

放射線治療の経験と 病院・医学部管理業務

本号の特集は「放射線治療の経験と病院・医学部管理業務」です。院長・副院長・医学部長をお勤めの先生方に、お忙しい中にもかかわらずご執筆をお引き受け頂きました。ご苦勞ややりがいなど、管理業務の経験を有される先生ならではの視点でご執筆頂きました。放射線治療の存在感を高めるためにも管理業務に携わることが重要だと思います。皆様のお役に立ちますと幸いです。

北海道大学 大学院医学研究院 放射線科学分野 放射線治療学教室 准教授 鬼丸力也

放射線治療の経験と医学部・大学管理業務

●学校法人東京女子医科大学 理事 医学部長 放射線腫瘍学講座教授・講座主任 唐澤久美子

2018年4月より母校である東京女子医科大学の医学部長を務めています。また、学部長の職制で学校法人の理事に就任し、法人全体の教育担当理事として、医学部だけでなく看護学部や看護専門学校の運営管理もしています。

私が学生の頃、部活動の顧問であった田崎瑛先生は女子医大病院の病院長をされており、定年後は常務理事となられ大学の管理運営を行なっていました。田崎先生は日本放射線腫瘍学会の第1回会長を務められた人望の厚い先生でしたが、「放射線科は全体を見ることができる、放射線腫瘍学は様々な分野と関われる」と仰っていたのが今でも心に残っています。放射線治療の経験が管理運営業務に役立つとすれば田崎先生が仰ったこの点でしょうか。

私は、切らずに治すがん治療医になりたいと思い、放射線科に入局し、2年間の診断や核医学を含む放射線科内のローテーション後に放射線科臨床腫瘍部（放射線治療部門）を選択しました。言うまでもなく、放射線治療では多くの診療科との関わりがあります。患者さんは放射線治療をして欲しいと言って受診するのではなく、他の診療科で診断がついてから放射線腫瘍科に紹介され、受診されることがほとんどです。従って、他科あるいは他院の関連診療科との信頼関係がないと診療が成立しません。助手の時代には若気の至りで、当該科が術前照射のつもりで依頼してきた患者さんに根治照射を勧め、その科の教授からの電話で酷く怒鳴られたこともありました。お互いの信頼関係が成立し、相手を尊重できるようでないとい良い仕事

はできないと思います。

私は、母校の大学病院本院に17年、他学の大学病院本院に9年、研究所(QST)の病院に4年、そして母校の大学病院本院に戻って5年目という経歴です。「関連病院に出たこともなく、苦勞がない経歴だね」と言われたことがあり、そう見えるのかとも思いましたが、苦勞がなかった訳ではないと思っています。生意気な若輩者でしたが、少しは勉強をさせていただき若干はマシになったと思っています。他の方があまり経験しないであろうこととしては、ご指導いただいていた教授の突然の退職が続いたことでした。助手の時、講師の時、助教授の時、ある日突然、放射線治療部門のトップになるということを3回経験しました。特に助手の時の経験が、その後どんなことが起こっても動じないくらいの貴重な体験になりました。その時は、ご指導いただいていた上級医の先生方がそれぞれの様々な事情でお辞めになったところに、教授が突然退職されたので、とても心細くどうなることかと思いました。しかし、学長に呼ばれ、講師にするから部門の責任者となって頑張るように言われ、やるしかないと感じました。当時は、病棟も30床以上持っており、外来と病棟の診療のみならず、学生教育、他学から研修に来ていらしていた先生の研修責任も全て負うことになりましたが、田崎先生が築かれた伝統を維持し、何とか次の教授に引き継ぐことが出来ました。

その後異動した大学でも、異動して数か月で教授が自らのご意思で異動され、またも部門のトップになりました。この時は、自由にさせていただき、放射線

治療患者数を倍以上に伸ばすことができました。新しい教授が赴任され、しばらくして助教授にいただきましたが、この先生も突然退職されました。しかし幸い、その時期に寄付講座を立ち上げることができ、医学物理士の養成で海外の大学や先生方との関係を築くことができました。

国際的な活動をしたいと希望して異動した研究所（現QST、当時放医研）では、アジアの先生方との共同研究の立案と実施や、世界初の乳癌重粒子線治療の臨床試験を立ち上げることができました。しかし、大学と違って、自分の裁量で出来る範囲が少ないこと、多くの患者さんを拜見できないこと、教育に携わる機会が少ないことが物足りない思いでした。

母校の主任教授選は、2年がかりでした。1回目は過半数を得票するも白票が規定数以上あったため選考が成立せず1年間の浪人を経験しました。同時期に重なった大学病院における医療事故と学内の混乱を機に、母校の再生計画が始まり、同窓会などが建学の精神に戻ろうと強く訴え、1年後に主任教授に選ばれました。本学は女子大にもかかわらず、その当時の女性教授の数は1割強でしたが、現在は軽く2割を超えています。

