

# 高度急性期医療への経営方針と看護戦略

— 組織戦略に従う看護組織であるために —

谷口 孝江

キーワード：高度急性期医療、経営方針、看護戦略、組織

## 1. はじめに

公立病院は地域の基幹的な医療機関として、地域医療確保のためにその役割を果たしてきたが、多くの公立病院での経営状態の悪化と医師不足のために、医療体制維持が厳しくなった経緯がある。それを受けて平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」が策定され、地方公共団体は公立病院改革プランに基づいて、病院事業の経営改革に取り組んできた。その結果、経営損益が公立病院改革プラン策定前の約3割から約5割に改善するなど一定の成果が報告されている。しかし依然、医師不足の厳しい状況は続いており、加えて人口減少や少子高齢化は急速に進展し続けている。したがって公立病院が担うべき不採算医療や高度・先進医療等を提供するという役割を果たし続けるためには、更なる経営の効率化を図って、持続可能な病院経営を目指すことが求められている。

このような背景において独立行政法人の設立後、黒字経営を維持してきたS急性期病院の機能と役割の分析を通して、S急性期病院の戦略と看護戦略について述べる。

## 2. 新公立病院改革と地域医療構想にみる公立病院のあるべき姿

公立病院の究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下で、へき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことである。そのために病院事業を設置する地方公共団体は、新公立病院改革プランを策定し、病

院機能の見直しと病院事業経営の改革に総合的に取り組むこととされている。一方で医療法に基づき、都道府県単位で地域医療構想が策定されることになっており、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討などと整合的に進められることとなる。したがってこれからの公立病院改革は「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」そして「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」の視点で改革を進めることが必要とされている。

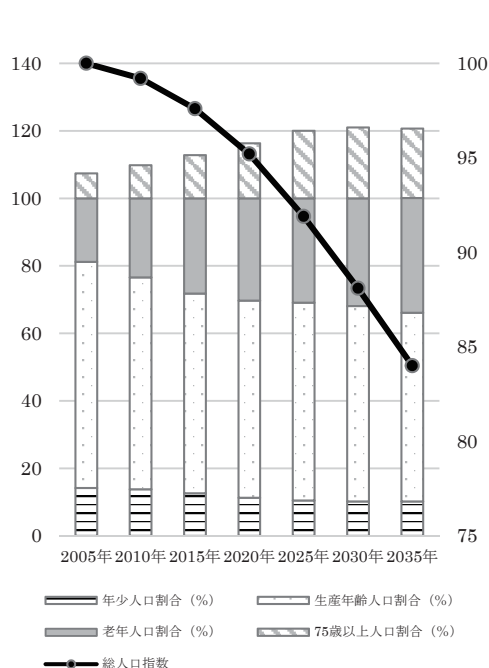
特に地域医療構想を踏まえた当該病院の役割を果たすため、当面の診療科目等の医療提供内容だけでなく、地域医療構想で示される2025年の構想区域における病床数必要量との整合性を考慮しなければならず、その上で、具体的な将来像を示す必要がある。加えて、医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築を目的の一つにあげており、医療と介護が総合的に確保されることを求めている。これらの条件を満たしつつ中小規模の公立病院にあっては、在宅医療に関する当該病院の役割を示すことや、住民の健康づくりの強化に当たっての機能など地域包括ケアシステムでの果たすべき役割の明確化が重要であり、大規模病院については、緊急時における後方病院の確保や人材育成など病院の特性に応じた役割を明らかにしなければならない。また新公立病院改革では再編・ネットワーク化を推進するために、新たな経営主体としての地方独立行政法人の設立や、指定管理者による経営統合なども留意事項とされており、更には医師派遣体制を整えるために二次医療圏に留まらない経営統合も検討の対象となっている。同時に地域医療構想は公立病院、民間病院を含めた地域の医療体制整備であるから、公立や民間を問わない再編の可能性も示唆されている。

地域医療構想では2025年の医療体制を整えるために、病床の機能区分を図り、効果的・効率的な急性期入院医療が行える体制の構築と地域包括ケアシステムを構築することを通じて、生活圏域において高齢者に特有な医療ニーズと在宅医療に応じた体制を整えた医療および介護の総合的な確保を目指している。そのために病床機能報告制度を導入し、そのデータを地域医療構想の病床必要量、病床の機能区分等医療需要推計の分析に活用するとしている。

公立病院として地方財政措置を有効に活用しつつ、地域に求められる医療と役割を効率的・効果的に展開することが求められている。またそれらを展開し続けるために必要な経営基盤と、分析力、判断力をもって真剣に、病院として病床単位で地域連携に取り組まなければならない。

### 3. S医療圏

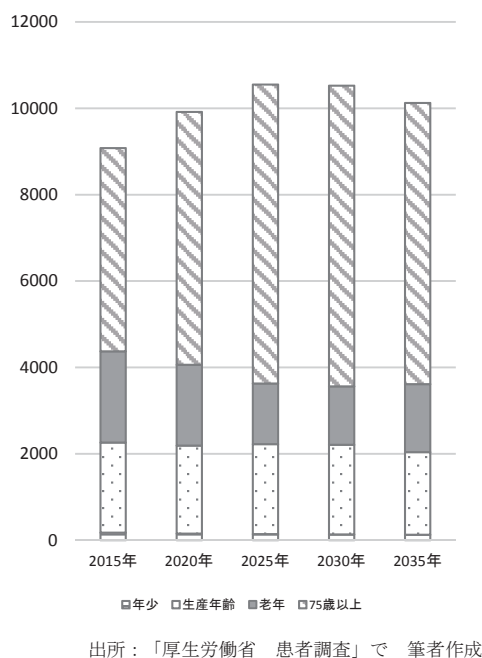
S市は政令指定都市として単独で二次医療圏を構成しておりその人口は、2020年には74歳以下のすべての年齢層が減少する一方で、75歳以上は約60%増加し、65歳以上人口が30%を超えると推測されている。将来患者推計によるとS市全体で高齢者の増加に伴い、患者総数は2030年頃まで増加し、悪性新生物は114%、心疾患133%、脳血管障害134%の増加と予測されている。



