

INTERVIEW

横須賀市立うわまち病院
管理者 沼田裕一先生



病院らしい機能を 最大限に発揮することが 前進のカギ

聞き手：山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

病院管理者としての道を選択

山田隆司(聞き手) 今日、横須賀市立うわまち病院に管理者の沼田裕一先生を訪ねました。うわまち病院は、協会にとってはやはり基幹病院といえますので、先生が管理者として苦勞されてきたお話を伺いたいと思います。まずはここに至るまでの先生の経歴をお話いただけますか。

沼田裕一 私は昭和57年に自治医科大学を卒業し、卒業後熊本赤十字病院で1年間スーパーローテート、もう1年間は内科の研修をしました。翌年の3年目にはへき地へ出ました。天草の新和町立病院という45床の病院です。最初の1年間はほかに医師が2人いたのですが、2年目に突

然1人になって、45床のうち30床くらいは1人で受け持ちました。ですからとにかくずっと病院にいるという毎日でした。天草というのは離島で、ちょうど釣りを覚えたときだったので行きたくてしょうがなかったのに、海まで釣りに行かせてもらえず……病院のすぐ横を流れる川でフナを釣ったことがありました(笑)。今から考えると笑い話ですが、そのくらいまじめにやっていたのですよ。

新和町立病院に2年半勤務後、公立玉名中央病院に1年半、公立多良木病院に3年と私はずっと病院ばかりでした。しかし、併設のへき地

診療所があって、そこも診ていたので仕事量はとても多かったですね。大体週3回くらいへき地診療所へ行っていました。それからまた熊本日赤に戻って約10年間勤務しました。

山田 日赤に戻られた時は義務年限が終わった時ですね。

沼田 そうです。

山田 自治医大の卒業生は日赤が研修病院なので、

沼田 そうです。基本的には卒業生は全員、日赤で研修します。今は熊本大学の寄附講座の地域医療システム学講座ができて、変わっていると思います。

山田 では、先生も自治医大卒の研修医の指導にもかわられたのですか。

沼田 私も一応研修にかかわっていましたので、後輩が何人か育ってうわまち病院へも一緒に来てくれました。

山田 歴代卒業生は日赤で学んで、へき地へ行き、義務年限を終えたあとはまた日赤へ戻る卒業生が多いのですか。

沼田 今は比較的そうなっていますが、私たちの時代は公的病院に残るのは難しかったですね。私は内科の中で循環器をやっていたので、そのころ新しく循環器科を開設するということで残ることができました。でも私自身はその時専門医も認定医も持っていたわけではないのです。田舎では9年間の義務年限の間には認定医も取れなくて、ですから教育病院というのは資格を取

れるようにしないといけないと、ここに来た時は思っていました。

山田 義務年限後の日赤での10年間はどうか？

沼田 10年間は楽しかったですね。仕事も多かったし、私はPsychosomatic medicineなどもやっていたので、好きにやらせてもらえてよかったです。

山田 そのあと協会に来られたわけですね。

沼田 理事長から正式に話をいただきましたが、一番初めは山田先生がいらしたときに「350床の病院で循環器があるんだけど……」という話をされたのですよ。

山田 あのこと、理事会ではNTTフェニックスのテレビ会議をやっていて、先生がよくテレビ会議に出席してくれていたの、それがとても印象に残ったのを覚えています。

先生がこちらに移ってこられる決意をされたのは、一番はどんなことですか？

沼田 そのころ自分が眼の病気を患って少し仕事を減らさなければいけないと言われて、そういうときにちょうど新しい仕事のお話をいただきました。それから……自分はそれまでずっと、携わったいずれの仕事も、専門家として始めるのが遅かったのです。循環器科医としても34、5歳で始めましたし、そこでふっと、病院経営の医師としてはすごく早く始められるので、何か新しいことができている面白いかと思いました。

新しい病院のスタート

山田 協会はどこでもそうですが、特にこれだけの大きな施設で旧来は国立病院だったわけですし、最初のころはとても大変だったと思います。

沼田 まずこの病院を引き受けたときの使命は、単独型の臨床研修指定病院を引き継ぐということ

でした。つまり協会初の臨床研修指定病院になるわけです。ところが、引き継ぐための要件を満たさないと引き継がせてくれません。当時、単独型臨床研修病院である国立病院にあるはずの精神科もなく、放射線科医、病理の医師も不足して

