

論文要旨

本研究は、病院長との共通の目標「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」に向かって、看護理論「看護とは、生命力の消耗を最小にするよう生活過程を整えることである」に導かれて、対象に三重の関心を注ぎつつ実践した、副院長・看護部長として歩んだ15年間の自己の管理者としての認識の構造を明らかにすることを目的とする。研究方法は、自己の病院管理・看護管理の実践内容を、膨大な諸記録をもとに時系列に沿って整理し、社会的変化を重ねて経過表を作成、取り組みの特徴に焦点を当て、変化があった時期を見出して5期に分けて研究資料とした。研究資料を精読し、各期の管理者の認識をたどりながらキーセンテンスを選択して、「管理者が着目した事実」「管理者の判断」「管理者の行動」の項目をもつ素材フォーマットに記入し、研究素材とした。まず、研究素材を分析して各期の管理者の認識の特徴を抽出し、次いで、文献検討から得られたナイチンゲールの「病院とは」「看護とは」「看護管理とは」の一般論に照らして管理実践内容を分析し、管理実践に適用しやすい指針として23項目を抽出し、これら指針の共通性・相異性を吟味したところ、以下の6項目となった。

1. 管理者は、よりよい医療をめざして、それぞれの専門職が互いの専門性を理解して協働できる体制を整える。
2. 管理者は、入院患者に限らず在宅療養をしている患者にも、24時間継続して看護を提供できる体制を整える。
3. 管理者は、患者の疾病動向や地域社会の医療ニーズを捉え、地域の人々の健康を守る医療・看護を提供できる体制を整える。
4. 管理者は、全ての職員が病院の目標に向かって、それぞれの役割がはたせるように、各部門の体制を整える。
5. 管理者は、看護師個々が、患者をひとりの人間として尊重し、根拠ある看護実践ができるように、教育体制を整え、一貫した看護理論に導かれた実践力の向上を図る。
6. 管理者は、看護師個々が、患者の生命力の消耗を最小にすることを目標に、よいケアが実践できるように、看護師の看護力の向上を図る。

以上より、病院管理・看護管理実践における管理者の認識の構造は、「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という目標に向かって、ひたすら患者を見つめ、同時に、看護師の頭を見つめ、看護する体制を整え、看護実践能力の向上を図りつつ、病院の体制を整え、全ての職種が専門性を発揮し協働することを推進して、病院が地域住民の健康を守るための役割を果たせるようにと拡がって、よい医療の実現に向かって、看護の実践力向上を図りつつ、病院全体を発展させていくという構造をもっていることが明らかとなった。

病院管理・看護管理実践における看護管理者の認識の構造

学籍番号 0733001

中 條 和 子

Key words : 副院長・看護部長、看護管理、判断規準、
看護理論、認識の構造

目 次

序章 序論	1
1 研究動機	
2 文献検討	
第1章 研究目的	14
1 研究目的	
2 本研究の前提と理論枠組み	
3 主な用語の概念規定	
第2章 研究対象および研究方法	16
研究対象	
研究方法	
1 資料の収集	
2 研究素材の作成	
3 分析方法	
第3章 研究結果	18
1 研究素材	
2 分析結果	
第4章 考察	44
終章	55
1 結論	
2 本研究の意義と限界	

謝辞

引用文献

表

序章 序論

1 研究動機

筆者は、看護管理者として15年間、副院長として12年間、患者に24時間よい医療・看護を提供することを目標に管理実践に取り組んできた。そのきっかけは、平成5年、ある病院長から「よい医療は、医師と看護師が十分にその専門性を発揮し、車の両輪のようでなければ実現できない。そのような病院を一緒につくみましょう」と、誘いを受けたことであった。病院の設置主体は医療法人で、病床数245床の内科単科であった。看護部長として、ということであったが、筆者に管理の経験がなかったことから副看護部長として就職し、101床の内科病棟師長を兼務した。その後、平成8年に看護部長になり、平成9年に副院長になった。

看護職の副院長は近年急速に増えており、筆者が副院長に就任した平成9年は全国で74施設であったが、平成21年5月には257施設になった¹⁾。

近年の看護職副院長の登用理由は、看護部は組織の3/5の人員を占めるので、その組織力を経営面で有効活用できる、生活者の視点で患者中心の医療の考えを浸透させやすいといった内容が挙げられている²⁾。日本看護職副院長連絡協議会^{注1)}が組織されていて、筆者は平成10年から会員となった。筆者が所属する支部の今年の交流会では、看護師確保と、在院日数の短縮、業務の効率化や新しいシステムの導入、安全対策や患者確保のためのサービス改善の業務が主であると参加者から報告され、管理者が自ら実践現場を見て、よい看護が提供されているかを確認する本来の看護管理活動ができていない状況にあることが話題となった。筆者は、患者の状況を見なければよい医療・看護が提供されているか判断できないと考え、その話題には違和感を覚えた。

筆者が勤務した病院の看護職副院長への期待は、看護職は患者が関わる全ての部門と関わるので、病院全体の把握ができるとともに、病院長に病院中の情報提供ができることで、病院の方針決定に役立てるということであった。また全ての職種の調整役を果たして、患者により医療が提供できるようにということであった。そこで、毎日病棟や外来を巡回し患者の様子を見てケアが十分であるかを確認することが日課となっている。これは看護師として育まれた筆者の自然の行動と思っている。

筆者が受けた看護教育は、昭和42年に改正された看護学校養成所指定規則による、いわゆる“新カリキュラム”といわれた教育であった。看護学総論を学び、看護の対象である人間の一生を見つめ、健康の保持増進を支援するのが看護であると学んだ。しかし、看護学総論以外の講師は、医師とベテランナースであった。医師による授業

内容は、病気についての症状・診断と治療を教えるものであり、臨床のベテランナースからは病気の症状に対する対症看護を学んだ。卒後、地方の地域医療を担う公立病院に就職し、先輩看護師の行為を見て覚えるという学び方をした。当時の筆者は、患者をひとりの人間として見るというより、“～疾患の〇〇さん”というように、病気に注目していた。そして、早く先輩看護師のようにテキパキと仕事ができ、注射や点滴が上手になりたいと思いつつ仕事をしていた。そのような中、2年目に、院長が脳出血で意識不明となり入院し、専属看護チームがつくられ筆者もそのメンバーとなった。筆者は、清拭・足浴などのケア時には意識のない院長に話しかけながら行った。その時、傍にいた奥様が、「あなたが主人の世話をしてくださるときは、意識がないのに普通に話しかけてくれるのね。私は、怖くて話もできないの……。あなたが話しかけるのを聞いていると、主人が聞こえているのではないかとホッとします」また、「あなたが担当の日は必ず、カーテンを開けたり窓を開けたり、普段のことをしてくださるからホッとするわ」と言われた。この看護体験で、自分の関わりは健康な人間が日常していることをしていたのだ、これは、院長を病気だけではなく、ひとりの人間として見ていたことなのではないかと思えた。この体験がきっかけで、“看護とは何か？”と考えるようになり、看護学生当時の実習病院への転勤希望を願い出た。転勤半年後、筆者の看護チームに腎臓癌末期の患者が入院してきた。患者の息子は医学生であった。その息子が看護師の言動やケアへの疑問や意見を言うことから、看護チームでは関わりが難しい人、と感じていた。筆者は、以前に院長の看護で体験した“元気なときしていた、普通のことを援助しよう”と考え、息子に患者が元気な頃どのような生活をしてきたのかを聞くと、患者は小学校の校長であったこと、母親も教師であり、人に教えることが好きだったこと、幼い頃多くのことを教えてもらったことを話した。この関わりをしてから息子は看護師の言動に批判的な意見を言わなくなり、他の看護師とも関わりがもてるようになった。その後、病棟師長からこの看護体験をレポートするように言われた。翌年、最初に就職した公立病院附属の准看護学院の講師として転勤を命じられた。ある日、この准看護学院の非常勤講師として「内科疾患」を教えていた医師から、「よい看護とはどのような看護か」と聞かれたが、筆者は、その時はまだ明快に答えることはできなかった。教育経験のない筆者は、1年後（S52年度）、厚生省主催の「看護教員養成講習会」を受講した。筆者は、この講習会で初めて『科学的看護論』^{注2)}を知った。しかし、この時は看護論としての学びではなく、「論理学」のテキストとしての学びであった。その時の『科学的看護論』の印象は、難しいという思いと同時に、「看護とは」が明解に書かれていること、看護の対象を人間として見

ていることに強い関心を覚えた。しかし、筆者には、看護理論書として読み取る力はなかった。この講習会から1年半後、高等看護学院に転勤となった。ここでは、『科学的看護論』を看護教育に取り入れていた。この頃は、著者薄井の著書は少なく、雑誌『総合看護』や看護雑誌に掲載された薄井の論文を必ず読み、その内容理解のために教員間で意見交換していた。臨床実習指導は教員が学生と一緒に行動し、直接指導した。実習記録用紙は、〈全体像モデル〉^{注3)}を使い対象を描いて、「方法論の定式」^{注4)}に沿って看護過程を展開できる書式であった。筆者自身も、このモデルを使い対象把握して学生を指導した。そのような中、臨床実習への取り組み意欲が低い学生や、看護の達成感が持てないまま実習を終える学生がいた。このような学生には、〈全体像モデル〉を丁寧に描き、その時々を対象の思いを想像させるような関わりをすると、学生自ら自分の関わりを振り返り、対象の位置から自己の関わりを評価し、どのような看護が必要であったかに気づき、次の実習への意欲がもて、よい看護実践をめざすようになることを体験した。また、筆者自身も、臨床実習指導を通し『科学的看護論』による看護過程展開が、対象を人間として丸ごと捉え、対象の特殊性・個別性が明らかとなり、その人らしさを大切にして看護を実践することで、対象のよい反応が得られ、それが、看護の喜びにつながるという体験を積み重ねた。この看護教員としての10年間の学生指導と教員間の『科学的看護論』の学習会の積み重ねにより、筆者には、『科学的看護論』が看護を導く看護理論として定着し、この看護理論に導かれて看護実践すると、人間を全人として大切にしたい看護を提供することができるという考えが確立し、看護に不可欠なものとなった。

平成2年、准看護学院で出会った医師に再び会ったとき、「よい看護とはどんな看護か。よい看護師とはどんな看護師か」と聞かれ、筆者は、「看護理論に導かれて看護実践する看護師です」と応え、後日、『科学的看護論』を渡した。その数日後、「看護とは何かがよくわかった、看護師の専門性も理解できた。これまで、勤務先が変わる度に、医師としての自分の力量は変わらないのに、患者の回復に差がでるのはなぜだろうと思っていたが、それは看護の違いによるものだということがわかった」と感想を述べた。この医師が、看護部長としての誘いを受けた病院長である。筆者は、初めて会った10年以上前から看護を理解しようとしていたこと、患者の回復には看護の力が重要であると認めていることから、この医師が院長であれば、互いの専門性を認めて協働することができると考え、ここに就職を決意した。

平成5年、副看護部長と病棟師長を兼務し病棟勤務が始まった。看護師の様子を見ると、患者の話題は少なく、覇気が感じられなかった。医師との関わりは、患者の病

状を報告し、指示を受けるというものであり、医師と看護師が患者について話し合うことはなかった。これは筆者が就職を決意した「医師と看護師が車の両輪になる」という医療とはかけ離れていると衝撃を受けた。しかし、医師と関わらないのは看護師が患者を理解していないためではないだろうかと考え、看護師が患者に関心を持てるようにカンファレンスを設けた。また、スタッフと一緒に患者の全体像を描いたことで看護師が対象把握に関心を示すようになった。そこで、「看護のための対象理解」を目標に、事例を持ち寄り対象の全体像を描き、対象特性を捉える研修を繰り返し行った。その結果、看護部全体が同じ方向性で看護を目指すようになったので、看護観を明示する必要があると考え、＜生命力の消耗を最小にするよう生活過程を整える＞^{注5)}＜三重の関心を注ぐ＞^{注6)}を、看護部全体で共有する看護観とした。同時に、他者に責任を持つには、根拠をもって看護を実践しなければならないとの考えから、実践を導く看護理論を、薄井の『科学的看護論』として看護部の方針に明示し、＜看護過程展開モデル＞^{注7)}にそった看護実践に取り組み、事例検討を続けた。看護師は、看護理論に導かれて実践することで看護に根拠が持てるようになり、治療方針について医師と一緒に検討するようになった。平成18年には、全ての職種で行う「合同症例検討会」が月1回行われるようになり、看護部が検討事例を紹介するとき、＜全体像モデル＞をスライドで示したことで、理学療法士や栄養士が病棟で＜全体像モデル＞を見て、患者を把握するようになった。また、緩和ケア病棟では、麻薬の使用量や他の鎮痛剤の使用量が他施設に比べ少ないことについて、院長や緩和ケア担当の医師から、薬剤の使用量が少なくても苦痛なく安楽に過ごせているのは、看護師の十分な関わりと、きめ細かなケアによるものであろうと評価を受けた。

看護部全体が同じ目標に向かって看護実践ができるようになったことで、看護師間の連帯感が生まれ職場全体に活気が見られるようになり、離職する看護師が減った。また、看護体制が整い、教育体制が充実した中で新人教育を受けた看護師が後輩に就職を勧めることや、よい看護実践をした事例の看護過程を看護学校の特別講演で紹介したことで看護師の応募者が増え、平成18年7月、入院基本料7対1を取得することができた。平成20年には、認定ナースによる「緩和ケア相談外来」^{注8)}、専門教育を受けた看護師による「糖尿病フットケア外来」^{注9)}を開設し、看護の専門性を発揮する業務拡大をした。また、整形外科が開設され、手術室を作るために減床し、病床数は176床となった。この年、開院20周年を迎え、「医師と看護師のコラボレーションにおける新たな展開」をテーマに、フォーラムを開催した。

この15年間、「医師と看護師が車の両輪となる病院」をめざして、病院管理・看護

管理に取り組んできた結果、看護師は、“看護とは”を意識してよいケアを実践するようになり、医師と協働し医療を実践する病院になった。

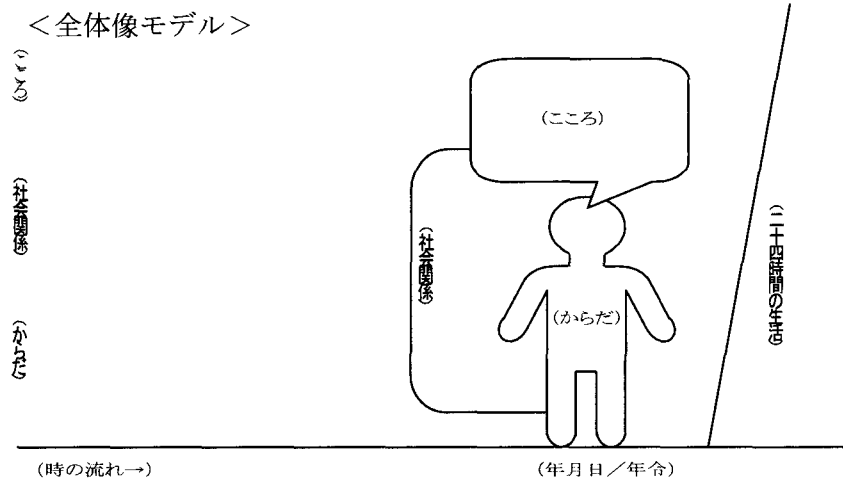
よい看護・よい医療の提供は、全ての病院がめざす普遍的な目標である。15年前に始まったひとつの試みをふり返り、その管理実践を支えていた根拠を明らかにすることは、これから病院管理・看護管理者の立場に立つ者が、医療環境の変化や、病院の規模に関わらず、病院・看護の本来の目的にむかって管理実践する上での道しるべになるのではないかと考え、筆者の歩みを分析することにした。

筆者は、日本看護協会主催の看護管理者研修を受けてから看護部長となった。この研修では、人口動態と疾病構造の変化に伴う医療と看護の役割、医療を取り巻く社会の動向、保健・医療・福祉のサービス提供システム、看護管理の業務とその内容、人材育成・キャリア開発の方法、看護管理に必要な保健師助産師看護師法・医療法・労働基準法の解説、医療経済の仕組みについて学んだ。この研修までの1年間は、ひたすら患者にケアが十分いきわたるようにと取り組んできたので、これから看護部長としてなすべきことの全体像を描くことができ、看護管理の基礎知識として実践上必要な枠組みを学ぶことはできた。しかし、病院での実際の管理実践に血を通わせるにはもっと詳しい指針が必要なのではないかと感じていた。筆者が、“患者に十分なケアがいきわたるように”、“健康回復を促進するように”、“生命力を消耗させないように”、という考えで物ごとを判断してきたのは、ナイチンゲールの看護の定義に導かれたものであるから、筆者の管理実践時の認識を明らかにすれば、病院管理・看護管理実践に必要な管理上の指針が得られるのではないかと考え、本研究に着手することにした。

注

- 1) 看護職副院長は1987年に日本で初めて誕生し、その後、看護職副院長が増え、看護職である副院長の全国組織として1996年11月に設立された。設立の目的は「看護職で病院管理および経営に携わる者の相互の連携を行い、病院管理および経営に関する研究、看護職の副院長の職位普及と発展を図り、もって国民の保健、医療および福祉の向上に寄与する」ことである。
- 2) 薄井坦子：科学的看護論、初版、日本看護協会出版会、1974

- 3) 薄井坦子が考案し、看護の対象である人間を丸ごと描けるように、体を持ち、心を持ち社会関係の中で24時間の生活を繰り返しているという4つの方向から見ることを視覚化したモデル。時の流れに沿って、「からだ」「こころ」「社会関係」の事実のキーワードを記入し、個々の情報をつなげて、その時々を対象の思いを描きながら対象の生活過程を辿ることで、目の前の対象理解が深まり人間的関心を寄せることが促される。



薄井坦子：何がなぜ看護の情報なのか、93-97、日本看護協会出版会、2001

- 4) 「方法論の定式」は、1、対象の看護の必要性を認識する。1-1) 対象の生物体としての必要条件を把握する。1-2) 対象の日常生活の規制を把握する。1-3) 対象の生活体としての反応を把握する。1-4) 対象の生命力の消耗を最小にするために何が必要かを判断する。2. 対象に必要な看護を計画的に実施・評価する。という思考のプロセスを示したものである。

薄井坦子：[改訂版] 看護学原論講義、134-135, 現代社、1999

- 5) ナイチンゲールが定立した看護の定義。

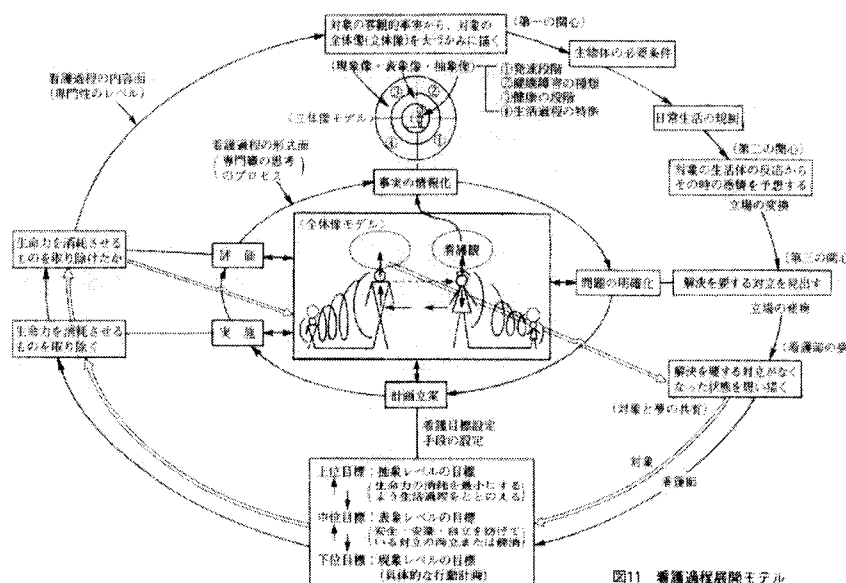
薄井坦子：科学的看護論、18、日本看護協会出版会、1997

- 6) ナイチンゲールが看護師の基本姿勢として説いているもので、「看護婦は自分の仕事に三重の関心をもたなければならない。第一の関心はその症例に対する理性的な関心、第二の関心は病人に対する心のこもった関心、第三の関心は病人の世話と治療についての技術的（実践的）な関心である」と示している。

薄井坦子訳：病人の看護と健康を守る看護、ナイチンゲール著作集第二巻、140、現代社、2003

- 7) 薄井坦子が、方法論の定義がナイチンゲールの“三重の関心”と重なることを見出し、実践方法論のモデルとして作成したもの。

<看護過程展開モデル>



『科学的看護論』とその展開、看護 MOOK No35、97、金原出版株式会社、1990

- 8) 当院独自に行っている看護活動である。緩和ケア認定看護師が「緩和ケア外来」の診療日に受診時から患者に関わり、状態を観察し患者の状態に応じて、ベッドに休ませる、腕や下肢に浮腫のある患者にリンパマッサージをする、ホットパック、足浴などのケアをして安楽を図る。外来での関わりは緩和ケア病棟に引き継ぎ、入院時からの看護に役立てる。
- 9) 「糖尿病足病変」は重点的に指導すれば発症を予防できるとして、2008 年から診療報酬が認められ糖尿病フットケアの研修を受けた看護師によって行なわれる。糖尿病患者の足病変の予防のために足の状態をケガ・やけど・靴ずれ・ウオノメ・タコ、爪が皮膚に食い込んでいないかを観察し、それら进行处理し手入れをする。足浴やマッサージ、足の手入れの指導をおこなう。

2 文献検討

本研究は、病院管理・看護管理実践過程における管理者（自己）の認識に着目し、その時々判断根拠とその構造を明らかにしようとするものである。筆者の看護についての考えは、ナイチンゲールの看護論を継承発展させた『科学的看護論』によって培われたものである。したがって、ナイチンゲールが看護管理についてどのように述べているかについて、まず検討する。次いで、病院管理・看護管理実践の判断過程についてどのような研究がなされているかについて検討する。

1) ナイチンゲールの看護管理観

(1) 『看護覚え書』(1859)・『病院覚え書』(初版 1859 第3版 1863)

ナイチンゲールは、『看護覚え書』の序章で、「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさなどを適切に整え、これらを活かして用いること、また、食事内容を適切に選択し適切に与えること—こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えること、を意味すべきである」³⁾と、看護について定義している。そして第一章＜換気と暖房＞では、人間の生命を支える内容を説き、第二章＜住居の健康＞では、人間が生活する場の健康条件について説き、第三章「小管理」では、「どんなに良い看護を充分に行っても、ひとつのこと—つまり小管理—が欠けていれば、言い換えれば、『あなたがそこにいるとき自分がすることを、あなたがそこにはいないときにも行われるよう管理する方法』を知らないならば、その結果は、すべてが台無しになったり、まるで逆効果になったりしてしまうであろう」⁴⁾と述べ、＜患者の生命力の消耗を最小にするように＞という看護の目的に向かって、いつもよい看護が行われるように手筈を整えておくことが管理することであると説いている。そして、管理者が不在の時もいつもあるべき状態にするには、誰もがそうするようにしておくこと、つまり「自分自身を拡大する技術」⁵⁾をもつことと説いている。その根拠として「自分がその場にしようといまいと物事がいつも整然と運ばれるように手筈を整えておきさえすれば、患者はもうまったく心配する必要がなくなるのである」⁶⁾と述べている。これは、患者の生活は24時間継続しているのであるから、管理者の不在時もよい看護を継続されるように手筈を整えることが管理者の役割であり、自分が不在時も、すべての責任が管理者にあることを説いている。

この著書は一般女性に向けて書かれたものであるから、家庭の病人への小管理のポイントと思われるが、同年に出版された『病院覚え書』の冒頭には「病院がそなえているべき第一の必要条件は、病人に害を与えないことである」⁷⁾と述べていて、病院

の衛生状態や病院の建築上の欠陥を調べ、病人に清浄な空気を与え感染から守るための病院構造の改善について提言をしている。ナイチンゲールは、病人の回復を妨げるものはとり除き、回復を促進させることが病院管理の目的であることを示していると理解した。

(2) 『女性による陸軍病院の看護』 (1858)

ナイチンゲールが病院改革に向けて、病院管理・看護管理について最初に記述している文献は『女性による陸軍病院の看護』である。これは、ナイチンゲールがクリミア戦争時の野戦病院で傷病兵の悲惨な状態を見て、傷病兵を救うには、陸軍病院に訓練された女性の看護婦を導入する必要があると考えとりまとめたものである。

まず始めに、「病院看護をよりよいものにしていくことによって病院をよりよくしていく」⁸⁾と述べている。よい看護が行われることによって、病院の目的を果たすことができると考えていることがわかり、病院管理の目標を示したものといえる。そして看護師の仕事について「重症の病気や負傷の多くの場合には、身体について力もかかり手も汚れる世話を注意深く熟練をもって絶えず行うことがきわめて重要なこと」⁹⁾と具体的に述べ、看護婦の本来業務が患者のケアであることを明確にしている。そして、「何物も看護婦が運ぶべきではない。これによって時間は大いに節約されるし、看護婦は多くの仕事ができる」¹⁰⁾と記述し、看護婦を看護のみに専念できるように看護以外の業務から解放し、それを実現する体制を作るために組織化することを説いている。また、どのような状態の患者にもケアできるように看護婦の教育の必要性を説き、看護活動が医師や他職種と協働を進める上で秩序よく機能するよう、諸規則を成文化している。さらに、看護婦が安心して看護の仕事に専念できるようにするために、生活の安定、賃金・年金など保障について記述している。「彼女が十分に自分の役割を果たすためには、彼女はレディであると同時にその病院の役員 [Officer] の地位を占めていることが要求される」¹¹⁾と記述しているのは、病院組織の中で看護本来の役割を果たすためには、看護管理者が地位と権限をもつことが重要であることを説いたものといえる。

