

平成15年に特定機能病院等82施設を対象に開始されたDPCによる包括評価制度は、中医協等での議論を経て、平成22年度には1391施設に拡大した。これにデータ提出のみを行っている施設を加えると実に1700弱の施設がDPCでデータを作成している。これは病床規模で47万床、一般病床の50%強に相当する。DPC関連データは毎年施設名とともに公開されており、また調査も平成22年度から通年化されている。この意味において、DPCデータはわが国の急性期入院医療を評価するための重要な基盤となったと言える。

DPCについては包括支払いのツールとしての議論が多いが、その本来の目的は、医療情報の標準化と電子化であり、包括支払いはその応用方法の一つにすぎない。現在、わが国の医療が直面している問題を解決するためには、まず情報基盤を整備する必要がある。

DPCではこのような問題意識に基づいて、まず、収集する情報の標準化を行った。具体的にはすべての病院が様式1という簡易退院サマリーと、厚生労働省のレセ電算マスター準拠のE/Fファイルを提出する体制としたのである。

医療の質評価については、一般的に構造、過程、結果の3つの視点から評価するが、このうち第三者から見て最も指標の信頼性が高いものは過程に関する評価であろう。DPCではE/Fファイルという詳細なプロセスデータを収集しているため、これを活用して種々の臨床指標が作成できる。現在、医政局では臨床指標の作成と公開に関するモデル事業が進行しているが、DPCデータはそのための重要な情報基盤になるであろう。

国の借金が900兆円を超え、政府債務対GDP比率が199.2%になっているという現状を医療関係者も理解しなければならない。国の一般歳出の約30%は社会保障関係費であり、毎年1兆円以上確実に増加していく。わが国の社会保障制度は実質的に賦課方式になっており、少子高齢化がさらに進んでいくこれからの20年を、現状のままで乗り越えることは難しい。だからこそ医療提供体制の変革が求められている。

そのためにはまず現状把握が必要となる。急性期入院医療については、DPCデータによって地域の医療提

「これからの医療提供体制とDPCが果たす役割」

FOCUS



産業医科大学医学部公衆衛生学教室
教授 松田 晋哉

供体制の評価が可能となり、わが国には大きな地域格差があることが明らかとなった。診療科および働く場所の選択の自由が認められているわが国では、国が強制的に医療資源配分を適正化することはできない。二木立教授が指摘しているように「医療者の自己変革」によって構造改革をするしかない。この努力なしで、医療費負担に対する国民の理解は得ることはできない。

この意味でDPCに関しては、現在のボリュームに関するデータ公開だけでなく、機能に関するデータ公開も求められるようになる。機能評価係数には、機能分化と医療資源の適正配分のためのインセンティブとしての役割も期待されている。地域医療係数が新たに導入されたことの意義は大きいと考える。

医療技術の進歩により、かつては致命的であった傷病の予後が大きく改善した。その結果、がんや脳血管障害などは慢性期疾患としての特徴が強くなっている。急性期以後の医療の充実が求められているのである。

また、あと15年もすれば、年間160万人死亡の時代がやってくる。現在、医療機関での死亡が全死亡者数の80%以上となっているが、将来の死亡者数の増加に現状のままでは対応することは不可能である。入院医療の延長としての在宅ケアを充実することが求められている。患者の状態に応じて、在宅ケアと入院ケアとを柔軟に提供できるような重急性期の医療提供体制の確立が喫緊の課題である。そのためには、在宅療養支援病院の評価が今後の鍵であると考えられる。

介護療養病床の行方



平成24年3月31日。介護療養病床の最後の日となる。残り僅か1年余りである。しかし、多くの介護療養病床はまだ行く先を決めかねているようだ。その理由は施設ごとに様々だろうが、タイムアップが確実に近づいている。

Part 1 総論

介護療養の移行先は医療療養病床が最多

平成22年2月と4月に、療養病床の転換意向調査が行なわれている。併せて医療・介護療養病床の転換状況も調査されているが、各病院の足取りは思いのほか重い。

表1は、平成22年3月末までの医療療養病床の転換状況である。転換先として最も多いのが一般病床で、次に介護老人保健施設となっている。

一方、介護療養病床からの転換状況は表2の通りで、こちらは医療療養病床への転換が最も多く、次いで一般病床という順になっている。

■ 表1 医療療養病床からの転換状況

転換先	施設数 [件]	病床数 [床]	割合
一般病床	275	8,310	76%
その他の病床	4	162	1%
介護療養病床	34	578	5%
介護老人保健施設	35	1,087	10%
(再掲) 介護老人保健施設 (療養型) 注	19	743	7%
(再掲) 介護老人保健施設 (従来型)	16	344	3%
その他の施設	5	134	1%
廃止	73	712	6%
計	—	10,983	100%

注：介護療養型老人保健施設

■ 表2 介護療養病床からの転換状況

転換先	施設数 [件]	病床数 [床]	割合
一般病床	65	1,451	7%
その他の病床	2	65	0%
医療療養病床	575	17,765	85%
介護老人保健施設	26	1,112	5%
(再掲) 介護老人保健施設 (療養型)	15	735	4%
(再掲) 介護老人保健施設 (従来型)	11	377	2%
その他の施設	5	56	0%
廃止	37	457	2%
計	—	20,906	100%

注：表1、表2については、平成22年2月時点で療養病床を有する医療機関に対し調査を行っているため、それまでに全病床を介護施設や一般病床に転換した医療機関又は廃止した医療機関は把握していない。

