

固定化されたものではない病床機能

社会保障制度改革国民会議の報告書が、8月に発表されました。初会合からわずか8ヵ月程度という、かなりのスピード感でまとめられています。この報告書は、2008年の福田・麻生政権時の「社会保障国民会議」そして、民主党政権時代の「社会保障と税の一体改革」の流れを受けて、そもそもの議論が展開されており、全体として首肯できる内容で、好感を持って受け止めました。

わが国の医療提供のあり方は、この報告書でも述べられているように、多くの医療提供者の努力にもかかわらず、決して望ましいものとなってはいませんでした。その状況を打開するために「選択と集中による提供体制の構造的な改革」の必要性を指摘しています。構造的な改革を行うためには、まず現在の資源の把握、分析が必要になります。報告書では自治体に対し、地域医療ビジョンの策定を促していますが、それに先立って取り組むべき事柄として、病床機能報告制度を挙げ、同制度が現状の資源の把握となります。

ただし、指摘しておきたいのは、ここで取り組む機能の報告が将来にわたって固定されるものではないということです。医療提供体制の再構築は、未来を見据えて行われるわけであり、報告した機能、量のいずれも流動的であることは当然のことです。そして、集積されたデータの分析については、私たち医療提供者も協同で取り組むべきことだと考えます。

在宅を支える中小民間病院

いわゆる2025年問題、わが国の超高齢問題は、これまでの医療提供体制を根底から覆すほどの破壊力を持っています。少なくとも私たち医療関係者は、相当の危機感を持って、この問題に臨む必要があります。同時に、いまある医療資源をどう活用すべきかを、短期間の間に議論し尽くすことが求められます。高齢問題とセットで議論される在宅医療については、確かに診療所、あるいは訪問看護の役割が大きいことについては論を待ちません。しかし、多様な病期、あるいは病態への対応を考えた時に、中小の民間病院こそが在宅医療の基幹的な役割を果たすべきだと考えます。

多くの国民が環境さえ整備されれば、在宅での療養

「超高齢社会でこそ活用すべき中小民間病院機能」

FOCUS



公益社団法人全日本病院協会

会長 西澤 寛俊

を希望するとしていますが、だからこそ地域における医療提供もしくは医療消費のコーディネート機能が重要になります。私たちは、2001年から一貫して「地域一般病棟」の概念を提唱してきました。本稿での詳細な紹介は割愛しますが、「地域における医療・介護のネットワーク」を基本的な役割とし、「リハ・ケアマネジメント機能を持ち、24時間体制で急性期病棟と在宅をつなぐ」機能であることを提唱しています。

ここで重要なのは、中小の民間病院が主として担うこの地域一般病棟の機能が、連携を念頭に置いているということです。どんなに優れた、際立った機能があっても、他の機能との連携なしにはその機能を十全に発揮することは不可能です。機能分化の議論は、有機的な連携なしにはそもそもありえないのです。

こういった機能分化・連携を推進するため、わが国ではこれまで診療報酬を活用してきました。医療施策上、その果たしてきた役割は極めて大きなものがありました。しかし、医療の量的整備が一定のレベルに達し、医療ニーズもさらに多様化してきた状況においては、診療報酬に過剰に寄りかかる施策のあり方については、再考が求められるでしょう。

今回の国民会議の報告書は、見方によっては閉塞感も漂うわが国の超高齢社会における医療提供体制のあり方に、一石を投ずるものともいえます。できれば、この報告書を関係者だけのものではなく広く国民を巻き込んだ議論を展開する材料となればと願っています。

(文責：編集部)

平成 26 年度 診療報酬改定を展望する



一病床機能分化と連携の推進、亜急性期の拡大

平成26年度診療報酬改定に向けた論議が、中医協（中央社会保険医療協議会）を中心に進められている。
少し気が早いですが、大胆な予測も交えて、26年度改定の方向を占ったうえで、今後の病院経営について考える。

平成26年度改定は、例年と異なり次の3つのパーツで構成される点を押さえておく必要がある。

- (1) 病床機能分化など【社会保障・税一体改革関連部分】
- (2) がん対策など、一体改革の有無とは関係なく実施しなければならない【通常改定部分】
- (3) 【消費税率8%対応分】

これらはいずれも密接に関連するが、(1)の【一体改革関連部分】と(3)の【消費増税対応分】が先行して検討されている。それぞれについて見てみよう。

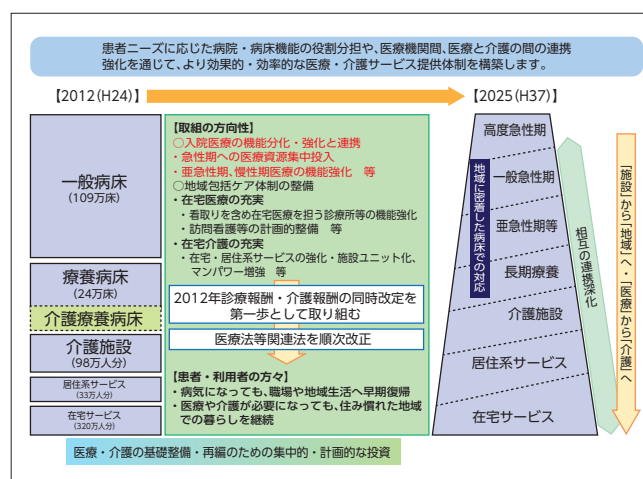
1 一体改革関連部分は早くも基本方針固まる

社会保障・税一体改革に関しては、8月6日に社会保障制度改革国民会議が報告書をまとめており、そこでは医療提供体制改革として「病院・病床の機能分化と連携の強化」「在宅医療の推進」などが打出されている。

これらを実現するために、厚労省は「病床機能報告制度」の創設などを検討しているが、それに先立ってより実効性のある手段として「診療報酬による経済的誘導」が26年度改定以後、順次行われていくことになる。

こうした動きを受け、26年度改定における(1)の【一体改革関連部分】については既に基本方針が固まっている。そのポイントは次のとおりである。

- 高度急性期・一般急性期を担う病床の機能を明確化し、それらの機能にあわせた要件（施設基準）を設定する。
- 急性期を脱した患者の受け皿として、回復期（亜急性期入院医療管理料の算定病床）に着目し、機能の充実や病床の拡大を図る。
- 外来医療についても機能分化を推進する。
- 入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、協働して



