



MC Healthcare, Inc.

MCH

MCHニュース

NEWS

2020. 02.14 Vol.15



第20回

病院の経営を
考える会

2019年11月29日開催

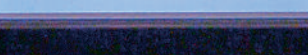
医療と社会の視点から 今後病院が負うべき使命

エム・シー・ヘルスケア株式会社は2019年11月29日、品川インターシティ（東京・港区）にて「第20回病院の経営を考える会」を開催しました。20周年のメモリアルイヤーにあたる今回の会は「医療と社会」をテーマとし、まず同テーマに沿って2講演会を開催。続いて行われた鼎談には3名の先生方が参加し、講演の後に来場者を交えてのディスカッションが行われました。



第20回 病院の経営を考える会

鼎談 『医療と社会をデザインする』



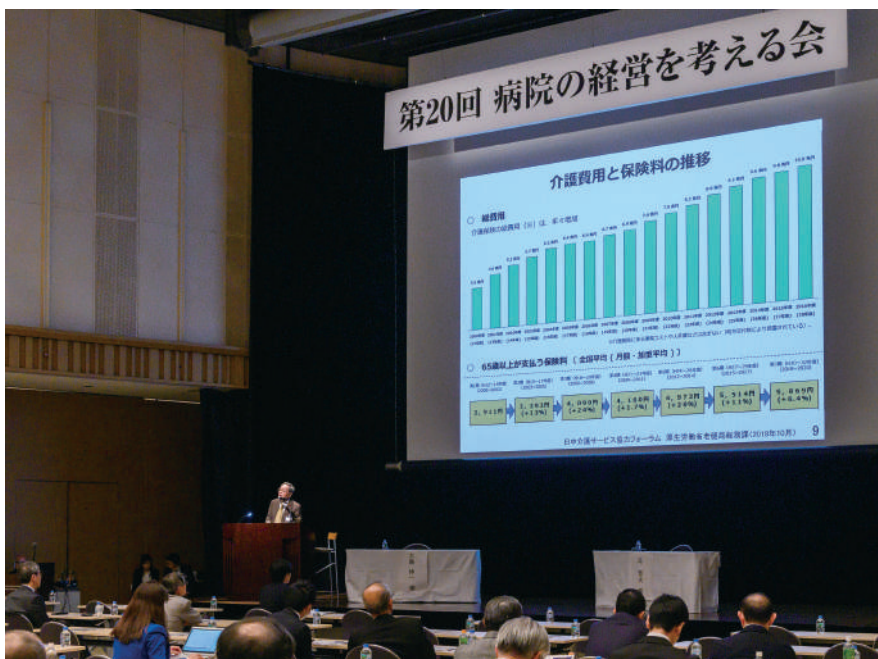
患者の生活と結びつた医療、医療を軸とした社会づくりの目指す方向、それらを実現するための意識改革・組織改革についての事例を紹介していただき、ディスカッションを通じて地域における医療機関のあり方を深める予定です。



医療と社会の大転換

医療と社会の大転換

我が国では高齢化が進み疾患構造も変化する中で、「治す医療から治し支える医療」へとパラダイムシフトが起こっています。講演会1では、大島伸一氏（国立長寿医療研究センター）より、この大きな変化にどう立ち向かうのか、病院に社会的な責任が問われている現状についてご講演いただきました。続いて、司会兼対談者として参加された辻 哲夫氏（東京大学高齢社会総合研究機構）のショート講演が行われ、その後、両氏による対談が開催されました。



大島 伸一氏

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター 名誉総長

今、日本は成長の時代から既に成熟の時代に入っており、一方で高齢化・人口減少の進行により人口構造が劇的に変わってきています。こうした社会の変化が医療に影響を及ぼすのは自明であり、高齢者が増えれば当然、診断・治療の対象は高齢者特有の疾患構造へと変化していきま

す。となれば、医療事業はその需要に合わせて変化しなければならず、医療の理念自体も変わらざるを得ません。この変化に対して既に具体的な対策が進められていますが、現場全体できちんと対応できているかを問われると、残念ながら非常に疑問を持たざるを得ないのが現状です。

厚生労働省などの発表資料によると、人口構造は今後著しく変化し、一方で高齢化率や国民医療費、介護費用・保険料は右肩上がりに上昇すると予想されていることから、数十年後には現在と全く別の社会が日本に出現することが分かります。そうした変化に至る背景を「死亡」の観点から捉えると、高齢化の原因の1つを国民の死亡要因の変化から見る事ができます。日本の死亡要因は、1947年には1位が結核、2位は肺炎及び気管支炎、3位は胃腸炎、つまり感染症でした。これに対して現在は1位ががん、2位心疾患、3位脳血管疾患であり、最近では肺炎が増えてきています。要は感染症の制圧で50歳未満の死亡数が戦後間もなくから減り続