転換は経営判断

医療療養病床から介護施設へ転換した数は僅かだが、その理由について最も多いのは「患者の状態が介護施設に適している」「医師・看護職員の確保難」が同数で並んでいる。続いて、「同一法人内で多様なサービスを提供するため」「転換後、採算が取れると判断」といった回答が出てくる。これらを見ると経営面から戦略的に介護施設へと移行していった経過が読み取れる。介護療養病床から他の介護施設への転換理由も医療療養と同様の理由が並んでいる。

これに対し介護療養から医療療養へと転換した理由で最も多いのが「患者の状態」で、次に「医師・看護師が確保できた」が挙がっている。その結果、「採算が取れる」という判断も出てきているようだ。医師や看護師などの確保は容易ではなかったと思われるが、医療の世界での生き残りを賭けた取り組みを行なっているところが少なくないということだ。

施設数で見ると、介護療養病床から他の介護施設へと転換した施設数が31に対し、介護療養病床から医療療養病床へと転換

■ 表3 介護療養病床からの転換意向

転換先	第1回 (平成22年1月)			第2回 (平成22年4月)			(参考) 平成18年度注	
	施設数 [件]	病床数 [床]	割合	施設数 [件]	病床数 [床]	割合	病床数 [床]	割合
一般病床	63	1,066	1%	76	805	1%	4,492	4%
その他の病床	5	123	0%	4	168	0%	245	0%
医療療養病床	389	13,711	17%	506	18,515	22%	27,208	23%
介護療養病床	—	—	—	—	—	—	12,607	11%
介護老人保健施設	210	9,981	13%	214	11,034	13%	23,681	20%
(再掲) 療養型	184	8,911	11%	181	9,571	11%	—	—
(再掲) 従来型	28	1,070	1%	34	1,463	2%	23,681	20%
介護老人福祉施設	8	324	0%	17	587	1%	867	1%
その他の施設	36	746	1%	31	437	1%	2,241	2%
廃止	29	332	0%	37	467	1%	787	1%
未定	1,287	52,363	66%	1,190	51,736	61%	42,756	37%
その他	44	450	1%	25	1,038	1%	1,147	1%
回答数	1,954	79,096	100%	1,954	84,787	100%	116,031	100%

注：平成18年度：「療養病床アンケート」（平成18年10月1日時点、厚生労働省）より引用。



換した施設は575と、18倍強になっている。

以上は転換を決めたあるいは行なった施設だが、その他の施設の状況はどうなっているのか。表3は、介護療養病床からの転換意向である。

これを見ると「未定」の施設が圧倒的に多く、2回の調査共に60%を上回っている。転換先について、第1回調査と第2回調査では、介護老人保健施設への転換はほとんど差が出ていないが、医療療養病床への転換の意向は2回目の調査、つまり22年の診療報酬改定が行なわれてから、更に加速している。

その理由については、「患者の状態」が最も多いが、「医師や看護師の確保」の他、「医療ニーズを判断して」といった回答も上位に来ている。また、「介護療養病床が廃止されるからやむなく医療療養へ」という回答も50%を超えてきている。積極派と消極派が相半ばしている状況だ。(表4)

■ ハードルは施設基準

いずれにせよ現状のままであれば、介護療養病床は平成24年3月末で廃止となる。国会の状況が不透明なため、のんびりと構えるゆとりはない。できるだけ早期に意思決定する必要がある。上記の調査を見る限りでは、医療への転換の意欲が旺盛だが、残り1年でどれだけ医師、看護師等を確保できるか。一方、介護老人保健施設を選択する場合でも、施設基準がネックになってくる。

介護老人保健施設は、従来型、介護療養型のいずれも一人当たり居室面積は8㎡。ただし特例として、介護療養病床から転換する場合、6.4㎡で可とされている。

しかし、将来大規模修繕、模様替え等を行う場合には、本則である8㎡の基準を満たさなければならない。

さらに、利用者の視点で見れば、同じ負担で療養環境が劣る施設が、選ばれ続けていくかといった疑問も残る。

■ 表4 介護療養病床から医療療養病床への転換を予定している理由

介護療養病床から医療療養病床への転換を予定している理由（複数回答）	第1回		第2回	
	件数	割合	件数	割合
転換前の介護療養病床入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断しているため	304	78%	303	60%
医療機関として存続させたいが、介護療養病床が廃止されるためやむなく	—	—	270	53%
医師・看護職員を確保でき、必要な診療体制を確保できるため	210	54%	197	39%
近隣に介護施設があり、医療機関としてのニーズがより高いため	92	24%	161	32%
転換後の経営状況を鑑み、採算がとれると判断されるため	88	23%	102	20%
同一法人内で多様なサービスを提供するため	79	20%	90	18%
補助金等の公的な経済支援により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	16	4%	—	—
金融機関からの融資等により、転換に必要な建物の増改築が可能であるため	14	4%	—	—
行政からの指導や後押しがあるため	6	2%	—	—
その他	75	19%	60	12%

有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅という道も考えられようが、根拠法がそれぞれ老人福祉法、高齢者の居住の安定確保に関する法律と変わり、有料老人ホームは原則1人部屋、高齢者専用賃貸住宅も同様で、前者は利用者の処遇上必要な場合に限って2人まで、後者の場合、同居者は配偶者に限定され個室対応が基本となる。

■ 高齢者問題は住宅問題

「高齢者問題は住宅問題に尽きる」というのは慶応大の高木安雄教授。高齢化が更に進み、その処遇をどうするかといったときに住宅問題と切り離して議論できないという。介護保険を執行するに当たって、保険あってサービスなしの状況を回避するため、従来の施設をそのまま介護保険給付対象施設へと鞍替えして貰ったため、現在のような混乱を招いているとする。利用者のためにも複雑な施設基準や類型を、施設と住宅というシンプルな状況にするため、早急かつ集中的な議論を行なうべきだと同氏は指摘する。

