

医師も看護師も残業ゼロ、よい人材が集まる病院に - 山下弘幸・やました甲状腺病院長に聞く

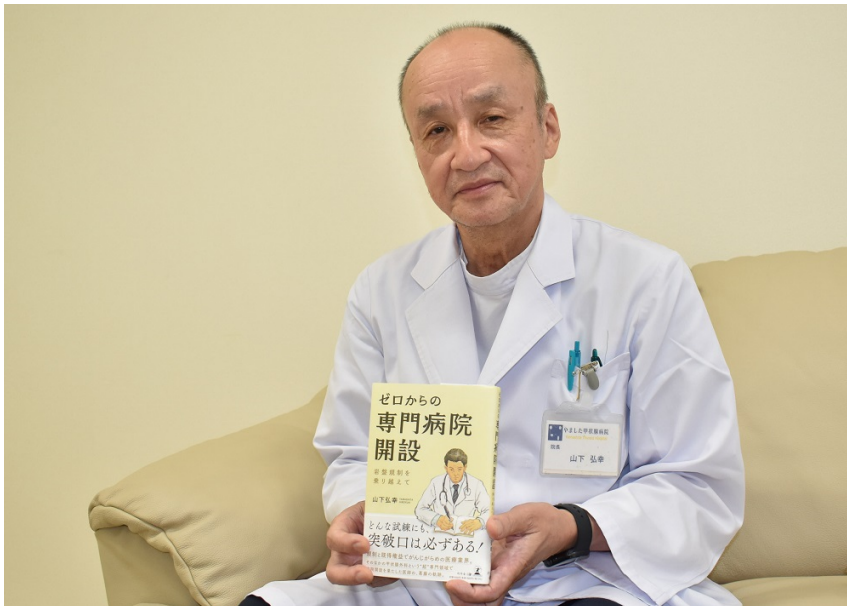
◆Vol.2

中小病院長は「プレイングマネジャー」

インタビュー 2021年8月29日(日)配信 聞き手・まとめ：小川洋輔（m3.com編集部）

開業したクリニックを有床診療所、病院へと発展させてきた山下氏。病院長としてこだわっているのは、現場の課題を素早く見つけ出し、効率のよい働き方を実現することだ。

◆Vol.1「岩盤規制」乗り越え専門病院開設はこちら



『ゼロからの専門病院開設』を上梓した山下院長

——クリニックの開業後、有床診、病院と施設を発展させてきましたが、クリニックの院長と病院長の違いは感じますか。

開業医は自分の理想をそのまま具現化することができます。誰も反対する人がいませんから。ただ診療科や病床の有無などにもよりますが、どうしても一人でできることには限りがあります。特に手術を行う有床診では症例が増えても対応できなくなります。これが私が有床診から病院にした主な理由です。

病院はリクルートが大切になります。よい人材が集まるよう働き方なども工夫する必要があります。

病院長と言っても病院の規模や経営母体によってさまざまなので、一概には言えませんが、私の実感として、小さい病院の院長はプレイングマネジャーだと思います。現場で働いているので、現場で抱える問題点がよく分かり、迅速に物事が判断しやすい。当院の現状がこれに当たります。クリニックと比べると多くの役割を果たすこともできる。ただ、ある程度限界はあります。

コロナ禍では中小の民間病院で患者の受け入れが少ないという報道がありますが、当院のような小さな病院では病棟や動線を分けることができないし、感染症対応に当たる人材もいません。大規模災害時などでもできることは限られます。専門病院として、その領域の範囲でしか社会に貢献することはできません。

そうした意味では、病床の集約化は必要だと思いますし、大きな病院ならパンデミックや災害時に社会貢献ができるでしょう。ただし、今回のコロナ禍で明らかになったように、病床を集約化し削減しても、感染症には対応できないので、そこは考慮しなければならないと思います。大きな病院の院長になれば大企業の社長のようにオーケストラの指揮者の役割が求められます。自分で全てを把握するのは難しいでしょうから、各部署からの意見を聞いて調整する難しさがあります。その分、プレイングマネジャーよりも大きな社会貢献ができると思います。

