

レコーダ

未来研究所臥龍が 4周年記念公開討議

中小病院の未来を考える

一般社団法人未来研究所臥龍（香取照幸代表理事）は7月29日、「中小病院の未来」と題して、設立4周年を記念する公開パネルディスカッションを開催した。

大石佳能子氏（株式会社メデイヴァ代表取締役社長）が基調講演を行い、石田岳史氏（東京医科歯科大学総合診療科教授）、大杉泰弘氏（藤田医科大学総合診療科講座准教授）、村上典由氏（株式会社メデイヴァコンサルティング事業部シニアマネージャー）、安井佑氏（TEAM BLUE代表、医療法人社団焔理事長）の4名のパネルリストが討議を行った。パネルディスカッションでは、地域医療構想などの政策のなかで、民間病院が自ら動き出し、地方のモデルをつくるのが重要との意見が出た。

香取代表理事の開会あいさつと大石氏の基調講演および石田氏、大杉氏、安井氏の講演の要旨を掲載する。



開会あいさつ

未来研究所臥龍 代表理事

香取照幸

今回は「中小病院の未来」というテーマを掲げた。少子化と人口減少が進むなかで、日本の将来の医療をどのようにつくっていくべきよいか。日本の将来の医療を考える機会としていただきたい。

まず、これからの医療需要や介護需要がどう変わるのか。疾病構造が変わり、それに伴い患者像が大きく変化する。複数疾患を有するマルチモビリティの患者が大多数を占め、急性期疾患で病院に入院することが常態化する。あるいは、要介護の患者が増えて医療・介護が一体的に必要となる。

なかで、過疎化と都市への人口集中がさらに進む。現在でも65歳以上の高齢者の6割は家に高齢者しかいない生活をしており、それがさらに加速する。かつ、変化のスピードがかなり速く、地域差が大きくなる。東京ではまだ人口や高齢者人口が増加している一方で、高齢者すら減少している限界集落もある。

人口減少に伴いマンパワーも減り、人的、物的リソースに一定の制約がかかる。限られた資源で医療介護のニーズをどう支えるかを考えなければならぬ。

このように、医療そのものにも求められるものがこれから大きく変わっていくと想定される。すでに、「治し支える医療」「切れ目のない医療」「面で支える医療」といった、共同で地域の医療を支えていく考え方が示されているように、病院



中心から地域、在宅を拠点とする医療を考えていくことになる。要介護の患者が増えれば、病院に自力で来ることは難しくなるので、アウトリーチが必要となる。在宅や看取りにおいて、地域を拠点とする病院のあり方を考える必要がある。そのためには、通信技術や医療介護の技術革新を実装して、時間と空間を超えた医療提供を考えなければならない。

これらの課題に対して、医療者、医療機関はどのような自己変革、行動変容が必要なのか。いままさにかかりつけ医の議論が進められているが、地域全体で人を支える、総合診療能力と言われている医療が求められている。一方で、地域でそういったものを充実させていくとなれば、かかりつけ医機能だけでなく、それを支える入院機能が必要だろう。

コロナ禍によって日本の医療の弱みが露呈した。日本は診療所が大きくなり病院となった成り立ちから、連続的に機能が続いていると言える一方で、機能が未分化、非効率との指摘がある。

また、日本は民間中心の医療提供体制であり、個々の医療機関が最適な経営判断をしても全体として効率的な提供体制になるわけではない。開業医が多くアクセスがよい点が日本のフリーアクセスを支えてきた一方で、独立採算、競合、地域偏在といった問題があり、機能集約が進まない。

中小病院が日本の医療の7割を占めるなかで、個々の中小病院が自己変革をしていかないと、日本の医療の未来は描けない。逆に、求められている機能を果たせなければ、中小病院の未来もない。

超高齢社会を迎えた日本の課題を解決するには

— 中小病院の未来 —
株式会社メディアヴァ 代表取締役社長
大石佳能子

超高齢社会を迎える日本では、

地域包括ケアシステムが素晴らしい解決策となる一方、それを支える在宅の医療体制が十分ではない。在宅療養支援診療所の数は横ばいで、在宅療養支援病院は増えているが、200床以下病院の3分の1に満たない。

