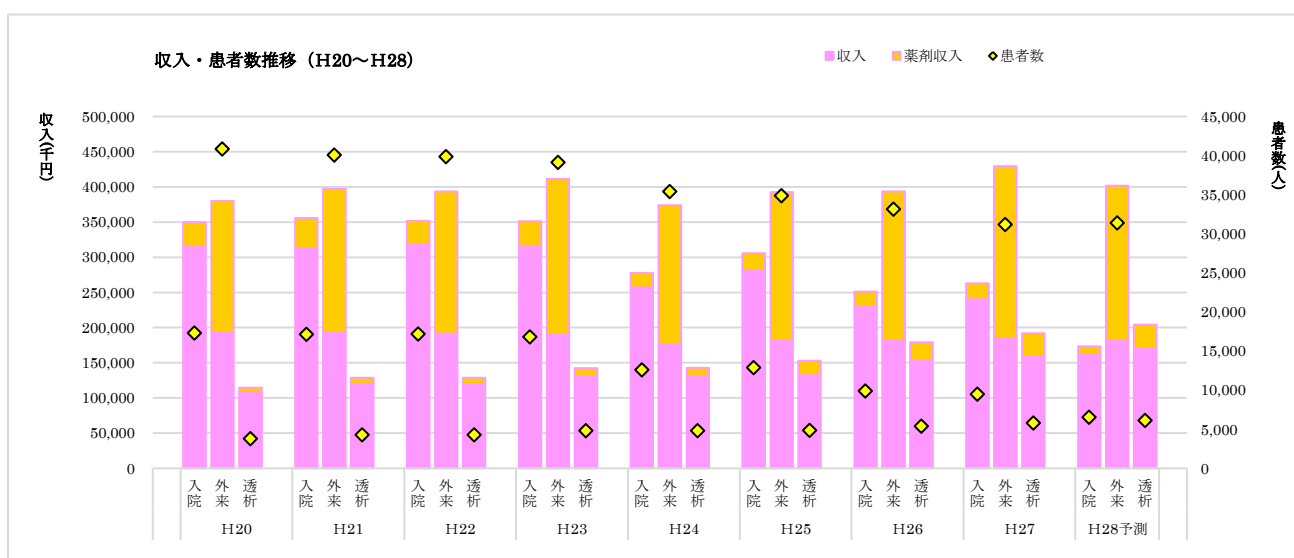
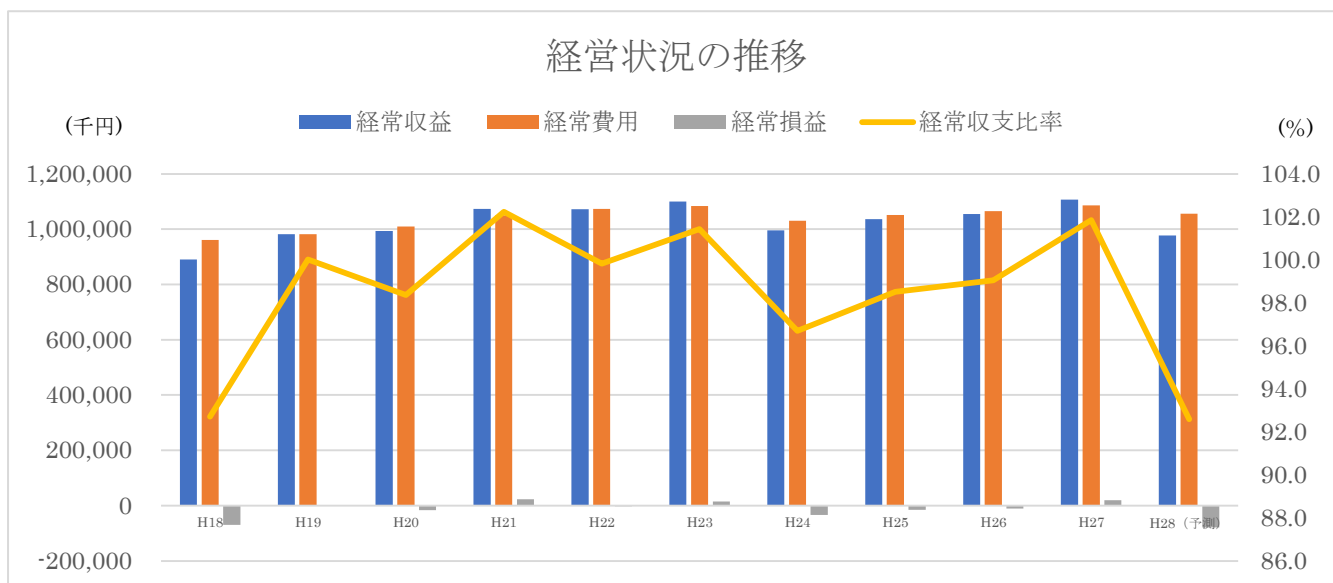