け、国民の寿命が延びたことが、高齢化の要因の1つになっているのは明らかです。

ではこの間、医療にどのような変化があったのかです。我々が大学で学んだ時代の医療は、特定の病気の原因を除去し完全治癒させ、社会復帰させるという考え方でした。ところが現在は、血管病変のように、病気が複雑な病因によって発生する形に様変わりしており、原因の特定が難しくなっています。換言すると、ある部分の障害と共存しつつ日常生活を送り、最後に死を迎えるという現在の患者の病態を意識して、診断・治療すべき状況に変化してきているわけです。

こうした状況を受けて、社会保障制度改革国民会議の報告書が2013年に提出され、「『病院で治す』から『地域全体で治し・支える』医療へ」、「『治す』から『QOL、QOD』の医療へ」、「総合医中心の医療へ」などが掲げられました。その中の、「適切な場で適切な医療を提供できる医師の養成の責任が職能団体にある」という記述は重要です。これは「プロフェッショナル・オートノミー」を非常に意識した文言です。具体的には、「プロフェッショナル・オートノミーを医師集団が唱えるのであれば、医療のあり方に関して意識的に社会の変化に合わせて、自分たちの集団がどうあるべきかの方向性を、責任を持って決断して進んでいかなければならない」ということを意味するからです。

医療とは「社会的活動の総体」 医師はこれを強く意識すべき

現在、人口構造の変化と技術進歩という社会的要因が医療の需要に大きな影響を及ぼしていますが、それに合わせて医療も変わらなければなりません。2040年か2050年あたりに最も深刻な状態が訪れます。医療関係者はそれまでに、ど

のような手段をどのように具体的に講じ、どう社会的な変革につながって自らを変えていくかの転換を求められます。

いつの時代にも医療がなくなることはまずあり得ませんが、その時代の需要や要請に合った医療が適切に提供されているかどうか非常に重要です。仮に、医師が専門医ばかりで総合医や在宅医が相変わらず増えない状態で前述した時を迎えたとすれば、適切な医療が提供されるとはおそらく言い難いでしょう。今、医療現場、特にリーダーである医師たちには、今後何をすべきかを切実に問われている状況であると考えます。

一方で、際限なく増え続ける医師の業

務への対応も不可欠です。具体的には医師業務の一部を看護師に委ねる、それによって業務が増える看護師の業務の一部は介護領域へと移行させるべきであり、政策もその方向に間違いなく向かっています。

医療は、私が医師になってから50年が過ぎましたが、その間に非常に大きな医療理念の転換を2回、経験しました。1回目は「パートナーリズムからパートナーシップへ」であり、具体的には「インフォームドコンセント」の現場導入です。これは衝撃的な変化で、患者さんに不利益になるようなことは一切言わないという考え方が、患者と共に情報を全て共有して

ゆくという方向に変わっていきました。これは現場から起こった変化ですが、現在の「治す医療から治し支える医療へ」への変化は法律主導と捉えられます。この2つの転換は、プロセスが全く異なることを押さえておく必要があると思います。

ところで、広辞苑の第七版（2018年1月発行）で、「医療とは」の解説に「医学的知識とともに福祉分野とも関係しつつ病気の治療・予防あるいは健康増進をめざす社会的活動の総体」という素晴らしい言葉が追加されました。医療が社会的な営みであるという意識を、医療人、とりわけ医師は強く持たなければならぬと思います。

地域包括ケアと生活支援産業 ～ケアからまちづくりへ～

将来的には亡くなる方の3分の2余りが85歳以上という時代が日本に来るといわれていますが、その際に重要なのはフレイル（虚弱）の予防であり、かつフレイルの過程でいかに生活支援をするかの社会的な仕組みづくりがポイントとなります。要は、高齢者に社会参加や食や身体活動の場を提供することでフレイルの進行を防ぐ生活支援産業も加わって、地域全体で要介護状態への移行を極力防ぐシステムを構築すべきということです。

さらに言えば、この生活支援システムと医療・介護領域の地域包括ケアシステムなどが連動する広域的なネットワークを構築し、ITリテラシーが低い高齢者でもモバイル端末からコンシェルジュを

介して同ネットワークに参加できるようなシステムを作り上げることが肝要と考えます。特に大都市圏の高齢化した地域においては、こうしたシステムの有用性が高いと思われます。

このように産業と行政と住民が共に、将来を見据えて高齢者が弱りにくく、生活物資を含めて生活支援が日常的に受けられ、かつ子供たちが育ちやすい街づくりが不可欠と私は感じています。そのためにはまず医療が変わる必要があると思っています。医療側に、高齢者が最期まで自宅で過ごせる合理的な医療システムを作ってもらい、土台をしっかり整備しながら、街をこのような理想形に変えていく。在宅での適切な医療提供を視野に



辻 哲夫氏

東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授
元 厚生労働事務次官

入れた医療システムなしには、日本の街はこれから生き残れないのではないかと考えます。

対談

辻 哲夫氏（以下、辻） 私は東大で地域包括ケアを研究していますが、地域に高齢者を支えるコミュニティとビジネスがないと、要介護になる前の段階で地域に誰も住みきれなくなることに気づきました。併せて、身体が弱っても自宅で頑張れる環境が地域にあるのなら、地域に対する愛着も変わります。その意味で、適切な医療システムがどれだけ地域に根差しているかが土台になります。

