

医療サービスにおける「便益遅延性」のマネジメント に関する一考察（後編）

— 医師インタビュー調査をもとに —

A Study on the Management of “Delayed Benefit” in Medical Services
: Based on Interview Research of Doctors (2)

高室 裕史*

Hiroshi Takamuro

本稿の目的は、「便益遅延型サービス」における価値形成とマネジメントに関して、医療サービスを対象に探索的な考察を行うことである。医師へのインタビュー調査を通して、医師が捉える医療の特殊性、医療活動における留意点、病院組織内での医師の位置付け等を確認していく。この結果、患者を主体としたストーリー形成と現実化という視点を中心に、そのマネジメントの可能性が示唆されることになる。なお、本稿はその後編である。

キーワード：便益遅延性、患者参加、医療サービス、ストーリー形成、質的データ分析

はじめに

本稿は、高室（2018）（以下、前稿と言う）に続く後編である¹⁾。前稿では、 α 病院の医師へのインタビュー・データを対象に、医師の認識や実践の状況を確認してきた。設定した調査問題は、第1に、「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」、第2に「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」、第3に「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」、以上の3点であった。

前稿では、主に、医療の特殊性に関する医師の認識と治療開始時までの段階における医師の認識を中心に事例記述を提示した。その結果、まず、医療の特殊性に関する医師の認識については、便益遅延性に関する特性も確かに認められる一方で、より直接的には、治療プロセスの多様性や治療結果の多義性が特に意識されていること、また、治療開始時までの段階における医師の認識については、患者とのコミュニケーションの重要性が意識されていることが確認された。

中でも特に、前稿に強調された点は、患者の治療開始時にみられる α 病院の医師の認識は、診断を下したり治療をしたりという医療行為それ自体というよりも、むしろ、その診断や治療行為

*甲南大学経営学部、〒658-8501 神戸市東灘区岡本 8-9-1

を起点としつつ、「患者を主体としたその後の治療のストーリーの形成」に取り組むものとして特徴づけられるという点であった。

すなわち、α病院の医師がコミュニケーションの重要性を強調する背景には、診断や治療に関する患者への情報伝達というよりも、個々の患者に、いかに「患者」としてのストーリーを受け入れてもらえるのかといった課題認識があることがみてとれる。そして、そこにおける患者との間での様々な認識の擦り合わせは、患者を主体としながらその後の治療のストーリーを形成していく取り組みとして位置付けうるものとなる。それは、医師がイニシアチブを取りつつも、個々の患者それぞれを主体としながら、「患者としてのストーリー」の形成に向き合う、そうしたプロセスとして医師の行為を捉える視点を強調するものであった。

本稿では、以上のような前稿の記述に引き続き、実際の治療プロセスに入る段階の取り組みから、α病院の医師を対象としたインタビュー・データによる事例記述を提示していく。以下、前稿に続く記述として、第IV章第8節から、本稿の記述を開始していく。

IV. 事例記述（ストーリー化）

8. 患者としてのストーリーに対する身体実感の影響

前稿では、特に、患者を主体とした治療に関するストーリーの形成という視点から、医師が強調する「コミュニケーション」の重要性を捉えつつ、患者が治療に向かっていくプロセスを捉えてきた。すなわち、医師がイニシアチブをとりつつも、あくまでも、患者自身が、まずは、それまでの「健康な私」から「患者」となったことを受け入れ、その後の治療に「患者」として主体的に関わっていくという認識の形成、いわば、「患者としてのストーリー」の形成のプロセスを捉えるものであった。

但し、「患者としてのストーリー」の形成とは、単に、一時点の認識の転換を指すものではない。患者の中において、その「患者としてストーリー」がさらに確固たるものとなるのか、あるいは別のストーリーへと変容していくのか、あるいは、元のストーリー、すなわち「健康な私としてのストーリー」に戻るのか、こうした展開は、常に、その後のプロセスへと先送りされていくこととなる。あくまでも、医師と患者は、そうした前提のもとで、それぞれのストーリーの形成に向き合い続けている。

以下では、こうした特徴が特にみられる事例として、主に、高室（2014a）等²⁾においても対象としてきた乳がんの専門家、及び整形外科の専門医のインタビュー・データから³⁾、まずは、患者が「患者としてのストーリー」を受け入れ、治療が開始された後の段階の認識をみていく。

α病院の医師へのインタビュー・データにおいて、患者が「患者としてのストーリー」を受け入れた後に、あらためて、その展開に大きな影響を与える要素になるものとして確認された点が、身体への侵襲を伴う治療による身体的な実感（以下、身体実感という）であった。乳がんの治療

の場合でいえば、手術や抗がん剤治療などがその一つとなる。

こうした治療は、医師の視点からすれば、通例的な行為の1つであり、その意味では、特段に大きな危険は伴うものではないと認識されるものであろう。しかしながら、患者にとっては、身体への侵襲を伴う治療は、少なからず、不安感を感じるものとして受け止められるものとなる。そして、ここでさらに確認しておきたい点が、その不安感が「本当にこの治療で良かったのだろうか」といった受診行為そのものへの疑義にもつながりうるということである。換言すれば、一旦形成されたはずの「患者としてのストーリー」が、あらためて「健康な私としてのストーリー」に引き戻されるような契機にもなりうる。

実際に、C 医師は、こうした身体への侵襲を伴う治療が、病気への接し方や考え方が変わるきっかけにもなるものとして、大きな影響を持つと語る。

【要約・抜粋 30】(C 医師)

私たち医療者からすれば、いろいろな手術の中でも、乳がんの手術は、体の内臓でもない臓器、胸の脂肪の塊のようなものを取るだけなので、そんなに大したものではないのですが、患者さんにとっては、今まで手術を受けたことが一回もない方もいる中、全身麻酔で手術を受けるのは一大イベントですので、手術に対する不安を持っている方が多いです。(中略)。

(病気への接し方や考え方が変わるきっかけとしては一筆者注⁴⁾) コミュニケーションも多少あるとは思いますが、やはり、そういう手術とか抗がん剤の方が(影響が大きいと思います)。

加えて、こうした治療が、患者の不安感を呼び起こすことになるもう一つの要因が、患者が事前に接していた情報から形成されたイメージである。例えば、患者が、インターネットやテレビ番組などを通して、その治療において生じうる最悪の事例等を見たり聞いたりしている場合がそれである。C 医師は、そのようなイメージを持っている患者について、たとえ、言葉での説明を尽くしたとしても、その不安を事前に払しょくすることはなかなか難しいという。

【要約・抜粋 31】(C 医師)

皆さん、身近で抗がん剤を受けた人がいなかったり、何か聞いたり見たりすることが最悪のケースだったりするので、それで自分がどうなるのかなという不安を(持つようです)。(中略)。

「(インターネットなどで)調べるとこんなことが書いてあった」と言われた場合などは、「インターネットの情報はいろいろあるから」というような説明をします。(中略)。(たとえば)、「昔のテレビのように吐いたりするわけではないし、抗がん剤も開発されて良くなってきているし、副作用予防の吐き気止めとか、そういうものも開発されて良くなってきているから、治療の中で実際に吐く人はほとんどいない」、とか「ちょっとムカムカしたり食欲がない感じが2~3日続くことはあるけど、これからはましに

なってくる、実際に吐く人はほとんどいない」という（ような説明です）。このように説明していくと、少しはその不安は減るのですが、それでも自分がまだやっていないから不安は残っている。それを自分がやってみて、吐かなかったなとかいうことで安心する。

では、こうした不安はいかにすれば解消しうるのであろうか。この点について、C 医師が強調するのが、他でもなく、身体実感それ自体である。すなわち、最も患者を安心させる契機の1つは、実際にその治療を行うことで体験される「特に問題はない」という身体実感に求めうるということである。

【要約・抜粋 32】(C 医師)

