

時間) - (Scheduled Order time : 実施予定時間)

例えば、-180 は、3 時間前 (180 分前) に実施したことを示している。本数値の平均値は、-108.5 分となっており、平均して 2 時間程度前に混注を実施していることが分かる。最も頻度が高いのが、-30 から 0 のカテゴリであり、実施直前に混注を行っているものが最も多い。30.5%の注射が実施予定時間よりも 3 時間前に混注を行っている。

D. 考察

本研究で用いられた P O A S はプロセス管理のコンセプトの元に設計されており、予め設定されたプロセスの順序通りに進まない限り医療行為が実行できないようになっている。このプロセスの順番は、業務フローの分析に基づいており、例えば、混注を行わずに注射の実施を行おうとするとエラーになる仕組みとなっている。こういったプロセス制御の考え方は、リスクマネジメント上大変重要であり、同時にデータの収集においても欠損値を生じさせないという意味がある。こういった方法に対して、こういったプロセスの分析に基づかずにデータの収集を行い、データマイニングを行う考え方がある [23]。この考え方では、プロセスそのものもイベントログの中から発見し、学習的なモデルにするべきであると考えている。しかし、データの捕捉構造そのものは既に何らかの構造を持っており、そこから発見されるモデルはその構造を超えたものではあり得ないため、どちらにせよ最初から構造を規定しておくことは必要である。特に、医療情報システムにおいては、安全が強く求められるので、その点からも安全に配慮した構造を保持している必要がある。

本研究では、プロセスの可視化に注目したので、ここでプロセス指標とアウトカム指標に関して整理を行う。プロセスとアウトカムのデータを集計したプロセス指標とアウトカム指標は、それぞれパフォーマンス指標として用いられてきたが、データ収集の容易性と指標としてのわかりやすさからアウトカム指標の収集がこれまでの研究の中心であった。アウトカムデータは、様々なプロセスの帰結であるので、プロセスの側面を含んでいるため、必ずしも測定が可能ではないプロセス指標よりもアウトカム指標の方が網羅性が高いと考えられている [24- 28]。

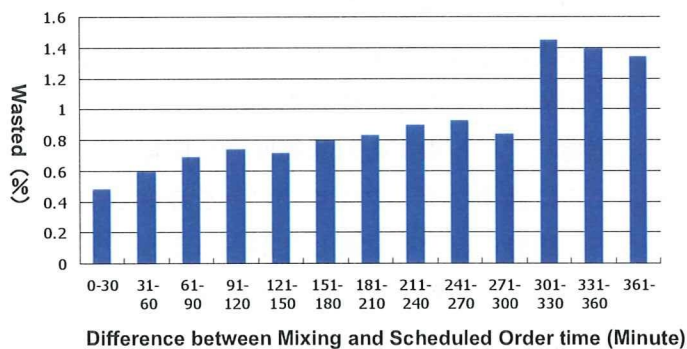
表 2 アウトカムのばらつきの原因

Category of explanation	Sources of Variation
Differences in type of patient	Confounding by patient characteristics
Differences in measurement	Ascertainment and definition of cases, outcome and risk factors
Chance	Random variation, influenced by number of cases and frequency with which outcomes occurs

しかし、マントが指摘しているように、アウトカムの違いはパフォーマンスの違いだけでなく、患者の重傷度の違いやデータ収集方法の相違、当該アウトカムに関係する事象への遭遇機会、栄養状態やライフスタイルなどの相違によっても生じる。データ収集方法の標準化とケースミックスの調整によりアウトカム指標は、改善されうるが、プロセス指標の方がこういった外的因子の影響を受けにくい [7, 15]。また、プロセスデータは解釈が容易で、文脈的なデータとしても利用が可能である。これらの性質は、医療マネジメントの研究を行う上で非常に有益なものである [29-36]。以下に、プロセスデータによる研究の具体例を示す。

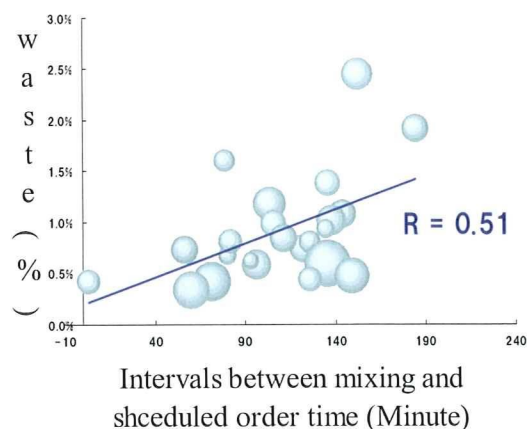
ここで、先ほどと同様に注射のプロセスを検討する。注射は、適切に実施されたもの（タイプ1）、薬剤の混注変更後にオーダ変更が生じ、廃棄されたもの（タイプ2）、混注前のオーダ変更により薬剤が返品されたもの（タイプ3）に分類される。タイプ2は、薬剤を廃棄することになり、タイプ2とタイプ3は、看護師の労働時間を消費するものである。そこで、病棟の生産性向上のためには、両者の削減がターゲットとなり、特にタイプ2の減少が望まれる。