この文献から、ナイチンゲールが看護の専門性を明らかにし、看護の目的を達成するために「組織づくり」「看護師の業務」「看護師の資質と教育」「賃金や年金」「管理者の責任と権限」「物事の交渉の仕方」について展開していることがわかった。時代は変わっているが、ナイチンゲールが真の看護を行うためにという強い信念でこれを著したことが読み取れた。

(3) 病院監督から貴婦人委員会への季刊報告—ハーレイ街病院の看護管理(1853)

ナイチンゲールが病院管理や看護管理について明確な提言ができたのはなぜであろうか。ナイチンゲールがクリミア戦争で傷病兵の悲惨な状態を知って現地に行くことができたのは、すでに何らかの目標をもっていたからではなからかと思われる。ナイチンゲールはスクタリに出発する前にすでに看護管理を実践し、成果を上げていたことがわかった。その文献が＜ハーレイ街病院の看護管理＞である。病院監督就任後3か月毎に理事会に報告した記録である。第一回目の報告書では、着任直後に病院の状況を見て、患者の入院環境を整え、第二回目以降の報告書では、患者の入退院状況と病気の原因を考察し、病院の役割、看護の役割について記述している。ナイチンゲールは「病院の目的というものは、患者が生きることになっているのであれば、《生活に》うまく適応(fit)できるようにするところにあるはずです」¹²⁾、「病院にとって重要な二つの要素は、《仕事への欲求と、身体的健康に注意が向くようにさせることです。》」¹³⁾と述べていることから、病院が単に病気の治療だけではなく、患者自身が健康を維持し、生活していく意欲を引きだし支援する場でもあるという考えのもとに病院看護の役割を説いているものと理解した。また、不定愁訴の患者について、「彼女の愁訴は、実は彼女の境遇の結果であり、主に自分自身を表出する力と意志がないことであると考えられました。…彼女は医療処置ではなく希望のある仕事を求めている」¹⁴⁾と述べていることから、ナイチンゲールは、社会関係の調整も看護の役割であることを説いている。また、「看護婦の訓練—それは私の人生を病院の仕事に捧げることの一番の意図だったのです」¹⁵⁾との記述から、病院看護を良くするには、よい看護を実践する看護師を育てなければ、病院は良くならないという意図が読みとれ、ナイチンゲールはくどこでもよい看護が提供できるように＞なることを希求していたことを理解した。

この報告書からは、生活環境に着目し患者の生命力を脅かしているものをただちに発見し、療養環境を整えていることがわかる。このことから、ナイチンゲールはこの時すでに看護の本質をつかんで実践していたことがわかる。また、看護の役割が、身体へのケアだけではなく、患者の生きる意欲や闘病意欲を引き出し、自ら健康を維持できるように働きかけることや、社会の中でうまく生活していけるように調整することも看護の役割であると考えていることがわかった。

以上から、「病院管理とは」を＜病院看護をよりよいものにしていくことによって病院をよりよくしていく＞¹⁶⁾、「看護管理とは」を、＜看護の目的に向かって、いつもなすべきことが行われ、よい看護が提供されるように手筈を整えること＞という判断規

準を取り出すことができた。

2) 病院管理・看護管理実践家の看護管理観

まず、看護職副院長の判断過程を探るための文献を検討した。山寄らは、看護職副院長の就任経緯、職位取得後の経営参画、看護職の役割について、1997年、2001年、2006年に実態調査を行っている。その中で、1997年の調査結果をもとに、「看護職副院長職務成果責任」をまとめ、11の成果責任とその職務内容を示し、業務指針を示した¹⁷⁾。この文献は、看護職副院長の職務の全体像が示され、どのような成果を上げることが看護職副院長に期待されているのかを示唆する内容であった。向田は、看護職副院長として、看護の視点からの病院経営参画について、病床管理、診療報酬に係る加算の取得、経費削減対策など、自身の実践を示していた¹⁸⁾。本藤らは、病院における看護管理者の活動に関する実態を明らかにするために、看護部長と看護職副院長を対象に、経営・労働環境・教育・安全・役割分担・患者指向、地域連携の掌握状況を調べ、その内容に看護部長と看護職副院長に違いがあるかをみた。その結果、看護職副院長は「入院基本料の引き上げ」「院内託児所の設置・改善」「賃金処遇の改善」「生涯教育の支援拡充」などの項目で、看護部長に比べ、有意に掌握していると報告している¹⁹⁾。これらの、看護職副院長の病院管理に関する報告は、病院管理の結果について研究したものであり、管理者の判断過程は示されていなかった。

次に、病院管理・看護管理実践家の判断過程について検討する。井部は、管理に対する方針を、「第一線で仕事をする人たちが、組織の意思決定に参加することができるような組織をつくりたい」²⁰⁾と述べ、新しい取り組みには、プロジェクトを作り、そのメンバーは応募で決めるという方法を取り、主体的に組織活動に参加し、意思決定させることで責任を持たせ、活動することを通して主体性を引き出し自ら成長することを促す²¹⁾という、一貫した考えで実践していることから、＜自らの意志で行動する＞、を判断規準として物事を進めていることを示していた。この実践は、主体的行動が求められる看護師の主体性を育成し、職場の活性化を図るという意味でも重要なことであり、組織運営時の参考になるものであった。しかし、これは組織運営に関する活動についての判断規準であり、筆者が目的とする病院管理・看護管理についての判断規準を示すものではなかった。

看護管理者の判断過程に関する研究では、病棟師長の看護管理実践の判断過程を扱った研究として、小澤の「療養環境の調整により患児の健康状態の好転をみた病棟看護管理者の判断過程」があった。これは、患児の成長発達が停滞したことに気づき、

他職種に協力を働きかけてチームで実践し、患児の健康状態を好転させた看護実践における判断過程の特徴を明らかにし、そこから看護管理の実践上の指針 5 項目を導きだしている^{注 1)}。小澤は、患児の状態を見て、健康な小児の成長発達と比較して患児の状態を評価し、健康な状態を作り出すのが看護の役割であると判断し、看護の専門性とは他職種の専門性を活用して健康状態を好転させていた。ここから、看護管理者は、人間の健康な状態をいつも頭に描いて患者の事実を見ること、看護の専門性とは他職種の専門性を理解し、協働できるように働きかけることが重要な役割であることを再認識させられた。しかしこれは、現場で直接看護に責任を持つ管理者の判断規準であった。

次に、看護管理者の判断過程の認識を扱った研究として、看護部長である浪辺の「看護管理上の問題に対する看護管理者の判断過程の分析—看護師長の報告を通して—」があった。ここでは、師長が看護管理上の問題を報告・相談したときの看護管理者の認識を対象として、報告内容のどのような事実に着目して判断したのかその判断根拠を明らかにし、師長に自ら問題解決に向けた行動ができるように指導するための、看護管理者に求められる能力を 8 項目抽出していた^{注 2)}。ここからは、現場の看護に責任を持ち、良い看護が行われるように看護チームに働きかける師長の看護実践能力を上げることが、看護管理者の重要な役割であり、そのために看護管理者が持つべき能力として必要な項目であると受け止めた。しかし、これは看護管理者と師長との関わりを対象とした研究であり、病院管理・看護管理の判断規準が明らかになる研究ではなかった。

高橋は、ナイチンゲールを「病院の近代化の推進者として、近代看護管理の優れた実践者としても高く評価されていることは、今さら論ずるまでもなかろう」²²⁾と紹介している。そして、『看護覚え書』(1859)を「今日、世界中の看護職者が、看護を実践していくうえでの教典とも位置づけている」²³⁾とし、『病院覚え書』(1859)を「近代的病院建築ならびに病院管理のあり方を専門的に追求した史上最初の著作」²⁴⁾と評している。更に、「多くの看護関係者が『看護管理』の原論として、座右に置くナイチンゲールの看護管理に関する著述の一端に目を向けてみてほしい」²⁵⁾と述べ、「小管理」について「看護管理者が向けなければならない視点の中心がどこなのかが自ずと明確になるだろう。そして、それが看護管理者にとっての普遍的視点・責務であることも、うなずけるであろう」²⁶⁾と述べている。これは、「小管理」の中に、管理の本質が述べられていることを示唆したものであり、現在も、ナイチンゲールの看護管理の定義が看護管理実践を導く定義であることを示すものである。

以上の文献検討の結果、ナイチンゲールが病院の目的、看護の目的を明確にして、病院管理・看護管理の実践過程を述べ、その判断規準を示していることが明らかになった。また、ナイチンゲールの病院管理・看護管理の定義をもとに病院管理・看護管理実践過程を分析した研究はまだないことがわかった。そこで、筆者の管理実践における認識の構造を明かし、病院管理・看護管理実践上の指針を得たいと思い本研究に着手した。

注

- 1) 小澤かおり：「療養環境の調整により患児の健康状態の好転をみた病棟看護管理者の判断過程」宮崎県立看護大学大学院看護学研究科平成 19 年度修士論文、2007

この論文は、師長の筆者が、ウエスト症候群の 6 か月児の、反応の鈍くなった様子に気づき、病棟の保育士を含む各専門職者と協働した結果、患児の健康状態が好転した事例を分析し、看護管理実践上の指針 5 項目を抽出したものである。

- 2) 浪辺博子：「看護管理上の問題に対する看護管理者の判断過程の分析—看護師長の報告を通して—」宮崎県立看護大学大学院看護学研究科平成 20 年度修士論文、2008

この論文は、看護部長としての筆者が、師長から報告・相談を受けた時の看護管理者の認識を研究対象として分析し、看護管理者に求められる能力 8 項目を抽出したものである。

第1章 研究目的

1 研究目的

病院管理・看護管理を実践した自己の管理実践における認識の特徴から、病院管理・看護管理実践上の指針を抽出し、管理者の認識の構造を明らかにする。

2 本研究の前提と理論枠組み

本研究は、病院管理・看護管理を実践した自己の管理者としての実践過程における認識を対象としている。病院とは、健康を障害された、または健康上の問題を有する状態の人間（患者）が、健康のより良い状態をめざし、治療を受け、療養する場所である。その目的を達成するための＜治療＞を担当するのが医師であり、医師の診断治療を支えるのが、検査技師・放射線技師・栄養士・理学療法士などであり、＜療養＞すなわち、治療の途上にある生活を担当するのが看護の役割である。このように、役割の異なる多職種が一人ひとりの患者に関わるので、専門職者は互いに協働しなければよい医療の提供はできない。したがって、病院管理者には病院を構成するそれぞれの専門職が自己の専門性を発揮し、協働する体制を調整する役割がある。また、看護管理者は、24時間途切れることなく対象が必要とする看護を提供できる看護体制を整え、看護師個々の看護実践能力を高める責任を負っている。

以上のように考えると、病院管理・看護管理の対象は、院内で発生する全ての事象であり、その内容は治療・療養生活・医療者との関係、或いは職種間の関係など複雑に絡み合い、患者個人だけではなく患者の社会関係を巻き込んだ内容もあり、複雑で多様である。そのように複雑な事象を対象にするには、その事象を丸ごと取り扱って事象の全体像を描き、問題の構造を見抜く必要がある。ナイチンゲールの文献研究を行った薄井は、「複雑かつ多様な形態をとって進行する現実のあり方を詳細に記述し、その現象形態から個別性や特殊性を捨象しながら、直接目に見えない内部構造を論理的に追及していることがわかった」²⁷⁾と述べ、更に、「このような事象へのとりくみの姿勢は、まさに科学としての原理的解明の方法論そのものである。……この方法論を用いて看護の論理を抜き出し解説すると、自己の看護過程がどのような性質のものであったかを得心させやすい」²⁸⁾と述べている。

筆者の研究は、複雑かつ多様な病院管理・看護管理上の問題に対する自己の判断過程の追究であることから、対象となる事象を丸ごと捉えて浮き彫りにし、そこに潜む過程的構造を論理として抽出する学的方法論を用いることにした。また、筆者は自己

の看護体験および看護教育に携わった実習指導の経験から、『科学的看護論』が看護実践を導く確かな理論であると確信し、この看護理論に導かれて日々の実践をしている。ゆえに、ナイチンゲール看護論を土台とし、看護学を個別科学として目的論・対象論・方法論を明確にし、ナイチンゲール看護論を発展させた薄井の『科学的看護論』を理論的基盤とした。また、本研究は看護管理実践過程における看護管理者の認識を研究対象としている。目には見えない認識を科学的に扱うための認識論として、三浦の科学的認識論、庄司の三段階連関理論を前提にした。

3 主な用語の概念規定

病 院：健康を障害された、または健康上の問題を有する状態の人間（患者）が、健康の良い状態をめざし、治療を受け、療養する場所である。

看 護：生命力の消耗を最小にするように生活過程を整えることである²⁹⁾。

病院管理：病院を構成する専門職がそれぞれの専門性を発揮し、協働する体制を調整することである。

看護管理：24 時間途切れることなく、対象が必要とする看護を提供できる体制を整えることである。

病院管理者：病院管理の責任者。本研究では、院長・副院長を指す。

看護管理者：看護を実践する組織の責任者。本研究では看護部長を指す。

師 長：担当部署の看護の責任者。よりよい看護が提供できるよう直接ナースに働きかけ、看護チームを調整する。

看護管理実践過程：看護管理者が管理の対象となる事象を捉え、判断・実践する一連のプロセスを指す。

認 識：脳細胞の生理面・精神面の二重のはたらきのうち、像として形成される精神面の活動を指す³⁰⁾。

認識の構造：事象を反映した像のなかにひそんでいる精神活動の骨組みを指す。

第2章 研究対象および研究方法

1 研究対象

平成5年から平成20年までの15年間の病院管理・看護管理に取り組んだ
自己の認識

2 研究方法

1) 研究資料の収集

自己の病院管理・看護管理実践における内容を、「看護管理日誌」「師長会議」「年間教育プログラム」「師長・副師長研修」「リーダー研修」「メンバー研修」「集合研修」「新人ナース教育プログラム」「新卒者研修」の各ファイルから読み取り、それぞれ時系列にそって整理し、研究資料とする。

2) 研究素材の作成

- (1) 研究資料を精読し、組織に変化をもたらした取り組みを選択して、全体を見渡せるように一覧表を作成し、研究素材【A】とする。
- (2) (1)の一覧表に社会的変化を重ねて経過表を作成し、研究素材【B】とする。

3) 分析方法

- (1) 研究素材【B】を精読し、取り組みの特徴に変化があった時期ごとに分け、取り組みの特徴をタイトルとして、各期の冒頭に記入する。
- (2) 各期ごとの管理者の認識を明らかにするために、「管理者が着目した事実」「管理者の判断」「管理者の行動」の項目をもつ素材フォーマットを作成する。
- (3) 素材フォーマットの各欄に各期毎の資料から、キーセンテンスを取り出し記入する。
- (4) (3)の記入された実践内容をたどりながら、管理者が捉えた事実と判断から、管理者の認識の特徴を抽出する。
- (5) 管理者の認識の特徴を、ナイチンゲールの「病院とは」「看護とは」「看護管理とは」の判断規準に照らして評価し、病院管理・看護管理実践上の指針を抽出する。
- (6) 各期から抽出された指針の共通性と相異性を吟味し、管理者の認識の構造を明らかにする。

《本研究の信頼性・妥当性の配慮》

なお、資料から研究素材を作成する過程、および分析過程については、本研究方法論のエキスパートのスーパーヴィジョンを受け、信頼性・妥当性を確保した。

《本研究の倫理的配慮》

本研究は病院管理・看護管理を実践した自己の認識を対象としている。

病院組織に関わる事象や病院職員との関わりの場面を扱うことから、実践をした病院の「研究倫理審査委員会」で審査を受け、承認を得ている。また、研究資料となる書類の閲覧許可も得ている。

個人が特定されないように、研究に必要な最低限の情報のみを用いた。

第3章 研究結果

1 研究素材

- 1) 作成した研究素材【A】を「病院管理・看護管理に取り組んだ経過一覧」として、表1に示した。
- 2) 作成した研究素材【B】を「病院管理・看護管理経過」として、表2に示した。

2. 分析結果

- 1) 作成した素材フォーマットを表3に示した。
- 2) 素材フォーマットの各欄に取り組みの項目毎にキーセンテンスを記入して、表4に示した。
- 3) 取り組みの特徴に変化があった時期は5期に分けられた。表2に各期毎のラインを入れ、タイトルをつけた。
- 4) 各期毎の分析経過と結果について以下に示す。

第1期 <看護する体制づくりに取り組む>

【看護部組織図作成と師長会議定例化】

副看護部長として着任時、すでに看護部長と副看護部長の退職が決まっていた。着任時のオリエンテーションでは就業規則、看護部職員名簿をもとに常勤者、パートの時間、リネン交換、入浴日など病院全体で決まっている業務予定について説明を受けたが、副看護部長の業務についての説明はされなかった。退職予定の副看護部長は病棟師長を兼務していたが、病棟にいるのは申し送りの時間だけであった。一体何をすればよいのかと思い、自己の役割を確認しようと看護部組織図、職位の業務と責任を記述した書類を捜したがなかった。定例化された会議はなく、問題状況が発生すると師長が直接看護部長に相談していた。物品管理や業務手順も病棟により異なっていた。この状況をみて、同じ病院の中ではあるが3つの病棟が単独組織のように思えた。これでは、同じ目標をもって全体で活動することはできない、組織として活動できるようにしなければならないと考え看護部長と組織図案を作成し、師長会議で決定した。同時に、各部署の問題も看護部の問題として師長・主任が共有し解決を図ることや、物品管理や業務手順の統一を図る必要があることから検討や意思決定の場が必要と考え、「師長会議」「主任会議」を設け、それぞれ月1回の定例化を提案した。また、看護師一人ひとりが役割をもち活動することで、役割意識が高まり主体的に活動するよ

うになり、活性化が図れるのではと考え、「教育委員会」「業務委員会」を設置し、委員は各部署から希望者を募った。入院患者の把握が進むと長期入院患者が多いことに気づき療養経過をみると、在宅療養が可能と予測されるケースもあったので、退院後の予測される問題や継続看護について検討する必要があると考え「訪問看護委員会」を設置した。

また、看護部長が退職後、新しい看護部長を選考する際には、組織を統括する看護管理者の看護に対する考えが看護の方向性決定に重要な役割をもつので、目標を共有できる看護部長が必要と判断し、同じ方向性をめざす人物の採用を働きかけた。管理者が交代し新しい目標に向かうには改革が必要であり、これまでのやり方が変化することによる人間関係の不調和や混乱を生まずに改革を進めるには、現場で管理する管理者が必要と判断し、筆者が1つの病棟師長を兼務することにした。

【付添廃止、看護助手採用、看護助手教育開始】

全患者に24時間付添婦が付いていた。付添婦がいる病院はこれまでの経験や学生実習の病院でも見たことがなかったので、どのようなケアをしているのだろうと付添婦のケアを観察した。付添婦は食事介助時お粥に散薬を混ぜて食べさせ、一つのバケツで複数の患者を清拭し、手袋を交換せず次々とオムツ交換していた。また、浣腸も付添婦の業務になっていて実施の場面を見ると、浣腸液を温めずに実施していた。これを見て驚き、恐ろしさを覚え、これは看護ではないと思った。そして、人間の体に浣腸液を注入することの意味や技術を学んでいない付添婦が、直接体内に薬物を注入することは命を脅かすと考え、“患者の安全は守られていない”“病院には入院中の患者の安全を守る責任がある”と判断し、病院が看護の責任をもてる体制にするべきと考え、付添廃止と看護助手の採用を提案した。そして、患者のケアのほとんどは付添婦がしていたので、付添廃止により看護力不足でケアが低下しないよう、付添婦がしている業務を観察し、その業務量を満たす人数の看護助手を採用した。看護助手は無資格者であり、病人の世話やチームで仕事をするということについて教育を受けていないので、仕事開始前に、看護チームの一員としてどのように仕事をするのか、また、病気をもつ人への配慮、他者の世話をするということの意味を講義し、援助技術を教育した。また、採用した看護助手の半数は付添婦であったことから、これまでの経験で身に付けた方法で実施することがないように看護助手業務基準、業務手順書を作成した。

【訪問看護開始】

入院患者の把握ができると、7割が1年以上入院継続していることがわかった。入院が長期になっている理由を知ろうと、長期入院患者の病状経過と治療内容を確認し、

ケアの状況を観察すると積極的治療は行われていず、病状が安定していることがわかった。家族への支援と在宅看護の体制を整えると在宅療養が可能なのではないかと思えた。そして、患者や家族に在宅療養の意思を確かめると3人が希望した。これまで、病院以外で看護活動はしていなかったが、看護には、時・場所を問わず看護を提供する役割があると考え、訪問看護体制を整える必要があると判断した。そして、訪問看護を担当する看護師配置を考えた。病棟看護師は付添を廃止し看護師がケアするようになりまだ日が浅いことから、業務時間調整がうまくできず忙しさが増しているのに置けることはできないと考え、外来看護師の様子を見ると検査日と午後は受診患者は少なかったのもので、訪問日時を調整すれば兼務できると判断し、外来看護師に担当を開始した。具体的に退院の話が進むと、在宅療養に必要なベッドや車いすの購入には資金補助制度があり、その手続きや社会資源の活用について患者・家族に説明の必要があり、これらはMSWの専門性が高いと判断し、訪問看護委員会のメンバーにMSWを加えた。3年後には1か月の訪問延べ件数140件になり、家族との調整や相談に応じることも多くなったが外来看護師が電話対応できる時間が限られ、急ぎの相談があっても対応できないことやカンファレンスをもつ時間がとれない状況を見て、十分な関わりができないと判断して訪問看護室の設置を提案し、看護師2名を配置した。その頃、患者・家族から、自宅でのリハビリの希望や患者の嚥下状態に合わせた調理方法が分からないという声が出た。在宅療養患者のほとんどは麻痺による運動障害があり通院困難な状態であり、病院には患者が必要とする医療を提供する義務があると判断し、訪問診療・在宅リハビリ・在宅栄養指導を提案し、開始した。

2000年以降、在宅死を希望するケースが出始め、癌末期患者も在宅死を希望した。癌末期患者は苦痛や疼痛コントロールが難しく、苦痛を訴える患者を傍で見ている家族の不安・心配も大きく、一日数回の訪問依頼や夜間の訪問依頼もあり、看護師はそれらに都度応じていたが2名の看護師で対応を続けることは困難であり、患者の求めに応じる必要な看護を提供するには、24時間対応できる看護体制を整える必要があると考えた。また、病院組織の一部署である訪問看護室が訪問看護料金を請求できるのは1日1回とされ、夜間訪問加算も付かない。しかし、事業所として独立すると訪問回数に制限なく料金を請求でき、夜間訪問には加算が付く。更に、他施設からの訪問依頼を受けることができるので訪問ケースが増える可能性があることから、看護師を増員しても人件費が賄えると判断し、ステーション開設を提案し、ステーションに看護師4名を配置した。

【病棟と外来にクラーク配置】

付添廃止後、看護師がケアするようになってから看護師が毎日2～3時間超過勤務をしている状況を見て、この状況が続くと看護師が疲れてケアにも影響がでるのではと心配になり、これは看護師の仕事量が増えたことによるものと考え業務を観察した。看護師は撮影後のX線写真や薬品を受け取るためのメッセージ業務や検査伝票整理、書類整理などの業務をしていた。これらは看護業務以外の仕事であると判断し、看護師が看護に専念でき、時間内で仕事を終えるようにするには、それらの仕事を適切な職員に担当させる必要があると考えクラーク配置を提案し、全ての病棟と外来に配置した。

【基準看護取得】

就職後に病院の累積赤字が7億2千万、金融機関からの借り入れが33億であることを経営会議^{注1)}で知って驚き、早急に経営改善しなければ病院が潰れると危機感を持った。すぐに、基準看護を取得できると収入が得られることが浮かんた。入院患者は満床であるから単価が上がると大幅な収入増になると考え現状の付添看護料と基準看護特1類の差額を計算し、1年間で1億8千万の増収が見込めることが分かり病院存続には基準看護取得が必須であると判断した。同時に、基準看護の承認を受けることは、看護の質を満たすための条件整備にもなることから、国が定める基準を満たした看護体制にすることは、地域の人々や患者や家族に信頼と安心を与えることになると考え、社会に対する看護の責任を明らかにするためにも取得しなければならないと考えた。承認基準を満たすためには病棟再編、看護師の増員、夜勤体制の変更、業務基準・看護手順書作成、患者個別の看護記録の整備など取り組まなければならないことが膨大にあった。師長会議で基準看護取得の意味を説明し、「よい看護ができる病院にするために頑張りましょう」と協力を依頼し、取得に向け意志統一を図った。師長や主任で作業を分担し、それぞれがチームをつくり、夜遅くまで休日返上でその整備に取り組んだ。基準看護体制を整えるには他部門との業務調整や帳票類の検討が必要となることから、組織全体が基準看護取得の必要性を理解する必要があると考え、運営会議^{注2)}で基準看護取得の意味と整備が必要となる事項を説明した。看護師確保のために、募集の新聞広告、ハローワークへ募集登録、育児中の看護師の就業を促すために育児手当の支給を提案した。看護師にも基準看護が承認されることは社会に対し看護の責任を明らかにすることであり社会からの信頼が得られると説明し、看護師が自信をもち、前向きに改革に取り組めるように働きかけた。夜勤体制の変更は個々の生活スタイルにも影響を与えると考え、勤務時間設定は看護師の意見を取り入れて決定した。基準

