

病院改革：患者さんの期待を超越せよ！

Decentralization

Johns Hopkins の事例から学ぶ ①

あるハーバード大学教授は「戦略家はアーキテクトである」と断言します。組織がミッションを達成するためには戦略立案が重要であり、戦略を実行するためにはそれ相応の組織設計が必要であるということです。

日本の病院の多くの組織構造は、縦割りであり、責任の所在が曖昧です。中で仕事をしている人は、なるべく自分の仕事を増やさないよう努力しています。一方、上層部は組織がうまく機能しているかについて、収益の点にだけ着目します。

## Johns Hopkins Hospital

1977年5月、Robert M. Heysel 医師は Johns Hopkins Hospital の副病院長として1977年から1978年にかけての年次計画を見直していました。思い起こせば Hopkins にて decentralized management structure を構築したのは1972年から1973年のことでした。

アメリカの代表的な医療センターである Johns Hopkins Medical Institutions (JHMI) はメリーランド州、バルチモア東部に位置し、44 エイカーの敷地にありました。JHMI は1037床の Johns Hopkins 病院+Johns Hopkins 大学講座、医科大学、公衆衛生大学院、school of health service がありました。JHMI は自らを称して「医療と癒しの技術をベッドサイド、教室、クリニック、研究室、地域のレベルで実践する」機関であると宣言していました。

1970年の国勢調査によれば、バルチモア都市部の人口は192万人で、メリーランドのおよそ半分を占めていました。

## 歴史

JHMI の創設者であるジョンズ・ホプキンスは1795年に裕福なタバコ農家に生まれました。そして仕事に成功し、さらに巨万の富を築いたのでした。ホプキンスは独身で過ごしましたが、この富を事前活動に活かしたいと思うようになりました。そして彼の名前を使った大学と病院を設立したのです。しかし、ホプキンスが死んだあとに彼の思想は花開きました。ジョンズ・ホプキンス病院は1889年、330の病床、25の医師、200人の雇用者、年間85,000ドルの予算で開業しました。

ジョンズ・ホプキンス病院は成長し、1972年には1000の病床、1300人の医師、4100人の雇用者、年間85,000ドルの予算を使用するまでになっていました。病院は非営利

団体として全ての臨床分野の診療、400人以上のレジデントやインターンを各専門分野において教育、緑内障、ポリオ、てんかん、コレラ、癌、除細動、心臓ペースメーカー、先天奇形に対する外科手術、白内障手術、骨折に対する新しい治療、新薬の発見と開発するなど研究分野でも先端をいっていました。そして、他の医療機関と同様、医師はベッド・コントロールと治療方針を考え、教授クラスの人には医師の人事に強い影響力を持っていました。しかし、予算や会計の分配にはほとんど関与していません。

### **Diagnosis-related grouping: DRGはじまる**

ちょうどこの頃、診断名に応じて一定額が支払われるシステムが一部の保険機構で導入されました。小回りの効く病院は、どのようにすると収益を上げられるか入念に検討していました。そのため、大学附属の教育病院では収益性の悪いDRGを扱わざるを得ませんでした。単純には、なるべく外来でできる診断・治療は外来で行い、入院期間を減らす方向にシフトしました。そこで、ジョンズ・ホプキンス病院は医師に予算のコントロールも含めて権限と責任を委譲したのです。このような、権限委譲をDecentralization（分権化）と呼びますが、ジョンズ・ホプキンス病院はこのDecentralizationによって難局を乗り切ったのでした。

### **1970年代のジョンズ・ホプキンス病院の組織構造**

病院運営のためにジョンズ・ホプキンス病院規則に従い、理事会を設置、理事長、理事、院長は、毎年理事会の中から選出されました。医療スタッフ理事会は、病院役員会の選定を行います。病院役員会は、病院内の医療行為や事業に関する点を理事会に報告します。病院役員会の人数は適宜理事会が決定していました。医療スタッフの選定は、各臨床科の診療部長によって指名を受け、病院役員会が推薦し、理事会が決定する形をとっていました。診療部長以外の医療スタッフに関しては、6月30日までの1年以内

