

「見える」だけでは却って課題が生じると警告

大井川：経営には、いろいろな考え方があると思いますが、自分の病院を良くしたいと考えるときに、どのような情報が「見えてくる」ことを欲するのでしょうか。

堺：当院では、病院の理念を非常に重要視しています。聖隷浜松病院の理念は「私たちは利用してくださる方ひとりのために最善を尽くすことに誇りをもつ」、つまり利用者中心の医療を推進するということです。ここで言う利用者には、患者だけでなく、関係施設の利用者や病院の職員も含まれます。すると、病院の目標は「地域ニーズ」の先取りということになります。では、「地域ニーズ」の情報がどこにあるかというところ、これがなかなか分からないのです。また最善を尽くすといっても、病院のスタッフが自身の現在の力量はどの程度のものなのかも分からない。個々の診療科の治療成績も見えない。DPCごとの成果が見えない。そのような知りたいことと、病院のすべきことを合わせて考えると、どのような情報が必要か、つまり質問である「見える化」する対象は自ずと分かってくるのではないのでしょうか。

川淵：大井川さんが投げかけられた質問は、難しいですね。神野先生は、マイクrosoft社のようなソリューション提供側のすべきことをどのように考えますか。

神野：工場ならば「歩留りをよくしたらデータがよくなる」という仮説が成り立ちます。一方で、私たちは稼働率を上げればいいのか、単価を上げればいいのか、またはさまざまな指標の組み合わせも考えられます。全部向上させれば良いに決まっていますが、そこには仮説がたくさん存在するわけです。その意味では、仮説の精査

平川秀紀 (ひらかわ・ひでとし) 氏

山形市立病院済生館 館長
1949年山形県生まれ。1976年東北大学医学部卒。

【山形市立病院済生館】

所在地：山形市七日町 1-3-26

病床数：585床

標榜診療科目：23診療科

職員数：561名（医師91名、看護師387名他）

■IT化の現況：オーグリングシステム（1992年稼働）、電子カルテ（2006年稼働）、PACSを含めた総合的な医療情報システムが2006年より稼働



あいまいではあるものの、
確実に医療現場で求められることを
どうやって「見える化」するかです

というか、これを行えば確実に良くなるという公式を示してもらえればいいと思うのですが。

川淵：日本では、医療経営学が成熟していません。例えば、平均在院日数を短くするほど収入アップにつながると言われているようですが、実際にそれを行えば、ほとんどの病院のベッドはガラガラになってしまいます。本当は、ベッドが空くことによって生じるマイナス要素と在院日数を短くすることで1患者当たりの診療単価が上がるプラス要素との分析を、合わせて行う必要があるのですが、その点は十分検討されているとは言えません。

森川：実際の話、例えば在院日数を1日短くするよりも、本当は長い方が、つまり医療行為を行わずに入院期間を増やせば利益は出るわけですから、実際は回転率の方が重要です。ですから在院日数をとりあげて、その数値を云々という議論が正しいとは限らないのです。

堺：そのとおりです。平均在院日数を取り上げるのであれば、その病院の平均病床稼働率とリンクして分析する必要があります。片方だけ取り上げても、病床稼働率が悪い病院は、在院日数を短くすればするほど、自身の首を締めることになります。

宮島：平均在院日数は、下げようとすれば、ものすごく下がります。ただ、例えば公表されているデータの上で、在院日数が短いからと、患者が皆さん、その病院に行くでしょうか。当院の場合は稼働率が非常に高いので、下げれば下げるほど収益には貢献するのは確かです。ただしCS（Customer Satisfaction）は下がるでしょうね。もしかしら忙しすぎるとEs（Employee Satisfaction）も下がるかもしれない。それなら、自然な流れでやっておいた方がよいということになる。単純な「見える化」の限界がそこにありますね。

大井川：解が明らかならば、誰も経営に苦勞する必要はありません。試行錯誤があつてしかるべきです。例えば、CSなりEsが重要なら、それすらも数値化をするというのは、1つの考え方だと思えます。つまり「見える化」です。何となくCSがいいとか悪いとか言うよりは、数値化する努力をしてみる事です。

相田：大井川さんの質問の答えになるかどうか分かりませんが、私は、中期的な仮説というか、経営的な狙いというのが大切だと思っています。人口動態を中期的に眺

めたら、急性期の患者数は大幅に増加し、急性期病院がよほど増えない限りは、患者の満足、近隣医療機関の満足は得られません。中期的に病院をどうするかといったら、やはり在院日数を短くして効率化し、多くの患者を受け入れることが必要です。もちろんスタッフも多数必要で、一方でベッドは増やせない。そのときに、外来の患者が、どれぐらいの比率を占めているかがポイントになるわけです。それも外来患者の中身が重要で、反復外来は極力減らさなければなりません。最終的には何が肝要なのかというと、やはり中期的には、医療の質こそが問題なのです。コストパフォーマンスという観点からの医療の質を「見える化」するというのが最も重要でしょう。

平川：IT化によって、医事データはこの病院でも同じように出せますし、数値的なことについては、ほとんど問題はありません。最大の課題は「見える化」しづらいものをどうやって拾うか、ということですね。医療の質から言えば臨床実績でしょうし、またスタッフへの評価もあります。ある意味、あいまいではあるものの、確実に医療現場で求められるものを、どうやって「見える化」していくかが、経営側として一番望むところですね。

情報を作る、分析する者のレベルも重要と指摘

——医療情報部署の責任者の視点から、病院側の「見える化」に対する姿勢について、森川先生にお聞きします。

森川：残念ながら病院では、一般的なITによる情報の「見える化」が全くできていないといってしまうでしょう。当院の場合は、特に問題なのが医事関係です。ほとんどがアウトソーシングなので、経営データの「見える化」ができない状況に陥っていましたが、「医療支援センター」を新設し、改善を図ってきました。また、全デー

タを「見える化」するために、「病院情報センター」を新設し、経営データ・クリニカルな医療データ・病院広報を行うこととしました。加えて、HIS委員会を作り、閲覧承認はここで行うようにしたので。

先ほど、大井川さんが発言したように、私も評価は数字しかないと考えています。例えば、医学管理料がどれぐらい上がったか大体で構わないから数字をとる。すると、当院でも半年間で700万円くらいは変わってきました。こういうことをやるには、経営者はIT技術を分かっていなくてもいいから、IT化にどのくらい投資しているかを理解し、そして、どうしたいのかという理念を持つことが大事なのではないでしょうか。



星北斗 (ほし・ほくと) 氏

財団法人星総合病院 理事長

1964年福島県生まれ。1989年東邦大学医学部卒。

【財団法人星総合病院】

所在地：福島県郡山市大町 21-16

病床数：480床

標榜診療科目：27 診療科

職員数：677名（医師60名、看護師364名他）

■IT化の現況：オーダリングシステム（2004年稼働）、

電子カルテ（2004年稼働）

経営を考えるならば、システムを本当の意味で使いこなす人材の育成が必要です

——「見える化」を語るとき、医療の質の問題と、財務の問題は一体で考えるべきでしょうか。

正木：そう思います。医療の質が良くならないと患者さんは集まりませんし、患者さんが集まってくれば最終的には財務は改善していきます。BSC（バランス・スコア・カード）に視点が4つあるように、財務的側面だけに注意を向けていたのでは病院経営はうまくいきません。患者さんに喜んでもらうためには、やはり医療の質が高くなければいけないし、そのためには職員の満足度が高くないといけません。

経営成績を含めた病院の財務状況については、事務職員だけでなく、現場で働く職員も知っておく必要があります。同じグループ内の病院の経営成績等と自分達の病院を比較して会議の場で伝えると、先生方は非常に興味を示し、喜んでいきます。まさに「見える化」の効能です。赤字の病院は、その理由を分析する必要があります。大まかな傾向としては、赤字病院は人件費が高く、医療収益が低いです。材料費も人件費同様、赤字病院はその割合が高いです。損益分岐点は、当グループの場合、人件費比率が約48%、委託費を入れると約57%でしょうか。

川淵：チェーン病院ならではの説得力ある話です。「見える化」を実践する上での要件について、意見はありますでしょうか。

正木：データを分析できる事務職員が不足しているの、人材育成を早くする必要があると思います。事務職でも最低限、カルテが読める必要がありますね。

堺：同感です。「見える化」に限らず、情報がこれだけ多くなると、その情報を誰が扱うかが問題です。当院でも診療情報センターを立ち上げました。ここは事務系職



正木義博 (まさき・よしひろ) 氏
 済生会横浜市東部病院 院長補佐。
 1949年熊本県生まれ。1975年早稲田大学商学部卒。

【恩賜財団済生会 横浜市東部病院】
 所在地：横浜市鶴見区下末吉 3-6-1
 病床数：554床
 標榜診療科目：24診療科
 職員数：916名（医師170名、看護師495名他）
 ■IT化の現況：オーダリングシステム（2007年稼働）、電子カルテ（2007年稼働）、病院新築と同時に、PACSをはじめ院内各システムをIT化

病院ごとの赤字・黒字の情報は先生方に喜ばれました。まさに「見える化」の効能です

員がメインですが、看護職や薬剤師も入っています。その結果、組織の活性化というか、動きが非常によくなった感じがしています。

宮島：当院も似たようなことをやりまして、事務課の人間の大半は診療管理士にしました。実際、医事課の人たちはカルテを読んでいますし、最終的には入院セクシヨンの人は全部診療管理士にしたいと考えています。

正木：当院では、事務仕事は全部外注でしたから、医事のデータもミスが多かったです。そこで今、体制とワークフローを作り直しているところです。やはり事務職員は、医療を支えるデータを持ってきて、現場と話ができ

ることが大事です。

相田：うちは、外来の一部だけしか外注をしていません。でも公立の病院は事務系の賃金が高すぎて、外注化せざるをえないという事情があるでしょうね。

平川：ちょっと弁明の機会を与えてください（笑）。公立病院では定数の問題があり、事務職員を抱えることができないことから外注するのです。大事なものは、その管理なのです。当院では医師を医事課長にしています。医事業務のイメージである病歴やレセプトのチェックなどは、困難な仕事ではなくて、実際にはそれ以外の仕事の方がはるかに多いのです。そこをマネジメントするには、医療について詳しい知識を持つことが必須です。

