

会長講演

医療と病院経営

阿部 薫

横浜労災病院長

(平成16年1月29日受付)

(日職災医誌, 52: 83—90, 2004)

1 はじめに

平成15年11月の第51回日本職業・災害医学会学術大会をパシフィコ横浜アネックスホールにおいて、横浜労災病院が当番病院となって開催した折に標記のような題で、会長である私にプログラム委員会から講演を依頼された。この学会の会長講演としてふさわしい題であるかは問題があるにしても、平成16年4月からは労働福祉事業団は労働者健康福祉機構と名が変わり、独立行政法人として再出発することが決まっており、加えて、ここ数年間は病院における診療の適切化、効率化、ことに病院毎の収支が大きな問題となっていることは事実である。私が平成11年に横浜労災病院長に赴任して以来、大きな問題として努力してきたことの1つが収支差の改善であり、また、この問題についてはほどほどの実績をあげることが出来たとも考えている。そこで、私は病院経営のプロでもなければ経済評論家でもない、臨床腫瘍学を専門とする一人の人間が、横浜労災病院長としてこの病院を実際にどのように動かしてきたかを可能な限り具体的にお伝えしてみたいと考えている。そして、それが医療というものの本質と、どのように関連しているかも考えてみたい。私のここで述べたことがお聞きいただけた方々の心に何かを残すことができたならば、それは横浜労災病院の全ての職員の日々の診療の努力に帰されるべきものと考えている。最後に、司会の労をお執りいただいた、大阪労災病院長の鎌田先生に感謝を申し上げる。

2 横浜労災病院の概要

横浜労災病院は平成3年6月に400床で開院、平成4年より現在の650床となり、標榜診療科23の、新幹線の新横浜駅前にある総合病院である。平成14年4月1日現在の職員数は、医師145、看護師498、薬剤師21、その他医療職80、事務職43、嘱託職員241、計1,028人であり、外来患者数は1日平均約2,236名、入院患者数は1日平均627名、平均病床利用率96.5%、平均在院日数15.8日と

いう大型の病院である。平成14年度における新患率は13.4%、紹介率は45%、また1日平均救急患者取扱数は64名、このうち救急車による搬送は17.4名で、これは人口350万の横浜市においては第1位の成績である。

3 収入と支出

本日取り上げた最も大きな問題である年度毎の収入と支出を表1に示した。平成3～5年度は、開院当初であり赤字となっているが、平成6年度以降の収支差は黒字となっている。ことに平成12年度には前年に比し、ほぼ10億の黒字の増加を記録している。私が平成11年4月に院長として赴任しているのであるから、私が院長になったことが、いささか関連していると申し上げてもよいのではないだろうか。しかもこの表から明らかなように、収支の改善は収入が増えたことよりも、“支出が大きく減った”ことに由来するということにご注目いただきたい。具体的に支出の削減について試みたものを、私の記憶の中から拾い上げ表2に示した。まず、不要なものを中止したことである。具体的に1つを挙げてみると、横浜労災病院では開院以来、全てのX線画像を光ファイバーに移して保存していた。これは必要なときに放射線部に来て取り出して見ることができるよう仕掛けになっていた。しかし、実際には診断にあたっては、また

表1 収入・支出
(横浜労災病院)

(単位：百万円)

| 年度 | 収入 | 支出 | 収支差 |
|----|---------|---------|---------|
| 3 | 47億0.7 | 68億5.4 | ▲21億4.7 |
| 4 | 109億9.4 | 121億2.4 | ▲11億3.0 |
| 5 | 129億1.1 | 131億4.1 | ▲2億3.0 |
| 6 | 139億0.7 | 138億4.5 | 6.2 |
| 7 | 150億5.7 | 144億5.5 | 6億0.2 |
| 8 | 158億2.8 | 153億2.5 | 5億0.3 |
| 9 | 161億4.4 | 159億6.1 | 1億8.3 |
| 10 | 164億1.9 | 161億6.5 | 2億5.4 |
| 11 | 166億6.5 | 162億3.7 | 4億2.8 |
| 12 | 168億5.0 | 154億5.3 | 13億9.7 |
| 13 | 158億2.2 | 143億3.1 | 14億9.1 |
| 14 | 163億5.9 | 154億6.6 | 8億9.3 |

