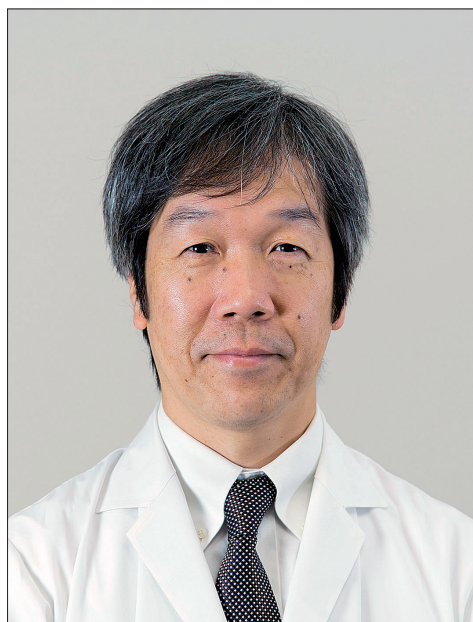




経営改善プロジェクト

遠 藤 格

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 主任教授

病院は患者の病気を治すことが第一義であるから『患者さんのために存在する』ことは言うまでもない。ハードウェアである大型機器を最新のものに更新すること、安全確保のために様々な機器を改良したり新しい診療材料を導入することも全て患者さんのためである。しかし最先端のハードウェアが充実したとしても、それだけでは病院として十分なパフォーマンスを示せないことは明らかである。ソフトウェアである、優秀な医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士etcを集め、患者サービスを向上することが重要である。病院で働く医師からみれば、病院は『晴れ舞台』であり、相撲で言えば『土俵』である。土俵が傾いていたり、整備が不十分だと当然良い取り組みはできない。

昨年5月に当院の『経営改善プロジェクト』委員長を拝命し、病院経営全般を考える機会を頂いた。『晴れ舞台』の維持がいかに難しいかを病院経営の視点から考えさせられた一年であった。経営を意識して適正な価格で診療材料を購入し無駄な廃棄を減らす、積極的にアルファベット病床を使用する、DPCを意識して入院期間を設定する、手術室を増床して手術件数を増やす、出来高の検査は外来で行い、保険外の検査を減らす、などなど様々な対策を講じた。その結果、数億円の赤字がほぼ収支均衡に近づいたようである。やればでき

るという気持ちが病院全体に芽生えつつあるのを感じている。ただ、一部の医師は『大学病院なのだから金の心配をせずに研究に専念したい』と考えていると思う。しかし全員が『土俵』の維持に頑張っている時に『ウチはあくせくしたくない』では済まないのである。

経営改善と表裏一体の関係にあるのが労務管理である。収益が上がっても超勤時間が異常に伸びては本末転倒の結果になる。あくまでも勤務時間を伸ばさずに収支を改善しなければならない。診療科部長である私が労務管理を毎週行う事によって我々の教室でも超勤時間が長い医師数が減少し、各診療科の努力によって全病院的にも減少した。しかし一部の診療科では絶対的なマンパワー不足が存在することも明らかになりつつある。だいたい働きすぎで倒れるのは若い医師と決まっている。彼らを守るためにも、今後の更なる改善努力が必要である。

経営改善プロジェクト委員長としての経験で得た事は、当院はとても人的資源が豊富であり、潜在的なポテンシャルは極めて高いという事である。事務系職員は地味な仕事に徹してくれたが本当に優秀な人材が多いと思う。しかし、これで良いかというともまだまだ求めるべき事は多い。当院の弱点の一つに『見せ方が下手』というのがある。そ

の一例をあげると、岡山大学にPERIO（周術期管理センター：Perioperative management center）という取り組みがある。岡山大学の白川靖博先生のご講演を拝聴したところ、PERIOは、外科医、麻酔科医、看護師、理学療法士、臨床工学技士、管理栄養士、薬剤師、歯科医、歯科衛生士、歯科技工士のメンバーによって構成され、患者さんを中心にしたサポート体制を整えている。例えば食道癌の術前から術後の患者のビデオを見せて不安を解消したり、積極的な口腔ケア、周術期リハビリ、看護師のカウンセリングなどが有機的に纏まっており、大変羨ましいシステムだと思った。しかし当院を振り返って見ると、実はPERIOの一つ一つのパーツは既に数

年前から行なわれていることに気付いた。要はそれを統合する旗振り役、起爆剤、言い換えるとプロデューサーがいないのである。岡山大学のPERIOは熱心な看護師さんが発案して実現したプロジェクトだという。もちろんそれをすくい上げる上層部の英断がベアで必要である。我々には『市民からどう見えるのか』という視点が欠けていたのだと今更ながら痛感した。『小異を心のなかにしまって大同に就く』ことが必要な時期に来ている。今年是我々の病院に攻めの姿勢で積極的な提案を持ち上げる医師・メディカルスタッフが登場することを期待している。



新時代の到来に思う

土 屋 周 二

横浜市立大学名誉教授

平成30年の初頭は寒気が特に厳しく、蟄居して無為に過ごしていたが、漸く木々に若葉が萌え出て春の気配がみうけられほっとしている。私こと、馬齢を重ねて体力も気迫も低下し、老化とかフレイルを自覚して何とも情けない次第である。しかし同門諸賢の御蔭で大過なく定年まで市大第2外科につとめ、その後も30年近く無事に過ごすことができた。心から感謝している。

光陰矢の如しというが世の中は数年前と比べても大分変わってきた。特にsocial network systemの発達と普及により日常生活でも何事につけて数字的処理を伴い、「確認」「決定」のボタンを押さなければならない。その度に気を張るというストレスがかかる。対面、対話による相互理解で済んでいた旧弊の人間は戸惑いを感じず。この頃はSNSはじめいろいろの手段で自分個人の意見や主張などを一般の人々に公開するものが多い。時には大国の首長のような人々まで卒直めいた感想や呟きを発信し、外交手段や対抗する国々への脅迫、自国第一主義、大衆迎合的主張を臆面もなく見せているが、いささか品格に欠けるような気がする。対話や協調を中心とした交渉を重んじ、武力行使や戦闘のような愚かで悲惨な破壊や殺戮を行はないで貫きたい。しかし強欲は人間の本性の1つで生来的なものであり、有史以来戦争のない時代は稀であった。私共は国粹主義や自己過信による愚かな大戦が敢えて行われた数年をまざまざと記憶しているが、負けるとわかったら早々と降参

するし、後時について対処する方が賢明と思う。

ところで、外科医学もここ数年で大きく変貌した。消化器外科関係では大部分の手術が腹腔鏡下手術になったようである。診断、医療用の器具、機械、診断方法も長足の進歩を遂げ、これらを使いこなすには心機一転した学習や訓練を必要とする。また医療安全の面からも万全の策が講ぜられなければならない。外科医師の教育についてもin the job trainingの時代は過ぎ、専門医が制度化する時代にあわせた教育プランが重視される。一方外科医師の働く環境を労働とみなして体制をつくることも必要とされる。このように何事も新たな視点での検討と実施が緊要となっている。同門諸賢にも多くの努力が求められ、一体これからどうなるかと心配になることもあろう。もともと外科を志望したのはこれが自分の性分に合っているからであり、同時に世の中に役立つやりがいのあるものと思ったからであろう。しかし生身の人間であり、修行僧とは違う。時には生活を楽しみ、趣味豊かな幸福な生涯を求める権利もある。ある程度の弛緩をふくめ、明るく楽しく過ごすことが大切と思う。生物学は進んでいるが、まだ表面的に現象を系統立てて説明する段階であり、根元的なことは未知なことが多い。外科関係の仕事も無尽蔵にある。一方、古今を通じ人間社会の諸現象も興味深く、読書も面白い。同門諸賢の御健勝を祈念して擱筆する。