一昨年末、副理事長（現理事長）に呼ばれ、医学部長に推挙するから受けるようにと言われました。副理事長は同窓会長でもあり、建学の精神と大学の理念を基本とした教育を強く推し進め、大学を再生するには卒業生を医学部長にしたいとの仰せでした。健康上の理由から辞退を申し出ましたが、ぜひ引き受けるようにとの仰せで、断れないと覚悟しました。本学では医学部長は選考委員会委員の推薦で候補者を決め、選考委員会でのプレゼンテーションで候補を絞り、教授会でのプレゼンテーションと投票を経て、それを参考に理事会での最終プレゼンテーション後の投票で決定されます。理事会では、大学のあるべき姿と改善のための具体案を述べ、殆どの理事から支持をいただき就任が決まりました。

医学部長（兼 理事）の業務は、大変だと皆に言われましたが、なってみるとそうは感じていません。政治家の政策秘書レベルの有能な2人の秘書などの助けにより、快適に業務を遂行しています。日々の日課は、山積みの申請書類の決済、さまざまな会議（多くは自分が主催）、人事面談などです。教務の最終責任者で、カリキュラムを決定し、及落会議を主催し、卒業を認定します。入学試験の詳細を決め、委員を任命し、試験を実施します。各種規程の改定、新設、廃止などを立案し、教授会、理事会での審議にかけ大学の方針を決めます。年度始めには、各教育部門の年間計画を立て、実施を指示し、年度終わりには評価をします。大学を代表して、省庁や全国医学部長病院長会議などの学外の委員を依頼され、務めます。主体的に物事を進められること、大学や組織を良くするために主体的に活動できることがやりがいだと思います。本人にとって学部長は偉い人ではなく、教授をはじめとする教員の下僕、みなさんが働きやすい環境を作ることが務めだと思って精進しています。

卒業して早くから教育や管理運営に主体的に携わる機会をいただいたおかげで、全体を見る目が少しは育ったのかも知れませんが、放射線腫瘍学は、全体からみれば決して大きい部門ではありませんが、若いうちから様々な立場で考えられる柔軟性を持って欲しいと思います。



放射線治療医が大学病院の病院長をやってみて

●山形大学医学部附属病院 病院長 山形大学医学部放射線腫瘍学分野 教授 根本建二

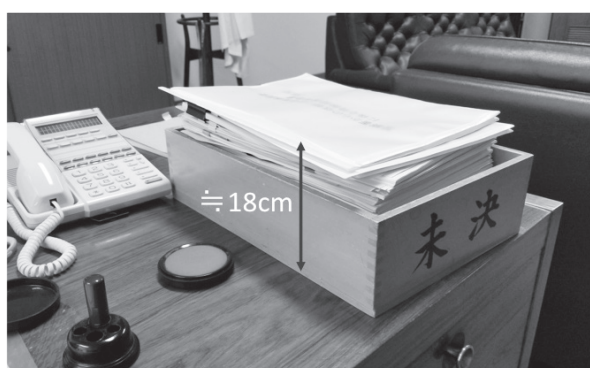
はじめに

私は、現在、山形大学医学部附属病院の病院長在職2期目（4年目）になります。今回、管理職と放射線治療という記事を依頼されましたが、管理業務と放射線治療が直接結びつくということはあまり多くはな

く、ここでは日頃やっていること、感じていることを紹介することにしたいと思います。就任前は子供たちから「記者会見で謝罪するのはかわいそうだからやめたら！」などと反対もされたのですが、放射線医学講座、放射線治療科の先輩方が多数管理職に就かれていたこ

ともあって、あまり深く考えずに就任してしまった感があります。就任後は「おめでとう」より、「ご愁傷様」と言われることの方が多く、「これは大変なポスト就いてしまったかも」と焦ったのですが後の祭りです。もう就任4年目になってしまいました。

なってみてびっくりしたのは、書類の多さで、ちょっとしたカルチャーショックでした。写真は平均的な1日の決済書類の写真です。厚さで20cm弱といったところですが、重要で問い合わせが必要だったり、適切な担当部署に引きついだり、私自身のタスクリストに載せたりと、結構こまめな対応が必要で、写真左下に写っている印鑑を持って、毎日格闘しています。



業務全般

書類決裁以外で激増したのは、放射線以外の他診療部門、診療科を含めた、会議、相談、調整です。いろんな会議にでることが義務づけられています。重要部門の救急部、手術部、HCU、ICUなど、いままであまりなじみの無い部署の会議などでは、使われている機材や用語が理解できず、話についていくのに大変苦労しました(今でも苦労しています)。

後は、事務部、看護部との関わりが、今までと比較にならないくらい綿密になりました。この2つは経営の要だと言ってもいいと思います。普段の放射線治療の現場では見えにくいのですが、病院内では大変な量の事務仕事が発生していることが、院長になってみてはじめてわかりました。特に、施設要件、診療報酬、調達、裁判を含めたトラブル対応に絡む事務の業務は、病院の浮沈を決めるといってもいいほどだと思います。一方で、やる気も能力もやはり大変な個人差があり、部署も数年ごとに入れ替わります。今後は、特定の分野のエキスパート事務の育成が欠かせないと感じています。

