

「顔の見える関係づくり」は連携だけではない！

最新医療経営 フェイス・スリー Phase3

2013
August
No.348

8

キーワードは「マクロ・ミクロの視点」「見える化」

特集

経営戦略立案の基本は

データ活用

地域特集

宮城県石巻市

(石巻・登米・気仙沼保健医療圏)

TOP対談「経営談義」

伊藤雅史 × 近藤太郎

社会医療法人慈生会等潤病院
理事長・院長

近藤医院院長

特集

キーワードは「マクロ・ミクロの視点」「見える化」

経営戦略立案の基本は データ活用力

..... 16

Part1 ● 序 論

体系化したアプローチ手法でデータを活かす——「目的と手段」の道筋をつけよ！

●セコム医療システム株式会社

Part2 ● 活用事例

①患者対応の適正化のための「チェック機能」

●社会医療法人ベガサス 馬場記念病院（堺市西区）

②組織風土として科学的データ分析を実践

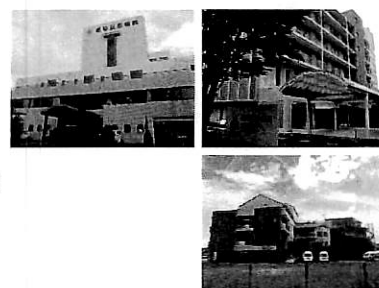
●公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）

③問題の早期発見・早期解決

●医療法人社団康明会 康明会病院（東京都日野市）

Part3 ● 結 論

データ量、数値だけを追うのではなくどう活用するか、伝えるかの視点を持つ



地域 特集

宮城県石巻市

（石巻・登米・気仙沼保健医療圏）

..... 70

震災後にますます進む石巻赤十字病院への「集中」

病院革命

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス

東埼玉総合病院

（埼玉県幸手市）

多職種協働のネットワークを構築し

地域を1つの医療機関へ

TOP対談「経営談義」

伊藤雅史

社会医療法人慈生会等潤病院
理事長・院長

近藤太郎

近藤医院院長

生活の視点を持ちつつ

地域で協力しながら

高齢患者を診るのが中小病院、診療所の役割 8



今月の人

石黒直樹

国立大学附属病院長会議将来像実現化ワーキンググループ委員長

..... 90

ヘルスケアビジネス

株式会社エム・アール・ピー

（大阪市淀川区）

..... 92

病院ギャラリー

医療法人社団哺育会

桜ヶ丘中央病院

（神奈川県大和市）

..... 94

FACE

吉田佳奈

医療法人福寿会メディカルトピア草加病院医事課

..... 96

TOP対談「経営談義」

生活の視点を持ちつつ地域で協力しながら 高齢患者を診るのが中小病院、診療所の役割

急速な高齢化や病院機能の偏在、地域コミュニティの崩壊など、巨大都市・東京の抱える医療問題は待ったなしの状況だ。東京都医師会の幹部としても活動する2人に、それぞれ病院、診療所の立場から東京の医療現状と課題、その解決に向けて提言してもらった。

**他県からの患者流入もあり
ベッド数は足りていない**

——東京の高齢化率はさほど高くないものの、高齢者人口は急速に増えています。高齢化に伴う医療の問題点としてどのようなものがありますか。

近藤 高齢者医療の特徴として、1つの疾病だけではなく、合併症が多いことと個人差が大きいことが挙げられます。70、80歳でも丈夫な人、体が弱い人がいます。そうなるという面的な医療、何かの疾患のクリティカルパス1つだけでは対応できないのが現実です。

医療資源が限られているなかで、今後は悪化させない、病気にさせないといった予防が大事です。40～50代の人は当然、できれば30代ぐらいまでを疾病予防の対象としていくべきです。

伊藤 特定健診・特定保健指導は

始まりましたが40～50代の若い世代では受診率が低いのが現実。自覚症状がなく、働き盛りで忙しい人たちがどうすれば健康に目を向けてくれるか。行政だけに頼らず医師会、医療機関も率先して、少しでも健康に関心をもってもらおうアプローチを行うべきです。

