



MC Healthcare, Inc.

MCH NEWS

MCHニュース

2018. 08.20 Vol.14

医療版・働き方改革の あるべき姿を問う

第19回

病院の経営を
考える会

2018年
6月15日・16日開催



エム・シー・ヘルスケア株式会社は2018年6月15日・16日、ベルサール秋葉原(東京・千代田区)にて「第19回 病院の経営を考える会」を開催しました。招待講演は前回に続き、米国からの演者が多様な医療施設・従業員を束ねる経営管理手法について紹介。パネルディスカッションでは医療現場における「働き方改革」をテーマに、5名の先生方が講演とディスカッションを行いました。



多様な医療施設・従業員を束ねる経営管理手法

13の急性期病院を中心に、外来手術センターや画像診断センターなど200拠点以上の医療施設をテキサス地区で運営する「Memorial Hermann Health System」のChuck Stokes氏を演者に迎え、業界において非常に高い評価を得ている高信頼性組織（High Reliability Organization）として、クオリティ、医療安全、各種オペレーションの改善にどのように取り組まれているのかについてご講演いただきました。



Chuck Stokes (チャック・ストークス) 氏

Memorial Hermann Health System
President 兼 Chief Executive Officer

当ヘルスシステムは過去10年間、米国で最も信頼性が高いと評価されるヘルスケアグループになるために、病院改革に取り組んできました。まず着手した活動が、事業にリスクを伴う石油や原子力、航空、軍隊などの企業・組織に対して行った安全対策に関するインタビューおよび学習でした。なお、その集大成として、病院が高い信頼性を得るためのガイドブックを制作し、ダウンロード形式で一般に無償提供しています。

病院の信頼性向上には医療安全の担保が最も功を奏することは、言うに及びません。米国では医療過誤が以前から問題視され、少なくとも年間25万1000人が死亡しているという説もあります。そこで当ヘルスシステムは、病院改革の中核として「Zero Harm」を最終到達点に掲げました。実は2006年に患者が死亡する医療過誤が起り、それがゼロ化改革の嚆矢となったのですが、医師や看護師のみならず全社的な職員教育に取り組んだ結果、1800万ドル（約19億8000万円）を費やしました。決して少なくない投資でしたが、以降はグループ病院で同様のミスは起こっていません。これは、取り

組み次第で有害事象がゼロにできるという模範的事例と自負しています。この他にも理事会や各種経営会議で医師の診断・診療の情報を開示・検討するなどし、個別病院の経営陣はもちろんのこと、グループ経営レベルが従業員の先頭に立って医療安全に真剣に取り組んでおります。

それらの成果として、当ヘルスシステムはJoint CommissionによるJohn M. Eisenberg Patient Safety and Quality Awardや、ITによる患者アウトカムの改善を評価対象とするHIMSSによるDavies Awardを始めとする数々の賞を頂き、今では、米国内で有数の医療安全レベルを誇るヘルスケアグループとして知られております。また、上記の取り組みなどによる副次的効果として従業員満足度も向上した結果、FORBSが選ぶ「従業員の評価が高い米国の大企業2017」において第4位に選出されたことは、喜ばしい限りです。

また、病院の信頼性向上には、患者およびコミュニティのニーズを満たすことも大切です。一例として、昨年8月にテキサス州を襲ったハリケーン・ハービーの時の医療活動を紹介します。当ヘルス

システムのグループ病院は、4日間で52インチ（約1320mm）の降雨量を記録する豪雨の中、9600人の救命救急室への患者搬送、748件の外科手術、560件の出産などを担いました。このような有事下の活動実績は、地域において高く評価されています。

病院が把握すべき 医療環境の将来動向

昨今の病院の喫緊的課題としては、「医療の“破壊的な”動向」が挙げられます。米国では、アマゾン、バークシャー・ハサウェイ、JPモルガン・チェースという巨大企業が、3企業合計で100万人に達する従業員の医療コスト削減を協同で実現すると宣言し、話題を呼んでいます。医療の世界が今後も異業種からの参入にさらされるのは、もはや必至です。病院はその動向を注視するとともに、時代のニーズに即した新たなシステムをより積極的に導入していく必要もあるでしょう。例えば当ヘルスシステムでは、71%の米国国民がモバイル診療予約を希望するなどの医療ITニーズに対応し、オンライン予約や診療情報閲覧などの機能を持つ「Everyday Well」というシステムを実用化しています。

