

「経営の時代」の羅針盤

# 最新医療経営

令和6年12月10日発行 通巻485号  
毎月1回10日発行 昭和60年1月31日第3種郵便物認可

**PHASE3**  
フェイズ・スリー

January 2025 vol.485

1

PLTが提案するまちづくり  
くらしに寄り添い  
社会課題を解決する

巻頭特集

明日の医療の中軸を担う!

## 「総合内科医」 の育成・活用



**病院トップの経営者魂**  
**牧野憲一**  
日本赤十字社  
旭川赤十字病院 院長  
厳しい変化のなかで  
救急医療を守り抜く挑戦を続ける

高橋教授のこの人に会いたい  
**河崎茂子**  
公益社団法人  
日本認知症グループホーム協会 会長



**第3回 JML選抜軟式野球大会**  
**和合病院が**  
**劇的サヨナラで連覇**  
足利赤十字病院は3大会連続準V





病院トップの  
Cool Head, but Warm Heart  
経営者魂  
Vol. 85

# 牧野憲一

日本赤十字社  
旭川赤十字病院 院長

道北地域における救急医療の最後の砦として発展を続けてきた旭川赤十字病院。牧野憲一院長は不動の立場を維持しながらも、地域の医療機関と協調し、ときに旗振り役となって地域医療を守ってきた。厳しい変化に屈せず、院内外で改革を推し進めるリーダーの姿に迫った。

## 厳しい変化のなかで 救急医療を守り抜く 挑戦を続ける

*Kenichi Makino*

# 倫理観を持って前進してこそトップ



## PROFILE

まきの・けんいち●1979年、旭川医科大学医学部医学科卒業後、同大学脳神経外科医師。88年、脳神経外科副部長、98年脳神経外科部長、2003年、副院長に就任、12年から現職。日本病院会常任理事、全国公私病院連盟副会長、日本赤十字社院長連盟会長など。

——病院経営の課題について教えてください。

**牧野** 病院経営は今は一番厳しい時代にあると感じています。短期的な課題で言えば、2024年度診療報酬改定による影響です。ど

れをとっても病院経営にプラスになるものではなく、なかでも人件費にかかる新設加算となったベースアップ評価料には大きな痛手を受けています。専門職はともかく他産業との奪い合いとなる事務職の採用が厳しく、こちらが2、3%程度の賃上げをしたところで、5%、10%の賃上げを行っている他産業と比較されては勝ち目がありません。そしてここ数年にわたる物価

高が、さらなる追い打ちをかけています。毎年の収支計画で、どう試算してもコストが上回るという事態は、13年間の院長業でも初めてのことです。

長期的な課題は、地域医療構想の実現です。当院が位置する上川中部医療圏は、かつて40万人超の人口を抱えていましたが、今では約37万人に減少しています。高齢者が増えたとしても、若い世代と同程度の急性期医療が必要になるわけではないため、今の提供体制を維持していれば過剰になります。それを見越し、当院を含め旭川市内の5つの公立・公的病院は少しずつダウンサイジングを繰り返し、

15年の地域医療構想開始時から2割の病床を削減してきました。同時に32ある民間病院も、4分の1が合併や経営権譲渡など、変化にさらされてきました。向こう5年間で、状況はもっと厳しくなると思われます。

——地域の医療提供体制のあり方は厳しさを増す一方、貴院がけん引役となって地域医療連携システム「たいせつ安心医療ネット」を構築するなど、地域連携を大事にしてこられました。

**牧野** 私自身、脳神経外科医で回復期や慢性期の機能を持つ地域の医療機関の協力を得なければ医療

が完結できないことから、情報共有の大切さは身をもって痛感してきました。したがって、情報共有と診療方針の共有の必要性は院長になる前から重きを置き、地域の医療機関のすみ分けに努めてきました。ただこれまでは、一定の医療需要があることが大前提でしたから、今とはわけが違います。患者確保の策として急性期以外の領域に足を踏み入れる方法もあるでしょうが、ノウハウがないことはおろか、他の医療機関を押しつけてやるのは、一生懸命旗振りして築いてきたものを自ら壊すことになりす。

それでも、この地域の医療機関



## Q&A 10問10答

### Q1 自分の性格をひとりでいい表すか？

羊の皮をかぶった狼。表の顔はソフトながらやりたいことは突き通すタイプ。

### Q2 弱点を1つ教えてください。

もう年寄りであるということが抗えない弱点です。

### Q3 最近うれしかったことは？

孫が犬の散歩に付き合ってくれた。

### Q4 今はまっているものはありますか？

最近はないが、以前はドローン操縦や写真撮影など。

### Q5 タイムマシンがあったら行きたいのか過去？ 未来？ その理由は？

50年から100年くらい先の未来。

### Q6 人生で最も影響を受けた人は？

人から影響を受けたり、憧れを抱くことがあまりない。

### Q7 日課はありますか？

毎朝の犬との散歩。

### Q8 人生最後に食べたいものは？

思いつきません。

### Q9 今一番会いたい人は誰ですか？

出張が多い生活なので、その度家族には会いたくなる。

### Q10 病院トップとしてふさわしい素養は？

倫理観を持ち、信じる道をぶれずに突き進む姿勢を示すこと。

患者減少とともに人材確保も厳しい時代ですが、どのような対策を講じていますか。

**牧野** ITによる業務効率の推進に積極的に取り組んでいます。デジタル推進室がRPA（Robotic Process Automation）分野を担当し、病名登録や超過勤務データ抽出のほか約130プログラムが稼働しています。すでにRPAは軌道に乗っているため、次は、AIによる退院サマリーや診療情報提供書などの自動作成を進めているところです。

また、医師が本来業務に専念するための医師事務作業補助者や看護師、診療放射線技師の活用といった以前から取り組んでいたタスク・シフティングの推進に加え、会議を短時間あるいは勤務時間内で実施することを徹底しました。

これらは同時に、24年4月から当院は救命救急センターを併設しながら、年間960時間の時間外労働が上限となるA水準を適用しています。働き方改革として、タスク・シフティングのみならず診療科ごとに長時間勤務医を生まないう工夫も行っています。たとえば、夜間に救急搬送となった患者さんがいたとしても、結果に影響が出

ないのであれば朝まで待って日中にやりくりしながら手術をするという判断ができるようになります。加えて、医師が自身の超過勤務時間を把握し、勤務調整を行う意識の植えつけを地道に醸成してきました。患者さんに不利益が生じない範囲で、いかに工夫できるかを一人ひとりが考えらえるようになってきています。

