	医療情報ツールを媒介とした協働介入と関係性の変化	165
5.4	協働介入と知識コミュニケーション	168
5.4.1	省察の場としての「外来カンファランス」	168
5.4.2	病院医療における専門職の省察	170
5.4.3	協働介入と状況的学習	173
5.5	本章のまとめ	174
第6章	結論	177
6.1	はじめに	177
6.2	発見事項	177
6.2.1	サブシディアリーリサーチクエスチョン (SRQ1) の答え	177
6.2.2	サブシディアリーリサーチクエスチョン (SRQ2) の答え	179
6.2.3	サブシディアリーリサーチクエスチョン (SRQ3) の答え	180
6.2.4	メジャーリサーチクエスチョン (MRQ) の答え	180
6.3	理論的含意	181
6.4	実務的含意	182
6.5	今後の課題と展望、将来の研究への示唆	182
参考文献	184
謝辞	201

目 次

図 1	2012 年度診療報酬改定における勤務医の負担軽減策	31
図 2	医療システムから見た変化	35
図 3	Y 病院の組織図	61
図 4	Y 病院委員会・検討会組織図	62
図 5	Y 病院と隣接する健康増進施設の外観	64
図 6	心臓リハビリテーション室のレイアウト	70
図 7	心臓リハビリ風景(レジスタンストレーニング)	71
図 8	心臓リハビリテーション時の有酸素運動の様子	73
図 9	PT の領域である身体面と他の職種が担当する領域のイメージ	79
図 10	Y 病院の外来心臓リハビリカンファランスの記録	86
図 11	外来患者の多職種カンファランスの風景	89
図 12	内科外来看護師担当表の一部	95
図 13	K 氏のりんご園の収穫時期の様子	101
図 14	電子カルテと疾病管理 MAP の関係(筆者作成)	131
図 15	副院長の意図した疾病管理 MAP 導入の目的	133
図 16	糖尿病透析予防指導管理料導入に向けた Y 病院の戦略	135
図 17	毎月配信される指導対象候補者名簿の一部抜粋	139
図 18	指導開始当初待合室での指導風景	148
図 19	\triangleleft eGFR(ml/min/1.73m ² /year) の計算方法	153
図 20	看護師と管理栄養士の同時指導の様子	155
図 21	医療者の多職種協働と患者の関係	160
図 22	疾病管理 MAP による関係性の変化	166
図 23	外来カンファランスにおける多職種協働の状況	170
図 24	「協働介入」の概念図	174

表 目 次

表 1	25年間の各医療職種の養成校定員の変化	11
表 2	専門家と省察的実践者の違い	55
表 3	これまでの心臓リハビリテーション学会のテーマ	59
表 4	一般的なリハビリテーションと心臓リハビリテーションの相違	65
表 5	心臓リハビリテーションの医療保険適用の主な変更点	67
表 6	心臓リハビリ担当理学療法士プロフィール	69
表 7	心臓リハビリテーション業務遂行表(一部)	72
表 8	オーダーの追加や処方の見直しの項目と件数	84
表 9	入院・外来栄養食事指導に対する診療報酬の変更点	97
表 10	糖尿病透析予防指導チームの業務分担	123
表 11	疾病管理委員会の開催記録	135
表 12	外来看護師プロフィールと専門業務への参加状況	144
表 13	疾病管理 MAP 導入にあたって意図したこと・目指されたこと	156

第1章 序論

1.1 はじめに

本論文の目的は、医療の現場において、診療報酬制度に依拠し、情報ツールを媒介した多職種協働とはどのようなものであるかを明らかにすることである。具体的には、地域中核病院（急性期病院）の専門外来での慢性疾患診療において、多職種の医療者が患者に対して行っている「協働介入」に焦点をあてる。

「協働介入」とは、筆者の造語である。複数の医療専門職種が制度や情報ツールの媒介によって、患者への診療に積極的に関わり協働する取り組みを示す。協働は共有した目標に向けて連携し、ともに協力することであり、介入は問題状況に立ち入ることである。つまり、たんなる協働とは異なり、協働介入ではそれぞれの職種が患者の診療に積極的に関わっている。それは、診療報酬制度のあと押しと情報ツールの媒介により、職務の境界を超えて他領域にまでも入り込んで問題に対処することも厭わないような協働の概念である。

高齢化がすすみ慢性的な経過をたどる疾患が増加している日本では、人的な医療資源が枯渇していくことが懸念されており、医師とコ・メディカル¹と称される医療専門家たちが連携・協働することには根源的な必要性がある。医療専門職が多職種協働することは、これまで多くの領域で議論され、数多くの研究成果がある。従来議論においては、医師の専門的な自律性を中心に医療専門

¹ 黒田によれば、医師以外の医療者は「パラメディカル」あるいは「コ・メディカル」と総称される。「パラ」には「…を捕捉する」「…に従属する」という意味があり、医師との関係はそのような上下関係ではなく対等なものとの理念から「コ・メディカル」の用語が用いられる（黒田 1999）。時井によれば、アメリカでは **allied health personnel** とか **auxiliary health personnel** と呼ばれることがあるが、国際的には **co-medical** が一般的である（時井 2002）。厚労省による国家資格として、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救命救急士、栄養士、管理栄養士、調理士、介護専門員（ケアマネージャー）の国家資格のほか、社会福祉関連の資格として、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士(PSW)などがある。そのほかに、糖尿病学会が付与する糖尿病療養指導士や日本病院会が付与する診療情報管理士など、民間団体が付与する称号を持つ資格職がある。

職間関係が成立している状況と捉え、これを変化させるために新たな関係性を構築する方策が論じられてきた。それらは医師だけが支配的および自律的にならない関係性を専門職間関係内で探る分析にはほかならない。しかしながら、それらの研究には多種の医療専門職が協働するための専門職間関係以外の要因、すなわちテクノロジーやモノの媒介についての分析が不足している。また、従来の研究において、情報ツールなどのモノとの協働を通じて医療専門職たちが主体的に関与してゆく過程に注視した議論は管見の限り見当たらない。本論文は、そうしたコ・メディカルたちが患者の診療に積極的に関与している協働介入の過程を描くことで、従来の多職種協働に関する議論の欠落を補うものである。

次に、医療専門職とは、制度化されている医療・福祉分野の専門職者全てを指している。また、医師とコ・メディカルといった場合、コ・メディカルは医師以外の医療現場で働く専門職をいう。スタッフといった場合、医療現場で働く受付を担当する医療事務の担当者や医師事務作業補助者、診療情報を管理する診療情報管理士や電子カルテなどの医療情報システムを管理する担当者を含めている。

1.2 問題意識

かつてないほど急速に高齢化が進展している日本では、医療に対する需要がこれまで以上に増加することが見込まれている。また、人口学的にみると疾病構造は急性の感染性疾患中心から、がん、心臓病、糖尿病²、さらに脳血管疾患のような非感染性の慢性退行性疾患中心へと変化した。慢性疾患患者たちの日々の行動や感情に影響をおよぼしているのは医療の不確実性である。すなわち医師や医療専門職の提言に確実に従うことは難しく、また従えば確実に治癒するとは限らない曖昧さであり、それが患者たちの日常生活への対処の仕方を複雑にしている。多くの疾患は、患者の毎日の生活に影響をおよぼすような規則正しいセルフケア（たとえば人工透析やインスリン注射、内服治療など）が必要となる。患者たちは、慢性の疾患と共に生きることを事実として受け入れ、医療者から伝達された知識を、患者自身の裁量で自分の生活の中に組み入れ、あるいは組み入れることができないこともあるにせよ、疾患とともに生きてい

² 糖尿病はインスリン作用の不足による慢性高血糖を主徴とし種々の特徴的な代謝異常を伴う疾患群である。わが国ばかりではなく世界規模で患者の増加が懸念されている（日本糖尿病学会編 2012: 2）。

くことを要請されている。もはや、医療とのかかわりなしで生きていくことができない患者たちが増加している現状である。

医療現場においては、このような慢性疾患患者の増加に対する医療システムの再構築がすすんでいる。それは、医師や看護師以外の多くの専門職たちが医療・福祉の現場で様々な機能を担い、個別の患者と接することで医療・福祉の在り方を変えるというものである。多職種協働は、協調と信頼の精神で、共有された目標に向けた全体活動を意味する。しかし、その協働するにあたっては多くの解決すべき問題がある。

これまで医療現場の多職種協働に関しては、協働とチームという二つの側面で論じられてきた。前者は協働者間で起こる相互活動や関係性で、後者は協働する人たちの文脈や状況であった (D'Amour 2005)。例えば病院の入院患者であれば、入院期間中は病棟で管理されて過ごす。治療を施す中心にいる医師たちは手術などの治療に心を砕くが、療養上の世話や生活指導、具体的な検査やリハビリ治療は、看護師や栄養士、薬剤師、臨床検査技師たち医療専門職者が担当する。このような多職種の医療専門家による連携がチーム医療と呼ばれ、あらたな医療システムを構築するとともに、チーム医療は「医療のあり方を変えるキーワード」³として期待されている。

その一方で医療現場では、多職種協働の実践において、多様な職種が連携的に協働しているにもかかわらず、医師を頂点としたヒエラルキーに基づき医師の指示のもとに業務が行われるという法制度に依拠した社会的通念がある。あるいは多職種協働についての議論は、「平等」や「対等」といった表層的かつ楽観的な表現による「感覚的」なレベルであった (細田 2000b: 88)。他方で、現実の医療現場としての病院は診療報酬制度に規定されており、制度に促されて効率良く医療の質の向上に貢献する医療チーム⁴が立ち上がっている。21 世紀

³ 「チーム医療の推進に関する検討会 報告書 (厚生労働省 2010)」によれば、当該検討会は、平成 21 年 8 月に、「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に発足した。報告書にあるチーム医療の基本的な考え方に、「質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、『チーム医療』は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。」とある。

⁴ たとえば、診療報酬の項目に 2010 年より「栄養サポートチーム加算 200 点 (週 1 回)」や「呼吸ケアチーム加算 150 点 (週 1 回)」の算定が請求可能となっている。

に入ってから急激に進んだ医療の情報化や医療情報の開示は、医療をとりまく環境の変化とともに、受け手である患者の医療に対する見方も変化させている⁵。このような状況において、多職種協働によるチーム医療を推進するにあたって必要なことは、協働自体が何であり、また医療の受け手である患者へどのような影響をもたらすのかを詳細に見ていくことである。このような状況における多職種協働で、コ・メディカルは医師とどのような関係を構築するのか、その専門職役割とは何か。本論では外来診療の多職種協働に焦点を当てて、コ・メディカルの専門職役割、とくに彼ら／彼女らの制度に依拠し、情報ツールを媒介した戦略について論じる。

1.3 研究の背景

1.3.1 社会的背景

日本は高齢化率が 25%⁶を超えた超高齢社会である。日本の医療において「多職種協働」が喫緊のテーマであるのは、医療の高度化・複雑化やこれを担う人材を育成する大学等の増加という側面もあるが、医療人材が決定的に不足している現実が背景にあるからである（瀬戸 2012）。すなわち、医療現場で生じる人的および財政的な医療資源不足が、多職種協働を根源的に必要とする理由である。さらに、多職種協働が要請される要因として、悪性新生物・心臓病・脳血管疾患などのいわゆる生活習慣病関連疾患⁷の増加により、慢性の経過をたどり継続的な治療が必要となった患者の増加があげられている。すなわち、人口高齢化の進展と相俟って、これまでのように医師や看護師が医療の中心を担うような体制は、もはや持続困難な時期に達しているのである。

⁵ 開原は、「一言で言えば、医療提供者すなわち *supplier* の優先が情報化によって崩れている」と表現している。情報化社会において、情報量が *supplier* と患者である *consumer* の間で等しくなるということは、力関係が変わることである。これまでの *supplier* 優先社会から *consumer* 優先社会への移行である。医療の世界で起こりつつある変化は、治療法の決定の権限が *supplier* から *consumer* に移りつつあることと考える（開原 2000: 53-57）。

⁶ 高齢化率は、総人口に対する 65 歳以上の男女の比率と定義されている。日本では、2015 年 10 月 1 日現在、総人口 1 億 2711 万人のうち、26.7%の 3,392 万人が高齢者であり、この時点ではじめて 25%を超え、4 人に一人が高齢者という超高齢社会となった（内閣府 2016）。

⁷ これらの疾患は、高血圧症や糖尿病、高脂血症などの生活習慣病との関係が深いことがあきらかとなっている。そのため、後期近代の特徴にあげられる「ライフスタイルの選択」がますます重要視されるようになってきている（Giddens 2006=2009: 287）。

一方では、医療の現場は科学技術の進歩により、患者の疾病の状況を可視化する画像診断や生理機能検査、臨床化学などの検査結果に基づいた診断が簡便に行えるようになった。また、次々と開発される新薬による薬物治療はより詳細かつ複雑になってきている。さらに、かつては検査・治療することにも生命の危険があった状況から、いまや多くの医療機関で日常的になった侵襲的⁸な検査やインターベンション治療が行われる状況へと変化してきた。これにともない医師や看護師以外の多くの職種が病院に勤務することとなり（黒田1999）、慢性疾患をもった患者と、多忙になった医師への支援を行なうようになった。

他方では、医療資源の供給に目を向けると、医療技術の進歩と慢性疾患患者の増加に対応して、医師以外の多くの医療専門職者が養成されるようになり、医療や介護の現場に多く採用されていった。これらの職種の養成課程は、新設された大学や専門学校に増設された。医師以外の医療専門職養成課程の募集定員は、1990年から2010年までの20年間で比較すると、医師の募集枠の増加は1.19倍であるのに対し、対人医療専門職である理学療法士は11.9倍にも増加している（表1）。さらに、同様の対人サービスを担う管理栄養士や作業療法士の養成課程の募集定員数も20年間で10倍を超えており、これら対人サービス専門職種が数多く養成された。

表 1 25年間の各医療職種の養成校定員の変化

	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27 年 (2015)	増減比*
医科大学・ 医学部	7,750	7,710	7,695	7,695	8,931	9,214	1.19
看護師	111,917	143,103	153,200	166,852	192,195	211,907	1.89
臨床検査技師	3,499	3,349	2,954	2,074	1,594	1,684	0.48
理学療法士	1,115	2,210	4,231	9,048	13,308	13,534	12.1
作業療法士	700	1,540	3,593	6,673	7,180	7,285	10.4

単位(人), *1990年を1とした割合

出典:国民衛生の動向(2015, 2016)を参考に作成

⁸ 侵襲的な検査とは、血管に直接カテーテルを挿入するなど、外科的処置をともなった検査をいう。それに対して非侵襲的な検査とは、外科的にメスで傷をつけたりせずに行う手技や検査方法に対して使われる言葉である。

1.3.2 政策的背景

日本政府がめざすのは、「けがや病気になった時に、安全で質の高い医療サービスを受けることができる医療提供体制」の確立である。政府は医療をほぼ社会保険医療と捉え、医療とは医療サービスを指していることを明言した（厚生省（現厚生労働省）1996）。医療をサービスとして捉えたことは、医療者をサービスの与え手、患者をサービスの受け手としたということであり、医療がサービスであることはもはや自明のこととなっている。

日本政府の保健医療政策は、増え続ける医療費抑制に向けて、健康維持を国民の義務とし、自治体や医療機関には協力義務を課しているところに特徴がある。慢性疾患の増加と高齢社会に備えるための政府の具体的な施策は、1978年の「国民健康づくり対策」にその萌芽をみている。さらにそれに続く1988年からの「健康日本21」の健康増進事業がある。2001年（平成13年）からは健康増進事業、2002年には受動喫煙の防止をはじめとした健康増進法が施行された⁹。その後2008年（平成20年）からの政府の継続した医療費抑制策（医療費適正化計画）により、医療現場も大きく変化していくことになる。

池上・キャンベルによれば、日本の医療制度は市場原理に左右されない「バランス」を保っている（池上・キャンベル 1999: 233）。すなわち、医療提供者間、保険者間、および医療提供者と保険者のあいだにそれぞれバランスを保つことが最優先されていることが、医療の特異な構造に合致している。このようなバランス重視の政策は、医師同士や医師と他の医療専門職間におけるバランスを調整する機能を有している。増加する慢性疾患患者の受け入れと患者の要望に応えるために、医師以外の医療専門職を含めたチームによるサービスの提供がなされていくことへのインセンティブとして、新たな診療報酬項目を設定している。多くの医療専門職による手厚いサービスを含めたチーム医療として提供される医療は、医療の質の向上や患者満足度を引き上げるばかりではなく、低コストにて行いうることで貢献している。このため、医療政策において多職種協働によるチーム医療の重要性はますます強調され、拡張しているのが現状である。

⁹ 厚労省の健康づくり対策事業が、1978年からほぼ10年ごとに見直しをはかり更新されている（厚生労働省 2004）。

1.4 研究の目的

本論文の目的は、多種の医療専門職が診療報酬制度に依拠し情報ツールを媒介とした協働は何をもたらし、また彼／彼女らはいかに協働するかを明らかにすることである。具体的には、外来医療の現場で、糖尿病や心臓病の慢性疾患の患者を対象として、情報ツールなどのモノを媒介として多種の医療専門職たちが協働する「協働介入」を考察することである。

そのために、循環器疾患患者の再発予防や生活の質の改善を目的に多職種で協働する心臓リハビリテーションと、腎症の合併症を持つ糖尿病患者の人工透析予防に法制度に促されて取り組むチーム医療の2事例を対象として調査を行った。医療現場における日常的な諸活動をエスノグラフィックに記述し、患者と医療専門職者および異なる医療職種間の協働について考察した。

本論文で設定したメジャー・リサーチ・クエスション(MRQ)とサブシディアリー・リサーチ・クエスチョンズ(SRQs)は、以下のとおりである。

- MRQ: 医療現場での診療報酬制度に依拠し、情報ツールを媒介とした多職種協働は、病院の医療専門職に何をもたらしたか？
- SRQ1: 多職種協働によるチーム医療の実践は、どのようにして知識の生成および伝達の間となりえたか？
- SRQ2: 情報ツールを媒介とした多職種協働は、医療専門職たちにとってどのような実践となったのか？
- SRQ3: 多職種の医療専門職は、どのように関係性を変化させたのか？

1.5 研究の意義と特色

本論文は、多職種協働を医師と多種の医療専門職との連携と捉え、テクノロジーの媒介により医療専門職種の意識の変容があるという点に着目している。医療の現場において、多職種協働による医療サービスの提供は制度化されており、すでに職種間連携や施設間連携を念頭にした多職種協働が始まっている。本論文で取り上げるのは、包括的に設定し具体的なことは実施施設に任せるといった不明確な医療制度のもとで、多職種の医療専門家が協働で行う慢性疾患患者に対する重症化予防の取り組みである。取り上げる事例は、心臓リハビリテーションと糖尿病透析予防指導管理である。前者は、心臓病患者の状態に応

じた運動指導をはじめとして生活全般を改善していくリハビリプログラムを、医師や理学療法士、看護師など多くの専門医療職がかかわって提案し実施するものである。後者は平成 24 年度の診療報酬改定において新規に制定された外来糖尿病性腎症患者に対するチーム医療である。新たな制度でのチーム医療は、診療報酬が決められているのみであるため、その実施については各施設の裁量がある一方、従来の医療の形式とは異なり新しい点においても未だ不確かでもある。これらの制度のもとに多職種が協働するためには、医師をはじめとした医療者たちの新たなコミュニティを形成して取り組む必要があった。

制度や、ツールなどのモノとの協働は、人とモノが相互作用しながら固有のネットワークを形成することによって生まれる創発的屬性 (emergent properties)、また、徒弟制という伝統的な実践コミュニティの事例分析から「実践コミュニティ論」が論じられた。さらに、それらが持つ含意や意味が多くの領域で議論されてきた (Lave and Wenger 1991、Wenger et al. 2002、Thiry and Laursen 2011、田中 2002、田辺 1999、小松 2008)。実践コミュニティ (Community of Practice) とは、あるテーマについて関心や問題、熱意などを共有し、その分野の知識や技能を、持続的な相互交流を通じて深めていく人々の集団をいう (Wenger et al. 2002)。本論文では、診療報酬のみが設定された包括的な医療制度のもとで行わなければならない、慢性疾患患者への多職種協働での対応について取り扱う。この状況を、即興の徒弟制¹⁰という福島 (2001、2010) の概念を参照して独自に「即興のコミュニティ」と名づける¹¹。即興の

¹⁰ 「即興の徒弟制」は福島の定義したところの概念である。多くの仕事の現場は都合よく構造化されておらず、断片的な課題がパッチワーク状の構造となっている。このように短時間になりたつ徒弟制もどきのような構造を即興の徒弟制と呼んでいる (福島 2001: 75-80, 2010: 145-169)。

¹¹ 「即興のコミュニティ」は注 10 に記述したような福島の「即興の徒弟制」をなぞった概念として捉えている。患者を中心とした問題が山積する医療現場においては断片的な課題がパッチワーク状の構造となっており、短時間のうちになりたつ実践コミュニティもどきのような構造をさす。患者の診療にあたって、複数の医療専門職種が短時間のうちに実践コミュニティを成立させている状況を示している。最低限の条件として、ウエンガーがあげている実践コミュニティの 3 つの基本要素である、領域・実践・コミュニケーションを満たしているものとする (Wenger et al. 2002=2002: 63)。野中らが想定している「場」は暗黙知の共有が起こるために必要とする、個人が直接対話をつうじて相互に作用する自己組織化チームである (野中・竹内 1995=1996: 126-7)。本論でのべる即興のコミュニティでは、「場」の概念のような直接対話を必要とするが時間をかけて組織的知識創造を促進するまでにも至らない、極めて短期的なチームを想定している。

コミュニティでは情報ツールの媒介をとおして、各々の専門職が自主的にアイデンティティ構築にいたる過程を「協働介入」という筆者の概念で示しモデル化している。

情報化が進展しテクノロジー化した医療現場において、実際の多職種協働は、情報共有を目的としたコミュニケーションツールなどのモノや環境の影響を受けている。また、多職種協働は、昨今重視されている医療と福祉間の連携を見据えると、まずは外来診療に着目することが必然であろう。さらに、多職種協働実践が患者に向けたものであるならば、医療サービスの受け手である患者の生活を視野に入れる必要がある。そのために、ローカルな文脈での実践や語りをミクロレベルに観察し分析する文化人類学の調査方法を用いることで、多職種協働による意識の変容を明らかにすることができる。

従来の多職種協働研究は、専門職論において、ピラミッド型の構造ではなくフラットな構造で対等・平等な協働を目指すことの妥当性が議論されてきた(細田 2010、荒木・大倉 2012、時井 2002、三井 2004、Opie 1997)。そのなかでは、医師(すでに自律性を獲得している)以外のコ・メディカルがいかに自律的になれるかの方途が模索されてきた。本論文ではコ・メディカルの自律性の獲得によって多職種協働の促進をめざすのではなく、情報ツールの媒介により促進される「協働介入」による学習となるところに多職種協働の可能性を示し、受療者である患者を支えるための介入にも協働の意義があることを示す。

日本は超高齢社会であり、また、公共の医療保険による国民皆保険制度が整備されている国として世界に知られている。類をみない速さで高齢社会に突き進んだ日本がとる医療戦略に対して、現場での実践を記述し説明しておくことは、今後後追う多くの国にとって参考となろう。患者の日々の受療実践は、医療保険制度に依拠しており、医療専門家たちとの相互のやりとりをもつ実践である。筆者はこの状況を、患者と医師やコ・メディカルの多職種の医療専門家たちとの関係性に注目して分析を試みている。

1.6 調査の方法

1.6.1 調査の対象

本論文は、地方にある中核病院(調査開始時の病床数は、228床)での参与観察によるエスノグラフィである。調査対象となった病院は、2次救急病院として救急車の受け入れをし、急性期から回復期の患者の対応を行っている。

医療現場での多職種協働実践を明らかにするために本論文でとりあげるのは、2つの事例である。第1には、心臓血管疾患の回復期から維持期の患者による心臓リハビリテーション¹²の事例である。第2には、糖尿病患者のうち、合併症である糖尿病性腎症¹³が進行し重症化しつつある患者たちへの透析予防指導の事例である。慢性期の患者は疾患の完全治癒には至らないが治療を継続し、付随して起こってくる合併症の予防や早期発見、および再発防止のため、医療者との永続的なかわりが必要である。対象となる患者は高齢者が圧倒的に多いが、中には若年期、壮年期を経てまさに高齢期に向かおうとする人びとも含まれる。

本研究では、糖尿病や心臓病のような深刻な疾患の重症化予防をめぐって、診療報酬改定という政策に誘導された医師と多職種の医療専門職による協働実践と、患者の受療実践に焦点をあてた質的調査を実施した。それらに加えて、電子カルテ情報や診療情報提供書などの文書記録を参照した。

対象となる病院は、2006年に「心臓リハビリテーション施設認定I¹⁴」を取得しており、急性期から維持期までの継続した心臓リハビリを行っている地域で唯一の病院として知られている。筆者は業務に携わりつつ、心臓リハビリに参加する医療専門職の情報共有を進めていくために、これまで行われていなかった外来患者の多職種カンファランスを実施した。

また、この病院では2012年4月の診療報酬改定による新たな診療報酬である「糖尿病透析予防指導管理料（以下、糖防管）」を算定するために「糖尿病透

¹² 「心臓リハビリテーションとは、心血管疾患患者の身体的・心理的・社会的・職業的状態を改善し、基礎にある動脈硬化や心不全の病態の進行を抑制あるいは軽減し、再発・再入院・死亡を減少させ、快適で活動的な生活を実現することをめざして、個々の患者の『医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育およびカウンセリング・最適薬物治療』を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラムをさします（日本心臓リハビリテーション学会）」。

¹³ 糖尿病性腎症とは、糖尿病性細小血管障害の一つで、臨床的にはアルブミン（蛋白）尿や、高血圧を呈し、進行すると末期腎不全となり透析治療が必要となる。人症前期（1期）、微量アルブミン尿が出現する早期腎症期（2期）、明らかに尿タンパクが陽性となる顕性腎症期（3期）、腎不全期（4期）、透析療法期（5期）に分類される（日本糖尿病学会編 2005: 43）。

¹⁴ 診療報酬算定において「厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、心大血管疾患リハビリテーション料が算定できる。」と規定している（厚生労働省 2018b）。

析予防指導管理施設認定」を受けた。この診療報酬は算定要件が複雑であり、さらにチーム医療を前提としている。この算定を容易に行うために、病院は医療情報ツールとしての「疾病管理 MAP」を導入した。筆者はこの疾病管理 MAP を専任として管理する立場での非常勤職員として勤務しつつ、参与観察を行った。また、糖防管算定に向けて創設された医療チームである糖尿病疾病管理委員会（以下、委員会）においては、委員会の一員としてチームのメンバーとともに活動した。

筆者は、疾病管理 MAP の管理を行いながら、算定件数を増加させるためのさまざまな介入を実験的に行い、チーム医療を前に進める役割を担っていた。具体的には、委員会のメンバーである多職種の医療専門スタッフが透析予防指導を行うための情報共有を進めるために、疾病管理 MAP の利用を促すことを試みた。そして、委員会メンバーにこれを配信する役割を担いつつ研究を進めた。これにより、疾病管理 MAP はメンバーが患者情報を共有し診療の状況を可視化できるプラットフォームとなっていた。筆者は、導入された疾病管理 MAP を用いて多職種が協働し、あらたな診療報酬をできるだけ多く算定するというプロジェクトの目的にあうように、アクションリサーチ的なかかわりを行った (Lewin 2011, Smith 2001)。

1.6.2 参与（参加）観察

人びとの主観的視点と、彼らが経験や出来事に与える意味への焦点化や事物、行為、出来事などの意味への志向は質的研究の中でも大きな比重を占めているといわれる (Flick 2011=2007: 26)。調査法として質的方法のアプローチを取る時には、さまざまなインタビュー形式や、参与観察法が用いられる。

参与観察における研究者の関与の度合いにはいくつかのバリエーションがある。ローパーらによれば、おおむね観察に徹してその場の活動に参加しない「完全な観察者」、観察に重きを置いた「参加者としての観察者」、参加に重きを置いた「観察者としての参加者」、そして「完全な参加者」がいる (Roper and Shapira 2000=2003、田垣 2008)。

ローパーらは、「完全な参加者」の一つの利点は、研究者がその集団の 1 メンバーとして受け入れられ、「インサイダー」の情報を関知する確率が高いことであると説明している。また、これに対して「完全な参加者」であることの欠点は、研究者がインサイダーとして、研究の展望や客観性を見失うかもしれないことであると述べている。さらに観察者の役割が隠されているので、集団の

メンバーは研究を知ることなしに、あるいは参加に同意することなしに研究の対象になっているという倫理的問題がある。実際には、研究中は4つの役割、すなわち「完全な参加者」「(参加に重きをおいた) 観察者としての参加者」「(観察に重きをおいた) 参加者としての観察者」「完全な観察者」の間を行ったり来たりすることになる。ローパーらは、研究において完全な参加者あるいは完全な観察者の役割をとることは、どちらであっても片方だけを用いることは薦められないと述べている (Roper and Shapira 2000=2003: 20-26)。つまり、研究者のリフレクシブな過程 (自己省察の活用) の一部として、どの役割をとっているかを知ることが重要であることを強調している。この点を踏まえて、筆者は参加者と観察者の役割を行き来して研究を進めた。

1. 6. 3 質的研究のアプローチとエスノグラフィ

質的研究の方法にある3つのアプローチは、エスノグラフィ・現象学・グラウンデッドセオリーである (Roper and Shapira 2000=2003: 13-4)。これらのアプローチは参与観察とインタビューを使うという点では共通している。しかし、全体的な目標、研究の問いの型、研究の問いに答えるために用いるテクニックが異なっている。共有しているのは、研究対象者の視点から日常生活の経験を理解しようとすることである。現象学が経験の本質を捉えること、またグラウンデッドセオリーが理論を導く概念を生成することに焦点化しており、エスノグラフィは、文化の文脈における経験の記述に焦点を当てるものである (Roper and Shapira 2000=2003: 14)。

質的研究調査方法の一つであるエスノグラフィは、ある状況を共有する人びとの文化をその人びとが生活する場で人びととともに活動しながら観察し、これを解釈し、その内容を記述する研究の方法である。また、研究の成果としての報告書も民族誌 (エスノグラフィ) である (Sanjek 1996)。すなわち、そこで産出された知識そのものが価値あるもの、役立つものとして扱うことにおいて有用である (Hammersley and Atkinson 2007, Atkinson and Hammersley 2005)。エスノグラフィは、問題の解決というよりは、現場の隠れた問題や仕組みを包括的に記述し分析したものである (伊藤 2008)。さらに、エスノグラフィは観察者との相互作用としての視点も重要であり、観察者が変われば結果も変化する。それは、状況を読み、新たな場面で調査者が自分自身を調整する柔軟性をも特色としている。人びとの主観的視点と、彼らの経験や出来事の意味に焦点を当て、事物、行為、出来事などの意味を志向する研究方法である

(Flick 2011=2007: 26)。このような特徴を参考にして、本論文では多種の医療専門職が協働するという実践を明らかにするためにエスノグラフィを採用した。

1. 6. 4 参加と観察の関係

参与観察とはいえ、さまざまな参加の度合いで関与することになると、対象との関わり方も変化する。今回の筆者の調査の場合、これまで同じ組織に所属していたが、ある時点で文化人類学の方法としてのエスノグラフィを学び、その後観察者としても、組織のプロジェクト参加していたことになる。このような立場の調査について、モーランは文化人類学とフィールドワーク、そして組織エスノグラフィの関係性をまとめ、観察者として入ろうとしたフィールドワークにおいて、いつのまにか現場に巻き込まれてしまうことにより、調査がすすんでゆく状況を明らかにした (Moeran 2009)。モーランは、組織を観察する場合において、参与観察で現場に入り、観察的参加に移行していくことにより、内部者しか知り得ない情報や知識を得ることができる優位性があることを示している。

社会学者による「ケア」や「支援」に関する研究や議論が、昨今は活発に行われているが (崎山ほか編 2008、三井・鈴木編 2007、上野 2011 など)、その中で特に近年の動向として、研究者自らが「ケア (介助・介護)」や「支援」の場で実際に介助や支援を行いながら、その自らの実践や行為の動きの一挙手一投足を省察しようとするものが増えている (出口 2012)。出口によれば、これまでの社会学の研究対象の多くは、「ケア (介助・介護) され支援される側の人たち」であり、それらの人たちにどのようなケアや支援をすればよいかといった「ケアや支援のあり方」であった。つまり、研究のまなざし (研究対象) は、ケアや支援する対象となる者 (介護され支援される側の人たち) に向けられていた。いわばその人たちの「〈身になって〉考える」志向をとってきたといえる。それは、介助・介護・支援される者たちの立場 (側) になって考えねば、という現場の必要性に応えようとしてきたからであった。それに対して研究対象を「ケアする側の人たち」としたことは、「ケアや支援について〈身をもって〉考える」志向なのだという (出口 2012)。すなわち「ケアや支援について〈身をもって〉考える」研究の内実は、「その人の〈身になって〉考える」志向の偏重 (「気づき」や「配慮」の過剰) への疑問や批判でもあったといえる (出口 2012)。

医療現場で自らの所属集団に対する観察を行い、エスノグラフィとして記述する筆者の研究に上記の観点を照らすならば、現場の人間が〈身をもって〉リフレキシブに振り返ることで、患者が医療者である多職種各専門職に何を求めており、またそのことに多職種がどのように応えようとしているのかを明らかにすることが必要と考えている。

1.6.5 倫理的配慮

本研究における調査は、病院の倫理委員会において、「臨床研究実施申請書」を提出し、倫理委員会に出席して研究概要を説明し、承認を得た上で行われた。また、医療者や患者へフォーマルなインタビュー調査を行う際には、承諾を得た上で行われた。また、電子データ収集に際しては、後ろ向き研究として行われ、病院の「臨床研究に関する倫理指針」に準じて実施した。

1.7 本論文の構成

本論文の構成は次のとおりである。第1章（本章）では、本論文の前提となる筆者の問題意識とともに、研究の目的、研究の意義・特色および研究の方法を述べた。

第2章は、先行研究レビューである。本論文の目的である、多種の医療専門職が制度による規定をのりこえ、いかに協働するのかを明らかにするために、(1)多職種協働が生まれた背景と日本の医療制度史、(2)医療専門職の専門性と連携・協働研究、(3)医療現場の情報化と現場の認識に関する研究、(4)現場実践の知識コミュニケーション、の4つの項目について主要な先行研究を検討し、自身の研究の位置づけとの関係を明らかにする。

第3章および第4章では、心臓リハビリテーションの現場での多職種協働と、糖尿病性腎症患者の透析予防に関する多種の医療専門職の取り組みについての事例分析を行った。

第5章では、第3章と第4章の事例において分析した協働介入についての考察である。まず、各医療専門職の自律性との関連、また外来カンファランスの事例を正統的参加および、医療専門職の行為の中の省察の観点から、共同体への参加と位置づける。また、医療情報ツールの媒介による協働介入により、医療専門職間の関係性が変容してゆくことを専門職コミュニティの関係から論じる。

そして第 6 章は結論の章として、本論文の発見事項をまとめ、SRQs および MRQ に答えていく。その上で、理論的含意を導出するとともに、あわせて実践的含意とあらたな多職種協働としての「協働介入」を明らかにし、最後に本論文の限界と課題、および今後の研究の方向性を述べる。

第2章 先行研究

本章では、20世紀後半に誕生した医療職種の専門性と多職種協働（Interprofessional Work: IPW）に関する研究を中心にレビューする。IPWの概念は歴史的には、少なくとも1978年までさかのぼることができる（石川2011）。世界保健機構（WHO）は、1978年に出されたアルマ・アタ宣言¹⁵の中で、多職種協働がプライマリヘルスケアにおいて重要であることを示した。その後、英国ブリストル王立病院（1984-1995）でおきた一連の多数の小児心臓手術の死亡事例が多職種協働の議論の契機としてあげられている。小児の手術後の死亡事例が明らかに多かったことから、特別調査委員会が設置され死亡原因を分析した結果、死亡の原因は一人の外科医の手技に集約されているわけではなく、「個人を非難するべきではなく、システムの問題である」と結論づけられた。調査結果が示していたことは、過剰な術後死亡の要因はコミュニケーション不足であったり、チームワークが不十分であったり、リーダー不在など複合的なシステム不全のなせる業であったことだ（浦島2005）。これらの調査結果から多職種連携協働（Interprofessional Work: IPW）の重要性が認識されたのである。

研究レビューの前に、本論で用いる用語の定義を行っておきたい。まず、多職種協働とは、先の死亡事例の分析結果からもたらされた「複数の領域の専門職がそれぞれの知識と技術を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す援助活動」（浦島2005）という定義に沿っている。それは各専門職が連携するための教育（Interprofessional Education: IPE）と横並びにあるIPWを意味している「専門職の相互作用しあう学習のうえに成り立つ協働関係」（埼玉県立大学編2009）とは必ずしも一致しない。

また、本論で扱う「実践」については、田辺が定義するように「反省的に意識することなくおこなわれる日常の慣習化された行為」を意味する（田辺

¹⁵ 1978年9月、旧ソ連邦のカザフ共和国の首都（当時）アルマ・アタに、WHOとUNICEFの主導で、世界の143カ国（134カ国という説もある）、67国際機関の代表が集い、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）について出された、歴史的な宣言である（WHO1978）。

2002: 535) 行為や活動のことを指す。

2.1 はじめに

医療現場の多職種協働の研究は、専門職論や実践コミュニティ論、チーム医療を扱う組織論、知識社会学、専門職連携として医療分野での研究、病院組織の経営学的研究、そして現場のケアの実践者の立場からみた看護学などが交錯する中で発展してきた。これらの研究を大別すると、1) 医療専門職のコミュニケーションに焦点をあてた研究：保健医療社会学や医療人類学、医療福祉における多職種連携の研究、2) 医療組織に焦点をあてた研究：組織学、医療経営学、情報経営学、など、3) 専門職性に焦点をあてた研究：専門職論、医療の専門職支配論、知識社会論 4) 公的セクターによる政策研究としてのチーム医療が及ぼす影響の研究、などに分類することができる。

本章では、医療現場の多職種協働を明らかにする上で必要となる上記の研究を概観するために、まずははじめに歴史的な変遷として日本の医療制度に多種の医療専門職が生まれた背景をみていく。つぎに、医療現場で多職種が協働することに関して各医療専門職のコミュニケーションを環境に埋め込まれたものとして捉え、これまでの研究を探る。本論文の関係領域としては、(1)多職種協働が生まれた背景と日本の医療制度史、(2)医療専門職の専門性と連携・協働研究、(3)医療現場の情報化と現場の認識に関する研究、(4)現場実践の知識コミュニケーション、の大きく4つの項目についての、主要な先行研究を検討し、本研究の位置づけを明らかにする。

2.2 日本の医療制度史とチーム医療が生まれた背景

医療は、医療サービスを受ける患者と医療サービスを提供する医療者双方の関係により成り立っている。その一方の提供者である保健医療専門職は多くの種類の専門職から成る。戦前の医療職種には、医師・看護師・薬剤師のみであったが、戦後に多くの医療職種がそれぞれの職種に関する法律の制定とともに誕生することとなる。まず、医療の近代化を掲げて医療法（1948年）が制定され、診療所と区別した病院の誕生が、チーム医療の誕生そのものであった（細田 2009: 19）。病院では、1950年代に普及した抗生剤などの薬物療法や外科手術のための麻酔や輸血などの医療技術の発達に始まり、その後の診断・治療の領域でのさらなる医療技術の進展は、ますます多職種の医療専門スタッフを必要としていくこととなった。細田によれば、チーム医療という言葉が初めて使

用されたのは 1970 年代だとされるが、1950 年代の雑誌『病院』の誌上では、複数の医療従事者が関わる新しい医療の形態は、オーケストラのメタファーで表現されていたという（細田 2009: 16-8）。法制度の制定と医療技術の発達にともなって、医師のみがすべてを行うよりも、医師の業務の一部を多職種の医療専門スタッフがそれぞれ担うことができるように、各専門職スタッフが合理的に医療現場に配置されていった。

本節では、日本の医療現場で大きな影響をあたえている医療制度について概観する。さらに診療報酬制度によりチーム医療をすすめる政策との関連をみていく。

2.2.1 日本の医療制度と政策との関連

(1) 日本の医療制度と社会保険制度の歴史的変遷

医療制度と医療社会保険制度とは相互に深い規定関係にあるが、もともと医療制度による規定力が優越していたという（北原 1999: iii）。そして、1922 年に社会保険がはじめて健康保険法として制度化されてから 40 年を経た 1961 年に、国民皆保険制度が実現した。被用者医療保険制度と地域医療保険である国民健康保険制度を設立することで保険の適用範囲が拡大し、1961 年に最後の自治体が国民健康保険を導入し、ほぼ全国民が保険制度に加入することとなった（池上ら 2011）。すなわち、医療社会保険の被保険者が国民の大多数を占めるようになっていくにつれて、社会保険制度が医療への支配を広げることになり、逆に医療制度への規定力も強くなっていくこととなった（北原 1999: iii）。国民健康保険制度に被用者保険制度の診療報酬体系が採用された 1959 年以降は、医療サービスの内容や価格の規制が統一した診療報酬体系によりなされ、公平性の維持と費用抑制の主たるメカニズムとなっている（池上ら 2011）。

診療報酬体系は、医療保険の給付が開始される 1927 年の前に、政府と日本医師会との契約のさいに用意された「診療報酬点数表」に由来する。これは、保険給付の対象と考えられる診療行為を項目にした一覧表であり、それぞれの項目ごとに割り振る点数を定めたものである。北原によれば、保険給付の対象を考えるとときに、それほど考慮されることもなく「疾病」や「負傷」を定義しており、北原はこのことを問題視し、以下のように述べている。

とりあえず病気に限定するとしても、「病気とは何か」は、医学・哲学・社会学・文化人類学・心理学などが、それぞれに多くの見解や判断基準を、

あるいは歴史的・文化的文脈の中での事例を示し、また現に模索している課題であり、医学といっても基礎医学的な見地と臨床医学的な見地とでは、またそれぞれに異なった視角を持ち得る論点である（北原 1999: 8-9）。

「病気」という概念を規定するにあたり、それぞれの立場で異なった視点での議論があるが、健康保険法はこれらの論点にほとんど触れることなく立案された（Lock 1990）。結果的に、診療報酬表は間接的ながら「病気とは何か」の標準を示すものとなってしまっているため、給付開始後から多大な問題が発生することとなったという。北原によれば、1928（昭和3）年に「診療方針」を定めて「傷病」の範囲を（除外例的規定であるとはいえ）確定した。そこに見られたのは一種の労働行政的傷病観であり、労働能力を損なうか否かに基づいており、労働能力の回復ないし向上に資することが期待できない場合は給付の対象から除外された。また、診断・投薬・治療（処置・手術）を柱とする医療観を北原は診療中心主義医療・医師中心主義医療と呼び、医師以外の職種の隷属的位置づけが健康保険においても貫徹されここに制度化されていることを明らかにしている（北原 1999: 11-15）。

診療報酬によって優位化された医師は、法制度による自律と裁量権の獲得により、医療の現場において常にヒエラルキーの頂点にあり、指示的な立場として全ての医療行為において他の医療専門職を従属させてきた。診療報酬と一体化して医療を制度化してきたのがこれまでの構造であった。

（2）日本の皆保険制度と課題

イギリスの伝統ある医学誌の『Lancet』は、日本の国民皆保険制度が2011年に50周年を迎えるにあたり、特集号を刊行してこれを検証した。この中で冒頭にのべられていたのは、日本の医療制度について、諸外国からみると「20世紀後半に日本の健康状態を改善し強固な保健医療体制を構築した日本の実績は、国際的に高く評価されている（Reich 2011: 9）」ということである。日本の国民皆保険制度は1961年に導入され、以来、保険の給付はますます平等になり、すべての国民にさまざまな医療へのアクセスを保証している一方で、日本の医療費は低く抑えられていることが注目されている。日本の状況について、たとえばライシュらは、この50年間で65歳以上の高齢者の人口に占める割合が、4倍以上に上昇していることを考えると、日本が保険給付の公平性を拡大させつつ医療費を抑制していることは、なおのこと驚異的であることに言及

している (Reich et al. 2011)。そのかたわらで、この特集では、この 50 年の成功の陰に今日の日本が抱える医療課題の根元があるとも結論づけている。

具体的に日本が直面している医療課題は、まず病院医療にある。日本では明治時代以前に医療を提供する公共施設や宗教施設が皆無に等しかったため、明治以降に目的別の病院を建設していった経緯がある。その中で数的にもっとも多い病院は、診療所の延長として誕生した民間病院であった (Reich et al. 2011、北原 1999、猪飼 2010b)。多くの病院は、医師が診療と病院経営双方の責任者として病院長を務めて大きな権限を持っていた。医師が設立した民間病院の中には、診療科によっては公立などの病院と同等の規模か、またそれ以上にまで拡大を続ける病院も出てきた。したがって、中核病院であっても医師の紹介状なしで患者が診療を受けられる外来部門を持ち続けているところも多く存在していた。また、業務区分上、診療所の開業医はプライマリ・ケアのみを提供することになっているとはいえ、病院の勤務医を退職した医師が開業していることや、もともと医師の専門医志向が強かったこともあり、開業医と病院の専門医との大差がないことも指摘されていた。これらの点は英米の診療システムと比較すると大きく異なっているところであった。イギリスでは、患者がまずかかるのはプライマリ・ケア医であり、患者が自由に専門医を受診することはできない (猪飼 2010b: 23)。また、アメリカでは医療保険の皆保険制度は存在しておらず、民間の保険会社により医療そのものが厳しく監視されている (時井 2002: 93-96、猪飼 2010b: 29)。

2.2.2 多種の医療専門職の誕生した背景と要因

さまざまな医療職種が誕生した要因について、時井は近代以降の社会に特徴付けられる社会的分業としての専門職化を自然的過程とみなしている (時井 2002: 20-24)。医療は当初は医師一人が患者に向き合い、脈をとり診断し、自ら調合した薬を処方するところを基本としていた。事実、1945 年頃までは、日本の医科大学では、自分の受け持つ患者の臨床検査は、すべて自分で行うべきであるという教育がされていた。外来や病棟に検査室が散在していて、受持医が患者の検体を持参し自分で検査をしていたという (小酒井 1973: 1)。しかし、陸海軍の病院では、早くから検査を専門とする衛生兵・衛生下士官の教育が行われていた。終戦後、陸海軍が消滅して、検査技術を持つ衛生兵や下士官が一般病院の検査室に入職し、その後の中央検査化において重要な役割をしめるようになったという。臨床検査の中央化は、国立病院で最初に行われたが、病院

管理の近代化促進に向けて、当時の GHQ の指示によるものでもあった (ibid.: 2)。

戦後の日本の医療供給体制を整えるために、1948 年に医師・薬剤師・看護師 (保健師・助産師を含めて) に関する身分法がまず成立した。その後、1950 年代に入って診療放射線技師 (1951 年)、衛生検査技師 (1958 年) の身分法が続いた。さらに 1965 年には理学療法士と作業療法士といったリハビリテーションに関連する職種が誕生している。日本の高度経済成長に合わせ、社会変化に伴う保健医療へのニーズから、1961 年に国民皆保険制度が成立したことによる医療の供給体制の基盤が整備されたあとに、対人専門職が多く誕生している。

医療従事者のうち就業する人数が最大の職種は看護職であり、これには保健師・助産師・看護師および准看護師が含まれる。近年は、大学・大学院の増加により 4 年制課程、およびそれ以上の教育を受けた看護師が増加している。時井によれば、看護教育の流れは、ヨーロッパにおける病院附属養成所による方法と、アメリカにおける大学教育を中心に推進されてきた方法との 2 つがあり、日本の場合は、アメリカの影響を受けているため、大学教育を中心としており、専門分野へ深く細分化していく傾向にあるという (時井 2005: 186)。近年では「看護協会」による「専門看護師」「認定看護師」制度が創設され、看護職としての独自性に基づく主体性・専門性の形成がはかられている。さらに、看護師単独での訪問看護が可能になり診療報酬が算定できるようになったことは、看護師の自律性の獲得を現実に進めていることといえる。さらに、看護師養成課程におけるカリキュラムでは、医学から看護学へ重点が移行したことから、医療現場で専門的な看護の知識・技術を備えた看護師が養成されるようになってきた (時井 2005: 186)。ここでいえることは、看護学の医学からの分離、自律が進んでいることである。

その他、看護師以外の保健医療分野の資格職についても、チーム医療の進展により重要な役割を担いつつある。中島は、近代医学との関係に注目して医師以外の医療専門職を次のように分類している (中島 1995: 102-22, 黒田 1999: 64-5)。

(1) 近代医学の成長が登場を要請した職種

(a) 医療技術の高度化・専門化に対応して登場した、臨床検査技師や臨床工学技士などの科学技術系職種

(b) 予防から社会復帰にいたるまでの医療領域の拡大に伴って登場した、

理学療法士や作業療法士、視能訓練士、管理栄養士などの対人サービス職種

(2) 独自の形成過程を経て近代医療システムに編成統合された職種

(a) 近代医学とは異質の医療体系として成長した、はり師、きゅう師などの日本伝統の施術者

(b) 19 世紀後半のイギリスで専門職化を遂げ医療の世界に参入した看護師（黒田 1999: 64）

さらに近年では、この分類におさまらない診療情報管理士、医療情報管理士、医師事務作業補助者など、患者と直接対面することはなく、医療の情報化にともない病院内での診療情報管理や情報管理システムを担ったり、診断書作成など医師の事務的な作業の一部を補助者として担ったりする職種があらたに生まれている。(1) の職種はこれまで医師が行っていた業務の一部のうち、それぞれ専門性をもった技術を分散し、使用機器の調整やデータに責任をもち正確で有用な情報を提供できる専門職である。診断や治療を補助する業務がそれぞれの職種に移譲され特殊化されたものとみなすことができる。(2) の職種は(1) と比べて自律的かつ包括的である。(1) の職種は近年多数養成されるようになっており、高齢社会を見据えている。主な職種の過去 25 年の養成校定員の変化は表 1 (p.11) のとおりである。

これをみると、この 25 年間で理学療法士や作業療法士などの対人の医療サービスを担当する職種が、圧倒的な割合で増加していることがわかる。これに対して臨床検査技師の養成は逆に減少しており、養成定員の実数は半数以下となっている。その後の超高齢社会に向けて、医療の技術的側面から対人サービスを重視した側面へと、医療職種の養成志向が移行していることがみてとれる。対人専門職の必要性が今後増加してくることに応えている、とみなすことができる。

このように多職種の医療専門家の誕生は、周辺の事象を医療として取り込んでいったという経緯がある。またこのことに関して、細田は医療の役割の変化をあげている（細田 2009: 25）。病院が誕生したことにより、医療の形は診療だけでなく病者の療養や世話全般をひきうけることとなり、医療従事者は、診断から治療、看護、食事や寝具の世話まで引き受けることとなる。さらにその後の医学の発展と医療技術の進展は、検査や患者の日々の治療実践やリハビリテーション、病院管理にまで及び、それぞれの業務の専従化と専門性の深化を

促して行った。

臨床検査に関して言えば、戦後、短期大学卒業程度の女子学生を対象に1年間の臨床検査技術を教育するコースが設けられた（小酒井 1973: 2）。これを皮切りに、1955年頃から2年間の医学技術学校となり、高等学校卒業の女子学生を入学させ、臨床検査全般に関する講義と基礎実習、病院実習を含めた教育形式が立ち上がった。そして1958年に衛生検査技師法が施行され、衛生検査技師養成のための学校が各地に設立された時に踏襲された。時を同じくして、1955年に東京大学の附属病院に中央検査部が設置され、一般病院にも臨床検査の中央化が普及していった。こうして、「医師は自分の患者は自分で検査せよ」という風習は失われ、その後の医学の発展により臨床検査の進歩と検査種目の膨大な増加、さらにそれを行う検査機器の高価化により検査室は中央化される方が合理的になり、検査を専門に行う検査技術者は医療専門職種となったのである（小酒井 1973）。

時井(2002)によれば、すべての職業が専門分化するとは限らないのであり、職務における自己実現度の高い専門職化傾向のある職業・職業集団と、単純・ジョブ化傾向の職業・職業集団が二極分化するという。さらに専門職化する集団努力は社会的上昇移動を達成するが、このことはまた新たな社会的緊張も生じることになる、と論じている（時井 2002）。以上より多種の医療専門職が誕生したのは、医療の社会的役割を変化させてきたというよりも、社会の変化に対応していることが大きな要因であったと考えられる。

2.2.3 日本の医療制度と多職種協働によるチーム医療

(1) 医療現場に多職種協働によるチーム医療が必要とされる理由

医療現場では、診断と治療の担い手である医師以外に、看護師をはじめとしてもともと多くの職種がともに働いていた。厚生労働省の「チーム医療の推進に関する研究会報告書（2010）」には、医療の質の向上のため、または良質の医療の提供のために、あらためてチーム医療の重要性が述べられている。同報告書において、多職種協働によるチーム医療は次のように定義される。

医療に従事する多種多様な専門職が、それぞれの高い専門性を前提に、目的・到達目標・手段に関する情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること（厚生労働省 2010）

また、その目的は、「良質の医療を提供するため」であるとし、国民の最大の関心事である健康・医療について、その質の向上に資するためのチーム医療を提供する必要性を示している。

診療報酬についていえば、まずは堀田らがのべるように、「診療報酬は、医療供給側に対するインセンティブとしての報酬制度であり、とりわけ医療行為の重点配分を変化させることにもつながる（堀田 2009）」のであり、医療供給者側からの特定の医療に対する積極的な姿勢を、診療報酬によって引き出すことにつながっている。診療報酬にチーム医療が重要視されていった理由は、平成 24 年度の診療報酬改定（厚労省 2012）の概要に明確に述べられているように、「勤務医の負担軽減」である（図 1）。すなわち、勤務医の負担軽減が喫緊の課題として捉えられ、そのための施策として多職種が協働することによる診療報酬を設定し、チーム医療を推進しようとした。

