

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。

## 4. 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。

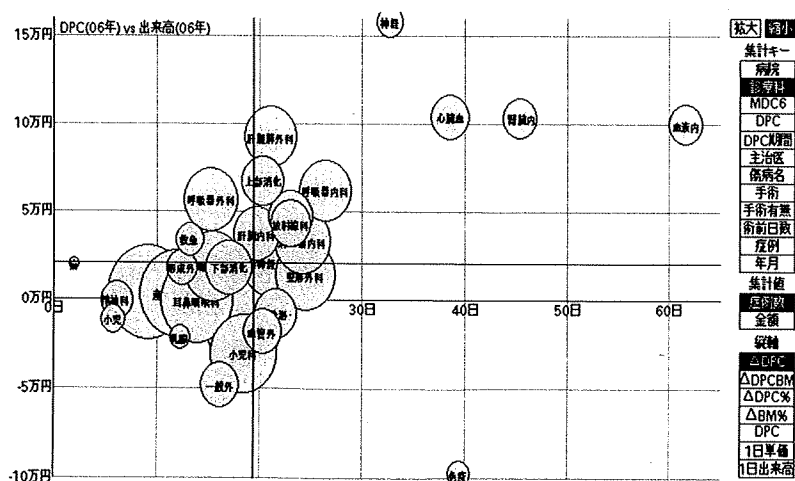


図 1 診療科別退院患者数と DPC-出来高差額

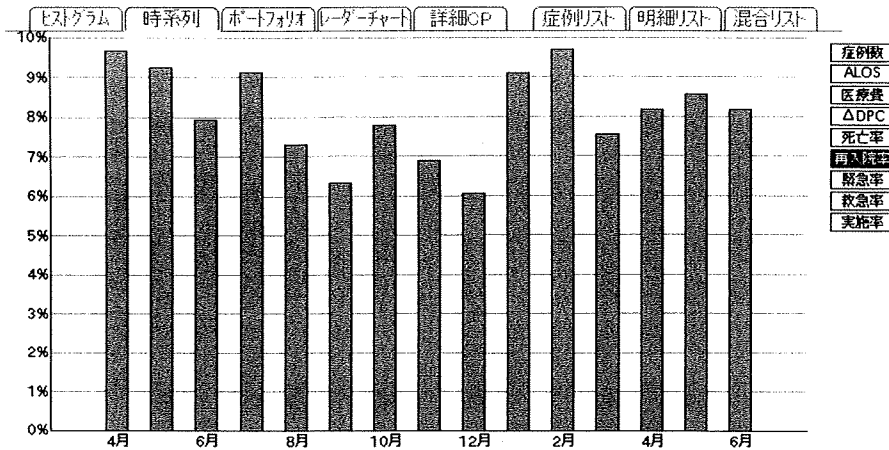


図 2 再入院患者比率

#### 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。

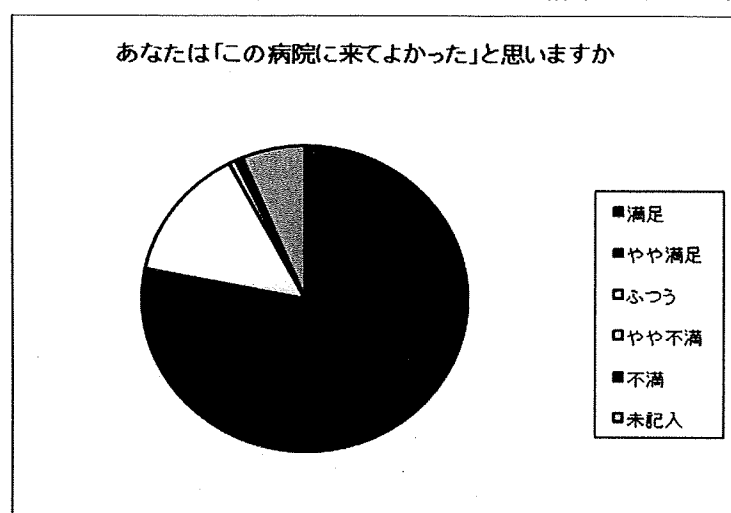


図3 患者満足度調査（2010年2月：入院患者）

#### [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。

#### 5. 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考える。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たものであり、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考え。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ことを再認識すべきである。

