

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLife SM
メットライフ生命

2016年(平成28年)11月25日

第235号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

少子高齢化時代の 病棟運営を科学する

東京都病院協会常任理事
東京青年医学会代表
竹川 勝治



竹川勝治

はじめに

私たち東京青年医学会は7月17、18日、「少子高齢化時代の病棟運営を科学する」とのテーマで一泊二日の研修合宿を開いた。東京青年医学会は1984年に「東京都私立病院会青年部会」として発足したもので、民間病院の経営者を中心として議論と研鑽を積むことを目的に、毎週金曜日に「早朝勉強会」を開催している。同勉強会は1370回を重ね、毎回30人近くの参加者がある。研修会は年1回、合宿形式で行うもので、現在の地域医療構想の考え方のベースとなる二次医療圏データベースの作成や医療機関経営の大きな負担となっている控除対象外消費税問題、あるいは地域医療連携推進法人のあり方などについて研修を開き、その結論は提言のかたちでまとめ、東京都や厚生労働省などに提起してきた。今回「病棟運営」をテーマに取り上げたのは、少子高齢化の進展のなかで

「働き手」が確実に減少する一方、患者もしくは患者予備軍の増加は不可避という状況があるなかで、従来通りの医療・介護の提供体制では需要と供給のバランスが崩れるという危機感があつたからである。そしてそれを回避するには、業務推進のあり方を見直し、業務に対する評価の再考も進める必要があると考えられた。そこで本稿では、特に病棟運営において大きな課題となる看護マネジメントに焦点を絞り、研修会の内容を報告する。

ストラクチャー中心の 評価からの脱却を

現在の診療報酬は施設基準や人員配置を中心とした「ストラクチャー」評価が中心となつている。もちろん「プロセス」、「アウトカム」または受け入れた患者の状態などを評価する傾向も生まれているが、まだまだ十分とは言えないし、その内容についても議論の余地が大きい。

診療報酬をつける根拠として人員配置基準が最も明瞭であるとの考えがあるとも聞いている。確かに客観的な成果指標を出しにくい医療や介護のなかで、「人の数」はわかりやすい指標と言え、人員を担保に加算を行い、より多くの職員を確保した施設が高い報酬を得られるという仕組みは、若い働き手が次々に現場に入ってきた高度

経済成長期ならともかく、少子化が進む現代においては適しているとはいえない。そもそも、世界的にも看護師の人員配置で病棟を評価しているのはわが国だけである。

研修会では看護師配置については30対1といった最低限の質を担保できる土台を設定し、あとは施設の自由裁量に委ね、重症度が高い患者数に応じて評価していく仕組みのほうが、人材の有効活用という点からも機能的ではないかとの意見が出た。適正な看護を質・量で確保し、そのうえで1週間、1ヵ月単位で病棟の看護必要度を算出し、加配した分を加算するというもので、病院経営にとってはこれが人件費を補う原資となる。同じ人員数で業務時間帯を工夫することなどにより、効率的に業務を提供する余地も生まれる。現在のような一律の人員配置基準は、国や病院にとっては医療費の増額であり、患者にとつては自己負担額の増加となるだけで、誰にとつてもプラスにはならない。

具体的な点数配分を行う上では、看護業務をはじめとした診療行為の「見える化」と「標準化」を進めていくのと同時に、ROA(総資本利益率)などの指標を踏まえたうえで、看護にかかるコスト分析を行う仕組みづくりも必要である。そこで今回出てきた議論が、業務プロセスの可視化である。

病棟マネジメントを可視化する

病棟の評価にあたって浮上した課題が、業務過程の可視化・標準化であった。まず、病棟業務の運営管理手法も標準化されていない現状が報告された。勤務表作成ひとつとっても看護師