の契約でした。医療スタッフは、常勤スタッフ、特別スタッフ、非常勤スタッフ、名誉スタッフ、レジデントに分類することができました。診療部長は病院役員会の推薦を受けて理事会が決定していました。診療部長は後継者が決まるまで継続し、患者ケアだけではなく、教育、研究にも責任をもっていました。

### 1972年のジョンズ・ホプキンス病院財務状況

ジョンズ・ホプキンス病院は1967年から1972年間の赤字を背負い込んでいました。1971年からはじまるニクソン経済政策を受けて1972年の赤字は\$437,218に拡大しました（入院は黒字でしたが、外来は赤字でした）。しかし、寄付金などを合わせると、\$1,029,758の黒字ではありませんでした。

- － 病院職員の数は10年間で2500人から4000人に増えていた。
- － 強い労働組合が存在した。
- － 病院は過剰雇用の状態にあり、非効率的であった。
- － 国の経済政策の影響で毎年出費が11-14%の割合で増加していた。
- － 資本の分配が困難で、争奪となるが多かった
- － 施設が古くなり非効率的となっていた。新しい施設を建設する必要があった。
- － 中央の管理部門と各科の間で責任の所在が不明確で、運営に関しても不透明であった。
- － 中央のサービス部門は、病院全体を考えずに自分の興味で運営していた。
- － 施設のゴールや目標が不明確であり、各科のゴールもまた示されていなかった。仮に示されたとしても、施設のゴールとリンクするものではなかった。

### 1972年から1973年までのマネジメント体制における変革

この年の赤字は、\$1,200,000 にのぼりました。ジョンズ・ホプキンス病院は、地域に貢献するために収益のあがらない外来部門に\$17,000,000 を費やしていました。それまで寄付金で何とか埋め合わせてきたのですが、いよいよ苦しい状況になってきてしまったのです。

しかしながら 1972-1973 年、マネジメントの大きな変革が成されました。病院の上層部レベルでの変革により、新しいリーダーが生まれ、マネジメント体制を再編成しました。Dr. スチーブン・ミュラーは大学と病院共通のリーダーをつくることにより、2つの施設の関係を深めようと考えました。そこで、医療プログラム事務所のチーフであった Dr. ロバート・ヘイゼルをこの新しいリーダーとして重要な任にあたらせたのです。特にいくつかのキーとなる部分に組織再編が成されました。長期計画部門、マネジメントシステム開発部門、事務スタッフ再編成部門、基金集め部門、患者ケアをより人間的なものにする部門、雇用者関係をよくする部門などです。

Dr. ミュラーは比較政治学と国際比較論の専門でしたが、大学と病院の両方の責任者となりました。同時に Dr. ヘイゼルは 1972 年よりジョンズ・ホプキンス病院の executive vice president 兼ディレクターを引き継ぎました。彼は、セントルイス大学で医師となり、1968 年よりジョンズ・ホプキンス大学の副学長として移籍し、外来部長と医療プログラム事務所のディレクターとなりました。

Dr. ヘイゼルが 1972 年 10 月 1 日に仕事を引き継いだとき、彼は、中央に強いヒエラルキーがあると感じました。各診療部門に配分される費用は、直接経費が 30%で、間接経費 70%であることからみてもわかります。そして、Dr. ヘイゼルは組織の構造が 1889 年から 1972 年の間ほとんど変化していないことも指摘しています。確かにこれはよくある病院の組織構造なのですが、ジョンズ・ホプキンス病院には合わないと感じていました。さらに、予算配分はトップダウンで行われ、患者ケアからの費用とは無関係でした。つまり、特別な到達目標もなく、部門で自由になるお金もありませんでした。

これらの理由から、分権化の方向性を考えるようになったのです。

### 分権化 Decentralization

分権化とは、14 の診療部長にその部門の運営を任せるというものです。それぞれの診療部門の事務は、診療部門内の会計を直接診療部長に報告しました。特に財務計画と予算コントロール・プロセスを強化したのでした。さらに、意思決定は看護部門にも及びました。栄養科や警備、清掃など中央管理の方がよいと思われる部門はそのまま中央管理としました。

