

医師不足の本質から日本の医療を考える

長谷川 敏彦

日本医科大学 医療管理学教室 主任教授

講師 経歴

長谷川 敏彦（はせがわ としひこ）

日本医科大学 医療管理学教室 主任教授

学歴

- 1966年 4月 大阪大学医学部医学進学課程 入学
- 1972年 3月 大阪大学医学部医学進学課程 卒業
- 1980年 9月 米国ハーバード大学公衆衛生大学院修士課程 入学
- 1981年 6月 米国ハーバード大学公衆衛生大学院修士課程 卒業

学位及び資格

- 1972年 6月 日本国医師免許
- 1974年 1月 ECFMG合格
- 1976年 11月 米国ミシガン州医師免許
- 1977年 2月 米国ウィスコンシン州医師免許
- 1980年 11月 米国マサチューセッツ州医師免許
- 1981年 9月 米国外科専門医資格
- 1984年 6月 修士号 公衆衛生学 ハーバード大学
- 2002年 12月 博士号 医学東京大学

職歴及び研究歴

- 1972年 4月 大阪大学医学部付属病院外科系研修
- 1974年 5月 大阪厚生年金病院麻酔科勤務
- 1975年 7月 米国ウィスコンシン州ミルウォーキー市聖ヨセフ病院 外科レジデント勤務
- 1982年 7月 米国ハーバード大学公衆衛生大学院研究員、同時に同大学院予防医学レジデント勤務
- 1983年 8月 滋賀医科大学第一外科学教室助手
- 1986年 7月 厚生省健康政策局計画課課長補佐
- 1986年 7月 国立がんセンター運営部企画室長
- 1988年 4月 厚生省大臣官房老人保健部老人保健課課長補佐
- 1989年 7月 厚生省健康政策局計画課課長補佐
- 1989年 10月 国際協力事業団医療協力部医療協力課課長
- 1992年 7月 厚生省九州地方医務局次長
- 1995年 6月 国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長
- 2002年 4月 国立保健医療科学院政策科学部長
(国立医療・病院管理研究所、国立公衆衛生院が統合され、国立保健医療科学院発足)
- 2006年 7月 日本医科大学 医療管理学教室 主任教授

職歴及び研究歴（その他）

- 1986年 6月 滋賀医科大学第一外科学教室非常勤講師
- 1990年 4月 東北大学医学部公衆衛生学教室非常勤講師
- 1991年 4月 国立公衆衛生院客員研究員
- 1992年 4月 東京大学医学部国際保健大学院非常勤講師
- 1992年 9月 福岡大学医学部非常勤講師



- 1994年 4月 佐賀医科大学医学部公衆衛生学教室非常勤講師
- 1994年 6月 京都府立医科大学看護学科非常勤講師
- 1998年 4月 京都大学医学部公衆衛生学教室非常勤講師
- 1999年 4月 香川医科大学公衆衛生学教室非常勤講師
- 2003年 4月 京都大学医学部非常勤講師
東京都立保健科学大学非常勤講師
- 2004年 4月 香川大学医学部非常勤講師
名古屋大学大学院非常勤講師
山口大学 大学教育センター非常勤講師
東邦大学医学部非常勤講師
首都大学非常勤講師

現在の所属学会

- 日本がん学会
- 日本衛生学会
- 日本公衆衛生学会
- 日本病院管理学会
- 日本医学史学会
- 日本高血圧学会

学会役員等

- 臨床経済研究会 理事
- 日本ストレス学会 理事
- 日本病院学会 理事
- 医療マネジメント学会 理事
- 日本VR医学会 評議員
- 医療の質・安全学会 評議員
- 国際高齢化・世代学会
(World Aging & Generations Congress) 理事
- ISPOR日本部会 理事

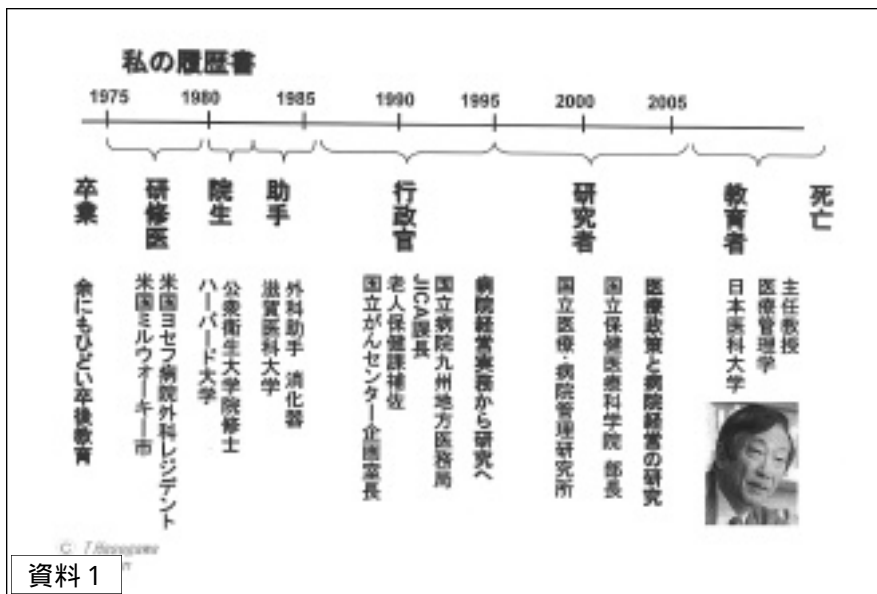
1. 日本の医師不足の現状と原因

本日のテーマは「人」です。武田信玄の「人は石垣、人は城」、豊臣秀吉の「人たらし」の言葉があらわすような経営の原点が病院にも戻ってきました。なぜ「人」なのでしょう。そして、その原因と対策は何なのでしょう。

物事には、一見原因であるように見える事柄の背景に本当の原因が隠れていることがあります。そのような背景をよく理解しなければ、人材と経営にとって有効な対策は立てられません。そして、その対策には、獲得、確保、育成、活用というステップをとっていく必要があるのではないのでしょうか。(資料 1,2,3)

1) 日本の病院経営の展望

病院経営は、この10年ぐらいの間に完全に変わりました。現場の病院ではすごく大きなパラダイムシフトが進んだのです。第1のシフトの方向は医療の質と安全です。私が医療関係に就職したころは、病院経営は収支の改善が中心でした。ところが、収支をどうするかということのみならず、結果をどうすればいいのかということも課題となってきたのです。確かに収支は持続可能性の最も重要な指標です。しかし、病院経営に関しては、結果的にどのようなサービスを提供するのかという課題で考えていなくて