■ 図1 医療・介護機能の再編（将来像）

質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行などを評価する。

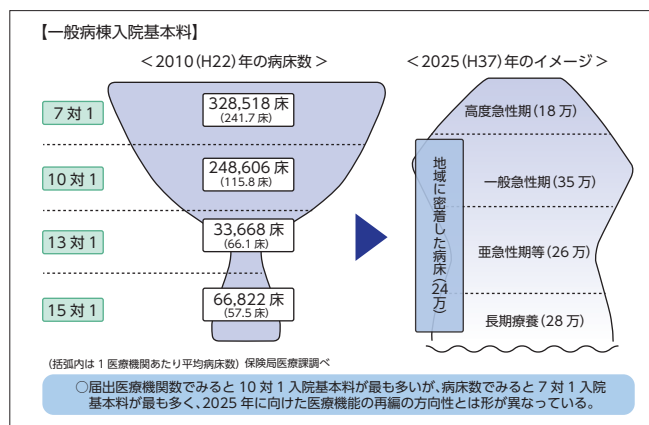
1) 高度急性期・一般急性期

高度急性期は、病床機能報告制度では「急性期患者に対し、状態の早期安定に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する」と定義された。具体的な内容は必ずしも明らかになっていないが、特定機能病院や7対1病棟が該当するものと考えられそう。

7対1病棟の現状を見ると、平成22年時点でおおよそ33万床あり、一般病棟ではもっとも多い状況だ。また、厚労省の調査によると、入院期間が90日を超える患者も少なからず入院している（調査に協力した病院では、入院患者の3.7%が特定除外患者）。

このように、7対1病棟における医療提供がすべて整理されているとはいえない状況だ。このため一体改革の中で「病床機能区分」が提言されているのである。

診療報酬政策から機能区分を進める手立てとして、厚労



■ 図 2 現在の一般病棟入院基本料の病床数

省は、まず「機能を明確化する」ことを行おうと考えている。具体的には、「病状の安定した病態の患者に対して長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供する」のではなく、「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」としてはどうかと提案している。

■ 特定除外制度の見直しなどが論点に

あわせて、この機能を提供するための施設基準の考え方も提示している。

まず、「長期療養を提供しない」ために『特定除外制度の見直し』が検討されている。具体的には、24年度改定で13対1、15対1の特定除外制度を廃止した際と同様に、①90日を超える入院患者は療養病棟入院基本料を算定する、②一般病棟入院基本料の算定を認めるが90日超患者の平均在院日数計算の対象に加える—のいずれかを病院側が選択する、というものだ。

また、「複雑な病態をもつ急性期の患者」を対象とするために『重症度・看護必要度基準の見直し』が検討されている。さらに、「標準化された短期間の医療を提供するのではない」という点からは『短期滞在手術基本料の対象患者を平均在院日数の計算対象から除外する』ことが議論されている。

これらはいずれも、言葉は悪いが「7対1にふさわしくない病院を排除する」ための見直し案だ。

もちろん7対1導入時に、単に「看護配置を手厚くすれば、高い診療報酬を算定できる」としたことがそもそもの問題なのではあるが、社会保障費、とりわけ医療費の伸びを適正化するためには、「高度な医療を提供せずに、高い報酬を算定する」ことは許されない状況になってきたようだ。

今後は、いたずらに7対1に固執するのではなく、入院患者の状況や、医療機能を勘案し、「地域の中で自院の果たすべき役割は何なのか」について熟慮する必要がある。

■ 7対1病棟にDPCデータの提出を義務づけ？

ところで、あまり注目されていないが、厚労省は「7対1には、DPCデータの提出を義務づけてはどうか」という提案も行っている。

この背景には、「7対1で提供されている医療の内容を把握し、急性期・複雑な病態の患者に、高度な医療を提供できているかを把握する必要があるため」との考え方があ

また、「7対1の9割近くがDPCデータの提出を行っており、義務づけても大きな混乱はない」という面もある。しかし、この提案からは、厚労省の別の考えを伺うこともできそう

だ。

DPC（正確にはDPC／PDPS）は平成15年度に導入された定額支払方式であるが、導入の目的は医療費の適正化だけではない。もし医療費適正化のみを目論んだのであれば、現在のように「1日あたり定額支払方式」ではなく、欧米で導入されているDRG／PPSのような「1入院あたり定額支払方式」が、時間をかけてでも採用されたであろう。

にもかかわらず、調整係数という「お土産」まで用意してDPCへの参加を厚労省が募ったのは、診療データ（DPCデータ）の収集にあったと考えるべきだ。

したがって、もし7対1にDPCデータ提出が義務づけられたとき、厚労省は「DPCへ参加していただけますか」というこれまでの姿勢を変えたとともに、DPCデータを活用して、入院基本料のあり方を規定していこうとするのではないとも思われる。

DPCは「急性期の大規模総合病院」を念頭に仕組まれた制度であり、中小病院や専門病院などは、そもそもDPCによる評価がマッチしていないという指摘もある。この点を克服するために機能評価係数Ⅱなどを導入したが、制度が非常に複雑化しているのは周知のとおりだ。一方、後述するが、亜急性期でもDPCデータ提出の義務化が議論されており、今後、この流れは拡大するものと考えられる。高い調整係数が設定され、収益が安定しているDPC病院でも、明暗を分ける時代がそう遠くないうちに来ることが予想される。

また、DPCに関連して、「激変緩和措置」をどう考えるのかというテーマがある。これは、調整係数が機能評価係数Ⅱに置き換えられていく中で、医療機関別係数が大きく変動することを防ぐために設けられた措置だ。

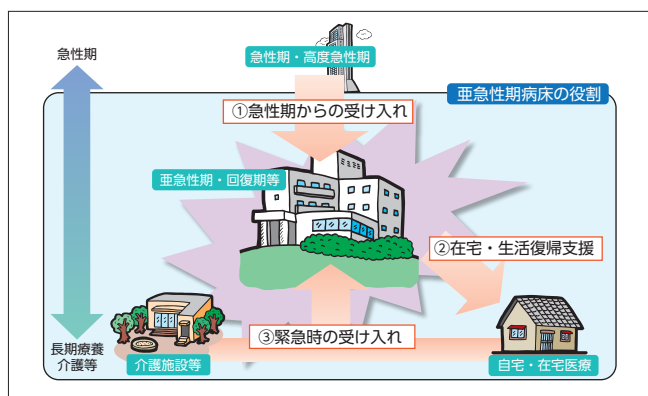
平成24年度改定では、従前と比べてプラスマイナス2.0%を超えて医療機関別係数が変動しないこととされている。2.0%を超えて係数が低下した病院は8、上昇した病院は34あり、これらが激変緩和措置の対象となっている。マイナスの大きな病院は救済され、プラスの大きな病院は「割りを食っている」形だ。