出所：「国立社会保障人口問題研究所データ」で筆者作成

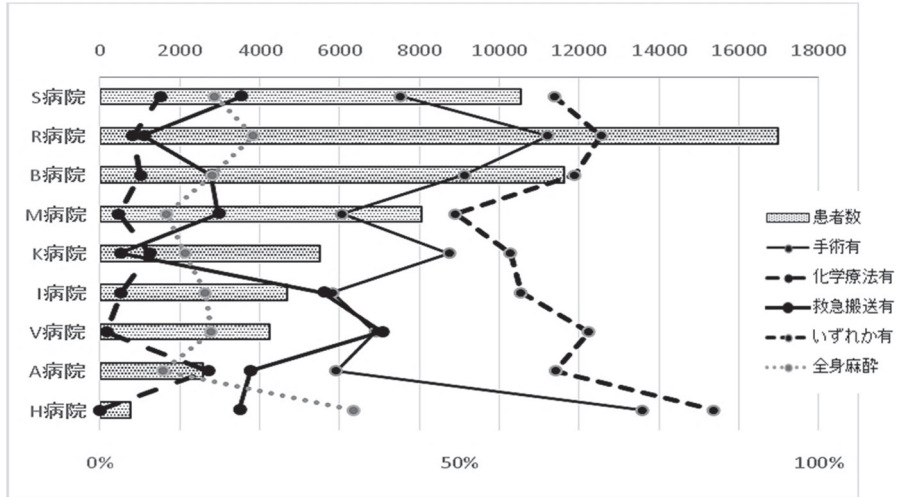
図1：S市の年代別人口割合

またS医療圏には、年間全身麻酔件数が2000例以上のR病院、1000例以上のB総合病院、500例以上のK病院、M病院、V病院、I病院などがあり、全国的にも急性期医療密度の高い地域とされている。



出所：「厚生労働省 患者調査」で筆者作成

図2：S市の年代別推計入院患者数



(2013年4月～2014年3月) 厚生労働省DPCデータで筆者作成

図3：S市二次医療圏のDPC病院の診療特性 患者数（人）

医療圏内のシェアで見ると、V病院は脳血管疾患系で35%以上、B病院は周産期医療で40%を占めるなどそれぞれに特化した機能を備えている。またR病院はS急性期病院より以前に、地域がん診療連携拠点病院の指定を受けており、地域貢献にも定評がある。S急性期病院は血管系疾患で36%、乳房疾患系で24%のシェアがあり、S市内のがん患者の20%が受診しているという実績がある。したがってR病院と連携した地域のがん医療への取り組みは、期待されるどころであり、重要課題といえる。

## 4. S急性期病院の担うべき医療

前に述べたように、S市には専門的に機能特化した病院が比較的近隣に存在している。そのような中、特に課題とされていたのが三次救急医療と小児救急医療であった。

### 4-1. 救急医療

S市がある都道府県は、平成22年頃から14の三次救急医療機関を含む272の救急告示医療機関があり、比較的医療資源が充実していた。しかし人口約880万人を擁する大都市圏であることから、年間救急搬送人員が41万人を超える現状があった。そこで、改正消防法に基づく「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の策定・運用を開始し、地域の医療資源の実情に応じて、緊急度・重症度の高い病態の救急患者を迅速か

つ確実に適切な医療機関へ搬送できる体制の確保に努めたという経緯がある。成人の身体的な疾患に関しては、特に体制が不十分とされている府の南部側地域において、診療機能別に受入れ可否を明確にした医療機関リストの使用や、受入れ先を確保するための当番制などを整備した。また小児に関しては、小児科医や小児救急協力医療機関の減少及び疲弊が進む中、体制の崩壊を防ぐため、集約化・広域化により軽症患者に対応する休日夜間急病診療など初期救急医療体制の充実を図った。

S市医療圏は、南部に位置しており当時から44か所の病院と699か所の診療所を有していた。しかし都道府県内の8医療圏のうち唯一、三次救急医療機関が設置されていない医療圏であり、救命救急センターへの搬送が必要な重篤患者は隣接する圏域の救命救急センターなどへ搬送されている現状であった。

## 4-2. 救急医療

小児の夜間・休日の初期救急の体制整備にあたっては、急速に重篤化する症例があることを考慮する必要があることから、迅速に二次後送できる入院施設の確保が必要であるとされている。平成23年当時、S医療圏域では急病診療センターが午後9時から翌午前5時まで診療を実施し、通年で地域の夜間における小児初期救急医療を担っていた。また急病診療センターにおいて入院が必要と判断された患者は、同センターから離れて立地する輪番制で市内に6か所ある二次後送病院に転送されていた。特に医師が1名体制である深夜1時から5時の時間帯は、医師への負担と安定的な小児救急医療の提供が課題とされていた。

