



MC Healthcare, Inc.

MCHニュース

2016.09.10 Vol.12

# MCH NEWS



## 地域医療構想を踏まえて病院経営のために 今、何をすべきか

### 第17回 病院の経営を考える会 (2016年6月10・11日の両日開催)

エム・シー・ヘルスケア株式会社は2016年6月10・11日の両日、恵比寿ガーデンプレイスで、「第17回病院の経営を考える会」を開催しました。

一般財団法人キャノングローバル戦略研究所の松山幸弘研究主幹、県立広島病院の木矢克造院長、公立昭和病院の上西紀夫院長による講演を通じて、急性期病院の経営戦略について考えました。また、特定非営利活動法人日本医療政策機構の小野崎耕平理事による講演では、長期的な視点に立ち、医療・社会保障の課題と今後の何をすべきか考えました。

ワークショップでは、「地域医療資源の有効活用と病院経営」、「患者はなぜ怒る!! ～悪質クレーム・暴力への対応～」、「今後の医療政策の展望と今から取り組むべき対応策」の3つのテーマで、講師を交えたディスカッションを通じ、病院経営における課題を抽出しながら対応策を模索しました。

# 高度急性期医療機関の現在と未来 ～全国の事例紹介～



病床の機能分化が進む中、高度急性期病院の存在がクローズアップされています。多くの病院が高度急性期を目指しながらも、その行く末が不透明だからです。今回、現在の医療界の抱える問題を整理しながら、高度急性期病院の在り方について講演いただきました。



一般財団法人キャノングローバル戦略研究所  
研究主幹 **松山幸弘氏**



現在日本が抱えている問題として、日本の国と地方自治体の借金があります。借金がGDPに占める割合というのが、経済破たんをしたギリシアが178%だったのに比べ、日本はもう250%にまで来ています。

今回消費税率の引き上げを延期しました。日本経済は潜在成長率が0.2%にまで落ちているので、消費税率を上げることもできないし、かといって上げなければ財政破たんをするという状況です。専門家の中では、財政がバーストして国が予算を組めない事態になるのではないかとまで言われているのです。

その上で大切な視点は、経済成長率が落ちている中で、医療・介護費が増加していることです。医療・介護費のGDP比は、日本は先進諸国の中で高い部類に入っています。今年の数字は1年後に分かりますが、そのときはドイツと同じぐらいだろうと言われ、次期診療報酬改定がある2018年には、アメリカに次いで世界第2位のレベルになるだろうと予測しています。

そこで何が起るかということ、18年以降の診療報酬はマイナス改定が続きます。すると、病院が10年の間で1,000病院ほどなくなり、また国の財政が厳しくなれば累積赤字が大きい公立病院の存続も困難に、さらに国立大学付属病院の資金繰りも悪化するのではないかとされています。今年2月には、国立大学病院で採用を2年間ストップするという話がありましたが、これはもう影響が出始めているということです。

一方で、私どもが02年から提案してきた地域ケアを担う非営利法人制度が医療法改正により実現しました。言葉の上では民間医療法人を地域統合することになりましたが、その実態は、地域でセーフティネットの要となっている国公立病院を地域統合することになります。その意味で、持分のない公共財である事業体がグループ化し、地域包括ケアの中核を担っていくことになるだろうと考えています。



県立広島病院  
院長 **木矢克造氏**



県立広島病院は、712床のDPC病院Ⅱ群の高度急性期病院です。広島市内は、私ども県立病院と広島大学病院、広島市立広島市民病院、広島赤十字原爆病院という4つの基幹病院があります。しかも4病院とも高度急性期を目指すという激戦区です。

院長になって1年半、県立病院としてどういう役割を果たしていくべきか、私なりに考えてきましたが、「災害医療、周産期医療、感染症などを見据えた県内の広域医療の実施」「脳卒中や循環器疾患、がん医療などの都市圏の高度医療」、その上で「緩和ケアの普及、へき地医療、臨床研修を含めた人材育成」の3つを柱に考えています。

その上で浮き彫りになった課題が、「大規模公立病院という大組織を束ねていかに進むのか」「競合する地域で、地域医療型医療をどう展開するか」という、つまり組織マネジメントと地域連携をどうするかということです。

