

などの公的医療機関に分類できよう。また私的も株式会社等の商業セクターあるいは医師による所有など幾つかに分類可能である。

第2に、一次ケア施設、すなわち診療所と病院、あるいは一般医と専門医の関係がある。入院と外来については、ドイツ、フランスなどと原則的には外来診療の機能を持たない病院の国々や日本のように診療所も病院も共に外来と入院治療を持つ国も存在している。

中でも米国は例外的で一般に病院は救急以外の外来を持たず、また病院には研修医(レジデント)以外は所属せず、専門医は開業していて、患者を入院させ病院を利用する立場にある。しかしこれらも外来での手術が増加し、また近年病院が雇う医師(ホスピタリスト)が大学病院を中心に増加しつつあり、動的な転換期にある。

第3に、機能的にも一般病院や精神病院等の特殊病院、一般病院に於いても病気に対応して、急性期、回復期、長期が存在し、長期も在院日数の長い、医療機能の重い分担ケア病院と介護機能を主体とする福祉施設、例えば米国のナーシングホームなど。

3. 各国病院システムのパフォーマンスの比較

各国での病床の使われ方を分析するため、急性期病床、長期病床、そして老人ホーム定員を足し合わせ、それぞれの割合を計算した(図1)。日本の場合、急性期病床には一般病床が用いられている。人口当たりで見ると、日本は病床数は世界で最も高いが老人病床の定員を加えると、スウェーデンやベルギー、ハンガリーに次いで第4位となる。割合で見ても病院病床の占める割合は日本は韓国に次いで第2位となっている。この意味するところは、日本は病院が福祉施設の代替を果たしており、2005年の患者調査の一般病床に入院している3ヵ月以上入院者がまだ30%あることから、一般病床さえもが福祉的機能を果たしていると推定される。韓国の場合は、まだ高齢化の途上で老人ホームの定員が少なく、一方北欧諸国は政策によっても高齢要介護者が病院から福祉施設に移管されてきた結果と考えられる。

各国の平均在院日数を比べると、日本は一般病院においても一般病床においても最も長い(図2)。歴史的に見ると1960年代前後では日本は最も長いドイツとあまり差異はなかったが、ドイツをはじめとしてその他の国々も在院日数が継続的に低下した

のに比して、日本はむしろ延長した。大半が急性期病院を持つ自治体病院でみると在院日数は70年代以降低下し、とりわけ近年著しい。一方、医療法人や医師所有の病院ではいったん上昇し1987年をピークに低下を始めたものの、近年また増加傾向にある。言い換えると、日本ではいまだ長期ケアを担う病院が多く、一般病院の中にも長期的ケアを担う病床が混在すると想定される。

一方、欧米諸国では相対的に高齢化のスピードが緩慢で、福祉施設が整備されてきており、一部の国を除いて病院との役割分担が明確になってきているといえよう。

4. 各国の病院スタッフの比較

1) 看護師

OECD データの急性期病床当たりの看護師数を用い、日本は一般病院を用いて比較するとデータが存在する17カ国のうち日本は最下位となっている（なお、看護師数は専門職も含めた看護師数と定義されている）（図3）。メキシコ、スペインが2前後、次いでノルウェー、オーストラリア、アイルランド、米国、イタリアが1.5前後で固まっており、ドイツ、フランス、日本は0.5から0.7で最下位となっている。参考までに都道府県立病院の値を入れると0.69となっており、ドイツとフランスの間に位置する。歴史的に見ても病床当たりの看護師投入量は過去40年間着実に増加し、とりわけ近年急増を示す国も存在する（図4）。日本も着実に増加してきたものの以前から看護師数が少ない国に属していた。

人口当たりの看護師数では日本は中位に属し、病床数が世界最多を示しているため、病床当たりには割り返すと低い値となる。しかし原則的には急性期病院で看護師投入量も日本最多のひとつである病院グループ日赤をしてもドイツとフランスの間に位置し、他の国々には及ばないといえよう。

2) 全職員

病床当たりの総職員数を国際比較すると、米国が5.1と例外値で、次いでノルウェー、メキシコが4前後でそれを追っている。1患者に4~5人の職員がうろうろしている状況となる（図3、5）。日本は総職員数においても世界最低で、一般病院で1.10にとどまっており、参考として都道府県立病院をとってみても1.16と最下位は変わらない。総職員数をみると、フランスやドイツでは1.7や2で、順位としては中位となっている。つまり、フランスやドイツは看護師数は少ないがその他のスタッフが相対

的に多く、現場の看護スタッフを支えているといえよう。

看護師数に対する総職員数の割合をみると、米国が 3.5 と最多であり、フランスが 3 で、看護師を支えるスタッフが充実しているといえよう。看護師数が少なかったドイツも 2.7 と豊かであり、日本は 2.06 と下から数えて 5 番目となっている（図 6）。

3) 医師

病院医師の国際比較は共通の条件で収集された OECD Health Data のようなデータが存在しないこと、各国で医師の労働形態が異なることから国際比較は難しい。そこで各国の政府統計を元にフランス、ドイツ、オランダ、イギリス、そして日本 5 カ国について医療経済研究機構発行のデータシリーズのデータを参照し比較を試みた。オーストラリアや米国の病床当たりの医師数は他の国々に比較して少ない。というのも病院が直接雇用する医師は研修医以外には少なく、通常医師は自らの診療所で開業し、病院には所属しないが使用契約を交わし、必要に応じて病院に患者を連れてきて検査や手術を行っているからである。いわば開業医がパートタイムで病院医として働いているからに他ならない。実は近年、このような活動形態は他の国にも拡がりつつあり、特にフランスはそのような医師がかなりの数にのぼる可能性がある。しかし、本分析では各国統計のうち病院医師と明記されていない国、フランスについては勤務医師を、オランダについては専門医師を用いた。