看護は看護の質を問われることであるから、対象を捉え看護の必要性を判断し、目標に向かって個別に看護を展開するには看護過程展開のプロセスを理解する必要があると考え、看護過程展開について研修会を開催した。

この第1期の管理者の認識は、管理する立場におかれた自己のなすべきことを明らかにしようと現場のようすを見た時、看護ではないと思われる現象が飛び込んできて、院長が提案の「医師と看護が車の両輪となる病院」とは大きく異なっている実態に驚き、とにかく看護できる体制をつくろうと次々と手を打っていることがわかる。そしてようやく基準看護の体制整備に取り組んだのであるが、これは病院に求められている社会に対する責任と、個別な看護を提供できる体制を整えたことであると言えよう。

つまりこの時期は、看護であるものと看護でないものをみわけつつ、看護ではないと思われたことを取り除き、患者に必要なケアを提供できる体制を作ろうとしており、看護できる体制づくりを自らの責務ととらえ、そのために没頭した時期であったと言える。

以上から、病院管理・看護管理実践上の指針として5項目が抽出された。

1. 管理者は、患者の安全が脅かされている事実がないかを観察し、改善を図る。
2. 管理者は、患者の療養生活において我慢を強いられていることを観察し、看護師の日常生活の援助技術の上達をはかる。
3. 管理者は、看護師が看護以外の業務に労力が使われていないかを観察し、看護に専念できるようにする。
4. 管理者は、患者に24時間継続して看護を提供できる体制になっているかを観察し、看護体制を整える。
5. 管理者は、組織の日々の活動を実地に観察し、スムーズな運営ができるように組織化を図る。

第2期 <看護観の共有と看護理論に導かれた実践に取り組む>

【共有する看護観と実践を導く看護理論を看護部の方針に明示】

この時期は、基準看護特2類を取得した直後で、病棟が5つに再編された。筆者は53床の病棟管理を兼務した。まず、患者を知らなければと考え患者のもとへ行き、病棟師長であると自己紹介しながら全病室を回った。患者の看護の責任は師長にある、患者を把握しなければ必要な看護が行われているか判断できないと考えた。そして、筆者が対象把握にそれまで活用して、対象把握を容易にしてくれる道具として有効であると確信した<立体像モデル>^{注3)}を活用し、全患者を把握した。

そのような中、QOL の改善に意欲的に取り組んでいた患者が気力の低下を示した。チームリーダーが、関わりに問題があったのではと相談に来た。筆者は、表現の意味を理解するには対象特性を捉える必要があると考え看護記録を確認すると、対象把握に必要な客観的事実は捉えていて、看護計画にはリハビリ訓練が書かれていた。客観的事実の意味を考えると対象が見えてくることから、対象を描くことを働きかけ看護チームで対象特性を描くことになった。スタッフ全員が初めて対象を描くので、難しいと感じずに対象に関心が寄せられるように関わるのが大切と考え、筆者が司会をした。メンバーが把握している生活過程の事実を確認しながら、その時々対象の思いを想像させるように関わり、事実の意味を問いかけ、＜全体像モデル＞＜立体像モデル＞を使って対象特性を描いた。すると、看護師は自ら関わりを評価し、リハビリを進め過ぎていたことに気づいた。そして、対象特性をもとに看護計画を修正して関わったことで患者の表情が明るくなり、再びリハビリに取り組むようになった。これが対象を描いて関わることでの成功体験となった。このことが看護部全体で話題になり、看護師から＜モデル＞を使いたいという声が出始め、関わりに困った患者には＜立体像モデル＞を使って対象特性を描くようになった。また、関心のある看護師が使えるようにと考え＜立体像モデル＞を印刷して常備すると、数名の看護師が活用するようになった。看護師が対象把握に関心を持ち始めたので、研修を“看護のための対象理解”に焦点化し、対象特性を描く内容にした。その後も、対象理解について学びたいと要望がでたので、対象理解への関心と学習意欲が高まったと判断し、研修は『科学的看護論』に導かれた事例検討とした。このような取り組みを続け、看護師の関心が看護に向いてきた、＜モデル＞への関心が高まった、看護部全体に導入しても混乱はおきないと判断し、看護記録 1 号用紙に＜立体像モデル＞を印刷した。また、申し送り場面やカンファレンスでの発言から、対象の全体像を捉え、対象を消耗させているものに着目するようになったと考え、看護部全体でめざす看護を明らかにする必要があると判断した。そして、看護過程展開が看護理論に導かれていることを示すことで、看護師も根拠ある実践であることがわかり自信が持てるのではないかと考えた。また、看護部がめざしている看護の根拠を明示することは、患者や家族・病院内の他職種・社会の人々に看護の責任を明らかにすることになると判断し、師長会議で検討して、共有する看護観を＜生命力の消耗を最小にするよう生活過程を整える＞＜三重の関心を注ぐ＞とし、実践を導く看護理論を『科学的看護論』とすることを決定した。そして、共有する看護観と実践を導く看護理論を看護部の方針に明示し、看護部リーフレット、病院ホームページに載せ、看護部室の前にも掲示した。

【新人看護師採用】

この時期は、看護部全体が看護のための対象理解に関心が高まり、研修を重ねながら、理論に導かれた実践に取り組んでいた時期である。まだ他者を指導する余裕がないと考えて新人看護師の募集はしていなかったが、看護学校卒業予定の学生から採用の問い合わせがあった。師長会議で検討し、職場全体が看護への意欲が高まっていること、後輩指導は技術や実践の根拠を意識することが促されると話し合われ採用することになり、平成8年4月に2名採用した。採用前に師長会議で新人看護師の指導体制について検討した。看護の喜びを体験するとよい看護をめざす看護師になるという筆者の体験から、新人看護師には技術の上達を急ぐのではなく、事実を見て自分で判断し、実践を患者の位置から評価できる看護師に育つことを目標に、患者との関わりから学びつつ育つ教育に取り組むことを確認した。筆者は、教育委員会のメンバーと「新人教育プログラム」を作成した。そして、病院全体で新人看護師を迎え入れる意識がもてるようにと考え、オリエンテーションプログラムに他部門の部長・課長による部門の紹介と役割の説明を組み入れ、辞令交付にも列席を依頼した。入職後の新人看護師の指導場面では、主任看護師が新人看護師と行動を共にし、ケアや処置前には「看護手順書」を開いて、根拠を説明している様子が見られた。そして、6か月フォローアップ研修の看護体験発表会では、看護場面での自己の関わりを述べ、看護師としてその関わりがどのような意味であったといえるのかを発表した。この発表を聞き看護観の共有も意識されていると理解し、新人看護師を採用しても指導できると判断した。そして、看護師養成施設に教育プログラムと教育体制・看護部の方針を添え、翌年の募集案内を発送した。新人看護師個々に責任をもって指導するためにプリセプター制で教育することに決め、各病棟師長からプリセプターになる看護師の推薦を受けてプリセプター研修を開始した。プリセプターには実践の根拠を明らかにして指導すること、対象の反応を見ながらケアすることの大切さを教えること、新人看護師の考えを尊重して大切にしておくと新人看護師も他者を大切にできるようになることを指導した。すると、プリセプターは自主的に自己の看護技術の再確認に取り組み始めた。翌年、13名の応募があった。看護は対象の気持ちを感じとれる人間でなければ心のこもった看護ができない。しかし、人間の感情を育てるということは難しく、また心が育つには時間もかかることから、人間的関心が寄せられる感情の豊かな人材を得たいと考え、採用試験は「実習を通して心に残った患者との関わり」を記述させた。また、面接でも実習で良い看護師と思った看護師はどのような看護師であったか。なぜ、よい看護師と思ったか」を質問し、患者への関心を寄せている看護師や患者の様

子に着目して発言した新人看護師 7 名を採用した。その 7 名が受けた看護基礎教育は 2 年課程・3 年課程・看護大学と、それぞれ異なる教育課程であった。臨地実習で体験した看護技術を確認すると体験の内容に個人差が大きかった。新人看護師個々のレディネスと成長過程を確認しながらの個別な対応が必要であり、採用者全員の成長過程を継続して見続け、現場の指導を支え教育に責任をもつには専任の教育担当者が必要であると考えた。

【専任教育師長採用】

看護部全体が看護理論に導かれた実践をめざして、事例を持ち寄り、対象特性を描いて看護の必要性を導き出すという研修は、看護部長が直接指導を担当して、繰り返し行った。研修での学びを活用して対象特性を捉えて関わり、対象のよい反応が得られることで看護の喜びを感じる看護師が増えてきたが、対象特性を描いても実践場面で活用できない看護師や自己の実践を繰り返す研修に参加しても変化しない看護師もいた。そのような看護師は、対象への人間的関心が浅いまま対象と関わるので、対象のよい反応が得られることが少なく、自己の体験から看護の喜びを感じてよい看護をめざすということにもならなかった。他者へ関心を寄せることや、他者のおかれた状況を我がこととして自己の感情が揺さぶられる看護師になって欲しいと考えても、これは人間としての育まれかたや生活体験の中で培われるものであるから簡単には変化することではない。しかし、看護は他者の世話をする仕事であるから、その人の心に届く関わりをしなければ看護とはいえず、看護師として一番大切な資質である。また、看護場面は患者と看護師の一対一の関わりであるから、看護師個々が対象を人間として尊重してその時々感情を読み取って関わらなければ、よい看護を提供する組織になったとはいえない。そのような看護師には対象の気持ちに関心が向くように刺激し続ける必要がある。そのためには現場で師長やリーダーが患者の思いを大切にしたい関わりを見せ、日々の実践で対象の気持ちに気づくような関わりができることが大切であると考え、師長やリーダーにも別途研修を繰り返した。全ての病棟が毎日カンファレンスを行い、生活過程や対象特性を確認しながら話し合うようになった。また、院内の看護研究発表会では、第 2 回研究発表までは看護用具の工夫や感染対策の方法、カンファレンスの進め方など、業務の改善に関する研究テーマが多かった。しかし、第 3 回研究発表会からは看護過程を繰り返す内容の研究が増え、平成 8 年の 4 回発表会には「現象を看護の情報として活かすために一立体像モデルを活用して一」のテーマで、対象特性を十分に描けなかったために、症状への対応に振り回された 2 事例の看護過程を繰り返した発表があった（院内看護研究発表会の研究テーマ一覧を表 5 に

示す)。1 事例は、30 代女性の急性腎不全の患者の対象特性を描き直し、結婚・出産・育児という生活が続ける中で風邪をひき、市販薬を飲んだことで腎臓に負担をかけたことが発症につながったことに気づき、＜健康障害と生活過程の特徴は密接な関係があることが分かった＞＜健康な人間一般の発達段階の特徴を理解する必要があった＞とふり返っていた。2 事例目は、40 代男性が 10 年前に胃 2/3 切除し、吻合部胃潰瘍による下血で入院し、入院後再度吐血した患者の対象特性を描き直したことで、患者が中間管理職として仕事の責任を感じていたことや 10 年前に胃切除を受けた後の生活、胃切除後の胃の働きを考えられていなかったことに気づき、＜対象を描くための情報はあったが、その意味を十分に理解していなかった＞＜症状の観察はしていたが、病気をもつその人に十分目が向けられていなかった＞とふり返っていた。そして、この 2 事例から、第一の関心を十分に寄せることができれば、第二の関心、第三の関心が寄せられると述べ、更に、人間一般を持って対象を見つめ、対象への人間的関心を忘れず、現象のもつ意味を考えながら看護をしたいと感想を述べていた。また、看護過程をふり返る研究では、事例紹介は＜立体像モデル＞を用い、対象の事実と意味を捉えた過程を述べ、看護の実践を具体的に述べるようになった。実践場面をプロセスレコードで示すまでにはなっていないが、＜共有する看護観＞に照らして看護を評価するようになってきた。これらから看護部全体が目標に向かって取り組むようになったと考えていた。この頃、現場の記録を見ると、＜全体像モデル＞の記載不足や＜立体像モデル＞の対象特性の欄が空白のものがあった。また、途中採用者の看護師 1 名が＜全体像モデル＞＜立体像モデル＞の活用の仕方が分からないことを理由に退職を申しでた。筆者は、研究指導や研修の実践に取り組んできたが、その後、研修での学びが現場でどのように活用されているのかという研修効果の確認と、研修効果を上げるための実践場面でのフォローができていなかったことに気づいた。そして現場で研修での学びを継続できないのは、師長が十分指導ができるまでに育っていないためだと考え、師長の実践力を上げることが急務であり看護部長の役割だと自覚し、毎日行っている現場報告の場を師長教育の機会と位置付け、患者の事実をもとに意識して関わることにした。これですぐに師長の指導力が高まるものではなかったが、この関わりを続けると段々と対象特性を捉えて患者報告をするように変化してきた。これまで管理職業務をしながら教育を兼務してきたが、年間教育計画の実施で精いっぱいとなり、中途採用者に当院の看護部が実践している看護過程について新たに研修を開催することや、看護師個々の課題に着目してもその看護師の判断過程を確認しつつふり返るという丁寧な指導ができなかった。また、経験者は他施設での体験をもとに実践する場

合が多いことから、その看護師の実践を確かめながら実践場面での指導・助言が望ましいと考えたが、それぞれの現場任せになっていた。このような状況では看護部が掲げた理論に導かれた実践の継続ができなくなると考え、これは看護部の土台が崩れることに繋がる重大なことであると受け止め、この役割は兼務では果たせないと判断し、専任の教育師長の配置を院長に提案した。そして、専任教育師長は看護部がめざす看護の実践のための活動をするのであるから、看護観を共有できる人材でなければならないと考え、看護管理の経験があり、看護教員の資格を有し、看護部長と共に事例検討を続けている人物に働きかけ、平成9年7月に採用した。

この第2期の管理者の認識は、対象に関心を注がなければ個別な看護を提供することはできないと考えて、ひたすら“看護のための対象理解”に取り組んでいることがわかる。対象を人間として丸ごと捉え、対象の特殊性・個別性を明らかにすることで、その人らしさを大切にしたい看護実践ができることを体験させて、看護師の学習意欲を高め、新人教育にも取り組んだ時期である。そして、「自己を拡大」するために専任教育師長をおき、看護の質を充実させることに組織的に取り組んだ時期であったといえる。

以上から、病院管理・看護管理実践上の指針として5項目が抽出された。

1. 管理者は、看護師が対象を理解して個別に関わっているか観察し、対象理解のための教育を推進する。
2. 管理者は、看護師が根拠を持って実践しているか観察し、看護理論に導かれた実践を促す。
3. 管理者は、看護部全体が同じ目標に向かって看護しているか観察し、看護観を明示し、全体で共有できるようにする。
4. 管理者は、看護師が新人看護師に実践の根拠を明らかにして指導しているか観察し、根拠ある実践に取り組む看護師に成長することを促す。
5. 管理者は、看護師を指導する専任看護師を確保して、教育効果を上げる体制を整える。

第3期 <社会の変化に応じた体制整備に取り組む>

【緩和ケア病棟開設】

この時期は、病院が一般急性期病院として地域にも知られ、医師も11名になり多様な疾患の患者が受診するようになった。特に、院長が消化器内視鏡専門医であることから消化器がんの患者が増えた時期であり、他院からの紹介入院も増えた。転院して

くる患者は手術や抗がん剤、放射線によるがんに対する直接的治療を終え、これまでの治療で失われた体力の回復をめざす患者、あるいは回復が見込めなくなった患者であり、全身の衰弱と疼痛、腹水貯留や強い倦怠感などによる苦痛の大きい状態であった。治療途中での転院は、患者・家族に心配や不安を与えていた。このような状態のがん患者が一般病棟に入院していた。その病棟は、人工呼吸器を装着している患者や重症患者が入院していて、看護師は重症患者の観察やナースコールの対応に追われていた。特に夜勤看護師から「命に関わる処置や観察を優先せざるを得ないので、ターミナル患者への対応が遅れ申し訳ない」という声を聞き、ターミナル期の患者と急性期の患者では看護の内容が違いすぎる、急性期病棟で一緒に看護するには無理があると判断した。がん末期患者の要請にすぐに対応し、十分なケアを提供するためには看護師を多く配置しなければと考えた時、5年前に市内で緩和ケア病棟を始めた病院では患者が家庭にいるような雰囲気療養を続けていると新聞で紹介されたことが浮かんできた。がん患者が増加していることから、これからはがん末期患者が増えるであろうと予測され、当院も緩和ケア病棟をつくる必要があると考え、院長に緩和ケア病棟の必要性を提案した。院長は緩和ケアの必要性を認め同意を示した。しかし、現場では患者にがんであることやこれからの経過について告げていない医師が多く、患者は日々進行する病状の悪化を自覚し、家族や医療者への不信を持ち続けたまま最期を迎えていることが浮かんできた。緩和ケア病棟はがんに対する積極的治療ではなく、がんによる症状の軽減や緩和を目的とする病棟であることから、緩和ケア病棟に移ることで積極的治療の目的で抗がん剤を受けている患者は治療内容の変更が起こる。また、患者が主体的に療養生活を送るには患者自身の意思で緩和ケア病棟に入ることが重要であると考え、患者にがんの告知をすることを医師に働きかけようと思った。しかし、これまで告知していない医師に突然、告知について提案すると意見が衝突する可能性があると考え、まず、患者に十分に関わることをできない状況を説明し、緩和ケア病棟の必要性を問いかけた。すると、医師は「緩和ケア病棟など、とんでもない。がんを治療しない緩和ケア病棟は医師の負けのような病棟だ」と怒った。筆者は、この医師はがんだけをみて患者をひとりの人間として丸ごと見ていないから、患者の位置から医療を考えられないのだろうと理解した。しかし、よい医療を提供するには医師を信頼し協力することは重要なことであり、医師の理解は絶対に必要であると考え、医局会議でがん末期患者の医療について話し合うことを院長に依頼した。そして師長にも、現場で患者の事実をとおして緩和ケア病棟の理解が得られるように医師に関わることを意思統一した。その後、半年を経過しても病棟の状況は変わらず、看護師から

「ターミナル患者とゆっくり関わることができない」「痛みのない時にケアしてあげたくても、重症患者の観察や処置のためにできない」という声が聞かれ、筆者は看護部長として、患者が必要としている看護を提供できない状況が続けることはできないと判断し、師長会議で検討し緩和ケア病棟開設を病院に要望することに意見が一致した。提案するにあたって、緩和ケア病棟をつくるための病床数、改築が必要な内容、診療報酬、人件費について調べた。すると、既存のベッド数を減らして緩和ケア病棟を開設しても採算がとれることが判明したので再度院長に提案し、理事会で18床の緩和ケア病棟開設が了承され、筆者が緩和ケア病棟開設準備委員長に指名された。緩和ケア病棟があるのは北海道では1施設だけであり、看護師以外の病院職員からは「がんて死にそうな人ばかり入院するの?」という声や、看護師からは「麻薬の取り扱いが不安」という半面、「やっと念願がかなった。これでターミナルの患者さんにゆっくりと関わることができる」「看護が中心の病棟だから勉強してよい看護をしたい」という声が聞かれた。筆者は、緩和ケア病棟は病院にできる新たな医療の取り組みであり、全ての職種の関わりが必要になることから、準備段階から全職種で協議しながら進めなければならないと考え「緩和ケア病棟設立委員会」を設置した。緩和ケアについて理解が十分でない職員が多いことや緩和ケアの経験がある職員がいない、医師・薬剤師もがん性疼痛のコントロール経験が少ないことから、市内の緩和ケアを実践している病院から講師を招き、全職員を対象に緩和ケアを理解するための学習会を開催し、看護師・薬剤師・MSWをその病院へ研修派遣した。薬剤師はがん性疼痛に対する薬剤の効果や具体的使用方法、麻薬の管理等を、MSWは患者や家族が緩和ケアに転院するときの不安や相談内容の傾向と対応、入院決定までの手続きについて、それぞれ学んできた。主任看護師は3か月間実地研修し、研修での学びを報告した。その中で、研修先の看護システムは受け持ち制であり、受け持ち看護師が不在の日は他の看護師が看護計画にあるケアは実施しているが、患者は相談や話したいことがあっても我慢していること、受け持つ看護師の実践能力の違いにより看護の質に差があると感じたこと、苦痛の大きい患者へのケアには時間がかかること、家族への支援やMSW・薬剤師との連携に多くの時間が必要であったと話した。筆者はターミナル期の患者が医療者と信頼関係がもてることが重要であると考え、患者が看護師をより身近な存在に感じることで安心して与えるには担当看護師を決めることが望ましいと考えていた。しかし、病院の現状をみるとケアへの関心は高まり、対象への人間的関心をもつ看護師が増えたがまだ全体が変化してはいない、看護師個々の実践能力に差がある、対象理解の仕方も十分とはいえない段階にあると判断した。そして、看護師個々のケアの

質に差が大きい段階での受け持ち制看護は患者に不利益を与えることもあると考え、チームナーシングにすることにした。また、病棟設立委員会は多職種で病棟運営や療養環境を協議するので、どのような緩和ケア医療をめざすのか基本的考えを共有して検討を進めることが重要であると考え、緩和ケア病棟の理念についての検討から始めた。小グループで自由に話し合いを進めると、「自分らしい生活ができるように」「静かに安らぐことのできる環境に」「本来の家族としての姿を維持できるように」など、医師や理学療法士、栄養士からも積極的に意見が出た。ここでの検討結果を運営会議で更に検討し、理念が決定した。その理念をもとに病棟の構造、病室の調度品や照明器具などの検討を進めると、患者の状況や療養生活をイメージして意見を述べるようになった。改修工事の段階では病院の一部工事であることから、工事の騒音、工事時間などが入院患者に影響がないように配慮が必要である。そこで、工事工程表に騒音の種類や騒音発生時間を明らかにするように依頼し、現場責任者と毎日ミーティングをもった。病棟開設に当たっては、初めて取り組む病棟であることから患者との関わりやケアにも時間がかかることが予測された。また、病棟を築いていくには看護師の気づきと発想が必要であることから看護師の配置を手厚くする必要があると考え、看護師 14 名と看護助手、クラークを各 1 名配置した。開設当日から転院予定の患者が毎日 2～3 名入院してきた。初めての病棟であり、患者や家族の不安を軽減する関わりができるだろうか、疼痛コントロールはうまくできるだろうか、消耗させずにケアできるだろうかと心配した。看護師の様子を見ると、患者の要求や状態に応じた体位の工夫を行い、丁寧な関わりをしながらケアをしていた。また、患者の意見を取り入れてチェストや床頭台の配置を決めるなど、患者との関わりに多くの時間が使われていた。疼痛コントロールは患者に痛みの強さや種類を確認しつつ、医師・薬剤師と相談しながら行い、患者が疼痛で苦しむことはなかった。病棟では毎日カンファレンスを行い新しい体験や対応に困ることを話し合い、改善策やケアの方法について工夫を積み重ねていた。開設 2 か月目には満床となった。病室を巡回するとポータブル便器にバスタオルが掛けてあり、サクション瓶から内容物が見え、湯たんぽにはタオルが巻かれていた。ハルンバックや尿器、サクション瓶の内容物が見えるのは患者や面会者に不快を与えると考え、カバーをかけることを師長に提案した。また、氷枕・湯たんぽの使用頻度が高いことから、専用のカバーがあるとすぐに使うことができ、看護師が早く患者のケアに向かうことができると考え師長に提案した。すると看護チームでデザインや生地を検討したのでボランティアにカバーの作成を依頼した。看護師を手厚く配置したが一人ひとりのケアに時間がかかることから、ケアの物品を準備する時間の

節約と患者を待たせずにすぐに使えるようにすることを師長に提案すると、ケア頻度の高い陰部洗浄に必要な物品を小籠にセットして備えた。また、患者の要求に応じホットパックがすぐに提供できるように清拭車を2台に増やし、常時保温できるようにした。3 か月目頃には看護師もケアや関わりに余裕が見られるようになってきた。看護チームは、患者の対象特性を描き、その人らしく過ごしてほしいと考え、一人ひとりの持てる力を活用していた。茶道教授だった患者は看護師に着物を着せてもらい、デイールームで他の患者や家族にお茶を点てサービスすることを喜びに感じていた。看護師が患者とクッキーを焼き、一緒にコーヒーを飲む様子を見かけることもあった。腹水が貯留し酸素吸入をしている患者が「パーマをかけたい」と希望したので、MSW の協力を得て出張美容師を探して依頼した。看護チームは患者がこれまでの生活で培ってきたことや誇りに思っていることを捉え、個別性やニーズに応じて必要な援助を把握し、がん末期患者に必要なケアと療養生活の質を上げる取り組みをしていた。

