

未までに、656 団体のうち 650 団体（99.1%）が改革プランを策定し、実行に移されつつある。

このように、自治体病院の経営状況は厳しく、その改革は緊急の課題となっている。自治体病院が改革から取り残されてきたのは何故であろうか。一般的には、病院の経営状態の悪化は、人口の高齢化、医療の高度化による医療費の高騰、財政状況の悪化、医療費抑制政策、医師不足など、医療を取り巻く環境の変化によるとされている。しかし、自治体病院の場合には、これらとは別に自治体病院特有の問題点があり、これが改革を困難にしていると思われる。自治体病院の経営改革を成功させるためには、この自治体病院に特有の問題点についての改革を行わなければならない。

自治体病院特有の問題点とは、1) 企業性の欠如、2) 自主性の抑制（事なかれ主義）、3) ガバナンス構造の脆弱性である。自治体病院特有の問題点に対する改革の方法としては、それぞれに対して、1) 戦略経営の導入・実践、2) 自立性の醸成、3) ガバナンス構造の適正化があげられる。ここでは、戦略経営の導入・実践についての研究について取り上げる。

自治体病院に特有の問題点の一つである「企業性の欠如」を克服するための方法としての「戦略経営」の効果を検証することを目的とし、大規模自治体病院を対象として、「戦略経営」を導入し、その効果についての実証的な研究を行った。

## 方法

対象としたのは、平成18年4月から20年3月までにおける大分県立病院（554床）である。大分県には大分県立三重病院（165床）を含め2県立病院があり、18年4月1日に病院事業は一部適用（一適）から全部適用（全適）に移行された。

経営改革の方法は表1に示すように5項目からなり、これを中期事業計画に基づいて4年間にわたり順次実行した。経営手法として戦略経営を導入した。戦略経営の行い方は、図1に示すとおりである。即ち、病院の基本理念、使命・役割を明確に設定し、外部環境及び内部環境の分析を行い、分析結果に基づいて課題（問題点）を抽出し、経営の基本方針（市場差別化要因／戦略）を決定し、目標を設定した。

基本方針に基づき、18年9月に中期事業計画の策定を完了した。これは、平成18年度から21年度の4年間を計画期間とし、基本方針の各項目について重点方針を挙げた。中期事業計画には目標管理を導入し、「医療の質の向上」及び「経営の健全化」の重点方針ならびに「収支」について、各年度の目標とその評価基準（指標）を定めた。各年度については、中期事業計画に沿い単年度事業計画を策定し、プロジェクト、重要項目、行動計画を設定し、実行に移した。単年度毎に「医療の質の向上」、「経営の健全化」、「収支」について、各年度の目標とその評価基準（指標）に基づいて定量的又は定性的に業績評価を実施し、目標達成状況を判定した。また、当年度の課題を抽出し、それらを次年度の事業計画に反映させる所謂PDCAを実行した。中期事業計画の外部評価は、外部評価委員を交えた「経

営改善推進委員会」が行ない、各年度毎に経営状況及び経営改善の進捗状況を同委員会が検証・評価した。

20年度の初期に中間のまとめを行なった。即ち、前半2年間における中期事業計画の達成状況を評価し、達成状況の程度を、おおむね達成、かなり達成、やや達成、非達成の4段階に分け判定した。

## 結果

### 1. 戦略経営の策定

#### 1) 基本理念及び使命・役割

基本理念は「県民が安心できる医療の提供、経営の健全化を実現し、日本をリードする自治体病院として貢献する」、使命・役割は「高度専門医療の提供、不足する医療の補完、特殊医療・行政的医療の提供、教育研修の実施」と設定した。

#### 2) 外部環境の分析

国の医療改革の動向：医療提供体制の改革は、医療機能の分担と連携を中心に進められ、また、医療保険制度の改革は、総医療費抑制を目的として、診療報酬体系の見直しによる医療の重点化・包括化などが行われている。全国の公立・公的病院の動向：国立大学や国立病院は平成16年4月に独立行政法人に移行し、また、自治体病院でも、地方自治体の財政悪化にともない強く経営の健全化が求められ、地方公営企業の全適や独法への移行、公設民営化等が行われている。大分県行財政改革プラン：県においては財政状況が危機的状況に陥ることが見込まれたため、16年度から20年度までの5年間の期間とする「大分県行財政改革プラン」が策定され、県立病院には一般会計繰入金削減、定数削減、全適への移行、経営健全化の達成などが求められた。大分県内の医療動向：地域医療保険計画、M研究所に依頼した医療需要供給調査等から県立病院が供給すべき医療ニーズについて分析した。その結果、本県の悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患の死亡率は、全国順位がいずれも十位台と高く、また、2025年にかけてのこれらの疾患の伸び率も高いと推測されるので、県立病院におけるこれらの疾患に対する診療体制の強化が必要と考えられた。救急医療についても、三次救急患者が県内数箇所の医療機関に分散されており、心疾患、脳血管疾患の死亡率が高いこととの関連性が考えられることから、同様に、県立病院における三次救急医療の強化が必要と考えられた。

#### 3) 内部環境の分析

##### ①医療の状況

中核施設としての役割：周産期医療や小児医療では県内の中核施設としての機能を果たしているが、がん、脳・心循環器に対する高度専門医療及び高度の救急医療を提供する役割を十分に果たしていない。また、急性期医療への転換及び病診連携への取り組みが遅れ、急性期病院として必要な外科系分野の機能強化や患者の紹介・逆紹介等が進んでいない。医療の質や効率：最新医療機器の導入や診療成績の分析・公表など学術的な取り組みが十

分でない。チーム医療、クリニカルパス、医療の包括化（DPC）など病院医療の質の向上や標準化への新たな動向への取り組みに遅れが見られる。病院の基盤：急性期医療、救急医療、がん高度専門医療の人材確保が十分でない。ITに関しては、医療情報システムの統合的な整備が十分でなく、電子カルテの取り組みもされていない。教育研修：新臨床研修制度への取り組みが著しく遅れ、管理型研修医の応募がほとんどない。後期臨床研修制度への取り組みがされていない。職員全体を対象とした教育研修体制が整備されていないため、病院全体としての新たな医療動向への職員の学習が遅れている。