——2025年3月で院長を退任されるそうですが、トップとしての道筋をどう振り返りますか？

**牧野** 9年間という長きにわたる副院長時代を経て院長となり、苦しいこともあったと思いますが、とにかく毎日新しいことの連続で前進するのみでした。赤十字病院グ

ループは独立採算制で院長権限が大きいという特徴があるため、グループ内の各病院と活発に情報交換を行うなかで、自然と自分なりの経営哲学を学んでいったように思います。

職員に対しめざす道を明確に示し、率いていくのがトップのあるべき姿。今後は、後進がその思いを受け継いでいってくれることを願っています。

1915年、日本赤十字社北海道支部仮病院として札幌に開設し、23年に現在地に移転。520床の病床数で28の診療科を標榜し、救命救急センターをはじめ地域医療支援病院、地域災害拠点病院など多くの機能を担う。道北ドクターヘリの基地病院として、道北のみならず空知やオホーツクなど広範囲をカバー。2020年にはデジタル推進室を設置し、DXにも意欲的に取り組む。

## ●日本赤十字社 旭川赤十字病院

### 道内屈指の救急医療を提供DX化にも意欲



1915年、日本赤十字社北海道支部仮病院として札幌に開設し、23年に現在地に移転。520床の病床数で28の診療科を標榜し、救命救急センターをはじめ地域医療支援病院、地域災害拠点病院など多くの機能を担う。道北ドクターヘリの基地病院として、道北のみならず空知やオホーツクなど広範囲をカバー。2020年にはデジタル推進室を設置し、DXにも意欲的に取り組む。



を担う!

# の育成・活用



巻 頭 特 集

# 明日の医療の中軸 「総合内科医」

複数疾患を抱える高齢患者の急増、また、かかりつけ医機能に対する需要の高まりもあり、「総合内科医」への注目度が高まっている。「かかりつけ医機能」を担う医師に求める研修内容なども議論が進んでいるほか、病院でも現場レベルで育成・活用の機運が高まっている。現在の「総合内科医」の育成・活用状況などをレポートする。

I N D E X

P.14 | 総合内科医登用の機運が高まる  
概論

P.16 | 病院の取り組み①  
医療法人徳洲会  
湘南藤沢徳洲会病院

P.20 | 病院の取り組み②  
社会医療法人愛仁会  
高槻病院



## 概 論

総合内科医登用の機運が高まる

# 多疾患併存の高齢患者が大半 診療科の枠を超える対応が必須

多疾患併存（マルチモビディティ）の高齢患者への対応の必要性は、在宅医療や慢性期医療の現場では長らく指摘されてきたが、ここへきて急性期医療の現場でも語られるようになっていく。その具体策の筆頭が総合内科医の活用だ。まさに「マルチ」な対応力を持つこともあつて、多方面からの期待は熱い。

## ポリリウムゾーンは 80代という急性期現場

総務省消防庁の「令和5年中の救急出動件数等（速報値）」によると、救急搬送患者の約6割が65歳以上とされるが、病院関係者によ

ると、「感覚的には、それどころではない」という。年間の救急搬送受入件数が5000件を超える地域の中核急性期病院でも、「70代だと『若い』と感じる」という声が多く、むしろポリリウム層は80年代、90～100歳の患者も珍しくないというのが実感のようだ。

そこで浮上しているのが、高齢

患者特有の課題への対応だ。多疾患併存はその一つだ。マルチモビディティとも呼ばれるが、「糖尿病と高血圧、慢性腎臓病を患っている高齢者が、インフルエンザを機に体調を崩し、服薬を止めてしまったために血糖値が跳ね上がり、入院に至る」ケースは珍しくない。

加えて単身世帯や老老介護、ひいては介護する家族も認知症の兆候が見られるといった、社会的課題を抱え、さらにそれが複雑化する患者が「大半」となっているのだ。

こうした患者像になると、特定の診療科だけで対応できるケースのほうに珍しい。病院関係者は異口同音に、「誤嚥性肺炎だからと

言って呼吸器内科の専門医が担当するのは違和感がある」と語る。呼吸器内科の専門医には間質性肺炎のような、専門外の医師では扱うことが難しい症例でこそ力を発揮してもらうべきで、誤嚥性肺炎はある程度の内科に関する素養があれば、十分対応できると指摘する声もある。

## 病院団体も総合的な診療力 備える医師育成を支援

このような状況を打開する存在として、「診療科の枠組みにとらわれない診療」を実践する総合内科医への注目度が高まっている。日本病院会や全日本病院協会では病院で腕を振るう「病院総合医」の育成プログラムを打ち出し、対応に努める病院を後押し、日本専門医機構が認定する「総合診療専門医」についても、自治医科大学の流れをくむ地域医療振興協会が所属する医師の認定取得を後押しする検討を始めているが、いずれにおいても「内科系疾患」への診療科横断



的な対応力の会得が主眼に置かれている。

湘南藤沢徳洲会病院も独自の総合診療育成プログラムを用意しているが、①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域包括ケアを含み地域嗜好アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力——という7つの資質・能力の獲得をめざしている。診療科の枠組みを超えるどころか、「一般的な健康問題」「連携重視」「地域志向アプローチ」など、病院の枠さえ超えるような視野を備えることを目的に据えているのだ。

実際の診療においても、「枠組みを超える」活動が見られる。高槻病院では、大腿骨近位部骨折の患者の主治医は、原則として総合内科の医師が務める。手術はもちろん整形外科医が担うものの、それ以外の医学管理が内科全般に及ぶケースが大半で、仮に整形外科医が主治医となれば、整形外科医

が(専門外の)内科全般の状態管理まで行わなければならない。そのたびに他の診療科に応援を求めることになりかねない。それよりは、「手術以外は総合内科」としたほうがスムーズに治療が進むというわけだ。

## 課題は診療報酬上の評価 「総合負担」をどう見るか

一方、内科系疾患の治療に対する診療報酬については、なかなか芳しい評価は得られていない。一般社団法人内科系学会社会保険連合(内保連)は10月に「令和6年度診療報酬改定報告と提言 重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について」を公表している。2024年度診療報酬改定では重症度、医療・看護必要度の評価項目見直しが行われているが、22年度改定と比べて、手術なしの内科系症例の負担をどの程度反映しているかを評価したものだが、評価は厳しいとの見方を示す。

