

ドクターズアテンション

検索

ドクターズアテンションが
ネットで読めます。

Doctor's Attentionは独立した機関です。

毎月ドクターズアテンションは国会図書館、中之島図書館に保存されています。

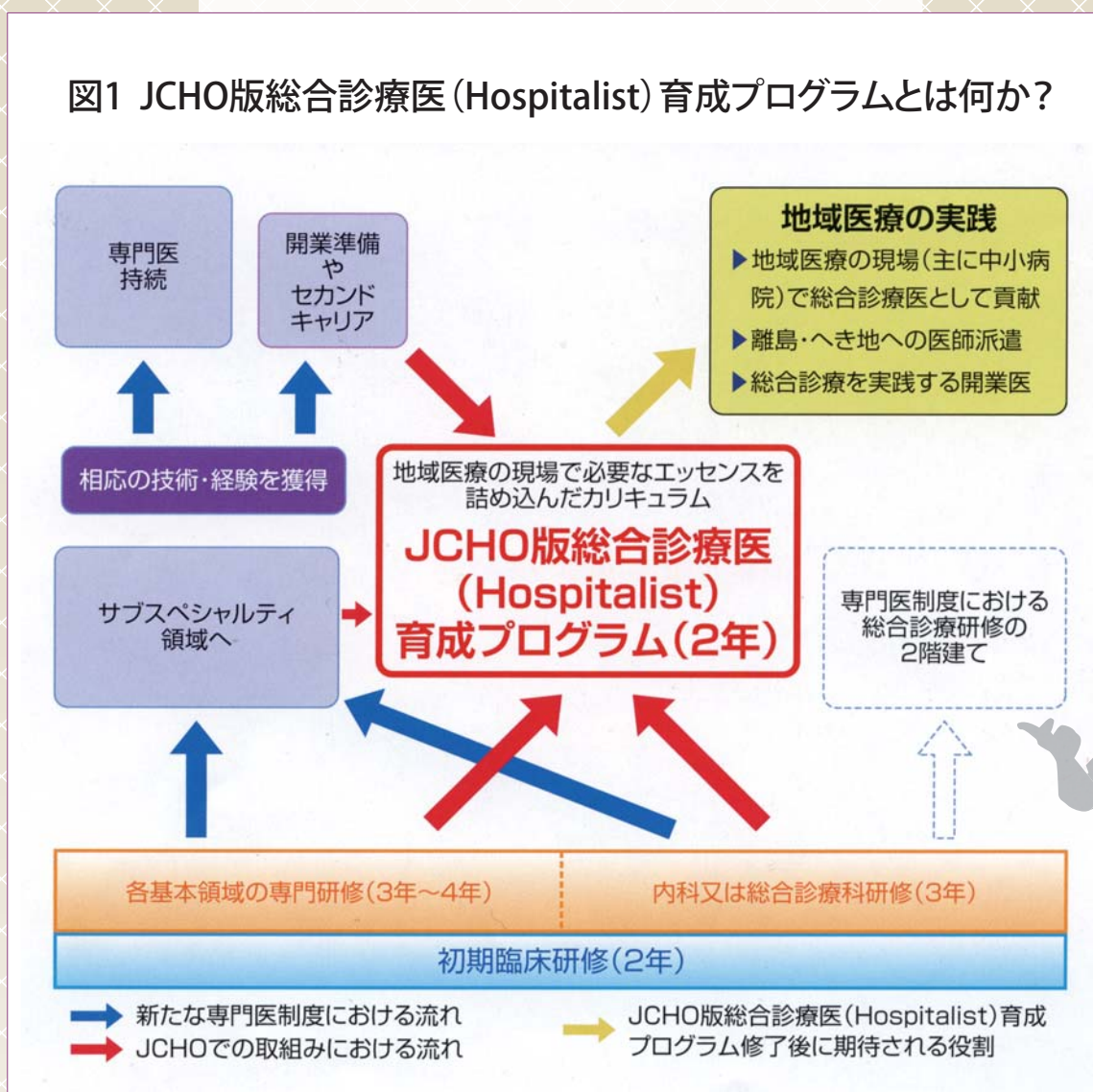
信頼でつなぐ
You&I

新しい医療文化の創造

Doctors' Attention

ドクターズアテンション

図1 JCHO版総合診療医 (Hospitalist) 育成プログラムとは何か?



ドクターズアテンション 特集インタビュー

ジェイコー

JCHO版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム、いよいよ始動

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO) 理事長 尾身 茂

(P2~P3)

JCHHO版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム、いよいよ始動

独立行政法人地域医療機能推進機構 (JCHHO) 理事長 尾身 茂



最近では「総合医」に関して熱心に取り組んでいる大阪府立急性期・総合医療センターのような病院もあります。尾身理事長は以前から総合医の大切さを訴えてこられて、その育成に尽力されておられますが、現在ほどのような状況ですか。

JCHHO版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラムとは？

尾身 2月18日(土)、19日(日)には「JCHHO病院総合医育成セミナー」が開催されました。病院総合医に関心のある若手医師を対象に、地域医療機能推進学会 (JCHHO学会)がJCHHO顧問である徳田安春医師らを講師として招いて開催したものです。「病院でコンプレックスケースに遭遇したら」「ホスピタリストのあり方とそ

の必要なスキル」「感染症プラチナ特講」症例から学ぶ感染症症流儀」などのトピックを基にセミナーを行いました。医療の現場では専門医志向が強くなる一方、地域医療の場では幅広い診療能力を有する病院総合医 (Hospitalist) が求め

られるようになっていきます。地域医療、地域包括ケアの要として地域住民の多様なニーズに応え、地域住民の生活を支えることを使命とするJCHHOは、病院総合医の育成に積極的に取り組んでいます。

平成29年度からはJCHHO版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラムが始まりました。全国に57病院あるJCHHOの病院ネットワークを最大限に活かし、研修病院や研修期間を組み合わせ、個人のニーズにあったカリキュラムを作成します。このプログラムの対象となるのは、後期研修を修了した卒業後6年目以降の医師です(図1、表紙)。

今の日本の教育システムがどうなっているかと言いますと、まず医学部を卒業すると、厚労省が義務化している初期臨床研修が2年あります。そのあとに内科または総合診療科研修が3年、若しくは基本領域の専門研修が3年から4年あります。いわゆる後期研修で、ここを経て専門医、専攻医になります。この基本領域の19番目が総合診療科で、既存の18の基本領域(臨床検査、病理、形成外科、リハビリ

テーション科、救急科、放射線科、泌尿器科、眼科、整形外科、精神科、小児科、麻酔科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、産婦人科、外科、皮膚科、内科)に加えられました。総合診療科は今までは医学界において確立した領域としては認識されていませんでした。専門医を作る仕組みを日本専門医機構が中心となつて議論を重ねて作ってきた過程の中で加えられたものです。1年遅れましたが、来年4月から専門医制度が始まります。そして既存の18基本領域では、その上に設けるサブスペシャリティの議論が進められているようです。ところが総合診療科については、学会ではサブスペシャリティについて正式には決定していません。

世の中の総合診療医に対するニーズはどういうところにあるかというと、まず一般的な病気を持つ人が多く来ますから、総合診療を実践する開業医。そして離島や僻地に医師が足りないという時には総合診療医が行くと非常に役立ちます。さらに、専門家が多い大病院ではなく中小病院には患者さんが直接来られることも多いですし、病院側も全ての科を揃えることが難しいですから、広い臨床能力を持つ総合診療医は貢献することができます。手術まではできなくても