## ②経営の状況

医療制度改革への取り組み：急性期医療への転換及び病診連携への取り組みが遅れているため、急性期特定病院や地域医療支援病院の加算を得る機会を逃している。県の行財政改革：17年度の病院局における一般会計繰入金は25億4千万円、定数は690名であり、繰入金及び定数の削減が課題となっている。県立2病院の連携：これまで医療、経営とも連携は希薄である。経営管理体制：一適であったためか、トップマネジメント体制、経営管理体制は不十分であり、病院の使命・役割に基づく一貫した経営手法も取られていない。経営改善努力：収支均衡を目指した体系的な経営改善計画の策定及び第三者による評価がされていない。病院の使命・役割に基づいて医療機能を強化して、結果として収益の増加を図る手法や、また、原価計算、費用対効果、競争原理の導入により、客観的に費用を縮減する手法が取られていない。自立心：親方日の丸的依存体質が残っており、自立心の醸成が十分でない。職員のコスト意識も低い。

## ③収支の状況

昭和57年から平成17年度まで25年間にわたり経常赤字を出し続けており、17年度現在の累積赤字は57億6千万円となっている。因みに17年度においては、経常収益119億3千万円、経常費用124億1千万円、経常収支△4億8千万円で、医業収益101億7千万円、医業費用113億1千万円、医業収支△11億4千万円である。

### 4) 担うべき医療（戦略）と経営の基本方針

調査結果の分析から、県立病院が担うべき医療を、がん医療、循環器医療、救急医療、周産期医療などの高度・専門医療の提供、小児医療等の不足する医療の補完、感染症、災害等への行政的な医療への対応と定めた。基本方針は、第1の柱 医療の質の向上、第2の柱 経営の健全化に分けられるが、内容は表2に示した。

### 2. 中期事業計画の達成状況（中間評価）

中期事業計画のうちの（5）経営のあり方の改革、（1）病院の使命・役割の明確化についてはおおむね達成、（2）外部環境への対応、（3）内部環境の整備（4）病院医療のあり方の改革についてはかなり達成と判定した。

収支については、予定よりも1年早く2年目に収支均衡を達成した。図2は、大分県立病院の4年間における経常収支の目標と前半2年間の達成状況を示したものである。18年度は計画目標の△3.4億円を1億円上回る△2.4億円を達成し、19年度は計画目標の△2.3

億円を2.9億円上回る+0.6億円を達成して黒字となった。黒字達成は昭和57年度以来25年目ぶり（土地売却益10億円のあった平成4年度を除く）のことであった。

#### 考察

地方公営企業法一適から全適に移行した大規模の自治体病院（大分県立病院、554床）に、戦略経営を導入し改革を実施したところ、導入開始後2年目に、医療の質及び経営の健全化ともに、目標を概ね乃至かなり達成することができ、併せて、経常収支を黒字化することができた。改革を実施する前の25年間は赤字であったことから、戦略経営の導入は、全適への転換とともに病院医療・経営の向上に効果があるものと考えられた。

また、その前の平成10年度～15年度において、同規模の自治体病院である佐賀県立病院好生館（551床、一適）でも、戦略経営の導入により4年目に黒字化を達成したことから、一適の病院でも戦略経営の導入は効果があると考えられた。

確かに、全適化そのものが自治体病院のガバナンス構造の脆弱性を適正化し経営の向上に資すると考えられるが、同規模の一適の自治体病院でも戦略経営の導入が有効であったことは、戦略経営そのものの有効性を支持するものと考えられる。

従って、今回の研究は、戦略経営の導入が、大規模自治体病院の改革、換言すれば企業性の向上、病院医療・経営の質の向上に有効であることを示唆するものと考えられる。

#### 図表の説明

- 表1 経営改革の方法
- 表2 経営の基本方針
- 図1 戦略経営の手法
- 図2 事業収支の目標と達成状況

#### 発表論文

1. 齋藤貴生：自治体病院の経営改革（1）地方公営企業法一部適用は全部適用より不利か。全国自治体病院協議会雑誌 47(2)：134-140、2008
2. 齋藤貴生：自治体病院の経営改革（2）地方公営企業法全部適用による法的制約の緩和は部分的かつ僅か。全国自治体病院協議会雑誌 47(3)：31-41、2008
3. 齋藤貴生：自治体病院の経営改革（3）全適こそ医療の公共性と経済性の両立に最適の経営形態である。全国自治体病院協議会雑誌 47(7)：33-49、2008
4. 齋藤貴生：自治体病院の経営改革（4）一般地方独立行政法人と地方公営企業法全部適用：その得失の評価と選別のあり方。全国自治体病院協議会雑誌 48(8)：57-74、2009
5. 齋藤貴生：自治体病院の経営改革（5）改革のクリティカル・ポイントは何か。全国自治体病院協議会雑誌 48(11)：84-90、2009



---

---

# ホスピタル・ガバナンスの検証

## —国立大学病院の立場から—

---

---

### (はじめに)

医療崩壊等が叫ばれて久しいが、そもそも病院の存在意義は、患者、職員、および社会における自施設の価値を高めるところにある。そのためには、病院幹部を含む全職員が、自院の理念・基本方針を共有して、目標設定がなされた戦略のもと実行、評価（内部・外部）、そして再度、今後の方向性を議論するといった、組織としての体制作りが必要である。すなわち、行政等からのガバメントとしての管理ではなく、組織内部からの主体的な病院統治（ホスピタル・ガバナンス）が求められている。

しかしながら、多くの施設、特に国公立の病院では、職員の異動が多いこともあり、自院の理念や基本方針の重要性に関して認識が低い傾向にある。また、目標設定に関しても、国や行政からの評価指針が財務や経営収支といった短期的成果に偏りがちなこともあって、長期的展望を十分に議論できない環境にある。その結果として、ホスピタル・ガバナンスは極めて脆弱なものとなりがちである。

今回、国立大学病院という特殊な医療施設において、ホスピタル・ガバナンスの現況を検証しつつ、若干の考察を加えたい。

### (目的)

地方の一国立大学病院である自院（浜松医科大学医学部附属病院）において、病院組織としての内部環境を調査、検証することで、ホスピタル・ガバナンスに関する課題を明らかにし、その対策としての具体的提言を試みたい。