大島伸一氏（以下、大島） 私自身は、地域包括ケアの基本的な目的は健康・生活支援であると思っています。しかし、その支援には当然、経済システムがかかります。最終的には生活支援産業も加わって地域の健康づくりと生活支援物資

やサービスを提供できるような仕組みを地域毎に構築し、地域包括ケアを運営していく形になるのではないのでしょうか。

辻 確かに、経済なくして持続可能性なしです。虚弱な高齢者も多い地域であっても生活支援産業が必要で、また、次の世代が住みたくなるような街づくりというコンセプトに発展すべきです。地域包括ケアは、あくまでも地域が持続していく「過程」に過ぎないんですよね。

大島 その意味では、これだけ社会が変革して生活が危機に瀕している中、産官学のあり方が今、重要な課題になっている感じがします。

辻 1点、付け加えさせていただきますと、85歳超人口の激増は、企業の集中する大都市圏で起こります。企業は本来、拡大再生産を良しとする業態ですから、地域包括ケアに理解のある企業に是非頑張ってもらいたいと思います。

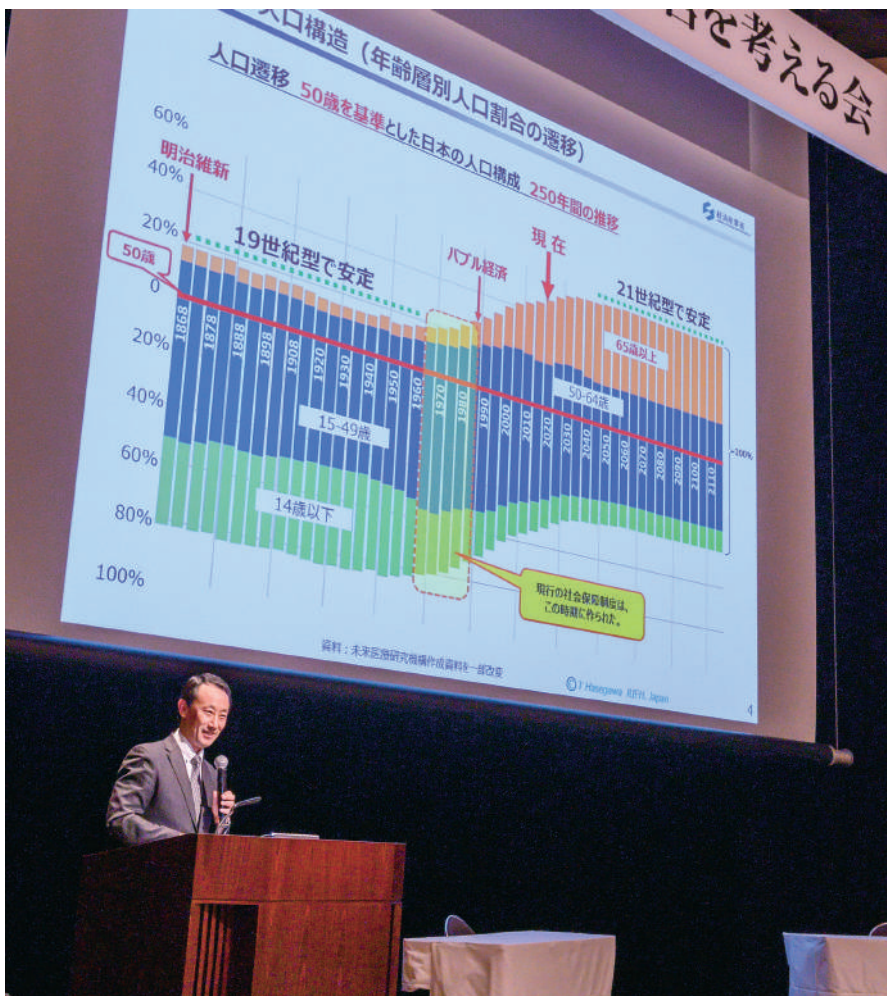


医療と社会は変えられる

「人生100年時代」の医療・介護

—高齢化の進展と疾患の性質変化を踏まえて—

我が国では今後、国民における生産年齢人口（15～64歳）と高齢者人口（65歳以上）の構成が同程度となる時期が長期間継続されると予想されています。講演会2では、江崎禎英氏（経済産業省）にこのような人口構造を前提とした医療・介護の見直しに向けた政策の課題、活力ある安定した社会の形成、高齢者がいかに楽しく、健康に、幸せを感じながら老後を過ごせるようにするために、医療・介護に求められる要件などについてご講演いただきました。



江崎 禎英氏

経済産業省 商務・サービスグループ
政策統括調整官
厚生労働省 医政局 統括調整官
内閣官房 健康・医療戦略室 次長

計されています。このため、高齢化を扱った記事や書籍の多くは、今後、日本では高齢者が激増し、近い将来には人口の3分の1が高齢者という歪な社会がやってくると書かれています。

しかし、事実は違います。今後、日本では65歳以上の高齢者数はほぼ横ばいで推移し、激増などしません。高齢化率の上昇は若年層の減少が原因なのです。中国も含め、多くの国々がこうした構造によって高齢化が進むのです。

