

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—

崎山 治男

近年の医療において、医療者による患者の心理的ニーズへの対処のあり方が注目される一方で、感情社会学ではその困難性が指摘されてきた。本稿では、その困難性の内実として「情緒のワーク」の遂行そのものの忖意性と、「情緒のワーク」の内容の忖意性という基準を立て、C病院におけるクリニカル・パスの導入過程を相互行為論的な観点から分析することを通して、こうした困難性を回避する実践のあり方を検討することが試みられる。

1. はじめに

近年の医療において、「患者中心の医療」という理念の下、医療者が患者の心理的ニーズ(1)にいかに対処していくか、という点がしばしば大きな問題とされている。この点については、かねてから主に看護学に属すると思われる諸研究においてその重要性が当為性の下で強調されている(2)。一方、相互行為論的な視点に立った医療者—患者関係における患者の心理的ニーズへの医療者の対処のあり方に関する研究や、その系譜の延長上にある近年の感情社会学では、特に急性期医療の高度化と合理化の進展の結果、患者の心理的ニーズに対処することが困難になったことが様々な形で強調されている(Olensen&Bone [1998:318-322], Olensen [2000: 317-325等])。

では、こうした困難性の内実として、これまでの研究の中で検討されてきた点は如何なるものであったのだろうか。急性期医療の高度化に

際して、患者が抱く心理的ニーズへの医療者の対処のあり方に着目した先駆的な研究としては、ストラウスらの業績があげられよう。ストラウスらは、まず、「病の軌跡」(illness trajectory)という概念を用いて、単なる生理学的な病状の変化である「疾患コース」(disease course)だけではなく、それに対して医療者によってなされる様々な診断や治療・ケア、あるいは患者によってなされる療法の管理等「疾患コース全般に渡って行われているワークの総合的編成」(Strauss, et.al., [1984=1987:83])を示そうとする。「病の軌跡」におけるワークは多岐に渡るが(3)、患者の心理的ニーズとそれへの対処という点で、ストラウスらが特に注目しているワークは、次の2つのワークであると言えよう。それは、①医療者側が、患者の心理的ニーズをコントロールしていく「情緒のワーク」(4) (sentimental work)、②患者自身が医療者の医療的措置や、自己の心理的ニーズをコントロールしていく「患者のワーク」(patient work)、である(5)。スト

ラウスらは、高度な医療的措置が、「病の軌跡」が明示されずに行われることから、患者に医療的措置に関する不安や退院後の生活についての不安等の心理的ニーズを抱かせることを指摘し、それに対して「情緒のワーク」を遂行することそのものが、医療者の恣意性の下にあることを指摘している。また、高度化する急性期医療において行われる医療的な措置が、実際には様々な患者の協力といった「患者のワーク」を必要としながらも、「病の軌跡」が明示されないことから「患者のワーク」が明確なものとならず、そのため患者にどのような点で助力をしなければならないかという点についての不安や無力感等の感情を生起させることを指摘している。そしてストラウスらは、そうした不安感や無力感に対しても「情緒のワーク」を遂行することそのものが、医療者の恣意性の下にあることを指摘している (Strauss, et al., [1984=1987:169-189], [1985:29-150])。

ここから、ストラウスらが問題にしている点を、「病の軌跡」と「情緒のワーク」と「患者のワーク」という3つの概念の関係性として纏めることが出来よう。ストラウスらは、まず、「病の軌跡」が明示されていない結果、患者が医療的措置に対する不安を感受し、それに対する「情緒のワーク」を遂行することが医療者の恣意性の下にある現状を指摘している。また、「病の軌跡」が明示されないために、「患者のワーク」が明確化されず、その結果生じる不安感や無力感に対しても、「情緒のワーク」を遂行することが医療者の恣意性の下にある現状を指摘している。ストラウスらは、こうした不安感・無力感を患者は除去出来ないことから、自己像の不安定化が帰結される可能性を指摘し、「情緒のワーク」を遂行することが医療者の恣意性の下にある点を批判しているように思われ

る(6)。ここから、医療者—患者関係における心理的ニーズへの対処のあり方についての第1の問題点として、(A)急性期医療における患者の心理的ニーズへの対処のあり方として、「病の軌跡」が明示されていないことや、それに起因して「患者のワーク」が明確にされない中で、「情緒のワーク」を遂行することが医療者の恣意性の下にあるという点が浮かび上がってくる。

更に、近年の感情社会学では、「情緒のワーク」の内容が問題とされている。そこでは、たとえ上述したような問題を解消し、医療者が「情緒のワーク」の遂行そのものの恣意性を排することが可能であったとしても、医療者が予め患者の心理的ニーズへの判断を下すことで、「患者のワーク」の多様性に基いた患者の心理的ニーズの多様性が軽視されるという問題点、すなわち「情緒のワーク」の内容が、医療者の予断によって画一化されるが故の恣意性を抱え込むという問題点が指摘されている。たとえばデコスターは、医療者があらかじめ患者が抱く不安等の否定的な感情経験を適切に管理し、患者の「感情経験の方向づけ」(emotion direct)を行う際の基準を定めてしまう可能性を指摘している (DeCoster [1997:157-158])。またオプライエンは、「患者中心 (patient-centered) の医療」の推進に伴う「情緒のワーク」の重視という理念が「情緒のワーク」の内実を医療者側が予め措定することによって、「患者の健康に関わる知識と情報を統制する用具と化す」(O'Brien [1994:397]) 可能性、すなわち、医療者があらかじめ患者の心理的ニーズの判断を下し、それを画一的に把握した上で対処する可能性があることを指摘している (O'Brien [1994:397-399]) (7)。ここから、医療者—患者関係における心理的ニーズへの対処のあり方について

の第2の問題点として、(B)急性期医療における患者の心理的ニーズへの対処のあり方として、遂行される「情緒のワーク」の内容が医療者側の画一化された予断という恣意性の下にあるという点が浮かび上がってくる。

本稿は上述した2つの問題点を解消する実践のあり方を、九州地方にあるC病院における医療者—患者関係の変化の過程について、相互行為論的な観点から分析することを通して検討することを目的とする⁽⁸⁾。本稿が事例研究の対象とするC病院における医療者—患者関係の変容をもたらした契機の一つとなったのが、クリニカル・パス⁽⁹⁾の導入である。本稿がクリニカル・パスに着眼するのは、C病院における医療者—患者関係の変化の過程において、それが有意義なものであったという観点からである。その意味では、近年の看護学等の研究において主張される、クリニカル・パスが持ちうると思われる多面的な効果⁽¹⁰⁾について検討するものではない。また、後述するように、C病院におけるクリニカル・パスの導入に際しては、(A)の問題点を解消することは意図されていたが、(B)の問題点を解消することが意図されていたわけではない。それにもかかわらず、C病院のクリニカル・パス導入の経緯を考察すると、(A)の問題点のみならず、(B)の問題点をも解消する方向に向かっているように思われる。むしろ、そうした実践であるからこそ、(B)の問題点を解消するに至る一連の過程を描き出すことが出来る。このことから(B)の問題点を解消するに至る実践的な方途の一つを指し示す際に、C病院におけるクリニカル・パス導入という実践についての考察が有用な意味を持つという観点に本稿が立脚していることを確認しておきたい。

こうした問題設定、並びに立脚点に基づき、本稿では、C病院におけるクリニカル・パス導

入の過程についての検討を進めていく。具体的には、第2節では、(A)についての考察を試みる。第3節では、(B)についての考察を試みる。第4節では、第2節、第3節の考察を踏まえ、(A)に示されるような否定的な可能性、並びに(B)に示されるような否定的な可能性を調停する実践のあり方について考察する。