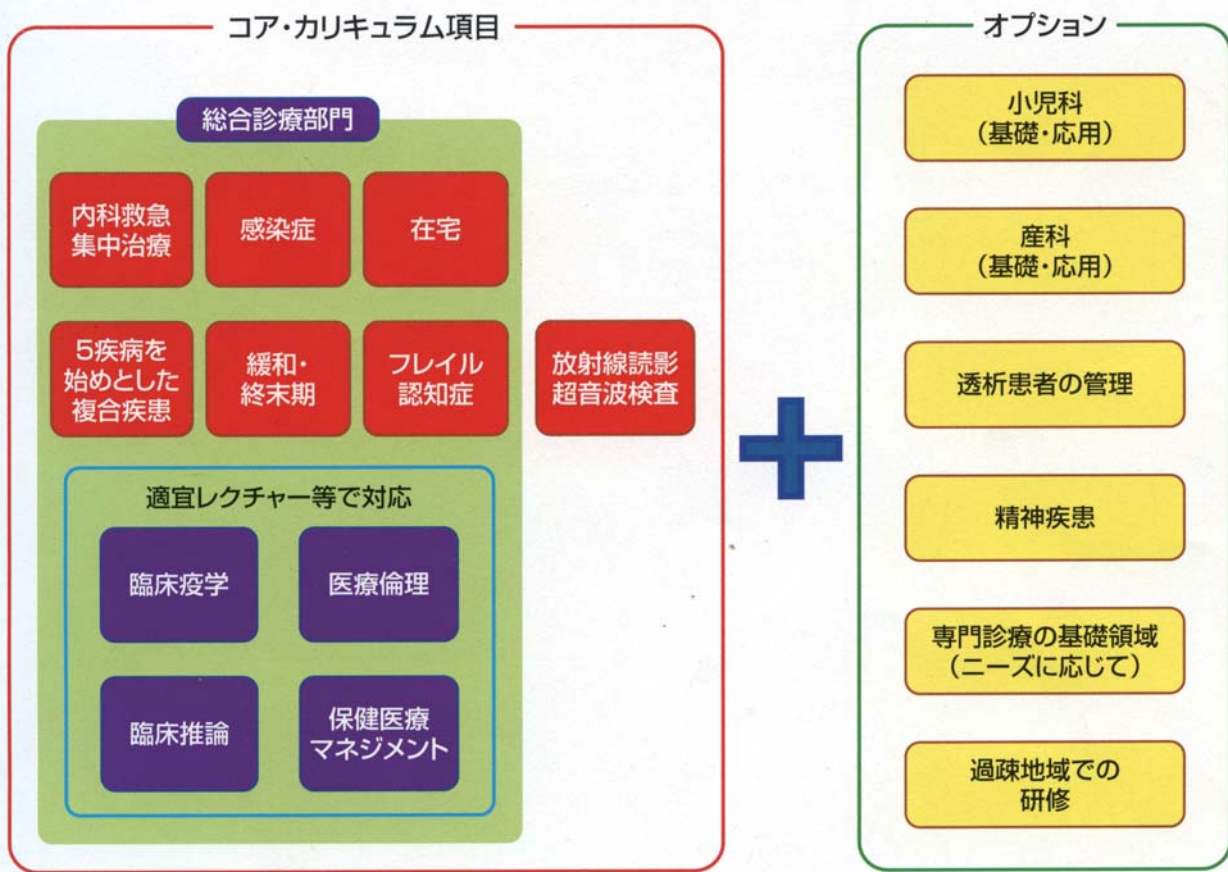
初期治療を行うことはできますから、広い判断が出来る人が地域医療には大切です。後期研修の総合診療科研修では、さらに専門スキルを持つ総合診療医を育成するといった観点から、JCHHOでは我々独自の地域医療の現場に必要なエッセンスを詰め

込んだJCHHO版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム(2年)を今年の4月から始めることにしました。

では、どんなことを学んで欲しいのかといいますと、コアカリキュラムを基本に、各人の経験や希望に応じるためのオプションを用意しています(図2)。絶対に必須のコアカリキュラム項目は、①総合診療を実践するために必要な臨床推論、臨床疫学、医療倫理、保健医療

育成プログラムの研修内容 基本のコアカリキュラムと ニーズに応じたオプション

図2 育成プログラムの研修内容



注) 研修期間や履修内容については、履修者の経験や希望に応じて柔軟に対応するものとする。研修期間は2年間を想定(3年間の期間まで履修可)。

JCHOには多様な病院があり、これらの病院をその特性に応じて総合診療重点病院、地域研修病院、専門研修病院に指定します。プ

**全国57のJCHO病院が
3パターンの研修病院に**

研修期間は原則2年で、3年まで延長が可能です。研修期間や研修内容については、これまでの経験や希望に応じて柔軟に対応します。

その他のオプションとして、小児科(基礎・応用)、産科(基礎・応用)、透析患者の管理、精神疾患、専門診療の基礎領域、過疎地域での研修等、学ぶ人のニーズに応じて専門的な研修を受けることができる体制になっています。

解析する考え方によって、今までにはなかった原因や地域独自の原因等を見つけることができます。こういった横断的なことを教えるプロが日本には本当にいません。臨床的な知識だけではできないことです。数をもつstudyするというのが考え方で、アメリカでは非常に進んでいます。公衆衛生学にも近いものです。

マネジメント等 ②内科を中心とした救急医療 ③循環・呼吸器管理(集中治療)④一般的な感染症管理 ⑤在宅医療 ⑥5疾病をはじめとして複合疾患 ⑦緩和・終末期医療 ⑧フレイル・認知症 ⑨放射線読影・超音波検査手技等です。こういったことができるだけで無駄が省けます。たらい回しなどもなくなるでしょう。例えば、大学では殆ど教えていない臨床疫学(epidemiology)という方法論では、地域で流行した原因の分からない病気を、患者さんをマスとして解析する考え方によって、今までにはなかった原因や地域独自の原因等を見つけることができます。こういった横断的なことを教えるプロが日本には本当にいません。臨床的な知識だけではできないことです。数をもつstudyするというのが考え方で、アメリカでは非常に進んでいます。公衆衛生学にも近いものです。

JCHO全体で総合診療医を育てるといって考え方は、総合医は地域で育て、専門家は大学などで育

また、研修終了後には認定証を授与し、様々な選択肢を提示しています(図3)。まず、①1年間の留学(海外または国内)もしくは、②1年間正規雇用でJCHOの職員としての勤務の後、2年間はスタッフ医師として地域研修病院で勤務、その後のJCHO病院に勤務する場合は、将来の幹部候補生として処遇します。他にもJCHO提携大学で学位を取得する、WHOなどの国際機関や厚労省での勤務、開業医等として地域貢献することも可能です。