病床当たりの病院医師数は世界的に見ても増加傾向にあり、特に英国は著しい。一方で日本は僅かな増加は見せているものの（図 7）、5 カ国間では最も低い。しかし興味深いことに人口当たりの病院医師数を比較すると、国際的にはほぼ 1000 人に 1 人強の辺りに集中しており、日本は 5 カ国の中でも平均となっている（図 8）。裏返してみると、日本の国全体としては人口当たりには病院医は国際標準から見てそれなりの人数がいるものの、病床数が多すぎるので病床当たりの医師数が低く、機能が拡散している。米国の場合、45 万人の臨床に従事する医師のうち 33 万人が診療所をベースに活躍しており、10 万人が病院に雇用されている。30 万人の労働の何%が病院で費やしているかは病院で把握するのは難しいが、「診療所オフィスに行く前に病院で回診する」とか「患者を入院させて手術を行う」とか、専門医の場合は 5 分の 1 から 3 分の 1 は病院で過ごしているといえよう。だとすれば数十万人の常勤換算の医師が病院で働いていることとなる。さらに病院では約 1 万 7000 人の医師助手 (physicians assistant) が働いており、さらにはここ十数年間、病院医 (hospitalist) という職種が増加し、

2010年には2万人に達すると予測されている。hospitalistは病院内の総合診療医ともいえる職種で、特に重症患者の多い大学病院等で急増している。かつては病院にはレジデントしかおらず、院内の緊急時や救急室での救急患者に対応していたのが、在院日数短縮化や医療技術の高度化、そして医療事故の多発から病院として独自の医師を雇用するに至ったのが、hospitalistの背景である。また簡単な診療の問題については開業看護師（nurse practitioner）がレジデントのいない病院等では診療に参加し、活躍している。米国の病床当たりの医師数はわずかに日本を下回っているものの、これらの別の人的資源が存在し、医師機能の代替を行っているといえよう。

4) 他職種 日独米の比較

その他の職種についてはさらにデータが乏しく、大ざっぱには日独の比較が可能で、かなり詳しく単独の職種まで降りて比較するには日米のデータが存在する。

まず日独比較をすると、医師総数については日本の全一般病院の平均で0.13、都道府県立でも0.17とドイツの0.24には及ばない。これは人口当たりにも割り返しても同様でドイツが多いと言えよう（図9）。看護職員については日独類似しており、人口当たりにも置き換えると日本のほうがあつといえよう。技術職、事務職員については病床当たりドイツが約2倍の投入量となっている。全従業者では日本が医師当たり1.13であるのに対し、ドイツは2.04とほぼ2倍にあたり医師の数も病床当たりでは潤沢で、さらに他の職種の支援も日本の倍近い数字となっている。

最も職員投入の多い米国と比較すると、従業者総数では5倍にのぼり、また正看数では1.06:0.40と3倍の差となっている（図10）。准看でも3倍となっている。さらに看護業務補助者では4倍となっている。興味深いことは、人口当たりにもこれらのデータを直すと、ほぼ日米同数で医師の場合と同様に、米国と比較しても病院職員の数はそこそこであり、病床数が多いだけ機能が薄くなっているといえる（図11）。

さらにもう一つの注目すべき特徴は、例えば薬剤師の場合、病床当たり0.6人投入されているのに対し、さらに薬剤師助手が0.5人投入されており、専門労働と単純労働を分担して担っていることが想定される。作業療法士や放射線技師等臨床系技師については、そのほぼ半数の助手が存在し、専門家をサポートする構造となっている。米国病院の場合、職種数が多いことや、また数も多いことで機能分化が進行している一方、統合的に機能を推進するシステム化が必須であるといえよう。

日本の病院医師の生産性を1人当たり年間退院患者数で測定すると、日本は80前後

と他の国に比して低い（図1 2）。フランスは200を越しているが、開業医師が病院で働いている可能性もあり、実態はもう少し低いかもしれない。いずれにせよ日本は5カ国間最低で、業務負担が大きい割には効率が悪いことになる。

また看護師の生産性を在院日数で測定すると時間的敬経緯に従って在院日数が5日前後に収斂しつつある。例外は日独仏の3カ国で、同様の病床当たり看護師投入量の増加にもかかわらず日本は長く、都道府県立でも約倍、逆にフランスは長く、ドイツはその中間を示している（図1 3）。確かに看護師以外のスタッフが少ないせいか看護師投入に比して生産性が低いと考えられる。医師、看護師の分析を合わせると日本の病院は他の国に比して構造的な違いがあるように見える。

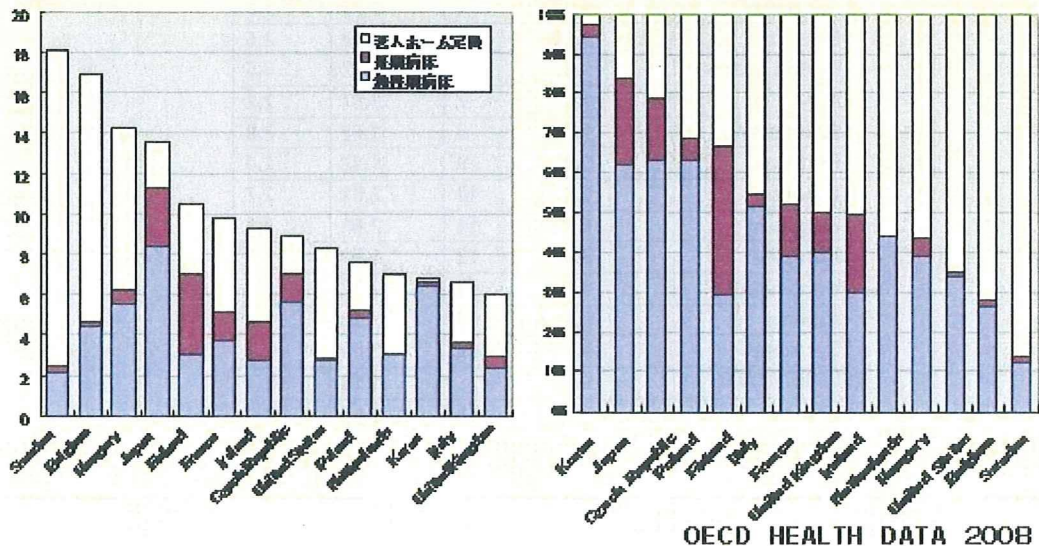
5. まとめ

このように見てくると、日本の病院は諸外国の病院に比して病床当たりの職員数は少なく、機能的に分散し、病床当たりの機能は薄いとわざるをえない。さらに近年の平均在院日数の低下で、業務が増加すると負担増に耐えることは厳しいと考えられる。

