

早稲田大学審査学位論文

博士（人間科学）

在宅医療に関わる薬局薬剤師の
役割と実践に関する研究

A Study on the Role and Practice of Community
Pharmacists in Home Care

2018年7月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

菊地 真実

KIKUCHI, Mami

研究指導教員： 辻内 琢也 教授

目次

序	1
第1章 問題の所在	3
第1節 在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師へのインタビュー調査の経験から	3
第2節 在宅医療における我が国の課題と薬剤師の関わりまでの流れ	6
第1項 2025年問題に向けてー地域包括ケアシステムの構築ー	6
第2項 医薬分業の進展とファーマシューティカルケア	8
第3節 本研究の目的	11
第4節 本論文の構成	12
第2章 理論的枠組み	15
第1節 サファリング論	15
第1項 サファリングとナラティブ	15
第2項 病者のサファリング	16
第3項 医療専門家のサファリング	17
第4項 社会的サファリング	18
第2節 医療の「生活化」	20
第1項 「医療化」とは	20
第2項 「生活化」とは	24
第3節 「反省的実践家」という専門家像	28
第1項 技術的合理性モデル	29
第2項 「実践」と「実践知」	32
第3項 新しい専門家像としての「省察的実践家」	32
第3章 患者に「触れる」行為をめぐる在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と実践	36
第1節 調査概要：質問紙調査	36
第2節 方法	37
第1項 対象および調査方法	37
第2項 調査内容	38
第3項 分析方法	39
第4項 倫理的配慮	40
第3節 結果	40
第1項 回答者の背景	40
第2項 患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識および抵抗感について	42

[1]	法的妥当性の認識	42
[2]	抵抗感	42
第3項	患者に「触れる」行為に対する必要性の認識および行為頻度について	43
[1]	必要性の認識	43
[2]	行為頻度	44
第4項	回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識との関係性	45
第5項	回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する抵抗感との関係性	47
第6項	回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する必要性の認識との関係性	47
第7項	回答者の背景と患者に「触れる」行為の行為頻度との関係性	50
第8項	患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識と抵抗感の関係性	52
第9項	患者に「触れる」行為に対する必要性の認識と行為頻度との関係性	52
第10項	患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由	52
第11項	患者に「触れる」行為に対する抵抗感を減らすための方法	53
第12項	「触れる」行為について学ぶ必要があると考える講習会の内容	54
第4節	薬剤師が患者に「触れる」ということについて	55
第1項	法的妥当性と抵抗感に関する考察	55
第2項	必要性の認識と行為頻度に関する考察	59
第5節	患者に「触れる」行為をめぐる在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と実践	62
第1項	役割と実践の「脱限定化」	62
第2項	役割と実践をめぐる「苦悩」	68
第3項	役割と実践の「脱限定化」と「脱限定化」に伴う「苦悩」に関するアンケート調査の限界	70

第4章 在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と実践

ー長崎市におけるフィールド調査よりー	71	
第1節	調査概要：フィールド調査	71
第2節	フィールドの紹介	72
第1項	長崎市での調査開始に至るまでの経緯	72
第2項	調査地長崎市について	74
第3項	長崎在宅 Dr. ネットについて	78
第4項	OPTIM 長崎について	81
第5項	長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）について	82
第3節	在宅医療に関わる薬局薬剤師のサファリングと対処の術	86
第1項	調査概要：P-ネット会員薬剤師へのインタビュー調査	86
第2項	医療専門職のサファリングをめぐる先行研究	87
[1]	医師のサファリング	87

「2」 看護師のサファリング	89
「3」 理学療法士のサファリング	90
「4」 医師・看護師・理学療法士のサファリングへの対処の比較検討	91
第3項 調査方法および分析方法：横断的研究	93
第4項 在宅医療に関わる薬局薬剤師のサファリング	94
「1」 医薬品提供者という限定的役割にとどまる	94
「2」 薬剤師間にある意識の温度差	100
第5項 薬剤師が臨床現場で編み出すサファリングへの対処の術	102
「1」 越境を試みる	103
「2」 縦横ネットワークの構築	108
第6項 「役割の不全感」への対処としての役割の「脱限定化」	110
第4節 薬剤師七嶋和孝氏の実践	112
第1項 調査概要：七嶋和孝氏へのインタビュー及び参与観察調査	112
第2項 「ローカルな倫理」に基づく記述について	113
第3項 調査対象者の紹介	115
第4項 調査方法および分析方法：縦断的研究	116
第5項 病院での「個」がない薬剤師	117
「1」 聴診器を介した「薬」から「疾患をもつ患者」への興味の移行	117
「2」 薬の専門家としての役割意識	121
「3」 「個」を埋没化させ「後ろ盾」となる病院という場	124
第6項 生活する患者のそばに行く	125
「1」 患者の「生活」へのまなざし	125
「2」 対話から導かれるバイタルチェック	129
第7項 患者の「医療の生活化」を支援する実践	131
「1」 医療と買い物が同じ次元にある	131
「2」 「七嶋の集合体」として訪問する	133
「3」 医療と生活の界面に立つ	135
「4」 役割を認識するためのスクラブ	136
「5」 ナラティブを聴く	140
「6」 片隅に置かれる医療	144
第8項 人が生きること死ぬことに伴走する	146
「1」 「痛みからの解放」が意味すること	151
「2」 「死」を自然に受け止める	154
「3」 色々な困りごとに対応する	156
「4」 遺された家族の様子をみるための「グリーフケア」としての訪問	156
「5」 患者の死後の家族へのまなざし	158

第9項 「省察的実践家」としての薬剤師	159
[1] すべてを知っているのは自分だけ	159
[2] 省察しながら実践を重ねる	161
[3] 省察することを次世代に伝える	164
第10項 七嶋和孝氏の薬剤師像 —「生活化」する「省察的実践家」—	165
第5節 実践コミュニティとしてのP-ネット	170
第1項 調査概要：P-ネット会員薬剤師へのインタビュー調査	170
第2項 「学習」と「実践コミュニティ」について	171
第3項 調査方法および分析方法：事例研究	172
第4項 P-ネットの勉強会について	174
第5項 P-ネット会員の語り	179
[1] A氏の語り（40代女性）	179
[2] B氏の語り（40代女性）	185
[3] C氏の語り（50代女性）	189
[4] D氏の語り（30代男性）	194
第6項 開かれ変化する実践コミュニティとしてのP-ネット	197
[1] 開かれるP-ネット	198
[2] 変化するP-ネット	200
終章	204
第1節 患者に「触れる」行為をめぐる葛藤から	204
第2節 役割と実践の「脱限定化」プロセスに伴う苦悩	206
第3節 「生活化」する薬剤師	207
第4節 長崎市の在宅医療コミュニティに開かれるP-ネット	209
第5節 生活者が医療を「生活化」することを支援する	210
第6節 本研究の限界と展開	211
参考文献	213
謝辞	221
付録	222

序

そう、ほんとに二人でだべりながら、一緒に足をさすったり・・・で、薬剤師って患者に触れないじゃないですか。で、なんで触れないってわかっているんですけど、痛いから坐薬入れてって、おばあちゃんは入れられないから入れてくれるかねえって言われると、じゃあ、近所のAさんが入れてあげるからって。ここは薬剤師さんじゃないんだよって。うーん？って言いながら、わかってなくてもいいや、って。こっからは違うんだよって。結構そういうこともありますし。

(女性50代半ば、在宅緩和ケアへの関わり年数7年の薬剤師の語り)

この語りは、2010年に筆者が在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師を対象にインタビューをした際に耳にした薬剤師の語りである。在宅で療養するがん患者である夫と、夫を介護する妻という高齢の夫婦がふたりで暮らす家で、がんによる痛みを訴える夫の足を、この薬剤師は妻と話しながらか一緒にさすっている。痛がる夫に痛み止めの坐薬の挿入を妻から依頼され、薬剤師は患者に触ることができないから坐薬の挿入を手伝うことはできないと考えながらも、「ここは薬剤師さんじゃないんだよ」と言い、自分の立場を、薬剤師から近所のAさんという立場に変えて妻の依頼に応えようとした。妻は、「うーん？」と、この薬剤師の言葉の意図がわからないが、薬剤師は、「わかってなくてもいいや」と思い、妻に「こっから(ここから)は違うんだよ」と伝えた。すなわち、ある境界を越えたのである。この薬剤師の語りはとりわけ筆者の印象に残った。「こっから(ここから)」と超えた境界は何を意味するのか。

医療者が、患者が生活する場に足を運び医療サービスを提供するのが在宅医療である。そのため、病院、診療所、また薬剤師にとっての薬局、という医療者のフィールドを離れ、患者のフィールドに入って行く。筆者自身も在宅医療に関わる薬剤師のひとりである。担当する患者数は月により多少変動するが、7～10名程度の患者を担当している。認知症の患者、循環器に疾患を持つ患者、がん患者、独居高齢者、高齢者の夫婦世帯など、患者の背景はさまざまである。約7年間にわたる自らの経験を振り返った時、自分は薬剤師として在宅医療に関わる上で、どのような役割を担い、そして実践しているのか、その経験を客観的にとらえ言語化することは難しい。しかし患者の生活の場に足を運ぶことで自分の中に変化はあったという確信がある。

倫理学・臨床死生学を専門とする竹之内裕文〔竹之内 2007, 99〕は、「自宅という『空間』は、家族や地域コミュニティの歴史の痕跡をとどめ、外部者の医療関係者でさえもその空間の『履歴』に触発され、固有の履歴をもった者として患者と接し、在宅ホスピスケアでは、適正な医療的サポートという前提の下、患者とその家族との日常生活を支援し両者の相互的・歴史的なケアの関係を仲立ちすることに力点が置かれる」と述べる。患者の生活の場に身を置いたとき、その「場」はどのような影響を医療者に与えるのか。その「場」には「こ

っから（ここから）」という言葉で表現される何かと何かの境界があるのだろうか。

そこで、一人の研究者として在宅医療に関わる薬剤師を詳細に描きたいと考えた。本論文の主軸となる調査はフィールドワークを行う人類学的調査方法を用いる。すると、薬剤師である筆者が薬剤師を「描く」ということは、薬剤師という専門家文化を身に着けた研究者が、同じ専門家文化をもつ薬剤師を対象とする自文化研究であり、自らの相対化が最も困難な研究となる。しかしそれでも「描く」ということに挑戦したいと考えた。それが在宅医療に関わる薬剤師であり、そして研究者でもある自らの役目なのであると考えたからである。

第1章 問題の所在

第1節 在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師へのインタビュー調査の経験から

筆者は2010年、在宅緩和ケア¹に関わる薬局薬剤師20名を対象にインタビュー調査を行った²。この調査研究の目的は、薬局薬剤師が在宅緩和ケアをうける終末期のがん患者に対応する態度をどのようにして身につけるのか、そのプロセスを示すことにより、在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師の現状と抱える問題点を明らかにすることであった。筆者が調査を行うに至った問題意識は、以下のような社会的背景と関連したものであった³。

我が国における死因の年次推移において、がんが1980年に死因第一位になって以来、がんによる死亡者数は一貫して上昇傾向にあり、またがん罹患数も1975年以降増加を続け、2004年には1975年の約3倍にもなっていた⁴。そして、このようながんによる死亡者数、およびがん罹患数の増加は、我が国における急速な高齢社会の到来に伴うものであり、今後増加することが予測された。我が国では、1976年を境に、病院死が自宅死を上回り、1950年頃には、約8割の人が自宅で亡くなっていたが、現在では約8割の人が病院で亡くなっている。しかし、厚生労働省が1987年以来5年ごとに行っている「終末期医療に関する調査」によると、2007年当時で、国民の約6割は最期の時は自宅で過ごしたいと希望していることが明らかになった。しかし、自宅での療養を希望しながらも、死亡場所としては自宅を希望する者は全体の約1割にとどまり、その理由として、家族への介護負担への遠慮、病状が急変したときの対応への不安などが挙げられた⁵。すなわち、死亡場所としての自宅は、国民にとって不安要素が多い場であることが考えられた。

一方、近年病院死が約8割を占めてはいるが、今後の死亡者数の増加、それに伴う受け入れ医療機関数の不足、今後の労働者人口の減少を鑑みると、病院死を望む望まざるに関係なく、病院で死亡することが難しくなってくることも予測される。2007年6月に策定された「がん対策推進基本計画⁶」においては、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標としている。そのためには、自宅や施設といった生活する場を看取りの場と

¹ 世界保健機構（WHO）は、緩和ケアについて、2002年以下のように定義している。「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」（ホスピス緩和ケアとは：歴史と定義 日本ホスピス緩和ケア協会による訳）すなわち、在宅緩和ケアとは、患者が生活する居宅（自宅・施設）において、緩和ケアが行われることを指す。

² 筆者が修士課程において行った調査研究である [菊地 2010]。

³ 筆者による修士論文の記述を基にしているため、提示した統計資料は2010年以前のものとなっている。

⁴ 厚生労働省：平成18年 人口動態統計（厚生労働省大臣官房統計情報部編）人口動態統計月報年計（概数）の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai06/kekka3.html> (2010.11.7 閲覧)

⁵ 厚生労働省：第1回終末期医療のあり方に関する懇談会資料 資料3：「終末期に関する調査」結果 p31-60

<http://www.bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html> (2010.9.1 閲覧)

⁶ がん対策推進基本計画 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>

するための体制が整えられること、また、自宅での看取りに伴う、患者や患者家族の不安が軽減されるための対策が必要である。

がん患者の自宅での療養を支援する医療スタッフの一員として、薬局薬剤師も地域における医療チームに参加している。2006年度の改正医療法により、薬局は正式に医療提供施設として認められ、調剤⁷の一部が患者の自宅においても可能になり、患者宅を訪問して服薬指導を行う活動業務が始まっている。具体的には、薬剤師が持つ専門的知識を活かし、疼痛緩和に欠かせない強い鎮痛効果を持つ医療用麻薬の適正な使用に貢献し、がん患者がもつ身体的苦痛を和らげることである。さらに、患者がQOLの高い療養生活を送るために、他の医療スタッフと協働し、患者の療養を支援する。しかし十分にその役割を果たしているとは言いがたい状況であった。

在宅緩和ケアへの薬剤師の関わりについて、薬学を学ぶ大学院生の立場で調査を行った赤井那実香ら〔赤井、藤田（渡邊），徳山 2009〕は、薬局薬剤師は、患者の薬剤に対する不安を軽減し、また悩みを相談しやすいなどのメリットがあると考え、地域貢献のために、在宅緩和ケアに参画する必要があるという認識を持っていることを報告した。一方で、病院薬剤師であるIseら〔Ise, ほか 2010〕は、薬局薬剤師の多くは、医療用麻薬製剤を服用するがん患者のような死を前にした患者への対応に困難感を持っていることを報告し、薬剤師に対する在宅がん患者とのコミュニケーションを円滑に行うための教育の必要性を提言した。この二つの調査から読み取れたのは、薬局薬剤師は、在宅緩和ケアへの参画の必要性を自覚しながらも、終末期のがん患者にどのような態度で接したらいいのか、その対応に困難を感じているという状況であった。

このような社会的背景、および薬局薬剤師の在宅緩和ケアへの関わりの現状から、自宅で療養する終末期のがん患者に実際に関わっている薬局薬剤師にインタビューを行い、関わりの現状を把握し、そしてどのように終末期のがん患者に関わる態度を形成しているのか、そのプロセスを明らかにすることが、終末期のがん患者への対応に困難を感じながら在宅緩和ケアに関わる薬剤師、また今後関わりたいと考えている薬剤師に参考となると考えた。さらに、医療人としての薬剤師の態度教育の充実を唱える薬学教育に何らかの示唆を与えることができるのではないかと考え、筆者は調査研究を行った。

そして、インタビューデータを質的に分析⁸することにより導かれたプロセスから、薬局

⁷ 第13改訂調剤指針において「調剤の概念」とは、「薬剤師が専門性を活かして、診断に基づいて指示された薬物療法を患者に対して個別最適化を行い実施することをいう。また、患者に薬剤を交付した後も、その後の経過の観察や結果の確認を行い、薬物療法の評価と問題を把握し、医師や患者にその内容を伝達することまでを含む」と記述されている。すなわち、単なる薬の調整のみが調剤ではなく、患者への服薬指導も調剤の概念に含まれることになる。

⁸ インタビューデータの分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）の手法を用いた。分析に当たっては、木下康仁（2003）「グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践」（弘文堂）、および木下康仁（2008）「ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて」（弘文堂）を参考に行った。M-GTAは理論生成を目的とし、ヒューマンサービス領域において、他者との相互作用の影響下におけるプロセスの性格を持っている現象の分析に適する手法とされている。

薬剤師が在宅緩和ケアに関わるにあたっては、薬剤師業務の固定観念にとらわれていては、患者への十分な対応ができないことを実感し、患者の要求に応える形で、できないことを考えるよりも、できることは何かと考え対応していたことが明らかになった。インタビューデータの分析から「薬剤師業務の固定観念からの脱却」という概念が見いだされ、これが終末期のがん患者に対する態度を形成する上での重要な変換点となっていることが導かれた。そして、インタビューデータの分析を通して、薬剤師は単なる「くすり」という物品の配達、および薬の情報提供にとどまらず、患者、患者家族の療養生活を支える視点を持ってかかわっているという現状が明らかになった。そして問題点として、どこまで患者に対して薬剤師はできるのかという行為の範囲をめぐって、「役割」に関する葛藤が明らかになった。

たとえば、在宅緩和ケアの臨床現場で多く見られたのは、鎮痛作用のある坐薬の挿入や貼付剤の貼付、軟膏の塗布といった行為を、「薬剤師がどこまでできるのか」と考えることであった。インタビュー調査では、以下のような薬剤師の語りがあった。

入った当初は、薬剤師は患者さんに触っちゃいけないものだと思っていた。でも、患者さんにそのトイレに行きたいから手伝ってって言われて、ま、ここで漏らされても困るし（笑）。それで、患者さんに触れて手伝ったりしてるうちに、やっぱり、それじゃいけないんだなって、そのあとですよ、貼ったり、塗ったりとかするようになったのは。

(男性 30 代前半、在宅緩和ケアへの関わりの年数 2 年)

病院という「場」であれば、もし患者がトイレに行きたいと言ったら、看護師を呼び薬剤師はその場をあとにするであろう。しかし、患者の家という「場」においては、患者の要求に応じてトイレ介助を行うこともやむを得ない。この薬剤師は、「**薬剤師は患者さんに触っちゃいけないものだと思っていた**」と語ったが、これまで薬剤師の多くが、患者に触れることは医療行為につながると考え、薬剤師は医療行為ができないという認識から、患者に触れることを極端に避けていた⁹。しかし、患者のトイレ介助をきっかけに、その後「**貼ったり、塗ったり**」と、患者に「触れる」行為を行うようになったと語った。トイレ介助が、患者の生活領域に引き込まれた場面ともとらえられる。すなわち、トイレ介助という患者の生活領域に引き込まれた経験が、薬剤師の業務範囲の認識の変換点となっていたと考えられる。そして、「**薬剤師業務の固定観念からの脱却**」が起こったと考えられる。

インタビュー調査の結果を受けて、筆者は薬剤師が患者に「触れる」という行為に注目した。「触ってはいけない」から「触ってもいい」という思考のパラダイムシフトが起こって初めて、患者に「触れる」行為を行うようになったのだとしたら、どの程度の薬剤師が抵抗感なく、必要性を感じ患者に触れているのだろうか。自宅で療養する患者は、がん患者に限らないことから、新たな調査においては、在宅緩和ケアに限らず、在宅医療に関わる薬剤師を対象として、患者に「触れる」行為について、抵抗感があるのか、法的にはどのように

⁹ 患者に「触れる」行為と医療行為との関連については、第 3 章において詳細に述べる。

認識しているのか、必要性はどのように認識しているのか、そして実際に行っているとしたらどの程度の頻度で行っているのか、という実態を量的調査により把握することが必要であると考えた。患者に「触れる」行為を、抵抗感なく、必要に応じて日常的に行っているとしたら、それは、「薬剤師業務の固定観念からの脱却」した薬剤師の姿ともとらえられる。また、実際に在宅医療に関わる薬剤師へのインタビュー、および参与観察といった手法を用いた質的調査を行い、在宅医療に関わる薬剤師の実践の姿を詳細に描きたいとも考えた。薬剤師は単なる「くすり」という物品の配達、および薬の情報提供にとどまらず、患者、患者家族の療養生活を支える視点を持って関わっているのなら、その実践について描きたいと考えたのである。

社会学の視点から日本の薬剤師の専門性について論じた小村富美子 [小村 2011, 244] は、薬剤師の専門性の曖昧さを指摘し、薬剤師が「薬剤師」として十全に利用されることが医療現場で一番望まれることであると述べる。では、十全に薬剤師として利用されるとはどういうことであろうか。在宅医療という医療現場においても、専門性を明確にすることが、薬剤師として十全に利用されるということなのだろうか、という問いが筆者にはある。在宅医療に関わる薬剤師は、薬剤師業務の固定観念から脱却することにより、より患者・患者家族の療養生活を支える視点を持って関わるようになっていなければならないのであれば、「薬剤師が薬剤師として十全に利用される」こととは、「専門性を明確化する」だけでは不十分なのではないかと考える。「在宅医療に関わる薬剤師」と仮に限定するのであれば、医療専門職としての薬剤師という枠組みを設定しながらも、患者の生活への視点についても検討していく必要があるのではないかと考える。

第2節 在宅医療における我が国の課題と薬剤師の関わりのこれまでの流れ

第1項 2025年問題に向けて一地域包括ケアシステムの構築一

平成29年版高齢社会白書¹⁰によると、65歳以上の高齢者人口は過去最高の3,459万人(前年万人)となり、総人口に占める65歳以上人口の割合(高齢化率)は過去最高の27.3%(前年%)となった。高齢者人口は、いわゆる「団塊の世代」(昭和22[1947]~24[1949]年に生まれた人)が65歳以上となる平成27(2015)年には3,387万人となり、「団塊の世代が」75歳以上となる平成37(2025)年には、3,677万人に達すると見込まれている。そして、その後も高齢者人口は増加し、平成54(2042)年に3,935万人でピークを迎えるとされている。日本は他の諸国と比較しても高齢化率の上昇は顕著であり、世界のどの国も経験したことのない高齢社会を迎えていると報告されている。総人口が減少する中で、高齢者の人口が増加する現代社会において、どのような医療が求められているのか。死亡者が増加する中で、今後どのような医療を受けたいのか、どこで最期を迎えたいのか、といった自らの最期について考えることが求められるのではないかと考える。

¹⁰ 平成29年版高齢社会白書(全体版)(PDF版)第1章第1節1. 高齢化の現状と将来像
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (2018.4.30閲覧)

団塊の世代が75歳以上となる2025年には、死亡者数が現在の1.5倍の170万人となることが予測されている。死亡者数の増加、医療や介護の需要の増加は「2025年問題」と呼ばれ、その対策は我が国にとって喫緊の課題である。高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で暮らすことを目標とし、厚生労働省では、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進している。それが地域包括ケアシステムである。厚生労働省のホームページ〔厚生労働省2016〕には、地域包括ケアシステムについて以下のように記述されている。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は穏やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

地域包括ケアシステムは、地域の特性に応じて、地域ごとに適したシステムを構築する必要があるといえる。「住み慣れた地域」という文言には、最期の時を過ごす療養場所として、病院以外の自宅や施設という選択の幅の広さを示しているともいえる。

平成25(2013)年度の厚生労働省の調査〔終末期医療に関する意識調査等検討会2014〕によると、人生の最終段階¹¹を過ごしたい場所について、「末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様な場合」は、一般国民の71.7%が居宅と回答し、介護施設は8.2%、医療機関は19.0%であった。一方、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」は、介護施設が59.2%と最も多く、医療機関が26.8%、居宅は11.8%であった。このように、置かれた状況により、人生の最終段階を過ごしたいと希望する場所は異なってくる。しかし、人生の最終段階を過ごすのは病院ではなく、「生活ができる場」を希望する国民が多いことがこの結果から読み取れる。

高齢社会となった我が国において、人生の最終段階に関する議論の対象の多くは高齢者である。人は誰でも、加齢に伴い健康上の問題を少なからずかかえ、また家事を行うなど日常生活にも支障をきたすことが多い。そのため、地域包括ケアシステムでは、医療と介護の連携にも重点を置いている。厚生労働省のホームページによると、「疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医

¹¹ 本調査は1987年以降5年に1度行われ、2008年度の調査までは「終末期」と表現されていた。

療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である」と記載されている。具体的には、在宅医療を行う医療機関、訪問看護ステーション、薬局などの医療機関に、介護サービス事業所が連携し、地域包括支援センターが連携体制の構築を支援する体制である。かつては自宅において、家族の手により行われた医療的ケアや介護が、公的サービスによって行われる仕組みといえる。

薬局も、地域包括ケアシステムのひとつのリソースである。そして、薬剤師は、他職種と連携しながら、自宅や施設で療養する人々に行われる薬物療法を支援する。具体的には、医師が処方した薬を調整し、患者の療養場所に届け、適正な薬物療法がおこなわれるように、薬剤師の専門性を活かして関わることになる。2015（平成27）年2月現在で、在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）は約3,600店舗、居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）は11,000店舗と報告されており〔調剤報酬（その2）中医協総-3〕、全国の薬局数が約57,000店舗ということから考えると、現在、全薬局の約2割の薬局が在宅医療にかかわっていることになる。裏を返せば、約8割の薬局はまだ在宅医療にかかわっていないという現状であり、在宅医療に関わる薬剤師は薬剤師全体から考えたときには、まだまだその絶対数は少ないと言わざるをえない。

すなわち、多くの国民が「住み慣れた地域」で人生の最終段階を過ごすことを希望しているのであれば、在宅医療に関わる薬剤師の裾野を広げることは重要な課題であるといえる。

第2項 医薬分業の進展とファーマシューティカルケア

本論文では、在宅医療に関わる薬局薬剤師に焦点をあてる。薬剤師とはそもそも何を行う医療専門職なのか。人々が薬剤師を目にする「場」とは、病院や薬局、ドラッグストアなどである。ここで薬剤師法の条文を参照する。薬剤師法第一条には、薬剤師の任務として、「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の生活を確保するものとする」と謳われている。そして、薬剤師の任務の中心となる「調剤」という概念は、時代とともに変遷している。その背景にあるのが医薬分業の進展といえよう。

患者を診察し薬を処方する医師と、医師の処方にもとづき調剤を行う薬剤師が、それぞれが異なった場所において、独立して業務を行うのが医薬分業である。欧米では医薬分業率¹²は100%であるが、我が国においては医薬分業が進展した現在でも70%弱であり、その分業率を欧米と比較したとき我が国の医薬分業が不完全であることが理解できる。

我が国における医薬分業の歴史を振り返る。医薬分業は1874年（明治7年）制定の医制がその始まりとされている〔秋葉，ほか2012，5〕。しかし、当時は薬剤師（薬舗）数の不足により、医師の薬舗兼業が認められたため、結果的には医薬分業は成立しなかった。そして第二次世界大戦前は、医師と薬剤師との「調剤権」をめぐる権力闘争、さらに戦後

¹² 医薬分業率 (%) = $\frac{\text{処方箋枚数 (薬局での受付回数)}}{\text{医科診療 (入院外) 日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$

は医師側が強く医薬分業に反対し、結局のところ医政の制定から 100 年間医薬分業は進展することはなかった。1956 (昭和 31) 年、医薬分業法が施行されたが、医薬分業はなかなか進展しなかった [秋葉, ほか 2012, 29]。しかし、1961 (昭和 36) 年に国民皆保険制度が制定され、その後 1970 年代に入ると、医師が物を売ることによって利益を得るのではなく、技術が評価されることで利益を得るといった専門職としての権威を獲得していくために、「物と技術の分離」が重要視された。その推進の下支えとして処方せん料 (医師が処方せんを発行することで得られる技術料) 6 点¹³が 1972 (昭和 47) 年に新設された。それと同時に、調剤においても調剤基本料という技術料が新設された [秋葉, ほか 2012, 186]。調剤基本料は一律 80 円であった。1972 年は「分業元年」といわれている。その後、処方せん料は 1974 年に 50 点と大幅に引き上げられた [秋葉, ほか 2012, 190]。この大幅な引き上げが医薬分業の進展に大きな原動力となった。すなわち、1974 年は医薬分業の進展の開始年ととらえることができる。1992 (平成 4) 年以前は年平均約 0.7% の分業率の上昇であったが、1993 (平成 5) 年以降は年平均約 3.5% で上昇した [赤木 2013]。厚生省 (当時) が 37 のモデル国立病院に対して完全分業 (院外処方せん受け取り率 70% 以上) を指示した 1997 (平成 9) 年以降、さらに医薬分業は急速に進み、2003 (平成 15) 年に初めて全国の医薬分業率が 50% を超えた [秋葉, ほか 2012, 152]。

そして、1974 (昭和 49) 年の医師が院外処方せんを発行することへのインセンティブとなる処方せん料の大幅な引き上げから約 40 年、現在は 70% に近づくまで分業率は上昇した。この間、アメリカから、患者個人を対象とした patient oriented な薬物療法であるクリニカルファーマシー、また、薬剤師行動の中心に患者の利益を考える行動哲学であるファーマシューティカルケアの理念が日本にも輸入された [赤木 2013]。とりわけファーマシューティカルケアの理念の導入は 1993 年以降の分業の急進展に大きく寄与したとされる。

筆者は、1993 (平成 5) 年以来薬局薬剤師として働いている。現在までの 25 年間、薬剤師業務は確実に変化してきたことを体感している。その背景にあるのが医薬分業の推進であることは間違いない。しかしわが国において完全な医薬分業は実現できていないのが現状でもある。欧米では完全なる医薬分業が確立されており、この医薬分業の根底にあるのがファーマシューティカルケアの理念である。

1993 年に開催された「第 2 回薬剤師の役割に関する WHO 東京会合」では、ファーマシューティカルケアの概念について次のように定義されている。

「ファーマシューティカルケアとは、薬剤師の活動の中心に患者の利益を据える行動哲学である。患者の保健および QOL (生活の質) の向上のため、はっきりとした治療効果を達成するとの目標をもって薬物治療を施す際の、薬剤師の姿勢・行動、関与、関心、倫理、機能、知識・責務並びに技能に焦点を当てるものである」 [厚生省薬務局企画課在宅医療薬剤供給推進検討委員会 1994]。また、この会合では、ファーマシューティカルケアの対象を単

¹³ 医療保険制度において、1 点は 10 円に換算される。すなわち処方せん発行料 6 点とは、処方せんを 1 枚発行するごとに 60 円の報酬を得ることができることとなる。

に個々の患者のケアにとどめず、市民一般（コミュニティ、地域、国家）にも拡大が可能として、薬剤師をヘルスケアの提供者として位置づけ、薬剤師の機能を、個々の患者に対するものと市民一般に対するものに大別し、ファーマシューティカルケアをそれら全体を覆う行動哲学としている。すなわち、患者、市民一般という対象がなければ、ファーマシューティカルの実践は不可能なのである。

筆者は、薬局に勤務する以前 1989（平成元）年から 1993（平成 5）年までの 4 年間、大学付属病院の薬剤部に勤務した。勤務していた病院が大学付属病院ということから、1 日 2000 人以上の外来患者が訪れ、当時の薬剤師の業務は基本的には「薬を調整する」という調剤¹⁴業務一辺倒で、処方せんという 1 枚の紙を相手に、薬を調整する業務を一手に担う「薬剤部」というマシンの歯車のひとつとして、ひたすら業務に没頭していた。当時を振り返ると、病院には多くの患者が訪れるという環境であったにも関わらず、一人ひとりの患者への関心は決して高いものではなかった。

そして、病院勤務時代は、まずは「調剤ミスをしてはいけない」という意識が一番にあった。退職時の薬剤師の挨拶では、皆一様に「大きな調剤ミスをせずに勤務を続けてこられてホッとしています」という言葉を発した。筆者も同様であった。何より優先されるべきは大きな調剤ミスをしてはいけないことであった。薬という「もの」を間違いなく患者に届ける。すなわち「もの」に支配されている業務であり、調剤ミスを起こさず、正確な調剤を行うという「役割」を全うすることが重要課題であった。そして患者の存在の実感が得られないまま筆者は病院を退職した。すなわち、筆者が病院勤務時代に行っていた調剤業務には、ファーマシューティカルの理念は見いだせないといえよう。

筆者が病院を退職した 1993（平成 5）年 10 月に 発足した厚生省在宅医療供給検討委員会による報告書「薬剤師の在宅医療への参加のために」において、「ファーマシューティカルケアの概念は、従来の薬局という枠を飛び越えて、様々な場所での薬剤師のサービスを可能にするものであり、在宅医療への薬剤師の参加は、まさしくファーマシューティカルケアの実践の場であると言えよう」と明記された [厚生省薬務局企画課在宅医療薬剤供給推進検討委員会 1994]。1993（平成 5）年とは、遡ると、医薬分業率の進展が急激に上昇していったスタートの年であるが、まだ分業率は 15%程度と、医薬分業も十分に進展していない時期に、さらに介護保険制度が発足する以前に、すでに薬剤師の在宅医療への参加をファーマシューティカルケアの実践ととらえた点は非常に興味深い。患者の保健および QOL（生活の質）の向上のため、という明確な目的をもち、患者の存在を明確化し、行動するというファーマシューティカルケアの理念の実践が在宅医療といえることにはうなずける。

そして 1994（平成 6）年の医療費改定で、薬局および病院の薬剤師の仕事として、在宅寝たきり老人訪問薬剤指導料と在宅患者訪問薬剤管理指導料が新設され、薬剤師が医師の指示で患者の家を訪れる制度ができた [小坂 1997, 271]。2000 年の介護保険制度施行前は、医療保険で訪問業務に対する報酬が支払われた仕組みであった。

¹⁴ 1990 年当時の調剤の概念は、「薬を調整する」ことであった。

2016（平成 28）年度の診療報酬改定では、「かかりつけ薬剤師」という言葉も生まれ、これまでの対物業務から対人業務へのシフトが唱えられている。そのような流れの中で、在宅医療への薬剤師の関わりについても今後一層進めていくことが方向性として述べられている。2018 年度の診療報酬改定において新設された地域支援体制加算¹⁵には、在宅医療への取り組みの実績を要件としており、薬局が在宅医療に取り組むことへ報酬面での優遇措置を設けて進めようとしていることがうかがえる。

いずれにしても、25 年前の 1993（平成 5）年に明記された「薬剤師の在宅医療への参加は、まさしくファーマシューティカルケアの実践の場である」という文言は重要である。在宅医療に関わる薬剤師の裾野を広げるという数的な目標のみを掲げるのではなく、「患者の保健および QOL（生活の質）の向上のため」というファーマシューティカルケアの理念に基づき、薬剤師行動の中心に患者の利益を据え、薬剤師が在宅医療に関わることを目標とすることこそが重要であると考えられる。

第 3 節 本研究の目的

本研究の目的は、在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践について明らかにすることである。とりわけ、医療専門職である薬剤師という枠組みを設定しながらも、薬剤師のもつ患者の生活への視点に注目する。「在宅医療とは、患者の保健および QOL（生活の質）の向上のため、という明確な目的をもち、患者の存在を明確化し、行動するというファーマシューティカルケアの理念の実践」なのであれば、薬剤師が患者の生活への視点をもつことは、欠かすことができないと筆者は考えるからである。

まず、役割については、「薬剤師として何ができるのか」という点に注目する。薬剤師は医療行為をしてはいけない、という観点から、患者に「触れてはいけない」という認識が強い。在宅医療の現場で起こりうる、軟膏を塗布する、坐薬を挿入する、血圧を測定する、といった患者に直接「触れる」行為を複数項目設定し、薬剤師がこれら行為を行うことについて、抵抗感の有無、法的妥当性の認識、必要性の認識、行為頻度について尋ね、得られた結果から、在宅医療に関わる薬剤師の患者に「触れる」行為についての実態を把握する。ときに患者への「触れる」行為が、薬剤師としての役割を逸脱する場合もあることから、行為の是非をめぐる葛藤についてアンケート調査の結果から検討する。そして、なぜ葛藤が起こるのか、葛藤を抱えながらなぜ行うのか、といった点について考察し、薬剤師のもつ患者への

¹⁵ 地域体制支援加算は、1 か月の処方せん受付回数が 4 万回超（同一法人全処方箋）の大手薬局チェーン以外、1 か月の処方せん受付回数が 2000 回超の場合集中度 85%以上、4000 回超の場合集中度 70%以上と、1 か所の医療機関から処方せんの集中度が極端に高い薬局以外については、①麻薬小売業の免許 ②在宅患者に対する薬学的管理・指導の実績 ③かかりつけ薬剤師指導料（同包括管理料を含む）の 3 つの届出を行っていれば、処方せん 1 枚につき 35 点が加算される。

生活の視点について検討する。一方、在宅緩和ケアに関わる薬剤師へのインタビュー調査から浮上した、薬剤師は単なる「くすり」という物品の配達、および薬の情報提供にとどまらず、患者、患者家族の療養生活を支える視点を持ってかかわっているという点については、薬剤師が在宅医療に関わる上で自らの役割をどのように認識しているのか、インタビューおよび患者宅への訪問同行調査による参与観察といった手法を用いて、質的調査から詳細に検討する。これら量的調査、質的調査から得られた結果から、「薬剤師として何ができるのか」という役割認識について、また、医療職としての求められる薬剤師の役割と薬剤師自らが考える薬剤師の役割との「ずれ」から生じる薬剤師がかかえる苦悩について、さらに論考を深める。

また、実践については、「どのようなことを行っているのか」という点に注目する。患者、患者家族の療養生活を支える視点の検証、および他職種との関係性については、在宅医療に関わる1名の薬剤師を対象とし、インタビュー、および患者宅への訪問同行調査による参与観察を行なう。実践について詳細に記述し、在宅医療に関わる「医療専門家」としての薬剤師の実践について明らかにする。それは、専門性を明確にすることが、在宅医療に関わる薬剤師を十全に利用するということなのかという筆者の問いを探求することでもある。

ではなぜ在宅医療に関わる薬剤師の、役割と実践について明らかにすることが必要なのか。それは、在宅医療では多職種が連携することが必須となるからである。そのためにも薬剤師が薬を患者の家に届けること以外に何をしているのか、それぞれの専門職がどのような役割を担い、実践しているのかについて、互いに知ることは連携する上で重要である。また、これまで在宅医療にかかわった経験のない薬剤師に、在宅医療に関わる薬剤師の姿を提示することにより、関心をもってもらうことも重要である。また、現在在宅医療に関わる薬剤師にとって何らかの示唆を与えることができるのではないかと考える。

そこで本論文では、薬剤師の在宅医療における役割と実践について、量的調査と質的調査より得られた結果を、詳細な記述によって明らかにし、医療人類学、および医療社会学における理論を参照しながら、患者の保健およびQOL（生活の質）の向上のために行動するというファーマシューティカルケアの実践としての在宅医療への薬剤師の関わりについて論考を深める。

第4節 本論文の構成

本論文の構成として、以下に各章の概要を示す。

第1章では、まず、本研究を行うきっかけとなった、筆者が行った在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師を対象とした研究を概観し、本研究の入り口を提示する。そして、在宅医療がなぜ現在我が国において必要とされているのか、その社会的背景を述べ、現在の薬剤師の在宅医療への関わり方の現状を述べる。次に、薬剤師という医療専門職について改めて法律的な側面から確認した後、医薬分業の進展に伴う、薬剤師の業務内容の変遷について、筆者の経験とともに提示する。そして、医薬分業の進展の中、アメリカから輸入された薬剤師の行動哲

学「ファーマシューティカルケア」の理念と、在宅医療に関わる薬剤師の行動、姿勢との関係について述べる。

続く第2章は、本論文において参照する理論的枠組みを提示する。本論文は、量的調査から得られた結果考察を起点とし、インタビュー調査、および参与観察といった手法を用いた質的調査をもとに論考を深める。そのため、論述する上で参照する理論を提示する。

第3章は、在宅医療に関わる薬剤師が患者に「触れる」行為に対して、抵抗感、法的妥当性の認識、必要性の認識、行為頻度についてアンケートを行った量的調査の詳細を述べる。本調査は、在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師が、薬剤師として患者に「触れる」行為を行うことに対する是非をめぐる葛藤があったことが明らかになったことに端を発し、実態を把握するために行ったものである。調査全体の考察を述べた後、得られた結果をもとに、在宅医療に関わる薬剤師の患者の生活への視点の獲得について「脱限定化」という概念を用いて論じる。そして、薬局薬剤師の役割と実践の「脱限定化プロセス」の過程に生じる役割と実践をめぐる苦悩について考察を深め、第4章への橋渡しとする。

第4章は、本論文の中心となる長崎市におけるフィールドワークによる調査を3つに分けて記述する。調査内容の記述に先立ち、長崎市の歴史を簡単にたどり、地理、人口構成、医療状況について概観する。さらに、長崎市の在宅医療を語る上で重要な位置づけとなる医師のネットワークである長崎在宅 Dr. ネット（通称 Dr. ネット）、緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM 長崎、そして本調査の中心ともなる在宅医療に関わる有志の薬剤師による長崎薬剤師在宅医療研究会（通称 P-ネット）について記述する。続いて3つの調査について詳細を記述する。まず1つ目は、P-ネット会員へのインタビュー内容を横断的に分析し、在宅医療に関わる薬剤師の苦悩とその対処の術を探ることを目的とする調査に関する記述である。本調査は第3章のアンケート調査の結果の考察から得られた概念「脱限定化」について論考を深めることが目的である。理論的枠組みとしてサファリング論を参照する。続く2つ目の調査は、P-ネット会員である七嶋和孝氏に焦点を当て、インタビュー及び、患者宅への訪問同行の参与観察データから、在宅医療に関わる薬剤師の実践に着目する。そして、七嶋氏の実践を検討する理論的枠組みとして「生活化」という概念を参照する。また、七嶋氏の実践理論を検討する理論的枠組みとして「省察的实践家」という専門家像を参照する。そして3つ目の調査は、再度 P-ネット会員へのインタビュー調査をもとに、会員にとって P-ネットはどのように意味付けられているのか、P-ネットに関する語りから検討を試みる。そして、P-ネットについて「実践コミュニティ」という枠組みを用いて論考し、今後の P-ネットの方向性、地域包括ケアシステムとの関係性について論じる。

終章は、第3章、および第4章の3つの調査に関する論考を統合し、在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践について「生活化」という理論的枠組みを再度参照し、総括する。これは、問題の所在として筆者が示した、「薬剤師を十全に利用することとは、「専門性を明確化する」ことだけで十分なのか」という問い、および患者の生活への視点の獲得の必要性の検討に呼応するものである。そして、「ファーマシューティカルケアの実践の場」としての在宅医

療に薬剤師がどのように関わるか、本論文のまとめとして述べる。

第2章 理論的枠組み

第1節 サファリング論

本論文の第一の理論的枠組みとして提示するのがサファリング論である。筆者が行った在宅緩和ケアに関わる薬剤師へのインタビューでは、「薬剤師が行ってもいいのか」という悩みを複数の調査協力者である薬剤師が語った。そして、その悩みは、常につきまとい、にもかかわらず、その対応に工夫をこらしながら「行う」という選択をしていた。このような悩みが継続している状態を筆者は「苦悩」と解釈した。そこで、医療人類学において重要な概念である「苦悩」、すなわち「サファリング」という概念を本論文では理論的枠組みとして参照する。

第1項 サファリングとナラティブ

Suffering (サファリング) とは、辞書的には、「苦しむこと、苦痛」という意味である¹⁶。1970年代、よりよい医療を探求するために、病いの体験を形作る基盤にあるものがサファリングであると考え、医療人類学者は患者のサファリングに注目した。病いの体験とは、人生のプロセスを乱すものであり、病いをめぐって患者の日常生活の中で、悲観や怒り、恐れなど感情や情動として顕著に表れる。このように病むことを契機に表出する感情や情動をサファリングと表現した [Kleinman, Kleinman 1995, 119]¹⁷。

では、なぜ医療人類学においてサファリングという概念が注目されたのか。ハーヴァード大学医学部で教鞭をとる人類学者バイロン・グッドは、「診療や研究において典型的に用いられている『医学モデル』では、疾患は普遍的な生物学的あるいは精神生理学的な実体であって、身体の病変や機能障害によって生じるということが当然の前提とされている。(中略)臨床医学の主たる仕事は診断—患者の症状を解釈して、そのもとになっている身体の機能や構造に、そして、根底にある疾患の実体に結びつけること—と、その疾患のメカニズムに介入する合理的な治療ということになる」と述べ [グッド 2001, 13]、臨床医の仕事とは、患者の象徴的な表現をその身体的な指示対象という観点から解読することであり、「文化の言語で伝えられる病気の経験は、障害された生理機能という観点から解釈されて、医学的な診断をもたらすのである」と述べる [グッド 2001, 14]。しかし、グッドは、「人間の生物学と医学の主張を理解し、病気や苦悩 (サファリング) に関するローカルな知識の妥当性も認めることが、医療人類学にとって決定的に重要である」と [グッド 2001, 108]、医学の主張を理解しつつも、患者の「なぜ私が」という「意味」に注目し、苦悩 (サファリング) の本質とは何か、苦悩 (サファリング) に意味を与える道徳的な秩序とは何かを問うことの必要性を述べた [グッド 2001, 233]。すなわち、医療人類学において、「サファリング」という概念は、病いや患うことの意味を問う「意味中心のアプローチ」の主要なテーマである。

¹⁶ ジーニアス英和辞典より

¹⁷ クラインマンの著書「病いの語り」において、sufferingは「患うこと」と翻訳されている [クラインマン 1996]。

そして、グッドは、苦悩（サファリング）とは物語化することにより、再構成されるとした。すなわち、「物語（ナラティブ）には経験が再現され、出来事が意味ある一貫した秩序として提示され、活動と出来事とが、それらに伴う経験や、関与した個人に意味を与えるような重要性に沿って描き出される [グッド 2001, 241]」のである。そして、患者の主観的経験の重要性を述べ、病いがいかに文化的に横断して多様であるかを調査するにおいて、臨床人類学者のアーサー・クラインマンとジョーン・クラインマンらが行っている「経験のエスノグラフィー」に注目することの必要性を述べた [グッド 2001, 202]。「経験のエスノグラフィー」においては、病いと社会的背景との関係についても検討されている [Kleinman, Kleinman 1995, 100]。すなわち、生物医学的解釈だけでは、その苦悩を理解することが難しいのである。そして苦悩（サファリング）は、語ること、すなわちなラティブにより提示されるのである。

第2項 病者のサファリング

臨床人類学者アーサー・クラインマンは、著書「病いの語り」において、病者の患うこと（suffering）の経験について記述している。A・クラインマン [クラインマン 1996, 9]は、「病いを人類学的視点および臨床的視点でみると、病いは、多義的ないし多声的である。病いの経験や病いのできごとは、つねに複数の意味を表して（あるいは遮蔽して）いる。それらの意味には、表出されるにはいならず潜在的なままであるものもあるし、また慢性的な障害の長い経過を経てはじめて現れてくるものもある。さらに状況や関係の変化につれて、その意味が変化するものもある。生活のさまざまな場面においてもそうであるが、病いの意味も多義的であるからこそ妥当性をもつということもよくある」と述べる。そして、「慢性の病いのたどる軌跡（trajectory）は、人生の行路の一部となり、ある特定の人生を進展させるのにきわめて本質的な働きをするので、病いを生活史から切り離すことができなくなる」という [クラインマン 1996, 10]。しかし、病いの意味について、日常的に検討されることはなく、生物医学的システムは、症状のコントロールを技術的に追及することに置き換えられてしまう。医学の進歩に伴い、医療は次第に専門化されていき、ひとりの人間を全体的にとらえることから離れていき、断片的に患者にたち現れる症状にのみ注目し、疾病という概念のみで患者をとらえていくようになってきているのである。

また、A・クラインマンは、「臨床過程に関わる人すべてがそれぞれいだいている病気エピソードとその治療についての考え」を「説明モデル」という概念で説明している [クラインマン 1992, 114]。そして、「病者と治療者のいづく説明モデルの相互作用が、ヘルス・ケアの中心的な構成要素をなしている」と述べる [クラインマン 1992, 114]。A・クラインマンは、病者の説明モデルと治療者の説明モデルとの相互作用を研究することによって、臨床場面のコミュニケーションで起こるさまざまな問題を正確に分析することが可能だと説明した。説明モデルが病気エピソードを説明しようとする際の主要な問題は、

構造上、①病因論、②症状のはじまりとその様態、③病態生理、④病気の経過、⑤治療法の5つに分類される [クラインマン 1992, 115]。治療者のモデルでは、これらの問題のほとんどすべてに答えるのに対して、病者と家族のモデルが注意をむけるのは、最も際立った心配事に関してだという。クラインマンは、説明モデルと、病気やヘルス・ケアについての信念とは区別する必要があるとするが、それは、個別の病気エピソードとは関係なく、それよりも前に存在しているものだからである。そして、病者や家族が治療者に対して自分の説明モデルを進んで説明しようとはしないという。それは、専門家にとっては、自分の信念などはばかげていると映るだろうと懸念するからである。病者や患者にとっての説明モデルは、特定の病いの病因や重大性についての信念や、病いに関連づけられる症状や心理的過程、治療法を選択するヘルス・ケア希求行動といった様々な概念や体験が病気の意味論的なネットワークを表している。哲学・倫理学者の加藤直克 [加藤 2014, 32] は、「助けを求める側の悩み・苦しみそれ自体を『原サファリング』とすれば、応答がなされない、あるいは応答が適切でない、あるいは応答がなされること自体の不具合・不正・悪意などによって別のサファリングに悩まされることがある」と述べ、それを「二次サファリング」と表現した。すなわち、二次サファリングとは、患者と治療者との説明モデルの違いから生じるものとしてとらえることも可能である。

第3項 医療専門家のサファリング

医療人類学において、サファリングとは前述したように病者のサファリングが中心であり、サファリングを生み出す医療専門家の権威や権力、パターンリズムを批判してきた。しかし文化人類学および医療人類学を専門とする人類学者浮ヶ谷幸代 [浮ヶ谷 2013 a, 浮ヶ谷 2013 b, 浮ヶ谷 2014 a] は、今日の臨床現場では、病者のみならずケアを提供する医療専門家自身がサファリングを抱えていると述べる。その理由として、パターンリズム批判を契機として、医療制度や専門教育の改革、医療概念や死生観そのものが変容したからであり、「専門家であろうとすればするほど、苦悩する姿を他人に見せることは専門家のあるべき姿ではないと考えているからである。こうした思い込みや社会が求める理想像に強く囚われ、また患者や家族に対して『(診断や治療法が) わからない』とはいえないという過剰な自意識によって、医療専門家は押しつぶされそうになり、苦悩を経験していると言える」と述べる [浮ヶ谷 2013 a, 397]。しかし、これまで医療専門家のサファリングが表面されることがなかったのは、医療専門家自身が、自らに課せられた患者からの期待や社会からの期待に応えるという、医療専門家としての役割を果たすために、自らのサファリングは隠したままであったからだと浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2013 a, 浮ヶ谷 2013 b, 浮ヶ谷 2014 a] は指摘する。そして、「苦悩が生まれるところにこそ現場に即した対処の術が創意工夫される可能性がある」と述べる [浮ヶ谷 2013 a, 404]。

さらに、浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2013 a, 396] は、「専門家は生活者の暮らしのリズムや空間に合わせた状況依存的な日々の実践と普遍的技術の提供との狭間で葛藤することになる」と

述べる。これは、浮ヶ谷が行った北海道浦河町浦河日赤精神科病棟における調査で出会った看護師の姿にも重なる [浮ヶ谷 2009, 251]。ひとりの「人として」患者である「人」との「ごく普通の人と人との関係」に支えられたケアを提供する立場と、看護師という「医療専門家として」誰が行っても一様な医療技術を患者に提供することが求められる立場の狭間で葛藤している姿である。しかし、「医療専門職が経験するサファリングは否定されるものでも排除されるべきものでもなく、サファリングと向き合うことこそが、サファリングに対処するための新たな術を生み出す [浮ヶ谷 2013 a, 393]」とし、このような狭間に立つことによる葛藤する思い、すなわちサファリング (苦悩) は否定されるものではなく、このサファリング (苦悩) に向き合うことで、どのように対処するか医療専門職自らで考え編み出しているのだという。

これまで、病者のサファリングに関する研究は、先述したクラインマンの著書「病いの語り」をはじめとして蓄積されてきている。しかし、一方で医療専門家のサファリングは近年主題化されたため、その研究もわずかである。浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2013 a, 浮ヶ谷 2013 b, 浮ヶ谷 2014 a] は、制度的専門家が抱えるサファリングは、多くは「領域をまたぐ」ことに由来すると述べる。「領域をまたぐ」とは、「専門家が自身の領域にとじこもるではなく、制度上求められている専門家としての役割を超えざるを得ない、もしくはふと越えてしまい、その状況に立ち続けることを意味している」と説明する [浮ヶ谷 2013 a, 403]。これは、専門家が自らの日常的な関わりの実践と医療システムとの矛盾に直面したり、眼前の他者との関係性が医療専門家と患者という役割関係ではなくなることによる迷いが生まれることでもある。そして、「領域をまたぐ」という状況をより明確化するため、「界面に立つ」という用語を提示している [浮ヶ谷 2013 b, 388]。医療社会学者の松繁卓哉 [松繁 2014, 248-249] は、医療専門家のサファリングの要因として専門分化が進むことによる領域の分断を挙げ、人間の生を支える対人援助職として自らの専門実践がどのような形で隣接領域へとつながるのかという「機能結合の視点」の重要性を挙げる。医療専門家は、このように様々な臨床現場の「界面に立つ」ことから生じるサファリングを抱えているといえよう。

そして医療専門家は、苦悩への対処として、自らをケアする知恵や技法、また苦悩を共有する場を作り出すのだという [浮ヶ谷 2013 a, 408]。浮ヶ谷は、「自らの苦悩に向き合う医療専門家の取り組みが、苦悩を基盤とした新たな医療やケアのあり方を創り出すという創造的機能を持つ」と述べ、「サファリングの創造性」という概念を提示している [浮ヶ谷 2013 a, 408]。

第4項 社会的サファリング

「サファリング」という概念の枠組みは、医療に限られたものではない。A・クラインマンらによる論集「他者への苦しみへの責任 ソーシャル・サファリングを知る [クラインマン, クラインマン, ほか 2011]」のテーマは「社会的な苦しみ」である。翻訳者である坂川雅子は、訳者あとがきにおいて、「pain という語が、ある人間が感じる苦しみや痛みー苦し

みそのもの一を表すのに対して、suffering という語は、苦しむ人間と、その苦しみを与える原因の存在を暗示する言葉である。すなわち suffer という動詞は、『(被害・危害を) 受ける』『(病気に) 罹る』『(苦難に) 耐える』というように用いられ、苦しみの被害者とその原因の関係を示すのである。したがって social suffering とは社会に起因する苦しみのことになる。本書では、suffering を『苦しみ』、social suffering を『社会的な苦しみ』とした」と、サファリングという語を翻訳する際のいきさつを述べている [クラインマン, クラインマン, ほか 2011, 266]。本書の序論より引用すると、「社会的苦しみとは、政治的・経済的・制度的な力が人々に加えられることによって、また、それらの力が人々の社会的問題の取り組み方に影響を及ぼすことによって、生み出される。社会的な苦しみをもたらす問題は、健康、福祉、法律、道徳、宗教などさまざまな分野にわたっている。それらは、規制のカテゴリーの境界をとりのぞく。たとえば、残虐行為によってもたらされるトラウマ、苦痛、機能障害は、健康上の問題であるが、それと同時に、政治的、文化的事象でもある。同様に、病気と死の主要なリスク要因は貧困であるが、それは、健康が社会的指標であり社会的プロセスであることを、別の言い方で表したにすぎない」ということである [クラインマン, クラインマン, ほか 2011, i]。

例えば、医師として貧困地域における医療活動を行うポール・ファーマー [ファーマー 2011, 70-71]は、ハイチにおけるエイズと結核の蔓延が貧困と国際的關係に起因していることを述べ、貧困という社会的な苦しみが人々の健康に影響を与えているということを指摘し、健康政策と社会政策は切り離すことはできないことを述べる。そして、長期にわたって構造化された貧困と不平等を、文化の違いのせいにするのに対し批判し、文化の概念の乱用は、苦しみ(特に人権)に関する議論においては、有害な結果をもたらすと述べる [ファーマー 2011, 93]。

社会的な苦しみに対してどのように対処したらいいのであろうか。ソーシャル・サファリングに関する論集「他者への苦しみへの責任」の编者である A・クラインマンら [クラインマン, クラインマン, ほか 2011, xviii]は、「知識や制度が、戦争、健康、社会発展、社会主義、安全などを目的とした実際的なプログラムへと組みあげられる段階で、日常の社会生活において経験される苦しみの測定可能な特性に細分化されてしまう。行政機関や専門家たちは、これらの特性の細分化を押し進めながら、苦しみの全体像に誤認識のベールをかけるのである。その結果、領域の壁をとりはらって行われる考察も、学際的理論も、見えなくなってしまう」と述べ、人々の社会的苦しみを取り除くことの難しさに言及する。すなわち、苦しみを単一的な側面のみでとらえず、問題を統合するような枠組みでとらえていくことが重要なのである。

社会的サファリングとは、社会構造と密接に関係している。すなわち、医療の枠組みで社会的サファリングをとらえるとすると、医療をとりまく社会構造と密接に関係していると解釈することができる。医療職にはそれぞれの専門性がある。浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2013 b, 浮ヶ谷 2014 a]は、専門家が自らの日常的な関わりの実践と医療システムとの矛盾に直面す

ることでサファリングが生じると述べ、これを医療専門家のサファリングとして説明した。そして松繁 [松繁 2014, 231-232]は、医療専門家のサファリングの要因として領域の分断を挙げた。領域の分断とは、医療システムの構造に起因する問題でもある。医療システム、また医療制度は、医療の枠組みにおける構造を意味する。ファーマー [ファーマー 2011, 70-71]は、構造化された貧困と不平等が人々にサファリングをもたらしたと述べた。それぞれの医療専門職が、構造化された医療システムとの矛盾に直面すること、領域が分断されることとは、社会構造がもたらした社会的サファリングとしてもとらえることが可能ではないかと考える。

第2節 医療の「生活化」

続いて、本論文の主軸ともなる理論的枠組みとして医療の「生活化」という概念を提示する。在宅医療とは、医療が患者の生活の場に侵入するという表現も可能である。ならば「医療」が生活を脅かしかねないのではないかと、といった疑問が生じる。すなわち、在宅医療とは生活の「医療化」ではないかと、という疑問である。そこで、「生活化」という概念を理解するために、まず「医療化」という概念について概観し、続いて「医療化」という概念に対比する形で、「生活化」について述べる。

第1項 「医療化」とは

「医療化」とは、非医療的な問題が病気や障害といった観点から医療問題として扱われるようになり、治療の対象となることをいう。「医療化」に関する議論には、問題行動とされる逸脱行動が病気としてとらえられる動きを、社会構築主義的アプローチにより論じた P. コンラッドと W. シュナイダーによる「逸脱の医療化」論、そして「健康至上主義」の批判という立場から「医療化」を批判的に論じた障害学を専門とするアーヴィング・ケネス・ゾラの医療化論、さらに、「医原病」という概念から医療化を批判する立場に立つ哲学者イヴァン・イリッチの議論が広く知られている。

コンラッドとシュナイダー [コンラッド, シュナイダー 2003]による「逸脱と医療化」の主題は、「アメリカ社会における逸脱認定の『悪』から『病』への段階的な社会的変容」である [コンラッド, シュナイダー 2003, 17]。コンラッドとシュナイダーは、逸脱がどのように医療化していくのか、という5段階の変容を時系列モデルとして提示している [コンラッド, シュナイダー 2003, 503-512]。しかし、この時系列モデルとは理論的モデルであるという前提にたち、提示した5段階が常に現実に明確に区別されるものではないことも明示している

まず、第一段階とは、逸脱としての行動の定義である [コンラッド, シュナイダー 2003, 504]。たとえば、狂気、同性愛、犯罪行動といった「望ましくない」ものとするに人々の間で共有されていた定義に形を与えるものである。すなわち、医療的認定は、常識的な逸脱定義に妥当性を与えるものであった。続いて第二段階が探査、医学的発見である [コンラッ

ド , シュナイダー 2003, 505]。逸脱行動の医学的概念や治療について専門的な医学雑誌に発表され、「医学的に」発見される。第三段階がクレーム申し立てである [コンラッド , シュナイダー 2003, 506]。この段階が、逸脱認定が登場する際に鍵となり、医療的および非医療的な利害関心をもつ集団の双方が関わる。多くの事例において、自分たちの観点の立法化を国に訴え、逸脱認定は次の段階へと進む。第四段階は正統性、医療的な管轄権の確保である [コンラッド , シュナイダー 2003, 509]。国家による承認を得て初めて、逸脱が医学的に認定されることとなり、医療が扱うべき問題となる。最後の第五段階は、医療的逸脱認定の制度化である [コンラッド , シュナイダー 2003, 511]。逸脱が医療的問題として国家により承認を受けることにより制度化が進む。逸脱認定が成文化されると、医学上でも法律上でも分類システムに組み込まれるようになる。たとえば、アメリカ精神医学会の「診断と統計マニュアル (DSM)」のようなマニュアルの中にも、公式の診断として記載されるようになる。こうして逸脱は医学的カテゴリーとして受容される。

さらに、コンラッドとシュナイダーは「逸脱の医療化」の帰結として、「明」と「暗」の二側面を提示している。「明」の側面としては、たとえば「アルコール依存症」と診断されることにより、医学的な治療が必要と認識され、懲罰の対象ではなく治療の対象となり、人道的に処遇されることになる。医療化は、病人役割を逸脱者へも拡大し、逸脱者は「病気」というレッテルを貼られることにより、「犯罪者」や「罪人」となることから免れ、罪の意識は軽減する [コンラッド , シュナイダー 2003, 466]。一方で「暗」の側面としては、逸脱の行動が病気として概念化されることにより、逸脱行動をした者は免責され、責任の所在が曖昧になる。また、免責されるということにより、その人の社会的責任が引き下げられることにつながる。そして、人々の中に、責任能力を問える人、問えない人という二つの階級が形成されることになる [コンラッド , シュナイダー 2003, 470]。

また、時系列モデルとして提示された逸脱認定の方向性は一方向ではなく、「脱医療化」という現象もある。例えば同性愛行動は、不道徳から「病気」へと定義されたが、その後脱医療化され、現在では「病気」という概念では説明されなくなっている。「悪しきもの」と「病めるもの」との認定の境界は流動的でもあり、逸脱認定の運動は周期性を持っていると言われている [コンラッド , シュナイダー 2003, 512]。

このようにコンラッドとシュナイダーは、逸脱行動が病気として扱われるようになる「逸脱の医療化」というプロセスを示し、その帰結としての明暗についても提示した。そして、「病気」として扱われるようになった「医療化」された逸脱行動は、その後「脱医療化」されることもあり、病気とは普遍的な概念として定義づけられるものではないことを示した。

「健康至上主義」への批判から「医療化」を批判的に論ずるアーヴィング・ケネス・ゾラ [ゾラ 1984]は、医療専門家の判断により、日常生活の多くの部分が医療の対象とする「医療化」により、社会がコントロールされていることについて批判的立場で論じている。医学の影響力が強くなった背景として、宗教の影響力の衰退化、法への信頼の低下を挙げ、代わ

りに新たな価値体系として「医学」が登場したと説明する¹⁸。そして医学により、健康であることが手段ではなく目的となり、良い生活の定義そのものとなってしまった。これが、医学がもたらした「健康至上主義」である。医学の影響力は20世紀になってから強まったため、人間に対する「医療化」のプロセスが始まってからは時がそれほど経っているわけではない。

ゾラは、医療化のプロセスについて、具体的に以下の4つの形に分類した [ゾラ 1984, 69]。一つ目が、「生活のなかで、医療の良き実践に関わりがあるとみられるものの拡大」である。これは、医療の関与対象が、疾患に関する特定の病因学的モデルから多面的モデルへとしだいに变化したことである [ゾラ 1984, 69]。そのため、慢性疾患の症状を治療し、あるいは軽減するためには、生活習慣の改善に医療者が介入することが必要とされるようになった。予防医療についてはさらに“生活への浸食”が深まっていった [ゾラ 1984, 71]。二つ目が「ある種の技術的手続きに対する絶対的管理の保持」である。通常の人体器官の疾患への関心をはるかに越えたところにまで医療を進出させていることである [ゾラ 1984, 71]。たとえば老衰といった現象のような、これまで“自然のプロセス”ととらえられていた多くの現象が医療の監視下におかれることとなった [ゾラ 1984, 72]。三つ目が「ある種の“タブー”領域に対するほぼ絶対的な接近権（アクセス）の保持」である。個人的なものである体や内部的な働きを検査し、手あてするということが、医療に独占的に認められている機能であることを指す [ゾラ 1984, 74]。すなわち、体や心の働きを阻害していることが示されたとき、「病そのもの、もしくは法的にいつて医学的問題」というレッテルを貼られることになる [ゾラ 1984, 74]。ここには、アルコール中毒、薬物中毒、老衰、妊娠といった問題が含まれる。さらに、医療は、これまでは魂の問題と呼ばれていたものに対する関与も強めている。そして人々はこのような問題を相談するにあたって、医療専門職のもとを訪れる。四つ目が、「医療のなかで、生活の良き実践に関わりがあるとみられるものの拡大」である。これは、“社会の医療化”プロセスにおいてもっとも強力なものである [ゾラ 1984, 79]。医療が、人生の緒問題を直接とり扱うところにまで勢力範囲を拡張し [ゾラ 1984, 81]、よい生活を作り出し、あるいは悪い生活を避けるため、医療が直接果たす役割のことである。

そしてゾラは、医療化には政治的結果がつきまとうことを指摘する [ゾラ 1984, 82]。例えば新聞などにみられる多彩な現象に対する、医学的、生理病理学的コメントは、薬物中毒者や反抗的児童、女性解放論者などに向けられたものであり、問題を持つ人が「病」のレ

¹⁸ ゾラは、なぜ米国が他国に先立って、医学が社会コントロールの中心となっていったのかを社会背景から考察している。そこには、米国における積極主義をまず挙げる。それは、自然にたいする闘争力に力点をおき、征服できない疾患はないと積極的に疾患への戦いに挑んできた背景がある。征服という考えが、米国にはふさわしかったのである。そして、現世主義である。美的、神秘的、理論的であることよりも、実用的で、世俗的であることが一般的に好まれるという背景があり、制度化された宗教が存在しなかったことから宗教との対立も見られなかった。また、問題に直面したときにすぐに行動することが強調され、道具主義（インスツルメンタリズム）への評価が高かったという3点を挙げている。 [ゾラ 1984, 61-63]

ッテルを貼られることにより、トラブルの原因や治療の対象が必然的に個人に向けられることを懸念する。社会的問題が、個人のホルモン異常や悪性バクテリアといったことに原因があるとされると、その問題は社会的性格のものではなくなるのである。たとえば、ヒトラーやナチスが精神病者集団であったとしたほうが、世界全体の責任を問うよりもずっとやさしいことになる」と説明した [ゾラ 1984, 84]。そして、健康主義社会（ヘルシスト・ソサエティー）への道は、建前のうえでは、善意に蔽われたものとなっている [ゾラ 1984, 90]、と、医療化のプロセスは、邪悪なのではなく、その逆であるからこそその危険性を述べた。

また、社会学者の佐藤哲彦 [佐藤 1999, 127-128]は、医療化論について、ゾラの「健康至上主義」への批判議論を基底におき「正常性を望ましい価値＝健康として呈示することによって、人々（の身体）に主体的にそれに近づくよううながし」、「その結果、人々はさらなる健康を希求する」といった健康主義へと陥り、それが一方で医薬品産業などの過剰な隆盛を支え、一方でその多大なコストを—社会ならびに個人に—負担させることになっている」と、「健康至上主義」を起点とした、新たな「医療化」の問題が引き起こされている現象を指摘する。

イヴァン・イリッチは、ゾラの「医療化」という概念を体系化し、広く普及させた。イリッチ [イリッチ 1998, 11]は、「医療機構そのものが健康に対する主要な脅威となりつつある。専門家が医療をコントロールすることの破壊的影響は、いまや流行病の規模にまでいたっている」と、この新しい流行病を「医原病」という概念で示し批判し、「健康とは何か」という根源的な問いに立ち戻った。そして、病気を引き起こす医療の影響を、臨床、社会、文化という3つの次元で表し、「医原病」を三つに分類した。

一つ目の「臨床的医原病」とは、「治療法、医師、病院が病原、すなわち『病をひきおこす』因子になっているすべての臨床的状态 [イリッチ 1998, 28]」であり、「過度の治療の副作用 [イリッチ 1998, 28]」である。薬物の副作用は広範囲の使用に伴い増加している点、また、医療過誤事件が起こっている点など、治療を受けたがために、患者が害を被ることを意味する。二つ目が「社会的医原病」である。イリッチ [イリッチ 1998, 62]は、「かつての医学が難産、新生児、閉経期、その他の『危機の年代』においてだけ人々を患者として扱い、人々は自律性の幾分かを治療者にゆずりわたしていた。人生の諸々の時期の儀式化は決して新しいものではない。新しいのはその過度の医療化なのである」と述べ、自然の過程である出産、老化、死、といった現象に対してもが医療の対象となっていることを指摘し、社会的な過度の医療化現象を批判した。そして、三つ目が「文化的医原病」である。イリッチ [イリッチ 1998, 103]は、苦しみ、癒し、死ぬことが、制度的に人々から取り除かねばならない誤った機能であるとされていることを指摘し、たとえば「痛みの体験」は、身体的な痛みの感覚だけではなく、独特の人間行動、すなわち「受苦」を意味するが、医学文明は痛みを技術の問題へと変え、受苦から固有の個人的意味を取り除いてしまう傾向がある、と批判した。文化は意味の体系であり、痛みの必然性を解釈することで人は痛みを耐えうるものとするが、医学は技術の体系であり、苦痛を無と化すことに主眼を置く。すなわち、自分

自身、および身体に関する問題であるにも関わらず、主体性を失い、かつては持ち得たその文化的意味解釈を捨て、医学の文脈に則った医療の専門家によるサービスを全面的に受容することに対して批判的立場に立つ。

そしてイリッチ [イリッチ 1998, 17]は、「社会関係にはめこまれた医原性は、いまやすべての関係に影響を与える。それは豊かさによる自由の内在化された植民地化の結果なのである。富める国家では医療の植民地化はいやというほどに進んでおり、貧しい国家も急速にそのあとを追っている。この過程—それを私は『生活の医療化』と呼ぶ」と述べる。イリッチは、健康であることが、医療専門家の技術に委ねられ、人々が主体性を失っていることを危惧し、生まれてから死ぬまで、人々の生活の中に医療専門家の支配が進むことへの批判を通して、人々が健康の意味を問うことを投げかけている。

以上、「生活化」という概念を理解するために、「医療化」論について概観した。本論文において「医療化」について述べる際には、ゾラが提示した「医療が、人生の緒問題を直接とり扱うところにまで勢力範囲を拡張し、よい生活を作り出し、あるいは悪い生活を避けるため、医療が直接果たす役割」、およびイリッチが提示した「社会的な過度の医療化現象」を中心に据えて論じる。

第2項 「生活化」とは

イリッチ [イリッチ 1998, 17]は、「生活の医療化」について、「社会関係にはめこまれた医原性は、いまやすべての関係に影響を与える」と述べ、医療が人々の生活に与える影響力の大きさを批判した。そしてその勢力拡大を「植民地化」という言葉を用い、生活が医療に支配、コントロールされている様を表現した。そして、人々が自らの健康の意味を問い、主体性をもって生きることを唱えた。

文化人類学者の阿部年晴 [阿部 2014]は、「医療の生活化」という概念を提唱した。イリッチが「生活の医療化」を批判し、「人々が自らの健康の意味を問い、主体性をもっていきること」を唱えたことに呼応する概念とその表現から推察される。阿部 [阿部 2014, 51]は、「医療の生活化」について考えるきっかけについて、「医療現場における『医療システム』と『生活』の差異と矛盾から戸惑いや困難を「医療現場における医療者（専門家）と病者（生活者）、それぞれの戸惑いと困難を、医療の新しい在り方（それは新しい生き方でもあるが）への産みの苦しみとすることはできないか、そのために私たちはどうすればよいのか。この課題への対応の一つとして『医療の生活化』ということを考えたい」と、述べている。すなわち、「医療システム」と「生活」の間にある差異、矛盾から戸惑い、困難が生じることを指摘し、両者がなじむ仕組みとして「医療の生活化」という発想があったということとなる。

では、「医療システム」とは何なのだろうか。阿部 [阿部 2014, 51]は、「医療システム」とは、「医療テクノロジー、医療産業、医療行政の複合」であり、「近代的社会制度（システム）の一部」と説明する。そして、生活者は、医療現場においては、「医療システム」の担い手としての医療者として向き合うのだという。すなわち、近代的社会制度のもと、西

洋医学が主流をなし、国民皆保険制度が「医療システム」を下支えしている日本においては、人々が「医療システム」と関わる際には、必然的に医療者が介在することになる。そもそも医療システムとは、心身の不調をコントロールし、人々がより良く生きるための手段であったのだが、現代社会においては、ゾラ、およびイリイチが「医療化」と指摘するように、人間の生老病死に対しても医療システムが制度的に介入し主導権を握っている。しかし、この「医療化」という現象には、病者＝生活者にも問題がないわけではないと阿部は指摘する [阿部 2014, 53]。すなわち、生活者が生老病死に関わるすべての場面で医療に対して依存傾向にあるということである。そして、その点においては、医療システムの担い手である医療者のほうが困惑しているのだという。

一方「生活」という言葉だが、「生活」は日常的に頻繁に使われている言葉である。阿部 [阿部 2014, 55]は、「生活」とは「文化的生物として生きること」と定義して論を進めている。「文化的生物」という言葉にもさらなる説明が必要であろう。阿部 [阿部 2014, 55]は、「文化」とは、「人間が後天的に生み出し共有している行動様式（情報）とそれが生み出すもののすべて」と人類学で用いられる広義の「文化」の定義を提示している。そして、文化とは人間が後天的に身につけるものであり、「文化は複数の人間の共同生活が生み出したものであり、人から人へと伝承されるものであり、逆に人間の共同性を支えるものも文化である」と述べる [阿部 2014, 55]。すなわち、「生活」とは、「人間の生命・共同性・文化の基本、そして生活自体を再生産する営み [阿部 2014, 55]」であり、生活を構成する活動とは、生活物資の獲得、人間関係の維持、生老病死への対処といったものであるという。そして、「生活」の主体者が「生活者」であり、列挙したような諸活動を生活の要件の充足に向けて統合する働きを「生活知」と呼ぶと述べる [阿部 2014, 55]。

そこで、医療の新しい在り方、また新しい生き方としての「医療の生活化」とはどのようなことなのであろうか。阿部 [阿部 2014, 56]は「生活者は、医療システムが提供する手段やサービスを、生活の必要や目的に適合するよう組み入れて自分なりの生活の仕方（生き方）、つまり生老病死のかたちを創り出す」ことを「医療の生活化」という概念で表現した。そして、「医療を生活化するとは、病気と医療を生活の一部として生きることである」と述べる [阿部 2014, 56]。

生活者は病気と関わる時、「生活」と「医療システム」との「界面に立つ」ことになる、と阿部 [阿部 2014, 73]は述べる。「生活の外部で体系化され生活とは異なる論理や目的をもつ医療システムと交渉し、医療システムが提供するものを生活の場の必要や価値観に適合する形で取り込まなければならない。その際、既存の生活の仕方にも何らかの変化が起こり得ることはいうまでもない」と、「生活化」について説明する [阿部 2014, 73]。すなわち、生活者が主体となって、医療システムと交渉することがまず前提となるのであり、ここには「医原病」について批判し、人々が自らの健康の意味を問い、主体性をもって生きることを唱えたイリイチの主張とも重なる。

それでは、医療の「生活化」のために生活者はどんなことをすればよいのか。阿部 [阿部

2014, 73-74]は次のような5項目を挙げている。第一に、生物医学が捉える病気（疾病・疾患）と生活のなかで経験される病気（病）を比較して、両者の異質性と共通性を意識化（自覚化）すること。第二に、直観を発揮し磨くこと。第三に、生活のなかで生活知による新しい病気観を創り出すこと。第四に、生活の場で、老若男女を問わず身近な人（生活者）たちと病気や治療について折りに触れて話し合うこと。第五に、生活の場で以上のような取り組みが進むと、生活者としての病者にとっては医療現場も医療の生活化のための貴重な舞台となる。その上で、医療現場においても、医療者と協働する形で治療に取り組むこと、である。では、果たして「医療の生活化」とは、実現可能なのだろうか。この問いに対して阿部は可能だと肯定する。そして、その根拠の一つとして、日本、世界の各地にみられる生活の観察データを挙げている。

文化人類学および医療人類学を専門とする浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2004]は、糖尿病患者へのインタビューや患者会での参与観察を通して、糖尿病患者の生活世界を描いた。そして浮ヶ谷の記述から、糖尿病患者の「医療の生活化」の様子をうかがい知ることができる。浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2015, 16]は「糖尿病と診断された人たちのなかには、専門家が処方した治療法（血糖値測定、食事療法、運動療法、インスリン療法）をゆるやかに自分の暮らしのペースに合わせて『飼いならす』人が多くいる」と述べる。浮ヶ谷が、糖尿病患者が治療実践を「飼いならす」という表現したのは、阿部が「医療の生活化」を提唱するよりも以前のことである。しかし、浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2015, 16]は、あらためて『『生活者』としての糖尿病患者が糖尿病治療の言説や実践を『生活』の文脈で『飼いならす』ことを『医療の生活化』の例として見ていく』ことを試みている。

例えば、インスリン分泌がなく、インスリン注射が必須である1型糖尿病患者の言葉で「インスリン注射は近視の人が眼鏡をかけるようなもの」、「朝起きて歯を磨くようなもの」と表現することに対して、医療行為であるインスリンの自己注射を、『生活』の一部として習慣化している」と浮ヶ谷は述べる [浮ヶ谷 2015, 17]。また、「食事療法は大変ですか」という問いに対して、「もう慣れた、あまり気にしていない」とか「自分の生活そのものであるし、・・・無理に意識していないので」という答えが返ってくることについて、「食事療法をインスリン注射のように習慣化し、カロリーの数値やその計算を『カン』として把握し、医学的数値を不要なものにしている」と述べる [浮ヶ谷 2015, 17]。これらは、医療の「生活化」のために生活者がすべき第一の項目である、生物医学が捉える病気（疾病・疾患）と生活のなかで経験される病気（病）を比較して、両者の異質性と共通性を意識化（自覚化）することに相当する、と考えられる。そして運動療法について尋ねると、「自然に運動している」、「療法ではなく身体を動かすことが気持ちいい」といった答えが返ってくることについて、「運動療法を生活の中での趣味やスポーツとして解釈している」と述べる [浮ヶ谷 2015, 17]。これは、第三の項目、生活のなかで生活知による新しい病気観を創り出すことに相当すると考えられる。食事療法は「自分の生活そのもの」であると捉えることは、食事療法を「生活」を構成する活動の一部であり、文化的生物としての生存を維持する営みであること

を示し、また、運動療法を趣味や娯楽として捉えることは、「生活者」としての「生き方」の問題であることを示している [浮ヶ谷 2015, 17] ように、浮ヶ谷による調査から、糖尿病患者の語りを通して、「医療の生活化」は実現可能であることを理解することができる。

すでに、生活者としての病者は、医療システムと生活の界面に立つということを述べた。さらに阿部 [阿部 2014, 76] は、この界面に立つのは生活者だけではないと加える。専門家としての医療者も界面に立つのだという。そして、「そこでは、生活者としての病者と向き合うことで医療者自身の中の生活者もまた顕在化するはずだ。生活者としての医療者という人間像が生まれるはずだ。そうなれば医療現場は、医療システムと生活の相互作用を通じて、科学や既存の宗教などとは別の仕方では人間の生老病死の新しい現代的な在り方をつくり出す創造の場となり得るだろう。そのときイニシアティブを取るべきは生活者ではないだろうか」と述べる [阿部 2014, 76]。すなわち、医療システムと生活の界面に立つのは、病者である生活者だけではなく、医療者も立つのである。医療者は、医療システムの担い手として、生活者が医療システムと関わるときには必ず介在する。阿部 [阿部 2014, 74] が医療の「生活化」のために生活者がすべき第五の項目、生活者としての病者にとっては医療現場も医療の生活化のための貴重な舞台となり、医療現場においても、医療者と協働する形で治療に取り組むこと、ということと関係が深いと考える。医療現場が生活の場である在宅医療においては、生活者が医療を生活化すること、そして医療者と協働して治療に取り組むことが同時に行われる可能性は高い。そして医療現場が病者の生活の場であるというのは、医療者が界面に立つとき、「医療者自身の中の生活者もより潜在化するはずだ」と阿部は述べる [阿部 2014, 76] が、それがより容易となるのではないかと考える。

また浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2015, 19] は、浦河ひがし町診療所の川村医師と看護師の訪問診療の様子を紹介している。往診先での主な話題は、医学的な話ではなく、患者本人や家族の生活状況、牧場や昆布漁、季節の食材、楽しみや生きがいといった暮らしぶりの話なのだという。そして、浮ヶ谷からの「医療に携わるにあたり大事にしていることはなんですか」という問いに対して川村医師は、「医者であるとか治療のためとかいうのではなく、自分も地域で生活する一人の人だという思いだ」という答えが返ってきたのだという。しかし、川村医師は医師という専門家としての役割を捨てているわけではなく、「訪問診療」という医療活動の形は変えてはいないのだという。しかし、川村医師の訪問診療に同行し、患者とのやり取りを観察する中で、訪問先で患者と共有されるのは、医療者の「生活知」としてであると浮ヶ谷は述べる [浮ヶ谷 2015, 20]。そして、「専門家が『生活者』であるという立場であることに気づけば、患者とともに『生活知』を共有しながら医療をつくるという、患者と地域との地続きの点が見出せる」と述べる [浮ヶ谷 2015, 20]。これは、阿部が述べる専門家が医療システムと生活の界面に立つ姿であろう。このような専門家の姿を、浮ヶ谷は「専門家が自らの専門性を『生活化』する」と表現している [浮ヶ谷 2015, 19]。

ここまで、「生活化」について概観してきたが、「生活化」においては、「医療システム」と「生活」の界面に、生活者も医療者も立つということをまず理解する必要があると考える。

阿部は、生活者が主体性をもって、医療を生活の中に取り入れることを主とする、「医療の生活化」という概念を提唱した。浮ヶ谷は、さらに医療専門家が、自らの専門性を「生活化する」と表現し、医療専門家を主語とする「生活化」についても言及した。すなわち、「医療システム」と「生活」の界面に立つとき、生活者は医療を「生活化」し、医療専門家は自らの専門性を「生活化」する、という表現が可能となる。

最後に、医療の「生活化」と「脱医療化」とは同義なのか、ということを確認したい。コンラッドとシュナイダーは、「医療化」された逸脱行動は、その後「脱医療化」されることもあり、病気とは普遍的な概念として定義づけられるものではないことを示した。医療化の方向性が一方向ではないことを示す概念として「脱医療化」があるが、これは逸脱とされる行動が社会的に医療の文脈で語られるのか、またはそうでないのか、ということが論点となる。たとえば、同性愛のように、アメリカ精神医学会の診断マニュアルのリストに掲載されていた診断名が、当事者たちの社会的な運動によって、診断マニュアルから削除されたというケースがある。すなわち、「脱医療化」とは、診断が下され、治療の対象となっていた「逸脱行動」が、医療の範疇から外れることを意味する。一方、病気をどうとらえるか、医療の「生活化」のために生活者がすべき行動とは、生活のなかで「生活知」によって新しい病気観を創り出すことである。「生活化」とは、生活者の主観的な文脈で語られるものである。すなわち、「生活化」と「脱医療化」とは異なる概念であり、「医療化」と「脱医療化」が反意語であっても、「生活化」と「脱医療化」は同義ではないと考える。

第3節 「省察的実践家」という専門家像

本論文では、在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践について論じるが、第三の参照するべき理論的枠組みとして「省察¹⁹的実践家」という概念を提示する。結論を先取りすると、医療専門家としての「生活化する薬剤師」の専門家像をとらえる枠組みを「省察的実践家」という専門家像でとらえ論じるが、「省察的実践家」という専門家像は新しい専門家像であり耳なじみのない概念である。そこで、この新しい専門家像としての「省察的実践家」という概念が提唱された背景を概観するために、「技術的合理性モデル」による専門家像についてまず述べ、そして、「実践家」の意味を理解するために、本論文において用いる「実践」という言葉について確認し、その後「省察的実践家」という概念について述べる。

¹⁹ 「THE REFLECTIVE PRACTITIONER」の全訳である「省察的実践とは何か プロフェッショナルの行為と思考」には、reflectionの翻訳について訳者が説明している。佐藤学・秋田喜代美訳「専門家の知恵」においては、反省、省察が用いられているが、自分の過去の行為について批判的な考察を加えることを意味する「反省」では、過去への指向と批判性が強く出てしまいかねないこと、過去をかえりみるという意味の「ふり返り」には、批判的考察のニュアンスが減退するものの、過去への指向性が残ること、「内省」では、自分の内面を見つめることのみが重視される可能性があるということから、原則として「省察（せいさつ）」という訳語を採用したと記述されている。[ショー 2007, v]。そのため、本論文でも「省察（せいさつ）」と統一して記述している。

第1項 技術的合理性モデル

「技術的合理性モデル」とは、科学の理論や技術を厳密に適用し、道具的な問題解決にあたる専門家像である。「技術的合理性モデル」による専門家は「技術的熟達者」と表現される。ドナルド・ショーン [ショーン 2007, 22]は、専門家の役割を、1970年に出版されたウィルバート・ムーアの専門職に関する著書の中にある言葉を引用し、専門職について次のように説明している。「専門的職業とは、個別の問題に一般原理を適用することを意味しており、この一般原理が豊かに展開し増大していくのが、現代社会のひとつの特徴である。専門的職業の中には、専門分化に必要なふたつの主要な土台がある。すなわち、(1) 専門家が尊厳を得られると言えだけの実質的な知識領域、(2) 専門家が習得する必要があるとされる熟達した知を生産し、その知識を適応する技術、のふたつである」。ショーン [ショーン 2007, 31-32]は、「技術的合理性」とは、実証主義の基礎となる実践の認識論であると述べる。実証主義とは、19世紀、科学と技術の勃興を支えるものとして発展し、その成果を人々のよい生活（ウェルビーイング）に用いることを目指す社会運動として発展した。そして、批判的立場から、「技術的合理性モデル」とは、実証主義の遺産であると述べる [ショーン 2007, 31]。

さらに、専門家の熟達の典型として、ネイザー・グレイザーの言葉を引用し、医学や法律といった「メジャーな」専門性は、社会福祉や教育といった「マイナー」な専門性とは区別されていると説明する。グレイザーは、メジャーな専門職とマイナーな専門職を「技術的合理性」のモデルに基づき区別しているという [ショーン 2007, 23]。メジャーな専門職とは、「科学的知識が典型的にもっている体系的で基本的な知識を基礎とし」、「高度で、厳密な意味での技術的知識から成り立っており、その知識は、みずからが提供する教育において、学問の基本になっている」 [ショーン 2007, 23]。一方、マイナーな専門職は、「変わりやすいあいまいな目的や、実践にかかわる制度の不安定な状況に苦しみ、＜そのため＞体系的で科学的なプロフェッショナルの知の基礎を發展させることができない」 [ショーン 2007, 23]。すなわち、「技術的合理性モデル」では、標準化されていることが重要であり、標準化された専門職の知識が実践に適応され、問題の解決方法に同一性があることが専門家としての資格に相応するものとなるのである。