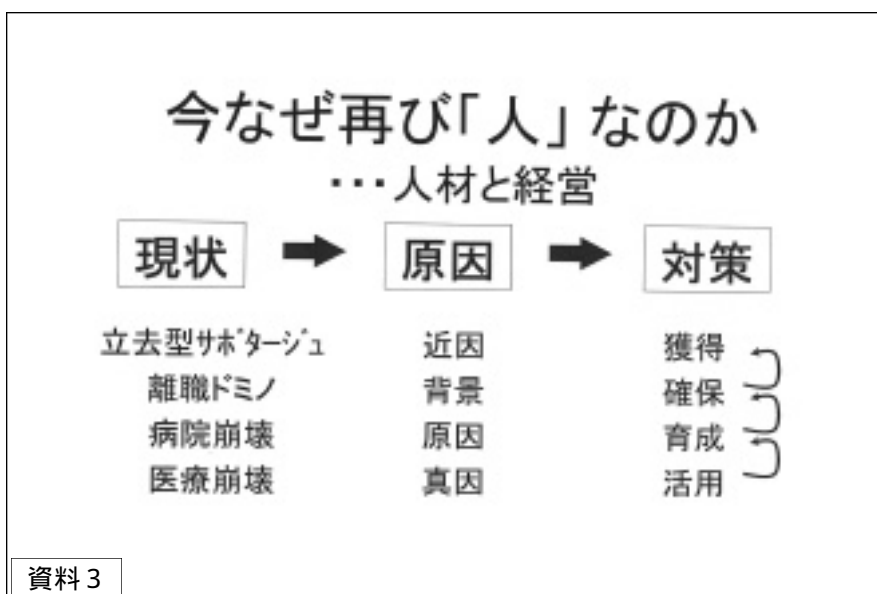
本日のテーマ「人」

経営の鉄則、経営の古典

人は石垣、人は城

人たらし秀吉

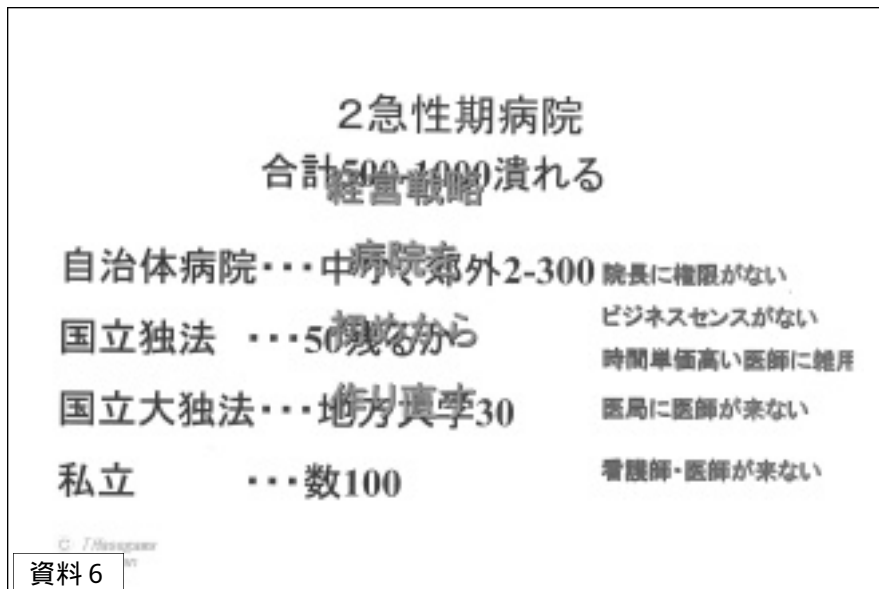
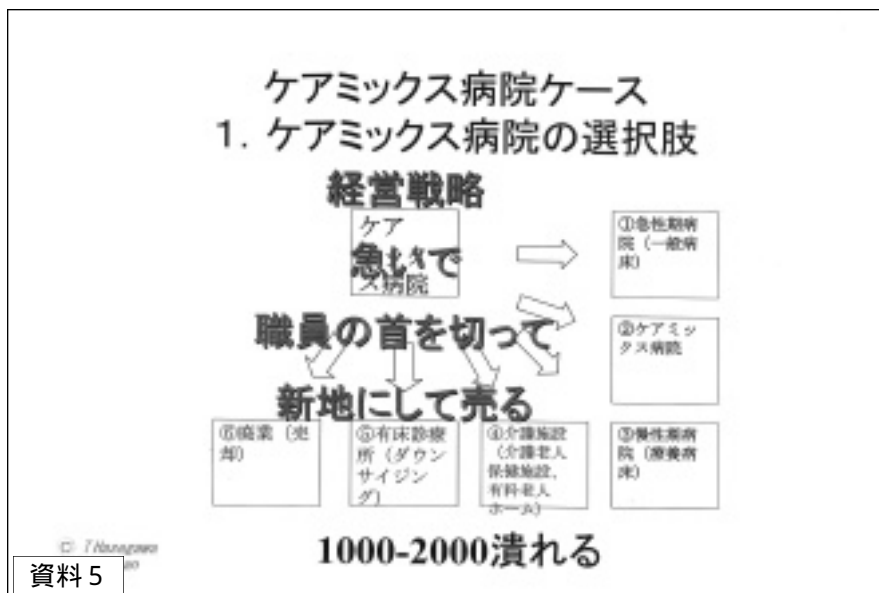
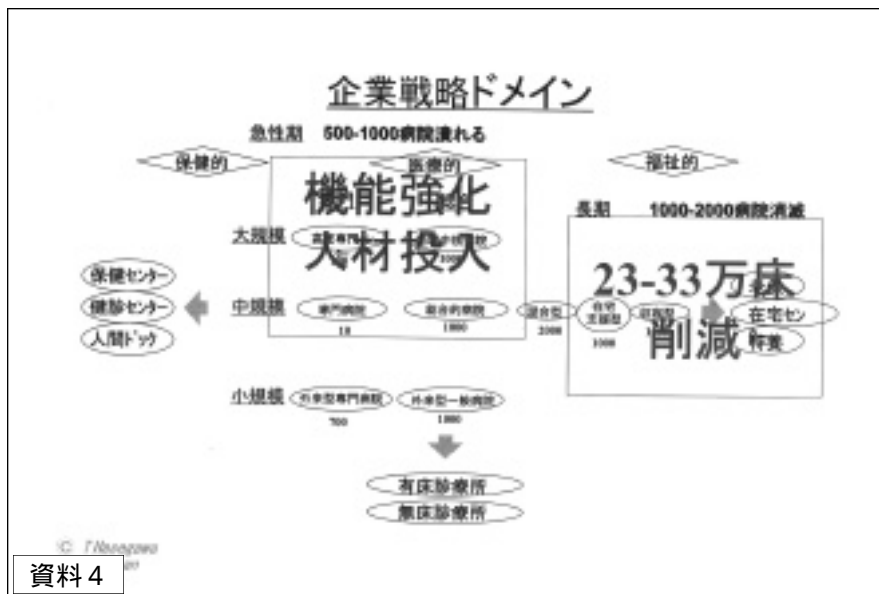
資料 2



はならないのです。

国民の期待、医療の質、安全性、効率、想定外のパーンアウト（燃えつき症候群）、こういった課題で病院の経営は危機に瀕しています。5年後の自分の姿を描けない幹部のいる病院は5年後には存在しないとまで言われています。

たくさんある企業ドメインのうち、二つの病院が異なった理由でつぶれています。長期ケア病院は、行政的な病床削減で23万床が減らされます。長期ケア病院の平均病床数は200～300ですから、約1,000～2,000の病院がつぶれることになります。ケアミックス病院の場合は、2000年前後から療養型病床に転換してきて、大きな借金を抱えている病院が多く、去るも地獄、残るも地獄といった展望がない状況です。一方、急性期病院はきっかけが若干違います。一番厳しいのは自治体病院です。郊外にある中小の病院は、なかなか医師がいついてくれません。しかし、自治体病院は院長に権限がなく、すべて議会で決定し、現場から不満が上がっても1年たたないと答えが出ないのです。そのうちに皆やめていく状況です。また、院長にビジネスセンスがなく、時間単価の高い医師に雑用を押しつけるなど、恐らく、急性期病院の中では自治体病院が一番苦しいのではないのでしょうか。国立病院は、昔は「50残るかな」



と言っていましたが、このごろは雰囲気が変わってきました。国立病院の事務長さんは優秀な方が多く、同じ病院に長く勤務しているため病院のことも詳しいのです。組織が変われば文化もかわるのです。ところが、国立大独法は、なかなか厳しいのです。特に地方の大学医局に人が残りませんでした。3年間人が来なかったら医局はつぶれてしまいます。医師不足の議論があるため大学自体はつぶれませんが、大学病院の経営形態は変わっていくのでしょうか。そして、私立病院は、看護師・医師が来ない状況です。（資料 4,5,6）

