医療現場から見た今日の課題と自助的解 医療経営研究会報告書

猶本 良夫¹⁾

日本の医療について、今日ほど国民の関心を集める時代は無かったと言えるであろう。国民皆保険制度の導入以来、世界に類をみない優れた医療制度と高い医療技術水準を誇ってきた。しかし、医療の高度化と医師をはじめとする医療専門職の作業量の増加、新しい研修制度の導入による若手医師の流動化、権利意識の変化、高齢社会、経済の停滞などの環境の変化に伴い、徐々にこれまで危ういながらも支えられていたシステムが崩れてきた感が否めない。しかしながら、外的要因にのみ解答を求めることにも問題がある。すなわち、現在、近未来の経済環境からして、医療に多くの支出をすることは困難であり、医療機関の集約と効率的な経営が求められている。さらに、そのためにはこれまで希薄であった病院のマネジメント力の強化が必要で、いかなる行政的な施策がとられようと実効を伴わないことは明らかである。病院は業務改善を通じたマネジメント力の強化とリーダーの育成、医療専門職のマネジメントへの取り込みが喫緊の課題である。そういった先例は欧米の病院、研究にあり、日本における先進的の病院にも学ぶ必要がある。高齢社会とそれを支える若年労働者への負荷がこれまでに経験した事のないほど大きくなりつつあり、医療においても同様である。早急にあらゆる対策をしなければ大きな社会不安となつてこよう。本稿では、医療現場から見た病院の再生への課題を検討した。

キーワード 医療、マネジメント、医療専門職、業務改善

1. はじめに

日本の医療について、今日ほど国民の関心を集めている時代は無かったと言えるであろう。1961年に始まった国民皆保険制度の導入以来日本は、世界に類をみない優れた医療制度と高い医療技術水準を誇ってきた（遠藤他，2007；荒田他，2003；鮎澤他，2007；浅野他，2006；黒田・稲垣，2006；OECD，2006）。しかし、医療の高度化と医師をはじめとする医療専門職の作業量の増加、新しい研修制度の導入による若手医師の流動化、権利意

識の変化、高齢社会、経済の停滞などの環境の変化に伴い、これまで危ういながらも支えられていたシステムが急速に崩れてきた感が否めない。本来労働集約型産業である医療が、人的要因から崩壊しつつあるのである。水野肇氏は今日の医療崩壊は、大学の医局制の崩壊、臓器別の専門医療の定着、行き過ぎた医療費削減策という3つの要因の複合によりおこつたと指摘している（水野，2008）。

今日、研究者、評論家、政治家、市民から様々な意見が発信されているが、医療現場の人たちの意見が十分に発信されているとはいひ難い。そもそも、経験豊富な医師たちが厳しい医療現場から去り始めており、一方、若い医師たちがそういつ

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科

た現場に所属したがないことが、大きな要因でもある。本稿では、医療を再生するために、医療現場において必要な改善すべき課題とその解決方法を探る。

2. 視点と課題

1) 企業と病院に共通する課題

平野雅章氏は近年の非正規社員の増加や成果主義の導入、合併・買収に伴うリストラや移籍など伝統的な企業と人との関係が変化している環境下で、企業の人的投資のリターンがどのようになっているかを「組織 IQ」という指標で測定し、企業の人的投資は、①組織の能力は構成員の能力とは別物、②組織能力が低いと、人的投資がムダになる、③経営者のリーダーシップで組織の再構築が必要である、と指摘している（平野、2008）。一方で、日本のホワイトカラーにおける生産性の低さと残業時間の長さを指摘する声がある。医療においても医師は圧倒的に長い労働時間を提供している。しかしながら、年間に退院させる人数など、その1人当たりの生産性は米国、欧米に比して低いとされる。

2) マネジメント不在

医療における業務量の増加は、むしろ日本ばかりではない。米国でも同じような事態が起きている。だが、米国では、それらの業務の多くは事務部門や秘書やコメディカルが吸収し、医師には患者に対する直接的な診断・治療に専念させる仕組みが比較的早くから整っている。病院経営において、医療現場に過度の負担を招かないようなマネジメントが機能しているのである。日本では、院内において自力での移動が困難な、または、自力の移動が不都合な患者の移動はもちろん、特に移動に問題のない患者でさえ搬送を担当するのは看護師であり、場合によって医師であることが普通である。米国ではCTの検査のために移動する人

図1 医療とマネジメント

たちを含め、移動を担当する職種の人たちがいる。薬剤師においても患者との直接的な接触、医師への投薬の提案などを主たる業務とし、薬剤の管理、調剤などはアシスタントが行う。

