

# 静岡アジアがん会議 2002

医療における患者満足マネジメントをめざして

**講演記録集**

平成15年2月16日(日)

**東レ総合研修センター 大研修室**

主催：静岡県（静岡県立静岡がんセンター）

静岡アジアがん会議2002  
医療における患者満足マネジメントをめざして

プログラム	1
講演1 静岡がんセンターにおける患者・家族の支援 山口 建（静岡県立静岡がんセンター総長）	2
講演2 神尾記念病院における患者満足度マネジメントの追求 神尾 友和（医療法人財団 神尾記念病院理事長・院長）	10
講演3 日本の病院機能評価における患者満足に関連する評価項目と評価のあり方について 岩崎 榮（日本医科大学常務理事）	16
講演4 わが国のメディケアシステム ～患者の視点に立って～ 矢作 恒雄（慶應義塾大学経営大学院教授、(財)企業経営研究所所長）	21
講演5 医師および病院による最善の診療を奨励するためのモデル バーナード A.K.S ホー（ハワイ医療サービス協会（HMSA）執行担当副社長：米国）	29
講演6 病院にとっての医療市場調査 中西 泉（医療法人社団慶泉会 町谷原病院理事長・病院長）	38
講演7 癒しと医（いや）し 小川 良子（草木染染色工芸家、新匠工芸会会員）	45
講演8 静岡がんセンターの患者満足への取り組み 戸塚 規子（静岡県立静岡がんセンター副院長・看護部長）	50

静岡アジアがん会議2002

平成15年2月16日(日) 9:45~17:25

東レ総合研修センター 大研修室

## テーマ：医療における患者満足マネジメントをめざして

- |       |      |  |
|-------|------|--|
| 9:45  | 開会挨拶 | 土居 弘幸 (静岡県健康福祉部技監)   |
| 10:00 | 講演 1 | 静岡がんセンターにおける患者・家族の支援<br>山口 建 (静岡県立静岡がんセンター総長)  |
| 10:40 | 講演 2 | 神尾記念病院における患者満足度マネジメントの追求<br>神尾 友和 (医療法人財団 神尾記念病院理事長・院長)  |
| 11:20 | 講演 3 | 日本の病院機能評価における患者満足に関連する評価項目と評価のあり方について<br>岩崎 榮 (日本医科大学常務理事)   |
| 12:00 | 休憩   | (昼食)   |
| 13:30 | 講演 4 | わが国のメディケアシステム ~患者の視点に立って~<br>矢作 恒雄 (慶應義塾大学経営大学院教授、(財)企業経営研究所所長)  |
| 14:10 | 講演 5 | 医師および病院による最善の診療を奨励するためのモデル (日英通訳あり)<br>(特別講演) バーナード A.K.S. ホー (ハワイ医療サービス協会 (HMSA) 執行担当副社長: 米国)<br>(司 会) アンディ T. ニ宮 (国際医療ヘルスケアビジネスコンサルタント、アンディ T. ニ宮アソシエイツ代表: 米国) |
| 15:10 | 講演 6 | 病院にとっての医療市場調査<br>中西 泉 (医療法人社団慶泉会 町谷原病院理事長・病院長)   |
| 15:50 | 休憩   |  |
| 16:00 | 講演 7 | 癒しと医 (いや) し<br>小川 良子 (草木染染色工芸家、新匠工芸会会員)  |
| 16:40 | 講演 8 | 静岡がんセンターの患者満足への取り組み<br>戸塚 規子 (静岡県立静岡がんセンター副院長・看護部長)  |
| 17:20 | 閉会挨拶 | 山口 建 (静岡県立静岡がんセンター総長)  |

## 静岡がんセンターにおける患者・家族の支援

静岡県立静岡がんセンター総長

山口 建

略 歴	1950	生まれ
	1974	慶應義塾大学医学部卒業 国立がんセンター研究所内分泌部研修生
	1976	国立がんセンター研究所内分泌部研究員
	1983	国立がんセンター研究所内分泌部治療研究室室長
	1986	国立がんセンター研究所内分泌部部長
	1987	国立がんセンター研究所細胞増殖因子研究部部長
	1995	東北大学医学部病院管理学非常勤講師
	1999	国立がんセンター研究所副所長 宮内庁御用掛(兼任)
	2002	静岡がんセンター総長

—山口 山口でございます。きょうは、残念ながら、雨模様で、富士山も見えませんが、多くの方、遠いところから、ようこそいらっしゃいました。

9月6日からがんセンターが開院をいたしましたことを受けて、今年度のアジアがん会議では、静岡がんセンターがぜひ積極的に進めていきたい、患者さんや家族にどう満足をしていただけるか、このあたりを追求するため、我々の試みを提示させていただき、あるいは先進的な取り組みをなさっておられる施設の先生方からお話を伺う、そういう機会を設けさせていただきました。

きょうは、「満足度」という言葉がキーワードになってきます。最も広く使われておりますのは「顧客満足度」という言葉です。さまざまなサービスでよくこの「顧客満足度」という言葉が使われていると思いますが、この「満足度」というのは、さまざまな分野で同じ言葉が使われるようになっております。行政の立場から言いますと、住民の方がほんとうに満足をしてくださっているのかという意味で「住民の満足度」。それから、静岡産業大学の大坪学長によれば、「学生満足度」というのが最近は大学では重要なのだというお話でした。そして、きょうの大きなテーマである患者さんや家族の満足度というのが、今医療サービスの中で、病院の評価という意味では主流をなしているのではないかと思います。

ただ、いわゆる「顧客満足度」と「患者・家族満足度」を少し並べて考えてみますと、同じ言葉です

が、内容は大きく異なる。根本的にどうも違うところがあるのではないかと思います。学術的に考えたわけではありませんが、非常に感覚的に、ここに掲げた5つぐらいの点が一般的な「顧客満足度」と「医療の中での満足度」というのは違ってきているのではないかと思います。

1番目は、やはりこれは命にかかわる問題であるというのが最も大きいのではないかと思います。常に命を念頭に置きながらこの満足度をはかられているのであるという点です。

それから2番目に、一般のサービスなり商品を購入する場合には、その購入する側、顧客のほうは、やめるという大きな選択肢があるわけです。気に入らなければ買わなければいいという点がございまして、ところが、この医療における「患者・家族満足度」という観点からいいますと、これは必ずどこかでサービスを受けざるを得ない。さもないと命にかかわりますので、どこかでは受ける。したがって、やめるという選択肢がないという点が2番目の大きな違いではないかと思います。

それから、3番目に、選択の幅がかなり狭められているのも事実だと思います。例えば、ここに住んでいて、北海道にすばらしい病院があったとしても、そこに行くことはほぼ不可能であります。距離の問題があります。やはり病院という観点からいいますと、その10キロ、20キロ圏内から大部分の患者さんが集まるといえるのは、この医療の特徴ではないかと思えます。同時に、厚生労働省を中心とした、規制という言葉はあまりよくないかもしれませんが、非常に厳しい制約の中でそのサービスが提供されているということもその選択の幅を狭めている大きな理由ではないかと思えます。

それから、4番目のがんを例にとりますと、これは普通のサービスと全く違う点は、おおよそ半数は、最悪の結果に終わる。すなわち、治療をしても、再発して、命を落とすということが、大体50%だと思いますので、したがって、満足という言葉とはほど遠い結果が生まれ得る、そういうサービスでもあるということが大変大きな違い。これは命にかかわる問題という点と若干オーバーラップしております。

5番目に、ただ、そういうサービスであるが、今までは「医は仁術」という言葉で、何とか患者さんや家族の側も満足をしてきていた、無理に満足をするつもりになっていた、そういう面があるかと思えます。いわゆる一般的な顧客満足度に比べますと、ここに掲げた5つあたりの点が大きく異なっている。少し日本人的な見方かもしれませんが、

ところで、がんを中心に少しお話をさせていただきますが、がんの患者さんの数は、高齢化社会の訪れとともに著明に増加しつつあります。私が医師になった、ちょうどそのあたりから急激な患者さんの数が増加しつつあります。日本が高齢化社会に突入しつつあり、かつ戦後のベビーブームの世代がちょうどがん年齢に達してくる、そういうことが合わさりまして、急峻なピークが訪れつつあります。2015年ぐらいを境に、ちょうど横ばいになってくる、そのように今予測されております。

「がんの時代」という言葉がありますが、今申し上げたような、患者さんの数が増加すること、それから、日本全国津々浦々でがんの告知が普及していること、それから、一人一人の患者さんが大変豊富な医学的知識を持ち、かつ消費者意識が芽生えつつあること、この3つが同時並行で起こってまいりますので、従来のような形の医療の体制ではなかなか対応がし切れない。実際に私が勤務していた国立がんセンターでは、この5年間、10年間の間に、パラダイムシフトが起き、患者さんや家族と医療者との話す時間が飛躍的に増加しています。そのために、ある意味では時間的に厳しい状況が生まれつつありました。これが今、10年ほど日本の現状を先取りしているのだと思うのですが、日本全国にそういう波が及ぼうとしています。ということは、かなり専門的ながんに関する医療知識が職員の側にもないと、そういう患者さんや家族の方に対応できない状況が生まれつつあるのではないかと思います。静岡がんセンターは、静岡県が将来を見越して対応策をしっかりとった1つのあらわれと考えることができます。

先ほど申しましたように、2015年のあたりにピークが参りますので、私は、こういう問題を日本として解決できるかどうか、大変危機感を持っておりまして、「2015年問題」というふうには呼ばせていただいています。厚生労働省も、「地域がん診療拠点病院」を二次医療圏に1カ所ずつ整備をするという方

針を定め、400ほどある医療圏の中で、小さいものを除く200程度の医療圏で病院をそういう形で指定する。現在四十数病院が指定されたところであります。そういう形で対応を図っていることも事実でありますけれども、それに対する職員、医療機器、病院のベッド、そういうものがほんとうに対応できるのかどうか、全国的な目で見ると大変厳しいものがあるかと思っております。いずれにしても、静岡県はそういう状況を先取りして、静岡がんセンターでその対応を図ろうというのが基本方針です。

それに関連いたしますが、今がんの患者さん、日本全国でおよそ40万人程度が毎年がんにかかっているわけですが、静岡県はその約3%ということになります。1年間にがんにかかる患者さんの数というのは大体その程度なのですが、少し別な切り口で、ある瞬間に日本全国でがんを体験された方々、ここでは一応「がん生存者」という学術的な用語を使っておりますが、それが全国にどの程度おられるのかということを目測した数字は、1999年末の段階で298万人、約300万人の方が今日本の社会に暮らしております。2015年になりますと、増加し、533万に達します。この533万人、298万人という数字は、例えば診断がまだされていない患者さんも含めて、今大体日本全国で690万人の糖尿病患者がいると予測されています。糖尿病学会は、最近もう少し大きな数字を出しておられますけれども、しばらく前は大体690万人と言っておりましたので、533万人になりますと、ほぼそれに匹敵いたします。社会で糖尿病の患者さんという感覚で、がんを体験した方が過ぎておられる、そういう時代が間もなくやってくると思っています。

そういうことをすべて踏まえまして、設置の段階から、静岡がんセンターではどういう取り組みをしようかということを考えて、静岡県の職員の方々が議論をされてこられ、私もその議論に加わらせていただきました。平成7年度ごろからその議論が始まっておりますけれども、キーワードは、「患者の視点の重視」で、それは現在も続いております。逆に、「患者の視点を重視した医療」とは、一体具体的にどういう医療なのかということが検討されてきたわけです。

この点は、後ほど、病院評価機構での評価の問題とか、いろいろお話をさせていただくことになっておりますが、どうしても医療者を中心に考えた問題と

は少し視点を変えることになります。患者さんや家族の側から一体どういう項目が大切なのかということを見ることになりますので、一見、そういう視点に立っているさまざまな議論が、実は医療者の頭の中だけで考えられてきたことという面も多分にあるのではないかと思います。それをほんとうの意味で患者さんの視点、家族の視点ということを考えてみたらどうなるだろうかというのが静岡がんセンターの取り組みではなかったかと、かように思います。

結論的には、この患者の視点の重視という観点から、次のような点が上がってまいりました。

1番目は、これはもう、何と当たり前のことかとお思いになるかもしれませんが、患者さんにとっては、あるいは患者さんが満足をするということは、何はともあれ治してもらうことであろう。「がんが治ること」。医者や看護師がどんな乱暴な言葉を使おうとも、あるいはひどいサービスであっても、治れば、これは患者さんとしては大変満足なささるという意味で、治すということが大変大きなキーワードになります。ただし、21世紀のがんセンターとしては、同じ治すでも上手に治しましょうということを大きなポイントとして挙げました。これに沿って、後ほどお話しするようなさまざまな手だてを講じてきております。

ただ、先ほど申しましたように、高度がん専門医療機関とはいえ、治療率は6割、あるいは頑張っても7割程度、現状はその程度でありますので、どうしても悪い結果も想定される。それから、同じ治るのであっても、やはりそう乱暴なことではなくて、気持ちよく治っていただきたいということもございまして、「患者さんや家族に対する支援」を徹底して行おうというのが2番目の大きなテーマであります。

このために、徐々に具体化していくのですが、漠然とした「視点の重視」、それから「支援」、具体的なものは一体何だろうかと考えたときに、「情報提供」と「不満足事項の把握」という言葉が出てまいりました。これはよく皆さん言われますけれども、逆に患者さんが不満足に思っていること、家族が不満足に思っていることをどう把握するか、そのシステムを確立するということが1つの大きな課題になっております。こういうことを踏まえた上で、「心通う対話の実現」、これが患者・家族の支援の中のテーマになってまいりました。

それから、3番目に、これは別途研究として、「がん生存者に学ぶ」。後ほど申し上げるような理由で、医療者、医療技術者よりもはるかに患者さんや家族のほうががんという病気との闘いを知っておりますので、そういう方から学ぶ。そして、研究部門を研究所の中に設置をするという方針で現在臨んでおります。

少々話が戻りますが、「患者の視点の重視」という言葉は、ほかにもたくさん事例があったのですが、極めて具体的な例を1つだけ、そういう患者の視点という言葉が出てきた例を、最もわかりやすい例なのですが、お話しします。

寛仁親王殿下は、食道がんを発見されて、治療を受けられました。食道がんのフォローアップも含めて、内視鏡がどうしても必要になります。当時、古い国立がんセンターの中央病院の建物だったんですが、当時のやり方で、内視鏡を受ける前に、上を向いて、のどを麻酔するためにゴックンと、麻酔薬を飲んでいただいたわけです。飲んでいただいた後、のどを麻酔薬によく触れさせるために、上を向いて5分ぐらいいていただきます。あるとき殿下が、「ちゃんと掃除をしていない」とおっしゃいました。天井がごみで汚れていたのです。職員は天井をしげしげと見ないわけですが、内視鏡を受ける方は、後ろに頭を押さえる台もありますので、そこに必ず頭をつけると、ちょうどその真前に天井の電気の傘があります。言われれば、確かに真っ黒に汚れていました。ですので、ここが「患者の視点」なのだなど、理解ができました。医療者がほんとうは見なければいけないんだけど、忙しさにかまけて、あるいは注意を全然払わないで、天井のすすのひどさというのは全然見ていなかった。ところが、患者さんは、患者さんなりのある姿勢をとられたことで、毎日毎日、すべての内視鏡を受ける患者さんは、そのすすを眺めていた。医療者も気がつかない、ある患者さんの視点。これは単なる1つの例なんですけど、それと同じようなことが医療の現場では常に起きているのだと思います。それをどう我々が知るか、これがポイントだと思います。これは決して医療の現場だけではなくて、あらゆるサービス、あるいは商品、そういったものにも関連してくることなのだろうと思っております。

今大きなテーマとして3つ挙げました。「患者さんを上手に治すこと」。それから、「支援をすること」。

3番目に、「がん生存者研究」というものを進めて、その成果を取り入れること。それを順番にお話をしていこうと思います。

「患者さんを上手に治す」という観点では、5つぐらいの手を打ちました。

まず、第1に、医師を中心に、全国公募で職員を選考いたしました。多くの方に、あるいは大部分の方に、冗談じゃない、今の日本で医師を公募で選ぶということで医師が集められっこない。静岡県のいろいろな先生にも言われました。しかし、目算はございました。というのは、国立がんセンターの人脈とか、全国の全がん協の人脈、そういうものがございましたので、大丈夫だろうと思って始めたところ、これは多分成功したのだと思います。この公募の条件に、1に技術、2に患者さんを見る心、この2点を重視いたしました。例えば、大学教授の選考で来る論文の数とかというのは、逆に大分ランクを下げましたので、診療に当たってベストの人材をそろえることができたのだと思いますし、その方々が、医長、医員、そういうスタッフを集めるのに同じ姿勢を持っていただいております。

それから2番目に、多職種チーム医療の実現を図りました。患者さんを治すという点では医師が中心なのだけでも、ケアに関しては看護師、コメディカルが責任を持ってやるという方針をしっかりと出しました。ただ、いくら方針を出しても、これは皆さん、医療関係者であれば重々お気づきのようで、大変難しい課題ですので、組織上、特に患者さんのケアに関しては、看護師が医師の上に立つという組織図をつくり、これが静岡がんセンターの組織図であるということ、県庁も含めて、認知をしていただきました。

具体的には、ある患者さんがある医師団が診えて、それをケアの立場から看護師が見て不適切であると考えた場合には、看護師の力で、あるいは看護師の責任で他科受診をさせることができるとか、あるいは医師を指導する、そういうことを組織上可能にしたわけです。この点に関しましては、後ほど戸塚副院長のほうからお話をさせていただくことになるかと思いますが、ただ、素直にうまくいくかという、決してそうではありませんで、これはあくまでも現在進行中の話です。私は、3年たったら見直して、やはりだめだったらギブアップしましょうと。しかし、うまくいけば、先ほどお話があった医療革

命がここからも始まりますね、というお話をしております。

3番目には、最新の医療機器を整備いたしました。陽子線PETをはじめ、現時点で国立がんセンターの中央病院及び東病院で設置されている機器類は、ほとんどすべて持ちましたし、一方で、両病院にはない総合診療部門、これは合併症を中心に治療をする、そういう部門を持つこともできました。

4番目には、最先端の脳病院であるということです。紙のカルテ、それからレントゲンフィルムは一切なしで運用されている病院です。今電脳化というのは、各病院が進めておられますけれども、例えば効率的になるかという、実際にやってみますと、それほどではありません。かえって手間暇がかかっている面も多々あるかと思えますけれども、私はこの脳病院というのは、患者さんや家族の満足度にとって大変重要なファクターがあるということに気づきました。このことはあまり世の中でまだ言われていないと思うのですが、一言で言えば、今まで非常に閉鎖された空間で行われていた医療、閉鎖されていた空間というのは、主治医とその医療チームと、入院していれば、その入院している病棟の看護師さん、ほとんどその中で完結されていたと思うのですけれども、この脳病院になった瞬間に、それが、あくまでも院内ですが、開放されます。開放されるということは、それを見る権利のある人にとってみれば、その治療の実態がすべて明らかになるということです。紙のカルテではありませんので、電子カルテ上に書かれている限りは、それをすべて共有することができるようになります。具体的に言いますと、非常に問題があったケース。管理上、あるいは治療指針、治療を進めていく上で問題になったケースを、幹部が全員で、同じカルテを同時にプロジェクターで、検討することができるわけです。この言い方が問題だとか、この治療法について検討せねばならないということ、カルテが書かれた瞬間にでも別な場所で検討することができます。ですから、ここはあまり気づかれていませんが、大変大きな医療の変化ではないかと思っております。そういうようなことが、これもまた「患者満足度」につながる部分ではないかと思えます。

5番目には、きょうはちょっと残念ながら雨模様ですが、富士、駿河湾、それから病院の設計等々も含めて、多分日本で最高の、あるいは世界でも例を

見ないような、医療に関する癒しの環境が整備できている病院ということがやはり言えると思います。私は、正直申しますと、別に病院の設計がどうであっても、環境がよくても、治る、治らないの世界だから、アメニティーというのは、よく皆さんおっしゃるけれど、大した問題じゃないだろうと実は思っていたのですが、この病院で患者さんの言葉を聞きますと、やはりアメニティーというのは大切なのだなということを実感いたしました。ある方は、これは末期の患者さんですけれども、この病院にいると時間がゆったりと流れる、そういう表現をされておられます。それから、東京から来た患者さんで、新しい生命力を与えられるような気がするということをおっしゃった方もおられます。1つは、富士山の力はやはり大きいのだと思うのですが、同時に、この病院が置かれている自然環境、それからゆったりした設計、そういったものが患者さんの精神状態には大変大きな力をどうも与えているようです。ここは、私は科学者としては少し反省をした点であります。

次に、「患者・家族を徹底支援する」というテーマに移ります。患者さんと家族、それから医療技術者の間で今までは対話が進んできたわけですが、十分ではなかった。そこで医療技術者が患者さん、家族の質問等に答えて情報提供をする。このために、よろず相談、電話相談、患者図書館、こういうものを整備しました。この病院の大きな特徴は、ここに正式な県の職員をしっかりと充てたという点であります。現在4名程度で運用されていますけれども、これが4月以降、10名に近づきますので、この点が強調して良い点ではないかと思えます。

それから、一方で、先ほど申し上げましたように、患者さんの要望、あるいは苦情、これは不満足な点を吸い上げる仕組みですが、第一に、職員が観察すること、第二に、職員に申し出られたこと、第三に、患者代弁者。患者さんの苦情を、病院の職員でありながら患者さんの立場に立って何う方、という制度を設け、活用すること。それから第四にご意見箱、この4つのルートをしっかりとシステム上持ちました。電脳病院ですので、毎日電子メールの形で、患者さん、家族から医療技術者向きの4つのルートから報告があがってきます。こうして、情報提供するシステムと、患者さん、家族の苦情、あるいは不満足な点を何うシステム、この両方が機能しています。

従来、医療者の対話というのは、マスメディアの方とか、多くの医学の評論家の方が、お医者さんがしっかりしないから対話が進まないのだ、時間が短いのだとおっしゃいますけれども、今の医療の現場で5分や10分両者の時間を増やしたところで何の意味も持たないと私は思います。むしろこの病院では、こういうシステムをしっかりと持つことによって、医療技術者と患者・家族との対話を助ける、そういうシステムを何とかつくり上げることができたのではないかと思っております。「心通う対話」に基づく医療が21世紀の医療の原点であろうというのは、そういう意味からも申し上げていいのではないかと思います。

そのための制度ですが、よろず相談所というのを、病院玄関を入ったところに設置いたしました。それで、最初はほんとうにお客さんがよろず相談に来てくださるか、抵抗もあるだろうなと思っておりましたけれども、ふたをあけてみますと、1カ月に500件、4カ月で2,000件の相談が寄せられました。最初の見通しは大きく狂いまして、こんなはずではなかったという最たる例だったのですが、メディカル・ソーシャルワーカーとベテランの看護師、ほとんど2名でその2,000件の相談をこなしてきております。初診の患者で診させていただいたのが同じ期間で3,000名ですので、3,000名の患者を正式に診療しながら、別途2,000件の相談に応じてきたというのが大体この病院の当初の活動でした。その内容に関しましては詳しく申し上げる時間がありませんけれども、開院当初の病院ということで、受診相談が確かに多いのですが、告知の問題とか、セカンドオピニオンの問題、経済的な問題、心の問題等々、大体予想したような項目が並んでおります。現在この2,000件の内容を精査して、最も正しい回答をもう一度考え直して、それを県内、あるいは国内に配布できるような体制を考えつつあります。

一方で、さまざまな場面で患者さんは言葉がわからないということを経験されますけれども、よろず相談でもお教えしますが、同時にご自身で調べたい方のために患者図書館が整備されています。専任の司書がおりますので、いろいろ質問にも答えることができます。向こうの書棚が患者さんに御覧いただくような専門書で、患者さんのための専門書です。こちらには、一般の図書が置かれていて、時間をつぶす等に役立てていただいております。

逆なルート、すなわち苦情や意見をうかがうルートに関しましては、大体4カ月で200件から300件の意見や苦情がありました。施設整備に関するものがやはり多いのですけれども、やはり一番目につくのは医療者との関係。「あなたの病院は患者さんの心を大切にしていると言っているが、この職員の言葉使いは何だ」とか、「このやり方は何だ」とか。私は、心というものを大事にしますということを正直に申し上げたことで、患者さんや家族の側がその点に対して反論しやすくなって、多くの御意見をいただいたと思っています。そういう意見が病院をどんどんよくして下さる、あるいは患者さんや家族によって進化する病院ということが言えます。

同時に、もう一つ大事なことは、病院側が御意見に対して対応することなのですが、そのために、組織上は病院とは独立させてクオリティー・コントロール、リスク・マネジメント、経営努力というものを、その上部に置きました。さらに、よろず相談、それから患者代弁者は、病院とは切り離れた疾病管理センターというところに置いております。客観性を重視すること、それから病院の上部に置くことで、経営戦略会議というのが最高機関ですけれども、ここが速やかな対応をすることができるという点がポイントです。今は、朝・夕2回、会議を開きます。片隅に小さな総長室がありますが、そのスペースを全部この公共の部門に置きまして、ここで日々、対応策を練っています。電子メールで上がってきた問題について、その日のうちに回答を書けるものは全部書いて、改善をさせております。