2. クリニカル・パス導入と「情緒のワーク」の遂行

まず本節では、C病院でクリニカル・パスが導入された当初、主として目的とされてきた点を分析することを通して、それが「情緒のワーク」の遂行に与えた効果について検討する。

C病院におけるクリニカル・パスの導入過程の特徴としては、インフォームド・コンセントの充実を目指してスタートしたことが挙げられる⁽¹¹⁾。C病院では、1996年にクリニカル・パスが導入された。C病院の院長が「クリニカル・パス以前に自分達は何か（患者のために）やらなければならない、そういった意識の改革の芽っていうそういう土壌がある」と述べるように、C病院にはクリニカル・パス導入以前から「患者のため」という観点に志向する組織的な土壌があった。しかし、94年の病院の移転や患者数の増加による業務の多忙さから、C病院の院長が「患者さんからの投書の中で満足度に関する苦情が入っていた」と述べているように、その組織的な土壌が有効に機能していなかった⁽¹²⁾。そのため、例えば医療行為について、患者が医療者に説明を求めたり、質問をしたりしても、医師が手術中等の事情から、夕方に返答が寄せられる、といった事態が生じていたのである。C病院の院長はこうした点について、当時スタッフに問い質しても「うちのスタッフ

はきっちり（説明等を）やっているみたい。ところが患者さんの印象には残っていない」問題であるから「なかなか難しい」と捉えていたと述べている。また、C病院のある看護職はこうした状況について「先生も忙しいし、看護婦も忙しい、で、患者さんからの苦情もありまして、もう全然構って貰えないとかですね、もう（医療的措置について）聞こうと思っても、そういう風に看護婦さんバタバタして聞いてくれないとかですね、そういう苦情があった」と振り返る。そうした状況に対して、この看護職は、クリニカル・パスが導入されれば「私達はそういうの（インフォームド・コンセントの不十分によって生じる不安から、医療的措置の説明を再度求められること）がなければそういう無駄な労働、業務がなくなるっていうか。要はベットがフル回転でいっていたってことと、その業務を無くすこと、そういうことを考えた時にはやはり患者さんの協力がないと、ということで患者さんに良く分かって貰えればもっと上手く行く」と捉えていたと述べている。

C病院でクリニカル・パスが導入された当初は、こうした状況を打開することが目的とされていた。そこで、当時のC病院の医療者側が予め想定していた患者の不安感に対処するために、簡略なものであれ、クリニカル・パスを導入することで患者になされる医療的措置とそれに関わるワークを明示することが試みられた⁽¹³⁾。つまり、本稿の用語を用いるならば、まず「病の軌跡」を患者に提示する中で「患者のワーク」を明確にすることによって、インフォームド・コンセントの充実が目指されたのである。その中でも、クリニカル・パス導入当初、そのことが「情緒のワーク」の遂行に与えるであろう効果として目指されていたことは、以下の2つの点に纏めることが出来よう。

第1点としては、入院時の説明において医療的措置の内実が不明確であることによって生じる患者の不安感に対する「情緒のワーク」の遂行の恣意性を無くすことが挙げられる。この点についてC病院で最初にクリニカル・パスを導入したX病棟の医師は、クリニカル・パス導入によって、入院当初の患者への説明を充実させる際に配慮したこととして、「初めて治療を受けるときとか検査を受けるときとか、不安がありますよね、明日、どんなことになるんだろうかとかね。まあこういうストーリーで、一日が、治療が終わっていくんだなっていうことを知っていただくと、随分やっぱりこう、安心して受けられる」ことを目指したと述べている。そして、クリニカル・パスが導入されたことで、入院時の説明においては、「もういつ抜糸しますとかね、いつ風呂に入っているんですかとかね、点滴いつまで続きますとか不安から生じる質問もうない」状況になり、「パスを使いだしてからの、前と後では患者さんの不安が違う」ようになったと感じた、と述べている。これは、入院時の説明という局面で患者が感じるであろう医療的措置に関する不安に対して「病の軌跡」を提示し、医療的措置の説明を患者に明確に把握させることで「患者のワーク」を明確化する中で、「情緒のワーク」を確実に行うことで、その遂行の恣意性を解消することが目指されていた、と捉えることが出来よう。

第2点としては、入院という事態における患者の心理的状态から、入院時の説明という局面だけでは補いきれない医療的措置に対する不安感に対処する「情緒のワーク」の遂行の恣意性を無くすことが挙げられる。この点についてC病院の院長は、たとえクリニカル・パスを利用した説明であっても入院時には「患者さんっていうのは自分が病気になってパニック状態にな

っているわけです。そういう精神状態にある中で医療者がちゃんと説明をしましたよと言っても患者さん聞いていないということにもなる」という状況があると述べている。つまり、たとえクリニカル・パスを用いた入院時の説明であってもそれだけでは不十分だと捉えていたのである。そうした点を補うためにC病院の院長は、クリニカル・パスを導入し、それを常に患者のベットサイドに貼付し、患者がいつでも見られるようにした。そのことによって「そうすればその時にもうパニックになって分からなかった所がまた聞き返すこともできる」し、「(クリニカル・パスは)入院してから退院してまでの医療行為の予定表ですから、医療スタッフは不安について、誰でも説明出来るわけですね。で、患者さんはそういうことによって安心出来る」ような状況を作り出すことを目指したと述べている(14)。これは、患者が医療的措置の内実について入院時の説明という局面以降に不安を感じた際にも、「病の軌跡」を見ることで医療者に説明を求めることを可能にするといった点で「患者のワーク」を明確化すること、そしてそれに対して医療者が対処することが可能になる状況を作ることで、「情緒のワーク」の遂行の恣意性を解消することが目指されていた、と捉えられよう。

このように、C病院でクリニカル・パスが導入された当初置かれていた目的としては、患者が医療的措置の説明を明確に把握したり、それへの説明を求めたりすること、といった、「患者のワーク」への予断が医療者に存在していたということは否めないにせよ、まずクリニカル・パスという「病の軌跡」を患者に明示し、そのことで「患者のワーク」を明確化することによるインフォームド・コンセントの充実があった。その中で、「情緒のワーク」に与えうる

効果として目指されていたこととしては、まず入院時の医療的措置の説明という局面で「病の軌跡」を明示し、医療的措置の説明を患者に明確に把握させるといった点で「患者のワーク」を明確化する中で、「情緒のワーク」を確実にを行うことでその遂行の恣意性を解消することがあった。また、「病の軌跡」を患者に常に明示しておくことで、入院時の説明後に患者が不安感を抱いた際には医療者に再度説明を求めることを可能にするといった点で「患者のワーク」を明確にすること、そしてそれに対して医療者が対処することが可能になる状況を作ることによって「情緒のワーク」の遂行の恣意性を解消することがあった(15)。

このように捉えるならば、C病院においてクリニカル・パスが導入された当初、目的とされてきたことは、第一節で述べた(A)の問題の解消を試みることであったと捉えることが出来る。そして、その限りにおいてのみクリニカル・パスが効果を持つとするならば、C病院における「情緒のワーク」の実践は、(B)の問題点を解消しきれないものに止まっていたかも知れない。しかし、C病院におけるクリニカル・パス導入は、それがなされることによって派生した、当初予期されていなかった医療者—患者関係における様々な変化から、(A)の問題点を解消するに止まらない効果をもたらしたと思われる。この点について、更に検討を進めていこう。

