

# 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——

三井 さよ

近年、コ-メディカルと呼ばれる医療資格職が臨床現場で活躍するようになっているが、未だ十分に専門職とはなれていないと指摘されている。近年の専門職論で主流である統制論的アプローチは、専門職性の要である裁量権を相互に排他的なものとして捉えていたため、コ-メディカルが専門職となる方途を探る可能性を理論的に封じてしまっている。本稿は、C病院における、クリニカル・パスの導入を契機とした医療従事者間関係の変容過程を分析し、統制論的アプローチが描いていた裁量権概念を修正し、非排他的な裁量権のあり方を示すことで、コ-メディカルが専門職となる方途を理論的に探ることを目的としている。

### 1. はじめに

本稿は、C病院<sup>(1)</sup>における、クリニカル・パス<sup>(2)</sup>（以下ではCPと略称する）導入とその際に行った様々な改革過程で生じた医療従事者間関係の変容過程を分析するものである。本稿はその分析を通して、近年専門職論で主流となっている統制論的アプローチの限界を乗り越え、コ-メディカルが専門職となっていく方途を探ることを目的としている。まずは問題の所在を明らかにすることから始めよう。

近年、コ-メディカル<sup>(3)</sup>と呼ばれる各種の医療資格職が医療現場で活躍するようになっている。従来の専門職論では、専門教育や資格認定、専門職倫理綱領、専門職団体の組織化等の様々な制度的条件によって専門職を捉えることが多かった（竹内 [1971]）が、コ-メディカルはこれらの制度的諸条件をある程度整えており、そのためコ-メディカルが専門職であると強調・称

揚する議論は後を絶たない。だが一方で、実際の臨床現場ではコ-メディカルが未だ専門職となれていないとの指摘も繰り返されており（川島 [1997]；林 [2000]等）、コ-メディカルの専門職性を、専門職定義に列挙されてきた制度的諸条件だけから単純に捉えることは出来ない。

こうした臨床現場でコ-メディカルが専門職となれていない現状を分析する上では、E.フリードソンを初めとする、専門職論の統制論的アプローチによる議論が重要な示唆を与えてくれる。フリードソンは専門職を、自らの専門領域における職務の内容について「自己指示self-direction」できること（＝「自律性autonomy」の確立）によって定義している。彼は専門職においては臨床現場でこれが確立しているという点が重要な点であり、制度的諸条件はそこから演繹されるものにすぎないと捉えた。ここで、彼の言う「自己指示」あるいは「自律性」を、特に他の医療従事者との関係に着目するという観点から、A.アボットにならって裁量権

jurisdictionと呼ぶことにしよう (Abbott [1988]) (4)。ただし、本稿で言う裁量権は、必ずしも法律によって形式的に保証されていることを前提とするものではない。臨床現場において、ある領域内に関して「自己指示」することを可能にさせる実質的な権限を指すことにする。

さて、このように専門職を定義した上でフリードソンは、安易にコメディカルの専門職性を強調・称揚しようとする議論に対して批判を加えている。彼は「医師は他者（主にコメディカル：引用者註）の仕事を示す・評価する権限をもつが、他者による公的な指示や評価に服することはない」(Freidson [1970=1992:127]) と指摘する。そしてこの関係性が存在するために、コメディカルは単にコメディカル内部での職務上の権限に対して従属しているだけでなく、優れているとされる専門職（＝医師）の知識や判断に対しても従属しているのだと述べ、コメディカルの専門職性について疑念を表している (Freidson [1970=1992:134-135])。

彼がコメディカルの専門職性を捉える上で医師との関係を重視したことは、妥当だと思われる。もちろん、コメディカルはその専門領域における裁量権を有している。ある程度の規模を有する病院であれば、薬剤師なら薬剤に関わる業務、看護職なら看護業務、理学療法士ならリハビリに関わる業務に関して、それぞれが独自に裁量する体系を整えている<sup>(5)</sup>。だが、医療ケア全体で考えた際には、医療ケア全体の裁量権は医師が有しており、コメディカルは自身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。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のである。

だがフリードソンは、コメディカルはその裁量権を医師によって侵害される可能性が高いと強調するのみで、コメディカルが裁量権を確保する方途についてはほとんど論じようとしていない。フリードソンがそれを論じることが出来なかったのは、彼が裁量権を相互に排他的な（ゼロサム関係にある）ものと捉えていたことに起因している。この裁量権を排他的なものとする捉え方は、彼以降の多くの専門職論者 (Abbott [1988:33-58]; Larson [1977:40-52]等) が、そして後述するように改革以前のC病院の医師自身が共有していたものだが、この捉え方に従う限りでは、コメディカルが裁量権を確保し専門職となっていく方途を見いだすことは出来ない。裁量権を相互排他的なものとして捉えれば、コメディカルが自らの専門領域における裁量権を確保しようとするなら、医師の指示を排除することになり、医師による医療ケア全体における裁量権を部分的に侵害せざるを得ないことになる。だが実際には、医師には医療ケア全体における裁量権が法的に保証されている以上、医師の指示にコメディカルが逆らうことは出来ず、結果的にコメディカルが自らの裁量権を確保することは不可能だということになる。

しかし、そもそも裁量権をそのようにだけ捉える必然性があるのだろうか。後述するように、C病院でも当初は医師が裁量権を排他的な性格を持つものと捉えていたが、CPの導入とそれにとともなう様々な改革によって、徐々に医師とコメディカルがともに裁量権を確保していったように思われる。そこでの裁量権はもはや排他的な性格を持つものとは言えない。ならば、こうした裁量権の非排他性がいかにして成立するのかを明らかにすることが、コメディカルが専門職となっていく方途を探る上で不可欠なのではないか。

本稿ではこうした視点から、C病院におけるCP導入を契機とする医療従事者間関係の変容過程を分析していくことにしよう。ただ、ここで確認しておきたいのは、本稿がCPそのものが持つ効用を主張しようというものではないことである。C病院における医療従事者間の関係性の変容においてCPが重要な契機となったことは確かだが、CPがこうした契機となり得たのはC病院での導入経緯の特質があったからである。CPは各医療従事者の関係性を変容させる上でいわば一つの道具であったにすぎない。本稿はあくまでもコ-メディカルが専門職になっていく方途を探ることを目的としており、着目しているのはCPそのものの持つ効用というよりも、CP導入とその際に行われた様々な改革による医療従事者間関係の変容過程であることをここで確認しておきたい。

では以下で、まずC病院におけるCP導入の経緯をたどり、そこでの各医療従事者間の関係性が何によって変化し、またどのようなものとして成立していったかを検討していくことにしよう。

