

松 山 大 学 論 集
第 21 卷 第 4 号 抜 刷
2 0 1 0 年 3 月 発 行

中四国エイズセンターにおける
HIV チーム医療の社会学的考察
—— ナラティブ・アプローチから ——

山 田 富 秋

中四国エイズセンターにおける HIV チーム医療の社会学的考察

—— ナラティヴ・アプローチから ——

山 田 富 秋

1. チーム医療の社会学

近年、従来のような医師対患者関係に限定された医療ではなく、患者を中心として、当該患者の周囲に同心円状に多様な医療専門職が配置され、彼らが連携して治療にあたる「チーム医療」に注目が集まっている。実際に、厚生労働省も平成 14（2002）年には診療報酬改定で緩和ケア診療加算が新設され、緩和ケアチームの実践にはずみをつけた。そして本稿のテーマである HIV 感染治療についても平成 18（2006）年から診療報酬に「ウイルス疾患指導料に関する施設基準」（いわゆる「チーム医療加算」）が新設された。これは、HIV 感染症の患者に対して、専任の医師や専従のナース、それに他の医療専門職が連携してチーム医療を実施してきた医療機関を評価したものと理解できるし、今後さらにチーム医療を普及させる方針を明確にしたとも考えられる。

まず日本におけるチーム医療の普及の背景について、再確認することにしてしよう。この点について鷹野（2003）は同じ「チーム医療」という用語を使っているが、医師を中心とした「形式的チーム医療」と患者を中心とした「機能的チーム医療」の2つのチーム医療があると言う。鷹野の定義を採用すると、医師を頂点とし、医師と医療従事者間の支配-被支配関係の特徴とするチーム医療が形式的チーム医療であり、機能的チーム医療とは、患者を主体として、患者のニーズを充足するために必要な多種多様な機能を、情報の共有はもちろん、

治療目標とチームの理念を共有する医療チームが果たしていくものである。そして近年では、形式的チーム医療から機能的チーム医療への質的転換が不可逆的なものであると広く認識されるようになったという。それは医療を含む社会的文脈の次のような大きな変化を背景としている。

すなわち、(1)医療従事者の専門の細分化と高学歴化などによる医療サービスの供給体制の構造的変化、(2)患者側の権利意識の高まりと医療機関の対応の変化、(3)疾病構造の変化による治療の質的变化(鷹野, 2003, p.1)が指摘される。まず(1)については、形式的なチーム医療においては、メディカルスタッフのヒエラルキーを通して、分断された治療が各々のスタッフによって分担されるために、頂点の医師だけが治療の全体を把握できるのに対して、各部署のスタッフは全体が見通せず、情報や目的の共有がなされない点がマイナス面として認識されてきた。この非干渉、不連続を特徴とする組織は、横の連携が常に不足しており、それは医療過誤の原因のひとつとも考えられるようになったという。次に(2)の点については、患者の権利を尊重する時代の流れに伴い、医療側でもインフォームド・コンセントを始め、診療記録の開示やセカンド・オピニオンが実践されるようになり、患者が医療のヒエラルキーの最下位に位置づけるのではなく、むしろ中心であるという対応がなされるようになったという。最後の(3)は、キュアからケアへの変化と総称されるような、急性疾患から慢性疾患、特に生活習慣病中心の疾病構造の質的变化を意味する。

この鷹野の整理に従えば、形式的チーム医療は医師を頂点とした旧来のパターンリズムを温存するマイナスのものとしてだけ考えられがちである。ところが、こうした単純な見方は実際の医療場面にはそぐわない。なぜなら、医師に権限を集中した形式的チーム医療は、明確なリーダーシップと明示的な命令系統が不可欠な手術場面に最も適合的だからである。つまり、形式的チーム医療はパターンリスティックだから否定されるべきと短絡的に結論を出すのではなく、どのようなタイプのチーム医療が現実の医療に適しているのかを考察することが重要である。

鷹野はチーム医療を医療場面に応じて3類型に分ける。1型とは手術室に最適な形式的チーム医療である。つまり、医療従事者は1つのチームに属しているが、目的や情報を共有したチームというより、各々のメンバーがヒエラルキーの中で固定された専門技能の場にとどまり、頂点に立つ執刀医の指揮命令に従うチームである。これに対して2型は救急医療に適しており、医療従事者がそれぞれヒエラルキーに位置づくものの、それは比較的緩やかで、救急医師が状況に応じて治療を組み立て、他の専門職は適宜ポジションチェンジを行うチームである。そして3型は、ここでの中心的テーマである機能的チーム医療である。すなわち、医療従事者に固定した位置はなく、患者を中心として同心円的に配置され、患者のニーズに応じて治療目的と情報を共有しながら、臨機応変に役割を変化させていく。そして円滑なチーム医療の実践のために、医療従事者間のヒエラルキーを廃したフラットな地位関係に基づいて、カンファランスやミーティングなどの密なコミュニケーションを行い、それを通してチームメンバー間の相互理解と責任の共有化を達成する。またこの型においては、患者のニーズを把握して、それを充足するのに最も効果的なチーム編成が要請されるために、患者の治療の状況に応じて、チームの範囲やメンバー、それにチームのリーダーシップを握るメンバーも可変的なものになる。

この「形式的チーム医療」から「機能的チーム医療」への変化の中で大きく変わるのは医師の地位だけでなく、患者の地位もそうである。すなわち古くはフリードソン（1970）の医師の専門家支配批判に端的に表れているように、形式的チーム医療の中では患者はヒエラルキーの最下位に位置し、医師と患者の関係は大人と子どもの関係に喩えられ、患者が医師に一方的に、しかも受動的に従うというパターンリスティックな関係が想定されていた。ところが、機能的チーム医療においては細田（2000）が示唆するように、患者はもはや「おまかせ医療」に表現されるような受動的役割にとどまることはできず、特に慢性疾患においては食事の管理や運動、それに薬剤の管理において主体的に自己管理し自己決定することが求められる。それは、医師に管理される患者ではな

く、むしろ患者と医療従事者が「病気に対して相互に協力し合う関係」に入り、患者も共に治療に参加するのである。

この細田の議論の中で、患者の自己決定と自己管理という患者の権利に属する概念を、医療への相互参加として解釈し直している点に注意したい。というのも小柳（2009）が詳細に検討しているように、自己決定という概念はともすれば他者との関係性と切り離された自律性として論じられることが多く、医師や医療従事者の援助を通して初めて、患者自身が治療に関する決定ができるようになる相互依存と相互参加の関係性が見失われてしまうからである。この点については後ほど詳述する。