総合診療医に期待が集まるが、残念ながら総合診療医の専門を選ぶ若手は少ない。地域で総合診療医が活躍する場がない、キャリアパスが明確でないといった構造的な問題にも対応が必要である。

このようななかで、中小病院への期待が集まっている。しかし、中小病院の7割は赤字であり、これからDXが必要と言われるなかで、電子カルテの導入率は50%未満。どのように世の中に求められる機能に転換するかが課題となってくる。

地域ごとに課題が異なり、その解決は行政単独でも医療機関単独でも実現しない。行政と医療機関が一緒になり、住民を巻き込み、地域をつくっていく必要がある。

このような課題意識があるなかで、私どもは「コミュニティ&コミュニティホスピタル構想」に取

り組んでいる。地域包括ケアの核になる、健全な経営がなされる中小病院とそれを担う総合診療医を育てる事業である。地域のかかりつけ医として機能し、地域にアウトリーチする機能をもつよう、戦略的にポジショニングを転換するよう支援する。

具体的には、規模の経済が効かない総務、人材、医事、IT、DXなどを切り出して共通プラットフォームで対応する。

コミュニティづくりでは、地域の特性に合わせて潜在ニーズを掘り起こし、地域全体を健康にする。それ自体が病院の戦略として機能するよう協力していく。

同時に、そこで働く医師も育成しなければならぬ。総合診療医専攻医育成プログラムの立ち上げ、運営を行っている。リカレント教育では、他科からの転換組を集めて支援している。

また、コミュニティホスピタルから過疎・准過疎地方へ医師を派遣して、外来と日中の訪問診療を行う。在宅医療の24時間対応は、オンライン診療や電話を用いて地域の訪問看護と連携し、対応する。

総合診療専門医にとつては地域医療を学ぶ機会になり、リカレント医師にとつては専門性を活用しながら地域医療を学ぶ場にもなる。

また、そこで育成した医師が将来オナーになる可能性もあるため、フェローシッププログラムも用意している。総合診療専門医のキャリアの魅力を高める仕組みづくりがされている。

DXについては、電子カルテで情報を入れて、スマホで閲覧可能となるクラウド型地域連携システム(EIR)を導入している。情報がいつでもどこでも閲覧できると、院内医師とのやりとりも格段にやりやすくなる。

日本の皆保険制度は素晴らしいが、そのやり方は地域によって異なる。中小病院をコミュニティ&コミュニティホスピタルに転換し、「地域医療拠点病院」として制度化し、推進することが必要と考える。また、各地域でミクロ的にズームインして課題を解決するとともに、人口構成や課題提供体制によって医療介護制度にグラデーションをつけていく考え方が必要ではないか。

中小病院の未来、2040年問題へのシフトチェンジ、 東京医科歯科大学総合診療科教授 石田岳史

一例として、総合診療医の「つぐられ方」を紹介したい。

私は1993年に自治医科大学医学部を卒業し、出身県である兵庫県で義務年限を過ぎた。

最初は淡路島にある淡路病院で勤務した。当時は明石海峡大橋がなく、人口約15万人の孤島で、唯一の急性期病院。400床ほどの一つの大きな内科があり、さまざまな疾患を見る一方で急性期の心筋梗塞治療も行う、私のなかでの理想の病院だった。

研修医2年目の1995年に、阪神淡路大震災に被災。トリアージという言葉のない時代に、災害救急の最前線の医療を経験した。

その後、山間へき地の50床の病院に赴任した。2002年のいわゆる医師過剰時代に義務年限を終え、専門性を磨こうと母校の自治医大で循環器専門医となった。

数年後、時代は医師不足となつ

た。地元の神戸で総合診療講座をつくと誘われ、神戸大学大学院医へき地医療学講座准教授に就任。ここで医療の仕組みづくりを経験することができた。

兵庫県但馬地方は、東京都と同じくらいの面積で、2007年当時の人口はわずか15万人で、高齢化率は36%。私はこれを、人口減少の先進地域だと感じた。

但馬地方には全部で9つの病院があり、まずはこれらの病院を高度急性期、急性期、混合診療、住民健診、ヘルスマネジメントなどの役割分担をして、医師の派遣を決めていった。

