



MC Healthcare, Inc.

MCHニュース

2011.08.10 Vol.7

# MCH NEWS



## “日本再生”のために これからの病院はどうあるべきか

エム・シー・ヘルスケア株式会社は7月8、9日の2日間、パシフィコ横浜で「第12回 病院の経営を考える会」を開催しました。

9日には、近森正幸氏（社会医療法人近森会 理事長・近森病院 院長）、小島順彦氏（三菱商事株式会社 取締役会長）、澤田勝寛氏（特定医療法人慈恵会 新須磨病院 院長）の3人を講師に招き、東日本大震災も踏まえた、“日本再生”のためにこれからの病院はどうあるべきかについて、ご講演いただきました。



**第12回 病院の経営を考える会**  
(2011年7月8日・9日開催)

# 戦略的チーム医療が医療の効率化に大きく貢献

病院経営者のスタッフに対する考え方には、人件費を最大のコストととらえる「少数精鋭型」と、医療に人材は必要だと考える「多数精鋭型」があります。高知市の近森病院は、スタッフの機能を絞り込んで、多くの専門職がコア業務に特化することで労働生産性を高め、多数精鋭のチーム医療を実践しています。

## 医療資源は有限

病院を取り巻く環境は大きく変わっています。高齢化社会の到来により、これまでは厨房で食事を出していれば良かった管理栄養士は、患者のベッドサイドで栄養サポートせざるを得なくなりました。また、出来高払いからDPCに移行したことにより、医療は労働集約型医療サービス業になりました。構造的にマンパワーを増やし、チーム医療によって良質で効率的な医療を提供することが求められています。

病院らしい病院としてあり続ける病院経営の発想の原点は「医療資源は有限である」ということです。医師、看護師の数、診察室、病床、手術室、全てが有限です。限りある資源をいかに有効に使うかが、病院経営といえます。「選択と集中」で機能を絞り込み、専門性を高め、労働生産性を高めることが必要になります。例えば、整形外科の先生は、整形外科の先生にしかできないことをする。整形外科の手術に絞り込んで、それ以外の雑用や周辺業務は、他の職種に任せ、「分業と協業」によるチーム医療を行います。

## 「もたれあい型」と「レゴ型」

チーム医療を理解するために、各職種の重なりからみた「もたれあい型」と「レゴ型」という2つのチーム医療の型を紹介します（図参照）。重なり大きい「もたれあい型」は、高い能力をもった多職種がカンファレンスですり合わせをして情報を共有するため、チーム医療の質は高いものの、処理能力には限りがあります。手術室、カテ室、CCU、ERなどでのリスクが高い患者に対する質の高い医師中心のチーム医療に適しています。一方、重なり小さい「レゴ型」は、電子カルテによる情報交換で情報を共有し、業務の標準化で質を保ち、多くの患者に対応できます。病棟での日常業務に適しており、数多くの患者に対する効率的な看護師、コメディカル中心のチーム医療に適しています。

また、チームの作り方で分類すると、多職種が必要に応じて集まる「専門部隊型」と、病棟に配属された多職種が形成する「病棟配属型」があります。急性期医療の根幹部分では、医師中心で治療型の「専門部隊型もたれあい型」

のチーム医療が医療の質を向上させ、医師の労働生産性を飛躍的に高めます。周辺部では、看護師、コメディカル中心の患者の状態をよくする「病棟配属型



社会医療法人近森会理事長  
近森病院院長

近森正幸氏

「レゴ型」のチーム医療が、必要な患者すべてに対応でき、病院の医療の仕方を大きく変えることができます。

## 100床当たり職員は270人に

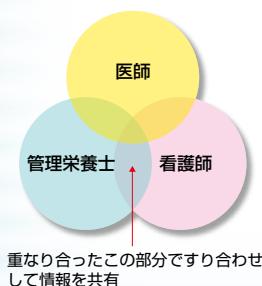
当院は、高齢者の増加に対し、マンパワーを増やし、チーム医療で対応しています。この10年間に100床当たり100人以上も職員が増加し、270人になりました。人件費は増えてきましたが、患者数と入院単価の増加によって売上は上がり、相対的に人件費率は抑えられています。職員の中でも、チーム医療の主体である看護部とコメディカルが増加しているのが特徴です。人手を増やすことで平均在院日数、死亡率も減少しています。