### (対象と方法)

浜松医科大学医学部附属病院を対象として、その組織構造や診療プロセス、アウトカム等に関する現況を、BSC (Balanced Score Card) の4つの視点、すなわち「財務の視点」「業務プロセスの視点」「教育・学習の視点」「顧客（患者・職員）の視点」で調査・検証した。なお、具体的な調査・検証に当たっては、毎月の診療科長・中央診療施設等部長会議資料、日本医療機能評価機構による2009年3月23日-25日の病院機能評価審査結果報告書、病院案内（2009-2010年）、2009年度患者アンケート調査結果（2010年2月）などを参考にしたほか、現場職員からの聞き取り調査も行った。

### (結果)

#### 1. 病院概要

浜松医科大学医学部附属病院は1977年に開設され、静岡県で唯一医学部を有する大学の教育病院として位置づけられている。特定機能病院、臨床研修病院（管理型）として急性期医療を担っているほか、国立大学病院では稀な開放病床を28床有しており、地域医療施設との連携に力を入れている。なお、2009年12月に新入院病棟が完成し、

現在、外来 33 診療科、許可病床 613 床（精神病床 37 床）、手術室 11 室、ICU 12 床、NICU 9 床、GCU 6 床等で入院診療を行っている。

## 2. 財務の視点

1 日平均入院患者数 477 人、1 日平均外来患者数 1169 人

ベッド平均稼働率 79%、平均在院日数 17.4 日、手術件数 330 件/月

稼働総額 約 12 億円/月、入院診療単価 約 59,000 円、外来診療単価 約 14,000 円

（以上、2010 年 4 月分の資料から）

[2008 年度附属病院収支結果]（当時の入院診療は旧病棟を利用）

附属病院収入(12,070,820 千円)と運営交付金ほかを合わせた総収入額 13,803,727 千円

附属病院支出割合（対総支出）：人件費 39.0%、医療材料費 34.7%、管理経費 15.3%

\* 大学病院という特殊性から、附属病院と大学兼務の医師が多く、正確な人件費の算出は困難である。結果として、附属病院における人件費率はかなり低値となっているが、同年度の大学全体の人件費率（対経常支出）は 46.8%であった。また、医療材料等の購入に当たっては、外部コンサルタントによるサポートを得て仕入れ交渉を行っており、年間で数千万円ほどの値引きが行われている。

## 3. 業務の視点

医師数(歯科医除く)：常勤 184 人、非常勤 133 人（常勤換算総数 317 人）

看護師数（常勤換算）383 人（以上、病院機能評価審査結果報告書から）

2010 年 5 月現在、外来 33 診療科、入院診療（14 病棟）：一般病床は 7:1 看護体制  
院内の診療環境はオーダリングシステム（電子カルテは 1 年後を予定）

\* 特定機能病院として DPC 制度を採用しており、民間の分析ソフトを利用することで、診療科別に毎月の退院患者数、緊急入院患者数、再入院患者数などが容易に可視化できる環境にある（図 1, 図 2）。また、管理型の臨床研修病院として、院内では、指導医による研修医、若手医師の教育・指導が行われている。その際、各種学会等で提示されたガイドラインに準拠した診療が原則行われ、クリニカルパスも 80 種類ほど作成・採用されている。大学病院の特徴として、セクショナリズムの弊害は少なからず見られるが、近年、医療安全管理室や感染対策室が充実するとともに、NST (Nutrition Support Team) や緩和ケアチームなど、多職種が協力して組織横断的に機能する部署も増えてきた。医療福祉支援センターは、前方連携、後方連携、患者相談機能を有しており、院内の職員間だけでなく、院外施設の職員とのコミュニケーション強化も図っている。なお、各診療科の治療成績等は、「病院案内」ほかのパフレットやホームページに掲載されるが、その更新頻度が低く院内でも検討課題となっている。さらに、アウトカム指標としての Clinical Indicator の策定や公開作業も遅れている。

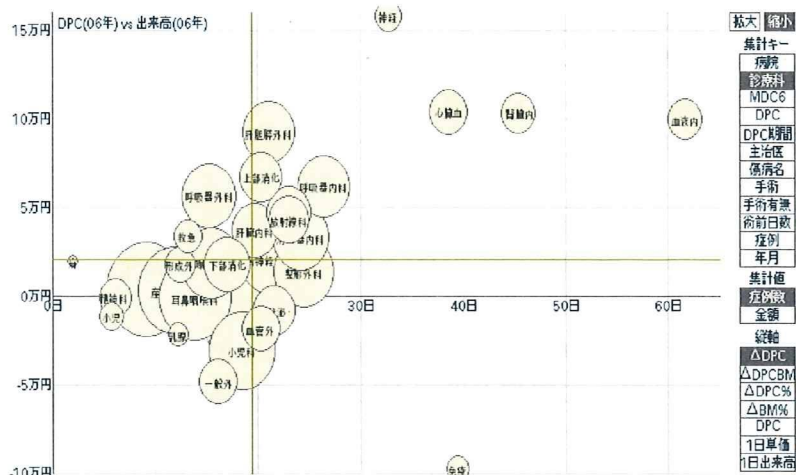


図1 診療科別退院患者数とDPC-出来高差額

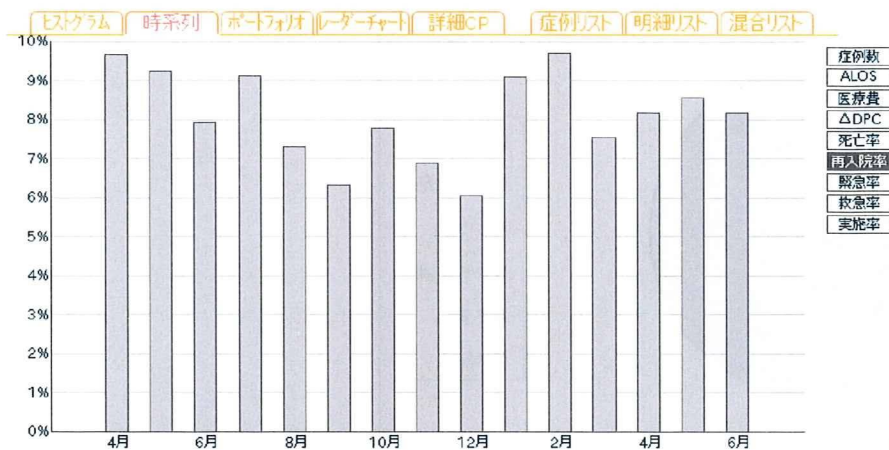


図2 再入院患者比率

#### 4. 教育・学習の視点

医師の93%は何らかの認定医を取得

認定看護師3名、専門看護師1名（以上、病院機能評価審査結果報告書から）

\*病院を含む大学職員（常勤職員）は、毎年の業績報告と自己評価申請が義務づけられている。また、病院では研修医を除くほとんどの医師が認定医等、何らかの資格を有しているが、病院としてその一元的な管理や把握は十分にできていない。概して、大学病院の医師は専門領域での学会・研究会活動に熱心である。そのため、平日診療が休診となったり、手術申し込みが偏ったりすることで、日常診療の平準化、平坦化が困難な状況が時に見られる。