新しい改革プランを策定するにあたって

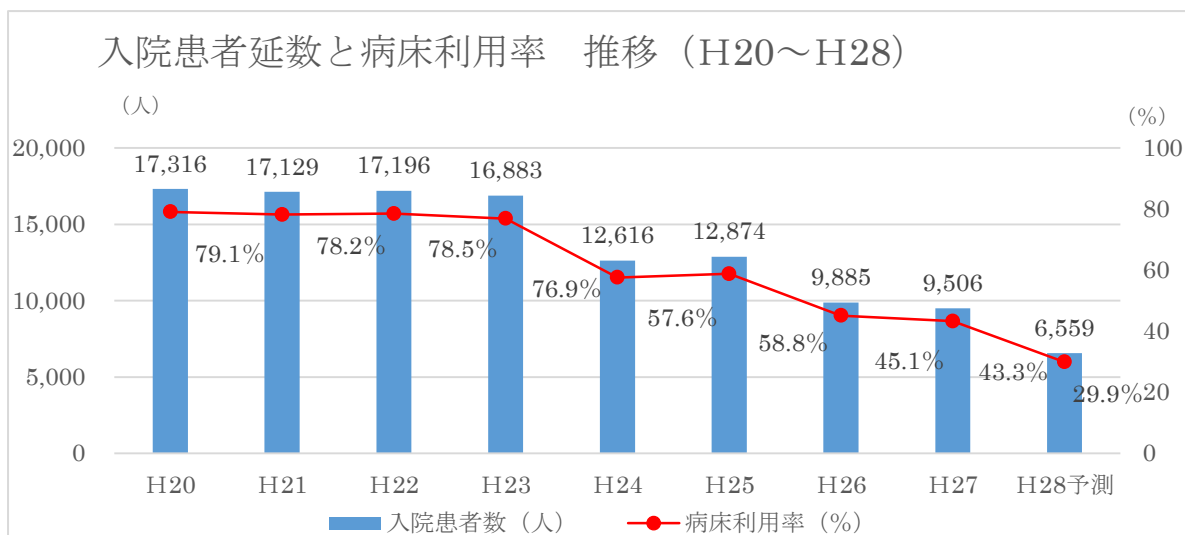
平成 29 年 3 月

1 前回の『公立病院改革プラン』の振り返りとその後

前回の『病院改革プラン』では、「経費削減策」を中心とし、「収益増収対策（特に入院収益）」については主眼がおかれていなかった。そのことはそれ以前の病院の経営成績が必ずしも悪くなかったために危機感を持って対策を講じてこなかった事情もある。その後、収益がやや悪化した平成 24 年度に実施した『包括外部監査』では、「入院収益は 2 割以上の減少と大幅に減少しているが、その原因を明確に特定できるようなものは判明していない」と指摘している。



前回のプラン策定時（平成 20 年度末策定）に比べ入院患者数は減少している。7 年後の平成 27 年度には約 45 パーセント（実患者数は約 25%減少）、病床利用率は 35.8 ポイント減少した。平成 27 年 2 月に入院基本料 10 対 1 を取得し患者単価を上げる努力をしたが、入院患者数は予想以上に減少し、平成 28 年度にはさらに患者の減少が見込まれており、収支の悪化が懸念される。