チーム医療は、多くの専門職がコア業務に特化して労働生産性を高めることで医療の質を上げ、医療の効率化に大きく貢献します。戦略的チーム医療は、これまでの医師、看護師中心の“マンパワーの少ない病棟”から、医師、看護師ばかりでなくリハスタッフ、管理栄養士、薬剤師、MSW、臨床工学技士、臨床検査技師、歯科衛生士、クラーク、アテンダントといった多職種がチームで対応する“マンパワーの豊かな病棟”へ変化する「病棟のインフラ整備」といえます。

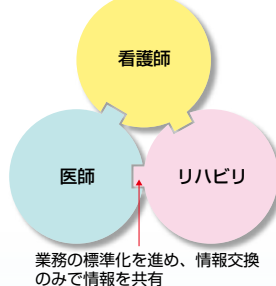
## 各職種の重なりからみたチーム医療

もたれあい型（重なり大きいタイプ）

レゴ型（重なり小さいタイプ）



業務の標準化  
情報の共有





# グローバルに通用する若い人材の育成を

日本経団連の副会長でもある小島順彦氏は、共同議長として出席したダボス会議での経験や、東日本大震災後に海外からの寄せられた復興支援の内容、さらには復興に向けた日本の中・長期的課題など、世界の目線でみた日本という視点でご講演いただきました。国際社会の中で日本が果たすべき役割が大きいことを再認識させられました。

## 日本の存在感をアピール

「Shared Norms for the New Reality」（新たな現実を踏まえての規範の共有）をテーマに今年1月に開催されたダボス会議（World Economic Forum・世界経済フォーラム）で共同議長を務めました。同会議は、世界中の政界、財界、官界、学会の主要人物がスイスのダボスに集まって、グローバルな視点から、政治経済社会文化の諸問題を議論する場です。全部で250の個別セッションがあり、私も6人いる共同議長の1人として、多くのセッションで、議長や副議長、パネリストを務めました。先進国といわれるアメリカ、ヨーロッパ、日本は、経済的にも財政的にもかなり厳しい状況にあり、中国、インドやASEANの景気がとても良いのが現実です。こういう状況下で、国際会議で話すときに必要なのは何か。それは、日本の強みを生かした提言を行うことです。

6月には、ダボス会議のアジア版であるジャカルタ会議にも参加しました。テーマは「Responding to the New Globalism」（あらたなグローバリズムへの対応）でした。ここでも多くのセッションでスピーチしましたが、日本の存在感が低下しているときに、国際会議の場で、積極的に日本の存在感をアピールすることが必要だと感じました。

当社はソウルの拠点に、80人のナショナルスタッフ（現地社員）がいますが、各国のナショナルスタッフと比較して、韓国の社員はかなり優秀だと思いま

した。日本語、英語を流暢にしゃべり、国際感覚がしっかりしています。それに比して最近外国人と日本の国際社会における存在感を議論するときに、①政治②経済③教育—の3点がありますが、すべて存在感が薄いのが現実です。

## 若者の意識にも変化の兆し

東日本大震災の復興に際しては、海外160カ国からトータル2,000億円の義援金が送られ、専門家・医療関係者の派遣、約40の国際機関の協力も頂きました。それら外国からの支援に対する感謝の念を表明することが大事だと思います。

震災によって不幸にして亡くなられた犠牲者のなかには、日本人を助けて最後に命を落としたアメリカ人教師の方もいらっしゃるし、逆に、中国の女性研修生を率いて高台に避難し、会社に戻ったところを津波にさらわれた日本人もいます。この5月に温家宝首相来日の際には感謝の意を表しました。

若者の意識に変化が出てきたのではないかというデータもあります。震災後の4月に実施された日本能率協会の2011年度の新入社員のアンケートの中に、「10年後の日本社会はより良い社会になっていると思うか」との問に対して、55.9%の人が「なっていると思う」と回答しています。「新しい若者の力で変えていきたい」というのが、その理由でした。我が社でも震災に対して、復興基金100億円（奨学金、義援金）、社員のボランティア派遣（年間1,200人）、



三菱商事株式会社取締役会長

小島順彦氏

被災者向け住宅・寮棟の提供—などを行いました。ボランティア派遣では、若い社員が率先して取り組んでくれました。社員が「人に尽くす、社会に尽くす」という志をもってくれたのは良かったと思います。