一方、看護部でも認定・専門看護師等の育成を図っているが、2009年5月からの7:1看護体制の実施に伴い、研修派遣（出張）が時として困難な状況にある。また、事務職を含む院内職員の研修等への財政的支援には限りがあり、課題の一つとされている。

#### 5. 顧客（患者・職員）の視点

[患者]

外来棟各階と入院棟各フロアーに「ご意見箱」が設置され、無記名で投函できる環境が確保されている。投書内容に関しては、毎週、病院長、副院長、事務次長等が一同

で内容を確認し、問題点の改善に向けて努力している。

また、患者へのアンケート調査は毎年行われている。2010年2月の調査では、外来患者からの改善要望として「診察までの待ち時間」「駐車場」「トイレ」がトップ3として上げられた。この結果は前年度と全く同様であった（外来棟は築33年）。入院患者からの改善要望は「診察までの待ち時間」「駐車場」「食事内容」がトップ3であり、新入院病棟の完成に伴い、「トイレ」の不満（前年度2位）は大幅に減少した。入院患者への「病院に来て良かったか？」の質問には、「やや満足」16.5%、「満足」61.6%と、前年度に比べ「満足」との回答が大きく伸びる結果となった（図3）。なお、当大学病院に期待することとしては、「高度、最先端の医療サービス」31.2%、「良質な医師、看護師の育成」25.1%、「かかりつけ医との連携強化」18.0%、「専門分野の先端的研究推進」16.3%という結果であった。

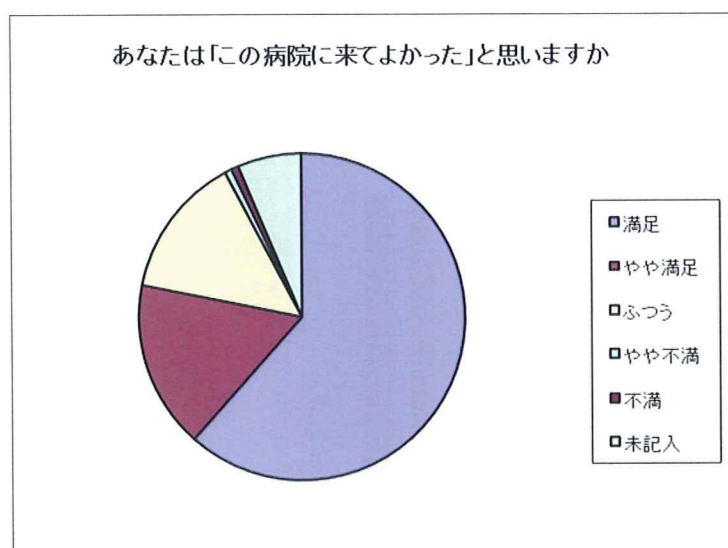


図3 患者満足度調査  
(2010年2月：入院患者)

#### [職員]

病院職員と大学本部との意見交換は、勤務環境等に関する問題を中心に、「過半数代表者会議」で交わされる程度である。病院では、数多くある委員会等において、幹部職員に対し散発的に意見や不満が述べられる程度であり、日頃の勤務上のストレスを解決する場として確立したものはない。結果的に、仲間同志、あるいは上司との院外コミュニケーションの場が、その役割を果たしているものと思われた。

#### (考察)

病院を構成する重要な要素として、「Hospitality」「Quality」「Sustainability」の3つがあると考え（図4）。

HospitalityはAmenityを含んでおり、設備的な快適さや接客面での居心地の良さが相当すると考える。当然のことながら、Hospitalityには主観的要素が強く、評価するに当たって数値化・可視化することは、一般には困難である。自分自身が患者の立場で考えても、老朽化した病院より新築病院の方が快適である。特に、トイレに関しては、今回の当院でのアンケート調査を見るまでもなく、新規のトイレに軍配は上がるであろう。しかしながら、豪華な病院を新築すれば患者が集まり、医師も集まるといった幻想は捨てるべきである。全国の自治体病院で未だに選挙公約となっている事例を聞くが、嘆かわしい限りである。病院のHospitality向上には、そこで働く職員のコミットメントが重要であり、



職員満足度を高めるインセンティブの議論が先になされるべきである。接客スキルの講習などは、その後でも良いと考える。

Quality に関しては、アベディス・ドナベディアンによる「構造 (Structure)」「過程 (Process)」「結果 (Outcome)」のフレームワークが有名である。医療の質評価を試みた多くのアプローチが、この切り口で構成されており、日本医療機能評価機構の病院審査評価基準もこれに準じて作成された。Quality は Hospitality と異なり数値化・可視化しやすく、内部・外部評価も比較的容易である。ただし、「構造」に関して、事務的解釈や量的満足のみで終わると「良い質」は担保されない。専属や専任、兼任の判断や、非常勤の常勤換算による法的人数のみの確保などは、その一例である。「過程」に関しては、診療プロセスが確認できるという点で、より現場的な質評価につながると思う。しかし、結果的に、マニュアル作成のみが重視される危険性も有している。本来、マニュアルとは、現場における暗黙知を形式知に落とし込んだものであり、組織としてのナレッジ・マネジメントの一形態に過ぎない。医療の場合、各種学会等のガイドラインを参考に作成されることも多いが、あくまで現況に沿った内容に改変されるべきである。他施設のクリニカルパスをそのまま持ってきても、うまくいかないことが多いのは当然である。また、マニュアル作成を目的化してはいけない。利用者に対して周知、徹底することが最重要であり、理想的には再度、暗黙知に戻すことがゴールである。「結果」はある意味、究極の Quality 評価につながるものとする。しかし、outcome 指標を設定することは必ずしも容易ではない。欧米では数多くの臨床指標が提示され本邦にも導入されているが、その中には、そのままでは利用し難いものも多く含まれている。国の違いだけでなく、地域性、病院機能等の差異も考慮した指標設定が検討されるべきである。また、指標は「分母」分の「分子」で定義されることが多いが、分母を故意に操作すると、多施設間の比較自体が意味のないものになる。指標 (数字) が独り歩きすることを危惧して、結果的に、軽症患者のみを取り扱うといった患者選択につながるならば、むしろ不要の長物である。

