

平成 15 年度  
厚生労働省医政局委託

医療施設経営安定化推進事業

医療機関の経営安定化に資する  
経営管理手法に関する調査研究

報告書

平成 16 年 3 月

U F J 総合研究所

# 目 次

はじめに .....	0
1 . 調査研究の背景と目的 .....	1
2 . 調査研究の体制 .....	2
3 . 調査研究の進め方 .....	3
4 . 本書の基本的構成 .....	4
第1章 医療施設経営における経営品質 .....	5
1 . 経営品質とは .....	5
2 . 経営品質を考える意義 .....	6
3 . 病院経営にとっての経営品質 .....	7
4 . 経営品質向上を目指す施設のあり方 .....	8
5 . 経営品質のレベル .....	8
6 . 日本経営品質賞 .....	10
参考：BSC（バランス・スコアカード） .....	11
第2章 経営品質を改善するための経営テーマ .....	13
1 . 環境分析から経営計画策定まで .....	13
(1)全体の流れ .....	14
(2)経営計画の策定 .....	15
(3)現状の姿を把握する .....	17
(3)-1 内部環境分析 .....	19
(3)-2 外部環境分析 .....	21
(4)アクションプランの策定 .....	24
(5)アクションプランの実行 .....	25
2 . 財務・コスト管理 .....	27
2 - 1 財務データ .....	27
(1)財務データの役割 .....	27
(2)会計の種類～財務会計と管理会計 .....	28
(3)会計基準 - 企業会計原則と病院会計準則 .....	29
(4)キャッシュ・フロー計算書 .....	31
(5)退職給付会計 .....	34
(6)財務データの分析 .....	38
(7)経営分析の代表的な指標 .....	38
2 - 2 コスト管理 .....	41
(1)管理会計とは .....	41
(2)管理会計の様々な手法 .....	41
(3)原価計算 .....	43

3 . ヒューマン・リソース・マネジメント .....	45
(1)施設経営と人材管理 .....	45
(2)組織スキルと専門スキル .....	46
(3)専門スキルの育成 .....	47
参考：コーチングについて .....	48
(4)OJT と Off-JT .....	48
(5)組織スキルの育成 .....	49
4 . 安全管理 .....	51
4 - 1 医療安全 .....	53
(1)医療安全管理体制の整備 .....	53
(2)医療事故の防止 ～リスクマネジメント～ .....	54
4 - 2 院内感染 .....	64
(1)院内感染対策の整備 .....	64
(2)感染管理 .....	66
(3)情報の収集・分析 .....	70
(4)マンパワー及び院内体制の確保 .....	71
4 - 3 医療事故への対応 .....	72
(1)医療事故による法的責任 .....	72
(2)医療事故が起きてしまった時の対応 .....	72
5 . 情報マネジメント .....	73
(1)患者との信頼関係 .....	75
(2)地域医療機関との信頼関係 .....	84
(3)組織内のナレッジマネジメント .....	84
6 . ファシリティマネジメント (FM) / マテリアルマネジメント (MM) .....	87
(1)コストマネジメント .....	92
(2)患者サービス .....	100
(3)安全管理 .....	103
(4)職員の働きやすさ .....	105

## はじめに

### 1. 調査研究の背景と目的

医療施設経営を取り巻く環境は、ますます厳しさを増している。高齢化の進展に伴って医療費が増加する一方、低迷する経済環境において医療保険を運営するために必要な財源も十分ではない。そのため医療施設経営は効率性を高める努力が従来にも増して必要とされている。一方において医療技術の進展や機器の高性能化によって、病院に必要とされる設備投資が大規模化する傾向にある。

また、医療安全に対する関心の高まり、事故防止に対する取組みの重要性が高まっている。特に事故による損害賠償金額は、非常に高額に上ることもあるため、安定的な経営を行っていくためには、医療の安全性を高め、事故を防止することの必要性が益々高まっている。

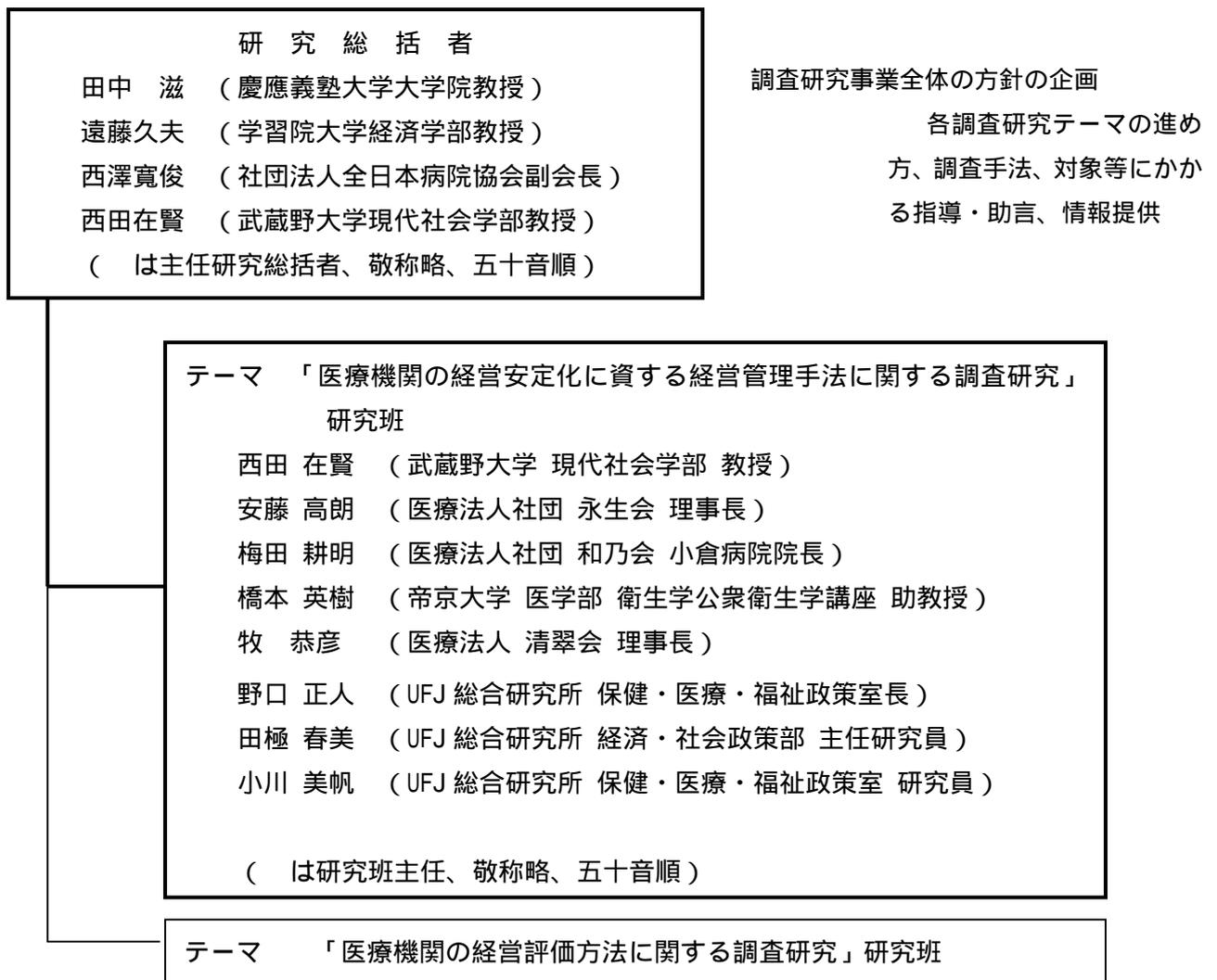
こうした問題意識の下、地域の医療ニーズに対して、適切に応えつつ、効率的な経営を実現し、質の高い医療サービスを提供することを通じて、医療施設経営を安定化するための経営管理手法を検討していくことが必要とされている。本調査研究では、主に民間の医療施設、特に病院において、経営の安定化に資する経営管理手法を収集・分析することを通じて、医療施設経営の近代化・安定化のための方策を明らかにすることを目的とする。

## 2. 調査研究の体制

本調査研究においては、下図の4名の研究総括者から構成される研究総括者会議を設置し、事業全般及び各研究課題の調査・研究の実施について企画検討を進めた。

「医療機関の経営安定化に資する経営管理手法に関する調査研究」研究班は下図の5名の委員及びUFJ総合研究所によって構成されており、調査研究の方法や内容の詳細を検討した上で、調査研究を実行し、報告書としてとりまとめた。

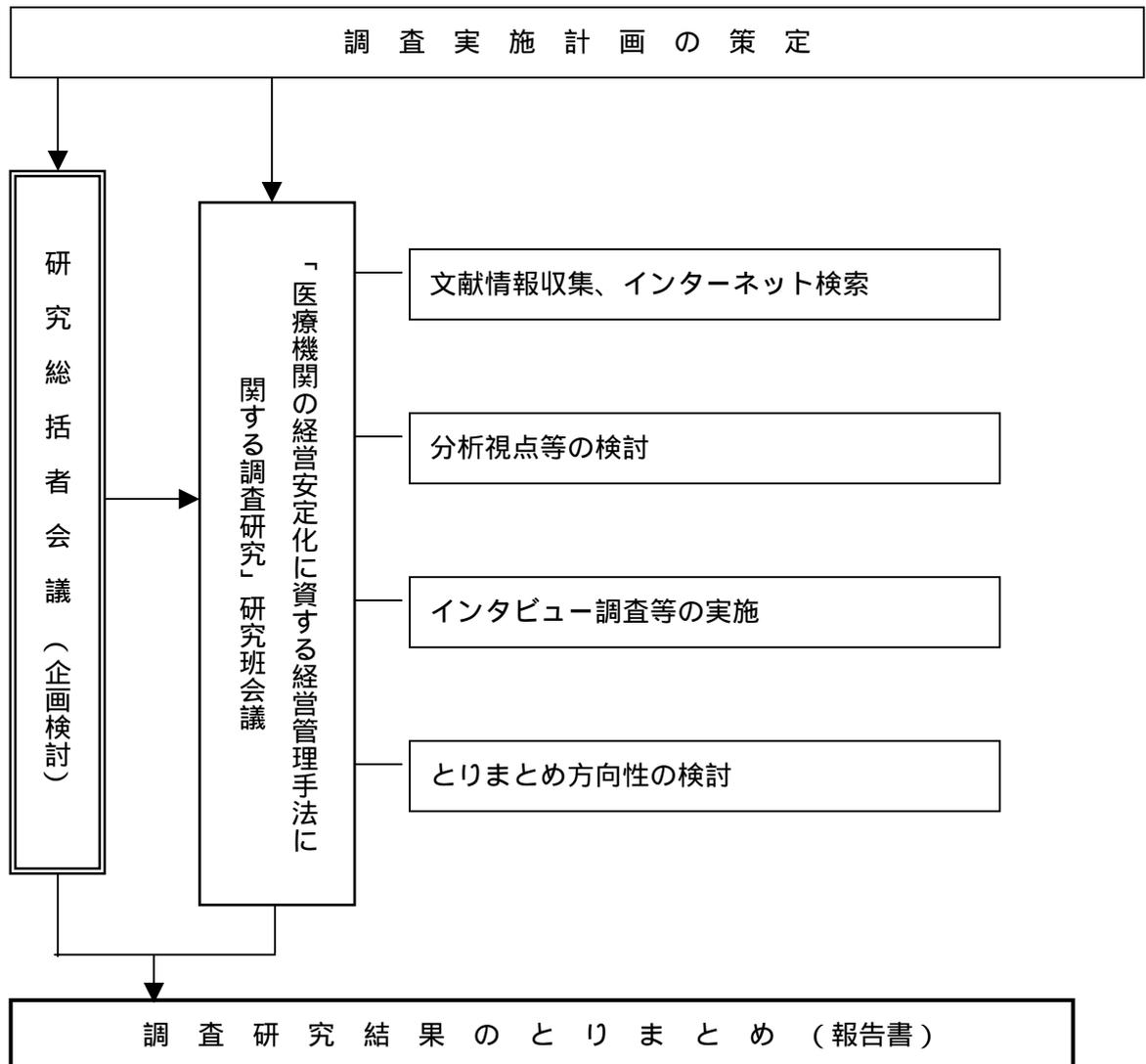
図表1 医療施設経営安定化推進事業(平成15年度)研究組織図



### 3. 調査研究の進め方

研究総括者会議における議論を踏まえ、主に病院の経営安定化に資する経営管理手法についての視点を検討し、研究班会議において調査研究を進めるための具体的な調査の進め方や分析の視点等について検討し、調査研究を実施した。

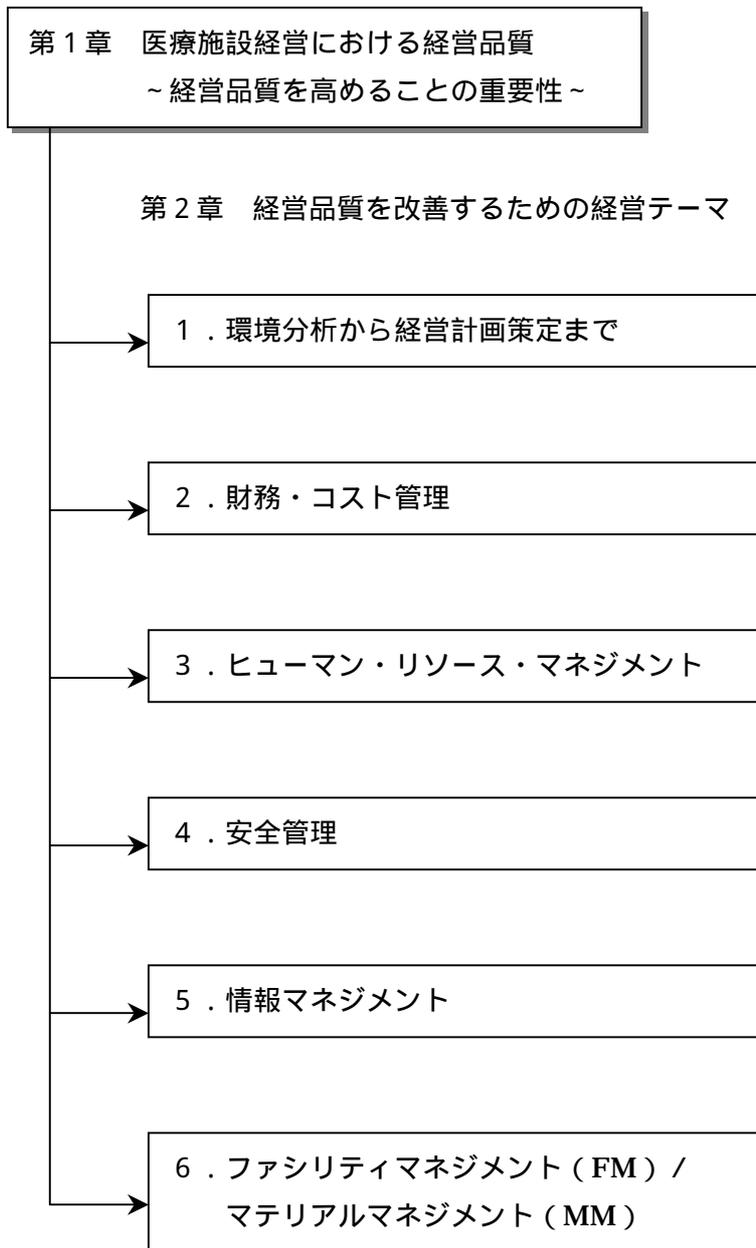
図表2 調査研究の進め方



#### 4 . 本書の基本的構成

本書は、医療施設の経営安定化に資するために、医療施設の「経営品質」を高めることに焦点を当て、以下のように構成されている。

図表3 本書の基本的構成

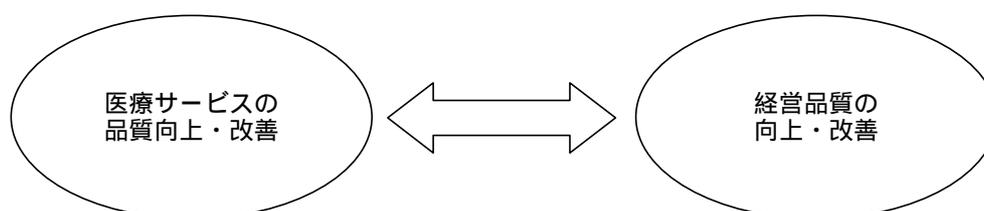


## 第1章 医療施設経営における経営品質

### 1. 経営品質とは

医療施設の提供する医療サービスの品質には、事故のない安全なサービスであることや、患者への侵襲を低くするもの、あるいは平均在院日数の短縮や高度な技術の活用といった様々な視点がある。こうした医療サービスの中身について、品質を向上し、改善していくための取組みは重要である。その際に、高い医療サービスを提供しているということを患者や外部に対して説明することは、容易なことではない。例えば、平均在院日数は、入院患者全体の入院期間をみる指標といえる。そのため、個々の患者の具体的な医療サービスの品質の高さを示す内容というよりは、医療機関の全体について一つの方向からみた指標である。このように、医療サービスの品質を示す指標は数多くあるものの、どれも一面からみた指標であり、品質全体を示すものではない。こうした事情から、医療サービスの品質を適切に示すことは、難しいということができる。

図表1-1 医療サービスの品質と経営品質



一方、医療機関の経営的な側面、財務諸表や人事評価の仕組み、クレームの件数や顧客満足等など医療サービスというよりも、マネジメントの側面からみた場合にも、経営管理手法として質の高い取組みをしている事例もある。この点についても、医療サービスの品質を適切に表現することが難しいのと同様、高い品質のマネジメントを行っているという状況を的確に表現することは難しい。医療施設経営を行っていく上で、様々なステークホルダー（利害関係者：内部職員、金融機関や患者・地域住民等）に対して、マネジメントの品質を説明することの必要性も高まってきているが、どのように表現することができるのかは、非常に難しいということができる。マネジメントの品質を表現することが難しいために、どのようにすれば、マネジメントの品質を向上させることができるのかを具体的に考え、実行していくことは、更に難しいということができる。

最近、マネジメントの品質を示す言葉として、「経営品質」が用いられるようになってきている。そこで、経営品質によって示されている具体的な内容を検討することを通じて、どのようにして医療施設にとっての経営品質を向上させていくことができるのかを検討する。

## 2. 経営品質を考える意義

1980年代前半、当時のアメリカ経済は企業業績の大幅な落ち込みを経験していた。その根本的な原因究明と対策を打ち立てていくために国を挙げて取り組んでいった。従来のややもすると短期的な財務至上の考え方の弊害が反省され、顧客志向重視の考え方や組織の学習、成長といったプロセスに焦点を当てた経営のあり方を模索する中で、経営品質という考え方が生み出され、マネジメントの様式(スタイル)を大きく変えていく必要が認められていった。こうした検討を進めていく中で、経営品質の高い企業経営とはどのようなものなのか、具体的な姿として提起していくためには、客観的に高い経営品質を実現し、優れた改善努力を実現している企業に対して、一定の客観的な評価基準に基づいて評価していくことが必要であると考えられた。こうして点数化した評価基準によって評価された企業の中で、他の模範となる企業に対して、アメリカ大統領が表彰する国家経営品質賞(マルコム・ボルドリッジ(MB)賞)が授与される仕組みが整備されていった<sup>1</sup>。

MB賞は、従来のマネジメントの考え方に対して、組織の活動・業務に対して「顧客満足」を最優先評価尺度とする考え方が特徴的であり、さらには、世界標準や競合他社との比較といったベンチマーキング手法の活用を考案した点が特徴であるとされている<sup>2</sup>。

その後、経営品質の優れた企業が同賞を受賞する中で、経営品質という考え方が普及していった。品質改善の考え方は、MB賞の審査基準として具体的な項目として示されることとなり、基本的には大企業と同様に中小企業にも、製造業と同様にサービス業にも、さらには私的企業と同様に公的部門においても直接的に適用できる概念である<sup>3</sup>と受け入れられるようになっていった。一般の民間企業に対する考えばかりでなく、行政機関や学校、病院を含む多くの機関に対しても応用できるものとされている。1988年以降、製造業・サービス業・中小企業・教育さらにはヘルスケアといった部門に拡大されてMB賞が授与されている。MB賞の評価に対しては、明確な審査基準があり、それはアメリカ商務省技術管理部・国立規格技術研究所から得られる<sup>4</sup>。

アメリカにおいて、経済的苦境を脱し産業が業績を伸ばしていった背景には、多くの企業が厳しい経営環境に置かれている中で、経営品質という考え方を共有し、規模や産業の区別なく品質の高い経営を実践し、かつ継続的な改善を実現していったことによる意義が大きいといわれている。経営品質についての考え方を明らかにして、MB賞の審査基準として点数化していくことを通じて、経営品質を採点できるものとした。採点し

---

<sup>1</sup> The Malcolm Baldrige National Quality Improvement Act of 1987 - Public Law 100-107  
1988年度からスタートした。

<sup>2</sup> 経営品質についての考え方は、博士論文「医療福祉経営における持続性の研究(小山秀夫)」に詳しい。特にMB賞やBSCについては、詳細で分かり易く示されている。

<sup>3</sup> [http://www.quality.nist.gov/Improvement\\_Act.htm](http://www.quality.nist.gov/Improvement_Act.htm) より

<sup>4</sup> 邦訳も「マルコム・ボルドリッジ国家品質賞～審査基準書」として出されている。

た結果を通じて改善の必要な点を明らかにすることができるようになったため、継続的な改善に取り組むことの重要性が認知され、多くの企業が経営改善を実践していくための指針となった。

### 3．病院経営にとっての経営品質

医療施設経営は、地域医療ニーズに根ざした非営利のサービス提供であり、特に患者の生命に影響を及ぼすサービスとして、サービスの品質は特に重視されている。

そのため、財務的な経営目標ばかりに目を奪われ、地域の医療ニーズや医療サービスの品質を疎かにすることは、医療施設経営にとって適切ではなく、透明性や医療ニーズへの対応、品質の管理・向上を重視した姿勢が求められている。したがって、財務的視点を強調し過ぎた経営管理ではなく、患者の視点を重視し、サービス向上に向けて組織や個人の学習が実行され、地域の健康状態を意識した社会的責任を果たしていくことを経営目標として考えていくことは必要である。こうした視点は、ここで紹介している経営品質の根本的考え方である。経営を多面的に考え、経営品質を向上させていくことは、現在の医療施設経営にとって強く求められている。

現在の多くの医療施設経営者にとって、「現在の自施設の経営状態はどうなっているのか。今後どのような取組みをしたらよいのか」といった疑問や「財務状態以外で経営の実態を説明するにはどうしたらよいのか」といった問いかけに対して、本来医療施設経営の中で重要視されている点を対外的に説明するためにも、経営品質の視点に基づいた現状把握・評価ができることが必要である。例えば金融機関や地域の住民に対して、現在の自施設の活動状況について説明する際にも、経営品質で提起されている視点に基づいた現状の説明は、分かり易いものであり、理解を得られ易い。また、経営品質の視点に基づいて、自施設の経営の強みや弱みを正しく理解し、経営課題を明らかにしていくことは、更なる経営改善を実行していくために有効である。現状を正しく理解するために、経営品質の視点から自施設を評価することが必要である。必要な経営改善は財務体質の改善なのか、地域の医療ニーズに一層応えていくことなのか、サービスの質的向上なのか、社会的責任を果たしていくことなのか、相互に関連する改善目標ではあっても、経営者は優先順位を考えて実行していくことが常に必要とされる。その意味では、経営にとって終わりではなく、常に継続的改善が可能であり必要とされているものである。

現在の厳しい経営環境の中で、医療施設経営の安定性を高め、質の高い医療サービスを提供しつづけていくためにも、経営品質の向上に向けた取組みを通じて、自施設に必要な経営の継続的改善を実行していくことは、今後益々重要なものとなっていくと考えられる。

#### 4．経営品質向上を目指す施設のあり方

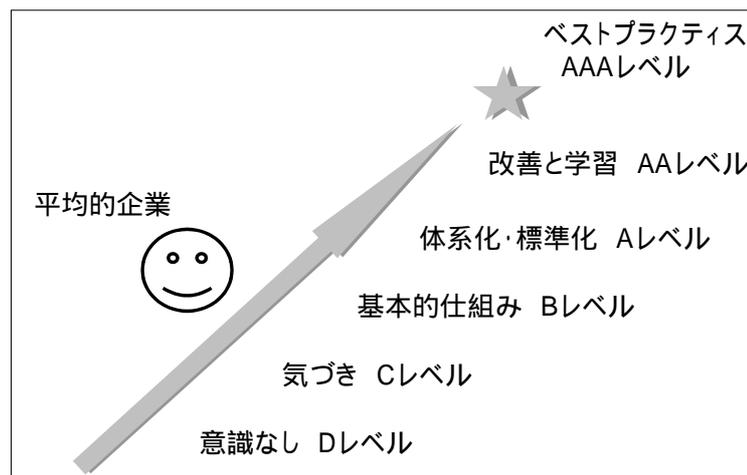
現在、多くの医療施設では持分のある医療法人社団形態による施設経営がなされている。しかしながら、現在の厳しい経営環境下で、職員全体の経営改善の動機付けを行い、継続的な改善を行って経営品質の高い医療施設経営を実践していくためにも、世代交代によって相続等を理由に持続性が低下する事態を回避することは必要といえる。提供する医療サービスに対して地域から高い信頼を得て、組織として持続的に維持・発展していくためには、法人組織として経営の透明性を高めていくことも必要な時代となっている。

こうした意味では、多くの医療施設経営にとって、現在は大きな経営の分岐に差し掛かっているといえる。出資持分を解消し、法人としての公益性の高い法人経営を行っていく方向性を検討していくこと、そのために必要な経営改善の考え方を明らかにしていくことが、経営品質の向上を目指す医療施設経営の一つの方向性である。このような方向での経営改善を実行し、医療施設の近代化・安定化を図っていく際に経営品質の視点を活用していくことは有効である。

#### 5．経営品質のレベル

経営品質の改善を意識し、取り組んでいくためのレベルを考えた場合、経営品質を考えたことのない(意識なし)のレベルから、気づき、仕組みを整備し、体系化・標準化し、改善と学習を繰り返すことによってベストプラクティス(受賞対象)のレベルとして示したものが次図である。

図表 1 - 2 経営品質への取組みレベル(イメージ)



出典)「2002 年度版日本経営品質賞とは何か」社会経済生産性本部編より作成

経営品質について意識のないレベルを D レベルとし、改善のための基本的仕組みを整備したレベルを B、体系化・標準化を進めているレベルを A とする等、経営品質を改善するためのレベルをみた場合、一般の企業では平均的に B のレベルにあるとされ

ている。

医療施設経営を単純に企業経営と比較することは難しい上、アメリカの MB 賞の審査基準を用いて経営品質を考えること自体、多くの問題点があると考えられる。しかしながら、医療施設経営にも比較的安定性の高い経営を実行している医療施設があること、常に経営改善のための不断の努力を行っている医療施設があること等から、単純な比較は難しいものの、経営品質の改善を通じて、医療施設経営の安定化をはかり、地域のニーズに適切に応え、質の高いサービスを効率的に提供することができるものと考えられる。

したがって、社会制度や文化的な背景は異なるものの、MB 賞特にヘルスケア部門の審査基準について検討することを通じて、経営品質改善を実行していくための示唆を得られるものと考えられる。

図表 1 - 3 MB 賞ヘルスケア部門における経営品質の中心的価値と概念

- ・理念に基づいたリーダーシップ
- ・患者を重視した卓越性
- ・組織と個人の学習
- ・スタッフとパートナーの尊重
- ・機敏さ
- ・将来志向
- ・革新のための経営
- ・事実に基づく経営
- ・社会的責任と地域の健康
- ・結果重視と価値創造
- ・システムの視点

出典) 2004 年ヘルスケア部門の審査基準より作成

([http://baldrige.nist.gov/PDF\\_files/2004\\_HealthCare\\_Criteria.pdf](http://baldrige.nist.gov/PDF_files/2004_HealthCare_Criteria.pdf))

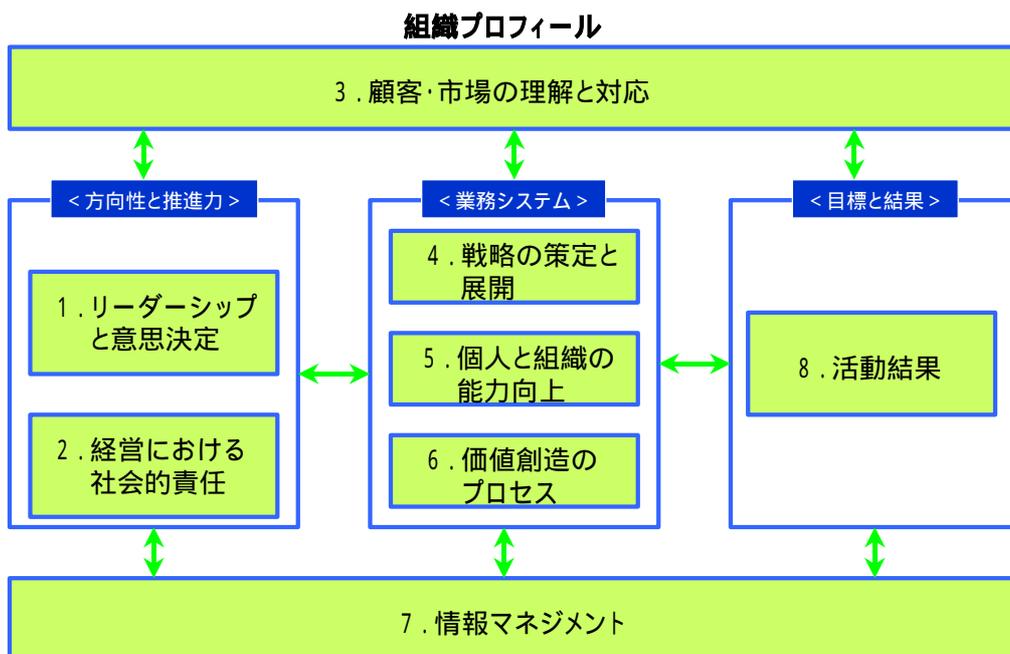
MB 賞ヘルスケア部門では、SSM ヘルスケアが 2002 年に初のヘルスケア部門として受賞した。これら MB 賞の受賞者についての情報は、公開され、多くの優れた経営品質を達成している事例として紹介されている。経営品質を改善しようとする組織は、こうした過去の受賞者の情報をベストプラクティスとして共有し、自ら改善できるための展望を得ることを通じて、組織の経営のあり方を見直し、継続的に改善できる環境づくりとなっている。

## 6 . 日本経営品質賞

我が国では、MB 賞の考え方や審査基準をもとに、財団法人社会経済生産性本部に経営品質協議会が設置され「日本経営品質賞」を創設した。

日本経営品質賞は次図のような評価の枠組みである。現在までのところ、医療施設の中で受賞したものはない。しかしながら、経営品質という視点から見た場合、医療施設においても、多くの有用な示唆を得られるものと期待される。経営品質の内容を具体的に評価できるレベルにブレイクダウンすることによって、現在の経営の状態を客観的・可視的に表現することができる。さらには、各項目はそれぞれ評価点があるため、自己評価を行うことによって、自組織に不足している点は何か、どのように改善することができるのかを読み取ることが期待できる。なお、既に自治体に対する経営品質審査基準も示されており、受賞自治体も現れている。