分権化の目的は、より効率的なマネジメントにより費用削減をはかる、意思決定レベルを改善する、予算の執行と責任を診療部門に委ねる点にありました。分権化に関しては、Dr. ヘイゼルが就任した最初の理事会で発表されました。この意思決定は、理事会でも強く押されました。このような大きな方向転換は、上層部の強力なリーダーシップなくしては実行できません。

分権化を実行にうつすために医師以外で構成された“分権化委員会”が設けられました。この委員会は分権化を行うに当たって診療部門は事務を雇うべきであると主張しましたが、Dr. ヘイゼルは異なった意見をもち、この臨床、研究、教育だけでなく、財務上の権限と責任を診療部長に負わせたのでした。

1973 年、Dr. ヘイゼルは診療部長および事務長に病院の分権化計画を文書で立案しました。

。。。我々は、病院を機能的マネジメント・ユニットに改組することを提案します。ユニットは、目的を達成するために必要なリソースを用いる権限と責任を有します。。。。各診療部門の責任は、診療部長に委ねられます。そして各診療部門の事務は、財務状況を診療部長に報告をしなくてはなりません。また、その診療部の看護部長も診療部長に報告します。リソースの分配については、診療部のゴールに応じて診療部長の責任のも

と、事務官および看護主任と相談しながら意思決定されます。。。診療部長は、1年と5年の予算を計画します。そして、病院事務部長、理事会の審査を経て使用可能となります。。。診療部長は目的達成のための予算を確保するために有床率を確保するなど独自に努力することが期待されます。。。。。

各診療部門の医師、そして特に看護部から強い抵抗にあいました。しかし、1974年度から分権化の具体的成果が現実化しはじめました。

新しいマネジメント計画がうまくいっているかモニターするために、外部のコンサルタントが起用され、1) 報告要旨、2) 入院統計、3) 外来統計、4) 患者ケア統計、そして 5) キーとなるパラメータを中心とする毎月のマネジメント情報報告は病院役員会に報告され、そのコピーは各診療部門に配布されました。

### 1973年から1977年までの変化

Dr. ハイゼルが理事に就任して、外部から何名かを連れてきて病院の要職に就けました。

Mr. Edward Halle は外来事務長。会社経営から病院事務への転身。

Mr. Martin Diamond は Johns Hopkins に 1971 年より assistant director、Office of Healthcare programs の計画立案を担当。

Dr. Charles Buck は 1972 年から情報システムの改善を担当するため就任。産業エンジニアと病院事務というユニークな教育の組み合わせを持つ。工学ではコンピュータでパブリックヘルス領域における博士号も持つ。

Mr. Irvin Kues は vice president として財務システムを担当。彼は産業界のエンジニアの経験を持ち、システムアナリストとしてのかなりの経験ももっていた。1973 年、Johns Hopkins に加わる前には、コンピュータ会社の Chief Operating Officer を担

当。

Mr. Lawrence Philips は 1974 年、Dr. Heyssel により招聘。雇用関係をマネージ。General Electric でこの領域のかなりの経験をもっていた。

Mr. Ronald R. Peterson は Health care administration において修士をもっており、1975 年、Cost Improvement Program の事務官として抜擢された。かれの任務は様々な cost improvement projects をこなしながら、cross functional team を診療部門を越えて構築することだった。

Ms. Martha Sacci, vice president, nursing は 1977 年より JHH に加わりました。彼女は看護部長としての経験があった。

Dr. ハイゼルが考案した組織図を図 1 A に示します。このような診療を行う上でのまとまりをサービスラインと呼びますが、現代では、これに近い組織図もしばしば認められます。主任教授を頭に各診療部門が設置されるのではなく、患者さんの治療を軸として診療部門を設置します。また、組織全体の経営計画と予算配分に関しても重点が置かれました。