## 病院の重要な3要素

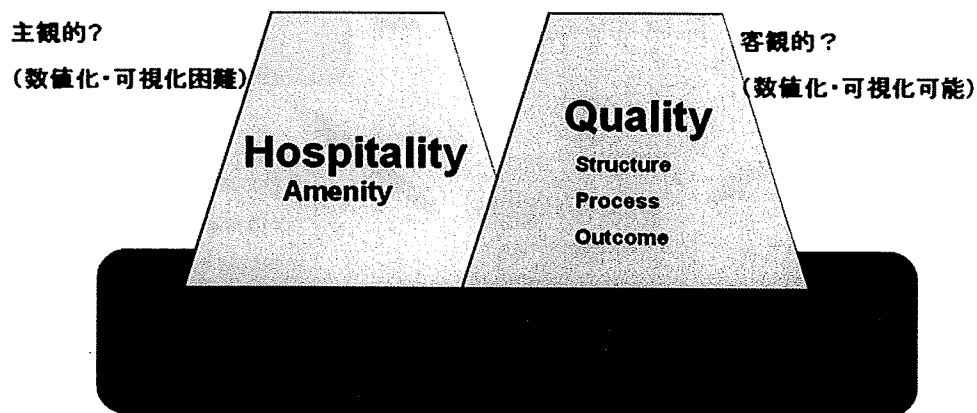


図4 病院を構成する3要素

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。

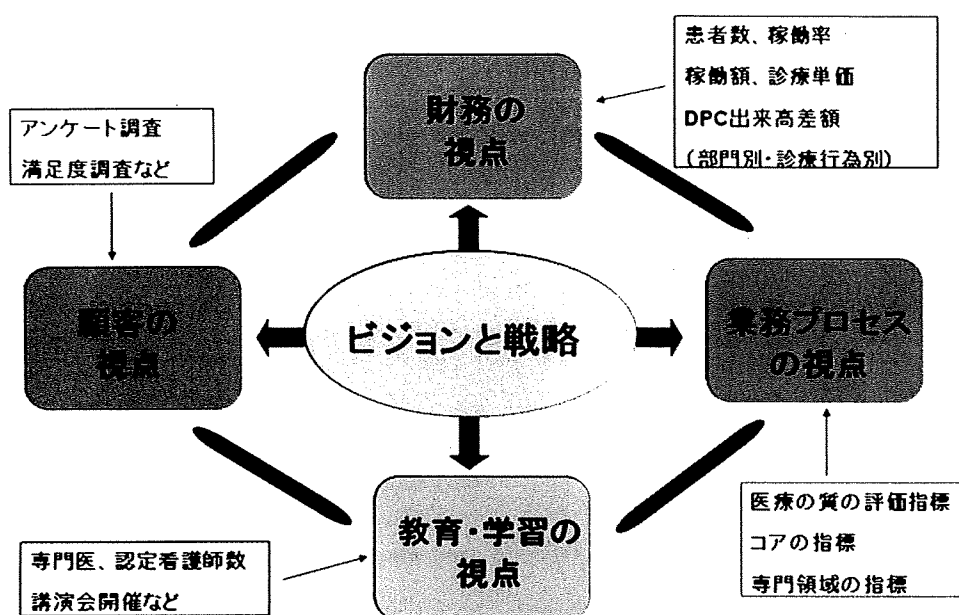


図5 病院の業績評価システムとしての Balanced Score Card : BSC

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、オーダー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、経時的変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 리더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間