医療におけるリスク軽減においても、マネジメントが機能している。先日、著者はスタンフォード大学の化学療法病棟を訪れ、化学療法の処方についての話を聞いた。そこは主に開発に関わる臨床研究が行われている病棟である。処方ではまず、フェローが記入する。それに対してさらに、彼らの上級医師2名、看護師2名、薬剤師2名がそれぞれ最初から再計算してチェックする。そして、それぞれが承認のサインをしたものが最終の処方箋となり、投薬が行われる。スタッフはこういった仕組みを導入している理由を、投薬の間違いを限りなくゼロにする為と語っている。投薬だけではなく、個々の医療行為が、常に確実な医療成果を生み出すためにマネジメントされている。

済生会熊本病院の前副院長・事務長の正木義博氏（現 済生会横浜市東部病院・院長補佐）は10年ほど前に産業界から病院に移って、フロントラインである医師、看護師等の業務をサポートする部門がないことに驚いたと述べている（猶本・石

図2 SSI 発生率の推移

井, 2008a)。一般企業には、品質管理、生産管理、カスタマーサービスなどのサポート部門があるのが当たり前であるが、病院にはこういった部署がない。さらに、マネジメントの責任者がいないことを指摘している。病院長はマネジメントの最終責任者であるが、多くの場合「医師団の長」であり、いわゆる経営者ではない。そうなると医師、看護師、薬剤師などの医療専門職や事務職からマネジメントのできる人を育成、登用する必要があると述べている。

必要とされるところに必要とされる資源が行くように適切に配分する、業務をスムーズに確実にこなしていく、そのためにマネジメントが必要とされる。言い換えると、マネジメントが個々の医療行為を方向づけ、それによって高い医療成果を生み出す。企業と病院いずれにおいても、これらを解決するためにはマネジメントが機能するしかない。概念として図1のようになる（猶本・石井, 2008b）。

3. 自助的解

加護野忠雄氏は、経営とは「人々を通じて」、「仕事をうまく成し遂げること」であり、そのための方法を研究するのが、狭義の経営学であると

表1 サーベイランスの期間と症例数

	サーベイランス期間	症例数
第1回	平成18年10月-12月	575例
第2回	平成19年3月-5月	743例
第3回	平成19年10月-12月	944例
第4回	平成20年3月-5月	827例

定義している（加護野・吉村, 2006）。そこで実際のマネジメントと業務改善の意義について、われわれの事例を示す。筆者は、日常、消化器外科を中心に手術、術前・術後管理を行っている。術後のひとつの問題として創感染（手術による創部感染：SSI —— Surgical Site Infection —— , 以下 SSI）がある。SSI が発生すると、当然のことながら患者は困る。同時に、その治療のための医療費は多くかかり、在院日数も延長することになる。医師、看護師がガーゼ交換など創の処置に費やす時間も多くなる。そこでわれわれは他病院とも協力して、医師、看護師が中心となり SSI 対策を徹底して行った。詳細は省くが、そのプロジェクトの遂行によって得た効果は、一石二鳥どころではなく、いわば一石三鳥、四鳥とも呼ぶべき成果を得ることができた。

表1に関連5施設におけるサーベイランス各期間の症例数を示す。様々な改善活動により図2の

図3 手術件数と消耗材料購入費の推移

ごとく、SSI の発生頻度は、4 期目に大きく低減した。しかし、さらなる大きな成果は、それまで業務の中で大きな比重を占めていた看護師、医師のガーゼ交換の業務量の減少であった。現在は創の管理が改善活動を通じて標準化され、医師、看護師がガーゼ交換に割く時間は極めて短時間となってきた。また、われわれの施設では、図3に

示すように手術件数は伸びていっているが、ガーゼなどの消耗材料の購入費は逆に低下している。

すなわち、

① SSI の発生率は、このプロジェクトによって低下した。患者満足は改善し、加えて医療費も低減する。ここまでは本来の狙いどおりであった。しかし、それに加えて、

②創管理の方法の変更，改善により大幅な看護師，医師の業務量の軽減が得られ，

③こうしたプロジェクトを通してチーム医療が充実し，チーム内の意思疎通が良好となりリーダーが育ち，次なる業務改善に取り組むことが可能となったことが大きい。

石井淳蔵氏は「計画制御」と「プリコラージュ」を対立させて医療現場における意義を論じている（石井・水越，2008）。一般には，業務改善の手法を，調査，計画，実行，評価という枠組み（＝計画制御）として捉え，それを実行しようとする。一般に，病院の経営企画スタッフやコンサルタントにより患者満足度と従業員満足度調査が設計されて，因子分析やクラスター分析や重回帰分析などの多変量解析を応用して分析される。全体プロセスとしては，仮説／調査・分析／計画／制度・組織／実行／評価になり，具体的な指針が練られ毎日のオペレーションに落とされることになる。一方，プリコラージュ（器用仕事）型と呼ばれる方法は，手を打つ→それによって状況が変わる→変化した状況に合わせてまた手を打つ→それによる状況が変わる→それに合わせて手を打つ→…というサイクルを，手元の資源を，試行錯誤的に読み替えながらやっていく。プリコラージュ型の病院経営改革事例では，一つのプロセスの改善が，①患者満足の向上，②医療の質の向上，そして③医療コストの低減に貢献していると考えられる。いわば，「一石三鳥のプロセス改善」で，「計画制御」との違いは，アイデアは即，実行可能で，それにより病院の3つの課題（患者満足と医療の質の確保と経営の合理化）は同時に解決されていくと石井氏は指摘している（石井・水越，2008）。