組織改革ということであれば、“DPC病院Ⅱ群という高度急性期にふさわしい医療の提供”を目指しています。また公共性と経済性という相反した価値を考えながら“戦略的な健全経営の実施”を目指し、その実現には迅速に対応する組織形成が特に重要と考えています。今まで自治体病院にありがちな行政主導から、医療者主導、すなわち自律的集団を作ろうとしているのですが、まだまだ未成熟な部分もあり、全て他人事という捉え方をしている医療者も多いようです。

実際に定常業務を担う、病院事業管理者を中心とした病院戦略会議からつながる管理者会議などのたくさんの委員会がありますが、それが全てうまく運用されているわけではありませんでした。そこで課題を解決できる形にできないかと考え、課題が出てはワーキンググループ、プロジェクトチームを作り、部署横断的に解決を図ろうとしています。これは少しずつですが成果が生まれてきています。

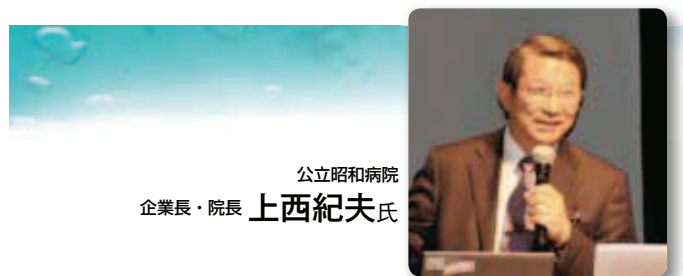


その顕著な例がD P C 病院Ⅱ群に向けた取り組みでしょうか。現在私どもは公立昭和病院と14年に契約し、D P C データを提供してもらっています。そこから私どもの病院では診療密度と手術指数が悪いということが分かり、前院長時代から2年間かけて改善に取り組んできました。そのために医療情報事務職と医師によるプロジェクトチームを立ち上げ、少しずつ実績を挙げてきたところです。

もう1つの課題である地域完結型医療、つまりは垂直連携をどうするかということですが、現在医師会や中小病院との話を持つようとしていくところです。

実は以前から広島市内で、脳卒中地域連携の会を作っていました。市内に点在するそれこそ急性期病院から回復期病院などさまざまな病院と、互いを尊重する良きライバルとして、広島の医療を守るという公共性を旗印にして関係を紡いできました。

また現在では市内4基幹病院の連携を本格化して、各病院の得意分野に人材や投資を集中し、医療の質を向上させようという、広島メディカル・クラスター構想の実現に向けて動き出しました。それは希少難治性疾患を大学病院が、少子化関連疾患については病院機能を統合、頻度が高く高度医療を要する疾患(脳心、がん)は集約するなど機能分担していこうという考え方です。まだまだ総論賛成各論反対というところもありますが、是非実現をしていきたいと考えています。



公立昭和病院  
企業長・院長 上西紀夫氏

公立昭和病院は、昔でいう東京・北多摩郡の8市が集まり病院を経営している518床・D P C Ⅱ群病院です。年間救急患者数1万7,600件、年間救急車受入数8,400件、年間手術件数は6,300件の実績を誇っています。

私が院長に就任するときは病棟の建て替えのときで、そのため病室も閉鎖となっていたために、今年は10億円の赤字が見込まれると言われました。そこで自分なりにどういう病院にするかを考えたわけですが、やはり「急性期・高度機能病院を目指し、そのためには入院診療を中心とする紹介型病院になろう」「救急体制の整備、がん検診の推進、地域連携の推進なども図っていく」さらには「地域連携を行わないと病院として立ちいかない」などを職員に提示し徹底しました。

組織マネジメントの変革を図るため機構改革にも着手し、最初に会議の再編から始めました。それまでの会議は、例えば看護師長は係長とされるなど職制を中心として行っていました。それを病院なのだからと、診療内容中心へと変更。病院の中のシステムも、外来、入院、中央診療、地域連携、救急など8つの部会に分け、1人増員した副院長、新設した院長補佐3人をそれぞれ部会に割り振りました。そこに看護部長、薬剤部長、

事務局長などを加えて最高議決機関としての運営会議を稼働しました。また医療とはサービスではなく、ボランティア精神が基本となるよう患者サービス課を廃止。前向きに業務に取り組めるよう各科主任医長を部長職としました。皆さん、非常によくやってくれて感謝しています。

