

長寿国、日本。本来、国民としては喜ばしい状況が、「高齢化」と表現を変えるだけで、一転、わが国における最大の課題として目の前に迫ってきます。昭和36年の国民皆保険体制以降、医療供給体制の整備と医療保険の普及が、現在の長寿国を形作ってきた要因の一つであることは間違いないでしょう。しかし、現在、高齢化率は23%を超え、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、実に30%を超えていくと予測されています。

現在の日本は、「少産少死」の状況ですが、出生率や平均寿命が大きく変化しないと仮定すれば、高齢化の進展の次に待っているのは、「少産多死」の時代ということになります。昭和40年代頃から、徐々に病院で亡くなっていく人が増えていき昭和50年代後半には、ついに病院で亡くなっていく人が自宅で亡くなっていく人を上回りました。

このままの状況で推移すれば、病院を含めた施設数（病床数）は、圧倒的に不足し、わが国の医療、介護の供給体制はパンクしてしまうことになります。

経済発展と自然の営み

「平成24年版高齢社会白書」(内閣府)では、「介護を受けたい場所」「最期を迎えたい場所」のいずれにおいても「自宅」を希望する人が最も多いという調査結果を紹介しています。しかし、実態としては病院で亡くなっていく方たちが最も多くなっているのです。その原因として、「家族への負担」「急変時の対応への不安」「経済的負担」「急変時の入院への不安」「往診医の不在」の順に挙げられています。急変時というキーワードでくくった内容が最も大きく、その体制の整備が急がれると感じています。

私が生まれたのは和歌山県の山あいにある自然豊かな村でした。当時は、ほとんどの人が自宅で亡くなっていたと記憶しています。その際、多くの大人たちが言っていたのは「畳の上で死なせてあげたい」というものでした。日本は経済力の拡大と共に充実した社会保障体制を手に入れました。一方で、地域の中で生きること、死ぬことという自然の営みは変わってきたのかもしれない。

生活の有り様は実に多様です。同じく、人の幸せも一つではありません。ましてや他人が決めつけることでもありません。先の調査を踏まえると、単に在宅医療の整備というだけでなく、医療提供体制の質的な転換も求めら

病院で「暮らす」「亡くなる」ことへの再考を

FOCUS



公益社団法人 日本看護協会
さかもと
会長 坂本 すが

れてきているように感じます。そういう視点で現状を振り返ったとき、「病院で暮らすこと」そして「多くの方たちが病院で亡くなること」をどうすれば少なくすることができるかが、超高齢時代のキーワードの一つとなりそうです。

協働での取り組みが求められている

在宅医療に再度焦点を当てると、なかなか進まない原因に患者（家族）側の問題と、供給者側の問題があると考えます。前者については、先の調査に現れていますが、後者では人的資源に大きな問題がありそうです。

社会保障と税の一体改革の中で、2025年に向けた医療・介護関連職種の養成についての記載があります。現在よりもはるかに多数の人員を供給するということですが、看護職については、労働環境を改善し看護職が働き続けられる職場をつくることが不可欠です。また、免許をもちながら働いていない潜在看護職の復職をどう促していくかも重要です。経験を積んだ看護職が社会に埋没していく不幸は、本人だけでなく貴重な社会資源という観点から改革が求められます。

その上で、充実した在宅医療提供のためには、多職種による協働が欠かせません。関連職種は無尽蔵に養成できるわけではありません。また、精神論だけで社会的な危機を乗り越えることもできません。在宅医療のリーダーとしての医師、現場のキーパーソンとしての看護師、そして在宅での療養を支える多くの職種が協働し、有機的な連携をもって取り組んでいくことを、医療関係者だけでなくわが国全体として考え、取り組んでいくことが求められています。

(文責：編集部)

在宅医療普及へのカギ



高齢化がこのままの状況で進展していけば、わが国の医療提供体制は瓦解の危機を迎える…。
差し迫った危機を回避する有効な対策として在宅医療の普及が指摘されているが、果たしてうまく機能するのだろうか。

Part 1 在宅医の立場から

医療法人学縁会 おおさか往診クリニック

理事長 田村 学 氏

在宅医療に欠かせない NBMの視点

在宅医療へ目を向けさせた少女の死

私が在宅医療の世界に飛び込んだのは2008年のことです。それまでは、特定機能病院である大阪大学医学部附属病院で、急性期医療に携わっていました。その私が在宅医療を選択することになったのは、ある患者さん（当時、高校生の少女）との出会いでした（拙書：「風になった医師」を参照頂ければ）。悪性腫瘍に侵された彼女は、入退院を繰り返した後、病院で最期を迎えました。

彼女への治療は、手術以外の方法が選択されたのですが、最後は有効な手段もなく、状況を見守るしかありませんでした。入院の終盤では、退院して自宅に帰りたいという言葉が、彼女の口から漏れてきていたのですが、当時（2000年頃）では、がんの末期の患者さんを在宅で療養させるという環境は、少なくとも私の周りにはありませんでした。

本稿は、こういった私の体験に基づいたものだということをご承知置きください。そして、このような状況は今でも、大きくは変わっていないと感じています。

社会保障と税の一体改革は、21世紀に入ってからのわが国における最大のテーマの一つですが、さらに加速する高齢化が、医療提供体制を危機的な状況に追い込むことは多くの関係者が承知しています。そこで、「サービスの拡充計画」として、医療施設の機能再編を行い、医師や看護師を養成すると共に、介護施設の拡充、介護関連職員の増員などを計画しています。そして、在宅医療については、2012年度の17万人分から、2025年度には29万人分まで拡大しようとしています。

しかし、この在宅医療の拡充については、そう簡単なものではないというのが、在宅医としての私の感想です。その理由は、在宅医療が患者さんや家族だけでなく、医療提供者側、とりわけ急性期病院の医師によく知られていないからです。

最大の課題は在宅医の養成

私もかつてはそうでしたが、急性期病院の医師は、集約的かつ濃厚な医療提供を入院患者に行い、医療的にこれ以上やるべきことがなくなったとなったら、次の患者さんのためにベッドを空けなければなりません。多くの場合は、回復期や慢性期の病院、あるいは介護関連施設へと紹介していきます。例えばがん末期の患者さんでも同様です。現在では、ホスピスという選択肢も加わってきていますが（2012年現在、全国で5,101床：日本ホスピス緩和ケア協会調べ）、そこに在宅医療という選択肢は、なかなか挙がってきません。

それは、在宅医療で提供されている医療サービスをよく知らないということ、そしていわば医師の本能の一つかもしれないかもしれませんが、積極的な医療をしないことに対する抵抗感があるのだろうと感じています。実際、私に紹介されてくる患者さんたちの多くは、訪問看護の担当者や、家族からの紹介というルートになっています。

