

情報ツールを媒介とした医療現場における多職種協働の検討

— 糖尿病患者の透析予防をめぐる実践事例から —

山口 宏美*

本論文の目的は、医療現場に情報ツールを導入することで見られる変化の意味を、ヒトとモノとの協働の観点から明らかにすることである。具体的には、病院の外来において、糖尿病などの慢性疾患の患者に対する多職種による「協働介入」に焦点を当てる。ここでいう協働介入とは、筆者の独自の概念であり、複数の医療従事者が情報ツールを共有し、連携して医療的介入を行うことを意味する。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、各医療職種の省察的な実践が促進され意見を述べあう関係性を獲得できていた。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。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も共有されていた。情報ツールの媒介により多職種協働は、単なる情報共有にとどまらず診療に積極的に関与していく多職種の医療者との間に関係性の変化をもたらしていた。

キーワード

多職種協働、情報ツールの媒介、実践コミュニティ、関係性の変化、協働介入

目次

I 序論	2 慢性疾患の対応
II 医療職種の専門性と多職種協働に関するこれまでの研究	3 医療情報ツールによる実践がもたらした新たな協働
1 日本の医療制度史とチーム医療が生まれた背景	4 小括
2 医療専門職の専門性と連携・協働	IV 協働介入に関する考察
3 医療現場実践の知識コミュニケーション	1 協働介入と専門性
4 小括	2 協働介入と情報化
III 糖尿病重症化予防のための多職種協働	3 協働介入と知識コミュニケーション
1 調査実施病院の概要	4 小括
	V 結論

I 序論

本論文の目的は、医療現場に情報ツールを導入することで見られる変化の意味を、ヒトとモノとの協働の

観点から明らかにすることである。ここでいう変化とは、電子カルテをはじめとした情報技術により、これまでブラックボックスであった情報が可視化され、多職種の医療者により共有・活用されるようになったこ

* 北陸先端科学技術大学院大学 先端科学技術研究科／やわたメディカルセンター 診療情報管理課

とで起こる変化を意味する。

医療現場では、現在でも法制度上、医師以外の医療専門職の医療行為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ある。しかし、かつてほど医師がパートナーナスティックにふるまえるような医療環境ではなく、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。つまり、患者の同意を得るためには身体の疾病に関する説明ばかりでなく、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。医師は実際の医療提供において、コメディカル(医師以外)への依存性を強化している現状がある。筆者は、特に情報ツール(モノ)と多職種の医療者によるチーム(ヒト)、およびルーティン業務における多職種の関係性の変化に注目している(Yamaguchi and Ito 2014, 2022)。すなわち、医師とコメディカルという単純な二項対立ではなく、医療者が多職種協働の実践を通して、自己や専門家としての在り方を規定もしくは再編するやり方で、モノの媒介によりチーム医療が形成されるのかを問う。そして、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かを明らかにする。

ここで、まず本論で用いる用語の定義をしておきたい。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。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行われる日常の慣習化された行為」を意味する行為や活動のことを指している(田辺 2002: 535)。本論では、診療報酬が設定された包括的な医療

制度のもとで行われる、医療現場での慢性疾患患者への多職種協働の対応について取り扱う。この状況を福島の即興の徒弟制¹という概念を参照し²、その上で医療現場での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す。

第II章では、20世紀に誕生した医療職種の専門性と多職種協働に関する研究を中心にレビューする。まず、医療現場の多職種協働を明らかにする上で歴史的な変遷として日本の医療制度において多職種の医療者が生まれた背景をみていく。そして医療の情報化が進むにつれ変化する医療現場に関する研究をレビューする。第III章は糖尿病患者の透析予防指導の多職種協働の事例である。診療報酬制度に規定された多職種協働が不可欠であり、筆者はチームの一員として参与観察やインタビューにより10年以上調査したものである。そして、情報ツールが多職種による協働を媒介していることを明らかにする。第IV章は、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「協働介入」として示し考察を加え、第V章結論で議論をまとめる。

II 医療職種の専門性と多職種協働に関するこれまでの研究

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、専門職連携を扱った医療分野での研究、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) 医療専門職の専門性や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) 公的セクターによる政策研究としてのチー

1 「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)。

2 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いる状況がある。患者の診療にあたって、複数の医療専門職種が短期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、ウェ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(ウェンガー他 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)。本論で述べる多職種協働によるチーム医療では、「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も至らない、極めて短期的なチームを想定している。