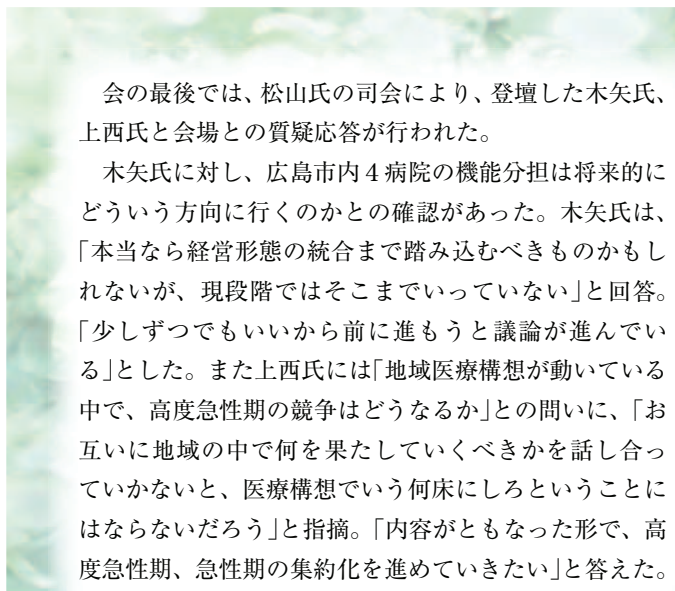
一番大事だったのは、医療機器購入の見直しです。競争入札の徹底を図り、機器購入の原則も徹底しました。それは「ペンは要らない、カラーで十分」というもので、例えば、検査用機器も新古品を購入するなど徹底しました。これまでは事務職が、医師が欲しいと言ったものを買えないと沽券にかかわるということでは言い値で購入していたというのです。

競争入札を徹底した結果、2,000万円の経費削減を達成。その予算で、外部コンサルタント会社に病院の評価をしてもらいました。そこでは「病院の診療レベルは評価」されるも、「病院の対応に不満」「行政からも低い評価」「住民アンケートでも低評価」「執行部の思いが第一線に伝わってない」など、日々一所懸命医療に取り組む医師たちからすれば想定の実績の評価で、医師たちは怒りと共に驚愕しました。

現在では、入院収益、外来収益を含めた医業収益も右肩上がりに上昇し、経常利益も6年連続で黒字化を達成することができました。

地域連携については紹介率上昇のために、地区医師会との交流を深め、病院登録医の推進、市民公開講座の開催などを実施。逆紹介率を上げるために、医師への周知や退院時診療情報添付加算料金の還元などを行ってきました。その上で、2013年3月に北多摩北部病院連携会議を発足。医療圏内の病院相互の情報交換や機能分担の調整、介護・福祉施設との連携などを目指し、医療圏内41病院と5市医師会が年1回以上の総会、幹事会の開催を果たし、連絡協議会や地域連携パスの運用にあたっています。

現在私たちは、新たに理念を設定し直し、高度急性期病院として医療の質の向上を図り、よりプロフェッショナルであろうとしています。今後も患者ならびに医療スタッフに選ばれる日本一の自治体病院を目指していく決意です。



会の最後では、松山氏の司会により、登壇した木矢氏、上西氏と会場との質疑応答が行われた。

木矢氏に対し、広島市内4病院の機能分担は将来的にどういう方向に行くのかとの確認があった。木矢氏は、「本当なら経営形態の統合まで踏み込むべきものかもしれないが、現段階ではそこまでいいない」と回答。「少しずつでもいいから前に進もうと議論が進んでいる」とした。また上西氏には「地域医療構想が動いている中で、高度急性期の競争はどうなるか」との問いに、「お互いに地域の中で何を果たしていくべきかを話し合っていないと、医療構想でいう何床にしろということにはならないだろう」と指摘。「内容がともなった形で、高度急性期、急性期の集約化を進めていきたい」と答えた。

# 医療者が地域や国家の将来を真剣に考えるとき

現在の日本の医療システムは、戦後の人口増加、高い経済成長の中で作られてきたものです。超少子高齢、人口減少社会へと変わった現実を踏まえた新しい対応が求められています。日本を代表するシンクタンクの俊英が、今の日本社会を語り尽くしました。

## 「高額薬剤が国を滅ぼす」との懸念

診療報酬などの目先の課題も大切ですが、医療政策や社会の展望、現在進行している超少子高齢化に対してどう対応するかなど大きな話にも触れていきたいと思います。

私が所属する日本医療政策機構とは、民間の非営利・独立のシンクタンクです。常に一歩先のアジェンダを提言することを大きな使命としています。例えば、いま話題の再生医療や女性の健康については、2005年の段階から、その重要性や問題点を提起していました。