政府は、医師・看護師が不足している状況において、急性期医療（救急医療を含めて）が適切に提供されるために、日常の病院勤務医の業務の負担を軽減することを目指し診療報酬を改定した。勤務医の負担軽減を強化するために、政府は図 1 にあげた策に加えて「医師事務作業補助者」¹⁶の配置を促すべく、新たな評価を設けた。この強化策はさらに 2 年後の改定において見直され、このような多職種協働を促す医療の取り組みに対する診療報酬を数多く策定していくこととなった。

¹⁶ 「医師事務作業補助者」とは、メディカルセクレタリーとも言われ従来のレセプト作成である診療報酬請求業務はおこなわず、医師の事務作業の補助をおこなう。医師が行っていた診断書などの書類作成の補助や診療の補助など、その業務は多岐にわたる。

病院医療従事者の勤務体制の改善等①

- ▶ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行	+	新たに追加
<ul style="list-style-type: none"> ① 総合入院体制加算 ② 医師事務作業補助体制加算 ③ ハイリスク分娩管理加算 ④ 急性期看護補助体制加算 ⑤ 栄養サポートチーム加算 ⑥ 呼吸ケアチーム加算 ⑦ 小児入院医療管理料1及び2 ⑧ 救命救急入院料注3に掲げる加算を算定する場合 	+	<ul style="list-style-type: none"> ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料 ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド4) ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド12) ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド13) ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド9) ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド12) ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド22)

<病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例>

【必須項目の例】

- ・ 医師と医療関係職種等における役割分担
- ・ 外来縮小の取り組み※ 等

※特定機能病院及び一般病床500床以上の病院に限る

【選択項目の例】

- ・ 医師事務作業補助者の配置
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮 等

6

図 1 2012 年度診療報酬改定における勤務医の負担軽減策

出典:厚生労働省保険局医療課「平成 24 年度診療報酬改定の概要」

(2016 年 8 月 1 日取得,

https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_01-03.pdf)

(2) 日本の診療報酬制度からみた多職種協働

診療報酬の請求要件の遵守状況は、審査支払い機関がその明細書である診療報酬明細書を審査しており、遵守していないとみなされる場合には申請却下となる。さらに、支払い機関による医療現場での指導や監査も、定期的に訪問し実施されている。監査で組織的な不正が発見された場合、医療提供者は過去に遡って不適切に申請した診療報酬の返還義務が生ずる。このことは、規定にしたがって医師や病院の業務を標準化することにもつながり、医療の質の管理にも役立っているという。

日本の医療制度の戦略として報酬点数は通常引き下げられていたが、普及さ

せたい分野の不足が認められると、診療報酬を引き上げるといった金銭的インセンティブにより特定分野でのサービス提供を促そうとする。さらに日本の医療制度は、支払条件については厳格な管理を行いながら、医療サービス提供の体制については自由放任主義的なアプローチを取ることを医療政策の基本方針としてきた。橋本と池上らは、コストの制約は将来的にもなくなる可能性はないという事実を考慮すると、ケアの質を向上させるための構造改革の必要性があると提案している（Hashimoto et al. 2011）。具体的な提言としては「医療の質をモニタリングし、医療の質をめぐる競争を高める組織的な仕組みによって、医師は自らの説明責任遂行力を高めていかなければならない」と述べる。このことは、医師の指示に基づく表面的な役割分担にとどまらない多職種協働をいかに機能的に構築するかによって、自ずと多職種による患者のモニタリングが可能となり医師へのバックアップがなされる体制にかかっていることを示している。すなわち、多職種協働による医師へのバックアップが医療の質向上につながり、医師自らの責任能力も高まることを予想している。また、看護協会会長の坂本は、チーム医療を実現するためには、専門領域と専門領域のすき間をつなぐ役割が必要としており、看護師が今後の業務の改革の担い手になるとみなしている（坂本 2012）。多職種協働のメカニズムが明らかになっていない現状では、看護師がいかにして今後の業務改革の担い手になっていくかについては、いまだ、答えをだすことも難しい状況である。

2.2.4 本節のまとめ

本節では日本の医療制度について概観し、その特徴として国民皆保険制度を挙げた。導入されて以来、保険の給付はますます平等になる一方で、日本の医療費は低く抑えられてきたことで世界から注目を集めている。しかし、日本の医療保険制度は、本来病気とは何かについて深く議論することもなく始まり、紆余曲折とした改革を経てきている。また、診療報酬制度は特定の医療政策をすすめるために特定の診療行為への診療報酬を高く設定したり、逆にある程度普及が進めば低く設定したりしている。診療報酬制度をにらんだ合理的な病院経営を追求しようとするこの意味がなくなっている。いまや、具体的に日本が直面している医療課題は、まず病院医療にあるとまでいわれている。これから高齢者が増加していく日本には、さらに慢性疾患を持つ患者が増加することが予想される。慢性期の医療は医師以外の医療専門職が多職種で関わるといったチーム医療としてみていくことにつながっていったといえる。

日本の医療現場が医師中心であり、医療における医師の中心性は、医師法にて明確に規定されている。さらに、医師以外の他の多くの医療職は医師の指示または同意のもとにおいてのみ、医療行為の実施が許されていることをみてきた。医療現場の多職種協働に関しては、多種の医療専門職をどのように活用し、今後の日本の超高齢社会に対する医師とコ・メディカル職種の関係性をいかに構築するのかについて、そのプロセスを検討することが重要である。

2.3 医療専門職の専門性と連携・協働

本論では、浮ヶ谷が示すような「専門職間の協働的实践」を前提として多職種協働を捉えている（浮ヶ谷 2009b: 254-255）。すなわち、「情報の共有」にとどまらず、専門職間の共同性を見るために実践コミュニティに内在するメンバーの非対称的な関係（たとえば医師と看護師、看護師と理学療法士など）、そこでの思考や行動の非同一性、そして異なる立場同士の葛藤や意見の対立、交渉や調停のプロセスに着目する。また、本論ではチーム医療と多職種協働との関係については、チーム医療が多種多様な専門職が共通の目的をもちチームで患者に提供する医療であるとき、多職種協働は個々の患者に医療を提供するにあたり、専門職の相互作用しあう学習のうえに成り立つ協働関係として位置づけている。

社会の変化に合わせて医療のシステムが変化し、多種の医療専門職が誕生したが、これらの職種の誕生と併せて、新たな医療の形態に向けた人と制度、さらに医療機器など、モノとのネットワークが構築されていくことになった。医療分野の多職種協働に関する理論は多様な分野の研究が交錯して成っていることを先に述べたが、春田らも「医療専門職の多職種連携に関する理論は多くの学問分野から成っており、これが実践への援用が難しい要因の一つである」とのべている（春田・錦織 2014）。春田らは、社会構成主義と社会関係資本の二つを多職種協働連携の基盤と位置付けている。そして、社会集団としての医療専門職種として捉え、ミクロ（個人）／メゾ（チーム）／マクロ（組織）の視点でこれまでの研究をみている。春田らは、多職種連携を学校や組織で学ぶことにつなげるべく理論の関係性をみており実践者・教育者が援用しつつ省察することに貢献している。本節では、多職種協働について専門性に依拠した医療現場の実践に注目した研究を概観する。

2.3.1 医療における「専門化」と「合理化」

猪飼によれば、20世紀前半において開業医による積極的な入院施設の開院が可能であった背景には、まずは人びとによる医療サービスへの需要の高まりがあり、それが入院医療需要にも波及したことをあげている。そこでの多くの開業医にとって、病院経営はコストを安上がりにする工夫により可能になったと考えられている（猪飼 2010: 198）。当時の人びとにとって、医療は預金を切り崩してでも受けたいものであり、高い需要があった。開業医たちは開院時の圧縮した設備投資での入院施設でランニングコストを抑えることで、民間の病院経営において、大きな利益をあげていた。ランニングコストには人件費も当然含まれ、医師以外の病院で働く人びとの給与を低く抑えることがはかられたという（猪飼 2010: 198）。

その後、多くの医療専門職種が国家資格となって誕生し、チーム医療が、近代医療の発展に「専門化」と「合理化」において寄与していくことになった。また、チーム医療は医療の「専門化」や「合理化」によって生じる弊害を補うためにも意義があったことであった（細田 2010: 27-32）。その理由として、一人の患者に対して複数の職種が関わる「チーム医療」ということであれば、それぞれの専門職による専門性を生かすという説明が可能となる。現実には「合理化」の一環として、コストを削減するために医師より賃金の安い医療専門職種が医師より業務を委譲されているのだが、「チーム医療」という言葉にカムフラージュされて、そのような論理にならない。それぞれの職種がその専門性をいかすための「チーム医療という論理」が採用されていると細田は述べている（細田 2010: 27-32）。また、専門職のアイデンティティの側面からは、フリードソンが述べているように、つらい病院における仕事の動機付けを確保し、仕事を管理するという目的を達成するための装置として、プロフェッショナリズムという装飾をつけたアイデンティティを提示している（Freidson 1970=1992; 21-22）。チーム医療という発想でならば、医師以外の職種が当該業務を行うことの意味付けは、その専門性を生かすためということになる。それぞれの職種へのプロフェッショナリズムの醸成である。看護師の「医学概論（榎原 1967）」の教科書には、1960年代にはチーム医療にかんする記載は見られない。しかし、1980年代の同教科書には、「広義にとらえた医療チームには、大病院では中央検査部のレントゲン技師や、臨床検査技師、その他のコメディカル職種が加わり、それらの職種が今日の医療に欠かせない役割を分担しつつある」というように、医療をチームとして捉える言説が生まれてきてい

る（小坂 1983: 159-60）。今日の医療を語る上で、多職種によるチーム医療は自明のものになっている。

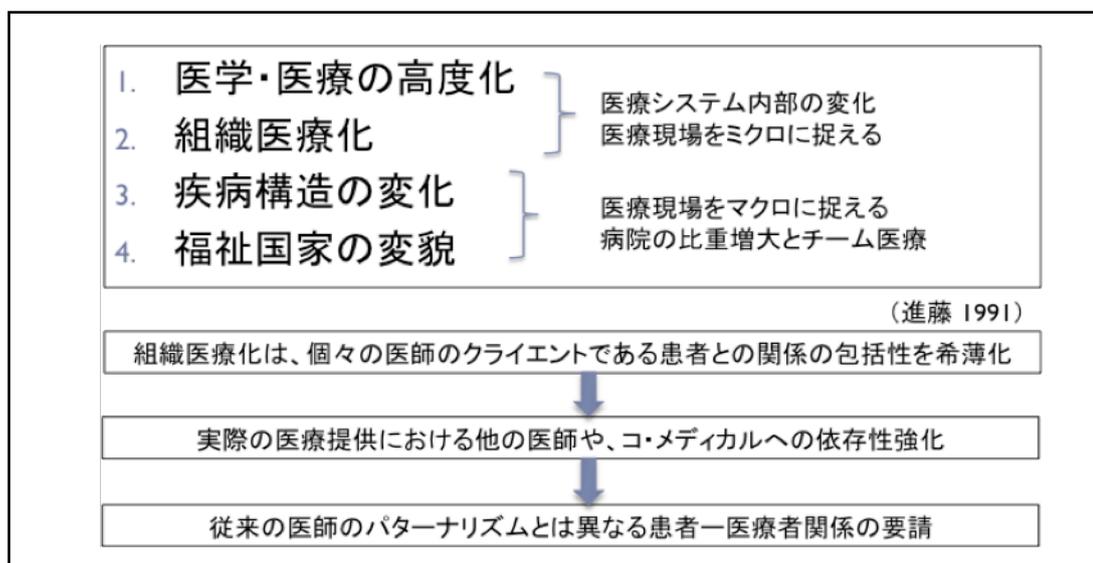


図 2 医療システムから見た変化

進藤 (1991)を参考に作成

20 世紀後半期における医療システムの変化が進藤により論じられているが、それは以下の 4 点に集約される。①医学・医療の高度化、②組織医療化、③疾病構造の変化、④福祉国家の変貌である（進藤 1999）。このうち前者の①および②が医療システム内部の変化である。具体的には、①は医療現場をミクロに捉えた変化（臓器移植や胎児診断、遺伝子治療などに代表される診断・治療技術における革新の制度化）を述べており、「患者の権利」という問題をクローズアップさせ、クライアントである患者に対する関係構造を変えた。②の組織医療化は、個々の医師の個々のクライアントに対する関係の包括性を希薄化するとともに、実際の医療提供における他の医師あるいはコ・メディカルへの依存性を強化した。これに対して、③および④は医療現場をマクロレベルで捉えた変化を述べており、医療供給における病院が受け持つ比重の増大がチーム医療を後押ししている（進藤 1999: 44）。すなわち、法律上に「医師の指示のもと」と明文化をしているが、現実の医療システムにおいては、コ・メディカルとの協業なくして、医師と看護師だけでは医療提供が不可能となっていることが明確にされている。

さらに、③でのべている疾病構造の変化については、疾病の基準が厳格化され、多元化されてきた状況に医療実践は大きく影響を受けているという（松繁 2016）。「老いが自然にともなう現象」と見られていたヒトの身体に生じる様々な変容が、20 世紀後半以降に加速度的に医療の対象となってきたことが今日の「慢性疾患の増大」を引き起こした大きな要因であるという議論である（松繁 2016、Armstrong 2014）。そうであったとしても、現状は人口の高齢化とともに慢性疾患で受療している患者の増加は疑いようがない。高齢の慢性疾患患者の場合は、医療的介入ばかりではなく、保健あるいは福祉的なケアがより必要となる。この状況を進藤は、「専門職支配」の社会構造は過去のものであるとし、「医師の地位変化論」という議論を展開した（進藤 1991）。これに加えて患者の医療者サービスに対する「消費者志向」という動向を受けて、従来の医療パターンリズムとは明らかに異なる患者-医療者関係が要請されている。医療における「専門化」と「合理化」を議論するにあたり、医療に対する認識上の変化は医師にも向けられているといえよう（進藤 1999）。医師とコ・メディカル、患者、および国家間において、相互の関係構造の質的転換が起こっていることに、目を向けていかなければならない。

2.3.2 多職種連携と多職種協働するための教育

医療現場の多職種協働の研究成果は、医学教育としての多職種連携教育（Interprofessional Education: IPE）に生かされてきた。中島ら（2015）によれば、チーム医療には他の職種に補完的に係わりながらも、自らの専門性のもとに患者ケアを実践する意味合いが強い。また、同時に「複数の領域の専門職者が連携し、ケアの質を改善するために、同じ場所でともに学び、お互いから学び合いながらお互いのことを学ぶこと」という IPE に基づいた行動が求められるという（中島他 2015: 117）。多職種連携や協働のための教育は、医療者の養成課程に欠くことのできない項目となってきている。このように、チーム医療と多職種協働は、IPE が施されているかどうかで区別している見方も存在し、協働はますます個人の資質にかかる規範になってきている。

多職種協働や連携は、サービス利用者である患者の全人的ニーズに応えるためであり、政策決定者は、不十分な人的医療資源に対処し、ミスを減らし、かつサービスの近代化に貢献するための重要なメカニズムとして効果的な多職種連携（Interprofessional Collaboration: IPC）をつねに要請している（World Health Organization 2010）。

また、保健・医療・福祉の現場だけでなく、経済協力開発機構（OECD）¹⁷では、協働する能力を人生の成功や正常に機能する社会に必要なコア・コンピテンシーとして「異質な集団と交流する能力」と位置づけている（Definition and Selection of Competencies : DeSeCo）。さらに、国連がかかげる「未来への力量（Competencies for the Future）」の核となる 8 つの力量（Core Competencies）¹⁸にチームワークが入っている。医療分野では 2003 年に米国立科学アカデミー医学研究所（Institute of Medicine: IOM）が「Work in interdisciplinary team（多職種チームで働くこと）」を医療職者の 5 つのコンピテンシーの一つとしている¹⁹。さらに、卒後の医学教育認定協議会（Accreditation Council for Graduate Medical Education）では、一般的な 6 つの力量の中の対人関係とコミュニケーションスキルの中に、Work effectively as part of a healthcare team（ヘルスケアチームの一員として働くこと）を項目として掲げている。

このように、医療の分野にとどまらず多様な人びとと交流する能力が人生の成功や社会の発展に必要な能力として掲げられてきている。さらに IPW の構造的な問題に焦点を当てた研究や IPW コンピテンシー促進にかんする教育に

¹⁷ 経済協力開発機構（OECD）では、1. Interact in heterogeneous Groups 異なる様々なグループの中で交流する力、2. Use tools interactively (e.g. language, technology) 道具を相互作用的に用いる力、3. Act autonomously 自律的に活動する力の 3 つを、人生の成功や社会の発展にとって有益な 3 つのキー・コンピテンシーとして挙げている（OECD's Definition and Selection of Competencies (DeSeCo) 2003）。

¹⁸ 国連がかかげる「Competencies for the Future(未来への力量)」の核となる Core Competencies(8 つの力量)とは、Communication（コミュニケーション）、Teamwork（チームワーク）、Planning & Organizing（計画と組織）、Accountability（アカウンタビリティ）、Creativity（創造性）、Client Orientation（依頼者中心）、Commitment to Continuous Learning（継続的学習への関与）、Technological Awareness（技術的意識）の 8 つである。

¹⁹ 2003 年に米国立科学アカデミー医学研究所(IOM)が、医療人に必要な 5 つの力量（Core Competencies for Health Professional）として、①患者中心のケアができる Provide patient centered care、②多職種のチームで働く Work in interdisciplinary(interprofessional) teams、③根拠に基づく医療を提供できる Employ evidence-based practice、④質の向上に努める Apply quality improvement、⑤情報科学を利用できる Utilize informatics をあげている(A Bridge to Quality, Institute of Medicine of the National Academies 2003)。

ついでに言及もある (Lamb et al. 2010、Glasby and Dickinson 2008)。また、日本でも職種間のコミュニケーションや関係性を重視する考え方から、IPWに必要なコンピテンシーの獲得が目指され、多職種連携教育はすでに開始されている (大塚 2010)。

しかしながら多職種協働とは、医療現場で働くうえでのスキルや能力として、人生の成功や社会に必要とされる個人の能力として、一義的に規定することが可能なのであろうか。社会学者や人類学者からは、疾患を持つ患者と向き合うための多職種協働には、能力やスキルにとどまらない職種間の関係性や、患者の意識の変容に向き合っていくための患者-医療者の関係性が求められることが指摘されている (eg. 浮ヶ谷 2010: 97-102, 三井 2004: 148-150, Good 1994=2001: 90-93)。個人の技術や技能に多職種協働を集約してしまい、いつでも、どこでもグローバルな基準に合わせて、自律的にふるまう個人に価値を置くネオリベリズムのあり方に、ただちに賛同することが筆者には躊躇われる。それは、個人の技術や技能を高めることに議論を集約してしまうことで、三井や浮ヶ谷らが述べるような、患者の固有の「生」に向き合うことからしか得られない、患者と医療者の関係性を学ぶことが困難になると考えられるからである。

2.3.3 専門職の専門性と多職種協働

近代西洋医療のなかでは医師の社会的地位や権限は特別であるが、その理由は医療の専門職種の中で、診断、処方、治療など医療の中心的業務とされているものを行使する権限が医師にのみ集中していることがあげられる。なかでも手術や診断的な価値の高い侵襲的な検査は医師にのみ認められており、患者にとって医師はみずからの身体に侵襲を加える特別な存在としてみることになる。医師は臨床家として患者へ「医学的まなざし (Foucault 1963=1969: 5)」を向け²⁰、患者は、医師を格別の存在としてみることになる。患者は、格別の存在である医師を前面にみて医療者と対峙し、病人役割を演じる (Parsons 1951=1974)。患者は、実際には、多職種との関わりから自らの治療の可能性

²⁰ まなざしについて、フーコーは「ポジティブなものとして自己の起源をどこにもとめるのか」というと知覚されたものへの回帰をもって、それとしている」とし、見えるものと見えないものとの関係の構造が変わりまなざしとことばが結びついたと述べている。まなざしは医学的な言説によって認識し言うことを可能にしている (Foucault 1963=1969: 5-8)。

を模索しているが、自らのうちには医師の見解に従いつつ新たな生き方を選びとっているといえる（波平 2007）。

多くの職種の特任家が協働で医療サービスを提供することが多職種協働の医療であるが、専門職のあり方や専門職の理解の仕方に変化が生まれたと言われている（ギデンズ 2005、1990=1993: 42-45）。専門家システムにおいて、保健医療の現場はほかの分野と比較すると、明確に区別される特徴的な構造をもつ。ギデンズの述べる専門家システムは、科学技術上の成果や職業上の専門家知識の体系のことをいい、社会関係を前後の脈絡から切り離していくゆえに、「脱埋め込み」メカニズムとして概念化されている。脱埋め込みシステムは、それが作用する時空間の拡大化の要件として、時間の空間からの分離を前提としており、またそうした分離を促進させてもいる。さらに、一般の人びとが専門家システムに寄せる信頼は、専門家システムが生み出している知識に精通しているからではなく、一種の「信仰」であるという。それは、医師に「医療行為」全般を行う権限が法律により付与されていることで強固になっている。医師以外の医療職種には、一部の医療行為のみ行うことを限定的に認めるが、ただし必ず「医師の指示のもとに」というように法律に明記されている。医師以外の専門職には自律性は認められてはおらず、法的な階層性が存在しているというわけである。

細田は、社会学のなかでもとりわけ知識社会学に近い立場に依拠してチーム医療を分析し、その論拠を、バーガーとルックマンの「日常生活世界」の理解にもとめた（Berger and Luckmann 1966=2003）。すなわち、細田は医療の当事者たちが日々の医療活動において「チーム医療」と考えているもの、「チーム医療」として実践していることを明らかにしようとした（細田 2009: 11）。その成果は、曖昧で多様な捉え方をされる「チーム医療」を整理するために一つの確かな視点を与えた。細田は「チーム医療」についての一義的な定義をあえてせずに、現場の当事者たちの「志向性」に注目した。「チーム医療」の概念を構成する要素を「専門性志向」「患者志向」「職種構成志向」「協働志向」という4つの志向にカテゴライズし、さらにこれら4つの志向の要素について関係性を考察した。その結果、それぞれの要素間には、「専門性志向」と「協働志向」、および「患者志向」と「職種構成志向」に緊張関係があり、これら構成要素そのものが「チーム医療」を困難にしている。専門性を重視すれば協働が成り立たず、協働を重視すれば専門性はいかにたちあがるかが問題になる。また、患者に注力すると職種構成の必要性はそれほどなく、職種構成を重視すれば患者

ると、医療に限らず福祉の場面でも同様の問題が提起されている。複数の医療専門家が協働で患者ないし利用者にサービスを提供する多職種協働の問題を考えるにあたり、医療と介護の越境性（広井 2000a: 51-54）が論じられている。さらに「看護・介護」の役割分担をはじめとしたさまざまなトラブルの原因は、医師に対する看護師の独立性や医師の持つ裁量権の問題であることが指摘されている（波平 2007, 広井 2000a: 53）。ただし、看護師と介護福祉士との関係においても、介護分野と福祉分野の越境がすすむことによって、介護が医療の補助的なものになってしまうとの指摘もあり、医師-看護師関係の相似関係ともなる看護師-介護福祉士関係が生じることになる（広井 2000a、三井 2004、高橋 2014）。よって多職種協働を考える場合の階層性の問題は医療分野にとどまらない普遍的な問題でもある。

2.3.4 チーム医療と自律性

(1) 専門職支配論

フリードソンは専門職支配論において、医師の専門性とヒエラルキーのトップにある特徴として、「自律性」と「裁量権」を見出したことを強調した（Freidson 1970=1997: 126-127）。フリードソンの医療専門職概念の中心にあるのは、「制度化された自律性」に依拠している専門職支配論である。専門職支配論は、「医師-患者」という二項区分のもとに、医学知識の有無によって立ち現れる権力構造を解き明かそうとした。専門職支配論では、一方で、医師と他の専門職との差異を特定しようとするときに、複数化する専門職の要件が、単一の「自律性」に集約され、残余の要件がすべて自律性から導出しようとしてしまっているという問題点が指摘されている（柳川 1991）。他方で、西洋医療の一体性が多様な学問分野において用いられてきたが、医療社会学では医療専門家の一体性が専門家の社会的権力を説明してきた。三井によれば、フリードソンの自律性は支配的自律性²¹であり、法律上の階層的関係と多くの医療機関にみられる医療専門職間関係を同一視しているため、法律上で大幅な改定がない限りにおいて、医療専門職間の関係に変化はみられないものとしていた。三井は、フリードソンの権力観はどこまでいっても医師の自律性と裁量権により患者を抑圧し既存の社会体制を維持しようとするものだったと批判している（三

²¹ フリードソンの自律性は「仕事を行う上で、他からの指示をうけない」という自律性であった（Freidson 1970=1992: 124）。

井 2004: 82)。そこで三井は、臨床現場においては複数の医療専門職者が同時に捉えた患者のニーズを生かすことができるという意味において、相補的に自律的になる可能性の存在を指摘している。相補性とはボーアのいう概念で、相互に矛盾する情報が、一つの同じ現状の包括的な説明にとっては同様に欠かすことのできないものであることを示す(Bohr 1936=1999)。同じ患者について、各医療専門職の見解が相互に異なるときにも、それらは同等に患者を記述するのに欠かせないと各医療専門職がみなす関係であるという。この相補的關係が、各医療専門職が自律化することと同時に生み出されること、これを「相補的自律性」と三井は捉えた(三井 2004: 213-214)。各医療専門職が自ら捉えた患者のニーズを医師に伝え、医師の治療方針決定に生かされることを三井は重要視している。最終的に自ら捉えた患者のニーズについて、他の医療専門職種がそれに従うことまでは必ずしも要件とはしていない。様々なケースで、患者が特定の専門職にのみ自分の心情を吐露することがある。医師のみが捉えた患者のニーズによる診療を問題にしている現況で、看護師やコ・メディカルのニーズの捉え方がわずかでも活かされる、ということが多職種協働の一つのありかたであるとした(三井 2004: 85-86)。

一方で、医療哲学者で医療人類学者のモルは、フリードソンによる専門家支配論の主要な関心は、専門家の一体性ではなくその閉鎖的な性格にあるのではないかと述べている(モル 2002=2016: 28-31)。むしろ、フリードソンは専門家の閉鎖性に対して、医療ミスや医療過誤があった場合の外部監査や規制の欠如の懸念があったとモルは言う。医療専門家としての医師の一枚岩的性格を強調することよりも、医療専門家といえども診断ミスや人為的ミスなど予期できない間違いがあったときに備えて、専門家支配の外部による対応がなされる必要がある。医師といえども、医療ミスや医療過誤を起こすことは十分に考えられ、これに対する予防策が立てられておらず、また万が一起こしてしまったときに、患者に対してどのように対処するのかについて、十分対策がなされていない現状を懸念しているのがフリードソンの専門職支配論の問題意識にはあると、よめるということである。

他方で、松繁はフリードソンの専門職支配論について、はじめて「医学知識」のはらむ問題性を医療社会学研究として体系的に議論の俎上に載せたことを評価している。フリードソンの「医学知識」への着目の特徴は、知識の「保有」とその「臨床応用」という二つの異なる次元を想定した上で、その二つの結びつきの脆弱性を指摘し、結果的には、医療実践の政治性・社会性を提示した点

にある。しかしながら、フリードソンは知識の応用・運用に関わる問題を問うてはいるものの、必ずしも「専門知識」「医学知識」そのものを取り上げてはいないという（松繁 2010: 29）。そして、「医学知識」の正当性・妥当性は、はたして自明視すべきか、との問いを医療社会学が強く抱くようになる。「ストロングプログラム」と称される 1970 年代以降の「ラボラトリースタディーズ」や「科学知識の社会学 (Sociology of Science Knowledge: SSK)」の知見が取り入れられて以降 (Latour 1987=1999、Bloor 2001)、こうした社会学は、「医療者・患者 (行為主体)」や「医療機関 (社会的環境)」にのみ目を向けていた伝統的 sociology から、医学的「知識」の批判的研究へと転回させた。このような認識による批判的な社会学においては、既存の医療基盤 (eg. 医師の専門性、患者の役割、医学知識の妥当性) を自明のものとしてせず、また、これらの基盤に立って、医療者と患者およびコ・メディカルの相互行為やコミュニケーション、社会関係を問うのではなく、基盤そのものを問うことになる (松繁 2010: 29)。したがって、これらの議論は、医学教育への着目、「医学知」の成り立ちの研究へと向かった。

(2) 医療専門職の自律性

専門職支配論に関する議論のなかで、自律性に注目した議論を以下にみてゆくことにする。

実際の医療現場においては医師への権限が集中しており、厚生労働省が定義するようなチーム医療が機能しているとは言い難い状況にある。朝倉らは、医師以外の医療専門職に自律性が認められないことが看護師の専門職化を妨げていると述べており、看護師はいまだに半専門職のままであるともいう (朝倉 2015、天野 1972)。さらに、看護職は社会的な階層や自尊心を高めたいがために専門職化を求めているのではないかといった、看護師自身の立場からリフレクティブに捉えている議論もあり、むしろ医師との対等な立場という認識につなげることを第一に目指していた (朝倉 2015)。さらに、看護師が中心となって多職種をつなぐ役割を担うことの必要性も論じられた (坂本 2012)。逆に、看護師の仕事、看護教育、看護師の現状にかんする問題が整理されていないことも指摘されている。ネルソンらは、看護師によるケアがいかに複雑で知識や技術を必要とするかの議論がなされておらず、患者との交流を重視する考え方に疑問を呈している (Nelson and Gordon 2007)。また、政府の進める医療費抑制の施策に回収され、いまだ、看護師による質の高いケアが医療の中でどのよ

うな位置が望まれるのかを議論しなければならない状況であることを指摘している。

従来患者は医師を信頼し、病気にかかわる判断や処置はすべて医師に委ね、医師の元にいけばなんとかなり、無用な不安を軽減できると考えている、とされてきた(中川 1996: 165)。患者を心配させる不確実な情報や不利な情報などがあっても、医師を信頼することで患者の希望をつなぐのが原則、とこれまでは考えられてきた。医師の役割について、社会的機能という立場から定義したパーソンズは、医師の特性として(1)技術的に高度のタレントであること、(2)感情的安定性、(3)集合性志向の三つをあげており、いささか演技的なものとして捉えている(中川 1996、Parsons 1951=1974)。また、かつての医師の行動様式は、アスクレピオスの権威と名付けられ、(1)知的権威、(2)道徳的権威、(3)カリスマ的権威としている(中川 1996: 167)。

このように権威的な医師の役割は、現代医療が築いてきた体制に他ならない(波平 1994: 46-47)。現代医療はバイオメディシン²²に基づくものであり、個々の身体に現れた具体的な現象を評価してきた。医師は、患者の身体上に可視化され、特定された変化を直接的に除去し消失することを役割とし、侵襲性が高く患者の身体に大きな影響を与える治療法を採用する。現代医療を持続してきた体制は、医師のみに認められたこうした治療法に高い価値を与えて医師を上位に置き、患者の信頼性をえるために権威的な役割を演じさせてきたことで維持してきたといえる。たとえば、経営学者の蒲生は、医療経営の面からのチーム医療の有効性を認めた上で、医療行為において医師がリーダーシップを発揮しているのはごく自然であり、それをチーム医療の阻害要因として排除したとしても、チーム医療が促進するとは考え難いと論じている(蒲生 2008)。

医師は専門職の理念モデルとしてすでに確固たる制度化を受けており、保健医療領域において、広範囲な職業的自律性が付与されていることに問題の根源がある。これは、一方で、進藤がのべるように、医学的知識が医師の私的な利害関心により悪用・乱用されないことである、と理解されているからこそ付与された自律性であった(進藤 1991)。しかし、他方で、医師に付与された広範な職業的自律性は、医師自体の反省、国家による規制、コ・メディカル職種の

²² バイオメディシンとは、生物医学と呼ばれるものであり、生物医学を構成している主たる方法論として、人間機械論、特定病因論、さらに確率論的病因論があげられる。つまり、こころとからだの分離、感情の除外、価値と無関係という「人間機械論」での人体をあつかう(佐藤 1995: 17-18)。

成長などから、制限されねばならないことでもあった（時井 2002: 208）。

また、猪飼は、医学的知識と違って、患者の実践的な目標に関しては、病院が患者の QOL（生活の質）に関する情報の集積点でもなく、本人や身近な環境にその問題が集中しているという。しかも不可知なものである生活の質について、医師はすでに理解する存在ではなくなってしまう（猪飼 2010: 9）。猪飼によれば、疾病構造も変化し、感染症などの急性疾患から完治することのない慢性疾患へとその主流は移り、ひとびとは「治療」およびそれをささえる治療医学の知識体系やそれを駆使する医師に、全幅の信頼を寄せることはなくなった、ということ「病院の世紀の終焉」の概念で表している（ibid.: 7）。猪飼の「病院の世紀の終焉」という概念は、日本においては開業医が病床をもつようになりしだいに巨大化していき、中小から大病院までに発展していった「民間病院の世紀の終焉」ともいいうるものでもあった。猪飼は医療政策に長期的展望が必要であるとすれば、それは歴史に学ぶことであるとして、新しい医療供給システムに関して、それが既存の多様な制度を最大限再利用しつつ構築されると述べた（ibid.: 211）。

さらに、実際の現場においては、自律性や裁量権は、患者に最適の医療を提供することを目的として医師にのみ認められている。ところが、医師の裁量権について倫理学者の村岡は以下のようにのべている。

一般的に医療行為を行う際に一定の裁量の余地があることには異論ないが、具体的にどのような場合にどのような裁量が可能なのかについて(医事)法的には定説はない。また、かつてほど医師がパターンリスティックにふるまえるような医療環境ではなくなり、医師の裁量権の発動にも患者の意思に対して十分な配慮が要請される状況になっている。不十分な説明であれば、法的には説明義務違反、専断的医療行為と位置づけられるし、倫理的には患者の自己決定権を侵害したことになる（村岡 2013）

すなわち、医師の裁量権発動には患者の意思を確認した上で、医師を含めた医療者からの十分な説明と同意が必要となっているといえる。現状の医療現場でも侵襲的な治療の場合はインフォームド・コンセントにより、患者の承諾を得ることが普通である。また、意識を失ってしまっている患者の救命における状況でも、治療の方針は患者家族の承諾を得ているのが現状である（川島 2013）。患者の同意を得るために医師が行わなければいけないことは、患者の

内的な状況、すなわち身体の疾病に関する説明ばかりではなく、患者の状況を構成している生活状況や思想、信念、経済状況などの活動システム全体を、身体の状況と同時に捉えていくことである。このようにして、医師が治療をすすめるために、身体状況だけではなく、患者を取り巻く状況の把握が必要になってきているといえる。

自律性を求めるあまりに、「患者のため（アウトカムとしての数値）」または「経営（利益）のため」を共通目的とした医療やケアは、患者の生の固有性に基づく正統性をてがかりにする立場とは反対の方向に向かってしまっている。

2.3.5 チーム医療の困難

三井ら社会学者は、医療の現場での数ヶ月から数年の観察を経たうえで、医療現場の問題点を指摘している（三井 2004・2000、細田 2000、Opie 1997）。三井によれば、臨床現場にある医療専門職は直近の問題をまず解決できそうな方法（How）で考え、問題はそもそも何か（What）について改善するための方途を見失っているという（三井 2004: 11）。医療ケア全体で考える際には、医療ケア全体の裁量権は医師が有しており、コ・メディカルはかれら自身の職種の指示体系とは別に、医師からの指示にも従わなくてはならない二重権限の問題をあげている（三井 2000、金子 1999: 87、Freidson 1963: 94-107）。つまり、コ・メディカルがいくら自らの専門領域における裁量を行おうとしても、医師からの指示によってその裁量権が実質的に侵害される可能性が常に存在するという。指示があることそのものが問題なのではなく、その指示が正統的であると見なされるかどうかのコ・メディカルにとって問題になる、と三井はのべる（三井 2004: 216）。

チャンブリスも、病棟での入院医療の現場は、病んだ患者や死にゆく患者にあふれていて常に多忙であり、そういった人びとへの対処のためのケアに目を向けるのが第一である、といった倫理観が存在することを主張している（Chanblis 1996=2002）。看護上の問題の多くは、公式に議論されることもなく慣習に従って処理されている。それは、1)ルーチン化により病院独特の「正常」概念が作り出される、2)病院内でのナースの役割は多面的で、ときに相反するような規範によって決定づけられる、3)看護における倫理的問題は根本的には他の職種との衝突を反映している、という3つのことを示していた。つまり、医師や経営者などにつき合っていく上で、看護師をはじめとした多くのコ・メディカル職種は従属的立場にあるため、実践上の困難に直面すること

が多い。また、自分では間違っていると思うことを医師から指示されることも多い (Svensson 1996)。しかも、その問題の多くは患者の治療を取り巻く問題であるが、患者はその場において最も力を持たないことが多い。医療専門職にとっては、患者と言えは初めから病気の人で、科学的实在論を用いて処理すべき対象と見なしている。他方、患者の立場からみれば、医療専門職こそ患者の希望に不服従だということになる。しかしながら、病院においては「ノンコンプライアンス」といえば、医学の権威に対する不服従な患者を意味する (Hunt et al. 1989, Conrad 1985)。患者をある種の対象物 (抵抗を示しそしてコントロールされるべき対象) とみなすことこそ、現代医学の本質的特徴である。

チーム医療は各保健医療職種の自律性を尊重した対等な関係の共同作業であるという認識を形成することが課題であり、この認識の形成は、単に医療従事者だけの問題ではなく、保健医療行政、そして国民一人ひとりに課せられる課題でもあった (時井 2002)。実際に医療事故の防止という意味でリスクの問題として語られるチーム医療について、事故防止の観点から「医療は学術的裏付けに支えられたチーム作業である」と時井は述べており、チーム医療が不可欠なことを示唆する。

チーム作業について言及するのであれば、文化人類学者の山下らは生を扱う制度・知識に固有の問題もあるとして、専門家集団とチームワークの問題を取り上げた (山下・福島 2004: 105)。高度なテクノロジーに支えられて構造化されている医療現場において、その複雑な実態を文化人類学者が民族誌的に記述しようとした試みは日本ではそれほど多くはない。福島による大学病院の救命救急センターでの事例は、高度の専門知識、道具、テクノロジーに支えられた環境において、どのような協働が行われ、認知／法との葛藤、調整があるのかを描いたものである (福島 2010)。民族誌的調査 (エスノグラフィ) の特徴は、異文化・多文化に対する感受性に優れており、他の研究領域では得られない知見をもたらすことが可能になる点にある (Sobo 2004, Star 1999)。リスクに対する組織的な備えについて、また組織学習に関して、福島は医師側と看護師側それぞれ独自の情報管理システムがあることを見出しており、さらに全体の管轄を行う「総リーダー」という存在の重要性を示した。実際のところ、「総リーダー」が実施していたことは、単に医師の指示を記載させ、実行の様子を確認する情報管理者としてではなく、医師からの指示の「意味」についても含み込んだ確認を行っていることであった。実際に、救命救急センターに来たばかりの研修医達の未熟さを、看護の側からもチェックを行っていた。ある事例では、

30代半ばの経験豊かな総リーダーが、なりたての若手研修医に対してその指示に逐一根拠を問いただし、結局その指示を微妙に修正させるという形が取られていたことを、福島は報告していた。そしてこのような手続き自体がある種の教育的効果を発揮していたことが、研修医自身によっても認識された（福島2010）。

2.3.6 本節のまとめ

以上、本節ではチーム医療、多職種協働にかんするこれまでの研究を病院組織のヒエラルキーを中心として概観した。

多職種協働や多職種連携は、サービス利用者である患者の全人的ニーズに応えるため、また、超高齢化社会において不足する医療人材を補う必要性などから重要なキー概念となっている。さらに、保健・医療・福祉の現場ばかりではなく、協働する能力を人生の成功や正常に機能する社会に必要なコア・コンピテンシーとして位置づけられている。しかし、社会学者や人類学者からは、疾患を持つ患者と向き合うための多職種協働には、能力やスキルにとどまらない職種間の関係性や、患者の意識の変容に向き合っていくための患者・医療者の関係性が求められることが指摘されていた。

組織のヒエラルキーのトップにいる医師の裁量権は法体系に保証されているため、コ・メディカル職種の自律性と裁量権の獲得は困難な状況にあった。それでも「患者のため（アウトカム）」または「経営のため」を共通目的とした医療やケアの正統性をてがかりにして、医師への問題提起というかたちで、部分的ではあるがコ・メディカル職種が自律性を獲得していることが報告されていた。このようにみていくと、チーム医療の理念と言われる、「各医療の専門職種が対等だ」という意識をもち、同様に専門性を発揮することをめざす多職種協働は、すでに形骸化しているともいえる。少なくともチーム医療とは、医師も含めて互いの専門領域をオーバーラップさせながら、状況に応じて互いの立場を逆転させつつも患者の状況に対応する医療ではないだろうか。またこれは、チーム医療により責任を分散させることにより「医師の負担軽減」につなげようとする政府の医療施策にも合致する。多職種協働ならびにチーム医療が進展することを可能とした背景には、医療現場の情報化があると考えられる。次節ではテクノロジー化した医療の現場において、電子カルテの存在に焦点をあて、組織と現場の情報化に関する研究について概観する。

2.4 病院の組織と医療現場の情報化

医療技術の進展や情報通信技術の発展は、組織のあり方にも影響を及ぼし変化をもたらした。情報技術の現場への導入とそれに伴い生じる変化について、組織科学や情報経営学の分野で多くの研究がなされてきた。それらは、情報技術導入にあたっての組織学習に焦点をあてたものと、情報技術の導入そのものに焦点をあてたものに大別される。前者の情報技術を受け入れる組織学習に関する研究には、組織や組織の中の人間関係に着目したものなどがある (Argyris 1992, Attewell 1992, Fichman and Kemerer 1997 etc.)。後者の情報技術の導入に関する研究では、組織または技術に注目したもの (Barley 1986, Galbraith 1974, Daft and weick 1984, etc.)、また両者の相互作用に注目したものなどがある (Orlicowski 1992、上林 2001 他)。一方で情報技術の導入は組織のプロセスや構造に大きな影響を与えるが、他方でソフトウェアなどの情報ツールはユーザー側でカスタマイズしやすい性質をもつため、情報技術の導入それ自体の実験的側面が大きいこともある (竹田 2003)。具体的な医療現場の研究としては、松嶋や具らの病院への電子カルテ導入事例を対象とした研究や、バーリーによる CT スキャンの導入が病院組織におよぼす影響や組織内の伝統的役割が変化したことを示す研究などがある (松嶋 2015、具・久保・山下 2005、Barley 1986, etc.)。

2.4.1 医療現場の多職種協働への情報技術の導入

医療現場の多職種協働については、高度に進展し複雑化している医療技術と組織の関係からも論じられてきた (Timmermans and Berg 2003、Orlikowski and Scott 2008、Barley 1986)。さらに情報技術をはじめとした様々な技術の進展に伴いテクノロジー化した医療現場を分析するために、分散認知 (distributed cognition) や実践コミュニティ (communities of practice) といった理論的枠組みが用いられてきた (福島 2005、2010)。

医療現場への情報技術の進展、特に電子カルテの普及は医療現場の多職種協働においてもイノベーションをもたらした (Blumenthal 2009)。1970年代の医事会計のレセプト処理から、1980年代後半のオーダーリングシステムへ、さらに21世紀に入って各種患者情報の入力・管理を行う電子カルテシステムへの進展である。ルーチン化された比較的単純な会計処理や物品の発注、および検査・処方依頼業務の自動化からはじまって、それらをネットワーク化するかたちで医療現場の情報化は進展してきた (松嶋 2015)。電子カルテシステムの導入

により診療情報や患者情報、検査結果の一元管理が可能になってくると、医療実践そのものが再編成されることとなり、さらにその中から新たな実践も生み出され、医療現場は再構築されていった（松嶋 2015, 具他 2005）。

しかし、リーブスらは、医療現場への情報技術の導入は協働作業を妨げ各専門職種別の作業を促進していたことも指摘している。例えば、ICUでの電子カルテの使用において、看護師や医師は対面でのコラボレーションが少なくなり、通常は電子カルテを更新するためにパソコンの画面に向かうことが多くなったことが報告されている（Reeves et al. 2015）。リーブスらによれば、「多職種協働する」という文化は、臨床における職種別の活動ばかりではなくコンピュータ上での作業によっても阻害されており、日常でのチームワークは協働ではなく職種別の役割分担にすぎなかったという。しかし、ICUにおいてはひとたび緊急コールが鳴ると、ユニット全員の医師や看護師が集合し、患者家族が目をみはるほどの見事な協働を演じるのだとリーブスらは述べている（Reeves et al. 2015）。すなわち、日常の業務では電子カルテの導入により、情報が容易に共有されるようになると、対面でコミュニケーションをせずとも、むしろ画面に向かった作業で事足り、画面上での指示の授受などにより業務が遂行されてゆく。しかし、一旦緊急コールがなり患者を救うという目的において、家族の面前ではその場にいたメンバーによる即興的なチームが連携して、多職種協働による患者の救命がなされることを示した（Reeves et al. 2015）。

一方、看護師である瀬戸は、情報活用の前提として場作りと関係性を考慮した組織作りの必要性をのべている（瀬戸 2012: 5-6）。多職種協働を実現するための実践的課題の一つは「IPW（Inter Professional Work）の組織文化」であり、その醸成のための場作りである。また、協働的实践には、各専門職が各々の役割を果たすだけでなく、相互尊重のある関係性や、目標の共有が必要である。お互いの行動や役割に関心を注ぎ、課題に向けて協働し、意見を統合しようとする組織において、初めてITというツールを用いた情報の活用を期待できる。瀬戸は、まずは情報活用のための組織づくりを優先し、そのための方法論を検討した上で、システムの導入がなされることを重視すべきであるとのべる。さもなければ、システムが自己目的化してしまうことを憂えているのである。

また、看護師を含む医療者が使いやすい情報システムを構築できない問題点として、以下の3点をあげている。まず、第1に医療・看護を可視化できていない点、第2にITを使って仕事をするということがよく理解できていない点、

そして第3に何をどこまでITでやろうとしているのか明確にできていないという点である(瀬戸 2014: 6)。瀬戸は、看護師や他の医療者の思いを組んだシステム構築にむけては、第3者の視点の重要性を現場の感覚を踏まえて論じている。

2.4.2 コンピュータに支援された協働

社会通念では、コンピュータに支援された協働は情報化された仕事の拡張として捉えられている。アドラーらは、社会学が古典的におこなってきた伝統的なヒエラルキーにもとづくゲマインシャフト(共同社会)と、近代の市場に方向づけられたゲゼルシャフト(利益社会)という2種類のコミュニティの区別に依拠しながら、今日、第3の歴史的形態が生まれつつあることを論じている(Adler, Hechscher and Prusac 2011)。それは、とくに知識集約型の会社において顕著であり、コミュニティに関するこの第3の歴史的形態は、協働的コミュニティ、あるいは協働的相互依存とよばれる。アドラーらは、このように現れつつある第3のタイプのコミュニティが対処しなければならない4つのチャレンジを次のように挙げている。1) 連帯するグループ間の境界は、固定されておらず、橋をかけたり合体したりすることができる。2) 非常にハイレベルの分業や知識・技能の多様性に順応できなければならない。3) 地位ではなく知識や専門技術にもとづいて、職権が決められる。これは価値にもとづく合理性といえる。4) 公的な議論に価値を置かれねばならない。アドラーらは、会社でのプロセス管理こそが協働的コミュニティにとって鍵を握る要因であり、協働を可能にするとしている。「協働する共同体」が目に見える成功を収めるためには、取り組まなければならないことがある。それは、まず組織の「共通目的」を定め浸透させること、そして共通目的のため自分の役割を超えて仕事のできる「貢献の倫理」を醸成すること、さらに柔軟性を保ちつつ規律を持って共同作業に取り組めるようなプロセスを構築し、協働が尊重されるようなインフラを整備することである(Adler, Hechscher and Prusac 2011)。

アドラーらと同様の論理を、多職種医療専門家が協働する病院組織における、電子カルテ導入がもたらすことになった組織変革について、医療専門家間の政治的関係に注目しつつ松嶋は論じている(松嶋 2010)。具体的には、電子カルテ導入により指示伝票がなくなることで、医師の代理人としての看護師の役割は失われ、他の医療専門職種が医師の代理を引き受けることが可能になってきたことである。そのため、患者と直接接触する看護師の実践が変化すると

ともに、看護師以外のコ・メディカルの専門職としての意識の持ち方が変化していくことになった。すなわち、電子カルテ導入により医師の指示が看護師のチェックを経ずに直接入力されるようになったことで、指示のチェックをどこでだれがどのようにして行うのかが、宙に浮いてしまうこととなった。しかし、看護師がこれまで行ってきた指示伝票のチェックは、以前の医師の指示と照らし合わせての確認であった。そして、看護師がチェックをした指示伝票をシステムに入力するのは薬剤師の仕事であった。すなわち、従来の紙カルテの際にもその時点で指示伝票の内容は、薬剤師の視点ですでにチェックされていたわけであった。その際に薬剤師がチェックしていたことは、処方薬剤の整合性のみであり、患者の病状にかんして参照することは難しかった。すなわち、患者を目の前にした看護師の行うチェックと薬剤師が指示伝票のみを見て行うチェックは、質的に異なっていた。しかし、電子カルテの導入により、以前の指示内容をコピーできるようになったことで、看護師が以前の処方との比較をおこなったチェックは重要ではなくなった上に、医師のシステムへの直接入力によりそれは業務ですら無くなった。逆に薬剤師は診療状況が可視化され、患者の病状を参照しつつチェックできるようになったことで、従来のチェックと比較すると飛躍的に患者の診療に則したものとなりえた。このような状況を、松嶋は医師やコ・メディカルらによる自律的調整に基づいた組織変革と捉えたのである（松嶋 2015: 268）。ただし、自律的調整に基づいた組織変革が、病院組織にとって望ましい医療実践が再構築されたと断言されるものではなかったことは、松嶋も言及しているところである。自律的調整に基づいた組織変革においては、各医療専門職が自らの職種の専門性を全うすることを目指したものであり、他の医療機関との連携をめざすなどの新たな協働体系をもたらすものではなく、むしろそれらを閉ざしてしまっていたのである（松嶋 2015: 295）。

さらに、薬剤師が電子カルテにより患者の病状をチェックすることが可能になったが、その後どのようなアクションもおこすことはなかった。いってみれば、それは自らの職務を全うするために、紙カルテの時ならば医師に直接問い合わせていたことを電子カルテの患者情報でならば、これまでより頻回に確認できるようになったにすぎない。医師に働きかけるような新たな協働までを目指しているわけではなかったのである。

物的制約のある紙カルテから電子カルテという技術の導入により、「いつでもどこでもアクセスできる」ようになったが、医師の入力の負担が増えてしまうといわれてきた。それは紙カルテの物的制約のもとに組織化されていた、コ・

メディカルの柔軟なサポートが失われたことが要因であった。そのため、医師の負担軽減のために入力支援ツールを開発したり、入力を代わって行うメディカルセクレタリーを配置したりする対策が立てられたが、それらはこの問題の解決になってはおらず、的を射たことではなかった。医師の負担が物的に軽減できても、複数の人間で患者をチェックするという紙カルテでなされていた機能が失われてしまっているという問題の解決にはなりえていなかったからであった（松嶋 2015: 245）。

2.5 医療現場実践の知識コミュニケーション

医療の現場では、医師をトップとした指示系統と、職種ごとの組織による指示系統の二つの系統間で、多職種協働が難しいことが指摘されている。しかし、一方の医師自身に関していえば、もはや医学知を独占した医療の支配（専門家支配）は解体しており、リスクの回避と自らの専門職業務を進めるためにコ・メディカルとの協働が求められる。他方のコ・メディカルは医療の合理化において誕生したが、技術の進展とともに専門職化の過程と帰結とが認識されている。すなわち、医師の専門職支配の解体による権限の平準化とコ・メディカルの専門職化が招いたことは、チーム医療として定義された新たな医療の構築である。その際、医師は既得権益を保持するため、医師の自律性を強調する保守化した集団になりかねない（時井 2005: 161）。時井は、保健医療分野においては、医師の保守化がコ・メディカルの自律性を支配しようとし、保健医療全体の機能不全に陥ってしまいかねない事態を危惧している（時井 2005: 161）。

これまでの議論から、多職種協働のあり方としては、各専門職種の知識と、職種ごとに特異的な患者との関わりにより得た情報について、双方向的な知識コミュニケーションが多職種間で円滑に行われていることが必要であろう。本節では、日常的な知識コミュニケーションの実践がどのように円滑に行われるかを示す。

2.5.1 実践における知識コミュニケーション

人類学を含む近代の社会科学は、学問的探求によって専門知を得る学習行為ばかりではなく、言語化できない身体知や実践知をその研究対象の一つとして、人びとの慣習的な行為（ルーティン）に注目してきた。実践としてのプラクティス（practice）は反省的に意識することなくおこなわれる日常の慣習化された行為を意味し、学問的および理論的に真理を追究する行為であるプラクシス

(praxis) としての実践とは対比的に用いられる (伊藤 2008b、田辺 2002)。コ・メディカルの医療行為は、医師の指示のもとに行うという法による明文化は依然としてそのままであるが、日々の現場での実践において患者と接することにより、多くの知識や情報を身につけていく。

慣習化された行為を身につける実践コミュニティは、学習の社会的過程であり、また学習によって知識を習得し保存する空間である (Lave and Wenger 1991=1993: 81)。また、人びとの実践は単純な反復や試行錯誤ではなく、コミュニティあるいは社会的場の中において参加者がその組織活動システム、そこにかかわるモノ、道具などとの関係において慣習化されたハビトゥスを獲得していく過程、すなわち学習としてとらえることが可能である (Lash 1994=1997: 288)。さらに、実践コミュニティは「共通の専門的スキルや、ある事業へのコミットメントによって非公式に結びついた人びとの集まり」と定義されている (Wenger et al. 2002=2002: 12)。人びとが時間と空間を共有する「場」において、共に学ぶ過程に注目する概念である。

すでに、医療の支配 (専門家支配) の役割を終えている医師たちが、技術の進展により誕生した新たな職種のコ・メディカルが専門職化しつつある医療の現場において、組織活動システムを円滑にすすめることが求められる (時井 2005: 161-2)。