「技術的合理性モデル」の見地からすると、専門家教育カリキュラムにおいては、実質的な知が存在するのは、基礎科学および応用科学の理論と技術の中ということになり、したがってこれらの学問が最初にくるべきであり、「技能」は、具体的な問題を解決する理論と技術を用いることの中にあり、そのため、学生には関連する科学を学んだあとに提供されるべきものとなる [ショーン 2007, 28]。そして、医学教育はその典型であり、最初の二年間は「臨床トレーニングにふさわしい基盤」としての基礎科学を臨床前に学び、その後実践の臨床トレーニングを受ける。このように臨床前と臨床後の二段階に教育を分類することは、理論と実践の分離を反映しているのだという。さらに、教える側も分離し、基礎医学では Ph. D (学術博士) の教師、臨床プログラムでは MD (医学博士) の教師、というよう分類される傾

向があるのだという。そして、ショーンは、このような理論と実践の二つに分離した医学の専門家教育カリキュラムは「フレクスナー・レポート」の影響を受けていることを示唆する [ショーン 2007, 28-29]。

フレクスナー・レポートとは、1909年、医学教育者であるA・フレクスナーがアメリカとカナダにある全ての医学校を訪問し、入学資格、学生数、教員数、維持費の財源、研究設備、臨床設備といった項目について調べ評価を行った結果をまとめたものである [三島 2001]。1910年フレクスナー・レポートが出版された後、教育改革を行った学校には寄付金が寄せられるようになり、また低評価の学校は資金難に陥り、閉校に至ったところもあった。黒人向けの医学校10校のうち8校が閉鎖に追い込まれた。「科学」としての医学が発展するための「淘汰」はやむを得ずという思考の流布ともいえ、「社会ダーウィニズム」と表現されている。このフレクスナー・レポートの影響により、アメリカにおける医学教育はアメリカ医師会による独占がほぼ完全なものとなり、医学校の水準が等質化し、医師免許制度が普及した。そして医科大学予科課程 (premedical curriculum) が必然となり、生物学、化学、物理学などの基礎知識が医学校進学時に身に着けることが求められ、しかも、それは高いレベルでの知識が求められるようになった。これは、医師が個々の患者の治療だけではなく、広く社会全体の衛生問題へも対処することが求められるようになった背景によるものだという。そして、医学校に研究機能を担わせることにより、医学教育者の「専門職化」を促した。教育者である医師は、科学的研究活動も行い、その成果を実践、教育に役立てていくことが期待された。フレクスナーは、「医師＝研究者」と設定し、医学研究者は、実践の場においても「科学者」であり、患者の診察も科学研究の一環とみなされた。科学的基礎の上に医学校のカリキュラムが生まれ、臨床教育のための病院施設が学校の中に取り込まれていった。フレクスナーは、このような医学の専門家教育カリキュラムを完成した専門職のモデルとした。そして、フレクスナー・レポートは、医学教育のみならず、薬学、法学、教育といった領域の専門職制度にも波及していった。

社会福祉学を専門とする三島亜紀子 [三島 2001]は、フレクスナーが与えたソーシャルワーカーの教育への影響について興味深い報告している。1915年、フレクスナーは「ソーシャルワーカーは専門職か？」という講演をボルチモアで行った。そこで、専門職の六基準として、①学習されうる性質、②実践性、③自己組織化へ向かう傾向、④利他主義的であること、⑤責任を課された個人であること、⑥教育的手段をこうじることによって伝達可能な技術があること、を挙げた [三島 2001, 118]。その上で、「ソーシャルワーカーは専門職に該当しない」と結論付けた。当時、すでにソーシャルワーカーの専門的教育が施されていたことから、ソーシャルワーカーの専門職化を目指す人々にはフレクスナーの発言は大きな衝撃となった。フレクスナーは講演の最後で、「不愉快ではあろうが、ソーシャルワーカーが専門職でないということを自覚するようになれば、おそらくソーシャルワーカーは進歩するであろう」と発言したという。これは、医学が教育の体系化を進め、研究活動の継続により発展し、専門職としてゆるぎない地位を獲得するに至ったという経緯と比較することによ

り、現時点ではソーシャルワーカーは専門職ではないが、今後専門職として「進化」する可能性を示唆しているものと解釈することができる。その後、社会福祉の学問理論の体系化、学会の開催、専門雑誌の発行、教育改革が活発になり、専門家の基準とされる項目を一つひとつクリアしていくことにより、ソーシャルワーカーの専門職化を目指した。何より、社会福祉の基礎をなす学問理論の精緻化が勧められた。とりわけ、精神医学がソーシャルワーク理論の論拠となっていくようになり、1920年～30年頃は、「精神医学的氾濫」とも言われるようになった。そして1975年の時点で、フレクスナーが要求した専門性を支える科学化が順調に推進されている共通認識が存在していた。医学においては基礎科学という学問が前提となり、社会福祉学の基礎科学としては社会学、経済学、生態学、優生学にいたるまでさまざまな学問理論が挙げられる。フレクスナー的思考では、技術の科学化が、専門職の「発展」を保障するものとされ、医学領域においてその戦略が医師の社会的地位向上という大きな成功をおさめたが、社会福祉学領域においては医師と同じような地位向上はともなわなかった。しかし、1960年代頃より、社会学における専門職論では、専門家の特性を明確化し、それに合致させようとする「属性アプローチ」の限界性が批判されるようになった。そして現在では、「属性アプローチ」という手法は有効ではないということは、共通認識となっているという。一方日本においては、1980年代後半にソーシャルワークの国家資格法を成立させるために、専門性の根拠となる体系的学問が必要とされ、戦略的に「社会福祉学」を柱に据えた。これも、フレクスナー的思考様式に基づくものである。ソーシャルワーカーをめぐる現在の専門性について三井 [三島 2001, 130]は、「あるときは専門家とされ、またあるときはそれに満たさない」と表現し、それはソーシャルワーカーが他の専門職と比べて薄給で地位が低いことに起因するとし、これも、フレクスナー的思考に依拠すると、「専門職の六基準」を満たさないためと結論付けられてしまうという。また、看護師という職業についても触れながらA・エツィオーニによる「半専門職」という名称を挙げ [三島 2001, 132]、福祉国家においてマイクロレベルにおける「半専門職」の担う役割が大きいと指摘されながらも、これらの職業がいまだに属性モデルを採用することに対しては、何らかの政治が表出しているのではないかと考察している。

ここで、三島が提示したA・エツィオーニが用いた「半専門職」という概念と、ショーンが提示した、ネイザー・グレイザーが用いた「マイナーな専門職」という概念には共通点が見出せる。いずれも医師を正当なる専門職としてとらえ、医師を比較対象として提示された概念である。その表現からは、専門性の不完全さを指摘されているかのようなようではあるが、一方で、半専門職は、福祉国家におけるマイクロレベルにおいて担う役割が大きく、またマイナーな専門職は、曖昧な目的の中、不安定な制度的文脈に煩わせられながらもクライアントとともに問題解決に向かうという役割を担う。また、社会学における専門職論では、専門家の特性を明確化し、それに合致させようとする「属性アプローチ」の限界性が批判されるようになってきているような状況から、現代社会においては、「技術的合理性」モデルに基づく専門家像には限界があることも理解できる。そして、この「技術的合理性」モデルへの限界から

ドナルド・ショーンが新たな専門家像を提唱した。これについては後述する。

第2項 「実践」と「実践知」

すでにこれまで「実践」という言葉を用いて記述してきたが、ここで、「実践」という言葉について確認する。文化人類学者の田辺繁治 [田辺 2003, 11]は、実践について、「人類学では、社会的に構成され、慣習的に行われているこのような行為や活動を「実践 (practice)」と呼ぶ」と述べる。そして、「人類学的な意味での実践という言葉は、人びとの行為とその経験が社会関係と分かちがたく結びついていることを表しており、その意味で、実践とは<社会的実践>にほかならない。このような実践の概念は、英語のプラクティス (practice)、フランス語のプラチック (pratique)、ドイツ語のプラクシス (praxis) などの語が含んでいる『慣習的行為』という意味に近い。しかし、一般に日本語で『実践』とは、人間個人が自覚的に明確な意図をもって行う行為を指すことが多い。日本におけるこの意味での実践は、古代ギリシアの<プラークシス> (praxis) に由来する」と述べる。すなわち、日本において「実践」という言葉を使うとき、日常の慣習的行為という意味よりも、「明確な意図をもって行う行為、活動」を指す傾向が強いとしている。しかし、田辺 [田辺 2003, 12]は、「私たちはいかに自覚的に明確な目的をもって何ごとかを行い、それが創造的な行為であり、新しい世界を開くものであったとしても、そもそもの社会的な構成と慣習の圏域から出発せざるを得ないのである」と説明する。すなわち、「実践」とされる行為、活動にたとえ明確な意図があったとしても、社会的に構成される慣習的行為であるという意味が排除されているわけではない。

医療従事者の実践を、田辺が提示する「実践」の概念と照らし合わせて考えたとき、明確な意図をもって行われる一方、社会的に構成され、慣習的に行われている行為や活動であるととらえられる。そして田辺 [田辺 2003, 14]は、実践を行う上での知識について、「実践知」という概念を提示している。「実践知」とは、「知が実践そのものに内在しており、占い師はそうするように慣習のなかで訓練されてきたことを強調する。知識は本に書かれたようなモノではなく生きた身体に宿っている」と説明し [田辺 2003, 14]、「実践知とは実践の外部ではなく実践そのものに内在する知のこと」であり、「私たちの日常生活のあらゆる場面で働いているのは、この実践知にほかならない」と述べる [田辺 2003, 14]。すなわち、慣習の中で繰り返し訓練されていき、実践に内在され、生きた身体に宿る知が「実践知」である。医療従事者は、日々の業務を行う中で、実践は繰り返し訓練されていくことから、実践を行う上での知識を「実践知」という概念で説明できると考えられる。

第3項 新しい専門家像としての「省察的実践家」

前述したように、たとえば、専門的知識が問題の解決のみにかかわっているのであれば、「技術的合理性モデル」に基づく専門家は十分に対処ができる。しかし、現場における曖昧さや価値観の衝突といったような複雑で不確実な状況においては、定石とされる専門的知

識では対処ができないことがある。ドナルド・ショーン [ショーン 2007]は、現代の「技術的合理性」モデルに基づく専門家像には限界があるとして、「省察的実践家 (reflective practitioner)」という新しい専門家像の概念を提示した。

日常生活での行為というものは、意識せずとも自然に行える直観的な行動である。日常生活においては、よくわかっているようにふるまうが、何がわかっているかについては、言えないことが多い。このように私たちの知の形成とは、「行為のパターンや取り扱う素材に対する触感の中に、暗黙のうちにそれとなく存在している。私たちの知の形成は、まさに行為の<中 (in)>にあると言ってよい」とショーンは述べる [ショーン 2007, 50]。そして、そもそも、専門家のふだんの仕事生活も暗黙の「行為の中の知の生成」(knowing-in-action)に頼っているのだという [ショーン 2007, 50]。これは、田辺の述べる「実践知」に置き換えることが可能であろう。ショーン [ショーン 2007, 62]は、「実践」という語は両義的であると述べ、活動であったり、活動への準備であったり、とその文脈によって使い分けられるが、専門家の「実践」には繰り返しという要素を含んでいる、と述べる。これについても、実践が慣習的行為であること、「実践知」とは、慣習の中で繰り返し訓練されていき実践に内在するというところを、ショーンが述べる「実践」が両義的な語であるということへの補足的説明として活用が可能であると考えられる。そしてショーン [ショーン 2007, 63]は、「実践者は数少ないタイプのケース (事例) をめぐり、多様なバリエーションを経験するので、自分の実践の練習をすることができる。実践者はこうして予測やイメージ、技術のレパートリーを発展させ、(中略) 実践が安定しているかぎり、すなわちその実践が同じタイプの事例を持ち込んでくるかぎり、実践者はだんだんと驚かなくなる。実践の中の知の生成はますます暗黙的、無意識的、そして自動的になる。このようにして実践者とそのクライアントは、専門分化の恩恵にあずかるようになる」と述べる。すなわち、たとえばこれを医師と患者の関係に当てはめたとき、高い専門性をもった専門分化されている分野においては、専門家、すなわち医師の思考パターンは自動化され、実践が安定的であるときに、専門性を求めるクライアント、すなわち患者は、治療という目的において高い専門性の恩恵を受けることにもつながる。しかし、このときの専門家にとっての関心は「特定の疾病」であり、患者は「特定の疾病を患う者」に過ぎない。患者は日常の生活から切り離された存在という状況にも陥る。また一方で、「実践の中の知の生成」が暗黙で無意識的になっていくと、専門家自身が行っていることについて改めて考える機会を逃しているという状況に陥ることにもなる。そして、「実践の知」を安定化させることに主眼をおくと、それまでの技術や知識では対処できないような問題に直面したとき、実践者の戸惑いは大きく、眼前の現象を例外としてとらえ、それを排除し、「実践の知」を安定化させようとする。すなわち、彼らにとっては、不確実性とは大きな脅威となるのである。高い専門性をもった医療従事者を「実践家」として考えたとき、彼らは、内在した実践知 (= 実践の知) にもとづく慣習的行為を、治療という明確な目的をもって実践している者としてとらえることができる。これは、「実践家」が不確実性に遭遇する機会が少ないという前提においてはすぐれた実践家として存在するこ

とが可能である。この実践家の姿は、医学という科学を基礎とし、標準化された専門家の知識が実践に適應される「技術的合理性モデル」における「技術的熟練者」の姿としてとらえることができる。

そしてショーンは、このような「実践の知」を安定化させようとする実践者とは異なるタイプの実践者を新たな専門家像として提示した。ショーン [ショーン 2007, 50] は、「行為の最中に驚き、それが刺激となって行為について振り返り、行為の中で暗黙のうちに知っていることを振り返る」ことを「行為の中の省察」と呼んだ。さらに、「行為の中の省察 (reflection in reflection) というプロセス全体が、実践者が状況のもつ不確実性や不安定さ、独自性、状況における価値観の葛藤に対応する際に用いる〈わざ〉の中心部分を占めている」と述べる [ショーン 2007, 51]。この「行為の中の省察」を中心概念とした「省察的実践家」が、ショーンが提唱した新しい専門家像である。そして、「行為の中の省察」の意味の包括性について、「行為の中の省察 (reflection in action)」とは、活動中の思考に限定されるものではなく、実践の事後に出来事の意味を振り返る「行為の後の省察 (reflection after action) を含むだけではなく、実践の事実を対象化して検討する「行為についての省察 (reflection on action)」を含む」と説明されている [ショーン 2001, 10]。

家庭医²⁰の藤沼康樹 [藤沼 2010] は、「省察的実践家」という専門家モデルは、家庭医の専門性と極めて親和性が高いと述べる。その理由として、家庭医の実践は、疾病を治療するというより、一人のクライアントと長く付き合うというニュアンスが強いからだという。これは患者を疾病という観点からとらえているのではなく、病いとともに生きる一人の人間、という視点でとらえていることを示している。ショーンが、「省察的実践家」という新しい専門家像を示したその背景にあったのは、「技術的合理性モデル」にもとづく「技術的熟達者」という専門家像では、様々な不確実な問題が起こる環境においては対処しきれないという現状からであった。フレクスナーは、完成した専門職のモデルである医学の専門教育カリキュラムにおいては、患者の診察も科学研究の一環ととらえた。すなわち、「技術的熟達者」として患者の診察にあたるのが想定されていた。同様にショーンも、医師とは、医学という確固たる学問を基礎とした「技術的熟達者」という側面からとらえていた。しかし、それは病院という専門分化され管理された場における医師像であったといえよう。家庭医として患者と関わる医師は、専門分化という方向性に逆行し、患者を統合的にとらえることに重

²⁰ 舟井恭子 [舟井 2015, 17] の記述によると、「地域で支える医療を考える際に重要なキーワードとなるのが『プライマリ・ケア』であり、『プライマリ』とは、『初期の』『第一の』『基本的な』という意味であり、体の不調を感じたり健康の不安を持つ地域住民が最初に訪れる医療機関での『一次医療』と解釈されることが多いが、実際のプライマリ・ケアはもっと幅広い医療サービスを提供する」という。そして、日本プライマリ・ケア連合学会のホームページを参照したうえで舟井は、「プライマリ・ケアとは『国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能』をもつものである」とし、そして、「この『プライマリ・ケア』を専門とする診療科を英訳すると『ファミリー・プラクティス』と言い、これを直訳すると「家庭医療」となり、ここから家庭医療を行う医師を『家庭医』と呼ぶようになった」と説明している。

点を置く。これは、「疾病を治療するというより、一人のクライアントと長く付き合う」という藤沼の言葉を裏付けており、医師として不確実性に向き合うこととなる。また、たとえば、専門分化した病院における臨床場面とは異なり、在宅医療における臨床場面においては、パターン化した対応では対応しきれない問題が起こり、不確実な状況に遭遇することが多いといえる。患者の疾病も様々であり、多くは複数の疾病を同時に抱えている。また生活環境は様々であり、家族環境にも影響を受ける。在宅医療で対応する患者は、生活をしている「生活者」であり、病院のような秩序だった規則に基づいて管理された「患者」ではない。家庭医の多くも、このような在宅医療の現場で患者に向き合う機会も多い。

また、看護師の永井睦子 [永井 2010]は、「実践家としての看護師は、日常の中で意識しないでできていることが数多くある」とし、永井はこれを「臨床の知」と説明し、「臨床の知」は「暗黙の知」という性格と持っていると説明する。この「臨床の知」は、いわゆる「実践知」とも言い換えることができよう。そして、「元来看護師は省察的实践家なのであり、看護師の成長にとって省察が必要であるという考え方は、看護教育においては以前から具体的に実践されてきているのである」と述べる。ショーンは、看護師をマイナーな専門職と指摘しているが、これは、医師をメジャーな専門職としたことの対比ともいえる指摘である。メジャーな専門家とマイナーな専門家との区別は、ネイザー・グレイザーによる「技術的合理性モデル」にある見方に基づくものである。グレイザーは、「メジャーな専門職は『健康・訴訟の成功・利潤のように、人々が納得する明白な目的によって学問的に原理付けられており、安定した制度的な文脈において機能している」とし、それに対して「マイナーな専門職は、変わりやすい曖昧な目的に悩まされ、実践では不安定な制度的文脈に煩わされ、そのため体系的で科学的な専門家の知識の基礎を発展させることができない」と述べる [ショーン 2007, 23]。

ショーンが提示した「省察的实践家」という新しい専門家像は、医学という確固たる学問を基礎として完全な教育カリキュラムによって育成された医師の中にあっても、患者の疾患だけではなく、患者を統合的に診る家庭医の場合、その専門家像を説明する上で可能な概念であることが理解できる。また、「技術的熟達者」としての医師の専門家像と比較したとき、実践の場が不確実性に富み、科学的基礎の発展が難しいとされる「マイナーな」専門職としてとらえられている看護師、さらにはソーシャルワーカーの専門家像としても説明することが可能な概念であると考えられる。

第3章 患者に「触れる」行為をめぐる在宅医療に関わる

薬局薬剤師の役割と実践

第1節 調査概要：質問紙調査²¹

なぜ薬剤師は患者に触れてはいけないと考えているのか。それは、従前の薬学教育においては、患者に「触れる」ことは医療行為であるため、薬剤師は患者に触れることはできないと学生は教授されてきたからである。しかし、患者に触れることが医療行為であるために薬剤師は行ってはならない、という記述を薬剤師法で確認することはできない²²。にもかかわらず、筆者もそのように教授されたことを記憶している。しかし、2006年度より始まった臨床薬剤師の育成を目的とした6年制カリキュラムの中では、薬剤師が患者の体温や血圧を測定して、患者の状態を正確に把握し、薬の副作用を早期に発見するなど、薬物治療がより適正に行われることを目的としたフィジカルアセスメントの必要性が唱えられている。そして現在では、多くの学生が、学部教育の中でフィジカルアセスメントの実習に取り組んでいる [徳永, ほか 2008] [内海, ほか 2010] [林, ほか 2012] [辻, 吉田, 河野 2013] [廣原, ほか 2014]。また、日本病院薬剤師会は、厚生労働省医政局長通知 (医政発 0430 第 1 号) 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」に記載された薬剤師が取り組むべき業務例の解釈を提示する中で、薬物治療を受けている患者 (在宅の患者を含む) に対し、面談やカルテの確認、カンファレンスへの参加等とともに、フィジカルアセスメントを行うことを通じて、患者の状態を把握し、患者が服用している薬剤の薬学的管理指導 (患者の副作用の状況の把握、服薬指導等) を行うと記している [日本病院薬剤師会 2014]。このように、患者に「触れる」という行為は、薬物治療の適正化という明確な目的においては、現在では肯定的にとらえられてきているといえる。

一方、患者の療養場所が病院から患者宅や施設に広がる中、介護職員の行う行為が、医業は医師の独占行為」とする医師法第 17 条に抵触するのではないかという指摘から、2005 (平成 17) 年 7 月 26 日、患者宅や施設における介護職員の行為の範囲を規定する目的で、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」という厚生労働省医政局長通知 (医政発第 0726005 号) が出された。この通知では、条件付きながらも、これまで医行為とされてきた行為の一部、たとえば体温測定や血圧測定、坐薬の挿入、湿布の貼付、軟膏の塗布といった行為が原則医行為ではないと規定された。この通知は、主に介護職員を対象としたものではあるが、薬剤師が患者に「触れる」行為の可否を考える際には参考となるものといえる。

²¹ 本章における調査の記述は、[菊地 2015]および[菊地 2016]をまとめ、加筆したものである。

²² 医師の立場から狭間研至 [狭間 2012]も、『「薬剤師はヒトの体に触れてはならない」という概念は驚くほど広く浸透している。しかし、その根拠はどこにあるのかについては、あまり言及されていない」と述べている。

従前の薬学教育を受けてきた薬剤師は、患者に触れることはできないという認識をもつ者が多い。しかし、上記背景を踏まえると、その認識には変化が生じている可能性も考えられる。第2節において調査内容として、「触れる」行為の範囲についての詳細を記述するが、やや薬剤師の業務から逸脱しているともとらえられる生活場面により介入するような行為についても「触れる」行為として加えた。これは、「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）を基に質問項目を設定したためでもある。

以上のような経緯より、患者に「触れる」行為が、我が国の法律と照らし合わせたときに、行為の妥当性をどのように認識しているのか（以下、法的妥当性の認識）、そしてどのような行為に対して抵抗感を抱くのか（以下、抵抗感）、患者に「触れる」行為をどの程度必要だと認識しているのか（以下、必要性の認識）および、当該行為をどの程度行っているのか（以下、行為頻度）について明らかにすることを目的として、現在在宅医療に関わる薬剤師を対象にアンケート調査を行った。在宅医療に関わる薬剤師の性別・年齢、薬剤師としての経験、また在宅医療に関わる経験年数、研修などを通しての自己研鑽といった調査協力してくれた薬剤師の背景と、患者に「触れる」行為の法的妥当性の認識、抵抗感、必要性の認識、行為頻度との関係性を明らかにし、患者に「触れる」という行為に注目することで、浮ヶ谷[浮ヶ谷 2013 a, 403]が「領域をまたぐ²³」と表現した「制度上求められている専門家としての役割を超える」ことにより、実践と医療システムとの間の矛盾の直面し、その「界面」で逡巡することにより苦悩している薬剤師の実像を、量的データをもとに探索し、患者に「触れる」行為をめぐる在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践について検討する。

第2節 方法

第1項 対象および調査方法

2012年11月時点における、都道府県薬剤師会のホームページで公開されていた在宅訪問薬剤管理指導実施可能薬局リストより、「対応経験がある」「無菌調剤室を備えている」といった記載を参考として、すでに在宅医療に参画していることが推察された全薬局、および一般社団法人・全国薬剤師・在宅療養支援連絡会の訪問薬局ナビに掲載されていた全薬局より計445店を抽出した。その後、一都道府県にアンケート送付が集中しないよう配慮して400店の薬局を抽出した。アンケートには、在宅医療に関わっている薬剤師1名に回答を依頼する旨を記載した文書を添付した。2013年1月15日に送付し、1月末日を回収期日として約2週間の回答期間を設けた。

²³ 『領域をまたぐ』とは、「専門家が自身の領域に閉じこもることではなく、制度上求められている専門家としての役割を越えざるを得ない、もしくはふと越えてしまい、その状況に立ち続けることを意味している。いいかえれば、医療専門家は実践とシステム（制度や構造、理念）との矛盾に直面したり、自らの専門領域を超えて患者の生活領域に引き込まれたりする場面に遭遇し、その「界面」で逡巡することによって苦悩しているのである」と浮ヶ谷は述べている[浮ヶ谷 2013 a, 403]。詳細については第2章第1節第3項を参照

第2項 調査内容

回答者の背景として、属性（性別・年齢）、キャリア（在宅医療への関わりの延べ経験年数）、学習状況（在宅医療に関する研修会・学会・勉強会への参加有無と3年間の延べ参加回数）について調査した。なお、雇用状況（経営者、正社員、契約社員、パート・アルバイト）、薬局の形態（個人経営、チェーン薬局、調剤併設ドラッグ）、1週間の総勤務時間（10時間未満、10時間以上20時間未満、20時間以上40時間未満、40時間以上）といった回答者の勤務状況に関する調査も行ったが、得られた属性の回答に偏りが生じたため、本論文では勤務状況との関係性についての検討は行わない。

アンケートでは、患者に対する「触れる」行為を「直接接触行為」と表現した。以下、本論文において、「患者に『触れる』行為」と「直接接触行為」という二つの表現は同義として扱う。質問項目としては、患者に対する直接接触行為18項目、1. 体温測定、2. 血圧測定、3. SpO₂ (percutaneous oxygen saturation: 経皮的動脈血酸素飽和濃度) 測定、4. 軽微な傷の処置、5. 軟膏塗布、6. 褥瘡の状況判断、7. 褥瘡への軟膏塗布、8. 湿布貼付、9. 医療用麻薬製剤の貼付、10. 点眼、11. 一包化薬の内服補助、12. 非一包化薬の内服補助、13. 坐薬挿入、14. 点鼻、15. 市販浣腸の挿入、16. 医療用浣腸の挿入、17. 爪切り、18. 口腔ケア、に対する法的妥当性の認識について（1. 問題がある 2. 問題があるかもしれない 3. まあ問題はない 4. 問題はない）、抵抗感について（1. 非常にある 2. 多少ある 3. あまりない 4. 全然ない）、必要性の認識について（1. 必要ではない 2. あまり必要ではない 3. まあ必要である 4. 必要である）、および行為頻度について（1. 行っていない 2. たまに行っている 3. 時々行っている 4. 頻繁に行っている）4件法で回答を求めた。質問項目1、2、3、4、5、8、10、11、13、14、15、17、18については、厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）に基づいて内容を設定した。質問項目6、7、9、12、16については、在宅医療において薬剤師が関わる可能性を考慮して内容を設定した。（図1）

また、「患者さんへの直接接触行為に対して抵抗感を抱くとしたら、その理由はどのようなことでしょうか？その理由をお書きください」（直接接触行為に対して抵抗感を抱く理由）、および「患者さんへの直接接触行為に対する抵抗感を減らしていくためには、どのような方法があると思いますか？これまでの経験に基づいてお答えください」（直接接触行為に対する抵抗感を減らすための方法）、「直接接触行為について学ぶ必要性があるとしたらどのような講習会の開催が必要だと思いますか」、という3つの質問に対する回答を自由記述で求めた。

質問項目と厚生労働省医政局長通知により医行為ではないとされた行為との対応

質問項目	質問項目に対応する厚生労働省医政局長通知により 医行為ではないとされた行為	左記行為を行う上での注意または条件
1 体温測定	水銀体温計・電子体温計により腋下で計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること	掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。
2 血圧測定	自動血圧測定器により血圧を測定すること	
3 SpO ₂ 測定	新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること	
4 軽微な傷の処置	軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）	患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。 ①患者が入院・入所の必要がなく容態が安定していること ②副作用の危険性・投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと ③内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血など当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと
5 軟膏塗布	皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）	
8 湿布貼付	皮膚への湿布の貼付	
10 点眼	点眼薬の点眼	
11 一包化薬の内服補助	一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む）	
13 坐薬挿入	肛門からの坐薬挿入	
14 点鼻	鼻腔粘膜への薬剤噴霧	
15 市販浣腸の挿入	市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること	
17 爪切り	爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること	
18 口腔ケア	日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること	
質問項目6「褥瘡の状況判断」、7「褥瘡への軟膏塗布」、9「医療用麻薬製剤の塗布」、12「非一包化薬の内服補助」、16「医療用浣腸の挿入」は、今後在宅医療において薬剤師が関わる可能性を考慮して質問を設定したが、厚生労働省医政局長通知により医行為ではないとされた行為には含まれていない。		

図 1

第3項 分析方法

分析にあたっては、患者に対する直接接行行為の法的妥当性の認識については、「問題がある」を4点、「問題があるかもしれない」を3点、「まあ問題はない」を2点、「問題はない」を1点として点数化した。抵抗感については、「非常にある」を4点、「多少ある」を3点、「あまりない」を2点、「全然ない」を1点として点数化した。必要性の認識については、「必要である」を4点、「まあ必要である」を3点、「あまり必要ではない」を2点、「必要ではない」を1点として点数化した。行為頻度については、「頻繁に行っている」を4点、「時々行っている」を3点、「たまに行っている」を2点、「行っていない」を1点として点数化した。

質問に対する回答者の回答傾向をみるために、質問項目 1～18 に対する回答の平均値および標準偏差を算出した。記述統計では、未回答を欠損値として扱い、それぞれの設問にお

ける欠損値を除いた回答数を分母として集計した。

回答者の背景と法的妥当性の認識、抵抗感、必要性の認識および行為頻度との関係性について検討するにあたっては、以下の方法に則り分析を行った。性別については Mann-Whitney の U 検定を用い、雇用状況、薬局の形態については、Kruskal-Wallis 検定を用いて集団間の差の検定を行った。両側検定で有意水準は 5%とした。年齢、在宅医療への関わりの延べ経験年数、在宅医療に関する研修会・学会・勉強会への 3 年間の延べ参加回数については、Spearman の順位相関係数を求め関係性の強さを検定した。有意水準は両側検定で 5%とした。なお、在宅医療に関する研修会・学会・勉強会への 3 年間の延べ参加回数については、参加は「あり」と回答しながら、その参加回数が不明の場合は欠損値として扱い、参加は「なし」という回答を参加回数 0 回として扱った。なお、個々の検定に際しては、回答がペアでそろっている回答のみを分析対象とした。

法的妥当性の認識と抵抗感との関係性を検討するために、Spearman の順位相関係数を求め関係性の強さを検定した。有意水準は両側検定で 5%とした。同様に、必要性の認識と行為頻度との関係性を検討するために、Spearman の順位相関係数を求め関係性の強さを検定した。有意水準は両側検定で 5%とした。ともに回答がペアでそろっている回答のみを分析対象とした。

統計データの分析には IBM SPSS Statistics 22 を使用した。

自由記述回答は、回答を精読したのちに内容の類似性に基づき分類した。分類されたまとまりごとに記述内容を表現する見出しをつけ、記述数を示した。分類されたまとまりを小カテゴリーとし、その内容に類似性があるものをグループ化し中カテゴリーとした。さらに中カテゴリーの内容に類似性があるものをグループ化して大カテゴリーとしてまとめた。

第 4 項 倫理的配慮

アンケートは無記名とし回答は統計的に処理し、調査への参加については回答者の自由意思を尊重した。個人が特定されることがないことを文書にて伝え、アンケートの返信をもって調査協力への同意とみなした。なお、アンケート送付は早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」にて承認を得た後に行った（承認番号 2012-206）。

第 3 節 結果

400 通送付し、152 通のアンケートが回収された（回収率 38.0%）。回収されたアンケートのうち、実際に訪問の経験があることが回答内容から確認できた 147 通を本研究の対象とした（有効回答率 36.8%）。

第 1 項 回答者の背景

回答者の男女の内訳は、男性 87 名（59.2%）、女性 60 名（40.8%）であった。平均年齢は 42.7（±11.3）歳となり、30 歳代が 51 名（34.7%）で最も多かった。回答者のキャリアにつ

いては、在宅医療への関わりの延べ経験年数が1年以上3年未満という回答者が35名(23.8%)で最も多かった。回答者の学習状況については、過去3年間に在宅医療に関する研修会・学会・勉強会に138名(93.9%)が参加しており、参加回数は4~10回が51名(34.7%)で最も多かった。(図2)

回答者の背景 (n=147)

i 属性	性別	男性	87名	59.2%
		女性	60名	40.8%
	年齢	平均42.7 (±11.3) 歳		
		20歳代	16名	10.9%
		30歳代	51名	34.7%
		40歳代	35名	23.8%
		50歳代	32名	21.8%
		60歳代	10名	6.8%
		70歳代以上	1名	0.7%
無回答	2名	1.4%		
ii キャリア	在宅医療への関わりの延べ経験年数	1年未満	19名	12.9%
		1年以上3年未満	35名	23.8%
		3年以上5年未満	30名	20.4%
		5年以上10年未満	27名	18.4%
		10年以上	33名	22.4%
		無回答	3名	2.0%
iii 学習状況	在宅医療に関する研修会・学会・勉強会への参加の有無と3年間の延べ参加回数	参加あり	138名	93.9%
		1~3回	25名	17.0%
		4~10回	51名	34.7%
		11回~20回	34名	23.1%
		21回以上	25名	17.0%
		回数不明	3名	2.0%
参加なし	9名	6.1%		
iv 勤務状況	雇用状況	経営者	41名	27.9%
		正社員	99名	67.3%
		契約社員	3名	2.0%
		パート・アルバイト	3名	2.0%
		無回答	1名	0.7%
	薬局の形態	個人経営	84名	57.1%
		チェーン薬局	53名	36.1%
		調剤併設ドラッグ	4名	2.7%
		その他	5名	3.4%
		無回答	1名	0.7%
	1週間の総勤務時間	10時間未満	2名	1.4%
		10時間以上20時間未満	1名	0.7%
20時間以上40時間未満		15名	10.2%	
40時間以上		129名	87.8%	

図 2

第2項 患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識および抵抗感について

[1] 法的妥当性の認識

18項目で法的妥当性への認識が最も高い、すなわち法的に問題があるという認識が最も高い項目は、医療用浣腸の挿入で2.59であった。回答分布からは、「問題がある」が24.5% (36/147名)、「問題があるかもしれない」が30.6% (45/147名)で、両者を合計すると、回答者の55.1% (81/147名)が、法的に問題があると認識していた。続いて法的妥当性への認識が高い項目は褥瘡への軟膏塗布で、2.55であった。回答分布からは、「問題がある」が20.0% (29/145名)、「問題があるかもしれない」が35.2% (51/145名)で、両者を合わせた55.2% (80/145名)が、法的に問題があると認識していた。

一方で、法的妥当性への認識が最も低い項目は、1.40と同スコアで体温測定と血圧測定であった。回答分布からは、体温測定については、「問題はない」が68.0% (100/147名)、「まあ問題はない」が26.5% (39/147名)、両者を合わせた94.6% (139/147名)が、法的に問題はないという認識であった。血圧測定については、「問題はない」は69.4% (102/147名)、「まあ問題はない」は24.5% (36/147名)、両者を合計すると回答者の93.9% (138/147名)が、法的に問題はないという認識であった。(図3)

[2] 抵抗感

18項目で抵抗感が最も大きい項目は、医療用浣腸の挿入の3.37であった。回答分布からは、55.9% (81/145名)が「非常にある」、30.3% (44/145名)が「多少ある」と回答し、両者を合計すると、回答者の86.2% (125/145名)が抵抗感を持っていることが示された。続いて抵抗感が大きい項目は、市販浣腸の挿入の3.34であった。回答分布からは、54.1% (79/146名)が「非常にある」、31.5% (46/146名)が「多少ある」と回答し、両者を合わせた85.6% (125/146名)が抵抗感を持っていることが示された。続いて、坐薬挿入の平均値が3.32であった。回答分布からは、49.3% (72/146名)が「非常にある」、32.2% (47/146名)が「多少ある」と回答し、両者を合わせた81.5% (119/146名)が抵抗感を持っていることが示された。

一方で、抵抗感が最も小さい項目は、一包化薬の内服補助で1.58であった。回答分布からは、「全然ない」が57.5% (84/146名)、「あまりない」が30.1% (44/146名)で、両者を合計すると、回答者の87.7% (128/146名)が抵抗感を持っていないことが示された。続いて抵抗感が小さい項目は、非一包化薬の内服補助で1.62であった。回答分布からは、「全然ない」が54.1% (79/146名)、「あまりない」が32.2% (47/146名)で、両者を合わせた86.3% (126/146名)が抵抗感を持っていないことが示された。(図3)

患者に直接接​​触行為に対する法的妥当性の認識と抵抗感の回答分布および平均値と両者の回答の関係性

項目	法的妥当性の認識					平均値 (±SD)	抵抗感					平均値 (±SD)	ρ 値
	回答分布(上段:人数 下段:%)						回答分布(上段:人数 下段:%)						
	問題はない	まあ問題はない	問題があるかもしれない	問題がある	計		全然ない	あまりない	多少ある	非常にある	計		
1 体温測定	100	39	4	4	147	1.40±0.679	59	56	25	6	146	1.85±0.850	0.446**
	68.0	26.5	2.7	2.7	100.0		40.4	38.4	17.1	4.1	100.0		
2 血圧測定	102	36	4	5	147	1.40±0.709	75	50	15	6	146	1.67±0.823	0.466**
	69.4	24.5	2.7	3.4	100.0		51.4	34.2	10.3	4.1	100.0		
3 SpO ₂ 測定	92	29	16	9	146	1.60±0.913	65	45	19	16	145	1.90±1.009	0.501**
	63.0	19.9	11.0	6.2	100.0		44.8	31.0	13.1	11.0	100.0		
4 軽微な傷の処置	52	45	41	9	147	2.05±0.939	40	47	44	15	146	2.23±0.969	0.452**
	35.4	30.6	27.9	6.1	100.0		27.4	32.2	30.1	10.3	100.0		
5 軟膏塗布	58	50	31	7	146	1.91±0.894	42	51	40	13	146	2.16±0.947	0.433**
	39.7	34.2	21.2	4.8	100.0		28.8	34.9	27.4	8.9	100.0		
6 褥瘡の状況判断	40	36	44	26	146	2.38±1.072	26	51	45	23	145	2.45±0.964	0.550**
	27.4	24.7	30.1	17.8	100.0		17.9	35.2	31.0	15.9	100.0		
7 褥瘡への軟膏塗布	29	36	51	29	145	2.55±1.027	24	33	50	39	146	2.71±1.037	0.512**
	20.0	24.8	35.2	20.0	100.0		16.4	22.6	34.2	26.7	100.0		
8 湿布貼付	81	46	15	5	147	1.62±0.805	71	58	12	5	146	1.66±0.773	0.423**
	55.1	31.3	10.2	3.4	100.0		48.6	39.7	8.2	3.4	100.0		
9 医療用麻薬製剤の貼付	53	47	32	15	147	2.06±0.995	59	46	32	9	146	1.94±0.934	0.500**
	36.1	32.0	21.8	10.2	100.0		40.4	31.5	21.9	6.2	100.0		
10 点眼	61	49	27	9	146	1.89±0.918	48	50	35	12	145	2.08±0.951	0.493**
	41.8	33.6	18.5	6.2	100.0		33.1	34.5	24.1	8.3	100.0		
11 一包化薬の内服補助	88	47	7	5	147	1.52±0.743	84	44	14	4	146	1.58±0.778	0.388**
	59.9	32.0	4.8	3.4	100.0		57.5	30.1	9.6	2.7	100.0		
12 非一包化薬の内服補助	82	46	12	6	146	1.60±0.809	79	47	16	4	146	1.62±0.789	0.329**
	56.2	31.5	8.2	4.1	100.0		54.1	32.2	11.0	2.7	100.0		
13 坐薬挿入	42	40	39	25	146	2.32±1.070	12	15	47	72	146	3.23±0.938	0.277**
	28.8	27.4	26.7	17.1	100.0		8.2	10.3	32.2	49.3	100.0		
14 点鼻	50	56	27	14	147	2.03±0.954	33	46	44	23	146	2.39±1.006	0.334**
	34.0	38.1	18.4	9.5	100.0		22.6	31.5	30.1	15.8	100.0		
15 市販浣腸の挿入	32	37	49	29	147	2.51±1.043	9	12	46	79	146	3.34±0.873	0.247**
	21.8	25.2	33.3	19.7	100.0		6.2	8.2	31.5	54.1	100.0		
16 医療用浣腸の挿入	30	36	45	36	147	2.59±1.071	8	12	44	81	145	3.37±0.856	0.266**
	20.4	24.5	30.6	24.5	100.0		5.5	8.3	30.3	55.9	100.0		
17 爪切り	32	36	55	24	147	2.48±1.009	14	33	50	49	146	2.92±0.972	0.365**
	21.8	24.5	37.4	16.3	100.0		9.6	22.6	34.2	33.6	100.0		
18 口腔ケア	27	41	55	24	147	2.52±0.975	9	17	62	58	146	3.16±0.861	0.305**
	18.4	27.9	37.4	16.3	100.0		6.2	11.6	42.5	39.7	100.0		

Spearmanの順位相関分析 *p<0.05 **p<0.01

法的妥当性の認識の平均値は、数字が小さいほうが「問題ない」と認識し、大きいほうが「問題ある」と認識していることを示す。
抵抗感の平均値は、数字が小さいほうが抵抗感が「ない」、大きいほうが「ある」ことを示す。

図 3

第3項 患者に「触れる」行為に対する必要性の認識および行為頻度について

[1] 必要性の認識

18項目で必要性の認識が最も大きい項目は、血圧測定で平均値は3.27であった。回答分布からは、「必要である」が50.3% (74/147名)、「まあ必要である」が32.0% (47/147名)となり、合計すると、回答者の82.3% (121/147名)が血圧測定を必要であると認識してい

た。続いては一包化薬の内服補助で平均値は 3.25 であった。回答分布からは、「必要である」が 42.2% (62/147 名)、「まあ必要である」が 44.9% (66/147 名) となり、合計すると、回答者の 87.0% (128/147 名) が一包化薬の内服補助について必要であると認識していた。以下、非一包化薬の内服補助の平均値が 3.23、体温測定が 3.22 と上位 2 項目に僅差で続いた。

一方、必要性の認識が最も小さい項目は、爪切りで平均値は 2.05 であった。回答分布からは、「必要ではない」が 29.3% (43/147 名)、「あまり必要ではない」が 45.6% (67/147 名) となり、合計すると、回答者の 74.8% (110/147 名) が爪切りを必要ないと認識していた。続いては口腔ケアで、平均値は 2.06 であった。回答分布からは、「必要ではない」が 29.9% (44/147 名)、「あまり必要ではない」が 41.5% (61/147 名) となり、合計すると、回答者の 71.4% (105/147 名) が口腔ケアを必要ないと認識していた。(図 4)

[2] 行為頻度

18 項目で行為頻度が最も高い項目は、平均値が 1.99 で血圧測定であった。回答分布からは、「頻繁に行っている」が 15.6% (23/147 名)、「時々行っている」が 18.4% (27/147 名)、「たまに行っているが」が 15.0% (22/147 名) で、合計すると、回答者の 49.0% (72/147 名) が血圧測定を行っていた。続いては湿布貼付で、平均値は 1.84 であった。回答分布からは、「頻繁に行っている」が 6.1% (9/147 名)、「時々行っている」が 16.3% (24/147 名)、「たまに行っている」が 33.3% (49/147 名) で、合計すると 55.8% (82/147 名) が湿布貼付を行っていた。

一方、行為頻度が最も低い項目は、市販浣腸の挿入で、平均値は 1.01 であった。回答者の 99.3% (146/147 名) が行っていなかった。続いては医療用浣腸の挿入と口腔ケアが平均値 1.03 で同スコアで並んだ。医療用浣腸の挿入は回答者の 98.6% (145/147) が、口腔ケアは 98.0% (144/147) が行っていなかった。(図 4)

患者に「触れる」行為に対する必要性の認識と行為頻度の回答分布および平均値と両者の回答の関係性

項目	必要性の認識					平均値 ±SD	行為頻度					平均値 ±SD	ρ 値	
	回答分布(上段:人数 下段:%)						回答分布(上段:人数 下段:%)							
	必要ではない	あまり必要ではない	まあ必要である	必要である	計		行っていない	たまに行っている	時々行っている	頻繁に行っている	計			
1	体温測定	8 5.4	23 15.6	44 29.9	72 49.0	147 100.0	3.22 ±.905	96 65.3	24 16.3	19 12.9	8 5.4	147 100.0	1.59 ±.913	.480**
2	血圧測定	8 5.4	18 12.2	47 32.0	74 50.3	147 100.0	3.27 ±.880	75 51.0	22 15.0	27 18.4	23 15.6	147 100.0	1.99 ±1.153	.560**
3	SpO ₂ 測定	12 8.2	25 17.1	42 28.8	67 45.9	146 100.0	3.12 ±.975	106 72.1	8 5.4	16 10.9	17 11.6	147 100.0	1.62 ±1.075	.398**
4	軽微な傷の処置	9 6.2	36 24.8	54 37.2	46 31.7	145 100.0	2.94 ±.904	109 74.1	25 17.0	10 6.8	3 2.0	147 100.0	1.37 ±.703	.383**
5	軟膏塗布	12 8.2	32 21.8	58 39.5	45 30.6	147 100.0	2.93 ±.922	99 67.3	29 19.7	14 9.5	5 3.4	147 100.0	1.49 ±.806	.272**
6	褥瘡の状況判断	15 10.2	22 15.0	56 38.1	54 36.7	147 100.0	3.01 ±.965	101 68.7	29 19.7	13 8.8	4 2.7	147 100.0	1.46 ±.770	.313**
7	褥瘡への軟膏塗布	22 15.2	38 26.2	52 35.9	33 22.8	145 100.0	2.66 ±.995	137 93.2	6 4.1	3 2.0	1 .7	147 100.0	1.10 ±.418	.188*
8	湿布貼付	11 7.5	29 19.9	55 37.7	51 34.9	146 100.0	3.00 ±.925	65 44.2	49 33.3	24 16.3	9 6.1	147 100.0	1.84 ±.912	.267**
9	医療用麻薬製剤の貼付	9 6.1	18 12.2	70 47.6	50 34.0	147 100.0	3.10 ±.839	105 71.4	22 15.0	17 11.6	3 2.0	147 100.0	1.44 ±.778	.230**
10	点眼	10 6.8	35 23.8	59 40.1	43 29.3	147 100.0	2.92 ±.895	120 81.6	15 10.2	12 8.2	0 0.0	147 100.0	1.27 ±.601	.262**
11	一包化薬の内服補助	6 4.1	13 8.8	66 44.9	62 42.2	147 100.0	3.25 ±.784	71 48.6	41 28.1	24 16.4	10 6.8	146 100.0	1.82 ±.947	.261**
12	非一包化薬の内服補助	6 4.1	14 9.6	66 45.2	60 41.1	146 100.0	3.23 ±.788	76 51.7	40 27.2	24 16.3	7 4.8	147 100.0	1.74 ±.900	.275**
13	坐薬挿入	23 15.6	39 26.5	60 40.8	25 17.0	147 100.0	2.59 ±.949	135 91.8	11 7.5	0 0.0	1 .7	147 100.0	1.10 ±.358	.182*
14	点鼻	16 10.9	38 25.9	62 42.2	31 21.1	147 100.0	2.73 ±.917	137 93.2	9 6.1	1 .7	0 0.0	147 100.0	1.07 ±.289	.108
15	市販洗腸の挿入	34 23.1	51 34.7	41 27.9	21 14.3	147 100.0	2.33 ±.989	146 99.3	1 .7	0 0.0	0 0.0	147 100.0	1.01 ±.082	.128
16	医療用洗腸の挿入	34 23.3	46 31.5	45 30.8	21 14.4	146 100.0	2.36 ±.996	145 98.6	1 .7	0 0.0	1 .7	147 100.0	1.03 ±.260	.182*
17	爪切り	43 29.3	67 45.6	23 15.6	14 9.5	147 100.0	2.05 ±.912	141 95.9	3 2.0	2 1.4	1 .7	147 100.0	1.07 ±.364	.175*
18	口腔ケア	44 29.9	61 41.5	27 18.4	15 10.2	147 100.0	2.06 ±.945	144 98.0	2 1.4	1 .7	0 0.0	147 100.0	1.03 ±.201	.075

Spearmanの順位相関分析 *p<0.05 **p<0.01
 必要性の認識の平均値は、数字が小さいほうが「必要性はない」と認識し、大きいほうが「必要性はある」と認識していることを示す。
 行為頻度の平均値は、数字が小さいほうが行為頻度が「低い」、大きいほうが「高い」ことを示す。

図 4

第4項 回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識との関係性

- i. 属性

18項目すべてについて、性別によって法的妥当性の認識の差は見られなかった。年齢についてもすべての項目において法的妥当性の認識との関係性が見られなかった。(図5)
- ii. キャリア

18項目すべてについてキャリアと法的妥当性の認識との関係性は見られなかった。(図5)
- iii. 学習状況

軽微な傷の処置 ($\rho = -0.246$, $p < 0.01$)、軟膏塗布 ($\rho = -0.238$, $p < 0.01$) の2項目について、学習状況との間に弱い負の相関関係が見られた。(図5)

回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識との関係性

項目	i 属性			ii キャリア										iii 学習状況																
	性別 ^a			在宅への関わり経験年数 ^c										勉強会などへの参加回数 ^c																
	男性	女性	p値	n	r値	1年未満		1年以上3年未満		3年以上5年未満		5年以上10年未満		10年以上		0回/1年間		1~3回/4年間		4~10回/3年間		11回~20回/3年間		21回以上/4年間						
						平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	t値		
1	体温測定	87	1.48(±0.745)	60	1.28(±0.555)	.099	145	.019	19	1.47(±0.612)	35	1.43(±0.815)	30	1.40(±0.814)	27	1.41(±0.572)	33	1.33(±0.540)	-.035	9	1.22(±0.441)	25	1.68(±0.832)	51	1.37(±0.664)	34	1.38(±0.604)	25	1.28(±0.843)	-.166*
2	血圧測定	87	1.47(±0.775)	60	1.30(±0.591)	.186	145	-.016	19	1.47(±0.612)	35	1.43(±0.815)	30	1.40(±0.814)	27	1.44(±0.751)	33	1.30(±0.529)	-.060	9	1.22(±0.441)	25	1.68(±0.832)	51	1.39(±0.666)	34	1.32(±0.589)	25	1.32(±0.832)	-.164*
3	SpO ₂ 測定	86	1.66(±0.941)	60	1.52(±0.873)	.287	144	.019	19	1.79(±0.918)	35	1.40(±0.853)	30	1.63(±0.999)	27	1.70(±0.869)	32	1.53(±0.938)	-.044	9	1.56(±0.882)	24	1.88(±0.992)	51	1.67(±0.973)	34	1.47(±0.706)	25	1.44(±1.003)	-.165*
4	軽微な傷の処置	87	2.08(±0.967)	60	2.00(±0.902)	.688	145	-.073	19	2.00(±0.816)	35	2.23(±1.031)	30	2.13(±1.008)	27	2.11(±0.892)	33	1.79(±0.893)	-.113	9	1.67(±0.707)	25	2.48(±0.918)	51	2.29(±1.079)	34	1.82(±0.904)	25	1.64(±0.995)	-.246**
5	軟膏塗布	87	1.89(±0.920)	59	1.95(±0.880)	.548	144	.026	19	1.89(±0.809)	35	1.88(±0.993)	30	1.90(±0.960)	27	2.11(±0.801)	33	1.79(±0.893)	-.005	8	2.13(±0.853)	25	2.12(±0.927)	51	1.98(±0.836)	34	1.91(±0.933)	25	1.48(±0.938)	-.238**
6	補償の状況判断	87	2.45(±1.076)	59	2.29(±1.068)	.377	144	-.058	19	2.37(±0.955)	35	2.31(±1.022)	30	2.50(±1.196)	27	2.59(±0.931)	33	2.12(±1.166)	-.048	8	2.25(±0.880)	25	2.76(±1.091)	51	2.39(±1.002)	34	2.59(±1.076)	25	1.72(±1.061)	-.196*
7	補償への働き掛け	87	2.54(±1.065)	58	2.57(±0.975)	.895	143	.033	19	2.42(±0.789)	34	2.36(±1.021)	30	2.53(±1.137)	27	2.85(±1.064)	33	2.42(±1.082)	.021	8	2.50(±0.766)	25	2.84(±1.106)	51	2.57(±0.965)	33	2.58(±1.091)	25	2.20(±1.041)	-.141
8	湿布貼付	87	1.66(±0.847)	60	1.57(±0.745)	.682	145	-.015	19	1.63(±0.761)	35	1.60(±0.946)	30	1.70(±0.962)	27	1.81(±0.681)	33	1.42(±0.614)	-.011	9	1.78(±0.833)	25	1.80(±1.000)	51	1.59(±0.669)	34	1.68(±0.768)	25	1.40(±0.913)	-.151
9	医療用医薬剤の貼付	87	2.08(±1.003)	60	2.03(±0.991)	.779	145	-.075	19	2.11(±0.875)	35	2.00(±1.000)	30	2.20(±1.126)	27	2.33(±1.074)	33	1.82(±0.846)	-.045	9	2.44(±1.044)	25	2.24(±1.012)	51	2.09(±0.948)	34	2.15(±1.077)	25	1.76(±0.970)	-.150
10	点眼	87	1.88(±0.930)	59	1.93(±0.907)	.577	144	-.014	19	1.89(±0.809)	35	1.86(±0.974)	30	2.00(±1.145)	27	2.04(±0.808)	32	1.72(±0.813)	-.025	9	2.00(±0.866)	25	2.12(±1.082)	51	1.80(±0.800)	34	1.97(±0.937)	24	1.75(±0.939)	-.087
11	一包化薬の内服	87	1.54(±0.775)	60	1.48(±0.701)	.796	145	-.088	19	1.53(±0.612)	35	1.46(±0.817)	30	1.53(±0.860)	27	1.78(±0.801)	33	1.38(±0.549)	.006	9	1.33(±0.500)	25	1.72(±0.891)	51	1.55(±0.610)	34	1.47(±0.748)	25	1.40(±0.913)	-.151
12	非一包化薬の内服	87	1.64(±0.835)	59	1.54(±0.773)	.473	144	-.105	18	1.56(±0.705)	35	1.51(±0.853)	30	1.70(±0.952)	27	1.81(±0.786)	33	1.48(±0.712)	.033	8	1.25(±0.463)	25	1.76(±0.879)	51	1.61(±0.665)	34	1.68(±0.878)	25	1.48(±0.963)	-.080
13	坐薬挿入	86	2.27(±1.121)	60	2.40(±0.995)	.422	144	.057	19	2.26(±0.806)	35	2.46(±1.172)	30	2.23(±1.104)	26	2.58(±0.997)	33	2.09(±1.100)	-.062	9	2.22(±1.093)	25	2.72(±1.173)	51	2.33(±0.973)	33	2.21(±1.053)	25	2.16(±1.179)	-.131
14	点鼻	87	2.01(±0.970)	60	2.07(±0.896)	.668	145	.047	19	2.00(±0.745)	35	2.06(±1.027)	30	2.03(±1.066)	27	2.22(±0.847)	33	1.88(±0.942)	-.039	9	2.11(±0.928)	25	2.28(±1.061)	51	2.02(±0.880)	34	1.97(±0.969)	25	1.96(±1.060)	-.108
15	市販洗眼剤の挿入	87	2.45(±1.076)	60	2.60(±0.995)	.402	145	.112	19	2.47(±0.841)	35	2.57(±1.145)	30	2.53(±1.042)	27	2.67(±0.877)	33	2.33(±1.161)	-.044	9	2.67(±0.866)	25	2.76(±1.128)	51	2.53(±1.007)	34	2.38(±1.015)	25	2.32(±1.180)	-.133
16	医療用洗眼剤の挿入	87	2.51(±1.109)	60	2.72(±1.010)	.255	145	.117	19	2.37(±0.955)	35	2.57(±1.119)	30	2.67(±1.061)	27	2.85(±1.027)	33	2.48(±1.121)	.041	9	2.44(±1.044)	25	2.84(±1.179)	51	2.68(±1.076)	34	2.50(±1.052)	25	2.48(±1.085)	-.083
17	爪切り	87	2.43(±1.062)	60	2.57(±0.945)	.458	145	.099	19	2.32(±0.885)	35	2.40(±1.006)	30	2.53(±1.196)	27	2.67(±0.832)	33	2.45(±1.063)	.065	9	2.56(±1.130)	25	2.52(±0.963)	51	2.37(±0.965)	34	2.50(±1.022)	25	2.64(±1.114)	.043
18	口腔ケア	87	2.49(±0.963)	60	2.55(±0.999)	.798	145	.123	19	2.32(±0.749)	35	2.34(±0.938)	30	2.67(±1.063)	27	2.70(±0.869)	33	2.32(±1.083)	.102	9	2.56(±0.882)	25	2.64(±0.952)	51	2.41(±0.883)	34	2.53(±0.992)	25	2.58(±1.044)	-.003
	a-Mann-Whitney 検定																													
	b-Kruskal-Wallis 検定																													
	c-Spearmanの順位相関分析																													

5

第5項 回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する抵抗感との関係性

- i. 属性
18項目中、褥瘡の状況判断についてのみ、男女間に有意な差が認められ、男性 2.60 (n=85) が女性 2.23 (n=60) に比して有意に高かった ($p < 0.05$)。年齢と抵抗感との関係性については、18項目すべてについて認められなかった。(図6)
- ii. キャリア
18項目すべてについて、キャリアと抵抗感との関係性は見られなかった。(図6)
- iii. 学習状況
18項目中、体温測定 ($\rho = -0.230$, $p < 0.01$)、SpO₂測定 ($\rho = -0.285$, $p < 0.01$)、軟膏塗布 ($\rho = -0.304$, $p < 0.01$)、褥瘡の状況判断 ($\rho = -0.259$, $p < 0.01$)、褥瘡への軟膏塗布 ($\rho = -0.212$, $p < 0.05$)、湿布貼付 ($\rho = -0.231$, $p < 0.01$)、医療用麻薬製剤の貼付 ($\rho = -0.201$, $p < 0.05$)、点眼 ($\rho = -0.234$, $p < 0.01$)、一包化薬の内服補助 ($\rho = -0.260$, $p < 0.01$)、非一包化薬の内服補助 ($\rho = -0.218$, $p < 0.01$)、市販浣腸の挿入 ($\rho = -0.219$, $p < 0.01$) の11項目について学習状況と抵抗感との間に弱い負の相関関係が見られた。(図6)

第6項 回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する必要性の認識との関係性

- i. 属性
18項目すべてについて、性別によって必要性の認識の差は見られなかった。年齢についてもすべての項目において必要性の認識との関係性が見られなかった。(図7)
- ii. キャリア
医療用麻薬の貼付 ($\rho = 0.223$, $p < 0.01$) について、キャリアと必要性の認識との間に弱い正の相関関係が見られた。(図7)
- iii. 学習状況
18項目中、体温測定 ($\rho = 0.236$, $p < 0.01$)、血圧測定 ($\rho = 0.254$, $p < 0.01$)、SpO₂測定 ($\rho = 0.240$, $p < 0.01$)、軽微な傷の処置 ($\rho = 0.343$, $p < 0.01$)、軟膏塗布 ($\rho = 0.346$, $p < 0.01$)、褥瘡の状況判断 ($\rho = 0.275$, $p < 0.01$)、褥瘡への軟膏塗布 ($\rho = 0.254$, $p < 0.01$)、湿布貼付 ($\rho = 0.349$, $p < 0.01$)、医療用麻薬製剤 ($\rho = 0.304$, $p < 0.01$)、点眼 ($\rho = 0.335$, $p < 0.01$)、一包化薬の内服補助 ($\rho = 0.242$, $p < 0.01$)、非一包化薬の内服補助 ($\rho = 0.242$, $p < 0.01$)、点鼻 ($\rho = 0.219$, $p < 0.01$) の13項目について、学習状況と必要性の認識との間に正の相関関係が見られた。(図7)

回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する抵抗感との関係性

項目	i 属性			ii キャリア			iii 学習状況													
	性別 ^a			在宅への関わり経年数 ^c						勉強会などへの参加回数 ^c										
	男性		女性	1年未満		1年以上3年未満	3年以上6年未満	6年以上10年未満	10年以上	0回/6年間		1~3回/6年間	4~10回/3年間	11回~20回/3年間	21回以上/6年間					
	n	平均値 (±SD)	p値	n	r値	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	平均値 (±SD)	n	t値				
1	86	1.94(±0.912)	.179	144	.015	19	1.79(±0.713)	35	2.03(±0.891)	30	1.97(±0.850)	27	1.78(±0.847)	32	1.63(±0.871)	32	1.88(±0.808)	25	1.52(±0.918)	-.230*
2	86	1.74(±0.870)	.292	144	.031	19	1.53(±0.612)	35	1.89(±0.932)	30	1.80(±0.805)	27	1.59(±0.844)	32	1.44(±0.759)	32	1.62(±0.779)	25	1.48(±0.918)	-.199*
3	86	1.99(±1.046)	.239	143	.083	19	1.79(±1.022)	35	2.00(±1.011)	30	2.10(±1.062)	26	1.62(±0.888)	32	1.81(±1.030)	32	1.73(±0.876)	25	1.56(±1.044)	-.286**
4	86	2.34(±0.978)	.128	144	-.145	19	2.05(±0.705)	35	2.51(±1.121)	30	2.40(±0.932)	27	2.33(±0.877)	32	1.84(±0.954)	32	2.28(±0.904)	24	2.12(±1.008)	-.184*
5	86	2.28(±0.929)	.063	144	-.125	19	2.16(±0.765)	35	2.46(±0.980)	30	2.13(±1.008)	27	2.22(±0.934)	32	1.84(±0.920)	32	2.58(±0.728)	25	2.16(±0.866)	-.304**
6	85	2.60(±0.915)	<0.05	143	-.195*	19	2.38(±0.692)	35	2.57(±1.008)	30	2.50(±1.042)	27	2.63(±0.926)	31	2.03(±0.983)	32	2.78(±0.667)	25	2.46(±0.802)	-.259**
7	86	2.79(±1.042)	.267	144	-.100	19	2.89(±0.809)	35	2.83(±1.088)	30	2.60(±1.070)	27	2.96(±0.854)	32	2.44(±1.162)	32	3.23(±0.833)	25	2.68(±1.077)	-.212*
8	86	1.70(±0.813)	.672	144	.034	19	1.58(±0.622)	35	1.77(±0.817)	30	1.77(±0.817)	27	1.74(±0.903)	32	1.44(±0.564)	32	2.11(±0.782)	25	2.00(±1.000)	-.231**
9	86	2.00(±0.946)	.331	144	-.120	19	1.89(±0.815)	35	2.14(±1.089)	30	2.00(±0.910)	27	2.07(±0.917)	32	1.59(±0.788)	32	2.11(±0.928)	25	2.36(±0.995)	-.201*
10	86	2.13(±0.980)	.489	143	-.114	19	2.05(±0.838)	35	2.40(±1.063)	30	2.03(±0.999)	26	2.19(±0.895)	32	1.66(±0.745)	32	2.33(±0.866)	25	2.52(±1.005)	-.234**
11	86	1.60(±0.801)	.614	144	-.091	19	1.58(±0.692)	35	1.66(±0.873)	30	1.63(±0.809)	27	1.70(±0.869)	32	1.34(±0.602)	32	1.78(±0.667)	25	2.00(±1.041)	-.260**
12	86	1.63(±0.798)	.945	144	-.075	19	1.58(±0.692)	35	1.69(±0.867)	30	1.67(±0.802)	27	1.74(±0.859)	32	1.47(±0.718)	32	1.78(±0.667)	25	2.00(±1.041)	-.218**
13	86	3.30(±1.092)	.172	144	-.150	19	3.37(±0.831)	35	3.37(±0.942)	30	3.30(±0.877)	27	3.44(±0.641)	32	2.81(±1.120)	32	3.67(±0.500)	25	3.52(±0.823)	-.178*
14	86	2.43(±1.069)	.563	144	-.013	19	2.32(±0.749)	35	2.89(±1.161)	30	2.57(±1.073)	27	2.37(±0.967)	32	2.00(±0.984)	32	2.78(±0.972)	25	2.72(±0.936)	-.156
15	86	3.40(±0.885)	.169	144	-.067	19	3.42(±0.769)	35	3.46(±0.919)	30	3.33(±0.884)	27	3.56(±0.577)	32	3.03(±0.967)	32	4.00(±0.000)	25	3.56(±0.712)	-.219**
16	86	3.49(±0.881)	.165	143	-.020	19	3.37(±0.831)	35	3.49(±0.887)	30	3.37(±0.890)	27	3.56(±0.577)	31	3.10(±0.978)	32	4.00(±0.000)	25	3.48(±0.823)	-.182*
17	86	2.92(±1.008)	.889	144	-.112	19	2.79(±0.855)	35	3.06(±1.083)	30	3.07(±1.015)	27	3.11(±0.751)	32	2.63(±0.976)	32	3.22(±0.667)	25	3.20(±0.957)	-.082
18	86	3.17(±0.884)	.628	144	-.071	19	3.05(±0.705)	35	3.29(±0.957)	30	3.23(±0.838)	27	3.44(±0.641)	32	2.78(±0.906)	32	3.58(±0.527)	25	3.36(±0.860)	-.141
a:Mann-Whitney 検定																				
b:Kruskal-Wallis 検定																				
c:Spearmanの順位相関分析 *p<0.05 **p<0.01																				

回答者の背景と患者に「触れる」行為に対する必要性の認識との関係性

項目	i 属性										ii 学習状況																			
	性別					年齢 ^{a)}					在宅への関与経験年数 ^{b)}					勉強会などへの参加回数 ^{c)}														
	男性		女性			ρ値	n	1年以下		1年以上3年以下		3年以上5年以下		5年以上10年以下		10年以上		ρ値	n	1~2回		3~4回		5~7回		8~10回以上				
	平均値	SD	n	平均値	SD			n	平均値	SD	n	平均値	SD	n	平均値	SD	n			平均値	SD	n	平均値	SD	n	平均値	SD	n	平均値	SD
1 体温測定	3.16 ± .975	60	3.32 ± .792	54	145	.043	19	3.16 ± .898	35	3.00 ± 1.029	30	3.23 ± .898	27	3.15 ± .907	33	3.55 ± .711	.168*	9	2.56 ± 1.044	25	2.84 ± 1.068	51	3.33 ± .841	34	3.29 ± .719	25	3.48 ± .918	236*		
2 血圧測定	3.24 ± .940	60	3.32 ± .792	902	145	.024	19	3.16 ± .834	35	3.09 ± 1.040	30	3.27 ± .828	27	3.22 ± .934	33	3.58 ± .663	.176*	9	2.67 ± 1.000	25	2.92 ± .987	51	3.35 ± .844	34	3.38 ± .697	25	3.52 ± .918	254*		
3 SpO2測定	3.07 ± 1.054	59	3.20 ± .846	711	144	.008	18	2.94 ± .938	35	3.09 ± 1.040	30	3.19 ± .973	27	3.04 ± 1.018	33	3.36 ± .895	.123	9	2.56 ± 1.014	25	2.76 ± 1.128	50	3.14 ± .990	34	3.29 ± .760	25	3.40 ± .957	240*		
4 聴診器の処置	2.94 ± .840	58	2.95 ± .999	747	143	.040	18	2.89 ± .676	35	2.74 ± .950	30	2.93 ± .980	27	2.93 ± .829	32	3.28 ± .851	.183*	9	2.22 ± 1.093	25	2.76 ± .779	49	2.80 ± .912	34	3.06 ± .786	25	3.52 ± .918	343*		
5 聴診器の消毒	2.91 ± .897	60	2.95 ± .964	689	145	-.014	19	2.89 ± .809	35	2.86 ± .944	30	2.87 ± 1.008	27	2.70 ± .912	33	3.24 ± .867	.110	9	2.11 ± .928	25	2.76 ± .779	51	2.76 ± .951	34	3.15 ± .784	25	3.40 ± .957	348*		
6 聴診器の状況判断	3.01 ± .970	60	3.02 ± .965	972	145	-.077	19	3.11 ± .567	35	2.97 ± 1.014	30	3.03 ± .999	27	2.59 ± 1.047	33	3.39 ± .827	.094	9	2.44 ± 1.130	25	2.76 ± .926	51	2.96 ± 1.019	34	3.09 ± .866	25	3.48 ± .872	275*		
7 聴診器への消毒	2.67 ± .972	58	2.66 ± 1.035	993	143	-.088	19	2.63 ± .955	34	2.62 ± .985	29	2.83 ± .928	27	2.33 ± 1.109	33	2.85 ± .939	.030	9	1.67 ± .707	25	2.52 ± .963	49	2.63 ± 1.035	34	2.76 ± .890	25	3.04 ± 1.020	254*		
8 聴診器の消毒	2.45 ± .944	60	3.07 ± .899	480	144	.078	19	3.05 ± .848	35	2.77 ± 1.031	29	2.90 ± 1.012	27	2.89 ± .892	33	3.39 ± .704	.455	9	2.11 ± .928	25	2.80 ± .764	50	2.94 ± .935	34	3.15 ± .784	25	3.48 ± .963	348*		
9 聴診器の消毒	3.03 ± .895	60	3.18 ± .748	414	145	.013	19	3.05 ± .705	35	2.77 ± .942	30	3.07 ± .828	27	3.26 ± .903	33	3.36 ± .653	.223**	9	2.22 ± .833	25	2.84 ± .850	51	3.14 ± .849	34	3.24 ± .606	25	3.40 ± .866	304*		
10 点検	2.84 ± .888	60	3.03 ± .901	462	145	.113	19	2.89 ± .809	35	2.69 ± .963	30	2.93 ± .907	27	2.81 ± .879	33	3.27 ± .761	.167*	9	2.11 ± .928	25	2.68 ± 2.68	25	2.84 ± .852	51	2.84 ± .880	34	3.15 ± .702	25	3.32 ± .945	338*
11 一包化薬の服薬介助	3.20 ± .847	60	3.33 ± .681	471	145	.085	19	3.11 ± .737	35	3.09 ± .919	30	3.27 ± .785	27	3.15 ± .864	33	3.58 ± .502	.195*	9	2.89 ± .782	25	3.00 ± .764	51	3.24 ± .815	34	3.41 ± .609	25	3.40 ± .913	242**		
12 非一包化薬の服薬介助	3.19 ± .847	60	3.30 ± .686	587	144	.106	19	3.11 ± .737	35	3.09 ± .919	30	3.23 ± .774	26	3.15 ± .881	33	3.52 ± .566	.174*	9	2.89 ± .782	25	2.92 ± .862	50	3.26 ± .777	34	3.38 ± .604	25	3.40 ± .913	242**		
13 錠剤の挿入	2.54 ± .938	60	2.67 ± .968	345	145	-.007	19	2.63 ± .761	35	2.43 ± .917	30	2.79 ± .915	27	2.33 ± 1.074	33	2.85 ± .939	.079	9	1.89 ± .928	25	2.44 ± .961	51	2.57 ± 1.005	34	2.79 ± .808	25	2.76 ± .970	191*		
14 点鼻	2.68 ± .896	60	2.82 ± .948	252	145	-.044	19	2.79 ± .918	35	2.51 ± .951	30	2.73 ± .868	27	2.59 ± .931	33	3.06 ± .827	.125	9	2.00 ± 1.118	25	2.68 ± .900	51	2.65 ± .913	34	2.88 ± .769	25	3.04 ± .978	219**		
15 中絶薬の挿入	2.33 ± .972	60	2.33 ± 1.020	992	145	-.149	19	2.42 ± .838	35	2.29 ± 1.017	30	2.37 ± 1.032	27	2.07 ± .958	33	2.48 ± 1.004	-.005	9	1.78 ± .833	25	2.36 ± .995	51	2.31 ± 1.019	34	2.44 ± .894	25	2.48 ± 1.046	106		
16 錠剤用錠剤の挿入	2.38 ± .967	59	2.34 ± 1.044	808	144	-.168*	19	2.47 ± .841	35	2.37 ± 1.003	30	2.40 ± .968	27	2.07 ± 1.072	32	2.50 ± 1.016	-.033	9	1.89 ± .928	25	2.36 ± .995	51	2.27 ± 1.000	33	2.52 ± .834	25	2.56 ± 1.083	131		
17 爪切り	2.06 ± .894	60	2.05 ± .946	886	145	-.081	19	2.26 ± .872	35	1.97 ± .923	30	2.03 ± .964	27	1.81 ± .786	33	2.21 ± .927	-.005	9	1.67 ± .707	25	1.96 ± .889	51	2.12 ± .993	34	2.06 ± .814	25	2.16 ± .987	.087		
18 口腔ケア	2.03 ± .921	60	2.10 ± .986	642	145	-.094	19	2.26 ± .806	35	2.00 ± 1.029	30	2.03 ± .964	27	1.85 ± .864	33	2.21 ± .927	-.018	9	1.67 ± .707	25	1.96 ± .889	51	2.10 ± 1.063	34	2.06 ± .814	25	2.28 ± 1.021	126		

a) Mann-Whitneyの検定
b) Spearmanの順位相関分析 *p<0.05 **p<0.01

第7項 回答者の背景と患者に「触れる」行為の行為頻度との関係性

i. 属性

性別については、9項目に男女間に有意な差が認められ、9項目の平均値はすべて女性が男性に比して高かった。有意差が見られた項目の平均値は、体温測定 ($p < 0.05$) は男性 1.46 ($n=87$)、女性 1.77 ($n=60$)、血圧測定 ($p < 0.01$) は男性 1.75 ($n=87$)、女性 2.33 ($n=60$)、SpO₂測定 ($p < 0.05$) は男性 1.45 ($n=87$)、女性 1.87 ($n=60$)、軽微な傷の処置 ($p < 0.01$) は男性 1.26 ($n=87$)、女性 1.52 ($n=60$)、軟膏塗布 ($p < 0.05$) は男性 1.37 ($n=87$)、女性 1.67 ($n=60$)、湿布貼付 ($p < 0.05$) は男性 1.68 ($n=87$)、女性 2.08 ($n=60$)、一包化薬の内服補助 ($p < 0.05$) は男性 1.70 ($n=86$)、女性 1.98 ($n=60$)、非一包化薬の内服補助 ($p < 0.05$) は男性が 1.63 ($n=87$)、女性が 1.90 ($n=60$)、坐薬挿入 ($p < 0.05$) は男性が 1.06 ($n=87$)、女性が 1.15 ($n=60$) であった。

年齢については点鼻 ($\rho = 0.204$, $p < 0.05$) にのみ弱い正の相関関係がみられた。(図 8)

ii. キャリア

18項目中、体温測定 ($\rho = 0.237$, $p < 0.01$)、血圧測定 ($\rho = 0.211$, $p < 0.05$)、軽微な傷の処置 ($\rho = 0.221$, $p < 0.01$)、軟膏塗布 ($\rho = 0.270$, $p < 0.01$)、湿布貼付 ($\rho = 0.271$, $p < 0.01$)、医療用麻薬製剤の貼付 ($\rho = 0.235$, $p < 0.01$)、点鼻 ($\rho = 0.235$, $p < 0.01$) の7項目について、キャリアと行為頻度との間に弱い正の相関関係が見られた。(図 8)

iii. 学習状況

18項目中、体温測定 ($\rho = 0.232$, $p < 0.01$)、血圧測定 ($\rho = 0.250$, $p < 0.01$)、SpO₂測定 ($\rho = 0.224$, $p < 0.01$)、軽微な傷の処置 ($\rho = 0.334$, $p < 0.01$)、軟膏塗布 ($\rho = 0.333$, $p < 0.01$)、褥瘡への軟膏塗布 ($\rho = 0.239$, $p < 0.01$)、湿布貼付 ($\rho = 0.271$, $p < 0.01$)、医療用麻薬製剤の貼付 ($\rho = 0.224$, $p < 0.01$)、点眼 ($\rho = 0.259$, $p < 0.01$) の9項目について、学習状況と行為頻度との間に弱い正の相関関係が見られた。(図 8)

回答者の背景と患者に「触れる」行為の行為頻度との関係性

項目	性別		年齢 ^b										学習状況																	
	性別		在宅への服薬経験年数										勉強会などへの参加回数 ^a																	
	男性	女性	1年以上		3年以上		5年以上		10年以上		10年以上		1~3回		4~10回		11~20回		21回以上											
			n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値	n	ρ値										
1	87	1.46 ± .846	60	1.77 ± .981	145	.057	19	1.26 ± .806	35	1.63 ± 1.060	30	1.43 ± .728	27	1.56 ± .934	33	1.91 ± .914	237**	9	1.00 ± 0.00	25	1.32 ± .748	51	1.75 ± 1.017	34	1.32 ± .475	25	2.12 ± 1.186	.252*		
2	87	1.75 ± 1.081	60	2.33 ± 1.174	145	.063	19	1.47 ± .905	35	1.89 ± 1.207	30	2.03 ± 1.129	27	2.00 ± 1.144	33	2.30 ± 1.212	.211*	9	1.33 ± .707	25	1.60 ± 1.000	51	2.08 ± 1.230	34	1.85 ± 1.048	25	2.60 ± 1.190	.250*		
3	87	1.45 ± .912	60	1.87 ± 1.241	145	-.043	19	1.49 ± .902	35	1.71 ± 1.178	30	1.60 ± 1.003	27	1.59 ± 1.152	33	1.73 ± 1.126	.941	9	1.20 ± .667	25	1.32 ± .900	51	1.71 ± 1.137	34	1.38 ± .779	25	2.28 ± 1.339	.224*		
4	87	1.26 ± .637	60	1.52 ± .770	145	.165*	19	1.06 ± .229	35	1.40 ± .775	30	1.27 ± .583	27	1.22 ± .506	33	1.70 ± .918	.221**	9	1.00 ± 0.00	25	1.12 ± .332	51	1.31 ± .648	34	1.32 ± .589	25	1.96 ± 1.020	.334*		
5	87	1.37 ± .717	60	1.67 ± .896	145	.085	19	1.00 ± 0.00	35	1.49 ± .818	30	1.47 ± .776	27	1.41 ± .636	33	1.85 ± 1.034	.270**	9	1.00 ± 0.00	25	1.20 ± .500	51	1.45 ± .730	34	1.35 ± .587	25	2.20 ± 1.118	.333**		
6	87	1.38 ± .719	60	1.57 ± .831	145	-.041	19	1.21 ± .535	35	1.60 ± .914	30	1.37 ± .669	27	1.26 ± .526	33	1.73 ± .911	.126	9	1.33 ± .707	25	1.32 ± .748	51	1.45 ± .673	34	1.21 ± .479	25	2.04 ± 1.060	.183*		
7	87	1.07 ± .384	60	1.15 ± .515	145	.206	145	1.13 ± 1.19	1.00 ± 0.00	35	1.14 ± .494	30	1.03 ± .183	27	1.04 ± .192	33	1.24 ± .663	.129	9	1.00 ± 0.00	25	1.00 ± 0.00	51	1.08 ± .337	34	1.03 ± .171	25	1.40 ± .816	.239*	
8	87	1.68 ± .828	60	2.08 ± .979	145	.118	19	1.37 ± .684	35	1.74 ± .886	30	1.77 ± .898	27	2.00 ± .961	33	2.15 ± .939	.271**	9	1.44 ± .726	25	1.36 ± .700	51	1.98 ± .860	34	1.53 ± .662	25	2.52 ± 1.046	.271**		
9	87	1.40 ± .754	60	1.50 ± .813	145	.462	145	1.11 ± 1.19	1.00 ± 0.00	35	1.40 ± .475	30	1.43 ± .774	27	1.48 ± .753	33	1.70 ± .918	.235**	9	1.00 ± 0.00	25	1.16 ± .473	51	1.53 ± .857	34	1.38 ± .604	25	1.76 ± 1.012	.224**	
10	87	1.24 ± .570	60	1.30 ± .646	145	.168*	19	1.00 ± 0.00	35	1.37 ± .731	30	1.27 ± .640	27	1.19 ± .483	33	1.39 ± .659	.143	9	1.00 ± 0.00	25	1.08 ± .277	51	1.22 ± .541	34	1.26 ± .567	25	1.64 ± .907	.259*		
11	86	1.70 ± .971	60	1.98 ± .892	144	-.021	144	1.53 ± 1.53	1.00 ± 0.00	35	1.80 ± .394	30	1.80 ± .325	27	1.43 ± .958	32	1.91 ± .883	.153	9	1.67 ± 1.00	25	1.48 ± .823	51	1.88 ± .809	34	1.71 ± .871	24	2.13 ± 1.154	.139	
12	87	1.63 ± .878	60	1.90 ± .915	145	.048	145	1.59 ± 1.59	1.00 ± 0.00	35	1.74 ± .930	30	1.60 ± .894	27	1.85 ± .949	33	1.85 ± .894	.141	9	1.56 ± .726	25	1.48 ± .823	51	1.76 ± .929	34	1.68 ± .806	25	2.04 ± 1.020	.160	
13	87	1.06 ± .353	60	1.15 ± .360	145	.150	145	1.00 ± 1.00	1.00 ± 0.00	35	1.06 ± .236	30	1.07 ± .254	27	1.04 ± .192	33	1.21 ± .600	.153	9	1.00 ± 0.00	25	1.04 ± .200	51	1.14 ± .491	34	1.09 ± .288	25	1.12 ± .332	.066	
14	87	1.07 ± .297	60	1.08 ± .279	145	.557	145	1.00 ± 1.00	1.00 ± 0.00	35	1.00 ± 0.00	30	1.07 ± .254	27	1.11 ± .320	33	1.18 ± .465	.235**	9	1.00 ± 0.00	25	1.00 ± 0.00	51	1.12 ± .382	34	1.06 ± .239	25	1.08 ± .277	.082	
15	87	1.01 ± .107	60	1.00 ± 0.000	145	.406	145	1.00 ± 1.00	1.00 ± 0.00	35	1.00 ± 0.00	30	1.00 ± 0.00	27	1.00 ± 0.00	33	1.03 ± .174	.114	9	1.00 ± 0.00	25	1.00 ± 0.00	51	1.02 ± .140	34	1.00 ± 0.000	25	1.00 ± 0.000	-.026	
16	87	1.05 ± .338	60	1.00 ± 0.000	145	-.029	145	1.00 ± 1.00	1.00 ± 0.00	35	1.03 ± .169	30	1.00 ± 0.00	27	1.00 ± 0.00	33	1.09 ± .522	.030	9	1.00 ± 0.00	25	1.00 ± 0.00	51	1.06 ± .420	34	1.00 ± 0.000	25	1.04 ± .200	.069	
17	87	1.03 ± .239	60	1.12 ± .490	145	.188	145	1.00 ± 1.00	1.00 ± 0.00	35	1.09 ± .373	30	1.03 ± .183	27	1.00 ± 0.00	33	1.18 ± .635	.081	9	1.00 ± 0.00	25	1.00 ± 0.00	51	1.10 ± .413	34	1.03 ± .171	25	1.16 ± .624	.087	
18	87	1.03 ± .239	60	1.02 ± .129	145	.784	145	1.00 ± 1.00	1.00 ± 0.00	35	1.03 ± .169	30	1.00 ± 0.00	27	1.00 ± 0.00	33	1.09 ± .384	.091	9	1.00 ± 0.00	25	1.00 ± 0.00	51	1.04 ± .280	34	1.03 ± .171	25	1.04 ± .200	.082	
			a:Man-WhitneyのU検定																											
			b:Spearmannの順位相関分析		*p<0.05 **p<0.01																									

第8項 患者に「触れる」行為に対する法的妥当性の認識と抵抗感との関係性

18項目すべてについて正の相関が見られ、法的に問題があると認識するほど、抵抗感が強まる傾向があった。18項目中、法的妥当性の認識と抵抗感との関係性が最も強かった項目は、褥瘡の状況判断 ($\rho=0.550$, $p<0.01$)、続いて褥瘡への軟膏塗布 ($\rho=0.512$, $p<0.01$) であった。一方、関係性が最も弱かった項目は、市販浣腸の挿入 ($\rho=0.247$, $p<0.01$)、続いて医療用浣腸の挿入 ($\rho=0.266$, $p<0.01$) であった。(図3)

第9項 患者に「触れる」行為に対する必要性の認識と行為頻度との関係性

18項目中、体温測定 ($\rho=0.480$, $p<0.01$)、血圧測定 ($\rho=0.560$, $p<0.01$)、SpO₂測定 ($\rho=0.398$, $p<0.01$)、軽微な傷の処置 ($\rho=0.383$, $p<0.01$)、軟膏塗布 ($\rho=0.272$, $p<0.01$)、褥瘡の状況判断 ($\rho=0.313$, $p<0.01$)、湿布貼付 ($\rho=0.267$, $p<0.01$)、医療用麻薬製剤の貼付 ($\rho=0.230$, $p<0.01$)、点眼 ($\rho=0.262$, $p<0.01$)、一包化薬の内服補助 ($\rho=0.261$, $p<0.01$)、非一包化薬の内服補助 ($\rho=0.275$, $p<0.01$) の11項目が、必要性を認識するほど行為頻度が高まる傾向にあった。この中でもっとも両者の関係性が強かった項目が血圧測定、続いて体温測定であった。(図4)

第10項 患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由

124名からの回答があった。そのうち4名の回答は「抵抗感はない」という内容であったことから、120名の回答を対象として分類した。なお、1名の自由記述から複数の内容を抽出した場合も含まれるため、記述数は計143件となった。

患者に「触れる」行為に抵抗感を抱く理由として、薬剤師自らの感情や認知に基づく「内的な理由」、薬剤師をとり巻く環境や制度などに基づく「外的な理由」という2つの大カテゴリーに分類した。記述数は「内的な理由」に関する記述が90件となり、「外的な理由」に関する記述53件に比して多かった。「内的な理由」の中でも、「知識や経験の不足からの不安」が50件と最も記述数が多かった。「外的な理由」としては、「関係性に関わる問題」に関する記述数が26件と多かったが、小カテゴリーの件数で比較すると、「どこまでが医療行為なのかわからない」という記述数が18件と多く見られた。(図9)

患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由

大カテゴリー	記述数	中カテゴリー	記述数	小カテゴリー	記述数
内的な理由	90	知識や経験の不足からの不安	50	経験不足に起因する不安	26
				患者に被害を与えるかもしれないという不安	16
				患者への侵襲性の高い行為への不安	4
				知識不足に起因する不安	4
		職域の逸脱と考える	21	処置やケアは職域を越えている	11
				薬剤師の視点が活かされていない行為への疑問	7
			判断を伴う行為はできない	3	
		衛生面への不安	11	衛生面への不安	5
				血液や汚物に触れることへの心配	4
			感染の心配	2	
		触れることへの抵抗感	8	他人に触れることへの抵抗感	6
異性に触れることへの抵抗感	2				
外的な理由	53	関係性に関わる問題	26	他職種からの理解・認知が不十分	11
				チームの連携を乱すことにつながる	7
				患者からの理解・認知が不十分	7
				医師からの指示が不明確	1
		法的に曖昧	20	どこまでが医療行為なのかかわからない	18
				接触することは医療行為だと考えられていた	2
		教育の問題	5	教育を受けていない	4
				患者に触ってはいけないと教えられてきた	1
		薬局としての難しさ	2	時間がかかる	1
				人間的に難しい	1

図 9

第 1 1 項 患者に「触れる」行為に対する抵抗感を減らすための方法

116 名からの回答が得られた。方法についての記述があった 110 名の回答を対象として分類した。記述数は計 143 件であった。

記述の内容は大きく「基盤づくり」「知識・認識」「関係性の構築」「実践」の 4 つの大カテゴリーに分類した。「基盤づくり」においては、とりわけ中カテゴリー「制度の確立」の中の小カテゴリー「法的な明確化の必要性」に関する記述が 20 件と多かった。同様に、「知識・認識」においては、「知識の獲得」の中の「実践的な講習会に参加し学ぶ」に関する記述が 17 件と多かった。「関係性の構築」においては、「他職種との関係性」の中の「連携の中で理解を得る」に関する記述が 8 件と多かった。「実践」においては、「経験を積む」の中の「実践経験を積む」に関する記述が 23 件と多かった。(図 10)

