

看護のアジェンダ

井部俊子
株式会社井部看護管理研究所
聖路加国際大学名誉教授

看護・医療界の“いま”を見つめ直し、読み解き、未来に向けたアジェンダ(検討課題)を提示します。

〈第228回〉

居残る前任者

今回は法律から入りたいと思います。「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」(高齢者法)(昭和46年法律第68号)です。

この法律の目的は、「定年の引上げ、継続雇用制度の導入等による高年齢者の安定した雇用の確保の促進、高年齢者等の再就職の促進、定年退職者その他の高年齢退職者に対する就業の機会の確保等の措置を総合的に講じ、もつて高年齢者等の職業の安定その他福祉の増進を図るとともに、経済及び社会の発展に寄与すること」とされています(第一条)。事業主がその雇用する高年齢者の定年の定めをする場合には60歳を下回ることができません(第八条)。また65歳未満の定年の定めをしている事業主は、その雇用する高年齢者の65歳までの安定した雇用を確保するため、①当該定年の引上げ、②継続雇用制度(現に雇用している高齢者が希望するときは、当該高年齢者とその定年後も引き続いて雇用する制度)、③当該定年の定めを廃止のいずれかの措置を講じなければなりません(第九条)。さらに、定年(65歳以上70歳未満)の定めをしている事業主または(高年齢者を70歳以上まで引き続いて雇用する制度を除く)継続雇用制度を導入している事業主は、その雇用する高年齢者について、65歳から70歳までの安定した雇用を確保するよう努めなければならないとされます(第十条の二)。

このような事情も相まって、昨今、「居残る前任者」とどのようにうまくやっていったらよいかのさがさやかれています。そのさがさを聞いてみました。

ケーススタディ 「新任看護部長と前任者の関係」

Aは今年4月に、大学病院の看護部長から、複数の病院を経営する事業体のうちのひとつの病院の看護部長に就任しました。そこでは前任の看護部長が統括看護部長となっていました。しかしいわゆる「本部」にいるわけではなく、前職場であるAの部長室に近接した部屋に毎日出勤します。そして師長会に出席して、細かいことを指摘します。4人いる副看護部長のひとり、前任者が上司であったために何かとまず前任者に相談するのです。場合によっては、2人で話した内容が看護部ミーティングに持ち込まれることがあります。看護部ミーティングの着席も隣同士でいるせいかもしれません。

そういうわけで、Aは「やりにくい」。いわゆる非公式組織が公式組織の意思決定に影響を及ぼしているのです。前任者はAに「自由にやっていいのよ」と言う割には自由にできません。半年を経過して、Aは先日、思い切って副看護部長に言いました。「聞く順番が違うんじゃない?」と。

Bが大学病院の看護部長に就任した際にも前任者はいました。しかし彼女は看護部ではなく医事課の所属になっていました。翌年、院長から「前任者の継続が必要か」と問われたので、「必要ではありません」と断りました。

一方で次のような切実な悩みもあります。Cは、公的病院の病院長に「看護部をなんとかしてくれんか」と言われて3年の任期で特任看護部長として今年4月に外部から就任しました。その組織には現任の看護局長(看護部長)がおり、8人の副看護部長がいます。8人はライン職能として役割分担をしています。特任看護部長はスタッフ職能として位置付けられました。

Cは、院長の「なんとかしてくれんか」ともとになんとかしようともがいています。組織の問題がいろいろと見えてきました。しかし会議は報告が大半で討議は少なく、師長とスタッフとの信頼関係も疑問に思っています。Cは、質の高い看護の実践者を育成したい、職務満足を高めたい、チーム医療を実践したい、働き方改革をしたいなどとあれこれ考えているのですが、いまだに遠慮があり、どう動いたらよいかかわからず空回りしてばかりです。時間だけが過ぎていくとあせっています。Cは、これまでライン職能として責任と権限を行使してきましたが、スタッフ職能として組織に入るのは初めての経験であり、とまどっているのです。どうしようどうしようと悩んでいるうちに任期の3年がたってしまう、とさらに悩んでいます。