最後に、「治す」「支援」に次ぐ3番目の大きなテーマですが、がん体験者から学ぶということで、患者さんや家族のさまざまな苦しみ、悩みを分析しています。そうすると、体の問題というのは医療者が対応できますが、心の問題、生きがいの問題、それから経済的な問題、こういったものはなかなか病院では対応できません。このあたりを一体どうやれば少しでも悩みを軽減していただけるのか、満足していただけるのかということを研究目的として、「がん生存者研究」が進められております。

現在、全国的に1万人近くのがん患者さんから、あるいは家族の方から、アンケートで、一体何を悩んできたのか、それを調査する試みを続けております。その一端は病院のほうに生かされておりますが、その中で患者会や患者支援団体の協力も得て進めら

れている研究であります。

例えば、これはツールの問題ですが、全国から患者さんや、家族にとって参考になるパンフレット類を集めてみると、患者さんにとっては一般の図書よりも役立っているようです。これをさっきの患者図書館に置いておきますと、一般の図書よりはこちらのほうが読まれています。非常にトピックスにそった形で書かれており、薄いですし、患者さんにとって役に立つのはむしろこういうものかなと思います。ただ、問題は、こういうパンフレット類、特に普通の印刷でなされたようなものというのは、その病院から外に出ることはほとんどありません。すばらしいパンフレットがありながら、その病院の中で埋もれているということが多々ありますので、この研究班では、そういうものを表に出す。すばらしいものは、日本全国でそれを使えるように、日の当たる場所に出そうということも大きな目的としております。2、3年後に、日本全国の、今までは非常に地味な形で、しかし患者さんに役に立つ情報が、少なくとも地域がん診療拠点病院を中心に配布できるのではないかと考えております。

ただ、さらにアクティビティーを高めるために、富士山麓ファルマバレー構想というのを静岡県は進めております。先ほど申し上げたようなさまざまな悩み、苦しみを少しでも取る手段を企業の方に知っていただくと、現場の声を生かした物づくりをしていただくという観点で、富士山麓ファルマバレー構想というのが今進められつつあります。これは、住民の、住民による、住民のための構想でありまして、医療・健康関連産業の活性化というのが、企業の側から見た言い方ですが、そのことは、ひいては住民の方々の健康増進に大変役立つ取り組みになっていくと考えております。そのために、研究所には一般の診療支援の部門以外に患者・家族の支援研究部というのを設けようとしておりますし、技術の開発の中でも、今まであまり積極的になされていなかった看護技術の開発を行う部門、こういったものを設置する予定にしております。

最後に、伊豆地域を控えておりますので、心の癒し、精神的な健康増進という観点から、この同じ構想の中で、21世紀の心のオアシスを目指したような取り組みをこの地域全体でやっていこう、そういうことが静岡がんセンターにも少しあらわれているのではないかと考えております。

以上、静岡がんセンターを例にとりまして、満足度の前置きといたしますが、前座を務めさせていただきました。どうもご清聴、ありがとうございました。

——**司会** 山口先生、ありがとうございました。

せっかくの機会でございますので、ただいまのご講演につきまして、会場の皆様からご質問、ご意見をお伺いしたいと存じます。ご質問などございましたら、挙手をお願いいたします。

——**質問** 建築の設計に携わっておる伊藤と申しますけれども、先ほど先生のお話の中で、病院でおつくりになられました、いろいろな患者さんから出た不満等についての表がございましたが、施設絡みの不満といたしますか、そういうものが大変多かったように拝見いたしました。その辺で、我々のほうも今後の糧にしたいものですから、何か参考になるお話がいただけたらと思ひまして、ご質問させていただきます。

——**山口** 二百何件かの中の百何十件が施設整備の関係なのですが、ちょっと言葉を正確に定義しておきますと、設計が悪かったということも、もちろん一部ございますが、多くが運用だと思ふのです。それで、一番小さいことから申しますと、例えば、セキュリティーと患者さんの満足度というのはどうしても反比例してしまいます。ですので、セキュリティーのために、病院の正面玄関は、最初は6時に閉めて、その後はセキュリティー部門のチェックを経た上で入っていただく別な入り口に誘導していたのですが、これは大変苦情が多かったということもございます。病院というのがなかなか患者さん、特にお見舞いの方、家族の方、そういう方の対応のために、どうしてもセキュリティーとサービスとが裏腹になってしまうものですから。あるいは、お見舞いに来た方に、患者さんが何号室にいるかということをお伝えすることも非常に難しいですね。プライバシーにかかわることですので。例えばそういうところでも苦情が何件かあったと思ひます。

病院設計の問題だけに限って言いますと、やはり温度の問題というのは結構あったと思ひます。比較的設計の評価は高いと思われませんが、理由は静岡県はユニバーサルデザインに取り組みが大変熱心なところで、設計が終わって、大体でき上がった時点で、障害者の方、車いすを利用されている方に一度来ていただきまして、実際に生活をしていただくところ

まではいきませんでしたけれども、使っていただいております。そこで意見を取り入れて、改良させたというようなこともございまして、そういう取り組みをしっかりとやっておくことで実際の設備上の問題はかなりクリアできたと思ひます。

内容は非常に多岐にわたりますので、その程度でお答えさせていただきます。

——**質問** 私、患者の一人です。先生のお話の中に、患者の視点重視の3番目に、患者の生存者から学ぶというふうな話で研究部門を設置するというお話がありましたけれども、その具体的な事柄の、学ぶことは、病院の先生方、看護婦さん、その方たちが学ぶことに研究施設、委員会が何かを設けるような感じだと思ひますけれども、今闘っている患者が生存者からともに学んでいきたいというふうな事柄が1点と、それから、生存の患者自身から学ぶということと同時に、自分の家族を亡くした人たちから学ぶ——もう話もしたくないという家族がいっぱいいらっしゃいます。でも、その家族から学ぶというふうなことも大変大きな視点だと私は考えております。きょうは、新聞を見て参加させていただきまして、勉強して帰りますけれども、またそんな点も考えていただけたらと……。現在闘っている人も生存患者の人たちとの話し合いを非常に求めているというふうなことも考えていただきたいと思ひます。以上です。

——**山口** 全くおっしゃるとおりで、今闘っておられる方から学ぶという点では、先ほど、早口だったものですから、ちょっとご理解いただけなかったかもしれないのですが、4つのルートで、患者さんや家族の方がおっしゃっていることをよく聞かせていただくというところが、病院としては、職員や事務部門の方がまさに学んでいる部分なのです。申しましたように、その1つ1つを分析して、解決を図っているというのが、病院としてそれを学んでいるということに直結していると思ひます。

2番目に、患者さん、あるいは亡くなられたご遺族の方からのお話というのが、スライドの中でありました患者会、それからアンケート調査。このアンケート調査というのは、実は患者会、あるいは患者支援団体のご助力を得ながら、サイレント・マジョリティー、実はまだ声をなかなか上げられない、もう話すのも嫌だとおっしゃっているような方からいろいろなご意見をいただく仕組みとして今動きつつ

あります。

それから、この研究班で多分初めて実現できたと、患者会の方皆さんおっしゃっておられるのですが、この研究会の中で医師、全国のがんの専門医と、それから患者さんの代表の方々が、同じ部屋の同じ机に座って議論を始めています。ですから、それが今おっしゃられた、同時にお互いに学ぶ、その姿勢を——これはいろいろな全国紙で報道されていますので、多くの方がご存じなのですが、今おっしゃられたことはまさにそのとおりだと思います。

——**司会** ありがとうございます。それでは、時間も参りましたので、これで質疑応答を終わらせていただきます。山口先生、ありがとうございました。

## 神尾記念病院における患者満足度マネジメントの追求

医療法人財団 神尾記念病院理事長・院長

神尾 友和

略歴	1937	生まれ
	1971	日本医科大学大学院 (外科耳鼻咽喉科学専攻) 卒業
	1971~1971	帝京大学医学部講師 就任
	1974	医学博士(日本医科大学)の学位取得
	1973~1975	米国Los Angeles耳科学研究所に留学
	1978	日本医科大学助教授 就任
	1984	日本耳鼻咽喉科学会認定専門医
	1989	医療法人財団 神尾記念病院理事長・院長
	1994~1997	日本医療法人協会 会長
	1996	日本医科大学客員教授就任

——神尾 神尾でございます。本日は、静岡アジアがん会議2002にお招きを受けまして、お話をさせていただくことを大変光栄に思っております。また、静岡がんセンターの開設を心からお祝いするとともに、このような会を開かれ、患者さんの満足度を追求されているということに対して心から敬意を表します。

私は本日、自分の病院を通して、患者満足度のマネジメントをどうしているかについてお話いたしますが、二つほど、皆さんに注意をしていただきたいことがあります。と申しますのは、一つは、まずはがんセンターの、開設者が県であるということ、それに対し当院は医療法人財団で、民間の病院であるという立場の違い。もう一つは、がんという患者さんの特性です。——私も大学に20年おりましたので、がん患者さんにいろいろ教えていただいた経験が多数あります。しかし当院は耳鼻咽喉科の専門病院でありまして、五感を扱っております。五感というのは感性の源というふうに私は理解しておりますが、ただ、がんの患者さんとは大分違います。そういった立場でお話をするということを考慮していただければと思っております。私どものところでも、東京のがんセンターである築地の中央病院及び東病院で10年間、頭頸科に所属しておりました私の後輩の羽田達正君が去年の4月から常勤で帰ってきてまして、「がん—なんでも相談室」を毎週月曜日の午後に開設しております。これは耳鼻咽喉科、頭頸科のがんの患者さんにかかわらず、すべてのがん患者さんに

対しての相談室を開いております。

私の病院は明治44年に私の祖父が開設しまして、医療法人になりましたのは昭和26年です。かれこれ創設93年になります。私が大学をやめて、昭和60年から自分の病院で、退院患者さんのアンケート、および新患者さんのアンケートを中心に、患者さんのsatisfactionを追求してきました。このことは、医療関係雑誌、あるいはほかのメディアに沢山紹介されておりますので、ご覧になった方もいらっしゃるかと思います。この満足度調査が現在の当病院を形づくっている基礎と考えております。

本日、具体的なことまで、時間の関係でお話しできるかどうかよくわかりませんが、まず、なぜ患者さんの満足度が医療において一番重要なのかという総論的なお話をさせていただきたいと思っております。

患者さんの満足度を高めるために必要なキーワードとして私自身は三つのことが重要であると思っております。まず、第一に「患者さんのニーズと、提供する医療とのマッチング」が重要であると思っております。これが初めからずれておりますと、患者さんの満足度は全く高まらないということになります。提供する医療においては何が重要かと申しますと、地域特性と診療科特性であると思っております。私どものところは、東京都千代田区のお茶の水という、東京の中心で、耳鼻科の単科という、診療科特性をどう生かしていくか、診療科特性と地域特性を十分に考えなければいけないと思っております。そうでないと、患者さんのニーズと私どもの医療とのマッチングはできないと考えています。

第二に、「医療を提供する場合に、core competence、focused factory、とも言いますけれども、何が特化されているのか。」これは、私どものところは耳鼻科を中心として、内科、形成外科、脳外科、及び放射線科などの診療科の先生方に協力していただいで、患者さんの満足度を高めることをしているわけですが、それにしても、一番中心となるのは耳鼻咽喉科であります。自分のところのcoreは何かということが重要であると思っております。

第三に、これはあまり皆さん気づかれていないと思うのですが、「職員の意識レベル」が挙げられます。

この意識レベルとは、患者さんの満足度をいかに職員全体で上げるかということを考えることです。それとともに、職員の満足度もいかに向上させるかが重要だと考えます。職員の満足度が向上しない限りは、患者さんの満足度は上がっていかないと私は理解しております。そのためには、理念、あるいは医業展開、すなわち、自分の病院をどう展開させていくかという意思の決定と確立と、それを職員にどう浸透させていくかが非常に重要なものとなると思います。

それと、これも大きな問題なんですが、医師の常勤が、民間医療機関では非常に大きな問題になります。多くの医療機関、特に地方にある医療機関では、大学の医局をお願いをして、医師を派遣してもらうこととなります。派遣の医師では、なかなか患者さんの満足度は上がりません。個々の医師が、病院の理念及び医業展開を十分に理解し、患者さんに満足を提供することが重要となり、そのためにはどうしても医師は常勤でなければならないと考えております。当院は、耳鼻科の専門医が9人おり、大学からの派遣はありません。すべて、自分のところの常勤であります。また、もう1人、麻酔科指導医が常勤であります。患者さんと職員の満足度こそが重要であると考えております。

なぜこのような考えに至ったかですが、私は、医学と医療と医業をきっちりすみ分けをして考えていくことによって決まってくると思っています。医業はサービス業と位置づけられ、患者さんに来院してもらって初めて成り立つ職業です。また患者さんは一つの病院を選ぶ権利を持つ顧客です。そのため当院を受診されたすべての患者さんの満足度を高めるべく、徹底した患者サービスを提供することが重要であると考えております。どんないい設備があっても、またどんなに名医と言われる先生がおられても、患者さんに来ていただければ、成り立たないわけです。患者さんを顧客という概念で認識しなければならないと考えております。

患者さんサービスということがよく言われますが、私なりの解釈では患者さんサービスには、まず医療サービスがあります。これは基本的なサービスとも言っており、癒しへの直接的なサービスであります。次に、医業サービスです。これはホスピタリティーサービスと言っています。これは癒す上で必要な facility の問題や、食事の問題、浴室の問題などの、

ホスピタリティーサービスを言います。当院はホテルマンを、8年前に採用しました。そのホテルマンは都心のホテルのフロアマネージャーだったのですがヘッドハンティングし、ホスピタリティーサービスにおける部門を医業サービス部として彼が統括をしています。もう一つは、職員サービスです。この三つのサービスが基本になっていると思っております。

この医療サービスと医業サービスと職員サービスの比率ですけれども、実際の臨床経験をもとにすると、癒しの直接的なサービスというものは、わずかとは言いませんが、それが占める部分は少ないように思います。それよりも、やはりホスピタリティーサービスを重視しなければいけない時代になったと感じております。

患者さんサービスの目的は一体何なのか。患者さんサービスを徹底させることは、良質な医療の提供と同じであると考えます。良質な医療とは、いろいろ異論はおありかと思いますが、私自身は、患者さんの満足度とイコールだと思っております。患者さんの満足度を高めるためには、先ほどからお話している医療サービスと医業サービスと職員サービスが患者さんの満足度を上げるものだと思っております。良質な医療という言葉は、第二次医療法改正で初めてその言葉が使われましたけれども、定義がいまだにはっきりしていません。私自身は、良質な医療というのは、患者さんに満足感と安心感と信頼感を持ってもらうこと、それこそが良質な医療であると、昭和60年以来ずっと主張しております。良質な医療と患者さんの満足度とは同意語であろうと考えております。

ただ、ここで重要、かつ注意をしておきたいのは、患者さんはどういう要素で成り立っているか、です。患者さんは、病気の部分、機能障害の部分、病の部分で構成されていると考えなければいけません。病気、機能障害については直接的な医療サービスですが、病いの部分についても、十分に配慮をしていかないと、患者さんの満足度は上がりません。

もちろん、がんの患者さんにおける病いの部分と、我々五感を扱っている、その部分とは大分違います。聴力改善手術をした場合に、検査上では術後に聴力が改善されているのに、患者さんは満足をされないことがあります。患者さんの満足度と手術の成功度とが一致しないことがある診療科目です。このこと

にも十分気をつけていく必要があると思っております。

それともう一つ、患者さんは、社会の中で患者さんという枠の中におられるのではなく、一般の市民の中におられます。今日、生活の三原則のドーナツ化ということが言われております。昔からの衣食住に加えて情報、交際、遊びといった現代の三原則が加わって、現在では六つの原則の中で生活を過ごされています。こうした状況で、患者さんは手術のために、入院しなければならなかった場合に、患者さんが日常生活で持たれている情報、交際、遊びの量や質を少なくさせて入院させるということは、もう今の時代では合わないと思っております。つまり病院に入院しても、日常生活で得られていた情報の量や質を落とさない入院生活を望まれています。私のところは、在院日数が7.5日ぐらいですから、非常に短いのですが、その短い間でも、やはり情報や交際、遊びをどの程度日常と変わらないように生活していただくかが患者さんの満足度を高めることになると思っております。

私は医療サービスの原点というのは、保存的治療でも、手術的治療でも、言葉は乱暴ですが、治して何ほどであると思っております。耳鼻科も外科系の一つですので、手術によって治すということが、より強く出てくるわけですが、いずれにしろ、患者さんを癒して初めて成り立つと思っております。

当院は、手術日、それから入院期間は患者さんの希望で決定しています。大学などの大きな病院で、いわゆるベッドの稼働率が重要視されていますけれども、当院は、手術日、入院期間は、患者さんが何日私に時間をくれるのか、5日間なら5日間、10日間なら10日間、それで入院期間を決めますし、手術日も、今もって大安吉日に手術をしたいという方が多くいらっしゃいます。仏滅には絶対したくない。午前中やるなら、先勝にという方もおられます。当院は、患者さんに手術日を決めていただきます。そうすると、入院するのは手術日の前日でいいということになります。また、当院では、これは耳鼻科の診療科特性で、手術とか、外来の診察室で、ご自分の病態を全部ビデオで見れるようになっていきます。このような仕組みを診療科特性にどう生かしていくかが重要なことです。手術時の映像は全て保存しており、患者さん、あるいは患者さんのご家族が希望された場合には、そのビデオを差し上げております。

それから、紹介率も非常に重要な問題です。紹介率は厚生省等では医師の紹介及び救急車で搬入ということについてのみ算入していないのですが、患者さんの満足度が上がれば、必ずその患者さん、あるいは患者さんのご家族からの紹介が増えてまいります。紹介率は、やはり患者さんや患者さんのご家族が紹介して下さるほうが、より実態を正確にあらわしているのだろうと私自身は思っております。それから、ホスピタリティーサービスについてですが、現在ほとんどの医療機関で取り上げられていませんが、重大なのは、クレジットカードによる支払いにあると思っております。患者さんが受診しやすいということは、患者さんが支払いやすい条件を私どものほうでつくらなければいけません。当院では昭和58年からカードによる支払を導入しています。クレジットカードも、手数料がかかります。約2.5%で、その2.5%は当院の持ち出しになるわけです。ホテルとか、レストランなどでクレジットカードで支払うと、その手数料分は料金体制の中に含まれているのですが、医療ではできません。ですから、当院の持ち出しになるのですが、患者さんが来やすい、あるいは患者さんが支払いやすい方法をとらなければいけないと考えられるわけです。特に、今年4月から、保険本人が3割負担になります。3割負担になるということは、患者さんにとって、やはりかなり痛い、懐ぐあいに響く問題だろうと思っております。当院では、入院患者さんの入院料の支払いは、10日に1回と退院時なのですが、在院日数は7.5日ぐらいですから、1回の支払いです。カードの使用率は今入院で40%を超えている状況です。それとともに、クレジットカードの分割、リボ払いが当院では可能になっております。病院に入ってくる収入はカード会社から一時期に入ってきますけれども、やはり患者さんが支払いやすい条件というものを何としてでも考えておかなければいけないと思っております。

職員サービスについての問題は有給休暇の消化率であると思っております。私のところは、看護師も有給休暇の消化率92%であります。そのためには、やはり人数を増やさなければならぬのであり、人件費は増えてしまうという覚悟はしております。しかしながら、職員の満足度が上がらないと、患者さんの満足度は上がってきません。職員一人一人の精神的、肉体的なゆとりがあって初めて患者さんのお世話を

することができます私は思っております。

なぜ私が職員を大切にするかというと、ある統計で、病院が患者さんを失う理由は、職員の冷淡さが68%を占めているからなのです。やはりその冷淡さをもたらすのには原因があると思うのです。職員に対しても満足度を上げないと、職員は患者さんに冷たく接してしまうということがありますので、職員をどう温かく見ているかということが重要な要素になると思います。

私のところの結果ですが、平成8年に厚生労働省が行っている受療行動調査が当院で実施されました。一般病院650施設を利用した患者さんにアンケート集計を行った結果、患者さんの満足度は、当院の指標がどの項目でも他院と比較して高いという結果が出ました。これは平成8年ですから、もう7年ぐらい前になるわけですが、おそらく今こういう調査を行っても、それほど変わらない、あるいはアップした結果になるという自信を持っております。

日本の医療費は各国と比較して高い部類にありますが、満足度が非常に低いということは昔から言われているところです。ですから、そういう意味では、ほかの大きな病院が満足度というものにもっと真剣に取り組まれると、当院などは非常に厳しい状態になると思います。いずれにしろ、日本全体としては、医療費がそこそこの割には満足度が全然上がっておりません。

先ほどもお話ししましたように、入院するからといって、患者さんの遊びだとか、交際、情報の量や質を減らすということはよしとしないという考えから、患者さんが入院される前にライフスタイルアンケートを実施しております。どういう雑誌を読んでもおられるのか、新聞を見ておられるのか、食事の好みはどうか、をあらかじめ調べておきまして、入院されてこられたら、朝日新聞を読んでおられたら朝日新聞をお渡しする、それから「AERA」を読んでもおられれば、「AERA」をそろえておくようになっています。患者さんというのは、患者さんということでもって一枠にくくることはできません。いかに個々への対応が重要になると思っております。

また当院では昭和60年から新患の患者さん及び退院される患者さんにアンケートを実施しています。

新患の患者さんのアンケートでは病院の所在地、玄関管理室の対応、診察、受付、会計、施設、医師についてなどの項目を、5段階評価で書いていただき

ます。そして、評価の高い5だけを月別に追うと12月は、随分いい。当院の賞与は、この患者さんの満足度だけが査定の対象になっています。受付と会計の評価が、前年度よりよければ、それに対して相応の賞与を出します。もしもこれが下がってれば、賞与を低く査定するようにしてあります。これはドクターの場合もそうです。ドクターの場合は全て年俸制でありまして、ドクターの評価も全部患者さんの評価を元にしています。それによって年俸の上限・下限を決めているのです。ですから、11月、12月が高いのは、これは賞与が近いからだと思えます。それはもう、わかっているのですが、それでもやはり、患者さんの評価によって評価されるのだということ自体が非常に大きいインパクトを持っているように私は思っております。

退院患者さんのアンケートですが、1週間ぐらい入院して退院される患者さんについて、病気の改善度をお聞きするというのは非常に厳しいものがありますけれども、これはドクターたちに、1週間しか入院されていない患者さんでも、この5が4を含めた数字になったという評価が得られれば、これは君たちの努力が実ったということで、査定がよくなるわけです。他にも看護師について、薬剤師について等、各部署についてアンケートをとっております。

先ほどお話ししましたように、紹介率の問題ですが、当院は、アテンディングドクターという制度を持っておりまして、アテンディングドクターからの紹介も含めて、大体15、6%がドクターからの紹介です。しかし、一方で、患者さん、あるいは患者さんのご家族、それからご友人の紹介というものが38%もあります。私は、これが非常に大きいと思います。というのは、やはり入院された患者さん、あるいは今通っておられる、目の前にいる患者さんの満足度を高める、あるいは大切にすることによって、これだけの患者さんを含めたご家族、ご友人からの紹介が多い結果になっていると思います。それから、もう一つ、最近見逃せないのがインターネットによる来院が非常に増えてきました。

平成10年5月にホームページを立ち上げてから、毎月7000件ぐらいのアクセスをしていただいています。現在では総数が17万を超えています。ですから、これも非常に重要であると考えられます。当院のホームページはA4にして200ページぐらいの量なのですが、そこには病気の話、手術の話、検査の話等、

講演2

様々なコンテンツを掲載しております。

また、Eメールでの問合せも毎月20、30件くらいの割合で届いています。それに対しては、担当の医師を決めておきまして、問い合わせへの返信を行っており、全国各地、海外からの問い合わせにも対応しております。

それから、マスメディアがやはり今非常に大きい要素を持っていると考えております。ですから、当院は新聞や、ラジオ、テレビ、きょうの新聞にも扁桃腺の手術が出ておりますが、そういう一般紙、あるいは雑誌、ビデオやテレビ等で取り上げていただくことで、患者さんにみていただく、これは患者さんの満足度を高めるためにもいいのではないかと考えております。

新患の患者さんも、平成元年度対比で60%、増加しております。再来は、長期投与等で総数としては減少していますが、新患の患者数は非常に勢いで伸びて、毎日大体40名ぐらいの方が来院されています。この数値は再来新患は含まない全くの新患数です。単科の専門病院というのは、全国医療を展開して初めて専門病院の意義があると私は思っているのですが、患者さんはもちろん首都圏から来院される方が多いのですが、色々な地域から患者さんに来ていただいております。

去年の4月から診療報酬が改定になってどうなるかということ非常に心配していたのです。いろいろな統計を見ると、きのうのメディファックスでも、90%の病院が前年度より少ないという統計が出てきていますけれども、当院は、新患数で7%増えております。そして、収入で見ると6%増えてますし、手術件数も伸びております。そういった意味で、問題は今年の4月からの医療費3割負担が非常に気になっているところであります。