(平成30年3月)



社会の昏迷の時こそ必要な 社会保障・医療

嶋 田 紘

横浜市立大学名誉教授
医療法人博俊会 春江病院 名誉院長

どのマスメディアも今年の課題は社会保障制度改革だという。その理由は、経済発展とともに確立された社会保障制度であったが、その結果、高齢化と少子化に伴う人口減少時代をもたらした。毎年増え続ける年金、医療・介護費と将来の勤労者の減少、経済不況を考えると大胆な改革をしなければ社会保障制度が持続可能とは思えないからだという。

本来、社会保障とは個人の努力では責任が負えないリスクに対して社会全体で支え合い、個人の自立や家庭の機能を支援し健やかで安心できる生活を保障することである。経済的には社会保障は所得分配を通じて社会の安定を促進するとされる。即ち、社会保障は個々人の役割を規定するが同時に個々人の社会的連携によって、社会保障が社会の連携を維持する役割も果たしているわけである。更に経済成長が社会保障制度を支えているが同時に社会保障制度が需要創出を通じて経済成長に寄与している。無意識のうちに享受している社会保障制度であるが個人にとっても社会にとっても大変に重要な制度と再認識しなければならない。

日本の社会情勢はどうであろうか？

資本主義の終焉を思わせるようにいつまでもデフレから脱却できない。金融資本主義に伴う格差社会や都市集中に伴う地方崩壊の進行、さらにはSNSの汎用から個人化が進み国民の連帯意識の希薄化が生じている。連携関係がなければ社会崩壊する危険性が高まる。

以上から、人々、社会の連携が希薄化している時こそ社会保障が必要ということになる。

医療しかわからないが、医療のための財源を増やす方法としては国債（現在まで借金1100兆円）のさらなる発行と使用目的を明確にした消費税の引き上げと患者の窓口負担の引き上げを行う事となる。

しかし、選挙権を持たないために政策に意見を反映できない未来の若者にこれ以上つけを回すことも憚られる。現在の被保険者（受益者）は豊かな人が貧しい人を助けるという社会保障の理念のもとに、能力相応に税の負担、窓口負担を請け負って貰いたい。

被保険者の気づかないことであるが、日本には約3000社以上の保険者が乱立する。外国の制度にない被保険者の自主的健康管理の状態によってはメタボ疾患に対する支払い額に差をつけたり、被保険者の契約期間を死亡するまでとする「突き抜け型の制度」にしたり、診療レセプトの審査体制の効率化により保険料の軽減を行うことなどにより保険者間の競争を促し、従来の就業形態によって保険者を決めるのではなく被保険者が保険者を自由に選択できるようにすることも検討する必要がある。

国民の負担の引き上げは国民から、制度の改革は利権団体から反対もされるが政治家は断固として改革を行ってもらいたい。

一方で我々医療職に携わるものとしては、医療給

付の効率化や重点化をすすめる必要がある。2015年11月26日に当時の塩崎恭久厚生労働大臣は「保険医療2015と医療改革の展望」として将来の医療のあり方を提言した。

その内容は診療体制としてまず、地域医療構想にも有るように病院の機能を明確にすることである。診療所を一次、中小病院を二次、大病院を三次機能とする。診療所のプライマリ・ケア医師（日本では総合診療医）はファミリードクターとして予防医学から疾患の早期診断を行う。治療を必要とする疾患を診断した場合は難易度、重症度によって適切に二次、三次病院へ紹介する。退院後はまた診療を継続する。

プライマリ・ケア医師の報酬は担当住民の健康維持に対するインセンティブを加味した評価を行う。プライマリ・ケア医師の腕の良さや医療の提供体制にも影響されるが、WHOやハーバード大学の報

告によるとプライマリ・ケアが発達している国ほど国民の医療への信頼が厚く医療内容も高く効率的に提供されていると言われる。このような体制では自ずと専門医の数や地域への配置数も決められてくる。

診療にあたっては、ICTを駆使し、ナショナルデータベースを活用したエビデンスに基づいた標準治療を行うとともにその診療報酬の基本はQALY（質調整生存率）などのアウトカムに基づくものとしている。その他、医療と介護の連携促進事業として連携職員の資格化を行う。喫煙、肥満、飲酒を抑えるなど健康増進策を実行して健康寿命と平均寿命との差を縮小したいとしている。

このようなことが20年後に実行されているかどうか分からないが医療職に有るものは医療制度の維持のため、その改革の方針を理解し協力を惜しんではならない。



これからの医療に備えて

國 崎 主 税

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 外科教授

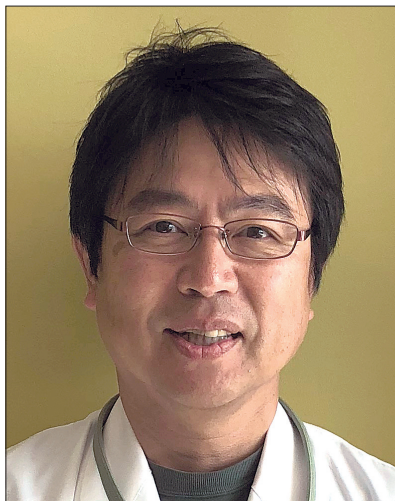
我々、医師という人種は「自分の興味のある事ができれば、それで満足」という人間が多く、周囲の事に目配り、気配りできる人が少ないように思います。悪く言えば、社会性に乏しい人種ですが、よく言えば何か新しいものを作り出す素晴らしい能力の持ち主とも言えます。

消化器外科医という観点から考えると、「手術が上手になればそれで良し」という先生が多いと思います。勿論、外科医ですから良質で安全な手術を患者さんに提供できる事が最低限の必要条件ではありますが、それだけで十分でしょうか？きちんとした外科手術を完遂するには、様々な知識が必要です。知識を取得するには過去の多くの研究を学び、さらに自ら研究を企画あるいは参画して、その成果を評価してもらう必要があります。そのために論文執筆が必要となるわけです。我々臨床家は過去の研究をさらに発展させ、新しい知見を生み出す努力をするとともに、それを臨床応用のレベルまで推進していく必要があります。そのために、一流の学術誌に掲載できるような研究を継続して行う必要があります。単に、業績を増やすためではありません。やる事は山のようにあり、時間がいくらあっても足りないくらいです。

さらに、時代の変遷とともに医師は自分の好きな医療だけをやっていれば十分という時代は終わりました。社会や患者さんからの多くのニーズに応じる必要性が益々高まってきました。病院経営がその一つです。経営というと「金儲け」というイメージが付きまといますが、必ずしもそれを意味するわけで