看護師は、院内で最多の職種で、病院のありとあらゆる部署、部門に配属されていますが、看護部長の元、一般に大変統制がとれており、一人一人を実に良く把握しています。そのため、看護部には膨大な量の現場情報が集まります。私も時々看護部長室に行ってお茶を飲みながら情報収集をさせて頂いておりますし(このお茶が実においしい!)、何かわからない

ことがあればまずは看護部に聞くことが多いです。放射線治療に関しても、先生方の性格やトラブル情報など、各種情報は看護の上層部は把握している可能性は高いと思います。皆さんも看護師さんを大切にしてください。

働き方改革

病院の管理関係の仕事で今一番の話題は、働き方改革に関することです。骨子は、勤務時間管理と上限の厳守で、猶予期間はあるものの、時間外労働の上限を原則年960時間、特別な場合に限って年1860時間とすることになりました。私自身、以前は重症患者さんがいる際には、土日だろうが夜遅くだろうが、回診するのが当たり前の生活をしていましたし、そのように若い先生方にも指導していましたが、“昔の美徳今は犯罪”とでもいいでしょうか、これからは通じそうにありません。決して納得しているわけではないですが、姿勢を変える必要に迫られています。

働き方改革の中で注目されていることにタスクシフトがあります。医療全体で見ると、看護師の特定行為における麻酔や周術期管理や在宅でのパッケージ研修が話題になりますが、実は、放射線治療分野は、診療放射線技師や看護師に加え、医学物理士が医療チームの一員となることを推進してきたタスクシフトの先進的な領域の一つです。これを機会に、放射線治療医がタスクシフトの意見をどんどん発信し、医学物理士の国家資格化のきっかけにならないかなどと考えています。

予算配分

経営の改善も、大きなテーマで、これはどんな院長でも必死で対応している分野です。一方で、大規模な病院が利益を上げるのはとても難しくなっています。一般に飲食業界の利益率は数十%程度と言われます。つまり100億円の事業資金が回転すれば数十億円が儲かるということですが、医療、特に大規模な病院ではこれが数%程度と大変低い数値です。経営が下手という意見もあろうかと思いますが、本質は別だと思います。医療費は公定価格でやっていて、その公定価格は病院の利益率などをみて、ギリギリになるように設定されているためです。そして、多くの公的病院はギリギリどころか多額の税金の投入を受けてなんとか経営を持たせている状態です。最近は特に不健全な状態で、十分な再投資ができない施設が増えています。皆さんも、〇〇の更新、新しい〇〇を雇用したい、などの要望を上層部に申請しても、ほとんど認められないということがあると思います。しかし、予算の仕事をやってみて、各部門の年度毎の要求額を足すと、当院の場合、年ごとに使える予算の3-4倍になります。要求がなかなか通らないのも、理解出来る様になりました。ただ、放射線治療は、病院全体に占める診療報酬総額は大きくはありませんが、保守費や原価償却以外の経費はさほど大きくはなく、部門単位ではしつ

かりと利益をあげられている施設も多いのではないかと推察しています。機器の更新や人員の要求の際など、放射線治療部門の収益性の良さを上層部にアピールして頂きたいところです。

終わりに

医療を取り巻く環境が急速に変化しているせいで、管理の現場は大変忙しくなりました。特に最近の医療法改正で特定機能病院はガバナンス体制の整備に追われました。昨年は機能評価で一般病院3の受審に追われました。そんななか、本来、責任、権限、処遇というのは平行で動くべきなのですが、責任ばかりが重くなり、他はないがしろにされている感がかなり

あります。「給料は病院長3倍、学部長5倍！」などと騒いでみるのですが、笑われるばかりで実現は困難そうです。一方で、病院全体のあり方の決定や人員、機器の思い切った整備など、管理職をやっていないとできないことも確かにあるように感じています。かなりの激務ではありますが、今の任期は来年3月までです。それまで、なんとか頑張ってやっていきたいと考えています。そして、最後になりますが、管理の仕事をしているとどうしても治療現場への配慮が不十分になってしまいます。そんななか、現場をしっかり支えてくれている、当院の放射線治療チームの皆さんに、この場を借りて感謝の意を表したいと思います。

放射線治療の経験は病院管理業務に役立つか

●日本赤十字社和歌山医療センター 院長 平岡真寛

長年勤めた大学病院を退職し、3年前から市中病院の院長として病院管理に従事する機会を得ている。編集委員会からのご要望もあり、極めて限られたかつ個人的な経験ではあるが、病院管理者から見た放射線治療について述べてみたい。

まず簡単な病院紹介を。許可病床は873（稼働病床は723）、高度救命救急センター、和歌山県総合災害医療センター、地域がん診療連携拠点病院（高度型）、日本赤十字社国際医療救援拠点病院などに指定された地域の中核病院である。