【MSW の所属を事務部から看護部に変更】

緩和ケア病棟が開設してから、他院からの入院申し込みや入院相談が多くなり、MSW が相談に訪れた患者の状態を理解するために筆者に相談に来ることが多くなった。また、介護保険の導入、入院日数の短縮化により入院直後から退院後の生活調整や転院のための他施設との調整が必要なケースが多くなり、師長が MSW との情報交換や調整が必要となることが増えた。MSW の業務をみると入院費や退院後の生活に関する心配事の相談、在宅酸素の手配、他施設との調整などであった。そして、MSW が記録している「ケース記録」には、家族構成・キーパーソン・連絡先・介護保険認定結果や回復後の退院先予定、相談内容とそのときの MSW の対応が書かれていた。これらの内容は看護するために必要な情報と重なり、MSW も生活をより良いものにするための生活支援をしている、これは看護の目的と共通すると思えた。そして、MSW の記録は看護師が入院時に収集する情報と重なるものが多いことから、MSW の記録を共有することで患者の負担軽減と、記録の省略化ができると考えた。また、師長と MSW の関わりは、必要時にその都度連絡を取るというものであったことから、患者・家族が直接 MSW に相談したことの内容は師長には報告されないため、問題が顕在化しなければ患者・家族が支援を必要としていることに気づかないこともあった。そこで、MSW と看護師が患者の情報を共有することで、患者が必要としている支援を早期に把握でき、看護師と MSW が協働して関わることで患者・家族に安心を与えることができると考えた。また、MSW が入院相談や転院相談に対応するには、患者の病状や自立度の情報が必要であることから、その情報が常に得られる体制になることで

MSW の専門性がより発揮されると判断し、MSW を看護部に属することを提案した。

この第 3 期の管理者の認識は、患者の多様化により、必要とする医療・ケアが変化してきたことに着目し、病院の体制が変化に対応できていないために、患者に十分なケアができずに患者の生命力を消耗させていると見てとり、“放っておけない”感情が湧いて、なんとかケアできる体制を整えたいとの思いから、ケアを提供できる療養環境を整えることに取り組んだ時期である。つまり、多様な患者に看護師が個別なケアを主体的に展開できるようにすること、患者の特性に応じた組織体制を整えること、患者の持てる力を活用し、その人らしさを尊重してケアができる病棟づくりに取り組んだ時期であるといえる。

以上から、病院管理・看護管理実践上の指針として 5 項目が抽出された。

1. 管理者は、患者の健康の段階とケアの必要な内容を観察し、患者の多様化に対応できる療養環境を整える。
2. 管理者は、看護師が患者の求めにすぐに対応しているかを観察し、看護体制を整える。
3. 管理者は、看護師がケアに専念できるようにケアに必要な設備・備品を整備する。
4. 管理者は、よりよい医療をめざして、それぞれの職種が専門性を発揮し協働しているかを観察し、専門性がより発揮できる体制を整える。
5. 管理者は、患者の疾病動向や社会制度の変化を観察し、患者に有用な制度は積極的にとり入れる。

第 4 期 <病院全体の社会的評価を高める体制整備に取り組む>

【病院機能評価受審】

この時期は、緩和ケア病棟の運営も軌道に乗り、ホスピス分野認定看護師の臨地実習施設に認定された時であった。この頃、病院機能評価^{注4)}を受けた病院のことが新聞や雑誌に取り上げられるようになり、経営会議でも話題にのぼり、急いで病院機能評価に関する学習をした。すると、職員が病院の理念・目標に向かって組織活動をしているか病院全体の評価であり、組織として機能するために部門ごとの専門性を発揮できるように業務内容、業務基準、業務手順が成文化され、それが実践されているかを審査されることがわかった。その後の会議で第三者機関による評価を受け認定されることは、病院を利用する人々に安心感を与えることができると意見がまとまり、受審が決定された。そして、その場で機能評価受審準備責任者に指名された。看護部は多くの職員が所属し、病院全体の部門と関わり活動を実践しているので、全ての部門の

状況を把握している立場にあるから指名されたのだと思い、看護職である副院長として引き受けるべき役割であると考えた。筆者は、これまでよい看護を提供するために看護体制を整え、看護師の教育に取り組んできたが、他部門の体制や病院全体の体制を整えることには積極的に取り組んでこなかった。患者が適切な治療を受け、療養上の問題や個々が抱える問題を解決し、安心して治療に専念できる医療を提供するには、看護部だけでは実現することはできない。また、他職種の専門性とその部門の機能を理解していなければ他職種への働きかけも十分にはできない。しかし、筆者は、これまで他部門の業務基準や業務手順を実際に確認したことがなかった。そして機能評価の内容に照らして病院内の日頃の様子を思い描くと、年度初めの経営会議で部門の目標や年間活動計画を提出しているのは看護部だけであること、他部門の教育活動は症例検討会や専門分野の研修はしているが、部門として計画的に取り組んでいるものではないこと、他部門の管理者が不在時に予期せぬことが起きると筆者に相談にくることから、部門として活動する体制ができていないのであらうと想像した。病院が患者に責任をもち、よりよい医療を提供するには病院全体の体制整備と機能を高める取り組みが必要であると思った。そして、受審は準備過程で病院全体の組織体制の実態がわかり、これから取り組むべき課題が明らかになると考え、病院全体の組織整備のチャンスと捉えた。また、安全管理マニュアルや感染対策マニュアルはあるが、それが現場で活用され手順どおり実践されているかをチェックする活動が行われていないことや、患者サービス向上のために改善したことの事実を示す経過記録がないことなど、受審準備のために取り組まなければならないことが次々に頭に浮かんできた。作成しなければならない書類の膨大さと完成までの期間が決められていること、病院全体の評価であることから、これは病院全体で取り組まなければならないことであると考え「受審準備委員会」を設置した。まず事務部長を責任者補佐とし、各部門長を委員とした。また、病院の基本方針や将来計画に関することや安全対策・感染対策に関する準備は、病院の根幹に関することであると考え、病院長をリーダーとして部長職以上でチームを作ることを提案した。各部門については、部門に属する職員それぞれが役割を自覚し、協力して取り組む必要があると考え、準備チームをつくり進めるように指示した。部門ごとの準備チームが機能評価機構から届いた自己評価表の作成を始めた。看護部は、業務基準や手順書の再確認、標準看護計画の見直し、現場の看護記録の点検など次々と準備を進めた。他部門は書類作成の経験が少なくと考え、筆者が各部門の準備チームの会議に参加し助言した。病院全体で組織づくりに取り組むのは初めてのことであり、職員一人ひとりが病院の取り組みに真剣になれるであらうかと不

安であったが、チームの活動が進むにつれ遅くまで取り組む様子、廊下や食堂では職員間で情報交換したり、他部門に助言を求める姿が見られた。これを見て、職員は活動の目標が明らかになると主体的に取り組むことができるのだと理解した。機能評価受審の取り組みは、結果として病院の組織整備ができ、準備過程で職員間のコミュニケーションが良くなり、仲間意識を育てるきっかけにもなった活動であった。

この第4期の管理者の認識は、看護する体制は整ってきたものの、他部門の日常の活動や問題状況への対応から、病院全体の体制はまだ整っていないと考えていた時に機能評価を受審することが決まり、病院全体の組織整備ができる機会になると捉えた。そして、職員一人ひとりが体制整備に参加することで、組織の一員であることの自覚を促していることから、病院を職員みんなで作り上げようという認識であることがわかる。また、準備過程で他部門に助言していることから、副院長としての役割を自覚して病院を整えようとしていることがわかる。この機能評価の準備では、筆者の就職を決意させた院長の言葉を意識し、その実現には病院全体の体制が整っていなければならない、受審準備はそのための整備の機会でもあると考え取り組んでいたといえる。つまり「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という目標に向かって、職員全員で病院全体の体制を整えることに取り組んだ時期であるといえる。

以上から、病院管理・看護管理実践上の指針として3項目が抽出された。

1. 管理者は、病院の社会的評価を高めるためのチャンスをつかんで体制を整える。
2. 管理者は、どの部署の管理者が不在の時もその部署の役割をはたせるように手筈を整える。
3. 管理者は、職員が病院の目標達成に主体的に参加できる目標を定めるよう促す。

第5期 <他職種との協働と看護の専門性発揮に取り組む>

【看護師による「禁煙外来」「健康教室」開始】

1) 「禁煙外来」^{注5)}開始

院内および敷地内禁煙は、病院が機能評価受審時に決めたことであった。その後、患者が病院裏玄関や敷地内で喫煙するようになったので、事務職員や警備員に巡回を依頼しその都度注意していた。しかし、その後も喫煙者がいるという報告が後を絶たないことから、単に禁煙を呼びかけても喫煙者自身が禁煙しようと思わなければこの現象は続くであろうし、喫煙を見つけて注意するのはその時だけの姑息的な方法であり、注意された患者は不愉快になり病院や病院職員への印象も悪いものになるのではないかと、また、喫煙は健康を害するものであるから入院中だけ禁煙を呼びかけても本

質的解決にはならない。人間は個別な社会関係の中で 24 時間の生活を繰り返して、生活の仕方や物事の価値観が築かれ、どのように生活するかはその人の脳細胞の働きにより決定されるので、患者自身が自分の体を守るために必要なことであると思わなければこの問題は解決できない。患者自身で喫煙が自分の健康にどのように影響するのかその意味を理解し、禁煙行動がとれるように働きかけなければならないと考えた。そのためには、患者の思いを十分に聞き、習慣化した行動を変えることの辛さを受け止め、患者自身で自己の生活を見つめ健康をめざしていけるような関わりが必要であり、それには、個別にゆっくりと関わる場が必要であると判断し「禁煙外来」を専門外来予定表に組み入れて開始した。これまでも、生活習慣病の個別指導の中で禁煙指導をしてきたが、それは生活指導の中の一つとして指導していたものであり、禁煙を目的とした関わりではなかった。また、この頃、禁煙パッチが保険適用になったので、医師にも薬剤処方への協力を呼び掛けた。そして、喫煙は害であると理解しても習慣化したことを行動変容するには本人の強い意志と、それを支援し続けることが禁煙意識を高めると考え、医師も診療時に禁煙を働きかけ支援できるように、看護師が指導した内容を診療記録に記載ことにした。すると、医師が看護師の指導した内容を共有して、診察時に禁煙指導に役立てるようになった。

2)「健康教室」開始

生活習慣病の患者が入退院を繰り返す、また、退院後短期間で再入院するケースがあることから、セルフケアがうまくできていないのではないかと考えていた。週 1 回の院長の総回診に同行し患者紹介を聞いていると、入院に至る直接の原因が本来の病気の悪化によるものではなく、下痢や嘔吐、発熱による脱水、転倒による腰痛がきっかけで動けなくなり、そのために食事ができなくなり体調を崩すことで本来の病気が悪化して再入院となるケースが多いことがわかった。これらは生活の仕方に原因があり、そのために内部環境の乱れが生じた結果であるから、入院直前の生活状況を把握し、どのような生活が健康破綻を招いたのかを明らかにし、その生活を見つめ直して健康な生活の仕方がわかると予防できると考えた。そして、師長に退院後の生活指導の内容を確認すると、基礎疾患に関するセルフケアについての指導が中心で、再入院の原因となった生活をふり返る内容ではなかった。そこで、基礎疾患をもつ患者の再入院を防ぐには、病気を悪化させる原因となる状態を作らない生活の仕方を学ぶことが必要であり、また、病気や症状についての知識や健康を維持する生活調整の仕方、発症時の早期の対応について学ぶことで再入院に至らず回復に向かうことができると考えた。そして、健康管理に関心をもち、自己の生活を見つめ直して生活調整できる

ように働きかけるのは看護師の重要な役割と考えて「健康教室」を開始した。

【緩和ケア認定看護師による「緩和ケア相談外来」開始】

がん末期になってもできるだけ自宅での療養を希望する患者が増え、緩和ケア担当医が外来担当日ではない日にも受診するようになり、担当医の診察を受けられるように「緩和ケア外来」が開設された。「緩和ケア外来」として受診日は指定されたものの、診察室や待合場所、診察の流れは一般外来を受診する患者と同じであった。看護師の関わりも診察室への誘導や診察介助以外は特別な関わりをもっていなかった。整形外科が新設されることになり診察室の検討を始めた時、「緩和ケア外来」の診察が一般外来と同じであることが想起された。そして、一般外来を受診する患者と同じソファに座り診察を待つ患者の状態を思い浮かべた。すると疼痛だけではなく、強い倦怠感や腕や下肢に浮腫がある患者、腹水や胸水貯留により同一体位を続けることが困難な状態にある患者のことが思い起こされ、病院に来るだけでも苦痛や消耗が大きい患者が、更に生命力を消耗させていると思えた。筆者は「緩和ケア外来」が指定され時、がん患者の受診時の苦痛や消耗が大きい状況を描かず、がん末期患者の外来看護をどのようにすべきか考えなかったことに気づきハッとした。また、患者を24時間世話している家族の不安や心配が大きいこと、受診に付添同伴することの負担も考えられた。更に、緩和ケア病棟を巡回していた時、患者が「病気以外のことや今後のことは誰に相談したらよいのか困った」と話したことが思い出され、患者や家族の話をゆっくりと聞くことができる場所と体制を整える必要があったと気づいた。すると、苦痛に耐え、辛い思いを押して自分の命を守るために病院に来ている患者の気持ちが描かれ、看護の役割を果たさなければと強く思った。そして、苦痛を抱えて受診にきている患者が、待ち時間により更に消耗が大きくならないように、ケアで症状の軽減を図り、安楽が得られるように看護を提供しなければと思えた。患者の状況を描くと、疲れた患者には診察までベッドで休めるようにすること、浮腫のある患者にはリンパマッサージや足浴を、同一体位による腰痛のある患者にはホットパックによる温電法を、とすぐに頭に浮かんだ。そして、これらのケアは看護師と場所が確保できれば外来でも可能であると思えた。リンパマッサージは専門知識による判断と技術を要すること、また、専門の看護師の関わりは患者・家族により信頼と安心を与えることができると考え、認定看護師の活用を師長会議に提案し、緩和ケア病棟で勤務している緩和ケア認定看護師を担当とし、使用していない外来診察室を活用して「緩和ケア外来」診察日に合わせて「緩和ケア相談外来」を開設した。

【「糖尿病フットケア外来」開始】

糖尿病で入院する患者が多いことから、指導パンフレットを作成してセルフコントロールのための指導をしていた。栄養士は医師の栄養指導処方箋に基づき、指導時に患者から生活状況を聞きそれに合わせて指導を行っていた。一人の患者にそれぞれの職種が各々専門性を発揮して関わっていたが、一人の患者に関わる全ての職種で患者の対象特性を共有して関わってはいなかった。糖尿病患者の多くが入退院を繰り返すことから、生活全般に関する指導が必要であり、患者の対象特性と目標を共有して関わる必要があると考え、医師、栄養士、薬剤師など他職種と連携した活動ができる体制の必要性を感じていた。また、入退院を繰り返す患者はコントロール不良で、腎不全や末梢神経炎の合併症を発症しているケースが多かった。そのなかでも、足が潰瘍になっている患者は、その変化が糖尿病によるものであるとは考えずに自己判断で消毒や軟膏を塗布して対処し、診断された時には病変部位以下の切断や外科治療が必要になることから、なんとか早い時期に発見できないものかと思い続けていた。その頃、公的機関が主催する「糖尿病分野における質の高い看護師育成研修」の受講案内が届いた。応募資格を見ると、“研修後組織で糖尿病活動チームの中心となり活動できる人材”とあった。これは糖尿病のチーム活動体制を整えるチャンスと思い、糖尿病患者が多く入院する病棟師長のことが頭に浮かんできた。研修は2か月間であるが、副師長がその病棟での経験が長いので、師長が不在でも病棟運営には問題がないであろうと判断し、派遣した。研修終了後の報告で、診療報酬が認められるフットケアの資格が得られたことが分かった。これで足病変の早期発見ができると考え、すぐに「フットケア外来」開設と「糖尿病チーム」の結成を経営会議に提案した。「糖尿病チーム」は研修を受けた師長をリーダーとして、医師・看護師・栄養士・薬剤師で結成された。そして、フットケアのことは一般の人々にもあまり知られていないのではと考え、早期発見の受診につなげるには多くの人に「フットケア」の存在を知らせる必要があると考え、フットケアについての説明を書いたポスターを院内に貼り、病院案内板や外来診療予定表に標示し、「糖尿病フットケア外来」を開始した。フットケアの記録は、医師が診療に役立てられるようにと考え、足診断した結果とその時の関わりを診療記録に記載することにした。また、糖尿病フットケアは実施する看護師に資格が必要であることから、開設している施設は市内では1か所のみであった。この「フットケア」の取り組みが新聞に掲載されたことで、糖尿病患者の受診やフットケア受診希望者が増えたので、看護師を「フットケア」研修に派遣し、「フットケア外来」を週2回にした。

この第5期の管理者の認識は、喫煙や再入院する患者に着目し、これらは生活の仕

方により健康状態を維持・好転できると考え、健康に向けて生活調整ができるように、そしてその生活の仕方を決めているのは個人の脳細胞であるから、その人自身が健康を守る生活ができるように働きかけることで予防ができると考え、より健康な生活や健康管理、病気の早期発見に取り組んでいる。糖尿病患者の関わりでは他職種と協働して医療を行うことを考えて体制を整え、看護の専門性を発揮した実践を医師の診療記録に記載し、医師の診療に役立つ取り組みをしている。また、緩和ケア外来を受診する患者の生命力が消耗していると判断して、消耗を最小にするために外来でもケアできる体制を整えた。つまり、他職種と協働するチーム医療の実践と、看護師が健康を守る働きかけは自己の役割であると自覚し、看護の専門性を発揮する体制を整える取り組みをした時期であったといえる。

以上から、病院管理・看護管理実践上の指針として5項目が抽出された。

1. 管理者は、健康に害を与える生活をしている患者に、自ら健康をめざすように働きかける場を準備する。
2. 管理者は、生命力が消耗している患者に対し、消耗が減少するように整える場を提供する。
3. 管理者は、患者の健康管理のための働きかける場を準備し体制を整える。
4. 管理者は、看護の専門性が発揮できる場を積極的に整備する。
5. 管理者は、職員が協働する体制を整え、促進する。

以上の分析から、病院管理・看護管理実践過程における管理者の認識の特徴は、

第1期では、ケアの実際を観察し、看護ではない、安全が守られていないと判断して、患者に十分にケアが提供できるように、そして、誰もがよいケアができるようにと教育を開始していることから、ここでは自分のやりたい看護が行われるように看護体制を整え、看護観の共有に着手していることがわかる。そして、長期入院患者の生活に着目した時には、常に他者との生活を強いられ、病院の規制の中で生活していると思え、人間一般の生活のありようとの違いが浮かび、ケアできる体制を整えば自宅で生活できると考えている。また、在宅療養をしている癌末期患者・家族から、一日数回の訪問依頼や夜間の訪問依頼があった時、患者の求めに応じて看護を提供するには24時間対応できる看護体制を整える必要があると考えた。これは、癌末期患者の苦痛や疼痛コントロールが難しく、苦痛が大きい患者の様子や家族の心配や不安も大きい状況を追体験し、自宅で苦痛と不安を抱える様子を描き、生命力が消耗していると考えている。

この時期の管理者の認識の特徴は、患者の療養生活を思い浮かべた時、看護することによって、その状態を改善できるという思いがあり、みんなで看護できる病院にしたいという目標から、基準看護を取得して療養環境改善に着手したことがわかる。

第2期では、スタッフが看護に疑問をもったことをきっかけに対象特性を描くことを働きかけ、その時々を対象の思いを想像させるように関わり、その状況を描かせることで追体験を促したところ看護師は、自らの関わりをふり返り、どのような看護や関わりが必要であるかを気づいている。看護師が対象の状態を見て心が動くようになったことは、対象を捉える研修を繰り返したことによる。また、看護の仕事は他者への働きかけであり、他者のことを判断する仕事であるから、他者に責任を持つには確かな根拠を持たなければならないという考えが共有できたことである。これをきっかけに、看護部全体が同じ方向で看護するようになったのである。看護部全体が患者をひとりの人間として尊重し、根拠ある実践に取り組むことで看護の質が高まると考え、新人看護師の教育では、技術の上達を急ぐことより、対象の事実を見て判断し、実践を患者の位置から評価できる看護師になることをめざしてきた。

この時期の管理者の認識の特徴は、自己からスタッフへ、そして看護部全体へと意識を広げ、新人看護師への教育にも対象の事実を見て、その状況を追体験することで対象の位置に立つことを意識し、相手を尊重した関わりができることを浸透させて＜病院看護をよりよいものにしていくことによって病院をよりよくしていく＞という方向へふみ出したことがわかる。

第3期では、がん末期患者のおかれている状況を追体験し、十分なケアが受けられずに我慢を強いられている状況を描き、生命力が消耗していると判断し、ケアできる体制にしなければと考えていると同時に、看護師の「ターミナル患者とゆっくり関わることができない」「ケアしてあげたくても、できない」という、看護師の立場も追体験し、この状態を解決するために、緩和ケアの改修へと推進したことがわかる。

この時期の管理者の認識の特徴は、＜患者の生命力の消耗を最小にする＞という看護の目的を達成するためには、看護師が看護に専念できる体制を整えることを病院全体の目標と掲げて推進していることがわかる。

第4期では、病院機能評価受審を病院全体の組織整備のチャンスと捉えて取り組んでいる。これは特定の患者に焦点化して整備していた段階から、病院全体で患者への責任を果たせるようにしたいという認識へと発展していったことがわかる。そして、職員それぞれが自分に定められた職務を確実に果たすための体制整備に取り組み、副院長としての職務として準備チームを結成して受審、認定された。

この時期の管理者の認識の特徴は、全ての職種がそれぞれの専門性を発揮し協働できる体制へと視野が広がっていることがわかる。

第5期では、喫煙している患者や再入院する患者の原因が生活の仕方にあることに着目し、健康を守るための働きかけをする場を整えている。フットケア外来を開始したのは、足の切断を余儀なくされる患者をみて、足を切断された患者の生活の状況を追体験して、切断をしなければならない患者の苦しみや切断後の生活の変化を描き、切断に至る前に発見しなければ、そして、我々には看護できる力があると考えていることがわかる。また、糖尿病患者のセルフコントロールを支えるために糖尿病チームを結成している。これもまた、結果としての病気の看護から、なぜ病気になったのかと考え、生活過程を調整することによって病気の予防や健康を守る看護を展開できると管理者の認識が発展していることがわかる。また、緩和ケア外来を受診する患者の様子を観察し、苦痛が大きい患者が通院するだけでも消耗が大きいと考え、緩和ケア相談外来を開設した。そして、看護師による外来を開設した取り組みでは、指導記録やケアの実践内容を診療記録に記載することにした。

この時期の管理者の認識の特徴は、看護の関わりや看護の視点で観察したことを、医師が診断と治療に役立てることで、患者を支えるためのチーム医療の実践として、医師と看護師が互いの専門性を発揮して協働する病院へと発展していることがわかる。

以上、各期の分析を経て抽出された病院管理・看護管理実践上の指針は、合わせて23項目となった。その一覧を以下に示した。

< 第1期 >

1. 管理者は、患者の安全が脅かされている事実がないかを観察し、改善を図る。
2. 管理者は、患者の療養生活において我慢を強いられていることを観察し、看護師の日常生活の援助技術の上達をはかる。
3. 管理者は、看護師が看護以外の業務に労力が使われていないかを観察し、看護に専念できるようにする。
4. 管理者は、患者に24時間継続して看護を提供できる体制になっているかを観察し、看護体制を整える。
5. 管理者は、組織の日々の活動を実地に観察し、スムーズな運営ができるように組織化を図る。

<第2期>

1. 管理者は、看護師が対象を理解して個別に関わっているか観察し、対象理解のための教育を推進する。
2. 管理者は、看護師が根拠を持って実践しているか観察し、看護理論に導かれた実践を促す。
3. 管理者は、看護部全体が同じ目標に向かって看護しているか観察し、看護観を明示し、全体で共有できるようにする。
4. 管理者は、看護師が新人看護師に実践の根拠を明らかにして指導しているか観察し、根拠ある実践に取り組む看護師に成長することを促す。
5. 管理者は、看護師を指導する専任看護師を確保して、教育効果を上げる体制を整える。

<第3期>

1. 管理者は、患者の健康の段階とケアの必要な内容を観察し、患者の多様化に対応できる療養環境を整える。
2. 管理者は、看護師が患者の求めにすぐに対応しているかを観察し、看護体制を整える。
3. 管理者は、看護師がケアに専念できるようにケアに必要な設備・備品を整備する。
4. 管理者は、よりよい医療をめざして、それぞれの職種が専門性を発揮し協働しているか観察し、専門性がより発揮できる体制を整える。
5. 管理者は、患者の疾病動向や社会制度の変化を観察し、患者に有用な制度は積極的にとり入れる。

<第4期>

1. 管理者は、病院の社会的評価を高めるためのチャンスをつかんで体制を整える。
2. 管理者は、どの部署の管理者が不在の時もその部署の役割をはたせるように手筈を整える。
3. 管理者は、職員が病院の目標達成に主体的に参加できる目標を定めるよう促す。

<第5期>

1. 管理者は、健康に害を与える生活をしている患者に、自ら健康をめざすように働きかける場を準備する。
2. 管理者は、生命力が消耗している患者に対し、消耗が減少するように整える場を提供する。
3. 管理者は、患者の健康管理のための働きかける場を準備し体制を整える。