世界の介護施設・高齢者住宅の状況を見ると、概ね2体系である。スウェーデンに至っては1つの類型に集約され、日本だけが複雑な状況を残したままのようだ。また、平成20年の社会福祉施設調査によると、全高齢者における介護施設・高齢者住宅の定員数は、多い順からイギリス(10.4%)、デンマーク(8.7%)、アメリカ(6.5%)、スウェーデン(6%)となっており、日本は僅か5%が整備されているに過ぎない。とりわけ高齢者住宅の整備状況は遅れ、全高齢者に対する割合は1.5%に留まっている。

■ 廃止に変更ないが猶予期間を設定

厚労省の試算によると、介護療養病床を介護施設へ転換させた場合、医療給付で4000億円の削減、半面介護給付では1000億円の増で、差し引き3000億円の削減効果があるとしている。しかし、国民医療費が35兆円に迫り、65歳以上の医療費がその54%を占める状況下で、どれほどの意味合いを持つのか疑問視する声もある。

介護療養病床について与党民主党は早い段階から廃止の見直しについて言及していたが、昨年12月に党厚生労働部門会議(石毛えい子座長)及び介護保険制度改革ワーキングチーム(藤田一枝主査)は、「介護保険制度の見直しに関する提言」を細川律夫厚労相に提出した。その中で介護療養病床については、①平成23年度末の廃止を3年間延期する法改正を行なう、②報酬改定に向け施設サービス全体で機能・評価の見直しを進める一としている。

この内容を介護保険法等の改正案に盛り込むことになるが、介護療養病床の廃止の基本線に変更はない。また、現段階では3年間という猶予期間についても不透明である。旧政権下の医療制度改革大綱に端を発する介護療養病床問題は、まもなく決着を見ようとしている。通常国会がスタートし、いよいよ本番を迎えるが、介護療養病床の行方は依然として不透明なままである。

(表はすべて「療養病床の転換意向調査」厚生労働省)

Part 2 有識者の声①

医療法人博腎会 理事長
元日本医師会常任理事
野中 博氏



廃止を論ずる前に、 施設のあり方の見直しを

介護保険創設の目的は、激しい勢いで進行する高齢化の中で、積極的に言えば高齢者介護を担保するため、そしてかなり大胆な言い方をすれば、表立っては言明できないだろうが社会的入院の是正、といったことがあった。そもそも高齢者医療の問題が社会的に肥大してきた経過は、我が国の社会構造の変化と無縁ではない。

元来、高齢者等の療養の場は概ね家庭であり、家族や地域社会の隣人たちが支えるといった構図だった。それが、高度成長を経て産業構造も変化し、都市部への人口集中が加速され、核家族化なども相俟って徐々に家庭での処遇を困難にしてきたという経過があった。

過去の特例許可（外）老人病院、そして介護力強化型、療養型病床群、そして療養病床へと至る過程で、もともと市町村が高齢者福祉としてホームヘルプサービス等を中心に処遇してきたものを、医療費を使い入院という処遇へと変化させることを社会的に容認してきた歴史がある。

■ 本来の機能に移行している

介護保険のスタートにあわせ、療養病床は医療療養病床と介護療養病床とに分けられることになり、介護療養病床は介護保険の給付対象施設になったとはいえ、入院（入所）している患者（利用者）が、突然すべて入れ替わったわけではない。概ねの患者は対象となる保険が替わっただけといった状況だったはずだ。

しかし、平成18年度の診療報酬改定で、療養病床の報酬体系が一変したことを契機に、入院患者、利用者の様相が徐々に変化してきている。医療区分で見ると、平成17年では、医療療養病床で区分3が8.8%、区分2が38.3%、区分1が53%、介護療養病床では区分3が6.2%、区分2が35.8%、区分1が57.9%と大きな違いを見ることができなかった。それが、平成22年の時点では、医療療養病床では、区分3、2の患者がそれぞれ20.7%、43.3%となり、介護療養病床の7.5%、19.9%と明らかな違いを見せてきている。この数字を見ると、それぞれが本来の機能に移行してきたといえるだろう。

■ どのような連携がとれるのか

ところで、介護療養病床の行方を論ずる前に、現状の課題を少し確認しておきたい。介護サービスを必要とする人たちの多くが、前段として医療サービスを受けている。一般病床（機能の程度は様々だが）で一定の治療を終え、在宅を含む次の施設へと移行していく。問題の一つは、医療から介護への移行の際に、どのような連携が行なわれているかである。

平均在院日数の制約がある一般病床では、患者をいかに早期に退院させるかが病院の経営上の命題でもある。退院後の長い療養生活を考えた場合、地域にどのような医療・介護資源があるのか、また退院していく患者にとって、どのようなサービスを受けることが望ましいのかなど、退院前に十分な検討が行なわれ、なおかつ地域の諸資源との連携調整ができていれば、利用者や家族にとっても望ましいサービス提供が行なわれると考える。現状は、残念ながら十全な調整ができていないケースが少なくない。

加えてもう一つ。医療及び介護関係者は、地域を病床とする意識が希薄なように思える。冒頭に紹介したように家族介護からの開放といった性格も持って介護保険がスタートしたが、連携とサービス提供の仕組みを調整することで、終末期までを含めた在宅医療・介護サービスを提供することは決して高いハードルではない。