図 9 混注と実施時間の間隔と廃棄率



タイプ2は、混注後にオーダ変更があったものであるため、タイプ2を減らすためには、混注から実施までの時間を短くすることが必要であると考えられる。そこでデータを使って分析を行ったのが、図9である。このグラフによる、混注を実施に対して早い時間に行えば行うほど、その薬剤が廃棄される確率が高まること示されている。同様の分析を病棟単位で行った場合、混注と実施の間隔が長い病棟において、廃棄率が高いことが示されている（図10）。

図 10 病棟毎の廃棄率と混注・実施の間隔



結果としての廃棄率を計算したり、推計したりすることはこれまでの医療情報システムにおいても可能であると思われるが、プロセスデータがない場合は、こういった原因の分析は困難である。なぜ廃棄率が高くなる、原因を検討できるのはプロセスデータが存在するからである。POASによってプロセスとアウトカムのデータを連結されることで、アウトカムの原因に関して分析を行うことが出来る。

E. 結論

本研究では、プロセスデータを用いて病棟の分析を行うことを検討してきた。これは、病棟の生産性・質のマネジメントを行う上で貴重な材料であるが、同時にコミュニケーションツールとしても大きな可能性を持っている。質の高い医療を求めることに関しては、医師、看護師、その他のコメディカルの間で共通認識が存在している。それでも、コミュニケーションに齟齬が生じているのは、事実の認識に齟齬が生じているからであると考えられる。医師と看護師は、業務スタイルが異なっており、視野も異なっている。どちらも正確に事実を把握しているとしても、把握している事実の対象範囲や時間幅が異なっているとそこに誤解が生じることになる。ここに適切なデータのインフラを提供し、コミュニケーションの土台とすることで、お互いの視野の違いを意識しながらコミュニケーションが可能になってくるのではないかと考えられる。全数・プロセスデータがコミュニケーションに与える意義に関して、検討を続けたい。

F. 健康危機情報

なし

9. ガバナンス

病院ガバナンス概念把握の問題提起

1. 背景

今、病院のガバナンスが医療界で大きな課題となっている。医療は公的側面を持つ一方で、公的病院の経営効率が問題で、設立は私的病院が多い。ただ、私的病院（医師所有が中心）は長期ケアやケアミックスの病院が中心で、急性期は公的病院が中心になっている。

従って、私的病院では機能の分化、公的病院では経営の効率化が大きな課題となっている。

医療の効率化の方法の一つとして、企業の医療界への参入が議論されている。議論の途上、逆に現在の個人立病院のあり方が問題となり、法人化への政策が進められてきた。また法人制度の改革と共に財団等の病院も主体の変更が求められている。急性期病院は公的病院が多いことから、医療の効率化のもう一つの方法として、民営化、独法化が図られ、2004年の国立病院、国立大学病院の独法化を皮切りに自治体病院の民営化や独法化が進められつつある。

これらの背景には、財務人材等の資源の問題があり、キャピタルインベストメント、ランニングコスト共に誰の責任とするか、また医師不足の折りに人材の確保を誰がどこで担保するかが課題となっている。

確かに、高齢化と共に医療は一つの病院で完結せず、回復期リハ病院、福祉施設等との連携が必須となる。つまり医療のガバナンスが単体の病院で完結せず地域システム全体として捉える必要があり、その地域を構成する自治体も複数提供施設も種々の設立主体と、分母分子と共にガバナンスが拡がっており、収れんが難しい。金融危機意向、それまで目指してきた小さな政府が見直され、政府の役割が再検討されている。そこでこれらの課題の研究が必要である。

日本には諸外国と比して極めて多数の設立主体があり世界のはずれ値となっている。分類の方法にもよるが26種に及ぶ設立主体があるとされておりしかも国立地方自治体私立など種類も多岐に亘る。ヨーロッパ諸国では国公立とキリスト教やNPO法人などの私的病院の比較的公的性格をもつ2種類が認められるに過ぎない。医師自身が病院を有するのはフランスぐらいとなっている。米国は国立地方自治体立、コミュニティ立と営利団体立と4つに分けられるが日本ほどの種類はない。

元来病院はその地域の医療需要を支えるものであり公的側面を有する。日本においてもサービス内容は設立主体を超えて一定の社会的責任を負うと考えられる。にもかかわらず意思決定のプロセスやその監査のシステムが設立主体によって極めて多種である事は日本の医療サービスの結果やシステムの効率を考える場合に大きな問題となるのではなかろうか。その定義に基づいて一度それぞれの設立主体によるガバナンスを評価分析する必要があるといえよう。従ってまず「病院経営におけるガバナンス」とは何かを定義し分析する必要があるといえよう。

