
プロローグ

「今日も、朝8時から病棟業務。入院患者を回診して、急いでカルテを書いて、9時からは肝細胞癌患者のアンギオ。アンギオが無事終わり、入院患者の血液検査結果を確認。一息ついていたら、外来から急患の入院が入ったとの知らせ。急患を診察し、入院オーダーを出したら、16時からは他の入院患者のムンテラ。気づいたら、もう17時を過ぎている。でも、指導医からは『早く学位論文を書け』と急かされている……」

「この前、久しぶりに学会に行ったら、他大学の自分より若い先生達が、シンポジウムで堂々と発表している。論文もいっぱい書いてるらしい。それに引き換え自分はいまだにポスター発表で、発表中にも病棟からのPHSが鳴り……」

これは、大学病院の分院で病棟長として勤務する私の実体験です。現在も、アンギオ以外に腹部エコーや胃カメラ、ラジオ波焼却（RFA）などの検査、治療にもルーチンで入り、緊急で経皮的胆嚢ドレナージ（PTGBD）をやることもあります。また、週1日午後外来もやっています。病棟長とは名ばかりで、病棟医の中で一番上というだけで、他の病棟医と同様に毎日病棟患者の診療にあたっています。卒後1、2年目の研修医が下につくことが多いですが、研修医の人数が少ない時には、病棟長でありながら、研修医がつかず1人で病棟患者を診ることもあります。

大学病院や大病院の中には、病棟業務は主に研修医やレジデントが担当し、中堅クラスの指導医は外来や検査を行い、研究や論文執筆に多くの時間を割ける、そのような病院もあるでしょう。しかし、市中病院に勤務されている先生や若手の先生の多くは、私と同じように病棟業務、検査、外来などの日常診療に忙殺され、研究や論文執筆どころではない、というのが現状ではないでしょうか。「研究費がないから、研究や論文なんて無理だよ」、「大学院にでも行かなければ、時間がなくて、研究や論文なんて無理だよ」。このような



意見もあるでしょう。でも、悔しくないですか？ こんなに一生懸命患者を診てもなかなか評価されないなんて……。作家の林真理子さんは『野心のすすめ』の中で、次のように述べられています。

その屈辱感こそ野心の入り口なのです。悔しいと思った時点で、「やっぱりあいつは必死で勉強したから東大に入った」とか、努力をした人には努力をしたなりの見返りがあるという事実を認識できるか。その時点での自分の敗北を認めることができるかどうか。

『野心のすすめ』林真理子 著、講談社現代新書、p.16

私はこのような多忙な日常診療の中、臨床研究を行い、この3年間で原著英文論文を9本、英文総説を2本、Editorialを7本執筆し、海外Journalの論文査読を29本行いました。大学院や留学にも行かず臨床一筋で、研究費もほとんどかけず（英文校閲や統計解析ソフトの費用はかかりますが）にです。最初は、研究や論文執筆の右も左もわからず、悔しさをバネにただ無我夢中でやっていただけでした。臨床研究や論文執筆の指南本もたくさん読みました。もちろん有益な本もありました。しかし、たいいていの指南本は、大学教授や大病院の部長などの偉い先生や基礎研究の大家が執筆されていて、病棟を離れた上級医や大学院生を主な対象としています。残念ながら、日々の診療に忙殺されている現役の病棟医の気持ちや目線には配慮されているものは少ないと感じます。なぜなら、**多くの指南本が、「どのように論文を書くのか（英文作成を含めた）」という視点で書かれており、「どのようなこと・テーマを論文にすればよいのか」という論文作成に大切なもう一つの視点を欠いているからです。**また、忙しい臨床医が、「どのようにしたら、時間のない中で、**効率的に論文を書くか**」という点に着目している本も少ないのが現状です。若い病棟医や忙しい勤務医は、論文を書きたくても、「どのようなことを研究したらいいのか」、「どのようなテーマであれば論文が書けるか」ということからわからないのです。また、「どのように論文を書くのか（英文作成を含めた）」という問いに対しても、「まず書く」とか「とにかく書く」というような精神論が強調されている本が多いように感じます。私自身、精神論は否定しませんが、**忙しい臨床医に必要なのは、「研究・論文のテーマを見**

つけて」「時間をかけずに効率的に論文を書く」ことです。私個人、日常診療に加え、研究や論文執筆、後輩の指導、他 Journal からの論文査読という仕事が増えてくるようになって、忙しい臨床医が臨床研究や論文執筆を行うには、ただ闇雲に努力するのではなく、限られた少ない時間の中で効率的に最大限のアウトプットを行う技法が必要だと痛感しました。試行錯誤の結果、辿り着いたのが、ビジネスモデル思考とクラウドだったのです。本書では、忙しい臨床医でも、臨床研究ができる、論文が書ける、そうした技法を、お伝えしたいと思います。

⇒ なぜ、医療にビジネスモデル思考が必要か？

書店に行くと、本当に多くのビジネス書が出版されているのにびっくりします。多くのビジネスマンが、自分たちが抱える問題を発見、解決し、仕事を成功させたい、利益を上げたいと希求しているからでしょう。

「医者と一般のビジネスマンを一緒にするなよ」という声が聞こえてきそうです。

もちろん、医療の世界は特殊な業界で、一般企業のビジネスとは大きく異なり、同一視できない部分が多々あります。しかし、「問題を発見し、解決していく」という点ではまったく同じではないでしょうか？ **医療では、「患者の抱える病気、怪我（問題）を診断し、治療（解決）していく」**からです。

