

病院管理を充実し、北京の健康医療サービス向上を目指す

北京市病院管理センター

編集者メモ：“世界ナンバー1を目指す”を目的に2019年11月、北京市病院管理センターは17病院から19名の訪日病院経営研修団を組織しました。21日間の研修期間中、研修団のメンバーは日本の国民健康保障体系と医療リソースの配分方法に関して包括的に理解することができました。高齢化・超高齢化社会の医療ニーズに対応した日本の医療体制の在り方、医療領域における産官学の先進的な取り組みを改めて学び、深く理解しました。研修内容は理論と実践に重きを置き、研修団が視察した16施設の各種の医療機関は、北京市病院管理局に所属する専門性や特色に深く合致し、日本の病院の先進的なデータ管理、正確なポジショニング、特色あるサービス、及び競争力への意識は参加者に深く印象を残しました。日本の病院における品質管理及び管理運用に関する詳細を実地見学を通し体系的に深く学ぶことができました。日本における国民健康管理の先進的な取り組み、豊富な病院内部見学、医療品質管理の最適化、医療サービスの更なる拡張計画等を学びました。

北京市病院管理局下の病院サービス保証と医療サービスの構造改革に関し、レベルを更に高めたことは重要な意味があったと思います。

一、基本情況

今回の研修団は北京市病院管理センター、管理センター下の病院よりリーダー、中間幹部19名が組織されました。研修グループの規律を厳守し、グループの知恵と強みを最大限に発揮するために、研修グループの責任者、幹事、及び各委員会からなる研修組織が設立されました。研修団の役割を明確に、情報を共有し、各メンバーは、日本の医療品質管理や運用管理の経験だけでなく、各ユニットの主要業務に関する議論を通じて今回の研修団の目的を達成しました。研修全体は日中医学交流センターの責任のもと実行されました。また、研修プログラムは日中医学交流センターに依頼しました。

今回の研修は講義と現場考察を組み合わせた方法をとりました。講義では、日本の健康と衛生システム、社会保障システムの運行モデル；地方衛生行政管理部の管理方法、様々な病院の医療の質管理と経営管理に関する考え方、同時に講義内では、医療の質と安全管理、医学倫理、病院経営管理、災害と緊急医療、臨床試験の発展と管理、薬剤の副作用と救済制度、介護制度等の実際と課題の討論。また、現場考察では、日本の厚生労働省と済生会本部を訪問し、日本の医療安全システムと医師の働き方改革、貧困層への救済医療、日本の福祉医療機関の運営方法について学びました。東京都健康長寿医療センター、国立国際医療研究センター、杏林大学医学部付属病院等16の医療機関にお伺いし、さまざまなレベル、さまざまな医療チャネルの

病院のレイアウト、救急および応急処置、ヘリコプターの救急医療活動、特色ある病院運営、ホスピスと看護、中央倉庫と物流などを視察しました。笑顔のおうちクリニックと老人ホーム秋桜、大阪府阿倍野防災センター、神戸医療産業都市推進機構等では、日本における高齢者・超高齢社会の医療に対応するための取り組み、地震・津波などの自然災害に対応する物資・医療体制、産官学を融合させた技術革新・産業化の先進的な取り組みを学びました。

研修全体を通じ、研修メンバーはやる気に溢れ、積極的に考え、講師と積極的に交流しました。熱心な学びの精神、視察現場の細部へのこだわり、深い問題意識、すべての講師陣に深く響き、日中医学交流センターのスタッフにも“皆さんは我々が受け入れてきたこれまでの中国からの研修団の中で、高いレベル、まじめな姿勢、そして最も質問の多いグループです。”と高く評価されました。

二、医療改革と病院管理の全体状況

(一) 日本の医療改革

日本は世界でも医療体系の最も発達した国の一つです。国民の平均寿命は長年にわたり世界一を保っています。これは完全な医療制度や法規制、先進医療と健康産業に基づく日本の慣行と密接に関連しており、縦線と横線を組み合わせ、さまざまな優良リソースを組み合わせ、高齢化に基づく社会保障制度を改善し、医療改革を推進しています。同時に日本は低人口増加率、低出生率、高齢化、経済縮小および失業率の上昇などの多くの課題にも直面しています。非感染系疾患への負担と老人性疾患も増えています。