院長になって驚いたのは、病院が置かれた経営環境の厳しさである。ほとんどの病院が赤字体質に陥っており、民間病院はもちろん、公立病院、公的病院（日赤、済生会、厚生連）、国立病院機構などいずれもが経営改善の対策に全力投球である。病院の理念はどこに行ったのかと思ってしまうが、経営が安定しないと求める医療に取り組めないほど切羽詰まった状況に追い込まれている。団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題が大きくのしかかる。労働人口の減少、高齢者の増加により医療に投入できる財源が減少する一方、出費は増加し病院の経営環境は今後更に悪化する。日本は欧米に比べて病院数、ベッド数が多いうえに、救急やがん医療等を扱う急性期病院の比率が高いことを問題視した厚労省は、地域医療計画を策定し、急性期のベッド数を削減する一方、回復・慢性期病床を大幅に増やす機能分化を進めている。

このような厳しい時代に、管理者は放射線治療をどのように見ているのであろうか。急性期病院が力を入れているのは、救急、がん、そして手術などの高

度医療の3つである。これらは患者数、ひいては診療規模が大きいうえに、社会からの要請が大きく、国策として後押しされている。すなわち、放射線治療は時代の流れに沿っており、放射線治療を推進したいと思っている病院長は数多い。医学物理士、放射線療法看護認定看護師への理解もかなり進んでいると実感する。その一方で、放射線腫瘍医の人材確保に等しく困っており、学会を挙げたより一層の人材育成が望まれるところである。

放射線治療機器は、材料費がほとんど不要で確実に収益に繋がる。採算性を度外視して広告塔として推進されることが多い手術支援ロボット・ダヴィンチ、ハイブリッド手術室と比べ明らかな優位性がある。そうは言っても医療経営が厳しさを増している中で、それよりも高額な装置をポンと買える医療施設は多くない。まして建物まで考えると、病院としては文字通りのbig projectにならざるを得ない。そこまでの覚悟で導入された放射線治療に対して、病院の顔として活躍することを病院管理者は期待している。診療実績とそれに付随する収益を出すことを第一義的に求めている。加えて、がん診療に関与する消化器内科・外科、呼吸器内科・外科、泌尿器科、産婦人科、乳腺外科など多くの診療科と連携して、病院のがん診療機能を高めることへの期待感は大きい。

放射線治療の業務は、外来診察、治療計画、QA/QC業務、小線源治療・定位照射などの特殊治療と増大する一方で、求められる内容も複雑化かつ高度化している。スタッフ不足の中、多忙を極めていますが、他診療科とのカンファレンス、病院のcancer

board などに、がん医療のエキスパートとして積極的に関与することが望まれる。

病院の管理業務を担う放射線腫瘍医が数多く輩出されることを願っているが、そのためにはどのような点に留意して仕事を行うべきか考えてみた。最も重要なことは、周囲から信頼される放射線腫瘍医になることであろう。日進月歩である技術、知識の修得に精進するのは当然として、コミュニケーション能力を高めることが重要である。放射線治療部門とともに働く看護師、診療放射線技師、医学物理士、医師、事務職員とともに、放射線治療チームを構築し、そのチーム力を強化して欲しい。求心力のあるチームになれば、紹介患者が増えるであろうし、根治症例、高精度放射線治療への理解が進むだろう。スタッフ間でスキルアップ向上の機運が高まり、放射線治療専門技師、がん放射線療法看護認定看護師の資格取得にも繋がるかもしれない。

総合病院におけるがん医療の重要性が最近、認識されるようになってきている。理由として、1) 複合病変を併発しがちな高齢者ががんの急増、2) 新規薬剤(特に免疫チェックポイント阻害剤)の登場による全身の重篤な有害事象の出現、3) 緩和医療など患者に寄り添う医療の役割増大、4) 在院日数の減少、外来治療への軸足強化によるがん救急患者の増加などが挙げられる。

総合病院におけるがん医療の重要性が増す中で、放射線腫瘍医の活躍が今まで以上に期待される。がん専門病院なら基本的に全医師が腫瘍医であろう。一方、一般病院においては、がんに関係している医師、医療スタッフは少なくはないが、がん診療が主たる業務と考えているものは少数派である。その中で、放射線腫瘍医は貴重な腫瘍医である。集学的治療、チーム医療、緩和医療、患者・家族を支える患者総合支援センター、更にはがんゲノム医療など、病院に求められる機能が急速に増大しており、その中でがん医療がその先導役を務めている。この構図は、循環器、

神経疾患に展開していくのではなかろうか。放射線腫瘍医が、病院の中でがん医療のコアメンバーとして、集学的治療、チーム医療を主導していくことが病院の発展に大きく寄与するし、ひいては本人のキャリアアップにも繋がるものとする。

図らずも病院長を経験することになった。大学馬鹿であった自分に務まるかと正直、不安だらけであった。役立ったのは、40年の間に大学で獲得した、私利私欲にとらわれずに、大局的にものを見る軸である。また、大学教授の仕事は物事を判断することであるが、これは、病院管理者に最も求められるもののひとつである。更に、診療科横断的な放射線治療部門での経験は、病院機能を見るうえで大変役に立った。