以上のような医療現場の変容を踏まえた上で、ウェンガーらの実践コミュニティの議論を概観すると、知識や情報をもつ人と人を、組織を超えてつなぐことによって、言語や数値で表現できる知識 (=形式知) と経験に根ざした主観的な知識 (=暗黙知) の相互補完的な関係を発展させる可能性が示唆されている (Wenger et al. 2002=2002: 40)。レイヴらは学習を命題的知識の獲得ではなく、実践者の共同体への参加にあるとする正統的周辺参加 (Legitimate Peripheral Participation: LPP) という観点を示していた (Lave and Wenger 1991=1993: 1-2)。さらにレイヴらは、アイデンティティの発達为新参者の実践コミュニティでの中心にあるとし、これが LPP の概念の基礎であると主張した。それは学習とアイデンティティの感覚とが分離し難いものであることを示している。

2.5.2 専門家の行為の中の省察的实践

さらに、医療専門職の行為そのものを注目すると、ショーンのいう省察的实践家の議論が参考になる。専門家の行為の中の省察 (reflection-in-action) に

はある種の厳密性がもとめられ、それには一定の制約があるのではないかとショーンはいう (Schön 1987=2007: 26-27)。制約には思想と行為との関係をめぐる神話から引き出されるものもあれば、私たちの人間関係の文脈や制度的文脈の強い影響に由来することもある。専門性の研究をすすめたショーンによる「省察的実践」とは、プロフェッショナルとクライアントとの関係にとっての意味であり、実践がおこなわれる組織環境にとっての意味であり、研究と実践の将来的なやりとりにとっての意味であり、プロフェッショナルをより大きな社会的文脈の中で位置付けることにとっての意味であった (Schön 1987=2007: iii)。意識せずに熟練の実践を行う場合、そのほとんどにおいて、先行する知的作業からは生まれ得ないある種の知、知の生成の存在がある。ショーンは、専門家と省察的実践者との間の違いについてまとめている (表 2-2)。

表 2 専門家と省察的実践者の違い

	専門家	省察的実践家
能力に対する要求の違い	自分では不確かだと思っても、知っていることを前提にされており、知っていることを知っている者としてふるまわねばならない。	知っていることを前提にされているが、私だけがこの状況下で、関連する重要な知識を持つ人間ではない。私が不確かであることは、自分にとっても相手にとっても学びの機会になりうる。
問題の解決法	クライアントと距離を置き、専門家の役割の保持に努めるのがよいだろう。クライアントに、自分が専門家であることを理解させるとともに、「甘味料」のような温かさと共鳴の感情を伝えるとよい。	クライアントの考え方や感情を知るよう努めてみよう。置かれている状況の中で、クライアントが私の知識を発見し、その知識に敬意を示してくれるのならば、喜んで受け入れよう。
満足感の源泉の違い	クライアントからの反応の中に、プロフェッショナルである私の社会的人格に対し、服従と尊厳の気持ちがあるかどうかを探してみるとよい。	自由な感覚およびクライアントとの真の結びつきを探求してみよう。プロフェッショナルとしての体裁を取り繕う必要はもはやないのだから。

出典: Schön(1987=2007: 317)を参考に作成

2.5.3 本節のまとめ

実践コミュニティにおいて行われている行為は、単純な反復や試行錯誤ではなく、人びとが時間と空間を共有する「場」において参加者がその組織活動システム、そこにかかわるモノ、道具などとの関係において慣習化されたハビトウスを獲得していく過程、すなわち参加としてとらえることが可能である。人びとが時間と空間を共有する「場」への参加の重層性である。これを医療現場にあてはめてみると、電子カルテが導入された現場では情報化が進んでおり、対面状況を必要とせずとも業務が遂行し医療専門職間のコミュニケーションが可能となってしまうことに対する警鐘である。また、専門家の省察的实践は、実践能力や専門的な技術実践などにおいて、先行する知的作業からは生まれ得ないある種の知、すなわち実践からのみ生成される知がある。

組織における知識コミュニケーションの視点から見ると、意識的に行われる組織活動の上位にある概念が協働であり、ひとつの明確な目的のために多種の専門職のコミュニティがある。さらに、専門家の省察的实践は、専門的知識のあり方をめぐって、実践能力や専門的な技術実践など、さまざまな知識の生成を促している。

2.6 本章のまとめ

以上のように先行研究では、チーム医療と多職種協働にかんするさまざまな問題は、個人の能力や法制度による規制の問題、分散認知としてのリスク管理の問題、さらに実践コミュニティによる社会・技術的配置と知識編成のあり方として論じられてきた。組織のヒエラルキーのトップにある医師の裁量権は法制度に保証されているため、コ・メディカル職種の自律性と裁量権の獲得は、「患者のため（アウトカム）」または「経営のため」を共通目的とした医療やケアの正統性をてがかりにして、コ・メディカル側から医師への問題提起がいかになされるか、という点に集約されている。このようにみていくと、チーム医療の理念と言われる、「各医療の専門職種が対等だ」という意識をもち、同様に専門性を発揮することをめざす多職種協働」には、すでに問題がある。目指すべきものとされているのは「平等」「対等」という表現だけで、現場の医療専門職者たちはかならずしも「平等」を目指しているわけではなかった。

実践コミュニティにおいて、人びとが時間と空間を共有する「場」への参加は、組織活動システム、そこにかかわるモノ、道具などとの関係において慣習化されたハビトウスを獲得していく過程、としてとらえることが可能であった。

人びとが時間と空間を共有する「場」への参加は、単に技術や知識の修得にとどまらず重層的である。このような「場」への参加に注目することは、電子カルテ導入により対面状況を必要とせずとも業務が遂行し医療専門職間のコミュニケーションが可能となってしまうことに対する警鐘である。

チーム医療は、多種多様な専門職のチームがまず先にあって患者に提供される医療と位置づけられる。それに対して、テクノロジー化により診療情報が可視化した医療現場で個々の患者に医療を提供するにあたっては、単に多職種が同時に関わるところに多職種協働が位置付けられている。医療現場においては、テクノロジーへのアクセスが医療実践の根本を形成するがゆえに、多職種の連携的協働が不可欠である。

第3章 心臓リハビリテーション現場 の多職種協働

3.1 はじめに

心臓リハビリテーション（以下、心臓リハビリ）のプログラムは医師・看護師・理学療法士・作業療法士・臨床検査技師・管理栄養士・臨床心理士・健康運動指導士・管理栄養士など多職種の医療専門家の協働で構成されている。また、日本心臓リハビリテーション学会²³は心臓リハビリの定義を「(中略)多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラム(「心臓リハビリテーション学会ステートメント」より)」としており、多職種協働でなされることが前提である。心臓リハビリテーション学会でのこれまでの学術集会は、2017年で27回目を終えているが、表3に示すように当初から理学療法士や看護師による参画を全面にだしたテーマ設定がされている。さらに、2018年の28回学術集会は初めて理学療法士が大会長となって横浜で開催され、医師をはじめとした多くの医療者たちが参加した。本章は、このように多職種協働に関して先駆的な心臓リハビリテーションをとりあげている。

筆者は臨床検査技師の資格をもつ心臓リハビリテーション指導士²⁴であり、心臓リハビリを実施している病院²⁵に勤務している。調査は、筆者自身の勤務する病院で倫理委員会の許可を経て行なわれたものである。

²³ 特定非営利活動法人 日本心臓リハビリテーション学会 <http://www.jacr.jp/web/>

²⁴ 日本心臓リハビリテーション学会は、心臓リハビリテーション指導士の認定制度を2000年に発足させた。心臓リハビリは、医療専門職間の連携や共同作業(チーム医療)が必要で、チームが円滑に機能するために定期的なカンファレンスやミーティングなども行い、心臓リハビリに関する共通認識と知識や用語の共有化の必要があるとしている。資格取得には、医師、看護師、理学療法士、臨床検査技師、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技師、臨床心理士、作業療法士、あるいは健康運動指導士のいずれかの資格を有している必要がある。所定の講習を受け、全職種が同じ内容の試験に合格することで資格が取得できる(心臓リハビリテーション学会HP)。

²⁵ 心臓リハビリテーションを実施するには、施設基準の認定が必要である。人員や設備、提供体制により施設基準ⅠとⅡに分けられ、診療報酬の点数とともに提供しうる内容が規定されている。

表 3 これまでの心臓リハビリテーション学会のテーマ

開催年	回	テーマ	学会長
1995年	第1回	「心臓リハビリテーションの効果とその評価」(シンポジウムテーマ)	齋藤宗康
1996年	第2回	「高齢における心臓リハビリテーションの問題点と対策」(シンポジウムテーマ)	細田 瑳一
1997年	第3回	特別講演「PTとしての心臓リハビリテーションへの参画」Life Style Modification(シンポジウムテーマ)	片桐 敬
1998年	第4回	「リハビリテーションのあり方を見直す」(シンポジウム)	平盛 勝彦
1999年	第5回	特別講演「今なぜ心臓リハビリテーションか？」および「心臓リハビリテーションは冠危険因子を軽減できるか？」(シンポジウムテーマ)	友池 仁暢
2000年	第6回	「心臓リハビリテーションとQOL」(心臓シンポジウム1) 「心臓リハビリテーションの工夫」(シンポジウム2)	谷口 興一
2001年	第7回	特別講演「わが国における心臓リハビリテーションの歩み(I)(II)」	古賀 義則
2002年	第8回	「心臓リハビリテーションの過去と未来」	神原 啓文
2003年	第9回	「心臓リハビリテーションにおける患者教育」	濱本 紘
2004年	第10回	「心臓リハビリテーションにおける多疾患有病者の管理法」	和泉 徹
2005年	第11回	「心臓リハビリテーションの新しい挑戦」	岩坂 壽二
2006年	第12回	「心臓リハビリテーションの質的向上と社会貢献」	横田 充弘
2007年	第13回	「先進医療としての心リハをめざして」	岸田 浩
2008年	第14回	「心臓リハビリテーションの新しい潮流 ～治療・予防・撲滅～」	野原 隆司
2009年	第15回	医学そして医療としての心臓リハビリテーション ～その学問的裏付けと普及活動～	伊東 春樹
2010年	第16回	「心臓リハビリテーションの新たなる展開～患者に優しい包括的治療～」	鄭 忠和
2011年	第17回	「心血管治療としての心臓リハビリテーション」	後藤 葉一
2012年	第18回	IPWによる包括的心臓リハビリテーションの推進	百村 伸一
2013年	第19回	「重複障害時代の心臓リハビリテーションの役割」	上月 正博
2014年	第20回	心臓リハビリテーションのEBM:これまでの20年、これからの20年	上嶋 健治
2015年	第21回	「新たな予防医療の創造、そして、展開」	池田 久雄
2016年	第22回	予防心臓病学の未来を語ろう	代田 浩之
2017年	第23回	「生命を守る～予防と治療の包括的心臓リハビリテーション～」	湊口 信也

2018年	第24回	ストップ CVD ～心臓リハビリテーションがつなぐ医療・介護・地域～	高橋 哲也 (理学療法士)
-------	------	------------------------------------	------------------

出典：心臓リハビリテーション学会 HP より作成

3.2 調査地の概要

3.2.1 調査をおこなった病院の概要

調査地である筆者の勤務する Y 病院は、平成 13（2001）年 10 月に地方都市の郊外に新設された私立病院である。Y 病院がある市は、県西南部に広がる平野の中央にあつて、建設機械で世界的に有名な企業を中心にした産業都市として発展し、県南部地域の中核となっている。Y 病院を利用する患者の居住地域は、主として周辺の 3 市 1 町であり、他に県庁所在地や隣接する県など、県外からの患者も含めて広範囲である。Y 病院は、調査当時において、一般急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟を持ち、地域の 2 次救急²⁶を担っていた。病院の前身は昭和 43 年創立のリハビリテーション病院であったが、リハビリテーション患者を支えるサテライト機能としてあつた複数の診療科が充実し独立するなかで新病院が新築された²⁷。

²⁶ 適切な救急医療を提供するためには、傷病者の症状の程度に応じて、救急医療体制を初期救急、二次救急及び三次救急に区分し、各段階における医療機関等がそれぞれ機能を分担し、相互に連携を図り、救急医療体制を形成している。県の二次救急病院は、平成 25 年 2 月現在 47 施設が該当する。病院群の輪番制参加病院であるか、または次の 4 要件を満たす病院を指定している。具体的には、①救急告示病院であること②院外に救急外来窓口の案内を掲示するなど、地域住民に対し、外来応需体制の周知を行っていること③病院の管理当直の他に、救急の外来患者に対応できる医師が待機（オンコールを含む）していること④救急外来患者について受け入れ実績があること、以上の 4 つを要件としている。

²⁷ 病院の母体であるグループ共同体は少なくとも 1995 年には設立されている。1995 年 12 月、医学書院発行の雑誌『病院』には、創設者の MK 氏のインタビュー記事が掲載されている。そこでは、健康増進施設である隣接する体力科学研究所を開設するまでの道のりが詳細に述べられている。さらに 2002 年には雑誌『総合健診』29 巻 3 号に MK 氏の講演記事が掲載されている。この記事にはすでに「科学」一辺倒の医学の軌道修正が必要なことが述べられていることは特筆すべきである。以下にその部分を引用する。「人間は情緒を大切に思い、かつ孤独ではなく、家族や仲間、地域の人びとと共同で生活しているのであるから、家庭医療学(Family medicine)と、EBM(evidence based medicine)のみではなく、NBM(narrative based medicine)を重視して、EBM で陥りがちな「科学」一辺倒の医学を軌道修正し、臨床医学は本質的に narrative なものであるのだから、交流、対話により健康を阻害するバリアの分析・解釈を行い、共感や相互理解を深めることで、容易には達成し難い行動変容を成功さ

2018 年度現在、Y 病院は、内科、循環器内科、呼吸器内科、内分泌糖尿病内科、消化器内科、外科、神経内科、脳神経外科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、眼科、麻酔科、放射線科、歯科口腔外科の 18 の診療科を開設している。病床数は 200 床あまりで、一般病床・回復期リハビリテーション病棟ほかで構成されている。病院の現在の組織図を図 3 に示す。また、Y 病院では各種の委員会や検討会を組織して活動が行われている。委員会活動の組織図を図 4 に示す。この中に、心臓リハビリテーション検討会や、糖尿病疾病管理検討会が設置されており、病院内での組織的な活動がなされている。

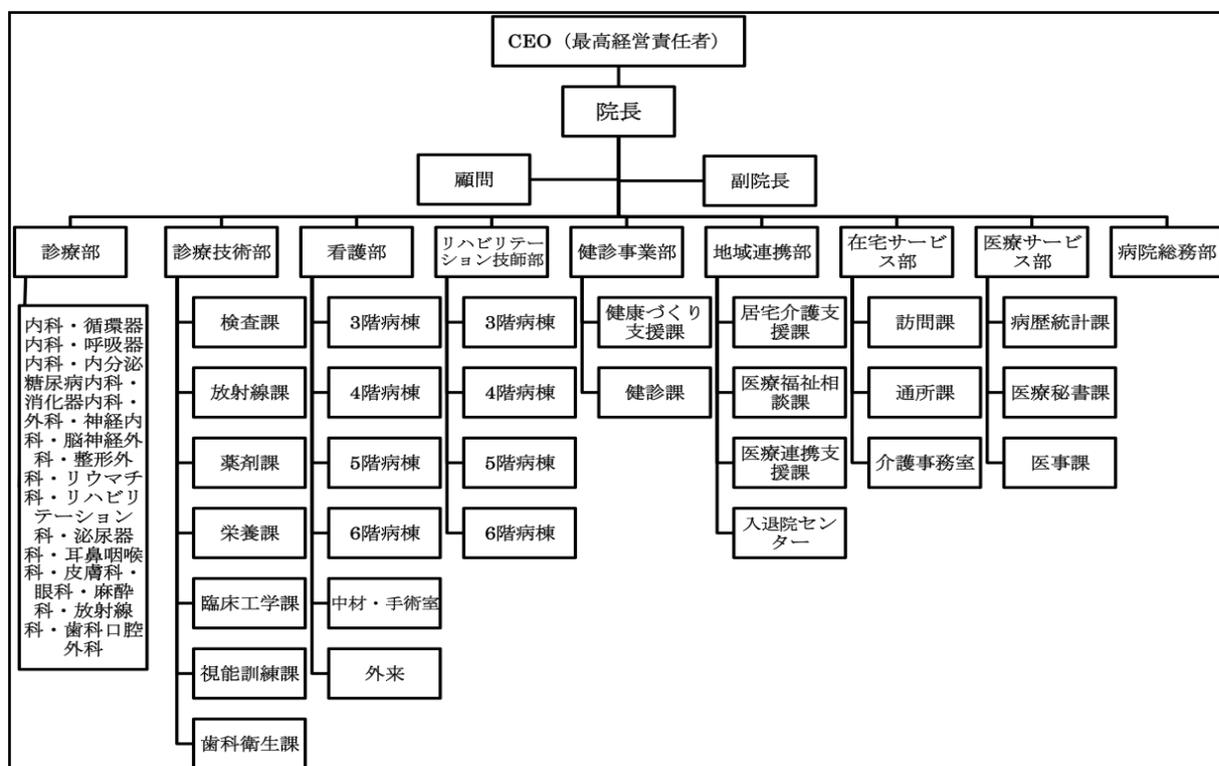


図 3 Y 病院の組織図
(2018 年 4 月現在)

せなければならない (ibid. 22)」とある。

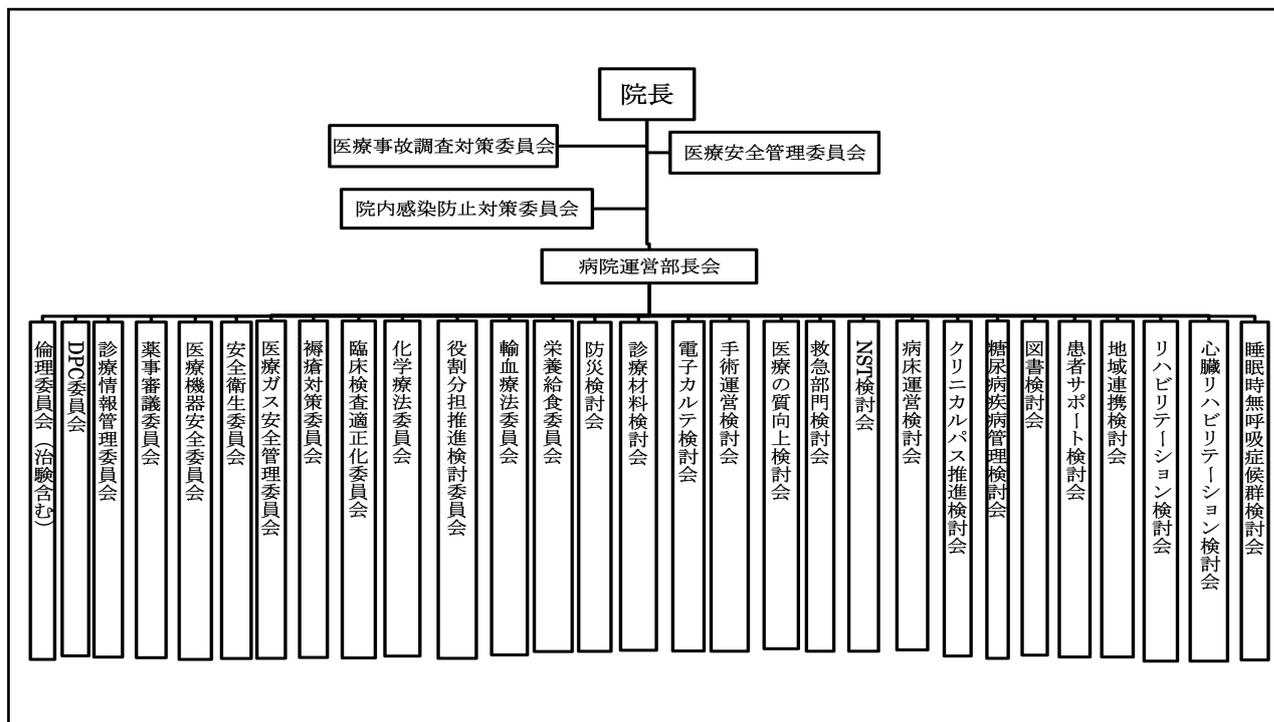


図 4 Y病院委員会・検討会組織図
(2018年4月現在)

3.2.2 病院の沿革

Y病院は、前のグループ代表で現在は顧問のMK氏が、昭和41年（1966）に整形外科を主体とした病床付きの診療所を開設したのが始まりであった。当時は、整形外科を持つ医療機関は少なかったため人気を集め、1日の外来患者が400人を越える日もあったという。その後、昭和43年（1968）に、温泉利用による温泉医学を基礎にしたリハビリテーション病院である温泉病院を、市の東部丘陵地に存在したリウマチ・神経痛の療養温泉地に開設した。温泉病院では、当時よく行われた苦しいリハビリ、耐え忍んで訓練に励むリハビリよりも、痛みが軽快し、日常生活に不自由が少ない状況にすることをゴールに設定したという（勝木 2002）。

長期入院療養を優遇サービスと考えず、不自由のある身体でも、住み慣れたわが家で、家族や地域の仲間に関われて市民として毎日を過ごせることが地域リハビリの本筋と考え、可及的早期に、機動力を駆使して通院乃至訪問リハビリへの移行を志した（ibid. 22-3）。

レクリエーションや音楽療法、焼きもの、書道、謡曲、俳句などのプログラムをとり入れるなどのさまざまな試みがなされた。その後、MK氏は日常の診療を続ける中で、「生活習慣のひずみの是正に取り組む」ことが必要である、という思いを抱いたという。さらに整形外科の診療の現場でも糖尿病や高血圧の患者が増加してきていたことから、生活習慣を見直す必要性に思い至った。なかでも体重の移動を伴うダイナミックな運動療法ができる施設が必要であると考え、この考えが体力科学研究所の開設へと発展した。体力科学研究所は「健康増進関連サービスの提供」を目的に、スポーツクリニック事業や研究・開発、その他各種の事業を行っていた。具体的にはスポーツクリニックでは、生活習慣改善にむけての私費での教育入院（ウエルネススティ）、スポーツ選手のメディカルチェックと体力測定、一般企業の健康診断や体力測定付きの人間ドック、などである。なかには、プロスポーツ選手やトップアスリートをねらう選手も訪れており、複数のプロ選手やオリンピック選手が調整に訪れていた。さらに、県内の市町村自治体との連携事業も数多く行い、厚生省や労働省（当時）のトータルヘルス事業を請け負うまでになっていた。隣接する健康増進施設は、厚生労働省認定の指定運動療法施設第1号に認定され、運動療法の考え方をいち早く実践に移し、国内で先駆的な役割を果たした。そのような状況で、Y病院もリハビリテーションの患者ばかりではなく一般の整形外科患者や内科患者を受け入れるべく、外来診療を充実させていった。これには、MK氏の二人の子息である長男（整形外科・昭和35年生）と次男（循環器内科・昭和38年生）の診療への参加が大きかった。その間に、病院の増改築がおこなわれて、2013年には増床はせずに新病院もオープンさせた。このときの病院名称は、職員全体に公募しており、病院にとらわれない医療施設にするとの思いを込めて命名された。現在のグループ理事長で病院長である長男のYK氏は、病院のコンセプトとして「病気にならないための病院」とし病院らしくない病院を目指した。

Y病院では、次男の医師により平成13年（2001年）11月に心臓カテーテル検査、心肺運動負荷試験が導入され、翌年5月には血管内手術を開始している。同時期より他病院での心臓外科手術後（開心術後）、および心筋梗塞（AMI）後の回復期心臓リハビリとして、病棟での歩行や自転車エルゴメーターでの個別対応の運動療法を看護師が中心となり実施していた。

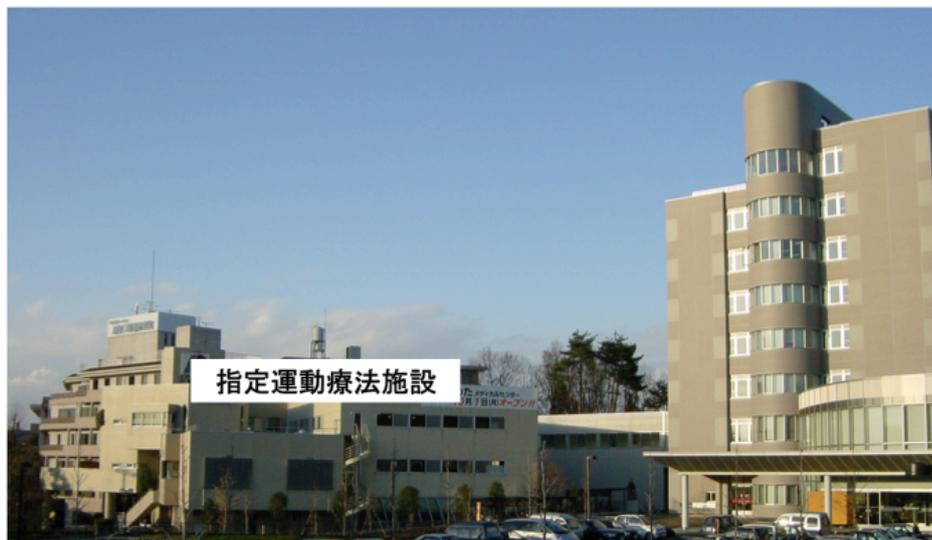


図 5 Y 病院と隣接する健康増進施設の外観
(2015 年 12 月 8 日筆者撮影)

2004 年の心臓リハビリテーション認定施設基準の改定前までは、県内の心臓リハビリ認定施設は 1 施設のみで Y 病院は認定施設ではなかった。そのため、入院患者のみを対象に心臓リハビリが実施されていても診療報酬としての算定はなかった。2004 年に心臓リハビリ施設基準が改定され、Y 病院も認定施設となった。施設基準では、心臓リハビリテーション専用の機能訓練室が必要とされていたため、Y 病院にはかつての物理療法（電気治療など）の実施スペースを改造して専用の心臓リハビリ室が設けられ現在にいたっている。運動療法は集団でも実施されるようになり、併せて多種の専門職種が関わる心臓病教室が開講された。さらに、医療保険の心臓リハビリテーションへの適用期間である 150 日を超えた後の運動療法の継続に向けて、隣接の健康増進施設に運動教室を設けた。回復期心臓リハビリ後の維持期心臓リハビリでの運動実践の場として、保健師や臨床検査技師、管理栄養士、健康運動指導士など多職種の健康増進施設のスタッフが支援を行う自費による運動教室であった。

3.3 心臓リハビリテーションについて

心臓リハビリは、当初、心臓病の中でも急性心筋梗塞患者の長期臥床に伴う身体不調や体力回復のために実施された「機能回復訓練」として開始されたりハビリテーションプログラムであった。世界的に見ても、急性心筋梗塞患者の急性期治療は 1940 年代までは長期の臥床安静が推奨されていたが、1950 年代

から徐々に早期離床が試みられるようになった (Bjarnason-Wehrens et al. 2010)。しかし 1950 年代においては、心筋梗塞発症後に積極的に運動をさせるという発想はみられなかった (戸嶋 2003)。なるべく肉体的にも精神的にもストレスを与えないようにすることが一般的であった。日本における心臓リハビリテーションの嚆矢とされているのは、1956 年に久留米大学の木村登が、九大医学部で開催された日本内科学会において、心筋梗塞を含む虚血性心疾患患者に積極的な運動療法を提唱したことにあった。木村がこのような発想を持った理由として、「以前に京都大学病理学教室で冠動脈の樹脂模型を見られ、その中に血管が完全閉塞しているにもかかわらず、病理解剖時には、その領域に心筋梗塞がなかった例があり、これは副血行が発達していたためであった」ことから、運動療法による虚血部心筋の副血行路の発達促進を期待²⁸したことになったという (戸嶋 2003)。その後 1968 年に Saltin により長期の安静臥床の弊害が報告されてから、欧米においては早期離床が普及していくことになる。日本での 1980 年代の急性心筋梗塞の平均在院日数は 70 日を超えていた (ibid. 2003) が、現在では合併症がなければ 2 週間以内と短縮している。

心臓リハビリは、リハビリテーションと名前がつくが、一般のリハビリテーションとは表 4 のように、大きく相違がある。一般的なリハビリテーションでは、運動障害や認知障害を起こしている患者に個別にアプローチし、個別に機能回復をめざすものである。それに対して心臓病そのものは手足の麻痺や認知障害を起こすわけではなく、むしろ心臓リハビリは退院後の運動習慣を含めた生活の是正を念頭においている (牧田 2004)。

表 4 一般的なリハビリテーションと心臓リハビリテーションの相違

	一般的なリハビリテーション	心臓リハビリテーション
学会名	日本リハビリテーション医学会	日本心臓リハビリテーション学会
学会設立	1963年 整形外科関係者が中心となる	1977年に「心臓リハビリテーション研究会」として発足 1995年に心臓リハビリテーション学会設立
専門家定義	横断的, 総合的に診る専門家	心臓リハビリテーションの指導に関わる資格

²⁸ 心筋梗塞による冠動脈閉塞による心筋壊死部およびその周囲の心筋に繰り返し運動療法により、新たな血行再建がみられること。

学会認定資格	リハビリテーション専門医	心臓リハビリテーション指導士
資格条件	医師のみ	医師，看護師，理学療法士，作業療法士，臨床検査技師，管理栄養士，薬剤師，臨床工学技士，臨床心理士，作業療法士，健康運動指導士の資格を持つもの
対象疾患	運動障害，認知障害	心疾患，末梢動脈硬化症，心疾患予備軍ほか
指導形式	個別指導	個別および集団指導
治療	機能障害そのものへのアプローチと代償的アプローチ	医学的評価，運動処方，冠危険因子の是正，教育およびカウンセリングからなる長期にわたる包括的なプログラム
今後の課題	再生医学の進歩に伴うリハビリテーションの役割の再認識，長期宇宙滞在の現実化に伴う滞在中および地球帰還後のリハビリテーション	多くの施設で普及させる．とくに外来での回復期心臓リハビリと維持期心臓リハビリの継続

出典：牧田(2004)を参考に作成

3.3.1 医療政策からみる心臓リハビリテーション

心臓リハビリが保険医療に適用されたのは昭和 63 年（1988 年）で、当初は急性心筋梗塞発症後 3 ヶ月以内に限定されており、しかもその適用に厳しい条件がつけられていた。その後、平成 8 年（1996 年）に大きな改定が行なわれ、適応疾患に狭心症と心臓外科手術後が追加になり、期間も延長されて発症後 6 ヶ月以内（1 日につき 530 点）と拡大された。同時に生活習慣病の増加による国民医療費の大幅な増加により、予防という観点からも心臓リハビリのプログラムが注目を浴び、平成 16 年（2004 年）の診療報酬改定において心疾患リハビリテーション算定のための施設基準が緩和された。従来は、「特定集中治療室管理もしくは救命救急入院の届出を受理されて」いなければならなかったが、改定により「…、又は、循環器科若しくは心臓血管外科を標榜する保健医療機関であって、当該診療科の医師が常時勤務しており、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行える体制が確保されていること（傍点筆者）」となった。つまり、

集中治療室（ICU）や救命救急入院の届出がなくても循環器科の医師が常勤であり、心臓カテーテル検査が施設内で行なわれていれば、心臓リハビリテーションが算定できるということである。

表 5 心臓リハビリテーションの医療保険適用の主な変更点

年	保険点数	適用疾患	算定期間	施設基準	備考
1988	心疾患理学療法料 1日 335 点	急性心筋梗塞	発症後 3ヶ月間のみ	救命救急入院若しくは特定集中治療室管理	
1992	心疾患リハビリテーション料 480 点				
1996		狭心症，心臓手術後が追加	発症または術後 6ヶ月間	変更なし	
1998	心疾患リハビリテーション料 1日 550 点				
2004			発症後 150日	施設基準改正（緩和）	
2006	1単位 250 点（施設Ⅰ）あるいは 100 点（施設Ⅱ）の単位制	急性発症した大血管疾患およびその術後と慢性心不全，慢性動脈閉塞性疾患による機能低下例が追加	治療開始後 180 日 → 150 日	条件を満たせば診療所においても算定可能だが専用の機能訓練室が必要	緊急手術や検査は施設連携で可能
2010	早期リハビリ加算		維持期リハビリテーション追加	施設基準緩和	

出典：齋藤（2003）、小山（2007・2010）、伊東（2009）を参考に作成

2005 年に行われた心疾患リハビリテーション届出医療機関数の調査によると、2005 年 1 月末現在、届出機関は全国で 186 施設あり、そのうち平成 16 年（2004 年）4 月以降に届け出のあった施設は 51 施設（27%）であった。都道

府県別にみると、東京都が 23 施設に対して、青森県や山梨県、三重県などの 7 県には心臓リハビリ届出施設が全くない。医療としての心臓リハビリは、いまだ地域により偏りのある治療であるといえる。その後、平成 22 年(2010 年)までに全国で 418 施設となったが、実施施設はまだそれほど多いとは言えない状況のため、全ての心臓病の対象患者が受けることのできる治療とはなっていない状況である。心筋梗塞患者が急性期(Phase I)を過ぎて、回復期(Phase II)そして維持期(Phase III)になると、心臓リハビリはガイドライン上では効果のもっとも望める治療として、エビデンスのレベルが最高のクラスにある。回復期にあたる退院後の外来心臓リハビリの実施率は、2009 年に実施された全国実態調査によれば、循環器専門医研修施設 597 施設のうち、外来心臓リハビリ実施施設は 21%であった。血管内手術としての PCI の 実施施設が 96%あることに比較すると著しく低率である(後藤 2015)。

齋藤によれば心臓リハビリテーション料が算定されない理由は、施設基準の厳しさもあるが、心臓リハビリテーションに関心がない、あるいは心臓リハビリテーションをやる医師がいないといった問題の方が大きい(齋藤 2003)。また、同時に齋藤は、本来、心臓リハビリは急性期病院で行なわれるべきものではなく、慢性期病院、あるいは心臓リハビリテーション専門病院があつてしかるべきである、とも述べている。欧米では、心筋梗塞のあと急性期病院で治療を受けた後に、リハビリテーション病院や施設で運動療法や食事療法を中心としたプログラムに参加するからである。

診療報酬という面で見ると、心疾患リハビリテーションに対する診療報酬は、1988 年に心疾患理学療法料という名称で、急性心筋梗塞患者に発症後 3 ヶ月までに限り、1 日 335 点という点数²⁹で開始された。1992 年に心疾患リハビリテーション料という名称に改定され、1 日 480 点に増加した。1996 年に対象疾患が急性心筋梗塞、狭心症、開心術後に増え、期間も 6 か月に延長され、1998 年には保険点数が 550 点に増加した。2004 年には前述の通り施設基準が大幅に緩和改正され、さらに 2006 年には施設基準はスタッフの数と専用の機能訓練室の広さにより、I または II と変更された。標準的な実施時間は、1 回 1 時間(3 単位)程度とするが、入院中の患者以外の外来患者については、1 日当たり 1 時間(3 単位)以上、1 週 3 時間(9 単位)を標準とし、1 単位あたり施設基準 I では 250 点、施設基準 II では 100 点となり大きく差がある。実施施

²⁹ 1 点が 10 円で計算される医療行為の値段として、診療報酬表にある。

設の運営からみると、施設Ⅰを取っていけば増収だが、施設Ⅱでは実質減収となる。さらに2010年には、前述のように早期リハビリテーション加算や維持期リハビリテーションでの継続が可能となる改定がなされた(表5)。政策の上でも心臓リハビリは拡張されたといっておよいだろう。

3.3.2 プログラムからみる心臓リハビリテーション

Y病院の心臓リハビリでは、専従理学療法士が医師の指示に従いリハビリテーション計画を策定して運動プログラムを作成する。また、心臓リハビリの基本である集団運動療法は、主として運用に当たる専従の理学療法士が患者予約を行い、患者を受け入れる準備をしている。心臓リハビリ担当者である理学療法士たちの現在のプロフィールは表6に示すとおりである。

表6 心臓リハビリ担当理学療法士プロフィール

理学療法士	届出	理学療法士		備考
		届出	経験年数	
P主任	30M	専従	12年	心リハ指導士、ケアマネージャー
Q	20M	専従	7年	
R	20F	専任	6年	
S	20F	専任	3年	
T	20F	専任	0年	
U	40M	専任	24年	心リハ指導士、糖尿病療養指導士
V	40F	専任	25年	
W課長	40F		27年	心リハ指導士、ケアマネージャー

Y病院での心臓リハビリの集団プログラムは、月～金まで午前・午後とも1セッションずつ開催している。心臓リハビリテーション室は、Y病院の3階のリハビリテーション室の一面に、施設基準に合致するように区切られてある。心臓リハビリ室は、部屋の一面が窓に面しており、窓の外には国道のバイパスがあり多くの車が行き交い周辺の山間の景色とともに1年を通して変化がある。部屋のレイアウトは図のようになっており、多様な運動機器が並んでいる。

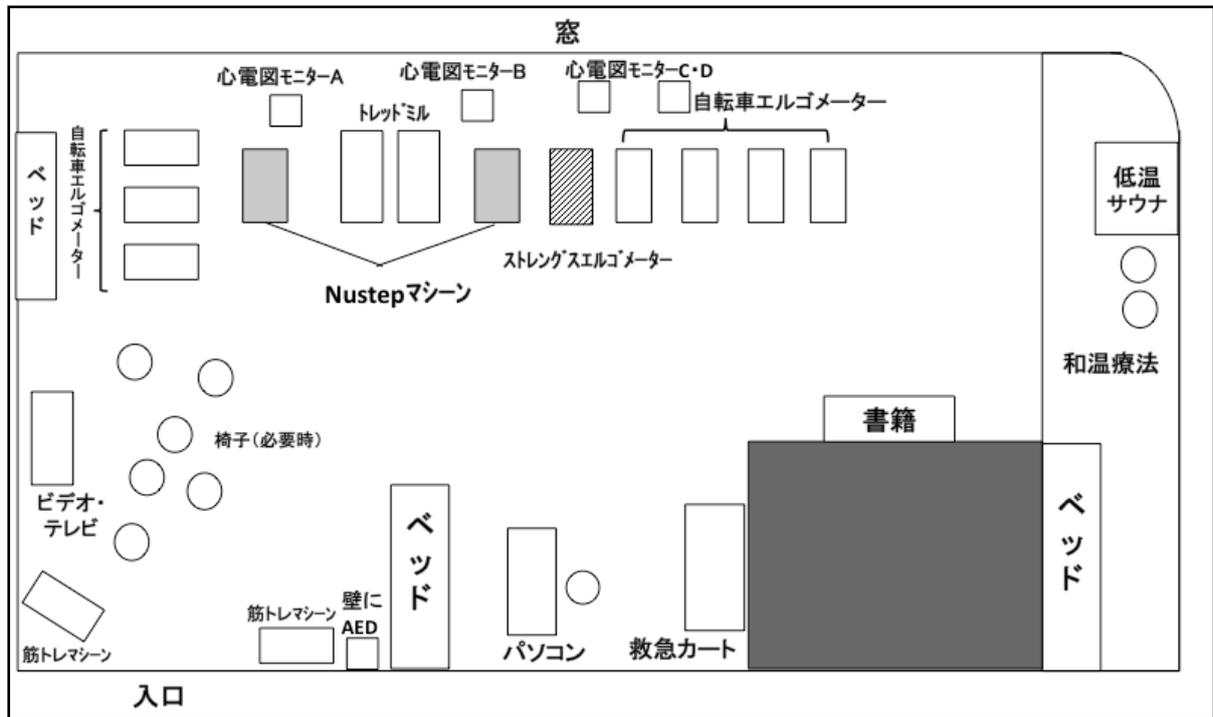


図 6 心臓リハビリテーション室のレイアウト

セッションの時間に非専従者も含めて多職種の担当者 3~6 名が集まる。担当者の内訳は、医師 1 名・看護師 1 名・検査技師 1 名・理学療法士 1~3 名であり、4 職種が対応している。セッションには入院患者や外来患者が混在して参加している。地域の中規模病院では、各期の患者を区分して行うための対象患者数とマンパワーを確保することの困難さもあるため、多様な状況の患者が混在した状況で行われているが、各時期の患者が同時に集まることの利点もみられる。



図 7 心臓リハビリ風景(レジスタンストレーニング)
(2017年6月26日筆者撮影)

各時期の患者が同時に心臓リハビリを実施することで各時期の治療状況が可視化され、さらに「患者の知」の形成を促し、心臓リハビリ継続への契機となる(山口他 2012)。各患者は個別の運動プログラムを行いつつも、違ったステージの患者と同時に参加し、集団運動(ストレッチ運動や自重負荷による筋力トレーニング)を同一フロアで実施していることで、運動療法がどのようなものであるかを知る機会となっている。

集団運動プログラムのセッション時間は1時間で、開始の10分前までにリハビリテーション室に入るように患者は伝えられる。集団プログラムとしての準備運動が開始されるまでに、患者は体調の良し悪しや朝食摂取の有無などの簡単な問診と血圧や体重を測定し、自分のファイルに記入する。その後患者はモニター心電図の電極を胸部に装着し、開始を待つという手順である。多職種の各スタッフの動向は、表7のとおりである。表のように多職種それぞれの担当の役割は重複しており、プログラム開始までの時間は医師を除いてどの職種も、役割分担などはせずに患者の体調を確認し、開始準備に携わっている。

表 7 心臓リハビリテーション業務遂行表(一部)

職種	医師	看護師	臨床検査技師	理学療法士 (専任)
開始前準備 9:10～		モニター準備 (電源・電極) 自転車等準備 氏名札等 環境調整	モニター準備 (電源・電極)	入院患者情報収 集 自転車等準備 氏名札等 環境調整
9:20 または12:50		体調確認 問診・血圧・脈拍記録 心電図装着 安静心電図記録		
開始 9:30 または13:00	体調確認 モニター監視 (全体的に) 必要に応じて診 察・薬処方	モニター監視 (モニター①)	モニター監視 (モニター②)	出欠確認 モニター監視 診察・薬処方確認 不足カルテ準備 遅れてきた方の 対応
9:35 または13:05				自転車にカルテ セット

準備運動の時間に、患者が有酸素運動³⁰で使用するそれぞれの運動装置（トレッドミルや自転車エルゴメーター、ステップマシンなど）の負荷量を設定する。実際の運動療法の現場においては、集団療法で行われるため他の参加者の状況に合わせて、使用する運動器具（自転車やトレッドミル、ステップマシンなど）を変更することもあった。心臓リハビリテーション実施の詳細は、日本循環器学会を中心として多くの学会が協力した合同研究班により作成された「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2012年改訂版)」に詳しい。運動負荷装置の選択は、患者の運動目的や使用に適正かどうか、また患者の好みも受け入れるが、負荷装置の台数に限りがあるためその日の参加人数を見て理学療法士や当日の担当者が決める。

患者の個別ファイルには患者の血圧や体重の自己測定結果を記録と、担当者により患者の運動実施記録と気づきが記載されている。またこれらのファイル

³⁰ 有酸素運動は、大腿四頭筋や腹筋、背筋などの身体の中でも大きな筋群の、リズムカルな動きによって5分以上継続できる運動様式として特徴付けられる(Wenger N.K. et al. 1995=1996: 201)。運動の種目として、ジョギングや歩行、自転車こぎ、ボートこぎなどが挙げられる。

は患者の運動装置の傍に置かれ、多職種の担当者が参照できる。患者と話をした情報は、他の医療専門職と情報共有ができるように、積極的に患者の個別ファイルに書き込んでいく。患者の運動プログラムを見直しするときに貴重な情報となるからである。心臓リハビリでの主なタイムスケジュールは以下のとおりである。

心臓リハビリテーションプログラムの一例

- 9：20 問診記入、血圧・体重測定、モニター電極装着
- 9：30 準備体操（ストレッチング）
- 9：40 有酸素運動（自転車こぎやトレッドミルなど） 20分
- 10：00 休憩、水分補給
- 10：05 レジスタンストレーニング（自重負荷による筋力トレーニング）
- 10：20 整理体操（ストレッチング）
- 10：25 血圧測定
- 10：30 終了、解散



図 8 心臓リハビリテーション時の有酸素運動の様子
(2017年9月29日筆者撮影)

3.3.3 運動療法での多職種協働の実践

有酸素運動が始まると、それぞれの担当者は患者に聞き取りを開始する。それは、会話をしながら運動することを推奨している心臓リハビリで、運動をするときの強度を確認するためでもあるが、患者の状況を知る貴重な機会ともなる。運動処方、自転車エルゴメーターであれば負荷の強度、トレッドミル歩行であれば速度や傾斜角度などの運動強度と心拍数で提示される。ここで、会話しているときの心拍数と運動負荷の関連を見極め、運動負荷を微調整しその日の体調に合わせた負荷を設定してゆくことが可能となるのが、監視型の運動療法の特徴でもある。また、このことを患者とも共有し、体調に合わせた運動負荷での運動療法を行っていくことが重要であることを患者には認識してもらう。

外来患者であれば、自宅での生活状況や特別な事がなかったかどうかを聞き取る。また、心配事がなかったか、旅行の予定や畑に植える作物の話、患者自身の発した言葉など、雑多な話をそれぞれの専門職種が聞き取りファイルに記入する。そして次の専門職種がそのファイルを見てさらにそれぞれの職種の立場から固有の質問をしながら患者と会話し、あらたな情報があればそれをさらに共有しておくためにファイルに追加する。それは、患者が運動プログラムを開始する前に行う問診や、自己測定した患者が運動プログラムを開始する前に行う問診や、自己測定したバイタルサインをもとに患者との会話をすすめ、さらに得られる情報もある。

チーム医療についてどのように考えているのかに関する聞き取りでは、心臓リハビリの専従者であった W 理学療法士は、次のように話していた。

(前略) それは P T の仕事だから、私か C さんがやるわ。そっちはナースの仕事だと思うわ。チーム医療といってもなかなか難しいですね、何をやるのがいいのか・・・それはナースの仕事だし、あまりやるとこちらの仕事と思われてしまうので。(2012.06.18 W 理学療法士の聞き取りより)

心臓リハビリでなされている業務は、各職種による役割分担が明確ではなく、線引きが難しい。業務について、現場では区切りをつけようとしながらも業務が複数の職種にオーバーラップしてしまうことを W 理学療法士は自明視している。担当看護師は、外来業務の混雑状況によって心臓リハビリに来ることができないこともあった。通常は専従の理学療法士を中心に、3 名程度の担当者

が患者の対応をしている。理学療法士が体力を評価し、看護師が生活についてアドバイスをし、臨床検査技師が重点的に心電図モニターを監視するなどの測定をするなど、各職種が仕事に重み付けをしながら役割を担っている。しかし、それも参加者や担当者の状況や全体を見渡しつつ互いの役割を変えたり融通したりして実施する。心臓リハビリの場合ではそれぞれの専門職種は明確な役割分担をせず、他の専門領域へも自由に越境するようなゆるやかな役割分担によって業務が遂行されていく。

3.3.4 包括的心臓リハビリとしての多職種協働実践

運動療法のセッションは専従の理学療法士が中心になって進めるが、運動療法中に食生活に関する事、仕事や日常生活における微細な状況を多職種により聞き取るとは意義のあることである。有酸素運動という身体運動に偏りや過剰な負荷がかかっていないかを確認するとともに、食生活の確認やストレスの状況をチェックすることではじめて包括的な心臓リハビリとなる。そうでなければ、複雑な疾患背景をもち、再発や症状が再燃したりする心臓病患者は、ともすれば身体活動がおこなわれない静的な生活を送りがちである。多職種の多方向からの医療専門職の目で見守りながら、注意喚起しつつすすめていくことで、運動療法をはじめとした心臓病再発予防のために、患者自身が行動することを促そうとしている。

包括的心臓リハビリテーションの概念で進めるにあたり、それぞれの職種が担当する業務にかかわることだけでは十分ではないと R 理学療法士は考えていた。彼は、心臓リハビリテーション業務に専任となり 2 年目を迎えていた。包括的な心臓リハビリテーションについて、現実の業務を担当してみたの感想を以下のように語っていた。

自分一人だと、(理学療法士なので) 体力面だとか生活動作だとかそういうところにやっぱり目がいく。PT なので、どうしても(体力測定の) 評価結果から問題はここですよ、って入りになっちゃうわけで。どうしても生活の問題、たとえば食事のことだとか、というところに直接(話が) 行くかというところ、そこまではいかない。

知識としては、そういうことも(そういう) 視点も、大事だとわかるのですが、やっていることはどうしても身体面、体力測定やその評価ということになるので、どうしてもそのフィードバックになるので、そっちの方

に偏っていく、というようなところもありますね。それを客観的に見たらチーム医療や協働ではないと思います。(2016.10.11 R 理学療法士へのインタビューより)

実際の患者指導の場面では、どうしても自分の専門領域ばかりが前面に出してしまうため、他の分野が大切であることがわかってはいるが、なかなか踏み込んで立ち入ることができず、これではチーム医療にならないと R 氏はいう。

栄養指導については、2016 年の診療報酬改定において、栄養指導を実施した場合の診療報酬が 2 倍以上となった。そのかわりに、栄養指導の時間を 30 分以上とする制約がつくこととなった。それでも診療報酬が 2 倍となったため、これからの管理栄養士による栄養指導を心臓リハビリの時間に行うのではなく分離しておこなおうとする動きが、管理栄養士たちにあった。栄養指導を包括的心臓リハビリテーションの一部として考えると、栄養指導に対しての診療報酬が獲得できず、リハビリでの診療報酬にしかならないために分離して実施するという。管理栄養士からの栄養指導が心臓リハビリのセッションの時間に行われなくなると、他の職種による取り組み自体も変わる。心臓リハビリの場では、栄養指導を行うのではなく食事に関する注意や栄養指導で言われたことが守られているのかを問診により調査された。このように、「包括的」な心臓リハビリという診療報酬には、多職種にとって仕事をしたことが現れてこないため、専門的な介入を躊躇してしまうことも含みこまれている。

また先ほどとは別の理学療法士は、看護師との心臓リハビリでの協働について、以下のように語っていた。看護師の業務は、心臓リハビリの現場に日替わりで様々な担当者が参加しており、日によって違う患者が通院する心臓リハビリにおいては、バイタルサインの数値のチェックを行うこと、実施記録をカルテに入力することなどどの職種でもができることである。看護師の専門性が心臓リハビリの現場でほんとうに生かされているのかということ、W 理学療法士は危惧していた。

うまくいっているのですかね？ 最近わからなくなりました。うまくいってないわけではないけど、100 点満点ではない。なんとなく違う。何が？ というのもわからないし、どうしたらよいかということもわからない。けど理想とした心リハの像とは違うのではないかと。

一番違うのは、指導の内容ですかね。PT として評価すると（体力は）個

人としてはよくなっている。そんなに下がっている人はおらず、むしろ上がっている人が多いけど、トータルとしてはみていない（中略）

ナースがいるとなると区切りや壁を作ってしまうのかなど。入ってこられると、引いてしまう部分というのはある。（生活指導部分は）自分がやるよりは、任せた方がいいのかなど。その方が患者さんにとってもよいのではと。（2016.10.11 W 理学療法士へのインタビューより）

W 理学療法士は、心臓リハビリの場に看護師がいる場合といない場合で患者に対する理学療法士の態度が変化するという。「入ってこられると」という話の中には、自身の職種の見解からのみ判定を下すことができなくなったことを示している。たとえば、体力測定の結果を患者に説明する時の解釈についても、理学療法士として身体能力のみを評価するのではなく、他の要因を考慮して行うことが無意識になされている。前回の測定結果と比較する場合にも、今回の測定日までの期間中の疾患の状況や生活の変化などがなかったかについて考慮し、慎重に評価されていた。理学療法士は、患者への結果説明時に、患者の言動をふりかえりながらこれまでの経過を多様に解釈していくようになり、看護師との協働の成果としていた。

外来看護師にとって、心臓リハビリ自体はそれほどなじみのある医療ではなかった。看護師の中には、心臓リハビリテーション指導士の資格を取得している者も数名いたが、当初外来には勤務していなかった³¹。担当となった看護師たちは心臓リハビリにはそれほどなじみがなかったからこそ、まずは周辺の誰でもできる内容の仕事から入ることで、業務への不安感や、違和感を取りはらった。具体的な担当看護師は、運動前のバイタルチェック結果の数値の確認や電極の装着、または気になった患者についてじっくり話を聞くという様子であった。短時間にさまざまな患者が参加する心臓リハビリの現場は多忙であり、ともすれば当日のバイタルサインの数値にばかりとらわれがちな運動療法の現場において、数日間の数値の変化を見ながら参加者の体調を確認する看護師の

³¹ その後、1名の心臓リハビリテーションの資格をもつ看護師が外来勤務となった。しかし、彼女も資格取得後に心臓病患者のいる病棟に勤務していたわけではなく、整形外科患者の多い回復期リハビリテーション病棟にて勤務していた。また、外来勤務になってからも、当直や心臓カテーテル室、問診担当、救急担当、造影室担当などをローテーションする外来看護師の勤務表により、心臓リハビリの担当になるのは、せいぜいで週に1、2回のみであった。

存在は大変に有用であった。

それにたいして R 理学療法士は、心臓リハビリが多職種による包括的な取り組みを前提としているのにもかかわらず、それがまんべんなく全ての患者になされていないことを問題にしている。しかし、他の職種がその場にいるというだけでも、それぞれの専門職役割を相対的にみるようになり、自分の担当する体力や生活動作について限定した関わり方が回避されている。

他の多職種の専門家からどのようにチームへのフィードバックがあるのかを、筆者が R 理学療法士に尋ねたところ、それは以下のような返答であった。

(他の) 専門家からはチームへのフィードバックはないですね。カルテの記載を見て (見ればわかる)、ということかもしれませんが。

協働というと、(患者に対しての) 問題意識というか課題の整理、課題の抽出が大事かと思う。自分一人だと PT なので、体力面とか、生活動作だとかそういう話になり、評価結果から問題はここですよ、という話になってしまう。問題を食事とか、生活にもっていけない。そういうところに直接行けない。PT としてそういう風に学んできたから。でも、PT だから体力面や動作面だけをみていけばいいというのではなく、そこを抜かすことはできなくて、そこを大事にしつつ別のところも、という感じです(図 9 のようなイラストを描いて説明)。(2016.10.11 R 理学療法士へのインタビューより))