3. 「情緒のワーク」と「患者のワーク」の統合に向けて

3-1. クリニカル・パス導入による医療者—患者関係の変化

C病院でのクリニカル・パス導入を契機とし

た医療者—患者関係の変化は、前節で見てきたような、クリニカル・パス導入当初に予期されていた範囲に止まらない変化へと至っていく。そしてその中で、C病院で導入当初目的とされていたインフォームド・コンセントの内容もより一層充実されていく。

その前提として、クリニカル・パスの導入によって「病の軌跡」が明示されたことから、患者に対して治療内容を何度も説明したり、そのために医療者間で連絡を何度も取り合ったりするといった業務が減少し、前節で述べたクリニカル・パス導入以前の医療者の状況が改善されたことが挙げられる(16)。このことは、クリニカル・パス導入当初に予期していた、「無駄な業務」がなくなるという効果のみならず、ある看護職がクリニカル・パス導入時を振り返りつつ「(パスが導入されることによって) また新たに時間が出来て患者さんのケアが良くなり、生活まで、そういうことに目を向けられるような部分も出来てきたかな、と思います。(それまでは) 時間が無かったんでしょうけど」と述べるように、C病院に元々存在していた「患者のため」という組織的な土壌に立ち返り、患者への働きかけのあり方を新たに解釈出来る条件をもたらしたと考えられる(17)。

このような条件が、医療者に、これまでの患者への働きかけのあり方について、自身の内省過程において新たな解釈を行っていく余地を生じさせた。こうした内省過程における新たな解釈は、相互行為論的な観点に立つならば、「『自分自身との相互作用』は『社会的相互作用』が前提とされ」(船津 [1976:16]) る中で、「他者の行為を解釈または『定義』している」(Blumer [1969=1991:102]) ことによって成立している。つまり、自己—他者の相互行為が織り込まれる中で自己の内省過程が生じ、その中で「行為者

は、自分が置かれた状況と自分の行為の方向という見地から、意味を選択したり、検討したり、再グループ分けしたり、そして変形させたりする」(Blumer [1969=1991:6]) ことが出来る。こうした観点に立つならば、医療者の内省過程における、患者への働きかけのあり方への新たな解釈は、患者との相互行為のあり方の変化と切り離して考察することは出来ないし、その中で可能になると捉えられる。また同様に、(3-2で詳述するように) 患者の内省過程における新たな解釈も、医療者との相互行為のあり方の変化と切り離して考察することも出来ないし、その中で可能になると捉えられる。つまり、クリニカル・パス導入によって医療者に生じた内省過程における患者への働きかけの新たな解釈は、クリニカル・パス導入によって生じた患者の内省過程での新たな解釈による相互行為のあり方の変化と同時相即的に生じうるものである。そうした同時相即的な過程の中でも、患者の内省過程における新たな解釈と、それによる相互行為のあり方の変化こそが、C病院でクリニカル・パス導入当初、予期されていなかったものである。そしてそのことが、「患者のため」という組織的な土壌に基づいた医療者側の働きかけについての内省がクリニカル・パス導入により可能になるという外的条件と併せ、患者への働きかけの解釈図式のあり方を新たにすることに結びついたのである。

以下では、こうした観点から医療者—患者関係における同時相即的な過程によってもたらされる医療者側の患者への働きかけについての解釈図式のあり方の変容を分析することを通して、冒頭で述べた(B)の問題点についての検討を行っていく。その中では変容の経緯に即して、①まず、クリニカル・パスが導入された当初の段階で、患者に「病の軌跡」が提示されること

によって生じた患者の変化と、それに相即した医療者の変化を3-2節で論じる。②そして①に基礎づけられた、クリニカル・パスというツールの更新段階における医療者の変化を3-3節で論じる。さらに③クリニカル・パスというツールの運用場面での医療者の変化と患者の変化について3-4節で検討する。

3-2. クリニカル・パスによる「患者のワーク」への新たな解釈

まず、①の点について事例から考察を進めてみよう。C病院のある看護職は、クリニカル・パス導入当初に予期していなかった医療者—患者関係における患者の変化について、以下のよう述べている。

【事例1】私達は、あの当初求めていたのは患者さんに、協力して頂けないかっていうのはあったんですね。だから、患者さん自身に、こう、忘れないでやって頂く。そして退院が何日って決まったら、その退院の日にはちゃんと帰って頂ける。そういうこう、あったんですよ。でもそれ以上っていうのは、あんまり当初のその時点では考えていなかったこととして、その、患者さん自身からの、良くなるうという意識、この通りにいきたいっていう意識ですかね。何かそのエンパワーメントする、自分自身を、で、協力していく。患者さんがこんなに早く良くなられるんだって。

この事例では、クリニカル・パスを導入した際に医療者が予期していなかった効果として、「病の軌跡」が明示され、「患者のワーク」が明確化される中で、医療者に説明を求めること、といったような、医療者が予期していた側面を超えて、「患者のワーク」を行い、それについ

ての新たな解釈を行っていくようになったことが示されている(18)。

このように新たな解釈を行っていくようになったことから生じた患者の変化について、C病院のある看護職は「自分も医療に参加しているんだという意思が出た典型的な例」として、「パスを作り替えていこうとする段階で患者さんからご意見を頂いたこと」、つまり患者がその内省過程において新たな解釈を行う中で、自身の多様な心理的ニーズに即して医療者に意見を述べるようになったことを挙げている。こうした点は、クリニカル・パスが導入され、「病の軌跡」が明確になり、「患者のワーク」が明確化されることによって、医療者が予期していた側面を超えて個々の患者が「患者のワーク」をその個別性に即して行い、それを基盤として医療者—患者関係において個々の心理的ニーズの多様性を医療者に伝えることが可能になったと捉えることが出来よう。

その内容は、具体的にはたとえばこの看護職が「患者さんの身になってみれば、(パスに示されるような)バスタオルじゃない、大きなバスタオルこれだけ必要な部分と、あと、他に必要な部分はここの時にこういう風にするといいんだ」と述べるように、些細なものであったかもしれない。しかしこの看護職は、こうした患者からの意見を元にして、後に述べるクリニカル・パスというツールの更新段階においてそうした意見を組み込もうとした。このことを振り返りつつこの看護職は、クリニカル・パスが導入されたことによって生じた自身の内省過程における患者への働きかけの新たな解釈のあり方として、「患者さんのご意見を頂いて心配心配っていても、それぞれ不安に思ってる内容っていうのにはそれぞれに色々な心配があった、っていうのには気づきましたね。でもそ

れを私自身の中でもしっかりと聞いていく、逆に聞いているように」なり、その中で、「私たちも非常に考え方が変わらせて頂いたっていう、こういう患者さんだっというイメージをしなくなるっていう看護婦の一つの変化」があったと述べている。この点は、医療者の内省過程において、クリニカル・パス導入によって、以前からあった「患者のため」という組織的な土壌に立ち返った患者への働きかけを行う内省が可能になる中で、医療者—患者関係において前述した、患者からの意見を聞くといったようなことから、クリニカル・パス導入当初に予期していなかった側面で「患者のワーク」の多様性とそれに基づいた患者の心理的ニーズの多様性があることへの気づきをもたらされたと捉えられる。そしてその中で、医療者の内省過程において出来るだけ「情緒のワーク」の内容の恣意性を排除しようという態度が生じたと捉えることが出来る。