とかく医師は自分の専門の医療のことを、学者は自分の研究分野だけを考えがちですが、医療というのはその全ての分野を俯瞰して「システム」として見ていくことが求められています。例えば、保健医療は外交とも密接に関わっていますし、安全保障や経済とも関係します。知人のあるお医者さんは、「医療の費用や財源のことは国が考えることで、医療者が考えることではない」と言っていました。医療者にも国の将来や財政など社会の話題にも関心を持ってほしいと思います。

現在、大きな話題となっている抗がん剤のオプジーボの例は典型だと思います。マスコミなどでは「抗がん剤が国を滅ぼす」などの特集も組まれています。

今後、医療技術はどんどん高度化していきますが、いったい医療なるものをどこまでやるのか真剣に考えなければならないと思います。2016年には医薬品の費用対効果の試行的導入も始まりました。イノベーションと持続可能性をどう両立するのかが本格的に問われる元年だとも思います。これからも医療者や患者さんが待ち望む画期的な新薬や治療法、たとえば認知症の治療薬や再生医療製品が次々と出てくるかもしれません。しかし「打ち出の小づち」はありません。どこかで総医療費にも薬剤費にもキャップをはめざるを得ないでしょうし、過去の歴史を見ても最終的には医療費の伸びは必ず抑制、制御されます。医療費の伸びの主要因は、いうまでもなく医療技術の高度化にあります。今までは「患者さんのために」という一言で、医者の裁量で何となくできたことも通らなくなるかもしれません。医療現場の皆さんも、真剣に考えていくべきことだと思います。

## 人口減少にどう向き合うか

日本の人口は、今から100年もしないうちに5000万人を切るかもしれないとも言われています。人口減少は、日本に最大かつ最も重要なインパクトをもたらすことになります。1961年から続く国民皆保険や高額療養費制度などは、人口増と高い経済成長のもとで作られたものですから、当然、急激な人口減少に対応ができるわけがありません。

人口減少で身近な一番の課題は人材確保です。皆さんにとっては、看護師、介護職の確保も頭が痛いところだと思いますが、これは他の業界でも同様です。ある大手自動車メーカーの研究開発部門は、平均年齢が40歳代半ばとなっているそうです。かつて平均年齢が27、28歳だった往年と比べれば、当然ながら発



特定非営利活動法人  
日本医療政策機構  
理事 小野崎耕平氏

想力や開発力も全く違ってきていると言います。高齢化が進むほど、企業も国も保守的になり、イノベティブなアイデアを出すのが難しくなるとも言われています。これが現実です。いかにそこを補完するか、鍵は女性と外国人だと思えます。男性だけの「オジサン社会」ではもうダメです。たとえばグローバル企業では、真に優秀な人材を確保するためであれば、国籍や性別など気にしません。グローバルな視点で、女性と外国人をきちんと使いこなせるだけの力量が、組織にも国家にも問われていると思います。

## 日本の行く末に世界が注目

日本は、年金・医療・介護・福祉で年間約116兆円を超える給付をしています。ものすごい額です。つい最近も与党内から高所得の高齢者に負担増を求めるとの提言が出たりしています。私もかつて、自民党で政治活動をしていたときに、真正面から高齢者の負担増を訴えたことがあります。しかし、ハードルは非常に高いです。日本の高齢化率は25%を超えていますが、自民党の後援会の高齢化率は感覚的にはおそらく50%を超えています。毎日、「年金増やして」「増税は絶対あかん」という声を聞き続ける日々では、負担増は言いにくいわけです。与野党に関わらずそういう状況にあるのではないのでしょうか。俗にいう「シルバー民主主義」です。さらに特定の業界団体が大きな政治的影響力を持つような「団体民主主義」、私の造語ですが、これも改革を難しくしています。

実は世界的には、どの先進国でも医療費の高騰について頭を悩ませています。医療の高度化とともに、医療費も増えるわけですが、それをファイナンスするだけの財政的な能力を殆どの国が持てないわけです。

その意味で超高齢化先進国の日本がどのような答えを出すのか、世界中から注目されています。「いったい日本はこの世界的な課題をどう解くんだろう？」と世界から期待されています。

これらの保健医療の課題を解決していく為に、昨年「保健医療2035策定懇談会」による提言書がまとめられました。「より良い医療をより安く」「個人の健康を社会で支える」「保健医療でグローバル社会をリードする」といった3つのビジョンと120の施策例を提言しています。その中では社会システムとしての保健医療という点が強調されています。もはや医療の課題を医療だけで解決することはできません。経済、雇用、教育や住宅、まちづくりなど様々な影響因子、「健康の社会的決定要因」を考えた総合政策が不可欠となっています。こうした総合政策では、地域が主役になる、またならざるを得ないと思います。

