

研 究

経営課題 Mapping の手法
— 病院経営の諸問題を事例として —

四 方 健 雄

目 次

- はじめに
I . 医療や病院経営に関する状況
II . 患者取り違え事件 (事例研究)
III . 課題 Mapping の枠組み
IV . 課題整理と考察
おわりに

は じ め に

この研究は、近年とみに増した 20 世紀型の社会システムが崩壊するプロセスの中で発生する種々の課題を如何に整理すれば、有効な手順と方策が見つけれせるのかを示す実用モデルとして考えた。そしてそれは 21 世紀の社会のあり方を模索するものでもある。

I . 医療や病院経営に関する状況

昨今の医療や病院経営に関しては、たくさんの課題がある。

まず日本人の三大死亡原因では、癌 (悪性新生物)・心臓疾患・脳疾患が挙げられる。これは多分に今後の科学や技術の進歩に負うところが大きい。次に多数の患者を出した環境悪化・偏見や薬害の事例としては、森永ヒ素ミルク事件被害者・サリドマイド障害児・キノホルムによるスモン病患者・クロロキンによる網膜症患者・有機水銀による水俣病患者・カドミウムによるイタイイタイ病患者・硬膜移植等によるヤコブ病 (クロイツフェルト・ヤコブ病)・フィブリノゲン製剤による C 型肝炎そして行政の不作为によるハンセン病患者・薬害エイズ等が挙げられる。新伝染病としては、SARS (重症急性呼吸器症候群)・HIV (ヒト免疫不全ウイルス)・鳥インフルエンザ・西ナイル熱等がある。これらは日本社会が抱える医療の課題でもある。一見過ぎ去った課題のように見えるかもしれないが、その対応次第では大きな課題となる火種を抱えている。

病院経営としては、超過労働・賃金の低下・医療裁判を回避する等の傾向は、医師不足・看護師不足から始まって、精神科/産婦人科/小児科等の診療科の廃止や病院の倒産が多発の傾向を示している。行政は少子高齢化に起因する医療費の高額化対策として、患者の自己負担率

の切上げ、診療費の切下げや DPC (診療群別包括支払い方式 Diagnosis Procedure Combination) の導入を図りレセプト返戻 (査定) を多発させている。対する病院経営には、過剰医療・薬剤過剰投与・差額ベッド・ジェネリック薬品の採用等が考えられる。早生期医療と終末期医療の切り分けや 1 対 7 看護は、結果的に病床の削減を生み、病院格差を生む原因となっている。つまり行列の出来る病院と閑古鳥の鳴く病院との二極化が進んでいる。これに対して病院経営者は、電子カルテやオーダーリングシステムそして地域連携を図る事等で差別化や生き残りを図ろうとしているが、巨額の設備投資はその効果や活用法において、未だ成果を上げているとは言えない。

医師不足・看護師不足は、超過労働を生じさせ、医療ミスや薬剤の取り違い等の医療事故を発生させる誘因ともなっている。院外薬局 (処方) 等も、結果的に患者負担を増加させる。このような状況が医療難民・介護難民・お産難民等を生じさせ、患者にとって安全・安心の医療とは程遠い状態になっている。結局一部の患者にとっては、治療費未払いだけが対抗手段と成りつつある。しかしこれには健康破壊のリスクが付きまとう。終末入院時の医療費は、末期に 8 割が使われているという説もあるように医療費の高額化を呼び、ひいては安楽死の問題まで提起されている。

II . 患者取り違え事件 (事例研究)

ここで医療事故の原点とも言える横浜市立大学医学部付属病院で発生した患者取り違え事件を少し詳しく論じてみる。

1999 年 1 月 11 日横浜市立大学医学部付属病院で心臓手術待ちの入院患者 A さん (74 歳) が病床に居た。A さんはその 3 日前に手術室看護師 (D) と麻酔医 (G) それぞれ単独での術前訪問を受けていた。その時点で麻酔医 (G) は入れ歯を外すように指示した。1 月 11 日の移送前にニトログリセリンを染み込ませたテープが患者 A さんの背中に貼付された。午前 8 時 20 分患者 A さんの手術室への移送が開始された。患者 A さんをストレッチャーに載せて、7 階第一外科病棟から 4 階手術室へ向う段取であった。

と同時に肺手術予定の患者 B さん (84 才) もストレッチャーに載せられて移送開始された。エレベータに患者 2 人を乗せて看護師 (C) 1 名が同時に移送した。午前 8 時 30 分病棟と手術室との交換ホールで患者 A さんをベルト式ハッチウエイに積替えに掛かった。手術室看護師 (D) は、3 日前に術前訪問を行っていたので A さん、B さんとも面識があった。術前に出迎えた手術室看護師 (D) が A さんに、「B さん、良く眠れましたか」と声を掛けたところ、A さんが「はい」と答えたので、双方に面識のない別の看護師 (E と F) も A さんを B さんと誤認識した。そして 12 番手術室へ移動させた。その後 12 番手術室の看護師の 1 人が、ハッチウエイ横のカルテ受け渡し台に戻って、B さんのカルテを受け取って、申し送りを受けた。

同じく手術室看護師（D）は B さんに、「A さん、寒くはないですか」と呼びかけた。B さんが「暑くはないね」と応えたので、さらに B さんを A さんと誤認識した。手術室看護師（D）以外は、患者の顔を事前に知らなかった。そして B さんは、3 番手術室へ送られた。その後 3 番手術室看護師の内の 1 人が、ハッチウエイ横のカルテ受け渡し台に戻り、A さんのカルテを受け取った。

午前 8 時 40 分 麻酔医（H）は B さんの筈なのに、A さんの背中に貼られた心臓疾患用のフランドルテープに気づき、「何だこのテープは？」と言って剥がしてしまった。

午前 8 時 45 分 別の麻酔医（G）は、A さんの筈なのに、入れ歯でなく歯が揃っている事に疑問を持った。9 時 45 分ごろ、執刀医二人は、A さんが受ける筈の心臓手術を B さんに開始した。心臓病なのに血圧・血流ともに良好、白髪・剃り毛跡等に疑いを持った麻酔医（G）が、病棟に A さんの移送を電話で確認した。術中 A さんの血液 1 リットル以上を自己血輸血した（実際は B さん）。幸い両人は同じ血液型であったため問題は発生しなかった。

