

# 患者中心の看護のマネジメント

## — α病院看護部のケース —

Management of Patient-Centered Approaches to Nursing  
: The Case of Nursing Service Department at a Hospital

高室 裕史\*

Hiroshi Takamuro

本稿の目的は、全人的な患者参画型看護の実践がみられるα病院の看護部のリーダーの認識を通して、組織としての「患者中心」の看護のマネジメントの可能性を捉えることにある。事例記述の結果、全人的な看護実践の背景には当事者意識に基づく理念形成、組織的な看護実践の背景には理念の共有や看護学習の場の拡張の取り組み、部門横断的な看護実践の背景には医療チームを基礎とした協業の仕組みの整備等があることが確認された。

キーワード：患者中心、患者参加（参画）、チーム医療、マネジメント、便益遅延性

### I. 問題意識

多くの医療組織において、表現に違いはあるが、「患者中心」<sup>1)</sup>という言葉にみられる理念が掲げられ、患者満足を得ることを目指した様々な取り組みが進められている。また、医療プロセスへの「患者参加（参画）」に向けた制度の普及も本格化してきている<sup>2)</sup>。しかし、これらの理念の実現の成否については評価が分かれるのが現実であろう。むしろ、「患者中心」を掲げた取り組みを進めようとするほどに、あらためて、その理念の実現の困難性や課題が浮き彫りにされてきているといえるのかもしれない。

こうした認識を念頭に置きつつ、本稿では、医療サービスにおける「患者中心」の理念の実現に向けた示唆を得ることを目的に、医療組織の取り組み事例をみていく。具体的に取り上げる事例は、高室（2014a）（2014b）（2015）で分析対象とされたα病院の看護部の取り組みである。

高室（2014a）（2014b）（2015）による一連の分析と考察は、α病院の患者及び看護師の認識を通して、探索的に、「便益遅延型サービス」としての医療サービスの特質と分析枠組みを把握すること、そして、そのマネジメントの可能性を検討することを直接の目的としたものであった。但し、その分析過程において、もう1つの点が強調された。それは、α病院における便益遅延性

のマネジメントに向けた看護実践が「患者中心」の看護の実現に向けたマネジメントにつながるものになっていると捉えうることである<sup>3)</sup>。本稿では、この「患者中心」の看護に着目し、同病院の看護部を率いるリーダーである看護部長の認識を通して、組織としての「患者中心」の看護のマネジメントの可能性に関する示唆を得ることを試みる。

以下、第2章では本稿の前提とする論点の確認を行うとともに調査問題を設定し、第3章で、調査概要と分析方法を提示する。第4章において事例記述を行い、第5章でその整理と考察を行う。そして、第6章では、小結として本稿の要約と今後の課題を提示する。

## II. 調査問題の設定

本章では、本稿が前提とする論点の確認を行うとともに調査問題を設定する。まず、第1節において、高室(2014a)(2014b)(2015)に提示された「便益遅延型サービス」のマネジメントの論点を確認する。そして、第2節において、本稿の調査問題を設定する。

### 1. 「便益遅延型サービス」のマネジメントの論点

高室(2014a)(2014b)(2015)は、患者の認識を通して医療サービスの「便益遅延性」を捉える枠組みを確認するとともに、看護師の認識から「便益遅延型サービス」としての医療サービスのマネジメントの可能性を捉えようとするものであった。

高室(2014a)(2014b)では、 $\alpha$ 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の導出を試みた。本稿との関連において、まず強調されることは、 $\alpha$ 病院の患者においては、比較的ポジティブな認識の形成が実現されていたことである。そして、そうした認識の形成の要因として強調された点が「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)の遅延的な形成であった。患者認識の分析から、価値観的便益は、「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、遅延的に形成されることが仮説として導出された。

また特に、価値観的便益の形成においては、単なる「患者参加」ではなく、価値形成の主体として患者像が求められることが確認された。このことはまた、「医療プロセスにおいては、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」という意味で、便益は必ず遅れて発現するものとなることを意味することになる。ここに、「便益遅延型サービス」の視点から医療サービスを捉える時、「便益の遅延を前提とする中で、主体としての患者の参加を引き出しつつ、評価軸を転換しうるような便益(価値観的便益)を形成していく、これを組織としていかに実現するのか、これがマネジメント上の課題となることが導かれた。

この課題に対して、高室(2015)では、 $\alpha$ 病院の看護師へのインタビュー・データをもとに、

便益が遅延する中での参加行動を実現し、ひいては価値観的便益を形成しうる看護実践のありようを確認するとともに、そのマネジメントの可能性についての考察を行った。設定した調査問題は、第1に「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「価値観的便益のような価値をいかに形成しうるのか」、第3に「組織としていかに価値形成を実現しうるのか」の3点である。

この分析結果として、第1の課題については、患者参画型の看護計画の導入を基礎とした患者目標の設定と短期的な目標の活用、第2の課題については、患者の背景の把握と共有に基づく看護、長期的視点からの目標設定に基づく看護実践、患者の背景を共有するコミュニケーションの実践、第3の課題については、マネジメントにおける組織方針の明確さと一貫性、組織的かつ部門横断的な情報共有と患者対応、以上のような看護実践があることを確認した。それらは、総じていえば、Stewart et al. (1995) の整理にみられるような「患者中心」の看護の現場での実践であったと捉えうる。こうした実践が、α病院での比較的ポジティブな患者認識につながっていることが想定された。

## 2. 本稿の調査問題の設定

このように、高室 (2014a) (2014b) では、α病院の乳がん患者の認識を通して価値観的便益を中心とした便益遅延性の特質と分析枠組みに関する一定の仮説を導出し、高室 (2015) では、α病院の看護師の認識を通して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を考察した。但し、高室 (2015) の考察は、看護実践の現場における個々の看護師の認識に基づく分析であった。医療サービスの提供は、医療組織を単位に行われている。医療組織におけるマネジメントの可能性への示唆を得るためには、α病院の現場での看護実践の背景に、どのような組織としてのマネジメントの取り組みや理念があるのか、この確認が求められるといえよう。

本稿では、こうした問題意識のもとに、α病院の看護実践の背景にある組織としてのマネジメントの取り組みや理念を確認するべく、看護部のリーダーである看護部長の認識の確認を通して、「患者中心」の看護、あるいは「便益遅延性」のマネジメントの可能性への示唆を得ることを試みる。設定する調査問題は次の3点である。

第1が、「患者参画型看護計画をはじめとしたα病院の全人的な看護実践にみられる考え方の背景には、どのような取り組みや理念があるのか」ということである。高室 (2015) による看護師インタビューでは、調査対象とされたα病院の看護師に共通した認識として、患者の目標に基づく患者参画型の看護計画が推進されていること、また、便益がすぐには発現しない中での参加意欲の向上のための1つの方法として短期目標が活用されていることが語られた。またさらに、価値観的便益の形成につながる実践としては、組織方針の明確さや一貫性の認識のもとで、患者の背景の把握と長期的視点に基づく目標設定や、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」で捉えたいという看護実践を遂行するという志向がみとめられた。それは、換言すれば、全人的な患者の把握に基づく参画型看護の理念の共有と実践といえよう。看

護現場におけるこうした認識と実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みがあるのか、これがここでの確認点である。

第2が、「 $\alpha$ 病院における組織的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」ということである。ここで確認したい点は、看護部内での情報共有と組織的な課題解決の背景である。例えば、高室（2015）においては、患者参画型の看護計画の推進における患者の目標設定が、担当看護師1人だけではなく、チームとして検討されるような実践があることがうかがえた。これらの仕組みや理念について確認を行うことがここでの課題となる。

第3が、より広く、「 $\alpha$ 病院における部門横断的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」ということである。高室（2015）では、 $\alpha$ 病院の看護の現場で感じられている組織的な特徴として、部門横断的な情報共有や患者対応の実践、あるいは、部署間の垣根の低さなどがみられた。こうした認識を現場に生み出す背景にはどのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか、これがここでの確認点となる。

### Ⅲ. 調査概要と分析方法

#### 1. 調査概要

以上の確認にあたり、本稿において分析の中心とするデータは、 $\alpha$ 病院の看護部長であるT氏へのインタビュー・データである。 $\alpha$ 病院は、高室（2014a）（2015b）（2015）において患者及び看護師を対象にインタビュー調査を行った医療組織である。一般病床数が565床、標榜科として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<sup>4)</sup>。