ちなみに、私たち人類の生物学的な寿命は約120年とされています。「還暦」とは暦が1周したという意味です。暦が2周する120歳は「大還暦」と言います。仮に、全ての人が120歳まで長生きし、人口構造が安定した理想の長寿社会では、高齢化率は理論上46%程度になります。つまり、高齢社会は決して歪な社会ではなく、誰もが健康長寿を望みそれが実現した場合の必然の結果なのです。

かつて織田信長公が「人間50年」と言ったように、日本社会では何百年という

“人生100年時代”の医療・介護のあり方を考えるにあたって大切なのは、高齢化に対する固定観念を捨てることです。国の内外を問わず、高齢化に関する議論では、「高齢社会は暗い社会だ。経済は沈滞し、医療費や介護費などの社会保障費が増大する。こうした課題にいかに対処するか」というテーマ設定ばかりです。

まずは、「高齢化」の意味を捉え直すことが必要です。高齢化を示す表現はさまざまありますが、国連の定義によれば、高齢化率が7%を超えると“高齢化社会”、

14%を超えると“高齢社会”、21%を超えると“超高齢社会”となります。7の倍数が基本です。この定義に従えば、日本の高齢化率は2018年9月時点で28.1%となっていますから、日本は既に“超高齢社会”をも超えて高齢化が進んでいるのです。

ちなみに、国連が行った2060年の高齢化率の推計では、世界の国や地域の約半分以上が“超高齢社会”に突入するのですが、その時点でも日本は世界トップの高齢社会で、高齢化率は40%を超えると推



長きにわたって「還暦」あたりが寿命でした。他方、1980年代以降、60歳を超える方々の比率が拡大し、今や人生100年時代を迎えようとしています。これからは誰もが100歳近くまで生きる時代が長く続くと考えられ、私たちは1000年に一度とも言える時代の大転換期を生きているのです。

他方、現在の日本の社会保障制度は、多くの人が還暦あたりで亡くなっていた時代、しかも生産年齢人口の割合が非常に高く、他方で高齢者層は極めて少なかった時代に作られています。人生が暦の1周目で終わることを前提に作られた制度が、誰もが2周目の人生を生きようになった時代に上手く機能しないのは、ある意味当たり前なのです。

これらを総合的に勘案すれば、高齢化は対策すべき課題ではなく、真に取り組むべきは、“人生100年時代”をいかに楽しく意義あるものにするかであり、2周目の人生における“幸せの形”を見つけることなのです。つまり、“高齢化対策”から“長寿社会における社会の仕組み作り”へと転換することが必要なのです。

健康長寿社会の実現に向けた医療・介護のあり方

健康長寿社会では、「自律（自分のことは自分で決める）した生活の確立、社

会的役割と自由が確保される社会の構築」が必要であり、医療・介護はあくまで「自律をサポートする仕組み」であると認識することが必要です。

元来、医療は命を護るための「術」です。人類の歴史を振り返ると、人が命を失う原因は、飢餓、不衛生、暴力や戦争などで、直接的には感染症やケガといった外因性の疾患で亡くなる例が大半でした。それが経済の発展や衛生環境の向上、医療技術の発達などにより、感染症の割合が大幅に減少しました。しかしその一方で、現代では、食べ過ぎ、運動不足、ストレスなどによる生活習慣病や老化由来の内因性疾患が主流になっているのです。本来であれば、こうした疾患の性質変化に伴って、医療のあり方も見直されるべきなのですが、医療保険も法制度も従来そのままです。現在の介護制度も、“生きる”ための支援が中心です。この結果、医療費や介護費は高齢化の進展を大きく上回るペースで拡大しているのです。

では、今後の医療や介護はどうあるべきなのでしょう。従来の医療サービスは、あくまで病気になってからのスタートです。感染症が中心の時代は、“予防”と言ってもせいぜいワクチンを打つか、手洗いとうがいを励行するくらいです。公的医療保険制度も、病気と診断されない限り適用されません。しかし、今後の医療では、生活習慣病や老化由来の疾患が

大きなウエイトを占めますので、生活管理による予防と進行抑制が極めて重要になります。再生医療や遺伝子治療など最先端の医療技術も最終手段ではなく、先制医療として早い段階から投入すべきです。

他方、介護においても「お年寄りは弱いもの、支えられるべきもの」という発想から、「最期まで自律した生活を目指す」ためのサポートへと変えていくべきです。具体的には、可能な限り今まで通りの生活を続けることを目指し、仮に施設で暮らすことになっても、新たな役割や活動の機会が提供されることが重要です。例えば、地域の世話役やボランティアを担い、野菜や花を育てペットを飼うなど、最期まで生きがいを感じ、誰かに「ありがとう」と言ってもらえる環境を実現するのが介護の役割だと思います。

“人生100年時代”の医療・介護では、「病気になるよう健康管理に努め」、「仮に病気になっても重症化させず」、「治療や介護が必要になっても社会から切り離さない」ことが基本となります。こうしたサービスの提供には、公的保険だけでなく、民間による公的保険外サービスの充実が不可欠です。また、生涯を通じた健康医療介護情報システムの構築なども必要でしょう。