経営計画委員会委員長の Charles Buck は以下のように当時のことを回想しています。「正式な改良には、3 年前からのりだしました。初年度、各診療部長は目標とからめて、内部の強みと弱み、外務環境によるプレッシャーと成功への機会について、この先 1-2 年と長期計画を報告させられました。この報告がうまくいっているかをモニターするために、病院長および医学部長と私は各診療部長と 1-2 時間の面接をもちました。この面接では、「その診療部門が何を目指すのか？」を論じ、お金や予算のことについては論じられませんでした。翌年、彼らの目的に応じた行動計画とプログラムにフォーカスを宛て始めました。そして、3 年目には、これらの情報を公開し、年に 3 回更新する手段にでました。予算は主に病院側、一部大学側から支出されました（表 1）。

表1. 年間予算の合計：この表のように簡単なものから詳細までいくつかの表が用意される。

	Actual	Budget	Balance	Variance	% Variance
Goss revenue	5204600	4284328	-920272	1000272	25
Salaries	1201922	1213453	11531	11531	0
Benefits	203076	203539	463	463	0
Supplies	1296689	954107	-342582	-342762	-35
Joint Agreement	105967	110716	4749	4751	4
Repairs	21755	22457	702	702	3
Transfers	317902	210833	-107069	-107069	-50
Total	3147511	2715107	-432404	-452404	-15

その他にもいくつか新しいチャレンジが成されました。

1. 報償プラン：医療収益を増やすと、給料が増える、その部署の配当が増える、人が増えるシステムが導入されました。プロフェッショナル・スタッフの増員がベッド占有率に一番影響したようです。
2. 院内コミュニケーション雑誌スタート
3. コスト改善に関するコンサルトをジェネラル・エレクトリックに依頼
4. 職員満足度調査
5. Performance evaluation system: 組織の異なるレベルでの仕事達成に関する評価システムを開始。年毎に進化していった。

#### ジョンズ・ホプキンス病院ビル建設計画

ジョンズ・ホプキンス病院はホプキンス100と称して100億円の基金集めを1976年より開始しました。そして新しい8階建ての入院棟、2つの既存ビルの修復、機械プラントの拡張、60床の癌センター、病棟と直接連結している教育棟が想定されました。

国からの予算	11億円
ローン	25億円
大学予算	6億円
病院予算	9億円
合計	51億円

### 改革の結果

ジョンズ・ホプキンス病院ベッド占有率を76%から82%に増やしながらも予算増加率を74年度は14.6%であったのに対して改革後の78年度には8.9%にまで低下させることができたのです。

昔であれば、「医師たちは保険会社からお金が払われるのならそれでいいじゃないですか」といった具合で、財務関係には全くといってよいほど関心を示しませんでした。医師は医学以外に興味を示さないだろうと皆思っていたのですが、僅かな教育と情報の提供でマネジメントの責任を良く果たしました。医師たちをマネジメントのプロセスに参加させることにより、非常に前向きに物事が運ぶようになったのです。

以下は診療部長や看護師長、事務長の声です。

- A. 私は分権化に大賛成です。私は従来の仕事をしながら、事務と看護はそれぞれのチーフスタッフとよく話し合いました。医局内の皆もお金についてよく考えてくれるようになったと思います。
- B. 分権化を気に入っています。予算範囲内であれば、いちいち上層部の許可を得るこ

となく適宜必要なものを購入できるからです。

- C. 他の診療部からの依頼に対しても迅速に対応できるようになりました。また、分権化により適切な額にのっとったすぐれた医療を実行することができます。
- D. 分権化した現在は、病院全体を運営管理する一員としての自覚がかえってめばえるようになりました。かといって事務職がしっかりカバーしてくれるので、教育や研究に大しても十分な時間を持てています。
- E. 各診療部門は正しい意思決定をするための情報を必要とし、中央マネジメントは各診療部門のプロセスをモニターするための情報を必要としました。
- F. 診療部長は上層部の前で現状と将来について説明を求められました。これで直ちに何かが変わるわけではありませんが、部長に責任感を持たせるには効果があったと思います。
- G. 私は病院を去って、他のクリニックで看護師をしています。一部の診療部では離職率が高く、リーダーシップ養成プログラムが必要だと思いました。
- H. 事務系の仕事は増えていません。しかし以前は5-6人で行っていたものを今では20人以上で行っています。
- I. 看護師と医師の関係は確実によくなりました。かつては、どの診療部の看護情報も看護師長に上申されていましたが、今では診療部長の耳に届きました。しかし、このようなシステムが軌道にのるには時間がかかりました。
- J. 分権化の結果、お金のことに気を使うようになりました。

