

まず、私事で恐縮ですが、先日65歳の誕生日を迎えました。世の中の区分としては、高齢者の仲間入りということですが。「高齢者の仲間入り」という自覚はまったくなかったのですが、当日、介護保険証が送られてきたのを見て、改めて高齢化の問題を自分のものとしても考える機会を得ることとなりました。私たち団塊の世代が後期高齢者となる2025年まで、もう残された時間は決して潤沢とはいえません。可能な限り、速やかに望ましい社会的な仕組みづくりに取り組んでいくことが求められています。

拡大した歪みを修正すべき

わが国における医療提供体制は、戦後一貫して数の整備に追われてきました。それに拍車をかけたのが一つは昭和36年の国民皆保険体制であり、もう一つは昭和60年の医療計画でした。前者は長期に亘って効果をもたらし、後者はごく短期的に劇的な効果をもたらしました。

これらによってもたらされたものは数多くありますが、その一つが人の死に場所の変化です。かつてわが国では、ほとんどの人が自宅で亡くなっていましたが、昭和50年過ぎには、病院での死が在宅での死を上回り、現在では多少減少してきたとはいえ、8割近い人が病院で亡くなっています。これについては、様々な分析、解釈があるでしょうが、医療保険の存在を無視することはできないでしょう。

しかし、これから少なくとも30年以上は、多死の時代を迎えます。人が施設で亡くなることを前提としてしまうと、施設数（病床数）が圧倒的に不足することは誰の目にも明らかです。また、病院や施設での死が、私たちにとって本当に幸せなのかを、私たち自身も真剣に見つめなおす必要があると考えています。

流れを作ることの大切さ

先に述べたように、数の整備に追われてきたわが国の医療提供体制ですが、同時に20年以上もの間、医療機能の役割分担というテーマを追いかけてきています。財源も含め、限られた貴重な資源をどう活用すれば、国民の幸せを支援できるのか。そろそろ頭を切り替える時期にきていると考えています。

先の社会保障国民会議で示された医療機能の分担については、議論百出の状況です。しかし、結論からいえば、高齢者は最期は在宅で受け止めるという姿勢が、重要だ

「地域で生きる患者さんを支えるかかりつけ医の存在」

FOCUS



東京都医師会 会長
のなか ひろし
(医) 博賢会 理事長 野中 博

と考えます。もう少し詳細に言えば、機能に応じた患者さんの流れをどう作っていくかが、最大の課題なのです。

急性期、回復期あるいは慢性期に、どのような医療資源、介護資源を活用すれば、患者さんが幸せな人生を送ったと感じてもらえるのかについて、思いを及ぼすことが重要なのです。そこに、政治、行政、医療関係者、介護関係者そして家族や地域が適切に係っていく形を造り上げることこそが、この国のあるべき姿ではないでしょうか。

コーディネーターとしての「かかりつけ医」

患者さんの流れを念頭に、在宅（地域）で終末期を迎えていただくためには、コーディネーターの存在が不可欠になります。地域での生活を支援する多様な職種がありますが、私はかかりつけ医こそがその中心的な役割を担うべきだと考えます。患者さん、家族が不安に思うのは、やはり容態の急変など不測の事態です。在宅を支えるには、どうしても医療的な支援体制が不可欠です。

先の患者さんの流れ（それぞれの医療機能）を承知し、ケースによっては地区医師会のバックアップの下で、十全な対応がとれるのは、かかりつけ医なのです。同時に、介護的な支援も地域包括支援センターとの連携に求めることができます。

医療は患者さんとの共同作業であり、地域医療は患者さんを支える医療だと考えています。時代は、医療提供者だけの思惑で医療システムが存続することを許してはいません。2025年に向け、私たちは、再度、このことを考えてみるべきではないでしょうか。（文責：編集部）

2012年度診療報酬改定で 読み解く10年後の戦略



改定率0.004%(本体+1.38%[うち医科+1.55%])、薬価▲1.38%)と、わずかなプラスとなった2012年度改定。2025年モデルに向けた今後の改定の方向性と、各施設の対応方策について検討する。

2025年モデルの実現に向けて

2011年12月1日に社会保障審議会の医療保険部会がまとめた「平成24年度診療報酬改定の基本方針」には、基本認識として以下のことが述べられています。

『「社会保障・税一体改革成案」(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入等)、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである』

2012年度改定、そして今後の診療報酬・介護報酬改定は、この「2025年モデル」の実現に軸足を置いて進められていくことが容易に予測できます。既に、自公政権時に成立した

医療費適正化計画(2008年4月)、またその実現に向けた協議が行われた社会保障国民会議(2008年11月最終報告)などにおいても繰り返し示されてきたモデルですが、状況の整理のため、一度振り返ってみることにします。

医療・介護のポイントは次の点です(表1)。

医療

- 病床数、平均在院日数は、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の3区分で病床数の目標と平均在院日数が設定されている。
- 高度急性期・一般病床については実質病床数減。亜急性期等については拡充が期待されている。
- 医師は1.10～1.17倍増、看護職員数は1.38～1.45倍増の目標となっている。