図表 1 - 4 日本経営品質賞の評価の枠組み



参考：BSC（バランス・スコアカード）

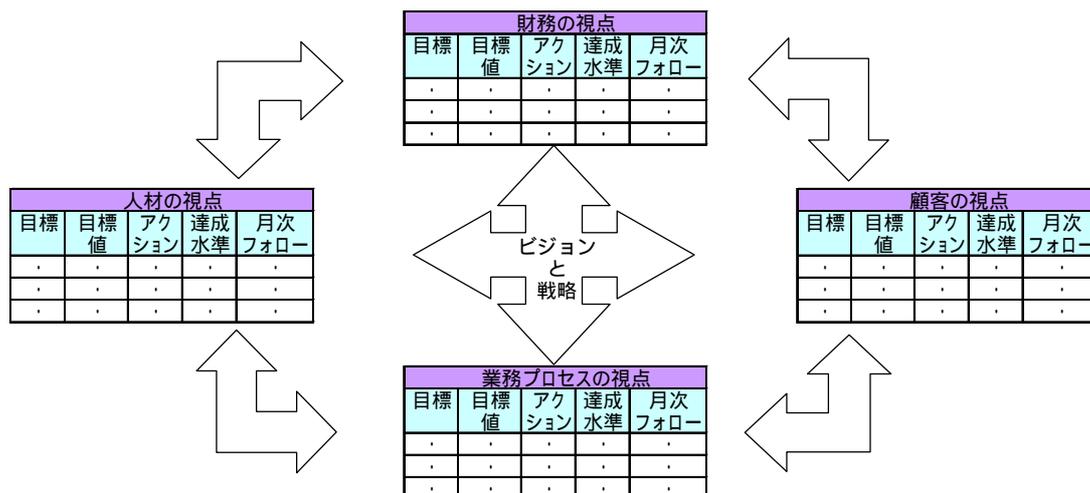
バランス・スコアカード(Balanced Scorecard:以下 BSC とする)は、1992 年、ハーバードビジネススクール教授 R.カプランと N.ノートン社の D.ノートンの共著としてハーバードビジネスレビューに紹介された。機関において、業績をバランスよく評価するための管理ツールとして、現在、企業や行政機関を含む多くの組織において利用されている。

一般的に利用されている BSC は、組織のビジョン・戦略を実行していくために、まず「革新と学習の視点」を起点として、「業務プロセスの視点」、「顧客の視点」そして結果として「財務の視点」を軸とし、それぞれの視点において重要な評価指標を設定する。この評価指標に基づいて目標を設定し、日常的活動においてどの程度目標達成ができていのか把握できる経営管理手法ということができる。

BSC を活用している多くの事例では、自組織の経営戦略を適切に実行していくために必要な、4つの視点に基づいた主要な業績指標(Key Performance Indicator)の検討が必要とされている。実際に組織の中で、経営戦略を適切に実行していくためには、組織の中での多様な職種・専門部署に対して横断的な経営目標を設定していくことが必要とされることが多い。BSC は、組織の各人に対して、目標設定を明確にし、全体として戦略の実行に結びつくためのロジックを明確にすることができる点等のメリットがあるとされている。

現在、我が国でも BSC を導入している企業が増えているが、医療施設経営でも BSC の導入を検討している事例が増加しつつある。

【BSC の基本的な枠組み】



次章では、医療施設の経営品質を向上・改善するためのいくつかの経営テーマを設定し、その具体的な内容を示す。これらのテーマでの検討を通じて、具体的な経営管理手法を明らかにしており、医療施設経営において経営品質を向上させ、経営の近代化・安定化のための方策を明らかにしている。

図表 1 - 5 医療施設の経営品質を向上・改善するための経営テーマ

- 1．環境分析から経営計画策定まで
- 2．財務・コスト管理
- 3．ヒューマン・リソース・マネジメント
- 4．安全管理
- 5．情報マネジメント
- 6．ファシリティマネジメント（FM）  
・マテリアルマネジメント（MM）

## 第2章 経営品質を改善するための経営テーマ

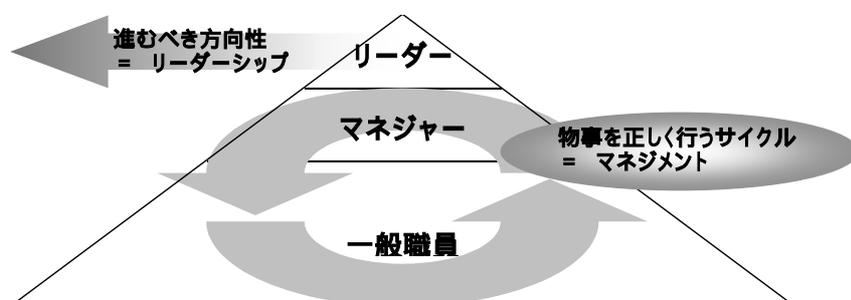
### 1. 環境分析から経営計画策定まで

厳しい経営環境を分析し、経営戦略のもとで職員の向うべき方向性を示す経営計画を策定することは、経営品質を向上させるために必要である。特に院長・理事長が、地域住民や患者といった顧客・市場について正しく理解し、対応能力を高めることは、常に求められている。さらに、経営者の経営判断力を高め、質の高い意思決定をしていくこと、そのためにリーダーシップを発揮し、物事を正しく行うサイクルを組立ていることが重要である。そのためには、現状のすがたを分析して、明確な戦略の策定と展開を実行していくこと、そのためのマネジメントシステムを確立することが重要である。

日本の医療は、経済事情の変化や少子高齢化による急激な人口動態の変化に直面している。これらの社会的な背景から医療機関は、大きな変革と将来に向けた経営計画の策定が求められている。迅速な策定とその着実な実行は、その中において重要な課題となっている。経営計画策定に当たっては、安全性の確保や恒常的な質の高い医療の提供、コスト管理、スタッフの満足等、経営全般を俯瞰するリーダーシップ及び経営方針・経営計画に忠実なマネジメントを進めることが求められている。

ここであらためて、理事長や院長等、経営層が進めるリーダーシップと、部門の長など管理職が進めるマネジメントを分けて考える必要がある。リーダーシップは、自院の進むべき方向性や指針を与えることに比較的多くの資源を使い、マネジメントでは、リーダーが示した方向性に従って、正しくかつ早く、効率的に実行していくことが求められる。このことは、たとえ良いマネジメントができていても、リーダーシップに問題があれば、なかなか経営は改善されないということにも繋がってゆく。

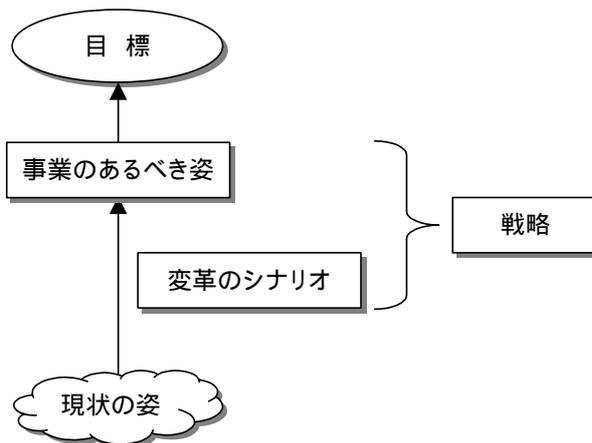
図表 2-1-1 リーダーシップとマネジメントのイメージ



出典) UFJ 総合研究所作成

経営戦略策定のためには、目標を立てる、あるべき姿(ミッション)を明確に描く、現状の姿を分析する、変革のシナリオを練るという4つの段階があり、それらの関係は、次の図のような関係となっている。

図表 2-1-2 経営計画策定までの各段階とつながり



出典) 伊丹敬之『経営戦略の論理』(日本経済新聞社)をもとに UFJ 総合研究所作成

このように、経営戦略策定においては、経営者の意識、現状把握、シナリオ策定が必要であり、さらに戦略決定後、戦略を定期的に点検する作業(フィードバック)を行い、計画と実際の運営とのズレを認識することにより、変化に応じて戦略を立て直すことが重要とされる。

#### (1)全体の流れ

##### 経営計画を立案する

自院の経営計画を立てることは、今後進むべき方向性を示すものであることから、経営者自らが行うもので、まさにリーダーシップであり、マネジメントを行っているスタッフや一般職員に対して、この先進めるマネジメントの基準を示す位置付けとなる。

##### 1)目標を立てる

自院はどうなりたいのか、今後何をしたいのかということであり、経営理念と呼ばれることも多い。目標を設定することにより、経営戦略の策定や意思決定をする際の拠りどころとなる。

##### 2)あるべき姿(ミッション)を明確に描く

目標が立ったのち、次に行動の礎となる価値観や原則を示す必要が生じる。行動の規範となるミッションステートメントは、組織の全メンバーが行動を起こす際の

精神的支柱または全ての院内における活動を評価し、誤った方向から正しい方向へと修正する動機づけとなる。アメリカの高級ホテル、リッツ・カールトンでは、“We are ladies and gentlemen serving ladies and gentlemen.”を企業モットーとし、新人社員研修や定期的なミーティングの場において繰り返し浸透を図っている。その結果、同社は1992年と1999年の2回にわたり、国家経営品質賞であるMB賞を受賞した。

#### 3)現状の姿を分析する(内部環境分析、外部環境分析)

目標やあるべき姿(ミッション)がはっきりしたところで、自ら置かれている立場が分からなければ方向性が定まらない。そのため、次に行くこととして、自ら置かれている現状(環境)を分析し、明確にしていく作業を行うことになる。環境分析は、自分自身で認識することであり、それによって今まで見えなかった問題を視野に入れる作業である。あまりやりすぎると戦略には何らインパクトを与えないのに多大な資源を浪費してしまうということにもなりかねない(D.A.アーカー『戦略市場経営』)ので、注意が必要である。

環境分析は、自院の分析である内部環境分析と社会経済構造変化に代表されるマクロ環境や競争相手の分析を行う外部環境分析とに分けられ、これにより、環境情報の棚卸しを行うこととなる。

#### 4)変革のシナリオを練る

計画策定(戦略策定)の最後の段階として、どのようにして(How)、目標あるいはあるべき姿(ミッション)に向かって進んで行くのかというシナリオを描く作業を行うこととなる。このとき、自院が既に分析した環境情報から論理的にシナリオを導出する。

ここで描くシナリオは、一通りとは限らない。つまり上位推計や下位推計など予想される変化から、複数のシナリオを描くことが重要である(西村行功『シナリオシンキング』)。このようにシナリオを複線化することで、将来、推計からずれた場合において計画の立てなおしが容易となるため、リスク回避が可能となる。

### (2)経営計画の策定

#### 目標(経営理念)の設定

目標は、定性的な目標、定量的な目標(数値目標)それぞれあるものの、いずれの場合にしても、自院の目指すべき病院像を明確化することが必要である。医療法人清翠会では、以下のような経営理念を掲げ、地域住民の健康を守るための医療を実践している。

図表 2-1-3 医療法人清翠会の経営理念

- ・私たちは患者様の立場にたち、患者様に信頼され納得いただける良質な医療サービスを提供します。
- ・私たちは保健、医療、福祉を通じて地域の皆様の健康で豊かな生活を支援します。
- ・私たちは責任と誇りを持ち日々研鑽をかさね活気があり働きがいのある職場をつくります。

出典)医療法人清翠会 牧ヘルスケアグループ HP ( <http://www.maki-group.jp/> )

医療法人清翠会では、この理念に基づいて地域医療連携室を設置し、さらには一部を開放型病床とし、診療所医師との共同診療や患者に対する指導を共同で行い、病診連携を深め、地域住民の多様な要望に応えている。

また、目標を設定する際は、優先順位を決めることが重要である。小倉昌男ヤマト運輸元社長は、優先順位について次のように述べている。「『安全第一、能率第二』という標語を工場内に掲げた。時間が経つにつれて、安全の実績は少しずつ上がったが、能率は決して落ちなかったという。安全も能率もどちらもしっかりやれと言っていた時分は、結局どちらも中途半端」「何でも”第一”の社長は『戦術的レベル』の社長である。うちの会社の現状では何が第一で、何が第二、とはっきり指示できる社長は『戦略的レベル』である。」(小倉昌男『経営学』)

一方、目標は途中で変えないことも重要である。日産自動車の CEO、カルロス・ゴーン社長は、新聞のインタビューの中で、「目標を途中で変えることはない。これは私の信念だ。経営者が社員や株主から信じてもらうには、目標がふらつくことが一番悪い。目標に疑いを持たれば社員は実力を 100% 発揮しない。」(日本経済新聞 2002 年 10 月 27 日)と述べている。そして現状(環境)が変化した場合は、必要に応じ、再度環境分析をし、シナリオを書き直す作業を行わなければならない。

#### あるべき姿(ミッション)の設定

目的達成のために必要なことは何か、ということであり、行動の礎となる価値観・原則を示す作業である。医療法人社団和乃会小倉病院では、「『医の心』を大切に、専門的、高度な医療をより身近なものにし、地域医療、救急医療に貢献します」との理念を掲げ、「『医の心』を大切に」・「専門的、高度な医療をより身近なものにし」・「地域医療、救急医療に貢献します」それぞれに対応する目標及びあるべき姿を公表している。

図表 2-1-4 医療法人社団和乃会小倉病院の目標及びあるべき姿

#### 「医の心」を大切に

「医は仁術」という観念は、医療従事者の心構えとしては意味深い言葉ではありますが、患者さんにとっては医療の透明性を失い、踏み込めない壁を作りかねない言葉でもあります。

私どもは、医療は「提供する」「受ける」の違いはあっても平等の立場で共有すべきものであると考えております。

当院における「医の心」とは、

- ・患者さんの立場に立った安心できる医療を行う
- ・十分なコミュニケーションのもとでの信頼関係を保つ
- ・医師、看護師、その他のスタッフ全員がそれぞれの専門分野を十分生かして、患者さんへの奉仕の精神にて仕事にあたる
- ・プライバシーの厳重な保護に努めつつ、できうる限り患者さんへの情報提供を行う
- ・現状に甘んじることなく真の医療のあり方を常に追い求めると考え、以上を目標としております。

#### 専門的、高度な医療をより身近なものに

内科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、泌尿器科の熟練したスタッフにより、それぞれの専門かつ高度な医療を、より身近なものとしてご提供する事が、私共の使命と考えております。

- ・MRI、CT、血管造影装置、超音波診断装置、電子スコープ内視鏡など、最新の検査機器を揃え、
- ・従来の各外科系手術に加え、内視鏡下外科・整形外科手術、顕微鏡下脳外科手術などの最新技術と共に、重症患者さんの人工呼吸管理、種々の患者監視装置などを駆使し、
- ・産婦人科では独立した外来診察、専門病棟を設置し、医師、看護師、臨床心理士などのスタッフによる精神的ケアに努め、

安心して医療を受けられる体制を維持いたします。

#### 地域医療、救急医療に貢献

地域医療の原点は、地域に密着した高度の医療を24時間体制でご提供する事であるとと考えております。

- ・24時間いつでも救急患者さんを受け付けます。
- ・在宅診療をサポートします。診療所の後方病院もお引き受けしております。
- ・近隣の大学病院との連携を保ち、即時に対応いたします。
- ・かかりつけ医としての立場を守ります。
- ・当医療法人に「訪問看護ステーション なかまち」を併設し、訪問看護を行っております。

出典) 医療法人社団和乃会小倉病院 HP (<http://www.ogurah.or.jp/hospital/gaiyo.html>)

行動の規範となる上記のようなステートメントは、職員をはじめとする、全ての院内における活動を評価し、誤った方向から正しい方向へと修正する機能を持つ効果もある。目標やあるべき姿を明確にすることは、院内の環境改善にも役立つ。

### (3)現状の姿を把握する

自院のあるべき姿(ミッション)から経営戦略を描くために、自院を取り巻く現状の姿を把握する環境分析が不可欠である。環境分析は、自院の分析である内部環境分析と社会経済構造変化に代表されるマクロ環境や競争相手の分析を行う外部環境分析とに分けることができるため、分析上の混乱を防ぐためにも内部環境要因と外部環境要因に整理した上で分析することが必要である。

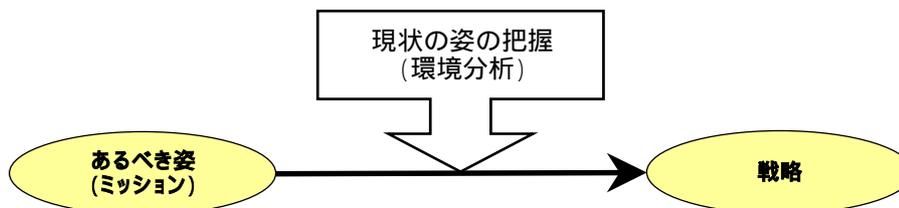
あるべき姿を達成するために経営計画を立てるのであるから、そのための分析は、より科学的、より論理的でなければならないとされる。

図表 2-1-5 環境分析の位置付け (非科学的、非論理的である例) のイメージ



出典) UFJ 総合研究所作成

図表 2-1-6 環境分析の位置付け (科学的、論理的である例) のイメージ



出典) UFJ 総合研究所作成

SWOT 分析とは、組織における強み (Strength)、弱み (Weakness)、機会 (Opportunity)、脅威 (Threat) の全体的な評価分析のフレームワークである。企業だけではなく、医療機関においても SWOT 分析を利用することで、医療事業における目標設定や戦略策定が可能となる。

SWOT 分析では、内部環境分析が S 及び W 部分、外部環境分析が O 及び T 部分にそれぞれ該当する。次の図表のように、マトリクスで示される場合が多く、SWOT の組み合わせにより、今後、自院が攻撃的戦略を採用するか、専守防衛的戦略または撤退戦略を採用するかを検討する際の参考となる。

図表 2-1-7 SWOT 分析のイメージ

		外部環境分析	
		Opportunity: 機会	Threat: 脅威
内部 環境 分析	Strength: 強み	積極的攻勢	差異化
	Weakness: 弱み	段階的整備	防衛、撤退

出典) 帝国データバンク HP (<http://www.tdb.co.jp/marketing/mark02.html>) をもとに  
UFJ 総合研究所作成

環境分析においては、情報の漏れに注意が必要とされる。これは、人の持つ限定合理性 (bounded rationality) つまりある程度制約された情報の中で人は判断や決定を行わなければならない、このため、判断の合理性は限定的となる。これは、入手できる分析情報の限界というよりも、むしろ人の認知能力に限界があることに起因する。つまり、情報があっても気付かない、理解できないというように認知能力には限界があることが原因となっている。このため分析を行う際は、自院に影響する環境を予防的に広めに捉えることが重要となる。

### (3)-1 内部環境分析

内部環境分析とは、自院内部の現状の姿と変化を捉えることであり、SWOT 分析における S (Strength: 強み) と W (Weakness: 弱み) 部分を捉えることである。

#### 内部資源の分析

内部環境分析においては、院内の人的資源、物的資源、財政資源、時間資源、情報資源(ノウハウ等)などから構成される内部資源が分析の重要なファクターとなっている。

人的資源分野では、例えば患者の満足を満たすために医療職にあっては医療の専門能力はもちろん、接遇対応能力の有無もかなり重要な要素となりうる。物的資源では、施設(ファシリティ)の充実度、物品(マテリアル)の充実度とともに無駄がないかという検証が主となる。

時間資源について、医療法人社団喜峰会東海記念病院では、受付事務員や外来看護師についてはパートタイムを採用するなど、雇用形態を多様化(変動費化)すること

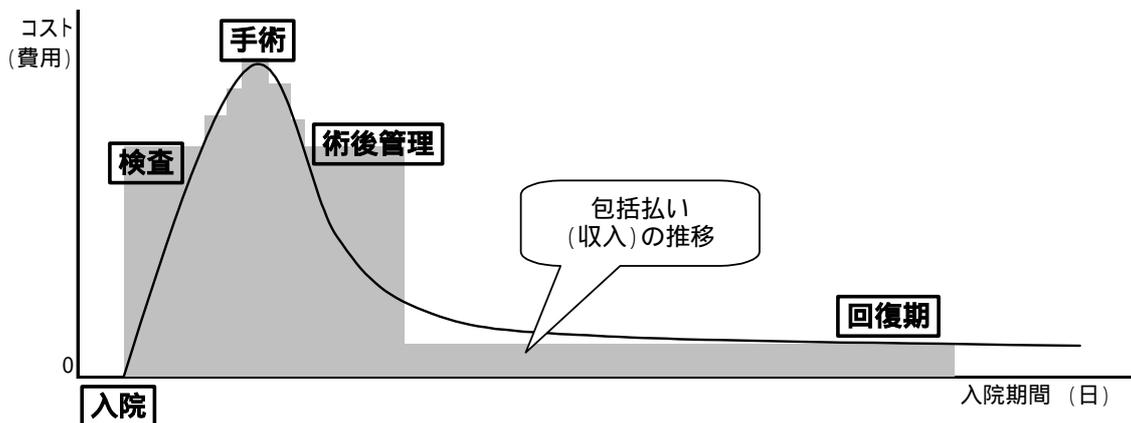
で、時間帯別のメリハリをつけるという方法を採用し、病院に対する苦情を減らすことに成功している。

情報資源は、自院内における情報共有、標榜診療科における診療ノウハウの共有や事務部門と診療部門における経営情報の共有などが挙げられる。このうち、経営情報の共有は、医師をはじめとする医療専門職に対し、コスト意識など経営感覚の醸成に繋がるため、経営改善や将来の経営スタッフの養成にも繋がり、重要である。

#### 患者の動向（入院期間と医療コストの関係）分析

どこでコスト削減するかについては、疾患によって異なるので、自院の例と照らし合わせて検討する必要がある。特に、包括払いが採用される病院の場合、収入とコストとの関係を時系列に押さえてみるのも一つの手であろう。

図表 2-1-8 包括払いにおける収入とコストのイメージ



出典) UFJ 総合研究所作成

#### 職員の意識

理念やミッションがどれだけ職員に浸透しているか、浸透のための手段は適切か、ミーティングや Off-JT、アンケート等による確認ができる。

特に ES 調査に代表される職員満足度の把握または満たされていないニーズは何かを把握する作業により、モチベーション向上のための新たな手段や職員サービス向上戦略の策定の糸口が見えるともいわれている。

さらに経営層による院内巡回のように、現場に出向き、患者や職員と話すことにより問題の本質に初めて気付くことがある場合も見受けられる。

#### 過去策定した経営計画と現状とのズレの検証

内部環境分析では、過去に立てた戦略と現状とのズレはないか見極める作業も重要である。そのズレは、リーダーシップの方向性のズレなのか、それとも職員の意識からくるズレなのか、または外部環境要因（社会経済情勢の変動や制度の変更など）に

よるものかなどにつき、分析する必要がある。ズレが認められた場合、過去に立てた経営計画におけるシナリオの変更で済む場合であれば、シナリオ変更を行い、想定していないシナリオで現状が推移しているときには、あらためて経営計画の変更が求められる。

### (3)-2 外部環境分析

自院を取り巻く、自院ではコントロールできない種々の要因（顧客、競合する医療機関、経済状況、法制度など）について現状の姿と変化を捉える。このとき自院に利害関係を持つものは、ステークホルダーと呼ばれるが、医療施設の場合、顧客（患者と住民）、周囲の病医院、介護（福祉）施設、薬品・医療材料の仕入先、院外薬局などがステークホルダーとなる。

また外部環境分析は、SWOT 分析における O（Opportunity: 機会）と T（Threat: 脅威）部分を捉えることである。

#### エリアマーケティング（セグメンテーション）

まず、自院が開設されている場所を把握することが第一歩となる。地域の医療計画はどうなっているか、診療圏はどうか、ということが分析すべき内容となる。

具体的には、各種統計資料から把握される地域人口（昼夜）、年齢構成、高齢化率、出生率、受療率（厚生労働省「患者調査報告」）等がある。

一方自院の属している 2 次医療圏または自院が想定している診療圏の疾病構造を把握すること、競合している医療機関等の特性（急性期・慢性期、標榜診療科など）の把握も必要とされる。

また、環境の変化により、自院の影響範囲は、広がることもあれば、縮むこともある。たとえば、近隣の河川に橋が掛かり、交通環境が変化するなどの外部的な要因や、院内のスタッフがマスコミに取り上げられ、注目を浴びるといった内部的な要因が考えられる。

#### 1) 情報収集 : 診療圏（影響範囲）分析

まず来院が望める患者の居住範囲の設定をしてしまうこととなる。範囲の設定は、およその取り決めもできるが、すでに開院している医療機関の場合、患者カルテから無作為に住所を抽出して地図上に描いてみる方法も考えられる。診療所、中小病院の場合、通院時間は 20 分程度（半径 1.5km）とされているが、駐車場がある医療施設の場合（通院に自家用車を使う患者が多い場合）、公共交通機関とのアクセスが良い場合などは、さらに広域となる。

最後に設定した範囲に限定された診療圏分析であることを再度確認する。

## 2)情報収集 : 居住者プロフィール・地域特性の分析

範囲を設定した後、区域内における現在の状況と将来予測（患者の伸び）を分析することとなる。このプロフィールの分析にあたっては、区域内人口・世帯数・年齢構成・職業ならびに工業地帯や商業地帯、住居地域のような都市計画法に基づく用途区域設定等、役所や図書館にある資料を活用することで分析できる要素と地域ニーズなどいわゆる社会調査を要する要素とに分けられる。

来院見込み患者数を人口統計や受療率データなどをもとに分析する場合、具体的には、診療圏内の人口に標榜診療科の受領率を乗じ、診療圏内の総患者数を割り出し、競合する医療機関でどのように分け合うことになるのかシェアを推定することとなる。

また、区域内に分布する施設（医療施設とは限らない）や文化の把握、たとえば商業地域であれば企業の昼休み時に診察することや人間ドックの実施が選択肢として考えられる。

さらに診療時間帯を検討する材料としても活用ができる。乳幼児、サラリーマン、高齢者では、通院可能な時間帯がそれぞれ異なるため、ターゲットを絞り込むためには、自院のおかれている地域の実情を把握することが重要である。また、都市計画法に基づく用途区域分けでは、地方自治体が今後どのように地域をデザインしていくかという将来像が見えることから、将来、自院の診療圏が商業化するのか、住宅地化し人口が増えるのか等を分析することも可能になる。

## 3)情報収集 : 地域の医療関係機関についての調査（連携先の分析）

近隣の医療施設における標榜診療科を調べることによって、競合するのか、連携できるのかの検討が可能となる。このとき関係機関を自院の診療圏地図上にプロットすると対策検討がしやすい。

また、近隣の病医院がどのような診療科を掲げ、どのような患者を受け入れているのか分析することで、今後の自院のとるべき戦略が絞れるようになる。

図表 2-1-9 情報収集の必要性: 満たされていない顧客ニーズは何か

医療法人社団喜峰会東海記念病院では、地域のニーズを把握するため、職員自ら地域に出向き、老人会や婦人会における健康講話の開催、地域ゲートボール大会の主催、院内における七夕会やクリスマス会の開催、保育園児による病院慰問、中学生の「社会体験」の受け入れ、そして広報紙の発行等による広聴・広報機能を積極的に利用し地域住民の期待や不満、地域住民の医療に対する認識の把握を行うことができ、また、苦情や投書に謙虚に対応することで、次第に地域の共感を得ることができるようになった。

また同院では、電話で寄せられる患者の問合せ内容を集計したところ、道順案内や診療担当医に関するものが多いことに着目し、分かりにくい場所における看板設置や診療担当表をコミュニティ紙に掲載するなどの対応を行い、効果を挙げている（岡山直樹「病院の経営戦略における企画部門の役割」 病院 59 巻 8 号 2000 年 8 月）。

競合ではなく、機関同士の連携検討にも環境分析は重要な位置を占める。地域のお互いの医療機関が専門性を理解し、シェアすることにより、自院の弱みを補うことも可能となる。そういう意味において環境分析が医療連携のための分析となりうる。

#### 4) 診療所にとっての顧客

プライマリケアにおいては、本来、多くの患者は診療所の顧客となる。近年、患者の意識の高まりや情報化（Webの活用）により、病院だけでなく診療所医師に対する情報提供が求められている。またその一方で病診連携を行うために、診療所に対する病院医師の声を聞くことが重要である。ただ、病院側からは、逆紹介しようにも診療所医師の情報が不明であるという声が聞かれる。このため診療所医師には、近隣病院に対する自院のプロフィールを提供するなどの情報提供活動を行うことが期待されている。

#### 5) 病院にとっての顧客

病診連携においては、患者だけでなく診療所も病院の顧客として重要な位置づけとなる。このため、自院に対する診療所医師の声を聞くことが必要とされる。病院側にどんなドクターがいるのか、特に専門医や指導医など、専門技能を示す情報やCTやMRIなど病院設備の有無、利用の可否などの病院情報について、診療所にはあまり知られていない。病院は一般情報だけでなく、診療所が求めるニーズを把握し、自院のプロフィールなどの情報公開を進める必要がある。

診療所は、病院からの逆紹介を求めていることもあり、病診連携にあたっての自院の考え方なども診療所側にあらかじめ伝える必要がある。

#### 6) 医療施設と介護施設との連携

介護施設も病医院にとっては、連携対象となる。今後は高齢化の進展に伴い、医療と介護の連携が望まれるところでもある。連携の方法としては、出張健診の実施、緊急時対応等が考えられるが、病院であれば、薬剤師や栄養士など充実したコメディカル職員の対応も可能である。実際、高齢者向けの糖尿病予防出前講座など連携の動きはすでに見られる。また、病状急変時に対応できるよう輸送手段の検討等、診療体制を整備しておく必要もある。

介護施設が自院に何を求めているか、あらためて協議することで、ニーズを把握することができる。

#### 7) 医療施設と薬局との連携

院外薬局は、患者を治療するとき、かなりの役割を担うようになってきている。

患者満足度を向上させるためには、このような薬局との綿密な連携が必要とされる。医師の異動に伴う薬の不備などを防ぐため、あらかじめよく使われる薬剤について調剤薬局との情報交換等が必要となる。

これら各種関係機関からの情報収集は、外部環境分析における重要な一要素となる。また、連携は患者の支持が必要条件となるため、地域内で完結させることが重要である(『医療施設経営ハンドブック』)。

#### 8)法規制、医療制度等の変化を把握する

医療法、診療報酬の改正など保健・医療制度の動向は、医療機関にとって大きな外部環境要因である。社会経済情勢の変化に伴い改正される法規制や医療制度の変化に対応できる情報収集システムが必要である。

### (4)アクションプランの策定

目標策定、あるべき姿(ミッション)環境分析を踏まえ、複数の戦略シナリオを描く作業に入る。複数のシナリオを描くのは、社会経済情勢の変化が起こることを想定し、リスク回避するためである。社会経済情勢の変化は、環境分析自体の精度が左右する。「あるべき姿」像や、経営陣の「思い」が強いと未来を読み間違える可能性もあり、当たらない場合をあらかじめ念頭に入れた上で、いくつかの戦略を策定しておくことでリスクは分散できる。

#### 意思決定：環境分析から導き出される結論

環境分析、特に強み・弱みがはっきりする SWOT 分析等から自院が進むべき方向性を導出する。このとき、攻勢戦略に出るか、守勢戦略をとるかについては、自院のおかれている状況を吟味して決定する。攻勢戦略であれば、たとえ現在弱い部分であっても今後強みにしたいところは、経営資源を投入するという計画も考えうる。確かに低コストの経営体質を構築するののも一つの戦略であるが、逆に平均より高額の賃金で優れた事務職員を採用し、顧客に対して決めの細かい親身な対応ができるというのは「売り」となりうる。

図表 2-1-10 SWOT 分析の例

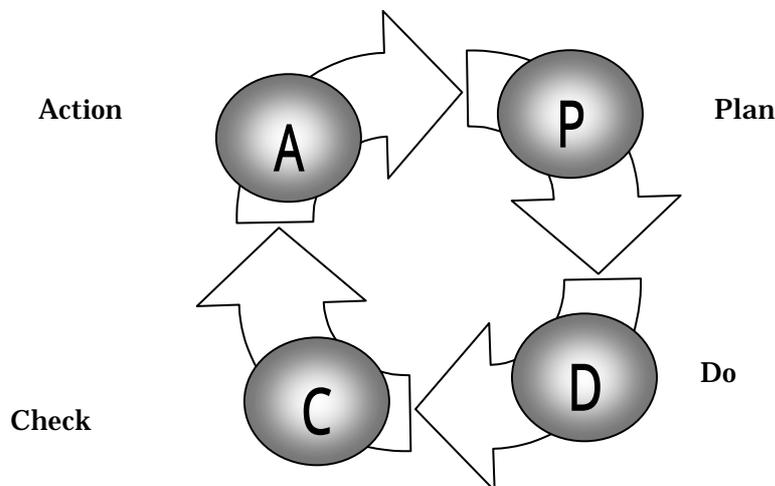
		外部環境分析	
		<b>Opportunity:機会</b> ・自院から徒歩3分の場所に診療所ができる予定 ・地域住民の高齢化	<b>Threat:脅威</b> ・自院から2.5km離れたX病院が50床増床する(ただし慢性期)
内部環境分析	<b>Strength:強み</b> ・ヘリカルCT、MRIを持っている ・地域住民の信頼は厚い ・財務は安定的	<b>積極的攻勢</b> ・病診連携の働きかけ ・高齢者向け保健事業の推進	<b>差異化</b> ・急性期に特化(救急に力を入れる) ・開放型
	<b>Weakness:弱み</b> ・医師の高齢化 ・最寄駅から徒歩15分 ・築20年	<b>段階的整備</b> ・病院玄関にタクシー待機スペースを作る ・建替えまたはリフォーム ・医師の採用	<b>防衛、撤退</b> ・X病院との連携 ・送迎サービス(X病院-自院、駅-自院)など ・慢性期病床を全て急性期に転換