### **年間予算運営計画 1977-1978**

表2に示すように、運営にかかる利潤は1976年より黒字に転じました。一方で支出も増えていたため、施設建設や最新の技術投資といった大型の投資に結びつきにくくなっていました。そこで、資本分配委員会を設置し200万円を超える予算案に対して

は、そこで年3回議論するようにしました。

表2 オペレーション・データの推移

	1973	1974	1975	1976	1977	Annual growth rate (%)
Gross Revenue	69,674	72,742	87,399	107,718	109,000	11.4
Net Operating Revenue	59,946	64,822	75,136	88,538	96,023	12.4
Salaries	37,218	39,681	44,144	51,656	55,950	10.6
Other expenses	23,975	26,389	31,864	36,626	39,964	13.6
Total expenses	61,193	66,270	76,008	88,282	95,914	11.7
Operating Profit (loss)	(1,247)	(1,448)	(872)	256	1,109	--
Visits	468,484	471,114	460,900	422,000	375,000	(4.5)
Patient Days	299,888	294,386	295,764	306,152	307,000	0.8
Cost per patient day	\$155.20	\$171.90	\$194.70	\$218.70	\$236.90	10.7
Full-time equivalent personnel	3,963	3,921	4,043	4,080	4,090	1.2
Number of beds	1,063	1,077	1,100	1,058	1,037	1.4

### その後

1972年以前、予算の80%は病院理事会によって握られていました。しかし、分権化をすすめたことによって1983年にこの様相は完全に逆転したのです。各診療部は、コストの51%を直接経費にあて、20%を検査や放射線などの費用に、そして間接費に22%、7%を施設に献上する形となっていました。その結果、支出の年間増加率が10.5%に抑えられ、国の14.1%に比して著しく低いものであったことが理解できます。また、黒字が続いたことにより、施設建設や新しい医療機器購入などにも回す事が出来たのです。

## 戦略の立案

組織が大きくなればなるほど、確たる使命を持って前進する必要があります。そのときの気分でフラフラとしていたのでは、一向に前進できずに、終には世の中から置いていかれてしまいます。

図2は組織のストラテジー（戦略）の立て方を示しています。まずは社会、地域、患者さんたちが病院に何を期待しているのか、逆に病院経営者やスタッフは何を病院に期待しているか、を考えます。そして、病院の過去、現在のデータを見直し、将来判っているデータと合わせて、我々にはどの程度のポテンシャルがあるかも客観的に評価します。そして病院を取り巻く環境の中で機会と脅威は何か、病院の強みと弱みは何なのかについて考えます。これを WOTS UP: Weakness, Opportunities, Threats, and Strengths underlying planning と略します。戦略とは他者に対して絶対的優位性を築くことにあります。言い換えれば、競争に勝ち抜いてベストワンになることではなく、オンリーワンの地位を獲得することにあります。

病院の現状評価の次は戦略立案です。自分達の使命を明確にする必要があります。病院であれば患者ケアであり、大学関連病院であれば、患者ケアだけではなく教育と研究が加わるかもしれません。目的は地域医療に貢献するなど病院独特のものとなります。目標には具体的数値をとりこむべきで、患者満足度80%以上を目指すといった具合です。計画戦略とは、「来年から3年間で新しい入院棟を建設する」といった具体的なものを指します。

計画を立てても、やがて風化し、リーダー交代とともに忘れ去られてしまうようではいけません。中期、長期の計画を立案し、定期的に計画が実行されているか評価しなくてはなりません。また、計画は的確に実行されていても社会環境や内部の変化により初期の戦略の方向性を修正を余儀なくされることもあるでしょう。いずれにしても、適宜