でも、手術が終わったら、乳がんの場合はもう次の日から食べたり歩いたりできるので、ほぼ普通の感じで過ごせます。前と同じ感じで過ごせるという。食べたり飲んだりできるし、多少傷の痛みはありますが、ほぼいつもどおりなので、このときに一回話すことが多いですね。(中略)。

また、抗がん剤に関しても、最初の投薬時の夕方などに行くと、「今のところ何ともないから安心」とおっしゃる方が多いです。

あらためて確認しておくとして、先に、身体的な侵襲を伴う治療行為は、患者の不安感を呼び起こすことで、一旦、受け入れられたはずの「患者としてのストーリー」を「健康な私としてのストーリー」のもとに相対化させるような影響を持つことを確認した。この観点からすれば、ここでまず強調される点は、その身体実感が、実際に治療を受けた後、「問題ない」ものとして経験されるものになるのであれば、むしろ、不安感が安心感に変わることを通して、医師とのコミュニケーションの内容に納得し、それまでに医師とともに形成されてきた「患者としてのストーリー」の確からしさを追認する要素になりうるということである。その場合、「患者としてのストーリー」は、より一層に、その後の患者の取り組みの方向性を示すものとして位置付けられることになりうる。

9. 身体実感の影響に伴うストーリーの調整・修正

しかしながら、その一方で、治療プロセスの進捗は、必ずしも、上記にみたような安心感につながる身体実感のみを前提にできるものではない。むしろ、医療者側の視点から認識される治療行為の成否とは別に、身体的な侵襲の程度や個々の患者の病状あるいはそれぞれの感じ方等に応じて、身体的負担や痛みあるいは機能低下などが意識される状態が強調される方が通例であろう。この場合には、こうした身体実感が、あらためて、「本当にこの治療で良かったのだろうか」といった受診行為そのものへの疑義を呼び起こす要素となりうる。すなわち、先にみた課題認識を繰り返

返すとすれば、一旦受け入れたはずの「患者としてのストーリー」への疑義が、身体実感により喚起されることで、患者のその後の治療プロセスへの参加行動に影響を及ぼしうるのである。果たして、こうした状況において、医師はどのような対応を行っているのだろうか。

この点に関して、B 医師に強調された点が、まずは、患者が直面している状況を、患者とともに理解し認めるということであった。その理解においては、「治ったか否か」ではなく、「患者が許容できる内容なのかどうか」に焦点がおかれる。そして、ひとまず、「今回の治療行為の成果はここまでの範囲であった」ということを互いに理解し共有することから始まることが強調された。

【要約・抜粋 33】(B 医師)

「認められた感」ということを、よく言いますよね。その患者の不便さを一緒に理解してあげるという。それはシンパシーということなのかもしれないけども。(中略)単に「治らない」というわけではなくて、まず患者さんがこれを認容できる内容なのかどうかということですよ。

患者立脚型評価といって、例えば、コップで水が飲めるかとか、携帯電話が操作できるかとか、そういうような点数を付けるものもあるのですが、それは、単に点数を付けるだけではなくて、右手が悪い人が左手で上手にそれをできることで認容できるかどうか(を問題とするものです)。(例えば、そうした評価において)「これができない」、「あれができない」ということになった場合に、それを完全に否定してしまうと患者さんはすごく傷つくのですよね。(そうではなく)彼や彼女のできないということをいったん認める。(そして、その一方で)、僕は、「治療を実施したけれども、(それ以上の)力は及ばず、ここまででした」ということから始まるのです。

そして、こうした現状に関する互いの理解と共有のもとで、あらためて、これからの見通しの検討と共有が図られる。B 医師は、これを「未来予想」と呼んでいる。すなわち、まずは、医師から、この後、症状の悪化がどこまで進むのか、また、逆に、症状がどこまで良くなるのか、という見通しを示す。そのうえで、いくつか、本人が意識していないような点も含めて、実際にできることをあらためて具体的に見せていくというものである。そうした取り組みの中で、医師への信用も生まれてくるとともに、治療への納得感や満足感も向上してくるという。

【要約・抜粋 34】(B 医師)

もう一つは未来予想です。これがこういうふうに悪くなるか、あるいはこれはここまでこれは悪くならないのだという未来予想をしてあげること、また、あなたはまだ不満はあるかもしれないけれども、これとこれとこういうことはできると。本人が忘れてしまっていることですね。そういうできることをいくつか具体的に見せてあげること。(中略)(そうしていく中で、医師のことを信用するような状態になると)一気に満足度が上がるのです。

以上にみられたように、身体実感を伴う治療プロセスの段階においては、ともすれば、患者の認識が「健康な私としてのストーリー」に引き戻されそうになる。この状況に対して、医師は、患者とともに、その認識を理解及び共有しつつ、逆に、現状の身体実感をその中に取り込みながら、「患者としてのストーリー」の調整や修正に患者とともに向き合っていこうという意識を持っていることが確認された。

では、このストーリーの調整や修正にあたって医師はどのようなことを行っているのでしょうか。引き続き、こうした視点から、α病院の医師に語られた内容をみていくこととしよう。

このプロセスにおいて、まず確認されるのが、当面の具体的な目標の設定である。先にも見たように、治療プロセスにおいては、どうしても、身体的な負担や痛みあるいは機能低下などが意識される状況が生じる。あるいは、手術等を行ったとしても、すぐに機能が回復するわけではない。こうした中、「患者としてのストーリー」にその主体として参加を促していく手段として示されるものの1つが「具体的な目標設定」である。当面の目標として、具体的に見えるゴールの設定を行うことで、治療プロセスへの患者の主体的な参加を促すことが試みられている。

【要約・抜粋 35】(B 医師)

やはりハードルのないゴールはあり得ない。(中略) だから (バラ色の結果としてのゴール像を具体的に示すようなことはないが)、途中も含めて、取りあえずの具体的な見えるゴール設定みたいなのをしてあげる。(中略) 例えば、「ここまで1カ月間頑張って手術を受けたら、今まで顔が洗えなかったのが、自分の手で洗えるようになりますよ」と。「その代わりに、今のままだったらここまでですよ」と。(中略) 目標ですね。目標設定のようなイメージですね。

また、設定される目標は、身体機能の向上をはじめとした医療上の目標だけではない。特に、予後が不明確な場合の対応の例として、D 医師からは、例えば、旅行に行くことや子供の卒業式への参加など、生活面における目標を患者とともに設定するような事例も紹介された。

【要約・抜粋 36】(D 医師)

こちらはもちろんエビデンスがあるものは生存率が高いものと考えているのですが、(患者さんにとって) 予後というのは、(現時点の病状に) 直結するわけではない。すぐに現れるわけではないというか、すぐには分かりにくい目標ですので、患者さんには、「今度、旅行に行くためには、今これをやっておかないと、そのときには行けないかもしれないから」とか、「入学式や卒業式には行きたい」とか、そういうものを目標にしたりする。そのために、そういうイベントを聞くようにしています。(中略)。私も、家族、子どもも含めた付き合いをしていることが多いと思うのですが、(どの医師も) 家族のことは聞いて (いると思います)。子どもがいるということであれば、何歳なのかとか、小中高生であ

れば、そういうイベントがいつなのかというようなことは、聞くようにしています。

なお、こうしたコミュニケーションを円滑に進めていくための留意点として、D 医師は、医師と患者の関係を、あくまでも「人間同士の関係」として位置付けることの重要性を強調している。

【要約・抜粋 37】(D 医師)

医師と患者というものは、結局、人間同士の付き合いというのは変わらない。相手を人間同士の付き合いとして、相手を思いやるとか、あとは、その人の状況などをできるだけ見るようにするとか、空気を読むとか、そういうことはやはり要るかなと思います。