## 英語でしっかりものを言う

次に復興に向けて、①農・水産業改革②TPP（環太平洋経済連携協定）③エネルギー政策④財政再建⑤海外への情報発信⑥人材の育成—など、中・長期的な課題が山積みです。農・水産業については、ITを取り入れたり、復興特区の中で、税制や規制を緩めて、若い世代が従事したいと思うような成長産業に切り替えていくべきです。そのためには、早急にTPPの交渉の場に着くことが求められます。人材の育成とは、グローバルに通用する若い人材の育成です。そのためには、①しっかり議論できる「自己表現力」を身につけること②人や社会に尽くす「志の教育」を行うこと③多様な価値観をもつために「海外に対する関心」を深めること—が必要です。英語力も重要ですが、流暢に話す必要はありません。下手な英語でも言いたいことを、しっかり国際社会で言うことが大事なのです。

# リーダーシップ発揮し、リスクに強い組織を

澤田先生は1995年に起きた阪神淡路大震災を神戸市で経験されました。今年3月に発生した東日本大震災とその相違点などを比較していただくとともに、災害時における病院のリスクマネジメントについてお話しいただきました。「地震の予知は不可能。いかに被害を最小限にとどめるかが重要」と述べ、組織のリーダーシップの重要性を強調されました。

## ダメージコントロールが重要

1995年1月17日午前5時46分に発生した阪神淡路大震災は、マグニチュード7.2。6,400人を超える死者、20万人以上の負傷者出し、24万戸以上の家屋が倒壊・半壊しました。これ以前は、1959年の伊勢湾台風が戦後1番大きい災害と言われています。災害には、地震、津波、風害、土砂災害、雪害、噴火などの自然災害のほか、テロ、交通事故、インフルエンザなどいろいろな種類があります。私も、阪神淡路大震災を経験するまでは、災害というものは、本当に他人事のように思っていました。

今回の東日本大震災は、マグニチュード9.0で、阪神の150倍のエネルギーといわれています。津波も20メートル近くに達するなど、想像をはるかに超える規模でした。死者・行方不明合わせて2万人を超え、福島第一原発の問題もあります。この2つの震災について、災害の規模、被災者数、政府や行政の対応などを比較すると、反省すべき点や問題点が浮き彫りになります。

リスクマネジメントの考え方には、予知・予防に重点を置き、事前に備える「リスクアセスメント」と、実際に起きてしまったときに、被害を最小限に抑える「ダメージコントロール」の2つがありますが、地震の予知は不可能です。いかに被害を最小限にとどめるかが重要です。

## 大震災時における当院の対応

特定医療法人慈恵会グループは、2

病院、2診療所、医療専門学校2校のほか、介護施設などを運営しており、新須磨病院は154床で、年間手術約2,500件の外科系の急性期病院です。阪神淡路大震災で比較的被害の大きかった神戸市須磨区にあり、病院周辺のほとんどの家屋が倒壊しました。病院の西側にある商店街も壊滅的な被害を受けました。地震後しばらくの間、当院の自走式駐車場で生活している被災者もいらっしゃいました。

病院も病棟を中心にかなりの被害を受け、その額は約2億円に上りました。幸い、比較的堅牢だった外来棟は無事でしたので、入院患者をここに移動するなどして対応しました。電気、水道、ガスなどのライフラインの回復にも最善を尽くし、電力会社と強引に交渉した結果、地震当日の夕方には電気が復旧しました。そのほか、当院が行った対応として、▽院内に特別機動隊を組織（地震後4日目）▽職員向けの災害対策ニュース発行（同5日目）▽職員の気持ちがめげないように、報奨金や見舞金を支給▽家屋が倒壊した職員向けの貸付金制度創設▽医療専門学校校庭にプレハブ学生寮建設などが挙げられます。自立した職員が多かったのが良かったと思います。地震発生17日後の2月3日には、手術も再開しました。

## トリアージの重要性を認識

一般的に、災害時には真っ先に軽症の患者が押しかけ、次に、骨折程度の患者が来院、やがて、重症患者が担架で運ばれてくる、と言われています。



特定医療法人慈恵会新須磨病院院長

## 澤田勝寛氏

被害を受けた病院の内部では、地震の程度や被害規模が分からないため、初期は当然、来院した患者から順番に治療していきます。阪神大震災時には、トリアージという概念がありませんでしたが、次第に現場発生的に、「やはり、助けられる人を助けよう」という方針に変更されていきました。

