

Towa Communication Plaza

東和コミュニケーションプラザ No. 48 2020

座談会

実践・介護医療院戦略 選択プロセスと成果を語る



介護医療院は、長期的な医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者に対し、医療・介護機能と生活施設としての機能とを兼ね備えた施設として2018年に創設された。今回はすでに介護医療院を運営している4施設の代表に集まっていたいただき、介護医療院の“今とこれから”を話し合っていた。

日本介護医療院協会会長・鶴巻温泉病院 理事長・院長 **鈴木龍太 氏**

初富保健病院 院長 **唐澤秀治 氏**

湖東病院 院長 **猿原大和 氏**

介護医療院恵寿鳩ヶ丘 院長 **宮本正俊 氏**

東京医科歯科大学大学院 教授 **司会 川渕孝一 氏**

Special Interview



厚生連理事長に聞く これからの地域医療と病院運営

少子高齢社会、社会保障費の財政難、地域包括ケアシステムの導入等、病院経営、地域医療の歴史的な転換期にある今、地域医療を荒廃させないために病院経営者はどう考え、何を実践すればよいのかについて、厚生連病院院長経験者で現在、県厚生連理事長を務められるお二方に伺った。



JA 神奈川県厚生連代表理事理事長 相模原協同病院名誉院長 **高野靖悟 氏**

JA 長野厚生連代表理事理事長 **杜浦康三 氏**

シンポジウム リポート

第5回日本医薬品安全性学会学術大会

シンポジウムー JCI の MMU の取り組み



座長 ■ **荒川隆太郎 氏** (順天堂大学医学部附属順天堂医院薬剤部部長)

演者 ■ **山田成樹 氏** (藤田医科大学病院薬剤部部長) / **後藤一美 氏** (聖路加国際病院薬剤部部長) / **馬場喜弓 氏** (順天堂大学医学部附属順天堂医院薬剤部係長)

パネリスト ■ **川久保孝 氏** (東京慈恵会医科大学附属病院薬剤部部長) / **木村利美 氏** (東京女子医科大学病院薬剤部部長) / **西澤健司 氏** (東邦大学医療センター大森病院薬剤部部長) / **伊藤忠明 氏** (虎の門病院薬剤部副部長)

実践・介護医療院戦略 選択プロセスと成果を語る



日本介護医療院協会会長・鶴巻温泉病院 理事長・院長	鈴木龍太 氏
初富保健病院 院長	唐澤秀治 氏
湖東病院 院長	猿原大和 氏
介護医療院恵寿鳩ヶ丘 院長	宮本正俊 氏
東京医科歯科大学大学院 教授	司会 川淵孝一 氏

介護医療院は、長期的な医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者に対し、医療・介護機能と生活施設としての機能とを兼ね備えた施設として2018年に創設された。今回はすでに介護医療院を運営している4施設の代表に集まっていただき、介護医療院の“今とこれから”を話し合っていたいた。

介護医療院とはどういう施設か

川淵 本日は、高齢者長期療養施設の“切り札”として2018年4月に導入された介護医療院に、比較的早期に取り組んで来られた先生方をお招きして、運営的側面や課題、これからのあり方も含め多面的にお話を伺います。まずは日本介護医療院協会会長を務められている鈴木先生にお尋ねしますが、そもそも介護医療院とはどういう定義の施設なのでしょうか。

鈴木 オフィシャルな定義を申しますと、「要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要

な医療並びに日常生活の世話をを行うことを目的とする施設」とされます。住まい・医療・介護・看取りを包含したこれからの地域医療の施設モデルだと考えています。

川淵 いわゆる療養病床は種々ありますが医療施設であり生活施設でもあるというところがミソなんですよね。“院”が付いているけれども在宅であり、制度上は「在宅(施設在宅)」とカウントされる。しかし、移行促進優遇策もある中、当局が目論むようには増えていないように聞きますが、この点はいかがですか。

鈴木 国の設置目標は10万床ということですが、2019年9月末現在、48施設1万6061床です。内訳はⅠ型166施設、Ⅱ型80施設、ⅠとⅡ混合型2施設です。進捗が遅れている理由はいくつかあると思いますが、廃止が