出典) 帝国データバンク HP ( <http://www.tdb.co.jp/marketing/mark02.html> ) をもとに UFJ 総合研究所作成

(5)アクションプランの実行

計画を策定したところで、行動計画の実行が始まる。このとき、実行の仕組みとリーダーシップが計画遂行を成功に導く重要なポイントとなる。実行の仕組みについては、PDCA サイクル(デミングサイクル)などに代表されるマネジメントサイクルが利用されることが比較的多い。

図表 2-1-11 PDCA サイクルのイメージ



## 経営計画（戦略）を実行する

計画を策定した時点で、職員や顧客にミッション・ステートメント（経営信条）を書いて告知することで、自院が向かう方向性が認識される。また、経営の方向性を各部署に浸透させるため、中長期計画の策定にあたっては、各部署ごとにブレークダウンした計画策定を行う。各部署における計画については、医療施設の規模に応じ、経営者自らが策定する場合と、各部署の長などが策定し、実行する場合とがある。

計画を実行しながら進行管理を行うことは計画実行の際、重要な要素となる。当初立てたシナリオが策定時と合わなくなってきたら、計画の見直しを行う。計画の見直しは、計画策定時に予想されていた別のシナリオに変更するパターンや想定していないシナリオになってきた場合における全面見直しなどのパターンがある。いずれの場合でも計画変更プロセスは、PDCA サイクルにおける C A に対応する。

図表 2-1-12 経営計画（戦略）実行の流れ



また近年、環境変化のスピードが増していることから、定期的な戦略見直し（チェックポイント）の早期化が訪れる傾向にある。ここでも、経営計画（戦略）の「大筋」（方向性）とのズレをチェックするのは最終的には経営陣の役割となる。

【2003 年度 マルコムボルドリッジ賞(MB 賞)を受賞した病院グループの取り組み】

2003 年度 MB 賞（医療部門）を受賞した Baptist Hospital, Inc（以下、BHI）は、2 つの病院（492 床、60 床）を有し、年間 100 万ドルから 500 万ドルの収入があり、2,252 人の従業員を抱えるフロリダ州にある病院グループである。

BHI の中核戦略（すなわち柱）は、職員、サービス、質、資金及び成長である。これらの中核戦略の各部署ごとにブレークダウンして、各々の部署におけるシステム・ゴールを策定した。これらのシステム・ゴールは、リーダー・ゴール、90 日間の行動計画、上級の管理優先事項および予算へと次々とブレークダウンするシステムになっている。BHI は、90 日間の行動計画を採用しており、かつ医療技術の進歩を予想し、5 年に及ぶ長期的な計画立案を行っている。

また、BHI は、全体組織における計画実行の追跡、そして計画改良の機会を識別するために全院対応の情報共有システムによってデータを集約している。

（参考：MB 賞 HP [http://www.nist.gov/public\\_affairs/releases/bhitrauma.](http://www.nist.gov/public_affairs/releases/bhitrauma.)）

## 2 . 財務・コスト管理

施設建替えや高額な医療機器購入を必要とする際にも、対金融機関への説明には、必ず財務的視点からの検討が求められる。そのため、医療機関として組織プロフィールを説明したり、経営改善の努力を行ってきた財務と市場における活動結果を示す際には、財務情報を活用したり、経営目標を財務的に説明することが求められる。さらに、経営者にとっては、経営方針を考え、経営計画を立案し、意思決定を行っていくために必要な現状を正確に把握するための基礎資料となる。財務情報やコストマネジメントを的確に行うためには、財務会計情報を正しく読み取り、管理会計を活用していくことが必要である。

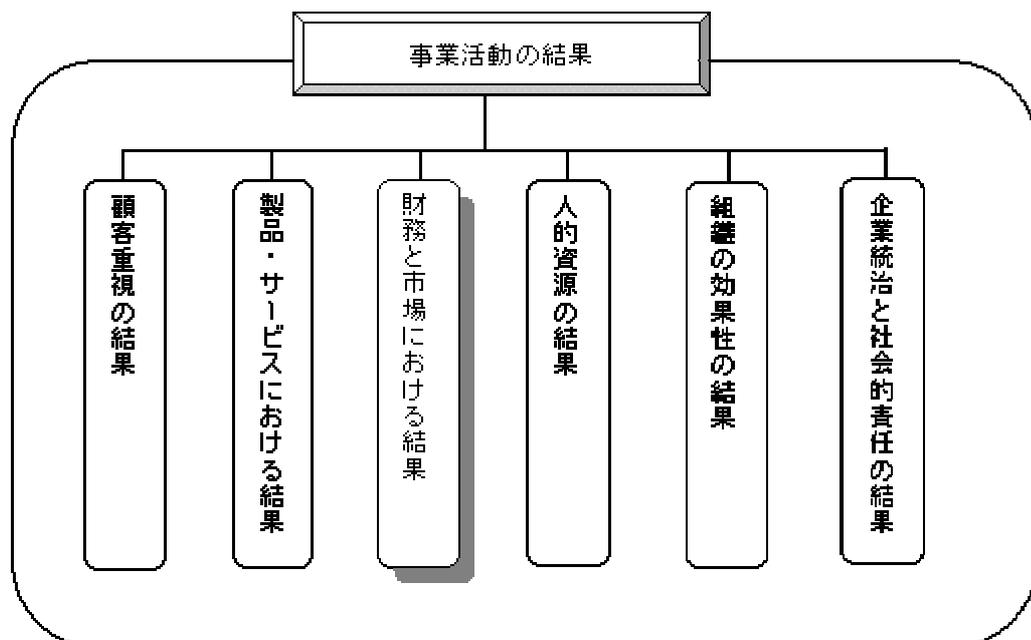
### 2 - 1 財務データ

#### (1)財務データの役割

財務諸表等の財務データは、「事業活動の結果」を示すもののひとつである。事業活動の結果を示すものは財務データに限定されたものではないことに留意する必要があるものの、財務状況が良くなければ事業活動そのものに制約がかかり、経営は持続できない。

図表 2-2-1 MB賞における評価項目の「事業活動の結果」

～財務データは、事業活動の結果のひとつ～



継続的な事業活動の本質は、「ヒト」「モノ」「カネ」といった限られた経営資源を有効に活用して顧客に付加価値を提供し、リターンを得てその成果を適正に配分する（再投資も含む）ことにあるが、この一連のプロセスを整理・測定・伝達する仕組みが「会計」であり、それによって表現された内容が財務諸表を始めとする財務データである。

事業活動においては、銀行などの債権者、出資者（株式会社では株主）、仕入先、従業員、顧客、行政機関、パートナー、税務署など様々な利害関係者（ステークホルダー）が存在する。これら多くの利害関係者に対して、事業内容をきちんと整理・測定した上で伝達し、結果として満足してもらうことが大切である。事業内容を利害関係者に理解・評価してもらうためのツールが会計であり、その手続き結果として示されるのが財務諸表等の財務データである。

利害関係者は、この財務データを用いて意思決定を行う。例えば、銀行の場合、その返済能力に着目して新規融資を実行するかどうか、融資限度額をいくらにするか決定する。製薬会社などの取引先も、売上代金の回収可能性との関係においてその支払能力に着目して、取引条件を交渉する。

また、経営者は、財務データを結果評価に用いると同時に、次の戦略や計画を策定する際に意思決定のための基礎資料としている。

#### 財務データの役割

- ・利害関係者に事業活動の結果を伝達する。
- ・経営上の意思決定の基礎資料である。

## (2) 会計の種類～財務会計と管理会計

会計はその目的や報告相手等により様々な分類ができるが、「財務会計」と「管理会計」の分類は一般的な分類であるといえる。

財務会計とは、事業活動に必要な資金の調達活動と事業活動の成果である資金の分配活動のために、主に外部の利害関係者のために、事業の内容を報告するための会計である。一方、管理会計とは、経営者が経営資源を有効かつ効率的に配分し、その成果を測定・評価するなどの経営上の意思決定に用いられる会計である。

財務会計は、外部の利害関係者が利用するための共通言語であることから、遵守すべきルールがある。一方、管理会計は、内部の経営管理に用いるための会計であることから、財務会計のようなルールはない。

(3) 会計基準 - 企業会計原則と病院会計準則

一般企業では新会計基準導入

財務会計は、様々な利害関係者が利用する、意思決定を行う上で非常に重要な情報であるため、会計には遵守すべきルールがある。企業会計の場合には、「商法」や「証券取引法」「法人税法」といった法的規制や「企業会計原則」といった会計基準がある。グローバル化の進展や様々な問題の発生等を受けて、この会計基準は、単独決算から連結決算への変更、取得原価会計から時価会計への変更、退職給付会計の導入等、大幅な見直しが順次行われている（いわゆる「会計ビッグバン」）。これは、企業が国際的な活動をスムーズに行えるよう、また投資家が的確な意思決定を行うために国際会計基準を採用しようとするためのものである。

図表 2-2-2 企業の新会計基準導入のスケジュール

	1999年度 1999.4.1	2000年度 2000.4.1	2001年度 2001.4.1	2002年度 2002.4.1
		2000.3.31	2001.3.31	2002.3.31
連結財務諸表	連結範囲の拡大、個別財務諸表よりも連結財務諸表を重視			
				中間連結財務諸表の導入
	連結キャッシュフロー計算書の導入			
				(導入時期未定) } 連結納税 企業結合会計
時価会計	有価証券(持合い株式を除く)、デリバティブの時価評価			
	(前倒し適用可能) ←		持合い株式の時価評価	
	販売用不動産に対する強制評価減の徹底			
				(導入時期未定) } 全面時価会計 減損会計
退職給付会計	退職給付会計の導入			
税効果会計	個別財務諸表における税効果会計の導入			
研究開発費	研究開発費の費用処理			

出典) 山田徳昭・工藤雅俊著、菅田裕之監修「超図解 2001年からの会計入門」

病院会計準則の見直し

病院会計の場合、会計のルールとして「病院会計準則」がある。病院会計準則は、「病院の経営成績と財政状態を適正に把握し、病院経営の改善向上に資することを目的」として昭和40年10月に制定されたものである。昭和58年に改正されてから20年経つが、その間、先述のように、企業会計の分野ではいわゆる「会計ビッグバン」により大きく会計基準が変更となった。このような状況を受けて、厚生労働科学特別研究事業として「病院会計準則及び医療法人会計基準の必要性に関する研究」の

ための研究班が組成され、平成 15 年 9 月 5 日に研究報告書がまとめられ、見直しについて提案が示された。

この研究班では、「病院会計準則は、すべての病院開設主体が病院の経営実態を把握し、その改善向上を図ることを基本目的としている」「基本目的が病院経営に有用な会計情報を提供することである」ことを確認した上で、必要とされる財務諸表体系と会計情報、新たな会計処理の導入について検討が行われてきた。

見直しの主な内容としては、施設会計としての性格を前提に、財務諸表の体系の中に企業会計でも取り入れられている「キャッシュ・フロー計算書」を導入する一方、施設としての病院には配当等、利益の処分が予定されないため、「利益処分計算書」が除外された。この結果、「貸借対照表」「損益計算書」「キャッシュ・フロー計算書」が基本財務諸表となり、情報利用者が理解しやすいように、表示科目等について集約化が図られている。また、本部費明細と配賦基準の記載を含め、必要な会計情報を確保するために、従来からある「附属明細表」の充実化を図っている。

図表 2-2-3 研究班報告書における財務諸表範囲の変更案

現行の病院会計準則	報告書提案の病院会計準則案
損益計算書	貸借対照表
貸借対照表	損益計算書
利益処分計算書（または損失処理計算書）	（廃止）
	キャッシュ・フロー計算書（新設）
附属明細表	附属明細表（充実化）

このほか、リース会計、研究開発費会計、退職給付会計等を導入すること、必要な脚注等を充実させて会計情報を補完し、その前提となる非会計情報についても記載することが提案されている。

さらに、施設単位としての個々の病院の経営実態を明らかにするという性格を前提に、貸借対照表の「資本の部」を「純資産の部」として一括記載し、損益計算書との連繫を明らかにする目的で、当期純利益又は当期純損失を内書きで表示する案を提示している。

このように見直し案の中では、病院会計準則に企業会計基準を取り入れつつも、あくまでも施設会計としての位置付けを明確にしている。報告書では、「今後、国民に信頼される医業経営の担い手として、効率的で透明な医業経営を確立するためには、病院会計準則の適用を推進し、病院経営の効率性と透明性を高めるとともに、病院会計準則と整合する開設主体別の適用方法を確立し、その一環として医療法人会計基準を制定することが必要である」との基本的認識が示された。

なお、現在、病院会計準則は策定中である。

#### (4) キャッシュ・フロー計算書

キャッシュ・フロー計算書とは

キャッシュ・フローとは、一定期間におけるキャッシュの増減を意味しており、近年、このキャッシュ・フローの重要性が高まっている。その背景には、「損益計算書」と「貸借対照表」だけでは、期間損益の集計結果と期末時点における資産・負債しかわからず、期中の経営活動を把握しきれないため、例えば黒字倒産というような大きな問題さえも把握できないこと、損益計算書から求める利益や貸借対照表から求める資産・負債は、会計処理における企業の裁量部分が大きく、人為的操作も可能であるが、キャッシュ・フロー計算書の数字は、現金または現金同等物という具体的なものの流入と流出を表示するため、経営者の判断等が入る余地がなく、事業活動による結果をより明確に表すものとされていることなどがあげられる。

こうしたことから、企業会計においては、キャッシュ・フロー計算書は、貸借対照表や損益計算書と並んで企業活動全体を対象とする重要な情報提供するものであり、証券取引法の適用企業においては基本財務諸表の一つとして既に位置付けられている。また、研究班報告書でも、「キャッシュ・フロー計算書は、病院の資金の状況を明らかにするために、活動内容に従い、一会計期間に属するすべての資金の収入と支出の内容を記載して、その増減の状況を明らかにしなければならない」としている。財務諸表として位置付けられると、公認会計士または監査法人による監査の対象となる。

キャッシュ・フロー計算書の見方

通常、キャッシュ・フロー計算書は「営業活動によるキャッシュ・フロー」「投資活動によるキャッシュ・フロー」「財務活動によるキャッシュ・フロー」の3つに区分し表示することになっている。研究班報告書では、このうち「営業活動によるキャッシュ・フロー」が「業務活動によるキャッシュ・フロー」という名称になっているが、基本的な考え方は同じである。以下は、研究班報告書におけるキャッシュ・フロー計算書の区分である。

図表 2-2-4 研究班報告書におけるキャッシュ・フロー計算書の区分

区 分	記載範囲
業務活動によるキャッシュ・フロー	医業損益計算の対象となった取引のほか、投資活動及び財務活動以外の取引による CF を記載。 受取利息、受取配当金及び支払利息に係る CF も含む。
投資活動によるキャッシュ・フロー	固定資産の取得及び売却、施設設備補助金の受入による収入、現金同等物に含まれない短期投資の取得及び売却等による CF を記載。
財務活動によるキャッシュ・フロー	資金の調達及び返済による CF を記載。

また、同報告書では、キャッシュ・フロー計算書における「現金及び現金同等物」とは、「現金や要求払預金（当座預金、普通預金、通知預金及びこれらの預金に相当する郵便貯金）」のほか、現金同等物として「容易に換金可能であり、かつ、価値の変動について僅少なリスクしか負わない短期投資であり、例えば、取得日から満期日又は償還日までの期間が三ヵ月以内の短期投資である定期預金、譲渡性預金、コマーシャル・ペーパー、売戻し条件付現先、公社債投信が含まれる」となっている。

「営業活動によるキャッシュ・フロー」と「投資活動によるキャッシュ・フロー」は、様々な投資のための資金源とその用途という関係にあり、その結果から「財務活動によるキャッシュ・フロー」で資金面の調整がなされ、最終的な資金の増減が導き出されるという関係になっている。「営業活動によるキャッシュ・フロー」は、経常的な事業活動によって企業が一定期間に獲得した資金量を示しており、「投資活動によるキャッシュ・フロー」では、設備投資や有価証券投資などに資金がどのくらい使われたかを示している。「営業活動によるキャッシュ・フロー」と「投資活動によるキャッシュ・フロー」の合計がプラスであれば資金繰りに余裕があることになるが、マイナスになると新たな資金を調達する必要があることを示している。「営業活動によるキャッシュ・フロー」から企業経営で不可避免的に生じる支出項目や投資を差し引いたものを「フリー・キャッシュ・フロー」というが、これは投資を行わず借入を起こさない場合のキャッシュ・フローとも言える。近年、一般企業の経営者は、この「フリー・キャッシュ・フロー」を最大化し、それを収益性の高い事業に再投資するのか、有利子負債の返済に回すのかといった資金の配分方法を効率化することが求められている。「フリー・キャッシュ・フロー」がマイナスであれば、事業継続のための必要資金を自社で賄えていないということになり、この状態が続くと資金繰りが厳しい状況になるといえる。

#### 直接法と間接法

「営業活動によるキャッシュ・フロー」の表示方法には、継続適用を条件として、「直接法」と「間接法」の二つの方法のうち、どちらかを選択適用することが認められている。一方、「投資活動によるキャッシュ・フロー」および「財務活動によるキャッシュ・フロー」については、総額表示しか認められていない。

図表 2-2-5 直接法と間接法

	直接法	間接法
定 義	主要な取引ごとに収入総額と支出総額を総額表示する方法	税金等調整前当期純利益に必要な調整項目を加減して表示する方法
長 所	総額で表示され、キャッシュ・フローの増減をもたらした入金と出金が各項目ごとに明確になる。	損益計算書に計上された純利益と、営業活動に係るキャッシュの正味増減額との関係が明瞭に表示される。
短 所	実務上、手間がかかる。	営業活動が勘定科目ごとに表示できない。

図表 2-2-6 直接法と間接法の項目

	直接法	間接法	
営業活動によるCF	+ 営業収入	+ 税金等調整前当期純利益	営業収支部分
	- 原材料または商品の仕入支出	+ 減価償却額	
	- 人件費支出	+ 貸倒引当金増加額	
	- その他の営業支出	- 受取利息および受取配当金	
		+ 支払利息	
		+ 為替差損	
		- 有形固定資産売却益	
		+ 損害賠償損失	
		- 売上債権の増加額	
		+ 棚卸資産の減少額	
		- 仕入債務の減少額	
		.....	
	小計	小計	営業外収支部分
	+ 利息および配当金の受取額	+ 利息および配当金の受取額	
	- 利息の支払額	- 利息の支払額	
	- 損害賠償金の支払額	- 損害賠償金の支払額	
	.....	.....	
	- 法人税等の支払額	- 法人税等の支払額	
	合計	合計	
投資活動によるCF	- 有価証券の取得による支出		
	+ 有価証券の売却による収入		
	- 有形固定資産の取得による支出		
	+ 有形固定資産の売却による収入		
	- 投資有価証券の取得による支出		
	+ 投資有価証券の売却による収入		
	- 貸付による支出		
	+ 貸付金の回収による収入		
	.....		
	合計		
財務活動によるCF	+ 短期借入による収入		
	- 短期借入金の返済による支出		
	+ 長期借入による収入		
	- 長期借入金の返済による支出		
	+ 社債発行による収入		
	- 社債償還による支出		
	+ 株式発行による収入		
	- 自己株式の取得による支出		
	.....		
	合計		
	現金および現金同等物にかかわる換算差額		
	現金および現金同等物増減額		
	現金および現金同等物期首残高		
	現金および現金同等物期末残高		

キャッシュ・フロー計算書の作り方

間接法によるキャッシュ・フロー計算書は、前期と当期の二期分の貸借対照表から作成した「比較貸借対照表」と「当期損益計算書」と「投資・財務にかかわるキャッシュ・フロー」から作成することができる。

STEP1 比較貸借対照表の増減分を計算

## STEP2 営業損益調整部分で差し引いた損益の足し戻し

営業損益調整部分で差し引いた発生主義による利息・配当金などを、現金主義に組替えて当期分のみを足し戻す。

## STEP3 投資・財務にかかわるキャッシュ・フローからの転記

投資・財務にかかわる実際のキャッシュ・フローデータをもとに、投資・財務のキャッシュ・フローを完成する。

### キャッシュ・フローの改善

経営安定化のためには、営業活動（業務活動）に関するキャッシュ・フローを改善することは極めて重要である。本来業務のキャッシュ・フロー（営業活動に関するキャッシュ・フローのうち減価償却費や固定資産売却益等、本来業務とは直接係わりのない項目を除いたキャッシュ・フロー）は、次のように表せる。

本来業務の当期キャッシュ・フロー

= 当期売上高 - 当期売上原価 - 売上債権増加額 - 棚卸資産増加額 + 仕入債務増加額

したがって、キャッシュ・フローを改善するためには、「売上高（医業収益）を増加し、売上原価を削減すること」はもちろんであるが、それ以外に次のような方策を検討することができる。

- ・手形受取は可能な限り減らし、現金回収に努める
- ・手形で支払われた場合にはその手形を割り引く
- ・売掛金の回収期間を可能な限り短くする
- ・支払には可能な限り手形を活用し、現金支出のタイミングを伸ばす
- ・買掛金の支払期日を可能な限り遅くする
- ・在庫期間は可能な限り短縮し、過剰在庫を避ける

医療施設の場合、診療報酬が現金化されるまでの期間について短縮することは難しいため、診療報酬債権の流動化といった方法もあるが、最初の3つについての対策をとることには限界がある。4番目と5番目については相手先との関係もあるため、交渉が必要になる。また、支払期日の延長によっては利息が発生する場合もあるため、あわせて検討することが必要である。

## (5)退職給付会計

### 退職金の種類

退職金には、退職時に退職金全額を一時金として支払う形態と、年金として支払う形態がある。外部拠出型の年金は企業年金と呼ばれるもので、退職した従業員に対し

て給付する金額が確定している「確定給付型」と、企業が拠出する金額が確定している「確定拠出型」とがある。確定給付型の企業年金の代表的なものとしては、従来より「厚生年金基金」と「適格退職年金制度」があったが、平成14年4月より「確定給付企業年金法」が施行されたことに伴い、新たに「規約型」と「基金型」の二種類の企業年金制度が設けられた。また、これに伴い、適格退職年金制度の新設は停止となり、既存の適格退職年金は10年以内に他の企業年金制度等へ移行することとなっている。一方、確定拠出型の企業年金は、「日本版401K」とも呼ばれ、平成13年10月の「確定拠出年金法」施行により創設された制度で、「企業型」と「個人型」の二通りがある。

### 従来の会計処理の問題点

従来は、退職一時金（内部積立型）と企業年金（外部拠出型）では、その会計処理が異なった。退職一時金については、自己都合期末要支給額をもとに「退職給与引当金」を負債に計上し、「退職給与引当金繰入額」を費用計上するといった処理を行っていた。このとき、退職給与引当金の計上基準は、期末要支給額の40%を計上する方法、100%を計上する方法、現価基準による方法（将来退職金として支給する額を見積もり、その額を現在価値に割り引く方法）と複数の方法が認められていた。一方、企業年金については、その年度に支払った掛金を費用として計上し、年金債務は貸借対照表には何も計上しないといった処理が行われていた。つまり企業年金については、企業の負っている債務が適切に示されていないかった。

図表 2-2-7 退職給付に関する従来の会計処理

	損益計算書（P/L）項	貸借対照表（B/S）項目
退職一時金	退職給与引当金繰入額	退職給与引当金
企業年金	掛金拠出額	

こうしたことから、退職一時金については退職給与引当金の計上基準が複数存在するため、企業間の財務諸表の比較を行うことは困難であった。また、自己都合期末要支給額が、期末時点で退職受給権のある従業員が自己都合で退職した場合の金額であるため、退職受給権のない従業員や定年退職した場合が含まれていないなど、将来の退職金として企業が負担すべき退職債務が貸借対照表に計上されていないなど、企業年金については、年金資産の評価が下落したり、運用利回りが予定利率を下回ったために積立不足が生じても、財務諸表に表示されなかった。この結果、退職給付債務が隠れ債務となり、その額が巨額であることが明らかとなった。

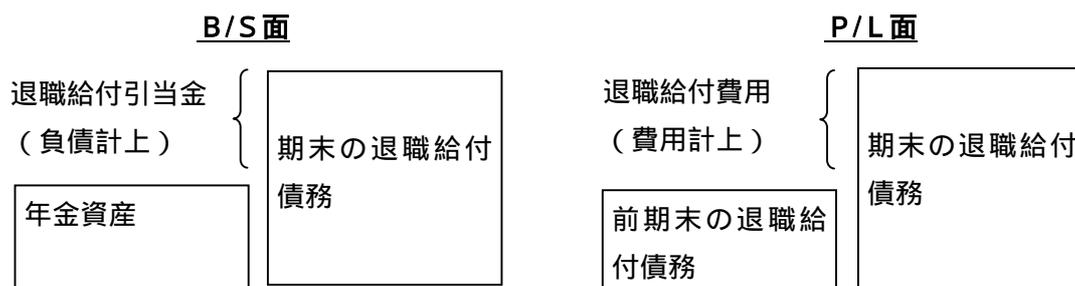
こうしたことを背景に、平成12年4月1日より、一般企業会計において新たな退

職給付会計が導入された。

### 退職給付会計の概要

退職給付会計基準では、従業員の退職を事由として支払われる退職給付であれば、退職給付の支給方法や積立方法の種類にかかわらず、同一の会計処理を行うことが必要になった。また、本来、負債として計上しなければならない額、すなわち将来の退職給付見込額を現在価値に割り引いた額から年金資産を控除した額を「退職給付引当金」として貸借対照表に計上することになった。一方、損益計算書においては、従来は退職一時金に関する退職給与引当金繰入額と、企業年金に関する年金基金への拠出額が費用として計上されていたが、退職給付会計基準では、給付形態に関わらず、また、引当繰入額の損金算入限度額や掛金の拠出額に関わらず、当期に増えた負担分を包括的に「退職給付費用」として計上することになった。

図表 2-2-8 新たな退職給付会計の会計処理



(注) 上記は簡略化したもの。

退職給付会計の大まかな流れは、次の通りであるが、実際の計算は非常に複雑であり、手間もかかるため、従業員数 300 人未満の小規模企業等では、退職給付債務を簡便的に計算する方法が認められている。

#### 1)退職給付債務を算出する。

一時金支給見込額と年金支給見込額の総負担額について割引計算によって退職給付債務を算出する。総負担額には、受給権の確定していない従業員への給付額も含まれる。

#### 2)年金資産の時価を把握する。

#### 3)退職給付費用を算出する。

次の項目について加減して算出する。

- ・ 労働の対価として割引計算で算出された勤務費用
- ・ 退職給付債務に係る計算上の利息である利息費用
- ・ 年金資産の期待運用収益(控除項目)
- ・ 退職給付水準の改訂等による過去勤務債務の償却額
- ・ 数理計算上の差異の償却額

- ・退職給付会計基準への移行時差額の償却額
- 4)退職給付の支払額や企業年金の掛金といった現金ベースの支出額を把握する。
- 5)貸借対照表、損益計算書に計上する。  
退職給付制度の概要や、退職給付債務・退職給付費用の内訳等の注記事項を確定する。

#### 退職給付会計を取り入れた病院の事例

病院会計準則はまだ見直し段階であるが、一般企業では既に新しい会計基準が次々に導入されていることから、銀行や取引関係者等の利害関係者から、新会計基準に基づいた財務諸表を求められたり、説明を求められる可能性もある。また、資金調達手法によっては、企業会計に準じる必要性も生じると思われる。こうした背景の中、既に一般企業と同様に新会計基準に基づいた会計制度を導入している病院もある。

#### 【事例：特別医療法人董仙会恵寿総合病院の退職給付会計】

同院は石川県七尾市にある 454 床の一般病院である。特別医療法人董仙会は同院を中心に診療所や老人保健施設、在宅サービス関連事業所等を幅広く展開している。同院は、将来の資金調達の多様化を視野に、経営体力があるうちに将来の不安要素を取り除こうと退職給与引当金を 2000 年度に一括償却した。その時、計上した退職給与引当金は 9 億 2000 万円となった。この結果、前年度の 5 億 8200 万の黒字から 5 億 5700 万の赤字となった。このように大幅に決算状況が悪くなった点については、会計方式の転換によるものということで銀行からの理解も得やすかったようである。

#### 退職給付会計基準への対応

退職給付会計の導入に当たっては、退職給付債務と年金資産を把握することが必要になる。積立不足額や負担能力によっては、退職金制度の見直しを行う必要性も生じる。退職金制度の見直しの結果、次のような制度を導入した企業もある。

##### 1)確定拠出年金の導入

確定拠出年金は、加入者に対して将来の給付額を保証しておらず、将来の退職給付について追加的な負担が生じないため、企業は拠出額の費用処理を行うだけで、退職給付債務等の計算は必要ない。このため、確定拠出年金を導入する企業が増加している。この確定拠出年金では、従業員が転職した際にその拠出口座を維持、一緒に移動することもできる（ポータビリティが高い）ため、従業員にとってもメリットがある。

##### 2)退職金の前払い制度の導入

退職時に支給する退職金の相当部分を給与あるいは賞与に上乗せして支給する方法である。

### 3)ポイント制の導入

従来は、退職時の基本給に支給倍率を乗じて算出する方法が一般的だったが、ポイント制では、毎年獲得したポイント累計に基づいて退職金を算定する。成果主義や業績主義に基づいた制度といえる。

### 4)給付額の見直し

給付額を引き下げの場合、従業員のモチベーションが下がらないように留意することが必要である。

### 5)過去勤務債務の償却

早期の過去勤務債務償却によって、財務体質の健全化を早期に図り、結果として信頼を高めるといった方法もある。ただし、一時的に財務諸表が悪くなるため、十分に検討を行う必要がある。

## (6)財務データの分析

財務データは、外部の利害関係者への伝達以外に、戦略や計画策定の判断材料となる。得られた財務データをもとに様々な指標を作成し、自らの分析を行うことができる。逆に、分析上、必要な財務データを入手できる仕組みを設けることも必要となる。

図表 2-2-9 様々な指標を用いた自己分析

- 業界における理想値・標準値からの判断（例：自己資本比率は20%以上が理想）
- 部門ごとの比較（例：プロフィットセンター・コストセンターはどこか）
- 時系列比較（例：増収増益、増収減益、減収増益、減収減益か）
- 他院との比較（例：「病医院の経営分析参考指標 2003」との比較）

（ご参考）一般病院のうち全病床数の80%以上が一般病床である病院

#### 医療法人立

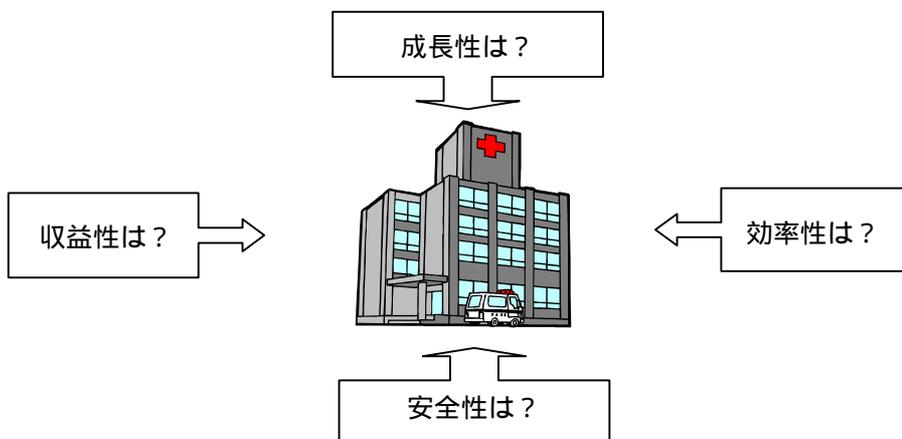
	医療法人立 全体	20～99床	100～199床	200床以上	(参考) 個人立
自己資本比率	19.2%	15.0%	21.5%	19.3%	7.9%
固定長期適合率	85.9%	92.4%	82.8%	85.0%	80.1%
流動比率	153.0%	127.9%	178.7%	155.6%	159.4%
総資本回転率	0.87回	0.87回	0.93回	0.78回	1.03回
固定資産回転率	1.23回	1.19回	1.37回	1.16回	1.63回
建物回転率	1.86回	1.91回	1.91回	1.79回	2.66回

