

大学評価 第1号 平成14年10月 (研究ノート・資料)

[大学評価・学位授与機構 研究紀要]

「患者さま」中心の病院経営
—医療法人鉄蕉会亀田メディカルセンターを事例として—

Patient centered hospital management :
A case study of the Kameda Medical Center

齊藤 貴浩

SAITO Takahiro

Research in University Evaluation, No.1 (October, 2002) [the essay/material]

The Journal of University Evaluation of National Institution for Academic Degrees

はじめに	175
1 亀田メディカルセンターの概要	176
2 クオリティに関する基本的考え方	177
3 価値の共創による患者さま中心の医療	179
4 教育, 研修	185
5 評価と質の保証	186
6 組織を動かすための方策	189
7 大学への提言	190
8 まとめ	190
参考文献	192
ABSTRACT	193

「患者さま」中心の病院経営

—医療法人鉄蕉会亀田メディカルセンターを事例として—

齊藤 貴浩*

はじめに

本調査報告は、教育機関と同様に非営利の組織である医療機関を対象とした、インタビュー調査の報告である。

医療、教育、行政等の原則として営利を目的としない社会システムはこれまで聖域と見なされ、その活動が問題視されることはあまりなかった。その中で医療に関しては、医師は患者に比べて常に偉い立場にあり、患者が意見を言うことは許されず、また患者の都合は優先されないという雰囲気があった。まるで「お役所」のように融通の利かないサービス体制の中では、患者が待合室で診療の順番を待つことは当たり前で、数分間の診療に数時間待つことはざらであった。どこか薄暗く、冷たいという「病院」のイメージは、おそらく今でも多くの病院に当てはまる（例えば、ウォーカー2000）。

しかしながら、現在では、国民に対する真の社会サービスの提供者となる必要性和、昨今の公財政支出抑制の動きの中で個々の機関が効率的経営を行う必要性が増大している。いかに無駄を省き、かつサービスの受益者が最大の効用を得ることができるかというコストとクオリティの問題は、現在のすべての非営利組織に共通する問題である。

医療のクオリティに関する動きとしては、1995年に財団法人医療機能評価機構が設立され、1997年から本格的な評価活動が開始されている。また、複数の病院が集まってクオリティの向上を目指す研究会や、病院間でデータの比較を行う活動（ベンチマーキング）も行われており、大学と同様にマスメディアによるランキングなども発表されている（八代1999, pp127-130）。海外に目を転じれば、日本と同様の医療機関自身によるクオリティ向上のための活動はもちろんのこと、日本経営品質賞の元となった、アメリカのマルコム・ボルドリッジ賞でも、1999年に教育と時を同じくして医療のカテゴリーが設置されたことは、海外でもクオリティ向上のための取り組みが盛んであることの証左である。八代（1999, p4）は、『今後の医療改革の方向は、他の市場サービスと同様に、医療サービス生産の効率化を目指す必要がある。これは、単なる医療費の削減ではなく、情報公開と事業者間の競争促進を通じて、できるだけ少ない費用で「お客」である患者の満足度を最大限に高めるという意味での「効率化」である』と論じている。

さて、本調査報告は、医療の分野において先進的な活動を多く行っている亀田メディカルセンター¹の活動に関する、亀田総合病院院長・亀田信介先生へのインタビュー調査²の報告であ

* 大学評価・学位授与機構 評価研究部 助手

1 千葉県鴨川市東町929番地（TEL. 0470-92-2211（亀田総合病院：代表）、0470-99-2211（亀田クリニック：代表））。亀田メディカルセンターとは、亀田総合病院と、亀田クリニックの総称である。<http://www.kameda.or.jp>（2002. 7. 1 現在）

2 インタビューは2001年9月4日に亀田クリニックにて行われた。

る。本調査研究はTQM（Total Quality Management：総合的質経営）に関するものであるが、まず亀田氏にTQMに関して質問したところ、「TQMは10～15年前に盛んであった概念であって、そんなに新しい概念ではない。」とのお答えであった。亀田メディカルセンターでは、ISO9000や医療の評価などは最低限の医療のクオリティを保証する制度として使用しており、これらをTQMの一種と見るならば、今やそこから次にどのようにステップアップするかを問題としている。しかしながら、そもそもTQMとは、広義には、最終的な製品・サービスの質の向上、さらには顧客満足の向上を目指した、組織内のすべてのプロセスにおける取り組みを意味するものであり、ISO9000や日本経営品質賞の基準などは取り組みを把握するための一つの概念例に過ぎない。そのため本稿では、亀田メディカルセンターの経営について、日本経営品質賞の基準等には依拠せず、TQM概念の基盤であるサービスの質や顧客満足の向上を目指していかなる取り組みが現在行われているかについて報告を行う。

なお、本報告の内容は、亀田氏によってご説明いただいた内容に基づき、筆者が整理して執筆したものである。インタビューワーとして参加したメンバーは医療の専門家ではないために、亀田氏は病院の基礎的機能である医療そのもののクオリティに関する説明は極力抑え、サービスと組織運営の面を主として説明された。筆者もまた医療の専門家ではなく、医療自体を含めた亀田メディカルセンターのすべての経営を正確に伝えることは困難であるが、以下にその概略について報告したい。読者の皆様には、このような制限をご理解していただいた上で、本報告から教育分野にも参考になる情報を見て取っていただければ幸いである。

1 亀田メディカルセンターの概要³

亀田家は江戸時代より現在の地で医療を営み、明治の末期には現代的病院としての形態を整えるに至った。戦後の1948年には「有限会社亀田病院」が設立され、1954年には医療法人鉄蕉会に改組、そして1964年には当時最新の医療設備を持つ「亀田総合病院」となり、千葉県南部における唯一の総合病院としての役割を担ってきた。

その後、大幅な一般患者の増加の予想と、高度な医療の必要性という地域のニーズに応えつつ、施設の拡張、診療設備・機器の充実、そして優秀な人材の確保に努めてきた。2001年9月現在、その規模は診療科31科、病床数858床となっている。認定施設としては、千葉県救命救急センター第三次指定（1985）、厚生労働省指定臨床研修指定病院（1986）、厚生労働省（外国人医師）臨床修練指定病院（1988）、特定承認保険医療機関（高度先進医療機関）（1994）、災害拠点病院（1996）、HIV拠点病院、厚生労働省指定歯科医師臨床研修指定病院、開放型病院30床（1997）、難病医療協力医院（2000）等の各種の認定を受けている。また、クオリティの面では、1999年5月に（財）日本医療機能評価機構より「一般病院B施設」の認定を受け、さらに2000年3月にはISO9001（ver.1994）の認証を取得し、続く2001年10月にはISO9001

3 調査対象機関の概要の多くの部分は、『亀田メディカルセンター2000年度事業報告』、およびホームページ（<http://www.kameda.or.jp>（2002.7.1））による。