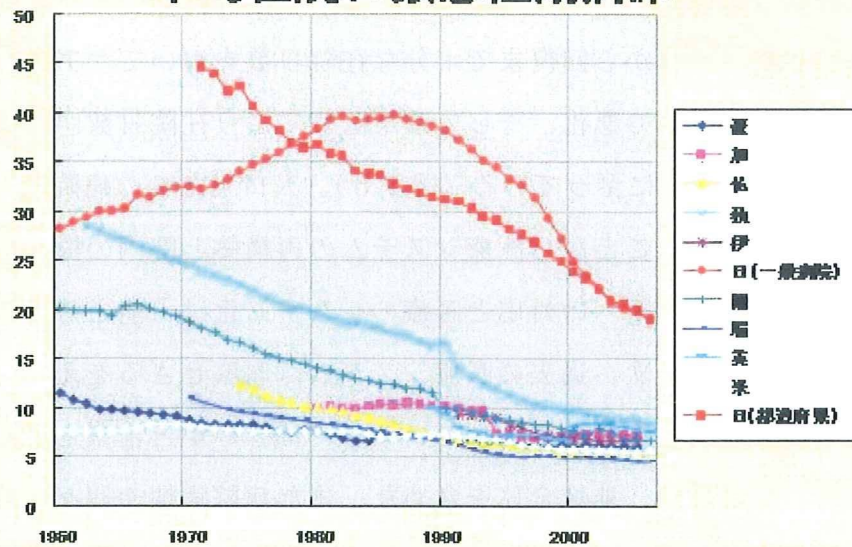
日本の病院は国際ベンチマークを行うと様々な側面で国際標準からは大きくはずれ、異なった組織運営であることが想定される。諸外国においても、平均在院日数はかつては日本に類似した値を示す国も多く、病院機能が次第に変化してきたことがわかる。その変化の原因は医療の第2次技術革新であり、また80年代後半から始まった医療制度改革の動向と想定される（図1 4）。終戦直後の第1次技術革新が麻酔や抗生剤等比較的費用対効果の高い技術革新であったのに比して、70年代後半の第2次技術革新は診断技術が多く、費用対効果の向上につながらず、治療においても化学療法等疾病を治癒するものではなく、いわゆる半完成技術（half-way technology）が多かった。結果として医療費が急増し、オイルショックによる世界経済の悪化と相まって、医療費の抑制政策が展開された（図1 4）。そして80年代に入るとこれらの要素技術の革新は成熟化し、一定の有効性が定まり、また国民の医療の質や安全への関心も高まり、医療がその要素技術をネットワーク化したシステムとして機能することが期待されるに至った。ニューイングランド医学誌の編集長・レルマン教授はそれを「第3次の医療革命」と呼んでいる。

欧米諸国はこのような動向に対し、出発時点での差こそあれ、機能分化とその再統合に力を注いできたと考えられる。一方日本の場合、病院機能は比較的未分化で、病棟を中心に練度の高い匠と看護の心を持つ看護師とが牧歌的にあうんの呼吸でゆっくりと診断から治療、治療から回復まで十分な在院日数を用いてケアを行ってきた。しかし急速な高齢化、財政の悪化、そして政策医療により在院日数が短縮化され、病院の機能分化が必要となるに至っている（図15）。人口当たりの病院の人的資源をみれば日本は国際標準にあることから医療システムの再構築と院内の機能の再定義をはかれば、人類史的に技術革新への対応と医療のシステム化は可能と考える。しかし、そのような再統合まで、一次、過去の医療システムは崩壊せざるをえず、それがいわゆる病院崩壊や医療崩壊としてあらわれているのではないかと推察される。今こそ単体の「病院管理」ではなく、地域全体を含めた、また病院病棟や個々の臨床過程を含めた複層的な「医療マネジメント」の概念を用いて、病院の経営を捉え直す時がきているのではなかろうか（図16）。

国際比較 急性期長期病床及び特養定員



國際比較年次推移 平均在院日數急性期病床



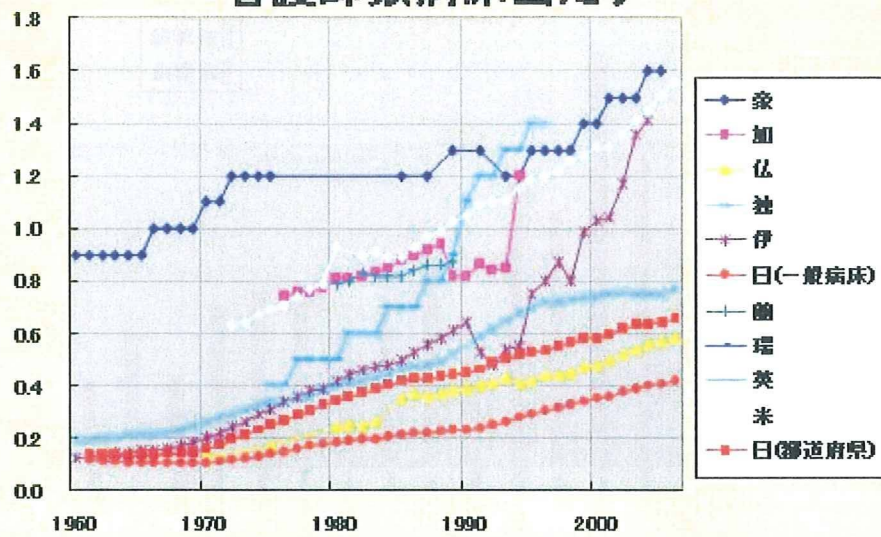
OECD HEALTH DATA 2008

人的資源

	看護師	順位	總職員	割合
Mexico	2.10	1	3.90	1.9
Spain	1.74	2	3.65	2.1
Norway	1.64	3	4.46	2.7
Australia	1.60	4	2.80	1.8
Ireland	1.50	5	3.80	2.5
United States	1.45	6	5.12	3.5
Italy	1.41	7	3.17	2.2
Switzerland	1.27	8	3.52	2.8
Portugal	1.03	9	1.42	1.4
Greece	0.97	10	2.63	2.7
Belgium	0.89	11	2.06	2.3
Hungary	0.83	12	1.52	1.8
Luxembourg	0.80	13	2.22	2.8
Austria	0.78	14	2.18	2.8
Germany	0.75	15	2.03	2.7
日(都道府県)	0.69		1.16	1.7
France	0.56	16	1.68	3.0
日(一般病院)	0.53	17	1.10	2.1