人口の高齢化に伴う在宅医療保険（＝介護保険）への資金調達の高まり、日本経済の成長鈍化、平均余命の延長、および高価なテクノロジーの使用増加により、医療支出の比率がますます高まり、(OECDの発表によると日本のGDPにおける医療費の割合：1995年6.3%、2015年には10.9%) 国の保健制度への圧力は常に高まっています。

このような問題解決のために、日本政府は過去20年間、サービスの提供と資金調達に一連の改革を実施してきました。その改革は次のとおりです。介護保険制度(2000年)：介護や社会保険を必要とする65歳以上を対象とした社会保障サービス。持続可能性を維持するために3年ごとに見直し、改訂する。総合コミュニティケアシステム(2006年)：予防、医療サービス、長期介護を統合し、生活の手配や社会的ケアも提供する、コミュニティレベルの総合システム。《社会保障と税収総合改革(2010年)》：日本の社会保障制度と財政の持続可能性を改善するための社会保障制度と税制の一体改革。改革計画が発足してから7年間で、子供と育児対策、若者の雇用、医療、介護サービスをサポートするためにいくつかの法律が公布または改正されました。《地域包括ケアシステム》(2014年)：厚生労働省は各県・府・道に特定地域の医療提供長期計画の策定を義務付け、特に2025年までに各県に医療の需給予測と特定地域

型医療システムの構築を義務付きました。そのビジョンは、それぞれのコミュニティの高齢者に（疾患の予防から介護まで）シームレスなサポートを提供することです。また、日本の若いヘルスケア領域のリーダーは、「日本のビジョン：2035年のヘルスケア」を提案しています。その目標はクイックレスポンスケアを通じてより良い健康結果を提供する持続可能な医療システムを確立することです。社会のすべてのメンバーに敏感で公平であることにより、より良い健康結果を提供します。このレポートは、インプットから結果、量から質と効率、治療から看護、そして専門化からすべての部門への日本の医療システムへの包括的なアプローチを提案しています。

（二）日本における医療サービス実施の状況

医療サービスは一つの体系的なものであるべきであり、関連する各部門と緊密な協力のもと実施する必要があります。厚生労働省は、日本の医療制度の中心的中央組織です。日本の医療制度の大きな特徴は、ユニバーサルヘルスケア（国民皆保険）であり、比較的安価で適正な費用、すなわち、低コストで優れた医療効果を提供しています。

第一に多くの人に様々なレベルの医療を提供

日本の医療機関は大きく2つのカテゴリーに分けることができます：国や県の自治体が管理運営する公立病院が20%、民間の非営利医療機関が80%を占めています。ベッド分布の観点から、ベッドの20%は公立病院に、ベッドの80%は民間の非営利病院に属しています。日本では、営利目的の私立病院の開設は認められていません。「非営利」とは、病院の余剰金は公的資金と見なされ、個人的に使用することができないことを意味します。病院の開発にのみ使用できます。特に注目に値するのは、民間の非営利病院が公的医療の一部であると見なされており、公的医療保険の支払いの範囲内にあること。公立病院は政府補助金を受け取ることができますが、少ないため、競争力をもった病院経営意識を非常に強く持っています。

第二に全国民をカバーする公的医療保険

日本では、国民皆保険制度、つまり公的医療制度が定められており、住民や従業員はすべて公的保険に加入しなければならず、移民も社会保険に加入する必要があります。約3,400の保険機関が公的医療保険のサービスの提供をしています。

小児・高齢者を除き、公的医療保険の自己負担率は30%です。3歳以下の子供の自己負担率は0%。しかし、多くの都道府県は15歳まで医療費無料を提供しており、70~74歳の自己負担率は20%、75歳以上の老人の自己負担率は10%です。

日本の医療費全体の観点から見ると、個人納入金が約14%を占めています。企業は公的医療保険料の資金の約半分を負担し、保険料負担は企業収入の3~10%を占めています。民間医療保険と公的医療保険の違いは非常にはっきりしており、日本の医療保険では民間医療保険が補完的立場にあります。一つには、国民の自主的な加入による公的医療保険の補助保険であり、主に定額保険料を支払い、入院費用など、公的保険を補うものです。もう一つは、国民健康保険の対象とならない検査項目や医薬品を対象とする補助保険です。日本では、民間保険会社が公的医療保険に代わる総合医療保険を提供することを認めていません。

第三に高齢化社会への医療サービスの成功と実践

人口高齢化は、日本の経済と医療の発展に深刻な課題をもたらすとともに、財政に多大な圧力をかけています。このため、日本政府は政策レベルでいくつかの対策を講じることを検討しています。例えば、医療プロジェクトの保険点数の調整により、病院の機能やレイアウトが徐々に調整され、在宅介護や高齢者介護の必要性に応じて、介護保険制度が整備されました。2000年以降、65歳以上と40歳~64歳までの要介護老人を対象とする公的保険である介護保険を導入しています。介護サービスには在宅介護、一時介護など、介護に必要な様々な付帯施設などがあり、これらの施設も公的介護保険の対象となっています。ほとんどの在宅介護サービス提供者は民間機関であり、その一部は収益性がありますが、公的介護保険は民間機関が提供するサービスをすべてカバーすることはできません。介護保険の資金は保険料と税金が50%ずつとなっています。40歳以上の方は介護保険料の支払いが義務付けられており、65歳以上の方の介護保険料の支払いは所得によって決まります。まとめると、日本の公的医療保険と介護保険は、入院費用、救急費用、精神疾患治療費、合法的な処方薬、在宅医療、理学療法、ほとんどの歯科サービス、およびクリニックが提供する医療サービスをまとめてカバーします。

第四に日本の特色ある医薬分業制度

日本は1956年から「薬剤師法」と「医師法」を改正し、法的に医薬分業制度を明確化し、1984年まで徐々に医療と薬剤の過剰提供を解消してきました。くすりの適正使用協議会の先生は、日本では、患者が病院から外部薬局での処方薬をもらう転換の実現に30年かけ医薬分業を実現し、薬剤師による処方薬のレビューと準備は薬物の安全で合理的な使用をさらに確実にしたと述べられていました。

第五に完璧な救急医療体制の確立

日本の救急医療システムは、救急患者搬送、救急患者治療、救急医療情報管理から構成されています。1963年の消防法の改正以来、救急患者の移送は消防署の責任と決定されました。消防署の救急サービスは唯一の365日24時間対応サービスです。消防署には救急チームがあり、各救急チームには通常救急車両と患者を現場から医療機関に運ぶことを使命とする3人の救急隊員を配置。これらの救急隊員は、主に短期間の研修を受ける必要があります。通常の救急隊員は人工呼吸器を使用し、出血、骨折、および外傷に対処するために、135時間の救急医療訓練を受ける必要があります。この基礎研修に追加し115時間の研修後、もう1ランク上の救急隊員となり、胸骨圧迫を使用し、心電図（ECG）のモニタリングと送信、および現場や輸送中の治療を行うことができます。救急隊員は5年の実務経験後、更に835時間の研修を得て、国家資格の救急救命士となれます。救急救命士は気道の確保、静脈路の確保、除細動等などの処置ができます。日本の救急医療の職責は救急車が運んできた救急患者などの対応です。今回の研修で、日本のほとんどの都道府県にヘリコプターによる救急サービスがあり、各ヘリコプターが近辺50～100kmをカバーしていることがわかりました。日本医科大学千葉北総合病院は、地域の救急センターとして著名であり、ヘリコプター救急救助隊による救助回数は年間1,200回を超え、救助までの時間を大幅に短縮し、救助成功率を向上させています。

第六に日常生活をケアする特色ある介護制度

ご存じのように、日本は世界で最も高齢化が進む国の一つであり、現在65歳以上の高齢化率はすでに全人口の30%を占めています。日本の厚生労働省が発表した日本の高齢化傾向予測データによると、日本の高齢化率は今後40年間で増加し続け、2060年までに40%に達し、2.5人に1人の65歳以上の高齢者がいることとなります。このように高齢者が多いため、日本は典型的な「日本介護モデル」（介護保険が介護モデルを支える）を生み出すようになりました。日本の老人介護施設は、在宅介護、デイケアセンター、認知症介護施設、総合医療・介護施設など、さまざまな形態に分かれています。日本の介護とは、日常生活の面倒を見ながら、自立生活に困っている人を支援することです。

日本は1970年に我が国より約30年早く高齢化社会に入りました。高齢者の医療負担を軽減するため、1970年代以降、日本の医療保険では60歳以上の高齢者が無料で入院できるようになりましたが、低所得者ではない高齢者は介護施設で自立する必要がある、高齢者は長期間入院できず、いわゆる「社会的入院（治療は終了しているが、次の施設が見つからず、入院したまま財政を逼迫する患者）」が形成されました。この状況は医療費の急増をもたらし、医療保険は崩壊寸前でした。

1990年代半ばから後半にかけて、高齢化が進み、障害のある高齢者が多くなる一方、低所得者の高齢者の受け入れや介護に対する経済的負担が増加していました。その一方で「社会的入

院」による医療保険支払い問題は緩和されていません。このような状況を受け、日本政府は対応策を検討するための特別機関を設置しました。

介護のレベルは、移動、食事、排泄、入浴、着替え、視聴覚、身づくろい（化粧など）、記憶、感情的行動、道具の使用など合計 10 カテゴリー合計 85 の小項目より 7 レベルに分けられます。要介護等級に関しては、公的機関による手続きを経て要介護レベルが決定し、介護サービス利用の際の費用を負担してもらえます。半年ごとにその要介護レベルを見直し、介護サービスの利用を確定します。

（三）日本の病院経営管理状況

第一に病院のヒューマンニズムの管理

患者中心の人へのサービスという点では、日本の病院はほぼ完璧です。人としての環境を整備するとき、病院へ来た患者はまず「人」であり、あらゆる場所で尊敬、理解と心遣いを重視し、その次に、「病気」への速やかで包括的なケアを提供します。院内には人間としての環境を尊重した整備がなされ、例えばホールにはスターバックスコーヒー、壁には絵画、わかりやすい院内標識、高い利便性、広々とした通路、屋外庭園などが配置されています。個人の疾患を保護するという観点では例えば「会話室」、トータル看護、常勤の事務サービスチーム、秩序ある医療予約、個人情報尊重、個人情報保護のポスター、個人信仰への尊重など病気治療に対しても人間性を尊重しています。

第二に日本の洗練された運営管理

日本の法律では、院長は資格を持つ医師でなければなりません。医療コストの抑制、医療の質の管理、病院のマーケティング戦略、医療事故の防止など、院長は病院の運営管理を強化する必要があります。病院の収入をあげる方法は政府の政策によって制限され、高齢社会と低経済成長に対応するため、支出の削減は病院運営を改善するため対策し続けなければなりません。理想的な医療供給体制のために、日本政府は関連する支援政策を導入し、病院の内部調整、さらなる医療の細分化、パートナーシップ施設の推進、在宅医療の強化、医療スタッフのトレーニング、洗練された病院管理の促進を支援しています。

財務管理に関して、日本の病院管理分析は常に行われており、主に財務情報、非財務情報、社会情報という 3 項目で形成されています。財務情報には、主に財務諸表と会計情報に関わる病院管理と経営評価が含まれます。非財務情報は医療設備の状況、高額医療設備の使用状況、各部門の人員配置、看護配置基準（注：日本の診療報酬制度の規定では、診療報酬単価は看護スタッフ配置構成により異なる）、患者数と他の病院への移動率、ベッドの使用率と平均入院期

間、外科手術件数と救急車の受け入れ数などを報告しています。日本の病院の経営管理は、収入と支出が最小単位に細分化され、年次、月次、四半期、週次、日次のレポート提出により、早期の分析、問題の発見、対応がなされています。