逆に戸惑ったのは、救急医療への対応である。放射線治療は救急とは縁遠い診療科の一つであり、今まで接点が無いに等しかった。24時間365日対応する救急医療は地元住民、かかりつけ医から絶大な信頼を勝ち得る原点である。また救急を介した入院患者の獲得は大きな収益源となる。そのため、病院は救急を重要視しているが、問題は、救急医だけで救急を運営できる病院が極めて限られることである。多くは、各診療科の支援により成り立っているが、その負担が日中の外来診療、手術などに影響与えることも少なくない。救急医療は重要であるが、各科が提供する高度医療も同様である。救急医療と高度医療を目指す医師・医療スタッフがお互いを尊敬しあって真の両立が可能な病院作りを目指して悪戦苦闘している毎日である。

放射線腫瘍医はなお数少なく、管理職を育てるにはマンパワー不足の解消が先決かもしれない。しかしながら、放射線治療部門は小さな病院とも言える機能を有しており、そこでの経験は、病院管理に通じるものが少なくない。今後、好むと好まざるに関わらず、放射線腫瘍医が管理職として求められる機会は増えてくると思われる。本稿がその時の一助になれば幸いである。

患者さんを中心として社会の中での医療を考える

● (独) 国立病院機構 北海道がんセンター 名誉院長 西尾正道

人間は社会的存在であり、生きている時代と社会(制度)に対応して生きるしかない。私は大学の医局には属さず、卒業後は研修医として就職した病院で臨床一筋の生活でしたが、2008年4月に院長職を拝命し、5年間の院長職を終え定年退職した。一施設で医師

人生を終えた稀有な人間です。現在は道内に「がん診療連携拠点病院」が21施設あり、放射線治療が行われていますが、当時は私が勤めた「国立札幌病院・北海道地方がんセンター」(550床)の放射線科には全道から患者さんが紹介されてきていたため、47床

の一般病床と4床の放射線管理病床を運用し診療を行っていた。

そもそも全国の国立病院・療養所は戦後、『陸海軍病院』の名前が『国立病院』に変わったという経緯があり、国立病院は旧陸海軍病院（146施設）を引き継ぎ、結核対策の中心だった国立療養所は傷痍軍人療養所（53施設）を引き継いで発足したものであった。職員は国家公務員となり、国立病院特別会計法の下で管理され、「親方日の丸」の意識も蔓延していた。そんな中で1979～1986年の7年にわたる工事で病院は更新築されたが、放射線科は47床の病床を保有し、3台のリニアックで年間新患者数約1,000人、年間実照射人数約1,500人の診療を行っていたので、3台のリニアックの診療報酬点数だけの収益だけでも約3億円強で黒字となっており、放射線科は病院経営上負担をかけることはなかった。

しかし、2004年に国立病院は独立行政法人化し、一般企業会計で経営されることとなったため、黒字化への経営努力が必要となった。独立化時の当院の収支率は約97%程度であり、歴代の院長も経営努力を強いられ、私がバトンタッチされた2008年当時は約99%程度まで回復していたが、国立病院時代の赤字体質からの脱却がまず必要だった。当時の状況は、国立病院機構に属している市内にあった西札幌病院と札幌郊外の札幌南病院が統廃合し、北海道医療センターを新築し、当院の三次救急救命センター部門の診療機能を北海道医療センターに移す予定とし、当院はがん診療に一本化する予定であった。こうした複数施設の改変を円滑に行うために、前院長が私を院長に抜擢してくれたようである。

院長になった直後に国立病院機構本部から、『こんな大きな病院でDPCでない施設は貴施設だけである』と言われ、診療報酬上の仕組みを出来高払い制度ではなく、定額払い制度（DPC制度）にするようにと指導が入った。しかし、赤字を解消するので、このまま出来高払い制度を継続したいと回答した。当時の当院の入院患者さんの45%は札幌市外の人であり、手術前日に入院させて、術前検査は外来通院で行う診療体制は不向きであること、そして長期入院が必要な白血病や悪性リンパ腫などでは抗癌剤治療で治癒が望める時代となり、地方に専門医がいる保障もなく、近隣地域の患者さんだけを対象としているDPC制度は採用できないと判断したのである。

札幌市内は全国でもがん診療は全国一の過当競争地域であり、市内には北大病院や札幌医大があり、大きな民間病院も数施設あり、道内がん診療連携拠点病院21施設のうち8施設が札幌市内にある。

職員の給与は、国立病院機構職員給与規定で定められているため、出来高払い制度を悪用するような職員はおらず、逆に出来高払い制度を貫き、最後まで責任をもってがん治療を当院で行うことをアピールでき

ると考えた。

ここでは記憶に残っている幾つかの具体的な経営・運営努力を述べるが、まず入退院は（土）（日）でも可能とした。地方から息子や娘に連れられて入院・退院する患者さんが多いことを考えると当然のことである。当初は事務部門が難色を示したが、患者さん本位の立場に立てば、正当な対応だと理解してくれた。2009年には都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受け、三次救急救命センター部門を新築した北海道医療センターに機能移転し、それに伴う診療科の再編に関しても、マンパワーを減少させることなく、大きなトラブルもなく体制を整えることができた。