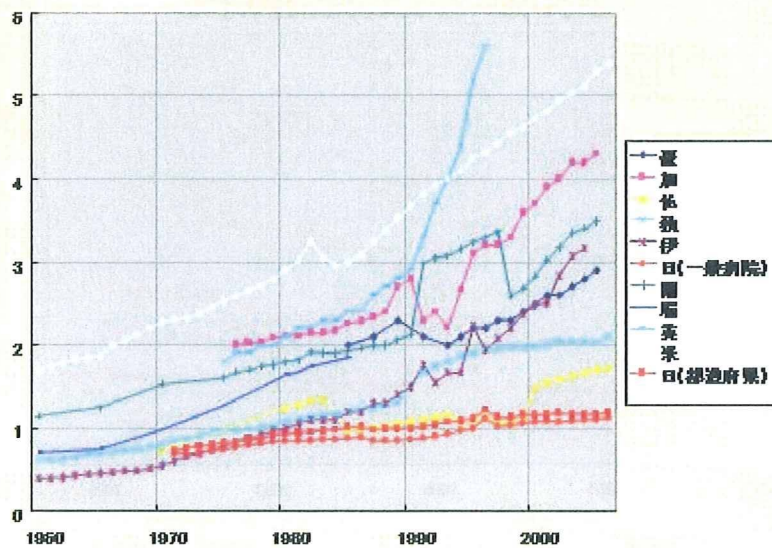
OECD HEALTH DATA 2008

国際比較年次推移 看護師数病床当たり



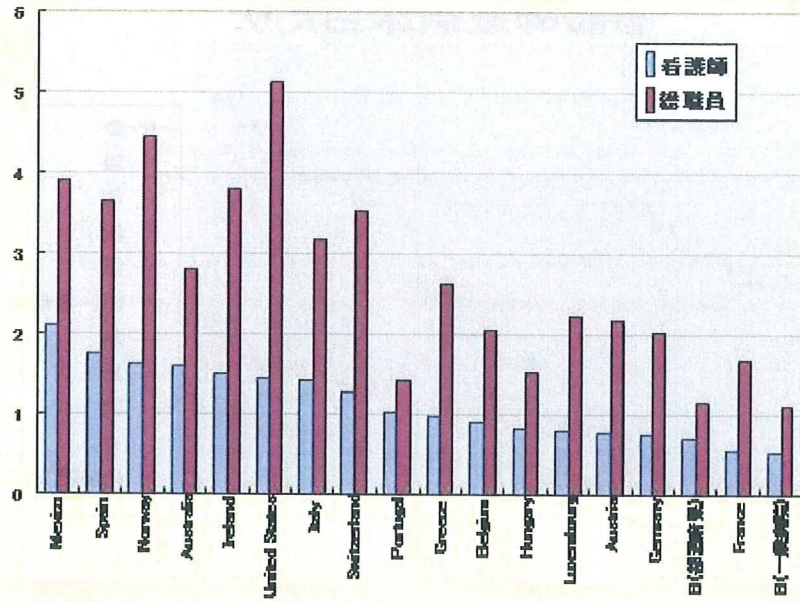
OECD HEALTH DATA 2008

国際比較年次推移 総職員数病床当たり

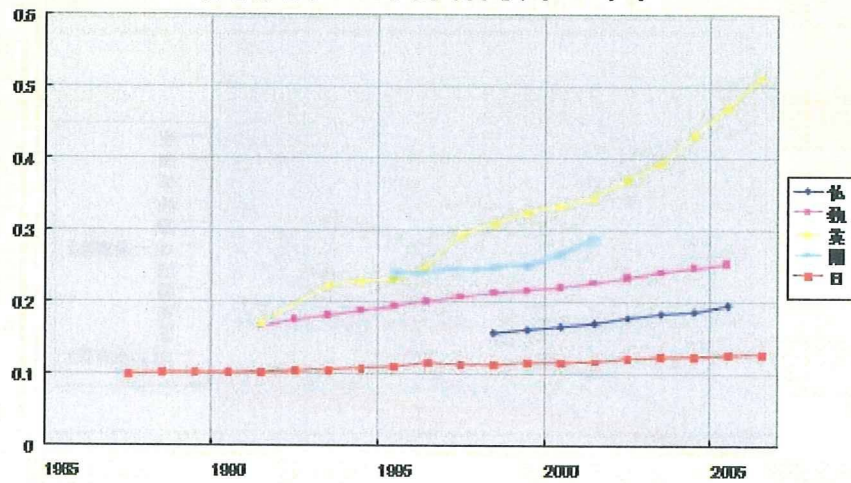


OECD HEALTH DATA 2008

総職員対看護師

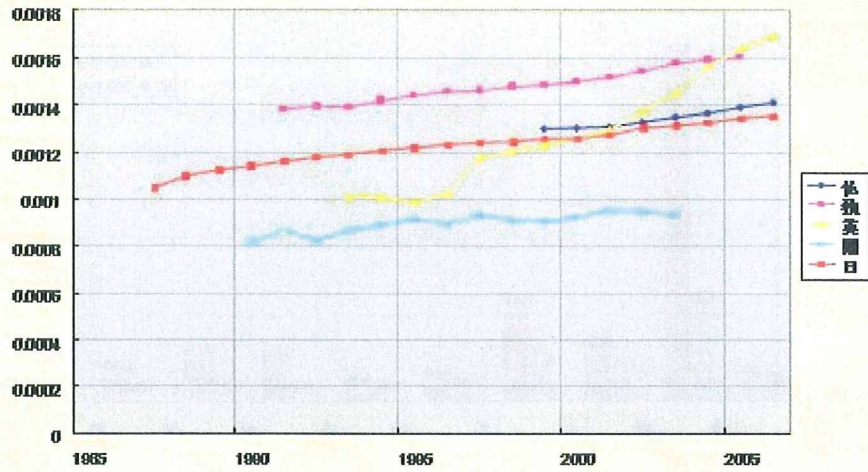


国際比較年次推移 病院医師数病床当り



政府等各国統計
医療経済研究機構データ集より

国際比較年次推移 病院医師数人口当り



政府等各国統計
医療経済研究機構データ集より

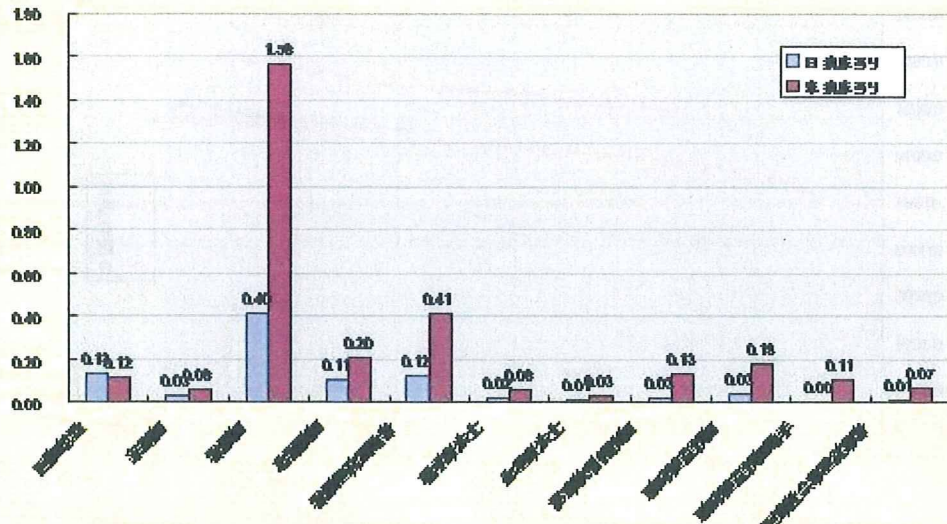
日独比較 病床当り職員

	総数一般病院 2006	都道府県立 2006		独 2003
総数	1.13	1.20	従事者総数	2.04
医師総数	0.13	0.17	医師	0.24
看護職員	0.65	0.72	看護職員	0.75
看護師	0.52	0.69	看護師	0.60
看護業務補助者	0.12	0.03	看護助手	0.04
技師	0.11	0.12	医療技師	0.29
事務職員	0.11	0.07	事務職員	0.24