バックオフィス（管理部門）においては、バックオフィスのアウトソーシングと情報管理が突出しています。病院のバックオフィスの一つの特徴は、医療費の精算、検査部門のアウトソーシング、病院の内部物流管理（SPD）などすべてがバックオフィスの業務であり、人的コスト削減に貢献していることです。SPD システムは配送センターにて各医療ユニットで一般的に使用される消耗品医療用品を梱包し、院内のいたるところから担当者は、必要事項を入力するだけで、パッケージされた消耗医療用品を取得できます。これにより、看護師の労働時間が大幅に削減され、作業効率の向上、購入コストと消耗品コストの低下につながっています。政府は専門的なバックオフィス部門サービスに関して一連の関連政策をもうけ、関連するスタッフへの専門性の基準（教育・研修基準）を設けました。これにより、アウトソーシングビジネスの品質が保証され、急速に普及しました。

特色ある病院運営をするために、医療ブランドの構築、経営管理の強化、および新しいことにチャレンジすることに重点を置いています。日本の医療サービス市場はすでに飽和状態にあり、医療機関の競争は非常に激しく、民間を中心とする様々な医療機関は生き残り、発展を求め、壮大なビジョンを描き、限られた経営資源に集中し、がん検診治療センター、外傷センターなどの競争力のあるブランド医療を提供しています。

病院情報構築に関しては、日本の病院情報管理は、病院情報システムと地域医療サービスシステムおよびその他の関連システムとの間において情報交換とデータ共有を実施しており、病院管理と患者サービスに一連の変化をもたらしています。

第三に日本の病院における医療の質と経営利益

日本の病院では、医療の質が病院経営者の最重要課題であり、日本の医療は、“医療の質にこだわる“から“質の高いサービスと同時に最高のサービス効率を新たな医療モデルとする“に変化し、品質と効率の両方に重点を置いています。この措置には、組織構造とビジネスプロセスの再考が含まれ、患者の傾向と診断、治療方法の整理、治療効果の評価、厳密な予算システム、ターゲット管理と情報管理、医療保険の支払い範囲内の医療行為、包括的な品質管理、問題志向を持ち具体的な医療事故を分析し日本医療機能評価機構の評価を受ける等があります。

病院内に品質管理委員会を設置することで、診療規定と診療の流れを制定し、医療の質をコントロールします。毎月定期会議を開催し、年初の病院全体の品質指標と各部署独自の品質指標に応じて、各品質指標の責任者を決定し、対応する活動を実施します。2016年、厚生労働省は23種36項目の医療の質指標を細分化し共有し、医療の質の改善を促進し、改善策の実施を監

視しました。同時に、専門家による委員会は、診断操作、注意事項、標準的な投薬などを含む一般的な疾患の標準治療の手順を整理し改訂します。

各科の医師は、品質管理委員会から提供された「マニュアル」に厳密に従って診断と治療を行います。病棟内の医薬品、特に麻酔薬はすべて厳格に管理されます。病院は品質管理を強化しながら、医療事故の可能性にも注意します。病院は医療安全委員会を設置し、事故（もしくは過失）の専門責任者、院内感染予防、安全輸血対策、抗生物質の適正使用等、各病棟の責任者は大小の過失を記録し、医療安全室は月次、年次の報告・総括・分析結果を医療スタッフにフィードバックし、新しい予防策を提案し、スタッフのトレーニングを強化し、予防制度と予防システムによる事故を継続的に防止します。

日本医療機能評価機構の評価を定期的に受けることで、公益検証の効果を十分に発揮しています。日本医療機能評価機構は、主に診療現場で行われる診療・看護・業務プロセスなどを中心に、第三者評価モデルを採用し、医療の質の見直しや改善提案を行っています。2018年には、ベッド数、プライバシー、保険システムを中心に、2,192の病院が審査および認定されました。評価項目は、患者中心の医療、質の高い医療サービスの実践、理念をもった組織運用などで構成されています。指標は患者の満足度、サービスの向上などに焦点を当て、公益性を特に強調しています。