患者に「触れる」行為に対する抵抗感を減らすための方法

大カテゴリー	記述数	中カテゴリー	記述数	小カテゴリー	記述数
基盤づくり	27	制度の確立	22	法的な明確化の必要性	20
				正当な報酬として認められる	2
		教育の確立	5	大学教育での基礎作り	5
知識・認識	43	知識の獲得	30	実践的な講習会に参加し学ぶ	17
				正しい知識を得る	8
				感染防御のための方法を知る	5
		認識の転換	13	薬物治療を行う上での必要性や意識を認識する	6
				患者にとって有益と考える	4
				ベテラン薬剤師の認識変容	2
				総合的医療人としてのレベルアップを図る	1
関係性の構築	38	他職種との関係性	15	連携の中で理解を得る	8
				薬剤師の職能としての理解の推進	5
				情報共有	2
		患者との関係性	13	患者との信頼関係の構築	7
				患者からの理解を得る	6
		医師との関係性	10	医師とコミュニケーションを図り信頼を得る	5
医師からの理解を得る	5				
実践	35	経験を積む	29	実践経験を積む	23
				他職種と関わり経験を積む	6
				実践の方法	6
		抵抗のないことから徐々に	2	患者に身内のような気持ちで接する	2
				訪問にゆとりを持つ	1

図 10

第 12 項 「触れる」行為について学ぶ必要があると考える講習会の内容

「触れる」行為について学ぶ必要があるとしたらどのような講習会の開催が必要だと思うか、という質問に対して 133 名から回答が得られた。9 名が「必要はない」、2 名が「積極的な開催には否定的」という回答内容であったため、講習の内容について言及していた 122 名の回答を対象とした。なお、1 名の自由記述から複数の内容が抽出されたため、記述数は計 152 件となった。

記述内容は、「実践的行為の習得」「知識の獲得」「講習会の形式」という 3 つの大カテゴリーに分類された。大カテゴリーで比較したところ、「実践的行為の習得」を目的とした講習会開催の必要性に関する記述数が 78 件と最も多かった。そのうち、「実技の習得」に関する記述が 53 件と多く、中でもとりわけ「バイタルサイン測定」に関する講習会が必要という記述が 25 件と多かった。「知識の獲得」については、「行為に関すること」の記述が 28 件

と多く、そのうちの 24 件が「行為の法的な線引きについて」であった。また、大カテゴリー「講習会の形式」については、「実践型」が必要という記述が 33 件と多く、中でも「実践的な講習会」が必要という記述が 26 件と多かった。(図 11)

「触れる」行為について学ぶ必要があると考える講習会の内容

大カテゴリー	記述数	中カテゴリー	記述数	小カテゴリー	記述数		
実践的行為の習得	78	実技の習得	53	バイタルサイン測定	25		
				手技の習得	14		
				処置方法	8		
				介護行為	6		
		アセスメント(知識に基づく判断)	25	褥瘡に関すること	9		
				判断を養う	6		
				触診	3		
				救急対応	3		
				フィジカルアセスメント	2		
				感染予防・対策	1		
知識の獲得	34	行為に関すること	28	行為の法的な線引きについて	24		
				行為の必要性について	4		
		薬剤師の職能に関すること	3	薬剤師職能を正しく理解する	1		
				薬剤師のレベルを統一	1		
				意識改革としての講習会	1		
		倫理なこと	1	倫理なこと	1		
		患者心理	1	患者の心理状況	1		
		地域連携	1	地域連携を目的とした講習会	1		
		講習会の形式	40	実践型	33	実践的な講習会	26
						医師や看護師を交えて学ぶ	7
講義型	3			講義形式	3		
継続性	3			継続的な研修	3		
薬剤師会主催	1			薬剤師会主催	1		

図 11

第 4 節 薬剤師が患者に「触れる」ということについて

第 1 項 法的妥当性と抵抗感に関する考察

設定した 18 項目の平均値の比較から、法的に問題があると認識している上位 2 項目は、医療用浣腸の挿入、褥瘡への軟膏塗布であった(図 3)。一方で、法的には問題がないと認識している上位 2 項目は、体温測定、血圧測定という、いわゆるバイタルサイン測定であった(図 3)。医行為ではないとする行為について規定した厚生労働省医政局長通知と照らし合わせたとき、この 4 つの行為に対する薬剤師の法的妥当性の認識は正しい(図 1)。実際、体温測定、血圧測定についてはそれぞれ 68.0%、69.4%が、「問題はない」と明確に回答し、その割合は高かった。バイタルサイン測定に関しては、薬学部教育でも行われ[徳永, ほか 2008][内海, ほか 2010][林, ほか 2012][辻, 吉田, 河野 2013][廣原, ほか 2014]、研修会の効果や実践に関する報告[瀬戸口, ほか 2010][徳永, 高村, ほか 2011][狭間 2012][兒玉 2013][栗村, ほか 2014][長谷川, 狭間, 池田

2014]が散見されていることから、バイタルサイン測定を行うことは法的に問題ないと薬剤師が理解していることが推察される。薬剤師が行うバイタルサイン測定に対して訪問医師の立場からは、好意的で、診療を行う上で助かるという声もある [白髭 2012, 178]一方で、薬剤師がバイタルサイン測定を行い、フィジカルアセスメントに熱中しすぎることを危惧する意見もある [長崎在宅 Dr. ネット理事座談会 2012, 193]。この背景には、それぞれの専門家の職域は守られるべきであるという主張、また、薬剤師が専門教育を受けていない立場で病態のアセスメントを行うことの危険性の指摘といった可能性が考えられる。患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由として、「関係性に関わる問題」が多く記述され(図 9)、抵抗感を減らすためには、「関係性の構築」という記述が多く見られた(図 10)。とりわけ在宅医療においては、連携が重要だという認識を薬剤師は持っていることが自由記述回答から読み取れたことから、今後は薬剤師がバイタルサイン測定を行う理由が周囲から理解され、認知されることが重要であると考えられる。バイタルサイン測定は、患者の状態を把握するための重要な手段であり、薬剤師としての視点から採取したデータは、他の医療者とも共有すべき情報である。これまでの調査から、薬の効果、副作用発現の有無の確認のためにバイタルサインの確認の必要性について薬剤師は認識しているが、病院薬剤師よりも薬局薬剤師のほうがその割合が低いという結果が得られている [瀬戸口, ほか 2010]。しかし、在宅医療に関わる薬局薬剤師は、ベッドサイドで業務を行う病院薬剤師に近い環境にあるということからも、必要性の認識は薬局内のみで業務を行う薬剤師よりも高い可能性も考えられる。バイタルサイン測定を実施することにより他職種とのコミュニケーションアップに繋がったという効果を示した報告もあり [長谷川, 狭間, 池田 2014]、実践の積み重ねにより、他職種からの理解も深まるものと考えられる。患者に関わるチームの一員としての薬剤師が行うバイタルサイン測定が、適切な薬物治療と副作用の早期発見・防止のための薬学的管理である [日本病院薬剤師会 2014]という認識を、他の医療者や患者、患者家族と共有することが、今後の課題であると考えられる。

回答者の背景と直接接触行為に対する法的妥当性の認識との関係性については、性別による集団間の有意な差は見られなかった。また、年齢、在宅医療への関わりの経験年数との関係性も見られなかった(図 5)。この結果からは、薬剤師としての経験よりも個人としての認識が行為に対する法的妥当性の認識に影響を与えている可能性が考えられる。学習状況との関係においては、軽微な傷の処置、軟膏塗布の 2 項目について在宅医療に関する勉強会などへの参加回数が増えるほど、法的に問題ないと考えられる傾向が見られた(図 4)。薬剤師が救命救急医療への関心が高いことが報告されている [瀬戸口, ほか 2010]が、緊急時の応急処置への関心もあり、その必要性を認識している可能性が考えられる。しかし多くの項目においては、勉強会の参加回数と法的妥当性との関係性が見られなかったことから、どのような行為を法的に問題なく薬剤師は行うことができるのか、といった具体的内容に言及するような勉強会の開催は行われていないことが推察される。

行為に対する抵抗感については、設定した 18 項目の平均値の比較から、抵抗感が大き

い項目は、医療用浣腸の挿入、市販浣腸の挿入、坐薬挿入といった患者への侵襲性が高い行為であった。一方、抵抗感が小さい項目は、一包化薬の内服補助、非一包化薬の内服補助といった患者への侵襲性の低い行為であった(図 3)。抵抗感を抱く理由を求めた自由記述回答からは、「知識や経験の不足からの不安」に関する回答が最も多く、また、「衛生面への不安」というカテゴリーも見出された(図 9)。通常の薬局内における業務では、浣腸や坐薬の使用方法について、文書を用いて口頭で説明はしても、実際の行為を行う機会はほぼない。しかし、在宅の場面においてそのような機会に遭遇すると想定したとき、とりわけ患者への侵襲性が高い行為については、自由記述から得られたような「知識や経験の不足からの不安」「衛生面への不安」といった要因が引き金となり、抵抗感が生じる可能性が考えられる。抵抗感を減らすための方法として、「実践的な講習会に参加し学ぶ」という記述が多く見られた(図 10)が、勉強会などに参加する回数と抵抗感との関係は、相関が見られた行為が 11 項目あったもののいずれも弱い負の相関関係であった(図 6)。現在、フィジカルアセスメント講習会[瀬戸口, ほか 2010][徳永, 高村, ほか 2011][狭間 2012][児玉 2013][栗村, ほか 2014][長谷川, 狭間, 池田 2014]、救急救命講習会[瀬戸口, ほか 2010]、服薬指導のためのコミュニケーション力向上を目的とした講習会[田中, ほか 2008]などが開催されている報告があるが、今後在宅医療の現場において、薬剤師が行うことが想定される患者に対する直接接触行為については、より実践的な講習会の開催が必要となるのではないかと考える。

回答者の背景と抵抗感との関係性については、年齢、在宅医療への関わりの経験年数との関係性は見られず、薬剤師としての経験は抵抗感に関係がないことが示された(図 6)。抵抗感を抱く理由を求めた自由記述回答からは、薬剤師自らの感情や認知に基づく「内的な理由」が多く挙げられたことから、個人の認識と関係しているとも考えられる(図 8)。性別については、褥瘡の状況判断について、男女間で有意な差が認められ、男性の方が抵抗感は大いことが示された(図 6)。抵抗感を抱く理由として、記述数は 2 件と少なかったが、「異性に触れることへの抵抗感」という記述が見出された(図 8)。この記述が男性の回答であるという点、褥瘡の好発部として、骨突起部の仙骨・坐骨結節が挙げられ[作田, 高橋 2006]、褥瘡が発生した部位によっては、男性の抵抗感が強まる可能性は考えられる。しかし、これはあくまでも推察であり、本調査からは性差についての考察を正確に行うことはできない。在宅医療に関する勉強会に参加する回数が多いほど、体温測定、SpO₂測定、軟膏塗布、褥瘡の状況判断、褥瘡への軟膏塗布、湿布貼付、医療用麻薬製剤の貼付、点眼、一包化薬の内服補助、非一包化薬の内服補助、市販浣腸の挿入の 11 項目が抵抗感は小さくなっていったが、両者の関係性は弱いものであった(図 6)。すなわち、勉強会などへの参加だけで抵抗感は小さくなることはなく、その他の要因の影響を受けていることが考えられる。たとえば、直接接触行為に対する抵抗感を減らすための方法として、患者、医師、他職種との関係性の構築に関する記述が多く見られたが(図 9)、地域の特性により多職種連携が進み、患者、医師、他職種との関係性が構築され、患者に対して行為を行うことの了解が周囲から

得られているようなときには、抵抗感が小さくなっている可能性も考えられる。しかし、本調査の結果からだけでは正確な考察をすることは難しい。

設定した 18 項目すべてについては、法的に問題があると認識するほど、抵抗感が強まる傾向であることが示された (図 3)。相関係数の比較から、関係性の強さは行為によって異なり、関係性が弱かった項目は医療用浣腸の挿入と市販浣腸の挿入であった。この項目については、行為への抵抗感に対して法的妥当性の認識以外に、前述したような知識・経験不足からの不安や、衛生面への不安といった要因の影響も受けている可能性が考えられる。そして 18 項目中、関係性が強かった項目は、褥瘡の状況判断と褥瘡への軟膏塗布であった。褥瘡の状況判断、褥瘡への軟膏塗布については、医行為ではない行為を規定した厚生労働省医政局長通知には記載のない行為である。通知では、軟膏塗布については「褥瘡の処置を除く」と明記されている (図 1)。回答者の背景と褥瘡の状況判断に対する法的妥当性の認識との関係において、明確な関係性を示すことはできなかったが、勉強会に参加する回数が増えるほど、法的に問題ないと認識する傾向にあることが本調査から示された。日本病院薬剤師会は、厚生労働省医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」において記載された薬剤師の薬学的管理に関して、「褥瘡治療では、褥瘡の状態をチェックして、外用薬剤種類の選択、塗布量の変更、創面の移動も考慮に入れた投与方法 (特に大きな褥瘡には、創面の固定を行った上で外用剤の塗布を行うこと)、治癒状態から投与期間を変更するなどの処方提案する」 [日本病院薬剤師会 2014] という解釈を出している。薬剤師は勉強会などに参加することによって、この日本病院薬剤師会の解釈を理解し、褥瘡の状況判断は薬学的管理のひとつであり、法的に問題ないと認識している可能性は考えられる。さらに、褥瘡治療に積極的に関わる薬剤師の立場から水野は、褥瘡の状況判断に加えて、処方された外用薬について説明し、実際の処置をしながら、処置方法を家族や患者に関わるスタッフに教えることは服薬指導であると述べている [水野 2010]。本調査において、褥瘡への軟膏塗布に対する法的妥当性の認識の平均値は 2.55 と、18 項目中 2 番目に高い数値ではあったが、「問題はない」、「まあ問題はない」と回答した薬剤師は合わせて回答者の 44.8% (65 名) であることも示された (図 3)。この回答の背景には、服薬指導の範疇となる実際の処置に対する個々の薬剤師の解釈が影響を与えている可能性も考えられる。一方で、薬事法学の専門家の立場から秋本 [秋本 2013] は、薬剤師による薬剤使用の指導のための患部接触は、侵襲性が相当に低くなった段階とし、褥瘡の服薬指導における行為の範囲については慎重に精査、検討したうえで実施しなければならないという見解を述べている。このように、服薬指導において許容される行為範囲の線引きには難しさがあるといえよう。医行為ではない行為を規定する厚生労働省医政局長通知においても、軟膏の塗布については「褥瘡を除く」と明記されていることから、褥瘡への軟膏塗布は患者への侵襲性の高い行為であり、専門知識と十分な経験を必要とする行為である。訪問看護師を対象とした調査には、在宅における高齢者の褥瘡管理は看護師がすべてを担わなければならない現状にあり、褥瘡ケアに日常的に慣れている訪問看護師は、対象者を包括的に把握した状況において、家族からの

信頼があること、医師からの包括的指示を受けていることなどから、褥瘡のアセスメント、ケア方法の選択までを含む医行為を当然の責務として自らの判断で行っている現状から、看護師への医行為に関する教育の充実の必要性を述べる報告がある [齋藤, ほか 2013]。また、介護職員を対象とした調査には、褥瘡の処置は介護職の職務ではないと考え、処置に不安を持ちながらも、褥瘡についての知識や処置方法に関する研修を要望し、看護師不在時の緊急時対応の必要性から、褥瘡への軟膏塗布に関する研修が行われている報告がある [人見, 弓 2007]。これらの調査からは、看護職、介護職の褥瘡治療への関わり現状を読み取ることができる。現在、褥瘡の発生予防に重点が置かれ、褥瘡治療にはチームで関与する必要性が唱えられ [塚田 2013]、薬剤師の参画も期待されている [根岸 2009]。褥瘡治療には、医療職、介護職がともに連携して取り組むべき重要な課題であることから、薬剤師の褥瘡治療に関する行為の範囲が明確になることにより、薬剤師は、より積極的に抵抗なく褥瘡治療に関わることができる可能性があるのではないかと考える。

第2項 必要性の認識と行為頻度に関する考察

設定した18項目の平均値の比較から、必要性があると認識している上位2項目は、血圧測定、一包化薬の内服補助であった。そして、これらに僅差で非一包化薬の内服補助、体温測定が続いた。この結果から、バイタルサイン測定と内服補助について必要性があると認識している薬剤師は多いことが示された。

血圧測定をはじめとしたバイタルサイン測定については、薬物治療の適正化という目的において、すでに学部教育においてもフィジカルアセスメントを学ぶための実習が行われており [徳永, 高村, ほか 2008] [内海, ほか 2010] [林, ほか 2012] [辻, 吉田, 河野 2013] [廣原, ほか 2014]、また、実際に業務を行う薬剤師を対象とした講習会も開催されている [徳永, 高村, 丸太 2010] [徳永, 高村, ほか 2011] [長谷川, 狭間, 池田 2014]。また、どのような講習会が必要かという質問に対する自由記述回答にも、「バイタルサイン測定に関する講習会」という記述が多く見られた。すなわち、薬剤師として薬物治療に関わる上では、バイタルサインを測定することが必要だという認識が広がっていることが示唆された。

患者が服薬することを補助する、介助するという行為は、患者への侵襲性が低く、薬剤師の抵抗感も小さい行為である²⁴。実際の服薬介助にあたっては、薬を口の中に入れる、飲み込むまで確認する、といった直接的な介助行為を必要としている要介護者は多く、介護者にとって負担になっているという報告がある [鈴木, 中田 2013]。そして、介護者の服薬介助の負担軽減のための薬剤師の行う支援には、一包化調剤や、要介護者が服薬しやすく、かつ介護者が服薬させやすい剤形や錠剤の大きさに関する処方提案が有用であると報告されている。また、患者が独居の場合、ヘルパーなどの介護職員が服薬介助を担う場合が多いが、きちんと服薬できているかどうかの確認などとともに、薬を飲みやすくする工夫として介

²⁴ 第3章第3節第2項参照

護職員が錠剤を粉砕するといったことも行っていると報告されている [富澤, ほか 2007]¹⁾。しかし、介護職員は必要性を感じながらも医薬品に関して学ぶ機会が少なく [富澤, ほか 2007]、介護職員が行う錠剤粉砕が薬学的知識に基づいて行った行為であったかどうかという点に関する疑問が生じる。そして、これまでの報告から薬剤師は、独居の高齢者や認知症患者が薬を管理している場合などは、薬剤師の訪問の必要があると考えており、それは、服薬の真否の確認や実際に薬を手にとって服用しているところを話しながらいきたいというものであった [廣谷, 八十, ほか 2012]。これは、服薬補助を行うことで得られる多くの情報があると薬剤師が考えていることを示していると考えられる。患者の服用状況を実際確認することにより、主たる服薬介護者である家族や介護職員への薬学的知見に基づいたアドバイスに繋がるという点、服薬における問題の有無の確認から、患者のアドヒアランス向上という目的においても必要性が高い行為と捉えているのではないかと考える。

一方で、必要性の認識が最も低い項目は爪切りであり、続いて口腔ケアであった。患者に対する行為について抵抗感を感じる理由として、職域の逸脱という結果が得られている²⁵ことから、薬物治療との関連が低い行為は職域の逸脱と考え、薬剤師が行う必要はないと認識していることが考えられる。

患者の背景と直接接触行為の必要性の認識との関係性については、18項目すべての項目について男女間に有意な差が見られず、年齢との間にも関係性が見られなかった。そして、医療用麻薬製剤の貼付にのみ在宅医療への関わりの経験が長いほうが必要性の認識が高いことが示されたが、その関係性は弱いものであり、顕著な特徴ではなかった。一方で、在宅医療に関する勉強会などに参加することにより、必要性の認識が高まる項目が13項目にみられた。関係性が見られなかったのは、坐薬挿入、市販浣腸の挿入、医療用浣腸の挿入、爪切り、口腔ケアの5項目であった。自由記述回答からは、「実践的な講習会」が必要だという記述が多く見られたが、必要と考える手技内容の記述までは求めていなかったため、どのような手技を意図していたかにまで言及はできない。しかし、坐薬挿入、浣腸挿入については、訪問時に緊急に使用を要するような事態が想定されるのであれば、手技を学ぶ実践的な講習会の内容に加えられる必要もあると考えられる。一方で、爪切り、口腔ケアについては、行為自体が薬物治療との関連は低いために、勉強会への参加と関係なく行為そのものの必要性を認識していないのではないかと考えられる。

次に行為頻度については、設定した18項目の平均値の比較から、最も行為頻度が高かったのが血圧測定であった。その内訳からは「頻繁に行っている」という回答者が18項目中最も多く、この結果は、訪問時に血圧測定をルーチン業務としている薬剤師の存在を示しているものと考えられる。必要と考える講習会として「バイタルサイン測定」に関する記述数が最も多かったことから、今後学習の機会を得ることにより、頻繁に血圧測定を行う薬剤師数の増加の可能性が考えられる。続く湿布貼付は、頻度に関わらずに「行っている」という回答者が18項目中最も多くあった。平成25年度の国民生活基礎調査における病気やけがの自覚

²⁵ 第3章第3節第10項 図9参照

症状に関する調査からは、男性は1位が腰痛、2位が肩こり、女性は1位が肩こり、2位が腰痛という結果が得られており [平成25年国民生活基礎調査の概要]、日本人には、腰痛、肩こりといった自覚症状を訴える者は多く、日常的に湿布を利用している高齢者は多いと考えられる。しかし、肩や腰部への湿布貼付は、ひとりで行うことは難しい行為である。湿布貼付という行為に対する薬剤師の抵抗感は小さいことから²⁶、訪問時に患者から依頼された際に行っていることが考えられる。一方で、平均値の比較から行為頻度が低いのは、市販浣腸の挿入、医療用浣腸の挿入、口腔ケアと続いたが、ほとんどの薬剤師がこれら行為を行った経験がなかった。行為への不慣れさや衛生面への不安が理由として考えられる²⁷。

回答者の背景と行為頻度との関係性については、体温測定、血圧測定、SpO₂測定、軽微な傷の処置、軟膏塗布、湿布貼付、一包化薬の内服補助、非一包化薬の内服補助、坐薬挿入の9項目について、有意差をもって女性が男性より行為頻度が高かった。行為を行う際の患者に「接近する」という点に注目すると、心理学者の青野 [青野 2003]は、男女ともに、相手が異性である場合により大きな距離をとることを報告している。すなわち、同性間の距離は異性間の距離よりも小さいことを意味し、これは、親密でない異性に過度に接近することがタブー視される日本独特の習慣・規範を反映していると考察している。本調査では、患者の性別に関する質問をしていないために、正確な考察はできないが、平成24年度の調査では、介護保険制度のサービスを受給した65歳以上の被保険者約423万人のうち、男女比でみると男性が28.4%、女性が71.6%となっている [内閣府平成24年版高齢社会白書(全体版)(2)高齢者の介護]ことから、訪問する患者は女性のほうが多いことが推察される。すなわち、接近するという意味では、女性同士ということで女性薬剤師が患者に接近しやすく、接近することにより行われる接触行為の頻度が女性のほうが高くなることもひとつの理由として考えられる。しかし一方で男女間の性差が見られなかった行為のひとつである褥瘡の状況判断、褥瘡への軟膏塗布といった行為は、侵襲性が高く、単なる相手との距離だけではなく、行うにあたっては専門的な知識や経験が前提となる行為であるため、性差が現れなかったとも考えられる。また、口腔ケア、爪切りと言ったケア関連行為、および浣腸挿入については、職域の逸脱、行為への不慣れさや衛生面への不安²⁸といった制止要因が働いていることが考えられる。

年齢との関係性については、13項目中点鼻のみ年齢が高くなると行為頻度が上がるという結果が得られたが、 $\rho=2.04$ と相関係数は小さいことから、年齢との関係性について言及するほどの関係性はないのではないかと考える。

設定した18項目について、必要性の認識と行為頻度との関係性を相関係数の比較から行ったところ、最も強かったのは血圧測定、続いて体温測定となり、いわゆるバイタルサイン測定が上位2項目となった。前述したように、現在薬剤師を対象としたフィジカルアセスメ

²⁶ 第3章第3節第2項 図3参照

²⁷ 第3章第3節第10項 図9参照

²⁸ 第3章第3節第10項 図9参照

ント研修会が開催されており [徳永, 高村, 丸太 2010] [徳永, 高村, ほか 2011] [長谷川, 狭間, 池田 2014]、研修会の効果や実践について報告されている [瀬戸口, ほか 2010] [兒玉 2013] [栗村, ほか 2014]。医師であり薬局経営に携わる狭間 [狭間 2010, 22-30]は、薬剤師がバイタルサイン測定に取り組む意義は、「医薬品の適正」と「医療安全の確保」の2点であると述べている。そして、超高齢社会を迎えたわが国において、患者が病状に応じて在宅、施設、医療機関を適宜移動することが予想され、病院と薬局の薬剤師が患者の情報を共有し継続した薬学的管理指導を行うことは、上述した2つの意義の観点からも重要であると述べている。このように実際に患者のバイタルを確認することの重要性が唱えられていることから、薬剤師の必要性の認識は高まり、実際にその手技を講習会などで身につけることで、実際の行為へとつながっていくことが考えられる。必要と考える講習会として「バイタルサイン測定」に関する記述が142記述中25記述と最も多く得られたことも、薬剤師の関心の高さがうかがわれる。また、バイタルサイン測定を実施することにより、他職種とのコミュニケーションアップに繋がったという報告もあることから [長谷川, 狭間, 池田 2014]、研修を受けた後の実践の積み重ねにも新たな効果が期待できると考えられる。

本調査の結果から、一つひとつの行為への必要性の認識と実際の行為頻度を比較したとき、行為頻度は全体的に低いという状況であることは否めない結果であった。狭間は、薬剤師の新たな職能や可能性を考える上で、臨床とは「病床に臨む」ことであり、手当とは「患者に手を当てて触れる」ことであるし、これらは医療の原点であり、薬剤師がこの医療の原点に触れることとは、ベッドサイド、いわゆる在宅医療の現場におけるボディタッチ、バイタルサインの採集、フィジカルアセスメントの実施であると述べている [狭間 2010, 22-30]。医療人類学者の立場から飯田 [飯田 2013]は、医師の行う「手当」としての身体診察の意義として身体接触を伴うことを挙げ、患者は医師に触れることで気持ちがいいと感じ快方に向かったと感じることがあるという例から、身体接触が重要な役割を果たしているような現象と、総合診療医や家庭医たちが患者の生活圏に入り込んでいくこととの関係性に言及している。薬剤師が患者に触れるという行為については、薬物治療の適正化という主たる目的があり、診察や治療を意味するものではない。しかし、在宅医療とは患者の生活圏の中で行われるまさに臨床における医療である。薬剤師が行う患者に対する身体接触行為は、薬剤師が医療の原点に触れるという目的に加え、患者の快方への手助け、ひいては患者との関係性にもよい影響を与える可能性があるのではないかと考える。

第5節 患者に「触れる」行為をめぐる在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と実践

第1項 役割と実践の「脱限定化」

第4節において、アンケート調査の結果に関する全体的な考察を記述した。その考察を踏まえながら、本節において、患者に「触れる」行為をめぐる在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践に焦点を当てる。まず、本項においては、薬剤師の役割と実践の範囲を検討するため、

薬剤師の通常業務とは逸脱しているともとらえられる「爪切り」と「口腔ケア」という二つの行為について焦点をあてる。

「爪切り」、「口腔ケア」という行為は、2005年、患者宅や施設における介護職員の行為の範囲を規定する目的で出された、「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」という厚生労働省医政局長通知（医政発第0726005号）⁷⁾において、原則医行為ではないと規定された行為である。この通知は、主に介護職員を対象としたものであり、この通知が出された経緯には、患者の療養場所が病院から自宅や施設に広がる中、すべての医療的な行為を病院外において医師、看護師が行うことが難しいという背景があった。

アンケート調査の結果を改めて確認すると、「爪切り」という行為は法的に、「問題はない」、「まあ問題はない」とした回答者は147名中68名で全体の46.3%、「口腔ケア」については147名中68名で同様に全体の46.3%であった。すなわち、いずれの行為についても、約半数近くの回答者が法的には問題がないと認識していることが明らかになった。また抵抗感については、「爪切り」については「全然ない」「あまりない」とした回答者は146名中47名で32.2%、「口腔ケア」については146名中26名で17.8%であった。やや回答には差がみられ、「口腔ケア」のほうがその割合は少なかったが、いずれの行為についても、抵抗感がない薬剤師の存在が明らかになった。さらに必要性の認識については、18項目中「爪切り」が最も低く、また続いて「口腔ケア」ではあったが、回答者の実数を見ると、「爪切り」については「必要である」「まあ必要である」とした回答者は、147名中37名で25.2%、「口腔ケア」については147名中42名で28.6%であった。アンケートにおいて質問項目として挙げた他の「触れる」行為と比較するのみでは、薬物治療との関連が低いこれらの行為は職域の逸脱であると考え、薬剤師が行う必要はないと認識していると解釈し、「爪切り」と「口腔ケア」は最も必要性がない行為としてアンケート調査の結果を読み取ってしまう。しかし、実数を見る限りでは、必要性を認識している薬剤師が全回答者の3割弱と、少なからず存在することが明らかになったことは興味深い。一方で、行為頻度はかなり少ないと言わざるを得ない結果であった。「爪切り」は「頻繁に行っている」が1名、「時々行っている」が2名、「たまに行っているが」が3名で計6名が「行っている」と回答し、全体の4%であった。そして「口腔ケア」は、「頻繁に行っている」が0名、「時々行っている」が1名、「たまに行っている」が2名で計3名が「行っている」と回答し、全体の2%であった。しかし、その実数は少ないとはいえ、回答者の中には薬剤師業務から逸脱しているともとらえられる「爪切り」、「口腔ケア」といった行為を実践している薬剤師の存在が明らかになったことは注目すべき点であると考えられる。

原則医行為ではない行為を定めた厚生労働省医政局通知においては、薬剤師という医療専門職がこれら行為を行う可否について明確に定めてはいない。しかし、介護職同様に、原則医行為ではないとされた行為であれば、行うことは可能だと解釈はできる。とはいえ、薬剤師の場合、もっぱらこの通知をめぐって議論となるのは、バイタルサイン測定や軟膏の塗

布、貼付剤の貼付、坐薬の挿入など患者に触れて行う薬剤の使用についてである。医師であり、日本在宅薬学会の理事長である狭間研至 [狭間 2012]は、「薬剤師によるボディタッチやバイタルサインの採集は医師法 17 条違反とはならないというのが現在得られつつあるコンセンサスであろう」と述べるが、やはりここで狭間が例示しているのは、「体温測定、自動血圧計による血圧測定、サチュレーションモニターによる経皮的動脈血酸素飽和濃度の測定、軽微な創傷処置、内服薬の服薬、目薬の使用、坐薬の挿肛、外用薬の塗布や貼付」という行為であり、「爪切り」、「口腔ケア」への言及はない。すなわち、当然のことながら、薬物療法とは関係がない行為である「爪きり」、「口腔ケア」については、薬剤師が関与する機会は少ないという認識が一般的であると考えられる。ではなぜ、少数派とはいえ、在宅医療に関わる薬剤師が、「爪切り」、「口腔ケア」といった、薬剤師業務からは逸脱した行為とも考えられるこれら行為について行う必要があると認識し、そして極めて少数ではあるが、なぜ行うのか。

まず、「爪切り」という行為について検討する。原則医行為ではない行為を定めた厚生労働省医政局長通知の矛先でもある介護の臨床現場では、「爪切り」という行為がどのように認識されているのだろうか。介護福祉士の教育に携わる立場から谷口敏代 [谷口, ほか 2005]らは、介護職員への調査から、「爪切り」は介護職員の業務の一部としてルーチン化されていることも多いが、高齢者の場合爪に何らかの障害をもつことが多く、爪の状態によっては安全な処置ができないケースもあるが、「医療行為だから行えない」と一線を引くだけでは解決できないことは多いと述べる。そして介護現場では、「手・足指の保清や爪きり」は、日常生活援助の保清・整容の一部で介護業務として実施しているが、爪の状態に応じて医療行為である、等、議論が分かれているのが実情だと述べる。また、谷口らと同様に介護福祉士の教育に携わる立場から川上道子 [川上 2007]は、この通知は非医療専門職にも行える行為の範囲を拡大することを目的として出されたものではあるが、介護職員の中に混乱を招く結果となった、と報告している。これらの報告から、「爪切り」という行為をめぐる介護現場での対応の難しさが垣間みられる。では、「爪切り」が高齢者の生活とどのように関係しているのか考えてみたい。

高齢者福祉工学を専門とする山下和彦 [山下, ほか 2004]は、高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響について報告をしている。この報告によると、まず、60 歳以上の足部と足爪を対象にした調査において、足部または足爪の変形、真菌症に感染している人は、全体の 6 割強と多く、また足部・足爪のケアを必要としている人は 9 割以上にものぼり、歩行が困難ではない高齢者においても、足爪に肥厚、変形、変色といった症状はよくみられるものだという。そして、足部や足爪の異常と過去 1 年間の転倒歴との関係を調べ検討した結果、足部や足爪に異常があることにより、下肢機能が低下し、転倒リスクが高まるという因果関係があることを示した。そして、足部や足爪の異常は長い間の生活習慣や、足部や足爪への無関心の結果で形成されたものとし、足部や足爪の効果的、かつ適切なケアの必要性を述べている。すなわち、高齢者の多くは足部・足爪に異常を持っている者が潜在的に多く、

異常を放置することによる転倒リスクを抱えていることから、爪の異常の悪化を防ぎ、またひいては生活の質を保つためにも、足部・足爪のケアは日常的に行う必要があるといえる。

一方、「爪切り」という行為が患者にとって侵襲性の高い行為でもありとらえられる事件があった。2007年、高齢の入院患者の肥厚し変形した爪を、爪切り用ニッパーで切った行為が「傷害」として、看護師が逮捕された（北九州爪ケア事件）。一番では、看護師が「爪を剥ぐことを楽しみとして、目的としていた」という、看護師の行った「爪切り」が、意図して高齢者に傷害を負わせたこととらえられ有罪判決が下った。しかし控訴審判決では、看護師は爪を剥ぐことを目的とはしていなかったが、爪ニッパーで肥厚した爪を切ることにより、結果として爪によって保護されている爪床部分を露出させることとなり、この行為は傷害にあたるとしながらも、看護行為として正当な業務行為であるとされ、一転無罪となった〔井部 2010〕。2005年に厚生労働省医政局から医療行為ではないとされた「爪切り」という行為には条件があり、「爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ糖尿病の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りできること及び爪ヤスリでやすりがけすること」と、されている。すなわち病変を伴う爪を切る行為は医療行為の範疇でとらえられる。この事件は医療行為であったか否かといった点が争点となったのではなく、意図して傷を負わせたかどうか、「傷害」であったかどうかという点が争点であったが、看護教育に携わる大江真琴〔大江，真田 2011〕らは、この事件は、高齢者に対するフットケアのあり方を検討するまたとない機会となったと述べる。山下の報告の通り、爪異常の放置が転倒リスクにつながることから、爪異常を放置しないことが重要であり、また、爪異常をきたさないよう日常的なケアを行うことが必要だが、高齢者の爪は肥厚、変形、変色といった症状がよく見られることから、「爪切り」には十分な知識と技術が必要であることが、この「爪ケア事件」から理解できる。このように、「爪切り」とは、意図せずとも、結果的に相手に傷害を負わせたと判断される可能性も高い侵襲的な行為であることが理解できる。

看護教育に携わる看護師の立場から川嶋みどり〔川嶋 2011〕は、「高齢者の爪ケアの意味を問い直す」という論考の中で、爪の変化がもたらす高齢者の生活全体への影響から爪ケアの重要性を述べながらも、看護学教科書では、爪ケアについての記述は非常に少なく、多くの看護師は爪ケアの道具に関しても無頓着に過ぎてきたきらいがあるという。すなわち、患者のケアにあたる看護師でさえも、足の爪ケアについては十分な知識をもって行っているわけではないということが川嶋の記述から読み取られる。そして、足の爪ケアにおいては、他人に素足を見せたり触らせたりすることから高齢者にとっては抵抗が少なからずある、とした上で、日ごろのケアを通じての看護師への信頼が基礎になるとし、爪ケアは、優れて全人的ケアであると述べる。このように、爪ケアを受ける側（高齢者）が行う側（看護師）に対して信頼を寄せるという関係性に注目し、爪ケアを異なった側面からとらえていることは興味深い。

一方、薬剤師が爪切りを行うことに関する具体的な報告についてはなかったが、爪切りサ

ービスを行っている薬局についての記事 [すずらん薬局沓谷店 (静岡市葵区) 高齢の視覚障碍者に注力 爪切りサービスで薬局を身近な存在に 2015]は大変興味深いものである。静岡市のすずらん薬局沓谷店は、眼科クリニックに隣接するという立地から眼科に通院する患者が多く、患者の約3割が何らかの視覚障害を有するのだという。そしてサービス提供の主たる対象者は緑内障や白内障、加齢性黄斑変性症により、成人後に視覚に障害をもつようになった高齢者だという。爪切りサービスを始めたきっかけは、眼科医から爪が切れない患者が少なくないという話を聞いたことに遡るといふ。とりわけ足の爪は視力の低下のみならず、加齢にともない関節の動きが不十分で、体が硬くなっていることもあり、一人で切ることが困難である。そこで、眼科医の判断で、爪に病変がなく専門ケアが必要ない、とされた患者を対象とした定期的な爪切りサービスを行っているのだという。実際に爪切りを行うのは別店舗にいる看護師もしくは介護福祉士であり、薬剤師が実際にサービスを行うわけではない。しかし、薬局が爪切りサービスの「場」の提供をし、薬局で爪切りサービスが行われているのは大変興味深い。薬局が行う視覚に障害のある患者へのサービスとしては、服用法や点眼の使用法を患者が正しく理解できるための工夫や、視覚障害者向けのグッズの販売である。しかし薬剤師が爪切りを行う可能性への言及はなく、薬局内において「爪切り」は薬剤師の行う業務ではないという認識が職員の間にもあることが推察される。すなわち、薬局はあくまでも爪切りサービスの提供の「場」であり、「爪切り」は薬剤師業務の逸脱というとらえ方がなされていると考えられる。

本アンケート調査は、在宅医療に関わる経験を有する薬剤師を対象として行った。自宅、施設など、患者の生活環境は多様ではあるが、患者が「生活する場」を訪問するという共通する経験を有する薬剤師である。訪問したとき、患者が靴下を履いていたら脱いでもらわないと実際に足の爪は見るができない。また、手の爪についても関心をもっていないと見過ごしてしまうであろう。薬剤師がどのような経験をきっかけに爪に関心をもったのかを尋ねたら、薬剤師一人ひとりが様々な経験を語るのではないかと推察する。小さな「爪」であるが、とりわけ高齢者の生活全体に与える影響は大きいことを理解することで、「爪切り」という行為を行うことを必要だと認識するのは、生活する患者の生活全体への視点があるからこそではないだろうか。

では、「口腔ケア」はどうであろうか。薬学的見地から考えたとき、とりわけ高齢者の夜間頻尿への治療薬、また睡眠導入剤としても用いられることがある抗コリン作用²⁹のある薬剤は、唾液分泌を抑制するため、口腔内が渇き、ドライマウスが問題となる。薬の副作用として唾液分泌が抑制され、口腔内の清潔を保つ上では障害となるという点からも、口腔ケアは、実は薬剤師にとって決して無関係ではない。

看護教育に携わる村松真澄 [村松 2009]は、「在宅医療を受けている患者は、口腔内が清

²⁹ 抗コリン作用とは、副交感神経から出される神経伝達物質アセチルコリンの分泌を抑制する作用を意味する。アセチルコリンには、唾液腺から唾液を分泌させる作用があるが、抗コリン作用を持つ薬物を服用することによりアセチルコリンの分泌が抑制され、唾液の分泌が抑制されることにつながる。

潔で日常生活を快適に過ごすことができる。何より、口から食べる楽しみを享受でき、同時に、誤嚥性肺炎や口腔機能廃用の予防の効果も期待できる」と述べる。村松の記述からうかがえるのは、口腔ケアとは、日常生活を快適に過ごすことができること、口から食べることの楽しみを享受できることが、最も重要な目的となるということである。介護老人保健施設の理事長であり歯科医でもある平井基之 [平井 2008]は、施設に入居する 100 名の高齢者の口腔内の写真を撮り、「きれいか、普通か、汚いか」という質問を投げかけたところ、歯科専門職の間では、きれいか、普通か、汚いか、といった見解はほぼ一致するが、事務職、介護職、看護師の回答はばらつきがでたのだという。すなわち、スタンダードがないために「わからない」状況であることが明らかになったのだという。そしてスタンダードを共有することで、汚い状態がどのような状態であるかということ、関わる職種が共通認識として持つことの必要性を述べる。すなわち、口腔ケアの必要性の見極めという点の重要性への言及である。そして、村松が口腔ケアの重要性が、患者の生活に主眼が置かれていたのと同様に、口腔ケアを行うことにより栄養状態が改善され、「この人は最初はしゃべりもしなかったのに、こんなに元気になった」というケースは枚挙にいとまがないことを挙げ、口腔ケアの効果が栄養状態の改善、ひいては快活な日時生活を送ることに繋がる、と口腔ケアの生活への影響について述べる。また、福祉施設の運営に携わる立場から下平雅子 [下平 2001]は、要介護の高齢者のケアに直接関わるホームヘルパーは、身体の清潔を保つ目的で口腔ケアを行っている、と報告している。そして下平は、ホームヘルパー 10 名へのアンケート調査の結果から、口の中が気になると回答した者は、10 名中 8 名と多く、また、歯科医等による専門的な口腔ケアに関する指導や研修を 10 名全員が希望していたと述べる。そして、平均年齢 82 歳の利用者 23 名への聞き取り調査から、口の中に何も問題なく快適に生活をしている高齢者は少なく、歯科治療を受けることにより、食事が摂れるようになり、ひいては全身状態が良くなり、生活に意欲が見られていると報告している。すなわち、村松の報告と同様に、口腔ケアとは、生きていくこと、快適な生活を送ること直結しているケアであることが理解できる。

以上のように、「爪切り」、「口腔ケア」は日常の生活を快適に過ごすために不可欠であることが理解できる。ではなぜ、在宅医療に関わる薬剤師の一部ではあるが、「爪切り」、「口腔ケア」という患者に「触れる」行為をなぜ薬剤師が行う必要があると考えるだろうか。行為への必要性の認識は、患者の生活への視点から導かれているのではないかと考える。すなわち、自らの役割と実践を「調剤」という業務に限定せず、患者が快適な生活を送ることへの意識が働いている薬剤師が少なからず存在している、ととらえることもできる。すなわち、薬剤師の役割と実践の範囲の拡大、または役割の「脱限定化」という概念でとらえることが可能なのではないかと考える。「脱限定化」とは、自らの役割と実践を「調剤」という業務に限定せず、患者が快適な生活を送ることへの視点を持つことにより、「調剤」という業務に限定された役割と実践から自らを解放すること、と本論文では定義し用いる。では、必要性を認識しながらも、実践に至らない多くの薬剤師がいるのはなぜなのだろうか。必要性を

認識し、そして実践に至るプロセスを「脱限定化プロセス」とすると、実践に至る困難はどこにあるのか。この点について次項で検討する。

第2項 役割と実践をめぐる「苦悩」

本アンケート調査では、患者に「触れる」行為について、必要性を認識しながらも、実際の行為頻度が低いという結果が得られた。そこで、行為に至る困難について、行為に対する「抵抗感」という観点から考える。回答者の背景と抵抗感との関係性について統計的に分析したところ、抵抗感と回答者の年齢、および薬剤師としての経験年数とは相関関係がないことが示された。すなわち、経験を積めば患者に「触れる」ことに対する抵抗感が減弱するわけではないことが明らかになった。一方、本アンケート調査では、患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由と抵抗感を減らす方法について自由記述で回答を求めたところ、抵抗感を抱く理由としては、「関係性に関わる問題」に関する記述が多く見られ³⁰、抵抗感を減らすためには、「関係性の構築」という記述が多く見られた³¹。

在宅医療では、医療や福祉に関わる専門職が協働しチームで患者に関わる。患者が生活する場に、薬剤師だけではなく、医師、看護師、リハビリ専門職といった医療専門職や、日々の生活支援のためにホームヘルパー、そして生活全般をコーディネートするケアマネージャーが関わることになる。そのため、連携が重要視され他職種との関係性が常に語られる。患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由として挙げられた「関係性に関わる問題」は、さらに「他職種からの理解・認知が不十分」、「チームの連携を乱すことにつながる」、「医師からの指示が不明確」という下位カテゴリーに分類されたが、中でも「他職種からの理解・認知が不十分」に関する記述数をもっとも多かった。これは、他職種が薬剤師に求める役割と、薬剤師自身が考える自らの役割とにギャップがあることを示し、浮ヶ谷が指摘した「制度上求められている専門家としての役割を超えざるを得ない、もしくはふと超えてしまい、その状況に立ち続ける」ことで生じる苦悩とも通ずると解釈できる。そして、「チームの連携を乱すことにつながる」という不安を抱えるのは、「実践とシステム(制度や構造、理念)との矛盾に直面」することが要因となっているのであれば、それも苦悩と解釈できる。そして、患者に触れる行為を、抵抗感を抱きながらも行うという決断をしたとき、それは「領域をまたぐ」ことである。患者に「触れる」行為への抵抗感とは、「行ってもいいのか」という迷いを抱えていることであり、「ふと超えてしまい、その場で立ち続けること」、すなわち『『界面』で逡巡すること』を意味すると解釈できる。すると、関係性に関する苦悩は「役割」に関する苦悩ととらえられる。そして、抵抗感を減らすために、「関係性の構築」という記述が多くみられたことは、意識的に、他職種、また患者・家族との関係性を自らの積極的な態度で構築することの必要性を認識していることがうかがえる。これは、浮ヶ谷が述べる、専門職が現場で編み出す苦悩に対する「対処の術」ともとらえることができる。

³⁰ 第3章第3節第10項 図9を参照

³¹ 第3章第3節第11項 図10を参照

「してもいいこと」、すなわち法的にも問題ないとされている行為については、抵抗感がないことはすべての行為に共通する。とはいえ、その行為が法的に問題ないのか、その線引きについてははっきりと決められ、広く認知されているわけではないこともある。そのため、抵抗感を抱く理由として「どこまでが医療行為なのかかわからない」という記述が多かった³²ことは、当然ともいえる。そのため、行っていいことなのかどうかがわからない状態で行わざるを得ないという状況に立ち続けるのだとしたら、それは苦悩を抱えている状態である。すなわち「実践」に関する苦悩ととらえられる。

では、「行ってもいいのか」という苦悩をかかえながらも、「行う」という行動に至る理由は何か。そして、その行動の意味をどのように考えたらいいのか。医療倫理学を専門とする清水哲郎〔清水，臨床倫理プロジェクト 2012〕は、人間の行動・振舞いの行動について次のように説明する。人間が行動するとき、まず「状況に向かう姿勢」を根底におき、「状況把握」し、「行動・選択」する。この人間の行動を臨床現場における医療者の行動として考えたとき、「状況に向かう姿勢」とは、臨床現場においては、「臨床における倫理的姿勢」とであると述べる。臨床現場における医療者の行為とは、患者という行為の相手が存在する。すなわち、そこには「倫理的」であることが求められる。そして、臨床現場における医療者の行動とは、「臨床における倫理的姿勢」を根底におき、「状況把握」し、「倫理的振舞い・行動」するということであり、「臨床における倫理的姿勢」とは、臨床の倫理原則であると説明する。臨床の倫理原則とは、人間尊重（相手を人間として尊重する）、与益（相手の益になるようにする＝相手の害にならないようにする）、社会的適切さ（社会的視点から見ても適切にようにする）の三つであり、これらは、T・ビーチャムと J・チルドレスの提唱する医療倫理の四原則³³、すなわち、自律尊重（respect for autonomy）、与益（beneficence）、無危害（non-maleficence）、正義・公平（justice）に相当するものであるという。清水は「臨床における倫理的姿勢」とは、医療・介護に携わる際の「倫理原則」として、「医療活動に携わっているときに、医療者はこれらの姿勢を体現しているはずだ」と述べる。そして、この倫理原則に則った行動は、倫理的に正しい行動であると述べる。「行ってもいいのか」という苦悩をかかえるのは、その状況判断が難しいという状態を示しているのとらえられる。「行ってもいいのか」という苦悩をかかえながらも、「行う」という行動に至るその根底にあるのは、患者に益を与える、すなわち「与益」という倫理的姿勢を根底においているのではないかと考える。患者に益を与えるという姿勢を根底に、その場の状況から必要性

³² 第3章第3節第10項を参照

³³ 水野俊誠〔水野 2005, 54〕の記述によると「ビーチャムが、1978年にその決定稿を書いた『生物医学および行動科学研究におけるヒト被験者保護のための国家委員会報告書』（いわゆる『ベルモント・レポート』）において、自律尊重原則、善行原則、正義原則の三原則が提示された。このレポートを提出した米国国家委員会は、タスキギー事件の反省から1974年に制定された「国家研究規制法」に基づいて設置されたものである。さらに、1979年に、ビーチャムとチルドレスは、『生物医学・医療倫理の諸原則』のなかで、今述べた三原則に無危害原則を加えた四原則を提示した」という。さらに水野は、この四原則の意義として、1970年当時の米国は、場当たりに医学や医療の倫理問題に対応していたが、医療倫理の四原則はそれらの問題に対して統一的に扱うための理論的な基礎を与え、また、簡潔であることから医療の現場で用いやすいと説明している。

を判断し、そして必要性があると認識した場合、「行う」に至るのではないだろうか。すなわち行動の意味は患者に対する益、「与益」である。しかし一方で、薬剤師が行うことが法的に問題ないのか、すなわち社会的に適切であるのか、という葛藤がつきまとう。実践に至る困難さは、薬剤師が行っているのかという、臨床の倫理原則における「社会的適切さ」を判断する困難さともとらえられる。臨床現場においては、原則医行為ではない、とされた行為であっても、その時の患者の状態によっては医行為となる場合もあり、明確な線引きが時に難しい。行為の必要性の認識し、そして実際に行うかどうかの判断する状況におかれるということは、臨床現場において倫理的に判断する状況に置かれることである。そのため、実際に行うかどうかという判断する際の困難さとは、役割と実践に関する薬剤師の「苦悩」ととらえることもできる。

第3項 役割と実践の「脱限定化」と「脱限定化」に伴う「苦悩」に関するアンケート調査の限界

第1項、および第2項において、アンケート調査から得られた結果から、患者に「触れる」行為をめぐる薬剤師の役割と実践について検討した。とりわけ「爪切り」と「口腔ケア」という二つの行為に焦点を当て、薬剤師の役割と実践の「脱限定化」という概念で説明した。これらは、在宅医療に関わる薬剤師が、患者の生活への視点をもつことにより導かれた役割と実践であると解釈した。

一方、役割と実践が「脱限定化」ということ、すなわち「脱限定化プロセス」は、薬剤師の役割と実践をめぐる苦悩を生むことにつながっていると考えられた。役割をめぐる苦悩とは、他職種から期待される役割や、制度上の求められる役割と、自らが認識する役割とのギャップから生じるものである。では、なぜ行為の必要性を認識し、さらに実際に行うのか。それは、その行為の相手である患者に益を与える「与益」という臨床の倫理原則に基づくものと考えた。しかし一方で、法的に問題ないのか、という「社会的適切さ」との葛藤はつきまとった。そのため、実践をめぐる苦悩が生まれた。

繰り返しとなるが、在宅医療とは、患者の生活する「場」が、医療を提供する場となる。薬剤師の実践と役割の「脱限定化プロセス」、プロセスに伴う「苦悩」とは、薬剤師が患者の生活する「場」に足を踏み入れることから始まっていくことなのではないかと考える。しかし、あくまでもアンケート調査の結果を分析するだけでは、在宅医療に関わる薬剤師がどのような役割を担い、そして実践しているのかというその実像は推察に過ぎず、アンケート調査という「顔の見えない」調査における限界であると考えられる。そのため、実際の臨床現場における調査、すなわち患者の生活の「場」において薬剤師がどのような役割を担い、そして実践しているのか、「顔の見える」調査を行う必要がある。

第4章 在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と実践

ー長崎市におけるフィールド調査よりー

第1節 調査概要：フィールド調査

在宅医療に関わる薬剤師が日常的な業務において起こりうる患者に「触れる」という行為に注目して、その実態を探るべくアンケート調査を行い、その結果を第3章で述べた。そして、患者に「触れる」行為をめぐる薬剤師の役割と実践を検討し、在宅医療に関わる薬剤師の患者の生活への視点の獲得について、役割と実践の「脱限定化」という概念を提示した。

「脱限定化」とは、自らの役割と実践を「調剤」という業務に限定せず、患者が快適な生活を送ることへの視点を持つことにより、「調剤」という業務に限定された役割と実践から自らを解放すること、と本論文では定義した。そして、薬剤師の役割と実践が「脱限定化」するプロセスを、「脱限定化プロセス」とした。この「脱限定化プロセス」とは、薬剤師の役割と実践をめぐる苦悩を生んでいたことが示唆された。それは、患者・患者家族、また他の在宅医療に関わる専門職が考える薬剤師への役割認識と、自らが考える役割認識との「ずれ」があるためであり、この「ずれ」が薬剤師に苦悩を生んでいたと考えられた。これは「役割」に関する他者との関係性に起因する苦悩ととらえられた。そのため薬剤師は、患者・患者家族および在宅医療に関わる他の専門職との「関係性の構築」を重要視し、意識的に、患者・家族、また他職種との関係性を自らの積極的態度で構築することの必要性を認識していることがうかがえた。また、一方でその実践が社会的に適切かどうかという葛藤があり、これは実践の苦悩ととらえられた。そして在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践の苦悩とは、患者の生活の場である「家」に足を踏み入れることから始まると考えられた。

本章は、第3章でのアンケート調査の結果の考察をさらに深めることを目的として行った長崎市におけるフィールド調査に関する記述である。在宅医療に関わる薬局薬剤師の役割と実践を詳細に描くことにより、在宅医療に関わる薬剤師の苦悩とその対処を明らかにすること、そして役割と実践の「脱限定化プロセス」について論考することを目的として調査を行った。なお、本調査は人類学的手法により行った。そのため調査者である筆者は、調査を行うにあたり、長崎市の街を移動する際、また調査協力者にインタビューを行う際にはメモをとることを心がけ、それをフィールドノートとして文章にまとめる作業を調査中に行った。そこには、筆者が自らの生活の場から離れ、調査者の視点からとらえた長崎市の様子、および長崎市で働く薬剤師の姿を描いたものである。フィールドノートとしてまとめた文章は、エスノグラフィックな記述を行い、そこには筆者が抱いた印象や感想なども交えている。なお、論文中でフィールドノートの記述を提示する際には、フィールドノートの記述であることを明記した上で、ゴシック体で表記し、枠線で囲み提示する。

第2節 フィールドの紹介

第1項 長崎市での調査開始に至るまでの経緯

長崎市での調査開始に至るまでの経緯について、フィールドノートの記述を提示する。その理由は、論文中で、調査対象地の選定、および調査対象者の選定を説明する必要があるが、本調査については、その経緯について、筆者の考えや抱いた印象も併せて記述する必要があると考えたためである。

筆者は、在宅医療に関わる薬剤師が行う患者に「触れる」という行為に注目し、その実態を探るべくアンケート調査を行った。このとき、返送された152通のアンケートの中に、名刺を同封してくれた唯一人の薬剤師がいた。それが長崎市で在宅医療に取り組む薬剤師七嶋和孝氏であった。名刺の裏には、「良いテーマですね。頑張ってください。結果が出たら、ご教授いただけたら幸いです」というメッセージが記されていた。このメッセージは、筆者にとって調査を進める上で非常に励みになった。

その後アンケート調査を行ってから9か月後の2013年9月、HIP (Home Infusion Pharmacy) 研究会という注射調剤を含めた調剤全般を担う在宅医療に関わる薬剤師を中心とした研究会のフォーラムが長崎で行われた。この研究会に参加するにあたり、長崎に行くのであれば、ぜひ七嶋氏に実際に会って話をしたいという思いがふと脳裏をよぎり、衝動的に七嶋氏にメールを送った。七嶋氏はすぐに返信をくれ、ぜひ会いましょう、ちょうど筆者が長崎に着く日は空港そばまで行く用事があるから長崎空港まで迎えに行くと書かれていた。筆者はその返信を大変ありがたく思い、その好意を素直に受け、七嶋氏と会うこととなった。筆者が長崎空港に降り立った時、外は小雨が降っていた。空港のターミナルビルの外で、車が来るであろう方向に目をやっていると、「ななしま薬局」と書かれた黒い軽ワゴン車に乗って七嶋氏は現れた。自己紹介のあと、すぐに乗車させてもらった。その時が初対面であったにもかかわらず、同年代ということもあってか、互いにあまり気を遣うことなく、車内での会話は弾んだ。このときのHIP研究会フォーラムは、長崎大学薬学部を会場として開催され、主に長崎市内で在宅医療に関わる薬剤師がこのフォーラムの事務局を担っていた。筆者は七嶋氏がフォーラムに参加をするのではないかと当初は思っており、会場で会えるのではと考えていたのだが、七嶋氏はフォーラムには参加しないという。結果的に事前に七嶋氏に連絡したことは正しい選択であった。

空港からは30分ほどで長崎市内に着いた。ちょうど昼食時ということで七嶋氏が昼食に誘ってくれ、このとき長崎名物のトルコライスを初めて食した。トルコライスというものが一体どんなものなかわからなかったのが七嶋氏に尋ねると、「大人のお子様ランチのようなものですよ」という返事が返ってきた。大人のお子様ランチとは実に的確な表現で、トルコライスとは、カツカレーライスにナポリタンスパゲッティ、そしてキャベツの千切りが添えられたワンプレート料理であった。このとき紹介してもらった店はトルコライスの元祖の店のようで、店内には多くの芸能人のサインが飾られ、また店の歴史を物語る写真がと

ころ狭しと飾られていた。空腹も手伝って、かなりボリュームのある盛りつけではあったが、そのおいしさにすっかり惹かれ、あっという間に完食した。そしてこの店にはその後何回か調査で長崎を訪れるたびに、筆者は一人で足を運ぶことにもなった。

昼食をとりながら、七嶋氏に、アンケート調査に協力いただいたことのお礼や、名刺を入れてくれたこと、そしてメッセージを添えてくれたことへの感謝の気持ちを伝えた。七嶋氏は、通常はアンケート調査が送られてきても、回答せずすぐにゴミ箱に捨ててしまうことも多いそうだが、筆者が送ったアンケートの内容に非常に興味を持ち、そして興味をもったからこそ、名刺を同封したと語った。また、筆者が人間科学研究科に所属しているということから、人間科学とはどういう学問なのかについても大変興味を持ったと語った。また、話をする中で、七嶋氏は、薬剤師でありながら薬学以外の学問を学ぶ筆者という人間に対しても興味を持ったと語った。

これが七嶋氏と筆者との出会いのエピソードである。その後筆者は、アンケート調査の結果をまとめる中で、薬剤師が自らの役割を超えてどのように苦悩しているか、実際に薬剤師はどのように患者宅で患者と接しているのか、患者に触れる行為をもしも行っているとしたら、そのことを薬剤師はなぜ行うのか、患者はどのように受け止めているのか、といった薬剤師の在宅医療の「実践」を知るため、実際の患者宅を訪問する薬剤師に同行し、その「場」の記述ができないかと考えていた。また、参与観察やインタビューといった調査を行うためには、調査対象地をどのように選んでいけばいいのかも問題であった。地の利を考えると、自宅から近くであるほうが足を運ぶのが楽である。しかし、薬剤師としての自分を一時的であれ放棄して一調査者として調査に専念するためには、自らの居住地よりもある程度は離れている方がいいのではないかと考えていた。そして、調査地をどのように選定したらよいかについて考えているこの頃、偶然に長崎の在宅医療を下支えする長崎薬剤師在宅医療研究会（通称P-ネット、以下P-ネット）という薬剤師ネットワークがあることを知った。それは、「訪問薬剤管理指導はじめての一步と次の一步」という1冊の書籍を通じてであった。当初その書籍で紹介されている一人ひとりの薬剤師の名前までを記憶していなかったが、改めて読んでみると、七嶋氏がインタビューを受けており、実際にバイタルチェックを行っていること、また、必要に応じて坐薬の挿入を行うこともあるといったことを語っていたのである [七嶋 2012]。このP-ネットという薬剤師のネットワークの存在そのものにも非常に関心を持ったことはもちろんだが、同時に、七嶋氏の患者宅における患者との関わりの「場」を見たい、そしてその「場」について記述したいと考えた。そして、ぜひとも長崎で調査をしたいと考えた。しかし、筆者自身の思いが強くとも、果たして実際に長崎で調査ができるのかどうかという点については、まったく未知であった。しかし、アンケート調査を通しての偶然の出会いに意味があるのではないかと考えた。

そこで、七嶋氏に改めてメールで連絡をし、研究の概要を説明、調査協力へ依頼をお願いしたところ、実に快く承諾してくれた。またP-ネットについての調査に関しては、七嶋氏を通してP-ネット代表（当時）の中野正治氏を紹介してもらった。そして2014年2月、筆

者は再び長崎に足を運び、七嶋氏と中野氏に直接会い、調査の説明を改めて行い、調査協力の承諾を得ることができた。そして、筆者はその後1年間、月に1回程度ではあったが、長崎というそれまではなじみのなかった土地へと足を運ぶこととなった。

以上が、長崎市での調査開始に至るまでの経緯である。なお本調査は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の承認を得た後に行った（承認番号 2014-064）。また、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団による研究助成（2014 年度前期一般公募）を受け、調査を行った。

第2項 調査地長崎市について

調査地長崎市について記述するにあたり、統計的資料を提示する前に、筆者のフィールドノートを提示する。その理由は、人類学的調査を行うにあたり、その地に足を踏み入れたときの調査者としての視点を明示するためである。薬剤師である筆者が薬剤師を対象に調査を行うという自文化研究において、困難とされる自文化の相対化の一手段として筆者は、生活の場から離れた調査地を選択した。そこで、一調査者としての視点を明示する。

長崎市は長崎県の県庁所在地であり、また、市内には観光名所が数多く点在することから観光客が多く訪れる街である。その歴史を振り返ると、日本の中でもとりわけ独特であり、鎖国をしていた江戸時代においても唯一長崎港は外国に開かれていた港であった。宣教師がキリスト教の普及のために訪れ、そして、時代によっては、大きな苦難の歴史を歩んだキリスト教徒の歴史がある。現在でも市民の中にはキリスト教徒は多いという。市内をバスで移動していると、山の斜面に墓地を目にすることも多いが、十字架が掲げられた墓もあり、その墓がキリスト教徒のものであることが一目でわかる。公園墓地に並ぶ画一的な墓とは異なり、その一つひとつの墓は個性を主張しているようにも見える。そして長崎市は1945年8月9日、原爆投下により壊滅的な被害を受けた街として、人々の記憶に強く残る街でもある。また、地形的に長崎市は坂の多い街としても有名である。高台から見た市内の夜景の美しさも有名である。平地は市内の2割程度しかなく、8割は斜面であるという。これは、筆者が稲佐山からの夜景を見るために乗った観光バスで、稲佐山に向かう車中でバスガイドから聞いた話である。また、市内中心部から周囲に目をやると、斜面に張り付くように家々が並んでいる。実際にその斜面を登ってみると、「道」という名の「階段」が続いている場所もあり、自動車はもちろん、自転車も乗り入れられないところに家々が並んでいた。そのため、坂の多い長崎市内ではまず自転車で走る人の姿を見ることはない。そのかわり原動付自転車（原付バイク）の普及率は高く、ナンバープレートは通常4桁の数字が並ぶことが多いが、長崎市内では5桁の数字が並んでいる。プレートに並ぶ数字の桁数が車体数の多さを物語っている。

坂が多いということは、すなわち、日常の移動に困難を伴うことも多いということであ

る。とりわけ、高齢者にとっては、日々の買い物や病院の受診をより困難にさせるのであろう。また、それは高齢者に限ったことではない。市内中心部の平地には路面電車が走り、また、市内にはバス路線が充実している。市内の中心部のバス停には、常に多くの市民がバスの到着を待っている。一つのバス停には、様々な行先のバスがやってくるが、人々は自分が乗るバスが到着すと、足早にバスに近づき乗車する。路面電車は市民の足として利用されているほか、観光客の足としても多くの人々に利用されている。一方でバスは主に長崎市で生活する人々にとっての「足」として利用されていると思われる。バス停でバスを待つ高齢者も数多く見られたが、歩行が可能であることがやはり必要であるように見受けられた。坂の多い長崎市の地形は、とりわけ高齢者の医療機関への受診を困難とし、医療者が患者宅を訪れる在宅医療の需要と関係があることが十分に考えられる。

以上が、筆者のフィールドノートの記述である。以下、統計資料を提示しながら、長崎市について概観する。

平成 27 年 10 月 1 日の国勢調査によると、長崎県の人口は 1,377,187 人（男性 645,763 人、女性 731,424 人）で、そのうちの約 31% の 429,508 人が長崎市に住んでいる³⁴。男性 198,716 人、女性 230,792 人と女性のほうがやや多い人口構成である。長崎市は市町村合併よりその面積は拡大しているが、人口は減少傾向にある。65 歳以上人口は 122,974 人、男 49,606 人、女 73,368 人と女性が男性の約 1.5 倍となり、女性の高齢者が多い。高齢化率は 28.6% と、全国平均の 23.0% より高い。

長崎市も他の地域と同様、今後の高齢化率は上昇の一途であることは免れず、長崎市のホームページによると、2025 年には、高齢化率は 34.8%、さらに 2040 年には 39.7% と予測されている。長崎市においても、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年問題は重要な対処すべき課題として挙げられ、すでに長崎版地域包括ケアシステム構築プロジェクトが始動している³⁵。平成 28 年 3 月 23 日、「長崎版地域包括ケアシステムの構築推進に関する連携協定」が締結され、長崎市及び医療・介護・福祉・法律の専門機関がそれぞれの機能を活かし相互に連携・協力していくことが謳われている。この連携協定には長崎市、長崎市医師会、長崎市歯科医師会、長崎市薬剤師会、長崎県看護協会、長崎市介護支援専門員連絡協議会、長崎市老人福祉施設協議会、長崎市訪問看護ステーション連絡協議会、長崎県弁護士会、長崎県理学療法士協会、長崎県作業療法士会、長崎県栄養士会（12 団体）が参加している。

プロジェクトの内容は、システム基盤に関することとして地域ケア会議の開催と在宅医療・介護連携拠点の強化、医療に関することとして在宅医療の充実と多職種連携、介護に関することとして心身機能の維持向上ができるリハビリを意識した在宅介護、介護予防に

³⁴ 長崎市国勢調査に基づく年齢別・男女別推計人口

<http://www.city.nagasaki.lg.jp/syokai/750000/752000/p023439.html>（2018. 2. 24 閲覧）

³⁵ 長崎版地域包括ケアシステム構築プロジェクトについては以下のサイトに詳しい。

<http://www.city.nagasaki.lg.jp/syokai/792000/793410/p028202.html>（2018. 3. 25 閲覧）

関することとして生きがい対策と介護予防、生活支援に関することとして地域住民の互助の地域づくり、住まいに関することとして選択可能な住まいと安全な住まい方、といったように、それぞれの分野においてテーマが設定され、行政と専門機関が協力しながら地域包括ケアシステムを推進する。この中で、システム基盤に関する在宅医療・介護連携拠点の強化の取り組みとして、「長崎市包括ケアまちなかラウンジ³⁶」というものが設けられている。これは、市民に向けた医療・介護・福祉の相談窓口であり、設置者は長崎市であるが、運営は市からの委託を受けた一般社団法人長崎市医師会が行っている。相談は無料である。相談以外に、「まちなかサロン」という患者や患者家族、市民を対象に医療や福祉に関する講演会や交流会を毎月開催している。そのほか、在宅医療に関する講演会を地域住民、および医療や福祉関係者を対象に定期的に開催している。これらの講演会も無料である。また、病院の地域連携室、地域の診療所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等との連携により在宅療養への移行などを支援し、自宅での療養を希望する住民をサポートする役割を担っている。

医療に関する実質的なデータに基づき、薬剤師に関する長崎市の状況を以下に示す。図 12 に示した医療施設の状況は、平成 25 年度のデータではあるが、過去 5 年間に大きな変動はないことがわかる。表より、平成 25 年度、長崎市内の病院数は 49、歯科診療所を除く診療所が 584 であり、平成 26 年度の長崎県の医療施設数の調査では、病院数が 156、歯科診療所を除く診療所数が 1409 であった。1 年間で大きな数字の変動がないと仮定すると、医療機関の約 3 割が長崎市にあることになる。

医療施設の状況

本表は、市内の病院、一般診療所、歯科診療所の総数で年末現在である。(病院とは20床以上の病床を有する施設をいう。)

年次及び地区別	総数		病院		診療所 (歯科診療所を除く)				歯科診療所			
	総施設	病床数	施設数	病床数	施設数	無床	有床	病床数	施設数	無床	有床	病床数
平成 21年	920	11,911	51	10,446	586	477	109	1,446	283	282	1	19
22年	915	11,835	50	10,417	584	481	103	1,399	281	280	1	19
23年	913	11,610	49	10,315	581	487	94	1,276	283	282	1	19
24年	921	11,499	49	10,249	587	496	91	1,231	285	284	1	19
25年	918	11,390	49	10,194	584	497	87	1,177	285	284	1	19

平成 26 年版長崎市統計年鑑 14 衛生及び環境より抜粋³⁷

図 12

³⁶ 「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」の設置には OPTIM プロジェクトが大きく関与している。OPTIM プロジェクト終了後の 2011 年 4 月、長崎市は、長崎がん相談支援センターが行ってきた「医療支援機能」と、介護・福祉の相談などの「包括的支援機能」を併せ持つ機能として発足した。OPTIM プロジェクト、および「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」設置の経緯については第 4 章第 2 節第 4 項にて記述した。

³⁷ <http://www.city.nagasaki.lg.jp/syokai/750000/754000/p026874.html> (2018. 2. 25 閲覧)

薬局数については、平成 28 年度 12 月の時点で長崎市の薬局数は 287 であり、長崎市人口を約 43 万人とすると、人口 10 万対薬局数は約 67 となる。平成 28 年度末の調査では、全国の薬局数は 58,678 であり、人口 10 万人あたりの薬局数は 46.2 施設、長崎県の薬局数は 744、人口 10 万人あたりの薬局数は 54.4 施設となることから、長崎市の薬局数は、長崎県、および全国平均の両方を上回る数字となっている。

次に医療関係従事者届け出数³⁸を図 13 に示したが、薬剤師数に注目すると、他職種と比較して過去 10 年間で大きな数字の変化はない。平成 24 年度のデータで 1260 人、長崎市の人口を約 43 万人とすると、人口 10 万人あたりの薬剤師数は 293 人となる。年度が異なるが、平成 26 年度の長崎県内の薬剤師数は 2,834 人であり、薬剤師数のみを見ると、全体の 5 割弱が長崎市内に集中していることがわかる。また、長崎県人口 10 万対薬剤師数は 204.5 人、全国平均が 226.7 人である³⁹ことから、長崎県は全国平均以下であるが、長崎市に限ると、人口 10 万人あたりの薬剤師数は全国平均より多いことになる。一方、実際に薬局及び病院・診療所の従事者医療施設の従事者数としての人口 10 万対薬剤師数は全国平均が 170.0 人、長崎県はほぼ平均と同数の 170.6 人である⁴⁰が、長崎市は 230.4 人となり⁴¹、こちらも全国平均より多い。

医療関係従事者届出数

本表は、市内の医療関係従事者届出数で各年末現在である。

(単位 人)

年次	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	歯衛生士	歯技士
平成 16 年	1,752	578	1,216	146	94	4,450	2,241	414	156
18 年	1,829	588	1,245	164	101	4,972	2,389	446	169
20 年	1,870	613	1,285	199	111	5,335	2,380	499	141
22 年	1,897	604	1,261	192	115	5,752	2,391	555	127
24 年	1,921	605	1,260	152	121	6,017	2,260	555	133

資料 市市民局市民健康部地域保健課 (注) 1. 医師、歯科医師、薬剤師の届出は住所地、その他は届出の勤務地による。
2. 法改正により57年以後2年ごとの届出となる。

平成 26 年版長崎市統計年鑑 14 衛生及び環境より抜粋⁴²

図 13

³⁸ 平成 26 年版長崎市統計年鑑 (統計表) www.city.nagasaki.lg.jp/syokai/750000/754000/p026874.html 2018.2.25 閲覧

³⁹ 第 1 表 医師・歯科医師・薬剤師数 ; 人口 10 万対率年次別・全国・長崎県別 (従業地) <https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2017/02/1487208823.pdf> 2018.2.25 閲覧

⁴⁰ 平成 26 年 (2014 年) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/> 2018.2.25 閲覧

⁴¹ 第 3 表 医師・歯科医師・薬剤師数の人口 10 万対率、総数-医療施設の従事者数-その他の業務の従事者・無職の者・不詳を除く数・保健所一市町別 (従業地) <https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2017/02/1487208873.pdf> 2018.2.25 閲覧

⁴² <http://www.city.nagasaki.lg.jp/syokai/750000/754000/p026874.html> (2018.2.25 閲覧)

データの比較から、長崎市は、全国平均、および長崎県と比較して、薬局数、薬剤師数ともに人口に対してその数は多いということになる。

第3項 長崎在宅 Dr. ネットについて

長崎市の在宅医療を支える医師のネットワークが長崎市にはある。それが長崎在宅 Dr. ネットである。長崎版地域包括ケアシステム構築プロジェクトが始動し、在宅医療の充実に向けて医療と介護が協働し推進していることを第2項において述べたが、自宅での療養を希望する住民を医療的側面から支える上で、長崎在宅 Dr. ネットは重要な役割を果たす。

長崎在宅 Dr. ネット（長崎在宅ドクターネット、以下 Dr. ネット）は、在宅療養支援診療所を含めた一般診療所が、無理なく在宅医療を請け負うために、一診療所への負担を軽減し、診療所が相互に連携する診療連携を推進する目的で2003（平成15）年3月、有志の医師13名で発足した。その後、2008（平成20）年1月にNPO法人化、2010（平成22）年7月に認定NPO法人となり活動を継続している。会員数も大幅に伸び、2018年1月現在会員数は196名となっている。参加医師は、正会員（連携医）、準会員（協力医、病院医師）、賛助会員に分類され（図14）、正会員95名（連携医90名、協力医3名、病院医師2名）、準会員101名（協力医48名、病院・施設医師53名）という内訳となっている⁴³。準会員の中には、Dr. ネットの趣旨に賛同して21名が長崎市以外の県内から、また13名は県外からと34名の医師が遠隔地から参加している。

【正会員】	【準会員】	【賛助会員】
連携医と称し、主治医として治療に当たる者とこれを連携協力して補佐する副主治医からなる。	①協力医と称し、皮膚科、眼科、脳外科、麻酔科、形成・整形外科、婦人科など専門性の高い診療科の医師で連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行なう者とする。 または長崎市近郊ではない地域に所在し、本会の趣旨に賛同する者とする。 ②病院医師と称し、病院、又は大学に勤務する医師で、当組織の趣旨に賛同する者。病診連携を実践し、専門的な立場よりの助言等を行なう。	病診連携を進めることに賛同し、専門的な立場から助言・指導を行う者。

長崎在宅 Dr. ネットホームページ、「Dr. ネットの仕組み」より筆者が表形式に改編⁴⁴

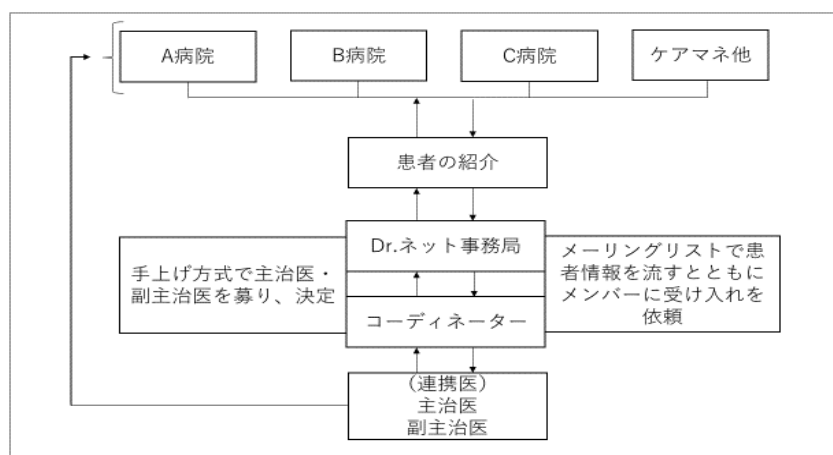
図 14

Dr. ネットは、自宅療養を希望する入院患者が自宅療養を希望する患者が、主治医が見つ

⁴³長崎在宅 Dr. ネットホームページ、Dr. ネット会員情報より転載 www.doctor-net.or.jp/etc4.html (2018. 2. 25 閲覧) 賛助会員の人数については記載がなかったため記していない。

⁴⁴ <http://www.doctor-net.or.jp/characteristic.html> (2018. 2. 25 閲覧)

からない場合、また自宅療養中だが訪問診療を希望する場合に、事務局が窓口となり、在宅主治医、副主治医を紹介するシステムである。いずれの場合も、かかりつけ医がいる場合は、まずはかかりつけ医に相談した上で、という但し書きがある。Dr. ネットへの依頼は以下のような流れになる（図 15）。



白髭らによる報告「長崎市における地域医療連携～長崎在宅 Dr. ネットと緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM長崎）～」長崎県医師会報第 771 号平成 22 年 4 月 p32 より抜粋（筆者作図）

図 15

白髭豊ら [白髭, 安中, ほか 2010]による報告「長崎市における地域医療連携～長崎在宅 Dr. ネットと緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM長崎）～」の記述によると「具体的には、市内を 5 地区に分けてコーディネーターを配置し、事務局から情報を伝達する。その後、コーディネーターから、個人情報等を考慮して疾患、居住地等の情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定する」。

そして、「最大の特徴は、ひとりの在宅患者に対して、主治医と副主治医の複数の担当医師を決めること」であるという。日常診療は主治医が行い、副主治医は主治医が不在の際のバックアップであることから、副主治医が負担となることはないという。複数の医師で担当することにより、24 時間対応の実現と、主治医と副主治医それぞれの専門分野で患者を担当することができるという利点がある。資料としては古いですが、発足から約 6 年経過した 2009 年 12 月時点の調査では、病院等から事務局に依頼があった症例は 365 例、主治医決定までに要した時間は平均 0.71 日、48 時間以内に 87%が決定するという。主治医と副主治医の関係として、白髭は自らが主治医として患者を担当するとき、副主治医はほぼ 1 名にほとんど集中しているという。また、副主治医の診療所との距離は 500～600m であり、「遠からず、近からずの距離感が大切である」と述べている [白髭, 安中, ほか 2010]。白髭自身が 2003 年 Dr, ネット発足から 2009 年までの 6 年間で副主治医に往診を依頼したのは 4 例のみで、

そのうち 2 例については予め予測のつく看取りをしてもらったということからも、その実数は少ない。すなわち、万が一何かあったときには副主治医に頼めるという、副主治医の存在は主治医にとって安心感が最も大きいことが推察される。実際、Dr. ネットの会員へのアンケート調査 [白髭, 安中, ほか 2010]によると、Dr. ネットが役立っている点とは「不在時の副主治医への安心感」をあげたものが、55 名中 24 名と半数を占めていた。また、連携医にとって Dr. ネットが役立つ点として「情報交換」を挙げたものが 55 名中 43 名 (93%) と多く、医師が一人で診療にあたるよりも、複数であたることの重要性を示した回答と考えられ、この結果も主治医の「安心感」につながるともとらえられる

そして、白髭ら [白髭, 藤井, 野田 2009]は、長崎市の在宅死率は、2004 年の 8.6%から 2007 年は 10.6%に上がっていることを報告している。もともと長崎市の在宅死率は低かったが、3 年間で 2%の上昇は、同時期、全国は 15.5%から 15.7%、および長崎県は 12.7%から 12.4%と、3 年間で在宅死率に大きな数字の変化が見られなかったことと比較すると、長崎市の在宅死率の上昇には、Dr. ネットの活動が大きく関与したと考えられる。

また、白髭ら [白髭, 安中, ほか 2010]は、在宅ケアにおいては、Dr. ネットメンバー外のケアマネージャー・ヘルパー・管理栄養士・訪問看護師・薬剤師・歯科医師など多職種の連携の有機的な展開の成功についても述べている。歯科医師との連携については、長崎市歯科医師会が、訪問歯科診療の受け皿として、口腔リハ部会の「口腔リハ協力歯科医」を組織し、2003 年 12 月より Dr. ネットと連携協力を開始した。その後、2004 年 10 月に長崎県栄養士会が立ち上げた長崎栄養ケアステーション、2007 年 7 月に有志の薬剤師が立ち上げた長崎薬剤師在宅医療研究会 (P-ネット)、2008 年 8 月に訪問看護ステーション連絡協議会が立ち上げたナースネット長崎と、Dr. ネットと連携する多職種ネットワークがつながり、長崎市の在宅医療を協働で支える。

Dr. ネットとは、診療所と診療所の連携を推進し、協働により在宅医療に取り組む組織であるが、一方で、2012 年 4 月の診療報酬改定において、在宅医療をより推進することを目的とした強化型在宅療養支援診療所が創設された。強化型在宅療養支援診療所とは、24 時間、緊急時、看取りの対応を充実させる目的で一定の施設基準を設けている。単独型としては、一診療所で 3 名以上の常勤医師が在籍、緊急対応、看取りの実績を有し、連携型としては、10 未満の医療機関が連携して、24 時間、緊急対応、看取りに対応する。連携型では、連絡先の一元化、患者の情報共有のため月 1 回以上のカンファレンスの実施が求められている。Dr. ネットでは、強化型在宅支援診療所の創設に合わせて、2012 年 6 月、松浦忠樹ら [松崎, ほか 2013]は、会員にアンケート調査を行った。連携医、協力医で訪問診療を行っている会員 93 名のうち 50 名より回答が得られ、その結果、強化型の届け出は 20 名 (40%) であり、そのすべてが連携型であった。強化型の連携は、有床診と無床診の組み合わせが 18 名と多い結果であった。また従来型が 24 名 (48%) で、そのうち 20 名は、今後も強化型を目指さないと回答した。その理由として、強化型とすることで、患者の自己負担金額が増えること、連携医が定期的にミーティングを開催し、患者情報を共有することがハードルとな

るといった理由が挙げられたという。そして、今後の在宅医療の普及のためには、強化型の推進よりも、一般診療所がいかにも無理なく訪問診療できるか、という点が鍵であるとし、診療所医師の啓発や、緩やかな診診連携ネットワークとしての Dr. ネットの事例が良い参考になるのではないか、と述べている。

Dr. ネットとは、医師が無理なく在宅医療を請け負うための「緩やかな」ネットワークであり、そして、そのネットワークは、さらに多職種への広がり、有機的に「緩やかに」つながる。Dr. ネットの目的として、「円滑な連携のために従事者、診療所間及び病院間の親睦を図る事業も行う」と、定款にも記されていることは興味深い。Dr. ネットは、在宅で療養を希望する患者を「緩やかなネットワークで支える」活動をしているといえる。

第4項 OPTIM 長崎について

長崎市の在宅医療について考えるうえで、OPTIM (Outreach Palliative care Trial of Integrated Model、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト) プロジェクトへの参加は重要な意味を持つ。OPTIM プロジェクトの目的は、地域緩和ケアプログラムの実施前後で、がん患者の自宅死亡率、緩和ケア利用数、緩和ケアの質評価が向上するか検証すること、プロジェクトそのものの経過を通じて、緩和ケアの推進に取り組んでいく際に役立つ成果物や介入過程を作成することである⁴⁵。全国から公募で選ばれた4地域のうちのひとつとして、長崎市では2008(平成20)年から2010(平成22)年にかけて研究活動が行われた。長崎市のほか、鶴岡三川、柏、浜松が選ばれたが、この3つの地域は病院が中心となってプロジェクトを行ったのに対して、長崎市は地区医師会が中心となってプロジェクトを行ったことに特徴がある。白髭は、「在宅医療の現場に近い場からのアプローチを行う」と表現している[白髭, 安中, ほか 2010]。

OPTIM プロジェクトの活動として、「長崎市医師会が設置した『長崎がん相談支援センター』を中心に、緩和ケアの市民への啓発活動と医療従事者への研修会・講演会の実施、総合相談窓口としての機能と関係機関との連絡調整、早期退院支援、地域連携促進、さらに、専門緩和ケアサービスとして『地域緩和ケアチーム』を組織し、緩和ケアチームのない病院・診療所・在宅への出張緩和ケアコンサルテーション・往診、教育の提供」を行った[白髭, 安中, ほか 2010]。

2007年春から、Dr. ネットの医師とその診療所看護師が、長崎大学緩和ケアカンファレンスに参加していたが、2008年4月にOPTIMが開始されてからは、プロジェクトに関わる医師・看護師らが市内3つのがん拠点病院(長崎大学病院、長崎市立市民病院、日赤原爆病院)の緩和ケアカンファレンスに定期的に参加するようになった。在宅医側から患者の受け入れが可能だと病院側に意思表示することにより、患者の退院支援へつながり、その結果、長崎大学病院を例にとると、Dr. ネットの医師が緩和ケアカンファレンスに参加するようにな

⁴⁵ OPTIMプロジェクトの目的については、OPTIMプロジェクトのホームページより抜粋した。
gankanwa.umin.jp/ 2018.2.26 閲覧

った2007年に、在宅移行症例はそれまでの2%から7%に、OPTIM開始後の2008年には17%に、翌年2009年には17%にまで上がった。長崎大学緩和ケアチームが担当する症例数そのものも、2006年は181例、2007年は257例、2008年は296例、2009年は280例と上昇傾向にあり、実数で比較すると、2006年の3例から2009年には59例にまで増えていることとなる。そして、OPTIM介入により、がん患者の自宅死亡率は、6.8%から10.6%まで上がり⁴⁶、他の3つの地域より突出して高い上昇率だった。これは、白髭らが述べた「在宅医療の現場に近い場からのアプローチを行う」ことで挙げた成果といえる。

また、OPTIMプロジェクトの3年目の2010年には、長崎がん相談支援センターと地域緩和ケアチームを積極的に利用してもらいながら、がんに限らず様々な医療に関する相談窓口として認知されることを目標に活動を行った。これには、2008年9月に、長崎大学地域医療連携センターが開催を開始した「ハイリスク・カンファランス」とも関係があるようである。がんに限らず、入院時に「ハイリスク」と判定された症例の中で、在宅移行に課題がある症例を、病院スタッフ、在宅スタッフが合同で検討し、具体的な医療手技について、在宅における医療資源情報について共有し、患者の退院支援へと結びつけた。ハイリスク・カンファランスにより、在宅スタッフが、患者の早期の退院支援・調整に参画できるようになり、患者の在宅移行がスムーズになった結果に結びついていた。

そしてOPTIMプロジェクト終了後の2011年4月、長崎市は、長崎がん相談支援センターが行ってきた「医療支援機能」と、介護・福祉の相談などの「包括的支援機能」を併せ持つ「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」を設置した〔白髭，奥2013〕。「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」は、OPTIMプロジェクトが、最終年度の目標に掲げた「がんに限らず様々な医療に関する相談窓口として認知されること」という活動を具現化したものといえる。そして、その運営は、OPTIMプロジェクトの中心となった長崎市医師会に委託されている。「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」は、自宅での療養を希望する住民をサポートする役割を担っている。

第5項 長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）について

長崎薬剤師在宅医療研究会（以下P-ネット）は、長崎市での在宅医療を支える医師のネットワーク「長崎在宅Dr.ネット」を下支えする形で2007年7月活動を開始した。活動開始の翌年に長崎市においてOPTIMプロジェクトが開始した。

P-ネットは、長崎市内の診療所医師が訪問薬剤指導の依頼をある薬局にしたところ、その薬局が断ったことが発端となり、医師からの依頼を断ることが今後起きないようにと、有志27名により設立された。薬局が医師からの訪問依頼を断った理由については明らかではないが、断る理由を単に薬剤師の怠慢と安易に決めつけることはできない。なぜならば、薬局