## (7)経営分析の代表的な指標

一般的に作成した財務諸表の財務データから指標を作成し、経営分析に用いることができる。これらの指標の数値は、業種によって異なるものも多いので、同業種における

数値比較が望ましい。

図表 2-2-10 経営分析に用いられる代表的な指標とは



#### 「安全性」の指標

短期的な支払能力を分析する指標

##### ・流動比率

= 流動資産 / 流動負債 (%)

流動資産とは1年以内に現金化する資産であり、流動負債は1年以内に支払予定の負債である。この比率は高いほうが良いとされており、理想的には200%とされているが、業界によって異なる。

長期的な支払能力を分析する指標

##### ・固定比率 (%)

= 固定資産 / 自己資本

固定資産は長期間使用するものであるから、その資金調達についても返済不要の安定した自己資本で賄うのが良いという観点から用いられる指標である。したがって100%以下が理想とされている。

##### ・固定長期適合率

= 固定資産 / (自己資本 + 固定負債)

固定資産を自己資本の他、固定負債によって賄うという観点から用いられる指標であり、低い方が良いとされている。

##### ・自己資本比率

= 自己資本 / 総資本

資本のうち、返済不要の自己資本が高い程安定しているという観点から用いられる指標である。

## 「収益性」の指標

### 資本と利益との関係

#### ・自己資本利益率

$$= \text{当期純利益} / \text{自己資本}$$

自己資本利益率は自己資本の効率性を示すものであるが、同じ当期純利益でも自己資本が小さい程高い結果となってしまう。したがって、「自己資本比率」をあわせて見ることが重要である。

### 資本利益率の分解

$$\begin{aligned} \text{資本利益率} &= \text{利益/売上高} \times \text{売上高/資本} \\ &= (\text{売上高利益率}) \quad (\text{資本回転率}) \end{aligned}$$

### 売上と利益の関係

#### ・売上高利益率(%)

$$= \text{利益} / \text{売上高}$$

### 資産の効率(回転率)

#### ・売上債権回転率(回転率)

$$= \text{売上高(営業収益)} / (\text{受取手形} + \text{売掛金(営業未収金)})$$

売上債権回転率は高い方が望ましい。売上債権回転率が低いとキャッシュ・フローが悪化する。

#### ・棚卸資産回転率(回転)

$$= \text{売上高(営業収益)} / \text{棚卸資産(例: 医薬品)}$$

棚卸資産とは医薬品などの期末在庫である。棚卸資産回転率は棚卸資産が適正な水準であるかどうかを見る指標であり、これが低いということは、売上の割に棚卸資産が多いことになる。棚卸資産が多いと、商品劣化(期限切れ)の危険性が大きい上、管理の手数が増え、在庫管理コストが増大する。キャッシュ・フローも悪化することになる。適正な規模の在庫管理が必要である。

#### ・固定資産回転率(回転)

$$= \text{売上高(営業収益)} / \text{固定資産}$$

設備投資が過大でないかどうかをみる指標である。業種によって大きく異なる。近年、有形固定資産についてはリース契約を結ぶことも増えている。リース契約にすると、固定資産の金額(借入金額)は減少する。

「生産性」の指標

・労働生産性

= 付加価値 / 従業員数

従業員 1 人当たりの付加価値額であり、大きい方が良いとされている。

「成長性」の指標

・売上増加率

・当期純利益増加率

## 2 - 2 コスト管理

### (1) 管理会計とは

経営者は、経営上の様々な意思決定を行い、実行計画を作成し、その計画の実現に向けてコントロールを行う。この目的のために用いられるのが「管理会計」である。管理会計は、経営者が自らの意思決定のために用いるものであり、財務会計とは異なり、一定のルールはない。内部管理に用いられる管理会計では、外部報告は想定されていないため、各企業がその必要に応じて、工学的、統計的な技法なども自由に取り入れたりしながら、有益な情報を作成するところに特徴がある。また、財務会計では企業、あるいは企業グループ全体を包括的に示すのに対して、管理会計では、責任単位（施設、部門等）、製品単位、顧客属性単位などで、その必要に応じて会計を行う。会計情報の収集・加工・報告にはコストがかかるため、そのコストをかける価値があるかどうかを検討することが必要である。

### (2) 管理会計の様々な手法

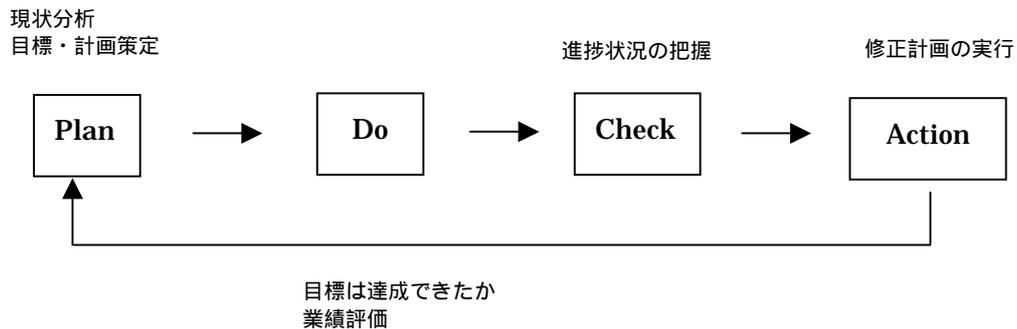
戦略の実行管理に用いる

管理会計の手法として、戦略の実行管理に用いることができる。

下記のような「P - D - C - A」サイクルは、法人、施設、部門等の単位でマネジメントすることができる。策定した戦略が正しく「実行」されるためには、法人の PDCA と部門（職員個人）の PDCA が整合性が図られていることが必要である。

戦略を実行に結びつけるためのマネジメントツールとして「バランス・スコアカード（BSC）」がある。ここでは「戦略マップ」を作成するが、その戦略マップに基づいた計画策定も参考になると思われる。

図表 2-2-11 PDCAサイクル

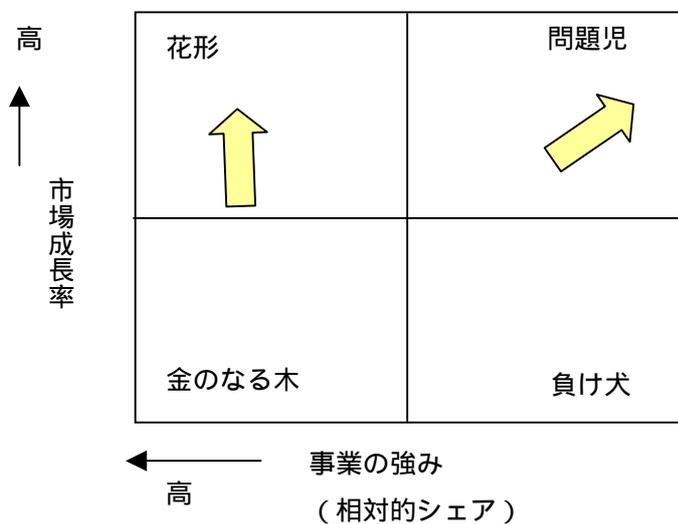


### 事業展開のバランスを考える

上記とも関係があるが、各部門ごとのミッション（例、プロフィットセンターかコストセンター）を明確にし、計画を策定することが必要である。今後、成長が望まれる部門については、長期的な視点で投資をすることが必要である。

矢印は「金のなる木」に位置付けられる事業によって稼ぎ出された収益を、成長率の高い事業へと財務的配分を行うことを示している。

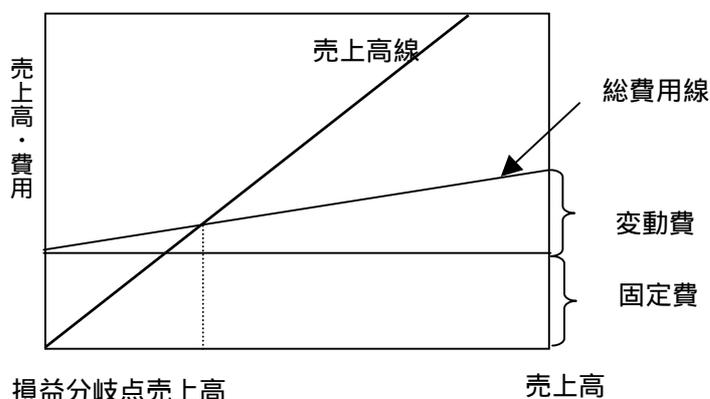
図表 2-2-12 PPM について



### 利益計画に用いる

事業ごとのミッションを明確にし、プロフィットセンターとして位置付けられたり、新規事業として投資を決められる段階になると、各事業ごとに利益目標を設定することも可能になる。この場合、目標利益を達成するために、売上をいくらあげなければならないか、あるいは費用をいくらにおさえなければならないかといった事柄に焦点が当てられる。「損益分岐点」はこのような場合に用いられる。

$$\text{損益分岐点売上高} = \frac{\text{固定費}}{1 - (\text{変動費}/\text{売上高})}$$



この損益分岐点売上高は利益がゼロという売上高であるので、これを応用して、以下のように活用することもできる。

$$\text{目標利益達成売上高} = \frac{\text{固定費} + \text{目標利益}}{1 - \text{変動費} / \text{売上高}}$$

今後、包括的な支払い方式が拡大していく中で、診療の現場において損益分岐のイメージを共通していくことは一層重要性を増していくことが予想される。

### (3)原価計算

原価計算とは、もともとは製造業における製品の原価の計算方法であった。しかし、現在では、原価計算は製造業に限らずに広く用いられている。原価計算の目的には、財務諸表作成目的、原価管理目的、利益管理目的（予算管理目的）、経営意思決定目的などがあり、財務会計上も管理会計上も重要な役割を果たしている。

原価計算の対象となる「原価」とは経済価値（経済的資源）の消費によって発生し、原価対象に関連づけて把握されたものである。また、原価は、経営目的に関連したものであり、正常なものである。

原価の種類
・原価の形態別分類...材料費、労務費、経費
・製品との関連による分類...直接費、間接費
・経営活動の職能による分類...製造原価、販売費、一般管理費
・原価態様による分類...変動費、固定費、準変動費、準固定費
・収益との対応関係による分類...製品原価、期間原価
・原価の算定時点による分類...実際原価、予定原価（標準原価と見積原価）

原価計算は、必要に応じて行われるものである。経営管理目的のために原価計算を行う場合、1か月単位で計算することが多いようである。

原価を、事業・施設単位、部門単位（入院部門、外来部門、検査部門等）、診療科単位で把握する方法がある。何を知りたいのか目的を明確にし、原価の集計単位を決めることが必要である。

さらに、患者に着目して、疾病別や患者別に原価を把握する必要性も指摘されている。今後、クリティカルパスに基づく原価管理が進むと思われるが、その際には、「活動基準原価計算（ABC：Activity Based Costing）」の手法も参考になるとと思われる。

伝統的な原価計算手法では、各製品に直接的に配分できないコストを「直接作業時間」や「直接機械作業時間」などを用いて便宜的に割り振っていたが、これを間接費の発生と直接的に因果関係のある活動を基準にして割り振るための原価計算手法がABCである。ABCでは、価値創造のビジネスプロセスを明確にし、プロセスにおけるアクティビティ（活動）に分解し、このアクティビティごとに原価を割り振る。このABCの手法によって、より正確な原価が把握できる。医療施設の場合、例えば、患者の受付を行って患者が退院するまでをビジネスプロセスとして考えることができる。この場合、受付部門で行う業務内容を「診察券を発行する」「カルテを探す」「カルテを診療科に運ぶ」「患者を案内する」といったアクティビティに分解する。それぞれにどのくらいスタッフが時間を投入しているか、物品を消費しているか割当て、アクティビティごとにコストが把握される。近年では、ABCについて、これを単なる製品原価の正確な算定技法としてではなく、原価管理のための技法ないし原価管理そのものとしてとらえる見解がある。これが活動基準原価管理（ABM）である。ビジネスプロセスにおいて、顧客価値を生むために必要なプロセスなのかどうか、無駄なコストがかかっていないかを把握し、経営改善に役立てることができる。ABMでは、「品質コスト分析」という視点を取り入れられる。これは、サービス/製品の品質維持という視点に立って、アクティビティに品質情報を付与し、品質コストを測定しようとするものである。品質の高いサービスを提供するためには、品質管理費や教育訓練費等の予防コストの割合を高め、医療事故による損害賠償等の失敗コストを削減し、顧客満足を高めるという発想であり、いわば治療よりも予防を重視する考え方である。

### 3. ヒューマン・リソース・マネジメント

医療サービスは、医療者（人）が患者（人）に対して提供するサービスである。サービスの質を高めるためには、医療者側の技術や組織能力を高めていくことが鍵となっている。そして、患者に対して提供する価値は、患者の治療成果であると同時に患者の満足でもある。患者にとっての価値創造のプロセスを正しく理解した上で、職員個人の能力や医療施設の組織能力向上を図っていくことが重要である。同時に医療サービスによって、患者に提供される価値創造のプロセスについての理解を高めることが求められていく。

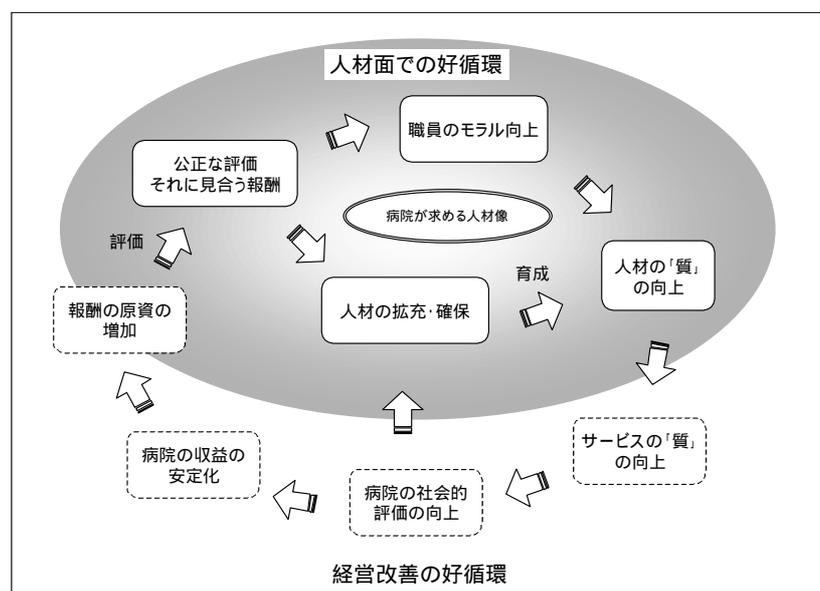
医療施設において、最大の資産は「人材」であるということが出来る。医師や看護師を含む医療施設のスタッフ（人）が、直接的に患者（人）に対してサービスを提供することが中心となっている。そのため、一般産業と比較した場合に人件費比率が相対的に高いこと、サービスの質を向上させるためには、とりもなおさずスタッフ（人材）の質を向上させることが必要となる。

ここでは、人材の育成と管理に焦点を当てて、スタッフのやる気（＝モラル）を発揮しながら、病院の業績を向上し、業績を評価するための基本的考え方を検討する。

#### (1) 施設経営と人材管理

次図は、経営改善のサイクルについて、特に人材面に着目して好循環を生み出すための考え方を示したものである。経営の理念に基づいた、病院が求める人材像の育成に向けた評価と見合う報酬によって、人材を確保しつつ、職員のモラルを向上させ、人材の

図表 2-3-1 人材面から見た病院経営の好循環サイクル



出典)「医療施設経営ハンドブック」より

「質」を向上させること（以上が影部の流れ）が重要である。人材の「質」向上によって、医療サービスの質的向上が果たされ、病院の社会的評価が向上する。その評価に対して、人材の拡充・確保が果たされると同時に、患者からの信頼が得られ、結果として収入が増加するという流れである。このように、病院の経営状態と人材の質的向上は、双方強いつながりを持っていると考えられる。

## (2)組織スキルと専門スキル

医療サービスは、医師・看護師をはじめとする専門性の高い職種によって提供されるサービスである。そのため、手術の仕方やケアの提供の仕方、専門知識に裏付けられた正確で安全な知識や技能を身に付けることが必要とされている。こうした専門知識を身に付けるためには、専門性の向上を目標とした人材管理が必要である。

例えば、専門学会等への参加を通じて、研究を発表したり、治療に必要な新しい知見を得る等医師本人のスキル向上は、こうした専門スキルの向上ということができる。更には実際に診療の現場で、安全性の高い治療スキルを身に付けることや患者のQOLを高められる治療スキルを身に付ける等といった視点も重要である。

しかしながら、専門スキルの向上のみによって、医療施設の経営が安定化できるわけではない。例えば、病院全体での経営効率性を高めるためには、診療科や院内の各部門における効率化が必要であるため、各科、各部門、各人が効率性向上に向けた適切な目標を設定し、実行していくことも必要となってくる。医療事故を防ぐための院内の取組みも施設全体の目標を各人の行動目標にブレイクダウンすることが必要になる。このような取組みを可能にするためには、組織的能力の向上を目標とした人材管理が必要である。

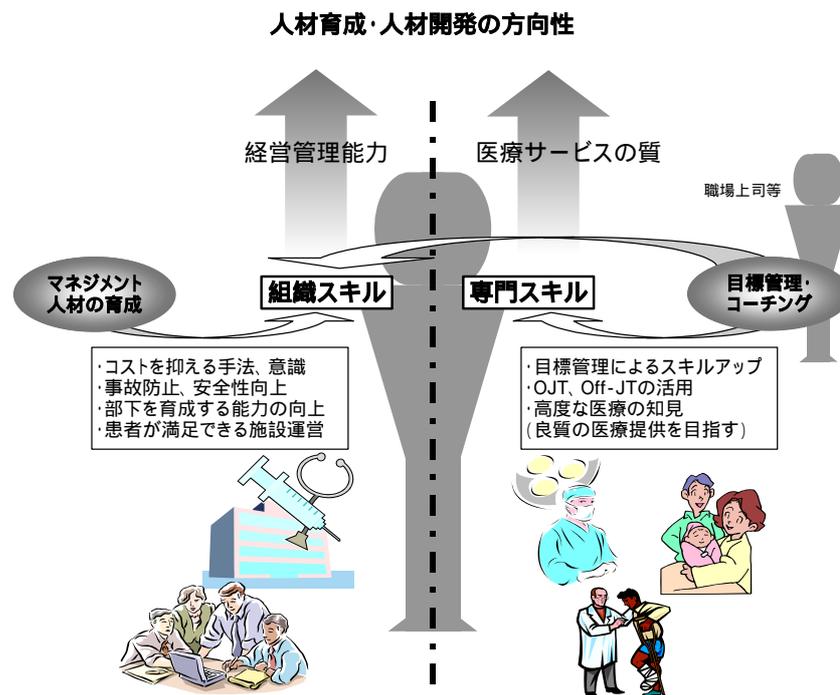
例えば、平均在院日数を短縮化する目標について考えると、クリティカルパスを導入したり、リハビリ機能を強化する等の診療を実行していくことがチームとして必要となる。そのため、スタッフ一人ひとりの専門スキルを向上させるというよりは、平均在院日数短縮に向けたクリティカルパスの開発やリハビリスタッフとの適切な連携をスムーズに実施していくことが必要となる。医療施設全体を構成する診療科や看護部門とも連携しながら目標を達成していくこととなる。その場合、適切な目標の設定と実行のための行動計画を策定し、院内の多くのスタッフとの連携を実現できるための人材を育成していくことが必要になる。

さらには、部下を育成する能力や所属する部門の業績を向上させるためのリーダーシップを発揮し、実行していくスタッフも必要となる。こうした能力は、上の専門スキルに比較して経営管理能力、あるいは組織スキルを求められていると表現することができる。

特に病院長や理事長といった施設経営のトップマネジメントには、医師であることのスキル以外に、高い組織スキルが求められていると考えることができる。診療科長や

看護部長、事務局長といった部門のマネジメントの責任を負う職種においては、担当する部門全体の業績向上に向けて目標を設定し、実行していくことが求められるため、やはり高い組織スキルが求められているということが出来る。しかしながら、こうした部門マネジメントの責任者ばかりでなく、スタッフ一人ひとりが求められるレベルや内容は異なっているものの、専門スキルと組織スキルの両面にわたった育成が求められているということが出来る。次図は、そうしたイメージを表したものである。

図表 2-3-2 組織スキルと専門スキルの両面性



### (3) 専門スキルの育成

医療施設は、医師をはじめとする多くの高い専門性によって構成されている専門組織である。専門家のスキルを向上させるための考え方として目標管理(Management by Objectives)が必要であるという考え方がある。目標管理は、P.F.ドラッカーやD.マクレガーといった経営学者らによって提唱されたといわれている。

専門性の高い職種では、部下の育成や専門性の向上について、こと細かに指示し、細分化された指示・命令系統によって能力を評価するのではなく、むしろ仕事のやり方や進捗の管理を任せてしまうという考え方が成り立つとされている。その結果として生み出される結果についての管理(Results Management)を行う一方で、任された人材が自ら仕事のやり方や進捗に応じた対応策を考え出すことによって、高い業績を生み出せる職種があるといわれている。

こうした考え方に基づいて、病院の求める人材像の中で、高い専門性を実現できるた

めの仕組みを整備しつつ、各人の専門スキル向上を正当に評価できることが、専門スキル向上に向けた取組みであるということが出来る。組織の中で自らの達成意欲を引き出し、高い目標を設定して実現していくこと、そしてその結果を正当に評価できることが、医療という専門性の高いスタッフによって提供されるサービスには求められている。

#### 参考：コーチングについて

専門性の高い職種によって構成されている組織では、業績を高めていくための技術としてコーチングが着目されている。

特に明確なビジョンを持った組織の中で、スタッフのやる気を引き出し、各自の強みや弱みに気づかせた上で、目標を達成するためにはコーチングが適しているといわれている。組織の目標の中で、各人がどのようにして目標達成を果たしていくことができるのか、各人の強み・弱みに気づかせていくことが必要である。自分がなすべきことに気づき、能力を発揮するための同意と充実感を持ちつつ、組織の達成すべき目標に基づいて、自らの目標を設定して実行していくことが、重要である。そのため、一方的な指示命令システムにおいて業務を実行させるばかりではなく、なすべきこと、やり方について、改善の努力が組織の業績に結びついていることが必要であるといえる。

#### (4)OJT と Off-JT

医療施設内での教育の中心は OJT(On the Job Training)である。現場での仕事の仕方を先輩から学びながら、ノウハウを蓄積していくことは、医療の現場として重要である。通常の場合は、所属長や外部の者による指導や教育ではなく、数年上の先輩が教育係となって、新人を早期育成するために行われることが多いとされている。また教育する中堅職員も、教育する中で現場の仕事をよりよく理解することができるといわれることが多い。

OJT を行う上で、教育する側のリーダーには、実績や実力のない者が担当すると、職場の悪い点ばかりが伝わるといった問題指摘がある一方において、好成绩の先輩ではあっても、育成が上手くできないといった現実的な問題指摘もある。企業では、一定期間職場をローテートする中で、組織の中でのスキルを向上させていくジョブローテーションを活用している場合もある。

また、OJT に対して、外部の研修の機会に参加する等 Off-JT を積極的に活用することも人材育成にとって有効である。例えば日本病院会や日本看護協会等が提供する研修会やセミナーを教育の機会として活用することもできる。一定の幹部候補に対しては、こうした外部の研修、通信講座等に参加させることによって、院内でのキャリアパスを組み立てていくこともできる。

## (5)組織スキルの育成

医療施設経営の中で、一定の採算性を確保し、質の高いサービスを安定的に提供することによって、持続的に経営を行っていくためには、経営管理能力を高めることも必要とされる。スタッフの一人ひとりが経営の仕組みや現在の経営状態についての理解を高めることも必要であるといわれている。

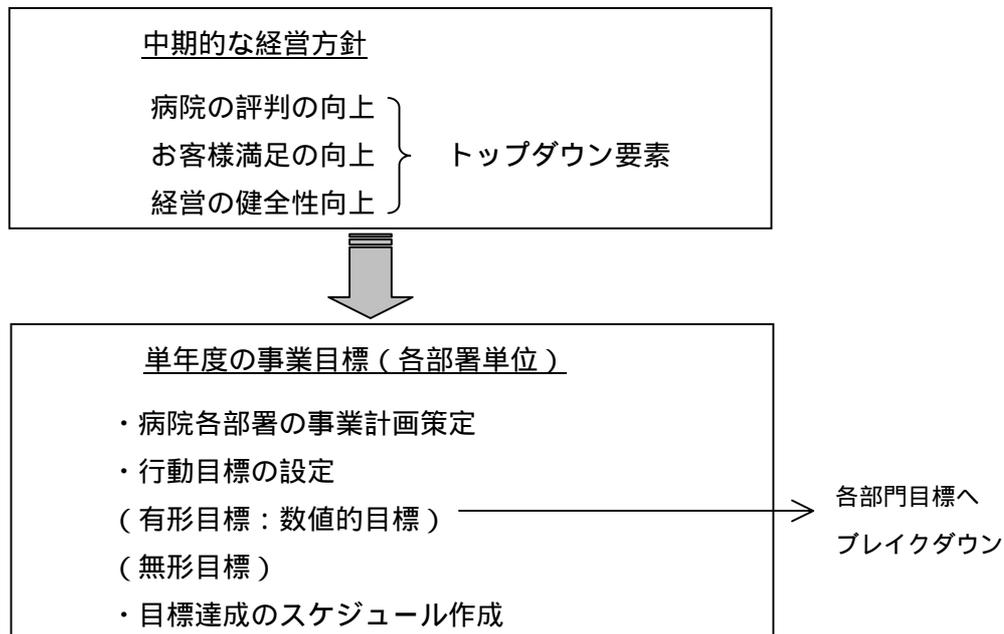
組織スキルには、財務、人事、法務あるいはリスク管理といったものが含まれるばかりでなく、組織の経営計画や人材育成といった点も含まれていると考えられる。

チーム医療の重要性が認識される中で、各部門やさまざまな職種のスタッフが継ぎ目なくスムーズにサービスを提供するためにも、組織スキルは重要であるといわれている。

トップが示すビジョンや目標に向けて、各部門や各スタッフの向うべき方向を目標として具体的に表わすこと、そして各スタッフが目標に向かって実行するように方向付けをすることが必要となる。組織スキルは、こうした部門や各人の方向付け、実行支援、育成といった側面で機能する役割を担うことが期待されている。目標の中には、財務的目標、部下の育成目標、医療行為についての目標、对人的能力の向上等々多様な目標が含まれる。多様な目標の中から、月毎、半年毎、一年毎といった一定期間の中で重点的に実行していく具体的な目標レベルが必要となってくる。例えば、平均在院日数短縮と財務的改善を施設全体の目標として掲げた際、平均在院日数短縮に向けた診療科や病棟毎の治療方針を策定し、どのようにして目標達成が果たせるのか、クリティカルパスやMSWとの連携を図る等の方法を検討しつつ、毎月の平均在院日数や患者単位で改善できることを明らかにする中で、各科、各病棟での目標管理を行っていくことが必要となってくる。こうした目標管理、進捗や改善行動を正しく実行していけるということは、組織スキルが高いということができる（次頁図表参照）。

あるいは、財務的改善についての目標についてみると、毎月発生するコスト、物品、医薬品、医療材料、水道光熱費、人件費等様々な費用項目の中で、どのような改善が必要であるのかを明らかにしながら、削減できる費用と削減できない（してはならない）費用を明確に区分した上で、その進捗状況を把握していくことによって、一年間全体での結果が財務的改善につながる仕組みとなっている。一方において、収入についても、請求の漏れをなくし、変化し続ける社会保険制度、診療報酬制度を正しく理解した上で、正しく請求する事務と診療スタッフの理解を高めていくことも重要である。こうした行動を各スタッフが正確に理解し、実行していくための考え方を身に付け、部門単位での行動を改善することによって、結果に結び付けていくことができるということは、組織スキルが高いということができる。

図表 2-3-3 経営方針の実践方法



出典) 平成 13 年度 医療施設経営安定化推進事業「医療機関における経営改善事例調査研究」より

## 4 . 安全管理

近年、医療安全に対する社会的な関心が高まっている。医療施設に対する期待役割を十分に果たすためにも、医療施設が持つ社会的責任を達成するためにも、安全管理・事故防止を充実させていくことの重要性が益々高まっている。地域において、患者や住民からの信頼を得るためにも、医療施設の活動結果としても安全管理体制の充実や事故防止対策に取り組んでいくことは、経営品質を考える上で欠かせない重要な視点である。

医療施設経営に伴うリスクは、医療に関するリスク（医療事故、院内感染）、経営に関するリスク、政治・経済に関するリスク（医療制度、診療報酬制度変更等）、人材に関するリスク等、多岐にわたる。ただし、最も注意しなければならないのは、本業である医療に関するリスクであるといえよう。

安全管理は「医療の質」の重要かつ基本的な要素であり、安全管理が不十分であれば、どれほど水準の高い医療技術を持っていたとしても、患者の満足を得ることはできない。「経営品質」向上を進めるフレームワークのひとつに、「経営における社会的責任」があるが、医療施設の社会的責任を果たし、患者や住民の満足を得る活動結果を示すために、安全管理は基本的かつ最も重要な取組みであると言える。

しかし、実際には医療施設でおこる医療事故、それによって起こる医事紛争（示談等話し合い、医療訴訟）の例は絶えない<sup>5</sup>。最近の医療訴訟の特徴として「賠償額の高額化」があり、1件あたり数千万円、なかには1億円以上の賠償金を支払う例もみられる。また、医療訴訟については裁判の迅速化促進のため「審理期間の短縮化」が図られているところであるが、それでも最高裁の統計<sup>6</sup>によれば、全国で平成14年度に、判決や和解などで一審が終結した医療過誤訴訟の平均審理期間は約30か月かかっている。このように、ひとたび医療事故が起きるような事態になれば、患者の信頼を損なうのはもちろんのこと、経済的・時間的に多大な損害を被ることになり、経営に及ぼす影響は計り知れない。医療機関の経営にあたっては、たとえ多少の労力・コストがかかったとしても日頃の安全管理対策を怠ることはできない。

「経営品質」の観点からは、安全管理の結果はもちろんのこと、それに至る組織の取組み、すなわちプロセスが重視される。組織として安全管理の仕組みを整え、職員全体で日々取り組み続けていくことが、「経営品質」の向上につながっていく。

例えば、MB賞を受賞したSSMヘルスケアでは、包括的な全組織に及ぶ患者安全プログラム（Patient Safety Program）を実施した。そのプログラムは、Achieving Exceptional Safety in Health Care（AES）と呼ばれる患者安全協議会を含むもので、SSMヘルスケアの関係団体は全て、このAESに参加している。

<sup>5</sup> 日本看護協会の調査では、平成13年の全国紙6紙の医療事故報道は実件数で412件あった。

<sup>6</sup> 最高裁「医事関係民事訴訟事件」2003年5月29日発表。ただし、約30か月の審理期間は過去10年間で最も短い。

一方、安全管理については、国内でも既にいくつかの取組みが行われている。

財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の項目には、安全管理に関する項目が多く含まれている。MB 賞など「経営品質」については、プロセスやアウトカムが必要であるのに対して、病院機能評価はストラクチャー中心の項目立てになっていると言われている。

図表 2-4-1 病院機能評価の項目(安全管理)