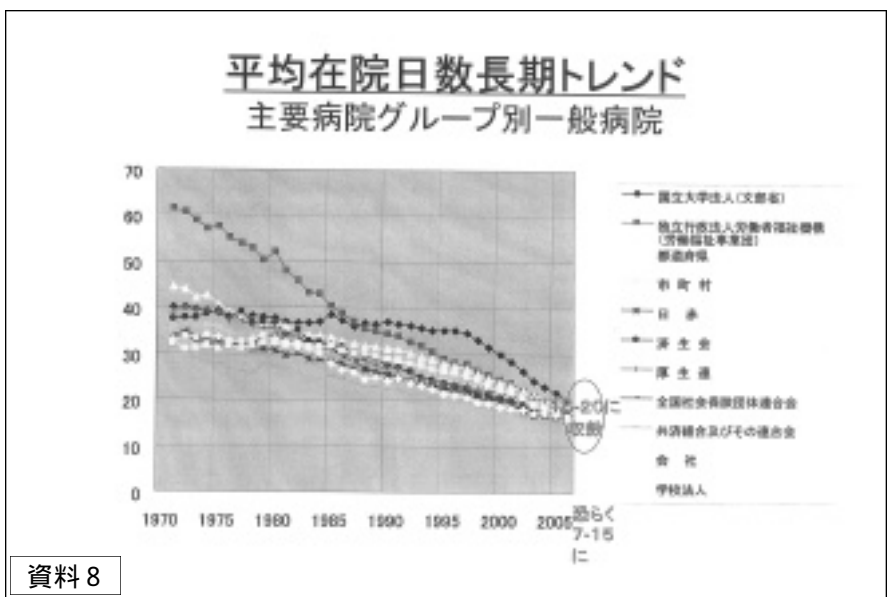
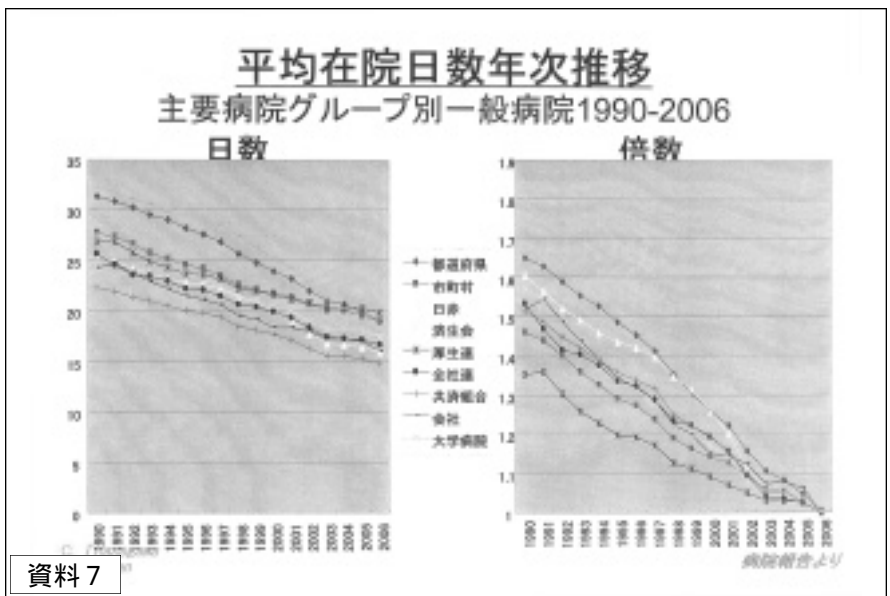
2) 離職ドミノ

この数年間、「人」をめぐる二つの現象がささやかれています。それは立ち去り型サボタージュと就職ドミノです。内科の先生が一人やめ、二人やめ、三人やめ、そして全員やめる。結局、負担がかかっていなくなるのです。呼吸器内科の先生方がやめると呼吸器外科が壊れ、呼吸器外科が壊れると小児外科が壊れる。そうすると病院が崩壊してしまうのです。病院が崩壊すると患者さんは次の病院へ押しかけ、そして次の病院も崩壊する。そういった離職ドミノが起こっているのです。特に大都市郊外圏で起こっていて、さらに厳しい状況になると、競争相手はつぶれてほしいが相手がつぶれると自分のところに負担がかかってくる状況になっています。（資料 7,8,9）

2. 医師不足の短期的展望と長期的展望

1) 1997井形委員会と2006矢崎委員会の結論

実は、2年前の矢崎委員会の統計的分析は私がやらせていただきました。その分析の結論は、病院医師は足りない、恐らく2022年ごろにはバランスがとれるのではないかという結論でした。問題は、現在足りない医師数をどう解決するかです。解決方法は二つあります。外国から医師を輸入することです。目の前にある医師不足を解決する方法はそれ以外にはありません。もし、その二つのオプションがとれないのであれば、現有勢力で生産性を高めるしかありません。



実は、1997年の井形委員会でも医師数推計の結論はほぼ一緒で、病院医師が足りない、しかし、2022年ごろにはバランスがとれるというものでした。別に操作したわけではないのですが、偶然同じ結論だったのです。ところが、井形委員会では、医師が足りないにもかかわらず、大学の入学定員を減らそうという、今から思えば、わからない結論だったのです。事実、1990年代当時は、医局にアンケートをすると、「既に医師過剰が深刻化している」「5年後には深刻化する」と言う人が多かったのです。2000年を越しますと、「過剰ではない」という意見がふえたのです。新聞に掲載された意見も、1990年代、1980年代は「医師が余っている」。2000年を越してからは「医者が足りない」と変わったのです。つまり、2000年前後に世論が変わったのです。それは瞬間風速で医師があまっていたのだと私は思っています。

1980年代前後は、卒業生がほぼ6,000～7,000人いて、卒業した分だけ医者がふえたのです。ところが、2000年前後にやめていく医師の数が急激にふえた。実は、戦争中に軍医だった3～5万人の方々（医師の団塊世代）が戦後に医師になったのですが、その方々がやめ始めたのがこの10年間ぐらいです。井形委員会後に、医師の団塊世代が減り、開業医が減り、病院医師が突然減少したということです。また、当時、医療計画で病床数を規制したのですが、医師があまった要因の一つです。ですから、井形委員会ときは瞬間風速で医師があまったわけです。本来であれば、むしろ入学定員をどんとふやしてすぐにやめる、それが正しい結論だったかもしれません。当時