## 2. CP導入の経緯

まずはC病院におけるCP導入の経緯を検討することにしよう。C病院でCP導入が検討されるようになったのは、1996年7月である。C病院でCP導入の際に目的として掲げられたのは、主にインフォームド・コンセントの充実のためというものだった。C病院の周辺地域は病院の数が比較的多く、その多くの病院の中で経営を維持するということもあり、C病院はその地域における急性期病院としての役割を特に追求している。そのためには救急医療を受け入れる十分な体制を作らなくてはならないとの観点か

ら、当時のC病院は空床づくりに積極的に取り組んでおり、患者の在院日数を削減しつつあった。だが在院日数をある程度削減した結果、業務が多忙になり、医療従事者からの説明が不十分である等の患者からの不満が高まっていたという。院長等は、CP導入がこうした状況の打開につながると考え、導入を試みることになった<sup>(6)</sup>。

だが当時、CP導入に対して医師が抵抗感を持つことが少なくなかったという。CPは一つの疾患についての治療計画を標準化し、それを患者やコ-メディカルに開示したものだが、当時医師が抵抗感を示す際には、その「標準化」が患者の個別性（年齢・身体的状況等）に合わせた医療ケアを行うという医師の裁量権に反すると言われていたという。だがC病院の院長に言わせれば、実際にはCPを導入したからといって、特定の患者がどの程度CPに当てはまるかを判断するのが医師であれば、上述した意味での裁量権に反することはない。それでは当時存在していた抵抗感の実質的にはどのような内容だったのか。その内容について、D病棟の診療科長は次のように述べている。

（医師には）自分なりのやりようがあるんですよ。自分なりの、オペする先生にしても十人十色。同じ切り方をされる先生はちょっといません。やっぱり自分なりに自分の伝統で習ったこと、自分でアレンジしたこと、それで生きていくわけですね。個性が非常にあるわけです。....（例えば静脈瘤の硬化療法で）スタンダード化したい場合は、例えば七日おきにするとかするわけですね。ところがドクターの中には、「いや、僕は五日おきがいい」「腕に自信があるから」と（いう者もいる）。逆に「自分はいや、七日おきなんて短すぎて、

十日おきでないと安心して出来ない」(という医師もいる)。そういうふうによつぱり、ドクターの生まれ育った環境、あるいは自分の考え方、モチーフ、みんな違うから、標準化っていうことにはものすごく抵抗が強いんです。

医師は医師として社会化される過程で、それぞれの医局や自らの経験の中で培われた医療ケアの行い方を体得しているが、多くの医師はそれを「自分なりのやりよう」「自分の考え方」と捉えている。医師にとってCPによる「標準化」はその見直しを迫られることを意味し、それゆえ抵抗感が存在したのだというのである。

もちろん、見直しそのものは個々の医師も自ら行うことがあるだろうし、それ自体が問題視されていたわけではないだろう。むしろ問題は、CPによる「標準化」が自らが個人的に行う見直しではなく、他者(それはまずは同じ医師であろうし、ときにコ・メディカルかもしれない)によって見直しを迫られるということを意味する点にあらう。他者によって見直しを迫られることは、「自分なりのやりよう」「自分の考え方」が他者によっていわば否定されることだと受けとめられていたのではないか。それゆえ、医師は当初強い抵抗感を示していたのである。

ここには、医師が自らの裁量権を保持するためには、他者からの介入をいっさい封じなければならぬという意識が当初存在していたことが示されている。つまり、フリードソンらが捉えていた裁量権の排他性を、改革以前の医師も同様に自明視していたと思われるのである。

こうした医師の抵抗感を軽減し、CPを導入していく上で重要な意義を持っていた点として、次の二点が挙げられる。第一に、第一段階のCP作成は、どの病棟においてもごく「アバウト」なものでしかなかったという点が挙げら

れよう。F病棟の看護職は、第一段階のCP作成に際しては、全国的にほぼ統一されている抜糸の日程を紙に書き出すことから始めたという。後述するような、医師にとっての「生命線」に当たると言われる要素(例えば感染防止のための抗生剤の使用法)はほとんどCPには載せられていなかった。そのことが医師に自らの裁量権がさほど侵害されないという意識を生み、CPに対する抵抗感を軽減したと思われる<sup>(7)</sup>。

第二に、患者にもたらす効果を強調することが挙げられる。先述したように、C病院では導入の際の目的として主にインフォームド・コンセントの充実が挙げられていたが、そのことは大きな意味を有していたと思われる。実際には当時の医師は必ずしもインフォームド・コンセントの必要性を強く感じていたわけではないが、インフォームド・コンセントが主目的として掲げられれば、医師からすればCPは裁量権に直接関わるというよりも、患者への説明として活用するものという側面(C病院では患者用CPから作成されている)が強調されることになる。そのことが、CPを導入する上での抵抗感を軽減することにつながったと思われる。

それだけでなく、個々の導入場面において、CPが患者に良い効果をもたらすことが、C病院ではその都度患者へのアンケートをとることによって確認されている。例えば最初にCP導入を試みたD病棟では、医師にかなりの抵抗感が存在していたという。それを軽減するためにD病棟の婦長は、CPをあくまでもインフォームド・コンセントのための道具であると強調し、さらには実際に患者用CPを用いた後、患者の満足度が上がったことをアンケートによって確かめ、それを医師に提示している。そこから徐々に医師がCPに対して積極的な姿勢を見せるようになったという。また、CPの本格的

な導入を最初に行ったと言われるE病棟では、当初は医師だけが作成したCPを使用していた。そのCPの改善のために当時の婦長が行ったのも、患者に対してCPについてのアンケートをとることで、患者が実際にCPの改善を求めていることを明らかにすることであった。このように、患者にもたらす肯定的な効果を強調することが、医師が当初感じていた抵抗感を軽減する上で大きな意味を有していた。ただし、この時点で患者にもたらす効果として考えられていたのは、主にインフォームド・コンセントの充実による満足感にとどまっていたと思われる。後述するような、医療ケアにおける「患者のため」とは何かといった点にまで、この時点で踏み込んだ議論はなされていなかった。

こうしてC病院のいくつかの病棟でCPが導入されることになった<sup>(8)</sup>。このことは医師にとって次のような意味を持っていたと思われる。CP導入以前は多くの医師が、それぞれで治療の行い方(抜糸の日程、使用する薬剤他)がバラバラになっていること自体を知らなかったという。だが、CP作成のために標準的な治療計画を同定する過程で、医師は他医師と自らの治療法の違いを明確に示されるようになる。それによって、多くの医師が自らの治療法について内省せざるを得なくなっていった。D病棟の婦長は、ある疾患についてのCPを作成した際に、その疾患の専門医である医師にカンファレンスでの説明を一部頼んでいる。「(医師は)看護婦の行っている説明よりも、先生(=医師)からされるとああそうかなって(思う)、それを専門としている先生(=医師)が説明されると、(医師にとって)インパクトってすごいんですよ」。このように、CPによって医師が他の医師と直接比較される可能性が生まれることは、医師に強く内省を促す効果を有していたと