こうした点に基礎づけられることによって、クリニカル・パスというツールそのものを更新する段階においても、「患者のワーク」の多様性とそれに基づいた心理的ニーズの多様性を担保するため、医療者の恣意性を出来るだけ孕ませない形で「情緒のワーク」を行おうという姿勢が保たれていったと思われる。次に、この点について検討していこう。

3-3. クリニカル・パス更新段階における「情緒のワーク」の変容

これまで述べてきたように患者側の変化とそれに相即した医療者側の変化という、クリニカル・パス導入当初には予期していなかった変化が、医療者—患者関係において生じた。そしてそのことは、クリニカル・パスというツールそのものを更新していく段階でも反映されてい

く。その中で、「情緒のワーク」の内容について再考がなされ、クリニカル・パスというツールそのものを更新する段階においても「情緒のワーク」の内容の恣意性を排していく試みへと通じていったように思われる。以下この点について、検討を進めていく。

C病院では1996年の導入から現在に至るまで、クリニカル・パスを何度も更新している。この更新という段階では、たとえばC病院のY病棟では、まず、クリニカル・パスが導入された半年後に、それが患者にどのような効果をもたらしたかという点について、医療者・患者双方へのアンケートが試みられた。その上で、アンケート結果等を元にした医療者間の話し合いが行われ、クリニカル・パスが導入された当初はパスに記載されていたケア項目が食事、安静度、リハビリ、装具といった4項目であったのに対して、更に抜糸の時期、入浴の時期、退院指導等の10項目が加えられた⁽¹⁹⁾。この点について、Y病棟のある看護職は以下のように述べている。

【事例2】先生はもう最初は本当に4項目ですね、これで十分と思ってらっしゃったわけです。もう、どちらの医師も、そういうことってそれまで頭になかったわけですね。でも、やはり患者さんは、それ（追加されたケア項目のこと）がないとあんまり意味がないわけですね。それを入れ込むために話し合いをしたりアンケートを取ったりして、10項目を入れ込んだっという感じなんですね。本当はこのすぐ出来た時にですね、入れ込めばいいっていうのも気づいたんです。私共も患者さんも。もっとイメージできるんじゃないかって。でも、先生はもう、いい、折角作ったものをやっぱり受け入れが出来なくて、もう「自分は変える気はあり

ません」っていう感じで。だからそういう風なもの、やはり私共から、先生は患者さんの立場っていうのを知る機会になったわけです。

この事例では、クリニカル・パスが導入された当初に措定されていたケア項目は、患者側からの意見を取り入れていないこと等から、医療者が十分であると予め画一化して判断したものであったために4項目に止まっていたことが示されている。そして、その結果として導入当初のクリニカル・パスでは、「患者のワーク」についての画一化された予断が存在し、その結果「情緒のワーク」の内容が恣意的であった部分も存在したことが示されている。

それに対して、実際にクリニカル・パスを使用する中で、当初のままでは患者が入院生活中、並びに退院後の生活を含めた「患者のワーク」の多様性を想起し、そこから自身の多様な心理的ニーズを想起するには不十分であることに、患者が「すぐ出来た時に気づいた」と述べられている。それを起点として、「私共も患者さんも」という言葉に示されるようにクリニカル・パスを用いて患者と接することが多い看護職に対する患者の反応等があった。そしてまず、看護職の内省過程で「患者のワーク」についての解釈のあり方に変化が生じ、「もっとイメージできる」ように様々なケア項目を追加することが必要と捉えられたことが述べられている。しかし、たとえば医療者の中でも医師等の立場からは、そうしたケア項目を追加することが患者にもたらす意義をすぐに把握することが出来なかったため、医療者全体にそれがすぐに共有されなかったことが示されている。そのため、クリニカル・パスというツールがすぐに変更されることには繋がらなかったと考えられる。それに対して、「患者のため」という組織的な土壌

に立ち返って「話し合いをしたりアンケートを取ったり」する中で、患者への解釈のあり方の変化が持つ意義が医療者全体に再確認されたのである(20)。そして、クリニカル・パスというツールそのものを更新する段階で、医療者—患者関係において「患者のワーク」の多様性を考慮に入れ、「情緒のワーク」の内容の恣意性を出来るだけ排除しようとする結果がもたらされたのである。

3-4. クリニカル・パスの運用場面における「情緒のワーク」

このように、C病院ではクリニカル・パスというツールを更新する段階で、「情緒のワーク」の内容について出来るだけ恣意性を回避する方が模索された。しかし、クリニカル・パスというツールそのものは、疾患についての「病の軌跡」と、そこで必要となる「患者のワーク」についての医療者の画一化された予断を示すものでもあるため、患者の個別性を考慮に入れた場合、それを幾ら更新したとしても、「情緒のワーク」が医療者の画一化された予断という恣意性の下におかれる可能性が原理的に存在し続ける。そしてそれは疾患についての「病の軌跡」とは異なる位相においてより顕在化すると考えられる(21)。そのため、第一節で記した(B)の問題点について更に検討を進めていく必要がある。その際には、現在のC病院で、医療者—患者関係においてクリニカル・パスが実際に運用される際に、こうした原理的に存在し続ける恣意性がどのように認識されており、それに対してどのような対処が試みられているか、という点を検討することが重要となる。以下ではこの点について検討を更に進めていく。

まず、こうした点について、現在のC病院の医療者はどのような認識を持っているのだろうか

か。この点について、C病院のある看護職は以下のように述べている。

【事例3】 クリニカル・パスを作成する過程で、こう考えさせられるものになっていくとうか。たとえば何もしないでそのままスケジュール表のまま使ってしまったら、Aの患者さんもBの患者さんも同じことに。疾患だけだったらそれでいいかもしれないけど、患者さんのやはり人間性とか性格、心理面それから社会面というのは違いますよね。だからほんとにマニュアルの、使っていてもあれは疾患の部分であって、その人の社会生活とかですね、精神面、そういうものはあのマニュアルの中には入れられないんですね。やはり看護婦としては、パスを使いながら、プラスアルファ、付け加えていける、そういうようなことが凄く大事で。

この事例では、クリニカル・パスは幾ら更新を重ねても、それはあくまでも「疾患の部分」に関して医療者によって予め画一化されて判断された「病の軌跡」を提示するツールに過ぎないという認識が示されている。そして、患者の「人間性とか性格、心理面それから社会面」のこと、その中でもとりわけ「その人の社会生活」といった退院後の生活をも含めた「患者のワーク」に関わることについては、たとえ退院指導をクリニカル・パスに組み入れても「マニュアルの中には入れられない」こと、つまりそうした側面に関しては医療者があらかじめ「患者のワーク」の多様性やそれに基づいた心理的ニーズの多様性を判断することが出来ないという認識が示されている。そして、クリニカル・パスを更新する中で、実際に運用する際にそうした面に対処していくことの重要性を認識したことが述べられている。ここで重要な点は、クリニ

カル・パス導入の効果が第2節で述べたような点で止まった場合、「情緒のワーク」の内容の恣意性という問題点を解消するに至り得ないという限界——それは、原理的にクリニカル・パスというツール自体が持つ特性故に、パス自体によっては解消され得ない側面を含み込む——が、クリニカル・パスの導入から更新という過程で強く意識されたことであろう。

だが、クリニカル・パスが、画一化された予断に基づくツールであるためにこうした限界を持つからといって、それが前述したような個別の患者の「患者のワーク」の多様性や、それに基づいた患者の心理的ニーズに対処する際に全く意味を持たないことを直截に帰結するわけではない。前述したような「マニュアルの中に入れられない」部分に対処する際に、クリニカル・パスがその運用場面で有効な側面を持つという観点に至った経緯や、実際に有効でありうる点について、C病院のある看護職は以下のように述べている。