以上、身体実感が「患者としてのストーリー」の相対化を引き起こすような状況において、治療への患者の主体的な参加をあらためて促していくために、医師は、患者との相互理解や当面の目標の活用、あるいは対等な関係の構築などを重視していることを見てきた。

但し、こうした意識のもとに取り組みが行われるにも関わらず、全ての患者が、あるいは全ての機会について、必ずしも、自身の治療に積極的に参加するとは限らない。負担感や機能低下を身体実感として感じる状況のもと、心理的及び身体的な葛藤のなかで、治療への取り組みに向けた意欲がどうしても生じないといった事態に陥るようなことは十分に想定される。

こうした状況への対処の1つとして語られたことが、「時間を置く」ということであった。C 医師は、例えば、「やる気がどうしても起きない」という理由でリハビリへの参加を拒む患者がいた場合には、その理由等をじっくりと聞いたうえで、無理強いせず、少し時間を置くような対処をとるようにしているという。

【要約・抜粋 38】(C 医師)

何か今日はやる気が出ないとか、例えばリハビリを今日はしたくないとかいうことは、何でしたくないとか、看護師と一緒に話を聞いたりとか、そういうことはあります。(中略)。

それでも、どうしても「疲れているから」というようなことであれば、「では、今日は休んで明日から頑張りましょう」と。(中略)。

(その日のリハビリをやりたくないというような場合に挙げられる理由としては) 例えば、やはり、何か、気分的なものが大きい方が一番多いです。ショックを受けているとか。例えば、隣のベッドに重症の方がいて、「その人にこう言われた。私はもう駄目なのですか」というようなことを言う方もいらっしゃいます。

10. α病院における医療者の連携と役割分担

以上に、患者を主体とするもとで一旦受け入れられたはずの「患者としてのストーリー」が、身体への侵襲的な治療や病状の変化に伴う機能低下などの身体実感の中で、あらためて「健康な私としてのストーリー」と相対化される契機にさらされうること、その中で医師は、その状況に対する互いの理解や共有を図るとともに、逆に身体実感をもその中に取り込みながら、「患者としてのストーリー」の調整や修正に患者とともに向き合っていること、α病院の医師に示されるそうした認識を確認してきた。

但し、ここで、α病院のもう1つの特徴として強調しうることがある。それは、α病院の医師には、こうした取り組みが、専門内の医師だけで行われているわけではなく、他の部門や看護師や理学療法士あるいは薬剤師といった職種間の連携のもとに行われているという認識が確認されるということである。前稿でも一部確認はしてきたところであるが（【抜粋 13・14】⁵⁾）、以下、あらためて、その点を確認していくこととしよう。

まず、強調されるのが、看護師との連携である。例えば、乳がんの治療を専門とするD医師とE医師からは、「医師だけではなかなか知ることが難しいような情報」が、看護師との連携のもとで把握できているという認識が示された。

ここでいう「医師だけではなかなか知ることが難しいような情報」としては、大きく2つの種類が挙げられる。1つが、医師でも知ることにはできるが、時間がかかるために実質的には知ることが難しい情報である。例えば、先に、患者の目標設定に際して、患者の背景等の把握を行う必要があることをみたが、こうした情報を把握するためには時間をかけたコミュニケーションが必要となる。D医師からは、α病院では、こうした情報の把握に関するサポートを看護師が自然に行うような関係が、医師と看護師との間に構築されていることが語られた。

【要約・抜粋 39】(D 医師)

（患者がエビデンスに合わないようなことを）ご自身でされようとするような場合には、やはりちょっと看護師さんに入ってもらったりすることもあります。（中略）。困っているときなどは、本人がどこまで治療に対して重点を置いているとかを聞き出してもらって。でも、あくまでそれは本人の人生なので、それでもやはり仕事の方が大事とか、家庭の方が大事ということだったら、ちょっとこちらでも考えていきます。もちろんこちらは治療に一番重点を置いているけれども、全ての人が治療に一番重点を置いているというわけではなく、その人は違うかもしれないというのもあるので。ただ、私が診察時間で患者さんにじっくりとそれを聞き出すとなると結構時間がかかるので、そういうものを看護師さんにやってもらったり（しています）。

もう1つが、時間をかけたとしても、医師には知ることができない情報である。例えば、患者

から医師には言い難いために直接には伝えようとしなない情報や、医師が直接には関与していない場で生じるような情報である。α病院では、こうした情報の把握や伝達についても、看護師が自然にサポートを行うような風土があることがうかがえる。C 医師は、α病院では、例えば、外来における患者とのトラブルの情報や、患者からは直接医師には伝えられていない患者の情報が、看護師を通じて医師に伝わることで、概ねの状況が把握できる状況となっていると語る。

【要約・抜粋 40】(E 医師)

治療方針だけではなく、患者さんとのコミュニケーションなどで問題があるようなケースは、その都度相談をできればするようにしています。(中略)。例えば、何か問題があるようなケースは、外来などでも、医者だけではなく看護師さんもいるので、看護師さんの方からもまたそういう情報が耳に入ってきたりします。ちょっともめていたり、ややこしいものは、大体は把握できます。ただ、本当はひどくもめる前に、まずは担当している医者がみんなに相談するという形がいいとは思っていますが、それはなかなか、個人で変わってくる部分はあります。(中略)。

(看護師とのやり取りについては)患者さんは、医者に言えないことを、結構、看護師さんに(言われます)。看護師さんの情報というのは大事だと僕は思います。(中略)あとは自分の患者さんではなくても、他の先生の担当の患者さんが言っていることも聞いたりします。

加えて、α病院における乳がん治療の体制の特徴として強調されるのが、認定看護師の存在である。認定看護師は、専門的な知識や視点をも交えながら、患者の生活上の問題など、治療に付随して生じる問題などの解決にあたることで、医師が直接には行えないような問題に関して「頼りになる」サポートを行う存在となっている。

【要約・抜粋 41】(C 医師)

どこの病院もそうではないとは思いますが、ここは、認定看護師が何人かいて頼りになる。自分の信念や家族の問題でなかなか治療に入れない、例えば子どもに障がい児がいてその子の世話を誰もできないから治療できないというような方もいらっしゃいます。そういう治療ではない面について、どのような医療サービスを進めていけるのかというような、私たちが治療以外であまり分かっていないことを認定看護師が解決してくれたりすることも結構ある。治療は家族の問題が大きかったりするので、そこが解決できたら患者さんも治療できるということがあったりすると思います。

また、B 医師からは、整形外科を専門とする立場から、看護師に加えて、理学療法士の役割も強調された。特に、患者がその治療プロセスに参加していくモチベーションの維持・向上に際して、先にみたように、医師は、目標を示すといった取り組みを行っているが、一方で、その後の

過程に全て関われるわけではない。この課題の解消の要となるのが、看護師や理学療法士であると認識されている。すなわち、「患者が途中で折れそうなところを折れさせないで治療を継続する」という状況をサポートする役割として、看護師や理学療法士が位置付けられている。また、入院患者等の状況把握においては、看護師や理学療法士を交えたチェックが行われている。治療プロセスにおいて、こうした職種間での役割分担や互いのサポートあるいはコミュニケーションは、不可欠のものとなっていると認識されている。

【要約・抜粋 42】(B 医師)

役割分担というか、僕らはあくまでもゴールとそこへの道を提示してあげる。そして、途中でへこたれてくる人には、理学療法士のサポートなどのパラメディカルの力でしょうね。僕らはやはり言い放しというところがあるから。それを全部付きっきりで僕らがやっていると、それこそ手術もできなくなってしまうので。そのあたりをサポートして、彼らが折れそうなところを折れさせないで続けさせてくれるのは、僕らの病院の中ではやはりリハビリの方が大きいですね。