見直すことが大切です。

そのためには6つの重要なポイントがあります(図3)。最初は責任体制(Formal responsibility structure)です。Johns Hopkins 病院では大学と病院が相乗的に機能するように学長と理事長を同一人物が行えるようにしました。また、図1をみてもわかるとおり、学長以下主任教授が横並びする日本の大学病院の構造とは異なり、看護系トップと事務系トップが医学系トップと横並びになっています。最初にも述べたとおり、ストラテジーを効果的に実行するためには、組織の構造が重要です。Johns Hopkins 病院では、臓器別であったり研究テーマ別に科を縦割りにするのではなく、患者さんの流れを軸に組織を再編しました。講座制を敷く日本の大学病院では、医師は患者さんの流れではなく主任教授に向いてしまいます。しかし、サービスラインにすれば、個々の診療部門の部長がボスです。講座から診療部門に派遣、例えば臨床腫瘍部に内科、外科、小児科、病理、放射線科から派遣になれば、サービスラインと講座制の中間となり、個々の医師は2人のボスをもつことになります。このように組織の構造を変えるだけで、スタッフの指揮命令系統と行動パターンが変化するのは、ホンダなどの世界のトップに位置する会社では、研究開発部門とマーケティング部門がサービスラインの上に位置します。

第二のポイントは情報システム(Measurement and information system)です。Johns Hopkins 病院では、医師だけではなく、事務員、看護師長が診療部長に状況報告するシステムを構築しました。ストラテジーがうまくいっているかどうかは、その内容にもよりますが、例えば患者数の推移、患者満足度、術後合併症頻度、患者の医療へのアクセスのよさ、コストなどで測定できるかもしれません。この部分は特に日本の病院では軽視されがちでしたが、情報システムも重要な点です。

第三のポイントはインセンティブシステム(Incentive system)です。通常会社であればボーナスや給与、出世のことを指すでしょう。しかし、特に大病院の場合には非

営利組織であるため、お金が必ずしもインセンティブにならないかもしれません。むしろ、例えば患者満足度の最も高かった診療グループには研究費と患者データをモニターしてくれるスタッフを雇うとした方が皆のやる気を引き出せるかもしれません。

第四は資源分配(Resource allocation)です。病院内で強化したい部門には人、機器類、予算など十分な配分が必要になります。特に Johns Hopkins 病院では分権化して、診療部長に予算を与え、その決済権を委譲しました。このことにより診療部長の士気は上がったようです。

第五は人々 (People) です。結局は組織を動かすものは人です。全ての人に組織の目指すもの、価値観が浸透していれば、大きな力を発揮することでしょう。また第六のリーダーとは、必ずしも組織のトップでなくとも、病棟長でも看護師長でもよいのです。数名のグループにはリーダーが発生します。リーダーとは、人々を困難に立ち向かえるよう奮い立たせることができる人のことです。リーダーたるもの、あるときは率先して困難に立ち向かい、あるときは皆を勇気付ける、そして最終的には責任者として仕事にけじめをつけられる人です。