表2 支出の削減

- | |
|-----------------------------------|
| (1) 不要ものを中止する |
| (2) 外注の見直し |
| (3) 医療機器の適正配置 |
| (4) 診療の適正化 |
| (5) しかし |
| (a) 病棟は明るく |
| (b) システムトリーブの導入 |
| (c) 消化器病センター外来の新設 (外科と消化器科の合併) |
| (d) ナースコールと直結した PHS の導入 |
| (e) 研修医・専修医に院長の気持ちとして別途手当てを渡した等 |

後から画像を見る場合も、全て実際のレントゲンフィルムを使用して行われており、過去10年間の間に実際にこの装置が用いられたのは3件しかないことが分かった。しかし、放射線の技師たちは毎日時間外の仕事として、その日に撮影したフィルムを光ファイバーに落とし込むこと続けていたのである。これは使用していた光ファイバーがもう新しいものに切り替わり、当院にあるような古いタイプのものがもうなくなるということから分かった。これは明らかに無駄であり、使われていないものは記録に残す必要はないということから、分かったその日に中止を決めた。誰も反対しなかった。反対する理由も見つからなかったようである。ただし、後に述べるように、レントゲンのフィルムはシステムトリーブを導入してきちんと整理することにした。

毎日多くの書類に印を押しているとき、これは何日前に押したのではないかというものが時々あった。聞いてみると、前のものはAというところへの外注で、これはBというところへの外注であるとのこと。すなわち、外注がいくつもの業者に分散されていたのである。このような問題が重なり、全ての外注を一括して見直すことにした。当院はそれだけでなく嘱託職員の多い病院である。この問題については事務サイドが本当によく努力してくれたと思う。具体的にどれ位の支出の減になったかは分からないが、この部分が大きく貢献していることは疑いのない事実である。

病院においては医療機器、殊に大型のものは高価であり、また当院のように10年経ったような病院ではどのように新しいものと入れ替えるかは大きな問題である。職場の医師たちは、業者からの教育もあると思うが、とにかく最新、最高のものを要求してくる。自分のものを買う場合には数万円のものでも2~3日は最低考えるのに、病院のものとなると何億、何千万円というようなものでも平気で次々と要求してくる。それも、昨年要求にはなかったようなものまで挙げてくるのである。私は国立がんセンター時代からかなり長い間この問題にはタッチしていたので、医療機器についてはおそらく、用度課、会計課のどの職員よりも豊富な知識を持っている。早く言えば、決して騙されないということである。これ

なくしては病院における医療機器の適正配置はできない。院長にはいい加減なことは言えないということが分ると、各診療部長もきちんと考えるようになる。そして数年間に渡り、医療機器の更新を計画的に考えるようになる。しかもその購入計画も、後に述べるような、自分たちの診療実績と似合ったものになってくるのである。

診療の適正化、これは医療の質とも深い関わりがある問題でもあり、次に項を改めて述べてみたい。しかし表2にもまとめて示したように、支出の削減ばかり考えていたのでは病院の活性化が失われる。私は病棟は病める人が生活する場であり、暗くしてはならないと考えている。そこで病棟においては1つおきに間引いていた蛍光灯を全部点けて明るくしてもらった。後ほど計算してもらったが、これによって失われる経費は、当院のサイズで年間70万円とのこと。また医事課のフロアが見えないまでに置かれていたX線フィルムのため、約1億かけてシステムトリーブを導入、きちんと整理し、取り出しやすいようにした。そして平成15年には外科と消化器科を合併し、消化器病センターを立ち上げ、以前からプライバシーを守るのかと心配されていた外来を改築した。移動したスペースは処置室などに改装し、外来の質はとみに向上した。同じく平成15年にはナースコールと直結したPHSを導入、看護のやり方に大きな改善が期待されている。

当院の研修医、専修医は約60名いるが、実によく働く。しかし彼らに支給される給料はあまりにも安すぎる。ボーナスの時には明らかに不満を感じる人も少なくないはずである。これに対しては病院長の感謝の気持ちとして、事務サイドの努力により、2年目の人に対しては10万円、1年目の人には5万円をお支払いしている。このような気持ちは病院の活性化を保つためには重要なことではないだろうか。

4 部門別収支

図1に平成11年度における部門別収支を示した。何故このような部門別収支を出すことにしたのかについてはいくつかの理由がある。その1つを具体的に述べてみると、この病院においては循環器のグループが収入が最も多く、以前は収入しか明らかにされていないこともあり、病院で一番よく働いているのは自分たちのグループであるという姿勢で全てのことに対処していた。それはベットの配分であり、医師数、医療機器購入など多岐に渡っていた。そこで私は当時の松倉局長、高野次長などと相談、その協力を得て、支出の計算を各部毎に明らかにしてもらった。それを図にしたものが図1である。