## 5. 救命救急センターの新設と戦略

S急性期病院は平成24年に地方独立行政法人へ移行し、以前から担うべき医療とされていた救急医療への取り組みに、更に拍車がかかる形となった。救命救急センターの併設を兼ねた新病院の建設と移転も決まり、救急受け入れ患者の重症度や患者数を増加させ、小児救急にも積極的に取り組んでいった。またがんをはじめとする高度専門医療も、充実させることができた。

### 5-1. 断らない救急への取り組み

S急性期病院は、平成24年4月に地方独立行政法人となり独立した病院経営が可能となった。そこでまず取り組んだのは「断らない救急」の実現である。平成23年度ま

での救急応需率は約 60%であったが、平成 26 年は応需 78%で救急車の受け入れ件数は 10000 を超えた。「断らない救急」を目指すプロセスでは、毎朝病院幹部が現場でスタッフと共にミーティングを開き、ハード面から運用、そして夜間の暴言暴力事件対策までリアルタイムな問題解決を行った。一方で地域医療再生計画でも示されたように、二次救急医療体制は救急告示病院が整備されているなど、救急患者を受け入れているが、吐下血や脳卒中、心筋梗塞などは受け入れが困難な疾患であり、他の疾患に比べ救急搬送先の病院選定まで長い時間を要しているという状況だった。そこで心筋梗塞に対応すべく「ハートコール」、吐下血の対応にもオンコールで対応し、それぞれにホットラインを準備してスタッフも 24 時間体制で待機する体制を整えた。

S 急性期病院の救急体制は、三次救急すなわちウォークインといわれる独歩患者の受け入れも行っている。そのため状況によってはスタッフのマンパワー不足に陥ることもあるが、医師や看護師など夜間スタッフの増員には速やかに対応した。特に手術室、放射線科、救急病棟の看護師がそれぞれの役割を明確にした当直体制を整えることで救急外来の煩雑化に対処することができた。また夜間は病棟に 2 床ずつ夜間ベッドを確保することで、断らない救急を継続させた。

## 5-2. 小児救急への取り組み

小児医療については、急病診療センターが後送病院と離れて立地していることから、医師の 1 人診療による深夜帯で負担が大きく、医師確保の弊害となり、ひいては住民への小児救急医療の安定的な供給の課題となっていた。

S 急性期病院の小児科救急は、平成 23 年まで一次救急も診療対象としていたが、小児科医師の不足と救急診療の必要性から、二次救急のみの対応と方針を変更した。また二次救急のみとすることで応需率は、ほぼ 90%を超えて結果的に地域における医療施設の機能分化を促す結果となった。

## 5-3. 救命救急センターの設立

前項までの経過と準備を経て、地域で担うべき医療を救急医療と、高度専門医療の提供として救命救急センター併設の新病院整備を推進した。新病院敷地内には、S 市救急医療事業団の S 市こども救急医療センターと S 市消防局救急ワークステーションが併設されている。市で初めて高度な三次救急医療救急専用の手術室や集中治療室を整備し、大規模災害時の医療拠点として、免震構造の採用、高性能自家発電設備とヘリポートも設置された。救命救急センターの設置に伴い、心臓血管外科を新設し、

早期発見や正確な診断に欠かせない最新鋭の検査機器などを導入するなど、高度医療の提供準備も整い新病院を開院するに至った。

## 6. 看護戦略

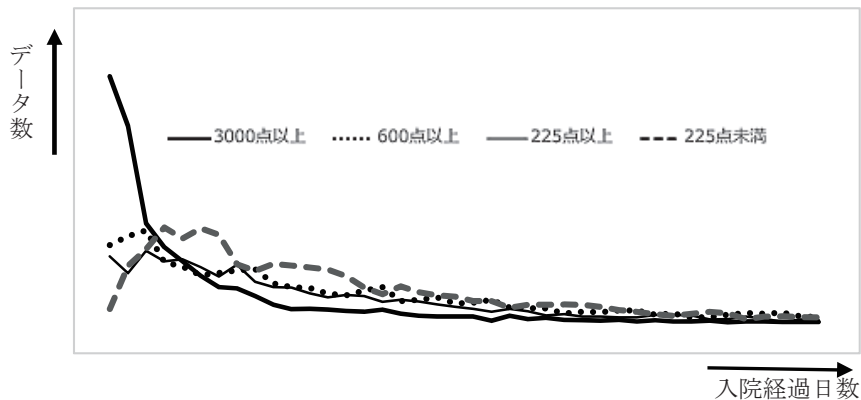
### 6-1. 看護部のビジョン

前項までで述べたように、二次医療圏におけるS急性期病院の方向性は明確であり、地域における救命救急医療と高度専門医療を担いつつ、地域連携がん支援病院、災害拠点病院などの役割を果たすことは、組織の使命といえる。そしてこのような組織にある看護部のビジョンは「森を育て、森とともに成長する」高度急性期病院の看護部であることだ。

