

病院トツプの
Cool Head, but Warm Heart
経営者魂 Vol. 34

織田正道
社会医療法人祐愛会織田病院
理事長

織田病院は100年以上にわたり佐賀県鹿島市一帯の地域医療を支えてきた。地域は現在、75歳以上人口が16%を占めるなど超高齢社会がさらに進展しているが、病院、医療者に求められる役割を見据えつつ、IOTも駆使した「治し支える医療」を実践している。

Masamichi Oda

地域の高齢者を支える
仕組みを院内外で整備し
地域共生の具現化を推進

撮影=寺井信治

” 生活の場に安心して帰れることは病気の治療と同じくらい重要 “



PROFILE

おだ・まさみち ● 1978年、日本大学医学部卒業。78年、久留米大学医学部耳鼻咽喉科、80年、同大医学部麻酔科、82年、佐賀医科大学耳鼻咽喉科。90年、医療法人祐愛会織田病院院長。98年、医療法人祐愛会織田病院理事長。麻酔科学会標榜医。全日本病院協会副会長、日本耳鼻咽喉科学会代議員、佐賀県医師会監事、鹿島藤津地区医師会会長(06～12年)などを務める。

——織田病院は創業111年。一貫して佐賀県鹿島市一帯の地域医療を支えてきました。

織田 私自身は鹿島織田家15代目、医家としては10代目ですから、医師になったときからいずれはこの地域の医療を担うという思いがありました。35歳の時に病院に戻り、38歳で院長に就きましたが、この時も違和感は覚えませんでした。

病院建て替えて多額の負債を負ったり、医師や看護師集めに奔走したりと、40歳前までに医療マネジメントについてはあらかた経験しました。また病院機能評価も

初期の運用調査の段階から参加して、認定取得は県内初でしたし、3回目の機能評価で獲得ポイント数全国トップになり、自分たちの方向性は間違っていないと確信したものです。

医療マネジメントに力を入れると現場から離れてしまうとイメージされがちですが、実際には逆です。良い医療を提供するにはマネジメントが必要です。これがなければ良い医師は集まりませんし、スタッフたちも辞めてしまいます。

——織田病院の所在する佐賀県鹿島市は人口3万人、高齢化率は

32・3%、75歳以上人口は16・7%に達します。

織田 85歳以上高齢者の割合も急増しています。当院は佐賀県南部医療圏に入りますが、圏内の85歳以上人口は2020年で1万1695人、これは05年の約2倍です。35年には1万3000人を超える見込みです。この年代は医療需要も当然、増えます。圏内の救急車搬送は直近15年間で2・5倍に増えました。また85歳以上になると50%以上の方が要介護認定を受け、40%の人が認知症と診断されています。この状況は当院の様子からもうかがえます。当院は1

急病を患った患者を救う。半径10km圏内に住む鹿島市や周辺地域住民約6万人の二次救急医療機関としての役割も担う。登録医60人の開放型病院。月間紹介患者数は約300人、CT、MRIの共同利用は年間約1000人。

● 社会医療法人祐愛会 織田病院

地域の二次救急の要役を担い
開放型病院として開業医と密に連携

急性期医療を中心に専門的医療も担う。半径10km圏内に住む鹿島市や周辺地域住民約6万人の二次救急医療機関としての役割も担う。登録医60人の開放型病院。月間紹介患者数は約300人、CT、MRIの共同利用は年間約1000人。
111床(7対1急性期病床)
<https://www.odahp.com/>



Q&A 10問10答

Q1 自分の性格をひとりで言い表すと?

常にプラス思考

Q2 弱点を1つ教えてください。

ノーと言えない

Q3 最近うれしかったことは?

コロナ禍、スタッフみんながいやな顔をせず頑張って仕事してくれていること

Q4 今はまっているものはありますか?

リーズナブルで美味しいワインを見つけること

Q5 タイムマシンがあったら行きたいのは過去? 未来?

未来 100年後の世界(特に日本)を見たい

Q6 人生で最も影響を受けた人は?

○佐賀医科大学元教授 進武幹先生
人をまとめ強い組織をつくるリーダーのあり方を教えていただいた
○佐賀医科大学初代学長 古川哲二先生
40年前に総合診療部を開設するなど、未来を見据えて大学をつくられた

Q7 日課はありますか?

毎日8000歩

Q8 人生最後に食べたいものは?

美味しいワインとチーズ

Q9 今一番会いたい人は誰ですか?

コロナ禍で会えなくなっている全日本病院協会の仲間たち

Q10 病院トップとしてふさわしい素養は?

常に前向きに未来を語り、実践していくこと

「地域共生」の理念にも合致するのではないのでしょうか。

——在宅復帰を強力に進めていますが、核家族化や老老介護などで家族介護の限界も指摘されています。

織田 介護施設が一定数必要なことは当然ですが、それだけに頼るのは問題です。「面倒を見られなくなったら施設へ」という発想は違和感を覚えますし、そもそも現在の建築費では施設を運営しても採算がとれません。それよりは在宅の見守りシステムなどを整備したほうが効果的です。国が進める「地域共生」の理念にも合致する

ました。院内では「多職種協働プラットフォーム」を進めてきました。

織田 当院は急性期病院ですが、病気の治療に全力を尽くすだけでは不十分です。「生活の場に安心して帰れることは病気の治療と同じくらい重要」と認識すべきです。そのため体制整備も進めてきました。

ラット型チーム医療」「入退院支援データベースによる患者情報の共有」「DCU(Dementia Care Unit、認知症ケアユニット)開設」の3つを進めています。