日本医療政策機構の調査でも、行政、政治、メディアのいずれも信頼度は低いなか、医師、看護師、薬剤師、医療機関などの医療提供者は、国民から非常に高い信頼を得ていることが分かっています。次世代のために医療界は何をすべきか、また医療機関が地域の中で何ができるのか、是非真剣に考えて行動していただきたいと心から願っております。



# タニタの経営論

## ～世界初・家庭用体脂肪計、タニタ食堂 誕生秘話を交えて～

父から引き継いだ赤字会社を事業選択と集中を皮切りに黒字化。家庭用体脂肪計という画期的製品で「世界一」の目標を達成した谷田大輔氏。人口減少時代の病院経営についても多くの具体的提言がありました。

### 3部門をひとつに集約して赤字脱却、世界一を目標に

社長になった当時のタニタは赤字で、トースターとライターとヘルスメーターの3部門がありました。ただひとつ利益が出ていたヘルスメーター部門に集約したいと考え、それで黒字になるかを役員と長く議論しました。非常に辛い決断ではありましたが、赤字部門は同業社に譲渡し、強み・可能性のあるものに徹底していくことにしました。

生産効率追求のため一貫生産工場を秋田に造ったのですが、いざ移転となったら誰も行ってくれません。そこで新卒を多めに採用し、平均年齢が40歳から一気に19歳に若返った結果、人件費を削減でき、この時点で黒字化しました。黒字化してこそ色々な取り組みができるようになったわけです。

当時まだ社内のムードが暗かったので、社長として明るい方向を打ち出そうと、新年の挨拶で「世界一になろう」と宣言しました。リーダーはただ一所懸命になるのではなく、目標を明確に示すべきです。世界一という長期目標を設定し、そのためにタニタは何をすべきかを伝えました。

### 「体重計」から「体重へ」、そして健康ビジネスへ

米国で車を借り、工場を見学して周りました。財を成した人のコレクションを収蔵した多くの美術館にも寄り、彼らがなぜ稼げたのかを探りました。米国の交通産業は船会社から鉄道会社、自動車産業へと推移してきましたが、事業を固定したら脱却できません。船会社が「人と貨物の移動」をコンセプトにしたら、時流に合わせて鉄道、自動車と事業転換するはずでした。コンセプトの重要性を認識しました。

タニタの体重計に当てはめてみると、技術者としては錆びないように、いかに細かく計れるかの方向になりますが、そうではなくてコンセプトを「体重計」から「体重」にしようと「体重科学研究所」を設立しました。この時のお医者さんの「肥満は体重ではなくて脂肪」という一言から、脂肪計の開発を思いつきました。タニタの得意な体重計に脂肪計を付けることで世界一が実現したのです。

オンリーワン製品は販路を探しやすく、マスコミが取り上げる宣伝効果も絶大です。売れるとさらにマスコミが扱う好循環が生まれます。オンリーワンは父の時代からの方針で、タニタブランドでも製品を出していたのですが売れなければ堂々と胸を張れません。その点、脂肪計は「恐怖の体重計」というテレビ番組にもなり、一気に認知されました。ただ、体重ビジネスだけでは領域が小さいので、次は「健康ビジネス」のコンセプトで尿糖計、睡眠計を開発しました。

### タニタの社員食堂

体重科学研究所は収益事業でないので赤字が膨んで15年間で止め、管理栄養士の活用を考えて始めたのがタニタの社員食堂です。体重管理知識のあるスタッフのメニューは「味が薄い」「腹もちが悪い」と不評でしたので主食を増やし、塩分も少し多くするなど対



株式会社タニタ  
前代表取締役社長  
谷田大輔氏

応し、気合の入ったリーダーが1年間同じメニューを出さないとがんばり、どんどんメニューが増えました。これがテレビで取り上げられて大きな話題になり、さらにレシピ本が出版され、タニタの健康ビジネスのドメインのひとつとなっています。

### 人材育成と、家族経営企業の後継者選び

小さな会社では新規採用も人を育てるのも難しい中、私がとった方法は、ひとつの部署のメイン数人を新規事業に抜擢するものです。人が抜けて当然大変になるのですが、1年もするとまわるようになり、つまり人が育っているわけです。