今回は、再生を果たした Johns Hopkins 病院の事例を中心にストラテジーについて考えてみました。

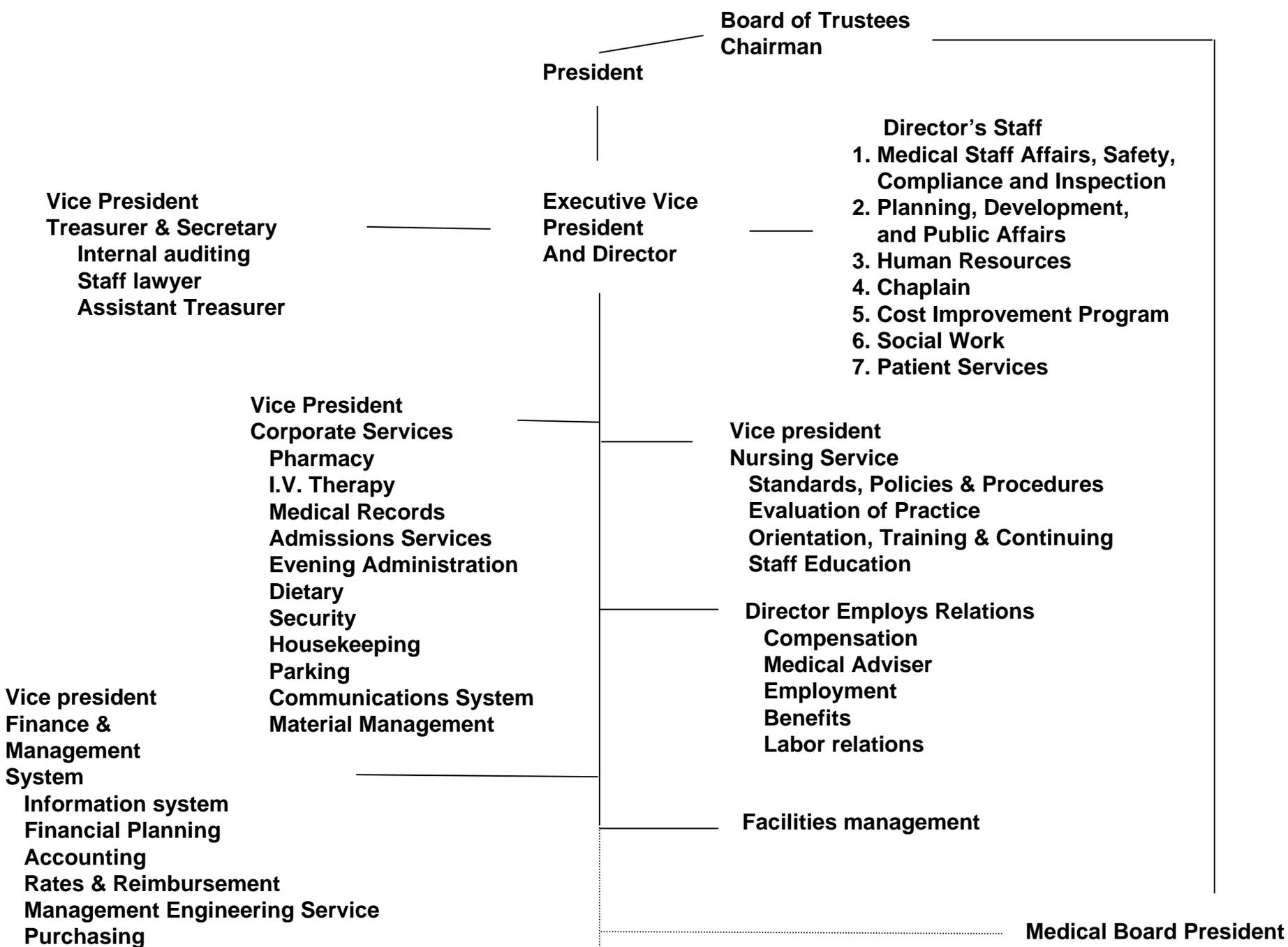


図1. Johns Hopkins Hospital の組織図(1977)