私たちに与えられた2周目の人生における“幸せの形”を見つける取り組みは、とても素敵なことだと思いませんか。

医療と社会をデザインする (講演)

医療の未来を切り拓くために 病院組織と職員意識の改革を



鼎談には、神野正博氏(恵寿総合病院)をモデレーターに迎え、演者として織田正道氏(織田病院)と江角悠太氏(志摩市民病院)が参加。第1部では、3氏それぞれに、患者の生活と結びついた医療、医療を通じた社会づくり・街づくり・人づくり、それらを実現するための意識・組織改革についての事例をご紹介いただく講演を行いました。

医療と社会をデザインする

2025年まで高齢者人口が増え、2040年を境に生産年齢人口が減少すると予想されている中、厚生労働省からは、2025年までに地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策をとという指針が出されています。私はこれに「診療報酬」を加えて、四位一体の改革が必要と考えています。

さらに厚生労働省は、2040年を展望した医療提供改革に関して「人口減少による医療機能の集約」を記述しています。我々はまず、これらの状況を踏まえつつ地域包括ケアに取り組む必要があると思います。

地域協働に際し「QOL」の本質を考えた場合、L(ライフ)を「生命」「生活」でなく「人生」と考えると、医療・介護の双方から賛同が得られると思います。当法人「けいじゅヘルスケアシステム」は、「先端医療から福祉まで『生きる』を応援します」を掲げていますが、その中の「生きる」はまさにこの「人生」に該当します。

次に、本院が行っている生活支援・地域活性化事業について具体的に紹介します。

「けいじゅヘルスケアシステム」では、1患者・1IDの形で医療・介護・福祉統合カルテを構築・運用して情報を共有していますが、調剤薬局や行政・コミュニティなど、地域の中でどうしてもつながらない部分があります。その対策として、2017年9月から患者参加型PHRの運用を開始しました。これは希望する患者さんがスマホ等で自身の病名・手術・処置・検査・処方、検査画像や健診データ等を閲覧できるシステムであり、個人の責任においてセカンドオピニオンなど自由に個人データを活用することが可能となります。また、診療情報をスマホで持ち歩くことにより生活支援サービスが受けられるようになることへの期待もあります。

その他の例としては、産学連携の成果として2019年7月から始めた「脳活アイス」の販売が挙げられます。これは脳機



モデレーター
神野 正博氏

社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院 理事長

能改善サプリを配合したアイスで、喉をアイスマッサージすることで嚥下が困難な人の訓練にも活用できます。続いて、11月には前重心歩行で姿勢を矯正する「Foot活サンダル」の販売も始めました。

私は、「病院はライフ産業である」という考え方がこれからは必要になると思います。職員を含め、「病院の使命は生活支援」という方向に意識を変えていく必要があるのではないかと考えます。

ICTを活用し「治し支える医療」への転換を本格化

総務省の人口推計等によると、2035年には85歳以上の人口が1000万人を超えるとされていますが、我々の地域では既にそれが始まっています。そして今後、患者の要介護・認知症のリスクが非常に高くなり、退院が困難な患者が急増すると予想されています。そこで当院では、ICTの活用により対応を図ることとしました。本講演ではその中から、「退院直後」と「在宅」支援の仕組みについて紹介します。

まず退院直後にケアの継続を図る仕組みとして、「メディカル・ベースキャンプ (MBC)」の開設と電子カルテのクラウド化を行いました。前者は、当院が退院後2週間まで在宅患者を支援する多職種連携システムです。具体的には、ICTを活用した多職種協働により在宅患者の状態を適切に管理して症状の安定を確認後、地域のかかりつけ医にバトンタッチするというものです。また、後者は、MBC活動においてさまざまなデバイス

を使用可能にすること、在宅でも電子カルテが活用できるようにすることを目的に導入しました。

一方、在宅支援については、タブレットとスマートウォッチ、AIカメラを使った在宅見守りシステムを構築しました。システム機能の中で、「お声がけ機能」が非常に有用だったので紹介します。もともとはタブレットを使って在宅患者と院内のスタッフがコミュニケーションを図る機能でしたが、お年寄りが同端末を使えませんでした。そこで液晶テレビに変更したところ好評で、病院と在宅の距離が一気に縮まったことを実感しています。

また、同システムには室内センサーによる在宅の室温・湿度管理機能もあります。これを熱中症の見守りに使用した際、85歳以上の高齢者の約90%が危険な暑さを感じにくく、夏場は夕方5時・6時まで高温状態が続くことが分かりました。

このような形で退院後も患者さんと密



演者
織田 正道氏

社会医療法人 祐愛会 織田病院 理事長

接な関わりを持つことで、退院後について過半数以上が「不安・どちらかといえば不安」と答えていた比率を、MBC利用後は10%に減らすことができました。今後、特に地方では人的資源が一層不足してきますし、ICTをどう使いこなすかはより大きな課題となります。MBCのような活動を続けていけば、また新たな活用の可能性が広がってくるのではないかと思います。