長など病棟管理者は自らの「KKD(経験・勘・度胸)」を頼りに行っているとのことだった。私たちは実際に看護師長が日々作成している「勤務表」作成にも取り組んでみたが、当然、うまくいかなかった。参加した看護部長・師長が手際よく看護師数、キャリア、力量にに応じて、患者の状態、必要なケア、要する時間などを瞬時に勘案して勤務表を作成していく様子をのたりにし、日々の看護師長の苦勞を認識することができた。参加した多くの病院経営者は、自院の病棟でどのような業務がどのような過程を経て行われているかについて、ほとんど知らないということも明らかになったことを付け加えておく。

とはいえ、「KKD」が常に有効に機能するとは限らない。研修会では、ある病院で取り組まれた、病棟における「重症度、医療・看護必要度」と、配置されている看護師のラダーの比較研究が報告された。それによると、ラダーの低い看護師が集中している病棟がある一方、ラダーレベルの高い看護師ばかりで占められる病棟があるなど、看護師レベルのばらつきが見られたという。それが合理的な場合ももちろんある。たとえば救急外来や緩和ケア病棟にはレベルの高い看護師だけが配置されていた。救急外来には心肺停止状態の患者が搬送されることもあり、新人に注射の打ち方を教えるゆとりはない。また緩和ケア病棟での看護管理も高い技量が求められる。他の病棟では人数や本人の意向を尊重しての配置が基本的な方針だったこともあり、ラダーの高い看護師が1つの病棟に長く勤務する病棟がある一

方、次々に看護師が入退職することもある。あつてラダーの平均値がいつまでも低いままという病棟もあった。それでも、どの病棟からも「看護師が足りない」という声が上がっていた。分析結果を看護部全体で共有した際、ラダーの高い病棟の看護師は申し訳なさそうな顔をし、そうでない病棟の看護師は「思ったとおり」という顔をしていた。つまり自分の病棟の看護師配置が適切かどうかは、感覚的には認識していたということだ。この病院では今後、この比較研究を踏まえつつ、看護師配置を検討していくと報告で締めくくられた。

	A看護師					B看護師			
	a患者	g患者	m患者	o患者	q患者	k患者	l患者	n患者	r患者
8:30	V/S測定 ドレージ管理					申し送り			
9:00	清拭					レスピレーター管理			
	陰洗					V/S測定			
	↓					清拭			
	車椅子乗車					陰洗			
9:30			陰洗			オムツ交換			
			オムツ交換			体交			
		V/S測定	V/S測定			吸引		V/S測定	
		オムツ交換						記録	
		車椅子乗車						↓	
10:00	点滴抗生剤			アナムネ取り	退院処理				アナムネ取り
									V/S測定
									病棟オ

病棟の看護業務の一部を時系列的に並べたもの。これをさらに複雑化したものを勘案しながら、病棟管理者は勤務表を作成している
(出典：澤本幸子・国際親善総合病院副看護部長)

必要な看護量を予測する試み

本来ならば忙しさを看護量に応じて人員配置は決められるべきだが、それを評価する手法が確立していなかったことも再認識された。平均在院日数や重症度、医療・看護必要度を満たすことを要件とした入院基本料の基準もあるが、これも忙しさを看護量を反映したものとは言えない。結果として、KKDに基づいた定性的看護管理が主流になっているのだが、診療報酬に反映させるならば、定量的な看護管理が不可欠である。

研修会では看護量の予測について検討が行われた。コーデイナーを務めていただいた高橋泰・国際医療福祉大学大学院教授よりその方向性として示された、DPCデータを用いた患者の看護量予測についての研究を紹介しておく。ある診療行為についての看護量は、何分程度の時間を要するかを整理した「診療行為別看護時間マスター」を作成し、これを介してDPCのEFファイルに記載されている患者に行った診療行為を看護時間に変換し、その時間を積算、一人ひとりの看護業務時間を予測する。さらに患者状態を記載した様式1の特定の項目に合致した場合は何分くらい必要な看護業務が発生するかというマスターを作成し、導き出される時間を積み上げることにより、一人ひとり患者への業務量を日ごとに予測するというものだ。