10 時 5 分 B さんが受ける筈の肺手術を A さんに開始され、13 時 50 分 A さんの肺手術は完了した。15 時 45 分 B さんの心臓手術も完了し、手術完了後 A さん B さんは共に ICU に移された。ここで体重測定をしたところ、手術後に見込んでいた体重と異なっている事から、患者が違っているのではという疑問が持ち上がった。16 時 45 分 ICU に居た A さんの元主治医が、A さんの顔が異なっている事に気づいた。元主治医は隣の患者の心臓音を聴診器で調べ、名前を聞いてみて、A さんだと判明した。

以上の事から、患者が別人ではないかと気づくチャンスは 7 回あった。しかし朝の手術室交換ホールでの取り違いが最後まで修正されずに進行した。思い込みが慣性と成ったのである。後日 患者の足に名前を書いたり、名札を取り付けるというような再発防止対策がとられるようになった。

警察から検察へ送致されたのは、医師 10 名、看護師 7 名、病院長の計 18 名であったが、2000 年検察庁は、執刀医 2 名、麻酔医 2 名（G）と（H）、看護師 2 名（C）と（D）を業務上過失傷害で起訴した。横浜地方裁判所の一審判決は、起訴された被告人 6 名のうち、手術室看護師（D）を禁固 1 年執行猶予 3 年、病棟看護師（C）、執刀医 2 名、麻酔医（H）をそれぞれ罰金 50 万円ないし 30 万円に処し、麻酔医（G）を無罪とした。

2003 年 3 月、東京高等裁判所の二審判決は、6 人全員に罰金の有罪判決を言い渡した。看護師 2 人は執刀医・麻酔医（H）らと同じ量刑（罰金 50 万円）であった。また一審で無罪とされた麻酔医（G）を罰金 25 万円に処した。麻酔医（G）は、無罪を主張し最高裁に上告して

いる¹⁾。

横浜市が設置した事故調査委員会は、この事故原因として五つの指摘をしている。

- ① 2 人の患者を 1 人の病棟看護師が、同時に手術室へ移送したこと。
- ② 手術室交換ホールで、患者を取り違えたこと。
- ③ 患者とカルテが別々の窓口で引き渡され、別々に手術室に移送されたこと。
- ④ 麻酔医による患者の確認不足。
- ⑤ 麻酔開始前に主治医が立ち会っておらず、患者の識別を行っていないこと。

これを受けてこの病院では、次の八つの改善が行われた。(今までやられていなかった。)

- ① 手術室への移送は、患者 1 人に必ず複数の職員で行う。
- ② 同一病棟から 2 人以上の患者を手術室に移送する場合は、時間を 10 分ずらす。
- ③ 名前を呼びかける事をやめ、患者自身に氏名を名乗ってもらい本人確認をする。
- ④ 患者識別バンドを導入し、さらに患者の足の裏に患者氏名を書く。
- ⑤ 患者とカルテは常に離さず、ハッチウエイで同時に引き渡す。
- ⑥ 麻酔医も看護師も、術前訪問の時に患者の身体的特徴をカルテに記録しておく。
- ⑦ 手術前に予期しなかった事があった場合は、麻酔医は必ず手術を中断し、疑問点の解決を図った上で手術を再開する。
- ⑧ 麻酔を開始する前に、必ず主治医が患者識別を行う。

この病院は、年間 4000 件の手術を実施する 620 病床の大病院である。高度医療を提供する「特定機能病院」でもある。しかし日本では大学病院であっても、欧米に比べると、病床当たりの看護師数は、米国の 3 分の 1、欧州の 2 分の 1 と言われている。忙しいと思ひ込みも込み入ってくる。

本事例に現れた問題点を列挙すると、

- ① 間違いやすい同世代や同姓の手術が同日同時刻に実施された。
- ② 麻酔医と手術室看護師による術前訪問が 3 日前に行われた。
- ③ 患者二人を同時搬送した。本来 2 名で搬送するところを一人で行った。
- ④ 術前訪問をした手術室看護師が A さんと B さんと呼び間違えた。適切な本人確認の方法が講じられていなかった。

1) 飯田英男『医療界の常識と患者本位の医療を考える』医学書院 月刊「看護管理」vol.13 No.9 2003.9
P684～689

- ⑤病棟と手術室の連携不足。
- ⑥麻酔医（H）にバイアスが掛かった（テープを剥がした）。
- ⑦疑問点に対する確認方法が不徹底であった。
- ⑧輸血時のチェック不足等が考えられる。

組織風土も考える必要がある。これには慣例・回転率・出勤体制・システム・手術日設定・手術件数の増加傾向・看護方式・夜勤看護師の業務内容・業務の効率化・マニュアル不徹底・術前確認不足・マニュアル不備・マニュアルの間違い・思い込み・安易さ・使命感の欠如・効率化に重点が置かれている経営体質等が考えられる。

この事例から物作りとは違った、病院やその構成員に求められる理念や感性が浮かび上がってくる。

臓器ばかりに捉われず目の前の患者と医療スタッフ間に人間としてのコミュニケーションが図れていたら、マニュアルやシステムがなくても結果として患者を取り間違えることは無かったのではないだろうか。例えば手術前の患者が家族であったなら連絡や連携もスムーズに行き、フランドルテープを見た時に疑問より違和感を持ったのではないだろうかと言う事である。とはいえ、マニュアルやシステムが在った方がハザードを早く見つけて処置する事が出来るのも確かである。

また患者が感じるのは、提供された医療サービスであるが、たとえ患者が感じなくてもそれを支えるものがたくさんある。コミュニケーションスキル・マネジメント・システム・医療技術・医療知識・人事・教育・組織・リーダーの存在・人生観・理念・文化・倫理観・患者に対する気持ち等である。患者に対する気持ちや医療人としての責任感や使命感が無ければ事例のようなケースが発生する。気持ちや責任感があっても、コミュニケーションスキルや提供する医療技術を土台とした患者の満足を生み出す文化がなければ、患者は不満に思うであろう。