救命救急医療や高度専門医療を担う病院では、資源と労働力が入院中の治療に係る部分に、そのほとんどが費やされる。これは当然必要であるし、そもそも地域医療構想はこれら医療体制に着目した改革である。したがって組織で働く専門家たちにとって、自分の専門分野にどれだけの資源と労働力が費やされるかが、そのまま仕事のインセンティブに繋がるといっても過言ではない。だから皆が頑張ることになる。新病院の建設前から明確であった使命が、いよいよ新病院へ移転し、ストラクチャーが整い、スタートした時点から、次は実績を積み上げるという正のスパラルが生み出されていく。ここで本当にこのスパラルが正なのか、それとも時間経過とともに負に変化していくのかは、組織の成長過程にも影響されるところであろう。L.E グレイナー(1972)は、その成長段階を5つに分けて経営課題を示しており、S急性期病院については、大きく飛躍したところから判断して第3段階「権限委譲による成長とコントロールの危機」ととらえることができる。自治体病院では、地域医療において多くの役割を期待される。そして担う分野が多ければ多いほど、それぞれが専門特化を望み、色々な面で競い出すのである。お互いが切磋琢磨できる環境は、成長を促すであろうし組織には必要な条件であるが、全体をコントロールすることも忘れてはならない。なぜなら病院組織は専門職の集まりであるから、部分最適を追求することは容易いが、全体最適を求めることは苦手とする人々が多いからである。平成27年3月に「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」で、病床の機能別分類の境界点の考え方として、入院基本料を含まない医療資源投入量3,000点を高度急性期機能と急性期機能との境界点であることが伝えられた。この数値は急性期病院にとって、言い換えれば幹部や病院で働く専門職にとっては、確実に大きなインセンティブとなっている。し

かし同時に、全体最適を考えると、資源や労働力の投入は入院中だけでなく、いかに入院時や退院時にも重きを置くかが大切であることを忘れてはならない。

S急性期病院は高度急性期病院を目指しているのであるから、病院内の充実を重点的に考えるべきだとの意見もある。しかし、急性期病院であるからゆえに地域のことを知り、繋がっていないと成しえないことこそ、実は病院運営の要であると主張したい。高度急性期病院は、地域包括ケアシステムという森を生かすための川の一部でしかないのだから、常にその役割は何か、何をすればいいか、を追求し行動しなければならない。地域という大きな病院の中で、全体最適を意識して、住民が医療・介護の流れにスムーズに乗ることができるよう、常に工夫し努力する。そして、この工夫と努力を、提案して行動できるのが看護部ではないかと考えている。



出所：S急性期病院データで著者作成

図4：S急性期病院における医療資源投入量の推移（2015年4月分）

## 6-2. 限りある高度急性期病床の効率的な活用

約800万人の団塊世代が75歳以上を迎える2025年問題を見据えて地域包括ケアシステムの構築が急がれる中、急性期病院の看護部が打ち出すべき戦略の一つが、地域で限られた資源を公平に活用するという事。すなわち急性期病院の病床を必要とする患者が必要時に利用できる体制を整えることである。

平成27年7月16日付の今年度第5回中央社会医療保険協議会「入院医療等の調査・評価分科会」資料によると医学的には、外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない患者が退院できない理由について、7対1入院基本料取得施設では、本人の希望や家族の希望に合わないというのが2割以上を占めていると伝えている。

S急性期病院で積極的に退院支援に取り組みだしたのは、平成25年の夏からであった。断らない救急を開始したところ、病床が満床のため救急搬送を受け入れられない



という事態が発生したためである。看護部は長期入院患者の疾患や入院期間などの定量的分析と、各部署師長からのヒアリングを始めとした定性的分析を実施して、早期退院にむけて活動した。現在はその流れを受けて、退院支援委員会や病床管理センターが発足し病院組織的に詳細な分析と対応が可能になっている。S急性期病院での調査結果では、治療を終えたにも関わらず退院や転院を拒む患者、家族が訴える理由の5割以上は不安である。その中でも医学的処置が必要で転院となる患者は「大きな総合病院の方が安心」と不安を訴え、在宅への退院の患者は「自宅での生活に自信がない」という。

転院の時、実際に継続する処置が複雑で転院先のスタッフが困るような場合には、医療処置の知識と技術を習得した認定看護師が、医療施設を訪問して転院先スタッフと一緒にケアをしたり、その後の患者情報を得たりしている。これは平成26年度から実施しており、患者が安心するばかりでなく、訪問先からも新しい技術が学べると好評である。また現在は術後の創傷処置や褥瘡ケアが中心であるが、今後は三次救急を担うことによる患者の重症化と、提供する医療技術の高度化は免れない。したがって益々、複雑なケアや利用する薬剤によっては、転院が困難になる事例は増加することが予測される。そこでさまざまな分野の専門看護師や認定看護師が、実際に地域で活動できるような場を設け、環境を整える準備を今行っている。急性期病院から在宅への道筋は、看護が繋がらないことによって途絶えることがあってはいけない。診療報酬にとらわれない看護師の連携活動はさらに求められている。

また在宅への退院そのものに不安を訴える患者も多い。そこで今、地域包括ケアシステムにおける看護部のあり方として重要視されているのは、入院中から患者のセルフマネジメントを意識した退院支援である。筒井(2015)は「地域包括ケアシステムにおける病院看護部門の今後のあり方」で、『医療・介護連携によって実現するセルフマネジメントに着目した継続的なケアマネジメントの概要』を紹介している。この中で、退院後のセルフマネジメントを取り入れた看護計画の立案と、地域の専門職との協働、患者とその家族とのカンファレンスの実施とともに、訪問看護師や介護支援専門員などへの支援要請が求められている。とくに入院前からかわりのある介護支援専門員などと、入院中も連携していることは、患者にとって退院への積極性を促すことに繋がるからである。また対象は、脳血管障害あるいは心不全で急性期病院に入院したが、地域連携パスに乗らないような状態に改善した人とされている。事業としては、ケアプランを作成した人の1年間のモニタリングを行い、再発防止へのインセンティブを課すという内容である。退院後のライフスタイルにおいて、患者自身が医学的管理に