そして、公立豊岡病院に総合診療部をつくり、総合診療をベースにした内科の診療体制をつくった。自治医大の卒業生たちや県の地域枠を使って医師10名を整備し、部長はコンサルタントに徹する。救急と総合診療を一体化して、縦糸、横糸の関係をつくった。チームで動くことで、専門医の負担軽減を図った。

また、豊岡病院では三次医療すべてを診ていたが、患者は必ずしも行政の設定した三次医療圏のな

かで受療行動をしているわけではないことがわかった。そこで、兵庫県庁が動き、鳥取県、京都府と横の連携でドクターヘリを使うようになった。のちにドクターヘリ出動件数が年間日本一になった。

プライマリケアに関する有名な論文のなかで、1000人のうち、750人は1か月に1つ以上の健康問題があり、うち250人が1か月に1回以上の受診、さらにそのうち9人がその月に入院、うち5人が他科の専門医に紹介され、うち1人が大病院に紹介されると言われている。つまり、大病院だけの研修は、非常に偏ったごく一部の人を診ていることを認識しなければならぬ。

これからの医療では地域を俯瞰する視点が重要だ。大病院にいればかりでは狭い視点になってしまふ。私はこの両方が大切であり、ローテーションしていくことが重要だと考える。

2009年からは、都市部でも総合診療をやりたいと思い、埼玉市民医療センターの設計から参加し、副委員長を務めている。この病院は、紹介率90%、逆紹介が97

〜98%と、地域医療支援病院として特化している。内科全員が総合診療経験者であり、互いに補充し合い、仕事の満足度を高めることを目標にした。

いまがかりなのは、総合入院体制加算と急性期充実体制加算を取る病院が増えてきていること。日本で400病院強あり、そこに大学病院の特定機能病院が加わり、約500病院が高度急性期としてやっていくのだろう。すると、300床規模の病院は、将来経営が成り立たなくなる。

そこで、2040年を見据えたコミュニティホスピタルのあり方として、既存の中小病院を単に経営改善させることが正しいわけではない。一方で、病院にはCTや内視鏡などの設備が充実しており、ワンストップで検査できる。こうした既存の建物を活用し、OSを入れ替える、経営や医師を入れ替えることでアップデートできると思われる。

最も期待しているのは、臓器別の専門医がセカンドキャリアとして総合診療を学ぶことで、専門性を活かしながら即戦力として活躍

できるという未来である。

プライマリケアの重要な概念のなかに、責任性がある。医師自らがどのような教育を受けて、どのような疾患を診ることができ、説明責任を有するということが、責任をもつて患者を高度医療へ紹介できる医師がコミュニティホスピタルで働くべきと考えられる。そのためには、大学とコミュニティホスピタルの両方で人を育成することが重要だ。

コミュニティホスピタルが若手医師を魅了する

藤田医科大学総合診療科講座准教授

大杉泰弘

地域の医療、病院の新しいあり方としてコミュニティホスピタルが日本を変えていくというのはまさにそのとおりだ。一方で、誰が働くのか、若手医師はどう思っているかといった点はあまり語られていない。今日は、総合診療医の育成に関わってきた立場から、私たちの考えを伝えたい。

結論から言えば、コミュニティホスピタルは若い医師から高く支

持されている。

私は愛知県出身で、循環器内科医になり開業医の父の後を継ぐと思っていった。研修医としてスーパーローテーションを経験し、すべてとても楽しかったが、逆に言う、どの科も私を最高の開業医にしてくれるプレムムワークがなかった。専門性を磨くことも重要だが、そればかりに時間を費やすことで、本来身に付けるべき学びを得られないのではないかと思つた。そのなかで、唯一よい開業医になるための答えをもつ総合診療が、青くさかった当時の私には魅力的に見えた。

2006年から2014年に福岡県の飯塚病院、穎田病院で総合診療・家庭医療を学び、2015年に豊田地域医療センターに赴任。2017年より同センターの副院長として総合診療医の育成に従事。2024年に藤田医科大学総合診療科の准教授に就任した。