一方、患者さんや家族にとっては、急変時の対応がネックになっていると感じています。一旦、病院から退院して在宅での療養を開始すると、急変あるいは状態が悪化し不安になったときに、入院する場所が簡単に確保できないということです。これはレスパイトケアにおいても似通った状況があります。在宅で亡くなるという覚悟、ないしは受容ができていないと、病院を退院するという選択は、患者さん側からは言い出せないというのが現実でしょう。

私は、在宅医療推進のための、最も大きな課題は在宅医の養成だと考えています。現在、当クリニックでは、医学生・研修医を受け入れ、在宅医療の研修に取り組んでいます。多くの医学生・研修医は当初、在宅医療を将来の自分が選択するコースとは意識していません。ただし、実習として患家を訪問する経験をする、意識は前向きに大きく変化します。

在宅医養成の大票田としては、既存の開業医ということになりますが、課題は研修プログラムでしょう。可能であれば、在宅での療養を支援しているだけでなく、多くの看取りを経験している指導医の下での研修が望ましいと考えます。



最後に、在宅医としての資質についてです。現在の医療は、EBM (evidence based medicine) が重視され、それは大切なことだと思います。しかし、在宅での看取りを見据えた支援を行う場合、NBM (narrative based medicine) という視点の重要性に気づかなくてはなりません。患者さんの背後にある人生、その物語をどう理解するか、その上での支

援の方向性を考えることが、在宅医の役割と考えます。

医学に誠実であろうとすればするほど、病名告知や予後告知など、事実をむき出しのまま、患者さんや家族の目の前に出してしまう傾向にあると感じていますが、相手への十分な配慮を行った上で、コミュニケーションが取れるかどうか、重要な資質だと考えます。 (文責：編集部)

Part 2 病院(施設)の立場から

医療法人財団天翁会
理事長 天本 宏氏

積極的に在宅を選択する意識の醸成を

認知症への取り組みがスタート

私が東京都多摩市に天本病院を開設したのは1980年のことです。東京都の新興住宅地を開業の地として選択したのは、高齢者、とりわけ認知症の患者さんに対して、生涯、住み慣れた地域で生活し続けていただくためのサービスを提供することにありました。そこで、「地域を病棟(病床)として、病院をナースステーション」と位置づけ、単に入院を受け入れ、病院内で医療サービスが終了する従来型の提供スタイルではなく、訪問診療に積極的に取り組む地域との連携、病院という点での医療提供ではなく、地域へ広がりを持った面展開(コミュニティケア)に取り組むこととしました。

私が医師として独り立ちし始めた頃、認知症(当時は痴呆と称されていましたが)の患者さんはまだそれほど多くはありませんでした。しかし、平均寿命の大きな伸びが予測されていたので、高齢者の増加に伴って認知症が増え、いずれコモディージーズとして位置づけられるだろうという予感がありましたし、その際、病院ではなく地域で支えなければならないという思いがありました。

高齢者医療の特性とトータルケア

わが国の高齢化のスピードは、世界のどの国も経験したことがないスピードで進展しています。2010年で23%、2025年には30.3%となり、2060年には39.9%にまで達すると予測されています。とりわけ75歳以上の後期高齢者は、2025年までは急速に増加し、さらに90歳以上に注目すると、2010年の約137万人から2025年には330万人、ピーク時の2040年には556万人という数に上ると予測されています(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」：2012年1月推計)。このような人口構造の変化に対応した医療提供のモデルは、どこを探してもありません。まさしく、私

たち自身が手探りで作り上げていくしかないのです。

ところで、これら90歳超の方々の医療像について、以下のような特徴とアプローチが考えられます。

- ・ 治らない、進行していく病気・病態が増加→治す医療からメンテナンスしていく慢性期医療・生活医療への移行
- ・ がん死亡率は10～15%→がん患者は終末・余命期間が比較的想定しやすい(高齢者ホスピス)
- ・ 非がん患者の死亡率が増大する→非がん患者は、終末・余命期間が想定しづらい(認知症も含まれる)

そこで、90歳以上の方々を「安らかな暮引きの時期」として捉え、自然の摂理に沿った「Aging in Place」を創造していくことが重要と考えています。

では、どうすれば望ましい「Aging in Place」を提供できるのか。それが冒頭の地域を病棟(病床)と捉えたコミュニティケアとなるのですが、その柱は「いつでも：24時間、365日、どこでも：住まいでも、施設でも、地域でも、トータルケアサービスを提供する」ことです。そこで、天翁会では、外来、入院、訪問からグループホームなど、多様なサービスメニューを揃え、地域で完結する「あいセーフティネット」を構築してきました。

図1 あいセーフティネット



一次医療計画の構築と在宅医療の普遍化

今回のテーマである在宅医療を普及、普遍化するにはどうすればよいのか。

まず、高齢者医療のあり方を、施設収容による対応、救命・

生存に主眼を置いた、いわば疾病医療偏重から、慢性医療を継続し、生活を支えていく、「生活医療」へ転換させることが重要だと考えます。その上で、24時間365日の対応を提供する。もちろん、一医療機関、一人の医師でできることではありません。そこでは、多職種による協働、役割分担といった視点が欠かせません。

医療と介護を包括的に提供するとなれば、それらのコーディネーターが不可欠になります。その役割として望ましいのは地域の医師となるのですが、すべてを医師がカバーできるわけではありません。そこで、医療及び介護、そして生活支援等について横断的に精通する、地域看護師といった役割を設定し、かかりつけ医への報告、相談を前提に地域における協働の司令塔の役割を持たせることを提案します。

こういった視点に立てば、高齢化問題が顕在化しつつある都市部においては、急性期医療への資源の集中的な投下よりも、むしろ地域包括ケアを支える地域密着型の病院を整備するほうが効果的だと考えます。さらに、地域でカバーすることが大前提だとすれば、現在の医療計画も、二次医療圏に集中するのではなく、一次医療計画の整備が急務と

なります。

在宅にウエイトを置いた地域医療を、より効果的かつ資源のムダのないように提供していくには、情報の共有化は最低限の環境整備だと考えます。近い将来、天翁会では、地域の方々にカードを持っていただき、最低限の情報管理をさせていただく計画を持っています。いつ、どこでどのようなサービスを受けたのか。また、どの患者さんは現在、どこで療養しているのか。時間軸の中で患者さんの管理ができれば、カルテとの突合で、今後必要なサービスの種類や量が予測できます。

ただし、大きな問題が残されています。このように制度や仕組みをたとえ作ったとしても、利用するのは患者さん本人であり、その意思決定を補佐するのは家族です。2025年以降の超高齢社会における医療提供体制の物理的破綻（施設不足）を回避するため、在宅という仕組みを整備しましたといっても、そこに利用者の意識が向かなければ、まったく意味をなしません。重要なのは、地域住民が病院でなく在宅を積極的に選択するという意識の醸成です。そのための教育、啓蒙活動は、時間がかかるかもしれませんが、避けて通ることができない課題です。