4. 管理者は、看護の専門性が発揮できる場を積極的に整備する。
5. 管理者は、職員が協働する体制を整え、促進する。

次いでこれら 23 項目の指針の共通性・相異性を吟味した結果、大きく病院組織面の管理の向上を図る項目（4 項目）と実践を支える個々の職員の能力向上を図る項目（2 項目）の共通性を抽出した。その結果を以下に示す。

1. 管理者は、よりよい医療をめざして、それぞれの専門職が互いの専門性を理解して協働できる体制を整える。

（1 期の指針 3・5, 3 期の指針 4, 5 期の指針 1・3・4・5）

2. 管理者は、入院患者に限らず在宅療養をしている患者にも、24 時間継続して看護を提供できる体制を整える。（1 期の指針 4）

3. 管理者は、患者の疾病動向や地域社会の医療ニーズを捉え、地域の人々が必要としている医療・看護を提供できる体制を整える。（3 期の指針 5, 4 期の指針 1）

4. 管理者は、全ての職員が病院の目標に向かって、それぞれの役割がはたせるように、各部門の体制を整える。

（1 期の指針 5, 4 期の指針 2・3・4）

5. 管理者は、看護師個々が、患者をひとりの人間として尊重し、根拠ある看護実践ができるように、教育体制を整え、一貫した看護理論に導かれた実践力の向上を図る。（2 期の指針 1・2・3・4・5）

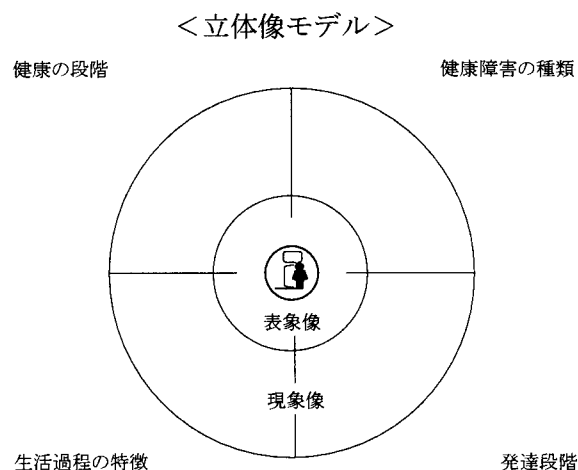
6. 管理者は、看護師個々が、患者の生命力の消耗を最小にすることを目標に、よいケアが実践できるように、看護師の看護力の向上を図る。

（1 期の指針 1・2・3, 3 期の指針 1・2・3, 5 期の指針 2）

以上から、管理者の認識の特徴は、患者のおかれた状況やケアを観察し、患者によりよいケアが実践されるように看護体制や療養環境を整えることと、個々の看護師たちがよい看護を実践できるよう、患者の見つめ方から学習を始めており、それが次第に看護部全体の実践力向上へとつながり、患者の人間としての見つめ方が担当医や理学療法士、栄養士など他職種へと拡がって、病院機能評価受審を機に、病院全体の体制と全職員の意識が患者中心にまとまり、それぞれが専門性を発揮しつつ協働する病院へと発展したという構造をもっていることが明らかとなった。

注

- 1) 院長が招集し、院長・副院長・各部門の部長・常務理事1名で構成し、病院の方針決定、経営・運営を企画・決定、病院運営に関する重要事項の検討をする。
- 2) 病院組織の科長以上の職員、安全対策委員長、感染対策委員長で構成し、病院全体の現状の共通理解と部署間にまたがる業務実践上に関する事項の検討を目的としている。月1回開催される。
- 3) 「立体像モデル」は薄井坦子が考案した。対象特性を捉えるための道具として作成したもの。円錐モデルを真上から見た図で、まん中の人間モデルを人間一般として、対象の＜発達段階＞＜健康障害の種類＞＜健康の段階＞＜生活過程の特徴＞のキーワードを重ねながら、その人がどういうケースであるといえるかを大づかみに描く。



薄井坦子：何がなぜ看護の情報なのか、95-99、日本看護協会出版会、2001

- 4) 財団法人日本医療機能評価機構が医療機関の機能を第三者評価する目的で、1995年に設立された。設立趣旨は、国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとし、その質の一層の向上を図るために、病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する。
- 5) 禁煙外来は、たばこをやめたい人向けに作られた専門外来の科目として、2006年から健康保険が適用となった。この外来を開設するための施設の条件は、施設内禁煙であること、禁煙治療を行っていること、禁煙治療の経験がある医師が1名以上勤務していること、禁煙専属に看護師が1名以上勤務していること、治療のために一酸化炭素測定器が備わっていること、社会保険事務局長に喫煙をやめた患者を報告することが義務づけられている。

第4章 考 察

管理実践の経験をもっていなかった筆者が、「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくろう」という目標に向かって取り組み、15年間が経過した。その間の病院管理・看護管理者としての実践を膨大な記録をもとにふり返り、目に見える形に記述して、管理者の認識を分析してきた。その期間の我が国の医療政策は、高齢者医療対策、介護保険の導入、在宅医療推進、医師臨床研修制度など、めまぐるしく変化してきた。最近では、医師の偏在や医師不足、救急患者のたらいまわしなどが社会問題として注目されている。また、100年に一度の不況といわれる経済不振の中、病院経営も厳しい状況に追い込まれ閉鎖した病院も少なくない。看護管理者には、医療安全や患者サービス、看護師確保や病院経営の視点での管理が求められて、病院をあげての募集行脚や離職対策に苦慮している声が高い。当院はこのような社会の変化に対応しつつ、患者のニーズの変化に対応して緩和ケア病棟や看護師による専門外来を開設し、また、看護師の応募者が多く看護師の離職も少なく、よりよい看護実践をめざしてきた結果、病院経営も安定している。

そこで、このように取り組むことができたのは何であったのか、以下の3つの観点から考察する。

1. この15年間を支えてくれたエネルギー源は何であったのか
2. 医師と看護師が車の両輪になる医療を実現させる要は何か
3. 看護職副院長がトップとして把持しなければならない認識の構造とはどのようなものか

1. この15年間を支えてくれたエネルギー源は何であったのか

病院管理者・看護管理者としての筆者を支えていたのは、院長と共有した「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という夢の実現という目標であった。これは病院の2/3を占める看護師一人ひとりが、患者をひとりの人間として尊重した関わりをして、患者のよい変化を看護の喜びとして感じながら、生き生きと看護ができるという目標を実現しなければ達成できることではない。そこで先ず取り組んだことは、よい看護実践をすることであった。それは、筆者自身の看護体験と看護教員としての学生の実習指導を通してつかんだ、人間を全人としてみつめ、その人の人生を大切にしたい看護を提供すると、結果として対象のよい反応が得られ、それが看護の喜びに繋

がり、更により看護をめざすようになるという体験に根ざしたものであった。この実践を通して病棟の看護師たちが対象のよい変化を見出すことができ、看護の喜びを実感することになった。この変化がおこると、管理者としてはまず、患者へのケアが実践されるように現場の体制を整え、次いで“看護のための対象理解”に焦点を絞った学習を行った。看護師個々が対象の事実を見つめ、一つひとつの現象を“看護とは”にそって考えるように促したところ、問題と思っていた事実が対象の特殊性・個別性として受け入れられるようになった。そして、対象特性を描く学びを繰り返すことによって看護師は、患者を把握して関わるようになり、患者のよい反応を得ることができた喜びを語るようになった。対象を捉えて看護することでよい看護になるという実感を得られた看護師が増えてきて、院内看護研究発表会ではそれら看護師が、看護の実践過程をふり返って発表するようになった。看護チームで研究に取り組むことで、看護チームの連帯感が生まれ、看護部全体が活気づいてきた。研究発表会には、院長始め、医師や他職種も参加してくれたことで、看護師は自分たちの実践を他職種にも理解してもらえたことに喜びを感じ、次の研究発表会をめざして日々の実践に意欲を示した。そして、看護の楽しさを実感した看護師たちは、自ら学び始めた。看護管理者は、看護師の向上意欲を促進するには、看護師に看護が楽しいと思える体験をさせることであると考え。そのためには、患者のよい反応が得られるという体験が動機づけとなる。対象理解の教育から始めたことが、看護師のよい変化を導き、短期間での看護部の変化の要となっていたと考える。また、看護師個々がよい関わりをすることが看護チームに浸透し、他職種が看護に関心を示したことで、看護への向上心が高まった。看護師は、患者から喜びをもらい、他職種に支えられて、病院全体のなかで成長していることがわかった。看護師の生き生きと看護に取り組む様子や看護の喜びを聞くことが、病院全体の看護を良くしていこうという筆者のエネルギー源になっていた。だが、すべての看護師が変化したわけではなかった。経験のある看護師には、これまでの業務中心のやり方が定着していて、変化させることは難しいことであった。看護師自ら気づいて変化して欲しいと考え、自己の実践をふり返ることを習慣化させる取り組みを繰り返していった。実践をふり返る時に対象の全体像を丁寧に描き、その時々を思いを描いてみることで、対象のおかれている状況を描くことができ、看護者としての自分の関わりが対象にとってどのようなものであったのか、自ら気づく看護師が多かった。自分の関わりの意味がわかると、自らよい関わりをするように変化し、患者の反応を確認しつつ関わることや丁寧な関わりをする看護師が増えてきた。自己の実践をふり返る取り組みは、看護師自らがよい関わりをするを促す研修で

あった。自己の客観視を促す取り組みは、看護の質を良いものにするには不可欠であろう。そして、看護部全体が“看護する”という方向へ向いてきたので、共有する看護観と実践を導く看護理論を示すと、同じ方向性で看護が提供できるようになった。看護観については、多くの病院が看護師個々に委ねられている。このことについて、薄井は「“いろんな看護観があつていい”ということがよく聞かれる。それは自分の立場に立った発言であると考え。看護を受ける立場からは、基本的なところで一致していない看護婦に看とられることほど消耗させられることはあるまい。」³¹⁾と述べている。看護はチームで行う仕事であるから、一貫性のある看護を提供するには基本的な考えかたを共有する必要があると考える。それを示すことは看護管理者として重要なことである。筆者は、すでにより看護につながる看護理論を使っていたことによって、そして、それを院長と共有していたことによって、安心して看護実践を導く看護理論を『科学的看護論』と明示したことが、大きなエネルギー源になっていたと考える。佐野らは、A県看護協会主催の平成18年度看護学生実習指導者講習会受講者と、認定看護管理者ファーストレベル受講者を対象に、看護部の理念表明の内容に看護理論について表明があるか調査し、161名の回答を得た。その結果、看護理念に看護理論を含んでいる病院は4%弱であったと報告している³²⁾。これは、多くの病院が看護実践の根拠を看護師個々に委ねていることをあらわしているものであり、看護学が発展し、看護は看護理論の実践であると認識はされてきたものの、現実が一番重要な看護実践の根拠を看護師個々に委ねているということである。これは、看護部の理念を掲げて、その理念をもとに実践していく核となるものが示されていないことである。これでは看護に責任を持つ看護管理者が、病院全体の看護を評価する判断根拠に一貫性がもてなくなる。バーバラ・スティーブンスは、病院での看護理論の採用の仕方について「看護組織上最善と思われる答えは、多くの場合、あらゆる部署を通じて一つの理論を採用することであろう。…これは明らかに賢明な策といえるし、スタッフ教育もそれによって促進される」³³⁾、更に「単一の理論に基づくアプローチは、看護にたずさわらない職員一特に医師や病院管理者に対して看護を説明するためにも、看護管理者にとってはうってつけである。そういうアプローチにより、何が看護の正当な意思決定の領分で、何がそうでないかを画然と区別することも可能になるであろう」³⁴⁾と述べている。医療も看護も他者に働きかける仕事であるから、他者に責任を持つには、一貫した理論に導かれた実践が不可欠であると考え。そして、単一の看護理論で取り組めたことによって教育効果が実践に反映されていたと実感している。病院の看護に責任をもつ看護管理者として、拠って立つ看護理論を全体に示すことは看護管理

者の責務ではなかろうか。

つまり、この15年間、筆者には、自己が活用してきた看護理論があったことで、迷わず実践、教育に取り組むことができた。その結果、看護師が看護の喜びを体験し、生き生きとして看護を語る看護師を見ること、そして、看護師の変化を筆者と共に語り、喜んでくれた院長の存在が私のエネルギー源になっていたと考える。また、組織のリーダーとして、自分がどうしても実現したいと思う目標を明確に持っていることが、困難な状況に直面しても乗り越えられる力が湧いてくるということ、身をもって体験した。そして、看護師は自分の実践をふり返って育っていくことが確かめられた15年でもあった。

2. 医師と看護師が車の両輪になる医療を実現させる要は何か

高木兼寛^{注1)}が「医師と看護師は車の両輪」と言ってから100年以上も経過した。そして現在もその言葉がよく聞かれるが、果たして実現しているであろうか。筆者は、院長と「医師と看護師が車の両輪となる病院をつくる」と、夢を共有したがそれは大変困難なことであり、現在も当院のすべての医師がそのように考えているわけではない。

現在の医療は、医師は、諸科学の進歩により医学・医療の細分化が進み、臓器や細胞あるいは遺伝子レベルで病気に注目して医療を進め、患者を人間として全体を見ていないのではないだろうか。また、検査技術も進歩し、血液検査で多くの情報が得られるようになり、患者を見るより、検査値や画像を頼りにして判断している傾向がある。一方、看護師は患者の高齢化に伴いケアに時間がかかる、医師の検査や診療介助に時間がとられる、在院日数の短縮化やクリティカルパスの導入、電子カルテ化などにより、医師と患者の方針について直接相談する機会が少なくなっているように思われる。このように、医師と看護師はそれぞれに専門性を発揮しているが、互いの方針が確認されないまま医師と看護師から関わりを受ける患者は、よい医療を受けているといえるであろうか。

看護の専門性は患者の回復を促進するための生活調整であるが、筆者の体験では多くの医師はそのことを理解していないのが実情である。医師は、看護師がしている仕事は知っているが、どのような目的で、何を見て、どのように判断してその行動をしているのか、判断過程は理解していない。患者の意志を尊重し、個別な状況に応じた医療が求められ、患者の情報を多くもつ看護師との連携が患者中心の医療の実践に重要であるとの声が高まり、近年、医学教育において「看護体験実習」がとり入れられるようになった。筆者も、医学生の実習を引き受けたが、看護師の業務を見学し、ケ

アを体験するという内容であり、看護の専門性を理解することが目的とはなっていない。宮村らの調査では、医師のほとんどが看護過程を理解していないこと、看護師と患者の情報を共有しているのはごく一部であることが明らかになり、看護に対する医師の理解が十分ではない状況を報告している³⁵⁾。これらは、医師に看護についての教育がされていないことも一因であろうが、現場で看護師が看護の専門性を発揮して、医師に働きかけていないことが大きいと考える。

当院の院長は『科学的看護論』を読んだ時、「医師としての自分の力量が変わらないのに、患者の回復に差が出るのはなぜだろうと思っていたが、それは看護の違いによるものだとわかった」と感想を述べた。このことから、院長は看護の専門性を理解し、医師としての自己の体験と重なり、医師と看護師が車の両輪にならないと治療効果も得られないと考えたことがわかった。そして、車がまっすぐに前に進むには、医師と看護師の車輪の大きさが同じになること、また、両方の車輪をつなぐ車軸が必要であると説く。また、車輪、つまり医学と看護学は学問として揃ってきたが、両者が共有できる車軸はまだもっていないと説き、器官レベルでの病態把握^{注2)}の共有をすすめている。そして、看護部の研修会や筆者が所属する看護理論に導かれて事例検討を続ける会^{注3)}の会員となり、看護師と一緒に事例検討を続けている。この事例検討の場で、患者の病態を器官レベルで説明される。すると看護師は、それまで病名が「胃がん」の場合は、がんの大きさや進行状態、全身への影響はと、胃に注目して血液データを見て病態把握していたが、器官レベルで捉えると摂取から排泄まで消化器全体に着目して、人間にとっての消化器官として考えるようになり、食事や排泄という生活援助の視点がもて、看護に役立てるようになった。病態把握ができるようになると、患者の体の状態に根拠が持てることで患者理解が確実なものとなり、看護にも自信がもてるようになってきた。次いで院長は、障害された部位が全身に及ぼす影響を描くことを容易にし、器官のつながりがイメージできるように「器官の相互関係」をモデル^{注4)}に示した。このモデルが考案されたことで、看護師は障害された部位が全身に及ぼす影響を細胞外液の状態に関連づけて捉え、「細胞のつくりかえがうまくいくように生活調整すれば良い」と考えるようになった。看護師が生活調整に取り組むようになってくると、院長は、拒食症や不眠症、慢性疼痛の患者など、器質的異常がない場合は「看護の出番」と、薬物治療の指示を出さずに、先ず、生活調整や看護の関わりに期待する。すると、看護師は食事を摂取していない身体の状態や慢性疼痛が患者の生活に及ぼしている事実に着目して、細胞外液の状態を描き、全ての器官に影響を与えていると考え、全身状態を把握して根拠を持って生活調整を始める。そして、患者によい変

化がおこると医師は看護の力を信頼するようになり、看護師は看護の力で健康回復を促進できたと実感し、自信に繋がる。この体験を繰り返すことで、医師と看護師は互いに信頼が深まるという相互浸透がすすんだ。全ての看護師が医師と協働できてはいないが、車の両輪となって医療をすすめると患者の回復が促進されることを体験した看護師は、看護の専門性を意識して医師と協働するようになった。看護師が根拠を持てることで安定して看護実践できることは、現場での院長の指導や協働による成果が大きかったと考える。看護管理者は、医師と看護師と一緒に事例検討をする場をつくる必要があるのではなかろうか。薄井は「健康を守るはたらきには、病人に現れた病状の意味を究明し治療方針を立てるはたらき（横の矢印）と、その状態で過ごす24時間の生活の仕方をととのえるはたらき（縦の矢印）との2方向がある」³⁶⁾と述べている。院長は、まさにこれを実践している。その結果、患者も回復を促進させ、生活を取り戻すことができた。また、ナイチンゲールは「看護とは何か？—つまり自然が病気や障害を予防したり癒したりするのに最も望ましい条件に生命をおくことである。病気を通して癒そうとする自然の試みが成功するか否かは、部分的にあるいはおそらく大部分、内科医や外科医などの科学的な指導のもとに行われる本来の看護の固有な働きいかににかかっているにちがいない」³⁷⁾と述べ、看護の働きが治療効果に大きく影響を与えることを説いている。看護師は患者の病気を理解する時、病名に着目してはいないであろうか。看護師は看護のための病気の見方をしなければ、看護独自の働きに活用することはできない。車輪の大きさが同じになるには、看護の視点で病気を捉える力をつけることが急務である。

よい医療の実現には、医師と看護師の2方向の専門性が発揮され、両者の専門性がかみ合って、同じ目標に向かって発揮されなければならない。車がまっすぐ進むように、医師と看護師の車輪が同じ大きくなるように看護の力をつけること、そして、互いの専門性を尊重するには、専門領域の本質を構造レベルで理解する車軸を作ることとは看護管理者として急務ではないかと考える。

3. 看護職副院長がトップとして把持しなければならない認識の構造とはどのようなものか

筆者は、院長と共有した「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という目標に向かって、よい医療をするための看護の役割は、よい看護をすることであると考えた。そして、先ず、ケアの実際場面を観察し、ひたすら看護であるもの、看護でないものを見分け、看護でないものを取り除き、看護する体制を整えつつ、よい看護が

できるように看護師の教育を開始した。看護は 24 時間継続して行われるので、看護師個々の看護実践能力を上げなければ、いつもよい看護を提供することはできない。看護師個々が、患者をひとりの人間として尊重してよい関わりができるようにと考え、対象理解の研修から始めた。すると看護師は、患者を尊重した関わりをすることで患者のよい反応が得られ、それが看護の喜びとなり、更により看護をめざすようになった。全ての看護師にこの研修をひたすら繰り返すことで、看護部全体に対象を把握して看護することが浸透し、患者に関心を寄せるようになり、全体がよい看護実践に取り組むように変化してきた。病院の 2/3 を占める看護師の変化は、病院全体にも波及した。看護師は全ての部門と関わるので、患者を個別に尊重する看護師の言動が他職種にも伝わっていったと考える。そして、カンファレンスや合同症例検討会で看護師が、〈立体像モデル〉を使って患者紹介をしたことで、他職種も看護師が記載した〈立体像モデル〉活用して対象把握をするようになり、病院全体へと広がった。対象理解の取り組みは、看護師個々の看護実践能力を高め、それが看護部全体の看護実践力向上につながり、病院全体でよい医療を実践する土台づくりとなったと考える。ナイチンゲールの「病院看護をよりよいものにしていくことによって病院をよりよくしていく」³⁸⁾と重なり、看護師一人ひとりがよい看護実践をし、それが全体のものとなって、よい病院がつくられていくことを体験した。看護体制を整えてもそれを実践する看護師の実践力が伴わなければ、患者により看護を提供できない。看護管理は、看護師の頭づくりをしつつ、看護の体制を整えていくことであると考え。また、看護師が自己の実践から学び続けるために、看護理論に導かれた事例検討を続け、看護過程のふり返しや自己の実践をふり返る研修を行った。これらの研修では、看護師としての自己の特徴や自分の関わりがどのような看護であったのか気づき、自らよい関わりをすることを促していた。対象特性を描くことで対象への人間的関心が湧きおこり、対象のおかれた状況を見て、放っておけない感情が湧く看護師が増えてきた。そして、一般病棟に入院しているがん末期患者に十分関われない状況が起こると、「ケアしてあげたくても、できない」と、看護師から声ができるようになった。看護師が患者の状況を見て、放っておけないという感情が起こらなければ、決まったケアをするだけになってしまう、心のこもった看護はできないと考える。心がともなわない関わりは看護ではないと考える。ナイチンゲールは「自分自身はけっして感じたことのない他人の感情のただなかへ自己を投入する能力を、これほど必要とする仕事はほかに存在しないのである。—そして、もしあなたがこの能力を全然持っていないのであれば、あなたは看護から身を退いたほうがよいであろう」³⁹⁾と述べ、患者の感情を感じとり、患

者のおかれた状況を我がこととして考える能力が看護師に最も重要な能力であることを説いている。事例検討や自己の関わりをふり返り客観視する取り組みは、看護師の感情を育むことをも促していると考ええる。看護師の教育は院外のテーマ別の研修にも参加させた。院外研修はそのテーマに沿った知識は学んでくるが、継続して看護の実践能力を上げるものではなかった。院内で行う事例検討で対象特性を描き、自己の関わりをふり返り客観視する取り組みの方が、よい看護実践をする看護師になることを促していたと考える。このような取り組みを続け、看護師がよい看護実践をすることで他職種との連携も多くなり、また、看護師個々が看護師として成長してきたことで、看護の専門性を発揮し、医師や他職種と協働する病院になった。

看護職副院長は急速に増えている。現在、多くの病院では、医療費抑制政策や長引く経済不況の中で、病院の生き残りを賭けて組織運営が行われている。そのため、看護職副院長の活動は病床利用率の改善対策、看護職院離職対策、入院基本料改善対策など、病院経営への参画が主となっている。筆者も病院管理者として病院経営の視点を持ってはいるが、それが主たる活動ではない。むしろ、現場の看護の状況を観察することは看護管理者本来の仕事であると考え、自ら現場を巡回している。看護管理者は患者に責任を持つが、看護師にも責任がある。患者を見て、看護師を見て、病院の様子を見ることで、よい医療・よい看護が提供できているであろうかと考え、よい看護実践をするために看護師にどのような頭づくりが必要か、そしてどのような体制が必要であろうかと考えている。看護管理者は病院全ての看護に責任を持つので、現場を見ることは看護管理者としての基本姿勢であろうと考える。しかし、大規模病院では看護管理者自ら現場を確認することは困難である。薄井は、看護管理者である阿部との対談で「本当により看護ができるような状況を作り出す技、それが間接的看護過程でしょう。…スタッフの一人一人が全部自分の分身なんだと思えば、かえっていいんじゃないですか。」⁴⁰⁾と述べている。これは、現場で管理する師長を＜看護管理者の分身＞となるように教育して、看護管理者が目標とする看護が行われるようにすることを説いている。したがって、薄井が述べているように＜看護管理者の分身＞をつくることができれば、どんなに規模が大きな病院でも、現場では同じ目標に向かって一貫性のある看護を提供できる看護管理ができる。看護管理者は＜自己の分身＞をつくり、病院全体で良い看護が実践される組織をつくることが責務であろう。

筆者は、看護師の頭づくりをして、よい看護実践をすることで看護の喜びを体験したことが、看護部全体の看護への意欲と活気をもたらし、それが他職種にも伝わり、病院全体がよい医療をめざすように発展したと考える。そして、よい医療・よい看護

を提供することで患者が増え、ベッド稼働率が上がった。また、看護師は看護の喜びを感じて仕事ができることで離職者が少なくなった。そして、教育体制や看護体制の充実を図ることができ、新人看護師の応募が増えた。その結果、入院基本料を上げることができたと考える。医療・看護の本質を見据えてよい看護をめざしてきたことが、結果として病院経営にも役立つことができたと考える。