いました。私は平成13年10月に来たのですが、年末までにそれを解消するか、できなければ移譲時までには医師が揃うという念書を出さなくてはいけなかったのです。協会の先生方にもとてもご協力いただいて、いろいろな大学に足を運んで、最後にやっと精神科の先生が決まって、バンザイしたのを覚えています。そのほかの看護師確保や医師確保にももちろんずっと頭を痛めていましたが、とにかく臨床研修指定ができなければ意味がないと思っていたので、眠れない日々でしたね。

それから難しかったのは、これだけの病院で、しかも一からやるのではないのです。すなわち、1日目は10人しか外来患者が来ないという病院と違って、新しくスタートした1日目から何百人と患者が来るわけです。当院は全職員の7割ぐらいが国立病院から残り残りましたが、3割は新しい職員でした。しかも医師と看護師はかなり残ったのですが、その他の職種はほとんど入れ替わりという状況で、6月30日から7月1日の0時に突然違う病院に変わるわけで、とにかくトラブルを起こさないということが一番大事なことでした。ですからできるだけ何も変えないという方針でやりました。新しいことをしたいと思って来たのに何も新しいことをしないというのは、私のみならず職員も非常に苦痛だったと思いますが、その辺のことはみんなよく理解してくれました。唯一目立ったことといえば、国立病院時代の薬袋や封筒を国立病院の名前のままでそのまま使ったことですね。それが逆に新しい試みでした。

山田 たしかに賢明だとは思いますが、新しくした

いという気持ちを抑えて、変えないということに徹するというのは難しいことですよね。

沼田 一応1ヵ月間、うまくいったのを確認して、それから院内の医療情報を少しずつインテグレートしようということで、オーダリングを入れようということになりました。病院はご存じのとおり専門家の分業の協業ですから、オーダリングシステムの構築について各部門別ではなくて横断的に人を集めて、いろいろな会議、委員会を開きました。それがうまくいって、各部門が非常に仲良くなりましたね。またオーダリングに対する考え方として、デジタル化して得する部分があれば、得も損もしない部分もあるし、損する部分もある。でもオーダリングというのは得する部分だけをやるのだという考え方を示して、それがとても受けて、みんな一所懸命やってくれました。それが平成15年3月です。当時の国立病院の人たちにとってはとても斬新で、進歩的な感じに映ったようで、院内に元気が出ました。

ところが、オーダリング運用開始の1~2週間ぐらい前に、当時の厚生省から電子カルテ導入に対して補助金が出るという話がありました。当然電子カルテを入れざるを得ないと考えたので、「うちは臨床研修指定病院なので、研修医に紙カルテの経験から電子カルテに移るというカタストロフィックな変化を経験させたくないから、最初から電子カルテでいく」という理由で、オーダリング導入前に補助金を申請し、翌年には電子カルテ化を実現しました。

みんなが力を合わせる大切

山田 先生はどちらかというと、個人的な思いを理念として掲げてトップダウンで命令するというよりは、現場の状況に合わせて、みんなの力を合わせられるようにする。組織の中の融和という

か、調整を重んじてやってきたという感じなのですね。

沼田 私はいつも診療所と病院は違うと言っています。特に医師に言うのですが、診療所は1人でや

るものだけれど、病院の場合には複数でやるものだと。しかも複数だからといって、2人の医者が診療所の1人の倍の仕事をすればいいのではなくて、2倍以上、3倍、4倍の仕事をしないとダメ。だから、1人で頑張ればよいということではなくて、ほかの人とうまくやれなければできないところなのだとこのことをいつも話しています。

山田 全くそのとおりですね。病院は基本的にチーム医療なので、お互いに重なり合わないといけない。自分の理念をいう前に協調していかないと。診療所の医者は、私自身はどちらかというところという色が濃かったのですが、黙って自分の背中を見ておけという感じで、それでうまくいってしまうところがありますよね。

オーダーリングや電子カルテの導入で、横の連携でみんなのチーム意識が培え……それ以降というのはどうでしたか？

沼田 「1年に一步は前進しよう」と考えて、次に病院機能評価に取り組みました。もちろんその間も実際には、病院の改修や南棟の開設、その後もDPCへの参加、地域医療支援病院の取得もできました。病院は目標が消えるとしぼんでしまうところがあるので、結果的にですがうまく年に