彼のイメージによると、理学療法士は身体面について山の頂上 (彼の言葉で言うと深いところ) まで担当し、栄養面や疾病管理は山の裾野を担当するといったイメージでチーム医療について教育を受けてきたという。課題の整理、抽出が大事であると彼は上司の理学療法士から教わってきた。チーム医療であるからこそ、理学療法士であるため、体力面や生活動作などにしか目がいかないことを危惧していた。チーム医療だからこそ、食事面であれば栄養士が、生活指導であれば看護師が対応することで問題を抽出するべきであると思うと、理学療法士は一般的にいう。しかし、彼の話すところではそれぞれの職種が担当した結果は電子カルテに記入されるのみで、それらが他の職種の専門家と事実上で共有することがない。このことに対して、「弊害はきかない、不満とか聞かないのでうまくいってないわけではないと思いますけど。でも、100 点満点ではない。」と述べている。

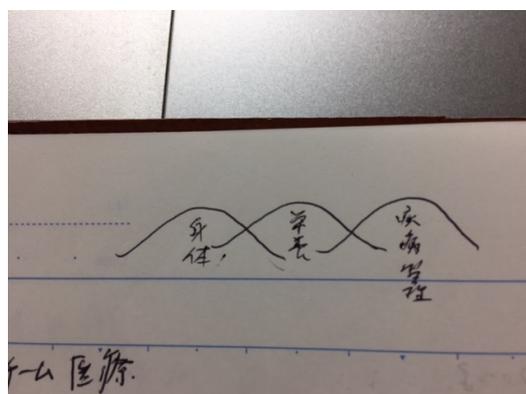


図 9 PT の領域である身体面と他の職種が担当する領域のイメージ
(2016.10.11 フィールドノーツより)

3.3.5 看護師の心臓リハビリでの多職種協働実践

心臓リハビリは多職種協働が基本にあってなされる医療であるが、多忙な外来看護師は、日替わりの担当看護師として心臓リハビリの時間に参加していた。また、病棟からも心臓リハビリテーション指導士の資格を持つ看護師³²を中心にローテーションで曜日を決めて参加していた。不定期に日替わりで参加する看護師は、心臓リハビリの経験もさまざまであり、月に数回のみ担当する看護師もいた。また担当する業務についても、参加する患者数や患者の状況、外来／入院の構成などの変化もあり、実際に明確に決められはなかった。

心臓リハビリの現場において、心臓リハビリを実施するために運動療法室に入ってくる患者たちは、先述のように血圧や体重を自己測定し、体調や食事摂取の有無を自己ファイルに記述している。心臓リハビリの担当者は、記録された患者のファイルに問題がないかの確認をする。ある日の看護師は、心不全で入退院を繰り返している患者について、体重を確認し、足の浮腫みの具合を確かめて自宅での様子を聞き取っていた。その上で、おかしいと思えば、心臓リハビリを中止させて主治医のところに受診させることもあった。

[事例 1] 看護師と医師の見解に相違がみられた事例

ある時に、不調を訴える術後の心不全が懸念される患者 M について、看護師か

³² 心臓リハビリテーション指導士の資格を取得した看護師や理学療法士は、かならず心臓リハビリの業務に携わるわけではない。毎年行われる部署異動により、心臓リハビリが行われない部署に異動になることもしばしばである。

ら心臓リハビリ担当の医師に、主治医の外来に受診させることを相談した。心臓リハビリ担当医は、受診させることの根拠を看護師に尋ねた。看護師は、体重が 1.5kg 増加していること、脈拍が速くなっていることなどを根拠としてあげたが、決定的に「何かおかしい」と感じていることについては、うまく説明できず、主治医に診てもらわねばならない根拠の説明をすぐにできずに泣き出してしまった。心臓リハビリ担当医は、混雑している外来に、あらたに患者を送り込むことになることを懸念し、それもあきらかな緊急事態というわけではないとみていた。心臓リハビリの担当医は、すぐに受診することではないと考え、患者に「今、どこがつらいですか？」という質問をいくつかして、聴診器を胸部や腹部、背部に押し当てさらに現在の状況を尋ねた。何かあれば迷わず受診してもらいたいことを告げて、患者は心臓リハビリ後に帰宅することを許可した。

心臓リハビリの現場でおこったこの一例は、患者をめぐる医師と看護師との見解の相違とみることができる。しかし、患者も看護師に「何かおかしい」と訴える場合と、ベッドに横になり医師から聴診器を当てたあとに「どこがつらいですか」とあらためて質問されると、「大丈夫です」とこたえている患者も、自分の状況を十分に伝えることができていなかった。結局、患者 M の心臓リハビリは中止となった。

3.4 外来心臓リハビリ患者のカンファランス

外来での心臓リハビリに通うそれぞれの患者に対して、そこにかかわる多職種の医療専門職が何の情報を持ち、どのように認識し、そしてどのように接しているかを相互に知ることはできない。心臓リハビリに加わっている多職種の医療専門者は、患者のケアを一過性ではなく継続的に行っていく必要があるだろう。

ここで筆者は 2012 年 4 月に入院患者のカンファランスだけではなく外来患者の多職種カンファランスの定期的な実施を心臓リハビリ委員会に提案した。それは、Schön の言う「省察的実践」の場を人工的に作ることを意図していた。すると、その多職種カンファランスは、各職種の多忙の合間を縫って、心臓リハビリ開始前の 10 分間あまりで実施することになった。

病院医療では、一方で専門分化が進んでいるが、他方で多職種協働に求められる要素は多様になってきている。それは患者の状況や病期により異なる対応

を求められることがあるからである。多職種協働が達成すべき成果は、患者の実際の日常生活に目を向けて、彼らの自宅での生活にむけて現在の体力を評価し、急性期の治療から回復過程へ、さらの維持期にむけての心臓リハビリを患者とともに考えていくことである。このことを踏まえて、外来カンファランスの場では、多職種の医療専門職が患者をどのように捉え協働して支援していくことができるか議論する場となることを筆者は目指した。

3.4.1 外来カンファランスの実施方法

入院中の患者に対しての患者カンファランスは病棟にて行われていた。入院中の患者は、病棟内での 24 時間の監視のもと、病棟での生活は規定されている。また、疾患によりクリニカルパス³³が作成されており、スケジュールにそってプランが進行する。その中で、看護師による患者への生活指導がなされている。しかし、在院期間の短縮を奨励している政府の施策もあって、Y 病院でも心筋梗塞患者の入院期間は短縮している。そのため入院期間中に退院後の生活指導のために十分な時間をとることが難しくなっている現状があった。さらに退院後の状況は不確実であることが多いため、退院後を見据えた入院中の支援は限定的であった。退院後の患者が外来心臓リハビリに引き継がれることがあれば、これを引き継いでいくことが可能となる。ただし、患者の退院後の状況により外来心臓リハビリにつながるのは 4 割ほどである。

新たに設定された外来カンファランスは、多職種による協働のあり方を見直すために、あえて時間をとって取り組むことによって、現場における意識変革となることを目指して設定された。そこでは、外来患者の治療や生活の状況について、それぞれの職種が持つ互いの情報をフィードバックすることを目指し、電子カルテに情報を共有しつつカンファランスは行われた。筆者はカンファランス開催において専従理学療法士と相談して対象者の選定や期日の設定、参加者への連絡など担当し、また、当日の進行や記録も行うなどコーディネーターとしてふるまった。ただし、当日の進行といっても、現状の運動療法や食生活の状況については、理学療法士や管理栄養士など各職種の担当者から説明をしてもらうため、進行係をつとめるのみである。また、医師から治療の経過や目標、医師として患者をどのように見ているかについての見解を説明してもらう

³³ クリニカルパスとは、入院中の処置や検査・治療のスケジュールが日毎に記入されているある種の行程表のようなものである。

こともあった。

患者が心臓リハビリを生活の一部として捉えていくことができるまでの支援をするにあたり、従来は、入院患者に対して行われていたカンファランスを、外来患者においても、多忙な多職種医療専門家が顔を合わせて行ったのであった。

3.4.2 外来患者の心臓リハビリ実践と外来カンファランス

外来患者の心臓リハビリ実践の問題として、彼らは入院患者と一緒に集団療法を行うのであるが、ともすれば入院患者に指導者の手がかかり、外来患者は通院し運動療法をしていれば問題なしとされている状況があった。心臓病患者にとって運動療法は、治療の一環として行われていることではあるが、その目的は徐々に移り変わっているといえる。例えば心筋梗塞患者であれば、治療における臥床期間が長期にわたっており、臥床により失われた体力を回復し、社会に復帰するという機能回復が当初の目的であった。しかし、科学技術の進展により、血管内治療である経皮的冠動脈内腔拡張術（**Percutaneous transluminal catheter angioplasty: PTCA**）などのインターベンション治療が盛んに行われるようになった。開胸手術ではない血管内手術が有効な治療として行われるようになり、術後翌日より離床が可能となった。また、心臓の冠動脈バイパス移植術などの外科手術後であっても、人工心肺装置を用いずに心臓の拍動を止めないで行うオフポンプ手術、さらにロボット手術がおこなわれるなど、患者にかかる負担は少なくなっている。そのため、開胸手術であってもベッド上で安静にしている期間は数日に短縮された。それが、入院期間短縮の機運とともに早期離床はますます進み、いまや心臓カテーテル検査は日帰りでも可能な検査となっている。入院期間の短縮化とともに機能回復は重要性を帯びたものではなくなってしまう。それと同時に心臓リハビリの新たな目標として、再発予防と生活の質の改善が目指されていた。

心臓リハビリの最終的なゴールは、患者たちが運動療法、食事の見直しやストレス緩和などを、生涯にわたり継続していくことであり、そのために心臓リハビリに関わる医療専門家が支援し共に考え方法をみいだしていくことである。入院中の急性期心臓リハビリから、外来での回復期心臓リハビリ、そして維持期心臓リハビリへと継続していくことが望ましい。患者たちにとって心臓リハビリを継続することが困難になるのは、従来報告されていたように多忙である

ことや運動する場所がないことばかりが問題となるのではなかった³⁴。診療報酬の1割から3割の個人負担が問題となる経済的な理由もあった。患者に心臓リハビリのために通院を続けてもらうには、心臓リハビリのプログラムを魅力的なものにする必要があった。

3.4.3 外来カンファランスの実践

外来患者の心臓リハビリテーションの対応について、定期的に通院し運動ができていればそれ以上は問題とされない状況があった。運動内容については集団の運動療法が行われていたために、各担当の理学療法士が個別のプログラムを見直し作成することもなかった。定期的な筋力測定や6分間歩行などの運動能力評価を行い、結果を患者に伝えていた。しかし、患者からここでやっていることは体力テストをしているだけではないのか、といった不満があったことなどから、多職種でのかかわりが不足していることが予想された。

そこで、心臓リハビリの現場を統括するマネージャーとしての役割をになう専従理学療法士と、筆者の役割として与えられた「コンシェルジュ（案内人）」によるマネジメントを心臓リハビリテーションにとり入れることとした。それぞれの役割は、大別すると「組織をマネジメントする」と「情報をマネジメントする」ことであった。外来患者の心臓リハビリは、入院患者と一緒に行う集団療法であり、ともすれば入院患者に手がかり診療報酬の上限である150日が経過すれば、それで終了としている現状があった。こうした状況のなかでは、その後に再発し再入院となり治療を受けて、再度心臓リハビリにエントリーということになった患者もいた。また、誰が個々の患者への生活上の細かな聞き取りを行い、それに対する生活指導を、いつ、どのようにおこなうのか等の問題があった。外来カンファランスは、これらの問題解決のために、患者情報の共有と組織マネジメントを包含し目的化されていった。

³⁴ 退院後の外来心臓リハビリ不参加の主な理由として、復職・多忙・遠方居住・通院困難などが挙げられてきたが、特別な理由もなく単に心臓リハビリへの動機づけ不足が原因と考えられる例も少なくない（後藤 2009）。また、退院後に心臓リハビリテーションに不参加となる高齢の心筋梗塞患者において、妨げになる要因の検討結果として、家族のサポートを得られないことが大きな要因であることが報告されている。このため、患者教育のあり方や説明の仕方、家族のキーパーソンに説明時に同席を求めるなどの対策が講じられている（楠木 2008、立石 2006）。維持期心臓リハビリの継続に関しては、医療者による定期的な支援が効果的であることが報告されている（Alter et al. 2009）。

当初の外来カンファランスは、月に 6 回、午前のセッション（午前 9 時 30 分～10 時 30 分）が終了した後の約 20 分間に行っていた。毎回の対象患者は 2 名とし、事前に電子カルテ内のメール機能を用いて、主治医、専従理学療法士、主任管理栄養士、外来主任看護師および外来看護科長に実施内容と対象者名を連絡した。また患者背景の概要や冠危険因子保有状況、家庭状況などをカルテ閲覧や本人からの聞き取りにて事前に情報収集し、当日までに電子カルテ上に記録することで、誰でも事前に閲覧・追記できる掲示板のように設定した。カンファランス当日の流れは、患者情報確認のあと自由に意見をのべあうもので支援の指針を多職種で確認した。その後に担当医師から、検査・処方・指導や指示が追加された。話し合われた内容はカンファランス記録に追記し、電子カルテ上にて、その後いつでも閲覧可能となる。

その後 2012 年 10 月よりカンファランスの実施形態を変更した。外来診療体制の変更や外来看護師の参加しやすい時間帯などを考慮し、開催時間を心臓リハビリセッション前の午前 9 時から約 10～20 分と短縮し、対象患者を 1 名のみとした。また、開催頻度は週に 3 回とし、3 名の各循環器内科医師の患者を対象としてカンファランスを継続した。

3.4.4 外来カンファランス実施後の結果

外来患者の心臓リハビリカンファランスは、2012 年 5 月 16 日～2013 年 6 月 30 日の期間でのべ 144 回（対象患者数 100 名）行われた。複数回繰り返したカンファランスを行った患者の内訳は、1 回の実施が 69 名、2 回の実施が 21 名、3 回の実施が 8 名で、4 回および 5 回実施した患者が各 1 名であった。多職種での外来心臓リハビリのカンファランス実施後に検査オーダーの追加や運動処方の見直しや栄養指導などの指示の追加があった。カンファランス後に新たに出されたオーダーの追加や処方の見直しの項目と件数は、表 8 の通りである。外来カンファランスにより追加されたオーダーの最も多かった項目は、体重管理の面から食事の見直しが必要とされたことによる管理栄養士による栄養指導であった。次に多かったのが、運動療法を継続し、運動効果の判定を行い運動プログラムの見直しの必要があるということであった。そのため、心肺運動負荷試験の再検査や理学療法士の体力評価結果からみた運動処方の見直しが追加された。

表 8 オーダーの追加や処方の見直しの項目と件数

変更内容	件数	比率
検査オーダーの追加	20/94	21%
運動処方の見直し	33/94	35%
栄養指導追加指示	51/94	54%
生活面談指示	16/94	17%
PHQ-9の追加調査指示	16/94	17%

集団での心臓リハビリ実施時に、各医療専門職は患者の聞き取りを行っている。聞き取った内容は、各患者のファイルに記載している。他の職種が同じ質問をしないように、また、運動や食事、生活面についてまんべんなくチェックされているかを、各職種が確認していく。その際に挙げられていたのは、患者が入院中に受けた食事指導を退院後の日常生活に反映させることに困難を感じている場合が多いことであった。カンファレンスの参加者が、患者の食事内容に関する問題を指摘することが多かったことから、栄養指導の追加が最も多くなされることになったと考えられる。

多かった運動処方の見直しは、運動時の心拍数の変化や運動評価により筋力測定や6分間歩行テストなどの歩行評価が契機となって、理学療法士より提案された。すなわち、在宅にて頻回におこなわれている歩行などの運動種目において、適切な負荷や時間になっているのかを見直しする提案、また、体重増加のため減量に適した運動プログラムへの変更、下肢閉塞性動脈硬化症のための運動プロトコルから通常的心臓リハビリプログラムへの変更をいかに行うかなどが議論された。運動療法は、治療の一環としてなされるものであり、考慮すべきは患者の状況や合併症の存在、薬の副作用などに加え患者の要望も取り入れた上で運動プログラムが作成される必要がある。運動プログラムは、具体的に運動種目・運動強度・時間・頻度の見直しが行われていた。電子カルテ上のカンファレンス記録を図2に示す。このように、出席者の職種と名前、協議事項が書かれており、カンファレンス内容を電子カルテ内の経過記録であるSOAPなどに、引用して記録が可能である。カンファレンス実施により、決まった治療方針として、カルテ記載して残す医師も複数いた。

分類:	カンファレンス記録
タイトル:	外来心リハ初回
名称	
病種	外来
開催日	2013/02/01
入院経過日数	
種別	
本人・家族	
関係機関	
出席者 医師	八重樫
看護師	(佐分 宇野)
OT	
PT	(酒井) → 池田
ST	
SW	
DW	
その他	山口 漆原 多保田
協議内容・結果	2013.01.08 職場で前胸部痛、夕方小松市民病院受診。CAGI、PCI施行。血行吸引後、Kienc市民HPでは、運動療法はまった退院後、心リハを希望しやわ 1/22より当院心リハ開始。週1/30。UDGIにてLV mid-apex hvc

図 10 Y 病院の外来心臓リハビリカンファレンスの記録
(2013年2月1日筆者作成)

カンファレンスを行ったことによる効果として、多職種から患者への声かけや問いかけによるフィードバックが、1セッションのうちに何度も声かけがおこなわれるようになった。目標の確認を繰り返すことと、目標達成への支援やそれに伴うリスク管理がなされていった。患者の体調の確認と異常が見られた場合の早期の対応、および看護師による生活状況を確認する面談が確実にチェックリストを作っておこなわれるようになり、それはすなわち、心臓リハビリ参加者への医療の質の向上へとつながっていくことになった。

3.4.5 理学療法士にとっての外来カンファレンス

P 理学療法士は入院患者と比較して外来患者での目標設定の難しさを指摘している。退院後の大きな目標は再入院を防ぐことであるが、そのためには退院後の生活の変化や状況の変化に対応させるような、個別の対応が必要となる。通院患者の集団療法において、個別に作成するリハビリテーション計画書はつい画一的になってしまいがちである。P 理学療法士は外来患者のカンファレンスを次のように捉えていた。

入院中は、退院に向けて多職種が同じ方向をむいて仕事ができる。しかし外来では何を目標にするかは患者個人の状況により違ふし、また時間の経過によって変化していく。カンファであきらかに計画書の内容がかわり、より個人にあったものになっていきましたね。(2013.06.21 P 理学療法士へのインタビューより)

カンファランスにおいて、多職種の担当者により話されることによる患者情報の共有により、自分が見落とししていたところや気付いていなかったところの振り返りが行われているといえる。また電子カルテに残されたカンファランス記録を繰り返し見ることにより、患者支援への知識が厚みをましている。実際に、多忙な医療の現場であったとしても、参加できなかった専門職者は電子カルテのカンファランス記録には必ず目をとおしていた。

多職種協働によるチーム医療をどのようにすすめていけばよいかについて、それぞれの医療専門職がもつ専門知や、さまざまな患者と接することで蓄積された経験知や暗黙知を他の職種と共有することは多忙な医療の現場ではあまり行われることはない。それぞれの専門職種が個別に担当し、対応した結果が簡潔に電子カルテ上のシートに記載されているのみである。個別に面談して行うような食事指導や生活指導において、診療報酬上は行ったという事実が重要であり、内容について問うことは難しいためアウトカム評価がなされていないこともある。中心となる主治医が指導の指示を出しているという構造のため、主治医が評価していることになっているという解釈である。R 理学療法士は次のように述べている。

なんかこう、格式張ってチーム医療というよりも、普通にしゃべりながら、コミュニケーションをとりながら、患者さんのことを考えるということをしていけば、自然にこうチーム医療になっていくのかなと思うのですがね。チーム医療だからこういうふうに関わらなければならないということはない。それぞれの立場で患者さんに対しての話をすれば、そういうのが成り立っていくのかと。その機会として、カンファなどの場を設けるのが必要だと思う。(2016.10.11 R 理学療法士へのインタビューより)

この理学療法士の語りからみれば、患者についてそれぞれの職種がどのように捉えているのかを話しつつコミュニケーションをとることを、カンファランスの場に求めていることがわかる。カンファランスが行われないと多職種が共に話をする機会が失われている現状が看取される。さらに、次のようにも述べている。

心りハって包括的な医療とっていたのに、本当に包括的なのかな、と始

めた頃は疑問で、患者さんにすすめるときも、運動中心の話になってしまっていて。(中略) 知識がない部分というのもあるので、他の部分を指導する力がない分、運動のところばかりになりがちになるというか。そうなるのはしかたがないかと。得意分野があるのは仕方がないかと。自分の知識がないこともあります。そこに人がいないと。話しないとチーム医療にならない。(2016.10.11 R 理学療法士へのインタビューより)

概念だけで「心リハはチーム医療だ」といっているだけでは、チーム医療にならないということを若手の理学療法士はのべている。人がいて、話をするやりとりがないと、チームがあったとしても、また、実際に何かする場がないと、チーム医療にならないという。一緒の場にいなくても、自分が中心になって医師に問い合わせ、栄養士さんに話を聞くといったことを行っても、チーム医療とはならないのか?と尋ねると、「限界がある」という。理学療法士がいう「限界」は、個人として尋ねて回る時間や職域の限界なのか、医療組織のなかで、尋ねてまわることに限界があるということなのか、またこのように尋ねることで多職種協働の隙間をうめてもチーム医療としての限界があるということなのか。ここでの問題は、理学療法士の言葉を借りるなら、「やっぱり、また聞きになる、ということ」である。間接的に栄養指導をした結果や、治療方針を聞いても、「また聞き」(人づてに聞いた話、記録したものを読むこと)に、限界を感じてしまっている。また聞きという言い方のニュアンスには、ファーストハンドのデータではなくセカンドハンドであり、2次情報のデータを扱うにあたっての不確かさが感じられる。

このインタビューでは引き続き、チーム医療として常日頃かんじていること、意識していることなどについて、筆者とR 理学療法士は次のようなやりとりをした。

(R 理学療法士) この人の問題が栄養だなと思ったときは、自分ではなく栄養士だなと思い、栄養士に話をしてもらおう。自分も栄養の話もしますが、患者さんとしても、専門家に言われた方が心に響くかと。そういう意味では分業ですかね。

(筆者) 栄養士の指導した結果の確認はしていますか?

(R 理学療法士) 時間の許す限りで、覚えていれば、したりしなかったり

と。「どうでしたか？」と患者に聞くことはありますが。そういう点で、カンファやっているときは、自分から見つけに行かなくても情報が得られることは、いいなと思いますね。本当に時間があれば、どんな指導がされていたかカルテ見に行くと思いますけど。なかなか（できない）。問題と思えばそこまで探しに行くとは思いますが。自分は問題として察知していなかったことがそこ（カンファ）では問題になっていた。（2016.10.11 R 理学療法士のインタビューより）

このように、チーム医療とはいえ多職種の医療専門家が分担して患者に関わった場合、それぞれがどのように患者と関わっていたのかについては我関せずの状態となってしまうている。栄養士が指導した、理学療法士が関わったといった事実が大切であることは、診療報酬上の問題であり、日常の多職種協働においては、ちょっとした患者の行動にかんする他の職種から見た情報が有用なのである。15分から20分程度で実施される外来患者の心臓リハビリカンファランスは、患者が心臓リハビリを行う上での目標を中心に、〈多職種の医療専門家が対象患者についてそれぞれの立場から意見を述べ合う場〉として機能していた。



図 11 外来患者の多職種カンファランスの風景
(2013年8月 病院職員撮影)

左から、理学療法士・管理栄養士・臨床検査技師(筆者)・看護師・医師

3.4.6 医師にとっての外来カンファランス

カンファランスに対する医師の見解はどのようなものだったのか、4月から赴任したC医師(30代)はカンファランスにはあまり積極的ではなく、開催を忘れることも多かった。C医師がカンファランスをどのように考えているかについてインタビューを行うと、次のように述べていた。

(多いときは半日で50人近くいる)外来患者は、その日のバイタルみて検査結果確認して、あと変わらないか聞いて薬出して終わりだから、ほとんどどんな人か覚えられない。カンファだと余分な情報というか、いきさつをきくから覚えていて、診察があきらかに変わってきますね。薬が変わるということはないけど。(2013.07.04 C医師へのインタビュー)

医師にとってのカンファランスは、薬を変更するような治療に影響するような情報ではなくとも、患者に関する知識となり診察の場に生かされていたといえる。医師自らが、または担当者が電子カルテ上に指導が必要な内容を残しておくことで、次回の診察時に食事や運動にまで言及することができたと述べる。さらにその内容が多職種で共有されているので、患者にとって首尾一貫した指導となって効果があがる。患者にとっては主治医からの説明と他職種の指導が呼応していることが重要である。

また、カンファランスについてD医師(30代)は次のように話した。

多職種のみでみるから自分で気づかないこともわかる。Bさんがすぐに椅子に座って、歩くことをいやがるというから、念のために検査したら詰まっていたよ。そしてすぐ入院して治療になったけど、自分だけだったらわからなかったと思うよ。(2012.11.08 D医師への聞き取り)

多職種による外来カンファランスは、医師にとってこれまでの治療や指導内容について多職種が意見を述べ合うカンファランスを通じて振り返る省察的実践となっている。ここに参加している医療専門家たちは、医師がこれまで見落としていた点に気付くと、ともにこれを指摘し、質問をすることで新たな処方になされ、治療のアプローチが変更されていくことになった。回数を重ねるにつれ、D医師は対象患者を自ら選定し、カンファランス記録には話された内容を積極的に残していくことにもなっていた。

しかし、このような見方はどの医師においても共通というわけではなかった。医師の退職や、大学医局でのローテーション³⁵による担当医師のいれかわりがある場合、あらたに赴任した医師は心臓リハビリの外来カンファランスがどのように開催されるようになったかは知らない。外来患者の多職種カンファランスに参加した新任の K 医師（30代 男性）は、次のように話した。

多職種協働というのは国の方針で僕は悪くないと思う。この病院にきて思ったのは、結局、多職種が集まって雑談するようだったらあまり意味がないと思うこと。患者さんのプライベートなことも出ますし、家族背景や経済状況、そういう話をみんなでするのはいいとしても、それを話ししてそのまま終わっていたら、それこそ情報共有で終わっていて。それが患者さんに何のメリットがあるかという、プライバシーがもれただけというなら、する必要がない。（2015.08.12 K 医師へのインタビューより）

新任の K 医師からすると、これまでイメージしていたカンファランスとは違う形態でなされる外来患者のカンファランスに違和感を覚えていた。外来患者のカンファランスに積極的ではなかった K 医師は、カンファランスで患者に関する意見を求められても、答えることはしなかった。K 医師は、カンファランスの場は、今後どうしていきたいかの方向性を決定する場としてあるべきだと述べる。

入院患者とは違い外来患者では、患者の 24 時間を監視することはなく、患者の日常の療養実践については患者の話聞くほかはない。または患者の検査結果を頼りにすることで、おおよそ医療者の指示通りに日常生活をおくっていたかを類推することとなる。外来患者に対する医療者の視点は、それぞれの職種が個別の視点で見るといえる。そのため、患者の生活上の問題点の捉え方は、各専門職で異なっていることも多い。情報をすりあわせておくことの重要性を考えて、あえて入院患者とは違ったやり方でカンファランスをしていることを筆者は新任医師に話した。それに対して K 医師は、そのやり方を

³⁵ 大学医局から医師を派遣してもらう地方の中小病院の場合、大学の医局人事に併せて医師の交代がある。このような医師を病院ではローテーターと呼んでいる。赴任期間は各大学により、また診療科により異なっている。半年から 1 年間、または 2 年間が普通であるが、長期にわたる場合もある。これらの医師の特徴として、週に 1 日以上の研究日を設け大学に帰り研究をする日が設けられている。

肯定的に捉えている面もあると言う。

僕、カンファしていいなと思ったのが、唯一、(中略) こういう所見があって、まだこれが足りないので、医者にこれをやってくれませんか？というは有りだと思ふのです。そういうための会議だと思ふ。(中略) 一人の患者さんについて 5人多職種が集まって、30分話をして得られた結果がカルテ(に情報共有したことの)記載だけだったら寂しい話じゃないですか。その人に、今までと違って何かをするという提案がないのなら意味ないですよ。いままでと(患者になすべきことが)かわらないのだったら、何の意味もないと思ふ。(2015.08.12 K 医師へのインタビューより)

つまり、医師は自分自身が見過ごしている点、もしくは目に止まらなかった点に関して、多職種から指摘されることに意義を見出しているのである。さらに、その事実を単に報告や指摘をするだけではなく、医師に対して行う要望までも重要であるとし、多職種からの意見を聞いて自らの診療に反映させることを望んでいる。多種の医療専門職が患者を見たときに報告すべきと感じた事実は、医師に報告してそれで終わるのではない。それぞれの医療専門職の立場から医師への提言をすることではじめて有意味となる。この医師の語りは、カンファランスを実施する意義として、〈他の医療専門職から診療を進めていく上での意見を得られる場〉であることを求めている医師側の態度と捉えられる。

3.4.7 看護師にとっての外来カンファランス

看護師にとって、当初は他の看護師が現場で忙しく立ち働いていた時間に、座って話をするというカンファランスの場への参加は、他職種の話をきくことのできる貴重な機会であった。しかし、カンファランスに出席するという業務は、例えば、外来看護師の一人が子供の急病などで欠勤した場合の業務調整において、どの業務を圧縮するかを選択する場合に、第一に調整されるものでもあった。そして、そのような状況が続くと人手不足の折から、カンファランスを欠席することが多くなる。病院に勤務する看護師にとっては「現場をまわす」ことが第一であり、外来において医師を(患者をではない)待たせないように臨機応変に立ち回らなければならない。また、待ち時間が長くなった患者に対しても対応する必要がある。その場合、多職種協働で行う業務は後まわしにな

ってしまっている。

ある例をあげる。外来業務が多忙な看護師は、カンファランスで話し合った患者を、次に担当することになるどうか分からない。カンファランスに参加したある看護師は、次に自分がこの患者の担当になる確率は低いことを理由にして、カンファランスへ出席することを拒否した。また、看護師が1名カンファランスに出席することにおいては、外来勤務を免除してもらうことになるという。このことから、普段から忙しい外来業務のことを考えて、カンファランスに看護師が出席することはチームワークから外れることになると考えカンファランスにはなかなか参加してこなかった。そこで、筆者は看護師の上長であるS 外来看護師長に、多忙な朝の時間に外来看護師がカンファランスに参加することの可否について尋ねると、S 師長は次のように話した。

カンファランスに参加することで多職種の考え方を学んでほしいのです。外来はたくさんの慢性患者が定期受診しており、生活の様子や体調の変化を短時間のうちにキャッチしなければならない。そのためのトレーニングに外来カンファはいい機会です。ぜひ瞬発力をつけるスキルアップしてほしいから忙しくても参加してもらいます。ですから、参加することを要請し続けてください。(2012.09.21 S 師長へのインタビューより)

このように、S 師長は筆者に話した。この師長の一言で、看護師は堂々と外来カンファランスに参加することになったかということ、必ずしもそういうわけではなかった。たとえ、師長がそのようにカンファランスへの参加を要請したとしても、看護師は外来が多忙なことを理由にカンファランスに参加しないこともたびたびあった。カンファランスに積極的に参加している看護師は、他の職種の意見を聞くことで患者についての情報共有が促進されるとともに、他職種が患者を見る視点を学ぶ場となり、外来看護師として患者を瞬時に多角的にみるトレーニングにつながっている。実際に指導を実施していくにあたり、患者を多職種の視点からどのように見ているかがわかったと述べ、また看護師の視点を他職種が知ることにもできる。しかし、同僚看護師から批判もあったことも事実である。もともと中小の病院では、外来看護師には当直勤務を希望しない子育て中の看護師や、パートタイム看護師が多い。子供の発熱などで急な休みとなる看護師がいると担当の調整が計られることもたびたびあり、外来担当の看護師が一人でも減ると、カンファランスへの参加への優先順位は低くなる。

ここでは、看護師長の意図と外来診療の現場の看護師の意図との齟齬が認められていた³⁶。そのような状況で、外来カンファレンスの参加を要請したのであったが、一方でそれは看護師にとって上司が望むような多職種の視点を学ぶ場であり、他方では他職種がしていないことを看護師がやっていくという、看護師の役割をふりかえりながら、医師の診療の補助にとどまらない新たな看護師の実践の場ともなっていた。それでも、現場の多忙さを理由に、外来カンファレンスへの参加優先度は低かった。積極的にカンファレンスに参加する看護師が少なかったため、欠席がちとなる理由を筆者が尋ねたところ、以下のような回答が得られた。

やっぱり、ちょっとでも忙しいといくら担当になっていてもいけない。また、一人でも休みの人がいたら難しい。みんなの目もあるから。こんなに忙しいのにカンファレンスに行くなんてできない。(2012.09.14 MK 看護師への聞き取りから)

外来診療は、午前中複数の内科医師が診察を行っており、それぞれの医師に担当する看護師がいると、医師を担当していない看護師が、新患の対応や病棟、検査室からの問い合わせに返答しなければならないため多忙となる。自らが直接担当することが少ない患者について、看護師たちのカンファレンスへの参加動機は高いといえない。一つの業務に集中することを回避することで業務が滞らないようにしている看護師たちは、カンファレンスへの参加は上司もすすめることであり興味深いことであったとしても、あえて気持ちを抑制しているようである。

看護師による生活指導は、ガイドラインにも位置付けられていることであり、Y病院の心臓リハビリにおいても、むしろカンファレンスよりも早急にとりいれ看護師に実施してもらいたいことであった。外来主任に心臓リハビリ参加者への生活指導を実施するように依頼しても、「看護師は24時間の生活を把握し

³⁶ 実際に勤務表を作成し、調整するのは外来主任看護師の仕事である。外来看護師は、外来患者の間診をしたり検査予約をとったり、検査のための注意事項の説明や薬剤に対するアレルギーの有無の確認などのルーティン業務に加えて、多くの担当業務を抱えている。たとえば、レントゲン室での造影剤の注射や他の診療科への応援などのイレギュラーな業務が8種類ほどあり、それぞれの業務に毎日担当者が割り当てられている。

てはじめて生活指導ができるもの」との見解で、入院患者とは違った外来患者への生活指導は容易ではないと話していた。

看護師の外来業務においては、心臓リハビリを担当する看護師は固定ではなく、8名ほどの看護師が輪番で担当している。外来主任看護師によれば、15名いる内科外来看護師の中でも病棟経験があり、経験豊富な中堅看護師を担当者としているという。ところで、外来看護師が輪番で担当している業務は心臓リハビリだけではない。心臓リハビリの他に、次章で述べる「糖尿病透析予防指導」「放射線科での造影検査・心臓カテーテル検査」「化学療法室」「病棟への応援」「眼科」「皮膚科」など、多くの業務に携わっている。他科の外来の人員不足を補うことや、放射線科で造影検査を行うときの造影剤注射や心臓カテーテル検査での立ち会いなど、Y病院のような中規模の病院ではそれぞれに専任看護師が担当するのではなく、内科外来の看護師が交代で担当している。その他にも、当直業務として救急外来の日直や夜勤を担当している看護師もいる。多くの業務をこなしている有能な外来看護師たちはとても多忙である。それぞれの担当表は、図12のように内科外来の壁に貼られている。

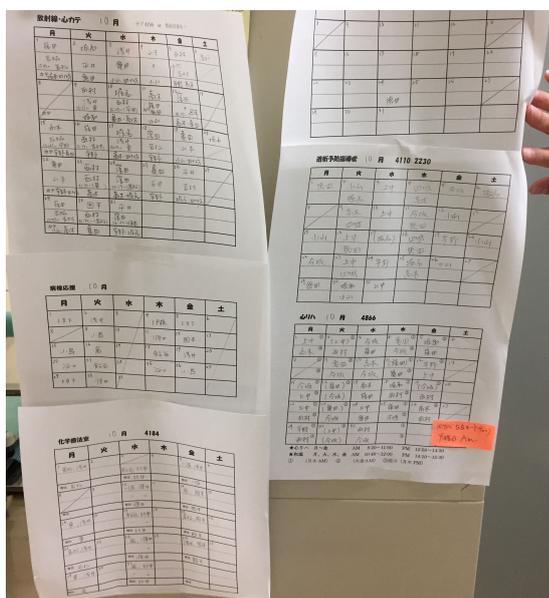


図 12 内科外来看護師担当表の一部
(2018年10月23日筆者撮影)

しかし、このように〈多忙な外来看護師たちに主体的に心臓リハビリに関わってもらうためには、外来心リハカンファを行うのみでは不十分な場〉でもあることが看取された。

3.4.8 管理栄養士にとっての外来カンファランス

管理栄養士の病棟での入院患者への栄養指導には、診療報酬上、栄養管理実施加算に加え栄養サポートチーム加算が付与されている³⁷。管理栄養士は病棟や外来で積極的に患者への栄養指導を行っており、ある管理栄養士は以下のよう述べる。

入院中は必ず一度は食事指導する。退院後にどうなったか気になっていたけどこれがわかり、必要な場合には（カンファの場で）すぐに医師の指示がもらえる（外来で栄養指導をするためのオーダー）。また、心リハスタッフに、引き続きチェックしてほしいポイントを伝えることができる。それと、栄養士の想いだけで食事指導をおしすすめても患者にとってストレスになることがあることもわかった。（2013.07.10 栄養士への聞き取りより）

管理栄養士は、病棟で入院患者への栄養指導を行っているが、入院患者の情報共有の場であるカンファランスには参加していなかった³⁸。管理栄養士は、栄養指導の記録を電子カルテに詳細に残すことで他職種にも情報提供していると考えている。実際に、入院カンファランス時に栄養指導記録を参照することもあり、その記録を入院カンファランス記録に転記することもある。また、外来心臓リハビリのセッション時に管理栄養士は不在であるが、理学療法士や検査技師が、患者の体重や腹囲の測定をしている間などに食事の聞き取りを行い、即興的にその場で患者にチェックポイントの指導がなされることもある。さらに、その内容が経過記録に残されることで患者の食事療法の実践の確認ができ

³⁷ 2010年からは、世界に先駆けて「栄養サポートチーム(nutrition support team: NST)加算」が新設された。2001年に日本静脈経腸栄養学会にNSTプロジェクトが設立されてからNSTの普及とNST活動に対する診療報酬の実現に向けた活動があった。そして、2006年に栄養管理実施加算(12点/人/日)が新設された、これに上乗せする診療報酬となっている(東口 2010)。

³⁸ 栄養指導を担当する管理栄養士の人数は、この当時で4名であった。2006年の診療報酬改定に際して認可された「栄養管理実施加算」に引き続いて2010年には世界に先駆けて「栄養サポートチーム加算」が新設された。栄養管理の重要性を訴える日本静脈経腸栄養学会の長年の活動が認められた画期的なものであった(東口 2010)。管理栄養士の栄養指導は外来患者に加えて入院患者へも積極的に行われることとなり、多忙になっている現状がある。

てしまう。食事にかんする情報の重複性により、多職種チームが全体として知識を保持・伝達していることになる。また、栄養士以外の職種が食事や栄養にかんする役割を担うことにもなり日常の実践においても、運動指導に限らない包括的な心臓リハビリへと繋がっている。

また、先述したように（P.97）2016年の診療報酬の改定により栄養指導の診療報酬が変更となった（表9）。診療報酬が2倍に増えたことにより、病院の事務管理官と栄養課の方針で心臓リハビリ患者の栄養指導を分離して行うことを検討していた。

表 9 入院・外来栄養食事指導に対する診療報酬の変更点

	改定前	2016年変更点
点数	外来・入院栄養指導はともに130点	外来・入院栄養食事指導料 外来：初月2回その他は月1回 入院：週1回 1回目：260点 2回目以降：200点
指導時間	概ね15分以上の指導	1回目：概ね30分以上の指導 2回目以降：概ね(20分以上の指導)
指導内容	カロリー・カロリー構成・タンパク質量・脂肪量についての具体的指示を含まなければならない。	カロリー・カロリー構成・タンパク質量・脂肪量、その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態などに係る情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的指示を含まなければならない。

厚生労働省(2016)を参考に作成

外来心臓リハビリのカンファランスで問題を抽出した患者の栄養指導を、心臓リハビリのセッションの時間ではなく、別途30分以上の時間をかけて指導することで多くの診療報酬を得ることになる。このことは、一方ではこれまでの栄養指導の成果が厚労省に認められたということであり、ある管理栄養士が述べるように「管理栄養士にとってモチベーションも上がる嬉しい変更」となっているのかもしれない。しかし、他方ではこれまで包括的心臓リハビリとしてトータルに考えていたのが、栄養指導のみ分離して行われるようになることで、他職種との関わりも変化してくる。また、取り組み自体も変わる上に、「協

働にならなくなるのではないかととも考えられる。それは、栄養のことは管理栄養士の指導にまかせておけばよいという認識になっていくのではないかと、先の理学療法士が述べていたような懸念と関連している。

3.5 心臓病患者の治療の正統性と心臓リハビリテーション

本節では、心臓病の治療の一環としての「心臓リハビリテーション」のほか、急性期で行われている治療について患者の事例を紹介することで、心臓リハビリという多職種協働を前提とした取り組みの位置づけをより明確に示す。心臓リハビリの対象となるには、現在のところ、1) 冠動脈疾患患者、2) 心臓の外科手術後の患者、3) 心不全患者、4) 閉塞性下肢動脈硬化症、以上の疾患である。複数の項目が重複してあてはまる患者も含まれている。1) の冠動脈疾患は急性心筋梗塞を代表として、冠動脈に血栓のため狭窄や閉塞を起こす疾患である。治療としては、狭窄あるいは閉塞を起こす原因となった血栓の除去とその後の血行の再建である。

3.5.1 冠動脈疾患患者の治療としての外科手術と内科的インターベンション

冠動脈疾患患者の治療においては、治療方法をめぐる変化が患者の実践にも大きく影響を及ぼしていたことから、ここではまず、冠動脈疾患の治療についてのべておく。

1990年代に入り、臨床的に有用な金属ステント（BMS: Bare metal stent）が導入された。これにより、心臓血管内手術である冠動脈形成術（percutaneous coronary intervention; PCI）の臨床的予後はバイパス手術（Coronary artery bypass grafting: CABG）と同等となり、PCIは低侵襲な冠動脈手術として急速に全世界に普及した（日本循環器学会 2012）。しかし、PCIによる手術は血管に損傷を与えることにより、再狭窄に対しての予防効果はみられなかった。また BMS は比較的血管径の大きい限局性病変に対して再狭窄予防効果を示したが、小血管・び慢性病変、糖尿病患者には新たな内膜が増殖することにより再狭窄予防効果は認めなかった。これらのことが問題となり 12 ヶ月後の予後成績は、依然として PCI 治療は CABG を越えることはできなかった（横井 2009）。

先述した新生の内膜増殖を制御する薬剤を、全身への副作用なく局所に到達させる方法として、血液が凝固しない薬剤を新たに塗り込んだ画期的な医療材

料である薬剤溶出性ステント（Drug-Eluting Stent: DES）³⁹が 2000 年代に入って開発され、この革新的なデバイスの効果は、再度世界中に広がった。この新たなデバイスの登場により、冠動脈の血行再建術として PCI の適応は拡大し、CABG は 30% も減少したという（横井 2009）。CABG の手技については、心臓外科手術に関しての高度な技術をもった医師がスーパードクターとしてテレビで取り上げられ、「神の手の手術」と話題を集めた⁴⁰。2012 年には現天皇も CABG の心臓外科手術を受けたことが新聞で報じられ、担当した医師は一躍有名となり注目を集めた。また、このとき同時に術後の心臓リハビリのために、天皇が自転車こぎ運動をしたことが取り上げられ、最終的に皇居のテニスコートでテニスをするまでに回復されたことが報道されていた。心臓リハビリの効果国民に知らしめる大きな影響があったと思われる。

3.5.2 心臓病患者の受療実践と医療専門家：不安定狭心症患者の事例

H さんは 2018 年 5 月に 80 歳の誕生日を迎えるとともに、冠動脈バイパス⁴¹の手術後 10 年が経過した。H さんは、術後すぐから 10 年あまりの間心臓リハビリテーションを継続した患者である。H さんは長く心臓リハビリテーションを生活の中心において心臓手術後の生活を過ごしてきた。筆者が H さんと初めて出会ったのは、10 年前の 2008 年 4 月であった。心臓バイパス手術を受けることになったため大学病院に入院し、その後、手術が終わってから心臓リハビリテーションを目的に Y 病院に転院してくるようになっていた。

(1) 第 1 回目のカンファランス：入院時病棟

Y 病院では、新たに入院となった患者を対象に、多職種のカンファランスが行われていた⁴²。その第 1 回目の多職種カンファランスの対象患者が H さんで

³⁹ DES は①従来の金属ステント、②薬剤を塗布し薬剤の溶出を制御するためのコーティング、③新生内膜増殖を抑制する薬剤、以上の 3 つの要素から構成される（横井 2009）。

⁴⁰ 例えば、東京杉並で開業した渡辺剛医師などがいる（渡邊 2018）。

⁴¹ 心臓に栄養を送る血管である冠状動脈の狭窄や塞栓があるばあい、人体の他部位（内胸動脈や大腿動脈、肘静脈など）から血管を切り取り、新たに橋をかけるようにして栄養を送る血管をつなぎ合わせる手術。最近ではアウェイク（心臓を拍動させたまま）で行われることが多くなっている（川田・小沢 1990）。

⁴² 入院患者のカンファランスは、心臓リハビリテーション認定施設として診療報酬を請求するにあたり、保険者から多職種で情報共有をしながら行っていることを示すために、開催することを指導されていた。そのため、Y 病院でも病棟ナースセンターの

あった。入院患者のカンファレンスにおいて、転院する予定の H さんの診療情報提供書にそって、医師から手術概要の説明があった。「4 枝バイパスの OPCAB⁴³の手術であったこと、手術中に心室性頻拍 (Ventricular Tachycardia: VT) ⁴⁴をおこしたため、メイズ maze 手術⁴⁵も行なわれたこと、さらに心臓手術の翌日に合併症である脳梗塞を発症していた。そのため、左目が半盲の状態となっている。」といった内容が淡々と説明されていた。それが、患者にとってどのような意味を持つのかは、説明している医師も思いを寄せることもなく、医学的な結果と、そのために転院が遅れていること、戻ってもすぐに運動療法ができないかもしれないことのみを話した。

(2) H さんの生活状況について

H さんは、平成 7 年 (1995 年)、59 歳で公務員を退職後、3 年間の嘱託勤務、その後に趣味の延長ともいえる自宅の農園での果樹栽培に取り組んでいる。果樹園で主として栽培している 35 本のりんごの木は、定年前の 40 代の頃から少しずつ苗を植えて増やしてきたという。営農日誌を最初から毎日つけているというから几帳面な性格であろう。それを、毎年つけているからもう何十冊にもなったという。りんごの木を植え始めてから 30 年以上が経過し、老木になってきた木もあり、そろそろ作業量を減らすために木の本数を減らすことも考えている。そういいながらも、本数を減らしても枝の剪定を上手くやれば収穫量は変わらないというから問題はない、と述べていることから、綿密に収穫の勘定をしているようであり、単なる趣味を超えた領域である。

りんご栽培はあくまでも趣味の延長であるという H さんの主張は、現在も変

一角にて、電子カルテの画面を囲み、医師・看護師・PT・臨床検査技師・薬剤師などの職種が集まり、現在の病状や今後の治療方針、退院までの予定期間などが話し合われるようになった。

⁴³ CABG は、常に動いている心臓を一時とめて、人工心肺装置を使用して行う手術の術式に対して、心臓を止めずに動いたまま行う術式をオフポンプ CABG (=OPCAB) と呼ぶ。また、移植するバイパスの 3 枝バイパス、4 枝バイパスは、バイパス術を実施する冠状動脈の数を示す。つなぐ血管の本数が 3 本の場合 3 枝、4 本の場合 4 枝という。

⁴⁴ 不整脈の一つで、心室が小刻みに収縮することで全身に血液を送り出すことができなくなる。不整脈の中でも、すぐに対処する必要のある危険性の高いものである。

⁴⁵ メイズ手術は、心房細動という不整脈に対する外科手術で、心房内に生じる異常な電気伝導を遮断するために、心房の心筋を一時的に切り、再度縫い合わせる。これにより、異常な電気伝導が断ち切れ、心房細動から規則正しい脈に回復させることが出来るようになる (新田 2018)。

わらないが、これから述べる H さんの受療実践において、このリンゴ栽培が大きく影響をおよぼしていた。H さんにとってりんご園の仕事は生きられた実践となっていたが、医療者の認識と患者の実践にズレがあったにも関わらずとくにこれを埋めることもないままこれまでの治療が進められてきた。以降では、H さんの 10 年にわたる受療実践を H さんの治療内容と医療者と患者の認識に注目し述べていく。

H さんが入院をして心臓手術をすることになったのは、りんご園も順調に軌道にのって来た 2008 年であった。きっかけは、自覚症状であった。

やっぱ発作あったんや。山菜をとりについて、なんやらドキドキして、2 回ほど（そんなことが）あったんや、こりゃだめやと思ってそこから帰って、いつも行つとる開業医にすぐに行った。そしたら、（開業医は）「あー、これは狭心症かなんかの病気だから、Y 病院か市民病院か、どっちかあんたの好きなところに紹介状書くから行ってきて」、とこう言うたんや。

（2015.02.17 H さんへのインタビューより）



図 13 K さんのりんご園の収穫時期の様子
（2016 年 11 月 10 日著者撮影）

すぐに紹介状を書いてもらい、Y 病院に行こうと思ったが、評判が良いと聞

いている T 医師が月曜日に新患担当だということで、その日は金曜日か土曜日であったが、月曜日まで待ってから受診をしたという。そして当然自分の診察は、新患担当の T 医師が行うと思っていたが、別の O 医師が担当になったという。

看護師の説明では、「それは受付の時に T 先生に見てもらいたいと言わなかったから」といわれたという。「ありゃ、そんなんやったんか。(自分は)新患やからちゃんとしてもらえろと思いきこで来たなら(そうではなかった)。わしみたいにならまてきて(損した)とちょっと悔やんだんや」と話した。受診の前に、担当医師の確認をして出かけていったが、希望の医師に診察されなかったということ、入院後に病棟や心臓リハビリの現場で誰彼となく語っていた。心臓バイパス手術を受けるまでの経緯についても、H さんは以下のように述べる。

結局、ここ(Y病院)では治療ができないと言われた。その説明やったら(県立)中央病院にいくか、(民間の)循環器病院で手術するかどっちかといわれ、大学病院の話はなんにもなかったんや。そしたらある日、突然部屋に T 先生がぼつと来られて「大学に世界一の先生がいるから、そこに行って手術したらいいよ。大学は心配いらないよ」といわれた。そんなら、と安心して、紹介状を書いてもらって、(中略)大学病院にいった。そして、2週間後ぐらいに電話するといわれて、14日か15日ころに電話があつて、24日に手術するから1週間前に入院してくれということになった。(2015.02.17 H さんへのインタビューより)

その後、Y病院に転院になったのは手術後2ヶ月あまりも経ってからであった。脳梗塞発症については、すぐに気づき処置がなされたわけではなかった。手術後は心臓手術の成功ばかりが H さんや家族に伝えられていたという。しかし、H さんは自覚症状があったことから、担当医に自覚症状を訴えて脳梗塞をおこしていたことを知ることになったという。

そう。手術が終わって回復室に入った時には(脳梗塞に)もうなっていたと思う。先生は何もそんなことは気にしていなかったが。というのは、回復室(ICU)に入ったその晩に子供が見舞いにきてしゃべっているが、その相手の言うことはわかるけど、自分の答えていることが相手に通じなか

った。話がかみあわなかった。自分はまともにしゃべっているつもりやったけど、相手はなにゆうているの？と、いうそういう感じでまったくとんちんかんだった。数日してから別の個室に移った。そこですぐにリハビリが始まることになり、リハビリの先生がきて、「Hさん、1週間たったからそろそろリハビリを」と言われた。けど、わしがいつまでもわからんことを言うところから、先生は嫌になり帰ってしまった。そして「Hさんの場合、リハビリをするのは1週間先にのばしましょう」と言われた。(中略)その時まったく話が通じない、こんなおかしいことがあるはずがない。それで、研修医に「わしゃどう考えてもおかしいし、脳梗塞じゃないかね？」と聞いた。そしたら研修医は「脳梗塞ってどうしてわかる？」ってこう聞いた。あんまりわしがしつこく聞いたもので研修医は頭のCTをとってくれた。手術前にもとっているけど、その時はなんともなかったからね。それでその時のCTでは、脳梗塞やったんや。「あんた、よくわかったね」と看護師さんやら先生に言われたわ、なんやらほめられたのやらどうかわからなかったけど(声をだして笑う)。(2015.02.17 フィールドノーツより)

大学病院で脳梗塞が判明したのは手術の5日後だったという。医療に対して不安や怒りは生じなかったかという筆者の質問に対してHさんは、次のようにこたえた。

なあに、そんなものはしょうがない。もうなったものはしゃあないわね。これ以上ひどくならないようにすればね。まあこれくらいで済んだことを喜ばなならん。かたいつぽう失明したら大変なことやった。今だと半盲だからなんとか仕事も続けられる。(中略)

結局それ(脳梗塞)を治すには血サラサラ薬しかないのやて。ワーファリンやそれに加えて、わしは他の人よりも(脳梗塞のため)多く薬をのまなきゃならない。それで、ちょっと膝をついただけでも内出血をおこす。この前もちょっとぶついたらすぐにばあーっと青くなって(Hさんは、筆者に青あざになった右腕をまくってみせた)。冷やすといいという話も聞いたけど、畑やそこらに出ているとそんなこともようしておられん。(2015.02.17 Hさんへのインタビューより)