ベンダのみに「見える化」を頼ることへの批判

——HIS及びHISベンダが、果して経営に有効な情報を「見える」ように努力してくれていますか。

相田：IT化は、オーダリングから始まったわけですが、当初はそのような発想はありませんでした。しかし、データウェアハウスの構築等も含めて、いよいよHISが経営の役に立つ時代が来たと感じています。

今は、医療の質、経営管理、地域連携、医療安全など、目的別にチームを作って、そのニーズをHISや、サブシステムに入れ込むことを行っています。それをベンダに期待するのは無理なので、やはり私たちがそういうニーズを打ち出して、システムに反映させていくというわけです。そのときに、例えばMSの製品が使えたら、そういう情報が欲しいですね。

森川：ベンダに期待するというよりも、病院側にCIO

宮島孝直 (みやしま・たかなお) 氏
 津山中央病院 副院長
 1956年兵庫県生まれ。1982年岡山大学医学部卒。

【津山慈風会 津山中央病院】
 所在地：岡山県津山市川崎 1756
 病床数：525床
 標榜診療科目：21診療科
 職員数：881名（医師101名、看護師500名他）
 ■IT化の現況：オーダリングシステム（1999年稼働）、電子カルテ（1999年稼働）、1999年より画像・紙書類すべてを電子化したシステムが稼働中



簡単に「見える」在院日数は出ることが出来るでしょうが、ESとともに下がるかもしれません

(Chief Information Officer) 相当の人物がいなかったために、病院のIT仕様書が構成できずに、メーカー任せになっています。パッケージされたシステムを導入すると、この病院ではアレは使えないとか、カスタマイズしなくてはならない金がかるという話になってしまう傾向があります。「見える化」についても、ベンダに安易に求めるのではなく、まずは病院側が何をしたいのか、どこをITで効率化したいのか、つまり病院の意思を明確にすべきなのです。

神野：HISが病院の思い通りにならないという話が出

森川富昭 (もりかわ・とみあき) 氏

徳島大学医学部歯学部附属病院
病院教授・病院情報センター部長
1969年徳島県生まれ。
MITとハーバード大学でMOT(技術経営)を受講、
神戸大学でMBA取得。

【徳島大学医学部歯学部附属病院】

所在地：徳島市蔵本町 250-1
病床数：696床
標榜診療科目：22診療科
職員数：1432名(医師386名、看護師526名他)
■IT化の現況：オーダリングシステム(2002年稼働)、
電子カルテ(2007年稼働)



「見える化」もベンダに
安易に求めるのではなく、
病院側の意思を明確にすべきなのです

ましたが、当院は中堅ベンダのSSIIとの付き合いの中で、病院の思い通りにしなくて良いという前提でシステムを構築したのです。将来的には、全病院が同じシステムを使ったらベンチマークが簡単にできる、ということを狙ったわけです。だから、我々の使い勝手をもっとよくしろという話はせずに、他の病院が使っているなら「どうしてウチでは使えないのか」という視点になってきました。この考え方は戦略的に正解でしたね。

「見える化」を進めるために、同社は年に1回、約300人のユーザー会を開催しています。そこで先進事例を発表するのですが、自慢話にはさせず、「ウチはで

きるのに、あなた達はなぜやらないのですか」という話にするわけですね。そこから全体のレベルを上げていくうとしていきます。「見える化」についても同様で、情報交換しあうことで比較も簡単に行えます。現に、同システムを使う平川先生の病院とも情報の交換・比較を行っています。

平川：仰るとおりで、使ってみるとデータを自由に使えるし、まさに有用です。しかし、その中でも分かったことなのですが、大事なことは、分析・比較等も各病院がどういう目的意識を持って、どういう作業手順を踏むかです。またIT化したら何でも出てくるわけではないので、データを落とすためにどういう仕組みを作り、業務の中に組み入れていくかが重要ですね。

「見えて欲しい」ものが知りたいという声も

——どのような情報を「見える化」すればいいのか、そしてどのようなスタイルであつたらよいのでしょうか。

森川：非常に難しいテーマです。経営データの「見える化」なのか、DPCデータの「見える化」なのか、診療行為の「見える化」なのか、いろいろな視点があります。ただ、無駄をなくすということに対する「見える化」は、全てに有効です。私の関わる医療情報のIT化という観点から言えば、病院の効率化が進んだかどうかの「見える化」はやはり必須です。勤務する病院に限りませんが、大学病院においては、財務面で無駄が多すぎるので、それを改善するための「見える化」も必要でしょう。

平川：医事データや経営データは、各病院でいくらでも出せるのですね。少し話は変わりますが、例えば医師の働き方をどう変えたら効率よく働けるか、当院ではアク

セスログを取っています。それで勤務の形態とか働き方を変えてあげられるデータを出して、医師と相談しながら見直してみる。そういう細かな「見える化」をするところが、医療の質を上げるために必要だと思っています。全てを数値化・数値化するという話がありました。それが、それについては、数値の精度の問題が含まれてきます。精度がどれだけあって、どこからどうやって出てきたデータなのかを明示することが必要でしょう。

神野：そうですね。失敗事例を見れば分かりますが、全診療科の一人一人の医師の売上げなど出しても何もありません。ただ、どんな情報が「見える化」するといいのかという問いなのですが、それが一番「見えて欲しい」

川淵孝一

(かわぶち・こういち) 氏
東京医科歯科大学大学院
医療経済学分野教授
1959年富山県生まれ。
1983年一橋大学商学部卒。
1987年シカゴ大学経営大学院修士課程
(MBA取得)修了。

まだまだ「見える化」を
真に役立たせるための
診療情報データが
足りないと感じています



のですよ(笑)。やはりどこかで医療経営の専門家に分析して頂かないといけませんね。今の経営を改善するために、どこにどういう重みがあるのを知りたいです。

星：私は、患者が帰るときに満足したかどうか、それから職員が満足して帰るかどうかが、そして翌日、病院に出勤したときにやる気に満ちているかどうかを是非知りたいです。つまり、患者の満足度と医師の達成感が一致すれば良いのですが、往々にしてズれているので、そこをチェックできればと思います。もしそれが見えたら、私たちの日々の経営における疑問もかなり減ります。

今の電子カルテを、データを抽出するためにいろいろいじってみても、やればやるだけお金がかかって、一方で医師のモチベーションが下がっていくのでは、無駄です。むしろ私は患者の満足度とか職員の満足度を知りたいです。今のカメラは表情も読み取れるし、それぐらいのことはできるのではないですか。誰も意識しないので、実際には患者さんの満足度が事務的に数値化するようなシステムがあったら是非買いたいです(笑)。

——財務情報の「見える化」に意味はありますか。

宮島：財務情報の詳細を「見える化」することには反対です。赤字病院は見せても構いませんが、黒字病院で見せても、もつと物を買ってくれと言われるだけです(笑)。

相田：診療科は会社で言えば事業本部で、その管理者はいわゆる部門管理者です。会社であれば、普通は企画管理課長か何かがいるわけですが、診療科にはいません。ですから、私たちも各科比較は出さずに、自己の診療科の診療実績や収支分析だけを見繕って出しています。それをどう咀嚼するかは、やはりそこに専門の分析スタッフがいないと駄目なのです。その中でテクニカルに「見

える化」というのはあるかもしれませんが、「見える化」といっても、データだけを見せるのであれば、モチベーションの低下や消化不良を起こすだけなので、十分説明をしないのであれば、かえって出さない方がいいかもしれません。

堺：どのような疾患の患者に、誰がどのような診療を行って、どのくらいの材料費をかけて、結果はどのようなであったか、それで患者の満足度はどうであったかといったことが、なかなか見えてこないですね。結局「見える化」というのは、そういった内容を1つ1つ見せることです。例えば当院の場合、血液内科は赤字です。地区に必要な政策医療みたいなものですからね。必ず赤字になります。だから、血液内科のスタッフには「あなたが悪いのではない、今の診療報酬体系が悪いのだが、地域のニーズに応えるためには必要なのだ」と話すわけです。

ESなりESが重要なら、それすらも数値化するのはいつの考え方です



大井川和彦

(おおいがわ・かずひこ)氏

マイクロソフト株式会社

執行役員パブリックセクター担当

1964年茨城県生まれ。1988年東大法学。

そして、必ず経時的な変化を出して、何かあったらこちらから注意する。「診療報酬が少ない」と注意するのはなくて、例えば成果率がよくなったら「すごいですね、何をやっているのですか」と逆に聞いたりするわけです。そうやって、職員が現在どのような診療をしたのか、自分の置かれている立場をどう考えているのか、そうしたものを見ながら進めています。

——最後に、川淵先生からまとめをお願いします。

川淵：今日は「見える化」をテーマに議論してきました。しかし、それ以前に、まだまだ「見える化」を実現するための診療情報データが足りないと感じます。08年のDPC分科会で、ようやく病院別の平均在院日数などのデータが出るようになりました。しかし、先ほども批判頂いたように、平均在院日数だけ取り上げて比較することに問題があるという指摘もあって、そこは、今あるデータをもう少し上手く利用できないかと考えています。これはアカデミアの責任だと思のですが、我々もさらに医療経営学を究めなければいけないと思います。もう1つ、数人の先生の言葉にもおっしゃっていましたが「見える化」も大事です。相田先生もおっしゃっていましたが「見える化」の場合には「見える化」というと全部裸にしてしまう。だから、今後「見える化」を進めるためには、「見える化」と「見せない化」の両方が必要だと思っています。

結局、医療機関や医療界は、今何をしているのかという、そこに行き着くのですね。病気が1万4千種類もあり、それに医薬品や医療者といった中間投入財があります。これだけ中間投入して、いったい何を生み出したのか、最終成果物はなにか、そのエピソードというかストーリーを書くことに「見える化」の本質は尽きることかと思うのです。