看護管理者は、めまぐるしく変わる医療制度や次々と開発される看護システムの導入などに追いまわされ、医療・看護の本質を見失うと、＜時流＞に流されてしまう。看護職副院長は、生活者の視点から病院管理者としての役割を果たすことが期待されているのである。病院経営が厳しい環境にあるなか、全てが理想どおりに実現はできないが、病院の方針を決定する場で、看護の本質を持ち、患者に十分なケアが実践され、看護師が看護に専念できるように発言することは看護職副院長としての責務であると考え。看護職副院長は、よい医療を提供するために看護の役割を果たすための提案ができる立場にある。病院全体で良い看護が実践される組織をつくることが責務であろうと考える。

今こそ、ナイチンゲールの「われわれは病院においてはたして患者をケアしているであろうか」⁴¹⁾を、看護に責任を持つトップの立場にある者として、自己に問わなければならないと考える。そして、看護職のトップとして、自らよい看護をめざして学び続け、よい看護を実践する姿を示さなければならない。ナイチンゲールは「あなた方は、進歩しつづけない限りは退歩していることになるのです。目的を高く掲げなさい。二年目も三年目も、またあなたの生涯を通して、この最初の一年に築いた基礎の上に立って、自分を訓練し続けなければなりません。」⁴²⁾と述べ、どんなに経験を積んでも学び続けることの必要性を説いている。トップが学び続ける姿を見てスタッフは学び、よい看護のために取り組むようになるであろう。トップの姿が組織を変えと言っても過言ではない。

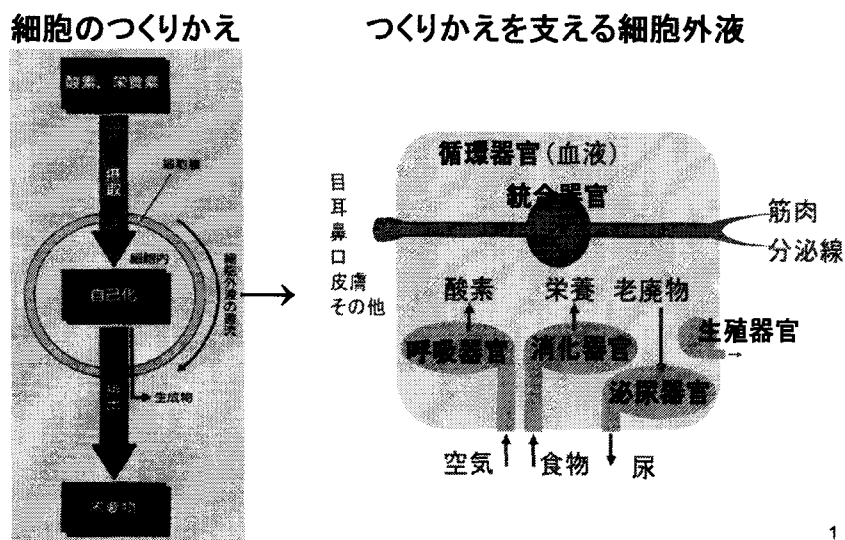
注

- 1) 高木兼寛(1845～1920)は、海軍軍人で医学者。東京慈恵会医科大学の創始者。脚気の撲滅に尽力し「ビタミンの父」とも呼ばれる。1882年、貧しい患者のための施療病院として有志共立東京病院を設立した。ナイチンゲール看護学校を擁する聖トーマス病院で学んだ経験から、医療における看護の重要性を認識し、その担い手となる看護婦の育成教育にも力を注いだ。日本初の看護学校である有志共立東京病院看護婦教育所を設立し、1888年には第1回卒業生5名を送り出した。
- 2) 患者を細胞レベルで見つめる医学と人間個体として見つめる看護学が、病態把握を共有するために関山伸男が考案した考えかた。
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(1)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、41(3)、pp18-26, 2006
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(2)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、41(4)、pp15-21, 2006
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(3)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、42(1)、pp49-54, 2007
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(4)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、42(3)、pp36-42, 2007
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(5)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、42(4)、pp53-60, 2007
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(6)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、43(1)、pp59-64, 2008
関山伸男：器官レベルでの病態の把握(7)病気を看護の視点でとらえる、総合看護、43(3)、pp47-52, 2008
- 3) 「看護科学研究学会」1981年5月に湯楨ますが設立した。「明るく楽しく仕事ができれば本物ではない」を合言葉に、理論的基盤にナイチンゲール看護論を据えて、会員が中心となって現場で対応が困難となった事例を持ち寄り検討し、科学的看護実践を積み重ねている。看護科学研究会を前身として、2001年8月に学会となり、全国に7つの支部を持って活動している。

- 4) 薄井の「細胞のつくりかえモデル」の細胞外液について、ナースのイメージが広がらないので薄井が関山に相談し、関山伸男が考案して作成したもので、障害された器官と他器官の相互関係をみることができ、障害された器官が全身に及ぼす影響を描くことを容易にする。

関山伸男：器官レベルでの病態把握、総合看護、42(3)、p36、現代社、2007

人間の生命・生活の大もとは、全身の細胞の健康度から！



薄井坦子：ナースが視る病気、22、講談社、1998

VI 終 章

1 結 論

「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という目標に向かって、15年間の病院管理・看護管理実践を行った自己の認識を対象に、その特徴を明らかにして、どのように変化していたのかを分析した結果、目標に向かって、看護する体制を整えつつ看護実践能力の向上を図り、それが病院全体に広がり、他職種と協働する病院に発展したことが明らかとなった。その間の管理実践内容から病院管理・看護管理実践上の指針 23 項目を抽出することができた。それら指針の共通性と相異性を吟味したところ、以下の結果が得られた。

1. 管理者は、よりよい医療をめざして、それぞれの専門職が互いの専門性を理解して協働できる体制を整える。
2. 管理者は、入院患者に限らず在宅療養をしている患者にも、24 時間継続して看護を提供できる体制を整える。
3. 管理者は、患者の疾病動向や地域社会の医療ニーズを捉え、地域の人々の健康を守る医療・看護を提供できる体制を整える。
4. 管理者は、全ての職員が病院の目標に向かって、それぞれの役割がはたせるように、各部門の体制を整える。
5. 管理者は、看護師個々が、患者をひとりの人間として尊重し、根拠ある看護実践ができるように、教育体制を整え、一貫した看護理論に導かれた実践力の向上を図る。
6. 管理者は、看護師個々が、患者の生命力の消耗を最小にすることを目標に、よいケアが実践できるように、看護師の看護力の向上を図る。

以上の結果から、病院管理・看護管理実践における管理者の認識の構造は、「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という目標に向かって、ひたすら患者を見つめ、同時に、看護師の頭を見つめ、看護する体制を整え、看護実践能力の向上を図りつつ、病院の体制を整え、全ての職種が専門性を発揮し協働することを推進して、病院が地域住民の健康を守るための役割を果たせるようにと広がって、よい医療の実現に向かって、看護の実践力向上を図りつつ、病院全体を発展させていくという構造をもっていることが明らかとなった。

2 本研究の意義と限界

本研究の意義は、看護理論を身につけた看護師が、病院管理・看護管理の15年間の管理実践から、管理実践時の認識の構造を明らかにして、病院管理・看護管理実践上の指針を貫いていたものは、ナイチンゲールの＜病院とは＞＜看護とは＞＜看護管理とは＞であることを明らかにしたことにある。

医療政策のめまぐるしい変化や経済環境の厳しい状況にあっても、これから病院管理・看護管理の立場に立つ者が、病院管理・看護管理の目的に向かって管理実践をする上での道しるべとして活用できると考える。

しかし、本研究は中規模病院における一つの病院での病院管理・看護管理実践であること、すべての事象を分析したものではないこと、病院は継続して医療が行われていることから、これまでにない性質の事象が管理の対象となる可能性があることから、今後も研究を重ねることで更に病院管理・看護管理実践上の指針が得られるのではないかと考える。また、研究対象は自己の認識であることから、自己の看護理論を適用した管理実践には、自己の修得段階に規定されるところに限界がある。筆者の病院管理・看護管理実践では、その時々病院・看護の目的に向かって取り組んできたが、患者が整っていない事実があることや医師との協働場面もまだ少ないことから、病院のこれからの成長を追わなければならない。これが今後の課題である。

謝 辞

ここに至るまでに、多くの学びを与えてくださいました皆様に感謝申し上げます。特に、この 15 年間、看護理論を理解し、看護の専門性を認めてくださった理事長・院長であった関山伸男先生と「医師と看護師が車の両輪になる病院をつくる」という目標を共有して協働できたことが、この病院管理・看護管理実践には大きな力でありました。心より感謝申し上げます。また、看護部の膨大な資料を使わせていただくことを快く承諾してくださいました看護部長はじめ看護師長の皆さま、そして、よい病院をめざして共に取り組んでくださいました病院職員の皆様に感謝申し上げます。

本研究をまとめる過程は、膨大な資料を基に自己の認識を呼び起こし、事実に語らせるというプロセスであり、自立した研究者に育っていない筆者に、多くのご指導と学びを惜しみなく与えてくださり、また、暖かなお気持ちで支え続けてくださいました薄井坦子教授に心より感謝申し上げます。

また、論文作成にあたり、支援してくださいました宮崎県立看護大学の諸先生方、常に暖かく支えてくださった大学院生の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 医療タイムス社「医療ニュース」2009年5月19日
- 2) 向田良子：看護の視点から、看護部長・副院長として病院経営にどう参画するか、病院、64(5), 380-384, 2005
- 3) フロレンス・ナイチンゲール著、湯槇ます他訳：看護覚え書、第6版、14-15, 現代社、2000
- 4) 前掲書3) : 64
- 5) 前掲書3) : 64
- 6) 前掲書3) : 68
- 7) 薄井坦子他編訳：ナイチンゲール著作集第二巻、185、現代社、1994
- 8) 薄井坦子他編訳：ナイチンゲール著作集第一巻、39、現代社、1994
- 9) 前掲書8) : 41-42
- 10) 前掲書8) : 50
- 11) 前掲書8) : 44
- 12) 薄井坦子訳：病院監督から貴婦人委員会への季刊報告—ハーレイ街病院の看護管理 1853-4年、看護小論集、95-96、現代社、2004
- 13) 前掲書12) : 93
- 14) 前掲書12) : 102
- 15) 前掲書12) : 109
- 16) 前掲書8) : 39
- 17) 山寄絆他：看護職副院長の活動の現状、看護、59(6) : 98-102、2007
- 18) 前掲書2)
- 19) 本藤みさき他：病院における看護管理者の活動に関する実態調査報告、看護、61(5) : 66-73、2009
- 20) 井部俊子：マネジメントの魅力、276、日本看護協会出版会、2000
- 21) 前掲書20)
- 22) 井部俊子、中西睦子監修：看護管理学習テキスト1 看護管理概説、21、日本看護協会出版会、2009
- 23) 前掲書22) : 21
- 24) 前掲書22) : 21
- 25) 前掲書22) : 21
- 26) 前掲書22) : 21-22

- 27) 薄井坦子：実践方法論の仮説検証を経て学的方法論の提示へーナイチンゲール看護論の継承とその発展一、日本看護科学会誌、4 (1)、7、1984
- 28) 前掲書 27) : 7
- 29) 薄井坦子：科学的看護論 第3版、107、日本看護協会出版会、2008
- 30) 前掲書 29) : 107
- 31) 薄井坦子：看護実践を導く核的な理論体系をーナイチンゲール看護論の継承と発展をめざして一、精神科看護、27、12-19
- 32) 佐野恵美香他：看護理念表明に見る看護理論の活用ー看護管理における看護理論の位置づけおよび意識一、第38回日本看護学会論文集 看護管理、51-53、日本看護協会出版会、2007
- 33) Barbara J. Stevens, 中西睦子、雨宮悦子訳：看護理論の理解のために、129、メディカル・サイエンス・インターナショナル、1982
- 34) 前掲書 33) : 129
- 35) 宮村季浩、飯島純夫：医師による看護活動への理解の必要性、Yamanashi Nursing Journal、2(2)、2004
- 36) 前掲書 29) : 30
- 37) 前掲書 7) : 128
- 38) 前掲書 8) : 39
- 39) 前掲書 8) : 365
- 40) 薄井坦子編：ナイチンゲール看護論の科学的実践(4)、144、現代社、1993
- 41) 前掲書 7) : 67
- 42) 薄井坦子他編訳：ナイチンゲール著作集第三巻、400、現代社、1994

表一覧

表 1 病院管理・看護管理に取り組んだ経過一覧

表 2 病院管理・看護管理経過

表 3 素材フォーマット

表 4 病院管理・看護管理実践過程

看護部組織図作成と師長会議定例化	1
付添廃止、看護助手採用、看護助手教育開始	1
訪問看護開始	2
病棟と外来にクラーク配置	3
基準看護の体制整備	4
共有する看護観と実践を導く看護理論を看護部の方針に 明示	5
新人看護師採用	7
専任教育師長採用	8
緩和ケア病棟開設	9
MSW の所属を事務部から看護部に変更	12
病院機能評価受審	13
看護師による「禁煙外来」「健康教室」開始	15
緩和ケア認定看護師による「緩和ケア相談外来」開始	16
「糖尿病フットケア外来」開始	17

表 5 院内研究発表会の研究テーマ一覧

表1 病院管理・看護管理に取り組んだ経過一覧

年度	実践経過	経営状態
1993(H5)-5	副看護部長として就職、病棟師長兼務 (看護部長・副看護部長2名・師長3名体制)	1993 赤字 7億2千万 借入33億
-6	看護部長・副看護部長・師長3名退職。看護部長・師長3名採用、看護部組織図作成、師長会議の定例化看護手順作成、看護基準・業務基準作成、患者個々の看護記録作成	Ns 募集費180万
-7	付添廃止、看護助手の採用、看護助手の教育開始 委員会設置 (教育委員会・業務委員会・訪問看護委員会)、訪問看護開始	
-8	病棟と外来にクラーク配置	
-9	3病棟を5病棟に再編、カンファレンスを定例化 (全病棟で毎日)、師長4名体制	
-12	基準看護特1類承認 (3病棟)、特例許可老人病院入院医療管理Ⅰ承認 (2病棟)	
1994(H6)-4	特例許可老人病院入院医療管理Ⅱ承認 (2病棟)、師長5名体制	1994 赤字 1億5千万
-7	基準看護特2類承認 (3病棟)	Ns 募集費37万
1995(H7)-12	看護部長退職	1995 赤字 4千2百万
1996(H8)-1	看護部長に就任新看護3:1(B)補助加算6:1承認 (3病棟)、看護記録1号用紙に<立体像モデル>を印刷	Ns 募集費39万
-3	老人病棟入院管理料Ⅰ承認 (2病棟)	1996 黒字 8千2百万
-4	医療法人理事に就任 師長7名体制、新人看護師2名採用、新人教育プログラム作成	Ns 募集費12万
-5	「訪問看護室」開設 看護師2名配置、訪問看護運営委員会設立、看護記録1号用紙に<全体像モデル>を印刷追加、実践を導く看護理論を『科学的看護論』と、看護部の方針に明示。看護部全体で共有する看護観を<生命力の消耗を最小にするよう生活過程を整える><三重の関心を注ぐ>と示す。	
1997(H9)-4	看護計画用紙に<生命力アセスメントモデル><日常生活アセスメントモデル>を印刷 新人看護師7名採用、プリセプター制をとる。実習指導者講習会 (8週間) に1~2名を派遣 (毎年)	1997 黒字 7千2百万 Ns 募集費4万
-7	副院長に就任、看護部長兼務 専任教育師長採用	
1998(H10)-4	緩和ケア病棟開設準備委員長に就任、「緩和ケア病棟開設準備委員会」設置	1998 赤字 6千7百万
-10	夜間勤務等看護加算承認 (全病床)、緩和ケア実施施設に師長1か月、副師長3か月、薬剤師・MSW 1週間、研修に出す。全職員対象に、「ホスピスとは」「疼痛緩和」の研修会開催	《緩和ケア病棟工事のため病棟一時休診》
1999(H11)-4	緩和ケア病棟開設 (1病棟18床)	Ns 募集費 0
-5	緩和ケア病棟承認 (北海道2番目) 新看護3:1(A)補助加算6:1、療養型病床Ⅱ群入院管理料Ⅰ承認	1999 黒字 4千6百万
2000(H12)-4	「居宅介護支援事業所」開設、新看護3:1(A)補助加算10:1承認	
-5	看護師養成実習施設承認 (厚生省)	2000 黒字 7千万
-6	MSWの所属を事務部から看護部に変更	2001 黒字 1億5千万
2002(H14)-6	一般病棟Ⅰ群入院基本料2承認 (2病棟)	2002 黒字 6億5千万
-10	医療安全管理体制承認、褥創対策体制整備承認、鹿児島県出水市立病院と交流研修開始	
2003(H15)-2	療養病床入院基本料Ⅰ承認 (1病棟)	2003 黒字 7千万
2004(H16)-7	ホスピス分野認定看護師臨地実習施設認定	2004 黒字 1億7千万
-12	病院機能評価受審準備責任者就任 「病院機能評価受審準備チーム」設置	
2005(H17)-5	副看護部長採用、医療安全管理者研修に師長2名派遣 (リスクマネージャの資格取得)	2005 黒字 1億4千万
-7	病院機能評価受審、入退院検討委員会開始	
2006(H18)-1	病院機能評価認定、全職種参加の「合同症例検討会」開始	2006 黒字 1億2千万
-4	看護師の禁煙指導による「禁煙外来」開始	
-7	一般入院基本料7:1承認 (札幌市内2番目)、緩和ケア病棟3床増床 「訪問看護室」を「訪問看護ステーション」に変更 看護師4名配置	
-10	「健康教室」月1回開催、リスクマネージャ研修に師長1名派遣、認定看護師「緩和ケア分野」1名認定	
2007(H19)-11	糖尿病分野における質の高い看護師育成研修に、看護師1名派遣 (2か月間)	2007 黒字 1億9千万
2008(H20)-4	認定看護師による「緩和ケア相談外来」開始、看護師による「糖尿病フットケア外来」開始	2008 黒字 2千7百万
-6	手術室師長採用、師長8名体制 (専任教育師長除く)	
-9	介護療養病床 (38床) を廃止、整形外科病棟開設 (26床)、手術室2室稼働 開院20周年記念フォーラム開催「医師と看護師のコラボレーションにおける新たな展開」	
2009(H21)-4	専任医療安全管理者配置 (副看護部長)、医療安全管理加算承認	

注) 〇は、素材化した実践項目を示す。

表2 2 病院管理・看護管理経過

第1期＜看護する体制づくり＞に取り組む＞			第2期＜看護観の共有と看護理論に導かれた実践に取り組む＞			第3期＜社会の変化に応じた体制整備に取り組む＞			
H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11			
<div>副看護部長就任 看護部組織図作成 師長会議定例化 付添廃止 看護助手採用 看護助手教育委員会設置 業務基準・看護標準作成 看護手順・標準看護計画作成 訪問看護開始（外来Ns兼務） クラーク配置 病棟再編 カンファレンス定例化</div> <div>基準看護特1類承認 特別許可老人病院入院管理Ⅰ承認</div>	<div>基準看護特2類承認 特別許可老人病院入院管理Ⅱ承認</div>		<div>看護記録1号用紙に く立体像モデル＞ く全体像モデル＞印刷 新人Ns2名採用 新人教育プログラム作成 「訪問看護室」開設 訪問看護運営委員会設置 看護部全体が共有する看護観・実践を導く理論を『科学的看護論』と明示</div> <div>新看護3:1(B)承認 老人病棟入院管理料Ⅰ承認</div>	<div>看護部長就任 理事就任</div> <div>副院長兼務</div>	<div>緩和ケア病棟開設準備委員長就任</div> <div>緩和ケア病棟開設準備委員会設置、緩和ケア実施病院に師長1か月、副師長3か月、薬剤師・MSWを1週間研修に派遣 全職員対象に「ホスピスとは」「疼痛緩和」の研修会開催</div> <div>夜間勤務等看護加算承認（全病床）</div>	<div>緩和ケア病棟開設準備委員長就任</div> <div>緩和ケア病棟開設準備委員会設置、緩和ケア実施病院に師長1か月、副師長3か月、薬剤師・MSWを1週間研修に派遣 全職員対象に「ホスピスとは」「疼痛緩和」の研修会開催</div> <div>緩和ケア病棟承認（北海道2番目） 新看護3:1(A)承認 療養型病床Ⅱ群入院管理料Ⅰ承認</div>			
第4期＜患者の安全を守る体制整備に取り組む＞							第5期＜他職種との協働と看護の専門性発揮に取り組む＞		
H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
<div>「居宅介護支援事業所」開設 MSWの所属を事務部から看護部に変更</div>		<div>出水市立病院と交流研修開始 医療安全管理体制整備 褥創対策体制整備</div>		<div>病院機能評価受審準備委員会設置</div> <div>病院機能評価者就任</div>	<div>副看護部長採用 医療安全管理研修に師長2名派遣 病院機能評価受審入院退院検討委員会開始</div>	<div>全職種参加の「合同症例検討会」開始 看護師による「禁煙外来」「健康教室」開始 「訪問看護室」を「訪問看護ステーション」に変更 リスクマネージャ研修に師長1名派遣。緩和ケア病棟3床増床 「ホスピス分野認定看護師」に1名認定</div> <div>一般入院基本料7:1承認（市内2番目）</div>	<div>糖尿病分野における質の高い看護師育成 研修に師長1名派遣（2か月間）</div>	<div>認定看護師による「緩和ケア相談外来」、看護師による「糖尿病フットケア外来」開始 整形外科病棟開設手術室2室開設 手術室師長採用 介護療養病棟廃止</div> <div>開院20周年記念フォーラム開催 「医師と看護師のコラボレーションにおける新たな展開」</div>	<div>専任医療安全管理者配置（副看護部長）</div> <div>医療安全管理加算承認</div>
<div>新看護3:1(A) 看護師養成実習施設承認</div>		<div>一般病棟Ⅰ群入院基本料Ⅱ承認、医療安全対策体制・褥創対策体制整備承認</div>	<div>療養病床入院基本料Ⅰ承認</div>	<div>ホスピス分野認定看護師臨床実習施設認定</div>					

表 3 素材フォーマット

実践項目：

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動

表 4 病院管理・看護管理実践過程

看護部組織図作成と師長会議定例化

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>副看護部長・師長の業務基準と責任を記述した書類がない。</p> <p>看護部組織概要を記載した書類がない。組織図がない。</p> <p>看護部の定例化された会議がなく、必要時開催。</p> <p>1993(H5).5 月末、看護部長・副看護部長・師長 3 名退職。</p>	<p>看護体制整備・組織整備が必要。</p> <p>現場を状況把握し、Ns と良い関係を構築しながら改革を進めるには、現場で看護管理する必要がある。</p> <p>病棟師長をしながら、看護部全体の把握は無理。目標を共有できる看護部長が必要。</p> <p>看護部の方針決定機関の明確化と活動ラインの明確化が必要。</p> <p>組織の発展には Ns 全体の参加が重要。Ns が役割をもち、看護部の一員として活動することは、役割意識を高め、主体的活動を促し、組織を活性化させる。</p>	<p>1)院長に目標を共有できる看護部長候補を推薦し、1993(H5).6 月末、採用</p> <p>2)看護観を共有し、共に事例検討を続けている Ns に就職を働きかける。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">師長 3 名採用</p> <p>2)看護部長と看護部組織図案、看護部会議構成図案を作成し、師長会議で検討</p> <p>3)看護部長に現場の看護の状況を説明し、委員会の設置・会議の種類と定例化を提案</p> <p>4)師長会議で、「教育委員会」「業務委員会」「訪問看護委員会」の設置、「師長会議」「主任会議」の定例化を提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1993(H5).7 月 委員会・定例会議開始</p>

付添廃止、看護助手採用、看護助手教育開始

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1993(H5).5</p> <p>101 床の病棟に看護師 5 名（パート 1 名）、准看護師 14 名（パート 3 名）。全患者、24 時間付添看護。</p> <p>看護師の業務は、点滴・注射・膀胱洗浄・褥創処置・体温表記載・検脈・血圧測定・伝票類記載整理。</p> <p>付添婦の業務は、ケア・検温・排泄の観察・服薬介助・浣腸・電法。付添婦は、食事介助時お粥に散薬を混ぜて食べさせる。一つのバケツで、複数の患者を清拭、オムツ交換時、患者ごとに手袋を交換しない、浣腸液を温めずに浣腸する。</p>	<p>病院は患者に対する責任がある。</p> <p>介護や病人の世話について教育を受けていない付添婦のケアは、看護しているとはいえない。患者の安全が守られていない。付添婦を廃止し、病院が看護の責任を持てる体制にする必要がある。</p> <p>付添婦廃止時は、看護力不足によるケア低下をさせない配慮が必要。</p>	<p>1)院長に、現場で着目した事実を報告し、病院が看護の責任をもてる体制を作る必要があり、付添婦廃止し看護助手を病院職員として採用することを提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1993(H5).7 から付添婦廃止、看護助手配置と決定</p> <p>2)家政婦派遣所に、2 か月後の付添婦廃止を連絡。付添婦には看護助手の応募ができることを伝える。</p> <p>3)付添婦の業務内容・業務量を調べ、看護助手の採用人数を 40 名と算定</p> <p>4)看護助手業務基準・業務手順書作成</p> <p>5) 40 名採用し、看護助手教育を実施</p>