2. 血友病の包括医療—1980年代初頭と現在の比較—

血友病を慢性疾患として考えるなら、血友病の包括医療は機能的チーム医療に分類されるのが当然と考えられるが、実際にはどうなっているのだろうか。ここで包括医療の分類の議論に入る前に、血友病という疾患と日本における血友病治療とその歴史について簡単な説明をほどこすのが適切だろう。血友病は血液凝固因子が通常と比べて非常に少なく、症状としては血が止まりにくくなる病気である。外傷や打撲によって激痛を伴う大出血を起こし、出血部位によっては、例えば頭蓋内などの出血は致命的な状況に陥る場合もあると言われる。治療法は不足する凝固因子を補充する補充療法である。凝固因子の高単位濃縮製剤が開発される以前、患者にとっての日常的な苦しみは、毛細血管が切れて起こる内出血であった。また関節部位に繰り返される内出血は、関節症を引き起こした。現在では、凝固因子の高単位濃縮製剤を家庭において補充する自己注射療法（self infusion treatment, 以下「自己注射」と呼ぶ）が広く実践されている。この自己注射の利点は、出血の発症から治療までの期間の短縮であると言われている。これによって、年間の入院日数が減少し、常人と同じように通勤通学を行えるようになる。また定期的な家庭治療を通して、重篤変化の関節症が減少することなどが指摘されている。

次に、1970年代から現在までの治療の歴史を振り返ると、血友病ほど劇的な変化を被った疾病はないと思われるほどである。つまり1970年代までは全血輸血による補充療法に頼っていたのが、70年代末のクリオ製剤と、それに続く濃縮製剤という新しい血液製剤の開発と家庭での自己注射（self infusion）によって、血友病の治療は大きく変わった。すなわち、かつては内出血時の想像を絶する苦痛に苦しめられ、さらには重度の身体障害に発展しかねない関節症を抱えた患者のQOLが、血液製剤の自己注射によって大きく改善した。1970年代末までは「二十歳までしか生きられない」と語られていた血友病患者の寿命が、それ以降の世代において大きく延び、通常の人生スパンを視野に入れた「普通の」人生を送る可能性が出てきたのである¹⁾ところが、ようやく明るい展望が見えてきた1980年代初頭に輸入血液製剤によるHIV感染が起きたことは記憶に新しい。また、HIV感染だけでなく、血液製剤を介したC型肝炎の感染は多くの血友病患者のQOLを脅かしてきた。自己注射（家庭療法）が米国から導入される時に同時に紹介されたのが包括医療（comprehensive medicine）というチーム医療の取り組みである。日本では東京荻窪病院のヘモフィリアセンター（以下TOHCと略す）が先駆的に包括医療を実践に移した。当時の包括医療の特徴を議論するための基礎資料として、TOHCの医療従事者によって公刊された論文と紹介文を取り上げることにしよう。それは、1983年から1984年にかけて公表された稲垣稔・宮崎昭・野口正成（1983）、東京荻窪病院ヘモフィリアセンター（1984a）、稲垣稔（1984b）、山田兼雄・稲垣稔（1984c）の4編である。これらを分析する際に、現在では常識となっている患者の権利やQOLの観点から当時の状況を直接評価することには問題があるだろう。1980年当時の医療をとりまく社会通念を無視した評価になってしまうからだ。したがってここでは、知識社会的な立場を採用し、当時の血友病治療の社会的文脈にできるだけ沿いながら、包括医療の実践を解釈することが求められる²⁾。

まず、血友病の包括医療がなぜ必要なのか、その理由についてこの4編はど

のように述べているだろうか。稲垣他（1983）では「患者を一個の病気を持つ人間として取り扱い、どのように総合的に指導していくか」という問題が慢性疾患患者のトータルケアつまり包括医療として重要であると最初に述べられている。つまり1980年代に米国から導入された包括医療は、最初から慢性疾患に対する治療とケアとして位置づけられていたことがわかる。なぜなら「血友病という病気の持つ特殊性」として「生涯続く出血と関節に頻発する合併症」を挙げ、この特殊性が、包括医療という「治療システムの発達を大いに促したものと考えられる」からだ。

そして包括医療の定義として稲垣他（1983）は、1978年の米国血友病協会（NHF）の治療マニュアル（*Current Management: The Treatment of Hemophilia*）から引用して「血友病患者が可能な限り正常人に近い生活ができるように総合的に治療すること」とする。この目的達成のために治療内容として、血液内科、整形外科、歯科、リハビリテーション、心理学的治療、患児と家族の教育を挙げ、これらを有機的に結合して治療チームが構成される。治療チームの統括責任者（ディレクター）は小児科医であり、患児と家族の教育・指導にあたるのがナース・コーディネーターである。具体的な治療は、月2回すべてのスタッフが集まり包括医療外来を開き、患者が一日かけて検査、診察、面接、治療、指導、教育等を受け、その後にスタッフ全員が集まって患者の問題点を抽出し、討論し、対策をたてていくという（157頁）。そして包括医療の過去3年間の経験では、心理学的治療が血液学的治療、整形外科の治療と並んで、きわめて重要な部分を占めてきたという。そして患者の心理的問題を生活全般にわたって十分かつ綿密に指導し管理していくことの重要性を強調する。

次にTOHC（1984a）の重要な点は、1983年2月に健康保険適用となった自己注射・家庭輸注療法について、包括医療と一体のものとして位置づける点である。そして「自己注射の指導に当たっては、血友病の全般知識、注射の適応と注射量、副作用の対策と共に、製剤の溶解、保存、輸液の方法、消毒、注射の取り扱いなどの注射実技が重点的に教育され、患者が完全に注射技術を習得し

たことを確認したうえで、初めて自己注射は許可される」(5頁)と、自己注射実施に必要な患者教育の重要性を説く。この患者教育については、稲垣稔(1984b)が、世界血友病連盟(WFH)と米国血友病協会(NHF)の患者・家族の教育マニュアル(Patient/Family Model)を基に、TOHCが独自に家庭輸注療法・自己注射と心理社会的治療の2項目を付け加えて133問の問題集を作成し、患者教育に使用した³⁾。このプログラムは自己注射の効果や安全性を高めたり、患者・家族の不安を軽減し、病気に対するポジティブな姿勢の涵養に役立つという。この論文では、米国の包括医療プログラムを下敷きにしながらも、それにTOHCが自己注射と心理社会的治療を加え、独自の教育プログラムにしていった点が注目される。

