

MCH

MCHニュース 2013.08.30 Vol.9

NEWS

第14回 病院の経営を考える会

(2013年7月5日·6日開催)







将来を見据えた病院経営のために



エム・シー・ヘルスケア株式会社は7月5日、6日の2日間、品川グランドホール、 品川イーストワンタワー会議室で、「第14回 病院の経営を考える会」を開催しました。厚生労働省医政局の梶尾雅宏指導課長、東京女子医科大学先端生命医科学研究所の伊関洋教授、元駐中国大使で宮本アジア研究所の宮本雄二代表による講演を通して、将来を見据えた病院経営のために、今何ができるのか、何をすべきかを考えました。「組織マネジメント」「地域医療連携ネットワーク」「手術室運用」をテーマとしたワークショップでは、講師を交えたディスカッションを通じて、病院経営における課題を抽出しながら対応策を模索しました。

今後の医療提供体制に関する制度・政策の動向

社会保障制度改革の議論は大詰めに 充実とあわせて重点化・効率化も検討

少子高齢化が進み、社会保障費が国の一般歳出 (政策経費)の半分以上を占めるようになった日本。厚労省では2025年のあるべき姿に向け、医療・介護の再編を進めています。厚労省医政局指導課の梶尾雅宏課長は、今後の医療提供体制に関する制度・政策の動向について解説しました。



厚生労働省医政局指導課長 **梶尾雅宏**氏

鹿児島県出身。1987年に東京大学法学部を卒業後、厚生省 入省。保険局政策企画官、医薬食品局医薬品副作用被害対 策室長、年金局年金課長などを歴任。2012年9月から現職。

国民会議で医療確保の方策を検討

現在、国では、「社会保障制度改革 国民会議における審議を踏まえ、2013 年8月21日までに、社会保障制度改革 に必要な法制上の措置を講ずる」とす る社会保障制度改革推進法(2012年8 月22日に施行)の規定に従って、国民 会議を2012年暮れから開催。6月まで に16回を数えました。ここでは、「医 療従事者、医療施設等の確保及び有効 活用を図り、国民負担の増大を抑制し つつ必要な医療を確保する」ための仕 組み作りが検討されています。

消費税率が2014年4月から8%に、2015年10月からは10%と段階的に引き上げられます。5%増(10%)時には、4%を社会保障の安定化(現在の社会保障制度を堅持する)に、1%(約2.7

兆円)を社会保障の充実に充てることになっています。これまで、消費税の使途は、高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)に限られていましたが、今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育で)に拡大されることになっています。2.7兆円のうち、1.6兆円弱は医療・介護の充実に充てられることになっていますが、その使途についても議論が進められています。

2025年のあるべき姿の実現を

医療提供体制の改革では、現在の性・ 年齢階級別の医療サービス利用状況を そのまま将来に投影した場合には、現 在(2011年度) 133万人の1日あたり入 院患者数が、2025年には162万人に、そ のために必要な病床は166万床から202 万床になることが見込まれるとして改

> 革の必要性を述べています。 それまでに、診療報酬·介護 報酬の同時改定が2回、診療 報酬のみの改定が3回あり、 2025年の姿の実現に向けて改 定が行われていきます。

> 2013年 6 月10日開催の国民 会議では、機能分化を推進す る仕組みとして、医療機関が、 その有する病床において担っ ている医療機能の現状と今後 の方向を選択し、病棟単位で、 都道府県に報告する制度の検 討状況が報告されました。医 療機能とあわせて、地域ビ ジョンを策定する上で必要な 「提供している医療の具体的

内容に関する情報」の提供も求めています。

2012年度の社会保障給付費は約100 兆円(対GDP比22.8%)に上り、国の 歳出総額(約90兆円)よりも大きくなっ ています。内訳は、年金5割、医療3割、 福祉2割で、国庫負担は約29兆円、一 般歳出の51%を占めています。