そして、医療界では今後10年の間にAIが画像診断に必須になると私は見えています。また、AIはゲノム領域においても解析コスト低減などに大きく貢献すると言われてしています。さらに、将来的にゲノム解析による発症率診断に応じた健康管理が普及し、医療自体が変わる可能性すらあります。これからの病院経営にはこれらの未来を想定した備えとともに、システムやヘルスケアの無駄を省くなど、現実問題への柔軟かつ適切な対応が不可欠と考えます。

医療の質を担保しつつ、 いかに労働負担を低減するか

昨今話題の「働き方改革」は医療現場も例外ではなく、各施設はその対応に直面しています。パネルディスカッションではその方向性や具体的対策などについて、渋谷健司氏（東京大学大学院）をモデレーターに迎え、小西竜太氏（関東労災病院）、大嶽浩司氏（昭和大学病院）、武藤真祐氏（医療法人社団鉄祐会）、水野 篤氏（聖路加国際病院）による講演と討論会を通じ、包括的な視点から検証しました。

保健医療のビッグバンについて

保健医療改革の今の潮流は、90年代後半の金融ビッグバンに端を発した自由化・グローバル化の波、そして2010年代においては情報通信のパラダイムシフトなどに代表される、「閉じた世界の崩壊」の延長線上にあると私は考えます。働き方改革は、政府としての主要なアジェンダであり、その一環として医師の働き方も検討する必要があります。私は厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の座長としても、この課題に取り組んできました。働き方は、医療提供体制、医師の需給・偏在の問題、医療と介護の連携や患者側の意識など多様な要素があります。時代が変わったからではなく、機が熟して実施せざるを得ない時代に入ってきたからこそ、超多忙な医療現場においても働き方の是非が問われているのだと思います。その意味において、医療界は今まさに「保健医療ビッグバンの真只中」といえるでしょう。

医療現場の働き方改革とは 時短と医療の質向上の両立

医療での働き方改革とは、「限られたリソース（人材）と時間において、生産性を引き上げ、なおかつ患者のアウトカムを高めること」に尽きます。その本質は、「高生産性・高付加価値構造への転換」にあるのですが、実現への課題はいくつも挙げられます。例えば、ICTの業務活用など一般的なセクターでは当たり前に行っていることが、医療においてはなぜできないのかということを、私は常々疑問に感じています。その理由として「医

師・医療の特殊性」がよくいわれますが、果たしてそうでしょうか。もちろん専門家としての医師の働き方には特殊な部分があります。しかし医療サービス全般において、医療は特殊な世界だからで片づけてしまうと、その時点で思考停止に陥り、課題解決が遠のきかねません。さらに、働き方改革が本当に患者にとって価値あるものかという見極めも必要です。先述した検討会でも多くの意見や解決策が出されましたが、患者の立場からその是非を真摯に議論しなければならないと思っています。

また、働き方改革の阻害要因として、医師不足や偏在も挙げられます。都道府県別10万人当たりの医師数とそのバロメーターとしてよく使われますが、それが必要な医師数を示しているのでしょうか。例えば医師数が多いといわれる地方の病院経営者や事務長に職場環境の印象を聞くと、「本当に足りないのです」という答えがよく返ってきます。しかし、その理由を問うと、誰からも明確な説明が得られないことから、この問題の根の深さを改めて実感しています。さらに、医師の偏在については、「いっそ地方へ強制配置を」といった強硬的な方策もあるかもしれませんが、しかし、医師数を増やすことで医師不足を解決しようとするのと同様に、根本的な課題解決にはならないのは自明です。

本当の課題は何か。これから講演される4名の先生方からは、「勤務時間の短縮と診療効率向上を両立しつつ、患者のアウトカムも職員の給料も上がる」…そんな改革に奏功する方策のお話が聞けたらと期待しています。