決まっている介護療養病床、経過措置施設(医療療養病床)からの移行に関して“様子見”のところが多いということもあります。

川淵 「どうせ経過措置期間は延びるだろう」と思っている様子見で、なかなか動かないと。

鈴木 経過措置施設が6万床ありましたが、移行が進んでいません。施設側の理由を聞くと、「病院でなくなるのは…」という医療人ならではの不安の声も多い。ただ、経営的にはいまだ動かし方が良いと思っています。たとえば、医療区分Ⅰの患者さんが多いのであれば、介護医療院をつくって医療区分Ⅰの患者さんをそこでまとめれば医療療養Ⅰで運営できるようになり、病院全体の経営が向上するといった戦略もあり得ます。転換老健も方向性が見えなくなっていますし、正直、選択肢としては介護医療院かなと思っています。もちろん移行定着加算、助成金等支援策もありますし…。

川淵 そんな状況下で今日ご出席の先生方のところはいち早く移行されているわけですが、唐澤先生から簡単に自施設の特徴を紹介いただけますか。

唐澤 当院は医療療養と介護療養の640床で地域の慢性期医療をずっと担っています。介護療養病床がいずれ廃止されることへの対応で、2019年2月に介護療養病床320床を介護医療院に移行しました。千葉県で第一号の介護医療院だと思います。

猿原 当院は静岡県で最大の介護療養病床を運営してきました。2013年に一部(湖東ケアセンター60床、和恵会ケアセンター80床)を転換老健に移行しましたが、2018年9月に湖東ケアセンターを介護医療院Ⅰ型に、2019年4月に和恵会ケアセンターを同Ⅱ型に移行しています。2020年4月には介護療養病床の湖東病院169床をⅠ型に



鈴木龍太氏



唐澤秀治氏

移行予定なので、私どものすべての介護療養病床が介護医療院に移行したことになります。医療保険病床はありませんので、大規模単独介護医療院と言えると思います。

宮本 当院は療養型病院からスタートして転換老健、2018年5月に介護医療院(Ⅱ型135床)に移行しました。もともと病院だったので、クリニックや通所リハも併設しています。

川淵 もちろん鈴木会長のところも移行されていますね。

鈴木 2019年4月からⅠ型52床を届けています。当院はポストアキュートを回復期リハ、サブアキュートと高齢者救急を地域包括ケア病床で受けており、在宅療養後方支援病院としても24時間対応の高齢者救急をやっています。

介護医療院の運営状況について

川淵 収益性等介護医療院への移行のメリットはそれなりにあるとも聞きますが、運営面についてお聞きします。宮本先生のところは転換老健からの移行ですが、以前の老健と比べてどうですか。

宮本 私どもの奥能登エリアは独居老人と高齢者の夫婦

●出席者の介護医療院プロフィール

医療法人社団三喜会鶴巻温泉病院 (回復期リハ病床206床、地域包括ケア病床39床、緩和ケア病床25床、障害者施設等特殊疾患病床120床、医療療養病床120床、介護医療院Ⅰ型52床) □神奈川県秦野市で“多機能慢性期病院”を展開。

医療法人社団一心会 初富保健病院 (医療療養病床320床)・介護医療院(Ⅰ型320床) □千葉県鎌ヶ谷市。2019年2月に介護療養病床から転換。近隣からの入院・入所が約8割を占め地域の慢性期医療を担っている。

医療法人社団和恵会 湖東病院 (介護療養病床169床)・湖東ケアセンター(介護医療院Ⅰ型60床)・和恵会ケアセンター(同Ⅱ型80床) □静岡県浜松市に1976年に設立。2002年よりすべての病床を介護保険病床とし、最大309床の巨大介護療養病床として運営してきた。2018年9月より介護医療院に移行を開始、2020年度より湖東病院もⅠ型に移行予定。

社会医療法人財団董仙会 介護医療院恵寿嶋ヶ丘 (介護医療院Ⅱ型135床) □石川県鳳珠郡穴水町。恵寿総合病院(426床・七尾市)を基幹病院とする「けいじゅヘルスケアシステム(医療・介護・福祉・保健をトータルサポート)」というグループの施設で能登エリアの高齢化に対応。