良質な医療を確保するためには健全な経営が必要であり、また運営の面では気持ちを一つにして合理的で効率的な運営を目指し情報を共有化した。前院長時代から準備してきた電子カルテシステムの導入、また院内LANを活用して病院情報の開示・共有を行い、会議等の連絡もスムーズに行うようにした。院内の各種会議や委員会においては、事前に資料はPDFで配信し、資料のコピー配布を極力省いてプロジェクターによる会議とし、また議論した課題は期限を決めて結論を出すこととした。

経営面では、個別の診療科別の収支を算出し、具体的に収支の改善について話し合った。幸い古くから勤務していた医師も多く、放射線治療の診療を通じて全診療科の医師とも信頼と意思疎通があったため、話し合いにも快く応じてくれた。例えば、外科に対しては術後にCTを撮影してから退院させて下さいとお願いした。例えば、術後半年後に再発して受診しても、術前のCT画像は参考とならないが、退院前に撮影した術後のCT画像とは比較できる。これはCT料金を得るだけでなく、医療の質を担保する行為である旨を説明し、外科医も納得して協力してくれた。こうした各診療科別の具体的な対応について検討した。また診療に必要な医療機器に関しても、希望があればほぼ購入するように努めた。これは私自身が、放射線科医として最新の医療機器が使えないことにいつも苛立ちを感じていた経験を他の医師にはさせたくないという思いからであった。がん診療には必須なPET装置も超格安に工面して稼働する事が出来た。

国家公務員の定員減の問題に関しても経営収入を上げることで、人件費率を維持することにより職員数を減少することなく、むしろ増員して就業勤務条件の改善に努めた。がん診療に主軸を置いた診療となり、6人部屋を4人部屋にし、2人部屋を個室にして、520床から420床としアメニティーも改善した。

そして最初の年は収支率100%を達成し、2年目は8千万、3年目は1億6千万、4年目は3億2千万の黒字となり、事務部長からは倍々ゲームですねと言われ、最後の5年目は4億5千万の黒字とし、収支率107%を達成して退職した。黒字となった2年目を

降の4年間は、年度末の3月に機構本部の規定上限の期末手当を支給でき、名前も知らない職員に廊下で会えばお礼を言われたことは嬉しかった思い出です。右肩上がりの収益により、病院前駐車場の土地を購入し、現在地での新病院の更新築のメドを付けて退職できた。

院外の活動としては、日本のがん医療では放射線治療が上手に活用されていない現状を改善すべく、「市民のためのがん治療の会」(<http://www.com-info.org/>)の立ち上げに協力し活動してきたが、私のライ

フワークとなった低線量率小線源治療の診療点数が低かったため、中央社会保険医療協議会のメンバー医師に治療前と治療後の臨床写真を同封して有効な治療法が不当なほどに低額であることを直訴し、組織内照射は手技料6万円から19万円に上げてもらった。(これでもペイはしませんが・・・)

最後に、病院の経営・管理・運営に特別な良策はない。あくまでも患者さん本位に良質な医療を提供する姿勢を貫くことだけであると思っている。

がん専門病院での経験から

●国立がん研究センター東病院 放射線治療科 秋元哲夫

はじめに

「放射線治療の経験と病院・医学部管理業務」のテーマでの執筆依頼を頂き、私の限られた経験から「がん専門病院での管理業務の視点」で、放射線治療医の専門性およびその経験が病院の管理業務にどのように生かせるか、などを個人的な考えを含めて書かせて頂きます。

がん専門病院における病院管理業務

まず私の現状ですが、2011年7月に現在の国立がん研究センター東病院の放射線治療科に赴任して、当初は診療科である放射線治療科の科長と研究分野である粒子線医学開発分野の分野長を併任し、管理業務という観点では2014年5月から副院長、2019年2月から人材育成センターセンター長併任となっています。

管理業務に関しては、診療科の科長や部長などの責任者もそれぞれの部署の人事や業務の管理に関わり、病院やその施設全体の運営にコミットします。そのためその責任範囲や業務の多様性の大小に差はあるものの、管理業務に関わることには違いはないと考えています。しかし、所属施設の位置づけや性格によって、担う管理業務には違いがあります。大学病院であれば診療や研究に加えて学生教育や関連病院の人的配置を含めた地域医療への関わりが大きく、一般病院であれば開業医との連携を含めてより地域医療に密接に関わる病院の運営にコミットする、などでしょうか。それぞれの診療科や部署の責任者(教授、部長、科長、など)の責務は当然大きなものがありますが、病院や施設全体の管理業務に関わると、その視野や景色が大きく変わり、違った視点での取り組みも必要

