

省察的実践を促すチーム医療の形成に向けて Towards constructing the interprofessional work through reflective practicums

山口宏美, 伊藤泰信
YAMAGUCHI Hiromi, ITO Yasunobu

北陸先端科学技術大学院大学
Japan Advanced Institute of Science and Technology,

【要約】チーム医療とは、医療に従事する複数の専門家がその専門性をいかし、患者中心に、分担ではなく互いに協働して提供することを目的とした医療である。病院では、医師が頂点に立つヒエラルキーの組織と各職種が異なる系列に位置する組織というふたつの組織認識や、厳密な役割分担のために、現実にはチーム医療は十分に機能しているとはいいがたい。本研究は、チーム医療におけるこれらの認識と現状を踏まえ、地域の中規模病院における糖尿病患者の重症化予防政策に対応する取り組みを事例として、新たな診療報酬を算定するための医療情報ツールの導入と省察的実践により、チーム医療がいかにより形成されるかを論考するものである。

【キーワード】チーム医療, 省察的実践, 医療情報ツール

1. はじめに

本発表の目的は、地域の中規模病院における糖尿病患者の重症化予防政策に対応する取り組みを事例として、医療情報ツールによる媒介に留意しつつ、ショーン (1987[2007]) の言う省察的実践を人工的に作ることで、チーム医療がいかにより形成されるかを検討することにある。

慢性疾患の増加、高齢社会に備えるための政府の医療費抑制策、および医師・看護師の不足などにより、医療現場は近年大きく変化している。そうした中、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て、医療を「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」への推進をはかる政策が進められつつある。

戦後、上位を占めていた結核や肺炎など感染症による死亡が急激に減少した後に脳血管疾患が増加し、またその後悪性新生物や心臓病による死亡が増加したが、これらの疾患は慢性の経過をたどり継続的な治療が必要となることから、慢性疾患と呼ばれている。医療の現場では、科学技術の進歩により臨床検査結果に基づいた診断によって、次々と開発される新薬による治療がその主流になった。病院では多くの慢性患者に対応するために、医師や看護師以外の多くの職種が誕生することとなった(黒田 1999)。他方、そこでは膨大な経済活動が行われるようになり、「医療における産業」は多岐多様なかたちで患者の生活にかかわるようになり(栗岡 1999)、さらに高齢社会の進展とともに医療費を引き上げることともなっていく。慢性疾患は医師の指示に従った永続的な生活習慣の自己管理が要求され、1996年には、それまでの“成人病”の名称にかわって、新たに「生活習慣病」という病名に改称された。すなわち食生活の改善や運動の実施など生活習慣の改善といった、患者の積極的な自主管理(セルフ・コントロール)と服薬などのセルフ・ケアが強調されるようになっていった⁽¹⁾。

高齢社会の進展に伴う政府の医療施策は、医療費抑制と社会保障の充実といった相矛盾する命題を掲げているため(猪飼 2010)、一方でその達成のため医療制度の変更を余儀なくされ、また、他方でその現状に一喜一憂するさまざまな医療現場の対応がある。すなわち、各医療機関に支払われる診療報酬の見直しは2年毎に行なわれるが、その都度、診療行為に対応する適応要件や保険点数が変更されるため、医療機関の経営そのものを揺るがすことにもなるのである。

政府の医療施策を取り巻く状況は、少子高齢化の進展、医療技術の高度化・複雑化、また地域での医師不足問題など、国民の関心の高い医療の分野で厳しさが増しているが、医療サービスの質の向上を求める国民の声も年々強くなっている。患者や家族にとって安全で質の高い医療を効率的に提供するということを考えると、各医療関係職種がその専門性をより発揮し、チームで医療を行うという体制を整えていくことは重要であり、政府はチーム医療の推進を図ることとなった⁽²⁾。

2. チーム医療に関する先行研究

チーム医療とは、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)」において、「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」と定義されている。細田によれば、チーム医療について、専門性・患者中心・複数の専門職の関わり・互いに対等な立場での協働、と4つの要素を挙げている。すなわち、チーム医療には、医療の「専門化」と「合理化」を推し進め、また同時に「専門化」と「合理化」を推し進めてきた近代医療のマイナスを補うものとしての、期待が込められている(細田 2003)。

