

岡山県における医療提供体制

地域医療構想がいよいよスタートしました。昨年は、初めての病床機能報告を行いました。今回の報告はあくまで病院の自主申告であり、定性的な基準によってのものでした。厚生労働省はできるだけ早い時期に、医療機能に関する定量的な基準を設けるとしてはいますが、いずれにしても2025年まで残された時間はそう多くはありません。

岡山大学医学部附属病院がある岡山市は、他に国立病院機構岡山医療センター、岡山市市民病院、岡山赤十字病院、岡山済生会総合病院、岡山ろうさい病院、そして川崎医科大学附属川崎病院と、急性期医療を担う総合的な病院が7施設、許可病床数は4,000床を超える規模となっており、地方都市としては極めて異例な状況だと思われます。その理由として岡山県には明治3年の創設である岡山大学医学部、そして昭和45年創設の川崎医科大学と、人口200万人弱の県に2つの医学部があり、医師の供給については、相当に潤沢な状況がそうさせているという指摘もあります。一方、人口10万対病床数は上記のような環境もあり、一般病床は全国平均を上回っています。

今後、地域医療構想に関連して各県で医療機能に応じた病床数(必要量)が算出され、2025年に向けて過剰なところは調整するという段階に入っていきます。もちろん、この地域医療構想は2025年段階で、4区分それぞれの医療機能(病床機能)必要量を算出し、それに対して今後その調整を行っていくこととなります。岡山市を含む医療圏においては、高度急性期、急性期の調整に難航することは予想に難くありません。

現在、「岡山大学メディカルセンター構想」というものが、先に紹介した7つの病院群のうち本院を倉敷市に持つ川崎病院を除く6病院で検討の過程にあります。月1回の構想検討委員会を開催し、診療機能の分化の検討、(医療法改正案が審議中の)地域医療連携推進法人の枠組みの検討などを行っています。恐らく、全国の関係者が注視していると思われそうですが、まだ、議論の緒についたばかりでもあり、推移を見守っていただければと思っています。

「医療介護で地域社会の活性化を支援する」

FOCUS



岡山大学大学院
医歯薬学総合研究科 教授
浜田 淳

地方都市における大学の役割

これまで岡山県の状況を紹介してきましたが、2025年以降の状況を考えてみると、恐らく東京一極集中(もしくは大都市圏への集中)のモデルからの転換が求められていると考えています。現在、わが国の大きなテーマのひとつが地方創生にあるといわれていますが、視点を変えれば地方都市から東京などの大都市への流出を、地方の中核都市で何とか食い止めるための取り組みとも言えるでしょう。もちろん、すべての地方都市でその取り組みが成果をあげることは困難かもしれません。しかし、それでも、これについては地方が果たすべき役割ともいえるでしょう。そこで、医療そして介護がどのような役割を果たすことができるのか。

雇用の側面では、医療及び介護分野は大きな役割を果たすものと考えられます。たとえば、岡山市を例にとれば、就労人口を分野別で見ると小売・卸売業がトップにきていますが、2番目には医療福祉分野が上がっており全体の1割強を占めています。恐らく、このような状況は地方都市においては類似の様相を見せるものと思われます。このように雇用の創出という点では医療介護(福祉)といった分野は確かに期待できる分野ではありますが、それだけで地方創生が実現できるとは思えません。

考え方としては、医療や介護が安定的に提供されることで地域住民が安心して仕事に取り組み、それが地域社会、地域経済を活性化させる方向が望ましいあり方といえるかもしれません。そのためには、医療や介護の提供体制について改めて見直すことが求められ、それこそが地域医療構想の目的のひとつとなっていくものと考えます。その際、地方大学は地域における医療資源を冷静に見極め、様々なステークホルダーとの調整役が、少なからず期待されているものと考えます。(文責:編集部)



地域医療構想と 2025年の医療提供体制

3月にガイドラインがまとめられ、各都道府県で本格的に策定が始まった地域医療構想。団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者に達する平成37年に向けて、医療提供体制の再構築が求められている。本特集では、地域医療構想とともに、それを取り巻く「地域に関わる計画」を再確認し、今後の対応を考える。

Part 1 総論 地域医療構想を改めて読み解く

1. 医療介護に関わる地域の諸計画

「平成52(2040)年には、全国896の市町村が消滅可能性都市に」。昨年5月に発表され大きな衝撃を与えた、日本創成会議・人口減少問題検討分科会による試算である。「消滅」というショッキングな響きだけを残し、十分に趣旨が伝わっていない印象もあるが、この分科会による提言は「ストップ少子化・地方元気戦略」である。そこには、一貫して「不都合な真実を正確かつ冷静に認識し、「対策は早ければ早いほど効果がある」という基本的な考え方のもと提言がなされている。前者の不都合な真実のうち主なものは「少子化」「大都市圏への人口移動(集中)」「東京圏の急速な高齢化」だ。特に東京圏の急速な高齢化については、それが医療介護の雇用需要を増大させ、地方からの人口移動を生むと指摘している。この提言と前後して、進められてきたのが地方創生であり、地域総合戦略である。

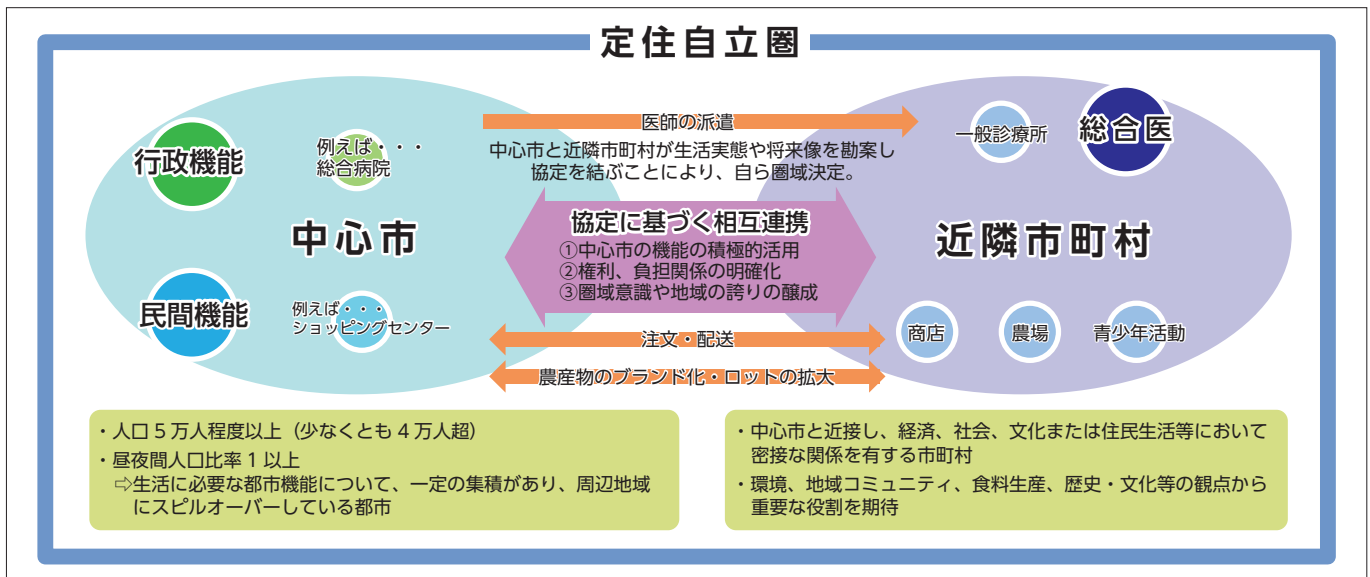
(1) 都市計画(総務省)