はありません。良質で安全な医療、チーム医療、地域連携、人材育成、学術的交流など全ての根幹にあるものが病院経営と考えます。健全な病院経営なくして高度な医療の提供はありえません。大学病院だからと言って、医療だけあるいは研究だけをしていれば良いという時代は終わったという事です。地域医療機関との連携の在り方も横浜市立大学独自の体制を作り上げていく必要がありますし、行政とも深く関わっていく必要がります。今後、横浜市も人口数の減少が予想されています。人口が減少するのに、高齢者の比率が高まるという時代がすぐそこに来ている。したがって、地域の情勢を考慮した地域連携が必要と考えます。横浜市立大学の今後の在り方についても様々な議論がされていると聞いています。今後、横浜市の病院として高度医療を提供する大学病院としてだけでなく、地域に根差した病院であり続けるためには、大学病院を軸とした大きなコミュニティーの構築が必要と考えます。そのためには、次世代を担う先生方には、医学の勉強は勿論の事、医療経営など様々な知識も習得しないといけません。

働き方改革で時間的制約が益々厳しくなる一方、勉強しなければならない事、やらなければならない事が益々増えていくという大きな矛盾の中で、自分がどのような医師になりたいか、あるいはどのような医師人生を生きていくかは自らの考える事です。いずれにしても、益々大変な時代に突入したというのが、私の実感です。頑張って進んで行きましょう。



高齢化社会で外科医が思うこと

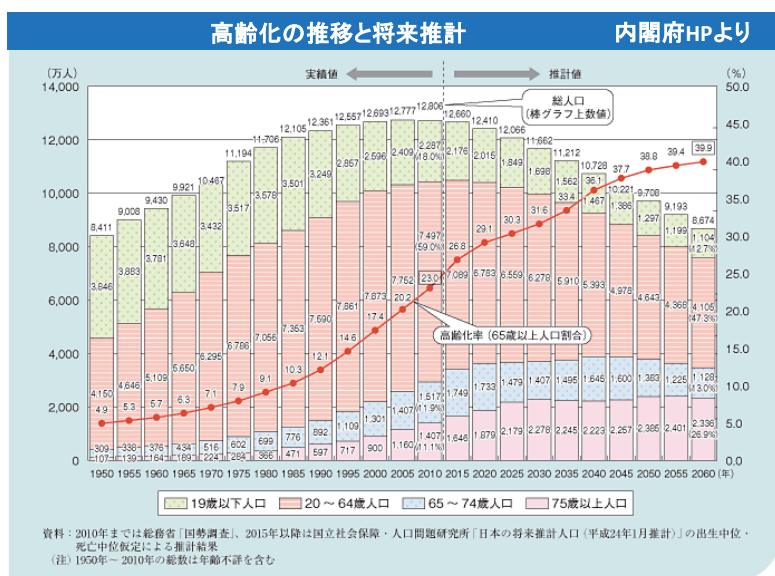
山口 茂 樹

埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科 教授

日本における少子高齢化については以前から問題として取り上げられてきたが、最近は身に迫る実感として感じるようになってきた。大腸癌手術において80才台の患者さんにあまり驚くことはなくなり、90才を超える大腸癌手術も徐々に増加している。

内閣府ホームページに高齢化の推移と将来推計のグラフが掲載されている（図）。75歳以上の人口は増加を続け2017年には65～74歳人口を上回り、その後も増加傾向が続く。また2020年の高齢化率（65歳以上の人口割合）は29.1%まで上がると見込まれている。高齢者が増加するとそれに伴う心血管疾患や脳疾患の併存率が上がり、手術リスクが上昇する。また術後せん妄の増加やリハビリにも

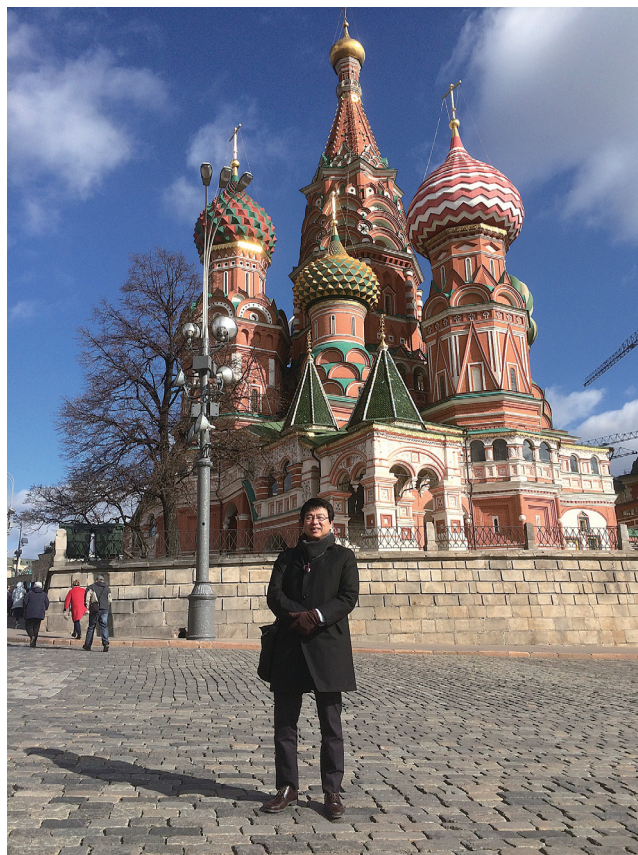
難渋することもあり、術前評価と準備、術後管理の両面から外科医の負担は明らかに増加する。低侵襲手術の台頭により手術そのものの負担は軽減される傾向だが、高齢者の術後合併症はときに致命的となるため外科医は気を許すことはできない。一方、高齢者の増加以上に懸念されるのは少子化にともなう20～64歳人口割合の減少である。これまで手術を受ける患者さんには家族のサポートがあるのが当たり前であった。10年以上前の話になるが、静岡がんセンターでは手術当日は親族が集まり、お孫さんは学校を休んで手術日を病院で過ごす家族もいた。ところが最近は高齢者夫婦のみ、あるいは独居の世帯も多く、こどもを含む親族が遠方に住んでいると、退院の連絡さえもなかなか



75歳以上人口は増加を続け、平成29(2017)年には65～74歳人口を上回り、その後も増加傾向が続くものと見込まれている

取れないことも経験する。高齢者の手術入院の際には、せん妄の際やストーマ管理など家族の協力が必須であるが、今後は徐々に難しくなるかもしれない。そうすると介護保険を利用した公的な介入が必要となってくる。とはいっても働き盛りの人口は減少し税収増加は見込めず、そのための資金確保はむずかしい。高齢者の増加から疾病保有者も増え医療費はますます増大してゆく。堂々巡りの悪循環で金縛り状態に思えるが、現実としてこれに対処していかなければならない。

大腸癌や炎症性腸疾患の治療は、薬物治療の進歩により著しく成績が伸びた反面その治療費も著しく伸びている。大腸癌は根治手術よりも補助化学療法の方が高額となっているのが現実である。検診で癌を早期に発見する、癌患者も就労できる社会をつくる、いろいろな試みはなされているものの、限りある財源をどのようにどのように医療に分配してゆくべきか。医師がそれを考えるべき時と感じるこの頃である。このまま財源を使い続ければ消費税をどんどん上げ続けるしかないのでは、と心配するのは私だけだろうか。