表1. 開設者と課題のマトリックス

	現状と課題	理念	財務	人事	設備投資
国立(厚労省) ナショナル 国立大 労災	独法化で収支改善 これから独法化 独法化 2004 であまくいかず 特法から独法化 2004				
都道府県立 市町村立	2008 総務省よりガイドライン 2008 総務省よりガイドライン				
日赤 済生会 厚生連					
全社連 他保険					
会社立 福祉法人 他法人 私立大	設立変更				
医療法人 特定 医療法人 非特定 個人	増加 特定への転換 法人化の動向				

2. 目的

病院経営の根本であるガバナンスの課題を「概念整理」「歴史分析」「国際比較」「ケーススタディ」「各開設主体の現状分析」、さらに「地域で捉えられる考えとその特性」を踏まえて評価し、今後の展望を検討する。

3. 考え方と方法

分析すべき課題は政府の役割と病院の機能、とりわけ公的病院と私的病院の役割の差について考察する必要があるといえよう。またガバナンス概念即ち理事者の機能と執行側の機能その効率的なチェック機構のあり方を国際的にもユニークといわれる医療法人等の概念に当てはめて分析する必要がある。具体的には設立主体の持分財産の処分、提唱の問題、人事権や予算権、更には経営計画立案の責任と執行の責任、サービスのアウトカムとりわけ医療事故や医療の質に対する監査とそのチェックメカニズム、効率的運用に関して設立主体そのものの責任とそれを許認可する地方自治体等の公的組織の責任、などが研究の方法となる必要がある。また今日の日本の状況に至った歴史学を分析するためには江戸時代からの開業医の制度や日本の近代病院の設立過程を歴史的に分析する必要があるといえよう。また同様に設立の形態が日本と大きく異なる欧米についてもその設立主体の種類、歴史的発展の過程、意思決定の責任や監査のメカニズム等について分析し国際比較研究の必要があるといえよう。病棟経営側としてこれらは大きな課題といえよう。

平成20年医療施設調査より

表2 病院数 2008 開設者別

	実数	構成割合 (%)
総数	8794	100
国	276	3.1
厚生労働省	22	0.3
独立行政法人国立病院機構	146	1.7
国立大学法人	48	0.5
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	0.4
その他	26	0.3
公立	1021	8.6
都道府県	270	3.1
市町村	729	8.3
地方独立行政法人	22	0.3
公的	299	3.3
日赤	92	1
済生会	82	0.9
厚生連	117	1.3
北海道社会事業協会	7	0.1
国民健康保険団体連合会	1	0
社会保険関係団体	122	1.4
全国社会保険協会連合会	52	0.6
厚生年金事業振興団	7	0.1
船員保険会	3	0
健康保険組合及びその連合会	14	0.2
共済組合及びその連合会	45	0.5
国民健康保険組合	1	0
私的	872	10
公益法人	395	4.5
私立学校法人	108	1.2
社会福祉法人	184	2.1
医療生協	85	1
会社	69	0.8
その他の法人	31	0.4
私立	6204	70.5
医療法人	5728	65.1
個人	476	5.4

医療経営と組織ガバナンス

1. はじめに

ガバナンスとは統制とか統治と訳される。企業運営においては、経営は統制されるべきものとされる。この概念は企業が社会的に非人道的なこと、非倫理的なことを抑止する必要性があるという概念から生まれた。具体的には企業が健全な経営を行い、安全と品質を保証し、公表データには嘘や偽りが無い（粉飾でない）ことで、投資家または消費者はその企業の製品を購入し、企業に投資し、買収することができるための担保の役割を果たすものである。そう言った意味では、ガバナンスという概念は広く企業不祥事の歴史の裏返しとして発展してきたものである。また一般に組織ガバナンスとしては3つの機能が要求される。①自己反省できる機会（内部環境）②自己反省を社会に示す機会（外部環境）③自己反省を促す組織体制、いわゆる自浄作用である。本稿では医療機関における経営にとってガバナンスとは何か。また一般に言われる企業経営のガバナンスがそのまま医療機関の経営に応用できるのかを検討してみたい。

2. 医療機関の特質

医療機関における特質としては第1に経営者の問題が挙げられる。第2に医療が経営という概念になじむか否かという議論がある。その意味では医療機関が営利組織である会社とは違う性質をもつと言う特質が挙げられる。そういった属性を有する組織のガバナンスは一般企業とどのように分けるべきなのか、または分けるべきではないのかという議論に発展する。

第1の特質は医療機関の経営者の問題である。一般に病院での最高責任者に院長という存在がある。院長は企業経営における社長と同義ととらえることができるのかということを考えなければならない。つまり、株式会社を中心とする一般の企業では代表取締役としての社長が明文化されている（会社法第354条）。但し、これは従来の取引慣行上の名称として「社長」の肩書を用いた場合の責任について触れたもので、法律上「社長」の地位を定義したものではない。一方医療機関について規定する医療法には元来院長という法律上