(ver.2000)の認証を再取得した。500床以上の病院で医療の内容にまで踏み込んだISO認証取得は世界でも初めてと言われている。

また、1995年には、外来機能を独立させて亀田クリニックが設立された。同クリニックは、全科を抱えた高機能外来施設であるとともに、地域における各種施設間の機能連携のコーディネーター的役割も担う。また、この独立型総合診療所は、その機能とともにアート・イン・ホスピタルの思想をも含めた、従来にない建築意匠や色使いによっても、関係各方面の関心を集めている。

さらに、亀田総合病院がとりわけ精力をかたむけてきたのは、独自に開発された電子カルテを初めとする医療の電子化である。既に多くの特許を取得している電子カルテは、亀田クリニックのオープン時より稼働しており、国内外より最先端のシステムとして注目を浴びている。このシステムは、ナビゲーション・ケアマップ・システムの開発へと継承され、医療の標準化等を目指したさらなる改善が進められている。また、電子カルテを媒体とした、地域の他病院・医院との地域医療ネットワークの推進についても積極的に取り組まれている。

2 クオリティに関する基本的考え方

2.1 医療とは何か？

亀田氏によれば、医療とは、「肉体的、精神的ストレスを軽減することによって、人々のクオリティ・オブ・ライフに貢献することを使命とした、共通的社会資本としてのサービス」と定義される。

まず、医療の使命については、そもそも病院の提供する医療サービスという商品は、患者さまの人生にとっては『過程』であり、中心としての患者さまとの共創によって作られる。最近、医療でも評価の観点から成果が重視されているが、医療の場合、医療を提供すればすべての時点で成果が生じている。それでは医療の最終成果、そして医療の目的とは何か。どんなに最高の医療を提供し続けても、医療は「死」からは逃れられない。しかし、だからといってできるだけ生き長らえさせることが医療の目的かというところではない。突き詰めていけば、医療の目的は、患者さまのクオリティ・オブ・ライフへの貢献であり、患者さまとスタッフとの良好なパートナーシップの構築こそが、医療にとって最も重要である。人生の一時期でも共に創り上げるのであれば、お互いの関係が悪いというのは最悪である。端的に言えば、「せっかく旅行に行くのなら、嫌な奴とタヒチに行くよりは恋人と隣村に行った方が楽しい。良好なパートナーシップが伴わない旅行は、商品としては最悪の商品である。」

これまでの医療は、自分たちの興味本位、都合本位であって、「患者さまのことを考えない押しつけ」に過ぎなかった。「患者さまが知らないということを手帳に書いて、患者さまのためではなく、自分たちの満足だけで医療サービスをしていないか?」「患者さまにストレスを与えていないか?」そのような疑問への回答こそが、「患者さま中心の医療」、そして「患者さまの視点に立ったサービス」である。

また、医療とは社会資本であり、発電所のようなものである。発電所が儲けても誰も喜ばな

いし、発電所が潰れてしまったら皆が困る。発電所は、効率的に安定、継続して電気を提供することが良いサービスである。しかし、少なくとも日本において、病院が発電所と1つだけ異なるのは、発電所は潰れないが、病院は潰れるという点である。病院が組織である以上ミクロ経済での継続は重要ではあるが、それだけでしかなく、社会資本としてのマクロ経済での効率こそ医療の本質として重要である。もちろん、医療の価値は、サービスだけでは定義されない。病院経営においては、価値の3要因、すなわち、クオリティ、サービス、プライスをいかに組み合わせるかを高めるかが問われている。

2.2 患者さまの満足

亀田メディカルセンターでは、患者を主体とする医療、すなわち「病院が患者さまを満足させる」のではなく、「患者さまが病院に満足する」という概念で、「患者さまの満足」を捉えている。つまり、病院からの押しつけの満足ではなく、患者さまが主体となって満足するような医療を目指している。

次には、ただの満足ではなく、“delight（喜び、感動）”の創出を目指している。顧客の評価にはアルブレヒトが提唱するように、次の4つの段階がある⁴。

- (1) 基本価値 基本的かつ不可欠な価値（なければ、クレームや怒りにつながる）
- (2) 期待価値 顧客が当然のごとく期待する価値（→“good”の評価）
- (3) 願望価値 顧客が「あればいいな」と思う価値（→“excellent”）
- (4) 予想外価値 顧客が予想すらない、喜びや感動を生む価値（→“delight”）

つまり、病気を治すという基本価値だけではなく、その上の段階の customer satisfaction、そして customer delight をどのように創造していくかが問題とされている。

もちろん、基本価値、期待価値などのサービスの対価となる価値が満たされない限り、予想外価値は存在し得ない。さらに、予想外価値を生み出すことの難しさは、一度その価値を知った患者さまは同じサービスを受けても delight となり得ないことである。常に変化しようとしないう限り、delight は実現できない。予想外価値をいかに創造していくか。それを全員で考えようという取り組みが必要であり、組織が変化しつづけ、向上しつづけることが要求される。

2.3 サービスからホスピタリティ、そして価値の共創へ

もともとサービスはインタラクティブに行われるものであるが、「サービス」という言葉には「serveする」という主従関係が前提となっている。delight を追求するためにはスタッフの努力が極めて重要であるにもかかわらず、患者さまが満足してもスタッフが不満を感じていたら、このような delight を創り出す努力はなされない。

そこで、「サービス：主従関係に基づく奉仕」から、「ホスピタリティ：対等の関係でお互いに満足を共有する活動」へと概念を変化させることが重要である⁵。患者さまのような組織の

4 例えば、佐藤（1995；pp114-116）。

5 もともと、サービスとは神への奉仕を意味し、ホスピタリティとは、親切なもてなし、歓待、厚遇を意味する（橋本2001；pp.10-12）。

外にいる顧客を外部顧客とすれば、医師、ナース、事務職員といった組織に労働力を提供するスタッフが内部顧客である。外部顧客だけではなく、内部顧客も満足しなければ本当の意味での delight は作ることができない。その意味で、内部顧客も重視し、外部顧客のマーケティングのみならず、内部顧客のマーケティングも行われている。

その一方で、ホスピタリティを実現するためには、患者さまも「医療サービスの受け手」から、「ともに医療に参加する人」になってもらわなければならない。お互いのパートナーシップの下で、患者さまの立場から見て、「受ける医療」から「参加する医療」へと変化することが重要である。そのためには、内部顧客への教育だけではなく、外部顧客への教育も積極的に行い、医師とのディスカッションに至るまで、いかに医療に能動的になってもらうかが重要である。