こうした看護量の推計とそれに基づいた看護人員配置に関しては、システム化することでIT活用の道も開き、それによって管理者の業務負担軽減につながることも期待できよう。高橋教

看護業務の可視化と改善

さらに具体的な業務の可視化についても考察を加えた。水流聡子・東京大学大学院工学系研究科化学システム工学専攻特任教授には、「根拠に基づく看護業務の改善」をテーマに講演を行っていた。

現在の看護業務の課題として▽看護師が作成する看護計画にはしばしば、医師からオーダーのあった観察項目とケアが提供されていない▽優先順位の低いケアが行われている▽実施していても記録として残されていない——ことを挙げ、医師が患者の病態管理・疾病管理のために必要とする情報を、病棟が生産できていないことも指摘した。チーム医療を展開するうえで共有すべき患者状態の情報を見える化できていないことが背景にあるとも付け加えた。これらによって、計画内容に看護師ごとにはばらつきが生じると指摘した。

授もこの方法をもとに病棟の患者像に応じて必要人員を決める新しい人員配置基準を提唱すると同時に、看護業務の生産性を高める看護管理手法を開発、看護師という貴重なヒューマンリソースの有効活用につなげられると説明していた。

さらに看護業務内容を分析したところ、①観察やケアなどの直接看護業務、②機器設備の発注、③日常管理や諸調査記録づくりなどの看護計画立案・記録——がそれぞれ3分の1ずつ業務時間を占めており、②は看護師でなくとも対応でき、計画・記録にかける時間はIT化などを通じて効率化を図ることとで短縮、本来業務である①を増やせ

ると説明していた。

さらに効率的かつ良質な看護計画を作成し、それを確実に実施、効率的に記録することも重要と指摘していた。それによって分析・評価を行い計画・記録の改善を図ると言ったPDCAサイクルが回り、看護の質が維持・向上できるうえ、直接看護の時間も増やせるという考え方である。言うまでもなく、看護記録の共有化もできる。

具体的には、計画では病院の標準計画を個々の患者計画に置き換え、記録は看護観察項目に対する結果入力を中心で、ケア行為項目は一括入力とするほか、看護師側で伝えたい気づきについては50字以内で記入するなど簡略化するというものだ。さらに観察項目・ケア項目について優先順位づけを行い、特に人手の薄くなる夜間は注意患者を重点的に観察する——といった具合である。

水流教授はPCAPS (Patient Condition Adaptive Path System) を開発、患者状態適応型パスシステムを開発、看護計画への活用も提唱している。同システムでは医師が必要とする観察項目が組み込まれており、実装にあたって同システムを導入した観察・ケアとそうでない観察・ケアとの違いの検証を行った。具体的には胸腰椎圧迫骨折の患者群に対して実施してみたところ、「収縮期血圧」「拡張期血圧」「体温」「呼吸数」「食事摂取量」などについては両群とも観察されていたのに対し、前者できちんと観察された「便量」「活気」「疼痛」「更衣」などが後者では見過ごされていることがわかったという。同システムの導入はもろろん各医療機関の判断にゆだねられるべきだ

まとめ

が、業務の可視化という点では示唆されるものが多いと思う。

このような業務の可視化とそれによる効率化は、研修会のそもそものきっかけとなった「人手不足」への解決策にもつながる期待が生まれる。冒頭に述べたように、「ストラクチャーありき」の評価体系はもはや限界である。7対1や10対1というふうに「先に」病棟の人員配置を決めているのは日本だけであり、他の国ではそれぞれの忙しさに応じて現場の判断で看護師の人数を調整している。患者の状態像に応じて看護人員を変更できるほうが、看護資源を有効に活用できる可能性が高い。

今後、地域医療構想の進展に伴い、各病院はそれぞれが地域で求められる医療機能と自院が果たせる役割を模索することになる。そこでは当然、病棟の機能・質も厳しく問われることになるだろう。それぞれの病棟業務の可視化については、各病院が行わなければならない、それを支援するツールの活用も視野に入れなければならない。少なくとも、従来どおりの「KKD」に基づいた看護管理は通用せず、病院全体の取り組みとしてとらえなおす必要があるだろう。