ITと病院経営シンポジウム
「見える化」はなにをもたらすか

第3回

「見える化」を病院経営に繋げる

本年2月号から隔月掲載をスタートさせた同シンポジウムも、今回3回目を迎え最終回となる。シンポジウムの基本テーマは、ITにより収集・蓄積した情報の「見える化」の推進についてだが、それは即ち、主催者のマイクロソフト社がかねてより強くその推進を訴えてきたことでもある。第1回は、各病院におけるIT化の現況、第2回は「見える化」への期待を主に語り合ったが、最終回は、現場における「見える化」の実践状況をプレゼンテーションしてもらった後に、「見える化」によって得た「情報」をいかに経営に繋げていくか、について討論した。出席者は変わらずに、医療情報および経営について卓抜なる識見で存在感を発する9名に、前回同様、マイクロソフト社から医療関連ソリューションを担当する大井川和彦氏が加わった。

出席者 (敬称略)

進行：新医療編集部

【座長】
医療法人葦仙会 理事長
神野正博

山形市立病院済生館 館長
平川秀紀

津山中央病院 副院長
宮島孝直

財団法人倉敷中央病院 副理事長
相田俊夫

財団法人星総合病院 理事長
星 北斗

徳島大学医学部・歯学部附属病院 病院教授、病院情報センター センター部長
森川富昭

聖隷浜松病院 院長
堺 常雄

済生会横浜市東部病院 院長補佐
正木義博

【ファシリテーター】
東京医科歯科大学大学院 医療経済学分野教授
川淵孝一

マイクロソフト株式会社
執行役員 常務パブリックセクター担当
大井川和彦

新 医 療 2010年6月号 (146)



—この座談会も最終回の3回目をむかえました。今回は、「見える化」を実際にどのように病院経営に反映させていくのか、または反映させられるのか、という方法論を論議していきたいと思えます。まず、川淵先生からご発言をお願いします。

川淵：本日は、病院経営における「見える化」について建設的に議論していきたいと思えます。今回も活発な発言をお願いします。さて、3回目は皆さんの「見える化」に対する取り組みの実際をプレゼンテーションしてもらい、それをベースに論議したいと思えます。皆さん資料等を持ってきていただき有り難うございます。

※参加者8名による、各病院における「見える化」の考え方と具体的な取り組みについてのプレゼンテーションが行われた（内容の抄録は各囲み記事を参照）。

—まず、皆様に、なんのために「見える化」を推進されているのか、どのような風景を描こうとしているのかをお聞きします。座長の神野先生からお願いします。

神野：前回も話しましたが、われわれが「見える化」しなければならぬのは、顧客満足に関わる医療の質、紹介者満足に関わる医療連携、職員満足に関わるコアミッシェンの明確化だと思います。いままら電子カルテが良

い悪いと言った議論はナンセンスで、苦勞して電子カルテに蓄積したデータをどのように使うかということだと思います。それによって、質の改善の種や業務の無理・無駄が「見える化」されてくるのです。

相田：病院の経営にはミッション、ビジョンがあり、そこにストラテジーとオペレーションがあるわけです。ミッションやビジョン、ストラテジーは、病院によってそれぞれ独自のものがあるわけですが、オペレーションをどれだけ上手に行えるかが、病院の質や経営に大きく影響してきます。病院は専門職部門制なので統括が難しく、現場の問題よりも少し高いレベルの調整は非常に大変です。そういう問題を「見える化」し、共有しながら、さまざまな実行プランを練ることが、命題に対する解答なのではないでしょうか。

平川：一番大事なのは、いかに医師のモチベーションを上げる「見える化」だと思うのですよ。皮膚科や小児科の医者に成績を上げるといっても、診療報酬上、絶対に無理です。そこをどうやったら働いてもらえるか。例えば論文をどれだけ発表したとか、治療をどれだけやったとか、そのようなことを評価する方法もあると思えます。こうした目に見えない、数字に表しづらいところを、「見える化」していくことが医師のモチベーションを上げ、結果的に経営に結びつくのではないのでしょうか。

堺：「見える化」の本来の目的は、病院の職員が、互いに院内の状況を理解し合いながら、良質な医療を提供しようということです。開示する情報の取捨選択は経営側で判断すべきであり、どのように利用するかは、病院トップのマネジメント能力に関わってきます。平川先生と神野先生の取り組みについては、病院の中の業務の効率化をしようという意識が働いていると感じますね。

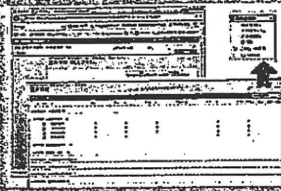
正木：私が担当している東部病院の経営が改善したのは、まさに情報の力が大きかったですね。以前は情報が行き渡っていなかったのです。情報が「見えて」いなかったのです。情報にとつて、アウトプットされた多種多様なデータを活用して何を覚えていくかという意思と実践が大事なのであり、データを集めるだけではダメです。

なにを、どこまで見せて良いのか。評価材料としての可能性を考えてみる

宮島：「見える化」といっても、今、やっていることは、部分最適化たるQCと全体最適化たるTQCが混ざっているのではないですか。ちょっと水を注してしまいますが、QCはもちろん必要なもののTQCを全部の職員に「見える化」する必要はあるのでしょうか。例えば皮膚科ですが、どうやっても儲からないようになってきます。一方でTQCをやるからには、各科の比較が出てきますね。そうすると、当該診療科は「やっつけられるか」となるから、見せない方が良いデータもあるのでは。

相田：皮膚科や形成外科や歯科は、共通費を含めると当院でも赤字です。一般的には一般管理費を配賦して、赤字だとか黒字だとか言うわけですが、とりあえずは直課される自部門の収支の部分だけでよいから、黒字となる

医療の質の向上を図るために「見える化」



相田俊夫（あいてししお）氏
財団法人金沢中央病院 理事長
1939年兵庫県生まれ
【財団法人金沢中央病院】
所在地：石川県金沢市美和1-1-1
病床数：1135床
診療科目数：27診療科
職員数：288名（医師405名、看護婦1220名他）
■IT化の現状：オンラインシステム（92年稼働）、電子カルテ（03年稼働）、PACSのみならず地域連携システムも構築

これまで、病院情報システムは業務処理系システムとして進歩してきましたが、病院経営水準の一層の向上が求められる時代においては、情報なりエビデンスに基づいた問題を病院全体で共有化し、課題を解決するための仕組みが重要となってきました。「見える化」を進めることで情報が共有され、問題点がクリアになり、課題がゼロされ、その課題を解決することで医療のレベルアップがはかれる。それが医療の現場における「見える化」の効果なのではないでしょうか。

金沢中央病院では、今後、2次利用が容易になるよう、来年度の院内情報システムの全面更新に際して、DWH構築を充実させる計画です。医療のアウトカムが常時把握され、経時的にも他院とも比較可能になればと考えています。効率化がより強く求められる時代においては、たえず質の把握をはかっていることが、良い効率化か悪い効率化かの判断となるからです。

各診療科の責任者や従業員に対する現在当院の「見える化」は先進的な水準に達している訳ではなく、経営の「見える化」や地域連携の緊密化に対応した「見える化」がある程度できている程度です。空床情報などもポータルサイトで公開（図1）していますが、リアルタイムに更新しているかどうかで、各院の本気度が見える化されているともいえる、興味深いものがあります。

また、「IT活用ではありませんが、ともすれば密室的運営となり、職種間でも必ずしも十分な情報共有のできない手術センターにおいては、「手術体制運営改革の進行状況（写真）」のように、業務改善のための目標を立てたら、それに対してどれだけ達成したのかを明らかにし、どれだけ課題が解決されたか、また新たに増えてくる課題は何かを「見える化」し、業務改善のための、参加型のいわゆるPDCAサイクルを確立しています。こうした現場的努力は大切だと思います。

星：見えるデータは、なぜ病院があなた達を必要としているかあるいは昨年や先月と比べてどうなのかに気づき、どうすればよいかを考える材料になれば良いのでは

宮島：正直、ミクロ的な結果として非採算部署に数字を持っていくと、言い訳を聞くのに疲れます。下手に見せておくと、彼らは必ず言い訳を用意しているわけです。結果、うんざりしてしまいますね。それで、もういいや全体で儲かっていけばいいことになると……（笑）。

平川：そういうところは、中央診療科的な要素があると思うのですね。ですから、それはそういう形で我々が見ればいいだけの話です。

宮島：当然「私たちが大半を支えているんだ」となりますね。でも、病院はスタッフ皆の力の集約の場なので、健全な赤字の部署にも存在意義は十二分にあるわけです。

相田：当然「私たちが大半を支えているんだ」となりますね。でも、病院はスタッフ皆の力の集約の場なので、健全な赤字の部署にも存在意義は十二分にあるわけです。

宮島：黒字幅の大きい診療科では、ミクロ視点でその黒字データを持って行ったら逆襲をくらいませんか（笑）。

星：隠さずに見せてはいますけど、診療科ごと分析・論評はしないで、月に一度、診療科の部長会の席だけにしています。ここがキモだと思つたのです。のべつ幕無しに収支を見せ続け「どうするんだ」というだけでは、ある種のいじめですよ。

川淵：先ほどの平川先生のお話で、皮膚科のように儲からない診療科の場合なら、例えば論文の数で評価するという紹介がありました。それも「見える化」の工夫ですね。

平川：やはり我々は状況を認識・納得してもらい、その上で働いてもらうことが、一番効果的だと思っています。昔は一部の診療科に厳しいことを言っていました。これは収益は上がらない。全てオープンにすればいいとは思いませんが、そこは工夫次第で、客観的なデータを出すことは、ものすごく大事だと思います。例えば紹介患者が来た時に返事を出していない事実とか、このようなことについてはきつく注意してオープンにしていきたいです。しかし、どうしようもないこともありますよね。診療報酬については責めるべきではないでしょう。