もともと、本が好きだった私ですが、医者になってから、医学書以外の本を読む時間を持てずにいました。ところが、5年前の年末年始にインフルエンザにかかり、家の中で数日隔離された時、手帳術や時間管理などのビジネス書を読んだことがきっかけで、以降ビジネス書の虜になってしまいました。最初は、興味本位でただひたすら読んでいただけでしたが、次第に、ビジネスモデル思考は一般企業のビジネスマンだけでなく、われわれ臨床医こそ身につけるべきだと思うようになりました。

また、多くのビジネス書を読んで気づいたことは、優れたコンサルタントやビジネス書作家の中には、理系出身の方が多いということです。マッキンゼーの日本支社長を務められた大前研一さんは早稲田大学理工学部出身で、

ももとは原子力工学の仕事に携わっていた経歴をお持ちですし、ボストンコンサルティンググループの日本代表を務められ、現在早稲田大学ビジネススクール教授の内田和成さんは東京大学工学部出身で、日本航空で勤務された経歴をお持ちです。また、『アナロジー思考』を出された細谷功さんも東京大学工学部出身で、東芝で原子力技術者として働かれた経歴をお持ちです。

一昨年、京都大学移植外科の海道利実先生が『もし大学病院の外科医がビジネス書を読んだら』という本を出され、われわれ臨床医がドラッカー的なビジネスマインドを持つことを提唱されました。このことで、私は「**時間に追われる多忙な臨床医こそ、ビジネスモデル思考を身に付けるべき**」という思いを強くしました。

ビジネスにおける様々な問題を抽出し、解決する技法として、多くの枠組み（フレームワーク）や思考法が提唱されています。そのなかで、私たち医療従事者にも取っつきやすく、応用可能な「3C分析」、「アナロジー思考」、「仮説思考」をご紹介します。ここでは、これらのフレームワーク、思考法の概略を示し、後ほど具体的に臨床研究や論文作成にどう生かすかをご説明します。

3C分析（図1）

「3C」とは、ビジネスにおいて、現在の環境を分析する際に行うフレームワークの代表的なものの一つです。Customer（顧客あるいは市場）、Competitor（競合）、Company（自社）の頭文字に由来します。もう一つ有名なフレームワークに「4P」というものがあります。Product（製品）、Price（価格）、Place（流通チャネル）、Promotion（販促）の頭文字に由来するものですが、私たちの医療界は直接商品を売買する流通業界とは異なるため、「4P」より「3C」が有用だと思います。

『問題解決 あらゆる課題を突破するビジネスパーソン必須の仕事術』
高田貴久・岩澤智之 著、英治出版、p.221

図1 3C分析

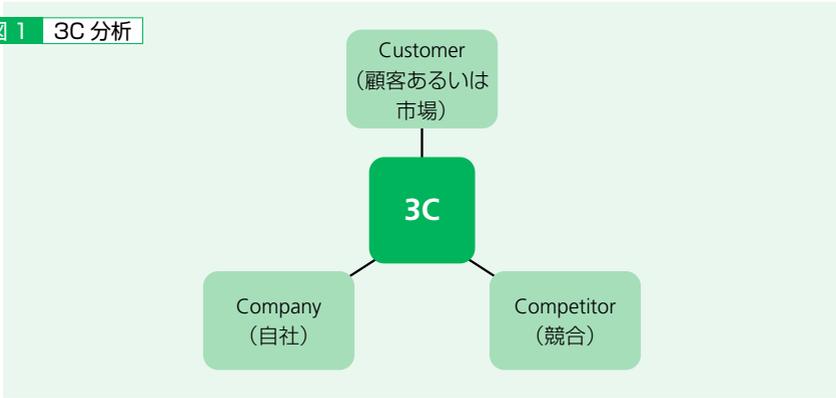
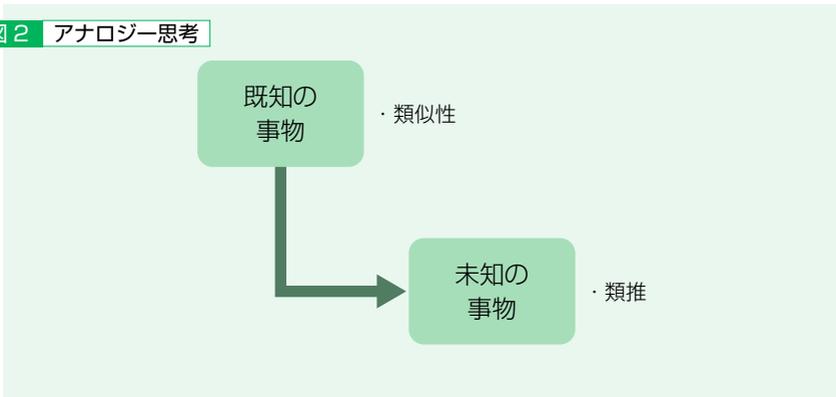


図2 アナロジー思考



アナロジー思考 (図2)

「アナロジー」とはある未知の事物に遭遇した場合に、すでにわかっている事物から類推して考えることを指します。比喩、たとえ話もこの一種とされています。

「アナロジー思考」とは日本語で「類推」のことで、2つの世界の比例関係を利用した思考法のことである。(中略) まったく未知の領域や新しい発想をするときには、これらの既知の枠組みのどれかを借りてくることによって理解したり、それまでとまったく違う事象に他の領域の枠組みのテンプレ