■ もっと地域に目を向けたサービスを

今以上に在宅でのサービス提供の充実を念頭に置いた場合、一つは我々開業医の果たす役割が大きくなっていく。高齢化が進展するという事は医療ニーズも増大する以上に介護ニーズも増大していくことを、開業医も主体的に受け止め、より係わりを広げていく覚悟も必要だろう。

もう一つは、地域内連携の再構築である。

平成18年改定で在宅療養支援診療所が創設された。22年改定では在宅療養支援病院も要件が一部緩和されたが、地域療養における核となる施設の一つは間違いなく在宅療養支援診療所になる。ただし、そこが本来の機能を果たしているかどうかである。24時間365日在宅療養の核となるためには、地域の診療所、介護サービスとの連携が欠かせない。

そこで、地域介護を支える拠点として、介護療養病床を活用してはどうか。さらに可能であれば、本来の施設基準とは齟齬が出てくるが、介護サービスにおける開放型病床のような生かし方をしてはどうか。むろん現在でもショートステイサービスはあるが、さらに濃厚な連携を、介護療養病床、在宅療養支援診療所、開業医の三者がとって、計画的なサービス提供を行っていくというものである。

介護サービスを支える人材にも不足感が濃厚な現在、資源を有効に活用していくことが、我々も含め国民すべてに課せられた課題だと考えている。

（文責：編集部）



Part 2 有識者の声②

医療法人永生会 理事長
(社)全日本病院協会副会長
日本慢性期医療協会副会長

安藤 高朗氏



療養病床は社会資源、 再考を望む

我が国の医療提供体制は、DPCの導入以降、急性期と回復期、慢性期の区分がより明確になってきている。これは、機能連携を促進するという仕組みとしては喜ばしいことだろうが、半面、一般病床の平均在院日数短縮化の圧力が増してきている。その結果、急性期以降の受け入れ施設の混乱をきたしているといった指摘もある。

現在、救急搬送される患者で入院する約50%以上が高齢者で占められており、そういった患者が急性期を脱して退院するときには、要介護度が高く合併症を伴っており、また認知症も伴っている場合が多い。

こういった患者の受け皿はどこが望ましいのか。

介護を国民的にどう支えるか

平成12年の介護保険スタート時に、どれだけの人がここまで介護需要が肥大化すると考えていただろうか。むろん、将来予測はなされてはいたが、医療も伸びを止めることなく、加えて介護も更に需要を増している。社会保障関連では、まず年金が社会問題として注視されたが、少子高齢化の進行は年金に留まることなく、医療、介護も含めた新たな仕組みの構築を行なわない限り、やがて国の経営自体を危うくすることは多くの国民が気づいていたはずだ。

これまでの社会保障問題については、その財源が主たる課題となってきたが、近年、とりわけ介護サービスにおいては、その担い手も大きな課題となっている。

介護サービスという産業構造に内包される問題でもあろうが、給与水準が他産業と比較して極めて低い水準にあることで、政府も支援に乗り出している。

その上、介護需要からは100万人の従事者不足になるといった予測もあり、介護従事者の圧倒的な不足感は将来に亘って解消されるかどうか疑問である。

旧自公政権時代からFTAでフィリピン、インドネシアなどから医療及び介護従事者の受け入れを模索しているが、日本語の壁は思った以上に障壁となっている。医療よりは介護の世界の方が多少は受け入れ側、従事者双方のニーズが合致しそうだが、それでも厳しい状況に大きな変化は無い。

そこで、一つ提案だが、学生ボランティア活動を進学の際の時の評価に加える。成人の前後、もしくは大学を卒業し就職までのある期間、介護研修を終了した後、何かの介護サービスに従事させるというものである。

喩えは少々物騒だが、徴兵制ならぬ徴介護制とでもいった仕組みである。こういった経験を通して、介護サービスの重要性和、高齢者への配慮、自宅では経験しないような高齢者との触れ合いの機会を作っていく。その結果、より多くの若者が介護の世界を目指し、より高付加価値なサービスの開発などにもつながっていけば良い。

在宅療養支援診療所との連携

さて、介護療養病床である。

冒頭に述べたように、高齢化が進んだ結果、病院の病床も高齢者が大半を占め、一方で急性期病院の入院期間は限りなく短縮されている。高齢者の受け入れ先は社会整備の視点で取り組むべきだろう。

現状で言えば、医療療養病床や介護療養病床がそれに当たり、削減どころか不足していると考ええる。

特に都市部では圧倒的に医療、介護とも療養病床は不足しており、東京、神奈川、千葉、埼玉といった首都圏は、平成37年に向け経験したことが無いようなスピードで高齢化が襲ってくる。在宅という選択肢が取れる高齢者は良いが、家庭における療養環境をどこまで自力で整備できるかには、首都圏の住宅事情を考えると、少々心もとないと言わざるを得ない。

したがって、今後、新たに療養病床の整備といった取り組みも必要になってくる。

しかし、それでも在宅での療養が高齢者にとって最も望ましい選択肢の一つであることには間違い無いだろう。この在宅を支えるのは、在宅療養支援診療所であり、介護療養病床と考えている。これらに加え、医療療養病床、診療所（有床も含む）、一部の一般病棟の連携こそがこれからの在宅を支えていくはずだ。

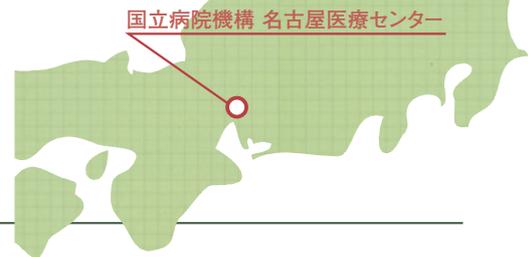
期待が大きい在宅療養支援診療所だけに大きな役割を担わせることは避けなければならない。ある在宅療養支援診療所関係者によれば、24時間対応の厳しさは想像以上だという。真剣に取り組めば取り組むほど、バーンアウトのリスクが高い。そこで、認知症で合併症の高齢者の受け入れ先として、更に家族のためというよりもむしろ在宅を支援する医療従事者のためのレスパイトケアの機能を介護療養病床に期待する。