⁴⁶ OPTIM介入前後の比較とは、2007年と2008年についての比較であり、がん患者の自宅死亡率とは、がん在宅死亡数／がん死亡数により求められた数字である。他の3つの地域の具体的な数字は、鶴岡地域は5.7%から6.5%へ、柏地域では6.8%から7.0%へ、浜松地域では7.0%から9.0%へと上昇した。

が常に薬剤師の人員が十分にあり、訪問業務にすぐに対応できる環境をすべての薬局が備えているとはいえないからである。薬剤師が一人しかいない薬局も多く、環境的に引き受けたくても引き受けることが困難である場合もある。そこで P-ネットは、訪問依頼があれば必ず誰かが薬剤師が訪問できるという環境を作ったのである。以下のような流れで担当薬剤師を決定している（図 16）。手上げ方式、48 時間以内に決定など、担当薬剤師、サポーター薬剤師決定までの流れは Dr. ネットを参考にしているといえる。

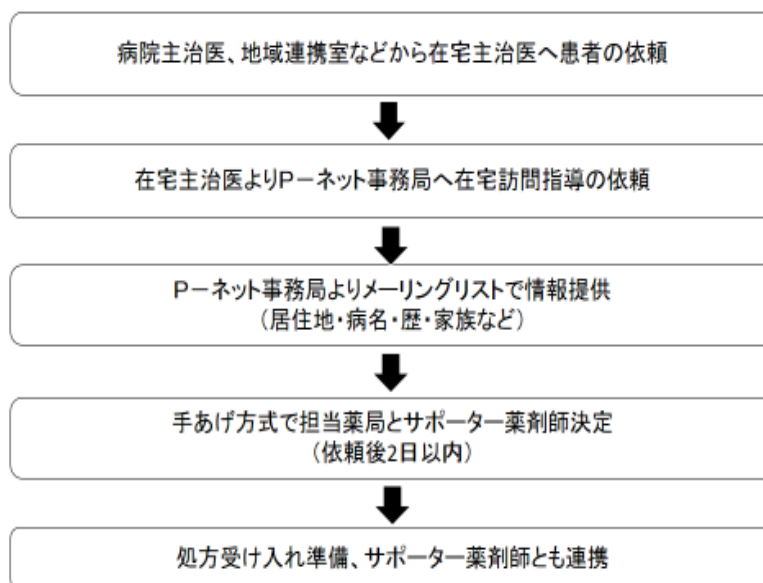
P-ネットへの参加条件としては、がんをはじめとした強い痛みに対して用いられる医療用麻薬を扱うことができるために麻薬小売業の許可を持っていること、メーリングリストに参加できるインターネット環境が整っていること、時間外でも連絡がとれること、さらに、近隣の P-ネット会員薬局の事前に承認をもらうことなどがある。この近隣の P-ネット会員の薬局の事前の承認とは、P-ネットとして患者を受ける場合、麻薬処方せんの応需をはじめとして、自薬局において薬の在庫がない時には、その薬を在庫している薬局が処方せんを受け、または必要な薬を売買するなど、互いに協力する機会があることを前提として、協力体制をとることが可能な関係性が約束されていることを意味する。

サポーター薬剤師（薬局）は、全症例で決める必要はないが、事務局に依頼が来た場合は最初に決める場合が多い。しかし、会員が直接医師から依頼を受けた場合は、実際には決まらないことも多く臨機応変に対応している。サポーター薬局は、担当薬局の薬剤師が何らかの事情で患者宅への訪問ができない時など、臨時で処方せんを応需し、調剤し患者宅に薬をもって訪問するだけでなく、必要に応じて担当薬局の相談に乗ったりアドバイスをしたりすることも行う。介護保険制度下のサポート薬局⁴⁷とは異なり、あくまでも P-ネット内でのサポート機能を果たす薬剤師（薬局）を指しており、公的なサポート薬局制度が創設されるより以前より、P-ネットには導入されている制度である。会員薬局には薬剤師が一人という一人薬剤師の薬局が多いということから、サポーター薬剤師（薬局）の存在は、サポートしあえるという安心感をもたらすことが利点といえる。また、会員同士が、サポーター薬剤師（薬局）として決めてなくても、困ったときには助けるという風潮が会にはある。このサポーター薬剤師（薬局）は、Dr. ネットにおける副主治医のような存在であるといえる。男性と女性の割合をみると、圧倒的に男性が多いが、これは P-ネットへの参加条件として、緊急時における医療用麻薬の購入の決定権を含め、薬局内において、薬品の購入などにおいて決定権を持っていることを挙げていることから、薬局の経営者もしくは管理者が加入している。経営者もしくは管理者が女性よりも男性のほうが多いため、結果的に、男性会員のほうが多くなっているようである。P-ネットの会員数の推移（図 17）、実績推移は以下の表の

⁴⁷通常は、在宅基幹薬局が在宅訪問対応するが、在宅基幹薬局が対応できない場合には、患者情報を共有の上、連携するサポート薬局が在宅訪問を実施して対応する。小規模薬局が在宅医療に取り組みやすくなるための取り組み。

沖縄県北部地区薬剤師会から始まったとされている。在宅医療における薬剤師業務について 中医協総一 3 23.11.11 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo7n.pdf> (2018.4.29 閲覧)

とおりである (図 18)



2016年BI ファーマシストアワード グランプリ受賞動画より一部改変⁴⁸

図 16

⁴⁸ [http://www.boehringer-
ingelheim.jp/research_development/awards_fellowships/bi_pharmacistaward/bipa_archive/bipa_archive_2016.html](http://www.boehringer-
ingelheim.jp/research_development/awards_fellowships/bi_pharmacistaward/bipa_archive/bipa_archive_2016.html)

(2017. 3. 17 閲覧)

<P-ネットの会員数の推移>

	総会員数	薬局数	開設者	勤務薬剤師	病院薬剤師	ケアマネージャー	男性	女性
2007年7月*1	27	/	/	/	/	/	/	/
2011年9月	40	31	23	10	6	1	32	8
2013年6月	41	33	27	6	7	1	33	8
2014年12月*2	42	32	25	7	10	0	33	9

(2016年BIファーマシストアワード グランプリ受賞動画より一部改変し筆者作成⁴⁹)

*1：2007年7月については総会員数のみ開示資料あり。

*2：2014年12月現在で長崎市内の薬局の約10%が参加。在宅未経験会員は7薬局。

図 17

<実績推移>

(「訪問薬剤師管理指導はじめての一步と次への一步」(日経BP社) p17より抜粋)

	会員数	症例①	症例②	症例③	合計
2007年7月～	27	3	0	65	68
2008年	27	14	37	82	133
2009年	28	13	31	138	182
2010年	35	7	33	261	301
2011年	38	3	25	246	274

症例①：P-事務局に依頼がきた症例

症例②：会員薬局同士が連携を取り担当した症例

症例③：会員薬局が単独で担当した症例

図 18

会員数は徐々に増加しているが、現在はその伸びや緩やかであり、伸び数は停滞している

⁴⁹ http://www.boehringer-ingenelheim.jp/research_development/awards_fellowships/bi_pharmacistaward/bipa_archive/bipa_archive_2016.html

(2017.3.17 閲覧)

ともいえる。また、実績としては、明らかに P-ネット事務局への依頼は減少し、会員薬局が単独で担当した症例が増加している。これは、会員薬局が実績を積むことにより、医師との個別の関係性が築かれていることを表していると考えられる。表には記載がないが、2016年 BI ファーマシストアワード グランプリ受賞動画からは、2014年には、会員薬局が単独で担当した症例は年間約 700 件と、その数の伸びは著しい。一方会員同士が連携を取って担当した症例数も減少の傾向にある。サポーター薬剤師（薬局）として取り決めをしている薬局数は減少しているが、会員同士が臨機応変に協力体制を築いていることも考えられる。

P-ネットの会員は、周囲から「在宅医療に関わるもしくは関心のある薬剤師」としてとらえられているといえよう。今後の医療の提供の場を考える上で、「患者の生活する場」もひとつの選択となっていることから、新しい薬学部の教育コアカリキュラムにおいて、在宅医療について学ぶことが必須となり、在宅医療に薬剤師がかかわっていくことの必要性が唱えられている。厚生労働省が発表した在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局店舗数の推移からは、在宅医療に関わる薬局は増加していることが示されている。しかし、平成 27 年 2 月現在において、我が国で開局している全薬局の 2 割のみが薬局が在宅医療にかかわっているにすぎない [調剤報酬（その 2）中医協 総 - 3 平成 27] という現状において、在宅医療に関わる薬局の裾野を広げることが課題として挙げられている。そのため、薬剤師が在宅医療にかかわっていくためにはどのようにしたらいいのか、という点について議論され、様々な方策が練られている。そこで、すでに長崎市で行われている P-ネットという在宅医療への薬剤師の先進的な取り組みに対し当て自然と関心が集まっている。しかし、その関心の多くは、そのひとりひとりの会員への関心というよりも、P-ネットというネットワークがどのように機能し、どのような役割を果たしているのか、他の医療専門職、もしくは介護職との関係性はどのようになっているのかといったような、P-ネットという集団に対するマクロ的な視点からの関心とも考えられる。本論文においても、P-ネットという集団に焦点をあて第 2 節および第 4 節において考察する。

第 3 節 在宅医療に関わる薬局薬剤師のサファリングと対処の術

第 1 項 調査概要：P-ネット会員薬剤師へのインタビュー調査

第 3 章において、アンケート調査の結果から、患者に「触れる」行為をめぐる薬剤師の役割と実践について検討した。そして、筆者は、通常ならば薬剤師の業務からは逸脱していると考えられる「爪切り」、「口腔ケア」という行為に注目し、在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践の「脱限定化」について論じた。そして、「脱限定化」とは、患者の生活への視点をもつことにより導かれた役割と実践であると解釈した。この役割と実践が「脱限定化」する、という「脱限定化プロセス」には、苦悩が伴うことについて述べた。それは、周囲から求められる役割と、自らが考える役割認識とのずれが原因となる役割をめぐる苦悩であり、また、法的に問題ないのかという「社会的適切さ」を判断する困難さから生まれる実践をめぐる苦悩と解釈した。そして、「脱限定化プロセス」とは、薬剤師が患者の生活する「場」に足を

踏み入れることから始まっていくことなのではないかと考えた。

しかし、アンケート調査の結果を分析するのみでは、在宅医療に関わる薬剤師がどのような役割を担い、そして実践しているのかという実像は、机上でいくら考察を重ねても想像の域を脱しない。「顔の見えない」調査の限界である。そこで、「顔の見える」調査を行う必要があると考えた。

浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2013b] は、「専門家が自身の領域を逸脱することであり、制度上求められている専門家としての役割を越えざるを得ない、もしくはふと越えてしまい、その状況に立ち続けること。いいかえれば、医療専門家は実践とシステム（制度や構造、理念）との矛盾に直面したり、自らの専門領域を超えて患者の生活領域に引き込まれたりする場面に遭遇し、その「界面」で逡巡することによって苦悩している」ことを『領域をまたぐ』と表現した。そして、「自らの専門領域を超えて患者の生活領域に引き込まれたりする場面に遭遇」すると、「医療専門家は自らの苦悩が排除された形の定型的なケアと、自らの苦悩をも含意する根源的なケアとの狭間で苦悩する。定型的なケアでは満足せず、患者の苦悩に引き込まれてしまうような根源的なケアのあり方に悩む医療専門家は、それに対処する術を編み出すことになる」と述べる。アンケート結果の分析から導かれた役割と実践の「脱限定化プロセス」に伴う苦悩とは、浮ヶ谷が述べる「界面で」逡巡することによる苦悩、すなわち「領域をまたぐ」ことによる苦悩ではないかと考える。すると、苦悩しながらも、どうしたらよいのか考え、苦悩への「対処の術」を編み出していることが考えられる。

本節における理論的枠組みは「サファリング」論である。本論文においては「サファリング」と「苦悩」を同義として扱う。P-ネット会員である複数の薬剤師へインタビューを行い、役割と実践の「脱限定化」について、および「界面」で逡巡することにより生じる薬剤師の抱えるサファリングはどのようなものなのか、そしてどのような対処の術を編み出しているのかを探ることを目的とする。

第2項 医療専門職のサファリングをめぐる先行研究

在宅医療に関わる薬剤師のサファリングとその対処の術を明らかにするにあたり、本項においては、医師、看護師、理学療法士という3つの医療専門職のサファリングについて概観し、提示した各々の医療専門職のその対処の術について、比較検討する。

[1] 医師のサファリング

自らも医師である山上実紀 [山上 2013] は、医師の中でも総合診療医に注目し、医師へのインタビュー調査から得られた語りの分析を通して、実際の臨床現場において医師はどのようなことに苦悩し、それが医師にとってどのような意味があり、さらに苦悩に対してどのような対処プロセスがとられてきたのかについて明らかにすることを目的とした研究を行っている。

総合診療と呼ばれる分野においては、消化器科、循環器科、脳外科といったように臓器ご

とに専門分化し、患者の身体や臓器、また年齢別に診るのではなく、一人の患者の全体性を重視する医療を目指す。医療が専門分化してきたのは、医療の不確実性に対する医師の不安を軽減するためという指摘がある中、その流れに逆行するかのように患者の全体性を重視することは、医学的価値観のみならず、社会的また心理的背景が影響をもたらす患者自身もつ価値観をも考慮した医療を提供することを念頭に置く。そのため、総合診療医はやりがいを感じながらもストレスを抱えるという特徴を持つという。そして山上は、医師としての役割意識が医師の苦悩のもとになっているとしながらも、役割意識があるからこそ、病いや死などの患者の苦悩に直面するような現場においても仕事を続けられるという側面があると考察している。すなわち、医師の役割意識と苦悩とは密接な関係にあり、役割意識は社会や患者の期待、自らの苦悩の低減と関係があると述べている。

そして、いくつかの対立する役割を果たすことに疲弊した医師は、役割を限定することで自らの苦悩に対処するが、一方で、ベテラン医師の中には、普通の医師の役割とは違うことを自覚しつつそれを受け入れるという役割拡大という方法で対処している者がいることも明らかにしている。役割意識の限定とは、「医学的には間違っていない」という根拠をもとに、医学的な問題への対処という役割に限定することにより、患者の生活に対する責任範囲が広いことによる心理的負担に対して対処する「戦略」であるとし、この役割限定については、患者の病いの経験を断片化し、患者の全体性を損ない、患者の苦悩を増す場合があることも指摘する。一方で、役割拡大という方法をとるベテラン医師の場合は、患者が満足するという基準で自分を納得させ、行為を正当化させるが、患者からの感謝や満足を容易に受け入れることが患者の死亡率の増加といった現象を招くこともある、と患者に起こりうる不利益に関しても指摘する。

総合診療医が患者の全体性を見るという特徴からも、専門医と比較するとその役割は幅広く、だからこそ生まれる苦悩を抱えると考えられる。医師はどうあるべきか、という医師のプロフェッショナルリズム議論は、総合診療系の医師によって行われていることと関連性があることについても述べられている。藤沼 [藤沼 2010]が指摘するように、総合診療医とは、予測のつかない様々な状況変化への対応が求められる省察的实践家⁵⁰という専門家像が当てはまると考えられ、山上が行った総合診療医へのインタビューの分析から得られた結果は、省察的实践家としての専門家像を象徴するものとなっているともとらえられる。

Thomas R Coleら [Cole , Carlin 2009]による、米国の医師のサファリングに関する報告は、山上が報告した日本の総合診療医のサファリングと共通する点がある一方で相違点もある。過去40年、医学が専門分化し、現代の医学が非人間化され、医師は人々よりも「病気を治療する」ということに専心するようになり、医師、患者間の関係は変化してきた。改革志向の教育者は、患者を人として尊重し、能動的に聴き取りをおこない、思いやりのある存在となり、患者とともに意思決定を行うことを通して、全人的に患者に関わることを押し進めてきたが、現代の非人間化した現代医学に医師は苦しみ、強いストレスを受け、バー

⁵⁰ 第2章第3節第3項参照

ンアウト（燃え尽き症候群）となる割合が多いという問題について触れている。そして、これは米国に限らず世界の様々な地域においてみられている傾向であり、拡大化する可能性があるという。

Cole [Cole , Carlin 2009]らは「バーンアウトは、多くの医師が意味とアイデンティティの危機として経験するものの婉曲な表現」と述べているが、サファリングという言葉は、医療人類学における意味中心的アプローチの主要なテーマであるという点から、医師が「意味」を問い、それが医師としてのアイデンティティの危機として経験するという観点からとらえたとき、バーンアウトは、サファリングのひとつの表現型としても理解できる。

医師は医療制度や経済的問題などに起因する制度上の問題に直面しながらも、その環境下で倫理的に健全なケアを患者に提供し、教育を行い、治療の科学的基準を維持し、最新の文献にあたり、研究を行うことに努めるということは、理想と現実の様々な制限条件との間にギャップに直面することであり、いわゆる「倫理的暴力」が医師の健康を損なうことになる。また、医師が直面する不確実性に関する問題や、患者の説明できない苦しみや死の問題は、生物医学的な回答がない実存的な質問であり、このような問題に対しては、医師によっては、最終的には神やより高い力に任せることにより対処している。医師がかかえるサファリングとは、患者がかかえるサファリングと同様に迅速に修正ができるものではなく、医師に対してケアすること、思いやりをもつこと、会話することが重要であり、場合によって専門的なケアを必要とする。さらに、よい労働環境を作る必要がある。そして、医学が人間化することと、医師が人間性を回復することとの関係性は、決して小さくはないことが認識されはじめたのは最近のことであるという。

医学が「人間化」するとは、日本の総合診療医のように、患者を臓器ごとに専門分化するのではなく、患者の全体性を重視するというに通ずると考えられる。Cole [Cole , Carlin 2009]らは、それが「非人間化」された医学による医師の苦悩を軽減させることとの関係性を示唆しているが、山上の報告と比較したとき、山上 [山上 2013]は、総合診療医が患者の全体性を見るがための役割意識の拡大から生まれるサファリングを指摘している。この点は両者の相違点と考えられる。一方で、サファリングへの対処として、自らで役割を限定させるというは、両者に共通する点でもある。日本の総合診療医が医学的な問題への対処という役割に限定する、米国の医師が生物医学的な回答のない問題に対しては神やより高い力に任せる、という対処行動は、ともに自らの役割を限定させるという対処方法である。またサファリングを生む原因となるのは、現行の医療システムへの問題意識、医師としてどうすべきかという意識が潜在していることが共通点として挙げられる。

[2] 看護師のサファリング

社会学者の三井さよ [三井 2004, 94-161]は、看護職（看護師・准看護師）が患者のために働きかけようとしても、患者が拒否的態度を示してくるという問題的状況から、看護職と患者とのすれ違いに注目し、看護職へのインタビュー調査を重ね、看護職は患者とのすれ違

いにどのように対処しているのかについて報告している。三井は、ここではサファリングという概念を取り入れて検討を行っているわけではないが、その記述からは、看護職のかかえるサファリングとその対処方法であると解釈することが可能であると筆者はとらえたので、看護師のサファリングの一例として記述する。

三井が提示した看護師にとっての問題的状況とは、医療職にとってはよくわからない患者の行動、我が儘としか見えなかった患者の要望、患者の抱えるどうしようもない葛藤、そのような患者の「生」の固有性に直面したとき、医療専門職が患者のためと思ってやったことがそうはならなかった、また患者が思いがけない（と思える）ことをしたような状況で、コミュニケーションが困難になり、技法が意味をなさない、という状況である。このような患者の拒否的態度がもたらす問題的状況に対しては、まず「業務的」と呼ばれる態度で対処することが挙げられるという。これは患者を「モノのように扱う」ことで、患者の拒否的態度を無視してしまうことである。しかし、これでは問題の解決にならないことが多く、一時的には看護職を心理的に保護するという点では一見有効にも見えるが、長期的に見たとき問題をさらに悪化させてしまうということに看護職は自覚的であるのだという。

ではどのように対処するかというと、「看護婦⁵¹として」話を聴き、「戦略的限定化」という方法で問題に答えているのだという。この「戦略的限定化」とは、自らのなすべきことやできることを限定すると同時に、その限定された中ではありとあらゆることを試みることであるとし、個々の看護職が主体的に自らの職務を問い直し、限定化する基準を自ら決断することでなされるものだという。一方で、三井は「限定化する」ことへの危険性についても言及しているが、戦略的限定化を通してこそ、業務的態度を避けることが可能になるとも述べる。そして、自らの責任を限定する基準となる職務観は、ルーティン化されたものではなく、あくまでも問題的状況に直面したそのつど、その背景を探り、自ら問い直すことで生み出すものであるのだという。

[3] 理学療法士のサファリング

理学療法士であり医療人類学者でもある沖田一彦 [沖田 2014]は、理学療法の現場における理学療法士 (Physical Therapy : 以下 PT) の医療サービスを提供する「専門家」としての認識と、病いや障害をもった患者や利用者が生きる「生活者」としての認識の違いに注目し、PT のサファリングについて述べている。沖田は、PT から現場での悩みの聞き取りを行う中で、次元の異なる三つのカテゴリーのサファリングが生じていることを示した。

一つ目は、「生活」という次元において生じるサファリングである。これは、在宅医療の現場において、PT が医療的な視点から良かれと考え提案したことについて、利用者や患者は、それらを生活を脅かす／壊すような医療サービスであるとして受け入れないという事態が起こるといった事例から、PT が医療的視点から生活的視点に切り替えることの難しさを指摘する。

⁵¹ インタビューの語りより「看護婦」と記述

二つ目は「生命」という次元において生じるサファリングである。嚥下障害が原因となる誤嚥性肺炎を繰り返す患者、正月に餅を食べたいと希望する患者、という二つの事例をあげながら、生きることに直結する「食べる」ということが、嚥下障害という医学的問題を抱えている患者にとっては命を失うことに繋がりがねない状況となるため、PT としてどのような判断をするかという点に関するサファリングである。PT が、患者本人や家族の希望を知ることによって自らの専門性がゆらぐ状況となることを指摘する。

三つめは「人生」という次元において生じるサファリングである。リハビリの場面における患者の転帰、すなわち、退院後にどこで生活をするのかということが患者の生き方をめぐら問題に関することであり、電子カルテには書かれないような患者の来歴、すなわち人生、生き方をどのようにPT としてとらえるかという点におけるサファリングである。

そして、これら3つの次元におけるPT のサファリングについて、沖田は、自分たちの「専門性」が直接反映されない／できないことへの焦りと不安から生み出されているという点について指摘する。これはPT が抱えるサファリングを生む問題の不確実性に起因している。では、不確実な問題については責任がとれないのであれば、解決に向けてどうしたらいいのか、という点について沖田は、「曖昧な問題だからこそ、お互いが納得したうえでことを進める」という姿勢の重要性を述べる。そして、医療専門家間に職位によるヒエラルキーについて触れながら、専門家間においても「敷居の高さ」という問題が生じているのであれば、患者と専門家間にはさらに高い「敷居」が存在していることを指摘し、専門家から患者への呼びかけが不可欠であると述べる。そして、その姿勢こそが専門家のサファリングを解消するための近道となることを強く意識する必要性について指摘する。

[4] 医師・看護師・理学療法士のサファリングへの対処の比較検討

山上の述べる医師の「役割限定」と、三井が述べる看護職の「戦略的限定化」には、ともに「限定」という言葉が含まれている。また、山上は、医学的な問題への対処という役割に限定することは、患者の生活に対する責任範囲が広いことによる心理的負担に対して対処する「戦略」であると述べている。すなわち、サファリングへの対処として、「戦略」と「限定」という二つの共通する概念で説明されている。一方、沖田は理学療法士が行うサファリングへの対処は、「お互いが納得したうえでことを進める」という姿勢の重要性を述べる。「限定」や「戦略」という概念では説明しがたい。むしろ役割を限定せずに、役割を拡大し理解しあうとも解釈できる。

山上が論述した医師の役割の限定性というサファリングへの対処の術は、医師のもつ専門性の根底にある医学が確固たるものであるがためでもあろう。医師の場合、医学という基礎学問の上の成り立つ専門性がある場合、「技術的合理性」という名のもとで、患者からの要望に応えることが可能であり、患者は場合によっては、技術的合理性に基づいた専門性に大きな期待を寄せることもある。だからこそ、医師は役割を限定することでサファリングに対処することも可能であり、それは相応の対処ともとらえられる。阿部 [阿部 2014, 76]

は「生活者としての病者と向き合うことで医療者自身の中の生活者もまた顕在化するはずだ。生活者としての医療者という人間像が生まれるはずだ」と述べる。とりわけ総合診療医の場合、より患者の生活へと進出し、患者の全体性をとらえることから、医師の中でも医療システムと生活との界面に立ちバランスを取る必要のある特殊性をもつ立ち位置になることになる。そしてバランスをとることが困難なこともある。だからこそ、総合診療医は役割限定という術を活用していたのだと考えられる。しかし、ベテラン医師は、敢えて役割を拡大させるという方策をとる場合もあるというのは、非常に興味深い。役割を拡大させた医師が、自らが医療システムと生活との界面に立ちどの方向を見ているのか、というその視線の先を捉えたとき、それは、患者を生活者として、生活を患者の一部として一体化して見ることになるのではないかと考える。そして生活と医療システムの界面で揺らぐ自分を受容することが可能だということではないだろうか。一方で、役割を限定させるとは、界面に立ちながらも、患者の生活を、いったんは患者の背後にあるものという認識でとらえる視点なのではないだろうか。すなわち、患者と生活を切り離し、時に生活を患者の存在と切り離すことも可能であるような立ち位置にいるということではないかと考える。不確実な問題に対処することは、簡単なことではない。そのとき生じるサファリングにどのように対処するのかというのは、経験が影響を与えることもあるであろうし、患者との相互作用の中で、自らが変容するという可能性を秘めているのではないかと考える。すなわち、専門職もひとりの人間であり、おかれた環境、周囲との関係性によって、変容の可能性をもち、固定化されることはない。すなわちサファリングへの対処も、自らで何らかの術を導き出しているが、それは固定化されず状況に依存するのではないかと考える。このように、役割を限定する、または拡大する、という極端にもとらえられる2つの対処の術を、置かれた状況、経験により医師はそのどちらも使うことも可能だと解釈することができるのではないかと考える。

三井の論述した看護師は、役割の範囲を限定し、その中でできる限りのことを行う「役割限定」という方法でサファリングに対処していた。それは、看護師の行う「ケア」という概念が幅広い役割を含みうるからこそ、限定させる必要が生じるのではないかと考えられる。また、沖田が論述した理学療法士は、「PTとして」という医療専門職としての役割意識をもつからこそ、患者を「生活し生きる人」として考えるときサファリングは生じた。そして、患者と対等な立場で相互に理解しあうことで対処していた。これは、ベテランの医師が行った役割の「拡大」とはやや異なり、役割限定からの解放、「脱限定化⁵²」と表現するほうがより状況を説明できるのではないかと考える。パラメディカルも自らの専門性をもって患者と関わり、それぞれが専門職としての役割をめぐるサファリングを抱え、そして対処する術を編み出している。

⁵²第3章第5節第1項で述べたように、本論文において、「脱限定化」とは、自らの役割と実践を「調剤」という業務に限定せず、患者が快適な生活を送ることへの視点を持つことにより、「調剤」という業務に限定された役割と実践から自らを解放すること、と定義した。ここで述べる理学療法士が行っている役割からの解放を説明する「脱限定」という概念は、本論文で定義する「脱限定化」で意味する「脱限定」と同義であり、医療専門職が自らを限定された役割から解放する、ということとなる。

役割を限定する、または脱限定するといういわば極端ともいえる対処の術がそれぞれの現場から編み出されていることが理解できた。そして対処の術とは、専門職としての役割が拡大するときには限定し、限定するときには脱限定する、というように、環境や周囲との関係性を鑑みバランスをとることが、「対処の術」といえよう。すなわち、不確実な状況における界面に立つからこそその「バランス」なのではないかと考える。

第3項 調査方法および分析方法：横断的研究

本調査では、P-ネット会員で在宅医療への関わり経験がある薬剤師6名にインタビューを行った。本調査は、設立メンバーを含め、現在P-ネットの活動の中心となっている薬剤師、および比較的若い次世代を担う存在である30～40代の薬剤師を対象として行いたいことをP-ネット代表（当時）の中野氏に事前に伝えた。調査対象者の選定にあたっては、筆者が、P-ネット定例の月1回開催される勉強会に参加した際、おおまかに年齢を推定し、筆者が調査対象者として該当すると考えた薬剤師を中野氏に伝え、中野氏から調査協力候補者に調査協力への同意の可否を打診していただき、協力への同意を得られたのちに筆者に調査協力候補者として紹介していただいた。その後、調査協力候補者に対して筆者が電話で直接連絡をとり、調査の説明を行い、改めて協力への同意をいただいた後、インタビューの日程を調整した。インタビューを行うにあたり、調査協力者の方に調査の説明文書を事前に郵送し、さらにインタビューを始める前には、再度本研究の目的・方法・倫理的配慮について、書面とともに口頭で説明を行い、調査協力者の自由意思に基づき同意書に署名をいただいた。インタビューは2014年9月～2015年6月の期間に行った。

6名の調査対象者の年代、性別、人数は、30代男性1名、40代男性1名、40代女性2名、50代男性1名、50代女性1名であった。インタビューは、調査協力者の同意を得て、ICレコーダーに録音記録した。本調査では、在宅医療に関わる薬剤師の抱えるサファリングとその対処の術を明らかにすることを主たる目的とし、インタビューでは、患者との関わり方やその変化、変化のきっかけとなった経験、患者や他の専門職との関わり方や、その中で生じた困難、その困難への対処方法などについて、予め大まかに質問を決めた半構造化面接を行ったが、話の流れに逆らうことなく調査協力者の自由な語りを優先する形で行った。音声記録から後日逐語録を作成し、これをデータとして分析を行った。インタビュー所要時間は、1時間1分から1時間43分であった。

分析の方法は以下の通りである。逐語録データを一人ひとり、語りの内容ごとに小見出しをつけて整理し、在宅医療に関わる薬剤師としてのサファリングを示していると考えられる内容について、6名のデータを横断的に見渡し概念を生成した。また、サファリングへの対処の術を示していると考えられる内容についても、同様にデータを横断的に見渡し概念を生成した。本節では、理論的枠組みとして医療専門家の「サファリング論」を踏まえて考察を行う。なお、語りデータはゴシック体の斜体で示し、調査協力者のプライバシー保護への配慮から、語り手を特定せずに提示する。また、P-ネット会員である七嶋和孝氏の患者宅

への訪問に同行した際のフィールドノートの記述から、6名のインタビューデータから導かれた概念の説明が可能と解釈できる記述部分を合わせて提示する。

第4項 在宅医療に関わる薬局薬剤師のサファリング

6名の調査対象者から得られた逐語録データから、在宅医療に関わる薬剤師のサファリングを示すと考えられた語りの内容を横断的に分析した結果、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]、[薬剤師間にある温度差]という2つの概念が抽出された。

[1] 医薬品提供者という限定的役割にとどまる

医療社会学者の松繁卓也 [松繁 2014, 232]は、多職種連携のインターフェースに着目し、現代の対人援助専門職のサファリングについて論じ、「専門分化」と「連携」が引き起こす労苦を「分断のサファリング」と呼んだ。[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]という在宅医療に関わる薬剤師のサファリングは、薬剤師の役割が「薬を届ける」ということに限定され、そこから先は家族もしくは他職種が担当する、という在宅医療における「専門分化」と「連携」が引き起こす分断のサファリングともとらえられる。そして横断的にデータを分析する中で、患者・患者家族、医師、福祉職員というカテゴリーに属する人々とのインターフェースにおいて分断があることが示された。以下、3つのインターフェースでどのような分断があるのか、語りデータとともに提示する。

(ア) 患者・患者家族

やっぱり配達っていう表現をする方もいらっしゃることはいらっしゃいますよね。悲しいけれど、配達って。

薬剤師の役割とは薬を届けること、という認識から、患者・患者家族からは、薬が届くことだけを求められることがある。現在、テレビなどのメディアやインターネットを介して、世代を問わず通信販売を利用する人々は多く、店舗まで出かけずに自宅まで届けてくれるシステムの利点は何より「便利」ということであろう。「配達」という言葉には、「便利」という利点をも包含し、薬剤師とは医薬品という物品を販売する役割、という認識を患者や患者家族が持っているという印象はぬぐえない。医療社会学の立場から小村 [小村 2011, 196]は、「医師や看護師と違い、現金を触って会計をする薬剤師から「商売人」の印象を払拭することは困難である」と指摘する。そして、「医師や看護師が『共同体ないし社会への無私のサービス指向』を業務において具現化する一方、薬剤師は『営業的関心』を会計する姿やOTC薬を販売する姿を患者や顧客に提示してしまうため、『特権的な職業的地位を得るための鍵』である専門職と患者・顧客の関係を構築する点で、薬剤師は成功できないでいる」と述べる。日本においては、不完全でありながらも医薬分業が進展し、医師が診断、処方し、

医薬品は薬剤師から患者へと供給されるようになった。日本における処方箋調剤を主たる業務とする薬局とは、病院の門前に立ち並ぶのが一般的であり、病院の近くに出店するという立地条件に重きをおく傾向がある。患者は病院の門を出ると処方せんを持って薬局に行き、そして薬剤師に薬と引き換えに代金を支払うのであるから、薬局は薬を買う場所という認識をもつのは当然のことであろう。その結果として、薬剤師は薬を販売するという限定された役割を担うという認識を人々が持つようになったのであれば、医薬分業の進展とともに進んだ薬局の医薬分業に取り組む姿勢に問題があったともいえる。結果的に薬剤師は医薬品供給という役割に限定化され、その結果として在宅医療に関わる薬剤師に「役割」のサファリングを生じさせている。すると、在宅医療に薬剤師が関わることは、ファーマシューティカルケアの実現型である、という文言は、薬剤師の役割に関するサファリングから推察するに、現時点においては理念にとどまっていると言わざるを得ない。

そして、長崎市内は坂が多く、重い経管栄養剤を自宅まで運ぶのが困難であることから、重いものだけを持ってきてくれればよいという認識を患者や患者家族が持っていることを示す以下のような語りもあった。

それ（ラコールやエンシュアなどの重いもの）さえ持ってきてくれればよいみたいな、・・そんなこともありますよね。

市内から少し離れると、平地が広がる印象があったが、そのような土地で薬局を営む薬剤師は次のようにも語っていた。

どうしても、こう動ける人がいるところは、こう、取りに来ますとかっていう人が結構います（笑）。ただ、もう、車が多いですね、この辺は。車、アパートなんかに住んでいる方なんかは、こんなのは持ち運ぶのが大変だから持ってきてくださいっていう人もいますけど、この辺は家に横付けできる人がいっぱいいるんで。ま、自分の車の駐車場くらいは、自分の家の横にすぐあるから。ま、我々行くと止めるところないけど。

「持ち運ぶのが大変だから持ってきてくださいっていう人もいる」という語りは、やはり薬剤師の訪問が「配達」の域を脱していないことを示している。また、配達という観点でとらえると、薬剤師の訪問は「配達料」という認識になるためか、以下のような語りが聞かれた。

奥さんが看護師さんだったから、仕事帰りに寄りますって言われて。あ、そうですかって。だから、1回在宅、1回2回在宅だけど、やっぱり金額はるから取りに行きますって言われて。

患者宅に訪問したときにも、患者や家族が「配達」という認識であるときには、受け取ることで事が足りるということから、玄関先で対応が終わってしまうこともある。しかし、語りには、玄関での対応に終わることへの対処についての語りも続いた。

**あの、入れてもらう前提で行かないと、玄関先で終わるので、あがらせてもらいますか？
って言わないと一生あがれないので、初回が勝負と思って。**

このように、患者や患者家族は薬が届く、ということに主眼を置き、そこに薬剤師の認識とのずれが生じていることから、薬剤師の役割に関するサファリングが生じていると考えられる。七海陽子 [七海, ほか 2011] は、ケアマネージャーに対する調査を通して、家族は薬剤師の訪問のメリットを理解しておらず、「ただ薬を運んでくれるだけ」と認識している可能性があるとして指摘する。そして、薬剤師が患者の QOL や ADL に関わる薬の影響を、専門家の立場で評価し、薬物治療が適正に行われるよう働きかけ、患者や家族に薬剤師の訪問への理解を深める努力が必要だと述べている。すなわち、患者や患者家族が、薬剤師は薬の「配達」が仕事ではなく、専門職としてどのような役割を担っているのかを認識するための積極的な活動をさらにするべきだということである。七海の指摘は正論である。しかし、積極的な活動をする上で、薬剤師にはどのような困難があり、さらにその困難に対してどのように対処しているのかについても検証する必要がある。その点については臨床現場における薬剤師のサファリングへの対処の術として後述する。

(イ) 医師

ドクターの主導で全部指示型の医療の提供の仕方っていうのが、ほぼすべてなので、そういったところとしか在宅医療をしたことがなければ、まったくつまらないと思います。指示があって、行ってください。早く持って行ってくださいだけなので、薬剤師の本来の姿ではないはずなんですよね。

医師からの指示型による在宅医療提供システムの中においては、薬を届ける役割だけを求められる。これは、患者・患者家族の認識と重なるところである。「行ってください。早く持って行ってください」という医師からの指示は、患者・患者家族のもつ認識と同様、薬剤師の訪問は「薬の配達」なのである。そして、「**薬剤師の本来の姿ではないはず**」という語りは薬剤師が抱える役割の不全感をめぐるサファリングを表す表現ととらえられる。

また、薬を患者の手元に渡した後、薬の効果や副作用を確認するために必要な患者の血液検査のデータにアクセスしづらい環境に置かれることが語られた。

数字はわかんないと。ほんとにね、在宅行っても、先生によってはね、検査値持ってて、

訪看（訪問看護師）は持ってても、私たちにはくださらなかったりする先生もいらっしゃるんですよ。薬剤師が何するんだみたいなね。

「訪看（訪問看護師）は持ってても」、そして「薬剤師が何するんだみたいなね」という語りにも、役割の不全感をめぐるサファリングが表現されている。医師は、看護師が患者の血液検査の結果を知ることへの必要性は認識しているが、薬剤師が知ることへの必要性は認識していないということである。

恩田光子ら [恩田, ほか 2002]が行った、在宅ケアにおける医師と薬局・薬剤師との業務連携に関する調査報告によると、薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導については約6割が認知しており、必要性については7割の医師が必要という認識であった。そして約6割の医師は薬剤師の在宅ケアへの参加に期待し、その期待する業務として、薬の飲み方・使い方の説明・指導、副作用のチェック、服薬コンプライアンスの確認、保管管理の支援、薬物治療に関する患者情報のフィードバックであった。また、訪問診療を実施している医師としていない医師に分類して比較したところ、訪問診療を実施している医師は、薬の宅配、介護用品・医療機器などの相談応需・供給、室内環境・消毒・滅菌などの相談応需といった業務を薬剤師に期待していることが明らかになった。この結果について恩田らは、薬局・薬剤師に対して薬物治療支援にとどまらず、居宅での療養環境まで配慮した支援を要望する傾向が高いことを示唆している、と考察している。恩田らが調査を行ったのは2002年で、介護保険制度が施行されて2年が経過した時期である。厚生労働省の資料⁵³によると、平成15（2003）年の薬剤師の訪問薬剤業務回数は全国で13万回、平成21（2009）年では25万回となっている。現在ではさらに増えていることが推測される。調査時の2002年においては、介護保険制度の施行直後であり、在宅ケアを行っている医師も先進的な取り組みを行っている医師であったと考えられる。そのため、当時は、薬剤師が患者の自宅を訪問することとは、患者の生活への関心をもつことへの期待を表しているのではないかと考える。

しかし、介護保険制度が施行されてすでに15年以上が経過した現在においても、薬剤師が医師との関係において役割の不全感というサファリングを感じていることがインタビューから導かれたのは事実である。血液検査の結果が薬剤師には手渡されないという語りにもみられた、「先生によってはね」という前置きから推察されるのは、医師によって、薬剤師の役割をどのようにとらえているかは異なるという点である。そのため、一人ひとりの医師がどのように薬剤師の役割をとらえているのか、という認識によって、役割の不全感に関するサファリングを抱えるかどうかは左右されているともいえる。

⁵³ 在宅医療における薬剤師業務について p9

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000127vk-att/2r9852000001283s.pdf> 2017.9.9閲覧

(ウ)福祉職

いつも、ケアマネージャーっていうのが薬のアセスメントが抜けるので、そうところにも目を・・・。(ケアマネージャーが)結構抱え込んで伝わってこない、薬局まで。家族の人が取りに来てよくわからないし、渡すだけっていうのも結構あるんですけど、実際(患者や家族が)困っているっていうのは結構あるので。

在宅医療を受ける患者は、医師、看護師、薬剤師といった医療職以外に、生活支援という側面から、ケアマネージャー、ヘルパー、地域包括ケア支援センター職員などの福祉職が関わる。2000年4月の介護保険施行以降は、薬剤師の訪問服薬指導業務が、介護保険下においても「居宅療養管理指導」という名称で算定が可能となったが、そのためには、ケアマネージャーが「居宅療養管理指導」を患者のケアプランに組み入れる必要がある。そのため、ケアマネージャーと薬剤師との連携は介護保険下において必須となる。

在宅業務における薬剤師業務に対するケアマネージャーの意識調査を行った七海ら〔七海, ほか 2011〕の報告によると、全国18の都道府県における759名のケアマネージャーへの調査では、薬剤師の居宅療養管理指導のケアプランへの組み入れ経験は、経験ありが24.0%、経験なしが76%と、経験なしが圧倒的に多かった。そして、薬剤師の居宅療養管理指導へ高い理解を示したケアマネージャーが25.9%、低い理解にとどまったのが74.1%と、在宅医療への薬剤師の参画に対する理解がまだ進んでいないことが示された。管理指導の具体的業務内容の認知度は、服薬相談が85.5%で最も高く、次いで処方提案の67.1%、薬の宅配が66.6%と続いた。そして、「実務経験が長い(調査では5年以上)」、「ケアマネージャーとしての基本職種が医療職(看護師、保健師、歯科衛生士など)」、「ケアプランへの居宅療養管理指導への組み入れ経験がある」、「居宅療養管理指導への理解度が高い」といった特徴をもつケアマネージャーは、薬剤師と実務レベルでの関わりを通じた連携を要望していた。しかし、居宅療養管理指導への理解度が低いケアマネージャーは、研修会や専門雑誌などを通じて薬剤師業務に関する情報を得たいという要望を有していることが示された。これらの結果から、「**結構抱え込んで伝わってこない、薬局まで**」という語りから浮上するケアマネージャー像は、薬剤師の居宅療養管理指導への理解度が低く、ケアプランへの組み入れ経験がないケアマネージャーではないかと考える。しかし、薬剤師が居宅療養管理指導を行っている割合はまだ低いことから、ケアマネージャーが薬剤師の居宅療養管理指導について認知していない可能性も否定はできない。日本薬剤師会の2011年の調査⁵⁴では、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出率は63.9%であるが、実際に訪問を行ったことがある薬局は14.4%にとどまる。そのため、ケアマネージャーがケアプランに居宅療養管理指導を組み入れる経験自体が少なく、薬剤師との連携への認知がもともと低いことが推察される。

⁵⁴ <http://www.nichiyaku.or.jp/action/wp-content/uploads/2011/04/kenshou.pdf>
2017.9.10 閲覧

また、医療用麻薬を含め、医薬品の取り扱いについての十分な知識を持たない中で高齢者が入居する施設内で薬が使用されることに対して、施設職員への教育の必要性が語られた。

*医療用麻薬とか出ますよね。なので、そこで医療用麻薬の取り扱いにすごく悩みまして、
どういうふうにするのかってことを……。で、そこで勉強会をさせてもらって、あのお、
どう取り扱ったら……。従業員さんたちに教育しないといけないので。*

中でも介護老人保健施設（老健）においては、まったく薬剤師が関われないという現状があり、医薬品の安全使用についての問題を実感していた。

薬剤師がかかわれない場所で老健があるんで、老健っていうのは薬剤師が入ってないんで、基本的には。ほぼすべての薬は施設内で薬剤師じゃない誰かが、医薬品の管理をしている。

次の語りにおいては、「看護師と話す」と語られてはいるが、本人とのコミュニケーションが困難な場合も多く、施設であることから、家族とのやりとりはできず、主に患者のケアを担当する職員とのやりとりに留まることが多いことが語られたが、それはやむを得ないことという認識があった。

特養だと、介護3の人って、もう、自分で生活バリバリできる人はいなくて、むしろ寝たきりの人が多いっていう状態になると、本人とのコミュニケーションがなかなかとりにくいんですよ。ていうことは、常にケアしている看護師さんと話をしたほうが、僕らも効率がいいって話になってくると、いわゆる、生活の場にはいっていく在宅とは違いますよね。ただそれはシステムとしてそうやっていくしかないから、それはそういうやり方でいいと思います。たとえば、今の言う在宅というイメージとはちょっと違うってこともあるかもしれない。

施設の場合は、患者本人と関わるのが難しく、日々の生活の内容を理解している施設職員との関わりが中心となってしまうことから、患者との距離が生じているともいえる。そして、「生活の場にはいっていく在宅とは違いますよね」と患者の自宅に訪問して行う業務との違いを認め、「システムとしてそうやっていくしかないから、それはそういうやり方でいいと思います」と、やむを得ないと認めてもいた。

介護施設において薬剤師が薬剤の服薬指導等にどの程度関与しているか調査を行った廣谷芳彦ら [廣谷, ほか 2012]の報告によると、介護施設では薬剤師による服薬指導はほとんど行われていないことが明らかになっている。しかし、日本薬剤師会の在宅医療に関する

調査⁵⁵では、介護施設入居者の90%以上が何らかの薬剤を服用し、そのうちの約2割に重複投与などの何らかの薬学的問題が見られたという。そのため、介護施設への薬剤師の関与の必要性はあるが、関与できない医療システムによる「分断」があるといえる。

以上、患者・患者家族、医師、福祉職という3つのインターフェースにおける在宅医療に関わる薬剤師の「分断のサファリング」について示した。薬が薬剤師の手元を離れて患者の元に届くと、その後薬が患者にどのような効果をもたらし、また薬が患者の元でどのように管理されているのか、薬剤師が関われない状況であることが語りを通して明らかになった。これは、薬剤師自身は、薬を媒体として患者と関わる医療専門職という役割認識をもつ一方で、患者・患者家族、医師、福祉職の薬剤師に対して、薬を医師の処方に基づき用意し、用意された薬を配達する役割認識をもち、そこにずれがあったととらえられる。そのため薬剤師は、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]という「役割」に関するサファリングを抱えていたと理解できる。

[2] 薬剤師間にある意識の温度差

あんまり積極的には・・・難しいとか。時間のこともあるので、私は一応、行けますか？って聞くと、うーんっていう感じなので、負担になるようだったら、ま、頼まないっていうことになりますね。

薬局では訪問業務に取り組み、自らが経営または管理する薬局であっても、訪問業務に関心を示し、積極的にかかわってくれる従業員薬剤師が少ないことについてが、管理者の立場から語られた。

先述したとおり、日本薬剤師会の2011年の調査では、実際に訪問業務を行ったことがある薬局は全薬局の14.4%と少ない。このように在宅医療に関わっている薬剤師が少ないという現状があることから、在宅医療に関わっていない薬剤師との在宅医療に関する[薬剤師間にある意識の温度差]を感じていた。

ほかの薬局の先生にも、依頼があったら行ってみてよ、って。で、わからなかったら、今サポート薬局制度もあるでしょ。だから、サポート薬局するから、行ってみようよって。とにかく行って、症例をやっていくうちにだんだんだんだん慣れてくるからね、やってみようって言うけど、ま、どこも出られてないですもんね。

また、同じ地区の薬剤師にも、自分がサポートするから依頼があったら訪問業務をしてみ

⁵⁵ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001jlr7-att/2r9852000001jlvh.pdf>
2017.9.13 閲覧

ようと声かけをしてみるが、なかなか訪問業務を始めようとする薬局がないことが語られた。

在宅医療に関わるようになると、夜間や休日に緊急対応の必要がある場合もある。そのような対応に対して、どのような気持ちで関わるのか、という点については以下のように語られた。

従業員さんに頼むねって言ったときに、従業員さん仕方なく行くかって話ですよ。お給料やるから、残業つけますよって、それはそれでやるんでしょうけど、お金以前に気持ちが入っているかどうかって問題ですよ。

しかし、現在在宅医療に関わっていない薬剤師が、訪問業務の必要性への認識がないわけではない。躊躇の原因として収入面との兼ね合いが考慮されることが語られた。

やらなきゃいけないだろうね、っていうことは聞きます。でもやりたいとは言わないですね。まだね、在宅をやるよりは、薬局にいて、外来の患者さんをやっているほうが楽だし、収益も上がるんですよ。やり甲斐とかやる意義とか、そういう感じているところは、もうすでにやっていると思うんですよ。

「やり甲斐とかやる意義とか、そういう感じているところは、もうすでにやっていると思うんですよ」というように、現在すでに訪問業務に関わっている薬剤師は、訪問業務の意義を認識しているからこそ行っているということである。なぜならば、「外来の患者さんをやっているほうが楽だし、収益も上がるんですよ」という語りが、その理由を端的に表している。そして、収益との関連性について2人の薬剤師が以下のように語った。

儲けようと思って始めると、たぶん四苦八苦してくると思うんですよ。だから、それでもやるかって話なんですけど、やらないとしょうがないところまできてるとは思いませんよ。

うちも、在宅をしてなかったら、薬剤師をそんなに雇ってなくてもまわっていくんですよ。でも、在宅で動く分がどうしても人が足りないんで、薬剤師をパートとかで入れていくんですよ。そうすると、薬剤師さんの賃金って安くないですからね。だからどうしても、その辺を考えると・・・ま、来てくれる人がいないっていうのもあるし、そんなにまでやらなくてもまわっていく現状があるのに、そこまでは手を出さなくてもいいかなっていうのじゃないかなって思いますけど。

P-ネットは、医師から訪問依頼があったとき、依頼を断ることが今後起きないようにと、有志により結成された薬剤師のネットワークである。すなわち、在宅医療を受ける患者で薬を服用する必要があるすべての患者が、安心して薬を受け取ることができることを保証することを目的として始まった。そこには理念があった。先述したように、P-ネットに参加している薬剤師は薬局を管理する立場であり、その多くが経営者であった。しかし経営面という側面のみには囚われていると、P-ネット設立の理念を貫くことが困難になる。

七嶋和孝氏のインタビュー⁵⁶においても、在宅医療に関わり始めた当初は、「在宅って実際はばかにされていたところもあるんですよね。当時、平成9年とか。介護保険は12年からです」と語り、そして「ばかだのくそだの言われていました」と語っていた。

現在においても、薬局で処方せんに基づき調剤を行う方が収益が上がること、訪問業務を行うことで薬剤師をさらに雇用する必要があることなどを考えたとき、薬局を経営する立場であるとき、在宅医療に参画するのは経営面という側面を重視したときには、二の足を踏むことも理解できる。しかし、「やり甲斐とかやる意義とか、そういう感じているところは、もうすでにやっていると思うんですよね」という語りにもみられるように、薬剤師として在宅医療に関わることに「やり甲斐」や「やる意義」を感じるからこそ、在宅医療に関わっていた。しかし、在宅医療にかかわっていない薬剤師との間には「役割認識のずれ」が生じており、その「ずれ」がサファリングを生んでいたととらえられた。分断のインターフェースは、在宅医療に関わっているか、否か、といった境界にも存在しているという解釈も可能である。すると、先述したとおり、患者・患者家族、医師、そして福祉職といった他の領域の人々、および在宅医療にかかわっていない薬剤師との境界において分断のインターフェースが存在し、そこに役割認識のずれが生じ、サファリングを生んでいたといえる。

患者との関わりの中で拡大する役割意識から生じる医師のサファリング、患者とのすれ違いから生じる看護師のサファリング、自らの専門家意識と患者のもつ生活意識とのずれから生じる理学療法士のサファリングというように、専門職はそれぞれの職種ならではの「役割」をめぐるサファリングがあった。在宅医療に関わる薬剤師は分断のインターフェースにおける役割意識の「ずれ」から生じた「役割の不全感」というサファリングを抱いているととらえられた。

第5項 薬剤師が臨床現場で編み出すサファリングへの対処の術

在宅医療に関わる薬剤師のサファリングとは、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]、[薬剤師間にある温度差] という2つの概念で説明される「役割の不全感」であるととらえられた。「役割の不全感」が生じる原因は、役割認識のずれがあるためであり、そのずれとは、様々な領域とのインターフェースで起きていることが理解できた。領域とは、属性をともしする人々の集団を表し、それらは、患者・患者家族、医師、福祉職員、そして在宅医療にかかわっていない薬剤師、という領域であった。

⁵⁶ 七嶋和孝氏へのインタビューについての詳細は第4節において述べる。

そして、6名のインタビューデータを横断的に分析することにより、[越境を試みる]、[縦横ネットワークの構築]という対処の術を薬剤師は臨床現場の中で編み出していることが導かれた。対処の術として導かれた[越境を試みる]とは、個人として、[縦横ネットワーク]とは集団として編み出された対処の術であるともとらえられた。

[1] 越境を試みる

分断されたインターフェースへのアプローチは、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]ことから[越境を試みる]ことでもあった。[越境を試みる]とは、それぞれの領域との分断のインターフェースを個人として越境することである。

(ア)患者・患者家族

入れてもらう前提で行かないと、玄関先で終わるので、あがらせてもらいますか？って言わないと一生あがれないので、初回が勝負と思って。

患者宅に訪問したときにも、患者や家族が「配達」という認識であるときには、受け取ることで事が足りるということから、玄関先で対応が終わってしまうこともある。しかし、この語りのように、初回訪問の時に、玄関から室内に上がらせてほしいという意思を伝え、薬剤師の訪問が「配達」にとどまらないことをアピールしていた。また、次のような工夫も見られた。

最初はドクターの訪問診療についていくようにします。そうすると勝手に上がれるので、なんか・・何も言わずに、失礼しまーすって。先生が紹介してくれるんで、私が何も言わなくても、お薬この人が持ってきてくれるから安心ですね、っていう感じで。Dr. ネットの先生、みんなそんな感じなので。

ただ、がんの患者さんで、きついからっていうときは、玄関先で。

医師の訪問に同行することで、玄関からスムーズに室内に入ることができる方法を、経験の中から身に着け実行していた。また、Dr. ネットの医師が、薬剤師の存在を患者、患者家族に伝え、薬剤師の訪問が配達にとどまらないことを患者や家族に印象付けるような言葉かけをしてくれることもあった。しかし、そこには訪問診療に同行するという、診療報酬を伴わない行動がそこにはあり、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]ことからの越境行動としてとらえられる。一方で、がん患者であるような時、患者の体調への配慮から薬を玄関まで届けることにとどまる行動も、自らの意思で行っていた。

以下は、七嶋氏の訪問に同行した際のフィールドノートの一部である。勝枝さん(仮名)は、独居の80代の女性である。七嶋氏が訪問する時は不在であるが多いが、薬を置いて帰

るだけではなく、七嶋氏は本人に会えるまで何度か足を運ぶという行動をしていた。

勝枝さんは、医師の訪問があることがわかっている時間帯には、外出せずに家で待っているらしい。医師の訪問は自分にとって必要だという認識が強いことを表した行動であろう。しかし、薬剤師の訪問に対しては、勝手気ままに外出してしまう。薬さえ届けばいいということを表した行動とも考えられる。七嶋氏は、医師と薬剤師の訪問の違いをそこに感じると言った。七嶋氏はまずは薬を届け、勝枝さんの家を離れるが、配達だけにとどまらずに後から再度訪問すると語った。薬を届けることだけでは薬剤師の役割は果たしていないということを認識しての行動であろう。結果的には勝枝さんのお宅には何度か足を運ぶことになりかねない。しかし、それは必要なことと受けて止めているようでもあった。勝枝さんに実際に会い、薬がきちんと飲めているか、効果が出ているか、副作用はないか、生活に変化はないか、それを自分の目で確認することが重要だと考えての行動なのであろう。

七嶋氏が、本人に会えるまで何度か患者宅に足を運ぶという行動もまた、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる] ことからの越境する行動であるととらえられる。

以下の語りは、外来に通院していた患者に対して、入院という選択肢だけではなく、在宅での療養も可能であることを提案し、患者の在宅療養の実現のために薬剤師が周囲に働きかけて実現させたことについて語られている。

家族の方もご飯が食べられなくなったら入院しましょうねっていう説明を受けてたみたいなんですよ。それはおかしいでしょって。で、家族が、いや、どうしても本人が病院に行きたがらないから、できれば家で看たいっていう思いもあるけど、食べられなくなったら入院させるしかないって言ったんで、そんなことないよって言って、で、すぐ、訪問看護師からケアマネージャーから、わあーって入れて、で、訪問のドクターも先生行ってくれる？みたいな感じで言って、で、パツと。あつという間に。で、そのとき、モルヒネを持って行って、オプソ⁵⁷を飲ませたんですね。呼吸苦もあるし。で、痛みも楽になって、こんな薬があるんだったら、もっと早くに飲みたかったって言ったんですよ。患者さんが。

この語りからは、積極的に患者・患者家族に働きかけ、患者の生活にまで視野を広げる姿がうかがえる。このように薬剤師としての自らの役割を「調剤」という業務に限定せず、患者が望む自宅での療養生活が送れるようにマネジメントするような役割を果たすことは、薬剤師役割の固定観念から脱却することを示しているともいえる。これも[医薬品提供者と

⁵⁷ オプソ内服液のことを指す。がん性疼痛に使われるモルヒネの液剤の薬品名である。速放製剤であり、痛みを持続的に抑えるためにベースとして服用する徐放製剤のオピオイドに加えて、強い痛み（突出痛）が出現したときにレスキューとして使われる。

いう限定的役割にとどまる] ことからの越境行動であると捉えられる。いわゆる役割の「脱限定」と解釈することができる。そして、このような薬剤師役割の「脱限定」ととらえられる、終末期の患者との関わりについて以下のような語りが得られた。

僕ら薬剤師の役割、いろんな多職種があって、役割ってあるんですけど、役割だけじゃ済まない部分もあって、例えばターミナルになると、僕らの出番はあんまりないんですよ。もちろん薬届けたりするんですけど、そんなに、かける言葉がなかったりして、で、ご本人寝たきり、で、家族の人と話をするとかという状態になるときは全然薬剤師とは違うスタンスで話をすることになりますよね。だから、そうなる、なんていうかな、その境目はなくなってくる。

繰り返しとなるが、生命倫理学・環境倫理学・臨床死生学を専門とする竹之内裕文 [竹之内 2007, 99] は、「自宅という「空間」とは生活の拠点として、家族や地域コミュニティの歴史の痕跡をとどめる場であり、外部者である医療関係者は、その空間の「履歴」に触発されるかたちで、患者とその家族の日常生活を支援し、両者の相互的・歴史的なケア関係を仲立ちすることに力点が置かれる」と述べる。すなわち、医療者は、医療者という役割だけでその空間に入るのではなく、患者とその家族の日常生活を支援する役割をもつ者として空間に入ることとなる。それは、自宅という「空間」が、薬剤師としての役割限定を解放し、「脱限定化」するプロセスを促すと解釈できる。一方で、自宅という「空間」においては、患者や患者家族と薬剤師との関係は協働関係にあり、「全然薬剤師とは違うスタンスで話をすることになりますよね。だから、そうなる、なんていうかな、その境目はなくなってくる」という語りから浮上する薬剤師の姿は、「生活化」する薬剤師の姿と考える。浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2015] は、「専門家が「生活者」であるという立場であることに気づけば、患者とともに『生活知』を共有しながら医療をつくるという、患者と地域との地続きの点が見出せる」と述べ、このような専門家の姿を、浮ヶ谷は「専門家が自らの専門性を『生活化』する」と表現している。「境目はなくなってくる」という語りは、自らの立場が、薬剤師と生活者との境目がなくなった立場で話していることを表現しているととらえられる。すなわち、在宅医療に関わる薬剤師の役割の「脱限定化」とは、薬剤師が「生活化」するプロセスともとらえられるのではないかと考える。

副作用とかも、そんなになく、セットするくらいで……。で、お話するくらいで。そしてたらいろんな話をしてくださるんで……。はあ……って聞いてたら、昔話に花が咲く……。この人は聞いてくれる、みたいなそんな感じになるんです。

この薬剤師の語りからは、終末期に限らず、慢性疾患により療養する高齢者との関わりにおいても「生活化」する薬剤師の姿が浮かび上がってくる。

すなわち、患者とのインターフェースにあった「役割の不全感」を示す〔医薬品提供者という限定的役割にとどまる〕という分断のサファリングへの対処の術としての〔越境を試みる〕とは、薬剤師としての役割を「脱限定化」し、自らを「生活化」しているにとらえられる。

しかし、一方で「生活化する薬剤師」の姿は、専門職としての薬剤師の役割を果たしている姿なのか、という声も上がる可能性もある。薬剤師の役割とは何か、医療社会学の視点から薬剤師について論じた小村〔小村 2011, 246〕は、「薬学部教育が6年制に移行したことを含め、今後、薬剤師をとりまく状況や周囲からの役割期待は大きく変容していくと思われる。これまでの薬剤師業務の中のいくつかは、惜しまれながらも時代の流れの中に消えていくかもしれない。一方で、これまでなかった役割期待に応えるため、現れ来る業務遂行への方策に奮闘することになるかもしれない。「消え行く役割」と「現れ来る役割」が混在する状況は、まだしばらく続くだろう。その中で薬剤師は、専門職としての意識をどのように確立していくことになるのか」と述べる。患者という存在がいるからこそ薬剤師の役割というものがある。そして、「生活化する薬剤師」とは、「患者と協働する薬剤師」という言い換えもできるのではないだろうか。患者が医療を生活の一部に取り入れ、主体的に生活するために、医療者は、単なる薬を届けるだけの「限定的役割」ではなく、相手の顔を見て、話し、そして考えるという「人間的役割」を果たすこと、すなわち、患者と協働することができる人間としての薬剤師が求められているのではないだろうか。それが専門職としての薬剤師の役割ともいえるのではないかと考える。

(イ) 医師

医師との間にあるのは、医療的な面における薬剤師としての「役割の不全感」であり、関わる職種が専門家としての役割を果たすことでチームとして機能することに主眼を置くとき、医師が薬剤師の役割についてどのように認識しているかによって、薬剤師がサファリングを抱えるかどうか左右されると言ってもいいであろう。医療面においては、「医行為」についての問題が浮上する。在宅医療においては、患者宅を訪問するすべての専門職の視点が総合的に患者の生活を支える結果となる。薬剤師も、薬を届けるだけでなく、患者と話し、実際にバイタルチェックをとったり、フィジカルアセスメントを行ったりすることにより、医師に患者に関する情報として伝え、医師と協働していこうという気持ちで、両者の間にある分断を越境する試みを行っていた。

確かに医療行為に抵触するのは問題ですけどね、ある程度の想像はしないとイケないのかなって思いますよね。ま、姿勢としては、そこを守らないと法に触れますよね。判断したらイケないんでしょうけど。けど断定しなければOKかな、って思うんですよね。こういう可能性はないですか、先生って、ね。

今までは医師の主導で、医師が頑張っていて、ね、分担してやってくれて。それも在宅やればやるほど、ドクターも自分でできないとわかってくるので、ある程度のことを任しちゃうことによって。

医師との関係性においては、医療システムの中における、専門職と専門職との関係性に基づくものと考えられる。すなわち、「役割の不全感」がサファリングとなっているため、薬剤師という専門職としての役割期待を医師に対しては抱いているととらえられる。

(ウ)福祉職員

薬剤師も地域包括ケアシステムの一部を担う存在として、患者の生活を支える福祉職員に薬局の存在、アピールしながら、薬を媒体としながら積極的に関わろうとしていた。

で、なんか薬のことで困ったことはないか、とか、そういったことは自分たちで解決するんじゃなくて、薬局に振るようになって、かかりつけの薬局はどこかっていうのを必ず調べといて、すると、そこが解決してくれるからってということで、言ってます。そこを、こう、なんとかできればっていうので。

そこを考えると、薬剤師がいない場所でも医薬品に関しては適切に使ってもらわないと困る・・・国民は・・・。そのためには薬に対する基本的な知識はみにつける努力はしないといけませんよね、って施設側には言ったんです。

で、そこ（施設）で勉強会をさせてもらって、あのお、どう取り扱ったら・・・あのお、従業員さんたちに教育しないとイケないので。

とりわけ、地域包括ケアセンターの職員が中心となって、連携を構築する際、薬剤師に声がかかったときには、積極的に赴き、薬剤師の職能についてのアピールを行っていた。

包括に言わせると、いろんな業種が入って欲しいんですよね。その中で、必ず薬のこと薬剤師入って欲しいと思ってるんです。向こうも。それに応えないとイケない、できるだけ。

包括の人が割と熱心っていうのかな、ま、やらなきゃいけないって多分言われているんだと思うんですけど、この間も、ちょっと、えっと、あそこ何人集まったけなあ、5、60人集まって、その管轄の人が、そういう事例の検討みたいなことをやったりとか。この間も、この間はもうちょっと小さい単位で、14、5人いたかな、で、ある事例があつて、麻薬の取り扱いに困ったからって僕呼ばれて行って、麻薬の話をちょっとした

んですけど。そういうこととか。ま、ぼちぼちね、顔を出すってことって、ま、相手も、ケアマネさんみたいな人が多いから、薬局もこういうことしますよっていうなんとなく自然にね、教えるのではなく、言うためには、そういうところには行っというほうがいいと思いますね。

認知症の家族会なんかも、地域包括支援センターでやるんですよ。で、そこでお薬のこととか聞きたいから来てもらえますか？とか言われて、行ったりとか、そういう形ですね。

「越境する」という概念は、沖田 [沖田 2014]が、「専門家間においても『敷居の高さ』という問題が生じているのであれば、患者と専門家間にはさらに高い『敷居』が存在していることを指摘し、専門家から患者への呼びかけが不可欠である」と述べた内容に通ずるのではないかと考える。すなわち、専門家から敷居の向こうにいる相手に対して呼びかけていくことは、相手との間にある敷居をあることを理解しながら、かつ、どうにかして敷居を越えようと試みる姿勢である。それは、「越境する」という概念にも結び付くのではないかと考える。

[2] 縦横ネットワークの構築

本調査から導かれた[縦横ネットワークの構築]の「縦横ネットワーク」とは、P-ネットというネットワークを意味する。「役割の不全感」というサファリングが生じる原因は、役割認識のずれであり、そのずれとは、様々な領域とのインターフェースで起きていることを述べた。そして、在宅医療にかかわっていない薬剤師とのインターフェースで生じたサファリングとして[薬剤師間にある意識の温度差]が導かれたが、薬剤師という同じ職種であるからこそその「役割認識のずれ」がサファリングを生むのではないかと考える。「やり甲斐とかやる意義とか、そういう感じているところは、もうすでにやっていると思うんですよ」という語りが表すように、現在在宅医療に関わる薬剤師は、意義を認識しているが、その意義が共有できないとなると、意義の認識を持続すること、すなわちモチベーションの維持は時に困難を伴うのではないだろうか。

在宅医療に関わる薬剤師は、試行錯誤しながら服薬指導業務や他職種との連携を行っており、そのためにも、薬剤師が在宅医療に関わるモチベーションの維持や新たに取り組むための環境を構築する必要性が報告されている[今村, 芝崎, 岡崎 2010]。すなわち、在宅医療に関わるモチベーションの維持、また新たに取り組むための環境を整える上において、「縦横ネットワークの構築」とは、有用な手段なのではないかと考える。なぜならば、在宅医療に関わる意義を共有することができるからである。[縦横ネットワークの構築]が、役割認識のずれに起因する薬剤師のサファリングへの対処の術として導かれたが、縦横ネットワークとしてのP-ネットが、参加者にとってどのような意味を持つのかという点を検討

することは、在宅医療に関わり試行錯誤する薬剤師に何らかの示唆を与えることにもつながると考える。

まず横のつながりについてであるが、在宅に関わり始めたとき、または一人薬剤師で業務を行う場合は、とりわけ薬剤師同士の横のつながりをもつことにより、安心感を持って業務に臨めることがうかがわれた。

たまたま息の合う先生がいたんですね。困ったときに、電話をすれば、それは、こうだよ、ああだよ、先生どう？こう？っていう感じになって・・・

だから、ほんと安心。学術的な面でも、精神的な面でも、だからやれるっていう、こういう一人でも。

P-ネットのシステムは、Dr. ネットのシステムを参考に作られているといえるが、Dr. ネットの特徴として主治医をサポートする副主治医の存在が挙げられる。そして、Dr. ネットの会員へのアンケート調査によると、Dr. ネットが役立っている点とは「不在時の副主治医への安心感」、「情報交換」というように、いずれも「安心感」につながるものであった。P-ネット会員のインタビューからも、P-ネットが役立っている点とは、「安心感」といえるであろう。

なんかのときにはお願いしますよ、みたいなのは、みんなに流れてはいるんですね。

同じ薬局で一緒に業務をしているわけではなく、薬剤師は各々の薬局で業務を行う。経営も独立している。そのため、利益を分け合う関係ではない。しかし、「なんかのときにはお願いしますよ」という関係は、一方的に助けを求めているばかりでは成立しない。語りは、助け合う、という互助精神が自然と会員の間で流れていることを示している。これは、P-ネットの設立の理念とも一致する。P-ネットの設立メンバーである宮崎 [宮崎 2012, 24] は、薬局が訪問依頼を断らずに必ず動く仕組みが P-ネットであり、それは「お互いに助け合って訪問管理薬剤指導をやっていきましょう」ということだと述べている。制度としてのサポート薬局ではなく、互いをサポートする関係を築こうという姿勢が、横のつながりとして存在していることを示しているといえる。一方で、つながりは「緩やか」であることが重要なのではないかと考える。白髭 [白髭, 安中, ほか 2010] が、主治医と副主治医との関係性について、互いの診療所の距離を含め「程よい距離感」と述べた。このような緩やかであり、そして程よい距離感であることは、会員の薬局薬剤師それぞれが独立して薬局を経営、もしくは管理する立場であるため、薬局間に利害関係を持ち込まないためにも、ネットワークが有志の集団として成立する上で必要なのではないかと考える⁵⁸。

⁵⁸ 「緩やかなつながり」であることの重要性は第4章第5節第6項において検討する。

また一方で重要なのは、薬剤師同士の縦のつながりであった。ベテランの仕事への姿勢を学ぶとともに、次世代へとネットワークをさらに発展した形で継承していくことの重要性である。

結構ベテランの先生が多いので。経験いっぱいもってらっしゃるので。聞けば絶対答えが返ってくる。そんな感じ。

そして、次世代につなぐことの重要性については、ベテラン薬剤師も認識していた。

若い人たちにも入ってきてもらいたい、って思うんですよ。今は、私たちは私たちが今やっている中で、こういうときどうやっているんだろうねっていうようなことが結構あるんですね。で、そこで問題にしたところを、今度グループワークみたいな形で、あのお、スモールグループディスカッションですかね？そういう形にすると、参加者から、みんなぼちぼち意見がこういうのはどうなんでしょ、こうなんでしょ、っていう意見が出てくるので、勉強会も参加型にするようにしていくのがいいかなと思います。

このような縦のつながりは、会員にとっての意味あるネットワークとなっていると考える。なぜならば、会員の薬局薬剤師はそれぞれが独立して薬局を経営、もしくは管理しているため、何らかの教えが欲しいとき、また、これまでも自分の行ってきたことを他の誰かに継承させたいと考えたとき、横のネットワークだけではなく、縦のネットワークが有機的に機能していくことが有用であり、必要であると考ええる。

第6項 「役割の不全感」への対処としての役割の「脱限定化」

医師や看護師に関わる問題が医師不足、看護師不足といった人的資源の不足が社会問題として取りあげられる一方で、薬剤師に関わる問題としては、ジェネリック医薬品や残薬問題といった医療経済的な問題と関連して取り上げられるようになっていることが多い。医療の一端を担う医療専門職という存在であるが、薬剤師は医薬品という「モノ」とともに語られる。そして、主に薬が患者のもとに届くまでが業務の中心と捉えられることが多く、処方せん通りに薬を用意し、患者に効能を説明して渡すという狭義の意味における「調剤」という業務に限定された役割認識を周囲から持たれている。本調査においても、在宅医療に関わる薬剤師が、患者・患者家族、医師、福祉職という3つのインターフェースにおいて「医薬品提供者という限定的役割にとどまる」という分断のサファリングを抱えていることが示されたことも、このような背景と大きく関係しているものと考えられる。これを、「役割の不全感」と解釈した。

そして、「医薬品提供者という限定的役割にとどまる」ことに対して、「越境を試みる」こ

とにより、薬剤師の役割を限定的な医薬品提供のみにとどまらないような行動を行っていたことが語りから示された。

たとえば、患者や患者家族に対しては、いったん「薬剤師」という役割を放棄するかのようになり、患者の話に耳を傾ける姿勢をもって関わっていた。これは、松繁 [松繁 2014, 250] の述べる「対象者に対する支援者としての自らの関わりがケア全体から見るとどのような貢献をしているのかを理解することの充足感を見つめ直す」ことになっているとも考えられる。

さらに松繁 [松繁 2014, 239] は、「地域包括ケア」の動向において顕著なことは、「連携」と「統合」を目指す取り組みであり、これが「機能分化」と並行して進められているところに現在のケアシステム整備の特徴があると述べている。そして、分断のサファリングの支援の視点として断片の接合過程の整備を述べ、機能結合の視点を提示した。語りの分析からは、福祉職員に対して、医薬品を使うすべての人を対象として医薬品の適正使用に積極的に関わろうと行動していたり、「**医療行為に抵触するのは問題ですけどね**」と前置きをしながらも、薬剤師の視点から患者の治療に対して提案という形で医師に対してアプローチするのは、機能結合の視点を新たに獲得しているとも考えられる。役割を限定する「機能分化」に対し、役割を「脱限定化」することが、「連携」、「統合」を可能にするとも考えられる。

小村 [小村 2011] は、薬剤師が働く様々な現場を 2001 年～2009 年という長期にわたってフィールドワークをし、Denzin と Mettlin が「薬剤師が自身の専門的特性を正当化する物体である『医薬品への支配力』の獲得ができていない」ことを挙げ、「薬剤師が不完全な専門職であると述べている」ことを引用し [小村 2011, 198] ながらも、医療専門職論において論じられることがなかった薬剤師の「医療専門職」としての側面を分析・考察した。そして、薬剤師は、薬の情報を常に確かめ、患者や医師に不利益を与えないようその役割を果たすという、すなわち、「薬剤師が『薬剤師』として十全に利用されることが、医療現場で一番望まれることだろう」と述べている [小村 2011, 244]。そして薬学部教育が 6 年制に移行したことも含め、今後薬剤師をとりまく状況や周囲からの役割期待は大きく変容していく可能性について言及している。すなわち、「薬剤師」として十全に利用される役割とは、状況や周囲によって変化することも考えられる。

本インタビュー調査からは、周囲からの役割期待と、自らの役割認識とのずれがサファリングを生んでいることが示されたが、今後、小村が述べるように周囲からの役割期待の変化により、薬剤師には新たなサファリングが生まれることも十分に考えられる。現時点で、本調査を通して言及できることは、在宅医療に関わる薬剤師については、その役割を医療専門職としての「薬剤師」と限定するのではなく、役割を「脱限定化」することが必要ではないかということである。第 3 章で記述した患者に「触れる」行為に関するアンケート調査の結果から、薬剤師の実践と役割の「脱限定化プロセス」は、薬剤師が患者の生活する「場」に足を踏み入れることから始まっていくことなのではないかという仮説を述べた。そして、本節において記述したインタビュー調査を通して、患者の生活する「場」が、薬剤師としての

役割限定を解放し、「脱限定化プロセス」を促すことを確認した。さらに、役割の「脱限定化プロセス」とは、医療者自らを「生活化」することを促すプロセスであると解釈した。たとえば、自宅という「場」においては、患者や患者家族と薬剤師との関係は協働関係にあり、「**全然薬剤師とは違うスタンスで話をすることになりますよね。だから、そうなる、なんていうかな、その境目はなくなってくる**」という語りから浮上する薬剤師の姿は、「生活化」する薬剤師の姿ととらえられることができた。このように、在宅医療に関わる薬剤師の役割の「脱限定化プロセス」とは、薬剤師が自らを「生活化」するプロセスととらえることができる。

一方、[縦横ネットワークの構築]とは、在宅医療にかかわらない薬剤師とのインターフェースで生じる分断のサファリングへの対処の術ととらえられた。ネットワークの存在が、モチベーション維持に大きな役割を果たすと理解できた。その意味で P-ネットの果たす役割は大きい。一方、複数のメンバーにより成り立つネットワークは、会員たちの置かれた状況、成長、移動などをきっかけに、変化し続ける有機的なネットワークである必要がある。そのため、今後どのような形態で発展し、継続して活動することが最も望ましいかという課題もある。インタビューでは、「**若い人たちにも入ってきてもらいたい**」という継承に関する語りも聴かれたが、今後どのように広がり（横の広がり）、そして、受け継ぎ発展する（縦の繋がり）か、今後のさらなる有機的なネットワーク構築について考える必要がある。P-ネットの役割については、第5節で改めて検討していきたい。

第4節 薬剤師七嶋和孝氏の実践

第1項 調査概要：七嶋和孝氏へのインタビュー及び参与観察調査

第2節において、P-ネット会員6名の薬剤師にインタビューを行い、実践と医療システム、自らの専門性と患者の生活領域といった「界面」で逡巡することにより生じる薬剤師の抱えるサファリングはどのようなものなのか、そしてどのような対処の術を臨床現場で編み出しているのかについて検討した。さらに、第3章で述べた患者に「触れる」行為に関するアンケート調査の結果考察から導かれた役割と実践の「脱限定化」についての検討を試みた。その結果、自らの役割認識と、他者から求められる医薬品を届けるという限定された役割認識とのずれから生じる「役割の不全感」がサファリングを生むが、役割の認識のずれが生じる領域（患者・患者家族、医師、福祉職）への越境を試みることで、また、P-ネットという縦横に広がるネットワークの構築により、在宅医療に関わるモチベーションの維持と自らの役割の再認識により、サファリングに対処していることが示された。また在宅医療にかかわらない薬剤師との間にある役割認識のずれによる生じるサファリングに対しても、P-ネットの存在が有用であることが示された。さらに、患者の生活する「場」が、薬剤師の「脱限定化プロセス」を促し、「脱限定化プロセス」とは、医療者自らを「生活化」するプロセスであることが理解できた。しかし、実践の「脱限定化」についての詳細について十分に検討することはできなかった。

本節において、研究協力者の七嶋和孝氏に焦点をあてて記述する。七嶋氏を対象に、在宅医療に関わる薬剤師の実践について詳細に記述することが本節の目的となる。特に、役割と実践の「脱限定化」についての検討から、「生活化」する薬剤師という概念について深く掘り下げていく。

七嶋氏は、P-ネット会員の一人である。しかし、七嶋氏が P-ネット会員を代表する薬剤師として描くわけではない。あくまでも、在宅医療に関わる薬剤師七嶋和孝氏の役割と実践を記述する。しかし、そこに長崎市というローカルな文脈が影響を与える可能性があることを否定はしない。

第2項 「ローカルな倫理」に基づく記述について

本論文では、七嶋和孝氏を匿名化することなく、実名で記述している。七嶋氏の名前を実名で記述するか、仮名で記述するかという点については、筆者は直接七嶋氏本人と数回にわたって話し合い、七嶋氏の意味の確認を行った。七嶋氏は、筆者が実名で記述することに対して前向きな姿勢を示し、その意義を認めてくれた。これには調査地が長崎市であること、また P-ネットという名称を明記していることがまず前提にある。調査を開始するにあたって、当時の P-ネット代表の中野正治氏に調査の説明を行った際に、中野氏が、P-ネットの取り組みが記事などで紹介されることがあるが、これは長崎市という土地だからできた、というのではなく、長崎市という土地の条件を除外しても、どこでもできることだということ自分たちで伝えてもなかなか伝わらないため、長崎市そして P-ネットという名称を公表することにより、むしろどこでもできるということを世間に伝える効果にもなる、と前向きな考えであることを確認し、実名公表への了解を得た。また中野氏は、薬剤師が在宅医療のみに特化して取り組むのではなく、地域の中の薬局で日常的に調剤業務を行う薬剤師が、「在宅も行う」ことが望ましいと考えていることから、その実践が長崎市でどのように行われているか、ということ調査者である筆者の視点を通して紹介されることを希望した。このような調査開始時における P-ネット代表の中野氏との話し合いを経て、本論文では長崎市という地名、および P-ネットという名称を実名で記述することとした。それに伴い P-ネット代表の中野正治氏も実名で記述した。

また、本研究の研究倫理委員会に提出した研究参加者の方への説明文書において、研究成果の公表について、「この研究で得られた成果を専門の学会や学術雑誌などで発表する可能性があります。発表する場合は協力者のプライバシーに慎重に配慮しますので、個人を特定できる情報が公表されることはありません。しかし、十分に事前に協力者の方のご意向を伺い、個人情報の公表およびその公表範囲についてはご意向に沿った形をとりたくとも考えております」としている。そこで、研究協力者の意向に沿った形ということから、本論文では七嶋氏へのインタビューおよび参与観察の結果を提示するにあたっては、実名で記述を行った。

一般的に、特定の地域において調査を行い、得られた結果を報告する際には、研究協力者

のプライバシー秘匿という点から匿名化されることが多い。これは研究倫理の遵守という枠組みの中で研究が行われることに基づく。研究者は研究協力者にどのような形であれ害を与えてはならない。そのため、研究協力者のプライバシー侵害には最大の注意を払うことが求められ、それゆえ調査協力者の匿名化は研究者にとって当然と考えられている。

浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2009, 34-49, 浮ヶ谷 2014b]は、自身が北海道浦河赤十字病院精神科において行った調査研究を発表する段において、匿名か実名かという点について、調査協力者と実に綿密な1年間にわたるメールおよび直接対面によるやり取りを繰り返し、最終的に匿名化せずに研究協力者をすべて実名で記述するに至っている。発端は、浮ヶ谷自身の疑問からであった。浮ヶ谷は、実名で報告書を書くことについて、研究協力者である看護師長から問い合わせがあった際に、そのメールに対して、「はじめは、すべて匿名で記入していました。しかし、他方で、それでいいのだろうか、という疑問を持ちました。それぞれ個人が独自の思いで仕事をしていることに、匿名(顔がないということ)にしてしまうことでもいいのだろうか、ということをおもったからです。(以下略)」と返信している。その後、浮ヶ谷は思考と葛藤を重ねながら、調査を行ったフィールドの人たちとのやり取りを続け、そこから生まれた倫理的決定を「ローカルな倫理」と位置付けた [浮ヶ谷 2014b]。しかし、浮ヶ谷は普遍的倫理の運用は不要だという立場で「ローカルな倫理」を強調しているわけではまったくない。浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2014b, 73]は、「むしろ、さまざまな利害関係を脱文脈したうえで求められる倫理の普遍的な側面があることで、現場での状況に依存した倫理が浮上するのである」と述べる。フィールドで起こっていることを記述し、研究者の視点で分析をする、そこで得られた結果が登場する人物の反省的態度につながったり、また、研究者は研究する立場から人類学研究の貢献について考えたりといったように、その結果についての両者の対話は続く。そして匿名性の問題から、「いかに対象を描くか、何のために描くか」という他者表象の課題に取り組むことの重要性が浮上した。つまり、ある一定の調査期間で得られたデータからある一場面を切り取り、それを具体的に描くことで、良い場面、悪い場面に関わらず、登場人物が固定化されてしまう可能性がある [浮ヶ谷 2009, 46]、ということである。すなわち、登場人物のイメージを固定化させずに、今後変わりうる可能性についてその余地を残して記述することの重要性が浮上した [浮ヶ谷 2009, 46]のである。現場は常に動き、登場人物も変化していく可能性がある。その重要性が匿名性以上に大きな課題となったのだと浮ヶ谷は述べている。浮ヶ谷の「ローカルな倫理」という概念から筆者が想起したのは、調査対象となったフィールドの人たちとの対話を続けること、一人ひとりとの対話の中で理解し納得していく作業を丹念に重ねていくことの重要性である。そしてそれらが成果物としての記述された結果につながっていく。ある時点での現象を描いた記述が、その後にもたらす未来という時間的ひろがりへの影響、さらに、それを読んだ人びとの考えや行動への影響は、文脈依存であるローカルな記述であるが、脱文脈されても導かれる普遍性を持ちうる。

次項より、七嶋和孝氏を対象とした調査結果を提示する。七嶋氏の薬剤師としてのライフ

ヒストリーインタビューや、参与観察から導かれた在宅医療に関わる薬剤師の実践に関わる、ローカルな記述である。なお、七嶋氏が影響を受けた医師の氏名については仮名で記述した。その理由は2点ある。1点目は医師に対しては実名公開について直接了解の意思が確認できていないため、医師のプライバシーを配慮したためである。2点目は、その医師の語りは七嶋氏の語りの中で、七嶋氏の記憶の中にある医師の言葉としての記述にとどまっておらず、その言葉は七嶋氏の語りとしてとらえたためである。また、七嶋氏が訪問した患者についても仮名で記述し、患者の居住地については、付近の風景も含めてエスノグラフィックに描いた記述も提示したが、居住地域を特定できないよう配慮した。これらは患者のプライバシーに配慮したためである。そして、インタビューから切り取られた七嶋氏の語りを、研究者である筆者がその文脈を含め意味解釈を行ったが、そこには筆者の主観も当然含まれることを先に述べる。そして、登場人物である七嶋氏へのイメージが固定化されないよう、今後の変わりうる可能性という余地を残しながら、「ローカルな倫理」に基づき、記述を進めていきたい。

第3項 調査対象者の紹介

七嶋和孝氏は、2014年の調査開始時49歳、現在3店舗の薬局を長崎市内に経営する。大学卒業後、長崎県内の国立病院薬剤部に入職し、平成初期当時はまだ珍しかった病棟業務を行っていた。医師の回診にも同行し、その際に医師より、薬の効果確認のための患者へのフィジカルアセスメントの必要性を唱えられ、聴診器を購入、車の中で、肺音、腸音のテープを聞き続け聴診器の使い方を独学で学んだ。当時購入した聴診器は今でも修理をしながら使い続けている。

その後、病院勤務時代に出会った総合診療科の坂上医師（仮名）が訪問診療を行うクリニックを開業するにあたり、訪問業務を行う薬局を求めていることから、国立病院を退職し、1997年31歳の時に「ななしま薬局」を開局した。坂上医師もDr. ネットの会員医師である。

薬局の開局は訪問業務を行うことが前提となっていることから、開局直後から、外来調剤とともに訪問業務を開始した。2000年の介護保険制度開始以前であった。開局当時は、調剤報酬がつかない薬剤師の訪問業務に対して、周囲の理解はほとんどなかったという。以来18年間、現在も引き続き、坂上医師が訪問診療を行っている患者を中心に、1か月30名～50名の患者宅への訪問業務を行っている。

以下、七嶋氏の国立病院長崎医療センター入職から現在に至るまでを以下の表にまとめた。

年号	西暦	年齢	個人的イベント	関連事項
昭和 63 年	1988 年	22 歳	国立病院長崎医療センター入職	
平成 7 年	1995 年	29 歳	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 修士課程入学	
平成 9 年	1997 年	31 歳	薬学修士号取得 国立病院長崎医療センター退職 ななしま薬局開局(開局当初より在宅 医療に関わる)	
平成 12 年	2000 年	34 歳		介護保険制度は じまる
平成 17 年	2005 年	37 歳	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 博士課程入学	
平成 18 年	2006 年	40 歳	薬学博士号取得 長崎県薬剤師会・長崎市薬剤師会入会	
平成 19 年	2007 年	41 歳		P-ネット活動開 始
平成 22 年	2010 年	44 歳	P-ネット入会	
平成 28 年	2016 年	50 歳	長崎県薬剤師会常務理事・学校薬剤師 部会長 長崎市薬剤師会理事	