ム医療が及ぼす影響の研究：医療政策学、医療経済学などに分類することができる。これらに関係する領域を分野横断して、1 日本の医療制度史とチーム医療が生まれた背景、2 医療者の専門性と連携・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、以上の4項目について医療人類学や医療社会学の知見を織り交ぜて先行研究をみていく。

1 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。提供者である医療者は多くの種類の職種から成る。戦前の医療職種は医師・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った。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）。法制度の制定と医療技術の発達にもなって、医師のみが医療のすべてを行うよりも、医師の業務の一部を医師以外の医療者がそれぞれを担うことができるように、それぞれの職種が合理的に医療現場に配置されていった。

(1) 日本の医療制度と政策との関連

まず医療が扱う「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の議論がある。しかし、日本の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、保険給付の対象と考えられる診療行為が項目化され、項目ごとに点数を定めた診療報酬表は、間接的ながら「病気とは何か」の標準を示すものとなった。1928（昭和3）年に「診療方針」を定めて「傷病」の範囲が（除外例的規定であるとはいえ）確定された。診断・投薬・治療（処置・手術）を柱とする医療観では³、当初から医師以外の職種の隷属的位置付けが制度化されていることを北原は明らかにしている（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職を従属してきた。

(2) 多職種の医療者が誕生した背景と要因

医療は、当初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、受持医が患者の検体を持参し自分で検査をしていた（小酒井 1973: 1）。他方、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、その後の病院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。

戦後、日本の医療供給体制を整えるために、まず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、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医療の供給体制の基盤が整備された。そして1965年には対人専門職としての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。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生まれていった。

このように多職種の医療者の誕生は、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った。さらにその後の医学の発展と医療技術の進展により、医療従事者の業務は、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いった。

3 北原はこの状況を診療中心主義医療・医師中心主義医療と呼び、健康保険においても貫徹されているとした（北原1999: 11-15）。

2 医療専門職の専門性と連携・協働

社会の変化に合わせて医療のシステムが変化し、多職種の医療者が誕生した。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った。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（春田・錦織 2014）。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。本節では、専門性に依拠した医療現場の多職種協働の実践に注目した研究を概観する。

(1) 医療における「専門化」と「合理化」

医療サービスの需要の高まりから入院医療需要に波及し、多くの開業医はコストを安上がりにする工夫により病院経営が可能になった（猪飼 2010: 198）。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、それぞれの医療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職種が医師より業務を委譲されている（細田 2009: 27-32）。また、専門職のアイデンティティの側面からは、病院におけるつらい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、プロフェッショナルリズムというアイデンティティを提示した（フリードソン 1992[1970]: 21-22）。チーム医療という発想は、医師以外の職種が当該業務を行うことの理由付けとなり、それぞれの職種の専門性を生かすというプロフェッショナルリズムの醸成となった。

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り、具体的には、個々の医師の患者に対する関係が希薄化するとともに、実際の医療提供において他の医師あるいは職種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で、医療供給体制において、病院組織が受け持つ比重の増大がチーム医療を後押しした（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、多職種

との協働なくして医療提供が不可能となっていることが明確である。さらに、③で述べている疾病構造の変化は、「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大きな要因であった（松繁 2016; Armstrong 2014）。高齢の慢性疾患患者は、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り、医師の地位変化があった（進藤 1991）。さらに、医療サービスに対する患者の「消費者志向」という動向を受けて、医療者・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た。

(2) 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、なかでも手術や診断的な価値の高い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である。医師は患者へ「医学的まなざし」を向け、患者は医師を格別の存在としてみる（フーコー 1969[1963]: 5）。また患者は、医師を前面にみて医療者と対峙し、病人役割を演じる（パーソンズ 1974[1951]）。実際には、患者は多職種との関わりから自らの治療の可能性を模索しているが、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のがあった（波平 2007）。

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が（ギデンズ 1996[1993], 2009[2006]: 42-45）、保健医療の現場はほかの分野と明確に区別される特徴的な構造をもっている。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。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。つまり、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が限定的に認められるが、必ず「医師の指示のもと」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ならず、法的な階層性が存在しているのみであった。

