

医療サービスにおける「便益遅延性」のマネジメント に関する一考察 — 看護師インタビュー調査をもとに —

A Study on the Management of “Delayed Benefit” in Medical Services
: Based on Interview Research of Nurses

高室 裕史*

Hiroshi Takamuro

本稿の目的は、医療サービスにおける「便益遅延性」のマネジメントの可能性に関する探索的な考察を行うことである。看護師へのインタビュー調査を通して、便益が遅延する中で患者参加の促進、価値観的便益の形成、組織としての価値形成の実現がいかに可能とされるのかを考察する。考察の結果、患者参画型の看護計画の導入や患者の背景の把握に基づく看護実践、部門横断的な患者対応などがその背景にあることが確認される。

キーワード：便益遅延性、患者参加（参画）、価値観的便益、看護実践、質的データ分析

I. 問題意識

近年、様々な革新的な事象や議論の展開のもとに、サービス・マーケティングあるいはサービス・マネジメントに関する議論があらためて広がりを見せてきている。それらの議論に共通した論点の1つは、「サービス」が生み出す価値の可能性を問うものであるという点であろう。

こうした「サービス」の中で、本稿が着目するのが、「便益（価値）が遅れて発現するタイプのサービス」、すなわち「便益遅延型サービス」における価値形成の問題である¹⁾。先に、高室（2014a）（2014b）において、医療サービスを対象に「便益遅延性」を捉える枠組みを検討したところであるが、そこでは、「便益遅延型サービス」において、顧客満足やサービス品質の向上を追求しようとする際に認識される特有の課題として、次の2つの課題を確認し、考察を開始した。

第1が、評価指標としての「顧客満足度」の妥当性に関する課題である。「便益遅延型サービス」では、サービス提供プロセス内での評価を求めようとしても、それは目的とする便益がまだ発現していない段階での評価を求めることになる。このため、便益が発現するプロセスの途中にあることを考慮した評価尺度をいかに開発しうるのが課題となる。

第2が、サービス品質の向上の要素の充足に関する課題である。特に顧客と直接に接するタイ

*流通科学大学総合政策学部、〒651-2188 神戸市西区学園西町 3-1

プのサービスの価値形成においては、サービス提供プロセスへの「顧客参加」を前提とした「顧客との協働による価値の形成」が強調される²⁾。しかし、「便益遅延型サービス」では、便益が同時的には発現しない。このため、便益の実感に基づく顧客参加意欲の向上は前提にしないことになる。この条件下で、いかに顧客参加を促進しうるのかが課題となる。すなわち、それは、「目的とする便益の発現が遅延するとしてもサービス提供プロセスへの参加意欲を引き出すような方策はないか」、あるいは、「もしそれに関わらず参加意欲が引き出される事象があるとすればそれはどのようなメカニズムによるものなのか」、こうした問いに展開される課題となる。

高室（2014a）（2014b）では、以上のような2つの問題意識から出発しつつ、 α 病院の乳がん患者を対象としたインタビュー・データの分析を通して、患者側（医療サービスの受け手側－以下、同じ）の視点から「便益遅延性」を捉える枠組みに関する考察を行った。本稿は、その中でも特に後者の課題を引き継ぎつつ、看護師を対象としたインタビュー・データをもとに、医療者側（医療サービスの提供者側－以下、同じ）の視点から、「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の実態を確認するとともに、そのマネジメントの可能性を考察しようとするものである。

以下、第2章において本稿の調査問題を設定し、第3章で調査概要と分析方法を提示する。第4章では分析結果を記述し、第5章で考察を行う。そして、第6章では、小結として、インプリケーションと今後の課題を提示する。

II. 調査問題の設定

本章では、前章に確認された問題意識のもとに、本稿における調査問題の設定を行う。まず、第1節において、本稿における考察の前提として、高室（2014a）（2014b）において提示された「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴を確認する。そして、第2節において、本稿の調査問題を提示する。

1. 「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴

高室（2014a）（2014b）では、5病院の患者54人のインタビュー・データから α 病院における乳癌患者5人のケースを選定し、分析と考察を行った。この考察によって仮説として提示された「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴は、下記の3点であった³⁾。

第1に、 α 病院の乳がん患者の事例分析によれば、医療サービスにおける便益の形成においては、「機能的便益」（疾病の身体的回復あるいは改善に関わる便益）や「感情的便益」（不安や恐れなどネガティブな情動の解消に関わる便益）による同時的な便益形成の経験と患者自身による現状の受容努力の積み重ねのもとで、「価値観的便益」（生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成にかかわる便益）が形成（あるいは向上－以下、同じ）されるというプロセスを想定しうるということである⁴⁾。すなわち、ここでは、手術の成功や感情の起伏を中心とした短期的な便益とは別の次元に位置付けられる価値観的便益の形成が、医療サービスにおける価

値を生み出す基礎となりうることが想定されることになる。

第2に、この価値観的便益の形成を実現していくにあたっては、患者の参加行動が鍵となるということである。ここで強調される点は、患者は、サービスの受け手ではなく、むしろ便益形成の主体として捉えられるべき存在となるということである。この意味で、一般のサービス財に対する「サービス財は、顧客との協働で価値が形成される」という特質の指摘とは、その文脈を異にする。すなわち、ここでは、「患者参加」は価値形成の前提であり必須の要素として取り扱われるものになっている。

第3に、上記のように、医療サービスによって形成される便益を価値観的便益を中心に捉えるとすれば、2重の意味で、医療サービスにおける便益は必ず遅れて現れるという性質を持つものとして捉えうるものになるということである。1つは、医療サービスの提供プロセスにおける同時的な便益形成の経験と現状の受容努力の積み重ねのもとでの形成の結果として「遅れて現れる」ということ、もう1つは、便益形成の主体たる患者自身の取り組みにおける形成の結果として「遅れて現れる」ということである。この観点からすれば、医療サービスにおける「便益遅延性」の特質は、「所与の便益が遅れて発現する」という理解ではなく、「医療プロセスにおいて、便益形成の主体たる患者と医療者との間で形成されていく便益が、それとして認識されることで発現する」という理解によって捉えられるものとなる。

2. 調査問題の設定

これらの仮説を、医療者側における医療サービスのマネジメントの観点から捉え直すとすれば、次のような2つの論点が提示されることになる。1つが、医療サービスのマネジメント課題の背景には、いわば「必然的な便益の遅延」とその一方で「より完全な患者参加の要請」という相反する関係があることが想定されるということである。これは、先にみた「便益が同時的には発現しない中での参加意欲の向上」という「便益遅延型サービス」に想定される課題が、より深刻なものとなって現れることを意味する。

もう1つが、医療サービスが追求すべき便益として、価値観的便益の形成が1つの焦点となるということである。これは、従来から焦点とされてきた疾病の身体的回復・改善や、不安や恐れなどネガティブな情動の解消に関わる便益はそれとしつつ、生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成にかかわる便益を追求していくことの意義をより強調するものとなる。

本稿は、以上のように提示される論点を念頭に置きつつ、 α 病院の看護師へのインタビュー・データの分析をもとに、医療者側の視点から、「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の実態を確認するとともに、そのマネジメントの可能性を考察することを目的とする。この考察にあたって、本稿で設定する調査問題は、次の3点である。

第1に、「便益が遅延する中で、どうすれば患者の医療プロセスへの参加意欲を引き出しうるのか」という問題である。上記にみたとおり、便益が遅れてしか発現しないため、参加意欲の低下

が想定される一方で、便益形成の主体としてのより深い患者参加が要請される、という相反する課題を克服していけるような医療実践とはどのようなものかがここでの確認点となる。

第2に、「価値観的便益のような価値をいかに形成しうるのか」という問題である。価値観的便益とは、生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成に関わる便益であった。あるいは、疾患の治療行為の成否等とは別の次元における便益として、医療サービスにおける価値を生み出す基礎的な便益となりうるものが想定されるものであった。 α 病院の患者側からの調査では、例えば、感情的便益や機能的便益の形成の経験や現状の受容努力の積み重ねが価値観的便益の形成の背景にあることがみてとれたが、医療者側の視点からすれば、価値観的便益を中心とした価値形成を実現しうるような医療実践とはどのようなものなのかがここでの確認点となる。

第3に、「組織としていかに価値形成を実現しうるのか」という問題である。医療サービスの提供は、医療組織を単位に行われている。この視点からすれば、上記に整理した参加行動の促進や価値観的便益の形成などの課題は、個々の医療提供者と患者間における問題としてではなく、広く医療組織のマネジメントに関わる課題となる。組織として参加行動を促し価値観的便益を形成していくような医療組織のマネジメントとはどのようなものか、これがここでの確認点となる。

Ⅲ. 調査概要と分析方法

前章に設定された調査問題について、 α 病院の看護師を対象としたインタビュー調査をもとに考察を行っていくことが以下の課題である。以下、本章では、調査概要と分析方法について整理しておく。第1節において調査概要を、第2節において分析方法を整理する。