チーム医療の目的は、厚生労働省の定義によれば、「医療の質の向上」である。水本は、ここで言う医療の質には、医療行為としての質(行為の内容、適合性、技術的質、学問的質)、主観的質(患者満足度や医療従事者の満足度)、および安全性の担保・安心感としての質などが含まれるという(水本 2011)。さらに、村田らによれば、単に医師の指示を受動的に分担し請け負うのではなく、自らの責任にもとづいて能動的に自らの業務に関わることが求められている(村田他 2005)。

フリードソンは医療の専門家の中に階層性があることを指摘している。医師以外の医療従事者は、職務上の地位だけではなく、常に医師の知識や判断を優先することになるという(フリードソン 1970[1992])。これに加えて細田は、医師が頂点に立つヒエラルキーの組織と、各職種が異なる系列に位置する組織というふたつの組織認識そのものがチーム医療を難しくする要因の一つとしている(細田 2000)。

水本は、「医療チーム」は存在するが「チーム医療」は必ずしも十分に機能してない、というのが実情ではないかという。病院組織は強い機能型組織の一つで、職員のほとんどが国家資格をもつスペシャリストの集団であり、厳密な役割分担があると言う。他部門の業務内容に対する理解・興味は、一般に希薄であり、各部門の独立・自主性が強い(水本 2011)。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いる(坂本 2012)。また細田(2003)の「チーム医療」の要素には、「仕事は分担ではなく互いに対等な立場での協働」と述べている。

このようにこれまでの研究を概観すると、チーム医療とは、複数の専門家が分担して治療にあたるのではなく、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患者の状況に対応する医療となる。すなわちチーム医療の促進には、少なくとも患者の治療状況の可視化がもとめられているといえる。

3. 研究方法

3.1 調査対象

調査地であるやわたメディカルセンター(以下 YMC)は、平成 13(2001)年 10 月に新設された石川県小松市にある 258 床の私立病院である。前身は、昭和 43(1968)年創立のリハビリテーション専門の病院であったが、サテライト機能であっ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(勝木他 2009)。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 号に認定されており、健康増進や生活習慣病予防の拠点として「病気になるための病院」がめざされた。院内の医療情報の共有のために、電子カルテが 2008 年に導入されている。

3.2 研究方法

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、YMC では新たに委員会を立ち上げるとともに、『疾病管理 MAP』という医療情報ツールを導入した。筆者はこの委員会に発足当初から参加し、管理料算定と糖尿病患者を中心とした生活習慣病の重症化予防に向けた YMC の取り組みを参与観察した。また、多職種の内省を促進する実践として、外来患者のカンファランスを試みた。これは、患者の電子情報をもとに多職種のスタッフが約 20 分間自由に意見をのべあい、その軌跡を電子カルテに残すものである。

本研究は、『疾病管理 MAP』という医療情報ツールによる媒介に留意しつつ、参加型介入と実践の活動を自ら参与観察したアクション・リサーチでもある。アクション・リサーチの起源は、クルト・レヴィンによるアメリカでの様々な社会的問題の研究に求められる(クルト・レヴィン 1956[1979])。開発援助の実践と人類学について研究している関谷(2010)は、プロジェクトにより遂行した連携体制を学習し合う組織として捉え、活動によりもたらされた人々の意識改革をアクション・リサーチによる結果としている(関谷 2010)。本研究では、新たに設定された診療報酬が、従来の医師による治療ではなく多職種による予防体制に付与されることから、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る。

3.3 調査の概略

3.3.1 糖尿病透析予防指導管理料とは

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」）の特徴は、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ある⁽³⁾。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。また、1年後に算定した人数と指導成果を、改善した割合で報告する義務が課せられている。

3.3.2 医療情報ツールとしての『疾病管理 MAP』について

『疾病管理 MAP』は、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る⁽⁴⁾。『疾病管理 MAP』により、入力されているデータを数値ごとに並べ替えて序列化し未検査や未指導状況が可視化され、診療報酬算定後に提出義務のあるアウトカム評価が可能である。『疾病管理 MAP』の設定項目は、地域医療連携パスで使用する場合は測定項目を限定して多くの医療機関が参加することにメリットがあるため、ミニマムデータセットとして厳選された数項目がセットされている⁽⁵⁾。

このように、もとは地域医療連携のための医療情報ツールであった『疾病管理 MAP』であったが、YMC では、他の疾患管理にも用いることも可能であり、病院医療の質の向上とセーフティネットの構築に有用であるとして病院単体で用いるために導入した。