安全・安心の観点からは、医療サービスで最低限求められるのは安全である。安全の次には、コンプライアンス・説明／結果責任・従業員を含めたステークホルダー満足・持続可能性・回復能力・組織戦略・人間や生命に対する使命感等である。それらに患者が感じ、安心感を得る。これはコミュニケーション（交流・交通）から生み出される。

安心して医療サービスを受けられると言う事は、持続性の問題と捉えられる。例えば安全が持続しているから安心なのではないだろうか。安全の継続は、患者を安心させるのである。顧客満足は持続から生まれるのである。人間の感情には、特に初めての時は不安・緊張・イライラ・怒り・苦痛・恥ずかしさ・落胆等があるが、患者には特にその傾向が顕著に現れる。このような感情を平常心にまで持っていく事で安心感に繋げられる。これには粘り強いコミュニケーションが求められる。このような人間関係あるいは交流が生まれれば、治療にも効果があるだろうし、医療事故も防げると思う。また万が一医療事故になっても、信頼関係があれば大

きな紛争になることを防げると思う。

医療人としての社会的使命、病院が患者に提供する医療サービス、そして実現するスタッフの認識・感性などのようなコミュニケーションやその能力を醸成させるには、組織文化・風土が重要である。そして自分達の論理よりも患者の気持ちを最優先に考えることで、血の通った医療サービスを提供する事が可能となる。こうした環境下では、致命的な医療紛争は起き難い。人間と人間のコミュニケーションを通して提供されるサービスだからである。

「医療が患者に提供することのできる価値」とは何なのか、「病院や診療所が大切にしている理念や方針」とは何なのか、「医療スタッフが患者にコミットする事」とは何なのかを考え、経営陣を含めたスタッフひとりひとりに具体的な行動が現れるような組織を作ることが重要なのである。非営利事業は使命感・責任感が要求される事業であるから、組織の理念・存在意義・社会的役割を見失ってはならないと思う^{2),3)}。

何故こんな事がと言う前に、従来の病院経営が抱える一般的な医療の特性について述べる必要がある。

まず考え方の特性としては、アートを追随する傾向がある。医師同士で専門性を超えて、質と言う観点から評価しあう文化が薄い。考える前に働けと言う風潮がある。何かを整理するとき、望ましい状態と現状とが区別出来ない。サービスの質を、受益者が決めると言う考えが薄い等が挙げられる。サービスの質や顧客の特性としては、医療の質を評価するのが難しいこと、患者の状態が刻々と変化すること等が挙げられる。

病院組織特性としては、医療行為とマネジメントが、有機的に一体化されていない。管理業務を専門とする人がいない。共通の問題意識を持つ組織構造が無い。別のサービスの計画や変更で影響を受ける。労働を守る組織が確立していない等が挙げられる。環境や制約要因としては、ヒューマンエラーに対して刑事責任が問われる。市場原理が働かない等が挙げられる。これらは考えられる特性の一部であるが、この事例を検証する上で大きな背景と考えられる⁴⁾。

この事件をきっかけに、行政や医療業界が医療事故防止に本格的に取り組むようになった。また医者だけが加入できた医療事故保険に、看護師も加入できるようになり、医療白書の内容までもが変わった。

この事例は、込み入った課題を多く含んでいる。横浜市の事故調査委員会の指摘や病院の改善項目を箇条書きで説明するのが精一杯である。安易に理解しようとするると落とし穴に嵌る危

2) 中尾政之『失敗百選—41の原因から未来の失敗を予測する—』北森出版 2005 P282～284

3) 隈本邦彦『医療・看護事故の真実 No.8 横浜市立大学医学部付属病院患者取り違え事故』『看護実践の科学』vol. 31 No.9 2006-8 P92～96

4) 金子雅明他『A病院におけるQMS導入・推進の困難モデル』日本品質管理学会誌「品質」vol. 37 No.4 2007 P79

険性すら満ち溢れている。

箇条書きは、図解の原点である。一般的に物事を判りやすく説明するのにグラフや簡単な感覚的図解が用いられるが、この事例の場合には何れも適切とは言いがたい。図解は、大きく分けて物理図解と論理図解に分けられる。物理図解は素人に作れる範囲に限界があり、高度で特殊な技術を必要とする事が多い。従って次章からは論理図解の方法を用いて、概念や関連性を文字と図で説明することを試みる⁵⁾。

Ⅲ．課題 Mapping の枠組み

経営には、たくさんの課題がある。どれから手を付けて良いのか判らない、事象から問題点を明確にしても、対策やその効果にどんな期待が出来るのかも漠然としていると言うのが実情ではないだろうか。これには現状を把握し課題を整理する事が必要となる。

1. 現状把握

現状把握を行う場合、一般的にはX軸とY軸を交差させた二次元の図表上に対立概念を立て4象限に分離し、事象を書き込み、傾向と偏りの度合いをイメージとして捉えるような図表が多く用いられる。

少し進んだ図表としては、Z軸を加え三次元にしたものも見られる。(図3-1 病院経営の概念枠組み 参照) この場合軸上の数値は、プロセスの達成度を表す場合が多く、そのままレーダーチャートに書き換える事が可能となる。しかしこれらの指標ラベルは、あくまでも独立した概念として捉えられている。そのために複雑に入り組んだ相互関係までは読み取れないし、データの多変量解析には向かない傾向が見られる。結果的には現状肯定的に捕らえられ個人のモチベーションや責任の問題のみにすりかえられる危険性を内包している。

偶には変数(ラベル)も多く、データの数が100件以上の場合、相関関係を求めたり、クロス分析や回帰分析などの多変量解析が行われるケースもある。正規分布に近づける為にはデータの件数が多い事は重要だが、出力された解析結果は相当な枚数になる。分析や知見を既成のソフトに頼らず独力・腕力で独自の知見を求める場合の労力は大変なものであると推測される。