地震当日、神戸大学附属病院では、医師112人に対して外来患者数が366人でした。一方、神戸市東灘区にある某民間病院では、医師7人に対して外来患者1,033人の治療を行いました。災害が起きた初日には、このような情報不足のためアンバランスが起きるので

です。危機管理で大切なのは、正しい情報の収集です。それには、「情」の言葉か「理」の言葉か、「事実」か「意見」かを見極める必要があります。また、「誰が正しいのか」ではなく、「何が正しいのか」という観点でとらえることが必要です。「会すれど議せず、議すれど決せず、決すれど行わず」という故事がありますが、危機管理においては、意思決定の仕組みを構築しておくことが求められます。

有事のリーダーは、「鳥の目と虫の目」で事態を見つめ、「悲観的に考え、楽観的に対処する」ことが必要です。



# キーワード別に明日の病院経営をディスカッション

7月8日はパシフィコ横浜の会議センター4階の5会場で、明日の病院経営を考えるキーワード別のワークショップが開催されました。今回のキーワードは、「価値観の共有」「組織力」「手術室運営」「病院情報システム」「院内感染対策」の5つ。どの会場でも講師と参加者による活発なディスカッションが行われました。



望月智行氏



成吉弘次氏



横田美幸氏



森川富昭氏



森澤雄司氏

## ワークショップ テーマ

1

強い組織の病院作りを目指して～価値観の共有が組織を強くする～

## 病院経営は普遍的な取り組みが必要

医療法人財団献心会川越胃腸病院 理事長・院長 望月智行氏

当院は1969年創立の消化器科専門病院ですが、小規模の強みを生かした特徴ある病院づくりに取り組んできました。

医療面ではまず、医療機能を消化器、特に消化管診療に集中特化し、消化器内視鏡センターを併設したほか、手術は胃がん、大腸がんと腹腔鏡下手術に集約しました。その結果、手術数が年間320～350件と、この10年間で2倍に増加しました。また医療の質を向上させるために積極的に第三者評価を受けたり、専門医・指導医など人材育成にも注力しました。

医療サービスの充実には特に力を入れ、20年以上前から患者満足度調査を継続実施し、満足率のみでなく、満足要因と不満要因を分析して、経営に反映させてきました。最も重要視しているのが人的サービス満足度で、常に看護部と事務部が高い得点を獲得し、牽引役を果たしています。不満要因としてインパクトが大きい要素は、医師の説明不足やコミュニケーション不足でした。また職員の入退職が多い部門がある年は必ず患者満足度が低下し、その影響は当該部門に限らず病院全体に及ぶことも確認できました。

従って、医療機関では職員の定着率を高め、全員のサービス発揮能力を向上させることが重要で、「少人数組織でも心がひとつにつながった組織、総合力が向上しているチームは、最強の仕事師集団となり得る」というのが私の持論です。

一方経営面では、「経営は人づくり・幸せづくり」と考え、人の論理を最優先し、ES第一主義を貫いてきました。理念の実践に於いては、まずは良い人材を採用することが重要で、採用基準を理念の共有に置き、双方が納得いくまで何回でも面接を行い、処遇面を優先する人や個人目標が強すぎる人は採用していません。

経営者は夢の旗を遠くに掲げ、決してぶれず、妥協せず、「人の幸せのために」という純粋な動機と強い意志で経営していくと、理念に共感する職員が育ち、良い企業風土が形成されていきます。病院経営は一般企業経営と異なった側面はありますが、そのことに拘りすぎると経営の本質を見失います。当院では今後も、人と組織の在り方、普遍的な経営の在り方を追求していきたいと考えております。

## 「医経融合」を実現する仕組みを整え、 リーダーの熱い思いで推進する

株式会社麻生 取締役  
元飯塚病院事務長

成吉弘次氏

全国の病院は厳しい環境の中で、立地やマーケット、職員の採用など多くの問題を抱えながら、良質な医療を地域に提供しようと頑張っています。その目的達成のためには、環境の変化に柔軟に対応できる組織力と推進力、そして経営者のリーダーシップ、ガバナンスが必要です。