そう思うに至ったのにはいくつかの理由がある。私は収入だけで、支出が分からなければ、その診療科の適切な評価はできないということ考えたが、そのヒントと

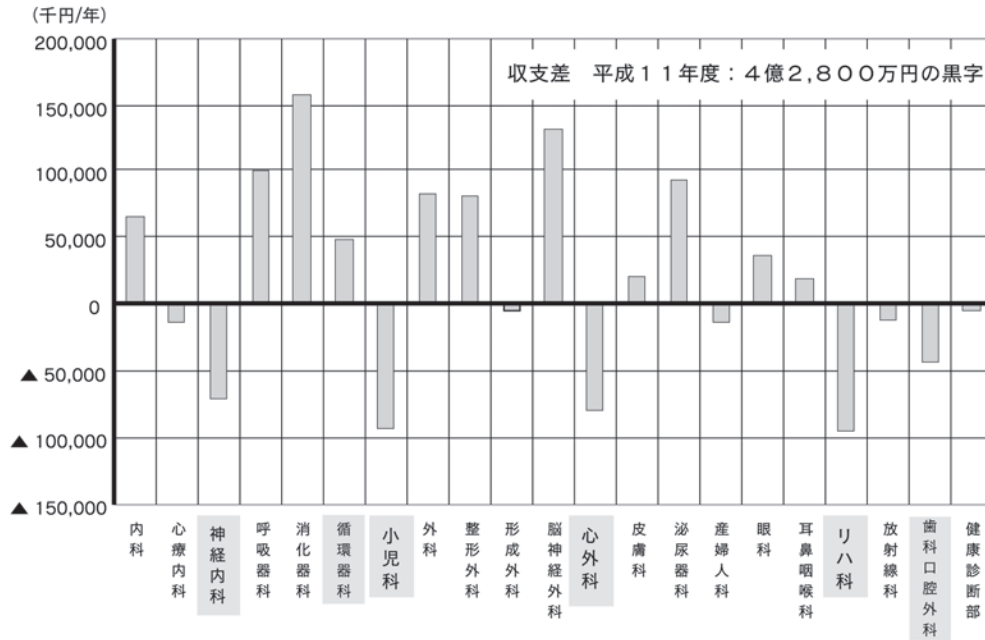


図1 部門別収支 (I)

なったのは本部で出しているデータの中で、この病院のこの診療科は100円の収入を得るためにはいくらの経費、例えば103円であるとか97円であるとかという表があったことである。この計算が本部でできるのであれば、自分の病院で各診療科の経費が計算できるはずである。しかも自分のところで計算すれば、その分子、分母について全ての因子が分かっているのだから、いろいろ問題があっても十分に対応できると考えたからである。

図1の結果を病院でオープンにしたとき、その反響は非常に大きかった。循環器科は収支で見ると決して大きなことは言えず、殊に循環器外科（心外科）の赤字は年間8,000万円にも及ぶことが明らかになったのである。多くのグループから文句が寄せられた。こんなはずはない、俺たちはもっと働いているというものから、計算のやり方を詳細に説明しろというものまでいろいろなものがあった。事務サイドは一生懸命に対応し、また対応することにより計算のやり方が変わって多少赤字が減ったり、黒字が増えたりはした。しかし、大抵はあまり変わることはなかった。この間いろいろな議論が行われ、最終的なものがこの図1であるが、これらを議論する中で計算の仕方のみならず、診療のあり方、その適正さ、そして問題点が明らかにされていった。この話し合いこそが私は横浜労災病院における大きな経営の改善であったのではないかと考えている。

お互いに話し合っていて考えてこそ、病院の改善が行われるのではないだろうか。これは私たちの得難い貴重な経験であった。なお支出の計算の仕方の概略は表3に示したが、その詳細については字数の関係も含め、他の機会に譲ることにする。

表3 支出明細の概略

| |
|---------------------------------------|
| 給 与 費…自科（医師） +職員数の比率（その他の職員） |
| 経 費…直接分けるもの+燃料・光熱費など （部門別の床面積にて配分） |
| 共通経費…職員数の比率により配分 |
| 器械備品…各部門別+利用頻度により按分 |
| 重要だったのは…結果についての議論!! |