地域の医療デザインは地域で

在宅医療については、疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるよう、医療と介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護が提供できる体制を進めていきたいと考えています。医師確保対策では、2013年度から医学部の入学定員を50人増の9,041人(過去最大)としました。人口10万人対医師数も年々増加していますが、これを都道県別にみると、最多の京都府(286.2人)と最少の埼玉県(142.6人)では、2倍の格差があるのも事実です。

いずれにしても、医療政策の動向として、地域医療のデザインは、地域・現場が主体性をもって策定する方向になっています。そのためには、都道府県の役割が大きくなってきます。消費税率引き上げによる増税分が、医療・介護の提供体制の確保にきちんと配分されるような仕組みをづくりをするのは、国の役割です。一方、在宅医療・介護が連携していけるかどうかは、市町村と郡市医師会がそのカギを握っています。



国民皆保険、皆年金ができて半世紀が過ぎ、わが国は少子高齢化が進展、 雇用環境の変化と貧困・格差の問題などによって社会が激変していま す。こうした中、厚生労働省では、「安心の支え合いである社会保障制 度を守り、進化させ、受け継いでいくため、時代の要請に合ったもの に変えることが必要」として社会保障改革を推進しています。

~医療情報誘導手術の近未来 SCOT(Smart Cyber Operating Theater)計画~

より安全で開かれた医療を目指すためにビッグデータの活用が求められています。

今、東京女子医科大学・早稲田大学連携先端 生命医科学研究教育施設(通称TWIns)などを中 心に、医学・工学の学際領域、融合領域の創設 が進められています。その目指すところは「よ り安全で開かれた医療」。そのキーワードの一 つはビッグデータの活用にあります。



東京女子医科大学 先端生命医科学研究所 教授伊関 洋氏

北海道函館市出身。1974年東京大学医学部医学科卒。同年東京女子医科大学脳神経センター脳神経外科医局入局。助手、同講師を経て、2001年先端生命医科学研究所(大学院医学研究科先端生命医科学系専攻先端工学外科学分野)助教授(脳神経外科兼任)。08年4月TWIns(女子医大・早稲田融合拠点)開設。

医療のロバスト性の実現

医療行為は人間の生命の複雑性と有限性、そして個人の多様性に由来し、本質的に不確実なものです。この不確実性は低減させることはできても、消滅させることはできません。では医療現場に何が求められているのか。それは「病気に罹患した時に、いかにしてその重篤さや合併症の発生を防ぎ、かつ病気の結果として生じる生命の機能低下を軽く食い止めるか」ということです。

「病人に害を与えない」はずの病院での 医療過誤が減らないのは、医療システム の複雑化、改善のためのリーダー不在な どが理由です。しかし、改善の兆しも出 てきました。投薬処方のコンピュータ化 で81%のミスが削減されたり、未熟児出 産に対しても医療チーム全体として再教 育することで新生児脳障害を50%減らし たりすることができるようになりまし た。さらに医療の質やアウトカムに目を 向け、インセンティブやボーナスを医療 機関に支払う保険制度を導入すれば、さ らに医療過誤を減らすことは可能です。

そして先端医療機器・技術・システムによって、医療チームに属するメンバーに 不具合などが生じてもシステム全体とし てリスクを受容できる「医療のロバスト性」を実現することが必要です。

22世紀の医療システムへ

ヒューマンエラーが言われる中、「ど んな誤りをしても大丈夫な設計」は実質 的には不可能です。本当の根本原因に立 ち戻って有害事象をプロファイリング し、ヒューマンインターフェイスを重視した原因究明と対策立案が必要です。事故発生には、①事象の連鎖②連鎖のさらに奥に存在する背後要因③連鎖切断における事故回避の可能性④過去における類似事象の発生―という4つの共通点があります。つまり、一つの事故をプロファイリングすれば、次の事故を誘発する前に対策を取ることが可能になるのです。