の地位はどこにも明文化されていない。その意味で院長あるいは病院長の肩書と経営実態は何ら法律上接点のないものである。あくまで医療法人としての理事長（医療法第46条の4）及び医療管理者が医師または歯科医師（助産師）であること謳う（医療法第10条）のみである。しかし本邦における実態は、医療機関のほぼ70%近くが民間の医療法人であり、法人の理事長（ないしは理事）が院長であることから、経営と執行が同一である場合がほとんどである（一部の株式会社が開設した医療機関を除く）。問題は国立公立病院の場合である。自治体病院のほとんどが財政上の執行権を行政が有し、実務の執行は病院長が有するという形態で運営されている。それに伴う人事権についても院長が有したり、行政が有したりと明確に定まてはいない。このように予算と実務が一体化していない状況の下では、その経営責任は極めて曖昧なものとならざるを得ない。最近多発する自治体病院の閉院という問題は、このような原因が露呈している状況ではないかと推察できる。つまり、経営に対してコスト意識が少ない院長が、効率性重視と押し通して過剰な設備投資に走ったり、医師の管理ができない行政が、多額の給料のみを前提に医師獲得に奔走したりといったちぐはぐな経営が行われたりするのである。結局はそのような結果閉院になった病院の地域で暮らす住民はその経営の失敗の不利益を被ることとなるのである。

第2の特質としては、そもそも医療の経営は一般企業とは異なり、利益性の追求に終始することを目的とはしない。医療機関が提供する医療サービスそのものが利益として、利用者（患者）ひいては地域住民に配分されるという公的な性質を有する。それは民間の医療機関についても公的医療機関であっても等しく同じである。その意味で株式会社のような、経営者、株主、従業員を中心とした消費者に至るような選択的集団で構成された漠然としたものとは異なる。医療機関の場合は選択的集団というよりむしろ狭い限局した地域に暮らす住民（利用者・患者）を中心に、行政、理事会、職員（医療者含む）で構成される。医療サービスの利益を享受する多くの集団が患者という地域住民である。その意味では地域住民が経営に参加して然るべきとの説明にも理論がある。このように医療機関のステークホルダーと言った場合には、一般の企業における選択的な集団の消費者とは違う、近接した社会関係を有する地域住民といった性格の集団が中心に位置することが大きな特質と言える。

3. インフォームドコンセントと医療安全

医療機関は医療資源を有効に利用し、適切に医療サービスを患者に提供するのを目的とする。また医療組織とは高度な専門家のグループ群で構成され、そこで働く主要なスタッフは医師をはじめとする専門家集団である。この専門家傾向は医療分野が高度化するにつれて益々分化し、高まっていく方向にあると言えるだろう。また医療機関のステークホルダーの多くは、医療の情報を持たない患者を中心と、行政、理事、職員（医療者等）である。従来は医療サービスを提供する側が、一方的に必要な治療を決定し、患者は黙ってサービスを受けて回復すれば、すべての住民が満足していたのである。しかし現在では必ず

しもそうではない。患者は自ら治療の選択を主張できるのである。この傾向は 1970 代の消費者運動に端を発し、医療サービスがマーケット化するにつれて益々色を濃くしてきたのである。医療消費者と言われる所以である。しかし、一方で医療の情報はさらに高度化して行き、情報が非対称化していくのである。情報の非対称性が医療の特質のように言われることがしばしばあるが、これは間違えであり、実はどの産業、世界にも情報は決して平等なわけではなく、我々が知らない世界は数多存在する。裁判でのやり取りしかり、歌舞伎の芝居しかり、野球の打法しかり、そういったことは知らないからこそ専門家としての価値が評価されるのである。

ただ情報にアクセスできる機会が多いか少ないかということには、様々違う要素が存在する。当然医学的な技術を修得には一定の資格（医師や医学生）が必要である。彼らが学んだ多くの専門知識は、そのままでは理解しがたく、具体化した説明や場合によっては通訳のような装置が必要とされる。インフォームドコンセントが患者の権利乃至は医療行為の前提条件として発達し、さらに医師－患者コミュニケーションの重要性が主張される所以である。その意味でインフォームドコンセントは唯一患者が医師に対して、情報の提供を主張しうる統制機能とみなすこともでき、②おける「外部環境」の患者によるガバナンス行為の 1 つであるということも考えられる。しかし、インフォームドコンセントは具体的にどのような情報を、患者にどのような形で与えるべきかは決められていない。

また医療安全観点からは、患者は、医療者に対し安全な医療の提供を要求できる。平成 11 年に起きた大学病院の医療事故を契機として、患者の安全性が重要視されてきた。医療行為は元来侵襲を伴う危険な行為であるから、医療そのものがリスクであり、常に不確実を伴うものであるとの主張がなされてきた。しかし、元来病気が快癒するものとの期待で言ったはずの病院で、死を含む健康に有害な結果を招くというのは受け入れがたい現象であった。医療安全においてはその予防対策をとることは当然であるものの、一定のリスクが生じることは否定できないといった考えが支配的である。その場合医療機関は起きてしまった事故の対策をどのように取るかということが、事業の継続性に決定的な経営の鍵を握ることになる。医療事故により発生した損害は医療保険や民事賠償などによる金銭的負担もさることながら、経営を主に圧迫するのは、特定機能病院の取り消しや風評による患者現象のリスクがはるかに大きいのである。それらの不祥事は有害事象の発生よりも、その後の事故隠蔽工作や、言い逃れ、取り繕いなどの事故隠し、カルテの改ざんのような事態に陥ったことが原因である。