株式会社立の飯塚病院では、「日本一のまごころ病院」を目標に、医療サービスの質の向上と組織力の強化にまい進しています。そのために、医師をはじめとする医療職者に権限を委譲する一方で、経営にも責任を持って取り組んでもらう仕組みを構築、医療と経営の融合(医経融合)を実現しています。

その仕組みの柱となっているのが「事業計画制度」と「目標管理制度」で、目標と計画を“見える化”して管理し、達成度を確認しています。この制度を有効に機能させるために、診療科の管理部長を経営幹部と医師とをつなぐ「ドクターリーダー」として育成し、病院目標と個人目標を同じベクトルに向けてリードする役割を担ってもらっています。

医経融合を全職員に意識付け、職員のモチベーションアップと明るい職場環境を構築するために、永年勤続、経営功勞、

改善提案、医療安全功勞などの多様な表彰制度や、院内コミュニケーション向上のための活動にも取り組んでいます。継続的な改善や工夫の維持のためには、TQM活動、ISOによるPDCAサイクルを実践し、全職員が能動的に活動しています。短期間で業務の無駄をなくするためのリーンマネジメントや、改善結果を早くつかみ健全な経営を維持するための月次決算の早期化も進めています。

このような制度や活動を推進するには強い組織体制が必要です。院長の方針のもと、企画管理課が経営戦略を各部署に数値目標として落としこみ、その達成のために各部署が主導的に取り組んでいます。各種の委員会やプロジェクトの推進には、関連部署が主体的に取り組める体制となっています。

このように飯塚病院では、経営者と職員が常にコミュニケーションをとり、日本一のまごころ病院を目指し、環境の変化に対応して取り組んでいくという仕組みと組織文化が成り立っています。これを推進しているのは、経営者の熱い、強い思いです。リーダーの役割、思いのあるリーダーの存在は非常に大切だと思っています。

## 手術室は「病院のエンジン」 職員のモチベーション向上が重要

公益財団法人 がん研究会 有明病院  
院長補佐、麻酔科部長

横田美幸氏

手術室の運営では、効率化とあわせて安全性の確保が必須です。手術室で何らかのトラブルが発生すれば患者・家族は医療不信を来し、重大事故の発生は経営にも大きな影響を及ぼします。

平均750床規模の大学病院では手術台1台あたりに1.59人の麻酔科医が配置されていますが、平均250床規模の一般病院では麻酔科医は0.67人でした。したがって後者は、問題があると言えます。

次に、経営に関するある施設のデータでは、病棟よりも手術による収入が大きく、実に収入の28%が手術料や麻酔料によるもので、当院でも28.3%を占めておりました。また原価構造を見ますと、外来に比べて病棟に関わる看護師の人員費率の高いことが分かり、これは7対1看護などに起因します。日帰り手術や1泊手術は、効率の良いことが分かります。この施設では、病床数を減らして手術室を増やし、さらに日帰り手術センターを開設しました。経済効率を考えると、こうした運営方法も考えられると思います。

入院患者は安全な手術を受け、良好な術後経過を経て退院

し、早期に社会復帰したいと希望し、これを叶えることは病院の果すべき役割の一つでありましょう。手術室こそが病院機能の中心であり、エンジンであると言っても過言ではありません。また、DPCでは手術件数が経営に大きく影響します。

手術部は病院機能の中心ですから、▽自分たちの病院は地域の住民や患者からどう評価され何を求められているのか▽どんな疾患をカバーしていけば良いのか?という病院経営の根幹に関わることを考慮し、手術室をどう効率化していくかを考えるべき時期にきています。もちろん時間管理、運営管理、合併症発生率の管理など、多面的な切り口によって手術室運営を適正化し、効率性を検証する仕組みづくりも重要です。しかし、それだけではなく、職員の使命感やモチベーションが業務の効率化や安全性に大きく影響するのではないのでしょうか?