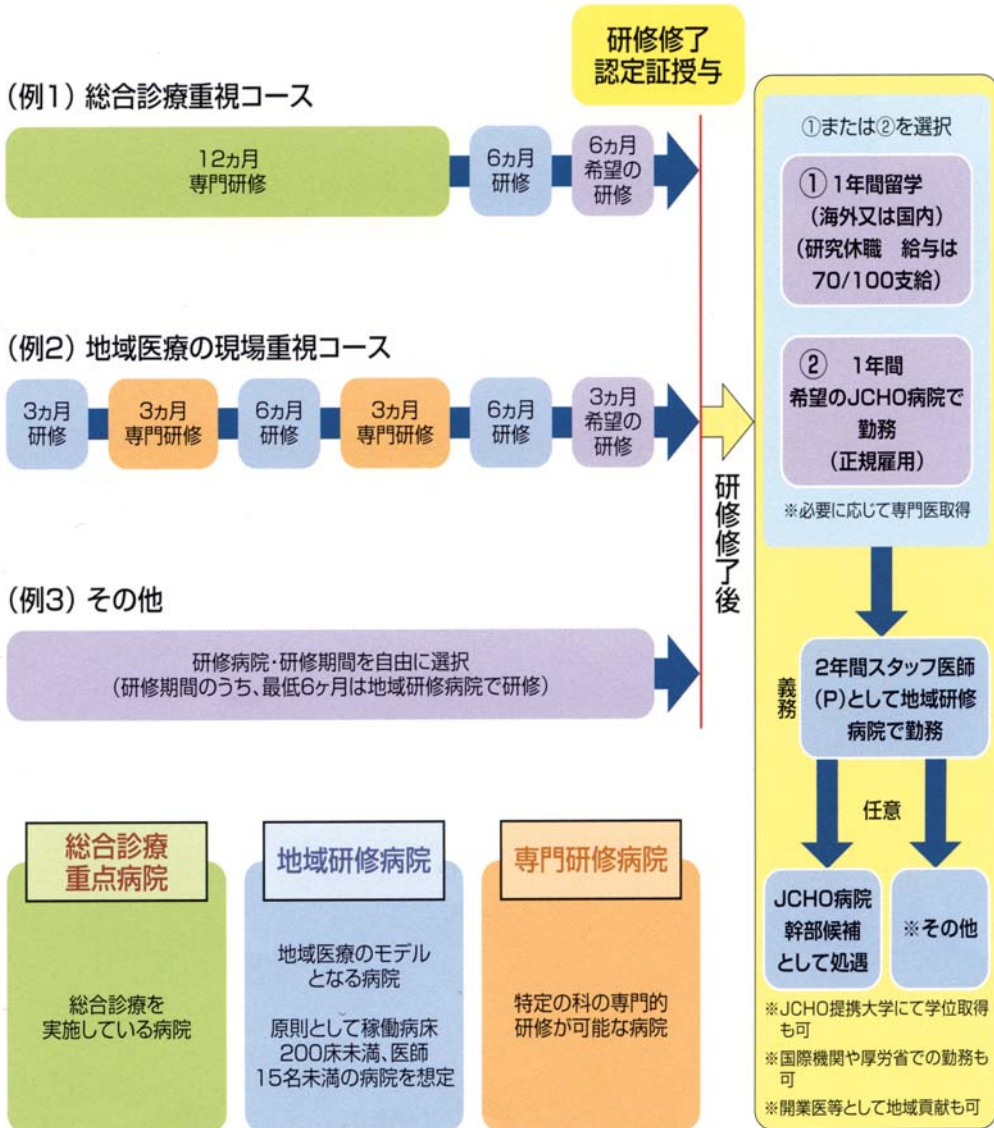
**総合診療医として
活躍できる
魅力的なキャリアパス**

例えば、総合診療を学ぶことを重視したカリキュラムでは、最初の1年間は総合診療重点病院で総合診療のコアをじっくり学び、その後の半年間、地域医療の最前線である地域研修病院で実践経験を積んで、最後の半年間で不足している専門分野について専門研修病院で研修を行う、といった研修が可能です。あるいは、地域医療の最前線を重点的に経験したい場合、まず地域研修病院で3カ月研修し、その後専門研修病院と地域研修病院を3カ月半年の期間で行ったり来たりしながら自分の不足している分野を学ぶ、という研修も可能です。

プログラムでは、2年間で研修病院・研修期間を組み合わせて個人のニーズに合ったカリキュラムを作成します。

図3 JCHO版総合診療医(Hospitalist)育成プログラム(案)

- 研修生の多様なニーズに応じた充実した研修を実施
- JCHO内の多様な病院を研修病院として有効活用
- 研修後における魅力的な選択肢を提示



てるといって役割分担です。大学病院における医療と、地域の第一線における医療はまったく違います。大学病院ではある程度病気が決まっています、紹介で患者さんが来られま

プログラムに参加しています。東京新宿メディカルセンターで研修を始めましたが、院長以下病院全体で大切に育てると言っています。研修を受けて良かったと思ってもらえるようにしていきたいと思っています。

◆尾身 茂 プロフィール

- 昭和42年 American Field Service (AFS) 交換留学生としてアメリカ合衆国 New York, Potsdam Central High Schoolに留学
- 昭和44年 東京教育大学付属駒場高校卒業 慶応義塾大学法学部法律学科入学
- 昭和47年 自治医科大学入学(一期生)
- 昭和53年 同大学卒業 卒業後地域医療に従事 (東京都立墨東病院研修医、伊豆七島院勤務医等)
- 昭和62年 自治医科大学予防生態学教室助手(医学博士取得)
- 平成2年 WHO西太平洋地域事務局感染症対策部長等
- 平成11年 第5代WHO西太平洋地域 事務局長
- 平成21年 自治医科大学地域医療学センター教授 WHO執行理事
- 平成23年 独立行政法人 国立国際医療研究センター 理事
- 平成24年 独立行政法人 年金・健康保険福祉施設整理機構 理事長 内閣官房新型インフルエンザ等対策有識者会議の長
- 平成25年 国立国際医療研究センター 顧問
- 平成26年 独立行政法人地域医療機能推進機構 理事長 (現任)

ドクターズ・イン・シネマ88

時代と共に映画の主役の職業も変わりますね。今は弁護士、政治家が多い。で、弁護士を扱った作品を2本。いや、看護師さんもイイ役で出てきます。

まず「ダーティー・グランパ」(米15)は若い弁護士がザック・エフロン、その祖父がロバート・デニロ。開巻すぐデニロの奥さんの葬式のシーン。

そこで「お爺ちゃん、来週の結婚式。出席してくれるね」と孫のエフロン。

ところがデニロ「待て。俺はフロリダで約束のコンペがある。お前、運転手として、ちょっと付き合え」と車にバッグをムリムリ積み込む。ここから「お前、独身最後にハメはずせ」とまるで由利徹と松坂桃李のズッコケ道中。

フロリダのプールではキャピキャピ水着の女性群。「私達、看護師の女子会よ。今夜のハチャメチャ・パーティーに来てよ」。夜、ご機嫌デニロは「私、老人専門よ」と迫るムチムチお姐さんの攻撃にハラホシ沈没。おすおす参加したエフロンも酔っ払ってムキムキ半裸で踊り、こちらもメロメロ号泣。

最後は二人で「本当に好きな人生を選ぼう」と結婚式をメチャメチャに。おバカ映画ですが、さすがに「初登場トップ10」観客動員、観るべき価値アリでした。なお、映画に合わせて、このコラムもお下品文章にして、スママセン。



次の「ブラック・ファイル 野心の代償」(米16)はキャストが凄い。こちらの若い弁護士は売り出しのジョシュ・デュアメル、彼のボスがアル・パチーノ、製薬会社のCEOがアンソニー・ホプキンス、謎の東洋人イ・ビヨホン。そして監督が日系のシントロウ・シモサワ。ね、観たくなるでしょう・・・。

舞台は現代のニューヨーク。デュアメルは、妻アンリー・アッカーマンの「貴方が大きな仕事に当たれば、私が看護師を辞めてもやっていけるわね」という言葉に中級のコンドミニアムを送りだされて法律事務所に出勤。

その日、彼はランチで元カノのアリス・イヴに遭遇。「今ねえ私、あの大手製薬会社CEOの秘書だけど、オンナでもあるの。で、貴方の事務所、うちの薬害訴訟に手こずってるわね」「・・・」約800人分の不正データあるわよ。

出世のチャンスと喜んだ彼にボスのパチーノが「この数万ドルのボールペンを進呈する。これに相応しい仕事をしろ」。そして、ようやく面談出来たホプキンスは「君が手にした証拠では裁判は維持できんだらう、やってみるか」・・・さあ、ここから野心と欲望と陰謀渦巻くジェットコースター・ドラマが始まる。

まず、イヴが誘拐され、彼のチームに脅迫電話。かと思えば、突然ホプキンスがパチーノに「巨額の和解金を払うから」と調停の申し入れ。そして主役の一人が重傷を負いアッカーマンの病院に入院。彼女は言います「看護師は人の運命を操れるのよ」・・・その院内に蠢くビヨホン達。さあ、決着は一体どうなって、代償とは何か? 病院も巻き込んだラストまでの展開は?