これまでの医療専門職間のヒエラルキー構造をもつ関係性の研究では、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。多職種の医療専門職が協働で、患者ないし利用者にサービスを提供するにあたり、医療と介護の越境性(広井 2000: 51-54)が論じられた。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も指摘された(波平 2007; 広井 2000: 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と、介護が医療の補助的なものになってしまうとの指摘があり、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 2000; 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ず介護・福祉分野におよぶ普遍的な問題でもある。

(3) チーム医療と自律性

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」を強調した(フリードソン 1997[1970]: 126-127)。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職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と述べている(モル 2016[2002]: 28-31)。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である。万が一診断ミスや人為的ミスなど予期できない間違いを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、というのがモルの指摘であった。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(松繁 2010: 29)。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。「医学知識」の正当性・妥当性は、はたして自明視すべきか、との問いは「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)」の知見である(ラトゥール 1999[1987]; バーンズ 1989[1985])。こうした人類学・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医療社会学から、医学的「知識」の批判的研究へと転回させた。

(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。情報技術の導入とそれに伴い生じる変化について、これまでに組織科学や情報経営学の分野で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、組織や組織の人間関係に着目したものなどがある(Argyris 1992; Attewell 1992; Fichman and Kemerer 1997)。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)、また両者の相互作用に注目したものなどがある(Orlikowski 1992; 上林 2001)。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は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、情報経営学者の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スキヤンの導入が病院組織に影響をおよぼし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)。

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、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。さらに情報技術の進展に伴い、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た(福島 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と進展した。そ

れは、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、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、新たな実践も生み出された（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、パソコンの画面に向かうことが多くなったと報告している（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の作業によっても阻害され、多職種協働ではなく職種別の役割分担にすぎなかった。すなわち、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せずとも、画面に向かった作業で事足り、画面上での指示の授受のみにより業務が遂行されてゆくというのである。

また、看護師の瀬戸は、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述べている（瀬戸 2012: 5-6）。協働の実践には、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、システムの導入がなされることを重視すべきであると述べるが、どのような組織を構築するかについて明示していない。

② コンピュータに支援された協働

多職種の医療専門家が協働する病院組織で電子カルテ導入がもたらした組織変革について、医療職種間の政治的関係に注目しつつ松嶋は論じた（松嶋 2010）。具体的には、電子カルテ導入により紙カルテ時の指示伝票がなくなったことで、医師の代理人としての看護師の役割は失われ、他の医療職家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し、看護師以外の医療専門職の意識の持ち方が変化した（松嶋 2015: 268）。しかし、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ても、その後のようなアクションもおこすことはなかったという。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からであれば、より頻回に確認できるようになったにすぎない。そこでは、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。

3 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その二つの間で多職種協働が難しいとされてきた。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があった。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を招いたことが、多職種協働として定義された新たな医療であった。

(1) 実践における知識コミュニケーション

文化人類学を含む近代の社会科学は、学問的探究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もその研究対象とし、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行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）とは対比的に用いられる（伊藤 2008; 田辺 2002）。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（レイヴ・ウェンガー 1993[1991]: 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、そこに関わるモノ、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できる（ラッシュ 1997[1994]: 288）。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る（ウエンガー他2002[2002]: 40）。レイヴ・ウエンガーは、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（レイヴ・ウエンガー 1993[1991]: 1-2）。

(2) 専門家の行為の中の省察的实践

医療専門職の行為そのものを注目すると、ショーンと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たらされ、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（ショーン 2007[1987]: 26-27）。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、表1にまとめたように専門家と省察的实践家との違いについて示し、従来の専門家とは異なる専門職像を浮かび上がらせた。

4 小括

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」とは異なり、現場の医療専門職たちはかならずしも「対等」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、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が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付けられる。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多職種協働は、多職種が同時に関わるところに位置付けられている。そこでの医療専門職は、従来の専門家とは異なり省察実践家であり、現場の実践知を模索しているといえる。

III 糖尿病重症化予防のための多職種協働

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、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る糖尿病患者に対して重症化を予防する。こ

表1 専門家と省察的实践家の違い

	専門家	省察的实践家
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。私之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」のような温かさや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、服従と尊敬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

れは、チーム医療を前提としていることから、多職種協働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当初から医療情報ツールが導入されたことから、この事象をモノの媒介とした実践として捉えていく。

1 調査実施病院の概要

調査地である 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、石川県西南部に広がる平野の中央にあって、建設機械で世界的に有名な企業を中心と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、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⁴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。