事務職員は2001

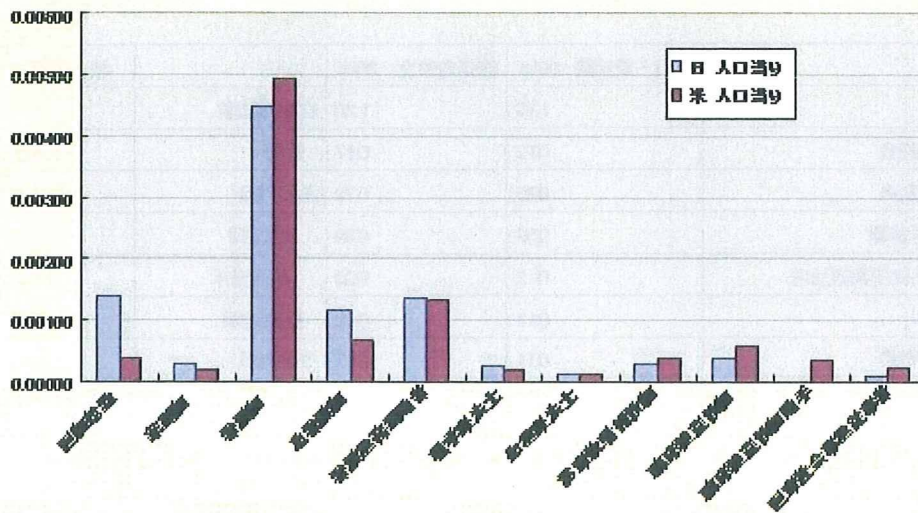
日独政府統計
医療経済研究機構データ集より

日米比較 病床当り病院職員



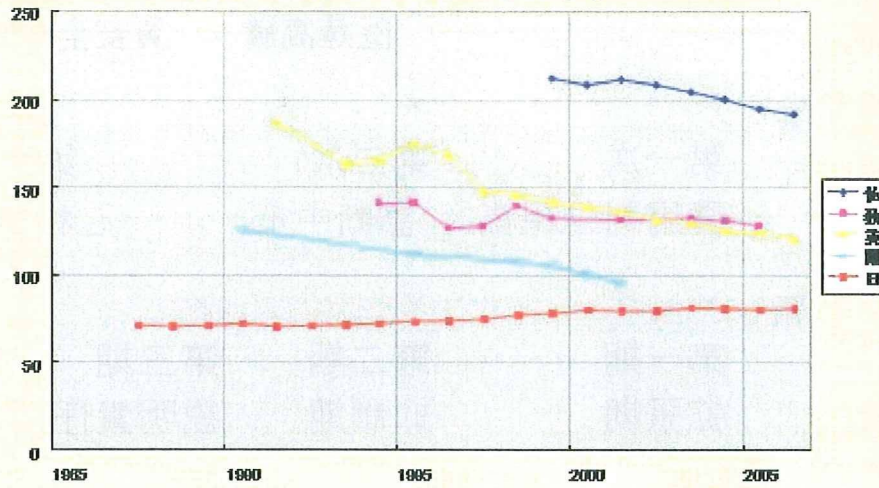
日米政府等統計 2006

日米比較 病床当り病院職員



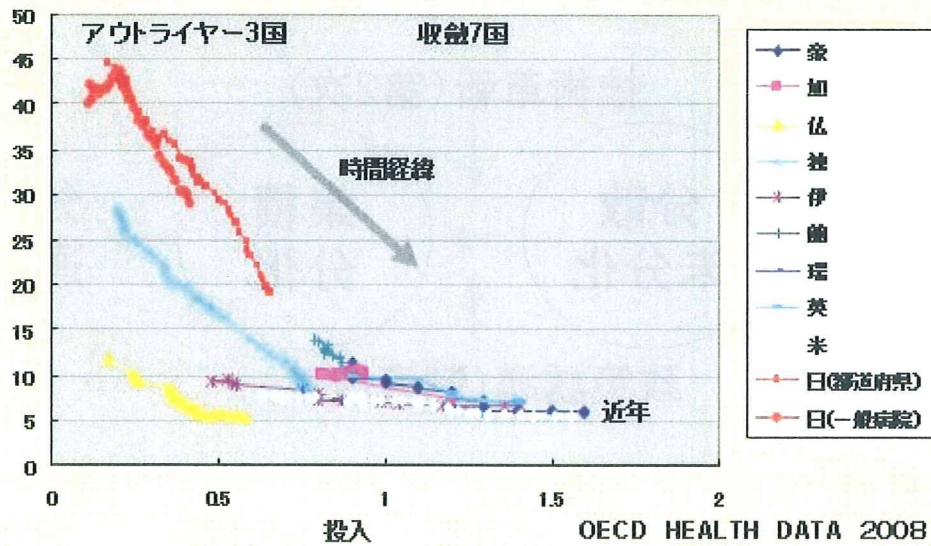
日米政府等統計 2006

国際比較年次推移 退院数医師当り



政府等各国統計
医療経済研究機構データ集より

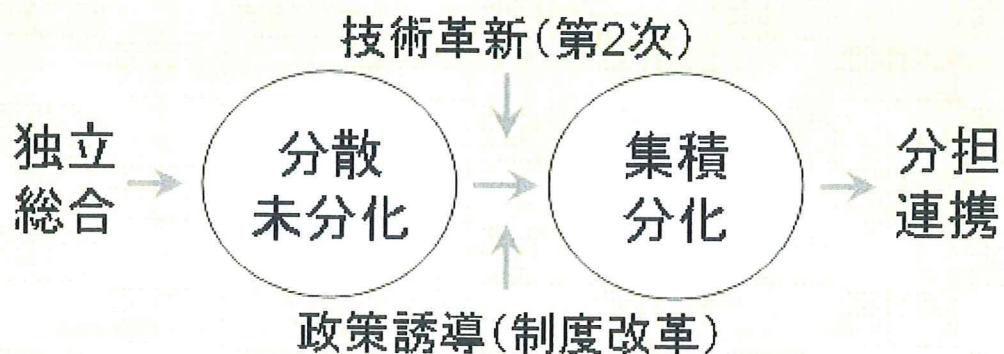
国際比較生産性 投入(看護師数)対産出(在院日数)



医療マネジメントの必要性

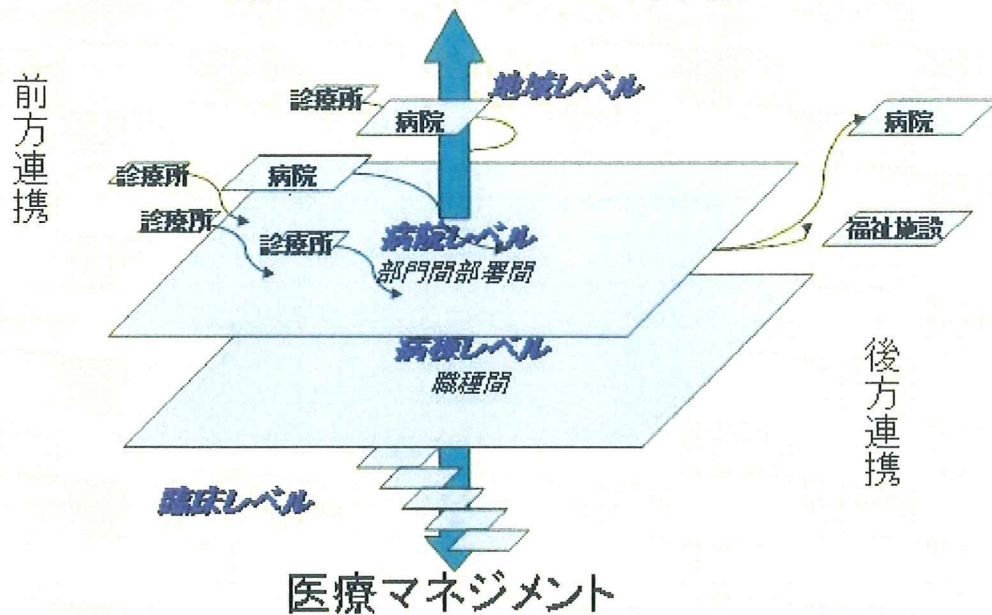
	1950	1975	2000
		医療高騰	質安全の関心
技術革新	×	×	×
	第一次 費用対効果高	第二次 診断中心	第三次 これから
医療革新	×	×	×
	第一期 拡張期	第二期 抑制期	第三期 説明責任期
医療制度	社会保障充実	医療計画	制度改革

第3次医療革命(医療のシステム化) 1980-2010



背景: 高齢化、低経済成長

医療マネジメントの各相



医療情勢を踏まえた手術室運営の展望

1. はじめに

手術部門の経営は病院経営にとって要である。律速因子にも、これまで特に看護業界ではあまり取り上げられてこなかった。しかし最近の病院経営の大きな脚光を浴びつつある。手術部門経営が主要課題として注目を浴びる四つの課題を述べる。そして、「医療マネジメント」の主要課題として取り組まれて来なかった二つの理由、すなわち手術部門経営の現状、ボトルネックとなっている理由について述べ、今後の可能性について医療政策や医療情勢をふまえて述べてみたい。