近々、東京都療養型病院研究会もこういった一連の取り組みを支援すべく、東京地区における「慢性期病院及び在宅療養支援診療所連絡協議会」の立ち上げに取り組む。これによって僅かでも高齢社会における介護サービスの充実に寄与できればと考えている。

(文責：編集部)



独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
院長 堀田 知光氏



東海北陸地域の臨床・研究拠点として

— 病院の特長について教えてください。

堀田 当院は明治11年に陸軍の名古屋衛戍（えいじゅ）病院として創設され、当時はお城の敷地内にあったようです。国立病院時代に政策医療分野として取組んできたのが血液・造血器疾患、免疫異常疾患（エイズ）、がんです。がんの取組みは古く、全がん協（全国がん（成人病）センター協議会）発足当時から臨床技術集積、研究の拠点として活動してきました。これら以外に、昭和56年に名古屋で最初に指定を受けた救命救急医療にも力を入れています。血液・免疫、がん、救命救急、これらが当院の3本柱です。また、当院の歴代院長には血液分野の権威の先生が多く、私自身も臨床、研究、教育に取り組んできました。

— 堀田院長が血液内科を志したきっかけについて教えてください。

堀田 志すとかそういう肩肘ばったことはありません（笑）。ただ、研修医時代に受け持った患者さんの印象が強く残っています。その患者さんは再生不良性貧血でしたが、当時は成分輸血すらない時代です。治療法としてはただ輸血するだけで、あとは見守るしかありませんでした。研修時代に、半年ぐらいかけて血液疾患も一通りは診られるようにと思って研究室に通った訳ですが、その「一通り」がなかなか難しく、そのまま続けることになりました。その血液分野も、昔は白血病や悪性リンパ腫といえほとんどが亡くなる病気でしたが、集学的治療、すなわち化学療法、放射線療法、幹細胞移植等の組み合わせにより、治療成績も随分と向上してきました。

— 3本柱の中では少し分野の異なる救命救急のお取組みもお聞かせください。

堀田 救命救急センターとして当然のことですが、「断らない」を掲げて取り組んでいます。名古屋市の救急搬送件数はコンビニ救急に対する啓発活動も功を奏して減少傾向にあります。当院の受入は毎年増加し年間約6,000件ぐらいです。重症者の割合は非常に高く、中でもCPA（心肺停止状態）の患者は



愛知県下でも突出して多く、21年度で約370件、今年度は400件近くになりそうです。

全員で運営する病院、そして職員を大切にしている病院へ

— それだけの重症者を受け入れるのに、救命救急は何チームで運営されていますか。

堀田 実は、当院では独立した救命救急チームを設けていません。心臓血管センターを除いて、各診療科が当番制で救命救急に当たっています。3次救急ですから交通外傷や薬物中毒等で運ばれてくる患者さんもいらっしゃる中で、本音では医師は「大変だ」という思いもあるかもしれませんが、そうした中で取り組んでくれていることには頭が下がります。

— 救命救急を当番制で行うことには、どんなメリットがありますか。

堀田 何よりも受入後が非常にスムーズです。最初から主治医として関わることになりまますから、各診療科で患者さんの退院までを考えて診療の組み立てを行うことができ、院内の転科・転床でギクシャクすることはありません。そのために、医師の採用にあたっては例外なく救急の経験を求めています。大学医局のローテーション人事でも、経験がなければ採用をお断りすることがあります。特定の部門や個人が頑張るというのではなく、「皆で頑張る、支える」という姿勢が大事だと思っています。当院では、エイズの患者さんについても、全員がその診療に当たります。

— まさしく全員運営の風土ですね。

堀田 そうですね。ただ、これらは一朝一夕に出来上がったものではありません。実は、10年程前に総合内科を新設したのですが、各診療科にとって専門外の患者さんや、いわゆる難しい患者さん、診たくない患者さんばかりが集まってしまい、最後には総合内科の方が崩壊してしまいました。そうした苦い経験があって、現在の全員運営での仕組みが成り立っています。また、臨床研修についても同じようなことがありました。以前は、いわゆる“カリスマ指導医”がいましたが5年前にその医師が病院を去ることになったのです。あまりに彼一人に頼り過ぎていたために、臨床研修の運営にぽっかりと空白が生じてしまうことになりました。その影響の大きさに愕然とするとともに、組織対応の重要

内科、心療内科、精神科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、気管食道科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、小児歯科、歯科口腔外科、麻酔科

救命救急センター、地域医療支援病院、災害拠点病院、エイズ治療東海ブロック拠点病院、臓器移植法に基づく脳死・臓器提供施設、臨床研修指定病院、地域がん診療連携拠点病院ほか



性に改めて気づかされました。そこで今度は、「全診療科で一人ひとりの研修医を育てる」方針を打ち出し、ゼロから研修プログラムを作り上げました。今では以前のシステムより研修体制が充実していると自負しています。お陰様で、今のところマッチングでも定員を超える応募がある状態です。また、平成22年10月からは、総合内科を再びスタートしています。各診療科の専門性を高い次元で統合できるように取組んでいければと考えています。