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。

(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。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、5 年前と比較して約 60 万人増えた。重症化して合併症としての心疾患や腎疾患となると医療費がはね上がることから、これを予防することが医療費抑制につながる可能性がある。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た。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。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 (坂巻 2005: 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。早期の腎症患者が対象になるが、早期で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この

4 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。

検査を実施する必要があった。この検査が必要な症例は糖尿病患者すべてであったが、実際に施行された割合は低く、糖尿病の専門医でも確実に実施していなかった (森 2013)。

(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高騰することから、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した。2012年に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」を設置した。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32万人超となった。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透析導入となった (花房 2022)。新たな診療報酬は、この糖尿病性腎症による透析移行を予防することが目的であった。

(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 は地域の対象疾患に関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する介入優先度を判定する集団疾病管理のためのツールであった (勝木 2014)。疾病管理 MAP は、地域医療連携パスで使用するために項目を最小限にして多くの医療機関が参加することができるように設定されていた。この項目をてがかりに、地域中核病院が中心となり、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 の最初であった。このように、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 は、副院長の判断により病院単独で使用するために Y 病院に導入された。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月にこのツールを導入した。筆者はこの委員会に発足当初から参加し、新たな診療報酬算定と糖尿病患者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。

糖尿病透析予防指導管理料は、これまでの診療報酬

とは異なり、多職種による指導體制を整えたうえで患者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た。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。

(4) 新たなチーム作り

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、統計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行われる現場に立ち会った。また、患者指導は行わないが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) とも委員会以外にもコミュニケーションをとるとともに話し合いを重ねた。

3 医療情報ツールによる実践がもたらした新たな協働

(1) 疾病管理 MAP を用いた看護師の実践

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2は、ある時点での

表2 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		看護資格	勤務形態	心臓リハビリ担当	透析予防指導	心カテの補助	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)	
B	50F	正	フル常勤		○	○	◎	糖尿病療養指導士、心カテナース	
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			

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いて耳をそばだて、診察の様子を伺い指導に備える。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受け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。

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名の場合もあった。とくに初回は、必ず医師か

ら患者に説明をしてもらう必要があるため最初の関わりが難しい。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、医師のように固定担当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、1回目にどのような話をしたか見ておかないと、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看護師の語りより)

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に関わることができ、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、ていねいに患者の質問に答えていた。服薬状況では医療者の想定するように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は、夕食後の薬をいつ服用するかは勤務日とそうではない日は違ってくる。その時はどうするかという患者の質問である。また、B 看護師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。

糖尿病内科の患者が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（数値が）ボンと上がって悪くなって、そこに目がいつてしまっ。(中略)自分を振りかえってみたときに、すごく気になる人は、やはりヘモグロビン A1c だけ見ていなくて、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 悪くなっているし（指導に）入って』と言われる…そのときは2ヶ月3ヶ月を振り返ってみてどうでしたか？とか話して、腎症については話していませんね。そのときはヘモグロビン A1c の値にとらわれていたかなと。ヘモグロビン A1c 重視！となっていて、糖尿病の先生と同じ目線になっていたところがあった。先生はもっと広く考えていると思いますが、結構 A1c、A1c になっていたのですね。(2016.03.16 B 看護師の語りより)

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ってしまっていたことを、反省的に語った。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ので生活上の注意点について、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、あまっ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ていた。そしてのみ忘れた場合の対

処法をともに考えていた。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」というふうに述べていた。

(2) 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が必要なため、これまでの検査結果を参照するとともに、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。

栄養指導は臨床医のなかで指導の有効性が高いことが認識されているが、指導対象者として疾病管理 MAP によって示されているからといって、栄養指導をすることはなかった。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医師は述べていた。情報ツールとしての疾病管理 MAP が可視化した情報は、医師とコメディカルが相互に確認しつつ指導をするかどうかを決めていくことが多忙な中でも重要となる。

(3) 医師の実践

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にも論理性を求め、コミュニケーションをとることを S 医師は望んでいた。S 医師の担当する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

いるため医師は診療の中で指導し、かつ患者が同意すれば他職種の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ていた。

(4) 薬剤師の実践

薬剤師は、糖尿病性腎症が悪化した患者への処方薬剤が適切であるかについて、疾病管理 MAP で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。彼女は次のように話した。