1. 調査概要

実施概要

今回、分析の対象とするインタビュー・データは、 α 病院の3名の看護師を対象としたインタビュー調査により収集されたものである。 α 病院は、一般病床数が約570床、標榜科は35科を有する、地域での基幹的な役割と機能を持つ病院である。インタビュー調査は、この α 病院において、2014年4月～5月に行われた。また、調査対象とされた3名の看護師は、 α 病院に勤務する看護師長クラスの看護師である。実施概要は表1のとおりである⁵⁾。

表1. 看護師インタビュー調査の実施概要

調査対象者	現在の担当・役職	調査実施日	調査場所	インタビュアー
A 看護師	外来担当・師長クラス	2014年4月28日	α 病院	2名
B 看護師	外来担当・師長クラス	2014年5月9日	α 病院	3名
C 看護師	病棟担当・師長クラス	2014年5月9日	α 病院	3名

調査対象の選定

調査対象の選定理由についてみておく。まず、 α 病院の看護師を対象として選定した理由は、高室（2014a）（2014b）において分析対象とされた α 病院の乳がん患者の事例それぞれが便益遅延型サービスの特徴を示すとともに、多くの事例において価値観的便益の形成を中心としたポジティブな価値形成を実現するに至っていることがみてとれたことである。こうした価値形成を実現していることが伺える1つの適合事例として α 病院の看護師を調査対象とすることで、本稿が目的とする「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の実態の確認、そしてそのマネジメントの可能性の考察における示唆を得ることが期待しうる。あわせて、同じ病院組織において、患者側と医療者側の双方の認識を確認することにより、患者側と医療者側の相互関係を想定しつつ、分析結果や背景の考察を行うことが期待しうる。

また、今回の調査では看護師長クラスの看護師を対象としているが、その理由は、第1に、現在の看護実践とあわせて、より広くこれまでの豊富な経験を踏まえた発言を期待しうること、第2に、看護師自身の看護実践とあわせて、より広く担当部署や病院全体の状況も踏まえた発言を期待しうることによるものである。

調査内容

インタビューは、1名の調査対象者に対して2～3名のインタビュアーが同席する中で、大まかな質問項目を整理したインタビュー・ガイドに基づきつつ行われた。質問項目は、調査問題に設定した課題を明らかにするべく、便益遅延性に関する認識及び患者参加に関する看護の取り組みや課題等を中心とする内容とされた。インタビュー・ガイドは、図1のとおりである。

また、この質問項目は、調査対象者にも事前に手渡された。インタビューにあたっては、このインタビュー・ガイドに添いつつも、現場の実態や調査対象者の認識等を可能な限り共有していくべく、その場の状況に応じて、比較的オープンで自由度の高い対話のもとで進められた。

なお、インタビューは、調査対象者1名ずつ別々に実施された。このため、調査対象者の3名の間での相互の対話は生じていない。インタビュー・データはそれぞれ相互の発言の影響を受けることなく、個々の観点から発言されたものとなっている。また、調査対象者は、高室（2014a）（2014b）の内容は確認していない。このため、患者ヒアリング調査結果の影響を受けることのない状況の中で、インタビューが実施されている。

2. 分析方法

分析方法の選定

インタビュー・データの分析については、主として、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」の手法を採用しつつ進められた。佐藤（2008）は、調査現場で得た質的データの分析にあたり、その文脈を損なわずに研究課題上の意味への翻訳と記述を可能とする手法⁶⁾として、「事例ーコード・マトリクス」を用いた「脱文脈化」と「再文脈化」による記述手法を提示している。

■お伺いしたい事項

1. 差支えない範囲で結構ですので、現在のご担当、及び現在のご担当に至るご経歴について、お教えください。
2. 私たちは、医療は、「便益がすぐには現れない」という性質（便益遅延性）を持つことで、例えば、「患者が自身の治療に積極的に参加しない」などの課題が生じるのではないかと想定しているのですが、いかがでしょうか。実際に、こうした性質を感じられるようなことはあるでしょうか。もし、あれば、具体的なエピソードなども含めて、お教えください。
3. 私たちは、治療プロセス（あるいは医療サービスの提供プロセス）に応じて、患者との接し方や留意すべき点などが変化するのではないかと考えています。この点に関して、実際にどのようなプロセスを意識されているのか、そして、それぞれのプロセスにおいて、どのようなことに留意されているのか、などについて、具体的なエピソードなども含めて、お教えください。
4. 私たちは、医療サービスにおいて、患者参加は、品質向上の鍵となる要素なのではないかと考えています。この点に関して、下記の内容をお教えください。
 - (1) どのような患者参加が求められるでしょうか。あるいは逆に、どのような患者参加は避けられるべきでしょうか。
 - (2) 患者参加を促進するために、個人として取り組んでおられることや、気をつけておられることがあればお教えください。
 - (3) 患者参加を促進するために、組織として取り組んでおられることや、気をつけておられることがあればお教えください。
 - (4) 患者参加がうまくいった事例やエピソードがあればお教えください。また、逆にうまくいかなかった事例やエピソードがあればお教えください。
5. 私たちは、貴院では、看護師の方々の満足度が高いように感じています。この点に関して、下記の内容をお教えください。
 - (1) 実態としてどのように感じておられますか。またその要因はどこにあると思われますか。
 - (2) 他の病院と比べて、貴院の特徴はどのような点にあると思われますか。

図 1. 「インタビュー・ガイド」の内容

質的データ分析の最初の手続きは「定性的コーディング」、すなわち、収集された文字テキストデータに対して、それぞれの部分が含む内容を示す「コード（定性的コードー以下、同じ）」を付与していく作業である。コードが付与されたひとかたまりの文章（部分）は「文書セグメント」と呼ばれる。すなわち、文字資料が、コードを割り当てられることによって、そこに埋め込まれていた文脈から切り離され、その後の分析にとっての基本的な素材ないし部品のようなものになる。この手続きが、佐藤（2008）がいう「脱文脈化」（あるいは「セグメント化」）である。

次に、脱文脈化された文書セグメントを研究課題や理論に応じた報告・分析資料へと組み上げていく作業が「再文脈化」である。再文脈化には、文書セグメントを分類・配列していく「データベース化」の段階（第1段階の再文脈化）と、データベース化された部品を報告書の文章という新たな文脈の中に組み込んでいく「ストーリー化」の段階（第2段階の再文脈化）がある。質的データ分析の結果は、最終的にはこのストーリー化による記述において提示されることになる。

そして、このストーリー化において、事例の特殊性にとらわれて一般的なパターンを見失ったり、少数の事例に基づいて過度の一般化を行ってしまったりというような罠に陥ることを避けるものとして提示されている手法が「事例ーコード・マトリクス」である。「事例ーコード・マトリクス」とは、「事例」と「コード」を2軸としたマトリクスに文書セグメントを位置付けてい

く枠組みである。この作業により、「一方では、文書セグメントに含まれる意味内容をその文脈的な位置づけを見失わないようにしながら的確に把握し、他方では、コードないし概念的カテゴリー間の関係を中心とした、より一般的で抽象的な概念モデルを構築していく作業にもつながっていく」⁷⁾ものとされている。

本稿では、複数の看護師を対象としたインタビュー・データから、便益遅延型サービスにおける参加意欲の向上や価値形成のメカニズムを個人及び組織のマネジメントのレベルで明らかにしていこうとするものである。この分析と考察を行っていくにあたり、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」の手法を採用することで、各看護師から語られる様々な発話を過不足なく把握しつつ、各調査問題の鍵となる概念を全体として取り出していくことが期待される。

本稿における分析手続き

以上の検討から、本稿では、主として、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」の手法を採用しつつ分析を進めた。具体的な手続きは以下のとおりである。

まず、看護師3名のインタビューを録音した音声データを全て文字に起こし、文字テキストデータを作成する。次に、この文字テキストデータを読み込み、定性的コードを付与し、文書セグメントを作成していく。

この脱文脈化の作業を行った後、まず第1の再文脈化として、データベース化を行う。このデータベース化において、データ整理の枠組みとするのが「事例ーコード・マトリクス」である。事例（文書）としての各インタビュー・データとコードの2軸によるマトリクスに、文書セグメント位置付けていくことで、インタビュー・データを整理する⁸⁾。

こうしてデータベース化を行った後に行われる作業が第2の再文脈化であるストーリー化である。このストーリー化の作業の結果は、本稿の分析結果となる「事例記述（ストーリー化）」として、次章において提示される。

なお、次章において実施される事例記述（ストーリー化）に留意される点として、次の3点を補足しておく。第1に、今回の事例記述の単位は「α病院」である。すなわち、今回の分析では、各看護師のインタビュー・データのそれぞれを「文書」としつつ、「事例」としては「α病院」を1つの単位とした事例記述（ストーリー化）を行う⁹⁾。

第2に、ストーリー化に際して提示する文書セグメントは、「要約（あるいは縮約ー以下、同じ）」を行ったものとする。特に、今回の分析は、発話形態ではなく、発話内容が重視される。このため、可能な限り元のテキストを使用しつつも、それぞれの文書セグメントの内容が1つの記述として理解できるよう、前後の文脈やインタビュー時の会話の流れなどを勘案しながら要約（あるいは縮約）を行うこととする¹⁰⁾。