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

一つずつ目標を入れていくという感じですね。次は長年の夢である救命救急センターの認定取得ですね。今年、申請しました。

それから当院は常に拡大しながらここまでできました。拡大を続けてこられたことがよかったと思っています。しかし、これからどこかで限界がきてプラトーになる、あるいは下り坂になる時にどうするか、私自身このときにブレークスルーできるかどうか重要であると思っています。

人が集まる病院であるために

山田 本当に順調に進んできたようには見えませんが、当初の先生のストレスは相当なものだったと思います。一番苦労されたのはどういうところですか？

沼田 そうですね、やはり九州にいたときと感覚が全然違うのです。九州の田舎だと、医師はサービス残業が当たり前、当直して翌日もフルに働き、家に帰っても、夜中に受け持ち患者が悪化して呼び出されるというのは当たり前でしたが、そういう感覚がかなりこちらでは違っていまし

た。ですから「臨床医として働くならこちらがよい。管理する側なら熊本がよい」とあのころはよく話していました。私はその逆のパターンになってしまいましたが…。そういうところのギャップはありましたが、私自身は、勤務医がどのように働きたいか、自分なりの理解がありました。勤務医にとって病院は病院らしくということが重要とずっと考えていました。病院の医師のやりたいことは基本的に決まっています。手術や侵襲的な検査をたくさん経験し

て熟練したい、難しい疾患を数多く診たい、そして優れた臨床医になりたいというのが病院医師の気持ちですよね。それは総合医であろうと専門医であろうと同じだと思うのです。何でも診ることができて自信に満ちあふれて仕事ができる。そういう医師になりたいと思っていると思うのですね。ですから専門家は特に紹介患者、特に手術や特殊な検査が必要な患者が集まってくるようなシステムを作らなければ臨床医として進歩できません。外来から自分が診療したい疾患を探しているようでは、専門家として大成するのに時間がかかりすぎます。

さらにもう一つ、診療所では困難な病院の義務は二次救急ですので、敷居が低く間口の広い救急医療を行う。それを実行してきました。

病院になかなか医師が集まらないという話が多いのですが、では医師を集めるためにはどうするかという、やはり先述のように病院らしい機能を発揮することだと考えています。その機能が医師に対して魅力的であるということですから、つまり手術数が多い、特殊な検査をたくさん行っている、高度で尊厳のある医療が行われ、症例が豊富であるというようなことが大切です。

そして、このリソースを支えるのは診療連携です。紹介に関しては間口を広くして断らないということ。紹介されたものは確実に帰すこと。また、慢性期で安定した患者はできるだけ診療所をお願いすることです。いわゆる病院らしい医療機能分担を実現しています。その結果、当院は60%の紹介率と75%の逆紹介率を誇っています。さらに医師会と非常に仲が良い、あるいは関係が良いことも当院の自慢できる部分だと思います。またもう一つのリソースは救急です。救急部門についても当院はベッドが無くて受け入れます。とにかく短い時間で最初のコンタクトをとるべきだと考えるからです。入院が必要な場合に当院にベッドが無い、あるいは専門家がいなくてもこちらが責任を持って専門施設に転送しています。特に診療所へお返しした患者がい

つでも救急で診られることが逆紹介を担保する重要な要件です。

もう一つ、病院に医師を集める重要な要件は質だと思います。世の中には黙っていても医師が集まる有名病院はいくつもあります。これこそ病院の質というものであるかと思います。

この質は一朝一夕で向上するものではありません。しかし、地味ですができる努力もあります。例えば、当院の剖検率や数は神奈川県内の一般病院の内科認定医教育施設中では常にトップクラスです。また研修医の発表の場になる日本内科学会の地方会などには、特殊な研究というより地道な症例発表が中心ですから、臨床研修医を中心に確実に発表させるようにしています。日本内科学会の地方会での発表も、ほとんど常に関東甲信越地区でベスト10に入っています。当院の医師はそういうことをきちんと実行しているうちに、日経新聞の循環器科AAAと評価されたり、良いことかどうかは疑問ですが、さまざまな分野でランキングに当院が顔を出すようになって、今度は質の部分で人を集めたりすることが少しずつできるようになってきました。これもまだ道半ばで、ずっと続けて行かなければいけないと思っています。

山田 救急に力を入れて取り組まれてきたこと、また病院としての機能を重んじて地域の開業の先生ときちんと連携をとってきたこと、その中で医療の質も上げる努力をしてきたこと。それがうわまち病院を成功させてきたということですね。でも言うほど簡単なことではなかったと思います。