— そのような全員参加の組織風土を作り上げる工夫や秘訣があれば教えてください。

堀田 この全員参加の組織風土は私が着任する前からのもので、伝統として大切に私も守り続けていきたいと考えています。私自身は、職員から選ばれるような病院でなければ、その職員も患者さんに優しくすることはできないと考えています。職員が不平不満を持っていたとしたら、患者さんにだけ優しくしたりできるでしょうか。やりがいを感じる公平な職場を目指すことで、当院を好きな職員を増やしたい。“好きで集っている”職員で、ゆとりをもって診療に当たるとというのが私の理想です。

独立行政法人としての 新しい地域医療貢献に挑戦

— 地域医療への貢献で工夫されているお取り組みはありますか？

堀田 具体的な施策として、『金鯱メディネット』という地域連携診療情報システムを構築しました。これによって患者さん同意の上で、地域の開業医の皆さんに対して、紹介して頂いた患者さんの診療状況を電子カルテを通じて見守って頂ける状態になりました。その結果、「肺の状態が悪い患者さんなのでリハビリであまり負荷を掛けなくて下さい」等の情報がかかりつけ医から寄せられ、患者さんに苦しい思いをさせないで済んだことがありました。このように患者さんを中心

にして、入院前から退院後まで、かかりつけ医と当院が一緒になって医療を提供していきたいと考えています。

— その他、経営面の工夫についてもお聞かせください。

堀田 今年から国立病院機構の各ブロックの基幹病院が切磋琢磨するための新しい勉強会をスタートさせています。やはり外部と比較する、触れ合うことが一番刺激になります。そういう点で、日本経営さんに入ってもらい、DPCデータを使って他病院と比較をしてもらったコンサルティングは大変な難かったです。先崎さんには診療プロセスや材料などの細かい点まで分析してもらい、また、その説明が丁寧かつ核心を突いており、各診療科の医師も十分に納得してくれて改善に向けた取組みを行ってくれています。

— 最後に今後の病院の方向性や課題、院長の夢についてお聞かせ頂けますか。

堀田 当院はどちらかといえば国の政策医療分野を中心に担ってききましたが、ナショナルセンターと分離して独法化されたということは、当院も地域医療に、すなわち名古屋市そして愛知県にお住まいの方に積極的に関わっていくことが求められた訳です。そういう中で、救命救急や地域連携が地域から一番求められている役割であると、改めて思い定めて強化してきた次第です。また、名古屋医療圏には、国立病院機構の病院として、当院以外にも東名古屋病院、東尾張病院があります。それぞれ回復期リハビリテーション、精神医療の機能を担い地域医療への貢献に取り組んでいますが、それだけでは生き残れないのではないかと考えています。そこで、3病院を組織体制的にも統合し、医療の連携面、病床を含む医療資源の再配分、購買・調達面等でスケールメリットを出して、より大きな地域貢献を果たしていきたいと考えています。国立病院機構に求められる新しい時代の地域貢献を実践し、より地域に必要とされる病院となるよう取り組んでいきたいと考えています。

— ありがとうございました。（文責：編集部）



人財育成②

法人が求める期待人材像を目指した、オリジナルな研修を

1. 介護・福祉施設における「現場任せの教育体制」からの脱却

新年を迎えましたが、大手企業の正社員を含めた大規模なリストラ等、残念ながら暗いニュースがとどまる気配がみられません。この不況の波は、世界的規模で注目が集まった自動車産業にとどまらず、全製造業に飛び火しており、一般消費財に影響するものも時間の問題だと思われます。

そのような社会情勢の一方で、都市部の介護・福祉施設では、平成21年年初あたりから少しずつ求人に対する応募が増えてきているようです。企業をリストラされた一部の労働者が介護・福祉業界に流れ始めているのでしょうか。これで、少なくとも平成20年当時のように、本来なら採用基準に満たないような人物を、「人員基準を満たすため」という短絡的な理由で採用せざるを得ないケースは少なくなることを期待したいところではあります。

さて、介護・福祉施設の現場に目を向けたときに、果たして新卒、中途採用に関わらず、「新人」を受け入れる「人材育成体制の基盤」はどれだけ整っているのでしょうか。今一度、振り返って考えてみるべきでしょう。5年、10年先を見据えて、経営における最重要資源である

「人材」の育成・開発にどれだけ投資をしていけるかが、今後の法人経営を考える上での重要テーマといえます。もちろん、人材育成の体制づくりは1年や2年で完成されるものではなく、数年、十数年間かけて法人内に築き上げられるものもあります。

ところで、人材育成の体制には、以下のように幾つかの段階があると私たちは考えています。

<STEP1—無策の段階>

■職員を育てる意識がなく、個人の能力に依存した体制である。また、職員相互が無関心な状態である段階

<STEP2—現場任せの段階>

■STEP1からは一歩進んだ段階であるが、組織的ではなく、現場の管理者任せの体制である。短絡的、単発的な人材育成の体制である段階

<STEP3—組織的な段階>

■法人の理念、方針に基づいた期待人材像が明確で、人材育成の方針も整備されている。法人全体的な教育計画は勿論のこと、個人別の教育計画も明確な状態である段階

まだまだ多くの介護・福祉施設での人材育成の体制は、このステップの第二段階のように「現場任せの段階」が多いのではないのでしょうか。新人が入職した際、「習うより慣れろ」的な部分がほとんどであったり、新人に対する指導内容が人によってバラバラであったり、組織的に法人の理念、方針に基づいた期待人材像および育成方針が明確である施設はまだ少ないと感じています。