モデレーター
渋谷 健司氏

東京大学大学院
医学系研究科
国際保健政策学教室 教授



働き方改革 総論

私は総論として、①医療における働き方改革、②医療機関で行う「働き方改革」のステップ、③労働時間短縮の具体的方法、④付加価値の拡大の必要性について話します。

働き方改革は、労働基準監督署の立場では「総労働時間の削減」と「労働基準法の遵守」が目指すゴールですが、医療の場合は、加えて「理念・ビジョンに基づく医療の実現」が求められます。換言すれば、これからの病院には「法律遵守を通過点とする組織作り」が必要ということです。

そのためのステップについて、短中期・中長期に分けて説明します。まず短中期改革の主目標は「業務効率性の向上」であり、医療現場での改善活動や意識改革が主体となると考えます。改善活動は、①業務量、②スピード、③人数の観点からの取り組みです。例えば①は、業務量の見直し、タスク・シフティングなど具

体的内容を掲げて優先順を決め、実行するとよいと思います。意識改革については、「量から質への価値変換」がポイントです。高度成長期の医療現場には多くの患者を診ることを美徳とする風潮がありました。近年は患者個々のアウトカム向上を重視するようになってきました。ただ、質への転換は進んでいるものの未だ途上です。さらに今後は、臨床のみならず教育や研究への波及が肝要と考えます。

中長期改革は、経営者がリーダーシップを発揮して、理念・ビジョンの実現に向け病院の付加価値を拡大していくフェーズといえます。付加価値を支える要件は、機能と質の向上です。取り組みは効率性向上（短中期改革）と時間軸を分けて考える必要があります。両者が揃って初めて生産性が向上します。経営者が先導して今日よりも明日のように生産性を上げていかないと雇用を担保できませんし、その病院の付加価値、例えば地域への医療提供



パネリスト
小西 竜太氏

関東労災病院
経営戦略室 室長 兼
救急総合診療科 部長

の継続等も維持できないことになります。

いずれにせよ、表面的な改革は病院の衰退につながります。医療の働き方改革は、トップとボトムが協力して取り組み実現するものであり、病院の理念・ビジョンを達成し、地域社会と雇用を守り、若手や中堅の医師がモチベーションを落とさないものであってほしいと願っています。

遠隔集中治療プログラム（eICU）は医療者の働き方にどう影響するか

ICUは需要の増大に人材供給が追いつかない状況が続いており、その課題解決ツールとして昭和大学病院が注目したのがICTを活用した遠隔集中医療プログラ



パネリスト
大嶽 浩司氏

昭和大学医学部
麻酔科学講座 主任教授 兼
昭和大学病院 副院長

ム（eICU）です。これは離れた場所にある複数施設のICU患者を1拠点で集中管理するシステムであり、当学では今年4月から、附属2病院にある5つのICUを支援センター（集中治療専門医・看護師・事務各1名を配置）と結ぶeICUネットワークが稼働を開始しています。

eICUとは、ICU各病床に設置されたテレビ電話を用い、支援センターのスタッフと現場の医師・看護師が協働して、絶え間のない観察・評価と早期介入を行うことで、効率的に治療の質を向上させる仕組みです。システムには患者の重症度を数値化する重症度判定支援ツールや、収集データ解析による敗血症のアラート表示機能などが搭載されています。米国では、支援センターの医師1名と看護師2名で最大100～150床を観察して、集中治療の質を向上させることができると言われ、実際に在院死亡率や在ICU日数等のアウトカムの有意な改善が報告されて

います。この改善は特に夜間帯入院患者で顕著であったそうです。また、350万人の患者情報を、統合されたデータベースとして管理しており、学術研究に活用できることも特長の1つです。

eICUが我々の働き方改革に何をもたらすのかを説明します。支援センターと交信することで、ICU従事者は容態急変などの不安要因が解消されます。次に、重症度判定支援ツールの活用により診療科に関係なく重症度のみを基準として患者に最適な時期に退床ができます。さらに、急変する前に患者を一般病棟からICUに移送すると、一般病棟のスタッフや患者の負担の低減が期待できると考えます。当院では夜間の重症患者は、まずeICUで重症度を判定し、治療開始するのが効率的と捉えており、今後ICUでの受け入れがさらに増えることが予想されるため、今冬に12床程度増床する予定です。