宮島：相田先生は、経営は収支という1つのパラメータ課題を全体化するかどうか、経営スタイル次第。経営を意識した連携の「見える化」が欲しい

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

堀：事実をスタッフに示し、こうすれば業務が改善されるというシミュレーションを提示し、それを実行すれば、必ずよくなります。例えば、当院では、朝早くから夜遅くまで手術を行っています。これでは効率が悪いです。マンパワーも必要になってきます。そこでデータを収集し、シミュレーションを行い、30分手術開始時間を早めれば、かなり効率的なオペ室の運用が可能であることを職員に示すことで、彼らも納得、実行してくれます。

ターで行うのが良いという考え方ですね。平川先生はちよつと違って、別のパラメーターを用意して両方で評価した方がいのではないかと仰っています。実際はそれをどう按分するかが難しいのですが、独自の工夫をさされて、各科で一定の基準を設定すると、確かに目標が明確になってきますね。

相田：そうすることで、ドクターだけの問題ではなくなります。病院全体で、どうしたらその科の患者に対応できるか考えるわけです。やはりそのような対応はやはりないと進化しないと思います。

平川：そのとおりなのですが、あまり強く出さないようにはしています。

相田：結局、トップの経営のスタイルです。どれが正しいというよりは、やはり自分のスタイルもありますし、病院の文化もあります。ドクターの性格にもよります。見た方が頑張る人と、見るだけで拒否する人も（笑）。

堺：当院の職員は負けず嫌いだから、倉敷中央病院ではこのように運用しているよと言えば、皆、発奮して頑張りますね（笑）。自分たちは少しでも前に進みたいという職員を育てなければなりません。これは病院の組織風土になると思いますね。

平川：国民性や市民性もあるかもしれないし、日本の中でも東と西では文化が違うでしょう。ただ最終的に収入が出れば、いかなる方法論を取っても構わないわけです。

宮島：それを判断するのが経営者ですからね。

平川：ただ我々もやはり「人」なので、人をいかに重視

するかというところが一番大事です。

宮島：私は、逆なのです。私自身、現役の医者ですが、病院を構成する「医師」という要素に対してはシビアに対応します。マクロ視点で経営を考えている時は、ミクロ的なものが見えない方が良いのではないのでしょうか。経営する時に、まさに「雑音」そのものになります。そこに単純な「見える化」への疑問も出てしまうのです。


星：私も同じような意見です。ちよつと視点は変わりますが、医師一人ひとりの希望や言い分を把握すること自体に意味はあるんですが、それに拘泥されると正しい経営判断はできないと思います。私もある事情から、個別にヒアリングをしたことがあったのですが、却って医師たちを不安にし、追い込んでしまったと感じたことがあります。そもそも個別の医師の行動すべてを管理することは出来ませんから。

相田：まあ、確かに自分の意欲を削ぐようなミクロな情報は、見えない方がモチベーションは上がりますね。

森川：病院として特殊な国立大学の附属病院においては、こういう経営をするべきか、どのような情報を「見える化」するのが良いのか、その判断は難しいです。例えば地域連携での課題です。当院の西病棟が昨年10月に完成し、患者がどっと大学に流れて収益が上がったのです。一見、良いように思えますが、これではいけないのです。本来はきちんとした連携の仕組みが必要なのです。そういう「見える化」も考えるべきですね。

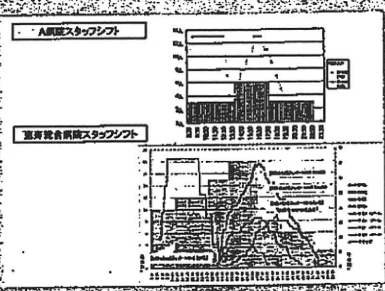
宮島：でも、やはり外来数と収支は、やはりある程度相関していますから難しいところです。赤字が増えれば批判されるのは自明の理です。

「見える化」による業務改善



新野正博(のんの まさひろ)
社会医療法人財団東山会 理事
1956年石川県生まれ、1980年日本医科大学

【社会医療法人財団東山会 倉敷総合病院】
所在地：石川県北陽市高岡町
創設：1951年
診療科目：内科、外科、小児科、産科、皮膚科、泌尿科、歯科、眼科、耳鼻科、放射線科、検査科、理学療法科、作業療法科、看護科、リハビリテーション科
職員：60名（医師27名、看護師33名）
■「見える化」の取り組み（7年経過後）
① 患者の待ち時間短縮
② 患者の満足度の向上
③ 医療費の削減
④ 業務効率の向上



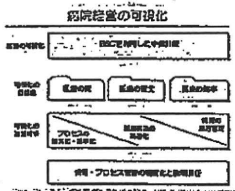
▲ 医師スタッフ
▼ 看護士スタッフ

▲ 医師スタッフ
▼ 看護士スタッフ

それ多様に分化するとあってよいでしょう。部分最適になってしまう。「タコ足化」かもしれませんが、その業務を他院と比較することや「見える化」することは、業務の無駄や無理を明らかにします。因は、センターにおける夜間透析を行う月、水、全曜日の時間別患者数と職員シフトです。ベンチマーキング対象病院では患者数と職員のシフトが単純で、これに対して当院では事前中の透析では患者のセンター入りと職員の作業負担は平準化され、特に最も忙しい10時30分ごろには患者が投入されています。しかし、午後では五月雨式に入りこむ患者に対応するため、職員の投入と出勤もばらばらになってしまっている。そこで、午後の患者と職員のシフトを患者入時間を見直しとしてより効率的な運用を目指すことにしました。

病院経営の効率化を目的とした院内の業務改善の過程は事欠きません。当院の血液透析センター（血液透析）における患者の「見える化」の取り組みを示します。血液透析センターの業務改善は、その病院の歴史の分岐点、そ

BSCに基づいた経営の可視化イメージ



塚 常雄 (さかい・つねお) 氏
 岩手県立病院 院長
 1945年山形県生まれ。1970年千葉大学医学部卒

【聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院】
 所在地：静岡県浜松市中区住吉 2-12-12
 病床数：744床
 探検診療科目：25診療科
 職員数：1671名（医師229名、看護師694名他）
 ■IT化の現状：オーダリングシステム（91年稼働）、電子カルテ（06年稼働）、PACS、各種部門システムが稼働中

病院には、さまざまな種類の情報がありますが、大きく分ければ2つの種類の情報があります。1つは、医療における、安全性を含めた質と量、効率性にかかわる情報。もう1つは病院の経営改善につながる情報です。こうした情報の違いを病院のトップマネジメントに携わる者は認識しなければなりません。そして、それをどの程度、患者や病院スタッフに開示していくかを判断し、病院スタッフと情報および認識を共有していく必要があります。

聖隷浜松病院では、私が院長に就任してから病院情報センターを組織し、病院情報の可視化、いわゆる「見える化」に努めてきました。患者に対しては「外部への可視化」、ホームページ等を駆使した病院情報を公開し

ています。「病院経営の可視化」については、2006年より本格的にBSCを利用した活動に取り組んでいます。

病院の職員は、良い仕事したいと思うし、成長したいし、楽しく仕事をしたいと考えています。病院トップは、そのためのツールを与えなければ、優れた人材は集まりません。そのための1つのツールが「見える化」であり、ITである私は考えています。



充実したホームページで病院の各種情報を患者に発信する

森川・医療支援センターと医療情報センターの2つを作り、現場を良くしようという考え方です。医療支援センターは保険点数チェック等も含めかなりの業務支援を行っており、ドクターには候補病名まで全て出してそれが○ですかと、疑いはどれですかと、そこまでの診療支援をやるチームです。メンバーは、ドクターや看護師、医事課も入っています。診療管理士もここにいます。

「見える化」するためにあるべき組織像を、医事課のあり方を軸に考えてみる

相田・徳島大学病院の医療支援チームは、組織的にどのようにイメージすればよいのですか。

平川・そうですね。例えば、単価の低い患者はクリニック等に逆紹介して、数は変わらなくても内容・中身さえ変えていけば外来数はそれほど増やすことはないと思います。それには、やはり病診連携が重要ですね。この周辺の情報を「見える化」する効果は大きいはずですよ。

相田・外来は中身だと思っています。専門、紹介、救急、これらを増やして新入院患者につなげていくのは当然ですが、逆紹介していかないと資源が限られてきます。病院は結局、固定資産業ですから、一定の資源の中でどうフル稼働させて、より付加価値の高いサービスを提供していくか、しかありません。「見える化」を語るのなら、その部分をクローズアップさせる必要があります。



平川秀紀 (ひらかわ・ひでとし) 氏
 山形市立病院 院長
 1949年山形県生まれ。1976年東北大学医学部卒

【山形市立病院 済生館】
 所在地：山形市七日町 1-3-26
 病床数：585床
 探検診療科目：23診療科
 職員数：561名（医師91名、看護師387名他）
 ■IT化の現状：オーダリングシステム（92年稼働）、電子カルテ、PACSを含めた総合的な医療情報システムが06年より稼働中



図1 抗生物質投与時の調剤検査（入院・点滴・2ヵ月間）

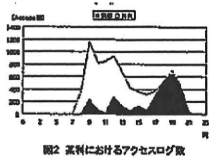


図2 某科におけるアクセスログ数

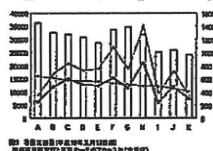


図3 看護業務量（平成19年某月12日間）

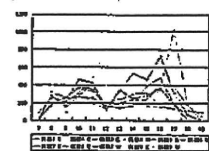


図4 日勤看護師の看護記録のアクセスログ

経営に関する「見える化」も重要ですが、医療機関では医療の質や業務の品質管理も重要であるのはいまでもありません。原価計算や収益の良し悪しの「見える化」よりも、専門技術を有する医療職に行動様式を考慮してもらう情報の「見える化」が重要と考えます。（図1）は抗生剤使用と細菌検査施行の有無をみたものですが、科ごとに抗生剤投与のあり方を考える資料に使えます。（図2）は医師のアクセスログから、外来業務のあり方を見直すこともでき、外来患者の減少と入院手術への集中で勤務の軽減を提言できます。