2.0 患者の権利と安全の確保
2.1 患者の権利の尊重と患者 - 医療者のパートナーシップ
2.1.1 患者の権利と職業倫理に関する方針が明確であり患者および職員に周知させる体制が整っている
2.1.2 医療の質と安全確保のために患者 - 医療者のパートナーシップを強化する体制がある
2.2 説明と同意
2.2.1 説明と同意を行う体制が確立している
2.2.2 患者の立場を配慮して説明がなされている
2.3 患者の安全確保のための体制
2.3.1 患者の安全確保のための組織体制が確立している
2.3.2 患者の安全確保のための院内の組織的活動の方針・手順が確立している
2.3.3 患者の安全確保のため病院全体で系統的に教育・訓練に取り組んでいる
2.4 患者の安全を確保するための手順の確立
2.4.1 患者の安全を確保するための重要な手順が各領域で具体的に確立している
2.5 患者の安全確保に対する情報収集・分析・改善
2.5.1 患者の安全確保の要因を究明し改善対策につなげる体制が確立している
2.5.2 外部と連携して患者の安全を確保する体制を整備している
2.6 医療事故への対応
2.6.1 医療事故発生時の手順が明確であり、職員に周知・徹底されている
2.7 院内感染管理
2.7.1 組織的に院内感染管理が行われている
2.7.2 院内感染のリスクを低減させる具体的な感染対策がなされている
2.7.3 自院の院内感染に関して分離菌や感染症例を把握し改善策を講じている
2.7.4 院内感染管理についての教育活動が行われている

また、四病院団体協議会（四病協）の医療安全対策委員会は、平成 13（2001）年 3 月、医療事故報告をめぐる法的問題に関する統一見解をまとめた「中間報告」を出している。その中で、インシデント・アクシデントレポート等につき、医療の質に関連する情報の収集を実効的なものとし、出来るだけ事例を集めるために「報告書に関する免責」が担保されるべきであると提言している。

なお、総合的品質管理（TQM）に取り組んだ企業などを表彰するデミング賞を運営している日本科学技術連盟（日科技連）では、品質管理の視点を医療分野に導入するため、医療ミス防止などに取り組む病院を表彰する試みが進んでいる。

安全管理には、医療安全すなわち医療事故の防止、及び院内感染がある。本調査研究では、医療安全、院内感染それぞれにつき、医療機関を経営する上で注意を払うべきポイントを提示する。また、万一事故が起こってしまった時の対応についても述べる。

## 4 - 1 医療安全

### (1)医療安全管理体制の整備

厚生労働省では、医療安全に係る体制を早急に整える必要性から、総合的な対策づくりに取り組んでいる。

#### 医療安全対策検討会議

厚生労働省に設置された医療安全対策検討会議では、平成 13 年 4 月、「医療安全推進総合対策 ～医療事故を未然に防止するために～」をとりまとめている。そこでは、今後の医療安全対策としての、医療安全を確保するための国、地方自治体、医療機関等関係者、医療従事者個人、および患者の責務について、医療安全の確保に当たっての課題と解決方策としての、医療機関における安全対策、医薬品・医療用具等にかかわる安全性の向上、医療安全に関する教育研修、医療安全を推進するための環境整備等について述べられている。

#### 医療法施行規則改正

「医療安全推進総合対策」の指摘をふまえ、平成 14 年 8 月 30 日、医療法施行規則の一部改正が行われた。この改正によって、医療機関の特性に応じ、医療安全管理体制の確保が管理者に対して義務付けられた。

図表 2-4-2 医療安全管理体制の確保に関する義務

病院及び有床診療所（医療法施行規則第 11 条）
医療に係る安全管理のための指針の整備
医療に係る安全管理のための委員会の開催
医療に係る安全管理のための職員研修の実施
医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること
特定機能病院（医療法施行規則第 9 条の 23）
専任の安全管理者の配置
安全に関する管理を行う部門の配置
医療機関内に患者からの相談に適切に応じる体制の確保

#### 診療報酬改定

また、平成 14 年度社会保険診療報酬改定において、医療安全管理体制の整備や褥瘡対策が行われていない場合に、入院基本料等から減算される仕組みが導入された。医療安全管理体制が未整備の場合はマイナス 10 点 / 日、褥瘡対策が未実施の場合はマイナス 5 点 / 日の減算がなされる。

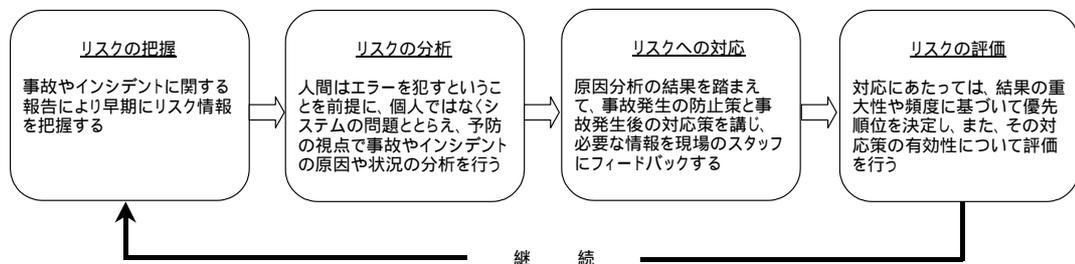
## (2)医療事故の防止 ～リスクマネジメント～

医療事故を防ぐためには、各医療従事者の注意や努力が必要なことは当然であるが、それだけでは限界があり、組織として対策に取り組む必要がある。

もともと産業界で開発され、1970年代半ば以降、米国で医療分野に取り入れられたリスクマネジメントの手法は、組織の損害を最小に抑えるため、事故の発生を未然に防止し、発生した事故を速やかに処理することを目的としている。産業界のリスクマネジメントは組織防衛に主眼が置かれているが、医療分野の場合、事故防止活動を通じて実現される「医療の質の保証」に結びついている。

リスクマネジメントは、リスクの「把握」「分析」「対応」「評価」というプロセスで行われる。

図表 2-4-3 リスクマネジメントのプロセス



出典) 各種資料より UFJ 総合研究所作成

平成 11 年 5 月に発表された「患者誤認防止方策に関する検討会報告書」によれば、医療施設にリスクマネジメントを定着させるために、以下の点があげられている。院長など管理者が先頭にたって、リスクマネジメントに取り組むことが必要とされている。

図表 2-4-4 リスクマネジメント定着のポイント

- (1) 管理者が事故防止に関する強い意志を全職員に向けて示すこと
- (2) リスクマネジメントの目的、対象範囲、活動内容を、職員に理解しやすい形で明文化すること
- (3) 事故（アクシデント）及びインシデントについて、オープンに議論できる風土を形成すること
- (4) リスクマネジメントに関する教育や啓発を実施し、医師をはじめとする職員の理解と積極的な参加を得ること
- (5) リスクマネジメントに関する組織（専門部署や委員会）を設け、その組織責任者の権限（調査権等）を明確にすること
- (6) 事故防止に有用な情報は職員全員で共有すること
- (7) 医療の質を向上させるための院内の他の活動と連携すること

リスクマネジメントを実施する際には、「人間はミスをおかす」ものであることを前提に対策を検討する必要がある。ミスやエラーの発生事態を減らすことに加え、もしミスやエラーがおこったとしてもそれが事故に結びつかないようにすることが重要である。なお、リスクマネジメントには、医療事故の防止、医事紛争の防止の両方が含まれる場合がある。

### リスクの把握

ハインリッヒの労働災害の研究によれば、1件の重大事故の背景には29件の同種の軽症事故、300件の同種のインシデントが存在すると報告されている。医療事故についても、各医療施設では、1件のアクシデントを防止するために、日頃からインシデントにも注目し情報を収集・把握する必要がある<sup>7</sup>。

医療施設内で事故・インシデント（以下、単に「インシデント」とする。）報告制度を確立するためには、職員が他の業務と並行して行うことに配慮して、取り組みやすく、継続しやすいものとする必要がある。具体的な注意点には、次のようなものがある。

図表 2-4-5 インシデント報告制度実施の注意点

<p>(1) 目的の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・全職員が報告制度の重要性・意義を理解した上で参画できるようにするため</li><li>・院内の医療安全委員会等で、インシデント報告制度の実施要綱、記入に関する留意点を解説した手順書および記入例を作成し周知するとよい。</li><li>・院長または医療安全対策委員長によるトップダウン方式で行う。</li></ul> <p>(2) 記入方法の簡素化</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・報告者が記入しやすい書式や内容にする。</li><li>・できるだけ記述する項目数は少なくする。</li></ul> <p>(3) 事例報告者への配慮・フィードバック</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・記名制にする場合は、報告者が制裁や不利益を被らないことを保障する。</li><li>・無記名制にする場合は、組織全体で周知すべき事例が報告された時、報告者から直接情報収集するための対応を考えておく。</li></ul> <p>(4) 報告の手順の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・いつまでに、だれが、どのような事例を、どこに提出するかを明確にする。</li><li>・どのような事例を報告すべきかという基準を決め、参考事例を示すなど。</li><li>・報告しやすい経路、管理者がリスクを把握しやすい経路を検討する。</li></ul> <p>(5) 報告制度の定期的な見直し</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・評価項目、評価基準を定め、定期的な見直しの上、制度の改善につなげる。</li></ul>
---

出典) 橋本迪生 監修『医療事故を未然に防止する ヒヤリ・ハット報告の分析と活用』メヂカルフレンド社より

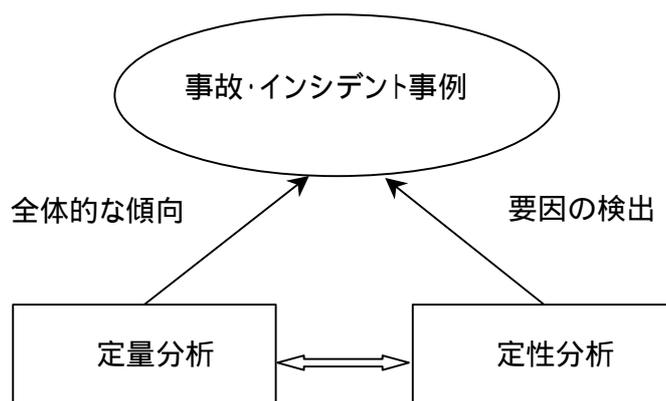
<sup>7</sup> 厚生労働省では、平成13(2001)年から「医療安全対策ネットワーク整備事業」として、全国の特設機能病院、国立病院・療養所、国立高度専門医療センターからインシデント情報を収集している。

## リスクの分析

によって把握したリスクの分析方法には、定量分析と定性分析がある。

定量分析は、収集した事例の要素（診療科、診療行為、深刻度、発生時間等）を数値化して集計・分析する方法である。定量分析は、一定期間におけるインシデントの傾向等を把握するために役立つ。一方、収集したインシデント事例について、更に詳細な要因を探るためには、定量分析のみでは足りず、定性分析を行う必要がある。

図表 2-4-6 リスクの分析方法



出典) UFJ 総合研究所作成

インシデントの定性分析の手法には、産業界で開発されたもののうち、医療分野に取り入れられているものとして、RCA、SHEL モデル、4M-4E 方式、FMEA 等がある。

各医療施設で分析を行う際は、投入できるコスト（人材、労力、資金、時間）を考慮して、取り組みやすい、あまり負担がかかり過ぎない手法を選択するとよい。

図表 2-4-7 インシデントの定性分析手法

負担	分析手法	内容
軽 ↓ 重	RCA (Root Cause Analysis : 根本原因分析)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題事象の直接原因から始めて間接原因へと要因を再帰的に次々に列挙し、背景要因の因果的階層を明らかにする手法</li> <li>・5～6名の多職種からなる分析チームを結成</li> <li>・ブレインストーミング法により、自由に原因を想起していくもの。</li> <li>・ひとつひとつの原因の背景を探り、因果関係を階層化する。</li> </ul>
	SHEL モデル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・航空業界で開発された分析手法。</li> <li>・当事者である人間(L: liveware)を中心に、ソフトウェア(S: software)・ハードウェア(H: hardware)・環境(E:environment)・当事者以外の人間(L: liveware)の相互関係に注目して分析</li> <li>・上記5つの要因別に問題点を明らかにし、対策を考える。</li> </ul>
	( m-SHEL モデル )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東京電力㈱で開発された分析手法</li> <li>・SHEL モデルにマネジメント(m: management)を加えたもの。</li> </ul>
	4M-4E 方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>・米国航空宇宙局(NASA)で用いられている手法</li> <li>・事故の要因分析と対策のために情報を分類整理する方法</li> <li>・事故の要因について、人間(man)、機械・物(machine)、環境(media)、管理(management)に分類。それぞれの要因ごとに、教育(education)、技術・工学(engineering)、強化・徹底(enforcement)、模範・事例(example)の視点で対応策を考え、表を完成させる。</li> </ul>
	FMEA (Failure Mode Effect Analysis: 失敗モード 影響分析)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・製品及びプロセスについての問題が発生する前に、問題を識別し、予防する体系的な手法</li> <li>・製品及びプロセスの全ライフサイクルにわたり、起こり得る不具合の様式を、未来予測によりすべて列挙して、望ましくない影響の分析を行い、重篤な結果をもたらすものに対して対策を立案し、製品信頼性を向上させる。</li> </ul>
	(HFMEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・米国退役軍人病院患者安全センター(VA National Center for Patient Safety)が開発した FMEA の簡略版</li> </ul>

出典) 各種資料より UFJ 総合研究所作成

これらの手法のうち、JCAHO では、医療業界に適した科学的分析方法として、RCA 及び FMEA を推奨している。

また、四病協では、平成 15 年 10 月、会員病院の医療安全管理者あるいはその担当予定者を対象に、「医療安全管理者養成課程講習会」を開催し、RCA、FMEA、医療における総合的質経営(TQM)、医療の質向上活動(MQI)等の講習を行った。演習修了者は、自院で医療安全推進委員会を設置・運営し、ひやりはっと報告、あるいは事故報告収集及び分析の仕組みを作り、RCA・FMEA 手法を実際に適用して、報告書を提出することになっている。四病協は、その報告書を確認した上で、医療安全管理者認定証を授与することになっている。

1)RCA (Root Cause Analysis : 根本原因分析)

RCA とは、問題事象の直接原因から始めて間接原因へと要因を再帰的に次々に列挙し、背景要因の因果的階層を明らかにする手法であり、改善対策につながるような真の事故原因を、深く追求していく。RCA の実施において必要とされるのは、次のような事項である。

図表 2-4-8 RCA における必要事項

<p>徹底した分析</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 直接原因を明らかにすること</li><li>・ 事故の背景にあるシステムやプロセスに関する根本的欠陥を見つけ出すこと</li><li>・ 行動計画（アクションプラン）につながるような分析であること</li><li>・ 改善に関する評価方法も検討すること</li></ul> <p>信頼のおける分析</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 分析は事故のおこったプロセスをよく知っている指導的立場の医療専門職によってなされること</li><li>・ 分析が一貫していること</li><li>・ 分析に科学的知見が考慮されていること</li></ul>
---

出典) 中島和江, 児玉安司

『ヘルスケアマネジメント 医療事故防止から診療記録開示まで』より

JCAHO では、1995 年から警鐘的事例 (sentinel event) を病院に自主的に報告してもらうプログラムを始め、頻度の高い事故については RCA を実施して予防の提言を行っている。報告すべき事項は、原則として「予期せぬ患者の死亡」および「重大な機能障害」につながった医療事故となっており、「ニアミス」「退院時または 2 週間以内に身体機能が回復したもの」「死亡や重大な機能障害に至らなかった事故」等は含まれていない。

JCAHO の統計によれば、1995 年 1 月から 2004 年 1 月の間に検証した警鐘的事例数は 2,455 であり、そのうち自主的な報告は 1,637 (66.7%) となっている<sup>8</sup>。JCAHO では、これらの事例について項目ごとの分類を行っており、報告頻度の高い事故には「患者の自殺」「術中、術後の合併症」「手術部位の間違い」「投薬に関するエラー」等がある。

JCAHO はこれまでに「手術部位間違い」「入院患者の自殺」「抑制患者の死亡事故」「新生児の誘拐」「輸血におけるエラー」「高度な注意を要する薬剤投与に関する事故」について RCA を行っている。

<sup>8</sup> JCAHO 「Sentinel Event Statistics : As of January 29,2004」より

自主的な報告以外には、報道、JCAHO のサーベイ中の発見、患者や家族・行政・スタッフ等による報告がある。

図表 2-4-9 JCAHO による RCA の例

### 手術部位誤認事故

#### < 事故の要因 >

- ・手術には複数の外科医が関わっていること
- ・1回の手術で複数の部位に異なるタイプの手術が行われること
- ・予定どおりに手術が開始されないこと
- ・時間的プレッシャーがあること
- ・体型など患者要因のため、通常の手術機器のセットアップや体位を変更しなければならないこと

#### < 根本的原因 >

- ・術前評価：診療記録や画像フィルムによる手術部位の確認の未実施
- ・コミュニケーション  
インフォームド・コンセントや手術部位のマーキングの際に患者を積極的に参加させていないこと
- ・手術部位の確認システム  
手術部位の確認する正式な手順の欠如  
確認実施を徹底するためのチェックリストがないこと  
手術室での最終確認の未実施  
手術部位の確認を術者のみに頼りすぎていること  
称呼による確認の未実施  
手術室に診療記録や画像フィルムなどがすべて揃っていないこと  
誤りを指摘しにくい雰囲気

#### < 予防のための提言 >

- ・術前に手術部位にはっきりとマーキングを行うこと
- ・マーキングのプロセスに患者も参加してもらうこと
- ・手術室では手術に関与するスタッフ全員で、称呼により部位を確認すること
- ・術式を部位を、カルテ、画像フィルム、手術承諾書、麻酔記録、マーキングなどすべてを用いて確認したことを確認できるようなチェックリストを作成すること

出典) 中島和江、児玉安司

『ヘルスケアリスクマネジメント 医療事故防止から診療記録開示まで』より

2)FMEA ( Failure Mode Effect Analysis : 失敗モード影響分析 )

航空宇宙作業、自動車産業等で用いられている FMEA とは、製品及びプロセスについての問題が発生する前に問題を識別し、予防する体系的な方法であり、欠陥の防止、安全性の強化、及び顧客満足増加に重点が置かれている。

JCAHO は、FMEA の実施について、次のような手順を示している。

図表 2-4-10 FMEA の手順

高リスク工程を選び、分析チームを編成 工程を流れ図として理解 ブレーンストーミング法により潜在する失敗モードを列挙し、影響度を決定 失敗モードの優先順位づけ 失敗モードの根本原因の確認 工程の再瀬計 新しい工程の分析と評価 再設計された工程の導入と監視
---

出典) 相馬孝博「医療安全における「分析手法」の考え方・選び方」(病院 62 巻 11 号 2003 年 11 月)より

なお、FMEA は単独で用いるよりも、「リーダーシップ」「データ及び情報の効果的活用」「手順の文書化」など FMEA の展開を支援・強化するシステムが整い、総合的な経営品質システムの一環として用いられた場合に効果を発揮する。総合的な経営品質システムに必要な要素については、MB 賞、ISO9000 の指針等に見ることができる。

図表 2-4-11 FMEA の例

大分類	小分類	工程番号	単位業務
A 輸血指示	A1 輸血決定	1	患者またはデータを見て輸血を決定
B 患者への同意を得る	B1 患者と家族への説明	2	輸血の説明をする
		3	患者から輸血の同意を得る
	B2 輸血同意書準備	4	輸血同意書の作成
C 輸血指示	C1 輸血オーダー準備	5	カルテで血液型を確認
		6	不規則抗体の有無を調べる
		7	輸血の既往を調べる
	C2 輸血伝票の記入	8	伝票に必要事項を記入する

工程番号	単位業務	単位業務の目的	誰が	エラーモード	影響	影響解析			重要度	原因	対策
						発生頻度	影響度	検知難易			
2	輸血の説明	輸血を理解してもらう	医師	説明が不十分	輸血同意が得られず、輸血ができない	3	2	2	12		
3	輸血の同意を得る	本人の同意を確認する	医師	不十分な確認	同意書の作成できず	3	1	3	9		
4	輸血同意書の作成	本人の同意を証拠として残す	看護師	作成忘れ	法的証拠がない	2	3	1	6		
				記入漏れ	法的証拠とならない	1	3	2	6		
5	カルテで血液型を確認	血液型検査済みの確認	医師	確認漏れ	輸血申込が不可能後で確認作業が必要	1	5	1	5		
6	不規則抗体の有無を調べる	過去に不規則抗体が検出されたかを確認のため	医師	見落とし							
7	輸血の既往を調べる	前回輸血時の副作用の有無の確認	医師	確認忘れ	伝票が記入できない 副作用の併発	3	5	1	15		
8	輸血伝票に必要事項を記入する	輸血の申込みをするため	医師	記入漏れ	輸血開始の遅れ	3	3	2	18	不注意	記入項目数の確認徹底
				記入誤り		2	5	3	30	思い込み	二重確認

出典) 田中健次「トラブルの未然防止に有効な手法：FMEAとは」

保健医療科学第51巻第3号

## リスクへの対応、評価

インシデント事例の分析結果は、事故の再発防止のため、職員に公表する必要がある。その際、事故の内容によって適切な公開範囲を定めるとともに、患者や職員のプライバシーには十分配慮しなければならない。そして、分析結果に基づいて検討された対応策は、職員研修、院内広報、インシデント事例集の作成等の方法によって、職員に周知徹底し、速やかに実行する必要がある。

また、リスクマネジメントの活動は、継続することが重要である。実施した対応策の有効性について評価を行い、不十分なところがあれば更に改善を図っていく“息の長い”取り組みが求められる。

以下、具体的事例として、繰り返し起きている事故、患者に重大な結果を及ぼす事故に関する分析結果とその対策を示す。

図表 2-4-12 手術室における患者誤認事故(4M-4E方式)

	MAN (人間)	MACHINE (物、機械)	MEDIA (環境)	MANAGEMENT (管理)
具体的要因 (4M)	・患者受け渡し時に患者の管理が不十分であった	・患者を引き渡すハッチェイとカルテの窓口が別々であった	・患者を識別できるものがなかった ・患者の名前を呼びかけたところ、他人の名前であるにもかかわらず患者がうなずいた	・看護師が同時に2人の患者を移送した
EDUCATION (教育)	・患者受け渡し時の手順を定め、職員への研修を行う		・患者によっては、他人の名前に打とうすることもあり得ることを研修等により、職員に周知する。	・患者の移送はひとりずつ行うこととし、職員に周知する。
ENGINEERING (技術・工学)		・カルテの受け渡しは、カルテの窓口を使用せず、ハッチェイを介して患者と同時に行う。		
ENFORCEMENT (強化・徹底)	・患者受け渡し時の手順をマニュアルに盛り込む	・交換ホールでの患者及びカルテの受け渡しの手順をマニュアルに盛り込む	・患者の了解を得て、入院時にネームタグを装着する ・患者の名前を呼びかけるのではなく、患者に名前を応答してもらう。 ・病棟スタッフと手術室スタッフが、患者の名前を復唱するようにする。	・患者の移送はひとりずつ行うことをマニュアルに盛り込む。
EXAMPLE (模範・事例)	・改定したマニュアルを配布し周知・徹底する	・改定したマニュアルを配布し周知・徹底する	・改定したマニュアルを配布し周知・徹底する	・改定したマニュアルを配布し周知・徹底する

出典)「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」より一部改変

図表 2-4-13 誤薬(注射薬剤と消毒剤)事故(SHEL モデル)

	要因	対応策
S (ソフトウェア)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要時すぐ使用できるように業務の効率化を図るため、事前に作り置きし、同じ注射器に入った注射薬剤と消毒剤を一緒に保冷庫に保管する慣習であった。</li> <li>・注射器に張ったラベルだけの識別方法であった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に作り置きしないことをマニュアルに盛り込む。</li> <li>・薬剤は、使用する直前に使う看護師が自分で準備し、すぐ使用する。</li> </ul>
H (ハードウェア)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処置用消毒薬と注射薬の注入接続部位が同じサイズで誤認すると注入可能であった。</li> <li>・消毒薬の軽量に便利な器具として、注射器を利用していた。</li> <li>・消毒薬と注射薬を用意する作業台が同じであった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機器メーカーに働きかけ、誤認しても注入できない製品の開発を依頼する。</li> <li>・消毒剤の計量に注射器を使用しない。ピペット、メスシリンダーなどを使用する。</li> <li>・消毒剤や洗浄液など、注射以外の目的でやむを得ず注射器を使用しなければならない場合は着色した注射器を使用する</li> <li>・消毒薬と注射薬を用意する作業台を分ける。</li> </ul>
E (環境)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射薬と消毒薬をすぐ使用できる状態にして同じ冷蔵庫に保管していた。</li> <li>・病棟で保管している薬剤の種類が多すぎる。</li> <li>・薬剤希釈業務が看護師担当範囲であった。</li> <li>・前夜に別の看護師が準備したものを患者に投与した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射薬と消毒薬の保管場所を分ける。</li> <li>・使用薬剤の保管場所の整理。</li> <li>・希釈業務は薬剤師の業務範囲とする。または希釈した製品を購入する。</li> <li>・準備から後片付けまで同一の看護師が行えるような勤務体制、業務分担・内容の改善。</li> </ul>
L (人間：当事者以外)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同時に注射薬と消毒剤を準備している。</li> <li>・間違えてラベルを貼った可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射薬剤と消毒剤を同時に準備しない</li> </ul>
L (人間：当事者)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘパリンナトリウム、ヒビデングルコネート液は無色透明で同じ注射器を使用していたため、間違えた可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消毒剤には同じ種類の注射器を使わない。</li> </ul>

出典)日本看護協会「組織でとりくむ医療事故防止～看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン～」より

## 4 - 2 院内感染

### (1)院内感染対策の整備

医療施設において、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）やバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）等の耐性菌、あるいはセラチアのような弱毒菌による院内感染の事例が多発している。また、アジアを中心とした重症急性呼吸器症候群（SARS）流行の際は院内感染を防ぐことが特に重要とされた。わが国の院内感染の取り組みはまだ十分なものではなく、欧米諸国と比べて遅れているところも多い。各医療施設をはじめ、自治体、国、関係団体・学会がそれぞれ対策を進めていく必要がある。

#### 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

平成 11（1999）年、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、感染症法）が施行された。現在、感染症対策は、感染症法と結核予防法に基づいて行われている<sup>9</sup>。

これまでのわが国の感染症対策の中には、効果・効率性の観点から必ずしもふさわしくないものもみられたが、感染症法の施行により、合理的な感染症対策が進められることになった。

#### 感染対策有識者会議報告書

平成 15 年 9 月、厚生労働省に設置された感染対策有識者会議において報告書が策定された（「感染対策有識者会議報告書 - 今後の院内感染対策のあり方について - 」）。

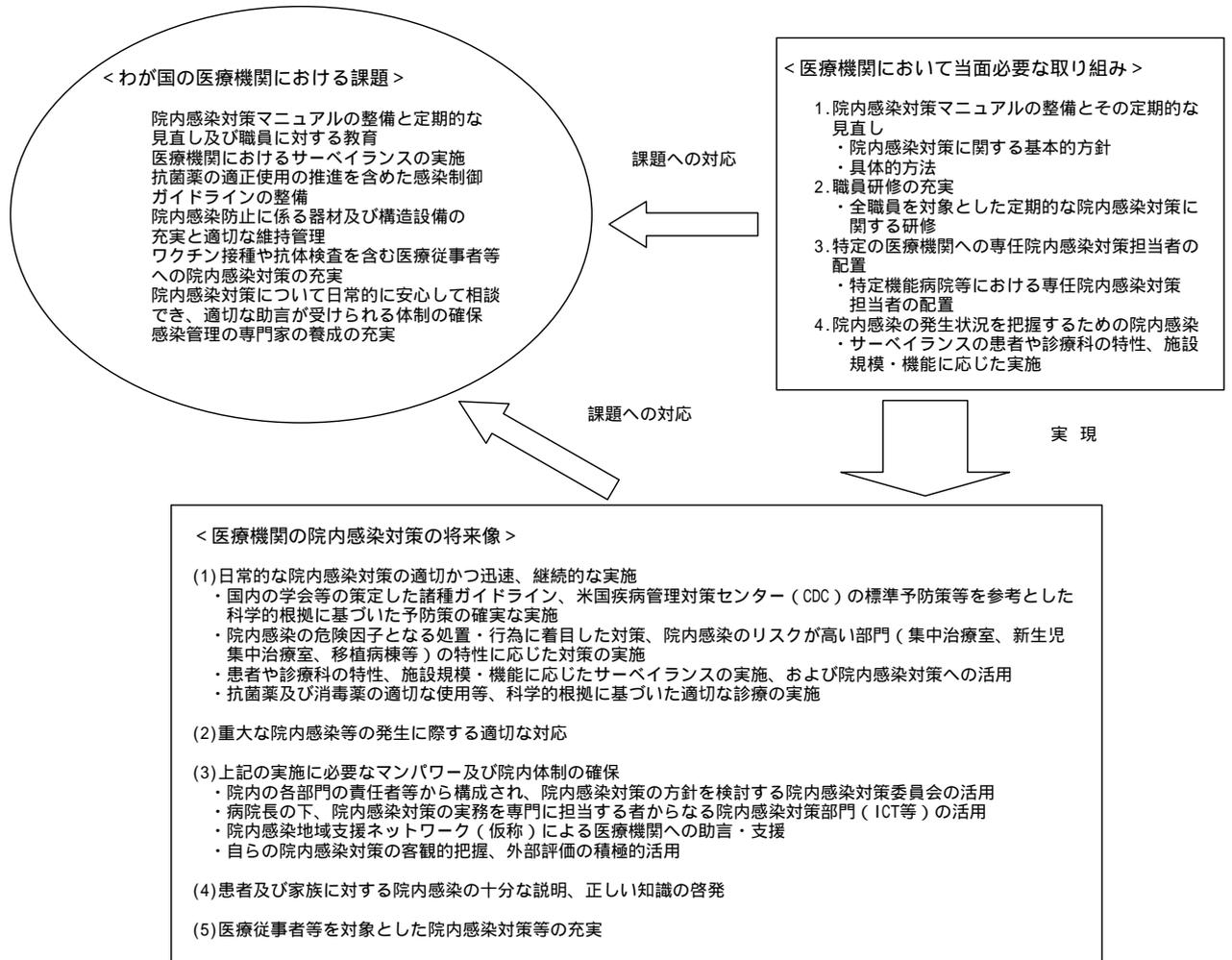
報告書では、わが国における院内感染対策の現状をふまえ、医療機関における院内感染対策の実施をめぐる課題を挙げている。報告書では、今後目指すべき新たな院内感染対策のグランドデザインを描くとともに、その実現に向けて医療機関等が当面取り組むべき事項についてとりまとめている。

#### 医療法施行規則改正

上記報告書を受け、平成 15 年 11 月 5 日、医療法施行規則の改正が行われ、特定機能病院の管理者の行うべき事項として、「専任の院内感染対策を行う者」（以下、専任院内感染対策担当者）を配置することが追加された（平成 16 年 1 月 1 日より施行）。専任院内感染対策担当者は、当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、医師、歯科医師、薬剤師または看護師のうちのいずれかの資格を有していること、院内感染対策に関する必要な知識を有していることが必要とされている。

<sup>9</sup> 感染症法施行前は、伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律があった。

図表 2-4-14 医療機関における課題と今後の取り組み



出典)「感染対策有識者会議報告書 - 今後の院内感染対策のあり方について - 」より UFJ 総合研究所作成

## 行政の取り組み

その他、厚生労働省では院内感染対策の充実のため次のような事業を行っている。

図表 2-4-15 厚生労働省の院内感染の取り組み

<p><b>院内感染対策講習会の開催</b></p> <p>医療従事者への院内感染に関する教育・研修の充実を目的として、医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師を対象に開催されている。講習修了者が各医療施設における院内感染対策部門（ICT）の主要メンバーとなることが期待されている。</p> <p><b>院内感染サーベイランス事業の実施</b></p> <p>平成 12 年 7 月より、薬剤耐性菌の発生状況、感染率等を把握するため、全国の参加医療施設（平成 14 年 9 月 25 日現在 518 施設）から提供された情報の解析・評価及び情報提供を実施している。集中治療部門（ICU）、検査部門、全入院患者部門（MRSA、VRE 等による感染症を引き起こしている患者等についての発生動向）、外科手術部位感染部門、新生児集中管理部門（NICU）がある。</p> <p><b>院内感染対策施設・設備整備費補助金</b></p> <p>医療施設等施設整備費補助金の一環として、病室の個室化、個室の空調の整備及び自動手指消毒器の整備のための施設・設備整備費の補助が行われている。</p>
---

## 米国疾病対策予防センター（CDC）について

疾病対策予防センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）は、1946 年に米国の連邦政府機関として創設され、保健福祉省（Department of Health and Human Services : HHS）の下に設置されている。