Sustainability は日本語で「持続性」や「継続性」と翻訳される。企業界でよく言われる「Going Concern」に相当すると考えても良い。ここで言う「持続性」には、経営・経済的な視点もあるし、人的確保の側面もある。いずれにせよ、そこには外的な要因 (国の医療政策や行政による監督・管理 [ガバメント]) が強く影響するが、組織内部における自主的な改善活動や継続的努力も必要と考える。まさに、後者が、今回のテーマである病院統治 (ホスピタル・ガバナンス) そのものである。なお、図 4 を見ればわかるように、Sustainability の上に Hospitality と Quality が位置している。すなわち、土台が崩れると、上にあるものも成り立たないことを表している。従って、病院において Sustainability を支える人材がいかに重要であるかを再認識すべきである。

## 病院の重要な3要素



図4 病院を構成する3要素

今回、当院のホスピタル・ガバナンスを検証する目的で、自院の内部環境の調査に BSC のフレームワークを採用した。BSC は 1992 年にロバート・S・キャプランとデビット・P・ノートンにより提案された業績評価システムであり、近年、医療界でもその有用性が注目されている(図 5)。BSC では、概して「財務の視点」「業務の視点」「教育・学習の視点」「顧客の視点」の 4 視点(外周)のみが注目されがちであるが、実は中央にある「ビジョンと戦略」が最重要であることを忘れてはいけない。中央から 4 つの視点に矢印が向かっていることが、BSC の本質と理解すべきである。すなわち、病院(組織)として「ビジョン(理念)」を確立し、「どこに向かっていく」のかを明確にすることが最初のステップである。その次に「戦略」、すなわち「どうやってそこへ行く」のかを考えることは必然となる。そして、最後に、4 つの視点での評価指標や目標数値等を定めながら基本方針を策定する流れが、企業においては通常の経営過程となっている。しかしながら、病院業界では「経験」や「勘」が重視されてきたように思われる。また、専門職(資格職員)が中心となる職場であることから、徒弟制度的に「見て覚える」や「俺流」がまかり通り、暗黙知を形式知に落とす作業が遅れ、「質」を組織内部または外部から評価してもらう文化が育たなかったのかも知れない。

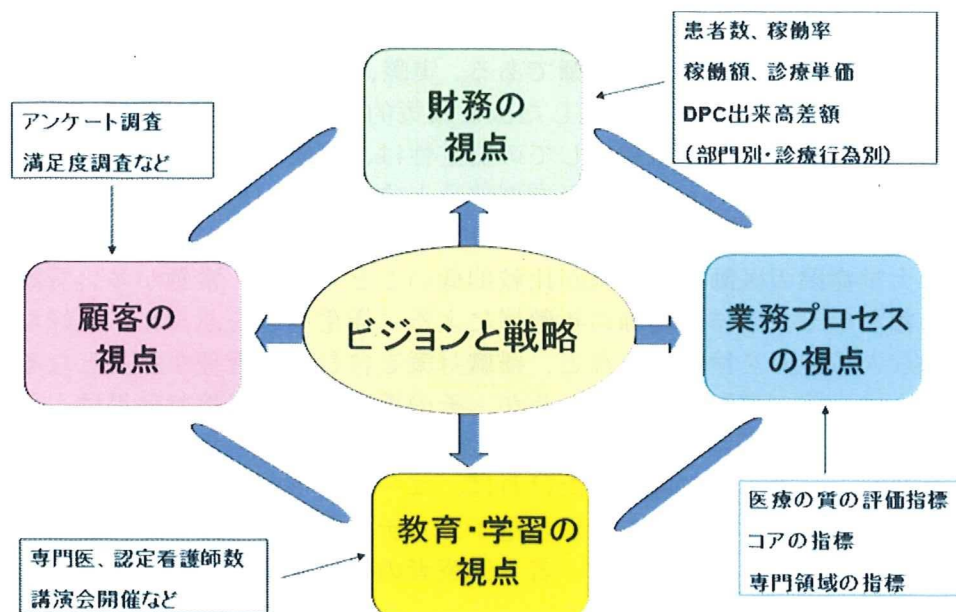


図5 病院の業績評価システムとしての Balanced Score Card : BSC

その一方で、近年、病院業界は財務・収支結果で評価されることが多くなった。経営収支が「黒字」であること＝「優良病院」として評価、表彰されるのは、その典型である。また、医療へのIT (information technology) 導入が、医業の本質（業務プロセスや患者サービスなど）ではなく事務的作業の効率化に向かったことで、財務評価や経営分析へのアプローチは容易にしたが、医療現場のIT化を大きく遅らせる結果となった。

当院だけでなく、財務の視点、すなわち各種医事データは毎月の会議等で詳細に報告され、その結果に病院幹部職員は一喜一憂するわけである。しかしながら、民間病院とは異なり、国公立の病院で患者層を大きく変えることや、診療プロセスを強制的に変更することは極めて困難である。せいぜい、「稼働率アップをお願いします」とか「在院日数の短縮にご協力ください」といったことを、診療科長会議等で発言する程度である。ただ、その際に、客観的な比較資料がないと説明・説得も難しいので、他施設、例えば他の大学病院の医事データ等の確保が望まれる。そのような面では、DPC が導入されて以来、他施設とのベンチマーク作業が楽になったのは事実である。また、以前に比べ、他施設の医療材料等の購入情報もある程度わかるようになり、現場職員による交渉で一定の成果も出せるようになった。