次に後継者問題です。息子が3人いますので長男に継がせるのが順当でしょうが、役員と息子たちが議論した結果、現在社長の息子が指名され、私の選択と同じだったので決めました。私自身5人きょうだいの四男坊ながら、父から後継者に選ばれました。体重計シェア日本一、商品企画などの実績を買われたのだと思います。役員と決定する方法は、世界中にネットワークのあるFBN(ファミリービジネスネットワーク)であげられている内のひとつです。

### 病院経営の活性化

平日だけ病気になるということはありませんから、24時間365日体制が、設備や検査機器の有効利用にもなりますし、雇用の創出という面でも望ましいと思います。私自身、病院に通い、もっとお医者さんの診察時間をとっていただきたい、看護師さん、事務方の協力で時間を有効活用していただけないかと思います。ひとつの治療が1回で済むようにならないものか、薬は宅急便で翌日受け取りにすることもできるのでないかとも思います。

検査データが自分のスマホに全部入って、どここの病院でも行けるようになると便利ですので、病院間でのデータ共有についてもご検討いただければと思います。

入院患者さんに家族が付き添える方法としては、近くのマンションを借り切るなどの方法があると思います。そして高齢化時代ですから、病院外での診療が必要だと思います。熱の高い時に病院に行くのは辛いですし病気をもらう可能性もありますから、往診をうまくやっていただきたいものです。記録媒体も大容量化し、生涯記録も可能な時代ですし、DNAで将来予測もできるので、そういったことを含めた予防の指導もこれからはやっていただけるのを期待します。遠隔医療ももっと進むでしょう。一番心配なボケの予防もやっていただきたいと強く思います。

専門化と統合化の両方で進めるのもひとつの方向性だと思います。町の中に病院がたくさんあったら、トータルで総合病院にする方法もあります。専門は専門で徹底し検査、予防、治療後の健康管理など分野毎に特化し、各病院でその部門を持たなくてもいいようにすると合理的だと思います。そしてこれからは、病院の不足している途上国もあるので海外進出にも取り組んでいただきたいものです。



NPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会専務理事  
市立大村市民病院前麻酔科医長兼前医療情報企画部長

柴田真吾氏



地域包括ケアシステムも含め、地域医療機関との連携体制を構築し、運用に成功しているシステムに高い関心が寄せられています。長崎県の地域医療連携ネットワークシステム「あじさいネット」を立ち上げた1人でもある柴田真吾氏が、病院経営の観点で、連携する医療機関間の効果などについて、具体的な事例紹介とともに解説しました。

## 顔の見える関係を築く

長崎県全域に広がるあじさいネットは、患者さんの同意のもとに医療機関が医療情報を相互に閲覧できるシステムで、今年6月現在、閲覧可能施設259施設(うち薬局44)、情報提供病院数31施設、会員数752人と年々増えています。立上の際は2003年から1年3カ月かけて議論し、病院の囲い込みのツールとして使われないように第三者機関として協議会を設立することにしました。協議会はスムーズな運営を図るため、会長と副会長には、地域の医師会長などに就いていただき、2004年7月にNPO法人として発足し、定款や利用者規程などを作り、総会や地域部会なども設け、活動を開始しました。懇親会も頻繁に行い、顔が見える関係を築いたことから、あじさいネットは成功したのだと思います。また、システムは、特定の病院やベンダーに偏らないことが重要です。ベンダーはシステムを作りますが仕組みは作りませんので、自分たちで仕組みを構築していかなければいけません。

## 医療資源の有効活用

仕組みを作り継続する上で重要となるのが、効果が見えること、効果を評価することです。あじさいネットでは、医療機関によって外注の検査会社とオンラインで結ばれ、データをクラウドシステムで見ることができる仕組みがあり、有料

でレセプトオンラインを利用しているケースもあります。かかりつけ医が病院のデータを閲覧することができるようになったことで、治療方針や診療内容に意見を言えるようになりました。使用しているかかりつけ医の先生方からは、「病院と診療所の先生がともに治療できる“真”の病診連携」「双方向性医療の出発点」など、高い評価を得ております。