その後の H さんは、脳梗塞の後遺症により右目が半盲となったことに加えて、脳梗塞を含めた、脳心臓血管疾患の再発予防のために抗凝固剤や抗血小板剤の服用を生涯にわたり継続することになり出血のリスクにさらされることになった。それからの 10 年間には、農作業時に台車を押している途中に、石が目に入らずに躓いて転倒をしてしまったことも何度もあった。また、りんごの枝の剪定時に腕や身体をあちこちにぶつけて青あざになるのは日常茶飯事で、青くなっている腕をまくって筆者に見せた。目が見えづらかったことから剪定ばさみで指をあやまって切っしまい、出血が止まらなくなり、病院に緊急受診したこともあったという。

H さんは「神の手」の手術により、狭くなりかけた複数の血管をつなぐバイパスをつくり、「手術は成功しました」と説明をうけた。それとひきかえに、胸の中央と胸郭の骨を切って手術をうけた傷の痛み、生涯にわたって抗血小板薬の服薬を続けることで出血傾向となるために絶えることがない青アザ、定期的な医療機関の受診、血管を取った際の両足の傷、その他のさまざまな身体の変化に加えて、合併症として起こった脳梗塞による左目の半盲を自ら引き受けなければならなかった。生涯にわたる通院の必要と薬物療法の継続を受けて、その後、多職種 of 医療専門家との関わりが継続していくことになる。

(3) 手術後の H さんについて

H さんを手術に送り出した側の Y 病院のスタッフは、H さんが病院に戻ってくる日程が、当初の予定よりも 1 ヶ月遅れてしまうと知らされたとき驚き、憔悴しきった H さんの様子が思い浮かんだ。戻ってきたときにはどのようにリハビリを始めたらいいか、どのように励ませばよいか、などをフォーマルにまたインフォーマルにも話し合った。

しかし、手術を終えて戻って来た H さんは、脳梗塞の既往があり何度かせん妄状態⁴⁶となっていたという。そのため、通常のリハビリプログラムに戻ることは危惧され、以前より体力の落ちてしまった H さんではあったが、術後早期にリハビリを開始するガイドラインの方針にしたがって、通常のリハビリが開始された。運動プログラムが作成され、プログラムの進行と評価、さらにプログラムの見直しというように進行し 2 週間後に退院の日を迎えた。このような

⁴⁶ せん妄とは、時間や場所が急にわからなくなる見当識障害から始まる場合が多く、注意力や思考力が低下して様々な症状を引き起こす。通常は継続しても数日間だが、まれに数ヶ月間続く場合もあり、1 日の中でも症状の強弱があり、夕方に悪化する傾向がみられる（長寿科学振興財団 2018）。

経過をたどった H さんは、手術後の安静期間が長かったことに加え、慎重にときには臆病になりながら運動を行う様子から、体力が低下し認知機能も落ちた予後のあまり良くない患者という印象をスタッフは持った。

(4) 退院後の H さんの運動療法について

2 週間の入院生活を終えて体力が幾分回復した H さんは、退院後も 150 日間は週に 3 回の運動療法の実施を担当医師からもすすめられていたことから、ほぼ休まずに通院していた。3 ヶ月を経過した頃に、中間評価を迎え再度心肺運動負荷試験 (CPX) や筋力の測定が行われた。しかし、順調に経過しているように見えたにもかかわらず、体力の指標の改善や筋力の明らかな向上は認められてはいなかった。理学療法士にとって、それらの評価結果が示していたのは、運動プログラムの強度が不足しているために H さんにとって十分な負荷になっていないのではないかと、いうものであった。この当時は、外来カンファレンスはおこなわれておらず、担当の主治医を交えた話し合いで、運動負荷の強度を高めることとなった。このことを H さんに提案し了承を得ようとしたが、H さんは強度をあげることをかたくなに拒否した。「これ以上の強い運動でなくともよい」とか「私は順調だからこれでよいから」というふうに運動療法プログラムは変更しないことを主張した。H さんのこのような主張を尊重して、理学療法士はこれまでと同じ強度での運動を継続していった。

しかし後に判明したことだが、H さんその以前からすでに果樹園の仕事を再開していた。りんごが赤く色づき甘く熟すために、日光に十分に当てられることが大切で、そのためにりんごが葉の陰になってしまわないように、枝切りを 9 月中に実施しておくことが必要であった。術後 3 ヶ月が経過したばかりの H さんは、病院の心臓リハビリテーションのスタッフには話さずにその作業を開始していた。ずっと上を向いて大きなハサミを持って枝を切る仕事である。バイパス手術を受ける前には、H さんは入院する前日まで農作業をしており、その後のことは家族に託して病院に向かった。入院から手術、術後の期間は比較的軽作業ですむように仕事を段取りし、入院期間中は、妻が管理しりんごの袋かけなどの軽作業を担当できるようにしていた。しかし、妻は 9 月に入り過労のために腰を痛み、体調を悪くしてしまっていた。そのため、手術後の H さんは、早々に果樹園の作業に復帰したという事情があった。心臓リハビリテーションの時間は、自分の体力を確かめながら余裕を持って終え、同等の仕事量と思われる農作業となるように H さんは体力をはかりながら、自宅の農園での作業を同時に行っていたのである。

少し負荷をあげようと H さんに話をする理学療法士の態度は、さらに多くの作業をしてもよいという合図になっていたし、心臓リハビリの時間は余裕をもって少し軽めの運動療法を行い、自宅に帰ることを目指していた。運動療法ではそれ以上に運動強度をあげることが拒否し、それを自分でりんご園の仕事量に振り替えて作業量を増やしていた。病院では、体力が低下しているため慎重に対処しなければならない患者であると認識されていた H さんは、現実には定年後に開いた果樹園主として、心臓手術後にも作業を続けていた。

(5) 1 回目の外来心リハカンファランス

2012 年 10 月 5 日に H さんの外来カンファランスがおこなわれた。この時は、医師、看護師、理学療法士 2 名、管理栄養士、臨床検査技師（筆者）の計 6 名が参加していた。H さんの心臓リハビリは週 1 日となり、週 2 日の頻度で健康増進施設に通い運動を継続していた。H さんのカンファランスで話し合われたことは、心関連死と関係が深いといわれている運動耐容能がなかなか回復しない状況について、今後の心臓リハビリをどのようにすすめていくのかということであった。これまで 4 年あまりにわたって運動療法を実施してきたが理学療法士から提供する運動負荷に応じずに運動を継続してきており、成果はあったか理学療法士は不安に感じていた。しかし、管理栄養士から提供された内臓脂肪の数値は 3 年間でほぼ半減しており、動脈硬化の危険因子の除外に大きく貢献していた。また、最高酸素摂取量の増加はなくとも年齢から見た数値は 9 割を上回り健常者と比較しても十分な数値であった。これまでの運動を継続することと、また引き続き減塩と脂質を制限した食事療法を続けていくことが了承された。

継続して 5 年半が経過した 2013 年 12 月に、再度心肺運動負荷試験が行なわれ、運動耐容能の大幅な改善が見られていたことが確認された。理学療法士とともに検査を担当した医師も、ようやく運動療法を継続してきた成果が数値の上で確認できたことを喜んだ。

しかし、2014 年 1 月に受けた定期診察で心電図異常が見つかった。診断名は「無痛性心筋虚血」であった。カテーテル検査の結果、再度 PCI の治療を受ける必要があるとされた。しかも H さんの場合はバイパス術後でもあり、虚血が予想される部位が 3 か所あり難易度の高い治療となる。心臓リハビリを継続して運動耐容能が改善していたにもかかわらず、虚血が進行し再発と判定されていた。治療の予定は 2 月と決まり必要な検査がなされた。しかし、その時に

行ったマスターのトリプル負荷心電図⁴⁷では陰性との結果であり虚血の所見は検出されていない。心臓リハビリのスタッフは再治療の必要がどこにあるのかと驚いたが、労作性のものではない無症候性心筋虚血との診断であった。

(6) 外来心臓リハビリカンファランス後の経過

心臓リハビリに通ってくる H さんは再度治療が必要になってしまったことに落胆しており、筆者はかける言葉がなかなかみつからなかった。そのころのある日のことである。心臓リハビリ中のモニター心電図が発作性心房頻拍⁴⁸の波形を示していた。H さんはトレッドミル上を歩行しており、自覚的な症状は特になにもなかった。ゆっくりと運動を中止し、椅子にかけて休んだ後に 12 誘導心電図が記録された。心房性の頻拍発作後の 12 誘導心電図では虚血の状況を示していた。心臓リハの担当医と相談し主治医に診察を依頼した。

筆者:H さんの虚血は不整脈が原因なのではないですか？だとしたら PCI の手術は本当に必要なのですか？

心臓リハ医：そうかもしれない。私ならそう診断し不整脈の様子をみる。
(2015.02.17 フィールドノーツの記録より)

医師それぞれの見解がもたらしたのは、心筋の虚血を優先して治療をすることと、不整脈のため虚血をおこしているので不整脈の治療を優先することという 2 つの異なる方針の治療計画であった。また、別の医師は、虚血があるために不整脈となっているのかもしれない、虚血を先に治療してから不整脈の治療を考えてもいいのではないかと考えていた。このように、医師により三者三様の治療に対する考え方があった。その後、H さんに血管内にステントを挿入する治療は予定どおり行われた。治療は H さんにとって時間もかかり辛いものであったというが、治療を終えたことに安心していただけという。しかし、手術というと以前に脳梗塞を合併したことと、抗血小板薬を服用しているため出血が止まりにくいことから、できれば今後はしたくないと小声で話す。

⁴⁷ マスター負荷心電図は、高さ 25cm の 2 段の階段を昇降する心臓の検査である。運動後に定期的に心電図記録を行い、運動前の心電図と比較する。運動負荷時間が 1 分 30 秒の場合がシングル負荷、3 分間の場合がダブル負荷、4 分 30 秒の場合がトリプル負荷という。

⁴⁸ 正常時と同様の波形の心電図が 1 分間に 120～200 拍として現れる不整脈の一つ。患者は動機を訴えることもあるが無自覚のことも多い (奥山 2018)。

今度の先生なんか本当に良く説明してくれたしね、ああ若いのに立派だと、うちの（妻）も感心しとったけど。（妻も一緒だったことを筆者が尋ねると）ああ、うちのがと娘のでかいがと。まあおまえも…（病院の）仕事しとるさかいに、一緒に聞いてくれと言っておいたんや。少し遅れたけど、6時に先生に（言ったところ）「ああかまわない、かまわない」と。（中略）家族には時間をかけて、一番最初から、以前からどういう状態であって、どうなって前の時はこうやって1本しかやってなかったけど、2本ともしらべて。1本は90%つまって。バイパス4本つないであって1本はつまってしまっているから、あと3本をなんとかうまいこと生かしてやっていくための、決定的なものをこの前の検査でみたかったんやけど、それが出なかった。この前の検査で犯人が見つからなかったんやて。それでいっぺんに3本ともやるか、細いがだけ1本だけやるかってことになって、最終的にこれはまだ通って流れとるし狭窄率90%のこれだけやることにすると、こんな話になって。（2015.02.17 フィールドノートより）

患者への詳しい説明と、患者および患者家族とともに治療方針を決定していく態度により、医師は患者の信頼を得た。また、患者は大学病院の医師からの説明で、静脈をつないでいるバイパスは細く5年くらいしかもたないかもしれないといわれたこと、これまでの心臓リハビリを継続したことにより新たな血管も新生してきており症状もなくここまできたことなどを振り返り、納得していた。

(7) 2回目の外来カンファランス

このような状況が、2015年4月5日の外来カンファランスで共有された。それぞれの職種の話では、医師は治療をし、理学療法士は運動プログラムの実施をすすめる、栄養士は食事の状況をチェックし、看護師は足の浮腫みをみる。それぞれの医療専門職種は各持ち場の役割を実行していたことが報告されていた。そして、これからの運動療法を実施していくにあたって、不整脈についても注意することが確認された。しかし、2014年の医師が述べたような「雑談」のようなカンファランスではなく、役割分担をしたそれぞれの職種の取り組みは、K氏のりんご園へかけている労働の負担は捉えていなかった。

3.5.3 身体への埋め込み型除細動器を装着した男性の事例

次に、「埋め込み型除細動器 (Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD)⁴⁹を体内に装着することになった O さんの事例を示す。

2013 年末に健診のために会社の指定する病院へ行った O さんが、健診を終えて会社にもどったところ、病院の医師から会社にかけて電話がかかってくるという。会社の事務員から「すぐにまた病院行ってくれとのこと」と伝言を受け、すぐに病院に向かった。そのときに医師から「心電図が変化しているので、次に 1 月にきて検査をうけてほしい」と説明があった。その後、冠動脈のバイパス手術を受けることになった O さんにとって、これが始まりであったという。

検査を受けてバイパスしていなかったら、多分たおれとったやろうな。ちょうど血管の分かれ目が細くなっていたから、ステントだめやったんやね。そこがだめやったら 2 カ所に血液行かなくなるからね (まるで医師のように自分の病状を理路整然と語る)。今から 20 年ほど前にも玄関先で倒れ、息ができなくなったときがあった。息を吐きも吸いもできなかったからね、30 代後半。前の会社入る前やったから。なんかつまったんやろうね。それがうまいことポーンって抜けたんやろう。ほんで抜けたところの血管が蛇腹になっとるんやね。その部分がね。むりやりガーッと伸びたんやね。そして蛇腹になったんやね血管が。みたら血管が蛇腹になっとったもん、見たら。そこもだめや、と。あっちとこっちと (手術) せないかんと。
(2016.04.08 O さんへの聞き取りより)

また手術をする以前にも O さんは、以下のような経験があったという。

目が回って、まあ、あのときは会社行く途中やって、この (病院の) 前を U ターンして家にもどった。会社に電話して、目が回って会社休ませてください、と電話した覚えがある。朝早く、7 時頃かな。そしたらまあい

⁴⁹ ICD は不整脈が起こらないように治療するものではなく、常に心臓の脈を監視し、命に関わる不整脈の発作が出た場合にすみやかに反応して、電気ショックを発生させてその不整脈を退治し、発作による突然死を防いでくれる装置。ICD は常に心拍数を監視し、心拍数があらかじめ設定された基準を上回ると、状況に応じた治療が自動的に選択され行われる。ペースメーカーとしての機能も備わっており、脈が遅い時も作動する。(国立循環器病センター 2018)

いと。そして家に帰って。けど、ひと気がないやろ、家に帰ると。それでちょっと時間おいて、パチンコ屋にいったんや。何かあっても人がいればなんとかしてくれるだろうと。一人でいたら倒れていてもわからないから。そしたら、なったんやわ。吐き気がして、こりゃだめやと、店員呼んでナイロン袋もってきてもらって、わーっと吐いた。そして救急車呼んでもらって T 病院にいった。T 病院行ったけど、どうしようもないわね。そのときにいわれたのが三半規管があるがその耳石が外れたんじゃないかと。それでそこからまた、H 病院に救急車で行って 1 日だけ入院した。けど、H 病院でもやることないわけや。手当なし、一晩寝て家に帰った。結局何もしないで。(2016 年 07 月 29 日 心臓リハビリ後の O さんへのインタビューより)

O さんは 2012 年 1 月に不安定狭心症の治療のために、冠動脈バイパス手術を行い、その後 2 月に心臓リハビリテーションを目的にして Y 病院に転院した。そのときに会社の社長がやってきて、仕事の話をしにきた。それで (O さんの仕事は) 軽作業ではかったため、退職した。1 月から傷病手当金をもらい、3 月にやめてからは失業手当金をもらうことになった。そして 8 ヶ月たって年金が特別支給対象となり、病気ゆえに 61 歳から支給されることになったことを喜んでいる。「むこう (市役所) は、そんなに長生きせんやろうし、と思ったから通ったみたいで。」と障害年金の受給ができるようになったことを語った。

障害者手帳にはその時 3 級と記載されていた。心臓バイパスの手術を受けると、身体障害者 3 級⁵⁰の認定をうける。「今度 3 月に 3 級が通れば自動車税免除や、来年からは。N 市は医療費も 3 級はタダなんや。これを受けるために、しょっちゅう年金事務所に、もう何回もいったもの。」「この歳で年金は普通の人 の 6 割もらえれば御 (おん) の字やからね (ありがたい)、それが満額支給されたから、」と興奮気味に O さんは筆者に語る。

その時点で、理学療法士の T はさらに O さんの体力が改善するようなプログラムを考えていた。食生活では、体重も増えて、腹囲も増えている。腹囲が増えるのが悩みで油物はとってないと O さんは話していた。

⁵⁰ 身体障害者 3 級の認定の扱いは、市町村によって異なっている。多くの市町村では 3 級に関しては特別措置を取っていないことが多い。医療費の自己負担がや重量税が免除となる市町村もある。

朝ごはん？ あったらかき揚げでも食べているね。8時から9時くらいに。味噌汁？ 減塩用のインスタント味噌汁か、味噌だけの味噌汁。具は何もないから。11時半から12時に歩いている。1日30分歩くと気分が違うしね。何もせんと、1日すぎると、ああ何もせんかったなあと思う。新しい手帳になってから、何も書いてないね。そして昼の12時に昼ご飯。すぐに時間がたって食事の時間になるけど朝ごはんを食べてから3時間くらいで食べなければならないから。夕食は、遅いと7時。野菜は食べたくないから。かき揚げも野菜やろ、だからこれは食べる。おひたしやは食べたくないね。食べる欲（少しでも野菜を取ろうという欲）がない。毎日、ほとんどテレビ見てるか、車いじっているか、カーショップ行ったり、冷蔵庫開けてみたり、買い物にいったりしている。間食はやめなさいと言われたのでやめた。鮭の魚が好きで、アマ塩の鮭やサバのみりんなどを買っている。

肉も好きで、ステーキや焼肉、すき焼きを食べる。葉っぱと混ぜて焼くのは肉とは言わない。こまぎれ600gを何回かに分けて炒めて食べる。

根っからの巨人ファンで、これは小さい時から。

健康な時の体重は65.6kg、そんなに増えていないよ、今じゃ67kg。9年前は55kgで心臓手術時は58kgだった。お腹だけが異様に出てきているのが気に入らない。野菜中心の食事なんてできるものではない。奥さんが横におってくれたらできるよ（実際は仕事にいつているから無理）。

（2016.04.08 Oさんへのインタビューより）

Oさんに対して筆者が食生活に関して聞き取りをしたところ、以上のような返答であった。食生活については、栄養士からの指導で野菜を食べるように指導されたが、これまで食生活で野菜をとることがなかったためとりこめない。栄養指導はできないことばかり言うからと、指導を受けることを拒否している。心臓リハビリでの運動療法への参加に関してOさんは、次のように述べる。

心臓リハビリテーション？死ぬまで来るよ。気晴らしになるしね、週1回。毎日歩いとるけど一人で歩いとる。ここに来るといつもいる人がいないとどうしたんかと思う。それだけで楽しみ。なんとか死ぬまで持たさんならん。だいたい、栄養士さんのいうことはわかるんや。卵？朝昼晩きまって

いなくて気が向いたら食べるわ。イカフライ・高野豆腐・昆布巻きとかも。あれ食べたい、これ食べたいっていうのはないからね。(中略)でも今は食べたいもの、ご飯とかき揚げがいちばん。(2016.04.08 Oさんへの聞き取りより)

Oさんは子供が6人あり、5人が社会人となり仕事しており、長男は障害者だったため、寝たきりの生活を続けて20代で亡くなったという。5人の子供たちは全員仕事をして税金と年金を払っていることが自慢であった。

医者は、1個いくらの薬とかの話をして、運動したら薬が一つ減るといふ。処方箋をもらって1日17粒も薬を飲んでいるから、1つでも減ると国に貢献することになる。それで運動しとるようなもんやね。気晴らしにもなるけど。(2016.04.08 Oさんへの聞き取りより)

2016年4月、体重が3キロあまり増加してきており、体調が悪いようである。いつものようにトレッドミル歩行を行いながら筆者の問いかけに答えた。

(仕事では、)後からきたもんがいばとったしね、我がもの顔や。ストレスたまったよ。毎日やろ、顔あわすのが、つらかったからやめて正解。誕生日が7月やからまだあったけど、社長と奥さんが病院にきたときに「3月でやめさせてください」っていわなしゃあなかったね。健康診断で、ちよっときなさいって言われて、それから始まったわけや。心臓の血管がこんなんになって(指でギザギザした模様を宙に描く)ジャミジャミや、おっかしいなあって。実は昔38の頃一回倒れたけど、病院行かなかったから。それでもそのとき心臓詰まったところがバアーンと抜けたんやね、だから生きとったんやろう。しばらく気を失って玄関で倒れとったんや。そして治ったからそのまま仕事行った。それが心筋梗塞やったとあとでわかった。そして60超えて呼ばれて、それからバイパス手術に行った。その後不整脈でたおれたやろ、それがどうなんかなあ思っ。(中略)厄年やね60っていったら。ウチでテレビ見とつても思うんや。年金は両方もらつとる。金銭的には問題無い今のところ。お酒は飲んでない、お茶ぐらいしか飲んでない。ここ(胸)に水たまることあるから体重増えたら気になるね、前は大丈夫やったけど。夜中に息切れがしておきることある。

昼間でも寝とって息しにくくてひどくなることがあるが、座ってしばらくすると楽になる（中略）機械もったらだめっていわれとる、チェンソーとか。静電気起こると、バチバチとくる。まあこんなもんいれたら（自分は）モルモットや。こんなんいれてあたるんや。自分でこんなは高価で入れられないから。（2016.07.29 O さんへの聞き取りより）

一見すると、O さんの語りからは、病院での多職種での試みがすべて空回りしているようだった。事実、O さんを取り巻く医療者が O さんについて語る肖像は、その職種ごとに異なっている。次に示すのは、あるときの外来カンファレンスでの各専門職種の見解である

理学療法士：O さんは、このところとても調子がいいです。ずっと体力も維持していますし、自宅でもよく歩いています。

管理栄養士：O さんは割とバランスよく食事をとっています。家族もいますから、それほど心配はありません。

看護師：体重が増加しているのが気になりますね。よくみると血液検査の結果もよくありませんね。これから、じっくりと話を聞いていく必要があります。

医師：（運動プログラムの変更を提案したときの）この人は、心機能がかなり悪い状態にある。ちょっとナーバスなところがあってね。なかなか、こちらのいうことを聞いてくれないかもしれないよ。（2016.06.18 O さんへのインタビュー記録より）

このように、多職種が患者をとらえる観点はさまざまである。カンファレンスでは O さんのさまざまな言動を各専門職種はそのまま受け入れるしかなかった。O さんは医療者から自分の疾病状況について問われても、病気に対する思いを問われても、これに対しての答えや説明は、そのときの気持ちにより変化し一定ではないし、正反対の答えを返すときもある。その答えは、家庭でのできごとや家族の状況、その日の気分、昨日誰かから聞いた話や新聞やテレビでみたりしたことからも影響されているかもしれない。

2013 年 5 月に O さんについての外来カンファレンスが行われた。主治医と看護師、理学療法士 2 名、そして筆者が参加していた。このときのカンファレンスではまず、患者の生活状況について退職後に失業給付を受けていること、

バイパス手術により身体障害者 3 級の認定を受けているため、医療費は免除されていることが確認された。そして心肺運動負荷試験の結果からみると、通常の 6 割程度の運動耐容能であるため、日常生活にも支障をきたしている可能性が理学療法士より説明された。そして体重は 5kg あまり増加しておりメタボリック症候群に該当する体型になっていること、手術をうけたことを後悔している言動があり、病気をしらないままぽっくりといきたかったなどの発言があることが医師から話された。うつ状態をスクリーニングする問診は、かなり高い点数を示し、自宅での運動にも積極的ではなかった。そのため、次月からの運動療法をどのように行うかが問題であった。そして、心臓リハビリに通院してきたときは称賛し、運動内容は通常より低い負荷で運動時間を長くして運動を継続してもらうこととなった。また、筋力トレーニングはマシンを使い、時間を短縮して行うこととした。さまざまな問題は、運動プログラムに反映させるしかない。また、本人の承諾が得られたならば、栄養士からの食事指導をうけてもらうことになった。

3.5.4 医療専門家に向き合う患者の省察

次は、心臓バイパス手術を受けた後の心臓リハビリの実践により、状況が変化していくこととなった C さんの症例をみていく。

健康増進施設でのメディカルチェックで心電図異常が指摘され、開業医への受診から、Y 病院をへて大学病院で心臓バイパス手術を受けた C さん（74 歳男性）の例である。家業の仕事を一人息子に継ぎながらも、現在も仕事の一部を継続している。心臓手術を終えたあとの感想を次のように話している。

手術をして身障手帳をもらった意味がはじめてわかった。もう前には戻れないということ。確かに人間は年老いていくので、当たり前のことなのだけど自分がそうだとは思えなかった。思えば、教え子の病院で「市の健診を受けておいたら」といわれてその場で受けた。そのときに、「どうや」ときいたら、「だめや。ここでは（治療が）できんから、別の病院に行ってもらわんならん。」といわれた。『そしたら（別の病院で検査をしてもらったところ）選択肢ないわ。手術しかないわ。それ（C さんへの治療）はここではできないし、ほかの病院（手術が可能なさらに大規模な病院）にいつてもらわないかんわ』といわれて。（2013.07.29 C さんへの聞き取りより）

Cさんが手術をすることになったのは、市がおこなう健康審査の受診がきっかけであった。すぐに心臓バイパス手術をしなければいけない状態であると診断されたCさんの病状はそれほど悪化していたのだ、と一般的には捉えられるかもしれない。しかし、Cさんには明確な自覚症状はなく、日常生活で困難があったわけでもなかった。心電図の変化がみられたことから心臓カテーテル検査を施行したところ、心臓の冠動脈の前下行枝と呼ばれる重要な血管をはじめとして、複数の血管に狭窄があった。このことから、日本循環器学会による「冠動脈疾患ガイドライン（2012）」に従った判断がなされた。Cさんは、指示にしたがって入院をし手術をうけることをすぐに決断したが、ガイドラインに書かれているような治療が行われていないことも多い。循環器内科医師は「心臓は有意な狭窄があったら放っておくことができないからね」という。しかし、患者は胸を開いて肋骨を外して心臓血管をつなぐ外科手術を拒否することもあるが、Cさんはそれに従った。また、外科手術ではなく血管内にカテーテルを挿入して行うステント留置術を希望する患者もいる。

手術を終えて、リハビリのためにY病院に転院したCさんは、元の入院先の大学病院で何度かせん妄状態（意識障害が起こり、頭が混乱した状態になっている事）になったという。さらに、Y病院でもせん妄状態になったことが、入院患者のカンファランスで担当看護師より説明があった。病棟でせん妄状態になったことから、病棟スタッフの間でCさんが話すことはあまり信ぴょう性の低いことと受け取られるようになった。病院内での「スティグマ」により、医療者たちは一歩引いた対応をするようになった。Cさんは、そのことを自分で感じており次のように話した。

ふつうせん妄になっているということは自分ではわからないものだと思いますが、私の場合は8割がたせん妄になっていてどんなことになるかわかっていました。ここから先が現実の世界で、そこに戻りたいと思っていてわかっているでも戻れない時がせん妄になっている。わかっているせん妄になるのは珍しい、と言って大学病院で精神科の先生も診にきた。あとにいろいろ調べてわかったのですけれども、せん妄を繰り返すとだんだん分裂症になって精神がこわれていくんですね。当時も、とにかく自分がどうしたらよいのかわからない状態でした。こんなことがあって不安だったのです。Y病院に転院しても、2回ほどせん妄状態になったといわれた。自

分は個室にいたのですが、隣の隣の病室のトイレにいつもおかしくなっていたというのですね。私はこれを全然覚えていなかった。ここでまた不安になって、健康に、また自分に自信をなくしました。(2016.08.21 Cさんの聞き取りより)

3年後に患者同士が集まる会で病気の経験を話したときのCさんの話では、闘病中に最もつらかったことについて「手術そのものの痛みや辛さはあったけれども、それはやりすごせる。けれどせん妄になったことで、自分はどのようなだろうと恐ろしくなったこと」をあげている。

さらに、心臓バイパス手術をうけると「身体障害者」としての扱いを受け、市町村の規定にもよるが「身障3級」の認定となり税制の優遇などがある。手術を受けたCさんは、これまでと違った生活を送ることを暗黙のうちに示されたような気がしたという。そのことに気づくまでにはさらに時間がかかり、手術後の過信により自らの体調が悪化することを、以下のように多職種の医療専門職に示し、また、自らの状態を意味づけていた。

退院後にここに通ってきて急速に体力を回復して、そしたら今度は自分を過信したのですね。そして「もとにもどった。」と思って油断してしまいました。そうしたら、あの日の朝に足を踏み外して脚立から落ちて転んでしまったのです。足を強く打ってどうしようかと思ったのですが、ふしぎとどうもなかったので、その日はリハビリの日だったのでここに来たのです。自分でとにかくここにきて、どうもなければ安心が得られると思ったのです。そうしたら案の定、自転車をこぎ始めたらすぐに「Cさん、すぐに中止してください」と(運動指導の担当者から)言われて中断させられた。そのときは強い動悸を感じていました。改めて心電図をとり不整脈といわれてすぐに運動中止となり、電気ショックをかけて治してもらったら、すっとうしました。そのあと、主治医からアブレーション(不整脈の原因である伝導路を焼灼術により焼き切ってしまう治療法)をK市の病院で受けてくるように言われ3ヶ月後に国立病院を紹介された。これもまた、私にとってよかったことです。アブレーションを受けた時に、なにかすっととれたような、楽になった気がしました。それから、一からやり直すんだ、今度は失敗しないように慎重にいこうと。(中略)この病気になって、自分の考えが180度かわりましたね。(自覚症状がなかったけれど)手術を

していなかったら死んでいたかもしれない。父親がこの歳で心臓病でなくなっているし、母親も脳卒中で同じ年齢でなくなっている。自分もまちがいなく同じふうになっていたと思う、循環器病の遺伝子があると思うから。
(2016.08.21 フィールドノーツより)

このように、これまでの治療経過をそのつど辿り直しては、自分で納得を得るようにしている様子が伺える。また、多職種がかかわり心臓リハビリの場に、週に一度通院してくることについて、次のように話している。

ここでやっていること（運動）なんかは、自分でもできるわと思ったけど、自分ではできなかつたですね。5回やらなきゃいけないところが3回になり、そのうちやらなくなるし。人間って弱いもので、自分には甘くなってしまう。ここにきて同じように変わらずに同じことを続けていくことの大切さを学んだのです。（中略）今72だけど、75歳になって80歳になってと、あと何年生きられるかわからないけれど確実に死が近づいたことを自覚しましたよ。でも不思議と恐れはない。自然なことだと思えるのです。絶対にもう前にはもどれないのですからね。それを自覚しました。「今は、仕事がしたい。かかりつけの医師は脳や頭は元気かもしれないけど、心臓はだいぶ弱っているから身体は前みたいに動かないからそれは無理やといたしますけど。でも仕事はなるべく減らしたくないのですよ。そのためにも生きていられる間は少しでも元気でいたいと思っています。この前、叙勲の伝達式にいらしたのですよ。息子が車椅子を借りてくれて、私は歩けると思ったのですが、やはり息子のいうように大事をとりました。新幹線で金沢から東京に向かったのですが、車椅子で駅からホームへ、そして列車に移りました。東京駅前のホテルに泊まって、翌日に私たちは、東京のホテルで伝達式がありました。それに家内と一緒に出席して、もう一泊して帰りました。ずっと車椅子を使わせてもらいました。その方がよかったですと思いました。私は、もう自分を過信しないことにしたのです。自分にとって一番大切なことは、仕事を続けることだとわかりましたので。このために今できることはなんでもやろうと思っていますし、それ以外のことに欲は出さないことにしました。（2016.05.30 フィールドノーツより）

Y病院の多職種の医療専門職のCさんへの関わりは、定期的にカンファラン

スを行って、Cさんの状況を維持することに努めていたことである。Cさんをここまで支えてきたのは、心臓リハビリテーションの多職種チームだといっても過言ではない。医師と話をするのは、3ヶ月に1度の3分間の診察時のみ（Cさんの話）である。その際に行われていたことは、薬剤を処方して、定期検査の結果を話してくれたことであった。Cさんは、毎週1回通院し、心臓リハビリテーションにて心電図をモニターしながら、高強度インターバルトレーニングの方法で汗を流してきた。そのための体調チェックを行う看護師、運動プログラムの調整をする理学療法士、そして心電図と心拍数の確認は臨床検査技師が行うという、多職種の連携によるものであった。Cさんの職業は僧侶である。僧侶としてのCさんが各地で行う講話は、自分の心臓病や病気の経験を生かした内容になっているという。その講話を偶然に聞いた先の症例の心臓病患者のK氏は、多いに励まされ生きる力になった内容だったという。自分と同じ心臓病で、数々の失敗や他の病気とも折り合いをつけながら生きていかなければいけない、その同じ状況に気持ちが動いたという。

慢性疾患は、完治しない病気という受け止められ方をしている。ガイドラインにそった治療を選択して、最先端の心臓病手術を受けたが、そのために一生続く新たな治療が始まる。たとえば動脈のステント治療を受けたあとには、診療ガイドラインに記載されているように、生涯にわたる抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）の治療と血中の脂質管理のための抗コレステロール剤の服用が、同様に心臓弁膜症の弁置換術後にも薬物療法や、定期的なチェックが必要となる。それに加えて、治療の対象とはならない傷跡のじくじくとした継続する痛みとつきあわなければならないのである。

3.5.5 本節のまとめ

3例それぞれの心臓病患者の経過をみてきたが、3例ともに病気の進行と日々の生活が、コインの表裏のようにリンクしている。患者たちが多種の医療専門職それぞれに話す話題も異なれば、話の内容も繋がらないことが多い。各医療専門職とのインタラクティブなやりとりも個人的なつながりになりがちである。それでも、再発のリスクを抱えまた複数の疾患を抱えた患者たちの日常を、それぞれの専門職種への語りにより総合すると、ようやく全体を見ることができるようになった。栄養状態のよくない食事内容や不規則な生活と、不安を抱えながらも自分の仕事を継続している日々の実践である。

3.6 本章のまとめ

本章では、心臓リハビリテーションの現場における多職種協働について、現場の医療専門家の語りや患者の経験を中心に多職種の医療専門職同士および患者との相互関係を分析した。

心臓リハビリは、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・臨床検査技師・管理栄養士・臨床心理士・健康運動指導士・管理栄養士など多職種の協働プログラムで構成され、多職種による協働を前提としている。心臓リハビリは多職種で協働することであるが、多忙な外来看護師は心臓リハビリへの関わりにおいて、セッションの時間にのみ、日替わりの担当者として現場にきていた。ローテーションで参加する看護師は、心臓リハビリへの関与の経験もさまざまであり、どのような業務を担当してもらうかについてはそれほど明確にきまっているわけではなかった。また、多職種それぞれの担当者は、役割分担などはせずに、どの職種であっても、入室してきた患者の一連の流れのどの部分であっても担当する。また、入室する患者の状況もその日によって異なっていた。いわば、毎日が試行錯誤の状態である。線引きが難しい業務について、現場では区切りをつけようとしながらも業務が複数の職種にオーバーラップしてしまうことを認識している。

ローテーションで参加する看護師にとって心臓リハビリはそれほどなじみがなかったからこそ、まずは周辺の誰でもできる内容の仕事から入ることは、担当となった看護師たちの心臓リハビリ業務への抵抗感や、何をしたらよいのかという戸惑いを取りはらい、結果的に負担の少ない業務となっていた。しかもそれは、心臓リハビリの現場では欠かすことのできない重要な仕事であり、さらに、生活指導業務は看護師に頼らざるをえないことであった。理学療法士は看護師を引き込むことで自らの業務にもオーバーラップさせていた。

多忙な医師や看護師がセッションに不在となってしまうことがあったとしても、他の職種で業務を遂行できるような最低限の基本的な型を持っていることが必要となる。その上で、すべての職種がそろっているときの多職種協働は、フル装備の余剰性を包含したある種の理想的な状況であった。

多職種協働によるチーム医療をどのようにすすめていけばよいかについて、それぞれの医療専門職がもつ専門知や、さまざまな患者と接することで蓄積された経験知や暗黙知を他の職種と共有することは多忙な医療の現場ではあまり行われることはない。バイタルサインなどの数値が簡潔に電子カルテ上のシートに記載されているのみである。栄養士が指導した、理学療法士が関わったと

いった事実が大切であることは、診療報酬上の問題であり、日常の多職種協働においては、患者の行動にかんする医療専門職から見た情報が有用なのである。外来患者の心臓リハビリカンファレンスは、15分から20分程度で患者が心臓リハビリを行う上での目標を中心に、多職種の医療専門家が対象患者についてそれぞれの立場から患者に関して意見を述べ合う場であった。それでも、患者の状況や認識を必ずしも把握できているわけではなかった。また、患者の言動も一致していないことも多くあり、一致しないこととして把握しなければならない中で、医療者側からのプログラムを提供するために多職種の医療専門職が患者と接することなかで最適な方策を得ようとする実践となっていた。

さらに、患者たちの語りから多職種協働をみると、職種による専門性を明確にしようとするほど、医療者の捉える患者は患者の日常生活の実践から遠ざかっていくことが看取された。医療現場で治療を受けた患者の状況が、医療者から見て困難におちいって厳しい内容であったとしても、退院後の患者は日常生活を元に戻すことを第一に優先している。そのための医療者の支援が、患者の日常生活にどれだけ活かされているかについては、うかがい知ることは難しいことである。

第4章 糖尿病重症化予防のための 多職種協働

4.1 はじめに

政府が発表した「2012年診療報酬改定の概要」によれば、その冒頭に「国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分」と掲げている。第一の問題として「負担の大きな医療従事者の負担軽減：急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる」ことへの対策である。その中で、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する項目の一つとしてチーム医療としての「糖尿病透析予防指導管理料」が追加された。これは、慢性疾患である糖尿病患者の合併症である糖尿性腎症が重症化して人工透析が導入になると、国民の生活の質は低下し、医療費が一気にはね上がることが知られているが、これを事前に予防しようとするものである。

本章では、糖尿病患者の重症化予防政策により、糖尿病腎症患者の透析を予防する取り組みの事例を取り上げる。この取り組みは、冒頭で示したように、政府主導で2012年から始まっている。これまでに生活習慣病予防の取り組みを行ってきたにもかかわらず、生活習慣病の一つに位置付けられている糖尿病になってしまった患者に対しての重症化を予防する取り組みである。この取り組みは、チーム医療を前提としていることから、多職種協働のありかたを考察する上で適切な事例といえる。特にここでは、多職種協働を促進するために医療情報ツールが導入されたことから、この事象をモノを媒介とした実践として捉えていく。

4.2 慢性疾患の対応

慢性疾患の増加と高齢社会に備えるための政府の施策は、2001年（平成13年）からの健康増進事業に始まり、2002年には、受動喫煙の防止をはじめとして、特定健診・特定保健指導を実施するという健康増進法が施行された。その後2008年（平成20年）からの継続した政府の医療費抑制策（医療費適正化計

画)により、医療現場も大きく変化していった。そうした中で多職種によるチーム医療の推進に注目が集まった。多職種連携とチーム医療への診療報酬の配分を大きくし、「医師による診断と治療」から「多職種協働によるチーム医療」へと医療の転換をはかる政策が進められていった。増加し続ける生活習慣病への対策は、もはや予防のための啓発普及事業や、検診による生活習慣病予備軍の早期発見という施策では手遅れであった。

4.2.1 政府の糖尿病重症化予防対策

増加し続ける2型糖尿病への対策は我が国の国家課題になっている。その背景にあるのが生活習慣の乱れ（食生活の問題と身体活動の不足）によっておきる内蔵脂肪型肥満と、インスリン分泌不全に陥りやすいという体質的な問題がある（横田 2013）。政府は1978年度から生涯を通じての健康づくりの推進に取り組んでいるが、政府の早期からの取り組みにもかかわらず、糖尿病を強く疑われる人は2012年には950万人となり⁵¹、5年前と比較して約60万人増えたという。「糖尿病の可能性が否定できない人」として集計されている「糖尿病予備群」は220万人減の1,100万人で、はじめての減少となり、合計すると2,050万人という。総患者数から推計した疾患別一人当たりの医療費は、高血圧性疾患28万円、糖尿病患者で49万円、虚血性心疾患76万円、脳血管疾患127万円、腎疾患337万円と、合併症としての心疾患や腎疾患で医療費がはね上がることから、疾病管理を的確に行うことが医療費抑制につながる可能性になるといわれてきた。すなわち、医療を提供するシステムにまで立ち入った議論が必要という観点から、「疾病管理（disease management）」の考え方が欧米を中心にひろまっている。医療経済学者の坂巻の疾病管理についての説明は以下のとおりである。

疾病管理とは、主に慢性疾患を対象とし、疾病の重症化を予防するために、住民や患者の自己管理をサポートすることで総合的な健康改善とそれに基づく費用コントロールを目標とするものである。住民、患者への介入に当たっては、実際のデータをもとに介入すべき集団の特定とリスクによる層

⁵¹ 糖尿病が強く疑われる成人男女が約950万人に上ることが、厚生労働省の「2012年国民健康・栄養調査結果」の推計であきらかになった。糖尿病の有病数は5年に1回推計しており、前回（2007年）から約60万人増えた（糖尿病ネットワーク）。
<http://www.dm-net.co.jp/calendar/2013/021148.php>（2016年9月3日アクセス）

別化を行い、リスクに応じた適切なタイミングと手法での介入が行われる。医師だけでなく、コ・メディカルスタッフも含めた連携が必要になる。また、医療現場からの情報をもとに目標や介入戦略にフィードバックすることが疾病管理における特徴としてあげられる（坂巻 2005: 166）。

坂巻は疾病管理をかなり広い視野で述べている。また、坂巻によれば、クリニカルパスも疾病管理と同様にマネジメントの考え方をベースとするが、クリニカルパスは個々の患者に対するものとして入院患者に提供され、基本的に一医療機関内に限定されるものである一方、疾病管理はライフサイクルにわたるマネジメントであるという（ibid: 167）。

このような疾病管理の概念に基づいて制定された診療報酬が、本章で取り上げる「糖尿病透析予防指導管理料」である。早期の腎症病期である第2期からの患者が対象になるが、第2期は無症候であるため、尿中の微量アルブミンの検出が診断の根拠となる。そのため日常診療において尿アルブミンの検査を実施する必要があるため、従来から保険診療において3ヶ月に1度の尿アルブミン検査の施行が認められていた。この検査が必要な症例は糖尿病患者すべてであるが、実際に施行されていた割合は低く、糖尿病の専門医でも非専門医でも、改善の余地があった（森 2013）。森によれば、今回の指導料の制定で、臨床現場での尿中アルブミンの測定が普及することが期待されている。

この糖尿病透析予防指導管理料の導入の目標は、第1には糖尿病性腎症の病期の進行を抑制することである。第2の目標として、糖尿病性腎症の進行にともない増加する心血管合併症による死亡や発症をも抑制しようということであった。そのため、糖尿病性腎症患者はハイリスク患者として位置づけられ、重点的に管理されることとなった（森 2013）。

糖尿病透析予防指導管理料の制度発足を受けて、多くの病院には新たなワーキンググループやプロジェクトが設けられ、その制度を導入したという（森 2013、田中ら 2013）。概ね、透析予防チームの業務分担は、表10のとおりであった。

表 10 糖尿病透析予防指導チームの業務分担

共通	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病教室の運営 ・透析予防プランの作成
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・透析予防導入の指示

	<ul style="list-style-type: none"> ・透析予防内容の骨子作成（栄養指導の内容や看護師の重点指導項目の指定） ・達成目標の明確化（血糖値・HbA1c の目標値、血圧管理目標・脂質管理目標・体重管理目標） ・治療内容の最適化
看護師・保健師	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の説明と患者の病状評価 ・血糖、血圧、脂質、体重の管理目標達成度の評価 ・血圧測定や家庭血圧測定の指導管理 ・足の状態の観察（フットケア） ・インスリン使用患者へのインスリン注射手技の確認、注射部位のローテーションなど指導
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ・食事・栄養指導（必要に応じてカーボカウントや蛋白制限の指導） ・運動の把握（量および時間）
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬指導 ・服薬遵守度の確認 ・処方内容の確認
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・運動療法の指導

出典：森(2013: 145)を参考に作成

このように糖尿病透析予防指導管理は、医師、看護師や保健師、管理栄養士によって構成されたチームが薬剤の見直し・栄養指導・運動指導・生活習慣指導をすることにより透析予防をはかるというチーム医療の試みである。さらに1年間の成果を患者の人数や状態の変化を行政に報告することが義務付けられており、結果が公表されることから、成果が上がるかどうかでその施設の評価がされる。また、今後の算定基準に影響を及ぼす可能性があることから、安易に指導することは避けるべき、と述べる研究者もいる（田中 2013）。

4.2.2 糖尿病透析予防指導管理料とは

生活習慣病が重症化すると医療費がはね上がることから、政府はハイリスク者をピンポイントにして重症化予防へと乗り出すこととした。そして2012年、透析患者の年間医療費が高額となっていることから、新たな診療報酬として「糖尿病透析予防指導管理料」が設置されたのである。日本透析医学会の集計では、透析患者数は2011年末の集計で初めて30万人を超え、2014年には320,448人となったという。また、透析への導入となる原因疾患について、1998年に糖尿病性腎症と慢性糸球体腎炎との間で首位の座が入れ替わって糖尿病性

腎症が1番になった。それ以来、糖尿病性腎症からの透析導入割合は増加の一途で、2014年は43.5%の患者が糖尿病性腎症を原疾患とした導入であった。

新たな診療報酬の目的は、この糖尿病性腎症による透析移行を予防することである。病院がこの診療報酬を請求するにあたっては、施設管理基準をみたしておくことが必要である。施設管理基準を受けるには透析予防診療チームが結成されていること、さらにチームには専任の担当医師・看護師または保健師・管理栄養士が糖尿病指導の経験を有していなければならない。医師は「糖尿病および糖尿病性腎症の予防指導経験が5年以上」必要である。看護師は、「糖尿病および糖尿病性腎症の予防指導経験が5年以上有ること」、もしくは「糖尿病および糖尿病性腎症の予防指導経験が2年以上」かつ、この間に「1,000時間以上の糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了したもの」とされている。なお、どのような研修が適切な研修であるかについても、詳細に明記されている。ただし、ここには、医師が糖尿病の専門医であることが要件ではないし、また、指導者の規定に学会などが連携した「糖尿病療養指導士認定機構⁵²」が認定しているという「糖尿病療養指導士⁵³」といった資格をもつことの必要性も問われていない。先に述べた看護師の専任者が受けておくべきであるという適切な研修には、「国および医療関係団体等が主催する研修会であること」という上記の認定機構のことをうかがわせる記載が認められるのみである。

2012年度診療報酬改定で新設された糖尿病透析予防指導管理料（以下「管理料」）は、医師が行う重症化した患者の治療にではなく、多職種協働で行う重症化予防に付与される点に特徴があった⁵⁴。

⁵² 多くの糖尿病患者に対し、糖尿病専門医の数は限られており、的確な医療連携のフレームワークを構築する必要性のため、2000年に「日本糖尿病学会」「日本糖尿病教育・看護学会」「日本病態栄養学会」が母体となり、「日本糖尿病療養指導士認定機構」を設立し、「日本糖尿病療養指導士（CDEJ：Certified Diabetes Educator of Japan）」の資格認定を行うことになった（日本糖尿病療養指導士認定機構 2018）。

⁵³ 糖尿病に関する知識を有し、患者の社会的・心理的背景を理解し、熟練した療養指導を行うことができるコ・メディカル（看護師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士など）に与えられる資格で、糖尿病学会が一定の講習と試験合格にて認定している（日本糖尿病学会編 2005: 29）

⁵⁴ 平成24年度診療報酬改定の概要では、社会保障と税の一体改革で示した2025のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩としている。勤務医の負担軽減や医療と介護の役割分担などを重点課題に挙げ、医療技術の進歩の促進の導入をはかり、生活習慣病対策の推進として、「糖尿病透析予防指導の評価」として新た

管理料の算定要件として、「ヘモグロビン A1c が 6.5%（国際標準値）以上または、糖尿病の内服薬やインスリン製剤を使用している外来患者であって、糖尿病性腎症の病期がⅡ期以上で、かつ透析を受けていない患者」となっている。具体的な予防指導は、糖尿病指導の経験を有する専任の登録された医師・看護師・管理栄養士の 3 職種が同日に指導した場合に月に 1 回算定が可能という内容である（厚生労働省 2012）。

上述したように、医師や看護師の「糖尿病および糖尿病性腎症の予防指導経験が 5 年以上」や看護師の「糖尿病および糖尿病性腎症の予防指導経験が 2 年以上有し、かつ、この間に 1,000 時間以上の糖尿病患者の療養指導を行った者」または、「糖尿病および糖尿病性腎症の予防指導経験が 5 年以上有する」という専任要件があったが、Y 病院のような民間の中小病院がこれを遵守するにあたってどこまで要件に沿って行っていたのかは疑問が残る。たとえば、医師免許をもって 5 年以上の医師であれば、糖尿病が専門ではなくとも糖尿病患者は必ずうけもっており、その中には糖尿病性腎症を合併している患者もいるであろうという解釈の仕方である。糖尿病専門医ではなくとも、自身の専門領域の疾患とともに、糖尿病の検査をオーダーし糖尿病薬の処方をおこなってもいる。現実には、糖尿病の専門医数は多くはなく⁵⁵、Y 病院にも常勤医は不在で、複数の非常勤医師が糖尿病患者の診療にあたっている現状である。政府の高度な専門性を求める要件は患者の重症化を予防するために必要とし、同時に患者の便宜や医師の負担軽減をはかるものであった。政府が出した糖尿病透析予防指導の診療報酬の設定は、実は相当相矛盾している。そのため、実際の運用の詳細をあえて明確にせず、各病院の裁量に委ねているところがあった。

このように、診療報酬をあらたに制度化したとしても、細かな取り決めは曖昧さが残ること、また運用や解釈は当該医療機関に任せるものであった。さらにそれに対して医療監査を実施することで適正さを担保しようとするのが、政府のとってきた方策であった。逆に医療現場では経営戦略を練り、この新たな診療報酬の獲得に動き出す。逆に、職種間や同じ職種内でのヒエラルキーや、患者との認識の違いもあらわになることで、混乱しかねなくなる複雑な状況で

に管理料を設定している（厚生労働省 2012）。

⁵⁵ 社団法人 日本専門医制評価・認定機構によれば、平成 25 年 8 月現在での糖尿病専門医数は 4,630 名である。これに対して同じように領域専門医でみると、消化器病専門医は 18,876 名、循環器専門医は 12,830 名で、これらの領域と比較すると多くない（日本専門医制評価・認定機構 2013）。

ある。さらに 2016 年に行われた診療報酬改定においては、「かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化について」の項目を設け、薬物療法を行うにあたって薬剤師のかかわりを多くするようにしている。すべての診療が医師に集中することへの負担軽減または牽制ともとれる施策である。

このように超高齢社会において、複数の疾患をもつ高齢者の受診の増加や治療を進めていく上での困難さから、すべての医療専門職が連携していかざるを得ない状況ではあるものの、複雑な問題が生じていることも事実である。

4.2.3 医療情報ツールとしての疾病管理 MAP

医療情報ツールである疾病管理 MAP は日本の NPO 法人「疾病管理・地域連携支援センター」により開発された。疾病管理 MAP は地域あるいは 1 医療単位内全体の、対象疾患にかかわる医療需要と供給の最適化をはかるため、重症度による層別化により患者に対しての介入優先度を判定する集団疾病管理のためのツールある（勝木 2014）。いいかえると、疾病管理 MAP には、糖尿病のコントロールの基本である HbA1c、糖尿病の合併症である慢性腎臓病（CKD）関連の eGFR や尿タンパク・尿アルブミンの数値が異常の場合にはマーキングして掲載するなどして、全体の診療状況を網羅的に示したものである。さらに重篤な合併症である心血管病（CVD）関連では頸動脈エコーによる頸動脈の内膜中膜複合体厚（Intima-media thickness : IMT）の最大値である IMTmax 値や LDL コレステロール値が登録されている。また、登録された各患者の数値は、項目ごとにデータの悪い順に並べ替えをすることができる。月に一度の割合で最新の情報に更新されるため、各個人別の過去のデータを履歴として持ち、個別の数値の経過をみることもできる。また、これらの数値を折れ線グラフなどにして経過を提示することも可能であるツールである。

「疾病管理 MAP」は、もとはといえば千葉県立東金病院院長で内分泌内科医でもある平井愛山氏によって考案された、地域医療連携を円滑にすすめるための医療情報ツールであった⁵⁶。疾病管理 MAP の設定項目は、地域医療連携パスで使用するために項目を限定して多くの医療機関が参加することができるよう

⁵⁶ 千葉県立東金病院が中核となって構築した「わかしお医療ネットワーク」が IT を活用した地域医療連携の成功事例として知られている（日経メディカル 2013）。

に、最小必要のある項目が設定⁵⁷されていた。この項目をてがかりに、地域中核病院としての平井氏率いる千葉県立東金病院が中心となり、近隣の開業医の医師たちとネットワークをつくり糖尿病患者の疾病管理に乗り出したのが疾病管理 MAP の最初である。インスリン処方の必要な患者は当初東金病院に集中していたが、勉強会などを開催して開業医たちもインスリン処方ができるようになっていった。開業医にとってみれば、糖尿病患者のインスリン処方を行えるようになることは、クリニックの患者増につながり有益であった。東金病院もクリニックに通うようになった患者たちに、年に一度は精密検査のために来院することを促した。このような病院と診療所との連携により、重症化している患者を効率よく層別して診療をすることができ、お互いにウィン-ウィンの関係を構築したという。さらに、心臓病などの大血管病を併発した糖尿病患者の診療をどこが引き受けることになるのかを議論するうちに、さらに大きなネットワークとなっていった。この中で、疾病管理 MAP を管理していたのは、東金病院の地域連携室の看護師長であった。開業医からファックスで送られてくる患者の血液検査の情報を手作業で入力した。また、壁には大きな白いボードをはり、優先して介入すべき患者名をピックアップして並べて情報を管理していたのであった。