2017年4月 モスクワでのライブデモ手術



リーダーの足かき

長 堀 薫

横須賀共済病院 病院長

いつも第二外科には大変お世話になっており、感謝しております。

今年は直球勝負、リーダーをテーマとして、寄稿のご依頼に応えたいと思います。

みんなを引っ張ることができ、結果を出せるリーダーとなるには、どうしたらよいのでしょうか。外科医は、そもそもオペ室で多職種のチームをまとめて手術を完遂しなくてはなりませんし、部長から病院長、教授などリーダーとなる宿命にあります。

京セラの会長で、破綻したJALを2年半で再建された稲盛和夫氏は、「会社、組織は、トップの器以上のものにはなりません。立派な会社や組織にしたいならば、まずリーダーが、自分の人間性、人格を高めることが何より大事です。」と主宰される塾でよく言われていますが、耳に痛い言葉です。

教授の命を聞かず、電子顕微鏡やアメリカでの分子生物学の研究に身を投じ、その都度サイエンスの才能の無さに我ながら愕然とし、ようよう外科に受け入れてもらっていた身勝手に不肖の我が身を省みると、優れた人格をもって率いる王道は望むべくもない。

もちろんリーダー像に絶対はないものの、明らかに優劣はあります。さらに、潰れかけたPC企業のAppleを世界のトップにしたスティーブ＝ジョブズ、毎年100敗するドアマットチーム、ヒューストン＝アストロズを2017年ワールドチャンピオンにした敏腕GMジェフ・ルーノウ、宇部市の商店街の紳士服

店を2兆円企業のユニクロに仕立てた柳井正氏など、キラボシのようなスター経営者もみな特徴は違います。

MBAビジネススクールでも、最も体系化しにくいのはリーダーシップ論ということですので、もちろん学びはするものの、最大限にリーダー力を発揮するには自分で自分を活かしていくしかない。すなわち、自分の長所はMax伸ばし、短所は修正するか露出しないようにする、そのために自分の特性を可視化し分析する必要があります。その指標として、塩野七生氏の「ローマ人の物語」を最も参考としてきました。

そこではリーダーに必要な5つの資質を、

- ・困難な問題を解決する知力
- ・苦難に耐えうる体力
- ・説得力
- ・持続する意志力
- ・自己コントロール としています。

ちなみに、この5つの資質はイタリアでは義務教育で習い、5つ全てを備えていたのはユリウス＝カエサルとの教えですが、ローマ時代からあまり引き継がれていない？

もちろん、リーダーにとって“先見性”“企画力”“実行力”“求心力”“決断力”など他の要素も必要ですが、先の5つの組み合わせで対応可能とされているのでしょう。

院長に就任時の自己評価では、最初の3つは○、意志力は強いけど飽きっぽい部分があるので△、

課題は、瞬間湯沸かし器だったので×とした自己コントロールでした。

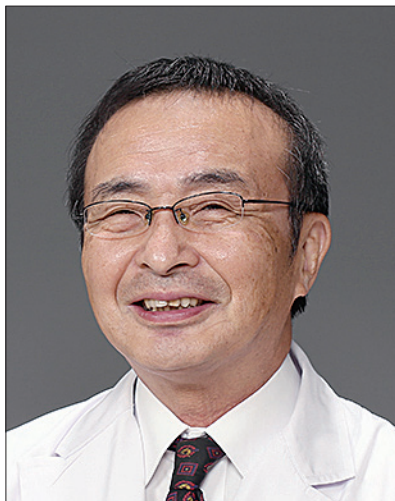
一つの解決策は、人間性の向上と考えバイブルを読んだり、チベット仏教の高僧の瞑想レッスンを受けましたが、至らぬせいかピンとこない。ちょうど病院に導入しようかと考えていたシステム＝コーチングを自分で試してみました。

半年間のエグゼクティブ＝コーチングは、毎週1時間のオンラインクラス、8人のクライアントと毎月30分のコーチング、自身もプロから毎月コーチングを受けるという膨大なメニューでしたが、奏

功しました。

そもそも人の話を聞いていなかった。良好なコミュニケーションをとるのに多彩なスキルがあり、こちらの表現が変わると相手の能力を引き出しうる。結果としてですが、感情の表出を最低限に抑えられます。

これからも変化する時代に適合するリーダー力をいかに磨くか、模索していかなければならないのですが、新たな可能性を自分に開いてくれる立場には感謝しています。



院長としてやってきたこと、 また救急外科の創設について。

仲 野 明

藤沢市民病院 院長

平成30年3月で院長を定年退職します。そこで「病院長の業績とはなんだろうか?」と考えてみると教授のように在任期間での医局の論文数や後輩教員の他大学への教授就任や医局員を指導した学位などの指標があるように思います。しかし院長の場合では「病院の収益を上げた」、「新しい部門の新設や開拓した」、「高度の医療機器を導入した」、などなどがあるが、その在任時の医療情勢や社会情勢によりそれらは多く影響されます。それ故自分でこの院長在任中のことを振り返って多少自画自賛的になるかもしれませんが、書かせて頂きます。

副院長の時から市民病院の改革の必要性を考えていましたのでまずは目標をたてました。①病院運営を戦略的経営にレベルアップすること、特に財務分析・管理会計より客観的なデータ分析してそれに基づいて病院の経営の舵取りを行うようにする¹⁾。②病院の経営形態を変更し、現在公立病院

として公営企業法の部分適用（財務のみの意味）から全部適用に変更する^{2,3)}。③収益が上がればその対価としてインセンティブを付加できるような各診療科の収益を評価する。以上の3つとしました。それらには理由があります。藤沢市民病院は藤沢市の42万の人口で唯一の公的病院で、大変他の地域よりはるかに条件がよいのに、残念ながら経営は事務任せの状態で院長の経営分析やリーダーシップはありませんでした。また、経営形態は医療状況の変化の速さに対して、一部適用の病院では自律性がなくガバナンスもなく対応できないこと²⁾を、副院長の時よりそのことを主張していましたが、これも前院長には採用されませんでした。前の年報に経営での財務分析などのについては書かせてもらいましたので、ここでは、判り易く書きます。医療収支について解説します。医業収支の因数構造として考えたほうが判り易いと思います（図1）。医業のコストの構造はそれ程複雑ではありません。