3 価値の共創による患者さま中心の医療

3.1 IT による情報と知識の偏在の解消

今までの医療、教育、行政は、供給サイド独裁であった。しかし、昨今の IT (Information Technology) の発達は、供給サイド主導から需要サイド主導へのデモクラシーをもたらす。IT の発達は、供給サイドの積極的な情報提供と、需要サイドの容易な情報の取得とを可能とし、情報の双方向化と情報の共有化を進める。その結果、供給サイドが情報と知識を一方的に握るといふ、情報と知識の偏在を無くし、需要サイドのエンパワーメントをもたらす。インターネット、電子メールという情報伝達手段の出現は、情報を介した互いの協力関係を基礎とした、価値の共創を生むための重要なターニング・ポイントとなった。

これからの医療において、IT 化による情報の共有は極めて重要である。医師とスタッフの間、さらには医師と患者さまとの間の情報の共有は、ディベートやディスカッションを生み、真のパートナーシップが可能となる。また患者さまに情報を開示することがリスクマネジメントにもつながる。亀田メディカルセンターでは、患者さまからの要求があれば、100%の情報を開示している。

亀田メディカルセンターの場合、情報共有の相手は病院の中にとどまらない。地域の基幹病院として、周辺のホームドクターも顧客と考えており、その効果的な支援、連携の実現を目指している。また、病院経営にとってのあくまでも副次的な IT の効果としては、IT 化で間接部門を軽くして事務スタッフを減らした分、医師などの専門スタッフを増員でき、手厚い医療サービスを提供できることが挙げられる。⁶

具体的には、次のような IT の活用が行われている。

6 実際には、亀田メディカルセンターは、100床あたりの医師数の多さについては、大学付属病院を除けば全国の5指に入るほどである（亀田メディカルセンター2001）にもかかわらず、現在の人件費比率は43%程度であり、通常の病院の50数%と比べると遙かに低い。

3.1.1 電子カルテ

電子カルテは10年以上も前から独自の開発を続けており、60～70億円を投資した。その当時、資金的に余裕があったわけではないが、必要性を認識してリスクを負ったということである。そもそも、電子カルテは医者や看護師が作るものであって、大手メーカーといえども現場の意見を聞かなければできるものではない。その結果、電子カルテにおける関連特許の多くを取得し、現在は、三菱、IBM、日立、日本電気といった大手電気メーカーとも提携し基礎となるノウハウを提供している。

これまで、カルテは「医者を書くもの、医者が見るもの」と考えられてきた。医者が自ら書いたカルテが読めないということはある。カルテは病院のものであるとして、自分たちの使い勝手だけを考えていることが間違いであり、亀田メディカルセンターでは「患者にも開示し、互いにコミュニケーションして情報を共有するためのツール」として電子カルテを捉えている。そこからして、電子カルテの設計理念は従来のカルテとは異なる。カルテをコミュニケーションのためのツールと位置づけると、カルテの概念が全く変化し、書く側の気持ちも変化する。このような、カルテは他者が読むものだというユーザーの意識の変化こそが、本当のコミュニケーションへとつながる。

また、情報の開示にしても、「何を見せるか」ではなく、「何を見せてはいけないか」を考えている。したがって、電子カルテも、「患者さまが何を見れるようにするか」ではなく、「患者さまが何を見れなくするか」という患者さま中心のコンセプトで設計されている。そうはいえども、電子カルテは医師が書きやすいものである必要があり、医師が表現したいことを可能にするようなシステム側の努力もなされている。例えば、アメリカでは客観性に乏しいために、カルテにイラストや絵の形での病変や部位の記載をしないことになっているが、日本では医師側のニーズが高いために、システムに負荷はかかるがカルテ上にイラストや絵が描けるような設計となっている。

また、電子カルテ、電子医療システムは、医療にとっては症例データを取るためのツールでもある。デジタル化されているために、カルテを使ってデータバンクを作り、データマイニングなどにも使用可能である。しかし、基本的には、カルテや症例データは患者さまのものであって、医者のものではない。最終的には、症例データは公共財として医療の改善に結びつき、次の患者さまのために使用される。

3.1.2 ナビゲーション・ケアマップ

最近、医療分野で流行のクリティカル・パスだが、日本の医療には1997年頃に本来のコンセプトと多少異なった概念で入ってきた。本来は、クリティカル・パスは製造工程を短くするためのツールである。クオリティとサービス、あるいはコストとの関係は、サービス（コスト）の量を増やすと、クオリティは最初に上がって、そのうちほとんど平坦になり、最後に下がるという上に凸のカーブを描く関係にある。アメリカの医療機関では、クオリティとサービス（コスト）の効率の概念から、パスが短くなることを追求し、また、そのカーブが平坦になる直前

の最適点を狙い、それを実現するためのツールとしてクリティカル・パスを導入している。つまりコストの削減が主な目的である。

一方、日本の医療機関は、保険制度等の違いから、パスを短くすることや、最適点を狙うことへのインセンティブがない。効率は追求するものの、どちらかといえばカーブの平坦となるところに達することが重要であり、平坦な箇所であればどこでもいいという考え方である。そのため、日本にクリティカル・パスが紹介されたときには、パスを短くするという本来の意図が紹介されず、医療の標準的診療プロセスを表す手段として導入されてしまった。このような背景知識が知られていないことで、若干の混乱が生じているようである。

確かに、今までの日本の医療は、あまりに標準化されていなかった。日本のクリティカル・パスは医療標準化のガイドラインとなりうるが、それだけでは患者さまの状況に応じた多様なプロセスを把握し、表現することはできない。亀田グループでは、標準化の上に立ちながらも患者さまに合わせてクリティカル・パスを個別化し、運用していくことが重要と考えている。そのため、標準化のツールとしてはもちろん、スタッフと患者さまがともに医療プロセスを把握して医療を進めるためのツールとして使用されることを目指し、オブジェクト指向でナビゲートしていくようにデザインしており、現在、このクリティカル・パスを発展させたものを、ナビゲーション・ケアマップと呼んでいる。

さらに、1人の患者さまを診るのは1つの病院、そして1人の医師だけではない。そのためにも、地域での情報の共有が必要であり、いずれ患者さまのカルテは生涯1つのカルテになる。そこで、1患者1カルテから1患者1生涯カルテに移行するためのステップとして、ナビゲーション・ケアマップをより発展させた、生涯ケアマップを開発している。

なお、亀田グループではクリティカル・パスの重要性をいち早く認識し、1995年にはクリティカル・パスの電子化の特許をアメリカで取得し、また日本でも同様に取得している。また、生涯ケアマップに関しても、それにかかわる膨大な規模の概念特許をアメリカで取得し、また日本でも特許申請中である。

3.1.3 地域ネットワークと共有カルテ

高度医療機器を有する亀田メディカルセンターは、地域の中の高度医療サービスを提供する基幹病院としての意味合いも持つ。患者さまのかかりつけのお医者さまである周辺の診療所との関係では、現在はISDNを用いて診療所に情報を提供することができる。そのため、患者さまが必要とするならば、患者さまの電子カルテは地域の診療所で見ることができる。また、MRIなどの検査は診療所からオーダーできるようになっており、従来、診療所からの依頼でMRIを取るためには、申し込み、検査、結果の取得の3回の来院が必要であったところを、今では検査のための1回の来院で済むようになった。検査の結果は、画像データに専門医のレポートがつけられたものが診療所に送られ、かかりつけのお医者さまは、このレポートを患者さまに伝えることになる。このような情報提供や密接な連携のシステムは、患者さまとともに、かかりつけのお医者さまに対するサービスや、信頼性の向上にもつながり、それと同時に、患者さ

まに対する情報開示にもなる。

しかし、このようなクローズド・ネットワークでは、どうしても患者さまや他の医療機関に対して、ある程度の囲い込みを行うことになってしまう。そこで、オープンネットワークの環境で医療情報の共有をするために、地域の診療所がweb-baseで電子カルテを活用できるシステムを構築しようとしている。既にweb-baseのシステムは開発されているので、あとは技術面でセキュリティ等を詰めていく段階である。また、ICカードを使い、病院ではなく患者さま自らがカルテを管理し、病院のロビーや市役所にブースを作り、患者さまが必要に応じてアクセスできるという環境を作ろうとしている。このようなシステムは、まず患者さまが必要と感じて普及していかないと、単なる試験で終わってしまうおそれがある。日本では、このようなシステムの普及はサービスのプロバイダー側からは進まないというのが常であり、患者さまに支持されるシステムを先に作って提供することが必要になる。

これらに加えて、遠隔医療に関する事柄として、訪問診療において、訪問看護師が聴診器を当てた位置と聴診音のデータを圧縮して電子メールで病院に送り、専門の医師が病院に居ながらにして送られてきた聴診音から診断するというシステムを、NTTと協同で開発している。例えば、この方法によって、専門の医師がいなくても、高齢者で肺炎の可能性の有る患者さまを効果的に発見することができる。医師の専門性を有効に利用することができるシステムであり、非常に将来性があると考えている。これについても特許を取得しており、またODAの援助機器にもノミネートされている。

3.2 患者さまのニーズの把握

サービス業で最も重要なことは、ニーズの把握である。普通のサービス業では顧客がニーズを知っている。しかし、医療の場合は、顧客自身、自分のニーズがわからない、そしてたとえニーズがわかっても伝えられないという状況にある。この見えないニーズをいかに素早く顕在化させるか、そしてニーズに対応するための院内システム環境の構築が重要である。以下の施策が期待するのは、すべて、患者さまとの能動的なりレーションシップの構築に役立てることである。

3.2.1 満足度調査と意見箱

亀田メディカルセンターでは、外部顧客のみならず、内部顧客に対しても満足度調査を行っている。ホスピタリティの確立のためには、その双方が満足しなければならない。また、意見箱を設置して、病院へのご意見をいただいている。意見箱への投書については、名前のあるものには必ず返事をする。名前が記載されていない投書に関しても、意見が多いものについては、返事とともに掲示をしている。意見というものは、それがたとえ否定的な意見であっても、気にかけていただいているからこそ意見を寄せていただけるのであり、もっとも最悪な状態は、無視、無関心である。それだけに、寄せられたご意見への対応については注意を払っている。

3.2.2 メニューのない病院の受付の役割

満足度調査は必要ではあるが、それだけでは十分ではない。現在のマス・マーケットの時代、アンケート調査の満足度はあまりあてにはできない。なぜなら、アンケートの質問項目は自分達の考え方で作成されるものであり、それが患者さまのニーズに合致しているかどうかはわからない。したがって、自分たちの決めた項目で「満足」と判断しても、患者さまが本当に満足しているかどうかはわからない。だからこそ、患者さまとの接点での、リレーションシップ・マーケティングを行う必要がある。この手法は、顧客が接触してきた瞬間がチャンスであり、親密な関係を築くことで顧客からの真の評価をもらえるというものである。逆に言えば、接触しない限り、顧客のニーズはわからない。例えば、病院では受付や相談室などが企業のコールセンターに相当する。これらの場所を患者さまやご家族のニーズのコレクト・センター、そしてプロフィット・センターに変えることを目指している。

具体的には、亀田メディカルセンターでは、病院の受付に隣接してサービスセンターを設けており、ここにホテルのコンシェルジュの機能を持たせている。そもそも、来院するお客様には、我々が想定していない多くのニーズがあり、それらの多くが比較的簡単に実行出来ることである。したがって、サービスセンターではメニューは作らずに、「やれることはすべてやる。言われたときに、それがメニュー。」と指示している。

3.2.3 ポイント・オブ・ケア

ITを最大限に活用し、情報の共有化、リスクマネジメントを進めた結果、あらゆるすべての事柄を情報として書き留めておく必要が生じるため、どうしても書き物が増える。しかし、そのことで患者さまとの接点が減ることがあってはならない。「それでは、患者さまのそばで仕事をしたらどうか？」という問いかけへの答えがポイント・オブ・ケアである。

実際に、医師・看護師はノートPCを1台ずつ持ち、100台の診察室のデスクトップPCと、部門のシステム端末とを合わせて、時と場所を選ばないフリーアクセスを可能としている。ノートPCは無線LANで結び、ベッドサイドで診療情報の参照と入力を行っている。また、業務報告なども患者さまのそばで行えばよい。このようなシステムを構築することで、ナース・ステーションすらいらぬ状況が可能となる。

この施策の成功には、医師やナースが自らの意志で考え、能動的に行動を起こすことが重要である。例えば、ナースに制服があれば、制服そのものが職務を表す鎧となってしまう、着ているだけでナースに見えるから安心してしまう。そのために、ナースの制服を廃して、ドレスコードのみとした。これは、次に述べる「ホーム・ライク」の意図もあるが、それよりもナースが自分自身でいかに振舞うべきかを自主的に考えさせることを目的としたものであり、能動的に考える文化が身に付いたときには制服に戻してもいいと思っている。患者さまからは、逆に「わかりにくい」という意見もいただいているが、この件に関しては、最終的には患者さまのためになることであり、今はスタッフの意識改革を優先させている。

3.3 患者さまのニーズの実現

3.3.1 「日常」の実現

アミューズメントパークやホテルが「非日常性」の実現に価値を置いているのに対し、病院は本質的に非日常的である。その非日常的環境で、いかに「日常」を実現するかが重要である。「いかにも病院」という環境、「病院＝施設」という概念は、これからの医療にはそぐわない。具体的な例としては、医療上の制限の範囲内での、飲食の自由、携帯電話の院内利用、自由な面会、プライバシーへの配慮などである。

亀田メディカルセンターでは、近々中に新しい病棟を着工予定であり、これを新しい形の病院として実現しようとしている。その基本方針は、「ホーム・ライク（病室は患者さまにとっての家である）」である。プライバシーも確保するために、病室はすべて個室とする。食べることのできる患者さまには、ホテル以上に食べさせてあげたい。また、決まった時間に食事を出されても、そのときには食べたくなくても後で食べたいということもある。これらのニーズに対応するために、ミニキッチンを設置し、また24時間のフードサービスを提供する。さらに、患者さまがいつでも自由に医師やスタッフと話ができるように、ケア・チーム・ステーションという部屋をフロア毎に作り、ここで一緒に治療の進め方について議論をしてもらう。亀田メディカルセンターとしては、急性期病院⁷として平均在院日数12日の想定で、比較対照となる都心の病院の病室に比べて、広く（21m²）、また極めて安価な設定での提供を考えている。急性期医療だけではなく、ターミナルケア⁸や、長期療養型についても独自の取り組みをしており、特にターミナルケアについては、2LDKのアパートに家族が住んで、最後のケアができるようなものを構想している。

それと同時に、一律的規制の撤廃というのがもう一つのコンセプトである。患者さまの都合で規制をすることはあっても、何も病院側の都合で制限をする必要はない。訪問客も家であれば自由のはずである。携帯電話についても、かなり近くまで近づかなければ誤作動を起こすものではない。一律に「携帯電話はだめ」と規制するのではなく、誤作動を起こす可能性のある機器に、誤作動が起きるおそれがあるので携帯電話の電源を切るように掲示をして、その場所のみ規制する。病室の会話はうるさいという問題はあるが、それならばメールであればよいはずである。合理的な規制であれば、患者さまも守るし、ストレスも少ない。プロバイダーの立場からの規制ではなく、患者さまの立場に立った規制が必要である。

3.3.2 代替医療の導入

アロママッサージ、鍼、ジャグジー、ミストサウナ、環境ビデオ、音楽療法などの、代替医療の設備と機会を積極的に導入している。これは、患者さまへのオファーの拡大を狙ったの施策であるが、医療効果そのものに期待しているというよりはむしろ内部顧客へのマーケティング

7 発症間もない患者に対して一定期間の集中的な医療を提供する病床を持つ病院。

8 現代医学では治癒不能の病気に陥った患者さまが、以後の生活を人間らしく暮らしていくことを目的とした、クオリティ・オブ・ライフのための看護や援助を主体とした医療。

グ活動として実施している。顧客として外部顧客だけでなく内部顧客を重視することが、サービス業では重要であると考えている。病院が費用を負担して専門家を呼び、スタッフに対してワークショップをしてもらっており、自分でも楽しんでもらうと同時に、修得したものを患者さまとの接点に使用してもらおう。眠れないという患者さまにすぐに睡眠薬を渡すのではなく、患者さまとのリレーションシップの中で、例えば代替案としてアロマオイルによるハンドマッサージなどを能動的に選択して実行することができるし、またそのような能動的な行動に結びつくことを期待している。

3.4 患者さまのエンパワーメント

亀田メディカルセンターでは、患者さま情報プラザ（プラタナス）という場所を設置している。今の時代、患者さまも病気に関して色々な情報を調べて来院してくる。そうであれば、患者さまがご自分の病気を徹底的に調べることができる環境を、病院側が用意することも必要であると考えている。ここには常勤のスタッフがついており、インターネットでの検索、医学の専門書などの本、パンフレットなどが用意されている。このように、病院の患者さまに対する文化をひっくり返すことが新しい医療の鍵となる。また、QOL-Webを提唱し、患者さまが必要なときに必要な医療情報を入手できるようなシステムについても計画をしている。

今の時代、病気に関する情報を入手することは容易である。医師は専門領域のあらゆる病気に関する知識を身につけなければならないが、患者さま自身が関わる病気の数は一つである。たとえ複数あったとしてもそれほど多いわけではない。確かに、ある病気の専門家は本当の意味の専門家であって、どんなに頑張ってもそのレベルに達することは難しい。しかし、そうでなければ、語弊があるかもしれないが、患者さまが専門書を10ページ読めば看護師と、1冊読めば医師と、その病気の知識に関してはほぼ同等になれる。医療のレベルとは案外その程度のものである。難しい面はあるが、医師と患者さまとの間の対等な関係、パートナーシップを構築する上で、患者さまのエンパワーメントは極めて有効である。

4 教育、研修

これまで、経営が苦しいときも、亀田総合病院では教育だけは重視してきた。教育部を10年前に組織し、部門を横断した教育を実施している。他に、医師（卒後臨床研修を含む）の研修に限ったものとして医師教育研修部があり、コメディカル・スタッフ⁹の生涯学習を支援するための組織として亀田生涯学習センターも設置されている。なお、教育部は地域住民のための講座も開講しており、多くの受講者を集めている。

亀田総合病院では、卒後臨床研修¹⁰を受け入れている。亀田総合病院は人気があり、今年はおよそ100名の中から12名を選んだ。レジデント採用のためには試験を行うことはもちろんで

9 看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、栄養士などの、医師を除いた医療従事者。

10 医学部卒業後の研修を行う、いわゆる研修医。

あるが、アメリカの病院にも送ることのできるよう、TOFELの点数についても基準を決めようと計画している。現在は、様々な学際領域の医者から看護師、薬剤師、栄養士、患者さままで含めた、チーム医療にあたる必要性がある。今から5年くらいで、現在のマルチディシプリナリーから一歩進んで、チーム医療を念頭に置いたトランスディシプリナリーなエリート・スタッフの養成を計画しており、これを「亀田レジデント・プログラム」と呼称している。レジデント・プログラムの中で、医師、コメディカル・スタッフに2年間程度同じところで暮らしてもらうことによって、チーム医療能力の獲得を狙っている。レジデントの部屋に戻ってくれば、「同じ釜の飯を食べた仲」のように、指導医の愚痴や仲間同士の話から、お互いに何を考えているか、知識と経験を共有できること、さらにはお互いに教え合うことを通じて、互いの知識が高まっていくことを期待している。

病院にとって、優秀なレジデントを有する最大の利益は、ティーチング・スタッフの選別である。ティーチング・スタッフがレジデントを評価すると同時に、ティーチング・スタッフも9段階評価でレジデントから評価され、それぞれ“Teacher of the Year”, “Student of the Year”を選び、表彰される。能力が足りないティーチング・スタッフは、レジデントの能力が高ければ高いほど、病院に居られなくなる。このシステムによって、さらに優秀なティーチング・スタッフが形成されることを期待している。その意味で、病院は良い新卒のレジデンスを得られるかどうかで決まる部分もある。なお、将来の規制緩和を見込んで、亀田総合病院では卒後教育において臨床に特化した大学院大学の開設も準備している。

従来、新しい医療方法の導入は大学の医局を中心としたローテーションによってもたらされてきたが、ローテーションは既に時代遅れであると考えている。現在、ローテーションで大学から来ている医師は、全医師の40%程度である。ローテーションに頼らなくても、新しい医療方法は自らの臨床研究と、学会から導入される。グローバル化、ネットワーク化で、特定の大学と連携しなくても知識、技術の導入は可能である。新しい医療の臨床研究は良い病院でしかできないし、良い臨床医を大学で育てるのは難しい。臨床に於いては、知識だけではなく、その上での知恵が重要である。

そのため、医師とスタッフの教育のために、病院として職員の学会発表を積極的に支援しており、海外の学会発表の費用も病院が出している。教育費だけで年間1億5千万円を費やしている。すべてのプロセスで改善を行い、全体としての質を高めていこうというTQMの考え方では、一番低いところに水準が合ってしまうことが問題点である。その考え方からすれば、教育、研修も、一生懸命やらない部署が問題であり、これを教育部が予算管理で把握している。品質を管理し、均等に組織のバランスを保つために、その部署も支援する。また、医師だけでなくコメディカル・スタッフの能力も学会発表などを通じて向上させようとしている。

5 評価と質の保証

5.1 内部評価と質の保証

評価には組織の内部からの評価である内部評価と、外部からの評価である外部評価がある。

先述のように、医療については、生涯にわたる医療を考えれば成果と過程は統合して考える必要があり、医療の過程こそが質を規定する。その意味で、医療技術に関しては、4章の教育、研修の活動が質を高めるシステムである。

内部の評価と質の保証に関しては、制度的には、医師に関して資格調査（クレデンシャルリング）と、資格認定（プリレージング）を行っている。

資格調査とは、新たに医師を採用する際に、応募者の資格や経歴を調査確認する作業である。アメリカの病院では、医者だけでなくその他の医療資格者をスタッフとして採用する場合にも必ずこの資格調査を行うが、日本の場合には、（特権を有する）医師からは病院から信頼されていないと見られかねないし、また現在の医局制度では困難が伴う（ウォーカー2000；p134）。現在、この資格調査を行っているのは、日本では亀田総合病院だけではないかとのことである。

一方、資格認定とは、医師が自らの専門分野の中から、自分が望む処置や治療の方法を病院に申し立て、それに対して病院が医師の行ってよい処置や治療の範囲を規定するプロセスである（ウォーカー2000；pp136-138）。亀田メディカルセンターでは、入院している患者さまの主治医¹¹となる資格を医師に付与する主治医権、そして、上述のように医師の行ってよい診療を制限する診療領域¹²が設定されている。このように、病院がリスクを管理し、医療の質を内部から保証している。

また、亀田メディカルセンターでは、数々のカンファレンスとともに、メディカルディレクター直轄の医師研修部の主催による、死亡症例検討会（Mortality & Morbidity Conference：M&M）¹³が月に一回行われている。これは、全死亡症例の中から病理解剖の症例を数例ピックアップし、診療の経過について、部門をまたがって全病院レベルで討論するものである。つまり、死に至るまでの診療の経過を振り返り、それが適切な診療であったのかどうか、他に方法がなかったのかどうか等の、医師同士のピア・レビューによる検討がなされる。この検討会は、医師の教育とともに、他科による内部監査の役割も果たしている。これからの情報開示の時代、患者さまの遺族とM&Mを共有することができるようになれば、より良好なパートナーシップが形成されることが期待される。

11 主治医とは入院患者に関し、入院、退院の決定、入院中の診断、治療、その他の診療に関する一切について判断決定する責任と権限を持つ医師をいい、その医師の診療、研修経験、人物を勘案して「主治医権および診療領域設定委員会」が推薦、院長が決定する。研修医は初期、後期を問わず主治医にはなれない（亀田メディカルセンター2001）。

12 主治医権を持つ医師の診療行為についてはそれぞれ、診療領域設定委員会で設定された領域に限定され、緊急の場合を除いてはその範囲を超えてはならないことになっている（亀田メディカルセンター2001）。例えば、消化器内科で上部内視鏡の超スペシャリストであっても、大腸ファイバーはあまりやることがない医師がいた場合、大腸ファイバーは指導医と一緒に何例か行わないと、一人ではできないことになっている。このことは、職位等とは全く関係がない。

13 アメリカでは一般的に行われている方法であり、また日本でも行われつつある。亀田総合病院の取り組みは、インタビューの2ヶ月前に『NHKスペシャル』（2001.7.7放送）で取り上げられていた。アメリカの事例を平易に紹介したものとしては、筆者の調べうる限りでは田中（2001）などがある。

5.2 外部評価と質の保証

外部評価は次の3つに分類されると考えている。(1)ISO9000シリーズのようなプロセス管理の認定, (2) (基準管理型)の適格認定, (3)ベンチマーキング。それぞれについてメリットがあるが, それらが明確に分類されるわけではなく, 亀田メディカルセンターではミッション・ステートメントを達成するためのストラテジーの一つとして, 適宜それらを使用している。いずれにせよ, 評価は, 全フレームワークの中で取り組むことが必要であり, フレームワークの中での位置づけとして, 何を, いつ, どのように, そして誰が評価するかが重要である。

(1)のプロセス管理の認定については, 2000年3月に, ISO9001 (1994年版)を取得した。これは, 診療プロセスを含め総合医療機関全体で取得したケースとしては世界ではじめてのケースである。そして, 現在2000年版への切り替えに対応中である¹⁴。ISOは, 自分で目標を設定し, それをクリアしようと改善を行う活動であり, 責任・権限を明確化し, 文章化すること, 独立的内部監査の実施, 外部監査機関による監査が認証取得のために要求される。この方法は内部プロセスのごまかしがきかず, 続けてさえいけばプロセスとして良くなる方法である。しかし, ISOは自分で基準を設定するので, 基準の設定や, ベンチマークによる評価も同時に重要である。

(2)の適格認定では, 1999年5月に日本医療機能評価機構より「一般病院B施設¹⁵」の認定を受けた。しかし, この評価の問題は, 評価機構の設定する認定基準が国際的なスタンダードに比べて低いところであると考えている。基準は高く設定し, 最初は点数が100点満点中の20点でもいいから, 今後10年間で得点を引き上げていったらどうかと思っていたが, かなわなかった。結局, 日本のスタンダードでしかない。現状では国際的なスタンダードにはほど遠く, レベルが低く目指すべきガイドラインとはなっていない。審査料として180万円を支払い, 僅かな報告書をもらっただけで, フィードバックが少なかった。確かにお墨付きはもらったが, 質の向上という目的に対しては, 今後多くの課題が残っているという印象がある。現在, この評価のもとで作った「医療の質の検討会」では, 国際的にも通用する基準を部分的ではあるが作成している。これは亀田メディカルセンターでも基準の達成に向けて努力する必要がある程の高い基準になっており, それに期待している。

亀田総合病院では, ストラクチャーの評価はおかしいとの判断で, 最初からアウトカムの評価を行っている。1992年にアメリカのMaryland Hospital Association (MHA)の指標プロジェクトに参加した。そして, 1993年以降4半期ずつの指標の数値をMHAに送り, 当時の700余りのアメリカの会員病院の数字と比較して, 数値の悪い部分は理由や原因を分析し, 継続的改善 (Continuous Quality Improvement: CQI) に結びつけてきた。これが(3)のアウトカムに基づくベンチマーキングである。ただし, アメリカの病院とのベンチマーキングでは, 医療保

14 インタビューの際は対応中であったが, 2001年10月に2000年度版のISO9001の認証を再取得した。

15 地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い, 高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する病院。(財)日本医療機能評価機構 http://jcqhc.or.jp/html/now_syubetsu.htm (2002. 7. 1))

健など制度面での相違から適切でない指標があること¹⁶、また日本国内から他に参加する病院がなかったことから、ベンチマーキングには十分な環境が揃っていないので、有志病院で Voluntary Hospital of Japan (VHJ)¹⁷という組織を作り、日本国内でのベンチマーキングにも取り組んでいる。

6 組織を動かすための方策

6.1 ミッション・ステートメント

患者さま中心の医療を実現するというような大きな変化を実現するための方策としては、「ミッション・ステートメントを明らかにして、それを示すこと。その上で、個々に裁量権を与え、エンパワーメントを図る以外に方法はない。」管理の究極は、管理をしないことである。そのためには、管理される側の能動性をいかに活かすか、エンパワーメントするかが重要である。

最初に、ミッション・ステートメントを示すことが重要である¹⁸。「愛」、「チャレンジ精神」、「トランスディスプリナリー（お互いに尊敬しあい協力しあうこと）」、「すべてのクオリティは愛から始まる」「患者さまの信頼を獲得し維持し続ける原動力はテクノロジーに支えられた愛である」など、理念はまさに「～イズム」であり、亀田氏はあらゆる場面でそれらを表明し、ディベートやディスカッションを通じて、すべてのスタッフとビジョンを共有するように常に努力している。その意味では、外部顧客への表明よりは、内部顧客への表明の方が重要である。亀田総合病院には院長室がない。それは院長が常にスタッフと接触している必要があるためである。

その次に、ミッション・ステートメントを如何に実現するかが問題となる。ビジョンや、ストラテジーは、ミッション・ステートメントを遂行するためのものである。評価システム、ISO、情報システム、ハードなどはすべてストラテジーである。ミッション・ステートメントで病院の立場は明確化しており、それに基づいてスタッフは仕事をするようになる。しかし、それに必ず従えとは言っていない。医療の現場である以上、たとえ病院の院長といえども専門領域に関してはその領域の医師に従わざるを得ない。主治医の裁量権も認める必要があるし、また認めなければならない。ミッション・ステートメントを理解した上で、何が必要で何が危険かと

16 例えば、アメリカでは病院滞在日数を短くするために無理して患者をかえすため、「再診率」の指標があるが、日本ではその値が当然低いため、あまり意味がない。

17 地域医療の中核をになう民間病院が、医療の質の向上や病院経営管理などの分野で、それぞれの持つ、優れた点を学び、それを自らの病院における業務活動にいかすことを目的とし、自主的な研究活動を行っている組織。

18 亀田メディカルセンターの理念は、下記のようになっている。

「亀田メディカルセンターの使命」

我々は、全ての人々の幸福に貢献するために、愛の心をもって常に最高水準の医療を提供し続けることを使命とする。

その最も尊ぶところ：患者さまのために全てを優先して貢献すること

その最も尊ぶ財産：職員全員とその間をつなぐ信頼と尊敬

その最も尊ぶ精神：固定概念にとらわれないチャレンジ精神

いう点について検討しながら、各スタッフ自らが能動的に判断していく以外にはない。

6.2 プロジェクトの推進

電子カルテ、地域ネットワーク、ISO、ベンチマーキング等の事例を挙げたように、亀田メディカルセンターでは様々な取り組みをプロジェクトとして行っている。病院の外でも、山ほどプロジェクトが走っている。これらのプロジェクトの進め方には、別に目新しい方策は採っていない。委員会を作り、プロジェクトにふさわしい人がリーダーとなり、リーダーが引っ張るという、あたり前の方法で進めている。

プロジェクトのリーダーは、それまでプロジェクトのマネジメントをした経験のない医師(ドクター)であっても、問題はない。もちろん、マネジメントができるかどうかは個人の性格によって向き不向きがあるが、総じてドクターはポテンシャルティーマのカたまりである。理解も早いし、プロジェクト・マネージャーとしても高い潜在能力を持っている。明確なビジョンを持たせ、ドクターの納得する適切なデータを与え、一緒にプロジェクト目標を設定し、目標管理の考え方でプロジェクトの運営を任せることが重要である。ドクターというのは総じて優等生である。今まで赤点を取ったことがないドクターは、自分が納得の上で決めた事項に関しては、自分のプライドにかけて絶対に赤点を取ることはなく、必ずクリアしてくる。しかし、その洞察力も鋭いので、いい加減なデータを提供したり、論理がいい加減だったりという状態だと絶対に不満が生ずるし、クレームがつけられる。

7 大学への提言

一言で言えば、大学は「井の中の蛙」であり、Ice Breakingが必要だと考える。行政は結構改革が進んでいる一方で、大学はかなり問題があるという印象である。大学は、顧客と、そのニーズが把握できていないのではないだろうか。学生が大学に通いながら、各種学校とのダブルスクールを行っているなどというのは、その典型ではないだろうかと思う。

大学は、情報の共有化を通じてパートナーシップを築くべきであると考えます。管理・経営者と教員、そして学生との間のパートナーシップである。学習者との協業なしには教育はできない。しかしながら、教育は常に受動者を作る自己矛盾を抱えており、必然として管理も必要である。管理される側をどのようにエンパワーメントしていくかが重要ではないかと思う。また、医学教育に関しては、医師の教育を卒後研修まで含めて考えるべきであり、大学が、臨床研修病院の質の評価、選択を行う必要がでてくると考えている。

8 まとめ

以上が亀田メディカルセンターの活動についての聞き取り調査の報告である。

亀田氏の理想とする経営に対する考え方は、筆者なりに要約すると以下ようになる。

「医師や病院のための医療ではなく、患者さまを中心とした、お互いの協力で創り出す医療」という考え方を基本理念とし、医療サービスの機関として医療の基本的価値である医療技術の

向上を当然進めていくとともに、顧客のインビジブルなニーズの把握、ITを用いた情報の共有、顧客のエンパワーメント、そしてそれらの要素の有機的結合を経営理念達成のための経営戦略として機能させる。