T氏は、同病院の看護専門学校の教務部長などを歴任後、自らの申し出により看護婦長を経験した後、2001年から副看護部長、2010年から看護部長を務めている。副看護部長への就任後から本格的に同病院の看護部の改革に携わり、以降、現在にみられる $\alpha$ 病院の看護部の仕組みづくりや看護実践を牽引してきたリーダーである。

インタビューは、インタビュー側にT氏と同病院の副看護部長1名と看護師長2名、インタビュー側に筆者と共同研究者2名が同席する中、 $\alpha$ 病院において行われた。質問項目として事前に共有した内容は図1のとおりである。インタビューは、この質問項目を参照しつつ、自由度の高い対話のもとに進められた<sup>5)</sup>。

#### 2. 分析方法

インタビュー・データの整理及び分析にあたっては、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」に示されている「脱文脈化」と「再文脈化」（ストーリー化）の方法を基礎としつつ、事例分析を行っていく。T氏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た文字テキストデータから文書セグメントを作成し、脱文脈化及びデータベース化した後、再文脈化していく。

今回の分析・記述においては、前章に示された3つの調査問題をコードとしつつ、脱文脈化し

た文書セグメントを位置付けていくことで再文脈化を図っていく。この作業の結果は、事例記述として、次章に提示される。

なお、事例記述に際して、文書セグメントを提示するが、今回の分析の焦点は、発話形態ではなく発話内容である。このため、前後の文脈も含めて各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、必要に応じて元のテキストデータの要約（あるいは縮約）を行うこととする。

また、事例記述にあたっては、T氏のインタビュー・データを中心としつつ、必要に応じて、同病院に関する文献・資料記録<sup>6)</sup>及び高室(2015)において収集された看護師インタビュー・データ<sup>7)</sup>を併用しつつ、再文脈化としての事例記述を進めていく。

1. 貴院では、患者参加を主眼においた看護計画（患者参画型の看護計画）を推進されているとお伺いしています。このお取り組みについて、どのような経緯やお考えで導入に至られたのか、お教えてください。
2. 貴院の医療・看護の体制として、看護師・治療チーム・各部署・委員会・カンファレンスなど、いくつかの単位での階層的な体制が整備されているとお伺いしております。これらの内容やしくみにつきまして、お教えてください。
3. 患者参加を主眼とした看護計画を実際に進めるにあたり、様々な患者がいらっしゃる中、また、様々な看護師がいらっしゃる中で、病院全体として、その方針を貫徹していくことは大変な困難を伴うことなのかと推察いたします。これをうまく進めるために、特に留意されている点や工夫されていることなどございましたら、お教えてください。
4. 貴院では、「部門間の敷居が低い」ということをお伺いしました。あるいは、部門横断的な情報共有が通常業務の中で自然になされているというような印象も受けました。一般に、病院組織は部門間の独立性や専門性の高さからこうした共有は難しいものではないかと想像しておりましたが、貴院では、なぜ、部門間の敷居を低くしたり、情報共有ができるのでしょうか。お取り組みや工夫等ございましたら、お教えてください。
5. 「看護を『点』ではなく『線』でみる」という視点から、例えば、地域連携や患者支援に力をいれるといった取り組みを進められているとお伺いしました。こうしたお取り組みについて、その背景や具体的な内容等、お聞かせいただけることがあればお教えてください。
6. 貴院の患者及び従業員の満足度は高いように感じていますが、他院と比べてどのような点が違うのでしょうか。貴院の特徴として強調しうる点、あるいは感じられている点等ございましたら、お教えてください。
7. 上記のほか、患者参加や看護体制に関するお取り組み等で、特に力を入れておられる点等あればお教えてください。

図1. 「質問項目」の内容（抜粋）

#### IV. 事例記述

本章では、α病院の看護部長であるT氏へのインタビュー・データを中心に再文脈化した内容を事例記述として提示していく。本稿の調査問題は、第1に「患者参画型の看護計画をはじめとしたα病院の全人的な看護実践にみられる考え方の背景には、どのような取り組みや理念があるのか」、第2に「α病院における組織的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」、第3に「α病院における部門横断的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」であった。

一方、インタビューにおけるT氏の語りは、T氏が副看護部長に就任した前後から進められてきた看護部の改革やマネジメントの背景に関するものとなった。「看護現場の質を高めるための仕

組みづくり」と「患者に選ばれるための仕組みづくり（あるいは看護現場を支援するための仕組みづくり）」の2つを大きな軸に、T氏のマネジメント観やこれまでの実践に関する認識が、インタビューの場での語りとして展開された。

以下では、このT氏の語りを中心としつつ、先に示された各調査問題に関係するコードで捉えられる発話内容（文書セグメント）を、それぞれの調査問題に位置付けていくことにより、3つの調査問題の観点からの再文脈化を試みていく。なお、各調査問題に対して配置された主たる内容を先にみておくと、次のとおりである。第1の「全人的な看護実践の背景にある仕組みと理念」については「退院・転院調整」に関する内容、第2の「組織的な看護実践の背景にあるマネジメントの仕組みと理念」については「人材教育・採用」に関する内容、第3の「部門横断的な看護実践の背景にあるマネジメントの仕組みと理念」については「チーム医療」に関する内容である。以下、調査問題の順に、再文脈化としての事例記述を提示していく。

### 1. 全人的な看護実践の背景にある仕組みと理念

第1の調査問題である「患者参画型の看護計画をはじめとした $\alpha$ 病院の全人的な看護実践にみられる考え方の背景には、どのような仕組みや理念があるのか」に関連する内容からみていこう。T氏の語りの内、この内容に位置付けられるものが、主に「退院・転院調整」の仕組みであった。それは、高室（2015）においてみられた、「患者の生活背景の把握と患者参画のもとでの看護実践」、あるいは、「現在の治療という『点』ではなく患者の生活や人生という『線』で看護を捉える全人的な志向」、こうした看護現場での実践や認識の背景の確認となる。

#### $\alpha$ 病院における退院・転院調整の現状と特徴

まず、現状からみておこう。 $\alpha$ 病院における「退院・転院調整」は、「医療福祉相談室」と「地域連携室」の2つの部署からなる「医療福祉相談部」を中心に推進されている。前者の「医療福祉相談室」は退院調整看護師とソーシャルワーカー（MSW: Medical Social Workerのことを言う。以下同じ）が協働して在宅療養支援・福祉相談・転院相談などを受け付ける部署である。また、後者の「地域連携室」は専門職員が病院や診療所から紹介される患者について診療科の案内や担当医の紹介などを行う部署である<sup>8)</sup>。

ここでは、特に前者の医療福祉相談室についてみておこう。同部署は1997年に在宅支援及び院内感染予防の推進、そして地域における在宅医療（医師・訪問看護師）との連携・支援を目的に「保険事業部」として設立されたものである。設立時は副看護部長を所属長に、保健師1名、感染管理認定看護師1名での構成であった。2004年に、この「保険事業部」の在宅支援看護師と「医療福祉相談室」のソーシャルワーカーが「保険福祉事業部」として同じ部署に配属され、「早期に適正な退院支援・調整に病院全体で取り組む体制」が作られた。

そして、2013年には、看護部長直轄部署として、看護師長1名、退院調整看護師4名、ソーシャルワーカー3名、派遣事務員1名で構成される部署となった。こうした体制のもと、退院調整看

看護師とソーシャルワーカーが、互いの専門分野について常に情報交換し協働しながら、患者・家族を全人的に支援できるよう活動するに至っている<sup>9)</sup>。

α病院の特徴は、こうした専門部署の設置を含めて、退院・転院調整や地域連携の体制が整備され、また強化されてきているということである。この点について、まずは、看護師長であるB氏の認識を確認しておこう<sup>10)</sup>。B氏は患者の退院の目標や思いに添って、入院早期から退院調整・支援を始めていこうという方針への認識を示していた。

**【B氏】** 「(患者さんの) 退院の目標や患者さんの思いに添う」ことは看護の基本だと思うのですが、私達の看護する意味はそこなのだということ、それが看護の方針なのかと思うのです。そのため的手段として「地域連携を強化して行きましょう」とか、「入院早期から患者さんの問題点とか課題を明確にしていきましょう」と。あるいは「退院が決まってから退院支援が始まるのではない」ということ。そういうことなのかと思います。

そして、こうした方針が看護師の認識に一貫して共有され実践に移されている背景には、組織として方針が明確に示されていることが大きいという印象が示されている。高室(2015)の記述を補足しつつ、B氏の発話をあらためて確認しておこう<sup>11)</sup>。