直接口頭で医師には言えないので、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 薬剤師の語りより）

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には気にかかる。疾病管理 MAP により、検査結果や薬物投与の指標になる数値や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していた。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、Ccr: 21のため、禁忌となっております。検討宜しく願います。」といった文面である。この文面にあるように、「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ある薬剤の未投与や、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薬剤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、これまでなされていなかった。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浮かび上がらせる。薬剤師は、カルテをレビューし、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。法により規定されている業務がこれまで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、薬剤師がそうした業務を実践するようになったという変化が生じていた。

(5) 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医師たちに促していた。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新たな検査機器を導入するように病院に働きかけ、これを実現した。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、これに対応するために、従来の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、オーダーを予約する準備をした。

検査技師は疾病管理 MAP の対象リストに照らしながら、未検査の患者に対して、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準備した。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。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かった。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。

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検査技師の行為は正当ではあるが、医師との意見の対立を生むこともある。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回だけの検査ではなく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実施されない（あるいは、実施しないことをコメディカルに説明する）場合も有る。しかし、このような医師との対話は、情報ツールを媒介とした実践がきっかけであった。

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、糖防管に関連した貢献を模索した。M 技師は疾病管理 MAP から 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、および心臓カテーテル検査に関する結果をまとめた。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を提案している。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。先の臨床検査技師の実践と関連した実践であった。

4 小括

糖尿病患者の重症化予防政策により、政府主導で2012年から始まった診療報酬をめぐる地域の医療現場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る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、各職種に実践の変化が見られた。

IV 協働介入に関する考察

本論文では、多職種協働を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る「協働介入」として論じている⁵。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。ここで分析した事例は糖尿病の患者を対象とした、病院の外来診療の現場における実践であった。基本的には階層的な構造を持つ医療現場において、診療報酬制度や情報ツールの媒介は、各医療専門職種の省察的な実践を促し、コメディカルを積極的な診療への介入へと向かわせていた。本章ではこのような多種の専門職による協働介入の実践を明らかにするために、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。

1 協働介入と専門性

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章で詳述したように、フリードソンの専門職支

⁵ 本論では、浮ヶ谷が示すような「専門職間の協働的実践」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、専門職間の共通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質性、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付けている。

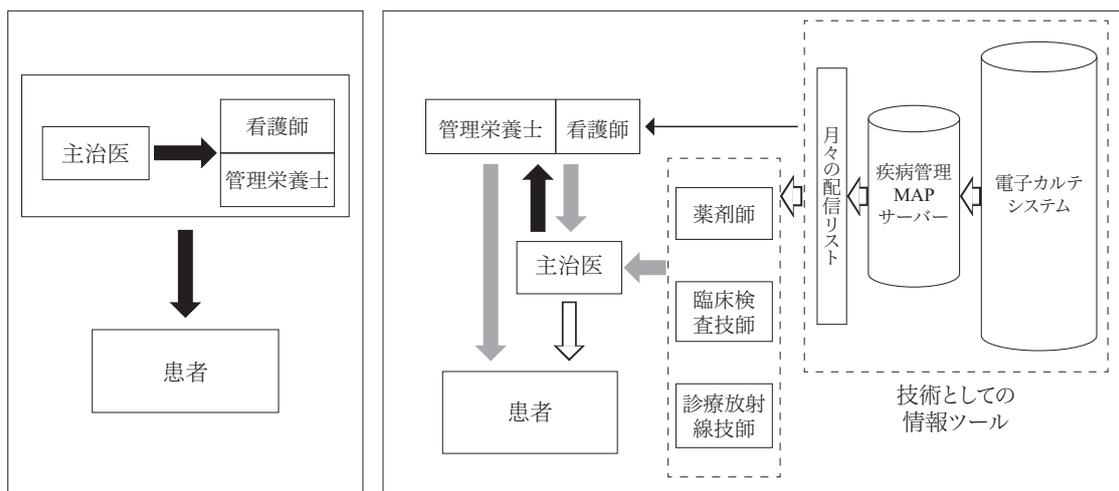


図1 情報ツールを媒介とした多職種協働

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ン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態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、多職種の医療専門職者は、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。医師は実際の医療提供において、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1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行い、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1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なり、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

ていく。

2 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を媒介としていることを、松嶋の電子カルテ導入の事例と比較し考察を進める。