このようなツールを使って重症診療の専門家の生産性を引き上げることで、より多くの患者を同時進行的かつ早期に社会復帰させることが、考え得るICUの働き方改革であると私は受け止めています。

オンライン診療から展望する 地域医療の未来

私は渋谷先生が座長を務められたビジョン検討会に参加した際、働き方改革を支える要件として、①時間的／空間的制約からの解放、②医療業務の効率化・最



パネリスト
武藤 真祐氏

医療法人社団鉄祐会
理事長

適化、③患者／家族の積極的な医療への参画、を提案しました。私は従前から、遠隔診療、オンライン診療と呼ばれるシステムはこれらに寄与すると考えてきました。ここでは同診療による働き方改革の展望について述べます。

実は、私はオンライン診療システム「YaDoc」の開発・提供に関わっているのですが、先行して2017年に福岡市の「ICTを活用した『かかりつけ医』機能強化事業」で同システムの実証を行いました。対面診療の補完ツールとして活用するという概念で検証したのですが、特に高齢者対象の在宅医療にかなりのニーズがあることを改めて実感しました。また、画面越しに患者の傷を見ることで当日診療の必要がないと判断して翌朝に持ち越す等、通常の訪問診療ではあり得ない対処事例も数多くみられました。同診療は医師の負担低減に間違いなく貢献し、結果、働き方改革にも寄与すると確信し

た次第です。

そして、改めて思ったのが、オンライン診療は空間的・物理的な規制の枠を撤廃する役割を果たす可能性を秘めていることでした。例えば、フルタイム勤務が難しい医師の勤務環境の改善を支援するツールとして機能することも、十分に考えられます。さらに、患者のバイタル・生活情報をオンライン診療システム上に記録し、患者が自己管理することができ、最終的に健康管理意識の向上に結び付けることが重要であり、それが日常診療および医師の働き方に影響することも自明といえるでしょう。

ただし、この種のシステムは普及が困難を伴うことも確かです。そこで今般、「YaDoc」をクリニック向け電子カルテと連携させています。

働き方改革は医療にとって重要な課題ですが、誤った形で進めると現場の疲弊を招きかねません。ICTを用いて補完できることを適切に補い、一方で経営トップの強いリーダーシップと的確なオペレーション・マネジメントが必要になるのではないかと個人的には感じています。

聖路加国際病院の 事例と現状

医療への働き方改革の要請は、実際には社会的な外部環境の変化によるところが大きいです。その流れから、当院にも労働基準監督署の調査が入ったと思うのですが、「時間外労働を減らすと、意外や病院の文化が変わる」というのが私の感想です。

当院では現在、研修医を中心に「医師の時間外勤務月45時間以下」を進めています。当然、不安や反発の声が上がりましたが、17時以降は病棟に医師不在の日が普通にあるくらいまで現場に浸透していますし、「18時以降のカンファレンスは時間的にちょっと遅い」といった意識も医師の間に芽生え始めています。また、予定残業減の一環として、当院では患者さんに「17時以降はインフォームド・コンセントを行わない」ことをお願いしているのですが、多くの方に「時代が時代だから」という理由で納得していただいています。これらは働き方改革がもたらした

医療現場の文化革命であると、私は考えています。

また、医師勤務の時短には当然、医療の質をどう担保するのかという課題が伴います。そのためには、医療の質を担保する最低限の指針を、病院が明示することが先決と考えます。その上で、各論的な方策に現場の声を反映させることが肝要です。

なお、当院では医療勤務改善委員会を設置し、現場の意見を吸い上げるようにしています。さらにいえば、「測定できないものは評価されない」ので、現場のモチベーションが下がらないようにするために、医師の時短と医療の質担保の両立の成果をデータで評価できるようにすることも必要でしょう。

もう1つ大切なのは、働き方改革を推進する経営陣のリーダーシップです。例えば、当院の院長はメディアなども適切に用いることで働き方改革への取り組み



パネリスト
水野 篤氏

聖路加国際病院
循環器内科
QIセンター 副センター長

を、院内での広報などに加えて社会的にもアプローチをしているスタンスを表明されていると感じています。

これから働き方改革に取り組む病院は、まず思い切って時短を実施し、同時に病院価値を高める改革を経営陣が強いリーダーシップを発揮して進めてほしいと考えます。

臨床において直面する 理想と現実のギャップ

渋谷健司氏（以下、渋谷） 前半は講演を振り返っての討論、後半は会場から質問をお受けする形で進めたいと思います。では私から改めておたずねしますが、医療の働き方改革には何が必要でしょうか。