多くの大学病院で同様な傾向にあると思われるのが、低い人件費率である。民間では病院収益の半分を占める人件費の調整が、時として死活問題になることもある。経営不振に喘いでいる多くの自治体病院で、人件費率が55-60%を超えていることを考えると、当院の人件費率の低さは驚くべきことかも知れない。当院（大学病院）の人件費が安いことには多くの理由がある。長年、研修医を含む若手医師を、教育、研修という名目で低賃金のもと働かせ、時間外勤務と当直業務を混同するなど、未だに数多くの問題を抱えているのが大学病院である。昨今、臨床研修医の大学病院離れが進んでいる。当院でも同様な傾向が見られることから、将来に向けた抜本的な勤務医環境の改善、特に給与体系については十分な検討が必要と考える。大学病院に勤務することが、ある種のステータスであった時代は終焉を迎えようとしている。また、医師として10年以上も経って、助教、講師、准教授、教授といった常勤ポストでなく大学（病院）に残る医師は、今後極めて少なくなると思われる。大学病院の勤務医として、何のインセンティブもなくモチベーションを保つことが、最近、より困難となっている現実を大学本部も十分に認識する必要がある。

業務の視点で大学病院を考えた場合、常勤医に近い人数の非常勤医師の存在も大きいですが、やはり病院において最大多数の職種は看護師である。実際、現在の7:1看護から5:1看護へと、今後、診療報酬面でのメリットを提示した医療政策的な誘導も予想される。従って、看護師の任用対策、および看護部の組織としての安定性は、病院経営に大きな影響を与えるはずである。近年、大学病院でも看護部長を副院長とする施設が増えてきたが、民間または自治体病院の看護部長（副院長）と比べると、権限移譲や業務依存が乏しい感がある。前述した理由で、大学病院の医師の人件費が比較的低いこともあり、常勤が多い看護師の総人件費は相当な額となる。勤務看護師の年齢層による二極化問題をふまえ、良好な教育環境の提供や適切な人員配置を検討するなど、離職対策を含む人事管理が重要となる。

電子カルテの導入は当院の喫緊の課題であるが、その導入に伴う費用対効果は十分に議論・検討されるべきである。ドキュメントの電子化やペーパーレスの重視だけでなく、診療情報の速やかな共有と二次活用が図られなければ、ユーザー（医療者）への真のサービスにはつながらない。また、オーダリングから電子カルテとなるに当たって、画面変化のレスポンスは明らかに低下する。とはいえ、若手医療者の強い要望もふまえ、当院における電子カルテ化は避けられない道である。

近年の病院内活動で大きく変わったことは、診療科・診療部門といった縦組織に対して、横断的な活動が必要とされる医療チームが求められていることである。医療安全管理室や感染対策室などは、時代のニーズを反映して先行した組織であるが、NST や緩和ケアチーム、褥瘡対策チームなど、多職種で構成された医療チームが院内に多く存在するようになった。民間病院や積極的に活動している施設とは異なり、大学病院におけるこの種の活動は、未だ稚拙なものかもしれない。しかし、熱心なリーダーがそこに現れれば、潜在能力が高い大学病院として、より積極的かつ科学的な活動が期待できるものと思われる。

大学病院の医師が学会活動等を行う結果、診療に若干の支障をきたすことは、ある面、仕方がないのかも知れない。むしろ、看護師ほか、事務職員のスキルアップに向けた財政的支援に力を入れるべきであり、その結果として、自院へのコミットメント強化につながれば良いと考える。一般に、医師、看護師等の有資格者は、組織にコミットメントできない場合、職場を変えることに躊躇しない傾向がある。一方、事務職員には異動があっても離職は少ないことを考えると、優秀なプロパー職員を育成することは病院経営的にも重要かと考える。

患者アンケート調査に関しては、近年、どこの病院でも定期的な実施される傾向にある。当初は、病院機能評価の審査対策としての実施もあっただろうが、サイレント・マジョリティの意見を求める手法として、アンケート調査は確かに有用である。一方、ご意見箱や患者相談窓口への積極的な投書・相談は、ノイジー・マイノリティの声を反映している可能性もある。なお、今回のアンケート調査は、新入院病棟への移転後に実施されたものであり、前年度に比較してAmenityに関する項目では大きな改善が認められた。しかし、「診察までの待ち時間が長いこと」や「駐車場のスペース不足」への不満は相変わらずであった。前者に関しては、外来患者数の飽和が根本的な問題と考える。多くの再診患者を逆紹介し、初診患者比率を増加させることが望ましいが、地域連携室の活動強化とともに、外来担当医師との協働作業が必要である。駐車場に関しては、毎年のように増設を行っているが、職員数の増加も著しく、病院玄関に近い駐車場での混乱が続いている。患者アンケート全般に言えることとして、「満足」の反対は「不満足」ではないこと、質問項目に規定されるバイアスの存在、アンケート時期と場所による回答の変化、negativeな意見表明への躊躇など、問題もはらんではいないが、経時的变化を追跡することで、職員への意識改革につなげるべきであろう。



結論的に言えば、国立大学病院に限らず、多くの病院組織において、ホスピタル・ガバナンスが脆弱であることは間違いないと考える。とはいえ、経営母体にも関係するが、病院トップがどのような基準で選ばれるのか、人事や財務に関してどの程度の権限委譲を有しているかが、実は根本的な問題でもある。得てして派閥争い的な選挙となりがちな大学病院はともかく、地方公営企業法の部分適用にある自治体病院長には、人事面等での権限移譲はない。その環境下で病院の理念を語れと言われても、無理であろう。せいぜい、病院機能評価の審査準備期間に、外部から引用したような言葉を掲示するのが精一杯である。また、病院に勤務する職員がトップの人選に関与できない現況では、たまたま良い人材が現れることを期待するか、新病院長が認識を新たにしてリーダーシップを発揮でもしない限り、ホスピタル・ガバナンスは消失していくだろう。

リーダー待望論を除いて、組織風土としてのホスピタル・ガバナンスを考えてみると、透明性（情報開示やコンプライアンス）、説明責任、自浄機能といった言葉が出てくる。すなわち、医療者という専門（資格）職員が多い組織であることもふまえ、プロフェッショナルリズムが求められるということである。まずは、病院内の各種情報に関して、良いものも悪いものも議論の場に提供できる職場環境の整備が望まれる。命令系統に関して、トップダウンか現場権限委譲かの議論があるが、どちらか一方に定まるものではないと考える。緊急時や組織の根幹にかかわる内容については、トップが一定の理念、基本方針のもと、責任をもって事に当たれば良い。一方、通常業務においては、現場に一定の権限移譲を与えることで、職員のモチベーションが高まることも事実である。いずれにせよ、病院（組織）に属する者として、コンプライアンスを遵守することと、行動内容への説明責任を果たすことが重要である。その際、トップと現場との間に大きな隔たりを設けずに、コミュニケーションの強化を図っていく必要がある。そのためには、相互の信頼関係の確立が望まれる。