最後に山田兼雄・稲垣稔(1984C)の論文では、心理学的ケアとして、サマーキャンプの計画・運営、患者友の会の開催、それにクリスマスの催しなどが血友病包括医療の中に初めて明確に位置づけられている(624頁、第5図)。この論文は例として、自分の子が血友病と診断されてショックを受けた親を挙げ、彼らに「希望をもたせて、ゆきとどいた治療管理に従うことを勧め」(618頁)、「年に1~2回の友の会(患者・家族の会)に出席させ、自分たちと同じような境遇にある多数の家族に接するようにする。また、血友病患児のキャンプにも積極的に参加させて、いろいろの心がまえが自然にでき上がっていくように指導する」(同頁)。こうして「はじめは途方にくれていた両親たちでも、教育により1年を経ずして血友病の知識・治療について頼もしい専門家になっていくものである」(同頁)という。つまりこの段階では、包括医療は医療従事者チームや病院に限定されるものではなく、むしろそれを超えた患者のピアグループへと展開していくものと捉えられている。

以上、1980年代初頭の包括医療についてまとめると、これが最初から慢性疾患に対応したチーム医療として定義されており、患者の生涯にわたるライフステージを視野に収めて患者のニーズを充足するために、多種多様な専門分野のスタッフが、ミーティングと討議を通して情報と治療目的を共有するとされ

ている。これは鷹野の言う機能的チーム医療の定義にはほぼあてはまるだろう。ただし、知識社会学的な視点から見れば、TOHCは1980年代初頭にアメリカから輸入された包括医療概念をベースにしながらも、当時主流であったと思われる形式的チーム医療の表現を使っている。例えば患者の位置づけを見ると、患者は権利主体としてチーム医療の中心に位置し、治療チームの中に相互に参加するというよりはむしろ、医療者が指導したり、教育したり、管理する対象と表現されている。また、医療従事者の地位についてみると、ナース・コーディネーターの重要性について言及はあるものの、包括医療の統括責任者に医師が指定され、医師が医療者の頂点に位置している。ここから、当時の包括医療は実質的には機能的チーム医療の特徴を有しているものの、医療従事者の意識としては従来の形式的チーム医療の特徴が混在しているといった状態であったことが推測できる。しかし同時に、TOHCが実質的な機能的チーム医療を実践していたとすれば、意図せざる結果として、医療スタッフ間には地位の平等がもたらされ、患者の間ではピア活動を通して自己決定や自律の度合いは高まっていったのではないだろうか。ここで、患者の権利を中心とした概念用語が定着した1990年代以降の包括医療について、TOHC開設後ほどなく開設された北部九州血友病センター（NKHCと以下略す）の実践について、白幡聡（1995）と白幡聡（2006）、それに小野織江・白幡聡（1994）の3論文を検討しよう。紙幅の制限もあるので、細かな検討を割愛して結論を先取りすれば、NKHCの包括医療は内容的に1980年代当時の荻窪病院の包括医療とほとんど変わらないことがわかる。例えば白幡（1995）によれば、止血治療、関節症の予防も含めたケア、患者・家族への心理的サポート、そして、患者会を通じた社会生活のサポートが挙げられている。

ところが(1)治療を決定する権限と役割、(2)治療目的と情報の管理、(3)患者の地位の3点について検討すると、統括責任者は包括医療の各部門を連携する「運営委員長」が担っている。そして医療従事者は共同外来を通して評価会議に臨み、そこではナース・コーディネーターが中心的役割を果たす。患者の地

位については、この3論文に共通して「患者のQOLの改善」に必要な医療や援助が動員されると表現され、小野・白幡(1994)では、HIVの告知を受けた患者のケアについて触れ、「告知を受けたことで患者自身が治療に参加し、今後引き起こされるさまざまな問題に対応する時に患者が自己決定して選択できるように援助していきたい」(848頁)と述べられている。つまり1990年代になって、QOLと自己決定、さらに患者と医療者の相互参加という患者の権利に関する概念が使われるようになった。そして、医療組織も医師が頂点ではなく多部門の調整役となり、医療チームの運営はナース・コーディネーターが中心である。知識社会的に言えば、この変化は1990年代になって導入された患者の権利をめぐる新しい医療観によって引き起こされたと考えられる。それでは、この変化はどんな意味をもっているのだろうか。

3. 自己決定概念の再検討と包括医療の意味

前節で検討したNKHCは、1990年代の患者の権利をめぐる新しい医療観を取り入れていることがわかった。そしてNKHCと比較すれば、TOHCは実質的に機能的チーム医療を実践しながら、同時に医師を頂点とし、患者を下位に位置づける従来の形式的チーム医療の表現を保持している。ここから単純に結論を導けば、NKHCはチーム医療を導く医療観もチーム医療の実践についても矛盾がなく、機能的チーム医療として成功しているとなる。ところが、ここで疑問が生じる。患者の権利について新しい医療観を導入していれば、万事OKなのだろうか。あるいは、自己決定や治療への相互参加という表現が論文に現れれば、それで機能的チーム医療がスムーズに働く証明となるのだろうか。うがった見方をすれば、1990年代以降に書かれた論文では、患者の権利が医療界の常識に定着したのだから、その表現がないことの方がおかしいことになるだろう。つまり、私たちは鷹野や細田の考察を超えて、チーム医療と患者の権利について、再検討を迫られている。

ここで小柳正弘(2009)の自己決定概念の緻密な再検討が参考になる。そし

て、自己決定概念の現在の評価をレビューすると、この概念の積極的な肯定論はほとんど見られなくなり、逆に、自己決定概念は誤った前提に立っている、あるいは自己決定は幻想であるとさえ主張する議論を目にする。ここではそれらを詳細に追うことはしない。むしろ小柳の整理に基づいてその要点だけ紹介することにする。まず自己決定という概念自体が、自己決定できる「強い自己」を前提しなければ成り立たない。というのも、私たちはつい先ほど決めたことを翻したり、あるいは過去の決定を忘れてすることが往々にしてあるし、自分に関することであっても周囲の他者との関係を通して、ようやく決定に至ることもある。つまり、私たちが実際に経験しているのは強い自己ではなく、決定に迷う「弱い自己」なのである。また一時期日本政府が主張したように、自己決定したのだから自己責任があるという閉塞的な議論にも難点がある。つまり、自己決定=自己責任論には、自己が自分のことを決定する時の土台となる社会的な条件や人間関係が忘れ去られており、過度に個人化された選択状況が想定されているのである(61-2頁)。そして小松美彦(2004)は、過度に個人化された自己決定権を幻想とまで言い切り、むしろ他者とともに決定に参加する「共決定」が現実の私たちの姿に近いと主張する。小柳はこれらの議論を踏まえて、G.H.ミードの社会的自我論をベースにしながら、自己決定が可能になるのは、私が他者との関係性に支えられているからであると論証する。それは「私たちが私のことを決定する」と表現した方が適切な事態であり、「私と私たちの自己決定が重なり合う」事態である。