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）。

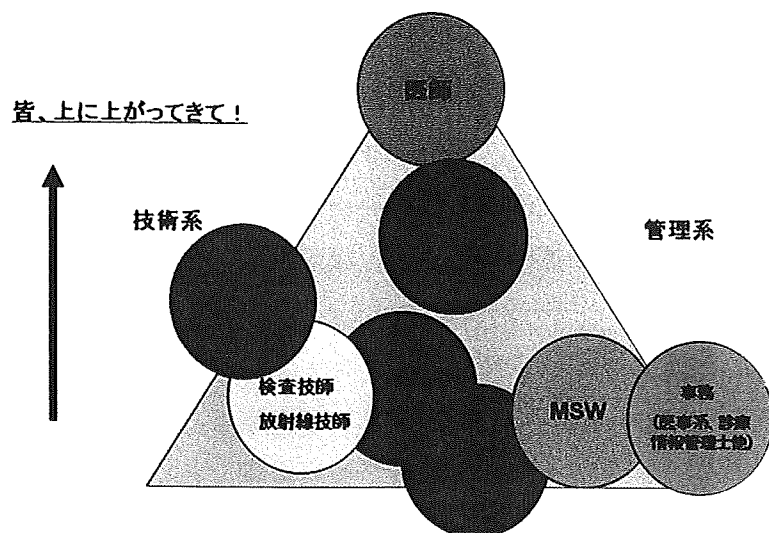


図6 病院組織におけるヒエラルキーの再構築

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。

---

---

# 大学病院の現場の課題

## －診療科から見て－

---

---

### 1. 研究要旨

大きく変わる医療環境の中で、急性期病院の診療科部長が直面する現場の課題を整理した。この約 10 年間、日本の病院では経営環境の激変により、医療従事者の業務負担が極めて増大した。特に勤務医の負担とバーンアウトが増加し、それに伴い医師の離職が進行し、地域医療は崩壊の危機に瀕しつつある。このような環境において病院経営を成功させるためには、経営陣が現場で診療科を率いる診療科部長が直面する課題を積極的に理解し、共にその解決に当たる事が必要不可欠である。本研究では急性期病院の診療科部長が直面する現場の課題を分類し整理をした。診療科部長として診療科の診療、教育、人材確保、地域での役割、研究活動等を中心に、現状の課題や様々な取り組みの実感をヒアリング形式で抽出した。その結果、診療科部長が現状抱える最も多い課題としては、人員不足の課題が挙げられた。また他にも院内救急体制のコンセンサスが不十分であることから生じる課題や、外来体制の課題、院内設備、評価方法、研究活動、地域連携の課題等、診療科間に共通する多くの課題が整理された。また病院としての戦略や経営方針に関する課題等もあげられた。病院経営のガバナンス上、経営陣と現場の医師との課題の擦り合わせは不可欠である。パラダイムシフトが急激に進む現状の医療環境においてはこれまで以上に経営陣は日頃から現場と積極的に対話することで現場の課題を抽出整理し、その解決に当たる事が求められる。

### 2. 研究目的

この約 10 年間、日本の病院では経営環境の激変により、医療従事者の業務負担が極めて増大した。特に勤務医の負担とバーンアウトが増加し、それに伴い医師の離職、すなわち「立ち去り型サボタージュ」が進行し、地域医療は崩壊の危機に瀕しつつある。また 2004 年 4 月には卒後臨床研修が必修化され、研修医は大学病院から一般病院へと移行し大学病院に新人医師がいなくなり、これまで医師のキャリア形成の大部分を担ってきた大学医局講座制の役割も大きく変化しつつある。同時に病院の診療科も、勤務医の離職や大学医局

による派遣医師の引き上げにより、かつてのような大学に人事を全面依存する組織からの変革を突き付けられている。さらに経営環境以外にも、急速に進む人口の高齢化、激変する医療制度改革、社会から求められる医師像の変化、学位よりも専門医を志向する医師達、医療訴訟の増加等と、日本の医療環境の変化は急速に進んでいる。そしてこのような環境においては、今後も従来通りの大学医局と病院（診療科）の関係性をそのままの形で持続することは困難である事が考えられる。本研究では、大きく変わる医療環境の中で、急性期病院の診療科を率いる診療科部長を対象にヒアリングを行い、現場の最前線での課題を抽出し分類することで、現場視点での病院経営上の課題を整理することを目的とする。