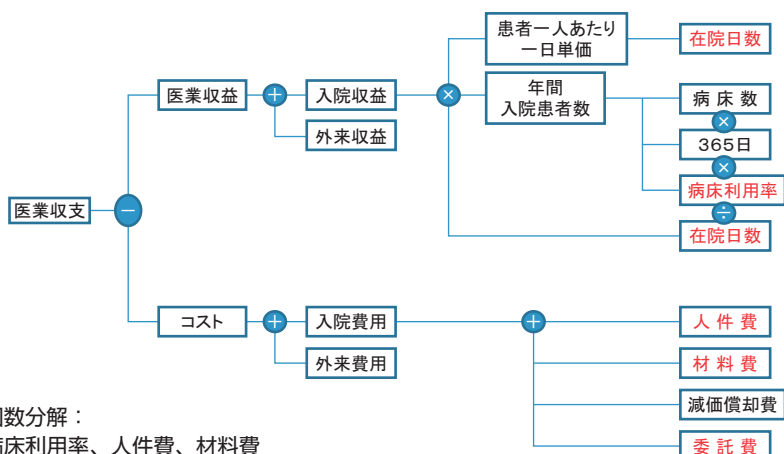


図1 医業収支の因数分解：
在院日数、病床利用率、人件費、材料費

固定費の大半は人件費であり、それに建物や医療機械などの減価償却費が加わって成り立っている。変動費は、医療に使われる薬剤費や診療材料費がほとんどです。しかし、売り上げのほうは少し複雑で、患者数と一人当たりの単価との掛け算で成り立ち、病院の病床数は固定ですので、延患者数は病院の病床数と病床利用率、また病床回転率の掛け算です。病床回転率は1年365日を平均在院日数で割った数字なので、在院日数が短いほど売り上げは高くなります。患者当たりの単価も、在院日数が短いほど高くなる構造となっています。DPCでは入院期間が長くなるほど診療報酬が低下するように設計されています。つまりDPCでは入院期間を短くして、回転率を上げる経営をしたほうが、患者数の観点でも、入院単価という観点でも有利となっています。それ故、病院では大きく収支を左右する因子はそんなに多くなく、人件費、材料費（薬剤および診療材料費）、在院日数、そして病床利用率の四つがその鍵となります。その内人件費は実際には診療報酬でも必要な要件にも上げられています。また質の高い医療を行うには、人件費を減らすことは考えられません。一方材料費は事務側を頑張らせればある程度削減は可能でしょう。やはり本質は在院日数と病床利用率をよくすることで、その結果単価が増にもなります。そのためには新患者さんの増加や入院が必要な救急患者さんの断りを無くすこと。パスを多数作り、

利用して効率のいい病床回転を行う。また、手術室を効率よく運営して手術数を増やすことは、その理にかなっています。以上のことを課題としました。29年度には各診療科と全部署とヒアリングを行い前述の意味と目標値を提示してもらい、そのためその後の収益は順調に伸びています。また、診療報酬では入院単価に関係する加算をいかに多く取るかが必要で例えば入院総合加算や救急入院加算等を積極的に取る努力も必要です。成果の出来た利益は各診療科にインセンティブとしてもどしたかったが、十分な評価が困難で今回は医療機器選定の基準には上げましたが、今後はさらなる評価が必要と思われます。また診療科別、疾患別原価計算を出せばさらに分析が深められますがそれは高度の会計知識が必要になりますので、ここでは名前のみの紹介とします。

経営形態については、判りにくいのでその違いを図2, 3に表します。図2のように部分適用では病院長に多く事項を決定する権限がなくいちいち事務局長（局長の人事も数年交代で医療を全く知らない人のことが多い）を通して本庁の担当副市長や部局長の医療に熟知していない人に決定権があり、各種の変更の意味や増員の理解を得るのに大変苦勞します。一方全部適用では図3のように市長から権利を受託された事業管理者（医療関係者：院長兼職でも可）が病院内におり、その人が市長の代行として課題に対する対応が迅速にされる。

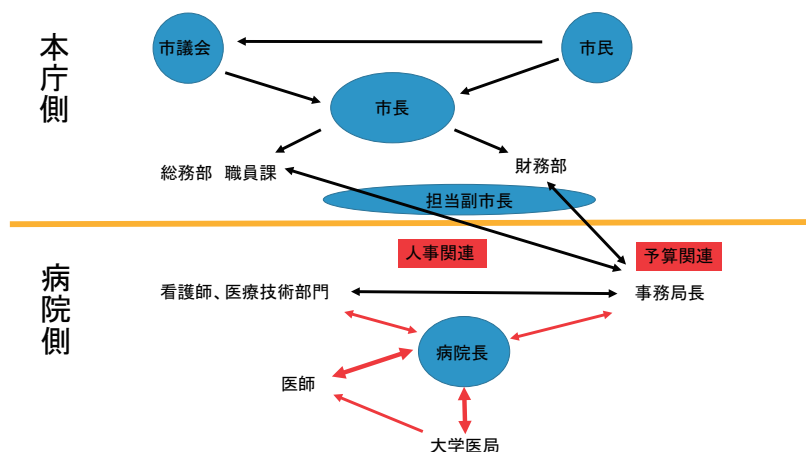


図2 地方公営企業法一部適用でのガバナンス構造の問題

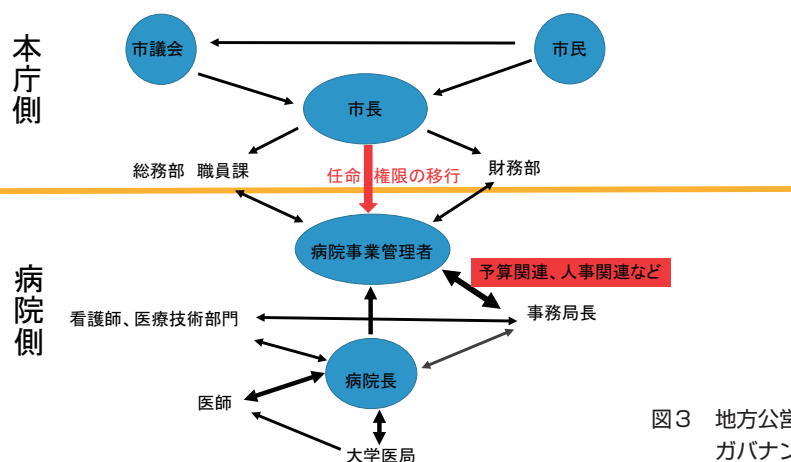


図3 地方公営企業法全部適用での
ガバナンス構造図

つまり病院としてのガバナンスが強化されある程度自由な人事配置や給与変更が可能となります。これらを、市長や副市長また議員に十分な説明や論文を書き提出し読んでもらい、理解を得てやっと来年度から前向きな準備に入ることになりやっと前進できました。全部適用後にさらなる積極的な病院経営を期待しています。さて外科に関しては今年度からの乳腺外科と救急外科を立ち上げています。乳腺外科は判りますが、「救急外科とは何」と言われる諸先輩の外科医の先生がいらっしゃるでしょうから説明します。救急外科は穿孔や虫垂炎などの外科救急疾患の対応や外傷外科を専門に行います。その意義は二つあると思います。今の外科医局や関連施設での外科手術教育の中で外傷外科は欠落しています。救命救急センターを持つ病院では重症外傷の患者が運びこまれる可能性があります。体系的な対応をトレーニングされた外科医は残念ながらいません。そのため、私は個人的に外傷外科を勉強して対応してきました。一方、外科の修練中の若手医師の虫垂炎や腹膜炎などの救急疾患手術のために上級医が前立ちしなければならず、それが深夜なら翌日の手術の執刀（上級医）がある場合には、外科医の業務負担軽減がされてはいませんでした。そのために外傷および救急手術を専門にやるグループを作れば外傷の教育や外科医の負担軽減も可能になると考え、10年ほど前から救急医の外科医教育を依頼され、当科