(中略) また、それ(コミュニケーション)は絶対必要です。僕らもいつも毎週回診の後、入院している人たちの状態や問題が出てきていないかななどを、看護師と理学療法士と一緒にチェックする。ちょっとした30分ぐらいでも構わないのですけど。

以上のような連携も含めて、 α 病院の1つの特徴として、職種間や部門間の柔軟な連携が自然な形で行われている様子がうかがえる。A 医師は、 α 病院では、他の大規模な病院でみられるようなセクショナリズムがなく、部門間の連携が実現しているという印象を語っている。

【要約・抜粋 43】(A 医師)

感じるのは、他領域の診療科との連携が比較的あることです。セクショナリズムというか、「他領域の診療科は、全く別々」という病院も結構ある。特に大学病院など、組織が大きくなると、科が違えば別の会社ぐらい、セクショナリズムがすごく強いところがあって、そういうところは非常に治療がやりにくいです。例えば肺がんで入院して、別の病気が出たときに、そのことについて他の科に相談しようとしてもできないとか、そういうことが本当にあるのですが、ここは、そういうセクショナリズムはないかなと。

11. α 病院における医療者の連携の背景①(構造的な要素)

以上、 α 病院では、大規模な病院でみられるようなセクショナリズムがなく、職種間や部門間の柔軟な連携が自然な形で実現しているという認識が医師に持たれていることを見てきた。

では、こうした連携が実現している背景として、 α 病院にはどのような特徴が認められるので

あろうか。この点に関しても、医師のインタビューから、いくつかの要素が確認された。例示的にはなるが、その中から、まずは、構造的な特徴として示された内容のみていくこととしよう。

第1が、病院の規模である。例えば、大学病院のような大規模な病院とは異なり、α病院では、各科の医師と互いに知り合える程度の規模であり、それが連携の状況に影響しているのではないかという印象が、E氏により示されている。

【要約・抜粋 44】(E 医師)

(部門間の連携がとれているという点に関して) 病院の規模がちょうどぐらいなのだと思いますよ。大学病院みたいにこれ以上大きくなるとちょっとなかなか難しいかな。ある程度、大体各科のドクターの顔が分かるぐらいの規模なので、それが一番。顔を知っている人間と全く知らない人間からものを頼まれるのとは全然違う。それが、僕は、本当に大きいと思います。

第2が、医師及び看護師をはじめとした医療者数の充足である。医師や職員の人数が不足している場合、自身の部門の対応に追われることとなり、他の部門にまでは手が回らないという例が見られる。しかし、α病院の場合は、少なくとも現状では、互いの連携を実施できる程度には医療関係者数が確保されており、それが連携の実現の背景にあるのではないかという印象が、A 医師から示された。

【要約・抜粋 45】(A 医師)

一つは市中の総合病院ということもあるのかなということと、他の病院と比べると、まだ、人手が結構足りているのかなと。(中略)。これがやはり地方の病院などだとなかなか、自分たちのことだけで手一杯なので。

第3が、医療者が一堂に会するようなイベントの実施である。α病院では、従来から業務以外の場においても、院内の互いの交流を深めることを目的としたイベントなどが行われてきており、それが現在に引き継がれている。例えば、部門をまたがった忘年会や新年会あるいは歓迎会などがそれである。ともすれば、部門別の意識が強調されがちである医療組織において、このような部門の壁を払しょくしたイベントが実施される文化や風土があるということも、α病院の部門を超えた医療者の連携や関係構築の背景にあるのではないかという印象が、E 医師より示された。

【要約・抜粋 46】(E 医師)

(各科のドクター等の顔を知る機会が何かあるのかという点について) いや、普段の行き来で大体(知るようになります)。あとは、医局の忘年会や新年会、あるいは暑気払いみたいなものなど。医者全体

で年 2 回ぐらいやっていますし、あとは総合医局会という医者が全部集まって新しく入ってきたドクターが自己紹介するような場が、3 カ月に 1 回ぐらいあるのではないかな。その辺は割と、この病院ではやっているのかなと思います。(中略)昔からやられているので、それがそのまま続いているのですが、確かに、新たにやろうと思っても、誰が仕切るかとか(という問題が生じそうです)。(中略)あと、看護師さんや病棟での歓送迎会とか。乳腺外科では、外科の新年会などで、看護師さんや技師さん、乳がんに関わる他の病理の方、放射線科などと一緒に懇親会のようなものもやったりしています。本当にそれが大事だと思います。

12. α病院における医療者の連携の背景②(チーム医療の推進とその効果)

以上、α病院において職種間や部門間の連携が実現している背景について、まずは、構造的な特徴に関する確認という観点から、病院の規模や医療者数、あるいは部門を横断したイベントが行われるような文化・風土などに関する医師の認識を確認してきた。

但し、α病院におけるこうした連携の背景となるものとして、より強調される点がある。それが、「チーム医療」に関する取り組みである。以下、この取り組みに関する医師の認識を確認しておくこととしよう。

ここでいう、「チーム医療」とは、複数の医療専門職が連携して治療やケアにあたるべく結成された医療チームによる取り組みのことである。α病院では、例えば、感染制御チーム(ICT)、栄養サポートチーム(NST)、フットケアチーム、褥瘡対策チームなどをはじめとした複数のチームが組織されている。今では、こうしたチーム医療は、多くの病院に普及しているが、α病院の特徴として指摘しうる点は、このチーム医療が、比較的早い時期から実施され、部門横断的な医療活動が行われてきたことである。そうした中で、2011年には厚生労働省による「チーム医療実証事業」、また2012年には「チーム医療普及推進事業」にも選定されている⁶⁾。

D医師に紹介された緩和ケアチームもこのうちの1つである。緩和ケアチームは、乳腺外科の他、関係各科として、麻酔科外科や消化器内科、呼吸器外科の医師、また、関係医療者として、認定看護師を含む看護師や薬剤師、こうした部門を横断するメンバーによって構成された医療チームである。このチームには、そこでの取り組みが勉強になるということから、若手の医師も多く含まれている。また、具体的な活動としては、週単位で定例的に、認定看護師による報告とカルテからの情報収集に基づくカンファレンスを行ったうえで、全員で回診を行うといった取り組みが展開されている。

【要約・抜粋 47】(D 医師)

(緩和ケアチームについて)薬剤師が2人、あとはがんの認定の看護師さんも2人、あとは各科から、特に緩和ケアのがんに携わっているような科から先生が一応1人ずつ。(中略)。全員は揃わないことも

あるのですが、常に毎週木曜日にやっています。チームとしては、麻酔科の先生と認定看護師さん、薬剤師さんを中心に、あとは乳腺外科、外科、消化器内科、呼吸器から一応 1~2 人ずつメンバーで（構成されています）。（中略）

その方（認定看護師）が資料を作ってくれていて、それでプレゼンしてくれるのです。カルテから情報収集して、最初にそれ（カンファレンス）をして、実際に全員で回る、そういう感じですね。

（医師は複数のチームの担当を）掛け持ちしていますが、中心の掛け持ちはないと思います。ICT、感染などもあり、そのメンバーにもなっていますが、そのチームの中心はやはりそちらの先生です。

（チーム医療の目的については）もちろん患者さんの治療ですが、若い先生が行く方が勉強になるというので、多分4年目、5年目ぐらいが一番そういうものが多いかなと思います。

このチーム医療における医師の役割として強調される点の1つが、リーダーシップの発揮である。B 医師は、チームによる取り組みがうまく動くためには、まずは、リーダーシップを誰が果たすのが明確にされていることが重要であるという。そのうえで、 α 病院では、医師がリーダーシップをとるという文化があること、そのためにも医師のクオリティの確保は前提条件となっていることを強調している。

但し、あわせて、B 医師が強調する点が、 α 病院での医師によるリーダーシップの取り方が、決して、医師が「自分の城だけを守る」というようなイニシアチブの取り方ではないという点である。そうではなく、 α 病院では、病院全体としての風通しをよくするようなイニシアチブの取り方が、それぞれの医師によって実行されているという。こうした点が、 α 病院のチーム医療の1つ特徴となっていると認識されている。