### 3. 研究方法

神奈川、千葉、東京都多摩地区の地域中核急性期病院 3 施設の計 55 名の診療科部長を対象に、各診療科が抱える現場での課題に関してヒアリングを実施する。ヒアリングの結果得られた課題をそれぞれ定性的にカテゴリーに分類し、各診療科が共通して抱える課題を整理する。

### 4. 研究結果

ヒアリングの結果、55 名の診療科部長が考える急性期病院における各診療科の現場の課題として、その内容をカテゴリー化すると以下の項目が挙げられた。1. 人員不足の課題 (47%)、2. 診療科専門特化の課題 (44%)、3. 救急体制の課題 (44%) 4. 外来の課題 (40%)、5. 手術（手術室）の課題 (38%)、6. 研究活動の課題 (33%)、7. 病院設備の課題 (29%)、8. 病院の戦略に関する課題 (15%)、9. 業務負担感の課題 (13%)、10. 医師評価の課題 (13%)、11. 入院における課題 (7%)、12. 研修医の課題 (4%)、13. 勤務体系の課題 (4%)。ヒアリングにおけるそれぞれの具体的事例として以下に具体的サンプルを示す。

#### 1) 人員不足の課題 (47%)

「外来に関しては、5名全員で行っており、非常に多忙である。通常外来は早く終わっても午後2時、場合によっては午後4時過ぎまでかかることもある。実際外来が多忙すぎて病棟にいく時間も限られてしまい、インシデントが発生する可能性も高くなる。また医師が病棟になかなか来ないため患者からのクレームも多い。マンパワー不足の状態である」

「現状は最低レベル必要な人員数で、すでに毎月平均当直7.5回（外勤当直含む）、当直待機6.5回となっており、拘束日数は14日となり、限界に来ている。可能であれば2名増加するだけでだいぶ違う。診療にある程度余裕が出れば、入局者も増えるはずと考えている」

## 2) 診療科専門特化の課題 (44%)

「専門外来を実施しているが、専門外来の問題点としては、各医局員の専門分野に左右される点と、評判が広まった頃に移動してしまい、閉じざるを得なくなってしまうことである。そのため高度に専門化した外来を行うためには、スタッフの固定が必要で、それに加え地域連携で紹介を増やすことが必要と考えている」「開業医で診られる患者は開業医で診てもらおう方向で調整している。スタッフ数には限界があり、高度医療を行うためにはそのようにするのが良いと考えている。また収入の面でもメリットがある。外来患者に関しては、当科では多数のいわゆるリピーター患者が来院するが、高度医療を提供するためには外来の質を再診から新患を増やす方向で実施していくべきであると考えている」

## 3) 救急体制の課題 (44%)

「当直に関しては外科系総合外来に組み込まれているが、大変である。出来ないことはできないと言うようにしている」「救急対応に関しては、当直は、内科系は1人で診療に当たるが、何でも診る事になるので年をとるとつらく、離職の原因になっていると思われる」

## 4) 外来の課題 (40%)

「初診は予約制ではなく、そのため連日2～5時間待ちの状況で評判が悪い。地域での高度医療を担うためにはインターネット予約などで初診から完全予約制を導入すべきと考えている。また初診のカルテが届くまで30分以上かかっており、これが待ち時間を長引かせている要因の一つにもなっている」「外来を何とかしたい。新患と再来が混在し、待ち時間も長い。これらの調整作業はすべて医師がやっており負担感が大きい。例えば外科総合外来などを立ち上げベテランの医師に振り分け業務等をやってもらう必要があると考えている」

## 5) 手術 (手術室) の課題 (38%)

「手術に関しては、特に手術室のマンパワーが手術数増加のボトルネックになっており、看護師を含めた手術室の人員増加があれば当科としても一層手術数を増やすことは可能と考えている。」「手術件数については中々増やすのは難しいが、理由としては、外来が非常に煩雑で説明書等がパスで決まっていることもあり、それらを全て医師が行っていることもある」

## 6) 研究活動の課題 (33%)

「研究を実施するためには研究技術員が必要であるが、そのようなサポートがなく、実験環境作りをすべて医師にまかせる体制では一般診療が多忙なため、実験をする意欲がなくなってしまうと考えている」「研究に関しては、現状では手術と病棟の患者管理で一杯で

ある。スタッフも通常帰宅するのは午後9時過ぎであり、そこから研究を行うのは実質難しい。アカデミアに携わりたい気持ちはあるが、やりたくてもできていない状況である」

#### 7) 病院設備の課題 (29%)

「より安全かつ質の高い手術のためには最新の手術材料や器具が必要なため、病院には理解してもらいたい」「当初は医療機器をはじめとして何もない状態であったが、努力して環境作りに努めた。しかし環境作りのための資金は法人からは出ないため当科でアルバイトなので稼いだ医局費を用いて機器を購入したりした。しかし、これらの努力は特に部長の給料に反映されることもないため、診療科部長のヤル気一つにかかっている状況である」

#### 8) 病院の戦略に関する課題 (15%)

「アクティビティが高い診療科により多くの資源をつけてくれば、もっともっと仕事をやる自信がある。入局者がいても有給枠がない状態である」「当院の役割として、治験を積極的に実施する義務があると思っている。興味深い治験依頼が来るので受けたいが、体制が整っていないので断らざるを得ない状況である。製薬会社も医療機関の選別を始めており、当院にとっても今が瀬戸際であると考えている」

#### 9) 業務負担感の課題 (13%)

「病棟クラークの業務を拡大させ、診療以外の行為を医師がやらずにすむような体制作りが望まれる。患者のためにも医師意外に出来る仕事を医師にやらせるべきではないと考えている」「連携に関する手続き等はすべて医師が行うことになっているが、努力しているものの医師の負担は大きく、医局には、これらを主業務とするクラークなどの事務人員の補充が必要と考えている」

#### 10) 医師評価の課題 (13%)

「ある医師が「これだけ入院患者を集めている」という評価につながらない。入院を介した病院への貢献度を測るためには、そのような評価システムがあっても良いのではないか?」「一つ思うのは、当科はリスクが高く、労働時間も長く、また売り上げも高い診療科であるが、給与体系が全科で全く同じというのもどうかと思うことがある」

#### 11) 入院における課題 (7%)

「当科では入院に占める老人の割合が多く、65歳以上が全患者の64%を占める。多くの患者の家族が在宅療養を拒む傾向があり、主治医があえて強制的に長期入院患者を退院させないため、入院が長引くことも多い。一方で他院では平均在院日数短縮のため長期入院

が予想される患者を外来時にあらかじめ断っている」「平均在院日数が長い、その理由としてリハビリ科や回復期リハ病棟がない事や後方連携不足に加え、当科の伝統としては急性期のみならず長期にわたり患者をフォローする方針があるためである」

#### 1 2) 研修医の課題 (4%)

「研修医の多くは研修期間中に当科を面白いと感じるが、拘束時間が長いなどの理由で入局しようとは思わず、他科にいつてしまうことが多い」

#### 1 3) 勤務体系の課題 (4%)

「女性医師確保のためには勤務体系の柔軟性も必要と考えている。当科は元々女性医師が多く、現在子育て中の女性医師には外来、日勤のみを頼むこともあるが、当直は残りの医師がやることになり、双方にストレスがたまる。勤務体系の柔軟性が必要である」「医師を確保するためには勤務体制の柔軟性が必要と考えている。例えば外来勤務のみに対しても給与支払いが可能であれば、子育て休養中の女性医師などをフレキシブルに配置でき、他の医師の負担軽減にもつながる」

### 5. 考察

本研究の結果から、異なる診療科間においても、それぞれが直面する課題には共通するものが数多くあることが判明した。課題の原因としては、医療資源が限られている事による生じるものが多いと考えられたが、一方で病院が向かう方向性や救急体制の院内コンセンサスの不統一などに対する疑問など、病院経営者のリーダーシップにより現場と解決可能と思われる課題も多いと思われた。病院経営のガバナンス上、経営陣と現場の医師との課題の擦り合わせは不可欠であり、パラダイムシフトが急激に進む現状の医療環境においてはこれまで以上に経営陣は日頃から現場と積極的に対話することで現場の課題を抽出整理し、その解決に当たる事が求められる。

### 6. 健康危機情報

なし



### 3. 医師業務

1) 医師業務改善のための調査に関する報告書

社会保険病院

小塩篤史 長谷川敏彦

2) 医師業務調査 東京都医師会

赤池学 長谷川敏彦

3) 医師の業務改善に関する参加型研修手法の開発

吉川徹

4) 女性医師の就業支援について

荒木葉子

---

---

# 医師業務改善のための調査に関する報告書

## 社会保険病院

---

---

### 1. はじめに

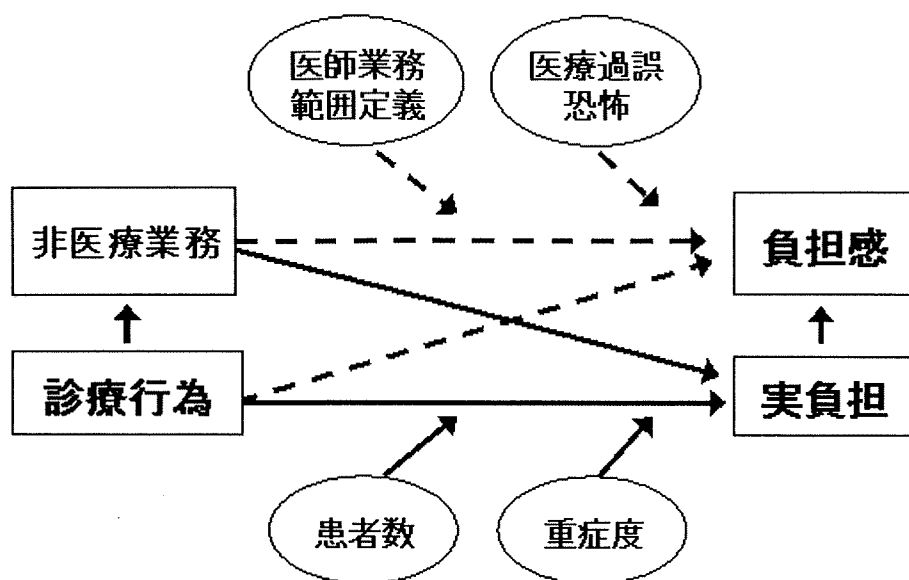
「立ち去り型サボタージュ」という言葉で表現される医師の離職の問題や、「産科の撤退」「救急患者の受け入れ不能」などの医師不足の問題が深刻化している。そのような状況への解決策を模索すべく、医師業務の改善のための調査・研究を実施した。医師不足の解決には、医師定員数の増加なども解決策として考えられるが、定員増から実際の臨床医の増加まで10年程度かかることから、現状への解決策としては、ふさわしいものとはいえない。医師の業務を改善し、生産性を高めることで、現在、勤務医にかかっている負担を減少させることが必要である。本研究では、医師が現在感じている負担感の把握、業務量の変化、業務の他職種への委譲可能性、ストレス診断などに関して、社会保険庁病院にてアンケート調査を行った。アンケート作業の作業仮説は以下のようにになっている。

### <作業仮説>

1. 作業の「負担感」は実負担と相関するものの、仕事の受持ち範囲の定義や医療過誤のリスク感に左右され、特に「診療行為以外の業務」で負担感が大きい
2. 仕事の「実負担」は近年の患者数、重症度の増加により「診療行為」自体が増加し且つそれに合わせて生ずる「非医療業務」の増加によっても増大している
3. 「診療行為」の増加に伴う実負担についてはぎりぎりのところかもしれないが相対的には負担感は少なく、「非医療業務」の役割分担の調整が悪いところで負担感が増大している。

これらの仮説を実証することによって、現在の医師業務について把握し、医師業務の明確化と業

務の他職種への委譲の可能性について考察するのが本研究の目的である。

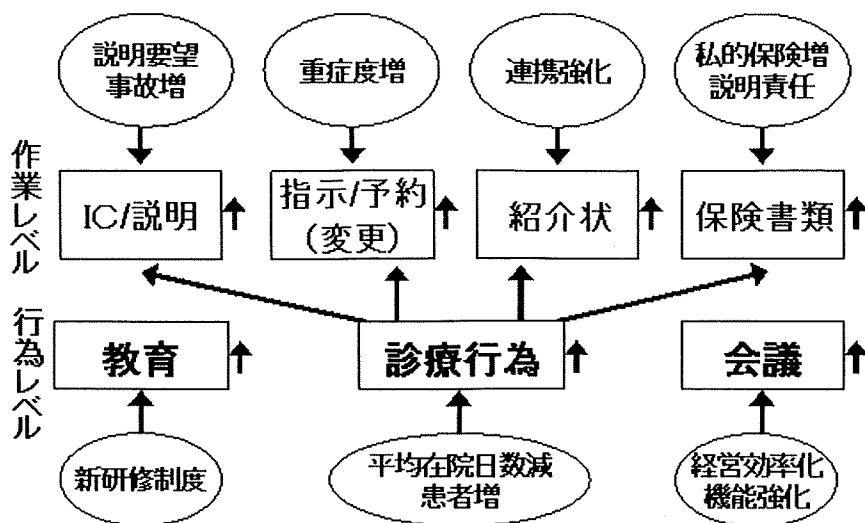


この目的のために、アンケートは以下のような方針に基づいて設計されている。

### <調査設計>

1. 「診療行為」と「非診療行為」の負担の変化を「行為レベル」「作業レベル」で把握する
2. 「非医療業務」の負担感について把握する
3. 負担感に影響する要因、例えば「役割分担の意思業務範囲の決定」や「医療過誤リスク感」などについて聞く
4. 非医療業務の他職種への代替可能性とその量について聞く
5. 新職種や改善のアイデア、法律改正の必要性などについて聞く

この調査設計は以下のような医師の労働環境の変化に関する分析を前提としている。



新臨床研修制度の導入や平均在院日数の減少、高齢化による患者増、経営効率化への圧力などにより、診療行為、教育業務、会議などが増加している。加えて、診療行為の増加は、ICや患者への説明、指示予約の増加、紹介状・保険書類なども増加し、業務の多忙化が進んでいる。

## 2. 医師の業務ならびに業務への意識の変化に関して

### 1) 要旨

#### (1) 目的

近年、業務量の増加や医療訴訟などに伴う医療従事者の病院離反が問題となっており、医療・病院崩壊の一現象としてマスコミを騒がせている。こういった現状を把握するために、近年の医師の業務の変化とそれらに対する医師の意識の変化を明らかにすることを目的としている。

#### (2) 方法

社会保険病院をフィールドとして研究を行った。医師に対して、「業務に変化があったか」「それらの業務を負担と感じているか」を質問した。また同様の質問を施設長にも行い、施設長の認識と医師の認識のずれを検証した。

#### (3) 結果

業務の変化に関しては、ほとんどの業務において、過去5年間で業務量が増加していることが明らかになった。業務への意識に関しては、直接診療以外の行為に関して、負担を感じている割合が高かった。

#### (4) 考察

アンケートを通して医師が業務に変化を感じていることが明らかになった。今後、こういった意識に応える形での医療政策・経営のあり方が求められる事になる。

### 2) はじめに