平成21年4月から全国展開され、5月22日現在、90圏域となっている「定住自立圏構想」。地方圏からの人口流出を食い止め、地方圏への人の流れを創出するという観点から、三大都市圏の区域外にある地域を主たる対象に、「人口5万人以上の中心市と、近隣市町村の連携」によって、人口定住を促進する政策となっている。都市機能において、一番に例示されているのが総合病院や総合医となっている。

この従来の定住自立圏に加え、「新たな広域連携」として平成27年度から新たに始まった「連携中枢都市圏構想」。人口減少・少子高齢社会にあって、地方圏において相当の規模と中核性を備える圏域の中心都市が、近隣市町村と連携して、人口減少に対する、いわば地方が踏みとどまるための拠点である。地方圏の政令市と新中核市(人口20万人以上)の中で61都市が該当し、既に盛岡市、姫路市他9都市をモデル地域に指定して、地方交付税措置を行っている。

ここでも高次の都市機能として「高度な医療サービス」、生活関連機能として地域医療、病院群輪番制が挙げられている。

■ 定住自立圏のイメージ





連携中枢都市圏構想の3つの役割

ア 圏域全体の経済成長のけん引	イ 高次の都市機能の集積・強化	ウ 圏域全体の生活関連機能サービスの向上		
		A 生活機能の強化	B 結びつきやネットワークの強化	C 圏域マネジメント能力の強化
a 産学金官民一体となった経済戦略の策定、国の成長戦略実施のための体制整備	a 高度な医療サービスの提供	a 地域医療	a 地域公共交通	a 人材の育成
b 産業クラスターの形成、イノベーション実現、新規創業促進、地域の中堅企業等を核とした戦略産業の育成	b 高度な中心拠点の整備・広域的公共交通網の構築	b 介護	b ICT インフラ整備	b 外部からの行政および民間人材の確保
c 地域資源を活用した地域経済の裾野拡大	c 高等教育・研究開発の環境整備	c 福祉	c 道路等の交通インフラの整備・維持	c 圏域内市町村の職員等の交流
d 戦略的な観光施策	d その他、高次の都市機能の集積・強化にかかわる施策	d 教育・文化・スポーツ	d 地域の生産者や消費者等の連携による地産地消	d その他
e その他、圏域全体の経済成長のけん引にかかわる施策		e 土地利用	e 地域内外の住民との交流・移住促進	
		f 地域振興		
		g 災害対策		
		h 環境		

(2) 地方総合戦略(政府支援)

最近よく耳目に触れる「地方創生」。先の、日本創生会議の提言に呼応するように、安倍内閣が設置した「まち・ひと・しごと創生本部」によって省庁横断的に対策が打たれている。

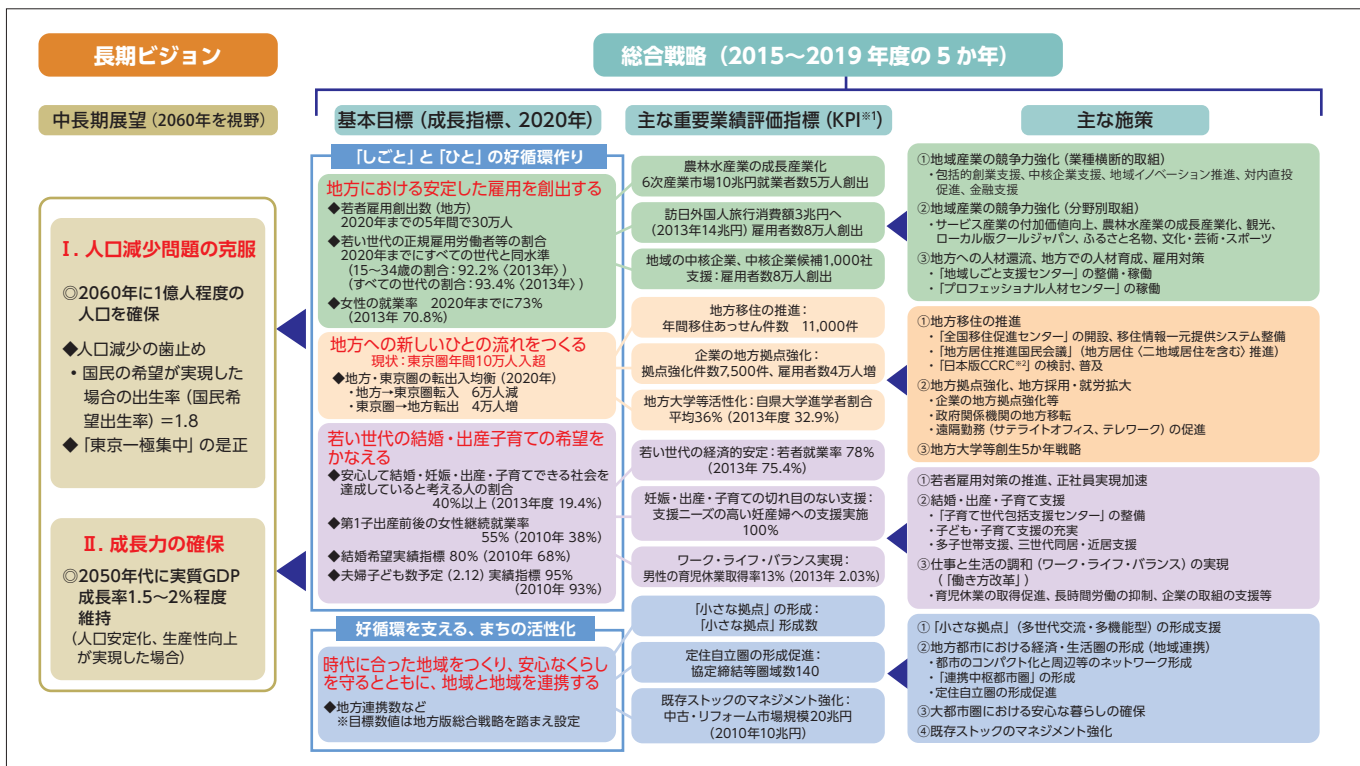
「2060年(平成72年)に1億人程度の人口を維持する」という中長期展望(ビジョン)に対し、その2015(平成27)年からの5年間の総合戦略を国、地方ともに今年度中に策定していく。26年度補正予算と併せて、1兆円を超える予算が計上されている。

この中で、特に医療介護と関係が深いのは、「日本版CCRC構想」だ。東京圏をはじめとする都市圏の高齢化と人口流入に対する対策として、従来の「要介護状態になってから探す、高齢者施設」と概念が大きく異なっている。