で行っていた東京医科歯科大の救急医学教室に協力をお願いして救急外科専門医を派遣してもらい、当院の外科と協力して運営しています。これからの本格的運用で、どれ程外科医の負担軽減が出来るかは外から見守っていきたいと思います。

個人的には、昨年11月に県知事から保健衛生表彰を頂き、また県医師会の学術功労者表彰の選考基準（医学論文が最近10年間で5編以上、うち2編以上が筆頭者であること）のハードルをクリアでき、藤沢市の医師会会長の推薦を頂き受賞できました。特に学術功労者表彰は病院にとって16年ぶりで、二つもの受賞は大変光栄と思っています。

勝手に書かせて頂きましたが、もっと詳しく知りたいと思われる貴重な人（実地医療には全く関係ありませんので）のためにそれらの文献として三つの本をあげておきます。経営に関しては文献1）、自治体病院の病院形態に関しては2）、3）に興味のある方はお読みください。

文献

- 1) 戦略的病院経営マネジメント 財務分析・管理会計—変革へのケース・スタディ 井上貴裕 編著 清文社 2016年7月5日 発行
- 2) 自治体病院の経営改革 —原則と実践— 齊藤貴生著 九州大学出版 2012年8月27日 発行
- 3) 自治体病院経営ハンドブック（第21次改定版）：平成26年 自治体病院経営研究会編集 株式会社ぎょうせい 2014年8月10日 発行



若手の先生方に今伝えたいこと

藤 井 正 一

国際医療福祉大学 市川病院 消化器外科・一般外科 病院教授

千葉の市川市に来て間もなく2年になります。国際医療福祉大学市川病院・消化器外科の藤井正一です。聞きなれない病院名と思われる方が多いと思いますが、それもそのはずで2017年9月1日をもって、公益財団法人化学療法研究会・化学療法研究所附属病院が78年の歴史に幕を閉じ、新たに国際医療福祉大学市川病院が誕生しました。と言っても、病院の所在地、建物、電話番号等、全て変わらず、病院名のみが変更となりました。財団法人から学校法人に変わったので、職員の健康保険証が私立学校教職員共済に変わったことくらいが大きな変化です。

私は、実はこの変更を心待ちにしていました。というのも、前身の化学療法研究所附属病院は元々結核治療の専門病院で周辺地域や市川市のほとんどの市民、開業医の先生方を含めて「急性期の病院ではない」という認識です。10年ほど前に国際医療福祉大学に経営権が委譲され、通常の急性期医療を行って来ましたが、それでも伝統ある結核病院であるという認識はとても強く、なかなか手術患者も増えず、悶々とするような日々でした。したがって、「大学病院」であることを看板にできればいろいろ変わってくるだろうと思っていました。

ところが、いざふたを開けてみると変化があるどころか、思いのほか何も変わりません。病院も名称変更に伴い、市川市と松戸市の医師会の先生方を招待した地域連絡協議会や、地域住民を招いたお祭りなどいろいろな企画・宣伝をしています、

あまりにも何も変わらないのです。それどころか、「大学病院になったので敷居が高くなって気軽に受診できない」とか「紹介状がないと診てもらえない」などの声が聞こえてきて、若干外来患者数も減りました。今は地道に開業医の先生の挨拶廻りの営業をして、少しずつ症例を紹介してもらっています。まだ症例数は少ないですが、当科の特徴として腹腔鏡下手術施行率は高く、大腸癌はほぼ100%、ヘルニアは禁忌でなければ全例TAPP、胃癌も進行癌でない限り腹腔鏡下手術です。興味ある先生は連絡してほしいと思います。

昨年の同門会誌にも同じようなことを書かせていただきましたが、厳しい環境の病院に来てあらためて第二外科の関連病院にいたころは恵まれていたなと感じています。経験できる症例数の多寡はあると思いますが、二外ではどの病院にいてもそれなりに診療経験ができたと思います。これを読まれているローテーション中の先生方に、敢えて伝えたい。今いる環境でできるだけ努力をされた方がいいと思います。手術はもちろん、化学療法でも緩和医療でもそれぞれの関連病院に居るうちにできるだけ経験をする努力をした方がいい。そしてそれをReviewし、症例報告したり治療成績をまとめたりして、できれば論文を書くまでできればいいと思います。私自身はどうしていたかというと、手術は大腸以外も貪欲に様々な手技を身に付けようとしていました。しかし、論文書きはほとんどやっていませんでした。それに気づ

いたのは大学のスタッフになってからで、それもだいぶ後半になってからでしたので遅きに失したなと今更ながら後悔しています。二外のローテーション病院に居ればそのチャンスはたくさんあります。少なくとも、東京の私立大学、一般病院、千葉の病院を見てきた自分の目からは、神奈川の基幹病院は本当に恵まれていると思います。ローテーションしている先生はそんな実感はあまりないでしょう。自分もそうでした。だけど、今、自分が本当に努力したか、全力を出したか、毎日とは言いませんが週に1度くらい振り返ってみては？

世間でよく耳にする話で、超高齢化社会に突き進む日本で200床前後の中小病院は急性期医療を行っていけるか否かの岐路に立たされています。回復期、慢性期の医療も重要な仕事であり、そこに大きなやりがいも多くあると思います。それでも外科手術をたくさん行うことができる急性期病院で生き残れるかどうか、その時に個人の能力差を問われるのではないかと思います。いつか来る自分で決めねばならない選択の時に、決して後悔しない勤務医生活を送ってもらいたいと思います。自分への戒めとしても。



医学部の国際化を目指して

秋 山 浩 利

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 診療教授

2017年4月1日付けで横浜市立大学附属病院の診療教授に昇任させて頂きました。同門会の先生方には盛大な祝賀会を開催して頂き、多くの先生から暖かい御祝辞を賜りまして心から感謝しております。

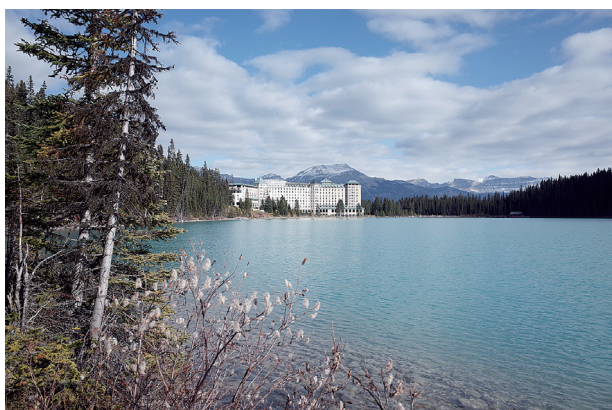
私は1988年に札幌医科大学を卒業後、初期研修医より横浜市立大学でお世話になっております。同門会の同期は横須賀市民病院副院長の亀田久仁郎先生、国際医療福祉大学教授の藤井正一先生、済生会若草病院前副院長の佐藤靖朗先生、そして開業されて大久保賢治先生の5人で、卒後30年を迎えようとしています。そして私自身は1998年2月に大学の教員（当時の助手、現在の助教）として医学教育に携わるようになり、途中で浦舟病院、センター病院での勤務もありましたが、大学教員として20年になりました。第二外科（消化器・腫瘍外科）入局当時は外科医として臨床経験を積むことしか考えていなかったもので、医学教育のことは頭の片隅にもありませんでした。おそらく入局5年目ぐらいまでの先生も同様だと思います。自分が医学教育に関わるようになったきっかけは、2003年に第一回医学教育奨励賞という賞を受賞したことだと思います。この賞は現在の「ベストティーチャー賞」にあたりますが、大学が気まぐれで行った医学生の手投票により選ばれました。当時、医学教育学の後藤英司教授とも全く面識がなく、大変驚かれたと思います。このことがきっかけで医学教育関連の会議に出席する機会が増え、2007年に嶋田名誉教授のご尽力で新設された附属病院のシミュレーションセンター長に就任させて