【事例4】 標準化を示しながら、そのずれた部分が見えてくるっていうことで、パスにこう、見えてない部分、落ちている部分を拾い上げるのがいかに重要かっていうのは、しながら分かってきました。この後どうなるんだろうね、っていう不安は、誰でもが入院すると持つと思うんですね。でも、何が不安なんですかって聞かれると、うーんって、何って言われてもねってなりますよね。色々あるしって。パスを導入することで、解決出来る不安に下げていくために、そのちっちゃくね、具体化していくためには生活の中で、例えば明日の治療のとか、いつ頃この治療が終わっていつ退院出来るかとか、そういう具体的なものに下げていけば、その答えっていうのは出しやすいと思いますね。

この事例では、クリニカル・パスという画一化されたツールを用いて患者と接する中で、かえって患者の個別的な心理的ニーズを「拾い上げるのがいかに重要か」ということが、「しながら分かってきたこと」として述べられている。また、クリニカル・パスがなければ、医療者が「何が不安なんですか」と聞いても、患者は「何ていわれてもねってなりますよね、色々あるし」といった状況にあると述べられるように、患者の個別的な心理的ニーズは、必ずしも直ちに具体的な形で医療者が把握できないことが示されている。それに対して、クリニカル・パスが導入されると、患者の個別的な心理的ニーズを「生活の中で」「具体化していくこと」が出来、それによって「解決出来る」ようになると捉えられていることが述べられている。このように、クリニカル・パスという画一化されたツールを起点とすることによって、それまでは漠然としていた個別的な心理的ニーズを具体的な形で把握することが容易になる、と考えられているのである。

では、このようなクリニカル・パスというツールの効果から、医療者—患者関係において具体的なものとして把握される個々の患者の心理的ニーズへの対処はどのように試みられているのだろうか。この点についてC病院のある看護職は、以下のように述べている。

【事例5】急に指導日（栄養指導やリハビリ指導のこと）を言われても分からないが、日時が決まっているので、前もって質問事項が用意出来る。で、この日に栄養指導とかって書いてある。で、自分は好きなものは何だろうって考えていくと、こういうものは食べられるんだらうかって聞く準備が出来る。だから、たとえば先

生からの説明がありますとか、退院についての説明がありますとかいうと、自分のところの坂道はこんななんですけど、歩いていいでしょうか。具体的に自分の社会的なそれが出せますので、たぶん私はいいと。看護婦も退院指導ってというのは今日はこの方しないといけないうのが分かってても、このパスがないと、明日退院指導だってなったときには、そこまで廻らないんですね、急に言われた時とか。

この事例では、現在の更新されたクリニカル・パスでは、予め退院に向けた指導日が盛り込まれ、時間的余裕が与えられることによって、患者が、「自分のところの坂道はこんななんですけど、歩いていいんでしょうか」という言葉に示されるように、個々の退院後の自身の生活の具体的なあり方をも含み込んだ「患者のワーク」の多様性に即した内省を行うことが可能となり、それを起点として自身の心理的ニーズを多様な形で医療者—患者関係において提示することが可能になることが示されている。そして、医療者にも、「そこまで廻らない」という言葉に表現されているように、クリニカル・パスによって予め退院指導の日時が明示されていることから、様々な業務を遂行する中で、個々の患者の心理的ニーズの提示に対処するだけの余裕が確保されることが示されている。そのため「具体的に自分の社会的なそれが出せます」と述べられているように、個々の患者の「患者のワーク」の多様性と、それに基づいた心理的ニーズの多様性に応じた「情緒のワーク」を、医療者—患者関係において行うことが可能になると考えられる。すなわち、医療者—患者関係においてクリニカル・パスを起点とした医療者・患者双方の内省に基づいた対話が可能となり、その中で、医療者が患者という「他者に対して

何をするべきかを定義し、他方では他者の定義を解釈」(Blumer [1969=1991:12]) することを通して、「情緒のワーク」の内容の恣意性を回避していると考えられる。

このように、現在のC病院の医療者には、クリニカル・パスというツールは、その運用の局面において、本節の冒頭で述べた「患者のため」という組織的な土壌に即した内省過程のあり方を絶えず担保させる機能を果たすものとして認識されているように思われる。

この点から捉え返すと、クリニカル・パスが実際に運用される場面において、それがツールに過ぎないが故に持つ「情緒のワーク」にもたらす効果の限界性が把握されつつも、患者との相互行為過程において、医療者が個々の「患者のワーク」の多様性と、それに基づいた心理的ニーズの多様性を考慮に入れることによって、医療者側の恣意性を出来るだけ排した「情緒のワーク」を行う内省過程へと至る経路を担保し続けた点に、C病院におけるクリニカル・パス導入という実践の意義があると言えよう。そしてそのことによって、インフォームド・コンセントの充実といった当初の目的も、第2節で述べた「情緒のワーク」の遂行の恣意性の解消といった点のみならず、「情緒のワーク」の内容の恣意性を出来るだけ排するという点に向かう中で、「患者のため」というC病院の組織的な土壌が絶えずより強固なものとして再構成されているのではないだろうか。

4. 終わりに

以上、本稿では第一節で述べた(A)、(B)の課題に則し、C病院におけるクリニカル・パスの導入とその後起こった医療者—患者関係の変化の過程を検討しながら、患者の心理的ニーズ

に対応するあり方についての考察を試みてきた。その中では、(A)については(α):クリニカル・パス導入が、「病の軌跡」を明示することを意味し、それによって「患者のワーク」が明確化されること、そのことを通して「情緒のワーク」の遂行に関する恣意性が解消されるあり方、が第2節で検討された。そして(B)については(β):クリニカル・パス導入後の医療者—患者関係の変容を検討する中で、「情緒のワーク」の内容の恣意性を出来るだけ排していくあり方、が第3節で検討された。そしてそのことによって、C病院でクリニカル・パス導入時に目的とされたインフォームド・コンセントの充実も、(α)のみならず(β)をも含み込んだ形で達成されると共に、「患者のため」という組織的な土壌も(β)の観点で導入され、より強固なものとして再構成され続けていることを確認した。

こうした点から、本稿を締めくくるにあたって、(β)の観点へと至った意義、すなわちクリニカル・パスの導入とそれがもたらした医療者—患者関係の変容が、単に導入当初に目的とされた(A)の問題性を解消するに止まらず、(B)の問題点を解消する試み、すなわち、「患者のワーク」の多様性とそれに基づいた患者の心理的ニーズの多様性を考慮に入れることによって、医療者の恣意性を出来るだけ排していく「情緒のワーク」を再構築し続ける試みに至ったことの意義を強調しておきたい。3-1節で述べたように、クリニカル・パス導入によって、「病の軌跡」が明示されないことによる患者からの苦情等への対応、といった業務が縮小され、その中で医療者に、「患者のため」というC病院の組織的な土壌に立ち返った自身の働きかけのあり方を内省する余裕が与えられた。また、3-2節で述べたように、「病の軌跡」が明確になる中で、「患者のワーク」が明確化されること

によって、患者が、クリニカル・パス導入当初に医療者が予期していた側面を超えて「患者のワーク」についての新たな解釈を行うようになった。それを起点として患者は、「患者のワーク」の多様性とそれに基づいた自身の心理的ニーズの多様性を医療者に提示することが可能となった。そして3-1節で述べたような組織的な土壤に立ちかえった内省が可能になるという条件があるが故に、それは医療者に受け入れられ、医療者の新たな解釈へと結びついた。