当病院の収益構造は入院収益割合が低く、平成 20 年度で約 40%、27 年度では約 30%と低下しており、医業収益の要は外来・透析であった。この外来・透析の収益割合は漸増（外来は微増、透析は増加）しており、平成 27 年度には約 70%に達したが、経常収支は比較的良好だった（平成 27 年度決算は黒字）。常勤医が不足する状況下で、非常勤医師中心の診療体制では救急要請にも十分応えることが難しくなっており、それが入院患者の減少にも繋がっていると思われる。

周辺の状況も変化してきている。岡山市街地では急性期の大病院の新築ラッシュにより、住民は救急も含めて直接大病院に罹る傾向が強くなっていると思われる。また、地理的条件等もあり、これらの病院との連携を必ずしも積極的に進めてこなかったこともあり、紹介入院は少ない。また、従来から慢性期疾患の入院患者が多かったため、近年周辺に介護施設が増加してくるとそれらの施設に移動し、加えて施設内で看取りまで行われるようになってきた背景もあるものと思われる。

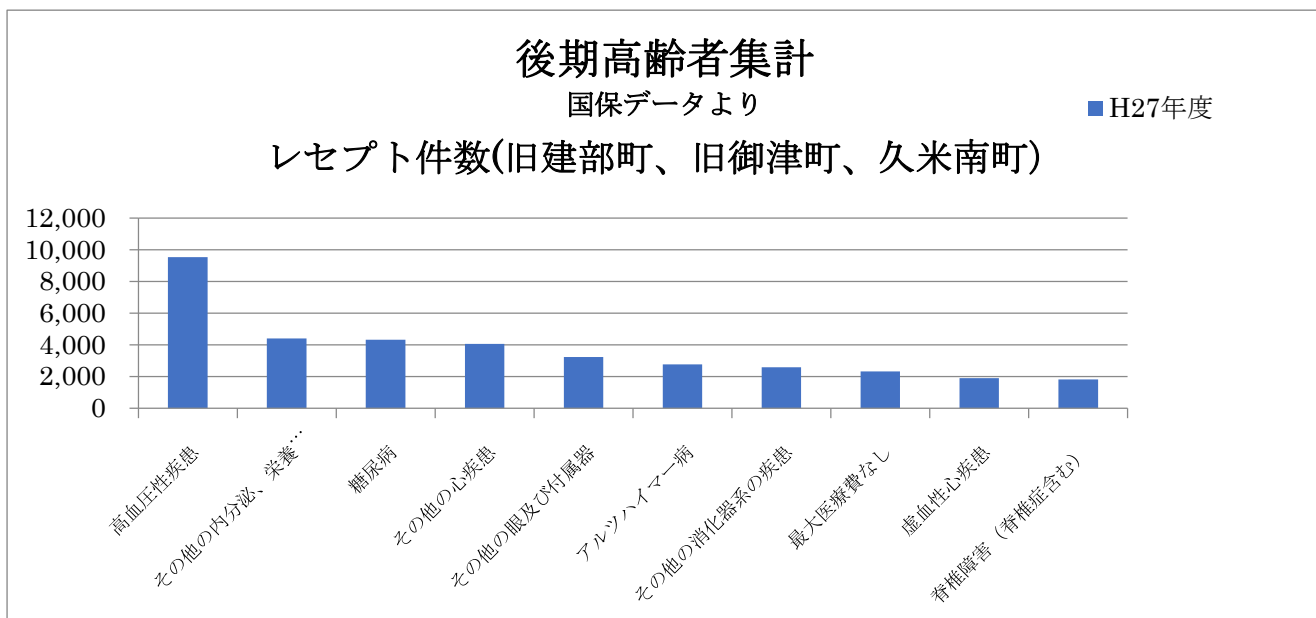
2 『新公立病院改革プラン』策定に向けて…「入院収益増」に向けた調査と行動

平成 28 年度になって入院患者数は一層減少し、今年度予測では病床利用率が 30%程度にまで落ち込むこととなった。入院収益の激減により、経常収支は多額な赤字が予想される。こうしたことも背景に危機感を抱くきっかけとなり、まずは入院患者減少の原因分析と対策が必要であるとの認識に加え、将来展望を描く必要に迫られた。そこで、平成 28 年度の『総務省地方公営企業等経営アドバイザー事業』に応募し、外部のアドバイザーの助言を仰ぐことになった。