以上のようにインフォームドコンセントにおいてどのような情報を、どのような形で患者に提供するか。また有害事象が発生した場合に、誰がどのような形で、誰を相手に報告するのかについては全く具体化されていないのである。これらの問題は先の①に示される「内部環境」の規定の問題である。

また医療機関の組織に求められるガバナンス能力に③であげた自浄能力というのがある。それは組織内で生じた不具合を自らの手で解析し、自らの手で解決・改善できる能力のこ

とである。医療の世界では発生した有害事象を外部の手で分析、解決、又は処分まで行うべきとの意見がある。しかし、高度な医療の情報、不確実な医療のアウトカムが医療の特質ならば、生じた医療事故のプロセスを分析できるのは、第1に医師であり、医療者である。つまり第1義的には医療機関そのものに、自浄的な機能が求められるのであり、まさにそれこそが組織ガバナンスではないだろうか。そのための環境は整えるべきであり、それを外部からサポートできるような第三者機関の存在が別途検討されるべきであろう。

4. 医療機関の内部統制について

ここからは医療機関の内部統制について説明することにする。前章でも触れたように、医療機関に求められるのはガバナンスであり、その基本コンセプトは先にも述べたとおり①自己反省できる機会（内部環境）②自己反省を社会に示す機会（外部環境）③自己反省を促す組織体制である。英国における医療ガバナンスの展開は1995年までの数年間に、イギリス・ブリストル王立小児病院において、53人の小児が複雑心奇形のため心臓手術を受け29人が死亡したという医療事故の象徴的な事件を契機として起こった。その後2000年前後にマンチェスターなどで多発した医療事故の反省から、患者本位の医療を推進すべきとの世論の高まりから一層醸成されてきた。

そもそも企業経営におけるガバナンスの考え方は、1999年代の問題視されてきた多くの企業不祥事の反作用として発展してきたものである。その反省を基に企業の健全経営を、単に株主と企業経営者の関係として把握するのではなく、企業はそこに利害を有する多くの関係者（株主、経営者、従業員、工場立地住民、取引先など）から成る連合体であるとする考え方として発展してきた経緯の中で組み立てられた意識の変革である。そうした利害関係者間における入り組んだ力関係がどのように作用し、どのように調整され、その結果、どのように企業の行動が規律されるかという一連の仕組みを指すという捉え方である。では医療機関という組織の性格を、一般の企業と比較した場合にどのように捉えるべきかという検討がなされなければならない。どのような組織の成り立ちか、すなわち民間組織なのか公的な組織なのかによっても大いにその性格を異にする。たとえば英国では、多くの医療機関がNHSやTRUSTといった国乃至は公益法人が経営主体となる非営利組織であり、比較的画一的な組織体制の元で存在している。それに比較し我が国では個人及び民間の医療法人が経営主体となる病院はおよそ70%を占める。また国及び地方自治体が経営主体となる病院が13%とかなり少ない。このように個人や民間の病院が医療を支えるという特色を有している。地方自治体病院の経営状況ではおよそ70%前後が経常損失を生じさせている。不採算地域（全体のおよそ23%）における医療確保という要請は、公的事業の性格から避けられない面だとしても、決して放置される問題ではなく、改善の必要がある。健全な経営環境になれば、質の高い医療を望むべくはないであろう。

また、医療におけるガバナンスは、何を軸に形成されるべきかというテーマがある。1つの意見に、医療サービスの質においてよりよく医療機関を運営するためのフレームと理

解するという考え方があり、また医療経営の健全化を主軸にする考え方もある。そういったガバナンスにおける 2 面的な考え方は、企業におけるガバナンスも医療機関におけるガバナンスも同様であり、企業の健全経営と倫理性の要求といった 2 つの側面を、あたかも車の両輪として捉え、両者のバランスをとることが経営に求められる。製品の品質向上という意味では「質の高い医療サービスの提供」も然りである。また医療技術の評価ではいわゆる臨床指標にかかわるクリニカル・ガバナンスという考えがある。そしてクリニカル・ガバナンスを徹底する場合、いわゆる Pay for Performance(P4P) プログラムの導入等、あらたな診療報酬制度の検討が必要である。因みに P4P とは高質の医療提供に対して経済的インセンティブを、EBM に基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質の医療への改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006 年) このように医療機関のガバナンスを考えた場合には具体的には、「医療はだれのためのものか、病院はだれのためのものか」ということと、「病院組織における意思決定(外部監査、内部監査)のあり方はどうあるべきか」「情報公開とモニタリング」医療におけるガバナンスのマクロ的視点がある。一方では EBM と医療の質、診療報酬制度といった医療資源を有効に使い、経営を軌道に乗せて行くというガバナンスのミクロ的視点があると言えるだろう。