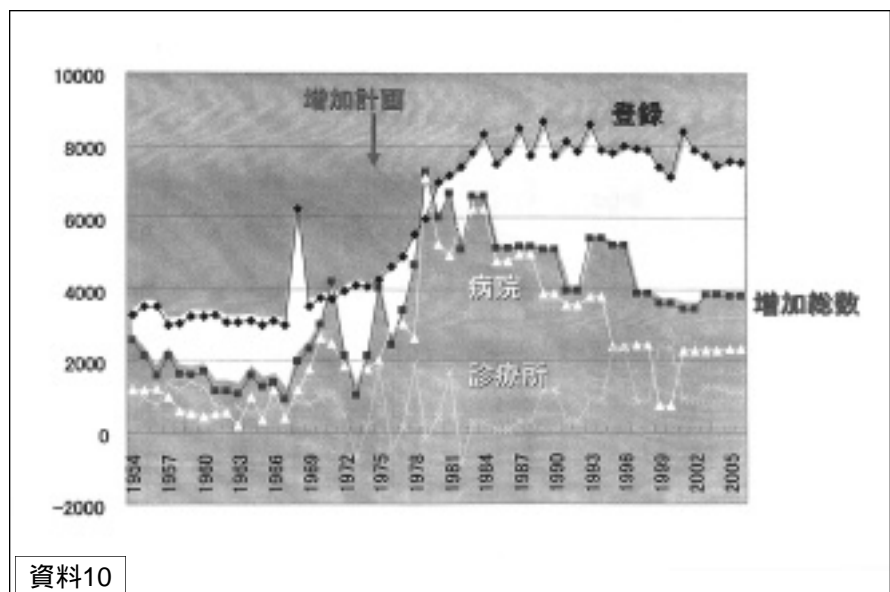
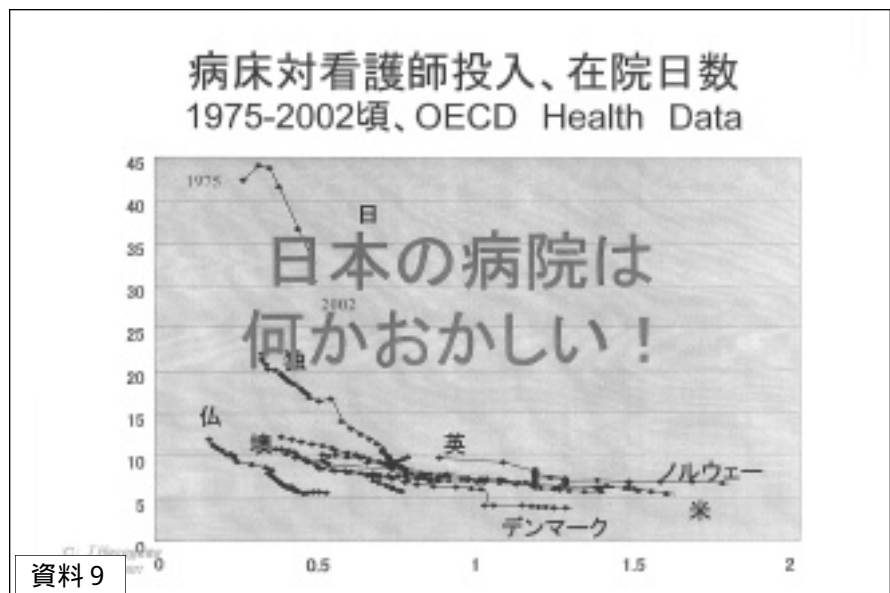
は、医師が余っていることをだれもが疑わなかったわけです。

2) 二つの隠れた原因と解説

医師の団塊世代の退職と初期研修制度により突然医師がマーケットから消えたこと、もしくは医学部が8年制になったことが、二つめの医師不足の現象論的な要因と言えます。ただ、その背景には、病院経営が大きく変わってきていると思います。（資料10）

3) 初期研修医の動向

初期研修制度の開始以前は、大半が大学病院で研修をしていました。例えば、8,000人の研修生



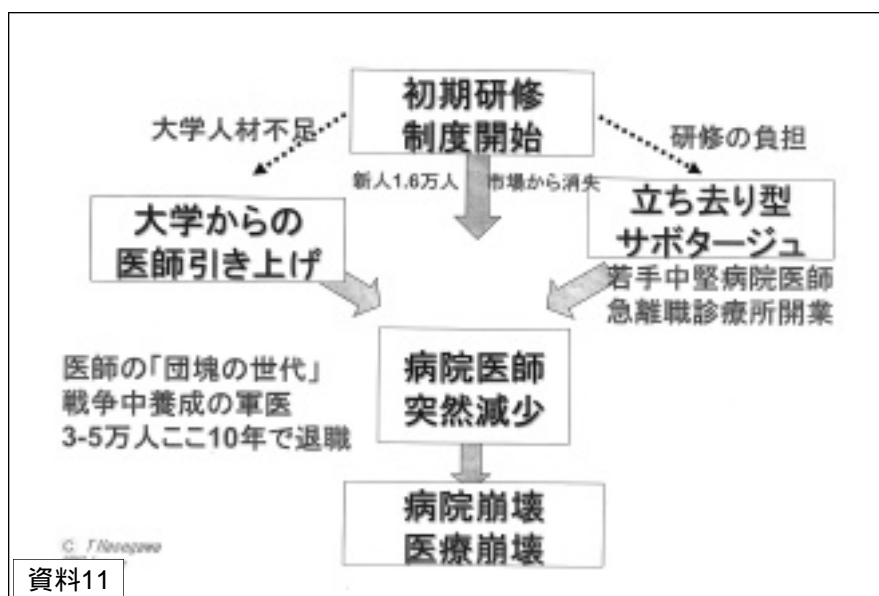
のうち6,000人までが大学病院だったのです。ところが、初期研修制度開始後は、大学病院から市中病院に移行したのです。それから3年、さらに大学病院以外に移行し、直近では市中病院のほうが多くなってきているわけです。

2007年の地域別初期研修採用実績を見ると、東京、関西、九州が多くなっています。ところが、その前からの動きを見ますと、2003～2007年の採用実績では、東京、大阪、福岡は減っているのです。それは、大学の採用が減ったからです。大学がたくさんある県は都会と田舎にかかわらず減っていて、大学の多い都会では特にたくさん減ったということです。例えば東京をとってみますと、400名減ったこととなります。

一方、市中病院は勝ち組で、どの県でもふえています。絶対数が多いため、特に東京や大阪や福岡では非常にふえています。悲惨なのは一部の地方大学で、特に岩手、青森、三重は10名以下となっています。次に、徳島、秋田が続いて、新潟でさえも20名を切っているという状況です。いかに大学が研修生を呼び戻すが大きな課題とされています。(資料 11,12)

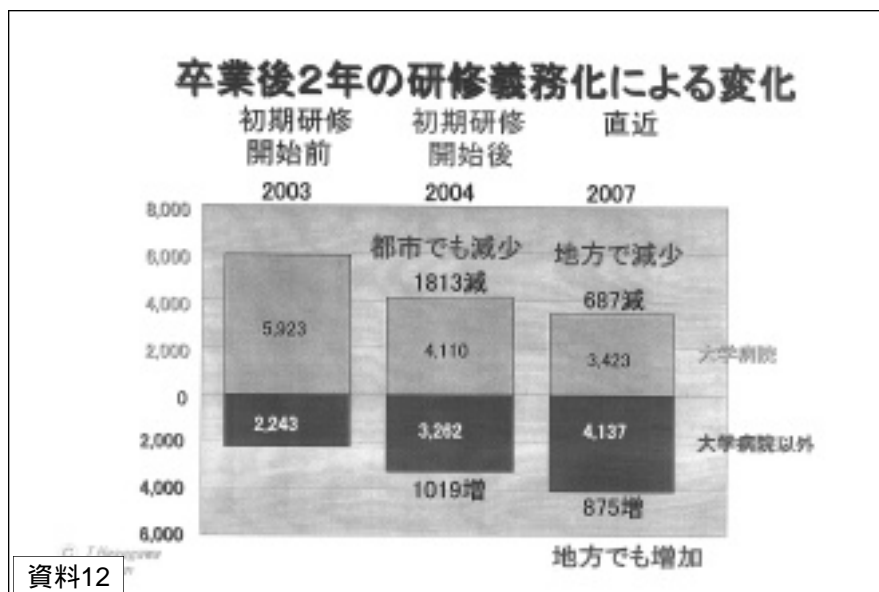
観が変わってきても、大きな内科、大きな外科は市中病院のほうがいいと、私の友人の病院長は、「来年か再来年が今後の動向を決める試金石になる」と言っています。つまり、2年間の初期研修が終わって3年たつと内科の専門医がとれます。それが来年なのです。初期研修を終えた内科・外科の専門医の方々がどこに行くのかが注目されることです。ただ、研修を終えて大学に戻る方は非常に少ないでしょうから、深刻な状況は今後も続くのではないのでしょうか。

地方は、主に大学病院から市中病院に移行しましたが、県外には余り流出していません。一方、東京は、一部は外部から戻ってきましたが、大学



4) 一時的ダメージの厳しさ

よく考えてみると、研修生にとって大学に行くメリットはあるでしょうか。実は、耳鼻科や眼科といった比較的人数が少ない科は、確かに、大学が地域の病院に供給していたり、症例も多いのですが、内科や外科といった一般的な診療科の場合、市中病院の方が症例数が多いのです。もし、よい指導員がいたら、市中病院に行った方が専門医をとりやすいのです。研修医の価値