猿原大和 氏



宮本正俊 氏

が増加しており、現実的に自宅に戻るのは無理な状況になりつつあります。介護医療院は長期療養、看取りまで対応します。老健のときはある意味で泣く泣く看取りまで引き受けていたのですが、いまは在宅復帰率で四苦八苦することはなくなりました。

鈴木 そう、その点は老健より楽です。利用者さんはずっと居れますからね。当院の場合、高齢者救急を受けていますが、地域包括ケア病床の場合、“在宅復帰率 70%”を維持しないと 1 日単価が 5000 円減るので、次に移ってもらう施設がないケースで苦労しました。介護医療院をつくってからは割りと安心して、まず地域包括ケア病床で受けて、たとえば地域の老健に返す前に当院の介護医療院に移ってもらう。そうすると在宅復帰としてのカウントになる。それから対応を考えるという使い方をしていきます。

唐澤 当エリアでも急性期病院の後の回復期リハ施設が在宅復帰率の関係でなかなか受け入れてくれないので、当院にダイレクトに来る入所者がどんどん増えていますね。

猿原 介護医療院が診療報酬上、在宅として扱われることが周知できたためか、当院にも急性期病院や回復期リハビリ病院からの問い合わせや紹介が増加えています。

宮本 それと介護医療院という名前で施設のイメージが変わったのか、ご家族からの直接の問い合わせや見学希望がすごく増えました。「介護も医療もできます」という介護医療院のアピール度はすごく強いと感じています。

川淵 老健から介護医療院になって周りの見方も変わったと。確かに宮本先生は施設長ではなく、名実ともに“院長”なんですね。

介護医療院で収支は良くなったのか

川淵 在宅復帰率等介護医療院の“使い勝手”が良いのは分かったのですが、では経営面ではどうですか。

唐澤 当院の場合、経営シミュレーション等事務方が一生懸命やってくれているので、院長の私はそれに乗って

いるような次第ですが、収支上の問題は感じていません。

宮本 当院では、施設基準の療養環境減算に対応するために、143 床から 135 床に減らしたのですが、それでも十分ペイすると判断しました。実際、初年度だけの移行定着支援加算を差し引いても増収になっていますね。

川淵 収益性に関してはおおむねマッチバターだったということですかね。

鈴木 ただ基本的にはそんなに高いものではないので、当院でも大幅な黒字になることは考えていません。リハビリなどのいわゆる特定診療費を積み重ねていくと少し収支的に上がってくる。当協会でアンケートを取っても全国的にリハビリには積極的のようです。

川淵 介護医療院はリハビリがポイントだと。他の先生方はいかがですか。

宮本 リハビリは適当数という規定がある中で、“リハビリ体制強化加算”が新設され、収益面ではまだまだ“伸びしろ”があるとみています。

鈴木 一定回数を超えると減算ですが、それでもやったほうが利益が出るという考え方もできますね。ちなみに介護医療院は 1 日 4 回、月なら 120 回できる。リハビリ視点で言うと、介護医療院は回復期リハ施設並みのレベルです。これはすごいですよ。

宮本 確かにリハビリを強化するのは、高齢者ですから維持的側面が強いのかもしれないけれども、うまくすれば利用者さんを家に返すこともできる。

猿原 湖東病院の場合ですが、在宅から入院した人に限っては、4 割近くが自宅または在宅系施設へ戻ることができています。

宮本 リハビリ強化は介護医療院の中身のアピールにもなります。ただ、スタッフの確保はたいへんで、当院でもグループ内の人員でローテーションを組んでいる状態です。

唐澤 私もしリハビリの力は大きいと思っています。実際に利用者さんはリハビリで良くなっている。当院では当初からリハビリには注力していましたが、介護医療院になってもリハビリを柱にしていというのが当院の戦略です。

収支のポイントは「93% と 4」

川淵 介護医療院のリハビリはやり方次第で相当手厚くでき、収支にも貢献すると分かりました。他にポイントはありますか。

宮本 あとは利用者さんの介護度ですね。これは収益に大きく影響します。当院は平均要介護度が 4.1 ですが、



川渕孝一 氏

これ以上高くするとスタッフが疲弊します。そこが難しい。

猿原 当院では平均要介護度が3.5程度と低い状況です。近年、在宅から直接入ってくるケースが増えてきて、病院から転院する方々よりも要介護度が低い傾向があります。その上、点滴、抗生剤注射や酸素投与をしたりと医療ニーズが高いことが多く、施設負担が大きいです。