思われる。

もちろん、医師の間で標準的な治療計画を作成する過程自体が、決して容易なものではなかった。例えばD病棟では、静脈瘤の硬化療法を何日おきに行うかといった点で、それぞれ異なった日数で行っていた医師が相互に合意に達すること自体が困難だったという。その際に重要だったことに、「科学的な根拠を挙げること」が挙げられている。当時はまだそうした名前でも呼ばれてはいなかったが、今日C病院での医療ケア改善において重要な位置を占めているEBM<sup>(9)</sup>の考え方の萌芽がここに見られる。この過程を踏むことによって、医師相互の合意が探られ、CPが作成されていった。

### 3. コーメディカルの参加

次の段階として行われたのが、一度作られたCPの改善とコーメディカルの積極的な参加である。E病棟で行われたCP改善の際には、看護職・薬剤師・理学療法士・栄養士・医療ソーシャルワーカーが参加している。その際、患者の要望やコーメディカルの意見を取り入れて、縦の項目(入院中に行われる処置として取り上げられるもの)が4項目から10項目へ増やされている。D病棟では初期の段階でのCP作成時点からある程度看護職が関わってはいたが、一度作成したCPを改善する際には、コーメディカルや患者の要望がより積極的に取り入れられるようになった。これらのCPの改善は、各病棟でそれぞれの医療従事者が参加してのワーキング・グループが結成されて行われた。また、1997年には病院全体でのCP大会が行われるようになり、病棟単位を越えた話し合いがなされるようになる。

こうした経緯には次の二つの意味があった。

第一に、コ-メディカルの側の変化である。コ-メディカルに生じた変化は次の二つに分けられる。まず、CPによって医師の治療計画が開示されることで、コ-メディカルが各々の行う職務が患者の入院・治療においてどのような意味を持っているのかをよりの確に把握できるようになっていったことが挙げられる。もちろんそれまでにもコ-メディカルはそれぞれ業務を行っていたが、自らの業務を一人の患者への医療ケア全体に位置づけて把握することは難しかった。それに対して、CP導入によって、標準的な治療計画において自らがどのように関わっていけばいいかが、よりの確に把握できるようになったと言う。それによってコ-メディカルは自らの職務における裁量をより確実に行うことが出来るようになった。例えばある婦長は、CPによって退院時期があらかじめ大体わかっていたら、それへ向けて看護職も退院指導等の準備が十分に整えられると述べる。患者の住環境等に関する聞き漏らしがないよう、チェックすることも可能になるという。それに対してCP導入以前は医師からいきなり退院の日程が直前に告げられ、その指示に従って、退院指導等の準備が不十分なままに患者を退院させることも少なくなかったと述べている。

また、CPによって、コ-メディカルが医療ケア全体に対して発言していく手がかりを得たことが挙げられる。薬剤使用や抜糸の時期等について、CP導入以前にコ-メディカルが疑問を持つことがあっても、患者の個別性に合わせたがゆえであろうと解釈されていた。例えば抗生剤の使用法が医師によってばらばらであることに薬剤師が疑問を感じていても、それは医師が患者の個別性に合わせて抗生剤を使用しているだけであって、治療法の標準的な基準が出来ていないということではないという可能性があ

り、医師に対して問題にすることは出来なかったという。また、リハビリ開始時期がばらばらであったことに対して理学療法士が疑問を感じても、手術法の違いであると解釈し、問題を提起することはなかったと言う。つまりCPがなければ、医師の医療ケアに対して多少なりとも疑問を感じることもあっても、それを明確に認識し医師に対して発言するための手がかりすらなかったのである。それがCPによって、少なくとも手がかりを得ることは出来たことになる。

第二に、話し合いの場が提供されたこともあげられる。CP作成のためのワーキング・グループ、あるいはCP大会という形で、それまで医師の指示のもと個々別々に業務を行っていたコ-メディカルが、医師を含めて話し合う場を提供されたのである。C病院の院長はCP作成・改善の過程が持っていた意義を「場作り」と表現する。「パスを通してお互いにディスカッションをするし、相手の考えもわかるし、自分の考えというものを勉強してもらう」ことで、各医療従事者が相互の職務内容を把握し、職種間連携が進んだという。

この「場」が提供されたことの意義は決して小さくはない。そもそも、医師とコ-メディカルには多少なりともカンファレンス等で接点が存在するが、コ-メディカル同士ではあまり接点なかった。そのため一般的には、看護職と理学療法士あるいは薬剤師が相互に相手の仕事ぶりを非難するということが発生している。また、医師もコ-メディカルの職務の細かい内容まで把握していたわけではない。それに対して、この「場作り」がなされることで、コ-メディカル同士、あるいは医師とコ-メディカルとが互いの職務内容について理解を深めることにつながったのである。

#### 4. 医療ケアの改善

こうして、C病院ではCP改善に際してコメディカルが積極的に関わっていくようになった。その中から、CP改善の際に、同時に医療ケアの改善(具体的には治療法・処置などの改善)が推し進められるようになった。これはコメディカルが積極的に関わることによって初めて可能になったことであるという。例えばE病棟では手術時の縫合法が変更され、早く抜糸できる方法に変えられたというが、E病棟の医師は、その必要性を認識させられたのはCPを看護職らコメディカルとともに改善する中でのことだと強調している。コメディカルと話し合いながらCPを作る中で、患者が退院まで入浴できていない(抜糸できるまで入浴できないため)ことを知り、看護職から「もっと先生(抜糸が)早くなりませんか」と言われたことから、縫合法について再考することになったという。

ただし、コメディカルが参加したといっても、コメディカルの問題提起がそのまま単純に受け入れられたわけではない。例として、コメディカルが参加していく上でC病院で大きなきっかけになった、1997年に行われた薬剤部による提言を挙げよう。これは薬剤部が、医師によって全くばらばらだった術後の抗生剤の使用方法に対して、データをとっていかにはばらばらであるかを示し、その上で抗生剤についての最近の研究を踏まえ、抗生剤の適正使用をCP大会において提言したというものである<sup>(10)</sup>。これを契機にして、病院全体で薬剤の使用法について再考されるようになったという。

だが、その過程は決して容易なものではなかった。まず、抗生剤の適正使用(つまりは現在の使用量よりも減らし、効果が高いと思われていた第四

世代・第三世代<sup>(11)</sup>の使用を削減する)に対しては、医師からの強い抵抗感が存在していた。その抵抗感の内容について、ある医師は次のように説明する。

生理的な抵抗があるんですよ。医者はですね、外科医も、内科医も一緒でしょうけど、今まで自分がやっていることを極端に変えるっていうことにはすごい抵抗感があるんですよ。例えば抗生物質でいいますと、エヴィデンス(ここでは科学的に確認されたデータや研究のこと)の面でいえば術当日の一回投与、もしくは当日のみの二回投与でいいというのははっきりと出ているわけなんです。でも、生理的にですね、出ても本当に大丈夫なんだろうか、自分は今まで一週間(の連続投与を)やってきて何も問題がなかったじゃないか、それを、一週間を一日にして本当に大丈夫なのかという生理的な恐怖感があるわけです。