総評として「今回の改定は負担

度の高い手術なし症例をあまり評価していなかった」とコメントしており、一例として手術なし症例の該当患者割合が21%から15%に減少したことなどを挙げる。背景の一つとしてA6(専門的な治療・処置)の変更が、必ずしも負荷度の高い内科系症例の評価につながっていないと指摘している。

これに加えて患者の生活課題への対応まで評価するとなると、そもそも「診療」報酬の対象となるのかといった議論にもなりかねない。

内保連は「医療従事者の総合負担(身体的、精神的、手技的、そして知識と判断や拘束時間から見た負担)への勘案がなされ、かつ医学的な重症度にも対応する評価が、診療報酬制度のなかでより適切に行われるための方策を策定していく」と述べているが、こうした報酬の見直しによる「増収」だけでなく、より効率的な体制による「増益」に向けた取り組みも求められる。その第一歩として、総合内科医の活用も検討する必要があると思う。



## 病院の取り組み①

# 急性期入院機能に特化するなか 存在感が高まる「総合内科」

医療法人徳洲会湘南藤沢徳洲会病院（神奈川県藤沢市、江原宗平院長）は1980年の開設以来、地域の急性期医療の要役を担ってきた。高齢患者が大半を占めるなかで存在感を増しているのが、特定の領域に縛られず診療に当たる総合内科だ。現在の体制や取り組み、課題などについて、北川泉副院長兼統括部長と堀内滋人医長に聞いた。

## 医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院

### 80歳以上が30%超の 急性期病院を支える

湘南藤沢徳洲会病院は徳洲会グループで8番目、関東圏で初めての病院として1980年に「茅ヶ崎徳洲会総合病院」の名称で開設して以来、地域の急性期医療を担う拠点的な役割を果たしてきた。24年4月には紹介受診重点医療機関として公表されるなど、その機能に磨きをかけている。現在、救急搬送件数は年間1万758件、手術件数は5941件（23年度実績）となっているが、一方で急増

する高齢患者への対応にも力を入れている。入院患者のうち60歳以上が約70%、80歳以上に限っても30%を超え、誤嚥性肺炎、心不全、敗血症などの割合が増えている。

もともと「生命だけは平等だ」を掲げ、断らない救急医療を軸としてきただけにこうした患者の受け入れにも積極的に取り組んでいるが、そこで大きな役割を果たしているのが「総合内科」だ。現在、常

勤医は副院長を兼務する北川泉統括部長をはじめ6人が在籍し、他にも専攻医、初期研修医10人を擁している。

同科の堀内滋人医長によると、対象患者は「基本的に手術がない患者さん、あるいは手術の患者さんでも手術以外については担当するという姿勢です。基本的には全ての疾患に対応するつもりで臨んでいます」と説明する。

救命救急センターに搬送される患者のうち、入院に至る割合は50%で、そのうち約半数は総合内科の患者として入院させている。同センターは自由に使用できる病床を持っていないので入院が必要なのは各診療科に割り振ることになるが、高度に専門的な診断が求められる難しい疾患よりは、誤嚥性肺炎や尿路感染症などが圧倒的に多い。この時、「尿路感染症だから泌尿器科か腎臓内科、誤嚥性肺炎だから呼吸器内科——という割り振りにはおそろくないと思います。そうした場合の受け皿が総合内科なのです」と、堀内医長



北川泉副院長兼統括部長(右)と堀内滋人医長

は語る。

もちろん、泌尿器科は尿路感染症に十分すぎるほど対応できるし、呼吸器内科の誤嚥性肺炎への対応力も同様だ。ただ、そうした専門医のマンパワーを尿路感染症や誤嚥性肺炎に割いていいのかわという問題意識がある。それぞれの専門医が、その他の疾患への目配せも含めた全身管理を含めて対応することは可能だが、これが慣例化すると、そうした専門医の姿勢に依存しがちになり、医師は疲弊

し、さらに自身の専門性を活かしかねない事態につながりかねないというのだ。

総合内科が幅広く対応することで、各診療科の専門医はより専門性を活かせる環境を用意できることになる。北川部長は「呼吸器内科の専門医には気管、肺がんの最先端治療など、専門の先生にはそれぞれの専門領域に専念していただきたい。私たちが診られるものは診ることで、そうした環境をつくることができると考えています」と強調する。

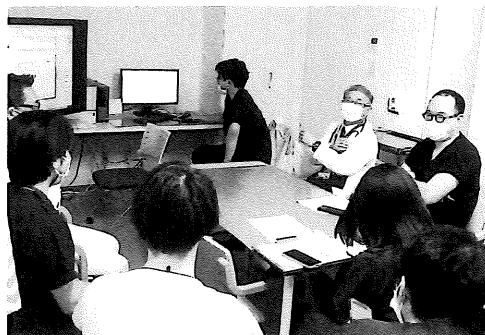
もちろん、幅広い視野を持つ総合内科が関わることで、高齢患者に見られる多臓器疾患の患者や、「何が起きているのか分からない」患者への対応力も増す。「若い患者さんであれば、『胸が痛い』ならば循環器内科でまず診察するといったことが想起できますが、高齢者はそう簡単には行きません。たくさんの方の疾患を抱えた人が、『熱は出てないけれど元気がない』と訴えて

きたので調べて見たら肺炎だったという例もあります。そうした患者さんを正しく診断することが求められています」(北川部長)

### 総合内科は「潤滑剤」 専門科との連携も定着

「総合診療」と「専門診療」は二項対立で語られることが多いが、同院ではそもそもジェネラル志向が強く、診療科間での相互理解が進んでいるという。それどころか、専門科から総合内科に対して応援要請が入ることが少なくない。脳外科の手術のために入院した患者が肺炎を、あるいは手術後に誤嚥性肺炎を起こしたといった場合、呼吸器科ではなく、総合内科に連絡するという流れが出来上がっている。そのため総合内科で喘息や間質性肺炎、心不全などを診ていても、「その疾患は自分たちの領域だ」といったクレームが入ることもなく、むしろ積極的に支援する風土が醸成されている。当然、総合内科から各診療科に応援を求め





科内のコミュニケーションも密に行う

ることもあるが、後ろ向きな姿勢を示されることはない。『誰にも診てもらえない患者さんをつくらない』という考え方が、生え抜き医師を中心に染みついているのではないのでしょうか（堀内医長）

「病院がうまく回っていくための潤滑剤」が総合内科の立ち位置だと、北川部長は説明する。同院のなかで重要な役割を担う診療科という認識が、院内全体で共有されているのだ。