5. まとめ

ここまでで、医療機関のガバナンスを中心にみてきた。地域住民にとって、地域の公立病院が閉院するなどとは到底予想もできないことが近年生じている。しかし、現実に閉院、廃院となって初めて自分たちの医療をどう確保するべきかという議論を経験する住民も昨今では少なくない。その時点でようやく医療の問題が、地域住民自らの問題となってくるのである。自治体病院の問題は自治体の行政機構によってのみ運営されていると考えるべきではない。また経営という面では、常にコスト意識が付きまとう。質の高い医療を確保するとはどういうことか、自分たちの地域では一体医療機関を維持するのにどのくらいの費用が必要かを、医療のステークホルダー各自が考える必要があるだろう。ガバナンスとはそのような問題が起きる前に地域に必要な医療を、地域住民が検討し、自らが決めて行くというスタンスを文化(民力)として醸成していく必要があるだろう。そのために必要な情報をどのように、いつのタイミングで入手するかというモニタリングの実施も不可欠である。そういった制度的枠組みを、医療機関の内部と外部において地域ごとに模索することが医療経営における最優課題である。

10. 新たな病院経営の構築に向け

新たな病院経営の構築に向けて

- 未来の看護組織 -

■看護管理者の在り方の転換

現在の看護管理者は、スタッフ個々を指示命令等によって完全にコントロールすることを目指し、自分の望み通りの成果や回答が得られるまで、スタッフ個々を操作・誘導する傾向にあると思われる。また、自分が管理・対応できる枠の中にスタッフを閉じ込め、そこからはみ出すものがあればチームからはずす対応がとられている傾向にある。その結果、スタッフ個々の能力を伸ばすことができず、さらにスタッフ自身が自分で考え自分で意思決定する機会を奪い、自律性の低下を招き、管理者の指示がなければ何もできないようになってしまっている。

急性期病棟においては、急変時の臨床判断、患者をどのように地域に帰すかといった患者の代弁者となるような意思決定を個々のスタッフが持ち、仕事を遂行していくことが重要である。看護管理者はスタッフの自律性を支援するチームの構築を目指さなければならない。

■看護スタッフの活用

現在の急性期病棟において、スタッフが二極化している。「看護の原風景を求め、患者の入院から退院まで責任を持って全てに関わりたいと願う者」と「自分に与えられた仕事だけをこなし、それ以上のことをする必要はないと思う者」がいる。

前者は、急性期病棟における看護では機能分化や役割分担が進み、患者とじっくり向き合い、関わる機会をもてないこと、また患者が疾病の回復途中で退院するために達成感をもてないでいる。このため、バーンアウトしたり、急性期で看護を行うことに疑問を呈すようになる。このような看護師に対しては、急性期だけでなく、慢性期、在宅などの様々なケア領域をローテーションで体験をさせ、自分が関わる急性期の領域の重要性を認識させるが必要になる。また、外来と病棟で看護単位を形成し、外来から患者と関わり、継続的なケアを提供できる職務満足度を高めていくことが求められる。これは、患者満足度の上昇にもつながるであろう。

後者は、チームメンバー間での情報の分断を招いたり、同僚や他職種と協働することが

できないため、チームの生産性が低下する。このため、自分に与えられた仕事の効果が2倍、3倍になるような仕事の仕方について教育していく必要がある。例えば、サポートの方法、個々の業務をどのように有機的につなげるかといったことをチームで検討を行う。

■チームが機能不全に陥らないための対応を講じる

チームメンバー間で信頼が欠如すれば、チームメンバー間の衝突を避けるために伝えなければならないことを伝えられないといったことが起き、場合によってはこれが医療事故といった問題を招くこともある。また、機能分化が進むと自分の部分的な仕事に対してしか責任をもたないため、全体で物事をみることができない。このため、自分さえよければよいといった無責任な姿勢になりやすい。さらに、部分的な仕事のやり方は他の仕事とどのようにつながるのかといったことがみえないため、自分の仕事のやり方が成果にどのような影響を与えるかが不明瞭であることから、成果に対しても無関心になる。したがって、チームメンバー間での信頼を構築し、個々の仕事の目標と全体の仕事の目標を連動して立案し、個々の仕事の集積の成果が可視化できるようにしていくことが必要である。そのためには、パス上の目標や指標を使った評価に関して工夫を行うことが求められる。

■スペシャリストとジェネラリスト

看護のキャリア開発には、個々の特性や希望などに応じて、「スペシャリスト」あるいは「ジェネラリスト」としての選択肢を用意する。

「スペシャリスト」は、特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有し、継続的に研鑽を積み重ね、その職務を果たし、その影響が患者個人に留まらず、他の看護職や医療従事者にも及ぶ存在¹⁾。「ジェネラリスト」は、特定の専門あるいは看護分野にかかわらず、どのような対象者に対しても、経験と継続教育によって習得した暗黙知に基づき、その場に応じた知識・技術・能力を発揮できる存在。