3.3.2 調査の内容

調査は、筆者（山口）が委員会のメンバーとして2012年4月の委員会発足から参加し、業務として委員会メンバーとともに算定に向けての問題を解決していくことを試行錯誤しながら行った。委員会や全職員向けの勉強会などの日程や内容は表1のとおりであった。具体的に行った内容は次のとおりである。

表1：疾病管理委員会での観察内容

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	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 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回疾病管理委員会	東金病院での状況や指導 内容の紹介と質疑応答	委員会メンバー、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

- (1)委員会への参加と会議資料の一部作成
- (2)医療情報ツールとしての『疾病管理 MAP』の運用管理
- (3)医師の権限を代行しての未検査オーダーや指示オーダーの入力
- (4)指導対象候補者リストの作成と事前配信

また、メンバーとのインフォーマルな会話や半構造的な聞き取り調査内容もデータとして使用した。さらに、管理料の算定を開始した後は、外来での各専門家の指導の様子を行動観察するとともに、患者への指導の現場に立ち会い、実際の指導も観察した。

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を取得）：外来2名、病棟1名（後に病棟から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）

そのほかに、委員会には循環器内科および内科医師や、『疾病管理 MAP』を開発した東金病院院長をはじめとしたスタッフが随時参加していた。

委員会発足時（2012.04.20 第1回疾病管理委員会）に委員長である副院長から、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新設されたことの説明と、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、およびそのために糖尿病疾病管理委員会を発足したことについて話された。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、常勤の循環器科医師3名と内科医師1名の受持患者を対象とし、今後管理料のオーダーの指示をする。
- (2) 糖尿病の病名を持つ患者は合計1700名あまりで、4名の医師が受け持つ患者は約880名と算定対象者は非常に多い。
- (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が、このための検査（尿中アルブミン定量）の実施率は、全糖尿病患者のわずか3.1%であること。
- (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の頸動脈超音波検査の実施状況は5.3%であり大変低いこと。

このように、これまで多くの糖尿病患者が通院していることに加えて、糖尿病診療において合併症検査をふくめた診療状況は、未検査項目が非常に多いことが明らかにされた。

YMCでは循環器内科医師を中心に糖尿病透析予防指導の指示がなされていくことになった。循環器疾患にとって、糖尿病は重要な危険因子であり、糖尿病をもつ患者の割合が高いこともあり、糖尿病の重症化を予防指導する試みは、循環器内科医師にとっても、関心が高いものであった。また、YMCでは、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包括的なプログラムである心臓リハビリテーション（以下「心リハ」）が積極的に行われている。心リハでは入院患者について、多職種でのカンファランスを実施し情報の共有がなされているが、病気の治療に焦点が集まりやすく、在院日数も短いため、退院後の生活を見据えた支援としての生活指導は退院時の説明として病棟看護師から行われていた。そこで、外来で継続して心リハを行う患者には、あらためて外来患者のカンファランスを外来患者に関わる多職種で行い、患者の治療や生活の状況について互いの情報をフィードバックするとともに検査内容や治療方針・処方の見直しをはかっていた。参加者は、医師・看護師・管理栄養士・理学療法士・臨床検査技師（コーディネータ）の5職種で、筆者はコーディネータとして関わった。

具体的に筆者が行ったことは、カンファランスの対象者を主治医および専従の理学療法士と相談の上決定し、参加メンバーにその都度院内メールにて開催通知を出して対象者を知らせた。また当日までにカルテを俯瞰し状況を確認するとともに、可能な限り患者からの聞き取りを行い、前日までに事前情報として電子カルテのカンファランス記録に記載しておいた。カンファランスは、対象者の経過報告を行ない、各参加者が運動療法の状況や栄養指導の様子や同席した家族のことなどについて意見をのべた。医師はカルテに書かれていない情報や診療上での困難なども話し、またその他の参加者も患者の支援をめぐり知り得た情報を自由に意見交換するといった内容である。さらに、カンファランス時に話し合われた内容は、担当医師または筆者により事前情報のカンファランス記録に追記する形で記録がなされた。また、追加の検査項目のオーダーや、気づいた点があれば経過記録や指示を残していた。

4.結果と考察

4.1 チーム医療の形成

筆者が行ったチーム医療に関する聞き取り調査では、医療スタッフはチーム医療について当初は以下のように話していた。

それはPT (理学療法士) 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 フィールドノーツより)

線引きが難しい業務について、現場で働くスタッフたちは、それぞれの領分で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することを認識していることがみてとれる。