病院から消えた500名の多くは自分の地元に戻ったのではないのでしょうか。各地方の大学は、その地域でどのように市中病院から自分のところに研修医を呼び戻す作戦になると思われます。

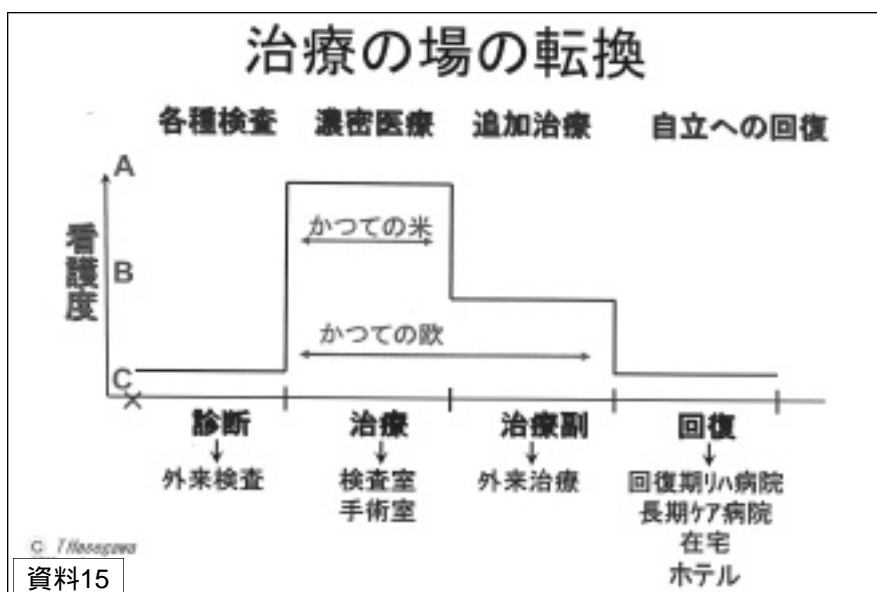
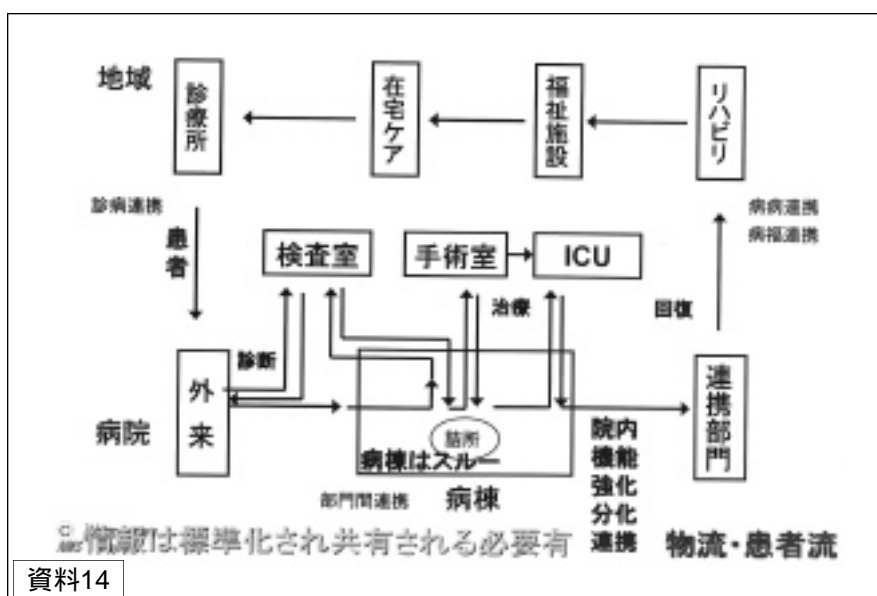
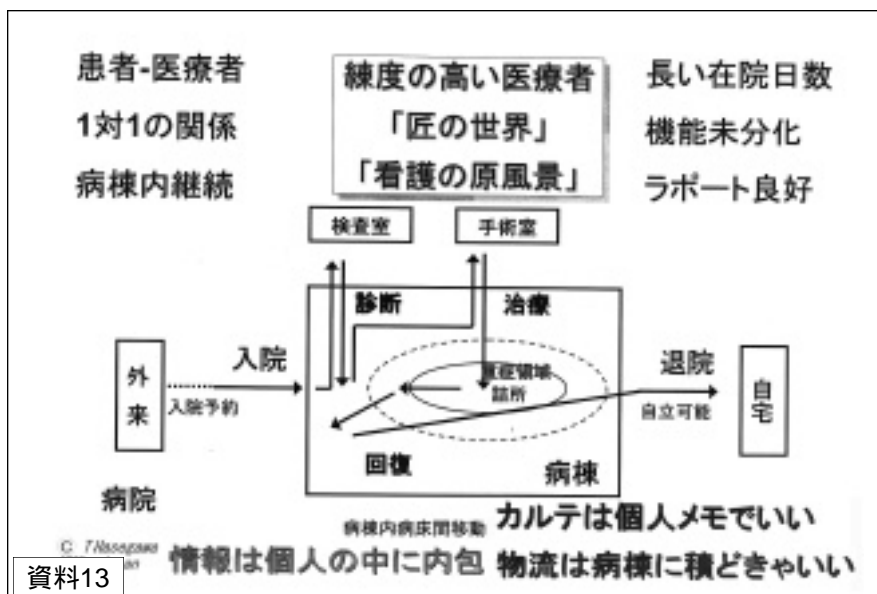
(資料 13,14,15)

3. 基本モデル

1) 医師離職モデル

ストレス調査の例として、仕事の量的負担と仕事のコントロールの関係、上司の支援と同僚の支援の関係を見てみると、男性は、仕事の負担が結構あり、コントロールは余りできていないということで、他職種に比べて医師にはかなり負担があるという数値が出ています。支援の関係は、上司の支援は真ん中ぐらいですが、同僚の支援が少ない数値になっています。また、女性の場合は、負担が男性よりも少し多い数値が出ています。

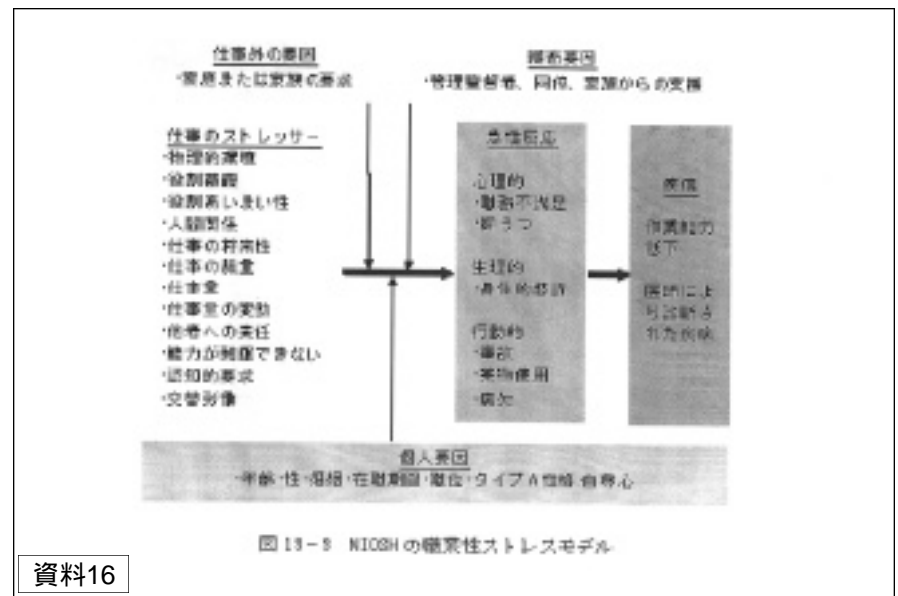
報酬 (Reward) と負担 (Burden) のバランスモデルでは、当然、報酬がマイナスに傾くと離職していきます。収入、職業満足、キャリアが報酬で、仕事量増加、訴訟リスク急増、支援の欠如が負担なのですが、近年では、自分自身がどう思われているか (セルフエスティーム理論) ということも職業満足につながると言われています。確かに、救急などは、大変忙しくてしんどい、しかし、患者さ