また、立地条件で大きく左右されるものですが、当院は東京のお茶の水にありまして、この辺りは日大、東京医科歯科大、順天堂大、少し行けば日本医大や、東大もあります。東大の派遣病院である三井記念病院も周辺にありますので、大変な激戦地区であります。また、ここは井上眼科病院や、瀬川小児科、浜田病院、三楽病院、名倉病院といった、昔からの老舗の病院が集まっているところであります。地理的には激戦地区なんですけど交通の便のよさもあり患者さんに来ていただくには便利なところなのかもしれないと思っております。

病床は34床で職員が114名います。普通、1ベッド当たり1.6人というのが日本の平均の職員数だと思えますので、50床の病院であれば職員は80人でいいという計算になります。しかし当院は34床しかなくて、110名強の職員がおります。きょうも秘書を2人連れておりますけれども、こういうむだ(?)な人たちがいないと、いい医療というのは、直接的な医療とは関係ないかもしれませんが、できないと思っております。

尚、当院は、日本サインデザイン協会の賞や、日経メディカルのPR紙のコンクール賞、第一回の病院建築賞などをいただきました。また、近年大学が、耳鼻科の入局者数が非常に少ないため、当院に派遣要請が多く来ています。現在、当院から病院1ヶ所、診療所2ヶ所、老健施設1ヶ所に医師を派遣しているという状態です。

最後になりましたが今後の展開ですが、さらなる専門特化および、社会奉仕の面から病院を見ていくことだと思っております。

いずれにしろ、自分の施設のポジショニングをどう考えていくかが、民間の医療機関では非常に重要な要素になります。今日の医療福祉サービスは非常に複雑になってきています。その中でも、こういう健康保険サービス、あるいは福祉サービスの中に医療サービス、その中で専門病院というものがこれからどう生き残っていくかということは、患者さんの満足度が一番中心になっていくものだろうと思っております。

——司会 神尾先生、ありがとうございます。

せっかくの機会でございますので、ただいまのご講演につきまして、会場の皆様からのご質問、ご意見を伺いたいと存じます。ご質問などございましたら、挙手をお願いいたします。

——質問 地元でございます国立東静病院のオオバと申します。質問をいっぱいさせてもらいたんですが、時間がございませんので、簡単に二点だけ質問させていただきますけれども、まず一点目の、患者様からのアンケートでございますけれども、アンケートのフィードバックの方法についてもちょっと詳しく聞きたいんですが、時間がありませんので、ただ一つ、患者様からの職員個人に対する苦情に対しましては、先生の病院ではどのように対応されているかということが一点でございます。といいますのは、私たちの病院でも、実は個人に対する

苦情に関しまして、院内に貼り出したところ、非常に物議を醸し出しました。そういうことで、個人名に関しては出さないで公表しようとしておりましたけれども、それもまたいろいろな問題があるということ、先生の病院では個人に対してどういう対応しているかということが一点でございます。

それから、二点目に関しましては、先生の病院では、患者様の手術日と入院期間を患者さんの希望に合わせているとおっしゃいましたが、先生ご存じのように、現在はクリティカルパスが全盛時代と言ってもおかしいわけですが、非常にそれが今やられてきているわけでありまして、そのクリティカルパスに相反する方法を取っていらっしゃるということになります。現在の健康保険制度の中では、やはりクリティカルパスのようなものが必要ではないかと思うんですけれども、自費診療でやる場合には、当然その患者さんの希望を入れてあげるのが一番いいと思いますけれども、その辺に関しましてはいかがでしょうか。以上、二点、お訊きしたいと思います。

——**神尾** 一つ目の、職員個々への苦情をどうしているかという話かと思いますが、これはアンケートの備考欄に、自由に書く欄がございます。特に入院患者さんが退院するときに書かれるアンケートの中には、職員個々への苦情がある場合もあります。そのアンケートは直接私のところに上がってくるわけではなくて、各部署の中間管理職、医療サービス部、副院長が全て目を通してから私のところに上がってくるわけですが、その間に、そういう声の苦情があった場合には、各部署の責任者が対応するというようになっておりますので、質問箱だとか、苦情箱というのは、当院では、今のところはやっておりません。

それからもう一つ、クリティカルパス、当院でも、クリティカルパスというよりはペイシエントパスというものは早々に導入しております。かといって、クリティカルパスというのは、あくまでも標準化が大きい要素でして、私が先ほどからお話ししているのは、患者さん個々にどう対応していくかということがやはり医療では一番重要なのだらうと思っているわけです。入院されてからすぐに、どういう予定で何が行われるかということ、記入されているペイシエントパスを患者さんにお渡しし、全て個々への対応として行っております。

——**質問** 甦生病院のフクナガと申します。職員サービスについて伺いたいのですが、有給休暇の消化率が92%と、とてもうらやましい限りなんですが、そのほかの、職員の満足度というんでしょうか、employee satisfaction、そういうものはどのようにして把握していらっしゃるのでしょうか。

——**神尾** 毎年二度、職員満足度アンケートというのをしております。それには人事課で氏名と、年俸と有給休暇をどのぐらい使ったかということを出して、職員に渡し、アンケートに記入させ、結果を私自身に直接返ってくるようにしております。というのは、まず年俸と有給休暇の消化率を書いておかないと、みんな言いたいことばかり言ってきて、取捨がつかない、データとしてとれなくなるので、これだけ有給休暇も消化し、給与もこのぐらいの水準で、まだ何かありますかということで尋ねているわけですが、その満足度調査を年二回やることによって、大体の把握はしております。そのほか、やはり物心両面でどうサポートしていくか、あとは研修の希望があれば実施させるなど、employee's satisfactionを上げるような工夫をいろいろしているところです。

——**司会** 神尾先生、ありがとうございました。  
(拍手)

## 日本の病院機能評価における患者満足に関連する評価項目と評価のあり方について

日本医科大学常務理事

岩崎 榮

略歴	1933	生まれ
	1957	長崎大学医学部卒業
	1958	長崎大学医学部第二内科入局
	1960	米国留学(1年間)
	1969	長崎大学文部教官助教授 (医学部第二内科学講座)
	1982	国立病院長崎医療センター副院長
	1983	長崎県立成人病センター多良見病院長
	1984	国立医療・病院管理研究所医療管理部長
	1990	日本医科大学医療管理学教室主任教授
	1998	学校法人日本医科大学 常任理事
	1999	学校法人日本医科大学 常務理事

——岩崎 岩崎でございます。今全国80の医科大学病院、特定機能病院を含めて全国9200の病院の評価をさせていただいております。その評価のまだ1割足らずしか病院評価は終わっておりません。その結果から見ても、患者満足度は必ずしも満足のいくものではない。本日は一般的なデータによりまして、お話をさせていただきます。

まず、医療費と患者満足度の関係を思い出していただきたいんですが、日本の患者さんの患者満足度は、医療費もそこそこに低いわけでございますけれども、大変低いという結果になっております。じゃ、この不満というのは何が原因なのかということで、まとめてみますと、まず情報不足が指摘されております。医療施設や医師を選ぶための情報が不足している。それから、診療情報の開示不足、どこの医療機関はどうかをやっているのか、何を得意とするのか、そういった情報が不足している。それから、医療の質、提供された医療の内容、または提供されている医療の内容そのもの、技術、技能、医療従事者、その能力、それを含んだいろいろのサービス面からの医療の質というものに対する情報がほとんどない。それから、医療現場での対応。待ち時間が長いとか、不親切な対応であるとか、または説明が十分行われていないとか、こういったことでの不満。そして、費用負担。費用負担は、諸外国に比べて非常に低いのでありますけれども、他の物価等と比較しながら、費用負担というものを感じておられる。こういう4つが日本国民の大きな不満になって

いるのではないかとということでもあります。

先ほど、ほとんど情報がない、そのために不満だという方が大変多いわけですがけれども、知りたい情報としては、やはりインフォームド・コンセントをきちっとやって、治療の説明であるとか、または治療によってどのような不測の事態が起こるのか、そういったことをきちっと説明をするということを要求されている方が大変多いということでもあります。そのほか、医療機関の所在地とか、診療日、時間。神尾先生のお話では、入院日を患者さんに決めていただいている。手術日。そういうことを考えますと、やはりこういったことに対する要求は大変高いのではないかと。それから診療科目。我が国の診療科については、たくさんの診療科が病院には表示されております。これは医療法の中で定められているわけがあります。しかも医師がどういう診療をやっているかということによって診療科がほとんど決まっているというふうに思うんですけれども、必ずしも一般の国民の方々から見て、今の診療科の標榜がほんとうにいいのか悪いのかという議論が、国会ではなされておりますけれども、なかなかうまくいっていない。そういう意味で、診療科に対する内容的なものの要求が高いのではないかと私は思います。それから、医師の得意分野、専門分野、医療設備や機器、他の患者さんの評判とか、接遇の問題、平均待ち時間、こういうところが今一番満足度に関係してくるのかというふうに思います。カルテ等の診療記録の開示というのは、日本医師会主導で、かなりのところまで開示が行われるようになってはまいりました。

最近の朝日新聞で出されたもので、ごらんになった方が多いと思いますけれども、医者への信用度ということで昨年の末と78年の末に調査をしたものがあります。比較がされて、新聞で発表されておりました。昨年の調査では、天気予報が一番信用されているということでございます。新聞が第二位。そして、第3位が医者であります。「全く信用する」というのが23%、「まあまあ」というのを含めると81%。警察は、4位。そして教師が5位でございます。最下位は政治家というのが出ているわけでもあります。

日本医師会が、昨年9月から10月の間に、初めてでございますが、医療に対する国民意識調査というのをやりました。このやった1つの大きな理由は、医師が考えていることと一般の国民の方々や患者さん方の意識とどれだけ違いがあるのかということを見きわめるために調査をしたというふうに言われております。医療に対する総合満足度というのがとられておりますけれども、国民は、72%が満足、患者さんは87%と高いわけでありまして。医師も、患者さんは満足していると予測をしておりますが、84.9%で、患者さんよりもやや厳しく自己を評価しているのではないかと見られます。一般の国民の方々、この患者さんというの、一度でも医療機関にかかった方々ということでありまして。2番目に、「医師と患者の対話は十分に行われていますか」という設問に対しては、国民は72.8%が満足していますが、患者さんは85%、医師は91%。ここで5%から10%ぐらいの医師の意識と国民、患者さんの意識とが違っているという結果。医師は、よく対話をしていますよというふうに思っている。しかし、患者さん、一般国民はそうは思っていないというふうに読まないといけないのかなと思っております。

それから、「状況や希望に応じ医療は実践している」、いわゆるニーズに応じてということですが、これは大変国民は低い満足度であります。それから、患者さんも、66.8%ということですが、ところが、医師は90%近くの医師たちが「十分対応している」というふうに答えているわけでありまして。きょうのここにご出席の皆様はこの値をどう見られるでしょうか。我々医師は十分対応していると思っておりますのでございますが、国民の立場で見ると、やはり私もこの辺かなというふうに思っております。

それから、心のケアを受けているかどうかということのアンケートであります。国民は29%しか満足度がないわけでありまして。また、患者さんも52%しかない。ところが、医師は81%の方々が、「いや、心のケア、行っていますよ」ということでもあります。このギャップが一番大きいわけでありまして。いかに一般の方々、患者さんの方々は心のケアを受けていないというふうな思っておられるかということ、日本医師会自身も、この国民意識調査を初めてやって、このような結果が出たことに対して大いなる反省をすべきだという評を、みずから反省をしているということも書いてありました。そういうことから

して、こういう調査が日本医師会で初めて行われたことに対して私は評価をしております。これからは大いにこのアンケートを生かしながら、日本医師会傘下の医師たちが大いに反省をしていくことで、これからは、もう少し医師の対応等がよくなっていくのかなというふうに思います。これが毎年行われて、どのように変化していくかということが今後必要かなというふうに思っております。

これからのお話は、私が属しております医療機能評価機構というのがございます。この医療機能評価機構というのは、日本の全国にあります9,200の病院を対象にして、病院機能という観点で評価をする。この評価の項目は、きょうの会議のメインテーマであります、患者さんのためにという、その患者さんの立場に立って私どもは評価をしようということ、この機構が立ち上がったわけでありまして、その中で、患者満足に関する領域は第3領域、療養環境と患者サービスという領域がございます。この第3領域といいますのは、実はこの評価項目全体は、小項目数だけでも577、中項目になりますと150くらい、大項目だけでも100項目近くあります。全体で577の評価項目を持っているわけでありまして、きょうのお話の中心になるのが、この第3領域というところに集約されておりますので、これをご紹介申し上げたいと思っております。

大項目は、接遇と案内、医療相談、患者・家族の意見の尊重、利便性とバリアフリー、プライバシー確保への配慮、療養環境の整備、快適な療養環境、災害時の対応、こういったプライバシー、バリアフリー、アメニティー、そして接遇、そういうところのことがきちっと病院で行われているかどうかということ、患者の視点に立って評価をさせていただいているということでございます。

具体的な内容を2、3ご紹介したいと思います。まず接遇の評価ということでは、接遇・応対に配慮されているということで、私どもは5段階評価というのをやっております。5点が一番いいわけでございます。NAというのは、not applicableということで、該当しないということで、病院側が、ここの項目は該当しないと判断すれば、ここでNAのところを○をつけるということになっております。これは自己評価もできる仕組みでありまして、私どもの医療機能評価機構というのは、第三者評価機関ということで、全くその病院とは関係のない方々で構成され、

## 講演3

弁護士さんであるとか、ほかの方々も入った評価機構でございます。

評価の仕組みからしますと、樹状構造、いわゆるtreeであります。枝をぶら下げているという形があります。この項目を評価するためには、受付や案内などの接遇に配慮されているか。対応する職員がいること、ということになっておりまして、これをa b cで評価をする。それから、言葉使いや身だしなみが適切である。接遇教育が行われているという、この3つの項目が1つ1つa、a a、オールaであれば4点か5点というような、評点の仕組みで私どもは行っております。もちろん、これは私どもの機能評価機構の中に評価調査者、サーベイヤーと言っておりますが、そういう調査に当たる人間が6名から7名行きます、つぶさに病院を見せていただく。

担当者や責任者が紹介されているかどうかということの評価するには、職員は名札を着用している。名札の形状とか表現。名札があっても、見えないような名札、職員の名前が読めないような大きさでは困る。少なくとも対座したときとか、またはすれ違ったときに、その職員の名前がわかる程度の大きさで名札がつくられているかどうかということで評価をしています。また、診療担当医師名が紹介されているかどうか。診療科目と担当医師名。それから、診察前に患者にわかる配慮がなされている。例えば、外来の診察室に入るときに、きょうの自分を診察してくれる医師はだれなのかということが前もって、部屋に入るときにわかる。そういう紹介のされ方、または、院長や副院長、その他の部長たちの名前を玄関のところに表示をしているということは今は法律で義務づけられておりますが、そういったことが各診察室の前にちゃんと明示されているということで評価をする。

それから、各部門の責任者名が掲示場所や入院案内書などにある。よく、掲示をされているんですが、ほとんど読めない。玄関を入りますと、大体左手か右手のところにありますが、たくさん並べられて掲示されていて、なかなか読めづらい字で書いてあって、まあ、掲示はしていますよということだけではa Aにはならないです。やはりちゃんと読めるような字で、読める大きさでということ、どなたにでも読めるということを要求して、それがすべてできていればaということで、この3つが満たされていて、

すべてaであれば、4か5ということで評価しているわけでありまして。

病院の案内・掲示が適切であるかどうか。これも、なかなか掲示が徹底をしていなくて、なかなかわからないような掲示になっているということであれば、評価が低いということになります。

外来の待ち時間に配慮されているかどうか。待ち時間をさせているのであれば、その待ち時間状況をきちっと表示をするような、テロップで流すとか、そういった努力をする。または、短縮のための何か方策を導入して、または待つことの苦痛を軽減するような工夫がなされているか。それから、診察開始予定時間というのが、普通は書かれておりますが、予定どおりに診察がほんとうに始まっているのかどうかということが大事であるということでありまして。

医療相談窓口はどうか。その案内表示や入院案内、窓口を担当者が配置されているかどうか。それから、患者・家族と相談するための相談スペースがあるかどうか。まあ、相談スペースのことは先ほどの話の中には出なかったんですけども、プライバシーの守れるスペースが確保されているかということが重視されております。

それから、相談に応じているのは当然のことではありますが、相談の実地状況が適切に記録される。ただ単に相談に応じているのではなくて、きょうは何件あって、どういう相談の内容であったという記録がきちつとなされているというところまでを要求するわけでありまして。

それから、患者・家族の意見の尊重ということで、意見箱とか、投書箱とか、モニター制度、または患者の希望や意見を聞く目的のための調査やアンケートが定期的に行われているということで、そこを焦点にして評価をしていきます。

それから、患者・家族の希望や意見に基づくサービスの改善が行われているかどうか。希望を聞いて、その希望に応じてどのように改善をしたかということで、改善した項目、どのように具体的に改善したかということ記録をもって見せていただくということになります。

苦情についての対応はどうかについても評価されます。

それから、バリアフリーの問題であります。病院へのアクセスに配慮されているかどうか。いわゆる

交通の案内とか駐車場の広さ、時刻表、タクシー待ちの配慮等、それから食堂、売店、電話の設置場所。電話は、プライバシーを確保できる設置、箱型の電話を私どもは推奨しております。それから、車いすで利用できるかどうか。それから、公衆電話の台数が適切であるかどうか。精神病床を有する場合には、どのように配置されているのか。そういうことでこのところを評価しております。

入院患者さんの利便性ということで、入院生活の規則が患者本位に運用されている。どうも多くの病院では、患者本位ではなくて、職員本位になった規則がつけられているというのをよく見ることがあります。消灯時間にしても、面会時間にしても、やはり患者さんの利便性もしくは家族の方の立場に立った時間の設定が行われているのかどうかであります。

そのほか、玄関・外来のバリアフリー、病棟のバリアフリー、トイレのバリアフリー、浴室のバリアフリー、こういうものを要求しております。

プライバシーの確保ということで、患者さんの呼び出しというのを私どもはしないという原則がその病院でとられているのかどうか。それから、診察室などの会話が外に漏れないようになっているか。中待ちというのが我が国の病院の特徴であるというふうなことも言われていますが、中待ちがあるところでは、中待ちの利用状況、中待ちでどのようなプライバシーが守られるような整備をしておられるのか。それから、検体などが人目に触れないように。例えば、採血された血液であるとか、採尿管、そういうものを人目に触れるところを持って歩かせるようなことをしているのかどうかであります。検査とか処置行為が人目に触れないようになっているのか。

そのほか、説明をするときにプライバシーが保てるような場所での説明がなされているのか。病室で、特に多床室であります。複数の患者さんが一緒の多床室での配慮がどのようにされているか。患者名の表示というのが、日本の病院は当たり前というふうなことでありますけれども、これもプライバシーの保護ということからすると、基本的には病室の入るところに患者名を表示しないということを私どもは評価しております。しかし、これも患者本人が出してほしいとか、家族が、出しておかないと部屋がわからないとか、そういう場合には、患者さん本

人の了解を受けて出す場合がある。そのような基本的な考え方がどうなっているかということ。面会用のスペース、デイルームやコーナーなどが設けられているかどうか。

環境整備、これはアメニティーの問題でありますけれども、そういうアメニティーの整備体制が確立されているかどうかということでもあります。特に、責任者による院内巡視、アメニティーという観点での院内巡視が行われているかどうかということでもあります。

患者さんが使用する設備・備品がどれくらい整備されているか。手すりの問題とか、身障者用の駐車場とか、こういうふうなものの整備状況であります。

次には、清潔管理。病院は清潔なところであると思ってくると、不清潔で、何となく病気になるて帰りそうだと言う患者さんもいらっしゃるぐらいであります。そういう点での、不快な臭気はないか。日本の病院は、臭気があるから病院とわかるというぐらい、何か、昔はクロロフォルムのおいひのするものが病院だという。病院にはおいがしないというのが普通であります。整理整頓も必要なことです。

それから、禁煙・分煙、大変難しい問題がありますけれども、私は、1960年、昭和35年、アメリカの留学先の病院が全館禁煙でありました。しかも、周辺1.5マイル以内で喫煙してはいけない。そういうことでありましたので、駐車場が1.5マイル以内にある。したがって、のみたい人は、駐車場から出て、1.5マイルのところでのむ。その当時を思い出すと、日本の病院というのは、ほんとうに自由であるなどというふうに思いますが、この点は大変今、時代の流れもありまして、やはりできれば全館禁煙にしてほしいということでもあります。

それから、安らぎへの配慮がなされているか。採光、彩色、静寂、インテリア、患者のくつろぐスペース、こういうものも評価の対象にしているということの紹介であります。

快適性ということで、整理整頓、ベッドの調整ができる、高さ、清潔感がどうなっているか。病室の空調。どうも私は、日本の建築上で空調管理がきちっと行われている病院というのは非常に少ないのではないかとこのように思います。そういった意味での要求をここでしているわけでもあります。

食事の問題であります。食事の時間、温かい食事

講演3

は温かいまま、冷たいものは冷たいまま、そういう配膳。快適な食事場所がある。まあ、今は短期間の入院期間になっておりますので、こんなことが必要なのか。いえ、短期間であっても、やはり必要だろうということでもあります。

選択メニューのあるなし。

トイレの問題であります。患者数に見合ったトイレが配置されているのかどうか。車いす用のトイレ。トイレの広さが適当であるのか。トイレの安全性が確保されているのかどうか。手すり、トイレの清潔性。

浴室の問題であります。どうも我が国の病院の多くは、月水金とか、火木土に分けて、月水金が男性で、火木土が女性という、いまだにそういうことが行われている病院が大変多いわけではありますが、シャワーの時代ということも言われますので、いつでもシャワーはできるという、そういう必要性、そういうところを焦点にして私どもは評価をしております。

それから、災害時の対応というのが最後であります。

かつて私の教室におりまして、現在は京都大学の医学部にいます今中教授がおりますが、私の教室時代に、満足度についての研究をしました。その結果、患者満足度を高める医療行動というのは、医師がいかに熱心に専心して患者さんのためにやるか、そして思いやりを持ってやるか。それから医療効果については、医療の技能、その人の持っている医療の技術機能、その説明をどのようにするかによってきます。巷間の評判とか、看護師などの対応、事務の対応、建物の快適性、こういったことが、外来患者さんにとっての患者満足度を高めるということでありました。

私のまとめでありますけれども、私どもがやっております医療機能評価機構による評価というのは、やはり患者満足度を高める1つの手段であろうと考えております。特にきょうお話をしました第3領域と言われる項目がそれに値する評価項目であると考えております。そのことをご紹介するのがきょうの私の役目でございます。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

—司会 岩崎先生、ありがとうございました。

## わが国のメディケアシステム ～患者の視点に立って～

慶應義塾大学経営大学院教授、(財)企業経営研究所所長

矢作 恒雄

略 歴	1942	生まれ
	1965	慶應義塾大学工学部管理工学科卒業
	1974	スタンフォード大学経営大学院修士号 (MBA、優秀賞)
	1981	スタンフォード大学博士号 Ph.D (全米博士論文優秀賞)
	1990	慶應義塾大学経営大学院教授
	1995～1997	慶應義塾大学経営大学院院長
	1997～2001	日慶義塾常任理事、 慶應義塾ニューヨーク学院理事長
	なおこの間	
	1965～1972	三菱商事株式会社(発電プラント輸出担当)
	1972～1982	富士ダイス株式会社(取締役:企画、海外担当)
	1985～	日・米企業役員・顧問、政府機関審議会委員
	1991～	財団法人企業経営研究所所長
	2000～	スルガ銀行取締役 富士山麓ファルマバレー構想推進協議会委員

——矢作 矢作でございます。私はビジネス界から慶應に戻りましてから20年になりますが、いろいろ見てみると、教育のシステムと医療のシステムに非常に似通っているところがある。例えば、「先生」と呼ばれる人が構成する業種は皆同じように、自分たち同士の競争をできるだけ排除する、どうもそういう仕組みができ上がっているのではないか。今日はそういう観点からお話し申し上げますので、おそらくここにいらっしゃる病院関係の方、あるいはお医者様達から見ると、大変気になるお話をすることになると思います。3日前に、やはり同じような視点で、あるお医者様のグループにお話をしたのですが、そこで大変怒られまして、「大体、そんな自由競争だとか何とかということを素人は言うけれども、そうすると、はやらない病院、医者と、はやる医者、病院との格差がつき過ぎてしまって、はやらないところをどうしようと思っているんだ」と、もう最後まで、大変しかられてしまいました。私は、それにもめげず、「いや、自由競争を主張するのは正にそういう状況を作り出すためで、悪い病院・医師には退場して欲しいのです」と言ってしまったのですから、私はもう静岡県では病気になれない。もうどこの病院もお医者様も相手にしてくれないのではないかと思いながら、これは多くの患者さんの