今後、調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えが進むにつれ、病院のアウトカムが重視され、プラスとマイナスの差はさらに大きくなっていく。つまり、DPC病院においても、「自院がどういった医療機能を持つのか」を早急に意思決定し、診療実績や医療の質向上を図っていく必要がある。

今後、激変緩和措置をどう考えていくのか、DPC分科会では議論がなされていないが、厚労省は「調整係数の移行が完了する平成30年度に激変緩和を廃止したのでは、かえって影響が大きすぎる」と考えており、徐々に解消していくことも予想される。

2) 亜急性期（回復期）

これまで見てきたように、平均在院日数の短縮などによって、7対1病棟のいわば「選別」が進められていく。すると、一定程度、医療必要度のある患者が退院を余儀なくされる



■ 図3 亜急性期病床の地域医療に果たす役割

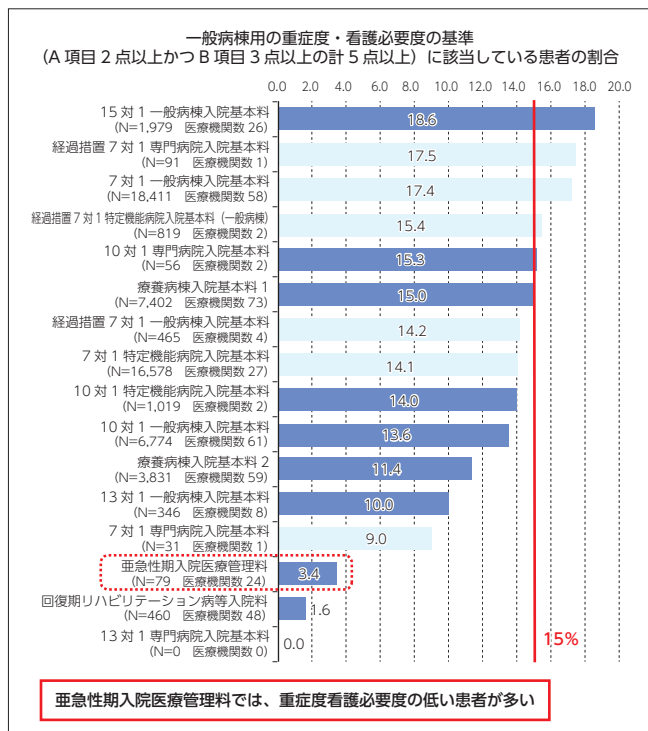
事態が生じる。それを放置した場合、病態が悪化し再入院する患者が増える可能性がある。そのため一定程度、医療必要度の高い患者の「受け皿」整備を進めなければいけない。

平成24年度改定では、在宅医療の推進や13対1、15対1病棟の後方病床としての位置づけを明確化するなどの措置がとられたが、26年度改定では「亜急性期入院医療管理料」算定病床に注目した見直しが検討されている。

具体的には、亜急性期の機能を、①急性期を経過した患者の受入れ、②在宅・生活復帰支援、③在宅患者の急変時の受入れ—の3つを同時に満たすものとして、これらに沿った施設基準の設定を行うという内容だ。

現時点では、「人員配置」「重症度・看護必要度」「二次救急病院の指定や、在宅療養支援病院の届出」「在宅復帰率」などを施設基準として設定する案が厚労省から示されているが、異論も少なくない。

また、現在「病室」単位の届出となっているが、これを「病棟」単位とし、かつ施設基準を満たせば、一般病棟のみならず療養病棟でも届出を認めるとの提案もなされている。こ



■ 図4 入院料ごとの重症度・看護必要度該当患者の割合

れは、「療養病棟でも、救急搬送患者など医療必要度の高い患者を受け入れているところが一部ある」という調査結果に基づくものと厚労省は説明している。しかし、現実には救急搬送患者を受け入れている療養病棟は「ごくごく一部」に限られており、医療関係者は「一部あるではなく、ほとんどないというのが実際であり、療養病棟への拡大は実態を無視している」と批判している。

さらに、亜急性期については「患者の状態や、行われている医療の内容が不明確である（包括評価のため）」との指摘が強いことから、厚労省は「DPCデータの提出（つまり、様式1やEFファイルなど）」を今後求めていく方針だ。

■ 病床機能報告制度との整合性

ところで、病床機能分化の議論は厚労省医政局でも進められている。

そこでは、「病院が、病棟ごとに機能を都道府県に報告し、都道府県はこれをもとに『地域医療ビジョン』を作成し、平成30年度の地域医療計画に反映させる」という【病床機能報告】制度の検討が進められている。

報告すべき病棟の機能は次の4つに固まった。

- ① 高度急性期機能：急性期患者に対し、状態の早期安定に向けて診療密度が特に高い医療を提供する。
- ② 急性期機能：急性期患者に対し、状態の早期安定に向けて医療を提供する。
- ③ 回復期機能：急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリの提供、また脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対しADL向上や在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に提供する。
- ④ 長期療養機能：長期療養が必要な患者を入院させる、また長期療養が必要な重度の障害者や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる。

「急性期機能」はsub acute（いわゆる軽度急性期）を対象とし、「回復期機能」ではpost acute（いわゆる亜急性期）を対象とするという整理の仕方だ。

この病床機能報告・区分と、診療報酬上の入院料との間には、当然ながら整合性がなければならない。そのため、これまで見てきた「亜急性期」の名称も、今後「回復期」として統一されることになるかもしれない。

ところで、重要なのは名称ではなく、先の「亜急性期」が持つべき3つの機能のうち、『在宅患者の急変時の対応』は、急性期機能が持つことになるのだろうか？という点である。

医療関係者、とくに急性期医療を担う中医協委員らは、「軽症患者でも数が多ければ医療現場の負担は重いものになる。7対1でも軽度急性期を担う必要がある」と強調している。

これに対し医療課は、「救急の議論では『3次救急に軽症者が搬送されるのは好ましくない』という点で意見が一致するが、診療報酬の議論になると『sub acuteは7対1でも受け入れるべき』になってしまう」と困惑している。

この問題を診療報酬上でどう整理するのか、今後の中医協審議を待つよりないが、病床機能報告制度がすでに固まっていることに鑑みると「在宅患者の急変時の対応は、急性期病床が行う」という方向に議論が傾きつつあると考えるべき