【要約・抜粋 48】（B 医師）

（みんなでやろうというという考え方）はあります。それはあるのだけど、自分が医者だからかもしれないけれど、ある程度その中でリーダーシップは絶対必要。そういうものが動くときに、みんなが部門のリーダーをしていると、綱引きみたいになってしまうので。今のところ、ここの病院は良くも悪くもやはりトップは医者なので、そういうときに割と医者がイニシアチブを取っているという文化もありますね。（中略）

だから、医者のクオリティが下がったらもう絶対駄目でしょう。（中略）。（ただし、自分の城だけ守るというようなドクターについて）そういう先生もおられました。しかし、そういうときは、そのセクションは、ある意味ではとんがってすごく業績を上げるのだけでも、病院全体としてはやはり風通しが悪くなったりとかね。そうすると、そのトップの先生だけすごく有名にはなるのだけでも、病院全体としてはかえって迷惑だったりすることもありましたね。

また、α病院におけるチーム医療の特徴として、医師のインタビューに強調された点が、看護師等の協力意識の高さである。他の病院では、看護師や他の医療者が必ずしもチーム医療に協力的ではなく、決められた仕事に固執するような様子もみられる。こうした中、α病院では、看護師や他の医療者がチーム医療に非常に積極的に取り組んでいる点が特徴としてみられるという印象をC医師は語る。

【要約・抜粋 49】(C 医師)

(チーム医療について) 医師もそうですが、看護師もすごく一生懸命で、看護師以外の放射線技師や病理の技師なども、すごく積極的に治療に取り組んでくれています。乳腺では乳腺チームというチームがあるのと、緩和ケアチームがあります。(看護師や放射線技師、病理の技師などの) コメディカルの方がいろいろしっかりやってくれています。(中略)。

国公立の病院や特に大学病院など、病院によっては、「これは先生の仕事です。私たちの仕事ではない」というような、看護師さんが決められた仕事以外はしたくないというようなことがあります。そういう施設もあるけれども、うちは、結構、皆さんが、「この患者さんのために」ということで協力して、「もう少しこれをこうしてほしいのだけれども」というようなことをコメディカルの人も素直に受け入れてくれるかな、という感じはありますね。

加えて、C医師は、こうした看護師の意識の高さの背景には、いわゆる「生え抜き」の看護師が多いということが影響しているのではないかという印象も示している。すなわち、α病院では、看護師が定着することで同病院への業務内容や風土や文化への理解を深めるとともに、そうした看護師が上司や先輩となることで、若手に影響を与えていくというものである。C医師は、α病院の看護師組織の中に、こうした風土や文化を受け継いでいく流れがあるのではないかという見方を示している。

【要約・抜粋 50】(C 医師)

(積極的に協力する看護師等が多い背景について) 上からの教育ですかね。看護師さんなら看護師さんの上の先輩を見ていて、という。この病院の看護師さんはたまに施設を変わっている人もいるけれども、変わっていない方も多いと思うので。

以上、α病院のチーム医療の概要と役割分担に関する医師の認識を確認してきた。次に、こうしたチーム医療の取り組みにおいて、どのような効果が認識されているのかを確認していくこととしよう。

このチーム医療において、まず直接的な目的とされているのは、患者に対するケアの充実であ

る。その効果としては、例えば、緩和ケアチームの活動においても、複数の専門領域の視点から共同で診てもらえるということから、その活動が患者への安心感につながっているという効果が認識されている。

【要約・抜粋 51】(D 医師)

（インタビュアー：「先生方同士でいろいろとお話する機会にもなるし、患者さんにとっては専門の先生などを含めて診ていただけるということですね」）そうですね。多分患者さんは結構安心されていますね。緩和ケアというと何かもう終末期というイメージなのですが、そういう感じではなくて、精神的にうまくいっていない方とかでも割と相談しています。

但し、先にみてきたα病院における医療者間や部門間の連携の実現の背景の確認という観点から強調されるのが、チーム医療の取り組みによる副次的な効果である。医師のインタビュー・データから、次のような3つの認識を確認しておくこととする。

第1が、若手医師をはじめとした医療関係者への教育効果である。例えば、先にみたD医師のインタビュー内容【抜粋47】からも、若手医師への勉強の場としてのチーム医療の有効性がα病院内で認識されていることがうかがえたが、D医師自身も、チーム医療での経験が、現在の自身の診療スタイルの確立に役立ってきたという認識を示している。具体的には、D医師は、現在、電話等による看護師との柔軟な連携のもとに、患者の状況の把握等を行うという診療スタイルをとっているが、こうしたやり取りが自然に行えるようになった背景の一つに、α病院のチーム医療の取り組みがあるという。D医師は、当初、外来での診療を始めた際、そうしたやり方については、全く意識をしていなかったが、他の診療科メンバーや医療者と共に取り組みを行うチーム医療に参加したことが、看護師との連携の仕方をはじめとした現在の自身の診療のスタイルを確立していく1つの背景になったと振り返っている。

【要約・抜粋 52】(C 医師)

（看護師とのコミュニケーションについて）結構電話で。私が依頼するときは電話のことも多いです。来てくれた日に病棟の患者さんだったら病棟で。（中略）別にそうするようにうちの科で決めているわけではないので、どの先生もそうかはちょっと分からないのですが、私は電話をすぐしています。（中略）。

（今のようなやり方をとるようになった経緯について）4年目から外来をやっているのですが、最初はそういうのも全然分からなかったのですが、やりながら、上の先生に聞いたりとかですかね。あとは、緩和ケアのチームがあって、それに参加させてもらうようになってから、そこでいろいろと他の科の困った症例などのカンファレンスをしていて、それでこのようにしようと。看護師さんとか、薬剤師さ

んのチームなのですが、そこで相談したらいいのかなという感じで、そこで学んだのかもしれないですね。

第2が、医療チームを超えた医療者間や、職種をまたがった情報共有である。問題が見られたり、より対処が難しいような症例や患者については、チーム医療の取り組みを通して、まずはそのメンバーに内容が共有されるが、さらにその後、そのメンバー以外にも関係する医療者間に情報が共有されるという流れができています。このため、医師と看護師等のやり取りにおいても、互いに、事前の状況の了解のもとで、必要な事項を進めることができるようになってきているという印象が示されている。

【要約・抜粋 53】(D 医師)

(チーム医療への取り組みについて) チームには、専任の看護師さんもいますし、そういう問題なども伝言しやすいかもしれませんね。(中略) この病院は、チーム医療は充実しているのかなと思います。私もこの病院しか知らないということもあるのですが、緩和ケアのチームがあったりとか、そこで意見交換も割と活発にされていたりとか、それぞれが結構いろいろな症例に興味を持っているイメージがあります。チームでは、カルテをそれぞれが見て、情報収集して、それで意見交換しており、私が個人的にお話するような専任の看護師さんも、患者さんの話をしたら、「誰のことですか」ということはあまりなくて、大体「ああ、あの人ですね」という感じで、もう分かっておられます。多分カルテを見ておられるのだと思うのですか、そういう困った症例、患者さんに関する情報が伝わっていることが多いですね。それは多分、外来の看護師さんなどが伝えてくれているのかなと思います。

第3が、薬剤師等、医師や看護師以外の医療者のモチベーションの向上である。薬剤師等の医療者は、通常の業務では、医師や看護師ほど、患者に接することはない。しかしながら、チーム医療においては、薬剤師等も、患者に直接に接する機会が多くなる。この際、患者からの直接的な反応に触れることが、薬剤師等のモチベーションの向上につながっているという印象をC氏は示している。

【要約・抜粋 54】(C 医師)