第3に、事例記述にあたっては、各コードに該当する文書セグメントを抜粋していくが、そのコードに含まれる全ての文書セグメントを事例記述内に抜粋するものではない。「事例ーコード・

マトリクス」の枠組みに従いつつ、代表的な文書セグメントを抜粋することにより記述を進めていく¹¹⁾。

IV. 事例記述（ストーリー化）

以上に整理された調査問題及び分析方法に基づき、本章では、α病院の看護師へのインタビュー調査において収集されたインタビュー・データの分析結果としての事例記述を提示していく。

第2章で設定した調査問題は、第1に便益が遅延する中での患者参加の促進の問題（「便益が遅延する中で、どうすれば患者に対して医療プロセスへの参加意欲を引き出しうるのか」）、第2に価値観的便益の形成の問題（「価値観的便益のような価値をいかに形成しうるのか」）、第3に組織としての価値形成の実現の問題（「組織としていかに価値形成を実現しうるのか」）であった。こうした問題への対応の背景にあるα病院の取り組みや認識を確認していくべく、今回のインタビュー・データの分析として再文脈化された結果を以下にみていく。

1. 患者参画型の看護計画の導入と目標設定

便益が遅延する中での患者参加の促進の問題に関する発話からみていくこととしよう。「患者参加」というテーマに関連して発話されたα病院の取り組みの1つが「患者参画型の看護計画」である。α病院では、以前より、看護計画を患者と共に作成する取り組みが推進されているという。当初は、「看護目標を患者に見せる」という段階から始められたが、現在では、患者や家族と直接に相談しながら個々の看護計画を作成するに至っている。

【要約・抜粋1】(C 看護師)

患者参加を促進するためということでは、何年くらい前か、かなりになるのですが、患者参画型看護計画を推進しています。私達の目標ではなく、患者さんの看護の計画です。患者さんがどうなりたいか、患者さんや家族と話を決めて決めます。そして、「この目標には、こういうことが必要ですね」ということをこちらが考え、「これで良いですか」と患者さんに説明するということを行っています。

最初は、目標を患者さんに見せるというところから始まったのですが、行っていくうちに、「患者さんがどうなりたいかという目標は、患者さんと相談しなければいけない」ということで、患者さんと相談したり、患者さんが無理な場合はご家族の希望であったり、そういうところを取り入れています。

また、それをするために、「患者さんはどういう背景の人か」、「これからお仕事はどうするのか」、「一人暮らしなのか、そうではないのか」というような（確認も行っていますー筆者注。以下、同じ¹²⁾）。

上記にもみられるが、患者参画型の看護計画の作成の基盤となるものとして、特に強調された点の1つが、「患者目標（患者側からみた目標ー以下同じ）」を共に設定していくことであった。この点については、B 看護師も、患者と目標と一緒に見出していき、共感することができれば、患者の意欲が変化しうると語っている。

【要約・抜粋 2】(B 看護師)

「目標や目指すものが何なのか」というところと一緒に見出して、「そこに向かうために自分達の看護をどうしていくのか」、また、「患者さんはここを頑張りましょうね」というところを共感できれば、長い目で見て頑張り様は変わるのかな、というところですかね。(ただし) 結果がすぐに現れないと患者さんにとっては辛い。

なお、「目標を患者と共に設定していく」とは言うものの、何もないところから患者との相談を始めるというような主旨ではない。医療者側で方針を確実に定めるとともに、それを医療者間で共有しておくこと、そのうえで患者とともに検討を進めていくこと、こうしたプロセスが患者参加を促進していくために必要とされることが確認される。

【要約・抜粋 3】(B 看護師)

(患者参加を促進するために気をつけることとして)、患者さんに伝える前の段階がすごく大事では、と思います。例えば、看護師間で目標をどうするか、看護師と医師との間で目標をどうするか、自分達の方針をどうするか、というようなところは、まず、患者さんに参加してもらう前の段階でやらなければならない。そこは、患者さんに参加してもらう前にやるべきことだと思います。

2. 短期目標の活用

こうして目標を患者と共に設定し、その達成に向けて取り組んでいくわけであるが、【要約・抜粋 2】の最後にも言及されているように「結果がすぐに現れない」場合、患者は辛い思いをすることになる。この課題に対してとられる手段の1つが「患者と共に、短期的な目標を設ける」ということである。

看護計画において設定される目標には、長期目標と短期目標の2つがある。この内、特に、短期目標については、「現状からかけ離れたようなものではない程度の目標を設定し、それをクリアすれば次の目標に向かう」というような方法がとられている。このように、短期的な目標を患者と意思を共有しながら設定し、少しずつであっても目標の達成を実感してもらうことが、治療への参加に向けた前向きな気持ちの形成に大きな影響を与えていることが語られる。

【要約・抜粋 4】(C 看護師)

長期目標と短期目標というのを決めます。あまりかけ離れたものではない程度の短期目標を何回か(決めます)。一つ決めて、それをクリア出来たら次に、また目標決めて次に、というようなやり方をしています。

【要約・抜粋 5】(B 看護師)

長い目標ってなかなか到達が難しいので、その中で、「今はここを目標にしましょう」という短期目標を入院期間中に設けていて、「ここまで来ましたよね」ということを実感してもらいながら、少しずつ

つ前に進むということ、そして、それを患者さんと共有できているか、また（それが）患者さんの思いに即しているか、これが、「患者さんが治療に参加するか」、また「前向きになってもらえるか」にすごく大きく（影響します）。私達も、絶対、患者さんに参加してもらうべき（だと思っています）。それによって結果は変わってくると。

では、具体的に、短期目標として、どのような目標が設定されているのだろうか。インタビューでは、大きく医療上の目標と生活上の目標の2つのパターンがあることが語られた。まず、前者の医療上の目標の事例をみておこう。B 看護師より、脳卒中の患者の事例が語られた。

【要約・抜粋 6】（B 看護師）

脳卒中の患者さんであれば、すごく麻痺が残ったりするので、「車イスでこれぐらいまで」というような短期目標を、ADL（日常生活動作）のレベルに合わせて、少しずつ前に進めていくなど、脳外科や神経内科のユニットではすごく気をつけてやっていますね。（中略）。脳卒中の人は、やはり、今まで出来ていた機能が大きく落ちることが多いので、それに対して、どれだけ関わって、前向きになってもらえるかということが、すごく重要です。意識レベルが比較的（高く）、受け答えが出来る患者さんの方が、機能喪失に対する悲観（や落胆）がすごく強いので、「今週はこれぐらい出来るようになりましたよね」というようなことを伝えて感じてもらうということを、すごい大事にしていると思います。「短期目標を実感してもらう」とは、そういうことなのかなという気がしますね。

次に、後者の生活上の目標については、A 看護師より、継続的に化学療法を行っている患者の事例が紹介された。

【要約・抜粋 7】（A 看護師）

（例えば、治癒を目的にした化学療法は）少々しんどくても患者さんは頑張れると思うのですが、再発や進行癌の場合は、なかなか「頑張ろう、頑張ろう」では難しいところがあるのですね。（中略）。（そういう場合は）生活を大事にするというところを、患者さんと目標を持ちながらやっているような気がしますね。（中略）例えば、「娘さんの結婚式があります。その日がいついつなので、その日に向けて体調をどう整えるか」（などです）。化学療法は定期的にやらないといけないのですが、その日に合わせて、化学療法の日程を医師と合わせてどう調整しようかとか、その時期に副作用が強く出ないようにするにはいつぐらいの時期に使用すればいいのかとか、そういったことを調整したりというようなことですね。

3. 長期的視点に基づく目標設定と看護実践

以上に、「結果がすぐには現れない中での対応として、まずは短期的な目標を患者と共に設定しその達成を実感していく」という取り組みがなされていることをみてきた。それは、便益が遅延

する中でも患者参加を促進しうる背景の1つとなるものとして捉えうる内容であったといえよう。

但し、α病院では、そうした短期目標の設定のみが強調されているわけではない。むしろ、長期的な目標、すなわち、患者の退院後も見越した長期的な時間軸を基本に考えることの重要性が強調されている。

具体的には、同病院では、「現在の治療という“点”で考えるのではなく、患者の生活や人生という“線”で、看護を捉える」ということが強調されている。「線」としての視点から、どのように個々の患者の目標に関わっていくことができるのか、そして、どのように患者の将来に繋いでいくことができるのか、これが、急性期の看護に求められていることであることが強調される。

【要約・抜粋8】(B 看護師)

「結果がすぐに現れないと患者にとっては辛い。その中でどうすれば参加するのか」という点について、その鍵となることは) 目標だと思います。看護部長もよく言うのですが、急性期の病院は、患者さんの人生の(中での) 点でしかないっていう言い方をよくするのです。(中略) 急性期の病院は、患者さんの人生の中では一瞬です。「その一瞬の前後を自分達がどう関わって、患者さんにどう過ごして頂くかによって、患者さんの人生が全く変わる」とよく言うのですが、(患者さんの中には)「今、目の前にあるところだけを治して頑張りたい」と思う方も当然いらっしゃると思いますし、「人生の中で、こういうふうに生きたいから、今、ここを頑張る」と思える人もきっといらっしゃる。そこは、やはり目標(の持ち方)なのかなと思うのですね。どんな目標でもいいと思うのです。でも、(短期的な目標を中心として持つ患者であっても)、「(今を) こういうふうにコントロールしたい」という先には、「(将来は) こういうふうに過ごしたい」ということが絶対あるはずだ、ということと一緒に見ることができるかどうか(が大事だと思います)。(中略) 私達の病院は急性期の関わりなのですが、「ここを退院したからその人は大丈夫」ではない。「私の病院で担う看護はここだけでも、必ず(その先へ) 私達がつなぎますよ」と、そこまでが、急性期の看護なのかなと思います。

そして、実際に、例えば、α病院では、退院後の転院先やそこでの治療の継続も含めた目標設定が行われている状況が語られる。

【要約・抜粋9】(B 看護師)

急性期の病院を退院する時で完結する人はそこでいいと思うのですが、次の病院でリハビリを継続して、家(での生活)を目指す人であれば「どういう姿でご自分の家に戻りたいか」という思いは、きっと持っていらっしゃると思うのですね。(例えば) 整形外科の疾患の人で、「今は、車イスだけでも、1本杖で歩けるようになって、家に帰りたい」と思っている方がいらっしゃる場合、そこまでは、当院でのリハビリの継続は、急性期病院のため、無理なので(転院先をご案内することになります)。「では、そこを目指して、後どれぐらいの期間リハビリ病院で頑張らしましょうね」という、そこを一緒に目指していけるかどうか(ということです)。

4. 患者の背景の把握と共有に基づく看護

ここまでの記述において、 α 病院で患者参加が促されている背景に、長期的な視点と短期的な視点の双方から個々の患者を捉えつつ、「患者目標」の設定をはじめとした患者参画型の看護を実践していくといった取り組みが α 病院で進められていることがみてとれた。

そして、こうした看護の実践にあたって、より広く、患者との関わり全般にわたる鍵として強調された点が「患者の背景の把握と共有」である。例えば、B 看護師は、「看護師がみているものは“病気”ではない」という観点から患者の背景を把握することの重要性を強調する。

【要約・抜粋 10】(B 看護師)

「治療とか病気に関することだけを知る」というのは少し違うかなと思っているのですね。同じ疾患であっても、その方の人生によって、その疾患がその人にどう関係するかっていうのは、個別性があったり、絶対に違うと思うのです。(このため)その人が抱えてる背景をやっぱり知らないといけない。私達の見ているものは、決して病気ではないということですね。(中略)。その人を支える人がいるのかとか、家族背景がどうなのかとか、社会の中ではどういう位置にあるのかとか、そういうものを全部知って、(そうすることで)、その人に適したアドバイスが出来たりとか、その人に適した話の聞き方が出来たりするのだと思う。その人を知るということが必要だと自分では思っています。

また、C 看護師も、乳がん患者の事例を挙げながら、個々の患者の背景の把握の実態とその必要性に言及する。

【要約・抜粋 11】(C 看護師)

(例えば)がん患者さんの場合は、告知されて次に治療に移る際に、納得し決断されてきているのかどうかであるとか、乳がんの場合は、どういう経過でこの手術を決められたのか、というところを確認させてもらいます。納得して向き合えている方がほとんどですが、中には「いやあ本当は…」とおっしゃる方がいらっしゃいます。(そういう場合は)「明日、手術ですが、もう一回、先生と話も出来ますよ」というようなことを話して、先生と面談して頂くこともあります。(中略)。このように、がん患者さんの場合は、どう決断されたとか、周りのどの方達まで病気のことを話せているかというところは確認しつつ、患者さんの背景をキャッチするようにはしていますね。

あるいは、A 看護師は、化学療法における患者支援の事例において、「点」と「線」で看護プロセスを捉える視点にも触れつつ、治療上と生活上の両面から、患者の背景を把握することの重要性を語る。

【要約・抜粋 12】(A 看護師)

やはり情報共有はしていけないと、私達は、点でしか接していないので、点を線でつなげないと、その患者さんのことが分からない。例えば、化学療法の場合は副作用があり非常に強く出ますので、患者

さんの生活背景などが分からないと（化学療法を安全に行うことが出来ない）。（中略）。このため、患者支援はしっかりしていくようにしています。（中略）患者教育のことを私達は患者支援といっているんですけど、「患者さんがどうすれば出来るのか」ということを患者さんと一緒に考えないとなかなか出来ないのです。一緒に考えるときに、患者さんがどんな生活をしているか、どんな仕事をしているとか、家族構成はどうであるとかっていうことを知らないと、どういったケアを生活に組み込んでいけばいいかっていうのは、なかなか分からない。このため、そのところを患者さんに聞きながら、こちらから提案しながら、患者さんが「ああすれば出来るな」と思えるような支援をしています。

こうした背景の把握と共有のうえでの患者目標の設定によって患者参加への取り組みが変化した事例として、患者が大切にしている仕事の継続への思いを把握し、仕事と治療との関係に関する考え方を患者と共有したことで、治療を進めることができるようになった事例が語られた。

【要約・抜粋 13】（B 看護師）

その方は、足の潰瘍で（の受診だったのですが）、なかなか自分で自己管理出来なくて、「仕事が忙しくて足のことはかまっていられない」と言うスタンスの方でした。「仕事を少し休んだ方が足の安静にもなるので、仕事を休んではどうか」というのが、先生方のご意見だったのですが、本人さんの中でメリットとデメリットを考えたときに、やはり、仕事を休むことの方がデメリットが大きかったのですね。そうなると、治療は2番目3番目になる。仕事が忙しくて、仕事を大事にしている方だったので「仕事を続けたい」という思いにアプローチするしかないかなと思ったのですね。このため、「じゃあ、仕事を続けるために、仕事から帰った時の10分だけ足と向き合って、足の処置を頑張ってもらえませんか」というようにアプローチをしたら、綺麗になったのですよ。それは、自分の中でも、上手くいったなという経験でした。

5. 患者の背景を共有するコミュニケーション

以上のように、α病院では、患者参加に向けた取り組みの基礎となるものとして、患者の背景の把握と共有の重要性が認識されていることがみてとれた。しかし、患者の背景に関する情報は、極めて個人に特定のなものである。患者に自己の個人的な情報を開示してもらうこと、そして、その情報を収集すること、ひいては、患者の状況や思いを共有することは容易ではないであろう。こうした情報の把握と共有はいかに可能とされるのであろうか。こうした観点から、患者との直接的なコミュニケーションに関する発話をみتينることとしよう。

まず、α病院の看護師全体にかかわる状況として、同病院では、患者の背景を「線」で捉えるべく、入院した時から退院時のことを考えて情報を取るように努められているとともに、看護師全員で情報が提供されるタイミングを逃さずに情報を把握していこうという取り組みがなされていることが語られた。特に患者背景に関する情報収集の特性も踏まえて、「患者が話したい」と思っ

た時を逃さずに、いかに話をしてもらうことができるかが1つのポイントにされているという。

【要約・抜粋 14】(C 看護師)

私どもの病院、病棟、看護師の中では、患者さんの背景について、結局みんな社会に帰られるわけですから、その情報が分からないと、提供する看護も違ってくるということが、みんな分かっているんで、入院した時から退院のことを考えて、早めに情報を取るようにしています。また、患者さんやご家族さんが話すタイミングがいつもあるわけではないので、スタッフには、「取れるときに取れる人が情報をキャッチすること」であるとか、「患者さんが話したいと思ったとき、目の前にいたあなたに話したいと思ったとき、その時は聞きなさい」ということをスタッフには伝えているようにしています。

では、どのように「患者が話したい」と思うような状況を作り上げることができるのだろうか。この点について、個々の看護実践の中で意識されているいくつかのポイントが語られた。

まず、「聞く」ということである。疾患のことだけでなく、患者の今の気持ちを聞くという実践が語られた。これは、その後の会話を深めていくきっかけにもなっている。

【要約・抜粋 15】(C 看護師)

私は、自分の患者さんのここに至るまでのことなどを、結構、話してもらうですよ。聞くのですね。あるいは、過去のことよりも次のことを心配する方もたくさんいらっしゃる。(例えば、乳がんの手術前の段階で、化学療法で髪が抜けるのかどうか、ということなど)、まだそこまでは心配しなくてもよい段階であるのに、そこまでを心配してしまっていたり、ということもある。「どういう診断受けて、どういうお気持ちか」などをきっかけに、話すポイントを決めたりはします。

但し、この「聞く」ことを実現するためには、それに先立って必要なこともまた認識されている。それは、「聞く」側自身、つまり看護師自身の気持ちを相手に示すことであるという。

【要約・抜粋 16】(C 看護師)

例えば、(疾患のことではなく)他のことで話す場合にしても、「あなたがどう思っているのかを私は知りたいのです」とか、「私はこう思うからこういう質問するんですよ」というように、自分の気持ちも話しつつ聞けば、患者さん達が話をして下さるようには感じています。

あるいは、看護師自身の役割を理解してもらうことの必要性も語られる。患者は、看護師が話ができる相手であるとは思っていないこともあるという。このため、まずは、看護師が相談できる相手であること、また、一緒に考えていく相手であることを理解してもらうことの重要性が強調される。

【要約・抜粋 17】(A 看護師)

いろいろなやり方があると思うのですが、基本はやはり「患者さんの話を聞く」というスタンスでいます。患者さんは、初めは警戒して「こんなこと言ってもいいのか」とか、看護師が何をする人なのか分かってわかっていなくて「これは自分の問題だから、自分で抱えて頑張らないといけない」など思ってしまう人が多いように感じます。ですので、初めには、「私達の方が、少しは、病気に関することや、その治療に関することや、治療を上手く乗り切れる方法などを知っているんで、もしも、どうしたらいいのか困ったときには相談して下さいね」と、いつも私達看護師の役割のようなことを少しお話しするようにしています。そして、「でも、実際にやるのは患者さんだから、そここのところは、一緒に相談していきたいです」、「一緒に考えていきましょう」ということは言うようにしています。患者さんには、いろんな人がいらっしゃいますが、「いつでも相談出来る医療者がいる」というのは、そのことを知っているだけで、強みになると思います。(中略)。実際に、相談する人もおられますし、毎回来る度に少しずつお話ししていってくれる。少しずつ扉を開いていってくれているというような気はします。

同じく、B 看護師も「患者のことを知る」ということと同時に「看護師のことを知ってもらう」こと、ひいては「看護師は話ができる人である」ということを知ってもらうことの大切さを強調する。また、そのために、コミュニケーションの段階としては、初回の対応が大切であるという。

【要約・抜粋 18】(B 看護師)

その(乳がんの患者が入院してきた)時は、本当に患者さんの思いを、まず全部吐き出すところから、聞くところから始めました。(中略)。このように、最初の段階は「その人を知る」ということと、逆に「その人に私を知っていただく」というところに気をつけて関わるようにしています。「(あの看護師さんの)ところへいったら、話を聞いてもらえる」というように思ってもらえるかどうか、初回がすごく大事です。その方が求めているものを知らないと、支援は絶対に出来ないと思います。「その人を知る」と言うことと「(私を)知ってもらう」ということが(すごく大事だと思います)。

なお、患者とのコミュニケーションの過程で留意される点として、看護師が介入しすぎるとうまく進まなくなることが挙げられた。

【要約・抜粋 19】(A 看護師)

スタッフなどが失敗する場合をみると、例えば、「患者さんが辛そうだし大変そうだから、何かやってあげたい」といってどんどん入っていくと、患者さんが「ちょっともういいです」「大丈夫です」となってしまうようなことがあります。「そこは、やっぱり気をつけないといけないよね」とスタッフとは話したりしています。

6. 部門横断的かつ組織的な情報共有と患者対応

以上に確認された内容は、患者の背景の理解のもとに、まずは患者と共に短期目標を設定しそ

の達成を実感することで患者参加を促しつつ、最終的には患者の人生や生活の観点から、退院後のプロセスも念頭においた長期的な目標をもって看護実践を進めていくこと、そのために、患者の背景の把握と共有を中心においたコミュニケーションに努められていること、こうした取り組みがなされていることがみてとれるものであった。これらは、第2章で設定した調査問題でいえば、第1に挙げた便益が遅延する中での患者参加の促進とあわせて、第2に挙げた価値観的便益の形成を可能とさせる背景としても捉えうるものであるといえるであろう。

では、α病院では、組織として、こうした看護実践がいかに可能とされているのだろうか。調査問題でいえば、第3に挙げた組織としての価値形成の実現の問題である。以下、α病院の組織体制やマネジメントについて語られた内容をみていくこととしよう。

まず、個々の患者に関する目標設定や収集された背景情報などが、α病院の医療者間ではどのように共有されているのかという点についてであるが、先に確認したように、患者目標は、患者と看護師の間で相談しながら共に設定されているということであった。

但し、この目標の設定は、担当看護師（受け持ち看護師以下、同じ）が1人で行っているというわけではない。例えば、「患者が希望する内容を踏まえればどういう目標を設定すべきか」、あるいは「設定された目標は妥当なのか」といった検討は、担当看護師を中心に、他の看護師や医師あるいは他職種も交えて行われている。具体的には、看護チーム¹³⁾を中心に行われるカンファレンス¹⁴⁾がその1つである。そこでは、目標の達成状況の確認や追加・修正の検討なども行われる。こうした検討の場を通して、関係する職種間で、それぞれの患者の目標達成に向けた必要事項を共有し、それぞれの関係者がその目標に向けた役割を果たしていくことが、α病院でいう目標達成のための支援であることが強調される。

【要約・抜粋 20】(B 看護師)

（設定する患者目標を）共有するし、しなければいけない。受け持ち看護師が「患者さんからこういう希望を聞きました、先生、患者さんがこうおっしゃっていますけど、ここまで到達可能ですかね」とか、「こういうふうに生活したいと思っているので、こういうことが準備としてありますよね」というようなことをいかに関わる職種間で共有をして、「それが妥当な目標なのかどうか」、「そこに何が足りないのか」というようなことをみんなで共有しながら、それぞれが、その目標に向かって、自分達が何を担うのか、きちんと協働していくのが目標達成のための支援だと思います。

【要約・抜粋 21】(C 看護師)

そうです（あまりずれない程度の目標を決めます）。そこは、やはり自分（受け持ち看護師）と患者さんが話をして決めますが、その目標の妥当性などについては、チームの中や、カンファレンスの場で（検討して）追加・修正はしています。「すぐくずれている」とか、「達成出来ずに困った」とか、「状態が変わって目標を変えなければいけない」ということはあるので、そこは、タイムリーに声をかけて、チェックをしています。

そして、こうした検討を進めるに際しての α 病院の特徴として、インタビューで強調された点が、部署間の垣根の低さである。カンファレンスなどの公式の場はもとより個別の相談や休憩時など機会なども含めて、また、看護師と医師の関係はもとより他の科あるいは他の職種間との関係も含めて、部署を超えたやり取りが行いやすい環境にあるという。

【要約・抜粋 22】(C 看護師)

(α 病院の特徴を挙げるとすれば)科同士の敷居が低いから、先生たちもすごく相談しやすい環境だと言うのを時々聞いたりするのですね。確かに、私たちも、先生とはもちろんですけど、どの職種でもすごく声はかけやすい環境にはあるのではないかと考えています。

【要約・抜粋 23】(A 看護師)

(α 病院の特徴を挙げるとすれば)たぶん、部署間の垣根が低い。(中略)。部署を超えて、1人の患者さんのカンファレンスをしたりとか、関連する部署を集めて、「いついつに、ちょっと集まりましょうか」みたいな形で検討会をしたりとか。(中略)。私の部署がということではなく、たぶん、あちこちでやっているのだと思う。あるいは、休憩時間などでも、結構、ご飯を食べながら情報交換したりとか(といったことがあります)。

では、なぜ部署間の垣根を低くすることができているのであろうか。その理由について、「医療チームなど¹⁵⁾の展開がその1つの要因になっているのではないか」という印象が示された。 α 病院では、職種や部署を横断した医療チームの活動が増えてきている。そうした部署を超えたチーム活動において様々なメンバーと顔を合わせる中で、院内でのネットワークが広がっているのではないか、という見解である。

【要約・抜粋 24】(C 看護師)

チームがいろいろと出来て、そのチームで動く場がすごく増えました。そこにはいろいろな職種の人が来ていて、今まで知らなかった相手の事情(が分かったり)、(他の部署の人と)つながったり、その人を拠点に広がりが出来たり(しています)。そういうところで、話しやすくなっているのではないかと思います。

7. マネジメントにおける組織方針の明確さと一貫性

このように、 α 病院の組織内では、部署や職種を超えた情報共有が行われるとともに、先にみた個々の患者の目標の設定や実現に向けた取り組みも含めて、患者への対応が病院全体として行われる体制が整備されていることがみてとれる。

では、組織として、こうした展開が可能となっている背景には、どのようなマネジメントがあるのだろうか。この点について、組織の方針が明確に出されていること、そして、その方針がスタッフの目標にまで一貫して共有されているものとなっていることが大きいのではないかという

印象が示された。

【要約・抜粋 25】(B 看護師)

この病院の特徴は、看護部長がそういうことを看護の方針として明確に出しているということがすごく大きいのかなという気はします。(私どもの部署でも、独自に行っている取り組みに対して)、きっと「それが大事だよ。必要だよ。患者さんの看護にはとって大事なことなんだよ」と言ってもらえているので、私達も活動しやすいのだと思うのです。

【要約・抜粋 26】(C 看護師)