## 退院や回復期以降の 受け皿づくりが課題

課題もある。その一つが、「在院日数」だ。総合内科で対応する患者の多くは在院日数が長くなりがちだ。実際、誤嚥性肺炎は全国平均よりも9日長い29・6日、腎臓又は尿路の感染症も5日長い19・1日となっている。同院は全床で急性期一般入院料1を算定し、また病床稼働率も常に90%前後を維持している。また地域の中核病院としての役割を果たすべく、診療

科の充実をめざしているが、これを進めるためにも病床の効果的な運用は必須事項になっている。「診療科が増えれば、それだけ入院患者も増え、病床稼働率も高くなります。診療を終え、受け皿があります。患者さんを次の段階に送ることも必要です」（北川部長）

平均在院日数の短縮を過度に意識することはないというが、患者総合支援センターが早い場合には入院翌日から介入し、退院支援の準備を始めている。それでも診療自体が数日〜1週間程度で終わっても、帰る場所がない、受け入れる施設がないといった理由で在院日数が長くなることがある。

社会的な課題で退院できないケースは珍しくない。自宅で暮らしていた人が入院し、退院できる状態になったとしても、老老世帯で介護ができず、かといって施設入所は経済的な理由で難しいといった具合だ。

転院先に苦慮することも多い。病名がいたり、炎症反応の指標であるCRP（反応性蛋白）の数値

が基準値を満たしていれば、療養病院などでも受入先が見つかりやすいが、そこまでの状態ではないことから、受入先としては見送らざるを得ないといったことがある。

回復期以降の病院機能を担う医療機関の充実も待たれる。たとえば、嚥下障害に関するリハビリテーションを提供できる病院や施設が充実していれば、同院でも在院日数はもっと短くなる。同院では誤嚥性肺炎の患者の平均在院日数は30日ほどだが、堀内医長は「ほとんどの患者さんは1週間程度で安定しますので、リハビリを引き受けてくれる病院や施設があれば、当院での在院日数は2週間くらいになると思います」と語る。

実際、市内のあるケアミックス病院と誤嚥性肺炎の患者についての連携体制を構築し、CRPが下がらなくても、熱が3〜4日間下がりがり、酸素吸入が不要といった条件を整えば転院させるという取り組みを試験的に導入したこともあった。この時はケアミックス病院側の担当医が移籍したことも



医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院

1980年、前身の茅ヶ崎徳洲会総合病院を開設。2012年10月1日より湘南藤沢徳洲会病院と改称し藤沢市辻堂神台に新築移転。一般外来、各種専門外来を設け健診ドックや公開医療講演を通じて予防医療や医学的知見の提供にも努めております。また、各医学会による施設認定を受ける、毎年十数人の研修医を受け入れる基幹型臨床研修施設でもある。

所在地：神奈川県藤沢市辻堂神台1-5-1

TEL：0466-35-1177

URL：<https://fujisawatokushukai.jp>

病床数：419床(急性期一般入院科1)

あつて、本格的な稼働には至っていないが、今後もこうした取り組みは継続していく考えだ。

## 人材の確保・育成に プログラム3本を用意

また医師の確保も大きな課題だ。先述したように現在では常勤医6人のほか、専攻医と初期研修医が常に9〜10人ほど在籍している。研修を積む医師も貴重な人材なのだ。

研修医の経験を積む場としても機能しているだけに、同院では総合診療専門医のための研修プログラムと、内科専門医のプログラムの2つのほか、同院独自のプログラムも用意している。これは専攻領域を決めきれない医師のための準備期間として活用してもらうほか、開業を検討中で、内科系領域で求められる全身管理の手法などを学べる場として活用してもらうねらいがある。

「外科系の専門領域へ進むけれど、もう1年、内科を経験したい

という医師は毎年1人はいますし、開業医として必要な能力を身につけたいという医師もいます。そういった要望に応えられる環境は整っています。当院の総合内科の教育体制もアピールポイントです」(北川部長)

こうした取り組みが可能な背景も、同院の風土があるようだ。茅ヶ崎徳洲会総合病院としての開院当初から「ジェネラリスト」志向が強く、専門医であっても総合診療医としての技量を身につける風土があり、外科医でも内科医的視点をもちことが求められる伝統がある。実際、北川部長は循環器専門医、堀内医長は呼吸器専門医の認定を持ちつつ、総合診療科で腕をふるっている。「徳洲会はへき地にも病院を建てていますが、中には特定の専門領域の医師が在籍していない病院もあります。こうした場合、そこにいる医師は基本的なことは対応できなければなりません。これに対応できる医師を育てようという文化は徳洲会全体にあると思います」と、堀内医長は語る。

同院自体は紹介重点医療機関という側面を持っていることもあり、総合診療医としての腕を磨くにはうってつけの場になっているようだ。

さらに、地域に求められる役割を果たす上で、かかりつけ医、もしくは家庭医の感覚は備える必要があるという。というのは、かかりつけ医が診察して入院が必要と判断した場合、それに応じるにはその判断過程を共有できる必要があるからだ。今後、外来医療に関する役割は診療所に委ねる一方、そうした診療所からの紹介入院や在宅からの入院の増加も見込まれる。「既に開業医の先生方からは『入院が必要な場合はお願いします』というお声を多くいただいています。私は『かかりつけ入院』と呼んでいますが、そうした役割はますます高くなっていると思います」(堀内医長)

地域と深く結びついた急性期医療を提供する同院のなかで、総合内科の出番はますます増えそう



## 病院の取り組み②

# 「ジェネラル症例」に適した 診療体制を構築し経営改善にも貢献

社会医療法人愛仁会高槻病院(大阪府高槻市、高岡秀幸院長)では2017年に総合内科を立ち上げ、急増する高齢の急性期患者への対応に磨きをかけてきた。従来型の臓器別診療の枠を超え、患者の社会的課題にまで視野を広げた診療体制は、病院の経営にも好影響をもたらしている。

## 社会医療法人愛仁会 高槻病院

### 患者の大半が「ジェネラル症例」 専門診療科目のみでの対応に限界

大阪市、京都市のいずれにも電車で20分ほどの大阪府高槻市を中心とする三島医療圏で、高度急性期・急性期医療の基幹病院としての機能を果たす社会医療法人愛仁会高槻病院。同院も他の急性期病院の例にもれず、高齢患者が急増中だ。2017年に総合内科を開設し、こうした患者への対応力の強化に乗り出している。