病院内の多くの職員は有資格者であり、専門職としてのプロフェッショナルリズムを自覚している。すなわち、自身の職種に対するプライドとともに、自浄機能も当然求められるわけである。従って、過誤があれば容易に訴訟となりうる医療現場において、現場逃亡することなく、自身のスキルを常に高める継続的学習が必要となる。専門職であるがゆえに、セクショナルリズムの弊害は常に存在するが、近年、安全対策や感染対策などを通して、組織横断的活動が求められるようになったことは必然かもしれない。現場職員にしてみると、命令系統でのダブルスタンダードの問題はあるが、それにも増して、チーム医療のメリットは大きいと思われる。これまで、業務に必要な最低限の会話しかなかった職員間に、新たなコミュニケーションの場が生まれたことで、相互の信頼関係が高まることが期待される。すなわち、医療業界におけるヒエラルキーは今後も存続するであろうが、以前とは異なった新しい職場・職員環境の確立が今、望まれているところである（図6）。

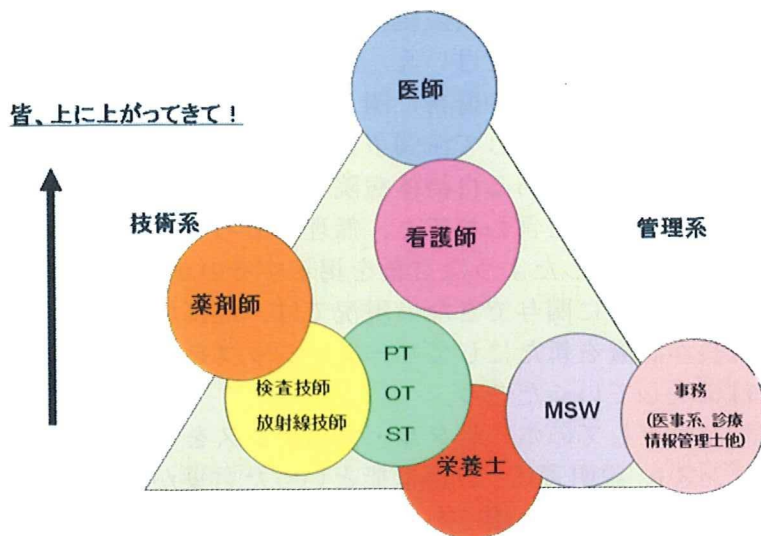


図6 病院組織におけるヒエラルキーの再構築

最後になるが、リーダー待望論に言及せず、組織としてのホスピタル・ガバナンスを考えた場合、多職種かつ専門職が多数混在する病院組織においては、「信頼のコミュニケーション」を前提とした組織風土の変革が必要である。その際に、一般組織での資源とされる「ヒト」「もの」「カネ」「情報」の中で、病院では圧倒的に「ヒト」が優位であることが再確認された。通常は「人材」とされるが、それを「人罪」とせず、「人在」から「人財」へと変えていく責任が病院にはあるということも組織内で十分に議論されるべきである。

---

---

## 地域と連携

---

---

### <要旨>

医療連携に限らず、地域との連携を推進することが今後の病棟経営に重要であるとの観点から、病院と地域との関係性の現状と課題について把握することを目的に行った。方法は全国国立大学病院（日本医療連携研究会）、愛媛大学関連病院（愛媛地域連携ネットワーク会議）等による、医療関係者へのアンケート調査及びインタビュー調査などである。結果及び考察として以下の点が上げられた。前方・後方連携共にバラツキはあるものの各医療機関において推進されており、連携推進会議や地域連携パスの運用、連携部門の機能強化等が図られている。しかし医療者側の都合が先行し、真の患者ニーズの達成に向けた協働には至っていない。地域連携パスも目的・情報の共有のためではなく、経営の効率化を主因とした退院促進（追い出す）のための手段にもなりかねない状況がある。医療安全や経営の圧迫は、医療者・患者間のコミュニケーション不足をさらに助長しており、患者を中心に据えたチーム医療の実現を阻害している。診療報酬誘導型の医療モデル連携には限界があり、患者・家族の生活支援を重視した生活モデル連携が望まれる。医療が地域生活資源として位置づけられることが、住民との安心・信頼の関係性を再構築する重要な視点であることを強調したい。

### 1. 目的

21世紀に入り、医療崩壊という言葉が、全国いたる所で聞かれるようになった。へき地の医師不足や救急医療における“たらい回し”はあくまで氷山の一角であり、その場しのぎの医師確保対策では根本的な解決にはつながらない。また医療連携に限らず、地域との連携を推進することが今後の病棟経営に重要であると考えている。

私は医療崩壊の背景に「公衆衛生の軽視」があると確信している。保健・医療・福祉の分野さらに地域社会づくり全般にわたって、憲法に明記された“公衆衛生”が意識されていないことが問題と思うのである。それは医療者が公衆衛生の真意や重要性を理解していないためか、行政など公衆衛生関係者の医療

への関わり不足のためか。いずれにしても、地域住民と共に、住民の真のニーズや地域特性を明らかにし、公衆衛生の観点から医療を地域の資源として見直すことが重要である。今後の病棟経営において、公衆衛生の真意である地域の健康社会水準の向上を図るといった狙いから、地域との連携を推進することが重要であると考えている。医療崩壊と言われる時代を契機に、医療と地域の連携の今後の在り方を提案することを目的に、“連携”の現状と課題について検討した。

## 2. 方法

全国の国立大学病院には、医療福祉支援センターや地域連携室と言った、退院支援・地域連携を担う部門が設置されており、筆者も愛媛大が病院医療福祉支援センター長として専任している。当部門に関する全国レベルでの連絡会議や、その関連のデータベースが構築されている。またその共同研究活動を推進するため、“日本医療連携研究会”が本年4月に発足しており、連絡会議との連携のもと、研究調査に取り組んでいる。また愛媛大学病院では、県下8割の病院が加入している関連病院長会議による“愛媛地域連携ネットワーク会議”が設置され、県内関連病院の地域連携に関するデータベース構築や研究会が運営されている。これらの機関を背景として、医療関係者へのアンケート調査及びインタビュー調査などを行い、現状や課題について把握すると共にその原因について検討した。