とされます。

病院全体の管理業務は当然ですが個別の診療科を超えてすべての職種に及ぶため、個別の診療科や部署の管理より幅広い連携の上で業務を進める必要性が生じます。そのため、病院であれば病院長をトップに副院長、各部門長、管理課などの事務部門などと有機的に役割分担をして、病院全体の診療、経営、医療安全、労働環境などを管理する体制が重要となります。そのため、それぞれの職種の専門性をベースにした上ではあっても、それぞれの専門の職域に囚われることなく管理職としての意識や責任、対応が必要になることは言うまでもありません。私が担当している副院長職も、施設によって異なるものの昨今の医療分野の業務の細分化や対応する管理業務の多さから、経営、医療安全、教育、研究などの主たる役割が付与されています。当センターは独立行政法人となって以降、その経営についても独立して収支を維持することとなり、国立とは言っても経営の視点での評価・管理は他の施設と変わりはありません。それに加えて、がん医療の開発やその臨床導入などに関する研究や政策なども関わるため研究開発の軸足も重要で、診療だけではなく多様で専門性の高い人員配置を可能にする体制維持が必要になります。そのため、私が担当している教育でも、大学では主に後期研修医以降に該当するレジデントの教育、連携大学院制度もあるため大学院生の学位指導などの加えて、すべての職種の教育、研修の管理やキャリアパス作成と管理、新人教育からリクルートなどを含めた人材育成など、幅広い対応が必要になります。病院を含めたセンター全体の機能の高度化を維持するための職員の専門的な技術や知識の取得、資格取得やその研修状況やそ

の問題点把握など、その対応業務は多岐に渡ります。これらの管理業務は当然ですが私自身の専門領域を超えた対応業務であるため、診療科の責任者の立場とは異なる視点での対応が必要になります。

病院や施設の管理業務は上記のように、病院や施設の維持や機能向上に言うまでもなく重要な仕事ですが、実際に関わることでその大変さに加えて、その意義ややりがいも感じます。また、逆の意味で各診療科や部署の役割やアクティビティなどが客観的に分かることも確かで、その意味では医療者としての視野を広げることに繋がる役割とも言えます。

放射線治療医と病院管理業務

本寄稿の主題である放射線治療の経験と病院管理業務ですが、上記のように管理業務では診療科やその専門性を超えた広い業務への対応と理解が必要になります。放射線治療科はその診療内容から医師のみならず看護師さん、診療放射線技師、医学物理士、事務職など幅広い職種の連携で成立する多職種診療であることは周知の事実で、密で良好な連携が基礎にあります。長年この環境を当たり前ものとして仕事をしてきましたが、この経験が、現在の管理業務に非常に役立っていると実感しています。また、診療の専門性では、外科医、内科医と連携する機会も多いこと、対象とする疾患や臓器も多岐に渡ること、などの放射線治療の特性も診療科の専門に拘らない広い視点が自然に身についている理由になっているとも言えなくもありません。時にこれはデメリットにもなりますが、私の個人的な考えかも知れませんが、病院の管理業務では強みになる場合も多くあると思っています。多職種診療の経験は、職種を超えた他専門職種の理

解、放射線治療の幅広い対象疾患や病態は専門性を超えた他領域の専門医の理解、などに力になります。もちろん放射線治療は主にはがんに特化しているため、大学や一般病院のようにがん診療以外が主体を占める場合より、がん専門病院ではより適した資質になると言えるかも知れません。上記のようにがん専門病院でありながら、30名を超える連携大学院の大学院生の学位指導もしていますが、その専門と研究テーマは外科、腫瘍内科、病理など多岐に渡ります。実質的な指導には当然それぞれの専門知識を有する指導医が関わることは重要ですが、全体を理解したまとめ役ができるのも、放射線治療医として幅広い臨床や研究の経験があることも一助になっているのでは考えています。

最後に

放射線治療の経験と病院管理業務について、特にがん専門病院での経験を元に個人的な考えや見解、思い込みを書かせて頂きました。異論や反論はもちろんあることを承知の上ですが、放射線治療の経験は管理職や管理業務に関わる際にプラスになることが多いことを実感していることも事実です。ただ、もう一点、放射線治療医は本来的にあまり“ノーと言わずに仕事に取り組む仕事人が多い”という資質があると個人的には思っていますので、これがベースの上であればなお病院管理業務に向いているのではと思考しています。ジェネレーションギャップを感じることも少なくない昨今ですが、病院や医療施設などで、放射線治療医が幅広く活躍することを期待してこの寄稿を終わりたいと思います。



将来、病院長になる皆さんへ

●兵庫県立粒子線医療センター 院長 沖本智昭

将来、皆さんが病院長になった時、少しでもお役に立てればと思い本執筆依頼を受けました。

私は、兵庫県立粒子線医療センターという粒子線治療に特化した施設の院長なので、多くの診療科を有する総合病院の院長とは異なる点があります。まず、兵庫県立粒子線医療センターについて知っていただいた上で、院長して私が最も大事にすべきと思っている事を述べます。

兵庫県立粒子線医療センターは、『ひょうご対がん戦略』のリーディング・プロジェクトとして平成13年4月に開設しました。陽子線治療と炭素イオン線治療の両方で治療が可能な世界初の施設で、照射室は、患者治療用5室と実験用1室の計6室があります。MRI1台、CT2台(1台は血管造影装置に併設)、リゾートホテルをイメージした50床の病室を含め、建設費は当時で約280億円かかっています。現在の常勤職員は、医師7名(放射線治療専門医6名、放射線診断・IVR専門医1名)、診療放射線技師15名、医学物理職員3名、看護師20名、薬剤師2名、事務職4名および非常勤嘱託員と外部委託事務員を含め、計約80名の職員が勤務しています。