そこで三次元空間をツールとして用いる事で、課題整理の要となるものを考えた。ここで何故三つなのかを考える。例えば色彩は、R・G・Bで表される。時制は、過去・現在・未来で構成される。英語では、一人称・二人称・三人称と区分される。その他大・中・小、松・竹・梅、猪・鹿・蝶等があげられる。説明や理解がし易いのである。そこで医療や病院経営を考える場合、患者と制度の在りようとして、患者と社会、家業としての医と統合化した医療、医療

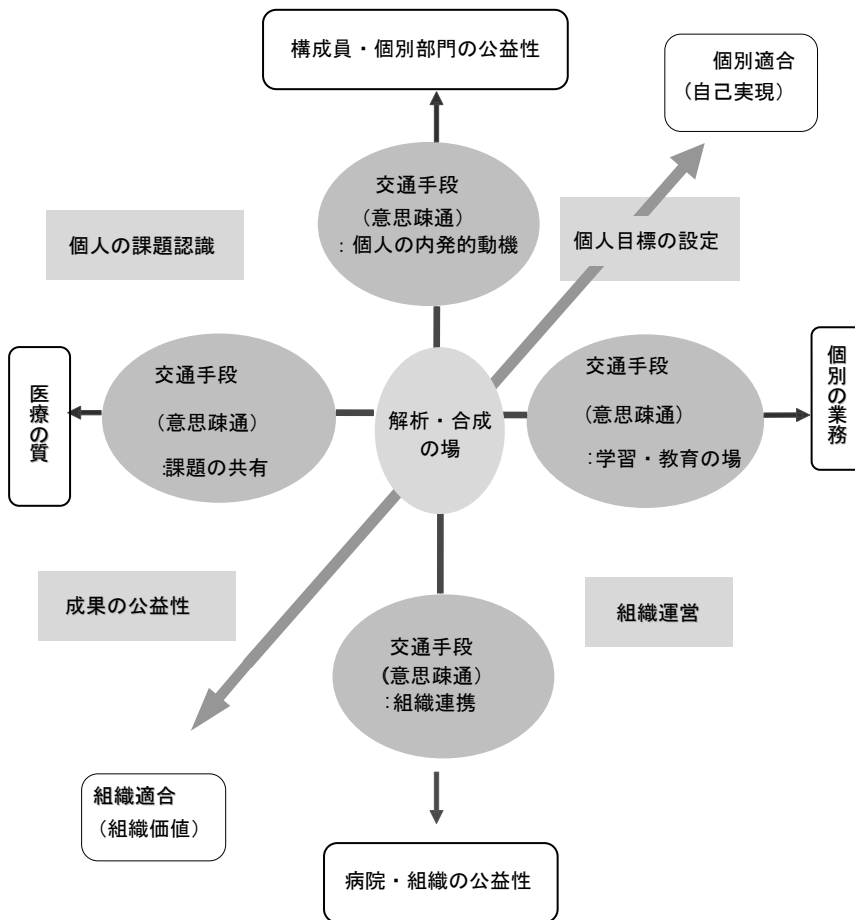
5) 東 千秋他『問題解決の発想と表現』放送大学教育振興会 2004 P127

専門職と病院の在りよう等が課題の軸として考えられる。今後この三つの軸を中心に理論展開をすることにする。

今回の研究は、組織や企業等で経営分析・経営指標の計画や意思決定をする場合、課題を整理し、この解析結果と知見との間に中心となるキーイメージとその関連性を、科学的手法で見つけだすと言うものである。この方法を用いると、分析や知見をうまく提案できるので、着手すべき課題が明確となる。

2. 課題整理の新しい試み

図 3-1 病院経営の概念枠組み



注)「病院経営の概念枠組み」日本福祉大学 田原 孝教授の許諾を受けて掲載

今ここでX, Y, Zの三次元空間を考え, X軸の両端に「給付の質」と「個別の業務」(タスク)の対立概念を立て「軸の向き」のラベルとする。Y軸の両端には「組織」と「構成員」の対立概念を立て「軸の向き」のラベルとする。Z軸の両端には「社会/制度」と「個人」の対立概念を立て「軸の向き」のラベルとする。この三軸に沿って空間を分割すると2のn乗なので, nに3を代入して8個の空間が出来る。この空間には夫々の「軸の向き」に合わせた課題群が含まれる。

つまり「社会」・「給付の質」と「組織」と言う「軸の向き」に合わせたA課題群が, 「社会」・「個別の業務」と「組織」と言う「軸の向き」に合わせたB課題群が写像される。「社会」・「個別の業務」と「構成員」と言う「軸の向き」に合わせたC課題群が, 「社会」・「給付の質」と「構成員」と言う「軸の向き」に合わせたD課題群が, 同様に, 「個人」・「給付の質」と「組織」と言う「軸の向き」に合わせたa課題群が, 「個人」・「個別の業務」と「組織」と言う「軸の向き」に合わせたb課題群が, 「個人」・「個別の業務」と「構成員」と言う「軸の向き」に合わせたc課題群が, 「個人」・「給付の質」と「構成員」と言う「軸の向き」に合わせたd課題群が写像される。こうして三次元空間は, 八つの空間に分割される。

ここで新しい概念として, A課題群とB課題群には, 「社会」と「組織」と言う切断面を透過する法線上に, 交通が発生する。

この交通は, 交流:Communicationを意味する。従ってお互いに影響し合う。これを交通(A, B)と称する。

同様に交通(A, D), 交通(A, a), 交通(B, C), 交通(B, b), 交通(C, D), 交通(C, c), 交通(D, d), 交通(a, b), 交通(b, c), 交通(c, d), 交通(d, a)が生じる。合計12通りの交通が発生する。

これを数式で表すと,

$${}^6C_2 = 6 \cdot 5 / 2 \cdot 1 = 15 \qquad 15 - 3 = 12$$

なお一つの軸における両端同士は, 対立概念であり交通は発生しないので X, Y, Zの三軸を引くと12個となる。

また別の解き方では, 8つの頂点を結ぶ交通の数から法線成分のみを取り出すには, 対角成分を引けばいいので

$${}^8C_2 - 16 = 8 \cdot 7 / 2 \cdot 1 - 16 = 12$$

となる。

対角成分にも交通が存在すると考えられるかも知れないが, 幾つかの課題を飛ばす事になり問題を複雑化させ形骸化の原因となりかねないので, ここでは法線のみを対象とする。