事業運営については、民間企業や医療・社会福祉法人、学校法人等様々な事業主体が参画することが想定されるとされており、新たな事業展開の可能性として注目される。

従来の高齢者施設等	日本版 CCRC	
要介護状態になってから移住	居住の契機	健康時から移住
高齢者はサービスの受け手	高齢者の生活	仕事・社会活動・生涯学習などに積極的に参加(支え手としての役割)
住宅内で完結し、地域との交流が少ない	地域との関係	地域に溶け込んで、多世代と共働

■ まち・ひと・しごと創生「長期ビジョン」と「総合戦略」の全体像



2. 新公立病院改革ガイドライン

夕張、銚子等「医療崩壊」というキーワードとセットで注目を浴びた公立（自治体）病院の経営改革は、平成19年度に民間病院経営者も加わった検討会でガイドラインが策定され、平成20年度に3年での経営効率化、5年での再編・ネットワーク化、経営形態見直しの改革プランを策定した。

平成26年度内に示される新しいガイドラインが注目されていたが、年度末である本年3月31日に示された。しかし、前回示された「3年連続病床利用率70%未満」のような新たな指標はなく、「目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではない」とされている。平成27年度あるいは28年度中に策定し、平成32年度までの計画を策定することとなる。

主な変更・追加点は、地域医療構想との整合（地域医療構想を踏まえた役割の明確化）と普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数へ変更する点である。前者については、「地域医療構想調整会議」との合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきとされており、後者についても病床機能報告制度による副産物とも考えられ、公立（自治体）病院がより地域で必要となる医療機能に関して、より調整的な役割を果たすことが期待される。

なお、地方公営企業に対しては、平成26年5月30日付の通知で、人口減少による料金収入の減少を踏まえて、経営健全化を目的とした中長期的な経営戦略（10年以上を基本計画期間）を策定することとされていたが、病院事業については新改革プランを策定することで足りるとされている。

3. 地域医療構想

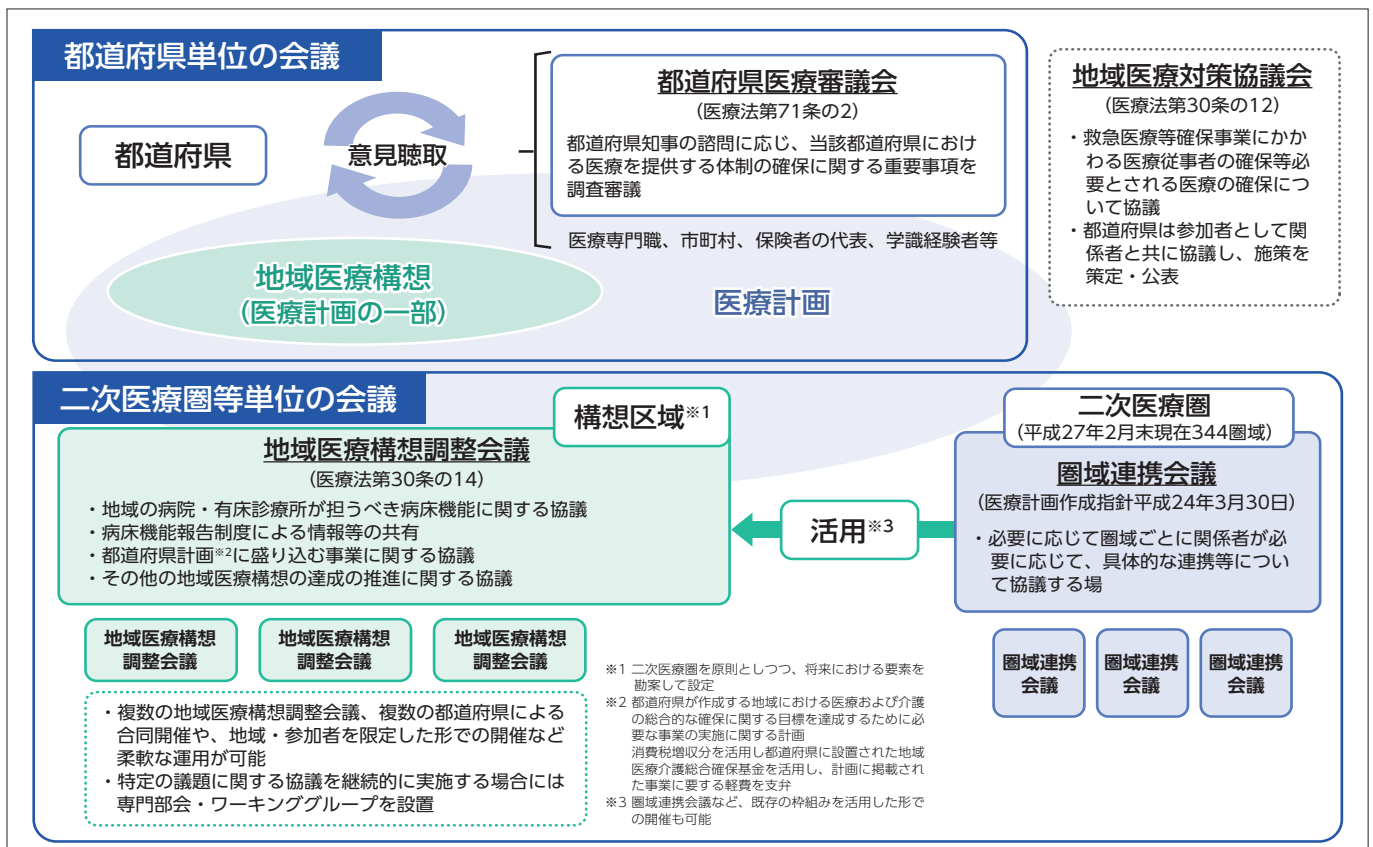
3月に「策定ガイドライン」がまとめられ、またいくつかの県からは病床機能報告制度による報告状況が公表される等、全国でスタートした地域医療構想の策定。また、5月28日付で、注目されている「策定支援ツール」は当初予定より遅れ、6月10日を目途に、各都道府県に送付される旨、事務連絡されたところである。

ご存知の通り、地域医療構想とは、「1. 2025（平成37）年の医療需要と病床の必要量」を踏まえ、「2. 地域医療構想調整会議での議論・調整を通じて、構想区域における医療提供体制や機能分化・連携を検討していく」ものである。

「2025年モデル」「病床・医療費削減」との関係等、非常に関心の高い取り組みであるが、ガイドラインはあくまで「参考」であることが確認されていること、療養病床の入院受療率において「特別の事情」がある場合には目標を変更できること等、当初からある一定のアローアンスがあるものであると指摘しておきたい。前向きに解釈していくとすれば、地域医療構想はその構想期間は長いものの従来からの制度政策である地域医療計画の下位概念にあるものと考えられ、地域医療計画よりも多くの定量的データを用いて、2次医療圏単位での事業者の十分な意見、調整を踏まえて柔軟かつリアルティーをもって策定されていくべきものと解釈できる。

本稿では、これから具体的に各病院が構想圏域での調整会議に参加し、地域医療を検討していかれるにあたって、確認しておくべきポイントを整理したい。

■ 地域医療構想に関する会議



参考資料3 第9回地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会 平成27年3月18日



①病床機能の区分について

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○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テーションを提供する機能 ○特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度な障害者（重度な意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