鈴木 やっぱりⅠのカテゴリーだと平均で要介護度4を超えないと経営的には厳しいかも知れませんね。それから当院の場合、死亡退院が半分を占めていますので、どうしても病床管理が難しくなってきます。それをどうしていくか、です。

唐澤 当院も急性期病院からの患者さんを最期の看取りまで行うというスタイルですが、鈴木先生がおっしゃるようにベッドが回転しない。回転するような仕組みをいま作ろうとしています。

宮本 当院の場合、地域の事情もあり、これ以上、長期療養や看取りが増えると新入所を読めないと思っていたのですが、意外とスムーズに回っています。

猿原 当院は転換老健からⅠ型への移行です。Ⅰ型にはターミナルの利用者が5%以上必要です。このためか移行後の死亡退所が約2倍に増えました。1年間の平均稼働率も1%程度下がっています。経営上、93%以上の稼働率が必要になりますが、湖東ケアセンターは60床しかないのです、1床空いただけでも影響が大きいです。

川渕 93%を下回ると赤字とはショッキングですが、やっぱりターンオーバー(入れ替わり)がポイントになるということですね。

鈴木 いずれにしてもいわゆる慢性期病床は稼働率が大事になってきますね。ベッドが空けば赤字のリスクが高まります。

川渕 どういう対策がありますか。

猿原 常に待機入所者がいることが理想ですね。そのためには、近隣の病院だけではなく、老健、特養、在宅系施設などに向けて介護医療院について今まで以上に幅広く広報することが必要だと思います。

川渕 結構、営業努力がいると。

猿原 当院では、社会福祉士、事務方を中心に営業活動を行っています。たしかに大きな病院には周知が進んで

●療養病床等の概要(厚生労働省資料)

	医療療養病床		介護療養病床	介護医療院		介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	療養Ⅰ・Ⅱ (20対1)	経過措置 (25対1)		Ⅰ型	Ⅱ型		
概要	病院・診療所の病床のうち、 主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※療養Ⅰ・Ⅱは医療区分2・3の患者がそれぞれ8割・5割以上		病院・診療所の病床のうち、 長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの	要介護者の 長期療養・生活施設		要介護者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰を目指す施設	要介護者のための 生活施設
病床数	約15.1万床 ※1	約6.6万床 ※1	約5.5万床 ※2	—	—	約36.8万床 ※3 (うち介護療養型: 約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(医療提供施設)			介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護医療院)		介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
施設基準	医師 48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	48対1 (3名以上。宿直を行う医師を置かない場合は1名以上)	100対1	100対1 (1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員 4対1 (35年度末まで、6対1で可) (予定)	2対1	6対1	6対1	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4 4対1 (35年度末まで、6対1で可) (予定)	(3対1)	6対1～4対1 療養機能強化型は5対1～4対1	5対1～4対1	6対1～4対1		
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡以上 ※5		8.0㎡ ※6	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末	(平成30年4月施行)		—	—

※1 施設基準届出(平成28年7月1日) ※2 病院報告(平成29年3月分概数) ※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日) ※4 医療療養病床にあっては看護補助者。
※5 大規模改修まで6.4㎡以上で可。 ※6 介護療養型は大規模改修まで6.4㎡以上で可。

きましたが、老健、特養には十分な周知が進んでいない状況です。

鈴木 当院は在宅療養後方支援病院になっていて、近隣のかかりつけ医の在宅患者を登録してもらって急変時には24時間受けるという契約をしています。このケースのニーズはけっこうありますよ。

宮本 当院は稼働率93.5% ぐらいですが、グループ内だけではなく近隣の公立4病院からも受け入れてなんとか回るようになったところですね。そういう面ではむしろ地域の人を大事にしていく方針です。今では7割が地域からの利用者さんです。

川渕 安定的な入所者の確保には恵寿グループの後方施設としての運営だけではなくて、周辺病院との連携も深める必要があるということですね。その点对入所者、対家族への説明・同意には何が必要ですか。