5 診療の適正化

表2に示したもののなかから、診療の適正化について少し詳細に述べてみたい。診療の適正化にはいろいろな考え方があり、いかによい医療が行われているかということが重要であるが、今日の医療事情においてはそこでの診療の収支もきちんとしていることが重要である。勿論、病院が生きていくためには黒字の経営が必要であるが、赤字である場合には、そこで行われている医療が病院全体から見て必要なのだからという皆の理解がなければならないであろう。

表4に循環器科（内科）と心臓血管外科の部門別収支を示した。循環器科は多くの人数であれだけ働いても収支差は1,000万円しかなく、心臓血管外科に至っては8,000万円の赤字となっている。収支を十分に検討した結果、人が多すぎ、材料費もかかりすぎであると結論された。たまさか循環器科の部長が大学教授に御栄転となり、また大学の方の事情でもう一人の医師が大学に戻った機会に、これらこのポストの後補充を行わなかった。また、入院体制についても表5に示したように、ベット数を7床減らし、それに伴い看護師も6名減らして5：5

表4 部門別収支 (I)
(平成11年度)

(単位：万円)

| | 循環器科 | 心臓血管外科 |
|------------------|-----------|-----------|
| 収入 (I) 入院・外来等 | 21億 6,460 | 5億 2,106 |
| 支出 | 給与費合計 | 2億 3,001 |
| | 材料費合計 | 13億 3,815 |
| | 経費合計 | 2億 8,487 |
| | 共通経費 | 723 |
| | 器械備品 | 7,932 |
| 支出合計 (II) | 21億 5,478 | 5億 9,998 |
| 収支差 (I-II) | 983 | ▲7,893 |

表5 入院体制の変化
(横浜労災病院, 循環器科+心臓血管外科)

| | 平成11年度 | 平成14年度 |
|-----------------------|------------|------------|
| ベット数 (CCU + P-CCU) | 57 (29) | 50 (24) |
| 医師数 | 14 | 12 |
| CCU + P-CCU 看護師数 | 36名 5:5 | 30名 4:4 |

* CCU ; Coronary Care Unit

P-CCU ; Post Coronary Care Unit

の勤務体制を4:4に改めた。

これに加え、部門の医師をはじめ全ての人々が医療機材などの選定に気を配るなど、多くの努力が積み重ねられた結果、収支は表6に示したように、平成14年度には明らかな改善が認められた。これには私自身も驚いている次第である。

表7に神経内科の場合を示した。平成11年度には1億近い赤字が計上されている。神経内科のグループも院内の動きに伴っていろいろな経営努力がなされた。しかし大きな因子となったことは、診療部長が替わったことであつたと思われる。以前の部長は医師としては立派な方であつたが、病院としては問題があつたと言わざるを得ない。彼は医療は患者のためにあると考えていた。当たり前のことである。しかし、患者が望めば夜7時過ぎまで外来で診療をする。退院時期も全て患者の希望を優先するとなれば、神経内科という診療の性質上赤字となることは避け難いことであろう。私は何度も彼に病院が利益を追求してよいのかと言われたものである。利益を求めないなら、病院長ではないであろう。しかし、運良く彼も御栄転されたこともあり、その後の職員の努力も実つて、表7からも明らかなように、平成14年度にはわずかではあるが黒字に転じている。わずかとはいえ、1億近い赤字が消失したのだから大したことである。

このようないろいろな成果を各診療科別に平成11年と14年を一緒に示したのが図2である。これからも明らかなように、平成14年度においては、リハ科を除く全ての診療部門における赤字が消失している。説明しな

表6 部門別収支 (II)
(平成14年度)

(単位：万円)

| | 循環器科 | 心臓血管外科 |
|------------------|-----------|-----------|
| 収入 (I) 入院・外来等 | 19億 2,720 | 5億 3,493 |
| 支出 | 給与費合計 | 4億 5,873 |
| | 材料費合計 | 10億 5,888 |
| | 経費合計 | 2億 9,102 |
| | 共通経費 | 536 |
| | 器械備品 | 3,907 |
| 支出合計 (II) | 18億 5,306 | 5億 2,621 |
| 収支差 (I-II) | 7,414 | 873 |

表7 部門別収支 (III)
<神経内科>

(単位：万円)

| | 平成11年度 | 平成14年度 |
|------------------|----------|----------|
| 収入 (I) 入院・外来等 | 7億 9,467 | 8億 3,279 |
| 支出 | 給与費合計 | 3億 5,621 |
| | 材料費合計 | 2億 6,474 |
| | 経費合計 | 2億 2,806 |
| | 共通経費 | 382 |
| | 器械備品 | 3,920 |
| 支出合計 (II) | 8億 9,202 | 8億 2,731 |
| 収支差 (I-II) | ▲9,735 | 548 |

