

研究報告

チーム医療の新たな志向性

ー臨床工学技士へのインタビュー調査に基づいてー

安林奈緒美¹⁾、当間健夫²⁾、安林幹翁²⁾

¹⁾中部大学非常勤講師、²⁾中部大学生命健康科学部臨床工学科
メディカルエンジニアリングリサーチ部門；第3領域（チーム医療）

要 旨

現代社会において、チーム医療への関心は、益々高まっている。とりわけ、医療現場においては安全な医療、患者中心の医療の提供等の観点から、模索が続いている。そこで、本研究では、先行研究に乏しい臨床工学技士という医療人に焦点を当て、「チーム医療」の現状と問題点を探究した。研究方法は、臨床工学技士（5名）への半構造化インタビューおよび心臓外科カンファレンス（構成員8名）への非参与観察である。その結果、チーム医療における、新たな志向性として、「安全・予防教育志向」が浮かび上がってきた。

また、現代医療で注目されるチーム医療ではあるが、その理念や観念論と医療現場での現状認識との間には乖離が見られ、チーム医療が必ずしも自覚的には行われていない一面も見られた。

1. はじめに

チーム医療という言葉が初めて使われるようになったのは、1970年代になってからである。その後、医療の進展や医療従事者の変遷によってその形を変えてきたが、80年代になり、ほぼ社会的に共有できる言葉となった¹⁾。

本研究で取り上げる臨床工学技士は、比較的新しい医療職である。1965年に国家資格が成立した理学療法士や作業療法士に続き、1987（昭和62）年制定の臨床工学技士法によって、国家資格として制度化された。この遅れてやってきたコ・メディカルの認知度は、医療機関の内外において亘って低い。たとえば、チーム医療、多職種連携に関する先行研究を追ってみてもその中心は、医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、介護福祉士等であり、臨床工学技士が取り上げられることは少ない。臨床工学技士の職務を医療安全や医療経済の側面から考えれば、非常に重要なポジションにあると考えられるのだが、現実的には、その認知度は低

い。つまり、臨床現場においては、医療と工学が交錯する場を担う臨床工学技士という職が抱える課題多き現状が、見て取れる。

しかし、医療機関内でのヒエラルキーの問題として、医師の絶対的権威が半ば常態化している。その一方で、現在の医療の崩壊を解決する方法の唯一の方向は、医師をもひとつの構成要員とした専門技術者の集団の形成にある²⁾。このように医師をも医療者集団のひとつの構成要員として捉え直し、新しい専門技術者集団を形成していく道を模索しない限り、チーム医療は形骸化し、患者中心の医療を行うことは困難であろう。そこで、その職務内容の特殊性ゆえにか、先行研究の蓄積が少ない臨床工学技士に着目し、臨床工学技士にとっての「チーム医療」の現実に接近することは、チーム医療の実質化を図るために必要な構成要件を探究する上で非常に重要であり、且つ意義あるものと考えられる。

2. 目 的

チーム医療の現状と問題点を臨床工学技士の視点から探究した研究は、筆者等の識る限り、見当たらない。そこで、日本の現代医療におけるチーム医療の現状と問題点を探るに当たり、視点を臨床工学技士に置くことで、現代医療現場におけるチーム医療の実態を明らかにすることを目的とした。

3. 調査方法および分析方法

臨床工学技士5名への半構造化インタビューと、医療機関における臨床工学部門（心臓外科カンファレンス）での非参与観察である。

実施日は、2013年1月であり、インタビュー所要時間はひとり約2時間、記録は、録音および筆記による方法を採用した。データ分析方法は、録音データを書き起こし、意味解釈を行った。分析者は3名（社会学系1名、工学系1名、臨床工学系1名）である。

研究倫理に関し、調査によって得られたデータは分析以外には用いない旨を説明し了解を得た。

4. 結 果

「職務意識」「専門性」「チーム医療」の3点について、自由に述べてもらう形式で、インタビュー調査を行った。

そこでは、医療機関の規模、位置する地域等、個々の医療機関により臨床工学技士が抱える現実は一様ではなかった。この点を、本研究における研究の限界として認めた上で、本稿の議論の中心である臨床工学技士にとっての「チーム医療」の現実に迫るためには、臨床工学技士自身が抱く「職務意識」と「専門性」を主題化し、広く聴き取することを前提にした。