**【B氏】** この病院の特徴は、看護部長がそういうこと(退院・転院調整や地域連携強化の考え方—筆者注<sup>12)</sup>)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という気はします。(医療福祉相談室の取り組みに対して)、「それが大事だよ。必要だよ。患者さんの看護にはとても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。

ここにみられるように、看護実践の現場において、看護部長から退院・転院調整に関する組織の方針が明確に打ち出されているという認識が示されている。その背景には、どのようなマネジメントの考え方や取り組みがあるのだろうか。T氏の認識を確認していくこととしよう。

背景にあるマネジメントの取り組み・理念

T氏は、なぜ退院・転院調整の必要性をここまで強調するに至ったのであろうか。その基礎にあるものとしてまず語られたことは、T氏自身の患者体験であった。自身の患者体験を基礎に置きつつ、「患者にとって病院とはどういう場所なのか」という問いに対する強い意識が示される。

**【T氏】** ベースはですね、私も患者体験していますよね、父もここで(入院した後)、家で看取っているのですけれども。看護師長として働く前に、いろんな経験をしているので。そういったところで、「患者にとってこの病院は、どういう病院だろうか」とか、「どういった立ち位置がなければいけないのか」ということ(視点)で、ずっと病院を眺めて来たところがある。

こうした意識から強調されることになった課題の1つが退院・転院調整であった。T氏は自身

の経験を通して、医師や地域のサポートの重要性を実感している。そして、その経験が退院・転院調整の仕組みづくりへの発想へとつながることとなった。

【T氏】父もターミナルでこの病院には入院したけれど、やはり自宅がいいと。その時に、支えとなるのは、先生方の柔軟な発想と、地域で支えてくれるかかり付け医と、看護職のサポートということがよくわかったし、自分自身がそう思いました。(中略)。

まず、自分が副看護部長になったときに、たまたま医療福祉相談室の前身の保健福祉事業部の担当をさせてもらったので、満足をして退院につなげられるような仕組みを作っておかなければならないと思っていました。

また加えて、退院・転院調整の仕組みづくりの必要性の認識だけではなく、現実の実践へと向けさせる要素が重なる。それが、当時の医療政策も踏まえて行われるに至ったα病院の急性期病院への転換であった。すなわち、そこでは、患者は「治らないままに退院していく」のである。この事態を前に、あらためて、「患者にとって病院とはどういう場所なのか」、また「病院は患者にとってどうあるべきなのか」、こうした問いが、T氏に投げかけられることになった。

【T氏】患者さんが治って帰っていた時代（いわば、「慢性期病院」）から、丁度、私が病院に入った少し前ぐらいに急性期病院に転換をしないといけないということで、国の政策もあるのですが、やはり「治らないまま退院していく」といったところですね。抜糸をせずに帰っていても当たり前、そういう急性期の病院になっていった時に、患者さんにとって、「じゃあ病院ってどういったところか」と。治らない状態で、不安なまま帰っていくわけです、そういうところを見ながら、「病院は、患者さんにとって、どうあるべきか」といったところで。

こうした状況下で、T氏は病院側からの視点ではなく患者側からの視点から、患者にとって「安全で、安心して、満足して、退院できる」体制を整備していく必要性を認識するに至る。そして、「いざ」という時に頼って来てくれる場所にならねばならない、こうした思いを抱くことになる。

【T氏】とにかく、患者さんにとって、安全で、安心して、満足して、退院してもらおうようにならないと。在院日数を短くするというのはあくまでも病院主導。極端に言えば、医療費（の問題）から来た国の誘導であって、本来の患者さんが常に置いてきぼりだっているのもよく見えていたし、病院が生き残っていくためには、そうした患者の満足というところを常に考えておかないと。本当に「いざという時に頼って来てくれるところではなければならない」といったところがあるので。

以上のような経緯の中で、退院・転院調整に関する課題が整理されていく。その1つが、患者の意向や生活背景を把握したうえでの看護の必要性であった。まずは、この視点が、高室(2015)にみられた、α病院の看護現場における「現在の治療という『点』ではなく患者の生活や人生と



いう『線』で看護を捉える全人的な志向」として現れるに至っているものと捉えられよう。

そして、もう1つが退院・転院の支援や調整にあたる部門の整備と強化である。具体的には、在宅支援看護師とソーシャルワーカーの両者が協働するための仕組みづくりに取り組まれ、先に見たとおり2004年には「保険福祉事業部」として体制が整備されることになる。こうした理念のもとに、現在につながる退院・転院調整の仕組みが整備されていった。

【T氏】在宅の患者さんに満足して退院してってもらうために、また、転院してってもらうために、しっかりと話を聞いて、患者さんの意向とか生活背景を知った上で退院に結びつけていくことが患者満足に繋がるし、同時に、急性期（への転換に伴う作業）がすごく煩雑となる中で、退院調整や転院調整といったところが絶対に手薄になってくるとか、見えなかったものが見えてきました。そこを専門にしっかり担当する人がいるだろうと。私が担当した時は、ベテランのソーシャルワーカーと若い保健師さんが背中を向けていて、なかなかそれは大変だったのですが、一緒の場所で（仕事を）してもらいうような工夫をしながら進めたので、そういったところはうまくいったのかなと。

こうした改革を進めるにあたっては、抵抗もあった。しかし、結果として改革の実現への駆動力となったことの1つが、現場における業務上の成果の実感であった。すなわち、改革を進めたことで現場の仕事がやりやすくなること、また加えて、部署のメンバーの選抜等を通してブランド的な誇りが生まれてきたことなどがその要素となったことが語られる。

【T氏】結果的には、抵抗もあるけれども、結局は現場にとってすごく楽になっていくといったところを作っていくのと、人材育成にしても、選ばれて入って来た子達を育てていくんだよといったブランド的な誇りを持たせるとか、そういった仕組みも同時に作っていったので、それは楽ですね。

なお、当時、現在の「地域連携室」につながるような動きが、看護部にも生じている。T氏たちは、地域の医師と手を結んで患者をサポートする仕組みの必要性を感じていた。こうした中で、2001年に「地域医療連絡室」が設置されるに至るが、この動きの中で「看護部でできることは何か」が課題として認識されていたのである。その中で取り組みが、その後の退院調整看護師とソーシャルワーカーの協業体制の整備につながっている。

【T氏】地域連携と言われる時も、なぜ、訪問のステーションが作れないのかなと思っていたのです。（中略）。早くから、いかに先生方と手を結んでスムーズに患者さんをお送りするか、また迎え入れるか、といったところの仕組み、（具体的には）療養福祉相談室、地域連携室というような組織を作ろうっていうような形で、当時（2001年）の院長にも動いていただいた。看護部門としては、「それに沿って何が出来るか」といった時に、退院調整看護師とソーシャルワーカーの意識をぐっと近づけていくという形になってきたのです。

また、T氏たち自身も、地域連携に向けた行動を起こしている。例えば、T氏が副看護部長の

専任となった際には、自転車で、保健師と2人で地域の医師へのあいさつ回りなども行われた。それは、「連携を実質的なものとするためには、信頼を得なければならない」、あるいは、「顔が見えなければいけない」、こうした実感に基づく行動であった。

【T氏】取り敢えず、「自部署とか自施設とか地域とかをしっかりと見たうえで、必要性を感じたらやる」というような形で。(例えば)2002年に副看護部長を専業でさせてもらうときに、保健師さんと私と2人で、自転車で、かかり付けの先生にご挨拶で回ったりもしました。それで、先生の顔が見えたりとか「こんな地域性だな」ということが分かったりとか、地域を回って良かったです。(中略)。

やはり紹介してもらわないといけないし、信頼されないといけないし、顔が見えないといけない。こういったところは、自分の中の実感であったので、だから、やっぱり、出向いて行って。

以上、退院・転院調整に関するT氏の発話を中心に、α病院にみられる「『点』ではなく『線』による看護実践」、換言すれば、「全人的な看護実践」の背景にあるマネジメントの取り組みや理念を確認してきた。α病院では患者の背景の把握と長期的視点に基づく看護実践という特徴がみられたが、この背景には、「患者としての当事者意識」に基づくマネジメントの理念形成と、その理念を組織的な仕組みとして整備していくマネジメントの実践があったことがみてとれた。

なお、ここで1つ確認しておきたいことがある。それは、T氏の語りの中においては、高室(2015)で強調された「患者参画型看護」という用語についての直接的な発話がみとめられないということである。これは、どのように捉えられているのであろうか。