第 4 項 調査方法および分析方法：縦断的研究

調査は、インタビューおよび、七嶋氏が行う患者宅への訪問に同行し、参与観察を行った。

インタビューは、質問の項目をはっきりと決めずに、これまでの七嶋氏の薬剤師としての患者との関わりや実践について振り返り、自由に語ってもらった対話形式で行った。インタビューは、ななしま薬局の控室や、患者宅への訪問途中の移動の車の中で行った。常に 1 対 1 というわけではなく、薬局の事務員がいたり、ななしま薬局で実習をしていた薬学部の学生がいたり、薬局で使用する機器メーカーの営業マンがいたり、というように、日常的な音が周囲にあり、また周囲には日常的に七嶋氏と関わる人が席を外すことなくいつもと変わらずにいたりという、七嶋氏が日々送る日常の中でインタビューを行った。IC レコーダーによる録音したインタビューは、2014 年 9 月 2 日 (1 時間 25 分)、2015 年 7 月 30 日 (1 時間 10 分) の 2 回行い、計 2 時間 35 分であった。録音データから逐語録を作成した。また、車中でのインタビューは、筆者がフィールドノートに記録にした。

訪問同行は、2014年9月2日～5日、2015年5月20日～21日、2015年7月30日の計6日間行った。実際に患者宅への訪問に同行した患者数は自宅居住者13名（うち2名は2回訪問）、2施設への訪問も同行した。患者宅での参与観察を行うにあたっては、七嶋氏から患者、または患者家族に、研究者である筆者が同行することを事前に、または訪問時に口頭にて説明し、了解を得た上で行った。がん終末期の患者1名を含め3名からは訪問同行についての許可は得られなかったため、その場合は車中で待機した。参与観察の際には、筆者も七嶋氏と患者または患者家族との会話に加わることもあり、また必要に応じて直接患者や患者家族に質問を随時行った。患者宅ではICレコーダーによる録音は行わず、筆者のフィールドノートに訪問時の様子の記述を行った。フィールドノートへの手書きの記録をもとに、エスノグラフィックな記述を行った。この文章化された記述を「フィールドノートの記述」として文中では表現している。

本節では、理論的枠組みとして「生活化」および「省察的実践家」という概念を踏まえて論考する。分析の詳細は以下の通りである。録音データから作成された逐語録を十分に読み込み、七嶋氏と患者との関わり、実践に関する内容を抽出し、医療システムの枠組みの中で行っていた七嶋氏の実践が、役割と実践の「脱限定化」、すなわち、医療システムと生活との界面に立ち、薬剤師である自らが「生活化」し、患者が医療を「生活化」していくことを支援していくというパラダイムシフトの様子について、考察を加えながら解釈を重ね、概念を生成した（第4項、第5項）。また、参与観察を行った際の筆者のフィールドノートにおける記述が、生成された概念を説明する上での資料となると考え、フィールドノートの記述も分析対象とした。このフィールドノートの記述は、ゴシック体とし、枠線で囲って提示し、インタビューデータと同様に概念生成を行った（第6項、第7項）。生成された概念名は、第4項、第5項、第6項および第7項において、項のタイトルとして提示した。また、文中の斜体はインタビューにおける語りを示す。最後に、七嶋氏の「生活化」した薬剤師としての実践理論について、ショーンの提唱する「省察的実践家」という専門家理論を参照し検討を行った（第8項）。

第5項 病院での「個」がない薬剤師

[1] 聴診器を介した「薬」から「疾患をもつ患者」への興味の移行

七嶋氏は、1988年（昭和63年）薬学部卒業後国立病院の薬剤部に入職し薬剤師としてのキャリアをスタートした。1988年というのは病院勤務の薬剤師にとって、業務を行う上での転換期でもあった。この年の診療報酬改定で、入院調剤技術基本料（現、薬剤管理指導料）⁵⁹、いわゆる「100点業務」が認められた。診療報酬における1点は10円を意味する。すなわち、薬剤師が入院する患者のベッドサイドに行き直接服薬指導を行うことにより、1000円の報酬をもらえるという制度である。これは月1回のみ算定できた。それまで調剤室内での

⁵⁹ 一定の業務基準を満たし、施設基準の承認を受けた300床以上の病院において、医師の同意を得て、患者に直接服薬指導を行った場合に算定できる [小村 2011, 111]。

みで業務を行っていた薬剤師が病棟に上がり、患者のベッドサイドで直接服薬指導を行うことにより診療報酬が認められるという当時の薬剤師にとっては画期的な評価であった。しかし小村 [小村 2011, 111]は、100点業務が認められた当時について、『薬剤師が病棟に上がる』こと自体に、病棟側も薬剤部(科)側も歓迎しない状況にあった。病棟側とすれば、薬剤師といえばこれまで薬剤部(科)の調剤室に籠りきりで、薬を数えて袋に詰めるか、入院患者用に1回服用分ずつパック詰めしていること以外ほとんど知らない。その薬剤師が病棟に上がって来て何をするのか(その意義も含めて)理解できなかつただろうし、薬剤部(科)側にしても、外来患者と入院患者の調剤で手いっぱい状態で、『病棟に上がって新しい仕事をしたい』と薬剤師に申し出られても、『それより先にすることがあるだろう』と却下せざるをえなかつた」と記述している。100点業務の取り組みへの開始時期は病院によって異なっており、七嶋氏が入職した病院は、日本全国の病院の中でも率先して100点業務を取り組んだ病院のひとつだといえる。筆者が勤務していた東京都内の某大学病院は、準備期間に数年を要し、1994年より薬剤師の病棟業務が始まったと記憶している。入院調剤技術基本料が認められてからすでに6年が経過していたということになる。1988年の制度導入以来、2年ごとに行われる診療報酬改定に伴い、入院調剤技術基本料は上向きに見直され、1996年には600点(月1回)に引き上げられ、このとき「薬剤管理指導料」と名称は変更された。算定される病院の条件も、「20床以上、常勤薬剤師が1人以上配置されていること」と緩和され、現在では薬剤管理指導料は病院薬剤師にとっての日常業務のひとつとなっている。

七嶋氏は、入職して3年が経った25歳頃に病棟を担当するようになり、それに伴い医師の回診にも同行する機会を得た。そのときの経験について以下のように語った。

うちの松山先生(仮名)は、そのときの内科医長だったんです。で、その先生が、ラウンド、回診のときに、東2階病棟というところで、研修医も20人くらいいて、ずらーと回診するんですよ。で、主治医が説明して、七嶋、この患者薬なんぼのんでる？え、これとこれと飲んでますって、お、そうかって、お前この患者に医療人としてどんな責任をとっているんだって振られたんです。僕は薬剤師として、主治医が出した薬を当然間違わなく、調剤して、で、きちんと飲むようにするのが僕の責任だと思ってますって言うたら、患者の前でぼろくそに怒られたんです。

このぼろくそに怒られる経験というのは、「処方通りに間違いなく調剤し、間違いなく患者に飲ませる」ことが薬剤師業務だと考えていた七嶋氏の薬剤師業務の固定観念を取り払う経験にもなっている。そして、それは薬剤師のもつ固定観念だけではなく、病院内の医師の薬剤師に対する固定観念だったともいえる。

ま、医者っていうのがいたから、その世界を守っていたっていうのもあると思うんですけ

ど、松山先生はそうじゃなかった。じゃあ、お前はこの患者の血圧知っとんのかって聞かれて、いや、知りませんって、じゃ、お前が出したこの患者の薬を見ただけで高血圧っていうのは、そりゃわかるわな、はい、わかります。じゃ、この高血圧の患者の血圧が今なれば血圧があるのか、なんでそこに興味をもたんのだって。

七嶋氏の語りにある「医師っていうのがいたから、その世界を守っていた」とは、薬の効果確認というものは、医師のみが行うことが許され、そこに他の職種が入る必要はないという、閉じられた医師の守るべき業務テリトリーの存在を意味し、医師にとって薬剤師とは処方通りに薬を用意してくれたらいいという考えがあると七嶋氏は認識していたと思われる。しかし、「松山先生はそうじゃなかった」という語りにみられるように、松山医師は、医師の業務テリトリーの扉を「怒る」という表現方法で七嶋氏に開けたのである。

ぼろくそに怒られたとき、通常は「怒られた」ということが、心理的な負の経験としてどまってしまうことも多い。しかし、その言葉の意味解釈を行うことで推察されるのは、その経験がその後の七嶋氏の薬剤師としての人生に大きな影響を与えていたということである。松山医師は、七嶋氏に薬剤師の業務は「薬を調剤して終わり」なのではなく、その後の薬を服用した患者に起こるべく薬の効果になぜ興味をもたないのかという点を指摘した。これは当時の多くの薬剤師が調剤ミスを起こさずに調剤するかということに重点を置いて業務を行っていたことを考えると、薬剤師の発想にはない指摘である。すなわち、患者が服用する薬を用意するところまでが薬剤師の仕事であり、医師の処方とおりに間違いなく薬を用意することが当時の薬剤師にとっては最重要であったため、薬を服用した後の患者への視点が欠落していた。もちろん、嚥下機能の低下などの理由から錠剤の服用が困難な患者には、錠剤の製剤上の特性を踏まえながら粉碎する、または散剤への剤型変更を医師に提案するといったような調剤上の工夫を行うことも重要な業務であったが、それについても、「服用する患者」というのは時間軸の中で静止した患者への関心であり、その後の薬を服用してどうなったのか、という時間軸の中で動き続ける患者へ視点は欠落していると言わざるを得ない。

お前、薬に興味をもっとるだけだろうが。その人に興味をもてば、その人の血圧がどうだったのか、とか、朝頭が痛くなかったかな、とか、副作用出てないかな、とか、そういうところに興味ができるはずだって。お前、聴診器買ってこいって。

「薬に興味をもっとるだけだろうが」という松山医師の言葉は、薬剤師の視野狭窄を指摘しているといえる。そして松山医師は、「聴診器を買ってこい」と七嶋氏に言った。薬剤師の病棟業務が始まったばかりのころである。この松山医師のような発言を当時薬剤師に行った医師の存在は珍しい。過去から未来へと続く時間軸を常に前進し続けている患者は、ある時点で薬を服用し、その後も時間は経過していく。その人に興味を持てば薬を服用した後

の患者の体調や副作用に興味が出るはずだ、と松山医師は七嶋氏に伝えている。すなわち、服用した時点とその後への関心の必要性を説いている。そしてそのための道具として「聴診器」が提示されている。

(聴診器の使い方は) 教えてくれないんです。見様見真似からはじまって、その頃はテープからですね。腸音のテープとか、肺音のテープとか、それをずーと、車の中で、ずーと聴いてました。で、比較していくっていうことですね。この音だったら、これだって。で、研修医とつるんで、今、平戸の内科医長しているのとか、諫早の院長しているのとかとつるんで、一緒に遊んでました。で、一緒に病棟の患者のところに行って、研修医だったら僕言えるんです。血圧測らせてとか、ちょっと聞かせて、とか。

しかし、松山医師は聴診器の使い方を教えるわけではなく、七嶋氏は見様見真似で使い方を学んでいった。何度も腸音のテープや肺音のテープを聴くことで、音の比較をしながら自分の中で感覚を身に着けていった。松山医師に怒鳴られた経験は、七嶋氏のプライドは傷ついたはずである。なぜならば、薬剤師としての仕事を自分はしているという認識があったからである。しかも、松山医師から聴診器の使い方を教えてもらえるわけではない。一緒に松山医師の回診についていた研修医とともに「一緒に遊んでました」という表現から、七嶋氏が楽しみながら聴診器の使い方を学んでいる様子うかがえる。子どもが初めて手にした道具の使い方を学ぶ姿勢に近い。しかし、なぜ教えてもらえないのかという考えもよぎったのではないだろうか。また、「**研修医だったら僕言えるんです**」という語りからは、病院内における医師と薬剤師との関係を暗に物語っているともいえる。理学療法士であり医療人類学の研究者である沖田 [沖田 2014, 130] は、理学療法士のサファリングに関連して、医療専門家間に職位によるヒエラルキーに基づく専門家間における「敷居の高さ」についても触れていた。七嶋氏の語りからは、医師と薬剤師との間に生じる敷居から、サファリングが生じていたともとらえられる。では、ここで生じていたサファリングから次にどのような行動を七嶋氏はとったのか。「**研修医だったら僕言えるんです**」という語りのように、相手が研修医であるときには、仲間という意識も強いのか、医師と薬剤師との間の敷居の高さを感じることはなかった。社会学者の松繁 [松繁 2014] は、医療専門家のサファリングの要因には領域の分断があると述べた。ここでの七嶋氏の行動を多職種の「越境」行動ととらえるのだとしたら、職種が異なっても、互いに学ぶ立場であるという意識がある場合は、敷居は高くなく、「越境」は難なく行うことができるともとらえられる。

この前久しぶりに松山先生に会って、先生が怖くしてくれたからよかったって言ったら、お前だけだったもんね、俺に食いついてきたのはって。毎週金曜日に朝8時からカンファレンスがあって、そのカンファレンスでも、ドクター向けにちゃんと薬の説明をするとか、そういうことをさせられたし。だから、その先生が、僕の医療人としての父親ですよ。

この語りから推察するに、七嶋氏のみが松山医師の期待に応えた若き薬剤師だったのだろう。松山医師が「怒る」ことで伝えたかったのは、医療人である薬剤師として薬を服用した後の患者に関心をもつことの重要性であった。七嶋氏が松山医師を「*僕の医療人としての父親*」と語るように、松山医師は七嶋氏の医療者としての一側面を形成する上で重要な存在であったことは間違いない。しかし、あくまでも一側面にすぎない。

[2] 薬の専門家としての役割認識

患者に興味をもつことの重要性を松山医師からたたきこまれたものの、その患者は病院という管理体制の整った箱の中にいる患者A、患者Bという存在であり、互いにその役割を演じている中での関係性に過ぎなかったのではないかと考えられる。病院においては、薬剤師も医師、看護師と同様に患者のカルテを閲覧することが可能であることから、患者について知るためにはカルテを読めば患者に聞く必要がない、と語った。

どうだったでしょうかね。なんででしょうね。あんまり、記憶はないんですけど。病院の時は、病歴もなんでもカルテに書いてあるから、読めば聞く必要なかった。

カルテにおける記述とは、あくまでも、「患者」としての記述であり、それは「疾患をもつ人」に関するものである。おそらく、体温、血圧、脈拍といった生命体としての活動を示す数値や、食事、排泄、移動、入浴といった行為・行動、すなわちADL⁶⁰ (Activities of Daily Living) が一目でわかるようなレベルを示す数値、薬の副作用の有無、そして病態変化に関する記述であろう。すなわち、薬を服用する患者として必要とする情報についてはカルテに記載された記録は必要不可欠なものであり、十分な情報源となるのであろう。また、患者への関心についても、「患者の変化する血圧に関心をもつ」といったように、いわば「患者の疾患にとまなう関心」ともとらえられる。その患者自身の人物像への関心というものは、さして強いものではなく、病院という場が患者の生活とは切り離されていることも大きく影響することが考えられる。

七嶋：聞く必要がない。カルテに全部書いてあったから。だから、あんまり、患者さんの過去の話の聞いたり・・・あ、ま、仲良くなった場合に、その、立ち話とかで聞くことはあっても、こっちから取り立てて、こう、なんか教えてっていうような、ことよりは、ほんとに薬屋さん、薬の説明をしてくれる、これを飲んだらこうなりますよ、あなたはこんな病気だから、これを飲まないといけませんよね、そうしないと、あなたの将来、5年後10年後はこうなりますよっていうのを平気で言える。

菊地：うんうん。

⁶⁰ 『日常生活動作』と訳される。

七嶋：だから、ほんとに「薬剤師」っていう仕事をしていた。

菊地：なるほど。結局、病院の中にいる患者さんに向かって話をしているような感じですよ。

七嶋：そうです。だから患者さんから1回言われたことがあります。

菊地：なんて？

七嶋：先生は、先生の言葉でしゃべってないよね。

菊地：ほんとですか？

七嶋：国立病院っていうバックがあるんですよ。それがしゃべらせてるんですよ。だから上から目線でしか、患者に話せないんですよ。

菊地：個人じゃないんですね。

七嶋：僕の七嶋和孝の言葉じゃなくって、国立病院で勤務している七嶋和孝の言葉なんです。僕っていうのは3番目なんです。

菊地：代用できる存在になるってことですよ。

七嶋：はい。だから、国立病院のだれそれさんでもいいわけですよ。その病院に勤務している薬剤師の先生だったらいいんですよ。

菊地：個は薄れてますね。

七嶋：はい、個はないです。だから、僕たちも個はないから、病院がこっちの治療方針、ドクターの治療方針のままでしか動かない。

菊地：だけど、それが正しいと思っているんですよ。

七嶋：結局、病院の薬剤師だったら、いいよね、1日3回、そのまま。食前30分に飲むと血中濃度はこうなりますからね、あなたたちの5年後、10年後のことを考えたら、直前にちゃんと飲まないでダメでしょっていうのを平気で言っていました。

この語りのように、七嶋氏は、病院または医師の治療方針のままに、あたかも自動設定された行動パターンに従い動いていたともいえる。「病院の薬剤師だったら、いいよね、1日3回、そのまま。食前30分に飲むと血中濃度はこうなりますからね。あなたたちの5年後、10年後のことを考えたら、直前にちゃんと飲まないでダメでしょっていうのを平気で言っていました」と語るように、薬の服用を用法通りに伝え、守らなければ将来に影響するからという理由を付け加え、病院の中での「薬剤師の役割」を当然のこととして果たしていた。

また、社会学者タルコット・パーソンズ [パーソンズ 1974, 432]の「病人役割理論」によると、病気になった人間は病人役割という役割を受け入れ、演ずるようになるという。この病人役割は、回復可能な急性の疾患に当てはまるとされているが、まさに七嶋氏が勤務していた病院は、急性期の国立病院であった。「僕たちも個はないから、病院がこっちの治療方針、ドクターの治療方針のままでしか動かない」と語るように、医師の全面的な主導権、そしてそれに対して患者は服従すべきとするのは、病院という規律社会において、そこに疑う余地がなかったともいえる。そのため、薬剤師としての病人役割を演じる患者への説明は、

個人としての言葉ではなく、医師の指示に基づく国立病院に勤務する一薬剤師の言葉に過ぎなかったとも解釈される。

なんか、治してあげてるよ、って、病院にいたときそうだったんだけど、治してあげてるよっていう上から目線がどっかにあったかなって。今からこう 30 年前を振りかえったときに、なんかそういうことがあったのかなっている気がなきにしもあらず。

そして「上から目線」という表現からは、病院においては、患者を薬物治療の対象者というまなざしで見ていることがうかがわれる。

現在の病棟薬剤師の姿は七嶋氏が語る姿とは幾分異なっている。しかし、病院という「場」は、薬剤師に対して、自らの役割を限定させようとする力が働いていることに変わりはないようである。社会学者の小村 [小村 2011] は、様々な「場」で働く薬剤師を追ってフィールドワークを行った。その中で、病棟薬剤師へインタビューから導かれた患者と薬剤師との関係についての記述は興味深い。「患者は自分の検査データにきわめて敏感であり、あくまでも業務の範囲を『薬に関連すること』に限定しようとする薬剤師に対して、自分の検査データおよび症状に関する認識や関心の程度をうかがいながら、『自分に対して薬剤師はどこまでやってくれるのか』探ろうとする患者行動もしばしば見受けられる [小村 2011, 128]」のだという。このように、患者側からは、薬剤師に対して「薬に限定しない関係を求める」行動を示しているのである。また、がん患者が副作用の強い化学療法を行っているときに、患者のもとを訪れて状態を尋ねる薬剤師に対して、「医師に対するものとは別種の信頼感」を抱くようになる [小村 2011, 127] という。しかし、薬剤師は自らの業務を「薬に関連すること」に限定しようとしているのだという。また、病棟での穏やかな業務として小村 [小村 2011, 129] は病状の落ち着いた入院患者への服薬状況の確認や配薬について紹介している。「患者は担当薬剤師の訪問を待っている場合も多く、様々な質問や相談の他、私的なおしゃべりをしてくることも多いという。薬剤師はこのようなときには、逆に会話の内容を薬のことに集約しようとするが、『患者さんに捕まってしまう』状況がしばしば発生している」という。「実際には、薬剤師は限られた時間の中で、患者を訪問しているという現状があり、穏やかな表情で訪問はしているが、薬剤師の心中は『穏やかな業務』とはいえないかもしれない」と記述している。すなわち、薬剤師は薬についての話に集約したいにもかかわらず、患者は薬についての話に集約したくない、という平行線の構造がそこにある。長い時間をベッドの上で過ごす入院患者にとって、ベッドサイドに現れる人は誰でも、格好の話し相手となるのであろう。あくまでも推察であるが、薬剤師一人ひとりが患者の「おしゃべり」を時間の無駄と考えるのか、または患者を知るための有益な時間と考えるのかは、個人によって異なるであろう。筆者が 7 年前にインタビューした薬剤師⁶¹は、退院した患者のその後の生

⁶¹ 筆者が修士論文執筆のために行った研究でのインタビューに協力してくれた在宅緩和ケアにかかわる薬剤師の方を指す。

活の様子が気になり、看護師が患者宅を訪問する機会があったときに、看護師に頼んで同行させてもらったと語っていた。しかし、小村の記述から読み取れるのは、患者とは薬の話に集約させたい、薬剤師は薬の専門家である、と考えている薬剤師の語りが多かったということである。

小村 [小村 2011, 131]は、医師と薬剤師の関係についてドクターカンファレンスの様子から、「そこに参加する病院における薬剤師と医師との関係は、薬剤師からみれば「医師を十全に機能させるために参加しているのであり」、医師は「薬剤師の専門分担の知識を利用するために参加をよびかけているという、『互いの機能と役割を理解して利用する関係性』といえるだろう」と指摘している。このとき、医師がその診療科の「スペシャリスト」であるとしたら、薬剤師は、「ジェネラリスト」であることが期待されると小村は指摘する。それは、患者は様々な診療科から処方された薬を服用し、多くの患者が一つの臓器だけを患って入院しているわけではないという観点からである。

このように、患者また医師からは、患者を多面的にとらえるジェネラリストとしての薬剤師の役割を期待する一方で、薬剤師自身が薬剤師とは「薬に関することを専門に行う医療職」という役割意識にとらわれていることも考えられる。そして、小村 [小村 2011, 132]によると、「かれらの医療専門職としての自己認識は強く『それだけ仕事をこなしている』という自負も薬剤部内で共有されている。だが、薬剤部を取り囲むほかの部署からの評価は、薬剤師の自己認識に見合ったものではない」という。これを小村は自己の職業に対する「ねじれた自己認識」と表現する。この薬剤師の「ねじれた自己認識」もサファリングを生むことにつながるとも考えられる⁶²。

七嶋氏の語り、そして小村の病院に勤務する薬剤師に関する記述から、薬剤師は、「薬の専門家」としての役割を担うことが最も重要だと認識し、それは様々な医療専門職が働く病院という「場」であるからこそ、一層彼らの役割認識が「限定」されるのではないかと考える。

[3] 「個」を埋没化させ「後ろ盾」となる病院という場

七嶋氏の「**国立病院**っていうバックがあるんですよ。それがしゃべらせてるんですよ」という語りにある「**国立病院**というバック」とは、七嶋氏の「個」を埋没化させ、病院薬剤師という専門職の枠組みを与えていた。「バック」とは「後ろ盾」という意味である。「国立病院というバック」は、薬剤師の「個」を埋没化させ、「後ろ盾」となって薬剤師を守る存在ともなりうる。七嶋氏の語りを借りれば、薬剤師の発する言葉は、病院や医師の治療方針に従ったものであり、そこには薬剤師の言葉はない。

また、七嶋氏は病棟業務に就いた当時の内科医長の松山医師について、「**僕の医療人としての父親ですよ。その先生がいなかったら、僕病棟とかに興味もたなかったと思います。で、**

⁶² 在宅医療にかかわる薬剤師の「ねじれた自己認識」については、第4章第3節第4項において記述した。

治す喜びっていうのを知りました」と語った。松山医師は、七嶋氏に聴診器を買うよう指示した医師である。指導する立場である医師の存在を父親と表現することは、逆説的ではあるが自らを子どもという存在ととらえ、病院という枠組みの中で、守られる存在であることを示唆しているとも考えられる。それは年齢的にもまだ若い七嶋氏自らが無意識に作り上げている枠組みでもある可能性もある。そして、「治す喜びっていうのを知りました」という語りのように、薬剤師としての成長を実感できる場であり、病院は薬剤師としての成長の「場」として七嶋氏を守ってくれていたととらえることも可能である。

小村 [小村 2011, 134-135]は「患者への責任」という視点から、医療事故が起こったときに、これまで日本においては、医師に対して責任を問い、その陰に隠れる形で患者への責任から免責されてきた薬剤師に対して、「患者への責任を負わざるを得ないものと覚悟して入ることが必要である」と述べる。そして「日本の医療システムに潜在する多くの困難な問題や矛盾に遭遇し、(中略)「患者」という「他者」への責任を実感するためには、「患者」のそばに行くことが最も効果的である」と述べる。

病院に勤務していた当時の七嶋氏は、患者のそばに行くという実質的な行動はしていた。ベッドサイドに赴き、服薬指導を行っていた。しかし、「そば」という言葉は、物理的な距離だけを意味するのではなく、心理的な距離も意味する。「他者」への責任を実感するというのは、庇護される立場から脱却することも意味しているのではないかと考える。

続く第6項においては、病院を退職し薬局を開局した七嶋氏の薬局薬剤師として「患者のそばに行く」ことについて分析を行う。

第6項 生活する患者のそばに行く

[1] 患者の「生活」へのまなざし

七嶋氏は、病院での病棟勤務を続ける中で、週末や夜に病院に呼ばれて患者の家族に薬の説明することや、患者に渡す手書きの薬の説明書の作成を通して、「薬剤師として」患者としっかりと向き合っていることを自分なりに実感していたことが次の語りから読み取れる。公務員として働くことを希望し、時間外勤務がないことを想定して始めた病院での勤務だったが、実際は、休みの日や夜に病院に呼ばれることもあったという。

自分の担当患者の家族が来たから、薬の説明をしてほしいって、土日、夜も関わらず呼ばれたりする。これって俺のやりたかったほう向いてないよね。でも、自分がそれをやらなきゃいけないし、やっぱり、そういうところで頼ってくれる仲間がいるんだったら、結果としてあんまり家にいても何もすることもないから。で、病棟がだんだんと面白くなってきたんですよね。一人ひとりに言葉を作って言える、最初はマニュアル通りですよ。今の薬情みたいに印刷されているのはないから、実際に実薬を貼って、見せて、っていうような形でやってた。で、そういうものを手作りですとやって、あの、今はもう印刷されたら、全部言葉は必要じゃないじゃないですか。でも、その時は全部手書きだったですよ。だから、そ

の患者のための、病気に合わせた言葉だけだったんですよね。ま、当時は飲む時間帯と、薬の効果しか手書きで作れなかったけど、やっぱり、こういうの好きなんだなって思ったんです。で、僕が、あのお、そう思いだした頃に、坂上（仮名）先生に声をかけられた。

そして、「一人ひとりに言葉を作って」、「実際に実薬を貼って、見せて、っていうような形でやってた。で、そういうものを手作りですっとやってて」、という語りのように、服薬に対する患者の理解を促進させるために、患者一人ひとりに手作りで説明書を作ることを病棟で行い、「こういうの好きなんだなって思ったんです」と、患者一人ひとりに合わせてわかりやすく説明していくようなことが自分は好きだという気づきがあった。そして、ちょうどその頃、訪問診療を行うクリニックを開業するにあたり、訪問業務を行う薬局を求めている坂上医師からの誘いがあり、薬局を開局する転機が訪れた。しかし、開局当時に患者との関わりにおいて、出鼻をくじかれた経験について次のように語った。

なめてたんですよ。なんか。説明も病院でちゃんとやってるし、できるし、とか。そういうところを考えてた……。それで出鼻をくじかれたのが、患者さんから、先生のしゃべり方怖いって。決して間違っていないけども、その人のためじゃなくて、自分の意見を押し付けているだけなんです。それを言われたときにハッとして、俺このままじゃだめだって。逆に患者さんを傷つけてしまうって思って……。

このように、薬局を開局してまもなく、七嶋氏は患者から「先生のしゃべり方怖い」と言われてハッとしたと語った。そして患者に対する自分の発言を「自分の意見を押し付けている」と表現した。この態度は、まさに国立病院勤務時代に無意識のうちに形成されていた態度ではないかと考えられる。病院という「場」において、患者は病人としての役割を演じ、病院という規律社会の中において道徳的に服従するようふるまう。この病人役割とは、急性期病院において特徴的にみられ、慢性疾患患者には適応できないとされている [パーソンズ 1974, 432]。患者は、医療者との関係においては「患者」であるが、それは医療者からとらえた姿に過ぎない。医療者との関係以外においては、普通に暮らすひとりの生活者なのである。そして、彼らの多くは慢性疾患とともに生活をしているのである。とりわけ、在宅医療において、医療者は患者の家で患者と関わる。病院と同じような態度、口調は、病院内では当然とされていたとしても、患者の家という「場」においては通用しないことを物語っているといえる。そして、患者の気持ちを考えることを次のように語った。

それで……勉強したのがカウンセリングなんです。

勉強し始めて、相手を敬う気持ちっていうそういうものが大事なんだって。そうしないと、相手は一向に心開いてくれないなって、いうことにやっと気づいたかな。

また、七嶋氏は日本プライマリ・ケア連合学会の研修会での医師青山（仮名）氏の講演が非常に強く印象に残っていると語り、国立病院勤務時代、七嶋氏に薬剤師の業務は「薬を調剤して終わり」なのではなく、その後の薬を服用した患者に起こるべく薬の効果になぜ興味をもたないのか、という点を指摘した医師松山氏との出会いを第一のターニングポイントとしたとき、青山氏の講演は第二のターニングポイントであると語った。そして、青山氏の講演の内容を七嶋氏自身が以下のように語っていた。

人に興味があるんだったら、その病気をもった人を人としてみれるはずだよなって。お前らがやっているのは事情聴取っていうんだよ、って。血圧はいくつでしたか？昨日何食べましたか？運動してますか？とか、ね、そういう、ストレスはないですか？そういうことばかり、血圧が高いっていうその周辺だけしか聞けてない、血圧が高い A さんっていう、A さんを見てないから、そういうことができるんだろって。

「病気をもった人」という視点は、「疾患」から「人」への関心の移行でもある。「人に興味があるんだったら、その病気をもった人を人としてみれるはずだよなって」という青山氏の言葉を七嶋氏は語ったが、「人を見る」ということは、眼前の人を患者という烙印から解放させる視点ともいえる。

薬剤師として患者と関わる時、まず「薬」というものを介する。薬には、用法・用量が添付文書に記載され、処方箋においても、用法・用量が医師からの指示として出される。そして薬剤師は、患者に薬の正しい飲み方、使い方を間違いなく説明する。病院に勤務していたころ、患者にわかりやすく薬の説明をするということを熱心に行っていたが、それは、やはり「薬の説明」という域を超えるものではなかったことも考えられる。しかし、現在の七嶋氏はさらに別の視点の重要性について語った。次の語りからは、「疾患」から「人」への関心の移行を表していると考えられる。

風邪ひくから用心しときなさい、ちゃんと生活をしたほうが大事ですよって、薬の効能よりも絶対そっちのほうが大事じゃないですか。じゃ、飲まなかったら症状がひどくなるから、きっちり飲んでね、でもなると、ひきやすくなるからこうしてね、って相手の生活に合わせた指導の仕方、それが大事かなってというのは感じます。

語りからは「ちゃんと生活をしたほうが大事ですよって、薬の効能よりも絶対そっちのほうが大事じゃないですか」という生活へのまなざしがうかがわれた。これは、国立病院勤務時代の患者へのまなざしとは大きく違い、生活する患者と接することにより獲得されたまなざしといえよう。生活と医療システムとの関係において、生活が主、医療システムが従という自身の考えが現在の七嶋氏にはあることがうかがわれる。

生活と医療システムとの関係性について、「医療の生活化」という概念と照らし合わせて

さらに考えてみたい。文化人類学者の阿部 [阿部, 生活の場からの発想 医療システムと生活知 2014, 73]は、「私たちは病気に関わる時、生活と医療システムとの界面に立つことになる。生活の外部で体系化され生活とは異なる論理や目的をもつ医療システムと交渉し、医療システムが提供するものを生活の場の必要や価値観に適合する形で取り込まなければならない。その際、既存の生活の仕方にも何らかの変化が起こり得ることはいうまでもない。それが『生活化』ということだ」と述べ、医療の「生活化」に生活者がどのようなことをすればよいのかを考察している。そして、生活者が治療について医療者と協働する形で治療に主体的に取り組むこと、そして、生活化した病気観をもっていれば医療者を権力をもつ強者とみなして従うのではなく、協働を実現できるようになるだろうと、生活者が医療とどのように関わるか、という視点を述べている。一方で、この阿部の提唱する「医療の生活化」とは、「医療システムと生活では、目的も論理（価値観や方法）も異なり、医療現場では、医療システムの担い手としての医療者も生活者としての病者とともに医療システムと生活の境界＝界面に立たざるを得ない」と医療者の立ち位置について言及する。主に七嶋氏の語りからは、病院に勤務していたときには、「**治す喜びっていうのを知りました**」という語りのように、医療システム側から患者を捉えていた。しかし、在宅医療に関わるようになった七嶋氏の立ち位置はやや変わってきていることが次の語りからもわかる。

在宅になって、ゴールがああ、見え隠れしている人たちに、そういうのを押し付けるより、その人たちが今からどうしていきたくていう気持ちをわかってあげられる、そっちのほうが、僕は・・・あ、在宅としてはいいのかなって、個人的には思います。

すなわち、「その人たちが今からどうしていきたくていう気持ちをわかってあげられる、そっちのほうが、僕は・・・あ、在宅としてはいいのかなって、個人的には思います」という語りは、医療者が生活者としての病者とともに医療システムと生活の境界に立つ姿を提示しているのではないかと考える。

現在、在宅医療を受ける患者は、歩行が困難であったりすることから病院への受診が困難となった患者が対象となるため、高齢者が多い。医療者が患者の自宅を訪問するということは、生活が「医療化」されているともとらえられる。イヴァン・イリッチ [イリッチ 1998, 64]は高齢者について、「たとえば老年は、特権、あるいは哀れむべき終末と考えられたが、決して病気とは考えられていなかったのに、最近では医師の指示の下におかれることになってしまった。老人ケアに対する要求は大きい、それは生存する老人が多いという理由からよりは、老年は治療されるべきだと主張する老人が増えたからである」と述べる。医療の発達により、出生時の余命は増加し平均寿命が延びたが、15歳から64歳の人々の平均余命は停滞、65歳における平均余命はこの1世紀変わっていないことから、相対的に老人が増えているとイリッチは指摘する [イリッチ 1998, 65]。そして、医学は老化に結びついた疾患に対しては大してなすこともないが、老人に対する大部分の医療は専門家の介入を必

要とし、治療が成功したときでも、痛みを長引かすようなこともあるとし、「老年は人口学的理由によって、ある歴史上の時点において、医療化されるべくしてされたのである [イリッチ 1998, 65]」という。「非常な金持ちと、非常に独立心のある人間だけが、自分の人生の終わりが医療化されないことを選択できるのであって、貧乏人は医療化に屈従せざるをえず、彼らの住む社会が豊かになればなるだけ医療化は極端に、かつ普遍的になるのである。老年を専門サービスを必要とする状態に変様させることによって、老人は税金で支えられた特権の種々の相対的レベルにおいて自分が収奪されているということを痛切に感じる少数者の役割を果たすこととなる」と指摘する [イリッチ 1998, 66]。そして、「多くの老人が専門家のケアをうける権利を獲得するにつれて、自ら独立して老いる機会が失われ、施設へと逃れようとする」と、高齢者が施設へと入居するということを「医療化」と指摘した [イリッチ 1998, 66]。一方で、「老人は、人口学的理由により、ある歴史上の時点において、医療化はされるべくしてされた」という指摘も重要であろう。施設への入所後1年の死亡率は、もとの環境にとどまっていた人々の死亡率に比べて高いという結果を引き合いに出し、高齢者が施設に入所するということは、それまでの日常生活とは異なった環境におかれ、独立して老いる機会が失われた環境での生活を余儀なくされていることの弊害についての問題提起と言える。

在宅医療とは、自宅に医療者が訪れ、生活が「医療化」されるともとらえられるが、しかし、彼らがおかれている生活の環境は変わらない。患者が「家」に居ることを自ら希望しているのであれば、それは「自ら独立して老いる機会」を獲得していることともとらえられる。「その人たちが今からどうしていきたくていう気持ち」を汲むことが重要だと語る七嶋氏の語りは、逆説的ではあるが、医療が提供される場が患者の生活する家という「場」であることの影響を受けているとも考えられる。すなわち、在宅医療とは、生活に医療が入り込むという状況でありながらも、患者が、医療を「生活化する」という概念を自然に想起させる環境であると言えるのではないかと考える。

しかし、高齢者が「自ら独立して老いる機会」を獲得する中で、自らの「意思」で、施設入所という選択をしたとき、それは、施設という場を自らの意思で「生活の場」と設定しているのであって、ここには新たな意味解釈を加える必要が生じる。すなわち「自宅」という概念の拡大化でもあり、施設を「生活化」すると解釈することができるのではないかとということである。施設には、自宅のような生活の歴史を刻んではない。筆者の母は、自ら望んで施設への入所を決めた。新しい部屋には家族の写真を飾り、慣れ親しんだ家具や使い慣れた食器とともに新しい生活をはじめた。施設が生活の「場」となったとき、その「場」が生活者にとって新たな生活の歴史が刻まれ続け、そして施設を「生活化」していくことも可能なのではないかと考える。

[2] 対話から導かれるバイタルチェック

現在、患者の服薬後の効果判定といった目的から薬剤師が行うバイタルチェック、フィジ

カルアセスメントに対して関心をもつ薬剤師は多い⁶³。また一般の人々も血圧計を所持し、自宅で血圧を測定する者は多い。現代社会において、自宅での血圧測定は決して珍しいことではなく、血圧の数値というものが、日常生活における体調の判断基準ともなっている。そして、患者宅を訪問する薬剤師が行うバイタルチェック、フィジカルアセスメントに対する以下の七嶋氏の語りは大変示唆に富むものである。

なんていうのかな、(バイタルサイン)研修会があって、今彼らが一生懸命やっている、できて困らないと思います。でも、それがすべてって思うことに問題があると思います。

自らは、国立病院勤務時代に、松山医師から薬剤師が聴診器を持ち、バイタルチェックを行うことの必要性を怒られながら説かれた。そして、研修医と「遊びながら」時間をかけて自己学習しながら身につけていった。七嶋氏が国立病院に勤務していた同時代に薬剤師として大学病院に勤務した経験がある筆者の目からも、聴診器を持った薬剤師が患者のベッドサイドに赴くという光景は、当時は珍しかったであろうということは容易に想像できる。松山医師からは、患者に関心をもつための道具として聴診器の必要性を説かれた。しかし、今の七嶋氏は、バイタルチェックありきではなく、まずは対話を優先し、その対話の内容を確かめるために、聴診器を使うのだという。すべての人に必ずしもバイタルチェックが必要なのではなく、必要であるかどうかは対話を通して確認するのだという。

多くのことって対話で50%できると思うんですよ。胸聞かせて、じゃなくって、ああんか呼吸が苦しいよ、ドキドキするよ、手がしびれるよ、したら、ちょっと手触らせて、とか、そこから出てくると思うんですよ。

薬剤師が血圧を測定することは、決してルーチンである必要はないのである。もちろん服用した薬の効果を判定するという大きな目的はあるが、患者との対話から何が問題なのかといったことを察知する想像力が必要であるということをも物語っているのではないだろうか。長崎在宅 Dr. ネットの医師出口雅浩氏は、薬剤師に対するフィジカルアセスメントの講義を頼まれたが断ったことがあるという経緯を説明する中で、薬剤師がフィジカルアセスメントを「やるな」というのではなく、そこに熱中し過ぎることがよくないと述べ、薬剤師が患者の状態がいつもと違うことを見つけてきてくれることはありがたいが、あくまでも診断は医師の仕事だと述べる [長崎在宅 Dr. ネット理事座談会 2012, 193]。患者に関わる医療者のひとりとして、患者の変化に気づく視点を持つことは重要である。変化を確かめるための手段としてのバイタルサインチェックであるはずが、バイタルサインチェックを行うことを優先させる風潮が仮にあるのならば、その流れに警鐘を鳴らしているともいえる。

⁶³ 第3章において記述した、筆者が行った患者に「触れる」行為に関するアンケートの結果からも、血圧測定、体温測定、SpO₂測定といった、バイタルチェックへの関心が高いことが明らかになった。

患者のもつ感覚と、その感覚を「数値化」することは、対極の関係にあるとも考えられる。患者のもつ感覚が数値化されたとき、医療者は評価しやすい。それは、いわば医療者の「ものさし」で患者を評価することである。七嶋氏の語りに出てきた、「**なんか呼吸が苦しいよ、ドキドキするよ、手がしびれるよ**」と患者が伝える感覚は、患者のもつ感覚である。その感覚を評価するために、医療者は感覚の数値化を試みる。しかし、「**多くのことって対話で50%できると思うんですよ**」という七嶋氏の語りは、感覚の数値化は常套手段ではないということを表している。この七嶋氏の語りは、患者が医療システムを利用するという患者の「医療の生活化」を主体的に行っていることを尊重している語りと解釈できる。薬剤師が訪問ルーチン業務として血圧測定を行うことは、確かに薬の効果、または副作用の確認のために必要であろう。しかし、まずは、患者がもつ感覚を聴くことから始めることが重要なのではないだろうか。それが医療者として医療システムと生活の界面に立つことを意味しているのではないかと考える。

第7項 患者の「医療の生活化」を支援する実践

医療者である薬剤師が患者宅を訪問することは生活が「医療化」されることの一部を担ぐことにもつながりかねない。しかし、七嶋氏の語りの分析を通して、患者の家という「場」において薬剤師の訪問とは、薬剤師が自らを「生活化」する、そして患者が医療を「生活化」することを支援する実践の「場」となっているのではないかという仮説である。そこで、七嶋氏の訪問の様子を分析し検討を試みる。

分析対象とするのは、吉野さん（仮名）夫妻を訪問したときの様子を記述したフィールドノートある。フィールドノートの記述は、ゴシック体とし、枠線で囲って提示する。吉野さんは、夫武一さん（80代・仮名）、妻福さん（80代・仮名）の二人暮らしである。七嶋氏は武一さんへの訪問服薬指導を目的として2週間に1回訪問している。「福さんがいないと武市さんの在宅の継続はできなかったと思う」と七嶋氏は語り、主介護者である妻福さんが武一さんの生活を支えるキーパーソンである。武市さんと福さんの住居は、長崎市の中心街より車で30分程度の距離にあり、斜度が30度ほどはありそうな坂道を幾度となく曲がりながら上った先にあった。以下、フィールドノートの記述内容から導かれた6つの概念を提示し、検討する。

[1] 医療と買い物と同じ次元にある

武市さんと福さんの住むお宅は、バス停から徒歩でどれくらいかかるのであろうか。車で訪問同行させてもらった身には、皆目見当がつかなかった。それでも20分以上はかかるであろうと推測できる。しかし、坂という条件がどれほどまでにその時間を長くさせるのか、実際に歩いてみないとわからない。

福さんは自分のことを「買い物難民」と呼んだ。坂の上に住み、近隣に店舗がない場所に住む夫婦にとって、買い物に行くことがなにより大変なのだという。武市さんの食事を

気かけながらも、食材を手に入れることに一苦労することがうかがわれた。基本的には、月に1回の福さんの内科受診に合わせて、武市さんも泌尿器科の受診もする。このときは介護タクシーを使って、大きなスーパーや商店が並ぶ町に出かける。そして、タクシーは時間単位で頼むので、このときにまとめてスーパーで買い物をするそうだ。そして週に1回の生協で宅配を頼む。野菜は裏の畑で作っている。今日の午前中も、福さんは裏の畑で農作業をしていた。畑はちょうど家の裏側にあったが、住宅街にある畑であり、本格的な家庭菜園といった趣であった。高齢の福さんが管理できる程度の規模のように見えた。「朝は毎日うちでは野菜ジュース飲むんよ。」と福さんは言った。裏の畑で採れた野菜を適当に使って、ジューサーでジュースを作る。これが毎日の日課だそうだ。

「買い物難民」ということは、それがまさしく「医療への受診難民」にもつながる。店舗もない、そして医療機関もない。しかし、農村部というわけではない。付近を見渡す限り、そこは住宅地であり、そして吉野さんご夫婦が住む住居も、建て替えをしてそれほど時間が経っていないのだろうか、広い玄関、広い廊下、車椅子でも十分に対応できるような、ゆったりとした造りの真新しい住みやすそうな住居であった。「裏の畑」という表現がしっかりと来ないような、そんな真新しい住居であった。

「買い物難民」と自らのことを捉える語りがあったが、それは同時に「医療への受診難民」を意味している。「買い物」と「医療への受診」というふたつは生活の中でどちらが上でどちらが下という関係ではなく、並列で並んでいる。医療機関への受診に合わせて買い物をするというのは、日常の定期的な営みの中に、両者を同じ次元でとらえていると解釈することができる。このような、買い物と医療への受診の日程を合わせる工夫をするという事象は、患者の「医療の生活化」とも表現できる。在宅医療で医師の訪問を受けているのは武一さんであるため、福さんは介護タクシーを使って内科を受診している。このとき、武一さんも泌尿器科を受診しているということであるが、この月1回の外出は、夫婦にとっての貴重な外出の機会のようにもとらえられる。

ここで改めて「生活」について考えてみる。「生活」とは日常的に頻繁に使われる言葉である。阿部 [阿部, 生活の場からの発想 医療システムと生活知 2014, 54-55]は、生活を「文化的生物として生きること」と定義する。また、「文化」とは「人間が後天的に生み出し共有している行動様式(情報)とそれが生み出すもののすべて」と定義する。そして、『生活』については、『人間の生命・共同性・文化の基本、そして生活自体を再生産する営み』でなければならない。生活を構成する活動には、生活物資の獲得、人間関係の維持、生老病死への対処、休養と娯楽など無数のものが含まれる。ここでは、生活の主体を『生活者』と呼び、これらの諸活動を上記の要件の充足に向けて統合する働きを『生活知』と呼ぶことにしよう。」と述べる。さらに、「生活者は社会が提供するさまざまな手段や機会を主体的に選択し統合して一個の生活の仕方を実行する。それが「生活化」である。(中略)医療システムに関しても、生活と生活者は、医療システムが提供する手段やサービスを、生活の必要や目

的に適合するよう組み入れて自分なりの生活の仕方（生き方）つまり生老病死のかたちを創り出さなければならない。それが『医療の生活化』なのである。」と述べる。

七嶋氏が吉野夫妻の自宅を訪問することは、医療サービスを自宅で受けていることに他ならない。しかし、武一さんと福さんが、何から何まで医療を家の中に持ち込まずに、自宅の外にある医療の受診という選択し、介護タクシーを利用して買い物と病院受診を一緒に行う工夫をする、武一さんの体調管理のために自宅の菜園でとれた野菜を使った野菜ジュースを毎日必ずとる、といったように、自分なりの生活の仕方を創り出している姿は、「医療の生活化」という概念でとらえることができるのではないかと考える。これは、吉野夫妻の医療サービスとの関わり方を、「医療の生活化」という概念でとらえられる。

[2] 「七嶋の集合体」として訪問する

七嶋氏は、ガラッと玄関を開けると、「こんにちは〜」と大きな声で声掛けをした。人の気配はなく、また返事もなし。私が「いらっしゃらないんですかね？」と言うと、「いやいやいるはずですよ」と答え、さっさと靴を脱ぐと玄関から上がり、勝手知ったる様子で廊下をどんどん進んで行った。私にも「どうぞどうぞ」と声をかける。「俺が言うことじゃないんですけどね」と笑いながら付け加えた。廊下の先にある部屋のドアを七嶋氏が開けたところで、福さんの少し寝ぼけた声が聞こえてきた。どうも昼寝をしていたようである。足を伸ばして寝ころべるようなソファベッドがふたつ横に並んでいて、ひとつには武市さんが横になってテレビをなんとなく、真剣みのない視線をぼんやりとテレビの画面に向けていた。その横で昼寝をしていた福さんは慌てて起きたようで、「朝、畑仕事をしとつとよ。そのあとシャワーを浴びたら寝とつたみたいねえ」と照れたように笑いながら言った。七嶋氏は私のことを「東京からきた薬剤師さんよ。今日はお母さんにどうしても会いたっていうから連れてきたよ〜」と紹介した。福さんは照れたように笑い、「あら〜、ならもうちょっと顔もきちんとしときたかったわあ」と言った。こちらを幸せな気持ちにさせてくれるような暖かい笑顔である。

七嶋氏は、玄関のチャイムを鳴らすとすぐにドアノブに手をかけ、「こんにちは〜」と言いながらドアを開けて勝手に室内へと入っていった。七嶋氏へのインタビューにおいて、「患者の家にあがる」ということについて七嶋氏と筆者との間で以下のようなやりとりがあった。第8項で述べる井上さん宅への訪問時の様子について振り返った内容である。

菊地:(笑)え?!って感じで。でも、まったくごく普通に受け入れてくれましたね。すごい受け入れの度合い。しかもどんどん入って行っちゃうし。

七嶋:そうですね。僕はこんにちはと同時に靴脱いでいるから。

菊地:靴脱いでますよね。

七嶋: だから、それがこの、ご主人からみて足掛け 3 年、ずっとまめに通い続けたからできるの
かなって。

菊地: うんうんうん。ご主人からだっておっしゃってましたからね。あの、前にいろんな話を聞いた
ときに、最初は玄関を上がるのがすごく大変なんだっておっしゃっていた方が多かったん
だけれども…

七嶋: 「こんにちは」と同時に脱ぎますからね。

菊地: 最初っからそうでした? 一番最初って覚えていますか?

七嶋: 最初っていうのはですね、あの、最初の頃っていうのは覚えてないけど、でも、僕、すみ
ません、素足なんですよ。

菊地: ああ。素足だなんて思いました。でも、その気負いのなさがいいのかもしれないです。私
逆に、患者さんのお宅に行くときは、裸足じゃいけないなって思っちゃうんですよ。

七嶋: 確かに、たまにウンコ屋敷があるんですよ。そこだけは、やっぱり靴下を履きます。ウンコ
を素足で踏む勇氣はないです。

菊地: (笑) そうですね。

七嶋: 最初は、ウツと思ってましたけど、最近は一んも思いません。普通に入って行きます。

菊地: 普通に入って行く…

七嶋: 確かに見えない壁があるんですよ。

菊地: ふーん…

七嶋: それは、壁は患者が作っているんじゃなくて、自分が作っている。

菊地: そうなのかもしれないですね。私薬剤師なんですけど、あがっていいですか? って自分で
聞いているかもしれないですね。

七嶋: だって、なんでそこで私薬剤師なんですけどって。僕は、こんにちは一、七嶋で一す、御邪
魔しま一す、ですよ。薬剤師のやの字も言いません。

菊地: あ、そうなんです。でも、患者さんたちはみんな薬剤師さんが来たって思いますよね。

七嶋: それは思いますよね。

菊地: 職種についての認識はあるんですよ。

七嶋: だから、僕は、僕は薬剤師として、どっちが大きい? 薬剤師の中の七嶋なのか、七嶋の
中の一薬剤師なのか、って考えると、僕は七嶋を、自分を大事にしたい。でも、僕は薬剤師
って言っても、ほかにいっぱいできることがある、だから、僕は薬剤師でありながら、ほか
のこともできる七嶋の集合体だってしか思っていない。

病院に勤務している頃の患者に語る言葉について七嶋氏は、「僕の七嶋和孝の言葉じゃな
くって、国立病院で勤務している七嶋和孝の言葉なんです。僕っていうのは 3 番目なん
です」と語った。すなわち、一番目は国立病院に勤務する七嶋和孝、二番目が薬剤師である七
嶋和孝、そして三番目が個人としての七嶋和孝であった。しかし、ここでは、薬剤師のやも
字も言わない、と語るように、かつては 3 番目として存在していた個人としての七嶋和孝と

して患者宅を訪問していることを語っている。2010年に筆者が行った在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師へのインタビュー調査〔菊地 2010〕では、薬剤師が訪問業務を行うにおいては、患者宅に上がることが困難であり、なかなか患者のベッドサイドまで行けないという語りが多く聞かれた。患者は、薬剤師の訪問は薬のデリバリーととらえていることが多かったためである。玄関がいわば「関所」であった。関所を通行するための「約束手形」を、初回訪問時に医師や看護師と同行したり、輸液のチューブの太さを知りたいといった口実により手に入れていた。七嶋氏は訪問を始めた当初の頃については覚えていない、と語っているが、国立病院を退職し、薬局を始めたときには今のように気楽に患者宅を訪問はできなかったと推察する。「足掛け3年、ずっとまめに通い続けたからできるのかな」という語りが示すように、現在のようなスタイルの訪問が可能となるには、相応の年月を要したものと考えられる。また、患者は薬をもって訪れる薬剤師を、「薬剤師の〇〇」と認識するであろうが、七嶋氏は、「薬剤師の七嶋」というよりも、七嶋和孝の一部が薬剤師である、という認識を持つ。

浮ヶ谷〔浮ヶ谷 2015〕は、北海道浦河町のひがし町診療所の看護師が、「注射器を打つという専門家役割のほか、フライパンをもつ料理人、鋤をもつ仕事人、趣味から派生した踊りの指導者というさまざまな役割をこなしている」姿から、「一つの役割に固定せず、自らも「生活者」として総合的、複合的な役割を展開していく生き方を見出している」と指摘する。患者の生活と、医療者の生活の場の共有されているとき、医療者が総合的、複合的な役割を展開していく生き方を見出しているのだとしたら、薬剤師として患者宅を訪問して関わるというのは、その関わりは一時的なものであり、生活の場の共有には至らない。診療所の風景としての「医療の生活化」と比較したとき、脆弱感は否めない。しかし、七嶋氏が「**僕は薬剤師でありながら、ほかのこともできる七嶋の集合体だっただけじゃない**」と語り、健康教室では高齢者に雑談を交えながら健康指導を行う指導員としての役割、小学校や中学校では、薬物の危険性について指導する教師としての役割、また自宅では料理をし、親の介護を行う息子としての役割など、「一つの役割に限定させない」という意味においては、自らも「生活者」として総合的、複合的な役割を展開していく生き方を見出しているといえる。様々な役割を持つ「七嶋の集合体」が七嶋和孝という人物そのものであり、「七嶋の集合体」である自分が患者宅を訪問しているという認識があるのだと考えられる。

〔3〕 医療と生活の界面に立つ

七嶋氏は、武市さんが寝ているソファに近づき、聴診器を当てて胸の音、お腹の音を聞いた。その後血圧を測定した。てきぱきと非常に慣れた手つきである。そして「118と52ねえ。よかとよ」と武市さんに声をかけた。武市さんはうっすらと笑みを浮かべた。七嶋氏は、福さんに「どがんと？」と聞いた。福さんは「あまり食べんとよ。この人が半分くらいしか食べられんと私も食べられんとよ。この人が全部たべたら、よう食べたねえって言うて、頭なでてあげんのよ。この人が食べたら私も食べられるけん」と答えた。食

べることが、武市さんにとって今は課題なのだろうか。七嶋氏は、食卓の上の昼食の残りに目をやった。

七嶋氏が「どがんと？」と聞くと、それに対して福さんは武一さんの食べることについて語った。「どがんと？」とは、長崎弁で「どう？」という意味であるが、この言葉には様々な意味を含ませることは可能である。体調はどうか？どこか痛いところはないか？など、「どう？」と問われたことに対して、医学的な文脈でも、生活に関する文脈でもどちらでも回答することは可能であり、患者側が選択できる。ここで、福さんは、「あまり食べんとよ」という言葉を返した。食欲の有無については、医学的な文脈としてとらえることも可能であるが、その後福さんは、「この人が半分くらいしか食べられんと私も食べられんとよ。この人が全部食べたら、よう食べたねえって言うて、頭なでてあげんのよ。この人が食べたら私も食べられるけん」と、武一さんと自分との関係性について話を続けた。すなわち、「あまり食べない」というのは、単なる医学的な文脈での食欲を意味するのではなく、夫婦関係において武一さんが食べる、食べない、ということが、妻である福さんにどのような影響を与えているのか、という生活に関する文脈で答えていたと解釈できる。

七嶋氏は、聴診器という道具を使って、医学的に大腸という臓器の動きを確認した。明らかな異常を察すれば、医師への報告をするところであるが、このとき七嶋氏は落ち着いて福さんの話を聞いていた。すなわち、医学的には医師への連絡は必要ないと判断したのであろう。福さんは、七嶋氏を単なる「薬剤師」という認識だけなのであれば、「どがんと？」と聞かれたら、食欲がないという武一さんの状態を語れば十分でもある。しかし、そこに武一さんが食べられないことが、福さんに、そして夫婦の生活にどのような影響を与えるのかに言及している。それは「七嶋という集合体」でそこに存在しているからこそ行われるやりとりではないかと考える。

[4] 役割を認識するためのスクラブ

福さんは、七嶋氏が着ている鮮やかなピンク色のスクラブ⁶⁴（上衣）が好きなのだそうだ。紺色のスクラブを着ていったときには、福さんはがっかりとするそうである。「今日はピンクでよかったわあ。ピンクが似合っている。」と言って、福さんは笑った。ピンクという色が福さんに何かを与えるのだろうか。男性薬剤師でピンク色のスクラブを着る人物は非常に珍しい。

七嶋氏は、訪問時に、鮮やかなショッキングピンクのスクラブを着ていた。後日七嶋氏に

⁶⁴ スクラブとは、V襟、半そでの医療者が着用する仕事着である。もともとは外科医が手術の時に着用していた術衣に原型があると思われるが、現在では、医師、歯科医師、看護師など医療者の多くが病院、診療所でも動きやすさという点からか白衣の代わりに着用している。色も様々であり、無地だけではなく花柄など柄物もある。また医師が診察時にスクラブの上に白衣を羽織る姿も見かける。なお、ドラッグストアでユニフォームとして薬剤師が着用しているのを散見する。

好きなスクラブの色を尋ねると、ピンクとオレンジが好きだという答えが返ってきた。しかもショッキングピンクやショッキングオレンジという鮮やかな色が好きなのだという。なぜ鮮やかな色のスクラブを着用しているのか聞いてみたところ、ピンクやオレンジは明るいイメージがあり、薬局を明るくしたかったために鮮やかな色のスクラブを着用するようになったのだという。白い白衣は着用しないのか尋ねると、薬局を開局した当時は着ていたが、すぐにやめたのだという。その後は白衣を着ずにTシャツで仕事をしていたとのことである。15年間ほどはTシャツが仕事着だったそうである。そして、5年前くらいからスクラブを着用するようになったのだという。白衣を着用しなくなった理由は、薬局で薬の説明をするときに、患者から口調が厳しいことを遠回しに指摘されたためだという。病院で約10年間患者のベッドサイドで服薬指導をしてきてそれなりの自信があった。しかし、病院で行っていたスタイルでは通用しないことに少なからず落胆し、患者とのかわり方について学ぶ必要性を痛感し、カウンセリングの研修を受けるようになった。そこで講師から言われた「俺たちは白衣で仕事をしているんじゃないよね。白衣着て、専門用語を並べて、それで患者さんが理解しているって思っていることがそもそも間違いなんだ」という言葉に大きく影響を受けたのだという。そして、自分が今行っている服薬指導とは、「専門用語を並べて患者に説明していること」であり、その行為は患者に威圧感を与えていたのだということに気づき、白衣と専門用語の二つを同時に「捨てた」のだという。病院に勤務していた頃、上司が専門用語を並べて患者に話しているのをそばで聴きながら、患者がわかるはずはないと思ったことを自分自身が忘れていたことに気づいたと語った。病院に勤務した約10年という歳月の間に、専門用語は身体にしみつき、口から出てくる言葉は無意識のうちに発していたものだった。専門用語が身体化していたともいえる。病院という「場」では、医学的な専門用語は共通言語としてその場にいる患者を含めた人びとの間に存在し、患者の理解が不十分であったとしても、病院の中では共通言語としての地位を保っている。そして患者は病人役割を演じることにより、医療者と患者とは、医療を施すものと施されるものという関係が成り立っている。しかし、病院の外では、医学的な専門用語は共通言語ではなく、患者は生活者のひとりである。医療者もまた生活者のひとりでもある。生活者にとって医学的な専門用語は難解であり、日常語ではない。「専門用語を捨てる」とは、病院では当たり前の共通語が、生活の場においては共通語でないことを認識し、生活者としての日常の共通語を用いて患者と話をすることを意味する。白衣は日常着ではなく、着ることを許される専門職、またはそれに相当する役割を持つものが、役割の象徴として身に着ける。すなわち、「白衣を捨てる」ということは、単に着衣を脱ぐという行為を意味する以上に、医療専門職である薬剤師を象徴する白衣を放棄し、患者と対等に話をする立場に立つ意思を意味していると解釈できる。さらに、七嶋氏は、患者よりも低い目線となることを意識しているという。対等であろうと意識しているだけでは、相手は「上から目線」と認識するというのだという。このように白衣と専門用語を捨て、患者よりも低い目線で関わることを意識することにより、患者は七嶋氏と話しやすいと語るようになったという。しかし、一方で、Tシャツで患

者と関わることによる弊害もあったという。それは、「信用できない」という患者からの言葉であった。しかし、それは少数意見であり、多くは「話しやすい」といった親近感とともに、肯定する言葉だったという。

「白衣」は医療専門職のユニフォームであるだけでなく、医療専門職の役割の象徴としての意味をもつ。白衣を着るということは、医療専門職としての自覚を促すことから、医療系大学では、白衣式、白衣着衣式、ホワイトコートセレモニーといった名称で、新しい白衣に袖を通し、「生涯を通じて、常に向上心を持ち、医学の進歩に貢献し、一人ひとりの患者に最善の医療を提供できる医師を目指す」といった誓いを宣誓する儀式を行う取り組みが増加しているという。この儀式は、1993年にゴールド財団の「医学におけるヒューマニズムを意識させる活動」の一環として、米国コロンビア大学で初めて行われた〔中島、ほか 2011〕。薬学部でも現在医学部と同様の儀式を行う大学が全大学の半数に上り、5年次に実習で患者の眼前に立つ前に儀式は行われるという。いわば医療者になるための通過儀式である。白衣式に参加した医学生に対する調査によると、「医療に携わる責任感」、「患者さんへのやさしさ」、「愛校心」、「白衣に対する愛着」、「プロフェッショナルとしての意識」、「医師としての使命感」、「勉強する意欲」、「厳粛な気持ち」、「倫理的・道徳的生活を実行する意欲」の調査項目9項目すべてにおいて、式の前後に意識の向上が認められたという〔安陪、ほか 2002〕。このように、白衣を着るということは、単に白衣を身に着けるという行為にとどまらず、意識の上でも変化をもたらすのである。また別の医学生に対する調査においても、白衣式は、学生にプロフェッショナルリズムを意識させる機会となっていると報告されている〔中島、ほか 2011〕。

一方、医学教育に携わり、市民と医療者との対話の場づくりの活動をする医師である孫大輔〔孫 2013〕は、患者－医療者間のコミュニケーションを阻む要因として（1）情報の非対称性、（2）専門用語の使用、（3）権威勾配（「白衣」の権威性）を挙げる。「白衣」には権威性があり、患者と医療者との間に権威勾配を生むのだと指摘する。孫の指摘は、七嶋氏が薬局開局時に、患者との関わりを通して身をもって体験していたことと重なる。いわば、七嶋氏は、意志をもってコミュニケーションを拒む要因である「専門用語」と「白衣」を放棄したとこととなる。

しかし現在の七嶋氏はTシャツではなく、スクラブを着ている。スクラブも医療職につく者だけが身に着けるユニフォームであり、医療職者の象徴でもある。ではなぜ改めてスクラブを着用するようになったのか七嶋氏に尋ねてみたが、当初七嶋氏自身から明確な答えはなかった。七嶋氏はインタビューの中で、「僕はですね、一匹狼だったんですよ。今でこそ、**薬剤師会とかに入っているけど、そういうものに全然入らない。自分でやれると思ったから**」と語っていたが、この語りからは、七嶋氏は薬剤師という集団において、かつての自分はマージナルな位置に存在し、自分の価値判断で動き、それを誇りと思っていたのではないだろうか。すなわち「一匹狼だった」頃は、Tシャツで仕事をしていただろうかという解釈である。現在は薬剤師会の会員であり、さらに長崎市薬剤師会理事という役職の中で、薬剤

師としての役割意識もある。「七嶋の集合体」という表現の中には、薬剤師会理事という役割も認識しているともとらえられる。少し時を経てから改めてメールで尋ねてみると、スクラブを着るようになった心境について七嶋氏は、「**仕事とプライベートのメリハリをつけたかったかな**」、「**小児在宅を受け持つようになり、仕事だっていう気持ちの切り替えをしたかった**」と返信してくれた。様々な患者との関わりの中で、スクラブを着用することで医療者としての役割意識を自己の中で確立させ、とりわけ小児への関わりから沸き起こる感情のコントロールがスクラブの着用により可能となったと解釈することができる。

医師の身だしなみについて研究した大学院生の栗原宏 [栗原 2014]は、調査した「信頼感」「清潔感」「相談しやすさ」「医師としての適切さ」の4項目において、白衣への評価が最も高かったことを報告している。そして医師の服装としてのスクラブへの評価は年齢層が高いほど低くなる傾向にあり、その理由として、医療用の衣服ではあるがラフな服装に見えること、色が白ではないこと、看護師やヘルパーなど他職種との判別が容易ではない場合があること、テレビ番組などで見慣れてないといったことが可能性として考えられると考察している。白衣、スクラブともに医療職者のユニフォームであるが、患者視点からは、両者の印象は異なるようであり、特に高齢者ほどスクラブへの評価が低くなることは興味深い。これは、医師を象徴する衣服は「白衣」であるという認識が強いことを表していると考えられる。また、「医師としての適切さ」については、カジュアルな服装よりも、スクラブのほうが患者は適切であるとする結果が導かれている。この研究では「医師」という職種に限っての調査ではあるが、患者は、医療職に対する服装に対しては、象徴となる衣服を身に着けるほうが適切だと認識していることが理解できる。

また、看護服のデザインの違いが患者に与える心理的影響について調査した被服の色彩について研究する庄山茂子ら [庄山, ほか 2012]の報告によると、思いやりという因子については、パールピンクの花柄のチュニックと同色同柄のスクラブが高い評価を得ていた。白いワンピース型白衣は、信頼・責任という因子で高い評価を得ていた。これらの結果からは、患者は、医療職としての衣服に対して、形・色など視覚的な印象で、信頼感など、医療職に求める姿を投影していることがうかがわれる。

これら調査は病院を受診する患者に対して行っているものであり、在宅患者を対象としているものではない。患者宅を訪問する医療職の中には、敢えて白衣を着ないという選択をする者もいる。ユニフォームとしてのポロシャツであったり、動きやすい私服だったりすることもある。医師の服装として病院内ではカジュアルスタイルへの患者の評価は低かったが、在宅という場においては、異なる結果となる可能性もある。

「白衣」は医療者の象徴である。患者との関わりの中で、白衣をいったん「捨てた」七嶋氏の行動は、医療システムへの抵抗が強く表れた行動とも解釈できるのではないだろうか。七嶋氏が白衣をいったん「捨てた」理由について、メールを通して再度筆者が質問をした際に、七嶋氏は、「白衣をやめてTシャツを着たことにより、患者は話しやすいと言って、いろいろな話をしてくれるようになったが、弊害もあった。それは信用できない、と言われた

ことだった。でも、それは少数意見だった」という内容の返信をくれた。現在の七嶋氏は、白衣ではなくスクラブという医療者としての象徴としての衣服を身に着けているが、医療システムと生活との界面に立ち、両者と折り合いをつけながら薬剤師として関わることを、スクラブという衣服が象徴しているのではないだろうか。

また、七嶋氏はスクラブの色へのこだわりを語った。明るい色へのこだわりは、薬局を明るくするためであったが、福さんが、七嶋氏がピンクのスクラブを着ていることを喜んでいのように、訪問した家を明るくする効果があるようである。日本のポピュラー音楽(J-POP)のアーティストであるMr.Childrenの「彩り」という楽曲の歌詞には、生活の中に「彩り」が与えられることで日常が輝くとある。歌詞には「暖かなピンク」という表現もあり、外出がままならない夫婦にとっては、ピンクという色は日常生活に彩りを与えてくれる色なのかもしれない。患者に信頼される医療者という役割意識の中で、スクラブは権威性をできる限り排除したスタイルとして導かれたものとも解釈できる。すなわち、「白衣の権威性」への抵抗感はあるが、「仕事として」患者の家を訪問するという意識があることから、スクラブのカジュアルさが、現在の七嶋氏が抱く薬剤師像に合致しているのではないかと考える。

[5] ナラティブを聴く

七嶋氏は、福さんがいるからこそ武市さんの在宅が継続できるということを繰り返しで言った。福さんも、「ほんと、私がおらんかったら、この人は家におることができん」と言った。福さんは「この人は、原爆できょうだい全員とお母さんを亡くしたんよ。だから、今はもう誰もおらんとよ。この人の面倒みれるんは、私だけよ」と続けた。武市さんは、爆心地に近い浦上に自宅があったという。武市さんはその時、兵隊として戦地に赴いていたため、長崎を離れていた。長崎に原爆が投下されたことは、戦地で聞いたそうである。そして原爆投下地が自宅に近いことを知り、そこで家族はみな死んだと悟ったのだという。ただ、武市さんのお父さんはそのとき浦上を離れていたため、命は助かった。お父さんは、原爆投下後どれほどの時間が経っていたかのか、その詳細についてはわからないが、ひとり浦上の家に戻り、そこで妻と子どもたちを見つけ、自分の手で火葬したのだそう。武市さんは、終戦の翌年に帰ってきた。8月9日の原爆投下のその一瞬で家族を失った武一さんのそれからの生活を知っている福さんだからこそ、今、武市さんの自宅でのゆっくりとした生活、人生の最期の時間を、ゆったりと過ごさせてあげたいと考えているのかもわからない。

七嶋氏は、吉野さんのお宅にくるのが楽しみなのだという。福さんに会うことが楽しみらしい。そして福さんに会うことで「癒される」のだという。武市さんは、耳が遠くなり、今ではほとんど自分の周りで繰り返されている会話の内容を理解できていないらしい。たいてい1日のほとんどをそのソファの定位置で横になり過ごしている。夜は、寝室で夫婦一緒に寝ているとのことだが、夜間のトイレの度に福さんは武市さんに付き添う。

武市さんは排泄については自立しているので、トイレまで連れていってあげてというが、毎日、しかも夜間のこととなると、介助する福さんにとってみれば決して楽なことではない。しかし、そこに苦というものを感じていないような話しぶりであった。

七嶋氏は、インタビューでは病院に勤務していたときを振り返り、カルテには患者の情報がすべて書かれているから、患者の過去を聴く必要性はないことを語った。

聞く必要がない。カルテに全部書いてあったから。だから、あんまり、患者さんの過去の話の聞いたりは・・・

しかし、カルテに書かれているのは、数値化された患者の情報や病態に関する記録であったはずである。訪問時、福さんは、武一さんの被爆体験を自分ごとのように語っていた。患者の過去を知ることは、患者のこれまでの人生の物語を知ることでもある。そして、インタビューで七嶋氏は以下のように語っていた。

相手を敬う気持ちっていうそういうものが大事なんだって。そうしないと、相手は一向に心開いてくれないなって、いうことにやっと気づいたかな。相手の生きてきたことを尊重する、ということ。

ナラティブ・ベイスト・メディシン (Narrative Based Medicine: NBM: 物語と対話に基づく医療) という言葉が、我が国の医療の世界でも耳にするようになって久しい。精神科医の斎藤清二 [斎藤, 岸本 2003, 15] によると、ナラティブとは、「物語」「語り」「物語り」「ものがたり」などと訳されるが、一般的には「できごとについての言語記述(ことば)を、何らかの意味のある連関によってつなぎあわせたもの、あるいはことばをつなぐことによって『意味づける』行為」と定義される。近代医学は疾患を取り除くことを目的とし、疾患は臓器ごとに細分化され、また、医学は臓器ごとに専門分化し、医療従事者もそれに伴い細分化・専門化され、現代の医療体系が出来上がってきた [斎藤, 岸本 2003, 3]。NBM は、このような生物医学的側面に偏った近代医療を補償するため、患者を「分割できない全人的な存在」として扱おうというムーブメントを汲んで発展してきた。人間は、一人ひとり人生という物語を生きている。病気を患うという経験は、人生という物語の中の一部に過ぎない。患者が語る物語をどのように受け取り、その意味をどのように解釈するのかは、物語を受け取る医療者に委ねられる。NBM とは患者の語りを重視し、疾患だけに注目するのではなく、疾患をとともに生きる患者を全人的な存在としてとらえ、患者との対話を臨床実践に活かす医療である。

医師であり、文学博士でもあるコロンビア大学のリタ・シャロン [シャロン 2011] は、2000 年頃よりナラティブ・メディシン (narrative medicine: 物語医療学) を医学教育の中に取り入れ、自国のアメリカのみならず、ヨーロッパ、日本に向けても広く紹介してい

る。「ナラティブ・メディシンとは、ナラティブ・コンピテンス(narrative competence: 物語能力)を通じて実践される医療」と定義される [シャロン 2011, vii]。物語能力とは、病いの物語 (stories of illness) を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動するための必要とされる能力である。リタ・シャロンは、「物語能力を獲得することは簡単な目標ではない」とし、物語能力を獲得するための方法として、パラレル・チャートの効能を述べている。パラレル・チャートとは、リタ・シャロン自身の記述において、「毎日、皆さんは自分の受け持っている患者についてカルテに書き込みます。そこに何を書くべきか、どんな形式で書き込むべきかについて、皆さんは正確に知っているでしょう。患者の主訴、身体診察の結果、検査所見、上級医師の意見、治療計画について書きます。もし前立腺がんで亡くなろうとしているあなたの患者が、今年の夏にその病気で亡くなったあなたの祖父のことを思い出させるとしても、その患者の病室を訪れるたびにあなたの祖父のことを思い出して涙するとしても、それを病院のカルテに書くことはできません。私たちもそうさせないでしょう。それでもそのことは、どこかに書かれる必要があります。それをパラレル・チャートに書くのです」と説明されている [シャロン 2011, 224]。すなわち、カルテには記すことはできない、患者との関わりの中で抱いた感情、誘発された記憶などを自由に書くのがパラレル・チャートである。このパラレル・チャートを作成し、声を出して読み、同僚と共有するという作業を通して、物語能力は向上するのだという。

とりわけ、患者の家という場において、患者、そして患者家族と関わる時、否が応でも生活という背景が見える。疾患のみに注目しようとしても生活が見えてくるはずである。しかし、その背景が見えない医療者も少なからずいるかもしれない。重要なのは、相手への関心であろう。関心があるからこそ、患者、また患者の家族のナラティブにまず耳を傾ける姿勢につながる。七嶋氏はインタビューの中で人生の経験を聴くということの大事さを以下のように語っていた。

やっぱり人生の中ではいいことも悪いこともいろいろ経験していると・・・、やはり、聴くっていう、傾聴っていう言葉はこんなに大事なんでって。

福さんが、武一さんを介護する日々の生活は、自由を奪われた生活という印象を受けるかもしれない。しかし、なぜ福さんが武一さんの介護をするのか、「私がおらんかったら、この人は家におることができんとよ」となぜ語るのか。それは、福さんの語る物語に耳を傾けないと理解できない。原爆で家族全員を一瞬にして失った武一さんにとって、家族と呼べる存在は自分ひとりなのだ、という思いが福さんを支えているのでないだろうか。七嶋氏は、福さんに会うことを楽しみだと語った。福さんの介護の日々を労うこともあるだろうが、福さんに会うことで逆に「癒される」のだという。七嶋氏は「理想の夫婦」という印象を二人に抱いているとも語った。「福さんに癒される」「二人は理想の夫婦

だ」とは、決して薬歴にも、また医師やケアマネージャーへの訪問時の報告書には書かれないことがらである。しかし、訪問をすることにより医療者は、患者そして患者家族と医療という文脈だけでは語れない相互関係を築き、そして培う。しかし、それは通常は個人の体験として胸の内にしまわれ、そこで抱いた感情や誘発された記憶をほかの者と共有することはほとんどない。なぜならば、それは医療の文脈ではないからであり、多くは「関係のないこと」という意味で放り出されてしまうような感情として扱われるからである。そしてインタビューでは、筆者との間で以下のようなやりとりがあった。

七嶋：その人がその人らしく生きるための、こころの、気持ちをわかる。なんでこの人がこんなことを言っているのかな、理解する。それは大事なのかなっていう気はしますね。

菊地：そういったことって自己完結でやってしまうのか、ちょっとこういうことを人と話してみたりとか。

七嶋：ないわけじゃないですけど、

菊地：ま、友達でもいいし、話して通じる・・・相手選ぶじゃないですか。こういう話す時。

七嶋：うん。そりゃ選べますよ。たぶん菊地先生じゃなかったら、こんな話しないかもしれない。

菊地：そうか・・・

七嶋：だからPネットの中でも、俺がこの話するのは・・・、〇〇先生は知っている。

菊地：そうなんですね。なるほど。

七嶋：やっぱりなにかというと、器です。その人が、こちらの話をどれだけ受け取れるか。受け入れてくれるかという器の大きさに話の内容変えているような気がします。

菊地：なるほど・・・。でも、相手をえらびますよね。

七嶋：相手選びます。相手選ぶ話ですよ。絶対そうだねってみんながみんな言ってくれるわけではないし、あの、否定されるのも怖い気がするんですよ。

抱いた感情や誘発された記憶を記述し、同僚と共有する機会が作ることは、リタ・シャロンが提唱する物語能力を高め、そして、患者の語りに耳を傾けることができるナラティブ・メディシンの実践を行うためという前提であれば、本来であれば望ましいのであろう。しかし、七嶋氏が「相手を選ぶ」、語る内容は「相手の器の大きさに依存する」と語る背景には、薬剤師の関心は、患者の「疾患」に寄せられることが多く、七嶋氏が語るように「その人がその人らしく生きるための、こころの、気持ちをわかる。なんでこの人がこんなことを言っているのかな、理解する」ことへの関心はまだ低いと言わざるをえないとも考えられる。しかし、七嶋氏自身も、薬剤師として働く「場」が病院から薬局に変わ

り、患者との関わりの中で、患者を理解しようとして変わってきた。患者との関わりにより、患者のナラティブへの関心が生まれ、現在の七嶋氏の患者との関わりが形成されてきていることが語りから解釈できる。では、患者のナラティブに関心を持つことにどのような意味があるのか。患者そして患者家族にどのような益をもたらすのか、という点について考えることが重要である。

Young, A [Young 1982]は、疾病、病い、病気を次のように整理した⁶⁵。疾病 (disease) とは、器官および臓器系の構造および/または機能における異常であり、西洋近代医療の病気概念で定義される病気の概念、病い (illness) とは、非専門家の人たちが理解している病気の概念であり、認識および経験に基づく。病気 (sickness) とは、専門家・非専門家を問わず、社会のなかで認められている疾病と病いを包括する概念とした。すなわち、Young, A の整理に基づく、患者と医療者との間には、一般的に病気の概念に「ずれ」が生じており、患者の語りは、医療専門家にとって医学的文脈の上では意味のないものとしてとらえられる可能性がある。医療者が患者のナラティブに関心を持つことは、患者がどのように自らの病いをとらえ意味づけしているのか、ということを知ろうとすることであり、ひいては病気の概念が両者の間で統一されていき、加藤 [加藤 2014, 32]が述べる二次サファリングを患者に生じさせることを防ぐという益をもたらす。そして、これは患者のみならず患者家族にも同様の益をもたらすと考えられる。

このように、患者のナラティブに耳を傾けるという行為は、患者の疾患という医学的文脈にのみに固執せずに、その背後にある人生の物語の文脈にも関心を広げることである。これは、患者をひとりの人間、すなわち、疾患という一側面だけではなく、病いとともに生きる、すなわち病いとともに生活する一人の人間としてとらえることである。このような視点は、七嶋氏が医療システムと生活との界面に立つからこそ得られるものなのではないかと考える。

[6] 片隅に置かれる医療

「じゃ、また来週くるけんね。」七嶋氏は武市さんと福さんに声をかけた。「はい、はい。じゃ、またね。」と福さんは答えた。玄関まで福さんが見送りに来てくれた。それほど長い滞在時間ではなかったであろう。15分程度であった。残薬の状況確認はなかった。七嶋氏は、「福さんがいるから大丈夫。何も俺が見る必要なんてないんですよ」と答えた。日常の武市さんと福さんの生活を知れば、おのずとその部分は信頼して任せるという態度でいることが、自らのスタンスなのだという。

薬剤師が患者宅を訪問して業務を行うにあたり、訪問医からの指示を受けて開始することとなるが、その際に医師から依頼される業務が薬剤師に紙面で伝えられる。服薬状況の確

⁶⁵ Young, A は、Good, B, Blumhagen, Kleinman, A らが、生物医学的モデルの身体的還元主義を拒否し、Disease, Illness, Sickness という3つスキームに置き換えるとして整理している [Young 1982]。

認、副作用の発現の有無、そして残薬の確認といったことが多い。筆者により観察された七嶋氏の行動は、武一さんのバイタルチェックを行ったこと、そして福さんと話をすることであった。武一さんは耳が遠く、静かにテレビを観ていて、自分から進んで言葉を発するようなことはなかった。七嶋氏は聴診器を使って、武一さんの肺音と腸音を聞いた。そして、血圧を測った。その行為は武一さんの身体の声を聞くようでもあった。血圧の数値を聞いた武一さんはうっすらと笑みを浮かべていた。福さんも80歳を超えている。しかし、その話口調や立ち姿からは、年齢という基準だけで夫婦の生活を推し量ることは失礼に値するという印象を持った。七嶋氏が福さんに寄せる信頼は、定期的な訪問を重ねることにより、その生活ぶりから判断しているのであろう。「福さんがいるから大丈夫」と、敢えて自分が見る必要はないと語った。

医療者の訪問は、生活の中に医療を持ち込み、生活を医療化する。しかし、七嶋氏の吉野家への訪問は、医療という側面をできるだけ見せないことを心がけているようであった。医療が部屋の片隅に置かれていたような状況であった。

それならば、薬を持ってくるのが薬剤師である必要があるのかという問題も浮上する。薬学的知識は必要とされず、薬の配達だけなのであれば、薬剤師という専門職がわざわざ訪問する必要はない。医療社会学者の立場から立岩真也 [立岩 1999]は、患者(利用者)のトータル・ケアが無防備に肯定されることに対して苦言を呈しながらも、「病(い)⁶⁶をわずらっているのはその一人の人であり、その人が病(い)から脱するために、あるいは病(い)とともに暮らす生活の支援を、細分化された技術だけで行うのは難しい。その人の『全体』を相手にするのでないにしても、より広い範囲の支援、あるいは部分と部分のあいだをつなげる仕事、部分と部分のあいだにこぼれてしまうものを拾っていく仕事が必要とされることがある [立岩 1999, 147]」と述べている。むろん、こぼれてしまうのを拾っていく仕事をするのが薬剤師の仕事であると述べたいわけではない。在宅医療においては、病院という管理された空間でないからこそ、病いとともに暮らす生活の支援をするにあたっては、関わるそれぞれの専門職が、互いの業務が重なり合うことを意識しながら、こぼれてしまうものがないよう協働することが重要なのではないかと考える。七嶋氏は、決して薬学的知識を用いることを放棄しているわけではない。血圧を測定するのは、降圧剤の効果を確認していることでもあり、これは薬剤師としての業務である。しかし、薬剤師は薬の専門家として、処方された薬の効果確認、副作用確認といった細分化された業務にだけ携わるだけでは、立岩が指摘するように、病いとともに暮らす人の生活の支援を行うのは難しい。在宅医療に関わる専門職が協働するということは、病いとともに生活する人を医療という側面だけからとらえずに支援することであり、すなわち、患者が医療を「生活化」することを支援することとしてとらえられる。

以上、七嶋氏が吉野さん夫妻を訪問した際のフィールドノートの記述内容を分析した。薬

⁶⁶ 立岩は文中「病」と記述しているが、本論文では統一して「病い」と記述しているため、ここでは「病(い)」と記述した。

剤師としての七嶋氏の行う訪問の実践を、[1] 医療と買い物が同じ次元にある、[2] 「七嶋の集合体」として訪問する、[3] 医療と生活の界面に立つ、[4] 役割を認識するためのスクラブ、[5] ナラティブを聴く、[6] 片隅に置かれる医療、という6つの概念で説明した。この6つの概念は、七嶋氏の行う実践が、薬剤師が専門性を「生活化」する、患者が医療を「生活化」することを支援することを表す概念として説明可能と考えた。ただし、[4] 役割を認識するためのスクラブについては、やや議論の必要がある。なぜならば、いったん「白衣を捨てる」決意をしたにもかかわらず、再度医療職の象徴であるスクラブを身に着けることを七嶋氏が選択したからである。七嶋氏自身が薬剤師として、それまでの「一匹狼」的な存在から、薬剤師会に加入し、他の薬剤師との関係性を構築する中で、薬剤師としての自らの役割に対して再認識する必要がなぜあったのか⁶⁷。色にこだわり、「白衣」のもつ権威性を極力抑え、生活と医療システムの界面に立つことを象徴する衣類という解釈も可能である。

第8項 人が生きること死ぬことに伴走する

平成20年度の終末期医療に関する調査によると、約6割の人が終末期の療養場所として自宅を希望している⁶⁸。しかし、簡単に終末期の療養場所が自宅とすることはよいことだということを疑いなく肯定することはしない。なぜならば、病院におけるマンパワー不足、また団塊の世代の人々が後期高齢者となり、絶対的死亡数が増加するという社会的背景をも考慮する必要があるからである。

それでも、死が生きることの延長にあるという視点でとらえたとき、人々は管理された病院ではなく、住み慣れた自宅を人生の最期の場として選択したいという思いがあることを否定はできない。そして、人が人生の最期の場が自宅であったとき、患者、そして患者家族が、医療を「生活化」することは必然的になされるのであろう。そのとき医療者は、生活と医療システムの界面に立ち、患者の生から死へと続くその時間経過に関わることも意味するのではないかと考える。そこで、本項においても筆者のフィールドノートを分析対象として、七嶋氏が患者の死、およびその後も続く患者家族との関わりにおいて、どのような実践を行っているのか、患者の「死」という出来事を中心として、「生活と医療システムの界面に立つ」という視点から分析、検討する。

分析対象とするのは、井上さん（仮名）親子を訪問したときの様子を記述したフィールドノートである。井上さんは、母けいさん（90代・仮名）、娘明子さん（60代・仮名）の二人暮らしであった。ここで提示するフィールドノートの記述は、けいさんが亡くなり約2週間

⁶⁷ 七嶋氏が医療用ユニフォームであるスクラブを着用するに至った理由について、第4章第4節第7項 [4] において記述した。

⁶⁸ 在宅医療の体制構築に係る指針 医政局指導課 在宅医療推進室

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/shiryuu_a-5.pdf (2017.7.16 閲覧)

が経過したときの訪問時の様子である。七嶋氏はけいさんへの訪問服薬指導を目的として、井上さん宅を約1年間定期的に訪問していた。井上さん親子のお宅は、市内中心部からは車で30分程度の場所にあり、一般道から脇道にそれるように作られた階段を上った先にあり、家のそばまでは車で行くことができない場所にあった。斜面の多い長崎らしい地形に立つ家であった。

以下、井上さん宅を七嶋氏が訪問した時のフィールドノートの記述全体を、ゴシック体で表記し枠線で囲って提示する。その後、「人が生きること死ぬことに伴走する」こと示すと考えられる5つの概念を見出しとして提示し、フィールドノートの記述を再掲しながら分析結果を記述する。