沼田 簡単ではありませんが、多くの勤務医は、開業医の先生から「先生、お願いします」と言われるのは嬉しいと思うのです。それから「あの先生はいい先生だからと紹介されてきたのです」と患者さんに言われると、やはり医師は嬉しい。意気に感じるところがあります。紹介を成功させることは勤務医、開業医双方にハッピーです。もちろん患者さんもですが、この仕組みを例えま

すと、私は若いころ冠動脈造影を勉強したかったわけですが、外来で胸が痛いという一次の患者さんを10人診ても1人も冠動脈造影が必要ないことがあります。しかし、紹介患者の場合2人に1人は冠動脈造影になったりします。そういう意味では、診療所のドクターのふりとしての役割が勤務医の成長に極めて重要なのです。

山田 病院に勤務をする人たちのやる気、充実感できるだけ支えるということですね。

沼田 そうです。ただ教えておかななくてはいけないのは、例えば夕方6時以降や、土曜・日曜日に紹介患者が来る。それは当たり前のことだと。月曜日に来た発熱の患者を一所懸命治そうとしたけど、金曜日になってもなかなか治らず土曜日に紹介してくるのは仕方ないだろうと。われわれは複数だから、土曜・日曜日でも、夜中でも闘える。疲れたら交代で翌日休めばいい。開業医はそうはいかない。そのへんのことをきちんと話せば、みんな理解してくれます。

山田 そんな中でも一所懸命やる人と、なかなかそうならない人と、やはりあると思いますが、評価はどうしているのですか？

沼田 評価といえるかどうかわかりませんが、当院では頑張ってるってどんどん医者が増えればセンター化してかまわないというシステムにしています。よく循環器が儲かるから循環器をセンターにして人を増やしてやろうというところがありますが、うちはそうではなく、自分たちでやっているとかならんとどんどん人を集めてかまわないというシステムでやっています。今の時代、症例が豊富で、常に学会でも名前を出しているところしか人は集まってこないのです。ですから、おのずとそういう科だけ肥大していくわけです。そうすると上に立っている人にとっては、たくさん部下がいる科になりますから、そ

れが評価につながっているということになるのではないのでしょうか。

山田 なるほど。そういう意味では、うまわち病院にはそういう伸びる幅があったということですね。

沼田 そう思います。それから先ほどは触れませんでした。ここ横須賀の地域がそれまであまり病診連携が進んでいなかったということもよい方向に向いた理由かもしれません。

山田 地域の開業の先生が患者さんを紹介してくれるのは勤務医としてやりがいであるとスタッフに理解してもらおう中で、地域のニーズ、病院としてのあり方が定まってきたというのが、病院が発展してきた一番の原動力だったということが、先生のお話を聞いてよく理解できました。

沼田 日本の医師は、勤務医16万人、診療所9万人というように勤務医のほうが多いのです。勤務医が多いけれども足りない。不足し偏っていることをどうするかというのが、今の地域医療に課された課題です。そうすると合理的に機能するしかありません。いろいろ意見はあると思いますが、病院の医師に外来で時間を消費させたら、本来の病院でしかできない手術や高度な医療を行う時間がなくなってしまう。ですから、現実的には、ちょっとおかしい構造になっています。病院でも受診する外来患者を無視するわけにはいきませんので、優先して診療せざるを得ないわけです。そうすると逆に入院患者さんの診療が手薄になってしまう。そのシステムはおかしいなと思うのです。これが医療機能役割分担の未熟さといえるのではないのでしょうか。われわれの病院では、外来の負担が少ない分、急に悪くなった患者さんを余裕を持って診ることができるのです。

山田 本当にそうですね。

うわまち病院が目指す方向

山田 うわまち病院は横須賀市という地域のニーズに沿って頑張ってきたわけですが、さらにこれからの病院について、どういう方向を目指していこうと先生は考えていますか。

沼田 病院は人命を預かりますので、小さなほころびも出ないように注意しながら、さらなるレベルアップを考えていきたいですね。そして目標はやはり地域完結型の医療を実現させたいですね。