表1 医療・介護

	平成23(2011)年度		平成37(2025)年度	
医療	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】	22万床、15～16日程度
			【一般急性期】	46万床、9日程度
			【亜急性期等】	35万床、60日程度
	医師数	29万人	32～34万人	
看護職員数	141万人	195～205万人		
在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分		
介護	利用者数	426万人	641万人(1.5倍) ● 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ● 入院の減少(介護への移行):14万人増	
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	304万人分 5万人分 —	449万人分(1.5倍) 40万人分(8.1倍) 15万人分(—)	
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	61万人分(2.0倍) 24万人分(1.6倍) 37万人分(2.3倍)	
	介護施設 特養 老健(+介護療養)	92万人分 48万人分(うちユニット12万人(26%)) 44万人分(うちユニット2万人(4%))	131万人分(1.4倍) 72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%)) 59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
	介護職員	140万人	232万人から244万人	
	訪問介護(1日あたり)	28万人分	49万人分	



■ 介護

- 現在、医療の対象としている長期療養患者を介護に移行。
- 小規模多機能を8.1倍、在宅介護全体では利用者数1.5倍増。
- 居住系サービスは2.0倍増、介護施設は1.4倍増。
- 訪問看護は1.75倍増。
- 介護職員数は、1.65～1.74倍増の目標となっている。

2025年までの残り13年間の中で、モデル実現に向けた方策が検討・実施されていくことになると考えられますが、その中でも特に診療報酬・介護報酬改定は、サービス提供者側の経営・運営に直接的な影響を与える極めて強力な手段となります。したがって、今後の方向性を探るためにも、今回の改定に込められた狙いを理解する必要があります。

今回の改定における特徴は以下の通りです。

■ 2012年度診療報酬改定のポイント

● 3つのポイント

2012年改定では、これからの高齢化・医療ニーズの増大に備え、総入院日数の短縮に寄与する機能、限られた医療資源を効率的に活用することが評価され、主として以下の項目に改定の主眼が置かれています。

1. 入院機能の高度化・純化

- ① 人員基準に加えて、患者層（在院日数や状態像）を評価
- ② 大規模病院には“勤務医負担軽減（策）”として誘導（対策の義務付け）

2. 職種間連携、施設間の接続を相互に評価

- ① 急性期病院の更なる急性期化に向けた、受け皿の整備
- ② 医療・介護資源の連携の推進
- ③ 在宅・訪問の充実・整備と小規模事業所間のネットワーク化の評価

3. 患者の状態に応じた効果的な対応体制整備

- ① リハビリテーション
- ② がん・看取り
- ③ 認知症
- ④ 精神疾患

2010年度改定と方向性を同じくしますが、2010年度改定が急性期医療への重点配分であったのに対して、2012年改定は後方施設への連携、在宅への連携にも配分があった点の特徴となっています。

● 構造（ストラクチャー）評価から過程（プロセス）、結果（アウトカム）評価へ

また、今回の改定ではプロセス評価、アウトカム評価といった言葉が改定の骨子に挙げられています。これまでの改定においては、特に人員基準や設備基準など施設運営上の「施設基準」＝構造を満たしていることが、診療報酬算

定上の要件の中心となってきましたが、DPC機能評価係数Ⅱの各種医療機能の実績評価や、入院基本料の看護必要度（重症患者割合）、また回復期リハビリテーション病棟入院料の退院時の日常生活機能評価の回復度の基準などのように、診療の実績を評価する項目が増えてきています。これは2006年度改定で新設された7対1入院基本料が、予測された以上に7対1を算定する医療機関が増加し、結果として、看護師不足を招いたことへの反省の意も込められているとも考えられます。

2025年モデルでは過去の反省も踏まえながら、設備構造を有していること、人員の配置基準を満たしていることに加え「実質的に提供できている機能」が求められたこととなっています。

現段階では、主にプロセス評価を中心とした変更が中心となっていますが（看護必要度評価等）、今後、回復期リハビリテーション病棟入院料の重症者の日常生活機能の改善などに代表される、アウトカム評価が重視されてくる可能性が高くなると考えられます。DPC/PDPSやレセプト電算ファイル等に代表される医療情報の電子化は、これらの仕組みを推進するうえで効果的な役割を果たしてくるものと思われます。

■ 2025年に向け、サービス提供者側はどのような対応が必要なのか

今後の診療報酬改定への対応を検討していくうえでは、診療報酬改定を独立した単年度の取組みとしてではなく、連続した時系列の中で捉えていく視点が必要だと考えます。

今回新設された点数についても今後の改定の中で、要件変更や廃止等を含め変化が予測されますが、その目指す方向性が大幅に変更されることはないと考えます。定期的実施されている社会医療診療行為別調査等をはじめとする各種の統計調査によって、診療報酬点数の算定状況を把握し、診療行為の普及状況等を踏まえ、点数設計がされていくこととなります。

したがって、今回の改定における点数の変化、新設の点数等の目的と方法について振り返ることが、今後の改定の方向性を明らかにしてくれると考えています。

ところで、診療報酬改定の手法としては、点数の普及の度合いや一連の診療行為の社会的重要性を踏まえ、次のようなプロセスで点数が設計されるケースが多く見られます。

- 1) 新規点数の設置（加算等による評価）
- 2) 要件の厳格化
- 3) 加算の本体点数算定にあたって導入の義務化／条件化、場合によっては廃止

直近の例で言えば、看護必要度評価加算や栄養管理実施加算などが挙げられます。

看護必要度評価加算は、2008年度改定で、入院基本料7対1に限って評価が必要とされた点数ですが、2010年度改定では、入院基本料10対1まで対象が拡大され、「評価して