このように、疾病管理 MAP は地域医療連携のための医療情報ツールであったが、Y 病院では副院長の判断により病院単独で使用するためにこのツールを導入した。導入のきっかけは、2012 年 2 月 17 日に市医師会の講演会に平井愛山氏が招かれて、「地域ぐるみで取り組む糖尿病の診療連携と疾病管理-MAP&パスが開く新たな世界」というタイトルでの講演を副院長が聞いたことであった。そのなかで、『疾病管理 MAP』が紹介されていたという。その講演を聞いた時、すぐに副院長はこの疾病管理マップの導入を決断したという。副院長は次のようにのべている。

やっぱり、ドクターがやっている日頃の診療というのは、本当に特に外来に関しては、お互いに相談し合うこともなく、目の前の人と 1 対 1 で繰り広げられることと時間（の制約）との中で、こう、戦っているような状態で仕事をしているので。何がされている、されていないというこ

⁵⁷ 疾病管理 MAP には、初期設定のミニマムデータセットとして、身長・体重・血圧・HbA1c・尿中アルブミン定量・尿タンパク定量・eGFR の 7 項目が登録されていた。

とに關してのチェック機能も、誰から入ることもなく、その外来主治医だけが担ってやっているという要素が強いので。実際にどれだけできているのかなあということ、自分で検討もできず、他の人がどうやっているのかなということもなかなか覗いて比較することもできず、そういうなかであって、このツールがあると（診療のチェックが）一気に進むのかなと思って。やれていないことができるようになる、お互いの数値のベンチマークができる。例えば診療の向上につながるのかなということが、まあ、単純にいいなと思ったわけなんです。（中略）

この話が終わった後即断即決して、講演が終わった後にその場で〇〇さん（マネージャー）と（講師の）先生に交渉していましたから。ぼくの独断で決めるわけにはいかないのですが、（中略）、これ買うと組織が動くんですという、賛成してくれるやろなと思ったわけです。（2015.01.08 副院長へのインタビューより）

副院長は循環器内科医師であるが、糖尿病患者の診療も行ってた。外来診療において、多くの糖尿病患者がいることや循環器内科医師であるため糖尿病の合併症を見落とししてしまうこともあることが気になっていた。それが疾病管理 MAP をもちいることで解決できるようになるかもしれないと感じた、という。2012年2月に講演会が行われ、同年3月には指導の中心になる看護師と管理栄養士と事務職員で、「疾病管理 MAP」の導入を前提に、当時の千葉県立東金病院⁵⁸に見学に出かけている。

4.3 新たなチーム作り

新たに設置された診療報酬である糖尿病透析予防指導管理料を算定するために、Y病院では委員会を立ち上げるとともに2012年6月に『疾病管理 MAP』を導入した。筆者はこの委員会に発足当初から参加し、新たな診療報酬算定と糖尿病患者を中心にした生活習慣病の重症化予防に向けたY病院の取り組みを参与観察した⁵⁹。糖尿病透析予防指導管理料は、これまでの診療報酬とは異なる

⁵⁸ 千葉県立東金病院（平井愛山院長、191床、同市台方）は、2014年3月31日に、救急基幹病院・東千葉メディカルセンター（MC、東金市丘山台）が4月に開院するのに伴い、地域医療拠点としての役目を終え、閉院式が行われ、60年の歴史に幕を閉じた（『千葉日報』2014.4.1朝刊）

⁵⁹ 筆者は、同年3月に同病院をいったん退職している。そして4月から改めてこの

り、職種による予防指導体制を整えたうえで、同日に指導を行った場合に月に1度のみ付与されることから、職種間の連携や患者との折衝など、これまでの外来診療の現場とは異なった対応がもとめられる。したがって、筆者はこれを算定するための組織での取り組みを医療現場における意識変革と捉え、いかに多職種が連携するかについて焦点を定めた。

糖尿病という重要疾患の慢性期患者の重症化や再発を予防するプログラムのなかでもとりわけ注目すべきは、医療情報ツールを用いた多職種協働へのマネジメントの影響である。詳細は次節以降で述べるが、医療情報ツールによる数値の提示による各職種の意識変化や数値の捉え方、また、患者へのフィードバックや患者の反応などが複雑に絡み合う。筆者は、委員会に出席し、データの提示や現状のプレゼンテーションを行った。また、医師の診察の場に同席し、患者とともに医師の話聞くこと、また看護師や管理栄養士、さらに理学療法士からの患者指導がおこなわれる現場に立ち会った。また、円滑に患者指導が行われるように支援している薬剤師や臨床検査技師、診療放射線技師、さらに医事を担当する事務職員、医師事務管理補助者（メディカルセクレタリー）ともインフォーマルにコミュニケーションをとるとともに話し合いを重ねた。多職種の疾病管理 MAP を用いた新たな取り組みともいえる試みは、その後それぞれの職種において、多くの研究発表や学会発表、論文⁶⁰に結実していくことになった。電子カルテからデータを抽出し、提示した疾病管理 MAP の関係を図 14 で示す。電子カルテでは、個人のデータを時系列で垂直に見ることができると対して、疾病管理 MAP では、個人のデータを横串に抽出して並べており並列にみることのできる情報ツールである。

新たなプロジェクトの専任として雇用されることになった。そのため、筆者としては新たな調査研究にのぞむことができるという気持ちを持つことができた。しかし、4月の時点ではどの部署に席を置くことになるのかは決定していなかった。その後、ようやく決まった筆者の所属は医療統計を扱う部署であった。そして疾病管理委員会メンバーとして、システムエンジニアの男性とともに『疾病管理 MAP』の管理をし、多職種のチームメンバーのためのバックアップを担当することとなった。その後の筆者の仕事は、午前は心臓リハビリチームのマネジメントと患者指導を担当するとともに、午後は糖尿病重症化予防チームのマネジメントを行った。

⁶⁰ 診療放射線技師が第13回日本糖尿病情報学会学術集会で報告した「『疾病管理 MAP』を活用した冠動脈病変を有する糖尿病患者の抽出の検討」をまとめた論文は、その年度の石川県病院協会の優秀研究論文賞を受賞した。

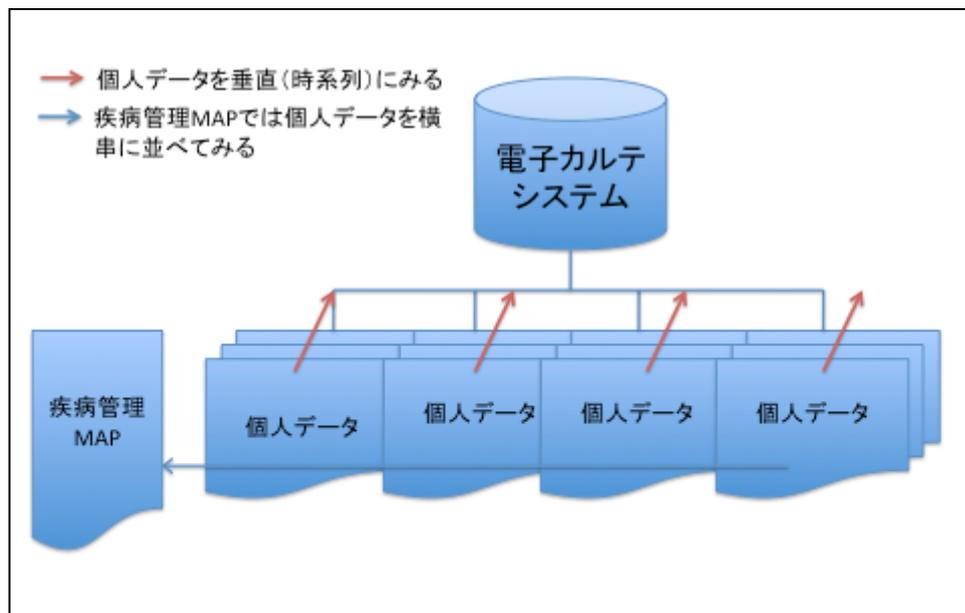


図 14 電子カルテと疾病管理 MAP の関係(筆者作成)
 (個人データファイルから条件にあったデータを抽出して一覧化している)

4.3.1 疾病管理委員会の発足とその内容

疾病管理委員会は、2012年4月に副院長自らが各職種からメンバーを選定し、直接個別に呼びかけて発足した。当初の疾病管理委員会のメンバー12名の構成は次のとおりである。

委員長：医師（副院長）1名

看護師（全員が糖尿病療養指導士）：外来2名、病棟1名（後に1名追加）

管理栄養士（糖尿病療養指導士で主任）1名

臨床検査技師（科長）1名

薬剤師1名

診療放射線技師1名

医事課（課長）1名

システムエンジニア（科長）1名

事務局（総合職）1名

筆者（臨床検査技師・診療MAP管理）

第1回の委員会では、まず副院長から委員会の意図を説明するためのプレゼンテーションが行われた。糖尿病の増加に対する政府の対策として糖尿病透析

予防指導管理料が診療報酬として新設されたこと、病院の方針として9月よりこの管理料の算定を開始すること、そのために糖尿病疾病管理委員会を発足したことなどの説明があった。また、このときに明らかにされた問題は次のようなものであった。

(1) 糖尿病専門医としての常勤医がいないため、当面、常勤の循環器内科医師3名と一般内科医師1名の受持患者を対象とすること。

(2) 糖尿病の病名を持つ内科領域の患者は合計1700名あまり、その中で4名の医師が受け持つ患者は約880名であり、算定対象者は非常に多いこと。

(3) 実際に算定可能な対象者であることを確認するために、糖尿病性腎症としての病期判定が必要となる。判定に必要な検査（尿中微量アルブミン定量）の実施率は、全糖尿病患者のわずか3.1%にしかすぎなかったため、今後9月からの算定に向けて、多くの患者に検査を追加しなければならないこと。

(4) 糖尿病患者の栄養指導の実施状況は35%であり、危険な合併症として冠動脈疾患の異常を予測する頸動脈超音波検査の実施状況は5%あまりと大変低いこと。

これらの実施率をみると、糖尿病患者に必要な検査や指導の実施率が低いことが明らかになった。とくに「尿中微量アルブミン検査」の実施率がわずか3.1%とほとんど実施されていない状況に、委員会のメンバーは全員ためいきをついた。なぜなら、尿中アルブミンが測定されていないと、糖尿病性腎症の病期が判定できないので、糖防管指導の対象者であるかどうかですら把握できないことになる。まずは、検査を実施することから始めねばならないということを示す。委員会を招集した副院長からは、今後どのようにすすめればよいかなどの詳細は、未定であること、そして今後の実施の困難さも予想されることが伝えられた。民間の中小病院であるY病院の意思決定はトップダウンで行われ、決まったことが伝達されることが多い。さらに「診療と質の担保とセーフティネットの構築のために多職種協働による活躍の場を与えるから全国に先駆ける達成感を味わおうじゃないか、ひいてはこれが外来診療単価の増収となり、他疾患への活用にもつながる」といって委員会メンバーをエンカレッジし、さらに「気付きと変革のチャンスであるから意識行動改革を」とよびかけた。このときの副院長の目的は、図15に示すように、「医師の診療向上」「業務改善」「経営戦略」の3点に集約されるであろう。それらを別の言葉で言い表し、集まった委員会メンバーに示していたと言える。

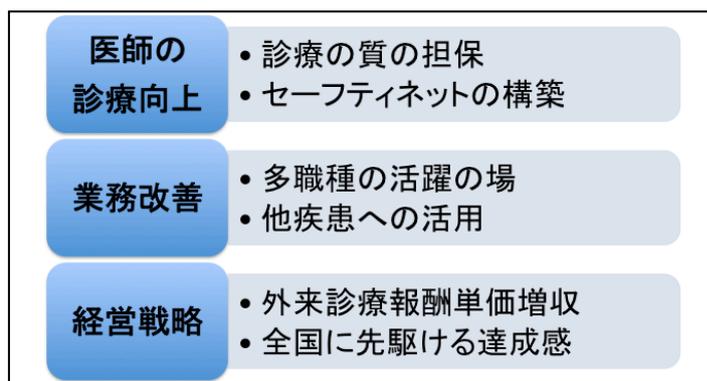


図 15 副院長の意図した疾病管理 MAP 導入の目的

このとき、先例の病院である千葉県立東金病院の取り組みが紹介されていたが、集まったメンバーにとっては以下の語りがすめすようにまるで雲をつかむような話であった。

この委員会が、どうなるのかよくわからないね。ましてや、糖尿病の診療に放射線技師である自分は、何ができるかもわからない。(診療放射線技師) 管理ソフトがはいるというけど、まだ現物もみていない。新しい保険点数のことらしいけど、どこまでできるのか(医事課事務職員)(2012.04.20 フィールドノーツより)

委員会に召集されたメンバーたちは、口々になぜ自分がこの委員会に呼ばれたのかはわからないと話していた。先の見通しも立っておらず、1700名の患者から対象者を探していく作業がこのあとに続く。何をしようとする委員会なのか?メンバーとして参加することの意味は?といった、漠然とした不安が委員会のメンバーにあった。誰が、いつ、何をするか、どの程度の作業量なのか、それらはまったく不明のプロジェクトであった。

4.3.2 診療報酬の算定に向けて

新たな診療報酬を算定するために、算定対象者がどれだけいるかを調査しようとしたところ、算定対象であるかどうかを把握するために必要な検査(尿アルブミン検査)がほとんど行われていなかったことが判明した。インタビューにより明らかになったのは、このようなことは管理者である副院長にはある程度予測されていたことであった。糖尿病患者に尿検査が行われていなかったこ

とについて、尿検査を行うことは患者にとっても煩雑であり、毎回検査をしたくないと患者からいわれることが多かったという理由もあった⁶¹。また、尿検査を行わずとも他の血液検査を行うことで診療を進めていくことができたということもあったという。さらに、200床以上の病院では外来患者の尿検査は外来診療料73点に含まれているため、尿検査の実施は尿中微量アルブミン定量の検査も含めて実施の有無にかかわらず、一定額の診療報酬しか受け取ることができないシステムであった。しかし、非常勤の糖尿病専門医も複数勤務していたので、ある程度の割合で必要と考えられる尿検査がなされていたのではないかと予想されたが、実際にはほとんどの糖尿病患者に尿検査が行われてはいなかった。そのためにこの後、尿アルブミン検査を糖尿病患者に実施していくことになるが、それらにかかる検査料は病院の持ち出しとなり、診療報酬の算定はできない。ただ、尿検査を行うことは腎症発症を早期に予測し、さらに関連する心臓血管関連のスクリーニング（ここでは心電図検査や頸動脈エコー検査による頸動脈肥厚の計測など）、異常が見つかれば次の検査に進めるなど患者に手厚い診療を提供することにつながる。新たな診療報酬の導入は、結局、病院の診療システムも変えていくことになった。副院長が新たな診療報酬制度の制定をきっかけとした戦略は、図16に示すように「制度戦略」に加えて、情報を一元化する「情報戦略」および外来診療の収入をあげるための「経営戦略」と考えられる

⁶¹ 尿検査が煩雑だから検査をしたくないというのは、一つの理由として衣服を上げ下げすることが麻痺のある患者にとって時間がかかること、荷物と尿コップを持ちトイレから窓口に提出する煩雑さもある。また、筆者の知る尿検査を拒否する女性患者の例では子宮脱があるため、トイレで尿を採るときに子宮が落ちてきてしまうためであるとそっと教えてくれた。このような患者には、自宅で採取することができるように、尿コップと提出用の容器を渡すことで尿検査は可能だ。

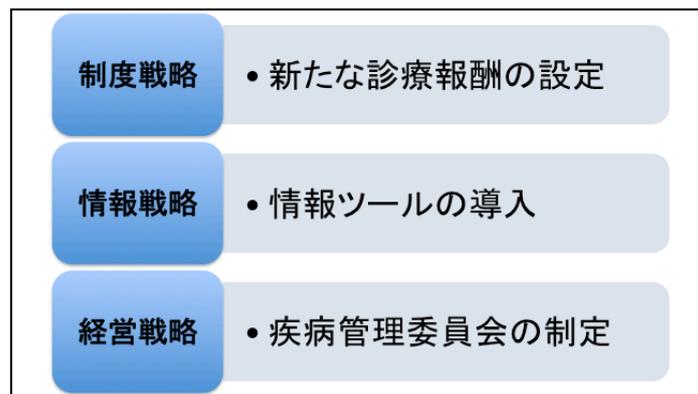


図 16 糖尿病透析予防指導管理料導入に向けた Y 病院の戦略

その後の委員会や勉強会などの日程や内容は表 11 のとおりであった。全職員向けにもこの取り組みの周知をはかるために、『疾病管理 MAP』の発案者である平井愛山氏を招いて院内での全職員に向けての講演会も開催された。

表 11 疾病管理委員会の開催記録

年月日	項目	内容	対象者および参加者
2012.04.20	第 1 回疾病管理委員会	疾病管理委員会発足	委員会メンバー
2012.05.25	職員勉強会	千葉県立東金病院長 平井愛山氏講演会	全職員
2012.06.01	第 2 回疾病管理委員会	データセットの確認	委員会メンバー
2012.06.15 ～08.17	第 3～7 回疾病管理委員会 (第 1・3 金曜日)	対象患者の抽出 患者啓蒙用スライド作成について	委員会メンバー 外来担当医師
2012.09.07	第 8 回疾病管理委員会 会食	9 月算定開始後の状況の聞き取り	平井愛山氏, 松本洋氏 委員会メンバー
2012.09.21	第 9 回疾病管理委員会	算定開始後の問題点	委員会メンバー
2012.10.05	第 10 回疾病管理委員会	算定 1 ヶ月間の集計結果について	委員会メンバー
2012.11.02	第 11 回疾病管理委員会	慢性腎臓病勉強会	委員会メンバー 腎臓内科専門医
2012.11.16	第 12 回疾病管理	東金病院での状況や指	委員会メンバー, 指

	委員会	導内容の紹介と質疑応答	導担当者、東金病院より、院長・栄養科長・看護師（糖尿病認定看護師）
2012.12.07 /12.21	第 13/14 回疾病管理委員会	算定 3 ヶ月間の集計結果とその成果	委員会メンバー

Y 病院では疾病管理 MAP を病院単独で使用したが、データ入力は委員会発足時に委員会メンバー全員での手作業を考えていた。しかし、委員会メンバーであるシステムエンジニアが、電子カルテデータと連動させることによって最新の情報を取り込む方法を確立した。さらに、第 2 回の疾病管理委員会において、疾病管理 MAP に取り込む項目は、検査結果の数値だけではなく、確認すべき投薬の種類と薬剤名、さらに次回の来院予約日も追加された。その後、月に一度データが更新されることとなり、個人の履歴とともにこれらの最新値をモニターすることが可能となった。また、尿アルブミン検査が未検査であったが、それぞれ主治医に依頼し可能な限り検査オーダーを追加し、糖尿病患者の腎症病期を確定していった。そして 9 月からの算定開始に向け委員会での検討が重ねられ、8 月 17 日の第 7 回疾病管理委員会において、約 70% の糖尿病患者において尿アルブミンの検査がされ、腎症の病期が確定し、ようやく対象患者の概要が浮かび上がってきた。

その後、導入にあたっての経緯を尋ねたインフォーマルなインタビューでは、副院長は以下のように語っている。

糖尿病の地域連携の講演会で（『疾病管理 MAP』の話）初めてきいた瞬間に「これだ」と思ったね。これで(必要な検査の)見落としが減って、多職種が活躍できる場がつかれると思ひ、すぐに導入を検討したよ
(2012.08.05 フィールドノーツより)

さらに、外来患者の尿検査が行われていなかったことについて、当時を振り返って語った話は次のようであった。

当院そのものの外来の質を見直そうという大上段に振りかざすものじゃあなかったのですが、ひとつには、糖尿病の透析予防の指導管理ということ

(診療報酬制度)が出てきたときに、うちが、外来で検尿ひとつもしていないよね、ということが当然自分の頭にまずあって。200床以上の病院だから外来検尿マルメだし⁶²、で、もうやめときましようよ、というので(尿検査をしていなかった)。ほとんど実際は、外来で検尿していた人というのは、尿路感染かなと疑った人にだけ、今日検尿とりましよう、熱出してきた人に、ということぐらいで、そもそも検尿していなかったの。そりゃもうまあ、アルブミン出ているかなんて測られているわけないやろと。
(2015.01.04 副院長へのインタビューより)

経営者である副院長が、平井氏の講演会で疾病管理MAPの話聞いてすぐに導入することを決めたというのは、ある種のセレンディピティとして説明されるかもしれない。しかし、当時を振り返ってのインタビューにあるように、日頃の診療実践をリフレクティブにみることは、第1には循環器専門医として糖尿病患者の診療を受け持つ自分自身の診療の見落としや抜けがあることを気にかける専門家としてのプライドであった。第2に、これらの見落としや抜けを医師以外の他職種との協働で埋めることができるのではないか、またそのことでやる気のあるコ・メディカル職種が受け身だけでなく、自ら働きかけるような仕事ができるのではないか、といった経営者としての意識が働いた。第3に、検査項目の見落としを埋めることで、尿アルブミン検査分の持ち出しがあったとしても、さらに糖尿病のリスクをもつ循環器疾患を早期に見出すことなどで診療の幅が広がり、重篤な状態になる前に治療することで患者に利益をもたらし、それも十分に元がとれる、と推測したことがある。そして、第4には、自院での治療が見込める患者の増加、それらにより収入の増加が見込めることを経営者として意識したことがあった。これら4つの点に通底することは、日常の実践から情報ツールの力を借りて特別な対象者を選び取り、能動的な活動を引き出せる可能性を見いだしていることである。経営戦略に目を向けつつも、目先の診療報酬にとらわれたこれまでの診療から抜け出すきっかけになると、

⁶² 検査について、昭和45年には医療費全体の6.6%に過ぎなかったのが、自動分析装置の普及などにより昭和55年には11.0%に急増した。そのため、検査は医療費抑制に向けて血液・尿の生化学検査については、いわゆるマルメ(同時に行う検査の項目数を増やせば増やすほど1項目当たりの料金は遞減的に下がる方式)という形で料金の圧縮が強化されていった(池上1996)。尿検査項目については、一般病床が200床以上ある病院では、外来診察料に含まれることになるため算定できない。

管理者としての副院長は考えたのである。

4.4 医療情報ツールによる実践がもたらした新たな協働

本節では、医療専門職種の実践について、事例を紹介しつつ分析結果を提示していく。

4.4.1 疾病管理 MAP を用いた実践

管理者としての筆者は、2012年9月の算定開始までに月々の予約者リストを作成した⁶³。現場で指導にあたる看護師や管理栄養士たちにとって、もっとも困難に思われたことは、複雑な算定条件に合致した患者をどのようにして選択するかであったからだ。そこで筆者は、検査結果の数値と服薬の有無から対象者を選出し、月ごとに、受診予約日順に担当医ごとに対象となる患者のリストを作成した(図17)。疾病管理MAPのデータの更新は月初めに行われるため、次回の受診予約日はあくまでもその時点のものにすぎず、患者の都合により予約日が変更されることもあるため、あくまでも暫定リストにすぎなかった。しかし、このリストの存在は対象者の存在を意味しており、曜日により担当医師が変わるため対象患者の数にも大きく差があることを示していた。このことは、担当の栄養士の勤務シフトや休暇の調整にあたっても活用された。また、患者の来院にあわせたあらかじめの準備が可能となる。さらに筆者は患者の検査の実施状況や診療内容を参考に、外来日にあわせて尿アルブミンが未検査である状況を循環器内科の各担当医に口頭ならびに院内メール機能を使って確認をとり、9月の算定開始までに病期が明確になるように準備をすすめた。

⁶³ 予約者リストは、前回の受診時に次回の受診予約を電子カルテに入力した内容から作成している。患者により1ヶ月後・2ヶ月後・3ヶ月後となり患者の都合により変更になる場合があるなど不確実なリストではある。

患者情報		内科		Urb	eGFR	ΔeGFR [ml/min/1.73m ² /year]			血清Cre	HbA _{1c} (N)	腎臓ス	管理料算定		
氏名	性別	年齢	次回予約日	最終検査値	最終検査値	Δ	標準	相関係数	有意	X ²	最終検査値	最終検査値	検定P	最終日
	女	61	2016/4/21	68.2	66.2		16	0.2			0.5	8.5	日期	2015/4/2
	男	74	2016/4/21	49.7	40.3	-5.8	13	-0.9	○	2021/4	1.4	6.8	日期	2014/8/12
	男	50	2016/4/21	61.6	67.8		16	0.1			0.7	6.4	日期	2016/1/21
	男	68	2016/4/21		25.4		13	-0.2			2.1	7.5	日期	2015/10/15
	男	70	2016/4/21	87.9	47.4		19	-0.1			1.2	6.1	日期	2015/12/17
	女	72	2016/5/7	32.6	70.9		10	-0.4			0.6	8.2	日期	
	男	63	2016/5/7	92.8	71.5		9	0.1			0.8	7.0	日期	
	男	49	2016/5/7	78.1	75.8		12	-0.1			0.9	9.1	日期	2016/3/5
	男	78	2016/5/7	443.7	54.4		5	-0.8			1.0	10.5	日期	2016/2/6
	男	53	2016/5/7	39.0	87.8		9	0.3			0.7	7.8	日期	
	男	49	2016/5/7	357.4	64.2	-6.3	10	-0.6	○	2024/7	1.0	9.7	日期	2016/2/28
	女	77	2016/5/9	47.7	43.1		10	-0.6			1.0	6.8	日期	2016/11/17
	男	74	2016/5/10	108.1	37.9		23	0.6	○		1.4	7.1	日期	2016/1/5
	男	79	2016/5/10	129.6	106.5		9	0.6			0.6	5.9	日期	
	男	67	2016/5/10	98.0	72.1		9	-0.1			0.8	7.5	日期	2014/3/11
	男	72	2016/5/10	79.9	81.4		12	0.6	○		0.7	7.5	日期	
	男	66	2016/5/10	77.6	91.8		2	1.0			0.7	7.1	日期	
	女	66	2016/5/10	72.1	60.8		20	0.1			0.7	8.7	日期	2016/3/4

図 17 毎月配信される指導対象候補者名簿の一部抜粋

2012年9月に糖防管の始動を開始し、9月の糖防管による診療報酬の算定件数は58件と順調に始動し、翌月にはさらに増加し63件であった。増加する指導に対応するために、病棟看護師の応援を要請することとなり、11月には病棟と外来の看護師が協力して指導にあたることとなった。11月の指導件数は56件、休日などで診療日数が減少したため1日あたりの指導件数は増加している。このころになると、初回指導する患者数より継続指導する患者数が上回るようになった。さらに12月には件数が71件と増加している。また、患者指導により改善した患者もいたため、今後の対象拡大を念頭に糖尿病内科医師が主治医である患者をも含めて対象とすることとなった。しかし、この後に指導の件数は12月の件数をピークにして次第に低下していくことになった。以下に件数が低下していく要因をみていきたい。

4.4.2 医師の専門的知識と糖防管指導

日本糖尿病学会編の「糖尿病治療ガイド2012-2013」によれば、糖尿病の食事療法では蛋白質の摂取は比較的許されているが、糖尿病性腎症の食事療法では第3期Bから蛋白制限を行い、その代わり炭水化物・脂質の摂取量をふやす。そのため、この切り替えが患者に大きな混乱をもたらすため、糖尿病性腎症の食事指導は難しいといわれている。さらに、糖尿病内科医と腎臓内科医、さらに循環器内科医によりそれぞれ意見の相違もみられる(清野2013)。このような中で、尿アルブミンを含めた尿蛋白と、eGFRのみで判定する糖尿病性腎症

の病期は、確定的に決定するものではないため、糖防管でどのような食事を指導するかは治療としての食事療法においては大きな問題であった。それに対して糖防管の指導対象となった患者の主治医にたいして、電子カルテ上で「疾病管理 MAP にて指導対象者として層別化されたため、指導介入してはどうですか？」と質問を投げかけ返答をまつ看護師の対応は、非常勤の糖尿病専門医にとっては、すぐに受け入れられるものではなかった。

そのため、ある非常勤の医師は指導することに「まだその時期ではない」と賛成せず、指導の指示オーダーをださなかった。

また、「この患者は体重が多く肥満があるため尿アルブミンが出ているので、この時期に腎症の指導は不要」といった専門医としての見解で糖防管指導にはすぐに同意しない非常勤医師もいた。このことは、管理栄養士や看護師の指導に不審を抱いたからではなく、むしろガイドラインに沿った厳密な指導がなされると考えていたからこそ、慎重に糖防管が必要かどうかを検討していた。それは、「その時期がきたらお願いします」と返答していることから推察できる。それに対して、ある看護師は次のように返答している。

蛋白制限の指導などは医師から特別の指示がない限りしていない。ガイドラインにガチガチに沿った指導ではなくて、一般的な血糖値を上げないようにすることを中心に話をしている。あ、あとフットケアの話もしますよ。
(2016.08.21 フィールドノートより)

指導を担当する看護師は生活面にそった全般的なアプローチを行っているのであり、非常勤の糖尿病内科医師の認識と看護師の認識にずれがあった。医師と看護師は、患者に対する方針や指導について、互いに十分に伝えあうための会話が不足していた。

さらに、糖尿病専門医について、循環器内科医師は次のようにのべている。

循環器内科医師にしてもインターベンションするし、消化器内科医師にしても内視鏡するし、かならず自分で汗をかいて（手を動かして）治療をするのに、糖尿病専門医は汗をかくことがないもの。（中略）薬をどうするとかが大きな仕事だから。（2012.11.09 フィールドノートより）

このように説明する循環器内科医師がいるように、糖尿病内科医師にとって

は薬物療法や食事療法および運動療法は治療の中の重要な位置をしめていると考えられている。同じ内科医師でも、血管内手術（インターベンション）という手術法を手がけている循環器内科医師からみれば、糖尿病内科医師の仕事は、看護師や栄養士たちの指導のように、生活に密着している。実際に糖尿病内科医師たちは、日常生活上の食事や身体活動について、患者によく質問し話を聞き、処方する薬剤について細かく変更を加え血糖値の安定を測ろうとしている。ある看護師は、次のように述べている。

Q 先生は細かく指導しすぎ。看護師の出る幕がなくなっちゃう。食事の話から、お酒や間食のことまで、全部話しているから、確かに看護師からの生活指導まで必要がなくなります。（2014.08.26 フィールドノートより）

この看護師は、医師の診察内容を知ると多職種での協働にはならないとなかばあきらめ気味に嘆いていた。糖防管指導を3職種で行おうとする場合に、それぞれの職種の持分というべき立場もあるはずである。非常勤の医師であれば、そのような配慮もあまりなく自分自身で必要な指導が可能な場合、すべてやってしまうという。また、後に示すように疾病管理 MAP で対象者として示されていたとしても、自らの独自の専門性で糖防管への指導は不要であるという。

そればかりではなく、別の非常勤の糖尿病内科医師である R 医師は、看護師や栄養士による指導の成果をみとめつつ、次のように述べている。

指導をお願いしようとしても看護師さんが忙しいため声かけできないし、指導をしてもらおうとオーダーを出すと、（指導が可能かどうかについて、看護師に）聞いてからにしてほしい、と言われる。（逆に看護師から指導しても良いかと聞かれる）患者 E さんは指導を受けるキャラではないからね。看護師の話はきかないから、指導のオーダーは出さないよ。（2014.10.01 R 医師への聞き取りより）

この非常勤医師が患者の性格をつかんだうえで指導するかどうかを判断しているように、医師が看護師に透析予防指導を指示しない理由はさまざまである。しかし、医師や看護師が指導を拒否する患者と一度は判断したとしても、他の看護師が患者と話をし、患者の同意を得た場合にはむしろ患者側から指導を希望し、指導のオーダーが出された、という例もあった。

開始から 2 年後の 2014 年に赴任した循環器内科の S 医師は、Y 病院の糖防管の取り組みに当初困惑したという。

僕はやっぱり押し売りだと思いますよ、今の状態では。糖防管の算定というのは別にヘモグロビン A1c を下げることのみを目的にしているわけではないですから。このままだと、何年後に透析になるかもしれないという X ディが出ていて、患者が長寿を希望していてそれを少しでも遅らせるための指導をするということを、きちんと示せていないから。ただ、（透析予防ではなくて）介入したいというなら無償でやればいいと思うのですよ。（中略）指導に関してはもちろん信頼していますよ。ただ僕が知っているのは透析予防の必要性なのです。上司からは、数を増やせと言われていたのかもしれませんが。（2016.08.22 S 医師へのインタビューより）

S 医師はコ・メディカルの専門性を認めるゆえに、コ・メディカルと対等に話をして医師も納得したうえで患者の同意を得て糖防管の診療報酬を算定したいと考えていた。多忙な診療の合間にでもこのようなやり取りをする場合の論理性を求め、医師はコミュニケーションをとることを望んでいた。

S 医師の糖防管指導対象となる予約患者は、1 ヶ月に 4～6 名であった。そこで担当看護師と筆者は S 医師と相談し、S 医師が担当する対象患者について、月の初めにそれぞれ指導をするかどうかを確認するメールを送信し、医師はカルテを確認して判断を返信する方法を試みた。しかし、4 ヶ月継続した後、S 医師からは「すべて責任をもつから、患者と話をして同意が得られた場合に指導してもらってよい」と一定の自律性を看護師や管理栄養士に認めるようになった。循環器内科医の S 医師の場合、糖尿病患者に対する糖防管指導については、対象者であることが疾病管理 MAP で示されており、かつ患者が同意すれば指導をすすめるという、あらたな形式で行われるようになった。かたちとしては「医師の指示に従って」いるが医師主導ではない方法である。透析予防のための指導は診療の一部であり、医師は患者に対する糖防管指導をオーダーしたことを電子カルテに入力をして、その指示に基づいて指導がなされる。

また、糖尿病専門医の Q 非常勤医師は指導のオーダーを出さない理由を質

問すると、「一つ聞きたいのだけど、CPAP⁶⁴をしていて毎月管理料を算定している人でもとれるの？」と、診療報酬の請求が可能な患者であるかどうかも懸念している。医師のオーダーには診療報酬が絡んでくるため、診療報酬請求の可否のことを考慮している。これは筆者がオーダーを出さない理由を聞いた際の返答であるが、医師の実践においても、ガイドラインや医学的判断ばかりではなく様々な理由で検査や指導のオーダーが出されたり、出されなかったりする医療の不確実性があった。

4.4.3 看護師の実践

Y病院の内科外来エリアでは、診療科は違っても看護師は初診患者の問診や血圧測定、体重測定などのバイタルサインの確認、処置にあたる看護師、次回の検査予約など多種多様な共通の業務がある。ここでの看護師の業務は大きく分けると次の2点で、1つ目はそれぞれの担当医について診療の補助をする役割、2つ目に診療科を横断して先述した問診やバイタルサインの確認などの仕事をする役割がある。今回調査の対象となった糖防管担当の看護師は、これらの2つの業務とは別の新たに加わった業務である「指導」を担当する看護師として位置付けられている。そして、外来看護師のシフトの中でローテーションをして複数の看護師がこの指導担当業務につく。表12は、ある時点での外来看護師たちの担当業務の状況である。看護助手を除く正看護師もしくは准看護師は15名で、さまざまなシフトで勤務していた。

患者は複数の診療科を受診することもあり、検査室に向いていくこともあり、患者が現在どこにいるのかを把握しなければならない。指導担当看護師が患者に指導を行うことは、これまでルーチン業務ではなかったため、円滑になされるわけではなかった。彼女たち（内科外来看護師はすべて女性である）は独自の指導手引きを作成し、予約患者を管理し、電子カルテ上で対象者に印をつける。対象患者が誰であるのかを電子カルテをみて把握し、患者に声かけをして、医師の診察に続いて看護師そして管理栄養士と順々に話をする手筈を整えなければならない。診察室の壁に張り付けて耳をそばだて、診察の様子を伺

⁶⁴ CPAP(Continuous Positive Airway Pressure)療法は、持続式陽圧呼吸療法をいい、睡眠時無呼吸症候群の治療において一般的に使われる。睡眠時に口を覆うマスクを通して機器から排出される空気の圧により喉の奥の組織が拡張され、気道が確保されることで睡眠中の呼吸が保たれる。この治療を継続する外来患者に対して、月に一度「在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料」を請求することができる。

い指導に備える。さらに指導をしようとしても、担当医師からは様々な理由でオーダーが出されたり、出されなかったりする。それは、必ずしも医学的な理由であるばかりではなく、患者が静かに看護師の話を聞かないといった性格的なことや経済的な理由のために拒否するかもしれないこともある。

表 12 外来看護師プロフィールと専門業務への参加状況

看護師	看護師 資格	勤務形態	心臓リハ ビリ担当	透析予防 指導	心カテ 補助	救急・ 日当直	取得資格	備考
A主任	40F	正 フル常勤	○	○	○	◎	(BLSインストラクター)	
	50F			○	○	◎	糖尿病療養指導士、心 カテナーズ	
B	正	フル常勤						
C	40F	正 フル常勤	○	○	○	◎	心リハ指導士	
D	30F	正 フル常勤	○	○	○		糖尿病療養指導士	
E	50F	正 フル常勤		○	○	◎	県糖尿病指導士	
F	30F	正 フル常勤		○				妊娠中
G	20F	正 時短常勤	○	○		○日直		
H	20F	正 時短常勤	○	○		○日直		
I	40F	準 フル常勤	○		○			
J	50F	正 パート						
K	50F	正 パート	○					
L	50F	正 パート						
M	30F	正 パート	○					
N	30F	正 パート						
O	30F	正 時短常勤						
担当人数			8名	9名	6名			

また、先の患者の指導が長引いて次の患者が帰ってしまっていた、といったこともあった。疾病管理 MAP から指導対象患者リストが提示されていても、1日に指導ができるのは多くても4~5名で、1日に1名のみといった場合もあった。

当初、担当看護師のAは遠慮がちに次のように話した。

我々は、医師の指示の後に指導する。それで、指示がないので我々は時々しか指導ができないので… (2012.12.18 フィールドノーツより)

医師からの指示を受けた後でないと、看護師や管理栄養士は患者指導という介入を始めることができないでいた。とくに初回は、必ず医師から患者に説明をしてもらうことにしていた。さらに、指導を担当する外来看護師は夜勤もあ

るシフト制をとるため、医師のように主治医制ではなく日替わりの担当看護師を決めている。「初回の指導は糖尿病性腎症についての説明やアンケートを行うので指導しやすいが、2回目以降の指導担当となった看護師は、患者から『またですか』と言われるためやりにくい」と話す。糖尿病療養指導士の資格を持つB看護師は看護師の実践を振り返りつつ次のように話していた。

最初は350点も保険点数がついているから何ができるかいろいろ考えた。でも、保険点数は委員会の他の人たちがMAPを管理したりして支えてくれている分も含めていただいているのだと思うと、気が楽になりました。検査結果をみてあれこれというのは簡単だけど、結果について悪くなっている場合はドクターからしっかり話されているから。何回もいわれるといやだろうから私はあまりふれない。むしろ、患者さんに自分の生活について話してもらってふりかえるだけでもいいと思うようになりました。
(2013.01.31 B看護師へのインタビュー記録より)

B看護師は患者の医療費の負担が増えることが気になっており、自分たち看護師の指導にそれだけの価値があるかと自問したこともあったが、委員会が関わり疾病管理MAPで対象となっている患者が示されていることで指導対象者が示され、自分だけが指導するというわけではないため安心したと言う。すなわち、疾病管理MAPというツールの背後に委員会メンバーの存在を確信して安心感を得て指導することができていた。B看護師は、実際の指導において、患者の日々の実践を細かく聞き取り、ていねいに答えていた⁶⁵。医療者の想定するような状況で薬を服用している患者ばかりではない。例えば、夜間に運転業務についているトラックドライバーなどでは、薬をいつ服用するかは勤務日とそうではない日とは違ってくる。また、B看護師の糖防管での指導は、腎症の予防に関することばかりではないという。このことは先のS医師が指摘した本来の糖防管指導とは方向が違ってくる。

⁶⁵ たとえば食前に服用する薬をのみ忘れるといった場合、食事を一口食べ始めて気づく場合や半分ほど食べて気づく、さらにほぼ食べ終わった時に気づくなどの場合などが患者から質問され、時には医師に確認をとりながら答えている。また、外食時や食欲がなくあまり食べたくない場合など日常生活の中ではさまざまな差異に満ちている。また、インスリン注射の方法も微量な単位の変更を医師は指示するも、注射のタイミングがずれることも日常生活では多くあり、また注射部位も同じであればインスリンの効き目もわるくなるため注意が必要となり細かな対応が求められる。

内分泌内科の患者が入ってくるとヘモグロビン A1c ばかりに目が行くんですね。正月明けなんかとくにボンと上がって悪くなって、そこに目がいつてしまつて。(中略)自分を振りかえつてみたときに、すごく気になる人は、やはりヘモグロビン A1c でしか見ていなくて、自分もそうだけど、先生からも『(腎症が悪化しそうだからではなくて) A1c 悪くなつてゐるし(指導に)入つて』と言われる…そのときは 2 ヶ月 3 ヶ月を振り返つてみてどうでしたか? とか話して、腎症については話してゐませんね。そのときはヘモグロビン A1c の値にとらわれていたかなど。ヘモグロビン A1c 重視! となつていて、内分泌の先生と同じ目線になつていたところがあつた。先生はもっと広く考へてゐると思いますが、結構 A1c、A1c になつていたのですね。(2016.03.16 B 看護師へのインタビューより)

B 看護師はつい医師と同じ目線で、医師と同様の指導を繰り返すことになつてしまつていたことを、反省的に語つた。疾病管理 MAP が示す数値は患者の血糖コントロール不良を示している、生活をしていく上での注意点について、糖尿病患者の内服管理やインスリン使用の状況を具体的に聞くことになる。注射を打つ部位はどこか、どのように器械を設定しているか、あまつたインスリンの保管方法や過不足の場合どのように対処するか、などについて話を聞き、内服薬の残薬の数を確認し、のみ忘れがないかを確認した。そしてのみ忘れた場合の対処法をともに考へていた。B 看護師は「基本的なこと、最低限薬をちゃんとのめるようにしてあげる。本当に基本的な管理をしているだけ」というふう述べていた。

このような看護師たちの指導介入は、医師から看護師の話を聞いてみないかと打診されてから行われることが基本である。しかし、1 年あまりが経過した 2014 年 6 月ころから指導してほしくない、指導中止を希望する患者が増加してきた。担当する看護師間での情報共有をするノートにそのような記載が増えてくる。それらの中には、患者の苦情として「話を聞かせてくださいつてきて、話を聞いていて、会計の時に領収書を見ると 1000 円がかかつていた」や「指導介入にて気分の落ち込み、ストレス増加になるため指導中止」といった内容であつた。さらに、情報化は医療機関だけに起つてゐるのではなく、患者を含めた一般社会も情報化してゐる自分の受けた医療上の経験をインターネットやさまざまな方法で公開し評価してゐる(開原 2000)。筆者は、医療者が

「患者の知」に対して配慮をすることは別稿で言及しているが、「患者の知」は多職種による介入が治療の一つとして今後広く認識されるようになる場合に考慮されるべきことである（山口 2012）。

4.4.4 管理栄養士の実践

糖尿病腎症のチーム医療においては、管理栄養士の役割は特に大きいといわれている。清野によれば、管理栄養士は患者の本当の食生活のようすをうまく聞き出し、臨機応変な対応がもとめられる（清野 2013）。特に糖尿病性腎症の食事療法については段階的なきめ細かな対応のためにこれまでの検査結果を参照するとともに、腎症 2 期という早期からの介入の意義を担当医師とコミュニケーションをとって患者に説明していくことが重要となる。Y 病院では内科外来は 1 階にあるが、栄養指導室は 2 階に設置されていた。栄養指導室にはガラスケースにフードモデルが用意されており、壁には食品群別表が貼られ 4 人掛けのテーブルセットが置いてある。しかし、この指導室が栄養指導に使われることはあまりない。患者にわざわざ 2 階の「あんなところ」にまで移動してもらうのが申し訳ないから、と管理栄養士は話す。待合室で指導をするときに「本当にここでいいですか？」と患者に確認をとると、患者は「ここでいいよ」と気にとめない、と管理栄養士は述べる。また、複数の医師から栄養指導の依頼があるため、栄養士の移動時間も節約できる。

栄養士は患者さんが待つことにならないように特に気を使うという。2016 年の診療報酬改定により、医師の指示に基づく外来栄養指導の診療報酬が 130 点（概ね 15 分以上）から初回は 260 点（30 分以上）2 回目以降 200 点（概ね 20 分以上）と変更になった。この診療報酬改定は、糖防管指導と栄養指導との診療報酬の差異を縮小させた。その後看護師と栄養士が同時に介入し、患者と 3 者で話をしながら指導をするというスタイルも定着するようになった。そして、看護師が指導できないときには外来栄養食事指導として算定するというケースが増えていく。



図 18 指導開始当初待合室での指導風景
(2013年2月筆者撮影)

栄養指導は臨床医のなかでも指導の有効性が高いことが認識されているが、指導対象者が疾病管理 MAP によって示されているからとって、暗黙の了解のうちに栄養指導をすることは松嶋がのべたように医師とコ・メディカルの齟齬を招くことにもなりかねない(松嶋 2015)。医師は、このことについて患者の側から医師に対して「栄養士に行けと(指導するように)言ったのか」と詰め寄られることもあったと述べる。ツールとしての疾病管理 MAP が可視化した情報であるからこそ、医師とコ・メディカルが相互に確認をしつつすすめていくことが多忙な中でも重要となる。

4.4.5 薬剤師の実践

薬剤師は、糖尿病性腎症の病期がすすんだ患者への処方薬剤が適切であるかについて、疾病管理 MAP と1ヶ月間の予約者を対象としてモニタリングをしていた。薬剤添付文書によれば、ある種の糖尿病治療薬や血圧降下薬は腎機能が低下している患者には適切に使用する必要があることが記載されている。医師が不適切な薬剤を処方した場合には、メール機能を使って処方箋の見直しを行うように医師に対して注意を促していた。彼女は私に次のように話した。

あの、直接口頭で医師には言えないのです、それでメールで伝えているのです。それでも(メールを医師から)無視されることが多いのです。
(2013.01.13 フィールドノーツより)

医師にはその薬剤を使わざるをえない論理があるのかもしれない。しかし、薬剤師からみれば、薬剤添付文書による禁忌薬剤の処方は気になる。疾病管理 MAP により、検査結果や薬物投与の指標になるクレアチニンクリアランス値、現在処方されている薬剤が一覧で可視化されているので一目瞭然である。薬剤師は医師への注意喚起をメールで行っていた。メールには「糖尿病疾病管理より、現在グラクティブが処方されていますが、Ccr⁶⁶: 21 のため、禁忌となっております。検討宜しくお願ひします。」といった文面である。この文面にあるように、と「糖尿病疾病管理より」と最初にことわって疾病管理 MAP からの情報であることを示している。さらに、血圧高値患者に対する ACEI/ARB⁶⁷の未投与や、血中脂質の数値が高く管理不十分だと思われる患者に対するスタチン未投与、腎性貧血が疑われる患者に対するエリスロポエチン製剤 ESA⁶⁸が未投与などの場合に、薬剤師は医師へ再検討を促していた。薬剤師の業務については、薬剤師法で規定されている。処方内容を監査し必要があれば主治医に問い合わせることはもとより薬剤師の重要な業務であることが記載されている。このことを、薬剤師は薬剤師業務について記載されている法的な資料を提示しながら、筆者に語っていた。

薬剤師からのメールについて、ある医師の話によれば「患者がやっとその薬になじんだところなのに、またすぐに変更するのはねえ、それでしばらくスルーしてしまっている」というように、メールを無視しているわけではなく、副

⁶⁶ Ccr は、クレアチニンクリアランス Creatinine clearance を示して薬剤師が表記しておりもので、腎機能を評価する数値を示している。薬剤添付文書において、腎機能の評価にあわせて薬剤処方の適用を定めており、薬剤師はこの数値から医師の処方が適用外の患者になされていないかをチェックする義務がある。

⁶⁷ ACEI: Angiotensin-converting-enzyme inhibitor も ARB: Angiotensin II Receptor Blocker も降圧作用のある薬剤で腎保護作用があることが知られており、腎症の進行した患者への処方が推奨されている。

⁶⁸ 腎臓は、血液をつくる働きをもつ「エリスロポエチン」を分泌している。腎臓の機能が低下してエリスロポエチンの分泌が減ると、血液をつくる働きが低下して貧血がおこり腎性貧血となる。エリスロポエチン製剤は、不足している体内のエリスロポエチンに代わり、血液をつくる働きを補う。エポエチン-β ペゴル製剤（ミルセラ）やダルベポエチン α（ネスプ）は、従来のエリスロポエチン製剤の血中消失半減期を延長した新しい長時間作用型の赤血球刺激因子製剤（Erythropoiesis Stimulating Agents: ESA）として、日本では 2011 年に厚生労働省から承認された新薬である（厚生労働省 2011）。

作用の影響など様子を伺ってタイミングを待っているといったところでもあった。糖尿病や高血圧にかんする治療は、患者とのやりとりで決定される要素が大きい。それでも、薬剤師から注意喚起をすることは、これまで行われていなかった。疾病管理 MAP による患者の治療状況を一覽とし、クレアチニンクリアランスなどの数値の計算結果を示したことで対象者を示す。薬剤師は、カルテをレビューして、副作用の影響や、患者の希望で投与を控える旨の記載がないかを念のためチェックするようになったという。そして、「糖尿病疾病管理より」と但し書きをして医師にメールにて知らせるという実践である。法によれば薬剤師が医師の処方監査することが規定されている。このような業務はこれまで医師へ提言することのやりにくさのため遂行されていなかった。そこに疾病管理 MAP という情報ツールが導入されたことで客観的な評価がみえ、薬剤師がそうした業務を実践しやすくなるという変化が生じていた。

4.4.6 臨床検査技師や診療放射線技師の実践

臨床検査技師は、糖尿病患者の診療に関して患者の尿や血液などの検体検査と、心電図や超音波検査などの生理学的な検査を主として担当する。糖防管に関わる業務としての臨床検査技師の実践は、必要な検査がなされているか検査状況を確認し、未検査状態であれば検査を実施するように医師たちを促すことにあった。まず、糖尿病患者の尿中アルブミン検査について院内で迅速に検査が可能となるように検査機器を導入するように病院に働きかけ実現させた。また、頸動脈の最大肥厚値の計測について増加することが予想される検査件数に対応するために、従来頸動脈エコー検査に替わって簡易型の検査機器を導入し検査にかかる時間を短縮した。さらに、医師がこれらの合併症の検査のオーダーを出し忘れないように、疾病管理 MAP より層別化された対象者の電子カルテに、未検査になっているオーダーを予約する準備をしていた。臨床検査技師は筆者に次のように話した。

私たちは医師がオーダーをし忘れていない未確定のオーダーを入力していません。私は（時間があるときに）全部まとめて一度にやっつけてしまいます。
(2012.06.18 フィールドノートより)

検査技師は対象リストに照らしながら、また未検査で病期が不明となってい

る患者に対して、尿アルブミン検査の他にも糖尿病患者の合併症検査のオーダーを入力していた。このことは医師の立場からすれば、検査をすることが不適切な場合もあったようだ。ある医師は、外来検査については、入院の場合と異なり患者の承諾をえなければならぬからむやみに検査をすることはできないし、未確定のオーダーで電子カルテが見つらなくなるという。それが煩わしくもあり不要な検査をむやみに行いたくない、また、医師の見解からあきらかに糖尿病性腎症とは違う別の要因があるかもしれない、さらに、患者の性格や経済面の考慮をすることもあったと考えていた。筆者が医師に合併症の検査を行わない理由を質問したところ、医師は次のように答えた。

この患者の場合は、腎臓が悪いのではなく、肥満であるのが問題。体重が減少すれば蛋白尿もなくなる。腎症の指導をして食事のタンパク質制限などしたら、余計に体重が増えるし血糖コントロールも悪くなるよ。腎症の検査をすることが不適切なのだよ。(2012.06.18 非常勤医師への聞き取りより)

疾病管理 MAP が示す対象者リストに従って未検査状態の検査をすすめていくコ・メディカルの行為は正当ではあるが、医師との意見の対立を生む。もともと尿アルブミンは尿に排泄される微量のタンパク質を検出するものであり、尿の採取状況によって、また患者の状況によって偽陽性を呈することも多い検査である。そのため、1回の検査のみではなく3回以上の検査で2回以上の陽性を確認することがガイドラインに記載されている。必要な検査や生活指導の実施に関しては、医師と医師以外の医療従事者の認識の相違がみられる。医師の指示のもとに医療行為が行われるため、コ・メディカル側からの提案は様々な理由で取り入れられない場合も多く有る。限られた時間で判断を下す有用な情報の提供が求められていた。

診療放射線技師は放射線や超音波を用いた画像診断のための情報を得ることが日々の業務であるが、委員会のメンバーに召集された M 放射線技師も、何か糖防管に関連した貢献ができないかと検討していた。千葉県東金病院では、糖尿病内科に通院している患者は、合併症としての心大血管症障害が見逃されていることが多く、心筋梗塞の発症が多かった。そのため、頸動脈最大肥厚値を超音波検査にて測定し、1.5mm 以上となっている患者に対して循環器疾患が潜んでいる可能性が多いというエビデンスがあることから、これらの患者に精

査することを促していた。M 技師は Y 病院の糖尿病患者について心筋梗塞の発症率や狭心症の状況を調べるとともに、頸動脈最大肥厚値（IMTmax）と過去の冠動脈 CT 検査⁶⁹、および心臓カテーテル検査に関する結果をまとめていた。M 技師は、糖尿病内科の主治医に向けて、IMTmax 値が高い患者には、冠動脈 CT 検査や心エコー検査受診を勧めるメールを送っている。このような診療放射線技師の主体的な実践は、循環器内科医師ばかりではなく、心臓が専門ではなかった糖尿病内科医師にも冠動脈疾患に注意をむけるように働きかけていた。

4.5 糖尿病性腎症患者への透析予防指導

糖防管は、先に述べたように、同日に医師・看護師および管理栄養士が患者に指導をすることで月に一度につき療報報酬が付与される制度である。実際には 3 職種が関わる患者指導または患者教育に対する診療報酬である。ここで糖防管のための患者指導に関して、疾病管理委員会としての筆者の対応、および患者の反応と患者指導の実践について、どのようであったかをのべる。