しかし、医療現場では医療行為や患者 の生体情報などを医療従事者自らが記録 しているため、医療情報は客観性、有用 性、信ぴょう性に乏しく、医療過誤を第 三者の目で客観的に評価することができ ません。つまり、医療過誤は、「人、組織、 機械などの医療現場のシステム的な欠陥 に起因」しているといえます。患者にとっ て分かりやすい医療の実現、いつでもど こでも可能な高度医療の実現、治療期間 中の患者を社会的・精神的に支援する環 境の提供のためにも、医療は「情報技術 (IT)をベースとしたビッグデータによる 高度な情報処理による遠隔医療を見据え た22世紀の医療システム」に変わらなけ ればならないのです。



伊関氏が教授を務める東京女子医科大学先端生命医科学研究所先端工学外科学分野(FATS)の「執刀外科医の意思決定を支援する術中情報の非接触直感操作型インターフェースOpect」は、Microsoft Innovation Award 2013で最優秀賞を受賞。Opectは、手術中の画像確認の手間を解消し、手術の効率化を実現した非接触型の画像操作システムで、Microsoft社製のゲーム機用コントローラ「Kinect (キネクト)」を活用しています。写真は東京女子医科大学脳神経外科におけるグリオーマ衛出術にて、術中病理診断画像を参照する執刀脳外科医。

ハイブリッドによる医療安全

人と機械、医学と工学の融合、つまり ハイブリッドによって医療安全を目指す 動きがあります。東京女子医科大学の医 療情報誘導手術室(SCOT:Smart Cyber Operating Theater)は、映像や音などの 手術情報を収集、医療従事者の行動を分 析、有意情報を抽出、選択的に提示する 「手術室システム」と、患者動態を予測し、 手術情報の記録と管理を行う「戦略デス クシステム」から成り、根拠に基づき、 未来を予測した手術によって、安全性確 保、最適化と標準化、技術の高度均てん 化などを目指したものです。また、覚醒 下手術(IEMAS2)では、脳腫瘍手術の患 者を術中に覚醒させ、統合提示した情報 への患者の応答などから言語野などを維 持しながら腫瘍を切除することで後遺症 を防ぐことを可能としています。超音波 位置計測システムでは、手術ワークフ ローを見える化することで、効率化を図 り、スタッフが自分の次の立ち位置を判 断することを可能とし、安全性の確保と 労働負荷の軽減を目指しています。

戦略デスクは手術情報の統合と手術戦略の支援を行う"新しい脳"であり、手術室内外のすべてのスタッフがすべての術中情報を共有することを可能にするとともに、過去・現在、そして将来の可視化を実現するものです。そのためには戦略デスクに集まるデータベースの充実が不可欠で、データベースは蓄積することで精度がアップします。ビッグデータの活用が、より安全でより開かれた医療を実現すると言えるのです。

習金平体制で中国も徐々に変化日中間は「戦略的互恵関係」を推進すべきです

日本にとって、近くて遠い国、中国。尖閣問題をはじめ、日中関係は問題が山積していますが、宮本アジア研究所代表の宮本雄二氏は、「日本と中国の間には、誤解と無知が多すぎる」と述べ、中国の新政権と日中間の諸問題について解説。「戦略的互恵関係」を推進すべきとの見通しを示しました。



宮本アジア研究所代表(元駐中国大使)

福岡県出身。京都大学法学部を卒業後、1969年に外務省に 入省。在アトランタ日本国総領事館総領事、在ミャンマー 連邦日本国大使館特命全権大使、在中華人民共和国日本国 大使館特命全権大使などを歴任。2011年に宮本アジア研究 所代表に就任。日中関係学会会長、日中友好会館副会長。 著書として、「これから、中国とどう付き合うか」などがある。

複雑・多様な国家、中国

日本にとって、隣人でもある中国は、21世紀を生きていくためには付き合っていかなければならない大事な国です。中国は、複雑・多様な国であるということを、まず理解する必要があります。国土が広大なうえ、険しい山岳や砂漠があり、例えば同じ福建省内でも、北部と南部とでは、話す言葉も違います。「中国は…」「中国人は…」という言葉をよく耳にしますが、とても、そんな一言で括れるものではありません。日本のスタンダードと中国のスタンダードとは違う、ということも理解しなければいけません。