前述のとおり、介護・福祉施設には今後ますます多様な経験、価値観を持った人物が入職してくることが予想されます。それは、今後のサービス需要の増加と生産年齢人口の減少から考えても避けることはできない事実といえます。さらにその中には、本来「家庭」の中で教えらるはずの一般教養すらも十分に学んでいない人物もいることでしょう。これまでのように組織人、介護・福祉人として職場で働く最低レベルの能力が担保された人物が入職することを、過度に期待してはいけません。むしろ、そのような教育も施設が実施していかなければならないと考える方が現実的でしょう。

以上のように考えると、当然のことながら教育の体制も、いつまでも「現場任

※出所：「月刊 人材マネジメント2008年1月号」を参考に作成



せの段階」ではいけません。短絡的、単発的な研修の実施だけでは、法人全体のスキルアップには繋がりません。ましてや、現場の管理者に一任されているような教育体制では、十分とするには程遠いといわざるを得ません。目指すべきは、法人全体として理念、方針に基づくオリジナルかつ組織的な人材育成の体制を整備することです。

2. 多くの介護・福祉施設の職員が教育体制の更なる充実を期待している

人材育成の体制、つまり教育体制の充実については、多くの介護・福祉職員が期待しているようです。弊社オリジナル「職員意識調査」の統計データ（約

10,000人）によると介護・福祉施設職員のうち、「法人内の職員教育が十分に行われている」と回答しているのは全体の5.2%と1割にも満たない少し寂しい数字が出ています。その他、人材育成の体制に対して、以下のようなコメントが挙げられています。

- 一度職員を採用するとその後の教育がほとんどない。教育内容もほとんど上の人が決めてしまっている。具体的な内容が少ない。
- 業務内容、業務の仕方だけでなく、もっと基本的な事項を教育する必要がある。人員が不足しているので、すぐに現場で実務を行なっているが、一人ひとりの職員を育てること

をした方がよいと思う。

以上のように、自身のキャリアアップのため、全体的なスキルアップのため、職場の就労環境の整備のため、思いはさまざまですが、多くの職員が更なる教育体制の充実を求めていることが伺えます。ただ、教育体制さえ整備すれば「人が育つ」訳ではありません。

ここで重要なことは、他法人の教育体制をそのまま自法人で活用したとしても、それほど意味がないということです。大切なことは、法人が求める「期待人材像」と、現状の職員レベルとのギャップを埋めるためのオリジナルの教育体制を整備し、実行していくことにあります。

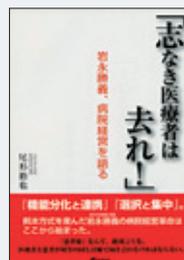


戦略的 病院人事制度改革

(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

TEL03-5259-7171 FAX03-5259-7172

(株) MAS ブレーン出版事業部

財務分析
①

医療機関の財務分析

医療機関の財務分析の指標としては収益性、安全性、機能性等のカテゴリーがあります。そのカテゴリーの中にもいくつもの経営指標がありますが、今回は安全性に関する代表的な2つの指標を取り上げました。

その指標は以下の通りです。

①自己資本比率

②債務償還年数

この2つの指標の選定理由は、金融機関が注視している指標であり実務的にも重要度が高い指標だからです。

また、病院の建替え等も最近増加しており、金融機関からの融資を受ける際にもこれらの指標はとても重要なポイントとなっています。

以下の統計資料は、厚生労働省のものであり、URLは以下の通りです。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/kannri.html>

①自己資本比率

自己資本比率とは、総資本に対する純資産の割合であり財務的安全性を見る際に用いる指標です。

算式は、

$$\text{〔純資産} \div \text{総資本} \times 100\text{〕}$$

となります。

平成19年4月の医療法改正前までは医療法人設立時は20%以上の自己資本比率が必要だったため、健全に経営を行っていれば20%を上回る指標になっています（現在は医療法人設立時の自己資本比率要件は廃止されています）。

また、自己資本比率がマイナスであれば債務超過といえます。

以下の厚生労働省の統計データによると病院種別によって違いはありますが、概ね30%後半から50%となっていることが分かります。

自己資本比率	医療法人			
	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
	28.8%	35.3%	44.9%	51.9%

(出典：厚生労働省 平成20年度 病院経営管理指標)

自己資本比率は、数値が高ければ高いほど財務の安定性が高いことを示しています。しかしその一方で、社会医療法人・特定医療法人・出資持分のない医療法人を除き、相続発生時には自己資本比率が高ければ多額の相続税が発生する可能性

もあり、留意する必要があります。

このようになる理由は、医療法人では配当が禁止されており、利益が自己資本にそのまま積み上がるためです。

長期的に経営の安定性を高めるために、医療法人の形態や出資持分のあり方等について、それぞれの法人の特徴を考慮し、検討する必要があると考えます。

②債務償還年数（償還期間）

債務償還年数とは、有利子負債が完済となるまでにどの程度の年数を要するかをはかる指標です。

算式は、

$$\text{〔借入金} \div \text{(税引後当期純利益} + \text{減価償却費)}\text{〕}$$

で計算を行います。

上記計算式の結果が10年以内ならば健全といわれており、この指標が10年を超えると金融機関の融資姿勢も変化し、資金繰りに窮する可能性もあります。

建物の建替えや高額医療機器の購入に際し金融機関から借入を行う場合は、当座比率や固定長期適合率等、いくつかの角度から健全性を維持できる状態であるかどうかを確認し、進めていくことが必要です。

特に建替え整備においては、地域における貴院の役割と現状のギャップを確認し、過大投資とならないよう、限られた経営資源で地域のニーズに応える必要があります。そのためにもこれらの財務的な経営指標を参考に、診療報酬改定の影響に左右されることなく安定的に返済可能な設備投資額を設定し、計画立案を進めることをお勧めします。また、いくらまで借入をすることができるのかではなく、金融機関とも目線を合わせた財務計画と地域におけるポジショニングの策定をお勧めします。