上記は、昨年の病床機能報告時の内容（定義）であるが、後述する推計に先立って、慢性期について「医療」の言葉が使われていない点については念頭におく必要がある。

②需要推計について

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計については、各機能の境界点を出来高ベースの医療資源投入量を用いることになった。3,000点、600点等の設定については、疾患別に設定すべき等という意見もあるが、あくまでのこの推計は全国のマクロで用いられるものである。この点数を見て、「〇〇病棟は急性期」である、「高度急性期にするために、3,000点以上になるような患者を集める」等の個別対応は必要ないものとする。

慢性期機能については、出来高データが入っていないというレセプトの側面もあって、「慢性期機能の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計する」とされている。誤解を恐れずに表現するなら、「入院受療率」を媒介して病床数の地域差を縮小させるということである。

③「回復期機能」について

病床機能報告制度による機能区分の報告状況（速報値第3報）では、回復期は約123万床のうち約11万床、8.9%となっ

ている。これは、現在の回復期リハビリテーション病棟以外では、回復期機能を選択しにくい状況を示していると考えられる。回復期機能は、急性期医療の急性期化や病床を増やさずに高齢化に対応して行くための在宅復帰機能の強化の視点から、非常に重要であり、回復期機能において示した医療機能の1点目、すなわち回復期リハビリテーション以外の機能について、分かりやすく定義していく必要があると考えられる。

なお、この点と関連して、平成26年度改定で新設した地域包括ケア病棟について、回復期機能に該当するかどうかについては、現時点でも明言を避けている。診療報酬政策と分けて考える必要があることは理解できるが、新たに病棟単位の特定入院料と位置づけた病床機能であり、早い時点で方向付けされることが望まれる。また、これから始まる診療報酬改定の議論においても注意を要する。

④その他、経営に与える影響

以上、重要と思われる3点について取り上げたが、基本的に地域医療構想で議論されてきた点については、少なくとも個別の患者に提供する医療をゆがめることのないよう配慮がなされていると考えられる。しかしながら、人口が減少していくことを踏まえて推計することにより病床機能ごとに病床数の上限を示していくことは確かなことであり、特に療養病床については、地域によっては現状と比較して大幅に少ない数字が示される可能性がある。

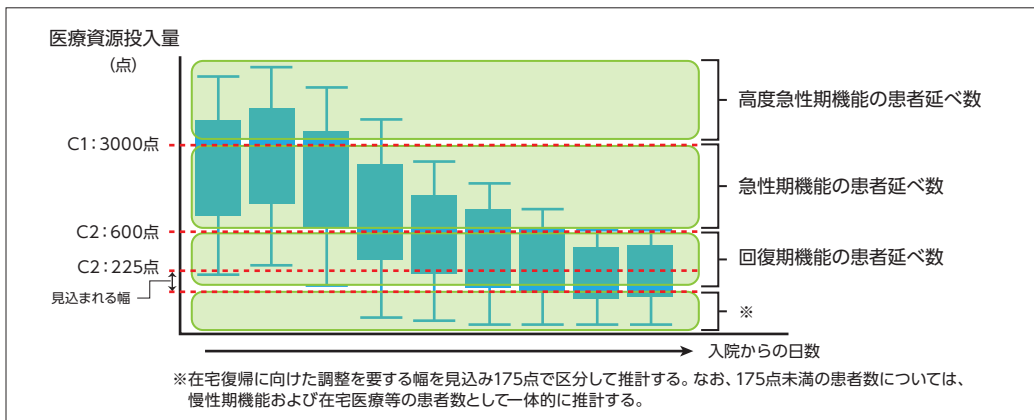
一方、推計に利用された病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%で、統計値としての適切性の観点から致し方ないとはいえ、やや低い印象で受け止める向きも多い。これらの稼働率をクリアすれば、十分な報酬が得られることを保障しているわけではないが、少なくとも大幅に下回って経営が成り立つことも考えられない。

圏域単位で医療の需要とそれに対する提供体制のあり方を議論し、またそれを継続して調整していくことが、今回の地域医療構想の要諦と考えられる。

是非活発な議論が行われ、地域の実情にあった医療提供体制が整備されていくことを期待したい。

本原稿については、正確を期する努力をしておりますが、読者様の判断と責任でご利用ください。

■ 需要推計



Part 2 新公立病院改革ガイドラインと地域医療構想

総務省自治財政局 準公営企業室長 **大沢 博氏**

Ⅰ 前改革ガイドラインへの取り組みは評価

全国の公立病院のさらなる改革のため、平成27年3月31日付けで、新公立病院改革ガイドラインをお示しいたしました。前回の改革ガイドライン（平成19年）から8年を経過していますが、今回の改革ガイドラインは、厚生労働省を中心に進められている一連の医療制度改革との平仄を合わせるという側面もあります。

前回の改革ガイドラインでは、全国の公立病院に、①経営の効率化、②再編・ネットワークに係る取り組み、③経営形態の見直し—の3点について、取り組んでいただきました。全体としては、よく取り組んでいただいたという印象です。例えば、黒字化（経常収支黒字化）については、平成20年度で29.7%であったものが、平成24年度では50.4%、平成25年度は若干低下し46.4%となっていますが、明らかな改善を見て取れます。

再編ネットワークについては、病院の統合・再編に取り組んでいる事例が65、162の病院（公立病院以外のものも加えると189病院）で取り組んでいるところです。

経営形態の見直しについては、平成21年度から平成25年度までに経営形態の見直しを実施した病院は227で、平成26年度以降の見直し予定病院を含めると267病院が、経営形態の見直しに取り組んでいただいています。この経営形態の見直しによって、改善効果が高まったとする病院は、①経営の自主性については、全部適用：76%、地方独立行政法人：100%、②経営の効率化については、全部適用：68%、地方独立行政法人：87.5%、指定管理者制度：73.3%と、いずれも改善実感を持っていただいています。

Ⅱ 新改革ガイドラインは、地域医療構想と連動

現在、医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療構想策定に各都道府県が取り組んでいます。2025年以降の超高齢社会を見据えたこの取り組みは、当然のことではありますが、公立病院のみ例外となるものではありません。新ガイドラインにも記していますが、今回は、前回に加え「地域医療構想を踏まえた（公立病院としての）役割の明確化」という視点で、整合的に取り組んでいただくこととなります。したがって、今回の新ガイドラインに基づき策定された改革プランが、地域医療構想及びその協議の場である「地域医療構想調整会議」との齟齬が出てきた場合には、速やかに改革プランの見直しに取り組んでいただくこととなります。

「役割」については具体的には、2025年の機能ごとの必要病床数を明記する等具体的なものとしていただく必要があります。また、その内容については、今後、随時開催されていく地域医療構想調整会議の場で議論されると考えています。ただし、医療介護総合確保推進法では、地域包括ケアシステムの構築も求めているため、特に中小規模の公立病院では、介護サービスの調整、確保も視野に入れていただくなど、よ