## 地域医療資源という考え方

前述のように地域中核病院に蓄積された電子化された診療情報をかかりつけ医と共同で利活用することで、地域の連携を強化し、経済的にも効果を出していくために、医療機関間の調達戦略や、医療機器の過密地域における配備計画に向けた連携活動にもつなげるべきだと考えます。経験上、効果の出るはずの調達戦略であっても現場の医師らが「納得」し、効果が組織全体で「評価」されなければ実行されません。消耗品の共同購入を実施する際も、①どれ位使えばよいのか、②いくら効果がでるのか、を数字で見える化し、③実際に生じた効果額も示し、貢献してくれた医師には会議の場で感謝を伝え、この運用を徹底することで軌道に乗せました。また、過剰な投資になりやすい備品・機器の導入にも見える化が効果的だと感じます。院内の設置台数は適正なのか、地域内の大型機器台数は適正な

のか。これも装置を使う医師らがお互いの保有台数や使用状況を見ることが出来れば、「診療報酬で回収出来そうにない過剰な購入」はやめておこうという選択に繋がります。

## 医療と介護のネットワークも必要

ネットワークの課題は、情報量が多いことと営利事業を行わないと維持ができないことで、補助金は一般的に一過的なものです。初期投資は補助金を沢山受けられても、償却後に更新やメンテナンスを行う段になって、補助金に頼って運営しているシステムほど、今後運営が厳しくなるでしょう。

地域包括ケアシステムを考える上で、共有財産／共助的な発想に基づいた医療と介護のネットワークが必要となります。特に地域の中核病院は、在宅支援チームを作り、積極的に在宅に行くべきです。それには医師会の先生方とも相談しながら、進めていくことが重要で、そのためにはITより先にビジョンを持つことが必要です。勿論、地域連携は、地域包括ケアを考えると多職種が連携します。これにはIT技術が非常に強力なツールといえます。地域連携システムの作り方の“こつ”は、一体的に作るよりも、不要なサービスや機能などはすぐ切り離しが出来るように作ることです。



ホスピタルサポートサービス代表  
慈恵大学総務部渉外室名誉顧問

横内昭光氏



悪質クレームが増えてスタッフのモチベーションが下がり辞めていく。最悪は殺人。そんな事態の予防策を、コミュニケーションの大切さと警察OB登用の有効性の両面から、警視庁勤務41年の経験を交えながら細かくアドバイスし、離脱術の実演も。質疑応答も活発でした。

## クレーム段階で毅然と対応するため警察OB活用を

1件の重大事故の背景には29件の軽い事故と、事故には至らなかった300件の小さなミスがあるという「ハインリッヒの法則」があります。「地球より重いといわれる人の命」を扱う医療人が悩みを持って仕

事をすると、時には事故を起こしかねません。私は、警察での経験を活かし大学病院においての11年間、教職員が直面する悪質クレームの対応はもちろん、相談を受けたあらゆるプライベートの悩みを解決し、その小さな悩みからミスを誘発し重大事故を発生させない努力をしてき

ました。

昨今、医師が刃物で刺され、殺害される事件が多発しています。患者のクレームに変化が現れ、医師は患者の犯行決意や変化の前兆を察知していながら、病院としてその対策がなされていません。さらに院内暴力を受け泣き寝入り、悪質ク



レームで理不尽な要求に「出来ない」とはっきり断れないなど、そのような時、誰に相談をしていいかも解らず、「死にたい」「仕事を辞めたい」といったアンケート結果が出てきます。

病院職員は優しいですから、毅然とした対応が苦手です。警察は性悪説の世界で、それが仕事であった警察OBの登用で悪質クレーム対応がしやすくなります。対応は複数人で、それも警察OBと一緒に対応してもらおうと毅然とした対応が出来ます。私たちが解決できない問題に対しては、警察に相談し解決を図ります。

### 分かりやすく誠実なコミュニケーションを

クレームには原因があります。待ち時間が長い、医師の説明が不十分、看護師が忙しそうで質問できない等々、患者が不満に感じている問題を解決すればクレームの芽を摘むことになります。ほとんどの問題に共通しているのは「説明不足」ですから、誠実なコミュニケーションによって改善可能です。

待ち時間は、職員からの「ちょっとお時間がかかります」の一言があると全然違います。医師の説明は「中学生が理解できる言葉」にすべきで、難しい用語もカタカナ

言葉も少なくすることです。電子カルテばかり見て患者さんの顔を見ないと、怒った表情になっても気づきません。すると「俺の話しを聞いているのか」ということになります。コミュニケーションの基本は「目を見る」ことです。目を見ることは相手に対して「誠意・誠実」を示すことで、これが壊れると「要求と苦情」になっていくのです。