関与しながら社会的行動を維持するというセルフマネジメントは、自律して地域で生活するには必要だが、高齢患者が疾患関連の問題対処に必要な知識・技術・自信を習得するには、周囲の理解と努力が欠かせないのは事実である。

しかし一方で、脳血管障害や心不全の患者は再発が多いことも事実であり、事業のインセンティブ部分は除いても、医療機関とケアマネージャー、訪問看護師が入院中のセルフマネジメントに関わることを導入してみようと考えている。特に糖尿病については、慢性疾患専門看護師が患者の自己効力感を高めることに取り組んでいるので、さらに地域連携を深めることにおいても活路を見いだせるに違いない。

また筒井(2015)は、地域における病院看護部からの情報共有推進の重要性を伝えている。病院は看護支援専門員への退院前カンファレンスへの出席依頼や、情報提供に対してのフィードバックをほとんどしないことが、医療と介護の連携を阻む原因の一つとなっていると指摘する。確かに回復期リハビリテーション病院への転院や、訪問看護を利用する際の紹介状、看護情報提供などについては書式が決まっていたり、内容を検討したりする場があるが、介護との情報共有の場は極端に少ない。S急性期病院の患者の多くは在宅へ退院することを考慮すると、介護との繋がりはますます必要とされることから、急性期病院であるからこそ、介護支援専門員と患者の入院中から情報を共有することが必要といえる。したがって訪問看護ステーションと共有する記録用紙を、今後は介護支援者を交えた形で検討する予定である。

また患者の退院時における不安軽減の対策として、直接に介護施設との連携も考えている。地域包括ケアシステムの構築が必要とされる理由として、高齢化に加えて認知症の増加が上げられる。認知症高齢者は、認知症だけでなく慢性疾患を合併している割合も高く、介護だけでなく、悪化の予防、時には医療サービスも必要とするケースが多い。そこで連携を深め、患者情報を共有したいと検討しているのが小規模多機能複合型施設である。急性期病院の連携の多くは、地域包括ケア病棟を持つ回復期病院や療養型、そして訪問看護ステーションと考えられるが、実際には入院患者の約8割は在宅へと退院していることから、急性期病院とその後の在宅生活との関係は深い。小規模多機能複合型施設では、「通所サービス」を中心に「訪問」や「泊り」を組み合わせ、本人の心身の状況や希望に応じて入浴、排せつ、食事などの介護や機能訓練を受けることができ、訪問看護を依頼することができる。小規模多機能複合型施設は、その目的の重きを自宅で生活する高齢者においているが、今後は急性期病院から自宅への退院患者にとってのワンステップとして利用することができる。

本来、医療行為は患者の治癒の過程を支えることをその目的とし、急性の病気を治

しつづ慢性疾患を安定させて在宅での生活を立て直してきた。だから患者の生活を支えるために医療の範囲を越えることもあった。以前は、患者にとって必要な人と情報を共有し、患者に関わる人を治療の相談に参加させ、患者への情緒的支援といったことはすべて病気の治癒過程に含まれていた。しかし医療が国内の経済に影響し、機能分化が叫ばれる現状において、そのマネジメントは急性期病院ではMSWや看護師に託されるところが大きい。急性期病院から在宅へ退院することに躊躇する大きな理由は、「もうこの病院で診てもらえないのではないか」「入院中のようにお医者さんや看護師さんに、相談できなくなる」といったことである。退院時に在宅での医療処置が必要な場合、現状は訪問看護を勧めることが多いが、小規模多機能複合型施設を活用することによって、患者の生活そのものに関する情報や健康についての情報を急性期病院の退院時から共有し、そのまま在宅での生活支援に活かすことができるのではないかと考えている。急性期病院の看護師がケアマネージャーとして、直接に介護と連携することも必要となる。だから急性期からの退院患者の不安解消のために、帰宅前に小規模多機能複合型施設を数泊活用するようなコースを準備してみるのはどうだろう。これは今後の在宅看取りにもつながる必要な流れであると同時に、医療と介護の境界を無くして協働することの具体例となる。また複合型施設は地域での生活者が、必要時に活用できる心強い存在であるが、その数はまだまだ少ないことから、このような退院コースをシステム化することによって、小規模多機能複合型施設の増設や補助を自治体に伝えることも必要と考える。

### 6-3. がん看護

S公立急性期病院は、国指定の地域連携がん支援病院の承認を受けている。がんは現代、慢性期疾患とされるほど早期発見と治療、そして先進医療などの発展により生存率の高い病となった。しかし依然、日本の死因の1位はやはり「がん」である。

2025年には65歳以上の高齢者数は3,657万人（全人口の30.3%）になると推計されており、高齢者のがん患者がさらに増加することが見込まれている。特に、厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」研究班の調査によると、平成22年時点で65歳以上の高齢者では認知症有病率が15%と推計されており、入院をきっかけに認知症と診断されることや認知症の症状が悪化する場合もあることから、発症及び重症化の予防等も含めて認知症の対策を行いながら、がん医療を提供することが重要とされている。がんと認知症を併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができる

ような医療・介護体制の整備を進める必要があり、さらに高齢者は自律機能の低下や他疾患の併存、加齢による個体差の拡大など、身体的な問題が増加するため、高齢者のがん患者に適したケアが求められる。S急性期病院の市が属する医療圏では、がん診療ネットワークが構築され、がん患者が痛みなどの症状に対する治療を受けながら、住み慣れた自宅で療養生活が送れるようにするための「自宅で受ける緩和ケア」を謳っている。また医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション協会などの協力で緩和ケアマップを掲載し、在宅医療の情報を検索できるように工夫しており、地域で緩和ケアを受けながら生活を続けられることをめざしている。S市がん対策推進委員会では、緩和ケア提供体制の取り組みと同様、在宅医療提供体制の推進においても二次医療圏毎に国指定拠点病院が中心となり、地区医師会等保険医療関係団体と連携しながら、地域医療機関、薬局、訪問看護ステーションおよび訪問介護事業者等各種介護サービス機関等との情報共有を図り、在宅医療に係る地域医療の推進に向けた課題を検討するための仕組みづくりに取り組んでいる現状がある。

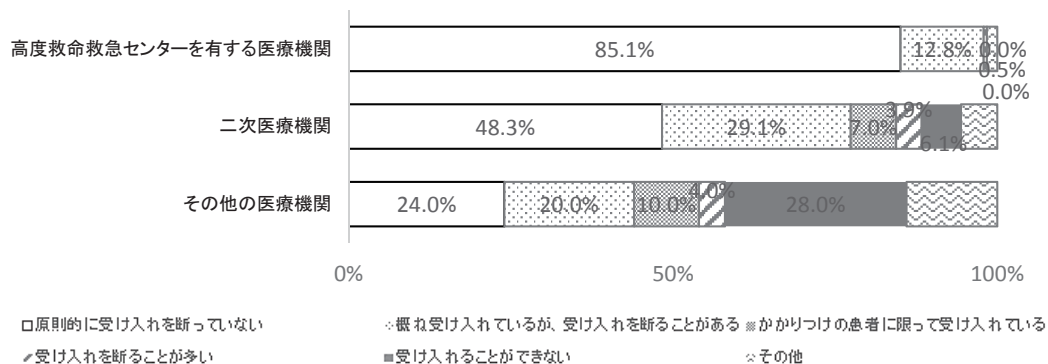
しかし実際に、在宅医療はなかなか思うように進まない。S市は全国でも在宅療養支援診療所の分布が多い都道府県に属しており、平成24年度保健局医療課の調査では、人口10万人当たりが全国平均で(10.8)であるのに対して(19.5)であった。だが実際には都市の在宅看取りや在宅診療が進んでいるのかというと、決してそうではない。この理由として在宅患者訪問診療料に比して、在宅時医学総合管理料と特定施設入居時等医学総合管理料の診療報酬が高く設定されていることが問題の一つではないだろうか。これらのことから、がんの在宅診療のみならず、在宅診療そのものへの補助や見直しも必要だと提案したい。

最近、S急性期病院では緩和病床を4床設置した。在宅で過ごすがん患者の治療再開時や急変時の速やかな対応、そして今後は精神疾患を合併したような困難事例への対応も視野に入れている。在宅診療を継続することの課題として、最もあげられるのがバックアップ体制の整備である。京都にみられる『在宅療養あんしん病院登録システム』のように、地域の医療施設の空床を登録制として在宅診療のバックアップを構築してはどうだろう。このとき、医療施設だけの空床登録ではなく、介護事業者や複合型施設もシステムに入れることを提案したい。もちろん患者の病状によって、医療施設か介護事業所かというのは選択する必要があるので、そのトリアージをS急性期病院が二次救急として行う。ここでも緩和ケア認定看護師やがん専門看護師が活躍し、後送時の情報共有やアセスメントを通じて地域連携を進めることができる。また必要時には、S急性期病院の4床の一部を提供することができるのである。

化学療法や放射線療法などのがん治療や、緩和ケアの知識を学べる機会を段階的に、定期的に地域規模で設けることも、S急性期病院の重要な役割である。S急性期病院では若干ではあるが、がんの入院患者が減少しつつある。その理由の一つとして上げられているのが、外来化学療法やがんの内服治療の普及だ。加えて外来化学療法も、診療所での導入の進捗が影響している。いいかえれば在宅でのがん治療が発展してきているということである。そこで地域の基幹病院として、リソースの発信が必要となってくる。現在、S急性期病院には、がん専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん看護認定看護師、乳がん看護認定看護師、がん化学療法認定看護師、放射線療法認定看護師が、それぞれ1~2名ずつ勤務している。それぞれがチーム活動やコンサルテーションを中心に活動しているが、今後は更に地域を意識した個々の役割分担が必要となってくる。すでに看護部の教育委員会が中心となって、がん研修シリーズへの参加を訪問看護ステーションまで広げたり、がん専門看護師が他施設と協働して研究会を立ち上げたりしている。また地域の看護師を病院に招くばかりではなく、前項で述べたように認定看護師が、地域の病院、診療所そして介護事業所で活動する機会も戦略的に増やすつもりである。

認知症についても少しふれておきたい。認知症への対策は、もちろんがん患者自身の合併症への早期対応と、認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が必要であると、新オレンジプランで示されている。現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講などを計画しなければならない。身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状(BPSD)への対応力を高めるということである。

また、急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となるともいわれている。また図5(次頁参照)は、認知症の合併をもつ救急患者の受け入れ状況であり、これより認知症を合併した患者は、二次救急医療機関で受け入れることができないことが多く、必然的に高度救命救急センターに搬送されることがわかる。認知症の人は2025年には約700万人ともいわれており、その将来推計と合わせてみると体制整備が急がれる。