以上のことから小柳は、「私」のありようには他者が深く関わっており、「自己と他者」ならびに「他者と他者」の関係はその様態がさまざまである以上、「私」の中に見出されるのは結局のところ「私たち」のさまざまな具体的な関係ではないかと問いかける。つまり、私たちが何を自己にとって重要なことだと考えるかということが、他者との関わり合いの中でさまざまに変化する。だとすれば「本人の意志は、自己ともろもろの他者からなる私たちのなかで明らかになる」(176頁)と考えることができる。そして、訴訟や自宅の建築など

しろうとは難しい分野について自己決定を迫られる時、私たちは専門家の援助なしに有意義な自己決定をおこなうことは難しい(52頁)。それはまさにここで考察の対象にしてきた包括医療の問題にあてはまるのではないだろうか。つまり、血友病の止血治療や関節症、HIV・HCV(肝炎)治療などの問題はまさに、医療従事者という専門家の援助なしには、有意義な自己決定は難しい分野なのである。

それでは前節で検討した形式的チーム医療に表れている医療のパターナリズムの問題はどうなのだろうか。小柳はこれに対して法学者の中村直美の「よきパターナリズム」という概念を紹介する(164頁)。それはある個人の「中核的自己の意思に即して自律を実現・補完するパターナリズム」であり、それが正当化されるのは、本人の自律を活かす、つまり、本人自身のためになるからであるという。そして個人の中核的自己とは「思想・行動について、その人なりに形成し・秩序だてた(しかしなお形成・変化しつつある)枠組み」(167頁)と定義されるという。つまり、パターナリズムだからといってすべて否定されるわけではなく、患者の中核的自己の意思に即したものであれば、肯定されるべきという考え方である。ここで形式的チーム医療は「よきパターナリズム」にあてはまるかと問えば、ほとんどの場合に、あてはまらないことがわかる。なぜなら、形式的チーム医療において優先されるのは生命維持などの医療者側が決めた目的であり、患者の意思は自動的に医療者側の意思と同じものとされ、それ以上、追求されることはないからだ。

ここで「中核的自己」の意思に即して患者の自律を活かす「よきパターナリズム」を社会的に検討すれば、それは医療者が患者の生活世界を十分に理解した上で、治療を行うことと解釈できるだろう。つまりそれは、A. クラインマン(1988=1996)によって端緒をつけられたナラティブ・アプローチになる。クラインマンの議論を繰り返すまでもなく、従来の生物科学的医学は、患者を一個の人間ではなく疾患に還元し、患者が人間として生きている世界自体は切り捨ててきた。ところが慢性疾患のケアにおいて重要なのは、患者の生活世界

にフィールドワークの方法を用いて訪問し、患者の語り（ナラティブ）から患者の世界を再構成して理解することである。つまり、医療従事者は患者の「中核的自己の意思」を理解することで患者と共に「私ーたち」という関係に入り、患者の自律を補完するのである。

以上から包括医療を再評価する視点を築くことができた。血友病の包括医療を、単純に患者の権利の観点から評価するのではなく、むしろ「よきパートナーリズム」や「私ーたち」の決定という観点から考え直してみると、それは当の患者が今何を問題としているのかを、患者の抱える疾病だけでなく、患者の家庭・学校生活や社会生活を含めて患者のニーズを理解し、それに必要な多種多様な医療分野を組織して患者のQOLを改善する可能性を持ったシステムとして理解できる。それは患者を中心として「私ーたち」のネットワークを構築する可能性を持ったシステムである。血友病はたまたま止血に還元できない多様な症状を生み出す病気であったために、例えば関節症といった身体的疾患は学校生活や就職等といった人生段階に応じて一定の問題を提起する。HIV感染やC型肝炎であれば、さらに複雑な問題を提起するだろう。そして医療チームがこの多様な問題に対応しようとした結果、患者の生活世界にアプローチする可能性を持つようになったと考えられる。ただし、患者の意思と医療者の意思とがいつでもスムーズに重なると考えるのは楽観的だろう。意思の重なりへの強制は形式的チーム医療に陥る危険性と隣り合わせである。むしろ、医療チームと患者の意思のそのつどの食い違いとすり合わせというプロセスを重視することの方が現実的である。そして機能的チーム医療は、患者に対応するスタッフが複数であるために、医師を頂点とした唯一の意思を患者に押しつける危険性がより少ないとも考えられる。

こう考えると、患者を中心とした同心円状に、患者の多様なニーズを充足する医療を配置していく包括医療の実践は、患者を巻き込んで医療者と患者の「私ーたち」関係の形成をある程度促進することがわかる。そこでの決定は、患者に閉じられた個人主義的な自己決定ではなく、高度に専門的な援助を提供

する医療チームと、それに助けられて決定可能になる患者とで形成された「私一たち」の決定である。したがって、その決定の責任も共有されることになる。この共同決定と共同責任の関係は、患者と医療従事者の関係が変化するとともに、変わっていくのは当然である。しかしそれは無責任ということにはならない。むしろ変化する関係性に、そのつど共同で責任を持つ関係責任と表現することができよう。

4. 中四国エイズセンターのチーム医療 — ナラティヴ・アプローチから —

血友病患者の QOL の改善に目標を絞った時、1980 年代における HIV と HCV (C 型肝炎) の感染は患者の QOL を脅かす大きな要因である。特に HIV の治療体制については、中四国エイズセンターのホームページにもあるように、HIV 感染と発症に対する社会のすさまじいまでの偏見と排除を経験した原告団にとって、安心して受診できる HIV の治療体制の整備が悲願であった⁴⁾。例えば中四国エイズセンターの HP の沿革には以下のように述べられている。