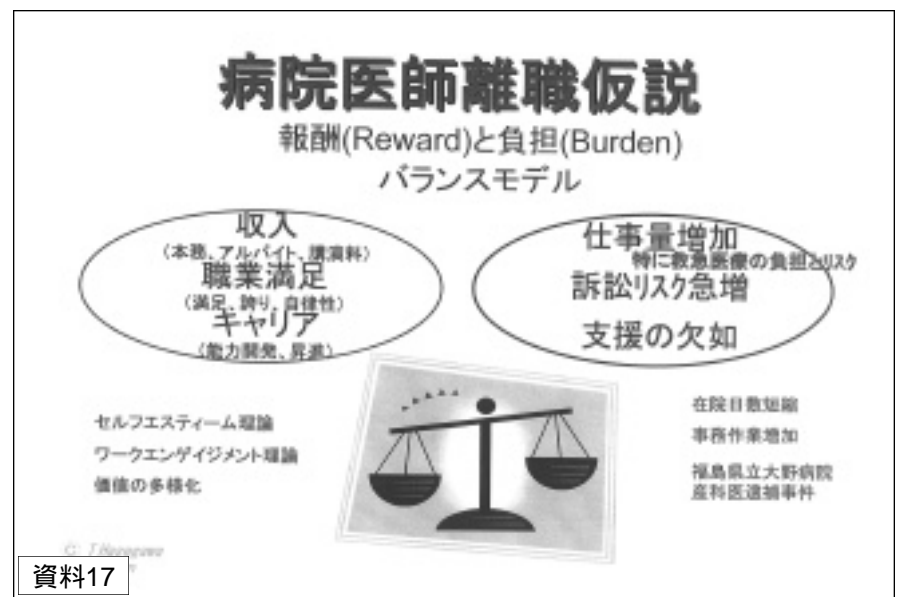
んの「ありがとうございます」の一言で疲れが吹っ飛んだりするのですが、最初から診るのが当たり前という態度になるとストレスが高まってやめていくことになるのかもしれませんが。ワークエンゲイジメント理論もしくは価値の多様化は、当然、女性の場合、多くは家庭や子供さんと仕事のワークライフバランス、あるいは価値のバランスが問題になることが多かったわけですが、近年では若い男性もそうようになってきていて、その部分への対応も考えていかなければいけない状況になっています。負担のほうは、平均在院日数短縮、事務作業増加、訴訟リスクの急増によるものということです。(資料 16,17)

2) キャリアモデル

これまでの医師は、最低限6~7年の研修を終えて、市中病院に行くか、開業するか、場合によっては教官の道を選んで大学に残るか、こういうプロセスになっていました。私もつくづく思うのですが、50歳を過ぎると、なかなか徹夜ができない。やはり、急性期病院の現場を務めるのは無理なのです。ですから、大体40代前半から50代にかけて管理職に移っていきます。こう考えると、医師は効率の悪い商売です。1年間にたった80~100人しか患者さんを退院させない、一生の間には2,000~3,000人です。ところが、たった2,000~3,000人の患者さんを退院させるための勉強に4万時間かかるのです。ですから、ほかの職種が上手に支援



資料16



資料17

をして、医師の能力が発揮できるようにするべきではないかと思えます。

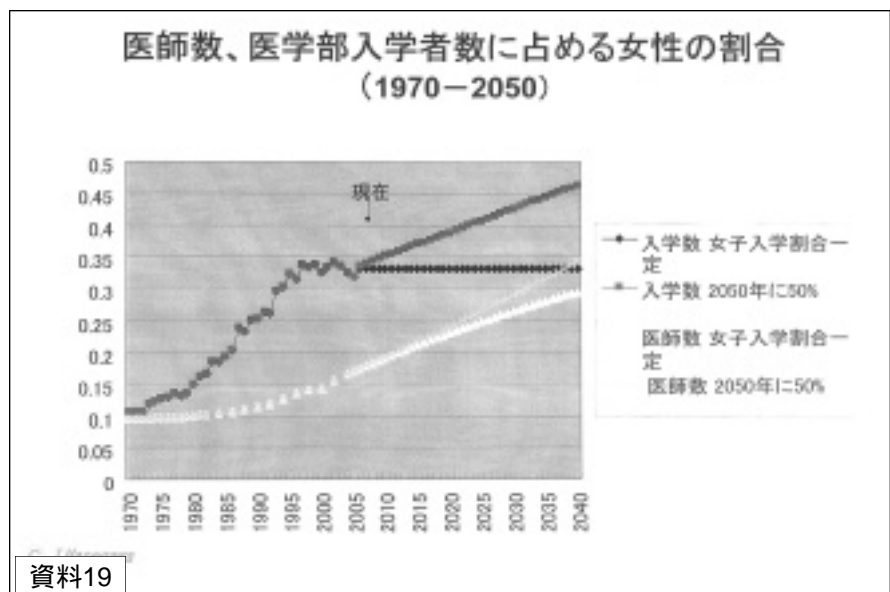
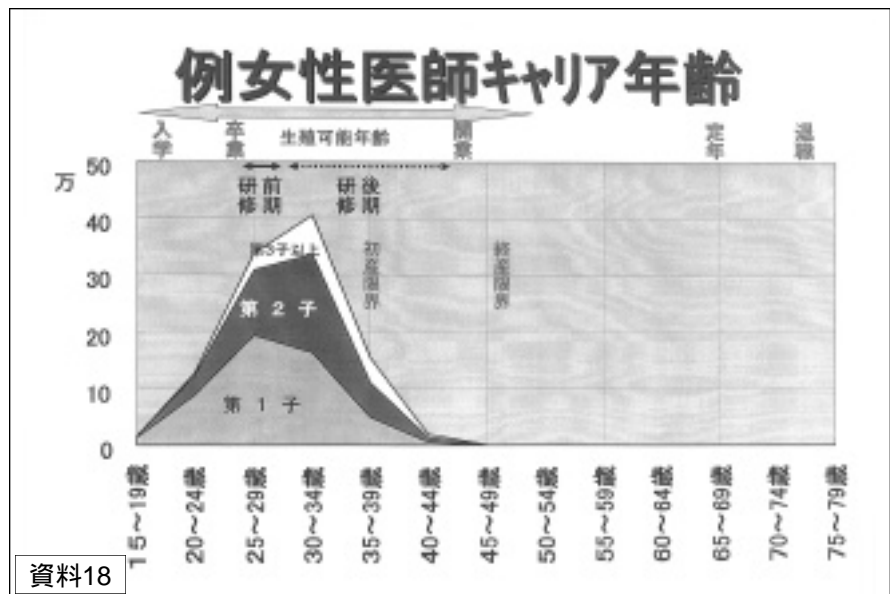
恐らく、これからは高齢医師がふえてきて、フルタイムは無理でもパートで働く状況も出てくると思います。情報も共有化されていますから、リタイアした医師をワークシェアリングの形で雇っていったり、労働観が変わってきた若年者もそのようにやっていったりすることは、今後の新しい労働形態なのではないでしょうか。(資料 18,19)

4. 医師確保対策

1) 病院の医師確保

2004年の診療科別病院医師数によりますと、麻酔科が5%、産婦人科が4%、小児科が5%と不足しています。今や、外科や内科にも飛び火しようとしているようで、そこまで医師不足が広がると大変な状況になるのではないのでしょうか。