訪問看護開始

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1993(H5).6</p> <p>入院期間が1年以上の長期入院患者が7割。</p> <p>脳梗塞で2年間入院している患者の妻が、「家で看たいが一人で世話するのが不安」と話す。「訪問看護が受けられるなら在宅療養したい」と、3人の患者家族が希望。</p> <p>外来配置Nsは5名。外来患者は一日40～60名、午後の受診者は10名前後。</p>	<p>ほとんどの患者の病状は安定し、在宅支援が整うと退院可能なケース。国の医療政策が在宅療養を推進している。訪問看護体制が必要。しかし、訪問看護専属にNsを配置する余裕はない。始めは対象が少ないはず。兼務で対応できる。Nsに余裕があるのは外来。</p> <p>外来Nsが訪問看護を兼務できる可能性がある。</p> <p>退院に向けての準備や社会資源活用にはMSWとの協働が必要。</p>	<p>1)看護部長に長期入院患者の状況と在宅療養希望者がいることを報告。訪問看護開始を提案</p> <p>2)直近3か月の外来患者数、午前午後・曜日別患者数を調査</p> <p>3)調査結果をもとに、訪問看護の可能性を外来師長に確認後、師長会議に訪問看護実施を提案</p> <p>4)師長会議で、在宅療養可能な状態で、本人・家族が在宅療養を希望しているケースの把握を指示</p> <p>5)訪問看護を希望した3ケースについて、看護部長と訪問可能距離を検討</p> <p>6)師長会議で、「訪問看護委員会」のメンバーにMSWを加えることを提案</p> <p>7)MSWに委員になることの意味を説明し、了解を得る。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1993(H5).7 訪問看護開始</p> <p>8)訪問看護開始から3年間の訪問看護登録者数、月毎と年間訪問述べ件数、収入を一覧表に作成</p> <p>9)経営会議で8)の資料を配布し、訪問看護の経過と患者からの要望を報告。「訪問看護室」の設置と医師の訪問診察・在宅リハビリ・在宅栄養指導を提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1996(H8).5「訪問看護室」設置。「訪問看護委員会」を「訪問看護運営委員会」に変更。医師・理学療法士・栄養士・事務職員が運営委員会に参加</p> <p>10)師長を通じ、訪問看護希望Nsを募る</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ns2名配置</p>
<p>1993(H5) 訪問看護登録患者2名</p> <p>1994(H6) 訪問看護登録患者8名</p> <p>1995(H7) 訪問看護登録患者19名</p> <p>1996(H8) 訪問看護登録患者27名</p> <p>1か月の延べ訪問件数140件。患者・家族から、「退院したいがリハビリができなくなるのが困る」「きざみ食やミキサー食を作れない」「通院ができないので医師にも来てもらえると安心」という声がでる。</p>	<p>外来Nsの兼務ではこれ以上の受け入れは無理。訪問専属Nsの配置が必要。在宅療養患者の殆どは通院が難しい。患者・家族が求める医療の提供には、医師・理学療法士・栄養士も在宅療養支援に参加する体制を整える必要がある。</p>	

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>2000(H12)最初に訪問看護を受けた患者が在宅死を希望。医師とNsが毎日訪問。家族が「訪問看護のお陰で、自宅で満足して過ごさせてあげることができました」と、お礼に来た。</p> <p>2003(H15)癌末期患者が在宅死希望。その後、毎年2～3ケース希望があり対応。</p>	<p>在宅死を支える看護実践ができた。今後、在宅死を望むケースが増える可能性がある。</p> <p>家族への看取りの指導が必要。癌末期患者の在宅療養を支えるには、24時間対応できる体制が必要。病院内の訪問看護室では、夜間料金が請求できない。訪問回数制限があり、一日何度訪問して一回分しか請求できない。独立した事業所にすると、訪問回数に制限なく請求でき、夜間料金も加算請求できる。他院からの訪問依頼も受け入れ可能となりケースも増える可能性がある。事業所にする収入が増え、Nsを増員しても人件費が賄える。</p>	<p>11)訪問Nsに、看取りの時期が近づいた時の脈の触知、呼吸停止時刻の確認、Nsへの連絡方法を記述して家族へ指導することを助言</p> <p>12)直近6か月の訪問述べ件数、24時間対応必要ケースの実績から、「訪問看護室」と事業所として独立した場合の訪問単価の比較表を作成</p> <p>13)理事会で訪問看護室を「訪問看護ステーション」とし、独立した事業所にすることを提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2006(H18).7 「訪問看護ステーション」開設。Ns4名配置</p>

病棟と外来にクラーク配置

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1993(H5).7</p> <p>Nsの業務はバイタル測定・点滴・注射・服薬介助・浣腸・電法・食事介助・尿量測定・蓄尿瓶洗浄・膀胱洗浄・褥創処置、X線フィルム整理、検査伝票整理、中央材料室からの物品返納・受領、薬局からの薬剤の受領・整理。</p> <p>付添婦廃止後、Nsは毎日2～3時間超過勤務。</p>	<p>付添婦廃止で、Nsがケアするようになり業務量が増えた。この状況が続くとNsが疲労に陥る。看護業務以外の仕事が多い。</p> <p>Nsが看護に専念できるよう、適切な職員に担当させる必要がある。</p>	<p>1)Nsの業務内容を洗い出し、看護業務とそれ以外の業務を分類</p> <p>2)日勤Nsのタイムスタディをとり、X線フィルム・検査伝票整理・書類の処理・メッセージ業務時間を測定</p> <p>3)Nsの超過勤務時間と業務内容を調査</p> <p>4)1)～3)をもとに、病棟毎の業務内容と業務時間の資料を作成し、看護部長に提出。クラーク配置を提案</p> <p>5)経営会議で4)の資料を配布し、クラーク配置を提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1993(H5).8 病棟と外来にクラーク配置</p>

基準看護の体制整備

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1993(H5).5 累積赤字 7 億 2 千万。 金融機関からの借入 33 億 一般 144 床の承認看護体制は「その他看護 1 (付添看護)」、老人病棟 101 床は「その他看護 2 (付添看護)」 101 床の病棟が 2 病棟ある。 患者個別の看護記録・看護計画がない。 看護業務基準・看護手順書がない。 膀胱洗浄の手順・点滴時の確認手順が Ns によって異なっている。 夜間の看護体制は二人当直制。夜間、要観察患者をベッドごと Ns ステーションに運び観察している。 全ての患者に付添婦が付いている。</p>	<p>早急に経営改善に取り組まなければ病院が潰れる。看護の報酬は、看護体制に対する評価。現状と基準看護の報酬を知る必要がある。</p> <p>「その他看護」と「基準看護特 1 類」の診療報酬単価差は 183 点。基準看護取得で、1 か月約 800 万、年間 9 千 6 百万円の増収。老人病棟は「特例許可老人病院入院医療管理料Ⅱ」との差 521 点。1 か月約 1 千 5 百万、年間 1 億 8 千万の増収。Ns 増員と看護助手配置で病院収入に大きく貢献できる。病院存続には基準看護取得は必須。取得要件整備を急ぐ必要がある。</p> <p>基準看護取得は社会に対する看護の責任を公にすること。社会の信頼が得られる病院になるには、公的に定められた基準を備える必要がある。基準看護取得の取り組みは、書類や体制整備の機会になる。基準看護が取得でき、社会に認められることは Ns の自信につながる。</p> <p>夜勤体制の変更は Ns の生活に大きな変化を与える。受け入れを円滑にするには Ns の意見を尊重する必要がある。</p> <p>基準看護は看護の質が問われる。各種手順書の内容は看護の質につながる重要な課題。責任者は師長にする。スタッフの増加と交代制勤務の中で、看護が継続されるには看護計画の内容が重要。</p>	<p>1) 看護基準に関する診療報酬を確認 一般の現状；単価 234 点、基準看護特 1 類単価 417 点 老人の現状；単価 228 点、特例許可老人病院入院医療管理料Ⅱ単価 749 点</p> <p>2) 院長に、基準看護・老人病棟入院管理料取得には 101 床の病棟を 2 病棟に分割再編、付添婦廃止、夜勤体制を当直制から交代制夜勤に変更、看護記録、業務基準、各種手順書の整備など、準備が必要な事項を記述し提出</p> <p>2) 運営会議で、基準看護取得要件と看護部が取り組む内容 (院長に提出した内容) を説明</p> <p>3) Ns・介護職員増員のため、新聞の募集案内掲載、ハローワークへの募集登録、パート職員の積極的雇用促進</p> <p>4) 育児中の Ns の就業促進のために、院長に「育児手当」の支給を提案</p> <p>5) 師長会議で基準看護取得の意味と整備が必要な事項を説明。師長全員の基準看護取得に向けての意思統一を図る。</p> <p>6) 基準看護取得までのタイムスケジュールを作成し、全ての部署に配布</p> <p>7) 当直制から交代制夜勤への変更は、各病棟で夜勤体制・勤務時間の設定につき Ns の意見を聞くよう師長に指示</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>一般病棟 3 交代、老人病棟 2 交代夜勤</p> <p>8) 師長会議で業務基準・看護手順書・基準看護計画書の作成責任者を決め、各病棟スタッフから委員を選出し、作業チームを編成</p> <p>8) 「看護計画の立て方」研修実施、計画に基づいた看護実践開始</p>
<p>1993(H5).12 基準看護特 1 類承認 (3 病棟)、特例許可老人病院入院医療管理Ⅰ承認 (2 病棟)</p>		

共有する看護観と実践を導く看護理論を看護部の方針に明示

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1993(H5).9 病棟 53 床に再編、満床</p> <p>1993(H5).11</p> <p>QOL の改善に意欲的に取り組んでいた患者が、苛立ち、焦り、気力低下を示し、チームリーダーが「積極的に行動拡大を進め過ぎた関わりに問題があったのでは」と、相談に来た。看護記録 1 号用紙に、60 代後半・男性・脳幹部梗塞・半年前突然の発症・右半身麻痺・気管切開しカニューレ挿入・経管栄養・排泄はオムツ・1 か月前、他院から転院・小学校校長を定年まで勤め、その後は幼稚園園長・妻と二人暮らし・子供はいない・発語はできないが、理解はできると記載されている。看護計画は、利き手交換訓練、発声練習、嚥下訓練について記述。</p> <p>↓</p> <p>チームリーダー・メンバーが、「新しいことへの適応が難しい段階なのに、リハビリを進め過ぎていた」「回復に時間がかかる病気だったね」と発言。</p> <p>↓</p> <p>Ns が対象にその日の予定を説明し、相談しながら一日の活動を決め、関わりの途中で対象の反応を確認し、リハビリやケアを実施。</p> <p>↓</p> <p>患者が明るい表情になり、再びリハビリに取り組む。</p> <p>Ns 間で、患者の表情が良くなったこと、リハビリ中の反応について話題が聞かれる。師長会議で他病棟でも、</p>	<p>全患者の把握が必要。＜立体像モデル＞は対象を丸ごと捉えることができる。しかも簡便。</p> <p>苛立ち、焦りは認識の表現。表現の意味を理解するには対象特性を捉える必要がある。先ず、チームリーダーが対象を描いて関わることの重要性を理解することが大事。客観的事実は情報として捉えているが、対象にとっての事実の意味を考えていない。事実のつながりとその意味を考え対象を丸ごと捉えるには＜立体像モデル＞が最適。困っているときに、新しい考えを導入するチャンス。＜モデル＞を使ってみる。未経験のことは理解が難しい。Ns 達が難しいと感じず、対象が描けるように関わるのが大切。</p> <p>対象特性が描けると、看護の評価ができ、患者を尊重した関わりを考える。</p> <p>対象特性を描いた関わりが、患者の変化を導くことを体験し＜モデル＞の有用性を実感できた。他患にも＜モデル＞を使って対象を描いて関わるようにする。</p>	<p>1)ポケットサイズのノートに、＜立体像モデル＞の 4 視点が記入できる略図を書き、事実を記入し全患者を把握</p> <p>2)チームリーダーの相談を聞いた後、看護記録・看護計画を確認</p> <p>3)チームリーダーに、対象を描いて看護することの必要性を説明</p> <p>4)管理者が記述した他患の＜立体像モデル＞を見せ、対象特性を描くことのイメージを促し、このケースの対象特性を描くことを勧める。</p> <p>5)チームリーダーが声掛けし、看護チームで勤務終了後、対象特性を描くワークを実施</p> <p>6)管理者が司会をし、Ns に生活過程の事実を確認しながら＜全体像モデル＞に記入し、その時々対象の思いを想像させるよう関わり、事実の意味を問ひかけ、＜立体像モデル＞を使い対象特性を描く。</p> <p>7)描いた対象特性をもとに看護計画を評価し、計画を立て直す。</p> <p>8)関わりに困る対象、問題行動がある対象はスタッフと一緒に＜立体像モデル＞で対象特性を描き、カードックスに挿入</p> <p>9)立体像モデル＞用紙を、常備</p> <p>10)師長全員で、現場の事例を使い、＜全体像モデル＞＜立体像モデル＞で対象特性を描く学習会を実施</p>

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>この患者の変化と＜全体像モデル＞＜立体像モデル＞が話題になっていると発言がある。</p> <p>Ns から「＜モデル＞は患者をイメージできる。他の患者にも＜モデル＞を使いたい」と意見がでる。</p>	<p>Ns の関心が看護に向いてきた。</p> <p>＜モデル＞活用への関心が高まった。看護部全体に導入しても混乱は起きない。</p>	<p>11)研修内容を“看護のための対象理解”に焦点化し、リーダー研修・メンバー研修は事例を持ち寄り、＜全体像モデル＞＜立体像モデル＞を使い対象特性を描く学習とする。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>1996(H8).1 看護記録 1 号用紙に＜立体像モデル＞を印刷</p>
<p>教育委員会から「対象理解について学びたい」と要望がでる。</p>	<p>対象理解への関心と学習意欲が高まった。全体で同じ学習をする</p> <p>と実践での活用につながり、学習効果が高まり、早く現場に浸透する。看護全体で対象把握の視点が共有できる。</p>	<p>12)師長研修・リーダー研修・メンバー研修・中堅ナース研修は、理論に導かれた事例検討とする。</p> <p>13)師長会議で、看護部全体で共有する看護観を明らかにすることについて検討</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>申し送り場面で、メモ紙に＜立体像モデル＞を書き、記述する Ns を見受ける。Ns が「幼児を残しての入院、家のことが心配で眠れない」「発汗が多く、頭が痒くてイライラしているようです」と発言。カンファレンスで＜全体像モデル＞を提示し、生活過程の事実に着目し、その意味を話し合っている。師長会議で「＜全体像モデル＞を活用して、対象を捉えるようになった。患者を消耗させているものに着目するようになった」という発言に、師長全員が同感を示す。</p>	<p>対象の全体像を捉え、対象を消耗させているものに着目し、看護するようになった。</p> <p>看護部全体が同じ目標に向かって取り組むには、目指す看護を明らかにする必要がある。</p> <p>実践している看護過程展開が、看護理論に導かれていることを示すことで、Ns も根拠ある実践であることが分かり自信が持てる。看護部が目指している看護を明示することは、患者や家族・病院内の他職種・社会の人々に看護の責任を明らかにすることになる。</p>	<p>1996(H8).5 共有する看護観を、＜生命力の消耗を最小にするよう生活過程を整える＞＜三重の関心を注ぐ＞とする。実践を導く看護理論を『科学的看護論』と決定</p> <p>14)共有する看護観・実践を導く看護理論を看護部の方針に明示し、看護部リーフレット、病院のホームページ、看護部室の前に掲示</p>

新人看護師採用

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1994(H6).3 運営会議で看護師採用について、「看護教員だったのだから、看護学校に新卒者のお願いをしてはどうか」という意見が出る。</p>	<p>新人看護師が最初に体験する看護現場の質は、これから育っていく看護への意識に大きな影響を与える。現場のNsは看護体制の変化や看護について考え始めたばかり。まだ、他者の指導の余裕はない。新人看護師の募集は現場のNsが安定し、指導に責任が持てると判断してからにする。</p>	<p>1)新人教育の重要性和看護部の現状を述べ、新人採用は看護体制を整えてからにすると説明</p>
<p>1995(H7).12 看護学校卒業予定の学生2名から採用問い合わせ。 新人看護師の指導経験あるNsがない。</p>	<p>対象特性を捉えて看護するようになり、看護への意欲も高まった。後輩指導は技術や実践の根拠を意識することが促される。今の状況は2名の受け入れは大丈夫。技術の上達を急ぐのではなく、事実を見て自分で判断し、実践を患者の位置から評価できるNsに育ててほしい。患者と関わりながら育つ教育をしたい。病院全体で新人看護師を迎え入れる意識が持てるようにする必要がある。</p>	<p>2)師長会議で、採用問い合わせの事実を報告し、新人看護師の指導体制を検討 3)教育委員会のメンバーと一緒に、「看護技術体験チェック表」「新人教育プログラム」を作成</p>
<p>主任看護師は常に新人看護師と行動を共にし、ケアや処置前には「看護手順書」を開いて説明している。新人看護師は欠勤なく、先輩Ns達と食事に出かける様子もある。</p>	<p>新人看護師が現場に受け入れられていて。後輩に指導することで、責任感が育ってきた。</p>	<p>↓</p> <p>1996(H8).4 新人看護師2名採用</p>
<p>6か月フォローアップ研修の看護体験発表で、＜発達段階・健康障害の種類・健康の段階・生活過程の特徴＞を明らかにし、看護場面を説明し、関わるの場面を具体的に述べ、Nsとしての自己の関わるの意味を述べた。</p>	<p>ケアの手順や関わりも均一化してきた。Nsも定着し、看護観の共有も意識されている。新人看護師を採用しても指導できる。</p>	<p>4)新人看護師を病棟に一人ずつ配置し、主任を指導担当者とする。 5)入職時オリエンテーションに、他部門の部長・課長による部門の紹介と役割を組み入れる。 6)入職時辞令交付時、他部門の部長の列席を依頼 7)主任・師長の合同会議を開き、新人看護師の成長を確認、指導の評価を行い次年度の募集を決定 8)看護師養成施設に、教育プログラムと教育体制・看護部の方針を添え、募集案内を送付 9)各病棟師長からプリセプターNsの推薦を受け、プリセプター教育開始</p>
<p>プリセプターNsが自主的に、自己の看護技術を再確認するための学習や技術確認に取り組む。</p>		<p>↓</p> <p>1997(H9).4 新人看護師7名採用</p>

専任教育師長採用

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1997(H9).4 新人看護師 7 名は、2 年課程・3 年課程・大学卒と教育背景が異なる。</p> <p>現場の記録は、＜全体像モデル＞の事実の記述不足、＜立体像モデル＞の対象特性の欄が空白の記録がある。</p> <p>既卒者の年度途中採用 Ns が増えた。そのような Ns の一人が、＜全体像モデル＞＜立体像モデル＞の活用の仕方が解らないことを理由に退職を申し出た。</p>	<p>内容が異なる教育を受けている。看護技術体験も個人差が大きい。個々のレディネスと成長過程を確認しながらの個別対応が必要。責任を持つ指導者が必要。プリセプターのサポートと指導に関する相談に応じられる体制が必要。研修担当は、事前の準備や実施後のレポート評価もあり看護部長が兼務するには業務量の限界。現場で研修効果を確認する時間がない。研修効果を上げるには、研修後の実践場面でのフォローが大切。理論に導かれた実践には、現場での継続した教育が必要。途中採用者に当院の看護観を意識した実践を促すには、年間教育計画以外に必要な応じた研修が必要。他施設での経験者は、これまでの体験で実践する場合が多い。実践を確かめ実践場面での指導・助言が望ましい。根拠ある実践と、対象を個別な人間として尊重した看護、安全な看護実践には Ns の教育が重要。この役割は兼務では無理。専任の教育師長が必要。教育師長は看護観を共有できる人材でなければならない。適任者が得られるまで待つ。</p>	<p>1) 看護部長が院内研修を担当 H10 年度実施した院内教育は、新卒 1 年目研修、集合研修、看護師研修、メンバー研修、リーダー研修、プリセプター研修、計 15 回。プリセプター会議 6 回 H11 年度は、新卒 1 年目研修、卒後 2 年目・3 年目研修 2 日間 2 回、リーダー研修 3 日間 2 回、プリセプター研修 2 日間、プリセプター会議 6 回</p> <p>2) 院長に、過去 3 年間の院内研修実施状況・新人看護師教育の必要性和新人看護師の定着と研修の充実が看護師確保の重要な役割を果たすと説明。専任の教育師長が必須であると提案</p> <p>3) 院長に過去の研修費用、看護師募集費、推移を提示 院外研修費；H8 年度 36 万 2 千、H10 年度 48 万。看護師募集費；H5 年 180 万、H6 年 37 万、H7 年 39 万、H8 年 12 万、H9 年 4 万、H10 年からゼロ これらの費用の変化は、院内教育の充実と関連していると説明</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2000(H12).4 病院長が専任教育師長の採用を認め、理事会で承認事項として報告</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>『科学的看護論』で看護教育を受け、看護教員の資格を有し、管理者として実践指導経験のある Ns が、『科学的看護論』の実践を志し就職希望。</p>	<p>目標とする看護が一致する。臨床経験も豊富。専任教育師長適任者。</p>	<p>2000(H12).7 専任教育師長採用</p>

緩和ケア病棟開設

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1997(H9).5</p> <p>一般病棟に人工呼吸器装着患者が常時2名。重症患者や1～2時間毎にサクション必要な患者が10名以上の中に、癌末期患者が常に2～3名入院。準夜Ns3名、深夜Ns2名の三交代勤務。準夜勤務は重症患者の観察、点滴、IVH交換、就眠前与薬、イブニングケア、Nsコール対応に追われている。</p> <p>Nsが「命に関わる処置や観察を優先せざるをえないので、ターミナル患者への対応が遅れ申し訳ない」「きちんと、患者と関わりたい」と言う。</p> <p>癌の告知や予後について、患者に事実を説明しない医師が多い。患者は、疼痛や呼吸苦などその時々症状に対する説明を受けるが、日々病状の悪化を自覚し家族や医療者への不信を持ち続けたまま、最期を迎えるケースもある。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>一人の医師が「PCUなど、とんでもない。ここは病院だ。癌を治療しないPCUは医師の負けのような病棟だ。そんなことを言う看護部長には辞めてもらいたい」と、看護部長に直接言う。</p>	<p>ターミナル期と急性期では看護の内容が違いすぎる。急性期病棟と一緒に看護するには無理がある。ターミナル患者の限られた時間を良いものにしたい。Nsの患者への思いと、看護への意欲を大切にしたい。患者の要請にすぐに対応するには看護要員を多く配置できる緩和ケア病棟(PCU)が必要。PCUに入るには患者自身の意思も重要。しかし、医師の大半が病名告知をしていない。すぐに提案すると意見が衝突する可能性がある。まずは、医師にPCUに対する考えの確認が必要。医師が癌の告知をしても、患者をサポートし、関わる実践力がついてきた。</p> <p>患者が自分のことを知った上で、自分の意思で残された日々を過ごせるような状況を作りたい。</p> <p>PCUに対する理解不足。この医師は癌だけを見ている。患者を人間として丸ごと見ていない。患者の位置から医療を考えていない。この状況で議論しても理解は得られそうにない。しかし、医師の理解と協力が必要。理解が得られる医師を増やす努力が必要。癌患者を一番多く担当しているのは院長。医師の立場で患者の具体例を示し、話し合うと感情的にならずに話し合いができるだろう。</p>	<p>1) 院長に、癌末期患者に十分関わることをできない夜勤の状況とNsの声を伝え、PCUの必要性を提案。院長も同意を示し、看護体制と開設条件について質問を受けた。</p> <p>2) 癌末期患者を担当している医師にも同様の状況を報告し、PCUの必要性を問いつける。</p> <p>3) 院長に、医局会議で癌末期患者の医療について話し合うことを提案</p> <p>4) 師長会議でPCUの必要性について検討。医師には現場で機会を捉え、患者の事実を通して、PCUの理解が得られるように関わることを意思統一</p>