宮本 当院のような転換老健から介護医療院への転床は利用者さんによっては負担増になる場合も出てきました。そういう説明はしましたが、トラブルはあまりなかったですね。

猿原 やはり移行前より利用者負担が大きくなるケースも出てきます。納得してもらえるように時間をかけて丁寧に説明することが必要ですね。

鈴木 利用者負担については他の社会福祉や医療制度もあるのでその計算はけっこう難しいものがありますね。介護保険の場合、食費の負担もありますし。当院のデータでも半分の方が高くなって半分の方が安くなっています。やはりきちんと説明して納得してもらうしかない。

介護医療院のこれから

川渕 以上、それぞれの地域の必要性から介護医療院をつくり、工夫しながら運営されていることが分かりました。最後にこれからの介護医療院のあり方について一言いただいて座談会を締めたいと思います。

鈴木 介護医療院も今後、人口が減ってくると、地域によっては施設間で競合する状況も生まれます。やはり特色を出して地域医療の一翼を担う形で運営していかないといけないと思っています。

宮本 当院はグループ内の施設ですが、利用者さんが安定的に来ていただくためにはより地域に開かれた施設であることが必要だと思っています。そのために町(行政)とも協働して、介護予防・元気教室等の開催を通じて当院の特色や魅力を発信していきたいと考えています。

猿原 地域の高齢化、在宅の介護力不足は深刻です。長期療養が必要な方も増え、地域包括ケア病棟や老健、特

養だけでは補いきれないことも増えてくると思います。

I型介護医療院には医師が常駐していますので、医療ニーズが高い利用者の受け入れが可能です。介護医療院がより地域の生活者と密着することで、地域の在宅限界も引き上げられるように努力していきたいと考えています。

川渕 唐澤先生のところはどのような展望を持っていますか。

唐澤 これからの介護医療院というか、慢性期医療を逆転の発想でやりたいと思っています。急性期病院がやっていないことをやるのです。たとえばいまACP(アドバンス・ケア・プランニング)とか「人生会議」が話題ですが、当院ではペイシェント・オーバービューと呼んでいるものをA4の紙1枚にまとめ、「あなたは生まれてからこうで、今はこういう状態で、当院ではこういうことができます」と延命措置のことも含め私が適切に面談説明しています。こういうように当院に入ってから全体像を説明してあげると、ものすごく満足してニコニコしながら「この病院に来て良かった」と言ってくれますね。

鈴木 急性期の病院は治療だからキュアを目的にしているけど、慢性期の目的はQOLを良くするっていうことを目標にしているわけで、唐澤先生がやろうとしているのはまさにそれですね。人生の満足度を高めること、これからの慢性期医療、介護医療院はそういうイメージだと思います。

唐澤 そうです。人生の満足度です。それが急性期病院にはない私たちの慢性期病院のスキルになるのではないかと考えているところです。

鈴木 介護療養施設は特養、老健と種々ありますが、24時間医者がいる施設というのではないし、しかもそれが自宅になったというのが、介護医療院のまったく新しいところだと思います。たとえば、医療区分Ⅰの患者さんは本当に医療が必要ないかというところでもない。がんの末期、終末期だって医療区分Ⅰなので医療は必要です。そういう人たちが安心して入れて、しかも看取りができて、しかもリハビリをきちんとやれば家に帰れる可能性もある。そういうところが介護医療院の存在意義であるし、やっぱりもっと施設数を増やしていく必要があるでしょう。ですから介護医療院は利用者にとっても、経営する人にとっても、行政が進めたい地域医療構想にとってもwin-winな施設ではないかと思っています。

川渕 長時間にわたって貴重なお話をありがとうございました。

座談会収録 2019年11月6日

これからの地域医療と病院運営



JA 神奈川県厚生連代表理事理事長
相模原協同病院名誉院長
高野靖悟 氏

少子高齢社会、社会保障費の財政難、地域包括ケアシステムの導入等、病院経営、地域医療の歴史的な転換期にある今、地域医療を荒廃させないために病院経営者はどう考え、何を実践すればよいかについて、厚生連病院院長経験者で現在、県厚生連理事長を務められるお二方に伺いました。聞き手は川淵教授です。