α病院における「患者参画型看護」への取り組みは、全人的な看護の認識に基づく実践の中で、すでに前提とされているものであった。例えば、「患者視点から入院生活や退院後の生活を考えた看護計画を立てよう」という実践のもとでは、その看護は、自ずと「患者参画型の看護」になる。そのため、実質的な取り組みにおいて、後に普及する「患者参画型看護」という用語を特段に意識するような必要はなかったのである。

【T氏】「患者参画型」というのは、医療機能評価で、「看護計画や治療計画を患者さんに説明して承諾を得た」などという項目があって。マニュアル的にどこでも同じように「患者さんに説明した」というようなところから入っていたら、やはりそれは形だけなので。そうではなく、退院に向けての患者さんを入れてカンファレンスしたりする中で、初めて参画型になって来るのだろうと。患者さんにとって、「どんな入院生活を送りたいですか」、「退院後どうしますか」といったところを看護師がちゃんと発信して、患者が意見を言えて、その上で医療を進めていくっていう過程がすごく大事だろうなって思うので。(中略)。

「参画型の記録をしよう」とか、「看護計画を立てよう」ではなくて、「患者さんにとってその人らしい生活って何か」といったところから入っていったら、当然、患者さんの話を聞かなければならないだろうというところになっていく。

では、医療機能評価等において「患者参画型看護」といった考え方が普及し、その取り組みが一般的な課題とされているような現状はどのように捉えられているのであろうか。この点については、逆に、それまで、いわば自ずと行われていた $\alpha$ 病院における「患者参画型看護」の意義をあらためて確認するとともに、その取り組みをより一層進めていく契機として活用されている。

【T氏】「参画型」と言わなくてもやってきたことですけど。ただ、「参画型」というのが出てきているので、やはりその言葉を意識させて、看護記録とか看護計画を変えようとさせたりしている。

ここには、「患者としての当事者意識」とあわせて、あくまでも、「当事者視点から導かれた解決すべき課題の設定と、その解決策の追求に焦点する」という、マネジメントの理念と実践があることがみてとれるといえよう。

## 2. 組織的な看護実践の背景にあるマネジメントの取り組みと理念

以上に、第1の調査問題である全人的な看護実践の背景にある取り組みや理念として、退院・転院調整を中心とした取り組みと理念をみてきた。次に第2の調査問題である「 $\alpha$ 病院における組織的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」に関する内容をみていくこととしよう。例えば、高室（2015）では、患者参画型の看護計画の推進における患者の目標設定に際して、担当看護師1人だけではなく、チームとして検討していくような実践があることがうかがえた。本節で確認したい点は、こうした看護部内での情報共有と組織的な課題解決の背景である。

### $\alpha$ 病院における看護部内での情報共有や協働の現状と特徴

この確認に先立ち、 $\alpha$ 病院の看護師インタビューにみられた、看護現場における情報共有や協働の特徴を確認しておこう。それは、例えば、次のような認識に象徴されるものであった<sup>13)</sup>。

【C氏】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。

ここには、目標の妥当性を組織として検討する場として、「看護チーム」と「カンファレンス」が例として挙げられている。以下では、 $\alpha$ 病院の看護体制の確認も含め、前者の看護チームについてみておこう。

$\alpha$ 病院では、「モジュール型継続受け持ち方式」と呼ばれる看護方式が採用されている<sup>14)</sup>。この方式は、病棟単位など1つの看護単位においていくつかの一定期間固定したチームを作り1人の患者をチームで看護する「チームナーシング」と、1人の看護師が1人の患者を一貫して受け

持つ「プライマリナーシング」の折衷方式である。すなわち、1つの看護単位を、例えば「重症患者」、「軽介助者」などのいくつかのモジュールに分け、そのモジュールで看護チームを作り、その看護チームの中で1人の看護師が1人の患者を受け持つ形で担当看護師、副担当看護師を決めるという方式である。

このため、看護師はモジュール型の看護チームの一員としていずれかのチームに所属しつつ、患者との関係においては1対1での継続した受け持ち体制で看護をすることとなる。この体制のもとで、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。

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作りやすいこと、また、患者把握のもとでのケア計画が立てやすいことが挙げられる<sup>15)</sup>。α病院における患者参画型の看護、すなわち、個々の患者の背景の理解に基づく目標設定や全人的志向を基礎とした看護実践に適した看護方式であるといえよう。

また、担当看護師はモジュール型の看護チームの一員でもあるため、所属する看護チームにおいて、担当患者に関する情報共有や検討すべき課題のチェック等を相互に行うことができる。先のC氏の発話にみられる「目標の妥当性などに関するチームの中でのチェック」とは、こうした活動のことを指すものと捉えられる。

このように、α病院の看護実践の背景には、チームナーシングとプライマリナーシングの折衷方式として構想されたモジュール型継続受け持ち方式の看護方式の利点をうまく生かしつつ、同病院が目指す患者参画型の看護実践を遂行する体制がとられていると捉えられよう。

但し、この方式にも課題が指摘される。それは、主として、プライマリナーシングのデメリット面に起因する課題である。すなわち、確かにこの方式では、看護チームとしてのつながりは作られるが、あくまでも患者との関係としては1対1の関係が前提となる。このため、この方式の問題として、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ること、経験の少ない看護師は責任に対してストレスが増すこと等が挙げられるのである<sup>16)</sup>。

この方式での看護をうまく進めるためには、これらの問題の解消を図らなければならない。では、これらの問題にどのように対処しうるのであろうか。こうした視点も含めて、T氏の語りから、α病院における組織的な看護実践の実現の背景を確認していこう。

#### 背景にあるマネジメントの取り組み・理念

T氏のインタビューにおいて、患者情報の共有や、個々の看護師の課題を組織的な検討の俎上あげていく取り組みに関連して、特に強調して語られた取り組みが「カンファレンス」と「委員会（及びワーキング・グループ）」における「事例検討」であった。

まず、カンファレンスにおける「事例検討」からみていこう。病棟における看護業務の引き継ぎや情報共有の機会にはいくつかの場面があるが、その1つとして位置付けられるものが「ケア・

カンファレンス」である。それは、「患者の問題解決及びスタッフ間の情報共有や意思統一を目的に行われるミーティング」である<sup>17)</sup>。

ケア・カンファレンスの実施方法は様々であるが、α病院では、例えば、日々の報告担当を決めたうえで、30分程度の時間で、受け持ちの患者の問題や看護計画の妥当性や新たな問題の提示、さらには個性のある具体的な看護ケア等を話し合う場とされている<sup>18)</sup>。このケア・カンファレンスを活用することで、先に見たような看護計画のチェックが、看護チームの範囲を超えて、より広く病棟の単位においても行える体制とされている。

【T氏】いろいろなやり方があるのですが、「今日は誰々さんの担当のこの患者さんの退院調整について考えましょう」とか、「何時に集まってください」と言って。やはり、毎日45人から60人の患者さんがおられたら、1人や2人や3人と抱えている問題や「これでいだろうか」と思っている問題が必ずあるので、それについてお互いに話し合うような時間を必ず作る。(中略)。

長くて30分くらい。そんなに長くすると、みんな集まって来れないのですよ。やはり現場で即したカンファレンスというのは短時間で、きちんと時間で終わるような形でやっていかないと。

但し、T氏が強調するのは、個別の看護計画のチェックや相談だけではない。この場での「事例検討」である。「事例検討」とは、担当看護師からある受け持ち患者の事例が提示され、「その患者にとって、今何が問題なのか」といったことが話し合われるものであるとされる。そこではもちろん、個々の看護に関する情報共有や相談が行われることになる。

但し、目的はそれだけではない。さらなる効果として、次の2つが強調されている。1つが「様々な患者を看よう」とする姿勢に繋がること、そして、もう1つが、こうした話し合いの場が個々の看護師をプロとして育てていく大きな要素になることである。