その上で、医療者も、患者がこうした過程を経て提示する個々の「患者のワーク」の多様性に即した「情緒のワーク」を行い、その恣意性を極力排することが可能となる。それが具体的に現れる第1の局面が、3-3節で述べたクリニカル・パスというツールそのものの更新という段階である。その中では、医療者の内省過程において、「患者のワーク」の多様性を尊重し、医療者の恣意性を出来るだけ排した「情緒のワーク」を行えるだけのツールを作成することが目指された。しかし、3-4節で述べたように、そのように更新されたクリニカル・パスであっても、画一化されたツールであるが故の限界から、たとえば患者の退院後の日常生活といった側面をも含み込んだ「患者のワーク」の多様性にはクリニカル・パスそのものでは対処しきれないことが認識された。そのような限界を補うために「情緒のワーク」の内容の恣意性を出来るだけ排していく第2の局面が、クリニカル・パスが実際に運用される場面での実践のあり方である。その中では、クリニカル・パスという画一化されたツールが、患者の個々の心理的ニーズを具体化する際に有効であるという認識が存在することが示された。さらに、そうして具体化された心理的ニーズに対処する際に、医療者・患者双方の内省に基づいた対話実践が目指

されていることが明らかにされた。

このように、現在のC病院の医療者には、クリニカル・パスは、画一化されたツールであるがゆえに、そのみでは「情緒のワーク」の内容の恣意性を排除しきれない限界を認識させるものでもあり得る一方で、「患者のワーク」の多様性とそれに基づいた心理的ニーズの多様性の認識に至らせるものでもあり得るというように、両義的に捉えられている。そして、クリニカル・パスが前者のような限界を持つが故に、後者のような観点から医療者に、患者への働きかけのあり方についての内省をその運用場面において常に促すものと捉えられている。こうした両義性の中で、絶えず自身の働きかけへの内省が担保されることによって、初めて「患者のワーク」の多様性と、それに基づいた心理的ニーズの多様性が考慮に入れられ、その内実が医療者の恣意性に委ねられない「情緒のワーク」の遂行が可能となるのではないだろうか⁽²²⁾。そして、こうした実践に至る方途の一つを、C病院のクリニカル・パス導入とそれに伴う医療者—患者関係の変容が指し示していると言えよう。

註

- (1) 患者が抱くニーズについては、註4でも触れるが、ストラウスらが「情緒のワーク」を医療的措置に対するニーズとの関連性から考察しているように、心理的ニーズとそうではないニーズとの間に厳密な区分を設けるのは難しい。そこで本稿では、まず「ニーズ」に関しては、社会生活の基本的欲求(wants)一般とニーズ(needs)とを区別し、ある人の状態が一定の基準から乖離していると見なされ、かつその状態の改善が必要であると社会的に認められたものをニーズとする三浦の定義(三

浦 [1995:60-61]) を援用し、個々の人間が抱える様々な問題のうち、専門職によって対処されることが求められるものをニーズとする。その上で、患者が疾患、並びにそれに対する医療的措置等に対して抱く不安等の感情経験から派生するニーズを「心理的ニーズ」と定義している。

- (2) この点については、たとえばペプロウが「看護とは、病人あるいは保健サービスを必要としている人間と、彼らの援助へのニーズを認識し、かつそれに応じられるような特別な教育を受けた人間関係」(Peplau [1952=1973:5]) と定義し、その上で「看護婦が巧みに心理的なニーズを解釈し、それらを満たした時に何が起こりうるか」(Peplau [1952=1973:8]) という問いを立て、看護職—患者関係における患者の心理的ニーズへの対処のあり方の考察を看護学の主眼に据えたように、看護学の創成期から主張されてきたことと言えよう。更に近年では、「患者中心」の医療への転換の一環としてこの点に力点がおかれている(武藤編 [1998:1-8等])。この歴史的経過を踏まえたものとしては、デコスターの論考(DeCoster [1997:152-158]) 等がある。
- (3) その詳細についてはたとえばストラウスらは、医療機器の扱い方をコントロールする「機械のワーク」、患者の身体の安全に関わる様々な環境的要因をコントロールする「安全のワーク」等を挙げている(Strauss, et.al. [1985:40-98等])。
- (4) ストラウスらの立論では、「情緒のワーク」は「患者を人間的に扱うという配慮が生じた時、あるいは医療的措置の円滑な遂行に必要と判断された時に具現する、様々な患者の心理に関わるワーク」(Strauss, et.al. [1985:129]) とされ、明確に定義がなされていない。しかしストラウスらの議論では、「情緒のワーク」が7つのワークへと下位分類されながら、医療的措置や退院後の生活に対して患者が抱く不安を静めること(=composure work)を通して、医療場面の秩序を維持しつつ患者の自己像

の安定化を図ること(=identity work)に主眼が置かれていることから(Strauss, et.al. [1985:132-139])、本稿では「情緒のワーク」を患者の心理的ニーズに対する医療者のコントロール、と操作的に定義している。

また、このように職務上自己/他者の感情経験をコントロールしていくあり方については、感情社会学では、「感情労働」(emotional labor)(Hochschild [1983:7]) という概念が提出されている。また、その概念を踏襲しつつ、他者の感情経験をコントロールすることを強調するために、「他者の感情管理」(emotion management of others) という概念も存在する(Thoits [1996:85-86])。本文中で紹介した感情社会学の研究は、いずれもこうした概念を用いて論じられたものである。しかし本稿では、概念の用法上の混乱を避けるために「情緒のワーク」に概念を統一して論を展開している。

- (5) ここではワークという概念について、ストラウスらの立論では患者が行う無意識的な実践から意識的な実践に至るまで広く用いられているのに対して、C病院でのクリニカル・パスの導入が、「病の軌跡」を患者側に提示し、医療者の「情緒のワーク」、患者の「患者のワーク」を明確に行うことを意識させたことを踏まえて、特に意識的なコントロールという側面に照準した再定義を行っている。
- (6) この点に関しては、註4で述べているように、ストラウス自身が「情緒のワーク」を医療的措置に従属したものとして定義しており、実際の医療場面ではそれがアドホックになされている点を批判していること(Strauss, et.al. [1985:128-150]) から証明できよう。
- (7) この点については他に、医療者が患者の感情経験に配慮することや、患者に肯定的な感情経験を示すことが医療者—患者関係で患者に対する報酬として機能し、医療者による患者の統制に寄与す

る可能性を指摘したトレヴィークの議論 (Trewick [1996:119-121])、医療者が患者の心理的ニーズの充足を目指す中で、患者の日常生活全般に渡って情報を把握することが医療者による患者の統制に寄与する可能性を指摘したベーカーらの議論 (Baker, et.al. [1996:192-193]) 等がある。

(8) 本稿は、2000年2月から8月に筆者と三井さよ氏が共同で行った、2度に渡る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病院 (1994年に新病院設立) であり、病床数は約400床、診療科は現在9科であり、急性期医療並びに救急医療に重点をおいた病院である。職員数は医師が約90名、看護職が約340名である。本調査では、院長・総婦長・事務長・薬局長・理学療法室長、及びクリニカル・パスの導入を最も早く試みた病棟の診療科長・婦長・クリニカル・パス導入当初から当該病棟に勤務している看護職、並びに最初に本格的に導入したとされる病棟の診療科長・婦長・クリニカル・パス導入当初から当該病棟に勤務している看護職に、クリニカル・パス導入によって生じた医療者間の関係の変化、医療者—患者関係の変化について、それぞれ1時間程度の面接調査を行った。第一回目の調査は、実際にクリニカル・パス導入によって生じた変化についての経験を質問紙に沿って伺い、第二回目の調査は第一回目の調査での回答の詳細を伺う形で行った。両方の調査時に内容を録音し、後日書き起こしたものを本稿の資料として用いている。引用中、特に断りがない場合、()内は筆者による補足である。この場を借りて、ご協力頂いた方々に御礼を申し上げたい。