医療システムとしてどのように医師を確保すればよいか、まずは、休眠医師の発掘、女性医師労働の支援、全体として、他職種への移行、病診役割分担と連携強化、外来を逆紹介して診療所に渡すということも考えられると思います。今までは、機能分化もしくは患者さんを病院に送ってもらう



ために逆紹介をやってきたことが多かったのですが、実は、院内医師の労働量を軽減するためにも重要となっています。また、高齢者を中心とする自己負担増や数カ月以上の処方せんが可能となったことで外来が減っている診療所の経営のためにも、病院の外来6億のうちの約3分の2を診療所に移行することがよいのではないのでしょうか。もし負担がかかるとすれば、外来間隔を延長すると外来患者が減るという構造になります。

また、需要の面では、予防、入院適応の厳密化等により需要を減らしていくことが考えられます。特にこれからは高齢者の手術がふえてきますので、手術適応の厳密化も重要になってくると思います。

つまり、町全体を病院として、病院から患者さんを紹介する、あるいは診療所の先生方に病院に来ていただくことも考えられます。アメリカのような入院患者も含めたオープン化は難しいのですが、外来だけでも、夕方に来ていただいて助けていただくということは既に始まっています。特に東京都は、制度的に小児科の先生方に夜に手伝ってもらおうということが始まっています。もう一つは、休日診療所を病院に併設する、極論を言えば、病院の入り口に建ててしまう、患者さんは病院の一部だろうと思う、そうすると病院内の労働量が減るのではないのでしょうか。

院内体制としては、チーム化、タイムシェアリング、業務の移行といったことが考えられます。

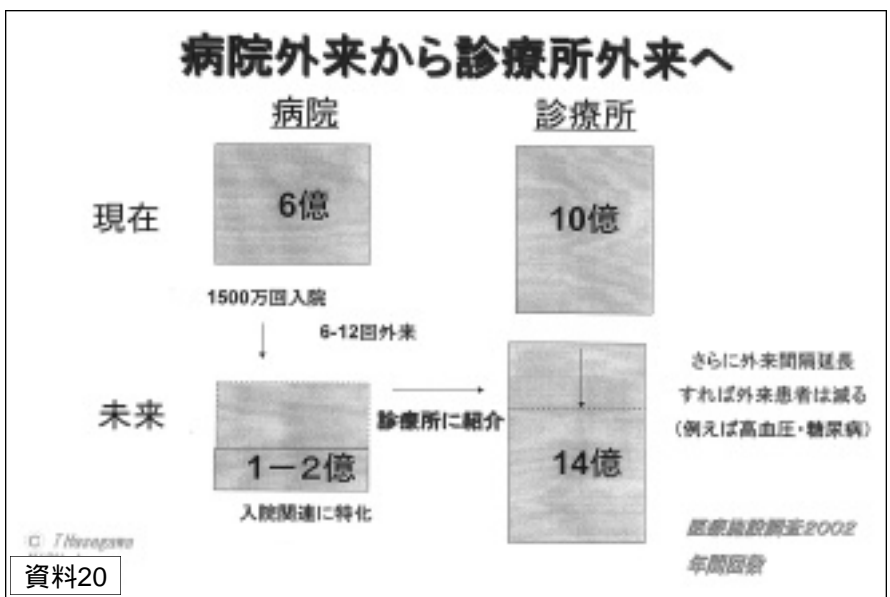
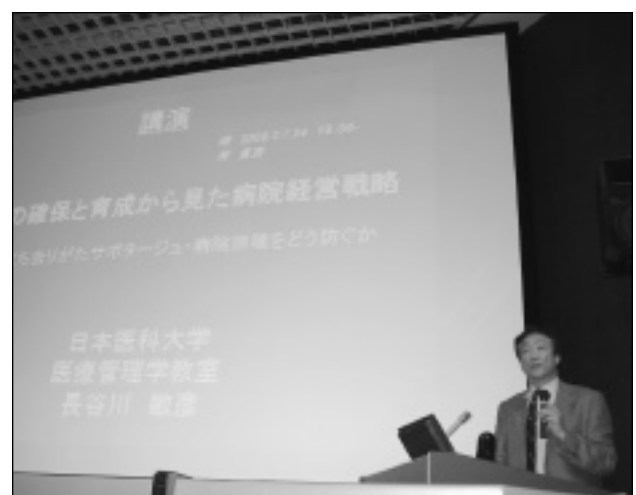
（資料 20）

2) 女性医師への対応

女性医師の問題は、それほど深刻とは思っていませんでした。ところが、女子大生の数が減ってきているのです。2000年ぐらいまではふえて35%近くまでいったのですが、この4年間は減っているのです。ただ、女性の場合は、人数というよりも、どの時期に子供を産むかというようなキャリアパスが大きな課題になるのです。この女性医師の問題が解決すれば日本の少子化はとまると思っています。ほかの職種の女性はそれほど構造的なトレーニングを受ける必要はないのですが、医療の場合、生殖に一番重要な時期に構造的なトレーニングを受ける必要があります。（資料 18,19）

3) 必要な労務管理

社会保険庁病院のデータによりますと、10%以



上の業務が医師の業務ではないと思っている人が3分の2以上いるということです。結局、ふえた負担を現場の医師に押しつけてしまったところに問題があって、病院全体としてどう支援するかを考えていくことが必要なのではないでしょうか。

5. 病院経営の効率化

1) 医師負担の軽減

1年間の医師1人当たり退院患者数を諸外国と比較すると、日本は約80人、フランスはそのほぼ倍、比較的少ないオランダでも日本より20%は多いのです。それは、外来の負担が少ないからなのです。欧米の医師は入院に特化しており、また、他職種の投入も多いため医師生産性が高いのです。

1975～2002年の平均在院日数と病床対看護師数の関係を見ると、諸外国は看護師数がふえて平均在院日数は減っています。ドイツは、かつての22～23日が現在は10日を切っています。日本は、一遍上がってやっと下がって、一般病床では現在20日前後まで下がっています。つまり、やっと30年前のヨーロッパに追いついた状況です。単純に言うのは危険かもしれませんが、同じ投入量で、日本はまだ30日、欧米は10日前後なのです。OECDの先進国の平均在院日数と比較しますと、2.0～2.5倍差があるということです。日本の病院は何の効率が悪いのでしょう。改善の余地があるということです。つまり、日本の病院はこれから10日前後まで平均在院日数が落ちる可能性があるということです。15日ぐらいまでは今の体制を効率化することによって可能かもしれませんが、15日を切ると、かなり構造的な転換が必要ではないかと思いません。(資料21)

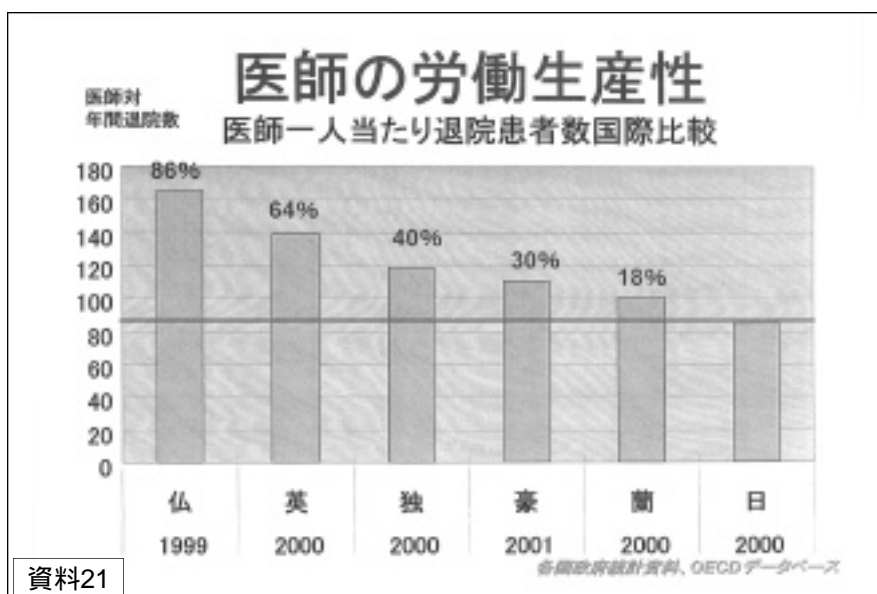
2) 病院の平均在院日数の低下と機能の分化

「立ち去り型サボタージュ」は2006年度医療界流行語大賞になりました。きっかけは、

独法化と同時に行われた初期研修の開始のように見えます。しかし、その背景には平均在院日数の低下があるのです。平均在院日数の低下は激しく、特に大学病院などは半分近くに下がって、大概が約60%にまで落ちてしまいました。ところが、これに見合う看護師・医師数の投入はないのです。病院経営者も行政も病床単位で人材の投入を考えるので余り変わらないと思うかもしれませんが、平均在院日数が下がると退院患者がふえるので、人材の投入がないと労働量の増化になってしまうのです。かなりそれが大きいのではないのでしょうか。