総合内科の筒泉貴彦主任部長は、「70歳の患者さんなら『若い』と感じるほどです。80歳、90歳が圧倒的に多く、100歳代の患者さんでも珍しくありません」と語る。実際、総合内科の入院患者の平均年齢は79歳で80歳以上の割合が64%で、成人内科全体でも入院患者の平均年齢は73歳前後、80歳以上の割合は40%を超す。

患者の高齢化とともに目立ってきた傾向として、「ジェネラル症例」の増加が挙げられる。単一疾患に

よって入院が必要になったというより、複数の疾患または病態が見つかり、それらが複合的に重なりあって入院医療が必要な状態に至ったケースが増えているのだ。さらに、医学管理が必要な状況に加え、社会的なサポートが必要な患者も多くなっている。

例えば糖尿病と高血圧、慢性腎臓病を患っている高齢者が、インフルエンザを機に体調を崩し、服薬を止めてしまったために血糖値が跳ね上がり、入院に至る。加えて老老介護で、これまで介護していた妻は認知症の兆候が見られる——といったケースは日常茶飯事だという。

総合内科立ち上げ以前は各診療科でジェネラル症例に対応していたが、限界を迎えつつあった。そもそも高齢患者の誤嚥性肺炎や尿路感染症、大腿骨近位部骨折などに専門診療科の専門医が対応するには限度があるというのが、筒泉主任部長の考えだ。「確かに内科医ならば、誤嚥性肺炎の患者への対応は可能です。しかし、高齢者



簡泉貴彦主任部長

医療は当該の疾患だけでなく、入院後の合併症予防に気を配る必要があるし、退院計画を立てなければいけません。主疾患以外に考えなければいけないことがたくさんあるのです。一方、専門診療科の医師はそのつもりで着任しているわけではありませんから、『自分の専門領域以外』のことに煩わされることになり、肉体的にも精神的にも疲弊してしまうのです」

そもそも「心不全」だからと言って循環器内科の専門医に委ねてしまうと、担当患者数は激増する。「高齢患者のほぼ全員は慢性腎臓病をお持ちと言っているでしょう。それだけで腎臓内科の医師にかか

わっていただくとなると、医師の負担はとんでもないことになりま

### 「誤嚥性肺炎患者は全て対応」 掲げて立ち上がった総合内科

そうしたなかで総合内科が設けられ、「誤嚥性肺炎の患者さんは全て診ます」と宣言し、それを実践したこともあり、もろ手を挙げて歓迎された。それまで内科系の診療科で分担して対応していた症

例が急減、それぞれの専門領域の患者に専念できる体制が整った。それによって呼吸器内科では肺がん患者、消化器内科では肝胆膵の

患者が増えるといった現象もみられたという。

こうした体制の導入が円滑に進んだ背景には、地域の基幹病院という事情もあったようだ。「各専門領域が確立され、それ

に沿った病棟体制が磐石の大学病院では、なかなかうまく進まなかったかもしれない」と、簡泉主任部長は言う。市中病院、しかも同院のような基幹病院となると、好むと好まざるとにかかわらず地域の高齢者が押し掛け、診療科ごとの縦割りにこだわっている患者に対応しきれず、また対応できたとしても医師のほうで疲弊してしまうというのだ。

もともと、その後は状況が変わりつつある。コロナ禍もあって患者の受療行動が変わったことを受けて、「専門領域でなければ対応が難しい疾患」を抱えた患者そのものが減っているというのだ。来院患者数が減ったことに加え、高齢化による「ジェネラル症例」の割合が高まったことが考えられるという。

### 「大腿骨近位部骨折症例」も 総合内科が主治医となる

総合内科の体制は現在、指導医4人、後期研修医4人、診療看護



師 (Nurse Practitioner、NP) が 2

人という顔ぶれになっている。重傷を含めた急性期対応が必要な患者に対応する「急性期チーム」と、急性期加療後、軽症の入院患者への対応を含めた包括的なマネジメントをしながら退院・転院を控える患者に対応する「SNF (Skilled Nursing Facility、高度看護施設) チーム」の 2 チーム制を敷き、後者で主に患者に対応するのは NP だ。基礎疾患や薬の管理、人生会議など高齢患者に必要な包括的な対応に長けている NP が前面に立つことで、医療の質向上が期待できるといふ。

診療科間の役割分担も明瞭だ。

まず総合内科が診察し、誤嚥性肺炎や尿路感染症は総合内科で対応し、専門科の診療が必要と判断すれば、専門の診療科に依頼する。吐下血がある患者は消化器系の専門医に委ね、間質性肺炎は呼吸器内科に担当してもらうといった具合だ。夜間の救急搬送などから入院に至るケースは毎朝、各科の体制やニーズを踏まえて簡泉部主任部

長が振り分ける。

大腿骨近位部骨折の患者は総合内科と整形外科が協働で診療にあたり、手術関連以外の診療は総合内科が主治医として担当している。整形外科が主科となると、たとえば高血圧や血糖値の管理、あるいは心不全も併存しているなど、他の疾患も一つとは限らない。そのたび整形外科医は他の内科系診療科の応援を求めなければならず、余計に煩雑になってしまうからだ。「総合内科の医師が主治医となるほうが、コンサルテーションの頻度は激減するはずです」(簡泉主任部長)

実際、総合内科の受け持ち患者で他の診療科のコンサルテーションが必要になったという例は 1 割ほどにとどまる。

## 総合内科患者の平均在院日数は 2 週間切り、経営にも寄与

23 年には総合内科の専属病棟も設けられ、常時担当する入院患者はだまかには総合内科が 50 ～ 70

人、消化器内科が 30 ～ 40 人、循環器内科が 20 人——と、総合内科の存在感は高まる一方だ。

経営面での成果も上がっている。総合内科の患者の平均在院日数は 22 年度で 16・8 日だったものが、23 年度は 13・8 日。入院単価も 5・6 万円になっている。その要因として、簡泉主任部長は①適切な診療ができていること、②入院後の合併症を予防できている、③退院調整が円滑化している——の 3 つを挙げる。

適切な診療の提供が進んでいる要因としては、社会的観点も加味して設定された目的を、多職種が共有していることが挙げられる。「早期退院」はあらゆる患者に共通する目標だが、これも点滴投与を飲み薬の服用に移行する、あるいは酸素吸入を不要にするなどの形で明示している。このため医師はもちろん、看護師をはじめとする専門職種もそれぞれの専門性を活かしながら取り組みを進めることができるのだ。「チーム医療と言いながら、医師が何のために指示を