(9) クリニカル・パスとは、ある特定の疾患について、入院から退院までのケア措置・検査項目・退院指導の期日等の経過をスケジュール表として纏めた、疾患毎に作られたフローシートである。それは、1980年代半ばに、アメリカにおいてザンダ

ーを中心に開発された (Zander (ed.) [1995=1998])。背景には、1983年に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であった医療費が、在院期間等に関わりなく疾患別に支払われるようになったため、在院日数削減を含めたケアの標準化・効率化が必要とされたことがある。名称としては登録商標との関係等から、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あるが、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。通常クリニカル・パスの運用の際には、インフォームド・コンセント用に患者に提示する、大まかな事項のみを記載したもの (=患者用パス、と一般に呼ばれる) と、医療者が個々のケア措置をチェックするために細かな事項を記載したもの (=職員用パス、と一般に呼ばれる) とがある。前者によってインフォームド・コンセントの充実が図られ、後者によって医療的措置の効率化や経営効率の改善が図られるとされている。その具体例としては、本稿末尾に添えてある2001年3月時点で、C病院において使用されている患者用パスを参照されたい。

(10) アメリカにおいては、クリニカル・パスはDRGS/PPS方式に伴ういわゆる医療的措置の質を確保した標準化・効率化を達成するためのツールとして導入されている。そのため、患者にもたらす効果としてのクリニカル・パスが持つアウトカム (=医療ケア後の患者の反応) についての評価も、主にいわゆる医療的措置への患者満足度とコストの側面からの評価がなされている (そうした研究例としてはグード (Goode [1995])、イレセン (Ireson [1997])、ロポポロ (Lopopolo [1999]) 等の研究がある。そこでは概ね肯定的な評価が下されている)。だが、日本においては、もちろん将来のいわゆる「日本版DRGS/PPS」の導入を見据えた医療的措置の標準化・効率化も考慮に入れるべきで

あるとされているものの(松下 [1999:2-17])、クリニカル・パスの導入段階である日本の医療の現状では、インフォームド・コンセントの充実によるケアの質の向上という側面から導入されるべきであると論じられ(阿部 [1998:54-55])、また、そのためのツールとして導入している病院が多い(C病院はそうした病院の一つでもある)(立川・阿部編 [1999:6-27]、長谷川編 [1998:36-37等])。

(11)本稿で述べるインフォームド・コンセントの内容は、一般的な解釈とされる「説明と同意」、あるいは医師の情報開示の義務と治療への専心(善行モデル)と、それによる患者の決定という観点から、インフォームド・コンセントを「本来的な自律的な決定権」(Faden & Beauchamp [1986=1994:91])とするフェイドン等の定義を超えた内容をも含み込むものである。何故ならば、C病院におけるクリニカル・パスの導入とそれに伴うインフォームド・コンセントのあり方は、上述したような医療者→患者という情報の流れを元にした決定という側面のみならず、患者→医療者という情報の流れを元にした決定という側面をも含むからである。こうした論点についての詳細は別稿を期したいが、本稿は、こうしたインフォームド・コンセントのあり方を可能にする医療者—患者関係についての考察という意味も持ち合わせている。

(12)こうした組織的土壌の具体的内容については、まずC病院がある地域では、他の病院が多く、その中で地域の「患者のため」という観点から急性期医療へと特化したことが挙げられる。その過程で、病院の移転に伴って急性期医療に即した病棟構成が試みられると共に、常にある程度の空床が確保されることで、急性期医療の役割を果たすために在院日数の削減が試みられた。本文中で述べた業務の多忙化と、患者からの不満はこのような文脈から生じている。また、こうした観点を確保するだけの職員への研修体制の充実や、人事考査

制等も導入されていた。その結果としてC病院の事務長は、クリニカル・パスが導入される以前に「病院は自分達のことを考えてくれているんだな」という意識が芽生えたのであり、それを通して、「この運動(「患者のため」に病院のあり方を徹底させること)に、何か自分もやりたいな」という意識が生じたことが、本稿で述べたようなクリニカル・パスによる変化に結びついたと述べている。

(13)一方で簡略にしなければならない理由としては、導入当初の医師の抵抗感が大きかったことも挙げられる。一般に——現在のC病院はその限りではないが——クリニカル・パスの導入に際しては、医師の裁量権を侵害するものと見なされることから、医師の抵抗が大きいとされる(立川・阿部編 [1999:17])。C病院でのクリニカル・パスの導入も、ある看護職が「先生、とりあえず今やっていることから書き出して下さい」というところから」と述べるように、医師の抵抗感が少ない領域から取り組まれた。

(14)実際に、C病院が行った患者満足度調査によると、クリニカル・パスの導入によりインフォームド・コンセントへの満足感は有意な向上を見せている。

(15)本稿では、医療者—患者関係での心理的ニーズという側面でのみ、C病院におけるクリニカル・パス導入の目的とその効果を論じている。しかし他に——クリニカル・パス導入後の予期せざる効果という側面が大きい——医療的措置の改善や、医療者間の連携の向上等の効果もある。こうした点についての詳細は、本誌に掲載されている三井の論考(三井 [2001])を参照されたい。

(16)一方で、これは医療者—患者関係において医療者側にも肯定的な効果をもたらしたと考えられる。対人サービス業等における「感情労働」(emotional labor)——本稿の用語を用いるならば、「情緒のワー

ク」遂行が規範化された状況——についての議論では、ホクシールドらの議論が、感情労働における自己感情の表出・保持の強制は自己の「真正」な感情を抑圧することから、自己感情からの疎外といった心理的負担をもたらすこと等の感情労働の否定的な効果が強調されてきたのに対して (Hochschild [1983:186-198等])、感情労働においては相互行為場面でのやり取りについてのガイドラインが成立することから、逆に心理的な負担感を減少させたりする、感情労働の肯定的な効果も存在することが指摘されつつある (Leidner [1993:125-178等])。この論点についての詳細は別稿を期したいが、C病院におけるクリニカル・パス導入においても同種の肯定的な効果もあったと考えられる。

- (17) この点については、クリニカル・パス導入当初を振り返る中である看護職が「最初患者さんに作ったパスを提示したときに患者さんのその喜びっていうか。私たちには驚きぐらいにですね。だから私たちに意欲を、患者さんの方が与えてくれた。患者さんの方が良いっていう評価が無ければ、私たち余り進まなかったかもしれない」と述べるように、クリニカル・パス導入に対する患者の肯定的な評価も同時に効果を持っていたと思われる。
- (18) 無論、患者自身がこうした新たな解釈を行いうる段階に至ることと、医療者に意見を述べる段階とは論理的には区分されうる。しかし、本文中でC病院の看護職が「典型的な例」と述べているように、患者の変化として医療者に明確に把握される位相に着目する意図から、こうした記述を行っている。
- (19) 無論、クリニカル・パスとは註9で述べたように、疾患毎に、入院から退院までの医療的な措置等を記載したものであるから、患者の心理的ニーズへの対処という側面のみが重点的に変更されたわけでもない。C病院でのクリニカル・パスの更新に際しては、手術法や投薬期間の変更等が行わ