「多職種協働プラットフォーム」は全ての病棟に専門職種を配置し、各職種が率先して動くことを念頭に置いたものです。当初は退院支援看護師を配置していたのですが、退院支援が必要な患者さんが急増し、それが追いつかない状況になりました。そこで専門職種を病棟常駐とし、逐一支援してもらえようにしたのです。効果はてきめんで、退院支援に必要な情報はすでに共有されているので退院調整会議もすぐに本題に入れるし、外部の医療職やケアマネジャーなども、同じ職種がいつも病棟に

いるので、気軽に相談できるようです。

「入退院支援データベース」はこうした多職種チームによる退院支援の迅速化をねらったものです。電子カルテを閲覧できるようにすればいいとの意見もありますが、情報量が膨大すぎます。退院支援のために共有すべき情報は、食事、嚥下、排泄、服薬状況などせいぜい百数十。これらを抽出してデータベース化したわけです。

「DCU」は急増する認知症患者への対応を想定して2015年に開設しました。75歳以上で認知症自立度Ⅲa以上の患者さんが前提ですが、自宅からのDCU入棟患者の約8割が直接、ご自宅に退院するなど成果も出ています。

——在宅復帰を強力に進めていますが、核家族化や老老介護などで家族介護の限界も指摘されています。

織田 介護施設が一定数必要なことは当然ですが、それだけに頼るのは問題です。「面倒を見られなくなったら施設へ」という発想は違和感を覚えますし、そもそも現在の建築費では施設を運営しても採算がとれません。それよりは在宅の見守りシステムなどを整備したほうが効果的です。国が進める「地域共生」の理念にも合致する

——そのようななかで「治す医療」から「治し支える医療」への転換を進めてきました。

「多職種協働プラットフォーム」は全ての病棟に専門職種を配置し、各職種が率先して動くことを念頭に置いたものです。当初は退院支援看護師を配置していたのですが、退院支援が必要な患者さんが急増し、それが追いつかない状況になりました。そこで専門職種を病棟常駐とし、逐一支援してもらえようにしたのです。効果はてきめんで、退院支援に必要な情報はすでに共有されているので退院調整会議もすぐに本題に入れるし、外部の医療職やケアマネジャーなども、同じ職種がいつも病棟に

いるので、気軽に相談できるようです。

「入退院支援データベース」はこうした多職種チームによる退院支援の迅速化をねらったものです。電子カルテを閲覧できるようにすればいいとの意見もありますが、情報量が膨大すぎます。退院支援のために共有すべき情報は、食事、嚥下、排泄、服薬状況などせいぜい百数十。これらを抽出してデータベース化したわけです。

「DCU」は急増する認知症患者への対応を想定して2015年に開設しました。75歳以上で認知症自立度Ⅲa以上の患者さんが前提ですが、自宅からのDCU入棟患者の約8割が直接、ご自宅に退院するなど成果も出ています。

——在宅復帰を強力に進めていますが、核家族化や老老介護などで家族介護の限界も指摘されています。

織田 介護施設が一定数必要なことは当然ですが、それだけに頼るのは問題です。「面倒を見られなくなったら施設へ」という発想は違和感を覚えますし、そもそも現在の建築費では施設を運営しても採算がとれません。それよりは在宅の見守りシステムなどを整備したほうが効果的です。国が進める「地域共生」の理念にも合致する

——在宅復帰を強力に進めていますが、核家族化や老老介護などで家族介護の限界も指摘されています。

織田 介護施設が一定数必要なことは当然ですが、それだけに頼るのは問題です。「面倒を見られなくなったら施設へ」という発想は違和感を覚えますし、そもそも現在の建築費では施設を運営しても採算がとれません。それよりは在宅の見守りシステムなどを整備したほうが効果的です。国が進める「地域共生」の理念にも合致する

11床で全床7対1看護体制を敷いていますが、平均在院日数は11・6日、病床稼働率は95・5%、重症度、医療・看護必要度は平均35・5%。患者さんは呼吸器疾患、循環器疾患を抱えた高齢者が大半。85歳以上の新規入院患者数も年々増加しており、15年前と比べると3倍に増えました。

「多職種協働プラットフォーム」は全ての病棟に専門職種を配置し、各職種が率先して動くことを念頭に置いたものです。当初は退院支援看護師を配置していたのですが、退院支援が必要な患者さんが急増し、それが追いつかない状況になりました。そこで専門職種を病棟常駐とし、逐一支援してもらえようにしたのです。効果はてきめんで、退院支援に必要な情報はすでに共有されているので退院調整会議もすぐに本題に入れるし、外部の医療職やケアマネジャーなども、同じ職種がいつも病棟に

いるので、気軽に相談できるようです。

「入退院支援データベース」はこうした多職種チームによる退院支援の迅速化をねらったものです。電子カルテを閲覧できるようにすればいいとの意見もありますが、情報量が膨大すぎます。退院支援のために共有すべき情報は、食事、嚥下、排泄、服薬状況などせいぜい百数十。これらを抽出してデータベース化したわけです。

「DCU」は急増する認知症患者への対応を想定して2015年に開設しました。75歳以上で認知症自立度Ⅲa以上の患者さんが前提ですが、自宅からのDCU入棟患者の約8割が直接、ご自宅に退院するなど成果も出ています。

——在宅復帰を強力に進めていますが、核家族化や老老介護などで家族介護の限界も指摘されています。

織田 介護施設が一定数必要なことは当然ですが、それだけに頼るのは問題です。「面倒を見られなくなったら施設へ」という発想は違和感を覚えますし、そもそも現在の建築費では施設を運営しても採算がとれません。それよりは在宅の見守りシステムなどを整備したほうが効果的です。国が進める「地域共生」の理念にも合致する