東京は人口が多いですし、13の大学病院があるほか公立病院などの中核病院もたくさんあるため、東京都民に限らず病院によっては全国から患者を受け入れています。地域単位でベッド数が決められています。患者の流入が多いため、本来の東京としての地域医療の機能を果たしているのか疑問です。

東京の高齢化率は、2025年までに全国で7、8番目ですが実数としては300万人ほど増えます。高齢者をどう診ていくかが大

社会医療法人慈生会等潤病院理事長・院長

伊藤雅史



近藤太郎
近藤医院院長



きな問題になってくる。東京の高機能病院に患者が集まる一方で、高齢者を地域で診ていかなければならない現実があります。中小病院こそ地域のなかで高齢者医療の中核となるべく存続して、地域の先生方と協力関係を結ばなければいけません。病院の立場でいうと、現状には危機感を持っています。

近藤 がん連携拠点病院や認定病院、協力病院は東京に全部で57病院あります。他県からの患者の流入があり、自力で歩ける、家族が連れて行けるうちはそこにかかっていったとしても、高齢になると通院できなくなり、いよいよ地元医師に診てもらいたいとなる。そのときに、診療所からみても連携がとりやすい地域の病院は有難い存在です。

高齢者で生活圏が狭まり、地元で診てもらったときの問題としては、かかりつけ医がいらない、地域の医療機関にかかるのは初めてという人が、東京には結構いるということです。診療所のよいところは、1つの地域で長く開業していると患者さんからの逆紹介や地域の勉強会で顔を合わせる地区医師会の集まりとか、人と人とのつながり、

ネットワークができてきていること。ただ、東京といえども同じ市区のなかでも地域ごとに人々の生活は違います。地域のとらえ方としては、お祭りを行う単位ぐらいが一番考えやすいと思います。

増加する救急患者の受け入れに 新たな仕組み、取り組みが必要

——病院機能の地域偏在、救急搬送の受け入れ体制などの課題も以前から指摘されています。

伊藤 足立区には国立病院など中核病院がない一方、中小病院がお互いに協力し合いながら地域に根ざした医療に取り組んでいます。しかし、病床機能分化と病床削減という国の政策、全国一律の診療報酬というなかで経営的にも非常に苦労しているのが現状です。

近藤 東京で問題になるのは病院数が多いけれども、患者流入を考慮すると人口あたり恐らく全国最下位のベッド数。特に慢性期、療養型病院は少ないです。病院数は648と全国一ですが、人口10万人あたりのベッド数は確か45、46番目だったと思います。東京の昼間人口は235万人増え、1558万人。区中央部の二次医療圏の

医師数は10万人あたり1284人超ですが、昼間人口を考慮して計算し直すと330人まで減ります。介護、福祉のベッド数となると、最低レベルです。東京で高齢者がさらに増えていくとすれば、高齢者が要支援、要介護にならないようにすることが、かかりつけ医に課せられています。

伊藤 救急に関してですが、通報から病院収容までの時間が東京では平均56分ほど。実は日本で一番時間がかかっています。収容先の選定が困難だからです。東京ルールが始まり、時間短縮までは達成できておりませんが、選定困難のために東京ルール事案となった搬送例は減少しています。これは、二次救急医療機関を中心に、患者の受け入れをこれまで以上に積極的にを行うようになったことが要因です。

しかし、高齢者の増加に伴い、救急搬送の絶対数はさらに増えています。そうすると救急体制も現状のままではパンクしてしまうのが目に見えています。三次救急での看取りが増え、それによる救急現場の疲弊という問題が出ています。二次、三次をすみ分けしな