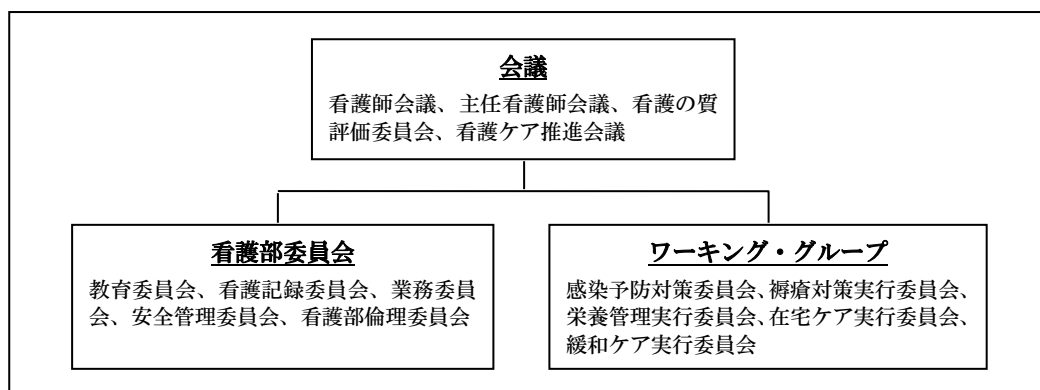
【T氏】現場ではカンファレンスが大事だと思うのですが、カンファレンスでは、いろんな患者さんの顔があって、(それぞれ) どういうふうな関わりがいいのかということをお互いに話しながら進めていくという過程を、絶対に大事にしないといけないことをずっと言い続けている。それが、「患者さんを看よう」とする姿勢に繋がるのではないかと。在院日数短縮のためにクリティカルパスがあって、「今日はこれです、これです」と仕事が終わっていくのではなくて、やはり、「この患者さんの今、何が問題か」というところを話し合える場を作ること、それがプロを育てていく1番大きなポイントになって来るので、やはり事例がすごく大事です。

そして、この取り組みは、先に挙げた看護方式のデメリットの解消にもつながることになる。すなわち、ケア・カンファレンスにおける「事例検討」を通して、看護実践における当座の課題への対応を支援することで担当看護師のストレスを緩和すると同時に、それが看護師の育成の役割を果たすことで看護師の能力差を解消していく取り組みにもなるのである。

なお、ケア・カンファレンスでは、全ての患者の看護計画がフォローできるわけではない。あくまでも限られた数の患者に限定されることとなる。この点については、逆に、「検討数が限定される」ということが、実践上の意味を持つものとして認識されている。それは、「多数の患者の中から、どの患者を選定するか、その選定能力自体が、看護師の能力の1つとして問われるものとなるから」である。その課題も含めて、教育の一環となるものと捉えられている。

【T氏】順調に退院される方はいいのですが、何か問題がある方はとりあげていく。外来でも、(約1200人も)来られる中で「どの方を選定するのか」というとき、やはり、それは看護師の臨床的な経験や感性ということになってくる。そのための教育であり、事例検討であったり、カンファレンスでもある。(中略)。それが出来てないところは、看護の質がどんどん落ちていったり、インシデントが起こったりというのが見える。

次に、もう1つの場としてあげられた「委員会(及び「ワーキング・グループ」)について語られた内容をみていこう<sup>19)</sup>。α病院の看護部には、看護部長の諮問機関として委員会とワーキング・グループが設置されている(図2参照)。



(出所: 『α病院文献資料A』(2012)、102頁)

図2. 看護部運営機能

「委員会」とは「時代の変化を問わず看護管理の基盤となる分野」、「ワーキング・グループ」とは「時代の状況の変化や要請に対応する分野」で構成されるグループであるとされる。「両者は看護の質向上を目指す看護部組織の両輪」とされ、「看護部の理念・目標の達成のために年間計画を立て、実施したことをデータに基づいて評価し、その結果を現場の業務改善に生かしている」となるとされている<sup>20)</sup>。

この委員会活動について、ここでも、T氏が強調するのが「事例検討」である。「その患者はどのような背景を持つのか」、「今はその患者にとってどういう時期なのか」、「その患者にとって本

当に最善の医療ができたのか」、こうした話し合いを行う場を多くつくり、患者にとって本当に必要なケアとは何かを見つめ直すことが重要であることが強調される。

【T氏】今、各委員会で、何を行っているかという、事例検討なのです。患者さんの事例をしっかりと見つめ直すっていったところで、「この患者さんにとって本当に最善の医療が出来たのか」とか、「この人は、どんな人なのか」、「その方はどんな仕事なのか」とか、「何歳ですか、家族はどうですか」と。(中略)。普段の事例検討で、「その患者さんにとって、今はどういう時なのか」ということを見つめないといけない。栄養管理は栄養管理、緩和は緩和、在宅は在宅で、それぞれが自分が病棟で接した患者さんの事例を持って来て、「その看護で良かったのか」とか、「更にどうしたらいいのか」ということを話し合う場面をたくさん作っている。

以上、T氏のインタビューから、組織的な看護実践の背景を確認してきた。チームでの看護体制と個別的な看護体制を折衷する看護体制を導入するとともに、「事例検討」によって相互に考える場を多く持つことで、全人的な看護の実践と同時に、プロとしての能力を高めていくための組織的な取り組みがあることがみてとれるものであった。

なお、看護師の育成に関して、もう1つ、留意すべき点として示された認識をみておこう。それは、「看護管理者」と「管理者」との識別である。T氏は、看護師はあくまでも看護者であるべきであって管理者になってはならないこと、換言すれば、患者にとって最善の看護をするために管理があるのであって、その逆ではないことを強調する。

【T氏】(看護師の思いが必ずしも実践に反映できるわけではないが、そうした中で実践が出来るようになるためには)プロかプロではないかといったところ、看護管理者と管理者の違いだと思うのです。(中略)。「患者にとって最善の看護をするために管理があるんですよ」と。「はき違えないようにしようね」と。看護のためには、お金も必要だし、もの、人、情報をコントロールする(ことも必要。但し)、そこから離れて、お金のために管理するとなったらずれて来るよねと。やはりベースは、目の前の患者さんにとって最善の医療を提供するっていうところから外れてはだめということ。

先の経歴にもみられたとおり、T氏自身、看護専門学校の教務部長から看護部に異動する際に、敢えて婦長の職位を志願しその職を経験している。その理由は、看護現場が分からないままに管理者になることを避けたいとの考えからであった。マネジメント側の立場にあって、「看護師としての当事者視点」への留意も認識されているものと捉えられよう。

### 3. 部門横断的な看護実践の背景にあるマネジメントの取り組みと理念

前節では、看護部内での情報共有や協働の背景を中心にみてきた。次により広く、第3の調査問題である「α病院における部門横断的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」に関する内容についてみていくこととしよう。この点は特に、α病院の

看護師インタビューにおいて、部門横断的な情報共有や患者対応の実践、あるいは、部署間の垣根の低さなどがその組織的な特徴として語られたが、こうした認識を現場に生み出す背景にはどのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか、この確認点となるものである。

### α病院におけるチーム医療の現状と特徴

まず、α病院における「チーム医療」の特徴をみておこう。「チーム」には、前節でみた看護チームやそれに医師が加わる医療看護チームなど様々なものがあるが、ここで確認する「チーム医療」とは、複数の医療専門職が連携して治療やケアにあたるべく結成された医療チームによるものである。α病院では、例えば、次のようなチームが組織されている（表1）。

この医療チームは、α病院において、「患者中心の医療の実現にはチーム医療が機能することが不可欠」というようにも強調されるものである。なぜなら、「患者・家族の療養生活の質を高めるためには、専門的知識や技術を持った施設の医療チームを積極的に活用する、すなわち、他の職種と手を組む必要がある」<sup>21)</sup>からである。

表1. α病院における医療チーム

結成年	医療チーム
1999年	感染対策チーム（ICT）
2000年	プレストチーム
2001年	栄養サポートチーム（NST）
2002年	褥瘡対策チーム
2006年	緩和ケアチーム
2008年	フットケアチーム
2010年	呼吸ケアチーム
2012年	外来化学療法チーム、虐待対応チーム

（出所：『α病院 60周年記念誌』（2013）45-53 頁に基づき筆者作成。）

看護についていえば、患者の症状や問題に応じて、医療チームの支援や連携を得ていくことになる。医療チームとの連携に際しては、まず、看護師が現場で得る情報をもとに、患者への対応が自部署で可能かどうかを検討される。例えば、食事摂取が低下している患者、疼痛コントロールがうまくいかない患者、褥瘡ができてしまった患者などがそれである。そして、自部署での対応が無理な場合はどの医療チームと連携していくかを調整する。そこで、医療チームの介入が必要と判断されれば、その医療チームの介入が行われることになる<sup>22)</sup>。

今では、こうしたチーム医療は、多くの病院に普及しているが、α病院の特徴としては、まずは、比較的早い時期から医療チームが結成され、部門横断的な医療活動が行われてきたことがあげられよう。α病院における医療チームは、1999年の感染対策チーム（ICT）の結成に始まり、その後、表1にみられるような拡充を行ってきている<sup>23)</sup>。また、2011年には厚生労働省による「チー