限られた医療資源の下で，一石二鳥以上の効果を狙った「医療業務の改善」を企図することが，現在の日本の医療現場では重要であり，1つの業務改善が副次的な波及効果を生むことをわれわれは学んだ。

4. 医療専門職と事務職との協働

医師，看護師，薬剤師，栄養士，理学療法士，臨床心理士，放射線技師など多くの国家試験を経た専門職によって病院は構成され，その専門性の壁は厚い。専門職：プロフェッショナルとは，素人にはできない高度な知識や技術をもとに実行される職業で，①長期にわたる職業的専門教育・訓練を必要とし，②所属している組織とは別の専門家団体，あるいはそれに類する組織の存在，③倫理的規範の存在がみられる。その特性として，①組織への限定的なコミットメント，②外部準拠集団へのコミットメント，③独自価値の形成がみられ，その結果，その管理上の困難さ，独自の職業文化・価値から派生する異業種プロフェッショナル間の協働の難しさをもたらす傾向にあると，加護野らは指摘している（加護野・吉村，2006）。英国の医療システムにおいては，診療の責任者とマネジメントの責任者は異なる場合が多く，病院長が医師でなく，医師以外のMBAであったりすることは米国と同様である。そのため，医療の担い手としての医師たちと経営のマネージャーたちとの間には常にコンフリクトが存在する。英国医師会雑誌（BMJ）は「Doctors and Managers」という特集を組み議論を行っている（Nash, 2003）。その特集のなかで紹介されている調査によれば（回答者数1,092人）「経営的な優先度よりも臨床的な優先度によって運営されている」という認識に賛同するマネージャーは78%に達するのに対して，医療ディレクターである医師は44%しか同意していない現状がある。日本においては，病院長は医師であることが義務付けられている。しかしながら，今日の効率と質，さらに安全を同時に求められる医療現場には，マネジメントに対する理解を超えた抜きがたい不満が存在する。Nash D. B. はこの解決のため，いくつかの提案をしているが，特に，①マネージャーや医師たちに専門職

教育の初期段階で学際的な教育を行わなくてはならない、マネージャーは病棟の回診に加わることで、医師たちはマネジメント業務に参加することが推奨される (Nash, 2003)。そして、お互いの文化を理解することで、関係とケアの質を改善する一助となる。②病院におけるマネジメントに関する研究が必要であり、それによってケアのプロセス、ケアの効率性を再構築できることを強調している。すなわち、医師をはじめとする専門職とマネジメントを実施する事務部門（病院長が医師であるかどうかにかかわらず）との間の対立要因を考慮しなければ良質なマネジメントの実施は不可能である。

5. 行政の役割

水野肇氏の今日の医療に対する解決策は、医学部定員の従前の120人への増員、医療費の増額と多忙な勤務医への手当の充実、不採算の自治体病院の統廃合である (水野, 2008)。もっともな解決策であるが、それでは十分ではない。すなわち、医療におけるマネジメントの貧弱さは、それぞれの問題をさらに大きくしているのである。行政における医療に対する施策はこれまで医師会との協議のもとに決定されてきた。そこでは、機関病院における問題点を行政に反映させる仕組みが十分に機能しているとは言い難い。まして、本来医師以外の業務としても問題のない仕事を他の医療専門職、事務系職員に分担させ、医師の負担軽減を実現する施策は乏しい。本来、圧倒的に少ない人員に支えられている日本の医療の崩壊を止め、新しい少子高齢時代、多死による人口減、特に労働人口の減少の著しい時代に対応する仕組みを作るためには、医療費、医療専門職の増加、業務分担の見直し、業務改善の支援を通じた効率的、合理的医療の実現が急務である。さまざまな問題の答えは、現場にある。現場の声を行政に反映することは、一つの有効な方策である。

米国では外科のレジデントは週100時間を超える労働は当たり前で、2～3日に一度の当直もしていたが、レジデンシーの監視組織であるACGMEによる規制により、週80時間労働規制が開始された。これに違反するとレジデンシー・プログラムは閉鎖されることとなる。今秋、最初の修了者たちが出てくることになる。この規制が始まってから指導者には戸惑いがあるが、外科医希望者は増加した。このことは日本においても、診療科における特有の問題となる労働環境を整備することで、風向きが変わる可能性を示している。