「居残る前任者」が活躍するために組織が取り組むべきこと

居残る前任者に持てる力を有効に発揮してもらい、かつ現任者にも有益な組織をつくるにはどうしたらよいのでしょうか。

まず、事業主が再雇用(もしくは新たに雇用)する理由を、組織メンバーに明解に知らせておく必要があります。その上で、彼もしくは彼女を組織図上のどこに位置付けるかを示し、職務(役割)を決めておくことよいと思います。おそらくこのような作業は、人

第23回日本クリニカルパス学会学術集会開催

第23回日本クリニカルパス学会学術集会(会長=獨協医大埼玉医療センター・齋藤登氏)が、「パスは続くよどこまでも——多職種がともに学びあう未来へ向けて」をテーマにTHE MARK GRAND HOTEL(さいたま市)にて開催された。本紙では、パネルディスカッション「うちでは、これもパスです!」(座長=高崎総合医療センター・坂元一郎氏、せきもとクリニック・関本員裕氏)の様態を報告する。

◆創意工夫を凝らしてパスを作成・運用する

心不全急性期治療のクリニカルパスについて発表した高橋伸弥氏(高崎総合医療センター)は、心不全の患者背景や原因は多岐にわたるため急性期パスの運用報告が少ない中、軽症心不全に対する内服パスと、中等症に対する点滴パスを作成・運用していることを会場に共有した。また、検査・治療のみならず、心不全指導に関する項目もパスに加え、多職種で患者情報を共有していることも報告。パス導入により、中等症以下の初発心不全再入院率低下、さらに在院日数減少や検査の標準化により1日当たりの入院単価増加など、医療の質および経営の両面で好影響があったと結んだ。

尼崎総合医療センターの中橋達氏は、全国的に運用が進んでいない小児科パスを紹介した。年齢・体重で治療内容が大きく変わり、入院時点で診断がつかない疾患も多い小児科でのパス作成と運用の課題に対し、同センターは「腹痛・嘔吐症パス」といった症候別パスで対応。各症候で共通する指示・観察項目を中心に、アウトカムは「嘔吐症状なし」など抽象的な内容に限定し、治療は個別対応としていることを紹介した。プロトコルとの差別化に課題があるものの、アウトカム設定が困難な小児科においてこのパスは有効な妥協案であると述べた。

続いて四国がんセンター看護部の池辺琴映氏は、抗がん薬投与患者に対する頭皮冷却法(保険外診療)の運用に関するパスについて発表した。患者用パスでは頭皮冷却の目的・効果、治療スケジュール、中止・中断希望時の対応、日常生活やウィッグ購入に関するアドバイスなどを日めくり形式で具体的に記載したことで、外来—病棟間で共通して使用できる患者説明ツールにもなったと述べた。また医療者用パスは新たな治療に取り組む看護師への教育ツールになったことや、治療にかかわる費用の確実な算定にもつながったとその効果を報告した。

地域包括ケア病棟におけるレスパイト入院患者の嚥下機能評価パスについて発表したのは村瀬美有紀氏(三重北医療センター菟野厚生病院)だ。同パスでは入院中の検査、機能評価、多職種連携による支援の標準化だけでなく、入院前から「むせる」を心配する患者・家族への医療ソーシャルワーカーによる相談対応や、リハビリテーション医師による診察等を明確にしている。氏は、入院前から介入することで、患者・家族、医療者間で支援が具体的にイメージできタイムリーな介入になったと振り返り、地域の方が住み慣れた場所で生活できるよう支援し続けたいと抱負を語った。

看護オーダーにて必要な看護ケアなどを設定した看護パスについて発表した満汐裕子氏(熊本機能病院)は、検査や手術日程が未定で既存のパスが適用できない場合や、パスのない疾患・パス適応外の患者において看護パスを運用していると紹介した。看護パスの運用で、看護ケアの標準化、業務の効率化、患者との時間の確保が可能になったとその効果について言及。看護パスの作成・改訂は医師も含めた多職種協働で取り組み、より良い看護ケアについて考えるチーム医療にもつながっていると振り返った。