看護部で年度初めに、患者参画型の看護計画を推進すると(いう方針を)立てたとすると、各委員会もそこに向けて「自分たちの委員会ではどうするか」ということを考えますし、病棟もそうですし、スタッフに下ろすときには、スタッフも「ではそれを達成するためには自分はどうするか」というように目標を決めていくようにしている。(中略)看護部の目標も明確ですし、そこで委員会としてどうするか、部署としてどうするかというところは、ここ最近、すごく明確になっていると感じます。

V. 考察

前章では、先に整理された調査問題及び分析方法に基づき、α病院の看護師へのインタビュー調査の分析結果としての事例記述(ストーリー化)を提示してきた。本章では、以上の分析に基づきつつ、第2章に設定した調査問題に関する考察を行う。

本稿の課題として設定した調査問題は、第1に便益が遅延する中での患者参加の促進の問題(「便益が遅延する中で、どうすれば患者に対して医療プロセスへの参加意欲を引き出しうるのか」)、第2に価値観的便益の形成の問題(「価値観的便益のような価値をいかに形成しうるのか」)、第3に組織としての価値形成の実現の問題(「組織としていかに価値形成を実現しうるのか」)であった。各調査問題について、前章の分析結果がどのような意味を持つものとなるのか、順に検討していく。

1. 便益が遅延する中での患者参加の促進について

最初に挙げた調査問題は、「便益が遅延する中で、どうすれば患者に対して医療プロセスへの参加意欲を引き出しうるのか」という課題であった。ここでの確認点は、便益がすぐには発現しないことによって参加意欲は低下することが想定される。その中で患者参加を実現していけるような医療実践とはどのようなものか、というものである。この課題に対して前章に提示されたα病院の看護師の事例の分析結果から導かれる示唆として、次の2点を挙げておく。

第1が、目標の設定と短期目標の活用である。この観点からまず確認されたことは、結果がすぐに現れない場合、患者は辛い状況に置かれるということであった¹⁶⁾(「抜粋2」¹⁷⁾)。そして、この課題への対処として示唆されたことが、短期目標の活用である(「抜粋4・5・6・7」)。α病院では、医療上の観点、あるいは、生活上の観点から、短期目標を設定し、その達成の実感を

1つ1つ積み重ねることで、患者の医療プロセスへの参加を促すという取り組みを展開していることがみてとれた。こうした短期目標をうまく活用した取り組みは、便益が遅延する中で参加意欲を引き出す1つの方策となるものとして捉えられよう。またあわせて、高室（2014b）に提示された「感情的便益や機能的便益による同時的な便益形成の経験と現状の受容努力の積み重ねのもとで、価値観的便益が形成されうる」という仮説にも呼応するものと捉えうる。

第2が、患者参画型の看護計画の導入である。先に確認した目標の設定において特に強調されたことは、「目標を患者と一緒に見出すこと」や「目標の達成と患者と共有すること」（「抜粋2・5」）であった。この背景には、制度としての患者参画型の看護計画の導入がみとめられるが¹⁸⁾（「抜粋1」）、α病院に強調される特徴は、その展開が、同病院に固有の取り組みとして看護実践に根付くものとなっていることがみてとれるということである（「抜粋4・5・6・7」）。こうした現場に根付いた患者参画型の看護計画の取り組みは、患者参加を実際に促すことを可能にする1つの背景となるものとして捉えうる。

なお、この「患者と一緒に見出す」という点に関して、留意すべき指摘が含まれていたことを確認しておこう。それは、「患者と一緒に見出す」前の段階において、医療者側で確実に提案事項が作成されるとともに、関係する医療者間で方針の共有がなされていることが必須の条件となるという指摘である（「抜粋3」）。高室（2014b）においては、「便益形成の主体としての患者」という仮説的な患者像が提示されたが、その視点が、例えば、患者の意思決定範囲や役割範囲を過度に拡大するような事態につながるようなことがないよう留意が必要となることが示唆される。医療者と患者の関係や役割分担については、より慎重な検討が求められるといえよう¹⁹⁾。

2. 価値観的便益の形成について

次に挙げた調査問題は、「価値観的便益のような価値をいかに形成しうるのか」という課題であった。価値観的便益とは生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成に関わる便益として想定された便益であったが、ここでの確認点は、こうした価値形成を実現しうるような医療実践とはどのようなものか、ということである。この課題に対して前章におけるα病院の看護師の事例分析の結果から導かれる示唆として、次の3点を挙げておく。

第1が、長期的視点に基づく目標設定と看護実践である。この点について、α病院のインタビューで語られた象徴的な内容が「点」と「線」で看護を捉える視点であった。すなわち、患者への看護実践を、現在の治療という「点」で捉えるのではなく、患者の生活や人生という「線」で捉えるべきであるという発想である（「抜粋8・12」）。そして、看護実践としては、「線」の視点から退院後までも見据えて患者の長期的な目標を検討するとともに、その目標の実現を共に図ろうという志向がみてとれる（「抜粋8・9」）。こうした長期的視点に基づく目標設定と看護実践は、当座の治療の完了だけではなく、より広く患者の生活や人生に関わる目標の達成につながるものである。その意味で、価値観的便益を形成する1つの背景となるものとして理解しうる。

第2が、患者の背景の把握と共有に基づく看護である。この点に関する象徴的な事例は「治療や病気に関することだけを知る」ということではなく「その人を知る」という視点が看護には必要であるというものであった。第1の点とあわせ、いわば、全人的な観点からの発想であるが、インタビューにおける発話の比重からみても、 α 病院の看護実践の基礎に置かれていることがみてとれる（「抜粋 10・11・12・13・14・15・18」）。例えば、こうした患者の背景の把握と共有のうえで、先にみた目標設定や長期的視点に基づく看護実践が実現するとすれば、より広く患者の生活や人生に関わる目標の設定につながるものとなるであろう。価値観的便益の形成につながる基礎となるものとして理解する。

第3が、患者の背景を共有するコミュニケーションの実践である。患者から自身の背景を語ってもらえるようなコミュニケーションを実現する鍵となるものとして、次の3つが強調された。1つが、患者が話をするタイミングを逃さないこと（「抜粋 14」）、もう1つが「聞く」という姿勢で接すること（「抜粋 15・17・18」）、そしてもう1つが「自分のことを知ってもらおう」こと（「抜粋 16・17・18」）である。逆に、留意点としては、「やってあげたい」といった思いで過度に患者に入り込んでいくことは逆効果になるという指摘もなされた（「抜粋 19」）。このような、患者と思いを共有できるコミュニケーションが実現すれば、患者の背景情報を得るということはもちろん、思いを語ることによって患者自身が自分を振り返るきっかけとなったり、あるいは、医療者と患者の関係性が強化されたりという効果も考えられよう。それらの効果も含めて、医療プロセスにおける価値観的便益の形成に影響しうるものであると捉えられる²⁰⁾。

3. 組織としての価値形成の実現について

最後に挙げた調査問題は、「組織としていかに価値形成を実現しうるのか」という課題であった。ここでの確認点は、参加行動の促進や価値観的便益の形成といった課題は、医療組織のマネジメントに関わる課題となるが、組織として参加行動を促し価値観的便益の形成を実現していくようなマネジメントとはどのようなものか、ということである。この課題に対して前章における α 病院の看護師の事例分析の結果から導かれる示唆として、次の2点を挙げておく。

第1が、部門を横断した組織的な情報共有と患者対応である。 α 病院では、以上に確認されたような患者参画型の看護実践が、組織的に、また部門横断的に取り組まれていることがみてとれた。例えば、患者目標の設定やその実行過程において、担当看護師だけではなく、看護チームをはじめとした組織内での協働プロセスが組織として整備されている様子が語られている（「抜粋 20・21」）。また、広く看護実践全般においても、医療チームによる部署間の協働をはじめ、インフォーマルなコミュニケーションも含めた部署間の連携が実現していることがみてとれた。そこで強調された特徴は部門間の垣根の低さである（「抜粋 22・23」）。このような組織的かつ部門横断的に対応する体制を整備することができれば、組織として、個々の患者に対する価値形成の実現を可能としえよう。

第2が、マネジメントにおける組織方針の明確さと一貫性である。α病院では、組織方針が明確に示されており、かつ、その方針が組織内での各活動へと一貫して展開されていることが語られた（「抜粋 25・26」）。あるいは、今回のインタビューにおいて、調査対象者3名の観点の一致がみられることそれ自体も、その傍証の1つとして捉えうる。少なくとも、このような、マネジメントにおける組織方針の明確さと一貫性は、組織として価値形成を実現していく基礎となるものと捉えうる。

なお、第1の点の補足として、部門間の垣根を低くするための取り組みについての示唆があったことを確認しておこう。それは、チーム活動等、部門間で協働する機会や場を増やすことそれ自体が、部門間の垣根の低さを生み出す1つ原動力になりうるという指摘である（「抜粋 22」）。既存のチーム活動の意義や方向性を確認する1つの契機になりうる。