1996 年 3 月、いわゆる“薬害 HIV 裁判”の和解が成立し、原告団は厚生省にいくつかの要求を提出しました。遺族に関する要求のように現在も交渉途中のものもありますが、すでに実現したもの、あるいは実現しつつあるものがあります。医療に関する要求ではエイズ治療研究・開発センター (ACC)、地方ブロック拠点病院、そして都道府県の拠点病院という体制が整えられました。治療薬では逆転写酵素阻害剤やプロテアーゼ阻害剤が雪崩うつように認可され、現在 20 種類近い薬が入手可能になりました。HIV 感染症は致命的な病気から、調節をしながら社会生活を送る慢性の病気へと変わっていきました。この時期に合わせた心理・社会的なニーズに対して、1998 年には「身体障害者としての認定と福祉制度」が提供

され、自治体による派遣カウンセラー制度が始まりました。

1997年4月からエイズ治療のための中国・四国地方ブロック拠点病院として、広大と広島市民、県立広島の3病院が連携することになりました。この時点で3病院は約50名のHIV感染者を診ていましたが、2004年現在ではおよそ100名になりました。(http://www.aids-chushi.or.jp/cl/menu.htm 中四国エイズセンター HPの「沿革」から)

ここで述べられている拠点病院体制とは、国立国際医療センターの中にナショナルセンターとしてエイズ治療・研究開発センター（ACC）を置き、全国8地方にブロック拠点病院を指定し、2007年度からは各県レベルの中核拠点病院も指定して、ACC、ブロック拠点、中核拠点、そして地域の拠点病院という連携が確立されたことを指す。厚労省は科学研究補助金対象の研究として「HIV感染症の医療体制の整備」について毎年各地方の実態を報告させている。ここでは中四国ブロックの1997年報告書から引用して、このブロックの特徴を紹介する。つまりブロック拠点病院の構成と対応して、1997年4月から、広島大学医学部附属病院、県立広島病院、社会保険広島市民病院の3病院がブロック拠点病院として指定された。これは「中四国エイズセンター」と呼ばれ、広大病院の輸血部に事務局を置いている。3病院とも医学管理としては全科対応であり、心理・社会的な援助活動も行われている。毎月第一木曜日に3病院の担当者が月例ミーティングとして集まり、文献紹介、症例検討、情報交換、行動計画の検討などを行っている（厚労省「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」『中国四国地方ブロックの分担研究報告書』1997年度報告から抜粋）。そしてブロック拠点病院の機能として、次の5点を挙げている。すなわち、①ブロック拠点病院での包括的（医学、心理、社会）ケアの提供。②ブロック内HIV感染症診療の支援、③ケア提供者のための教育と研修、④情報提供、⑤基礎／臨床研究である。

私は、2006-7年のあいだ、広大病院のHIVチーム医療について、その中核

的なスタッフ（原医研医師2名，ナース・コーディネーター，外来ナース，心理カウンセラー，ソーシャルワーカー，薬剤師2名）に対して，ライフストーリー・インタビューという社会的な調査方法を通して，チーム医療の「生きられた経験（lived experience）」について調査を行った⁵⁾。そこからこのチーム医療の特徴を明らかにしよう。まず，現在の HIV チーム医療の課題は何だろうか。これは，平成17年度厚労省科研エイズ対策研究事業の成果として大阪医療センターの白阪琢磨医師らが出版した『HIV 診療における外来チーム医療マニュアル』（2006）が簡潔に要約している。

まず，HIV 感染症は HIV 発見からしばらくの間は，治療法のない死に至る病であったが，HAART（抗 HIV 薬による多剤併用療法）の確立以降は，医学的にコントロールが可能な慢性疾患と位置づけられるようになったという。したがって現在では，HIV 感染が早期に発見されると，通院加療によってエイズの発症を見ることなく，学業や仕事を継続することが可能である。ところが，この治療は生涯にわたる長期的なものであり，服薬の副作用や薬剤耐性 HIV の出現などの課題が多くある。特に患者の心理・社会的側面に目を向ければ，エイズパニック後の HIV に対する社会の偏見や差別によって，患者が医療者にさえ HIV 感染を知られることに不安や恐怖を感じたり，自分の感染を知ってからは，周囲とのコミュニケーションが困難になることもある。また，HIV 感染は，それ以降の人生プランに大きな影響を及ぼすだろう。したがってこのマニュアルは，医療者に次のように強く勧める。

医療者は患者が受診した勇気を評価し，その出会いを大切にすることが HIV 診療の第一歩である。初診での対応が患者のその後の療養姿勢・態度を決定する。医療者は患者の身体的，精神・心理的苦痛や社会経済的困難を和らげ，特に服薬に伴う身体的，精神・心理的，社会経済的負担の軽減に努めなければならない。（3頁）

そしてこれを実現するためには、チーム医療の実践が不可欠であるという。なぜなら「各職種が専門性を活かすことで、総合的に良質な医療を提供できる」からだ。「ただ、医療上必要な情報が職種毎に分断されたり、チームの診療・ケアにおけるポリシーが不明確にならないように、外来カンファレンスなどで相互にコミュニケーションを図ることも重要である」(3頁)と述べる。次に治療が成功するためには、患者の理解と自己管理を前提とした服薬アドヒアランスが重要であるという。「100%近い服薬率を維持するには患者自身が多くの努力と工夫をする必要がある。そのためにも医療者は患者と話し合うスキルを身につけ、患者と繰り返し話し合う必要がある」(3頁)と指摘する。患者も治療に積極的に参加するためのコミュニケーションの重要性である。また、継続受診を成功させるには、患者の初回受診時に信頼関係を樹立することが不可欠である。

以上のような特徴を備えた HIV のチーム医療は、(1)治療を決定する権限と役割について医療従事者間に権限が平等に配分され、リーダーシップと役割が患者のニーズに応じて可変的である。そして(2)治療目的と情報の管理については、チーム医療を構成する全医療者がミーティングなどを通して治療目的と情報を共有する。最後に(3)患者の地位については、患者は医療チームと密なコミュニケーションを行い、自己管理を通して医療へと参加すると要約できる。これは慢性疾患の機能的チーム医療の典型である。この点を踏まえて、広大病院の HIV チーム医療を構成員の語りから分析していこう。