YMC では新設された診療報酬制度である管理料を算定するにあたり、あらたに医事課職員やシステムエンジニアを含んだ多職種の委員会を立ち上げている。立ち上げにあたり、委員長である副院長からは、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、と委員会メンバーに説明した。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」とよびかけていた。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、集まったメンバーは、新たなことを始めようとしているようだが、雲をつかむ話であると認識しているようであった。先の見通しも立っておらず、2000名近くの患者から対象者を探していく作業があった。メンバーの中には「何でよばれたのかまだよくわからないけど。」「とにかく何かしなくては」と話している者もいた。その後副院長は筆者との非構造化インタビューの中で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い、すぐに導入を検討したよ。(2012.08.05 フィールドノーツより)



図1：医療情報ツール『疾病管理MAP』を院内使用のためにカスタマイズして使用している。異常値は桃色に、未検査は橙色に色分けしている。

このようにして新たな診療報酬制度に対応するために導入された『疾病管理MAP』という医療情報ツールは、この先どのように業務に生かされるかは、集まったメンバーには筆者も含めて想像できなかった

た。導入当初、『疾病管理 MAP』には、ミニマムデータセットとしてわずか数項目がセットされているのみであった。地域医療連携で使用する場合と異なって、病院単体で使用するため、多くの医療スタッフから様々な要望が寄せられ、多くの項目をシステムに追加することになった。カスタマイズされた『疾病管理 MAP』は電子カルテと連動させたため、フリーな記載（たとえば SOAP⁽⁶⁾による経過記録）を除いて、どのような項目でも『疾病管理 MAP』に追加することができた。例えば、検査結果の数値ばかりではなく次回予約日や担当医名や眼科受診、画像検査や栄養指導の実施状況も追加された（図1参照）。

こういったデータから、例えば翌月に予約されている患者を、主治医別にリストアップすることも可能となる。実際の現場は、患者の都合などで予約の変更も頻繁にあり、当日の進行具合などで予定の変更があるにせよ、このような候補者リストは指導を担当する管理栄養士や看護師は事前に仕事の予定をリスト化することができる（休暇の調整などを含めて）。また、指導担当者は予定患者の過去の指導歴や問診内容を印刷して準備するなど能動的に関わっていくことができた。

松尾は、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込むのではなく、自組織にあうように粘り強くカスタマイズすることが鍵となるという（松尾 2011）。ミスが減らすために導入された『疾病管理 MAP』という情報ツールが、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は、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これから試行錯誤することになるうえ、医療情報ツール『疾病管理 MAP』の使い方にも試行錯誤する自由度があった。しかも、実際の算定は4ヶ月前の9月からであり時間的な猶予もあった。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。

このように、可視化が、循環器内科医師の関心を引くこととなった。糖尿病患者の診療においては、必要な検査を定期的実施していくことが重要である。Cebile らは、未検査情報の洗い出しについて、電子化された医療情報の使用は、そうでない紙ベースの情報と比較してアウトカム評価が高いということを報告している（Cebile 2012）。

4.2 チーム医療における患者-医療者関係

糖尿病患者の重症化予防のためのチーム医療推進にあたって、実際に患者指導の任を担うのは看護師と管理栄養士である⁽⁷⁾。チーム医療として行っている指導について、療養指導を担当している看護師は、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。最も多くの指導を担当している糖尿病療養指導士の資格を持つA看護師は次のように話していた。

最初は350点も保険点数がついてるから何が出来るか、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んだと思うと、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しされているから。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 フィールドノートより）

A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、自分の指導にそれだけの価値があるかと自問したこともあるが、委員会の皆が関わっており、自分だけが指導するのではないため、安心したと言う。また、A看護師の指導現場に立ち会っていると、待合室の長椅子で、患者と患者の妻の間に座って家庭での様子に耳を傾けていた。医師とは異なったやり方で、彼女は糖尿病という慢性の病の経験に対峙する自分の役割を見いだそうとしていた。別の角度から言えば、チーム全体で患者を支えていることが、従来の患者-医療者関係についてのA看護師の見方を変化させることにつながっているということである。数値を用いて指導しなければいけないという役割から、患者・患者家族から話をきいていくという専門性である。他者の指導内容と同時に自分自身の指導も相対化して、内省する実践がチーム医療の

中で生み出されていたといえる。

細田は、チーム医療には、複数の職種の医療従事者が、形式的に現状の医療者間のヒエラルキーのままチームを編成するという以上の意味が込められているという（細田 2000a）。すなわち、患者の持つ病気や健康上の問題点に、患者に関わるすべての人々が対等な立場で協働するという（従来の医療のあり方に対して提示された）新たな医療の形としてのチーム医療である。チーム医療の推進は、多職種の医療者間の関係への見方のみならず、患者－医療者の関係についての従来の見方への変更をも余儀なくさせるものである。