以下、それら3点のインタビュー結果について、4-1～4-3節に示す。

4-1 職務意識

臨床工学技士の中心となる職務は、医療機器の保守管理であり、それを通じて医療に貢献している。だが、

仕事の目標が見えにくい。臨床工学技士が制度化されたことで、業務は遂行しやすくなり、医療機関内での臨床工学技士の認知度も徐々にアップしてきた。しかし、その反面、心労は大きくなった。職域拡大路線には、ゼネラリストかスペシャリストとか、という2つの路線がある。スペシャリストとは、医療機器の保守点検に全力で取り組む姿勢であり、ゼネラリストとは、現場では、明らかに福祉機器であるような車椅子などの修理を依頼されることもあるが、臨床工学技士の職域拡大、および職務のスムーズな遂行のために、厭うことなく対応するという姿勢である。2010年より臨床工学技士の業務指針が出されたが、医療現場は、もっと進んでいる。痰吸引や採血、内視鏡業務も既に行っていた。しかし、本来、痰吸引は臨床工学技士の業務ではない。このような、現場と法令の乖離現象は、厚生労働省と学会との認識のズレが原因である。既に行っている業務について、学会主体で資格化していくことが必要である。医師が、医学的見地から、臨床工学技士が考える医療とは異なる医療行為を行う場合がある。そのような場合、臨床工学技士の側から、どのように医師へ助言できるのか悩む。また、古い知識のままの医師への対応を、どうすればよいのかも悩む。臨床現場では、肺炎専門の医師は、透析のことは、わからない。従って、臨床工学技士がバックアップすることになる。しかし、ピンポイントでの意見を医師へ伝えても、臨床工学技士がずっと、医師についていることは困難であるので、どのようにしたらよいのか……。我々の耳学問と臨床との間には、乖離があるので医師への指導はしにくい。個々の患者の治療計画全体を知らねばならないと思う。数字だけで診断はできないのだから、やはり臨床工学技士は医師をサポートする立場である。医療事故発生時の責任回避のねらいとしてもチーム医療の理念が働くような気がする。また、年報を書くときの、便利な言葉として使われてもいる、つまり、どこから与えられた理念のような気がしている。臨床現場は、もっと進んでいるから。

4-2 専門性

看護師との地位の争いがある。たとえば、看護師の本務はケアだ、まずはケアを行え、その上で機器であ

るというような……。

医療機器の規格を満たさない機器は、仮に修理できても、手を出さないし、出せなくもなった。JISにより細かい安全基準ができたせいもある。しかし、コ・メディカル全般に、言えることは、専門性を主張しながらも、責任をとらない傾向がある。臨床工学技士へ期待されるものが時代によって異なってきたし、今後もそれは変わらないであろう。臨床工学技士の専門性は、工学と臨床を同等に考えたい。個人的には、ニッチな部分の業務を遂行し、専門性を確立する方向を目指したいが、透析部門の臨床工学技士は、何でも屋を嫌がる等、臨床工学技士同士の統一性に欠けるという問題点がある。

4-3 チーム医療

専門性によって分けられたチーム医療と、職域を越えたチーム医療の2つの類型があるが、職域を越えないチーム医療が理想的であると思う。個々の患者ごとに、各医療従事者が書き込んでいく形態の電子カルテがチーム医療の一端を担っている。医師をトップとした古い体質や、医師の性格が怒りっぽい性格であると、チーム医療は成立しない。診療報酬の経済的メリットがあれば、積極的に行われるであろうが、普段は、あまり意識しない概念である。常日頃から、「良コミュニケーション」を大切にしている。

次に、医療機関における臨床工学部門（心臓外科カンファレンス）での非参与観察の結果について述べる。カンファレンス構成員は8名（医師、看護師、臨床検査技師、臨床工学技士）である。医師を中心にカンファレンスが開かれているというよりは、どの職種からも自由に意見が発せられるような、コミュニケーションの場として進行していた。より意見が出易くなるよう、医師が中心になり、その雰囲気づくりがなされていた。この行為は、コミュニケーションデザイン³⁾とも言えるのではないだろうか。また、翌日の手術に向けて意思疎通を図る意味もあるように感じられた。医療機関内でのヒエラルキーの問題として、医師の絶対的権威が半ば常態化している。患者にとっての「キーパーソン」は誰かという話題が、

医師側から出た。医学に基づく医療に留まらず、患者の家族や社会生活にまで視野を拡大し、患者を患者としてだけではなく、社会で生活する人間として包括的に捉え、ホリスティックな医療介入を医師が行おうとしていた点が、印象的であった。

5. 分析・考察

細田は「チーム医療」を「志向性」に着目して、「専門性志向」「患者志向」「職種構成志向」「協働志向」の4つに類型化した¹⁾。「専門性志向」とは、チームを形成するそれぞれの職種の専門性を重視し、専門分化と高度な専門性に意味を置く。「患者志向」とは、医師および疾患中心の医療から、患者および問題中心主義への意向に重点を置く。「職種構成志向」とは、医師、看護師だけでなく、臨床検査技師、レントゲン技師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、社会福祉士、介護福祉士等、様々な職種が医療に係わるということである。「協働志向」とは、対等な立場で尊敬し合い、協力して業務を行うという協働を重んじるものである。本研究結果からも、この4類型を認めることができた。加えて、臨床工学技士は、医師を含めた他職種に対して、医療機器の安全な使用方法や危機発生時の対処方法等、あらかじめ、他職種へ教育しておくことで、リスク回避が可能となり、事故防止を促し、安全な医療の実践が実現するという志向性を持っていた。これを「安全・予防教育志向」と呼ぶことにするが、注目したい結果と言える。（図1）。