映画は面白い。まさに、人生と同じですね。

(白井松器械・白井秀明)

御良縁

心から祝福される御縁が結ばれますよう
御入会は一度御面談の上とさせて頂いております。
—— 創業34年 ——

〔男性〕医師 他 〔女性〕神戸女学院・聖心女子・同志社 其他(在学中も可)
京阪神在住 医師・薬剤師 他
30歳前後 28歳位迄

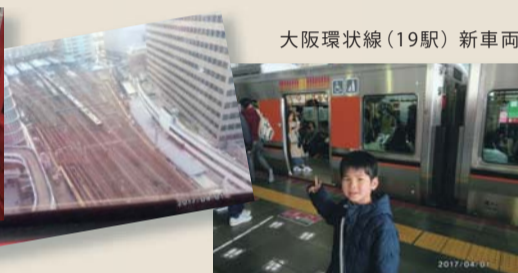
案内書送付

(京大OB)とぎわぎかい
常磐樹会

10時～5時 月曜日休み
(06)6365-8688
大阪市北区(梅新交差点)



観覧車



大阪環状線(19駅)新車両

雑踏の
梅田界限
日曜散歩

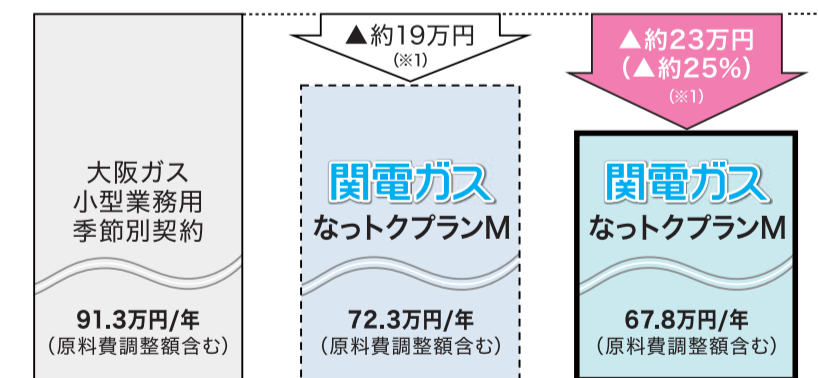
関電ガス 平成29年4月1日から供給開始!

関西電力 power with heart

○申込件数が10万件を突破。(平成29年3月末時点)切り替えるなら今がお得!!

ひと月あたり800m³ご使用の場合

電気セット割引
早期契約割引 適用で



年間約23万円お得! ※1

料金単価等

(平成29年1月時点、税込)

料金メニュー	当社	大阪ガス
	なつくプランM	小型業務用季節別契約
料金単価		
定額基本料金 (円/月)	2,099.52	4,320.00
流量基本料金 (円/m ³ ・月)	806.76	896.40
従量(単位)料金 (円/m ³)	夏期	74.32
	冬期	86.97
電気セット割引 (▲3%) ※2	当社の電気とセットで契約いただいたお客さまへの割引	
早期契約割引 (▲1%) ※2	平成30年1月末までに、ガスをお申込みいただいたお客さまへの割引 (平成31年4月分料金までの割引)	

関電ガスのよくあるご質問

- Q1. 関電ガスに切り替える場合、大阪ガスへ解約の手続きが必要ですか?
→A. 関西電力から大阪ガスへ連絡するので、お客さまからの解約手続きは不要です。
- Q2. ガス漏れ等の緊急時の対応はどうなりますか?
→A. ガス漏れ等の緊急時には、ガス事業法に基づき、大阪ガスが従来と同じく一元的な対応を行い、関西電力は必要な連携・協力を行います。
- Q3. 誰でも関電ガスに切り替えられますか?
→A. 現在、大阪ガスと都市ガス契約をされているお客さまが対象です。プロパンガス等のお客さまは対象外となりますので、ご了承ください。

※1 (試算条件)
・ひと月あたりの使用量は、当社が把握している、主に飲食店等のお客さま(当社調べ)の年間の平均的な使用量を12ヶ月で除した使用量です。
・契約最大使用量は、上記サンプルの平均の使用量(10m³)です。
・夏期・冬期の使用量の内訳は、年間の月数で按分して算出(夏期:67%、冬期:33%)しています。

※2 (割引条件)
・割引対象額は、基本料金および従量料金(原料費調整額は含みません。)の合計です。
・割引率は割引対象額に対する割引率です。
・電気セット割引は、ガス料金からの割引で、電気料金からの割引ではありません。

※ 上記料金は、平成29年の1月の原料費調整制度による調整単位数、および消費税等相当額を含みます。年間のメリット額は、上記条件で試算した1ヶ月の料金を年間換算して算出したものであり、実際のメリット額は、ガスの使用状況等により、変動します。

関電ガス
お問い合わせ
ダイヤル

0800-777-5800

【受付時間】9:00～17:00(平日のみ)

関電ガス

検索

ドクターズアテンション 取材

公立大学法人 兵庫県立大学
第20回(通算)医療・介護マネジメントセミナー

病院管理学の到達点

「病院機能を発揮し、病院運営管理を徹底すること」で得られる果実とはなにか

2017年3月25日(土) 兵庫県立大学 神戸商科キャンパス



後藤教授(左から2番目)、小山教授(左から3番目)を囲んで

「病院管理」Hospital Administration という用語が国で使用されるようになったのは、1948年からである。GHQは、わが国の病院が「欧米の世紀のそれに等しい」と酷評し、厚生省に早急に改善するよう命令した。その結果できたのが病院管理研修所(現・国立保健医療科学院)である。モデルとなったのが国立東京第一病院(現・国立国際医療研究センター病院)であった。

策科学や経営科学からアプローチするもので、ミクロには病院の施設・設備・組織、財務、人材などの諸問題に対応する実学である。今回のセミナーでは、この病院管理学がどこまで到達し、成し遂げたことと未到達の課題を議論してみたい。(第20回(通算)医療・介護マネジメントセミナー資料集より)

※抜粋して紹介します。

■基調講演 「実学としての 病院管理学の探求」

兵庫県立大学大学院経営研究科
教授 小山秀夫

1980年に厚生省病院管理研究所に入所。1981年には老人病院の調査を命じられ、1982年には「デイケア・訪問看護、地域リハビリテーション」の調査を行いました。老人の訪問看護に診療報酬が付くようになったのが1984年。高齢者のデイケアの実践第1号は南小倉病院でした。しかし当時まだ30歳でしたので、老人病院を何とかしようとか、地域ケアとか言ってもなかなかうまく行きません。1986年には在宅と施設の間、医療と福祉の間というような中間施設を厚生省の依頼で、特養が18万円くらいの時に20万円で作るようになって、医師と看護師とリハも入りました。その後も老人病院やデイケア、訪問看護、老人の栄養問題、認知症