アドバイザーの講評では、病院のこれまでの経営努力を認めながらも、今後は『地域包括ケア』と『在宅支援』の方向性を示すものであった。変化を躊躇しては前に進まない、目指す目標を決めてそれに向かって職員が一丸となって協力し、情報共有や議論をしていく必要がある。まずは『住民データ・疾病データ』を収集して患者の調査・分析を行い、地域のニーズに合わせた診療体制を組み、連携体制を強化していくこと。そのために必要な人的投資・設備投資は惜しまないこと。また、時代に合わせて病院を標準化・近代化していくことも病院存続のためには欠かせないとの指導であった。

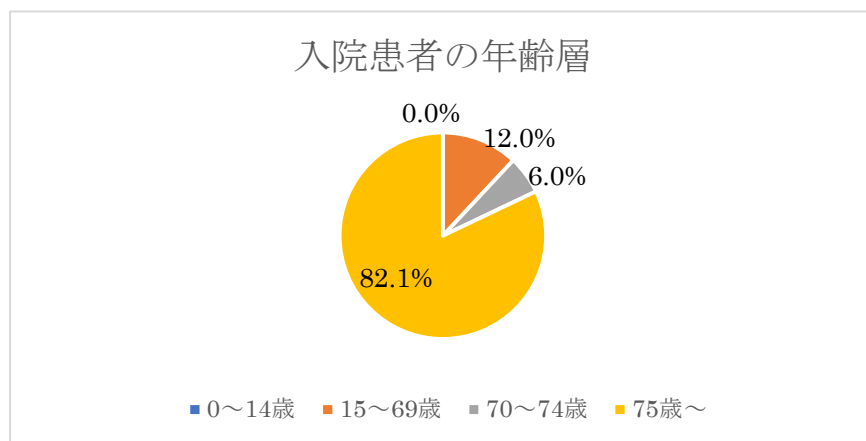
そこで、患者分析のための情報収集を行った。まず国保データにより住民（旧建部町・旧御津町、

久米南町)の疾病状況や受療動向を調査した。また、入院患者のデータにより属性(年齢層・住所)及び入院経路を分析し、「どのような」患者が「どこから」入って来て(入院)、「どこへ」出て行く(退院)かをまとめた。その結果、患者の8割は後期高齢者であり、87%は旧建部町と久米南町(一部事務組合の構成市町)の住民で、入院経路は在宅からが8割を占め、急性期病院からの紹介は1割、施設が1割と少なかった。