以上の考え方を課題整理のファンダメンタルイメージと名付ける。

「軸の向き」や課題群のイメージとして, 図3-2に, 「課題の(解析・合成)空間(基本:サー

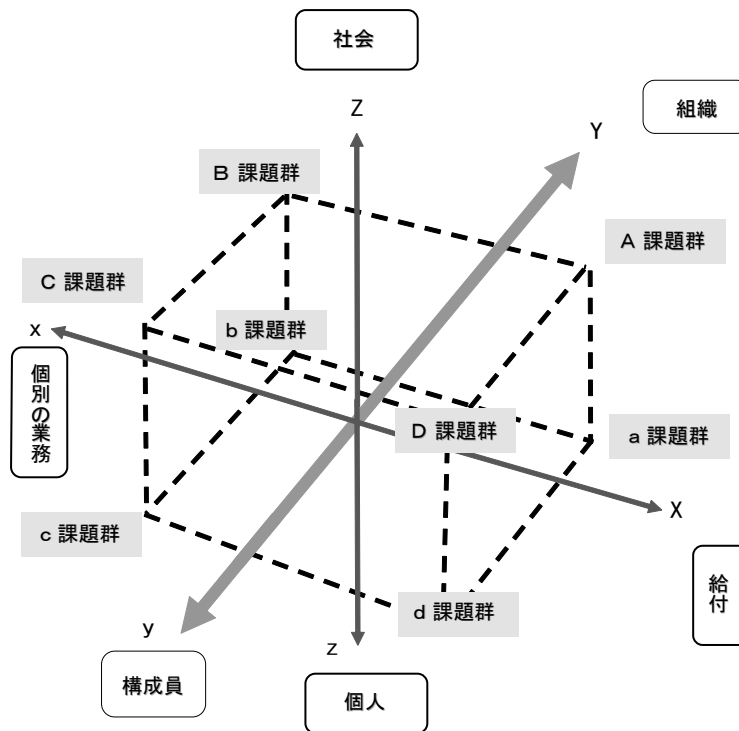
ビス・一般)」を示す。

八つ切りにすると 8 個の空間 (課題群) と 12 通りの交通 (交流: Communication) が出現する。境界を透過する点線は交通を示す。

IV. 課題整理と考察

III章では経営課題の整理と言った一般論でファンダメンタルなイメージを述べてきたが、ここでは病院経営の課題整理のファンダメンタルなイメージについて述べる。

図 3-2 課題の (解析・合成) 空間 (基本: サービス・一般)



1. 病院経営の課題整理

病院経営の課題整理は、まず課題を列挙し大まかにシステム、動線、構成員の力量、治療の現場、医療と経営、選択と集中、社会的待遇、人材育成等をキーイメージとして区分けをする。

ここでは病院経営なので、基本図に示した「社会」には制度等が含まれる。「組織」は、「病院」または「病院連合」と読み替える。「給付」は、「医療の質」または「医療」と読み替える。「構成員」には、医師・看護師・コメディカル・事務職員・看護助手等が含まれる。「個別の業務」は、タスクと読み替える。

表 4-1：課題分類（患者を軸とした一般例）

No.	課題	軸の向き					
		患者	社会	構成員	病院	タスク	医療
a 1	事務職員（対応姿勢）	○			○		○
a 2	構成員の志気	○			○		○
a 3	個人情報管理	○			○		○
a 4	個室設備	○			○		○
a 5	患者の声システム	○			○		○
a 6	栄養士（献立・配膳・指導）	○			○		○
a 7	院内感染対応	○			○		○
a 8	医療事故	○			○		○
a 9	トイレ	○			○		○
a 10	チーム医療	○			○		○
a 11	カルテの個別開示	○			○		○
b 1	薬局・会計	○			○	○	
b 2	待ち時間	○			○	○	
b 3	多床室設備	○			○	○	
b 4	案内・受付	○			○	○	
b 5	待合室	○			○	○	
c 1	個々の能力	○		○		○	
c 2	コメディカルの対応姿勢	○		○		○	
c 3	院内雰囲気	○		○		○	
d 1	診療スペース	○		○			○
d 2	看護師の対応姿勢	○		○			○
d 3	医師（病状・治療説明等）	○		○			○

次に一課題毎に「軸の向き」分類を行う。これには現場の実情・客観性や社会性をも加味する。「軸の向き」は、「医療の質」・「病院」・「社会」・「個別の業務（タスク）」・「構成員」・「患者」の六つであるが、対立概念として「社会」と「患者」、「病院」と「構成員」、「医療の質」と「タスク」の三軸が定義されているので、それぞれ二者択一を行い三つの「軸の向き」を抽出する。そうするとこの三つの「軸の向き」に囲まれた空間にその課題となる写像が貼り付けられる。

「患者を軸とした課題分類の一般例」を表 4-1 に、「社会を軸とした課題分類の一般例」を表 4-2 に示す。一般例に示すように同類の三つの「軸の向き」毎に並べ替えを行うと、それらの傾向がはっきりと見えてくる。

ここで課題分類一般例から幾つかの例を取上げて、三次元空間に写像を例示する。患者を軸とした課題からは、「院内感染」・「待ち時間短縮」・「対応の良いコメディカル」・「診療スペース」の四つを取上げる。社会を軸とした課題分類から「情報提供と説明責任」・「超過勤務」・「診療時間」・「構成員のモラル」の四つを取上げる。

図 4-1 に、「課題の（解析・合成）空間（一般例：病院経営）」を例示する。

八つ切りにすると 8 個の空間（課題群）と 12 通りの交通（交流：Communication）が出現する。

表 4-2: 課題分類 (社会を軸とした一般例)