最後に登壇した三原美雪氏(三原皮膚科)は、山形県鶴岡地区の地域共通電子カルテシステム(Net4U)を活用した地域一体型NST「たべるを支援し隊」の活動を紹介。「たべるを支援し隊」は医療系専門職のほか、保健所職員から構成されており、電子カルテを地域で共有して最終アウトカムをめざし活動している。氏は、「パス表という形式をとっていないが、まさしくパスの概念に則った活動であり、これもパスの一つのかたちである」と述べ講演を締めくくった。

事課や総務課が行って、事業主が通達することになるでしょう。事業主の意思決定は、しかしながら、当該部門の責任者に問うことなく一方的に行われることが多く、そのこともトラブルの原因になります。前任者も現任者も悩むことの根本原因だと思います。

しかも、事業主がこのように準備して前任者を迎えるとは限りません。その場合は継続雇用された前任者は、新たに役割開発を自ら行わなければならないでしょう。そのような力量があるからこそ前任者を雇ったのだと思います。ですからその期待に沿う必要があります。Cの場合ですと、院長の「なんとかしてくれんか」とは具体的にどんな課題があるのか、どのような目標設定をすればよいか、自分の責任や権限は何か、組織構造のどこに位置付けられるかなどについて、面談して確

認し、記録を取っておくとよいと思います。そしてその内容を現任者に提示して、「この役割を果たしたいので、現任者と協力してやっていきたい」と、率直で真摯な話し合いをする必要があります。

余談ですが、私も苦い経験があります。私が看護部長を退任したのは4月末です。つまり、1か月間は「居残る前任者」になったのです。後任が決まるのが遅れたので、新採用者のオリエンテーションなどを済ませて退職しようと考えてのことです。後日、元同僚から「3月に辞めてもらったほうが仕事がやりやすかった」と言われました。自分の未練がましい対処を深く反省したのでした。

高齢者法によってベテランの経験知が次世代に受け継がれるよう、建設的な関係の構築をしていきたいものです。

学会のオフィシャルテキスト第2版。進化し続けるパスの最新情報を収載。

現場で使える クリニカルパス実践テキスト 第2版

まさに「現場で活かす」パス実践のノウハウを詳細かつわかりやすく解説。クリニカルパス学会主催の過去の教育セミナーから好評だったテーマを中心に、多くの地域・医療機関で明日から即検討できる手法をまとめた。また、パスの教育や組織作り、電子パスや連携パスの最新の活用法、そして今後期待される新たなパスの領域も盛り込んだ。現場での秘策や情報は「匠のコツ」「トピックス」として開示。パスに関わる多くの医療者必読書。

監修 日本クリニカルパス学会
学術・出版委員会



B5 頁180 2021年 定価:3,850円[本体3,500円+税10%] [ISBN978-4-260-04641-1]

医学書院

**急性期から在宅、成人から小児まで
気管切開ケアの拠り所となる書、待望の刊行**

気管切開 包括的ケアマニュアル
Comprehensive Tracheostomy Care: The National Tracheostomy Safety Project Manual

▶ 気管切開患者・喉頭摘出患者の標準的ケア普及を目的とした団体National Tracheostomy Safety Project (NTSP)による包括的ケアマニュアル。気管切開術の方法、デバイスの種類、緊急時の対応など要点を踏まえ解説。術後の短期的気管切開ケアだけでなく、永久気管孔を有する患者の長期的ケア、小児の気管切開ケアにも言及。イラストや写真、アルゴリズム等ビジュアル面も充実。当該領域の看護師、救急・集中治療系の医師をはじめ、呼吸ケアサポートチームに属する多職種メンバーにもおすすり。

監訳: 藤澤美智子 横浜市立みなと赤十字病院 集中治療部
高田順子 東京ベイ・浦安市川医療センター 呼吸療法チーム
武居哲洋 横浜市立みなと赤十字病院 救命救急センター

定価4,950円(本体4,500円+税10%)
B5 頁192 図137 2023年
ISBN978-4-8157-3089-5

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL. (03)5804-6051 https://www.medsci.co.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp