

効率を生み出し、人員の増加を行わない場合は、特定の時間は非常に業務が多忙になってしまう。医療行為の性格によっては、特定の時間に実施することが求められることがあるが、多くのルーチン的な医療行為は実施時間の多少の前後は許容されると考えられる。よりバランスの取れた予定を組むことで、病棟運営のオペレーションの改善と医療従事者の生産性の向上が望まれる[18]。

図 5 実施予定時間の分布

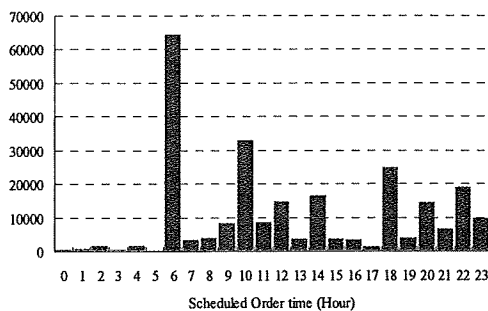
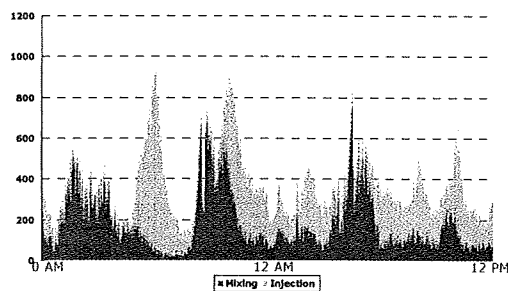


図 6 は、注射の薬剤混注と実施の時間帯毎の総数を表したものである。実施予定時間は 6 時に集中しているが、実際は 4 時半から 7 時の間に分散して実施していることが分かる。

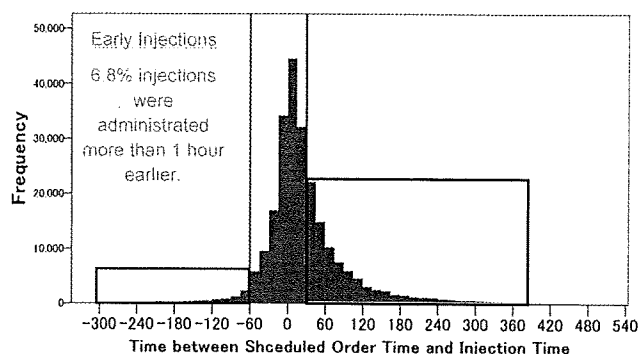
図 6 混注と実施業務の分布



実際には、実施時間を前後にずらすことによって対応しているということが分かる。混注と実施の総数を足すことで、暫定的にはあるが業務の多忙さを推測することが可能であり、業務の多忙さは時間帯によって大きくことなっているのではないかと推測される。他の業務を含めて検討することで、看護業務の忙しさの可視化も可能になる。

上述したように、看護師は業務を適切に終了させるために、オーダー予定時間を前後にずらして注射業務を行っていることが分かるが、ここでは、どの程度実際の実施時間と予定時間が異なっているかを検討する。図 7 は、実施予定時間と実際の実施時間の差の分布を表している。

図 7 実施予定時間と実際の実施時間の差の分布



実施予定時間と実際の実施時間との差は、以下の式により計算されている。

$$(\text{Time between scheduled order time and injection}) = (\text{Scheduled Order Time : 実施予定時間}) - (\text{Injection Time : 実際の実施時間})$$

負の値は、予定時間よりも早く実施した注射であることを示し、正の値は予定時間よりも遅い注射を意味している。0は、予定時間通りに実施された注射である。この数値は0である必要はないが、出来るだけ0に近い方が効果的な運営と時間の正確さの観点から望ましいと考えられる。平均値は10.63分であり、平均としては予定時間よりも遅く実施されていることが分かる。また、最も頻度の高いカテゴリーは0から15の間になっており、他の多くの注射も0の周辺に集まっていることから、実施予定時間に正確に行う意識が高いことが分かる。しかし、中央から外れているケースを検討すると、6.8%の注射は1時間以上前に実施を行っており、これはガイドラインによっては医療ミスと扱われる可能性のある注射である。予定時間よりも前に注射を行ってしまうと、医師がオーダ変更を試みる時には既に実施が終わっている可能性が生じるため、なるべく減少させることが望ましい。また30%超の注射が30分以上の遅延を生じており、患者満足の観点からの検討が必要であると思われる。

図 8 混注と実施の時間間隔

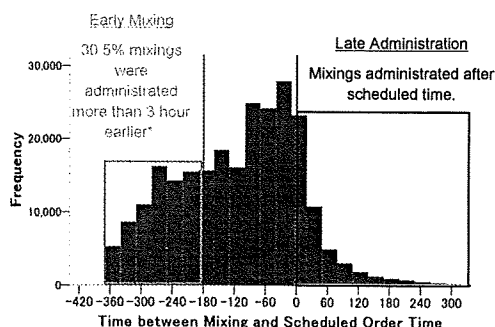


図 8 は、混注と実施予定時間との時間の分布を示している。混注と実施予定時間との時間は以下の式で計算されている。

(Time between mixing and scheduled order time)= (Mixing time : 混注実施時間) - (Scheduled Order time : 実施予定時間)

例えば、-180 は、3 時間前 (180 分前) に実施したことを示している。本数値の平均値は、-108.5 分となっており、平均して 2 時間程度前に混注を実施していることが分かる。最も頻度が高いのが、-30 から 0 のカテゴリーであり、実施直前に混注を行っているものが最も多い。30.5%の注射が実施予定時間よりも 3 時間前に混注を行っている。

5. 考察

本研究で用いられた POAS はプロセス管理のコンセプトの元に設計されており、予め設定されたプロセスの順序通りに進まない限り医療行為が実行できないようになっている。このプロセスの順番は、業務フローの分析に基づいており、例えば、混注を行わずに注射の実施を行おうとするとエラーになる仕組みとなっている。こういったプロセス制御の考え方は、リスクマネジメント上大変重要であり、同時にデータの収集においても欠損値を生じさせないという意味がある。こういった方法に対して、こういったプロセスの分析に基づかずにデータの収集を行い、データマイニングを行う考え方がある [23]。この考え方では、プロセスそのものもイベントログの中から発見し、学習的なモデルにするべきであると考えている。しかし、データの捕捉構造そのものは既に何らかの構造を持っており、そこから発見されるモデルはその構造を超えたものではあり得ないため、どちらにせよ最初から構造を規定しておくことは必要である。特に、医療情報システムにおいては、安全が強く求められるので、その点からも安全に配慮した構造を保持している必要がある。

本研究では、プロセスの可視化に注目したので、ここでプロセス指標とアウトカム指標に関しても整理を行う。プロセスとアウトカムのデータを集計したプロセス指標とアウトカム指標は、それぞれパフォーマンス指標として用いられてきたが、データ収集の容易性と指標としてのわかりやすさからアウトカム指標の収集がこれまでの研究の中心であった。アウトカムデータは、様々なプロセスの帰結であるので、プロセスの側面を含んでいるため、必ずしも測定が可能ではないプロセス指標よりもアウトカム指標の方が網羅性が高いと考えられている [24- 28]。

表 2 アウトカムのばらつきの原因

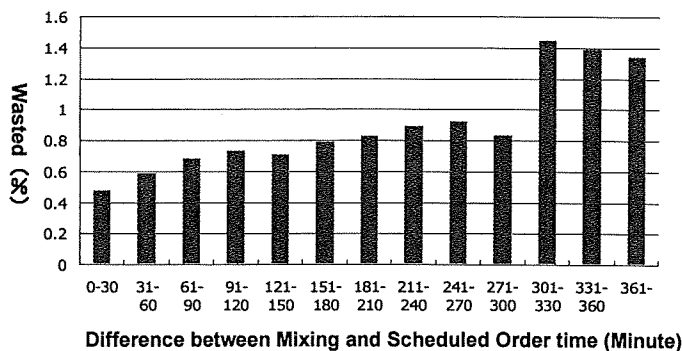
Category of explanation	Sources of Variation
Differences in type of patient	Confounding by patient characteristics
Differences in measurement	Ascertainment and definition of cases, outcome and risk factors
Chance	Random variation, influenced by number of cases and frequency with which outcomes occurs
Differences in quality of care	Use of proven interventions

Source: Mant 2001 [7]

しかし、マントが指摘しているように、アウトカムの違いはパフォーマンスの違いだけでなく、患者の重傷度の違いやデータ収集方法の相違、当該アウトカムに関する事象への遭遇機会、栄養状態やライフスタイルなどの相違によっても生じる。データ収集方法の標準化とケースミックスの調整によりアウトカム指標は、改善されうるが、プロセス指標の方がこういった外的因子の影響を受けにくい [7, 15]。また、プロセスデータは解釈が容易で、文脈的なデータとしても利用が可能である。これらの性質は、医療マネジメントの研究を行う上で非常に有益なものである [29-36]。以下に、プロセスデータによる研究の具体例を示す。

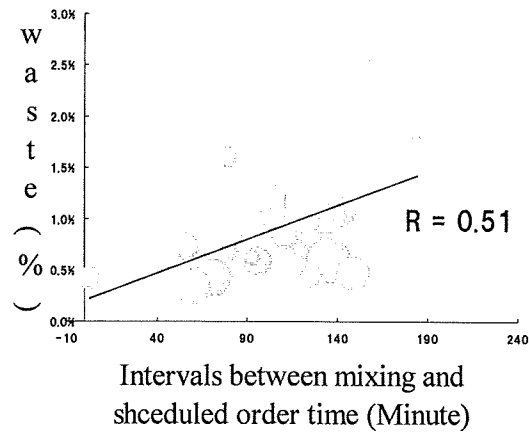
ここで、先ほどと同様に注射のプロセスを検討する。注射は、適切に実施されたもの（タイプ1）、薬剤の混注変更後にオーダ変更が生じ、廃棄されたもの（タイプ2）、混注前のオーダ変更により薬剤が返品されたもの（タイプ3）に分類される。タイプ2は、薬剤を廃棄することになり、タイプ2とタイプ3は、看護師の労働時間を消費するものである。そこで、病棟の生産性向上のためには、両者の削減がターゲットとなり、特にタイプ2の減少が望まれる。

図 9 混注と実施時間の間隔と廃棄率



タイプ2は、混注後にオーダ変更があったものであるため、タイプ2を減らすためには、混注から実施までの時間を短くすることが必要であると考えられる。そこでデータを使って分析を行ったのが、図 9 である。このグラフによる、混注を実施に対して早い時間に行えば行うほど、その薬剤が廃棄される確率が高まることが示されている。同様の分析を病棟単位で行った場合、混注と実施の間隔が長い病棟において、廃棄率が高いことが示されている (図 10)。

図 10 病棟毎の廃棄率と混注・実施の間隔



結果としての廃棄率を計算したり、推計したりすることはこれまでの医療情報システムにおいても可能であると思われるが、プロセスデータがない場合は、こういった原因の分析は困難である。なぜ廃棄率が高くなる、原因を検討できるのはプロセスデータが存在するからである。POASによってプロセスとアウトカムのデータを連結されることで、アウトカムの原因に関して分析を行うことが出来る。

6. 結論

本研究では、プロセスデータを用いて病棟の分析を行うことを検討してきた。これは、病棟の生産性・質のマネジメントを行う上で貴重な材料であるが、同時にコミュニケーションツールとしても大きな可能性を持っている。質の高い医療を求めることに関しては、医師、看護師、その他のコメディカルの間で共通認識が存在している。それでも、コミュニケーションに齟齬が生じているのは、事実の認識に齟齬が生じているからであると考えられる。医師と看護師は、業務スタイルが異なっており、視野も異なっている。どちらも正確に事実を把握しているとしても、把握している事実の対象範囲や時間幅が異なっているとそこに誤解が生じることになる。ここに適切なデータのインフラを提供し、コミュニケーションの土台とすることで、お互いの視野の違いを意識しながらコミュニケーションが可能になってくるのではないかと考えられる。全数・プロセスデータがコミュニケーションに与える意義に関して、検討を続けたい。

7. 健康危機情報

なし

D. 総括分析

13. 病院のガバナンス分析

1) 病院ガバナンス概念把握の問題提起

長谷川敏彦

2) 医療経営と組織ガバナンス

藤谷克己

3) 地域と連携

櫃本真津

4) 医療情勢を踏まえた手術室運営の展望

長谷川敏彦

病院ガバナンス概念把握の問題提起

1. 背景

今、病院のガバナンスが医療界で大きな課題となっている。医療は公的側面を持つ一方で、公的病院の経営効率が問題で、設立は私的病院が多い。ただ、私的病院（医師所有が中心）は長期ケアやケアミックスの病院が中心で、急性期は公的病院が中心になっている。

従って、私的病院では機能の分化、公的病院では経営の効率化が大きな課題となっている。

医療の効率化の方法の一つとして、企業の医療界への参入が議論されている。議論の途上、逆に現在の個人立病院のあり方が問題となり、法人化への政策が進められてきた。また法人制度の改革と共に財団等の病院も主体の変更が求められている。急性期病院は公的病院が多いことから、医療の効率化のもう一つの方法として、民営化、独法化が図られ、2004年の国立病院、国立大学病院の独法化を皮切りに自治体病院の民営化や独法化が進められつつある。

これらの背景には、財務人材等の資源の問題があり、キャピタルインベストメント、ランニングコスト共に誰の責任とするか、また医師不足の折りに人材の確保を誰がどこで担保するかが課題となっている。

確かに、高齢化と共に医療は一つの病院で完結せず、回復期リハ病院、福祉施設等との連携が必須となる。つまり医療のガバナンスが単体の病院で完結せず地域システム全体として捉える必要があり、その地域を構成する自治体も複数提供施設も種々の設立主体と、分母分子と共にガバナンスが拡がっており、収れんが難しい。金融危機意向、それまで目指してきた小さな政府が見直され、政府の役割が再検討されている。そこでこれらの課題の研究が必要である。

日本には諸外国と比して極めて多数の設立主体があり世界のはずれ値となっている。分類の方法にもよるが26種に及ぶ設立主体があるとされておりしかも国立地方自治体私立など種類も多岐に亘る。ヨーロッパ諸国では国公立とキリスト教やNPO法人などの私的病院の比較的公的性格をもつ2種類が認められるに過ぎない。医師自身が病院を有するのはフランスぐらいとなっている。米国は国立地方自治体立、コミュニティ立と営利団体立

と4つに分けられるが日本ほどの種類はない。

元来病院はその地域の医療需要を支えるものであり公的側面を有する。日本においてもサービス内容は設立主体を超えて一定の社会的責任を負うと考えられる。にもかかわらず意思決定のプロセスやその監査のシステムが設立主体によって極めて多種である事は日本の医療サービスの結果やシステムの効率を考える場合に大きな問題となるのではなかろうか。その定義に基づいて一度それぞれの設立主体によるガバナンスを評価分析する必要があるといえよう。従ってまず「病院経営におけるガバナンス」とは何かを定義し分析する必要があるといえよう。

表1. 開設者と課題のマトリックス

	現状と課題	理念	財務	人事	設備投資
国立(厚労省) ナショナルセンター 国立大 労災	独法化で収支改善 これから独法化 独法化 2004 であまくいかず 特法から独法化 2004				
都道府県立 市町村立	2008 総務省よりガイドライン 2008 総務省よりガイドライン				
日赤 済生会 厚生連					
全社連 他保険					
会社立 福祉法人 他法人 私立大	設立変更				
医療法人 特定 医療法人 非特定 個人	増加 特定への転換 法人化の動向				

2. 目的

病院経営の根本であるガバナンスの課題を「概念整理」「歴史分析」「国際比較」「ケーススタディ」「各開設主体の現状分析」、さらに「地域で捉えられる考えとその特性」を踏まえて評価し、今後の展望を検討する。

3. 考え方と方法

分析すべき課題は政府の役割と病院の機能、とりわけ公的病院と私的病院の役割の差について考察する必要があるといえよう。またガバナンス概念即ち理事者的機能と執行側の

機能その効率的なチェック機構のあり方を国際的にもユニークといわれる医療法人等の概念に当てはめて分析する必要がある。具体的には設立主体の持分財産の処分、提唱の問題、人事権や予算権、更には経営計画立案の責任と執行の責任、サービスのアウトカムとりわけ医療事故や医療の質に対する監査とそのチェックメカニズム、効率的運用に関して設立主体そのものの責任とそれを許認可する地方自治体等の公的組織の責任、などが研究の方法となる必要がある。また今日の日本の状況に至った歴史学を分析するためには江戸時代からの開業医の制度や日本の近代病院の設立過程を歴史的に分析する必要があるといえよう。また同様に設立の形態が日本と大きく異なる欧米についてもその設立主体の種類、歴史的発展の過程、意思決定の責任や監査のメカニズム等について分析し国際比較研究の必要があるといえよう。病棟経営側としてこれらは大きな課題といえよう。

平成20年医療施設調査より

表2 病院数 2008 開設者別

	実数	構成割合 (%)
総数	8794	100
国	276	3.1
厚生労働省	22	0.3
独立行政法人国立病院機構	146	1.7
国立大学法人	48	0.5
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	0.4
その他	26	0.3
公立	1021	8.6
都道府県	270	3.1
市町村	729	8.3
地方独立行政法人	22	0.3
公的	299	3.3
日赤	92	1
済生会	82	0.9
厚生連	117	1.3
北海道社会事業協会	7	0.1
国民健康保険団体連合会	1	0
社会保険関係団体	122	1.4
全国社会保険協会連合会	52	0.6
厚生年金事業振興団	7	0.1
船員保険会	3	0
健康保険組合及びその連合会	14	0.2
共済組合及びその連合会	45	0.5
国民健康保険組合	1	0
私的	872	10
公益法人	395	4.5
私立学校法人	108	1.2
社会福祉法人	184	2.1
医療生協	85	1
会社	69	0.8
その他の法人	31	0.4
私立	6204	70.5
医療法人	5728	65.1
個人	476	5.4

医療経営と組織ガバナンス

1. はじめに

ガバナンスとは統制とか統治と訳される。企業運営においては、経営は統制されるべきものとされる。この概念は企業が社会的に非人道的なこと、非倫理的なことを抑止する必要性があるという概念から生まれた。具体的には企業が健全な経営を行い、安全と品質を保証し、公表データには嘘や偽りが無い（粉飾でない）ことで、投資家または消費者はその企業の製品を購入し、企業に投資し、買収することができるための担保の役割を果たすものである。そういった意味では、ガバナンスという概念は広く企業不祥事の歴史の裏返しとして発展してきたものである。また一般に組織ガバナンスとしては3つの機能が要求される。①自己反省できる機会（内部環境）②自己反省を社会に示す機会（外部環境）③自己反省を促す組織体制、いわゆる自浄作用である。本稿では医療機関における経営にとってガバナンスとは何か。また一般に言われる企業経営のガバナンスがそのまま医療機関の経営に応用できるのかを検討してみたい。

2. 医療機関の特質

医療機関における特質としては第1に経営者の問題が挙げられる。第2に医療が経営という概念になじむか否かという議論がある。その意味では医療機関が営利組織である会社とは違う性質をもつと言う特質が挙げられる。そういった属性を有する組織のガバナンスは一般企業とどのように分けるべきなのか、または分けるべきではないのかという議論に発展する。

第1の特質は医療機関の経営者の問題である。一般に病院での最高責任者に院長という存在がある。院長は企業経営における社長と同義ととらえることができるのかということを考えなければならない。つまり、株式会社を中心とする一般の企業では代表取締役としての社長が明文化されている（会社法第354条）。但し、これは従来の取引慣行上の名称として「社長」の肩書を用いた場合の責任について触れたもので、法律上「社長」の地位を定義したものではない。一方医療機関について規定する医療法には元来院長という法律

上の地位はどこにも明文化されていない。その意味で院長あるいは病院長の肩書と経営実態は何ら法律上接点のないものである。あくまで医療法人としての理事長（医療法第 46 条の 4）及び医療管理者が医師または歯科医師（助産師）であること謳う（医療法第 10 条）のみである。しかし本邦における実態は、医療機関のほぼ 70%近くが民間の医療法人であり、法人の理事長（ないしは理事）が院長であることから、経営と執行が同一である場合がほとんどである（一部の株式会社が開設した医療機関を除く）。問題は国立公立病院の場合である。自治体病院のほとんどが財政上の執行権を行政が有し、実務の執行は病院長が有するという形態で運営されている。それに伴う人事権についても院長が有したり、行政が有したりと明確に定まてはいない。このように予算と実務が一体化していない状況の下では、その経営責任は極めて曖昧なものとならざるを得ない。最近多発する自治体病院の閉院という問題は、このような原因が露呈している状況ではないかと推察できる。つまり、経営に対してコスト意識が少ない院長が、効率性重視と押し通して過剰な設備投資に走ったり、医師の管理ができない行政が、多額の給料のみを前提に医師獲得に奔走したりといったちぐはぐな経営が行われたりするのである。結局はそのような結果閉院になった病院の地域で暮らす住民はその経営の失敗の不利益を被ることとなるのである。

第 2 の特質としては、そもそも医療の経営は一般企業とは異なり、利益性の追求に終始することを目的とはしない。医療機関が提供する医療サービスそのものが利益として、利用者（患者）ひいては地域住民に配分されるという公的な性質を有する。それは民間の医療機関についても公的医療機関であっても等しく同じである。その意味で株式会社のような、経営者、株主、従業員を中心とした消費者に至るような選択的集団で構成された漠然としたものとは異なる。医療機関の場合は選択的集団というよりむしろ狭い限局した地域に暮らす住民（利用者・患者）を中心に、行政、理事会、職員（医療者含む）で構成される。医療サービスの利益を享受する多くの集団が患者という地域住民である。その意味では地域住民が経営に参加して然るべきとの説明にも理論がある。このように医療機関のステークホルダーと言った場合には、一般の企業における選択的な集団の消費者とは違う、近接した社会関係を有する地域住民といった性格の集団が中心に位置することが大きな特質と言える。

3. インフォームドコンセントと医療安全

医療機関は医療資源を有効に利用し、適切に医療サービスを患者に提供するのを目的とする。また医療組織とは高度な専門家のグループ群で構成され、そこで働く主要なスタッフは医師をはじめとする専門家集団である。この専門家傾向は医療分野が高度化するにつれて益々分化し、高まっていく方向にあると言えるだろう。また医療機関のステークホルダーの多くは、医療の情報を持たない患者を中心と、行政、理事、職員（医療者等）であ

る。従来は医療サービスを提供する側が、一方的に必要な治療を決定し、患者は黙ってサービスを受けて回復すれば、すべての住民が満足していたのである。しかし現在では必ずしもそうではない。患者は自ら治療の選択を主張できるのである。この傾向は 1970 代の消費者運動に端を発し、医療サービスがマーケット化するにつれて益々色を濃くしてきたのである。医療消費者と言われる所以である。しかし、一方で医療の情報はさらに高度化して行き、情報が非対称化していくのである。情報の非対称性が医療の特質のように言われることがしばしばあるが、これは間違えであり、実はどの産業、世界にも情報は決して平等なわけではなく、我々が知らない世界は数多存在する。裁判でのやり取りしかり、歌舞伎の芝居しかり、野球の打法しかり、そういったことは知らないからこそ専門家としての価値が評価されるのである。

ただ情報にアクセスできる機会が多いか少ないかということには、様々違う要素が存在する。当然医学的な技術を修得には一定の資格（医師や医学生）が必要である。彼らが学んだ多くの専門知識は、そのままでは理解しがたく、具体化した説明や場合によっては通訳のような装置が必要とされる。インフォームドコンセントが患者の権利乃至は医療行為の前提条件として発達し、さらに医師—患者コミュニケーションの重要性が主張される所以である。その意味でインフォームドコンセントは唯一患者が医師に対して、情報の提供を主張しうる統制機能とみなすこともでき、②おける「外部環境」の患者によるガバナンス行為の 1 つであるということも考えられる。しかし、インフォームドコンセントは具体的にどのような情報を、患者にどのような形で与えるべきかは決められていない。

また医療安全観点からは、患者は、医療者に対し安全な医療の提供を要求できる。平成 11 年に起きた大学病院の医療事故を契機として、患者の安全性が重要視されてきた。医療行為は元来侵襲を伴う危険な行為であるから、医療そのものがリスクであり、常に不確実を伴うものであるとの主張がなされてきた。しかし、元来病気が快癒するものとの期待で言ったはずの病院で、死を含む健康に有害な結果を招くというのは受け入れがたい現象であった。医療安全においてはその予防対策をとることは当然であるものの、一定のリスクが生じることは否定できないといった考えが支配的である。その場合医療機関は起きてしまった事故の対策をどのように取るかということが、事業の継続性に決定的な経営の鍵を握ることになる。医療事故により発生した損害は医療保険や民事賠償などによる金銭的負担もさることながら、経営を主に圧迫するのは、特定機能病院の取り消しや風評による患者現象のリスクがはるかに大きいのである。それらの不祥事は有害事象の発生よりも、その後の事故隠蔽工作や、言い逃れ、取り繕いなどの事故隠し、カルテの改ざんのような事態に陥ったことが原因である。

以上のようにインフォームドコンセントにおいてどのような情報を、どのような形で患者に提供するか。また有害事象が発生した場合に、誰がどのような形で、誰を相手に報告するのかについては全く具体化されていないのである。これらの問題は先の①に示される

「内部環境」の規定の問題である。

また医療機関の組織に求められるガバナンス能力に③であげた自浄能力というのがある。それは組織内で生じた不具合を自らの手で解析し、自らの手で解決・改善できる能力のことである。医療の世界では発生した有害事象を外部の手で分析、解決、又は処分まで行うべきとの意見がある。しかし、高度な医療の情報、不確実な医療のアウトカムが医療の特質ならば、生じた医療事故のプロセスを分析できるのは、第1に医師であり、医療者である。つまり第1義的には医療機関そのものに、自浄的な機能が求められるのであり、まさにそれこそが組織ガバナンスではないだろうか。そのための環境は整えるべきであり、それを外部からサポートできるような第三者機関の存在が別途検討されるべきであろう。

4. 医療機関の内部統制について

ここからは医療機関の内部統制について説明することにする。前章でも触れたように、医療機関に求められるのはガバナンスであり、その基本コンセプトは先にも述べたとおり①自己反省できる機会（内部環境）②自己反省を社会に示す機会（外部環境）③自己反省を促す組織体制である。英国における医療ガバナンスの展開は1995年までの数年間に、イギリス・ブリストル王立小児病院において、53人の小児が複雑心奇形のため心臓手術を受け29人が死亡したという医療事故の象徴的な事件を契機として起こった。その後2000年前後にマンチェスターなどで多発した医療事故の反省から、患者本位の医療を推進すべきとの世論の高まりから一層醸成されてきた。

そもそも企業経営におけるガバナンスの考え方は、1999年代の問題視されてきた多くの企業不祥事の反作用として発展してきたものである。その反省を基に企業の健全経営を、単に株主と企業経営者の関係として把握するのではなく、企業はそこに利害を有する多くの関係者（株主、経営者、従業員、工場立地住民、取引先など）から成る連合体であるとする考え方として発展してきた経緯の中で組み立てられた意識の変革である。そうした利害関係者間における入り組んだ力関係がどのように作用し、どのように調整され、その結果、どのように企業の行動が規律されるかという一連の仕組みを指すという捉え方である。では医療機関という組織の性格を、一般の企業と比較した場合にどのように捉えるべきかという検討がなされなければならない。どのような組織の成り立ちか、すなわち民間組織なのか公的な組織なのかによっても大いにその性格を異にする。たとえば英国では、多くの医療機関がNHSやTRUSTといった国乃至は公益法人が経営主体となる非営利組織であり、比較的画一的な組織体制の元で存在している。それに比較し我が国では個人及び民間の医療法人が経営主体となる病院はおおよそ70%を占める。また国及び地方自治体が経営主体となる病院が13%とかなり少ない。このように個人や民間の病院が医療を支えるという特色を有している。地方自治体病院の経営状況ではおおよそ70%前後が経常損失を生じ

させている。不採算地域（全体のおよそ 23%）における医療確保という要請は、公的事業の性格から避けられない面だとしても、決して放置される問題ではなく、改善の必要があろう。健全な経営環境になれば、質の高い医療を望むべくはないであろう。

また、医療におけるガバナンスは、何を軸に形成されるべきかというテーマがある。1つの意見に、医療サービスの質においてよりよく医療機関を運営するためのフレームと理解するという考え方があり、また医療経営の健全化を主軸にする考え方もある。そういったガバナンスにおける2面的な考え方は、企業におけるガバナンスも医療機関におけるガバナンスも同様であり、企業の健全経営と倫理性の要求といった2つの側面を、あたかも車の両輪として捉え、両者のバランスをとることが経営に求められる。製品の品質向上という意味では「質の高い医療サービスの提供」も然りである。また医療技術の評価ではいわゆる臨床指標にかかわるクリニカル・ガバナンスという考えがある。そしてクリニカル・ガバナンスを徹底する場合、いわゆる Pay for Performance(P4P) プログラムの導入等、あらたな診療報酬制度の検討が必要である。因みに P4P とは高質の医療提供に対して経済的インセンティブを、EBM に基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質の医療への改善プロセスを促すことにある。(Institute of Medicine 2006 年) このように医療機関のガバナンスを考えた場合には具体的には、「医療はだれのためのものか、病院はだれのためのものか」ということと、「病院組織における意思決定（外部監査、内部監査）のあり方はどうあるべきか」「情報公開とモニタリング」医療におけるガバナンスのマクロ的視点がある。

一方では EBM と医療の質、診療報酬制度といった医療資源を有効に使い、経営を軌道に乗せて行くというガバナンスのミクロ的視点があると言えるだろう。

5. まとめ

ここまでで、医療機関のガバナンスを中心にみてきた。地域住民にとって、地域の公立病院が閉院するなどとは到底予想もできないことが近年生じている。しかし、現実に閉院、廃院となって初めて自分たちの医療をどう確保するべきかという議論を経験する住民も昨今では少なくない。その時点でようやく医療の問題が、地域住民自らの問題となってくるのである。自治体病院の問題は自治体の行政機構によってのみ運営されていると考えるべきではない。また経営という面では、常にコスト意識が付きまとう。質の高い医療を確保するとはどういうことか、自分たちの地域では一体医療機関を維持するのにどのくらいの費用が必要かを、医療のステークホルダー各自が考える必要があるだろう。ガバナンスとはそのような問題が起きる前に地域に必要な医療を、地域住民が検討し、自らが決めて行くというスタンスを文化（民力）として醸成していく必要があるだろう。そのために必要な情

報をどのように、いつのタイミングで入手するかというモニタリングの実施も不可欠である。そういった制度的枠組みを、医療機関の内部と外部において地域ごとに模索することが医療経営における最優課題である。

地域と連携

1. 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。

2. 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