ためだと自分に言い聞かせ、きょうは覚悟してお話をするつもりでおりますので、ご清聴いただきたいと思います。

きょう皆様にお配りした資料には、メディケアシステムとなっています。もともとこの会議は国際会議だというふうには私は勝手に考えてしまったものですから、英語で資料をつくってきたんです。ところが先日事務局の方にいや、日本語でいいんですよと言われ、もともとメディケアと言うと、例えばアメリカの連邦政府のある仕組み、これにちょっと偏ってしまいそうな気がしていましたので、ここでは医療システムというふうになおしてお話させていただきます。私がお話ししたいのは、決して行政絡みのシステムということではなくて、病院の経営、あるいは診療所の経営、あるいはお医者様の考え方といったむしろもっと広い概念での医療システムというふうにご理解いただきたいと思います。

それで、現状でございますが、昨年の厚生労働白書を見てみますと、政府の認識は、我が国の医療制度は世界一だというふうにならなっておりますが、いろいろな面で確かにそう見えるところはございます。白書では、国民皆保険制度ということが基本的には世界一の根拠になってはいますが、具体的には、例えば世界最長の平均寿命をあげています。どうも平均寿命の長さが主に制度に起因するというのはどうかと思いますが、いずれにしてもそういうふうにならなっています。結論としては、いいサービスを安く、だれにでも提供する。まさに日本の企業が戦後大成功した、いいものを安く、だれにでも、という松下幸之助さんの思想そのものがこの厚生労働白書でもうたわれているので興味を持って読ませていただきました。

我が国の医療サービスの実態に関してはいろいろな見方がございますが、私の手許にユーザーの満足度を比較している研究があります。結論的には、医療に関する満足度は、まあまあ満足ということを含めると、調査対象になった人の半分以上が日本の医療サービスに対して満足をしているというふう読み取れる。ところが、コンビニエンスストアに来るお客さんを見てみると、真ん中の絵ですが、半分以上

## 講演4

下しか満足をしていない。それから、航空会社、これはある特定の、日本航空なんです、見てみると、これはかなりいい数字が出ている。けさ、岩崎先生がご指摘くださった内容にも関連ございますけれども、実は、医療サービスの利用者の声をいろいろ聞いてみますと、決していいことばかりではない。これは、ちょっと時間がなくて、1つ1つ触れないようにしますが、お医者様個人に対する患者の声。例えばお医者さんがあまり患者の顔を見ない。病院でやっと順番が来てお医者さんの横にすわっても肝心のお医者さんは殆ど患者の顔を見ないで、簡単に患者の言うことを聞いて、「じゃ、この検査をしましょう」と、紙を渡してくれてあとは検査室へ……。それから、私が嫌なのは、看護婦さんの話し方。患者に対し子供に話すような言葉で話しかけるんですね。「どうしたの?」とか、「お薬、飲みましょうね」なんて言われちゃうと、まあ、それはそれでいいんだけど、ちょっと違うんじゃないかといったような、これはもう、看護婦さんも一生懸命サービスのつもりでやってくださっているのはわかるんですが、何かちょっとはき違ひがある。こんな些細なことも含め、お医者さんや看護婦さんに関するいろいろな不満の声が聞こえる。

それから、医療サービスの質に関し、ここに不満足が挙げましたが、例えば薬漬けだとか、海外でとくに効果を証明されているような器具や薬が使えない。これには規制の問題があるでしょうが、なら規制を直せばいい。また、薬の処方期間が非常に短い。だから、薬をもらうために病院まで行かなくてはならない。これも規制の問題と関連があるかもしれません。それから、自分のカルテを見せてほしいというのが非常に気まずい感じになる場合が多いとか、いろいろある。病院の3時間待ち、3分治療。私の経験では、3分ならいいほうで、3秒ぐらいで終わった治療に3時間以上待つということもありましたし、上げ始めたら数え切れない程の苦情があります。

それから、医療サービスの実態を見ると、これは決してアメリカがすべていいと言うつもりはございませんけれども、日本とアメリカを比較してみると、日本のほうがいい場合、例えば、人口1,000人当たりのベッド数がアメリカの4倍ある。しかしながら、平均在院日数を見てみると、アメリカの5倍近いですから、結果的には、延べでいけばそんなに差はな

いとか、人口1,000人当たりの医師数の数ですとか、いろいろ、決して日本が世界一だと白書で述べているように自信を持って言える状態ではなさそうだということが見えてまいります。

そうすると、この満足度の調査がいんちきだったのかということ、実はそうではなくて、マーケティングの専門家に言わせると、満足度というのは、実は期待値と実態との差だということなんです。つまり、期待値が低いところであれば、実際の状況がそれ程良くなくともそこそこの満足が得られる。ですから、今顧客満足、患者満足ということが非常に盛んですけれども、極端に言えば一番簡単なのは、期待値をうんと低くしておく。つまり、ユーザーに自分の所より良い所の情報を与えない。病院なんてどこでもこんなものなんだというふうユーザーに思わせておけば、結構満足度の調査をするといいいところになる。これが調査結果の実際の姿なのです。最初に調査結果で触れましたコンビニエンスストアなんかは、もう競争が激しいですから、お店どうしが競って顧客に気に入ってもらおうとする。一方顧客はあちこちにいい場所を沢山知っている。だから、そう簡単にお客さんにここが一番いいよと言ってもらえないという、そういうことだろうと私は先ほどの結果を解釈しているわけです。つまり満足度というのは、実は実態と期待値の差を示す尺度だということでもあります。ですから、満足度の調査結果が良かったということだけで安心してしまうのは、実は危険なことでもあります。これは、もう一つは、いわゆる満足ということと、不満がないということとは全然別であって、不満がないというのは、ゼロベースにあるということだけで、それで満足しているということではない。つまり、基本的な条件がすべて満たされているというところで初めて不満がゼロになるので、だからといって満足をしているかというと、そうではないということをご申上げようと思います。

ここで、今までお話ししたことを振り返ってみると日本の医療サービスは、苦情が多いのに満足度を見ると結構高いところにあるということでもあります。ということは、実はユーザーには現状の医療サービスと比較し評価する情報が無いため、こんなものかと半ばあきらめの状態に置かれている。ということは、実は日本の医療サービスというのは売り手に牛耳られ、比較すべきより良いサービスの情報が

与えられないままになっているということが容易に想像出来ます。普通の企業経営をやっていく場合に、売り手志向、つまり顧客を無視したビジネスは成り立つわけがないですね。だけれど、医療サービスの場合はそれで実際に成り立っている。先ほどお話ししたことを振り返ってみれば顧客満足の質が低い、つまり顧客であるユーザーの期待値が低いからなのです。我が国に限らず、医療制度を改革するということは、一に顧客、つまり患者やその家族である利用者の満足の質を向上させるということをねらわなくてはいけない。これは、実は白書でも明確に指摘しています。すなわち、患者中心の医療制度をつくっていくことが我々の目標なんだということはきちっとうたっているのですが、そのうたっていることを実現させることがこれから最大限の努力を向ける方向なのです。白書の言う、「利用者の視点に立った、効率的で、安心、かつ質の高い医療の提供」そのものであります。また、「患者の選択に資する情報提供の推進」、これは政府もきちっと指摘をしておりますし、既にここにおいていただいています土居技監のお話を伺っても、既に10年前に、厚生省の時代にこれを推進するような指示を出されているのです。ですから、政府もきちっと方向づけはされているということは事実だと私は思っております。

そこで、私が教鞭を執っております、経営大学院でいつもやっているように医療サービス業を1つの産業として見るとどういうことになるか考えてみました。業界を分析するときに、まずやってみるのは、業界のおかれている競争環境はどうなっているかです。真ん中が業界であります。これを取り巻く最低4つの要因を考えなければいけません。

まず、新規参入。新しく、どんどん業界に入ってくる企業がどのくらいいるのか、あるいはそういう仕組みができていないのか、できていないのか。それから、業界にいろいろなもの、人材、あるいは機材、資材を提供する売り手があります。それから、もちろんその業界が提供するサービスを買う買い手つまり顧客がおりますし、それからまた、業界から提供しているもの以外に、それと同等な、同じような役割をする製品、あるいはサービス、つまり、代替製品、代替サービスがどういう状況になっているのか。この辺をみておかないと、業界をきちっと把握できない。これを病院、あるいは診療所といったいわゆる医療サービスの業界に当てはめてみますと、真ん中

にあるのは国・公・私立病院、診療所ということでありましょうが、まず新規参入に対して非常に規制が厳しい。つまり、勝手にどんどん参入できないような仕組みができています。それから、海外医療機関、あるいは民間療法に対する情報。最近、情報はどんどん流れるようになりましたけれども、でも必ずしも簡単ではない。それから、この業界、つまり病院や診療所に人材を提供する、病院に関しては医局という問題があります。それから、あと資材、機材に関しては関連業者。これに対して、例えば人材に関しては医局の力があまりにも強い。ですから、医局主導型。患者から見れば、それはやはりサプライヤー志向、供給者サイドの便利性だけで決まってしまう。それから、関連業者と病院、あるいはお医者さんとの関係、これはもう完全に関連業者が弱い関係です。買い手である患者は病院や医師の言うなりにならざるを得ない状態で、全く弱い立場にある。となってくると、この真ん中に位置する業界、ここは非常にいい立場にある、非常に力の強い立場にあるというのが結論的には言えることであります。業界内、つまり病院間、あるいは医師間の競争を刺激するような、あるいはそれを動機づけるような、そういうシステムはあまり積極的には作り上げられてこなかった。

そういう仕組みを使う人、つまり買い手、これはまさに犠牲者そのものだと思うのですが、患者は犠牲者だと言うとこの辺からどうも私はお医者さんたちの反感を買い始めるのです。関心を引くために刺激的に表現している部分もありますが、やはりこのシステムでは買い手は犠牲者なのです。実は、私がこんなことを堂々と言えるのは、私がいる教育産業が全くその典型なんです。学生という弱者相手ですから、先生側だけのことしか考えてこなかった。文部省と日教組の関係なんて、生徒のためとか言いますが、要するに先生たちのことしか考えていない。つまり、先生はいかに競争をしないで定年までやれるかという、そういうところが我が国の病院・医師と患者の関係とそっくりなので、自信を持って申し上げているわけでありました。

では、産業界でそういう競争のないところが実際にはどういうことを結果として引き起こしているかと申し上げます。我々が多分皆様も同じと思いますが、私はいまだに海外の旅から帰ってくると日本の生活費が高いと感じます。日常生活の費用は、

## 講演4

例えば経済誌エコノミストの統計では、ニューヨークの生活費を100とすると、東京が140と、世界のトップなんです。第2番目にロンドンが来ますが、それが、ニューヨーク100に対して102なんです。日常我々がしょっちゅう買ったり、利用するサービス、そういうものは殆ど規制で海外からの競争から守られてきた。農業、エネルギー、電力、それから金融です。規制で守られてきた産業からのアウトプットは皆価格が高い。競争が十分に行われていない効率の悪い、生産性の低い産業から出てくるものは、当然のことながらコストが高い。したがって、価格が高い。どうもこれに類することが医療システムにおいても言えるんじゃないかというのが私の心配事です。

つまり、医療業界を改革しようとする、やはりキーワードは、業界内の競争の動機づけ、あるいはそれを助ける、そういう仕組みをつくっていかねばいけない。そうなってくると、必要なことは、まさにサービスやその提供者に関する情報開示ということがキーワードになってまいりますが、情報開示をすることで何をするかというと、まさに一番最初に申し上げた、ユーザーつまり患者さん、あるいは患者さんを取り巻くご家族、あるいは友人、そういった人たちの期待値を向上させることでありまして、その結果何が起こるかということ、ユーザーの選択肢を増やすということです。

それから、もう一つ重要なことは、せっかく情報を開示してみても、それを受けとめるユーザー側に分析能力がなくてはいけませんから、いろいろなところでユーザー教育をする。実は一昨日報告会を行いました、アメリカの医療システムを見学に行こうということで、20名弱の皆様と行ってまいりましたが、私がアメリカで見て、見習うべき点と考えたことの一つには、ユーザーの期待値をどんどん上げるように努力をしていることです。ということは、提供する側ではサービスの質を常に向上する努力を続けなくてはいけないわけです。我々教育の世界でもそうですが、学生たちの期待値を高めると、一番首を締めているのは自分自身です。もっといい授業をしてくれなくちゃ困ると言われ続けるわけでこれは教師の負担が増え、大変なことです。しかし、アメリカではそれを覚悟でユーザーの期待値を上げるような努力を一生懸命やり、同時にそれにこたえられるように自分たちを向上させようという努力をし

ている。そこを私は非常に感心して見てまいりましたが、それと同時に、患者に対しては情報を分析できるように、いろいろな形で啓蒙活動をやっているというふうには私は見てまいりました。ユーザーの分析能力を高めるような啓蒙を行い、情報開示を徹底することによって期待値を向上させる。その結果サービスの提供者の間に競争が起こり、ユーザーはその中で自分に最も適切な提供者を選ぶという市場原理がさらに徹底するのです。

これを言い出すと、日本の場合、規制があって、とてもそんなことはできないという反論がすぐ聞こえてきますが、確かに規制の問題はありますけれども、実は、医師会が、医療に市場原理はなじまず、患者の不利益になるという殺し文句を繰り返しているのです。私自身「患者の不利益になることをなぜやれと言うのか？」と批判されることが度々あります。これはもう全く我々が教授会で言っているのと同じなんです。「君ね、そんなこと言うけれども、先生たちの競争は結果的には学生の利益にならないよ」と。確かに学生の利益にならないと言われてしまうと、何となく黙らざるを得ない。そういう、非常に似通った見解が同じように先生と呼ばれる医師会の人たち間にも浸透しているのだと思います。

そこで、先ほど申し上げた、業界を取り巻く4つの要因別に少し詳しく見てまいりたいと思います。新規参入に関しては、ここに示しましたように、規制というものができている。競争が必要だと言うと、過当競争のことばかり取り上げて、だから競争はだめなんだと言われる方がいらっしゃいますが、そういう極端な状況ではなくて、ほどほどの競争ということを私は申し上げているのですが、新規参入に対して非常に規制が厳しい。例えば、民間企業の病院経営に関する議論などみても「市場と企業の機能」を全く曲解した企業の病院経営絶対反対論がまかり通っています。

それから、病院、診療所に対する売り手ですが、例えば病院に対する人材供給に関しては大学病院の医局制があります。これはもちろんいい点はありますけれども、医局支配の構造つまり、買い手である病院が売り手である医局の意向に逆らえないなど問題点も非常に多く蓄積されているように私は考えています。またお医者様と医薬品、医療機器メーカーとのあまりにも近い関係というものが果たしていいのかどうか、これは買い手の言うなりと言って良い

ほど売り手が非常に弱い。医局支配という意味では病院は医局に対しては弱いのですが、患者から見れば、医局と、病院、診療所とはサービスの提供側として一体ですから、これに対して患者は非常に弱い立場にあるわけです。

それから、代替サービスについては、先ほど申し上げましたように、患者自身がインターネットその他で海外の情報を集められる環境になってまいりましたが、まだまだ必ずしも十分に代替サービスを受けられる環境は整っていない。

それから、今度は患者側でありますけれども、例えば、病院やお医者様を選ぶ時に、頼りになるのは口コミ情報しかない。考えてみるとこれは恐ろしい話でして、早急に評価システムを完備し、また公表する必要があります。既にここに書きましたような幾つかの制度ができておりますが、まだまだこれが十分に利用、活用されているとは思えません。

それからもう一つは、やはり医療機関、あるいは医療従事者の資格制度というもの、これは学校の教員もそうなのですが、一度雇ったら、どんなにひどい授業をやっても定年までいられるというのと似たようなところがあります。やはり医師の資格調査とか資格認定といったものを定期的に行うということが必要ではないか。実は私、息子が医者なものですから、親として見ると、こんなに厳しくなったらかわいそうだなと思えますけれども、やはり患者の立場に立つとそうしてくれないと困る。

それからもう一つは、カルテ情報の本人あての開示。それから、広告規制の緩和、これは情報を開示するという意味でもっと緩和してもいいんじゃないか。ただこう言うと、誇大広告の問題を取り上げ反論する人が現れる。企業が病院を経営すると金儲け主義がはびこり患者の為にならないといった短絡した議論と同じような極端なことで反論するのはもうやめにしようというのがきょうのこのテーマの1つでもあります。

さらに、患者の期待値を向上させる。つまり、満足の質、中身を向上させなくてはいけない。これと同時に、患者の評価能力を向上させる。結果として、患者の選択肢をうんと増やす。まさに顧客は王様だという環境に近いものをできるだけ作っていく。まあ、そんなこと言っても、顧客というのはわがままですから、そこまでは必要ないのではということがたくさんありますから、すべて顧客の言うなりであ

る必要はありませんけれども、今の状態に比べれば、もっとその方向に進むべきでしょう。そうすることによって競争を刺激するということであります。

私、山口先生と懇意だから言うわけではありませんが、実は、今まで申し上げたことは、静岡がんセンターでほとんど解決されていますし、またしていないところはすぐ解決しようという努力をされております。そういう意味で私は、いろいろなところで静岡がんセンター、あるいはファルマバレー構想そのものを、海外に行っても結構宣伝をして歩いています。いろいろなことができないのは規制の問題だという言葉に耳にたこが出来るほど聞きますがこれは学校でも同じことで、やる気があれば努力次第でかなり改善できることの証が静岡がんセンターだと思います。

病院や診療所は、ほんとうに、経営努力だけでは何もできないのかということではないということをごここで申し上げたい、それで締めくくりにしたいと思います。我々、企業経営を見るときに、いろいろな視点がありますが、7つのSというもので押さえておけば大体重要なところはカバーできます。一番最初にshared valueつまり共有価値、2番目、strategy・戦略、structure・組織構造、それから運用のためのsystem、それから経営のstyle、それから人材という広い意味でのstaff、それから技術ノウハウを代表としたskill、こういう7つの視点で企業を見てみると大分良く解る。この中で特に重要なのは共有価値。例えば病院であれば、病院にいる人たち全員が、我が病院はこういうことのためにあるんだということをごきちっと認識しているかどうか。ただ単に理念を掲げているだけでは困るので、例えば窓口の人、あるいは電話をかけたときの交換手も、皆自分の会社の理念・価値観を明確に理解し共鳴している。顧客第一と掲げた企業に電話一本した時に電話を取った人の態度からそれが感じられるような状態、それがsharedであり、そこが非常に重要で、この共有された価値を実現するためにあとの6つのSがきちっと整合性がとれて組み込まれている。これがいわゆるエクセレントカンパニーの基本だということをご私どもはいつも言っておりますが、その観点に立って申し上げていきたいと思えます。まずその共有価値であります、やはりこれはだれにでもわかる、明確な目標、行動規範というものをごきちっと示すということであります。これを全員で共有する、

## 講演4

全員で理解する、ベクトルを同じ方向に向けるということですから、これはまさに病院長の理念とリーダーシップの問題であると思います。

例えば、大塚先生のおられる青梅慶友病院、ここでは大塚先生そのものが、自分の親を見ていて、自分の親を託して安心できる、そういう施設を自分では作りたいというところから今の慶友病院をお作りになりましたけれども、そこで一番最初にやられたことは、患者という呼び名はやめよう。患者様と呼ぼう。最近はこちらで患者様という言葉が使われ初めていますが、一番最初に心を込めてこれを率先して言われ始めたのが大塚先生なんです、患者第一の思想が病院の隅々まで浸透していることが初めて青梅慶友病院を訪ねた人にも一目で分かる位徹底し実行されている。

それから、九州の飯塚病院、麻生セメントの麻生さんのところですが、「日本一の真心病院を目指して」といったようなことを、設立の当初から真心、真心ということを強調する。それから、千葉の亀田総合病院では、地域住民ということがキーワード。地域住民のクオリティ・オブ・ライフを向上させるということに徹底して、毎日のように強調している。こんなような例がございます。

次に、戦略であります、戦略というのは、実は自分たちは何をやっているのかということを確認することが原点です。単純なことなんです、実は日本の多くの企業がそれが明確ではない。だからこの10年間、これだけあえていっているんですが、同業他社がやることには何にでも手を出しているというような状況が非常に多くある。ですから、少なくともだれのために、何を、どういう技術で提供するのかということを確認していく。今朝、山口総長が、住民の、住民による、住民のための病院・医療システムなんだというふうに強調されたとは私は何っておりますが、まさにそういったことを常に明確にしていこう。これはもうしつこいほどきちんと繰り返さなければいけないということでもあります。

差別化ということは、経営の分野では当たり前のことなんです、あそこに行けばこれは絶対に大丈夫なんだといったような、そういうことをやっていくというのが差別化です。まさに今までの、例えば病院であれば、病院の常識を否定するところから自分のところの特色は何かということを考えていくのも差別化のきっかけになるのではないかと。先ほど申

上げました青梅慶友病院の患者様。それまで「患者様」なんて言うのと、裏に何か下心があるんじゃないかと思われるくらいに、この言葉を使うこと自体が怪しげに思われていた。それをあえて患者様というふうに徹底して使い始めた。

それから、亀田総合病院でお聞きしましたら、一般の企業と同じ本格的な経営の考え方を病院の運営の中に導入している。確かに今の規制の中では非常にご苦労がおりるようでありますけれども、私が今申し上げたような7つのSに代表される、ああいった仕組みをきちんと導入しようと、いろいろな形で考えておられます。

それから、これは長野県でしたか、篠ノ井総合病院、これも今までまさに売り手都合の効率ということを考えていた。これを全く逆転させた。例えば夕食時間を4時というのは、ケータリング・サービスその他において非常に都合がいい。これは、ほんとうは、我々日常生活であれば、4時に夕食を食べるというのはあり得ない。だったら6時にしようというふうにした。それから、料理責任者も一流料亭から板前さんと呼んでくる。病院の食事はまずいという、今まで当たり前のことをそうではなくした。それから、病院内ベッド。これも推し進めるのは大変だと思うんですが、今まではベッドの高さ、これはお医者様が診やすいようにということでもかなり高い。私も入院して気がついたんですが、あそこからおりのつて、結構大変ですよ。それを低くしたとか、いろいろなことを、今まで当たり前、しようがないと言われていたことを、全く別な発想で変えていった。そういう例がございます。

今まで情報開示というのはしないのが当たり前だった。よく考えてみると、いいお医者様、いい病院であれば、開示したほうが得に決まっているんですね。それを開示しないというのは、私から言わせれば、何か開示したくない情報があるからに違いない。まあ、こう言うと、皆さんに怒られて、私が病気になるというところに行き着くんですが、医師や医療機関の情報開示は徹底すべきです。お医者様に関する情報、病院に関する情報、それから医療ミスの情報。私も大学の病院を担当しているときに、医療ミスがあった。その時に考えたのはミスがあることがゼロはあり得ないんだから、あったらすぐに公表しようということです。もちろんミスに対し何をやっているか。最善の手を尽くしているということも

含めて、とにかく即刻、ミスを起こしたときには情報開示、マスコミに全部知らせる。ミスに関する情報も含めきちっと開示する、透明性を高めるべきです。これが信頼を得る基本です。それから、もちろん、これは当然と思いますが、カルテ情報を患者に開放する。

それから、もう一つであります、病院経営はもうからないと言われて来ましたが、工夫次第では、まだまだかなりの宝の山が転がっている。例えば、購買システムを少し変えるということだけで相当コストダウンが図れるでしょうし、まあ、院内の物品在庫管理、こんなことはもう既にどこの病院でもおやりになっていると思いますが、トヨタで考え出したかんぱん方式を取り入れるとか、それからもう一つは、人材のアウトソーシングということをもう少し——これは、医局制というのが、実はその点ではいいシステムになっているのかもしれませんが、いずれにしても人材のアウトソーシングというようなことをもっと積極的にやってみると、病院の中の仕事で専門性の高い、例えば経理システムなんかを外注してしまうということだってあり得る。そういったことを考えてみると、まだまだコストダウンを図れる場所はたくさんあるというふうに私は考えております。

私の専門分野というのは競争戦略なんです、競争戦略を考える際に最終的に目指しているものは何かというと、実は競争に勝つということよりも、いかに競争しない状態を作るかなのです。きょうの私のテーマと全く逆のことを私は学校で教えているように聞こえますが、まさに競争戦略を目指しているのは、無競争状態をいかにしてつくり上げるかということなんです。でも、これはお互いに手を握って競争はやめましょうねという意味の無競争状態ではなくて、人よりも一番いいことをやることによって競争相手がなくなるという、そういう意味の無競争状態なんです。ですから、護送船団方式で互いの競争をやめるということとは全く違う。それを競争戦略というのは目指しているのだということであり

ます。最後に、スタッフの問題であります。私は今まで、もっともっと医師間の競争をということばかり言いましたが、自分の息子がそうだからというわけではありませんけれども、若手のお医者様の労働環境の悪さ。私も入院している時に若いお医者