いること」自体が加算対象となりました。

2012年度改定では、7対1については看護必要度評価を行ったうえで、「看護必要度の重症患者比率が15%以上であることが算定要件」と基準が引き上げられています。10対1については「評価していること」が算定要件、また看護必要度の重症患者比率は、15%、10%のそれぞれを達成している場合に「加算」で評価されることとなりました。また、13対1には「評価加算」が適応されることとなっています。

2012年度改定においても入院基本料10対1の看護必要度については、重症患者比率の要件化が検討されていましたが、今後の改定で、要件化されていくことが予測されます。

1. 入院機能の高度化・純化

- ① 地域単位で見た場合の、比較的優位にある診療内容（症例）の確認
- ② 入院患者の状態像の継続的評価体制
- ③ 前方連携、後方連携施設との継続的な連携と評価
- ④ 医師等を含む医療技術者・事務担当者等の間での適切な業務分担体制の整備

今回の改定同様、引き続き入院医療の再編が改定の主なポイントとなってくる事は確実と思われます。

入院医療は大きく区分するとDPC対象・準備病院、出来高対象病院に区分できますが、DPC対象・準備病院に対しては、基礎係数、機能評価係数等における診療実績の評価によって急性期医療の層別化を進め、出来高対象病院については急性期後の後方病床への転換促進が予測されます。

2012年度改定では、係数の見直しが行われ新たに基礎係数が導入されましたが、今後複数回の改定を経て、暫定調整係数の廃止と機能評価係数Ⅱへの置き換えが推進されることとなっています。機能評価係数Ⅱは、原則として各医療機関の診療実績等に応じて評価されており、データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数の6項目で構成されます。

地域医療指数については、体制評価指数・定量評価指数から構成されます。つまり、これまで病院の設備や体制の評価＝構造（ストラクチャー）の評価から、過程（プロセス）の評価重視になってきていることが伺えます。

今後の診療報酬改定においてもDPC/PDPSでは、継続して「実績の評価」が強化されることはほぼ確実だと考えます。そのうえで医療機関側は、提供する医療機能の選択と集中を必然的に迫られることとなると思われます。

より具体的には、DPC対象・準備病院についてはDPC機能評価係数Ⅱ、基礎係数で求められる診療実績について、現状の対応状況の整理、課題の整理が必要となります。

また今回の改定では、手術料等の評価が進んだ一方で、特定保険医療材料の引下げ幅が大きく、特に器材を要するケースが多い整形外科や循環器科等の手術料については、総合的にはマイナスの影響となっている事例も確認できています。この点でも実績の評価、即ち「物から人（技術）」へ

評価基準がシフトしていることを読み取ることができます。

2. 職種間連携、施設間の接続を相互に評価

- ① 急性期病院の更なる急性期化に向けた、受け皿の整備
- ② 医療・介護資源の連携を推進
- ③ 在宅・訪問の充実・整備と小規模事業所間のネットワーク化の評価

急性期医療の提供体制を整理するうえで、拡充が必要なのが後方施設です。亜急性期病床、回復期病床の整備が期待されるものの、現時点では2025年時点のモデルを前提とした場合、大きく不足している状況です。出来高算定の一般病床については、2012年度改定でも13対1、15対1の病床について特定除外患者の入院医療体制の見直しが図られたことを皮切りに、今後の出来高対象の一般病院については後方病床としての役割を期待されていく可能性が非常に高くなってきます。

次回以降の改定において想定されるのが、急性期医療提供にあたっての要件（例えば基本診療料、基本診療料加算）等の厳格化、要件の高度化や、亜急性期・回復期病床提供にあたっての間口（条件）の拡大でしょう。

一例としては、前述の看護必要度評価（患者重症度）の必須要件化等により一般急性期病床の入院患者像が確定されていく可能性は高くなると思われます。重症度要件を満たす患者の確保は、各病院にとっての重要課題となりますが、病床規模や診療機能が充実し、地域との連携体制が確立された医療機関に患者が集まってくることで、流れとして形成されていく可能性があります。

一方で、条件（看護必要度評価：患者重症度）を十分に満たしていない医療機関は、結果として亜急性期～回復期ないしは療養病床等への転換、あるいは在宅診療への展開等によって地域のニーズに応じていく必要が出てくるものと思われます。

急性期病床からのシームレスな連携促進を目的に、退院調整や連携パス、退院時の在宅医等との共同指導等、介護施設との連携についての評価が拡充されていくことは必至でしょう。

現在、退院調整や地域連携の機能を有していない医療機関については、特に検討が必要と思われます。

3. 患者の状態に応じた効果的な対応体制整備

- ① リハビリテーション
- ② がん・看取り
- ③ 認知症
- ④ 精神疾患

各疾患については、2012年度改定においてもテーマが設けられ、今後の改定の方向性が示されています。

「リハビリテーション」については急性期リハビリ・回復期リハビリ・維持期リハビリの提供体制の整理が進みます。



また「がん・看取り」については外来化学療法の評価の拡充や外来放射線療法の評価、在宅緩和ケアの推進などが今回の改定において見られましたが、これまでの入院医療によるがん診療に加え、入院外でのがん診療に対する評価について注視が必要となってきます。

認知症については早期鑑別診断の導入拡大、精神疾患については後方施設との連携や在宅復帰に向けた効果的な体制整備が継続検討課題となっています。

【今後の6回の改定で何が予測されるのか】

今次改定での方向付けを踏まえ、次期改定に向けては既に検討が始まっており、具体的な内容も示されています。中医協（中央社会保険医療協議会）答申（平成24年2月10日）および、診療報酬調査専門組織における議論から状況を俯瞰してみます（表2）。