多くの病院が平均在院日数15～20日に収れんしてきました。労災病院も、かつては非常に長かったのが急速に収れんしてきています。大学病院も、初めはゆっくり落ちてきて、この10年間で急速に低下してきました。急性期病院を核とする病院グループのほとんどが15～20日に収れんしてきているのです。おそらく、さらに収れんするでしょう。

離職の原因としては、平均在院日数の短縮化、重症化、社会要請による書類作成の増加、患者さんの意識変化による訴訟リスクの増加、インフォームドコンセントの負担、このような労働負担、特に非医療行為の負担がふえてきたことが考えられます。また、想定外としては、職場の若い人を中心とする職業観、価値観の変化で離職が起こっているとも考えられます。一見、卒業研修がトリガーになっていますが、その背後には、このよう



な医師への負担がじわっと進行していた状況があったのでしょうか。

インフォームドコンセントも、ある意味では必要なことです。近年、平均在院日数、インフォームドコンセントについては、世界の標準に近づいたと言えるのではないのでしょうか。ただ、問題は、期待される世界標準に対して院内の体制がついていかなかったことです。考えてみますと、医療法は1948年にできて、ことしでちょうど還暦です。その時代に想定されていた病院の機能や形態がここ5~10年で大きく変わらざるを得ないところまで来ているのではないのでしょうか。例えば必要医師の基準も、現在では病床当たりですが、実際の労働量は、むしろ平均在院日数もしくは病床回転率によりますので、変えていく必要があると思います。

病院内部を見ると、職種間の役割と業務の分担を考え直す必要があります。諸外国の場合、医師の業務をその他の職種でも行えるよう、法律的な改定を行ってきました。その際、単に法律をかえるだけではなく、質の担保のため、どのような研修や追跡が必要かということもあわせて検討したのです。日本も、もっと思い切った病院内の職種間役割分担を考えていく必要があるのではないのでしょうか。外から要求されるものは世界標準、しかし、内部の機構は1948年のレベル、その矛盾が病院の崩壊につながっているのではないのでしょうか。

旧来の病院が崩壊し、病院経営のパラダイムシフトが起こっています。かつての能力の高い匠の世界から、かなり明示的、効率的な病院経営へ転換してきたのではないのでしょうか。その結果、古い経営形態が崩壊しつつあり、したがって、それを支えていた医療法も崩壊しつつあるのではないかということです。

厚生省は、これまで、病院の機能分化を図る施策を行ってきました。しかし、それは主として施設間での機能分化でした。つまり、福祉的な機能を持つ病院と急性期的な機能を持つ病院を分ける政策を行ってきたのです。法律をかえる、保険点数をいじる、結果論的には、平均在院日数を短くする施策がメインだと思われます。その結果、施

設間の分化は進みました。しかし、想定の中になかった病院内の機能分化も進んだのではないのでしょうか。職種間の機能分化が進まざるを得ない状況が起こっているのです。その結果、もう一度、地域全体の連携を見直すところまで来ていると思います。

昔は、すべてが病棟で行われていました。入院、検査、診断、手術、退院の活動は病棟を中心に行われていました。そして、練度の高い匠が気心の知れた看護師と一緒に患者さんをケアしていたのです。レポートもいい、訴訟も少ない、個人と個人の関係でやっているのも、カルテはメモでいい、物流も病棟に積んでおけばよかったのです。ところが、この平均在院日数短縮の結果、診断は外来、治療は手術室、病棟に物がおいてあるような病院はよくない病院、病棟はスルー、病棟で医師がもたもたしているような病院はよくない病院、医師は手術室か検査室にいる、病棟に重症患者がいるような病院はよくない病院、重症患者はICUに送る。そして、治療が終わったら帰ってもらう。このような機能の分化と特化が進んできたのです。

私がアメリカから帰ったころ、胆のう摘出手術の入院期間は、日本は4週間、アメリカは1週間、ヨーロッパは2週間でした。この5年ぐらいの間に、日本はヨーロッパのレベルになり、ヨーロッパはアメリカのレベルになり、アメリカは半分になりました。つまり、病院に期待することが違ってきたのです。かつて日本では、病院とは、診断から治療をして、回復してセルフケアができるようになってから帰ってくるところと定義されていたのです。ところが、アメリカの病院の定義は濃厚な治療をするところだったのです。現在の日本では、行政も病院長も、多くの医療従事者も、治療をするところと病院の定義が変わったのではないのでしょうか。つまり、診断は外来、回復期はほかが受け持つということです。ただ、患者さんはまだ納得していないのです。とりわけ、この回復期をどうするか、急性期病院がこの部分を担わないとなると、ほかは引き受けざるを得ないわけです。例えば、回復期リハビリ病院、長期ケア病院、在宅、最近議論のあるのはホテルです。病院構内にホテルをつくる計画も何件か聞いています。ここの部分

が充実しないと患者さんとしては納得しないという構造があるのではないのでしょうか。

今までの病院をたとえるなら旅館です。仲居さんがお出迎えして、食事の用意をして、布団を敷き、お見送りをする。今の病院をたとえるとホテルなのです。客室はスルー、主なアクティビティは、食事は三つ星シェフのレストラン、エクササイズはフィットネスクラブ、ショッピングはブランドショップ、そのように機能が変わってきたのです。

現在は、かつてあったものが失われ、かつてないものをきちっとやらなければならない端境期が来ているのではないのでしょうか。そのような中においては、特に、外来から入院の部分をきちっとフォローしなければ医療事故が起こります。まさしく、機能分化した情報をどのように共有化していくかが重要になってくるわけです。

(資料 13.14)

6. 総括と医療マネジメントの重要性

これまでの病院経営は院長が決められた運営をしていけばよかったのです。これからは、患者さんと医師、あるいは専門家間、病棟、臨床も見て、さらには診療所と病院の連携も地域全体で見て、各層をまとめて医療マネジメントしていく必要があるのです。医療マネジメントとは、ダイナミックに変わっていく需要に限られた資源をいかにうまく使うかということですから、複眼的なレベルのマネジメントと言えます。病院管理の時代は終わりました。これからの病院経営は、病院管理から医療マネジメントに移っていく必要があるのです。

7. 総括

人材の育成と経営が一体化した時代に入りました。現在の病院をめぐる四つの大きな課題、連携、生産性、成果、教育、これらはすべて人材につながってくるのです。したがって、経営のサブシステムとして人材及び労務管理のシステムをつくる必要があります。同時に、力のある病院は院内でみずからの医師を研修していくようなシステムをつく

る必要があります。部署ではなく、あえてシステムと言っています。院内のそれなりの資源を投入し、きちっとゴールをつくって評価を、いい人材を育てていく、つまり、卒後臨床研修をやるためのシステムをつくっていくこと、それは経営戦略として必須ではないかと思っています。