ム医療実証事業」、また 2012 年には「チーム医療普及推進事業」にも選定されている<sup>24)</sup>。

そして、もう一つの特徴として取り上げておきたい点が、看護現場の認識として、こうしたチーム医療をはじめとしたチームで協働する場の多様な設定そのものが、部門間の垣根を低くし、ひいては部門間の情報共有や協業を促す要素となっているという印象が示されていた点である。高室(2015)から、関連するコメントをあらためて確認しておこう<sup>25)</sup>。医療チームの編成の効果は、直接に目的とする専門的な機能への対応だけではなく、より広く、 $\alpha$ 病院の組織全体をつなげていくような機能を果たすものにもなっていることがうかがえる。

**【C氏】** 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達が来ていて、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ったりはします。

以上にみたような、 $\alpha$ 病院における部門横断的な医療チームの拡充、そして部門間のボーダレス化の背景にはどのようなマネジメントの取り組みや理念があったのだろうか。こうした視点から、T氏に示された認識を確認していくこととしよう。

背景にあるマネジメントの取り組み・理念

まず、 $\alpha$ 病院の医療チームづくりに関する認識からみてみよう。先にみたように、 $\alpha$ 病院におけるチーム医療は、1999年の感染対策チーム(ICT)の結成に始まる。この感染対策チームは、当時の院長のリーダーシップのもとに発足したチームであった。「患者から選ばれるための仕組みづくり」と「現場を支援する仕組みづくり」、この双方の観点から、部門及び職種を横断的に動くチームが求められた。

**【T氏】** 患者さんから選ばれるための仕組みづくり、同時に現場支援ということで、横断的に動くチームを作っていた。それが、13、4年前です。(中略)。横断的に(活動することで)、患者さんに満足してもらったりとか、現場を支援するといったところがチーム医療(です)。

この医療チームの結成に対して、看護部が積極的に関わりを持つようになったのは、2000年のプレストチームの結成からである。当時のチームの結成にあたっては、先行した感染対策チームの経験を生かすことはできたが、簡単に進んだわけではなかった。その要因は、多職種にまたがることによるものであった。チーム作りを進めていく中で、役割を明確化していくこと、そして、その過程を通してチームに対する互いの理解を深めていくことの重要性が意識された。

**【T氏】** 最初、プレストチームを作ったときに、なかなか難しかったのは、先生が自分のチームとして考えておられる。「そうじゃないよ」といったところがあったりとか。あと、褥瘡対策チームや緩和ケアチームを一から作り上げていく過程で、お互いの役割をきちんと明確にしていくということが大事だ

など。それぞれチームにおいてお互いの役割を明確にして、お互いが分かり合っていく過程を踏んで。特に緩和ケアチームの場合は「理念をどうするのか」とか、「その人は、どういう役割を果たすのですか」ということを丁寧に書き上げていった。明文化することで、「自分の役割ってこれだね、看護師さんはこれ、医師はこれだね」と、役割を分かった上で協働していくというのが、すごく大事だということを感じました。そういう作る過程というのを踏んでいかなければ。

この役割の明確化において、まず、意識された点が医師の位置付けであった。当時、医療チームの編成にあたって、医師が、自身の所属するチームを「自分のチーム」と考えてしまう傾向があった。これに対し、T氏たちは、患者を中心としたチームづくりをするために、看護師がより積極的に関与していくチームづくりが必要であると考えていた。すなわち、「患者に直接接してケアを行ったり、患者の生活をみているのは看護師である。その立場にある看護師が、医療チームに積極的に関与すること、それが患者を中心とすることになる」という認識であった。

【T氏】チーム医療でも医者が中心のチーム医療じゃなくて、やはり、(中心は)患者だと。患者が入らないとだめだろうと。患者さんを入れるためには、ベッドサイドケアをする看護師が患者さんを引っ張り込まないと分からないだろうし、地域に戻すためには生活を見ないといけないので、看護師が、やはり頑張っていかなければならないだろうというところで、ずっと彼女達にも言い続けて。

こうした取り組みの中で、医師も多職種の中の1つの機能として位置付けられるような医療チームが生まれることとなったのである。

但し、ここでもう1つ強調されることがある。それは、結果として、このチームが、医師にとっても活動しやすいチームとなっていたということである。

【T氏】(医師のチームであれば)、先生がいなくなったらそのチームは消滅するのですが、そうではなく「患者にとってのチームだ」ということで、今は、看護部で組織を作っているので、そのまま(継続して)運営出来る。また、先生はきっと楽になります。例えば、実行委員会の看護師が患者さんの回診リストを作ったりとか、先生が探さなくても現場から声が上がって来るような仕組みを作ったりとか。先生は、もう本当に、回りながら、それぞれ専門の医師としてのコメントをきちっと言ってくだされば、それをすぐ現場は下ろしていけるので。(中略)。わざわざ細かい事務の指図をしなくても事務も動くようになるし。(中略)。先生としての医学的なコメントを頂けたら、全然問題ない。

こうした試行錯誤や経験を経る中で、チーム編成のノウハウが得られていった。現在では、このノウハウの蓄積が、α病院の様々なチームの拡充の背景となっていることがうかがえる。

【T氏】理念から積み上げていたハウツーを持っているので、何かする時にはそれをベースに、役割をつけながら出来るというか、だから、最初の緩和ケアチームなどの作り上げは、すごい時間がかかって

本当に大変だったのですが、それをすることによって、新たにチームを作る時は、その雛形があって、それに基づいてやれば出来て来る。自然発生的に出来るようにはなっているかなと思います。

次に、医療チームの運用について強調される点のみておこう。医療チームがうまく動くかどうかは、「その医療チームは何のために作ったのか」あるいは「何のためのものなのか」、こうした医療チームの役割や意義に関する理解がメンバーの中で明確化され共有されているかどうかがかチーム医療の運用の成否を分ける要素になると認識されている。

【T氏】(チーム医療の運用について) いろんな視点から考えられるのですが、例えば、「緩和ケア推進室」という部屋はここが最初に作ったのです。横断的に動く看護師を集めて。そのスペシャリストですね。(その後、他の医療組織でも同様の部署がどんどんと作られています)「私たちは何のためにこれを作ったか」、「何のための部屋なのか」という事をきちんと分かった上で作るかどうかというところになってくる。「何のために」というところが出来ているところは、うまく動いておられます。それは、見ていてすごくよく分かる。その管理者が、きちんと本当の意味の連携を考えて、「何のために」ということが見えているかどうか、その有無によって。結局、表面上のスペシャリストを活用するレベルでしかなければうまくいかない。それはすごく良く分かるのではないですか。

但し、この「何のために」ということを組織として共有することの難しさも認識されている。この問題に対しては、取り組みの理由や効果を発信し続けていくことの必要性が強調される。

【T氏】(「何のために」ということを) 分かってもらうのは本当に難しくって。(中略)。やはり、「新しいものを入れる」ということに対しては抵抗があるのが当たり前なので。でも、その「何のために」とか「どういう効果があるのか」について、師長会とか主任会などで言い続けていく。

そして、α病院のチーム医療に関する取り組みとしてさらに強調される点が、同病院では、医療チームをうまく活用しながら、部門横断的な看護実践をより実効的なものとしていく仕組みが工夫されているということである。

その背景にある取り組みが、各医療チームと看護部とを切れ目なく結びつけていく工夫である。具体的には、各医療チームの下部組織としてワーキング・グループを設置するとともに、そのワーキング・グループに全ての病棟から「リンクナース」と呼ばれる看護師を配置する。また、あわせて、ワーキング・グループのオブザーバーや委員長には認定看護師等を配置するのである。

こうした体制を整備することにより、各リンクナースを通して、一方では医療チームの方針や状況等が各病棟に伝わることとなり、もう一方では各病棟における看護現場の声が医療チームに届き反映されていくことになる。α病院では、こうした看護現場と医療チームを結びつける仕組みが整備されてきているのである。

【T氏】医療チームの下に、看護婦のワーキング・グループとして下部組織を作っているのです。リンクナースのチームとして。だから、例えば、緩和ケアのチームの下には緩和ケア実行委員会、褥瘡は褥瘡対策実行委員会、栄養管理実行委員会というふうに、各病棟でそういったチームと繋ぐリンクのナースを置いて。また、その実行委員会のオブザーバーであるとか委員長には、必ず、認定看護師など、それぞれのチームの主だった人達を置いている。このように必ず現場の看護師と、それから、チームとが繋がっているような委員会の活動を作りました。

こうすれば、絶対に現場からチーム医療が乖離しないし、現場の声が反映されない医療チームなんて絶対あり得ないので。だから、その仕組みとして、看護部の中には、普通の委員会以外にその実行委員会というものを作っている。それは、結構、無事に定着したという感じです。