■ 表 2

答申書附帯意見		対応部会・分科会	
1	初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。	・基本問題小委員会	
2	救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。	・検証部会	
3	病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置（時間外対応加算を含む）については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非を含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。	・検証部会	
4	次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。	薬剤師の病棟業務（療養病棟又は精神病棟における業務を含む）	・検証部会
		歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理	・検証部会
		糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態	・検証部会
		栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組	・検証部会
5	在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。	・検証部会	
6	効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。	・検証部会	
7	維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。	・検証部会	
8	病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟（7対1、10対1を含む）、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。	・入院医療等の調査・評価分科会	
9	右記の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講じること。	一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置	・入院医療等の調査・評価分科会
		特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置	・入院医療等の調査・評価分科会
10	DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目的に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。	・DCP 評価分科会	
11	医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについての影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。	・入院医療等の調査・評価分科会	
12	平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。	・入院医療等の調査・評価分科会	
13	診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。	・基本問題小委員会 ・入院医療等の調査・評価分科会	
14	診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化（今回改定の医療現場への影響を含む）、明細書の無料発行のさらなる促進（400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む）、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。	・基本問題小委員会 ・検証部会	



答申書附帯意見		対応部会・分科会	
15	長期取載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。	・社会保障審議会（医療保険部会） ・薬価専門部会	
16	手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。	・医療技術評価分科会 ・費用対効果評価専門部会	
17	革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。	・費用対効果評価専門部会 ・材料専門部会 ・薬価専門部会 ・先進医療専門家会議 ・医療技術評価分科会	
18	上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に右記の項目について調査・検証を行うこととする。	在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況	・検証部会
		在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況	・検証部会
		慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況	・検証部会
		一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況	・検証部会
		診療報酬における消費税の取扱い	・社会保障審議会（医療保険部会） ・医療機関等における消費税負担に関する分科会
		医療機関における褥瘡の発生等の状況	・入院医療等の調査・評価分科会

このうち、入院医療等の調査・評価分科会では、平成24年度に

- ① 一般病棟入院基本料・亜急性期入院医療管理料等の見直しに関する影響、
- ② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し、
- ③ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病床に転換した場合に対する経過措置の実態等、また、「医療提供困難地域」に関する評価について調査が行われます。

特に、後方病床としての機能が期待される亜急性期病床、13対1、15対1等の病床の運用実態や、一般病床の重症患者比率の実態等について検証が進められる予定です。

これらについては、診療報酬改定直後ではありますが、着実に議論は進行しつつあります。今後の診療体制の見直し、人員配置（採用・教育含む）の検討など、先を見据えた投資と対応が求められてきます。

データで分かる 病院経営の実学



北川博一著
A5判 288P 定価：2500円（税込）

- 第1章 成長する市場でつぶれる病院の不思議
- 第2章 日本の病院の置かれた環境
- 第3章 病院事業の産業特性と改善の着眼点
- 第4章 健全な事業形態・産業形態を目指す

戦略的 病院人事制度改革

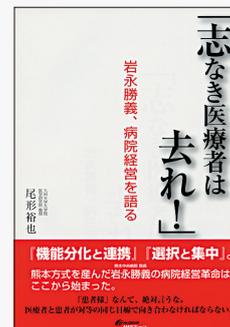


(株)日本経営編著
B6判 190P 1600円（税込）

人事担当者必読！ 戦略的かつ強い病院組織に 変貌させる1冊！

- 第1章 人事制度の基本的考え方
- 第2章 病院人事制度の設計図
- 第3章 等級制度設計
- 第4章 人事考課制度設計
- 第5章 医師の人事考課
- 第6章 報酬制度設計
- 第7章 人事制度運用

志なき医療者は去れ！ 岩永勝義 病院経営を語る



尾形裕也著（九州大学大学院教授）
A5判 180P 2800円（税込）

お申し込みは下記まで
TEL 03-5259-7171
FAX 03-5259-7172
(株) MAS プレーン 出版事業部



より多くの病院の受審支援へ！ JCIと病院機能評価を比較、解説

日本経営グループは、2012年8月4日大阪、9月15日東京で「JCI・病院機能評価 比較解説セミナー」を開催しました。今回のセミナーは、JCI (Joint Commission International) に対する国内の医療関係者の理解が十分とはいえない状況を踏まえ、日本での受審施設が2,400を超える病院機能評価との比較を通して、JCIの本質をより理解していただくことを目的としたものです。

JCIの歴史と受審の目的

1997年に認定作業を開始した病院機能評価は、15年余りで2,425病院(2012年9月)の認定を終了しています。一方、JCIは1989年の創設以降、世界52カ国542施設(2012年7月現在)の認定を行っています。ただし、JCIの大元となるJC (Joint Commission) には、JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)、JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Organization) といった1951年からの歴史があり、1987年のJCAHO以降は、病院だけでなくナーシングホームなど関連の施設にまで対象を拡大しています。

日本におけるJCI認定のさきがけとなったのは、亀田メディカルセンター(千葉県鴨川市)で、2009年8月の認定です。その後、NTT東日本関東病院(2011年3月認定)、聖路加国際病院(2012年7月認定)が続き、そして現在、複数の病院がJCI認定の準備をしている状況です。