2. 手術部門経営「重要である4つの理由」

第一に、医療安全、医療の質への関心の高まりである。手術部門は、侵襲性の高い診療を行うところから医療安全の主要な対象領域とされてきた。ここ数年間、米国でもWHOにおいても安全な手術を目的とする一大キャンペーンがされている。

第二に、手術の外来化の動きである。在院日数の短縮や患者の利便性から、できる限り簡単な手術は外来化していくことが進められている。特に大都市圏やその郊外では外来手術を中心にブランド化を試み、経営改善を図る病院も出始めている。

第三に、技術革新への対応である。術中のモニターが発達し、手術室内の器具の管理が大きな課題となっている。その上に、ダヴィンチなどのロボット手術が実用化されつつあり、手術室の構造や、建築にも大きな影響を与えている。さらに米国を中心に、レントゲンや内視鏡での診断部門を手術部門と合わせて運営することが普及しており、建築的構造のみならず手術部門の組織形態のあり方まで問われているといえよう。

最後に、最も重要な課題は病院経営の大きなパラダイムシフトそのものである。日本の急性期病院の多くが、この十数年間の間に平均在院日数を半減させた。投入する職員はほとんど増加しなかったことから、職員当たりの業務は急増したといえよう。平均在院日数の短縮は、診断や回復期の過程をできるだけ外部化し、手術等本当に入

院が必要な症例だけに入院患者を絞り込むといった手法で達成された。結果として、多くの病院で手術件数が増えている。これ以上の在院日数の短縮、病床回転率の増加を図れば、手術件数はより一層増加する。言い換えれば多くの病院にとって、もはや手術部門の経営が在院日数短縮や病床回転率アップのボトルネックとなっているのである。

3. 手術部門経営「遅れてきた2つの理由」

第一に、経営のリーダーシップの問題である。手術部門はフルタイム的人的資源からなる看護の部門と麻酔部門が中心となり、さらにパートタイム的人的資源であり、利用者である外科医の部門からなる。部門全体の総合的マネジメントは麻酔部門の長が部長として任命されていることが多く、一部大学病院や大病院では外科医が部長であるところもある。外科医の場合、パートタイム的関わりが多く、かつノウハウを欠くこともあり、フルタイム的スタッフが実務の労をとっていることが多い。麻酔科医が出術部門の長を兼ねる場合、人材にゆとりがなければ同様に看護部門が実務的マネジメントの労をとらざるを得ないこととなる。このような日本の組織構造やガバナンスの形態が、経営者が手術部門の医療マネジメントに真剣に取り組んでこなかった原因の一つかもしれない。

第二に、手術部門での看護師の活動は、「患者をセルフケアが回復するまで手厚く看護支援する」といった看護の原風景とは程遠く、新しい看護のアイデンティティの確認を必要とするかもしれない。米国の場合は、病院の各部門の中間管理職が看護師で、経営を任されている。手術部門も看護部門がマネジメントを担っている。それは、米国の場合、医師が病院に属さず開業医として患者を病院に連れてきて手術をするといった独特の医療システムからきている。

しかしそれでも、看護師が手術部門の明確なマネージャーとして位置づけられたのは、それほど古いことではない。筆者は1970年代に米国で外科のレジデントを経験し、1983年DRG導入直後に研修した病院を再び訪れるチャンスがあり、そこで手術部門の大きな変化に驚いた。かつての手術場婦長がスーツを着て手術室入り口の小さな事務室に座っており、私が「どうしたのですか？」と聞くと、「聞いてください。私はもはや手術室の看護婦長ではなく、手術部門のマネージャーになったんですよ」と、多

少自虐的に笑っていたのを覚えている。米国では一つの病院に、最低数十人から数百人の外科医が登録されて、手術を行っている。それぞれが好みの手術機器や術式を行うので、カスタマーサービスが大変である。また、器械出し等の技術的側面は手術室の技術員（テクニシャン）によって担われており、看護師は不潔看護師として各手術室の進行管理を行っていた。とにかく 30 年前でも一つの病院で 1 日 50~60 の手術件数はこなしており、そのうち半数が全身麻酔であった。あれから 25 年、米国でも平均在院日数は半減し、手術部門は更なる効率化が求められていると想像する。

4. 日本の手術部門経営の環境変化

この 20 年間、日本の手術退院患者数は退院患者の占める割合においても絶対数においても大きく増加した。1984 年に年間換算で 240 万回であった手術入院は 2005 年には 480 万回となり、さらに 12 年後の 2017 年には 930 万回になると想定される。なかでも若年者の手術は増えず、増加はほぼ高齢者のみで、かつて 5% であった 1980 年には 65 歳以上の手術患者が 22%、2005 年には 56% に、2017 年には 75% に達すると推計されている。一方、一般外科や整形外科等病院の外科系医師の数が 1996 年をピークに減少を始めており、将来の外科を担う医師の不足が懸念される（図 1）。

1 ヶ月当たりの麻酔件数も 1984 年には 8 万件であったものが 2005 年には 16 万件に増加し、一方、全身麻酔を施行する病院数は 4800 から 3800 に減少し、施設当たりの全身麻酔数が増えて集約化が進行していることがわかる。集約化は特に大病院に偏っている。麻酔科医の数は順調に伸びているものの、近年その伸びが鈍化している。社会診療行為別調査による 1 日当たりの病院単価では次第に手術費の占める割合が鈍化していると言えよう。

これらが示唆するところは、高齢化による絶対的手術需要の増加、そして安全性や質、技術集積性の観点から手術が特定の施設に集約しつつあることが見てとれる。日本でも本格的に手術部門の安全で効率的な経営が、医療マネジメントの重要な要素として必要となっているといえよう。