胡錦濤の後任として、中国共産党中 央委員会総書記に就いた習金平が、中 国の最高指導者として最近力を蓄えて います。胡錦濤に比べて決断力、実行 力があり、中国の将来は彼にかかって いると言っても過言ではありません。 最近の中国は変化も速く、3カ月で北 京の雰囲気はすっかり変わってしまい ます。日本が高度経済成長を遂げてい た頃と同じです。しかし、中国は我々 が想像する以上に、問題・課題を抱えています。それは、あまりにも短期間に経済発展を遂げたため、今後も同様の成長を続けなければ、国家が立ちゆかなくなり、中国共産党の一党支配が継続できなくなるからです。

中国共産党統治の継続が第一

中国共産党も決して一枚岩ではあり ませんが、それはコップの中の嵐。中 国共産党統治の継続を第一に考えてい ます。その中で、かつては3~5%だっ た大学進学率が25%にもなり、イン ターネットの普及により、情報も自由 に入手できるようになりました。住居 も各自で選べるようになりました。中 国人はとても賢くなり、中国共産党の 統治能力を試しているのも事実です。 「中国の食品は信用できない」というこ とを中国人自身も知っています。これ まで中国は、「外国の投資(技術)+中 国の安い労賃+輸出 |という図式で経 済を発展させてきましたが、輸出依存 では世界中で経済摩擦を起こすことが 懸念され、今後は内需掘り起こしに切 り替えていかなければなりません。エ ネルギーの確保も深刻な問題です。 2011年にGDP(国内総生産)で日本を 超えましたが、今後も7%程度の経済 成長がなければ、中国共産党統治の終 焉を迎えてしまいます。このように、

国内に問題が山積している中で、中国 には世界各国と喧嘩をしている余裕は ありません。従って、日中間で起きて いる諸問題も、中国は必ず鉾を収める はずです。振り上げた拳を降ろすタイ ミングがないだけです。

誤解多い日中間の認識

歴史認識の問題については、日本は 外交問題となった途端に負けてしまい ます。各国の政治の問題ですし、中国 国民は、当時のことや事実を知ってい るわけではなく、マスコミの報道に よって判断してしまうからです。もっ と言えば、人類の歴史は勝者の歴史で す。歴史を評価するには、最低でも数 百年はかかるでしょう。尖閣問題も、 ある意味、強い中国を演出するための 材料でもあるのです。しかし、「日本 との関係を良くしなければいけない」 という考えの中国人が増えてきたこと も確かです。お互いを理解するために、 観光旅行は想像以上の効果がありま す。日本に観光に来る中国人の多くは、 「日本は好感の持てる国」という感想を 述べています。日本と中国の間には、 誤解と無知が多すぎるのです。

中国は日本にとって永遠の隣国であり、大国です。「柔らかい手」と「硬い手」を持って、安全保障の柱を補強して、「戦略的互恵関係」の世界に戻るしかありません。同時に日中のバランスをとるカギは、日本の再生です。地道に関係を修復する以外に手はないと思います。



宮本氏はその著書「これから、中国とどう付き合うか」(日本経済 新聞出版社、単行本317ページ、定価1785円)で、GDP世界第2 位の超大国に躍進するや否や、横暴ともいえる自己主張を始めた 中国という巨大な隣国が突きつける課題に対し、わが国はどう克服し、成長の契機にすることができるかを考えさせる一書。



多・他職種から成る病院を組織として機能させ、ビジョン実現に向けてリーダーは何をすべきか―。病院長として模索する中で「コーチング」という双方向性コミュニケーションに早くから注目して取り組んだ畑埜義雄氏が、数々の経験談とユーモアあふれる語り口で、コーチングスキルを活用した組織マネジメント法を披露しました。