4.3 医療情報ツールと内省の場としてのカンファランス

『疾病管理 MAP』による診療状況の可視化により、多職種のスタッフが患者の情報を共有し医師に対してさまざまな働きかけをしていた。薬剤師は薬剤が適切に使用されているかどうかを薬剤添付文書で確認し、不適切であれば担当医師に薬剤の見直しの指示を電子カルテに残している。また、臨床検査技師はさらに重篤な合併症としての虚血性心疾患をチェックするための検査が行われていない患者に対して、医師権限を代行して検査オーダーを起こしておき、医師のオーダーの煩雑さをカバーするとともに検査実施の再考を促している。このことは、医師の指示のもとにすべての業務を実施するコメディカルが、形式上のヒエラルキーを残しつつも、能動性を発揮している証左といえる。またそのこと自体、経営上の合理的振る舞いとなっている⁽⁸⁾、とみることも可能である。

外来カンファランスは、心リハ開始前にあたる朝9時から約20分間実施することとなった。参加する医師は、外来に出ない曜日に参加しているが、病棟業務など多忙な中での参加のため、当初参加を忘れることも多かった。この外来カンファランスにおいても、『疾病管理 MAP』を用いて治療状況を確認している。ここでは、運動指導を行う理学療法士も含めて多職種が知り得た患者情報を話し合うことで、処方の見直しや必要な検査が追加されていった。また、話し合いの軌跡がカルテに残されることからその場にはいない職員へも情報共有される。このカンファランスについて医師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、念のためにカテ（一テル検査）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 フィールドノーツより）

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振り返る省察的实践となっていることが見て取れる。ここでは、参加している各職種がこれまで見落としていたことに気付くとともに新たな処方や指示がだされ指導のアプローチが変更されていくこともあった。回数を重ねるにつれ、医師は対象患者の選定を自ら指定し、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った。インフォーマルな情報も共有されたことで、医師による追加の指示や指導のオーダーがでることとなり、ひいてはチーム医療が促進されているといえる。見方を変えれば、チーム医療でだされた意見による業務の指示を、医師がオーダーする役割を担ったという言い方もできよう。ただし、医師からの指示のもとに指示がなされるという形態はかわらない。ヒエラルキーは保ちつつも、多職種が能動的に医師に働きかけているのである。

ある例を挙げよう。外来業務が多忙な、ある看護師が、カンファランスで対象となった患者を次にいつ担当することになるか分からないことを理由に、出席することをためらっていた。そこで、看護師の上司である師長に多忙な時間での看護師の参加について尋ねると、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ぬ。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から、続けてください（2012.09.21 フィールドノーツより）。

看護師は、他の職種の意見を聞くことで、患者についてのインフォーマルな情報共有の場となり外来看護師として患者を瞬時に多角的にみるというトレーニングにつながっていくという。実際に療養指導を

開始し継続的な指導を実施していくにあつては、担当看護師はカンファレンスで行っているように事前の情報収集をし、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る。それは若手の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ともなり、他方で、先のA看護師の語りにあるように、他職種でなされていないことを看護師がやっていくという、看護師の役割をかえりみる場、省察的実践の場ともなっていた。

5. おわりに

本稿では、「チーム医療」について、医療の変革にあわせて見られるようになってきた背景とその内実を、これまでの調査結果から概観した。発見事項は次のとおりである。

(1) 「糖尿病透析予防指導管理料」というあらたな制度の導入に向けてのチーム医療の構築は、『疾病管理 MAP』という診療を可視化する医療情報ツールの媒介なくしてはなしえなかったことを示した。また、(2) ほぼ同時に開始した自由な意見交換の場としての外来患者カンファレンス実施による他職種の視点への内省により、『疾病管理 MAP』への関心が高まったことも具体的な事例から示した。やわたメディカルセンター (YMC) におけるチーム医療において看取されたのは、医師を頂点としたヒエラルキーの形式を残しつつも、各職種が能動的に振る舞い、他の職種でなされていない新たな役割をコメディカルが見いだそうとしていたことである。

本稿における調査データは、管理料の算定を開始し始めたばかりの試行錯誤の中で得られたものであり、この制度を継続運用していくプロセスについての調査ははまだ途上にある。また、患者を含めたチーム医療という視点については本稿では直接的には扱っていないため、分析枠組の問い直しも含めた検討の余地がある。課題としたい。