り柔軟な対応が求められてくると考えます。

Ⅲ 国の支援について

今回の新ガイドラインでも前回に引き続き、経営の効率化や再編ネットワーク化、経営形態の見直し等に取り組んでいただき、具体的な数値目標も掲げていただくこととなります。再編ネットワーク化については、詳細な事例を総務省のホームページで紹介していますが、取り組み中の事例も含め、今後の展開等にも注視していただきたい。また、経営形態の見直しについては、先に紹介した改善効果もあるように地方独立行政法人が優位になっていますが、これには規模の大小も関係してくると考えており、中小規模の病院もすべて最終的には地方独立行政法人を選択すべきとは言えないでしょう。恐らく、地域及び当該病院の事情を勘案して選択していただくことになると考えます。

今回の改革プランに対して、国としては以下のような支援を行います。まず、改革に対する措置として、①改革プラン策定に要する経費、②再編ネットワーク化に伴う施設設備の整備に要する経費、③再編ネットワークや経営形態の見直し等に係る清算等に要する経費、④許可病床削減時の普通交付税算定の特例（削減数に応じ5年間の加算措置）を行います。さらに、既存の財政措置の見直しとして、①新設・建替等の地方交付税の見直し、②地方交付税算定基礎を稼働病床数へ、③地方財政措置の重点化、④公的病院等への自治体の助成の継続—となっています。②の普通交付税の算定基礎については、これまでは許可病床でしたが今後、稼働病床数（医療法の病床機能報告制度において報告した稼働病床数）に変更します。算定の公平性の確保の視点からの見直しであり、当該病院本来の医療提供量をより忠実に測る指標と理解しています。

前回の改革プランへの取り組みについては、平成25年度分までについては総務省のHPで紹介していますが、今後、平成26年度分についても詳細な分析を行い、同様に紹介していきます。

Ⅳ 都道府県の役割の強化

都道府県は、国民健康保険の財政責任を負うこととなります。保険料の徴収事務などについては、従前どおり市町村が負うことになっていますが、今後は、医療提供と同時に保険者としての機能を求められることとなります。

一方、市町村は地域包括ケアシステムへの取り組みで苦勞されている状況ですが、15年前の介護保険創設時にも同様な混乱がありましたが、それでも市町村の方々は、積極的に介護保険に取り組んでいただき、十分な成果をあげてきています。今回、地域医療構想の策定と国保の問題は、都道府県においても少なからず困惑を感じていることと思いますが、必ずそれぞれの地域にとって望ましい構想、そして安定的な国保運営が実現できるものと期待しています。（文責：編集部）



Part 3 地域医療構想とその取り組み

厚生労働省医政局 地域医療計画課長 課長 **北波 孝氏**

Ⅰ 病床機能報告の状況

昨年の「医療介護総合確保推進法」に基づいて各都道府県が策定する地域医療構想のため、昨年7月に全国の病院及び有床診療所から、病棟機能報告を各都道府県に行っていました。そのデータについては、本年3月2日にクリーニングも終了し、集計可能な速報値については、厚生労働省のホームページでも紹介していますが、以下のような状況になっています。

報告対象の病院7,402施設のうち平成27年2月16日までに7,268施設、有床診療所7,626施設のうち5,996施設が報告を行い、病院6,996施設、有床診療所5,996施設が全病棟の機能区分の選択が確定しています。上記、集計対象施設の許可病床数の合計は、1,247,363床となっています。

このうち、一般病床では、高度急性期：190,849床、急性期：578,723床、回復期：59,605床、慢性期：86,354床、療養病床では、高度急性期：331床、急性期：2,456床、回復期：109,617床、慢性期：351,953床という届出状況になっています。

Ⅱ 医療資源の投入量と病床機能は連動しない

今回の病床機能報告で、混乱のひとつとなっているのが医療資源の投入量と病床機能との関係です。昨年の報告については、定性的な指標ということで病院等自身の判断で報告いただきましたが、今後、できるだけ早い段階で定量的な指標を設定します。

各県において地域医療構想を策定いただくためには、それぞれの医療機能に応じた地域の医療需要を算出することがまず必要となります。そのため、医療資源の投入量の推移から、①高度急性期と急性期の境界点、急性期と回復期の境界点についてデータを分析し、①については3000点、②については600点、そして在宅復帰に向けた回復期機能③を225点、さらに慢性期機能と在宅療養は一体的に捕らえ④175点という設定を行っています（いずれも入院基本料等は除く）。

これらの数字は、あくまでそれぞれの地域においてそれぞれの病期の患者数、医療需要を算出するためのものであり、この点数とそれぞれの医療機能を区分することとなる定量的な指標とはまったく関連していません。中には、上記の点数によって、病棟の患者さんを移動させているといった話も伝わってきますが、結局、どの病棟にどのような医療資源は投下するわけですし、こういった「罅」に影響されることなく患者さんの療養の環境を考慮した対応をお願いしたいところです。恐らく今後設定される定量的な指標については、こういった点数ではなく、また別の視点での設定が行われると思われる。

冒頭紹介した報告状況を見ると、回復期機能が少ない状況となっていますが、恐らく「回復期リハビリテーション病棟」の存在に影響されたのかもしれませんが。回復期機能については必ずしもリハビリテーションの機能が整っていないと、

在宅復帰等に向け調整を行う機能があれば、回復期機能と区分されるので、今後、再考していただきたいところです。また、各地域において苦慮されているところが療養病床の量についてでしょう。先に述べたように、慢性期と在宅を一体的に推計するとしており、環境が整備されれば、療養病床に入院する患者さんの一定数は在宅等への復帰が見込めると考えています。そこで、慢性期の医療需要については、2つのパターンを示し、慢性期の入院受療率の調整に取り組んでいただくこととなります。

Ⅲ 構想区域にはデリケートな配慮も

地域医療構想については、まさに各県で取り組んでいただいているところですが、法律上は平成30年度末までに策定となっていますが、その後のさまざまな調整等を考えると、できるだけ平成28年度中に策定いただくことが望ましいと考えています。地域医療構想は医療計画に含まれるため、構想区域については、医療計画の二次医療圏を原則としますが、医療需給の量によって柔軟な対応が必要と考えます。例えば、中核都市など人口が集中しているような地域で1医療圏となっているようなところでは、複数の構想区域の設定もあるでしょうし、逆に東京都のように一体的に考えるといったところもあるでしょう。

ひとつの構想区域での医療需給がぴったりと合うような状況がまれかもしれないので、将来人口の推移や、患者の受領行動、疾病構造の変化や基幹病院アクセスなど、さまざまな要素を考慮した上で、柔軟に対応していただきたい。地域医療構想は医療計画同様、施設完結の医療ではなく、地域完結型の医療を念頭において、取り組んでいただきたい。

Ⅳ 調整会議には広範な関係者の参加を

各構想区域における医療需要を算出し、必要な医療提供量を設定した後は、現状の提供量との調整が必要になります。それが、いわゆる協議の場、「地域医療構想調整会議」となります。この会議は、当該区域内の関係者の利害の調整を行うことになり、運営についても困難が予想されています。当然、病院関係者が中心となりますが、国としても日本医師会、各病院団体、職能団体等をお願いし、この会議に積極的に参加いただき、議論、調整に取り組んでいただきたいと考えています。