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>1997(H9).10</p> <p>一般病棟ほぼ満床。常時、3~5名の癌末期患者が入院。病棟の状況は5月と同様。消灯後病棟巡回時、ターミナル患者の足浴をしている場面を見た。Nsから「呼吸器をつけている患者がいる中では、ターミナル患者とゆっくり関わる事ができない」「痛みのない時にケアしてあげたくても、重症患者の観察や処置のためにできない」という声を聞く。</p> <p>師長会議で「緩和ケア病棟を作ってほしい」という意見で全員一致。</p>	<p>患者が必要としている看護を提供できない状況が続けられない。Nsは対象をとらえて相手の位置から考えるようになった。PCU開設は患者・Ns、双方にメリットがある。疾病動向からも、癌患者は今後も増える。PCUの施設基準クリアには一病棟を閉じ、病床数も減らすことになる。具体的に、病室数・床面積などからPCU稼働病床数を出して、経営判断する必要がある。</p>	<p>5)事務部長に、2階病棟(43床)をPCUの施設基準にした場合の病床数、改築可能な建築構造か資料提供を依頼</p> <p>6)PCU病床数をもとに、現在の診療報酬単価とPCUの診療報酬を計算</p> <p>現在の診療報酬単価とPCUの診療報酬の比較</p> <p>一般月単価約 30万×43床=1300万</p> <p>PCU 約 100万×18床=1800万</p>
<p>一般の看護基準は新看護 3:1、Ns16名配置。</p>	<p>PCUのNs配置基準は1.5:1</p> <p>現状よりNs4名の人件費が減り、Nsを増員せず対応できる。</p> <p>固定費は変動ない。PCUに変更しても採算がとれる。PCU開設を提案できる。</p>	<p>7)必要看護要員数を計算</p> <p>18床ではNs12名、</p> <p>8)Nsの給与から人件費を計算</p> <p>Nsの平均月給約 25万×12名=300万</p> <p>9)院長に、看護部は体制整備が可能であると説明し、収入予測の試算結果を添え、PCU開設を提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p>
<p>43床の一般病棟を廃止、PCU18床に改修決定。予算1億8千万。</p> <p>看護師以外の職員から「キリスト教でなくてもホスピスできるの?」「癌で死にそうな患者ばかり入院するの?」「牧師や神父も来るの?」という質問がある。Nsから「麻薬の取扱が不安」「癌性疼痛の患者ばかりだったら、対応に困るのでは?」という疑問や、「やっと念願が叶った。これでターミナルの患者さんに、ゆっくり関わる事ができる」「看護が中</p>	<p>病院にできる新しい分野。成功させるには、全職員が関心をもち、必要な取り組みと受け止められる働きかけが必要。PCUは全ての職種の関わりが必要。準備段階から、全ての職種と協議しながら進めなければならない。PCUを理解していない職員が多い。PCUでの勤務経験がある職員がいない。医師・薬剤師も癌性疼痛のコントロール経験が少ない。PCUは生活の質が重要。病棟・病室は生活の場、生命力の幅が小さい状</p>	<p>1998(H10).4 理事会で「緩和ケア病棟」開設決定</p> <p>10) 緩和ケア病棟開設準備委員長就任</p> <p>11) 「緩和ケア病棟開設準備委員会」設置。医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・事務職員・MSWを委員とする。</p> <p>12)委員会を週1回開催。ホスピスを理解する学習実施。「緩和ケア病棟の理念」検討。病棟・病室の設計、病室の壁の色、照明器具、洗面台の形や色、床頭台、チェスト、カーテンなど、委員全員で検討</p> <p>13)PCUを実践している病院の看護部長を講師に招き、全職員参加の研修会開催</p> <p>14)他院のPCU見学、職員研修を依頼</p>

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>心の病棟だから、勉強してよい看護したい」という声も聞かれた。医師・薬剤師・Nsが、市内の医療従事者で行っている「ホスピス研究会」に参加し始める。</p> <p>1999(H11).5 緩和ケア病棟(18床) 入院基本料算定承認（北海道2番目）</p>	<p>態の患者であることを重視した設計・設備が必要。当院がめざすホスピス医療の姿を明らかにし、緩和ケア病棟開設の目的と理念を共有した上で、具体的内容に進めることが重要。</p> <p>病院の一部の工事。他の病棟には入院患者がいる。工事の騒音、建築作業員、工事時間など、入院患者への影響がないよう配慮が必要。</p> <p>体験しながら病棟を築く段階。十分なケアができ、多様な考えを出すにはNsの配置を手厚くする必要がある。</p>	<p>15)薬剤師・MSWを1週間、師長を1か月間、副師長を3か月間、他院のPCUに研修派遣</p> <p>16)委員会での検討内容、準備の進捗状況は、各委員が部署に報告し、全職員が関心を持つことを促す。</p> <p>17)開設2か月前、市内病院にPCU開設の挨拶、パンフレットを送付</p> <p>18)ボランティアの募集を院内ポスターで行い、ボランティア内容と実施可能日を登録する方法とする。</p> <p>18)建築会社に、工事工程表に騒音の種類と騒音発生時間を記入するよう依頼。現場責任者と毎日ミーティング</p> <p>19)毎日工事現場に行き、工事の進捗状況確認</p> <p>20)病棟完成時、全職員に病棟紹介 ↓</p> <p>1999(H11).4 緩和ケア病棟開設 Ns14名、看護助手・クラーク各1名配置</p>

MSW の所属を事務部から看護部に変更

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>2000(H12).5 MSW2 名。事務部所属。業務は、入院費や心配事相談、高額医療費請求手続き、生活保護申請、在宅酸素の手配、福祉タクシーの手配、退院調整、転院希望者への援助、入院手続きや入院中の費用の説明、他施設からの緩和ケア病棟入院申し込み窓口、他施設との連携。</p> <p>ケース記録には、家族構成・キーパソン・連絡先・保険の種類・経済状況・介護保険の認定結果、転院受け入れ施設からの情報と転院経緯、回復後の退院先予定が記載され、記録は MSW が管理。</p> <p>師長は入院中の患者が経済的問題や退院後の生活支援（福祉制度の活用）が必要になった場合、MSW に連絡・相談している。患者・家族が MSW に直接相談・支援を受けていることについては、問題が顕在化しなければ MSW から師長に報告されない。</p> <p>緩和ケア入院希望の患者・家族と面談。その情報をもとに「緩和ケア入退院検討会議」で入院の可否や入院の順番を決める。</p>	<p>MSW の専門性は生活支援、看護の役割と重なりが多い。</p> <p>MSW のケース記録を Ns と共有すると、患者の負担を軽減でき、Ns の記録も省略できる。在院日数の短縮で、入院直後から退院後の生活調整や他施設との調整が必要なケースが増えた。MSW が看護部に属すると、師長との情報交換もタイムリーにでき、早期に介入が始められ、患者サービスの向上と業務の効率化が図れる。</p> <p>PCU 入院相談も看護部長に報告され、入院時の看護判断ができる。看護部に属することで、より MSW の専門性が発揮できる。</p>	<p>1)主任 MSW と事務部長に、MSW が事務部に属することの必要性を確認</p> <p>2)師長会議で MSW との連携の現状確認</p> <p>3)主任 MSW に、看護部所属について意見を求める。</p> <p>4)病院長に、MSW が看護部所属になるメリットを説明し、MSW の看護部所属を提案</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>MSW は「同じ考えです。自分たちも活動しやすい。是非、お願いしたい」と、了解</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2000(H12).6 MSW の所属を、事務部から看護部に変更</p>

病院機能評価受審

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>2004(H16).5 経営会議で病院機能評価受審施設の動向が話題。</p> <p>↓</p> <p>看護・病院経営に関する雑誌に、病院機能評価受審に関する記事が増えた。新聞に市内で受審・承認された病院が紹介された。</p> <p>↓</p> <p>2004(H16).11 経営会議で受審することが決定。</p>	<p>中立的立場の第三者機関による評価は、病院を利用する人々が安心感を持つ。機能評価は、部門ごとの専門性が発揮できる体制が成文化され、それに基づいて実践されているか、職員が病院の理念・目標に向かって組織活動をしているか病院全体の評価。受審は準備過程で病院全体の組織体制の実態が明らかになり、取り組むべき課題が明確になる。</p> <p>看護部以外の部門は業務基準や手順が成文化されていないものが多い。病院全体の組織整備のチャンス。</p>	<p>1)病院機能評価に関する記事掲載の雑誌、受審準備に関する書物を読み自己学習</p> <p>2)師長会議で病院が受審の検討をしていることを報告。時間外で病院機能評価の意義・審査の概要・審査までの準備について学習会実施</p>
<p>2004(H16).12 初旬 病院機能評価受審準備責任者に任命される</p>	<p>看護部は組織活動を実践している。病院全体と関わりが多い。病院全体の視点で各部署に関わり準備するには、看護部長である副院長として引き受けるべき任。受審は事務手続きや書類整理の事務的業務が多い。事務部長との協力が必須。病院全体を動かすには準備のための組織と全職員の協力が必要。全職員が準備の内容・進捗状況を知り、自ら関心を持ち</p>	<p>3)「受審準備委員会」設置。事務部長を責任者補佐とし、全部門長を委員とする。</p> <p>4)受審までのタイムスケジュール作成</p> <p>5)準備委員会で、病院機能評価の意味・受審申込や受審までに準備すべき内容とタイムスケジュールを説明</p> <p>6)事務部長に、受審申込・書類提出など事務的手続きを依頼</p> <p>↓</p> <p>病院機能評価機構に受審申込</p>
<p>2004(H16)12 末 受審病院登録票と書面審査調査票届く。</p> <p>部門ごとの準備チームで自己評価票のチェックを始めるが、医療部、医療技術部、事務部は、業務基準や手順が成文化されていない。教育計画、出張報告書がない。会議が定例化されていない。会議記録がない。</p> <p>各部門の準備チームは、毎日夜遅くまで準備に取り組んでいる。</p>	<p>協力できるような情報提供と働きかけが必要。</p> <p>職員が自分の部署を客観視する機会になった。</p>	<p>7)準備委員会で書面審査調査票内容説明。各部門で準備チームを作り、調査票をもとに自己評価を進めるよう指示</p> <p>8)病院運営や基本方針・将来計画、安全・感染防止等、組織の中心に関することは、病院長を含む部長職以上のチームを結成</p> <p>9)各部門の準備チームの会議に参加し、部門の組織と役割の明確化・運営のための会議の定例化・職務内容・業務手順・教育計画などの成文化の相談・助言</p>

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>職員が廊下や食堂で、受審準備や書類整備の情報交換をしている。自部署で解決できないことは、他部門に助言を求めている。</p> <p>各部門の書類が完成</p>	<p>目標が明確になると、チームで協力して取り組むことができる。部署や病院全体のチームワークが良くなった。病院全体が一つの目標に向かっている。</p>	<p>10) 各部門から提出された自己評価票や書類の内容確認し、準備委員会で病院全体の事前調査内容を確認し、書面審査調査票を完成</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2005(H17)1 月末</p> <p>書面審査調査票を機構へ送付</p> <p>11) 準備委員会は 2 週間ごとに開催し、全員で各部門の進捗状況確認と内容の共有を図る</p> <p>12) 病院の理念を、ネームの裏に印刷。</p> <p>13) 接遇のチェック項目を決め、各部署で服装・言葉チェックを促す</p> <p>14) 個人情報保護は、カルテの取扱・呼び出し、電話対応について全職員の研修会開催</p> <p>15) 院内および敷地内禁煙のポスターと患者への説明、院内の喫煙場所撤去</p> <p>16) 感染対策委員会、安全管理委員会のラウンドチェック強化</p> <p>17) 訪問審査実施日の審査の流れ、審査手順を準備委員会で説明</p> <p>18) 審査日の役割担当、準備の詳細を記述し、配布・説明</p> <p>19) 準備委員会で、審査中の回答困難状況発生時の対応、想定質問の回答を検討</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2005(H17)7 訪問審査実施</p>
<p>2005(H17)3 訪問審査日決定通知が届く。</p>	<p>訪問審査日に合わせて、準備の最終チェックが必要。審査日、部長以上は審査場所が異なる。その場でのフォローができない。事前に想定問答練習と緊急時対応を決めておく必要がある。</p>	<p>20) 「認定書」の掲示について準備委員会で検討</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>専用掲示台を購入し、病院玄関入口正面に常設</p> <p>病院ホームページに掲載</p>
<p>2006(H18)1 病院機能評価認定される。</p>	<p>病院全体の組織整備ができた。</p> <p>病院機能評価受審で職員間のコミュニケーションが良くなった。</p> <p>職場への帰属意識が高まった。</p> <p>病院機能評価認定は、職員に自信を与える。</p>	

看護師による「禁煙外来」「健康教室」開始

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>病院機能評価認定を受けるために、病院内および病院敷地内禁煙となった。</p> <p>病院裏玄関や敷地内で人目を避け、喫煙している患者がいる。</p> <p>外来Ns2名が禁煙指導の資格がある</p>	<p>単なる禁止は病院の都合。患者にもメリットとなるようにする必要がある。</p> <p>健康な生活を指導するのはNsの役割。禁煙指導は、医師の処方との協働で「ニコチン依存症管理料」として診療報酬が得られる。</p> <p>外来は健康管理や入院に至らないように生活指導が重要な部署。健康の増進に向けた看護活動が必要。</p>	<p>1)事務職員・警備員に、喫煙が予測される場所の巡回を依頼</p> <p>2)外来師長に、「禁煙外来」と健康増進に向けた活動について意見を確認</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>外来師長から「禁煙外来」は曜日の考慮で可能であり、健康増進への取り組みは外来スタッフと検討すると返事</p> <p>3)医療部長に、入院患者の喫煙状況と健康管理の視点から「禁煙外来」を提案</p> <p>医師は禁煙パッチの処方、Nsは禁煙指導の役割があると説明し、医局の了解を得てほしい旨を話す</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">医師協力の了解を得た</p> <p>4) 禁煙指導担当Nsに指導プログラム作成を指示</p> <p>5) 外来師長から月一回「健康教室」開催の返事あり、実施方法の検討を指示</p> <p>6) 経営会議で「禁煙外来」「健康教室」開始について説明し、了承</p> <p>7) 専門外来予定に、「禁煙外来」を標示</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2006(H18).4 「禁煙外来」開始</p> <p>2006(H18).10 「健康教室」開始。</p>

緩和ケア認定看護師による「緩和ケア相談外来」開始

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>2006(H18)、2008(H20)各1名、「緩和ケア認定看護師」に認定</p> <p>診療目的の「緩和ケア外来」は開設しているが、診察場所、待合場所、診察までの流れ、Nsの関わりも一般患者と同じ。</p> <p>PCU入院患者が、「外来通院中は次の患者が待っているのでゆっくり話ができなかった」「病気以外のことや今後のことは誰に相談したらよいのか困った」と話す。</p>	<p>「緩和ケア外来」受診患者は通院するだけで苦痛・消耗が大きい。</p> <p>受診時に自宅で困っていることや心配を相談・解決できる体制が必要。専門性の高いNsの活用が適切。認定Ns2名、交代で外来担当可能。</p>	<p>1)師長会議で患者の意見を報告し、緩和ケア認定Nsの活用について提案</p> <p>2)認定Nsに「緩和ケア相談外来」開始について意見を聞く</p> <p>3)PCU医長に「緩和ケア相談外来」開始について提案し、意見を求める</p> <p>4)医師・PCU病棟Nsから賛同を得、開始決定</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>2008(H20).4 「緩和ケア相談外来」開始</p>

「糖尿病フットケア外来」開始

管理者が着目した事実	管理者の判断	管理者の行動
<p>外来では糖尿病の患者が多い。</p> <p>糖尿病の入院患者は、コントロール不良で、合併症が発症している場合が多い。糖尿病患者への関わりは各部署で実施。他部門との連携活動はしていない。足病変が発症している場合は、外科的処置が必要な状態になってから発見されるケースが多い。</p> <p>2007(H19).8 自治体主催の「糖尿病分野における質の高い看護師育成研修」受講者募集案内届く。A医科大学病院で2か月間研修。</p> <p>応募資格は「糖尿病患者の理解に必要な知識と糖尿病の初期から合併症のある患者の看護体験を有し、研修後組織で糖尿病活動チームの中心となり活動できる人材」、研修費用は自治体が負担。その他は施設負担。</p> <p>2007(H19).4 糖尿病専門 Ns による「フットケア」が診療報酬に認められた。この研修を受けた Ns は「フットケア外来」を開設する資格を得る。</p> <p>2008(H20).6 地方新聞、地方看護雑誌に当院の「糖尿病フットケア外来」の紹介記事が掲載。</p> <p>↓</p> <p>糖尿病患者、フットケア希望受診患者が増加。</p>	<p>生活習慣病は、生活全般に対する指導が必要。医師・栄養士・検査技師など他部門と連携した活動ができる体制整備の必要がある。</p> <p>ほとんどの患者は、足病変が糖尿病の進行によるものと考えない。初期に病変が発見できると、足の切断を防げる。</p> <p>糖尿病のチーム活動体制を整えるチャンス。S 師長は糖尿病看護の経験豊富。指導力がありリーダーシップも発揮できる。S 師長の病棟は副師長もベテラン。2か月間研修派遣しても問題ない。</p> <p>Ns が専門性を発揮する場が増える。診療報酬を得ることにもなる。「フットケア」を実施しているのは、市内1施設。新しいことの取り組みは患者獲得につながる。</p> <p>「フットケア」への関心は高い。今後も受診者増が予想される。Ns 一人では対応できない。フットケア資格の Ns を増やす必要がある。</p>	<p>1) 師長会議で、糖尿病患者の「指導パンフレット」作成を提案し、教育委員会で作成することに決定</p> <p>2) 栄養士との連携は、栄養士が実施した指導内容のメモを Ns に提出。指導用食品模型を看護部と共同使用にすることを提案</p> <p>3) S 師長に研修案内を見せ受講を勧め、意思確認→師長が受講希望し応募決定</p> <p>4) 院長に研修応募を報告</p> <p>5) 2007.9 応募→2007.10 受講決定通知</p> <p>↓</p> <p>2007.11～12 S 師長研修派遣</p> <p>6) 全職員対象に、研修報告会を開催</p> <p>7) 経営会議で「糖尿病チーム」結成を提案。S 師長リーダーに決定。メンバーは医師・Ns・栄養士・薬剤師</p> <p>8) 経営会議で、「フットケア外来」開設を提案</p> <p>↓</p> <p>2008(H20).2 「糖尿病チーム」結成 医師・Ns・栄養士・薬剤師がメンバー</p> <p>2008(H20).4 「糖尿病フットケア外来」開始(週1回)</p> <p>9) 2008(H20).12 看護協会主催「糖尿病フットケア」研修に Ns 1 名派遣</p> <p>↓</p> <p>フットケア外来、週2回</p>

表 5 院内研究発表会の研究テーマ一覧

(第1回から4回までは看護部単独の看護研究発表会であったが、1998年から病院全体で行う「院内研究発表会」となった。看護部の発表テーマのみを示した)

回	年/月	研究テーマ
1	1994(H6).2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申し送りを考えるー申し送りの現状と時間短縮への取り組みー 2. 褥創予防用具の製作を試みてーハイカリマットを使用しての考察ー 3. 高脂血症の患者指導パンフレットの作成 4. 脳幹梗塞後遺症患者の QOL についての一考察ー患者の全体像の捉え方により看護の質が変化した事例ー 5. 白癬菌患者に対する現状の見直しと対策 6. 長期臥床患者の離床についてー病棟レクリエーションを試みてー
2	1994(H6).12	<ol style="list-style-type: none"> 1. カンファレンスの定着化が、看護に及ぼす影響ースタッフの意識調査を通してー 2. MRSA の予防対策に関する一考察ー保菌者増加防止の為の看護行為についてー 3. 糖尿病と診断された A 氏の生活指導を試みて 4. 日常のケアとレクリエーションを通して、コミュニケーションを行った効果ー多発性脳梗塞患者の事例を通してー 5. 失語症患者への働きかけを試みてー精神的充足感により日常生活への意欲を高めるー 6. 依存心の強い老人に対する自立に向けての援助
3	1996(H8).2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申し送りメモ用紙の情報伝達手段としての有用性について 2. 痴呆老人同士のコミュニケーションー作業・音楽・会話を中心としたグループ活動を通してー 3. 看護婦の不安の原因を探るー自殺企図のある患者の看護を通してー 4. 外来受診者の実態調査ー居住・地域・年齢・疾患からー 5. 自発的な言動の少ない脳卒中後遺症患者の援助 6. 無気力で寝たきりだった患者が自ら行動するようになった一事例
4	1996(H8).12	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病棟の臭気における不快感の調査ー臭気の種類・感じる場所・時間を調査してー 2. はがれずらい IVH の固定法を試みて 3. 在宅療養に向けての援助ー各種制度を利用して介護の軽減を図る 4. カンファレンスの進め方の一考察ー看護婦の意識調査を通してー 5. オムツはずしを考えるー長期間オムツをしていた患者の6事例ー 6. 現象を看護の情報として活かすためにー立体像モデルを活用してー
5	1998(H10).2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 外来における退院時サマリーの有効性を考えるー2事例の看護過程を振り返ってー 2. 患者の捉え方が看護に及ぼす影響ー入院という環境変化に適応できない一事例を通してー 3. ボディメカニクスと腰痛の関係を調査して 4. 申し送り廃止による情報の伝達手段と今後の課題 5. 介護病棟におけるレクリエーションの見直しー老人行動評価スケールを用いてのグループ別活動を試みてー 6. 高齢者の排泄の自立の援助ー第1報の検証ー 7. 身だしなみに対する意識調査を試みて

回	年/月	研究テーマ
6	1999(H11).3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 内視鏡自動洗浄器の消毒液交換日の設定を試みて 2. どのような看護が患者に良い変化をもたらしたのか、その過程を明らかにする—ナイチンゲールの三重の関心に基づく分析を試みて— 3. 痛みのある癌患者との関わりを通して学んだこと —その人のもてる力に注目して— 4. 嚥下訓練を試みた5事例を通して —嚥下訓練アプローチマニュアルの検証— 5. 入退院を繰り返す患者への関わりを考える
7	2000(H12).4	<ol style="list-style-type: none"> 1. ターミナル期にある総胆管癌の患者の看護を振り返って 2. セルフコントロールが必要な患者の看護実践を振り返る —良いと思った関わりが一方的な看護だったと気づいた時— 3. 針刺し事故の実際と防止対策の一考察 4. スタッフが看護の必要性を発見する能力を高められる指導方法を明らかにする—清潔の援助を通して—
8	2001(H13).4	<ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病患者のセルフケア確立に向けての援助を振り返る 2. 患者に喜ばれる陰部洗浄—スリッパ膿盆を用いて— 3. 困らずに状況対応するための取り組みに向けて —帰りたいと訴える患者との関わりから— 4. 最期までその人らしく生きた女性患者との関わりを通しての一考察 5. 暴言・暴力がある脳梗塞の患者との関わり —脳梗塞を発症後3か月を経過した患者の看護を通して— 6. 高齢者糖尿病の訪問看護における一考察 —インスリン注射の必要な事例と家族との関わりを通して— 7. レクリエーションが高齢者にもたらす効果について 8. 研究のプロセスを歩んでみて—ワークをする中で学んだこと—
9	2002(H14).4	<ol style="list-style-type: none"> 1. 生活過程がわかれば、看護の糸口が見えてくる —生活指導の一場面を振り返って— 2. 生活する力に着目し、働きかけた看護を振り返る —パーキンソン症候群の患者への関わりを通して— 3. 患者の見つめ方が変わったことで、関わりが変化した事例を振り返る 4. 健康の段階を描くとは—終末期にある患者との関わりを振り返って 5. 患者のもてる力を見極めるための情報を考える —セルフコントロールが必要な患者の関わりを振り返って—
10	2003(H15).4	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手の臭いがとれた手浴—手浴方法で改善した手の臭い— 2. 患者が満足する患者援助とは—拒否し続けた入浴を満足する入浴に変えることができた関わりから— 3. 対象特性が描ければ対応困難な患者はいなくなる —対応困難な患者としてしまった看護師の認識を振り返って— 4. 日々変化する患者の反応を重ねて全体像を描くことの大切さ —患者を怒らせてしまい対応に困った場面を振り返って— 5. 生命力を消耗させているものと、もてる力がわかれば看護が見える —看護師の関わりが消耗させることになった事例を振り返って—

回	年/月	研究テーマ
11	2004(H16).4	<ol style="list-style-type: none"> 1. 頻回に来院する痴呆患者への関わりを振り返る —痴呆患者のもてる力に着目して良い変化を見せた事例より— 2. 高齢介護者の介護力見極めについての一考察 —在宅療養中の妻が入院となった事例から— 3. 体と生活過程が描けた時、言葉の奥にある患者の思いが見えてくる 4. 患者の体の中が描けなければ今、患者に適切な看護ができない 5. 対象特性を描けなかったため、相手の立場に立てなかった関わりを振り返って—食道アカラシア患者のプロセスレコードを通して—
12	2005(H17).6	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護病棟におけるレクリエーションの取り組み 2. 対象特性を描けなかった事例を振り返って 3. 「生きたい」という思いに気付けなかった事例を振り返る 4. 患者の気持ちに気付けなかった事例を振り返って 5. 転倒・転落防止のための筋力アップ体操を試みて 6. 患者の状況を描きながら関わらなければ、事実を誤って捉えてしまう—うまくいかないと感じた関わりを振り返って—
13	2006(H18).10	<ol style="list-style-type: none"> 1. 私達にできる患者の笑顔を見る為の関わりについて —生活の場を広げる離床援助の取り組み— 2. 患者の特性に沿った内視鏡検査時の看護を考える —検査前訪問から振り返る— 3. 患者が闘病意欲を維持するために必要な関わり 4. うつ状態から退院するまでの関わりを振り返って 5. 持てる力に着目すると生活力がひろがる —食事が自力摂取できるようになった事例から—
14	2007(H19).10	<ol style="list-style-type: none"> 1. その人らしさを尊重した終末期看護 —その人らしさを形成する体験に着目した実践— 2. 患者のこころを整えられなかった事例を振り返って 3. 療養病棟におけるレクリエーションのあり方 —いまある生活の中にある価値を見出すレクリエーション—
15	2008(H20).11	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対象の見つめ方が変わり、良い関わりができた看護過程を振り返って 2. 対象の望む援助と看護師が必要とする援助のズレに気付かなかった事例を振り返る—在宅死患者の清潔援助を通しての考察—