等々に関わってききましたが、52歳の時に、定年までいると死ぬと思って、平成18年、54歳の時に静岡県立大学経営情報学部へ転職しました。兵庫県立大学でMBAを立ち上げるから医療マネジメントコースを教えるようにと後藤武先生に言われてこちらに来たのが7年前です。その後介護マネジメントコースも増えて、この3月で私は定年退職しますが、入学者が129人になります。

「病院管理学」Hospital Administrationですが、初めにこの言葉を使ったのはフローレンス・ナイチンゲールです。日本で最初に使われたのはGHQのジョンソン大佐が「日本の病院はワイルド、ワイルド&ワイルド」と報告し、厚生省に早急に改善するように命令した時でした。GHQは1945年に上陸して初めて行ったのが防疫対策でした。日本の病院を何とかしないと自分たちも困ると考えたのです。

遡って、日本の近代医療の確保を見てみますと、1939年には厚生省が設置され、国民健康保険法が成立しています。そして戦争が始まり1942年日本中の医療機関は日本医療団という1つの組織にまとめられます。1947年にはGHQによる病院機構の抜本的整備の方策立案。1948年にPHWによる病院管理研修所が作られ、この年は児童福祉法や医療法が作られた大事な年です。

「病院管理学とは、病院の組織、経営から、医療の制度、評価、さらには社会保障全体のあり方に至るまで、広く医学医療の社会経済面を研究する学問分野である。最近では、医療管理学(health care administration)などの名称が用いられることがある。(濃沼信夫・医療・病院管理用語辞典2011)」

日本の病院は平成28年12月末現在で、8440病院あります。国立が327、公立が930、公的が282、こままでが13.2%です。昭和21年の統

計で日本中の病院の約25%は旧帝国陸軍の病院、病床の20%が旧帝国陸軍から公立病院の整備が始まっています。平成2年の病院数は1万96病院です。それから以降病院数は減ってきて、経営の継続性が確保できない病院は消滅してきた歴史だったと言えます。

私が考える病院運営管理論での 重点事項とは

病院管理とは病院の設置理念・ビジョンを明確にし、価値観を共有した組織において、運営戦略・計画に基づき、医療組織、経営組織、医療設備機器、病院情報システムを適切にマネジメントし、組織目的を達成するパフォーマンスであると考えます。経常利益の最大化が病院管理の目標ではありません。病院の経営継続が目標だと考えます。病院の経営管理は赤字を出してもいいわけではなく、徹底しなくてはなりません。5年先の自院のあり方を必死に考え、そこまでの道筋を計画化し、組織内浸透を図り、進捗管理することが必要です。病院管理上の問題は多岐に渡ります。医療サービスの公共性、公正性、安全性を最大化するようにシステムを動かしていく必要がありま

す。また、病院の問題は外部環境と内部環境に分けることができます。いくら内部でがんばっても外部環境が激変してしまえば、経営を存続することができません。管理することが可能か不可能かを明らかにする必要があります。マーケティングと組織適応性を重視します。医療の質と経営品質を最大化して組織(チーム)の質を考えることが非常に重要です。

質の高い医療とは……

- ・ 医療の全過程で期待しうる損失とバランスの上でもたらされる患者の福利(Donabedian)
- ・ 生活の質の改善and/or生命の長さの

管理に確実に貢献すること)

(American Medical Association)
個人および集団を対象とした医療サービスにより、健康に望ましい結果を導く可能性を高める度合いであり、かつそれが最新の専門的知識と矛盾しない程度のものである
(Institute of Medicine)

組織の質の向上には成功体験が必要ですが、衰退の法則に絶えず注意することが必要です。ジェームズ・C・コリンズによる衰退の5段階とは①成功から生まれる傲慢②規律なき拡大路線③リスクと問題の否認④「発逆転策」の追求⑤屈服と凡庸な企業への転落が消滅、です。医療の質と経営の質は関係あるのかないのかと考える時、先日名刺ホルダーを整理してましたら、病院長の名刺が3900枚ありました。すごい方々ばかりだと思つと同時に、最近医師が病院長の言うことを聞かないそうです。最適の医療組織と経営組織になつていないのでは?医療の質だけが高いということはないと感じました。

昭和36年に国民皆保険制度が確立、昭和38年に理学療法士・作業療法士法が作られ、その後老人保健法などを経て、介護保険法、回復期リハビリテーション病棟が出来たのは平成12年のことです。40年の流れの中で医療概念が拡大されてきたことが分かります。しかしこの4、5年の制度改革は現場の病院や介護施設、障害者施設が追いついていません。机の上でくるくる回っているばかりにしか見えません。医療の確保とはもう少し絶対的なこと。全国一律のプログラムで対応しようというのは無理があります。2014年には医療介護総合確保推進法ができましたがいろいろなのが解決できないままです。おまけに地域医療構想でも知事が権限を持ちましたが、都道府県行政がもつとしっかりしてもらわないと、なかなか難しい時期に来ています。もつと住民の生活を基盤にして医療を再構築し

ていかなくはないでいいでしょう。

ひたすら急成長してきた病院では、確かに病院管理の実践は確実に向上が見られました。が、急激な量的拡大と医療概念の拡大に追いついていない状況です。医療の質への疑問やチームビルディングの困難性、経営管理人材の深刻な不足などが露呈しているのではないのでしょうか。

病院の寿命は30年、組織の寿命は3年です。3年ごとにチームビルディングしていかなくてはなりません。医療組織は合理性を追求し、communication buildingを高めていかななくてはなりません。医療組織と連動する経営組織の構築、リアリティを追求することで組織を動かすことが重要です。

病院機能を発揮し、 病院運営管理を徹底することで 得られる果実とは。

- ・ 病院スタッフの量的拡大、質的充実
- ・ 他職種共同の医療チームへの更なる志向
- ・ 病院の存続、経営の継続性
- ・ 近年の病院運営管理は高度化、複雑化、情報化
- ・ 病院管理のプロフェッショナルが育たないと云われるが、医療専門職に組織管理や経営管理技術を教育するか、病院スタッフを再教育するメリットがある。

シンポジウム「病院管理学の到達点」

シンポジストに、学校法人昭和大学名誉教授 有賀徹(独立行政法人労働者健康安全機構理事長)、日本医療・病院管理学会 理事長 寛淳夫(工学院大学教授 本研研究科客員教授)、兵庫県立大学大学院経営研究科 教授 筒井孝子を迎え、シンポジウムコーディネーターを小山秀夫が務めました。

Collaboration and Creation for the Future

大阪市立大学 医学研究科長・医学部長／脳神経外科学教授 大畑 建治



大阪市立大学大学院医学研究科・医学部の基本理念は「智仁勇」。論語で三徳「智の人は惑わず、仁の人は憂えず、勇の人は恐れぬ」と言います。昨年4月に、医学研究科長兼医学部長になられた脳神経外科学の大畑建治教授に、この1年間のお話等を伺いました。

—— 1年間医学部長をされて、どんな思いをお持ちですか。

大畑 日本全国の医師国家試験の合格率が88%でした。この10年間で一番低い。全体的に下がってきています。受験資格者がおよそ9600人、合格者が8500人です。学生数が増えて合格率が下がったわけを考える必要があると思います。同時に、留年する人たちが増えています。今まで5年6年の2年間ですべていたことを4年生もするようになって、カリキュラムが難しくなっています。特に、臨床実習72週というような、アメリカで医療行為を行う場合の資格審査機関 ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) を通すためのカリキュラムに沿った方法に暫時改定されています。また、クリニカルクラックシップ(臨床参加型実習)に上がるには、全国共通の共用試験を受けます