標準化された治療方法を促進・維持することにより、患者は正しく医療サービスを受けることができます。日本では自由開業医制をとっており、やる気のある資格を持つ医師が自由に開業できます。しかし、医師になるのは非常に難しく、小規模な診療所であっても、医師としての資質を過小評価することはなく、その権威は大きな病院にも劣りません。がんを例にとると、標準化されたがん治療計画には、人体への損傷が少ない治療の提供、包括的な診断と治療システムの確立、合併症と副作用の軽減、日常生活への回復促進、肉体的および精神的負担の軽減に焦点が当てられています。特に、患者の医療・看護に関する不安、経済的問題、肉体的および精神的な痛みに対するサポートとコンサルティングを提供し、ヒューマンニズムに富んだサービスを提供しています。

三位一体の地域医療センターの設立を通じて、医療機関間の強みを補完しあっています。日増しに増加する高齢化社会の負担に対応し、地域の限られた医療資源の効率を最大化するために、政府の政策のもと、ヘルスケア-医療サービス-療養と介護の一体化を図っています。また、地域の医療機関を中心に、各レベルの病院がお互いに患者を紹介しあい、正当な競争を推進しています。

三、学びからの提案

中国と日本は国情が異なり、発展段階のレベルも異なりますが、お互いに人口高齢化問題に直面し、医療資源の供給における顕著な構造上の問題があります。日本の医療制度構築、衛生保

健制度改革、病院経営管理、病院の革新的な管理、および新興技術の応用等において蓄積された概念と経験を中国が更なる医療改革、高齢化に対応し、健康的な北京における都市建設促進のために学ぶことは一定の意義があると思います。

(一) 病院評価システムの改善と医療の質と安全性の向上

病院における「品質、安全性、革新」は3級病院の主なテーマです。所管部門と各病院は頻繁に政策を提出しています。国と各省市も病院のパフォーマンス管理を強化し、一定の効果を発揮しています。しかし、価値に基づく医療サービスの提供には、日本のJCQHC認証などのような第三者の品質評価システムがより効果的です。同時に、近代的な病院管理システムの確立を加速し、洗練された病院管理を促進するために、これから世界保健機関の推奨事項と日本の有用な経験から学び、包括的な健康評価システムの確立に基づき、公立病院のパフォーマンス評価制度を改善し続けます。病院における医療の質と患者の安全を向上させ、医療スタッフの行動ルールを作成し、患者が満足する環境を創造すると共に、適切な評価指標を構築し、病院管理をさらに標準化し、医療の質を向上させ、患者の安全を確保します。

(二) グループ効果を発揮し、病院経営を強化

病院の経営理念を“医療の質重視”から“高品質のサービスと同時に最良のサービス効率を合わせたモデル重視”に変換し、品質と効率の2つを重視した価値に基づいた医療サービスを提供します。日本のすべての病院の薬品、医療機器、検査費用、手術費等は全国统一されており、病院が赤字にならないために、積極的に頭を使って方法を考え、コストを抑え、医療費の削減等をした経験から学び、北京市所属病院のグループ化を実施し、各グループでの情報共有、薬品や、機械、バックオフィスのアウトソーシングなどを一括購入してみることを試してもいいかもしれません。経営分析のオープン化を強化し、市立病院における会計士の配置を加速し、財務情報、非財務情報、社会情報の3つを含む経営分析を実施し、収入と支出を細分化し、年、月、四半期、週及び日次レポートと分析、リーダーシップチームが問題を発見し、科学的根拠に基づいた、タイムリーな対応を実施します。厳格な院内感染対策、検査と投薬の削減、入院日数の削減、デイクリニックの開業、低侵襲手術とクリニカルパスの最適化など、問題意識をもって継続的に改善します。病院予算と科学的管理の指導をさらに強化し、病院の強みと弱みを分析し、組織を調整し、コストを削減し、消費を減らすように病院を指導します。地域医療センターの役割を発揮し、密接な医療コンソーシアムを設立し、遠隔専門家相談センターを設立するなどして、人件費を節約し、専門家の効果的な活用を発揮します。