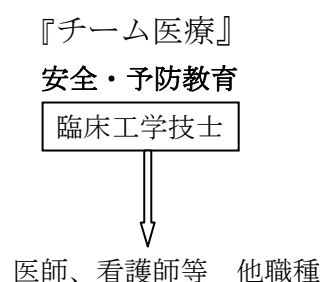


図1

医療機器の保守点検を主な業務として、認識している臨床工学技士は、職務上の目標を見失い易く、

モチベーションも低下する傾向を持っていた。これは、医療機関は臨床の世界であり、臨床から離れれば離れるほど、患者との関わりが薄れていく。そのような状況の中で、臨床工学技士制度が確立し、仕事の進め易さと認知度は向上した。だが、半面、心労が大きくなったと述べる。これは、臨床工学技士の法制度が整ったことで、専門性を強く求められるという自意識に繋がったのではないだろうか。

理念としての「チーム医療」と臨床工学技士が見ている医療現場との間には乖離が見られた。この乖離には、物理的な乖離現象と臨床工学技士の内面に起きている心理的な乖離現象との2つが考えられる。物理的な乖離とは、既に現場の要請に従って、職務を遂行しているので、あえて今「チーム医療」と言わなくても良いのではないか。このような実感から、どこかから「与えられた理念」のような気がしてしまうと述べるに至ったと考えられる。一方の心理的な乖離現象とは、たとえば、看護師は、医療現場の多忙さゆえに、医師から協力を要請され、その結果、現場のしわ寄せが看護師の身の上に起こり、看護師は悲鳴を上げる。その結果、「チーム医療」と言う名の協力を求めるようになったということも想像に難くない。この観点から臨床工学技士を捉えると、臨床工学技士は、医療従事者ではあるが、医療機器に携わる業務が中心であり、臨床に携わることは比較的少ない。したがって、臨床に携わる看護師と同じようには、「チーム医療」に対する要求度が強くなく、どこかから発せられている理念であるという捉え方に繋がっていると推察できる。

また、臨床工学技士が考える医療とは医学的見地から異なる医療行為を医師が行う場合があり、その場合には医師への対応をどのようにすればよいのかという悩みを告白している。「医学」と「医療」は異なるものであり、「医療行為即医学、医学即医療行為ではない。……中略 医学は、医療（行為）を支える基盤的な科学であるということ」を正確に認識し、実践の立場で規定してはいけ

ない」²⁾のである。臨床工学技士が、「耳学問」と言っている、現場で得た医学的な知識は、臨床現場でのバイアスを含んだ医療情報に過ぎない。臨床現場で、各臨床事例ごとに異なるはずの医療行為の経験に基づいて、医学の体系を規定し、判断することは、医療倫理や医学の原理原則を侵しかねない。この点については、臨床工学技士だけでなく、コ・メディカルは自覚的にならねばならない。

また、臨床工学技士も、自らの職務を医療機器の保守点検が中心となる職務であると捉えながらも、個々の患者の治療計画全体を知る必要性を認識している。このことは臨床工学技士が、包括的医療や患者本位の医療に積極的に関わろうとしていることを示している。だが、数字だけで患者の診断は下せないのだから、やはり臨床工学技士は医師をサポートする立場であるという点に立ち返っている。しかし、医師をサポートするという考え方ではなく、臨床現場をサポートし、患者が病から快復することをサポートするというように、臨床工学技士の意識改革が行われると、「チーム医療」の理念との乖離が無くなるのではないかと考えられる。

一方で、「チーム医療」という理念が内包する負の側面を懸念し、医療事故発生時の責任の所在を不明確にしてしまうのではないか、また年報を書く際、逃げ込める便利な言葉として使われるのではないかという影の部分を認識していることも浮き彫りになった。

コ・メディカルについては、専門性の問題が常に議論の対象となっているが、「チーム医療」の実現のためにも、各コ・メディカルの専門性が問われことになる。つまり「チーム医療」と専門性の問題は、表裏一体となっているのである。しかし、コ・メディカルは専門性を主張する反面、責任をとらない傾向があるという問題点が見えてきた。この問題については、今後さらなる探究が必要である。