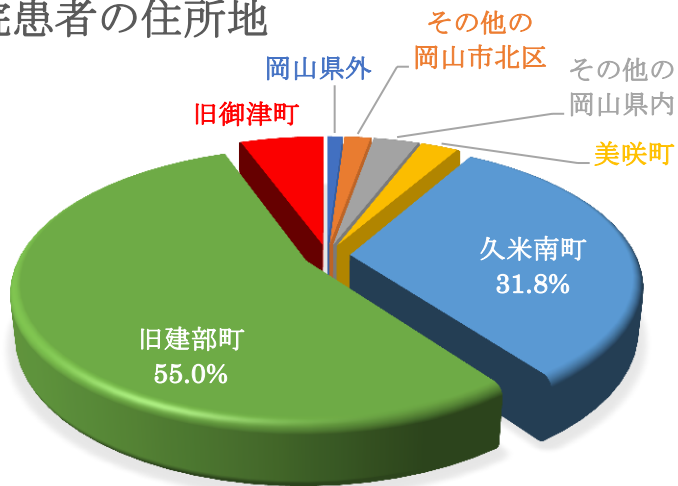


住民の受療動向

※入院患者の属性

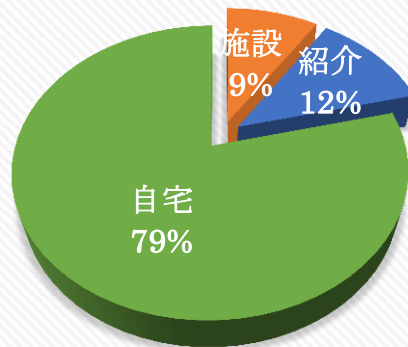


入院患者の住所地



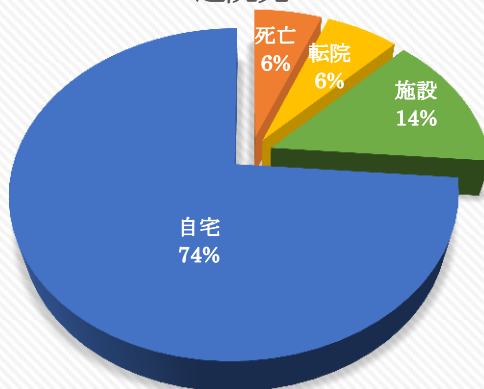
※入院患者の経路（どこから、どこへ）

どこから



■施設 ■紹介 ■自宅

退院先



■死亡 ■転院 ■施設 ■自宅

入院患者を増やすためには、急性期病院や施設からの 2 割の紹介患者を増やす必要がある。そのためには「地域連携」体制を強化して外部（急性期病院・施設等）から入院患者を紹介してもらう必要があるが、当病院には「地域連携室」がなく、連携担当者も置いていない。外部との連絡はその都度各職種が必要最低限の対応はしてきたが、病院の窓口としての「地域連携」担当が不在のため情報交換が密にならず、入院に繋がらなかった。今後は地域連携を強化していく必要がある。

また、病院は外からどう見えているのか？ 地域が病院にどんな期待を寄せているのだろうか？ このような「外部のニーズ」を把握するため、地域の様々な関係者のヒアリングを行った。

1. 住民…患者、住民ほか数人
2. 医療機関…急性期病院 2 施設、診療所 2 施設
3. 介護施設…特養 2 施設、老健 1 施設、在宅サービス等 1 施設
4. 行政…岡山市及び久米南町、地域包括支援センター 2 か所

その結果、地域から求められている「ニーズ」が少しずつ浮かび上がってきた。

まず、地域特性として、岡山市に属しているものの「岡山市北部と久米南町」地域は、岡山市街地から離れた過疎地域であるため、「地域の医療機関」として基本的な医療（初期救急や外来、急性期では扱わない入院等）や急性期後の医療・療養（亜急性期）、特に「高齢者向け」医療と「在宅支援としての「レスパイト入院」のニーズが高かった。この「在宅支援」機能は、住民だけでなく、地域の診療所や在宅サービス事業者からも、「入院施設のある存在」故の支援と協力へのニーズが高く、また、現在実施している「訪問診療」「訪問看護（リハビリを含む）」の評価は高かった。このニーズから判断すると「地域包括ケア病床」が必要とされているのが分かる。

一方、急性期病院の側からは、連携先（後方病院）として「地域包括ケア病床」を通じて連携に期待する一方、「途切れない医療連携」を進めるためにも病院の「標準化」「近代化」は避けて通れない課題であるとの指摘を受け、今後の「体制変更」の必要性を感じた。共通していたのは「地域連携室」、「連携担当者」を備えていないことに対する疑問と今後の連携に対する要望であったため、院内でもこれが当病院の今後の最重要課題であるとの認識が共有されてきた。

当病院が位置する旧建部町は、岡山市との合併前は「地域包括ケア」が盛んな地域であったため、それを評価する声や復活を願う声も多く聞かれ、改めて、今後は病院が「地域包括ケア」と「在宅支援」の役割を担っていく必要性を強く感じた。

3 病院の役割の確認……「地域包括ケア病床（回復期）」と「在宅支援」

当病院の今後の役割と方向が「地域包括ケア」の担い手であるとの認識は高まったが、それを具現化するためには、もう 1 工程を経る必要があった。その 1 つは職員が「イメージ化」することであり、もうひとつは「職員の意識改革」である。

「イメージ化」のために「百聞は一見に如かず」と、岡山市医療政策推進課から「地域包括ケア病床」を近隣でいち早く導入した「金川病院」を紹介されたことから、病院職員有志 10 名で見学に行った。そこで「地域包括ケア病床」の実情や病床開設に向けた準備等の説明を受け、具体的なイメージを幾分かむことができた。