出所：「厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会」 筆者加工

図5：認知症の合併症をもつ救急患者の受入状況

看護部では、師長全員が参加する会議が月に2回開かれる。そこで少しずつ認知症に関する学習を進めていこうと考えている。できれば学会認定の資格取得を目指して、皆で切磋琢磨するのもいい。また昨年からは急性期病院で勤務し始めた精神看護専門看護師は、三次救急で搬送された患者対応に余念がないが、同時に認知症の患者対象に院内に、デイケアルームを設置することも計画している。

#### 6-4. 職員満足

S急性期病院では、救命救急センターの併設に伴い救命病棟やICU・HCUを増設したため多くの看護師を新規採用とした。本来、給与の性質上から基本的には昇給源資は退職者と新規採用者の人件費の差額とされることから、今年度は人件費率の増加が予測される。また職員の定着率が悪く、短期間で職員が退職しても昇給源資は減少するが、総額人件費の理論上は長期勤続して比較的賃金の高い職員が退職し、賃金の低い職員と入れ替わることが必要とされている。結果的にこのことが、昇給源資の確保と健全な経営維持につながるという側面もある。しかし一方で、急性期病院を担うためには、新卒看護師の採用ばかりでは、現場に対応できないこともあり、一定経験者を採用しながら臨床現場の経験と技術のバランスを確保しなければならない。特にS公立急性期病院では、経験年数をベースとした職能給が基本であることから、定年退職者等が少ない今後約10年間は、限られた昇給源資内での公正な昇給ピッチを検討する必要がある。例えば、職能給をベースに「勤続給」を組み合わせたり、人事評価制度の職務遂行能力を月例賃金の昇給額に反映させることを検討する。現在、業績評価を

賞与に反映させることを試行しているが、基準の検討と評価が必要である。

ここまで述べてきたように、看護師が高度急性期医療を担いつつ、同時に地域との連携のありかたを常に模索し、行動し続けなければ高度急性期の病床は公正に活用することができなくなってしまう。また一方で、救命救急医療や高度専門医療に、多くの資源や労働力が入院中の治療に費やされ、注目されることになる。それぞれが車の両輪であることを常に意識して、見える形で看護師の労働の対価に応えるシステムが必要だろう。将来的には業績評価に合わせて、職務遂行能力の評価を月例賃金の昇給に反映させることができればより説明しやすいであろうし、職員から評価制度に対する関心と積極性を引き出すことができる。

また急性期病院に勤務する看護師は比較的年齢層が若いため、妊娠や出産・育児のための退職や、短時間勤務を選択する職員が多い。同時に夜勤免除を希望するので、第一線でリーダーシップを発揮する看護師らに、その負担がかかる傾向にある。夜勤者への手当の見直しや、リーダー的役割を最も課せられる5年から10年の勤務者への昇給額見直しなどを工夫したい。ハーズバーク(1968)の動機づけ・衛生理論では賃金は、満足の要因にはなりえないが、不満足の要因とされている。したがって個々の能力や組織への貢献が、公正に給与に反映されていることを、管理者が説明できる給与体系を再設計したい。

## 6-5. 人材育成

前項でも述べたが、S急性期病院では救命センター併設のため急速に人員を確保した。したがって多くの新規採用者が一般病棟をはじめ、救急センターやHCUに勤務することになる。また年々、離職率は低下していたが、ICUやHCU、救急病床を増やしたことで、看護師のストレスは増加することが予測される。救急医療を目指す看護師には、比較的若い看護師が多い。新規採用者の増加と平均年齢の低下から、結婚や妊娠そして育児のためフルタイムで勤務する看護師は、今後減少するであろう。

そのような中、2025年を迎えるにあたり看護師は50万人、介護人材については37万人の不足がいわれている。もはや看護師の退職は、一つの病院の問題ではなく地域の問題となりつつある。潜在看護師の届け出制度が開始されることになったが、まだ全国で仕事をしていない潜在看護師は50万人以上ともいわれており、平均年齢は40歳前後で半数近くは30歳代だと予測されている。全国的にはこのような数値で表わされる潜在看護師だが、S市内でも当然少ない方が良い。病院組織がケアミックス型であれば、多様な雇用形態と勤務場所を看護師が選択するシステムを作りやすいが、S

急性期病院ではそれは難しい。そこで看護師や介護者を地域で育てるというシステムを実現することはできないだろうか。S急性期病院に就職したが、数年でやめてしまう看護師の約4割の退職理由は、急性期ではなくもう少しゆっくと患者さんと向き合える施設で働きたいという内容だ。退職した看護師たちがその後、どこへ再就職したのか知るすべもないが、地域連携を活かした就職斡旋ができれば、より強い「顔が見える関係」を結ぶことができる。年単位での交換留学研修生も良い。急性期の病院から、在宅看護を勉強するために研修に行く看護師や、褥瘡や創部のケアを学ぶために急性期病院で研修することもできる。実際に短期の研修は現在でも実施しているが、もう少し長いスパンの研修内容や再就職を視野に入れた連携も積極的に取り入れようと考えている。

院内における人材育成も重要課題である。今まで準備は進めてきたものの、救命センターが併設され三次救急が始まり、心臓血管外科が新設された。それぞれの機能が十二分に発揮できるよう看護師も技術と質を向上し続けなければならない。今後、地域で高度急性期を担う病院で勤務しつつ、急性期から地域への患者さんの流れを理解できる看護師を育成するためにも、看護師には救命救急、集中ケア、手術室、放射線科などいわゆる中央部門と病棟との両方で勤務するというローテーションを定着させたいと考えている。S急性期病院で働くということは、高度急性期医療に対応できる看護師になるということ、S急性期病院を辞めてもその地域で働く看護師であるということ、これが当たり前になればいい。