（文責：編集部）

Part 3 行政の立場から

厚生労働省審議官
神田 裕二氏

在宅医療推進のための 新たな圏域設定を検討

■ 都市部で深刻な高齢化への対応

高齢化が進むということは、一方で多死の時代を迎えるということでもあります。2011年度では年間126万人の方々が亡くなっており、ピーク時の2040年には年間167万人の方々が亡くなっていくと予測されています。

現在、国民が亡くなる場所としては、病院においてが約8割近い数字となっています。現状を将来に投影すると、2025年には1日当たり入院者数は、130万人から160万人程度に増加することが予想されており、単純計算で130万床前後の一般病床が必要ということになり、早急な対策が求められると考えています。

社会保障と税の一体改革でも、この状況を踏まえ、できる限り病床の機能を分化・強化すると同時に、在宅医療を充実させることを目標としています。

死が近い時期における療養の場所に関する調査では、条件、環境が整備されれば在宅で療養したいと考える人が多くなっていますが、できる限り自宅で療養して必要になれば病院で療養することを希望される方々も少なくありませ

ん。これらの多様な要望に、できる限り応えていきたいというのが、私たちの考えでもあります。

この高齢化に伴う問題の多くは、東京を中心とする関東圏及び関西圏の都市部の問題でもあります。これら都市部の9都道府県で2025年までの日本全体の高齢者の増加分の約60%に達するという予測を基にすれば、都市部における施設整備や在宅医療の普及をどう仕組んでいくかが課題ということになります。

在宅医療という視点でみると、高齢化が深刻な都市部ですが、施設の確保が困難な半面、家族が近居できる環境もあり、在宅サービス等の拠点からの距離も比較的短く、在宅での療養環境という面では進めやすいと考えられます。一方、地方では若い世代の多くが都市部に働きに出ており、複数の世代が同居できる環境が少なくなっています。また、在宅サービス等の拠点からの距離も長くなり、在宅での療養の支援という面では、困難が伴うことが予測されます。したがって、地方では高齢者向け住宅、特定施設などに集住していただくという選択肢が、現実的ではないかとも考えます。

いずれにしても、高齢者の単身もしくは高齢者世帯では、長期にわたって在宅での療養を継続することは、相当高いハードルがあるのではないのでしょうか。

■ 連携が在宅医療推進のカギ

在宅医療推進のカギを握ると期待されている在宅療養支



援診療所ですが、現在では約1万5000件程度まで増えてきていますが、課題は24時間365日という体制の維持でしょう。在宅療養支援診療所の約8割が医師一人という体制で、実際に看取りまでしている所は約半数といった状況のようです。今回の診療報酬改定で、複数の医師が協働して在宅を支援していくという機能強化型が設けられましたが、こうした連携が進んでいけば、今後、在宅医療に取り組んでいただける診療所は増えていくのではないかと期待しています。

在宅医療については、第二次医療法改正の時代から、取り組みの重要性が指摘されていましたが、これまで思ったように進んでこなかった背景には、いくつかの課題があったと考えています。

まず、患者・家族の問題としては、介護の負担と症状の急変時の対応への不安です。

急変時の対応については、レスパイトケア含め病床機能の再編が求められるでしょうが、重要と考えるのは病院の医師の在宅に対する理解ではないでしょうか。これまで、特に急性期病院の医師は、治療に専念するため患者さんの退院後の生活をコーディネートするという意識が、どちらかといえば希薄だったのではないのでしょうか。

また、開業医の方々にも外来に来ていた患者さんが外来に通えなくなった場合、そういった患者さんへの医療提供を継続するため、訪問診療等に取り組んでいただければ、在宅療養がもっと進んでいくのではないかと考えます。

■ 労働力確保のための新しい視点

このような在宅医療の環境を整備するためには、現在の二次医療圏における医療計画だけでなく、日常生活圏域

と連携が取りやすい圏域における医療計画の整備が重要だと指摘する声もあります。現在、2013年度（平成25年度）以降の医療計画を各県にお願いしている状況ですが、そこで在宅医療を適切に位置づけていただく上で、急変時の対応や介護との連携が図られるよう、市町村単位、保健所圏域等、地域の実情に応じた圏域設定を考えていただいているところです。

最後に、高齢時代を支える医療、介護関連職種についてです。社会保障と税の一体改革でも、関連職種の養成について一定の目標を挙げています。できる限り、今後必要と考えられる数の養成に取り組む必要があります。

高齢化への対応の先進国の一つとされるフィンランドでは、社会・保健医療の共通基礎資格として「ラヒホイタヤ（lähihoitaja）」という職種があるそうです。これは、3年の養成期間で120単位（1単位40時間）を取得（うち29単位、1160時間は現場実習）すると、准看護師、歯科助手、保育士、リハビリ助手など、保健医療分野で7つ、社会ケア部門で3つの従来の10の資格の仕事ができ、必要（ニーズ）に応じて、それぞれのサービスを提供していくというものです。

もちろん、わが国で同様な資格の創設が直ちに実行できるわけではありませんが、労働力という限られた資源を、より有効に活用していくという点では示唆的だと思います。我が国でも、中長期的な展望に立って幅広い議論があつていいと思います。

（文責：編集部）

データで分かる 病院経営の実学



北川博一著
A5判 288P 定価：2500円（税込）

- 第1章 成長する市場でつぶれる病院の不思議
- 第2章 日本の病院の置かれた環境
- 第3章 病院事業の産業特性と改善の着眼点
- 第4章 健全な事業形態・産業形態を目指して

風になった医師 —在宅で死ぬということ—



田村 学著
B6判 240P 定価：1260円（税込）
序 章 前書きに代えて：医学を志す人、医学を志したが悩んでいる人、そして人の生き方について考えている人へ

カルテNo 1：在宅での死には、喜びもある
カルテNo 2：風になった医師
カルテNo 3：私は治療を受けたくないので
カルテNo 4：生きる、難病（ALS）と向き合って
研修医学生のリポートから
（平成23年度、23年度研修リポートより）
おわりに

お申し込みは下記まで

TEL 03-5259-7171 FAX 03-5259-7172

（株）MASブレイン出版事業部



医療法人 芳越会（徳島県美馬市）

理事長・
ハウエツ病院 院長

林 秀樹 氏

（管理部部長 篠原 さゆり 氏）



医療法人 芳越会

救急医療の担い手としてヘリポートも整備

— 貴院は65床の民間病院ながら、美馬市、つるぎ町の地域医療を支えるために、様々な取り組みを展開されていると伺っています。ホームページでも、DMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）の防災訓練の映像を見ることができます。県災害対策本部からDMATの参集拠点依頼を受けて、救護活動や負傷者搬送活動に当たる役回りを演じておられました。

林 平成24年9月に行われた、内閣府主催の広域搬送訓練のことですね。当院からは職員100名が参加しましたが、南海地震を想定して全国からDMAT31チームが四国へ集結しました。参加者数は39万人。防災訓練を通して、多くの皆様と交流を図れたことは大変意義深かったと思っています。