七嶋氏は車を止めると、「ここから階段で行きます」と言った。びっくりするような階段である。20段くらい上までは見える。しかし、そこから先に本当に人家があるのかどうか疑わしいような光景である。この先がどのようになっているのかは、階段の下から見上げるだけでは想像がつかない。この階段を上らないと自宅に帰れないという毎日を想像したとき、私はこの地で暮らしていくことができるだろうかという思いもよぎった。ましてや歩行が困難になった高齢者の方はどのようにして家から外出できるのか。家に車を横付けすることもできないのだ。しかし、そこで暮らし日常生活を送っている方は現にいる。七嶋氏は、ほんの2週間前まで、この階段を経管栄養剤を持って上がっていた。背負子を使ったこともあったと言った。「お年寄りには無理でしょ」と七嶋氏は笑って語った。その通りである。間違いなく無理である。

井上さん親子のお宅は、先の様子が見えないほどの急な階段を上った後、さらに、斜度がやや少なだらかになった階段を20mほど上がったところにあった。階段の下からは予想できなかったが、その少しばかりなだらかな階段に沿ってごく普通に家々が整然と並んでいた。そんな中の一軒が井上さんのお宅であった。七嶋氏は井上さん宅の門を入ると、すぐさま玄関の扉に手をかけ、「こんにちは！」と大きな声で呼びかけながら扉を開けた。呼び鈴を押すことはなかった。しかも、今日の訪問はまったくの予告なしであった。中から「はい！」という女性の声とともに、きゃんきゃんという犬の鳴き声が聞こえた。すでに七嶋氏は靴を脱いで部屋の中へと進もうとしていた。「あら～、まあ～！」と聞こえてきた女性の声はとても張りがあり、てきぱきと物事を運ばせていくようなそんな活動的な女性を筆者は聞こえてきた声から想像した。やがて声の主が現れた。声の主は、ここで亡くなったけいさんの介護をしていた実の娘の明子さんであった。明子さんは小柄な、そして大変明るい表情をした女性であった。今回の訪問は、まったくの予告なしである。もしも明子さんが不在であればまた後日くればいい、と七嶋氏は井上さん宅に向かう車内で言っていた。きちんと時間を決めて訪問することは大切なことでもある。しかし、ちょっとついでに寄ったよ、という訪問がよい場合もあるのだと言い、「サプライズ」という表現を七嶋氏は使った。私は、七嶋氏から、92歳のけいさんが8月18日にお亡くなりになったことを聞いていた。そ

して今日の訪問の目的は「グリーンケア」だと七嶋氏は言った。患者さんがお亡くなりになってから1週間から10日ほどだったのち、ご焼香に伺うそう。さらに、訪問にはもう一つの目的があるのだという。それは、介護をされていたご家族の様子をうかがうためだそう。

玄関を入った左側には二間続きの和室があった。和室に入ると、入り口から見て部屋の一番奥にけいさんの祭壇が設けられているのがすぐに目に入って来た。遺影は顔だけではなく、正座をして座るけいさんの姿全体を写していた。祭壇には缶ビールが1本置かれていた。けいさんはビールが好きだったのだろうか。この写真はけいさん自らが生前選ばれたものだそう。ふっくらとした顔立ちをされていて、わずかに微笑むような表情をカメラに向けていた。服装はごく普通の日常着であった。飾り気のない、しかしそこにけいさんの日常を感じることができるような、そしてこの写真を見ると生前の日常のけいさんの姿をさまざま想像できるような、そんな写真であった。

けいさんは皮膚がんだった。そのため、左頬には大きな少し盛り上がったようないびつな形をした黒いほくろがあったことを私はけいさんのお宅を訪問する前に七嶋氏から見せてもらっていたビデオで確認していた。遺影となった写真はがんができる以前のものであり、介護されていた明子さんにとっても、きれいな顔をした母けいさんのお顔を再度思い出すことができる思い出深い1枚であるのだろうと想像した。

明子さんは、お話をしても実際に非常に朗らかな方だった。何より声に張りがあった。聞いているこちらが元気になるような声だ。しかし、「今とっても体調が悪いのよ」と言っていた。めまいが起こるそう。七嶋氏は、「今になって疲れがでてきているんだろうねえ」と声をかけていた。明子さんは、「いつ寝ていたのかなあ、私、って思うのよ。夜勤の仕事もしていたし、でも、それができたのよねえ。ずっとヘルパーの仕事をしてたから、最後は病院で亡くなって、そのあと家に帰ることなくそのまま火葬場に行く人を何人も知っているのよね。だから、私は、できれば家で母を看取って、そして家から出させてあげたいって思っていて、それができて本当によかったと思っている。でも、いろんな困ったことがあったのよね。七嶋先生にはとてもお世話になったわあ。本当にお世話になったの。困った時にはずいぶん助けてもらったわあ。でも答えをさっと出してくれたのよ」と、顔を手で隠したり、上を向いたり、視線を少しそらしてみたり、と少し落ち着かない様子で、でも、できる限りの笑顔を見せながら語った。

明子さんの母であるけいさんは、昨年8月に自宅に帰ってきた。退院時には、余命は2か月くらいだろうと言われたそう。胃瘻を作ること、ポートを作り中心静脈栄養で栄養をとることはご本人もご家族は望まないということで、身体に傷をつけることなく自宅に帰ってこられた。

困っていたときに助けてくれた、というその一例として、けいさんが嚥下することが難しくなり、経管栄養剤の呑み込みができなくなったとき、七嶋氏は経管栄養剤をゼラチンで固めてゼリーを作ることをアドバイスしてくれたと明子さんは教えてくれた。このゼリーの

固さ調節のためのゼラチンの加える分量は、実際に七嶋氏がゼラチンの分量を変えて何通りかのゼリーを作り、市販のプリンなどの対照物との固さの比較を、長崎県内に2か所ある実験センターに出向いて行い決定したのだと後から七嶋氏は語った。嚥下障害を起こした患者さん一人ひとりの嚥下機能にあった固さを作るためのゼラチンの分量を提案しているのだという。

また、井上さん親子は、できるだけ強い薬は使いたくない、という意味を訪問医の坂上医師に伝えていたため、鎮痛効果としては医療者視点からは十分な作用を期待することはできないと考えられる坐薬を使用していた。そのため、十分な疼痛コントロールができず痛みを訴えていたのだという。その様子を見ていた七嶋氏は、このまま痛みとともに過ごすよりも、痛みから解放させてあげることが今は重要なのではないかと考え、井上さん親子に、強い痛みどめを使ってみたらどうだろうか、と提案してみた。すると、あっさりと「ならば使ってみる」という返事が返ってきたそうだ。けいさんはよほど痛かったのだろうと推察する。訪問医の坂上医師にその旨を伝えると、坂上医師はお二人がそれを納得しているのなら、ということで、医療用麻薬の坐剤が処方された。けいさん親子が七嶋氏の提案を受け入れたのは、それまでの関係性の蓄積が影響をあたえているのだと考えられる。そして結果的に医療用麻薬の坐薬を使用することによりけいさんの痛みが和らいだ。けいさんは明子さんに痛みから解放された中で、「堪忍してね、ありがとね」と、これまでの1年間介護してくれたことへの感謝の気持ちを伝えたのだという。それが明子さんにとってはうれしい言葉であった。七嶋氏は、麻薬への拒否感があった井上さん親子に、痛みを和らげるために坐薬を使うことができたことは、大きな喜びであったという。そしてけいさんは明子さんが見守る中、麻薬の使用開始から2日後に亡くなられた。何かの虫の知らせなのだろうか。明子さんは、けいさんが亡くなられた日、当初はヘルパーとして夜勤の仕事が入っていた。しかし、その日は仕事には行かず、勤務を変わってもらってけいさんのそばにいたそうだ。けいさんは最後は「痛み」から解放され、穏やかに明子さんに感謝の気持ちを伝えることもできた。それが明子さんにとっても、それまでの1年間の大変さを貴重な体験の思い出に変えてくれるものであったのかもわからない。七嶋氏も、けいさんの最後の2日間を非常に価値あるものだと考えている。「会話がほとんどできないような状態だったのに、ありがとう、って言えたことはすごいことだと思うんです」と、嬉しそうに語った。

けいさんが亡くなった8月18日は豪雨だった。今年の夏は長崎では記録的な大雨が続いた。明子さんは、「亡くなった日から3日間雨が降ったら、その人の死は寿命だったっていうものねえ」と言うと、七嶋氏は「18, 19, 20と3日間雨やったもんねえ」と相槌を打つように答えた。明子さんは、「でも、あんな雨の中、たくさんの方が来てくれたのよ。この部屋にいっぱいなるほどの人が来てくれたの。お坊さんも、今はみんな斎場でお葬式するのに家でするのは珍しいって言って、ぜひお経をあげさせてほしいって言って来てくれたの。説教って普通はすぐ終わるもんじゃない？でも、長かったのよ。1時間半も説教があったの。それって、お坊さんがおばあちゃんのことをよく知っていたからなんだと思うのよ」

と嬉しそうに言った。あの急な階段を、棺桶を担いで降りることは、大変なことだったであろう。しかし、たくさんの人が葬儀に参列し、大雨の中、けいさんの棺を抱えて階段を下りて運んでくれた。七嶋氏は「あの雨の中、あの階段を下りるんはきつかったろうねえ」とつぶやいた。

明子さんは、母けいさんを介護をする前に、夫を自宅で看取った。夫は膵臓がんで、亡くなる前は体重が35kgまで減っていたそうだ。自宅で過ごした時間はわずかに1週間であった。そして、それから3年後に夫を看取ったのと同じ部屋で今度は母を看取ったことになる。明子さんは足掛け3年の介護生活に対してやりきった感があった。しかし、今、明子さんはそんな気持ちとは裏腹に、身体の不調を訴えている。今は、母を亡くしたことのその大きな悲しみが、明子さんの体調に少なからずの影響を与えているのかもわからない。七嶋氏は、「無理をしちゃいかんよ」と声をかけた。明子さんは笑顔を七嶋氏に向けた。けいさんの介護、そして仕事と、自分の時間が持てなかった明子さんに、今自分の時間というものがあった。七嶋氏は、「これからどうするの?」と聞いた。明子さんは、「何か趣味のことを習いたいけん。手話とか習ってみたいの」と答えた。これから先もヘルパーの仕事を続けていきたいという意思、そしてさらに手話を習いたいと思っている気持ちを七嶋氏に話した。

「何か人のためになるようなことをしたいけん、私はやっぱりこうやって人のために何かするのが好きみたい」と語る明子さんは、やはり笑顔であった。そして「ヘルパーとしても、利用者さんには自分の家族のように、接していきたいと思うのよ」と語った。明子さんにとって、夫、そして母を自宅で介護しそして看取ったという経験は、大きな自信と、これからの人生における自分の社会での役割について考えることへとつながっているのかもわからない。「家」にこだわったのは、自分のヘルパーとしての経験も大きな影響を与えていることがうかがえた。そして同時に、夫と母を介護をした経験が、生活者を支えるというヘルパーとしての仕事を続けていく礎ともなるのではないだろうか。

強い薬を使いたくない、できるだけ自然な姿のまま家で過ごすことを望む井上さん親子に、七嶋氏は医療的な提案をした。しかし、それは、今重要なことは、痛みから解放させてあげることという明確な目的があり、それがけいさんと明子さんとを「自然な親子」にしてあげること確信したからなのではないかと考える。薬を使う目的とは、「治療」だけではない。生活の質を改善することに実は大きな目的である。とりわけ在宅、自宅で療養する人にとっては、薬の使用の目的は、治療だけではなく、よりよい生活を送るためのひとつの手段という位置づけとなるものだ。入院での療養と在宅での療養には、その視点が大きく異なる。だからこそ、そこに関わる薬剤師としての視点も、生活の質に対する視点への比重が大きくなることにつながるのではないだろうか。

七嶋氏が次に明子さんを訪れるのは新盆のときだという。来年の8月にまた訪れる予定だという。約1年後である。けいさんが亡くなり、ひとつのけじめとしての今回の訪問。そして、次は新盆というように、お別れをした患者さんのご家族との付き合い方は、皆同じようにしているのだという。どんなに長くお付き合いをしたとしても、また短くても、同じよ

うなスタンスで患者と付き合う。訪問する際には、薬剤師の自分というだけでなく、ひとりの人間として自分というスタンスを保ち続けているような印象を受けた。誰かの真似をして今のスタイルがあるのではなく、開局してから25年という年月で培われた在宅への関わりが今のスタイルを確立させていたように見受けられた。

[1] 「痛みからの解放」が意味すること

強い薬を使いたくない、できるだけ自然な姿のまま家で過ごすことを望むけいさん親子に、七嶋氏は医療的な提案をした。しかし、それは、今重要なことは、痛みから解放させてあげることという明確な目的があり、それがけいさんと明子さんとを「自然な親子」にしてあげること確信したからなのではないかと考える。

井上さん親子は、医療用麻薬の使用に対しては「強い薬は使いたくない」という拒否感があり、けいさんは生前強い痛みにも耐えていたことがうかがわれた。七嶋氏が、けいさんを痛みから解放してあげることには明確な目的があった。それは、単に「痛みがない」ということがけいさんの身体的苦痛を取り除くだけではなく、けいさんと明子さんの「生活の質を上げる」ことができると確信したからであったと推察する。

医療には、緩和医療という領域が存在する。「緩和」とは「きびしい状態をやわらげたりゆるめたりすること。また、やわらぐこと」という意味である⁶⁹。すなわち、緩和医療とは、患者にとっての厳しい状態をやわらげたり、緩めたりする医療と解釈することができるであろう。緩和医療という名称について、日本で初めてのホスピス病棟を立ち上げた医師の柏木哲夫 [柏木 2009]は、学会を設立する際、患者・家族のQOL向上を学会の最終目標とするためには、医師のみならず、看護師をはじめ、パラメディカル、ソーシャルワーカーも参加する学会として設立することがよいという最終決定がくだされ、それに見合う名称ということで、医学に偏り過ぎず、またケアという広い概念に広がりすぎず、緩和医学と緩和ケアの両方の意味を包含する名称として定まると説明する。

すなわち、緩和医療は、緩和ケアの中における医療という文脈でとらえることができ、緩和医療の理念は緩和ケアの理念を踏襲することができると考えられる。2002年、WHO（世界保健機構）は、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」と定義した [日本ホスピス緩和ケア協会 2017]。すなわち、患者および患者家族のかかえる問題を、身体的苦痛のみならず多面的にとらえ、苦しみを予防し、和らげ、最終的には患者および患者家族のQOLを向上させることを目的としているケアが緩和ケアである。外科医から緩和ケ

⁶⁹ 大辞林 第三版による

ア医へと転身した岡部健 [岡部 2009]は、とりわけ在宅で行われる緩和ケアについて、「在宅緩和ケアが従来の医療と大きく異なるのは、患者のみならず家族もケアを対象として、QOLの改善を中心に考えることという点にある」と述べている。すなわち、在宅緩和ケアとは、患者そして患者家族のQOLの改善、向上が大きな目標となる。

けいさんは皮膚がんを患い、そして自宅で療養生活を送っていた。すなわち、在宅緩和ケアを受けていたという表現も可能である。井上さん親子は、「できるだけ自然な姿」であることを希望し、けいさんの身体に起こっている痛みを受け入れ、「強い薬」によって身体に負担をかけないという選択をしていた。自分たちが望む生活、すなわち自分たちにとってQOLが高い生活を送ることを希望し、生活の中で医療の及ぼす範囲を自分たちで考え利用していたと表現することができるであろう。すなわち、井上さん親子が医療を「生活化」していたととらえることができる。

一方で医療者の視点から「強い薬」、すなわちがん患者が抱える強い痛みに対して鎮痛効果をもつ医療用麻薬について、緩和医療学を専門とする医師である恒藤暁 [恒藤 1999]は、医療用麻薬のひとつであるモルヒネに対する誤解として、「命が縮む」「頭がおかしくなる」「耐性や依存が出現する」「副作用は避けられない」「モルヒネは効かない」という5項目を挙げている。井上さん親子が「強い薬は使いたくない」という希望があったのも、このようなモルヒネに対する「誤解」が強かったことが推察される。しかし、医療という文脈における「強い薬」は、井上さん親子にとっては「自然の姿」に反するもので、生活の中に取り入れたいくはないという気持ちがあった。すなわち、恒藤が挙げたような医療専門職が考える「誤解」をもち、強い拒否感を抱いていたと考えられる。このように、医療用麻薬を巡っては、患者と医療者の間には、コンフリクトを起こすことがある。医療者にとっては「誤解」に基づく患者の行動は、患者にとっては信念をもった行動であることがある。

このような患者と医療者の間にあるコンフリクトをめぐる、辻内琢也ら [辻内, 中上, 鈴木 2011]は、文化相対主義を絶対視しすぎることにより、異文化理解を放棄し、差異を乗り越えようとする努力そのものの停止や、対話の断念を「文化が違うのだから仕方がない」という形で正当化してしまう危険性を指摘する。これを、「文化相対主義／ナラティブ・アプローチが陥る罠」と表現し、文化人類学者の松田素二 [松田 1997]が危険視する「文化相対主義の名による沈黙・不干渉の論理である」と述べる。文化相対主義とは、アメリカの文化人類学者のフランツ・ポアズが、進化主義を批判する立場から、個々の社会は固有の過去をもち、それぞれの社会の文化の差異や多様性を重視し、それぞれの文化の価値を相対化するという考え方である。ある一つの文化に基づく価値判断や概念体系を一般的な方法で他の文化に適用することができない、つまり、価値判断はそれが生まれる文化的背景に相対的であり、普遍的な基準は存在しないというものである [綾部 2006]。すなわち、医療の文脈において、患者がもつ薬に対する認識、信念を、医療者が、「文化が違うのだから仕方がない」とし、正当化することになる。しかし、医療者のもつ知識と、患者がもつ知識には差異があり、その差異を乗り越える努力が必要な場合もある。文化相対主義という名のもとに、

患者のもつ信念を優先し、患者の行動に対して不干渉となり、結果的に患者に不利益を生じる可能性も否定できない。そのため、患者と医療者間で、互いを理解しようとする対話が必要となる。

七嶋氏は、井上さん親子に医療用麻薬を使うことを提案したところ、実にあっさりと「使ってみる」という返答があったようである。おそらく、七嶋氏は、井上さん親子は「強い薬」を使わないという強い信念を持っていたことを、医療者である七嶋氏も理解していた。しかし、互いの価値観を乗り越え、対話を試みることにより、両者は互いに理解し得たのだと考えられる。そしてこの時の七嶋氏は「生活と医療システムの界面」に立っていたと表現できるであろう。

けいさんは最後は「痛み」から解放され、穏やかに明子さんに感謝の気持ちを伝えることもできた。それが明子さんにとっても、それまでの1年間の大変さを貴重な体験の思い出に変えてくれるものであったのかもわからない。七嶋氏も、けいさんの最後の2日間を非常に価値あるものだと考えている。「会話がほとんどできないような状態だったのに、ありがとう、って言えたことはすごいことだと思うんです。」と、嬉しそうに語った。

上記の記述をめぐっては、七嶋氏はインタビューでも以下のように語っていた。

僕はその患者が最期死ぬときに、苦しまずに、あのお、ね、「ありがとう」って言えた。ほとんど最期しゃべることができなかつたんですよ。でも、その言葉が言えたっていうそのお手伝いができた・・・。

もしもあのときにアンペック⁷⁰を、ま、もしもあのときに、これは結果論だから答えはないけど、アンヒバ⁷¹しか使わずに、痛い痛い、だったら、その言葉すら出なかつたんじゃないかなとか。やっぱりそこは自己満足なんですけど、あの、自分の選択肢は間違ってたんだなって。

けいさんは明子さんに痛みから解放された中で、「堪忍してね、ありがとね。」と、これまでの1年間介護してくれたことへの感謝の気持ちを伝えたのだという。それが明子さんにとってはうれし。い言葉であった。

「痛みからの解放」は、井上さん親子が望む親子としての「自然な姿」を再生した。そして、けいさんからの「ありがとう」という感謝の言葉が、うれしい言葉として明子さんの記憶に残ったことは大きな意味をもつと考える。それは、けいさんが亡くなった後に生活を続

⁷⁰ がん性疼痛に対して効果のある坐薬の商品名。いわゆる医療用麻薬製剤である。オピオイドと呼ばれる。

⁷¹ 医療用麻薬ではない非オピオイドの鎮痛成分アセトアミノフェンを含有する坐薬の商品名。

ける明子さんの生活の質をも向上させることにつながっていくのではないかと考えるからである。

薬を使う目的とは、「治療」だけではない。生活の質を改善することに実は大きな目的である。とりわけ在宅、自宅で療養する人にとっては、薬の使用の目的は、治療だけではなく、よりよい生活を送るためのひとつの手段という位置づけとなるものだ。入院での療養と在宅での療養には、その視点が大きく異なる。だからこそ、そこに関わる薬剤師としての視点も、生活の質に対する視点への比重が大きくなることにつながるのではないだろうか。

「痛みからの解放」をさらに広い概念で、「よりよい生活を送るための手段として薬をとらえる」と説明することも可能である。「自宅で療養する人にとっては、薬の使用目的は、治療だけではなく、よりよい生活を送るためのひとつの手段という位置づけとなるもの」であり、だからこそ、「そこに関わる薬剤師としての視点も、生活の質に対する視点への比重が大きくなることにつながる」のだと考えられる。それは、「生活化する薬剤師」という概念でとらえることができるのではないかと考える。

〔2〕 「死」を自然に受け止める

明子さんは、「亡くなった日から3日間雨が降ったら、その人の死は寿命だったっていうものねえ」と言うと、七嶋氏は「18, 19, 20 と3日間雨やったもんねえ」と相槌を打つように答えた。

明子さんと七嶋氏とのこの会話は、非常に印象深いものであった。人はなぜ死ぬのか。生物学医学的にけいさんの死を説明する場合、それは「がん」という疾病によるものである。しかし、明子さんは、亡くなってから3日間雨が降ったらその人の死は寿命だという言い伝えを語っていた。七嶋氏は、それにこたえるように、3日間雨であったことを振り返り、明子さんの言葉を受け入れていた。3日間降った雨は、明子さんにとっては、けいさんの死を肯定して受け入れることへの大きな意味を持っていたはずである。けいさんの死に対する「なぜ」という気持ちを医療者に語るとき、もしもその言葉を受け入れてくれる人ではないと考えたのであれば、このような言葉を発することはなかったのではないかと考える。

けいさんが亡くなって3日間雨が降ったことを受けて、けいさんが亡くなったのは、「がん」によるものではなく、寿命であったと明子さんは解釈した。このような地域に伝わる民俗的な世界観の語りに自然に医療者が耳を傾けるのは、両者がともに長崎という土地で暮らすという共通点があるからではないかと考える。これはローカルな文脈で語られる「死」の意味づけともいえる。また、病いの物語 (stories of illness) を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動するための必要とされる能力であるを物語能力と呼ぶ [シャロン 2011, vii] ことはすでに述べたが、七嶋氏が明子さんのナラティブを受け止め、否定

することなくそしてけいさんの死の意味を、共有したのは、七嶋氏のもつ物語能力と解釈することもできるのではないかと考える。

明子さんは、「でも、あんな雨の中、たくさんの人が来てくれたのよ。この部屋にいっぱいなるほどの人が来てくれたの。お坊さんも、今はみんな斎場でお葬式するのに家でするのは珍しいって言って、ぜひお経をあげさせてほしいって言って来てくれたの。説教って普通はすぐ終わるもんじゃない？でも、長かったのよ。1時間半も説教があったの。それって、お坊さんがおばあちゃんのことをよく知っていてくれたからなんだと思うのよ」と嬉しそうに言った。

文化人類学者の波平恵美子 [波平 1996, 162]は、人間の死をめぐって発達させた文化には大きく分けて、観念の領域と儀礼の領域があると述べる。観念の領域は「死とは何か」「人は死後も何らかのかたちで存在するのか否か」「生と死の関係はどのようなものか」などについての考えを言語や絵画などによって体系的に表現する領域であり、一方儀礼の領域とは、死体の処理方法や、死後もなお長い間にわたって死者に対して物を捧げるとか、礼拝を行う上での形式の発達として見出されるという。そしてこの二つの領域は、互いに影響し合っているが、文化によって、一方が極めてよく発達しているのに、他方がそれほどでもないことがあり、日本の文化では、近世末から現代に至るまで、儀礼は発達しているが、言語による死の観念の表現や手伝達は儀礼ほど発達していないと述べる [波平 1996, 163]。そこで、日本人が死をどのようにとらえているかを知る主な手段は、日本人が行う儀礼を分析することだと述べている。そこで波平は、「生きる⁷²⁾」と「お葬式⁷³⁾」という二つの映画を引き合いに、葬式、通夜という死者儀礼について分析している。映画「生きる」では、葬式シーンの省略という特徴がみられ、「人は生きている間のみ他の人に影響を与え得るのであり、死後その人の力は生きている人には及ばないことが言外に語られている。日本の伝統的な祖先信仰・死後崇拜の観念はここでは否定されている」と波平 [波平 1996, 165]は述べる。一方、映画「お葬式」については、「信仰は失われているにもかかわらず日本人がなおも死者儀礼を行うのは、死の意味をとらえ理解し、他人の死を通して自分の死を考える手段を、それ以外には持たないためやむを得ず行っていることが示されている。しかし、死者儀礼を行ってはいても、その儀礼的な意味には無関心で、葬儀を専門とする人々（いずれも死者とは無縁の人々である）に委ねてしまう。慣習として行う葬式でさえもこの映画の中ではかつての社会的な意味を失っている」と述べる [波平 1996, 166]。

波平は 2 本の映画の分析を通して、現代の日本人にとっての葬式の意味について論考した。明子さんは、けいさんを自宅で看取り、そして、自宅で葬儀を行った。自宅には生前のけいさんを知る大勢の人が弔問に訪れ、そして、知り合いの僧侶に読経をあげてもらった。

⁷²⁾ 黒澤明監督による昭和 27 年に制作された映画

⁷³⁾ 伊丹十三監督による昭和 59 年に制作された映画

窓の外は雨が降っていたのであろう。僧侶も、弔問客も皆、雨の中、あの急な階段を上ったことを想像すると、訪れた人々にとって、けいさんの葬儀が意味のないものではなかったと考えられる。死者儀礼としての意味ある葬儀であったのではないかと考える。

明子さんは、そんなけいさんの葬儀を振り返りながら、嬉しかったと語っていたのは、印象的であった。波平 [波平 1996, 177]は、「人が病院でなく自宅で死んでいた頃、死んでゆく人が死を受容しているかどうかといったようなことを周囲の人々は問題にしていなかった。死は、拒否したり受容したりするようなものではなく、死を目前にした人も死を看取る人も当然のものとして受け止めた。それは、平静であるとか、嘆き悲しまないということでは決してない」と述べる。明子さんは、決して悲嘆がないわけではない。しかし、けいさんの死を当然のものとして受け止めたという姿勢は見受けられるのである。

決して、自宅での死が誰にとっても望ましいということを主張するつもりはない。介護者であった明子さんの疲労が大きかったことは事実である。しかし、明子さんがけいさんを自宅で看取り、自宅で葬儀を行ったことには、明子さんにとって意味があることなのではないかと考える。

[3] 色々な困りごとに対応する

「私は、できれば家で母を看取って、そして家から出させてあげたいって思っていて、それができて本当によかったと思っているの。でも、いろんな困ったことがあったのよね。七嶋先生にはとてもお世話になったわあ。本当にお世話になったの。困った時にはずいぶん助けてもらったわあ。でも答えをさっと出してくれたのよ」

自宅でけいさんを看取ることを希望していた明子さんにとって、日々の生活の中で困りごとはけいさんの病状の進行とともに出てきたことが推察される。自宅には、医療、介護スタッフが訪れ明子さんをサポートしていたと考えられる。そして薬剤師である七嶋氏にも、困ったときにずいぶん助けてもらった、答えをさっと出してくれた、と語っていた。

七嶋氏が行ったサポートとして、具体的に嚥下が困難になったけいさんに、経管栄養剤を固めてゼリーを作ることを提案したことであった。七嶋氏は、嚥下障害を起こしている患者一人ひとりに適した硬さとなるようゼラチンの量を一人ひとり個別に提案しているのだという。

経管栄養剤を医師の処方とおりに、届けるだけにとどまらずに、薬剤師の視点として、服用方法を患者一人ひとりの嚥下機能に合わせて考えることは、患者の生活への視点から導かれるものであると考える。この行動は、自らの専門性を「生活化する薬剤師」という概念で説明が可能であると考えられる。

[4] 遺された家族の様子をみるための「グリーフケア」としての訪問

ちょっとついでに寄ったよ、という訪問がよい場合もあるのだと言い、「サプライズ」とい

う表現を七嶋氏は使った。私は、七嶋氏から、92歳のけいさんが8月18日にお亡くなりになったことを聞いていた。そして今日の訪問の目的は「グリーフケア」だと七嶋氏は言った。患者さんがお亡くなりになってから1週間から10日ほどだったのち、ご焼香に伺うそうだ。さらに、訪問にはもう一つの目的があるのだという。それは、介護をされていたご家族の様子をうかがうためだそうだ。

グリーフは、日本語では「悲嘆」と訳される。しかし、グリーフという言葉をもそのまま使うことも多い。七嶋氏も、「グリーフケア」という言葉を使って、訪問の目的を筆者に語った。配偶者、両親、子ども、また血縁のある人間のみならず、大切な人と死別の体験をした時、その衝撃は大きい。そして、その衝撃から引き起こされる様々な反応を「悲嘆（グリーフ）」と表現される。臨床心理学・宗教民俗学を専攻する立場から井藤美由紀〔井藤 2009, 206〕は、J. T. Brown と G. A. Stoudemire の “Normal and Pathological Grief” より、死別による悲嘆から落ち着きを取り戻す反応を以下のような三つの位相で表現されることを紹介している。第一の位相が「ショック状態」である。第二の位相が「亡くなった人への思いに強くとらわれる」状態、そして、第三の位相が「日常性の回復」である。これら三つの位相は、多くの事例に基づき理論的に組み立てられたモデルである。そして、「日常性の回復」に至るまでの期間は、通常、1年から2年かかることを、平山正実⁷⁴の「死別体験者の悲嘆について」から紹介している。

七嶋氏は、けいさんが亡くなって約2週間で井上さん宅を訪問していたが、けいさんへのご焼香という目的のみならず、けいさんを看取った明子さんの様子を知りたいという目的があると筆者に語った。上記の三つの位相を参照したとき、けいさんが亡くなって2週間というのは、「ショック状態」ともいえよう。葬儀も済んで間もないということ、またけいさんの死に伴う様々な手続きが明子さんの仕事として残されている頃ではないだろうか。明子さんは、明るく振る舞っていたが、体調の不調とめまいの症状を訴えていた。そして、けいさんを介護していた日々の中で、自分が睡眠を十分にとれていなかったということに改めて気づいた。

在宅高齢者の夜間介護を行う中高年女性家族介護者の睡眠の問題について、夜間介護者9名（65.2±4.8歳）と非介護者9名（66.9±4.2歳）の、睡眠ポリグラフィ、睡眠の主観的評価、疲労の自覚症状、フリッカー値を比較した佐藤鈴子ら〔佐藤、菅田、阿南 2000〕の調査によると、主観的睡眠評価は、介護者の方が寝つきに時間がかかり、快適感が低く、起床後に疲れが残っていたこと、疲労の自覚症状訴え率やフリッカー値でも介護者の方が朝夜とも疲労度が高かったことを報告している。けいさんの介護をし、なおかつ、ヘルパーとしての夜勤も続けていたという明子さんの蓄積されていた疲労は、想像以上のものであっ

⁷⁴ 精神科医であり、臨床死生学を専門とする。精神障害者およびその自死遺族の悲嘆援助を研究テーマとし、臨床死生学一般、グリーフケア、キリスト教とカウンセリングなど、精神医学との境界領域に関する研究を行った。<http://www.christiantoday.co.jp/articles/12510/20131228/news.htm> (2018.4.21 閲覧)

たのであろう。しかし、実際にけいさんを介護していた1年間という日々の中では、その疲労を実感することなく、過ごしていた日々であったのかと推察する。七嶋氏は、「今になって疲れがでてきているんだらうねえ」と明子さんに声をかけていたが、その声掛けは非常に自然なものであった。気負いの感じない、明子さんがけいさんを介護していることを薬剤師という視点からだけではなく、生活者としての視点でとらえていたのではないかと考える。けいさんが亡くなった後、この家ででの生活が続いていく明子さんに注がれる七嶋氏のまなざしを次に記述する。

[5] 患者の死後の家族へのまなざし

七嶋氏は、「これからどうするの?」と聞いた。明子さんは、「何か趣味のことを習いたいけん。手話とか習ってみたいの」と答えた。

これから先もヘルパーの仕事が続けていきたいという意思、そしてさらに手話を習いたいと思っている気持ちを七嶋氏に話した。「何か人のためになるようなことをしたいけん、私はやっぱりこうやって人のために何かするのが好きみたい」と語る明子さんは、やはり笑顔であった。そして「ヘルパーとしても、利用者さんには自分の家族のように、接していきたいと思うのよ」と語った。

七嶋氏が、ただ単に薬を持ってくることだけを目的として井上さん宅を訪問していたとしたら、「これからどうするの?」と声に出して直接明子さんに聞くことはしなかったのではないかと考える。明子さんは、夫と実の母を相次いで3年の間に自宅で見送った。その経験を自分のヘルパーとしての振る舞いに活かしたいと語っていた。明子さんと七嶋氏とが交わす会話は、患者家族と医療者という立場だけではなく、生活者と生活者が交わす会話のようにも見受けられた。

生命倫理学・環境倫理学・臨床死生学を専門とする竹之内裕文 [竹之内 2007, 99]は、家族や地域コミュニティの歴史の痕跡をとどめる自宅という「空間」が、医療者の行うケアに影響を与えると述べる。明子さんは、自宅の同じ部屋で夫と母であるけいさんを看取った。この自宅という「空間」には、井上家の履歴が刻まれている。そして、この家は、これからの明子さんの生活が新たな履歴として刻まれていく。自宅という空間は、その「履歴」を医療者の前に歴然と提示するのであろう。そして、医療者は、医療者という役割だけでその空間に入るのではなく、生活者を支援する役割をもつ者として空間に入ることになるのである。すなわち、自宅という「空間」が、医療者を「生活化」する働きかけをしているのではないかと考える。

けいさんが亡くなり、ひとつのけじめとしての今回の訪問。そして、次は新益というように、お別れをした患者さんのご家族との付き合い方は、皆同じようにしているのだという。どんなに長くお付き合いをしたとしても、また短くても、同じようなスタンスで患者と付き合

う。

七嶋氏は、患者が亡くなったあとの家族との付き合い方について、関わりの期間に関わらずに同様にするのだという。グリーフケアについては前述したが、遺族となった患者家族は、「ショック状態」、「亡くなった人への思いに強くとらわれる」、「日常性の回復」という大きく分けて三つの位相を推移することを述べた。医療におけるグリーフケアについて、医療者が関わる理由について看護師の立場から宮林幸江〔宮林，坂口，田子 2007〕は、「死別後の間もない頃より、遺族は『生前の個人について知り、かつ心置きなく話ができる誰か』を探している。最も身近な他人としては、医療関係者が該当するので、可能であれば、話を聴く形のケアが欲しい。よって、病院／訪問看護ステーションの窓口などに「遺族ケア相談」などの形で相談の機会を設置することが理想である」と述べる。生前からの遺族との関係性がある程度保たれていることの必要性についても言及しながら、「最も身近な他人として医療関係者が該当する」と宮林は述べるが、医療関係者がグリーフケアとして遺族に関わることもまた、「グリーフケアの医療化」という概念でとらえられる。けいさんの死後2週間ほどで、アポイントなく「サプライズ」と言ってお子さんの元を尋ね、体調を気にかけ、「これからどうするの？」と気遣う言葉がけをすることは、形式的なグリーフケアとは異なるものである。そして、宮林の指摘と比較すると、七嶋氏の遺族との関わりは、あっさりとしているという印象もぬぐえない。遺族の生活への関わりには、決して積極的ではない。むしろ、来年の新盆という儀礼に合わせて訪問するという、生活の中で遺族が死者と関わる時期に合わせるという関わり方である。患者が生活をし、そしてその後は家族の生活が継続する自宅という「空間」に自らが赴き、遺族となった家族と語り合う。しかし一方で、遺族との関わり方については、一定のスタンスを守り、遺族の生活に深入りしないが、遺族が死者との関わりをもつ新盆という儀礼の時期に合わせて家族の履歴がその後も更新されている自宅に赴く。このような七嶋氏の患者の死という出来事を中心として、患者、患者家族との関わりの実践は、グリーフケアが医療の一部として存在しているのではなく、生活と医療システムとの界面に立ち、そのバランスを保ちながら行われているといえるのではないかと考える。

第9項 「省察的实践家」としての薬剤師

ここまで、七嶋氏の実践が、「生活化する薬剤師」という概念で説明が可能であることをインタビューデータ、およびフィールドノートの記述内容を分析することより示した。続いて本項においては、七嶋氏の実践の理論について検討する。

[1] すべてを知っているのは自分だけ

七嶋氏は、在宅医療に関わり始めた当初について、「在宅って実際はばかにされていたところもあるんですよね。当時、平成9年とか。介護保険は12年からです」と語っていた。

七嶋氏が在宅医療に関わり始めたときには、まだ介護保険が制度として始まってなかったため、訪問業務についての報酬が制度上はなく、無報酬で訪問業務を行っていた。そのため、「だから、ばかだのくそだの言われていました。」と語るように、周囲からは、なぜお金にならないことをするのか、というような言われ方をしていたという。このような経緯が影響を与えているのだろうか、七嶋氏は報酬についてように語っていた。

自分がもった患者が、急変したときに、お金にならないからやらないとか、そういう考え方だったら、最初から在宅に手をつけない。自分が最期まで、その患者を見れる。だから、報酬なんですよね。グリコのおまけですよね。買ったからもらえる。やったからもらえるんですよ。やらないのにもらうのは、これは法律違反であるし、やっぱり僕は違うと思う。だったら、自分が堂々とやったからもらったんだって言えるくらいやれよって、っていうのが僕の考え。お金のことは否定はしないけども、でも、やる以上はちゃんと責任は全うしよう。もらう以上はっていうのは僕の考え方ですね。

報酬ありきで在宅業務をするのか、それとも、在宅業務をしたから報酬があるのか、といった観点の差異についての語りである。この語りには、「一匹狼」という表現を使って自らを表現していたことと関係があるのではないかと考えられる。そして、患者との関わりの実践について、七嶋氏は以下のように語っていた。

僕は自分の患者さんのところに行ったときに、あのお、毎回毎回こうやって反省させられるんですよ。だから、この同じ患者さんだったら、絶対次は上に行くことができる。でも、同じ患者ばかりじゃないから、また次は失敗を繰り返すんですよ。でも、繰り返してでも、ちゃんと自分でちゃんとできた、ここはこうすればよかった、ああすればよかった、って、そこで第三者の意見を当然仰がなければいけないときもあるけれど、すべてを知っているのは自分だけなんですよ。

「第三者の意見を当然仰がなければいけないときもあるけれど」としながらも、「毎回毎回こうやって反省させられるんですよ」という語りのように、反省し、自己評価を繰り返していた。「反省」は自分自身の中で起こっている現象であり、「すべてを知っているのは自分だけなんですよ」という語りのように、他者からはわかりづらい。薬剤師の行う調剤業務における日々の実践は、ルーチン業務である側面も大きい。しかし、在宅医療においては、患者という固有性のある対象と個別に関わる実践を常に伴うことから、そのときそのときの状況で実践にバリエーションが伴う。そのため、実践においては失敗を繰り返すこともあり、そこで反省し自己評価することにより、そこで得た知識は実践知となって七嶋氏の生きた身体に宿り、「知が実践に内在する」のではないかと考えられる。

第三者の意見、そりゃ、第三者の評価って一番ベストなんですよ。でも、第三者の評価って、本人目の前にして、あんたすごいとか、悪いね、とかそんなことふつう言わないですよ。よかった、よかったってやっぱり言う。だからこそ、自分が自分に厳しくなって、やっぱりここは間違っている、ここはちゃんと訂正しないとイケないとか、やっぱりそれは、ちゃんとしないとイケないのかなあって。

第三者の意見、評価は重要ではあるが、しかし、「本人目の前にして、あんたすごい、とか、悪いね、とかそんなことふつう言わないですよ。よかった、よかったってやっぱり言う」というように、当たり障りのない表面的な評価にとどまることが多いことを語っている。通常、新人の頃には、間違いを指摘される、指導されるということは、日常茶飯事である。しかし、経験を重ねるにつれ、その機会は明らかに減っていく。また、薬局、とりわけ個人経営の薬局の場合は、勤務する薬剤師の人数は少なく、同僚という立場から意見する、評価するといった機会は少なく、目的をもって機会を設定しない限りは、難しいとも考えられる。ましてや経営者の立場となったとき、日常的に身近な第三者から適正な評価を得るという機会は少ないことは容易に想像できる。そのため、「よかった」という言葉を過大評価せずに受け止めるようになるのではないだろうか。だからこそ、厳しく自分を評価することが必要だと考えているのではないかと推察する。

で、そこに自分が迷ったときには、やっぱり、仲間とか、友達に、俺今こう考えているんだけど、間違っているんやろかとか正しいやろか、とか、引っかかっていると、そこで初めて相談していいのかなって・・・

しかし迷いが出たときには、ぎりぎりまでは自分で対処することを考えながらも、正直に胸の内を開けて仲間や友達という信頼できる第三者に相談すると語っていた。振り返りを自己のみで行うことには限界があることを示している語りともとらえられる。

[2] 省察しながら実践を重ねる

行為について自己評価をするということは、行為に対する振り返りであり、「省察する」という言葉で表現ができると考えられる。

どうしようもないんですよ。付き合っていくしかない。それだったら、とことん自分が自分を好きになって、自分でちゃんと自分で評価して、悪いところは悪いって自分で認めてあげないと、よかき・・・じゃダメなのかな。

七嶋氏は、自己の振り返りを継続的に行っていた。すなわち、実践をする上で、省察を継続的に行っていたことが語りから示された。

七嶋氏は、「同じ患者ばかりじゃないから、また次は失敗を繰り返すんです」と、実践の場の不確実性、そして混乱の経験について語った。そして、「でも、繰り返してでも、ちゃんと自分でちゃんとできた、ここはこうすればよかった、ああすればよかった、って、そこで第三者の意見を当然仰がなければいけないときもあるけれど、すべてを知っているのは自分だけなんですよ」と、自分が直面している現象について省察し、行動の中で暗黙となっていたそれまでの理解について省察している。「やっぱりここは間違っている、ここはちゃんと訂正しないとイケないとか、やっぱりそれは、ちゃんとしないとイケないのかなあって」と、その現象の新たな理解と状況の変化とをともに生み出すのに役立つ実験を実行している。すなわち、この一連の現象は「行為の中の省察」ととらえることができる。このように「状況との対話」に基づく「行為の中の省察」を通して、七嶋氏は、問題に対処する実践を遂行している「省察的实践家」と説明することが可能であると考えられる。

在宅医療において患者と関わる上では、患者を生活から切り離して考えることはできない。すなわち、「特定の疾病」に対する専門家として、自動化された思考での対処は不可能である。そして、「自己省察の繰り返し」は、自らが成長し続けることにつながることもとらえられる。

在宅医療に関わることは、常に試行錯誤であったのであろう。しかし、その中心には「途切れない患者の生活」があり、その生活を支えるのが自分を含めた医療、また介護スタッフであるという認識があるのだと考えられる。これは、実践が「人間個人が自覚的に明確な意図をもって行う行為」であることを裏付けているともいえる。

*在宅って確立しているわけじゃないじゃないですか。周りから言うと、僕らだって全然完成品だなんて思ってないですよ。でも、七嶋は在宅ができるけんよかよね、とか・・・。
僕も最初から、この世界にはいったときなんでもかんでもできたわけじゃない。やっぱり、たたかれ、失敗して、何度も泣いて。その中から見えてくることっていっぱいあると思うんですよ。*

「たたかれ、失敗して、何度も泣いて。その中から見えてくることっていっぱいあると思う」とは、「行為の後の省察」から得られることがあることを示し、「僕らだって全然完成品だなんて思ってない」という語りからは、それが繰り返されているということを示していると考えられる。

これまで「状況との対話」に基づく「行為の中の省察」、および、「行為の後の省察」について述べてきたが、七嶋氏は、第三者の意見の重要性についても以下のように語っていた。

一方的だったら、平面的にしかならないから、やっぱり第三者の意見を聞いて立体的になる、見えないものが見えてくる。そこが、大事なところじゃないかなって。時間はかかります。

ショーンは、さらに次のステップとして「行為のための省察」について述べている。「**やっぱり第三者の意見を聞いて立体的になる、見えないものが見えてくる**」という語りのように、第三者の意見を聞くことにより、今後の課題が見え、それが七嶋氏自身の成長につながっていくものと考えられる。

七嶋氏が患者宅の訪問に同行した際の筆者のフィールドノートには以下のような記述がある。これは、腹痛を訴えた認知症をもつ80歳代の独居の富さん（仮名）宅へ、訪問医が処方した薬をもっていったときの様子の一部である。

富さんのお宅で出て、車中で七嶋氏は、「歯を治さないといけないなあ。歯がないんですよ。だから食べ物が噛めない。ちゃんと噛めないから、便秘にもなるんだと思う。」と言った。富さんと話しながら、その口元に注目したようである。今後は、歯科治療が富さんの同意のもと行われることになるか、または食事の見直しがされる可能性がある。薬剤師の視点が、薬を届けることを通して、身体全体、また生活全体へとつながる広がりを見せるものであった。

このように、薬剤師の役割は、医師の処方した薬を届け、薬の説明をするという調剤業務のみにとどまらない。患者はひとりの生活者であり、この場面は、患者を生活者としてみる視点が表れた場面であると筆者は解釈した。患者の「歯」に注目した七嶋氏ではあるが、腹痛を訴えた患者と「歯」を関連づけたのは、それまでの「状況との対話」と「行為の中の省察」を通して得られた学びがあるからこそその視点なのではないだろうか。この時点における「状況との対話」の中では、七嶋氏は患者の「歯」に注目しているが、それはあくまでの、その時点での七嶋氏が考えたことであり、その後、実際にどのように富さんの生活がよいように改善していくのか、もしくは、その見立てに誤りがあったのかといったことは、行為後、また行為についても含めた「行為の中の省察」を通じて、七嶋氏が新たな状況への解決策として身につけていくことになる。

患者を様々な側面からみていく医療の在り方にプライマリ・ケアというものがある。日本プライマリ・ケア連合学会のホームページ [一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会] には、プライマリ・ケアとは、「身近にあって、何でも相談にのってくれる総合的な医療」と記載されている。さらにこの概念をさらに詳しく説明する形で、病気とは、身体だけの問題ではなく生活している様々な背景が重なって症状を生み出していることもあるため、身体と心、社会背景などを総合的に診療することが必要であること、また地域のネットワークについても言及し、病気や障害を持つ人が「生活していく上で何が困難か、それに対してどうすればよいか」ということを考えていくことが大切であり、そのために地域の医療・福祉・介護・保健、さらに地域住民がチームを組み支援することが求められると述べている。七嶋氏の患者の身体のみならず、生活にまで及ぶ視点は、プライマリ・ケアの概念を取り入れた

ものであるとも考えられ、実際次のように語っていた。

だから専門性がないとこれができないとか、それは僕ナンセンスだと思うんです。

それができるのは専門性じゃなくて、プライマリなんです。

在宅医療という臨床現場は、一人ひとりの患者生活が反映され個別性が際立つ。そのため、不確実な状況に遭遇することも多く、また驚きもあるであろう。このような状況から鑑みるに、「省察的実践家」という専門家モデルは、在宅医療に関わる薬剤師にも当てはまると考える。

温故知新という言葉が大好きで、自分の昔を知っているから、今がある。だから、今これをこうするとこうなるんじゃないか、10年後に、またおんなじこと言ってると思うんですよね。

そして、「10年後に、またおんなじこと言ってると思うんですよね」という言葉からも、「状況との対話」、「行為の中の省察」、さらに「行為の後の省察」、「行為についての省察」が繰り返されていくことを、七嶋氏自身が無意識のうちに認識しているのではないかと考える。それが、無意識のうちの「省察的実践家」としての姿なのであろう。

[3] 省察することを次世代に伝える

教育において、どのような方法が最も適しているのか、という点については、とりわけ実地における研修などでは方法と効果についての議論はあり、今後の薬学教育においても重要な課題と考えられる。特に、在宅医療においては、一人一人の実践が今後のエビデンスとなっていく可能性が高いこともあり、七嶋氏の語りからもわかるように試行錯誤の繰り返しである。なぜならば、在宅医療は一人ひとりの生活の中に、医療が入り込んでいくのであり、決まったアプリケーションで対応することは困難な場合もある。七嶋氏は、「僕だったらという表現しかしない」と語っているが、それは、まさしく、これまでの経験からでてきた語りともとらえられる。なぜならば「答えがあるわけではない」ためである。

僕だったらっていう表現しかしません。答えがあるわけではないので。だから、ここはどう？ここはどう？ってちょっとだけヒアリングさせてもらって、僕だったらこうしてみるかなって。それしか答えられないから。それかわからないときには一緒に行く。わからんから、俺も一緒に行っていい？一度見せて。会わせてって言います。

このような教育姿勢は、教えられる側にも省察することを促しているとも考えられる。一つ一つの実践の積み重ね、という経験は、個人に埋め込まれているものである。そのため、

明確な回答があるのではない。つねに臨床現場には、そこに関わる人間に課題を与える。

その人たちが成長して、次の患者さんに、とか利用者さんにちゃんと、またそこに近づこうとやっていく。それは大事なことだと思うし。

とりわけ在宅医療の現場とは、病院という管理された場ではなく、生活の場である。生活と医療の界面の場における課題は、病院での課題とは異なった、複雑な状況を反映した課題を提示するであろう。そして、その課題を解決するために、第三者の意見を聞くことの重要性はもちろんだが、自らで振り返り自らで課題解決の方法を絶えず考えることが繰り返されるのがより重要なのではないだろうか。省察の繰り返しという行為の重要性を伝えることとは、自らに問いを持たせ、問いに向きあい、自らで考えることを促す教育姿勢ではないかと考える。

第10項 七嶋和孝氏の薬剤師像 —「生活化」する「省察的实践家」—

在宅医療とは患者の生活する場が臨床の現場となる。そのため、生活する場において、患者は患者である以前に、生活者であり、暮らしの主人公である。病院、とりわけ急性期病院においては、患者は患者の役割を果たし、医療者は医療者の役割を果たす。患者は疾病を治療するために、病院という場に身体を委ね、病院の規則に従うことを求められる。そして、両者の了解のもとで「治療」が行われる。病院においては、患者を治療するという明確な目的があることから、「技術的合理性」にもとづく「技術的熟達者」という専門家像で薬剤師の存在を説明することも可能かと考えられる。しかし、薬剤師には薬学という、専門職としての基礎をなす学問が存在するにもかかわらず、ここにはやや議論の必要がある。なぜならば、薬剤師自身は「技術的熟達者」という専門家像として、医師や患者に認知されることを希望しているが、一方で、医師や患者は、薬剤師に対しては、限定した役割を求めているという状況がうかがえるからである。小村よると、医師は「薬」という切り口から患者一人を全人的にとらえるジェネラリストとしての薬剤師という認識 [小村 2011, 131]、また患者は、「薬」に限定せずに、自分の身体に関する相談をする医療者という認識 [小村 2011, 127]でとらえているという。とはいえ、医療技術の進歩に伴い、薬剤師には専門性が求められるようになり、現在では特定の領域、例えば、がん化学療法、感染症、緩和医療といった領域において、より深い知識と経験を有した薬剤師を学会などが認定し、認定薬剤師、専門薬剤師という資格が創設された。現在、医療はチーム医療が主流である。チーム医療とは、医師・看護師・薬剤師・リハビリ専門職・心理士などの専門職が、個々の専門性を活かし、ひとつのチームとして協働して患者の治療に取り組むことである。そのため、薬剤師がチームの構成員として、ある特定の領域における知識、技術の専門性を活かし、薬物治療に特化した役割を担うのも事実である。このような薬剤師の姿は、ショーンが指摘した「技術的熟達者」としての専門家像が合致するものと思われる。病院という場において、ショーンによ

ると、患者の治療を目的とする上では、「技術的熟達者」としての役割を患者も求め、結果的には患者にとっても益となるものと考えられる。

第5項において、七嶋氏が国立病院に勤務していたころの実践について記述した。約30年前、七嶋氏が勤務した国立病院は、現在のようなチーム医療は推進されておらず、チームの構成員が専門分化し業務を行うような環境ではなかったであろう。そのため、厳密な意味では、「技術的熟達者」として業務を行っていたとはいえない。しかし、自らの役割は「薬に関すること」と限定された認識が強かったと考えられる。なぜならば、医師の病棟回診に同行した際、医師から薬剤師としての仕事はどういうことかと問われたとき、「**僕は薬剤師として、主治医が出した薬を当然間違わなく、調剤して、で、きちんと飲めるようにするのが僕の責任だと思ってます**」と答えたその言葉から推察される。しかし、七嶋氏は医師から、薬剤師の業務は患者が服用して終わりではなく、薬を服用する患者に関心を持つことの重要性を説かれ、当時は薬剤師が所持することが珍しかった聴診器を持つようになった。それが、[聴診器を介した「薬」から「疾患をもつ患者」への興味の移行]であり、七嶋氏にとっての薬剤師業務の大きなパラダイムシフトであったと考えられる。しかし、病院における七嶋氏の実践は、[薬の専門家としての役割認識]がその実践を支えていた。「**個はないです。だから、僕たちも個はないから、病院がこっちの治療方針、ドクターの治療方針のままでは動かない**」という語りのように、代替可能な一薬剤師であるという認識も強く、「**国立病院っていうバックがあるんですよ。それがしゃべらせてるんですよ**」という語りからは、その実践は、[「個」を埋没化させ、「後ろ盾」となる病院]で行われていたと解釈できる。

この頃の七嶋氏は、患者の「生活」についての関心は乏しかったと推察する。しかし、七嶋氏が決して患者に関心がなかったわけではない。病院で治療を受ける患者への関心は強く、「**あなたはこんな病気だから、これを飲まないといけませんよ**ね」と何より患者の病気が治ることを目標として薬剤師として関与することを重視し、熱心に服薬指導を行い、そして「**治す喜びっていうのを知りました**」といった語りが見えるように、その結果として患者が治るということに喜びを感じ、患者と関わることに自信もあつた。しかし、「**なんか、治してあげてるよ、って、病院にいたときそうだったんだけど、治してあげてるよっていう上から視線がどっかにあつたかなって**」という語りが見えるのは、改めて当時を振り返ったとき、医療者と患者との関係の不均衡な関係を自らで作っていたことの気づきであった。

薬局を開業してからの七嶋氏の実践について、第6項、第7項、および第8項で記述した。病院で患者のベッドサイドに行き、物理的には患者の「そば」に行っていたが、「『患者』という『他者』への責任を実感するためには、『患者』のそばに行くことが最も効果的である」という小村の記述における「そば」を、心理的な距離、すなわち患者の生活への密着を意味していると解釈し、まず第5項において、「患者のそばに行く」薬剤師としての実践について検討を行った。

国立病院での勤務を通して、患者に服薬指導を行うことについてはしっかりとできるという自信もあり、「**なめてたんですよ。なんか。説明も病院でちゃんとやってるし**」という

語りのように、病院だろうと薬局であろうと、何の変わりがないだろうと考えていた七嶋氏であったが、「**出鼻をくじかれたのが、患者さんから、先生のしゃべり方怖いって。決して間違っていないけども、その人のためじゃなくて、自分の意見を押し付けているだけなんです**」という語りから、自分の患者への話し方が、威圧的であったことに気づいたことがうかがえる。「**先生のしゃべり方怖い**」という患者の言葉は、七嶋氏の認識を大きく変えるきっかけとなったものだと考えられる。七嶋氏の関心は、病院勤務時代は「治す」ということであり、さらには「治してあげる」ことへの関心でもあったとも考えられる。それは患者という「人」がもつ「疾患」への関心の強さを表している。病院に入院する患者は、「病人」という役割のみで存在していたのであり、七嶋氏は、目の前の人を「病人」という側面だけでとらえていたに過ぎなかったのである。しかし、薬局で患者と関わる中で、「患者」とはいえ、一人の生活者であり、必ず患者にはその背後に「生活」があるということ、「疾患」そのものではなく、疾患を持つ「人」に関心が移行をしてきた。そして、「**風邪ひくから用心しときなさい、ちゃんと生活をしたほうが大事ですよって、薬の効能よりも絶対そっちのほうが大事じゃないですか**」という語りからは、[患者の生活へのまなざし]がうかがわれた。これは、生活する患者と接することにより獲得されたまなざしといえる。

浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2004, 74]は、糖尿病患者の自らの糖尿病との付き合い方について、「治療実践を飼いならす」と表現した。これは、患者自身が、薬の飲み方を工夫したり、自分の体調などを考慮したりすることで、患者が主体となって糖尿病という病いと共に生きることである。この「飼いならす」という表現は、患者が生活者として、医療を生活の一部として取り込んでいる状態として説明が可能である。主体が生活者である患者、という視点から考えると、何らかの疾患を持つ患者に対して、「**その人たちが今からどうしていきたいかっていう気持ち**」を汲むことが重要だと語る七嶋氏は、患者が「治療実践を飼いならす」ことを支援する医療者として関わろうとしている、と解釈できる。すなわち、薬剤師が、生活と医療の界面に立っているととらえることができ、薬剤師が自らを「生活化」していると解釈することが可能であると考えられる。そして、「生活化」する薬剤師という概念は、患者の生活の場で医療が提供される在宅医療という「場」であることが大きく影響を与えているとも考えられる。

現在、在宅医療に関わる薬剤師の間では、服薬後の患者の状態を確認するという意味で、血圧測定をはじめとしたバイタルチェックに関心を示す者が多い⁷⁵。七嶋氏が聴診器を使うきっかけも、薬の効果を確認すること、服薬したあとの患者に関心を持つことの必要性を説かれたことであった。聴診器を使うことで、七嶋氏にとっての調剤という概念は大きく変わったことが考えられる。そして、その後30年間、七嶋氏にとっての聴診器の意味が確立してきているといえる。白衣の象徴性については、第7項 [4] において「役割を認識するた

⁷⁵ 第3章において記述した在宅医療にかかわる薬剤師に対する「触れる」行為に関するアンケート調査の結果においても、回答した薬剤師が最も必要性を認識し、また実際に行っている行為は「血圧測定」であった。第3章第3節第3項参照

めのスクラブ」という概念を提示し記述したが、聴診器も医療者の象徴である。聴診器を持っているというだけで、その人を医療者であると見る人は判断する。たとえポロシャツといった軽装であったとしても、聴診器を首から下げているだけで、医療者と判断される可能性が高い。七嶋氏は、実際、聴診器を首から下げて患者宅を訪問していることから、周囲からは医療者として判断されることは間違いない。しかし、「**多くのことって対話で50%できると思うんですよ**」という七嶋氏の語りは、聴診器を使用することは薬剤師にとってのルーチン業務とはとらえず、患者のもつ感覚を数値化することは常套手段ではないと考えている。まずは、患者のもつ感覚を聴くことから始め、それを必要に応じて、医療者としてアセスメントが可能となるよう数値化を試みる。この七嶋氏の実践を「対話から導かれるバイタルチェック」という概念で説明したが、この概念もまた、医療者として「医療システムと生活の界面に立つ」ことを意味しているものであると考える。

七嶋氏の患者宅における実践については、フィールドノートの記述としてまとめ、第7項、第8項で提示した。第7項においては、患者が医療を「生活化」することを支援する七嶋氏の実践を6つの概念で説明した。吉野夫妻は、医療サービスを訪問診療だけに限定することなく、介護タクシーを利用し、妻の福さんは月に1回かかりつけ医を受診し、福さんの受診に合わせるように夫の武一さんは泌尿器専門医を受診し、その際、必要な買い物も済ますようにしていた。七嶋氏がそれに対して口をはさむことはなかった。月に1回の夫婦そろっての外出は、医療機関の受診と買い物という、ふたつの目的を持ち、どちらを主とすることなく、「医療と買い物が同じ次元にある」という概念で説明できた。七嶋氏の吉野夫妻の自宅を訪問する際に、七嶋氏は、薬剤師の七嶋が訪問するのではなく、医療者として、また生活者として様々な側面をもつ「七嶋の集合体」として訪問する」と語っていた。これは、七嶋氏自身が自らを薬剤師という役割に限定していないことを表す概念である。そして、「どがんと？」と尋ねた七嶋氏の質問に対して福さんは、「あまり食べんとよ。この人が半分くらいしか食べられんと私も食べられんとよ。この人が全部たべたら、よう食べたねえって言うて、頭なでてあげんのよ。この人が食べたら私も食べられるけん」と答え、医学的な文脈とも生活に関する文脈とも、そのどちらともとらえられるような答えを返し、その答えから推察するに、福さんは七嶋氏を、「医療と生活の界面に立つ」存在であると捉えていると解釈できた。七嶋氏が訪問時に着用しているスクラブは、医療者の象徴でもあることは否定できない。しかし、なぜ七嶋氏がスクラブを着用するのかその理由を解釈するにあたり、いったん白衣着用をやめTシャツで訪問するという選択をしたにもかかわらず、改めてスクラブを着たのは、七嶋氏の中で、患者に信頼される医療者という役割意識の中で、スクラブは権威性をできる限り排除したスタイルとして導かれたもの、すなわち、「白衣の権威性」への抵抗感はあるが、仕事として患者の家を訪問するという意識があることから、スクラブのカジュアルさが、現在の七嶋氏が抱く薬剤師像に合致しているのではないかと考えた。これを「役割を認識するためのスクラブ」という概念で説明した。また、スクラブの色はオレンジやピンクといった鮮やかな明るい色を好み、その色が患者の生活に彩を与えているとい

う効果もあると考えられた。福さんは、武一さんを介護することの意味を武一さんの被爆体験と関係づけていた。患者の「ナラティブを聴く」という行為は、医学的文脈にのみに固執せず、その背後にある人生の物語の文脈にも関心を広げることである。そして、福さんが薬の管理をしていることを全面的に信頼し、改めて服薬状況や残薬確認をすることなく、
「対話から導かれるバイタルチェック」により、武一さんの感覚、また福さんの感覚を数値化し、患者の服薬状況を確認する。患者の七嶋氏の吉野家への訪問は、医療という側面をできるだけ見せない「片隅に置かれる医療」を心がけているようであった。

第8項においては、人が生きること死ぬことに伴走する実践について5つの概念で説明した。死が生きることの延長にあるという視点でとらえたとき、病人として扱われ管理された状態に置かれる病院ではなく、住み慣れた自宅を人生の最期の場合として選択した場合、患者、そして患者家族が、医療を「生活化」することは必然的になされるのではないかと考える。提示したフィールドノートは井上さん親子に関しての記述である。痛みが強かった末期がんの母けいさんの「痛みからの解放」が意味すること」は、井上さん親子が望む「親子としての自然な姿」を再生することであった。そして、けいさんからの「ありがとう」という感謝の言葉が、けいさんが亡くなった後に生活を続ける明子さんの生活の質をも向上させることにつながっていくものとなっていた。医療的な面にこだわらずに、生活の中で生じる「色々な困りごとに対応する」こともまた、七嶋氏が薬剤師としての専門性を「生活化」している実践ともとらえられた。すなわち「生活化」する薬剤師である。そして、けいさんが亡くなって3日間雨が降ったらその人の死は寿命だったという言い伝えを語る娘の明子さんは、けいさんの死を、がんによる死という疾病だけのとらえ方をしていなかった。そして、家からけいさんを送り出せたこと、意味のある葬儀ができたことに満足な様子であり、「死」を自然に受け止める」という概念でとらえられた。そして、七嶋氏は、「遺された家族の様子をみるための「グリーフケア」としての訪問」という名目で、井上家を訪問しており、死のとらえ方を長崎という同じ土地に住む生活者の一人としてローカルな文脈でも共有していた。また、儀礼というタイミングで訪問するグリーフケアは、医学という文脈ではなく、死を生活の文脈の中でとらえているとも解釈できた。そして、「患者の死後の家族へのまなざし」も、生活という文脈の中でとらえられ、患者の死という出来事を中心として、七嶋氏は生活と医療システムとの界面に立ち、そのバランスを保ちながら実践を行っていると考えられる。

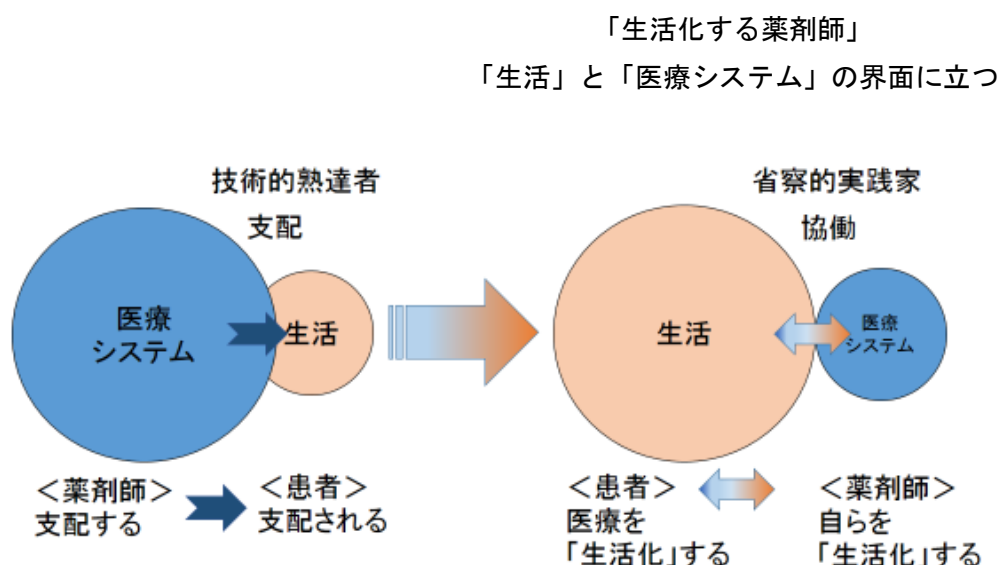
インタビューデータ、およびフィールドノートの分析を通して、七嶋氏の実践は、患者の「家」という環境において、周囲との対話を重ねていく作業を続けていくことでもあった。また、患者と医療専門家との関係は、両者がともに協働する関係にあった。

状況は絶えず変化し、そこに身を置く患者も家族もその状況との対話を繰り返し、患者はどのように医療システムを生活の一部としてとらえるのか、その程度を勘案する。一方医療者も、生活者としての視点を持ちながら、状況との対話を繰り返し、省察を行う。それは、行為の中であり、その後であり、常に継続していく、終わることのない繰り返しとなる。こ

れが省察的実践家としての専門家の姿である。そして、自らが置かれた状況との対話を繰り返す中で、患者によって「生活化される」のではなく、専門性を、そして自らを「生活化する」。生活と医療システムのどちらかに偏ることなく、また、支配する、されるという関係性ではなく、生活と医療システムとの界面に医療者としての薬剤師は立ち、バランスを保つ。すなわち患者と医療者との協働が、両者にとって最もよい「状況」となる。薬剤師が「生活化する」とは、主体として常に他に働きかけるのでもなく、つねに他を受け止めるのでもなく、それは主と他とのやりとり（対話）、また主と主とのやりとり（省察）が繰り返される状況にある。このような状況を支える場は、自宅という環境が最も適している可能性が高い。なぜならば、自宅は生活の「場」であり、その人個人、そして地域コミュニティの履歴が刻まれている「場」であるからである。しかし、自宅であれば、常にこのような状況になるわけではない。そこには、たとえば患者自身が、どのように生きたいのかという観点から医療を「生活化」することも重要である。

患者が医療を生活の一部として取り入れ、医療者としての薬剤師は専門家であると同時にひとりの生活者として、患者と「協働する」という意識で自らを「生活化」する状態であることが、「生活化する薬剤師」という概念であると考えられる。

以下に「生活化する薬剤師」へのパラダイムシフトの概念図を示す。



第5節 実践コミュニティとしてのP-ネット

第1項 調査概要：P-ネット会員薬剤師へのインタビュー調査

第3節において、「縦横ネットワークの構築」とは、在宅医療に関わる薬剤師とかかわら

ない薬剤師とのインターフェースで生じる分断のサファリングへの対処の術のひとつととらえ、その有用性について論じた。さらに、P-ネットが複数の会員により成り立つネットワークであることから、会員たちの置かれた状況、成長、移動などをきっかけに、変化し続ける有機的なネットワークである必要性について言及した。そこで本節においては、P-ネット会員の語りの分析を中心に、P-ネットの担う役割及び今後について検討を行う。

第2項 「学習」と「実践コミュニティ」について

P-ネット会員の語りを分析するにあたり、分析概念としての「学習」および、「学習」の場としての「実践コミュニティ」について記述する。

文化人類学者の田辺 [田辺 2003, 8]は、「実践」または「実践する」という日本語が不思議なとらえにくい言葉であると述べ、「実践」について理論的な視点から論じている。田辺によると、日本において「実践」という言葉を使うとき、日常の慣習的行為という意味よりも、「明確な意図をもって行う行為、活動」を指す傾向が強いという。しかし、社会的に構成される慣習的行為であるという意味が排除されているわけではない⁷⁶。田辺 [田辺 2003]による記述を参考にしながら、「実践」の場である「実践コミュニティ」そして「学習」について以下記す。

フランスの社会学・人類学者ピエール・ブルデューは、実践とは『実践感覚』とか『ゲームのセンス』のように、意識が動いたり言葉や概念に従ったりする手前で作用する身体化されたものであるとし、スコラ哲学によって慣用された「ハビトゥス」という言葉をあてはめ表現した。しかし、「ハビトゥス」は社会関係の中で構築され、無自覚的に営まれる学習であるというブルデューの分析では、ハビトゥスの身体化とはブラックボックスのようであり、その過程は何も明らかにされていなかった。この身体化の過程が不明確なブルデュー流の「ハビトゥス」概念に対して、人類学者であるジーン・レイヴと認知科学者であるエディエンヌ・ウェンガーは、行為者がどのように実践を組織していくかという過程を明らかにしようとした。すなわち、「ある社会ゲームに参加する行為者が、そこに存在するさまざまな資源を活用し、他人と競合し折り合いをつけながら学習する過程」を描こうとしたのである。そして、彼らは「学習とは、いかに知識や技能を獲得するかという個人の内的な認知過程ではなく、あくまでも参加という活動によってくりひろげられる社会的過程である」と述べ、ブルデューが、学習とは無自覚的に営まれるとしたのに対して、「学習とは他者とともにある社会的実践である」と主張した。このような社会的実践に参加することで技術や知識を習得する学習を「状況的学習 (situated learning)」と表現した。そして、社会的実践とは、「行為者が、参加するコミュニティでの役割の変化や、まわりの人々や資源との関係の変化、行為者自身のアイデンティティの変化なども伴う過程」であり、実践による行為者の変化を一貫した過程としてとらえるために、「実践コミュニティ」というモデルを設定した。

⁷⁶ 田辺による「実践」について論述は、第2章第3節第2項を参照

田辺 [田辺 2003, 21]は、レイヴとウェンガーが設定した「実践コミュニティ」とは、「さまざまな関心や目的をもつ行為者が実践のやり方をしだいに身につけ、仕事を成し遂げていくような社会的ゲーム（集団）を指している」と説明する。この人々の社会的実践の場である「実践コミュニティ」とは、制度的な枠組みを必ずしも意味しているわけではない。またメンバーシップが明確に境界づけられることもない。いわゆる人類学、社会学における研究対象となるような「共同体的」な制度ではなく、「人と人との相互作用が凝集し活動が組織されている現場」が実践コミュニティなのである。そのため、コミュニティが制度と一致することもあれば一致しないこともある。たとえば、学校のクラスや中小企業の町工場などはコミュニティと制度が一致するが、地域社会で何らかの活動を行うコミュニティはメンバーシップが明確に境界付けられることなく任意に形成され、コミュニティと制度が一致しない。このように「実践コミュニティ」とは、「人々がさまざまな動機や目的をもって集まり、活動が遂行されている現場」としてとらえることを前提としている。

では、「学習」の過程とはどのようなものなのか、レイヴとウェンガーによる記述を参照する。繰り返しとなるが、レイヴとウェンガーは、学習を共同参加の過程の中に位置づけた。そして、「学習とは社会的実践の統合的かつそれと不可分の側面である」と述べ、学習を「実践コミュニティへの正統的周辺参加」として特徴づけた。正統的周辺参加 (LPP: Legitimate Peripheral Participation) とは、「緩やかな条件のもとで、実際に仕事の過程に従事することにより、業務を遂行する技能を獲得していく [レイヴ , ウェンガー 1993, 7]」ものである。はじめは周辺的であるが、次第に関わりを深め、複雑さを増し、実践コミュニティの社会文化的実践の十全参加 (Full Participation) へと移行する。ここで用いられている周辺性という言葉は積極的な意味を持ち、周辺性という概念の反意語にあたるのは、進行中の活動への無関係性、あるいは非関与性である。また、参加の正統性という言葉は、「所属の仕方の本質を定める形式」であり学習にとっての決定的な条件である [レイヴ , ウェンガー 1993, 10]。そのため「非正統性周辺参加」は存在しない。そして、十全参加が知識と技能を獲得するプロセスの到達点であり、正統的周辺参加から十全参加者となることは、なにがしかの一人前になることを意味する [レイヴ , ウェンガー 1993, 29]。実践コミュニティへの参加の位置は変化し続け、それが学習の軌道であり、実践コミュニティの成員としてのアイデンティティを獲得するプロセスである。実践コミュニティへの参加者を表現する言葉として、新たに参加したものを「新参者」と呼び、新参者から次第に実践コミュニティへの関わりを深め十全参加者へと移行していく参加者を「古参者」と呼ぶ。そして、実践コミュニティとは、「帰属意識を育てるのではなく、メンバー間のゆるぎない「共同体的」な絆を築くものでもない。それは行為者の主体が多様なアイデンティティ、つまり主体の新しい形成を発見しそれを創りあげることを可能とする場 [田辺 2003, 25]」である。

第3項 調査方法および分析方法：事例研究

第3節で調査対象としたP-ネット会員6名のうち、在宅医療に関わる上でP-ネットと自

らの関わりについての語りが豊富な4名の語りを分析の対象とした。本調査における対象者は、30代男性1名、40代女性2名、50代女性1名である。

分析は、キャサリン・コーラー・リースマンによるナラティブ分析の一方法であるテーマ分析を参考に行った。リースマン [リースマン 2014, 102]は、「ナラティブに取り組む学者たちは、複数事例を横断して取り出した構成要素としてのテーマ(カテゴリー)からではなく、その事例から理論化することによって、一つのストーリーを『損なわずに』保つのである」と述べる。テーマ的ナラティブ分析とは、「『何が』言われているのかに着目してナラティブデータに取り組み」、そして「出来事や経験についての報告、つまり『語られたこと』のみに焦点をあて、(既存の理論や新興理論、調査の目的、データそのもの、政治的コミットメント等によって影響を受けている)研究者によって明らかにされたテーマに照らして、データは解釈される」ものである。さらに、リースマンは、ナラティブ分析はグラウンデッド・セオリーと非常によく混同されるが、その相違点を四つ挙げている。第一に、二つの分析方法では分析過程における先行理論の位置づけが異なる、という点である。ナラティブ分析では、先行理論が研究を導くと同時に、さらに研究者もデータから新たな理論を探索するが、グラウンデッド・セオリーは、早い段階においての先行理論の使用は行わない。第二に、グラウンデッド・セオリーは切片化した断片をテーマに着目してするが、ナラティブ分析では、シーケンスは維持されたまま解釈され、ストーリーは完全な状態で保たれる。そして第三に、物語の報告を史実化することで、物語る時間と場所に注意を向け、一般的な説明という考え方そのものを排除する。第四にグラウンデッド・セオリーにおいては、目的は理論化に向けて、異なる事例に通用する確固たる一連の概念を帰納的に生成することであるが、これとは対照的にナラティブ分析は事例が中心である。「根本的な次元で、ナラティブな方法とグラウンデッド・セオリーとの違いは、事例中心というこだわりの有無から生じる」のである。

そこで、本節においては、4名の各々の語りデータを再構築しストーリー⁷⁷として提示する。ストーリーは以下のように再構築した⁷⁸。筆者の質問に対する語り手の語りのテキスト全体の中で、「学習」に関するテキストのみを抜粋し、質問者である筆者の語りはすべて消去した。語り手の生の語りをそのまま使用することを心掛けたが、相槌や、言いよどみとして発せられた言葉は削除し、語り手が発した個人名は代名詞として置換した。なお語りは行きつ戻りつとなるため、その内容が重複することがあるため、ストーリーとしてつなげた。さらにできあがったストーリーを語り手に確認してもらい、語り手の発言の意図にふさわしい表現に一部変更した。このストーリーはゴシック体で表記し提示する。ストーリーとし

⁷⁷ 長い人生誌の報告(バイオグラフィカル・アカウント)ではなく、インタビュー・テキストの短く区切られた部分は、グラウンデッド・セオリーのカテゴリー中心アプローチと共通した特徴ともとえられるが、個々のストーリーが保持されているという点において、リースマンはナラティブ分析に位置づけられると説明している。[リースマン 2014, 118-119]

⁷⁸ 語りデータは、リースマンが紹介するイーウィックとシルビーの研究例を参考にしてストーリーを再構築した。[リースマン 2014, 112]

て再構築したのは、何が語られているのかに焦点をあて「語り手の発言を格別に重視する [リースマン 2014, 56]」ためである。そして、あくまでも「学習」というテーマに関する語りを対象とするため、ここでは語り手の個人的な人生については触れない⁷⁹。

本節において、4名の語りデータを対象に分析を行うにあたり、主体のアイデンティティ獲得のための社会的実践である「学習」を分析概念として参照する。これは、P-ネットとは、志を同じくした薬剤師の集団であり、「さまざまな関心や目的をもつ行為者が実践のやり方をしだいに身につけ、仕事を成し遂げていくような集団」であることから、実践コミュニティとして設定することが可能だと考えたためである。そして、P-ネットを実践コミュニティとしてとらえたとき、P-ネットが「主体の新しい形成を発見しそれを作り上げることを可能とする場」であるのか、4名の語りから解釈する。4名の語りを一人ひとり解釈した後、P-ネットの担う役割、そして今後の方向性について検討する。

なお、第5項において提示する4名のP-ネット会員の再構築した語りは、ゴシック体で表記する。

第4項 P-ネットの勉強会について

P-ネットの会員は、日常的に一緒に業務を行うことはなく、各々が異なった場で業務を行っている。P-ネットを実践コミュニティとしてとらえたとき、「実践コミュニティ」とは、「人々がさまざまな動機や目的をもって集まり、活動が遂行されている現場」であり、「学習」の過程においては、古参者と新参者がともに参加し、新参者が古参者を観察する「場」が存在する。P-ネットでは、発足以来、定期的に勉強会を開催し、勉強会が、会員が顔を合わせる「場」となっている。筆者は、2014年12月に開催された勉強会に、前代表中野氏から了解を得て参加する機会をもつことができた。勉強会は月1回、平日の19時半から21時まで、市内の会議室を借りて行われる。勉強会の様子を記述した筆者のフィールドノートを枠線で囲み以下に記す。会員の語り、およびその分析に先立ち、勉強会そしてその後の懇親会という「場」で、会員がどのように交わっているのかを記述したものである。

今朝は長崎でも朝から雪が降ったとのことである。非常に寒い日であった。勉強会が行われるのは、個々の業務が終了後の19:30からということであった。

会場となったブリックホールは、収容人数が2002名という大ホールもあり、11月に山口九州薬学会が開催された会場でもある。今回の勉強会の会場となった会議室は建物の3階にあり、同様の大きさの部屋が廊下に沿って横に1列に5つ並んでいるうちの、エレベーターからは一番遠い位置にあった。部屋には3名が座ることができる机が横に3列並び、入り口に近い列は机が縦に4列、他は縦に5列並ぶように配置されており、30名ほどが着席で収容できるほどの広さであった。

⁷⁹ 第4章第4節においては、七嶋和孝氏に焦点をあてて記述したが、その際七嶋氏の個人的な人生についても触れた上で語りデータを提示した。本節における語りデータ提示とは異なる方法である。

19:15 頃に到着した私は、顔を知っている二人の方の到着がまだだったので、会議室横にある自動販売機が並ぶ休憩スペースで少し待つこととした。19:15 の時点では、3 名ほどがすでに会場に集まっていた。

19:25 になり、部屋の中を改めてのぞいてみようとする、ちょうど七嶋氏が部屋から出て廊下を歩いているところであった。後ろから慌てて、声をかけさせていただいた。七嶋氏は私の到着がまだかと思い、連絡をとろうと携帯電話に手をかけていたところであった。

「こんばんは。少し早く着いたので部屋の横の自動販売機のあるところにいたんです。」と私は説明した。「ああ、今連絡しようとしたところだったんですよ」と七嶋氏は答えた。そして、「今日は中野先生が少し遅れるって」と七嶋氏が付け加えた。私も、P ネット代表の中野正治氏が今日は屋間福岡に用事があり出かけており、夜に長崎に戻りその足で勉強会に参加すると聞いていた。「あ、そうなんですね。福岡に行かれるっておっしゃってましたね」と答えた。

その後、開始時刻の 19:30 が近くなってきたので、七嶋氏に案内される形で私も荷物を持って部屋に入った。会場に入ると、目があつた人たちが一様に笑顔で迎えてくれた。非常に暖かな雰囲気があった。会場には 10 名ほどがすでに集まっていた。机の上には、本日の勉強会の資料が置かれていた。今回のテーマは大腸がんである。大腸がん治療に使われる抗悪性腫瘍剤ゼローダに関連する資料、また本日発表される方が作成したスライドの資料が置かれていた。集まっていた薬剤師の方々の顔ぶれをざっと見たところ、30 代～40 代世代が多いという印象を受けた。

19:30 をほんの少し回ったところで、50 代と思しき男性が部屋へと急いで入ってきた。すると、「わあ、久しぶりですね！」という声がすぐさまかかり、その方も「1 年ぶりくらいかなあ」と笑いながら答えていた。久しぶりに参加したときにも、それまでの関係性があるからだろうか、笑顔で迎え入れるという雰囲気が見てとれた。その後、数名が慌てて会場に入ってきた。仕事を終えてからという時間帯であるから、参加者はみな、業務終了後に慌ただしく仕事を後にして集まっていることがうかがえる。

19:35 になり、本日の研修会の進行担当と思しき方が、「では、そろそろ時間ですので始めましょうか」と声をかけた。座席の正面の壁をスクリーンとして利用して、すでにスライドが映っていた。このとき着席していたのは全員で 16 名。男性 11 名、女性 5 名であった。

進行担当の方から簡単に本日の勉強会の内容についての話があった。まずは大腸がんに関する疫学的な面からの説明、その後、実際の処方せんをもとに症例検討を行うという流れであった。疫学の話は、P-ネット会員である薬局薬剤師の P 氏が担当していた。内容は、大腸がんにおける化学療法のレジメン、および支持療法についてであった。P 氏からは、支持療法に使われる薬剤は、薬剤師の「嗅覚」がものをいうという説明があった。というのも、その処方内容は単なる胃腸症状を伴った風邪の薬と見間違ふことが多いからである。患者が単なる胃腸の薬と思い込み、支持療法として処方された薬を医師からの指示通りに服用しなかったことから、化学療法が継続できなかつた事例があることが薬剤師向けの情報誌

「日経 DI」にも掲載されたことについて触れながら、薬局薬剤師が支持療法をいかに察知するかの重要性についてが語られた。そして、処方箋の内容から支持療法の可能性が考えられる場合には、患者さんに質問しながら、投与スケジュールを把握する必要があること、それがないと正しい服薬指導ができないという点の重要性が語られた。一方で問題点として、薬局薬剤師に病院からの情報が少ない点が挙げられるが、嗅覚を働かせて可能性を疑う必要性が求められるということであった。また、緩和ケアについても少しだけではあるが話が及んだ。がん患者のもつ苦痛とは身体的な苦痛だけではなく、社会的、心理的、霊的（スピリチュアル）な苦痛があることについて語られた。20:10 頃まで約 30 分間、P氏による大腸がんに関する疫学の説明が行われた。

続いては、症例検討である。このワークのはじめに、事例を提供したX病院の薬剤師Q氏は、今行われたP氏の疫学の説明と合わせて考えながら、処方内容について理解してほしいと語った。そして参加者には、60 代大腸がんの患者さんの、治療のステージごとに異なる内容の処方が 3 つ提示された。参加者は同じ列に座る人たちで 3 つのグループに分けられた。前列に座る人は後ろを向き、真ん中に座る人は少し座席をずらし、というように、各々が顔を見合わせられるように、机をはさみながらも輪になるような配置で座りなおした。ワークは、異なるステージにおいて出された処方内容が記された紙が 1 グループに 1 枚ずつ配られ、この処方から読み取れる患者の背景、そして医師の処方意図を検討するというものであった。参加者は、開始時刻が回ってから少しずつ増え、グループワークが始まる時間には、22 名の参加者となっていた。男性が 16 名、女性が 6 名であった。ひとグループ 7 人～8 人という人数であった。私もひとつのグループでの話し合いに参加させてもらった。

グループワークでは、率直に疑問点などが語られた。「この薬の目的は何のためだろうか？なぜ 3 日分だけ？」「きっと病院ではこの薬剤を点滴しているんだよね」ということを確認しながら、一人ひとりが気になった疑問点や処方から推察される点などを発言し、グループの中で意見を交換しながら、次第にひとつのまとまった結論へと収束していった。病院勤務の経験がある薬剤師、ない薬剤師、これまで抗がん剤の外来治療の処方せんを受けた経験の有無など、各々、背景が異なる薬剤師であることから、抗がん剤治療に関する知識にも当然差がある。15 分ほどのグループワークの後、それぞれのグループが 3 通りの処方内容から、処方時の患者の状態について考えられること、推論される処方意図について、グループの代表者が発表した。このグループワークは全体で 25 分程度であった。

その後、3 つの処方を事例として提供したX病院薬剤師Q氏から、患者の病院における治療内容、医師の処方意図についての実際の説明が丁寧に行われた。おおむね、各グループの発表した内容と一致していたが、処方理由についてのわかりづらかった点についての詳細な説明がつけ加えられた。それは、外来で化学療法を受ける患者さんの支持療法の重要性についてよりわかる内容であった。がん治療における病院と薬局の薬剤師の連携の重要性は叫ばれて久しいが、患者の益のために、それがいかに重要なのかという点について改めて確認した内容であった。このレクチャーは約 15 分ほどであった。この時点でそろそろ勉強会

の予定時刻の 21:00 が近づいていた。

最後に、少し遅れて参加していた代表の中野氏からの話が始まった。正直なところ、私には当初中野氏が何を話そうとしているのか、皆目見当がつかなかった。中野氏はひと言目に、「今回のテーマが大腸がんということで、その話題にとびついて話すことにしました」と語った後、用意したスライドを映し出して説明をはじめた。それは自分の大腸がんについての話であった。昨年 11 月に腹部に違和感があったこと、尿路結石を経験したことがあったので、最初はそれを疑ったが、今回はその時とは違う違和感であったことから、病院を受診した。そして大腸がんが発見されたとのことであった。その後、腹腔鏡手術で大腸がんの切除は行ったが、肝臓に転移した部分については切除ができなかったことを打ち明けた。そして、今現在まさに治療のまっただ中であること、今日福岡に行ったのは、免疫療法による治療を受けに行ったためだと語った。会場はグループワークの時間帯を除いてそれまでも静かではあったが、その静けさがさらに静寂に近いものとなったような感覚を私は覚えた。空気の質が変わっていたような感覚であった。中野氏がなぜご自分の話をされたのか。それは、患者の気持ちを理解してほしいという願いからだと言った。自分が病いをもって初めて実感すること、それは誰にでもあるであろう。医療者は、その感覚に近づきたいと思いつつも、なかなかその距離感を測れないこともある。中野氏は、とりわけがん治療を受けながら自宅で過ごされている方々の気持ちを少しでも理解してほしいと言った。また、手足症候群、神経過敏症状といった副作用についても、今自分に起こっている感覚について丁寧に話された。冷たいものを触るだけでなく、あらゆる温度のものを触るとピリッとした感覚が走る。点滴を始めると血管痛が起り、それはシャツが触れても痛みとして感じる。そして何より、今抱えている不安について語られた。内容は非常にストレートなものであった。この先どれほど治療が続くのか、家族はこれからどうなるのか、経済的な面は大丈夫か、仕事は今後も続けていけるのか。一つひとつの不安が現実味を帯びて襲ってきていること、それらをストレートに語った。中野氏の話の間、会場は終始静寂な空気に包まれていた。