ければならないし、繰り返しになりますが、二次救急についてはわれわれのような中小病院が担っており、救急救命センターは全体の5%にすぎません。東京の場合は、95%が指定医療機関に搬送されていて、そのうち75%は私的病院が受けているのが現状。ところが救急指定医療機関は減っていて、この5〜6年間で約1割減少しています。おもに減っているのが中小病院の二次救急です。そういうことを考えると、今後増える高齢者を今までの救急体制でみるのではなく、何らかの新しい仕組み、取り組みが必要です。

近藤 患者さんの急変時にかかりつけ医が対応し、本人と家族が納得するトリアージができるかどうかポイントです。それができな

いと、誰もが高度医療に集中してしまいます。そのためには地域の医師とかかわる病院の医師を増やさなければなりません。
急性心筋梗塞に対し、東京CCUネットワークの仕組みができたのが1979年。東京脳卒中救急搬送体制が整えられてからはまだ4年あまりですが、なるべく早く病院にかかることで予後がよいこ



いとう・まさし

1980年、東京医科歯科大学卒業。同大第二外科講師などを経て、2007年より現職。同大医学部臨床教授。日本外科学会、日本消化器外科学会専門医、指導医、認定医。日本消化器内視鏡学会専門医、日本医師会認定スポーツ医、産業医。日本臨床外科学会評議員、日本脈管学会評議員。東京都医師会理事

とは明らかです。たとえばTPAによる治療でなくても、介護を必要としない状態で退院できる人が増えています。これは緊急入院を必要としないがんも同じで、早期に見つかれば完治する可能性が高くなります。がん検診の受診率を上げるためにも、住民への啓発は必須で、学校医による健康教育などを地区医師会が担えばいいと思います。

次に、高齢者で、認知症があつての外傷とか、救急搬送される疾病や状態に焦点をあてる必要があります。病院だけでなく、東京消防庁、救急隊員の動きをとりまとめるメディカルコントロール協議会、医師会を含めた議論が必要で、し、地域のかかりつけ医への啓発も欠かせません。いざというとき

きに119をコールさえすれば、東京の仕組みのなかで患者さんはいかるべき病院に運ばれて、治療が受けられることを住民側に伝え続けなくてはならないと思います。

伊藤 独居高齢者が増え、本人の意思が確認できないまま搬送されてきたりすることも増えていきます。リビングウィルということも全体の問題として整備していかなければならぬのですが、それはある程度、社会的なコンセンサスを得てから法的な整備を普及していくといった活動が必要になってきます。

高齢者について言うと、やはり介護と医療との結びつきをもう少ししっかりしておかなければなりません。医療、特に大病院の医師は介護のことをまったく知らない。

高齢者は疾病だけでなく、生活上の障害を抱えているので、そこをトータルでみるような認識を医療側が持たないとダメですね。

近藤 東京都医師会では今年度から、患者さんの日常基本動作や歩行能力の維持など、リハビリに関する知識をつけるための研修をかなりつけ医を対象に行う予定です。リハビリのほか認知症への対応、ADLの維持など基本的な知識を備えていくことで、かかりつけ医の懐を深くしていきたい。地域に根ざした医師だからこそ、患者さんの家がどこにあつてどのような暮らしをしていて、家族構成がどうなのかなどは知っておくべきこと。かかりつけ医として、患者さんのことをその生活環境も含め、ひととおり診ることができ、アクティブな医師を1人でも多く養成していきたいと思っています。

伊藤 リハビリの充実、急性期病院でも重要です。急性期からほとんどリハビリを入れていくほか、ポストアキユートとしての回復期リハ病床、在宅復帰中間施設としての介護老人保健施設において、機能回復をめざすリハを行うなど、本来の目的を果たせるようにしていかなければなりません。日本では医療というと、とにかく救命救急、治療の治療を中心にやってきた流れがあります。今後多くの高齢者を診ることになると、いかに尊厳ある生と尊厳ある死を迎えられるかという、死への医療のコンセンサスの醸成も必要になってきます。今までのとにかく治す、ではない老年医学の考え方にもなるのですが、そういった考えをもっと知ってもらい広めていかなければならないのかなと感じます。