豊田地域医療センターは1980年に、第二次ベビーブーマーの小児救急医療という地域課題を解決するために設立された。地域の小児中心の救急医療が地域の期待

であり、私が赴任した2015年時点でも、設立当時の理念そのままだった。超高齢社会を目前に、地域で必要とされる病院になっていかなかった。

最初は私と3人の専攻医の4名で総合診療科を開始したが、2020年には130人が集まるようになった。若い医師にとつて中小病院の医療は大変魅力的であり、時代と地域のニーズが非常に大きく、それに加えて新しいポジションができたことが、豊田地域医療センターが変革できたポイントだった。

当初、働き方が見える化されておらず、若い医師にとつて働く場の選択肢にならなかった。そこで、診療と教育を見える化し、超急性期以外の回復期の病棟、継続外来、在宅医療について学ぶことができ、既存の18科と異なり、地域の病院こそが最先端医療だと強調した。

総合診療ではどのようなことを学ぶのか。例えば外来では、1歳と2歳の子どもがいる20歳の母親が頭痛を主訴に来院した場合、一般的には緊急性のある頭痛かどうか

かを判断した上で、急性の疾患を除外すればよいと習う。もちろんそれは重要な機能だが、ともするとそれさえすればよいという考えに至ってしまう。

総合診療の世界では、患者の社会背景を考え、どうやって支えていくかを考える。例えば、患者はうつ状態で、身体症状として頭痛が出てきているのではないかと推論する。さらに欲張りな総合診療医は、子どもたちの母子手帳を見たいと考える。この子どもたちは正しく成長発達できているのか、ワクチン接種がされているか、といったことが確認できるからだ。

このような医療は研修医や専攻医が指導医とともに経験し、成功体験を得ることが重要で、これが大きな教育の差として出てくる。

先ほどの石田先生のお話のとおり、1000人のうち250〜300人の患者が来る場である中小病院だからこそ、これらのことが学べる。大学病院と地域の病院はそこに優劣があるのではなく、医療の役割が違うだけである。そして、そこに若いも年寄りもない。若い医師がそこで学びたいという

気持ちに答えられる仕組みをもつことが、中小病院の役割として重要だ。

中小病院は若手医師に大変魅力的なフィールドである。中小病院、総合診療に若手医師が魅力を感じており、我々はそれをわかりやすく言語化して発信したままでにすぎない。地域の中小病院が総合診療医として学べる場だとわかれば、総合診療の仕組みが増えると考えている。

最近では、他の専門性をもっていて入ってくるリカレント組の医師もいる。今年是新専攻医のうち10名がリカレント組だ。他の専門性もちながら総合診療をやりたいという35〜40歳の医師のニーズが非常に高い。

リカレント組にとって魅力的なのは、マネジメント能力の育成、コミュニケーション能力、リーダーシップ、PLの見方など、医学教育の上で学ぶ機会がないがキャリアの上で重要なことが学べる点だろう。

これからのポイントは、全体をワンストップでケアできるような役割を担う病院になるために総合

診療医がいるし、そのような環境で学ぶことで「人生をみる」医師になれる。

わかりやすく中小病院が魅力を発揮すると、たくさんの方の医師が入ってきてくれるのではないかと。

わんぱく

TEAM BLUE代表、

医療法人社団旭理事長

安井佑

我々は2013年に大和診療所という在宅診療所からスタートし、「自宅でも自分らしく死ぬる世の中をつくる」という理念のもと、看取りに特化した在宅診療所を運営してきた。東京都板橋区を中心に居宅の患者を診ており、年間700名のうち、半分が末期の患者であり、5〜600名の自宅看取りを行っている。

そのなかで、在宅療養中の患者が入院した場合になかなか自宅に戻れないケースを通して、在宅復帰のための病院の必要性を感じた。急性期医療は命を守る医療を提供する、かたや在宅医療は暮らしを支える医療を提供する。そこ

には文化の壁があり、互いの世界を想像できないことに気づいた。そこで、自分たちの手で地域への理解を得ようと、3年前にゼロから中小病院をつくった。

「おうちにかえろう。病院」は、120床の地域包括ケア病院で、厚労省の理念を真つ直ぐに体现する病院と言える。人口調整はほぼしていないが、在宅復帰率は9割近くになる。