さんが本当にかわいそうに思いました。朝7時には若いお医者さんが、大丈夫ですかと診に来てくれる。そのお医者さんが、夜2時ぐらまで病院にいます。何をやっているのかと思うと、医師としての仕事をやっているならまだいいんですが、何か伝票整理をしたり、看護婦さんのいないところで事務の人がやるような仕事をこつこつやっている。「大変でしょう。食事なんかどうするの?」と言うと、「もう食事なんか、食べる時間ないですから、とにかく帰ったら寝るだけ。ですから、アパートには料理用のレンジも何もないんです。必要ないですから」と。そんなかわいそうな状況で、よくこの人たちは生きていると思うほどの状況、これを何とかしない限りは、まさに先ほど神尾先生のおっしゃられたように、顧客満足というのは、これは企業でもそうなんですが、顧客満足を高める一番の近道は従業員満足を高めることだ。実はこれは当たり前なことなんです。自分が満足をしていれば人にもやさしくなれる、人のためになることを考えるようになる。いろいろなことを私は申し上げましたが、これはもうお医者さま全員だと思うんですが、この環境を改善しない限りは、何を言ってもなかなか顧客満足、患者満足なんていうことの実現は難しいんじゃないかという感じを私は持っております。

あと、医療制度改革の鍵、国レベルのマネジメントシステムが必要だというふうに考えていますが、確かに労働白書なんかをきちっと読んでみると、それを重要視した書き方になっていますので、まさにそれを有言実行する。どうも日本の経済界もそうなんですが、一番の問題はスピードが遅過ぎる。何でも常に先送りになってしまう。ですから、皆さん口では、極めて正論をおはきになるんですが、それを実行する段階になると、いや、過去の経緯とか何とかいらない理由ばかり出してくる。この辺を少し改める。そうすれば、白書にきちっと書いてあるようなことを実行することによって、我が国の医療制度というのはほんとうにいいものになっていくのではないかと。

実は私、これは米国視察から帰りその報告を3日前にやりました。そこでの話であります、私どもは今回アメリカのいいところだけを見てきたんです。だからと言ってアメリカが全部いい、そんな単純な結論は出していません。アメリカの医療制度にも悪いところがたくさんありますし、そのひずみか

講演4

今大分出てきております。一番怖いのは、お医者さんになりたいという人の数がどんどん減っているということが言われておりますが、それは競争原理をあまりにも追求し過ぎたための弊害だと私は思っております。ただ、アメリカのこういう点がよかったと言うと、あなたはアメリカのいいところばかり言って、こんな悪いところもあるよ、日本はこんないいところがある。つまり、比較をし始めると、アメリカの悪いところと日本のいいところを比較して、それ見ろ、アメリカはだめじゃないかと。もうこんな議論をしてはだめなんですね。

ですから、いいところは何でも見習っていく、取り入れていく、そういう柔軟性のある考え方というのを私ども全員が頭にしみ込ませないといけないのではないかと。私がきょうお話し申し上げたかったことは、やはり段階的でも結構ですから、顧客、つまり患者、あるいはユーザーの立場に立った医療制度をどういうふうに作っていくか。現行の規制の中でもまだまだ我々が努力をするチャンスはいくらでもあるんだということをお伝えしたい。そんなことを思っただけのお時間をいただいた次第であります。どうもありがとうございました。(拍手)

——司会 矢作先生、ありがとうございました。

(拍手)

# 医師および病院による最善の診療を奨励するためのモデル

## 特別講演

ハワイ医療サービス協会 (HMSA) 執行担当副社長：米国  
バーナード A.K.S. ホー

略 歴	1968	ビジネス学士 (BA), シャミナード大学 (ハワイ) ハワイ医療サービス協会 (HMSA) 勤務
	1978	経営学修士 (MBA), シャミナード大学、(ハワイ)
	1994~Present	ハワイ医療サービス協会 (HMSA) 執行担当副社長 全国医療不正行為防止協会、執行委員会委員および 旧会長
	1996~Present	ハワイ知事任命、ハワイ早期介入協議会 (Hawaii Early Intervention Council) メンバー
	1998~Present	公認不正行為検査官協会認定、公認不正行為検査官 (CFE)
	1999~Present	パートナーズ・フォー・クオリティ・ヘルス (PQH)、取締役会メンバー
	2000~Present	インテグレートッド・サービス株式会社会長
	2003~Present	全国医療不正行為防止協会認定 公認医療不正行為 取調官 (AHFI)

## 司会

国際医療ヘルスケアビジネスコンサルタント、アンディ T. 二宮アソシエイツ代表：米国  
アンディ T. 二宮

略 歴	1942	東京生まれ
	1956	ハワイに移住
	1965~1969	米合衆国空軍病院勤務
	1970	ビジネス学士号 (BBA), ウィスコンシン大学
	1971~1975	聖フランシス病院 (ハワイ) 勤務
	1975~1985	パシフィック・リハビリテーション病院 (ハワイ) 勤務
	1976	公衆衛生学修士号 (MPH), ハワイ大学
	1979	経営学修士号 (MBA), シャミナード大学 (ハワイ)
	1985~1988	ハーマン・スミス・アソシエイツ勤務
	1988~Present	アンディ T. 二宮・アソシエイツ代表

——二宮 ここに本日の講演者バーナード・ホー先生をご紹介させていただくことができ、大変光栄に存じます。ホー先生はハワイの自立型医療保険会社であるHawaii Medical Service Association (HMSA：ハワイ医療サービス協会) の副社長でいらっしゃいます。HMSAは、ハワイで最大の医療保険会社で、市場占有率はおよそ60パーセントです。私は長年、ホー先生を存じ上げております。ホー先生とはハワイのMBAプログラムで机を並べて共に学んでおりました。ですからホー先生との友情はおよそ25年前にさかのぼるわけです。先生は頻繁に来日されています。HMSAはブルークロス・ブルーシールド・ネットワークの一部で、加入者はほぼ8,100万人です。

この数字はブルークロス・ブルーシールド協会に加入しているアメリカ合衆国国民の約3分の1にあたります。ホー先生はおよそ35年間HMSAに勤務され、この保険会社で長年専心的にキャリアを積んでこられました。

ホー先生のトピックは非常に興味深いものです。「ハワイにおける一般開業医の業績評価と病院の業績評価のプログラム」は、ブルークロス・ブルーシールドの他の保険会社の注目を集めました。ハワイのプログラムは最良であると思われるので、ホー先生にこの問題に関する見解をご教授いただき、その結果、日本の団体がこのプログラムにもっと着眼するようになることを望んでおります。それというのも、医師と病院に対して報奨的な業績評価を行うことができるとすれば、医師や病院は現状を上回る技能や業績を要求されることになり、エンドユーザーや消費者がその恩恵を受けられるからです。それではバーナード・ホー先生、お願いいたします。

——ホー 皆さん、こんにちは。大変喜ばしいことに、こちらで我々の最新プログラムについてお話させていただくということで、張り切っております。このプログラムは医師と病院の業務を変化させて、加入者のみなさんに最良と思われる医療を提供できるようにするために、きわめて建設的に、そして非懲罰的にアプローチしようというものです。

プログラムの詳細について議論する前に、医療コスト問題の傾向について基礎的情報をお話することが大変重要であると思います。これまでの試みと、コストを抑えようという現在の新しい取り組み、すなわち疾病管理と良質サービス評価プログラムにおけるアプローチについてお話しします。

1980年~2002年に、平均的アメリカ人は医療保険料と自己負担医療費として合計5,427米ドルを支払いました。アメリカは医療費の最大支出国です。1年につき1兆4千億ドルを消費します。対照的に日本は医療費支出の少ない国のひとつで、対国内総生産比はアメリカ合衆国における14.7パーセントに対し、日本では7%と、約半分です。だからといって、支出の多い少ないが医療の質の良し悪しであるという

講演5

ことにはなりません。単にアメリカ合衆国における支出の配分比を申し上げたに過ぎません。

アメリカの医療制度では費用支出がますます高額になっており、当然、私どものような健康保険会社では、医療保険を購入する加入者に請求する保険料の増額を余儀なくされました。重要なのは、1996年以降の健康保険料の恒常的増加に着目することで、主にこの2年間は増加率が10パーセントを超えている点が懸念されます。

増加率の大幅な上昇に伴う問題が、アメリカで浮上しています。手頃な健康保険を維持することができるのでしょうか。アメリカ人は保険の購入を続けられるのでしょうか？現時点でアメリカ合衆国には、公的保険または民間保険の資格を得られない人々が4,100万人います。驚異的で深刻な数です。

アメリカの保険会社が受け取る保険料1ドルにつき、およそ11セントは運営に回されます。11セントです。嬉しいことに私の会社は、運営にまわすのは8パーセントと、アメリカ合衆国のブルークロス・ブルーシールドによる42の計画で、低額の方です。ですから料金のほとんどは、一般的通年に反して運営にまわされず、最も多額が病院の利益分へ、次いで医師と処方薬の利益分へと費やされるのです。

さて、病院コスト増大要因に触れたいと思います。たった今述べたように、費用消費が最も多いのは病院、次いで医師と処方薬です。

今度は病院について少しお話ししましょう。病院料金に関わる病院コストの最大かつ唯一の構成要素は人件費です。人件費は病院料金合計額の60~70パーセントに及んでおり、病院コストについては、2020年までに更に大きな問題が控えています。なぜなら、その頃までに看護師が434,000人不足すると予測されているからです。

医療技術は病院コストに多くの困難をもたらす、もう一つの要素です。点線の下の子サービスを見てください。これらは、我々が短期間に直面した問題です。すなわちイメージングや、PET（陽電子放射断層撮影）走査、MRI（磁気共鳴画像診断）、間接鏡手術のような低侵襲手術などの著しい進歩です。しかし将来、我々はもっと革新的な薬剤治療に直面することになるでしょう。癌患者の治療や感染症に適用する生物学的製剤の他、遺伝子検査あるいはゲノム創薬が将来の医療技術における主要分野となりつつあ

るのです。

同じ医療費ドル高のうち、処方薬がより多くを占めるようになってきました。ですから、我々はそれほど多くの料金を取ってはいませんが、処方薬の利益分に費やす割合は、そう遠くない将来に病院コスト分を上回るでしょう。

先に指摘した点を重ねて強調しますと、処方薬は医療コストの全構成要素のなかで、最もめざましい増加を見せています。

これらは、好ましくない質に関する指標です。このままコントロールされなければ、入院患者医療コストが何十倍も増加することになります。副作用、創傷感染、術後肺炎、尿路感染、機械的合併症、肺の易感染性などがあります。不良な転帰をコントロールできれば、年間60億ドルの半分、つまり30億ドル近くが節約可能だと言われています。

現在は、医師がコスト増大の原因の一端を担っている、責任を負っていると言えます。しかし、医師にはコントロールできないものがあります。一般的なインフレ、あるいは国の人口動態や経済に対する責任は医師に負えるはずがありません。とはいえ、医師にも儉約的で慎重な技術管理や、市場構造の編成などの面で改善の手助けをすることができます。

この図は、アメリカ合衆国において、専門医がコスト増の面で一般医をはるかに凌駕していることを示しています。だからといって専門医が法外な代金を請求しているとは言えませんが、専門医は実際、一般医よりも高額な代金を請求し、患者の診察もより頻繁です。それというのも、患者が専門医を強く望むからですが、専門医が我々のシステムに大幅なコスト増をもたらしているのは確かです。

さて、ここで薬剤について簡単にお話します。先ほど、薬剤の問題が重大になっている点に触れました。処方数の増大はおおよそ39パーセントで、その理由は、現在、米国医薬品庁で承認された薬剤の使用が増えているためです。癌の治療に使用されることの多い適応外使用での承認薬剤は含まれません。価格上昇は37パーセントを占め、より高額な薬剤へのシフトが深刻な問題になっています。これは、製薬会社がおおよそ25億ドルという多額の費用を対消費者広告に直接費やしていることが原因です。そのため、消費者は多種多様ないわゆるデザイナー・ドラッグをテレビで知ることになり、医師の診察を受ける際に「この薬をくれませんか」「こういう種類の薬を出し

てください」と言うのです。こうして、製薬会社の効果的なマーケティングによって、医師は実際に、より高額な薬剤を処方するように仕向けられてきました。

ここで、これらのコストを増大させる潜在的要因は何かということ、手短かに説明したいと思います。人口が急速に高齢化しているという点は、皆さん、特に日本とハワイでは異論がないと思います。2010年までに、人口のおよそ4分の1が65歳を超えるそうです。人口高齢化の問題は、高齢になると誰もがより多くの医療を必要とし、入院は時に3~5倍にもなるという点です。

医療技術について簡単に触れます。医療技術のなかには非常に驚異的なものもありますが、価値が少なく、利点のないまま使われ続けている技術も多いという点が問題です。

アメリカ合衆国では政府によるコストのシフトが大きな問題です。連邦政府および州政府は、政府が保証すべき実際原価分しか支出しようとしません。ですから、ことによると連邦政府が十分な支払いをしないので、医師と病院は患者の自己負担費用を負担しなければなりません。

不必要なサービスが行われる原因は、さらなるサービスを要求する患者にあり、今まさに患者を治療していて、重篤な疾患の患者にできる限りの治療をしたいと願う医師にあり、また、病気治療にあたり医師はあらゆる手を尽くす旨を重点的に表明しているアメリカ合衆国の法システムにもあります。過剰サービスを提供する医師の大半は告訴されないけれども、適当と判断されるだけしか提供しない医師は訴訟に巻き込まれやすいとも言われています。

最後は、詐欺行為です。詐欺行為による支出はシステムのおよそ300億~1千億ドルにあたります。詐欺を犯す方法は多種多様ですし、システムは1兆4千億ドルを引き付けているので、患者、医師、病院、そして保険会社職員までもが詐欺を働こうとするのを目にするのは珍しくありません。

事前承認または事前認可は、1980年代に広く普及していましたが、ほとんどの保険会社ではもはや必要とされていません。あまりに高額で、実効性の改善も成されていないのです。しかし、医療政策は大いに必要とされています。この会議は癌会議ですから、特に癌治療の領域と、まだ治験段階と思われるものに関してお話しますが、我々は、どの治療の適用が

効果的なのか、どれが治験に適合するのかの決定にいかに一貫性をもたせるかについて、取り組んでいます。皆さんもまた、DRG/PPS、すなわち診断群別包括支払方法に基づいておられるでしょう。このシステムはおおむね入院期間短縮に大変有効でしたが、アメリカではいくつかの病院が決済会社を雇い、証拠書類による裏付けがない場合には、高額な医療費を支払ってもらうために最高レベル群を選択しようとする問題が認められています。

こうした現状から、医療政策と医療費の支払いを監視する精巧なコンピュータシステムの必要性が出てきます。さて、最後の2項目は保険会社の将来についてです。

保険会社は、請求処理を続けているだけではいられないことに、ようやく気づいています。我々は情報収集可能な健康情報企業になる必要があります。そうすることにより、患者に適切な医療を直接指導し、疾病予防と健康教育の方法について医師を教育できるのです。そこで現在、請求の支払いとは全く異なる、患者情報の収集へと焦点が移りつつあります。どうやら市場における人々の要望は、サービス、価格、さらに医師の良質ネットワークにあるようです。しかし、消費者は将来、大々的に声を上げるでしょう。少なくともアメリカではそうだと思います。彼らには、どの保健計画を望むのか、どんな種類の給付金の使用を選ぶのかなど、意思決定の権限がますます与えられつつあります。彼らが要求するのは、世界的に一流の治療であり、請求に対するすみやかな支払いであり、自身の保健計画に関するウェブサイト上の情報です。遅延など全く予測していません。少し余分に支払うことは厭いませんが、専門的な治療のために最良の医師と優秀な病院を要求するに違いありません。そして、より精力的に自分たちの要求を表明する消費者が登場するでしょう。

以上、こうした全ての状況をふまえて、我々は最良の診療を達成するために、医療提供者と積極的に共同していこうという新しい方法を開発することになったのです。

我々は「physician quality service and recognition (医師の良質サービスと評価)」プログラム、いわゆるPQSRを1997年に初めて開発し、その後研究を続けて、2001年に「hospital quality assurance and recognition (病院の質的保証と評価)」プログラムに着手しました。

講演5

患者満足度の高い良質の医療を、効果的、効率的に提供するための報奨金を、HMO（健康医療団体）に属さない医師に与える方法を探ることが目標でした。

このプログラムは、医師の任意プログラムとして作成しました。強制的プログラムとして開発を始めましたが、多くの反論が出たのです。ここで、もっとお金を受け取れるというのに、なぜ医師たちは反対したのかと疑問に思われることでしょう。医師が不利な成績評価を下されることを警戒したというのが、その理由です。彼らは、良い評価が出なかったらどうするか、不利な評価を下されると将来、契約してもらえないのではないかと懸念しました。大きな不安を抱いたわけです。しかし、我々にはおよそ34の臨床基準や、会員の満足度、事務的作業と効率の基準があります。その詳細を少しご説明しましょう。

このプログラムは比較に基づく業績の評価と、修正のために必要な情報を提供します。業績に応じた報奨金額は医療提供者の年収の5.5パーセントから12,500ドルまでの範囲で、請求に対する支払いとは別に支払われます。報奨金は最良の診療を行った医療提供者に与えられます。良質の診療を行ったか否かにかかわらず全ての医師に一律に補助金を上乘せするのではなく、最良の診療を行った医師に支払おうというものでした。ですから、我々の方法は、患者全員を標準的方法で一律に治療する診療とは異なり、正しく診療を行う医師にお金を投資するものでした。

すぐ後でお話しするように、病院や医師から提供されたサービスに対する消費者の意見や評価を取り入れることも、この方法によって可能になります。先に述べたように、医師たちはかなり不安を覚えていましたから、より多くの医師がこのプログラムを受け入れてくれることを望んでいました。そこでハワイで十分な人数の医師を選び、プログラムの対象としました。管理データとして評価可能な項目に着目し、一貫性を欠いた診療を減らすことに重点を置きました。糖尿病は医師によって多様な方法で治療されていましたし、心疾患の治療も医師によって異なっており、同じ専門分野の医師どうしでさえ違いがありました。ですから、もっと一貫性があった欲しいと思ったのであり、医師によるサービスの提供を減らそうとしたわけではありません。我々の基準の

一部により診断的サービスが増えれば患者の早期の診療や検査が増加して、実際に患者の疾病管理の一助になれるものと期待しています。

我々は、請求情報だけに限らないデータベースの構築を、精力的に進めなければなりませんでしたが、必要とされた臨床的転帰や検査所見に関するデータは、これまで保険会社では決して保持できなかったものでした。また改善を行う際には、医師や病院に業績向上を目指して努力を続けてもらえるように、ハードルを高くする必要があります。

我々は、Health Benchmarked社という研究企業と共同し、データの全てを提供して理論式に基づく演算を行いました。この会社はジョンズ・ホプキンズ大学の他、スタンフォード大学の優秀な（医療）センターなど際立ったリソースを持っていたので、基準モデルの開発にあたりそうした機関の助けを借りました。ですから我々は共同事業者でしたし、この時点で、他のブルークロス・ブルーシールド計画の他、医療スタッフや医師に適用できそうなモデルの構築への参画希望者に対して、我々のサービスを提供しようとしていました。アメリカ合衆国では、医師は病院のために働くのではないことを思い出してください。医師は完全独立事業者なので、管理が難しいのです。そのため、このモデルは、看護師や病院の経営幹部職員はもちろんのこと、雇用者としての医師と非雇用者としての医師の両者に対して有効です。すなわち、彼らが当システムにより適切な業務を行うならば、彼らの環境に合った基準の開発が可能であることを明確に示す良い方法であり、懲罰的ではなくキャロット式と呼ばれる建設的なアプローチを用いて、最良の結果が得られるのです。

開業医の方に関与していただく必要があったため、我々が何をしているのか、何をしようとしているのかを周知させようと、会合を重ね、手紙を何通も送りました。我々には試験的プログラムがあって、それらの臨床基準の開発に手を貸してくれそうな最低10以上の専門医グループが必要でした。保険会社が医療行為で告訴されることのないよう、専門家の手による臨床基準とするためです。

我々は、誰もがチームの一員であると主張しようとしていました。専門家のための評価可能な基準があり、すべての開業医のすべての診療患者が評価されることとなります。しかし、我々が優先的に提供したプログラムには問題のあることが分かっていました。

なぜなら、患者には医師を選択する自由があり、必ずしも主治医が1人とは限らないからです。とはいえ、その問題はプログラムを通じて解決したと考えています。

麻酔科学以外のほぼすべての主要専門科の医師がプログラムに関わっています。

プログラムの骨子は、100項目に基づいています。主要分野は、まず質に関する40項目で、これについては後ほど明確にします。それから患者の満足度が30項目、作業効率が15項目、診療方式が15項目です。さて、どうして作業効率を項目に選択したのか、と思われるかもしれません。我々は、保健会社が十分な支払をしてくれない、と医師からよく言われます。それというのも、診療経費が50パーセントを超えるからです。我々は、手術コストをプログラムに含めることにより、病院側と我々の作業コスト削減の一助とすることができ、双方にとって有利な状況になると考えます。

それでは、まず質に関する指標についてお話ししましょう。調査票にはマンモグラムやPSAもしくは前立腺癌検査、結腸直腸検診、パブ塗抹標本試験、検便などの予防的検診を奨励する項目があります。例に挙げたこれらの検査には、皆さん特に興味をもたれると思いますが、我々はこれ以外の検診も奨励しています。

先ほど、34の臨床基準があると申し上げました。うっ血性心不全を抑制するACE阻害薬がその一つです。他に、コレステロール低下薬の服薬遵守、降圧薬すなわち高血圧薬の服薬遵守などがあります。しかし、臨床基準は34と申し上げましたが、ご存知のように他にもたくさんあります。我々と共同で仕事をなさるとしたら、事実上、ユーザーのニーズに合わせた多くの基準を開発できます。我々が使用する基準は我々にとっては重要ですが、他の誰かが使いたい基準とは異なっているかもしれません。患者は、抗生物質の過剰使用、院内感染率、手術合併症などに影響するかもしれない基準を選択できるでしょう。

一人一人の医師または各病院は、プログラムにおいて、調査質問項目と回答を詳細にまとめた総括報告書を受け取ります。報告書にはいくつかの比較データや図も含まれます。ここで、申し訳ないのですが、我々は治療の転帰等に関する患者の認識データも持っています。それに、患者が治療を有効だったと思

っているかどうかなど、具体的に尋ねる質問項目があります。

さて、別の評価要素は委員会認定です。我々はアメリカの委員会認定を項目に含めました。委員会認定には十分な訓練と技能試験合格が必要で、質に関する良い指標となります。

我々は、うっ血性心不全におけるACE阻害薬の使用について、医師と患者による服薬遵守をさらに達成するよう進めています。これらの薬剤を服用している会員の割合が増加しつつあるのはよい傾向だと思えます。

専門医に目を向けると改善の余地がありますが、これら3種の治療法の扱いにはかなりの一貫性が認められます。

質に関する要素は40パーセントを占めていましたが、次の要素は患者の満足度です。ここで問題がいくつもあります。医師は一人一人、調査対象となる患者を最低でも15人以上診なければなりません。そうした患者に我々は次のような質問をします。具合が悪くなったのはいつですか？診療予約をとるまでに時間がどの位かかりましたか？医師または診療所を訪れた際に、診療時間はどのくらいでしたか？医師はあなたの心配に耳を傾けましたか？あなたの心配に対する医師の応答に満足しましたか？医師に上手く意思を伝えられましたか？医師からは上手く意思が伝わったと思えますか？診察してくれた医師が好きですか？その医師を友達や家族に推薦しますか？こういった質問です。すると患者は最初の頃、我々に電話で問い合わせってきます。私の主治医がどうかしましたか？何か都合の悪いことがあるのですか？私の主治医の調査をしているのですか？と。しかし、今では患者も了解していて、ある医師には実に高い評価を下しています。大変喜ばしいことです。我々の質問票は、JCAHOすなわちJoint Commission on Accreditation of Healthcare（医療施設認定合同審査会）や、その他の国立機関が使用した調査票に基づくものです。

先ほど触れました作業効率には15ポイントが充てられています。ここでは、これら3つの項目を挙げて理由をご説明します。電子情報は我々が開発したシステムで、医師および病院が、そのシステムから我々のウェブサイトアクセスし、患者の保険範囲や控除金額、保健計画、請求状況などを問い合わせることができます。医師が電話をかけた後、医療ス

講演5

スタッフや我々の会社の職員が余分な時間を取られたりすることなく、速やかに情報を得られるようにと考えてのことです。第2の項目は電子医療請求です。我々の医師の約80パーセントは電子的に請求を行っていますので、その点は我々も満足しています。とはいえ、電子的医療請求処理は書類の処理よりも費用効果が大変高いので、100パーセントにしたいと考えています。最後に業務方針とは、医師に我々の保健計画を多く受け入れてもらい、患者には種々の保健計画から選択してもらおうという試みです。

ここで、診療方式は大変重要です。コンピュータを利用すれば、消費リソース、すなわち臨床検査回数、診療回数、処方される調剤量などに関する情報を維持することができます。また、診療における医師どうしの相違を判断します。患者の相違や、重い疾病の患者を治療する医師や病院があることなどを考慮して、調整することもあります。つまり、患者の年齢や性別によって調整する、罹病率指数に着目する、患者のうち診察をうけている割合はどのくらいかに着目するなどを試みています。