看護師配置数を決定するには客観的なデータも必要であり、（図3）は病棟毎に

入院数、看護処置数、注射数などを示しており、データを参考にして看護師の傾斜配置を決めています。今後は看護必要度なども加えた詳細なデータ分析を試みたいですね。看護師はベツトサイドでの実施入力や記録の入力を行い、患者へのサービスの向上を目指していますが、（図4）はある日の日勤帯の看護師のアクセスログをみたものです。1病棟のみの方のアクセスが異常に多く業務方法の問題があると考え、看護部長に介入させ病棟看護師と話し合いを持ち業務改善を行ないました。IT化は様々なデータも必要に応じて収集可能であることに大きな有用性を感じます。

相田..もう一つ、医療情報センターというのもあるのですね。そことの繋がりはどのように。

森川..密接に繋がっています。マスターは自分たちでつくらなければいけないので、医療情報センターが医事のデータと連携して、一緒に勉強して入れていく仕掛けです。

宮島..やはり診療管理室とITとか医事課とか、そこを融合させる必要は絶対あるのですよ。

神野..実は当院も、去年までは医事課に病歴部門があり、それとは別に情報管理をするコンピュータ部門があったのです。今では医事課から病歴情報を外し、コンピュータ部門と一緒にしたことで、情報がすごく有効に使えるようになりました。

相田..医事の人全員診療情報管理士になっているのですね。だから繋がっている。

堺..情報を扱う部署では、ややもすると、SEといった事務方中心になりがちですが、そのような部署こそ、医師はもちろん、看護師や技師など、組織横断的に人材を置いて組織し、副院長・院長クラスの人材をトップに置くべきですね。

正木..私も情報は、統合されて誰もが見ることでできるのが理想だと思います。東部病院では、まだそれぞれ部門で情報を管理している状況ですが、将来的にはTQMセンター(トータルクオリティマネジメントセンター)をつくり情報の一元管理をする予定です。注意すべきはTQMセンターの構成メンバーです。医師ばかり、事務スタッフばかりなど偏った構成ではいけません。医

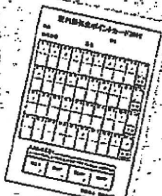


星 北斗 (ほし・ほくと) 氏
財団法人星総合病院 理事長
1964年福島県生まれ。1989年東邦大学医学部卒

【財団法人星総合病院】
所在地:福島県郡山市大町 2-1-16
病床数:480床
診療科目:27診療科
職員数:577名(医師60名、看護師364名他)
■IT化の状況:オーダリングシステム(04年稼働)、電子カルテ(同)



東北新幹線の郡山駅から徒歩5分の好立地。新病院建物の計画も進む。



私にとって「見える化」とは、院内の各種意志決定に至る透明性を担保する仕組みであり、またスタッフ一人ひとりが「考える」ための情報提供の手段と捉えていよう。ですから、情報の共有という言葉のもと、さまざまな臨床・経営情報を無条件、無秩序に配信することとは一線を画します。特にその情報が数値のみで、後ろ側にある事情まで付随した「真実」を伝えるものでなければなりません。

現在、当院で行っている「見える化」の代表的なものは極めて単純なもので、各診療科の件数と手技金額の月ごとの推移をエクセルでデータ化したものです。これを、敷いてなんの分析・論評も加えずに診療科部長会で月に1度だけ見せてい

ます。大切なのは、見えていますよ、見られていますよ、というメッセージです。経営指針が即座に見えることで単純な収支改善ができるとしても、病院には馴染まない部分が多いでしょう。

「ではありませんが、【見える化】の効果を実感したことは、本年から始めた【院内勉強会】出席カード(写真)です。夏休みのラジオ体操のように出席するたびに判子を押すシステムにしたのですが、そうすると出席率が高まり、勉強会の企画も増えたのです。まさに【見える】ことの可能性を感じました。

もしITが可能性を広げる場面があるとすれば、患者満足度や職員満足度といった、あいまいなものの【見える化】だと思っています。

師、看護師、医事課スタッフなどすべての部門から集まり、1つのチームとして活動することが必要です。こうすることで、自分の仕事以外の仕事の内容が見えてきて、病院全体を見渡す視点を身につけられます。

森川..ただ公的機関で難しいのは、医事課の職員は3年5年で異動することです。それゆえ、その下に診療情報管理士を置いて、人的変化に強い仕組みを作るしかないのです。最近では、職員を常勤化しようという形で、少しずつ変わってはきていますが。

平川..当院ではそれができないので、副院長に医事課長を兼任してもらい、支援センターを副院長の管理下に置いています。そうすることになると副院長が全ての情報を見ることができ、DPCについても具体的に話ができる。やはり、経営そのものに医師の経験・知識が直接入ることがものすごく重要だと思いますね。

森川..ただ、医師が直接経営にコミットするといっても、臨床現場に注力していた方が専門性を発揮するわけですから、やはり事務系を教育しないといけません。

平川..しかし、やはり事務系スタッフには、医療自体は見えないのでは。実際に画像を見る、臨床経過を知る、そこから判断するというのは医師でないとできません。

森川..最終判断は医師が良いのですが、ある程度の支援のところまでは教育してレベルを上げる必要はあります。

星..事務系スタッフの教育という観点から述べれば、それほど難しく考える必要はないと思います。実は、当院では、もう10年も前から医事課の専門職員は採用せず、総合職として採用し、医事、病診連携、病歴のセクショ



正木義博(まさき よしひろ)氏
 済生会横浜市東部病院 院長補佐
 1949年熊本県生まれ
 1975年早稲田大学商学専攻

【所属】済生会・横浜市東部病院
 所在地：横浜市鶴見区下末吉3-6-1
 病床数：551床
 診療科目：24診療科
 職員数：916名（医師170名、看護師495名他）
 ■IT化の状況：オンラインシステム（07年稼働）、電子カルテ（同）、
 病院新築と同時に、PACSをはじめ院内各システムをIT化

現在の病院で「見える化」に積極的に取り組んでいるのは、前職である済生会熊本病院における成功があったからです。その観点からすれば、済生会横浜市東部病院での「見える化」は道半ばです。ゆえに済生会熊本病院のことを紹介しつつ現状を語ることにします。

済生会熊本病院では、地域からの信頼を得るために、まず患者さんに対して「見える化」を行いました。具体的には、患者用のクリニカルパスの作成です（図1）。これを使って、患者へのインフォームドコンセントの

徹底と患者情報の共有化を実現することで、地域医療機関との連携を強化したのです。また蓄積したさまざまなデータを分析し現場に提示することで、医療の質だけでなく経営面についても実績を向上させることができました。例えば、平均在院日数が95年当時、約17日だったのが、現在では10.5日になり、収入も104億円が190億円にまでなっています。また、患者数も8000人が1万3000人にまでなっています。

このような経緯を基に、済生会横浜市東部病院でも病院の建て直しに取り組んでいます。さまざまなデータを診療実績報告というかたちで収集・分析し、全職員に提示して話し合うと共にビジョンを共有し、チャレンジする雰囲気を作っています。しかし、ただビジョ

ンを提示しただけでは成果が分からないため、それまで取り組んできた事務のデータを公開し、目標値に対する達成度が分かるようにしています（図2）。これは、「業務プロセスの視点」：さらなる救急・急性期医療の追求」という目標への取り組みに対する状況を月ごとに表したものです。点線の部分が目標値となっています。これにより、今後の取り組みの軌道修正が可能となります。

こうした取り組みの結果、2007年時に約40億円であった赤字が、08年は約3億円に減り、今年は上半期だけでも6000万円の黒字になっています。病院情報の「見える化」が、職員のモチベーションを上げ、一人ひとりが目標を意識して仕事に取り組めるようにしています。



図1

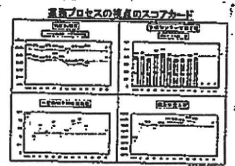


図2

ンを必須体験部署にして、総務や人事、経理など複数部署を異動させています。同じ頃から、人事部には看護師や薬剤師も配置しています。これらの効果は甚だ大きかったですね。つまり各部署の業務内容を知ることにより、自然と各種データの意味と価値が分かってくるのですね。部署内や職種ごとのパフォーマンスの問題にしてしまふのは危険です。

相田：確かに、既存の事務部門という発想を無くしていく必要はあります。診療支援部門みたいな組織を作り、医師もメンバーに入れて、病院の運営・経営にコミットしていくという形を作らねばいけません。事務方という感覚は、もう古いですよ。いわゆる

平川：同感です。当院では医療情報と医事も全部融合しましたが、その効果は大きかったですね。ですから、まさに情報の「見える化」が、いかに経営にポジティブな影響を与えるかですね。

宮島：ですから、医事課のスタッフには診療管理士を取らせようとしています。みんなカルテを読んでいますからね。それが最初の「見える化」かな、とも思います。

神野：「医事課の今後」というものがだんだん見えてきましたね。診療支援とか医療支援とかいう方向に進んでいかないとダメです。

平川：医事課自体が診療科的なものになってきていてと理解すべきだと思います。

問題は分かっている。その解決の方法をスタッフに「見える化」し、考えさせるか

「見える化」というのは考えるためのデータを出してどういふことができるか、またスタッフも何ができるかというふうなことですね。

相田：座談会のテーマも、経営トップ層から見たらITガバナンスがメインテーマであった方が分かり易かったかもしれません。「見える化」というのは重要ですが、部分的なものです。そこで「見える化」の意味をどう絞り込んでいくのかを考えるべきでしょう。

川淵：現在、私の手元には病院のDPCのデータが個票で入ってきています。個票の有り難い点は、ステージングなどでリスク調整をきちんとできる点です。ところが実際は、残念なことにDPCの様式1の必須項目がほとんど後退しています。書いても書かなくても良いとなると皆さん書きますか。日本は一種の成果主義である。ペイ・パフォーマンス（Pay for Performance）の前は、ペイ・フォー・レポーターティング（Pay for Reporting）を急ぐべきです。

先ほど話が出ましたが、大事なものは、結果ではなくプロセスです。宮島先生が言うように、プロセスは、やはり確かな定義づけと、データを入手する仕組みが必要です。そして入力力は誰がするのかということも重要です。