2023年度の入院患者分析では、法人内の診療所からの入院は3割で、他は地域の急性期、診療所からの紹介だ。入院目的は、ポストアキュートが50%、サブアキュートが20%、レスパイトが30%。3年間で40床1病棟を1病棟ずつあけて、現在では3病棟が稼働。1年目は2億の赤字、2年目で収支はほぼ同じ、3年目で黒字にできている。平均入院率は90%となっている。

当院では緊急入院数、指標を大切にしている。当初は受入れの余裕がなかったが、ようやく連携ができてきた。入りやすく出やすいことが重要であり、緊急入院数や在宅復帰率が上がることが質の高

さを示すと思っている。

質へのこだわりで言えば、患者が自宅での生活を想像できることが重要だと考えている。急性期にいた患者は、患者も、医師も、家族も、病のことしか頭にない。急性期病院から出るときは「追い出された」と言うが、本来は家に帰りたはず。脳梗塞で右手右足が動かないとしても、逆に言えば左手左足は動く。発想をひっくり返すことが重要だ。

このように、「できない」でいっぱいだった人が「できる」を見つめて、再び歩き出すきっかけとなる場所となるように考える。そのため、「おうちに帰ろう。」が合言葉となっている。不安が希望にかわり、気持ちが高ぶる時に出る言葉であり、患者から出てくる言葉であってほしいと思っている。

そして、その状況をつくるために、「全員が退院支援看護師であり、リハ職であり、看護助手なんだ」という意識のもと、コミュニケーションを大切にしている。

中小病院は経営が難しい、DXが進んでいないと、さまざま

ここで議論されているが、私としては普通にやっていたらそれほど難しい話ではないと思う。当院は最初からペーパーレス、クラウド型で仕組みをつくっているの、導入の障害はなかった。

そもそも、DXもすでに世の中にあるものなので、経営、労務、カルテにせよ導入すればよい。導入したとしても、実際にそれを運営できないのが問題だ。

では、何が違うのか。私は「ひとづくり」が重要であり、そこが日本の中小病院の経営がうまくいっていない理由の一つではないかと考える。

私たちの法人では、想像力のある医療人の育成がテーマだと思っている。医学は理系分野なので、答えは一個と教えられてきている。しかし、どう生活していくかということに対して、一対一の答えはない。

これは小説を読む、文脈を読むといった文系の頭が求められる。医師も頭をリセットする必要があるし、私たちは医師以外のメンバーでそれをカバーするという視点で取り組んでいる。

当院で働く看護師とリハ職は、法人内の訪問看護やリハで研修し、皆の前で発表する。一方で地域の急性期の医師が当院で働くことで、在宅復帰への意識をつける。当たり前のようにも思えることだが、これをいねいに行うことで、暮らしを想像できる医師が養成できる。

さらに大切にしているのは、企業としてのスタンスの育成であり、これには戦略チームを取り組んでいる。日本の医療を取り巻く環境が劇的に変わるなかで、自分たちのやる医療を変化させなければならぬ。

我々は「当事者意識」「真剣」「チェンジ」「チーム」の4つのスタンスを打ち出して、医師を含む職員全員で徹底している。

この4つのスタンスの裏側にはNGワードがある。例えば、「当事者意識をもっていない行動」であり、「これって誰の仕事?」「私じゃないんだけど?」という言葉。このような言動が出るだけで、職員の動き方が変わってしまうので、「職場内のルールに反していません」というメッセージ言葉を誰

が発するかということも含めて大切にしている。

こうしたことを全職員にいていねいに周知していくことが、それぞれのモチベーションをあげる上で重要となる。

また、どうも医療・介護の世界では「混ざるな危険」の概念があるように思う。事業所をまたぐと不都合が生じるから避ける、職種を混ぜての会議はやらないといった病院が多いのではないかと。当院は「混ぜてなんぼ」。職種横断で、入った年次にかかわらず全員が、論理的に話せるような研修を受ける。

ずっと変わり続けるのは怖いことでもあるが、怖いのを乗り越えられるのも、成功した時に喜びを分かち合えるのもチームである。チームは企業戦略であり、決してノスタルジーで行っているのではない。

いまの医療業界に欠けているのは、ひとつの概念ではないか。医療の質は人の質であり、組織の質も人の質である。ひとつくりが重要なテーマであると強調したい。