れ、そこでは各医療者間の対話を通じた更新が大きな位置を占めている。

- 20) 本文中で述べた医療者の解釈の変容の論理を考察する際には、シュッツの「レリヴァンス体系」の優先性についての議論が参考になろう。「レリヴァンス体系」とは、各人の様々な解釈の中で、いずれの解釈を優先させるかという選定基準であり、「当面の目的に関係する諸要素を規定する」(Schutz [1962=1983:57]) ものである。そしてそれは、個人に関心に応じて変更されるものである (Schutz [1964=1991:318])。この点から見ると患者の意見・観点を受け入れた形で——患者の意見・観点を受け入れない形ではなく——クリニカル・パスを更新する際には、それが「レリヴァンス体系」において優位を占める必要がある。このことは、3-3節で述べたように、クリニカル・パスが導入されることによって、導入以前の「患者のため」という組織的な土壌に立ち返った上で、患者への働きかけのあり方の内省を伴った、各医療者間の「話し合い」の中で可能となった。この点についての詳細は、本誌に掲載されている三井の論考 (三井 [2001]) を参照されたい。

- (21) 無論、「疾患」という部分に関する「患者のワーク」についても、その多様性についての医療者の画一化された予断は論理的に存在しうるが、クリニカル・パスは、主に入院中の「疾患」についての「病の軌跡」を明示するものであるから、クリニカル・パスそのものを更新することでそうした側面を極小化していくことは可能であり、本文中で述べたパス更新の試みもそうしたものとして理解出来よう。それに対して、逆にたとえば「退院後の生活」といった局面は、上述した点からクリニカル・パスの限界が極大化しうる局面であると捉えることが出来よう。こうした点から3-4節では、主に「退院後の生活」という側面での「患者のワーク」の多様性とそれに対する「情緒のワ

ーク」の内容の恣意性という点に着目して論を進めている。
(22)ベーカーらが指摘しているように、こうした対話によって得られる患者の日常生活や生活史に関わる情報を把握することで初めて可能となる「情

緒のワーク」の位相が、医療者による患者の統制という医療化の可能性を内包しているということも出来よう (Baker, et.al. [1996:192-193])。こうした論点に関しては別稿を期したい。

文献

- 阿部俊子 1998 「クリティカル・パスでケアが変わる」『月刊ナーシング』18-8, pp.48-59
- Baker, Patricia, S.et.al.1996 "Emotional Expression During Medical Encounters:Social Dis-ease and the Medical Gaze", James, Veronica & Gabe, Jonathan (eds.) *Health and The Sociology of Emotions*, Blackwell. pp.173-200
- Blumer, Herbert 1969 *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, Prentice-Hall Inc. = 1991 後藤将之訳『シンボリック相互作用論：パースペクティブと方法』勁草書房
- DeCoster, Vaughn, A. 1997 "Physician Treatment of Patient Emotions:An Application of the Sociology of Emotion", Franks, David D. (ed.) *Social Perspectives on Emotion*, JAI Press Inc.pp.151-178
- Faden, Ruth, R.& Beauchamp, Tom, L. 1986 *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press Inc. = 1994 酒井忠昭・秦洋一訳『インフォームド・コンセント：患者の選択』みすず書房
- 船津衛1976『シンボリック相互作用論』恒星社厚生閣
- Goode, Coleen, J.1995 "Impact of Caremap and Case Management on Patient Satisfaction and Staff Satisfaction, Collaboration, and Autonomy", *Nursing Economics*, 13-6, pp.337-348
- 長谷川俊彦編 1998『クリティカル・パスと病院マネジメント：その理論と実際』薬業時報社
- Hochschild, Arlie, Russell 1983 *The Managed Heart:Commercialization of Human Feeling*, University of California Press.
- Ireson, Carol, L.1997 "Critical Pathways:Effectiveness in Achieving Patient Outcome", *Journal of Nursing Administration*, 27-6, pp.16-23
- Leidner, Robin1993 *Fast Food, Fast Talk:Service Work and The Routinization of Everyday Life*, University of California Press.
- Lopopolo, Rosalie, B.1999 "Hospital Restructuring and the Changing Nature of the Physical Therapist's Role", *Physical Therapy*, 79-2, 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
- 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
- 三浦文夫 1995『増補 社会福祉政策研究』全国社会福祉協議会
- 武藤清栄編 1998『こころの看護』医学書院
- O'Brien, Martin 1994 "The Managed Heart Revisited:Health and Social Control", *The Sociological Review* 42, pp.393-413
- Olensen, Virginia 2000 "Emotion and Gender in US Health Care Contexts:Implications for Change and Stasis in the Division of Labour", Williams, Simon, J. & Gabe, Jonathan & Calnan, Micheal (eds.) *Health, Medicine, and Society:Key Theories, Future Agendas*, Routledge.pp.315-332
- Olesen, Virginia & Bone, Debora 1998 "Emotions in Rationalizing Organizations:Conceptual Notes for Professional Nursing in the USA", Bendelow, Gillian&Williams, Simon, J. (eds.) *Emotions in Social Life:Critical Themes and Contemporary Issues*, Routledge.pp.313-329

- Peplau, Hildegard, E. 1952 *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, Putnum's son. = 1973 稲田八重子他訳『人間関係の看護論』医学書院
- Schutz, Arfred 1962 *Collected Papers I: The Problem of Social Reality, Edition and Introduced by Natanson, M. Nijkoff, M. The Hugu.* = 1983 渡辺光他訳『社会的現実の問題[I]』マルジュ社
- 1964 *Collected Papers II: Studies in Social Theory, Edition and Introduced by Brodersen, A. Nijkoff, M. The Hugu.* = 1991 渡辺光他訳『社会理論の研究』マルジュ社
- Strauss, Anselm, L. et al. 1984 *Chronic Illness and the Quality Life*, The C.V. Mosby Company. = 1987 南裕子監訳『慢性疾患を生きる：ケアとクオリティ・ライフの接点』医学書院
- Strauss, Anselm, L. et al. 1985 *Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press.
- 立川幸治・阿部俊子編 1999『クリティカル・パス：わかりやすい導入と活用のヒント』医学書院
- Thoits, Peggy, A. 1996 “Managing the Emotions of Other’s”, *Symbolic Interaction*, 19-2, pp.85-109
- Treweek, Geraldine, Lee 1996 “Emotion Work, Order, and Emotional Power in Care Assistant Work”, James, Veronica, Gabe, Jonathan (eds.) *Health and The Sociology of Emotions*, Blackwell. pp.115-132
- Zander, Karen (ed.) 1995 *Managing Outcome through Collaborative Care*, American Hospital Publishing Inc. = 1998 山内豊明訳『クリティカル・パス：最高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

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 特食へ	 21時以降 絶飲食	 術室退室後あれば 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 ケースにて搬送可	 器具使用後、ベッド フロック・後通リ許可	 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 (希冀時、内服・強痛・注射を投与)			→				硬膜外チューブ除去		
装具 リハビリ	 機能評価	 器具調整			 器具調整					 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	→		 抜糸	 ガーゼ交換終了		 創部のチェック	
保清	 術前入浴		 清拭		 清拭	 清拭	 清拭			 シャワー浴開始 *器具不潔		
内服・輸液 抗生剤	 薬剤師による服薬指導	 術後点滴維持	 点滴(夕)点滴	→		 抗生物質終了						
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退院相談	 退院時説明	

担当医：

担当看護師：

担当理学療法士：

(さきやま はるお)