社会医療法人愛仁会 高槻病院

1977年に創立。周産期医療、急性期医療、高齢者医療、人材育成の4つを軸に、地域の基幹病院として展開する。2018年に新築建て替え工事が終了し、隣接する愛仁会リハビリテーション病院の3階部分には地域交流スペース「愛仁会ふれあい広場」を、また高槻病院の登録医の先生方にも利用していただける図書室や会議室などのスペースを設置している。

所在地：大阪府高槻市古曽部町1丁目3番13号  
病床数：477床  
URL：<https://takatsuki.aijinkai.or.jp>

出しているのか、十分に理解しないまま、『言われた通り』の処置をしているケースが少なくありません（簡泉主任部長）

患者ごとの目的設定は週1回の多職種カンファレンスで常に確認される。各職種がしっかりと意見を出し合い、意見を交わして最善のゴールをめざすことを共有する。この時の医師は仕切り役でなく、コンダクター（指揮者）役だという。各専門職はそれぞれ異なるバックグラウンドの考え方を持っているだけに、単に「皆で頑張ろう」だけでは同じ方向を向かないことがあるが、こうした場を設けることで「共通言語」が生まれやすくなるという。

### 合併症予防や退院調整の迅速化も各職種が主体性を発揮

合併症予防については、院内感染やせん妄、DVT（深部静脈血栓症）の防止を主題に掲げ、病棟に「丸投げ」せず、医師が積極的にかかわることで予防につなげてい

るという。たとえば尿道カテーテルは早めに抜去する、あるいは点滴も漫然とつながらず、早期の抜去を目的として共有することで、点滴の針からの感染を防ぐといったことも可能になる。DVT予防も薬物療法やストッキングの装着によつて防げることがある。

退院調整で特に重視するのが「退院先の目標設定」だ。「究極的には、2、3日で退院できる状態にもつていくことは可能ですが、それ以上に受け入れ先の事情に配慮する必要があります」（簡泉主任部長）。そのために入退院支援の看護師やMSWが分析し、適切な受け入れ先を候補として挙げていく。

たとえば「看取り対応」でも、多くの高齢者施設や介護事業者は「対応可能」と謳うものの、その定義は施設によつて異なる。終の棲家として穏やかに過ごすことを最優先させるという考え方から、症状が出た場合はそれを抑える薬を出すなどして穏やかに過ごせるような医療を提供する施設がある一

方、余程のことがない限り医療行為は提供せず、発熱したり痰が絡んだりした場合はすぐに病院に搬送する施設もある。

このように施設の考え方がまちまちである以上、患者の希望に合致した施設を選び、そこへの転院をめざすことが重要になる。目的に合致しない施設に送ると、すぐに送り返されるなど、患者にとっても良い結果につながらないというのだ。

院内の環境を整え、退院先の選定にも万全の態勢を整える高槻病院の総合内科の高齢者医療だが、今後はこうした医療を担える人材の育成にも力を入れていく考えを示す。「今回、同法人内の井上病院が総合内科を24年度より開設されました。医師、NPを派遣して私たちも支援していますが、こうした動きを関西全域、ひいては日本全国に広めていきたいです」と、簡泉主任部長は語る。



# 神奈川から地域医療連携の 未来を見据えて

## 横須賀共済病院 長堀薫病院長に聞く

2024年9月、神奈川県横須賀市の横須賀共済病院が主幹する地域医療介護連携ネットワーク「さくらネット」が本格稼働した。「さくらネット」は「地域医療ネットワークを推進するための事業化」として神奈川県の提案を受けて開始。横須賀・三浦医療圏を起点に、湘南東部や横浜市南部まで視野に入れたEHR(電子健康記録)だ。まさに患者情報の共有を通じた地域完結型医療の実現に向けた重要な情報基盤であり、長堀薫病院長はその準備段階から本格稼働に至るまで深く関わってきた。インタビューでは、サービス開始の経緯、行政との深い連携、そして地域医療連携への強い想いについて伺った。(聞き手:エム・シー・ヘルスケア株式会社 板橋祐己)

### 地域連携の出発点—— 対話で築く信頼と理解

——地域医療連携に注力されていますが、その背景にあるお考えについて教えてください。

**長堀** 2014年に横須賀共済病院の病院長に就任した際、地域医療の根幹は「信頼関係」だと改めて感じ、まずは地域連携でお世話になっている近隣の医療機関を訪れ、施設ごとに直接対話を重ねました。中には当院のコミュニケーションへの厳しい意見に接する場面もありましたが、地域医療の課題やニーズを把握し、そこでの気づきや関心に基づいて連携の方針を策定していきまし、すでに普段からの関係性が構築できていたのも大きいと感じています。

——医療連携の基盤はシステムだけでなく、相互理解が重要だということですね。

**長堀** その通りです。EHRをはじめとするICTは確かに効率化の一助となりますが、最も重要な

のは「人と人とのつながり」です。システムの構築や医療DXの推進が目的化してはいけません。対話を通じた信頼関係が築かれてこそ、医療連携が機能するのです。

### 「さくらネット」の始動—— 準備期間と プロポーザル入札の経緯

——「さくらネット」設立までの過程について教えてください。

**長堀** 今日の「さくらネット」につながる地域のアライアンス構築は14年から始まっています。EHRの実装に向けた準備が本格化したのは22年からです。地元の医師会や湘南鎌倉総合病院、県の医療課との協議、アライアンス病院への報告などを経て、23年10月30日付で「医療介護総合確保基金」(県・市町)の予算申請を行い、12月にプロポーザル入札を実施しました。

選定されたのは、神奈川県内で先行する「サルビアねっと」の実績を持つヘルスケアリレイションズ(東京都調布市)でした。同社は、



ナースコール大手ケアコムの子会社であり、クラウド基盤を活用した医療情報の共有に強みがあります。システム構築には、Amazon Web Services (AWS) のクラウドインフラが採用されており、データの安全性や災害時の復旧力も含めて安心できます。

「さくらネット」のシステム運用と管理を目的とする一般社団法人さくらネット協議会を24年4月1日付で設立し、8月から湘南鎌倉総合病院と当院で試験運用を開始し、9月から本格稼働した形です。マスコミ各社に対しては8月27日付でプレスリリースを発信しました。