なお研修会では本文でご紹介した高橋教授、水流教授に加え澤本幸子・国際親善総合病院副看護部長、棟近雅彦・早稲田大学理工学部経営システム工学科教授、小林孝弘・株式会社マトリクス代表取締役兼講師としてご参加いただき、多大なお力添えを賜った。あらためてお礼を申し上げます。

人為的に押さえなければ、集中するという側面は否定しきれない。04年から14年の間に東京都23区内で医師数が32%増えたという調査もある。人口の増加率と比べても顕著と言えるのではないだろうか。

ひとつ留意しておきたいのは、これは各病院レベルでの「偏在」もしくは「医師の引き上げ」とは別ということである。確かに基幹施設と連携施設のうち、連携施設に直接入る専攻医は少なくなるだろうが、連携施設でも魅力があれば十分、研修医を引き付けられ

ると考えている。

⑤医師の生涯時間の中でダブルライセンス取得は、排除するべきではない。

新専門研修プログラムは、基幹病院と連携病院が協力して専門医養成に取り組む「プログラム制」が特徴だが、このあり方についてもさまざまな意見が出ています。

たとえば救急専門医は脳外科や整形外科を経由して進む人もいるだろうし、臨床検査専門医も内科を経験してから行くパターンが一般的で、最初か

らその道を選ぶ医師はあまり多くはないのではないだろうか。いろいろな科を経由して一つの専門の道に入っていくことは十分考えられるし、ある専門医の認定を受けた後に、別の専門の道に進みたいと考える医師もいるだろう。そういう選択の余地を残すためにも、2つの専門医をもつダブルライセンス、ダブルボードも考えていいのではないかと。

⑥専門医を取得しない選択も明確にすべきである。(当然のことながら、

ば、パスしなかった。ドイツ語で言うところの「Gedankengang」(編集部注、「文脈」の意)が重視されたのだ。他の教授も似たようなものだった。たとえば肝臓の模型を突きつけられて「これは何だ」と問われる。当然「肝臓です」と答えるのだが、「どうしてそう考えるのか」と返される。「見た目から判断した」では不合格で、形状や血管の延び方などを見て人体においては肝臓以外に考えられないと答えなければいけない。「肝臓」と言い切るだけの材料を示す必要があったのだ。

教授の先生方も何でもかんでも教えようとは考えていなかったように思う。むしろ学生が自分で考えるよう振り向けていたのではないかと。こうした方針は、私の医師としての基本姿勢を育んでくれた。臨床にあたって患者さんを目の前にしたときにも、決して医学的な視点に偏ることなく、その人の「全体像」をとらえるクセが身についたからだ。

文字通り「全人医療」を行うようになったのは、この頃の教育の賜物だと思ふ。

育を受けた。もちろん先述したように全国的に名をとどろかせた教授から直接薫陶を得られたのは貴重な機会だったが、薬ではなかった。たとえば瀧澤延次郎先生による病理学に関する口頭試問は厳しく、今でも同窓生と顔を合わせると話題になるほどだ。もちろん事前に『緒方・三田村病理学総論』など分厚いテキストを破して臨むわけだが、それらをただそらんじるだけでは「不合格」だ。自分で考え、論理立てて説明できなければ

全医師が専門医になることはナンセンスである)

これはあくまで私見である。私は「専門医をとらない道」があつていいと思つているが、吉村博邦理事長は「生涯教育」と説明されており、今後、さらに議論を深める必要があるだろう。

ただ、現在議論されている新専門医制度のままでは、初期研修2年、後期研修3年で「専門医」を名乗るようになるが、国民目線で考えると受け入れがたいというのが正直なところではないだろうか。実際、自分が「専門」と決めた分野の問題に対して一通り見ることはできるだろうし、外科系でいえば簡単な手術であればできるかもしれないが、難しい手術は手に負えないのではないかと。病院経営者としても、盲腸は任せられても、食道がんは任せられない。