最後の質問です。見せる、または見せた後、それをどういふふうに関係に反映、昇華させるか、ということをお聞かせください。

川淵：そこが実は、経営の妙ではないでしょうか。

相田「見える」といっても、結局は問題解決のためにやっていることです。病院は基本的に「社」工場だから問題は比較的簡単に見えるものです。それを解決するためにどう分析していくか、ということですね。

経営トップは、かなり問題点を認識しているものです。ただ、現場は必ずしも認識しているわけでもありませんし、また自己解決能力があるわけではないのです。そこを経営として、突っ込んだ分析をするために、どういう順序付けをしながら問題を「見える化」し、対立する部門間を説得するために情報を分析的に「見える化」していくかということですね。

川淵「実際に、倉敷中央病院が抱える問題を、職員みんなが共有していますか。」

相田「診療管理会議や師長会議、幹部の研修会などでは言いますが、なかなか共有されません。手術体制検討委員会とか救急医療体制検討委員会とかプロジェクト型の委員会を作つて、人数を絞り込んでやっています。そこにいい形で「見える化」したデータを持っていて、ディスカッションして共通基盤にするのです。」

正木「病院のさまざまな情報を見せて全職員に浸透させ、ビジョンのもとに改善への活動が始まるということが、本来の「見える化」だと考えています。しかし、残念ながら情報は伝わりにくく現段階では、問題の共有化はできていません。その原因のひとつに会議のあり方がありましたので、上から下まで情報が流れやすい会議のやり方に改善しました。また、職員一人ひとりが自ら情報を欲するような、つまり自分もチームの一員なのだという自覚が持てる環境づくりも必要だと考えています。」



宮島孝直 (みやしま たかのぶ) 氏

津山中央病院 副院長

1956年兵庫県生まれ。1982年岡山大学医学部卒。同年岡山大学第一外科教授入局。1989年岡山大大学院修了。1990年津山中央病院外科副部長。1995年外科部長。1997年システム開発準備室長。2006年から現職。2004年から川崎医科大学特任教授(兼任)。

【津山慈風会 津山中央病院】

所在地：岡山県津山市川崎 1756

病床数：525床

診療科目：21診療科

職員数：881名(医師101名、看護師500名他)

■IT化の現状：ネーミングシステム(09年稼働)、電子カルテ(同)と共に

同じ年から画像・検査系すべてを電子化したシステムが稼働中



岡山市と鳥取市の真ん中にある津山市にある津山中央病院

「見える化」のメリット

一口に「見える化」と言いますが、どんな情報を「見える化」するかを考えなければいけません。例えば、財務的なデータに関して言えば、財務的な知識を持たない病院職員らに、中途半端に病院の財務的データを「見える化」することは意味がないどころか、有害な場合が多いのではないのでしょうか。クリニカルインジケータやクリニカルパラメータなどを表示・利用することは、独善的に陥りがちな医療者に対して、自身を客観的に捉えるため、ひいてはそれが診療の質を高めるためには有用だと考えますし、他にも院内での情報を共有するためにインシデント情報やクレーム情報をオープンしていくような「見える化」であれば、それは病院にと

ても重要なことではないでしょうか。また、病院に対する知識が乏しくない患者に対しても、ある程度情報公開を進めていくことは、医療の透明性を高める上でも重要なことです。こうした取り組みに関しては、津山中央病院でも実施しています。

ただ、「見える化」が職員満足度の向上につながるかは疑問ですね。人間は、ミッションを与えられ、それをクリアしていくことになるとパフォーマンスが上がり、その達成感が満足度の向上につながるのではないのでしょうか。そうしたミッションとして有用なのは、組織横断的な活動が求められる病院機能評価やISO、Pマークの獲得作業であり、最大級のものが病院の移転・新築でしょう。

堀「病院の経営者は、職員に対して、情報はなぜ必要か、「見える化」はなぜ必要なのかという認識を共有していく必要がありますね。」

川淵「例えば、問題が仮に分かっているのであれば、それにまつわるデータとしてこういうものがありますと提示すべきです。全職員がいるような角度で見られるデータの仕組みを構築し、その中でどのように自分たちがその解決に貢献できるか、という気運が生まれるとすごく良いですね。」

相田「病院にCIOがいれば、そういう問題等を把握して、それをシステム部門に投げかけ、戦略的な進め方はかかっていくという体制が大切だと思っています。」

川淵「神野先生のところでは、地域医療支援病院を取得しようとしていますが、職員も皆、そう思っているものですか。」

神野「いや、そうではありません。だから「見える化」の目的は、私はコミュニケーションの材料だと思っています。ただ、ぶ厚い資料をみんな渡して「さあ見ろ」といっても誰も見ないですよ。やはり「見る」ではなくて、見せる形が必要です。そういう意味では、嫌でもここを通らなければ仕事ができない、というようなポータルが必要かもしれません。」

相田「私が民間企業にいた時は、毎朝ものすごい数のクレーンが来ていました。それもサンプル付きで来るので、早く見ないとデスクの上が邪魔になるものだから、見ざるを得なかったものです。ところが、ITだと、まあ後でもいいと、クリックして1つ1つ見ないものです。そこにIT化の課題がありますね。」

平川…ただ、私はIT化したことは良かったと思つていません。やはり職員が複視的に考えて、例えば分析の手法を学ぶことになるわけです。つまり、一番大事なのは職員が方法論を学ぶことです。それで自分たちの問題をその方法論を使って解決するということが、トレーニングできたのかなと思つています。

最後に、座長を務めていただいた神野先生とマイクロソフトの大井川さん、そして川瀬先生の発言で締めくくることができていただきます。

神野…「見える化」がなかなかできていない現状を打開するためには、見える力がとても大事だと思います。そこに、もしITが入ってくる隙間があれば、ここに入ってきてほしいですね。「見える化」には経営の視点なり看護の視点なり職員の視点なり、いろいろな面があつて、その視点ごとにどう見せていくかが重要だと感じます。

大井川…やはり、こういうものをどういう形でデータとして見せていくかというのは、特に医療の世界ではまだまだ議論が多く難しいところです。ただ1つだけ言えるのは、問題意識がきちんとあるならば、それをどう解決するかという時に、絶対にデータというものが必要になつてきて、それをどのように見せるかという部分にITがサポートする余地があると思つています。製造業なども元々はみな抱える問題は同じで、現場の人間が一番分かっているのだと思つていたことが、実は多種多様な問題があつたわけです。同じことが医療の世界でも言えるのではないのでしょうか。

川瀬…ITによる「見える化」の目的は、数字の閲覧ではなく、問題解決にあるわけです。例えばDPCにして、そのデータから何を読み取るか、本当に医師や病院

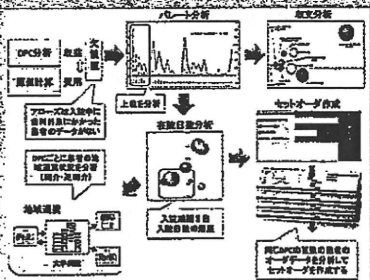
「見える化」で何が出来るのか データ活用による「見える化」の活用



森川重昭 (もりかわ ともあき) 氏
徳島大学医学部附属病院
病院経営・病院情報センター部長
1969年徳島県生まれ。MIT（マサチューセッツ工科大学）でMOT（経営経営）を受講。神戸大学でMBA取得。
徳島大学病院医療情報部准教授を経て、2009年同病院教授。現在、病院情報センター部長として大学病院のIT化を担当。専門は医療情報学と医療経営学。
【徳島大学医学部附属病院】
所在地：徳島市東本町2-50-1
病床数：696床
療養診療科目：22診療科
職員数：1432名（医師386名、看護師526名他）
■IT化の現状：オンプレミスシステム（02年稼働）
電子カルテ（07年稼働）

病院情報システムの導入により、業務のIT化は進んできました。今後は蓄積されたデータの集計、分析といった2次利用によるデータの「見える化」が重要になるのはいまでもありません。「見える化」により、セグメンタリゼーションなどの経営効率化や、連携医療機関との紹介患者数、疾病構造の把握などの、地域医療連携のための分析が可能になることとして、徳島大学病院では、病院情報システムなどのアプリケーションの償却期間を6年と定めています。導入費と保守費を合わせ、適切なIT投資額になるよう、病院情報センターがガバナンスを行っているところです。徳島県と徳島大学病院ではコストを抑えつつ、病棟連携だけでなく地域連携データの分析も可能にするクラウド型地域連携システムの導入を進めており、期待は大きいです。

このように、IT投資とIT活用による改善、地域医療における位置づけを可視化し、経営者が理解できるようにすることが重要です。そのためにも、データの標準化も重要になってくることは間違いありません。



データの2次利用による多岐にわたる「見える化」例



大井川和彦 (おおいがわ かずひこ) 氏
マイクロソフト株式会社
執行役員兼パブリックセクター担当
1964年茨城県生まれ。1988年東大法学。



川瀬孝一 (かわぶち こういち) 氏
東京医科歯科大学大学院
医療経済学分析教授
1959年富山県生まれ。
1983年一橋大学商学部卒。
1987年シカゴ大学経営大学院修士課程 (MBA取得) 修了

職員が「これならやろう」と思わせる「見える化」が必要ですね。特に医療は複雑系なので、まだまだファジーです。ファジーゆえに、医療経営についても本当に何が問題なのか、きちんと認識することが求められていると思います。

3回にわたつての議論、ありがとうございました。

マイクロソフト主催

医療機関経営者向け シンポジウム開催

—医療の経営の向上に向けてのITの効果的活用とは—

厳しさが増す医療機関の経営環境において、業務の効率化やサービスの質の向上といった課題については早急の対応が迫られており、そのためにITを効果的に活用することもはや必須のことといえましょう。本シンポジウムでは、実際に病院経営においてITを活用され、経営の向上に取り組まれている病院トップの方々をお招きし、具体的な取り組みや課題等について、パネルディスカッション方式でお話いただきます。またマイクロソフトの医療への取り組みや医療機関向けのソリューションについてもご紹介いたします。

日時：6月30日(水) 13:30～18:00 (13:00開場)

場所：東京カンファレンスセンター品川 (JR品川駅/京急品川駅より徒歩1分)