No.	課題	軸の向き					
		患者	社会	構成員	病院	タスク	医療
A 1	病院の説明責任		○		○		○
A 2	地域・社会へ情報提供		○		○		○
A 3	過剰医療		○		○		○
A 4	医療設備		○		○		○
A 5	デイルーム (病棟談話室)		○		○		○
A 6	診療報酬制度		○		○		○
A 7	休診日		○		○		○
A 8	介護福祉事業		○		○		○
A 9	地域貢献事業		○		○		○
A 10	交通の便		○		○		○
B 1	燃え尽き症候群		○		○	○	
B 2	駐車場		○		○	○	
B 3	一般情報公開 (広報)		○		○	○	
B 4	照明・冷暖房・音響設備等		○		○	○	
B 5	共有スペース		○		○	○	
B 6	医薬分業制度		○		○	○	
B 7	インフォームド・コンセント		○		○	○	
B 8	診療時間		○		○	○	
C 1	医局講座制度		○	○		○	
C 2	超過勤務		○	○		○	
D 1	構成員のモラル		○	○			○
D 2	教育研究事業		○	○			○
D 3	院内図書		○	○			○

境界を透過する点線は交通を示す。

2. 交通のあらまし

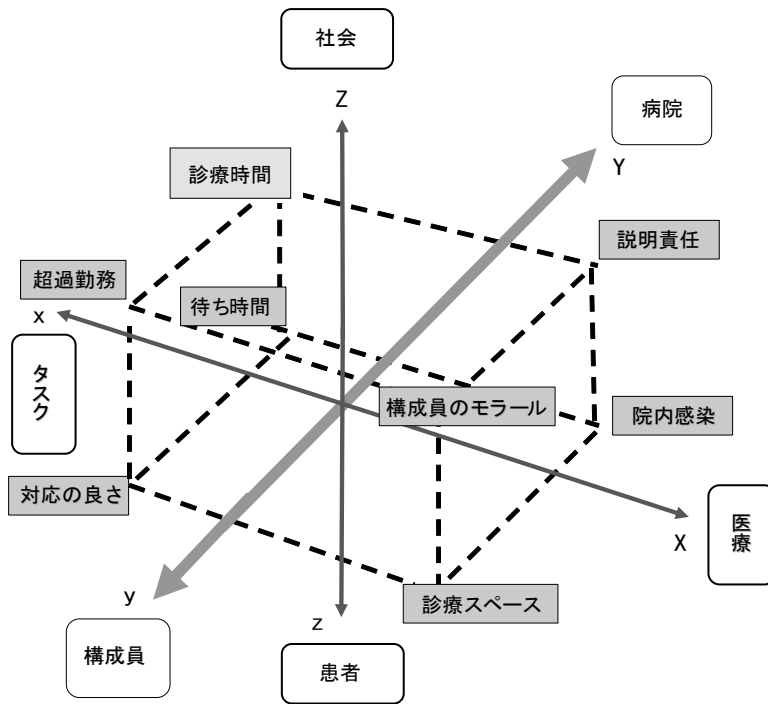
こうして出来上がった病院経営のイメージについて説明をする。(図 4-1 参照)

1) 病院と構成員の切り口

「社会」と「病院」の壁を透過する交通 (A. B) は、「医療」の側面では「説明責任」を要するが、「タスク」の側面では「診療時間」をニーズに合わせることを求められる。「病院」と「患者」の壁を透過する交通 (a. b) は、「医療」の側面では「院内感染」に注意する必要がある、「タスク」の側面では「待ち時間」の短縮と言うニーズに応える必要がある。ここで長い待ち時間は、「院内感染」と物理的な相関関係があるのかも知れないと言う議論が出てくる。

「社会」と「構成員」の壁を透過する交通 (C. D) は、「医療」の側面では「構成員のモラル」が、そして「タスク」の側面では「超過勤務」が関係していると見られる。「構成員」と「患者」の壁を透過する交通 (c. d) は、「医療」の側面では「診療スペース」が、そして「タスク」の側面では「対応の良さ」が関係していると見られる。このように「病院」と「構成員」の軸

図 4-1 課題の（解析・合成）空間（一般例：病院経営）



から四つの交通が読み取れる。

2) 医療とタスクの切り口

「社会」と「医療」の壁を透過する交通 (A. D) は、「病院」の側面では「説明責任」が、そして「構成員」の側面では「構成員のモラル」が関係している。「患者」と「医療」の壁を透過する交通 (d. a) は、「病院」の側面では「院内感染」が、そして「構成員」の側面では「診療スペース」が関係していると読み取れる。

「社会」と「タスク」の壁を透過する交通 (B. C) は、「病院」の側面では「診療時間」であるが、「構成員」の側面では「超過勤務」が関係していると考えられる。「タスク」と「患者」の壁を透過する交通 (b. c) は、「病院」の側面では「待ち時間」であるが、「構成員」の側面では「対応の良さ」が求められると考えられる。このように「医療」と「タスク」の軸から四つの交通が読み取れる。

3) 社会と患者の切り口

「病院」と「医療」の壁を透過する交通 (A. a) は、「社会」の側面では「説明責任」が、そ

して「患者」の側面では「院内感染」が読み取れる。「医療」と「構成員」の壁を透過する交通 (D. d) は、「社会」の側面では「構成員のモラル」が、そして「患者」の側面では「診療スペース」が関係している。「病院」と「タスク」の壁を透過する交通 (B. b) は、「社会」の側面では「診療時間」が、そして「患者」の側面では「待ち時間」が関係している。「タスク」と「構成員」の壁を透過する交通 (C. c) は、「社会」の側面では「超過勤務」が、そして「患者」の側面では「対応の良さ」が求められる。このように「社会」と「患者」の軸から四つの交通が読み取れ、計 12 本の交通が出現する。

3. 軸の向きからの主要課題

「軸の向き」に貼られた六つのラベルの切り口からは、主要課題が浮かび上がってくる。

「社会」の側面から見れば、「説明責任」・「診療時間」・「超過勤務」・「構成員のモラル」であるが、「患者」の側面から見れば、「院内感染」・「待ち時間」・「対応の良さ」・「診療スペース」が主要課題である。「病院」の側面から見れば、「説明責任」・「診療時間」・「院内感染」・「待ち時間」であるが、「構成員」の側面から見れば、「超過勤務」・「構成員のモラル」・「対応の良さ」・「診療スペース」が主要課題である。「医療」の側面から見た場合、「説明責任」・「構成員のモラル」・「院内感染」・「診療スペース」であるが、「タスク」の側面から見ると、「診療時間」・「超過勤務」・「待ち時間」・「対応の良さ」が主要課題である。