院長として私が最も重要と考えている事は二つです。

一つ目は、当院を選んでいただいた患者さんに満足していただくという事です。最高の治療を行う事に加え、接遇や日々の食事の内容についても注意を払っています。私は、院長に就任してからも一人の放射線治療医として現場に出る事を続けています。具体的には、毎週月曜に兵庫県立がんセンターで非常勤医師として外来業務(粒子線治療の専門外来)、火曜から金曜は粒子線医療センターでの外来業務、月に4-6回の当直業務を行っています。臨床の現場に身を置き続ける事は私個人の希望で決めた事ですが、振り返ってみると大きなメリットがある事に気づきました。それは、日々、院長に届く様々な職種からの要望に適切かつ迅速に対応できるという事です。自らが臨床の現場に出ているので、職員からの要望が患者満足にとって本当に必要かどうか、必要とすれば迅速に実現する必要がある課題なのか、中長期的な課題なのかなどを自己判断できるという事です。完全に現場を離れてしまうと、正しい判断を行うためには、まず自らが要望内容を正しく理解した後、関係者からのヒアリングを行った上で決断を下す必要があります、そのためにはかなり時間がかかります。兵庫県立粒子線医療センターは、患者満足度アップに関する様々な要望

が実現しやすい状況だと自負しています。ただし、臨床の現場は院長以外の医師でも務まりますが、病院トップとしての管理業務は院長しかできない仕事という事を十分に踏まえた上で、臨床の現場に出ていくべきです。臨床の仕事が増えた事で管理業務に支障を来すのであれば臨床の仕事をセーブするかやめるべきだと考えています。しかし、臨床の現場に関われば関わるほど、臨床の仕事が増え続けるので、院長が先頭に立って推進すべき医師の働き方改革に、自らが逆行する状況になっているのが現在の悩みの種です。それと、様々な要望を実現するためには予算が必要となります。あとで詳しく述べますが、現在、赤字経営が続いている状況なので、要望を実現するための予算を獲得する事は簡単ではありません。そういう状況でも必要な予算を確保できているのは、兵庫県庁職員との間に信頼関係があるからだと認識しています。特に信頼関係を構築するために行った作戦はありませんが、当院に勤務している事務方が協力的な一番の理由は、私を先頭に当院の医療従事者が全力で頑張っている姿を彼らが見ているという事が大きいと感じています。頑張っている姿を直接見る事が出来ない兵庫県庁職員については、積極的に私から出向いて話をすることで意思疎通を図るようにしています。会話で重要な事は、何故、その要望が患者満足度アップにつながるかを医療従事者ではない事務方が納得するように理路整然と話すという事です。

二つ目に重要な事は病院経営です。病院を順調に経営するには、カネと人という非常に難しい二つの課題をクリアする必要があります。カネについては、県立病院である当院は赤字にならなければOKです。低いハードルのように見えますが、現実には厳しく、特にこの数年は近畿圏に複数の粒子線治療施設が開設された事で赤字が膨らんでいます。病院の経営状況を改善するには、増収と支出減少のために様々な手を打つ必要があります。先に述べたように粒子線治療に特化し、総職員数が約80名と少ない当院では、赤字を解消するには、患者数を増やす事だけを考えれば良いという状態です。しかし、患者数を増やすといっても簡単ではない事を実感しています。書店には、顧客を増やすためのHow To本が沢山並んでいます。つまり、様々な業界のプロフェッショナルでさえ顧客を増やすために苦労しているという事です。医学しか学んでいない院長が、患者を増やすための良い方策を持っているはずがないのです。本来、経営のプロフェッショ

ナルを雇いたいところですが不可能なので、先に述べた顧客増加のHow To本を読み漁って参考にしながら様々な手を打っている状況です。最後にカネ以上に難しく、私が一番悩むのがスタッフの能力管理と人間関係についてです。当院のように全職員が約80名程度であれば、職員個人の能力や人間関係の情報が全て院長の耳に入ってきます。職員が働きやすい環境にすれば患者サービス向上および医療安全につながるので、職員の能力に応じた仕事に変更したり、悪化した人間関係があればヒアリングを行い修復するように対応しています。しかし、顧客増加の方法以上に、人の能力管理や人間関係の修復に関する専門書が多数出版されている事からも明らかで、これらは最も難

しい問題で私の一番の悩みの種です。

愚痴が多くて、院長は苦労ばかりのように思われるかも知れないので、院長になって良かった事を述べます。それは、院長が腹をくくってリーダーシップを発揮すれば、大きな課題でもクリアできるという事です。現時点で内容を申し上げる事は出来ませんが、私の思い描く理想の粒子線治療を行うためのビッグプロジェクトが進行中で、これが実現できれば院長としての苦労が一気に報われる事になります。最後に、皆さんが院長になった時、拙著が少しでも参考になれば幸いです。