

は 教育体制の現状からも重要である。

⑤ 当部門は、採算性に直接的に関わることが理解されにくい点から、十分な評価や人材配置、また位置づけや予算配分が行われない傾向があり、そのバラツキもかなりある。全国的な機能強化に向けて、自ら評価指標を明らかにしアピールしていく必要がある。またサービス提供機関として件数や経済効果ばかりを求められなど、スタッフモチベーションの維持向上を図ることも難しい点もあり、当部門機能の標準化への全国的展開によるサポートが期待される。

⑥ 特に医療者を輩出し、専門家として地域の医療施策に関わる機会の多い大学病院の役割として、全国的なコンセンサスが得られ、講座として発足することを期待している。

以上から、連絡協議会の充実、日常の共同研究の展開など、研究会の設立・運営の必要性を痛感することとなり、研究会の設立に至った。

#### 4) 地域生活から切り離された医療

医療の進歩とともに、人間の“生”と“死”を目にする機会が日常の生活空間ではなく、医療施設内に限られるようになった。医学生への調査でも、自宅での出産や看取りを目にした割合はほぼ0%と極めて低い。生と死が現実の地域生活から切り離され、命の尊さの実感や死に方の自己決定力が低下し、自らの生き方の決定や健康感についての認識も乏しくなっているように思う。一方、医療側は医療制度や診療報酬に引っ張られ、患者のニーズや地域特性などを考慮すべき本来のEBM（医療を行う上での科学的根拠）への軽視を招き、医療者側の都合を優先した技術サービスの提供が先行してきているように思われる。

また、医療にかかりやすいという安心感の反面、医療に頼りすぎるといった国民皆保険制度の弊害も否めない。健診を受けない理由の第一位が、「調子が悪くなったら医療機関を受診する」であることは、この一面を端的に表している。

個々人への診断・治療を中心とした医療（西洋医学）の進歩は、医療をますます生活の資源から切り離していく危険性をはらんでいる。医療を生活資源として見直し充実させなければ、超高齢化社会で急増する疾病や障害を持って生活する方々の、その人らしい生き方や死に方の支援において、膨大な医療費をつぎ込む意義は理解が得られない。日常生活から切り離された治療中心の医療から脱却し、「健康を守る社会基盤の再構築」を目的に、医療を地域の資源として取り戻す地域の取り組みが不可欠である。

また、昨今のマスコミの報道が、①医師・医療者不足、②医療訴訟・医療安全、③コンビニ受診、④モンスターペーシェント、⑤ 医療者の疲弊、⑥住民・患者の不安増加、⑦医療・介護難民の急増など、興味本位的な不安をあおる表現に偏っている傾向もあり、医療者と患者との信頼関係の崩壊を助長する原因になっているようにも思えて仕方がない。

断面的かつインパクト重視の映像やコメントでは全体像が見えないし、物事の本質を見

失う要因となる。たとえば、“たらい回し”や“医師不足”は表面化した事象であって、現代の医療問題の本質ではない。多くの関係機関が協働することが解決への道である。医療者と患者との間だけでは解決しがたい課題でもあり、枝葉ではない根幹の議論を通じて、健康を守るための社会水準の向上のために、地域資源を総動員する公衆衛生の「チカラ」が求められている。

#### 5) 医療連携と地域連携

医療機関間の治療の継続を目的とした“医療モデル”としての連携は、医療費抑制を目的とした医療制度変革や診療報酬による誘導、特に在院日数の短縮化や機能分化及び在宅医療の推進等の外的要因から、確かに進みつつある。急性期病院の在院日数の短縮化は急速に進行しており、一方病床稼働率も低下している。目前の医療経営を維持するために医療連携は不可欠であり、今後もその方向に変わりはないだろう。

しかし急性期病院では、患者や家族の不安な状態を解決できずに、また患者の回復を実感しない状態での転院・退院が多くなり、医師や看護師のモチベーションが低下している。また転院先の医療機関では、急性期病院と同様の医療や看護を求める患者・家族の対応に苦慮している現況がうかがえる。