病院が地方創生をする意義



演者
江角 悠太氏

国民健康保険 志摩市民病院 院長

日本の医療が高齢化という課題に対して正解のない対策を見つけるためには、若い世代が当事者意識を持ち、30年・40年後に日本がどうなるかを知った上で、自分たちがどう動いていくべきかをしっかりと認識すべきです。

当院では、「志摩市から世界平和を」をスローガンに、志摩市5万人全ての人の健康と幸せを守る医療を心がけています。そして、「街を継続させるために、我々

がすべきことは全て行う」というのが、病院の理念です。具体的には、「身体的、精神的、社会的に満たされた状態で」「住み慣れた街、住み慣れた家で最期まで暮らせる」ようにするための医療を全市民、特に高齢者に提供するということです。

実は、この理念・目標には、私の東日本大震災の経験が大きく影響しています。当時、友人から助けを求められ被災地に出向いたところ、保健所から支援は必要ないといわれたのですが、理由は原発30km以内の住民はカウントしていなかったことにありました。その時、私は「国の法律や制度などで9割の人は助けられても、全ては救助できない。ならば、こぼれてしまう少数派の人の中に入って助けられる医療をしよう」と思い、「田舎専門の医者」になることを決意したのです。

もう1つ、私が本当の意味での地域包括ケアを学んだ患者さんの話をします。胃がん終末期のこの患者さんは、本人の

希望で自宅に戻ると食事や飲酒までもができるようになり、最期は花見もして家族に見守られながら亡くなりました。その支援を我々は全力で行ったのですが、患者さんの最大の治療薬は家族であり、最期の10年間を家族と共に住める街をつくるのが、これから高齢者となる方々の生きがいを支える大きな要素となると実感したのです。

この街づくりの観点から、医療・教育・産業の充実に尽力している中で、現在、最も力を入れているのは教育です。その一環として、当院では年間約150名の中高生や大学生に医療現場を経験する機会を提供しています。また、研修医には祭りなどの地域のイベントに参加させ、当事者意識を持たせながら教育を行っています。

病院は地域住民のためにあるもので、病院のために患者さんがいるわけではないことを、最近よく肌で感じています。

医療と社会をデザインする (ディスカッション)

これからの日本に必要な医療・

鼎談・第2部では、神野氏が司会、織田・江角の両氏がコメンテーターを務め、会場の参加者とともにディスカッションが行われました。対談は、神野氏が第1部での織田・江角氏の講演内容をもとに個々に見解を問い、両氏がその質問に対して詳細に回答する形で進められました。また、参加者から質問を募る質疑応答の時間も設けられ、演者と参加者が相互に理解を深め合う形で、鼎談は盛況をもって終了しました。



神野正博氏 (以下、神野) 講演では「医療と社会をデザインする」をテーマに織田先生と江角先生にお話をいただきました。本テーマは地域包括ケアにも通じるものですが、辻先生のお話にもあったように、そのあるべき姿は地方ごとに異なります。そこでまず、両先生の病院がある地域では「何をもちて地域包括ケアとするか」についておたずねします。

江角悠太氏 (以下、江角) 我々の地域包括ケアの理念・目標は、「住み慣れた街で、最期まで生きている意味を感じながら暮らせること」であり、その実現に向けて必要な要件を全て盛り込む形で進めています。その過程において医療と介護だけではカバーできない部分が出てきたので、現在はほぼ全ての業種の方たちと何らかの形で協働していかなければならないと考えているところです。

神野 地域包括ケアの対象地域の範囲は、どのくらいに設定していますか。

江角 我々は今のところ、自治体区割り

に設定しています。もう少し小さい可能性がありますが、今後、技術革新等によりアクセスが今よりも良くなると、逆にもうちょっと広がる可能性もあります。

織田正道氏 (以下、織田) 地域包括ケアでの一番のポイントは、やはり「絆」だと思います。我々の地域では意外とお年寄りの集まりが多くて絆が強いので、そこに医療人が入り込んでいかなければ真の地域包括ケアが成立しないと感じています。

範囲に関しては、当院から車で10分の間に6000世帯ありまして、うち1200世帯が独居高齢者世帯であり、この範囲と捉えています。今後はもう一回り大きくなるかもしれません。

神野 江角先生の講演で「地域包括ケアのリーダーは医師であるべき」というお話がありましたが、その場合の医師とはやはり総合診療医なのでしょうか。

江角 総合診療医でなくてもそのマインドを持っている医師であれば良いと思うのですが、今までの医学教育でそれを醸

成する場合は残念ながらありません。そういった意味では、そのマインドを持っている可能性が高いのは、家庭医療学を学んで最低3年間実践した経験のある医師だと思います。

織田 おっしゃる通りで、総合診療医は結局のところ、スキルではなくマインドが大切なんです。やはりオールマイティに患者を診るという意思・姿勢がなければ、どんなに教育現場に総合診療医のカリキュラムを載せても成立し得ない。一方で、専門性を持った総合診療医になるという道もあると思います。当院では大学から総合診療部の医師が5名来ているのですが、何でも診るという彼らの姿勢を見て専門医の意識も変わりつつあり、大変喜ばしい限りです。