<http://www.tokyo-cc.co.jp/access.html>

参加費：無料

対象者：医療機関の経営者、同企画運営等に携わっておられるご担当者、IT担当者

●プログラム

- 13:30～13:40 ご挨拶 (マイクロソフト株式会社 執行役常務 大井川 和彦)
- 13:40～14:30 基調講演 (東京大学大学院教授 伊藤 元重氏)
- 13:30～15:00 マイクロソフト ソリューションご案内 (マイクロソフト株式会社)
- 15:00～15:10 休憩
- 15:10～17:00 パネルディスカッション「医療経営向上に向けてのIT活用法」
- 17:00～18:00 総括・質疑応答 (病院経営コミュニティの皆様)

●パネリスト (順不同)

川淵 孝一先生 (東京医科歯科大学)：座長
神野 正博先生 (恵寿総合病院)
相田 俊夫先生 (倉敷中央病院)
堺 常雄先生 (聖隷浜松病院)
平川 秀紀先生 (山形市立病院済生館)
星 北斗先生 (星総合病院)

正木 義博先生 (済生会横浜市東部病院)
宮島 孝直先生 (津山中央病院)
森川 富昭先生 (徳島大学医学部・歯学部付属病院)
司会：大井川 和彦 (マイクロソフト株式会社)

【お申込方法】

ご面倒ですが、インターネットで以下の手順に従ってLive IDによる登録をいただくか、申込書をダウンロードの上、ファックスでお申込下さい。

○マイクロソフトホームページ→お客様別サイト→法人のお客様：医療→セミナー・キャンペーン
→医療機関経営者向けシンポジウム (または、直接以下のURLよりお願いします)

http://www.microsoft.com/japan/business/industry/healthcare/seminar/management_symposium.msp

「IT化」、そして「見える化」は 病院経営を向上させられるか

マイクロソフトと月刊新医療編集部は、昨夏から今春まで計3回、病院経営のIT化と見える化の可能性について討議する場を設けてきました。その内容は月刊新医療の誌面でも紹介してきましたが、本小冊子にもダイジェスト版を掲載します。参加者は、医療情報及び経営について発信力のある著名な9名の方々。座長は卓抜なる識見をもってITの重要性を説いている神野正博氏に、ファシリテーターは東京医科歯科大学の川淵孝一氏にお願いしました。そしてマイクロソフトからは、医療関連ソリューションを担当する大井川和彦・執行役常務が加わり、医師、経営者、研究者、企業人というマルチな視点からの議論が行われました。

というカルチャーは絶対にありませんでした。その意味では、IT化は情報共有の面で大きな武器になっていると思います。

—IT化は医療の質の向上にも貢献するものでしょうか。

川淵：医療の質はITにより可視化されるので、私は、ITは医療の質の向上のための有用なツールとなり得ると考えています。そのためには、ただ紙を電子化するだけでなく、毎日の業務系データが、結果的に情報系のデータに加工されるような仕組みが欲しいですね。

神野：そういう意味では、良いか悪いかは別にして、DPCのおかげでずいぶん進んだと思います。しかし残念なことに、同じベンダーのシステムが入っている病院同士なら、同じアルゴリズムで同じデータを出せるかという点と出せませんよね。

平川：例えば、データの相互利用などは、病院側がベンダー側に求めていかなければいけないと思います。当院も、ベンダー



神野正博 (かんのまさひろ) 氏
社会医療法人財団董仙会 理事長
■IT化の現況：オーダーリングシステム (97年稼働)、電子カルテ (02年稼働) の他、介護・福祉関連の各種システムが稼働中
■「見える化」への取り組み：医療～介護～福祉にかかわる患者情報の一元管理システムによって「患者の経過の見える化」を目指す。また、経営の効率化を目的とした院内の業務改善 (例：血液浄化センターの患者数と職員のシフト) などを行っている

を変えたことによってデータ構造が全部オープンになり、自分たちのデータを自由に使えるようになりましたから。

神野：実は今、平川先生や私がやろうとしているのは、同じソフトウェアサービス社 (以下SSI) の電子カルテを導入している病院同士で、同じ指標を出し合ってベンチマークしようという取り組みです。

—DPCの導入とIT化の関係については、どのようにお考えですか。

川淵：DPCを使って疾患別原価計算をやると、どうしても儲かるとか儲からないといった話が出てきます。しかし、企業の場合はそれで割り切れるが、医療の場合は割り切れない。ポイントは、どうやって疾病別の原価計算を行って、医師にどう見せるか。

平川：赤字か黒字かという問題ではなく、どこで業務を改善するものが得られるか、ということだと思います。疾患別やDPC群ごとに検証して、その中で変えられる場所があれば、それを見つけるだけの話です。

川淵：変えられるかどうかを見極めるには、他病院と比べてみることでいい。集計データとはいえ、DPCデータが病院別に公表されたことによって、やっとそれが可能になったわけです。自分の施設はどのあたりに位置しているか、やっと分りはじめた。

正木：比べるというのなら、治療法について標準的な基準を決めて、それに従って評価していく必要がありますよね。オーストラリアやシンガポール、韓国などでは、標準化ができた後で電子カルテを構築していますが、日本は電子カルテが先行していますから。

情報の「見える化」は、医療界でもうまく利用されているか

—最近では、IT化がもたらすメリット、あるいはIT化の目的として、情報の「見える化」ということが注目されています。川淵先生もそのことを唱えています。

川淵：医療の「見える化=可視化」が推進すべきテーマであることは誰もが認識するところでしょう。ただし、「見える化」と一口にいいますが、データを分析すると、さまざまな情報が見えてくると同時に、疑問も湧いてくるわけです。そこに日本の「見える化」の課題と今後の方向性があるのではないのでしょうか。

例えば、病院ごとに、DPCの導入に伴う増収・減収を集計・分析したところ、その結果に対する病院側の評価は分されました。DPC導入によって減収になったある病院では検査費の割合が高いことが明らかになったのですが、それでは、増収を図るために検査を減らせと言おうのかという反論が返ってきました。このあたりに、医療の「見える化」の難しさがあるのでしょうか。

神野：当院は「見える化」を積極的に推進している方だと思います。先ほどもお話ししたように、同じSSIの電子カルテを導入している病院同士で、各種情報を互いに「見える化」しています。これは、同社の電子カルテ自体がMSのSQL Server上に載っており、ソースコードも公開されていることで実現しています。

もう一つ「見える化」にも注力しています。病院も「早い・安い・上手い」で治すのが基本でしょう。ただ、吉野家には高回転率という裏付けがありますが、当院のような田舎の病院で回転率を高めるためには、患者からの評価を高める努力も必要なので、「見える化」が重要な要素になってきます。例えばマクドナルドでは、店員の後ろに価格が出ていますが、それに倣って入院費の概算はきちんと見せています。同じように、治療費の「見える化」が必要です。

相田：私は民間企業から医療機関に移ってきたわけですが、民間企業の場合、他社のデータは絶対に入手できません。それが国際化の中で、このままでは日本は戦えないということで、私の関わった業界で各企業が一度だけ互いのデータを見せ合う機会を作ったのです。すると不思議なことに、生産現場が各々、「うちはここがマズイ」と言い出したのです。人間は、分



堺 常雄 (さかい つねお) 氏
聖隷浜松病院 院長

■ IT化の現況: オーダリングシステム (91年稼働)、電子カルテ (06年稼働)、PACS、各種部門システムが稼働中

■ 「見える化」への取り組み: ホームページ等を駆使した病院情報の公開で外部への「見える化」を進め、BSCを利用した病院経営の可視化活動で経営改善につながる「見える化」に取り組んでいる。

かった途端にできるのですよ。まさに「見える化」の効果です。

ところが、医療は違います。医療データは企業に比し、比較的容易に入手できます。しかし、評価は簡単ではありません。やはり、どこの病院と比較するかが大事です。自院のドクターが、「参った」という感覚を抱く病院と上手に組みながら、ベンチマーキングしていく必要がありますね。その上で、病院の戦略や位置づけを「見える化」していく必要があると思います。

宮島: 私の場合、「見える化」は否定しませんが、100%支持するわけでもありません。当院の場合、各種経営データについては、全国平均からすれば好成績です。経営・運営ともに健全なのに、それをますます黒字にするために「見える化」するといっても躊躇するものがありますね。利潤を追求して病院を経営しているわけではありませんから。ただ、比較する妥当な病院をターゲットにしてスタッフに見せることはしています。

星: 私も、正直に言えば単純な「見える

化」については疑問がありますね。例えば、平均在院日数をそのまま比べることに意味がないのは明らかです。支払いの仕方が同じになり、DPCという枠にはまった途端に意味が出てくるのかもしれませんが、少なくともそれ以前にはインパクトがないというのが率直な感想です。とはいえ、実は当院も昨年7月からDPCを始めたので、今後は「見える化」ももっと意識するようになるのかもしれませんが。

大井川: 経営には、いろいろな考え方があると思いますが、自分の病院を良くしたいと考えたときに、どのような情報が「見えてくる」ことを望むのでしょうか。

堺: 病院の理念に照らして考えると、私たちの目標は「地域ニーズ」の先取りということになります。では、「地域ニーズ」の情報がどこにあるかというと、これがなかなか分からないのです。また、病院のスタッフが自身の現在の力量はどの程度のものなのかも分からない。個々の診療科の治療成績も見えない。DPCごとの成果も見えない。そのような知りたいことと、病院のすべきことを合わせて考えると、「見える化」する対象は自ずと分かってくるのではないのでしょうか。

神野: その点、工場ならば「歩留りをよくしたらデータがよくなる」という仮説が成り立ちます。一方で、私たちは稼働率を上げればいいのか、単価を上げればいいのか…全部向上させれば良いに決まっていますが、そこには仮説がたくさん存在するわけです。その意味では、仮説の精査というか、これを行えば確実に良くなるという公式を、MSのようなソリューション提供側から示してもらえれば良いと思うのですが。

川淵: その点は、日本では医療経営学が十分に成熟していないこともあると思います。例えば、平均在院日数を短くすれば診療単価のアップにつながると言われていますが、実際にそれを行えばほとんどの病院のベッドはガラガラになってしまいます。そこで、ベッドが空くことによって生じるマイナス要素と在院日数を短くすること