昨今推進されている地域連携パスは、これらの課題を解決する手段として運用されることが期待されているが、実際には、急性期病院側の退院促進（在院日数短縮化）が優先され、パスの意味が、患者を次に引き渡す、患者からすれば“追い出される”かのような使われ方になっている。本来のパスの意義が共有されないまま システムだけが進行し、患者不在の病院経営を守るためのツールとして広がりつつあることを懸念する。

急性期病院から発信される地域連携パスは、まず疾病ごとに区分されていることから、疾病の特殊性による医療モデル重視の情報になりがちである。愛媛県下で進めている脳卒中のパスでは、急性期病院からの一番記載されていない項目が、“患者の希望”欄であることから、その一端がうかがえる。急性期病院の役割として、診断・治療を重視した医療の提供ではあるが、地域連携パスの真意からすれば、急性期医療がいかに、診断・治療を退院後の生活につなげられるかがポイントである。

生活モデルを意識していなければ、地域連携という大義名分で、機能分化・役割分担を推進することは、医療機関の都合を患者や住民に押しつけることになり、理解は得られないだろう。なお、福祉分野の言う生活モデルには医療が包含されていない場合が多い。本来の生活モデルは、医療を生活の資源、地域資源の中に位置づけることだと思う。

#### 6) 地域連携と公衆衛生

“公衆衛生”は憲法第 25 条に明記された極めて重要な機能・役割である。医師法だけでなく、医療関係職である歯科医師、保健師・助産師・看護師、検査技師、放射線技師を定

めた各法の総則第一章に「公衆衛生の向上及び増進」が明記されている。栄養士法では代わりに“健康増進”が、PT・OTでは代わりに“医療”と記載されている。

しかし、その“公衆衛生”が死語に追いやられようとしている。

“公衆衛生”を“疫学”や“統計学”と誤解している医療者や医学生は多く、一般住民となれば、便所かごみ関係と思いついでいる人も少なくない。公衆衛生を地域保健という言葉に置き換え、公衆衛生＝予防活動と誤って、地域医療や地域福祉と区別したこともその要因になっているかも知れない。この医療崩壊と言われる時代に、保健と医療と福祉を区別するような表現に惑わされることなく、医療者の役割として明記された「公衆衛生」の重みを再認識すべきと思う。

公衆衛生とは「共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学・技術である。(ウインスロウ (C. E. A. Winslow; WHO 1949))」と定義され、具体的には「環境保健, 疾病予防, 健康教育, 健康管理, 衛生行政, 医療制度, 社会保障」があげられている。

Public health は“公衆健康”ではなく“公衆衛生”と訳された。衛生とは「生命や生活をまもる」ということであり、国民の基本的人権の観点から、このように訳されたのであろう。行政が推進する「地域医療再生」には、へき地医療の確保や個々の患者を対象とした臨床的課題の解決だけでなく、医療を生活資源と位置づけて地域社会の水準向上を進める公衆衛生の取り組みが、両輪として充実される必要性が重視されなければならない。

---

---

# 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

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が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、ICU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。そこでは、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らうか。

## 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り、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らうか (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