が、ここで1段階ふらふらにかけられませんが、実際、本学でも留年率が上がってきています。単に成績が良いからというだけで医学部に入ってきたけれども、そんなに医学が好きではないというケースもあるでしょう。1年目の成績が悪い人はずつと悪い傾向があるので、1年目をどう鍛えるかがポイントだと思っています。情報の詰め込み教育ではなく、モチベーションを与えるような、心のスイッチを押すような教育が要るのではないのでしょうか。留年しそうな学生を早目に見つけて、いろいろな教育して引く張つていくと、元気になるのではいかと思えます。手間はかかりますが、もつと手厚くしていかななくてはいけないと思っています。人材を大切にしている努力が必要です。

点数だけの受験勉強をしてきて医学部に入り、特にモチベーションもない。もしかしたら、入試にも問題があるのかもしれない。2020年に新大入試制度に変わります。センター試験がなくなり筆記論文、面接などで、本当にやる気のある人たちを入れることができるようになるのではないかと。入学後の教育に関して、文科省の大学改革推進事業の一環である「国際基準に対応した医学部教育分野別評価認証制度」を9月に受けることになっています。アメリカでは4年制のカレッジを出てから医学部に入るの22歳でいろいろな経験をしています。日本の場合は、高校からいきなり医学部に入りま

すから、人間形成もできていないのに患者さんを診ることになります。人間としての教育、チームプレイを学ぶには部活が有効ですが、詰め込み教育の中で部活はなかなか難しいです。もつ

いろいろなことが勉強できる時間が必要だと思います。認証制度で一旦プログラムが決まりますから、それを見ながら変えていくことだと思います。

大学院では、学位よりも専門医という傾向があります。そして医学系の論文が減っています。留年する人も減っています。医学部を出たあとに、何を指して勉強するのか。専門医を取って学位も取ると卒業から10年、35歳ではないかと、全国病院長医学部長会議では昨年12月、新井会長が「初期研修の2年間の廃止、医学部のクリニカルクラックシップに前倒しにして専門医受験までの卒業6年間の最初の2年間も専門医の勉強をさせて、1人前の医者早く作りたい」と発表しました。

1つの解決策だと思います。2006年から始まった初期研修によりその2年間のレジデントが減りましたから脳神経外科等では非常な打撃を受け、臨床が疲弊しました。
専門医と学位の間で揺れる学生「助教」職で選択に余裕を
また、大学のスタッフになるには論文を書かないとダメです。専門医試験の勉強ばかりしている人に大学の教員になりなさいと言っても、仕事ばかりして論文を書いていません。そこで今年7月から「助教」を復活させることにしました。論文がなくても学位がなくても専門医で臨床が終わって病院に貢献できれば、大学のスタッフになれるという制度です。一定の枠の中でポテンシャルの高い人を採用してそこから研究をさせていくかと思っ

ています。専門医の勉強をしながら大学院にも行かせるコースは以前からありますが、大変な努力が必要です。大学院に行つて研究のノウハウを知らない論文は書けません。論文を書いた実績を積み、学問の入り口に入れます。大学院という制度の有り方も、専門医制度に重きが置かれている現状では、いろいろな改革が必要です。

基礎に行く人がいないので、基礎学者が減っています。ネイチャーの発表でも日本人の投稿数が非常に減っています。専門医も取得させ、さらに論文も指導することに現場の教授たちは大いに悩んでいます。専門医制度が過剰で専門医に価値付けしすぎです。その矛盾が若い人たちに押し付けられているような印象です。

成功裏に終わった「頭蓋底外科学会」。
今年は「認知症」
昨年6月には4年ごとの「第7回世界頭蓋底外科学会連盟国際会議」と「第28回日本頭蓋底外科学会」を会長として開催しました。脳神経外科、耳鼻咽喉科、形成外科、眼科など総合的な頭全体の学会です。世界の有名人がほとんど参加して、参加者約800人のうち、約7割が外国人の方でした。「第9回世界髄膜腫学会」も兼ねた学会で、その理事長もしています。準備に4年間、膨大な体力と時間を消費しましたが、成功して非常に良かったと思っています。
今年、6月8日、9日に「第32回日本脊髄外科学会」を「The 8th Annual Meeting of Asia Spine」

同時開催で行います。

4月11日には、日本国内の認知症臨床研究支援事業「AMED研究事業」を展開する本学と、米国のアルツハイマー病治療研究所である南カリフォルニア大学 ATRI (Alzheimer's Therapeutic Research Institute) が、認知症臨床研究推進のための基盤整備に向けたノウハウの共有や日本の認知症臨床研究を推進することを目的として、相互協力協定を締結します。これにより日本国内における基盤整備が可能になり、グローバル治療の推進が加速することが期待されます。この相互協力協定記念事業として、「アルツハイマー病臨床研究を推進するコンソーシアムの役割」と題したアルツハイマー病医療推進フォーラムを本学にて開催します。世界をリードするアルツハイマー病研究者が集まる英語での学会です。

留学生が多いのでカンファレンスも英語で

国際化には力を入れています。脳外科では10年前からカンファレンスと回診は英語で行っています。絶えず留学生が4、5人いますから、公用語は英語です。また、香港中文大学の大学院とのダブルディグリー(4年で2つの大学の学位が取れる)プログラム協定を締結しました。医学部では数少ない例です。国際交流は盛んで本学からの留学生が年間約40人、海外からの留学生が約60人います。

インドの全インド医科大学で客員教授も務めています。経済産業省に協力してインドに日本の医療機器を進展する事業も行なっています。先日は日本の企業と政府関係者と医師を15名連れて、3日間ニューデリーで手術を教えました。今、日本の外科医は減少傾向です。本学脳外科でも毎日厳しい手術があり、患者さんも多い

ので手いっぱいです。制度の中で疲弊している外科医の環境を変えようと全てが変わってきます。まずほとんどの諸外国のように手術にインセンティブがあれば良いと思います。外科医を大事にしないと日本の医療は滅びます。医療の根幹は外科です。大学はどうやって活動のための原資を持ってくるのか、病院の経営、研究による外部資金、企業との連携の3つしかありません。このバランスを取ることは大変なことです。たいいてい大学では運営が病院に頼り過ぎています。

今後の課題は病院間の連携です。民間病院と大学病院との連携。周辺の大規模病院同士の連携です。地域の法人が連携してグループを作り、仕入れ価格を抑えるといった動きを進めていこうとする「地域医療連携推進法人制度(仮称)」が始まります。医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための選択肢の1つです。競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保できると国は言っています。

「Association of Academic Health International」は、医学部を中心に産業界と地域の医療が連合を形成するための会ですが、1990年代にアメリカで発足、産官学の連携の始まりとなったものです。その学会が5月にワシントンでありますので、大規模病院の現状について講演をする予定です。大規模病院を中心とした医療の構築をどうするか、国内でも海外でも皆が悩んでいます。今後の課題です。

◆大畑 建治 プロフィール

- 大阪市立大学医学研究科外科系専攻博士課程 1988～1990年
- バージニア医科大学脳神経外科 1991年
- ドイツマールブルグ大学ルダ市民病院 1999年
- 大阪市立大学 助教授
- 大阪市立大学 教授
- 2006年
- 2016年 現職