薬剤師さんなどでも患者さんに説明したりなど、患者さんに、チーム医療としてコメディカルの人も接することが多いので、そこでまた患者さんの反応を押さえてきたりすることで、やる気というか(モチベーションの向上がみられるように思います)。

以上、α病院における医療者間や部門間の連携の実現の背景の確認という観点から、チーム医

療の効果を確認してきたが、ここに典型的にみられるような取り組みが、 α 病院におけるセクショナルリズムの低さを生み出す背景の1つにもなっているものと捉えられる。

V. 事例の整理と考察

前章（前稿を含めた第IV章。以下、同じ）では、先に整理された調査問題及び分析方法に基づき、 α 病院の医師へのインタビュー調査の分析結果としての事例記述（ストーリー化）を提示してきた。本章では、以上の分析に基づきつつ、前稿の第2章に設定した調査問題に関する考察を行うこととする。

前稿において設定した調査問題は、第1に「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」、第2に「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」、第3に「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」であった。各調査問題について前章の分析結果がどのような意味を持つものとなるのか、順に検討していく。

1. 医師における医療の特性と課題の認識

最初に挙げた調査問題は、「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」であった。

高室（2014a）等では、藤村（2008）による問題提起を契機に、医療サービスを「便益遅延型サービス」の典型の1つとして捉え、主として「患者参加」の問題を中心におきつつ、一連の分析・考察を行ってきた。その分析・考察から、患者及び看護師の実践の場面においても、「便益遅延性」という特性や「患者参加」にまつわる課題が、1つの論点となっていることを確認してきたが、医師においては、どのような認識が持たれているのか、これがここでの確認点となるものであった。この課題に対して前章に提示された α 病院の医師の事例の分析結果から導かれる示唆として、次の2点を挙げておく。

第1が、医師においても、医療の特殊性を「便益遅延性」の観点から捉えうる認識は確認されるということである。例えば、抗がん剤治療の事例がそれである。抗がん剤治療は、その心身への負担の大きさなどから、受診を躊躇する患者も多い一方で、受診後5年を迎えた患者の中には、「頑張ってよかった」という思いを感じる患者が少なからず認められるという印象が示されている（【抜粋1】）。

第2が、その一方で、医師からは、医療に対して「便益」や「満足」概念を適用することそのものへの抵抗感が示されたということである。そして、その背景として強調された医療の特殊性が、治療行為の「結果」は、必ずしも医師が認識する「結果」とリンクするものとはなるものではないという認識であった。それは、個々の患者の疾患や身体的状況の個別性及びそれに対して感じる患者の認識の多様性の双方に起因するものである（【抜粋2・3】）。すなわち、「誰の視点

から、何を以て便益とするのか」という点が常に不定であること、そして、その便益は、少なくとも「医師の視点から考える最良の医療的な行為とその成果」とは別ものであること、医師はこうした点に医療の特殊性を認識していることが確認された。

2. 医師が認識する医療活動への留意点

次に挙げた調査問題は、「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」であった。

高室(2014a)等による一連の考察では、 α 病院において比較的多くの事例においてポジティブな価値形成が実現している背景として、「機能的便益の獲得というよりも、むしろ価値観的便益の形成が鍵となっていること」、「医療サービスへの参加というよりも、むしろ医療サービスにおける価値形成の主体としての患者という位置づけがみられること」、「全人的な観点からの看護実践が進められていること」などが析出された。こうした考察結果と医師が留意している事項との関わりはみられるのか、みられるとすればそれはどのような認識や活動なのか、これがここでの確認点となるものであった。この課題に対して前章における α 病院の医師の事例分析の結果から導かれる示唆として、次の3点を挙げておく。

第1が、医師が、医療活動の成否を定める最も大きな要素として、「患者とのコミュニケーション」を重要視していることが確認されたことである。そして、あわせて強調しておくべきは、その一方で、医療技術や治療行為そのものの重要性を強調するような発話は特にみられなかったということである（【抜粋 4・5】）。この結果は、もちろん、医療技術の重要性を否定するものではなく、その技術等があることを前提としたものであると捉えられよう。しかし、医療技術等の重要性を前提としつつも、少なくとも、 α 病院の医師が、その医療実践の場面においては、特に、コミュニケーションの重要性を意識していることを浮き彫りにする内容であった。

第2が、このコミュニケーションが、「患者を主体としつつその後の治療方針や目標を設定していく」という点において強調されたということである（【抜粋 6】）。前章では、この点について、この課題が「それぞれの患者が、いかに患者本人がこれからの自身の生活の前提としていく世界としてその設定を受け入れていくのか」とみなしうるものとなっているという観点から、患者を主体とした「患者としてのストーリー」の形成という視点によってこの特徴を捉えた。そして、ここに、今回の考察の強調点が置かれることになった。すなわち、確かに、こうしたストーリーが患者の中にうまく形成されれば、そのストーリーは、医療者側の視点から客観的に測定できるような治療成果の成否とはまた別に、個々の患者の視点から医療プロセスの成否を判断する基盤となりうる。いわば、「健康な私としてのストーリー」から「患者としてのストーリー」に転換することで、評価軸そのものが差し替わることになるのである。ここに、先に見た医療の特殊性に伴う課題、すなわち、治療行為の「結果」と「成果」のリンクに関する課題を解消できる可能性

が認められることになる。

第3が、上記のような視点からすれば、医療サービスにおける医師の医療行為は、いかに、患者を主体としながら、患者とともに、「患者としてのストーリー」を形成していくのか、という取り組みとして理解されうることになるということである。前章にみられた事例記述は、その特徴を浮き彫りにするものであった。たとえば、α病院では、患者の要望と医師の方針との擦り合わせを確実なものとするために、看護師のサポートや家族、あるいは予約制や入院による時間の確保等、可能な限りの手段が尽くされる（【抜粋 13・14・15・16・17】）。そして、そこでのコミュニケーションは、診断行為というよりは、むしろ、患者の特性や生活背景の把握なども行いながら、患者とともに、今後の治療の方向を決定していくプロセスとなっている（【抜粋 7・8・9・10・11・12】）。また、患者による情報収集に関する対応についても、患者が集めた情報の内容そのものよりも、その情報をもとに対話することによって互いの理解が深まることの意義が強調される（【抜粋 19・20】）。あるいは、リスクの説明に関しても、決して医療側のリスク回避のためだけに行われるのではなく、患者の疾患に関する理解のために行われることが強調されるものであった（【抜粋 23】）。これらは総じて、患者を主体としつつ、互いの理解の共有のもとに、そのストーリーの形成を共に行っていくという医師の認識が確認されるものとして捉えうる（【抜粋 18・21・22・28】）。

第4が、但し、「患者を主体とする」ということが強調される一方で、ストーリーの形成に関するイニシアチブについては、あくまでも医師がとるという点が強調されるということである（【抜粋 24・25・26・27・28】）。すなわち、「患者としてのストーリー」の形成の主体が患者であるということと、ストーリーの形成を患者自身の認識に基づいて行うということは異なると捉えられている。ここで確認しておくべきは、ストーリーは単に認識の転換といったレベルにおいてのみ行われうるものではなく、身体性を伴いながらその患者の世界として形成されていくものであるということであろう。このため、認識としてのストーリーと身体実感との整合性の確保が問題となるのである。そして、このような「患者としてのストーリー」の形成を論点とすると、医師及び医療者側の役割は、このストーリーの整合性の確保において強調されることになる。例えば、医師の勉強が患者に提示できる選択肢の幅を広げるという観点から強調されるような発話もみられたが（【抜粋 29】）、まさに、この特徴を示しているものといえよう。ここに「患者を主体とする」ということをいかに理解すべきなのかについての示唆が得られるものと捉えられる。