*

*

今後、数回に分けて医療機関の財務分析を掲載致します。今回は、医療機関の特性を踏まえた以下の指標を紹介する予定です。

- ・ 医業未収入金の適正範囲について
- ・ 在庫の適正範囲について

(続く)

エ スディサポートは日本経営グループのコンサルティング部門として今年で11年目を迎えました。主に医療機関・介護施設に対する経営戦略の策定や高収益体制の構築支援など「経営力」の強化に対する業務を行っています。

私たちは、事業の意義・目的の一つに「地域住民が安心できるヘルスケアシステムの創造支援を行い、社会に貢献

する」という言葉を掲げています。どのようなコンサルティングを行う際にも、収益向上や経営改善を目標設定するだけでなく、病院運営を安定させて、地域において継続して医療を提供しつづける基盤づくりを構築することを常に追い求めています。

部門紹介

エスディサポート



病院・介護施設経営Q&A ～経営改善編～

Q 経営改善は、どのように進めればよいでしょうか？

A 重要なことは、具体的な改善項目と担当者を設定し、各担当者へのフィードバックを定期的 to 実施することです。

実際に改善を進める際には、経済効果、期限、実現可能性等を考慮して収益や費用に関する改善項目を職員の目標として設定します。目標を達成するためには、実績を定期的を確認し、経営幹部が自ら各担当者へフィードバックすることが重要です。この目標設定、実績確認、フィードバックを繰り返し行うことが、経営改善の取り組みの基本です。

Q 病院を建て替える際の検討は、どのように進めればよいでしょうか？

A 一般的には、①建て替え目的と投資限度額の検討、②事業の方向性検討、③事業計画等の策定、④設計及び資金調達の検討、⑤建築工事という流れになります。

上記の中でも特に重要なことは、①の内容です。建て替えは、病院の将来を左右する重要な意思決定ですが、先のことばかりを考えて「あれも、これも…」と過大投資に陥ってしまうこともあります。そのため、初期段階での予算設定等をしっかりと行うことが、病院の建て替えを成功させるためには重要な要素です。



第二の創業期となった所長宅での徹夜合宿

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



アメリカ研修後、目標が定まった私でしたが、会社を大きくしていくための具体的な取組みとなると、ほとんど暗中模索の状況でした。そして昭和53年、更なる転機、いわば第二の創業とも言える時が訪れることになりました。

昭和42年に菱村総合税務会計事務所が創業して11年目、藤澤社長、親泊専務など、現在の日本経営グループのトップや幹部の皆さんが既に入社して新人、若手社員として頑張っている頃でした。当時のスタッフ数は、十数名の陣容になっており、会計事務所としては大きいとされる規模になっていました。恐らくメンバーの意識の中に、どんな会社にしていくのか、漠然とした問題意識が芽生えてきていたのでしょう。8月、蒸し暑い夜が続いていたある日、菱村所長から「合宿をやろう」という提案がありました。場所は、菱村所長の自宅。夜を徹して議論しようということになったのです。

菱村所長が冒頭、「テーマ、表現、タブーなく議論しよう」と口火を切って合宿がスタートしました。最初は皆、口が重かったのですが、場の雰囲気を変えたのは親泊さんの一言でした。

「所長、今日は何を言ってもかまいませんね!？」

「そうだ。タブーなく話をしよう」と菱村所長。

「では、もし菱村所長に何かあったら、私たちはどうなりますか？」

一瞬、言葉に詰まった菱村所長でしたが、「そんなこ

とがあった場合には、君たちのことは私の友人に頼んである」

その配慮にはありがたいと思いましたが、すぐに、ここまで来た会社がなくなってしまうのか、と愕然とした思いで、思わず皆が顔を見合わせてしまいました。「みんな、ここまで来たんだ。もっと会社を大きくして、どんなことがあっても大丈夫なようにしようじゃないか」と、私も声を荒げて励ましました。

“going concern”、永続的に存続、発展してこそ、企業の企業たる所以なのだということに、全員が改めて気付いたのです。合宿会議が一気に熱を帯びてきました。そして、菱村総合税務会計事務所の中期経営計画を策定しようというところまで、議論は煮詰まってきました。

ところが、ここでパタリと話が止まってしまいました。中期経営計画を策定するということまでは良いのですが、問題はその中身です。前にも紹介しましたが、会計事務所の営業には厳しい制約がかかっています。人数がいれば何とかなるというものでもなく、業容の拡大の手法、それとどのようなことを新規の業務として取り組んでいけば、他社との差別化が図れるのか。

白々と夜が明け、開け放した窓から朝の空気がメンバーの熱気を取り払ってくれた頃、口を開いたのがまたしても親泊さんでした。

「お医者さんの世界の会計はどうなってるんでしょうね」

(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:平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けて

ここ数年は10年ぶりのプラス改定、地域医療再生基金、処遇改善交付金等で財源が投入されてきたが、次回改定ではDPC/PDPS、介護療養病床廃止、24時間巡回サービス等、経営の大きな意思決定が求められる。1年後を見据えて準備、検討しておくべきポイントを探る。

その他

クライアントインタビュー
データの読み方・使い方(財務分析編)
トピックス
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2-13-13
編集部 東京都千代田区神田河町2-11-11
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9171
発行価 500円(税、送料込)

編集部:大池康礼、新宅雅文 編集協力:武田貴志江

日本経営のホームページ <http://www.nkgr.co.jp>