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。

## ⑤鋭的傷害の予防

針刺し事故等の予防は主として職員の労働安全管理の課題であるが、安全な機器への置き換えによる予防や発生時の対応等が課題である。

## ⑥異物留置

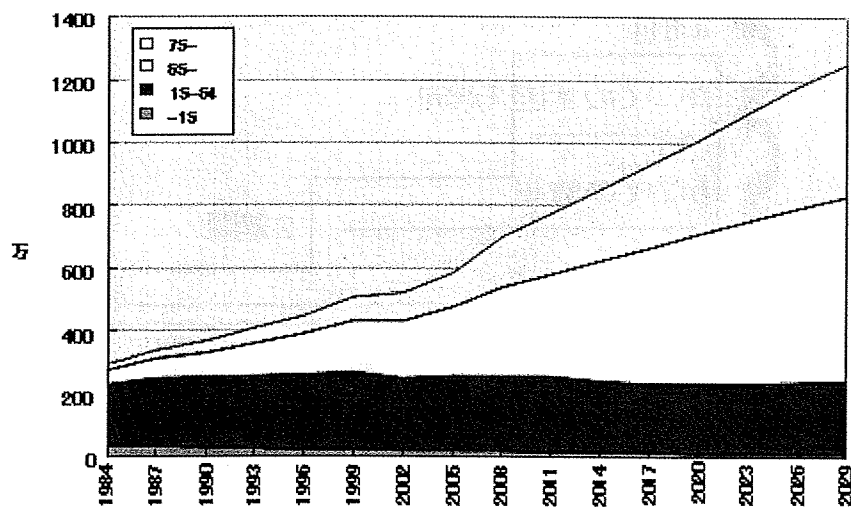
ガーゼや鉗子等の術野への留置は長年の課題であり、文献を参考にされたい。

以上の課題への取り組みを通して、看護部門が手術部門のよりよい経営の担い手となることを願ってやまない。

参考文献

- 1.長谷川敏彦編：医療安全管理事典、朝倉書店、2006年
- 2.焦点 看護・医療の研究におけるタイムスタディ、看護研究 37 巻 4 号、医学書院、2004年 7/8 月号
- 3.山崎洋次編：特別企画 日帰り手術、からだの科学 229 号、日本評論社、2003 年 3 月号
- 4.Kristine M.Miller(Ed)：Safety in the Operating Room, Joint Commission on Accreditation of the Healthcare Organizations, 2006
- 5.John Reiling：Safe by Design: Designing Safety in Health Care Facilities, Processes, and Culture, JCAHO, 2007