第5が、「患者としてのストーリー」の形成は、例えば、受診の受容の段階で一度形成され受け入れられたとしても、それで完了するものではなく、不断に続いていくものであるということである。ここで、受容されたストーリーに影響を与える代表的な要素としては、例えば、手術や抗がん剤治療に典型的にみられる身体への侵襲を伴う治療や病状の進行などによる身体実感が挙げられる（【抜粋 30】）。そして、その影響の生じ方には、身体実感のありようによって、2つの側面

があることが確認される。1つが、身体への侵襲を伴う治療による影響が思ったより軽かったり、あるいは、病状が改善する場合である。この場合には、「患者としてのストーリー」をより確からしいものとする方向に影響する（【抜粋 31・32】）。もう1つは、身体的負担の増加や痛みあるいは機能の低下などが強調される場合である。この場合には、その後の治療への参加を躊躇させたり、あるいは、受診行為そのものへの疑義をあらためて生じさせることにもなりうる。「患者としてのストーリー」への影響という観点からいえば、それは、あらためて「健康な私としてのストーリー」との相対化を促し、さらには患者の認識を「健康な私としてのストーリー」に引き戻そうとする、そうした契機となりうるものといえよう。そして、医師及び医療者の役割は、ここにも強調されることになる。すなわち、医師は、まずは、その状況を患者とともに受け止め、共有しながら、例えば、当面の見通しを示したり、短期的な目標を設定したり、あるいはひとまず時間をとったりしつつ、逆に、現状の身体実感をその中に取り込みながら、「患者としてのストーリー」の調整や修正に患者とともに向き合うことになっているのである（【抜粋 33・34・35・36・37】）。こうした取り組みがここに確認されたと捉えられる。

3. 医師における職種間及び部門間の連携と役割の認識

最後に挙げた調査問題は、「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」という課題であった。

高室（2015a）（2015b）では、 α 病院の1つの特徴として、医師も含めて、職種間あるいは部門間の壁が低く、相互の連携が比較的うまく進んでいることがみてとれた。このように捉えられている中で、医師はどのような認識を持っているのか、また、その認識のもと、どのような位置づけにおいて取り組みを進めているのかがここでの確認点となるものであった。この課題に対して前章における α 病院の医師の事例分析の結果から導かれる示唆として、次の4点を挙げておく。

第1が、「患者のストーリーの形成」に関する取り組みが、専門の医師だけで行われているわけではなく、看護師や理学療法士あるいは薬剤師など、職種や部門を超えた連携のもとに行われているという意識が確認されたことである（【抜粋 39・40・41・42】及び【抜粋 13・14】）。患者に関する様々な情報の共有とあわせ、患者の治療プロセスへの参加のサポートしていく役割が互いに分担されている様子がうかがえる。

第2が、こうした職種や部門を超えた連携が自然に行われている背景について、まずは、構造的な要因があるという認識が確認されたことである。例えば、病院の規模や医療者数の適正さ、あるいは、セクショナリズムのなさや部門をまたがったイベント、または生え抜きの看護師の育成等にもみられるような伝統的に維持されてきている病院の風土や文化などが、 α 病院の特徴として、医師に感じられていることが確認された（【抜粋 43・44・45・46】及び【抜粋 49・50】）。

第3が、但し、 α 病院には、そうした構造的な要因だけでなく、あわせて、互いの連携やセク

シヨナリズムの解消に向けたより能動的な取り組みが認められるということである。そして、特に、この取り組みとして強調されたのが、チーム医療の取り組みであった（【抜粋 47・49・50】）。チーム医療は、まずは、患者の治療の充実を直接の目的とするものであり、その効果の高さは医師にも認識されている（【抜粋 51】）。但し、もう 1 点、前章に強調されたのは、チーム医療から派生する副次的な効果であった。すなわち、この活動が、他部門等との連携の方法等も含めた若手医師の学びの場となったり、部門を超えた情報共有の土台となったり、あるいは、薬剤師等の医療者のモチベーションを向上させたりしているということである（【抜粋 47】及び【抜粋 52・53・54】）。

第 4 が、こうした医療者の連携において、医師も組織の一員としての位置づけを得るものであるという認識が確認されたということである。すなわち、α病院では、チーム医療のような取り組みにあたって、医師がリーダーシップをとるという文化があることが強調される。但し、同時に、医師が「自分の城だけを守る」というようなイニシアチブの取り方は否定されるものであり、病院全体としての風通しをよくするような医師のリーダーシップが実行されていることが強調された（【抜粋 48】）。それは、いわば、「権威としてのリーダーシップ」ではなく、「役割としてのリーダーシップ」として捉えうるものである。そうした組織的な視点のもと、1 つの役割としてそのクオリティの確保を追求し、組織として患者と向き合う、そうした医師の様子がうかがえるものであった。

VI. 結びにかえて

1. 要約

前稿及び本稿では、α病院の医師インタビュー調査をもとに、「便益遅延型サービス」のマネジメントの可能性を捉えるべく、インタビュー・データの分析と考察を進めてきた。α病院の患者及び看護師を分析対象とした高室（2014a）等における考察を引き継ぎつつ、同病院の医師を対象としたインタビュー・データのもとに、医療者側の視点から、「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の状況を確認するとともに、そのマネジメントの可能性を考察しようとするものであった。

設定した調査問題は、第 1 に「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」、第 2 に「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」、第 3 に「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」であった。

以上のような問題意識のもとに行われた今回の分析・考察結果の要約として、ここでは、先に設定した 3 つの調査問題に対して得られた結果を整理しておくこととする。

第 1 の「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」という課題に対しては、医師の認識においても医療の特殊性を「便益遅延性」の観点から捉えうるような認識が確

かに確認されること、その一方で、医療に対して「便益」や「満足」概念を適用することそのものへの抵抗感が示されるとともに、患者の疾患と身体的状況の個性及び疾患や治療に対して感じる患者の認識の多様性から治療行為の「結果」が必ずしも医師が認識する「結果」とリンクするものとはなるものではないという認識があることが確認された。

第2の「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」という課題に対しては、患者とのコミュニケーションが非常に重要視されていること、このコミュニケーションは「患者を主体としつつその後の治療方針や目標を設定していく」という点において強調されるものとなっていること、換言すれば、その取り組みは、いかに、患者を主体としながら、患者とともに、「患者としてのストーリー」を形成していくのか、という取り組みとして理解されうるものであること、但し、ストーリーの形成に関するイニシアチブについては、あくまでも医師がとることが重視されていること、以上のような認識が確認された。そして、こうした「患者としてのストーリー」の形成に向けた取り組みは、決して、一度形成され受け入れられればそれで完了するものではなく、不断に続いていくものであり、その中で、いわば「患者としてのストーリー」の調整や修正に患者とともに向き合っていく医師の姿が確認された。

第3の「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」という課題に対しては、「患者のストーリーの形成」に関する取り組みは、専門の医師だけで行われているわけではなく、職種間や部門間の柔軟な連携のもとに行われているということ、こうした連携の背景には病院の規模や風土などの構造的な要因とともに、チーム医療をはじめとしたより能動的な取り組みが行われていること、そして、こうした連携における医師の役割としては、まずはリーダーシップの発揮が強調されると同時に、そのリーダーシップがあくまでも組織運営上の役割の1つとして位置付けられるものであること、こうした認識が確認された。

総じて、前稿及び本稿において捉えられたのは、医療活動から生み出される価値の不定さや多様性の認識のもと、患者とともに「患者としてのストーリー」の形成に不断に向き合おうとする医師の姿であった。ここにおける「便益」とは、その時点で形成されてきたストーリーの意義をその活動のプロセスの中で一旦立ち止まって確認する、こうした際に立ち現れる認識として捉えうるものとなる。そして、便益遅延性のマネジメントの可能性は、患者とともに「患者としてのストーリー」の形成に不断に向き合う、そうした医師の姿において捉えられることになる。