そして、こうしたネットワークの中での情報共有や協働によって、それまでは見えなかったような他部署の力もみえるようになってくる。こうしたことが、部門横断的かつ組織的な情報共有の可能性を広げるとともに、互いの職務に対する理解も生み、ひいては部門間の垣根の低さを生む契機にもなっているものと捉えられる。

【T氏】それぞれが、協働しているのと、情報が集まって来るので、結局、ICTのメンバーもいろんな人が入って来て、栄養サポートチームもいろんな人が入って来て、全部結局はいろんな部門と繋がっている。チーム医療自身が繋がっているの、きっと大きく、壁とか（も解消される）。（中略）。

回り出すと、相手が何が出来るかが見えて来る。それまであまり見えなかったけれど。

## 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、 $\alpha$ 病院の看護部長であるT氏へのインタビュー調査を中心に、分析結果としての事例記述を提示してきた。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確認と考察を行うこととする。

本稿の調査問題は、第1に「患者参画型の看護計画をはじめとした $\alpha$ 病院の全人的な看護実践にみられる考え方の背景には、どのような取り組みや理念があるのか」、第2に「 $\alpha$ 病院における組織的な看護実践の背景には、どのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」、第3に「 $\alpha$ 病院における部門横断的な看護実践の背景にどのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか」であった。以下、各調査問題について、前章の事例記述から考察される内容を順に整理していく。

### 1. 全人的な看護実践の背景にある取り組みと理念について

第1の調査問題の主たる確認点は、高室（2015）による看護師インタビューでは、 $\alpha$ 病院において、患者の目標に基づく患者参画型の看護計画が推進されていること、そして、その内容としては、患者の背景の把握と長期的視点に基づく看護実践という全人的な観点からの患者参画型看護の発想が共有され実践されていることがうかがえたが、こうした看護実践の背景にはどのよう

な仕組みや理念があるのか、ということであった。前章では、この確認について、主に「退院・転院調整」の推進に関する内容をみることとなった。この事例記述から確認された点として、次の3点を挙げておく。

第1に、 $\alpha$ 病院では、独自の取り組みとして、早期から退院・転院調整の体制の整備が進められてきたことが挙げられる。現在では、医療福祉相談部を中心に退院・転院調整及び地域連携の仕組みが整備されている。同病院の「入院早期から退院支援を考える」という看護の志向は、こうした退院・転院調整の体制の整備を前提とすることで、実質的な看護実践の展開を可能としていることがうかがえる。

第2に、退院・転院調整の体制の整備が比較的早期に、また独自に取り組みされた背景には、急性期病院への転換という環境変化と同時に、同部署を牽引していたT氏の「患者としての当事者意識」に基づく組織的な理念形成があったということである。組織のマネジメントの観点から、特にここで強調しうるのは、後者の「患者としての当事者意識」の反映であろう。今回の事例の場合は、その当事者意識の起点が看護部のリーダーにあったことがうかがえたが、こうした「患者としての当事者意識」を基軸とした組織的な理念形成が、 $\alpha$ 病院の取り組みを患者中心の取り組みとしていくに至る大きな要因になっていると捉えうる。

第3に、関係部門の整備などをはじめとした実践は、あくまでも、「当事者視点から導かれた解決すべき課題の設定と、その解決策の追求」として、なされているということである。例えば、医療福祉相談部についていえば、「患者の思いに添った看護のためには退院・転院調整までの支援が欠かせない」という文脈のもとで独自の整備の実現に至ったものであった。この意味で、例えば、「他院のベンチマーク等により、ひとまず退院・転院調整部門を設置してみる」というような行動とは一線を画すものとなっている。そうした特徴は、「患者参画型看護」への独自の取り組みに関するT氏の認識にも明確にされたものであった。このような、当事者視点からの問題解決に焦点した理念の形成と実践の追求が、現場に対しては「方針の貫徹」として現れるとともに、組織の理念として、 $\alpha$ 病院の全人的な看護実践を支える1つの要素となっているものと捉えられる。

## 2. 組織的な看護実践の背景にあるマネジメントの取り組みと理念について

第2の調査問題の主たる確認点は、看護部内での情報共有や組織的な課題解決がいかに可能とされているのかという点であった。例えば、高室(2015)では、患者参画型の看護計画における患者の目標設定を担当看護師1人だけではなくチームにおいて検討するような実践があることがうかがえたが、これらの仕組みや理念についての確認を行うことがここでの課題であった。この課題について、前章の事例記述に確認される点として、次の3点を挙げておく。

第1が、 $\alpha$ 病院の看護師の認識及び看護実践と看護方式の適合性である。 $\alpha$ 病院の看護実践においては、患者の背景にまで踏み込んだ個別な患者参画型の看護計画と、一方でチームによる看護計画の検討という実践があることがうかがえるが、この背景には、「モジュール型継続受け

持ち方式」という看護方式の採用があることがみてとれた。α病院における患者参画型看護の実践の背景には、チームナーシングとプライマリナーシングの折衷型とされるこの看護方式がうまく駆動していることが伺える。

第2が、看護部内での患者情報の共有や課題検討のための多様な場の確保である。看護チームはもとより、ケア・カンファレンスと委員会（ワーキング・グループ）がその場として確認された。こうした場の確保が、看護師の認識にみられた看護部内での情報共有や課題検討の背景となっていることが伺える。

第3が、これらの場での共有や話し合いの内容が、単に、当座の患者情報や業務課題の共有に止まるものではなく、看護理念の共有や看護実践の学習に拡張されているということである。「事例検討」という方法として強調されたこの取り組みは、大きく次の2つの意義を含むものといえよう。1つが「患者を見る」という看護理念の共有と醸成、もう1つが「看護師をプロとして育成していく」という教育機能である。前者の看護理念の共有と醸成については、事例検討を通して、全人的な看護に関わる同病院の組織理念を体得させることにつながるものと捉えられる。そして、後者の教育機能については、OJTとしての看護教育につながるものであることはもちろん、「能力差や責任の負荷によるストレス」といった、同病院が採用する看護方式のデメリットの解消にもつながるものとなっている。ここに、α病院の看護実践の背景には、個々の患者の情報共有や課題検討と同時に、理念を体得させ、また問題解決能力を高めていくための組織的な取り組みがあることがみてとれる。

なお、「管理者ではなく看護管理者でなければならない」という指摘がみられたが、これも T 氏に牽引される同病院の看護部のマネジメント観の特徴を表すものといえよう。加えて言えば、先に当事者意識として、「患者としての当事者意識」の意義をみたが、マネジメント側の意識として言えば、「看護師としての当事者意識」の意義も追加しうる。こうした意識がマネジメント側の基盤にあることも、α病院の看護実践を支える背景となっていると捉えられる。

### 3. 部門横断的な看護実践の背景にあるマネジメントの取り組みと理念について

第3の調査問題の主たる確認点は、高室（2015）において、部門横断的な情報共有や患者対応の実践や部門間の垣根の低さなどがα病院の特徴として認識されていることがうかがえたが、こうした認識を現場に生み出す背景にはどのようなマネジメントの取り組みや理念があるのか、ということであった。確認された点として、次の3点を挙げておく。

第1が、患者支援及び現場支援を目的とした部門横断的な医療チームの整備である。医療チームによるチーム医療の推進については、現在は多くの病院で取り込まれるに至っているが、α病院では、比較的早期から独自の整備が進められてきていることが、その特徴としてうかがえた。

第2が、患者中心型の医療チームの編成とそのノウハウの蓄積である。α病院では、医療チームを患者中心型の組織とする1つの方策として、看護部門が医療チームの編成に積極的に関与し

ていく志向が形成されていることがみてとれた。また、医師も1つの機能と位置付ける患者中心型の機能主導的なチーム編成は、医療チームを継続的に運営していくための1つの方向性を示すものとして捉えうるといえよう。加えて、こうした独自のチーム編成の経験とノウハウの蓄積のもとに、現在は、医療チームの編成を比較的容易に行える状況に至っていることが確認されたが、こうしたチーム編成と運用のノウハウの蓄積が、α病院におけるチーム医療を実効化させているものと捉えられる。

第3が、医療チームを基礎とした部門横断的な協業の仕組みの整備である。医療チームの下部組織として看護部のワーキング・グループを組織するとともに、そこに各病棟の看護師を配置することで、医療チームと現場の看護とを切れ目なく結びつけようとする工夫がみてとれた。それは、医療チームによる個別の医療活動はもとより、チーム医療の必要性や理念の共有を促進することで、部署を超えたつながりをより活性化させる基盤となりうる。こうした仕組みが、看護実践において、部門横断的な情報共有や患者対応を可能とさせるとともに、部署間の垣根の低さを生み出す背景となっているものと捉えられよう。それは、患者参画型の個別的な看護を、部門を超えた組織的な活動のうちに実践しようとする試みとして捉えうる。