「職員の意識改革」については、職員（主にリーダー層以上）に今の医療情勢や病院の現状につ

いて説明し、自ら進むべき方向について共に考え議論する機会を設けることにした。具体的には、2回にわたって SWOT 分析によるワークショップを実施した。1 回目は、「外部環境」としての現在の医療情勢や病院の現状について説明（※資料「福渡病院の方向性」（省略））した後、グループに分かれて討論して、SWOT（「強み」「弱み」「機会」「脅威」）について考え、発表するという形式を採った。2 回目は 1 回目で出された SWOT を組合わせてクロス分析を行い、今後採るべき戦略・方策をグループ毎に発表した。2 回とも病院職員（訪問看護ステーションを含む）のほか、地域の外部機関（地域包括支援センター、在宅介護事業所、特別養護老人ホーム）からも参加者を募り、共同でグループ討論を行った。このような外部の者を交えてのグループワーク形式の討論は今まで経験がなかったものだったが、互いに刺激し合って活発な意見が交わされ、現実的な、しかしユニークな方策や意見も色々と出された（※資料「SWOT 分析（福渡病院）」）。

- ・「**機会 (O)** に対して**強み (S)** を活用する」には、「地域包括ケア病床」「在宅医療の強化」「地域密着と協働」「生活支援」等の方策が、
- ・「**弱み (W)** を補強して**機会 (O)** を捉える」には「連携体制強化」「職員教育と人材強化」「生活支援サービス充実」「設備投資、IT 化」等の方策が、
- ・「**脅威 (T)** に対する**戦略 (SW)**」は、「脅威」の概念が湧かなかったようだが、「情報共有」「外来診療の見直し」「介護とのコラボ」「人材確保」「生活支援策」等の方策が出された。

SWOT 分析に慣れない中では、現実を見据えた的確な意見が出され、これらの意見は、地域ヒアリングから得られた「病院に求められる役割」とほぼ一致した。そこで、このワークショップの結果を踏まえて、病院幹部で再度検討を行い、「地域包括ケア病床（回復期機能）」を開設して入院患者の増加と同時に「在宅支援」サービスを強化していくことが、当病院が地域ニーズに答えていく「役割」であり「方向性」である。そして、これによってこそ経営改善が実現するであろうことを改めて確認した。

4 経営効率化……「地域包括病床」開設で「入院重視」「標準化」に向かう（課題克服）

地域ニーズに合せた病院の「役割」と「方向性」は決定したが、それを具体化し、経営改善に繋げていくにはまだまだ課題も多い。

そこで、まず「地域包括ケア病床」開設に向けたチーム（事務・看護）をつくり「工程」と「担当」を決め、課題を明らかにして、これを検討していくことにした。このチームで「地域包括ケア病床」の施設基準を確認していくと、これまで長い間、病院が取り組んでこなかった「標準化」「近代化」が条件として求められていることを痛感し、一つひとつを解決していくには、時間と労力、さらに意識改革・体制改革が必要であることが分かってきた。

当病院はこれまで「一部事務組合立病院」として独立採算の経営を心掛け、地域に必要な医療サービスを提供しつつ、経費節減に取組み、累積欠損金を生じさせてこなかった。そのため過去には総務省から「自治体立優良病院表彰」を受けたこともあり、前述のアドバイザーからもこの点は評価された。しかし、それが却って経営改革や近代化に向かう必要性を感じさせず、昔ながらの病院運営のまま今に至ったところがある。そのため、病院の標準化・近代化には遅れが見られ、アドバイザー事業でも投資不足（人的投資・設備投資）やチーム体制の遅れを指摘された。病院経営環境が著しく変わってきた現在、「標準化・近代化」や「連携体制構築」等を迅速に進め、経営効率化を