スペシャリストは、専門看護師や認定看護師が該当する。ジェネラリストは、様々な部署・病棟をまわり、豊富や臨床経験と知識・スキルを持つ看護師が該当し、フロートナースとしての役割を担う。また「ジェネラリストのスペシャリストのポジションを確立し、リソースナース、ディスチャージプランナー、チームコーディネーターや看護管理者として機能させる。

■看護単位の工夫

急性期を「術前管理」、「超急性期管理」、「術後管理・退院後生活管理」のモジュール（機能単位）とし、各モジュール別の看護提供体制を構築。

- ① 術前管理の看護単位は、「入院予定患者に対し、術前検査や術前オリエンテーションなどを実施するための外来の単位」および「入院から手術日までの期間を担当する単位」から構成。予定入院患者については、外来と入院において、同じモジュール内の看護師

がケアを担当。

- ② 「超急性期管理」は、「手術」および「集中治療室」の二つに区分した看護単位を形成。
- ③ 「術後管理・退院後生活管理」の看護単位は、患者の病棟帰室から退院までを担当。

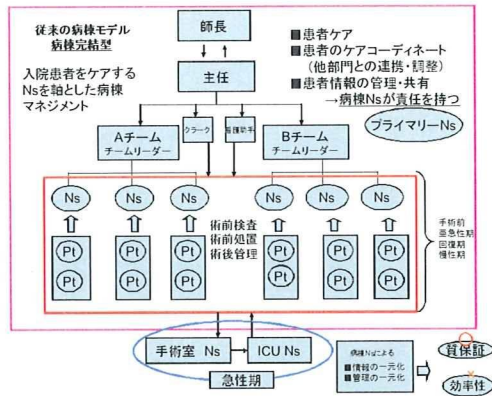


図1 従来の病棟完結型の看護提供体制

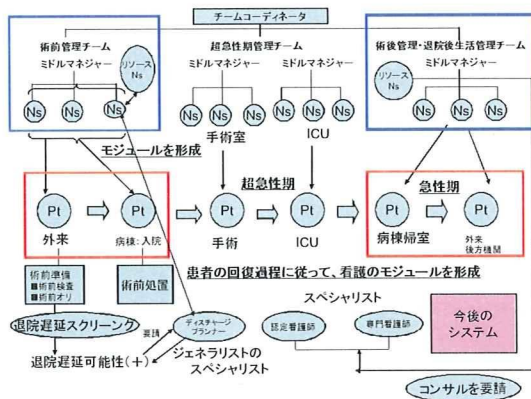


図2 新たな看護提供体制

(2) 各モジュール内での受け持ち患者への一貫性・継続性あるケアおよび次のモジュールへの引き継ぎの責任を明確にするために、各モジュールでは「モジュール型継続看護」を採用。「モジュール型継続看護」とは、一人の看護師が複数の看護師を受け持ちという形式で担当し、不在時には同じモジュール内の看護師が看護にあたるという形式。

■早期退院への介入

患者の退院支援や地域連携を担う部門に当該病院のディスチャージプランナーを配置。この部署には院内職員だけを配置するのではなく、地域の後方連携機関の職員を人事交流や非常勤職員などの形式で配置。予定入院患者については、「術前管理」の看護単

位に属する看護師が、外来で退院が遅延する可能性があるかどうかについてのスクリーニングを実施。退院遅延が濃厚な患者については、各モジュールの担当看護師がモジュール内のミドルマネジャー（モジュール内のリーダー）と相談し、ディスチャージプランナーにコンサルテーションを依頼し、ディスチャージプランナーが介入を開始。

新たな病院経営の構築に向けて

- 地域連携 -

<要旨>

地域連携を推進することが今後の病棟経営に重要であるとの観点から、病院と地域との関係性強化による、今後の病院経営の構築に向けた検討を目的とした。方法は全国国立大学病院（日本医療連携研究会）、愛媛大学関連病院（愛媛地域連携ネットワーク会議）等による、医療関係者へのアンケート調査及びインタビュー調査などである。結果及び考察として以下の点が上げられた。病棟レベル・病院レベルでの経営には、患者ニーズ達成を目標として共有する“チーム医療”が不可欠である。さらに連携範囲は地域に広がり、“開かれた病院”から“出かけていく病院”として、地域と信頼関係の構築された“おらがまちの病院づくり”の観点が重要である。実際、地域住民を対象とした学習の場や医療ボランティアの育成支援など、地域との連携を重視している所は少なくない。医療モデルから生活モデルにつなぐのではなく、生活モデルに医療モデルを取り込む考えの下、地域社会と連動した地域連携部門の充実強化が期待される。医療経営にヘルスプロモーションやソーシャル・キャピタル理念を積極的に導入することが効果的である