日本においてJCIが注目を集めたのは、経済産業省がまとめた産業構造ビジョン2010と、それに引き続く2011年の新成長戦略において、医療・介護を新たな成長戦略の柱の一つと位置づけたことも背景にあります。その後、にわかに「医療ツーリズム」といった言葉がマスコミを賑わせ、産業振興、雇用創出、外貨獲得など、様々な効用が伝えられてきました。しかし、上記3病院のJCI受審の目的は、あくまで病院における医療サービスの向上であり、もし仮に海外からの受療者が出てきたとしても、それは副産物であるという意識が根底にあります。

わが国における医療の質評価

日本における医療の評価の動きは、中々進展しませんでした。1980年代に入り、医療関連雑誌や新聞等でJCAHが

紹介されてはいましたが、そもそも医療の質とは何か、という議論が立ちただけで、第三者による評価を受け入れる(あるいは議論する)環境にはありませんでした。

しかし、日本病院会や全日本病院協会といった病院団体では、それぞれ独自の動きを行い、ささやかかもしれませんが、その一つの成果として病院憲章(日本病院会)を制定し、各病院に掲示するという動きにつながっていきます。

日本における国策としての医療の整備は、そもそも量的な整備に主眼が置かれていたという歴史的な経緯も、第三者評価を遠いものにしてきたとされています。1961年の国民皆保険以降、「保険あってサービスなし」という状況を回避するため、施設整備や医師をはじめとする関連職種の育成(1972年の1県1医大など)に力が注がれ、その過程で「量の担保が質の担保」という行政の意識もあり、医療の質評価がアウトカムやプロセスではなく、「資格(者)×数」という流れになってきた歴史がありました。

現在においても、診療報酬の評価に見ることができるように、資格者を中心とする数の整備が、医療機関の評価となっている部分が残っています。

ところで、JCAHがアメリカにおける第三者評価機関としてその地位を確固たるものとしてきた背景の一つに、メディケア(高齢者を対象とした公的保険)、メディケイド(貧困者を対象とした公的保険)、HMOやPPOなどの民間保険との関連が指摘されています。医療保険が被保険者だけでなく、医療産業そのものの保険という側面を持っていることは、日本もアメリカも同様で、JC (JCAH、JCAHO) の認定が、これら公的及び民間保険との契約要件の一つとなっているため、アメリカの医療機関はまず、この認定を獲得することが、重要な事業継続の要件となっているのです。

日本においても、診療報酬の算定要件、施設基準の要件として、日本医療機能評価機構の認定がいくつかの項目でありましたが、現在ではなくなっています。

様々な曲折を経て、1995年に財団法人(当時)として、日本医療機能評価機構が当時の厚生省健康政策局(現医政局)の肝入りで設立されますが、当時の関係者(厚生省等)の話しによると、念頭にJCがあったことは間違いありません。

JCIの評価項目は1,200超

ここで、日本医療機能評価機構による病院機能評価事業(以下、病院機能評価)と、JCIによる審査の違いについて紹介していきます。

病院機能評価は現在V6.0による評価が行われており、ここに精神科病院及び療養病床の項目も含まれています。さらに、付加機能評価として①救急医療機能、②リハビリテーション機能、③緩和ケア機能(いずれもVer2.0)が追加されています。

表1 病院機能評価 V6.0

領域	大項目	中項目	小項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	8	14	34
2. 患者の権利と医療の質および安全の確保	6	13	40
3. 療養環境と患者サービス	5	9	24
4. 医療提供の組織と運営	20	64	170
5. 医療の質と安全のためのケアプロセス	7	22	57
6. 病院運営管理の合理性	6	16	40
合計	52	138	365

表2 新たな評価体系 機能種別の設定

機能種別名	種別の説明
一般病院1	主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	主として、精神科医療を担う病院

表3 病院機能評価 一般病院2 Ver.1.0

領域	大項目	中項目
1. 患者中心の医療の推進	6	21
2. 良質な医療の実践 1	2	33
3. 良質な医療の実践 2	2	14
4. 理念達成に向けた組織運営	6	20
合計	16	88

現行の病院機能評価では、統合評価が6つの領域(大項目52、中項目137、小項目352)での評価となっています(表1)。しかし、2013年4月以降は、新たな評価体系で審査が行われることになります。新しい評価体系は、病院の機能種別を設定し、病院自らが機能を選択し、受審できるようになります(表2)

また、評価内容も重点化がなされ、現状(V6.0)が各部門における体制、規定の整備と組織的活動に評価の視点があったのに対し、新たな評価体系では、プロセス評価に重点を置くことになります。また、評価項目数もV6.0が中項目137、小項目352と多岐にわたっていたのに対し、新たな評価体系では、中項目88~92(機能種別により異なる)と少なくなっています。ちなみに、新たな評価体系で、2次医療圏等、比較的広域で急性期医療を担う病院を評価する「一般病院2」の評価項目は、表3のようになっています。

一方、JCIにおける審査項目(4th Edition)は14章(標準320、判定項目1218)にわたっています(表4)。

1章の「国際患者安全目標」から、8章の「患者と家族の教育」までは、主として患者中心の基準となり、9章の「品質改善と患者の安全」から14章の「コミュニケーションと情報の管理」までが、組織中心の評価項目となっています。JCIでの評価の特徴としては、「医療の質」と「患者の安全」に対する取り組みが評価の中心となっているところです。