(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がもたらされることを松嶋は述べていた(松嶋 2015: 268-277)。本論文の事例では、むしろ「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決められていなかった。そのうえ、医療情報ツールである「疾病管理 MAP」の使用にも試行錯誤する自由が与えられてカスタマイズされていった。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る(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く。

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。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 といった情報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、診療報酬の獲得だけではなく、多職種の医療者が活躍する場となると考えたことでもあった。薬剤師や検査技師の技術的な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積極的に医師に患者指導が必要かどうかを打診するなど、情報ツールを媒介とするようになった。また、看護師たちは血液検査結果の数値を気にかけて、患者にたいして積極的に話しかけるようになっていった。「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、糖防管のとり組み開始から5年以上が経過して定着していった。

実践コミュニティは伝統的徒弟制にそのヒントを持っているが、今回の事例では「医師の指示の下」という病院内のヒエラルキーが存在していた。それでも新たな診療報酬に対応するために、多職種の医療者たちにより「即興の徒弟制」が形成されていく。この中では、医師を含めたすべての職種が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」という情報ツールの導入により、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た。さらにそれぞれの職種にとって必要な情報となるように加工することが可能な情報ツールを媒介とした協働であった。

(2) 医療情報ツールを媒介とした協働介入と関係性的変化

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、薬物療法の状況を可視化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か否か、また血糖コントロールがうまくいっているか、さらに合併症としての腎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出すことができる。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未検査の確認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「医師は常に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いない。すなわち、Y 病院の医療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、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、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、医師により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情報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（大西他 2009: 53-70）、これをいかに多職種によるサポート機能とし、現場の業務に取り込むかが重要である。疾病管理 MAP という情報ツールを媒介とすることで、医師にメールを送信し、仮の検査オーダーを入力しておくことが可能となっていた。ここでの多職種の医療専門職たちは、職種を横断した実践コミュニティを形成していたといえ、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たといえる。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、そこに関わるモノ、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。これまでの議論では、電子カルテが導入された現場では情報化が進み、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があったにすぎない。しかし、専門職たちの情報ツールを媒介とした実践は、実践能力や専門的な技術実践などにおいて、先行する技術的な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職種の医療者たちのコミュニティがある。本論の事例では、現場への情報ツールの導入とともに、多種の医療専門職との協働実践への周回の参加により医師の診療に介入する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、各医療職種は自らのアイデンティティを変容させていった。それは、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。

(3) コメディカル医療職種の専門的な実践

医療専門家としての医師について、一枚岩の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、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(モル 2016[2002]: 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。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。大切なのは、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多職種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。

3 協働介入と知識コミュニケーション

患者の指導をする看護師によれば、これまで行ってきた療養指導としてインスリンの皮下注射の方法を伝えることや、自己注射がうまくいっているかどうかを確認するような指導は「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と区別していた。自らの業務の中で、疾病管理 MAP という情報ツールを媒介した実践において、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マ的な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(ショーン 2007[1987]: 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(ショーン 2007[1987]: 317)。本事例で示した外来看護師の実践は、看護師の専門性を「省察的実践者」として発揮しているといえる。

4 小括

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行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、その先におこる問題をも見据えた議論であった(三井 2004: 85)。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、相互に意見を述べあう関係性が獲得できることを示した。

「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す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職種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。

V 結論

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述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。その結果、医療職たちは、この医療情報ツールを媒介として、他職種に容易にアクセス可能となり相互に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との関係性へと変化していた。

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患者を対象としており、高信頼性組織研究で対象となる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、多種の医療職が協働する組織における情報ツール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。本論は、そうした組織

への情報ツール導入にあたり、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、組織への情報ツール導入にあたり、モノや領域の異なる職種との協働の研究にわずかでも資するものとなれば本望である。

参考文献

(日本語文献)

猪飼 周平

2010 『病院の世紀の理論』有斐閣。

伊藤 泰信

2008 「フィールドワーク」『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)』杉山公造・永田晃也ほか (編著)、pp. 108-11、近代科学社。

ウェンガー、エティエンヌ・マクダーモット、リチャード・スナイダー、M. ウィリアム

2002 『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』櫻井祐子 (訳)、翔泳社 (Wenger, E., McDermott, R. A., and Snyder, W. 2002 *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business School Press.)。