現在、S急性期病院には2人の専門看護師と22人の認定看護師が勤務しているが、それぞれが専門分野でその力を遺憾なく発揮できているだろうか。彼らの活動も院内だけでなく、その活動フィールドを地域に広げてもらいたい。また教育研究機関、大学との共同研究や連携の強化も新しい考え方や技術を取り入れるのに欠かせない。さらに今、2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行うことができる特定行為の教育課程が始まろうとしている。S公立急性期病院には、特定行為ができる看護師はまだ育っていないが、今後は関連教育機関としても準備を進めたい。整った教育システムと人材をアピールできるように、組織の成長を目指したい。



## 7. おわりに

看護部が目指す「森を育て、森とともに成長する」高度急性期病院のためのシナリオは、組織が戦略を進める上で重要な部分を占める。しかし看護部が、どれほどビジョンをもって努力するといっても、例えば看護部が地域連携を意識した退院支援を計画しても、医療チームで同じ目標を持たなければ意味がない。また今後、増加する認知症の人の行動を看護師だけでなく、全職員が理解していないと対応できないこともある。治療を続ける上での患者の想いや、胃瘻造設の決定権、延命治療の継続に関する課題など、組織としてどう考えるのか、何を拠り所とするのかということは、超高齢化と高度急性期医療の狭間で避けては通れない問題である。

人が人に対して、対人的に提供されるサービス、具体的には、医療や保健、福祉などを包括的にとらえたヒューマン・サービスという概念がある。田尾(2004)によるとヒューマン・サービス組織は組織といいながら、正確には組織としては十分な要件を備えているとはいえず、一枚岩として、ひび割れることを恐れているのは経営管理ができない組織だという。また第一線で働く専門職であればあるほど、組織へのコミットメントが低くなる傾向にあるが、この人的資源の多様性を逆手にとって、懐の深い組織になることが必要だという。確かに、病院の第一線で専門技術と知識をフルに働かしている専門家ほど優秀で、組織への貢献度も高いことが多いが、オリジナティにも長けている。このヒューマン・サービス組織、ここでは病院組織であるが、その組織の目的は社会の要請にこたえることであるから、柔軟かくその時代の環境変化に対応していかなければならない。それらをマネジメントするために社会が不足しているものを見つけ出し、不足なところを補い、しかもよりいっそう望ましい社会になるための問題提起をし続けるのである。そこで、S急性期病院の地域での役割を、皆が同じように理解しているかどうかの問題となる。今自分たちが社会に不足しているものを補えるように、そして自分たちで提起した問題をどう解決するかを徹底的に話し合いたいものである。S急性期病院には、職員同士が語り合う場がもっとあってもいいのではないかと常々感じている。救命救急センターを併設したこの時を機会に、それぞれの立場で意見を述べ合う場を看護部で設定してみよう。

高度急性期病院を地域包括ケアシステムの川の流れの一部に例えたが、その川は決して一直線に流れているわけではない。曲がりくねり、色々な場所へ枝分かれしている。どこへ流れても、急激な落差や澁みができないように、水の流れつく先を誘導できるような急性期医療、木を見るだけでなく、森全体を豊かにする原動力でありたい。

## 謝辞

本稿を作成するに際して、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫教授 筒井孝子教授 鳥邊晋司教授 藤江哲也教授より、丁寧かつ熱心なご指導を賜りましたことに感謝いたします。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] Herzberg, F., 1966, “Work and The Nature of Man,” Cleveland and New York: The World Publishers. (北野利信 訳 (1968) 『仕事と人間性 動機づけ—衛生理論の新展開』 東洋経済新報社。)
- [2] 浅見浩(2012) 「看護職の適切な賃金・給与体系の設計」『病院』第 71 巻 5 号、364(28)-369(33)、医学書院。
- [3] 井上秀一(2014) 「専門職役割コンフリクトと管理会計に関する文献レビュー」『経済論叢』第 188 巻第 2 号、47-61、京都大学学術出版会。
- [4] 小木紀親(2011) 「看護管理の視座から導出された経営・マーケティング課題と医療マーケティング研究の方向性」『東京経大学誌』第 274 号、227-239。
- [5] 小林謙二(2008) 「ベンチャー企業の持続的成長・発展のためのイノベーションモデルの研究」『文教大学国際学部紀要』 第 19 巻 1 号、47-63。
- [6] 田尾雅夫(2004) 『ヒューマン・サービスの経営』 白桃書房。
- [7] 田尾雅夫(2009) 『バーンアウトの理論と実際』 誠信書房。
- [8] 筒井孝子(2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』 中央法規出版株式会社。
- [9] 筒井孝子(2015) 「地域包括ケアシステムにおける病院看護部門の今後のあり方」『病院』第 74 巻 5 号、326(18)-331(23)、医学書院。
- [10] 早川佐知子(2011) 「アメリカの病院における医療専門職の役割分担に関する組織的要因」『海外社会保障研究』 No. 174、4-15。

## 引用ホームページ

[1]厚生労働省 社会保障審議会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho>. (2015年8月15日アクセス)

[2]厚生労働省 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei>. (2015年8月2日アクセス)

[3]国立社会保障・人口問題研究所

<http://www.ipss.go.jp/> (2015年7月20日 アクセス)

[4]都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応

<http://www.tsukuba-psychiatry.com>. (2015年7月2日アクセス)