であろう。

この問題の決着いかんでは、26年度改定における「7対1一般病棟の選別、受け皿整備の促進（亜急性期の拡大）」という方針は大きく後退することになるだろう。

消費税8%対応は基本診療料を中心に

消費税率が平成26年4月に8%に引上げられることが決定した。引き上げの結果、当然のことながら、医療機関における控除対象外消費税（消費税負担）も拡大することになる。そのため政府は特別の診療報酬プラス改定によって対応する方針を固め、中医協に分科会を設置し、議論を続けてきた。

現時点では、次のような方針が固まっている。

● 本体報酬

- (1) 点数の引上げ（上乘せ）を行う項目は、「基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、『個別項目』への上乗せを組み合わせる形で対応する」ことを基本とする。
- (2) 具体的には、医科診療所（無床）では「初・再診料」、医科診療所（有床）では「初・再診料、有床診療所入院基本料」、病院では「初・再診料、各種入院料」、歯科では「初・再診料」、調剤では「調剤基本料」に上乘せする。
- (3) 医科診療所と病院の「初・再診料」は同じ点数とする。
- (4) 個別項目の組み合わせ方は、医療経済実態調査結果を踏まえて検討する。

● 薬価・特定保険医療材料価格

- (1) 改定後価格は、【販売価格の加重平均値（消費税抜きの市場実勢価格×1.08）+（現行価格×調整幅）】とする。
- (2) 消費税対応分が薬価、特定保険医療材料価格に上乘せされている旨の表示を、簡略な方法で行う。

● 改定財源

内閣において、消費税率の引上げが物価に与える影響などを勘案し、適切にその財源規模を決定する。

これらは「すべての医療機関に対し、消費税負担増への救済を行う」という考え方に則ったものだ。

これまで（平成元年の消費税3%導入時点、平成9年の消費税率5%への引上げ時点）には、特定の診療報酬項目を引き上げることで対応してきた。たとえば【血液化学検査】や【血漿蛋白免疫学的検査】などである。ただし、この方式では、「後に当該項目の点数が引き下げられた場合、とくに当該診療報酬項目が廃止された場合に、消費税対応が継続しているのか否かが極めて不明確になる」という批判がある。

そこで、少なくとも消滅する可能性はない（仮に廃止されたとしても、他項目への移管が明確な）基本診療料を引き上げることで対応しようということに落ち着いたものだ。もっとも、この仕組みでは消費税負担の多寡に応じたきめ細かい対応はできない。

そこで、「消費税負担が多いと考えられる項目（高額医療機器を用いた検査など）についても、点数の引上げを行うことで、一定程度公平性に配慮する」ことも検討されている。

ここで気になるのが「消費税対応分の財源を、すべて消費税対応に用いるのか？」という点だ。もっと言えば、「消費税対応として財務省から獲得した財源を、他の病床機能分化などに用いることはないのか」という疑問である。

厚労省は「消費税対応分と改定分で財源や点数は分けて示すことになる」とし、上記の心配はないと強調しているが、公表される数字をきちんと検証する必要があるだろう。

今後の病院経営戦略への影響

以上、26年度改定論議の動向を見てきたが、病院経営を考える上では「将来、自院が占める位置をどこに置くか」を十分に見極める必要がある。たとえば、やみくもに7対1に固執することは得策と言えない場合も出てきよう。

ここで1つヒントになるのが、「地域における高齢化の推移」と、「現状の医療提供体制の充実度」である。

この2軸にそって、地域を次のように4つに分けることが可能だ。

- ① 高齢化が進行し、医療提供体制が充実している地域
- ② 高齢化が進行し、医療提供体制が不十分な地域
- ③ 高齢化がこれから進み、医療提供体制が充実している地域
- ④ 高齢化がこれから進み、医療提供体制が不十分な地域

①の地域では、病床の機能分化を進めていく必要がある。

これはまさに一体改革が目指す方向であるが、地域によっては機能分化の意味がないところ、先にしなければならないことがある地域もある。

②の地域は、いわゆる限界集落と呼ばれるような過疎地である。ここでは1つの病棟が複数の機能（急性期と慢性期など）を持たなければならない、全日病が提唱する「地域一般病棟」のような概念を正面から打ち出す必要があるだろう。

③の地域では、病院・病床の集約が必要になる。とくに都市部では急性期病床が過剰になることが予想され、慢性期へのシフトが急務と考えられる。

一方、④の地域では、病床、とくに慢性期病床の整備を進めるとともに、「他地域への移住」なども考慮する必要がある。

さらに、医療提供体制に関しては、単なる病床数だけではなく、少なくとも「急性期」と「慢性期」別の病床数を勘案する必要がある。

医療提供体制の状況について、これらは、各都道府県の地域医療計画で公表されており、2次医療圏別に現在の病床数と基準病床数（都道府県の整備目標）を知ることができる。また、人口の高齢化については、総務省統計局の国勢調査結果などから市町村別の高齢化の状況を知ることができる。

これらを勘案して、自院の所在地が上記の①～④のいずれに該当するのかをまず把握する必要がある。その上で自院の機能を客観的に分析し、強化すべき点や縮小していくべき点を固め、診療報酬の動向を睨みながら、将来のあるべき地点へのソフトランディングを図っていく必要がある。

（編集部）※資料はすべて「中央社会保険医療協議会」より

「ほんの些細なことだけど、こんなこと誰に聞けばよいのかわからない」「こんな時、誰に相談したらよいのだろう」「ちょっとした相談でも大きな費用がかかるのだろうか」

ほんの小さなことから大きな問題まで、経営者の悩みは尽きません。日本経営は、これまで多くの病院やクリニックに対しコンサルティングサービスを提供する中で蓄積してきた知識や経験を、より多くの方が利用しやすい形にできないかと考えました。

専門家でないとは解決できないこと、解決にととても時間がかかること、なかなか手をつけられなかったこと、相談相手がいないという理由でひとり悩み苦しんでいたことなどに、短時間かつリーズナブルな費用で答えを出してくれる。それが、日本経営の会員制サービス「NK 倶楽部」です。

会員の皆様にお約束する 4 つの安心

1 経営判断に必要な情報がタイムリーに届く

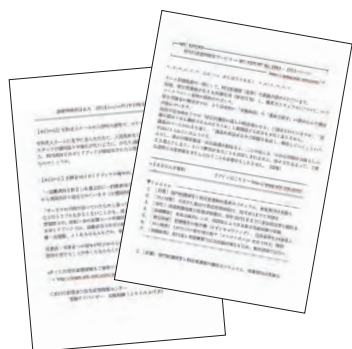
■ 医療に特化した情報提供サービス

刻々と変わる法律や制度の情報を収集・整理し、対応するのは容易ではありません。

このサービスでは、厚生政策情報センター（WIC）から発表される最新の厚生行政資料から重要と思われるトピックスをピックアップし、配信する情報提供サービスです。

法改正、診療報酬や介護報酬の改定、また医療に関する資料・通知・統計など、最新の情報を逃さずお知らせします。

★毎日配信（平日のみ）



■ 助成金・補助金情報サービス

医療介護に関わる、採用・研究・建築など様々な助成金・補助金の情報を提供。また助成金・補助金にまつわる処理の方法や注意点など解説付きで、メールや定期刊行物でタイムリーにお知らせします。