### 神奈川モデルの意義—— 地域医療の統合と 助成制度の推進力

——「神奈川モデル」の背景と意義についてお聞かせください。

長堀 「神奈川モデル」という言葉自体は黒岩祐治知事のフレーズです。県全体で医療と介護が連携し、患者の診療情報を共有するこ

とで、無駄のない効率的な医療提供をめざすべく、私たちも「神奈川モデル」と位置付けて地域完結型医療の実現に向けて新たなステージに挑戦しています。

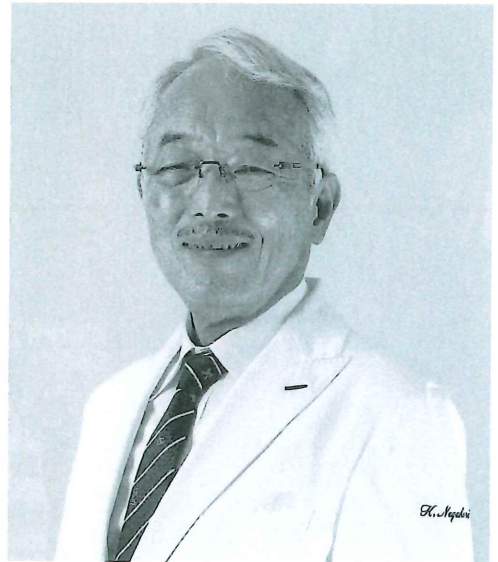
県内では「サルビアネット」という地域医療連携の先行事例もありますが、横須賀・三浦医療圏とその周辺地域を起点に地域完結型医療の実現を進め、患者にとっても安心して利用できる医療体制を整えていきたいと考えています。

### より実効性の高いEHRにするための視点

——EHRの実効性を高めるためには、どのような改善が必要だとお考えですか？

長堀 私は24年9月にデンマークを訪れましたが、実際に北欧諸国の事例から学べる点は多いです。デンマーク（人口約600万人）やエストニア（人口約140万人）では、国民のほぼ全員がEHRに登録され、均質的なシステム運用がなされています。





K. Nagai

一方、現在の「さくらネット」の事業計画は地域住民の約5%の同意取得（登録）を目指すものですが、理想的な情報インフラを築くには、これを3割、4割の割合へと引き上げる必要があります。

神奈川県全域の人口は約920万人になります。北欧1カ国という単位や制度設計を参照しながら進めていくことになりますが、やはり「さくらネット」の成否を握るのは登録率の進捗に尽きると考えています。

そのためには、患者や家族への説明を促進し、システムの信頼性を高めることが重要です。横須賀

共済病院では院内に「さくらネット」に登録するメリットをわかりやすく伝えるポスターを掲示し、患者や家族が視覚的に理解しやすい取り組みを行っています。

また、市役所や地域の公共施設とも連携し、認知を高めていく動きも始めていきます。こうした活動を通じて、地域住民の関心を高め、利用促進につなげていきたいと考えています。

## 地域医療でのシェア拡大のインパクト

—— 湘南鎌倉総合病院の参画がもたらした影響は？

**長堀** 湘南鎌倉総合病院に「さくらネット」の準備段階から参画いただいたことは、非常に意義深いものがあります。横須賀共済病院と湘南鎌倉総合病院の2病院だけで二次医療圏の急性期医療の約7

割をカバーしています。これは「さくらネット」により地域の患者が迅速かつ適切な治療を受けられる情報基盤が強化されたことを意味します。

都市部では複数の大規模病院が競合するため、EHRの導入やシェア拡大が難しい傾向にありますが、地方都市では医療機関間の協力関係を築きやすく、導入シェアを高めやすいという特徴があります。湘南鎌倉総合病院の参画は、他の医療機関にとってもシステム参加のインセンティブになったのは間違いありません。

## 患者・家族の視点から見た「さくらネット」の利用法

—— 利用者はどのように登録するのでしょうか。

**長堀** 「さくらネット」は患者やその家族が簡単に登録できる仕組みが整備されています。患者側の利用料はなく、もちろん無料です。手続きは保険証を用意するだけのシンプルなもの、医療機関の窓

口で保険証を提示して紙の同意書に署名するか、あるいはスマートフォンによる二次元コードで登録するかが選べ、デジタル機器に不慣れな方でも手軽に手続きができるように設計されています。

登録された患者情報は「さくらネット」のEHR（電子健康記録）に保管され、医療機関同士で安全に共有されます。これにより、診療所、クリニック、薬局、介護施設など、地域の医療機関が最新の診療データにアクセスでき、以下のような情報が共有されます。

- ・採血や尿検査の結果
- ・MRIやCTスキャンなどの画像データ
- ・処方された薬の内容
- ・診療履歴やアレルギー情報
- ・予防接種の記録





## 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

1906年、横須賀海軍工廠職工共済会医院として開設。横須賀市および三浦半島で先端医療、がん診療、三次救急医療などを担う。2018年10月に内閣府 戦略的イノベーションプログラム(SIP)に参画し、IT化・AI化を推進する。2020年度日本経営品質賞を受賞。理念は、「よかった。この病院で」。740床。https://www.ykh.gr.jp/

この仕組みのおかげで、患者が複数の医療機関を受診しても、切れ目のない連続した診療が可能になり、重複検査や薬の重複処方が大きく減少します。また、特に救急搬送時には、患者の過去の診療履歴やアレルギー情報が医療従事者によって即座に参照できるため、迅速かつ的確な処置が期待できます。

——登録するメリットは多くありますが、何か阻害要因となるもの

はありますか。

**長堀** 「今は何も困っていないから不要だ」と感じる方もいるかもしれませんが、心理的な抵抗感もあるかもしれません。しかし、いざというときのために備えておくことが重要です。緊急時には、患者の意識がない場合や、言葉を発せられない高齢者でも、「さくらネット」に登録された情報が命綱となります。こうした状況に備え、あらかじめ登録しておくことが、安心して医療を受けられる体制づくりにつながります。

## 「さくらネット」の未来—— 地域への深い浸透に向けて

——今後の「さくらネット」の展望について教えてください。

**長堀** 薬局や介護施設なども含めて参加施設の拡大自体はとても順調です。24年度中に101施設の参加を目指したのに対し、すでに170施設(2024年11月上旬)が参加していますので、地域内での登録者数を重視していきたいです。

## インタビューを終えて

「さくらネット」は、2014年から横須賀共済病院と周辺の医療機関が連携を深め、地道な取り組みの積み重ねから生まれた地域医療連携システムです。診療所や介護施設、行政、そして地域住民との対話を通じて信頼を築き上げてきたことが、システムの発展を支える大きな力となりました。今後も、地域に根ざしたシステムとして、住民に安心を届けるインフラへと進化し続けることでしょう。