——よい人材を集めるための働き方改革にはどのように取り組んでいますか。

コロナ禍で患者数が減った影響もあり、現在は職員全員が就業時間内に仕事を終わられるようにしています。だから残業はゼロ。シフトがあるので、時間帯はそれぞれですが1日8時間勤務で、基本的に残業はありません。医師が自分の研究のために病院に残っていることはありますが、コロナ禍前には、たまに残業がありましたが、そのほとんどは手術が延長することにより発生していました。コロナ禍で減っていた手術患者数は元に戻りつつありますが、今後も残業ゼロを目指して手術予定を組んでいきたいと考えています。

—なぜそんなことが可能なのでしょうか。

専門領域に徹しているので仕事の効率が高いことや職員の数ですね。数少ない疾患を対象にするので資本を集中投下できることや職員のスキルが高くなりやすくなるからです。後者に関しては、多少残業をさせても職員を増やすよりはいいと考える経営者もいます。10人雇うよりは、9人に少しずつ残業させた方がいいのではないかと。私は基本的に残業をさせなくてもよい人数を雇うことにしています。実際、看護師は離職の多い職種と言われていますが、うちでは定着率が高いです。

病床は38床で、平均するとだいたい20人の入院患者がいます。コロナ禍で1割程度減少しています。手術患者が中心で短期入院なので診療単価は比較的高く、病床稼働率が低いのは問題になりません。常勤の医師が9人、臨床検査部12人(検査技師9人、放射線技師3人)、看護師が22人なので、病床稼働規模からすると職員は多い方だと思います。甲状腺外科医は5人ですが、手術室には4つのベッドがあるので、ベッドが空くのを待つということはほとんどありません。そして常勤麻酔科医が2人いるのも恵まれた環境と言えます。手術も午後5時までには終わるようにしています。



甲状腺診療に不可欠のエコー検査、患者が靴を脱がずに腰をかけるだけで検査を受けられるよう工夫し、効率を上げている

効率よく仕事をすることも常に考えています。例えば、前任地や開放型病院の看護師は細かいことまでパソコンに入力するため、その前に座っている時間が非常に長いと感じていました。そして、それらのデータは後々振り返るとあまり役に立たないようでした。そこで当院ではほとんどの看護記録を各種様式紙に記載しスキャンして保存するようにしています。大事なデータはデジタル、その他はアナログということです。コンピューターよりも患者に向かう時間を確保したかったのです。

1人当たりの仕事量が多くなり、忙しくて辞められてしまうと悪循環に陥ります。新しい職員にはいろいろ教える必要があるのですがその分効率は悪くなるし、患者にとっても長く勤める看護師がいた方が安心することができます。余談ですが、クリニック開設時の看護師が現在も外来にあり、患者の病状を把握しているので助かっています。よい人が長く残ってくれる病院にしたいと考えています。

—有床診開設の「岩盤」となった行政の方針ですが、人口が減る中、病床数を抑え、集約化や機能分化を進めることも必要ではないでしょうか。

非常に難しい問題ですが、交通網がこれだけ発達し、人口は減っていくわけですから、総合病院の集約化は最低限必要だと思います。みんなが急性期医療にこだわっているのが一つ問題ではないでしょうか。

機能分化が進めば、効率のよい医療を提供できるのは明らかです。例えば、以前はほとんどの病院に産科や小児科がありましたが、今は集約化が進んでいます。

一方、私が専門としてきた外科では、集約化がまだ十分ではなく、結果として外科医の負担が大きくなっていると感じます。特に地方の大学においては手術症例が少ない施設に派遣されることも多く、せっかく修練してきた外科医

が手術に専念できないという実情もあります。そういった仕組みを改善しないと、外科の入院を増やそうとしても難しいのではないのでしょうか。昭和の外科医は苦勞して当たり前と言われていましたが、今の時代それは求められません。

——病床を増やすときに大変な苦勞をされていますが、無床クリニックの開業は届け出で可能です。

そこのギャップは感じます。専門医がそのまま開業して、内科などを標榜することが多いですが、専門領域に特化したクリニック以外は、総合診療の経験を持つ医師でないと開業できない仕組みも考える必要があるかもしれません。

何でも屋になるのを嫌がる医師が多いのかもしれませんが、総合診療医の育成も重要な課題だと思います。

山下弘幸（やました・ひろゆき）氏

徳島大学医学部卒業後、九州大学第一外科講座に入院。米国留学、野口病院での勤務などを経て、2006年、やましたクリニックを開業。2012年、19床の有床診療所とする。2017年、やました甲状腺病院を開業。

シリーズ [著者インタビュー](#) »

記事検索