さて、これは楽しい話題です。1998年以降、2002年までに我々が支払った報奨金です。これは医師に直結した話題です。我々が最初にプログラムをスタートさせたとき、それが果たして良いものかどうか危ぶむ声もあり、支払い件数は854件でしたが、2002年は倍の1,758件に達しました。1998年の支出金額は200万ドルでしたが、2002年は650万ドル以上を支出しました。これらの支出は医師が適正請求で受け取る金額を超えています。

最初の数年は、1年ごとの改善に対する追加報奨がまったくありませんでした。しかし2001年には、ボーナスに加えて前年と比較して意義ある改善が認められた場合の報奨金をスタートさせました。そのため、これら2種の金額増大とその他すべてを合わせて、現在、良質な医師の業務に支払う金額は900万ドル以上に達しています。では、そうした支出の財源は一体何でしょうか。我々はこの支出によって高い患者満足度が得られ、無効な医療が削減されたので、成功だったと信じています。ですから、このプログラムによって節約された経費が自分自身の資金供給を助けることになるので、喜んでこのボーナスを支出しています。

節約経費の幅は、プログラムに登録したばかりで特に抜きん出ているわけであれば、150ドルを受け

取れるかもしれません。近年の最大額は10,000ドルで、ボーナスに追加報奨が上乘せされると12,500ドルになるので、現在の金額幅は500～16,000ドルです。平均的な医師は5,200ドルを受け取りました。専門科別に申し上げると、内科医全体で150万ドル、小児科医は100万ドル、産婦人科医はおよそ90万ドル、一般外科医が40万ドルでした。つまり、業績が問題となる部門に対して、より多くの金額を進んで投資しようとしていることが明らかであり、この報奨金制度は大変すばらしいと思います。

このプログラムを受け入れる人々や医師たちが増えてきています。我々は、このプログラムの価値が高まっていることを人々に認識してもらえような、成功の証拠書類を提示することができます。我々は介入によって医療業務を改善しており、我々のプログラムはこの違いを測定して報奨金を適切に決定することができます。

我々はBest of Blue賞を受賞しました。このHealth Benchmarked社と、強固に提携しています。宣伝と証拠書類のおかげで、American College of Physician (アメリカ医師会)ならびに政府によるメディケア、メディケイドからの誘いにより『Journal of the American Medical Association (JAMA)』誌に論文を投稿しました。そんなわけで、大変喜ばしいことに、現在は臨床的、学究的に非常に広く受け入れられつつあります。

これは少々古い資料です。それというのも、1年が過ぎて新たに32の臨床基準を加えたからです。先ほどはマンモグラフィーや癌検診の数々について触れましたが、臨床基準として今度は新しく経過観察に関する項目を含めました。例を挙げると、放射線療法や、前立腺癌手術患者が適正な経過観察診療を受けているかどうかなどです。そして、30、失礼しました、20の臨床基準を新たに追加しました。

先ほど述べましたように、同じ作業効率基準を維持するのではなく、医療提供者が電子的な医療記録および処方を使用するよう、さらに推進していきたいと考えます。ここにいる皆さんは、現在、電子的医療記録の点でもっと進んでいらっしゃるかもしれませんが、我々には、医師団全体に実践してもらっていきたくありません。医師が病院のために働いているのではないという点を思い出してください。医師たちは独立診療をしているのです。ですから、実際問題として、病院が医師にこうしなさいと

指示を出すことはできません。そんなことをしたら、医師たちは他の医療スタッフと連係して自分達の患者を他の病院へ連れて行ってしまってもできるのです。とはいえ、我々は金銭的報奨を提供して、医療記録の電子化を達成したいと思っています。そうすることにより、患者の転帰や医療の必要性の分析を実施するために、多くのことを実施できます。

処方については、Allscripts社という会社と共同している、別のプログラムについてお話したいと思います。皆さんの多くはハンドヘルドコンピュータをお持ちですね？小さなPDAです。さて、我々は医師向けのハンドヘルドPDA用プログラムを提供できます。それには処方集の情報、薬物療法に関するコスト比較や禁忌に関する情報が搭載されています。医師はそうした情報を調べて患者が必要とする処方を指示することができ、処方自動的に薬局へ送られます。患者が診察室を出て薬局へ赴いた時点で、薬剤はすでに用意されていることでしょう。消費者として、自分の薬を待つ必要がないというのは、なんとすばらしいことでしょう。薬はすでに用意されているのです。処方箋の判読困難な手書き文字やミスが原因で、薬局から何度も電話で呼び出されることが少なくなる点が、都合が良いという医師の意見が文書で示されています。そんなわけで、この新しいプログラムには大変自信もっています。

また、医師にはできるだけ一般名で処方してもらうように、必要なものだけに処方を控えてもらえるようにと考え、処方箋の使用基準も加えました。現在、アメリカ合衆国において、平均的アメリカ人は1年に11通の処方箋を受け取ります。処方箋の数としては多いように思われます。そこで、処方箋の使用に重点を置きたいと思っています。やはり基準を増やしたいと考えています。報奨金を倍にして、すでに950万ドルの実績があります。来年は予算をもう少し増やす予定です。

さて、以上はすべて医師に関するものでしたが、病院に関してもほぼ同様のプログラムがあります。病院は我々のコスト構造において重要な部分を占めています。医師に関するプログラム同様に、患者の転帰に着目しています。サービスの満足度に関する興味深い項目としては、病院で受けた治療に対し、患者がどのように感じたかについて応えることだと思いますが、医師にも彼らの職場である病院について思うところを質問します。こうすることによって、

病院における何らかの改善の必要性がわかるでしょう。なにしろ、医師が病院に満足していないとしたら、何が起これると思いますか？医師たちは他の病院へ行ってしまうのです。

また、患者が治療の過程でどのように扱われたか、そして事務的作業についても着目します。

これは入院している急性病患者の治療を基本としています。こういう場合の質は35ポイントです。しかし、臨床的合併症や、病院のゴールド・スタンダードであるJCAHO基準にも着目しています。患者および医師の満足度が35ポイント、事務的作業が10ポイント、そして病床利用すなわち入院期間が20ポイントです。

申し訳ありませんが、これは2001年のものです。240万ドルを支出しました。2003年では、370万ドルの支出です。大規模病院は300回以上、平均でおよそ25万1千ドルを受け取り、小規模病院はおよそ2万5千ドルでした。ここでもまた、かなりの金額が業務改善に向けて支出されました。

プログラムは14の病院が対象でした。医療コストの増大は深刻な問題であることを、我々は承知しています。何らかの手を打たないと、負担しきれない金額になるでしょう。薬剤コストについても承知しています。上手い解決策を見つけないければ、病院に対する支払い以上に膨れ上がるでしょう。もっと保健教育と疾病予防に力を入れる必要があります。なぜなら、我々の記録では特に糖尿病や喘息、心血管系疾患、高血圧といった慢性疾患において、コストを抑えることが可能だとう立証されているからです。我々に効果を生み出すことができます。有効であると判明しています。我々が受け取った報告によれば、この報奨プログラムは上手く機能しており、有効性がさらに高まる可能性があることがこれまでに分かっています。消費者は将来の保険商品を自ら決めようとしています。消費者というのは、たとえば女性ならば美しく見えるようになる手段のために、男性ならばバイアグラのためにお金を費やしたいと望むものです。そこには様々な問題があるでしょうが、良質と価値感、この2つを絶対に望むはずです。そして、良質を望むにあたっては、保険会社に問い合わせをします。保険会社さん、どの施設が優秀ですか？どの病院の死亡率が高いのか教えてくださいませんか？心臓手術を最も多く手掛けているのはどの外科医か教えてください。合併症発生率が一番高い

講演5

外科医は誰ですか？アメリカ合衆国では今のところプライバシーに関する法律があるので、具体的情報を消費者と共有できませんが、間もなく法律が改正され、消費者が知る権利を得ることになると思われます。

最後の話題です。終末期医療は大変重要です。アメリカ合衆国では、多くの人々が弁護士と相談し、医療に関する事前指示書またはリビング・ウィル（生前発行の遺言書）の作成を考え始めています。それらは、回復不能あるいは疾病の終末期になったとき、病院や医者にどのような治療をして欲しいかについて明確に述べるものです。もしかすると生命維持などを望まないかもしれません。患者が入院している場合、誰かがどこかに事前指示書をしまいこんでいるのかどうか、本当に確認できる人はいないので、病院にとっては非常に難しい問題です。

そこで、我々はアメリカ合衆国で保管庫を全国的に保有する会社を始めました。その保管庫を市場に出そうとしているところですが、皆さんはウェブサイトをクリックすればよいのです。病院や医師は、日本にしようと、香港、あるいはハワイにしようと、ある患者に医療に関する事前指示書があるかどうか明らかにできます。そして、患者の意思を尊重し、 unnecessary コストを削減できるかもしれません。また、今のところ、患者が文書を作成できない場合、病院は訴訟になることを恐れて余分な治療を提供する羽目になっていることを考えると、訴訟も減らせるかもしれません。

これで私の講演を終わります。お話をさせていただきまして、皆さん、ありがとうございました。

——二宮 ホー先生の講演内容に関するご質問、あるいは医師や病院の業績評価プログラムについてもっと教えていただきたいことなどがございましたら、ホー先生に伺うことができますが……岩崎先生、いかがですか。

——岩崎 今話を聞きますと、日本で私どもがやっている病院評価ということと、今ホー先生たちがやっている医師に対する評価、そういうものの評価の方法論が違う。というのは、私どもも、実はアメリカの、JCAHOのオリジナルなものをいただいて、今日本に適用してやっているんですが、それは1950年代のものを使っているんです。したがって、方法

論的には、構造、過程、結果という、structure、process、outcome。今のほとんどの話はoutcomeから評価をして、そしてそれを数値化するという方法論をとっていて、非常にわかりやすいと思うんです。ところが、今日本でやっているのはほとんどstructure、構造を見てどうだ、こうだということで、実際の中身を見ていないんです。だから、病院の中に手をつっ込んで、ほんとうに医師が能力があるのかという、立派な結果をもたらしているのかどうか、今日本はそういうものを数値化したもののデータを見ながら評価していない。したがって、非常に中途半端なことをやっている。それに比べて、非常にプラクティカル、非常に実際的で、わかりやすいoutcome評価というもののきょうはすばらしいお話だったと私は思います。

だから、日本の評価も、そのような、もっと病院の中身、医師のやっている技術、そしてその結果として患者さんがどうなっているのか。その結果を見ることによって医療機関を選ぶことができる、医師を選ぶことができるようになるのではないかと。今、私どもが病院機能評価をやって、ここの病院はいいですよと言って認可をしている。ところが、そこを利用している多くの患者さんたちから、どうしてあんな病院が認定されたんですかということを実際に私どものところにクレームが来るんです。それは、表面的なことを見ているので、中身をまだ見ていないですよという押し問答をしながら、そのクレームに対してはご返事を差し上げている。

そういうところで、きょうのホー先生のお話は、我が国の医療機能評価、今後の評価のあり方を、大きなサジェスションをいただいたと思います。

——二宮 ほかにご質問はありますか。松井先生、いかがですか。

——松井 ドクターのエバリュエーションというのは、日本ではほとんど行われていない現実だと思うんです。私も、今岩崎先生がお話したように、大学病院におりますので、私どもの大学では、今年で6年目になると思いますが、ドクターのパフォーマンスの一部ですが、エバリュエーションを始めました。しかし、もちろんoutcomeではありません。小学生の通信簿みたいな話なんですが、ちゃんと時間に外来に来て、外来をスタートしているかとか、患

者さんと正面から向き合ってちゃんと話をしているかとか、丁寧な言葉で話しているかどうか。極めて単純な、そういう態度領域のことで、これでもかなりピンからキリまでの差が出てまいります。大体、上司のドクターと診療科のトップ、上2人のドクターがエバリュエーションするんですが、もう一つ、エバリュエーターとしては、これはほんとうにエバリュエーターとして名を挙げますと周辺から文句が出るので、実は、そのドクターが一番働いている、外来が主であれば外来の主任ないしは婦長の看護婦さんに意見という形で意見をいただいています。しかし、中身は基本的に同じですから、エバリュエーションをしていることにはなりますが、実は、ドクターが部下をエバリュエーションすると看護婦さんが現場でエバリュエーションするので大分 discrepancy がある場合がございます。そういう場合には、もう一回調査をして、大体は看護婦さんのほうが正しいので、そちらのほうでエバリュエートすることが多いということになります。

それは、どちらかという、看護婦さんが患者の視点でドクターの態度をエバリュエートしてくれているからだと思います。これからは、ホー先生がきょう示していただいたような、もう少し診療の結果ですとか、そういったことについても加えてやれるようになると思います、かなり抵抗があるのではないかと考えております。しかし、参考にさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

——ホー—— 申し上げたかったのは、多くの医師が始めのうちは、このプログラムやデータが不適切に利用されることを懸念していたということです。しかし今では、ほぼすべての医師が質的にきわめて良好な業績をあげ、患者から大変喜ばれているというデータが示されているので、参加人数が増えています。現在は、我々のプログラムを将来の消費者に販売するためにそうした情報を使用し、我々の医師ネットワークは最良の診療を行っており、それを支持する資料もありますと断言できるのです。

——二宮—— そうですね、ホー先生がおっしゃったように、これらはHMSAが、彼らのいわゆる保険プログラムを市場へ売り出すための計画の一部です。ご存知のように、彼らはもちろんハワイの主要保険会

社で、主な競合企業としてはKaiser Permanente (カイザー・パーマネンテ) 社があります。みなさんには、消費者からの意見投入が必要です。私自身は、たまたま自分の主治医と研修医の診察を受けたおりに、この調査に3回参加しました。彼らはHMSAの保険料を支払うので、HMSAには私がどの種類の医師を受診したのかというデータがあります。それでHMSAから、あなたは8月21日にかような医師を受診しましたが何を感じましたか、医師の技量はどうか、などと訊かれました。私の答えは約8ページの長さになると思いますが、HMSAはそれを使用し、すべての内科医データとともにまとめ、医師の中での比較を行います。そして、最良の転帰あるいは最高評点を得た医師が、最高1万2千ドルくらいを報奨として受け取るのです。しかし、もしそれほど仕事をしていない医師なら、500ドルか2,000ドルを受け取って終わりかもしれません。それにしても、これは大変興味深い、報奨的業績評価プログラムです。私は、HMSAに保障された消費者の一人であることに満足しています。それというのも、私が受診した医師は、大変良い評価を受けていて、最高の医療を提供しているからです。

さて、他に質問がなければ、続いて講演する方もいらっしゃることで、ここで終わらせて頂きます。ありがとうございました。

——司会—— バーナード・ホー先生、アンディ二宮先生、ありがとうございました。

## 病院にとっての医療市場調査

医療法人社団慶泉会 町谷原病院理事長・病院長

中西 泉

略歴	1947	生まれ
	1972	慶應義塾大学医学部卒業 第53回医師国家試験に合格 慶應義塾大学外科学教室
	1973	大田原赤十字病院
	1974	浜松赤十字病院
	1975	慶應義塾大学外科学教室
	1978	国家公務員等共済組合連合会 立川病院
	1983	町谷原病院副院長
	1988	町谷原病院院長
	1990～	医療法人社団慶泉会 町谷原病院を開設 医療法人社団慶泉会 理事長 町谷原病院 院長

——中西 中西でございます。私の病院は、先代の父がつくった病院ですが、設立されて35年ほど過ぎまして、随分老朽化してきました。現在47床のベッドで、そのほかに、透析の施設で60人ほどの患者さんを診ています。そして、東京都指定の二次救急を受けていて、年間1,200から1,400台の救急車を受けております。私自身は外科医ですから、がんの手術も行いますし、それから緊急の吐血とか、腸閉塞、いろいろな患者が来ます。病院の標榜科目としましては、外科と内科、整形外科、こういったものがありまして、近隣の老人保健施設、そういったところから、例えば大腿骨の頸部骨折とか、肺炎、あるいは先ほどの吐血とか、悪性腫瘍の患者が紹介されてきたりしまして、治療を行ってきました。病院の平均在院日数というのは、毎月出しておりますけれども、短い月では12日ほど、長い月でも18日ほどで、15、6日の平均在院日数で経過しているわけです。

たまたま病院の向かいの土地と病院の土地とを交換する形で土地を手に入れることができたわけです。そして、老朽化した施設を建て直す場所はできた。しかし、病院を建て直すに当たって、今までの路線でやっていっていいのか。保険診療で病院を運営していくということ自体、非常に厳しい状況にきているわけです。こちらにいらっしゃる聴衆の方の中にも、患者様、あるいはその家族の方、それから医療関係者の方がいらっしゃると思いますけれど

も、民間の病院を運営していくということは、特に都市部においては大変厳しい状況になってきているわけです。その中で、一体どういうふうにしていったらいいかということが出てきたわけですが、私も、私の病院でも、入院された患者さんには入院時の調査、それから退院するときにアンケート調査にお答えいただいて、いろいろな評価を出しております。ただし、今回は、あえて病院に来ない方、それから、これからまた出しますけれども、病院の1キロ以内というのは、この病院を利用している方が多いですから、あまり聞いても仕方がないのではないかと、周囲5キロの地域に限って、病院に来ていない人を主に対象に調査をすることにしました。

調査の方法としては、病院の職員ではなくて、ドゥ・ファインという会社のご協力を得まして、電話での聞き取り調査。そのときに、町谷原病院ということは一切出さないで、町田市の医療についてどうお考えになりますかという形で、名前は全く伏せた形で、どこが聞いているかわからない形で調査を行ってみました。

町田市は、東京都の南西に位置しておりまして、ちょうど半島状に、神奈川県に突出しています。地図で見ると、イタリアの下のほうみたいな格好になっていますけれども、東西が22.3キロ、南北が13.2キロ。例えば、端から端まで、救急車でずっとノンストップで行くのに40分ぐらいかかるという、非常にいびつな形をした都市です。そして、谷と平地の部分が入り組んでいて、この隣に隣接している相模原は、名前のとおり、非常に平坦なんですけれども、交通の便がなかなか厳しいという特徴があります。

町田市の人口は、昨年11月に既にもう39万人を超えております。65歳以上の高齢化率が15.2%。そして、調査対象にしましたのが、私どもの病院のある南部地域というところですが、ここは人口が11万1,000人です。そして、全体の28.9%の人口を占めていて、高齢化率は14.7%というふうになっております。

調査目的は、まず調査対象地区に居住する住民に、

かかりつけの病院、あるいはクリニックを挙げてもらって、聞き取りを行う。これによって、住民の受診行動と意識内容を把握する。

調査対象とした地域は、12の町田の南部の地域、それにさらに近隣の相模原市と大和市の一部を加えたということです。

調査の手順は、先ほど申し上げたように、14のブロックにまず分類して、サンプルは、各ブロックの人口の約1%をとれるようにする。予定数は800でしたが、実際は888のサンプルをとることができました。このためにかけた電話の回数は5,000というふうに出ております。調査方法としては、電話によって聞き取る。電話帳から無作為に抽出して、調査員の協力をお願いいたしました。

調査項目は全部で10項目になるわけですが、まずクエスチョンの1、これは調査地区内の認知度に関するものです。そして、2から4は、外来診療に関するものです。5から7までは、入院に関するものです。8から10は、医療の将来に関する意識。「もし入院するとしたら、どういう部屋がいいですか」、あるいは「日帰り手術はどうでしょうか」、あるいは「専門外来はどういうものを希望されますか」、こういったことについて聞いてみました。

回答者の内訳は、合計で888というふうになっていまして、20代から70代までにわたっているわけです。そして、昼間の時間帯に電話しているということもありまして、男性が249に対して女性が639と、圧倒的に女性が多いということで、男性1、女性3と考えていただいてもいいと思います。そして、ほとんど女性は家庭の主婦ということになるわけです。年代では、60歳以上で約半数の47.6%を占めておりまして、50代、60代、70代を合計しますと、70%というふうになっておりました。

回答者の内訳ですけれども、先ほど申し上げましたとおり、女性では主婦が90%。ふだんいらっしゃるの女性で主婦ということになるわけです。そして、男性の場合には、職業は特にお答えにならないという人もいましたけれども、こういった構成になっておりました。ちなみに、この町田市の南地区というのは、田園都市線が引かれてから住宅化がかなり進んできたところですが、もともとは農業地域です。ですから、いわゆる在の方がかなり多い。それから、自営業の方もいたりするという、混在した地域です。

「名前を知っている周辺の医療機関名を挙げてください」と申しあげました。具体的に言いますと、Mは町田市民病院です。当院、町谷原病院があります。北里大学病院、昭和大学の藤が丘病院、聖マリアンナ大学病院。合計で2,388、そういう名前が出てきたわけです。ちなみに、この北里、それから昭和大学、聖マリアンナ、すべて東京都以外、神奈川県以外の病院になるわけです。公立病院、あるいは大学病院など、規模の大きい病院を上げるケースが多いんです。1人平均で2.7件の医療機関を答えています。

1年以内に通院した医療機関名を聞いてみますと、近隣の、開業されている先生の名前が出てきます。それから、昭和大学があったり、町田市民病院が多いわけです。もちろん、当院は34ですけれども、これを1キロ以内も全部含めると、はるかに多くなるわけですけれども、先ほどお話ししたような事情で、1キロ以内は除いたわけです。そして、通院した医療機関は、病院が234、クリニックが577、約1対2ぐらいの比率になっていたということです。延べ811の方が「通院経験あり」と回答しまして、208の医療機関を挙げております。

では、通院した医療機関のよい印象は何なのかということを開きました。データの解釈ですが、これは調査会社、調査を専門にやっている研究所、そういったところから聞きましたけれども、「よい」の回答が70%であれば普通と判断しました。「よい」の回答が80%以上なら満足というふうに判断しました。「よい」の回答が50%以下は不満足、こういう形に分類してみました。左から、医師の説明のわかりやすさ、医師の技術への信頼、患者に接する態度が親切か、話をよく聞いてくれるか。それから、時間外診療への対応。これが医師に関するものです。そして、次に、看護師の態度が親切か、看護師の技術への信頼、これは看護師に関するものです。それから最後は、受付の電話対応、あるいは受付の対応、受付に関するものでした。時間外診療への対応を除いて、すべてクリニックのほうが満足度が高いんです。病院はこういう点では劣っているわけです。病院では満足水準に達している項目がない。さらに、時間外診療への対応、あるいは受付の電話対応、こういった点は病院、クリニックともに満足水準に達していないということがわかってきたわけです。

では、次に、これはその続きになりますけれども、

待ち時間、医療機器の整備、薬局へのアクセス、院内の広さ、院内の清潔さ、設備、建物の新しさ、最後に、希望診療科目がある、こういった点について聞いてみたわけですが、先ほどと同じように、医療機器の整備、院内の広さを除いて、すべてクリニックのほうが満足度が高い。これは当たり前ですね。病院のほうが広いのは当たり前だし、医療機器は病院のほうが整備されているということですが、クリニックのほうがいい点を出しているわけです。クリニック、病院とも、満足水準70で切ると、満足水準に達している項目がない。2項目だけ、機械と広さだけで病院のほうが高い評価を得ているということになります。

通院した医療機関の悪い印象について聞いてみました。悪い回答は、回答が5%以上だったら不満足というふうに判断しております。先ほどと同じ項目で、悪い印象を持ったものについて聞いてみたわけですが、突出して時間外診療への対応が非常に不満足、病院、クリニックともに高くなっています。病院では、受付の電話対応がなくなっているのが出ているわけです。不親切だということになるわけです。

これはまた医療機関の悪い印象の続きですが、先ほどと同じように、待ち時間からずっと、希望科目まで聞いてみたわけですが、待ち時間、それから設備・建物の新しさ、それから院内の広さ。これは、病院、クリニックとも不満足要因になっています。そして、特に病院では、待ち時間3時間で3秒しか診てくれなかったというので象徴されるように、長いわりに満たされていないというのが突出して出ているわけです。結局、こういった不満足要因は改善できればよい印象に変えられる、満足要因に変わる可能性が高いと考えられるわけです。

次は、通院医療機関へは一体どのようにして行っているのでしょうか。東京の、いわゆるベッドタウン。電車ですと40分ぐらいのところ、そこにある都市で医療にかかっている人が一体どういう形で行っているんだろうというふうになるわけですが、

交通手段としましては、徒歩と車を合わせますと72%で、全体の4分の3になります。先ほどの町田市の地図でおわかりのように、町田市を横断している鉄道はあるわけですが、上下を結んでいる交通網というのは、バス、あるいは車に頼るしかないわけです。こういうこともあってか、徒歩と車で

の患者さんが4分の3、それから、所要時間ですが、15分以内と30分以内を合わせますと、88.1%、全体の約9割を占めているということになってきたわけです。ここまでは通院です。