JA 長野厚生連代表理事理事長
社浦康三 氏

東京医科歯科大学大学院教授
聞き手 川淵孝一 氏

厚生連理事長に就いた理由について

川淵 医師免許を持った理事長は厚生連で数少なく、それだけ厚生連病院改革の舵取りを期待されてのご就任かと思います。まずはお二方の厚生連に入られた経緯からお伺いできますでしょうか。

高野 出身の日本大学から相模原協同病院(437床)の外科部長で入職して18年になります。大学病院のすべて縦割りの医療から、医師、事務方と連携した厚生連病院の地域医療に新鮮さを感じました。まさにそういう横糸が繋がってチーム医療があるんだという実感です。ですから、病院長になってもそれを非常に強く意識しながら運営してきたつもりです。

社浦 私は神戸大学医学部を1978年に卒業して、長野厚生連の北信病院から研修医募集があつて入りました。あの時代ですから、佐久病院における若月俊一先生の地域医療に大いに影響されたことは確かです。その北信病院に20年いて、下伊那厚生病院(50床)で院長職を務めて、2019年に理事長職に就き

ました。

川淵 聞くところによると、下伊奈は長野県の農村医療発祥地らしいですね。

社浦 そうなんです。1922年に下伊那郡喬木村に生糸の生産者組合が富田館というものを作り、そこに医務室をおいた。これが長野県における農民の医療運動の原点なんです。

川淵 ただ、同じ理事長とは言え、片や傘下の2病院が都市部に位置する神奈川県と、急性期病院から診療所まで10の事業所があつてまさに農村医療の原点的なイメージがある長野県。お二方の置かれた状況は真逆のようにも感じますがいかがでしょうか。

社浦 やはり一番の仕事は大型の設備投資と事業再構築ですね。長野厚生連病院は基本的に独立採算制で、各病院ともいかに大きな赤字を出さないでやっていくかが目下の仕事です。

川淵 その直近は佐久総合病院の機能分割の取り組みでしょうか。この件については後で詳しくお聞きますが、設備投資と言えば高野理事長も相模原協同病院の移転

新築の責任を担っておられる。

高野 悩ましいのは資金調達です。JAの良いところは信用、共済、経済、厚生、4つの事業があるところですが、神奈川県の場合、組合員も含め農村型から都市型になっていく中で厚生事業への関心がどうも薄れてきている。その結果、新病院建設の意義がなかなか理解されないというか、県下JAの中でも財政的支援で温度差が出てしまうところがあります。

川淵 人口減や高齢化といった外部環境とJA内部の変化の中で、時代を読み込みながらこれからの医療の高度化にも対応していかなければならない。それと厚生連病院の会計規則も「固定比率100%維持」と大胆な投資決断がしにくい規制も依然としてあるように思います。お二方ともまさに難しい時代に厚生連病院の舵取りを任されたという印象です。

長野厚生連の病院事業再構築の取り組み

川淵 さて先般、医療界が“424ショック”^{*}に見舞われましたが、厚生連系の病院もかなり名前が挙

がっていましたね。ダウンサイズを含む再編統合が当局の意図するキーワードだと思います。佐久総合病院の取り組みはある意味でそれを先取りした感がありますが、社浦理事長にその戦略をお聞きしたい。

社浦 建替え論議(佐久総合病院佐久構築事業)が持ち上がったとき、農村医療の原点みたいなエリアですからこの地(南佐久郡)はまず離れられない。そこで本院を62床(旧佐久総合病院は1003床)にダウンサイズして、近隣に三次救急を含む高度医療、完全紹介制の佐久医療センター(450床)を建て、思い切った機能分化をしたのです。一時は遠すぎるのではと反対もあったのですが、医療センターは地域医療支援病院やDPC病院(旧Ⅱ群)など次々に取れて、周りの中小病院ともwin-winの連携関係になっています。住民も、「この病気ならばセンターだ、これぐらいだったら本院でいいや」というように使い分けてくれています。

川淵 人口減・高齢化でいろんなミスマッチが起こってきている中で、思い切った機能分化が一つの“解”になったということですね。本院のダウンサイズで農村医療の伝統も守れた。