つたが、小児科の赤字が解消したのは、この間に6床のN-ICUを立ち上げたこと、その他医療法の上で小児科には小児入院料加算(1:1.5看護)など有利な変更があつたことも重要な因子である。リハ科は可能な限り縮小に努め、急性期リハの方向にもっていくように努めたが、赤字の解消までには至らなかつた。しかし、このような収支の改善は病院全体として見たときには大きな変化であり、各診療部門の総体が病院であるならば、このような部門毎の収支改善努力がなければ、病院の経営改善の努力にはならないであろう。

今回、詳細は省くが、外来患者数はできるだけ少なくする(1日2,500人→2,000人以下に…今日まで達成されていない)、平均在院日数も可能な限り少なくする(現在14.6日)、紹介率・逆紹介率を上げる(平成14年度実績45%・58%)という方針を出し、医師は可能な限り外来は3時半頃までに終えて病棟に戻り、病棟での仕事をする、また各診療科においては、可能な部門では病棟医を置くなど、いろいろな試みが同時並行的に動いており、収支はその全ての成果であると言うことが必要であろう。

6 クリニカルパス

横浜労災病院においては現在71(実運用数)のクリ

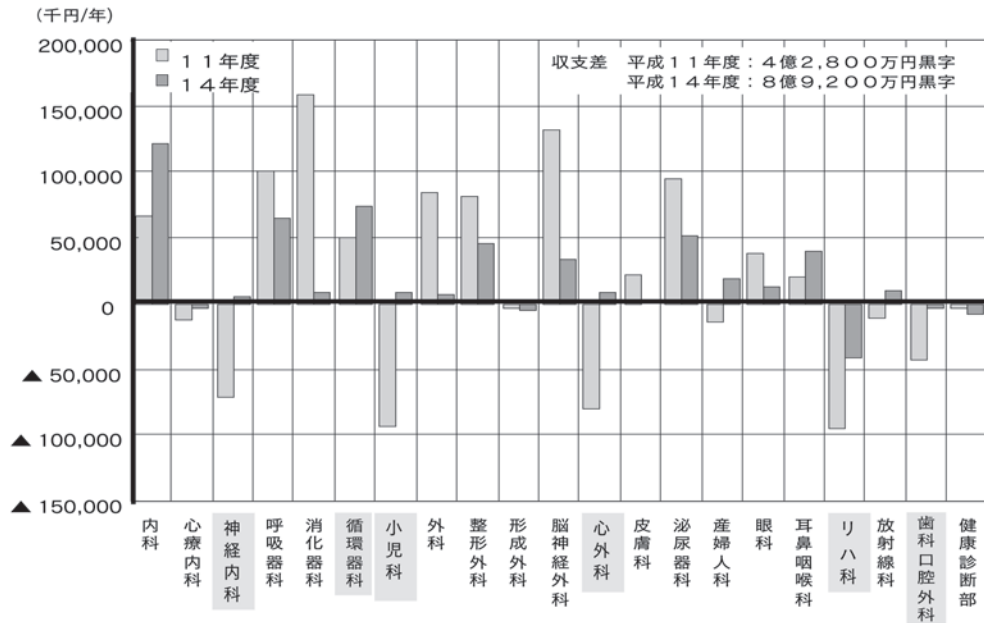


図2 部門別収支 (II)