表4 JCI 審査項目

	領域	標準	判定項目
1	国際患者安全目標 (IPSG)	6	24
2	ケアへのアクセスと継続性 (ACC)	23	103
3	患者と家族の権利 (PFR)	30	100
4	患者の評価 (AOP)	44	184
5	患者のケア (COP)	22	74
6	麻酔と外科的ケア (ASC)	14	84
7	薬物の管理と使用 (MMU)	21	51
8	患者と家族の教育 (PFE)	7	28
9	品質改善と患者の安全 (QPS)	23	89
10	感染の予防と管理 (PCI)	24	83
11	組織管理 (GLD)	27	98
12	施設管理と安全 (FMS)	27	92
13	職員の資格と教育 (SQE)	24	99
14	コミュニケーションと情報の管理 (MCI)	28	109
	合計	320	1,218

評価の視点の違い

病院機能評価とJCIでは、評価項目がまったく類似していないものもありますが、中心的なものについては、同様の項目があります。ここでは、その中のいくつかを比較して確認していきます。

■ 誤認防止

病院機能評価では手順の作成は求められていますが、具体的な誤認防止の方法まで求められてはいません。これに対してJCIの規格においては、病院全体で2種類の確認方法による誤認防止が求められています。特に対応で注意が必要な点として、2種類の確認方法の中に、病室番号や患者の居る場所を含めてはいけなく、入院患者・外来患者とも一貫した確認方法を採用することというものが指示されているところです(図1)。

リストバンドやバーコードは、多くの日本の病院で採用されている誤認防止の方法ですが、外来患者の誤認防止にリストバンドやバーコードを採用すると非常に業務が煩雑になってしまいます。患者本人にフルネームを名乗ってもらう方法に加えて、生年月日を宣言してもらう・診察券を首から提げるなど明示してもらうという2種類の方法が考えられます。

■ 退院、転院、搬送

JCIは元々アメリカの国内規格(Joint Commission)がベースになっているので、患者が病院から離れる(退院、転

院、救急搬送、他)際のサマリー付与を強く求められています。

日本であれば、特別な場合を除き患者宅と病院の距離がそれほど離れていないため、病院を離れた後に何かあれば再度もとの病院を受診するという選択が比較的容易にとれます。しかし、アメリカでは、患者宅と病院との距離が離れているケースも多く、患者が継続した医療を受けるためには、サマリーを保持していることが欠かせません。このような背景により、JCIと病院機能評価ではサマリー作成に対する要求が大きく異なります(図2)。

日本の病院機能評価では、サマリー作成は、入院患者に限り「患者退院後2週間で100%作成」が求められています。一方、JCIでは、退院後24時間以内に全患者に対して退院時サマリーを作成することが求められています。また、特に診療上の注意が必要な患者に対しては外来患者に対してもサマリーの作成が求められています。実際には、退院時に手渡しをする対応が行われています。