社浦 再編統合に即して言えば、典型的な中山間地にある経営難の新町病院を市街地にある篠ノ井総合病院(433床)と統合したケースがあります。統合で多くは片方の病院機能をなくしてしまうようですが、ここでは両方とも残しながら統合しました。病院は地域の重要なインフラですから、なくしてしまうとその地域はますます疲弊してしまうからです。

川淵 具体的にどうやりましたか。

社浦 順序としては事業統合(2017年)を行ってから経営統合(2019年)しました。財務を一緒にして、人

事も統合するので、たとえば医師は篠ノ井から応援にも出ることも可能になります。病院機能としては、篠ノ井は急性期に特化して退院患者を新町(現南長野医療センター新町病院/一般100床・療養型40床)におくるといった統合メリットを最大化しました。篠ノ井も退院調整がスムーズになりますから、医師会等から反対される可能性のある療養病床もつくる必要がなくなりました。これで篠ノ井と新町、地域の医療機関がお互いにwin-winになって生き残れる。こういうふうに関内の幾つかの事業所の再構築を一気にやりました。

*人口減少時代に適応した地域医療体制が求められる中、2019年9月、「再編統合について特に議論が必要(厚生労働省)」として、公的・公立病院424病院のリストが公表された。

相模原協同病院の新病院コンセプトは？

川淵 次に高野理事長に新病院の戦略をお聞きします。

高野 現在の病院から車で約7分の場所に移転新築、2020年度に400床で開院予定です。新病院はJA厚生連の相模原協同病院というよりは、人口約72万の相模原市およびその周辺エリアの中核病院の位置づけです。

川淵 今後どういう病院にしていきますか。

高野 近隣に超急性期とされる北里大学病院や東海大学医学部附属病院がある中で、新病院は急性期医療を担いながらそれら大学病院との連携を深め、棲み分ける。市民病院の役割も期待されているので、救急医療を今以上に強固にするのが使命だと考えています。新病院構想においても2025年や2040年問題は避けては通れませんので、そういった課題にも対応できる病院にしていきます。

川淵 それではどういう特色を出

していきますか。

高野 やはりそこはJAの病院ですから農協の持っている強さを発揮していく。もちろん急性期医療はベースにありますが、医と農の連携を深め、たとえば食を通じて地域住民の未病対策や健康寿命の延伸にも取り組んでいく。地産地消という言葉がありますが、そういう農協ならではのものを使って病院の強みを出していくことも大事なかなと思っています。いずれにしても、我々のところの2つの病院、相模原協同病院と伊勢原協同病院、それぞれの特色を出しながら地域医療に貢献していきたいと考えています。

働き方改革にどう対応していくのか

川淵 お二人が取り組んでいる事業内容をお伺いしましたが、もう一つ、2040年問題とも関連するのが「働き方改革」です。医師は5年間の猶予がありますが、どういうふうにつけていきますか。

社浦 前段として私は主に賃金体系の再構築をやってきたのですが、これからその“本丸”の労働時間のことに入っていくところです。これも事業所規模によって求められるところが変わったりしますが、大規模病院になってくるとやっぱりタスク・シフトでしょうか。具体的に言うと、特定看護師の養成がキーになってくると思います。計画を立てて研修に送り出し、資格を得てもらうということを積極的にやってかないと、大きなところは厳しいんじゃないかと思います。

川淵 高野理事長はいかがですか。

高野 これは当院の課題に引き寄せてですが、医師の働き方改革の一番の問題は“上限100時間”というよりは、どれだけ数を集めて対応するか、つまり医師の確保にあ

と思っています。

川淵 どういうことですか。

高野 たとえば我々は、今度の新病院で5年後にはERの救命救急を取ろうということで人材を集めています。ただそこでどうやって24時間体制をつくれるのか、悩ましい問題です。実際、我々が目指す救急医療においては、それぞれ医師の絶対数を揃えない限りは、年間1万台の救急車は取れないという前提の中で、働き方改革と人件費の増大による経営の圧迫とのせめぎ合いになってくると考えています。

社浦 いずれにしてもやるべきことは対策チームづくりだと思います。それも権限のない者がやっても、なかなか形にならないでしょうから、院長、看護部長等の管理

者クラスでチームを作ることです。病院ごとにその課題を出して、1日も早く取り組むというしかないですね。

院長経験理事長が語る 厚生連病院改革

川淵 さて振り出しの問いに戻った感じですが、院長経験者にしかできない厚生連病院改革とは何ですか。高野理事長いかがですか。

高野 神奈川県厚生連には2つの急性期病院がありますが、たとえ



専門医療と救急の紹介型病院 佐久医療センター(写真上・下とも)