では、1年以内に入院した医療機関について今度は聞いてみました。先ほどと同じように、町田市民病院、昭和大学藤が丘病院、北里大学、当院、聖マリアンナ大学病院。入院先として250人、実数で242人ですが、この方が62の医療機関を挙げておられます。それで、実は、町田市内の入院先は延べ77人、町田市以外の入院先は173人。市内で入院する人よりも市外で入院する人のほうが2倍以上いるという像が浮かび上がってきたわけです。つまり、入院するときは、町田市の病院は何らかの理由で活用されていないんじゃないかということが出てきたわけです。これは、例えば私も、救急で診ていますと、消防庁、それから町田の消防署が発表する救急の搬送実績があるんですけども、市外への搬送が非常に多いんです。そして、中核になっている市民病院が、最近やっと受け入れが多くなってきましたけれども、町田市の中での救急の受け入れは、惨事に対応できないといった事情があることと重なってくるわけです。

では、今度は、入院したときの医療機関のよい印象、悪い印象ということで聞いてみたわけですが、これは、先ほどと違まして、当然、クリニックは入院はしません。入院の場合を通院した医療機関と比較しますと、医師の技術への信頼、看護師の態度が親切か、あるいは看護師の技術への信頼、こういったことが満足要因としての割合が高くなってきているということがわかってくるわけです。

そのまた続きですが、待ち時間とかですが、これは実際入院にはあまり関係ないことになるわけです。あるいは薬局へのアクセス、これはちょっと入院のインディケーターとしては見ても仕方ないと思います。通院時に比べますと、院内の広さ、こういったことが満足要因としては上回ってくるわけです。

では、入院した医療機関への交通手段及び所要時間は一体どうなっているのか。徒歩、バス、電車、車、自転車、不明、こういった形で伺いまして、15分刻みで聞いているわけです。

交通手段としては、車と電車という形で全体の64.4%になっていました。そして、所要時間としま

しては、15分以内、これと30分以内を合わせると、全体の61.9%、さらに45分以内を含めると、これで71.2%になるわけですが、通院に比べまして、時間のことに関してはばらつきがありまして、遠くの病院にも入院するという傾向がわかってくるわけです。

例えばの話で、電話をかけた相手に聞いたことなんですけれども、「もし入院するときに病室を選ばれたら、どういうところを選ばれますか」という質問です。まず、病室の環境として、A、Bを提示しました。A：「4人以上同室で室料の差額はありません」という部屋か、あるいはB：「テレビ、シャワー、トイレ付きの個室で室料の差額があります。大きさとしては8畳ぐらいで、ビジネスホテル並みの設備をお考えください」ということでまず提示するわけです。もしBを選ばれた方がいたとしたら、「では、そのときにあなたは一体どのぐらい払うのにやぶさかではないでしょうか」ということを、千円単位で自由回答で伺ったわけです。

そうしますと、病室の環境としましては、まずAの4人以上同室でいいという人は438人、どちらかといえば4人部屋以上の部屋、どっちとも言えないというのが256ありまして、どちらかといえば個室で、テレビ、シャワーつきがいい。それから、いや、私は絶対個室で、そういう部屋のほうがいいということになるわけです。全体の6割の方は、入院するときに室料差額を希望という形での費用負担を望んでいないということがわかってきたわけです。

では、日帰り手術等についての関心度はどうなんだろうということ、例えば、胆石の手術を例に挙げて聞いてみました。1. 非常に興味がある、2. やや興味がある、3. どちらとも言えない、4. あまり興味はない、5. 全く興味はない、未回答。888の回答ですけれども、興味がある、つまり1と2を合わせたものが48.0%、約半分弱です。そして、それに反して興味がないと答えた4と5が19.4%というふうになっておりまして、こういった日帰り手術がだんだんわかってきて、それに対してはやはり興味を示す方が出ているというのが出てきたと思います。

専門外来への関心度を聞いています。例えば、最近新聞にも女性専門の外来を開設した公的病院があるとか、あるいは国立病院があるといった記事が出てきておりますけれども、例を引きまして、更年期

障害の専門外来、これは婦人科なことだけじゃなくて、幅広くそういったものが今後求められるんじゃないかということで聞いたわけです。あるいは、肥満というのも今や日本人の国民病になりつつあるわけですが、それを専門とする外来、こういったものについてもどうですかと聞きましたところ、1. 非常に興味がある、2. やや興味がある、3. どちらとも言えない、4. あまり興味がない、5. 全く興味がない。888ですが、興味がある、1+2、これが47%。興味がない、これが20.1%で、奇しくも、この前の日帰り手術と類似の回答分布を示しているわけです。具体的なイメージがちよっとどうなのかなという疑問がこちら側のほうには残ったわけです。

まとめになってしまうわけですが、医療機関の認知度、交通手段、所要時間、満足度と選択、電話調査の特徴、こういったものについてもですが、医療機関の認知度としましては、鉄道、幹線道路、行政区画、大学病院など、ブランド施設との関連、こういったことが強い。それから、交通手段、所要時間につきましては、通院については徒歩、車で15分以内、これが74%という形に集中している。それから、入院につきましては、車や電車で15分以内、30分以内、45分以内、この中にほとんど入ってくるということがわかりました。それから、患者満足度と選択につきましては、満足度を左右する要因というのは、説明とか態度、こういった人的な要因が大変大きいウエートを占めているということが出てきました。さらに突っ込んで言いますと、コミュニケーションの内容とか頻度、こういったことがポイントになるのではないかとこのように思われます。

今回行ったこういった電話調査の特徴としましては、調査者が移動しないで質問することができるというメリットがあります。ところが、在宅して電話に出る方が回答者ということになるために、年齢とか性別、職業別を分けてデータをとりようとするときにはなかなか難しいということになります。昼間に電話することが多いわけですから、地区内の昼間の人口の実像を推究する参考データとしては大変貴重なものがあるといったことです。

病院の職員ではなく、ほかに依頼をして、ふだん病院に来ない人を対象にこういった聞き取り調査をしてみると、こういったことがわかった。これが私

の病院にとっての医療市場調査の結果です。

——**司会** 中西先生、ありがとうございます。せっかくの機会でございますので、ただいまのご講演につきまして、皆様からのご質問、ご意見を受けたいと存じます。ご質問などございましたら、挙手をお願いいたします。

——**質問** 藤枝市立病院の金丸と申します。この調査を、先生はどのように実際にされたのでしょうか。要するに、この調査からわかって、うちの病院をどうしようというふうにされたのかということをお聞きしたいのですが。

——**中西** 今、まだうちの病院は立て直しはしてなくて、これからプランに入ってくるわけですが、結局、こう例えるとわかりやすいでしょうか。軍艦と客船がありますけれども、今までの病院というのは軍艦じゃないか。何かこう、治療することだけできたわけですが、客船というのは、お客様に楽しんでもらって、そしていい思いをしてもらうということですが、航海していることに全然差し支えないわけです。ですから、患者さんのニーズをどう入れて、そしてニーズを取り入れることは、決して仕事がやりにくくなったりすることは、むしろ逆なんだということがよくわかったと思います。これをダイレクトにすぐ、じゃ、どうなんだと言われても、今練り上げている最中ですが、少なくとも、こういったことをいかに取り入れるか。これは今、まだ私も、経営のトップだけで知っているデータなんですけれども、現場でこういうものについて一体どういうふうに対応していく考えがあるか、それをこれから聞こうかと思っています。

——**質問** もう一つよろしいですか。患者さんのニーズは、うちでも、あなたはどっちがいいですかというのを聞いて、それを参考に、じゃ、こう変えましょうかということをやろうかとしているんですけれども、そのときに、こうあるべきだと思ったのと、患者さんが違うことを考えていた場合に、どちらを優先するか。例えば、具体的なことを言いますと、うちの病院は、新しくなったときから、受付の呼び方を「患者様」と呼ぶように、「何々様」と。ところが、それが非常にクレームがあって、「さん」と言えという投書がかなり多くて、それではアンケートをとってみようということで、とってみたら、やっぱり「患者さん」と言ってくれという人のほうが

多かったんです。ところが、どちらでもいいというのと「患者様」と言うほうがいいというのを合わせると50%以上あった。ところが、「さん」と「様」だけを比較すると「さん」のほうが多い。そのときに、どちらでもいいという人もいたので、半分以上いるから「様」にしておきましょうというふうになったんですけれども、その場合に、じゃ、また「さん」に変えるのかというようなこととか、もう一つは、病院の機能の分担、外来は開業の先生に戻していただく。病院は入院を主にやりましょうという、そういうほうが医療としてはいいんだと私は考えて、そうやっているんですけれども、患者さんはなかなかそう思っていないというところがあるんですけれども、そういう場合に、じゃ、患者さんのニーズはそっちだから、それを優先するのか、いや、こっちのほうが正しいはずだと思ってやる、そういう患者さんの満足とかニーズを調査したときに、相反することが出てくる可能性があると思うんですが、その場合にどういうふうを選択したらいいかということなんです。

——**中西** そうですね、まあ、常に自分の病院ではどうかということを考えますけれども、「さん」でも「様」でもいいんですけれども、まず患者さんの言い分を聞くことではないでしょうか。しばしばあるのは、ろくに話させないで、腰を折って、それはああだこうだと言っちゃうのが多いわけです。ほとんど話を聞くことで済むので、それは別に「様」でも「さん」でも、形の違いじゃないと思いますね。聞くことをしていないから、不満がどんどんたまってきて、爆発するということだと思います。

それから、もう一つは、じゃ、病院は入院を診るべきで、外来はクリニックのほうでやってもらうべきだというのはありますけれども、現実には、日本の病院の形態、それから成り立ち、じゃ、全く外来なしで成り立つのかということ、成り立たないわけです。それよりも、何よりも、私のところのような民間の病院は、まず存続していかないと次が出せないわけです。だから、いかに生き延びていくか、そのためにどういうものを提供するか、それは常に考えているわけですが、そのために外来の患者さんが多く来るのであれば、それは自分のところが選ばれた結果というふうに考えたい。そういうふうなものを提供するようにしたら、何かできないかというふうに考えています。

それから、もう一つ、最初にご質問なされた、これはどう考えられますかということですが、現に、同じ治療内容をやっている、保険の点数が下がってきたりしているわけです。そして、片方で医療の安全とかも含めまして、手間もかかる、それから人もたくさん雇わなければいけない。午前中の神尾先生のように、34床で114人の職員を雇うというようなことは、保険だけに頼ってやってはできなくなってくるということがあると思います。そのときに、もちろん皆保険ですから、保険という大事なものは1つの軸足になるかもしれませんが、何かそれ以外に提供していくものが、保険以外のもの、あるいはブランド、そういったものがないかどうか、そういうものをこれから模索して、ユーザー、クライアント、それに選択してもらえるようになりたいなど、そういうふうを考えています。

具体的に今何だと言われても、ちょっとわかりませんが、例えば、私の病院では、血管外科のドクターが週に1遍来ていますけれども、足の静脈瘤について手術をやっていますけれども、毎週3例はやります。年間に150例近くやるわけですが、インターネットで患者さんが来ますけれども、北海道から九州まで、場合によってはアメリカやヨーロッパに滞在している駐在員の人から、休み中に日本で手術したいという形で来ます。この場合にも、入院が2泊3日で済む。費用は大体このぐらいで、通院方法について、インターネットで出しております。それによって来ていただいているわけです。こういった点が一種のITによる戦略かなと。

ですから、私どもの病院は、地域の病院ではあるけれども、それ以外のものを何か持っていないと、病院としての存続が厳しくなってくるんじゃないかというふう考えているわけです。

——**司会** ほかにご質問はございますか。

——**質問** 先ほどから6人の先生のお話を聞いてる中で、病院の待ち時間の長さ、これを非常にどの先生もおっしゃっておられて、私も通院、入院、6年目に入りましたけれども、入院している間はいいんですけれども、通院で、体の悪い人が、2時間、3時間待ちというのは非常に辛い思いをずっと主人といたしております。その解消法というのは、何かいい方法、ないでしょうか。その点をお伺いしたいと思います。

——**中西** 昨年以来、予約外来を始めています。それで、15分刻みにしまして、次回受診するときは何月何日の何時ぐらいを希望されますかというので入れていくわけです。もちろん、空いている枠があれば、この時間しかないですが、ということになります。それから、初めての方も電話で予約することができるという方法をとって、今まで2時間待ちしていた患者さんが、短い場合ですと10分、15分の単位で診てもらえる。診てもらえると言うと大変失礼ですが、誤差はなくなるということで、今まで、病院へ行ったのはいいけれども、いつ呼ばれるかわからないとトイレにも行けないというようなことがあったと思います。本を持っていても、やっぱりそわそわして、本を読む気にもなれない。テレビはテレビで、ガーガーつけていて、うるさいだけで、ろくでもない。医療機関なんてとんでもないところだというのがあったと思いますけれども、時間がわかって来るということは非常にいいことだと思います。ですから、この形で予約外来を始めたのは大変よかったと思います。

それに伴って、予約外来をやるということは、すべてのことが時間で動かさなきゃいけないわけです。例えば、レントゲン撮影。それから外来から来る患者さんの撮影以外にも病棟の撮影があるわけですが、レントゲンのほうもタイムスケジュールに従ってやっていくわけです。そうすると、病棟での仕事も非常にタイムスケジュールが厳しく要求されてくる。そういった効果があって、時間に対する概念が職員の中でかなり変わったと思います。今のところ、午前中だけですけれども、午後の外来も、だんだんにそういった形で予約外来を広げたいと思っています。

ただ、予約外来は、予約料というのをいただく形にはしているんですけれども、私の病院では、予約料として200円いただいて、実は、予約の時間ぴったりということはもちろんできないわけですが、45分までをその枠に入れているんです。言い訳にもなるかもしれませんが、来た患者さんが非常に重症で、15分の枠なんかではとても診れないということも出てくるわけです。そうするとついおいてくるわけですが、そこはやはりぐあいの悪い人を優先しなければいけないこともあります。それから、予約でなくて、待っている人で、現に外来で待っている間に、心臓の発作で、一番前に座って

講演6

いる人で亡くなった方がいるんです。テレビのほうへ皆向いていて、一番前の方が、何か寝込んだのかなと思っていて、こちら側の外来から見ると正面に見えるんですけども、急変していて、亡くなったという方がいるんです。そういう形で、ぐあいの悪い人はどんどん優先しますから、そういう点での時間をご容赦ください。当然、看護婦等が説明をして、時間が今こうかかっていますというふうに言っていますけれども、そういう形で200円いただく。それを超えちゃって、だめなときはもう200円はお返しするという形にしています。

これも余談ですが、大変おもしろい話がありまして、いただく額はどのぐらいが適当かというのも聞いたことがあるんです。それを聞きながら200円に決めたんですが、予約をしない人からもらうべきだという、どういうあれなんですかね、もらいなさいという意見を寄せる患者さんもいました。私も、ちょっとよくわからないんですけども。

—**質問** 予約外来で2時間、3時間待ちというのは非常に非常識ということで理解してよろしいでしょうか。

—**中西** それは、予約で2時間というのは、もう詐欺ですね、それは。ええ。ですから、やはりドクターも、ある枠の中で仕事を終えることを考えないといけないということになります。時間は有限ですね。

—**司会** それでは、時間も参りましたので、これで質疑応答を終わらせていただきます。中西先生、ありがとうございました。

## 癒しと医 (いや) し

草木染染色工芸家、新匠工芸会会員

小川 良子

略 歴	1964	県立静岡商業高校卒業
	1990	新匠工芸会会友推挙
	1998	新匠工芸会会員推挙
	1999	社団法人恩賜財団済生会総裁高松宮妃 喜久子殿下より御親授を受くる
	2002	静岡県立静岡がんセンターアート制作 小川良子日本の四季室礼展 (静岡伊勢丹)

—小川 小川良子でございます。

私は、草や木の実をとって、染めて生きていくことをなりわいとしております。そして、この春になりますと、私は満7歳になります。白髪頭をして、どうして満7歳かと申しますと、7年前に、くも膜下の大手術を行いまして、助からないのにあなたは助かったんだよという、この世と再び縁を結んで7年目でございますので、私は満7歳なんです。

7年前の4月12日、夜7時半ごろでした。仕事の打ち合わせをしておりましたので、静岡の繁華街におりました。カウンターに座っておりまして、打ち合わせが済み、これからおいしいお食事をいただくと思って、カウンターに座っておりました。そうしましたら、直下型の大地震のごとく、私の頭は金属バットで殴られたような、ガンという、痛いという、そういう発作が襲いました。そして、すぐに左の目に焼け火ばしをつけたような、熱いというか、痛いというか、そんな感覚が走りました。そして首がピンと伸びました。そうしたらすぐ、気持ちが悪くなりました。そこには、私だけでなく、ほかのお客様もいらっしゃいましたので、まず頭の中をよぎりました、「ご迷惑をかけてはいけない」。そして、気持ちが悪くなりましたので、真っすぐはもう歩けないのですが、そのお店の壁を伝いまして、トイレに立ちました。そして、やっとの思いで戻ってきまして、隣の席にいる方の背広を引っ張りまして、「私、くも膜下だから、病院へ運んでちょうだい」。そう言えたんです。

なぜそう言えたかと申しますと、私にはその当時、医学部に通っております息子が2人おりました。3年生と5年生でした。長男の息子のお友だちのお母

様がくも膜下でお亡くなりになった後でした。「こういう症状のときは、お母さん、1分1秒でも早く病院に運んでくれる人があれば、後遺症は残ったとしても、命は助かるよ」と聞いておったんです。その知識が私にありましたので、「あっ、くも膜下」と思えたこと、それが私の命を救ってもらった最初の分かれ道だったように思います。そして、時間も7時半でしたから、救急病院に参りました。静岡市内のことですから、西草深の救急病院に運ばれました。それで、「この人、くも膜下と言っているんだけど」と。先生が、「なるべくそれは言わないほうがいい。」「でも、本人が言っているから。」「それじゃ、いいでしょう」。それから、済世会病院に運ばれました。その間に、意識が薄れたときもありましたが、大体において私は覚えております。

そして、次の日に、手術ということになって、髪の毛を剃らなければならない。私はどのくらいの症状かなど。もう自分の声は遠くでしか聞こえないんです。血管が切れているわけですから、ちょうど土管の中で自分の声を聞くように、遠くで聞こえるんです。頭の中で共鳴して、「私、お家の中をそのまま片づけなくて来てしまったから、それに保険証も持っていないから、先生、一度帰らせてください」と言ったら、まだ30歳前の若い先生が私の担当医ということでしたが、年齢は若いだけけれども、とても臆長けたという感じがして、落ち着いた感じのする先生でした。その先生が、「だめです」と、ものすごい迫力でおっしゃいましたので、「ああ、これは相当にひどいな」と。そして、髪の毛を剃ると言いますので、前だけにしてくれないかと、多分言ったと思うんですけども、「だめです」。かわいい、くりくり坊主になったと思います。

それから、いよいよ手術というときに、息子が3人おりましたが、3人の息子の6つの目が、お母さんが生きていてくれなかったら、僕たちは頑張れないよと。それから、私の手に重なった子供たちの両方の手のぬくもり、六つの黒い目、私はそれが信じられました。そして、志半ばの子供たちでしたので、これは、どうしても私は主演女優賞を取るような女優になって、ここは一世一代演技をして手術に向か

わなければいけないなど。うちの母親は大した母親だと思わせないと、この息子たちはきっと私が死んでしまったときに頑張っていけないんじゃないかと思ったんです。「元気で行ってくるから、また会おうね」と、私は手を振って手術台に乗りました。それから、今でもすごく覚えているのは、「左の足首が痛いと感じますが、それはカテーテルを入れるときに切るから、ちょっと痛いですよ。その次に、背骨に麻酔を打つ、そのときは、もう多分わからないと思います」。「わかりました」。真っ裸になって、くりくり坊主になって、私は一度、手術台の上に寝ました。その冷たい感覚が、大分忘れはいたしましたが、今でも残っています。でも、そのときに、自分が無くなった、心が鏡のようになってしまって、私がそういう動作をしたのか？……。自分で、無意識のうちに、「これから縛りますよ」と。「ちょっと待ってください」。私は、手術台の上に正座をして、手を合わせました。「いい子にしますので、どうぞもう一度生まれ帰らしてください」。私はそうつぶやいたようです。私は、運のいいことに、緊急で夜に病院に入ったにもかかわらず、そのときに脳外の会議があったということで、麻酔の先生たちも含めて、スタッフが病院の中に全員残っていらしたんです。そして、まあ、それは私を勇気づけてくださるために言ってくださった脳外の医局長の先生のお言葉かもしれませんが、「手術台に正座して、手を合せるあなたの背中に後光が差したんだよ。この人を死なせちゃいけないって僕たちは思ったんだよ。あなたはあのとき、後ろから見たら小さなくりくり坊主の格好のいい丸い頭で、仏様だったんだよ」って、後で教えてくれました。

そして、9時間半の手術の後、私の名前を呼んでいらっしゃるんです。先生、看護師さん、子供の顔もあったでしょう。私はそのとき、自分の生きるということ、捨てるはいけないしがらみを捨てて、染色家になりたい。離婚の裁判中でした。だから、ほんとうに一人でこの病気に勝たなければならなかったんです。そして、まだ染色家になれるかどうか、そんな兆しくらいしかないときに、もう一度自分の人生を歩きたいと思って意を決していたときでしたから、自分の心の中でも、死ねないと。このままでどうしても死ねないんだという思いがいつもありました。そして、自分を呼ぶ声がありますので、答えようと思うんですが、声が出ないんです。でも、ほ

うっとした頭の意識の中で、1つだけしっかりと呟え呟えとしているものがあつたんです。私は、たくさん点滴がつり下がっている両の手を広げて、仰向けに寝ておりました。先生方や看護師さんが、「小川さん、小川良子さん、返事をしてください」、呼んでくださっています。私は、1点だけさえざえとしている神経の中で、自分の手を折ってみました。親指から。手は動く。そして、今度は、足をそっと動かしてみました。そうしたら、足も動く。でも、目をあけようと思うんですが、左の目だけはどうしてもあかないんです。それは後からわかったことなんですが、やにくっておりました、あかなかったのです。この左目の奥が2カ所切れたので、視力がなくて見えないんじゃないくて、やにくって、目があけられない状態だったんです。後で、子供に不謹慎だとしかられましたが、私は、麻酔から覚めるときに、一番最初に思ったことが、両手足あって片目があれば、“染めができる”、そう思ってこの世と縁を結びました。そして、あとは、返事をしようにも、声にならない声で、「はい」、そう答えたと思います。

それから2、3日のことは、ただ頭が痛い……。もうろうとする意識の中で、あまりいろんなことは覚えておりませんが、臨死体験というんでしょうか、夢なんでしょうか、2日目か3日目かわかりませんが、私を閻魔さんが襲ってきたんです。私は河原にいます。頭は包帯を巻いています。そして、左の目はお岩さんみたいになってしまっていて、白い、フラットカラーの小花模様のワンピースを着ているんです。耳のどがった子供たちが、石を積んだり、投げたりしているんです。そのうちに、生暖かい風が吹いてきて、子供たちが、「おばさん、逃げろ。食べられちゃうぞ」と言うんです。私は、左の足をくいつながれてしまっていて、逃げられないんです、どんなにもがこうとも。そうしたら、閻魔さんが、「おまえは死んでしまえ。おまえを食べてしまうぞ」と言って、私に襲いかかってきました。私は、右目しか残っておりませんので、その閻魔さんをにらみつけて、「やれるものならやってみろ」と、おなかから絞り出すような声で言いました。そうしたら、「おまえは食べられない。生きていけ。生きていけ」。その後、随分快方に向かっていったように思います。それが俗に言う臨死体験なのか、夢だったのか、それは定かではありません。

先生が、とにかく血管の収縮があつては困るから、水分をとりなさい、水分をとりなさいと、繰り返しておっしゃるんですが、私が水分をとりたいたいと思つても、体は動かないし、看護師さんたちは、忙しくて、そのICUの部屋にいる患者の中で、意識があつたのは私だけだったようです。だから、私にお水をくれる看護師さんがいらっしやらないんです。そして、1週間はローテーションがあるようで、毎日違う看護師さんが見えます。ああ、これではせっかく助かった命が、私はなくしてしまうんじゃないか。これでは先生たちに済まない。すると、看護師さんたちが、「この人、自分のことわかるんだか」、「わかりっこないよ、くも膜下だもの。意識あるわけじゃないじゃない」。私は許せませんでした。

言葉はやいばだと言うけれども、「やっと助けていただいた命を、冗談じゃない」と思いました。それで、手をいっぱい伸ばして、看護師さんの白衣を引っ張りました。そして顔を私に近づけると。消え入るような声で、「私は、神経だけは全部もとに戻っているんです。あなたたちの言っていることはみんな聞こえるんです」と。お水を飲めと言っても、これでは飲めないから、それに気持ちが悪くなるから上げてしまうんです。だから、自分の胸元にビニールをひいてくれ、洗面器を持ってきてくれ、そして、お白湯か番茶を薄めて、らくのみに入れてくれと頼みました。定かでない、おぼろげな、もうろうとした神経の中でも、ほんとうに病院勤めをする看護師さんたちは人手不足で、忙しいんだなど。でも、ここに身を任せていたのでは、せっかく助けてもらった命が、先生の言う血管収縮がきてしまったらだめなんだという、じゃ、水を飲まなきゃ。私は、ゲボゲボ上げながら、らくのみで水を飲み続けました。