このデリケートな会議の運営については、できるだけ早い段階で立ち上げていただくことが望ましいでしょう。本格的な議論、調整に入る前に、メンバー相互のコミュニケーションを構築していくことが望ましいし、できるだけ早い段階で構想自体も策定いただき、平成37年に向かって十分な議論、調整の時間を作っていただきたいと考えています。そこで、各県の担当者の方々には、この会議で十分な説明ができるよう、是非とも苦勞してでも自分の手で構想を策定いただきたい。そのため、国も研修をはじめさまざまな相談対応に今後取り組んでいく考えです。（文責：編集部）

グループウェアの機能を使い切って 効率的な組織運営を

岡山市の人口は約70万人、岡山県の県庁所在地であり、平成21年には全国で18番目の政令指定都市となった、文字通り岡山県の中核をなす都市である。医療面では、岡山市、玉野市、備前市、瀬戸内市、赤磐市、和気町、吉備中央町の7市町(5市2町)を抱える県南東部保健医療圏に属する。岡山県内の急性期医療を担う病院は、一部、隣の倉敷市等を除くと岡山大学付属病院をはじめ多くが岡山市内に集中しており、岡山済生会総合病院は急性期病院として、特に救急医療や緩和ケアを含むがん診療にも力を注いでおり、平成14年12月に岡山県で初めて地域がん診療拠点病院に指定された岡山県の中核病院のひとつである。また、岡山済生会総合病院は、医療・保健・福祉の充実、発展のために地域医療に貢献している総合病院でもあり、老人福祉施設の運営や、へき地医療での診療や検診、瀬戸内海巡回診療船「済生丸100」による離島の診療と検診なども行っている。これは、済生会の理念そのものといった取り組みでもある。隣接する土地に新病院(入院棟)を建設中の同院では、グループウェアCoMedixを活用し移転関連事務も順調に進んでいるという。情報管理課副係長・岩戸孝氏、情報管理課副係長・今谷真一氏、経営企画課・近藤倫子氏にお話をうかがった。



岡山済生会総合病院
情報管理課副係長 岩戸 孝氏
情報管理課副係長 今谷 真一氏
経営企画課 近藤 倫子氏(左より)



岡山済生会総合病院
(新病棟予想図)

CoMedix 導入はランチャー起動がポイント

— 最初にCoMedixに注目されたきっかけを教えてください。

岩戸 以前導入していたグループウェアは、最初の電子カルテ導入時に使い始めましたが、使い勝手もそれほどではなかったのです。しかし、データ移行が複雑なため、簡単に替えるわけにもいかず、ずっと悩んでいました。そんなとき、富士通の電子カルテユーザー会のネットの書き込みで、グループウェアの問い合わせ書き込みにも、一番早くランチャーを導入した横浜市立みなと赤十字病院の方が、「CoMedixを導入している」と回答されていたのを見て、問い合わせをしたのがきっかけでした。2012年のことだったと思います。

— CoMedixのどんなところに着目されたのでしょうか。

岩戸 やはり電子カルテとのシングルサインオン、そしてランチャー連携です。電子カルテを起動後、さらにグループウェアを立ち上げてパスワードを入力しログインするという行為を、1日に何度もやっていると相応のストレスがかかります。極端な言い方をすれば、それだけ利用者の方々の労務負担になっているわけですから、それがなくなるだけでも負担の軽減につながっていると思います。それと、当院の組織の運用形態にあったということです。

— 運用形態とは。

岩戸 当院では色々な委員会や部会、ワーキンググループとかなりの数の会合が同時進行で動いています。以前のグループウェアにも大きな委員会などの枠はあったのですが、その中の部会、ワーキンググループ(WG)といったいくつかの会合を関連づける機能はありませんでした。例えば当院で言えば、現在、新病院(入院棟)の建設中ですが、引越し委員会というものがあり、その中には、ITの部会があったり医療機器の部会があったりします。そういったWGなどの管理がCoMedixではで

きますし、その議事録の管理などもそれぞれのWGごとにできます。このように数多くの多様な委員会の運用に対応できるグループウェアがなかった。また、岡山県済生会としては平成18年に済生会吉備病院を開設し、岡山済生会総合病院と電子カルテを共有していることもあり、グループウェアも複数の施設に対応しているシステムであることが必要条件でした。それまで、いろんな企業向けのグループウェアなども試してみたのですが、結局、医療向けであり電子カルテとのシングルサインオン、そしてランチャー連携、多様な委員会の管理ができていたという点でCoMedixに決定したということです。



— 現在、グループウェアはどのような使い方をされているのでしょうか。

岩戸 院内の情報共有ということで、かなりの頻度で使っています。CoMedixは、電子カルテのトップページに採用していることもあって、アクセス数も多くなっています。ほぼすべての機能を使っていますが、特に「お知らせ・回覧板」、「Webメール」、「設備予約」、「スケジュール」、「リンクライブラリ」が使われているように感じています。「設備予約」は、先ほどご紹介したように新病院のオープンを控えているため、各種委員会、部会の予約調整に大変役立っています。

今谷 委員会・WGは、吉備病院も含めると、現在120を超える数が登録されており、議事録の保存等、随分と助かっています。

近藤 直接の業務以外でも、お知らせ・回覧板は、忘年会の参加アンケートや職員旅行の行き先希望アンケートで利用するなど、かなりスタッフの中には浸透していると感じています。

試行錯誤もあったインシデントレポート

— 貴院では、インシデントレポートシステム・ファントルくんも活用いただいていますね。

岩戸 当初、インシデントレポートシステムは内製していたのですが、入力や統計資料の作成が大変でした。何かよいシステムはないかと探していたところでもあったのです。それで、CoMedixを導入する際、ファントルくんも併せてご紹介いただいて導入を決定しました。導入から2年が経過し、統計の取れるデータが充実してきました。最近のことですが、改善に取り組んでいた事案について、2年間のデータを比較したところ、大幅に改善されていることが、統計上も確認できました。医療安全推進室の取り組みが数値として現れることも良いことですが、入力した情報が統計としてすぐに出せるのは非常に助かります。

— ヒヤリハットの報告のフォーマットについて、何かご苦労はありましたか。

岩戸 試行錯誤を繰り返しました。極論をいえば、量を求めるのか質を求めるのかの選択だったと思います。当初は、入力の手間を考えて入力項目を少なくしようかという話しもあったのですが、必要なことは数がたとえ多くなってもすべて入力してもらうようになりました。もちろん、レベルによっては口頭での報告もあると思いますが、概ねは入力した段階で終了となり、次の仕事に取り組むことができます。また、そうすることによってリスクマネージャーの負担も軽減できます。あまりに簡素化した文書だと、院長や医療安全の責任者である副院長などがそれを見ても、経過がきちんと把握できないようなこともありますから。

— ファントルくん以前は、どのような管理を行っていたでしょう。

岩戸 当初はファイルメーカーで管理していたので、入力は1画面で終わっていました。現在は、画面をスクロールする必要があるのですが、スタッフには受け入れていただいています。今のところ、入力項目を少なくする予定はありません。先ほど紹介した改善事例も、大変かもしれないけど、詳細を入力するという成果の一端だと考えています。