畑埜クロスマネジメント代表 元和歌山県立医科大学附属病院院長

畑埜義雄氏



リーダーに求められるもの

現在のポジションは適任だったから? 他に適任者がいなかったから?「しゃーない(しょうがない)人事」になっていないでしょうか。適任であったかどうか…その答えは3年後に出るでしょう。今、時代は新しいリーダーを求め、更に変化を求めています。リーダーがやるべきことは、①部下の観察と分析(偏見なしに)②自らコミュニケーションを図る③部下の育成(現場指導、ティーチング)④部下を承認⑤自ら自己犠牲(部下よりも多い汗を流す)一です。そして病院経営のリーダーに求められるリーダーシップは、「来年、3年後という病院の未来像を描ける」ということであり、そのためには「自己を知る」「ビジョン構築力」「人を巻き込むコミュニケーション力」が必要です。

「自己を知る」とは、自分の内なる秘めた心を見て、他人のフィードバックを受け止め、自己認識を真摯に深めることです。日々のありふれた経験一つひとつの結果と因果関係を分析し、深層心理に入ることを積み上げていくことで、リーダーとしての価値観を築いていくことができます。そしてそこから理念やビジョンが明確になってきます。過去の体験に蓋をしてはいけません。リーダーは潜在意識を明らかにすることが必要なのです。

組織成功の必須条件

ビジョンは、未来の理想像であり、戦略と行動でその目標に近づけるものです。病院のリーダーは、多くの医療専門職を束ね、共通の目標に向かって一致団結させ、ビジョンを具現化しなければなりません。医師や看護師、コメディカル、そして地域をも巻き込む、竜巻にも似た力がリーダーには必要です。「人を巻き込むコミュニケーション力」です。コミュニケーションは命令型の直球ボールではなく、相手と双方向性で対等な会話ができる、変化球を交えた言葉のキャッチボールができることが必要です。命令型コミュニケーションだけでは「やりがいを持てない組織体制」「トラブル・事故」につながります。そのためには仕事以外の内容の

会話も大切です。

ビジョン実現のカギは職員のモチベーションにあります。人を動かす原動力は「自己実現」であり、そのためには「承認=認める・誉める」ことが必須です。承認のメッセージは相手が自己実現のためのエネルギーをチャージさせるためのものです。「認めること・誉めること」を組織の中にもっと入れていくべきでしょう。

承認のメッセージの基本は「あいさつ」です。あいさつで病院のコミュニケーションレベルが分かるといっても過言ではありません。病院は統合された職員のサービスが求められる場であり、そこでは個々人の性格に依存せずに患者さんを満足させるコミュニケーションスキルを学ぶ必要があります。コミュニケーションスキルを身に付け、一人ひとりがそのエネルギーの5%でも、他人のために良いことをしたり、気配りをすることに使えば、個人プレーがチームプレーになります。人間関係を円滑にすることが組織成功の必須条件なのです。

コーチングでリーダーを醸成

リーダーは、人と人が尊重し合える状況を作り、自分の考えと態度を明確に伝えねばなりません。リッツカールトンが言う「明確な道徳的基準」がリーダーには必要なのです。リーダーの実力を知る基準は人間関係を育む能力であり、リーダーには全方向性の組織マネジメント能力が必要です。

それを醸成するのがコーチングという手法です。コーチングは「人は無限の可能性を持っている」「人が必要とする答えは、その人の中に眠っている」という基本理念に従って、「人の目標や希望を達成するために、質問によって眠っている答え・方向性を引き出し、自発的行動を促すコミュニケーション法」です。その基本的スキルは「聴く」「質問する」「承認する」だけです。コーチングで「あのリーダーはいい人だけど…」「あのリーダーは好きなんだけど…」という枕詞がつかないリーダーを目指しましょう。

地域医療連携ネットワーク運営の課題



F げ

診療情報は使われて価値が生まれる

県全域に広がるあじさいネットは、医療機関が診療情報を相互に閲覧できる仕組みとなっており、7月上旬現在、閲覧可能施設が192施設、情報提供病院が19施設です。運用当初は、情報提供病院が長崎医療センターと市立大村市民病院の2施設だけだったので、この9年でネットワークは大きく成長しました。