抗生剤の使用は、外科手術においては決定的に重要な点の一つであり、医師の「生命線」に関わるものだと言う。上述した医師は、「医師は基本的に薬剤師の言うことは聞かない。プライドがありますので聞かない。どうしてもいいことは聞きますけども、自分の生命線って言われます、例えば外科医でいいますと感染とかそういった部分に関しては全く言うことを聞きません」と言う。そのため、いくらCP大会で薬剤師が問題提起したからといって、医師がそれを単純に受け入れているわけではない。

だが、薬剤部の問題提起によって、一部の医師が抗生剤使用の現状を変えていこうとしはじめたことも確かである。それは単純に薬剤師の言うことを受け入れたのではなく、医師がまず自ら抗生剤使用のガイドラインを調べるところ

から始まったという。その上で、その医師は薬剤部へ抗生剤使用のガイドラインについて知っているかどうかを確かめに行っている。薬剤部はガイドラインについて既に知っていた。そこから医師は薬剤部との話し合いを始めており、両者の間で抗生剤使用のみについての勉強会が実に15回にわたって開かれたのである。その結果、その医師は抗生剤使用の適正化を自ら試みるようになる。具体的には、以前は2週間使用していた抗生剤使用を5日間に短縮し（さらに後に2日間に減らしている）、用いる抗生剤も第一世代が中心になった。一つの診療科が抗生剤使用を改めることで、他の診療科にもその影響が及んでいくことになった。薬剤部が「自信をつけた」だけでなく、自ら改めた診療科の医師も同時に、他の診療科に対して適正使用の重要性を訴えていくことになったからである。

こうして、医師はコ-メディカルとの関わりの中から、自らの「生命線」にまで関わる医療ケア改善を行うようになった。その過程にはまず、コ-メディカル自身が医師に対してときに強く問題提起をしたことも深く関わっている。だが必ずしも、医師がコ-メディカルの問題提起をそのまま受け入れたというわけではない。そこに存在したのは、医師がコ-メディカルからの問題提起という契機を得た中から、自らの職務について自身が問い直し、そこからコ-メディカルとの討議に入るという過程である。ここにはおそらく、最初のCP作成の際に医師同士の間で自らの治療法を問い直したことも関わっているであろう。既にこの契機が存在していたことが、コ-メディカルからの問題提起も無視せずに認め、治療法を問い直していく素地を作ったのではないと思われるのである。こうして討議を十分に重ね、医師自身がコ-メディカルの問題提起を理解し納得した上で、初めて

医療ケアの改善が行われていった。

このような医療ケア改善の過程を支えた点として、次の二つが挙げられる。一つには、医師とコ-メディカルが討議を重ねる際に、EBMと呼ばれる、科学的データと具体的な症例に基づいての話し合いを重視したという点である。上述したように、医師が薬剤師との話し合いに入ろうとする際にも、薬剤師自身がガイドラインを知っているか、それに基づいて話し合いをする準備があるかをまず確かめている。相互にEBMという討議上のルールを踏まえることで、両者の話し合いが可能になっているのである。

もう一つには、C病院が繰り返し患者の状態について調査を行い、医療ケアの改善が患者に肯定的な効果をもたらしていることを、アンケート等によって確認してきた点である。抗生剤使用を制限する、リハビリを早期に開始する等の医療ケア改善を行った後は、それが患者にどのような効果をもたらしたかを常に確認している。このように、医療ケアの改善が患者に肯定的な効果をもたらすという評価がアンケートによって明確に示されることが、医師にコ-メディカルの問題提起を認めさせ医療ケアの改善へと向かわせる上で、重要な意味を持っていたと思われる。C病院の院長は「自分たちがちゃんと患者さんのために役に立っているんだということ意識できるから、それ（医療ケアの改善）が出来るとですよ」と述べている。

だが逆に、患者にとって何が重要な効果かという点についての認識は、話し合いが行われていく過程で意味内容が変化している。CP導入当初に想定されていたのは、主にインフォームド・コンセントの充実だった。だが、CPを各医療従事者が話し合いつつ改善していく過程で、「患者さん、お風呂にもうちょっと早い時期に入れなかな」といった視点等がその中に含

み込まれていった。例えばE病棟の医師は、それまでは患者の一年後の術後成績で「患者のため」を捉えていたのに対して、コメディカルとの話し合いの過程を経て、「患者さんはその一年間をどう過ごすのか」という観点も取り入れて「患者のため」を捉えるようになったと述べている。C病院では今日、「患者のアウトカム」という言葉が用いられ、生活を持つ患者個人という観点から見た効果を指すものとされている。

「患者のアウトカム」志向への変化は、各医療従事者にとってみれば、もともと自らのパースペクティブで捉えていた「患者のため」の内容が、さらに拡大されていったことを意味する<sup>(12)</sup>。上述したように、医師からしてみれば、一年後の術後成績という観点だけでなく、「その一年間をどう過ごすのか」という患者の具体的な生活まで視野に入れた「患者のため」を考えるようになった。コメディカルにとっても、他のコメディカルや医師と関わりながらCPを改善していく過程で、自らの職務において見える「患者のため」とは異なる側面も含めた上で「患者のため」を考えることが可能になった。例えば看護職は、理学療法士との連携を深めることで、介助を要する患者にどの程度介助を行うことが「患者のため」になるのかをよりの確に判断することが出来るようになったという。リハビリの観点からすれば、動ける患者に過剰に介助を行うことは望ましいことではないが、理学療法士との連携がなければ、どの程度の介助が適当かを判断できないことも少なくないのである。

C病院ではCP導入当初からインフォームド・コンセントによって患者に与える効果が重視されており、そのことがCP導入とそれともなう各医療従事者間の関係性の変容を支えていたのだが、患者に与える効果の内容そのもの

が、これらによって「患者のアウトカム」へと変化していったのである。

## 5. 医師とコメディカルによる同時的な裁量権確保

上記のような過程から、C病院では各医療従事者が一様に、自らの責任が明確化し、それと同時に仕事に「やりがい」を見いだせるようになったと捉えている<sup>(13)</sup>。例えば事務長はCP導入による各医療従事者の意識変化に関して、次のように言う。

(コメディカルの多くは) 今まで参加することも発言することもなかったけれども、ちゃんとそれが出来るようになってきた。やっぱりあの一枚の表の中に、クリニカル・パスの中に、自分たちの領域をですね、占めてきたわけなんです。いわゆる治療の領域の中に自分たちのいわゆるポジションを占めてきたわけです。これがね、僕はクリニカル・パスの職員の皆さん方の意識の改革になってきたっていうか、そういうことじゃないかと思っているわけですね。決して今の病院が完璧でどうだっていうことじゃありませんけども、どんどんどんどんそういった意識を持ってきたんです。