4-1 形式的チーム医療から機能的チーム医療へ

まず最初に広大病院のチーム医療の主要な人物である、この病院で血友病治療を確立し、HIV の治療も導入していった T 医師の語りを見ていこう。

※以下のインタビューデータの Y は調査者の山田で、他のアルファベットは当該職種の匿名化記号である。

T: はい, そうですよ。だからね, やってくうちに, それをほくらはも学ぶわけですね。だから, これでいいだろうと思うんですけど, こういう形になってきたのも, ここ3年4年ぐらいですかね。それも, ひとつひとつです。で, 最初の頃についてもらった看護師さんは, 典型的な指示待ち人間で, (Y: あー) 向こうはそれ楽なんですよ。(Y: あーそうですよね) 「誰々さんの採血をしてください」「はーい」と言っていて採血する。で, その後, 何にもしないみたいな。だからこっから上[頭]を使わないんですよ。こっから下を使うんですよ。これはよく使うけど。(Y: そうですよね) まあ, だから, 最初から目指したわけではないんですよ。もちろん, 目指さなかったわけではないんですけども。最初からできたわけではない。(後略)

T 医師は現在の形になってきたのは最近であると語る。そしてチーム医療の発足当時のナースは医師の指示だけに従うという従来の形式的チーム医療をあたりまえのようにしていた「典型的な指示待ち人間」であったことが語られる。自分の職種だけに限定された仕事だけを指示に従ってこなし「その後, 何もしない」というのは, 頂点に立つ医師だけが情報と治療目的を独占し, 他の職種は互いに不干渉, 非連続である医療者のヒエラルキーを前提にした行動である。しかも「向こうはそれ楽なんです」と表現されるように, 患者を中心として, 医療チームの一員として積極的に活動するオリエンテーションとは対極にある。なぜなら機能的チーム医療では, どの患者にいま何が必要なのか, 自分たちで考えなければならないからだ。実際, 現在のナース・コーディネーターと外来ナースは, ミーティングで検討する患者を選ぶのにひと苦労するという。そのことは現在の看護師たちが従来の指示待ちではなく, 自律的に考えながらチーム医療を担っていることを物語る。最初は苦労した看護師たちも, 具体的に患者の同定ができるようになってからは, 選択が楽になったという。

Y：で、この6月からわかるようになったっていうのは、どういうふうにしてわかるようになったんですかね。

G：そうですね。やっぱり、患者さんと話してて、患者さんのデータをしっかり見始めると、あれって思い始めるんですけど。(Y：あー) なかなか紙(かみ)上で、話もしないで、カルテ上で何か問題って言われたら、よくわからなくて、自分で患者さんと話して、検査データとよくよく見てみたら、あれーと思うようなところが出てきますね。

Y：やっぱり、実際に会って見ないとわからないっていうことですね。

G：なかなか、そうですね。紙上で見るのはむずかしいですね。もともとまあ、前任者が、看護の記録のフェイスシートみたいな、看護記録の用紙を、患者さんのデータが書いてある用紙を書いて、看護上の問題点まで挙げてもらってたんですけど、それでもやっぱり、会わないと、なかなかイメージがつかないんですね。

ここから、クラインマンが指摘したように、看護師たちは患者をカルテ上の検査数値に還元するのではなく、具体的な生活を背景とした特定の人格として見ていることがわかる。

4-2 患者と医療者の相互参加

次に患者の位置づけについて見てみよう。外来ナースのO氏は患者の「指導」について次のように語る。

O：あの、薬害の患者さんは、すごい自己管理ができてるんですよ。(Y：あー) 教育されたんですかね、いろいろ。(笑い)

Y：あー、昔の教訓でってやつだね。

O：うーん、だから、自己管理がすごい、私の知ってる範囲の患者さんですね。他の県の患者さんとかはわかんないんですけど。いま、広島大学

病院に通院されてる薬害の患者さんていうのは、自己管理がすごくて、もちろん血友病の出血の管理も HIV の方も肝臓の方も、すごい自己管理ができて、もうぜんぜん。私もまだ2004年から勉強しはじめたばかりですけど、彼らはもう20年間そうやってるわけじゃないですか。(Y: そうですね) だから知識があっちの方が多いですよ。だから逆にこう教えてもらってます。

Y: あーなるほど。うーん。じゃあ指導するっていうよりは。

O: たぶん、薬害の患者さんに関しては、私が指導される方が多いと思いますよ。

この語りにあるように、勉強の浅いO看護師は、薬害被害者である患者さんに、血友病のことも、HIVもC型肝炎のことも「教えてもらっている」という。それは「私が指導される方が多い」というふうに語り、患者と医療者が相互に治療に参加していることを物語る。O看護師によれば、薬害被害者の患者は一般的に自己管理ができていて、服薬アドヒアランスも良好で、通院も中断したことはほとんどないという。

また、心理士のK氏は、ここのチーム医療において、たくさんのスタッフが一人の患者を「厚く支え」ており、患者の方が相談相手を選択するのがベストだと語る。

K: (前略) で、心理士と患者さんとの関係も、必ず相性がいいとかぎらないので、その時にやっぱり他の職種がその部分フォローしてくれてるっていうのは、ありがたいです。で、何て言うかこう、いろんな職種がいっぺんに関わってるような患者さんも、たくさんの人がいる人ほど、厚く支えられてるような感じがするので、こういう問題は、カウンセラーだけが聞けばいいから、他の人は聞かないでっていうことではなく、患者

さんの方が今この人に話してみようと思われるのであれば、その方がたぶんその人にとってのベストなんじゃないかなーと思うので。そういうこう、ただ、患者さんが今この問題をどの人に話そうかっていう時に、やっぱり、会ってみたことがなければ、選べないのもあるので、一度はとか、一度二度は、しっかり話をする機会を、いろんな職種が持っておくのが、いいのかなーと思ってます。

この語りに現れているように、職種の役割を固定して考え、それに患者を合わせていくのではなく、その反対に患者の視点とニーズを中心にして、医療従事者の役割分担がなされていることがわかる。

また薬剤師のU氏は患者とのコミュニケーションが服薬のアドヒアランスに何よりも重要だと指摘した後に、患者に指示するのではなく、患者自身ができると考える選択肢を自分で選択できるように援助するという。

U：そうです。だからまず、患者さんのライフスタイルは必ずお聞きします。で、こちらから何時に飲むっていうのを決めないで、何時だったら飲めそうって聞くんですね。(Y：あー) 患者さんに、いつだったら飲めるかっていうのを自分で考えていただくっていう。(Y：ふーん)