神野 やはり専門性と地域のニーズにマッチしたゼネラル性が、リーダーには必要ということでしょうか。ところで、我々の病院のあるところは広い範囲に在宅医療対象の住居が点在している土地柄です。

病院戦略を地方から発信

私の地域では、「遠距離通院は大変だろうから街中に移り住んでほしい」と奨励しているのだけれど、現実にはなかなかそうもいかない。そうした地域で、在宅医療をどのように実践すべきなのでしょう。

織田 基本的には患者本人が一人で生活できることが、在宅医療の原則なのだと思います。その患者が「私はこの家で天寿を全うする」というのなら、その意思是尊重して、我々が支えるべきと考えます。

江角 病院への移動コストは患者負担よりも病院負担のほうが良いと考え、当院では基本、患者宅に出向くようにしています。私個人としては、在宅医療は楽しくてやりがいがあります。

神野 北欧では在宅死が多いとされていますが、その在宅の定義はアパートやグループホーム、日本でいう介護施設なんですよ。そう考えると、我々も在宅死の定義を見直す必要があり、高齢社会で高齢者が集まって安く住める仕組みが必要なかもしれない私は思います。それは収入の50%以上の税金を支払い、医療も老後の生活も保障されている北欧だからこそですが、日本でもこうした面から社会コストも考え直さないと将来、大変なことになるような気がしています。

地域包括ケア確立に向けて 病院が今すべきこと

神野 ここで、会場からのご質問をお受けしたいと思います。

会場 これからの時代に何が地域にとって良いことなのかを考えるためにも、病院管理・経営の立場からは「やりたいこと」「やれること」「やるべきこと」のバ



ランスを取ることが必要だと思います。この点についてどうお考えか、ご意見をお聞かせください。

江角 私は常に医療でやりたいことは考えず、やるべきことを地域住民にヒアリングして決めています。地域包括ケアについては、地域の全ての介護事業所と連携して進めています。その中で介護職の方々とやれることとやるべきことの意味疎通ができ始めたところですよ。

また、やれることとして、学生が地域活動に参加できる機会をもっと作っていきたくて考えています。学生の場合、労力の対価はお金ではなく学びなので、ローコストで地域貢献ができるし、彼らとも地域でやるべきことを共有することもできます。このように、地域貢献のためにやれることとやるべきことがだんだん近くなってきている、と今、感じています。

織田 私は長らく地区医師会で会長を務めてきましたが、その時に見えなかった

ものが、市の体育協会の会長になって活動したときに見えてきたのです。地域のお年寄り意外に元気で、皆がさまざまなことを楽しんでおられると、初めて気づかされました。

その意味では、繰り返しですが地域の絆、いろいろな繋がりに医療人が積極的に関わることが、我々がやれることであり、やるべきことではないかと考えます。

神野 私は、現場でのイノベーションとは、職員上げでの改善活動ではなく、医療のプロたる医師の中から生まれてくるものと思っています。やはり我々がプロとして患者の思いやニーズをくみ取ってより良い医療を発見すべきであり、それがやれることややるべきことと考えます。

今回は大変興味深いお話をおうかがいし、会場の皆様も気づきが多々あったのではないかと思います。その取舍選択は皆様の思い次第、という気がしています。本日はご清聴ありがとうございました。



病院経営の恒久的な安定化を図るための戦略と心得



ワークショップは、①経営層、次世代経営層向け、②事務部門向け、③災害拠点病院向け、の3ジャンル別に講師をお招きし、講演と討論が行われました。各ジャンルともに病院経営の将来を確固たるものにするための意見交換が積極的に交わされ、会場は熱気に包まれていました。

ワークショップ

経営層、次世代経営層向け

地域医療を踏まえた経営戦略と病院経営



服部 智任氏

社会医療法人
ジャパンメディカルアライアンス
海老名総合病院 病院長

元カルビー経営者の松本晃氏は、経営とは何かについて、「全てのステークホルダーを喜ばせること」と語っています。病院の場合は、患者さんはもちろん職員、地域医療を考えると行政や地域住民がそれらに該当します。それを踏まえた上で、

これからの病院経営には「公益と収益のバランス」が必要と私は考えています。ここでは「持続可能な」をキーワードに、病院単体及び地域医療の中での経営戦略についてディスカッションしたいと思います。

第1部では病院経営として、当院で現在進めている施策について紹介します。当院では入口（救急搬送、外来）と出口（退院、転院）に分けて、経営改善のための活動を推進しています。まず入口対策としては、入院患者比率は救急搬送が約2割、紹介患者が約4割という現況を鑑みて、特に後者を重視しています。その一環として、一般企業の営業手法を集患に応用するために、コンサルタント会社と同社の経営関連ソフトを導入しました。これにより、紹介患者を含むさまざまなデータ収集及び分析を行い、例えば「専門志向とゼネラル志向の診療所それぞれ