さらに「患者が病院から離れる」という考えを広くとらえ、医師の助言に反して退院した患者に対してもフォローアップが求められています。

医療提供の環境、背景が異なるため、大きく要求水準が異なっている項目の一つです。

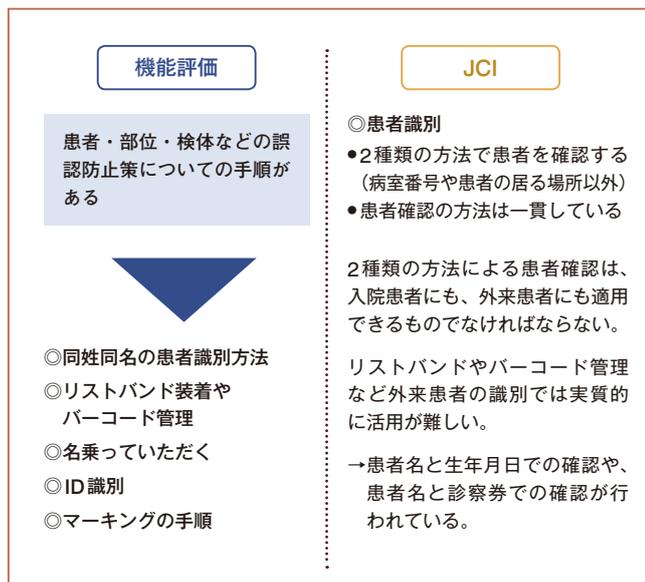


図 1

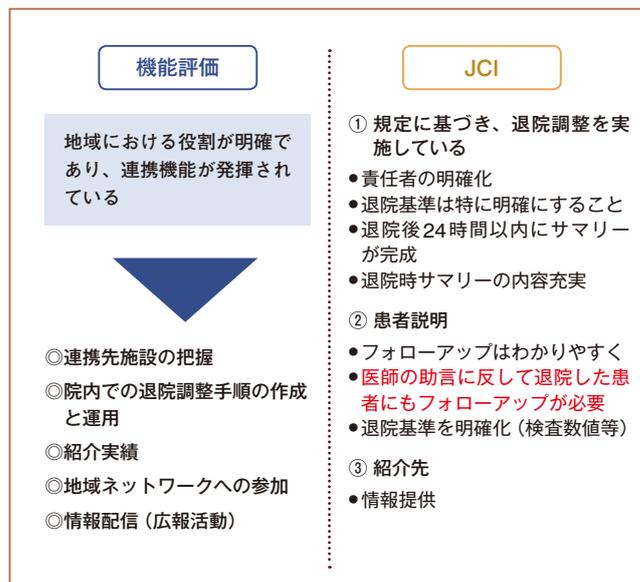


図 2



教育体制の構築①

キャリアステップを明確にし、効果的なフォローアップを

これまでに教育体制の重要性、教育体制整備に向けた期待人材像・教育方針策定、現状課題の把握方法等について説明してきました。

次のステップとして具体的に教育体制を構築して、導入・運用していくための流れについて説明させていただきます。今回からしばらくは「構築編」となります。

1. 職員へのキャリアステップの明確化

教育体制を考える際、重要な点として、どの段階でどのような教育を行う必要があるかを明確にすることが挙げられます。職員は、自己のキャリアアップのために次に何を学ぶべきかが分からなければ、努力のしようがありません。

一方、法人としては、どの段階でどのような教育を行うかが明確でなければ、行き当たりばったりの教育を提供してしまい、職員（個人）は必要なスキルが身

につかない状況になってしまいます。

また、働く個人としては「次に何のスキルが必要か、何を学ぶべきかを知りたい」という欲求があります。そして、法人としては「どの段階で、どのような教育を行うべきか」を考え決定していくことが重要となります（図1）。

このように、教育体制を仕組みとして明確にするメリットについては、3つの視点で整理することができます（表1）。

■ 表1

視点	メリット
個人	・自身のキャリアに合わせて必要な能力がわかる
法人	・段階に応じて効果的な教育を行い、必要な能力開発が可能になる
教育担当者	・軸となる人材要件が明確になり、教育を体系的に実施できるようになる

また、平成21年度に創設された処遇改善交付金の支給要件として始まった「キャリアパス」がありますが、これも上記と同じ考え方です。そもそもキャリアパスとは、「各職員に対して、『今の

自分』と『将来の自分』が目に見える状態にすること」と定義づけられます。そして、ここでいう「状態」とは、「何が期待されているのか」、「そのために何をしなければならないのか」、結果として「どう報われるのか」の3点を指しています。上記3点を階層別の特徴を踏まえて、本人のキャリアアップの支援策として教育体制を整理されることが望まれます。

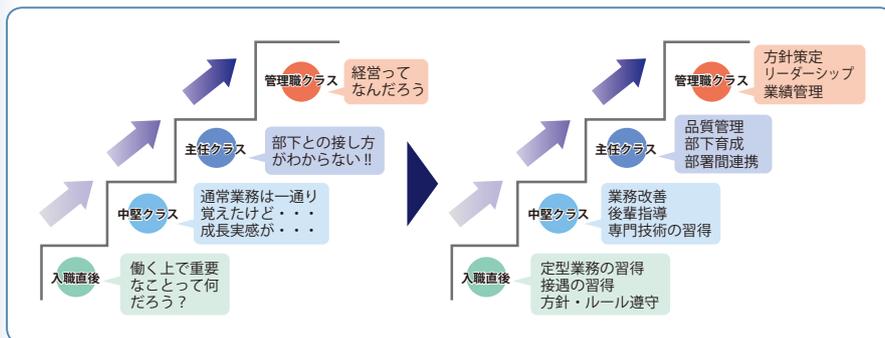
2. キャリア別の特徴

「現状課題の把握方法」の項でも紹介しましたが、キャリアステップを明確にしていくうえで、キャリア別の特徴を押さえておくことは、極めて重要になります。新人職員、中堅職員、ベテラン職員、中途採用職員、それぞれの置かれている立場によって特徴や、それぞれが課題と感じている点は異なります。したがって、その支援方法も異なります。例えば、新卒から入職2年目程度の新人職員の場合であれば表2のとおりです。

上記の特徴を考慮すると、社会人としての基本的な姿勢や行動、組織のルール、仕事の意義や意味を教え、周囲のサポートを得られるようにすることが必要です。

具体的には、ちょっとしたときでもすぐに相談できるフォロー役を作り、いつ

■ 図1





でも話を聞いたり、指導したりする体制を整えることが大切です。精神的サポート体制（メンタリングプログラム等）を整備することも効果的です。

3～5年目程度の中堅職員の場合であれば表3のとおりです。

上記の特徴を考慮すると、中堅職員には日々の指導の中で、職員を褒め、存在価値を認めるように支援することが必要といえます。

具体的には、担当している仕事の魅力を定期的に伝えることも効果的です。また、何ができるようになって、これから何をすべきなのかを上司と面談等の機会を活用して一緒に検討することも効果的だと考えます。その他にも、その人の能力に見合った（成長実感の持てる）役割を与えることも大切です。

6～10年目程度のベテラン職員の特徴は表4のようなものですが、この特徴を踏まえると、部下または後輩の指導を通して、マネージャー候補としての新たなステップを用意することが必要です。

具体的には、対象職員の将来や理想にとって、現在の仕事や環境、今後の経験が、どのような意味や価値を持つのかということに対する理解を促すようにフォローアップしていくことが効果的です。今の環境が自分にとって重要だと実感させることや人事評価を行い、その人の努