このように「治療の領域の中に自分たちのポジションを占め」ることが出来るようになったという指摘は、C病院のコメディカル自身からも繰り返しなされている。このようなコメディカルの、自ら「やりがい」を見だし、「治療の領域の中に自分たちのポジションを占め」ることが出来たという意識は、医師とコメディカルのどのような関係性のもとに成立し

ているのだろうか。

この点を、まずコ-メディカルの側から検討しよう。コ-メディカルが「やりがい」を見いだすことが出来たと感じる理由として強調するのは、自らの立場からして必要と思われることを提言した際に、医師を初めとする他の医療従事者がそれを認めるという点である。例えば薬剤部の部長は次のように述べている。

前向きにっていうかですね、仕事のやりがいっていうか、自分たちの存在意義っていうか、存在感っていうかですね、それを感じ取れるようになったかなと思うんですけど。それも先生方が結構言うこと聞いて下さるからこそですね。それはとてもやりがいにつながってくるっていうか。

このように、最終的には医師が薬剤師の発言を認め、「言うこと聞いて下さる」ことによって、薬剤師の「存在意義」「存在感」が感じ取れるようになったというのである。ここからすれば、薬剤師が医師に対してある程度の実質的な発言権を獲得できるようになったことが、薬剤師が少なくとも主観的に、「やりがい」「ポジションを占め」られるようになったと感じられる上で決定的に重要だったことが伺えよう。

ただし、ここで言う発言権は、何も医師の行う治療方法そのものへの直接的な「指示」ではないという点に注意しなくてはならない。薬剤師は医師が「言うこと聞いて下さる」ようになったというが、先述した通り、医師自身は、抗生剤使用のような「生命線」に関わることについては「基本的に薬剤師の言うことは聞かない」と述べている。薬剤師は確かに抗生剤の適正使用を訴えてはいるが、それは個々の医師が行う治療において抗生剤使用をどの程度に抑えるべ

きかといった具体的な「指示」ではないのである。例えば看護職が入浴の必要性を訴えることで医師が縫合法を変えることに貢献したとしても、それは看護職が直接に医師に対して縫合法を変えるよう「指示」しているわけではない。ただ、それぞれのコ-メディカルが自らの専門領域（薬剤業務や看護業務）に基づいた観点から、問題を提起しているだけである。

だが、ここで重要なのは、それでも十分な意義を有していたという点である。医師がコ-メディカルの「指示」に従うことはない（医師からすれば「言うことは聞かない」にしても、医師がコ-メディカルからの問題提起によって自らの医療ケアを再考することで、実はコ-メディカルは十分に「言うこと聞いて下さる」と受けとめるのである。この発言権が実質的に確保されることの重要性を、フリードソンは捉えようとしていなかった。彼は裁量権を公的制度に支えられた最終的な決定権だけで捉えている（Freidson [1970=1992:126]）。だが、実際の組織において発言権が持つ意義は決して軽視すべきではないのである。

次に、医師について検討しよう。C病院では医師も今日ではCP導入によって自らの「裁量権は下がらない」と捉えている。なぜなら、CPにある患者がどの程度当てはまるかという判断は医師に完全に任せられており、「全体のコーディネイトは医師がする」からである。この点に関してある医師は、コ-メディカルからの問題提起が持つ意義は十分に認めると述べた上で、しかし最終的な判断を下すのは医師であると述べる。

（薬剤師が訴える適正使用を）認めて、例えばですね、（一部の薬の使用を）やめたとしますね。やめて今度事故が起こったとします。

その責任はドクターがとる。薬剤師さんじゃありません。そういうことなんですよね。もちろん意見がたくさん出ますね、病院の中で。だけどそれは話し合った上で、医学的にもそれが証明されているならそれで正しいでしょうと、じゃあそれでやってみましょうと、やっぱりリーダー（シップ）はドクターがとる必要がありますね。そしてそれが決行されたことによって起こったイベントに対してはまず医者が責任をとらなくてはならない。ドクターが。決して薬剤師さんのせいにははいけないわけです。あなたが三日にしると行ったからあなたの責任ですよということにはならないわけです。

つまり、患者への医療ケア全体における最終的な決定権を医師が有しているという点は変わらないのである。コ-メディカルが行っているのは、問題提起や別の視点の提供であるにすぎない。そのように医師が捉えるのは、コ-メディカルの専門領域は限定的なものでしかないからだと言う。例えば「お薬は科学的には効果が証明されていないから不要だと思います」と言われたとしても、患者によっては偽薬を処方することが必要な局面が存在することもある。そうした個別の患者への医療ケア全体という観点に立った最終的な決定は、医師によってこそなされなくてはならないというのである。

こうした捉え方は、必ずしも当初から存在していたものではない。コ-メディカルとの対話を通じた医療ケアの改善過程は、医師に自らの専門領域を捉え返す契機を与えた。CP大会である医師が「チームでこういうふうに関わってくることになる、ではドクターの仕事とはどうということなんだろうと考えさせられる」と発言したという。こうした専門領域の捉え返しを

経て、今日ではC病院の医師は、医師の専門領域を「患者さん全体をどうやったらいい方向に持っていけるか」といった総合的な判断を行うものであると捉えている。ここからすると、同じ医療従事者といっても、コ-メディカルと医師とでは専門領域の質的な内容が異なることになろう<sup>(14)</sup>。医師のそれは、より総合的な対応・判断であり、コ-メディカルのそれはより専門分化した領域における対応・判断であると見なされている。

このような専門領域の捉え返しによって、医師はコ-メディカルの発言権を認めても自らの裁量権が侵害されていないと捉えている。CP導入当初は、裁量権を保持する上では他者の介入をいっさい拒絶することが必要だと考えられていた。だが、CPを作成・使用・改善していく過程で、医師とコ-メディカルの専門領域の質的な相違が設定され、医師の裁量権はコ-メディカルからの問題提起を認めても決して侵害されないと捉えられるようになった。

このように捉えられた際には、コ-メディカルからの問題提起が医師にとって持つ意味も変容する。コ-メディカルからの発言は、医師の治療法をより良い「患者のアウトカム」を導くものへと変更させる上で意義あるものであり、コ-メディカルからの発言を認めることは、むしろ医療ケア全体における自らの裁量がより正確で高度なものになると捉えられるようになった。このように医師が捉えるようになることで、医師はより積極的にコ-メディカルの発言を認めるようになり、実質的にコ-メディカルの発言権がより保たれるようになってきている。