CDC は感染症対策に関する多数のガイドラインを策定しており、わが国の感染症対策の参考にされている。

## (2) 感染管理

### EBM に基づいた感染管理

今日の医療では「根拠に基づいた医療（evidence based medicine : EBM）」が求められている。EBM とは「診ている患者の臨床上的疑問点に際して医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床評価を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」を表し、厚生労働省は、平成 11 年 3 月の医療技術評価推進検討会報告書の中で EBM の推進を提言している。

感染管理についても、EBM に基づいて行われる必要があり、これまでの経験や慣習だけに頼った対策は、誤ったもの、無駄なものあるいは過剰なものはないかもう一度見直す必要がある。

図表 2-4-16 不適切な院内感染対策の例

(業務全般)

- ・病棟業務では足が蒸れないように「ナースガール」を履いている
- ・ナースキャップ やスカート、長袖の白衣を着用している
- ・定期的に病棟で落下細菌の検査を実施している
- ・サブリングの終了した真空採血管を素手で取り扱っている
- ・感染予防のガウチを複数回着回して、1日1回～数回の頻度で交換している
- ・手術時の持針器の受け渡しを直接手から手に行っている
- ・医師、看護師が術前の手洗いを硬めのブラシとスクラブ剤を用いて10分間ブラッシング処理している
- ・結核疑いの患者を普通の個室でサージマスクを装着して診療・介護をしている
- ・単純X線写真で空洞のある結核疑いの患者の喀痰採取を一般外来処置室で行っている
- ・検温で巡視の際に使用した聴診器を消毒しないで使い回している

(消毒・滅菌)

- ・感染症患者の退出後病室の床や天井を消毒用アルコールで噴霧消毒した
- ・病室の液体石鹸を同じ容器に継ぎ足している
- ・ディスプレイカバー手袋の上から手指消毒を行っている
- ・ベイスン法(洗面器に消毒薬を入れ手もみ洗いする方法)で手指消毒をしている
- ・新生児にMRSAが付かないようにグルコン酸クロルヘキシジン浴を定期的実施している

(医療器具)

- ・尿路カテーテルを感染防止のために定期的に交換している
- ・患者の除毛処置をカトリによる剃毛法で実施している
- ・尿路カテーテル挿入患者を検査のために移動する際に患者の腹に採尿パッドを置いている

(環境対策)

- ・手術室入室時に専用のガールに履き替えることになっている
- ・手術室・ICU・NICU・血管造影カテーテル室の出入り口に粘着マットを敷いている
- ・定期清掃として病室の壁をグルタールで清拭消毒している
- ・防湿の床清掃に毎日消毒薬を用いている

(調剤)

- ・0.9%生理食塩水を50mL作成し薬品保冷庫で保管し24時間以内に消費している
- ・中心静脈栄養の輸液製剤を病棟で一般輸液製剤と同様に調剤している

出典) 満田年宏「ナースのための院内感染対策 CDC ガイドラインを中心に考える基本と実践」より UFJ 総合研究所改変

## 感染管理の基本的考え方

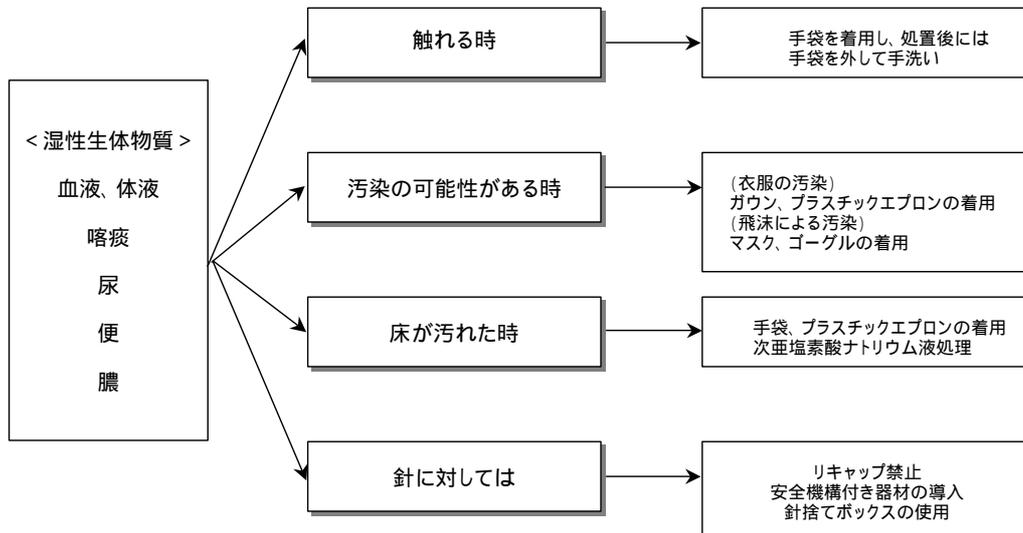
1996年、CDCが発表した「Guideline for isolation precautions in hospital」によって、「標準予防策」「感染経路別予防策」が示された。これが現在の感染管理の基本的な考え方となっているので、医療機関内の院内感染対策マニュアル等への記載が望ましい。

### 1) 標準予防策（スタンダードプレコーション）

標準予防策は、すべての患者を対象とし、汗を除く全ての湿性生体物質（血液、体液・分泌物・排泄物、傷のある皮膚、粘膜）は感染の危険があるという考え方に基づいている。

標準予防策の基本方針は、適切な手洗い、血液および体液への接触の予防、針刺しインシデントの防止の3つとなっている。

図表 2-4-17 標準予防策の基本方針



出典) 各種資料より UFJ 総合研究所作成

特に、「手洗い」については、院内感染対策のうちで最も重要な役割を果たすものとして、重要性が強調されている。「手洗い」の種類には、日常的手洗い、衛生的手洗い、手術時手洗いの3つがある。

図表 2-4-18 手洗いの種類

種類	目的	場面	方法と留意点
日常的手洗い	汚れ及び一過性微生物の除去	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出勤時</li> <li>・食事をする時</li> <li>・トイレの後</li> <li>・見た目に手が汚れている時</li> <li>・無菌操作を伴わない通常の診察や看護の前後</li> <li>・一般清掃の後</li> <li>・手袋の着用前後 等</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.石鹸あるいは界面活性剤を用いて 10～15 秒間以上洗う</li> <li>2.手を流水で濡らし、洗浄剤を手に取り、手の全体になじませる</li> <li>3.10～15 秒間、両手をよくこすり、手指の表面を全てこすり洗いする</li> <li>4.流水で完全にすすぎ流し、乾燥させる</li> <li>5.手洗い設備にペダル式の開閉栓あるいは自動的開閉栓がない場合、手が再汚染されないよう、ペーパータオルを用いて蛇口を止める</li> </ol>
衛生的手洗い (手指消毒)	一過性微生物の除去あるいは殺菌	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者と密接に接触する診察や処置の前後</li> <li>・カテーテル、IVH 処理、気管内吸引、包帯交換、侵襲手術等の無菌操作を行う前後</li> <li>・血液、体液、排泄物等で汚染された器具・器械を取り扱った後</li> <li>・汚れたりネンや感染症患者のリネンを取り扱った後</li> <li>・清潔病室、隔離病室の入退出時</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.手指消毒薬 3～5ml を用いて 10～15 秒間以上手指をこすり洗う</li> <li>2.機械的作用だけでなく、必要な抗菌作用を得るには、手指消毒薬との十分な接触時間が必要で、洗浄時間は重要</li> <li>3.手指に著しい汚染がない比較的きれいな手は、設備がない場面で、アルコール含有の手指消毒薬の使用も可能</li> <li>4.手指がひどく汚染されている場合には、アルコール含有の手指消毒薬を使用する前に、物理的な汚れ除去のため流水下手洗ひまたは、界面活性剤を含有するペーパータオルで拭き取る</li> </ol>
手術時手洗い	一過性微生物の除去や殺菌および皮膚常在菌を著しく減少し、抑制効果を持続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術時</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.アルコール含有の手指消毒薬を 20 秒間以上かけて擦り込み、手指を消毒する</li> </ol>

出典) 日本看護協会「感染管理に関するガイドライン」その他資料より作成

## 2) 感染経路別予防策

感染経路別予防策は、MRSA・インフルエンザ・結核など「伝染性の強い、あるいは付加的な感染防止対策が必要な、疫学的に重要な病原体が感染・定着している患者」を対象に、標準予防策に加えて講じるべき対策である。

院内感染対策として、感染経路を理解し、遮断していくという考え方に基いており、接触感染予防策、飛沫感染予防策、空気感染予防策の3種類がある。

図表 2-4-19 感染経路別予防策

	接触感染予防策	飛沫感染予防策	空気感染予防策
病原微生物	多剤耐性菌（MRSA 等） ウイルス性出血熱、膿痂疹、疥癬、単純ヘルペスウイルス等	インフルエンザ 菌、髄膜炎菌、 マイコプラズマ、風疹ウイルス、 ジフテリア 等	結核、水痘（带状疱疹） 麻疹ウイルス 等
手袋	・部屋に入る時手袋を着用 ・汚染物に触った後は交換 ・部屋を出る際は外し、アルコール系手指消毒薬で衛生的な手洗いをする	-----	-----
マスク	-----	・患者の 1 m 以内で働くときにはサージ マスク着用	・部屋に入る際には N95 微粒子マスク着用（結核）
ガウン	・患者に接触しそうな時は、部屋に入る時に着用し、部屋を離れる時に脱ぐ	-----	-----
器具	・できれば専用にする ・他患者に使用前に消毒	-----	-----
患者配置	・個室隔離あるいは集団隔離あるいは病原体の疫学と患者人口を考えて対処	・集団隔離あるいは 1 m 以上離す	・個室隔離（陰圧、1 時間 6～12 回以上換気、フィルター処理後院外排気） ・ドアは閉めておく ・移動は病室内に制限
患者移送	・不可欠な目的の場合だけに制限する	・不可欠な目的の場合だけに制限する ・必要な時患者にサージ マスク着用	・不可欠な目的の場合だけに制限する ・必要な時患者にサージ マスク着用（SARS では N95 以上の規格の微粒子マスク）

出典) 各種資料より UFJ 総合研究所作成

### (3)情報の収集・分析

院内感染を防ぐためには、医療事故防止と同様、定期的に感染情報を収集・分析し、対策の策定に役立つ必要がある。更に、場合によっては、手術室、ICU 等のエリア別、医療用具、白衣等の物質別サーベイランスを実施することも重要であろう。

図表 2-4-20 院内感染対策のために情報する収集

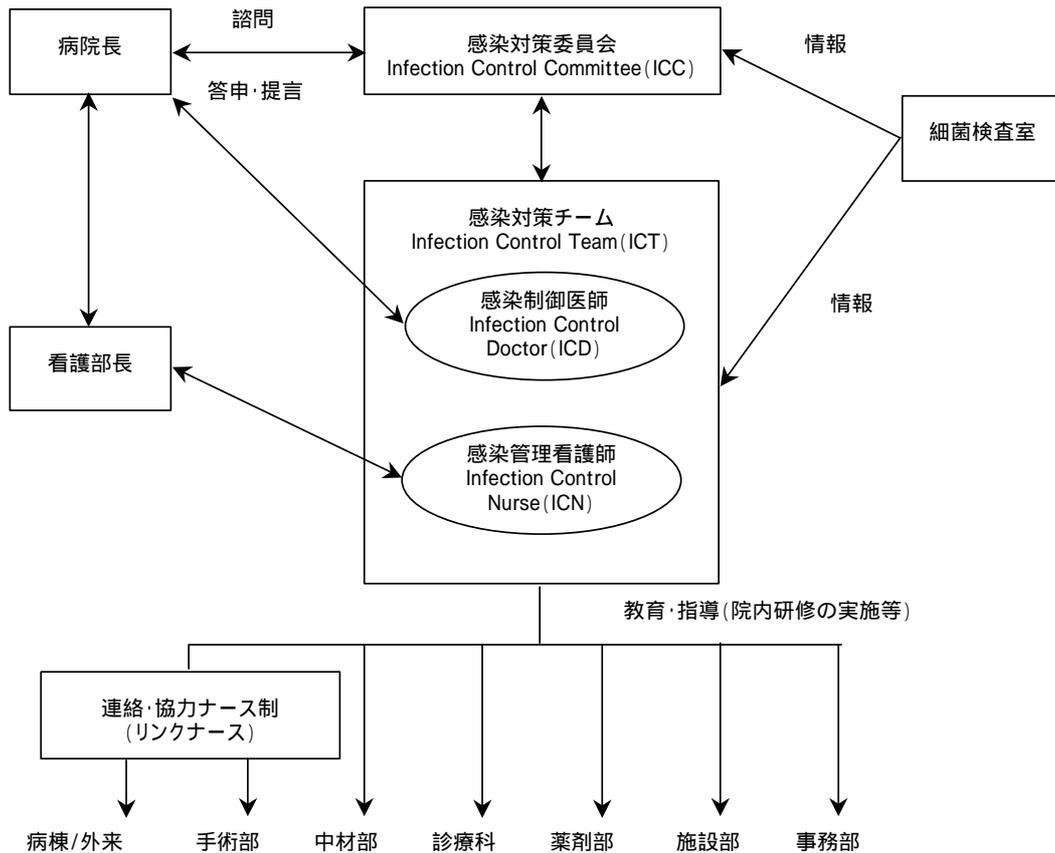
<p>&lt; 感染情報 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内での感染症の発生状況</li> <li>・ 感染保菌者の入院状況</li> <li>・ （場合によっては）医療従事者の感染情報</li> <li>・ 対象とする感染症の種類（結核、MRSA、肝炎ウイルス、HIV、疥癬、麻疹、水痘、インフルエンザなど入院患者での感染性ウイルス感染症 等）</li> </ul> <p>&lt; 感染防止対策の実施状況について &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療現場での汚染物の管理状況</li> <li>・ 点滴ライン管理、混注手順の管理など</li> <li>・ Standard Precaution の周知度</li> <li>・ 日和見感染発生時の治療管理</li> <li>・ ガウンテクニックの適用</li> <li>・ 消毒用アルコール綿の管理など</li> <li>・ 洗浄・滅菌手順の管理</li> <li>・ 創傷処置</li> <li>・ 抗生物質の使用状況</li> <li>・ 感染患者あるいは疑感染者の隔離手順</li> <li>・ 針刺し事故防止対策の実施状況</li> </ul>
--

出典) 福田剛久、高瀬浩造編 『医療訴訟と専門情報』

#### (4)マンパワー及び院内体制の確保

このような対策を実施するためには、適切なマンパワー及び院内体制の確保が重要となる。院長のリーダーシップの下に院内を組織化し、感染管理担当者である医師や看護師が中心となって、病院全体で取り組んでいくことが必要とされている。

図表 2-4-21 院内感染管理の体制



出典) 日本看護協会「感染管理に関するガイドブック」より一部改変

## 4 - 3 医療事故への対応

### (1)医療事故による法的責任

医療事故によって発生しうる法的責任には、「民事上の責任」「刑事上の責任」「行政上の責任」がある。このうち、「民事上の責任」については、通常、患者側が医療従事者及び医療機関に対して、債務不履行（民法第 415 条）あるいは不法行為（同 709 条）構成によって、損害賠償を請求するものとなっている。医療側の過失責任が認められた場合には損害賠償を支払うことになるが、医療機関にとっては、患者の信頼を失うなど経済的損害に留まらない影響を受けることになる。

図表 2-4-22 医療事故による法的責任

<p>&lt; 民事上の責任 &gt; 損害賠償（民法第 415 条：債務不履行、同 709 条：不法行為）</p> <p>&lt; 刑事上の責任 &gt; 業務上過失致死傷罪（刑法第 211 条）</p> <p>&lt; 行政上の責任 &gt; 注意、戒告、保険医療機関の指定取消、保険医登録の取消 （健康保険法第 43 条の 5） 医業停止処分、医師免許取消（医師法第 7 条）</p>
---

### (2)医療事故が起きてしまった時の対応

医療事故が起きてしまった時は、どのような事故であっても、患者の生命及び健康と安全を再優先に考え行動することが大原則である。その上で、速やかに下記の対応を実施する。注意すべきであるのは、医療事故によって必ず医療紛争が起こる訳ではなく、医療紛争が医療訴訟に至るとも限らないことである。患者及びその家族は、なぜ医療事故が起こったのか真実を知りたい、再び事故が起こらないようにしてほしいという気持ちを持っている。医療従事者がその気持ちを真摯に受け止め、誠実な対応をしているかどうか、その後の患者との関係を左右していると言えよう。

図表 2-4-23 医療事故が起きた時の対応

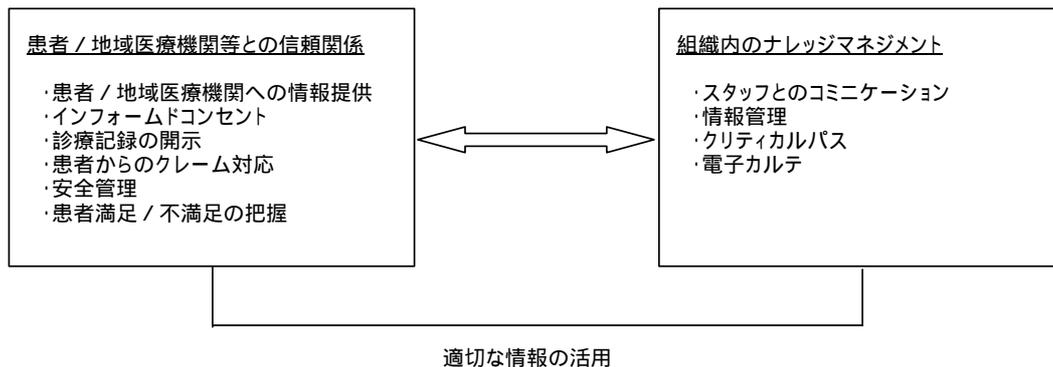
<p>必要な処置の実施 患者本人への説明、家族への連絡・報告 直ちに必要な処置を行った上で、患者本人への説明及び家族への連絡・報告を行う。その際、ウソや言い訳、憶測は決して述べてはならず、医学的な見地からの事実を率直に説明することが重要である。</p> <p>事故調査 訴訟準備 訴訟になる可能性をふまえ、早めに法律上のアドバイスを受け、訴訟準備（証人確保、証拠保全、保険会社への連絡等）を行う。</p>
--

## 5 . 情報マネジメント

医療施設では、診療に関する情報、財務に関する情報、顧客（患者）に関する情報、職員に関する情報、対外的に発信する情報等さまざまな情報を取り扱っている。経営上の意思決定を行うためにも、多様な情報を正しく把握し、分析していくことが必要である。経営組織体として、適切な情報マネジメントを実行していくことが重要である。経営品質を上げていくためには、患者（顧客・市場）との信頼を高めるための情報のあり方、保護すべき情報のあり方、業務プロセスを適切に行うための情報のあり方についての適切な管理が求められている。

医療施設の経営において、患者、地域医療機関および医療機関内に関する情報やデータの適切な管理、及び効果的な活用は中心的な課題である。情報のマネジメントを通して、患者のニーズを捉え、患者の信頼と満足度を上げていくことが重要である。

図表 2-5-1 医療施設の情報マネジメント



出典) UFJ 総合研究所作成

MB 賞の審査基準においては、「患者 / 顧客との信頼関係」「患者 / 顧客満足の把握」「データや情報の入手可能性」「組織のナレッジ」が重視されている。また、MB 賞やそれを基に創設された日本経営品質賞の枠組みをみると、情報マネジメント、ナレッジマネジメントは主要なカテゴリーのひとつとなっている。

情報マネジメントという場合、それは必ずしも大規模で高額なシステムを要求するものではない。組織の中で規模や業務内容にふさわしい仕組みをつくり、職員全員が運営し、更なる改善を目指して努力し続けることが重要である。

ところで、JCAHO やコードマン賞と、MB 賞の違いのひとつに、受賞病院の情報開示を重んじている点があり、MB 賞受賞病院は、活動内容や受賞理由の情報を公開しなければならないことになっている。これらのベストプラクティスとしての情報を、他の病院が学び、自らの施設経営に活かすことによって、全体としての「経営品質」が高ま

っていくことが期待されているので、組織運営を考える際の参考にするとよいだろう。

図表 2-5-2 MB 賞の審査基準(情報マネジメント)

<p><b>患者 / 顧客との信頼関係</b></p> <p>(1)患者や顧客を獲得し、患者や顧客の期待に応え、信頼を増し、組織との将来の関係を確保するために、また積極的な推奨が得られるようにするために、どのように顧客との関係を築きあげているか</p> <p>(2)患者や他の顧客が情報を入手し、サービスを獲得し、苦情を述べることができる、主要なアクセスの仕組みはどのようなものか 患者や顧客のアクセス形態に応じた鍵となる顧客の接触に係る要求をどのように把握・認識しているか これらの接触に係る要求が、顧客対応全体に携わるすべての人々やプロセスに展開されているかについて、どのように確認しているか</p> <p>(3)苦情プロセスはどのようにになっているか 苦情処理に関して、どのように効果的かつ迅速に解決しているか 苦情処理に関して、どのように苦情を収集、分析し、組織全体やパートナーの改善に活用しているか</p> <p>(4)患者 / 顧客関係を構築し、患者 / 顧客へのアクセスを提供するためにどのようなアプローチをとって、ビジネスのニーズと方向性に適合させているか</p> <p><b>患者 / 顧客満足の把握</b></p> <p>(1)どのように患者・顧客の満足・不満足を把握しているか 患者 / 顧客グループ間でどのように評価測定方法が異なるか 患者や顧客のニーズ、将来の事業の確実性、積極的な推奨をえるために活用できる実行可能な情報について、その評価尺度ではどのように捉えているか 患者や顧客の満足・不満足情報をどのように改善のため捉えているか</p> <p>(2)迅速で実行可能なフィードバックの実施のために、ヘルスケアサービスに関して患者や顧客をどのように追跡調査しているか</p> <p>(3)競合者、同種のヘルスケアサービス組織、そしてベンチマークとの比較のために、患者や他の顧客満足に関する情報をどのようにして適切に入手し、使用しているか</p> <p>(4)患者 / 顧客満足度を把握するために、どのような方法でヘルスケアサービスのニーズとその方向性に適合させ続けているか</p> <p><b>データおよび情報の入手可能性</b></p> <p>(1)必要なデータや情報をどのように入手しているか どのようにしてスタッフ、供給業者、パートナー（連携）機関、患者や顧客がそのデータや情報にアクセスできるようにしているか</p> <p>(2)ハードウェア、ソフトウェアの信頼性、安全性およびユーザーサポートをどのように確保しているか</p> <p>(3)ハードウェア、ソフトウェアを含めて、システムデータや情報の有効性の仕組みをどのように、ヘルスケアサービスのニーズや方向性に合わせているか</p> <p><b>組織のナレッジ</b></p> <p>(1)組織的なナレッジマネジメントをどのように行っているか ・スタッフのナレッジの集約と伝達方法 ・患者や顧客、供給業者、パートナーからの信用できるナレッジの伝達 ・ベストプラクティスの認識と共有</p> <p>(2)データ、情報、組織の熟知度について、以下の点をどのように確保しているか ・統合性、タイムリー性、信頼性、安全性、正確性、機密性</p>
---

出典) 小山秀夫「マルコム・ボルドリッジ米国品質賞 ヘルスケア(医療・福祉組織)部門審査基準の概要」より

## (1)患者との信頼関係

### 患者が知りたい情報の提供

これからの患者と医療施設のあり方については、患者自ら医療情報を収集・活用して医療施設を選択していくことによって、医療施設側が医療の質やサービスの向上を競い合う結果、医療の重点化・効率化と質の向上が進むことが目指す姿とされている。医療施設は、患者から選ばれる医療施設になるために、患者が知りたい情報について、分かりやすく提供していく必要がある。

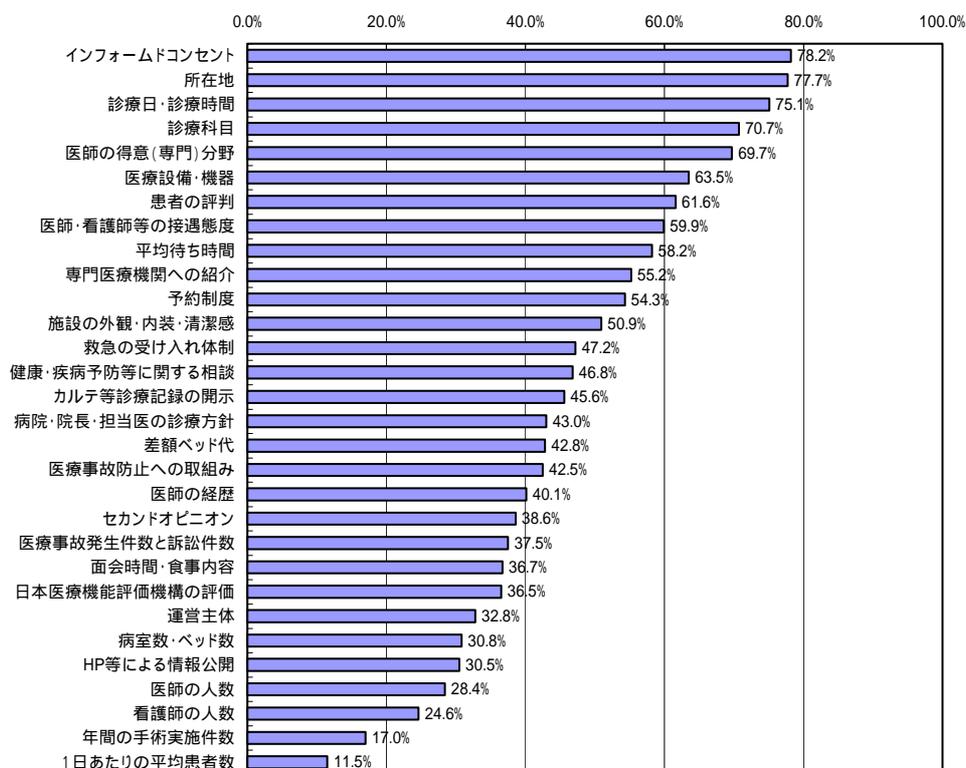
#### 1)患者が知りたい情報は何か

医療施設を選ぶ際に患者がほしい情報は何か。

平成 14 年 2 月、保険者機能を推進する会によって実施された調査によれば、医療施設を選ぶ際に知りたい情報について、「インフォームドコンセント」が 78.2%と最も多くなっている。次いで、「所在地」(77.7%)、「診療日・診療時間」(75.1%)、「診療科目」(70.7%)の順となっている。その他、「医師の得意(専門)分野」「医療設備・機器」「患者の評判」「医師・看護師等の接遇態度」「平均待ち時間」「専門医療機関への紹介」「予約制度」「施設の外観・内装・清潔感」が半数を超えている。

所在地、診療日・診療時間を始めとする基本的情報のほか、「インフォームドコンセント」や「患者の評判」「医師・看護師等の接遇態度」があがっていることから、患者が医師や看護師からの丁寧な説明と対応、良好なコミュニケーションを望んでいることが分かる。

図表 2-5-3 医療施設を選ぶ際に知りたい情報(複数回答)



注) 36 健康保険組合の被保険者を対象としたアンケート調査。回答率 54%、有効回答数 34,000 件、平成 14 年 2 月実施

出典) 保険者機能を推進する会による調査

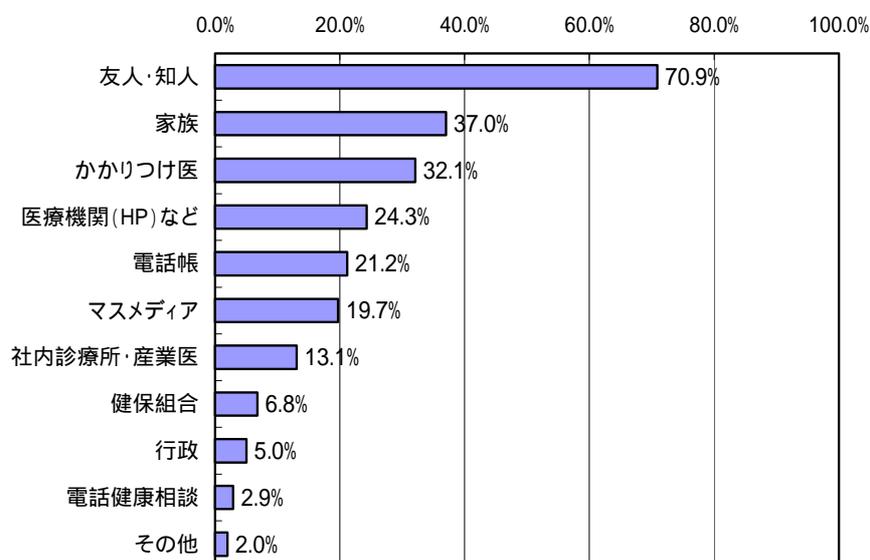
## 2) 情報提供のツール

患者に情報を提供する場合、最も効果的かつ効率的なツールを選ぶ必要がある。

患者が医療施設を選ぶ際の情報入手先について、保険者機能を推進する会の調査では、「友人・知人」が 70.9%と最も多くなっている。次いで、「家族」(37.0%)、「かかりつけ医」(32.1%)、「医療機関(HP)など」(24.3%)となっている。

患者の家族、友人・知人および地域医療機関等に推薦してもらえるような病院となるよう努めるとともに、医療施設自ら積極的に情報を提供していく必要がある。

図表 2-5-4 医療施設を選ぶ際の情報入手先



注) 36 健康保険組合の被保険者を対象としたアンケート調査。回答率 54%、有効回答数 34,000 件、平成 14 年 2 月実施

出典) 保険者機能を推進する会による調査

医療施設がこれらの情報を伝えていくツールとして、駅看板、折込チラシ、電話帳、コマーシャル、インターネット、院内掲示、パンフレットの活用等があげられる。

このうち、駅看板、折込チラシ、電話帳、コマーシャル等の「広告」については、「医療機関が不特定多数に対し、患者誘引の目的を持って行い、患者側の意図にかかわらず情報が提供されるもの」として、利用者保護の観点から、医療法の規定により限定的に認められた事項以外の広告は原則として禁止されている。

図表 2-5-5 医療に関する広告の内容

<p>&lt;従来より認められていた事項&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師又は歯科医師である旨</li> <li>・ 診療科名</li> <li>・ 病院等の名称、電話番号、所在地</li> <li>・ 診療に従事する医師、歯科医師の氏名</li> <li>・ 診療日または診療時間</li> <li>・ 入院設備の有無</li> <li>・ 保険医療機関、救急病院等</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内案内</li> <li>・ 療養型病床群の有無</li> <li>・ 開放型病院、紹介外来型病院、緩和ケア病棟の有無</li> <li>・ 予約診療、休日診療、往診</li> <li>・ 他の医療機関への紹介の実施</li> <li>・ 訪問看護</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療</li> <li>・ 入院患者に対して提供する役務</li> <li>・ 医師、看護師の員数</li> <li>・ 病床数、病室数</li> <li>・ 病室、機能訓練室等に関する事項</li> <li>・ 併設施設の名称</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供していること</li> <li>・ 財団法人日本医療機能評価機構が行う病院機能評価の結果</li> <li>・ 治験に関する事項</li> <li>・ 医師、歯科医師の略歴、年齢、性別</li> <li>・ 共同利用することができる医療機器</li> </ul>	<p>&lt;H14年規制緩和により認められた事項&gt;</p> <p>医療の内容に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門医の認定</li> <li>・ 治療方法</li> <li>・ 手術件数</li> <li>・ 分娩件数</li> <li>・ 平均在院日数</li> <li>・ 疾患別患者数</li> </ul> <p>医療機関の構造設備・人員配置に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師・看護師等の患者数に対する配置割合</li> <li>・ 売店、食堂、一時保育サービス等</li> </ul> <p>医療機関の体制整備に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ セカンドオピニオンの実施</li> <li>・ 電子カルテの導入</li> <li>・ 患者相談窓口の設置</li> <li>・ 症例検討会の開催</li> <li>・ 入院診療計画の導入</li> <li>・ 医療安全のための院内管理体制</li> </ul> <p>医療機関に対する評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ (財)日本医療機能評価機構の個別評価結果</li> </ul> <p>医療機関の運営に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床利用率</li> <li>・ 理事長の略歴</li> <li>・ 外部監査</li> <li>・ 患者サービスの提供体制に係わる評価 (ISO9000s)</li> </ul> <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関のホームページアドレス</li> <li>・ 次に掲げる医療機関である旨 公害健康被害の補償等に関する法律の公害医療機関 小児救急医療拠点病院 エイズ治療拠点病院 特定疾患治療研究事業を行っている病院 等</li> </ul>
--	--