地域完結型といえば、昨年4月に横須賀市が横須賀市立市民病院(482床)も地域医療振興協会に管理委託しました。実は、病院経営と医療の質は場合によっては相反する状況もありますが、幸い地域医療振興協会の病院として、医師が集まること、質が良いこと、経営状況が良好であること等が評価されたのではないのでしょうか。その結果、地域医療振興協会が当院と横須賀市立市民病院と合わせて約900床を使って地域医療に貢献することになりました。理事長をはじめ多くの先生方のご指導、ご支援を得ながら、横須賀市立市民病院の久保管理者と力を合わせて、横須賀市の地域完結型の地域医療の発展に力を尽くしていかなければなりません。

山田 先生が最初にこだわった研修病院としての機能について、それから現在協会にとってメインテーマになっている地域支援についてはいかがですか。

沼田 地域医療は、先生も同じ気持ちだと思います

が、長く医師をやっている中で貴重な心洗われる、喜びの得られる場所ですよ。ですから、地域支援は医療に恵まれない地域への奉仕という本来多くの医師が持っていた気持ちを実践できる場所であり、これを再確認するためにもできるだけみんなに経験してもらいたい。そういう意味でたくさんの研修医に経験してもらうことは、地域医療振興協会の目的であるとともに、医師個人、そして昨今長く失われてきた感がある医師への信頼のためにも必要なことだと思います。

研修病院としては、アメリカ型の研修は進んでいるので、ぜひNKP(米国財団法人野口医学研究所)と協力して推進していきたいですし、JCI(Joint Commission International)やACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)などの資格を取れるように努力したいと思っています。それから高等教育の基本はやはりシミュレーションだと思うので、充実したシミュレーションセンターの開設を準備中です。

山田 それはいいですね。

沼田 シナリオが重要だと思うのですが、機器もそろえないとできませんので思い切った予算で、協会とともに機器などの準備を始めています。

山田 協会の他の病院の人たちもそこでトレーニングできたり、研修会を開催できるようになるといいですね。

地を愛し、人を愛し、仕事を愛し

山田 私の反省でもあるのですが、病院の理念とか、自分の医師としての考え方を殊更重んじても病院という現場ではかえって衝突を招き軋轢をさらに深めてしまうことも珍しくありません。そ

れよりはそこにいる人たちを認め、能力を引き出し、チームとして融和させながらニーズに合わせた最大限のパフォーマンスを演出することが、病院管理者として大切なことだと感じてい

ます。先生はそこをうまく、いわば黒子に徹して学会発表やセンター化等々、みんなにチャンスを与え、そうして病院が大きくなり、よい方向に向かっていった。大きな病院のマネジメントには、先生の手法は欠かせない気がします。

では最後にひと言、地域で頑張っている後輩の先生たちにメッセージをお願いします。

沼田 私が熊本赤十字病院からへき地へ行くときに、現在日赤の理事に就任されている松金秀暢先生が「へき地へ行くのだから、地を愛し、人を愛し、仕事を愛して頑張りなさい」とおっしゃったのです。田舎へ行って患者さんから「この暮らしはどうですか？」と聞かれたら「とってもよいところですね」、「このへんの人たちはどうですか？」と聞かれれば「よい人たちばかりですね」と答えるようにして、「仕事は楽しい」と思い続けてやってきたのがとてもよかったと思っています。だから、こちらに来たときも、先生は覚えていらっしゃるかも知れませんが、「後悔していないか？」と先生に何度も尋ねられたのですが、「大丈夫です」と答えていました。基本的に、その土地を愛して、人を愛して、そ

して仕事を愛して、という行動パターンが地域医療にとっても重要で前向きになれると思うのです。私は元来盲目的に服従するタイプではないので、自分の性格に反することですが(笑)、盲目的に信頼してきた唯一の行動パターンですね。多くの自治医大の卒業生は、そういうことを無意識のうちに実践して、臨床医として働いていると思います。そういうことができた人もできなかった人も、もしうちの病院に来ていただければ、仕事に自信を持ちながら、その仕事を愛しながら、医師として成長していけるような環境を提供したいと思っています。

山田 医師としての仕事を自己実現と重ねることができればよいですね。

沼田 そうですね。そういう場所が地域医療振興協会でもあると思っています。地域医療振興協会は排他的な集団ではなく、周りをどんどん巻き込んでいくような集団として、一緒にやっていく人を育て、みんなで一緒にやっていきたいと思っています。

山田 いいお話を伺うことができました。沼田先生、お忙しい中、ありがとうございました。