4-3 スタッフの役割の重なりと共同決定・共同責任

患者を中心として同心円上に配置された医療スタッフは、患者のニーズに応じて、それぞれの役割を変化させていくと考えられる。つまり、各々の職種は非連続で干渉ではなく、以下のナース・コーディネーターのG看護師の語りに表現されているように、時には自分たちの職種が何だったかわからなくなるほど、「私ーたち」という形式で共同決定がなされ、共同で責任が取られていることがわかる。

G：そうですね。まあ、けど、その分、私も最初来た時には、看護師の役割って何だろうってすごい思いました。(Y：はーん) まあ、今までは、若干のカウンセラー的に話を聞いたりする役割も自分でやってたし、まあ、若干、ソーシャルワークまではいきませんが、まあ、こういう社会資源があるから、こういうふうに使った方がいいよっていう話は、自分でしてたところで。何だろうなーって私の役目って、最初の時は思いましたね。(Y：うーん) で、やっぱり、まあ、疾患のところとすりあわせて話していくところが私の役目かなーって思ってるんで。(Y：はい) まあ、そうやって、あと、コーディネートですかね。って言っても、たいしたコーディネートしてないんですけど。(Y：いや、いや) 電話してるぐらいなんですけど。(笑い) ほんとそうなんですけどね。

また外来ナースのO氏は初回の受診時に信頼関係を築く時、チームで患者の情報を共有することの了承を取るという。

Y：で、個人の情報に関しては厳重に管理していくっていうような。

O：個室でお話というか、個室に移動してもらって、その後は、やっぱりずっと定期通院をしてもらわないといけないんで、(Y：そうですね) 途中で、来なくなるとかはやめてもらいたいんで、そのためには、やっぱり、信頼関係ができないと、来てもらえないじゃないですか。(Y：そうですね) もうこの病院来たくないとかって思われたら困るんで、(Y：はい) 信頼関係を作っていくように、まあ、自己紹介したりとか、ここはチームで対応しますとか、必要な情報は今から私が聞きますけれども、そのチームで対応するので、そのチームで情報を共有しますが、よろしくお願いますとか。そんな感じで、お話をすすめていって、絶対、つぎも来てもらうっていうふうに。

そして、心理カウンセラーはスタッフの役割の重なっている部分が多いと語る。

K：そうですね、私もそこらへんがやっぱり、最初どうしていくのかっていうところは、やっぱりあったんですけども。心理士はやっぱり心理的な援助っていうのが主なんですけれども、他の職種の方が心理的な援助をしてないかといったら、そんなことはないですよ。やっぱり、看護師さんのかかわりも心理的援助になってますし、ソーシャルワーカーの方も、単に福祉制度を紹介するだけじゃなくって、じゃあこの中でどうしていきこうかって、その方のスキルを上げていくような関わりをされていますし、何て言うか、重なってる部分もたくさんあると、私も思っています。
(Y：うん)

次にソーシャルワーカーのF氏はどうだろうか。彼女の語りによれば、病院によっては福祉制度の申請の時だけソーシャルワーカーが関わる場合もあるという。しかし、広大病院ではチームの中にしっかりと位置づけられているという。というのも以下の語りのように、福祉制度による援助を考える時に、当の患者の治療状況全体を把握することが必要だからである。

F：やっぱり薬代だとか、治療の状況とか、患者さんの治療が、今どこに進んで、どういうからだの状況かっていうのを絶対知ってないと、こちらとしても援助ができませんし、こういう制度を勧めるにしても、治療方針が、今すぐ薬を飲むのか、まあ、飲まなくてもいいのかっていうのが、かなり大きく関わってきますし、(Y：そうですね)入院か退院なのとかか。
Y：それはやっぱり、ミーティングして必ずチームのなかに入っていないと、(F：そうですね) そういうきめ細やかなことができないですよ。

4-4 「私ーたち」のコミュニケーションの調整プロセス

患者と医療者が相互参加する治療においても、「私ーたち」の重なり合いに食い違いや誤解が生じることがある。このような場合には、意見の一致を強制せず、むしろ、食い違いがあることを認めることが、患者と医療チームとのコミュニケーションを調整するステップになるだろう。それにはチームの構成員が誰でも何でも言える対等な関係であることが必要であるし、患者がそれをチームの誰かにオープンに伝えられることも必要である。例えば、ソーシャルワーカーのF氏は「ひどいこと」と断りながらも忌憚なく自分の意見が言える状況を以下のように語る。

F：「こんな長い検査、いましてください」とか「いま必要なんですか」とかなんとか、ひどいことを言ったりして。

そして、コミュニケーションに食い違いが生じた時、心理士のK氏は以下のように対応するという。

K：（前略）また、うちの場合、すごく先生も、みなさん熱心にしてくださっているんですけども、そういう中でも、やはり行き違いがあったりだとか、（Y：はー）このときのこの先生の言葉にすごく傷ついたであるとか。そういう、やっぱりどうしても起こってくる、その上下関係じゃないんですけども、どうしても、ちからの差っていうのがあるので、患者さんはそこで直に先生には言えなくて、ためやすいところもあって。別にそこで、先生悪いねって、一緒にこう煽ることはしないんですけども、やっぱりどこかで、ちょっとはき出してあげると、ずいぶん楽になるなと思います。

以上、4点にわたって広大病院のチーム医療の実践について、チーム構成員

のナラティブから解釈してきたが、結論として、広大病院の HIV チーム医療は患者を中心に、患者自身の生活理解をベースにしながら、患者のニーズに応じて可変的な役割を各々の職種が取っていくフラットな機能的チーム医療を実践していることがわかった。ここでは字義通りに共同で決定がなされるために、その時々で成立する関係性に共同で責任を取る態勢が取られている。またコミュニケーションの食い違いにも対応できる柔軟さも有していることがわかった。

5. まとめにかえて

私は 1980 年代初頭に米国から導入された血友病の包括医療について、最近のチーム医療の社会学的考察に基づいて、その性格づけを行った。つまり TOHC は最初から慢性疾患に対応したチーム医療として定義されており、患者の生涯にわたるライフステージを視野に収めて患者のニーズを充足するために、多種多様な専門分野のスタッフが、ミーティングと討議を通して情報と治療目的を共有するとされている。これは鷹野の言う機能的チーム医療の定義にはほぼあてはまる。ただし、知識社会学的な視点から見れば、TOHC は実質的には機能的チーム医療を実践しながらも、同時に伝統的な医師主導の形式的チーム医療を混在させていると結論づけた。そして TOHC に学びながらも、独自の包括医療を続けてきた NKHC は、1990 年代以降の論文において、患者の権利を中心とする新しい医療観に即した表現をとっていた。