4.5.1 透析予防指導の進展にむけた疾病管理委員会の実践

毎月の委員会で問題点を議論するとともに、筆者はプロジェクトを進める司令塔としてチームに参加し、毎月の来院予定者のなかで指導対象者となる外来患者のリストを作成した。このことで、どの患者に指導すればよいのかを看護師たちが迷わずに指導が可能になると、筆者が考えたからである。

循環器内科医師から、糖尿病内科医師に目を向けてもらうことや患者への説明のための材料になるための追加要望があったことから、腎臓機能の悪化状況を示す数値である、年間の eGFR 低下量（ Δ eGFR）をあらたに組み入れた。具体的には、腎症の進展をみるために、推算糸球体濾過率（estimated glomerular filtration rate: eGFR（ml/min/1.73m²））の 2 年間の検査結果を追跡し、その変化量を、最小二乗法による直線回帰法で算出し、「1 年間の eGFR 低下率」

⁶⁹ CT 技術の最近の大きな進歩である「ヘリカルスキャン法」と「マルチスライス装置」二つの新技術を組み合わせて、薄い断面で広い範囲を撮影することが、短い時間でできるようになった。CT での心臓の撮影は、拍動のため画像がブレるなどの欠点があり不可能であったが、スキャンの高速化と、心電図に合わせたデータ収集法により解消したという。これにより、侵襲的なカテーテル検査法によらなくても、冠動脈を撮影できることになった。

を $\Delta eGFR$ (ml/min/1.73m²/year) とした指標⁷⁰を用いた (図 14)。また、初期値による割合を% $\Delta eGFR$ として算出した。(Zoppini et al. 2012, Coresh et al. 2014)。また、腎機能の低下状況から、このままの低下状況であれば、透析に至ってしまうと予測される年月日を、「Xディ」として算出した。これらの数値項目をあらたに毎月の指導対象者リストに追加して配信することとなった。

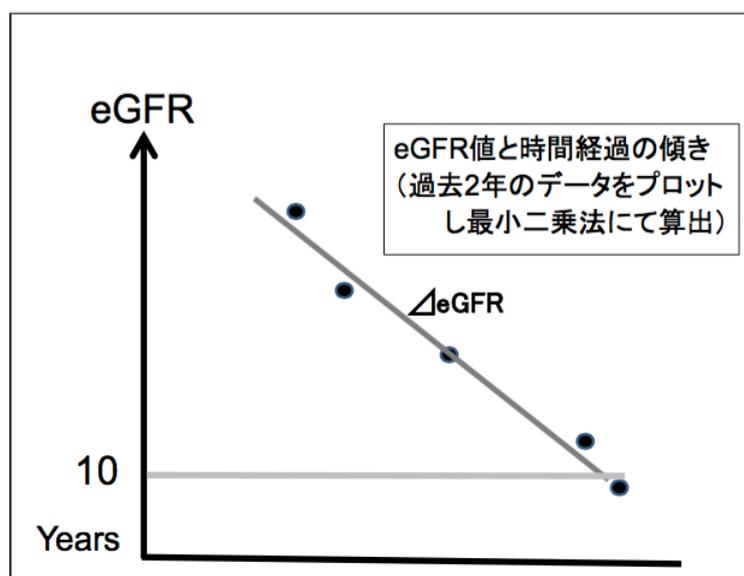


図 19 $\Delta eGFR$ (ml/min/1.73m²/year)の計算方法

数値的に診療報酬のための対象患者の要件にあてはめて対象者としてピックアップしたとしても、悪性腫瘍など他の疾患の影響で数値が悪化している場合もあり、透析予防指導の対象者とずれることもあった。その場合は、指導中止者としてリストアップし、そのような患者が対象リストに上らないように工夫をこらした。しかし、コ・メディカルからの提案に対して担当の糖尿病専門医師からは、明確な理由が示されずに指導する必要がないとオーダーは発行されず、指導がなされることはなかった。さらに、患者からは経済的な理由や、自主的に情報収集するとの理由で拒否されることも多くなり、指導実施件数が減少していった。筆者らは、新たな診療報酬を患者に紹介するために、透析予防指導について、どのような目的で行い、指導の効果はどのようなであったかについてスライドを作成し、待合室で情報提供を行った。

⁷⁰ $\Delta eGFR$ として、年間 5ml/min/1.73m²/year 以上の低下がある場合、急速腎機能低下例として、また% $\Delta eGFR$ として 2 年間で 30%以上が透析導入となることに注意喚起する (Zoppini et al. 2012, Coresh et al. 2014)。

4.5.2 透析予防指導に対する患者の対応と医療専門職の実践

患者コミュニティにおいては、病院での看護師や栄養士からの糖防管指導について情報交換がされている。また、患者への指導は医師が行うように診察室にて行われるわけではなく、待合室でおこなわれているのが常であり、すべての患者から可視化されている。そのため、多くの患者は糖防管指導のために看護師や栄養士からの指導をうけることを知っていた。指導を行うための導入の説明は医師が行うことになっていたが、指導にかかる料金や実際の指導について、看護師たちが最初に説明していた。そのときに、患者から指導の拒否があれば、指導は中止となっていた。

患者コミュニティで話されたことについて、60代女性の患者Iさんは以下のよう語っている。

評判が悪いですよ。あなた方の耳に入らないかもしれませんがね。〇〇〇〇で運動していると、(看護師が)話を聞かせてくださいってやってきて、話を聞いていって、会計の時に領収書を見ると1000円とられたって何人かの人が出ていましたよ。私はDVDをみているので、1000円かかることはもちろん知っています。栄養指導も、いくらか払っているのですよね。でもこっちの話(透析予防)は高いですよ。 (2014.08.10 患者への聞き取りより)

このように、患者たちが話していたことを知った看護師たちは、自分たちが患者の負担に配慮しつつも、患者のことを心配して行っていることを示したいと考えていた。そのために、栄養士と同時に指導をするような工夫もしていた(図15参照)。また、「在宅療養指導料」という項目は、インスリン使用患者に30分以上の指導を個室で行えば、算定可能な診療報酬であった。しかし、あるときの申し送りでは『(在宅療養指導料)算定なしオーダー』作成しました。インスリン使用していない患者で、算定できないが療養指導した際に使用してください。算定なしなので、時間制限・個室制限ありません」と申し送りがされていた。指導する看護師たちが、気にとめる患者であっても経済的な理由で指導料の支払いが困難な患者に対して指導を行った場合、指導記録を残しておくためにオーダーが必要であるが、そのための戦略である。看護師たちは、患者たちに交渉し次回の指導を約束したとしても、必ず指導が行われるわけでは

なかった。

看護師が糖尿病の療養指導者として少しずつ患者指導の場面に立つように変容していることに、患者たちは気づきつつあった。それでもたとえば、患者は、看護師から受ける指導の最中に「あなた、どこの出身？あそう、そこはね昔から（後略）」といった本来の指導内容とは違った話にいつのまにかすり替わっていることがあった。看護師は戸惑いながらも、懸命に本来の指導の形に戻そうとしていた。指導する立場といえども、看護師は医師が行うような生化学検査に基づいた医学的説明を単に加えるだけではないことに気づいている。看護師は、患者の自己治療のための実践において毎日の生活での内服管理やインスリン注射での些細な疑問点を、患者とともに考え、どのようにすればうまくいくかといった戦略を患者とともに作り上げている。看護師は、そういった話ができる関係性を構築できるように日々ふるまわなければならない。看護師が患者から得ることができたそのような情報は、医療者で共有することが必要であろう。しかし、現在の医療現場ではそのような実践からえた看護師の知識は、有用であるとはみなされず、共有するほどのものではないと考えられている。



図 20 看護師と管理栄養士の同時指導の様子
(2015年6月2日筆者撮影)

4.6 本章のまとめ

本章では、糖尿病患者の重症化予防政策により、政府主導で 2012 年から始まっているあらたな診療報酬をめぐる Y 病院の多職種協働実践を取り上げた。その際、医療情報ツールである「疾病管理 MAP」が導入され、この情報ツールを媒介とした各職種の実践について述べた。これらはすべて糖尿病になってしまった患者に対しての重症化を予防するための多職種での取り組みである。これらの取り組みは、各職種がそれぞれの職種の法的に制限された専門性の中で、医師の診療をサポートすために働きかけている実践であった。疾病管理 MAP のようなモノの媒介により可視化された医師の診療状況にたいして、各職種に行動の変化が見られた。以上のように、疾病管理 MAP が導入されるにあたって、病院経営者の立場から目指されたこと・意図したことに対して、意図されなかった結果と、その後起こった予期されない展開について、まとめたのが表 13 である。

表 13 疾病管理 MAP 導入にあたって意図したこと・目指されたこと

意図したこと・目指されたこと	意図されなかった結果	予期されない展開 驚くべき成果
<p>・診療の質の担保</p> <p>腎症が進行しつつある患者を層別化する。</p>	<p>検査結果から層別化された患者は、必ずしも糖尿病性腎症の患者ばかりではなかった。</p>	<p>指導対象者として層別化された患者には、認知症患者や介護施設在住者が多く、指導できなかった。</p> <p>層別化された対象患者から、指導拒否された</p>
<p>・セーフティネットの構築</p> <p>循環器内科医をはじめとした医師が、質の高い糖尿病患者の診療を行うことで患者の信頼を得る。そのために、必要な検査を行う。</p>	<p>必要な検査を行うことが質の高い診療を行うことになると感じる医師ばかりではなかった。</p> <p>検査しないことに意味がある、また、検査を行わない理由があった。</p>	<p>常勤糖尿病専門・指導医が就任した</p> <p>指導医を中心に周辺の診療所とネットワーク構築されていった</p>
<p>・多職種の活躍の場とする</p>	<p>患者からの指導拒否</p> <p>指導する看護師は患者か</p>	<p>看護師は糖尿病患者への指導に興味を失</p>

看護師や栄養士が前面に立って患者の疾病管理に貢献する	ら報酬をもらうことに対する「気がね」により指導を控える	い、糖尿病療養指導士資格を更新しなかった
・他疾患への活用 他科の慢性疾患患者の管理を行う疾病管理 MAP に応用する	糖尿病のように既成の疾病管理 MAP がなく、初期設定から行う必要があった 他疾患へ簡単に応用できない	疾病管理というコンセプトではなく、業務管理としての心臓リハビリマップが作られ稼働した
・外来診療報酬の単価アップ 新たな診療報酬による透析予防指導を毎回行って、患者の診療単価をあげる これまで漏れていた検査を行うことによる外来単価アップ	新任の医師に、引き継がれない。コ・メディカルからの提案を医師が受け入れしない 患者からの受け入れ拒否	一部の患者ネットワークに、看護師や栄養士への非難や中傷の言動がある
・全国に先駆ける達成感 重症化予防に関する成果をあげて学会報告する	外部からの注目を浴びることになり、見学が相次いだ 一度学会発表をした各職種委員は継続して行うことはない。	外来から病棟へ、また病棟から外来へと連続した指導体制をとることとなった。

このような多職種協働で取り組む医療チームは、実践コミュニティとして捉えることも可能である。患者への糖防管指導を始めとしたコ・メディカルとの関わりを、実践コミュニティへの参加とみることで多職種協働にかんする新たな視座を得ることができる。この点について、次の 5 章で詳しく論じる。

第5章 考察

5.1 はじめに

本論では、日本の医療制度を歴史的、社会的に概観し、医療の現場で病院に属する複数の医療専門職たちが協働することがどのようなことであるかを明らかにするために、診療報酬制度に依拠し情報ツールを媒介として患者の診療に介入する「協働介入」に焦点をあててきた。「協働介入」とは先に述べたように、複数の医療専門職種が制度や情報ツールの媒介によって、患者への診療に積極的に関わり協働する取り組みを示す。本章ではこの協働介入が、これまで行われてきた複数の専門職種による協働とどのような相違があり特徴付けられるのかについて考察する。

ここまで分析してきた事例は、糖尿病や心臓病の慢性疾患の患者を対象とした、病院の外来診療の現場におけるコ・メディカルの実践であった。基本的には階層的な構造を持つ地域の医療現場において、診療報酬制度や情報ツールの媒介により、各医療専門職種の省察的な実践を促し、コ・メディカルは積極的な診療へ介入することへと向かっていた。本章ではこのような多種の専門職種による協働介入の実践を明らかにするために、第2章において文献レビューを行った以下の枠組み、(1)多職種協働が生まれた背景と日本の医療制度史、(2)医療専門職の専門性と連携・協働研究、(3)医療現場の情報化と現場の認識に関する研究、(4)現場実践の知識コミュニケーション、に沿って考察を行う。ここでは特に、医療制度の背景に配慮しつつ、1) 協働介入と専門性、2) 協働介入と情報化、3) 協働介入と知識コミュニケーション、の3つの観点から論じる。

5.2 協働介入と専門性

「協働介入」は複数の医療専門職種が制度や情報ツールの媒介によって、患者への診療に積極的に関わり協働する取り組みと定義したが、本節では複数の医療専門職の専門性と協働介入について考察する。

医療現場において、医師以外の医療専門職の医療行為は、現在でも法制度上

は医師の指示または同意においてのみ許されているにすぎない。つまり、医師以外の医療者は、医師の指示のもと医師に協力して医療に従事するものとして、医師のコントロールのもとに置かれているという立場での専門性を論じる必要がある。2章3節で詳述したように、フリードソンの専門職支配論では、医師にのみ専門家としての自律性や裁量権が認められていることを問題にしていた。しかし、かつてほど医師がパターナリスティックにふるまえるような医療環境ではなく、医師の裁量権の発動にも患者の意思に対して十分な配慮が要請される状況になっている。患者の同意を得るためには患者の内的な状況、すなわち身体の疾病に関する説明ばかりではなく、患者の状況を構成している生活状況や思想、信念、経済状況などの活動システム全体を身体の状況と同時に捉えることが必要になってきている。そのために、多職種医療専門職者は、それぞれの専門性で患者と接することで得られた情報を適切なタイミングと方法で、医師をはじめとした他の専門職と共有することが求められている。医療現場をマクロにみると、組織医療化は個々の医師の個々のクライアントに対する関係の包括性を希薄化することを進藤は述べていた（進藤 1991）。医師は実際の医療提供において、他の医師あるいはコ・メディカルへの依存性を強化している現状がある。

現在の多職種が協働している状況は図 21 のように示すことができる。主治医が主として患者に対して診断のために必要な検査をおこない、食事療法や運動療法、さらに薬物療法などを処方し治療するのが大まかな診療のながれであろう。図ではこれらのことを示しており、主治医を中心にそれぞれのコ・メディカルからの知識や情報が集約されている。また、これらの知識や情報が円滑に流れるようにサポートしているのが、コ・メディカルのような周辺の医療専門職である。そして、医師の指示のもとそれぞれの医療専門職者は患者と直接接することでさらに様々な情報を得ることにより、患者に関してそれぞれの専門的な関わりによる新たな知識が生成しているといえる。このような専門性を帯びた患者に関する知識はどのようなものであり、そしてこれがいかに伝達されてきたのかについて、以下に考察していきたい。

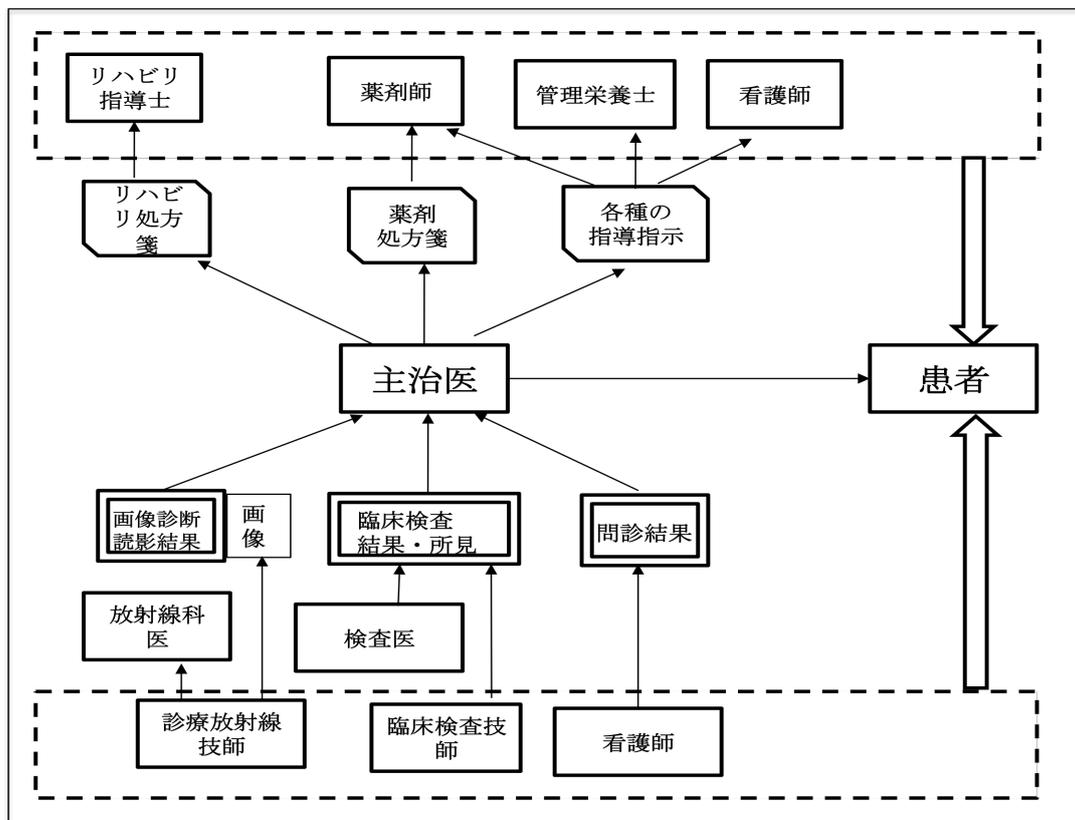


図 21 医療者の多職種協働と患者の関係

(主治医を中心にそれぞれのコ・メディカルからの知識や情報が集約されている)

5.2.1 外来カンファランスでみる専門性

本論の事例において群述した、外来患者の心臓リハビリをすすめるために開催している多職種の医療専門家によるカンファランスでは、患者の病状や検査結果などの個別の情報に加え、それぞれの専門職が患者と接したことで得られる情報、すなわち患者の活動システムを包括的に捉えた情報を共有することを目的としていた。それまで認識できなかった患者の状況を、他の医療専門職種の情報から知ることが可能になり、患者に対するこれまで持っていた認識が変化したこともあり患者への対応も変化していった。

外来患者のカンファランスの参加への呼びかけは、医師を含めた多職種の医療専門家に対して行われた。外来患者は、入院患者のように病棟という閉じられた空間にいるわけではないため、医療者は患者の病院外での生活を簡単に知ることができない。患者との断片的な会話による説明から窺い知ることしかで

きない。

外来患者のカンファランスに参加しなくなった医師は、「家族背景や経済状況、そういう話をみんなでするのはいいとしても、それを話してそのまま終わっていたら、それこそ情報共有で終わるなら、する必要がない。それより、それぞれが今後どうしていきたいか意見を持たないで参加していることが問題」ということを述べていた。医師が述べることは、カンファランスの場は、今後どうしていきたいか方向性を決定する場としてあるべき、ということであった。それぞれの医療専門職種が、患者と接したときにどのような声かけができるかは、そのときの状況によるであろう。これは、たとえば三井が述べるように患者と看護師の「相性」としか呼びよめないものがあり、患者が看護職によって見せる顔が異なっているからである（三井 2004: 153）。様々なケースで、患者が特定の看護職にのみ自分の心情を吐露することがあるため、1人の医療職が患者の背景すべてを理解することはできないことを意識するしかない。このように戦略的に限定しておく「戦略的限定化」という概念が必然的に他の医療専門職との協働を呼び込んでいることは、本研究でも確認できた。R 理学療法士のインタビューにもあるように、どのような話がやりとりされるかは予測がつかない上に、患者と医療専門職の対話はたとえわずかな時間であっても重要であった。そのときには、たとえば理学療法士が食生活について質問をされるなど、組織のルーチンを逸脱するような、自分の専門外の話になることもあるかもしれない。そのような場合に、患者の情報をカンファランスにおいて、それぞれの専門職種と共有し確認しておくことで、患者との会話が繋がっていくことになる。R 理学療法士は患者と食生活の話をした際に、栄養士も参加したカンファランスでの情報が有用であったばかりではなく、食生活に関連した自分自身の専門領域についても患者と話しが及ぶことともなっていた。患者への有効な専門領域からの情報提供が可能となったばかりでなく、患者の信頼を得てコミュニケーションが良好となっていくことにつながっていた。

先の医師は、多職種での外来患者のカンファランスに参加し、すぐには何も得ることがなかったと話していた。病棟で行われるカンファランスのように、担当者が患者の現状を報告し、今後の方針を速やかに説明する明示的なカンファランスではなかったことに懸念を示していたのである。外来カンファランスという、各々の専門職を横断しているコミュニティにおいては、組織内の個々の専門領域を重複し、往還するような議論がされているのである。

5.2.2 外来カンファランスへの参加からみた専門性

他方で医師についてみると、赴任したばかりであったが、外来カンファランスには参加していた。週に1度のカンファランスを続けて3ヶ月ほど経過した頃に、外来カンファランスについてインフォーマルに意見を聞いてみたところ、「多職種のみでみるから自分で気づかないこともわかる。自分だけだったらわからなかったと思う」と医師は話し、外来カンファランスの経験を効果的な治療につなげていた。この医師は自らの専門領域である〈医師のコミュニティ〉と〈外来カンファという各々の専門職の横断的なコミュニティ〉を行き来しているといえる。〈医師のコミュニティ〉においては、自ら判断し十全な参加者としてふるまっていたとしても、〈専門職横断コミュニティ〉においては新参加者として他の職種とのやりとりに参加している（学んでいる）といえる。親方の存在がそこになくとも、実践では親方の役割は時間と空間を通して多様である（Lave and Wenger 1992=1993: 72-73）。また、外来カンファランスで語られる参加者と患者の物語をきくことである。多職種での外来カンファランスにおいて、参加者たちはしだいに専門家としてのアイデンティティを形作っているとあってよいだろう。

5.2.3 コ・メディカルの専門的な実践

医療専門家としての医師について、一枚岩的性格を強調することよりも、医療専門家といえども診断ミスや人為的ミスなど予期できない間違いがあったときに備えて、専門家支配の外部による対応がなされる必要性があることがフリードソンの専門家支配論からみえてくると、モルは論じている（モル 2002=2016: 28-31）。医師といえども、医療ミスや医療過誤を起こすことは十分に考えられるが、これらのことに対する予防策として期待される、看護師をはじめとしたコ・メディカルからのサポートが、実際には医師の負担軽減にもっとも貢献することになる（松嶋 2015: 278-85）。医療ミスや医療過誤のような状況に至るまでもなく、日常の診療の場面においても、見落としをしていることなどが数多くあることは診療にあたっている医師も認めているところである。その際のコ・メディカルからのサポートに含まれるのは、それぞれの職種の専門知を反映した患者にかんする知識であり、診療ガイドラインなどの医学知に対応した見落としを指摘することではない。それは、電子カルテの入力支援ツールにあるように、組み合わせにより自動的にワーニング（警告）が発せられるような、投薬処方箋作成における入力支援システムではない。患者に起きて

いる意識的および無意識的な異常や異変、患者が現実の生活で困っていることや是正すべき事柄を患者の文脈でコ・メディカルから医師にフィードバックし、患者に有益な診療とすることである。

多職種協働が行われている心臓リハビリの現場や、外来カンファレンスの場に参加することは、看護師たちにとって当初は躊躇われることであった。患者への診療の介入にも自ら工夫をし、他の職種とは差異を示そうとするなどの知識の生成および伝達がみられた。

5.3 協働介入と情報化

本節では、多種の専門職の実践が情報ツールの媒介としていることを、電子カルテ導入の事例と比較し考察を進める。

5.3.1 協働介入と医療情報ツールの導入

電子カルテにより診療状況が可視化されたことで、自らの役割に対する責任を貫徹させようとする自律的調整活動と、その結果としてみられる協働体系の変化に基づいた組織変革をもたらすことを松嶋は述べていた（松嶋 2015: 268-277）。本論文の事例では、「疾病管理 MAP」という医療情報ツールが病院という単体の組織で使うには未完成であり、さらに組織横断的な委員会の立ち上げの時にも、各メンバーの役割分担が明確ではなかった。また、新たに導入された診療報酬は算定条件が決まっているのみで、どのような運用をするかは試行錯誤することになる。そのうえ、初回の疾病管理委員会で副院長から示されたことは、医療情報ツールである「疾病管理 MAP」の使用にも各医療専門職が普段から使う頻度の多い項目を追加する自由が与えられたことであった。そして、「疾病管理 MAP」は自組織に合うようにカスタマイズされていった。しかも、実際の算定は4ヶ月先の9月からであり時間的な猶予もあった。組織学習において新しい制度や技術を取り入れることは、組織が学習する上で欠かせないが先進的な制度・システムをそのまま取りこむのではなく、自組織にあうように粘り強くカスタマイズすることであった（松尾 2011）。カスタマイズしていくことで、組織にとって理想的なシステムが完成しても、それが使用されている現場ではまた別の文脈で予期しない問題が発生していた（4章の表 13）。

さらに、試行のコストについては当初目論んでいたように循環器内科の医師を巻き込むことにより、質の高い医療の提供という文脈で新たな検査オーダーの追加がなされていった。つまり、循環器疾患を持つ患者の危険因子としての

糖尿病合併症の管理のために、未検査であった項目を追加検査することで糖尿病性腎症の病期が確定し、ステージの高い指導対象者には重症化予防のために必要な指導を行うことができるようになったということである。

Y病院では疾病管理 MAP 導入とともに、多職種による委員会を副院長のトップダウンにてあらたに立ち上げている。組織を超えたあらたなプロジェクト(チーム)の発足は組織変革としてみることができる⁷¹。また、コンピュータに支援された協働は、情報化された仕事の拡張として捉えている。「協働する共同体」が目に見える成功を収めるためには、取り組まなければならないことがある。まず組織の「共通目的」を定め浸透させること。そして共通目的のため、自分の役割を超えて仕事のできる「貢献の倫理」を醸成すること。さらに柔軟性を保ちつつ規律を持って共同作業に取り組めるようなプロセスを構築し、協働が尊重されるようなインフラを整備することである。

新たな診療報酬としての糖防管指導のために、疾病管理 MAP といったツールを最初に導入し、指導を進めた管理者としての副院長の目論見は、診療報酬の獲得ではなかった。糖防管指導は、看護師が指導することによって得られる診療報酬であるため、看護師たちが活躍する場となると考えたためであった。

薬剤師や検査技師の専門職種ばかりではなく、看護師たちも自らが指導を行うために、疾病管理 MAP の情報を手がかりに医師に積極的に指導が必要であるかどうかを打診するなど、働きかけるようになっていった。また、看護師たちは患者にたいしても血液検査結果の数値を気にかけて、積極的に話しかけるようになって行った。「外来をまわす」ことばかりではない看護師のあらたな業務が、糖防管のとりくみ開始から5年以上が経過して定着したといえよう。

実践コミュニティは伝統的徒弟制にそのヒントを得ているが、今回の事例の「疾病管理委員会」では中心的な親方の存在は認められずに熟達の諸レベルの階層は存在しない。代わって「医師の指示の下」という病院内のヒエラルキーが存在する。これまで違った職種として違った組織に属していた多職種のメンバーたちが成員であった。メンバーたちは、政府の生活習慣病対策における施策の一つとして設定された新たな診療報酬に対応するために、「即興のコミュニティ」を形成していた。この中では、医師を含めたすべての職種のメンバーが

⁷¹ エンゲステロームは、組織的な変化とイノベーションをもたらす被雇用者の集合的能力が非常に重要な財産となり、協働と社会関係資本の観念に新しく動的な意味を与えていることを説明している (Engeström 2008)

どのように振る舞えばよいかわからないという混沌があった。しかし、この共同体に参加することにより各メンバーはそれぞれが継続的な学習をしていくことになる。それは管理者である副院長による全面的な支援と業務遂行にあたっての多大な社会的な猶予が付与されていたことである。さらに、その中心になると考えられる「疾病管理 MAP」というツールを導入し、選択した患者の情報が各分野を横断するような疾患情報や検査結果、投薬情報が一覧で網羅され、さらに必要な情報となるように加工したモノとの試行錯誤の協働⁷²であった。

5.3.2 医療情報ツールを媒介とした協働介入と関係性の変化

医療費を抑制するという観点にたち医療費のかかる配分を点検すると、透析患者にかかる費用が対象患者にたいして突出していることから、透析予防に関して多職種による患者指導に新たな診療報酬が設定された。疾病管理 MAP とは、集団のなかで悪化している人を層別化して選び出す、集団疾病管理を行うツールとして疾病管理 MAP は説明される。しかし、医療の提供者の視点から述べるだけでは、ツールによる層別化が医療行為に単純に反映される構造を描き出してしまう。すなわち、多職種の医療者が患者を層別化し指導することで、診療の質の向上および、チーム医療への有用性が期待できる点にのみ焦点をあてると、指導を前にすすめるための多職種の医療専門家たちの多様で複雑な実践が見えてこない。ここでは疾病管理 MAP を媒介することによって生じるそれぞれの職種の関係性の変化を図 22 に示す。左図では、厚生労働省が提示する透析予防指導管理の構造を示しており、それに対して右図では、疾病管理 MAP を媒介することで、より多くの職種を巻き込んだ重層的なシステムの中で指導が行われる仕組みが作られていることを示している。

⁷² この地域の市中病院における小さな試みは、福島が述べるような真理を探求する科学的実践とはかけ離れているが、「時間、労働力その他、膨大な試行錯誤をすることが一応社会的に許容されているような空間」として「実験的思考」の概念（福島 2010: 153）でとらえることができる。

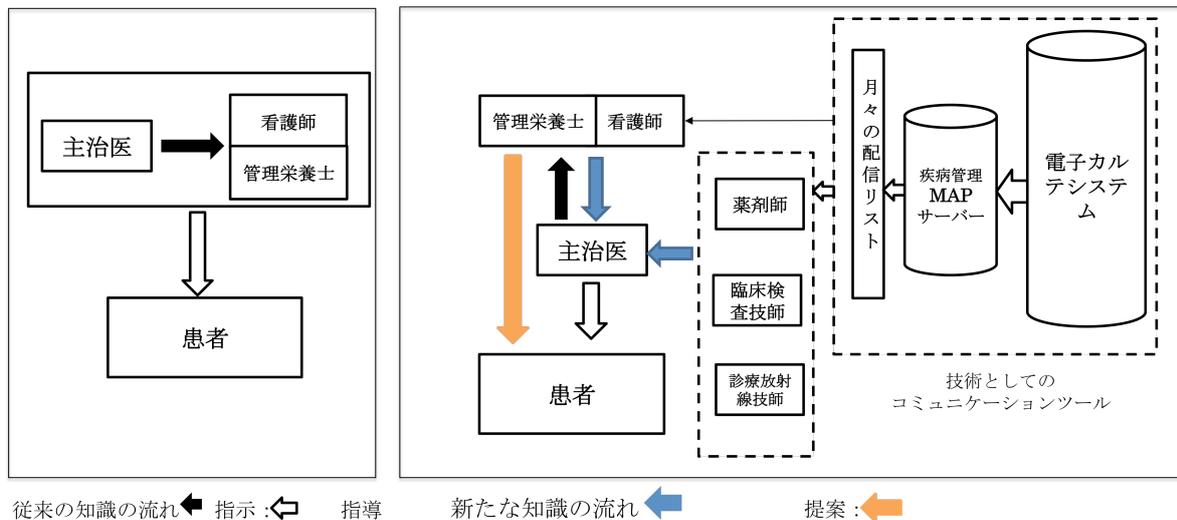


図 22 疾病管理 MAP による関係性の変化

(左図:医師の指示により看護師・管理栄養士指導がなされる、右図:ツールの利用により、コ・メディカルから主治医に働きかけることが可能になる)

先にのべたように、疾病管理 MAP は電子カルテデータと連動することによって、血液検査結果や生理学的検査結果、薬物療法の状況をモニターすることを可能にしている情報ツールである。それはまた、医師による合併症の検査が未実施である状況や、血糖コントロールや腎症の合併症の進行状態をあらわにする。あるいは、薬剤師は疾病管理 MAP にある投薬状況と薬剤添付文書と比較して、禁忌薬が処方されている例などを容易に見つけだすことができる。そのため薬剤師は、医師に投薬内容を再度確認することをメールにて注意喚起することができ、また、検査技師が必要な検査を仮にオーダー入力して追加することで医師に検査実施を促すことが可能となっていた。これらの事柄が示していることは、チームのメンバーの認識において「医師は病院ヒエラルキーの最上位にいる」ことであり、疾病管理 MAP 導入前から変化してないことであった。すなわち、Y 病院の医療専門職の実践はあえて医師を頂点としたヒエラルキーを残したままの実践であったが、医療情報ツールにより治療状況が可視化されていたことで、コ・メディカルたちが医師に対して働きかけることが可能となっていた。これは、医療現場の情報化について論じた松嶋がいうように、電子カルテの導入により医師の代理人が診療の補助を役割にしている看護師だけではなくなくなったことを示している。しかし本研究が示す例からは、コ・メディカルそれぞれが医師へのサポートを働きかけるようになるとい

う構造上の変化が明らかになった。

これまでも、薬剤師や検査技師は、疾病ガイドラインや薬剤添付文書に従った診療がなされているかどうか疑わしいことがあることを懸念していた。しかし、疾病管理 MAP のように診療状況をあらわにするようなツールの媒介により、これまでの治療の状況や検査結果の推移、薬剤の処方状況が可視化された。すなわち、疾病管理 MAP により、薬剤師や臨床検査技師が医師の診療に疑問を呈することが可能になり、これまであまり明らかにされることのなかった医師の診療におけるブラックボックスの知識⁷³が暴露されることになった。医師といえども見落としやオーダー忘れなどは、複雑で多忙な外来診療の場面では、日常茶飯事であることを医師本人も認めているところであり（宮崎・尾藤・大生編 2009: 53-70）、これをいかに現場で多職種によるサポート機能として業務に取り込むかが重要である。

これに対してコ・メディカルは、疾病管理委員会のそれぞれの専門職の立場から、投薬内容や検査のオーダーなど診療の一部に、何らかの貢献ができないものかと考えていた。そして、疾病管理 MAP という情報ツールを媒介として、医師にメールを送信したり、仮の検査オーダーを入力しておいたりすることが可能になっていた。ここでの各コ・メディカルは、職種を横断した実践コミュニティが形成されていたといえ、その中で常に何かの貢献を模索することで、自らのコミュニティメンバーとしてのアイデンティティを確立しようとしているといえる。

従来の医療現場への電子カルテ導入に関する議論では、物的制約のある紙カルテから電子カルテという技術の導入により、「いつでもどこでもアクセスできる」ようになったが、医師の負担が増えてしまうという問題意識があった（松嶋 2015: 243-55）。それは紙カルテの物的制約のもとに組織化されていた、コ・メディカルの柔軟なサポートが失われたことが要因とされていた。すなわち、医師の負担軽減のために入力支援ツールを開発したり入力を代わって行うメディカルセクレタリーを配置したりすることは的を射ていないことを意味していた。医師の負担は軽減できても、複数の人間で患者をチェックするという紙カルテでなされていた機能が失われてしまっていることが問題として論じられて

⁷³ 医師の診療においては必ずしも明示的な診療ガイドラインに沿っているものではなく、また、必要とされる検査がもれなく定期的な上で行われている診療ではなかったため、ブラックボックスのようであった。医師の診療上の知識は、患者の性格や環境、診療報酬制度や病院の経営状況にまで影響される混沌さを持っている。

きたからである（松嶋 2015: 245）。それに対して本論の事例では、現場へのテクノロジー導入とともに、多種の医療専門職との協働実践への周縁的参加によりコ・メディカルが医師の診療に介入することを可能にするような協働の実践があったといえる。そのような協働介入により、コ・メディカルの各医療専門職は自らのアイデンティティを変容させ確立していった。それは、自らのアイデンティティの中で情報ツールの媒介により、患者を中心とした相互行為である協働実践に主体的に関与していく過程であった。

5.4 協働介入と知識コミュニケーション

前節まで、調査事例における情報ツールを媒介とした多種の専門職たちの実践を、専門性と情報化という枠組みから考察してきた。本節では、専門職たちの実践を知識コミュニケーションと捉えて考察を進める。

5.4.1 省察の場としての「外来カンファランス」

省察的な実践に適した組織というものは、一般的な官僚制とはまったく様相を異にしている。制度内での対立状況における協働探求の必要性についての認識は広がりを見せている。省察的实践という考え方は、社会がみずからの置かれた状況と省察的対話を深めていくための主体というイメージや、制度によって枠づけられた対立と論争の中で、「協働探求に取り組んでいく主体としてのプロフェッショナル」というひとつのヴィジョンにつながっていく（Schön 1987=2007: 370-371）。外来カンファランスの場は、それぞれの職種の専門家が患者と対峙した時に感じる、現実「その患者」をとらえている視点が共在し、互いに学習する場といえる。すなわち、常に意識的に患者に接することで患者をとらえているイメージというものが各職種のなかでできあがる。それを多職種の医療専門家各自がもってカンファランスにのぞみ、他の職種の専門家と、その「患者」をとらえているそれぞれの視点の情報を交換することによって情報が共有される。そこで新たな問題の発見と次に何をすべきか、という課題解決の方法が見つかる。その点においては、医師を含めたすべての職種は平等であり、それぞれの職種がすべきことを行っていくプロセスができていくことになる。最終決定権は、医師にあるとはいえ、実際の最終決定権は患者にある。

本論文の事例で示した外来心臓リハビリ患者のカンファランスは、入院患者のそれとは違い、少ない情報をもとにして手探りに患者の日常にふれようとし

つつ患者の〈身になって〉、よりよい心臓リハビリを提供しようとして集まった医療専門家たちの〈身をもった〉実践である。入院患者のカンファレンスの場合は、患者の24時間の生活を病棟で拘束し監視している状況で行われており、病状を説明し退院に向けた調整を行うという目的が明確である。退院に向けて疾病の治癒、または日常生活がおくれる状態にまで回復するように、医師の指示の下に多種の専門職が治療と病棟生活を支援するために共通認識を得るべく、医師からの意思伝達あるいは情報伝達会議としてカンファレンスは機能している。それに対して、外来患者のカンファレンスは、退院後の患者の生活状況を示す情報がそもそも不足しているため、これに対しての多種の専門職種にはすでに情報のヒエラルキーはない。むしろ、制限された専門性をもつ多職種の専門家たちが、患者に関するどのような知識、あるいは何を提供できるかといったことを提案していくプロセスである。

事例に示したように、若い新参の理学療法士は、短い時間の外来カンファレンスであっても、患者に何をすることが医療者として最も適切であるかを考えていた。彼は、外来カンファレンスにおいて、他の参加者との共通認識を短時間で得ることができること、また自分自身がそれを理解できることにカンファレンスの利点があることを述べていた。カンファレンスの時間において、患者はその場にいるわけではないが、カンファレンスの中心にはかならず患者が存在していることが前提となっているからである。外来カンファレンスを通して多職種が協働する状況を図23のように示すことができる。

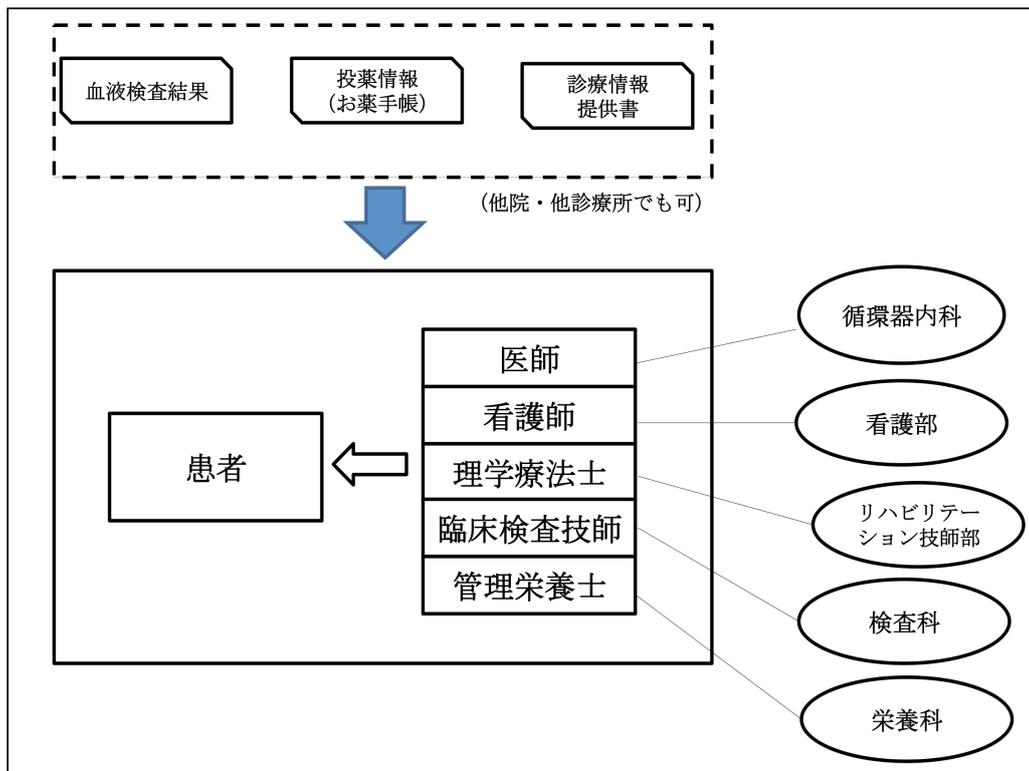


図 23 外来カンファランスにおける多職種協働の状況

(それぞれの専門職コミュニティから集まった担当者による外来カンファランスで情報を共有し、患者に向き合うことができる。必要により電子カルテより情報を参照することを示している。)

5.4.2 病院医療における専門職の省察

(1) 医療専門職者のアイデンティティと省察

猪飼によれば、疾病構造が変化したことは、感染症などの急性疾患から完治することのない慢性疾患へとその主流は移ってきていることを示しており、「治療」およびそれを支える治療医学の知識体系やそれを駆使する医師に、ひとびとは全幅の信頼を寄せることはなくなった、ということをも「病院の世紀の終焉」の概念で表している（猪飼 2010: 7）。そして地域のコミュニティの支援を得ながら、訪問診療や看護、および通所の支援施設の有効性が今後さらに議論されるべきだと述べている（猪飼 2010: 7）ただし、疾病構造の変化と人口の高齢化により慢性疾患が増加したのではなく、単なる老化を慢性疾患の枠組みで捉えて治療することによって慢性疾患が増加していると捉えた医療化の問題に還元する見方もある（Armstrong 2014）。そのため、高齢化と疾病構造の変化のみで慢性疾患の増加を捉え、これを拡大し地域医療や在宅医療への転換をのべ

るわけにはいかないことを示唆している。

猪飼の理論は治療の中心である医師に焦点をあてたものであり、病院で働く医師以外の職種を分析の外に置いていた。医師以外の職種は、医療現場ではそれほど注目されない存在であった。相互価値の創造という観点からみると、医療者と患者の相互価値は、医師-患者関係のみから生まれるのではなく、医師以外の専門職が仲立ちになって創られるものでもあることは、分析に含まれていない。また医療が正当化されるのは、医療が患者の必要（ニード）に応じるとい性格を持つからにはほかならない（三井 2004、松繁 2010）。このための応用がなされる場こそが医療ケアの場面ということになる。

Y病院の例をみると、制度上および職業上の分業体制において優位を占める組織化された医療専門職は、ある業務に長けていることよりも、様々なことに対応できることの方が現場では求められていた。Y病院では、ある看護師が専門資格を取得していたとしても、あえてその個人の資格を生かすために、偏ったシフトにすることはなく、患者指導や心臓リハビリ、心臓カテーテル検査などの業務を他の外来看護師と平等に担当することになっていた。病院の外來部門は、病棟と日常生活の境界にあって両者をつなぐ役割をはたしており、様々な患者に対応することが要請されている。

心臓リハビリに参加している看護師に、「外來をまわす」ということについて問いかけたところ得られた答えは、外来看護師の業務は入院につなげるか、安心して帰宅してもらうかということであった。また、診察の時間が延長することのないように、診察の前に必要な聞き取りと、場合によっては医師に問い合わせる必要のある検査を追加しておくことが、看護師の技量として求められていた。その上で、必要な治療を受けてもらうことであるといい、そのことが外來を「まわす」ということだという。「治療があるなら受けてもらう」といった語りからみると、自らの業務は常に従属的ではあるが、患者を中心にどの部門の専門職種とも接続可能なように開かれている。専門職としての外来看護師のアイデンティティは、患者の訴えに対して、入院につなげるか、そうでなければ安心して帰宅できる場所につなぐプロセスにある。治療をする医師につなげることや、入院をして病棟看護師につなげることが、第一に優先されている。

このようにみていくと、心臓リハビリや透析予防指導などの専門的な業務への看護師の専門性とは、「看護師もしくは病棟看護師としての経験」に集約されているといえる。専門資格を取得している看護師も存在するが、多職種が協働する場面においては、看護師コミュニティの管理をする上で業務に関する明示

的な専門知識よりも平等にローテーションをして業務を前に進めることを優先する。

(2) 専門的な業務を要請する情報ツールの媒介

心臓リハビリでの看護師の業務も、患者が安心して心臓リハビリに参加できるように配慮するべくバイタルサインをチェックし、主体的に自宅での生活状況を聞き取り、アドバイスをしている。それは、毎月作成する心臓リハビリの疾病管理 MAP には、心リハへの患者の参加状況と生活指導のタイミングが明示されており、生活指導が必要な患者を確認できるからであった。疾病管理 MAP の存在により、心臓リハビリの担当になった看護師が主体的になっていたのではないかと心臓リハビリ指導士資格をもつベテラン看護師は述べている。

それは、以下のことから理解できる。外来業務において、看護師から生活指導としての食生活や塩分摂取に対する指導をしようとしても、患者が嫌がる人が多いという。外来での指導と病棟でのそれを比較すると、外来の方が格段に難しいという。看護師は、「病棟であれば、患者との関係が深いので話ができるから気持ちが良い。外来だと、いろいろ新しいこともするし、患者のことはそれまでどうだったかとか、なかなかわからないことが多い」と述べているように、病棟では入院生活を見守っているため、いつでも患者と話をすることができ、関係も深くなる。しかし、外来患者であれば患者の自宅での生活や、患者の周辺事情は推察しつつ話をすすめなければならない。

心臓リハビリでの指導や透析予防指導の担当は外来看護師がローテーションで行っていた。外来心臓リハビリの場合では、「疾病管理 MAP」にも記載され多職種協働によるチーム医療の中で行われるからこそ、外来看護師は生活指導担当者としてふるまうことができた。患者も心臓リハビリの一環として看護師からの生活指導を受けることができ、看護師からの注意事項を生活の中に取り込んで、再発予防に役立っているという構図である。

疾病管理 MAP という医療情報ツールを媒介した実践においては、他の専門職種からも承認された上で、看護師からの介入が可能となっていた。患者の指導をする看護師によれば、療養指導⁷⁴としてインスリンの皮下注射の方法を伝

⁷⁴ 糖尿病患者における療養指導として、診療報酬が設定されている。しかし、この療養指導はインスリンなどの医薬品を皮下注射するなどが導入された際に、導入後数回

えることや、注射法を確認することは、透析予防指導や心臓リハビリで行うような生活指導ではなく「手技伝達」または「手技確認」であり、伝達業務でしかなかった。それに対して糖防管指導や生活指導は、一方的な伝達業務ではなく、患者とのインタラクティブなやりとりを含んだ、患者の生活や生き方にせまるものとなるという。担当する看護師は「手技伝達」をしているだけでは、機械の仕様説明とかわらないと述べ、看護師の専門性を生かして患者とのインタラクティブな相互作用を含んだ指導を区別しようとしていた。自らの業務の中で、患者の療養生活に役立てる知識を生成しようとしていた。

ショーンは、「技術的合理性」のモデルを、意味を表す表現の範囲内で理解する、あるいは専門的知識をプログラムの説明だけでとらえようとするならば、専門家とはいえないと述べていた (Schön 1987=2007: 26-27)。ショーンの示す省察的実践者の概念は、既存の知(科学と技術)を適用して、問題に回答を与える存在ではなく、実践の中での知の生成・「探究」への転換、すなわち、実践の中で問いを開き探究・研究を進めていく「省察的実践者」として定義している (Schön 1987=2007: 317)。本事例で示した外来看護師の実践は、ローテーションで参加している看護師の専門性を「省察的実践家」として発揮しているといえる。

5.4.3 協働介入と状況的学習

心臓リハビリ現場での多職種協働において、日替わりのローテーションで参加する看護師たちは、運動療法を中心とした現場で周辺的な業務を担当することは先に述べたとおりである。そして、心臓リハビリになじみのない看護師たちであっても心臓リハビリについて学んでいくことになる。この状況を学習の場と捉えて、以下「正統的周辺参加」の概念から考察する。

学習を実践の総括的な側面とする学習理論としているように、正統的周辺参加は学習の社会的実践論へと踏み込んでいる。新参加者が向かうところの周辺から十全への参加は、共同体の多様な成員性に含まれる多様な関係性を正統に扱おうと意図したものであるという (Lave and Wenger 1991=1993: 12)。多職種協働における心臓リハビリへの各職種の参加は、もはや成員の一員としてみなされて参加が要請されているとすれば、職種固有の十全的参加であるといえる。そしてここには、実践コミュニティ内での、多職種の関わり合いから、周

にわたって、自己血糖測定回数により材料費とともに点数設定されている。

辺的に学習していくプロセスがあるといえる。向かうべき中心は医師ではないし、同じ職種の上司でもない。あえていうならば、チームとしての共同体の中で患者との関係構築であり、各自の職種の業務の範囲からのアプローチであった。チーム内でのそれぞれの職種は十全な参加者とみなされ、看護師であれば、チームの中での看護師の役割について有能に振舞うことが期待されていた。ただし、チームに参加し他の職種とオーバーラップした業務を担うこととしては新参者であった。そのため、心臓リハビリに参加する医師以外の多職種の専門家は、どの職種であっても周辺業務を引き受けつつ、心臓リハビリ全体の様子や個々の患者とのやりとりを観察していた。また、短時間で行われる外来カンファランスは、明示的な情報の共有というよりむしろ、それぞれの専門職種が患者と接することで得られたカルテや記録に現れにくいことが共有されて、新たな知識が生成・伝達される場となった。心臓リハビリの現場は、学習の場として捉えることができると考えられる。

ここで協働介入の概念図を図 24 に示す。

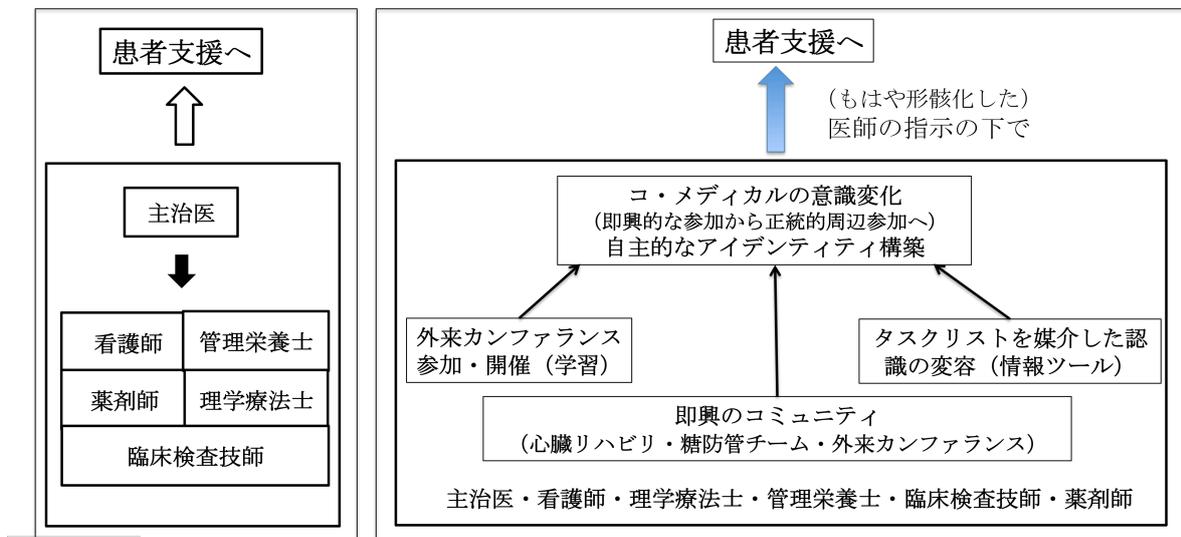


図 24 「協働介入」の概念図

(左図:医師の指示のもと患者支援が行われる協働 右図:学習や即興のコミュニティの形成、情報ツールの媒介によりコ・メディカルが変化し患者支援を行う協働介入を示している)

5.5 本章のまとめ

従来の多職種協働研究は、医療専門職間の現状を医師の支配的な自律性が成

立してしまっている状況と捉えて、これを変化させるための新たな関係性の構築が論じられてきた。それは、医師だけに支配的な自律性があるわけではないような関係性を作っていく必要性があったからであり、医師の支配的自律性が崩されていく可能性を探り、その先におこるであろう問題をも見据えた議論であった（三井 2004: 85）。医療においては、医師が患者のニーズを規定して患者の治療にあたるという構図であり、その際にコ・メディカルが捉えたニーズはほとんど生かされない、ということがかつて問題視されていたからであった。そこで、三井が提示した概念は「相補的自律性」という各医療専門職の職務が重なるときに限定して、医師に対して問題提起できるという自律性であった（三井 2004: 212-213）。著者は、三井が論じているように医師もコ・メディカルも自律性を求めるわけではない、という立場にあることには同意している。本論では慢性疾患患者の重症化予防の文脈において、多職種の専門職間の協働のために実践コミュニティへの参加が必要なことを明らかにしている。協働することは互いの専門領域をオーバーラップしつつ往還することであると学習した医療専門職たちは、患者の受療状況が可視化されるような医療情報ツールの媒介により、各職種の省察的な実践により、相互に意見をのべあう関係性が獲得できることを示した。