小西竜太氏（以下、小西） 病院長は医師でなければならないという法律がありますから、現状、経営者は自ずと雇用や管理よりも診療の質向上を考えるのは必然といえます。トップが病院の中で経営管理を学ぶことで、改革の土壌も少しずつ変わっていくのではないかと考えます。

大嶽浩司氏（以下、大嶽） 医師勤務の時短は短期的な喫緊の課題ですが、生産性の低下が伴います。そこで当院ではKPI（重要業務評価指標）、例えば手術における収益と件数のバランスの見直しなどを総合的に再検討しているところです。

一方で、時短が現場の士気を下げないよう、「もっと難しい手術に取り組もう」といった形で、規制下で収益が上がる臨床的努力を呼びかけるようにしています。

武藤真祐氏（以下、武藤） 経営側の立場からは、「環境変化に柔軟に対応できる組織づくり」が必要と思います。具体的には、「職員が自発的に協力し合う文化、およびそれを評価する仕組みを院内に根付かせる」ということです。その上で、なぜしなければならないのかを明確にし、職員に納得してもらうことも大事です。やはり単に「国の方針で始まったからやりましょう」では、なかなか病院組織は動かないのではないのでしょうか。

水野 篤氏（以下、水野） 働き方改革の先に医師は何をすべきかを明確にして進めることが重要と思います。例えば終業後の学習の場等の医師のサポート体制を組織が作ってくれれば、単なる勤務時間減で終わることにはならないと考えます。

渋谷 時短と生産性向上の両立には、どのような方法が有用と考えられますか。

大嶽 当院ではその一環としてシフト制を実施しています。さらに2～3年前から内科、外科の各科の当直人数を整理し、その分、救急科に内科や外科から医師の出向をお願いしています。4月に新設し



た集中治療科へも医師派遣を協力いただいています。結果、出向してきた医師間でICU関連の手技や知識が相互に共有できるなどの副次的効果が得られています。これは大学病院だからこそ可能な体制なのかもしれません。

小西 確かにワークシェアは、医師派遣を受ける当院のような病院には非常に難しい問題です。「自分の専門科の勉強ができない」と、派遣医師のモチベーションが下がることにもなりかねませんからね。

最終的には、教育体制を含め病院の総合力がその可否を決めることになります。それゆえ働き方改革には、病院全体のレベルアップ目的の施策という観点も必要なのかなと個人的には思っています。

時間外の勤務ニーズに 院外の職場提供で対応

渋谷 働き方改革には時短と収益向上の両立も求められます。経営者の立場から、武藤先生はいかがお考えですか。

武藤 従業員の残業月20時間以下を想定し、その約9割を達成したり、一方で収益増のために地域医療連携を強化したりという活動を行っています。ここで大事なのは、残業減にしろ地域連携にしろ、「なぜしなければならないのか」を院内全体に周知させることです。また、医療

活動の場合は増収が結果的な要素という面も大きいと思います。それを可能にするのは経営者の常日頃のリーダーシップやマネジメント能力であると考えます。

渋谷 ここからは質疑応答の時間といたします。どなたか質問はございませんか。

会場 2つお願いします。まず、時間外も患者を診たいという使命感の強い医師のニーズにはどう対処したらいいですか。

水野 現状、1病院での対応は非常に困難と思います。1つの機関における1人ひとりの医師に対する働き方改革が浸透した暁に、時間内・時間外を区切った上で、さらにOff-the-job Trainingを中心とした研鑽を積みたい医師に対して院外に場所が用意されるなど、そうした医師の意欲の受け皿となる職場環境が全国的に構築されることを期待したいです。