2. インプリケーションと今後の課題

以上の分析・考察結果は、高室(2014a)等と同じく、第1に、医療実践に関する質的な一次データの分析を通して、便益遅延型サービスにおけるマネジメントの可能性と論点に関する考察を展開したこと、第2に、同一病院組織における患者側と医療者側双方の認識を、質的な一次データの対比の内に分析しうる可能性を拓いたこと、以上のような点で、理論面・実践面双方からの貢

献可能性を持つものと捉えうる。

但し、課題も残されている。以下に3点を挙げておく。第1が、前稿及び本稿に提示された論点や仮説の特徴の確認と精緻化である。今回の考察において得られた仮説は、α病院の医師5名のインタビュー・データをもとにした質的データ分析から導かれたものである。この観点からすれば、今回の検討は、定性調査に基づく単一事例分析の性格を持つものであり、他の事例やデータとの相対化のもとに検討するまでには至っていない。特に、疾患別の特徴を考慮した分析の必要性についても、本稿の中で触れたところである⁷⁾。こうした課題も含めて、今後、他の分析対象、あるいは質問票調査などによる調査及び分析を実施することで、今回の分析・考察で得られた論点や仮説の意義や特徴を確認するとともに、より広く、便益遅延型サービスの特徴に関する理解やその課題解決に向けたマネジメント・デザインに関する検討を深めていくことが期待される。

第2に、前稿及び本稿で対象とした医師の認識に加え、患者及び看護師の認識を総合した検討である。今回の分析・考察に先立ち、高室(2014a)(2014b)では患者側から、また、高室(2015a)(2015b)では看護師側からの調査・分析を行っている。これに今回検討した医師を加えた3者間の関係等をあらためて分析することにより、複合的かつ総合的な視点から、便益遅延型サービスのマネジメントに関する考察をより深めていくことが期待される。

第3が、前稿及び本稿に示された論点や仮説に関する理論的な検討である。今回の検討は、質的データ分析による探索的な研究に焦点したものであり、既存理論との関連等に関する詳細の検討までには踏み込んでいない。高室(2014a)等ともあわせ、サービス・マーケティングやサービス・マネジメント、あるいは医療マネジメントをはじめとした関連領域における理論的意義や貢献点等を見出していくことが期待される⁸⁾。

【追記】

本稿の作成にあたり、インタビューをはじめ貴重なご協力を頂きました医師の方々、また、病院関係者の方々には、ここに記して感謝申し上げます。なお、本稿にありうべき誤謬はすべて筆者に帰すべきものです。

本報告は、文部科学省科学研究費助成事業(基盤研究B)(課題番号16H03672)「便益遅延型サービスの消費における便益享受と顧客満足・顧客参加に関する実証的研究」(研究代表者:香川大学経済学部教授藤村和宏)による助成を受けて作成されたものです。

注

- 1) 以下、前稿に引き続き、「便益遅延性」の理論課題等については、藤村（1996）、（2008）、藤村・森藤（2015）、また、質的データ分析については、佐藤（2008）を主に参照している。詳細については、高室（2018）参照。
- 2) 高室（2014a）・（2014b）及び高室（2015a）並びに高室（2015b）の一連の論考を指す。以下、同様に記載していく。
- 3) 前稿の第三章において整理したとおり、今回のインタビュー・データには、もう1件、内科の専門医を対象としたデータが挙げられる。ここに語られる患者は、主として、肺がん等に伴ういわゆる終末期の患者であり、そのインタビュー・データからは、患者が自身の病状を受容した後は、主として、医師の指示や処置に従って治療を受けていくプロセスに入ること、そして、その際、特段の参加行動や、あるいは逆に、医師の処置を拒否するような行動もあまり見られないこと、こうした特徴が確認された。この事例は、本稿で以下にみていく視点からすれば、「患者としてのストーリー」の受容後、身体実感等に関わらずそのストーリーの転換が見受けられないタイプの事例、あるいは、「患者としてのストーリー」の受容後、病状の悪化という身体実感に伴って却ってストーリーが確固としたものとされていくようなタイプの事例として捉えうるものである。このため、以下では、当該タイプの事例があることを確認しつつ、ひとまず、受診の受療後においても継続して医療プロセスの展開がみられる事例として、乳がん及び整形外科の事例を中心とした検討を行っていくこととする。

なお、ここにもみられるような、疾患別の特徴を考慮した分析、あるいは、より直接的に、上記のような終末期の医療プロセスに特有のマネジメントについては、別途、検討が必要となる課題となるものと捉えている。例えば、A 医師のインタビュー・データにおいては、終末期の患者を担当する医師のモチベーションの維持に関する課題や、患者の家族等近親者への対応に関する課題などが示されている。こうした問題については、あらためて、検討課題としていくこととしたい。
- 4) 以下、インタビュー・データの記載における（ ）書きによる記載内容は、全て「筆者注」である。
- 5) ここで、例えば、「抜粋 13」とは、第四章の事例記述における文書セグメントに付した抜粋番号「要約・抜粋 13」のことである。以下、同様に記載していく。
- 6) 『 α 病院 60 周年記念誌』（2013）、44-53 頁及び 176 頁参照。
- 7) 本稿の脚注 3 を参照。
- 8) サービス・マーケティングあるいはサービス・マネジメント研究の他、前稿及び本稿の事例分析全般に関して、より直接に、その適用や貢献を直接に期待しうる理論枠組みとしては、例えば、「患者中心」概念を打ち出している Stewart et al.（1995）等が挙げられる。また、今回の考察では、「ストーリー」という概念を提示しているが、この概念の理論的意義の検討にあたっては、例えば、野口（2002）、斎藤・岸本（2003）、市山（2014）等にもみられるようなナラティブ・アプローチ、あるいは、より全般的には野家（2005）にもみられる「物語」論を1つの基礎としうるものと捉えている。これらの検討については、別の機会に行うこととしたい。

引用文献

- 市山康暢（2014）『ナラティブ・ベイスト・メディスン入門』
- 斎藤清二・岸本寛史（2003）『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』、金剛出版。
- 佐藤郁哉（2008）『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社。
- 高室裕史（2014a）「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（前編）－患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第26巻第2号、145-161頁。
- 高室裕史（2014b）「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（後編）－患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第27巻第1号、65-89頁。
- 高室裕史（2015a）「医療サービスにおける『便益遅延性』のマネジメントに関する一考察－看護師インタビュー調査をもとに」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第27巻第2号、117-141頁。
- 高室裕史（2015b）「患者中心の看護のマネジメント－ α 病院看護部のケース」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第28巻第1号、87-111頁。
- 高室裕史（2018）「医療サービスの『便益遅延性』とマネジメントに関する一考察（前編）－医師インタビュー調査をもとに」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第30巻第2号、65-89頁。
- 野口裕二（2002）『物語としてのケア－ナラティブ・アプローチの世界へ』、医学書院。
- 野家啓一（2005）『物語の哲学』、岩波現代文庫。
- 藤村和宏（1996）「顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加とサービス・エンカウンター」、『季刊マーケティングジャーナル』第16号2号、18-35頁。
- 藤村和宏（2008）「便益遅延型専門サービスの消費における顧客満足問題～医療サービスをケースとして考察～」、『香川大学経済論叢』第81巻第1号、1-62頁。
- 藤村和宏・森藤ちひろ（2015）「便益遅延型サービスにおける便益・顧客参加・顧客満足の関係に関する考察－医療サービスをケースとして－」、『香川大学経済論叢』第87巻第3-4号、103-149頁。
- Stewart, M., J. B. Brown, W. W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam and T. R. Freeman(1995), *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (『患者中心の医療』、山本和理監訳、診断と治療社、2002年)。

引用資料

※ α 病院関連資料（本文中に記載。匿名での記述のため名称等詳細は割愛する）。