長堀病院長が重視するのは「人の力」です。「連携はシステムだけでなく、関わる人々によって支えられる」と語るように、これまで、医療現場の声に耳を傾け、丁寧にニーズを汲み取ってきました。こうした姿勢が、「さくらネット」の真の強みであり、システムの成長を後押ししています。

「さくらネット」がめざすのは、地域完結型医療の実現です。長堀院長の「EHRはあくまで手段に過ぎない」という言葉が示すように、システム導入は目的ではなく、地域全体の医療を統合し、持続可能な医療環境を築くための手段に過ぎません。地域の声に耳を傾け、少しずつ着実に進化を続けることで、やがて地域の人々が安心して医療を受けられる、温かく支えられた未来が広がることが期待されています。

す。まずは地域住民への信頼を築き、しっかりと根付かせることが重要です。地域ごとの医療ニーズに合わせ、施設へのサポートやシステムの改善を進め、登録率向上をめざしていきます。

もちろんエリア拡大も大切です。横浜市南西部エリアへの展開は、すでに栄区、戸塚区、金沢区

の一部で始まっており、参加施設も徐々に増えています。向こう5年といった期間で言えば、県西部や県央部への展開も視野に入れています。地域ごとの状況や連携体制を見極めながら、神奈川県全域での医療情報の一元化をめざし、確実に進めていきたいと考えています。



今月の  
テーマ

## 地域医療構想 への提言

# 「新たな地域医療構想」では 患者を「一人の人間」として診るべき

日本病院会の『「新たな地域医療構想」に向けた意見書』では、これまで、医療政策上、別枠で検討されること  
が多かった精神科や歯科領域の疾患も取り込んで議論することを提言している。そうした発想の重要性につい  
て、相澤孝夫先生に解説してもらう。

### 精神科、歯科も分けず 「一人の人間」を診る視点

日本病院会がまとめた『新たな  
地域医療構想』に向けた意見書は、

①現状把握に基づく将来への視点、  
②医療圏について、③病院の医療  
機能、④財政的基盤の整備と援助  
等、⑤法体系の整備、⑥最後に――  
という構成で地域医療構想で踏  
まえるべき論点を示しました。

今回は、③についてです。

意見書では、新たな地域医療構  
想に関する検討会でも構成員の間  
から出ているように、「病院機能」

に着目した検討を求めています。  
そもそも病院は、外来機能や救急  
機能、在宅機能も備えています。  
これらを勘案しなければ、地域医  
療の正しい把握は難しくなります。

そしてもう1つ、精神科医療も  
含めて議論すべきという提言も盛  
り込みました。これまで精神科医  
療は一般医療と切り離されて議論  
されてきた傾向がありますが、いじ  
めや不登校、発達障害、働き盛り  
のうつ病や自殺、高齢者の孤独や  
孤立、認知症、うつ病などメンタル  
ヘルスは国民的課題です。そして、  
精神疾患を抱えながら一般医療機

関を受療している方も少なくあり  
ません。こうした現状を踏まえれば、  
一般医療と精神科医療を分けて扱  
うべきでないことは明白です。

そもそも、精神科を切り離して  
地域医療を議論すること自体が問  
題だと思っています。歯科もそう  
です。人間の身体は1つであり、  
精神科、歯科を別個に提供する体  
制を考えること自体、違和感があ  
ります。心臓、脳、消化器――といっ  
た縦割り体制がもたらす負の側面  
については議論が進んでいます。が、  
精神科や歯科は置き去りにされた  
まま。このような提供体制の縦割



## 相澤孝夫

社会医療法人財団慈泉会理事長  
相澤病院最高経営責任者  
一般社団法人 日本病院会 会長

あいざわ・たかお●1947年5月、長野県松本市生まれ。73年3月、東京慈恵会医科大学を卒業。同年5月、信州大学医学部第二内科入局。94年10月、特定医療法人慈泉会理事長。現在、社会医療法人財団慈泉会理事長、相澤病院最高経営責任者。2010年、日本病院会副会長。17年5月より日本病院会会長。

### 「私は〇〇科なので」と 診療を断ってはいけない

りは非効率的で、良い結果も生みません。「国が包括的に検討する」という方針をどこかで示すべきで、そのことを訴えているのです。

これは、かかりつけ医機能の議論にもつながります。かかりつけ医や主治医として日常的に接している患者さんが不調をきたしたときでも、ある程度の症状であれば最低限の処置を行っているはずです。たとえば、薬を処方して1〜2日様子を見て、状態が変わらなければまた診るといった具合です。精神科の医師も同様で、目の前の患者さんが風邪をひいたとして、「私は精神科なので他科の先生に診てもらおう」とはならないはずです。自分の手にあまると判断すれば、より専門性の高い医療を提供する医療機関を紹介すればいい話で、初めから診療を拒む理由にはなりません。今後、複数の疾患を持った高齢者がますます増えていきま

す。日常生活での診療では、複合的に診る姿勢が医療機関側には求められ、それは精神科も同じです。

過度な縦割り診療は医療費の非効率的な活用につながりかねません。ある地域で、そこにあるいくつかの診療所が一人の患者さんについて頭部、循環器、呼吸器、消化器と別々に診療すれば、いくらでも開業の余地は出てきます。現在、病院の件数が減少している一方で、診療所の件数は増え続けていますが、このような流れがなぜ起きているのか、背景をよく考えてみる必要があるでしょう。

私は従前から、日常生活圏で全人的に診ることのできる診療所を、住民2000〜3000人当たり1件設けることを提唱しています。単純計算すれば、診療所件数も6万件程度に収まることになります。そうした診療所ですら診断し、手にあまる状態と判断すれば、本稿でも提案した地域型病院に委ね、それでも難しければ高度急性期機能を備えた広域型病院に——とい

う流れをつくるのです。

こうした仕組みの構築にあたって、一部で取りざたされているような開業規制は必要ありません。「当診療所はかかりつけ医機能を有しているの、何でもご相談してください」ということを示す看板を掲げればいいだけです。患者さんも、自身のことをよく知っている診療所を自由に選べます。日本の医療の歴史を無視して外国の制度を無理に導入し、自由開業制、フリーアクセスを制限するのは不自然です。

繰り返しますが、高齢者を一人の人間としてみると、加齢や複数の疾病で身体機能は衰え、回復機能も、生活機能も低下するでしょう。そのような方々はしっかり支援すべきだし、生活機能が急激に衰えないようないろいろ手当てしなければいけません。それには臓器別でなく、精神科領域も含めて総合的に診る医療機関が必要です。そうした役割を果たすのが、外来におけるかかりつけ医機能なのです。