篠原 訓練の数ヶ月前に、院長から当日は外来を休診にするとと言われて、職員からどよめきが起こりました。職員が知る限り初めてのことであったからです。過去最大級の規模の災害訓練ということで、張り切りすぎて本当に過呼吸になってしまった患者役職員もいました。メディアの注目も高かったのですが、実は私たちの中では反省する点も多々ありました。

— 関係機関の方からは、これだけ統率のとれた動きが出来るのは普通ではない。これまでの取り組みについて、ぜひ詳しく教えてほしいという話が出たと、聞いています。

篠原 定期的な訓練が功を奏したのかもしれませんが。地上ヘリポート6機の離着陸訓練も、予定されていたのですよ。天候の関係で中止になりましたが。

— 災害医療やヘリポートなどは、自治体病院や大病院の役割だと思うのですが、貴院がそこまでされるのは、なぜなのでしょう？

林 私も医者になったときは、まさか急性期医療を担うとは思ってもみませんでした。私たちの地域は、ほとんどが山間部で、吉野川沿いに僅かな平地が広がるだけの地域。それでも、医者である以上、患者さんにとって必要な医療は、何としてでも提供していきたいと考えていました。父が開業した病院を手伝う中で、最初に取り組んだのは検査の充実でした。エコーやファイバースコープ、CT、MRIと医療機器を導入していき、放射線科専門医師による画像所見を全て付すなど、体制を整えていきました。現在、献身的な

3名の放射線技師のおかげで、24時間体制（宅直当番制）を敷いています。一方、年に一度の保健所での救急医療対策連絡協議会では、救急輪番制から毎年脱退者が出て、ついに西の端の自治体病院と東の端の当院だけとなってしまいました。

地域に本当に欠けていたのは、救急医療と外科医療でした。しかし、私一人では何もできません。志を同じくする医師が集まってくれたおかげで、平成8年には救急医療に対応するために、病院を拡張して新築移転することができました。その前年、阪神淡路大震災が発生したことも、当院のスタンスを方向付けた要因だと思います。

消防署の救急隊とは良好なコミュニケーションを保っており、定期的な救急症例検討会を実施したり、県内で初めてのホットラインを導入したりしました。彼らの願いの第一はヘリを用いた搬送でした。大部分が山間部で、基幹病院まで救急車では1時間かかる地域ですので、一刻を争う救急医療にとって、なくてはならないものでした。そこで、平成14年に駐車場の一角を場外離着陸場として認可を頂き、水撒きの要らないヘリポートを整備しました。当時はヘリポートを備えた医療機関が県内には未だなく、航空局への申請まで全て自分達で行うことになりました。周囲に支援してくれる仲間がいたことが幸いでした。

急性期医療の維持に欠かせなかった在宅支援

— 救急医療を背負われている半面、在宅医療にも力を入れておられますね。貴院は平成24年の在宅医療連携拠点事業所に採択されました。その取り組みについて、教えてください。

篠原 当院に入社して8年目になりますが、院長から突拍子もない指示を受けることは多々あります。訳も分からず取り組むのですが、何年か後にそれが医療制度に導入されるということが少なくありません。制度だからやるのと、制度に関係なく必要だからやるのとでは、働く職員のモチベーションには大きな違いがあると思います。

在宅についても、すでに何年も前から始まっていたのです。急性期病棟27床（DPC対象）で平均在院日数12日という条件がある中、地域医療を回していくためには退院先の確保、リハビリの充実、在宅復帰の支援は避けられないことでした。そんな最中、在宅医療連携拠点事業所の募集要項を見

医療法人 芳越会 ホウエツ病院 概要

<http://www.houetsu.com/>

〒779-3602 徳島県美馬市脇町大字猪尻字八幡神社下南130-3

■開設主体：医療法人 芳越会

■母体施設：ホウエツ病院（65床）

内科、外科、整形外科、神経内科、臨床検査科、婦人科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、脳神経外科、麻酔科、救急科、小児科

■規模：一般病棟（DPC対象）27床、亜急性期病床10床、回復期リハビリテーション病棟（28床）

■関連施設：

【わきの里】

林クリニック

訪問看護ステーションみやの
小規模多機能ホーム

【共生の杜】

若宮の里グループホーム

若宮の里小規模多機能ホーム

なかよし保育所（職員専用）

清流の里グループホーム

■病院理念

【社是】私達は博愛と敬愛の心を最も大切にして、健全な経営に努め、医療を通じて地域と社会に貢献します。

【社訓】常に相手の立場に立って考え行動する。



せられて、当院の計画ともマッチしているから出すようにと、院長から簡単に言われました（笑）。期限が迫っていて、とにかく思いだけは込めて作成したのですが、後日採択の連絡が入ったときにはびっくりしました。

実際に取り組んでみると、いろいろなことが初めて分かりました。地域の施設を訪問すると、くやし涙を流しながら帰ってくることもありました。

ある施設で予想していなかったような激しい言葉が返ってきました。「医療と介護の連携」と取ってつけたように言うが、あなた達に何ができるんだ、今までも取り組んでいたが、何も進まないじゃないですかと言われました。

「その通り」だと共感し、現場のストレートな意見に私はありがたいと思いました。そこで私たちが取り組んでいる内容、今後の計画について本音を交えて説明し、意見交換して時間と空間を共有していると、お互いの思いが一緒になっていくことがピンピン伝わります。現場は熱いのです。

そのように現場を回りながら、拠点事業所として宿題を出されていた、地域の資源マップを作成しました。地図上にプロットするだけでなく、まとめるのが上手いメンバーに手伝ってもらって、散々、ああでもない、こうでもないとやり取りし、各施設が対応可能なサービスを体系的に可視化しました。このマップは、地域の医療・介護資源が一目で分かると大変好評で、拠点事業所のテキストにも採択されたと聞いています。

——在宅医療連携拠点事業所としての機能に、道筋が見えたということでしょうか？

林 いえ、私たちが感じたのは、結局、医療に求められることは医療で、介護に求められることは介護だということなのです。「在宅医療連携」と謳うからいけないのです。当院の名前が入ることが、どれだけ障害になったか。医療・介護・福祉がそれぞれ機能しながら連携するためには、機転よく裏方で調整する、調整役が必要なのです。それは、行政の機能そのものです。中立でなければなりません。

しかし、本当に必要な現場の情報が行政の手許にまで上がっているのか。在宅医療連携拠点事業所が機能するためには、医療とか介護とかいう括りではなく、地域住民一人ひとりの生活に入り込んでいくということなのだ、と教えられました。現場で求められるのは具体論です。例えば、24時間対応のヘルパーステーションがあるのかどうか。あるいは、民生委員の担当エリアはどの地域になるのか。大切なことは、私たちが子供たちにどのような地域を残してあげたいのかということなのだと思います。