21:20、勉強会は終了した。その後は、有志で食事をすることだったので、私も同行させてもらった。懇親会の会場に向かう途中、私は七嶋氏に、「中野先生のご病気のことをご存じだったんですか？」と尋ねた。七嶋氏は「2 週間くらい前に聞いたんです。でも、ここで話すとはなあ」と言った。七嶋氏にとっては、この勉強会での中野氏の病気のカミングアウトは予測していなかったようであった。中野氏にも、「なぜここで話しようと思ったのですか？」と尋ねると、中野氏は、「今日は参加者も多くてよかったよ。別に隠すつもりははじめからなかったんです。でも、そのきっかけがね。今日は大腸がんがテーマということだったので、これはちょうどいいと思ったんですよね」と答えた。中野氏の自らの病気についてのカミングアウトは、中野氏にとっては自然の流れであったのであろう。中野氏は、ひとりの「患者」としての胸の内を参加者に伝えたようでもあった。

懇親会には男性 6 名、女性 1 名、そして私を合わせて 8 名が参加した。明日の業務のこと

もあるので、なかなか平日の夜に遅くまで時間を割くのはみな大変なことなのだろうと思う。場所は会場近くの居酒屋であった。一人ひとりが薬局で日々業務を行っている。勉強する機会も、また情報交換する機会も限られているであろう。勉強会のあとのこのような集まりの場は、当日の勉強会の振り返りという場であるだけでなく、顔を見せあうことによって互いの考えを聞く機会ともなるようであった。参加した薬剤師の方々は、自分で薬局を営んでいるという立場であることが多く、経営者という一面を併せ持っている。勉強をするということは、単なる自己満足にとどまらず、仕事という面から、薬局の存続ということを考えて必要不可欠なものでもあるようだ。

ざっくばらんにお酒を酌みかあしながら話す中で、「これから」を垣間みるような話もあった。そこにとどまっていはいけないということである。たとえば「発表する」という発信する行為についても、その経験を若いうちから続けていくことが重要である。その機会は一人にいるだけではできない。今回P氏は、2か月間ほどの期間をかけて大腸がんについて勉強をし、スライド作りについても何度も校正しながら先輩薬剤師の協力を得て仕上げたらしい。ひとりの力ですべてをしたのではなく、先輩薬剤師がしっかりと関わっていた。そこには「教える」「教えられる」という関係があったようである。P-ネットにおける繋がりとはい、単なる「横の繋がり」だけではなく、「縦の繋がり」を併せもつということではないかと考えた。すると、在宅医療に関心をもつ若い人を巻き込んでいくことが、今後のP-ネットの課題となるのではないだろうか。すなわち、「縦横の繋がり」がP-ネットのキーワードといえるのではないかと考える。

年が明けた2015年1月30日の総会、および新年会で新しい年が始まるそうである。2014年度最後の勉強会では、代表である中野氏が自らの病いの経験を語ることで、患者の内なる思いを、「患者のひとり」として会員に伝えようとした。医療的な知識をもって薬剤師として患者と関わることはもちろんである。一方で、医療とは患者の生活を下支えするものであると認識し、医療者も患者となりうることを自覚し、患者の気持ちへの想像力を働かせることも重要である。それを中野氏は、自らの体験をもとに伝えた。これも「繋がり」である。ともすれば努力を必要とする「繋がり」。P-ネットは「繋がり」に重きをおいているということ、参加した勉強会を通して考えた。

勉強会は、「大腸がん」がテーマであった。会員薬剤師がプレゼンテーションの方法を先輩薬剤師に学び発表した疫学的な説明の後に、病院薬剤師からの症例紹介、その後経時的に変化する症例の処方をもとにグループワークが行われた。グループワークでは、参加者が率直に疑問点を語り、そして、実際に提示されたような処方に対して経験があったり、または知識としてすでにもっている会員が疑問点に対して説明をし、そこで意見を交換しながらひとつの結論をグループ全員で導くようなディスカッションが繰り返された。それは、学びあう「場」であった。また、中野氏から自らの病気についての話があったが、中野氏は、一人の患者が、どのようなことを考え、どのような不安を抱えて薬物治療を受けているのか、

参加者である薬剤師に、生きた経験として伝えるためであったのではないかと考える。中野氏の意図は、単に自らの病気のカミングアウトにとどまらず、P-ネットという実践コミュニティにおける十全参加者としての立場で話したともとらえられる。

第5項では、4名の語りを提示し、「学習」という分析概念を参照し解釈するが、4名全員が勉強会について言及している。勉強会という「場」を、4名のP-ネット会員が各々どのように意味づけているかについても検討する。

第5項 P-ネット会員の語り

[1] A氏の語り（40代女性）

在宅の経験がある先生が、実績があれば状況はひとりでも構わない、だから点数とってくださっておっしゃってくださって⁸⁰。それなら、自信を持って近くの薬局にサポートをお願いしようかなって思って。でも、そのときの処方医が遠方だったんですね。そういうときにサポートをお願いするとき、遠方の先生の近くの薬局さんがやっぱり先生も気心が知れていだろうから、そちらにお願いしたほうがいいのか、それとも私の都合で行けないときをお願いすることになるから、情報がやりとりしやすいようにうちの薬局の近くがいいのか、サポート体制ってどっちがいいんですかね？って中野先生⁸¹にお聞きしたんです。それがP-ネットに入ったきっかけです。

担当した患者さんの数はそんなに多くはないですね。これまで全部で10人。私の場合は、薬局に以前はお薬を取りに来られたけれど、認知が出てきたり、調子が悪くなられて、だんだんとお薬が飲めないとか、なかなか来られないとか患者さんから相談されて、ちょっとずつ行き始めて在宅に移行したっていうのが、今までずっとだったんですね。P-ネットに入ってから、先生方が、たぶん、やって勉強しなさいっていう意味なんでしょうけど、紹介して下さって、はじめましてから始まった患者さんもいらっしゃるんです。

特に最近、一からはじめましてでスタートした方とか、考え方とか教えてくれて。日々の勉強会でも教えてくださったりしてくれます。私、ほかの先生が訪問したところに、同伴っていうか同行させてもらったことがないので、本当に自己流にやって、P-ネットの症例検討会とか、普段の話を聴いて、わあ、そういうやり方もあるんだって思いました。普段から、P-ネットの先生方って個別に患者さんとの人間関係っていうか、入りこまれているっていうのがありますよね。

困ったときにメール入れたらすぐに、こんなに大量な、って感じの返事をいただいたんです。誰か近くで仕事をしている薬剤師さんがいたら、すぐに相談できるけど、私の場合それがないから。そういったことではすごい支えてもらっています。

⁸⁰ 求められている算定要件を満たして訪問業務を行ったという実績があれば、在宅患者算定加算を算定してもいいというアドバイスをもらった、という内容を示している。

⁸¹ インタビュー当時のP-ネット代表の中野正治氏を指す。

今年のお正月に、麻薬のことで P-ネットの先生にお願いしたことがあるんです。うちに在庫がなくてお願いしました。その先生の薬局はサポート薬局じゃないんです。サポート契約もしてないんです。12月31日の夜に、処方された先生からその先生の薬局に連絡も行っているんですけど、私も直接電話でお願いしたら、ああ、いいですよーって。先生が全部処方提案もしてくださって。私のフォローまで、気持ちのフォローまでしてくださって。だから、そういう意味でもすごく気持ち的にも安心感があります。家族も安心して、みんなで見守って患者さんが逝けたっていうのは、P-ネットの先生に代わりに行っていただいたからだと思います。すごく当たり前のように、自分の患者さんのように行ってくださったんです。

学術的な面でも、精神的な面でも、だからやれる、こういう一人でも。お正月にサポートが活動するなんてこと、ほとんどないですよ、なんて言いながらあるんですよ。もう、Aの妹です、とか弟です、とか、自然に溶け込んでそういう感覚でそのお宅に入ってくるかもしれないです。

メーリングリストでは、そんなに、毎日何かが上がるっていうわけではないんですけど、ポッと上がったら、どなたかがすかさずパツパツと返事をくださるんです。皆さん、そういう点では同じ悩みをお持ちだった方だったから、こうやって立ち上げられて、形作られていって、育てるっていう、皆さん、なんか、自分でできることがあればということやってくださっている感じですね。私はそれを感じるからありがたい。それをつなげていって、広げていって、こうしなさいとか、ああしなさいとか言わないけど、それは皆さん感じられているんじゃないでしょうか。上の先生方が培われてきたことを。

P-ネットに入って私も浅いから、浅いからって、現に3年ですが、P-ネットの先生のことを信頼しています。信頼しているからお願いできるんだと思います。皆さん穏やかですよ。でも熱い。疑問に思っていることをスルーしないで、きっちり、こういう問題なんです、ってそれぞれ皆さん、丁寧にきちんと向き合ってください。

症例検討会の前に、ある先生に、ほんとに私こころ辺がわからないんですけど、症例検討に挙げていいですかって聞いたら、よかさ、よかさって、なんでもいいから挙げて。上の方がOKしてくださったんで言いなさいって。今更？っていうことを取り除いて参加できる場所だと思います。私の場合は、年齢的には上のほうなんですね。経験が私は浅い。経験浅いし、年齢上なんですけど。たぶん、場を投げてくださっているんだろうなって。なんか大きさを感じますよね。勉強会への参加もガチガチじゃない。あくまでも自分の意志で。強制ではないですもん。義務ではない。自由意思の会ですよ。だからこそ成り立っているのかもしれない。義務とかだったらやっぱり……。勉強会のグループも、自分が興味あるところに自由に入って、その運営に関わりません。だから、誰々さんはいくつも入っているとかが担当されてたり。そこら辺はガチガチにこれしかしません、じゃなくて、っていう緩やかさです。緩やかに、こうみんな交わりながら。

中野先生はじめどの先生からも、育てようっていう機会をいただいているっていうの

があります。包容力・・・ていうのが。在宅の先生方みんなが。だからすごいなって思う、いつもお会いして思います。わからないことは遠慮なく聞いてっていわれているので、それで私も遠慮なく質問できるんです。

今、担当している気になる患者さんのお宅には、ドクターの先生は結構まめに立ち寄られているって感じなんです。薬は2週間分なんだけど、ついでに寄ったって感じで訪問されています。その先生は Dr. ネットの先生ですけど、Dr. ネットの先生に限らず、この近隣の先生方は、そういう意味ですごいなって。頭が下がるっていうか。いろいろ事情あるけれど一緒に頑張ろうねって言われると、はい！って。一緒に頑張ろうやってっていう先生がたなんで。なんか、そういう意味では、P-ネットの先生もそうだし、近くのドクターもそうなんです。

A氏は、P-ネットに参加して3年ということだが、実践コミュニティにおける「新参者」の語りと解釈した。

ひとり薬剤師として患者宅へ訪問業務を行うことは不安がつきまとう。このような状況で調剤報酬として請求をしていいのか、といった点についても迷いがあったが、たとえひとり薬剤師であっても、求められている算定要件を満たしていれば、しっかりと診療報酬として請求するよう P-ネットの「先輩」薬剤師より勧められた。そして、ひとり薬剤師であるということから、緊急時のサポート薬局について当時の P-ネット代表の中野正治氏に相談した。この相談が、P-ネットとの出会いとなっていた。ひとり薬剤師という状況であるからこそ、自分がすぐに対応できないときに、患者に不都合が生じてはいけないという思いから、患者にとって、どのようなサポート体制をとることが最もよいのかを考えての行動であった。

正統的周辺参加の鍵は、実践コミュニティ⁸²と、その成員性に伴うすべてに対する新参者のアクセスにある [レイヴ , ウェンガー 1993, 83]。A氏の語りからは、P-ネットへのアクセスはさほど困難ではなかったことがうかがわれる。中野氏と筆者が話したとき、P-ネットへの参加の手続きについて筆者が質問したところ、入りたい人はどうぞ、というスタンスではあるが、P-ネット会員である近隣の薬局に参加の承諾をもらうことを条件にしているということだった。そして、この条件を「低そうで高いハードル」と表現した。いわば患者の取り合いはしない、近隣薬局同士で協力体制をとることを会員に課すためである。これが高いハードルとなるのは、それぞれの薬局が独立して経営していることから、協力する裏に金銭的な利害関係が発生することを意味する。実際に参加の承諾を拒否した薬局があったのかどうかについての確認はできなかったが、この条件が新参者のアクセスを困難にしているのだとしたら、P-ネットとして協力して患者を受けるといふ理念に反することになる。

⁸² J. Lave と E. Wenger による「Situated learning」の佐伯胖による日本語翻訳「状況に埋め込まれた学習」では、「実践共同体」と翻訳されているが、本論文においては、「実践コミュニティ」と統一して記述している。

A氏は、P-ネットに参加することで、制度としてのサポート薬局を依頼することなく、P-ネット内でサポート体制を整える結果となった。たとえ同じ地域で往来も容易であるような距離的に近い薬局であったとしても、日常的にコミュニケーションをとっているわけではない。筆者の経験からも考えてみると、近隣薬局と日常的に親しくやりとりをするということはありません。このような状況があるからこそ、P-ネット会員が互いに「協力する」ことを前提として、近隣薬局に加入の承諾という条件を設けているとも解釈できる。P-ネットの活動の目的のひとつには、参加する薬局間および病院薬剤部間との親睦を図る⁸³、とある。これはDr. ネットの活動の目的にも同様の項目があることから、Dr. ネット同様に、P-ネットも「顔の見える」関係を重要視していることがうかがえる。そのため、P-ネットへの加入により、制度上のサポート契約を結ばなくても、安心してサポートを依頼することができる実感していることがうかがわれる。一方で、この状況は制度と実務とがかみ合わないことを表す事例とも考えられる。

在宅医療への取り組みは、薬局近隣に住む高齢者である患者が薬局に来られなくなるとをきっかけに始まったが、P-ネットに加入することによって、それまでとは違う、「はじめましてから始まった患者さん」との出会いがあった。それは、在宅に関する薬剤師としての知識を得るために「勉強する」ということを主たる目的として、P-ネットの先輩薬剤師が自分に勧めてきたのだろうと意味づけしていた。

患者一人ひとりの生活の中に入っていくことから、在宅医療というのは、自分のフィールドで相手と対峙するのではなく、相手のフィールドで相手と対峙することとなる。そして、個別性というものが非常に強まる「場」である。A氏は、長く在宅医療にかかわっている先輩薬剤師に相談をする機会は多いようだが、実際に、訪問同行したことはないのだという。筆者は研究という目的から、薬剤師の患者宅への訪問に同行し、患者とのやりとりを参与観察するという機会を持つことができた。しかし、あくまでも研究という目的からであった。そのため、一般的には、研修という名目で訪問同行を行う場合を除いては、自分以外の薬剤師の訪問の様子を知らないということがむしろ現実的である。だからこそ、自己流であることに不安感を抱く。

そして、P-ネットでの実際に経験したインフォーマルなサポートの実例として、暮れも押し迫った12月31日の医療用麻薬が処方された処方箋への緊急対応における、医師、またサポートをしてくれた薬剤師とのやりとりについて語られた。薬の卸業者も年末年始は休業していることから、この期間は他薬局と連携をとりながら、薬局にある在庫でなんとか対応をしていく必要がある。結果として、医師が処方したいと考えていた医療用麻薬を在庫している薬局に医師が連絡し、通常はA氏が担当している患者ではあるが、他薬局の薬剤師が対応する形となった。医師が緊急依頼した薬局の薬剤師はP-ネットの会員薬剤師であり、A氏自身が信頼を寄せている薬剤師であった。ここでのやりとりは、患者にとっての益を最

⁸³ 冊子「長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）のご案内」に記述されている〈活動の目的〉を参照した。この冊子は、筆者が前代表中野正治氏よりいただいた。

優先するやりとりであるといえる。薬局間に生じる利害関係は語りからはうかがわれない。「P-ネットとして患者を受ける」という理念そのものであり、薬が患者の元に確実に届くことを最優先し、患者最優先の姿勢がうかがえるのみである。

A氏は家で待っていることができずに、元日に患者宅へと赴くのだが、ここでは、患者宅を訪問することなく患者宅そばで待機し、サポートしてくれた薬剤師にすべて任せるという行動をとっていた。この行動の根底には、安心して任せられるという関係性があるからであり、さらに、自分よりも経験のある薬剤師が責任を持って対応してくれることが患者の益になると考えての行動であった。末期がん患者への対応は、薬剤師にとっても心理面でのストレスが大きいことが推察されるが、とりわけ、臨床経験が少ない場合は特にその傾向が強いことが考えられる。そのため、「私のフォローまで、気持ちのフォローまでしてください」と、先輩薬剤師から自分自身のフォローをしてもらえたことへの感謝の気持ちも語った。そして、このような関係により、ひとりでも安心してできるということが繰り返し語られた。気負いなく「当たり前」として行動してくれた信頼する薬剤師であるからこそ、その「場」を任せていた。そして、「上の先生が培われてきた」ことを、会員薬剤師が「感じられているんじゃないでしょうかね」とA氏は語った。このような「縦の繋がり」がPネットの特徴といえる。そして、この「縦」とは、年齢ではなく、経験年数により上下関係が成立している。それが、A氏の「Aの妹です、とか弟です、とか、そういう感覚で入ってくださるかもしれないです」という語りで表現されていたのであるが、その上下関係とは、教える、教えられるという厳格な関係、もしくは支配的な関係があるのではなく、おそらく実践の「モデル」として模倣すべき存在としての「上」という存在を意味する。

困っている薬剤師をサポートするというのは、ひいては、在宅医療を受けたくても受けられないで困っている患者を作り出さないことにつながる。自薬局で日常的に対応している患者ではない患者に、休日に緊急対応の依頼がありすぐに対応するため行動するというのは、24時間体制で患者を受けるということに対する個人の心構えに加え、「P-ネットで患者を受ける」という理念に大きく関わることである。その行動に対して、「当たり前というには、すごく大変なこと」と、A氏は当たり前という一言では簡単に済ませることはできないことと認識している。そして、今は経験ある薬剤師からのサポートを受けるほうが多いことから、患者への対応の方法など、実際に一緒に業務を行ってはいないが、「見る」こと、「感じる」ことを通して学んでいる。その学びは、やがてはA氏の患者への対応スキルへとつながると考えられる。実際に手取り足取り教えられるのではなく、その行動を見ることにより学ぶ「場」としてPネットが存在している。

正統的周辺参加における学習のカリキュラムを参照すると、「まずはじめに、新参者の正統的周辺性は彼らに「観察的」な見張役以上の役を与える。新参者の正統的周辺性が決定的に含むのは『実践の文化』を学ばせそれを吸収し、それに吸収される一やり方としての参加という事態である。正統的な周辺性に十分長くいることで、学習者は実践の文化を自分のものにする機会に恵まれる。広く周辺の見方からはじめて、徒弟は次第に共同体の実践を構

成しているものが何かについての一般的な全体像をつくりあげる。(中略) 十全的な実践者になるには何を学ぶ必要があるのか、(中略) 古参者がどのように、いつ、また何について協力しあい、結託し、衝突しているかとか、どんなことを彼らは喜び、嫌い、大切にし、感嘆するかについての理解の深まりも含んでいる。それはとくに手本(それが学習活動の基礎であり動機付けなのである)を提供する。手本には熟練者、完成した製品、さらに十全的な実践者になっていく過程で一步先んじている徒弟が含まれる [レイヴ , ウェンガー 1993, 76]」。P-ネットの「新参者」であるA氏の語りからは、「古参者」である薬剤師の実践を観察している様子がうかがえる。A氏は、十分長く正統的な周辺性にいることで実践の文化を自分のものにする機会を得ている。実践の「手本」が示され、どのように協力し、そして何を大切にしているのか、「やり方として参加」している。「学習を最大限生じさせるのは、その業務を遂行してみせることであって、それについて話すことではない [レイヴ , ウェンガー 1993, 17]」のである。それゆえに「皆さん、そういう点では同じ悩みをお持ちだった方だったから、こうやって立ち上げられて、形作られていって、育てるっていう、皆さん、なんか、自分でできることがあればっていうことでやってくださっている感じですね」という語りからは、「古参者」である薬剤師も、かつては自分と同じように同じ悩みを持っていたからこそ、「新参者」としての悩みが共有できるだろうと考えている。

A氏の語りからは、P-ネットの会員同士の関係は、信頼関係を土台とした「緩やかな関係」が特徴ともいえるようである。この縦のつながりも「緩やか」であった。また、会員薬剤師の特徴を「穏やかで」という表現に加え、「熱い」という表現を用いていた。誰かひとりがスタンドプレー的なことをしているわけではなく、淡々と当たり前なこととして業務や、他の薬剤師のサポートを行っているのであろう。その行動を下支えしているのが、A氏が表現する在宅医療への「熱さ」、すなわち「熱心さ」とも考えられる。自由意志で参加する会だからこそその「緩やかさ」と「熱心さ」が、P-ネットの特徴ともいえるのではないかと考える。

P-ネットでは月に1回勉強会が開かれている。症例検討会や実技実習など、その形態は様々なようである。会員は、輸液グループ、抗がん剤グループ、医療用麻薬グループといったように、在宅医療で必要となる専門的知識を勉強するために、おのおのが関心を持つグループにひとつと限らず必要に応じて複数のグループに所属する。そして、勉強会では、そのグループがテーマを決めて当日の運営を行う会もある。このようなグループは、P-ネットという組織をさらに小グループに分割するものである。同じグループに所属していることにより、連絡が密となり、さらにコミュニケーションの機会は頻繁となる。しかし、そのつながりも、「緩やかに、こうみんな交わりながら」という語りのように、あくまでも「緩やか」なのである。これは、個々で薬局を経営、もしくは管理する立場にあり、互いに独立した存在であることが基本にあるからこそであろう。そのため、強固な結びつきが求められるのではなく、つかず離れずの「緩やかなつながり」という関係性が成立するのではないだろうか。実践コミュニティとは、「帰属意識を育てるのではなく、メンバー間のゆるぎない「共同体的」な絆を築くものでもない。それは行為者の主体が多様なアイデンティティ、つまり主体

の新しい形成を発見しそれを創りあげることが可能とする場 [田辺 2003, 25]」である。P-ネットという実践コミュニティにおいて、メンバーは強い帰属意識をもつことなく緩やかにまじわり、一方でメンバーが個々に熱心に業務に取り組む姿は主体としての行為者がアイデンティティを形成していると解釈できる。

P-ネットに参加して3年、また、薬学部卒業後は製薬メーカーに勤務していたため、自分は薬局薬剤師としての経験が浅いという認識を持つA氏はP-ネットで中心的に活動している薬剤師が、A氏のように経験が浅い薬剤師を「育てよう」という意識を持っていることを感じ取っていた。そして、その態度が威圧的ではないことも語られた。また、通常自分の経験が他人と比較したときに浅いようなとき、言動に遠慮が生じることがある。しかし、「わからないことは遠慮なく聞いてっていわれているので、それで私も遠慮なく質問できるんです」というように、遠慮することなく、質問できるのは、P-ネットという実践コミュニティが、制度的なコミュニティではないためとも考えられる。

また、「学習」の機会は、薬剤師から学ぶだけに限らない。在宅医療において重要なのが他職種との関わりでもある。A氏は週休1日で勤務し、しかも開店前に患者宅を訪問することを考えると、その勤務時間は長い。しかし、医師が、患者宅を訪問ルートの途中で訪問日ではないが「ついでに」寄りたりする行動を知り、「頭が下がる」と語った。そして、Dr. ネットの医師だけではなく、薬局近隣のクリニックの医師も同じような姿勢で患者と関わっていることから、「いろいろ事情あるけれど一緒に頑張ろうねって言われると、はい！って。一緒に頑張ろうやってっていう先生がたなんで」という語りからは、医師らの患者との関わり方はA氏自身の業務に対するモチベーションとなっているようでもあった。医師の姿勢もA氏にとっては、「手本」として示されていたとも解釈できる。実践コミュニティとは、メンバーシップが明確に境界づけられることもない。すると、A氏が参加する実践コミュニティは、P-ネットという枠組みに限定されることなく、「人々がさまざまな動機や目的をもって集まり、活動が遂行されている現場」という意味では、さらに医師、他職種をも含む拡大した枠組みで「長崎市の在宅医療コミュニティ」という実践コミュニティと、とらえることも可能ではないかと考える。

[2] B氏の語り (40代女性)

薬局で訪問を始めたのは、P-ネットに入ってからです。P-ネットに入ったきっかけは、ママ友が看護師さんなんですけど、Dr. ネットにご主人がいて、P-ネット入ってないの？って話になって。それなんですかって。それで調べて、あ、こんなのがあるって知らなかった、入れてくださいって言って入れてもらったんです。Dr. ネットの先生の門前薬局の方が、P-ネットの集まりを細々とされていたみたいで、知られてなかったんだと思います。

患者さんの家を訪問するとき、最初はドクターの訪問診療についていくようにします。先生が紹介してくれるんで、私が何も言わなくても、お薬この人が持ってきてくれるから安心ですね、っていう感じで。Dr. ネットの先生、みんなそんな感じなので。Dr. ネットの先生はだいたい薬剤師と付き合いがあるので、この辺のエリアだとこの薬剤師の先生、みたいに、最近手挙げ方式じゃなくって、直でかかってきたりするケースが多いみたいです。たいてい近くですね。

知らないことばかりあるので、勉強会にはやっぱり行かないと、って。経験されている方の症例検討会とかもあるので。でも、勉強会に来てるメンバーはだいたい決まっています。他の薬剤師さんに関わる機会ってあんまりないと思うんですけど、P-ネットで毎月顔を合わせたりしてたりすると、やっぱりチーム⁸⁴とかで連絡をとりあったりするので、LINEでどうでもいいような会話も結構してます。あと、デットストックとかも、これ、買ってくれない？みたいな。一応 P-ネットの中でも、デットストックのやりとりはある⁸⁵んですが、ルールが決まっていて、出すと、買いますよ、みたいのがあるんですけど、でも、それも載せないといけないので、直接、使ってませんか？みたいな連絡とかよくしています。

P-ネットは、なんか熱い人が多いので、私も頑張らないとって思って。なんか自分でわからないことがあったら、すぐ飛び込みます。結構ベテランの先生が多いので。経験いっぱいもってらっしゃるので。聞けば絶対答えが返ってくる。そんな感じ。メーリングリストに挙げるときもあるんですけど、ま、だいたい、こう、何人かで。何人かに質問したら、違う答えが返ってくるので、いろんな考えが、こういう考えか、っていろいろ勉強になります。なんか一つじゃないって。こういうときどうするんだろう、って思ったときとかですね。これ、副作用じゃないかなって思ったりしたときに、どうなんだろう？これって先生に言うことかどうかわからないってというような迷ったときとか。こう素朴な疑問に答えてくれる。そんな感じです。

麻薬⁸⁶のやり取りをするグループ⁸⁷は、たぶん入ってないような気がします。なんかP-ネットの中では、あるところに紹介をして、自分のところからじゃなくって、そこから持

⁸⁴ 「輸液グループ」「抗がん剤グループ」「医療用麻薬グループ」など、勉強会のテーマごとに編成されたグループを指す。

⁸⁵ 冊子「長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）のご案内」に記述されている〈活動の目的〉には、「薬局間の余剰の薬剤をやり取りすることでデッドストックの解消を図ってゆく」と記載されている。

⁸⁶ 麻薬とは医療用麻薬を意味する。がん性疼痛には鎮痛効果が強い医療用麻薬が使用されることが多いが、「麻薬」という表現では誤解や偏見があるので「オピオイド」と呼ばれることのほうが多い。痛みの強さに応じて、弱オピオイド、強オピオイドの順に使用されが、予後の長短には寄らない【恒藤 1999, 49】。製剤としては、錠剤、液剤、坐薬、貼付剤、注射剤と様々な剤型があり、患者の状態により選択される。

⁸⁷ 麻薬及び向精神薬取締法施行規制の一部が改正され、平成 19 年 9 月 1 日から麻薬小売業者間での麻薬の譲渡しの許可申請の特例に関する省令が施行された。この改正により、事前に同一都道府県内の薬局と共同して「麻薬小売業者間譲渡許可」を地方厚生（支）局に申請し、許可を受ければ、麻薬の在庫量の不足のため麻薬処方せんに記載された分量の麻薬を調剤することができない場合に限って、当該不足分を補足するために共同で許可を受けた薬局間で麻薬を譲渡・譲受することが可能になった。医療用麻薬の扱いという観点からも、取り扱いには十分な注意が必要であり、そのため手続きの煩雑さがややある。

っていくっていう形をとっているから⁸⁸、グループ作る必要がないんです。麻薬は小分けができないから、持ってるところに持っていきってくださいってお願いするんです。でもお願いされたことはないです、今のところ。うちよりたくさん持っているところありますから。一応、これありますよっていうのを出すんですけど。でも普通は頼めないですよ。休みの日には。たくさん持っているところの先生同士は、このときはお願いね、みたいな事前のお約束があるようです。でも、なんかのときにはお願いしますよ、みたいなのは、みんなに流れてはいるんですよ。在宅の長年の経験をもっていらっしゃる先生方が中心だと思います。親切に教えてくれる。忙しいのに教えてくださるんですよ。なんかすみませんって感じなんですけど。困った人は放っておけないんじゃないですかね。なんかその先生たちの背中を見て育つんじゃないですかね。

ケアマネの資格があるので、P-ネットの先生から聞かれることはなんかあります。どうなっているのか、どうしたらいいのかって。なんか、そのお金のこととかがあるから、サービスの内容がよくわからないけど、どうですか、とか、この人はどうかとか。知識としてこう知っているのと知らないのとでは全然違うんですよ。P-ネットの先生ってなんとなく、在宅介護のことってわかっている方が多いと思います。

今、介護でも、認知症のとかにもアロマが取り入れられたりしてるので、ちょっとそっちを勉強しようと思っています。マーズレンもカモミールの成分ですし、そこだ！と思って。これから先、力を入れていきたいって思っているんですよ。勉強会のネタないですかって言われるんで、私アロマどうですか、って言うんですけど、みんな反応があまりなくて……。今回の企画は？ってなって、アロマどうですか、って言っても、1年くらい流れてますけど、そのうちネタが切れたときって思っています。

B氏は、P-ネットに参加して5～6年であり、実践コミュニティにおける正統的周辺参加から十全的参加者への移行の過程にいる者の語りと解釈した。

P-ネットへの入会のきっかけは、お子さんを通しての友人からの紹介だったという。友人は看護師で、ご主人が Dr. ネットの医師であったことから、薬剤師であるB氏に、「P-ネット入ってないの？」と言って教えてくれたのだという。このようにお子さんを通しての友達である看護師の友人から、P-ネットについて教えてもらい、入会してから在宅医療に関わるようになったのだという。気負いのない入会であった。A氏同様に、新参者としてのB氏のP-ネットへのアクセスは容易であった。

P-ネットは、Dr. ネットの医師が発行した処方せんを確実に薬局で応需する仕組みとして始まった。P-ネットに参加してから在宅医療に関わるようになったB氏は、Dr. ネットの医師との関係性を拠所として、患者宅への訪問を開始した。玄関先での薬の受け渡しだけで終

⁸⁸ 医療用麻薬だけを調剤するのではなく、当該処方箋を受理し、処方されている薬すべてについて調剤することを意味する。

わからないため⁸⁹には、自ら医師の訪問診療に同行することを試みている。一方、医師から薬剤師の存在を患者や患者家族に紹介してもらうことで、スムーズに訪問業務が行えることにも言及している。この語りからは、Dr. ネットと P-ネットの協働がうかがえる。これは、A氏と Dr. ネットの医師との関係とも重なる。薬剤師が、P-ネットに参加するということは、P-ネットへの参加にとどまらず、Dr. ネットの医師をも含めた実践コミュニティに参加しているというとらえ方も可能であるというものである。そして、P-ネットが活動を開始してすでに 8 年が経過していることから、P-ネットを仲介せずとも医師と薬剤師との個別の関係がすでに構築されてきていることが語られているが、すなわち、医師と薬剤師が同じ実践コミュニティの成員としての関係性が構築されているとも解釈することができる。

勉強会、研修会というものは、薬剤師会主催のものであったり、メーカー主催のものであったりと、非常に数多く開催されている。多くの薬剤師が、必要に応じて業務終了後や休日を利用して参加しているということは、筆者自身が薬剤師であるということからも認識している。B氏の語りからは、P-ネットならではの実務と結びつく症例検討会への関心が強い様子うかがわれた。しかし、「**来てるメンバーがだいたい決まっている**」という語りからは、会員すべてを対象とした勉強会でありながらも、参加メンバーの固定化が進んでいるようであった。学習を正統的周辺参加から十全的参加者となる過程ととらえたとき、学習を動機付けているのは、学習者が実践コミュニティに全人格的に「参加」している実感であり、その実践活動の社会的関係性そのものである。すべてのメンバーが正統的周辺参加者であるという前提ではあるが、自由意思による参加であることから、すべてが十全的参加者となるとは限らないということになる。そして、勉強会で毎月顔を合わせる、また、チームでの連絡を通して、より小さなグループが作られ、密な関係性が築かれていることが理解できる。しかし、このような関係性は薬剤師会という組織にないわけではない。しかし薬剤師会は何らかの一人前になることを最終的なゴールとする集団ではない。そのため実践コミュニティとは異なる。

そして、自分がわからないという事態に陥ったときに、すぐ飛び込める場があることが、日常業務を行う上で安心につながっていることがうかがえる。

在宅医療に関わる薬剤師の態度や姿勢を「学ぶ」という機会はそれほど多いとはいえない。そのため、「**その先生たちの背中を見て育つんじゃないですか**」という語りは非常に印象的である。この語りは P-ネットが実践コミュニティであることを暗に象徴する表現ともとらえられる。技術面、スキルといった表層的な行為だけではなく、姿勢、態度といった一朝一夕に身に着けられるものではない行為の裏に潜む重要なものを、日常的に行うやり取りの中で学び取っていることを語っているのである。すなわち、P-ネットでは、知識や技術を身

⁸⁹ 第4章第3節第4項 [1] に記述したように、患者宅の玄関で薬を手渡すだけの「医薬品提供者という限定的役割にとどまる」ことに対して薬剤師はサファリングを抱いていた。

に着けるための研修会や勉強会とは異なる「学習」の場であることがこの語りから解釈できる。

がん終末期の患者に関わるにあたっては、がんの強い痛みに対する鎮痛効果を持つ医療用麻薬製剤を取り扱うことが多いが、その薬品の取り扱いの特殊性から、薬局間で薬の授受が通常の普通薬と同様にはできないこと、いったん納品されたら返品不可であること、緊急対応が必要となることが多いことなどから、薬剤師にとっては、在庫管理を含みその対応に困難を伴うことがある。薬局間での医療用麻薬の授受ができるように事前にグループを作り、あらかじめ届け出をしておけば可能となるように麻薬小売業者譲渡許可⁹⁰という制度があるが、なかなか浸透していない現状がある。そして、語りの中には、P-ネットならではのネットワークが活用されているのうかがわれた。それは制度とは異なるネットワークであった。A氏同様に休日にも依頼ができるのは、患者をいざというときには、「P-ネットとして受ける」という認識があるからこそ、患者の療養生活を支えられる。「なんかの時にはお願いしますよ、みたいなのは、みんなに流れてはいるんですね」という流れの中心に存在するのが、長年在宅に関わっている経験を持つ薬剤師であり、「古参者」の実践を見ることにより、正統的周辺参加者の中心への参加の軌道が構造化する。

一方、B氏自身がケアマネージャーとしての業務を兼務していることから、介護にまつわる質問をうけることがあると語られた。ケアマネージャーとしての知識と経験を持つことが自分の武器となることを認識していた。また、アロマセラピーにもともと関心があったが、その関心が深まるきっかけとなっていたのは、がん患者の苦痛の軽減であった。医師や看護師は訪問したときに処置など患者の苦痛に直接的に関与し「役に立つ」けれど、薬剤師は薬を持っていくだけで「役に立たない」という思いを抱いたことから、「役に立つ」ことは何かと考へての結果であった。このように実践コミュニティに参加し、正統的周辺参加者からアイデンティティを確立する過程であることは、自分の役割を見出し、ほかのメンバーとは異なる自分の持ち味をより発展的に伸ばし「一人前」となる道を歩んでいる。そしてその場がP-ネットという「場」とどまらず、A氏同様に「人々がさまざまな動機や目的をもって集まり、活動が遂行されている現場」である「長崎市の在宅医療」という実践コミュニティであるとも解釈できる。

[3] C氏の語り (50代女性)

P-ネットをやっている長崎県薬剤師会の会長の先生が、在宅勉強しないといけないう

⁹⁰ 麻薬小売業者が自らの麻薬の在庫不足により、急な麻薬処方せんに対応できないという問題に対応するため、平成19年9月に創設された制度であり、麻薬が適切かつ円滑に患者に対し提供されるよう、麻薬の在庫不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を近隣の麻薬小売業者間で譲渡・譲受することを可能としたものである。東京都福祉局ホームページ

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/iyaku/sonota/toriatsukai/kourikanjouto.html>

(閲覧2018.4.7)

て思っているよね？やらない？一緒になって言われて、P-ネットに入ったんですよ。私はどっちにしても薬局の業務っていうのは、今後在宅のほうに移っていく、ウエイトが移っていくって思っていたんです。P-ネットに入る1年以上前だったと思うんですけど、この地区で七嶋先生に在宅の勉強会をしてもらったんです。横の連携ってありますよね。で、月1回くらい集まって勉強会もやってたんですよ。で、その1回に七嶋先生に来てもらって、七嶋先生がやってる在宅の説明を聞いたんですよ。まだその頃、私も患者さんの脈をとっていいのかとかしか考えてなかったのですが、もう、彼はいろんなことをすでにやってて、そんなことできないよね、みたいな。一瞬ね、一瞬ひいちゃって。できないなって思ったんです。それで、P-ネットやるよって言われたときに、在宅がどういうものかわからないけれど、勉強は来るべき日のためにやっておくべきだろうって参加したんです。在宅がどういうものかっていうのがわかっているわけでもないけれど、ある意味、薬局の経営っていう面で、今の単純な調剤のまんまでは、やっていけないだろう、やっていけない日があるだろうと、って、世の中の動きをみていけば、在宅っていうのは、どこかでは取り組まないといけないよな、とっていました。

長崎在宅 Dr. ネットってあるでしょ、Dr. ネットの先生方が、末期の方たちを回られるっていうのが多かったので、最初のうちはね、ずーとがん末期ばかりだったんですよ。平成19年からしてるから、もう7年くらいですかね。累計は出してないんですけど、たぶん看取りだけで、70名とか80名とかっていう人数にあがっていると思います。でも、患者さんの死をどう受け止めたらいいいのかわからなくて。で、その頃、私ほんとうに本を漁って読んだりとか。その次に大きかったのは、やっぱり、麻薬の関係なんですけど、先生方が、どういう意図をもってこれを使っているのかわからなくて。院内の薬剤師さんは、先生がすぐそこにいらっしゃるんで、聞けるでしょ。でも私たちはタイミングがずれるんですよ。先生が診察して、処方箋が来て、それを持っていくという状況なので、処方意図がずれると、説明がずれてしまう。そういう怖さもありました。それで、長崎大学の緩和ケアカンファランスに行き始めたんです。オープンっていうか、行っていいですか？って形で行くんですけど、そこで、飛び交っている言葉、まず専門用語がわからない。わからないと次に進めないのですね。あそこがねえ、すごくいい勉強になったんですよ。そこで、どういうスタンスで患者さんたちと接していらっしゃるのかってこと、私たちは、家庭に踏み込むわけだから、結構プライベートな部分が見えてきたりとか、そういう相談を受けたりっていうのが結構あるんですね。それをどこまで自分たちが承るのか、っていうのもわからなかったんで、どんなスタンスでやっていくのか、こう、自分の中のスタンダードみたいなを決めるのにいい勉強になりました。病院の先生方も、そういうスタンスで患者さんには接しておられるってことは、我々も、ま、そこくらいまではやってもいいのかな、とかですね。医療的なことではなく、気持ちをくみ取るという部分でね。たとえば看護師さんたちが、面会に来られる家族をサポートしていくところ、ですね。患者さんだけを見てるわけじゃなくて、患者

さんも家族も気にしていいんだって。言われるところまでくみ取っている。その両方を見て、うん、そうなんだなって。だから、不用意な言葉を発したらいけないなってこととか。

緩和ケアカンファレンスは、最初ね、誰？あの人？みたいな感じでした。でも、わからないとき、最初聞けないんですよ。聞くこともない。わからなすぎて。ただひたすら、とにかく書いてくる。でもですね、毎週行くと、まず新患さんの説明があって、入院患者さんの説明があって、この方は、ここの先生に、在宅のほうに行かれました、とか説明があるんですよ。毎週毎週、その方たちの変化がある。だから、単発で行っても意味がないんですよ。行くんなら、ずっと継続して行かないと。臨床そのものですよ。我々が経験し得ない臨床がそこにあるっていう感じでした。自宅における患者さんについても、たとえば、嘔気、吐き気がすごいときに、ジプレキサ使ってみましょうか、とかみたいな。先生、大学でこういう症例あって、こういう使い方されてたんですけど。この患者さんジプレキサどうでしょうかね、みたいな、提案にもつながるし。

いや、だんだんですね、やっていくでしょ。そうすると、恐ろしいことに、自分たちもドギマギしていたことが、だんだん当たり前になっていっちゃうんですよ、我々の中では。で、今度、全然やったことのない人たちにとっては、あの先生たちだけ、あの先生だからできる、みたいな空気になってきて。だから、症例検討会とかしても、みんな、はあ～はあ～って感じで、なんら反応がなくなってきてしまう。やりだすと、そういえばC先生がこういうことをやっていたから聞けばいいかな、っていうのは入ってくるんですけど、症例検討会なんかのときに、どうだこうだっていうのはあんまりなくなったので、私たちが症例を出すことは今ちょっと減っています。でも、私たちは私たちが今やっている中で、こういうときどうやっているんだろうねっていうようなことが結構あるんですね。で、そこで問題にしたところを、今度グループワークみたいな形で、スモールグループディスカッションですかね？そういう形にすると、参加者から、みんなぼちぼち意見がこういうのはどうなんでしょ、こうなんでしょ、っていう意見が出てくるので、参加型にするようにしています。やっぱりテーマによって違うんですよ。でもね、出席者は少ないときで15～16人、多ければ20～30人っていう感じですね。やっぱり、参加型のほうが出席者は多いかもしれません。

P-ネットのようなグループを作るのって、私もこの指とまれって言われて止まったほうなので、だから、この指とまれっていう人が、必要性を感じたときにね、自分の知り合いから声をかけていると思うんですよ。私が続けてこられたのは、この指とまれってとまってきた人たち、こう、土星のリングのようにいたんですけど、その中にたまたま息の合う先生がいたんですよ。で、その先生と、とにかくホットライン状態でした。困ったときに電話をすれば、それは、こうだよ、ああだよ、先生どう？こう？っていう感じでした。最初にポーンっとターミナルの人が二人同時に出たんですよ。で、し

ばらくしたらもう一人ターミナルの人が出て、私はさすがにそこは行けないよ、そこは遠くて、っていうときに、誰かいないの、薬剤師探してって言われたときに、その先生を紹介して、先生が行くようになった。で、やっぱりターミナルだったので、麻薬の使い方だとかなんとかとかで、しょっちゅう行き来があるようになって、っていう感じだったんですね。だからやっぱり、彼女と一緒にあったっていうのが大きかったかもしれませんね。

私は最初P-ネットの患者さんを受けたのがきっかけで、それからポチポチ、ポチポチ先生方からの患者さんをずっと受けてきたっていう感じだったです。1年、2年はね、まあ、一人二人亡くなったら次、みたいな感じで、そんなにバタバタバタバタ忙しかったわけではなかったんです。でも、先生がまず、ターミナルの方のところに行かれるでしょ、そのご家族も同時に受けもたれる。そうすると、ターミナルの方は亡くなるけど、家族は残るんですね。で、そういう方が一人残り、二人残りとずーとしてるうちに、私一番多いときに、担当が40何名にまで膨らんだことがあるんですよ。今はですね、ケアマネージャーさんからの依頼が一番多いかな。ケアマネージャーさんからどうしたらいいですかっていうところからの依頼から始まって、それから、病院から退院する人がいるんだけど薬が不安なので行ってもらえますかっていう依頼ですね。あと訪問看護師さん。ここは地域包括支援センターが、ネットワーク会議とかをやるので、それでつながっているんですね。

C氏は、P-ネット設立後すぐに参加し、現在では「十全的参加者」としての位置づけといえる。しかし、在宅医療への関わりが未経験のときには、すでに実践している七嶋氏の姿に圧倒されていたということである。「一瞬ひいちゃって」という語りがそのときの心情をよく表している。

7年経った現在、患者の看取りの経験を数多くしているということを改めて振り返った。そして、患者の死の受けとめ方がわからなかったという苦悩が語られた。「本を漁って読んだ」という語りからも、当時の苦悩、強い切迫感が感じられた。P-ネットには、設立された早い時点で参加していることもあり、手探りで業務を行っていたことがわかる。

がん終末期の患者には、多くの場合医療用麻薬、またそれに伴う鎮痛補助剤や症状緩和のための薬剤の処方を行う。しかし、経験がない中では、処方を前にしても、処方医の意図が読み取れず、意図が読み取れないと、医師の意図とは少しずれた説明を患者にしてしまうことになり、患者に不安や不利益を与える結果ともなりうる。そこで、緩和ケアに関する勉強をするべく、地域薬局の薬剤師にも門戸が開かれていた長崎大学の緩和ケアカンファレンスに参加した。参加すると専門用語がわからない、わからないから勉強する、その繰り返しだが、「すごいい勉強」であり、言い換えれば実践にすぐに役立つ勉強となっていたという。緩和ケアカンファレンスに参加することで、「自分の中のスタンダードみたいなのを決めるのにいい勉強になりました」と語り、知識だけではなく、患者や家族に関わるときの、「踏

み込み加減」を学んだ。「薬」という側面からだけではなく、どのように医師や看護師が患者や家族に関わるのか、といった側面についても学んだ。そして、緩和ケアカンファレンスでの学びを、自分の臨床に還元していった。「**経験し得ない臨床**」を、自らの臨床に落とし込んでいた。それは本を読む学びとは異なる学びであった。実践コミュニティとは、「なにがしかの一人前」になるための社会的実践の「場」である。C氏は、現在はP-ネットの「**十全的参加者**」という位置づけである。しかし、C氏が「**新参者**」として正統的周辺参加したのは、P-ネットという実践コミュニティだけではなく、「**緩和ケアカンファレンス**」という実践コミュニティであったともとらえられる。すなわち、「**学習とアイデンティティ感覚とは分離しがたく、両者は同一の現象の異なる側面**」であり、緩和ケアカンファレンスは単なる知識の習得のための場ではなく、アイデンティティを獲得するための学習の場であったともいえる。

そして、その後P-ネットでの症例検討会で自らの実践を症例として提示すると、啞然とした表情をした薬剤師の姿は、かつて自分が長崎大学緩和ケアカンファレンスに飛び込んだ時の姿と重なり驚いたのである。「**恐ろしいことに、自分たちもドギマギしてたことが、だんだん当たり前になっていっちゃうんですね**」という語りのように、自分の「**変化**」を相対的に理解したのであった。

そのため、P-ネットの症例検討会の内容が変わってきていることを語った。会員の主体的な学びを促進させることが重要だと考えたのである。学びとは、主体的な姿勢がないと、その知識は表面的なものにとどまってしまう。正統的周辺参加論が、従来の教育論との大きく異なる点は、学習と教育を独立した営みとしてとらえたところである。教師や先輩に教えられ、教育者や教材の存在が学習者の方向性を導いている「**教育**」ではなく、学習者が参加し、学びという営みを実践することが「**学習**」である。「**学習カリキュラム**」は、学習者の視点から見た日常実践における学習の資源が置かれている場である。それに対して教育のカリキュラムは、これとは対照的に、新参者を教育するために構成される[レイヴ, ウェンガー 1993, 79]なのである。すなわち、学習者が主体的に参加することに重点が置かれ、社会的実践への参加が学習である。そのため、症例検討会を学習の実践の場として位置付けようとする試みを行っているにとらえられる。

P-ネットに加入したのは、設立者の一人からの声掛けに応じたからであったが、気軽に応じたのは、声をかけられる以前から、在宅医療に薬剤師がかかわっていく必要性について認識していたことが根底にあったからであった。A氏、B氏もともに、在宅医療への関心があったからこそ、P-ネットに正統的周辺参加者として加わった。在宅医療を受けたい人が必ず受けられるシステムを提供するネットワークのひとつとして薬剤師が立ち上げたP-ネットがある。「**実践コミュニティ**」としてのP-ネットに集まる人々は動機や目的をもっていることが前提となる。コミュニティという言葉を使うとき、「**参加者が自分たちが何をしているのか、またそれが自分たちの生活と共同体 (コミュニティ) ⁹¹にとってどう**

⁹¹ 本論文では「共同体」は「コミュニティ」と同義としている。

という意味があるかについての共通理解がある活動システムへの参加を意味している [レイヴ , ウェンガー 1993, 80]。すると、P-ネットが、有志が集まる任意団体であることの意味が見いだせる。

そして、現在もP-ネットで活動が継続できる理由として、「息の合う先生（薬剤師）」との出会いを語った。困ったときに電話をする、相談するという関係を「ホットライン状態」と表現した。それぞれが独立した薬局でありながら、垣根を越えて相談しあう仲間を得たことが大きかったようである。これはB氏の語りとも通ずる。仲間同士で知識の伝え合いが可能な場合、学習は迅速で効果的であるとされるが、実践に関わるからこそが効率性の条件であるかもしれないのだという [レイヴ , ウェンガー 1993, 75]。すなわち、ともに実践に関わり、仲間内で互いに知識を伝え合うことにより、学習の効率が上がるということである。

Dr. ネットの医師の患者を担当したことをきっかけに、在宅医療に参画してきたという経緯があるが、その後は、亡くなった方の家族を継続して担当するといったように、連鎖的に患者が増えていった。また、現在ではケアマネージャーや訪問看護師からの紹介も増えてきているという現状から、A氏及びB氏と他職種との関わりと同様、P-ネットという枠だけではなく、A氏、B氏同様にC氏もまた、P-ネットを包含する「長崎市の在宅医療」という実践コミュニティを視野にいれることができるのではないかと考える。

[4] D氏の語り (30代男性)

P-ネットは私の母が入っていて、そこでの入れ替わりっていう感じで入りましたね。だから、5年くらい前ですかね。時間が許す限り、勉強会に参加する程度ですね。

P-ネットは、根も葉もないところからスタートするには、ああいった仲間内で組織を、有志で団体を作って、スタートアップするっていうのはいいとは思うんです。その辺が書籍にもなってるし、メディアでも取り上げてくれてるっていう状況だと思ってます。でも、立ち上げからの継続って考えたときに、バトンタッチとかを、市薬剤師会に、P-ネットのノウハウを引き継いで、より組織化された形を早い段階で、市全体として取り組むっていう流れになればよかったのかなって思うんです。

サポーター薬局制度っていうのも、モデルには沖縄がなつたと聞いてますけど、でも、スタートはP-ネットのほうが早いと思うんですよ。おそらくその枠組みを作ったっていうところで、でも、立ち上げから次の段階への切り替わりの点で、その台座にならなかったのではないかっていうのは私の想像しているところです。

多くの場合、在宅医療は、薬局の規模が大きいところでないといけない。だから小規模薬局の集合体のようなP-ネットの仕組みは重要なんですけど、横のつながりでサポート薬局制度っていうのを、ほんとの実践の場としてできてる状況になれば、一人薬剤師でも二人薬剤師でも、ある程度安心して、すごい負担は自分だけにかからない、そういったところも保証されながらで

きるっていうことになる。でも、しないようだったら病院が在宅医療を担うよっていう風になってもおかしくないですよ。

連携取組のところの実践の場ってというのが、P-ネットの生き残る道かなって、私は個人的には思っています。それは、大きな組織の、市薬とか県薬とかというレベルでいうと、トライアルってというのができないんだと思うんですね。試行的なトライアルっていうのを、どっかの団体なり、研究チームなりがやって、その成果で、これ良さそうだっていう、模擬データみたいのが出てきたら、それを市とか県とかのより大きなフェーズのところ、トライをすることによって、それが定着していくんじゃないかなって思うんです。P-ネットがすべきことは、薬薬連携の推進だと思うけど、それに対するトライは今あまりないように思います。もっと、病院の薬剤師たちの知識をしっかりと開局の薬剤師のほうに注入できるとか、要は、本気で医療を考えている人たちが担当していた方が退院したときに、受け皿になってもらわないといけない。シームレスな関係作りってこのこそ、P-ネットの研修会とかで、僕は勉強会ではなくて、ずっとグループワークでもいいと思っているんです。病薬も薬剤師も関係なく、それを有志の団体で、症例とか、こういった事例に対してどうやって対処するかとか、ケモ⁹²の人とか認知症の人とか、地域の実態を知ってもらうのも大事だし。

メリットってというのは、トライアルの場所なんだと思うんですよ。トライアルは、勝手に研究会とかでしていいから。それを組織でするって言ったらNOだと思うんですよ。研究会だったらいいんじゃないって。そういったトライアルの場所なんだろうな、って思いますし、市薬や県薬のところは、自由に病薬の人が入ってこられる場ではなかなかないんで。交流の場にはなるから、知る人が、それぞれが立ち上がっていけば、地域はいずれ変わるので。そういったことになればいいのかなって思います。

もっと実践的に、病院の人が地域のことを知ってもらわないと始まらないっていうのもあるだろうし、その逆もあるし、っていうところであれば、勉強会は講演形式じゃなくて、グループワーク形式しかないって思うんですよ。コーディネーターが今地域につなぐでしょ、薬剤師会とか P-ネットとか、本来はそこなんです。よりステップアップ、発展的にやりたいって言うのは言い続けていきたいと思います。

それから、病院のほうは機能分化していきますけど、薬局のほうは機能分化していないんですよ。医療のユーザーからすれば、どこの薬局に、こういった職能、たとえばがんの専門の薬剤師がいるとか、緩和の専門の薬剤師がいるとか。そしたら、そこをお願いしたいとか、輸液の調製ができるのってどこにあるのって言ったら、今はクローズドなので、そういったのもオープンにできないって言ったら、結局ユーザーは困りますよね。だから絶対時代の流れで規制緩和されるはずだから、そうなったら、ほんとに薬局間での、スキルがちゃんと担保されてるって言う条件が大きな武器になってくるって言うのは出てくるだろうなって思います。

D氏は、母親から引き継ぐ形でP-ネットに参加した。参加して5年ほどということであ

⁹² がん治療における化学療法を指す。

るが、実践コミュニティにおける「新参者」の語りとして解釈した。

D氏は、「組織ですって言ったら NO だと思う」と、P-ネットが制度的なコミュニティではない利点を生かし、「トライアルの場所」として、病院薬剤師と地域の薬剤師を結ぶ役割を担う必要性が最も重要であることを語った。病院と地域とを結ぶコーディネーターとしての役割を担うことが最も P-ネットがすべきことであるが、しかし現状としてはそれが十分機能できていないことから、勉強会の在り方について提言を行っていた。勉強会では、病院の薬剤師と地域の薬局の薬剤師がグループワークを通して、病院の薬剤師にとっては地域を知ることにつながり、地域の薬局にとっては、病院においてどのような治療が行われているのかを知ることにつながり、両者のシームレスな関係を作ることとなり、それが、ひいては医療サービスを受ける患者にとっての益となると考えていた。

これまで紹介したA氏、B氏、C氏の勉強会についての語りからも、P-ネットという実践コミュニティのメンバーにとって、勉強会とはメンバーの「繋がり場」という意味を持つことがうかがわれる。P-ネット前代表の中野正治氏は、勉強会について「継続するモチベーションは何かって言うと、やっぱり勉強会を続けることって思ったんですね。もちろん、活動はそれはそれでやるんですけど、それだけではなかなか繋がりにはもてないんで、勉強会を続けることだと思ったんですけど、それを続けることが非常に大変。(中略)それをいつまでも自分たちだけではできないので、若い人たちにも入ってきてもらいたいってことで、ちょっと世話人の数を増やして、若い人にもお願いできるように今はしているんです」と筆者に語り、中野氏も P-ネットの会員同士の「繋がり場」として勉強会を位置付けていたと解釈できる。しかし、繋がるメンバーについて、ややD氏は意味付けが異なるのではないかと考える。P-ネットには病院薬剤師もメンバーとして参加しているが、病院薬剤師をP-ネットのメンバーとしてより強く意識しているのは、D氏であった。D氏は病院薬剤師から地域の薬局薬剤師へと転身した経緯があり、両者が互いに得意なところ、不得意なところを理解し、補い、連携することこそが、「繋がり」と考えているのではないかと考えている。そして繋がることにより、より発展的になると考え、現在 P-ネットの役割が十分に機能していないことにジレンマを感じているのではないかと考える。

レイヴとウェンガーの記述を少し長いが引用をする。「古参者と新参者とがアイデンティティを確立して維持していく際の異なったやり方は、互いに対立し、実践とその発展について競合する考えを生み出してしまふ。新参者はジレンマに陥る。一方で彼らは現存する実践（それ自体は時間をかけて発展してきた）に関わる必要がある。それを理解し、そこに参加し、それが存在している共同体の十全的成員になる必要がある。他方、彼らは将来の実践におけるアイデンティティを確立しようとするとき、その実践の発展に利害関係をもつようになる。(中略) 熟練者と徒弟（あるいは世代間）のコンフリクトは、日常の参加の過程で発生する。(中略) 関連するコンフリクトが実践で問題になる在り様として、正統的周辺参加は、新参者の側のたんなる学習過程をはるかに超えたものである。それは人と実践との間の互惠的關係なのである。このことは、実践共同体で学習者が十全的参加に移動してくこと

が静態的文脈で起こっているわけではないということを意味している。実践そのものが動きなのである。活動、それに関与する人々の参加、彼らの知識、さらには彼らの将来の見通し、これらが相互構成的であるから、変化こそが実践共同体および彼らの活動の根本的な特質である [レイヴ , ウェンガー 1993, 102-104]。

さらにレイヴとウェンガーは、例としてグーディーの研究を引用し、家内生産であったところに見知らぬ人が入ってきたことによって、熟練者が生産活動の組織化について深く考えるようになったことを述べている [レイヴ , ウェンガー 1993, 104]。すなわち、新参者の参加により、古参者がコミュニティの在り方について改めて考える機会が生じたのである。しかし、ここには条件があり、新参者の貢献が認められるためには、参加の正統性が重要であると述べられている。すなわち、D氏が P-ネットという実践コミュニティに「正統的に」参加しているかどうかという点が重要である。

D氏は、「時間が許す限りは、勉強会に参加する程度ですね」と、勉強会に参加し続けること、そして、「よりステップアップ、発展的にやりたいっていうのは言い続けていきたいと思います」と、P-ネットの実践に関しての提言を「言い続けていきたいと思います」という態度、そしてA氏同様、「新参者の正統的周辺性は彼らに『観察的』な見張役以上の役を与える [レイヴ , ウェンガー 1993, 76]」というように、D氏は古参者がどのように振舞っているのかについて観察していることは語りからうかがえる。正統的の反意語は、活動への無関係性、あるいは非関与性であることから、このように考えると、D氏が P-ネットという実践コミュニティに正統的に参加をしているととらえることができる。

レイヴとウェンガーの記述によると、「共同体ということばを使うとき、私たちは何か原始的な文化の共有体を意味しているわけではない。成員は異なる関心を寄せ、活動に多様な貢献をし、様々な考えをもっていると考えられる。私たちの見解では、多層的レベルでの参加が実践共同体の成員性には必然的に伴っているとす [レイヴ , ウェンガー 1993, 80]」のである。新参者はやがて古参者となる。そしてコンフリクトを伴うことがありながらも、コミュニティが作り替えられ、そして世代交代する。これは、コミュニティの変化としての特質なのである。D氏は、P-ネットは変化しステップアップする必要があると考えている。それは、P-ネットの担うべき役割に対する考えが明確であるからこそであろう。すると、新参者であるD氏が正統的周辺参加者として参加を継続すること、そして古参者と関わり続けることが重要である。在宅医療を受ける患者の益を優先するという理念においてメンバーの考えは一致している。様々な考えを持つメンバーが多層的レベルで参加するからこそ、実践コミュニティの変化は必然であり、その変化こそが実践コミュニティおよび彼らの活動の根本的な特質であると考えられる。

第6項 開かれ変化する実践コミュニティとしてのP-ネット

前項において、「学習」という分析概念を参照し4名の語りを解釈した。会員同士は相互に関わり学習を深め、また、新参者は、古参者の実践を観察し、またその実践に参加するこ

とにより、知識、技術、そして態度を学んでいた。すなわち、それぞれが、P-ネットという実践コミュニティにおいて、正統的に周辺から十全参加へのプロセスを多層的レベルで参加し、主体的にアイデンティティを獲得するプロセスの過程にいと解釈できた。

本項においては4名の語りの解釈から、P-ネットが長崎市の在宅医療を支える薬剤師のネットワークとしてどのような役割を担うのか、「開かれる」および「変化する」という概念をもとに考察する。

[1] 開かれるP-ネット

レイヴとウェンガーは、「学習」とは、いかに知識や技能を獲得するかという個人の内的な認知過程ではなく、あくまでも参加という活動によってくりひろげられる社会的過程である、述べる。これが状況的学習 (situated learning) である。そして、社会的実践としての「学習」が繰り広げられる「場」として実践コミュニティという枠組みが設定されている。

4名の語りから共通して見いだされたのは、学習が繰り広げられる「場」としての実践コミュニティが、P-ネットという枠組みにはとどまらないということであった。会員はP-ネットという実践コミュニティの枠組みを超えて、さらに大きな枠組みである「長崎市の在宅医療コミュニティ」という実践コミュニティにも参加しているととらえられた。これは、P-ネットというひとつの実践コミュニティという枠組みに制限されることなく、実践コミュニティが他の実践コミュニティに対して開かれていると解釈できる。このような実践コミュニティが他の実践コミュニティに開かれていることについてレイヴとウェンガーは言及はしていないが、実践コミュニティとは、メンバーシップが明確に境界付けられることなく任意に形成されるものであることから、その枠組みは曖昧なものであるととらえられる。そして、実践コミュニティが制度的な枠組みとしてのコミュニティを意味していないことから、他の実践コミュニティに開かれた「場」となることは十分に考えられる。

一方で、それは必然的であるとも考えられる。なぜならば在宅医療とは、医療専門家や福祉専門家、ヘルパーなど生活を支援する者、また患者の家族も含め、患者に関わる様々な人々の協働によって成り立つ。そのため、専門職の集団が実践コミュニティを形成しているとしても、各々の実践コミュニティは、他の実践コミュニティと必ず関わりを持つ必要がある。すなわち、開かれている必要がある。そしてさらに俯瞰的にその状況をとらえたとき、各々の実践コミュニティは、「長崎市の在宅医療コミュニティ」という実践コミュニティによって包摂されているという構図が浮上する。それは、地域包括ケアシステムの構図とも重なる。

4名の語りを振り返ると、A氏にとっては手本となるのはP-ネットの先輩薬剤師のみならず、同じ患者を担当する医師であった。在宅医療に関わる上での態度、姿勢が手本となっていた。そして、それを自分の日々の実践に次第に身体化していく様子がかがわれた。B氏は、患者宅を訪問するにあたっては、医師の訪問に同行するようにしていた。また自らが

ケアマネジャーの資格をもっていることから、介護担当者とのやりとりを活発に行っていた。C氏は、長崎大学病院緩和ケアカンファレンスという医師、看護師が参加する緩和ケアカンファレンスという実践コミュニティに参加することで、医師や看護師を手本とし、知識や技術のみならず、患者の生活への踏み込み方などを学んだ。D氏は、とりわけ病院薬剤師との連携の重要性を説いた。

在宅医療では多職種連携の重要性が唱えられている。しかし一方で、連携による他職種とのインターフェースにおいて、薬剤師としての役割認識と他職種がもつ薬剤師の役割認識のずれからサファリングが生じることについて第2節で述べた。そして、実践コミュニティとしてのP-ネットは、薬剤師のサファリングに対処する上で有用であることを述べた。それはメンバーが横のつながりのみならず縦につながることにより、自らの役割を認識し、実践する上でのモチベーションを維持することができたからであった。さらに、4名の語りの解釈からは、P-ネットが「長崎市の在宅医療コミュニティ」という実践コミュニティに開かれることにより、他職種との相互理解につながり、役割認識の「ずれ」から生じるサファリングへの対処の術が生み出されていることにもなる。

改めて実践コミュニティとは、という問いを立ててみる。田辺 [田辺 2003, 25]は、実践コミュニティとは、帰属意識を育てるのではなく、メンバー間のゆるぎない「共同体的」な絆を築くものでもなく、行為者の主体が多様なアイデンティティ、つまり主体の新しい形成を発見しそれを創りあげることが可能とする「場」と述べている。すなわち、実践コミュニティは、コミュニティとしての結束を高めることが目的なのではなく、メンバーが新しい主体を形成することが目的なのである。実践コミュニティとは、学習の「場」であり、主体はあくまでも会員である。では、会員は、P-ネットという実践コミュニティにおいて、それぞれがどのように相互に関係をもち、どのように繋がっているか。

A氏は、会員薬剤師との関係について、「P-ネットの先生のことを信頼しています」と語って。しかし日常的に業務を行っていないにも関わらず、何をもって信頼するのかという疑問が生じる。またA氏は、P-ネットのメンバーとは「緩やか」につながっていると語った。社会心理学者の山岸俊男 [山崎 1998, 1-8]は、「集団社会主義」では、集団の内部では相互協力が簡単に成立しており、内部の人間だけ付き合っている限りは人に利用されたりすることもなく、人々は安心してられるが、このような関係内部だけで安心してると、他者への信頼が育ちにくいと述べ、関係内部の強い結束への警鐘を鳴らす。すなわち、「信頼は人々の中の結束を強める働きをするという信頼による関係強化の側面にこれまで目が向けられてきたが、信頼とは、人々を固定された関係から解き放ち、新しい相手との間の自発的な関係の形成に向かわせるという、関係拡張の側面もある」と述べる [山崎 1998, 4]。そして、相手が信頼に値する行動をとるかどうかを正確に予測できるためには、相手が信頼できるかどうかの手がかりになる情報に敏感になることで、広い意味での社会的知性を身に着ける機会を増やすことが重要だと述べる。

実践コミュニティとは、メンバー間のゆるぎない「共同体的」な絆を築くものではない。

内部での強固な結びつきは、メンバー内のみの「安心」した関係性を重視し、他者を排除することにつながる。すると、A氏が述べるような「緩やかな」結びつきだからこそ、P-ネットが「信頼」という関係を築く「場」として機能し、さらに、実践コミュニティが外部に開かれる状況を生むのではないかと考える。あくまでも、緩やかに繋がるのが重要なのである。また、実践コミュニティにおける新参加者は、古参加者を「観察」する機会をもつ。この「観察」こそが、相手が信頼できるかどうかの手がかりの情報収集の機会であるともとらえられる。

P-ネットは、有志の薬剤師が立ち上げた任意団体である。そのため、参加は自由意思に基づき、設立理念に賛同する薬剤師が参加している。P-ネットは、月1回の勉強会を定期的で開催しているが、この勉強会の開催の目的について、P-ネットの前代表である中野氏は、会員同士が繋がるため、ととらえていた。すなわち、中野氏の語りから理解できたのは、勉強会は、互いが繋がるための「場」としての役割もあり、P-ネットは会員同士の「繋がり」を重要視している、ということであった。それは顔の見える関係性を構築するためでもあったと理解できる。A氏、B氏の語りからは、勉強会のグループに参加することにより、個別にコミュニケーションをとる機会が増えていることが理解できた。相手が信頼できるかどうかには、「観察」する機会が必要である。一方、Dr. ネットとP-ネットとの関係も「信頼」を拠所としているといえるであろう。この「信頼」は互いを「観察」する機会をもち、そして手がかりの情報に敏感になることにより生まれる。そのため、実践コミュニティは閉じられていると、他の実践コミュニティのメンバーを観察する機会を持つことができず、信頼が築きづらいことにつながる。

すると、P-ネットという実践コミュニティは、開かれていることが必然的に求められる。4名の語りからは日常業務の流れの中で、「長崎市の在宅医療コミュニティ」に参加していることが理解できた。とりわけD氏は、連携の重要性を語り、閉鎖的になることなく開かれたP-ネットであることの必要性を語ったが、それは、在宅医療を利用する患者の益を考えたことであった。すなわち、今後一層、P-ネットという枠組みにとどまり閉鎖的になることなく、常に他の実践コミュニティに開かれていること、そして、「長崎市の在宅医療コミュニティ」に参加しているという意識をもつことが必要なのではないだろうか。それが、すなわち在宅医療を受けることを希望する患者の益につながる。そのため、P-ネット会員間においては、「緩やかな繋がり」を保ち、そして、P-ネットが開かれた実践コミュニティであることが求められているのではないかと考える。

[2] 変化するP-ネット

実践コミュニティの特質として、新参加者はやがて古参加者となり、成員の変化に伴い、実践コミュニティは作り替えられ、そして世代交代する。これは、コミュニティの変化としての特質である。D氏は、P-ネットは変化しステップアップする必要があると語った。一方、変化について考える上において、長崎市ならではのローカルな文脈について検討する必要も

あるのではないかと考える。

七嶋氏の患者宅への訪問に同行したとき、長崎市という土地のもつ文脈と深い関係のある場面があった。七嶋氏は、訪問先の患者が亡くなった後、グリーフケアという名目で遺族を尋ね、長崎では、亡くなった日から3日間雨が降り続いたら、その人の死は寿命だったという遺族の言葉を自然に受け止め、患者の死についての認識を遺族と共有していた。これは患者と薬剤師という関係を超え、長崎という地に暮らす者同士であるからこそ共有できる死の受け止め方なのではないかと考える。

このような長崎市というローカルな文脈はどのように位置づけられるであろうか。今後の実践コミュニティとしてのP-ネットの変化について検討するにあたり、比較検討の視点を得るため、海外に視点を向け、オーストラリアにおいて薬剤師がどのように在宅医療に関わっているのか参照する。オーストラリアを比較検討の国として選定したのは、両国ともに、システムとして在宅医療への取り組みを開始した時期がほぼ同時であり、薬剤師の在宅医療への関わりを考える上で、「制度」という枠組みが、少なからず影響を与えると考えたからである。

日本の場合、在宅医療を受ける患者は、身体的機能の衰えなどが原因となり、医療機関への通院が困難となった高齢者が多く、高齢化が在宅医療の進展に大きく関与している。WHO世界保健統計2016年版の統計によると、日本人の平均寿命は83.7歳、オーストラリア人は81.5歳であり⁹³、両国に大きな差はない。高齢化率⁹⁴は2016年度の統計を比較すると、日本は26.56%、一方オーストラリアは15.25%⁹⁵と、日本のほうが高齢化率は進展している。

日本では、2000年4月に介護保険制度が始まった。介護保険制度とは、ますます高齢化の進展が予測される日本の社会において、高齢者の生活を公的に支えるシステムである。そして、65歳以上の高齢者が在宅医療を受けることを希望するとき、処方せんに基づく薬剤料と調剤料は医療保険から支払われ、訪問業務に対する報酬となる居宅療養管理指導料は介護認定を受けることにより、介護保険から支払われることとなった。薬剤師が行う65歳以上の高齢者の居宅への訪問業務は、基本的に介護保険制度のもとで行われる。一方、オーストラリアにおける薬剤師の訪問業務はホームメディカルレビュー(HMR:以下HMR)と呼ばれ、2001年10月、オーストラリアにおける医療給付スケジュール(MBS)に導入された。HMRサービスとは、在宅医療を受ける患者のGP⁹⁶と協力して働くことが認可された認定薬剤師によって行われる。HMRサービスを行うことができる薬剤師の資格認定は、GPに対して適切な投薬レビューを行うことができる適切な知識とスキルが一定以上

⁹³ 平均寿命ランキング・男女国別順位 - WHO世界保健統計2016年版
https://memorva.jp/ranking/unfpa/who_whs_2016_life_expectancy.php (閲覧2018.4.7)

⁹⁴ 高齢化率とは総人口に対する65歳以上人口の比率のことである。

⁹⁵ <https://www.globalnote.jp/post-3770.html> 世界の高齢化率(高齢者人口比率) 国際比較統計・推移 (閲覧2018.4.7)

⁹⁶ General Practitioner: 一般開業医を意味する。ホームドクターの位置づけである。総合診療医と訳されることもあり、内科、外科、小児科、婦人科、皮膚科など、歯科を除くすべての分野をカバーする。診GPが診断し、専門医(Specialist)の受診が必要と判断したときには、紹介するシステムとなっている。

のレベルであることが求められ、認定は更新性となっている。HMRサービスを提供するための必要な知識とスキルを維持しなければならないため、数年ごとに再評価され、新たに認定されるシステムとなっている。患者が服用する薬は患者が指定した薬局にて調剤され届けられ、薬の配達もHMRサービスの範疇にはない。HMRサービスとは、患者が自宅で療養するにあたり、薬物治療が適正に行われることに主眼をおく薬物治療のレビューを専門に行うサービスである。患者がもつ様々な文化的背景にも配慮し、たとえばアボリジニ⁹⁷の患者とのインタビューに際しては、適切な通訳者を交えるなどし、患者が十分に薬物治療について理解するよう努め、患者の意思決定を支援し、患者がよりよい健康成果を達成できることに携わる (Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services 2011)。そのため、HMRサービスを提供する認定薬剤師は、患者との良好なコミュニケーションを重要視している。また、HMRサービスを受けることができるのは高齢者に限らず、薬物治療が適切に行われなため薬剤師のサポートが必要な患者も対象となる。そしてHMRサービスを行う認定薬剤師は、地域薬局に所属しているとも限らず、フリーな立場で業務にあたることもある。すなわち、認定薬剤師は、在宅で療養する患者が適切な薬物治療を受けることを支援するために適切な知識とスキルが保証され、コミュニケーション能力が高い専門職といえる。

D氏は、薬局の機能分化、それにとまなう薬局間の連携が今後進む必要性があると語った。それは在宅医療サービスを受ける患者の益を重視しているためである。オーストラリアにおいてHMRサービスを行う薬剤師は、技術、スキル、そしてコミュニケーション能力について、国内の統一した基準に基づき保証されている。オーストラリアにおいては、民族により異なる文化をもつため、文化背景に配慮するサービスが求められるからであり、「地域」という文脈とは異なるものである。日本のシステムと比較したとき、オーストラリアが採用するのは徹底した合理的なシステムといえよう。D氏が言及する薬局の機能分化、薬剤師が専門性を発揮することは、一定のスキルと能力を兼ね備えた薬剤師であることが必要であり、現在薬剤師の専門性を重視する流れの中においては、今後の在宅医療に関わる薬剤師の姿として十分に考えられる。そして、一定のレベルが保証されれば、薬剤師は代替可能な存在となるが、サービスを受ける患者としては薬局や薬剤師の選択に迷う心配はないであろう。すなわち、オーストラリアにおける合理的なシステムに近づく方法といえよう。では、そこに七嶋氏のようにグリーンケアと称してふらっと遺族のもとに立ち寄り、地域に伝承される死の受け止め方を共有するといった関係性をもつ薬剤師の姿があるだろうか。

今後、P-ネットの役割はどのように変化していくのだろうか。実践コミュニティとはその成員により必然的に変化する。一方、P-ネットという実践コミュニティが、長崎市の在宅医療コミュニティに開かれていると考えたとき、長崎市の在宅医療コミュニティという実践コミュニティには、患者や患者家族も参加するととらえることができる。すると、今後のP-ネットの役割の方向性は、在宅医療を受けることを希望する患者、また家族、そして広く生

⁹⁷ オーストラリア大陸と周辺島嶼の先住民

活者が、実際に在宅医療を受けた「手本」となる人の振舞いや、また、そこに関わる専門職の振舞いを観察しながら、どのように参加していくのか、在宅医療を受けることを望むすべての生活者が主体的に学習していくことを中心に据える必要がある。そこに長崎市という地域の文脈が重要視されるのであれば、合理的なシステムのみでは、患者の望む在宅医療は実現できないこととなる。

すなわち、P-ネットの変化は、在宅医療を受けることを希望する生活者が主体的にどのような在宅医療を選択していくのが根底に据えられるであろう。これは、生活者が医療を「生活化」することとも通ずる。そして、P-ネットの今後を考える上で、長崎市の在宅医療コミュニティという枠組みを意識することが重要なのではないかと考える。

終章

本論文は、在宅医療にかかわる薬局薬剤師の役割と実践を明らかにすることを目的としてここまで論考を進めてきた。以下、本論文を総括する。そして、「生活化」する薬剤師について論点を焦点化し、本論文のまとめとして、薬剤師行動の中心に患者の利益を据える「ファーマシューティカルケアの実践の場」としての在宅医療への薬剤師の関わりの手がかりを提示する。

第1節 患者に「触れる」行為をめぐる葛藤から

薬剤師は医療行為をしてはならない、という認識が強かったことから、患者に「触れる」ことは医療行為に当たるとして、薬剤師はこれまで極端に患者に触れることを避けてきた傾向があった。しかし、筆者が2010年に行った在宅緩和ケアに関わる薬剤師へのインタビュー調査では、患者のトイレ介助をきっかけとして、患者に触れることへの抵抗感がなくなり、それからは、外用剤の塗布や湿布を貼付するといった、患者に「触れる」行為をするようになったという薬剤師の語りがあった。筆者は、これを「薬剤師業務の固定観念からの脱却」という概念で説明し、薬剤師の役割認識および実践における変換点と解釈した。そこで、まず本研究では、現在在宅医療に関わる薬剤師に、患者に「触れる」行為についての抵抗感の有無、法的妥当性の認識、必要性の認識、行為頻度をたずね、その実態を把握することを目的として量的調査を行った。その結果、患者に「触れる」行為について、必要性を認識しながらも、実際の行為頻度が低いことが明らかとなり、行為に至らない理由について「抵抗感」という観点からの検討を試み、回答者の背景と抵抗感との関係性について統計的に分析した。その結果、抵抗感と回答者の年齢、および薬剤師としての経験年数とは相関関係がないことが示された。すなわち、年齢を重ね経験を積めば患者に「触れる」ことに対する抵抗感が減弱するわけではないことが明らかになり、前述した患者のトイレ介助といったような、何らかの経験を経ることにより抵抗感が減弱するのではないかと考えた。一方で、患者に「触れる」行為に対して抵抗感を抱く理由と抵抗感を減らす方法について自由記述で回答を求めたところ、抵抗感を抱く理由としては、「知識や経験の不足」、「職域の逸脱」、「法的に曖昧」、そして「関係性に関わる問題」に関する記述が多く見られ、抵抗感を減らすためには、知識を獲得し実践を積み、制度の確立、といった具体的な方法とともに、「関係性の構築」という記述が多く見られた。「関係性に関わる問題」とは、「他職種からの理解・認知が不十分」「チームの連携を乱すことにつながる」「患者からの理解・認知が不十分」といった、患者・患者家族、他の医療者や福祉職といった他者が考える薬剤師の役割認識と薬剤師自身が考える役割認識の「ずれ」に起因し、その「ずれ」を解消するために、関係性を構築することが必要だと考えているのではないかと解釈した。

そして、さらに筆者が注目したのは、薬剤師の業務としては逸脱しているともとらえら

れる「爪切り」「口腔ケア」といった行為に対して、必要性を認識している薬剤師が全体の3割弱程度見られた、という結果であった。「爪切り」「口腔ケア」という行為は、患者の生活を快適にするための行為でもある。すなわち、これらの行為への必要性を認識しているということは、患者の生活への視点を持っていることと解釈した。しかし、必要性を認識しながらも、実際の行為には至っていないことが、量的調査の結果、数値として明らかに示された。しかし、ごく少数ととはいえ、爪を切る、口腔ケアをする、といった行為を行っている薬剤師が存在することも明らかになったのである。

これら量的調査の結果から、「触れる」行為の葛藤をめぐって、薬剤師が、「薬剤師の固定観念からの脱却」を経て、実際に患者に触れるようになるプロセスとは、自らを限定していた役割や実践から解放すること、すなわち役割と実践の「脱限定化」という概念で説明できるのではないかと考えた。他職種から期待される役割や、制度上の求められる役割と、自らが認識する役割とのギャップの「ずれ」を認識しながらも、行為の必要性を認識し、実際に行うということは、その行為の相手である患者に益を与える「与益」という臨床の倫理原則に基づくものと考えられる。しかし一方で、法的に問題ないのか、という「社会的適切さ」との葛藤はつきまとう。すなわち、役割と実践の「脱限定化」プロセスには、薬剤師に苦悩を生むことになる。そして、薬剤師の実践と役割の「脱限定化」、そして生じる「苦悩」とは、薬剤師が患者の生活する「場」に足を踏み入れ、その生活を見ることから始まっていくことなのではないかと考えた。それは、倫理学・臨床死生学を専門とする竹之内 [竹之内 2007, 99] が「自宅という『空間』は、家族や地域コミュニティの歴史の痕跡をとどめ、外部者の医療関係者でさえもその空間の『履歴』に触発され、固有の履歴をもった者として患者と接す」と述べるように、自宅という患者の生活の場という「空間」に薬剤師が触発され、自らの役割と実践について考えるきっかけとなっているのではないかとということである。

浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2013 a, 浮ヶ谷 2013 b, 浮ヶ谷 2014 a] は、「専門家が自らの日常的な関わりの実践と医療システムとの矛盾に直面したり、眼前の他者との関係性が医療専門家と患者という役割関係ではなくなることによる迷いが生まれること」を「領域をまたぐ」と表現した。さらに、「領域をまたぐ」ことに相応する言葉として「界面に立つ」という用語を提示した。それらは、患者の生活への視点から導かれるものではないかと考える。

「脱限定化」プロセスに伴う苦悩とは、周囲から求められる役割認識と、自らが考える役割認識との「ずれ」が原因となる役割をめぐる苦悩であり、また、法的に問題ないのかという「社会的適切さ」を判断する困難さから生まれる実践をめぐる苦悩でもありととらえた。しかし、苦悩に関するそれ以上の論述を行うことは、量的調査の結果のみでは限界であった。

第2節 役割と実践の「脱限定化」プロセスに伴う苦悩

そこで、「脱限定化」プロセスに伴う苦悩はどのようなものなのか、またどのようにして、その苦悩、すなわちサファリングに対処しているのかを探ることを目的として質的調査を行った。

本研究は、長崎市でのフィールドワーク調査を中心に据えている。インタビューは、すべて長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）会員の薬剤師を対象に行った。6名のP-ネット会員薬剤師にインタビューを行い、サファリングを示しているにとらえられる語りを横断的に分析した。

その結果、周囲から求められる役割と自らが考える役割認識の「ずれ」から生じる苦悩として、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]、[薬剤師間にある温度差] という2つの概念が導かれた。[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]とは、患者・患者家族、医師、福祉職とのインターフェースにおける役割認識の「ずれ」であり、[薬剤師間にある温度差]とは、在宅医療にかかわっていない薬剤師との役割認識の「ずれ」であった。医療社会学者の松繁 [松繁 2014, 232]は、多職種連携のインターフェースに着目し、現代の対人援助専門職のサファリングについて論じ、「専門分化」と「連携」が引き起こす労苦を「分断のサファリング」と呼んだ。すると、導かれた概念 [医薬品提供者という限定的役割にとどまる]、[薬剤師間にある温度差]とは、「分断のサファリング」としても説明が可能である。在宅医療には多職種が関わる。そのためそれぞれの専門性を活かして連携することが求められるが、専門分化されればされるほど、その役割が限定される。松繁 [松繁 2014, 248]は、「人間の生を支える対人援助の専門家としての機能は、「専ら」の領域の中に終始とどまることでは全うされないということには異論がないだろう」と述べ、自らの専門実践がどのような形で隣接領域へとつながっていくのかを検討していく必要性を説き、「分断のサファリング」に対して「機能接合の視点」を提示した。しかし、薬剤師は「薬」というモノを届けるという役割のみに限定されているとすれば、その専門性すら曖昧となる。すると、「分断のサファリング」という説明だけでは不十分である。そこで筆者は、「役割の不全感」という概念も在宅医療に関わる薬剤師のサファリングとして表現した。

そして、サファリングへの対処として、[医薬品提供者という限定的役割にとどまる]ことに対して、[越境を試みる]ことにより、薬剤師の役割を限定的な医薬品提供のみにとどまらないよう行動していたことが語りから示された。

患者とのインターフェースにあった「役割の不全感」を示す [医薬品提供者という限定的役割にとどまる] という分断のサファリングへの対処の術としての [越境を試みる]とは、薬剤師としての役割を「脱限定化」し、自らを「生活化」していることであった。たとえば、自宅という「場」においては、患者や患者家族と薬剤師との関係は協働関係にあり、「全然薬剤師とは違うスタンスで話をするようになりますよね。だから、そうなる」と、なんていうかな、その境目はなくなってくる」という語りから浮上する薬剤師の姿

は、「生活化」する薬剤師の姿であった。語りの分析を通して、患者の生活する「場」が、薬剤師としての役割限定を解放し、「脱限定化プロセス」を促すことを確認した。「脱限定化」とは、患者・患者家族との役割認識の「ずれ」による苦悩への対処であり、さらに、役割の「脱限定化プロセス」とは、薬剤師自らを「生活化」するプロセスであると解釈した。一方、実践の「脱限定化プロセス」については、試行錯誤しながら、医師や福祉職とのインターフェースで「越境を試みる」実践と解釈できたが、概念として説明できるまでは至らなかった。

一方で、[薬剤師間にある温度差]とは、在宅医療にかかわっていない薬剤師との役割認識の「ずれ」が原因と考えたが、そこにP-ネットの存在が有用であることが理解できた。これを、サファリングの対処の術としての[縦横ネットワークの構築]という概念で説明した。「連携」とは主に「横」の繋がりである。しかし、P-ネットには「縦」のつながりがあることに特徴があった。すなわち、「縦横」の有機的なネットワークが、会員薬剤師のモチベーション維持にもなる。また、有機的とは変化を伴うということの意味する。複数のメンバーにより成り立つネットワークは、会員たちの置かれた状況、成長、移動などをきっかけに、変化し続ける。そのため、今後どのような形態で発展し、継続して活動することが最も望ましいかという課題も導かれた。

第3節 「生活化」する薬剤師

患者・患者家族との役割認識の「ずれ」から生じるサファリングには、役割の限定から解放すること、すなわち「脱限定化」により対処されており、さらに、役割の「脱限定化」プロセスとは、自らを「生活化」することでもあることを確認した。しかし、医療者が、生活の場で医療サービスを提供する、という現象は、生活の「医療化」とも解釈できる。では、薬剤師は患者の家でどのような実践を行っているのか。そこで、在宅医療に関わる薬剤師の実践の詳細を描くために、P-ネット会員薬剤師の七嶋和孝氏を対象に、インタビュー及び患者宅への訪問に同行し参与観察を行った。病院に勤務していた七嶋氏が、薬局を開局し、そして在宅医療に関わるようになったこれまでの経験をインタビューにより聴き取り、そして実際に七嶋氏の患者宅への訪問に同行することにより、その実践を観察した。

医療者が患者の自宅を訪問するということは、医療を自宅に持ち込むことに他ならない。しかし、何から何まで医療を家の中に持ち込まずに、介護タクシーを利用して自宅から出向いて医療機関を受診する選択をしたり、買い物と病院受診を一緒に行う工夫をする、といったように、医療との関わり方について、患者は自分なりの生活の仕方として創り出していた。七嶋氏もそれを自然のことと受けて止めていた。このような[医療と買い物と同じ次元にある]ことは、生活者が、医療を「生活化」することと解釈できる。そして、七嶋氏は、「薬剤師の七嶋」が訪問するのではなく、医療者として、また生活者として様々な側面をもつ[「七嶋の集合体」として訪問する]と語った。この概念は、薬剤師という役割に自らを限定していないということの説明が可能である。実際、訪問先で患者家族への「どがんと？」という