**Anesthesiology**

**Biomedical  
Engineering**

**Emergency  
Service**

**Outpatient  
Clinics**

**Oncology**

**Laboratory  
Medicine**

**Pathology**

**Radiology**

**Medicine**

**Neurology**

**Section of Surgical Sciences**

**Pediatrics**

**Gynecology Obstetrics**

**Psychiatry**

**Ophthalmology**

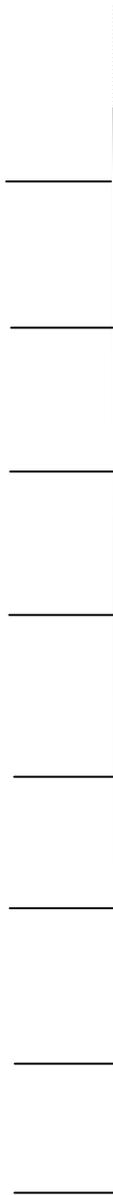
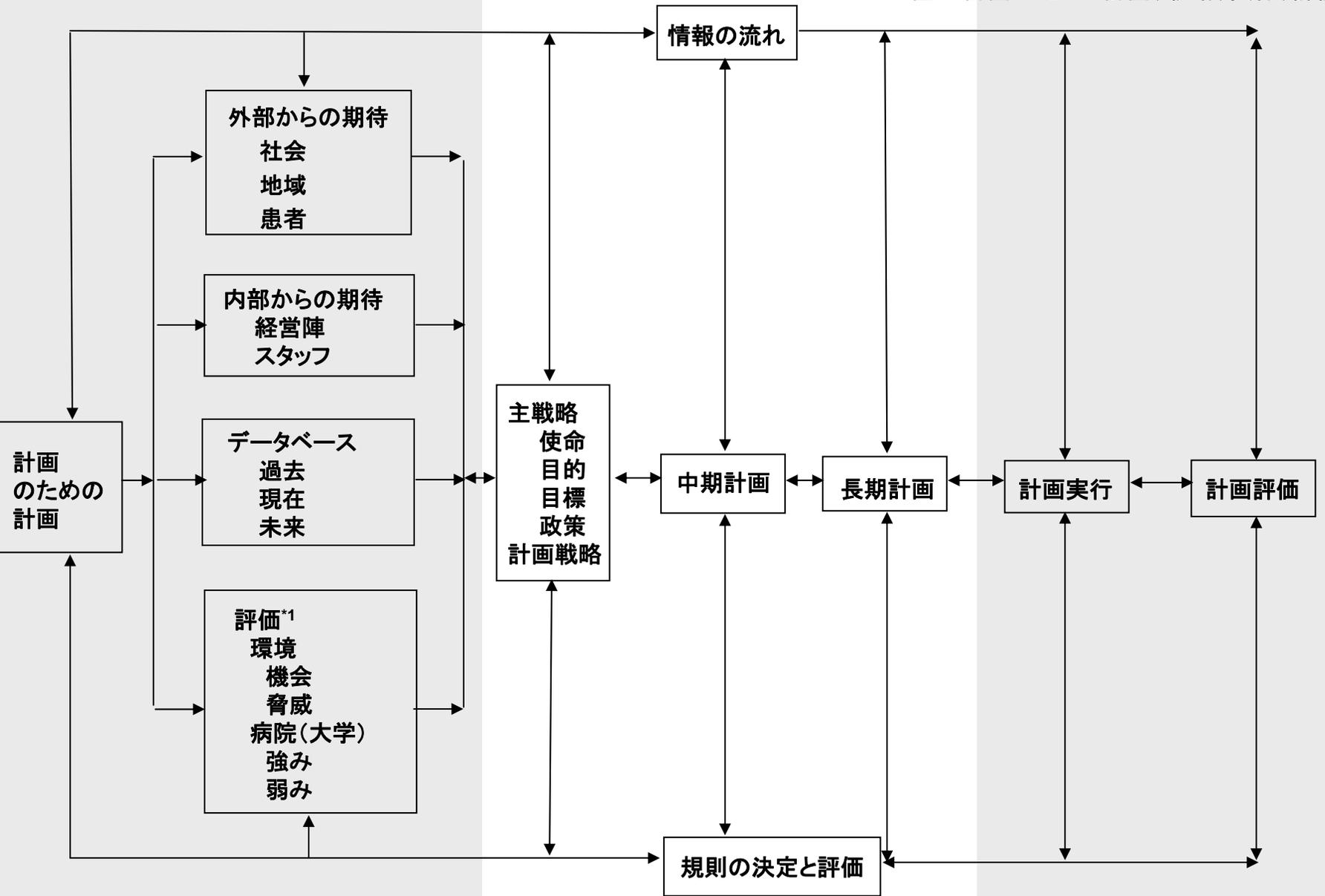


図2. 計画のための計画、戦略、実行、評価



\*1: WOTS UP: Weakness, Opportunities, Threats, and Strengths underlying planning

# **Program Strategies for Patient Care Element of Structure**

- **Formal Responsibility Structure**
- **Measurement and Information System**
- **Incentive System**
- **Resource allocation System**
- **People**
- **Leadership Style**