近藤 そのとおりだと思います。患者さんの心のありようにも医師がかかわっていくのが今後の流れです。看取った家族が、最期はこれでよかったよねと言えるような医療であり、生活を支える視点を持つということです。病気を治すだけでなく、家でどういう生活ができるだろうかと思像するところから医師が活躍していくことになると思います。

患者が住み慣れた地域で暮らす拠点づくりを担う

——地域づくり、病院と診療所、



こんどう・たろう

1989年、慶應義塾大学医学部卒業。97年、近藤医院を開設、院長。慶應義塾大学医学部神経内科客員講師、東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科非常勤講師。2003年から09年まで東京都医師会理事。11年から同会副会長。東京都保健医療計画、東京都がん対策推進計画策定にかかわった

在宅事業所などとの連携はどのように進めていけばいいのでしょうか。

近藤 1回きりのかかわりではなく、繰り返しのかかわることで連携が生まれてきます。大事なことは、自分には何ができるかを知ること、その裏返しで何ができないかを知り、連携する相手にそのことを伝えていくことです。もちろん、紹介相手の力量も知っておく必要があります。相手が患者さんとう受け止めてくれるかを知ったうえで紹介をすると、患者さんもよかったです。そのため、患者さんの性格や考え方を踏まえたうえで紹介先を選択しています。紹介先を複数選べるのも東京の特徴だといえます。

伊藤 病院は、地域の住み慣れたところとで尊厳を保ちながら安心して暮らしていくための基盤になります。連携において、どのように情報共有をするかといえば、よく言う「顔の見える関係」ですね。あうんの呼吸が大事なのですが、そうするとICTを使った地域の病院、診療所との連携も考えなければなりません。

ただし東京は、連携先との距離が物理的に近いので、ICTに頼らなくてもいい部分もあったりしますね。高齢者医療についていえば、独居老人や高齢者世帯で何かあったときに通報できるようなシステムを構築していかなければならないと思います。

近藤 東京では在宅患者が今後ますます増えていきますが、ケアカンファレンスを開こうといつても

各々が忙しくてなかなか開けません。ある患者さんのところにヘルパーは、訪問看護師は何曜日に入るのか、医師はいつ往診するのかというスケジュール管理と患者さんに関する情報を同時に共有できるシステムは必要です。メーリングリストのようなもので済むかもしれないし、たとえばフェイスブックのようなSNSが活用できるかと思っています。

地域住民の生活を守るという視点では、地域包括支援センターが、重要となつていきます。高齢者にとってワンストップサービスの窓口です。そこにできれば地区医師会の先生方が日頃から立ち寄りやすい状況にしたい。会議ではなく、雑談のような会話でいい。案外雑談のなかから日常の課題が見つかったりします。

伊藤 当法人では地域包括支援センターを運営していますが、運営母体によってセンターの機能はさまざま。本来は地域のケアマネジャーなどをまとめていく役割ですが、現実には介護支援の役割も担わされている部分があり、十分に機能していないところもみられます。役割を果たすためにも、セ

ンターにはもう少し権限を持たせることも必要だと思います。

近藤 言いたいのは、一人ひとりの医師が街づくりにかかわるということことです。医師会がどこにかかわるべきかというところ、やはり商店街であり町会ではないでしょうか。東京では、地域に高齢者の普段の居場所がありません。ショートステイで預かってもらおうかデイサービスに行っているかぐらいでしょう。お祭りのときに設置される詰め所のような場所があるといいですね。

伊藤 医療は基本的に体や心の障害がメインなので、そもそも暮らしの視点は教育されていません。ただ、地域包括ケアの必要性が掲げられている今、医療側もそのような視点を持たないと高齢社会は乗り切れないのではないかと思います。当法人が社会医療法人になったときに、「待っている医療から、自ら進んで情報提供し、自ら出向いて地域の皆様と交流し、信頼される病院になろう」と職員に話しました。時間や人手が足りない状況ですが、必要なことなので今後も積極的に取り組んでいきたいと思っています。