患者は自らの実践について、また自らの疾患に対処する知識を合理的に語るができるわけではなく、さらに自らがどのようにあることを望んでいるかを確実に口にすることは容易ではない。すなわち、完治することがない慢性疾患を生きる患者たちにとって、少なくとも言えることは「疾患の進行をくい止めたい」ということが第1である（松繁 2010）。松繁が述べていることは、医療者は医学の観点から離れて患者が語る言葉に耳を傾けよ、ということである。しかし、そのように述べてしまうことで、次の点において疑問がのこる。それは、医療の専門教育を受けてきた医療者たちであるために、医療専門家たちが患者の語った言葉をキャッチし、諸価値の判断をする基準は医療の文脈とならざるを得ない点である。本論の事例において、外来心臓リハビリの事例であるが、多職種の協働実践において、多職種の専門職者たちが相互に直接会話し、同一の患者に接している場面を取り上げている。患者たちが合理的に自らの身体や生活の状況を語れなくとも、多職種の医療専門家たちが協働で患者の様々な側面にアプローチし、同時に多職種が関わることから他の職種との差異を意識せざるをえない。また、外来カンファランスにおいて、患者に関する情報を提供し合うという面において患者を再構築し、あらたなプログラムへと転換し

ているといえる。

各領域の医療専門職が領域固有の枠組みを開発し、それを制限された専門家の権利へと接続しているのが、協働はこのパラダイムを変化させて、各職種が専門領域を主張する競合の論理よりはむしろ、各職種が互いにオーバーラップする協働の論理で実行することを求めている (D'Amour et al. 2005)。多職種が患者支援についていかにあるべきかを相互に学習しあう場に参加することによって、多職種が協働する場面における新たな医療専門職間関係のあり方を提示することが可能になる。ここには、医師たちのように、当初からリーダーとみなされていた専門家たちも存在する。その場合も、協働する場への参加によって、他職種と協働するチームとしての協働実践を学ぶ。協働のための実践は患者を中心とした相互行為であり、患者を含めた実践コミュニティの営みとなるはずである。「協働介入」は複数の医療専門職種が制度や情報ツールの媒介によって、患者への診療に積極的に関わり協働する取り組みを示している、筆者が提示した概念である。それは、共有した目標に向けて連携し、ともに協力するとともに、問題状況に立ち入ることである。協働介入による多職種の医療専門家相互の意識の変化は、患者への知識の伝達においても変化をもたらしており、新たに医療専門職者と患者が紡ぎ出す「患者の知」の創造プロセスになることにつながっていくと考えられる。

第 6 章 結論

6.1 はじめに

本章では、本論文の結論を述べる。まず事例分析から得られた発見事項から研究設問に対する答えを提示する。次に、本論文の理論的含意を論述し、医療現場の多職種協働という社会的事象の理論的モデルを提起する。加えて実践に資する実践的含意を提示する。最後に、本論文の限界と課題、将来の研究への示唆をまとめる。

6.2 発見事項

事例分析から得られた発見事項を、本論文の研究設問（リサーチクエスチョン）に沿って提示する。第 1 章で提示した本論文のメジャーリサーチクエスチョン（MRQ）とサブシディアリーリサーチクエスチョン（SRQ）は、以下の通りである。はじめに SRQ の答えを提示し、それらを踏まえて、MRQ の答えをまとめる。

MRQ: 医療現場の情報ツールを媒介とした多職種協働は、病院の医療専門職に何をもたらしたか？

SRQ1: 多職種協働によるチーム医療の実践は、どのようにして知識の生成および伝達の間となりえたか？

SRQ2: 医療現場で情報ツールを媒介とした多職種協働は、医療専門職たちにとってどのような実践となったのか？

SRQ3: 多職種の医療専門職は、どのように関係性を変化させたのか？

6.2.1. サブシディアリーリサーチクエスチョン（SRQ1）の答え

SRQ1: 多職種協働によるチーム医療の実践は、どのようにして知識の生成および伝達の間となりえたか？

本節では、多職種の医療専門家たちが協働介入する実践の概要を、看護師、薬剤師、臨床検査技師それぞれの事例について分析結果を提示し、知識の生成および伝達の場になっていたことを示す。

(1) 看護師の実践

多職種協働が行われている心臓リハビリの現場や、外来カンファランスの場に参加することは、看護師たちにとって当初は躊躇われることであった。しかし、電子カルテから抽出した情報により作成された情報ツールの媒介により、積極的に自らの役割を果たす方策を探るべく、医師や他の医療専門職に働きかけていた。また、患者への診療の介入にも自ら工夫をし他の職種とは差異を示そうとしていた。看護師の専門知と明確になった対象患者への協働介入を目指すことで、患者の療養生活を支える知識の生成および、チームへの伝達がみられた。

(2) 薬剤師の実践

薬剤師は糖尿病患者の透析予防において、患者の投薬情報から腎症の病気にあった薬剤が処方されているか、また他の血液検査結果を参照し必要な薬剤の処方がされているかなどを、情報ツールをてがかりに検証し、その結果を処方した医師にメールで知らせるなどで、積極的にアクションを起こしていた。これらは、以前まで行われていなかったことであり、疾病管理委員会というコミュニティにおける情報ツールの媒介により対象患者と必要な情報が明示されることで、診療に活かす知識の生成と医師へ伝達をおこなったことであった。

(3) 臨床検査技師の実践

臨床検査技師は、疾病管理 MAP の情報から患者の予約日に、医師が認識できるように電子カルテに検査オーダーとコメントを入力し検査実施を促していた。また医師からの検査オーダーを待つのみではなく、検査が実施される環境を整えて迅速な結果の出力を工夫し、必要な検査機器を要請するなど、疾病管理 MAP に連動させ患者の診療に積極的に介入し、新たな意味の創出や診療を支援する知識の生成を促し医師に伝達していた。

以上のような、多職種 of 医療専門家たちが協働介入するチーム医療の実践は、

正統的周辺参加による学習として論じることができる。医療専門職たちはそれぞれの領域においては熟達した専門家とみなされていたとしても、チーム医療であれば彼／女らは周縁的な参加者としてチームの協働実践を学ぶ立場である。知識の生成および伝達の場合としての外来カンファランスでの、自由に発言し意見を述べあう関係性はすぐに獲得できるわけではなく、その場への周縁的な参加により、それぞれが患者-医療者関係に反映させるリフレクションがみられた。この場合、中心になることはそれぞれの患者の療養生活に関する患者から聞き取りしたことを医療専門職が把握していることを示している。患者への診療に介入するために多種の医療専門家たちは患者と接することで聞き取りをし、検査結果や処方状況を参照して患者の療養生活を支える方策を他職種と共有する場への参加を目指す、そのような志向性が醸成されているといえる。

これまでの医療専門職の協働研究について、医療現場においては、法的に規定された医師の自律性や裁量権のために、看護師や他の医療職が自律性を獲得することが難しく、対等な協働を妨げられていることが論じられてきた。本論文では、協働を自律性の獲得ではなく、医療専門家たちの知識コミュニケーションととらえ、協働することを他の専門職たちとの開かれた場、すなわち即興のコミュニティへの参加と捉えた。多職種協働の事例として取り上げた心臓リハビリでは、外来カンファランスという場を意図的に設定し、多職種の医療専門家たちが協働する実践について参与観察した。外来カンファランスの事例から、外来カンファランスで生成・伝達されていく知識は、それぞれの専門職種が患者との関わりから得られたことの共創により患者を把握しようとするものであった。また、それぞれの専門職コミュニティとの往還によっていること、また、短時間であっても他の専門職との対面的な即興のコミュニティに参加することによって、外来カンファランスは知識の生成及び伝達となりえていた。

6.2.2. サブシディアリーリサーチクエスチョン (SRQ2) の答え

SRQ2: 医療現場で情報ツールを媒介とした多職種協働は、医療専門職たちにとってどのような実践となったのか？

情報化がすすんだ医療現場において、電子カルテ情報から抽出した介入すべき対象者のリストをコミュニケーションツールとして用いたところ、医師や他の専門職者は、相互に積極的な働きかけを行っていた。診療状況を可視化する

医療情報ツールの媒介により、コ・メディカルは自ら積極的に関わるために協働する取り組みが看取され、医師の診療に立ち入ることが可能となることが明らかになった。また、医療情報ツールを媒介して、コ・メディカルが積極的に医師の診療や患者の支援になるべく働きかけていた。新たな診療報酬を契機とした多種の医療専門家による協働介入は、コ・メディカルが主体的に診療に関与する実践となった。

6.2.3. サブディアリーリサーチクエスチョン（SRQ3）の答え

SRQ3: 多職種 of 医療専門職は、どのように関係性を変化させたのか？

患者の受療状況が可視化される医療情報ツールの媒介により、各職種が省察的な実践により意見をのべあう関係性を獲得できた。さらに、職務が重なるときではなくとも、つねに職務をオーバーラップさせることを意識し、明確に役割分担をした関係性から問題を提起し合う関係性へと変化させていた。コミュニケーションを促進させるためのツールを媒介とした実践により、多職種の医療専門職たち共通の目標である患者に最適の医療の提供にたいするアウトカムが可視化された。その結果、医療専門家たちは、この医療情報ツールを媒介して、他の医療専門職種にアクセス可能となり、多職種の協働介入という相互の試行錯誤的な実践が繰り返されていた。協働介入では、明示的な医療情報だけでなく、患者と接することで得た患者の日常生活に関わる暗黙的な知識の共有もなされていた。情報ツールの媒介により多職種協働は、情報共有にとどまらず診療に積極的に関与していく専門職種間 of 関係性へと変化していた。

6.2.4. メジャーリサーチクエスチョン（MRQ）の答え

MRQ: 医療現場 of 情報ツールを媒介とした多職種協働は、病院 of 医療専門職に何をもたらしたか？

異なる実践コミュニティに属する医療専門職たちが協働介入する多職種協働において、それぞれの専門職が属するコミュニティに回収されない知識の生成と伝達、および共有と活用は、正統的周辺参加による学習として論じることができた。多職種が患者支援についていかにあるべきかを相互に学習しあう場

に参加することは、多職種が協働する場面において、新たな医療専門職間関係のあり方を提示している。そこには、医師たちのように当初からリーダーとみなされていた専門家たちも存在する。医師たちも、他職種と協働する即興のコミュニティへの参加によって協働実践を学ぶ。

協働介入は、共有した目標に向けて連携し、ともに協力するとともに、問題状況に立ち入る。協働介入による情報ツールを媒介として多職種の医療専門家相互が試行錯誤する実践や、外来カンファレンスのような即興のコミュニティへの参加により、多種の医療専門職たちに意識の変化をもたらしていた。意識の変化は、患者への知識の伝達においても変化をもたらし、「患者の知」の創造プロセスへとつながっていくことが考えられた。

6.3 理論的含意

本論文において、異なる専門職種が連携・協働するということは、それぞれの専門職種が属するコミュニティに回収されない知識の生成と伝達、および共有と活用を「協働介入」する実践コミュニティへの正統的周辺参加という概念を援用して、その手前にある即興のコミュニティへの参加として説明した（レイヴ・ウェンガー 1991=1993）。即興のコミュニティは、福島やレイヴの概念を参照した筆者独自の概念で、断片的な課題がパッチワーク状の構造となっている一時的なコミュニティである（福島 2001: 75-80、レイヴ他 2002=2002: 63）。また、情報ツールを媒介とした多職種の「協働介入」は、専門職間の階層性をのりこえたコミュニケーションと相互のアクセスを可能にした。専門職たちは、自身の属する専門職コミュニティと「協働介入」する多職種コミュニティを行き来して誰もがアクセス可能となるようにしていた。

また、ここでの議論は、病院の外来診療の現場での糖尿病や心臓病慢性疾患患者を対象としており、高信頼性組織研究で対象となるような組織のように高いリスクを抱えた環境におかれているわけではない。ゆるやかにリスクを抱える慢性疾患患者を対象とした、多種の専門職が協働する組織におけるテクノロジー導入に関する議論であった。今後、医療福祉の現場において、制度の規定により、医療と介護、福祉の境界をこえて多様な専門職種が複数の疾患を抱えた患者の複雑な状況を支援することが必要となつてこよう。本稿は、そうした組織へのテクノロジー導入にあたり、多くのスタッフの主体的な実践を喚起するための協働に関する議論に接続しうる。また、組織へのテクノロジー導入にあたり、モノや領域の異なる職種との協働の研究に資するものとなる。

6.4 実務的含意

多職種協働はチーム構築のための協働ではなく、各職種の固有の特性を認めた上で、患者に必要な支援と助言が出来る立場を尊重することである。医療情報ツールの媒介により、コ・メディカルは医療専門職は制限された診療への専門的介入ではあるが、正当に実践していくことが可能となった。テクノロジー導入後の現場では、スタッフ代替性および流動性が高まるがゆえにチームの組織力が低下することが懸念される。にもかかわらず本論の事例では、医療専門職間の関係性が変化し各専門職の主体的な関与が促進されることが明らかになっていた。この事実は、今後の現場への新たな制度の導入において、認知的なツールの媒介により現場の異なる専門性をもつ専門家の主体的な実践を喚起することが可能であることを示唆している。

また、調査者としての筆者は、現場の実務者でもあり、メディエーターとして医療専門職の業務が前に進むように支援してきた。それは、文化人類学的な調査方法を採用したことにより、可能となっていたことであつた。現場において、看護師やコ・メディカルがどのようなことに困難を感じているのか、患者との関係性はどうか、という問題を探求する実践であつた。エスノグラフィの調査における参与観察では、全体論として俯瞰的に現場を見ることで医療者と別の視点で捉えること、文化相対主義のように患者のどのような振る舞いにおいても意味のあることとして捉えることができる。またコンフィギュレーションによる探求の方法などにより、観察者としての筆者（すなわち医療現場における文化人類学者）は、医療の文脈で考えがちな医療者に新たな問題提起をすることができた。これらのことから、日本の医療現場において文化人類学的な探求が現場の実践に有用であることが明らかとなった。

6.5 今後の課題と展望、将来の研究への示唆

さまざまな場面で患者とかかわる多職種の医療従事者の教育やリスク管理について本論では十分に考察できていない。2.3.3 で言及したように、中島らによれば多職種協働のための教育は、それぞれの職種が同時に実習や行事に参加することにより、お互いの職種の理解を深めるという（中島他 2015: 117）。しかし、IPEにより相互の職種の理解を深める事と実際の医療現場で起こっている事とのギャップをうめることなど、今後に向けての課題は多い。また、疾病管理 MAP といった認知的な情報ツールを使用しながら、組織的な多職種協働

が受ける社会的な制約について十分に議論していない。また、そのために筆者が行ったように、異なった医療専門職の知識をコーディネートする調査者の役割についても考察が必要である。今後の課題としたい。

参 考 文 献

- Adler, P., C. Hechscher, L. Prusac, 2011, “Building a Collaborative Enterprise,” *Harvard Business Review* July-August, (=2012, 鈴木俊昭訳 『『共通目的』と『貢献の倫理』が支える協働する共同体』『Diamond Harvard business review』 37(3), 92-104.
- Allen, D., 1997, “The nursing—medical boundary: a negotiated order?” *Sociology of Health and Illness*, 19(4): 498-520.
- Argyris, C., 1992, “The Next Challenge for TQM: Overcoming organizational defenses,” *The Journal for Quality and Participation*, 15(2), 26.
- Armstrong, D., 2014, “Chronic illness: a revisionist account,” *Sociology of Health and Illness*, 36(1): 15–27.
- Atkinson, P. and M. Hammersley, 2005, “Ethnography and Participant Observation,” Norman, K. D. and Y. S. Lincoln eds., *The SAGE Handbook of Qualitative Research, Third Edition*, Thousand Oak: Sage, 248-60.
- Attewell, P., 1992, “Technology diffusion and organizational learning: The case of business computing,” *Organization science*, 3(1), 1-19.
- Barley, S. R., 1986, “Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments,” *Administrative science quarterly*, 78-108.
- Barnard, C.I., 1938, *The functions of the executive*, Cambridge: Harvard University Press. (=山本安次郎訳, 1968, 『経営者の役割』ダイヤモンド社. 新訳)
- Berger, P. L. and T. Luckmann, 1966, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Anchor press. (=2003, 山口節郎訳 『現実の社会的構成——知識社会学論考』新曜社.
- Bjarnason-Wehrens, B. et al., 2010, “Cardiac rehabilitation in Europe: Results from the European cardiac rehabilitation inventory survey” *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*

- 17(4): 410-418,
- Bloor, M., 2001, "The Ethnography of Health and Medicine", P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, S. Lofland and L. Lofland, *Handbook of Ethnography*, London: SAGE, 177-87.
- Blumenthal, D., 2009, "Stimulating the Adoption of Health Information Technology", *New England Journal of Medicine*, 360(15): 1477-9.
- Bohr, N., 1936, "Kausalität und Komplementarität." *Erkenntnis* Vol.6. p. 293. (=1999 山本義隆訳「因果性と相補性」山本義隆編訳『ニールス・ボーア論文集 1 因果性と相補性』岩波文庫 122-130.)
- Callon, M., 2004, "The role of hybrid communities and socio-technical arrangements in the participatory design", *Journal of the center for information studies*, 5: 3-10. (=2006, 川床靖子訳「参加型デザインにおけるハイブリッドな共同体と社会・技術的アレンジメントの役割」、上野直樹・土橋臣吾編『科学技術実践のフィールドワーク——ハイブリッドのデザイン』せりか書房、38-54.)
- Cebul, R. D., T. E. Love, A. K. Jain, et al., 2012, "Electronic Health Records and Quality of Diabetes Care", *New England Journal of Medicine*, 365(9): 825-33.
- Chanblis, D. F., 1996, *Beyond Caring*, Chicago: University of Chicago Press
(=浅野祐子訳, 『ケアの向こう側——看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』, 2002, 日本看護協会出版会.)
- Conrad, P., 1985, "The Meaning of Medication: Another Look at Compliance," *Social, Science and Medicine*, 20(1): 29-37.
- Daft, R. L., and K. E. Weick, 1984, "Toward a model of organizations as interpretation systems." *Academy of management review*, 9(2), 284-295.
- D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L. S. Rodorigez, and M. Beaulieu, 2005, "The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks", *Journal of interprofessional care*, Sup.1, 116-131.
- DCCT/EDIC Study Research Group, 2005, "Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type1 diabetes," *New England Journal of Medicine*, 353: 2643-53.

- Engeström, Y., 2008, *From Teams to Knots: Activity-Theoretical Studies of Collaboration and Learning at Work*, Cambridge University Press. (= 2013, 山住勝広, 山住勝利, 蓮見二郎訳『ネットワークする活動理論——チームから結び目へ』新曜者社.)
- Fichman, R. G., and C. F. Kemerer, 1997, “The assimilation of software process innovations: An organizational learning perspective,” *Management science*, 43(10): 1345-1363.
- Flick, U., 2007, *Qualitative Sozialforschung (second edition)*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. (=2011, 小田博史, 山本則子, 春日常, 宮地尚子訳『質的研究入門——〈人間の科学〉のための方法論』春秋社.)
- Foucault, M., 1963, *Naissance de la clinique—Une archeologie du regard medical*, P.U.F. (=1969, 神谷美恵子訳『臨床医学の誕生——医学的まなざしの考古学』みすず書房.)
- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press. (=1992, 進藤 雄三・宝月 誠 訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.)
- Galbraith, J. R., 1974, “Organization design: An information processing view,” *Interfaces*, 4(3): 28-36.
- Giddens, A., 1990, *The Consequences of Modernity*, Polity Press. (=1993, 松尾靖文・小幡正敏訳『近代とはいかなる時代か? ——モダニティの帰結』而立書房.)
- , 2006, *Sociology (Fifth edition)*, Polity Press. (=2009, 松尾靖文・西岡八郎・藤井達也ほか訳『社会学 (第5版)』而立書房.)
- Glasby, J., and H. Dickinson, 2008, “Greater than the sum of our parts? Emerging lessons for UK health and social care,” *International Journal of Integrated Care*, 8(3): 1-5.
- Good, B. J., 1994, *Medicine, Rationality, and experience: An anthropological perspective*, Cambridge University Press (=2001, 江口重幸, 五木田紳, 下地明友他訳『医療・合理性・経験——バイロン・グッドの医療人類学講義』誠信書房.)
- Hammersley, M. and P. Atkinson, 2007, *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- Hashimoto, H., N. Ikegami, K. Shibuya, et al., 2011, “Japan: Universal

- health care at 50 years 1—Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off?” *The Lancet*, 378(9797): 1174-82.
- Henderson, J. C., and N. Venkatraman, 1992, “Strategic alignment: a model for organizational transformation through information technology,” *Transforming organizations*, 97-117.
- Ikeda, N., E. Saito, N. Kondo, et al., 2011, “Japan: Universal health care at 50 years 1: What has made the population of Japan healthy?” *The Lancet*, 378(9796): 1094-1105.
- James, E. A., T. Slater and A. Bucknam, 2012, *Action research for business, nonprofit, Public and Administration: A Tool for Complex Times*. Los Angeles: Sage.
- Hine, C., 2007, “Multi-Sited Ethnography as a Middle Range Methodology for Contemporary STS,” *Science, Technology, and Human Values*, 32(6): 652-671.
- Hunt, M. L., B. Jordan, S. Irwin, and C.H. BROWNER, 1989, “Compliance and The Patient's Perspective: Controlling Symptoms in Everyday Life,” *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13, 315-334.
- Illich, I., 1976, *Limits to Medicine Medical Nemesis, The Expropriation of Health*. (=1979, 金子嗣郎訳『脱病院化社会-医療の限界』晶文社.)
- Johnson, T., 2010, “Anthropology and the world of physicians” P. J. Brown and R. L. Barrett eds., *Understanding and Applying Medical Anthropology*, New York: McGraw-Hill.
- Jordan, A. T. and D. D. Caulkins, 2013, “Expanding the field of organizational anthropology for the twenty-first century,” D. D. Caulkins and A. T. Jordan eds., *A Companion to Organizational Anthropology*, Chichester: Blackwell 1-23.
- Lamb, G., C. Zimring, J. Chuzi, and D. Dutcher, 2010, “Designing better healthcare environments: Interprofessional competencies in healthcare design.” *Journal of interprofessional care*, 24(4), 422-435.
- Lash, S., 1994, “Reflexivity and its doubles: structure, aesthetics, community,” U.Bec, A. Giddens and S. Lash eds., *Reflexive Modernization-Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Polity Press, 110-173. (=松尾精文・小幡正敏・叶堂隆三編訳, 1997,

- 「再帰性とその分身-構造、美的原理、共同体」『再帰的近代化——近現代における政治、伝統、美的原理』而立書房 205-315.)
- Latour, B., 1987, *Science in Action: How to follow Scientists and engineers through Society*, Cambridge: Harvard University Press. (=1999, 川崎勝・高田紀代志訳『科学が作られているとき——人類学的考察』産業図書.)
- Lave, J. and E. Wenger, 1991, *Situated Learning: Legitimate peripheral Participation*, Cambridge University Press. (=1993, 佐伯眸訳『状況に埋め込まれた学習——正統的周辺参加』産業図書).
- Levin, K., 1956, *Field theory in social science: selected theoretical papers*, New York: Harper and Row. (=1979, 猪股佐登留訳『社会科学における場の理論』誠信書房)
- Lewin, S. and S.Reeves, 2011, “Enacting ‘team’ and ‘teamwork’: Using Goffman’s theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards,” *Social Science and Medicine*, 72, 1596–1602.
- Lock, M., 1990, “Rationalization of Japanese Herbal Medication: The Hegemony of Orchestrated Pluralism,” *Human Organization*, 49(1), 41-47.
- Moeran, B., 2009, “From participant observation to observant participation,” Ybema, S., D. Yanow, H. Wels, and F. H. Kamsteeg eds., *Organizational ethnography: Studying the complexity of everyday life*. Sage. 139-155.
- Mol, A., 2002, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham and London: Duke University Press. (=2016, 浜田明範・田口陽子訳『多としての身体——医療実践における存在論』, 水声社.)
- Nelson, S. and S. Gordon, 2006, *The Complexities of Care: Nursing Reconsiderd*, George Borchardt. (=2007, 阿部里美訳『ケアの複雑性——看護を再考する』エルゼビア・ジャパン.)
- Nonaka, I. and H. Takenaka, 1995, *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*, Oxford University Press. (=1996, 梅本勝博訳『知識創造企業』東洋経済新報社.)
- OECD, Definition and Selection of Competencies (DeSeCo) , (2014年8月11日取得)
<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/definitionandselect>

ionofcompetenciesdeseco.htm

- Opie, A., 1997, "Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams." *Sociology of Health & Illness* 19(3), pp. 259-80.
- Orlikowski, W. J., 1992, "The duality of technology: Rethinking the concept of technology in organizations." *Organization science*, 3(3), 398-427.
- Parsons, T., 1951, *The Social System*, Routledge and Kegan Paul. (=1974, 佐藤勉訳『社会体系論』現代社会学大系 14, 青木書店.)
- Reeves, S., S.E.McMillan, N.Kachan, E.Paradis, M.Leslie, and S. Kitto, 2015, "Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography," *Journal of Interprofessional care*, 29(3): 230-237.
- Reich, M.R., N. Ikegami, K. Shibuya, et al., 2011, "50 years of pursuing a healthy society in Japan" *The Lancet*, 378(9796): 1051-1053. (=2011, 渋谷健司監修『ランセット』日本特集号プロジェクト研究チーム「日本国民皆保険達成から 50 年」『ランセット』(公財)日本国際交流センター, 9-12.)
- Roper, J. M and J. Shapira, 2000, *Ethnography in Nursing Research*, London: Sage. (=2003, 麻原きよみ・グレッグ美鈴訳, 『看護における質的研究 1 エスノグラフィ』日本看護協会出版会.)
- Rossing, P., 2006, "Prediction, progression and prevention of diabetic nephropathy. The Minkowski Lecture 2005," *Diabetologia*, 49: 11-19.
- Sanjek, R., 1996, "Ethnography", J. Spencer, and A. Barnard eds., *Encyclopedia of social and cultural anthropology*, London and New York: Routledge, 193-8.
- Schön, D.A., 1987, *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, Basic Books. (=2007 柳沢昌一・三輪建二訳『省察的实践とは何か——プロフェッショナルの行為と思考』鳳書房)
- Smith, M. K., 2001, 'Kurt Lewin, groups, experiential learning and action research', *the encyclopedia of informal education*, Retrieved 4/15/14 World Wide Web, <http://www.infed.org/thinkers/et-lewin.htm>
- Sobo, E. J., 2004, "Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research: Key Concepts and Controversies," C. R. Ember and M. Ember eds., *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the*

- World's Cultures*, Kluwer Academic/Plenum Publishers. 3-11.
- Star, S. L., 1999, The Ethnography of Infrastructure, *American Behavioral Scientist*, 43(3): 377-91.
- Strathern, A. and P. J. Stewart, 1999, *Curing and Healing: Medical Anthropology in Global Perspective*, Carolina Academic Press. (=2009, 成田弘成監訳, 『医療人類学—基本と実践』古今書院.)
- Suchman, L. and L. Bishop, “Problematising ‘Innovation’ as a Critical Project,” *Technology Analysis and Strategic Management*, 12(3): 327-33.
- Svensson, R., 1996, “The interplay between doctors and nurses: a negotiated order perspective,” *Sociology of Health and Illness*, 18(3): 379-98.
- Timmermans, S. and M. Berg, 2003, “The Practice of Medical Technology,” *Sociology of Health and Illness*, 25, Silver Anniversary Issue, 97–114.
- Thiry, H. and S.L. Laursen, 2011, “The role of student-advisor interactions in apprenticing undergraduate researchers into a scientific community of practice,” *Journal of Science Education and Technology*, 20(6): 771-784.
- UN, United Nations Competencies for the Future, (2018年8月26日取得)https://careers.un.org/lbw/attachments/competencies_booklet_en.pdf
- Wenger, E., McDermott, R. A., and Snyder, W., 2002, *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Harvard Business Press (=2002 櫻井祐子訳『コミュニティ・オブ・プラクティス——ナレッジ社会の新たな知識形態の実践』翔泳社.)
- Wenger, N. K., E. S. Froelicher and L.K. Smith et al., 1995, “Cardiac Rehabilitation.” *Clinical Practice Guideline No. 17*, Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) Publication. (=1996 戸嶋裕徳総監訳『心臓リハビリテーション』トーアエイヨー株式会社.)
- WHO, 1978, “Declaration of Alma-At.” World Health Organization, (Retrieved December 31 2018, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/125137/message_2011_may_syrian_aleppo_13692_en.pdf?sequence=1&ua=1).
- World Health Organization, 2010, “Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.” World

- Health Organization, (Retrieved December 31 2018, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=4BD882286994DF0FB99A2EFEA4953C87?sequence=1).
- Virmani, R., G.Guagliumi, A.Farb, G.Musumeci, et al., 2004, “Localized hypersensitivity and late coronary thrombosis secondary to a sirolimus-eluting stent: should we be cautious?” *Circulation*, 109(6): 701-705.
- Yamaguchi, H. and Y. Ito, 2014, “Improving the Effectiveness of Interprofessional Work Teams Using EHR-based Data in the Treatment of Chronic Diseases: An Action Research Study”, *Proceedings of PICMET '14: Infrastructure and Service Integration*, 3492-7.
- Zoppini, G., G. Targher, M. Chonchol, et al., 2012, “Predictors of Estimated GFR Decline in Patients with Type2 Diabetes and Preserved Kidney Function. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*” 7: 401-8.
- 阿部潔,2006,「公共空間の快適：規律から管理へ」 阿部潔・成実弘至編『空間管理社会：監視と自由のパラドックス』新曜社, 18-56.
- 荒木登茂子・大倉朱美子, 2011,「医療現場におけるチーム医療」『日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌』2(1), 38-43.
- 猪飼周平, 2010b, 『病院の世紀の理論』有斐閣.
- 池上直己・J.C.キャンベル, 1996, 『日本の医療—統制とバランス感覚』中公新書
- 池上直己・兪炳匡・橋本英樹他, 2011, 「日本: 皆保険達成から 50 年 2 日本の皆保険制度の変遷, 成果と課題」『JCIE ランセット』特集号, 44-56.
- 石川雄一, 2013, 「多職種協働によるチーム医療の実践と心臓リハビリテーションのあり方」『心臓リハビリテーション』18, 34-8.
- 伊藤泰信, 2007, 『先住民の知識人類学——ニュージーランド=マオリの知と社会に関するエスノグラフィ』世界思想社.
- 伊藤泰信, 2008, 「フィールドワーク」, 杉山公造・永田晃也他編著『ナレッジ・サイエンス-知を再編する 81 のキーワード (改訂増補版)』, 近代科学社, 108-11.

- , 2012, 「別様でもありえた学、別様でもありうる学——作動中の民族誌をめぐる試論」, 山口裕子、中野麻衣子、風間計博、吉田匡興共編『共在の論理と倫理——家族・民・まなざしの人類学』はる書房, 376-98.
- 井部俊子, 2007, 「遅れてやってきた『サービスとしての医療』」『KEIO SFC JOURNAL』6(1), 66-76.
- 岩谷洋史, 2013, 「情報通信技術関係企業におけるエスノグラフィの活用動向について——コンピュータシステムの設計を中心に」『社会人類学年報』39, 151-69.
- 上杉正幸, 2000, 『健康不安の社会学——健康社会のパラドックス』世界思想社.
- 上野千鶴子, 2011, 『ケアの社会学——当時者主催の福祉社会へ』太田出版.
- 浮ヶ谷幸代, 2004, 『病気だけど病気ではない——糖尿病とともに生きる生活世界』誠信書房.
- , 2009a, 「臨床から生まれる『開かれた専門性』——オーディット文化の向こう側」『立教大学社会学部応用社会学研究』, 51 : 141-155.
- , 2009b, 『ケアと共同性の人類学——北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活書院
- , 2010a, 「数値と身体文化」『身体と境界の人類学』春風社, 110-2.
- , 2010b, 「ケアの場所性——北海道浦河町精神保険福祉の取り組みから」『相模女子大学紀要』, 74A : 7-19.
- , 2013, 「界面に立つ専門家——医療専門家のサファリングの人類学序」『文化人類学』77(3) : 382-92.
- , 2013, 「医療専門家のサファリングとその創造性——患者、利用者、依頼人との距離感という困難を超えて」『文化人類学』77(3) : 393-413.
- 浦島充佳, 2005, 「Accountability (情報開示) ブリストル王立小児病院の事例から学ぶ。」『病院』64(8), 666-670.
- 奥山裕司, 2018, 「心臓の病気について——発作制上室性頻拍」日本不整脈心電学会ホームページ, (2018年12月8日取得,
<http://new.jhrs.or.jp/public/lecture/lecture-2/lecture-2-a-6/>)
- 大塚真理子, 2010, 「Interprofessional Education (IPE)」『JIM』, 20(7), 487-489.
- 開原成允, 2000, 「情報化は supplier 優先社会を変えるか? ——医療を例にした考察」村上陽一郎/NTT データシステム科学研究所編『21世紀の「医」

- はどこに向かうのか』NTT出版, 25-58.
- 金子雅彦, 1999, 「医療施設」進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 80-96.
- 笠井史人, 2004, 「循環器疾患リハビリテーションの現況と展望」『昭和医会誌』61(2): 124-127.
- 勝木達夫, 2014, 「糖尿病疾病管理 MAP」を用いた多職種協働による新しい糖尿病マネジメント(特集 糖尿病診療と ICT(Information and Communication Technology)). 『内分泌・糖尿病・代謝内科』38(6): 514-20.
- 勝木達夫・大谷啓輔・酒井有紀, 2008, 「心臓リハビリテーション施設紹介②——やわたメディカルセンターにおける心臓リハビリテーションの立ち上げ」『クリニカル・リハビリテーション』17(10), 964-9.
- 勝木道夫, 2002, 「新しい医療と健康づくりをめざして——地域医療と健康増進」『総合健診』29(3): 603-12.
- 上林憲雄, 2001, 『異文化の情報技術システム: 技術の組織的利用パターンに関する日英比較』千倉書房.
- 川島理恵, 2013, 「救急医療における意思決定過程の会話分析——インフォームド・コンセント運用の1例として」『社会学評論』64(4): 663-678.
- 川田志明・小沢友紀雄編, 1990, 「冠動脈バイパス術」『最新医学知識の整理 医学各論Ⅲ 心臓・脈管疾患』医歯薬出版.
- 川床靖子, 2013, 『空間のエスノグラフィ——文化を横断する』春風社.
- 北谷直美, 2013, 「糖尿病指導管理料——現状とこれから: 糖尿病透析予防指導管理料の現状と今後の展望」『臨床栄養』, 122(2), 138-41.
- 北原龍二, 1999, 『健康保険と医師会——社会保険制度創始期における医師と医療』東信堂.
- 清野裕, 2013, 「糖尿病透析予防指導のエビデンス構築に期待——腎症病期に沿った段階的管理をチーム医療で」『Medicament News』2124, 1-3.
- 具承垣・久保亮一・山下麻衣, 2005, 「病院組織変革と情報技術の導入——洛和会ヘルスケアシステムにおける電子カルテの導入事例」『早稲田大学 IT 戦略研究所, ワーキングペーパー』12, 1-42.
- 黒田浩一郎, 1999, 「コメディカルと非正統医療」, 進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 60-79.
- , 2001, 「医療社会学の前提」, 黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア——現代医療と社会』世界思想社, 2-52.

厚生省（現厚生労働省），1996，96/12/18 「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」『報道発表資料』厚生労働省ホームページ（2019年1月3日取得，
<https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0812/1217-4.html>。）

厚生労働省，2004，「生活習慣病対策」『「全国厚生労働関係部局長会議資料」平成16年1月20日』厚生労働省ホームページ（2018年12月31日取得，
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/kenkou/3-3.html>。）

———，2010，「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）」厚生労働省ホームページ，（2018年6月25日取得，
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-8b.pdf>）

———，2011，「2011年6月13日 薬事・食品衛生審議会 医薬品第二部会議事録」厚生労働省ホームページ，（2017年9月30日取得，
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001s2u5.html>）

———，2016，「平成28年度診療報酬改定について」厚生労働省ホームページ（2018年12月31日取得，
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114813.pdf>）

———，2018，「分野別の政策一覧：健康・医療について」厚生労働省ホームページ，（2019年1月3日取得，
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/.](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/)）

厚生労働省保険局医療課，2012，「平成24年度診療報酬改定の概要」厚生労働省ホームページ（2016年8月1日取得，
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuuhoken/iryuuhoken15/dl/gaiyou.pdf>）

厚生労働統計協会，2015，『国民衛生の動向 2015/2016』厚生労働統計協会。

上月正博，2017，「CKDのリハビリテーション：運動療法と栄養療法を中心に」『腎・高血圧の最新治療』6(1): 28-33.

国立循環器病センター，「循環器病情報サービス：ペースメーカーと植え込み型除細動器」国立循環器病センターホームページ（2018年5月9日取得，
<http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/pamphlet/heart/pamph47.html#anchor-7>）

小坂樹徳，1983，『医学概論』メヂカルフレンド社。

小酒井望，1973，「医療の場における中央検査部」小酒井望・佐藤乙一編『中央検査部管理必携』医学書院，1-17.

後藤葉一・上月正博・上嶋健治他，2009，「急性心筋梗塞全国実態調査に基づ

- く心臓リハビリテーション1セッションあたり参加患者数の検討：施設基準および採算性を念頭に」『心臓リハビリテーション』14(2)：336-44.
- 小松秀雄, 2008, 「アクターネットワーク理論と実践コミュニティ理論の再考」『神戸女学院大学論集』54(2): 153-164.
- 近藤英俊, 2004, 「現代医療の民族誌 その可能性」, 近藤英俊・浮ヶ谷幸代編『現代医療の民族誌』明石書店, 11-46.
- 埼玉県立大学編, 2009, 『IPW を学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規出版.
- 齋藤宗靖, 2003, 「わが国における心臓リハビリテーションの歩み (1980～現在)」『心臓リハビリテーション』8(1): 10-12.
- 榎原任, 1967, 『最新看護学全書1 医学概論』メヂカルフレンド社.
- 坂巻弘之, 2005, 「疾病管理の概念と我が国への適用——生活習慣病の管理を中心に」池上直己・西村周三編著『医療技術・医薬品』勁草書房, 163-84.
- 坂本すが, 2012, 「社会が求める看護にたいするニーズの変化：看護師のアイデンティティ再考」『インターナショナルナーシングレビュー』Suppl.136-9.
- 崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・三井さよ編, 2008, 『〈支援〉の社会学——現場に向き合う思考』青弓社.
- 佐藤純一, 1995, 「医学」, 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社, 2-32.
- , 1999, 「医学」, 進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 2-21.
- 進藤雄三, 1991, 「医療システムの変貌——医師の地位変化をめぐって」『社会・経済システム』10: 66-71.
- , 1999, 「医師」進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 42-59.
- , 2006, 「医療化のポリティクス——『責任』と『主体化』をめぐって」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』学文社, 29-46.
- 瀬戸僚馬, 2012, 「多職種協働に向けた医療・看護情報学の貢献」『第13回日本医療情報学会看護学術大会論文集』一般社団法人 日本医療情報学会 看護部会.
- 高城和義, 2002, 『パーソンズ——医療社会学の構想』岩波書店.
- 田垣正晋, 2008, 『これからはじめる医療・福祉の質的研究入門』中央法規.

- 高柳和江・仙波純一，2003，『患者から見た医療——みんなのための患者学』放送大学出版会。
- 竹田陽子，2003，「実験サイクルとしての情報技術導入プロセス」『技術マネジメント研究』2: 2-13.
- 田中マキコ，2007，「看護職の今日的課題に対する専門職論からの再考」『山口県立大学大学院論集』8: 119-128.
- 田中雅一，2002，「主体からエージェントのコミュニティへ」田辺繁治・松田素二編『日常実践のエスノグラフィ——語り・コミュニティ・アイデンティティ』337-360. 世界思想社。
- 田中伸枝・馬場園哲也・土田由紀子・柴崎千絵里・内瀧安子，2013，「糖尿病腎症治療におけるあらたな取り組み：糖尿病透析予防指導管理の実際とその効果」『Medicament News』2124, 13-5.
- 田辺繁治，2002，「再帰的人類学における実践の概念——ブルデューのハビトゥスをめぐり、その彼方へ」『国立民族学博物館報告』26(4), 533-73.
- ，1999，〈最終講義〉自己統治の技法：北タイのエイズ自助グループ。上智アジア学，17, 119-145.
- 出口泰靖，2012，「テーマ別研究動向（ケアと支援）——『ケア』や『支援』について〈身をもって〉考える研究動向」『社会学評論』63(3), 452-464.
- 長寿科学振興財団，2018，「術後せん妄」長寿科学振興財団ホームページ，（2018年11月28日取得，
<https://www.tyojuu.or.jp/net/byouki/rounensei/senmou.html>）
- 時井總，2002，『専門職論再考—保険医療観の自立性の変容と保険医療専門職の自立性の変質』，学文社。
- 戸嶋裕徳，1978，「狭心症と心筋硬塞の治療 とくにリハビリテーションを中心に」『日内会誌』67(8), 21-7.
- ，2003，「わが国における心臓リハビリテーションの歩み(1956年～1982年)」『心臓リハビリテーション』8(1), 7-9.
- 内閣府，2016，「平成27年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」『平成28年版高齢社会白書（概要版）』
- 中川理，2011，「どうとでもありえる世界のための記述——プラグマティック社会学と批判について」春日直樹編『現実批判の人類学——新世代のエスノグラフィへ』世界思想社，74-94.
- 中川輝彦・黒田浩一郎，2006，「論説のなかの『健康ブーム』——健康至上主義

- と社会の医療化の『神話』, 森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス—近代医療の地平を問う』学文社, 223-242.
- 中川米造, 1996, 『医学の不確実性』日本評論社.
- 中島憲子, 1995, 「看護婦」黒田浩一郎編『現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社, 102-122.
- 中島美津子・孫大輔・川村和美・内海美保, 2015, 「IPWにおける薬剤師-看護師連携のあり方—看護師の立場から」『YAKUGAKU ZASSHI』 135(1), 117-21.
- 中村雅彦, 2014, 『基礎から学ぶ医師事務作業補助者研修テキスト』永井書店.
- 中村雄二郎, 1992, 『臨床の知とは何か』岩波新書, 岩波書店.
- 波平恵美子, 1994, 『医療人類学入門』朝日新聞社.
- , 2007, 「ヘルスサイエンスと人類学」『保健の科学』, 49(5), 300-3.
- 日経メディカル, 2018, 「事例研究：わかしお医療ネットワーク（千葉県立東金病院）」日経メディカル, (2013年1月3日取得,
<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/special/it/casestudy/200805/506335.html>)
- 新田隆, 2018, 「心房細動手術（メイズ手術）」日本心臓血管外科学会ホームページ (2018年11月28日取得,
http://jscvs.umin.ac.jp/syujutusyugitokaisetu_sinzou/2_6_.html)
- 日本循環器学会, 2012, 「循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度合同研究班報告）——心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）2015/1/14 更新版」『日本循環器病学』（2019年3月11日取得,
http://www.jacr.jp/web/pdf/RH_JCS2012_nohara_h_2015.01.14.pdf)
- 日本心臓リハビリテーション学会, 2018, 「日本心臓リハビリテーション学会ステートメント——日本心臓リハビリテーション学会の使命」日本心臓リハビリテーション学会ホームページ (2018年7月12日取得,
<http://www.jacr.jp/web/about/statement/>)
- 日本腎臓学会編, 2013 『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2013』東京医学社.
- 日本専門医制評価・認定機構, 2013, 「専門医の現在数」社団法人日本専門医制評価・認定機構ホームページ (2013年8月15日取得,
<http://www.japan-senmon-i.jp/hyouka-nintei/data/>)

- 日本糖尿病学会編, 2005, 『糖尿病学用語集 第2版』文光堂.
- , 2012, 『糖尿病診療ガイドライン 2012-2013』文光堂.
- 日本糖尿病療養指導士認定機構, 2018, 「CDEJ 認定機構とは」, 一般社団法人
日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ, (2016年8月15日取得,
https://www.cdej.gr.jp/modules/about/index.php?content_id=1)
- 春田淳志・錦織宏, 2014, 「I 医療専門職の多職種連携に関する理論について」
『医学教育』45: 3, 121-134.
- 尾藤誠司, 2011, 「新たな患者—医療者関係の中での医療者の役割」『京府医大
誌』120(6), 403-9.
- 平木幸治・井澤和夫・渡辺敏他, 2017, 「保存期 CKD 患者の身体機能特性と運
動療法」『心臓リハビリテーション』22: 33-38.
- 広井良典, 1997, 『ケアを問いなおす——<深層の時間>と高齢化社会』筑摩
書房.
- , 2000a, 『ケア学——越境するケアへ』医学書院.
- , 2000b, 「医療情報の不確実性と医療システム改革」村上陽一郎編『21
世紀の「医」はどこに向かうのか』NTT出版, 3-24.
- , 2009, 『コミュニティを問いなおす——つながり・都市・日本社会
の未来』筑摩書房.
- 福島真人, 2006, 「リスク社会と知の社会学: リスク・安全・高信頼性—組織
論から見たリスク社会論」『社会学史研究』, 28, 21-35.
- , 2010, 『学習の生態学——リスク、実践、高信頼性』東京大学出版会.
- , 2011, 「ラボと政策の間——ケミカルバイオロジーにみる研究, 科学
共同体, 行政」『科学技術社会論研究』8, 96-112.
- , 2001, 「状況・行為・反省」茂呂雄二編『実践のエスノグラフィ』
金子書房, 129-178.
- 藤崎和彦, 1995, 「医師」黒田浩一郎編『現代医療の社会学——日本の現状と
課題』世界思想社, 33-58.
- 細田満和子, 2000a, 「医療における患者と諸従事者への視座——『チーム医療』
の社会学・序説」『ソシオロギス』24, 79-98.
- , 2000b, 「病院における医療従事者の組織認識——『チーム医療』の
理念と現実」『現代社会論研究』10, 253-265.
- , 2009, 『「チーム医療」の理念と現実——看護に生かす医療社会学
からのアプローチ』日本看護協会出版会.

- 堀田真理, 2009, 「再考——インセンティブ報酬としてのわが国における診療報酬制度」『経営論集』74, 173-197.
- 牧田茂, 2004, 「心臓リハビリテーション——リハビリテーション医学との新たな連携」『リハビリテーション医学』, 41: 650-654.
- 馬込武志, 1995, 「患者」, 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社, 82-101.
- 松繁卓弥, 2010, 『「患者中心の医療」という言説——患者の「知」の社会学』, 立教大学出版会.
- , 2016, 「保健医療の移ろいゆく『基準』と生の固有性」『保健医療社会学論集』26(2): 13-20.
- 松嶋登, 2010, 「医療現場における電子カルテの利用と業務改善活動」猶本良夫・水越康介編『病院組織のマネジメント』碩学舎.
- , 2015, 『現場の情報化——IT 利用実践の組織論的研究』有斐閣.
- 松尾睦, 2009, 『学習する病院組織——患者志向の構造化とリーダーシップ』同文館.
- 水本清久, 2011, 「チーム医療とは」水本清久・岡本牧人・石井邦雄他編『インタープロフェッショナル・ヘルスケア 実践 チーム医療論—実践と教育プログラム』医歯薬出版.
- 三井さよ, 2001, 「クリニカル・パス導入と医療従事者間関係の変容——裁量権の非排他性」『ソシオロギス』25: 123-139.
- , 2004, 『ケアの社会学——臨床現場との対話』勁草書房.
- , 2010, 『看護とケア——心揺り動かせる仕事とは』角川学芸出版.
- 三井さよ・鈴木智之編, 2007, 『ケアとサポートの社会学』法政大学出版会.
- 宮田清志, 「患者にとっての『専門家』と医師のなかでの『専門家』」尾藤誠司編, 2006, 『医師アタマ——医師と患者はなぜすれ違うのか?』医学書院
- 村岡潔, 2013, 「医師の裁量権と患者の自己決定権——(1)両者は「医療過誤」にどう関わっているのか?」『佛教大学保健医療技術学部論集』7, 13-25.
- 村上陽一郎, 2000, 「医療の根源を求めて」村上陽一郎編『21世紀の「医」はどこに向かうのか』NTT出版, 3-24.
- 百村伸一, 2013, 「第18回日本心臓リハビリテーション学会学術集会を終えて」『心臓リハビリテーション』18, 5.
- 文部科学省, 2018, 「OECDにおける『キー・コンピテンシー』について」, 文部科学省ホームページ (2018年12月31日取得, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/039/siryo/attach

/1402980.htm)

- 森保道, 2013, 「糖尿病指導管理料——現状とこれから: 糖尿病透析予防指導管理料の意義と期待——医師の立場から」『臨床栄養』, 122(2), 142-7.
- 横田太持・宇都宮一典, 2013, 「糖尿病性腎症への挑戦: 『糖尿病透析予防指導』導入をめぐる: 1」専門医の立場から」『糖尿病の最新治療』, 4(3), 142-7.
- 安原章浩・北谷直美・清野裕「糖尿病腎症——透析をいかに防ぐか」『プラクティス』, 30(2), 207-12.
- 山口宏美・勝木達夫, 2009, 「健康増進施設を利用した維持期心臓リハビリテーション」『臨床運動療法研究会誌』, 11 (1) : 73-6.
- 山口宏美, 2010, 「疾患の可視化をめぐる患者の意識変化と受療実践——心臓リハビリテーションの事例から」2010年度 JAIST 提出修士論文
- , 2013, 「医療者の省察と多職種協働をつなぐ試み——心臓リハビリテーションの事例から」『日本文化人類学会第 47 回研究大会要旨集』122.
- 山口宏美・伊藤泰信, 2013, 「省察的実践を促すチーム医療の形成に向けて——医療者の省察と多職種協働をつなぐ試み」『知識共創』3(III): 2-1-9.
http://www.jaist.ac.jp/fokcs/documents/Fokcs3rd_Proc.pdf
- 山口宏美・伊藤泰信・勝木達夫, 2012, 「維持期心臓リハ継続のための「患者の知」の理解——疾患の可視化と患者の省察を中心に」『心臓リハビリテーション』17(2): 271-8.
- 山口宏美・勝木達夫・伊藤泰信ほか, 2015, 「外来心臓リハビリテーションにおける多職種協働を促すカンファレンスの実践。」『心臓リハビリテーション』20(1): 205-210.
- 山下晋司・福島真人編『現代人類学のプラクシス——科学技術時代をみる視座』有斐閣.
- 横井宏佳, 2009, 「薬剤溶出性ステントの現状」『人口臓器』38(1): 49-53.
- 渡邊剛, 2018, 「チームワタナベの実績 (成功率 99.7%の心臓手術)」渡邊剛ホームページ, (2018年12月31日取得, <https://doctorblackjack.net/success/>)

謝辞

本研究をすすめるにあたっては、多くの方からご支援・ご教示をいただきました。この場を借りてお礼申し上げたいと思います。

北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科の伊藤泰信准教授には、2007年に大学院説明会でお会いし、2009年に博士前期課程に入学して以来10年にわたり、指導教員としてご指導いただきました。文化人類学者としての伊藤先生の間からはなんとも心もとない学生であった私を、叱咤激励し前にすすめるよう後押しくださいました。心から感謝申し上げます。博士論文の審査では、外部審査員として川崎医療福祉大学の飯田淳子教授に快くお引き受けいただき、論文への非常に重要なお指摘をいただきました。また、審査に加わっていただいた神田陽治教授、藤波努教授、白肌邦生准教授にはかねてから研究会などに参加させていただき議論の機会をいただきました。指導願いたいと思う先生ばかりで、審査時のご指摘は知識科学を深めていく上で大きな示唆となりました。ここに深く感謝申し上げます。

副テーマ論文指導では國藤進名誉教授より KJ 法についてご教授いただき、その後の研究を進める上での糧となりました。ここに深く感謝申し上げます。同時に KJ 法についてご指導くださいました非常勤講師の三村修先生には、博論執筆中まで折に触れて様々なアドバイスをいただきました。この場を借りて感謝申し上げます。

また、北陸人類学研究会金沢大学の田村うらら先生、松村恵理先生、富山大学の藤本武先生をはじめ多くの参加者、まるはち人類学研究会との研究交流会では、藤川美代子先生、加藤英明氏をはじめとした多くの院生との研究交流会で発表の機会をいただき貴重なコメントとたくさんの良い知的刺激をいただきました。わたしの未熟さゆえにいただいたコメントを生かしきれておらず、今後精進させていただきます。

伊藤研究室では、とくにこの4月に赴任したばかりの比嘉夏子助教には、まさに論文執筆の一番大変なときの私に真摯に寄り添って前に進むことができるように力を与えてくださいました。比嘉先生の存在なしに論文の完成はかないませんでした。ここに深く感謝申し上げます。また、研究室先輩の水元朋子氏

には草稿を読んでご助言いただき、研究室修了生や東京サテライトの社会人学生の伊藤ゼミ生諸氏とともに議論したことも論文執筆の原動力となりました。

また、研究をすすめるにあたり職場である、やわたメディカルセンターでは勝木達夫院長のお力添えがなければ、調査もかないませんでした。さらに、調査にあたり、こころよくインタビューに応じてくださった多くの患者の皆様、病院職員の皆様にもこころより感謝申し上げます。皆様がこたえてくださったインタビューの多くは、これも私の未熟さゆえ生かし切れずまったく期待に応えることができませんでした。この先に、いくばくかのご恩返しができればと思っております。ご迷惑をかけたことをお詫び申し上げますとともに、心からお礼申し上げます。

論文執筆期間中、不便をかけたにもかかわらず好きなようにさせてくださった私の家族にも感謝しています。まだまだご協力・応援してくださった多くの皆様がいらっしゃいます。みなさまに感謝の言葉をおくります。どうもありがとうございました。

平成 31 年 1 月 3 日