七嶋氏の質問に対する家族の回答は、医学的な文脈とも生活に関する文脈とも、そのどちらともとらえられるようなものだった。その答えから推察するに、患者家族は七嶋氏を「医療と生活の界面に立つ」存在であると捉えていると解釈することが可能であった。そして、七嶋氏の患者の「ナラティブを聴く」という行為は、医学的文脈にのみに固執せず、その背後にある人生の物語の文脈にも関心を広げることであった。また、バイタルチェックという実践も、ルーチンとしてとらえず、必要に応じて行うものであり、対話から導かれ必要と判断し行うものであった。そして、七嶋氏の患者宅への訪問とは、医療という側面をできるだけ見せない「片隅に置かれる医療」を心がけているようであった。

人類学者の浮ヶ谷は、糖尿病患者が自らの糖尿病との付き合い方について、「治療実践を飼いならず」と表現した【浮ヶ谷 2004, 74】。これは、患者が主体となって糖尿病という病いと共に生きることを意味する。この「飼いならず」という表現は患者が生活者として、医療を生活の一部として取り込んでいる状態である。患者にとって医療者とは、「治療実践を飼いならず」ために生活と医療の界面に立っている存在であり、患者は医療者である薬剤師を生活の一部として取り入れ「生活化」する。さらに、医療者である薬剤師は、患者が医療を「生活化」することを妨げず、支援する。すると、「医療は生活の片隅に置かれる」のである。在宅医療とは、生活の「医療化」とも解釈できる懸念について述べた。しかし、七嶋氏の訪問の観察から理解できたことは、七嶋氏の実践とは、医療を生活の片隅に置き、生活者が医療を「生活化」していることを支援することであった。

そして、このような七嶋氏の実践を理論的に説明することを試みた。七嶋氏は、インタビューを通して「特定の疾病」に対する専門家として、自動化された思考での対処は不可能な、患者の生活の場の不確実性、そしてそれに伴う混乱の経験について語った。しかし、「でも、**（失敗を）繰り返してでも、ちゃんと自分でちゃんとできた、ここはこうすればよかった、ああすればよかった、って、そこで第三者の意見を当然仰がなければいけないときもあるけれど、すべてを知っているのは自分だけなんですよ**」と、自分が直面している現象について省察し、行動の中で暗黙となっていたそれまでの理解についても省察していることを語った。七嶋氏の実践は、「状況との対話」に基づく「行為の中の省察」を通して問題に対処し実践を遂行する「省察的实践家」と説明することが可能であると考えた。

このように、七嶋氏の実践とは、患者の生活の「場」において、省察を重ねていく作業を繰り返すことであった。在宅医療において患者と関わる上では、患者を生活から切り離して考えることはできない。そして、患者という固有性のある対象と個別に関わる実践であることから、管理された病院とは異なり、自動化された思考では対処不可能な不確実性に常に向き合う必要がある。そのため、失敗を繰り返すこともある。省察し自己評価し、そこで得た知識は実践知となって七嶋氏の生きた身体に宿り、「知が実践に内在する」のではないかと考えられる。すわわち、「実践」の脱限定化プロセスとは、省察し続けるプロセスではないだろうか。

前述した実践の「脱限定化プロセス」とは、医師や福祉職とのインターフェースで試行錯

誤する「越境を試みる」実践と解釈したが、「越境を試みる」実践とは、患者・患者家族の生活への視点があるからこそその試行錯誤の繰り返しであった。すると、この試行錯誤も省察し続けるプロセスという概念で説明が可能なのではないかと考える。

そして、患者と医療者との関係は、「する」「される」、といった関係ではなく、両者がともに協働する関係にあった。患者が医療を生活の一部として取り入れ、医療者としての薬剤師は専門家であると同時にひとりの生活者として、患者と「協働する」という意識で自らを「生活化」する状態であることが、「生活化する薬剤師」という概念である。そして重要なのは、患者自身が、生活者としてどのように生きていきたいのかという観点から医療を「生活化」することである。「生活化する薬剤師」は、それを支援するのである。

第4節 長崎市の在宅医療コミュニティに開かれるP-ネット

〔縦横ネットワークの構築〕とは、在宅医療に関わる薬剤師とかかわらない薬剤師とのインターフェースで生じる分断のサファリングへの対処の術のひとつととらえ、その有用性について論じたが、さらに、有機的なネットワークとしてP-ネットの今後について検討した。P-ネット会員の薬剤師の語りを分析するにあたり、P-ネットを「実践コミュニティ」という枠組みでとらえ、「学習」という概念を参照し論考した。ここでの学習とは「状況的学習」を意味する。レイヴとウェンガー〔レイヴ，ウェンガー 1993，4-5〕は、「社会的実践に参加することで技術や知識を習得する学習」を「状況的学習 (situated learning)」と表現した。そして、社会的実践とは、「行為者が、参加するコミュニティでの役割の変化や、まわりの人々や資源との関係の変化、行為者自身のアイデンティティの変化なども伴う過程」であり、実践による行為者の変化を一貫した過程としてとらえるために、「実践コミュニティ」というモデルを設定した。学習とは「なにながしかの一人前」になる過程である。

P-ネット会員の薬剤師の語りから共通して見いだされたのは、学習が繰り返される「場」としての実践コミュニティとしてのP-ネットは、さらに大きな枠組みである「長崎市の在宅医療コミュニティ」という実践コミュニティにも参加しているということであった。実践コミュニティとは、メンバーシップが明確に境界付けられることなく任意に形成されるものであることから、その枠組みは曖昧なものであるととらえられる。さらに、その繋がりには緩くある必要がある。それが他者への信頼を築く。そして、実践コミュニティが制度的な枠組みとしてのコミュニティを意味していないことから、他の実践コミュニティに開かれた「場」となることは十分に考えられる。一方で、それは必然でもある。なぜならば在宅医療とは、医療専門家や福祉専門家、ヘルパーなど生活を支援する者、また患者の家族も含め、患者に関わる様々な人々の協働によって成り立つ。そのため、専門職の集団が実践コミュニティを形成しているとしても、各々の実践コミュニティは、他の実践コミュニティと必ず関わりを持つ必要がある。すなわち、開かれている必要がある。

今後、P-ネットの役割はどのように変化していくのだろうか。実践コミュニティとはその成員の変化により必然的に変化する。一方、P-ネットという実践コミュニティが、長崎市の

在宅医療コミュニティに開かれていると考えたとき、長崎市の在宅医療コミュニティという実践コミュニティには、患者や患者家族も参加している。すると、今後の P-ネットの役割の方向性は、在宅医療を受けることを希望する患者、また家族、そして広く生活者が、実際に在宅医療を受ける人の振舞いや、また、そこに関わる専門職の振舞いを観察しながら、どのように参加していくのか、在宅医療を受けることを望むすべての生活者が主体的に学習していくことを中心に据える必要がある。そこに長崎市というローカルな文脈も無視はできないであろう。患者の生活にその土地のローカルな文脈は意味を持ち、その文脈を専門家も同じ生活者として共有することが、その土地における在宅医療を支える。P-ネットの変化には、在宅医療を受けることを希望する生活者が主体的にどのような在宅医療を選択していくのが根底に据えられるべきであろう。

第5節 生活者が医療を「生活化」することを支援する

最後に「生活化」する薬剤師について論点を焦点化するため、改めて「生活化」という概念について整理する。阿部 [阿部 2014, 56] は「生活者は、医療システムが提供する手段やサービスを、生活の必要や目的に適合するよう組み入れて自分なりの生活の仕方(生き方)、つまり生老病死のかたちを創り出す」ことを「医療の生活化」という概念で表現した。そして、「医療を生活化するとは、病気と医療を生活の一部として生きることである」と述べた。生活者は病気と関わる時、「生活」と「医療システム」との「界面」に立つ [阿部 2014, 73]。そして、この界面に立つのは生活者だけではなく、医療者も立つのである [阿部 2014, 76]。「専門家としての医療者が、生活者としての病者と向き合うことで医療者自身の中の生活者も顕在化し、生活者としての医療者という人間像が生まれるはずであり、専門家が『生活者』であるという立場であることに気づけば、患者とともに『生活知』を共有しながら医療をつくる」と述べた。そして、このような専門家の姿を、浮ヶ谷 [浮ヶ谷 2015] は「専門家が自らの専門性を『生活化』する」と表現した。すなわち、「医療システム」と「生活」の界面に立つとき、生活者は医療を「生活化」し、医療専門家は自らの専門性を「生活化」する。

本論文は、在宅医療に関わる薬剤師の役割と実践を明らかにすることを目的としている。そして、量的、および質的の2つの調査から明らかになったのは、限定された役割認識をもつ患者・患者家族と自らの役割認識のずれから生じる「役割の不全感」から、役割を脱限定化するプロセスとは、薬剤師が生活者である病者に向き合い、生活と医療システムとの界面に立つことで自らを「生活化」するプロセスであった。一方、実践においては、自らで限定していた実践から脱限定化するプロセスとは、行為の途中であれ、また行為の後であれ、「省察的实践家」として省察を続けるプロセスであった。

ここで、専門性を明確にすることが、薬剤師を十全に利用するということなのだろうか、という第1章で述べた問いに対する筆者の考えを明らかにしたい。「在宅医療に関わる薬剤師」は、患者の生活する「場」で不確実性と向き合うことから、専門性を明確化することに

より苦悩を抱える。すなわち、専門性を明確化することよりも、自らの役割と実践を「調剤」という業務に限定せず、患者が快適な生活を送ることへの視点を持つことにより、「調剤」という業務に限定された役割と実践から自らを解放すること、すなわち役割と実践を「脱限定化」した薬剤師が、在宅医療においては十全に利用されると考える。なぜならば、在宅医療に関わるということは、患者が生活者として生活する「場」に関わるということだからである。

そして、P-ネットという有志による縦横ネットワークの構築は、会員にとって有用であるという役割にとどまらず、開かれてこそ、その役割を発揮する。開かれている先には、医療者や福祉職といった専門職だけではない。患者・患者家族をも含めたすべての生活者がメンバーとなりうるネットワークが存在する。「生活化」する薬剤師とは、自らの専門性を「生活化」することだが、生活者が医療を「生活化」することが、その出発点である。そして、「生活化」する薬剤師とは、生活者が医療を「生活化」することを支援する役割を担い、そのために実践する。「生活化」する薬剤師は、まず自分が生活者としてどのように医療を「生活化」するのか考えてみる必要がある。なぜならば薬剤師も薬剤師である前に、生活者だからである。

2010年に筆者がインタビューを行った在宅緩和ケアに関わる薬剤師は、患者の足をさすりながら、「ここは薬剤師さんじゃないんだよって。うーん？って言いながら、わかってなくてもいいや、って。こっからは違うんだよ」と語った。語りの中にある「こっから」とは、「医療システム」と「生活」との間にある「界面」を超えた先を指していたのではないだろうか。ふと界面を超えてしまったこの薬剤師はまさに「生活化」する薬剤師だったことが、本研究を通して筆者は理解できた。苦悩しながら省察し続けた、在宅医療に関わってきた先人たちがいる。彼らが、苦悩しながらも「こっから」をふと超えたその姿から何を学ぶのか。それがあとに続く薬剤師自身に問われている。

第6節 本研究の限界と展望

本論文は量的調査と質的調査という二つの調査に基づく。それぞれの研究方法の特徴を活かし、調査結果を相補的なものとしてとらえ論を進めたが、最後に研究の限界を述べる。

まず一点目として、患者に「触れる」行為について全国の在宅医療に関わる薬剤師を対象に質問紙調査を行ったが、有効回答数は147通であり、そのサンプル数は少ない。また、可能な限り一つの都道府県に回答が偏らないよう送付先への工夫をしたが、すべての都道府県に万遍なく送付することができなかったことに加え、アンケートの有効回答率36.8%であり、ここで得られた結果が、我が国の在宅医療に関わるすべての薬剤師の認識であると断定することは難しいと考える。

二点目に、長崎で行った調査についてである。本調査は人類学的手法を用いてフィールド調査を行った、としているが、調査が断続的であったことが調査の限界であった。生活者としての患者との接点は、七嶋氏が訪問した患者とその家族に限られ、直接患者およびその家

族にインタビューはしておらず、筆者と生活者との関わりは希薄であった。また、同様に他の在宅医療に関わる専門職へのインタビューを行っていないことから、薬剤師の役割認識と患者・患者家族、および他の専門職がもつ役割認識のずれに起因する「役割の不全感」という概念は、薬剤師の言葉から導かれているものであり、また「役割の不全感」への対処の術についても、薬剤師の言葉から筆者が導いたものである。薬剤師が患者・患者家族および他の在宅医療に関わる専門職との関係性の構築をどのように試み、そしてそれについて他者がどのようにとらえているのか、といった点については、薬剤師だけではなく、在宅医療に関わる多様な人々に広くインタビューを行うことが必要であると考え。また、患者が医療を「生活化」するというその実践については、患者自身の語り、また生活者としての患者が医療とどのように関わっているのか、その実践の姿から丁寧に紐解いていく必要がある。長崎市の在宅医療の実践コミュニティというモデルについてより論考を深めるためには、調査対象者を薬剤師に限定せず、長崎市という地により密接に関わり、人類学的手法としてのフィールドワークを行うことが筆者にとって今後の課題である。

三点目に、本研究の結果の一般化についてである。本研究の中心となる調査は長崎市で行ったフィールド調査である。そして、その対象となったのは長崎市で在宅医療に関わる薬剤師である。調査対象者の語りを解釈するにあたり、長崎市というローカルな文脈を筆者は積極的に取り入れた。それは本調査が人類学的手法に基づいた調査であり、ローカルな文脈は語りの解釈において重要だと考えたからである。一方で、本研究の結果を、たとえば地方出身者が多く集まる東京という大都市にそのまま当てはめることができるのか、という一般化についての問題もある。同様に、本論文では、長崎市の在宅医療コミュニティというモデルを提示したが、このモデルの一般化についても検討の余地がある。

最後に本研究の展望である。研究の限界として挙げた二点目と三点目を踏まえた上で、長崎市における研究をさらに発展させるためには、対象者を薬剤師以外に広げ、かつ長期的な長崎市での調査が必要となると考える。特に生活者への直接的な調査が望まれる。また、長崎市での調査から得られた結果の一般化についての可能性を検討するためには、対照となる土地において調査を行い、得られた結果を比較し検討することが有効であると考え。

また、本研究は、在宅医療に関わる薬剤師が十全に利用されるためには、自らの専門性を「生活化」し、そして、生活者が医療を「生活化」することを支援することであると結論づけた。しかし、ここで筆者は、薬剤師の専門性を「生活化」する、ということは、薬剤師の専門性を否定しているわけではないということを確認したい。医療とは、生活者のよりよい生活の下支えをするものである。すなわち、薬剤師のもつ専門性とは、生活者のよりよい生活を下支えする医療に携わる専門職としての存在の根底を支えるものであると考え。

参考文献

<日本語文献>

- 阿部年晴. (2014). 生活の場からの発想 医療システムと生活知. 浮ヶ谷幸代 (編), 苦悩
することの希望 専門家のサファリングの人類学. 協働医書出版社, pp. 51-76.
- 安陪等思, 淡河喜雄, 上野隆登, 堀田まり子, 林明宏, 吉田一郎, ほか. (2002). 通過儀
式としての白衣授与式 (White Coat Ceremony) の施行と評価—卒前医学教育におけ
る専門職意識の育成のひとつとして. 医学教育, 193-199.
- 赤井那実香, 藤田 (渡邊) 和歌子, 徳山尚吾. (2009). 薬剤師の在宅緩和ケア参画に関す
る医師及びコメディカルの意識調査. 薬学雑誌, 129(11), 1393-1401.
- 赤木加寿子. (2013). 医薬分業と二つの政策目標—医薬分業の進展の要因—. 社会薬学,
32(2), 33-42.
- 秋本義雄. (2013). 薬剤師行為と医行為—2介護行為と薬剤師. 薬局, 64(5), 130-133.
- 秋葉保次, 中村健, 西川隆, 渡辺徹 (共同編集). (2012). 医薬分業の歴史 証言で綴る日
本の医薬分業史. 薬事日報社.
- 青野篤子. (2003). 対人距離に及ぼす性と地位の影響: 従属仮説の観点から. 社会心理学
研究, 19(1), 51-58.
- 綾部恒雄. (2006). 文化人類学 20 の理論. 弘文堂.
- シャロン, リタ. (2011). ナラティブ・メディシン 物語能力が医療を変える. (斎藤清二,
岸本寛史, 宮田靖志, 山本和利, 訳) 医学書院.
- コンラッド, ピーター; シュナイダー, ジョセフ・W. (2003). 逸脱と医療化—悪から病い
へ. (新藤雄三, 近藤正英, 杉田聡, 訳) ミネルヴァ書房.
- ファーナー, ポール. (2011). 人々の「苦しみ」と構造的暴力—底辺から見えるもの. クラ
インマン, アーサー; ダス, ヴィーナ; ロック, マーガレット (共同編集), 他者の苦
しみへの責任 ソーシャル・サファリングを知る. (坂川雅子, 訳) みすず書房,
pp. 69-101.
- 藤沼康樹. (2010). 省察的実践家 (Reflective Practitioner) とは何か 総論. 日本プラ
イマリ・ケア連合学会誌, 33(2), 215-217.
- 舟井恭子. (2015). 家庭医という選択 19 番目の専門医. エイチエス株式会社.
- グッド, バイロン. (2001). 医療・合理性・経験 バイロン・グッドの医療人類学講義. (江
口重幸, 五木田紳, 下地明友, 大月康義, 三脇康生, 訳) 誠信書房.
- 長谷川フジ子, 狭間研至, 池田俊也. (2014). バイタルサイン研修受講後の薬剤師からみ
た薬学教育の必要項目. 社会薬学, 33(2), 80-87.
- 林雅彦, 西村嘉洋, 横山聡, 垣東英史, 大井一弥. (2012). 薬学部におけるバイタルサイ
ン教育を取り入れた早期体験学習の評価. 医療薬学, 38(6), 339-349.
- 狭間研至. (2010). 薬剤師のためのバイタルサイン. 南山堂.

- 狭間研至. (2012). 「薬局 3.0」と薬剤師にとってのバイタルサインの意義. YAKUGAKU ZASSHI, 132(1), 17-20.
- 平井基之. (2008). 高齢者の口腔ケア. 調剤と情報, 14(9), 29-37.
- 廣原正宜, 濱本知之, 寺田綾子, 千葉良子, 澁谷文則, 中村美樹, ほか. (2014). 昭和薬科大学におけるバイタルサインチェック・フィジカルアセスメント実習-4年次実務実習事前学習と6年次アドバンス実習における評価. 医療薬学, 40(10), 567-585.
- 廣谷芳彦, 八十永理, 的場俊哉, 池田賢二, 恩田光子, 川瀬雅也, ほか. (2012). 保険薬局における在宅医療への実施状況と薬剤師の意識・意見に関する調査. 医療薬学, 38(6), 371-378.
- 廣谷芳彦, 八十永理, 的場俊哉, 池田賢二, 恩田光子, 川瀬雅也, 名徳倫明. (2012). 保険薬局における在宅医療への実施状況と薬剤師の意識・意見に関する調査研究. 医療薬学, 38(6), 371-378.
- 人見優子, 弓貞子. (2007). 介護職員の「医療行為」等業務の実態～介護実習先職員のアンケート調査をもとに～. 共栄学園短期大学研究紀要, 23, 31-49.
- 井部俊子. (2010). 北九州爪ケア事件からの教訓 看護管理者が認識しておくべきこと. 日本看護管理学会誌, 14(2), 59-60.
- 飯田淳子. (2013). 「手当て」としての身体診療-総合診療・家庭医療における医師-患者関係-. 文化人類学, 77(4), 523-543.
- イリッチ, イヴァン. (1998). 脱病院化社会 医療の限界. (金子嗣郎, 訳) 晶文社.
- 今村牧夫, 芝崎由美子, 岡崎宏美. (2010). 地域の薬剤師に対する緩和ケア教育の必要性と有用性. 日本病院薬剤師会雑誌, 46(7), 963-968.
- 井藤美由紀. (2009). 死別の悲しみとそのかなた. 清水哲郎, 岡部健, 竹之内裕文 (共同編集), どう生きどう死ぬか 現場から考える死生学. 弓箭書院, pp. 205-223.
- 柏木哲夫. (2009). 日本における緩和医療. 治療学, 43(4), 125-128.
- 加藤直克. (2014). ケアはいつケアとなるか-原サファリングと二次サファリング. 浮ヶ谷幸代 (編), 苦悩することの希望 専門家のサファリングの人類学. 協働医書出版社, pp. 27-50.
- 川上道子. (2007). 介護職と医療行為に関する研究 (I) -訪問介護員の調査から見えてくるもの-. 中国学園紀要, 6, 7-16.
- 川嶋みどり. (2011). 高齢者の爪ケアの意味を問い直す. 看護, 63(3), 76-77.
- 菊地真実. (2010). 在宅緩和ケアに関わる薬局薬剤師の現状と抱える問題点に関する研究 -終末期のがん患者への関わりの経験に関するインタビューを通して-. 早稲田大学大学院人間科学研究科修士論文.
- 菊地真実. (2015). 在宅医療にかかわる薬剤師の患者に対する直接接触行為に関する研究 -法的妥当性の認識と抵抗感-. 社会薬学 34(2), 81-96.

- 菊地真実. (2016). 在宅医療にかかわる薬剤師の患者に対する直接接行爲に関する研究
ー必要性の認識と行爲頻度ー. 社会薬学 35(1), 10-22.
- クラインマン,アーサー. (1992). 臨床人類学 文化のなかの病者と治療者. (大橋英寿,
遠山宜哉, 作道信介, 川村邦光, 訳) 弘文堂.
- クラインマン,アーサー. (1996). 病いの語り 慢性の病をめぐる臨床人類学. (江口重幸,
五木田紳, 上野豪志, 訳) 誠信書房.
- クラインマン,アーサー; クラインマン,ジョーン; ダス,ヴィーナ; ファーマー,ポール;
ロック,マーガレット; ダニエル, E・ヴァレンタイン; アサド,タラル. (2011).
他者の苦しみへの責任 ソーシャル・サファリングを知る. (坂川雅子, 訳) みす
ず書房.
- 兒玉幸修. (2013). 薬剤師によるフィジカルアセスメントの実践. 薬剤学, 73(2), 117-
123.
- 小坂橋律子. (2015年4月). すずらん薬局沓谷店(静岡市葵区)高齢の視覚障害者に注力
爪切りサービスで薬局を身近な存在に. 日経ドラッグインフォメーション, 53-56.
- 小村富美子. (2011). 日本の薬剤師 ー医療社会学の視点から. 書肆クララテ.
- 小坂富美子. (1997). 医薬分業の時代 増補版. 勁草書房.
- 厚生省薬務局企画課在宅医療薬剤供給推進検討委員会. (1994). 在宅医療薬剤供給推進委
員会報告書. 厚生省.
- 栗原宏. (2014). 医師の身だしなみに関する研究(患者視点と医学生視点の比較・検討).
筑波大学大学院人間科学総合研究科.
- 栗村朋子, 大本暢子, 久米学, 榎本博雄, 平野剛, 平井みどり. (2014). 循環器内科病棟
における病院薬剤師のフィジカルアセスメントの実践と成果. 日本病院薬剤師会雑
誌, 50(3), 323-328.
- レイヴ,ジーン; ウェンガー,エティエンヌ. (1993). 状況に埋め込まれた学習ー正統的周
辺参加ー. (佐伯胖, 福島真人, 訳) 産業図書株式会社.
- 松田素二. (1997). 実践的文化相対主義ー初期アフリカニストの跳躍. 民族学研究, 62,
205-226.
- 松繁卓哉. (2014). 現代の対人援助専門職のサファリングー多職種インターフェースに
着目して. 浮ヶ谷幸代(編), 苦悩することの希望 専門家のサファリングの人類
学. 協働医書出版社, pp. 227-253.
- 松崎忠樹, 白髭豊, 藤井卓, 詫摩和彦, 落義男, 影浦博信, ほか. (2013年12月). 強化
型在宅療養支援診療所への対応についてー長崎在宅 Dr. ネットにおけるアンケート
調査よりー. ホスピスと在宅ケア, 21(3), 326-327.
- 三島亜紀子. (2001). 医療社会学のフロンティア 第4章医師とソーシャルワーカーの専
門職化ーA・フレックスナーの及ぼした影響を中心にー. 世界思想社.
- 三井さよ. (2004). ケアの社会学 臨床現場との対話. 勁草書房.

- 宮林幸江, 坂口幸弘, 田子久夫. (2007). グリーフケアの実践と展望. 宮城大学看護学部紀要, 19(1), 1-8.
- 宮崎長一郎. (2012). 薬剤師の沽券にかかわると思ったのが始まりです. 長崎薬剤師在宅医療研究会 (P-ネット), 長崎P-ネット式在宅事はじめ 訪問薬剤管理指導はじめの一步と次への一步. 日経BP社, pp. 22-32.
- 水野正子. (2010). 在宅褥瘡患者への薬剤師の役割. 日本医療薬学会年会講演要旨集, 20, 203.
- 村松真澄. (2009). 在宅医療と口腔ケア. 治療, 91(5), 1523-1527.
- 永井睦子. (2010). 「看護教育における省察的実践理論の展開」連載省察的実践家入門第3回. 33(4), 427-430.
- 長崎在宅Dr. ネット理事座談会. (2012). 医師が見たP-ネット「薬剤師に何ができるか」から5年、今では長崎の在宅になくってはならない存在です. 長崎薬剤師在宅医療研究会 (P-ネット), 訪問薬剤管理指導はじめの一步と次への一步. 日経BP社, pp. 182-200.
- 中島理加, 鹿島晴雄, 奥山訓子, 天野隆弘. (2011). 医学生に対するプロフェッショナルリズム教育の実践—慶應義塾大学医学部での取り組み. 日内会誌, 3393-3402.
- 波平恵美子. (1996). いのちの文化人類学. 新潮社.
- 七嶋和孝. (2012). インタビュー おばあちゃんの笑顔が僕の在宅の原点です. 長崎薬剤師在宅医療研究会 (P-ネット), 長崎P-ネット式在宅事はじめ 訪問薬剤管理指導はじめの一步と次への一步. 日経BP社, pp. 136-145.
- 七海陽子, 恩田光子, 櫻井秀彦, 田中理恵, 坪田賢一, 的場俊哉, ほか. (2011). 在宅ケアにおける薬剤師業務に対するケアマネージャーの情報収集手段及び意識・要望に関する調査研究. YAKUGAKU ZASSHI, 131(5), 843-851.
- 根岸健一. (2009). 病気としての褥瘡予防. 薬学雑誌, 129(12), 1483-1485.
- 岡部健. (2009). 在宅緩和医療・ケア入門. 株式会社薬ゼミ情報教育センター.
- 沖田一彦. (2014). 専門家と生活者のはざままで. 浮ヶ谷幸代 (編), 苦悩することの希望 専門家のサファリングの人類学. 協働医書出版社, pp. 107-132.
- 恩田光子, 河野公一, 渡辺丈眞, 渡辺美鈴, 明石光也. (2002). 在宅ケアにおける開業医の薬局・薬剤師との連携に関する認識. 日本衛生学雑誌, 57(2), 527-534.
- 大江真琴, 真田弘美. (2011). フットケアと看護. Geriat. Med, 49(2), 153-157.
- パーソンズ, タルコット. (1974). 社会体系論. (佐藤勉, 訳) 青木書店.
- リースマン, キャサリン・コールマン. (2014). 人間科学のためのナラティブ研究法. (大久保功子, 宮坂道夫, 訳) クオリティケア.
- 齋藤美華, 坂川奈央, 大槻久美, 川原礼子. (2013). 高齢者の褥瘡ケアに関する訪問看護師の医行為の内容とその判断理由. 北日本看護学会誌, 16(1), 33-42.
- 齋藤清二, 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.

- 作田譲, 高橋誠. (2006). 血流量測定による褥瘡発症因子としての圧力とずれ力の相互作用. 生体医工学, 44(1), 101-106.
- 佐藤鈴子, 菅田勝也, 阿南みと子. (2000). 在宅高齢者の夜間介護を行う中高年女性家族介護者の睡眠. 日本看護科学会誌, 20(3), 40-49.
- 佐藤哲彦. (1999). 医療化と医療化論. 新藤雄三, 黒田浩一郎 (共同編集), 医療社会学を学ぶ人のために, 世界思想社, pp. 122-138.
- ショーン, ドナルド・A. (2001). 専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える. (佐藤学, 秋田喜代美, 訳) ゆみる出版.
- ショーン, ドナルド・A. (2007). 省察的実践とは何か プロフェッショナルの行為と思考. (柳沢昌一, 三輪建二, 訳) 鳳書房.
- 瀬戸口奈央, 徳永仁, 高村徳人, 緒方賢次, 吉田裕樹, 濃沼政美, 他. (2010). 薬局薬剤師におけるバイタルサインの確認および救命救急への関与についての意識調査. 医療薬学, 36(9), 667-673.
- 清水哲郎, 臨床倫理プロジェクト. (2012). 臨床倫理エッセンシャルズ. 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター臨床倫理プロジェクト.
- 下平雅子. (2001). 要介護高齢者の口腔ケアの現状と問題点—アンケート調査の結果から在宅福祉と医療の連携を考える—. 老年歯学, 15(3), 309-312.
- 白髭豊, 藤井卓, 野田剛稔. (2009). 在宅緩和ケアネットワークの構築—長崎での取り組み (最新情報) —. 日在医学誌 11(1).
- 白髭豊, 安中正和, 奥平完之, 上戸穂高, 野田剛稔. (2010). 長崎市における地域医療連携—長崎在宅 Dr. ネットと緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM長崎)—. 長崎県医師会報第 771 号.
- 白髭豊. (2012). 医師が見た P-ネット 薬剤師は間違いなく大きな力になります. 長崎薬剤師在宅医療研究会(P-ネット), 訪問薬剤管理指導はじめの一步と次への一步. 日経 BP 社, pp. 172-181.
- 白髭豊, 奥保彦. (2013). 在宅医療の充実に向けて 医師会における在宅医療の取り組み—長崎市医師会. 日本医師会雑誌, 1552-1553.
- 庄山茂子, 栃原裕, 窪田恵子, 青木久恵. (2012). 制服としての看護服の変遷と現代における看護服のデザインの違いが看護師および患者に与える心理的影響. 服飾文化協働研究報告.
- 孫大輔. (2013). 対話の場作りをすすめるファシリテーターと省察的実践. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 36(2), 124-126.
- 鈴木弘道, 中田智雄. (2013). 介護者が感じる服薬介助負担のアンケート調査. 社会薬学, 32(2), 48-53.
- 竹之内裕文. (2007). 「看取りの文化」の再構築へむけて—「問」へのまなざし. 清水哲郎 (編), 高齢社会を生きる—老いる人/看取るシステム. pp. 95-116. 東信堂.

- 谷口敏代, 原野かおり, 濱口晋, 迫明仁, 片山信子. (2005). 「爪のケア」における介護福祉士の果たすべき役割と機能. 岡山県立大学短期大学部研究紀要, 12, 11-23.
- 田辺繁治. (2003). 生き方の人類学 実践とは何か. 講談社.
- 田中直哉, 丸山恵, 雨谷鮎子, 早乙女慶子, 富川恵里, 道山恭美子, ほか. (2008). 保険薬局における薬剤師のコミュニケーション教育の導入とその評価. 薬学雑誌, 128(1), 97-110.
- 立岩真也. (1999). 資格職と専門性. 新藤雄三, 黒田浩一郎 (編), 医療社会学を学ぶ人のために, 世界思想社, pp. 139-159.
- 徳永仁, 高村徳人, 丸太栄一. (2010). バイタルサインに関する生涯教育研修会に参加した病院薬剤師の意識調査と今後の課題. 医学教育, 41(5), 371-374.
- 徳永仁, 高村徳人, 緒方賢次, 吉田裕樹, 古屋弓子, 鳥取部和弘, ほか. (2008). 薬学部臨床薬学系実習におけるさまざまなバイタルサインを取り入れた教育法の構築. 医療薬学, 34(9), 847-852.
- 徳永仁, 高村徳人, 緒方賢次, 瀬戸口奈央, 丸太栄一. (2011). 薬剤師のためのバイタルサインの確認に関する研究会の実施と参加した薬剤師の意識調査. 九州保健福祉大学研究紀要, 12, 183-188.
- 富澤崇, 猿田祐子, 高松昭司, 林和歌子, 藤代成一, 中島新一郎. (2007). 在宅看護における高齢者の医薬品適正使用の推進—パート1: 訪問介護職員を対象としたアンケート調査—. 医療薬学, 33(9), 755-761.
- 辻琢己, 吉田侑矢, 河野武幸. (2013). フィジカルアセスメント実習は薬学生の意識を変革する. 医学教育, 44(3), 121-131.
- 辻内琢也, 中上綾子, 鈴木勝己. (2011). ナラティブ・アプローチの危うさ. 緩和ケア, 21, 266-271.
- 塚田邦夫. (2013). 褥瘡治療の最近の進歩 Seminar7 在宅における褥瘡治療. Geriatr Med, 51(12), 1307-1311.
- 恒藤暁. (1999). 最新緩和医療学. 最新医学社.
- 浮ヶ谷幸代. (2004). 病気だけど病気ではない 糖尿病とともに生きる生活世界. 誠信書房.
- 浮ヶ谷幸代. (2009). ケアと共同性の人類学 北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ. 生活書院.
- 浮ヶ谷幸代. (2013 a). 医療専門家のサファリングとその創造性—患者、利用者、依頼人という距離感という困難を越えて—. 文化人類学, 77(3), 393-412.
- 浮ヶ谷幸代. (2013 b). 界面に立つ専門家—医療専門家のサファリングの人類学. 文化人類学, 77(3), 382-392.
- 浮ヶ谷幸代. (2014 a). 医療専門家の苦悩をいかに解き明かすか?. 浮ヶ谷幸代 (編), 苦悩することの希望 専門家のサファリングの人類学. 協働医書出版社, pp. 1-14.

- 浮ヶ谷幸代. (2014b). 人類学フィールドで〈ローカルな倫理〉が生まれるとき. 社会学研究(93), 51-78.
- 浮ヶ谷幸代. (2015). 「生活者」が医療をつくる. 人間社会研究(12), 13-24.
- 内海美保, 徳永仁, 山岡由美子, 高村徳人. (2010). わが国の薬学部における臨床技能教育の現状. 医療薬学, 36(9), 657-666.
- 山上実紀. (2013). 医師の役割意識と苦悩の創出—現代日本の総合診療医の事例から—. 文化人類学, 414-434.
- 山下和彦, 野本洋平, 梅沢淳, 宮川晴妃, 川澄正史, 小山裕徳, 斎藤正男. (2004). 高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響. 電気学会論文誌, 124-C(10), 2057-2063.
- 山崎俊男. (1998). 信頼の構造—こころと社会の進化ゲーム—. 東京大学出版.
- ゾラ, アーヴィング・ケネス. (1984). 健康主義 (ヘルシズム) と人の能力を奪う医療化. イリイチ, イヴァン (編), 専門家時代の幻想. (尾崎浩, 訳) 新評論, pp. 55-87.

<英語文献>

- Chen, T. F. (2016). Pharmacist-Led Home Medicine Review and Residential Medication Management Review: Australian Model. *Drug & Aging*, 33(3), 199-204.
- Cole, T. R., & Carlin, N. (2009). The Suffering of Physicians. *The Lancet*, 374(9699), 1414-1415.
- Ise, Y., Morita, T., Maehori, N., Kutsuwa, M., Shiokawa, M., & Kizawa, Y. (2010). Role of the Community Pharmacy in Palliative Care ; A Nationwide Survey in Japan. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 733-737.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1995). Suffering and Its Professional Transformation ; Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. In A. Kleinman, *Writing at the Margin*. University of California Press, pp. 95-119.
- Young, A. (1982). The Anthropology of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.

<インターネット資料>

- 調剤報酬 (その2) 中医協 総 - 3. (平成 27 年 12 月 4 日).
- 在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移. (アクセス日: 2018 年 4 月 22 日)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000106118.pdf>
- Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services.
(アクセス日: 2018 年 3 月 31 日)

<https://www.psa.org.au/download/practice-guidelines/home-medicines-review-services.pdf>

平成 25 年国民生活基礎調査の概要. (アクセス日:2016 年 1 月 2 日)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/04.pdf>

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケアとは (一般の方向け)
(アクセス日:2018 年 4 月 22 日)

<http://primary-care.or.jp/public/index.html>

厚生労働省. (2016 年 3 月). 地域包括ケアシステム. (アクセス日:2018 年 4 月 26 日)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

内閣府平成 24 年版高齢社会白書 (全体版) (2) 高齢者の介護.

(アクセス日:2016 年 1 月 2 日)

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_2_3_02.html

日本病院薬剤師会. (2014 年 4 月 12 日). 厚生労働省医政局長通知 (医政発 0430 第 1 号
「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」日本病院薬剤師会
による解釈と実践事例 (Ver. 2) . (アクセス日:2014 年 11 月 24 日)

<http://www.jshp.or.jp/cont/10/1021-1.pdf>

日本ホスピス緩和ケア協会. (2017 年 5 月). WHO (世界保健機構) の緩和ケアの定義 (2002 年) . (アクセス日:2018 年 4 月 22 日)

<https://hpcj.org/what/definition.html>

終末期医療に関する意識調査等検討会. (2014 年 3 月). 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書—厚生労働省. (アクセス日:2018 年 4 月 26 日)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>

The 6th Community Pharmacy Agreement. Home Medicines Review. (アクセス日: 2018 年 3 月 31 日)

<http://6cpa.com.au/medication-management-programs/home-medicines-review/>

謝辞

本研究にご協力いただきました、長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）の前代表中野正治様、七嶋和孝様、そしてインタビューにご協力いただきました皆様に、心より感謝を申し上げます。

そして、アンケート調査に回答していただきました全国の在宅医療に関わる薬剤師の皆さまにも、心より感謝を申し上げます。

本研究は、約7年間という歳月をかけて行ってきました。その研究過程には、たくさんの方々からのご助言、そしてご協力をいただきました。鈴木勝己先生、高梨知揚様をはじめ辻内ゼミの皆さま、そしてケアと人類学研究会の浮ヶ谷幸代先生に心より御礼を申し上げます。関係してくださったすべての皆様に御礼を申し上げます。

そして、長きにわたり研究のご指導をいただきました辻内琢也先生に心より御礼を申し上げます。

最後に、論文執筆を陰ながら支えてくれた家族に感謝の気持ちを表したいと思います。ありがとうございました。

本研究の長崎市における調査は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の研究助成を受けて行われました。厚く御礼を申し上げます。

付録

(付録1 患者さんへの直接接​​触行為に関するアンケート)

患者さんへの直接接​​触行為に関するアンケート

このたびは、ご多忙にも関わらず、アンケートにご協力いただきまして誠にありがとうございます。厚くお礼申し上げます。

本アンケートは、在宅医療に関わる薬剤師の皆様が、訪問業務中における患者さんに対する直接接​​触行為について、どのような行為に対して抵抗感を抱くのか、また実際にどのような行為を行っているのかなどを調査することを目的としています。

1. アンケートの内容

アンケートは、以下のようなA～Iまでの質問項目により構成されています。

- A. 普段のコミュニケーション場面における行動について
- B. 日常業務での薬剤師としての患者さんとのコミュニケーションについて
- C. 薬剤師として患者さんに行う直接接​​触行為に対する抵抗感について
- D. 実際の日常業務における患者さんに対する直接接​​触行為の有無について
- E. 薬剤師の患者さんに対する直接接​​触行為の法的妥当性について
- F. 薬剤師の患者さんに対する直接接​​触行為の必要性について
- G. 薬剤師が患者さんに直接接​​触行為を行う上での講習会の必要性について
- H. 患者さんに対する直接接​​触行為に抵抗感を抱く場合の理由について
- I. 患者さんに対する直接接​​触行為への抵抗感を減らすための方法について

2. 個人情報の保護について

本調査は無記名で行い、回答内容はすべて統計的に処理いたしますので、個人情報や回答内容が公表されることは決してありません。

3. 回答の了承について

調査への参加については、自由意思が尊重されます。

アンケートの記入の所要時間はおよそ15分です。

率直なご意見をいただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

—研究責任者—

早稲田大学人間科学学術院准教授 辻内琢也

—調査者—

早稲田大学大学院人間科学研究科健康・生命医科学研究領域
医療人類学専攻博士課程
薬剤師 菊地真実

〒359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島 2-579-15

e-mail: mami-kikuchi@moegi.waseda.jp

あなたのプロフィールについてお尋ねします。

性別	1. 男 2. 女
年齢	年齢 歳
大学薬学部卒業年度	西暦 年大学薬学部卒業
最終学歴	1. 大学 2. 大学院 (修士 ・ 博士) 専攻 (薬学研究科 ・ その他 ())
薬剤師資格取得年度	西暦 年
薬剤師として働き始めた年	西暦 年
薬剤師としての業務経験年数	勤務されていた機関(病院または薬局)を○で囲み、勤務された期間を西暦でお書きください。 ① 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ② 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ③ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ④ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ⑤ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ⑥ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ⑦ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ⑧ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ⑨ 病院・薬局 (西暦 年～ 年) ⑩ 病院・薬局 (西暦 年～ 年)
在宅医療に関わり始めた年	西暦 年
在宅医療への関わりのべ経験年数	1. 1年未満 2. 1年以上3年未満 3. 3年以上5年未満 4. 5年以上10年未満 5. 10年以上
過去6か月間における患者宅への訪問延べ回数	回
過去6か月間における訪問患者数	人
現在の薬局での雇用状況	1. 経営者 2. 正社員 3. 契約社員 4. パート・アルバイト

1 週間のおおよその総勤務時間数	1. 10時間未満 2. 10時間以上20時間未満 3. 20時間以上40時間未満 4. 40時間以上
薬局での立場	1. 経営者兼管理薬剤師 2. 管理薬剤師 3. 一般勤務薬剤師 4. その他 ()
勤務する薬局の形態	1. 個人経営保険薬局 2. チェーン保険薬局 3. 調剤を併設するドラッグストア 4. その他 ()
過去3年間に、在宅医療に関する研修会・学会・地域主催の勉強会などへの参加経験の有無	1. あり ⇒参加回数(3年間ののべ参加概数) ①1~3回 ②4~10回 ③11~20回 ④21回以上 2. なし
過去3年間に、在宅医療について学ぶことを目的として、書籍・DVD・e-ラーニングなどを使っての自己学習の経験の有無	1. あり ⇒使用教材 () 2. なし
薬剤師以外の医療・介護に関する資格の所持	1. あり ① ケアマネージャー ② ホームヘルパー ③ 介護福祉士 ④ はり師 ⑤ きゆう師 ⑥ あん摩マッサージ指圧師 ⑦ 看護師 ⑧ 保健師 ⑨ 助産師 ⑩ その他 () 2. なし

次ページより、A~Iの項目について質問が続きます。
説明にしたい回答をお願いいたします。

A. 【普段のコミュニケーション】

普段のコミュニケーション場面におけるあなたの行動についてお答えください。
次の行動について“かなり得意・・・7”から“かなり苦手・・・1”までの7
段階で評価して、該当する数字を1つだけ○で囲んでください。

	かなり得意	得意	やや得意	ふつう	やや苦手	苦手	かなり苦手
1. 自分の衝動や欲求を抑える	7	6	5	4	3	2	1
2. 自分の感情をうまくコントロールする	7	6	5	4	3	2	1
3. 善悪の判断に基づいて正しい行動を選択する	7	6	5	4	3	2	1
4. 周りの期待に応じた振る舞いをする	7	6	5	4	3	2	1
5. 自分の考えを言葉でうまく表現する	7	6	5	4	3	2	1
6. 自分の気持ちをしぐさでうまく表現する	7	6	5	4	3	2	1
7. 自分の気持ちを表情でうまく表現する	7	6	5	4	3	2	1
8. 自分の感情や心理状態を正しく察してもらう	7	6	5	4	3	2	1
9. 相手の考えを発言から正しく読み取る	7	6	5	4	3	2	1
10. 相手の気持ちをしぐさから正しく読み取る	7	6	5	4	3	2	1
11. 相手の気持ちを表情から正しく読み取る	7	6	5	4	3	2	1
12. 相手の感情や心理状態を敏感に感じ取る	7	6	5	4	3	2	1
13. 会話の主導権を握って話を進める	7	6	5	4	3	2	1
14. まわりとは関係なく自分の意見や立場を明らかにする	7	6	5	4	3	2	1
15. 納得させるために相手に柔軟に対応して話を進める	7	6	5	4	3	2	1
16. 自分の主張を論理的に筋道を立てて説明する	7	6	5	4	3	2	1
17. 相手の意見や立場に共感する	7	6	5	4	3	2	1
18. 友好的な態度で相手に接する	7	6	5	4	3	2	1
19. 相手の意見をできるかぎり受け入れる	7	6	5	4	3	2	1
20. 相手の意見や立場を尊重する	7	6	5	4	3	2	1
21. 人間関係を第一に考えて行動する	7	6	5	4	3	2	1
22. 人間関係を良好な状態に維持するように心がける	7	6	5	4	3	2	1
23. 意見の対立による不和に適切に対処する	7	6	5	4	3	2	1
24. 感情的な対立による不和に適切に対処する	7	6	5	4	3	2	1

B.【薬剤師としてのコミュニケーション】

在宅での臨床現場に限らず、日常業務における患者さんのコミュニケーションについて、“いつもそうだ・・・5”から“いつもそうではない・・・1”までの5段階で評価し、該当する数字を1つだけ○で囲んでください。

	いつも そうだ	たいてい そうだ	どちらとも いえない	たいてい そうでは ない	いつも そうでは ない
1. 患者が納得するまで何度も説明する	5	4	3	2	1
2. 患者に不適切な行動をした場合に、すぐに あやまる	5	4	3	2	1
3. 患者の喜びをともに感じあう	5	4	3	2	1
4. 患者からの要望に対して、適切に対応する	5	4	3	2	1
5. 患者の人生観を大切にする	5	4	3	2	1
6. 患者の話によく耳をかたむける	5	4	3	2	1
7. 患者にはいつも同じ態度で接する	5	4	3	2	1
8. 患者と同じ目線で話をする	5	4	3	2	1
9. 高い声で話さない	5	4	3	2	1
10. 患者に服薬の必要性について、適切に説明する	5	4	3	2	1
11. 患者が話しやすい雰囲気をつくる	5	4	3	2	1
12. ゆっくりとわかりやすい言葉で話す	5	4	3	2	1
13. 患者に対する指導方針は、スムーズに決める	5	4	3	2	1
14. 患者の話聞き問題点をみつけることができる	5	4	3	2	1
15. いくつかの問題をかかえているときに、どれが 重要かをすぐに判断する	5	4	3	2	1
16. 薬剤管理指導業務において、適切な目標を立てる	5	4	3	2	1
17. 患者に伝えなければならないことは、はっきりと 伝える	5	4	3	2	1
18. 患者に対して、自分の考えをうまく説明する	5	4	3	2	1
19. 患者が話したことを要約して話す	5	4	3	2	1
20. 患者との会話のきっかけをつくる	5	4	3	2	1
21. 患者には、表情豊かに接する	5	4	3	2	1
22. 患者と話していて、あまり会話が途切れない	5	4	3	2	1

23. 初対面の患者に、自己紹介をきちんとする	5	4	3	2	1
24. 患者と話しているときに、そっと身体に手を添える	5	4	3	2	1
25. 患者に積極的に声をかける	5	4	3	2	1
26. 職場の人たちから無視されても、適切に対応する	5	4	3	2	1
27. 職場の人たちが自分とはちがった考えを持っていても、適切に対応する	5	4	3	2	1
28. 職場の人たちとの間でトラブルが起きても、適切に処理する	5	4	3	2	1
29. 少くらい失敗しても、気持ちを切り替える	5	4	3	2	1
30. 患者から苦情をいわれても、落ち着いて対応する	5	4	3	2	1
31. 自分の気持ちをうまくおさえることができる	5	4	3	2	1

次に、質問C～Fへと続きますが、患者さんに対する直接接​​触行為を示す項目1～18は、すべて同じ内容となっています。質問内容だけが異なります。

C. 【直接接触行為への抵抗感】

在宅医療に関わる上で、薬剤師として患者さんに対して直接接触行為を行うことへの抵抗感について、“全然ない・・・4”から“非常にある・・・1”までの4段階で、もっともあてはまる数字を1つだけ○で囲んでください。

	抵抗が全然ない	抵抗があまりない	抵抗が多少ある	抵抗が非常にある
1. 水銀体温計・電子体温計により、腋下で患者の体温を測定する、耳式電子体温計により外耳道で体温を測定する	4	3	2	1
2. 自動血圧測定器により患者の血圧を測定する	4	3	2	1
3. 新生児以外の患者で、入院治療の必要のない患者に対して、動脈血酸素飽和度を測定するために、パルスオキシメータを装着する	4	3	2	1
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をする	4	3	2	1
5. 患者の皮膚に軟膏の塗布をする(褥瘡を除く)	4	3	2	1
6. 患者の褥瘡部分を見たり触れて、状況を判断する	4	3	2	1
7. 患者の褥瘡部分に軟膏などを塗布する	4	3	2	1
8. 患者に湿布を貼付する	4	3	2	1
9. 患者に医療用麻薬製剤を貼付する	4	3	2	1
10. 患者に点眼する	4	3	2	1
11. 患者に一包化された内服薬を内服させる	4	3	2	1
12. 患者に一包化されていない内服薬を内服させる (頓服を含む)	4	3	2	1
13. 患者の肛門から坐薬を挿入する	4	3	2	1
14. 患者の鼻腔粘膜に薬剤噴霧する	4	3	2	1
15. 患者に市販の使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
16. 患者に医師から処方された使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
17. 患者の爪を爪切りで切ったり、爪やすりでやすりがけする	4	3	2	1
18. 歯ブラシや綿棒などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にする	4	3	2	1

D. 【実際に行っている直接接触行為】

在宅の臨床場面において患者さんに対して実際に行っている直接接触行為について、“頻繁に行っている・・・4”から“行っていない・・・1”までの4段階でもっともあてはまる数字を1つだけ○で囲んでください。

	頻繁に行っている	時々行っている	たまに行っている	行っていない
1. 水銀体温計・電子体温計により、腋下で患者の体温を測定する、耳式電子体温計により外耳道で体温を測定する	4	3	2	1
2. 自動血圧測定器により患者の血圧を測定する	4	3	2	1
3. 新生児以外の患者で、入院治療の必要のない患者に対して、動脈血酸素飽和度を測定するために、パルスオキシメータを装着する	4	3	2	1
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をする	4	3	2	1
5. 患者の皮膚に軟膏の塗布をする(褥瘡を除く)	4	3	2	1
6. 患者の褥瘡部分を見たり触れて、状況を判断する	4	3	2	1
7. 患者の褥瘡部分に軟膏などを塗布する	4	3	2	1
8. 患者に湿布を貼付する	4	3	2	1
9. 患者に医療用麻薬製剤を貼付する	4	3	2	1
10. 患者に点眼する	4	3	2	1
11. 患者に一包化された内服薬を内服させる	4	3	2	1
12. 患者に一包化されていない内服薬を内服させる (頓服を含む)	4	3	2	1
13. 患者の肛門から坐薬を挿入する	4	3	2	1
14. 患者の鼻腔粘膜に薬剤噴霧する	4	3	2	1
15. 患者に市販の使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
16. 患者に医師から処方された使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
17. 患者の爪を爪切りで切ったり、爪やすりでやすりがけする	4	3	2	1
18. 歯ブラシや綿棒などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にする	4	3	2	1

E. 【直接接触行為の法的妥当性】

薬剤師が患者に行う直接接触行為は、法的にどうであると考えますか？

4から1までの、もっともあてはまる数字を1つだけ○で囲んでください。

	問題はない	まあ問題はない	問題があるかもしれない	問題がある
1. 水銀体温計・電子体温計により、腋下で患者の体温を測定する、耳式電子体温計により外耳道で体温を測定する	4	3	2	1
2. 自動血圧測定器により患者の血圧を測定する	4	3	2	1
3. 新生児以外の患者で、入院治療の必要のない患者に対して、動脈血酸素飽和度を測定するために、パルスオキシメータを装着する	4	3	2	1
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をする	4	3	2	1
5. 患者の皮膚に軟膏の塗布をする(褥瘡を除く)	4	3	2	1
6. 患者の褥瘡部分を見たり触れて、状況を判断する	4	3	2	1
7. 患者の褥瘡部分に軟膏などを塗布する	4	3	2	1
8. 患者に湿布を貼付する	4	3	2	1
9. 患者に医療用麻薬製剤を貼付する	4	3	2	1
10. 患者に点眼する	4	3	2	1
11. 患者に一包化された内服薬を内服させる	4	3	2	1
12. 患者に一包化されていない内服薬を内服させる (頓服を含む)	4	3	2	1
13. 患者の肛門から坐薬を挿入する	4	3	2	1
14. 患者の鼻腔粘膜に薬剤噴霧する	4	3	2	1
15. 患者に市販の使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
16. 患者に医師から処方された使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
17. 患者の爪を爪切りで切ったり、爪やすりでやすりがけする	4	3	2	1
18. 歯ブラシや綿棒などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にする	4	3	2	1

F. 【直接接触行為の現場における必要性】

在宅医療の現場において、薬剤師が患者に対する直接接触行為の必要性について、どのように考えますか？

4から1までの、もっともあてはまる数字を1つだけ○で囲んでください。

	必要である	まあ必要である	あまり必要ではない	必要ではない
1. 水銀体温計・電子体温計により、腋下で患者の体温を測定する、耳式電子体温計により外耳道で体温を測定する	4	3	2	1
2. 自動血圧測定器により患者の血圧を測定する	4	3	2	1
3. 新生児以外の患者で、入院治療の必要のない患者に対して、動脈血酸素飽和度を測定するために、パルスオキシメータを装着する	4	3	2	1
4. 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をする	4	3	2	1
5. 患者の皮膚に軟膏の塗布をする(褥瘡を除く)	4	3	2	1
6. 患者の褥瘡部分を見たり触れて、状況を判断する	4	3	2	1
7. 患者の褥瘡部分に軟膏などを塗布する	4	3	2	1
8. 患者に湿布を貼付する	4	3	2	1
9. 患者に医療用麻薬製剤を貼付する	4	3	2	1
10. 患者に点眼する	4	3	2	1
11. 患者に一包化された内服薬を内服させる	4	3	2	1
12. 患者に一包化されていない内服薬を内服させる (頓服を含む)	4	3	2	1
13. 患者の肛門から坐薬を挿入する	4	3	2	1
14. 患者の鼻腔粘膜に薬剤噴霧する	4	3	2	1
15. 患者に市販の使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
16. 患者に医師から処方された使い捨て浣腸器による浣腸を行う	4	3	2	1
17. 患者の爪を爪切りで切ったり、爪やすりでやすりがけする	4	3	2	1
18. 歯ブラシや綿棒などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にする	4	3	2	1

G. 患者さんへの直接接触行為について学ぶ講習会の必要性はありますか？必要性があるとしたらどのような講習会の開催が必要だと思いますか？

H. 患者さんへの直接接触行為に対して抵抗感を抱くとしたら、その理由はどのようなことでしょうか？その理由をお書きください。

I. 患者さんへの直接接触行為に対する抵抗感を減らしていくためには、どのような方法があると思いますか？これまでの経験に基づいてお答えください。

以上でアンケートは終了です。
大変お疲れさまでした。
ご協力いただき誠にありがとうございました。

(付録2) 面接調査協力依頼書

年 月 日

様

在宅医療に関わる薬局薬剤師としての経験や考えに関する面接調査へのご協力をお願い

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程に在籍しております菊地真実と申します。私自身も、保険薬局において勤務する薬剤師でもあり、在宅医療への関わりは約4年となります。

さて、現在の約1.6倍、1年間に約160万人の方々が亡くなると言われている2025年問題には関心を寄せられている方々も多いかと思えます。このような大幅な死亡者数の増加に対して、現代の病院システムでは対応しきれないという喫緊の課題に対処するために、国は在宅医療推進の方向性を打ち出しています。そして、このような社会背景のもと、医療に関わる専門職の多くは、在宅医療への関わりが今後加速する可能性が高いといえます。

しかし、現在に目を向けたとき、まだまだ薬剤師の在宅医療への関わりには課題があります。そこで、今後在宅医療に薬剤師が取り組む方向性を見据えたとき、現在在宅医療に関わる薬剤師の方々が、患者さんとどのような関わりをされ、どのようなことに困難を感じ、そしてその困難に対してどのように対処するのか、という在宅医療に関わる薬剤師の方々の薬剤師特有の苦悩やその対処方法を探る研究を計画いたしました。本研究は、今後在宅医療に薬剤師が積極的に関わることの方策を打ち立てる手段を提案すること目標としています。

ご多忙の中、貴重なお時間をいただきまことに恐縮ではございますが、別添の説明文書に記載されております研究内容・方法などご理解の上、本調査にご協力に賜り、お差し支えない範囲で、先生のご経験、お考えをお伺いさせていただければ幸いです。

何卒、ご協力いただけますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

早稲田大学人間科学学術院准教授 辻内琢也

早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程4年 菊地真実

連絡先：〒359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島2-579-15

早稲田大学大学院人間科学研究科健康・生命医科学研究領域

医療人類学研究室

電話：04-2947-6848 (内線) 76-8314

携帯電話：090-9012-2337

e-mail：mami-kikuchi@moegi.waseda.jp

研究参加者の方への説明文書 (参与観察及びインタビュー調査)

この研究について

1. 研究計画名: 「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」

2. 研究の背景と目的

現在、約9割の国民は病院で最期を迎えています。2004年調査時には100万人だった国民の死亡数は、2025年には160万となると推計されており、我が国では、このような死亡者数の大幅な増加に対して、現代の病院システムでは対応しきれないという喫緊の課題に対処するため、在宅医療推進の方向性を打ち出しています。

2006年度の改正医療法により薬局は正式に医療提供施設として認められ、地域医療連携の一端を担うべく存在としても、今後一層在宅医療に参画することが求められています。国民が最期の時を過ごす「場探し」をめぐる社会問題に直面している現在、地域医療の一端を担う薬剤師も、一医療専門職として在宅医療に参画する必要性が十分にあるといえます。

しかし2011年度の厚生労働省における「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査」(平成23年度委託事業)からは、過去1年間で「在宅患者訪問薬剤管理指導業務等」を算定した実績がある薬局は、全国で16.2%とその数は少ないのが現状です²⁾。そして在宅医療に関わる他の医療職は、薬剤師は医薬品供給・情報提供という点において必要であると認識する一方で、それ以外の薬剤師業務への認識は低く、薬剤師の存在意義を疑問視する意見もあることがこれまでの調査から示されています³⁾。このように薬剤師が患者とどのように関わっているのかは他の専門職からはわかりづらく、また薬剤師自身も、死を前にした患者への対応の仕方や患者への精神的サポートといった点に関して、困難を感じていることが明らかになっています⁴⁾。

このような背景から、在宅医療に関わる薬剤師の患者の態度について明らかにする目的で調査実施者が行った研究からは、在宅医療に関わる薬剤師は、患者の生活の場である「家」という臨床現場で、患者や患者家族、また医師や看護師との関わりの中で経験を積み重ね、薬剤師として何ができるかと考え、それまでの薬剤師業務に対する固定観念から脱却することで、患者がよりよく生きることを支える態度を形成していることが示されました。

しかしながら現在もなお、薬剤師は在宅医療の現場においては医薬品供給や情報提供、医療材料や衛生材料といった物品供給といった業務にのみ終始しているとの認識を周囲からは持たれていることも多く、一医療人として、患者の生活を支えることの重要性について認識しながらも、どのように、そしてどこまで関わったらいいのかという迷いが生じ、薬剤師という医療専門職としての苦悩(サファリング)を生じている³⁾ことが考えられます。浮ヶ谷はその苦悩(サファリング)の対処の術とは、専門職固有のものであると述べます³⁾。

2025年問題を控えた現在、医療に関わる専門職の多くは、在宅医療への関わりが今後加速する可能性があります。このような社会的背景のもと、その流れは薬剤師をも巻き込むであろうし、巻き込まれる必要があり、今後在宅医療に積極的に薬剤師が取り組む方向性を見据えたとき、薬剤師固有の苦悩とその対処を明らかにすることが必要と考えます。そこで本研究は、薬剤師の在宅医療における患者との関わりの実態を理解し、薬剤師固有の苦悩(サファリング)とその対処の術を明らかにすることを目的とします。

<引用・参考>

- 1) 今後の高齢化の進展 ～2025年の超高齢社会像～
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> (2014.5.18 閲覧)
- 2) 薬局のかかりつけ機能に係る実態調査
<http://www.nichiyaku.or.jp/action/wp-content/uploads/2012/07/120702.pdf> (2014.5.18 閲覧)
- 3) 赤井那実香・藤田(渡邊)和歌子・徳山尚吾(2009)「薬剤師の在宅緩和ケア参画に関する医師及びコメディカルの意識調査」薬学雑誌 129(11), pp1393-1401
- 4) Yuya Ise, Tatsuya Morita, Naomi Maehori, et al. Role of the Community Pharmacy in Palliative Care: A Nationwide Survey in Japan, Journal of Palliative Medicine. 2010; 13(6): 733-737.
浮ヶ谷幸代(2013)「医療専門家のサファリングとその創造性—患者・利用者、依頼人との距離感という困難を越えて—」文化人類学 77(3), pp393-413.

3. 研究の方法

現在、長崎薬剤師在宅医療研究会（P-net）の会員であり、在宅医療に関わっていらっしゃる薬剤師の方にご協力をお願いします。ご協力いただける方には、研究実施者が実際の訪問業務に同行させていただきたいと考えております。また、適宜インタビューをさせていただきたいと考えております

訪問業務に同行させていただいた際に、調査協力者の方、および患者様、ご家族の方のご承諾をいただいた場合、デジタルカメラにて画像を記録、および IC レコーダーにて会話内容を録音させていただきたいと考えております。また、訪問業務終了後に、調査実施者が調査協力者の方に自由会話形式にてインタビューをさせていただく際も、同意のもと、お話いただいた内容を IC レコーダーに録音させていただきたいと考えております。また、調査実施者によるフィールドノートへの筆記による記録も行います。デジタルカメラによる画像記録、IC レコーダーによる音声記録、およびフィールドノートによる筆記記録をもとに、調査実施者が民族誌を記述し、その内容について一定の分析方法を用いて検討させていただきます。

また、1回60分間程度で、ご希望の場所にてインタビューをさせていただきたいと考えております。この際にも調査協力者の方の同意のもと、お話いただいた内容を IC レコーダーに録音させていただきます。インタビューにおきましては、以下の質問項目を考えております。

- ① 薬剤師として患者さんと関わる時に気を付けていること
- ② 過去と現在を比較したとき、患者さんとの関わり方に変化があったとしたらどのようなことか
- ③ 変化があったとしたらどのような経験がきっかけとなっているのか
- ④ 薬剤師として在宅医療に関わる上で、患者さんとの関係において困っていることはどのようなことか
- ⑤ 薬剤師として在宅医療に関わる上で、他の専門職の方々との関係において困っていることはどのようなことか
- ⑥ 困ったことが生じたとき、どのようにして対処しているか
- ⑦ 薬剤師が在宅医療においてはどのような役割を担うことが期待されていると思うか
- ⑧ 今後どのようにして薬剤師として在宅医療に関わっていきたいか

以上のような質問項目を用意してインタビューを行わせていただきますが、質問の順番にはあまりこだわらず、インタビューにご協力いただける方に自由に語っていただく形で進めさせていただきたいと考えています。なお、お話していただいた内容を記録した IC レコーダーの録音データから後日逐語録を作成し、一定の分析方法を用いて検討させていただきます。

4. 研究の場所と期間

この研究は、調査対象地である長崎市および早稲田大学所沢キャンパス101号館314教室において、研究の実施が承認された日から2016年3月31日まで実施される予定です。ただし参加者の方に研究に参加していただくのは研究の実施が承認された日からから2015年8月31日までの期間の中で、ご希望の日をあらかじめお伺いして日程を決定させていただきます。

5. 研究を実施する者

研究実施代表者：早稲田大学大学院人間科学研究科 博士課程4年 菊地 真実

研究責任者：早稲田大学大学院人間科学学術院 准教授 辻内 琢也（研究実施代表者の指導教員）

6. 研究に関する資料の開示について

あなたのご希望があれば、他の参加者の個人情報保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲で、この研究の研究計画および研究方法についての資料を開示いたします。また、この研究に関するご質問がありましたらいつでも担当者にお尋ね下さい。

7. 研究への参加が任意であること

この研究への参加は任意です。あなたの自由な意思が尊重されます。研究に参加しないことによって、不利益な対応を受けることはありません。

いったん参加に同意した場合でも、2015年8月31日まで不利益を受けることなく同意を撤回することができます。この説明書の最終ページに添付してある「同意撤回書」に署名して下記までお申し出下さい。

その場合、提供していただいた音声、テキスト、および画像のデータはすべて廃棄され、それ以降はそれらの情報が研究のために用いられることもありません。ただし、同意を撤回したときすでに研究成果が論文などで公表されていた場合やデータ等が完全に匿名化されて特定できない場合は、廃棄できないこともあります。

同意を撤回する場合の連絡先：

菊地真実、早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程、
連絡先 (090-9012-2337、mami-kikuchi@moegi.waseda.jp)

8. この研究への参加をお願いする理由

本研究では、長崎市を調査対象地として調査を行います。長崎市を選ばせていただいたのは、2007年度より長崎薬剤師在宅医療研究会（P-net）が活動を開始し、在宅医療に関わる個人薬局の薬剤師の方々がネットワークを作り、互いに協力しながら在宅訪問業務を行い、長崎市内の在宅医療に関わっているという先進的实践が行われているからです。

そこで、P-net に参加し、長崎市内において在宅医療に関わる薬剤師の方々に焦点を当て、訪問同行による参与観察およびインタビューを通して、在宅医療に関わる薬剤師の患者との関わりの実態を理解し、そこから生じる苦悩およびその対処方法を探ります。そして、患者との関わりやそこから生じる苦悩には長崎という土地性の影響があるのか、また苦悩を抱えたときの対処の方法にはP-net というネットワークの存在、および土地性は関与しているのか、もしくは、患者とのやりとりにおいても、土地性が影響を及ぼしているのかを検証します。また一方で、土地性を排除しての検討を行います。

本研究への調査には次のような方に参加をお願いしたいと考えています。

- ① 長崎薬剤師在宅医療研究会（P-net）に参加している方。
- ② 長崎市内において在宅医療に従事している方。
- ③ 訪問業務を開始して5年以上が経過している方。
- ④ 研究実施者が、患者宅への訪問業務に同行することが可能である方。

本研究に参加していただく方には、あらかじめP-net会長に候補となる方を選定していただき、候補者の中から、研究実施者が行う訪問同行およびインタビューにご協力していただける方に本研究への参加をお願いしたいと考えております。

9. この研究への参加を中断する場合

P-net 会長に、調査協力者を紹介していただく時点で、調査対象者の選定条件について詳細に伝えることを重要と考えているため、研究開始後、対象者が同意を撤回する以外には、対象者を除外することはないと考えております。

10. この研究への参加に伴う危害の可能性について

この研究への参加に伴い、健康被害等の危険や、痛み等の不快な状態、その他あなたに不利益となることが生じる可能性はありません。そのため、医療費などの支払いについては予定しておりません。

11. 研究により期待される便益

この研究に参加することによって、あなたに直接的な便益はありませんが、本研究は、在宅医療に積極的に薬剤師が関わるための方策を打ち立てるための手段を提案することを目標として行います。そして本研究から得られた結果には次の3点のような意義があると考えています。

- ① 在宅医療に関わる薬剤師や将来関わりたいと考える薬剤師への貢献
- ② 薬学教育への貢献
- ③ チーム医療を推進させるための資料的役割

すなわち、死亡者が病院のベッド数を大きく上回るという我が国が現在抱えている社会システムの問題への対処方法の一つである在宅医療の推進のために、本研究から得られた結果を活用し、一医療者として薬剤師が今後積極的に在宅医療に関わるための方策を打ち立てるための手段を提案できるのだとしたら、それが社会への便益となるのではないかと考えます。

12. 個人情報の取り扱い

あなたのデータや個人情報は、この研究を遂行し、その後検証するために必要な範囲においてのみ利用いたします。この研究のために研究従事者以外の者または機関にデータを提供する必要が生じた場合は改めて承諾をお願いします。

あなたの個人情報やデータが記された資料は、鍵をかけて厳重に保管します。また、あなたのデータをコンピュータに入力する場合は、情報漏れのない対策を十分に施したコンピュータを使用して、外部記憶媒体に記録させ、その外部記憶媒体は鍵をかけて厳重に保管し、紛失、盗難などのないように管理します。このように、あなたの個人情報の取り扱いには十分配慮し、外部に漏れないよう厳重に管理を行います。

また、ご提出いただいた同意書は研究責任者である辻内琢也が責任をもって保管し、研究終了後にシュレッダーにかけるなどして廃棄します。

13. 研究終了後の対応と研究成果の公表

この研究の終了後、あなたのデータは、個人情報を厳重に管理したうえで5年間保存します。また、この研究で得られた成果を専門の学会や学術雑誌などに発表する可能性があります。発表する場合は協力者の方のプライバシーに慎重に配慮しますので、個人を特定できる情報が公表されることはありません。しかし、十分に事前に協力者の方のご意向を伺い、個人情報の公表およびその公表範囲についてはご意向に沿った形をとりたいとも考えております。

14. 研究のための費用

この研究にかかる費用は実験実習費から支出されます。なお、本研究が公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の一般公募に採択された場合、この研究にかかる費用は、勇美記念財団からの研究助成金より支出されます。

15. 研究に伴う参加者の方への謝金等

この研究への参加に際して、1回の訪問同行およびインタビュー(1時間程度)につき1000円の図書カードをお渡しいたします。

16. 知的財産権の帰属

この研究の成果により特許権等の知的財産権が生じる可能性があります。その権利は、この研究の責任機関である早稲田大学に属し、参加者の方には属しません。

問い合わせ先・苦情等の連絡先

研究計画の内容に関する問い合わせ先

研究実施代表者：菊地真実、早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程、
早稲田大学所沢キャンパス 101号館 314教室
04-2947-6848～9 (内線) 76-8314
mami-kikuchi@moegi.waseda.jp

研究の倫理審査や苦情等に関する問合せ先

人を対象とする研究に関する倫理委員会(研究推進部)：03-5272-4652、rinri@list.waseda.jp

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいたうえでこの研究に参加することに同意していただける場合は、別紙の「研究参加への同意書」に署名し、日付を記入して担当者にお渡し下さい。

同意撤回書

研究責任者 早稲田大学人間科学学術院 准教授
辻内 琢也 殿

私は、「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」の研究に参加することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当研究者

.....菊地 真実.....氏

に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

年 月 日

参加者氏名（自署）：.....

（研究実施代表者・責任者）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

研究実施代表者

氏 名（自署）：.....

所 属 : 早稲田大学大学院人間科学研究科

資 格 : 博士課程

責任者

氏 名（自署）：.....

所 属 : 早稲田大学人間科学学術院

資 格 : 准教授

(付録 4) 研究参加への同意書(参与観察及びインタビュー調査)

研究参加への同意書
(参与観察及びインタビュー調査)

研究責任者: 早稲田大学人間科学学術院准教授
辻内琢也 殿

研究計画名: 「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」

私は、研究計画名「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」に関する以下の事項について説明を受けました。理解した項目については自分で□の中にレ印を入れて示しました。

- 研究の背景と目的 (説明文書 項目 2)
- 研究の方法 (説明文書 項目 3)
- 研究の場所と期間 (説明文書 項目 4)
- 研究を実施する者 (説明文書 項目 5)
- 研究に関する資料の開示について (説明文書 項目 6)
- 研究への参加が任意であること (研究への参加は任意であり、参加しないことで不利益な対応を受けないこと。また、いつでも同意を撤回でき、撤回しても何ら不利益を受けないこと。) (説明文書 項目 7)
- 私がこの研究への参加を依頼された理由 (説明書 項目 8)
- 私がこの研究への参加を中断することになる条件 (説明文書 9)
- この研究への参加に伴う危害の可能性について (説明文書 項目 10)
- 研究により期待される便益について (説明文書 項目 11)
- 個人情報の取り扱い (被験者のプライバシーの保護に最大限配慮すること) (説明文書 12)
- 研究終了後の対応と研究成果の公表について (説明文書 13)
- 研究のための費用 (説明文書 項目 14)
- 研究の参加に伴う参加者の方への謝金等 (説明書 項目 15)
- 知的財産権の帰属 (説明書 項目 16)
- 問い合わせ先および苦情等の連絡先

なお、この研究において撮影された私の画像 (静止画、動画) [または音声] の公開につきましては以下の□に✓を入れて示しました。

- 公開に同意しない
- 研究者を対象とする学術目的に限り、下記の条件の下に同意する
 - 顔部分など個人の特特定可能な部分も含んでよい
 - 顔部分や眼部などを消去する、ぼかすなど個人の特特定不可能な状態に限る
 - その他 (特にご希望があれば、以下にご記入ください)

これらの事項について確認したうえで、この研究に参加することに同意します。

.....年.....月.....日

参加者署名.....

本研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明担当者 (早稲田大学大学院人間科学研究科、博士課程、菊地真実)

...(自署)...

(付録5)研究参加者の方への説明文書(インタビュー調査)

研究参加者の方への説明文書 (インタビュー調査)

この研究について

1. 研究計画名: 「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」

2. 研究の背景と目的

現在、約9割の国民は病院で最期を迎えています。2004年調査時には100万人だった国民の死亡数は、2025年には160万となると推計されており¹⁾、我が国では、このような死亡者数の大幅な増加に対して、現代の病院システムでは対応しきれないという喫緊の課題に対処するため、在宅医療推進の方向性を打ち出しています。

2006年度の改正医療法により薬局は正式に医療提供施設として認められ、地域医療連携の一端を担うべく存在としても、今後一層在宅医療に参画することが求められています。国民が最期の時を過ごす「場探し」をめぐる社会問題に直面している現在、地域医療の一端を担う薬剤師も、一医療専門職として在宅医療に参画する必要性が十分にあるといえます。

しかし2011年度の厚生労働省における「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査」(平成23年度委託事業)からは、過去1年間で「在宅患者訪問薬剤管理指導業務等」を算定した実績がある薬局は、全国で16.2%とその数は少ないのが現状です²⁾。そして在宅医療に関わる他の医療職は、薬剤師は医薬品供給・情報提供という点において必要であると認識する一方で、それ以外の薬剤師業務への認識は低く、薬剤師の存在意義を疑問視する意見もあることがこれまでの調査から示されています³⁾。このように薬剤師が患者とどのように関わっているのかは他の専門職からはわかりづらく、また薬剤師自身も、死を前にした患者への対応の仕方や患者への精神的サポートといった点に関して、困難を感じていることが明らかになっています⁴⁾。

このような背景から、在宅医療に関わる薬剤師の患者の態度について明らかにする目的で調査実施者が行った研究からは、在宅医療に関わる薬剤師は、患者の生活の場である「家」という臨床現場で、患者や患者家族、また医師や看護師との関わりの中で経験を積み重ね、薬剤師として何ができると考え、それまでの薬剤師業務に対する固定観念から脱却することで、患者がよりよく生きることを支える態度を形成していることが示されました。

しかしながら現在もなお、薬剤師は在宅医療の現場においては医薬品供給や情報提供、医療材料や衛生材料といった物品供給といった業務にのみ終始しているとの認識を周囲からは持たれていることも多く、一医療人として、患者の生活を支えることの重要性について認識しながらも、どのように、そしてどこまで関わったらいいのかという迷いが生じ、薬剤師という医療専門職としての苦悩(サファリング)を生じている³⁾ことが考えられます。浮ヶ谷はその苦悩(サファリング)の対処の術とは、専門職特有のものであると述べます³⁾。

2025年問題を控えた現在、医療に関わる専門職の多くは、在宅医療への関わりが今後加速する可能性があります。このような社会的背景のもと、その流れは薬剤師をも巻き込むであろうし、巻き込まれる必要があり、今後在宅医療に積極的に薬剤師が取り組む方向性を見据えたとき、薬剤師固有の苦悩とその対処を明らかにすることが必要と考えます。そこで本研究は、薬剤師の在宅医療における患者との関わりの実態を理解し、薬剤師特有の苦悩(サファリング)とその対処の方法を明らかにすることを目的とします。

<引用・参考>

- 5) 今後の高齢化の進展 ～2025年の超高齢社会像～
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> (2014.5.18 閲覧)
- 6) 薬局のかかりつけ機能に係る実態調査

<http://www.nichiyaku.or.jp/action/wp-content/uploads/2012/07/120702.pdf>

(2014. 5. 18 閲覧)

- 7) 赤井那実香・藤田(渡邊)和歌子・徳山尚吾 (2009) 「薬剤師の在宅緩和ケア参画に関する医師及びコメディカルの意識調査」薬学雑誌 129(11), pp1393-1401
- 8) Yuya Ise, Tatsuya Morita, Naomi Maehori, et al. Role of the Community Pharmacy in Palliative Care: A Nationwide Survey in Japan, Journal of Palliative Medicine. 2010; 13(6): 733-737.
- 9) 浮ヶ谷幸代 (2013) 「医療専門家のサファリングとその創造性—患者・利用者、依頼人との距離感という困難を越えて—」文化人類学 77(3), pp393-413.

3. 研究の方法

現在、長崎薬剤師在宅医療研究会 (P-net) の会員であり、在宅医療に関わっていらっしゃる薬剤師の方にご協力をお願いします。ご協力いただける方には、1回 60分程度で、ご希望の場所にてインタビューをさせていただきたいと考えております。インタビューの際には調査協力者の方の同意のもと、お話いただいた内容を ICレコーダーに録音させていただきます。インタビューにおきましては、以下の質問項目を考えております。

- ⑨ 薬剤師として患者さんと関わるときに気を付けていること
- ⑩ 過去と現在を比較したとき、患者さんとの関わり方に変化があったとしたらどのようなことか
- ⑪ 変化があったとしたらどのような経験がきっかけとなっているのか
- ⑫ 薬剤師として在宅医療に関わる上で、患者さんとの関係において困っていることはどのようなことか
- ⑬ 薬剤師として在宅医療に関わる上で、他の専門職の方々との関係において困っていることはどのようなことか
- ⑭ 困ったことが生じたとき、どのようにして対処しているか
- ⑮ 薬剤師が在宅医療においてはどのような役割を担うことが期待されていると思うか
- ⑯ 今後どのようにして薬剤師として在宅医療に関わっていきたいか

以上のような質問項目を用意してインタビューを行わせていただきますが、質問の順番にはあまりこだわらず、インタビューにご協力いただける方に自由に語っていただく形で進めさせていただきます。なお、お話していただいた内容を記録した ICレコーダーの録音データから後日逐語録を作成し、一定の分析方法を用いて検討させていただきます。

4. 研究の場所と期間

この研究は、調査対象地である長崎市および早稲田大学所沢キャンパス 101号館 314教室において、研究の実施が承認された日から 2016年 3月 31日 まで実施される予定です。ただし、参加者の方に研究に参加していただくのは研究の実施が承認された日から 2015年 8月 31日 までの期間の 1日です。

5. 研究を実施する者

研究実施代表者：早稲田大学大学院人間科学研究科 博士課程 4年 菊地 真実

研究責任者：早稲田大学大学院人間科学学術院 准教授 辻内 琢也 (研究実施代表者の指導教員)

6. 研究に関する資料の開示について

ご希望があれば、他の参加者の個人情報保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲で、この研究の研究計画および研究方法についての資料を開示いたします。また、この研究に関するご質

問がありましたらいつでも担当者にお尋ね下さい。

7. 研究への参加が任意であること

この研究への参加は任意です。あなたの自由な意思が尊重されます。研究に参加しないことによって、不利益な対応を受けることはありません。

いったん参加に同意した場合でも、2015年8月31日まで不利益を受けることなく同意を撤回することができます。この説明書の最終ページに添付してある「同意撤回書」に署名して下記までお申し出下さい。

その場合、提供していただいた音声、テキストデータはすべて廃棄され、それ以降はそれらの情報が研究のために用いられることもありません。ただし、同意を撤回したときすでに研究成果が論文などで公表されていた場合やデータ等が完全に匿名化されて特定できない場合は、廃棄できないこともあります。

同意を撤回する場合の連絡先

菊地 真実、早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程、090-9012-2337、mami-kikuchi@moegi.waseda.jp

8. この研究への参加をお願いする理由

本研究では、長崎市を調査対象地として調査を行います。長崎市を選ばせていただいたのは、2007年度より長崎薬剤師在宅医療研究会（P-net）が活動を開始し、在宅医療に関わる個人薬局の薬剤師の方々がネットワークを作り、互いに協力しながら在宅訪問業務を行い、長崎市内の在宅医療に関わっているという先進的実践が行われているからです。

そこで、P-netに参加し、長崎市内において在宅医療に関わる薬剤師の方々に焦点を当て、インタビューを通して、在宅医療に関わる薬剤師の患者との関わりの実態を理解し、そこから生じる苦悩およびその対処方法を探ります。そして、患者との関わりやそこから生じる苦悩には長崎という土地性の影響があるのか、また苦悩を抱えたときの対処の方法にはP-netというネットワークの存在、および土地性は関与しているのか、もしくは、患者とのやりとりにおいても、土地性が影響を及ぼしているのかを検証します。また一方で、土地性を排除しての検討を行います。そこで、本研究への調査には次のような方に参加をお願いしたいと考えています。

- ⑤ 長崎薬剤師在宅医療研究会（P-net）に参加している方。
- ⑥ 長崎市内において在宅医療に従事している方。
- ⑦ 訪問業務を開始して5年以上が経過している方。

本研究に参加していただく方には、あらかじめP-net会長に候補となる方を選定していただき、候補者の中から、研究実施者が行う訪問同行およびインタビューにご協力していただける方に本研究への参加をお願いしたいと考えております。

9. この研究への参加を中断する場合

P-net 会長に、調査協力者を紹介していただく時点で、調査対象者の選定条件について詳細に伝えることを重要と考えているため、研究開始後、対象者が同意を撤回する以外には、対象者を除外することはないと考えております。

10. この研究への参加に伴う危害の可能性について

この研究への参加に伴い、健康被害等の危険や、痛み等の不快な状態、その他あなたに不利益となることが生じる可能性はありません。そのため、医療費などの支払いについては予定しておりません。

11. 研究により期待される便益

この研究に参加することによって、あなたに直接的な便益はありませんが、本研究は、在宅医療に積極的に薬剤師が関わるための方策を打ち立てるための手段を提案することを目標として行います。そして本研究から得られた結果には次の3点のような意義があると考えています。

- ④ 在宅医療に関わる薬剤師や将来関わりたいと考える薬剤師への貢献
- ⑤ 薬学教育への貢献
- ⑥ チーム医療を推進させるための資料的役割

すなわち、死亡者が病院のベッド数を大きく上回るという我が国が現在抱えている社会システムの問題への対処方法の一つである在宅医療の推進のために、本研究から得られた結果を活用し、一医療者として薬剤師が今後積極的に在宅医療に関わるための方策を打ち立てるための手段を提案できるのだとしたら、それが社会への便益となるのではないかと考えます。

12. 個人情報の取り扱い

あなたのデータや個人情報は、この研究を遂行し、その後検証するために必要な範囲においてのみ利用いたします。この研究のために研究従事者以外の者または機関にデータを提供する必要が生じた場合は改めて承諾をお願いします。

あなたの個人情報やデータが記された資料は、鍵をかけて厳重に保管します。また、あなたのデータをコンピュータに入力する場合は、情報漏れのない対策を十分に施したコンピュータを使用して、外部記憶媒体に記録させ、その外部記憶媒体は鍵をかけて厳重に保管し、紛失、盗難などのないよう管理します。このように、あなたの個人情報の取り扱いには十分配慮し、外部に漏れないよう厳重に管理を行います。

また、ご提出いただいた同意書は研究責任者である辻内琢也が責任をもって保管し、研究終了後にシュレッダーにかけるなどして廃棄します。

13. 研究終了後の対応と研究成果の公表

この研究の終了後、あなたのデータは、個人情報を厳重に管理したうえで5年間保存します。また、この研究で得られた成果を専門の学会や学術雑誌などに発表する可能性があります。発表する場合は協力者の方のプライバシーに慎重に配慮しますので、個人を特定できる情報が公表されることはありません。しかし、十分に事前に協力者の方のご意向を伺い、個人情報の公表およびその公表範囲についてはご意向に沿った形をとりたいとも考えております。

14. 研究のための費用

この研究にかかる費用は実験実習費から支出されます。

なお、本研究が公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の一般公募に採択された場合、この研究にかかる費用は、勇美記念財団からの研究助成金より支出されます。

15. 研究に伴う参加者の方への謝金等

この研究への参加に際して、1回の訪問同行およびインタビュー(1時間程度)につき1000円の図書カードをお渡しいたします。

16. 知的財産権の帰属

この研究の成果により特許権等の知的財産権が生じる可能性があります。その権利は、この研究の責任機関である早稲田大学に属し、参加者の方には属しません。

問い合わせ先・苦情等の連絡先

研究計画の内容に関する問い合わせ先

研究実施代表者：菊地真実、早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程

早稲田大学所沢キャンパス 101 号館 314 教室

04-2947-6848～9 (内線) 76-8314

mami-kikuchi@moegi.waseda.jp

研究の倫理審査や苦情等に関する問合せ先

人を対象とする研究に関する倫理委員会（研究推進部）：03 - 5272 - 4652、
rinri@list.waseda.jp

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいたうえでこの研究に参加することに同意していただける場合は、別紙の「研究参加への同意書」に署名し、日付を記入して担当者にお渡し下さい。

同意撤回書

研究責任者 早稲田大学人間科学学術院 准教授
辻内 琢也 殿

私は、「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」の研究に参加することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当研究者

.....菊地 真実.....氏

に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

年 月 日

参加者氏名（自署）：.....

（研究実施代表者・責任者）

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

研究実施代表者

氏 名（自署）：.....
所 属 : 早稲田大学大学院人間科学研究科
資 格 : 博士課程

責任者

氏 名（自署）：.....
所 属 : 早稲田大学人間科学学術院
資 格 : 准教授

(付録6) 研究参加への同意書(インタビュー調査)

**研究参加への同意書
(インタビュー調査)**

研究責任者: 早稲田大学人間科学学術院准教授
辻内琢也 殿

研究計画名: 「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」

私は、研究計画名「在宅医療に関わる薬局薬剤師の苦悩とその対処を探る」に関する以下の事項について説明を受けました。理解した項目については自分で□の中にレ印を入れて示しました。

- 研究の背景と目的 (説明文書 項目 2)
- 研究の方法 (説明文書 項目 3)
- 研究の場所と期間 (説明文書 項目 4)
- 研究を実施する者 (説明文書 項目 5)
- 研究に関する資料の開示について (説明文書 項目 6)
- 研究への参加が任意であること (研究への参加は任意であり、参加しないことで不利益な対応を受けないこと。また、いつでも同意を撤回でき、撤回しても何ら不利益を受けないこと。) (説明文書 項目 7)
- 私がこの研究への参加を依頼された理由 (説明書 項目 8)
- 私がこの研究への参加を中断することになる条件 (説明文書 9)
- この研究への参加に伴う危害の可能性について (説明文書 項目 10)
- 研究により期待される便益について (説明文書 項目 11)
- 個人情報の取り扱い (被験者のプライバシーの保護に最大限配慮すること) (説明文書 12)
- 研究終了後の対応と研究成果の公表について (説明文書 13)
- 研究のための費用 (説明文書 項目 14)
- 研究の参加に伴う参加者の方への謝金等 (説明書 項目 15)
- 知的財産権の帰属 (説明書 項目 16)
- 問い合わせ先および苦情等の連絡先

これらの事項について確認したうえで、この研究に参加することに同意します。

.....年.....月.....日

参加者署名.....

本研究に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明担当者 (早稲田大学大学院人間科学研究科、博士課程、菊地真実)
...(自署)...