★定期発行物
「ビタミンM」(月刊)

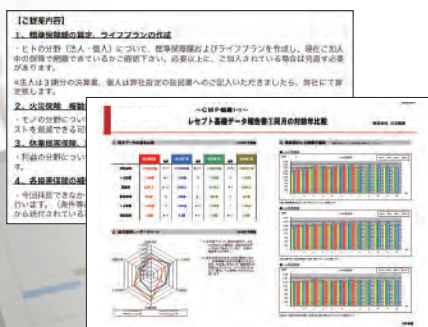
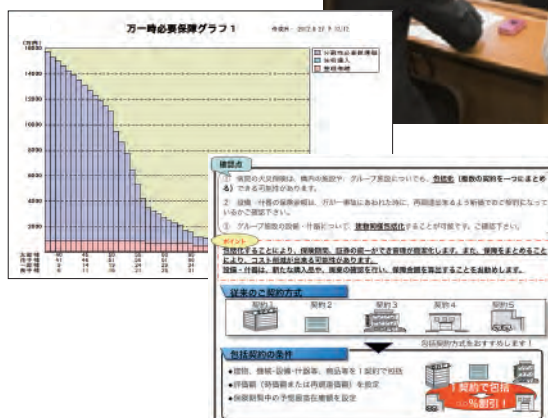


2 様々な角度から、現在の経営状態を診断・分析

■ リスク診断・収益性診断・財務分析等

現状を知り、対策を立てるためにもリスクを知り、正しい分析にそった経営判断が必要です。頂いたデータをもとに、ヒト・モノ・環境などから予想されるリスクや経営状態を分析・診断します。

万が一に対する備え、経営的なリスク、財務的な問題点とその対処法も含め、レポートといった形で、図表・グラフ化し、わかりやすく解説した資料としてご提供します。



様々な分析・診断方法があり、どういった診断を受けるかは毎年選択が可能。その時の状況に合った分析・診断を行うことで、正確な経営判断にご利用いただけます。

経営に不可欠な ビジネスツール・ノウハウを提供

■ 各種契約書など豊富なサンプル

トラブルを解決するには、事前の準備が最も大切です。大きなトラブルも事前の準備があれば、ダメージを最小限に抑えることが可能です。

このサービスでは、ビジネスフォームといわれる雇用契約書や社内規定などに加え、医療関係特有のトラブルや問題に対応した法的書類や院内規定など、サンプルとひな形が豊富にあり、自由にご利用いただけます。



■ 各種シミュレーション、調査フォーマットの利用

事業計画や収支計画書等を作成する際に便利なフォーマット等が豊富に取り揃えられ、自由に利用できます。

また、顧客満足度や従業員満足度などを調査するためのオリジナル調査票により、緻密でかつリアルな調査・分析が可能です。

データ結果を元に潜在化した問題点を見える化し、サービスの改善や職員の待遇改善にお役立ていただけます。

いざというときの 経営のセカンドオピニオン

■ 経営にもセカンドオピニオンが必要な場合も

病棟建替え、電子カルテ導入など大規模な投資、人事・労務問題など経営者は様々な判断を迫られます。

大きな決断をする場合、リスクが発生する可能性のある事象に取り組む際には、専門家の意見を聞いておくことは大切です。しかし、顧問の税理士や弁護士、社労士がすべての問題に対し専門的知識や経験があるわけではありません。そうした会員様のために各分野の専門家による「セカンドオピニオン」を受けていただけるサービスを用意しています。

回答者



相談



回答

ご相談者様



■ その他のサービス

「セミナー案内」

職場のリーダーのためのセミナーや、専門知識、会計・経営関連、接客など様々なセミナーの開催情報を随時お知らせさせていただきます。



主に行われているセミナーなど

医療法人成りを味方にする、 ノウハウ徹底公開セミナー
リーダーシップ養成講座
フォローアップ養成講座
病院人事制度の スタンダードモデルセミナー
「民間病院の建替え支援」セミナー
職員の経営意識改革講座

●お問い合わせ・お申し込みは
<http://nk-club.jp>

地域医療におけるICTの将来像

出席者

一般財団法人 医療情報システム開発センター ICT 推進部 主任研究員
NPO 法人 天かける 理事

佐野 弘子氏

(株) メディシステムソリューション 代表取締役

豊永 寿晴氏

司 会 (株) 日本経営 常務取締役 銀屋 創

課題となっている 回復期機能を担う病院のICT化

銀屋 まず、ICT分野におけるMEDIS-DC（医療情報システム開発センター）の取り組みについてご紹介いただけますか。

佐野 MEDIS-DCの設立は昭和49年、現在の厚生労働省と経済産業省の共管の財団法人として設立されています。当初、電子カルテの開発に主として取り組んでいましたが、民間の開発ベンダーも育ってきたこともあり、以降、電子カルテを中心とした医療情報システムの普及の推進に向け、セキュリティの確保、標準化の推進、システム導入にあたっての支援事業といったところに軸足を移しています。その中の私の取り組みは、ネットワークを含むICTを活用した情報共有環境をいかに推進するか、地域連携・地域包括ケアというキーワードで現場寄りの位置で、支援をさせていただいているところです。

銀屋 システムの開発から、地域あるいは現場における運用推進ということですね。ところで、地域を俯瞰したときに、課題となっていることはどんなことでしょうか。

佐野 この10年ほどで、かつての病院完結型医療から、地域完結型もしくは



地域包括ケアへ移行しつつありますが、地域の中で回復期を担っている中小の民間病院に、ICT化のメリットが届いていないという印象です。

豊永 それは、地域連携という枠の中で中小病院から電子的な情報が提供されていないということですか。

佐野 紹介あるいは逆紹介の過程で、渡したいあるいは渡せる、また受け取りたい、受け取れる情報に落差があります。電子化ができて、その間のネットワークが安全に確立されていれば、このギャップは埋まるのですが、そうはなっていない。急性期を担うような大病院は、ほぼ電子化ツールとしての電子カルテが普及していますし、診療所も若い医師たちには電子カルテが普及してきていますが、その中間が遅れているということです。