臨床工学技士は、自らの職の専門性について、

工学と臨床を同等に考えている。しかし、臨床工学技士同士の職務における志向性は、統一性に欠けており、ゼネラリスト志向とスペシャリスト志向に分けられる。いずれにしても、臨床工学技士が考える理想的な「チーム医療」は、職域を越えず専門性によって分割された「チーム医療」である。これは、医療機器の、たとえば福祉機器の保守点検までも担わされることを懸念し、この懸念を払拭するためには、明確な専門性を打ち出さねばならないと考えているからであろう。

一方では、臨床工学技士の専門性は、時代や社会によって規定されるという性質も強く持っていると言い得る。

また「チーム医療」のひとつの構成要件として、医療従事者間のヒエラルキーと医師の個人的なパーソナリティが問題となる。医師の「生権力」^{注(1)}は、法令の条文に「医師の指示の下」と謳われているが、同時に民主主義社会に埋め込まれている権力でもある。生権力の問題は永遠に議論され続けていくものであろう。

医療の情報化の進展という社会の変化が「チーム医療」にも影響を与えている。ここでは、電子カルテが「チーム医療」の一端を担っていると述べられた。カルテに次々と、各医療従事者が書き込んでいき、それを読みながら職務を遂行していく。この方法では、患者に関する医療情報の共有は可能であろうが、患者の社会的、心理的な情報（ナラティブ情報）⁴⁾については、十分な共有が難しいであろう。

また、「チーム医療」は、診療報酬を計上することができないため、医療機関の経営において、経済的メリットがない。このため、積極的に行われていないという事情が、医療機関全般の傾向である。また、日常的にも医療現場の臨床工学技士にとって、あまり意識的、自覚的ではない概念と言える。

6. おわりに

臨床工学技士は、工学と医療が交錯する場を担

う医療職である。専門性の中身も、統一することが難しく、明確化にはなかなか至らない。本稿で論じてきた「チーム医療」は、各医療職の専門性との関連が大きい。この点から考えると、臨床工学技士の専門性は見えにくく、境界も曖昧となっている。しかし、臨床工学技士に着目したからこそ見えてきた「チーム医療」における「安全・予防教育志向」は、医療現場におけるヒエラルキーを変形し、「生権力」にメスを入れる可能性を持つものではないだろうか。「安全・予防教育志向」の「チーム医療」の実践は、社会に根深く埋め込まれているヒエラルキーを打ち崩し推進することをも要し、容易ではないであろう。しかし、それが臨床工学技士に与えられる使命であり、医療崩壊に歯止めを掛けることに繋がるのではないだろうか。これは、医療職のヒエラルキーの上下間で行われるのとは別次元の医療実践なのである。どのような知識や実践力を身に付ければ「安全・予防教育志向」の「チーム医療」を実現させることができるのであろうか。この点について今後、事例研究を行う予定であるが、本研究は、その際のリサーチの視点、分析の枠組みの模索であった。また、チーム医療の実質化のために、もうひとつの手懸りとしては、厚生労働省と学会の認識のズレを具体的に明らかにし、それらをすり合わせていくことで、臨床工学技士の専門性の確立と、その向上を実現し、臨床工学技士の医療現場における発信力を高めることにあろう。そして、臨床工学技士の養成機関においては、他職種への教育力を養成するための新たなカリキュラムを用意することも重要である。

引用文献

- 1) 細田満知子：「「チーム医療」の理念と現実」、日本看護協会出版会（2009）。
- 2) 伊藤康彦：「生命医科学教育のアウトカムズ」、中部大学中部高等学術研究所編『変容する現代の大学教育を考える』風媒社 111-134（2013）。

- 3) 平田オリザ：「わかりあえないことから」，講談社（2012）.
- 4) 村田京子：「チーム医療におけるコミュニケーションとナラティブ情報の共有ーイギリスの脳卒中ユニットを事例にー」『政策科学』13-2, 82-95（2012）.

参考文献

- [1] 安林奈緒美、当間健夫、安林幹翁：「医療従事者が抱える社会的課題ー臨床工学技士へのインタビュー調査事例よりー」『保健医療社会学論集』Vol.24, 33（2013）.

注(1) フランスの哲学者 M・フーコーは、近代以前の権力と近代の権力を比較し、近代の権力は、人々の生に積極的に介入し、管理をすすめることで人々を統治する権力であり、これを生権力と呼んだ。

Title: A New Intentionality of Team Approach to Health and Medical Care — Based on a Interview survey for Clinical Engineers —

Author(s): Naomi Yasubayashi¹⁾, Tateo Toma²⁾, Mikio Yasubayashi³⁾

Address(es): ¹⁾ A part-time lecturer at Chubu University, 1200 Matsumoto-cho, Kasugai, Aichi 487-8501, Japan; ²⁾ Department of Clinical Engineering, College of Life and Health Sciences, Chubu University, 1200 Matsumoto-cho Kasugai, Aichi 487-8501, Japan.

Keywords: Clinical engineer, Team approach to health and medical care, Intention of safety and preventive education.