相模原協同病院の新病院完成イメージ(全景・正面ロータリー)

ば薬や医療機器を共同購入するといった効率性の追求、それから今までできなかった大学医局からの派遣医師の人事交流等、現場に即した改革をやれるのが院長経験者だと思っています。

川淵 これまで以上に大胆でフレキシブルな病院運営に取り組むと。たしかに医師免許があることでできることは多々ありそうですね。

高野 そういう意味ではこれまで厚生連役員は他の連合会等の組織からきていましたが、これからはプロパーで医療経営をやっていくことが重要だと思います。

川淵 診療報酬も含めてマネジメントできるプロパーの“文官”(事務職員)、これからは医師とも対等に議論できるような経営人材も作っていこうということですね。社浦理事長はどうやっていきますか。

社浦 最近では人口動態がデータで見えていますから、やっぱり長野県でも人口減少ということを前提に判断していかないといけないと思っています。我々はこの7、8年のあいだに230床減らしたのですが、これから3、4年の間にあと150床ぐらい減らそうと考えています。こういうふうにして人口にフィットした形で医療提供体制をつくる。ただそれは各病院によって性格が違うので、たとえば佐久医療センターのようなところはやっぱり、高度な医療を短い期間で、集中的にやっていくということに特化する。地域密着の病院はかかりつけ医療に特化してやっていくと。そんな機能分化を徹底してやりながら活路を見いだしていけないといけないと思っています。そのためにはトップが病院管理、医療管理をきちんとやること、“付け焼き刃”の再編ではだめだと思っています。

川淵 ありがとうございました。

インタビュー収録 2019年12月3日

第5回 日本医薬品安全性学会学術大会

シンポジウム – JCI の MMU の取り組み

東和薬品株式会社 共催

医薬品安全性の観点から JCI の MMU の取り組みを論議

第5回日本医薬品安全性学会学術大会(大会長：小茂田昌代東京理科大学薬学部教授)のシンポジウム、「JCI の MMU の取り組み」が2019年7月27日、東京理科大学葛飾キャンパス内図書館棟大ホールにて開催されました。座長の荒川隆太郎氏(順天堂大学医学部附属順天堂医院薬剤部部長)の進行により、まず山田成樹氏(藤田医科大学病院薬剤部部長)、後藤一美氏(聖路加国際病院薬剤部部長)、馬場喜弓氏(順天堂大学医学部附属順天堂医院薬剤部係長)の3氏から JCI* 認証病院の立場から MMU についての発表が行われ、その後、川久保孝氏(東京慈恵会医科大学附属医院薬剤部部長)、木村利美氏(東京女子医科大学病院薬剤部部長)、西澤健司氏(東邦大学医療センター大森病



シンポジウムポスター

*JCI とは病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関 Joint Commission International の略称(本部は米国シカゴ)。国際標準による「患者安全」「医療の質」などに対する審査と改善の仕組みが評価されて世界50カ国以上、1000以上の医療機関が JCI の認証を取得している。ちなみにわが国では2019年1月現在、28施設が認証を取得している。



座長・荒川隆太郎氏

院薬剤部部長)、伊藤忠明氏(虎の門病院薬剤部副部長)のパネリスト5氏を交えたディスカッションが行われました。(役職は開催時のもの)

JCI 受審認証に 大きな役割を果たす薬剤部

JCI は医療安全の国際標準として位置づけられており、わが国でも多くの病院が関心を寄せています。今回テーマとなった MMU (Medication Management and Use: 薬剤の管理と使用)は14領域ある JCI 審査領域の一分野で、JCI の受審認証において病院薬剤部が大きな役割を果たすものです。



演者各氏→

↓パネリスト各氏



東和薬品の医療機関向け情報誌 TCP(東和コミュニケーションプラザ)では No.45 (2019年3月発行)で JCI の特集を掲載していますのでご参照ください(東和薬品のウェブサイトにて公開されています)