地域連携の現状と課題

1. 目的

医療崩壊という言葉が、全国いたる所で聞かれるようになり、その解決方法の一つとして地域連携による機能分化・役割分担が強調されるようになった。確かに患者や住民の健康や幸福を支援するために、医療と地域資源が有機的に連携することは重要であるが、実際の連携は、患者・住民が主役となっておらず、医療側の都合が重視された連携にとどまっている感がある。筆者はその主因が「公衆衛生の軽視」、つまり保健・医療・福祉の分野さらに地域社会づくり全般にわたって、憲法に明記された“公衆衛生”が意識されていないことが問題であると考えている。それは医療者が公衆衛生の真意や重要性を理解していないためか、行政など公衆衛生関係者の医療への関わり不足のためか。いずれに

しても、地域住民と共に、住民の真のニーズや地域特性を明らかにし、公衆衛生の観点から医療を地域の資源として見直して、地域の健康社会水準の向上を図るといった狙いから地域連携を推進することが、今後の病棟経営に必要である。今後の方向性を提案するために、病院と地域との関係性の現状と課題について調査・検討した。

2. 方法

全国の国立大学病院には、医療福祉支援センターや医療連携室・地域連携室など、名前は多少異なるが、退院支援・地域連携を担う部門が設置されており、全国レベルで連絡会議の開催やデータベースの構築がされており、またその共同研究活動として“日本医療連携研究会”が発足している。また筆者の在籍する愛媛大学病院では、その関連病院長会議による“愛媛地域連携ネットワーク会議”が設置され、県内関連病院の地域連携に関するデータベース構築や研究会が運営されている。これらの機関を背景として、医療関係者へのアンケート調査及びインタビュー調査などを行い、現状や課題について把握すると共に今後の在り方について検討した。

3. 結果及び考察

1) 住民・患者及び家族が医療チームの一員に

医療チームと言えば、医師を中心とした看護師や検査技師などコメディカルとの医療者間の連携を連想する。医療者と患者との信頼関係や互いのコミュニケーションが強調される時代の中にあっては、思い切って患者自身が医療チームの一員として参画するといった考え方はどうだろうか。

医療者のチームが患者に「してあげる」から、患者と共に「患者ニーズを実現する」といった医療者と患者・住民との関係のパラダイムシフトを期待したい。患者を医療チーム外に区分せず、目的を共有した同じ仲間と位置づけることが“早道”と思われる。サービスの提供者とそれを受ける側といった関係を超えて、ともに医療を活用する同志と位置づけることにより、患者自らの選択や安心は確保され、そのことによる患者満足度は向上は間違いない。患者を含めた医療チームという考え方は、医療者側に限定した安全対策マニュアルや注意喚起に委ねきた医療安全対策においても、より快適な医療環境作りを患者とともに構築するという観点からも、極めて有効と考えられる。

では、患者が医療チームの一員となるための環境をどう整備していけばいいのだろうか。以下に、いくつかのポイントを列挙しておく。

①自己健康管理の重要性や命の尊さなど保健・医療・福祉に関する知識を身につけ、健康や疾病・障害と主体的に向き合える力を養える学校教育や社会教

育を進める。

- ②患者側の真のニーズを明確にし、日頃から患者自身が自分の意志を声に出せるような患者力を育てると共に、その声が医療に反映される環境をつくる。
- ③健康な時から住民が医療機関と接点を持てる環境をつくる。例えば、①医療ボランティアの受け入れ、②地元住民向けセミナーの開催、③住民の相談に対応し情報発信のできる部門の設置、④医療施設内に住民の集まりやすい場所を設けるなど。
- ④入院直後に、診断治療だけでなく退院やその後の生活などについて、患者と十分話し合う機会を設けることやそれらを支援する部門の強化を図る。
- ⑤入院早期から、退院後に関わる院外関係者とともに話し合う機会を設ける。地域連携パスなどで患者の状態やニーズを共有し、経過を継続的に観察できる（モニタリング）体制を構築する。
- ⑥患者は最も鋭いアンテナを持った医療チームの一員との観点から、患者会を充実させ、ピアカウンセリングとして他の患者支援に関わるとともに、安心して地域で医療やケアが受けられる環境整備に協力する体制をつくる。

このように、医療主導ではない、生活に視点を置いた中で、医療を地域に活かすためにどうすればいいかを考え実践することが、ベストな解答を導くものと考えている。

<参考資料> ヘルスプロモーションとは

ヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセス」。包括的な社会・政治的プロセスであり、それは単に、個人的スキルや能力の強化のためのアクションだけでなく、公衆衛生や個人の保健への悪影響を緩和するように社会・環境・経済的状况を変化させるようなアクションを含んでいる。

WHOは、オタワ憲章（1986）とジャカルタ宣言（1997）で、ヘルスプロモーションを推奨しており、以下のことを列挙し、21世紀の最優先課題としてヘルスプロモーションの展開をあげている。

- ・健康に対する責任を社会が積極的に果たすこと
- ・健康開発への投資の増加
- ・パートナーシップの強化の拡大
- ・コミュニティー能力の拡大と個人の能力の効果
- ・ヘルスプロモーション展開のための組織的制度的基盤の確保

これを受けて我が国では、第3次国民健康づくり運動「健康日本21」の基本理念として明記された。