ID

鼻 (局麻・2回手術入院) No.3

| 項目 | 月 日 (1回目術後7日目, 2回目術当日) | | 月 日 (1回目, 術後8日) (2回目, 術後1日) | | 月 日 (1回目, 術後9日) (2回目, 術後2日) | |
|------------|---|---|---|--|---|--|
| | 術前 | 術後 | | | | |
| アウトカム | ③心身共に安定した状態で手術に臨める | ④異常の早期発見 ⑤苦痛の軽減 | ④・⑤ | | ④・⑤ | |
| コンサルテーション | | | 服薬指導 (薬剤師) | | | |
| 医師説明 診察 | <input type="checkbox"/> ルート確保 (午後手術のみ) | <input type="checkbox"/> 手術結果説明 | <input type="checkbox"/> 診察 | | <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> ガーゼ抜去 | |
| 検査 一般指示 | | | | | | |
| 注射 内服 | <input type="checkbox"/> 手術室連絡 () 時 <input type="checkbox"/> 前投薬 ・ : オビスコ () ml 筋注 ・ : オビスコ () ml 筋注 <input type="checkbox"/> 生食 100ml・ドイル 1g 手術室持参 <input type="checkbox"/> 午後手術 ヴァーン D500ml 点滴 | <input type="checkbox"/> ソリタ T ₃ 500ml アドナ 100mg1A トランサミンS 1g1A 生食 100ml ドイル 1g 点滴 <input type="checkbox"/> ランツジール 3T3 × セルベックス 3T3 × | <input type="checkbox"/> ソリタ T ₃ 500ml アドナ 100mg トランサミンS 1g <input type="checkbox"/> 生食 100ml ドイル 1g AM PM <input type="checkbox"/> ランツジール 3T3 × セルベックス 3T3 × | | <input type="checkbox"/> ソリタ T ₃ 500ml アドナ 100mg トランサミンS 1g <input type="checkbox"/> 生食 100ml ドイル 1g AM PM 点滴終了抜針 <input type="checkbox"/> 吸入 (1日3回) <input type="checkbox"/> ランツジール 3T3 × セルベックス 3T3 × | |
| 活動 | <input type="checkbox"/> フリー | <input type="checkbox"/> 術後3時間ベッド上安静 その後病棟内フリー | <input type="checkbox"/> フリー | | <input type="checkbox"/> フリー | |

図3 クリニカルパス

ニカルパスが動いている。その全てが看護師主導によって作られたものである。とって看護のパスではない。その一部を図3に示したが、ここからも分かるように医療と看護のパスであり、使用する薬品名、量なども可能な限り具体的に記載されている。パスの作成が看護部情報委員会の主導によって行われ、医師では病棟マネージャーがこれに協力した。病棟マネージャーとは、横浜労災病院独自のシステムで、病棟における各診療科の責任者(病棟医でもある)という立場にある医師のことである。病棟におけることなら、診療のこと、患者のこと、入退院ベットのこと全てマネージャーによりコントロー

ルされ、全ての質問に対応することが求められているポストにいる人である。院長によって任命され、一定の期間で交代する。勿論人が少なく交代できない診療科があることも事実であるが。

こうして作成されたクリニカルパスは、診療情報委員会で認定された後に正式のものとなる。パス使用の場合には、カルテ記載を代行することになり、好んで用いる診療科も少なくない。例えば産科、眼科、泌尿器科などが使用頻度の高い科である。しかし、全体の患者数から見ると、パスによって診療されている患者さんの割合は15%程度であり、さらにパスの作成は続けられてはい

るが、今後もっとパスが必要なことは間違いがない。殊にパスに入って診療されていてもパスから外れる場合も少なくなく（バリエーション）そのような場合のパスも必要になるであろう。当院においてはお産、白内障の手術など、比較的診療過程が単純なものについてはパスが速やかに作られたが、今後、もっと複雑な病態に対するパスの作成が必要である。

パスの利用はカルテ記載が省略できるという問題よりも平均在院日数の短縮に明らかに役に立っている。また、患者さんにパスを見せて説明することにより、入院したその日に退院の日まで提示できるなど、その効用は計り知れないものがあると考えられる。殊に、電子カルテ化を迎えている当院においては、クリニカルパスの充実が大きく望まれるものであることは間違いのない事実である。

7 医療の質の評価

医療の質を何をもって測るかということ是非常に難しい問題である。患者の満足度をもって計るというのも一つの方法である。しかし、適正な医療と患者の満足度というものは決して相伴うものではなく、患者へのアンケート調査をもってよしとすることは間違いであろう。表8に私の考えをまとめた。以下いくつかの具体的な場合をお示しして、医療の質の評価という問題について考えてみたい。

(a) 病院機能評価

(財)日本医療機能評価機構によって客観的に評価される仕組みである。私は以前はあまりこのことを重要視していなかった。しかし、機構のあり方を見ているうちに、これは有効な方法ではないかと思うようになり、更に病院機能評価の認定の有無が診療費の部分にも一部反映されるような仕組みになってくると、これを無視するわけにはいなくなってきた。