浮ヶ谷 幸代

2009 『ケアと共同性的人类学——北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活書院。

浦島 充佳

2005 「Accountability (情報開示) プリストル王立小児病院の事例から学ぶ」『病院』64(8): 666-670。

エンゲストローム、ユーリア

2013 『ノットワークする活動理論——チームから結び目へ』山住勝広・山住勝利・蓮見二郎 (訳)、新曜社 (Engeström, Y. 2008 *From Teams to Knots: Activity-Theoretical Studies of Collaboration and Learning at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.)。

大西 弘高・錦織 宏・雨森 正洋

2009 「患者に不適切な処方箋を出してしまった——自らのエラーへの対処法」『白衣のポケットの中——医師のプロフェッショナリズムを考える』宮崎仁・尾藤誠司・大生定義 (編)、pp. 53-60、医学書院。

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): 514-520。

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。
- 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。
- ギデنز、アンソニー
1993 『近代とはいかなる時代か?——モダニティの帰結』松尾靖文・小幡正敏訳、而立書房 (Giddens, A. 1990 *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.)。
2009 『社会学 (第5版)』松尾靖文・西岡八郎・藤井達也ほか (訳)、而立書房 (Giddens, A. 2006, *Sociology (Fifth edition)*. Cambridge: Polity Press.)。
- 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。
- 小酒井 望
1973 「医療の場における中央検査部」『中央検査部管理必携』小酒井望・佐藤乙一 (編)、pp. 1-17、医学書院。
- 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」『医療技術・医薬品』池上直己・西村周三 (編著)、pp. 163-184、勁草書房。
- ショーン、ドナルド
2007 『省察的実践とは何か——プロフェッショナルの行為と思考』柳沢昌一・三輪建二 (訳)、鳳書房 (Schön, D. A. 1987 *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.)。
- 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」『医療社会学を学ぶ人のために』進藤雄三・黒田浩一郎 (編)、pp. 42-59、世界思想社。
- 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: JAMI-NS』13: 5-6。
- 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): 533-573。
- 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。
- 波平 恵美子
2007 「ヘルスサイエンスと人類学」『保健の科学』49(5): 300-303。
- 花房 規男・阿部 雅紀・常喜 信彦ほか
2022 「わが国の慢性透析療法の現況 (2021年12月31日現在)」『日本透析医学会雑誌』55(12): 665-723。
- パーソンズ、タルコット
1974 『社会体系論』佐藤勉 (訳)、青木書店 (Parsons, T. 1951 *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul.)。
- 春田 淳志・錦織 宏
2014 「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。
- バーンズ、バリー
1989 『社会現象としての科学——科学の意味を考えるために』川出由己 (訳)、吉岡書店 (Barnes, B. 1985 *About Science*. London: Basil Blackwell.)。
- 広井 良典
2000 『ケア学——越境するケアへ』医学書院。
- 福島 真人
2001 「状況・行為・反省」『実践のエスノグラフィ』茂呂雄二 (編)、pp. 129-178、金子書房。
2010 『学習の生態学——リスク、実践、高信頼性』東京大学出版会。
- フーコー、ミシェル
1997 『臨床医学の誕生——医学的まなごしの考古学』神谷美恵子 (訳)、みすず書房 (Foucault, M. 1963 *Naissance de la Clinique: Une archeologie du regard medical*. Paris: Presses Universitaires de France.)。
- フリードソン、エリオット
1992 『医療と専門家支配』進藤雄三・宝月誠 (訳)、恒星社厚生閣 (Freidson, E. 1970 *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press.)。
- 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。
- 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」『病院組織のマネジメント』猶本良夫・水越康介 (編)、pp. 117-140、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。
- 三井 さよ
2004 『ケアの社会学——臨床現場との対話』勁草書房。
- 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。
- モル、アネマリー
2016 『多としての身体——医療実践における存在論』浜田明範・田口陽子(訳)、水声社 (Mol, A. 2002 *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London: Duke University Press.)。
- 横田 太持・宇都宮 一典
2013 「専門医の立場から (特集 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)」「糖尿病の最新治療」4(3): 142-7。
- ラッシュ、スコット
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』ベック、ウルリヒ・ギデンズ、アンソニー・ラッシュ、スコット(編)、松尾精文・小幡正敏・叶堂隆三(訳)、pp. 205-315、而立書房。(Lash, S. 1994 Reflexivity and its doubles: structure, aesthetics, community. In *Reflexive Modernization-Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. U. Bec, A. Giddens and S. Lash (eds.), pp. 110-173. Cambridge: Polity Press.)。
- ラトウール、ブルーノ
1999 『科学が作られているとき——人類学的考察』川崎勝・高田紀代志(訳)、産業図書 (Latour, B. 1987 *Science in Action: How to follow Scientists and engineers through Society*. Cambridge: Harvard University Press.)。
- レイヴ、ジーン・ウェンガー、エティエンヌ
1993 『状況に埋め込まれた学習——正統的周辺参加』佐伯眸(訳)、産業図書 (Lave, J. and E. Wenger 1991 *Situated Learning: Legitimate peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.)。
- (英語文献)
- 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.
- 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* 31(1): 78-108.
- Blumenthal, D.
2009 Stimulating the adoption of health information technology, *New England Journal of Medicine* 360(15): 1477-1479.
- 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.
- Fichman, R. G., and C. F. Kemerer
1997 The assimilation of software process innovations: An organizational learning perspective, *Management science* 43(10): 1345-1363.
- Galbraith, J. R.
1974 Organization design: An information processing view, *Interfaces* 4(3): 28-36.
- 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.
- Lock, M.
1991 Rationalization of Japanese Herbal Medication: The Hegemony of Orchestrated Pluralism, *Human Organization* 49(1): 41-47.
- Orlikowski, W. J.
1992 The duality of technology: Rethinking the concept of technology in organizations, *Organization science* 3(3): 398-427.
- Reeves, S., S. E. McMillan, N. Kachan, E. Paradis, M. Leslie, and S. Kitto
1991 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.
- Shaw, J., P. Agarwal, L. Desveaux, et al.
2018 Beyond “implementation”: digital health innovation and service design, *NPJ digital medicine* 1(1): 1-5.
- Svensson, R.
1996 The interplay between doctors and nurses: a negotiated order perspective, *Sociology of Health and Illness* 18(3): 379-98.