で診療単価が上がるプラス要素との分析を、合わせて行う必要がありますが、その点は十分検討されているとは言えません。

宮島: 平均在院日数だけを下げようとするば、ものすごく下がります。ただ、在院日数が短いからといって、患者が皆さん、その病院に行くでしょうか。当院の場合は稼働率が非常に高いので、下げれば下げるほど収益には貢献するのは確かです。だけどCS (Customer Satisfaction) は下がるでしょうね。もしかしたら忙しすぎてES (Employee Satisfaction) も下がるかもしれない。それなら、自然な流れに任せておいた方が良くということになる。単純な「見える化」の限界がそこにありますね。

大井川: しかし例えば、CSなりESが重要なら、それすらも数値化をするということも、1つの考え方だと思います。それがつまり「見える化」です。何となくCSが良いとか悪いとか言うよりは、数値化する努力をしてみることで。

森川: 大井川さんがおっしゃるとおり、私



平川 秀紀 (ひらかわ ひでとし) 氏
山形市立病院済生館 館長

■ IT化の現況: オーダリングシステム (92年稼働)、電子カルテ、PACSを含めた総合的な医療情報システムが06年より稼働中

■ 「見える化」への取り組み: 経営に関する「見える化」も重要だが、医療職に行動様式を考えてもらう情報の「見える化」(例:看護業務量など)を、より重要視している。



星 北斗 (ほし・ほくと) 氏
財団法人星総合病院 理事長
■ IT化の現状: オーダリングシステム (04年稼働)、電子カルテ (同)
■ 「見える化」への取り組み: 各診療科の件数と手技金額の月毎の推移をエクセルでデータ化したものなど。大切なのは、単純な収支改善ではなく「見えていますよ」「見られていますよ」というメッセージである。

も評価は数字しかないと考えています。例えば、医学管理料がどれぐらい上がったか大体で構わないから数字をとる。すると、当院でもすぐに数百万円くらいは変わってきます。こういうことをやるには、経営者はIT技術を分からなくてもいいから、IT化にどのくらい投資しているかを理解し、そして、どうしたいのかという理念を持つことが大事です。

しかし残念ながら、病院においては一般的なITによる情報の「見える化」が全くできていないといってよいでしょう。当院の場合は、医事関係はほとんどがアウトソーシングなため、経営データの「見える化」ができない状況に陥っていました。そこで、医療業務改善のため「医療支援センター」を新設して改善を図ったほか、HIS委員会という組織を作り、HISに関する承認は全部ここで行うようにしたのです。

「見える化」に必要な
人材と病院側の目的意識

——「見える化」を語る時、医療の質

の問題と、財務の問題は一体で考えるべきでしょうか。

正木: そう思います。医療の質が良くなると患者は集まりませんし、患者が集まってくれば最終的には財務は改善していきます。それにはやはり財務面だけでは不十分で、医療の質が高くなければいけないし、そのためには職員の満足度が高くないといけません。

経営成績を含めた病院の財務状況については、事務職員だけでなく、現場で働く職員も知っておく必要があります。同じグループ内の病院の経営成績等と自分達の病院を比較して会議の場で伝えると、先生方は非常に興味を示し、喜んでくれます。まさに「見える化」の効能ですね。当グループ内の傾向としては、赤字病院は人件費や材料費が高く、医療収益が低くなっています。損益分岐点としては、人件費比率が約48%です。

川淵: チェーン病院ならではの説得力あるお話ですね。ところで「見える化」を実践する上での要件について、何かご意見がありますでしょうか。

堺: 事務職でも、最低限カルテが読める人材を育成する必要がありますね。「見える化」に限らず、情報がこれだけ多くなると、その情報を誰が扱うかが重要な問題になります。そこで、当院でも診療情報センターを立ち上げました。ここは、事務系職員がメインですが、看護職や薬剤師も入っています。

宮島: 当院も似たようなことをやりまして、事務課の人間の大半は診療管理士にしました。実際、医事課の人たちはカルテを読んでいますし、最終的には入院セクションの人は全部診療管理士にしたいと考えています。

正木: 当院では、事務仕事は全部外注でしたから、医事のデータもミスが多かったのです。そこで今、体制とワークフローを作り直しているところです。やはり事務職員は、医療を支えるデータを持ってきて、

現場と話ができることが大事です。

平川: 公立病院では定数の問題から事務職員を抱えることができないので、どうしても外注が多くなります。大事なのは、その管理です。当院では医師を医事課長にしています。医事業務をきちんとマネジメントするには、医療について詳しい知識を持っていることが必須だからです。

——HIS及びHISベンダーは、果たして経営に有効な情報を「見える」ように努力してくれていますか。

相田: 医療のIT化はオーダリングから始まったわけですが、当初はそのような発想はありませんでした。しかし、データウェアハウスの構築等も含めて、いよいよHISが経営の役に立つ時代が来たと感じています。

今は、医療の質、経営管理、地域連携、医療安全など、目的別にチームを作って、そのニーズをHISや、サブシステムに入



正木 義博 (まさき・よしひろ) 氏
済生会横浜市東部病院 病院長補佐・事務長
■ IT化の現状: オーダリングシステム (07年稼働)、電子カルテ (同)、病院新築と同時に、PACSをはじめ院内各システムをIT化
■ 「見える化」への取り組み: ささまざまなデータを診療実績報告というかたちで収集・分析し全職員に提示している。取り組んできた事柄のデータを公開し、目標値に対する達成度が分かるようにしている。

れ込むことを行っています。それをベンダーに期待するのは無理なので、やはり自分たちでそういうニーズを探し出して、システムに反映させる必要があります。そのときに、例えばどこにMSの製品が使えるかとか、そういう情報が欲しいですね。

森川：ベンダーに期待するというよりも、これまでは病院側にCIO (Chief Information Officer: 最高情報責任者) 相当の人物がいなかったために、IT仕様書の作成がメーカー任せになっていました。そこで徳島大学病院では、ITと運用と経営を統合してCIOを入れた組織を作り、成果をあげてきました。

パッケージされたシステムを導入すると、この病院ではその機能は使えないとか、カスタマイズしなくてはならないが費用がかかるといった話になってしまいます。「見える化」についても、ベンダーに安易に求めるのではなく、まずはITでどこを効率化したいのか、つまり病院の意思を明確にすべきなのです。

神野：当院の場合は逆に、病院の思い通りにしないで良い、という前提でシステムを構築しています。将来的には、全病院が同じシステムを使ったらベンチマークが簡単にできる、というところを狙ったわけです。だから、我々の使い勝手をもっとよくしろという話はせずに、他の病院が使っているなら「どうしてうちでは使えないのか」という視点になってきました。この考え方は戦略的に正解でしたね。「見える化」についても同様で、現に、同じシステムを使う平川先生の病院とも情報の交換・比較を行っています。

平川：神野先生がおっしゃるとおり、使ってみるとデータを自由に使えるし、まさに有用です。大事なことは、分析・比較も各病院がどういう目的意識を持って、どういう作業手順を踏むかです。またIT化したら何でも出てくるわけではないので、データを落とすためにどういう仕組みを作り、業務の中に組み入れていけるかが重要ですね。

何を見せて、どのように役立てていけばよいのか

——どのような情報を「見える化」すればよいのでしょうか、そしてどのようなスタイルであればよいのでしょうか。

森川：非常に難しいテーマです。経営データの「見える化」なのか、DPCデータの「見える化」なのか、診療行為の「見える化」なのか、いろいろな視点があります。ただ、無駄をなくすということに対する「見える化」は、すべてに有効です。私の関わる医療情報のIT化という観点から言えば、病院の効率化が進んだかどうかの「見える化」はやはり必須だと思います。

平川：少し話は変わりますが、例えば医師の働き方をどう変えたら効率よく働けるか、当院ではアクセスログを取っています。それで勤務の形態とか働き方を変えてあげられるデータを出して、医師と相談しながら見直してみる。そういう細かな「見える化」をすることが、医療の質を上げるために必要だと思います。

神野：そうですね。失敗事例を見れば分かりますが、全診療科の一人一人の医師の売上げなど出しても何もなりません。ただ、どんな情報が「見える化」するとよいのかという問いなのですが、それが一番「見えて欲しい」のですよ(笑)。やはりどこかで医療経営の専門家に分析していただかないといけませんね。

星：私は、患者が帰るときに満足したかどうか、それから、職員が満足して帰るかどうかを是非知りたいです。患者の満足度と医師の達成感は往々にしてズレているので、そこをチェックできればと思っています。

今の電子カルテからデータを抽出しようとしても、やればやるだけお金がかかって、一方で医者のモチベーションが下がっていくのでは、無駄でしかありません。それよりも、誰も意識しないで、患者の満足度が事務的に数値化されるようなシステムが



宮島孝直 (みやしま・たかなお) 氏
津山中央病院 副院長

■IT化の現状：オーダーリングシステム (99年稼働)、電子カルテ (同) と共に、同年から画像・紙書類すべてを電子化したシステムが稼働中

■「見える化」への取り組み：クリニカルインジケータやクリニカルパラメータなどの表示・利用、院内での情報共有 (例：インシデント情報やクレーム情報)、患者への情報公開など。

あったら是非買いたいですね(笑)。

——財務情報の「見える化」に意味がありますか。

宮島：先ほども言いましたが、単に財務情報の詳細を「見える化」することには反対です。赤字病院は見せても構いませんが、黒字病院で見せても、もっと物を買ってくれと言われるだけです(笑)。

相田：診療科は会社で言えば事業本部で、その管理者はいわゆる事業本部長です。会社であれば、普通は企画管理課長などが配置されているわけですが、診療科にはいません。ですから、私たちも各科比較は出さずに、自己の診療科の診療実績や収支分析だけを見つくるって出しています。十分な説明なしにデータだけを「見える化」しても、モチベーションの低下や消化不良を起こすだけなので、それなら見せない方がいいかもしれません。

堺：どのような疾患の患者に、誰がどのよ