## 3. 結果及び考察

### 1) 急性期病院医師の在宅医療・連携への関心度

#### ○目的

地域における在宅医療の推進の阻害因子として、医療や福祉制度の問題や、在宅医療やケアを支える地域の医療資源や介護力といった受け皿不足が強調されている。しかしむしろ急性期病院医療者の在宅医療に関する意識や知識不足、地域連携機能の弱体とその重要な要因であることに着目している。この実態を明らかにし、地域連携部門の役割・機能強化策について言及する。

#### ○方法

H20年4月～H21年8月までに、愛媛県で緩和ケア研修会を受講した拠点病院医師の全員127名を対象に、H21年9月下旬～10月上旬に、在宅医療に関する調査を行った。

回収率は93名/127名(73.3%)であった。

#### ○結果及び考察

少なくとも緩和ケア研修を受けた急性期病院の医師は、在宅医療の必要性を



実感しており、関心を持ち積極的に関わる意志があることが理解できた。しかし十分な知識や経験があるとは言えない状況がある。医師が患者等に看取りを含めた医療だけでなく生活に関する今後の方針について相談支援する時期は、不安の是正や患者のニーズに沿う点からも、できるだけ早期であることが望ましいが、治療の限界に達した時や退院を促す時等かなり差し迫ってからが多く、適切におこなわれているとは言い難い。地域連携部門への相談は行われているが、同様に相談依頼が差し迫った時期に行われている状況がある。

がんのターミナル期における治療は、患者や家族側の希望を重視するためからか、点滴や輸液等効果も期待しがたく負荷が高いと医師自身が考えている治療が行われている場合が少なくなく、患者側と医療者側の十分な理解のもと行われているとは言い難い状況も示唆された。

担当の医療者が患者や家族と十分相談し、適切な支援ができれば良いが、現状の体制では、時間的にも知識・情報（地域資源等）的にも極めて困難である。在宅医療につなげると言うことは治療する場所を在宅に移すということではない。在宅医療に関する研修の充実や、地域医療連携部門の機能強化等が期待される。

#### ○今後の展開

急性期病院の立場から、在宅医療・ケアを患者や家族のニーズに基づいて推進していくためには、

- ① 急性期病院の医療者（特に医師）の在宅医療への関心や知識を深める。
- ② 医療機関の地域連携担当部門の機能強化を図り、急性期病院と地域医療機関や在宅医療とのマネジメント機能を充実する。

等が特に重要であり、これらを具体的に推進するために、

- ① 急性期病院内に在宅医療者を招いて、研修会や事例を通じての合同カンファレンスなど、互いの“顔の見える関係”のもと、理解を深めていく。
- ② 入院早期（外来の時点から）から地域医療連携部門が介入し、診断治療と平行して、患者支援を行うシステムを確立する。
- ③ 患者や家族と医療者のコミュニケーションの場を確保し、互いの信頼のもと、患者側のニーズを明確にし、互いに共有して支援することを周知徹底する。等が考えられる。医療者の意識改革と併せて患者や家族そして住民全体へのいわゆる Death Education の普及など、地域生活から切り離されてきた医療資源を地域資源として取り戻す施策が重要である。

#### 2) 全国国立大学病医院の地域連携部門のおかれている現状

21世紀に入って、各医療機関に地域連携を推進する部門が急速に設置されるようになった。一部の先駆的な医療機関では20世紀の後半からその取り組みが

あったが、対応が遅かった国立大学病院においても全て設置されており、地域連携推進の役割を果たしている。

愛媛大学病院では2002年に設置され、当初医師と看護師と派遣事務職の3名であったが、医師の配置は依然1名のままではあるものの、看護職やMSW、心理職や医療事務など14名の所帯となり、時代の追い風の中で機能強化が図られている。

全国の当部門の連絡会議はこれまで7回開催され、全国の組織や活動内容などがデータベース化されているが、ほとんどの病院で増員や機能強化が図られており、創設期の第1ステージから充実期の第2ステージへの段階に至っていると考えている。

しかしその反面、方向性が以下のような方向に分岐しつつあることを懸念している。

- ① 相談件数増加や在院日数短縮化を使命とした サービスセンターとしての位置づけ
- ② 患者・家族の満足度向上を目指した医療者の意識改革や地域連携ネットワークの構築への取り組み、
- ③ さらに当分野に関する教育研究の部門としてアプローチ などである。

サービスセンターであれば、担当者は日々の業務に追われるばかりであり、目下の医療経営を意識した医療機関間の連携推進は図れても、患者を主役においた、医療者のパラダイムシフトによる本来の地域連携促進には繋がりにくいと考えている。生活モデルを重視した地域連携を推進するためには、患者・家族や、関わった医療者等の満足度向上をモニタリングし評価する必要がある。そして地域に根付いた、地域資源を開発し、そのマネジメントを図るなど、医療経営にとって必要な能力として研究・教育部門としての機能強化が必要である。

現場では、①にシフトする傾向が強く、専任の医師を置いているところでは、②③への努力がされているが、各大学単独での取り組みでは、②はともかく③に至るには困難な状況がある。

### 3) “日本医療連携研究会—国立大学病院部門—”の立ち上げを通じて

本年4月に“日本医療連携研究会”を立ち上げた。全国42大学病院の内、専任医師を配置しているのは10カ所強であり、医師中心のメンバーからなる研究会立ち上げの世話人会を開催し、情報交換や研究会の必要性のコンセンサス、共同研究の企画を進めてきている。全国的に当部門が比較的充実している大学の状況を代表していると考えられるが、その中で以下のような点が確認できた。

- ① 取り組み状況にバラツキがあるものの、悩んでいる課題や強化を図ろうとしている内容については共通している。

- ② これらについては 協議会が毎年総会にあわせて行っている「全国のアンケート調査」の活用を基盤に、全国国立大学の当部門の共同研究により、解決や充実を図ることが期待できるため、積極的に展開していく必要がある。
- ③ 「患者満足度の向上」や「医療費抑制」と言った今日の課題に重要な「患者の主役」や「医療経済」の理念に基づいた公衆衛生的活動の必要性が、医療者や住民にもまだ十分に理解されておらず、地域医療連携に関わる当部門からの 活動の支援および教育における役割が大きい。
- ④ 医療関係の学生に対しても、これらの教育の一環として、当部門の役割を果たすことは 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

まず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