豊永 それには価格面の課題もあるんでしょうね。診療所レベルであればかつてのレセコンと同程度の価格で導入できますが、病院が対象となるとそうはいきません。大規模病院に提供していたものを中小病院に「価格は相当安くしましたよ」といって販売する。仮に2億円が9000万円になったとしても、まだそこには感覚の違いがある。

佐野 そもそも電子カルテが大学病院など高機能大規模病院を対象にして研究開発をスタートさせていますから、

高度、高機能かつ重い。中小病院が担う回復期の医療内容とは違うわけですから、電子カルテの構成が同じものであっていいはずがありません。しかし、大学病院と同じように、すべての診療科とフルセットの部門システム、検査や画像、看護や薬剤や事務、受付などを勢ぞろいさせないと完成形ではないという固定観念があるようです。そこに価格面の課題もあると思います。回復期を担う病院に合った電子カルテについては、まだ創成期の時代とも言えます。急性期から受けて開業医等に患者さんを帰す。そこで必要とされる機能は何か、共有すべき、電子化すべき情報は何かについて、地域レベルではまだ十分に、深く掘り下げられていない。もちろん、技術的には問題はないので、そこに係るソリューションが一番、求められているのかもしれませんが。

豊永 地域で完結する医療という観点でみれば、そこで必要なものは部門システムの連携よりも診療情報の電子化ですね。院内の効率化を目的にすれば部門間連携を優先させたいとなるかもしれないが、地域包括となったとたん、どんな情報を院外に電子データで提供できるかとなる。しかし、大病院と診療所はある程度整備されているが、中間が抜けている。地域連携を考えた時に、その部分が一番のネックになって



佐野氏



銀座常務取締役

いると感じています。

佐野 地域完結型医療の場合、特に医師など医療資源が不足している地域では、情報共有がなければ極めて効率が悪くなります。だからといって、すべての医療機関が電子カルテを持たなければならないというわけでもないと思います。現在では、その課題に対応できる技術力があります。問題は運用力でしょう。必ずしも完全な電子保存までいかなければならないわけではない。例えば、少し認知症がある在宅の糖尿病患者さんが救急搬送されたとします。そのときに、処方をはじめとする在宅の情報を病院の医師が見て、家族の話などを総合すれば、服用に間違いがあったのではないかと推察でき、その場合、短時間で適切な処置ができる可能性があります。そうでないと、CTやMRIを改めて撮ったりと、治療までに相当な時間がかかることにもなります。要は、連携すべき情報を双方向で共有できるという環境だと思います。

豊永 現在の病院の電子カルテの導入に関しては、部門システムの連携に軸足がかかり過ぎになっています。導入費の半分くらいは連携のための調整と設定作業に費やされています。だから既存の大型のベンダーしか参入できていない。しかし、部門の連携よりも診療記録を中心に外との連携をまず視野におき、必要最小限のところから部門連携していくようなやり方だと、無理なく導入と地域連携も進められるし、新たな技術やアイデアを持った企業も参入できるかもしれません。

銀座 視点を少し変えて、間をつなぐ回復期の病院が、どうすれば電子化、双方向の情報共有に向かうと考えますか。

佐野 機能分化・連携となると、単独では良い経営はできないということを認識する必要があります。例えば、急

性期のDPC対象病院だと、在院日数が短く急性期度が高い患者さんが多いほうが収益も大きくなります。同様に、回復期の病院も、仮に満床であったとしても患者さんが回転していくほうが良い。だから、どの時点で患者さんを受け入れ、そして在宅等に受渡しするかが大事になります。この患者さんのインアウトのコントロールが、極論すれば回復期病院の経営のすべてになります。だからこそ、双方向の情報共有が重要になるのです。そのあたりのICT化の必要性を日本経営さんが共に「布教」啓蒙活動していただけるとありがたいですね。

銀座 そうですね。ところで、ICTを活用した地域包括ケアについては、尾道で取り組んでおられるということですが。

佐野 もともと尾道地区は、ICT普及前から顔の見える連携に取り組んでいました。そこにICTを導入するともっと効率よく多くの方を在宅で診られるのではないかとということで、多職種・多施設の中立的事務局として、NPO法人「天かける（アマカケル）」を立ち上げて支援しています。現在、尾道における天かけるネットワークには、病院、診療所、調剤薬局、介護施設など約130施設が参加しています。継続的運営の確立には苦労している点もありますが、時間と共に解決できるでしょう。既に地域連携という点では、うまく機能しています。例えば、在宅の高齢者で嚥下や排泄に障害がある患者さんには、内科、耳鼻咽喉科、泌尿器科等の3人以上の医師が係っているということもありますが、それぞれ自分の専門性を発揮しながらチームケアを実践していると、チーム医療の心地良さにはまってしまうということをよく耳にします。事前の情報の共有にネットワークが役だっていることは嬉しい結果です。

銀座 地域包括・連携に取り組む際、どの程度の規模からスタートすることになるのでしょうか。

佐野 患者さんは概ね2次医療圏で動いていることを前提とすると、その中

の中核病院が、連携が密な20診療所、そして後方支援の回復期の病院と電子的な共有をすれば、恐らく必要な情報量の半分程度はカバーできるんじゃないでしょうか。紹介、逆紹介は常に2次医療圏すべての医療機関間でなされているわけではありませんから主なところを抑えていくところからスタートできると良いと思います。

銀座 お話いただいたようなネットワークシステムは、都市部、地方のいずれが必要が高いのでしょうか。

佐野 都市型、地方型のいずれも必要になると思います。特に都市部は、2025年以降、あっという間に医療機関の絶対数が不足します。在宅で見守るためには、入れ替わり立ち替わり居宅を訪れる関係者が、情報を共有していなければ、ちぐはぐな対応になって上質なサービスの提供はできないでしょう。

豊永 佐野さんは、ICTの推進を地域で展開されようとしているわけですが、直近の課題はありますか。

佐野 人材です。電子カルテベンダーと医師（医師会）の間に入って調整していただく人材が圧倒的に不足しています。だから、現役を引退されるようなSEの方が、最後は自分の生まれ故郷に帰って、地域に貢献しようと考えていただければ。潤沢な報酬は無理でしょうが、生活できるくらいのは関係者で捻出できると思います。できれば、その際、地方行政の方も支援していただきたいのですが、いずれにしてもCITIZENという概念で、取り組んでいただけるような人材に期待したいです。