出典) 各種資料より UFJ 総合研究所作成

したがって、広告することが認められている事項以外の情報を伝える場合、あるいは病院のオリジナリティを發揮したい場合は、ホームページ、院内掲示、パンフレット等を活用することになる。

インターネットの普及により、医療施設のホームページは、重要な広報手段のひとつとなっている。例えば、1996年3月という早い時期からホームページを開設している恵寿総合病院では、病院の理念、基本方針、所在地、診療体制、施設の案内のほか、(財)日本医療機能評価機構による評点、認定報告書の内容及び指摘事項、指摘事項に対する対策等を掲載している。同院では、ホームページの役割として、「アナウンスメント」「患者とのインタラクション」「患者サービスのツール」「医療の質の担保」「職員確保のツール」の5つをあげている。

図表 2-5-6 ホームページの役割(恵寿総合病院)

<ol style="list-style-type: none"><li>1. アナウンスメント<ul style="list-style-type: none"><li>・病院の理念、基本方針、所在地情報、診療体制、施設の案内</li><li>・自院に関する報道記事</li></ul></li><li>2. 患者とのインタラクション<ul style="list-style-type: none"><li>・1996～1999年まで「医療相談コーナー」を開設。現在は「医療情報Q&amp;Aコーナー」</li></ul></li><li>3. 患者サービスのツール<ul style="list-style-type: none"><li>・お見舞いメールサービス 入院患者の家族・知人からのメールを受け付けプリントアウトしたものを本人に手渡しするもの</li><li>・宅配便受付サービス 入院予約者が所定の住所に宅配便を発送すると入院当日まで病院が荷物を保管し、入院時に病室まで配達するもの</li></ul></li><li>4. 医療の質の担保<ul style="list-style-type: none"><li>・(財)日本医療機能評価機構による評点、認定報告書の内容、指摘事項に対する対策、受審2年後の段階での対策・計画</li><li>・関連施設を含めた「けいじゅヘルスケアシステム」のサービスに関する満足度調査の結果</li><li>・クリティカルパスに関する情報</li></ul></li><li>5. 職員確保のツール</li></ol>
---

出典) 神野正博「わが病院の医療情報発信とホームページの活用戦略」病院 60 巻 7号,2001年7月より

ホームページは、ただ立ち上げればよいというものではなく、コンテンツ(内容)が充実している必要があるが、そのためには広報活動の一環として外部に公開できるような情報を数多く持っていることが前提となる。すなわち、日頃から、病院の本業である医療の質を向上させていくことが最も重要である。

ただし、ホームページにはわざわざ見ようと思った者しか見ることができないという側面がある。また、ホームページを見た者が必ずしも患者として来院する可能性の高い地域住民であるとは限らない。そのため、あまり多くのコストをかけ過ぎない方がよい。

一方、多くの患者に一度に情報を提供するには、院内掲示やパンフレットが有効である。これらを目にする者は、何らかのきっかけで病院に足を運んだり関心を持ったりしている者であるから、必要な情報を分かりやすく提供することによって、再度来院や家族・知人への紹介につながる可能性が高い。

しかし、現状では、院内掲示やパンフレットを重視していない病院も多い。患者が知りたい情報が掲示されていない、あるいは掲示されていたとしても字が細かすぎて見えない、分かりにくい、待合室にパンフレットが置かれていないなどの状況がないか一度見直しをされたい。

## インフォームドコンセント

インフォームドコンセントは「説明と同意」と訳され、患者は自らの病気や医療行為について「知る権利」があり、治療方法について自分で「決定する権利」を有していることを示している。

つまり、医師や看護師をはじめとする医療従事者は、病気や治療行為について、患者が理解できるような説明をしなければならない。また、ひとりの医師の判断だけでなく、別の医師の意見（セカンドオピニオン）を聞きたいという考えは尊重されなければならない。

インフォームドコンセントの概念は米国で生まれたものであるが（1973年アメリカ病院協会「患者の権利章典」）、最近では我が国の多くの病院において「患者の権利章典」が制定されている。

図表 2-5-7 患者権利章典の例(都立病院)

- 1 .だれでも、どのような病気にかかった場合でも、良質な医療を公平に受ける権利があります。
- 2 .だれもが、一人の人間として、その人格、価値観などを尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで医療を受ける権利があります。
- 3 .病気、検査、治療、見直しなどについて、理解しやすい言葉や方法で、納得できるまで十分な説明と情報を受ける権利があります。
- 4 .十分な説明と情報提供を受けたうえで、治療方法などを自らの意思で選択する権利があります。
- 5 .自分の診療記録の開示を求める権利があります。
- 6 .診療の過程で得られた個人情報の秘密が守られ、病院内での私的な生活を可能な限り他人にさらされず、乱されない権利があります。
- 7 .研究途上にある医療に関し、目的や危険性などについて十分な情報提供を受けたうえで、その医療を受けるかどうかを決める権利と、何らの不利益を受けることなくいつでもその医療を拒否する権利があります。
- 8 .良質な医療を実現するためには、医師をはじめとする医療提供者に対し、患者さん自身の健康に関する情報をできるだけ正確に提供する責務があります。
- 9 .納得できる医療を受けるために、医療に関する説明を受けてもよく理解できなかったことについて、十分理解できるまで質問する責務があります。
- 10 .すべての患者さんが適切な医療を受けられるようにするため、患者さんには、他の患者さんの治療や病院職員による医療提供に支障を与えないよう配慮する責務があります。

出典)「都立病院の患者権利章典」より

しかし、実際には、患者はただ病名や治療方法が伝えられただけで、きちんと意味を把握していないような例もみられ、NPO や患者会には相談が寄せられている。

ある患者会によれば、「診断時に病気の説明を受けたが覚えていない」「説明が聞きなれない言葉ばかりで理解できない」といった相談が少なくないという。また、別の患者会では「セカンドオピニオンをどこに求めたらよいか」「主治医や病院を変えたい」という相談もある。

患者は、動揺のため医師の言葉が理解できなかったり、知識不足のため専門用語が分からなかったりすることがある。したがって、インフォームドコンセントとは、患

者にとって分かりやすい言葉で伝える必要があり、また、1回限りではなく、患者が医療従事者の説明内容をきちんと理解できるまで繰り返し説明をすることが必要である。

患者は自分の病気や治療方法について納得することによって、主体的な治療への参加が可能となる。また、十分な説明を受けることによって医療従事者との信頼関係が構築され、苦情やトラブルの防止にも役立つ。

#### 1)カルテ等の診療記録の開示

インフォームドコンセントの一環として、カルテ（診療録）等、診療記録の開示が議論の対象となっている。ここでいう「診療記録」とは、カルテ（診療録）、処方せん、手術記録等、「診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について作成、記録又は保存された書類、画像等の記録」を表し、「診療記録の開示」とは、患者等の求めに応じ、診療記録を閲覧に供すること又は診療記録の写しを交付することをいう。

診療記録の開示の必要性については、平成11年7月、医療審議会がまとめた「医療提供体制の改革について(中間報告)」において指摘された。その後、平成15年5月の個人情報保護法の成立によって法的基盤が整い<sup>10</sup>、厚生労働省は「診療情報の提供等に関するガイドライン」において診療情報の提供に関する一般原則等を述べたところである。

こうした動向を受け、日本医師会では「診療情報の提供に関する指針」が策定され、カルテの開示等に積極的に取り組む病院も現れている。中には、手術を撮影したビデオを患者に渡したり、手術の実況中継を家族に見せる病院もある<sup>11</sup>。

しかし、現在のところ、病院の診療記録の開示があまり進んでいるとは言えない。平成15年2月に実施された日本看護協会の調査（回答率52.1%、有効回答数3,434件）によれば、患者から請求があった場合のカルテ開示に関する規定がある病院は全体の49.2%と半数以下、民間・個人の医療機関については30.6%となっている。また、民間・個人の医療機関の約4割は「開示に関する組織的な検討体制がない」と回答しており、対応の遅れがみられる。

医療機関の中には、カルテの記載方法や開示に必要な体制づくりが進んでいないところもみられるが、患者の権利を尊重し、患者との良好な関係を築くために前向きに取り組んでいかなければならない。

---

<sup>10</sup> 法の対象となる医療機関は、原則として本人からの診療情報の開示の求めに応じる義務を負うことになった。

<sup>11</sup> 読売新聞（平成15年1月21日、10月10日）より

## 2) プライバシーマークについて

平成 10 年 4 月 1 日より、財団法人日本情報処理開発協会では、個人情報の取扱いを適切に行っている民間事業者に対して、「プライバシーマーク」の使用を認める制度を開始している。

「プライバシーマーク」とは、民間事業者が積極的に推進する自主的な規制、努力にインセンティブを与え、我が国の個人情報保護を一層促進させるための手段であるとされている。プライバシーマークの使用を認められた事業者は店頭、契約約款、説明書、宣伝・広告用資料、封筒、便箋、名刺、ホームページ等にマークを使用できる、個人は、それによって民間事業者の個人情報の取扱いが適切であることを容易に判断することが可能となる。

医療機関の中では、医療法人医誠会城東中央病院、医療法人財団河北総合病院がプライバシーマークを取得している。



A123456(78)

登録番号

## 3) 患者の情報収集支援

病気や治療について、患者がより理解を深められるように、患者や家族等に医学情報を提供している病院がある。ボランティアあるいは専門の司書が常駐しているケースもあり、インフォームドコンセントの推進に役立っている。

図表 2-5-8 患者等に医療情報サービスを提供する病院例

市町村名	病院・施設名	対象
北海道室蘭市	日鋼記念病院 健康情報ライブラリー	患者、住民
新潟県新潟市	新潟がんセンター新潟病院「からだのとしょかん」	患者、家族、一般市民
千葉県鴨川市	亀田総合病院 「患者さま情報プラザ」	患者、家族
東京都中央区	聖路加国際病院 「学習センター」	患者、家族、一般市民
東京都新宿区	東京女子医大病院 「からだ情報館」	患者、家族
東京都文京区	東大病院 「患者学習センター」	患者、家族
東京都渋谷区	日本赤十字社医療センター	患者、家族
静岡県長泉町	県立静岡がんセンター 患者のための病院図書館	患者、家族、面会者
京都府京都市	京都南病院	患者、家族、市民
大阪府大阪市	国立病院大阪医療センター「患者情報室」	患者、家族
大阪府大阪市	健康保険組合連合会大阪中央病院「情報センター」	

## 安全管理

医療事故を防ぎ、安全な医療を提供するための対策については、「人間はミスをおかす」ものであることを前提として考える必要がある。医療従事者のマンパワーだけに頼ることに限界がある中、情報技術（IT）の活用が有用である。

平成 15 年 12 月 24 日、厚生労働大臣により出された「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」では、「人」「施設」に加えて「もの（医薬品・医療機器・情報等）」を軸とした施策を示している。具体的には、「二次元コードや IC タグを使った医薬品の管理」「名称・外観の類似性評価のためのデータベースの整備」「オーダリングシステムの活用や点滴の集中管理」「患者がバーコードリーダーを所持して薬や検査時に自らが確認を行うシステム」があげられている。

## 患者からのクレーム対応

患者からのクレームは出来るだけでなくすよう努めるべきものであるが、現実に寄せられたクレームについては真摯に受けとめ、対応する必要がある。

他産業においては、クレームを取り入れて製品やサービスの改良を続け、誠実な対応をすることによって業績を伸ばしている企業がある。社員教育の一環として技術者をサービス現場に投入するなど、顧客の生の声をきき、クレームを社員全員で受容できる体制をつくり、サービスの向上を図っている。

病院も他産業と同様に、クレームを貴重な情報源と捉え、経営に活かす視点が必要とされる。例えば、院内に意見箱が設置されているかどうか、設置している意見箱が患者にとって分かりやすい位置に設置しているかどうか、寄せられた意見に対してきちんと回答しているかどうか再度確認されたい。

例えば、国立長野病院では、1998～2001 年度に意見箱に寄せられた投書を分析したところ、年間 100 件の投書があることが分かった。そのうち、最も多いのが「職員の対応」に関するもので、次に「職員や病院へのお礼」「備品について」「掃除について」が多かった。

クレームへの対応については、電話や手紙のほか、院内掲示板、病院広報誌を利用して患者や家族にフィードバックしている。また、クレームについて直接のインタビューも実施している。

クレーム収集の方法としては患者相談窓口が大きな役割を果たしており、クレームに対応することによって、投書数自体が年々減少している。

## 患者の満足 / 不満足 of 把握

患者が病院のサービスにどの程度満足しているか把握する方法として、「患者満足度調査」の実施がある。調査を実施することで、自らの病院が患者からどのように評価されているか客観的に把握することが可能となり、今後の改善点を明確にすることができるため、導入している医療施設は多い。

ただし、病院に来ている人を対象とした満足度調査は総じて満足度の高い数値が出る傾向にあるため、より患者の率直な意見を聞きたい場合には、「患者不満足度調査」とするのほひとつの方法である。

## (2) 地域医療機関との信頼関係

医療施設の場合、地域の医療ニーズに応えることは「経営品質」を高める活動のうちのひとつとなっている。

患者を紹介する地域医療機関が知りたい情報について、病院が予め積極的に情報を提供することによって、地域医療機関からの信頼を確保し、紹介率の上昇、地域連携の推進につなげることができる。

地域医療機関が知りたい情報には、患者の紹介方法、利用できる病院の設備、紹介した患者の診断結果等があるだろう。

例えば、医療法人清翠会牧病院では、平成7年度より地域医療連携の推進と大型医療機器の共同利用を目的として、画像診断機器の整備を行っており、同院の放射線科を「地域画像センター」と位置付けて、医療機関向けのパンフレット等を作成し、積極的に広報・営業活動を行っている。地域の医療機関からの検査予約は放射線科直通電話により対応している<sup>12</sup>。

また、小倉病院では、画像サーバーシステムを運用し、連携する医療機関がインターネットを通じて、紹介した患者のMRI画像を閲覧できる画像サーバーシステムを導入している。院内のパソコンだけでなく、連携医療機関のパソコンからも閲覧可能となっている。

## (3) 組織内のナレッジマネジメント

### 院内職員とのコミュニケーション

患者に選ばれる病院となるためには、クレームを含めた患者の生の声およびその分析結果を経営者自身が把握し、その後の対策に活かすことが有効である。現場で耳にした何気ない患者の一言に重要な「経営のヒント」があることも少なくない。

患者の生の声の中でも、苦情を言われたなどの失敗情報については、職員は言い出しにくいものである。これは、畑村洋太郎氏によって、ある場所で起きた失敗の情報は別の場所にはなかなか伝わっていかないという「失敗情報のローカル化」の問題として指摘されているところである。

しかし、他産業の中にはあえて失敗情報を共有し、失敗から学ぶ企業もある。

経営者自身、日頃から積極的に現場の声に耳を傾け、「ものが言いやすい雰囲気づくり」に努める必要があるだろう。

<sup>12</sup> 『医療施設経営ハンドブック』より

## 院内情報の文書化、共有化

院内のルール、会議議事録等の院内情報については、経験や慣習、記憶に頼っており、文書化されていない病院もあると言われており、知識が共有化されず、無駄なやり取りが多い状況となっている。

このような場合、まず院内にどのようなルールがあるか把握し、優先順位を付けて、文書化してみることから始める必要がある。

先進的な例として、恵寿総合病院では、関連施設を含めた「けいじゅヘルスケアシステム」において約 340 台の端末でオンライン化し、WAN (wide area network) を構築しており、その中で職員向けの情報提供のほか、各種伝票、会議・委員会議事録、マニュアル類をオンライン上で提供している。

なお、米国で MB 賞を受賞した SSM ヘルスケアも、医師がパソコン、その他デジタル機器、ポケットベル、ファックスを通じて、臨床、患者その他のデータにアクセスすることができる自動情報システムの存在、またそのシステムに接続できる医師の数が 3,200 人 (1999 年) から 7,288 人 (2002 年) に増加したことが、非常に高く評価されたポイントとなっている。

## クリティカルパス

クリティカルパスとは、「ある疾患の診療を行うにあたって、その施設において、その疾患のほとんどの患者が受ける診療行為と、たどるであろう臨床経過について、医療スタッフ間で合意を形成して診療計画を立て、その計画に従って診療行為を行い、そしてその結果を評価するシステム」とされている。

我が国では、クリティカルパスは医療の質の向上と患者中心の医療の展開を目的として導入されたものであるが、医療機関にとっても、医師や看護師の業務軽減につながる、入院期間が短縮される等、コスト削減のメリットがある。

図表 2-5-9 患者、医療機関のクリティカルパスの有用性

### <患者にとってのメリット>

- ・入院中の治療予定が分かり、対応の心構えができる (インフォームド・コンセント)
- ・初めての入院でも不安が和らぐ
- ・患者の自己管理が向上する
- ・医療スタッフとのコミュニケーションが増し、医師や看護師などとの信頼関係が向上する
- ・退院の予定が立てられる
- ・入院費を事前に推測できる
- ・病院の比較に利用できる

### <医療機関にとってのメリット>

- ・計画性のある標準的な医療が提供できる
- ・医師や看護師の業務軽減につながる (指示の簡略化、記録システムの工夫)
- ・うっかりミスが減少し、医師や看護師が変わっても同様の医療が継続できる
- ・医師・看護師、その他医療従事者の役割分担が明らかになる
- ・標準からの逸脱を発見しやすく、早期に対応できる
- ・パスの作成・運営により医療従事者間の協調性が高まる
- ・入院期間が短縮する
- ・治療費が削減される
- ・新人や学生の教育に利用可能である
- ・種々のデータを整理しやすい

ただし、クリティカルパスには、「作成と導入に労力と時間が必要であること」「治療法が固定化する心配があること」「バリエーションとなった場合に、患者の不安感が強くなる」「早すぎる退院となる危険がある」「入院期間が短くなるので、病床稼働率が低下する心配がある」「バリエーションの記録・集計が容易でない」等の問題点もある。一時的にはコスト削減にならない可能性もあるので、よく検討する必要があるだろう。

### 電子カルテ

平成 13 年 12 月に策定された「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」においては、平成 16 年度までに全国の二次医療圏毎に少なくとも一施設は電子カルテシステムの普及を図り、平成 18 年度までに全国の 400 床以上の病院の 6 割以上に電子カルテを普及させることを目標としている。

電子カルテの導入が医療施設経営にもたらすメリットには、カルテ開示業務が楽になる、カルテ保管スペースが節約できる等のコスト削減効果のほか、医療ミスの防止につながるといった安全管理面の効果もあると言われている。

2002 年 10 月の時点で、全国に 363 ある 2 次医療圏のうち、309 の地域（85.1%）において、少なくとも 1 施設は電子カルテが稼働しているが、全体としての普及率は病院で 1.2%、診療所で 2.5%と低い数字となっている<sup>13</sup>。

その理由として、初期コストがかかること、いったん導入した後もランニングコストがかかることがあげられる。新たに SE を雇用したり、外部に委託したりするとそれだけで多くのコストがかかってしまう。

新聞報道によれば、電子カルテの導入には、最低の基本仕様だけで 1 床あたり 100 万円はかかるとのことだが、これに様々なオプションをつければ更に高額になる。

そこで、病院の中には、既存のアプリケーションをうまく活用してコストをおさえている（北原脳神経外科病院）ところもある。

電子カルテの導入を検討する際は、予算とコストを勘案の上、自らの医療施設に合った商品、導入方法を検討する必要がある。

---

<sup>13</sup> 日経ヘルスケア 21「特集 失敗しない電子カルテ」2004 年 3 月

## 6 . ファシリティマネジメント (FM) / マテリアルマネジメント (MM)

医療施設では、薬剤や診療材料、用度等のさまざまな物品(マテリアル)を取り扱っている。これらの物品をいかに安く調達し、適切に管理し、正しく使用することは、これからの医療施設経営にとって、大きな課題であるといわれている。安く調達することはコスト管理につながり、適切に管理することは人手をかけないことや、整然とした環境にもつながる。その上正しく使用することによって、事故防止にもつながるということが出来る。施設についても、初期投資や運営に必要とされる費用を管理することや、光・音・匂い、動線についての配慮を行うことが求められている。職員や利用者にとって快適な環境を整備するためにも、ファシリティマネジメント、マテリアルマネジメントを進めていくことが重要とされている。

医療施設の経営資源には、人材、資金、技術、情報等がある。その他、医療施設の運営に必要なものとして、土地・建物・各種設備等の施設があげられるものの、これらは従来「施設管理」としての側面ばかりが注目され、経営活動と結びつけて戦略的に活用されることは少なかった。

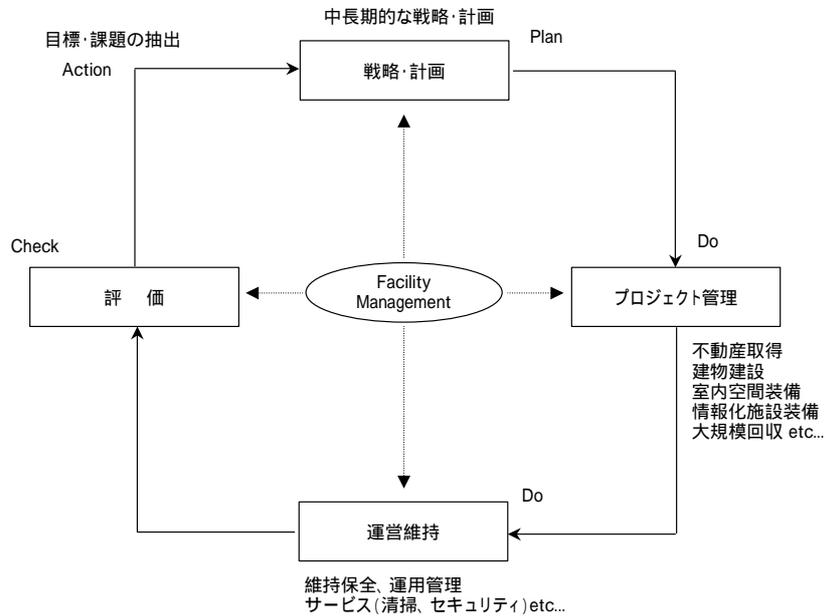
しかし、「経営品質」の観点から、適切なコストで施設の有効活用を図るばかりでなく、患者や職員、すなわち利用者の満足度を高めるためには、施設を利用する人にとっての環境(療養環境・執務空間・地域環境等)を含めた「ファシリティ」を経営資源のひとつとして認識し、長期的視野をもって「戦略の策定と展開」を図る必要がある(ファシリティマネジメント)。

図表 2-6-1 医療機関のファシリティマネジメント



ファシリティマネジメントのプロセスは、ファシリティに関する「戦略・計画」「プロジェクトの管理・運営維持」「評価」のサイクルで行われる。

図表 2-6-2 ファシリティマネジメントのプロセス



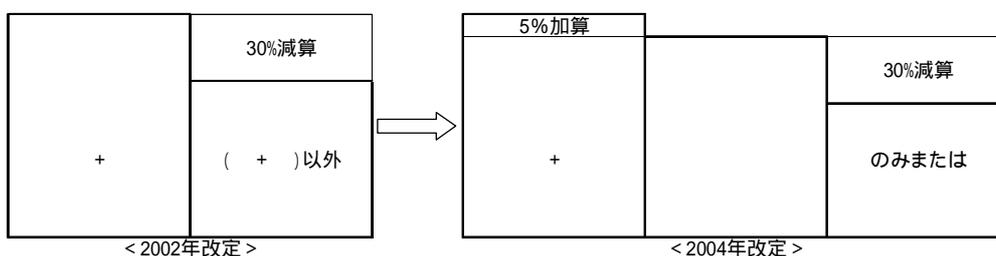
出典) 社団法人ファシリティマネジメント協会資料より一部改変

例えば、医療施設をエリア別にみると、「手術室」のファシリティマネジメントは特に効率性が求められている。

2002(平成14)年の診療報酬改定によって、「医師の経験年数と人数」「施設における年間の症例数」の施設基準を設定し、対象となる手術118項目について基準を満たさない施設においては、規定点数の30%を減算する仕組みが導入された。

その後、2004(平成16)年の診療報酬改定では、施設基準のうち、少なくとも「医師の経験年数と人数」の要件を満たしている場合には減算がなされない仕組みに改められたものの、基本的には「症例数の多い医療施設の方が少ない医療施設よりも手術成績が優れている」という認識に基づき、診療報酬が設定されている。

図表 2-6-3 手術施設基準の概要



注 1) 施設基準の要件は次のとおり。

10年以上の経験を有する常勤の医師がひとり以上  
当該手術を年間に一定症例数以上実施  
上記 と の条件をどちらも満たさない

注 2) 2004 年度改定では、施設基準を設定している手術の実施料を一律 5 %引き下げている。また、手術に関する情報開示の不備は 30%減算対象となる。

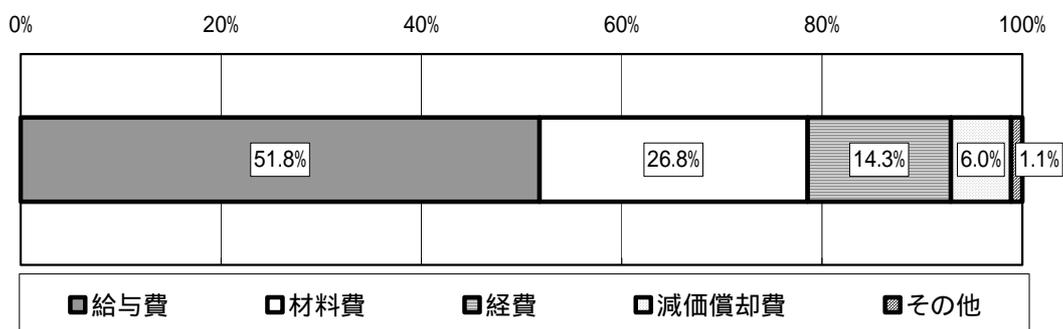
出典) 各種資料より UFJ 総合研究所作成

したがって、急性期病院では、多くの手術を安全に行えるように、手術室利用の効率化を図り、回転率を高める必要がある。そのため、まず、手術室の稼働時間内の利用率やスケジュール管理がどの程度正確に実施されているかを把握し、余分なコストが発生しないような戦略・計画を策定する必要がある。そして、戦略・計画の実施には、例えば消毒や清掃等の専門的ノウハウをもつ事業者を活用しながら、適正なコストの実現と医療の質の向上を図っていく。

一方、医療施設のコストの内訳をみると、給与費が最も多く、材料費がそれに続く構造となっている。平成 15 年病院運営実態分析調査(全国公私病院連盟)によれば、2003 (平成 15) 年の医業費用 137,943 千円のうち、給与費は 71,461 千円 (51.8%)、材料費は 36,906 千円 (26.8%) である。

医療施設のコストマネジメントを実施する場合、給与費への取り組みはやり方によってはスタッフの士気を下げてしまう可能性がある。そのため、まずは材料費への取り組みが、実現しやすい方法である。(マテリアルマネジメント)。

図表 2-6-4 医療機関のコストの内訳(平成 15 年)



注) 医業費用の総額は 137,943 千円

出典) 全国公私病院連盟「平成 15 年病院運営実態分析調査」より

ファシリティマネジメント、マテリアルマネジメントのどちらの場合においても、医療施設が人の生命と健康を預かる場所である以上、全く「備え」のない状態は考えられず、極端なコスト削減だけを行うことには問題がある。この点が、医療施設と他の一般企業が必ずしもイコールではないところであるが、「経営品質」といった場合、医療施設のように「備え」や「余裕」が必要な事業分野は、それらを備えていることが「経営品質」が高いとされる。

なお、病院機能評価の項目の中には、ファシリティマネジメントや物品管理に関する項目も含まれている。「経営品質」の向上のためには、このような項目によって得られるアウトカムや、それを実現させるためのプロセスが重要視されている。

図表 2-6-5 病院機能評価の項目(ファシリティマネジメント、マテリアルマネジメント)

- 3.0 療養環境と患者サービス
- 3.4 利便性とバリアフリー
  - 3.4.1 患者や面会者の利便性に配慮されている
  - 3.4.2 入院患者の利便性に配慮されている
  - 3.4.3 院内のバリアフリーが確保されている
- 3.5 プライバシー確保への配慮
  - 3.5.1 外来患者のプライバシーが確保されている
  - 3.5.2 入院患者のプライバシーが確保されている
- 3.6 療養環境の整備
  - 3.6.1 療養環境の整備体制が確立している
  - 3.6.2 患者が使用する設備・備品が整備されている
  - 3.6.3 院内の清潔管理が適切に行われている
  - 3.6.4 禁煙、分煙に配慮されている
- 3.7 快適な療養環境
  - 3.7.1 やすらぎへの配慮がなされている
  - 3.7.2 病室内の快適性が保たれている
  - 3.7.3 食事の快適性に配慮されている
  - 3.7.4 ベッド・マットについて配慮されている
  - 3.7.5 トイレについての施設的な配慮がなされている
  - 3.7.6 浴室についての施設的な配慮がなされている
- 3.8 災害時の対応
  - 3.8.1 院内における災害発生時の対応体制が整っている
  - 3.8.2 大規模災害発生時の対応体制が整っている
- 6.0 病院運営管理の合理性
- 6.3 施設・設備管理
  - 6.3.1 施設・設備の管理体制が確立している
  - 6.3.2 医療機器の管理体制が確立している
  - 6.3.3 給食設備の衛生管理が適切に行われている
  - 6.3.4 病院の保安体制が適切である
  - 6.3.5 廃棄物の処理が適切に行われている

## (1)コストマネジメント

2002（平成14）年の診療報酬引き下げ、患者の自己負担率の引き上げ等、医療施設を取り巻く環境は厳しいものとなっている。

平成15年病院運営実態分析調査によれば、2003年6月の総収支差額からみた黒字・赤字病院の割合<sup>14</sup>は、1,141病院のうち、黒字が27.6%、赤字が72.4%となっている。そのうち、民間病院についてみると、253病院のうち、黒字が49.0%、赤字が51.0%となっている。各医療施設は、従来以上に厳しい姿勢でコストマネジメントに取り組む必要がある。

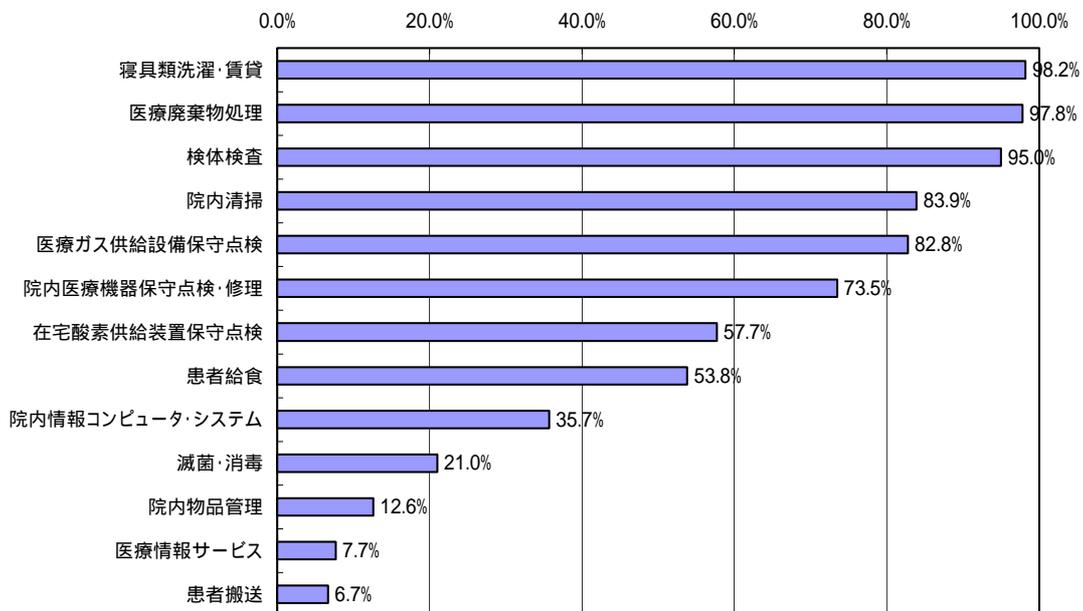
そこで、まず、ファシリティマネジメント、マテリアルマネジメントに共通の、コストマネジメントの代表的な手法であるアウトソーシングについて述べる。