常に相手の立場に立って考え行動する

——貴院は今後、どのような形で地域医療を推し進めていきたいとお考えですか。

林 医者は立場は違っても、皆、思いは同じだと思います。自分の知識と経験を、誰かを幸せにするために純粋に役立てたい。それだけでしょ。職業柄、死生観を自問することは日常茶飯事です。地域から日本を見渡すと、国の未来について考えないわけにはいきません。

日本の国土は、大半が田舎です。そのほとんどの地域で住民は高齢化し、資源はなく、働く人もいない。都会の大病院がするようなことは到底真似できません。しかし、片田舎の100床以下の一民間病院であっても、地域の生活を守っていかなければならない。そのために、どこでも真似できるようなスタンダードを作りたい。情熱を分かち合える仲間が、集ってくるような病院にしたい。

バブル全盛期に、母から送られた直筆の額縁があります。その中に、「常に相手の立場に立って考え行動する」という言葉があります。この言葉は、当院の社是になっています。地域生活を支える田舎の病院に残された一筋の光は、この道しかないのだと思います。そして、仲間と共に一歩、また一歩と挑戦していけることに、心から感謝したいと思います。

——ありがとうございました。

（文責：編集部）

病院増改築のポイント

消費税引き上げ前に求められる対策について



■ 病院の建替えと耐震化

地震国であるわが国では、建築物の耐震化に関する様々な対策が進められています。

平成18年1月26日に施行された「建築物の耐震改修の促進に関する法律の一部を改正する法律」では、「平成27年を目標に住宅及び特定建築物(病院を含む)について、9割を耐震化すること」とされています。このような流れを受けて病院の耐震化も推進され、昨年度までの医療施設耐震化臨時特例交付金など、積極的な支援策も実施されてきました。全国の病院においても、建替えや大規模な増改築などを検討するケースが増えてきており、築30年程度の病院であれば、一度は建替え等を検討されたことがあると思います。

病院で建替え及び大規模な増改築等を行う際の選択肢としては、①別の土地に新築移転する、②現在地で建替えや増築及び既存建物の改修を行う—の2種類に分けることができるでしょう。しかし、地域に密着した医療や介護を展開していること、また移転先として確保できる土地の広さ、交通アクセスなどが大きな制約となるケースも多く、そう簡単に新築移転という訳にはいかないようです。

病院が求める条件を満たす新たな土地は、現実にはなかなか見つからないということです。そうすると、現在地での建替えや増改築という選択肢が現実的となりますが、これにもいくつかの問題点があります。

一つは、建築中の病床稼働の問題です。相当に広い土地を有している場合等を除いて、現在の建物を継続して使用しながらの建築では、その期間に稼働できる病床数が少なくなり、収益が低下します。病院

にとって、入院収益の低下は経営的にも大きな打撃となります。もう一つ大きな問題として、後述する建築関連法規の制約によって、大規模な増改築は非常に難しいという実態がありました。そのため、行政が様々な対策を講じて、現実には思うように耐震化が進んでこなかったのです。

■ 建築基準法の改正と病院への影響について

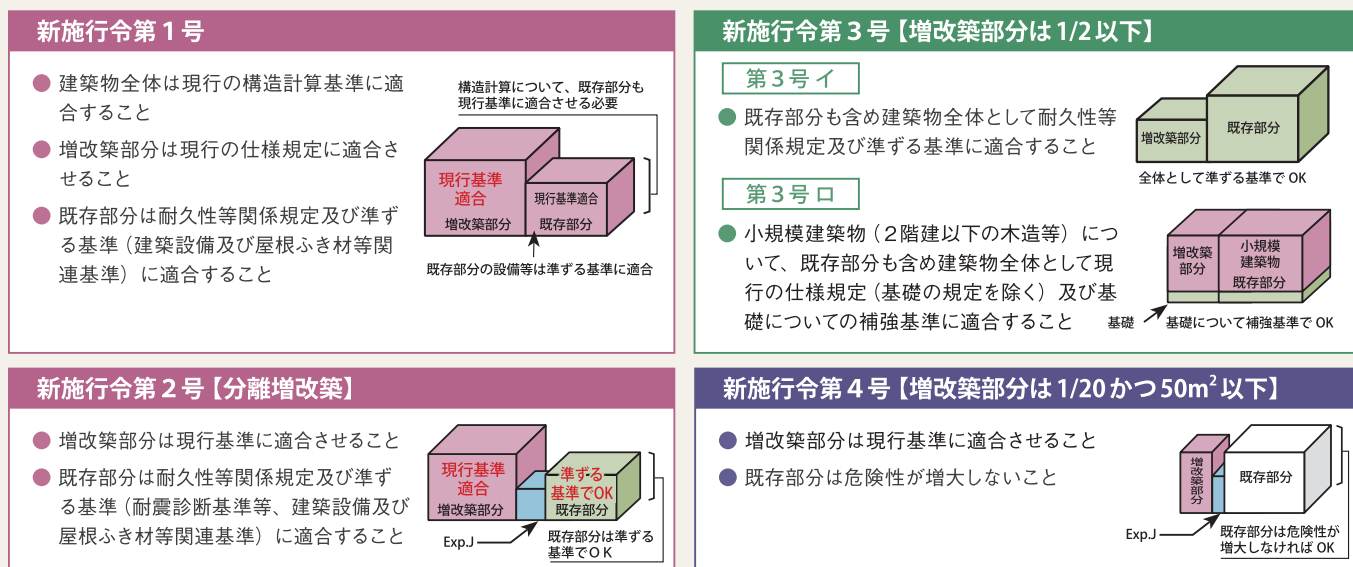
耐震化については、昭和56年5月以前に建築確認申請を受けた建物が旧耐震基準の建築物とされ、これまで主に耐震化を促進する対象となってきました。それ以降も建築関連の基準の改正は順次行われてきましたが、その後、平成7年1月15日に発生した兵庫県南部地震(阪神・淡路大震災)、平成23年3月11日の東日本大震災等を受けて、大規模な地震への対策として、建物の耐震化がいっそう推進されてきています。

なかでも東日本大震災後には、耐震化の推進と国際競争力の強化の視点から日本再生戦略において対策が議論され、その流れを受けて、平成24年9月20日に「建築基準法施行令の一部を改正する政令」が施行されました。同改正は、規制を大幅に緩和して耐震化を推進しようというものです。この改正によって、建替えを検討されている病院にとっては検討の幅が大きく広がってきました。