(三) 医療と介護の融合を加速し、健康な高齢化を推進

中国の高齢化率は2002年の7%から2025年にかけて14%に達すると予想されています。高齢化のピークは医療ケア需要のピークです。日本の地域医療のアイデアから学び、事前に計画し積極的に対応します。まず、医療サービスシステムを整理し、合理的にリソースを配分する必要があります。リハビリ、長期ケア、慢性病管理等の医療機関設立に力を注ぎ、人口構造の変化に対応しながら、住居、地域コミュニティ、及び老人ケアの施設と連携しながら最善の方法を模索し、多様な長期介護保障制度を検討し、地域コミュニティへの医療サービスを促進し、在宅高齢者向けの長期ケアサービスの健全な発展を促進します。第2に高齢者の疾病特徴に基づいたサブスペシャリティを促進します。認知機能障害、骨や関節の変性疾患、運動機能の低下などの老人性疾患の特性に関する科学的調査を実施し、サブスペシャリティにおける特に人材を確保します。第3に、優れた医療紹介システムを確立します。日本では、難病・治療の難しい患者は大病院（私たちの3級病院と同レベル）を紹介され、急性期の治療後、再び他の病院に転院します。私たちは地域の基幹病院の逆紹介率（日本語の言い方）が100%以上だと学びました。主要都市を中心とした地域医療コンソーシアムを構築し、疾患サイクル全体にわたってシームレスなリンクを形成し、医療リソースを最大活用します。第4には専門サービス人材の研修努力です。日本の介護制度を例にとると、日本の介護制度は専門人材の研修に力を入れており、我々が視察した病院には研修棟があり、研修器具やセットは地方自治体の補助金を利用していることも知りました。

（四）医療環境を整え温かみのある環境作り

日本の病院におけるヒューマンニズムに富んだ医療環境は、いたるところが快適で清潔さ温かみを感じます。大きな廊下、病棟には大きなガラス窓とその先に広い視界が広がり、検査、手術は合理的に配置されています。我が国の病院設計、内部デザインは“人と患者中心”を体現すべきです。いたるところに人への敬意と健康圧力（健康でなければならないという圧力）への解放を反映し、温かみのある快適なハード環境を作り出します。人々の使いやすい新しい対策を常に創出し、ネットワーク管理の確立、医療プロセスを簡素化、サービス窓口を増やし、待ち時間を短縮し、案内デスク、標識、情報、予約を推奨しスムーズなグリーンチャネル（待ち時間がない、スムーズな動き）等のソフト環境の整備に力を入れます。患者の権利とプライバシーを尊重し、日本の病院が初診受付や病棟の最も目立つ場所に患者の権利についてのポスターを貼ってあるのに学び、従業員のバッジの裏に患者の権利の内容を印刷します。

（五）専門に力を入れ、新しい医療産業園区を創出

今回視察した総合病院は、救急集中治療、ICU病棟、感染病棟、心臓手術、胸部腫瘍、高齢者の脊椎修復術などカテゴリーに基づいた専門分野を持っています。現在、北京の多くの大型総合病院にも優れた専門分野があります。そして、その優位性を維持し、それをより大きく、

より強くするためには、組織と構造に多大なる工夫が必要です。視察した神戸医療産業都市は医薬、医療機器、生物学、再生医療、ヘルスケア、リハビリ製品開発などと臨床病院を集積し、優遇政策を与え医療成果の臨床応用への迅速な転換を促進しています。北京は、医療と健康産業の協調発展を促進するプロセスから学び、同様の医療産業都市群の建設を探求し、基礎研究成果の応用を加速し、医療と健康産業の協調発展を促進することができます。さらに、病院の人材チーム構築を強化する必要があります。病院内部構築、病院文化の構築、さまざまなレベルの公立病院の管理リーダー職員向けの研修制度の立ち上げ、人材管理の強化、病院のリーダーシップ強化などに注力し、組織の運用能力と管理サービスレベルを実用的に高めていきたいと思っています。