豊永 地域を活性化し、新しい何かを生み出せるようなものに取り組んでいきたいですね。

銀座 本日はありがとうございました。



豊永氏



階層別役割責任に基づく職務権限の整理方法①

進む権限委譲、発展的な組織体制づくりに向けて

1. 役職者への権限委譲

前回までに説明してきた「階層別の役割責任」は組織管理上、必要不可欠なものです。なぜなら、役割を果たすことができれば、組織・業務運営に支障をきたすからです。一方で、職務権限とは、階層別の責任を果たすための行使する権限の範囲のことです。

本誌13号でも紹介しましたが、経営者からは「役職者が育っていない」「役職者が期待どおりの仕事をしない」といった声を聞きます。それは、多くの経営者は、役職者にその職務権限を通じて何事かを成し遂げることを期待しているからでしょう。その一方で、もし、「役職者に期待していること」を具体的に示していなければ、「役職者は何をどれくらいのレベルで実行するか」を示す必要があります。そのために前回まで役割責任を明示する取り組みを紹介しました。

現在の介護福祉経営では、経営者が現場に直接介入するのではなく、役職者一人ひとりが自ら考え、自らの責任の範囲で実行・実践していくことが強く求められています。特に事業規模の拡大を図る場合は、事業所数も増えてくることが多く、地域を越えて複数エリアに展開していくことも少なくありません。その場合には各事業所の役職者が自らの責任を正しく理解した上で、責任遂行のためにあらゆる工夫・改善を行っていくことが求められます。そのためには、現場への権限委譲を実施することが必要となります。

2. トップダウン型組織からマネジメント型組織へ

組織のタイプはいくつかのモデルがありますが、ここでは、トップダウン型組織とマネジメント型組織を紹介します。それぞれの特徴は図表1のとおりです。

事業または事業所（拠点・エリア）数が増えていく過程では、経営者や一部の管理者に権限が集中していると、スピード感のある意思決定が却って難しくなります。特に現場では、スピード感ある対応が求められています。そのような環境の中で、各役職者に自身が行使し得る権限の範囲と、上司の権限の範囲を明確に理解させておくことが大切です。それによって、誰に対してどの内容について報告・連絡・相談すべきかが明らかになり、組織運営もスムーズになります。

3. 職務権限作成の前にすべきこと

(1) 組織図の作成

本誌12号でも紹介しましたが、職務権限作成前に部署、役職の整理が必要です。例えば、在宅の所長クラスと施設の課長クラスの位置づけ等を職務権限として明確にしていく上で、予め組織図上で整理しておく必要があります。ちなみに、組織図作成上、2つの考え方があります（図表2）。

図表2のとおり役割として役職を設定するのでなければ、職務権限は規定できませんし、機能しません。その理解がなく、職務権限を整理しても意味がないと判断される方も少なくありません。既存

の組織図がどのような考え方で作成されたのかを振り返り、再度、整理してみてください。

(2) 役割責任の明確化

組織図に基づき、役職ごとの役割責任を明確にすることも大切なことです。これについても以前、紹介したので、詳細は割愛します。繰り返しますが、「行使しうる権限の範囲が職務権限」であり、その上位には職務権限を行使するための果たすべき期待水準を明確にしていくが必要になります。

(3) 役職者教育の実践

～「責任を果たすこと」について～

役職の位置付け、役割、権限を形として明確にするとともに、それ以上に「責任を果たすこと」を強く求めていくことが必要です。これは役職者教育のテーマとして今後、紹介していくのでここでの詳細は割愛します。強調しておきたいのは、役職者には6つの責任があることを正しく理解してもらうことです（図表3）。

(4) 部署別業務分掌（分担）の作成

管理すべき範囲を整理します。部署別の業務分掌（分担）を整理しておくことで、役職者にとっても自分自身の管理業務の範囲が明確になります（図表4）。

4. 職務権限の整理に向けて

(1) 職務権限規程と職務権限基準一覧

職務権限の整理に向けて、「職務権限規程」と「職務権限基準一覧」を作成します。職務権限規程は、業務の組織的かつ能率的な運営を図ることを目的にして、法人の業務執行に関する各職位の責任と権限を明確に定め、その基本的定義を示したものです。用語の定義や権限の代行、権限の委任、職務権限の改定、権限行使の諸ルール等をまとめた基本要綱でもあります。これに加えて、職務権限の実質的な割振りが示された職務権限基準一覧を作成していくことが一般的です。最近ではさらに、職務権限運用

■図表1 組織タイプごとの特徴

トップダウン型組織	マネジメント型組織
- 強力なリーダーシップとカリスマ性に支えられている - 意思決定が迅速 - 意思決定が一面的 - 意思決定が臨機応変的 - 組織が機動的 - 職務権限はトップに集中 - 情報が閉鎖的 - 管理職の業務は指示対応、指示処理的	- 合議的意思決定 - 意思決定が多面的 - 安定的な組織運営 - 情報が開示的 - 責任分担された組織形態 - 職務権限は階層別の役割責任に応じて整理 - 管理職の業務は、職務権限の実行と役割の実現 - 管理職の能力が組織運営を大きく左右する



■図表2 組織図作成の際の考え方

タイプ	人に役職をつける	役割として役職を設定する
ポイント	育成重視型	役割重視型
特徴	職員一人ひとりの成長段階に応じて役職をつける考え方。副主任しかない部署もあれば、極端な場合は全員役職者という部署もできる。比較的人情に厚い経営者の場合、この考え方を軸としており、役職の数は多く、副〇〇、〇〇代理などがよく見られる。	あるべき役職を先に設定し、そこに人をつける考え方。合理的な考え方の経営者はこの考え方を軸としていることが多く、役職の数は最小限とする。あるべき役職とは、一部署を統括するリーダー（主任）クラス、複数の部署を統括するマネジャー（部長）クラス、そして施設長クラスになる。逆に1法人1施設の場合、マネジャークラスが必要ないことも多い。
メリット	職員のモチベーションをある程度維持・向上させていくことができる。全員が役職に就くチャンスがあり、一定の年数と本人の頑張りによって組織内の階段を上っていける。	役割と権限が明確になること。職務権限・分掌も形だけでなく実質的な活用が可能となる。 現場の職員も上司が誰で、誰に報告すればよいのか、誰の判断を仰げば良いのかが分かるので、働きやすくなる。
デメリット	役割と権限が曖昧になりがちなこと。 この傾向が強い法人では、 職務権限・分掌規程を作っても機能しない 、また、年数が経つと役職者が増えてくるので、人件費が増大するところも多い。	役職の数が限られているので、昇進しない職員のモチベーションを維持できるかがポイント。