### アウトソーシング

コストマネジメントの手法のひとつとして、院内清掃、病院設備保守管理、警備、駐車場管理等、医療以外の業務を外部委託するアウトソーシングが知られている。

平成15年度医療関連サービス実態調査（財団法人医療関連サービス振興会）によれば、714病院中、「寝具類洗濯・賃貸」「医療廃棄物処理」「検体検査」は95%以上、「院内清掃」は80%以上の病院がアウトソーシングを実施している。

図表 2-6-6 アウトソーシングの割合



注) 有効回収数 714 病院、有効回収率 23.8

出典) 財団法人医療関連サービス振興会「平成15年度医療関連サービス実態調査」より

<sup>14</sup> ただし、不採算部門等の医療に対する経費助成である他会計負担金・補助金等は総収益から除く。

アウトソーシングの効果については、「これからの医業経営の在り方に関する検討会最終報告書（平成 15 年 3 月 26 日）」において、「経費の削減といった経済的な効果も重要であるが、これ以外にも、職員が本来の業務に集中できること、専門的な業者に委託することによる業務の質の向上、業務の迅速化といった効果も認められる」とされている。例えば、手術室の清掃・消毒は従看護師が行う作業とされていたが、これをアウトソーシングすることにより、看護師が周辺業務から解放され、本来の看護業務に専念することができるようになる。また、外部事業者のもつノウハウによって、作業時間が短縮され、手術室をより効率的に運営することができるようになる。

ところで、アウトソーシングを活用する場合、優れた事業者を選択すること、選択した事業者と良好なパートナーシップを構築することが最も重要なポイントとなる。

まず、院内清掃など患者等の診療・収容に著しい影響を与える業務を外部に委託する場合は、厚生労働省令で定める基準に適合するものに委託しなければならない（医療法第 15 条の 2、医療法施行規則第 9 条の 8～15）<sup>15</sup>。

更に、法令の規定を満たしているに留まらず、業務に関するノウハウの豊富な蓄積があり、かつそれらが現場のスタッフにまで浸透している事業者を選ぶべきであろう。

医療施設と事業者の関係は、現時点では「事業者 = 下請け」といった上下関係であることが多い。今後、両者が対等な立場でパートナーシップを結び、医療施設が事業者の専門性を積極的に活用し、取り入れるようになった時に、アウトソーシング活用の真の効果が現れるといえるだろう。

図表 2-6-7 戦略的アウトソーシングモデル

業務の企画・設計	外部に任せる	コンサルティング	アウトソーシング
	内部で行う	人材派遣	外注 (下請、業務代行、請負、外部からの原材料購入)
		内部で行う	外部に任せる
業務の運営			

注) 慶応義塾大学総合政策学部 花田光世教授によるモデル

出典) 財団法人機械振興協会 経済研究所「企業付加価値を向上させるアウトソーシングの基本的枠組み」平成 13 年 5 月より

<sup>15</sup> 院内清掃のほか、検体検査、滅菌消毒、患者給食、患者搬送、医療機器の保守点検、在宅酸素、医療用ガス供給設備の保守点検、寝具類洗濯の 8 業務。

アウトソーシングのうち、成功例が多いと言われているもののひとつに「患者給食」がある。成功するか否かのポイントは「業務契約のあり方」「病院側管理栄養士の業務管理のあり方」「実際に調理業務を行う現場のスタッフの能力」にあるとされている。

図表 2-6-8 病院給食アウトソーシング成功のポイント

<p><b>業務契約のあり方</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・単に契約金額だけではなく、病院側の管理責任と事業者の実施責任を明確にする</li><li>・お互いの共通テーマは効率化ではなく、患者の満足、評価とする</li><li>・毎月、病院側の責任者と事業者の責任者（本社および現場）の定期的な会議で品質管理について協議を行う</li></ul> <p><b>病院側管理栄養士の業務管理のあり方</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・給食業務を事業者に丸投げはしない</li><li>・病院側の管理栄養士が食材の検収・吟味、味付けの吟味、患者の嗜好調査や病院職員の検食状況に基づく現場ミーティングを主導するなど、常に品質管理についてのリーダーシップを発揮する</li></ul> <p><b>実際に調理業務を行う現場スタッフの能力</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・調理技術の劣る者については、随時更新を要求する</li><li>・優秀な能力を有する者については、病院職員と同様の扱いをする</li></ul>
---

出典) 下間幸雄監修、日本経営編集『病院を変える 150 のヒント』じほう より

## SPD ( Supply Processing and Distribution ) の活用

「院内物品管理」のアウトソーシングを実施している医療施設の割合は12.6%(平成15年度医療関連サービス実態調査)と、現時点で高い割合とはなっていないものの、医療施設の中にはSPD ( Supply Processing and Distribution ) のシステムを導入し、診療材料や消耗品の発注や在庫管理を外部に委託しているところが増えている。

SPDとは「モノの供給について、もっとも効率的な品目の調査、選択にあたって、臨床現場の指導、発注、検収、出庫、在庫管理、使用と請求の検証までを一元化して専門的に処理できる責任担当者もしくはシステムによる資材供給管理」<sup>16</sup>を意味している。SPDは、運営について誰がイニシアチブをとるかという点から「病院主導型」「外部事業者主導型」に、在庫を保管する倉庫をどこに置くかという点から「院内倉庫型」「院外倉庫型」等に分けることができ、運営を外部事業者に委託する場合はアウトソーシングの一種であると言える。

診療材料や消耗品のSPDは、自動車業界で生まれたJust in Time & Stocklessの考え方を取り入れて、事業者が在庫の一括管理、小分けまでを行い、病院の外にある事業者の倉庫から、必要なものだけを必要な時に病院に配送させることが可能となる。その際、在庫は事業者の資産として、病院側は使用した分だけの代金を支払うことにより、管理に多くのコストを要していた院内の在庫をなくす方法を探ることが多い<sup>17</sup>。

SPDには、在庫の削減やそれに伴う資金やスペースの有効活用、看護師の負担軽減等、多くのメリットがある。

しかし、その一方で、病院の規模、事業者との契約条件、導入後の管理方法によってはうまくいかない場合もあるので、導入前には医療施設(院長、看護師及び用度担当者)と事業者の間で、十分な交渉や話し合いをする必要がある。特に、初期コスト(システム購入費、契約料等)、システム導入後の手数料や配送の条件については、十分に納得の上で契約を締結すべきである。

<sup>16</sup> 下間幸雄監修、日本経営編集『病院を変える150のヒント』じほう

<sup>17</sup> 薬剤の場合は、薬事法の規制により、事業者が在庫をもつ方法は採用できない。したがって、院内における取組みが中心となり、管理を事業者任せの場合は「委託」ではなく「人材派遣」の形式となる。

図表 2-6-9 SPD 導入のメリット、デメリット

<メリット>

コストマネジメント

- ・過剰在庫、不良在庫の削減
- ・上記在庫に費やされていた資金の活用
- ・在庫保管スペースの有効利用
- ・材料の保険請求もれの防止

患者サービス、医療の質の向上

- ・看護師が間接業務から解放され、看護に専念できる

<デメリット>

コストマネジメント

- ・初期コスト（システム購入費、契約料等）がかかる
- ・システム導入後もそれなりのコストがかかる
- ・物品管理が他人任せになってしまう危険性がある

出典) 各種資料より UFJ 総合研究所より作成

東京都八王子市にある医療法人社団永生会永生病院（安藤高朗理事長）には、SPD 導入後、途中で事業者を変更したという経験がある。

永生病院の SPD システムは、診療材料の物品管理を外部事業者が代行する形式であり、事業者が病院外のセンターにおいて在庫の一括管理、小分けまでを行った上で、必要なものを必要な時に病院に配送する仕組みである。定期便週 3 回のほか、緊急時には必要に応じた対処が行われる。在庫は事業者の資産とし、使用した時点で費用が発生する仕組みとなっている。

永生病院では、SPD 導入後、1 件ごとに管理費用が上乗せされているためコスト高になってしまうこと、臨時の配送依頼に 7～10 日かかってしまうことについて不平不満が高まった結果、2001 年 10 月にこれらの問題を解決できる事業者に変更し、現在に至っている。担当者によれば、事業者の元々の業態によって、診療材料を自分で持っているか、あるいは別のところに注文しなければならないかの違いがあり、そのことが臨時の依頼に対する対応の違いに表れているのではないかということだった。なお、この事業者変更により、年間約 1,000 万円のコスト削減の効果があったとのことであった。

しかし、事業者を変更したとしても、定数管理をしっかりと行わなければどうしても在庫が多めになってしまう危険性があり、注意しなければならないという意見が聞かれた。価格についても、周囲の状況が見えづらく、「高く安定」してしまう傾向があり、毎年見直しを図っているとのことであった。

## その他マテリアルマネジメントの手法

マテリアルマネジメントには、SPDのようなシステム導入以外の手法も存在している。大がかりなシステムを導入する以前に、施設内の状況を把握し、取り組むべきことは多い。

### 1)在庫の把握、削減

ITシステムの導入等、新たな試みをする以前の問題として、薬剤・材料・諸物品等の在庫を把握・管理できていない病院が多い。そのような病院は、直ちに院内の現状、適切な在庫量を把握する必要がある。

例えば、聖路加国際病院では、薬剤の在庫金額が薬価ベースで1億6千万円になった時、薬剤部長が平均消費量から在庫料を調整し、購入量を4分の1以下まで抑えることに成功している。また、処方オーダーされた分の代金だけを支払う「消化払い方式」の採用も行っている。薬剤部長自ら先頭にたって、積極的な改革に取り組んだことが効果を生んでいるといえよう。

### 2)院内の一元管理

物品購入の際、各病棟単位で直接メーカーと交渉するのではなく、物品管理専門の部署が一括して対応し、価格交渉力を高め、各部署の業務の手間を省くというのもひとつの方法である。

聖路加国際病院では、薬剤、諸物品について、購入の申請者が業者と直接交渉をせず、「物品管理センター」が一括購入、管理する方法を採用している。薬剤については、薬剤検討委員会で新薬の採用が決められると、その後のメーカーとの交渉は、薬剤部ではなく、物品管理センターで行っている。その際、取引メーカー数を7社から5社に削減し、取引を継続する5社に対して、病院への貢献度に応じて2社のシェアを配分(上乘せ)することで、薬価交渉を有利に導いた。諸物品についても、購入品目の標準化に努めるなどの工夫を実施している。

### 3)共同購入

2)のように、単独の医療施設単位での購入にとどまらず、グループ内や地域の医療施設と連携して、診療材料や諸物品の共同購入をするという方法も考えられる。同じ種類の製品群の中の絞り込みや標準化を実施し、対象製品ひとつ当たりの購買量を増やすこと、複数の医療機関がまとまって交渉することにより、メーカーに対する価格交渉力を高めることができる。共同購入の可能性はあるかどうか、地域で検討してみるのもよいだろう。

共同購入には、幹事病院方式と共同購入会社を設立する方式がある。いずれの場合においても、各医療施設がただ低価格のメリットを追求するだけでなく、共同責任をきちんと自覚することが重要である。

図表 2-6-10 共同購入実施のポイント

共同国入参加病院のリストアップと参加規定の作成
地域の広がり、病院規模、参加病院数等
債権債務のリスク負担
事前のマーケット調査
取扱商品
ABC 分析による AB ランクにとどめる、すべて扱うのは管理が困難
< 共同購入会社設立の場合 >
出資のスタイル
共同購入会社の本部機能強化
医薬品、診療材料の絞りこみに関する医師の説得
監査システムの整備

出典) 下間幸雄監修、日本経営編集『病院を変える 150 のヒント』じほう より作成

#### 4) マテリアルマネジメントの事例

医療法人協仁会小松病院（大阪府寝屋川市、199 床、院長：一番ヶ瀬 明氏）は、急性期病院として「選ばれる病院」になること、新棟の建設等をひかえた経営の安定化、経営方針と結びついた職員の目標管理制度による職員の更なる活性化という経営目標の下、組織変革の第一歩としてコスト削減に取り組んだ。

このプロジェクトの目的は、組織横断的な取り組みにより組織活性化を図ること、標準化により無駄を省き効率化を図ること、医療の質を落とさずにコスト削減を行うことであり、具体的な取り組みはこの目的にそって行われている。

コスト削減活動の概要は次のとおりである。

図表 2-6-11 小松病院コスト削減活動の概要

・活動期間	平成 14 年 7 月から平成 15 年 6 月
・プロジェクトメンバー	組織横断的に 15 名が選出
・コスト削減金額	56,208,768 円(年間薬剤・材料・委託費用の 7.6%)
内訳：薬剤科	18,870,957 円
臨床検査科	15,090,142 円
委託契約	7,860,756 円
管理部門	5,899,519 円
栄養科	4,120,104 円
放射線科	3,434,690 円
看護部	567,600 円
手術室・中材室	364,368 円
・各部署の取り組み	
薬剤科	ジェネリック薬品の導入、薬剤在庫削減、消毒薬の見直し
臨床検査科	外部委託費用の削減、試薬の価格交渉
委託契約	院内清掃会社の見直し、寝具の価格交渉
管理部門	印刷物の見直し、コピー枚数の削減 等

例えば、薬剤科では、ジェネリック薬品の導入、在庫削減等に取り組んだ結果、1,887 万 957 円のコスト削減を行った。

図表 2-6-12 薬剤の在庫削減にかかる具体的活動

(質の向上、維持、標準化)
・ 過剰在庫の回収
・ 適正在庫の把握
(コスト削減)
・ 1 か月薬剤使用量および薬剤請求量の調査実施
・ 調査結果に基づく出庫単位変更
(組織・仕組みづくり)
・ 薬剤師の意識改革
・ 高薬価の薬剤の薬価揭示

## (2)患者サービス

医療施設に対する患者の満足度を高めるためには、質の高い医療を提供することが第一ではあるが、患者の立場にたって、治療を受ける病院という環境を少しでも過ごしやすいものにすることによって、医療における「顧客価値」すなわち医療サービスの質は高まっていくものである。

### 光・音・におい、動線等

病気にかかっている時、特に神経内科系の疾患によって頭痛がする時などは、普段は気にならないような光、音、においを不快に感じるという。患者の病状、プライバシーに配慮しながら、少しでも患者の気持ちが安らぐような快適な環境を整えていきたい。

例えば、北原脳神経外科病院では、「プライバシーに配慮した環境づくり」「明るく、入院患者が少しでも日常生活に近い環境で過ごせるような環境づくり」に努め、様々な試みを行っている。

図表 2-6-13 北原脳神経外科病院の試み

- ・ 入口ロビーは、明るい雰囲気となるよう、総ガラス張りの「吹き抜け」構造となっている。
- ・ 受付はホテルのロビーのような構造になっており、すべて IT 化しているため、整然としている。
- ・ 待合室の椅子は、外来患者同士が目を合わせないで済むようなデザインを採用している。
- ・ 具合の悪い患者がイライラしないですむよう、待合室に「キッズルーム」や「喫茶コーナー」を設け、子どもがロビーで騒がないように配慮している。
- ・ リハビリ室の壁面ガラスは、普段は患者がリハビリテーションに集中できるように曇りガラスになっているが、家族が見学に来た場合には外からも見えるよう、スイッチひとつで透明ガラスに切り替わる。
- ・ 2002 年 5 月にオープンしたデイケアスペースでは、夜になると医師から許可された患者は飲酒することも可能とされている。
- ・ 退院指導などの際に使用するため、日常生活を再現した部屋を準備している。
- ・ 温室での園芸療法を取り入れている。

出典)厚生労働省医政局医療施設経営安定化推進事業『医療施設経営ハンドブック』より

また、患者のプライバシーの観点からは、外来において、診察の順番が来たことを知らせるため、不必要に広範囲に患者を呼び出したり、中待合室にいると診療室での会話が筒抜けになっていたりするようなことは避けたい。

例えば、東京大学医学部附属病院では、来院した患者が診察券を受付機に入れるとカード型の受信機が出てきて、診察の順番が来ると、受信機から出るメロディーと赤い光の点滅で知らせるようになっている。それまで患者は、院内のどこで待っていてもよいこととされている。中待合室についても、診察室との間はドアで区切られ、診

察の会話は聞こえないような配慮がなされている<sup>18</sup>。

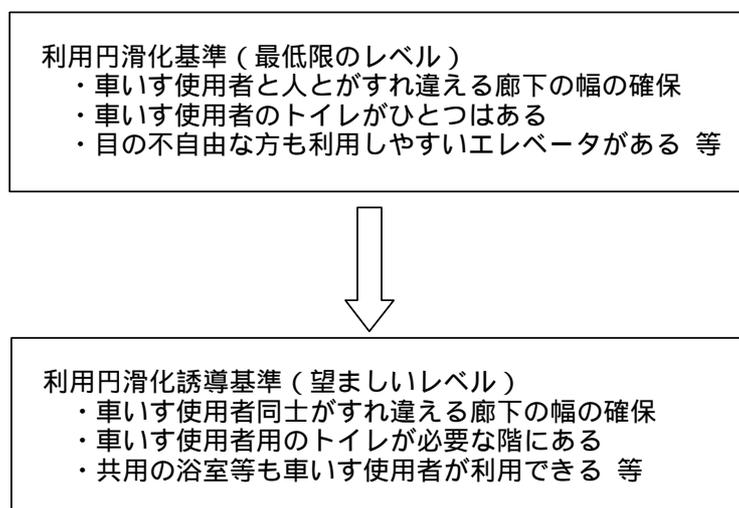
ただし、そもそも外来の待合室で過ごす待ち時間は、長くならないようにすることを心掛ける必要がある。新しく病院を建てる場合には、受付をする患者、診療室に向かう患者、診療を終えて支払をする患者がスムーズに流れるような設計にするとよいだろう。

#### バリアフリーからユニバーサルデザインへ

それから、医療施設は、高齢者、障害者をはじめとする様々な患者がやって来る場所であることから、バリアフリーやユニバーサルデザインの視点が重要となる。

2003年4月に施行された改正ハートビル法では、病院の建築主は、新築、増改築、用途変更時、建物の「出入口」「廊下」「階段」「トイレ」などに高齢者や障害者等が円滑に利用できるような必要な措置を講じること（利用円滑化基準）が努力義務とされている（そのうち、2,000 m<sup>2</sup>以上の新築、増築、用途変更の場合には義務付け）。更に、利用円滑化基準を越えた望ましいレベル（利用円滑化誘導基準）を満たした場合は、所管行政庁の認定を受け、税制上の特例措置、補助制度等のメリットを受けることができる。

図表 2-6-14 利用円滑化基準と利用円滑化誘導基準



<sup>18</sup> 2003年1月25日読売新聞より

図表 2-6-15 基準の主な項目

場所		利用円滑化基準	利用円滑化誘導基準
出入口	玄関	80cm 以上	120cm 以上
	居室	80cm 以上	90cm 以上
廊下等	廊下幅	120cm 以上	原則 180cm 以上
傾斜路	手すりの設置	片側	両側
	スロープ幅	原則 120cm 以上	原則 150cm 以上
	スロープ勾配	1/12 以下	1/12 以下 (屋外は 1/15 以下)
エレベーター	出入口の幅	80cm 以上	90cm 以上
	かごの床面積	1.83 m <sup>2</sup> 以上	2.09 m <sup>2</sup> 以上
	乗降ロビー	150cm 角以上	180cm 角以上
トイレ	車いす使用者用 便房の数	建物にひとつ以上	各階ごとに原則 2%以上
アプローチ	通路の幅	120cm 以上	180cm 以上
駐車場	車いす使用者用 駐車施設の数	ひとつ以上	原則 2%以上
	車いす使用者用 駐車施設の幅	350cm 以上	360cm 以上
浴室等		-----	共用の浴室やシャワー室を設ける場合には、ひとつ以上の浴室等を十分な広さとし、車いすを使用する方が使える仕様とする
案内設備に至る経路		道等から受付や案内板に至る経路には、目の不自由な方が通れるように視覚障害者用誘導用ブロック等を敷設するか、音声による誘導装置をもうける	

図表 2-6-16 認定を受けるメリット

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 税制上の特例措置 昇降機をつけた 2,000 m<sup>2</sup>以上の認定建築物については、所得税、法人税の割増償却（10%、5年間）が可能（租税特別措置法第 14 条の 2、第 47 条の 2）。</li> <li>・ 補助制度 公共的施設を含む認定建築物について、公共的施設に至る経路のうち、障害者の利用に配慮したエレベーター、幅の広い廊下（車いすが楽に通れるもの）、勾配が緩やかで手すりのついた幅の広い階段、障害者の利用に配慮したトイレ等の整備費について、地方公共団体が助成する金額（整備費の 3分の 2 以下）の 2分の 1 を上限として国庫補助実施。</li> </ul>
--

### (3)安全管理

医療安全をめぐる最近の医療政策の動向から、ファシリティマネジメントの重要性を読み取ることができる。

#### 医療安全

医療事故の防止について、医療安全対策検討会議報告書「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために」では、医療安全の確保にあたっての課題と解決策のひとつとして、「療養環境・作業環境の整備」があげられている。療養環境の不備に起因する転倒転落を防止するために、適切な監視や予防的対処とともに、患者の心身機能の状態を的確に評価して、ベッド、トイレ、浴室等の周辺環境や構造設備を改善し、安全な療養環境を整えなければならないとされている。

また、医療安全対策検討会議の下に設けられたヒューマンエラー部会で策定された「安全な医療を提供するための10の要点」では、医療における安全管理体制の重要なポイントのひとつとして「人と環境・モノの関係」があげられている。

図表 2-6-17 安全な医療を提供するための10の要点

根づかせよう 安全文化 みんなの努力と活かすシステム
共有しよう 私の経験 活用しよう あなたの教訓
規則手順 決めて 守って 見直して
安全高める患者の参加 対話が深める互いの理解
部門の壁を乗り越えて 意見かわせる職場環境
先の危険を考えて 要点おさえて しっかり確認
自分自身の健康管理 医療人の第一歩
事故予防 技術と工夫も取り入れて
患者と薬を再確認 用法・用量 気をつけて
整えよう療養環境 つくりあげよう作業環境

療養環境の整備は、患者の快適性の観点からだけでなく、転倒・転落事故の予防の観点からも重要である。ベッドや車いすからの転落、その他医療施設内での転倒・転落の事故やインシデントを、ファシリティマネジメントの観点から防止することが必要とされているのである。

最近では、急性期病院における患者の高齢化が進み、動作能力の低下した患者が多くなっている。そのような患者の立場にたって医療施設の中をみると、移動の支えになるものがない、あるいは移動の妨げになるものが置いてあるなど、患者にとって安全な環境とは言えないところが多い。

患者にとって安全な環境を整えるために、どうすればよいか。

まず、病棟で使用されていない、あるいは使用できなくなった車いす等を片付け、病棟内にできるだけ障害物をなくすことから始めるという方法がある。それから、患者は周りのものを支えにしながら移動することが多いため、患者の動線に合わせて、手すりをつけることも考えられる。現在でも廊下には手すりがついているが、ナースステーション、エレベーター、食堂、トイレ等に行く途中で途切れていたり、病室内には適当な支えにするものがなかったりする事が多いので、一度確認されたい。

また、夜間トイレに行く際の転倒がたくさん起こっていることから考えると、廊下にフットライトを設け、適度な明るさを保つようにするのもひとつの方法である。

一方、転倒・転落のリスクをゼロにすることは極めて困難であるので、万一患者が転倒あるいは転落してしまった場合の衝撃を緩和する工夫も必要である。手すり、家具、壁を角のないものにしたたり、ぶつかった時の衝撃の少ない床材を用いたりする方法があるので、各医療施設の状況に合わせて検討するとよいだろう。

#### 院内感染

院内感染を防ぐためには、CDC のガイドライン等に従って、効果的かつ効率的な対策を講じる必要がある。

例えば、以前手術室に入る際は、感染対策上有効であるとの理由で院内の靴からスリッパに「履き替え」をしていたが、最近になって 2000 年に新病棟が完成した NTT 東日本関東病院など、「一足制」を導入する病院が出てきた。しかし、スリッパが感染対策上有効であることを示す根拠はないにもかかわらず、今でも「履き替え」を続けている病院が多いのが現状である。手術室の床が清潔であるとの認識を改め、合理的な清潔管理を行うことによって、病室のベッドをそのまま手術室に入れることが可能となる。それによって、ベッドの乗せ替えなどのスタッフと患者の負担を軽減し、機能性を向上させることも可能となるのである。

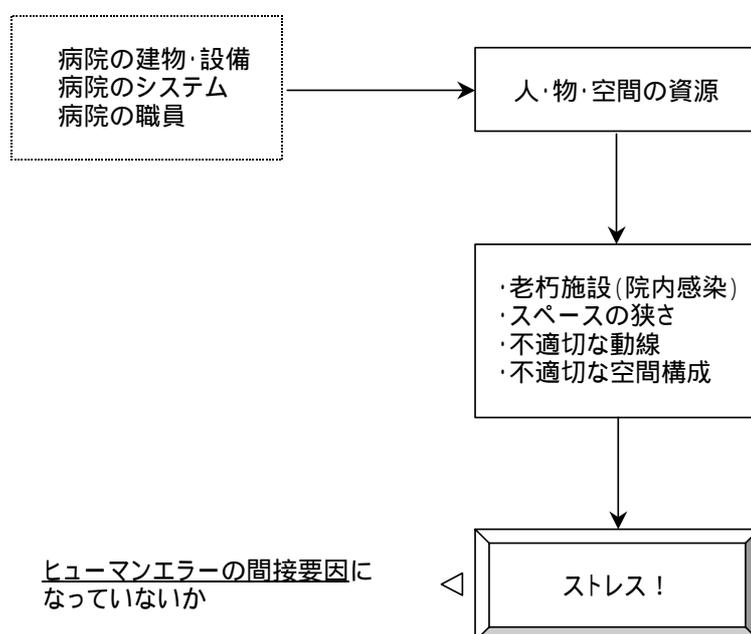
これまで、当たり前だと思って行っていた習慣を少しずつでも見直し、学習し続けていくことが、質の高い医療施設経営に結びついていく。今ある対策の中で、間違ったもの、あるいはムダなものはないかどうか、見直しをしてみるとよいだろう。

#### (4)職員の働きやすさ

ファシリティの利用者には、患者だけでなく、医療施設の職員も含まれている。職員にとっていかに効率的な作業環境を整え、生産性を上げるかということは、ファシリティマネジメントの重要な目的であり、職員の満足度を高めることは「経営品質」の高い施設となるための不可欠な要素である。

また、リスクマネジメントの観点からも、不適切、不合理な作業環境からくるストレスが、ヒューマンエラーの要因にならないようにしなければならない。

図表 2-6-18 リスクマネジメントの視点



出典) 榎 孝悦「建築設備は医療経営の質の重要な要素である ファシリティマネジメントの必要性」病院 60 巻 7 号, 2001 年 7 月より

参考文献

<書籍>

- 伊丹敬之 2003、 『経営戦略の論理（第3版）』 日本経済新聞社
- UFJ 総合研究所 2003、 『医療施設経営ハンドブック』 日経 BP
- 西村行功 2003、 『シナリオシンキング』 ダイアモンド社
- IOM 2002、 『医療の質 谷間を超えて 21 世紀システムへ 』 日本評論社
- P.F.ドラッカー（上田惇生 訳） 2001、 『マネジメント 基本と原則』 ダイアモンド社
- 小倉昌男 1999、 『経営学』 日経 BP 社
- D.A.アーカー（野中・北洞・嶋口・石井 訳） 1986、 『戦略市場経営』 ダイアモンド社
- 岩崎榮 1990、 『地域医療の基本的視座』 ベクトルコア
- 今野浩一郎 佐藤博樹 2002、 『人事管理入門』 日本経済新聞社
- 伊藤守 2002、 『コーチングマネジメント』 ディスカヴァー
- ローラ・ウィットワース他 2002、 『コーチング・バイブル』 東洋経済新報社
- ハーバード・ビジネス・レビュー・ブックス 2001、 『コーチングの思考技術』 ダイアモンド社
- 阿部俊子編 2000、 『リスクケアマネジメントとケアの質』 メディカ出版
- 稲葉一人 2003、 『医療・看護過誤と訴訟』 メディカ出版
- 医療安全ハンドブック編集委員会 2002、 『医療安全管理の進め方』 メヂカルフレンド社
- 国立病院大阪医療センター感染対策委員会編 2003、  
『EBM に基づく院内感染予防対策』 南江堂
- 中島和江 児玉安司 2000、 『ヘルスケアリスクマネジメント 医療事故防止から診療記録  
開示まで』 医学書院
- 橋本廸生 監修 2002、 『医療事故を未然に防止する ヒヤリ・ハット報告の分析と活用』  
メヂカルフレンド社
- 福田剛久 高瀬浩造編 2004、 『医療訴訟と専門情報』 判例タイムズ社
- 満田年宏 2003、 『ナースのための院内感染対策 CDC ガイドラインを中心に  
考える基本と実践』 照林社
- Robin E.Mcdermott 他（今井義男訳） 2003、 『FMEA の基礎 故障モード影響解析』  
日本規格協会
- 小西敏郎 石原照夫 2002、 『電子カルテとクリティカルパスで医療が変わる』  
インターメディカ
- 開原成允 樋口範雄 2003、 『医療の個人情報保護とセキュリティ』 有斐閣
- 久保田秀男 2003、 『患者に選ばれる病院づくり PART- 病院の改築と運営改善へ  
のヒント』 じほう
- 下間幸雄 監修 日本経営 編集 2002、 『病院を変える 150 のヒント』 じほう
- 幅田芳弘 2003、 『知っておきたい病院用度の常識 60』 株式会社日本医療企画

<論文・雑誌>

- 山田礼子 2002,「アメリカにおける管理運営モデルの変遷と高等教育機関への応用」,  
「大学評価・学位授与機構 研究紀要」, p.95
- 岡山直樹「病院の経営戦略における企画部門の役割」 病院 59 巻 8 号 2000 年 8 月
- 相馬孝博「医療安全における「分析手法」の考え方・選び方」病院 62 巻 11 号  
2003 年 11 月
- 田中健次「トラブルの未然防止に有効な手法：FMEA とは」 保健医療科学第 51 巻第 3 号  
2002 年
- 神野正博「わが病院の医療情報発信とホームページの活用戦略」 病院 60 巻 7 号 2001 年 7 月
- 山内一信「今、病院にどんな診療情報が求められているか 病院における診療情報のあり方」  
病院 62 巻 11 号 2003 年 11 月
- 記事「医療 NPO・患者会が医療情報に望むこと」 病院 60 巻 7 号,2001 年 7 月号
- 浦 雅司「業務の効率化を図るために - 物品管理 How to 2 手術室における物品管理の現状  
と効率化」オペレーティング 19 巻 2004 年 2 月
- 槇 孝悦「建築設備は医療経営の質の重要な要素であるファシリティマネジメントの必要性」  
病院 60 巻 7 号, 2001 年 7 月
- 「経営のフィールド（医療法人北原脳神経外科病院）」フェイズ・スリー 2003 年 2 月
- 「院内トータルシステムにおける物品管理システム」 週刊日本医事新報 3947 号  
1999 年 12 月
- 「診療材料 SPD の導入による経営改善 - その 2 - 」 病院経営新事情 232 巻 2001 年 5 月
- 「薬剤管理システムの導入による経営改善 - その 1、その 2 - 」  
病院経営新事情 234・236 巻, 2001 年 6・7 月

<報告書等その他資料>

- 日本看護協会 2004、「感染管理に関するガイドブック」
- 小山秀夫 2004、「マルコム・ボルドリッジ米国品質賞 ヘルスケア（医療・福祉組織）  
部門審査基準の概要」
- 財団法人機械振興協会 経済研究所 2001、「企業付加価値を向上させるアウトソーシング  
の基本的枠組み」

平成 15 年度 厚生労働省医政局委託

医療施設経営安定化推進事業  
医療機関の経営安定化に資する  
経営管理手法に関する調査研究

平成 16 年 3 月

委託先：株式会社 UFJ 総合研究所  
〒105-8631 東京都港区新橋 1-11-7  
電話：03 (3572)9663  
FAX：03 (3575)0320

禁無断転載