謝辞：本研究をすすめるにあたり、やわたメディカルセンター副院長勝木達夫氏をはじめ、こころよくインタビューに応じてくださったセンターのスタッフの方々に、深く感謝申し上げます。

6. 注と参考文献

注

- (1) 疾病の要因は、遺伝子の異常や加齢を含めた「遺伝的要因」、病原体、有害物質、事故、ストレス等「外部環境要因」、食習慣、運動習慣をはじめとする「生活習慣要因」等、さまざまな要因が複雑に関連して疾病の発症及び予後に影響している。発症要因別の対策としては、「遺伝的要因」に対しては、ヒトゲノムや加齢の機序の解明を踏まえた手法が必要であり、「外部環境要因」に対しては、有害物質の規制や感染症対策などの手法が、「生活習慣要因」に対しては食習慣の改善や適度な運動、飲酒・喫煙対策などの手法が必要となってくる。また、対策を講ずる主体を考えた場合、「遺伝的要因」や「外部環境要因」に対しては個人で対応することが困難である一方、「生活習慣要因」は個人での対応が可能である、として「生活習慣病」を用いた（厚生省 1996）。
- (2) 厚生労働省で、2009年に行われた「第1回チーム医療の推進に関する検討会」においてチーム医療の推進を図ることになった経緯が議事録に記されている (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/txt/s0828-6.txt>)。 [2013.02.03]
- (3) 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」として新たに管理料を設定している。 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/gaiyou.pdf>) [2012.12.02]
- (4) 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。 (<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/special/it/casestudy/200805/506335.html>) [2013.2.16]
- (5) 疾病管理 MAP には、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る。
- (6) 電子カルテの経過記録に記入される SOAP は、S(subject)は患者の主観的訴え、O(object)は客観的な所見やデータ、A(assessment)は評価であり、SとOからの吟味・評価で、P(plan)はSOAを受けて問題解決のための計画となっている。
- (7) 糖尿病透析予防指導管理算定にあたり、YMCでは患者向けに糖尿病の増加や重症化予防に関する啓蒙資料を作成し、内科外来前、検査室前および放射線部前の待合室に設置したディスプレイに断続的に写しだし患者に情報を提供するとともに意識を高めている。また、ここで病院の取り組みとして推進していくことも宣言している。
- (8) YMCでの外来部門の収支は、2年前から思わしくなかったが平成12年度は改善している、と院長は診療部会で報告している。

参考文献

Cebul, Randall D., Love, Thomas E., Jain, Anil K. et-al. (2012) Electronic Health Records and Quality of Diabetes Care. N Engl J Med 365(9): 825-33.

- Friedson, E. (1970) *Professional Dominance: The social structure of medical care*, Atterton Press. (=1992 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣)
- 林千冬 (2012) 「産業・労働・職業に関する社会的アプローチと看護学への示唆」『インターナショナルナーシングレビュー』Suppl. 44-50
- 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
- 細田満和子 (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.
- 細田満和子 (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
- 猪飼周平 (2010) 「海図なき医療政策の終焉」『現代思想』, 38(3), 98-113.
- 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.
- Levin, Kurt (1956) *Field theory in social science*, Harper & Row. (=1979 猪股佐登留訳『社会科学における場の理論』誠信書房)
- 厚生省 (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』 (<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0812/images/youin.gif>) [2010.12.30]
- 厚生労働省 (2010) 「チーム医療の推進に関する研究会報告書 (2010)」 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>) [2013.01.20]
- 厚生労働省 (2012) 平成 22 年度国民医療費の概要 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/dl/kekka.pdf>) 厚生労働省[2013.02.03]
- 黒田浩一 (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.
- 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
- 松尾誠 (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『実践チーム医療論——実践と教育プログラム』医歯薬出版
- 村田晃一郎, 吉田秀美, 山崎博志 (2005) 「診療におけるプロジェクトマネジメントサイクル」『プロジェクトマネジメント学会誌』7(2), 30-33.
- 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
- 関谷雄一 (2010) 『やわらかな開発と組織学習——ニジェールの現場から』春風社
- Schon, A. Donald (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)

連絡先

住所: 〒923-1292 石川県能美市旭台1丁目1番地 北陸先端科学技術大学院大学

名前: 山口宏美

E-mail: h-yamaguchi@jaist.ac.jp