のための組織運営マニュアルを作成することもあります。図表5は、各職務権限を行使する場合の具体的な手順や様式等を整理したものです。

(2) 職務権限の範囲を設定する

職務権限を整理するために、対象となる範囲を明確にしていきます。主として、図表6の内容になります。

(3) 細目を設定する

職務権限の範囲を設定したら、次に細目を設定していきます。細目については、組織の現状に合わせて必要事項を記載していきます。職場内において責任の所在があいまいなことを、とことん洗い出すことが大切です。規模や程度の設定が必要なことについては、制限を設けることも重要です。ポイントの例は以下のとおりです。

- 予算立案：どの範囲の予算立案の責任を負うのか
- 運営計画：どの範囲の運営計画の責任を負うのか
- 経費使用：いくらまでの経費使用を認めるのか
- 採用：一般職と管理職の採用では権限が違うのか
- 退職：解雇の場合は、どのような手続なのか
- クレーム対応：どのレベルまでのクレームを処理できるのか
- 安全管理：どのレベルまでの安全管理の責任と権限があるのか

(4) 職務権限の割振りを行う

最後に、細目ごとに職務権限を実態に即して割り振ります。一般的には、職務権限に使われる用語は以下のとおりです。

【代表的な用語の定義】

起案：計画や議事を立案すること。

■図表3 役職者の6つの責任

責任	概要
業務遂行責任	統括チームの業務を円滑に進め、問題があれば解決する責任
部下育成指導責任	部下を指導し、育てる責任
報告連絡相談責任	上司に対して、部下に対して報・連・相を行い、情報共有する責任
業務改善責任	統括業務を改善し、レベルアップ、効率化を図る責任
経営価値共有責任	組織の理念や価値観、方針等を自分自身が共有し、部下に浸透させる責任
能力開発責任	経営幹部としての能力開発を行う責任

■図表4

相談員 業務分掌表 第9版									
項目	内容	説明	担当	承認	承認者	承認日	備考	備考	備考
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表
業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表	業務分掌表

■図表5 職務権限に関する内容

項目	内容
職務権限規程	職務権限に関する基本的定義、ルールを定めた規程
職務権限基準一覧	職務権限の細目別に各階層に割り振られた一覧
組織運営マニュアル	細目別の職務権限の具体的な行使に向けた手順書

■図表6 職務権限の対象となる範囲(例)

人	モノ	金	業務	経営
・人事考課 ・人材教育 ・勤怠管理 ・要員管理 ・採用 ・退職 ・解雇 等	・物品購入 ・在庫管理 ・物品管理 ・業者折衝 等	・経費使用 ・予算 等	・業務命令 ・安全管理 ・業務改善 ・業務分担 等	・経営方針 ・経営管理 ・予算作成 ・経営計画 等

検討：起案の可否および調整を行うこと。
決定：自己の裁量により、自らの責任において決定または許可すること。
承認：効力の発生が保留されている決定に対し、効力発生の要件を与えること。

ちなみに、権限は役職にだけつくとは限りません。会議での決裁もあります。そのため会議体系の見直しも同時に検討していくことが大切です。



日付を跨いだ会議と前例のない試算表

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



初めてのK社の訪問で、いきなり強烈なジャブをくらった私は、そのとき心に決めたことがあります。それは、「必ず、菱村総合税務会計事務所を経営面でお客様から認めてもらえる企業にする!」ということです。この決意は、やがて実現することになりますが、そのことも含め、私はこのK社の社長さんから、多くのものを学びました。そして、驚かされたことも同じくらいたくさんありました。

K社の社長さんは、ワンマンを絵に描いたような人でした。訪問初期の頃です。社長さんから「小池さん、来週の月曜日は月例の会議が夜7時からあるんで、同席をお願いします」と言われました。7時からということだったので、2時間か3時間か、まあ終わってから事務所に戻って、翌日の営業準備くらいはできるなと考えた私は、「はい」と返事をしました。

そして、当日。7時から会議が始まりました。最初、社長さんから売上や営業の確認がありました。それから、営業方針、会社そして業界の今後のことと、社長の話が続きます。7時から始まった会議は、気がつくや9時に近くなっていました。そろそろ終わるのかな、と思いましたが、この間、社長さん以外は聞かれたことに答える以外、誰も発言していません。「これって、会議なんかいな?」と思いながら座っている20人ほどの社員を見渡すと、さすがに表情に疲れが滲んでいます。

さらに会議は続きます。もう、社長さんの独演会です。10時になっても、11時になっても話が終わる気配が見えません。もう事務所に戻って明日の準備をするのは諦めました。そして12時、まだ続いています。もう

この時間になると、社員の誰もがうなだれています。半数くらいは、居眠りしているようです。そして、12時を15分くらい回ったときでしょうか。

ようやく「明日もあることだし、終わりにしよう」と社長がいったのです。これまで私が会ったどの経営者とも違っていました。おそらく、経営者として退路を断った故の行動なのです。そう感じたとき、私の眠気はいっぺんに飛んでしまいました。

また、こんなこともありました。試算表を提出した時のことです。私が提出した試算表を見て、

「分からんな、こんなもんで分かるんか、あんた。もっと分かるもん作ってくれ!」

「分からんって、試算表ですよ、これ」

「そうやなくて、うちの会社のありのままが分かるようなもん作ってくれ!」

「え?」

「分からんか? 例えば、や。得意先ごとの利益、現場ごとの利益、商品ごとの利益、担当者ごとの利益が分かるようなもんを作ってくれちゅうこっちゃ」

思わず、唸りました。確かに、どの会社の仕事か、あるいはどの現場での仕事か、そしてどの商品か、社員の誰が、本当の利益を上げているのかが分かるというのは、極めて重要なことです。見かけの利益なのか、本当の利益なのか、会社の実態、本当の姿を知ることとはこういうことなのだと気づきました。そして、これが後の日本経営のあり方に大きな影響を与え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：医療法改正で、どう変わる 病院経営 (仮題)

第6次医療法改正の議論が、来年に向け加速している。厚生省は、平成26年の通常国会への法案提出を目指しているが、機能分化、連携に関連しては、社会保障制度国民会議報告書にも記載された地域医療ビジョンや病棟機能報告制度も絡んで、まだ混乱が予想される。2025年以降を見据えた、医療提供体制の再構築に向け、病院はどこを目指すのか。

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
発行人 藤澤功明
定価 500円(税、送料込)

NK Newsletter 2013年10月号