会場 また、病院経営に影響する人員配置基準がある中で時短という課題に、どう対応していけばよいのでしょうか。

大嶽 将来的に保険制度の仕組み自体を変えないと対応は難しいでしょう。外来の診療報酬にしても、出来高払いのままでは将来的な破たんは確実であり、国は包括払いや人头払いへの移行も検討すべき段階にきています。政治的な面もあるので難しいとは思いますが、2040年度くらいまでには達成しなければならない課題と個人的には考えています。

地域医療連携強化による増収対応策

今年の診療報酬改定は地域医療構想を踏まえた機能分化の推進が大テーマとなり、急性期病床はより診療密度の高い患者の治療を行う場として設定されたため、さらに短期で病床を回転させる仕組みが必要となりました。このため新入院患者・紹介患者の確保が必然となり、病院には地域医療連携のさらなる強化が求められています。そこで当社が考える、経営改善にも貢献する連携のあり方を紹介します。

まず一例として、「広報・企画室の設置」を挙げます。地域連携室は病院において患者紹介・逆紹介の窓口兼仲介役であり、



連携室MSW等のみで増患を図ることは困難です。窓口を訪れる患者を増やすには広報活動が不可欠ゆえ、当社では院内への広報室設置を提案します。実際、広報室にてホームページの掲載内容の見直し、健康講座やイベントの定期開催により地域住民の病院認知度を高めた結果、患者紹介が増えた事例もあります。

また、診療報酬改定に即した人員配置の見直しは、経営改善のみならず業務効率化による働き方改革にも貢献すると考えます。例えば、2016年の改定において一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」の見直しが行われ、評価対象の処置・介助の実施者が当該病棟に所属する看護師等から看護職員以外の職種（薬剤師、理学療法士等）にも拡大されました。これにより、呼吸ケア（略痰吸引のみの場合を除く）など所定の処置等を看護師以外が行った場合でも診療報酬が請求できる一方で、適切な業務代行が実践できれば看



（株）M&C パートナーコンサルティング
取締役
酒井 麻由美氏

護師の負担低減も十分に可能となります。

さらに、今年の診療報酬改定で急性期一般入院料が再編され、入院料1（看護職員7対1）の要件に在宅復帰率が「在宅復帰・病床機能連携率」と名称を変えて残りましたが、これは連携強化を次改定でより評価する流れを示唆していると当社ではみています。改定の行方を想定した連携の見直しも、これからの短中期的な病院経営に必要なのではないのでしょうか。

病院における事業継続計画（BCP）策定について

大規模災害時においても早期に事業を再開させるための被災後の対応や事前準備等を定めた計画がBCP（Business Continuity Plan、事業継続計画）ですが、災害拠点病院においては、災害時には被災した重傷者等を受け入れることにより、通常よりも業務が増大するため策定が難しいという特徴があります。

今回は、①病院BCP策定について（講義）、②BCPワークショップ、③ワークショップ解説の3部構成で実施します。①ではBCPの定義、考え方、必要性、結果事象による被災想定の方針、BCP



策定のプロセスなどの概要を紹介します。②は、BCPの策定に必要な検討事項の習得を目的として行います。具体的には、参加22名を4班に分け、災害時に病院で起こることのシミュレーションに基づく8つの設問についてグループ討議を行います。そして③では、8つの設問の解説と、BCM（Business Continuity Management、事業継続マネジメント）の取り組みについて説明します。

前提となる被災想定においては、地震、台風、洪水などの原因事象別ではなく、結果事象（停電や職員の参集率低下など、原因事象がもたらす業務リソースの被害状況）を想定して策定します。これにより、オールハザードに対応できるBCPとなります。

BCP策定のプロセスについては、①基本方針の策定、②優先業務の選定、③ボトルネックリソースの特定、④対策の検討、⑤BCP文書作成の順に進めるこ



東京海上日動リスクコンサルティング（株）
ビジネスリスク本部 主席研究員
坂本 憲幸氏

とが必要です。そして、重要業務を実施する部門を巻き込んで策定委員会メンバーを選出し、ビジネス影響度分析を行い、被災レベルに応じた戦略を持ち、部門別の行動計画と事前対策の実施計画を策定することが重要となります。

また、BCP策定後は、訓練を実施し、事前対策の進捗管理を行い継続的に改善していく事業継続マネジメントの取り組みも重要です。