力を認めることも効果的です。その他にも働き方が多様化している中で、家庭環境にも配慮した柔軟な就業形態を確立しておくことも該当年次の職員を定着化さ

せていくためには必要な取り組みです。

今回は、上記の特徴を踏まえた、教育体制構築の具体的実践方法について解説します。

■ 表2

対象	新卒～2年目（新人職員）
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学生から社会人の移行期に感じるリアリティショック。 ・ 現場を知らず、実務を初めて経験する。 ・ 社会のルール、組織のルールを初めて経験する。 ・ 幅広い年代、多様な価値観を持つ人と初めて仕事をする。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「命」に関わる仕事に対して責任感の重さを実感。「ケア」の仕方に「これでいいのだろうか」と不安を感じ、自信を失いやすい。 ・ イメージしていた仕事と異なり、精神的、肉体的にストレスがかかる。 ・ 職場のルールに馴染めない。自分ひとりの考えでは仕事を進められない。 ・ 上司、周囲との人間関係に悩む。
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事の重圧に耐え切れず、精神が崩壊する。 ・ 組織文化に馴染めない。孤立する。 ・ 上手く職場や仕事、社会に适应できない。自信が持てない。

■ 表3

対象	3年目～5年目（中堅職員）
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事や組織、社会人生活の慣れからくる迷いと停滞。 ・ 他の職場のほうが魅力的に見える。（社外の）同期との差が出始める。 ・ 何のために働いているのか、自分が何をしたいのかが見えなくなる。 ・ 自己否定⇒1人で悶々と考える。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事が変わらない場合は、仕事に物足りなさを感じる。 ・ この先、この組織において、キャリアアップしていけるかどうかが見えてくる。 ・ 周囲からの期待が高まった場合は、思うように成果が出ない。何をすべきか分からなくなる。 ・ 自分に本当に向いている仕事か分からなくなる。
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成長実感が持てなくなり、これ以上この組織においても先行きは暗いのではないかと、他に転職したほうがよりキャリアアップに繋がるのではないかと、将来や仕事について考え始める。

■ 表4

対象	6年目～10年目（ベテラン職員）
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の組織の内外でどのようなポスト、分野でキャリアを磨いていくべきか悩む時期。また、夫婦間での家庭の役割について考える時期。
課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事に飽きる時期。この先どのような経験をしていくべきか将来を考えた際に、組織内に留まるか、転職したほうが自分を活かせるか、価値を高めるためには、どのようなキャリアがよいのか迷い、考える。また、仕事と家庭の両立について悩む。
結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ キャリアアップを意識している場合は、責任、給与がより得られる組織へ。ワークライフバランスを意識している場合は、働きやすい組織へ転職を考える。



TKCのMAS研修で、創造経営と出会う

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



今回は、これまでとは少し違った視点で振り返りたいと思います。

人は、それぞれの人生の過程で、実に様々な出会いを経験します。そして、その出会いが、その人を成長させ、人生を違った局面へと導いていきます。私にとっての人生を変えるような出会いは、これまで3回ありました。

まず、第一は、創業者の菱村議長(当時所長)との出会いでした。もちろん、この出会いがなければ、今日の私はありません。次の出会いは、薄衣佐吉さんの創造経営でした。そして3つ目の出会いは、稲盛和夫さんの盛和塾です。

繰り返しになりますが、昭和52年、当時、まだ23歳だった私は、菱村所長の計らいでTKCの海外研修に送り出していただきました。まだ1ドルが280円の時代です。そして、所員の身分での参加は私だけでした。この研修旅行で、ある会計事務所の所長さんから、私自身が「資格を取らないこと」の意味を教えていただいたわけですが、帰国して数年後、主催者のTKC広報部からMAS(マネジメント・アドバイザー・サービス)コースの研修のご案内をいただいたのです。早速、私は参加を申し込みました。でも、その時には、私の考え方も変えてしまうような出会いが待っていると、まったく想像できませんでした。

このMAS研修は、会計事務所もこれからはコンサ

ルティング業務(サービス)にも取り組む必要が出てくるということで、当時のTKCの広報部が主催し、研修の内容は日本創造経営協会が提供するというものでした。

そこで、私は、2つ目の大きな出会いを経験することになったのです。昭和55年のことでした。

この日本創造経営協会は、公認会計士の薄衣佐吉(うすぎ さきち)先生が創設した組織で、薄衣先生は倒産した、あるいは倒産しかかった事業の再生に尽くされた方で、再生事業に伴って、対象企業を詳細に分析されていました。

その結果、破綻した企業の経営者の多くが家庭にも問題を抱えていたことに着目し、事業=人(経営者)=家庭といった図式の中で、経営の改善は人の改善であり、人の改善は人の心の改善であるとして、研究を進めていかれたのです。現在、日本創造経営協会の教育体系は、基礎コース、中級コース、上級コース、そして創造経営大学校というステップに分かれていますが、私がMAS研修を通して知った頃は、既にこの体系は完成されていました。

さて、私はTKC全国会のMAS研修の過程で、創造経営の基礎コースを受講することになったのですが、そこでとても恥ずかしい思いを経験することになったのです。

(続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

次号予告

特集：在宅医療—正念場を迎える医療提供体制の改革

社会保障と税の一体改革も小休止の状況だが、2025年に向けて改革の歩みを止めることはできない。高齢化、多死の時代を迎えるにあたって、在宅医療への期待は高まるが、現実には遅々として進んでいない。各地における取り組みを紹介する中で、普及へのカギを探っていく。

その他

クライアントインタビュー
介護・福祉施設経営
日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田寺内2-13-3
編集部 大阪府豊中市寺内2-11-1
編集者 藤澤功明
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9172
定価 500円(税、送料込)