むしろ「専門医になる権利を付与された」、すなわちスタートラインに立つたという感覚のほうがかしつくりくる。実際、私が所属する総合診療医専門部会でもある役員が「2〜3カ月の小児科研修で小児を診られるようになるわけがない」と主張されていたが、まさに仰る通りで、おそらくそれは1、2年だったとしても同じことだろう。

おわりに
日本専門医機構の新執行部のメンバーは吉村理事長以下、それぞれの問題意識を持ち寄り、少しでも良い制度にしようという議論を重ねているところである。今後も紆余曲折はあるかもしれないが、医療界あげてご支援を賜りたいと思う。

私の医道

唐澤祥人

元日本医師会会長

1962年4月私は千葉大学医学部に入学したが、高い志をもつて医学の道に進んだわけではなかった。高校の学業成績が他人より多少優れ、叔父が医師だったことで身近な感覚があり、そして母の「息子を医者にしたい」という思いもあつて「医学部にチャレンジしてみようか」という周囲の環境に押されて臨んだというのが正直なところだ。

第3回

千葉大医学部で学ぶ

とはいえ当時も医学部の授業料は高く、自ずと志望先は国立大に絞られた。そこで中学、高校の先生に相談すると、物理や化学など理系の先生が口をそろえて「医学部なら千葉大」と言う。おもしろそうだと思つて受験したところ合格したのだが、確かに当時の千葉大医学部は全国屈指の名門。免状学の岡林篤先生、食道がんの中山恒明先生など、基礎研究から臨床分野まで、当一流の教授が名を連ねていた。

入学後、2年生までは旧制高校、大医学予科の名残もあり「医学教養課程」

といつて一般教養をみっちりたたき込まれたが、後々まで役に立つ大きな財産となつた。物事を考える上での基礎があつたので、課外活動で日本文化研究会を設立して休日に関東一円の神社仏閣を歩き回つたものだ。会の運営や部室の確保に際しての折衝なども行つた。

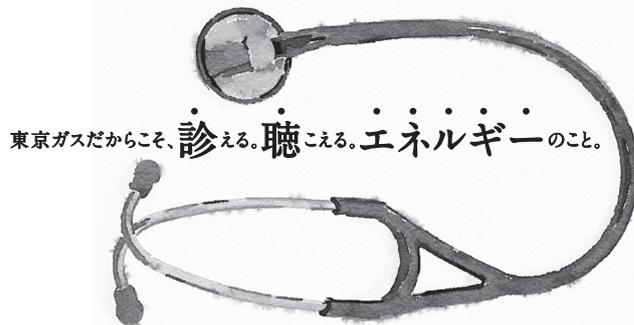
3年生以降、本格的に医学を学ぶようになったが、ここでも単に知識を詰め込むだけでなく、「自ら考える」教

育を受けた。もちろん先述したように全国的に名をとどろかせた教授から直接薫陶を得られたのは貴重な機会だったが、薬ではなかった。たとえば瀧澤延次郎先生による病理学に関する口頭試問は厳しく、今でも同窓生と顔を合わせると話題になるほどだ。もちろん事前に『緒方・三田村病理学総論』など分厚いテキストを破して臨むわけだが、それらをただそらんじるだけでは「不合格」だ。自分で考え、論理立てて説明できなければ

育を受けた。もちろん先述したように全国的に名をとどろかせた教授から直接薫陶を得られたのは貴重な機会だったが、薬ではなかった。たとえば瀧澤延次郎先生による病理学に関する口頭試問は厳しく、今でも同窓生と顔を合わせると話題になるほどだ。もちろん事前に『緒方・三田村病理学総論』など分厚いテキストを破して臨むわけだが、それらをただそらんじるだけでは「不合格」だ。自分で考え、論理立てて説明できなければ

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスの電気
2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735