5. 医療情勢遠景「日本の医療制度改革」

医療制度改革は 1986 年のオランダ、1989 年のイギリスを皮切りに 90 年代、ドイツ・

フランスなどヨーロッパに拡がって、さらに発展途上国も含めた世界に拡がった。2000年代に入ってもその余波が続いている。日本でも1986年の医療制度の見直し中間報告などに見られる医療制度の改革の議論は1980年代に始まってはいたものの、統合的な形をなしたのは橋本行政改革のもと、1996年に自民党と与党がまとめた医療制度改革案に始まる。これは医療提供体制、診療報酬、保険制度にまたがる総合的なものであったが、すぐには実行されず、医療法改正や診療報酬の改定を通して提供体制にかかわる政策が少しずつ進められてきた(図2)。中でも国立医療機関の独法化と同じ時期に始まった初期研修制度は提供体制に大きな影響を及ぼしている。しかし改革が大きく前進したのは小泉改革の下、2006年に医療法と健康保険法が改革され、多くの政策が実施された。県民に医療情報を提供する情報公開やクリパスによる医療連携の推進、そして後期高齢者医療制度などである。これらは比較的診療に参加する機会のなかった患者に情報を提供すること、そして医療機関の機能の分化と連携を促すものである。

これらの経営環境の変化や医療制度改革が、手術部門の運営にどのような影響を与えたのかをみてみよう。1996年から続く医療法改正による病院の機能分化の促進及び2002年の診療報酬における手術件数による施設基準の設定は各病院に手術件数を増加させる方向で影響した。2006年度に法律が通り、本年度4月からインターネットに提供され、患者の医療施設選択に用いられることになった医療情報提供制度は、各施設の手術件数を公開させ、これも手術数を増加させる傾向にあると考えられる。2004年度から始まった医師の初期研修制度の影響で大学病院から市中病院への医師の供給が減少し、全体的医師不足に加えて麻酔医、さらには外科系の志望者が激減することが危惧される。

6. 医療情勢近景「病院経営のパラダイムシフト」

医療情勢の遠景として、日本の医療制度改革の結果や、患者の医療への期待の変化を受けて、病院経営は大きなパラダイムシフトを起こしつつある。平均在院日数の短縮に向けて入院後、これまで一体として行われてきた診断と治療は、できる限り入院前と院外に移行されてきた(図3、4、5)。さらに化学療法や放射線治療等も入院後や外来に移行されつつある。政策を進めてきた厚労省はどの程度意図的であったかは別として、これらの政策は結果として院内の各部門の機能分化を促進させ、かつて病棟

を中心に進められてきた診療、外来、手術、I C U等患者のケアの権限の委譲（ハンドオーバー）が前提となった新たな診療過程に変貌した。そして、入院前・入院後の院外との連携、そして入院過程での各部門の連携が必須となっており、円滑なハンドオーバーが保証されなければ医療事故を生む危険性をはらんでいる。

これまで「練度の高い匠」である医師と「看護の心の原風景」を持つ看護師があうんの呼吸でインフォーマルなチームをつくってケアしてきた日本的な病棟運営が、権限と分担を明示化して再度チーム化する明示的な組織となった。明示的な組織とスムーズなハンドオーバーを保証するのは標準化された情報の共有化である。これまで病院の診療録が医師の個人的覚え書きのようにわかりにくくても病棟内に蓄積された経験によって質の低下や事故が起きなかったのが、今後は共同で運営する標準的情報システムにとって変わらなければならないこととなった。ここでは、看護師長をロールモデルとするキャリアラダーも大きく変容せざるをえず、従来の看護組織の崩壊が始まっているのではなかろうか。今一度、病院経営のあり方を考え直し、より安全で効率のよいサービス提供を保証する組織に再編していくことが求められている。

7. 展望と提言

これまで述べてきた経営環境の変化の中で、これからの手術部門は以下のような方向を目指し、課題に取り組んでいく必要があると考えられる。

1) 手術部門の位置づけと機能の再確認

手術部門は古典的な看護を提供する部門ではなかった。そして今後その傾向が強まると考えられる。手術部門こそ手術の医療マネジメントを行う場であり、看護部門もそれを支える主要な担い手として医療マネジメントのノウハウを蓄積していく必要がある。情報交換や研究を通してその経験を理論化していく必要があるのではなかろうか。

2) 組織化とバランス

これまで比較的曖昧であった手術部門の組織体系と、それを担う各職種の役割分担、意志命令系統とガバナンスの構造を明確化する必要があると考えられる。

3) 情報の共有化

1) と 2) を進めるには、手術部門における各職種が情報を共有する必要がある、

ITを用いた手術部門情報システムを構築する必要があるといえよう。手術の進行管理、物品等のロジなど効率化に用いると同時に、事故が起きた際の分析にも有用となる。さらに今後これらの情報が訴訟の場で公開されることも必須となると考えられる。

4) ロジスティック

手術部門は手術材料、手術機器、麻酔等のモニター機器などロジが大きな割合を占める。5S/KAIZEN/TQM等の技法によってその効率と安全性を同時に高めていくことが必要なのではなかろうか(図6)。

5) 医療安全

最後で最大の課題が医療安全である。医療安全は国際的課題となっており、WHOや米国の病院の質認定機構(JCAHO)ではこれまでの研究に基づいた手術場の標準的な考え方や手法が既に教科書としてまとめられている。それによると、以下の課題に取り組むことが進められている。

①コミュニケーション

多くの事故はコミュニケーションの失敗によって起きる。特に職種間のコミュニケーションが問題で、米国では軍隊のノウハウを活かし、コミュニケーションをフォーマット化し、またチーム形成にも資するため、新しい方法 STEPPS®が開発され、日本にも紹介されている。例えば SBAR という手法は、状況や背景、評価、提案を情報提供に際しての基本フレームとすることなどである。また患者とのコミュニケーションも極めて重要で、術前・術後のコミュニケーションが奨励されている。

②患者同定

米国退役軍人病院や認定機能に提供された根本原因分析の症例を通して、誤部位手術や誤認手術の予防法は確立されており、ユニバーサルプロトコルとして全世界に紹介されている。具体的に文献を参考にされたい。

③火災予防

火災には燃料・発火・酸素の三要素が必要で、それぞれに対する対応が求められている。

④感染予防

院内感染の予防は、特に手術場においてこれまでの医学の歴史上、大きな課題であった。術前抗生剤の適正使用から術中の感染予防の重要性についてはもはや述べるまでもないであろう。