## 手術数推移1984-2005 2005年以降は推計



1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006

橋本改革

与党協  
厚生省案

小泉改革

提供体制  
の改革案 → 実行  
計画案

総合規制  
改革会議

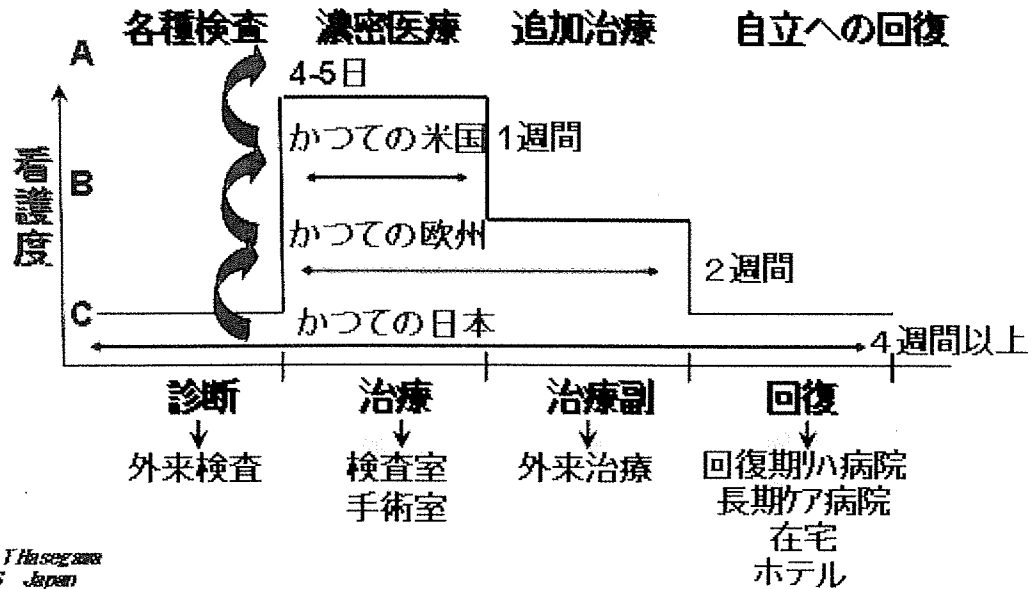
火の  
玉  
6大  
改革  
失敗  
  
提供  
体制  
改革  
のみ  
進行

今年  
突然  
全面  
展開  
  
2法  
改正  
・  
診療  
報酬

© T. Hisagawa  
RISH, Japan

治療の場の転換と在院日数

急性期病院国際比較過去20年間

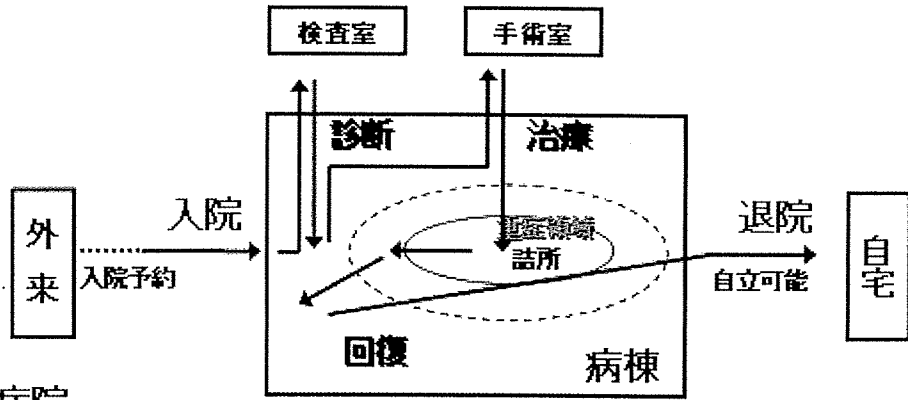


© T. Hisagawa  
RISH, Japan

患者-医療者  
1対1の関係  
病棟内継続

練度の高い医療者  
「匠の世界」  
「看護の原風景」

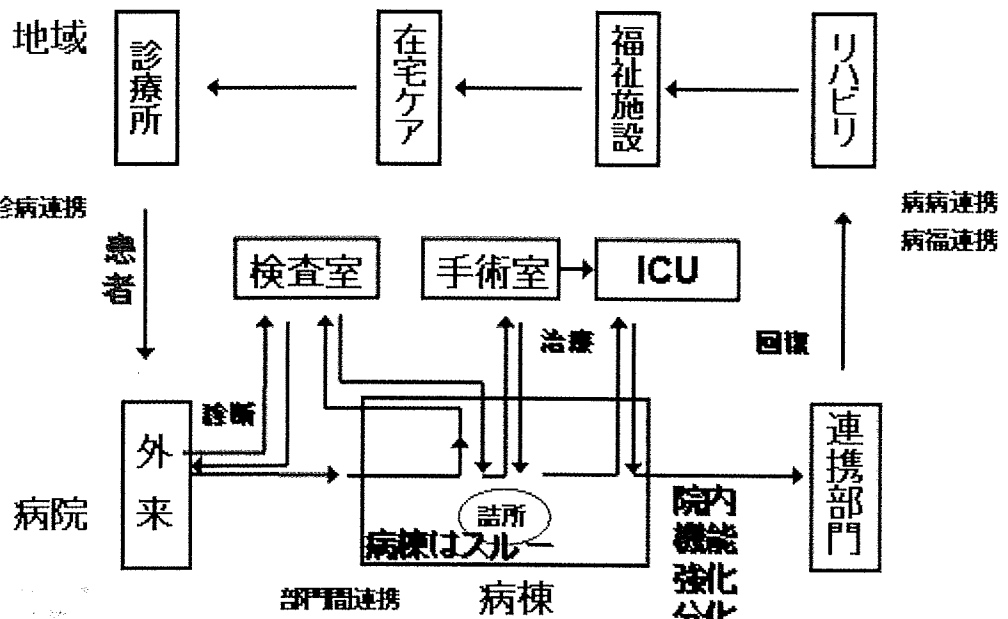
長い在院日数  
機能未分化  
レポート良好



病院

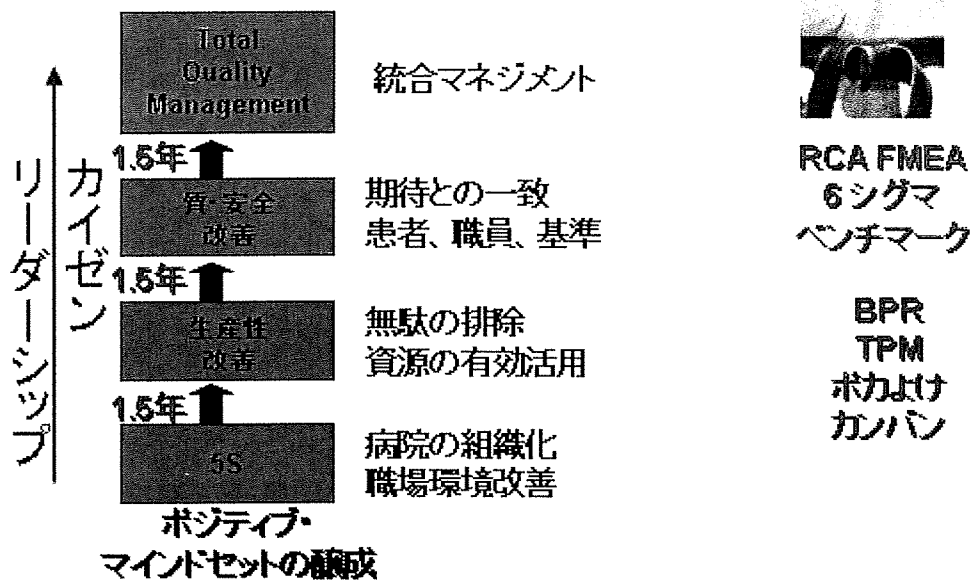
病棟内病床間移動 カルテは個人メモでいい