横浜労災病院は(財)日本医療機能評価機構が発足した当時に、機構自体の模擬テストとして評価を受けたことがあったそうであるが、未だに正式の認定証はいただいている。そこで昨年(平成15年)8月6～8日に新しい評価法(Version 4.0)に基づく病院機能評価を受けた。しかし、実際には受けるまでが大変であったと申し上げたい。リハ大の許斐先生、浦添元本部理事などにご指導をいただき、また局長、庶務課長はすでに評価を受けている和歌山労災病院に向いて、いろいろな経験談などを仕入れてきた。そして、実際には各診療科にカルテの不統一があること、各病棟における指示の出し方、受け方など、各病棟に独特な方法があり、あまり統一されていなかったこと、また入院患者の投薬をどのように行い、また実際の服薬をどのように管理、チェックしているかなど、問題が山積していることが分かった。1カ月くらい前には、皆が評価を受ける自信は全くなかった

表8 病院における医療の質の評価

| | |
|---------------|--------------------------|
| (1) 病院機能評価 | …評価を受けることよりも、受ける準備に意味がある |
| (2) 病院のホームページ | …医療の内容を示すこと |
| (3) 治験 | …依頼額、依頼数 |
| (4) 研修医 | …平成16年度より必修 マッチング結果 |

のではないかと思う。しかし、評価の日が近づくにつれ、皆の顔つきが変わりだした。病院が見違えるほど整理・整頓され、あっと思うほどきれいになったのである。これは私も驚いたが、実際にやった職員たちも驚いたのではないかと思う。病院が明らかに違って来たのである。評価の当日、私は評価員の先生方の前で、つい本心が出てしまった。評価の結果よりも、私たちの病院がこれだけきちんと変わってきたことに驚いている、ということについて申し上げてしまったのである。それがよかったせいで勿論ないが、3カ月後、この学会期間中に私の手元に届いた知らせは、認定するというFAXであった。

このような状態がずっと続くのが望ましいことであろう。そこで、私たちの病院では年に何回かは、自分たちでこのような評価をしてみようと計画している。これから電子カルテを入れていくにあたって、その基本的な部分がこの病院機能評価によってむしろクリアにされたのではないかと感謝している。そして、よい、適正な医療というものは、やはり外部評価をきちんと受けることができる組織でないと行い得ないのではないかと考えている。

(b) 病院のホームページ (HP)

世は正にインターネット時代である。多くの病院がホームページを公開している。横浜労災病院でも4年くらい前よりホームページを公開しているが、その内容については毎年グレードアップを続けている。殊に今年のように臨床研修医のマッチング制度が始まると、当病院のHPのヒット数は急激に増え、現在総数約35万件、1日平均600件のヒットがあるという現状になっている。

ホームページについて私見を述べさせていただければ、私は大きく分けて2種類のものがあると思っている。1つは全くお役所の報告、法律の書き物のような、必要なことは全部書いてあるが、なんとなく読もうという気がしないもの、もう1つは読んでほしい、読んでいただきたい、できるだけ見やすく分かりやすいホームページにしようという、訪れて来られた方がすぐに出て行かないような気遣いが感じられるホームページである。どちらがよいかは言うまでもないであろう。

病院のホームページであるからには、その病院に行けば自分の病気が治るのか、治らないのか、専門家がいるのかいないのか等が患者さんとしては最も知りたいこ

とであろう。それならば、アメリカのように、医師のプロフィール、治癒率、軽快率、可能であれば必要な費用などまで掲示できればよいのかもしれない。しかし、現実的にはがんの5年生存率でさえ正確に掲示するのは難しい問題である。そこで私たちの病院では、昨年1年間に診療した疾患の名前とその患者さんの実数を数年前から各診療科のページに示すことにした。そしてここ数年は毎年リニューアルされている。

加えて、臨床研修医マッチング制度が開始されるに及んで、私たちは研修を希望する学生に、より具体的、かつ詳細な説明を行うべきであると考えた。その成果は昨年のマッチングで、当病院を選んでくれた学生が非常に多かったこと（第一志望者47名、定員15名）に表れていると考えている。今度は、これら研修医を失望させないように、どうしたらよりよい充実した研修ができるのか、今日現在皆で一生懸命考えている最中である。

(c) 治験

治験とは、厚生労働省の認可を受けるために必要なデータを、製薬会社に依頼されて作成することである。いわゆる市販後臨床試験も広い意味で治験の中に含まれると考えられる。いい病院、適切な医療が行われている病院、患者に信頼され、きちんとしたデータが集積できる病院でなければメーカーは依頼しない。治験とは客観的な評価が重要な面を占めている。治験の数がその病院評価の客観的指標の1つであると言えるかもしれない。間違えないでいただきたいのは、メーカーから依頼されるもの全てが治験ではないということである。安全性試験、市販後の副作用調査など、必要なものに混じって、メーカーが採用されたいがための依頼が主なものも混じっているという事実を見逃してはならない。病院の評価に値するのは、あくまで治験の数であり、その額である。