## 6. 裁量権の非排他的な性格

ここまで、C病院におけるCP導入の過程と、

そこで生じた医療従事者間の関係性が変容してきた過程を分析してきた。ではここで、C病院での検討から導き出される点についてまとめておこう。

まず、C病院でも導入以前にはフリードソンと同じく、裁量権を排他的なものとして捉える見解が見られたが、後に医師もコメディカルも同時に裁量権を確保しつつ連携するという関係性が成立しており、そこにおいては裁量権が非排他的な関係性にあるという点である。ここでフリードソンの議論に立ち戻ろう。冒頭で述べたように、彼は裁量権を排他的なものとして捉えていた。それは彼が裁量権を、医師による「専門家支配」を強調するあまり、公的な諸制度によって支えられた最終的な決定権としてのみ捉えていたからである (Freidson [1970= 1992:126])。

だが、実際の臨床現場における権限体系は、それほど単純なものではない。そもそも裁量の権限を支えているのは、一つには服従しない場合のサンクションを通じた強制であるが、もう一つにはそれが医療全体の目標である患者に与える効果(今日のC病院で言えば「患者のアウトカム」)という観点から得られる正統性である<sup>(15)</sup>。医師による指示は単に強制とだけ見なすべきではなく、それが正統性を有する余地も存在することに留意しなくてはならない。もし医師の指示の正統性が保たれていれば、コメディカルにとって医師の指示は、少なくとも自らの裁量権を侵害するものではなくはなるはずである。指示があることそのものが問題なのではない。その指示が正統的であると見なされるかどうか、コメディカルにとって問題になるのである。

そして、医師の指示が正統性を有するようになるためには、医療ケア全体の決定においてコメディカルによる問題提起が認められること(つまりは実質的な発言権の獲得)が決定的に

重要になってくる。医師による医療ケアが、コメディカルが自らの専門領域での裁量に基づいて行う問題提起によって、変わりうる可能性がある程度確保されていれば、医療ケア全体の決定が正統的なものと見なされるからである。医療ケア全体の決定がコメディカルの裁量と全く無関係に行われていれば、それはコメディカルにとって非正統的なものと見なされるだろうが、コメディカルが一定程度の発言権を確保され関わる事が出来るなら、医療ケア全体の決定が正統的なものと見なされる余地は十分に生じうる。そしてそれはひいては、医師による指示が正統的なものと見なされることにもなる。

つまりは、発言権が確保されていれば、コメディカルは医師の指示下にあっても自らの裁量権を確保することが可能になるのである。だからこそ、C病院においてコメディカルは「やりがい」を見いだせたと捉えているのだと言えよう。そしてこのとき、裁量権は相互に排他的なものではなくなる。コメディカルの発言権を認めたとしても、医師は総合的判断を自らが行うという形で裁量権を保持できるからである。だからこそ、C病院の医師は自らの裁量権が侵害されてはいないと捉えている。このように、医師が自らの裁量権を保持したまま、コメディカルが医師の指示によって自らの裁量権を侵害されないという状態が、医師に対するコメディカルからの発言権の確保によって可能になるのである。

コメディカルが専門職となっていく方途を探る上では、こうしたコメディカルの発言権確立による非排他的な裁量権の成立を強調していくことが、決定的に重要になってくるのではないか。統制論的アプローチのように、裁量権を相互に排他的なものとして見なしているだけで

は、現行の法体系において医療ケア全体の裁量権が医師に保証されている以上、コメディカルが専門職となっていく方途は理論的にあり得ないことになってしまう。理論的にあり得ないだけでなく、裁量権がそのようにしか捉えられないなら、医師は自らの裁量権を守るためにコメディカルが専門職となろうとする努力を阻害し続けることになる。だが実際にはC病院のような事例が存在しており、裁量権は非排他的に、相互に確保可能なものとして現出する。この点を強調することが、今後コメディカルが専門職となっていく方途を探る上では、理論的にも現実的にも不可欠なのではないか。

最後に、C病院におけるコメディカルが発言権を獲得する過程（つまりは医師がコメディカルの問題提起を有意義なものとするようになる過程）において、重要な意義を有していたと思われる点を挙げておこう。第一に、CPが導入されたことそのものである。CPはコメディカルが自らの職務を再認識し、医師の行う医療ケアに対して発言を行う手がかりとなっていた。第二に、パス大会のような「場づくり」が行われたという点である。そもそもこうした「場」が設けられなければ、コメディカルが問題提起を行うことも困難であろう。第三に、話し合いの「場」においてEBMという共通の討議ルールが共有されたという点である。これがなければ、医師はコメディカルの発言を意義あるものとして認めようとはしなかったであろう。第四に、改革が患者に対して肯定的な効果をもたらすことを常にアンケート等によって確認していたという点である。これによって、医師とコメディカルはともに「患者のため」（後にそれは「患者のアウトカム」へと変容していくが）を共通目的とすることが可能になっており、それが結果的に話し合いをより充実したものにして

いったと思われる。

もちろん、これらの点はC病院という、ある特性と背景を持った病院において意義を持っていたのであり、他のケースでも同様の結果をもたらすとは限らない。だが、こうした点を踏まえて医療従事者間の関係性を変容させていくことが、コメディカルが専門職となる方途を探る上で重要な意味を持つのではないか。

#### 註

(1) 本稿は、2000年2月から8月にかけて、崎山治男・三井さよが共同で行ったC病院における調査研究に基づいている。C病院は九州地方にある社会福祉法人立の病院であり、病床数は約400床、標榜科目は現在9科、救急医療に特に力を入れている。職員数は医師が約90名、看護職が約340名と、一般的に見ればかなり多い（全職員数810名）。本調査は、C病院における各医療従事者に、CP導入によって生じた各医療従事者関係、及び医療従事者-患者間関係の変化について、それぞれ一時間程度のインタビュー調査を行った。院長・総婦長・事務長・薬局長・理学療法室長、及びD病棟（CPの導入を最も早く試みた）・E病棟（最初に本格的に導入したと言われる）の診療科長・婦長にはそれぞれ2回にわたって、さらにCP導入当時から勤務しているF病棟・G病棟の看護職各1名に1回ずつ、調査を行っている。内容はカセットテープに録音し、後日書き起こした。本文中で特に断りのない引用はカセットテープから書き起こしたものであり、（ ）内は筆者の付した補足である。CP導入による医療従事者-患者間関係の変化については、同誌に掲載されている崎山の論考（崎山 [2001]）を参照していただきたい。この場を借りてご協力いただいた方々に心からの御礼を申し上げたいと思う。

(2) クリニカル・パスは、一定の疾患や疾病をもつ患者に対する入院から退院までのケア処置、検査項目、退院指導などをスケジュール表のようにまとめたものであり、いわば疾患ごとに作られたフローシートである。1985年頃、アメリカでK.ザンダーを中心に開発された (Zander [1995=1998])。背景にはアメリカで1983年のDRGs/PPS (診断群別包括支払いシステム) の導入により、それまで出来高払いだった医療費が、在院期間等に関係なく疾患別で支払われるようになったため、在院日数の削減を含めたケアの標準化・効率化が必要になったことがある。クリティカル・パス、クリティカル・パスウェイ、ケアマップ等と呼ばれることも多いが、ここではC病院の現在の用法に従い、クリニカル・パスと呼ぶ。日本では1990年代後半から、阿部 [1998]等多く紹介され、看護職を中心に盛んに取り入れられるようになった。具体的には論文末尾に付したものを参照していただきたい。これはC病院で2001年3月に実際に使用されているものである。