— インシデントレポートシステムに関して、院内からの要望などはありますか。

岩戸 皆さん使い慣れてきている状況になってきて、次は蓄積されているデータを活用したいという要望は出てきています。たとえば、糖尿病についてインシュリンの統計を取りたいといったように、横断的な統計の依頼がきています。ただし、そのためには個別の仕組みを作らないといけません。要望のすべてに対応していくのはかなり難しいとは思いますが、去年は画面の最上部のヒヤリハットの分類の名称を追加したり、各項目のマスタ内容を少し変更するなどし、データを拾い上げるために項目の細分化に取り組んでいます。

ユーザー視点でより良いものを

— 再度、グループウェアのお話をうかがいますが、CoMedixを導入されたことで、院内の情報伝達の確実性といったことについてはいかがでしょう。

岩戸 ランチャー起動もあって、以前のグループウェアのときと比較すると、情報伝達の確実性は増していると思います。以前のものが古いタイプだったので、単純な比較は難しいとは思いますが、電子カルテログイン時にシングルサインオン、ランチャー連携もあり、「お知らせ・回覧板」で閲覧履歴、アンケート集計もできるので以前と比較するとかなり密な連携ができていると思います。また、CoMedixのWebメールは、インターネット系のWebメールの操作と違和感がなく、詳細な説明がなくとも使えるといった利点もあります。それと、電子カルテの連絡機能では、ファイルの添付ができなため、ファイルを送付するツールとしても役立っています。さらにアクセスログの集計ができるので、スタッフが何をどれくらい使っているのかが確認できるので、管理側としては助かっています。

— 全体としてどのような評価をされているのでしょうか。また、今後、要望等はございますか。

岩戸 他社と比較しても画面の見やすさ、操作性についても優れていますし、レスポンスも早いと感じています。要望をあげさせていただくとすれば、マイページを充実していただきたい。スケジュール、メール管理だけでなく、研修や資格等の管理まで、利用者が必要としている情報管理のサポートに取り組んでいただければ。しかし、全体として利用者の思いを汲み取っていただいていますし、今後も利用者の視点で開発に取り組んでいただきたい。

— 最後に、IT化を通して、今後取り組みたい、実現したいことを教えてください。

岩戸 岡山県済生会は、近隣4県の共同事業として瀬戸内海巡回診療船「済生丸100」で、離島検診などを行っています。この済生丸ではまだ紙カルテの運用なのですが、もしものときの診療の継続性を担保するためにも、離島でも電子カルテが利用できるようにしたいと考えています。さらに、2025年以降も高齢化が進むにつれ、離島だけでなく介護の現場でも同様な事案が出てくると思います。今後は、適切な場所で適切なときに診療情報が閲覧でき、医療・保険・福祉の充実、発展に少しでも貢献できるよう、さらにIT環境を整備していきたいと考えています。

— 貴重なお話をいただきました。ありがとうございます。

CoMedix (コメディクス) は、(株)メディシステムソリューション (www.medi-system.co.jp) の製品です。
お問い合わせ: TEL. 03-3518-6512



階層別役割責任に基づくキャリアパスの活用③

キャリアパスと教育体制の連動

1. 新設された「処遇改善加算Ⅰ」

で求められる賃金改善以外の 処遇改善について

平成27年度の介護報酬改定で、「処遇改善加算Ⅰ」が図表1のとおり、従来の加算に上乗せ評価をされる形で新設されました。

処遇改善加算Ⅰに関しては、図表2のとおり前回まで説明したキャリアパス要件①を満たすことと、キャリアパス要件②も満たすことが必要となります。さらには、平成27年4月以降に実施する「新たな定量的要件」も満たすことも必要となります。

つまり、前回までに紹介したキャリアパスを仕組みとして整備することと、階層別の役割責任に応じた資質向上に向けた教育計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保していくことも同時に求められているということです。

しかし現実的には、上述したような教育体制が体系化されている法人・施設は少ないのではないのでしょうか。毎年、必要性に応じて、単発的な研修を実施はしているが、結果的に本人のキャリアアップには繋がらず、組織全体の成長にも繋がっていないといった声を耳にすることも少なくありません。

2. 現状課題の要因

教育体系の課題要因は次の3点に整理できます。

■ 図表1 処遇改善加算Ⅰの改定

介護職員処遇改善加算は、現行の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乗せ評価を実施。

《新設の加算（更なる上乗せ評価）の算定要件》

(1) キャリアパス要件

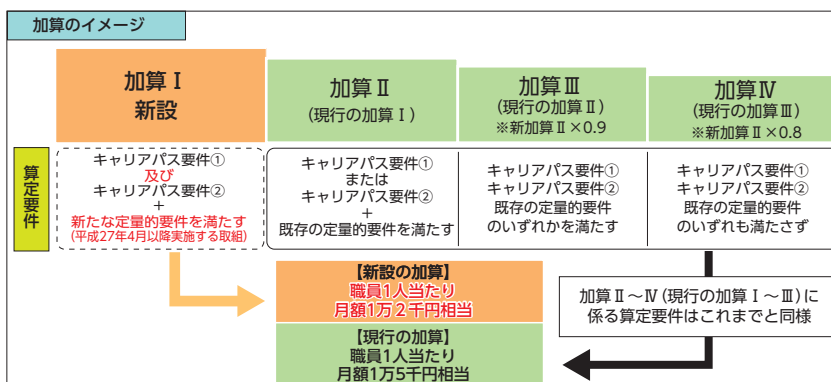
- ① 職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
- ② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。

(2) 定量的要件

平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

出所：社保審—介護給付費分科会 第119回（H27.2.6）資料1-2

■ 図表2 処遇改善加算のイメージ



出所：社保審—介護給付費分科会 第119回（H27.2.6）資料1-2

- キャリアパスとの連動からみた要因
- 階層別の必要スキルからみた要因
- 必要スキル習熟の方法論からみた要因

1) キャリアパスとの連動

各法人・施設の研修をみると、キャリアパスとの連動が図れていないケースが多いようです。これまでも何度も指摘しているとおりキャリアパスは、「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点の状態を整理していくこととなります。「そのために何をしなければならないのか」を受けて先に説明した

とおり、キャリアパスの整理の中で、階層別の役割責任遂行のための業務内容を整理しました。その業務内容を確実に遂行するためにはどのようなスキルが必要で、そのスキルをどのように習得していけばよいのかを整理していく必要があります。

2) 階層別の必要スキル

上述したとおり、研修とキャリアパスとの連動が図れていないため、各階層の役割＝果たすべき期待基準（主な業務内容）に対して習得すべき知識・技術等が明らかになっていないのが現状です。逆に考えれば、それらを整理し、連動させていくことで、各職員が役割責任遂行



■ 図表3 研修ルール案

	研修ルール	詳細
研修受講前	① 研修概要の配付日	研修概要を参加者に配付する期日を設定します。
	② 研修レジュメ・事前課題の配付日	研修レジュメ・事前課題を配付する期日を設定します。
研修受講後	③ 研修受講後のレポート内容・提出期日	改善目標を記載したレポートの内容と提出期日を設定します。
	④ 研修3ヵ月後のレポート提出期日	研修3ヵ月後の現状について振り返るレポートの提出期日を設定します。