(d) 研修医

研修医はその病院に長く留まる人はむしろ少ない。前期研修2年間、後期研修とされる3年間にその病院におり、また別の病院に移るとか、大学に戻るとか、いろいろな方向がある。しかし、このスタイルも平成16年度から始まる新しい臨床研修医制度により大きく変わっていくと考えられている。殊に臨床研修医マッチング制度が採用されたことがこの方向に拍車をかけたと言っても間違いではないと思う。このことの詳細については他にもいろいろ述べてきたので、ここでは字数の関係で省略させていただくが、研修医の質、数から見た、また彼らの意見に基づく、病院の評価というものは、これから大きな因子になるものと考えられる。

8 医療と経営改善

表9に経営改善について私の経験に基づく基本的なものを5つ挙げた。どれもごく当たり前のことであると思う。そして実行してみればそれほど困難なことでは

表9 経営改善の基本

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 院長は各診療科部長と十分に話し合う (2) 院長は診療科のベット数を変えることができる (3) 院長は各診療科の医師の数をコントロールすることができる (4) 院長は看護部と十分に話し合うことが根本的に必要である 看護部のサポートがなければよい病院経営はできない (5) 事務部、殊に局長は院長の考えることを十分理解し、支えることが必要である |
|---|

表10 経営状況と診療内容

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 必ずしも相反するものではない (2) 親切であることが決してよい医療ではない 親切さで、医療の本質をごまかすな (3) 適正な医療…スピードが要求される (4) 経営状況のよい部門ほど診療内容も適正である 在院日数が少ない、説明も丁寧であるが早い、待ち時間も決して長くない |
|---|

ない。しかし、実行しなければ経営改善はないとも言える事項ではないだろうか。とは言うものの、ベットの数の調整は毎年4月に、そして医師の数のコントロールは後補充をするかどうかということを決めていかざるを得ないであろう。医師が退職した場合、そのポストはまず院長に戻すという原則を確立することである。その他、この表に示したのはごく当たり前のことであると思う。しかし、この当たり前のことさえ、普通に行われていないという病院もあるということも聞くが、本当だろうか。

9 まとめ

いろいろ述べてきた。しかし学会でお話したことで字数の関係で省略せざるを得なかったものも少なくない。例えば、横浜労災病院の臨床検査部、特に検体検査の部分は外注である。言い換えれば、外部の組織が当病院の中にあり、生化学的検査などを行っている。また薬剤部についても、平成12年4月より院外処方箋の発行を行い、平成14年度には78%が院外処方となっている。これらのよい点、悪い点などについては、学会のときにはいろいろ私見を申し上げたが、字数の関係でこれらも省かざるを得ないことをお許し願いたい。

私の話のまとめとして表10に経営状況と診療内容についての私見を提示した。ここでお話したような事柄に基づいて、私は経営改善と診療の適正さとは必ずしも相反するものではないと考えている。確かに医療はサービス業である。サービス業の基本には親切があると考えている。しかし、親切であることが必ずしもいい医療でないことも事実であるということを確認していただきたい。医療というものはあくまで、医学というサイエンスが基本になくしてはならない。

また、適正な医療にはスピードが要求されよう。白血

球増殖刺激因子（G-CSF）の認可が、在院日数の短縮という事実に基づいて決定された事実を思い返していただきたい。一日も早く正しい診断が行われ、適切な処置が行われることが、正に患者さんが求める医療そのものではないだろうか。

そして、少なくとも横浜労災病院における私の感じでは、経営状況のよい部門ほど診療内容も適切であるように思われる。これはエビデンスを欠くと言われても仕方がないが、今後このような見地から病院のあり方を考えていくことも重要ではないかと考えている。

横浜労災病院長として足掛け5年間の思い出を述べさせていただき、深く感謝している。私の話が何か皆様の

心に残すものがあるとするならば、それは横浜労災病院全ての職員の日々の診療に対する努力に帰すべきものであると再度申し上げて、私の話を終わらせていただく。ご静聴、有難うございました。

(原稿受付 平成16.1.29)

別刷請求先 〒222-0036 横浜市港北区小机町3211
横浜労災病院
阿部 薫

Reprint request:

Kaoru Abe
Yokohama Rosai Hospital
3211, Kozukue-cho, Kohoku-ku, Yokohama, 222-0036, Japan