確かに血友病の包括医療は、1990 年代以降の新しい医療観を実現するための医療システムを構築する制度的土台になる可能性を持っている。しかし、患者の権利に関する自己決定という用語が内容の空虚な魔法の合い言葉として使われているだけでは、1980 年代の包括医療と 1990 年代以降のそれ、そして、HIV のチーム医療を縦断的に評価することはできない。よって、私は小柳正弘 (2009) の緻密な議論を頼りにしながら、自己決定の具体的な内容について社会的に検討し、自己決定には他者が深く関わっており、自己決定が可能にな

るのは、私が他者との関係性に支えられているからであると結論づけた。これを医療の場にあてはめれば、医療者が患者の生活世界を十分に理解し、患者の「中核的自己」の意思に即して患者の決定を援助することになる。そしてこの医療の場は、患者も医療者も相互に参加する可変的な場であり、それこそが機能的チーム医療である。

最後に、中四国エイズセンターの拠点病院である広島大学病院の HIV 治療チームについて、構成員の語り（ナラティヴ）を基に、その特徴を明らかにした。結論として、広大病院の HIV チーム医療は患者を中心に、患者自身の生活理解をベースにしながら、患者のニーズに応じて可変的な役割を各々の職種が取っており、コミュニケーションの食い違いにも対応できる柔軟さも有していることがわかった。こうして全体を振り返ってみると、以下に広大病院の FJ 医師が語っているように、1980 年代に導入された包括医療も治療システムとしては、その後の HIV のチーム医療と共通するものを多く持っていたと結論できる。しかしそれを機能的なチーム医療として実践できるかどうかは、まさに日々の実践にかかっているとと言えるだろう。

FJ：まあ先進的な取り組みに関して言えば、やはりその血友病というものの、やはりその疾患のバックグラウンドがあるじゃないですか。（Y：はい）たとえばまあ、昔からある病気で、誰もが問題意識があって、で、まあ、ぜんぜんこう手が出せないレベルじゃないんですね。（Y：はい）たとえば、癌みたいに、もう絶対にこの癌だったら終わりっていうもんでもない。ある程度コントロールをうまく、医療のケアがこううまく介入できれば、かなり改善されるっていうのが、あらかじめわかっている。（Y：はい）だからそういうところに対して、こうケアをチーム医療として入ろうという気持ちにさせたというかな。そういう意味ではかなりあると思いますね。（中略）[HIV の治療にも※山田補足]同じ体制が必要になりますね。で、まあ、ある意味、HIV を利用して、そういうケアができるような体制

を、モデルを作ってしまったというところがあるんです。

注

- 1) 血友病治療の歴史的概観については、種田博之（2009）を参照。
- 2) この問題への知識社会的視点の重要性を指摘したのは種田博之（2006）である。
- 3) 実際にこの問題集をサマーキャンプにおいて実施した結果報告が、白幡・中村（1984）である。
- 4) 例えばこの間、診療機関においても HIV 感染が偏見を持って排除の対象とされた事例については、垣下・日笠（2005）を参照されたい。
- 5) 2006-7年にかけて、お忙しい中、快くインタビューに応じていただいたチーム医療スタッフに感謝する。なお当時のインタビュー対象者は、医師の高田昇氏と藤井輝久氏、看護師の後藤文子氏と小川良子氏、心理士の喜花伸子氏、ソーシャルワーカーの船附祥子氏、薬剤師の畝井浩子氏と藤田啓子氏である。

引用文献

- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance*, Atherton Press., 進藤雄三・宝月誠訳, フリードソン 1992, 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣
- 細田満和子, 2000, 「医療における患者と諸従事者への視座—「チーム医療」の社会学・序説—」『ソシオロギス』24号, 79-95頁
- 稲垣稔・宮崎昭・野口正成, 1983, 「血友病児の心理的問題と生活指導」『小児の精神と神経』vol.23, no3-4
- 稲垣稔, 1984b, 「血友病治療における教育の意義」『echo』2号
- 垣下策三・日笠聡, 2005, 「血友病と HIV 感染症」『兵庫医大医学会誌』第30巻3号, 247-254頁
- Kleinman, A., 1988, *Illness Narrative*, Basic Books, 江口重幸, 上野豪志, 五木田紳訳, 1996 『病いの語り』誠信書房
- 小柳正弘, 2009, 『自己決定の倫理と「私—たち」の自由』ナカニシヤ出版
- 小松美彦, 2004, 『自己決定権は幻想である』洋泉社新書
- 小野織江・白幡聡「血友病患者と血友病 HIV 感染者の障害受容」『総合リハビリテーション』22巻10号, 843-848頁
- 白幡聡・中村外士雄, 1984, 「血友病の家庭治療指針」『小児科の進歩4 小児科学年鑑』診断と治療社, 277-281頁
- 白幡聡, 1995, 「血友病の包括医療—小児慢性疾患に対するトータル・ケア・システムの雛形—」『日本小児科学会雑誌』99巻8号, 1387-90頁
- 白幡聡, 2006, 「出血性疾患の包括医療」『臨床血液』47巻2号, 96-105頁

- 白阪琢磨, 2006, 『HIV 診療における外来チーム医療マニュアル』大阪医療センター, HIV/AIDS 先端医療開発センター
- 鷹野和美, 2003, 「患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開」『広島県立保健福祉大学誌 人間と科学』3巻1号, 1-7頁
- 種田博之, 2006, 「血友病治療感の社会的構成」『輸入血液製剤による HIV 感染被害問題の社会学的研究—医師への聞き取り調査を中心に—第3次報告書—』輸入血液製剤による HIV 感染被害問題調査委員会
- 種田博之, 2009, 「第1部 医師はどのように捉えていたのか—医学論文が記述した HIV/AIDS」『医師と患者のライフストーリー』第1分冊論考編, 輸入血液製剤による HIV 感染問題調査研究委員会, 23-134頁
- 東京荻窪病院ヘモフィリアセンター, 1984a, 「血友病患者の自己注射と包括医療」『看護技術』vol. 30. no16
- 山田兼雄・稲垣稔, 1984c, 「血友病患児とその家族の管理」『小児科』vol. 25, no5