4. 横浜市大病院患者取り違い事件の三次元空間

Ⅱ章で述べた横浜市大病院患者取り違い事件を、分析・分類し三次元空間に写像を合成してみる。まず何故それぞれの課題を抽出したのかを説明する。

- ①主治医が、手術開始時に不在であった。
- ②自己血輸血時に、血液検査を行わなかった。
- ③手術件数は、年間 4000 件・病床数は 620 床である。
- ④手術室に入る際、カルテが患者と一緒に移動していなかった。
- ⑤本人確認の方法が、システム化されていなかった。
- ⑥術前訪問時に、患者の特徴を記録しなかった。
- ⑦手術を中断する権限委譲や手順が無かった。(中断授權)
- ⑧患者識別の為のインフラ整備がされていなかった。
- ⑨医師・看護師の絶対数が不足していたと推定される。
- ⑩業務事故保険の対象に、看護師が含まれていなかった。
- ⑪手順書に無い慣習や前例が多くあったと推定される。
- ⑫手順書に不備があった。

表 4-3 に、「横浜市大病院患者取り違い事件課題一覧」を示す。

表 4 - 3 : 横浜市大病院患者取り違い事件課題一覧

No.	課題	軸の向き					
		患者	社会	構成員	病院	タスク	医療
	・システム						
a 1	主治医の不在	○			○		○
a 2	血液検査 (システム)	○			○		○
	・動線						
b 1	手術件数	○			○	○	
b 2	カルテ	○			○	○	
b 3	本人確認	○			○	○	
	・構成員の力量						
c 1	術前訪問	○		○		○	
	・治療の現場						
d 1	手術中断の権限	○		○			○
	・医療と経営						
A 1	インフラ整備		○		○		○
A 2	看護師不足		○		○		○
	・選択と集中						
B 1	看護師の業務事故保険		○		○	○	
	・社会的待遇						
C 1	慣習 (前例)		○	○		○	
	・人材育成						
D 2	手順書 (システム)		○	○			○

図 4-2 課題の（解析・合成）空間（具体例：横浜市大病院患者取り違い事件）

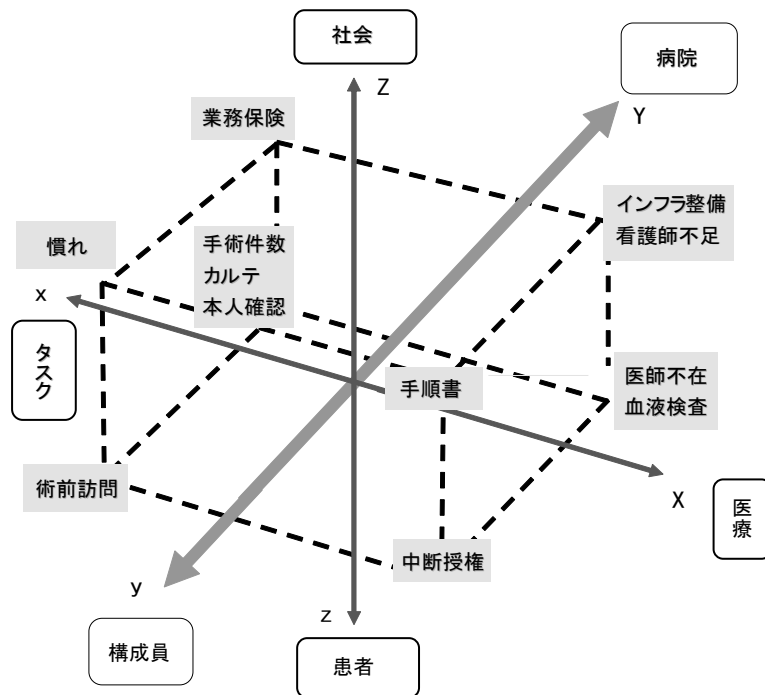


図 4-2 に、「課題の(解析・合成)空間(具体例:横浜市大病院患者取り違い事件)」を示す。

八つ切りにすると 8 個の空間(課題軍)と 12 通りの交通(交流:Communication)が出現する。境界を透過する点線は交通を示す。

5. 考察

1) 病院と構成員

「社会」と「病院」の壁を透過する交通(A. B)は、「医療」の側面では「インフラ整備」と「看護師不足」であるが、「タスク」の側面では「業務事故保険」が挙げられる。「病院」と「患者」の壁を透過する交通(a. b)は、「医療」の側面では「医師不在」と「血液検査」が挙げられ、「タスク」の側面では「手術件数」・「カルテ」と「本人確認」が挙げられる。

「社会」と「構成員」の壁を透過する交通(C. D)は、「医療」の側面では「手順書」が、そして「タスク」の側面では「慣習」が見て取れるのは手順書等の不備のせいである。「構成員」と「患者」の壁を透過する交通(c. d)は、「医療」の側面では「中断授權」が、そして「タスク」の側面では「術前訪問」が関係していると思われる。

2) 医療とタスク

「社会」と「医療」の壁を透過する交通(A. D)は、「病院」の側面では「インフラ整備」が、そして「構成員」の側面では「手順書」が関係している。「患者」と「医療」の壁を透過する交通(d. a)は、「病院」の側面では「医師不在」が、そして「構成員」の側面では「中断授權」が関係していると読み取れる。「社会」と「タスク」の壁を透過する交通(B. C)は、「病院」の側面では「業務事故保険」であるが、「構成員」の側面では「慣習」が関係していると考えられる。「タスク」と「患者」の壁を透過する交通(b. c)は、「病院」の側面では「本人確認」であるが、「構成員」の側面では「術前訪問」が求められると考えられる。