今回の改正の影響について紹介する前に、これまでの病院における増改築の問題点を整理しておきます。

まず、病院では、入院や外来等の診療を行う部分の建物は接続していなければならないという法規制があります。これによって、例えば、

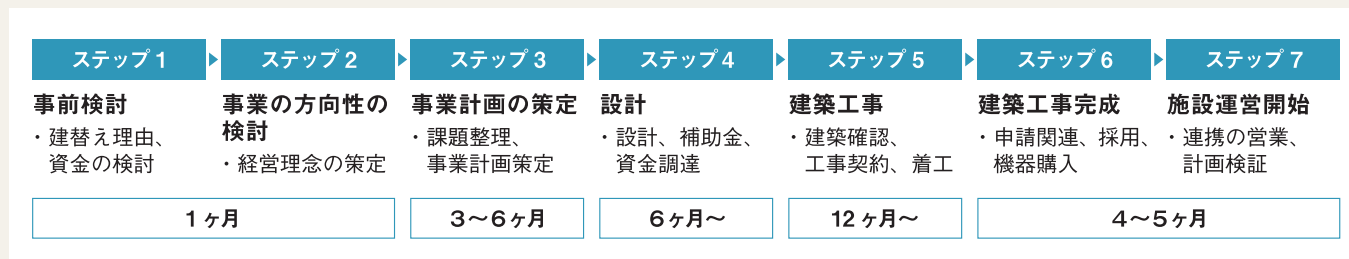
図1 建築基準法施行令の改正イメージ <建築基準法施行令(昭和25年政令第338号)第137条の2(構造耐力関係)>



※ 分離増改築：新たにエキスパンションジョイントその他の相互に応力を伝えない構造方法のみで増改築に係る部分とそれ以外の部分が接する増改築

(出所：国土交通省「建築基準法施行令及び関連省令・告示改正」に関する説明会 平成24年9月18日配布資料より)

図2 病院建替えに関する検討のステップ



※上記は標準的なスケジュールであり、個別の事情により影響を受ける

病棟部分のみを増築した場合でも、増築した建物と既存の外来部分の建物とを接続しなければなりません。

そのため、病院の大規模な増築を行う際に、「既存建物の面積の2分の1を超える増築を行う場合に関する規制」に該当することになり、「既存建物の面積の2分の1を超える増築を行う場合には、既存建物についても、現行基準に適合させる必要がある」という規制が適用されていました。この規制によって、全体計画認定制度を利用する場合や免震構造の増築時など、一部の制度を利用した場合を除いて、既存建物を現行基準にすることが求められていました。実際には、過去に建築された既存建物を、現行の建築基準に適合させることは非常に困難なため、病院においては、既存建物の2分の1を超える増築が実質的に不可能とされてきていたのです。

しかし、平成24年9月20日に「建築基準法施行令の一部を改正する政令」が施行されたため、増改築時の選択肢が大きく広がりました。増築部分が既存建物の2分の1を超える場合についても、対応が可能となったのです。

この改正の主な内容については、図1の通りですが、重要なポイントは、「既存建物の2分の1を超える増築の場合において、既存の建物と増築部分をエキスパンションジョイント等で構造上分離することで、増改築部分は現行基準を満たし、既存の建物は昭和56年以後のいわゆる新耐震の基準に適合していれば、“既存不適格の建物”として存続できる」ということです。つまり、大規模な増改築を行った場合でも、耐震改修等の対応により既存の建物も存続することが可能となったのです。

なお、「既存不適格の建物」とは、建築時には適法であった建物であって、その後、法令の改正等によって現行法に対して不適格な部分が生じた建築物のことを指します。従って、既存の建物の2分の1を超える増築の場合においては、既存の建物は現行基準には適合していないため既存不適格となるが、存続は可能となります。ただし、既存の建物と増改築した建物が構造上一体となっている場合は、既存の建物も現行基準に適合させる必要があります。

■ 病院建替えに関する検討フローの確認

建築関連法規の改正によって、病院の建替えや大規模な増改築などの際の選択肢が増加したことは、各病院にとってプラスの要素として捉えることができます。さらに、平成26年、そして平成27年に予定されている消費税の引き上げなどの影響も考慮すると、今後、病院の建替えは進んでいくと思われますが、重要なのは、本稿で紹介したような建築関連法規の改正などの情報収集と同時に、建替え時の進め方を把握して十分に検討を行うことです。

病院の建替えは、通常、検討開始から数年間を要することから、その間に病院を取り巻く環境の変化や内部の組織体制の変化などが起こることがあります。さらには関係者も多数存在するため、当初の計

画通りに進まない場合や、途中で問題が発生することも数多くできます。また、建替え後の経営をいかに安定させていくかなども重要なテーマとなってきます。

こういった様々な事態への対応を含めて、どうすれば円滑に建替えを進めることができるかについて実態調査を行いました。結論としては、事前検討から建築工事までのプロセスが重要であること、特に初期段階の検討事項を踏まえたうえで進めていくことがポイントです。

民間病院では、最初から建築の専門家と建物に関する検討を行うケースも多く見られますが、まず「どのような機能の病院にするのか」といった経営戦略を策定し、そこから予想される損益と事業予算を検討することが重要です。そのうえで、先の建築関連法規の改正内容を踏まえた対応等について専門家を交えて検討することで、最大限に改正による効果を楽しむことができます。

病院建替えのプロセス及びおおよその期間は、図2のような流れとなります。繰り返しになりますが、ステップ1～3の部分をしっかり検討したうえで、ステップ4の設計以降に進んでいくことが重要なのです。

■ 各プロセスにおける検討のポイント

(1) 事前検討

事前検討段階においては、建替え目的、投資規模、経営幹部層での意思統一が主な内容となります。ここでの検討内容が、建築費用や事業計画に大きく影響するため、慎重な議論が求められます。

建替えの目的は、病院それぞれ個別の事情がありますが、一般的な理由としては、①療養環境の改善、②医療の質向上のためのハード整備、③耐震化への対応、④制度動向への対応—などが挙げられると思います。

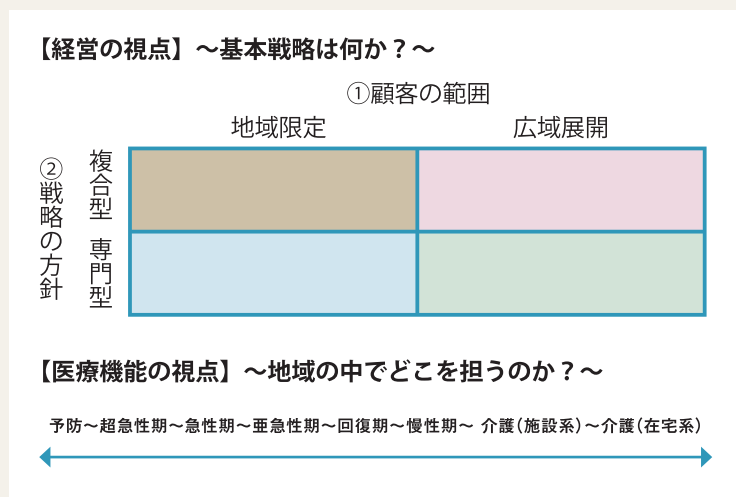
また、投資規模については、この事前検討の段階でも現在の財務状況を元に、概算の投資規模を検討することができます。これについては、建替えに使用できる預現金や補助金等と、5年から20年程度のキャッシュフローの一定割合から設定します。税負担など、今後のコスト負担は別に検討する必要がありますが、初期投資を抑えるために土地や建物を賃貸とすることも考えられます。