## VI. 結びにかえて

本稿では、α病院の看護部のリーダーである看護部長の認識を通して、組織としての患者中心の看護のマネジメントの可能性を捉えるべく、インタビュー・データを中心とした事例記述と考察を進めてきた。本稿に得られた結果として、先に設定した調査問題との対応から、次の3点に整理しておく。第1に、α病院の全人的な看護実践の背景としては、退院・転院調整の仕組みの整備、患者としての当事者意識に基づく理念形成、当事者視点から導かれた解決すべき課題の設定とその解決策の追求がなされていることがみとめられた。第2に、α病院の組織的な看護実践の背景としては、同病院が目指す看護実践に適合した看護方式の採用と運用の工夫、看護部内での情報共有や課題検討のための多様な場の確保、日々の情報共有や課題検討の場を看護理念の共有や看護実践の学習の場へと拡張する取り組みがあることが確認された。第3に、α病院の部門横断的な看護実践の背景としては、患者支援及び現場支援を目的とした医療チームの早期からの整備、患者中心型の医療チームの編成とそのノウハウの蓄積、医療チームを基礎とした部門横断的な協業の仕組みの整備がみとめられた。

これらに確認された事項の特徴は、総じていえば、患者視点を起点とした組織理念の形成と、その理念を実際の医療サービスとして展開しようとするマネジメントの重層的な実践に求められるといえよう。α病院にみられた「患者中心」の看護の実践は、こうしたマネジメントの理念と実践を背景としつつ、その組織的な展開を実現しているものと捉えられる。

本稿では、以上のような一定の確認と考察結果を得たが、但し、課題は残されている。以下に

2点を挙げておく。第1が、本稿では主として $\alpha$ 病院の看護部において行われたインタビュー・データをもとに事例記述を行ってきたが、本稿の分析はあくまでもその範囲に止まる。医師などの他職種、他病院のデータ、あるいは、定量的なデータ等も含め、より豊富なデータのもとに、本稿に導かれた仮説や論点等に関する検討をさらに深めていくことが期待される。

第2に、本稿の検討は、インタビュー・データの分析としての事例記述に焦点をあてたものであり、既存理論との関連等に関する詳細の検討までには踏み込んでいない。高室(2014a)(2014b)(2015)で確認されてきた「便益遅延性」概念<sup>26)</sup>と本稿で確認された「患者中心」概念の関連性なども含めて、関連領域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。

### 【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 $\alpha$ 病院の看護部長及び看護師の方々、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。

### 注釈

- 1) 「患者中心」の捉え方について整理したものとしては、例えば、Stewart et al. (1995)が挙げられる。Stewart et al. (1995)は、「患者中心の医療」における「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、という要素を提示している。高室(2015)においても示唆されたように、この枠組みは、高室(2015)で整理された $\alpha$ 病院の事例に多くの点で符合するものとして捉えうる。なお、「患者中心」の概念については、様々な捉え方があるが(例えば、市山(2014)参照。また、 $\alpha$ 病院の看護部長の発言においても「患者中心」という用語の使用はみとめられない)、本稿ではひとまず、「患者中心」の概念をStewart et al. (1995)の整理にみられるような概念として捉えることにより、記述と考察を進めていくこととする。詳細については、あらためて検討を行うこととしたい。
- 2) 例えば、上山(2012)など参照。
- 3) 高室(2015)、138頁参照。
- 4) 『 $\alpha$ 病院診察案内』(2015)、2頁より。
- 5) インタビューは、2014年9月29日に実施された。質問項目は、高室(2015)における分析結果をもとに、 $\alpha$ 病院にみられた看護実践の背景の確認項目として整理したものである。このため、本稿の問題意識に踏み込む内容のものとなっている。なお、インタビューにおいては、必ずしもこの質問項目に関わらず、広く $\alpha$ 病院の看護実践やマネジメントを題材とした聞き取りと対話を行う形となった。その意味で、今回のインタビューは「かならずしも語り手があらかじめ保持していたものとしてインタビューの場に持ち出されたものではなく、語り手とインタビュアーとの相互行為を通して構築されるもの」(桜井(2002)、28頁)としての性格をより強く持つものとなっていると捉えられる。
- 6) 事例記述において使用する $\alpha$ 病院関連の文献・資料は次の4点である。
  - ① T氏監修及び $\alpha$ 病院看護部執筆により看護師長のマニュアルとして2012年に発行された文献(以下、『 $\alpha$ 病院文献資料A』(2012)と記載する)。



- ② T 氏監修及びα病院看護部執筆により主任業務のマニュアルとして 2014 年に発行された文献（以下、『α病院文献資料 B』(2014)と記載する）。
- ③ 2013 年に発行されたα病院の 60 周年記念誌（以下、『α病院 60 周年記念誌』(2013)と記載する）。
- ④ 2015 年 1 月に発行された医療機関用の診療案内資料（以下、『α病院診療案内』(2015)と記載する）。
- 7) 高室（2015）に直接使用されたものの他、論文内への引用を割愛した文書セグメントも含め、再文脈化における補足等の必要に応じて、使用していくこととする。
- 8) 『α病院診療案内』(2015)、6-7 頁参照。
- 9) 以上の「医療福祉相談室」に関する説明は、『α病院 60 周年記念誌』(2013)、144 頁からの引用・要約による。なお、この名称は、2007 年には「療養福祉相談室」になっている。また、2015 年 1 月現在では「医療福祉相談室」とされている（『α病院診療案内』(2015)、7 頁参照）。
- 10) B 氏とは、高室(2015)の調査対象とされた B 氏である。なお、抜粋されたインタビュー内容は、高室(2015)では引用を割愛したが、2014 年 5 月 9 日に行われた同調査によるものである。
- 11) 高室（2015）、134 頁。なお、本文にも記載のとおり、一部、高室（2015）においては要約（あるいは中略）した部分をあらためて補足しつつ引用している。
- 12) 以下同じ（インタビュー・データの記載中、（ ）書きによる記載内容は全て「筆者注」である）。
- 13) 高室（2015）、132 頁。なお、C 氏とは、高室（2015）の調査対象とされた C 氏である。
- 14) 以下、看護方式に関する説明は、『α病院文献資料 A』(2012)、14 頁による。
- 15) 『α病院文献資料 A』(2012)、14 頁。
- 16) 『α病院文献資料 A』(2012)、14 頁。
- 17) 『α病院文献資料 A』(2012)、68 頁、及び『α病院文献資料 B』(2014)、60 頁、66-67 頁参照。
- 18) 以上『α病院文献資料 A』(2012)、68 頁。
- 19) 以下の説明は、『α病院文献資料 A』(2012)、102 頁による。
- 20) 『α病院文献資料 A』(2012)、102 頁。
- 21) 以上の説明は、『α病院文献資料 A』(2012)、54 頁による。
- 22) 『α病院文献資料 A』(2012)、54 頁。
- 23) 『α病院 60 周年記念誌』(2013)、44-53 頁参照。
- 24) 『α病院 60 周年記念誌』(2013)、176 頁参照。
- 25) 高室（2015）、133 頁。
- 26) 「便益遅延性」概念については、藤村（2008）参照。

#### 引用文献・資料

- 市山康暢（2014）『ナラティブ・ベイスド・メディスン（NBM）入門』、遠見書房。
- 上山さゆみ監修（2012）『導入教育強化版 患者参加型看護計画 疾患別 213+看護診断別 37』、日総研出版。
- 桜井厚（2002）『インタビューの社会学—ライフストーリーの聞き方』、せりか書房。
- 佐藤郁哉（2008）『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社。
- 高室裕史（2014a）「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（前編）—患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集—流通・経営編』第 26 巻第 2 号、145-161 頁。
- 高室裕史（2014b）「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（後編）—患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集—流通・経営編』第 27 巻第 1 号、65-89 頁。
- 高室裕史（2015）「医療サービスにおける『便益遅延性』のマネジメントに関する一考察—看護師インタビュー調査をもとに—」、『流通科学大学論集—流通・経営編』第 27 巻第 2 号、117-141 頁。
- 藤村和宏（2008）「便益遅延性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。
- 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）。
- ※α病院関連文献・資料（詳細については脚注 5 参照。匿名での記述のため名称等は割愛する）。