のための能力開発に取り組むべきことが明確になります。

3) 必要スキル習熟の方法論

階層別の役割に応じて求められる各スキル向上のために必要な教育施策が体系化されていないのが現状です。教育施策にはOJT、Off-JT、処遇施策、自己啓発等が挙げられます。各階層に必要な習熟スキルを習得する上で、最適な施策を体系化していくことが必要です。また、教育施策で中心となる研修の受講ルールが明確になっていないことも課題の一つです。外部・内部に関係なく研修受講ルールを見直すことも必要です。

以上3つの視点から理念・方針・行動指針に基づいたサービス提供を行っていくためには、キャリアパスに連動した必要スキルの習熟が可能な教育体制の整理が必要です。

3. 教育体制運用のポイント

教育体制も制度として整理するだけでは意味がありません。教育体制を機能させることで、職員一人ひとりのキャリアアップへ繋げることが重要です。教育体制も組織体制・キャリアパスと同様に、研修会・説明会等の機会を通じて、職員一人ひとりに各ツールの存在を知ってもらい、内容を理解してもらうことが重要です。教育体制の内容自体の見直しは、組織体制の見直しに応じてキャリアパスが変更される時期にあわせて適時行うことが望めます。教育体制の運用の一

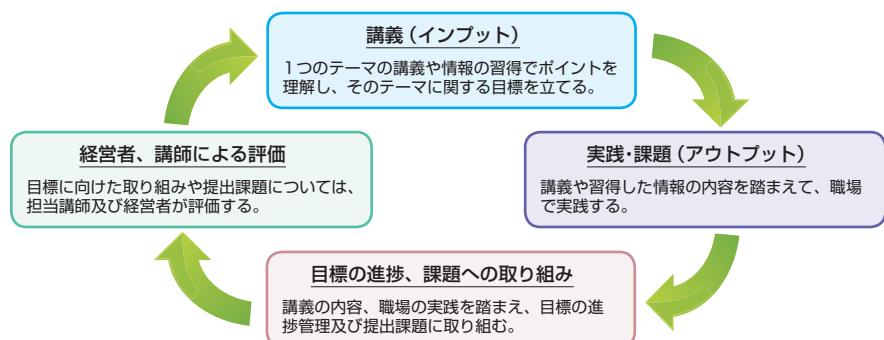
番のポイントは、教育施策に掲げた内容がその効果を発揮しているのかを検証していくことです。つまり、一律的な教育施策の中に無理やり当てはめないことです。そのためには、特に職員一人ひとりの仕事の現状を把握することが必要です。現在の仕事に満足しているのか、今年度担当している担当職務の難易度、業務量について四半期に1回、もしくは年度末にアンケートや個別ヒアリングにて確認していくことが重要です。また、現在の仕事を変えたいと思っているのか、異動や業務変更、チャレンジしたい業務があるのか等も把握していくことで、該当者に応じた教育施策が実施されているかを検証していくことが必要です。

例えば、研修ルールを設定し、研修の成果を高める方法を取り上げて説明してみます。教育体制を明確化し内部研修を実施することが目的にするのではなく、研修内容を踏まえて、職場に活かすために改善活動を実践させることが目的です。そのためにも、研修前後のルールを図表3のとおり設定します。

4. 講義(インプット)と実践(アウトプット)の相乗効果を生み出す

それぞれのテーマの研修終了後には総括と目標設定または課題提出等を行い、振り返りをする構成で進めることをお勧めします。また、目標達成度や提出課題を評価し、次につながるようサポートすることができればより望ましいでしょう。このようなサイクルを繰り返すことで、1テーマの講義の後に3ヵ月程度の実践期間を挟み、レポートやレビュー等で再度振り返りと改善をすることによって、講義(input/Off-JT)と実践(output/OJT)が結びつき、より高い習熟効果が期待できます(図表4)。

さらに研修の受講効果を高める仕掛けとして、各研修に対する動機付けとして、受講者に事前課題を設定することも効果的です。各研修テーマに対する問題意識を喚起し、その問題を自分自身のこととして捉えて、今後何をすべきかを整理することを目的としています。また、研修に対する目標設定を同時に行い、受講意欲の向上を促します。



■ 図表4



人の能力、他人の評価、長い目で見れば…

株式会社日本経営 代表取締役会長 藤澤 功明



私は社長に就任して以降、それまでより多くの方々にお会いする機会が増えてきました。医療あるいは介護・福祉の世界だけではなく、企業や様々な団体の方々と面識を得るようになってきました。そして、改めて世の中には色々な人がいるのだと感じたのです。また、優れた人、能力のある人など、劣等感の塊のような私にとっては、身が縮むような時間を過ごすことが少なくありませんでした。

しかし、同時に考えたことがあります。それは、だからといって卑屈になることはないということです。人間の能力は頭の上から見下ろしても、足元から見上げてその高低はよく判別できません。おなじ地面にいて眺めるから多少の高低が認識できるのです。私が感じた違いについてもそういうことだと考えたのです。だからこそ、私たちは謙虚でなければならぬし、また絶望することもないのです。そんな思いでしたためた手紙を今回はご紹介します。

社員の皆様へ

先日、無事に夏季賞与を支給させていただきました。社員の皆様より「ありがとうございました」という言葉をたくさん頂きましたが、逆に私の方が皆様に「ありがとうございました」「お疲れ様でした」と心から伝えたいと思います。皆様が日々一生懸命、熱心に努力し職務に取り組まれたことが、お

客様よりご評価いただく結果となった賜物と感謝いたします。

私をはじめ、各役員が行っているのは、各部門から上がってきた評価について最終決定することですが、社員数も多くなり、一人ひとりを一から十まですべてを把握し、あらゆる角度から総合的に評価することは非常に難しく、また基準はあっても最後は人が人を評価するわけですから、完全というものはありませんが、できる限り各役員が力を合わせ、一人ひとりの顔を思い浮かべながら、公平、公正な評価を考えて決定しています。

物の見方、考え方の中に三原則の思考があります。それは物事を長期的に、本質的に、総合的に捉えることということです。ある時点の評価だけを見たときには不合理に感じることもあっても、長期のスパンでならして見ると、本質的にも総合的にもバランスが取れてくるものです。一時的は納得しにくいこともあるかもしれませんが、人の育成と同じように長期的に見れば自己評価と他者評価が接近してくると思います。

平成19年7月も皆様の情熱とご家族の皆様の温かいサポートに感謝いたします。誠にありがとうございました。

（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」

「仕事に対して明るく前向きな姿勢で取り組む心」

「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28年診療報酬改定を占う

地域医療構想に都道府県は取り組みを開始し、市町村は地域包括ケアシステムへの取り組みを行っている。平成30年の診療報酬、介護報酬同時の改定は、平成37年に向けた大きな方向性を示すものと考えられる。その前段としての平成28年診療報酬改定は、兆しを捕らえる意味でも重要な意味合いを持つ、次回改定を大胆に占ってみる。

その他
FOCUS
介護・福祉施設経営

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田1-13-3
東京支社 東京都千代田区神田2-11-1
編集者 平井昌俊
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9172
定価 500円(税、送料込)