VI. 結びにかえて

1. 要約

本稿では、α病院の看護師インタビュー調査をもとに、「便益遅延型サービス」のマネジメントの可能性を捉えるべく、インタビュー・データの分析と考察を進めてきた。高室(2014a)(2014b)では、α病院の乳がん患者へのヒアリング調査を通して、便益遅延型サービスの分析枠組みに関する一定の仮説を導出したが、この患者ヒアリング調査は、医療サービスの便益遅延性に起因する課題が認められる中で、α病院では比較的ポジティブな価値形成が実現されていることがみとめられるものであった。本稿の目的は、α病院におけるこのような価値形成の実現の背景にどのような医療プロセスの展開があるのかを確認すること、ひいては、その確認を通して、便益遅延型サービスのマネジメントの可能性を探ることであった。

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

第1の「便益が遅延する中で、どうすれば患者に対して医療プロセスへの参加意欲を引き出しうるのか」という課題に対しては、目標の設定と短期目標の活用、患者参画型の看護計画の導入がその背景にあることが確認された。

第2の「価値観の便益のような価値をいかに形成しうるのか」という課題に対しては、長期的視点に基づく目標設定と看護実践、患者の背景の把握と共有に基づく看護、患者の背景を共有するコミュニケーションの実践がその背景にあることが確認された。

第3の「組織としていかに価値形成を実現しうるのか」という課題に対しては、部門横断的かつ組織的な情報共有と患者対応、マネジメントにおける組織方針の明確さと一貫性がその背景にあることが確認された。

2. インプリケーションと今後の課題

以上の分析・考察結果は、単一事例を対象とした探索的な分析・考察ではあったものの、第1に、看護実践に関する質的な一次データの分析を通して、便益遅延型サービスにおけるマネジメントの可能性と論点に関する考察を展開したこと、第2に、同一病院組織における患者側と医療者側双方の認識を、質的な一次データの対比の内に分析しうる可能性を拓いたこと、以上のような点で、理論面・実践面双方からの貢献可能性を持つものと捉えうる。

但し、本稿には、課題も残されている。以下に3点を挙げておく。第1に、本稿で確認された看護実践の背景にある病院組織のマネジメントの展開に関する確認である。今回の検討では、看護師の認識に関するデータは得られたものの、病院組織の運営やマネジメントの内容そのものに関する十分な確認には至っていない。今後、病院組織を対象とした事例分析を行うことにより、便益遅延型サービスのマネジメントに関する考察をより深めていくことが期待される。

第2が、本稿に示された論点や仮説に関する理論的な検討である。今回の検討は、インタビュー・データをもとにした探索的な研究に焦点されたものであり、既存理論との関連等に関する詳細の検討までには踏み込んでいない。今後の検討により、サービス・マーケティングやサービス・マネジメント、あるいは医療マネジメントをはじめとした関連領域において、今回得られた仮説や事実に関する理論的意義や貢献点等を見出していくことが期待される²¹⁾。

第3が、本稿に提示された論点や仮説の特徴の確認と精緻化である。今回の考察において得られた仮説は、α病院の看護師3名のインタビュー・データをもとにした質的データ分析から導かれたものである。また、本稿に先立つ「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴に関する検討については、結果として、α病院の乳がん患者を対象としたインタビュー・データから導かれたものであった。この観点からすれば、今回の検討は、α病院の特定サンプルを対象とした、質的データ分析の方法に基づく、単一事例分析の性格を持つものであり、ここで提示された論点あるいは仮説の意義や特徴について、他の事例やデータとの相対化のもとに検討するまでには至っていない。他の疾病や病院組織など他の分析対象、あるいは質問票調査など他の方法に基づいて収集されたデータやその分析内容、これらとの異同等を確認することで、本稿で得られた論点や仮説の意義や特徴を確認するとともに、より広く、便益遅延型サービスの特徴に関する理解やその課題解決に向けたマネジメント・デザインに関する検討を深めていくことが期待される。

【追記】

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

また、本稿は、独立行政法人科学技術振興機構「問題解決型サービス科学研究開発プログラム」（平成 23 年度採択事業）による助成を受けて作成されたものです。

注

- ¹⁾ 「便益遅延型サービス」に関する詳細については、藤村（2008）参照。
- ²⁾ サービス・マーケティングあるいはサービス・マネジメントにおける「顧客参加」の論点に関しては、例えば、藤村（1996）、山本（1996）、藤村（2009）等を参照。
- ³⁾ 高室（2014a）（2014b）では、この他にも、医療サービスの提供プロセスにおける分析上の段階区分、患者の知覚や認識の変化、患者の知覚に影響を与える品質要素等に関する考察を行っている。ここでは、それらの内、本稿に関係のある範囲で、その考察結果を確認するものである。
- ⁴⁾ 3 つの便益について、藤村（2013）では、次のように整理されている。機能的便益とは、「疾病によって生じる健康度の低下を患者が望む元の状態に戻すこと（健康度の回復）」、感情的便益とは、「疾病は身体的な健康度の低下に伴って心理的な健康度の低下をもたらすが、この心理的健康度の維持・回復のこと」、そして、価値観的便益とは、「医療サービスは必ずしもすべての身体的な健康度の低下を回復できるわけではなく回復が不可能な疾病、部分的にしか回復できない疾病、あるいは後遺症や手術痕が残る疾病もあることから、それらに対応できるように疾病や治療に対する認識・姿勢のポジティブな変化をもたらすような便益のこと」である。高室（2014a）（2014b）においても、この定義に基づきつつ、患者ヒアリングで得られたインタビュー・データをコード化し分析を行っている。なお、高室（2014a）（2014b）では、「価値的便益」という記述を行っているが、本稿では全て「価値観的便益」で統一するものとする。
- ⁵⁾ 今回は匿名での調査記述としている。このため、調査対象者のプロフィール等についても、最小限の記載に止めている。なお、インタビュアーは、2014 年 4 月 28 日は筆者と川島隆志氏（香川大学経済学部・株式会社 JMR サイエンス）、2014 年 5 月 9 日は筆者と藤村和宏氏（香川大学経済学部）と川島隆志氏である。
- ⁶⁾ 佐藤（2008）は、この点に関して、例えば次のように説明している。「質的データに本来含まれている豊かな情報やニュアンスをできるだけ損なわないようにつとめ、かつまた、事例の具体性や個性を見失うことなく、その一方で、その個性を超えて見出される全体的なパターンを明らかにしていく。つまり、『木を見て森を見る』だけでなく『森を見て木を見る』ことを目指すにはどうしたらよいかという点について明確にしていく。それが本書で目指すデータ分析における基本的な課題のひとつである」（同書、72-73 頁）。
- ⁷⁾ 佐藤（2008）、73 頁。
- ⁸⁾ なお、実際のデータベース化においては、文字テキストの分量が大きくなるため、マトリクスの考え方を枠組みとしては用いつつ、データ整理については、各文書ごとにコードと文書セグメントを配置していくという方式をとった。
- ⁹⁾ 事例と文書の関係、あるいは「事例ーコード・マトリクス」と「文書ーコード・マトリクス」の関係については、佐藤（2008）の補章を参照。
- ¹⁰⁾ 例えば、発話をそのまま起こした文字テキストのままでは文意の把握が困難となっていたり、記述の理解のためには前後の文脈を反映することが求められると判断されるセグメントにおいては、その問題の解消を目的とする範囲において、適宜、中略を行ったり、語句の言い換えを行うなどの操作を行った。また、発話の途中に差し挟まれる質問等についても、適宜、中略処理等を行いつつ、テキスト化した。
- ¹¹⁾ 各文書セグメントは、必ずしも 1 つのコードに限定されるものではなく、複数のコードに関連するものも多くみられる。この点の処理について、まず、IV 章における事例記述（ストーリー化）においては、それらの内、ストーリー化に関する典型的な発話を中心に抜粋する形で記述を行った。また、V 章の考察においては、当該コードに関連する文書セグメントを広く提示しつつ考察を進めるという形式をとった。
- ¹²⁾ 以下、インタビュー・データの記載における（ ）書きによる記載内容は、全て「筆者注」である。
- ¹³⁾ α 病院では、「モジュール型継続受け持ち方式」によるチームでの看護が行われている。この方式は、1 つの看護単位をいくつかのモジュールに分け、その中で担当看護師、副担当看護師を決め、患者と看護師が 1 対 1 での継続した受け持ち体制で看護をするという方式である。担当看護師は、数人の受け持ち患者を持ち、24 時間のケア計画の決定や患者ケアを行う。担当看護師が不在の場合は、副担当看護師が担当する。なお、この方式の利点としては、担当看護師による看護が継続できるため患者と看護師の関係がつかれること、患者把握がしやすくケア計画が立てやすいことが挙げられている。また、その反面、問題点として

は、看護師個々に自立した能力が求められること、担当看護師の能力差が看護に反映され、経験の少ない看護師は責任に対しストレスが増すことが挙げられている（ α 病院看護部長監修文献資料 2012、参照）。

- ¹⁴⁾ カンファレンスとは、医療スタッフ間で行われる会議のことである。 α 病院で行われているカンファレンスとしては、例えば日々のケア・カンファレンスが挙げられる。ここでは、看護師が受け持ち患者の看護計画についてプレゼンテーションし、看護の方向性についての話し合うということが行われている。また、カンファレンスの実施にあたっては、計画的に担当と時間を決めて毎日開催すること、個々の患者の問題解決にあたって他職種の参加が必要な場合は調整を行うことなどが推奨されている（ α 病院看護部長監修文献 2012 及び 2013、参照）。