頂きました。この頃より全国的な医学部の教育改革が注目されるようになり、大教室で学年全員に行う講義が変わって、PBL、TBLと呼ばれる医学生5から10名のSmall groupに対して教員1名（チューター）が行う能動的学習が注目されるようになりました。現在、横浜市立大学医学部では、この「能動的学習」と「国際化」の2つの目標を掲げて医学教育改革に取り組んでいます。この取り組みの一環として5年前より、3つの海外の医学部で研修させて頂きました。入局後は数多くの国際学会で発表の機会と、1999年にはNew YorkのMount Sinai病院で腹腔鏡手術の勉強を学ぶ機会を与えて頂きましたが、医学教育について学ぶ機会は無かったため、どの施設でも大変多くのことを学ぶことが出来ました。この3施設での経験についてご紹介させて頂きます。

University of Alberta (Canada, Edmonton)

以前に同門会誌に寄稿させて頂きましたが、2013年10月に1ヶ月間、カナダのアルバータ大学で研修させて頂きました。この研修では北米の医学教育、特に卒前教育と卒後教育（外科レジデント教育）について学ぶことが出来ました。アルバータ大学での研修で最も印象に残ったのは、医学部の授業に参加させて頂いたことです。大教室で週1から2回程度行われる講義（Whole class）では教員が学生に質問しながら進めるスタイルで、寝ている学生は皆無で非常に印象的でした。1年生のDiscovery learningというPBL形式の実習は与えられてシナリオに

ついて学生が討論しながら鑑別診断を行っていく実習では入学したばかりの1年生が積極的に発言しており、2年生の模擬患者とシナリオを用いて医療面接、身体診察、鑑別診断まで学ぶ実践形式の実習が、毎週1回行われており本学との医学教育の違いを実感することが出来ました。



Lake Louise



University of Albert (Canada, Edmonton)

University of Hawaii

2015年1月、ハワイ大学医学部が主催するPBLのworkshop programに参加しました。能動的学習に関するLectureとTrainingが盛り込まれた内容で、最終日には実際に自分が作成した英語のシナリオを用いて、ハワイ大学医学部の学生がPBLを行い、チューターとして参加することが出来ました。1週間と短い研修でしたが、ハワイ大学で行われているPBLをチューターとして、実際に体験することが出来たことが大変有意義でした。アルバータ大学とハワイ大学ともに1990年頃まで現在の日本と同様のカリキュラムだったそうですが、1990年から2000年にかけて医学教育改革が行われて現在のスタイルになったそうです。したがって日本のカリキュラムは北米に比べて20年くらい遅れていると考えられます。



University of Hawaii, John A. Burns School of Medicine (JABSOM)

2017年10月National University of Singapore

センター病院の小坂隆司先生（平成12年卒）の他2名とシミュレーションセンターを見学させて頂きました。この冊子の中の「留学報告」で小坂先生が寄稿していますので、詳細は割愛させて頂きますが、高機能のシミュレーター、模擬患者、模擬手術室、病室を有する最先端のシミュレーションセンターで実践的な卒前教育が行われていました。施設やシミュレーターなどのハード面が充実しているのは勿論素晴らしいと思いましたが、教員やスタッフの教育スキルや熱意に驚かされました。2018年度より本学から学生の派遣を行う予定ですが、本学の教員が研修を行うことも提案していきたいと思えます。

同門や教室員の多くの先生が留学を体験され、海外の研究施設や病院で臨床と研究に携わって来たと



NUSの八幡真人（1992年市大卒）、
Dr. Suresh (Director of Centre for Healthcare Simulation)

と思いますが、自分のように医学教育、特に卒前教育に接する機会はそれ程多くないと思います。そういう意味ではこの3回の研修は自分にとってだけではなく、教室や大学にとって大変貴重な経験であり、今後の教育改革に活かしていきたいと思えます。



敬愛する鈴木馨一郎先生との別れ

嶋 田 紘

横浜市立大学名誉教授
医療法人博俊会 春江病院 名誉院長

謹んで敬愛する鈴木馨一郎先生の思い出を述べさせて頂きご霊前にお別れの言葉としたいと思います。

昭和51年ころ、入局後6年目に私が横須賀共済病院から横浜赤十字病院へ移動した折に4年後輩の鈴木先生と初めて一緒に働く機会を得ました。

先生は初期研修を終わって間もない初々しい青年医師でした。本来なら緊張しているものですが何故かいつも笑みを浮かべ患者ばかりでなく我々にも礼儀正しく接してくれたことを覚えています。当時の赤十字病院の外科は部長のご裁量もあり家族的雰囲気の中、教室では初めてと思われる検査手技（IVH）や大きな侵襲手術（肝臓同時切除）をさせて頂きました。その後は隣接するレストラン（松葉苑）で昼食や夕方から始まるマージャンなど大いに楽しみ、先生は先輩から可愛がられのびのびと育ったようです。その中で先生の印象を若い医師にない感受性鋭く、洞察力に富み、包容力のある大人の雰囲気を持った青年であると思いを置いたように覚えています。

先生は上司の影響もあり食道癌の外科手術に興味をもったようでした。当時の食道癌は術後管理も大変だったのですがこのダイナミックな手術が男気のある先生には合っていたのだろーと思います。

先生は食道がんの研究グループに属し、2017年のNatureにも他の施設から発表されましたが、術後栄養管理で重要な乳酸をTCAサイクルのエネルギー源にするという画期的な研究に入りました。

研究室は隣だったのでよく顔を合わせ研究の進捗状況を知らせてくれました。

私は38歳の頃、再び横浜赤十字病院に勤務していましたが住宅の購入を考えていました。隣接するレストラン「松葉苑」のマスターが京浜急行の重役と知り合いで地下鉄上永谷の新興住宅の開発計画で診療所の経営者を探していました。そこで、私はその新興住宅地のキャンセルのあった最小の住宅を購入することとしました。驚いたことに当時も一緒に働いていた先生は私の購入しようとした宅地の鼻の先の大通りに面する一等地に広い土地を購入して診療所を立てることを決めたと話していました。

当時は莫大な借金を返済できるかと医局員も心配しましたが彼は夜間の救急医療も充実させた地域医療を行いたいとして採算も度外視して決意したようでした。決断力も並はずれていたようです。