### 自己防衛方法も知っておく

「離脱術」という、暴力患者から逃げる簡単な術があります。役立たないと言っ

ている識者もあります。しかし、そのような方は本当に医療現場での危険を知っているのかと疑いたくなります。患者に捕まれ暴力を受けそうになった際に、声も出せずただ暴力を受け入れろとでもいうのですか。それとも言葉で危険をかわすのでしょうか。

私は現在、病院の「職員が生き生きと働く職場作りをお手伝いし、その結果として患者満足度を高めてあげたい」その思いでHSSホスピタルサポートサービスを設立しました。キャッチフレーズは「格安料金で病院に院内交番を」です。

### 〈質疑応答〉

**Q:事前アンケートに「謝罪文にて対応…」とあるが、文書を出す基準は？**

**A:**出さないのが原則。それを知らない先生が「書けば許す」「どこにも使わない」と言われて、自分で出してしまうことがある。その結果、裁判で提出されたこともある。新たに脅かしをかけてくることもある。相手には不快な思いさせたのなら口頭でそのことについて謝ればいい。脅かされて相手の勢いに負け、書くようになっても相手のいいなりに書く必要はない。

**Q:不当要求にどう対処したらいいか？**

**A:**例えば、診断書の負傷日数、麻薬系の薬の要求、身体者等級などの不当要求には、絶対に屈しない。出来ないことは「出来ない」と断る。それ以上攻めてきたら「警察に相談することになっております」と説明する。さらに攻めて来た場合は「110番」に連絡を。

## ワークショップ 3

## 今後の医療政策の展望と今から取組むべき対応策



メディキャスト株式会社 厚生政策情報センター事業部

山口聡氏



自ら現場に足を運び、そこで今何が起きているのかを目で確認し、国の議論の流れを常に見ているからこそ伝えられることがあります。医療政策の情報を分析して伝える仕事の責任者として山口聡氏は、病院がこれから取り組む在宅や認知症などについて具体例を挙げて解説しました。

### 今後の医療政策の展望に向けての対応

今回の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築が柱であり、患者にとって質の高い医療を目指す為に、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の役割が重要視されました。かかりつけ医は、地域包括診療科・加算の要件が緩和され、認知症でも評価する点数が新設されました。一方、かかりつけ薬剤師はハードルが高く、まだ算定しているところは3割程度、基準調剤加算では2割に若干届かないというのが現状です。

また国が考える疾病等に関する重点的な対応として、①がん医療②認知症対策③精神科の対応—この3点が大きなポイントとなります。

1点目の「がん医療」ですが、体は動くのにがんを理由に働けなくなると社会的な活力が下がってしまうので、治療を続けながら働ける環境を整備する必要があります。入院よりも外来在宅通院治療に評価が高まっています。

2点目の「認知症対策」は、今後精神科の病院から退院する患者が増えていくことが考えられます。高齢社会であることももちろん理由のひとつとして上げられます。地域で完結できるよう、身体疾患のある認知症患者が入院してきても、しっかり診ることのできる環境を整えるべきです。

3点目の「精神科の対応」では、どうしても精神科は入院日数が長い入院中に自然死する患者が多く、新患がなかなか増えないと病床がどんどん空いていきます。それらを改善するためにグループホームを設置するなど、今後もさらに在宅の取り組みが重要となります。

### 在宅へ移すための受け皿が必要

団塊の世代が後期高齢者(75歳以上)に達する2025年がクローズアップされておりますが、実際75歳以上の要介護認定は5%程度です。およそ90歳を超えたところから更に医療費や介護費がかかることから、本格的に高齢社会を迎えるのは2040年となり、こ

の時への対応の方が大きな課題です。

地域医療構想では急性期病床の削減に目がいきがちですが、本質的な課題は慢性期病床に入院する在宅復帰可能である患者に退院していただくことにあります。地域医療構想患者の推定値に該当する患者の70%を在宅へ移すことを目標としており、2025年には慢性期の病床以外にも在宅での医療・介護が必要な人は30万人に達すると言われています。

そのためには、施設や訪問診療、訪問介護などの受け皿が必要となります。

地域包括ケアシステム構築に向けた人材の育成を実施するためには、就業していない潜在有資格者の掘り起しや、多様なキャリアパスを構築する必要があります。また、今後の戦略として、在宅復帰の受け皿(出口機能)として医療機関が介護事業への展開することや、「居宅」サービスの延長線上での提供として高齢者住宅事業(特定施設、サ高住)への展開することが今後の対応策として必要だと考えられます。