- ¹⁵⁾ 「医療チーム」とは、複数の医療専門職が連携して治療やケアにあたることを目的とした「チーム医療」を推進するために編成されたチームである。 α 病院では、栄養サポートや緩和ケアなど 6 つの医療チームが編成されている（2014 年 9 月現在）（ α 病院ホームページ、参照）。例えば、食事摂取が低下したり、疼痛コントロールがうまくいかない場合など、看護師が自部署での対応が難しいと判断した場合、これらの医療チームとの連携が検討されることになる（ α 病院看護部長監修文献 2012、参照）。

- ¹⁶⁾ この認識は、看護の現場における便益遅延性の課題に関する認識の 1 つの現れと捉えられる。なお、本稿における事例記述は、第 II 章で提示された 3 つの調査問題に焦点するものであるため、今回の記述からは割愛しているが、インタビューにおいては、「便益遅延性の特質に関する発話」としてコード化される発話もみとめられた。その内容をみると、便益遅延性に起因する課題は、特に、慢性疾患において認識されていることが確認される。すなわち、「結果がみえるかどうか」が問題を分ける要素となっているということである。この観点でいえば、本稿の分析で 1 つの論点とされた「目標の設定」は、「結果が見えない」という課題への対処の 1 つとして、便益遅延性に起因して生じる課題解決へのマネジメントの議論に符合するものと言える。今後、継続して確認・検討すべき課題の 1 つである。

- ¹⁷⁾ ここで「抜粋 2」とは、第四章の事例記述における文書セグメントに付した抜粋番号「要約・抜粋 2」のことである。以下、同様に記載していく。

- ¹⁸⁾ 「患者参画型看護計画」については、病院機能評価をはじめ、看護計画に関する用語として一般に使用されてきている。病院機能評価においては、例えば、患者・家族と看護計画を作成し、計画に対して看護師の確認の方法や患者の同意・サインの方法、看護計画を渡すというようなことが問われるような内容とされており、各病院組織は、患者・家族とのかかわりを強化できる看護計画を求められるに至っている（上山監修（2012）、10-11 頁参照）。但し、本稿で確認された α 病院における患者参画型の看護計画は、これらの制度の単なる導入に止まるものではなく、独自の導入と内容のもとに実践されていることがうかがえる。このため、本稿においては、インタビューで使用された「患者参画型看護計画」という用語は用いつつも、あくまでも、 α 病院に固有の取り組みとしての観点から、この展開の記述を進めている。

- ¹⁹⁾ 医療者と患者の関係に関する議論については、例えば、Roter et al. (2006) の患者－医師関係の類型を参照しよう。Roter et al. (2006) は、患者－医師関係を「患者の支配」の高低と「医師の支配」の高低の 2 軸のマトリクスにより、4 つのパターンに類型している。このうち、「患者の支配」と「医師の支配」の双方が「高い」セルに位置付けられる類型が「相互性」である。この「相互性」について、Roter et al. (2006) によれば次のように説明されている。「それぞれの参加者が比較的对等な立場に立って、それぞれの強みと資源を持ち寄る。この関係の中ではバランスが取れているため、お互いの間での交渉の結果として、診療に関する目標や内容、意思決定がなされる。患者と医師は、両方とも共同事業の一部を担うことになる。医療場面における対話は、患者の価値観を明確に提示するとともに、それを探求するための媒介として機能する。この過程を通して、医師は相談役あるいは助言者として行動する」（Roter et al. (2006)、邦訳、33 頁）。Roter et al. (2006) の分析対象は、医師－患者間の会話を主な対象としているため、本稿の分析対象（看護師－患者間における看護実践）とは異なるが、本稿に提示されている患者参画型の看護計画は、この「相互性」の説明にみられるような関係の構築を試みるものとして理解しうるであろう。高室（2014b）において提示された「便益形成の主体としての患者」という時の医療者－患者関係のイメージもこの「相互性」に類するものである。なお、加えて言えば、特に Roter et al. (2006) で整理されている「消費者主義」（患者の支配：高、医師の支配：低）の類型との異同は、明確に検討されるべきであろう。今後の検討課題の 1 つとして捉えよう。

- ²⁰⁾ ここでは、ストーリー化における文脈から、本稿における分析結果として、この「患者の背景を共有するコミュニケーション」として整理された文書セグメントを「価値観の便益のような価値をいかに形成するのか」という調査問題に関する示唆の 1 つとして位置付けている。但し、これらのセグメントを「コミュニケーションにおける患者参加」というテーマとして捉えれば、第 1 の調査問題として挙げた「便益が遅延する中で、どうすれば患者の参加意欲を引き出しうるのか」という課題に関する示唆の 1 つに位置付けうるものとなる。

この観点から、医療者－患者間の会話を対象に患者参加の問題を捉える研究としては、例えば、Collins et al. (2007)、Roter et al. (2006) などが挙げられる。これらの研究の文脈で言えば、 α 病院の事例における「患者の背景を共有する」というコミュニケーションの方向性は、患者参加の程度が非常に高い類型にあたるものであるといえよう。その点でいえば、こうしたコミュニケーションの志向性を持つことそのことが、便益が遅延する中でも患者参加を高める方向に働く要因となっている可能性も想定しうる。あるいは、「患者の病い」を患者の人生や生活世界における大きな物語の中で理解していくという観点からすれば、例えば、Narrative Based Medicineの展開の中に位置付けた検討も考えうる（斎藤他（2003）等参照）。今後、確認・検討すべき課題の1つであると捉えている。

- ²¹⁾ 本稿の事例分析において検討課題としうる理論課題については、本文中のいくつかの脚注において、その可能性を指摘しているとおりである。また、それらに加えて、本稿の事例分析全般に関してその適用や貢献が期待しうる理論枠組みとしては、例えば、Stewart et al. (1995) が挙げられる。Stewart et al. (1995) は、「患者中心」概念を打ち出す中で、「患者中心のプロセスに関連する6つの要素」として、①疾患と病いの両方を探る、②全人的に理解する、③共通基盤を見出す、④予防と健康増進を組み込む、⑤患者・医師関係を強化する、⑥現実的になる、という要素で捉える枠組みを提示している。この枠組みは、本稿で整理した α 病院の事例に多くの点で符合するものとして捉えうるものといえよう。なお、Stewart et al. (1995) では、この枠組みが、医師－患者関係の分析において使用されているが、本稿の分析からすれば、医療プロセス全体を視野に入れるものとなる。本稿は、探索的な事例分析に止まるものであるが、こうした視点も含めて、今後の検討の可能性を持つものと捉えている。

引用文献

- 上山さゆみ監修（2012）『導入教育強化版 患者参画型看護計画 疾患別 213+看護診断別 37』、日総研出版。
- 斎藤清二・岸本寛史（2003）『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』、金剛出版。
- 佐藤郁哉（2008）『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社。
- 高室裕史（2014a）「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（前編）－患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第26巻第2号、145-161頁。
- 高室裕史（2014b）「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（後編）－患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集－流通・経営編』第27巻第1号、65-89頁。
- 藤村和宏（1996）「顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加とサービス・エンカウンター」、『季刊マーケティングジャーナル』第16号2号、18-35頁。
- 藤村和宏（2008）「便益遅延型専門サービスの消費における顧客満足問題～医療サービスをケースとして考察～」、『香川大学経済論叢』第81巻第1号、1-62頁。
- 山本昭二（1996）「顧客参加とサービス・オペレーション 顧客満足の2つの意味」、『季刊マーケティングジャーナル』第16号2号、4-17頁。
- Collins, S., N. Britten, J. Ruusuvuori, and A. Thompson (2007), *Patient Participation in Health Care Consultations: Qualitative Perspectives* (『患者参加の質的研究－会話分析からみた医療現場のコミュニケーション』、北村隆憲・深谷安子監訳、医学書院、2011年)。
- Roter, D. L. and J. A. Hall (2006), *Doctor Talking with Patients / Patient Talking with Doctors: IMPROVING COMMUNICATION IN MEDICAL VISITS: Second Edition* (『患者と医師のコミュニケーション：より良い関係づくりの科学的根拠』、石川ひろの・武田裕子監訳、篠原出版社、2007年)。
- Stewart, M., J. B. Brown, W. W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam and T. R. Freeman (1995), *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (『患者中心の医療』、山本和理監訳、診断と治療社、2002年)。
- ※この他、 α 病院関連文献（本文中に記載。匿名での記述のため名称等詳細は割愛する）。

引用資料

- 藤村和宏（2013）「進捗報告 医療サービスの便益遅延性を考慮した患者満足に関する研究」（2013年7月29日、社会技術振興機構・社会技術研究開発センター報告資料）。
- ※この他、 α 病院ホームページ（本文中に記載。匿名での記述のため名称等詳細は割愛する）。