建替えの目的と投資規模の確認は上記の通りですが、ポイントは「建替え理由と解決したい課題が論理的に矛盾しないか、そして実現するための資金力が十分か」という点です。これを経営幹部の中で共有化し、意思統一を図ることが、事前検討段階での取り組みとして求められます。

(2) 事業の方向性の検討

このプロセスでは、マーケットと収益性の分析を通じて経営戦略を策定します。建替え等を検討している多くの病院でも、既に経営戦略を検討されていると思われますが、客観的な指標を元に、マーケットの需給状況に関する長期的な予測と収益性を検討し、事業の可能性を再検証することが、ここでの狙いとなります。

図3 戦略の考え方



経営戦略の基本的な考え方は図3に示しています。このモデルは、顧客の範囲と医療機能の視点から経営戦略を考えていくという手法になります。例えば、中小規模の病院では、地域を限定して、医療から介護までを提供する経営戦略が多くみられますが、これは図3では左上の枠に該当します。一方、高度な機能を持つ病院における、専門性を高めて他の都道府県からも患者を確保するという経営戦略は、右下の枠となります。

いずれの戦略を採用する場合でも、まずはマーケット分析によって需給バランスを把握することからスタートします。最近では、厚生労働省等から、患者調査やDPC病院のデータなど経営戦略立案に有用な統計が公開されているため、各地域の需給バランス、他病院と比較した場合の競争優位性などが、比較的容易に把握できるようになってきています。

マーケットの状況を元に大まかな戦略の方針を決定した段階で、各事業の収益性を確認します。通常は、診療科別や部門別の損益を用いて収益性を把握しますが、これらのデータを作成していない場合、精緻なものでもなくとも良いので収益構造を把握できるものを作成してください。たとえ戦略が明確でも、収益性が見込まれなければ事業としての継続は不可能です。この検討段階においては、選択した戦略が一定程度の収益性を確保できることを確認し、経営戦略を確定します。

(3) 事業計画の策定

事業計画の策定は、「経営戦略を数値化する」と置き換えることができます。経営戦略というと、概念的なものを想像されるかもしれませんが、本来は事業計画によってきっちりと数値化すべきものです。従って、これまでに検討してきた経営戦略の内容を実際の数値へと変換していく作業が、事業計画の策定ということになります。

建替えに関する相談をいただくケースの中には、事業計画の策定を当初から支援してもらいたいという場合に加えて、事業計画を作ってみたが数値に自信がないといって、金融機関を経由して事業計画の検証を依頼されるケースもあります。こういった場合には、事業計画策定から関わっていくこととなりますが、その際には、以下のような定量的要素と定性的要素に分けて、事業計画策定のポイントを示していきます。

①定量的要素

●事業計画の形式：

事業計画として一定の精度を保つためには、損益計算書だけでなく、経営戦略に関する記載、収益や費用の根拠、人員計画、設備投資計画、返済計画などの資料を作成する必要があります。ただし、こ

の段階においては、建物等の設計を行っていないため、いったん、概算での設備投資金額として作成します。

●経営戦略の反映：

経営戦略として設定した内容と、その実現に向けた施策を数値化する必要があります。もちろん、全てが数値化できるわけではありませんが、収益だけでなく、必要な人員、機器なども含めて、定量化できるものは実現可能性に応じて反映させることが重要となります。

●数値の妥当性：

経営戦略を反映させることは重要ですが、一方で、根拠に基づくことなく数値を変化させると、実態から乖離してしまう危険性もあります。各施策の実現可能性を考慮して、どの程度まで反映させるのが事業計画作成にあたっての勘所となります。

②定性的要素

●建替え目的と経営戦略の関連性：

事前検討の段階からきっちりと内容が議論されているケースでは問題にはなりませんが、初期における検討が不十分な場合は、目的と経営戦略の関係が不明確になっていることもあります。つまり、建替えを行う目的とこれから目指すべき姿に関連性がないということになるので、注意が必要です。

●事業計画策定のプロセス：

どのような体制で内容を議論し事業計画を策定したか、また事業計画を検討する段階で、どの程度まで職員の意見を反映させているか、コンセンサスは得られているかなども重要となります。事業計画策定の実務では、現状維持に近いベースの計画を最初に作成し、そこに建替えに伴って変動する費用を反映させ、次に経営戦略の実行に関連する収益と費用を反映させていく流れを採ることで、現実的な計画とすることができそうです。

●事業計画の実行体制：

策定した事業計画は、当然のことながら実行していかなければなりません。そこで、今後、事業計画の進捗状況を管理していく体制ができているのか、担当や役割が明確になっているのかも重要となります。

今後の病院建替えの状況

本稿で紹介した建築関連法規の改正による病院の耐震化の推進に加えて、今後、国土交通省は病院等の建物についての耐震化診断を所有者に義務化する方針としています。耐震化診断については費用の補助についても同時に検討されていることから、それ自体は病院にとって大きな負担とはならないかもしれません。しかし、注意しておくことは、耐震化診断の結果次第で、早急に耐震化の改修等の対策を行わなければならない可能性がでてくることです。

このような動きを受けて、今後も昭和56年以前の旧耐震基準の建物を中心に、病院の建替えや大規模な増改築などが行われると予想され、恐らくこの流れが大きく変化することはないと考えられます。

先に述べたように、病院の建替えや大規模な増改築は、全体で数年単位の事業となるため、事前の検討が最も重要です。再度、強調しておきますが、建物の築年数が一定以上経過し、耐震化等の対象となる病院では、将来に向けて早い段階からの検討が、今後の病院経営における最重要テーマとなっていきます。



教育体制の構築②

ポイントとなる「方向付け」と「リーダー」の存在

前回から具体的に教育体制を構築して、導入・運用していくための流れについて説明させていただきました。今回も引き続き「構築編」についてです。

1. これからの時代に求められる経営と教育体制

これからの介護福祉経営において「どのような職場にしたいのか」、理想とする職場像を描き、その実現に向けて、職員の行動を変える（誘導する）ための「方向付け」と、「リーダー」（影響力者）が不可欠となります。つまり教育体制は、制度の存在や運用そのものが目的ではないということです。職員の働き振りを高め、組織の目標を達成するための一つのツール（手段）であるはずです。そのため、教育体制を構築していく上で重要な視点は、以下の2点となります。

- コンセプトに基づいた「方向付け」ができていること。
- 行動変容を促す「方向付け」ができていること。

繰り返しになりますが、教育体制は、制度そのものに価値があるのではなく、その制度をどう活かし、法人・施設・事業所としての目標実現に結び付けているかが重要になります。そのため、教育体制の構築・見直しは単純に研修カリキュラム等を見直せばよい訳ではなく、人的資源管理体制全体の見直しが求められることになります。