3) 社会と患者

「病院」と「医療」の壁を透過する交通(A. a)は、「社会」の側面では「インフラ整備」が、そして「患者」の側面では「血液検査」が読み取れる。「医療」と「構成員」の壁を透過する交通(D. d)は、「社会」の側面では「手順書」が、そして「患者」の側面では「中断授權」が関係している。「病院」と「タスク」の壁を透過する交通(B. b)は、「社会」の側面では「業務事故保険」が、そして「患者」の側面では「手術件数」が関係している。「タスク」と「構成員」の壁を透過する交通(C. c)は、「社会」の側面では「慣習」が、そして「患者」の側面では「術前訪問」が求められる。

4) 問題点の抽出

これらを整理すると

- ①重要な業務の要員や人材の確保と待遇に問題が在る。
- ②手術件数の多さが医師不在や間接業務の混乱を招いていると考えられる。
- ③カルテの管理や本人確認等の不確かなシステムが、血液検査の省略を招いている。
- ④手順書の不備等システム上の要因が大きい。
- ⑤手順書で責任と権限を明確にする必要がある。
- ⑥インフラ整備も重要である。

合計 12 本の交通からこれだけのことが判る。

5) 主要なキーワード

「軸の向き」に貼られたラベルの切り口からは、次の主要課題とキーワードが浮かび上がってくる。

「社会」の側面から見れば、「インフラ整備」・「看護師不足」・「業務事故保険」・「慣習」・「手順書」であり、キーワードは「経営システム」である。「患者」の側面から見れば「医師不在」・「手術件数」・「術前訪問」・「中断授權」が主要課題であり、キーワードは「安全」である。

「病院」の側面から見れば、「看護師不足」・「業務事故保険」・「血液検査」・「カルテ」であり、キーワードは「医療システム」である。「構成員」の側面から見れば、「慣習」・「手順書」・「術前訪問」・「中断権限」が主要課題であり、キーワードは「手順書」である。

「医療」の側面から見た場合、「看護師不足」・「手順書」・「医師不在」・「中断権限」であり、キーワードは「経営資源」である。「タスク」の側面から見ると、「業務事故保険」・「慣習」・「手術件数」・「術前訪問」が主要課題であり、キーワードは「安心して働ける環境」である。

おわりに（結論と今後の課題）

「課題の（解析・合成）空間」にそれぞれの位置を明示する事によって、その関連が見えるようになってきた。問題を分類し関連性を吟味する事で位置を明示でき、課題群と課題群を仕切る三次元の壁を透過する法線上に交通が発生する事に意味がある。これが今回の研究の到達点である。

一般的に課題は、着手する時には孤立して見える。従って従来は個別に対策を講じてきた。課題間の交通が見えると、まずこれだけはやらなければならないという事が見えてくる。そして関連性が判れば着手のプライオリティをも決められる。

安全と安心の間には、一般的にコンプライアンス・説明／結果責任・従業員を含めたステ-

クホルダー満足・持続可能性・回復能力・組織戦略・人間や生命に対する使命感等があることを本論で述べてきたが、病院経営だからこそ命の安全性が優先される。この視点からのプライオリティが今後も必要なのである。

一般的に選択と集中は、強み・弱みと捉えられがちであるが、別の意味ではプライオリティに含まれる選択肢なのである。プライオリティとは制約があるから選択と集中なのであるが、命を考える場合人類の存続つまり人類のあるいは地球の持続可能性と言う視点から選択と集中を考える必要がある。どうやってこの制約と言う壁を乗り越えるかである。もともと選択と集中は、組織内部の考え方であるが、外部との関係で組織の公共性を加味するならば、選択と集中に相互協力と言う合意形成の概念を付加する必要がある。この視点で制約条件を取り除く事がプライオリティの決め手となる。

そうすると次にプライオリティを決めるアルゴリズムが必要となってくる。

公益経営学の立場で考えると、病院経営の三公準と言うのがある。

これは、「Government of the people, by the people, for the people」の考え方を拡張したものである。第一公準は、「病院を構成する職員に付与する価値の公共性」を言い、公正な雇用、労働環境の整備や自己実現できる組織風土の構築などであるが、院内感染対策などが例示される。第二公準は、「患者に給付する安全・安心な医療の公益性」を言い、医療や投与された薬が安全・安心なものであることや、医薬品の適切・適量な投与などであるが、インフォームド・コンセントなどが例示される。第三公準は、「病院自身が目指す価値の公益性」を言い、病院の連携など戦略的な位置づけ、地域医療・予防医療、若手のスタッフ養成などであるが、地域の人材育成を担う医療専門職の養成などが例示される⁶⁾。

こうした病院経営の三公準は、プライオリティを決めるアルゴリズムとして適用する事が可能であると考ええる。

この研究では病院経営の「課題」が見えるようになることを示唆したが、今後の課題としては、これを拡大して一般的な場合にどのようにして課題を決めるかと言うアルゴリズムがまだ見付かっていない。そういった意味では、今回の研究の到達点は新たな出発点と言える。

参考文献

- NPO 法人 患者の権利オンブズマン編『医療・カルテ開示・患者の権利』明石書店 2001
NPO 法人 患者の権利オンブズマン編『患者の権利オンブズマン』明石書店 2000
NPO 法人 患者の権利オンブズマン編『患者の権利オンブズマン青書』Vol.2 九州リーガルサービス出版部リーガルブックス 2005
「患者取り違え事故 横浜地裁 判決に関する日本看護協会の見解」日本看護協会 2001

6) 山本友太他『公益経営の三公準と病院経営』立命館大学経営学会誌「立命館経営学」第 45 巻 第 6 号 2007 P85

『対訳 ISO9001 品質マネジメントの国際規格 [ポケット版]』日本規格協会 2001
高安秀樹／高安美佐子『経済・情報・生命の臨界ゆらぎ』ダイヤモンド社 2000

参考閲覧サイト

NPO 法人「患者の権利オンブズマン」<http://www.patient-rights.or.jp/index.htm>

厚生労働白書 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/>

NPO 法人「失敗学会」<http://www.shippai.org/shippai/html/index.php>