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.

Timmermans, S. and M. Berg,

- 2003 The Practice of Medical Technology, *Sociology of Health and Illness* 25(Silver Anniversary Issue): 97–114.

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, *Infrastructure and Service Integration* 14: 3492–3497.
- 2022 Changes in the relationship between medical professionals mediated by an information tool: An ethnography of team medicine in Japan. In Leitner C., Ganz, Bassano C., and Satterfield D. (eds.), *The Human Side of Service Engineering* 62: 126–133.

(ウェブページ)

厚生労働省

- 2004年「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』<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/bukyoku/kenkou/3-3.html> 2018年12月31日閲覧.

2010年「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）」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-8b.pdf> 2018年6月25日閲覧.

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、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200001s2u5.html> 2017年9月30日閲覧.

2016年「平成28年度診療報酬改定について」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000114813.pdf> 2018年12月31日閲覧.

2018年「分野別の政策一覧：健康・医療について」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/. 2019年1月3日閲覧.

厚生労働省保険局医療課

2012年「平成24年度診療報酬改定の概要」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/gaiyou.pdf> 2016年8月1日閲覧.

Interprofessional Work to Alleviate Severity of Chronic Disease:

An Ethnography of Practice mediated using Information Tools

Hiromi YAMAGUCHI*

The purpose of this study is to clarify the meaning of the changes observed with the introduction of information tools into the medical field from the perspective of collaboration between people and objects. Specifically, the paper focuses on “collaborative intervention” by multiple professionals in a hospital outpatient setting for patients with chronic diseases such as diabetes mellitus. Collaborative intervention here is the author’s original concept, which means that multiple healthcare professionals share information tools and work together to provide medical intervention. Through the mediation of medical information tools that visualize the patient’s condition of care, the reflective practice of each medical professional was promoted, and a relationship was achieved in which opinions were exchanged. Furthermore, even when their duties did not overlap, they were always aware of overlapping duties and changed their relationship from one in which roles were clearly divided to one in which they raised issues with each other. In the collaborative intervention, not only explicit medical information was shared, but also tacit knowledge about the patient’s daily life gained through contact with the patient. Through the mediation of information tools, the multidisciplinary collaboration had brought about a change in the relationship between the multidisciplinary health care providers, who were not only sharing information but also becoming actively involved in the medical treatment.

Keywords

Interprofessional Work, Information Tools, Community of Practice, Change of Relationships, Collaborative intervention

* Japan Advanced Institute of Science and Technology (JAIST) / Yawata Medical Center Medical Information Management Division