開業後はあの優しい笑顔で患者に接して、夜間の救急を一手に引受、内助の功もあり大変繁盛しました。私の家内も毎年2回ほどき緊急でお世話になりました。上永谷中央診療所は開業数年で地域住民の信頼を勝ち取って上永谷の診療所と言えば中央診療所というまでになりました。

経営が落ち着いたころからか、家族で食事やゴルフに誘って頂きました。

彼は人一倍、奥様は勿論、家族、患者、職員、診療所運営関係者、教室員、友人を心から大切にしていました。特に教室への愛情はひとしおで私の教授

就任後はすべての行事にいつも温かいまなざしで参加して頂いた事は忘れられず今でも感謝の気持ちで一杯です。帰りのタクシーはいつも同乗させて頂き温かい言葉を頂き、教室運営の疲れも吹っ飛んだ覚えがあります。

先生の趣味はゴルフに始まりますが、それ以上に後半は高校時代に作家を目指したこともある文才を生かして歴史に思いを寄せ、旅行の合間に漢詩を作り、詩吟を楽しみ、うらやましい限りの多彩な才能を発揮されました。

このように人を愛し自然を敬い従うという人柄は西郷隆盛が残した「敬天愛人」に相応しいと思っています。私も含め300人を超える教室員の中でも類まれな存在かと思っています。このことが多くの医局員から今でも慕われている理由と考えます。

妹さんの死そして晩年の弟さんの死に続く母親の死に面して先生は人生とか運命を深く考えていたように感じました。

平成26年9月に教室から体調が悪いと聞きました。至急手術の手配をお願いして、その後はホルモン化学療法を受けました。我々の思いが伝わったのでしょうか体調が戻った2年後の春に来福してくれました。

福井では織田信長の祖父が神主を務めた織田神社、明智光秀も一時仕えた朝倉敏景の居城である一乗谷遺跡、一向一揆で破壊されましたが当時8千坊もあった白山神社等を訪れ好きな戦国歴史を

語ってくれました。

免疫療法をうけたらどうかと話をしましたが拒否されました。

残念ながら病魔には勝てず昨年1月には意識不明となったとの知らせがありました。急遽、家内と特別室に見舞いに行きました。「おーい、鈴木ちゃん、来たよ、大丈夫かい」と手を握り声をかけました。先生には声を出すエネルギーは残っていませんでしたが、いつもの笑顔をかすかに見せて涙を浮かべて別れの挨拶をしてくれました。

病室を離れる時、私たち夫婦は大粒の涙を抑えることはできませんでした。

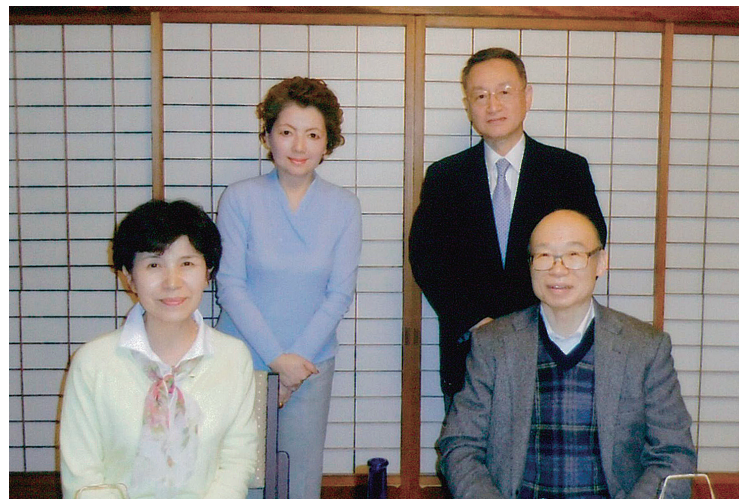
公私ともどもお世話になり、教室を愛し教室員に貴重な生き様を示してくれた先生に再び会える日を期待して李白の詩を記します。

黄鶴楼送孟浩然之広陵 李白

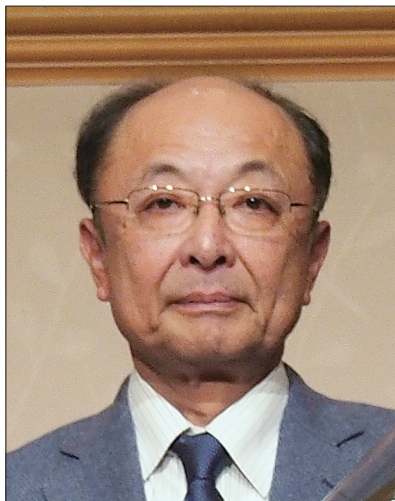
故人西辞黄鶴楼
咽花三月下揚州
孤帆遠影碧空尽
唯見長江天際流

御霊安かれと心からご冥福をお祈りいたします。

平成30年1月11日



来福時の開花亭における鈴木ご夫妻と私共 平成27年4月14日



医療需要について

増 沢 成 幸

増沢クリニック 院長

1月8日の同門会で、昨年受賞させていただいた藍綬褒章のお祝いの花束をいただき感謝いたします。私が受賞した理由は、都道府県医師会の理事として10年間の医療法に関する地域医療について、神奈川県医師会で勉強させていただいた為と考えています。

少子高齢化に伴う人口構造の変化のために、医療需要は変化します。これに伴い医療提供体制についても、現状の把握と将来の推測が必要になっています。全国で医療需要の増大が推測されているのは、一都三県（東京都・埼玉県・千葉県・神奈川県）と大阪府沖縄県です。平成28年度に神奈川県が作成した地域医療構想では、将来の医療需要の増加と病床の不足が記載されています。そのために、病床の新設及び増床について検討してい

ると聞いています。

まず、急性期医療・回復期医療・慢性期医療に分けて考えてみます。同門会の多くの会員は急性期医療に従事していますが、将来急性期の病床は本当に不足するのでしょうか。神奈川県は東京都と隣接しています。隣接している地域の県民は、東京都の急性期病院で医療提供を受ける可能性があります。回復期についても数字上不足になっていますが、そもそも回復期医療の定義が不明確です。慢性期医療については、国の誘導もあり在宅・施設への移行の傾向が見えてきています。

病床の不足について考える前に、医療職の不足に不定考えるのが順番ではないでしょうか。看護職については、神奈川県は准看護師の養成を休止しました。これが将来どのような影響をもたらすの



か、行政は不利益を十分予想して決められたはずですが、その情報が提供されていません。

各地域で病床の不足について協議されているようですが、残念ながら現状は病床数の推計値の意味についてきちんと考えることの必要性について多くの関係者は気づいていません。これは、神奈川県には地域医療について先導する研究者がいないことも原因の一つと考えます。横浜市立大学は、横浜市立ではありますが県内唯一の公立の医学部であります。県内の3医学部とともに急性期の医療提供について率先して牽引されることを望みま

す。また、多くの会員は実際に現場で急性期医療を提供されているので、その声が現状の把握をしないで将来を考えている県行政等に届く事が必要ではないでしょうか。

昨年8月に産業医科大学の外部研究員にさせていただいて、地域医療に造詣の深い松田晋哉教授の公衆衛生学教室で神奈川県の地域医療について勉強させていただいています。勉強させていただいた事については、論文として掲載していく予定ですので、会員皆様の御批判をお待ちしています。