キリスト教の精神に基づいて より高い医療、より高い看護、より高い介護を

社会医療法人財団 聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院（姫路市仁豊野）

理事長 **舞原 節子** 病院長 **若林 隆信** 重度障害総合支援センター長 **宮田 広善**

—— こちらの病院はキリスト教系の病院ですね。この4月には新しく医療型障害児・者入所施設が開設されるそうですが。

舞原 当院は1950年2月にカトリックの聖フランシスコ病院修道女会の医療施設の一つとして姫路で開設いたしました。聖フランシスコ会としましては、当院開設に先だつて原爆被災地、長崎に聖フランシスコ病院を1949年に開設しております。開設のきっかけは、戦後すぐ姫路城の横には、ベルギー人の神父様の本部「淳心会」がありました。当時の姫路にはカトリック系の学校も医療関係も何も

ありませんでした。1948年、中国で医療事業をしていましたが、共産主義の権によって中国から追放された聖フランシスコ病院修道女会宣教女2名によって当院は始められました。アメリカの進駐軍からベッドや寝具、医薬品をいただき、特に結核の薬ストレプトマイシンを持っていたのはこの辺りでは当院だけで、大学病院との縁ができました。

67年の間には医療法も変わり、健康保険も出て、日本の病院事情は豊かになりました。今、医療は少し別の方向に動き始めています。病院の統合等も始まっています。

若林 姫路では製鉄記念広畑病院と兵庫県立姫路循環器病センターが経営統合して5年後には新病院ができます。

兵庫県では重度障害の方のベッド数は多いのですが、西宮や神戸など南東部に集中しています。西端が加西市でしたので、当院が西播磨、中播磨地域の重度障害児者の施設に手を挙げたのです。

地域では唯一の、 重度障害児・ 者入所施設を開設

舞原 私どもでは医療と介護と福祉を合体したような方向に向かっていきます。老人福祉に関しては、介護保険が始まる前、1992年から始めていますし、この4月に開設した重度障害児・者入所施設「ルルド館」では、医療と福祉の両方を扱うこととなります。

若林 但し、小児の時から障害を持つておられる方に限っております。対象は重度障害児から成人された障害者ということになります。そういう方が全国では

約4万人おられるということです。

宮田 今まではなかなか退院できなかった重度障害のある方も、最近は人工呼吸器の発達や在宅医療の発達で、どんどん在宅に戻られています。乳幼児期から老人になるまで家で世話することも珍しくなくなりました。在宅には支援が必要で、通所する場所も要ります。親御さんが高齢になってくれば、お預かりする施設も必要です。老人の介護は通常であればその人より若い人がするものですが、障害のある方は、その親御さんが介護していることが殆どです。

舞原 もちろん今でも、一度も退院して家に帰ったことのないお子さんもたくさんいらっしゃると思います。お聞きしております。

宮田 なかなか退院が出来ない方もいらっしゃるのですが、病院にいるよりはこういう施設の方が絶対に楽しいですし、何とか家に帰る手段も考えていきたいと思っております。幼少期には家で生活を少しでも長く過ごしていただいで、成人して、あるいはお年寄りになってから施設に入っていただきたいと考えています。しかし実際にはお子さんの問い合わせが多いです。

私は小児のリハビリテーションの仕事をしていますが、リハビリテーションという言葉はキリスト教に由来しています。ジャンヌ・ダルクが異教徒として破門されて処刑されて、100年後に復権する時に、リハビリテーションという言葉が出来ます。

舞原 日本における最初の病院もキリスト教から始まっています。フランシスコ会が、豊臣秀吉から京都の妙満寺の跡地を与えられ、教会、修道院、病院などが建てられました。最後には豊臣秀吉に焼き払われてしまいました。今でも跡地に記念碑が建ててあります。

姫路は戦争で焼き払われた場所で、姫路城以外は本当に何もありませんでした。ここには朝鮮や満州から帰って来られた引揚者の寮がありました。私は開設当時からここで仕事をしております。先

生方は最初は岡山大学や京都大学、大阪大学から来られていました。神戸大学が出来たのは大分後のことです。人が居る限り医療は必要ですし、医療と福祉を切り離すことはできないと思っております。

これからの病院に 求められているのは、 地域社会を支える医療

—— 厚労省は2025年までに病院を整理して、在宅にどこまで行けると考えているのか、大きな問題です。非常に不安ですね。訪問診療も在宅医療も、病院を中心に進めると言っても、ネットワークができていないように思えます。

若林 団塊の世代が10年後には高齢者になるので、病院の需要が増えるはずですが、そのあとその年代がいなくなれば、設備は不要になります。20年後には縮小が始まります。そういったことも踏まえて考えなくてはなりません。

この地域は中心部から外れていますので、北からの入り口でもあり、周りの診療所とも連携しています。また市内の大きな病院ともお互い専門領域に関して連携を取り合っています。

舞原 ここから北は豊岡まで大きな病院がなく、特に小児科で入院施設はありません。北からの患者さんは当院で引き受けたいと考えております。

宮田 豊岡から、新しい施設への入所希望も来ています。入所希望の10人以上が人工呼吸器が付いている重度の方です。かなり重装備の設備が要るケースが多いです。

舞原 お世話をする看護師も、ICUに入っている患者さんのお世話とはまったく

違った看護・介護が求められていると思います。

宮田 中堅の看護師さんを配置していただけることになっていますが、こういった患者さんに対しては初心者ですので、かなり教育、研修に時間がかかると思いますが、患者さん自身が訴えることが少ないので、表情や状態からの判断が看護師に任せられます。

今までの医療は「治す」ことで成り立ってきましたが、これからは高齢社会でもあり「支える」ことに比重が移ってくるでしょう。生活を支えることに方向転換してきていると思います。新施設の病床数は80床ですが、2年で満床になる予定です。短期入所のご希望も多いです。

また当院では産婦人科の分娩件数も多いのですが、お子さんに重い障害があつて、次の子どもを産むときに預かってくれるところがなくて困つておられたお母さんが来られています。当院では重度の人たちをサポートすると同時に、こうして新たな命のサポートも出来るわけです。

舞原 当院には助産師が30名おりますので、その心配はないと思います。昨年には、医療の現場に出る前の研修をして実力を付けるための施設メディアカmaria®を開設しました。初心者だけでなく潜在ナースの再教育、救命救急士の研修などにも使われております。

宮田 大学病院から来た人がびつくりするようなシミュレーションセンターです。医療だけでなく介護、福祉の専門職者にも使っていたことができそうです。

舞原 私どもは主に病人や助けを必要とする人々に良い、献身的な医療と病苦に寄り添う看護をおして、神の慈しみと恵みを伝えることをミッションとしております。



舞原 理事長 若林 病院長 宮田 センター長

「患者安全と医療の質」を問う 国際医療施設評価機構JCIの認証を取得する

医療法人マックシール(McSYL) 巽病院 理事長 巽 孝彦 副院長 中村 誠也



中村 誠也 副院長

巽 孝彦 理事長

巽病院の前身は、1947年に発足したわずか10床の「巽外科」。池田市の医療の受け皿になるべく、70床超の「巽病院」となり、1995年には「医療法人マックシール巽病院」と名称を改め、今では、24時間救急医療なら巽病院」と言われます。

現在は、地域包括医療を目指し、シームレスな医療・介護統合体を実現するために、1999年には「在宅介護支援センター（現：巽石橋地域包括支援センター）」、「巽病院介護老人保健施設」「居宅介護支援事業所」を開設。さらには2006年に慢性期医療の要となる「巽今宮病院」を箕面市今宮に開設。設立当初からの「地域の方々に支持される病院であり続ける」という思いで、小規模病院のフットワークの軽さや連携力を生かし、年間約1800件の池田・豊中・箕面エリアの救急を受け入れておられます。