そのときに強く思ったことは、患者さんというのは、看護師さんや医者が、意識がないと思つても、ある人もきつといるんだろう。だから、医者や看護師が言っている言葉が聞こえてないと思うかもしれないけれども、聞こえているときだってあるんですよ。そして、それがすごく傷ついたり、また生きることが、そのことによって命をつないでいかなないことになるやもしれない、そんなことがあるんだと思うんです。それは、私の体験からです。だから、癒しといいますと、国語辞典で、医療の「医」も「いやし」なんですよ。高度な医療技術、それから日進月歩

する医療機材、そういうことだけによる癒しでなく、医者や看護師が、体も、心も、その患者さんの目に目線の合った、心の合った状態でその医療を施す、手当てをする、そういうことが医者の医、医療の医の「いやし」なんじゃないでしょうか。

そして、私のがんセンターの仕事をさせていただくことによって、癒しの作家というネーミングをマスクミからもらいました。そのときに、私が癒す、癒されることというのは、この臨死体験の次の日、あのICUの生暖かい、薬のにおいのする部屋の空気がたまらなくつらくなってしまつて、私、しかられましたが、担当医の先生に、「お願いだから、あの窓を1センチあけてください」と頼みました。怒られました。「ここは無菌室なんだから、冗談じゃない」と。「でも、お願いだから」と頼みました。あまり私が強く頼むものですから、「わかった」。1センチだけ、ICUの部屋の窓をあけてくださいました。そうしたら、外から来る風がスーッと私をなぶつていって、「ああ、生きてる」って思いました。そして、次の日、今度は、また先生に頼むとしかられると思つて、看護師さんに、「10センチあけてください」と頼みました。そうしたら、4月でしたので、葉桜が見え、新緑の緑の葉っぱが私の目に映りました。私は、草や木に、桜の花に、緑の葉っぱに、新緑の若いもえぎの色に心を癒されたんです。

私、それを許してくださった先生や看護師さんに、ほんとうに感謝しています。だから、医療の手当てというのは、手を施すだけのことが手当てでなくて、患者さんの心を手当てする、それがほんとうの手当てなんじゃないでしょうか。そして、患者である私たちも、ほんとうに先生たち、看護師さんたちは精いっぱい命を助けようと思つてやってくださっているんですよ、それに対して、感謝を持って、自分が生きたいと思うこと。生きるか死ぬかの瀬戸際は、やっぱり自分が生きたいと思うこと、自分が生きることに執着することだと思うんです。そして、一番強いことは、愛だと思つてます。

私は、子供に未練がありました。愛がありました。待っていてくれる人がいる。でも、脳みそをいじられているんですから、頭が痛くて仕方がないんです。もうどうでもいいと思つたら死ぬんだな。でも死ねない。志は半ばである。私は、自分の意識がはっきりしている、意識として自分が感じていられる間じゅう、死んでたまらずか。このまま死んでたまらず

か。声にならない声で言い続けました。そして、少し病状が落ち着いてきて、おかゆを食べられるようになりました。そうしたら、もっと私は生きているんだということを感じていたくて、そのころ、習い始めておりました謡の本を持ってきてもらいました。謡の本を持ってきてもらって見たって、頭が痛くて仕方ないんだから、字なんか眺めてはられないんです。声だって出ないんです。でも、私は、ちょうどそのころ、吉野天人、その謡の一節を、声にならない声で、「花の雲路を知るべにて…」と心で謡いそれを眺めながら、「私、生きているんだ」、そう感じていました。

それを見て、私の担当医、若いのに臍長けた感じのする先生は、謡なんか、きっと興味がなかったと思うんです。でも、それに語りかけてくれるんですよ。私に、「これは能の本でしょ？」と。私に、同じように興味を持っているふりをしてくださるんです。うれしかったです。そして、きっとそれもリップサービスだったと思うんですが、「私は、あなたのような人をお嫁さんにしようと思いますよ」。「じゃ、先生、私でもだめですか、今に離婚するんですけど」と。そうしたら、先生が笑った、「年齢制限があるんですよ」。でも、そんなユーモアが私には励みです。患者なんて、そんなもんですよ。

だから、やっぱり心の手当て、それが大切なのではないでしょうか。そして、私がたまたま息子から聞いていたくも膜下の知識があったこと。それから、運命論者ではありませんが、「私、くも膜下だから病院に運んでちょうだい」と言えたこと。そして、運んでくれた人がいたこと。それから、病院に着いたときに、手術のスタッフが全員そろっていた。そして、自分の気持ちが鏡のようになって——これは今でもわかりません。ええ格好しいだからきっとそうしたのかな、なんて、子供たちに言われますけれども、ほんとうに心が鏡のように、自分が生きているのか、死んでいるのか、空というか、無の気持ちになって、手を合わせられた。それは、私が生きたいと思ったことだと思うんです。だから、生きるか死ぬかの瀬戸際というのは、いかに生きることに患者自身が執着するかどうかだと思います。

それから、12日目に個室に移りました。そうしたら、新米の看護師さんで、点滴を打つのが下手くそで、でも、先輩の看護師さんが、自分でやらなければだめだと言って、彼女に託して部屋を出ていかれたん

です。そうしたら、やっぱり、案の定、失敗をしてしまって、私はその日はどうも頭がすぐれなかったものだから、うつらうつらしていたんです。そうしたら、毛布が濡れてしまったんです。そうしたら、彼女は、もう失敗してしまったということで、ごめんなさいも言わないで、帰っていこうとしたんです。私はそこで、黙ってられなくなって、「ちょっと待ちなさい」。新米だということは会話で聞いていましたから、「あなた、失敗を怒るんじゃないやしませんよ。黙っていくことに私はクレームをつけます。私は、助からない命を先生方やあなたたちスタッフに助けてもらったんです。こんな点滴のミスか何かで私が後遺症もなく助かったことをむだにしてしまったら、その先生やほかのスタッフに済まないじゃないやありませんか。私も入社したとき、新米のお母さんだったとき、失敗はいっぱいありますよ。でも、それを黙っていつてはいけませんよ」と。「すいません、私、なれませんので。ごめんなさい。もう一度やらせてください。濡れた毛布は、すぐ直します」と。「そのフィードバックが大事なんですよ」。そうしたら彼女、涙を出して、泣いてしまいました。

でも、後で、2、3年して、その済世会病院の副院長先生と偶然お会いしたときに、「小川さんの話が出ましてね、彼女、今でも忘れられない経験だど。今はベテランの、いい看護師になりましたよ」。そういうことを聞きました。だから、患者も、はっきり物を言うこと。後で文句を言うのではなくて、その場で対応すること。そうしたら、医者や看護師さんが、遅まきにならないで対応してくださるんですから。だから、やっぱりコミュニケーション、それが大事だと思うんです。わがままはいけませんが、やっぱり、その状況において、それなりの判断をして、疑問に思ったことは患者も、どんなに看護師さんやお医者様が忙しくても、聞いて、その場で解決する。そういうことは病院側だけでなく、患者もそういう意識を持たないと、いつも先生や看護師さんが悪い、病院が悪い。そうじゃないと思うんです。

だから、きょう、私は、専門的なお話をほんとうに素人が聞かせていただいて、いや、これは先生たち皆さん、医者や看護師が、こうしなきゃいけない、あしなきゃいけないとおっしゃったけど、私は、やっぱり患者側も、医者や病院側の立場や、看護師さんの立場にならなければだめだと思います。とてもきょうはいい勉強をさせてもらいました。

私は患者として感じたことを話させてもらいました。元気になり、がんセンターのアート作家として、ほんとうに生涯一になるような出会いをさせてもらっています。私、まだ建築現場に内装ができていなくて、コンクリートを流し終わったくらいなのに、設計部長、現場スタッフと、ヘルメットをかぶって、上がらせてもらいました。一番上まで上がって、工事現場用のエレベーターでおりて、「ここがあなたの作品が飾られるところですよ」、そう言われたときに、足が震えました。「ここは玄関です。あなたのつくる作品で顔が決まるんですよ」と言われたときに、ほんとうに足が震えました。そして、1階の壁面の広さを見たときに、ほんとうは半分の大きさだと言われていたんです。でも、だめだ。これは大きくつくって、野にある花をここにいっぱい咲かせなきゃだめだと思いました。そして、私は前から、ここには命の布を使いたいと思いました。それは、静岡はクズフがとれます。葛の茎、これも命ですよ。そのクズフを使いたい。それが1階の作品、「野に咲く花のように」。それから、2階玄関の「日本の四季、春・夏・秋・冬」、それはゼンマイの綿毛をツムギの糸につむいだ命の布です。私は、その素材と、草木染めの命の色に助けられて仕事をやり遂げられたような気がいたします。そして、いつもいい出会いをいただいております。

私は、済世会の医局長の先生に、「君は物をつくる染色家の端くれなら、済世会が来年度改築する。もうあなたは、ほんとうは命がなかったんだから、助けたんだから、元気になって、大きな作品をつくってプレゼントしてくれ」。それも、もしかしたら本気ではなかったかもしれないんです。私に勇気と生きる目的をつくるために、生きていけよ、生きていけよということで、私にリップサービスで言ってくれたかもしれないんです。私、一生懸命つくって、もらっていただきました。

そうしましたら、高松宮喜久子妃殿下の御親授を受けるといご褒美をいただきました。そのときに、今はお亡くなりになってしまった岡本名誉委員長が、僕なら怒られないからと言って、1枚の写真を撮ってくださいました。妃殿下も、ピンクのお洋服で……。私はそのとき、桜染めの着物を着ておりました。そうしたら、妃殿下が、「とても美しいことよ。何で染めたの?」「桜で染めました。桜の染液は血の色です」。「そう。帯は?」「サボテンにつく

貝殻虫の紫の色、コチニール」。「それは?」「サボテンにつく貝殻虫の色」。「私の色は化学染料だから、だめね」。そのときの言葉が、お優しい声とともに、それから、ふくよかな美しい笑顔とともに、耳に残っています。そして、妃殿下の横に写っていたのが、山口総長でした。それはずっと後でわかったことなんです。

そして、仕事をやらせていただいて、私は、えにし、縁というものをすごく感じました。そしてまた、きょうのこういう機会に出させていただく出会いは、開所式でお会いしたアンディさん……。生きていてよかった。ほんとうにそう思います。そして、自分の道をもらいました。私の行く道をもらいました。だから、くも膜下、離婚、やみくもに、何もわからない、物をつくって生きていけるかという中で、そういうことが希望(あかり)になっています。人間は、ほうっとでも遠くに希望(あかり)が見えれば、生きていけるんです。だから、私だけではないと思うんです。医療にかかわる人は、みんな命の瀬戸際を歩く人たちに、ほうっとした、いや、そうではない、もっときっぱりした希望(あかり)をきっと皆さん、与えていらっしゃるんだと思うんです。

これから東京の個展、横浜の個展、そして9月20日から10日間、イタリアのアルペロベツロ、世界遺産の街での個展もあります。苦悩を歓喜にかえて、草木染めの命、それから馥郁とした色の美しさ、その命の色を推し進めて生きてまいりたいと思います。きょうの出会いをほんとうにありがとうございます。

—司会 小川先生、ありがとうございます。

## 静岡がんセンターの患者満足への取り組み

静岡県立静岡がんセンター 副院長・看護部長

戸塚 規子

略歴	1963	静岡赤十字看護専門学校卒業
		静岡赤十字病院 看護婦、同看護専門学校 専任教員
	1970	アジア救済協会インドセンター 国際医療協力
	1973	聖マリアンナ医科大学病院 看護婦長、部長補佐
	1988	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部長
	1997	新潟大学大学院法学研究科
	1999	新潟大学医学部保健学科 教授
	2002~Present	静岡県立静岡がんセンター 副院長・看護部長

——戸塚 静岡がんセンターは、昨年9月6日に開院いたしましたので、まだ半年足らずの実績ですが、開院1ヶ月で稼働率が80%を越えました。その後は常に85から90%という状況が続けており、これは当初の私どもの予想よりはるかに早い状況です。職員全員必死の思いで対応してまいりました。まだまだ体制を整えながらの日々ですが、当初より、患者さんの視点を重視したがんセンターを目指して取り組んでおりますので、本日はその取り組みのうちから多職種によるチーム医療の実状と、癒しの空間づくりに取り組むボランティア活動についてお話させていただきます。

はじめに静岡がんセンターの規模について簡単に述べますと、スライドに示しますように、病院は平成17年に615床フルオープンで、現在は約半分の313床で稼働しております。病棟は、1病棟42床の一般病棟をそれぞれ30床だけ開きまして8病棟、それに緩和ケア病棟が25床のところ17床づつ開いて2病棟、小児病床を含む血液幹細胞移植病棟が25床、集中治療ユニットが14床の構成です。病室は個室と2床室のみにいたしましたので個室率は約50%です。

静岡がんセンターの医療サービスは、可能な限りがん疾患を治療し、サービスを受ける側の患者さんと家族の満足度を高め、さらに提供する職員も充実感を実感できる活動内容を目指しました。これは理念を具現化することでして、そのための運用上のアイデアとして本当の意味での多職種チーム医療の実現を考え、開設準備段階から準備をいたしました。

次に当センターの多職種チーム医療の取り組みについてお話したいと思います。

チーム医療は、ご存知のように医師が正確な診断と的確な治療方針を立案しそれを行うということに加え、適切に行き届いた心安らぐ看護、正しい薬剤や時期を得た検査、適切な食事、清潔でゆとりや潤いのある生活環境の整備などを、それぞれの職種が連携しながら提供し、患者さんの満足度を高める取り組みです。チーム医療は決して新しいコンセプトではなく、医療提供の基本的な考え方ですが、これを現在の医療状況のなかで実践するのはなかなか難しいと云われております。けれども静岡がんセンターでは何とか本当の意味での多職種によるチーム医療を実現したいと考えました。

チーム医療の構造は、患者さんとそのご家族を中心とした図に示しますような構造図になりますが、当センターでは病棟のチーム編成を呼吸器外科、胃外科など臓器別で編成し診療や看護にあたります。病棟には臓器別の複数チームが存在しますので、その調整にはケアの責任者である病棟看護師長が病棟統括者としてあたります。また、リハビリテーション、口腔ケア、症状緩和、褥創予防、ストマケアなど、専門領域の医師や看護師、コメディカルが職域をこえてチームを作り、病棟横断的にかかわります。患者さんにとってこうしたチームや他の診療科の介入が必要と思われるれば、従来の医師主導ではなく、看護師もこれらの診療科やチームへサポート依頼を出せる看護師の権限を拡げたくみや、チームカンファレンスの定例化など、多職種チーム医療実践のルールをいくつか作りました。ボランティアも、ゆとりや潤いの時間あるいは空間づくりをするチームの一員として位置づけております。

こうした多職種によるチーム医療は、疾病管理センター、マネジメントセンター、まだ発足していませんが研究所などの組織によって支えられます。現在の活動は、午前中に総長が話しました疾病管理センターのよろず相談や在宅支援、マネジメントセンターのクオリティーコントロール室やリスクマネジメント室の医療の質管理、医療事故防止と安全管理、経営管理などで、クオリティーコントロール

室やリスクマネジメント室の室長は看護部門の副部長、師長が担当しております。

ここで病棟におけるチーム医療の実際について少しお話ししたいと思います。

病棟は、ケア中心の組織と呼んでおりますが、先に述べましたようにケアの責任者である看護師長が統轄し、その下に複数の臓器別チームがあり、チームリーダーは診療科部長、サブリーダーは副看護師長と医長が務め、所属の医師と看護師がその構成員になります。現在はまだ他の職種はレギュラーメンバーになるだけの人員がおりませんので必要に応じて参加します。したがって組織上は看護師長が医師を含むチームを統轄する組織体系です。朝8時半の業務開始時には医師、看護師で15分前後のミーティングが行われます。スライドは、大腸外科チームと、頭頸科に口腔外科や形成外科が入って同時に複数のミーティングが行われている様子で、従来の看護婦だけの申し送りではなく、患者さんのその日の診療や看護ケアの計画について情報を共有し調整します。開院後半年で全ての病棟が順調とは云えませんが、現在フルオープンではなく満床に近い毎日ですから、病棟に複数の診療科が入っており、1つの診療科が同時に複数の病棟で朝のミーティングに参加しなければならない状況もあります。しかし、大方のチームが、軌道に乗り始めたと言っており、5月には90床増床予定ですが、軌道に乗りつつあるので病棟編成は大きく変えないで欲しいという希望が強いということからも、システムとして形を設えることの重要性を感じ、このまま時間をかければ多職種チームは機能するという実感がいたします。今は職域を越えてお互いを尊重し、理解し合ってよい人間関係を作る時期だと思いますが、看護職は、看護実践能力だけでなく、管理やリーダーシップ、そしてがん治療に対する理解を問われていると感じております。

次に、チーム医療が機能するためには組織がフラットである必要があり、そのことについてお話ししたいと思います。

チーム医療が十分機能し、効果を上げるための院内の組織は、極力重層化を避け、管理者グループと現場を近づけたフラットな形の組織にすることが必要ではないかと思っております。そうすることで現場は報告や提案がしやすくなり、管理者グループは状況を把握

しやすくなり指示や対処が迅速に行え、現場と管理者が統一した見解をもって対処することが可能になります。開院半年で組織がまだ十分に育っていない当センターでは、特にこうしたシステムが必要だと考え、スライドに示しますような体制にいたしました。病棟チーム医療の統括者である病棟師長、各部門の責任者、各種委員会は、管理者グループの経営戦略会議と直接繋がり、それぞれがイントラネットの電子メールを使って報告、提言を直接行なうシステムです。患者さんのご意見を投書していただくご意見箱システムや、よろず相談で対応した患者さんやご家族からの苦情や問題提起、リスクマネジメント室に報告されるインシデントレポートも同様です。経営戦略会議では、考え方の統一や解決のための担当者、あるいは部署を指示して次回の会議で結果を確認する、時間のかかるものは後日の報告を指示するなど問題を共有し迅速に解決するように留意しております。当初は報告や提言のボリュームが多く、会議に時間を要しましたが、徐々に短くなってまいりました。

多職種チーム医療には情報の共有が不可欠ですが、ここで、静岡がんセンターでの多職種チーム医療の情報の共有化を支える、診療録の電子化についてお話ししたいと思います。

静岡がんセンターでは、診療録の電子化を行いペーパーレス、フィルムレスのシステムにいたしました。これは電子カルテとその周辺システム、さらに院内ランのイントラネットによる院内情報システムですが、現在多職種チーム医療を可能にする強力なツールになっております。

電子カルテは、参照権限さえあればどこでも、だれでもカルテを開くことができ、様々な場所で同時に情報を得ることが可能ですから、チーム医療推進には大変有効であり、不可欠なツールと云っても過言ではないと思います。当センターの電子カルテ周辺システムには、医用画像や調剤などの部門システムのほかに外来患者さん用の呼出受信機、バーコードリーダーやPDAと患者さんの「リストバンド」を用いて輸液や輸血などを認証する誤認防止システム、ナースコール、ベットサイド端末システムなどがあります。

このうち、患者さんへの情報提供あるいは患者さんと情報を共有するシステムとしての、呼出受信機と

ベットサイド端末について簡単に説明いたします。スライドのように外来診療の再診受付機は、診察カードを挿入しますと受付確認表とともに予約内容がインプットされた「患者呼出受信機」が出てくるようになっております。この受信機は、診察順番が近くなった時と、順番が来た時の2回、画面表示、光り、バイブレーションの3つの方法で通知をします。患者さんは診察順番が近くなるまで診察室前でお待ちいただくなくても図書館や庭、喫茶などで自由にお待ちいただけます。呼出し放送もありませんので外来の静寂も保たれます。

ベットサイド端末システムは、テレビ画面のチャンネルを変え暗証番号を入力することによって、患者さんがご自身で食事メニューの選択や検査結果の確認ができます。また検査や治療、看護ケアのスケジュールなどを参照していただけます。そのほか患者図書館の蔵書検索、ボランティアの院内イベント情報、検査や治療に関する情報、病院案内なども参照できるようになっています。患者さんの感想ですが、医師や看護師のラウンドの際にこれまではただ話を聞くだけでなく、検査の結果や治療について自分から質問するきっかけが得られる、話題が多くなるなど、患者さんご自身も治療に参加している意識をお持ちいただけるとおっしゃっておられました。もちろん扱いにくい、みたくないとおっしゃる患者さんもおられますので、食事などはお任せメニューを作っております。

このほか、直接電子カルテと連動していないイントラネットが整備されており、これによって職員が院内の情報を得ると同時に、インシデントレポートや患者さんのご意見、苦情を入力でき、リスクマネジメント室やクオリティーコントロール室からフィードバックしています。

これまで、多職種チーム医療の取り組みの現状と、その強力な支援ツールである資料情報システムについて話してまいりましたが、最後に、ボランティアの活動についてお話ししたいと思います。

当センターでは、ボランティアを、理念実践型のボランティアと位置づけました。ボランティアは患者さんの満足度を高めるという目標を達成するために重要な役割をもつ存在と考えております。ボランティアさんには、患者さんやそのご家族を可能な限り支援するという理念を理解して、生活者の視点で院

内に安らぎやゆとりを作り出す存在になっていただきたいと申し上げております。ですからボランティア活動は、理念を具現化する活動と考え、職員と協働する多職種チーム医療のチームの一員であり、ボランティア活動の開発者になっていただきたいと考えております。現在、職員で専任のボランティアコーディネーターが中心となり70数名のボランティアさんが登録し、1日十数名の方が活動していただいております。公立病院で専任コーディネーターを置いている施設は全国でも少ないのではないのでしょうか。また、医師、看護師、MSW、栄養士、事務職、ボランティアコーディネーターの9名でボランティア活動をサポートする委員会を持っております。

活動は、明るい、わかりやすい病院であるための快適な空間づくり、あるいは癒しやゆとりの創造がテーマですが、患者の皆様やご家族が、こういう時を持ちたい、あるいはこんなことをしてみたいと考えられたときに、ボランティアが、あるいはスタッフがそばにおり、やってみましょうかということになる、そんな形でうまれる活動がかなりあります。具体的な活動をお話する前にボランティアの受入れについて簡単に触れますと、今年度は年2回募集説明会を行いました。応募していただいた方には、サポート委員会のメンバーが面談をさせていただいた後、6時間4回のトレーニングプログラムを受講していただいております。大変生意気な方法かもしれませんが、患者さんに安心していただくために必要なことと考え、ご理解いただいております。プログラムはがんセンターや病気の理解、病院ボランティアに必要なマナーや姿勢、プライバシーに関連したルール、手洗いの必要性や方法などです。受講後は、活動意思を再度確認したあと、検診と予防接種、それにボランティア保険をセンター負担でさせていただいた後に活動を開始していただいております。

スライドでお示しできる活動のいくつかをご紹介しますと、お話し相手や緩和ケア病棟のティーサービス、これはご家族に喜んでいただいております。患者図書館の移動図書貸し出し、外来キッズルームの管理、コンサートやお餅つき、雛かざりなどの催しの企画、患者さんのご希望で手作り教室も始まりました。

以上、静岡がんセンターの患者満足への取り組みに

ついて、多職種チーム医療の実際とボランティア活動を中心に話してまいりました。

まとめますと、本日のテーマでございます患者満足マネジメントを目指すには次のことが必要ではないかと考えます。病院の基本理念に医療サービスを受ける患者さんの満足度を高めるということを明確に据え、それを具現化する活動を職員ひとり一人が実践する。そして、それは継続し維持され、向上しつづけていくことではないでしょうか。静岡がんセンターは、本当の意味での多職種チーム医療を組織的に推進し続けること、そしてすばらしい自然環境のなかに作られた施設ですから、この景観に恵まれた建築空間の設えを損なうことなく維持することもそのひとつだと思います。さらに、そういう環境の中で患者の皆様やご家族が気持の安らぎやゆとりを感じていただけるような時間を創造できたらと考えております。

この機会をいただきましたことを感謝いたします。

—**司会** 時間に限りがございますが、ご質問、ご意見はございますか。

—**質問** フラットな組織とはどのようなものでしょうか。

—**戸塚** 言葉が足りなかったかもしれませんが、病院の組織は、どうしても物事を決めていきますときに、いくつかの段階を経なければならないような組織になっている場合が多く時間がかかります。それぞれの部門で検討され、それが委員会にかけられ、その後管理者グループにあがってくるというようにです。これを組織の重層化と云っていると思いますが、これでは現場と管理者グループとの情報の共有も遅れますし、問題が起きたときに即決できません。ですからなるべく物事を決定するところと現場を近づけてフラットな形の組織にする、という意味で使わせていただきました。

—**司会** 時間も参りましたので、これで質疑応答を終わらせていただきます。戸塚先生、ありがとうございました。

静岡アジアがん会議  
2002

**富国有徳**  
しずおかの挑戦。  
静岡県