全国各地で診療情報を提供する病院はありますが、 あじさいネット立ち上げを検討する際、「自己満足や 優位性を保つために地域連携を始めるのではない」と いう考えを大切にしてきました。また全国を調べると、 利用者の規定やマニュアルがなかったので、あじさい ネットではそうしたものを、参考資料をもとに整えま した。

実際に運営してみて、かかりつけ医が基幹病院のデータを閲覧することができるようになったので、治療方針や診療内容に意見を言えるようになりました。「診療の質を上げる」という意味では、かかりつけ医の視点が活かされるため病診連携のバランスが良くなったのではないかと思います。

あるかかりつけ医が、病院の内視鏡画像を見たことにより患者紹介を早めるということがありました。つまり、(最新鋭の画像システムを見たことで)病院に対するかかりつけ医の意識が変わった例です。実際にやってみて分かったこともありますが、私は診療情報というものは必要とされる関係者に幅広く活用されてこそ価値あるものだと思っています。

あじさいネットの課題

厳しい言い方になりますが、関係者や地域連携室担 当者の中には、あじさいネットにできることとできな いことを正確に判別できない方がいます。実際にあじ さいネットは、できていないことや問題点もあります。

一つは、あじさいネットは24時間動いていませんし、 救急搬送の患者には対応できていません。その理由は、 地域連携室が動いている時間帯にしか情報提供病院が 連携手続に応じられないからです。

二つ目は、あじさいネットを必ず参照しなければい

医療分野において | Tを利用した地域連携は関心が高い一方、システムの構築や円滑な運用が課題となっています。 長崎県 市立大村市民病院医療情報企画部長の柴田真吾氏は麻酔科医師でありながら、県下に診療情報の共有化を図る 「あじさいネットワーク」を立ち上げた一人。 あじさいネット設立から 9年目を迎えた今、これまでに経験したことや考えたこと、さらに今後の展望を解説しました。

NPO法人長崎地域医療連携ネット ワークシステム協議会理事 市立大村市民病院医療情報企画部長

柴田真吾氏

けないかという点です。紹介状やサマリーだけで十分 という意見がありますが、確かに今の診療報酬制度の 枠組みの中では充分です。確かに地域連携システムで 閲覧可能な情報全部に目を通すのは無理なのです。し かし、医療の質という視点では現場としては不十分で あるとの意見も多く、とにかく重要な情報は見落とさ ないことが肝心だと思っています。

私見ですが、診療報酬や既存の医療システムの枠を 越えた地域医療ネットワークは未完成で未体験である からこそ、それを実際に運用してみる世界だと考えて います。その上で手段の目的化、つまり「何のために やっているのか」を大切にするべきです。全国を見る と、その目的をはっきりさせないまま運用していると ころがあるので、それがネットワークの課題として噴 出しているのかもしれません。

今後の地域ネットの在り方

今後の地域医療ネットの在り方に関してもっとも重要になってくるのが、「地域医療連携ネットワークの効果を証明すること」です。制度として根付くためにはインセンティブが必要です。地域医療ネットワークで医療の効率化に一定の効果があると判断でき結果が出て、それを数字で表しインセンティブを制度化するのです。これから地域医療ネットワークに取り組む方々が、地域医療ネットワークが治療成果や医療費効率化に有効であるとのエビデンスを証明できるのであれば、ネットワーク構築に参加した医療機関の負担は、診療報酬の見直しや加算により軽減されるのが良いと考えます。ITを活用した地域連携は始まっていますが、次は医療機器でしょう。医療機器側にネットワークが接続する時代がもう来ています。

あじさいネットに関しては、事業継続性を担保するため、何をビジネスにしていくのか。その道を見い出すためには新しいサービス提供が必要です。いろいろ構想はありますが、一般企業や行政などとも連携し「地域における第3の公共・インフラ・プラットフォーム」としての業務を拡大していくことが欠かせません。