このような理由により、病院のエンジンである手術室の周期間関係者(医師や看護師など)が自ら研さんを積み、「社会貢献をしている」ということを実感できるような環境作りをすることは手術室運営の効率化と安全につながり、ひいては医療の質の向上に大きく貢献することになっていきます。



## EHRのクラウド化で医療情報の横のつながりを強化

徳島大学情報化推進センター 情報マネジメント室長  
徳島大学病院 病院情報センター 病院教授・センター部長 森川富昭氏

病院情報システムでは、データを入力するだけでなく、入力されたデータをいかに活用するかが重要です。入力作業は外注化しても、経営データを外部に任せてはいけません。経営データとして生かせる人材を院内で養成し、医事業務をマネジメントできる組織作りを目指しましょう。

組織作りのためには、▽院長のリーダーシップ・ガバナンス▽スタッフとのミッション・病院価値の共有▽垂直統合と水平統合のマネジメント▽部分最適から全体最適が重要で、これを担うC I O (Chief Information Officer) を設置し組織を改革することが必要です。このC I Oを軸に経営戦略、業務改善を進め、常にP D C Aサイクルを回します。

徳島大学では、I S O 14001、同9001、Pマーク、病院機能評価の取得、電子カルテの全稼働、P A C S更新、D P C対策室の立ち上げ、医事改革プロジェクト、医事改革業務、外来サテライトなどを実施してきました。C I Oは病院とメーカーの間で、エビデンスに基づいた全体最適なシステム設計を目指しています。医師が患者のために診療を行うという本来の業務に時間を割けることが病院経営にとってはプラ

スになります。そのため徳島大学では、ペンタブレットによる次世代H I Sを開発、文書フォーマットもスキャナで読み取ったものを下地として使用しています。

病院情報システムでは、クラウドコンピューティングが大きな意味を持ちます。クラウドの利点は、▽S L A (Service Level Agreement) によるサービスの提供（要求されるアプリケーション、サービスによって定めた契約を締結）▽保守・維持管理費の削減▽高い可用性・冗長性の確保（容易に物理的に複数の場所に保存可能、災害対策を施したデータセンターへの設置）▽セキュリティの向上です。「どこでもM Y病院」のようなE H R (Electronic Health Record) をクラウド化すれば、医療情報の横のつながりを強化することもできます。そしてE H Rは、データを経営に活かすだけでなく、二次利用として医師に情報を返せるようにすることがゴールだと考えています。

病院情報システムは継続性が重要です。そのためにはどのくらいを投資し続けられるかを含め運用方法をよく検討した上で導入すべきだと考えます。

## 感染対策は現場に即した対応を

自治医科大学附属病院 感染制御部長・感染症科科長 森澤雄司氏

感染対策とはマネジメントの一環です。患者さんのためではなく単にコストカットを最優先したアプローチは医療では許されません。残念ながら現在は本当に患者さんのためになっているかはあまり議論されていません。ビジネスがどうかを決めるのは顧客であり、私たちが医療を提供する相手として患者さんが顧客であるという認識は忘れるべきではないのです。医療行為は非常に専門性が高く、例えば血管内カテーテルや気管内挿管など非生理的で感染リスクの高いことも行いますから、みんなで協力してそれらの関連感染を起こさないように共通認識を持つ必要があります。

感染対策の基本は隔離予防策で、体系的に見るとまずはすべての患者さんを診る時に守るべき標準予防策があり、加えてどういう病態かによって接触、飛沫、空気それぞれの感染予防策があります。1番大切なのは標準予防策であり、これはかつてのような流水と石鹸による手洗いでなくアルコール消毒が中心です。すり込ませればいだけなので、いつでも誰かと話しながらでもできます。自治医大では全病室に手洗いの設備があり、そこにアルコールを置いてあります。もう

1つ大切な点は採血など血液や体液に触れる時には手袋をするということです。当病院ではすべての病室の前に手袋とエプロン、マスクを置いてあるため、ないから出来ないとは言わせない対策を取っています。このように感染対策を徹底するためには標準的に道具を整備しておくことが重要です。

日本は医療費を抑える流れが続く、あまり院内のテクノロジーにはお金をかけることができず、医療者の人手も足りません。だからやすいテクノロジーをどれだけ少人数で賢く使いこなすかを工夫していく必要があります。

2006年に米国の多剤耐性菌のガイドラインが出て、訳したものも出ているため、国内の病院でも耐性菌対策はこれに従っているところも多いと思います。しかし、米国と日本の病院の状況が同じということはありません。その部分を差し引いて活用する必要があります。患者さんの背景によっても異なりますし、それぞれの病院や病棟でどのくらいリスクがあるかによって対応を変えていけばいいと思います。感染対策に絶対の正解はありません。大事なのはリスクアセスメントであり、現場に即した対応をすることなのです。