の意向に合わせて、紹介患者を受け入れる」などの対策を講じています。

一方、出口対策としては、数十日に及ぶ転院待ちの入院がしばしば起こっていることもあり、退院・転院後の受け入れ先を迅速に決定し実践するシステムづくりが必要と捉えています。具体的な対策として、汎用性を持つ低コストなICTシステムの活用が有効ではないかと考えます。

第2部では、その出口対策にもなり得る地域医療連携推進法人「さがみメディカルパートナーズ」について紹介します。本法人は2019年4月に神奈川県より認定を受けました。医療・介護サービスの機能を一体化することでシームレスな地域包括ケアシステムの構築を支援するとともに、医薬品や材料の共同購買などを行います。「連携以上、統合以下」という形で、低コスト高品質なプラットフォームを目指しています。

現場における事務部門の役割

本セッションでは現場における事務部門の役割について、当院で行った業務改善事例を紹介しながら考えていきたいと思えます。

まず病院の取り巻く環境は大きく変化しています。特に人手不足は顕著になっており、現場が求めるサポートは、従来のような役割では不足し、より高度で専門的な技術が必要となります。当院では課題解決に対して、院内だけでの改善は困難と考え、院外リソースを積極的に導入・活用しています。具体的には、先端技術・システム、手術キット等がそれにあたります。外部リソースの活用を行う上で、事務員の役割で重要となるのは、現状調査・分析を行い、正確な問題点の抽出と効果的な改善策の立案・実行となります。

以下に事例を紹介いたします。

まず「手術室の運営改善」についてですが、当院の手術件数は2011年から急増し、看護師業務は過多となり、手術室稼働が低迷していることが課題でした。

改善のため事務員が介入することとなりますが、まず現状調査のため看護師へのヒアリング、業務量調査を行い、看護師は手術以外の業務が多忙であることが分かりました。そこで看護師、事務員が共同し改善策を立案し実行しました。実行にあたっては、看護師の間接業務を他職種や外部パートナー会社へ移譲し、手術キットの導入を行いました。その結果、看護師が手術に専念できる環境が整備され、稼働を飛躍的に高めることとなりました。

次に「RFIDを活用した物流改善」についてですが、当院では2016年よりRFIDを物流に活用し、大きな改善効果が得られました。そこで2020年1月から病棟・外来ディスプレイ材料に拡大を予定しています。背景には、委託費の増加があり、物流を少人数で安全に効率よく管理するためにはRFIDを活用し、『供給データを取りにいくのではなく、流れてくる仕組み』が必要と考えました。また、蓄積されたデータを、適正業務の根拠にし



谷部 聡氏

学校法人聖路加国際大学
法人事務局兼物品管理課マネージャー

たいと考えています。

人員不足の解消には、病院と委託会社がデータを共有し、課題解決を共に行っていくことが必要だと考えています。また、事務員が現場に介入することで、正確な問題抽出と迅速な改善策を実行でき、効果的な改善が行えるのだと考えます。

BCP作成を終えて

—災害時残存資源等に応じた医療継続計画の再検討—



野口 英一氏

戸田中央医科グループ災害対策特別顧問
一般社団法人 Healthcare BCP
コンソーシアム 監事、元東京消防庁救急部長

災害拠点病院は、2019年3月末までにBCP(業務継続計画)の策定が義務化されました。策定後、院内でどのように浸透・活用・改善していけばいいのか。直近に発生した自然災害(台風による断水・停電等)への対応を交えながら討議し、BCP見直しに役立てられればと思います。

地震の場合は、事前対策によって発災

後の診療率低下を抑制することに注力するのに対し、水害の場合は、気象に関する予報や警報などそれぞれの段階毎に判断する必要があります。その判断が的確であれば、医療体制そのものの被災を事前回避することが可能です。例えば、豪雨などの際に病院では外来診療を停止しますが、これはJRが台風の際に実施した計画運休と同じであり、その好例と言えます。

断水対策としては、受水槽や高架水槽の設置が挙げられます。その際に長期間の断水に備え、断水計画の作成や、自治体等との優先供給協定の締結、井戸水の活用も検討する必要があります。自治体との優先給水協定締結により、透析患者への対応も迅速に復旧・継続することができた事例や、病院への給水経路が2系統ある施設、病院自前の給水車を災害時に活用した事例は参考になります。

停電対策としては、自家発電設備の設置に際し、災害時の医療機関として診療

等にどこまで対応するか。また、医療機器だけではなく、停電の影響を受ける空調設備や電子カルテ、エレベータ等の診療環境への影響についても詳しく検討しなければなりません。台風19号の被害から浸水対策がクローズアップされていますが、地下に配置する事例が多い電源装置や電子カルテサーバーについても十分に考慮すべきです。燃料に関しても、優先供給協定を入札要件に加えた事例のように燃料の確保も重要です。

BCPの見直しは、病院の自助としての対策のほか、近隣病院との密な情報共有や、地域における燃料供給体制の状況及び指定公共機関となったコンビニエンスストアの災害時対応の把握、過去の震災における教訓等を活用するなど、適宜見直すべきです。万が一に備え、想定される被害状況と保有資源を勘案し、災害時における病院の継続的な診療体制構築の一助となれば幸いです。