先述のように、本調査研究はTQMに関するものである。医療に関しては、QC7つ道具を医療の質の向上に活かす事例もある。例えば、医療のTQM推進協議会（2000）の改善手法の紹介に出てくる事例では、「パレート図」、「特性要因図」などのQC7つ道具のように、生産管理、品質管理の手法が、TQMの手法として現場での医療の質の改善に活かされている。また、今回の報告にもある「クリティカル・パス」は作業の標準化であり、またアメリカで使用されていた本来の意味のクリティカル・パスは、日程管理手法であるPERT（Program Evaluation and Review Technique）、そしてPERTにコストの概念を含めたCPM（Critical Path Method）そのものである。医療現場でも、TQM的手法を医療用に適合させ、広く使用されていることは興味深い。

しかし、亀田メディカルセンターの経営は、亀田氏の言うように、それを遙かに超えた経営理念に基づく、極めてダイナミックなものであった。亀田氏のご説明に出てくる概念は、顧客満足度、ホスピタリティ、CRM（Customer Relationship Management）と、一貫して顧客重視の経営に関する概念である。医療分野でも、顧客満足は数年前から論じられている（例えば高橋（1996,1997））。しかし、亀田氏の顧客満足に関する概念は、数年前の医療の顧客満足度の概念と比べて先進的なものであり、また現在の企業概念と比べても遜色ない。さらには、インターネットと電子メールの普及というIT革命が共創による医療サービスを実現するという先見の明でITに投資し、そして現実にITによって支えられた共創の医療を実現しようとしている。病院が、リスクを承知の上で設備ではなく技術開発に投資するというのは、よほどの覚悟がないとできることではない。亀田メディカルセンターの経営は、営利の追求という意味ではなく、経営理念、ミッション・ステートメントに従った目的志向という意味で、まさしく企業的な経営であると考えられる。

また、医師が患者よりも優位に立っているという、従来一般的な医療の文化を一掃し、ITというツールを利用して、病院の医師やスタッフと患者さまとを完全に対等な関係として価値を共創するという組織文化の形成は、現在の医療の改善の方向と一致しているにせよ、極めて大きな困難が伴うと考えられる。約4時間にもわたるインタビューにおいて、亀田氏は終始一貫して「患者さま」という呼び方を使用した。「患者」ではなく、「患者さん」でもなく、常に「患者さま」とスタッフにも呼びかけているであろうその姿勢に、常に経営のビジョンを示す亀田氏のリーダーシップの片鱗を垣間見た。

今一度TQMの概念に戻れば、2章のクオリティの定義で報告したように、医療の価値はサービスだけでは定義されず、クオリティ、サービス、プライスという価値の3要因をいかに組み合わせるかで価値を高めるかが病院経営に問われている。従来は「医療サービス」という言葉のように、医療は営利を目的としない奉仕であるとされ、治療行為そのものがサービスと見られてきたが、現在では患者さまの満足をいかに創出するかという、新たなサービスの概念が問われ

てきている。さらには、治療行為にのみ問われてきたクオリティの概念は、基本的価値を生む診療の周辺を取り巻く病院のサービスにも求められてきている。TQMの本質が顧客満足、そして経営の質の向上にあるならば、このことこそが、病院経営のクオリティ、すなわち経営の質を表しているのではないだろうか。

大学への示唆という意味においては、共に価値を創り上げる共創の概念、そしてホスピタリティの概念は大学教育にも十分に適用すべきものであるし、また亀田氏の言う「教育は常に受動者を作る自己矛盾を抱えている」という指摘は的を射ているものと考えられる。教育、医療、行政という非営利組織の共通性から、先人の知恵を参考にしつつ、相違点についての考察を進めていく必要があるだろう。

参考文献

- 医療のTQM推進協議会編（2000）『病院の改善活動事例集』 医療文化社。
- ジョン・C・ウォーカー（2000）『ニッポンの病院』 日経BP社。
- 亀田メディカルセンター（2001）『亀田メディカルセンター2000年度事業報告』。
- 佐藤知恭（1995）『「顧客満足」を超えるマーケティング』 日本経済新聞社。
- 高橋啓子（1996）『医療CS入門講座今日からはじめる患者サービス編』 日総研出版。
- 高橋啓子（1997）『事例で学ぶ医療CSの実践』 日総研出版。
- 田中まゆみ（2001）『M&M-次はどうすればもっとよくなるか-』 週間医学界新聞, 第2429号, 医学書院. (http://www.igaku-shoin.co.jp/04nws/news/n2001dir/n2429dir/n2429_11.htm (2002. 7. 1))
- 橋本保雄（2001）『感動を創るホスピタリティ』 ゴマブックス。
- 八代尚宏監修, 通産省サービス産業課編（1999）『改革始動する日本の医療サービス』 東洋経済新報社。

謝辞

お忙しい中をインタビューにご協力いただいた亀田信介先生に心より感謝いたします。また、亀田メディカルセンターをご紹介いただいた、京都大学大学院経済学研究科教授西村周三先生に感謝いたします。

ここに、本稿をまとめるにあたり、インタビューに参加した、京都大学大学院経済学研究科助教授出口弘先生（現東京工業大学大学院総合理工学研究科教授）、ならびに大学評価・学位授与機構評価研究部喜多一教授、大塚雄作教授、林隆之助手のメモを参考に致しましたことを注記いたします。

[ABSTRACT]

“Patient centered hospital management : A case study of the Kameda Medical Center”

SAITO Takahiro*

Medical care, education, and government were sacred to us because their missions are nonprofit. However, the expectation that they operate efficiently and offer social services to the fullest extent requires that they shift the paradigm of how they do business. How these institutions provide maximum service for customers at the minimum cost is a common problem for all nonprofit organizations and the university is no exception.

This report is a case study of Kameda Medical Center (KMC), where advanced and unique activities in the field of the medical care are performed regularly. Interview with the director, Shinsuke Kameda, was conducted on September 4, 2001.

KMC has been aware of the importance of quality for a number of years. Actually, KMC is the first hospital to be granted ISO9001 certification for its enterprise-wide activities including medical examination processes in 2000. However, Kameda mentioned that pursuit of medical quality is nothing special, they pursue the total value of medical care based on a combination of three factors : quality, service and cost.

The goal of KMC is the realization of the happiness and well being of everyone involved with the center using the following concepts : patient empowerment, patient-centered care (NOT staff-centered care), and full disclosure (no secrets). Patients, doctors and staff are considered to be equal in order to attain the goal together. This is different from the traditional culture of the medical care facility : the doctor is superior to the patient due to the doctor’s knowledge, skills and achievement. In addition, information technology is regarded as a prerequisite for the formation of an equal relationship. Therefore, KMC has invested a large amount of money in the development of an electronic medical record, which enables all of the persons concerned with a patient to access the information.

All of their activities are derived by the goal. Even the improvement on the medical quality is considered to be just a tool to pursue the goal, not a purpose. KMC management is valuable as an example for future university management in terms of the mission-oriented management system and its dynamics.

* Reserch Fellow, Faculty of University Evaluation and Reserch, National Institution for Academic Degrees