組織の中で働く人の行動をコントロールし、あるべき方向に導いていく制度が、「人的資源管理体制」です。つまり、経営者の組織への想いや職員への期待を伝えるメッセージ機能が、「人

的資源管理体制」ともいえます。「人」の行動はその「人」の価値観・考え方に影響を受けます。その価値観・考え方に刺激を与え、行動変容を促すのが「人的資源管理体制」です。そのため「人的資源管理体制」を全体的に見直していくことは、採用から退職までの時間軸の中で、働く職員の行動を変える仕掛けを作ることともいえます。

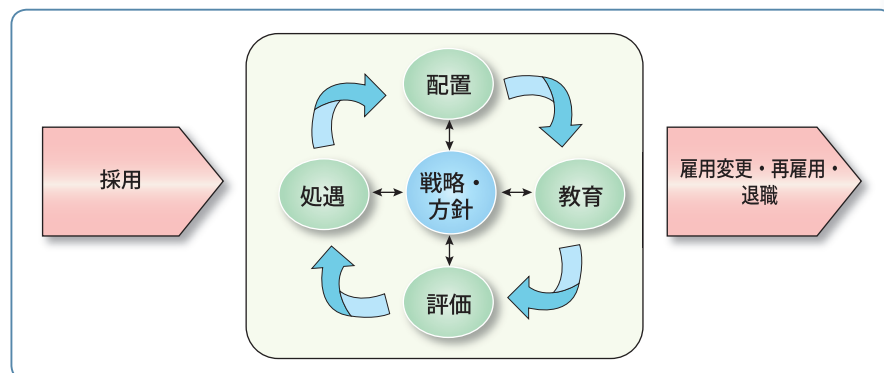
2. 人的資源管理体制の全体像

職員を採用してから退職までの人的資源管理の全体像は図1のとおりです。

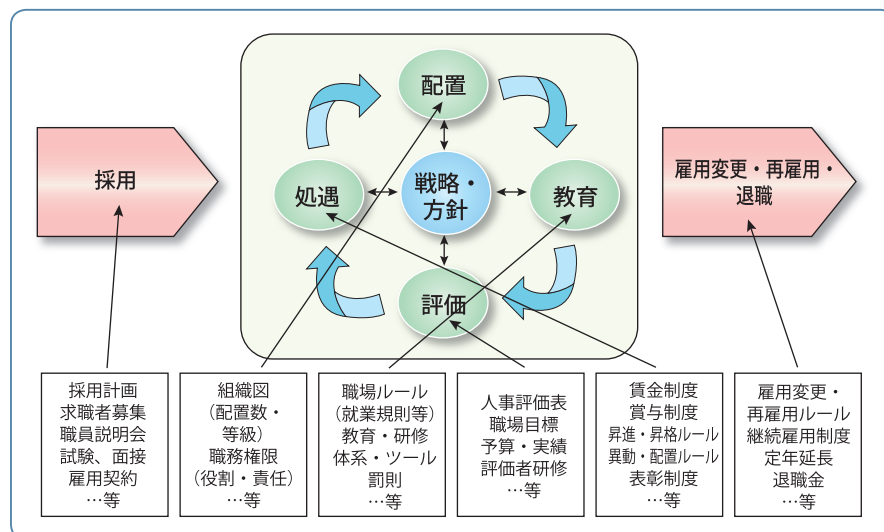
つまり、「採用」においては「欲しい人を欲しい数だけ採用するための方向付け」をすることになります。また、「採用後」は「優秀な人材を育て、定着させて、組織の目指す目標を実現するための方向付け」「配置⇒教育⇒評価⇒処遇のサイクル」に基づき行います。そして最後に、「退職」においては制度上「職場を離れる職員を、継続して効果的に活用するための方向付け」を行うこととなります。

具体的に方向付ける施策としては図2のような内容が挙げられます。

■ 図1



■ 図2





創造経営の研修、忘れられない恥ずかしい思い

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



さて、いよいよ創造経営の研修（初級コース）に参加することになりましたが、ここで、私は忘れることができないほどの恥ずかしい思いを経験することになったのです。

創造経営教室は、様々な気づきを与えてくれるところですが、最初の課題が「両親の名前と誕生日を記入してください」というものでした。もちろん、両親の名前が書けないことはありません。ところが、誕生日が書けないのです。私が生まれ育った高山は、東京や大阪のような都会ではありません。子供の頃から、誕生日を家族で祝うというような習慣はありませんでした。私は、顔を真っ赤にしながら、「書けません…」とつぶやくしかありませんでした。

そして、次の課題です。今度は、「あなたが思う、お父さん、お母さんの良いところを10ずつ書き出してください」というものです。母親のことについては、「優しい、思いやりがある、我慢強い…」と、簡単に書き出すことができました。ところが、父親のことを同じように書いていこうとして、また、手が止まってしまいました。

私の父親は、昔の男ですから、教育とは身体で習得するものだ、といったように厳格というのか乱暴というのか、よく叱られては殴られていました。当時の父親像の大半はそんなものではなかったでしょうか。だから、「お父さんの良いところ」といわれても、叱られた、殴られて痛い思いをしたことは、浮かんでくるのですが、

良いところについて、なかなか書き進めることができません。これもまた、「書けません」と報告するしかありませんでした。

その後、担当の指導員の先生との面談がありました。「どうしても、叱られたり、殴られたりした記憶がなくて」と言い訳する私に対し、先生は「では、どんな気持ちでお父様があなたを叱ったり、殴ったりしていたのか、想像することはできますか」と問いかけてこられました。そこでようやく、できの悪い私が、社会に出て困ることがないように、厳しく、時に辛く当たっていたのではないかと気づくことができたのです。

なぜ、いままでこんな思いで昔を振り返ることがなかったのか、残念でなりません。

この経験があって、私は父親、母親が亡くなるまで、月に1回は、大阪から高山まで往復10時間以上の道のりを通うことになりました。実家に滞在するのは、わずか1～2時間程度ですが、それが私なりの感謝の気持ちの表し方でした。

それともう一つ、毎朝行っていることは、自宅にかけてある私の、そして家内の両親の写真に向かい、名前と生年月日、命日を唱え、手を合わせ感謝の言葉を口にします。

「気づき」は、私たちが社会生活を送る上で、様々な大切なものを教えてくれます。それに会えることができたことに、改めて感謝しています。 (続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

次号予告

特集：消費税一引き上げへの対策を探る

平成9年、当時の橋本内閣(自民党)時代に消費税はそれまでの3%から5%(地方消費税含む)に引き上げられてから15年、段階的に10%までの引き上げが決まった。社会保険診療の非課税に伴ういわゆる損税の問題は、未だ解決の糸口が見出せないままである。間近に迫った引き上げを前に、個々の病院や施設は、どう対応すべきなのか検討する。

その他

クライアントインタビュー

介護・福祉施設経営

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田
編集部 東京都千代田区神田
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9172
定価 500円(税、送料込)