情報は個人の中に内包 物流は病棟に積どきゃいい



情報は標準化され共有される必要有 連携 物流・患者流

# 5SからTQMへのステップ



## 14. 新たな病院経営の構築に向けて

### 1) 未来の看護組織

小林美亜

### 2) 地域連携

櫃本真聿

### 3) 病院における総合診療

田中啓広

### 4) 建築計画上の課題

中山茂樹



---

---

# 新たな病院経営の構築に向けて

## － 未来の看護組織 －

---

---

### 1. 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、自分に関わる急性期の領域の重要性を認識させることが必要になる。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<sup>1)</sup>。「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。

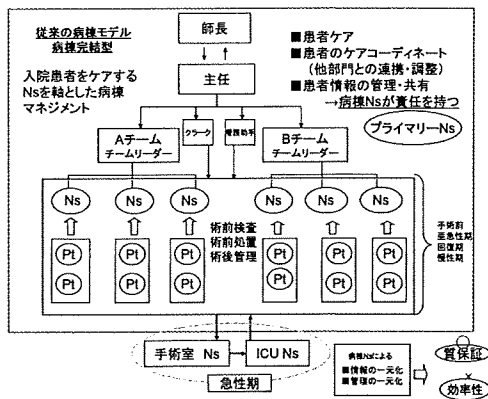


図1 従来の病棟完結型の看護提供体制

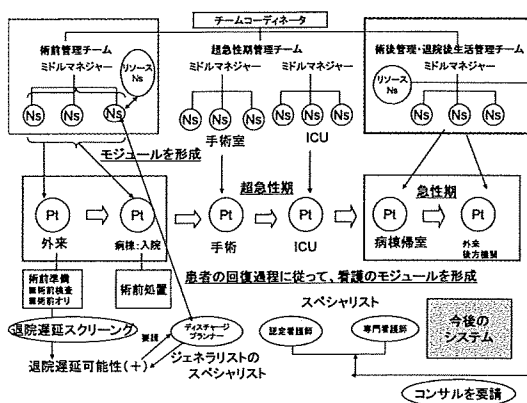


図2 新たな看護提供体制

(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。