(3) コメディカルとは一般に医師以外の医療資格職全般を指すが、本稿では特に看護職や理学療法士、薬剤師といった職種を扱い、病院内で医師の指示のもと業務を行う医療資格職と定義することにする。日本の現行法体系においては、医師はほとんど全てのコメディカルの業務を行う権限を有しており、またコメディカルの業務の多くは「診療の補助」と規定されており、医師からの具体的な指示がなければ行えないことが定められている (富田 [1992: 7-9])。薬剤師一般においてはその限りではないが (そのためコメディカルには含めない捉え方もある)、病院内勤務の薬剤師は、患者への処方に関して医師の処方箋を必要とするという点で、他のコメディカルと同じような制度的条件下にあるので、本稿ではコメディカルに含めて捉えることにする。

(4) フリードソンの専門職定義としては「自律性」という言葉がよく取り上げられる。だが、彼は別の著作で「自律性」を法的権限によって支えられていること、他の職種との競合から自由になっていること、当該職業に従事する人々を自らで教育すること、職務について判断する法的な権限を有していること、といった多様な意味内容を込めて捉えている (Freidson [1970b:368-369])。それに対してアボットは主に他の職業との対比で裁量権という言葉を用いており、本稿も主に医師とコメディカルの関係性を取り上げていることから、アボットの用語を援用することにする。なお、アボット自身の裁量権概念は、個々の臨床現場におけるそれだけでなく、公的なアリーナにおいて争われるような法的権限という側面を含んでいる (Abbott [1988:59-85]) が、本稿ではそうした含意は含めないことにする。

(5) ただし、実際には問題はもう少し複雑である。H.ウィレンスキーは、いわゆる半専門職は完全専門職と比べてその業務が専門分化しすぎているか曖昧で幅広すぎるかのどちらかであると捉えていた (Wilensky [1964]) が、薬剤師や理学療法士は前者に相当し、看護職は後者に相当する。看護職の専門領域がどのように確立され裁量権を獲得できるのかという点に関しては、A.L.ストラウスが指摘するように (Strauss [1966]) 議論の余地が残されてはいる。ただ、業務上は看護業務という区分が明確に存在しており、看護業務に関しては看護部による指示体系がある程度確立していることも確かであり、本稿ではその限りでのみこれらのコメディカルを一括して扱うことにしたい。この点に関しては註15も参照。

(6) これは何もC病院で院長がCPを導入しようとした際に他の目的が想定されていなかったということではない。院長は導入の目的として他にも、チーム医療の促進、業務の効率化・均質化、医師

による入退院判定基準の標準化や退院指導計画への応用、在院日数の短縮などを挙げている。ただ、導入の際に最も強調され、また各医療従事者がCPを受け入れていく過程でも重視されたのはインフォームド・コンセントの充実であった。

(7) C病院でCP導入が可能になった背景には、C病院の組織的特徴もあげられる。C病院では医療資格職のみならず、事務職を含めた多くのスタッフに対して研修会等を定期的に関くことによって、スタッフの帰属意識を高める努力を積み重ねてきており、それが効果的にCPを導入する上で大きな影響を与えたと言う。また、理学療法士や薬剤師がCP導入とはほぼ同時期に病棟でも業務を行うようになっており、それも職種間での話し合いが進む上で重要な意義を有していたであろう。しばしば指摘されるように、効果的なCP導入が実現するかどうかには、もともと当該組織がどのようであったかが深く関わっている（伊藤 [1998:68-69]；松下 [1999:122-131]）。

(8) 他にもCPを浸透させる上で有効だったと思われる手法がC病院では多く用いられている。例えば、院長自らが導入したため医師に「啓蒙」が積極的に行われたこと、あるいはCP作成に関しては各病棟の自主性に任せることで病棟に当初存在していた様々な抵抗感を軽減したこと等である。また、CP導入は単独で行われたというより、記録の合理化等様々な業務改善とともに行われている。例えばE病棟で第一段階のCP導入が診療科長以外の医師にも受け入れられた一因は、同時にコンピュータでの指示出しを可能にするという業務改善が行われたことにあると言われている。

(9) EBM (Evidence Based Medicine) は、慣習的に診療・治療を行うのではなく、臨床疫学研究などの病院外部で公表された研究成果や、これまでの臨床での具体的な経験を、明示的な根拠として活用し、治療方法に再考の余地があれば改善してい

くという考え方である。特にCPという標準的な治療計画を作成していく上で、欠かせないものであると言われている（松下 [1999:38-45]）。

(10) コメディカルは医療ケアの改善に参加する際にEBMに基づいた問題提起を行うため、臨床データを自ら集めたり、外部の研究を取り入れるためにそれぞれの部署で勉強会を開く等の試みを多数重ねている。コメディカルによる参加がこうしたコメディカル自身による努力によって支えられていたことにも留意する必要がある。

(11) 抗生剤は広く使用されるようになると同時に、様々な耐性菌を生み出すことになった。耐性菌には抗生剤が効かないため、抗生剤使用に頼りがちな今日の医療で非常に大きな問題となっている。耐性菌に対しては新たな抗生剤が繰り返し開発されているが、その抗生剤に対するさらなる耐性菌が出現し、いたちごっことなっているのが現状である。耐性菌に対する新たな抗生剤として生まれてきたものは第二世代・第三世代・第四世代と通称されており、順に効果が強くなっているが、逆に言えば第四世代を多用すれば、さらに強い耐性菌を生み出す可能性が高くなることを意味する。そのため、今日では第一世代・第二世代の抗生剤を用いる方が、耐性菌対策として有効だとされている（水野 [2000:30-43]）。

(12) CP導入だけではなく、CP導入を含めた医療サービス提供の構造的変化が、医療従事者の患者にもたらす効果を重視する志向を強めたという研究もある（Lopopolo [1999]）。だが正確には、患者にもたらす効果として想定されるものの内容が変容したと言うべきであろう。医師を含め多くの医療従事者が専門職倫理を内面化し、「患者のため」を志向することはこれまでの専門職論でも繰り返し実証されている。問題は、フリードソンが指摘する通り、専門職倫理が実際には、当該医療従事者がその社会化の過程で獲得してきた視点におけ

る「患者のため」だけを追求する姿勢になってしまう (Freidson [1970=1992:143-144]) という点にある。こうした限定的な「患者のため」が、CP導入を契機として、他の医療従事者との対話の中から異なる視点を含み込んだ「患者のアウトカム」へと内容を変容していったと捉えるべきであろう。