病院における様々な業務の改善とマネジメントの進化が要請されているのは明らかであるが、多くの専門職の集団によって構成され様々な特性が存在する病院において、マネジメントはどうあるべきか。本来ともすれば対立する臨床現場とマネジメントが協力してどのように業務改善を行ってゆけばよいのか。また、「見える化」などの情報はどのようにあるべきかについての答えが求められているのが今日の状況である。マネジメントと医師をはじめとする専門職の間には、歩んできた課程に大きな違いがある。事務系の人たちは基本的に医療そのものを学ぶ機会多くないであろうし、また、医師たち専門職が病院管理学などを除くマネジメントを学ぶ機会は自ら進んで学ぶ以外になく、カリキュラムには設定されていない。日本の医療現場に対する質の高い研究と実践が急務である。

6. おわりに

これまでの医療に関する議論では、外的要因に対する調整を求めるものが主であった。しかしながら、現在の医療の問題は外的要因の調整のみでは解決しない根深さを持っているといえよう。医療専門職を中心とする病院職員のマネジメントの変革なくしては、いかなる施策も効果をもたらすことは困難であるといえよう。

参考文献

- 荒田弘司, 祖慶実, 山崎英樹他 (2003) 『医療現場の顧客満足と業務改善』 同友館
- 浅野昌彦, 泉田信行, 加藤尚子他 (2006) 『医療を経済する 質・効率・お金の最適バランスをめぐる』 医学書院
- 鮎澤純子, 安東宏三, 上塚芳郎他 (2007) 『日本の医療をどうするのかー医療の質とグローバルスタンダードー』 メディカルレビュー社
- 石井淳蔵, 水越康介 (2008) 「医療現場とマネジメントーブリコラージュの概念ー」 『外科治療』 98 : 416-420
- 遠藤久夫, 尾形裕也, 砂川知秀他 (2007) 『医療制度改革の国際比較』 勁草書房
- OECD 編著, 岡本悦司訳 (2006) 『医療の質 国際指標ー OECD 医療の質指標 プロジェクト報告書ー』 明石書店
- 加護野忠雄, 吉村典久 (2006) 『1からの経営学』 215-216, 碩学舎 (発売元: 中央経済社)
- 川渕孝一 (2008) 『医療再生は可能か』 筑摩書房
- 黒田雅美, 稲垣隆一 (2006) 『医療機関の内部統制とリスクマネジメント』 清文社
- 猶本良夫, 石井淳蔵 (2008a) 「医療現場とマネジメントー日本の医療の特徴ー」 『外科治療』 98 : 213-215
- 猶本良夫, 石井淳蔵 (2008b) 「エクセレント・ホスピタルの条件を探るー病院のマネジメント力の強化ー」 『病院』 67 : 72-74
- 平野雅章 (2008) 「企業の人的投資ー組織の能力が成果を左右ー」 『日本経済新聞』 6月19日版
- 水野肇 (2008) 「医療が複合脱線してしまった3つの理由」 『Nikkei Medical』 6 : 72-73
- Nash DB (2003) "Improving the Doctor-manager Relationship. Doctors and Managers: Mind the Gap." *BMJ*. 22 (326): 652-653.
- 連絡先: 猶本良夫
ynaomoto@md.okayama-u.ac.jp

Assignments and Our Conditional Answer in Japanese Health Service

Yoshio Naomoto, M.D., Ph.D. in medicine,
M.B.A., Ph.D. in management¹⁾

Abstract

Japanese health system has been believed to efficient and democratic. The environment surrounding the health system has changed dramatically. Various problems remains unsolved. The characteristics of Japanese health service is 1) The human resource is small scale, 2) The business volume of medical profession, such as doctors and nurses, is quite large and 3) Management ability is not developed. In this article, management in hospital was focused and our practice of service improvement which provided several fruits to us was analyzed. The operation for quality improvement in medicine results in growing leadership, communication between medical professions and administrators and collaboration in medical teams. When we evaluate the effectiveness of quality improvement collaboratives in improving the quality of care, the evidence underlying quality improvement collaboratives is positive but still limited in Japan. Because we don't have enough experiences. Considering that quality improvement collaboratives seem to play a key part in current strategies focused on accelerating improvement, and might have promising effects on outcomes at best, further knowledge of the basic components effectiveness, cost effectiveness, and success factors is crucial to determine the value of quality improvement collaboratives

Keywords : Medical service, Management, Medical proffession, Quality improvement

¹⁾ Okayama University Graduate School of Medicine Dentistry and Pharmaceutical Sciences