「手術室の臨床工学技士がかかわることで、医療の質が向上し、効率性も改善された」―。聖隷浜松病院臨床工学技士長の北本憲永氏は、自院での取り組みを例に示し、臨床工学技士がもっと積極的に手術室の臨床業務(麻酔導入、外回り、器械出し等)にかかわるべきだと強調しました。

社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院臨床工学室長

北本憲永氏



CE業務の幅が広がる

当院では、臨床工学技士(CE)がチーム医療の一 員として、手術室において、医療機器を多く使用す る手術では器械出し作業などを担っており、手術室 の効率的運用に貢献しています。臨床工学室は、 1992年に手術ME室としてスタッフ4人で発足。麻 酔導入介助や医療機器トラブル対処、人工心肺操作 などを業務としていました。98年には透析ME室と 合併し、臨床工学室(CE12人)として再編され今日 に至っていますが、その間、手術関連では、▽眼科 手術全例外回り(04年)▽整形外科イメージ操作介助 参加(同)▽眼科、婦人科レーザー、ラパコレの器械 出し業務開始(07年)▽インプラント手術全例立ち会 い開始(08年)▽眼科手術器械出しCEへ完全移行 (11年)▽関節鏡の器械出しおよびACLをCEに完 全移行(12年)▽TKA器械出し業務参加(同) 一と、 確実に業務の幅が広がってきました。

現在の臨床工学室のスタッフ数は47人で、12~15 人が手術室に配属されています。スタッフの有給休暇の消化率は100%、過去5年間の平均離職率は1.9% と、職員が定着しているのが特徴です。

CEによる器械出しは17.5%

当院の中央手術室での手術件数は、年間1万件を前後しており、2012年度は9,758件でした。手術室の年間収入は約81億円で、医業収入全体約270億円の30%を占めています。手術室看護師の離職率は高く、当院でも15~25%に上っていますが、このような状況下で、看護師の負担を軽減し、医療の質を担保するためにも、CEの役割は大きいものがあります。

麻酔導入の介助を例にとりますと、一般的な病院では「医師(麻酔科医、外科医)+器械出し看護師+外回り看護師+外回り看護師」という配置で、当院のように手術室が12室あれば、36人の看護師が必要となりますが、当院では「医師(麻酔科医、外科医)

+器械出し看護師+外回り看護師+外回りCE」または、「医師(麻酔科医、外科医)+器械出しCE+外回り看護師+外回りCE」という配置のため、手術室が12室でも、CEを有効活用した場合、看護師は12~24人で足りる計算になります(あくまでも計算上)。実際には、CEが器械出しに今後参加できる手術(内視鏡関連、眼科、レーザー、インプラント等)は全手術件数の約42%で、現在CEによる器械出しは約17.5%(約1,700件)となっています。

「できない」は口にしない

CEによる器械出しの効果として、▽CEのモチベーションが上昇した▽物品の管理がリアルとなり、管理体制が強化した▽医療機器の準備時間が短縮され、安全と効率面が改善した―などが挙げられます。

「利益率が1%だとすると、コストを1万円削減 すれば、診療報酬が100万円増加したのと同じ」とい う話も耳にしますが、手術機器の台数適正化とコス ト削減にも積極的にかかわっています。かつては、 内視鏡も手術室以上(当時11室)の12台ありました が、これを7台に整理。CEが導入機種の推奨も行っ ています。また、CEが、手術内容により、手術室 ごとに使用する医療機器を調整し、「医療機器把握 表 |を作成しています。手術室には多くの医療機器 が存在し、医療機器は日々進化しています。これを 医師や看護師だけで追従するのは難しい状況にあり ます。安全と質を向上させるためには、医療機器が 患者に使用される最も重要な部分に、医療機器に熟 知したCEを配置すべきだと考えています。そのた めには、CE側も▽CEの存在を知ってもらう▽医 師の要望に応える▽言い訳や「できない」は口にしな い▽人材育成を徹底する一など、手術室からの信頼 を得る努力をしなくてはいけません。医師・看護師 とのコミュニケーションが大切になってきます。

向 するこ 矢