このたび、関西初の国際医療施設評価の認定を受けられたということで、巽孝彦理事長と中村誠也副院長にお話を伺いました。

—— 関西初の快挙ですね。
—— おめでとうございます。

巽 ありがとうございます。

2016年12月に審査を受け、関西初となる国際医療施設評価機構JCI (Joint Commission International) の認証を取得致しました。国内の病院では18施設目となります。JCIとは、「患者安全、感染と管理、医療の質」などについて、世界中どこでも通用する基準や指標をもとにした国際的な医療施設評価機構です。1月23日にはアメリカ本部から、世界基準を満たしていると言われる認定書が授与されました。

—— JCIに着目されたのはどんな理由からですか

巽 何故、JCIの認定を目指したかと言いますと、「医療の質の向上や安全

性」を唱えるだけで終わらせないために、唱えているだけでは何も残りません。極端な表現をすれば「頑張ります」、「頑張っています」と言う言葉だけでなく、自分たちがやってきたことを結実させて、具体的なものにし、残していかななくてはならないと思われました。其の為に、まず自分たちの水準を知ることでした。患者さんに対して、安全や質の向上を続けていける仕組みを造っておかないと、お祭り騒ぎで終わってしまったら、元の木阿弥になってしまいます。それは自分たちが求めている姿ではありません。自分たちが本当に良いと思う医療を創っていくにはどうしたらいいのかと考えました。

自分たちの立ち位置をはっきりさせるためには、「医療の質」の指標を何か持っていないと、自他ともに認められる定評のある指標が必要です。ブランド力も必要です。また時代を追っていかないと「質」は劣化します。世間沿っていく感覚や技術を持っていかなくてはなりません。そのためには、審査内容の定期的改訂が必須です。そして、定期受審でも「質」の定着が院内に図れます。JCIの認証を取得することで、この辺りの課題が一気に解決すると思えました。

しかし、目指すと決めてから認証までは、巽病院にとって言い尽くせないほどのポリシーと進歩がありました。2014年9月より、中村誠也副院長をリーダーとした約300人の職員が一丸となり、約2年半かけてJCIの認定を目指してきました。全14章、1146項目という審査項目の数の多さだけでなく、文化の違いなどハードルは非常に高かったのですが、小規模病院では不可能ではないかと言われていた審査に取り組みました。

中村 マニユアルはもちろん全て英文です。この1146項目を和訳し理解するところから始めましたが、かなり時間がかかりました。その内容はアメリカ方式に厳しく、例えば、私が医師であるという証明から始まるのですが、医師免許は偽造可能である由、厚生労働省のホームページ

のハードコピーと、個人ではなく病院が大学に請求した医学部卒業証明書とその封筒までもが必要とされていました。1146項目すべてを当院に合った形にルール化して、どうやって実行するかという手順書を作り、現場で実行しているかどうかの確認をしていきました。手順書に関しては各病院が独自に考えて作ります。同じ認定を受けた病院でもそのやり方は異なっていることもあります。病院毎に工夫をする余地があるとも言えます。

全14章1146項目の評価基準は、「患者中心の基準」が全8章(①国際患者安全目標②ケアへのアクセスとケアの継続性③患者と家族の権利④患者の評価⑤患者のケア⑥麻酔と外科的ケア⑦薬剤の管理と使用⑧患者と家族の教育、「医療機関の管理に関する基準」が全6章(⑨品質改善と患者安全⑩感染の予防と管理⑪組織管理⑫施設の管理と安全⑬職員の資格と教育⑭情報の管理)に分かれています。

日本の病院機能評価では300から1000の項目を書類で作り、実際に行われているかどうかのチェックの厳しさもかなり違います。

手洗いの方法までチェックする 徹底的な審査

2016年12月13日〜16日の4日間、アメリカ各地から3名の審査員が派遣され、本審査が行われました。院内の管理体制のチェックだけでなく、手術室で実際の手術の様子を調査したり、患者や一般職員、委託業者にインタビューをする等、徹底的な審査を受けました。特に若くて未経験な人に、手洗いは何秒どのようにしていますか?などと尋ねます。ちなみに当院の手洗い場には手をかざした瞬間から40秒を計るタイマーを付けています。他病院ではビデオで監視するところも、40秒間歌を歌うところもありました。要は40秒手洗いができればよいのです。ブラシによる手洗いをしていた国際的にも著名な先生が、JCIの基準でブラシは禁止されている

ので、長年の習慣をとりやめ40秒のもみ手洗いに変わって審査に臨んだところもあるそうです。あるいは、当院は紙カルテですから字をきれいに書くということまで求められました。全員に徹底させることが何よりも必要で、言うことを聞かない人には辞めてもらうくらいの勢いで臨みました。そして2016年12月19日アメリカ本部から世界基準を満たしているとの連絡を受け、2017年1月23日、認定書を授与される運びとなりました。

JCI発足のきっかけは 優秀な日本の製品

JCIの元になったJCAHO設立のきっかけは、アメリカの産業界が、日本の製品が良質であることに目を惹かれて、そのプロセスが非常にしっかりしていることを知り、医療に活かすことができないかと始められたと言います。プロセスが徹底していると不良品が少なく良質な製品が出来上がり、結果的に価格も安定し、点検も少なくて済むので利益が出るといった日本の産業界の良いところが注目されたのです。

医療の質と、医療の量 これからの医療に 大切な「質」

巽 医療の質とは何なのかと問うた時、高度医療とか高額医療機器を入れていくといったことと考える人が多いかもしれませんが、医療の安全は当たり前だ、という神話のようなものがあつたと思うのですが、世の中が高度に進んできて、安全に対する視線が高くなってきているので、改めて「質」ということを考えていかなくてはならないと思っています。最近思うのは、医療の内容を計る物差しについてです。一方には「医療の質」、つまり有効性、公平性、効率性、患者中心、適時性、安全性などがあると思います。他方、よく話題に取り上げられる難病を治したとか、先端の技術や技法を駆使しての治療実績や手術件数が多い少ないというものは、医療の頻度や難易度、そして医

療必要度つまり「度数」「量」です。「質」ではありません。医療レベルと言った時に、どこを指しているのか、混在しているようにも思います。医療を選ぶ側になった時に、選ぶ基準をどこに据えるのか、という問題です。

中村 我々は心臓移植の様な高度な医療はできませんが、ミスのないように、失敗しないように、患者さんの取り違えなどが起きないように、といった当たり前のことが徹底して現場で行われている事が「質の良い医療」だと考えています。



JCIとは……

米国の医療施設を対象とした第三者評価機関 Joint Commission (元JCAHO・1951年設立)の国際部門として1994年に設立された、国際非営利団体 Joint Commission Internationalの略称です。本部はシカゴにあり、ミシガン、ドバイ、シンガポールに支部があります。「患者安全」「感染管理」「医療の質」などに対する審査から成り、これまでに世界70カ国7000の医療施設がJCIの認証を取得しています。日本の医療機関の評価基準「日本医療機能評価」は日本の病院の25%にあたる約2200件が取得していますが、JCIの取得は国内で2017年3月現在、22施設、病院全体のわずか0.25%にしか過ぎません。JCIは世界で最も審査が厳しく、JCIを取得することは、世界でも一定の安全基準を持った病院としての評価です。これを通じ、病院を選ぶ際の「安心の目安」として認知が広がることを期待しています。