達成していかなければ、発展は難しい。

以下に「地域包括ケア病床開設」と「標準化」に向けた課題を挙げてみる。

- ・診療録管理体制加算……診療録の管理がなされてこなかったため病院全体で改善する必要
(さらに情報の一元化、IT化等、意識や組織・体制の変革が必要)
- ・データ提出加算……病名分類・病歴管理等、病院全体で共通化・標準化に取り組む必要
- ・看護必要度、在宅復帰率算定……看護職員の管理業務推進とチーム医療態勢を進める必要
- ・地域連携体制……連携担当者（MSW、退院調整看護師）の配置と連携室の整備、外部への渉外活動、意識改革（顧客意識醸成）、外部対応の訓練等が必要
- ・IT化、情報一元化……最も遅れている分野で、病院全体での推進が必要（設備投資も必要）
- ・コスト意識……出来高算定から包括払いへの意識改革が必要
- ・医療の質、管理体制……連携先病院（急性期病院）とのレベル合せ（標準化）が必要
- ・管理の近代化……物品管理の一元化、個人情報管理の徹底、チーム医療の推進、カンファレンス
- ・病院における「教育」の役割を強化し、将来世代を育てる。

こうした課題を克服するためには、まず院内体制を一新し、チーム医療体制を確立していく必要がある。このことを「ピンチをチャンスに替える」機会と捉え、各職種が出来ること、すべきことを自覚して「実行のためのプラン」を作成し、目標を掲げ、それに向かって全職員が一丸となって努力していく必要がある。そのために必要な投資（特に教育）とチームでの議論も欠かせない。

また、地域連携体制を確立していくためには、連携担当者のみならず、職員全員が外部との情報共有や協働の場に参加して、地域や他病院と連帯感を持って、共に歩んでいくという意識の醸成が必要である。地域での勉強会や討論を積極的に行い、「顔の見える連携」を進めていくことである。

こうした努力の上に、体制が少しずつ確立し、それから入院患者が少しずつ増え、ひいては入院収益が増加する。経営の安定なくして病院の発展はない。そのためには時間と労力を要するが、毎年度、努力目標（行動計画と数値目標）を掲げ、定期的に計画値と実績を精査し、適宜、計画の変更、目標の変更を行っていく仕組みを作っていく。そして評価することでモチベーションを上げることも大事である。

まず、平成 29 年度は「地域包括ケア病床」開設と「地域連携体制」構築を目標とし、そのために上記課題の克服に向けたプロジェクトを作動し、アウトカムとして入院患者数を対前年度比 50 パーセント、紹介率 20 パーセント増を目標値とする。30 年度は上記の「課題解決」と連携（切れ目ない連携）に向けての「質向上」、更に在宅支援体制の強化に向けたプロジェクトの作動を行動目標とし、病床利用率 60 パーセントを目標値とする。また、今後の職員の世代交代を視野に入れた体制整備を行うことが必須である。31～32 年度には、院内新体制と地域包括ケア体制の構築を行動目標とし、そしてアウトカム目標値は病床利用率 70 パーセントとする。

5 再編・ネットワーク化

今後の「再編・ネットワーク化」は、病床利用率の如何にかかわらず、避けて通れない課題だが、「医療・介護の一体化」を考えると、「再編・ネットワーク化」には 2 通りの考え方があると思われる。

る。

まずは、地域での医療・介護・生活支援等の「多種類の事業所の協働レベル」としての「再編・ネットワーク化」が今後必要とされてくると思われる。特に人口減少の著しい過疎地域では、今後は高齢化と担い手不足に陥り、「医療・介護・生活サービス」の「多種類少量の提供」は、事業所の一体化・総合化なしでは持続が難しくなる。そこで、サービスの一元化を検討していく必要があると思われる。今回のワークショップでのグループ討論を参考にして、今後は地域での定期的な話し合いを行い、協働に向けて計画を策定していくことが課題である。

また、医療再編については、今後は中核病院を中心とした「グループ化」が進むと思われる。資源の集中する急性期の大病院との協働協調がないと、資源（特に医師）に乏しい中小病院の運営はますます厳しくなるため、「連携と役割分担」の先には「グルーピング化」、さらには（事業体を超えた緩やかな結びつきとしての）「運営の一体化」が進められ、人的資源・設備等の共有化が進められるであろうことを視野に入れておく必要があると思われる。