- (13) アメリカでは、ケアマップ (本稿で言うクリニカル・パス) 導入によってもケアマネージャーは別として、スタッフの自律性は高まらないという調査結果もある (Goode [1995]) が、C病院では院長が入手した欧米のCPは参考程度にしか用いられず、実際の作成・改善は多くのスタッフが行われる中で行われている。この点がコメディカルの積極性を生み、後の医療従事者間関係の変容につながったのだと思われる。
- (14) 専門領域の質的な相違という点では、「半専門職」と「完全専門職」の差異について、A.エツィオーニが前者が知識の伝達であるのに対して、後者は知識の応用・創造であると述べている (Etzioni [1964=1967:135])。だが、本稿で言う専門領域の質的相違は、医師や看護職が総合的な (total) 判断を行うのに対して、理学療法士や薬剤師は専門分化した領域でのより専門的な (special) 判断を行うという相違であり、エツィオーニの図式では捉えきれない。なお実際にはC病院では、看護職と医師との専門領域はともに総合的な判断と言われている。つまり、同じコメディカルとは言っても、看護職の専門領域は他のコメディカルと同じように専門分化したspecialな領域として設定されているわけではなく、医師との専門領域の質的相違は

設定されていないのである。C病院の看護職は看護職の専門領域をどう捉えるかに関してはまだ模索中であると述べており、ここには看護職についてはまた別の議論が必要になることが示されていると言えよう。これは重要な論点ではあるが本稿の議論を越えるものであり、別稿を期することにした。

- (15) ここで念頭に置いているのはT.パーソンズによる権力論である。彼は権力を「集合的組織体系の諸単位による拘束的義務の遂行を確保する一般的な能力」と捉えており、その権力は拘束的義務が集合的目標との関係において「正統化」されていること、服従しない場合にはサンクションを通じての強制が行われることという2点によって成り立っていると捉えている。そしてパーソンズはこのような権力を捉えることで、「正統性」如何によっては権力はゼロサム関係ではなく、ある権力体系内部で個々の権力が同時に高まったり同時に低まったりすることもあると述べている (Parsons [1969=1974:63-138])。こうしたパーソンズの権力論は、権力をある集合的目標を有する集合体に属するものとして捉えた議論であり、フリードソンらが念頭に置いていたであろう権力観とは全く性質が異なるものである。フリードソンらは医師が個人として (専門職としてと同時に社会的地位の高い者として) 有する権限・権威を問題としており、そのためゼロサム関係によって裁量権を捉えていた。だが、C病院において今日見られるような医療従事者間関係を捉える際には、こうした見方には限界が存在するであろう。

#### 引用文献

- Abbott, Andrew 1988 *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press.
- 阿部俊子 1998 「クリティカル・パス導入でケアが変わる」『月刊ナーシング』vol.18. no.8. pp.48-55.
- Etzioni, Amitai 1964 *The Modern Organizations*. Prentice-Hall, Inc. = 1967 渡瀬浩訳『現代組織論』至誠堂.
- Freidson, Eliot 1970a *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press, Inc. = 1992 進藤雄

三・宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣

—— 1970b *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. The University of Chicago Press.

Goode, Colleen J. 1995 "Impact of a CareMap and Case Management on Patient Satisfaction And Staff Satisfaction, Collaboration, and Autonomy". *Nursing Economics*. vol.13. no.6. pp.337-348.

林 一 2000『日本の薬学教育——医療の質を高める薬剤師を』日本評論社.

伊藤道哉 1998「日本の医療システムとクリティカル・パス」『月刊ナーシング』vol.18. no.8. pp.66-69.

川島みどり 1997『いま、病院看護を問う——看護の時代Ⅰ』勁草書房.

Larson, Magali S. 1977 *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press.

Lopopolo, Rosaile B. 1999 "Hospital Restructuring and the Changing Nature of the Physical Therapist's Role". *Physical Therapy*. vol.79. no.2. pp.171-185.

松下博宣 1999『クリティカルパス実践ガイド——成果責任医療への道』医学書院.

水野 肇 2000『クスリ社会を生きる——エッセンシャル・ドラッグの時代』中公新書.

南条 薫 1970『日本の看護——その実態とビジョン』三一新書.

Parsons, Talcott 1969 *Politics and Social Structure*. The Free Press. = 1974新明正道監訳・金子実訳『政治と社会構造(下)』誠信書房.

崎山治男 2001「クリニカル・パス導入と医療者-患者関係の変容——心理的ニーズに注目して」『ソシオロギス』no.25.

Strauss, Anselm L. 1966 "The Structure and Ideology of American Nursing". Davis, F. ed. *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*. John Willy & Sons Inc. pp.60-108.

竹内 洋 1971「専門職の社会学——専門職の概念」『ソシオロギ』vol.16. no.3. pp.45-66.

富田功一 1992『コ・メディカルの医療行為と法律』南山堂.

Wilensky, Harold L. 1964 "The Professionalization for everyone?". *American Journal of Sociology*. vol.70. pp.137-158.

Zander, Kalen 1995 *Managing Outcomes through Collaborative Care*. American Hospital Publishing. = 1998山内豊明訳『クリティカル・パス——最良の成果をあげるための新しいマネジメント』文光堂.

腰椎後方固定術患者入院計画表

様 (みつい さよ)

経過	入院日	手術前日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日	術後5日	術後6日	術後1週	術後2週転院
日時											
食事	 必要なら 特殊食へ	 21時以降 絶食	 術後2時間あけ ば飲水のみ可	 朝より食事開始	→						 栄養士による 食事指導
安静度			 ベッド上安静 ベッド上で搬送可	 器具撤去後、ベッド ナースにて搬送可	 室内歩行開始	→				 病棟内	 病院内
疼痛			 硬膜外チューブにて痛みを取り ます(希望時、内服・投薬・注射を投与)		→					硬膜外チューブ除去	
器具 リハビリ	 機能評価	 器具授受		 器具授受						 必要な場合リハビリ開始	 機能評価
排泄			オシッコの量が はいつています	→		室内トイレ使用					
消毒				 ガーゼ交換開始	 ドレーン除去	→		 係糸	 ガーゼ交換終了		 前後のチェック
保清	 術前入浴		 清拭		 清拭		 清拭		 清拭	 シャワー浴開始 *器具不要	
内服・輸液 抗生剤	 医師師による投薬指導	 術後点滴開始	 点滴(ク)点滴	→		抗生剤完了					
検査	 術前に必要な検査	 XP + その他	 血液検査			 血液検査			 血液検査	 XP検査	 血液、XP検査
説明・指導	 入院時説明、術前説明	 術後説明							 ケースワーカーによる医療相談	 退院時説明	

担当医: 担当看護婦: 担当理学療法士: