次世代に託す30年の教訓

経営のＶ字回復－改革の全貌を明らかに－

ふれあい抜粋

青冰第2号より(発行 平成17年11月

外部経営診断に対する病院の取り組み－2年を経過して－（1）

病院長　　樋口　紘

はじめに

当院は平成 11 年度　第 3 者による外部経営診断を受け、平成 12 年 7 月に厳しい診断結果が病院へ提示された。病院は、それに対して直ちに職員一丸となって取り組み 2 年を経過した。この 2 年間の職員皆様の額の汗の成果に対して、労いと感謝を込めて報告する。

1. 医療法とは、医療における憲法　＜スライド（以下ス）1＞

憲法というのは、簡単にしょっ中変わるのでは国民は何を信じて進めばよいのか混乱してしまう。命の現場の最前線で使命感にあふれ患者様中心に日夜懸命にがんばっている職員にとっては、現在も以前と同じように額に汗しているのに、その同じ汗の何が悪くて医療制度がめまぐるしく変わるのだろう、というのが実感であろう。＜ス 2、医療法の歴史＞

しかし、医療法の究極の目標は「国民健康に寄与すること」なので、医療人はその法に従って国民健康のため最善を尽くさなければならない。

2. 国民医療費増大と医療の質の課題　＜ス 3.4＞

＜ス 3＞に見られるように高齢化による老人医療費の伸びに伴い国民医療費が増大し年間 30 兆円を越えるようになり、経済が右肩上がりでなくなった現在医療費の抑制政策となった。高齢者が悪いのではなく、高齢者は日本を再建してきた功労者なのである。

＜ス 4＞は、戦後の医療貧困の時代の昭和 23 年に医療法が制定され、病院と診療所をどんどん増やす政策が取られた。岩手県医療局発足は昭和 25 年 11 月 1 日であり、以来「県下にあまねく医療の均てん

（＝雨露の恵みが地球上のあらゆる生きものに等しくゆきわたること）」を創業の精神として現在に至っている。しかし、いわゆる富士見産婦人科事件に代表されるような医療の荒廃が社会問題となり、昭和60年第1次医療法改正が行なわれ、<ス 4>にみられるように以後第2次、第3次医療法改正で病院と診療所はさらに分化され、平成12年の介護保険法導入とともに、昭和23年病院や診療所であったものが介護保険施設へと分化された。

3. 第4次医療法改正（平成13年3月） <ス 5>

平均在院日数が日本は欧米に較べ著しく長く（日本30日以上、米国7日、英仏10日）、それは人口あたりの入院ベッド数が日本は欧米の倍多いことにもよる、従って現在120万床ある一般病床を60万床まで減らせば、1床あたりの医師数や看護師数は欧米に近づき、医療の質が上がるという考え方である。

また、たとえば設備や体制が厚いところに急性期と慢性期を入院させているのは、医療資源の無駄使いになるので、機能分担するべきだという。そのために診療報酬の裏付けとして200床以上の病院は外来で収入が上がらないようにし、急性期病院（紹介率30%以上、平均在院日数20日以下）には加算点数をつけた。

また、医師の資質を向上させるために、全人的医療とプライマリケアの研修を盛り込んだ臨床研修必修化を平成16年度から始めることとした。

4. 病院機能評価機構と外部（コンサルタント会社）の診断基準には差があった<ス 6～10>

当院は平成7年度、日本医療機能評価機構の運用審査、次いで平成10年度本審査を受けた。平成7年度指摘された事項は、平成10年度には100床当たりの医師や看護婦の職員数が増加し、殆どの項目がクリアし、病院機能評価認定病院となった。

しかし、この認定評価の基準は全国の500床以上の自治体病院の平均値と比較したものであり、実際は平均よりは少し良いというだけの結果にすぎなかった。

ところが平成12年7月に届いた平成11年度の外部経営診断<ス 11～15>は、一般企業も診断している第3者コンサルタント会社だけあって、その診断基準は大変厳しく全国平均値ではなく上位5病院との比較であった。

そのため<ス 11>の如く、職員意識の課題として「病院としてのビジョンが明確でない」以下<ス 12>の如く診断され、さらに<ス 13>の如くスタッフの増員が生産性向上に結びつかず、<ス 14>の如くH8年度から3年連続赤字決算（H11年度は病院前道路用地の売却やうるう年で診療日数1日増などで増収）であると厳しい診断がなされた。

5. 診断結果に対する職員のとまどいと対応

外部診断は大幅な人員削減と業務改善による生産性向上を指摘した。<ス 15>

日本医療機能評価機構により優良病院と認定され満足していた職員は、全然サボっているわけでもないのに何という診断だと大変怒った。しかし、職員スタッフは気を取り直して、やはり厳粛に受け止めなければならないと直ちに全部門よりなる21世紀プロジェクト（経営改善委員会）を立ち上げた。そこが、職員の前向きの資質であり、その後の病院の取り組み経過は、<ス 16.17>の如くである。

一般会社なら人員削減＝人件費低減となり収支は直ちに改善可能であるが、それは単年度限りの効果であって、業務改善しなければ、翌年もまた人員削減に頼るしかない。

「病院の仕事は機械を相手にする会社ではなく身も心も病んでいる人間という人を相手の仕事であり、それにはどうしても看護師など人の手が必要な仕事が多いのである。」ことから先ず各部門の業務を見直

してもらい意味不明の増員は、必要性のエビデンスを厳格に審査し決定することを明確にした。また、業務改善の結果については続報する。

6. ビジョンは急性期高機能センター病院（3020 計画）

国による医療機能分化の推進政策は、すでに第 3 次医療法改正（平成 9 年）に示され＜ス 2＞その時点から準備していた全国 149 の病院が、平成 12 年 4 月より始まった急性期入院加算（紹介率 30%以上、平均在院日数 20 日以下＝3020）を取得した。この政策はＨ13 年 3 月には第 4 次医療法改正として、Ｈ15 年 8 月末までに病院は一般病床病院か療養病床病院のどちらかとして届出しなければならないと制定された。＜ス 4＞

平成 12 年 11 月、院長他歴代医局長 4 名と看護部、事務局のメンバーが、3020 先進病院である国立長野病院、豊橋市民病院、岡崎市民病院へ 1 泊 2 日で視察した。百聞は一見に如かずとはこのことで、それをもとに院内シンポジウム「21 世紀の県民医療ー中央病院の進むべき方向と各部門の役割ー」（小冊子として別冊あり）が開催され、各部門より未来に対する建設的で熱い思いが語られ、院内の意識が急速に高まった。

7. 医局主導による医師会との連携

視察に加わった歴代医局長が中心となって顔の見える病・診、病・病連携として医師の顔写真入りの小冊子を作成し県内全医療機関へご案内した。この小冊子「かかりつけ医・医療連携」の院長あいさつで「紹介患者と救急車は直ちに受け入れ、全てをお返しする」ことをモットーに医療連携・機能分担の姿勢を明確にお知らせした。

その結果、地域医療連携室が開設されたＨ13 年 11 月から平成 14 年 4 月までの 6 ヶ月間で、紹介状あり患者 6273 人に対する総返書件数は 7638 件（初回返書＋退院時返書など 1 人につき複数回返書を含む）となり、またこの期間の紹介状なし来院患者を診断後に医師会への逆紹介件数は 2645 件となっている。これによって当然当院における薬だけ等の外来患者数は減少しているが、その分手術や高度検査や救急車に対する密度高い業務に集中出来るようになり、たとえば救急車搬入については、外部診断を受けたＨ11 年度 1550 台の救急車が、3020 計画をスタートしたＨ13 年度には 2501 台まで増加した。この救急車搬入件数をみてもわかるように、現場最前線の職員スタッフがいかに密度の高い「中央病院がやらなければならない業務」に励んでいるかが伺われる。

その他にも外部診断に対して、各副院長以下各診療科長、各種委員会、医局、各部門スタッフが実に多数の精力的対応をしてきたが、それらの経過と結果については紙面の都合で次回報告する。ここまで書いてきたが、外部診断が提示されてから丁度満 2 年、現場最前線のスタッフがあらゆる場面であらゆる時間、額に汗していることが書き切れない程たくさんあり、改めて労いと感謝を申し上げるものである。（続く）

（Ｈ14.7.22）

医療法とは　医療における「憲法」

１９４８（s23）制定

医師法 … 医療従事者としての医療のあり方を規定

医療法 … 施設面から医療のあるべき姿を規定

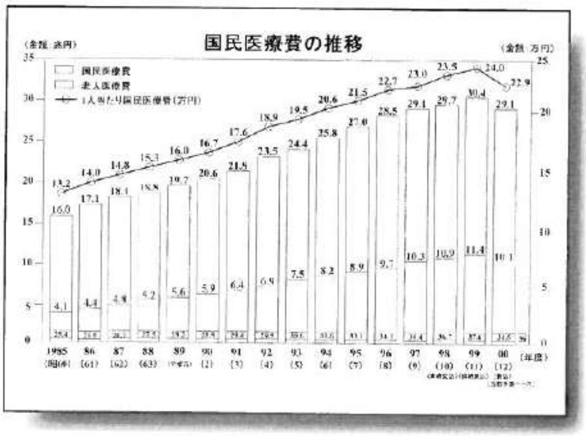
目的：「医療提供体制の確保を図り、もって国民健康の保持に寄与する」

ス－１

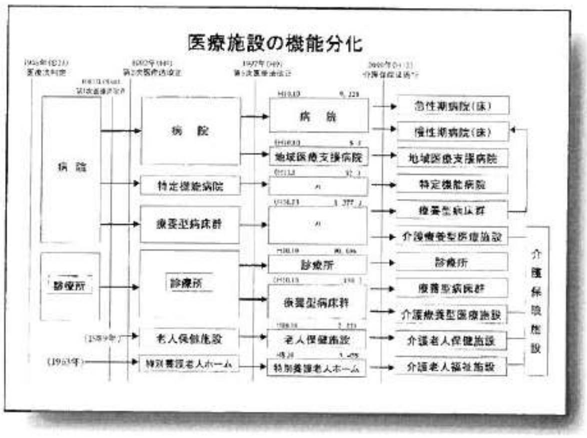
医療法の源流から第4次医療法改正まで

1874(M7)	「医制」…自由開業医制
1941(s16)	「国民医療法」「日本医療団」
1948(s23)	「医療法」 診療所と病院
1985(s60)	「第一次医療法改正」
	医療の荒廃、医療費適正化
	「地域医療計画」…かけ込み増床
1992(H4)	「第二次医療法改正」「診療報酬改定」
	医療施設の体系化（特定機能病院、療養型病床群）
1996(H8)	紹介率30%以上加算
1997(H9)	「第三次医療法改正」
	高齢化、疾病構造の変化、介護保険導入の基盤整備
1998(H10)	「診療報酬改定」
	入院診療料・入院医療管理料加算
	標欠減額処置
2000(H12)	介護保険法導入
	「診療報酬改定」
	急性期医療の質の評価、3020
	急性期医療の質の明確化
2001(H13.3)	「第四次医療法改正」
	微調整（建物）から大変革（人員配置）へ

ス－２



ス－３



ス－４

第四次医療法改正

背景：平均在院日数が長い

1. 人口あたりの病床数が多い（過剰病床）
2. 医療におけるマンパワー不足
3. 急性期と慢性期入院の混在

目的：高齢化の進展と疾病構造の変化の中で良質な医療を効率的に提供する

1. 入院医療体制整備（病床区分の見直し）
2. 情報提供の推進（広告規制の緩和）
3. 医療従事者の資質の向上（臨床研修必修化）

診療報酬の裏付け：

かかりつけ医と病院の連携と機能分担

1. 急性期と慢性期の算定の明確化（30%、20日）
2. 200床以上病院の外来収入抑制（再診料包括化）
3. 小児医療と手術料の評価
4. 外来管理加算、特定疾患療養指導料

次期医療法改正 → 医療サービス法？

個別性、安全性、透明性、患者主導、効率性

ス－５

病院機能評価結果

岩手県立中央病院　県立27病院のセンター的病院

25診療科　730床　急性期病院

平成7年度運用調査	平成10年度調査
病院の理念と組織的基盤 改善指摘事項 ○基本方針の中に患者の権利がない	改善すべき事項なし
地域ニュースの反映 改善すべき事項なし	改善すべき事項なし
診療の質の確保 改善指摘事項 ○診療録管理　検索　有効活用 ○回復室管理 ○院内救急体制	改善すべき事項なし

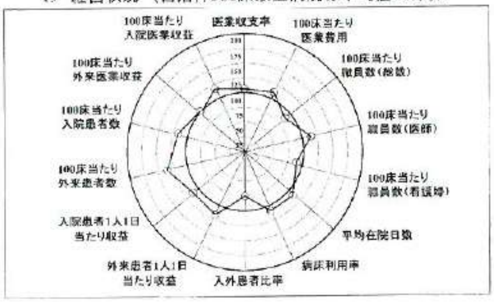
ス－６

平成7年度運用調査	平成10年度調査
看護の適切な提供 改善指摘事項 ○看護の能力評価 ○能力評価を運営組織に活用	改善すべき事項なし
患者の満足と安心 改善指摘事項 ○外来での患者名放送 ○患者が検体尿を持って歩く	改善すべき事項なし
病院運営管理の合理性 改善指摘事項 ○医療機器の保守点検 ○機器トラブル時の対応体制	改善すべき事項なし
総　括 改善すべき事項 患者権利の明記 プライバシー保護への配慮 診療録管理の合理化 看護婦能力評価のすすめ	総　括 改善すべき事項 診療録管理の合理化 大災害時の医薬品食料の備蓄

ス－7

病院機能評価平成7年

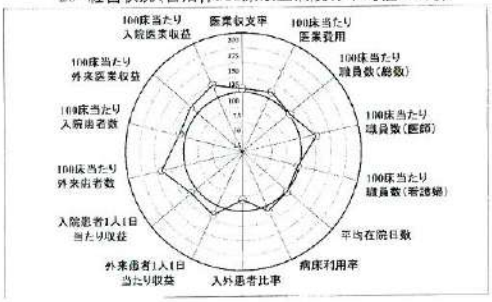
19　経営状況（自治体500床以上病院の平均値100対）



ス－8

病院機能評価平成10年

26　経営状況（自治体500床以上病院の平均値100対）



ス－9

病院運営管理の合理性

		平成7	平成10
	財務会計・財務管理が適切に行われている		
6.2.1	財務会計が適切に行われている	4	4
6.2.2	予算管理が行われている	4	4
6.2.3	経営分析が適切に行われている	3	3
6.2.4	資金管理および投資計画が適切である	4	4
6.2.5	外部監査が行われている	4	4

領域評価

平成 7年　全般的に行われている

平成10年　自院での経営分析は行われているが具体的内容や解決策を記録として残し今後の改善に反映させるべきである

ス－10

経営診断結果報告

平成12年7月

職員意識の課題

病院としてのビジョンが明確でない

経営指標上の課題

(<u>目標設定は同規模病院の最高値</u>)

入院収益：収益停滞

一日患者数　在院日数　診療単価

外来収益：収益停滞

一日患者数　医者一人当たり患者数　診療単価　紹介率

査定率が高い

費用：薬品費材料費が高い

ス－11

経営診断結果報告

平成12年7月

生産性

スタッフ増員が生産性向上に結びつかない

職員一人当たりの収益が低い

運用上の課題

病症管理：空床管理が不徹底

査定対策委員会が機能していない

薬剤請求漏れが多い

材料の廉価購入

ス－12

経営診断 2

生産性:スタッフ増員が生産性向上に結びつかず

	平成7年度	平成11年度	
医　師	122	132(+10)	理由不明
病棟看護	359	366(+7)	入院患者増なし
ICU看護	32	32	算定患者数不足(4-4体制)
手術看護	23	31(+8)	手術件数増なし
検　査	35	42(+7)	一人当り収入減
放射線	28	31(+3)	一人当り収入減
薬　剤	21	22(+1)	院外処方 服薬指導不釣合い

スー13

病院経営　収支の推移

	収支差引損益(円)	医業収支比率(%)
平成7年度	＋　56, 009, 315	96.6
平成8年度	−　96, 541, 966	95.5
平成9年度	−　205, 772, 943	96.4
平成10年度	−　146, 300, 934	97.5
平成11年度	＋　185, 813, 259	97.6
平成12年度	＋　83, 962, 886	97.4
平成13年度	＋　85, 557, 000	97.8

スー14

経営診断 2

対策　平成12年

対　　策	平成12年
医　　師	業務増　人員削減
看護部門	患者増または人員削減
検査部門	人員削減　委託検査増
放射線部門	人員削減または取り扱い患者増
薬剤部門	人員削減　服薬指導増

スー15

岩手県立中央病院外部経営診断への取り組み

1)H10年度　岩手県行政運営外部診断(全部局)
医療局⇒「高い患者満足を提供する仕組みはあるが、その展開は不十分」
岩手県立中央病院⇒3年連続赤字決算(H8〜10)、累積欠損56億円(県病全体の約70%)
2)H11年度　岩手県立中央病院経営外部診断(三菱総研)
3)H12.7.26　病院へ厳しい診断結果の提示と説明会
4)H12.7.31　経営改善推進委員会(21世紀プロジェクト)発足
5)H12.7.28〜10.16　計12回(各2〜8時間)各部門ヒアリング
6)H12.9.20　「第3者による病院経営診断を受けて(1)」(院長)を院内誌「ふれあい」に広報
7)H12.10.3　臨時診療部運営委員会　3020素案の説明
8)H12.10.4〜10.13　各科医師(科長＋医長)と1時間ずつ計26回ヒアリング
9)H12.10.30〜10.31　各部門婦長ヒアリング
10)H12.11.20〜11.21　急性期先進病院視察(歴代医局長等)
11)H12.11.22　臨時診療部運営委員会にて、3020計画の各科別目標値の第1回提示
12)H12.12.5　臨時診療部運営委員会にて、3020計画の院長修正による各科別目標値の第2回提示

スー16

岩手県立中央病院外部経営診断への取り組み(2)

13)H12.12.25　「第3者による病院経営診断を受けて(2)」(院長)を院内誌「ふれあい」に広報
14)H13.2.13　幹部会議で経営改善計画、「急性期高機能センター病院＝3020計画」決定
15)H13.2.15　同上を医療局説明
16)H13.2.27　院内シンポ「21世紀の県民医療−中央病院の進むべき方向と各部門の役割−」
17)H13.2.28　管理会議で「3020計画」説明・周知
18)H13.3.2　看護部婦長・主任会で同上講義
19)H13.3　第4次医療法改正
20)H13.4.1　「3020計画(H15.4到達見込)」スタート(紹介率24.2%　平均在院日数22.4日)
21)H13.8　3020到達(紹介率31.6%　在院日数18.4日)
22)H13.11　地域医療連携室開設
23)H13.11　急性期病院加算開始
24)H13年度　各種委員会　計165回開催
25)H14.3　急性期病院加算⇒　5ヶ月で約7000万円
26)H14.4　診療報酬改定に伴う　3017計画開始
27)H14.6　3017到達(紹介率38.2%　在院日数16.3日)
28)H14.7　取り組み−2年の経過報告

スー17

外部経営診断に対する病院の取り組み－2年を経過して－(2)

病院長　樋口 紘

はじめに

当院は平成11年度、第3者による外部経営診断を受け、その厳しい診断結果が平成12年7月病院へ提示された。病院は、それに対して直ちに職員一丸となって取り組み2年が経過した。院内広報誌ふれあいNo.230にその経過（1）を労いと感謝を込めて皆様へ報告したが、本稿では続報その（2）を報告したい。

1. 21世紀に求められる県民にとって理想の県立中央病院を追求する

第3者による外部経営診断で「明確なビジョンがない」と指摘された当院は、上記の追求をビジョンとして、目標を「高機能センター病院」、行動目標を国の政策に沿った急性期病院（通称 3020）を目指したところ、その数値は既報の通り2年計画であったが5ヶ月で達成した。以下13年4月のスタート時の計画案とその経過、結果を述べる。

2. 健全経営への具体的改善目標（スライド(以下ス)－17)

一般家庭においても、赤字家計になると夫婦喧嘩が始まるように、病院も赤字経営になると資本の再投入による新しい機器購入や人員配置が困難になり、職員のモラル（士気）が低下する。

病院は経営改善のポイントとして（ス－17）のような収益アップと支出削減を計画した。これらの中味を見てわかるように不正な医療行為は何もなく全て県立中央病院として公務員としてやるべき当り前の行動目標となっている。それを受けて経営数値目標を（ス－18）の如く定めた。

3. 紹介患者増加策（ス－19～27)

ご紹介を頂くということは、あくまで頂くことであるから当院の医療レベルと顧客満足度（ＣＳ）に信頼と安心がなければ、こちらがいくら願っても不可能なので、職員一同自己研鑽に励まねばならないことは当然である。その上で以下のような対応をした。

（1）かかりつけ医との連携推進（ス－19, 20, 21）

（ス－19）の如く顔の見える医師顔写真入りの診療案内小冊子を全県下医師へ提供した。また（ス－20）の如く、逆紹介用地区別かかりつけ医マップを院内各診察室、各病棟に備え逆紹介を推進した。さらに（ス－21）の如く夜間や休日に来院した患者様でかかりつけ医がある場合、救急患者来院報告書を翌朝にはかかりつけ医へＦＡＸすることとした。この報告書を受けたかかりつけ医は大変な安心につながると好評である。

(2) 地域医療連携室の設置（ス－22, 23）

（ス－22）の如く24時間365日紹介ＦＡＸを受け付け、来院予約日時を10分以内に返信している。また連携室に権限を持たせ返書が紹介医へ戻っていない時、主治医に連絡し100%の返書率を目指している。その結果、かかりつけ医は、初診返書はすぐ来るし、その後の退院報告など詳細なレポートが必ず来るので大変信頼できると云ってくれます。紹介・逆紹介等の平成11年度からの年次推移は（ス－23）の如く、同じ病院の同じスタッフが短期間にここまで病院を変えました。これらは職員スタッフにそれだけの底力があったということである。

(3) かかりつけ医制度を患者様へお知らせ（ス－24, 25）

（ス－24）の如く、第4次医療法改正による医療連携と医療機能分担（かかりつけ医制と大病院への外来抑制

策など）をポスターや患者様広報誌「やすらぎ」（ス－25）にわかりやすく解説し、又医療の現場でも医師や看護師などが説明につとめた。

(4) 紹介状持参優先診察（ス－26, 27）

紹介ＦＡＸですでに予約された患者様は、前もってカルテが出来ており、予約日時間に診察室前に来院すれば良く、又当日受付け新患は通常カルテ作りだけでも１時間以上かかることが多いため、紹介状持参者と非持参者を分けて受付け、紹介状持参者を優先している。もちろん、急患は最優先している。初めはこの優先診察にクレームも頂いたが、最近では中央病院はかかりつけ医にかかって、それから紹介されれば優先的に診てもらえるところという意識が定着してきている。

4. 救急患者増加策

救急は医療の原点である。県民にとって 365 日、24 時間救急の灯りがついていることは最大の願いである。しかし、休日や夜間の受け入れ体制を整えて、いつ来院するかもわからない救急患者に備えるのは経営的には大きな不採算部門である。だから県民がその税金で設立した県立病院がそれを担当しなければならない。それを奨励するため国は救急車搬入件数を紹介率の計算に取り入れた。すなわち、救急車受け入れは県民に安心と安全を提供するばかりでなく、紹介率向上と新入院患者の確保を意味する。

(1) 医局救急体制の充実

先ず医療安全対策上、卒後 1, 2 年の研修医には単独では当直させず指導医付きとし、第 1（1 年次研修医）第 2（2 年次研修医）第 3（卒後 3 年以上），循環器，脳神経，さらにｂａｃｋ　ｕｐとしてＩＣＵ当直の６名プラス小児輪番日の小児科当直体制とした。また休日の日直には、50 歳以上のベテラン内科系・外科系両者を配置し、質の向上をはかった。加えて当直医のみで対応不能な時の全科のオンコール当番医制も機能している。

(2) 救急車を断わらない原則の徹底（ス－28）

県立中央病院の大きな使命の１つとして、救急車を断わらないこととした。断わった時は「救急車受け入れ不能理由書」（ス－28）を提出することとした。その結果当院が他の救急患者対応や手術中などの場合を除いて救急車を断わることはなくなっている。

(3) ＰＨＳの導入

ＰＨＳの導入で救急隊と担当医師及びかかりつけ医と当院医師、さらに院内ナース等と主治医の迅速直接通話が可能となり、救急迅速受け入れと医療安全対策が著しく向上した。

(4) 時間外救急来院患者報告書の導入（ス－21）

（ス－21）に述べた如く、これは当院とかかりつけ医とが患者情報を共有することで、患者安全と医療の質の確保につながっている。

(5) 救急隊との事例研究会及び医局救急症例検討会

救急隊には現場から病院搬入までのプレホスピタルケアが強く求められ、一方医師は、発症現場の状況把握の経験に乏しく、毎月 1 回 4~5 例の救急搬入事例について、指導医のミニレクチャーを含めた事例研究会を行なっている。また、救急外来患者は、症状が出揃っていることは少なく、その初期症状が軽くても後に重大な疾患とわかることがしばしばあり、医療安全対策上リスクが高い。それらの症例を経験の積んだ各科の指導医と検討し、全医師の共有経験とすることによって医療の質を高めている。これらの勉強会は経験の少ない研修医にとって特に勉強になっている。

5. 病床管理の徹底及び平均在院日数の短縮

副院長（診療部長）をベッドコントローラーとして、入院ベッドは各科のものではなく、全て患者様のものである。と各科、各病棟の垣根なく、ニーズがあるならどの病棟にもどんな患者様でも受け入れることとした。2 回に

亘るベッド再編により、医師、看護師の意識は高まり、ベッドの回転が良くなった。
また、クリティカルパスや外来化学療法、入院前後の外来業務拡大等により在院日数の短縮が図られた。

6. **査定減の縮小と請求漏れの防止**(ス－29)
保険診療委員会と医局の努力により、(ス－29) の如く大幅な査定減となった。また請求漏れは委託業者の不慣れなどもあり多かったが医事課の指導により改善しつつある。しかし、これらに対する対応は、民間病院に比べるとまだまだ甘く、公務員体質と云われる所以であり、一層の努力をして頂きたい。

7. **服薬指導の拡大と薬品の整理統一**(ス－30)
(ス－30) の如く、大幅な服薬指導増加があった。薬剤師はようやく病棟での患者様との直接対話が板に付き本来の薬剤師の仕事になって来ているので、今後さらに期待できる。また薬品の整理統一廉価購入も本来は薬剤部の業務であり、医局も専門家の意見を尊重し改善著しい。その結果院内採用薬品数は1792品目から1641品目まで整理された。今後も医師は自分の金で薬剤を仕入れる意識をもって頂きたい。

8. **診療材料の在庫圧縮と廉価購入**
今当院は、診療材料など仕入れた数だけ(患者様に使用した数だけ)患者様に請求されていない、そのトータルが巨額に上ると診断されている。これは、緊急時のために各部署にストックされているものが、緊急使用時に請求が忘れられているなどによるものである。購入の仕方や品目の決定を診療材料購入委員会等で精力的にすすめているが、これらは今後の経営改善の最も大きなプロジェクトとなり、現在SPD(医療材料供給)方式導入の準備をすすめている。

9. **手術件数及び ICU 算定件数の増加と対応**(ス－31, 32)
手術件数やＩＣＵ算定件数は増加しており、特に高度手術を必要とする紹介患者様の手術待ち期間を短縮するため、手術室、麻酔科、ＩＣＵの充実と臨床工学士の3名から5名への増員などスタッフの確保を進めている。ＩＣＵ化した病棟には、ＩＣＵ科・麻酔科医師等が病棟でのレクチャーに出向いてレベルを上げている。

10. **経営指標の推移**(ス－33)
経営改善の取り組みは前述のほかに紙面には尽くされない程の様々な努力があったが、特に貢献してきたのは、各職種各部門の交わりあった横断的各種委員会が平成13年度166回も自主的に開催されたことである。忙しい日常業務の合い間に実効ある討議がなされ、その議事録が直ちに全病院へ発信されたことは、病院の意識を変える原動力となった。その結果 (ス－33) の如く、各種経営指標の改善につながった。入院収益は外部診断を受けた平成11年度に比較して平成13年度は1億7千4百万円の増収となり、繰り入れ金を除いた実質総収支は1億6千9百万円の改善となった。平成11年度と平成14年度を比較すると、平均在院日数は23.7日から16.6日と短縮し、それに伴い病床利用率は低下したものの入院診療単価は39,038円から42,824円へ増額となった。また一日当たり入院実患者数は27人から35人と増加した。さらに紹介率は20.2%から36.5%に増加した。一丸となってこその成果であった。

11. **脚下照顧と今後の課題**
以上述べた如く、数字的には著しい改善をしているが、目標は数字ではなく「県民が求める理想の県立中央病院」であるので、院長としては、医療が雑になっていないか、医療の質が向上しているか、患者様の心に寄り添っているか、常に足もとをみて (脚下照顧) もっと良い考えはないか、もっと良い方法はないか全職員とともに取り組んでいきたい。従って課題はまだたくさんあり、そのうちのいくつかを述べたい。

(1) 全病棟のＩＣＵ化と２対１看護体制への移行

在院日数の短縮化とともに入退院の回転が早くなり、しかもレスピレーター装着など重症患者が増加しＩＣＵ化していること。これによる看護師の超過勤務の増大と、また日中看護師が 10 人以上で診ている重症患者数を夜間３人で診るのはリスクが高く、中央病院の重症度ではもっと充実させなければならないこと。それにはまず現在 2.5 対１の看護体制を２対１にする必要がある。

(2) 平均在院日数短縮は患者追い出しではないこと

当院で手術や検査を受けられた患者様は最後まで当院で診てもらいたいのは当然の心情であるが、全県下の次の患者様が当院の高度医療を受けるのをお待ちしており、そのため他院や在宅へ退院して頂く（医療連携、在宅医療）、これを医師は丁寧に説明しているが追い出しと誤解されることがあり、さらにその理解を広めなければならないこと。また、受け入れて頂く医療機関との連携をさらに深めてゆく必要がある。在院日数はあくまで平均であり、病状によっては３ヶ月以上入院されている患者様は常時 30 人以上いる。

(3) 救急車を断わらないことと医師の超過勤務

救急医療体制を充実させ県民のニーズに応えているが、当直医は大変忙しく、翌日の午後の休養は殆ど取れていない。医療安全対策上も翌日の休養を必ず取ることの推進。また、翌日休まないで働いている分の収益は本来あてにしてはいけない収益であることから、現在の総収益は標準とはならず、標準の総収益はもっと低い額であること。一方、年間約 1650 回の他県立・市町村病院への診療応援がなければその分総収益は上がることの評価が必要なこと。

(4) 救急車搬入件数の著増と救命救急センター化

平成 13 年度救急車の搬入件数は、県内医療機関のトップクラスであり、ＩＣＵ化した病棟に時間を問わず頻繁に救急入院があり、病棟の安全対策にリスクが増大したこと。これにより政府の二次医療圏（人口 30 万単位）に１ヶ所は準救命救急センターの設立という新しい政策のもと、当院の現状を 20 床規模のＩＣＵ付き救命救急センター化するプロジェクトが必要なこと。

(5) 緩和ケア病棟の設置

国は政策として中核病院に緩和ケア病棟の設置をすすめているが、県内でがん登録患者数が最も多い当院は、がんセンター的機能もあることから在宅緩和ケアのみならず、緩和ケア病棟の設置も必要である。

(6) 平成 14 年度の診療報酬 2.7%マイナス改定と 3017 など

平成 13 年度は前述のように著しい改善がなされたが、平成 14 年度の嵐は 2.7%マイナス改定で当院は単純計算で約 3.5 億円の減収になること。また 10 月から平均在院日数の基準が 17 日以下となり、褥瘡対策や各種要件が増加したことでさらにしめつけが厳しくなる。それに対して、当院はすでに平成 14 年８月には 3017 はクリアし、褥瘡対策委員会などによる改善が着々と進んでいる。2.7%マイナス改定のため減収になるのは止むを得ないが、当院はそれらの数字的政策等に惑わされることなく、職員皆様とともに自治体病院でやらなければならない、自治体病院でなければできない医療を公正・公平な医の倫理のもとに推進してゆきたい。今後も県民に支持され、県民が誇り、そこで働くことを誇るに足る病院作りを共に進めて頂きたい。

２年間に亘り、一丸となって病院改善に取り組んで下さった皆様に改めて心から感謝し労いをささげたい。

（H14. 12. 27）

追）本稿の各種資料作成に携わった当院業務管理室他各部門の皆様に感謝致します。

経営改善のポイント

収益アップ
- ■ 病床管理の徹底
- ■ 平均在院日数の短縮
- ■ 救急医療の充実
- ■ 紹介率の向上
- ■ 手術件数の増加
- ■ 査定減の縮小
- ■ 服薬指導の拡大

材料費削減
- ■ 請求漏れの防止
- ■ 薬品の整理統一
- ■ 在庫圧縮
- ■ 廉価購入

ス－17

経営目標

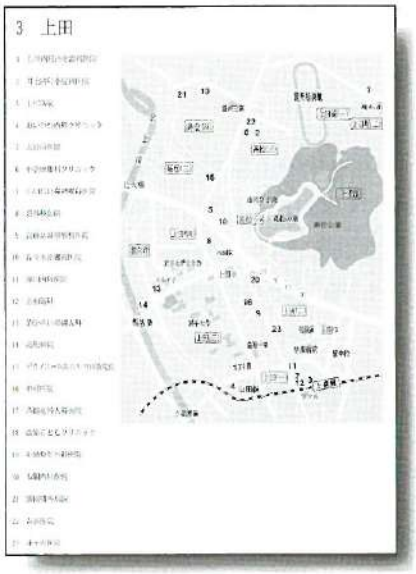
- ■ 紹介率
  20.2%→30%
- ■ 在院日数
  23.7日→20日

（上の2項目：急性期加算）

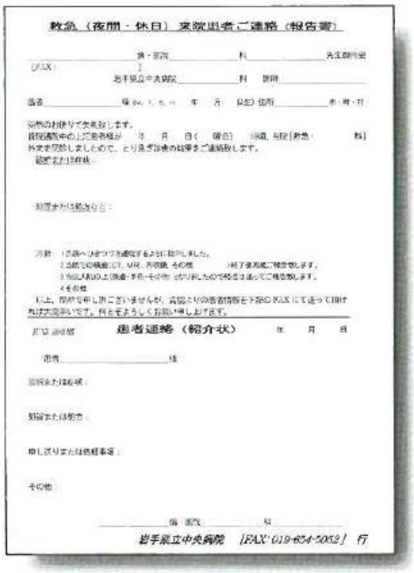
- ■ 実入院患者数／日
  27.5人→31.5人
- ■ 入院診療単価
  39,000円→43,000円
- ■ 査定率
  0.68%→0.30%
  （審査機関査定＋保険者査定）
- ■ 材料費比率
  36%→32%

ス－18

ス－19



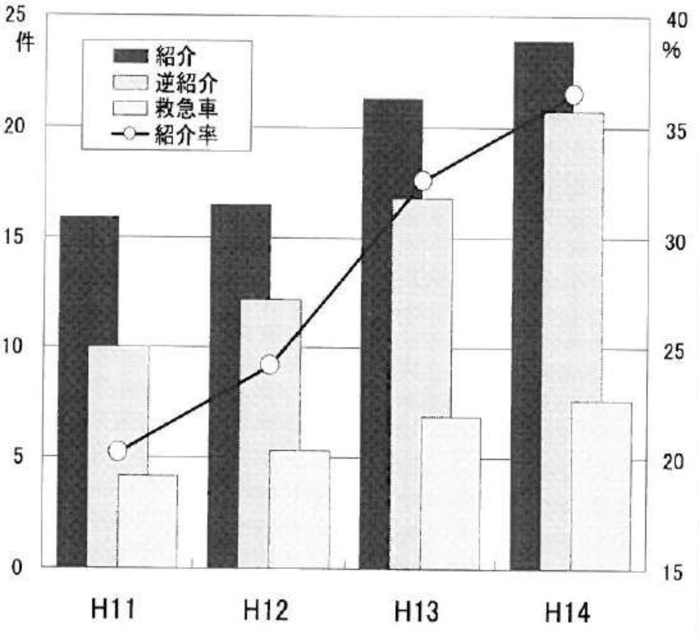
ス－20



ス－21

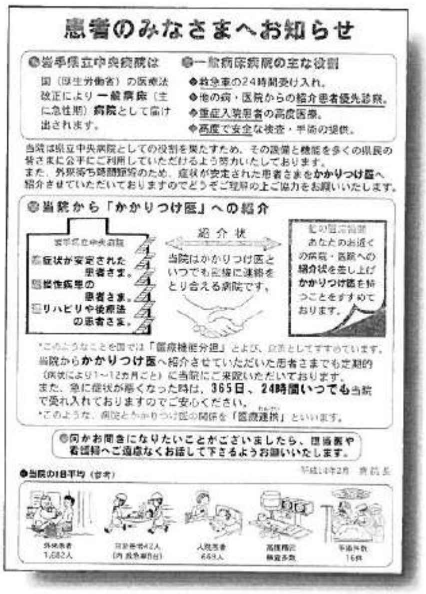
ス－22

紹介・逆紹介の推移
（一日平均）

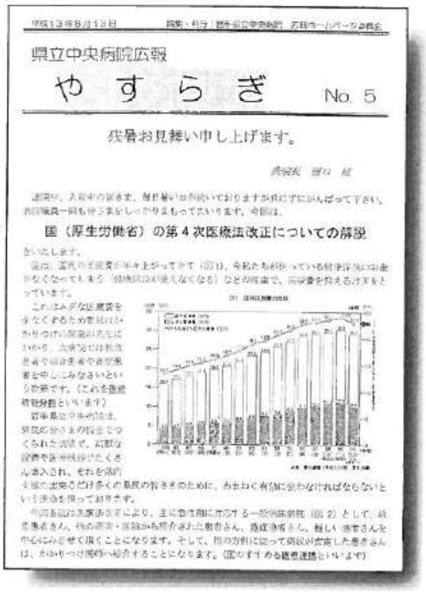


区　分	H11	H12	H13	H14
紹介(件)	15.9	16.5	21.3	23.9
逆紹介(件)	10.0	12.2	16.8	20.7
救急車(件)	4.2	5.3	6.9	7.6
紹介率(%)	20.2	24.2	32.6	36.5

ス－23



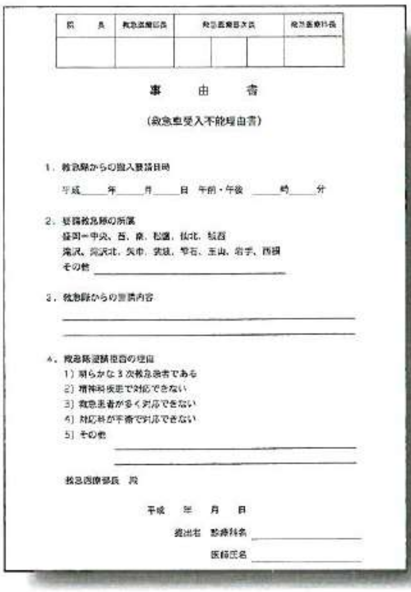
ス－24



ス－25

スー26

スー27



院長	救急医療部長	救急医療部次長			救急医療科長

事由書

（救急車受入不能理由書）

1．救急隊からの搬入要請日時

平成＿＿年＿＿月＿＿日 午前・午後 ＿＿時＿＿分

2．要請救急隊の所属

盛岡＝中央、西、南、松園、仙北、城西

滝沢、滝沢北、矢巾、紫波、雫石、玉山、岩手、西根

その他＿＿＿＿＿＿＿＿

3．救急隊からの要請内容

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4．救急隊要請拒否の理由

1）明らかな3次救急患者である

2）精神科疾患で対応できない

3）救急患者が多く対応できない

4）対応科が手術で対応できない

5）その他

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

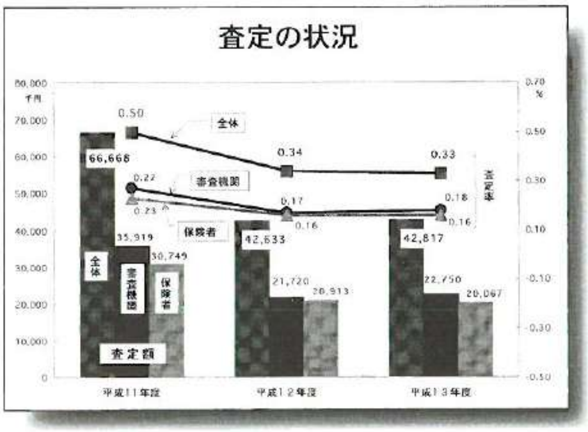
救急医療部長 殿

平成 年 月 日

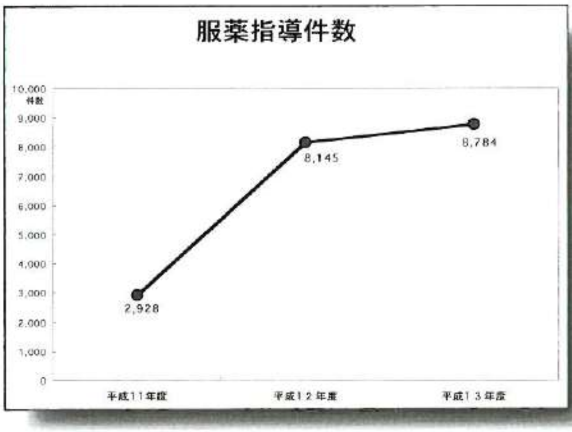
提出者 診療科名＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿

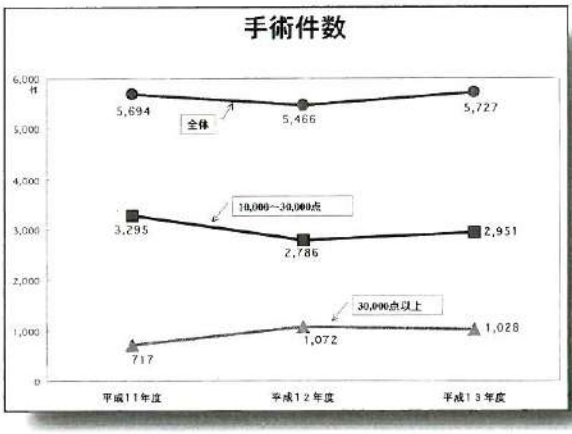
スー28



スー29

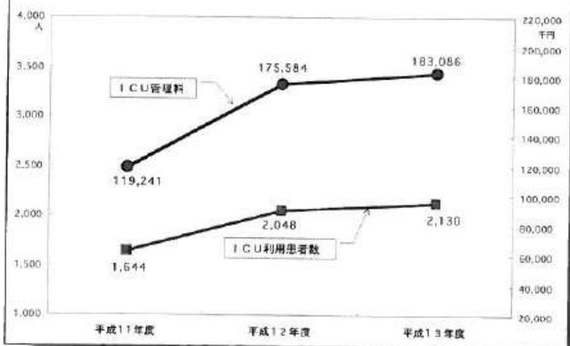


スー30



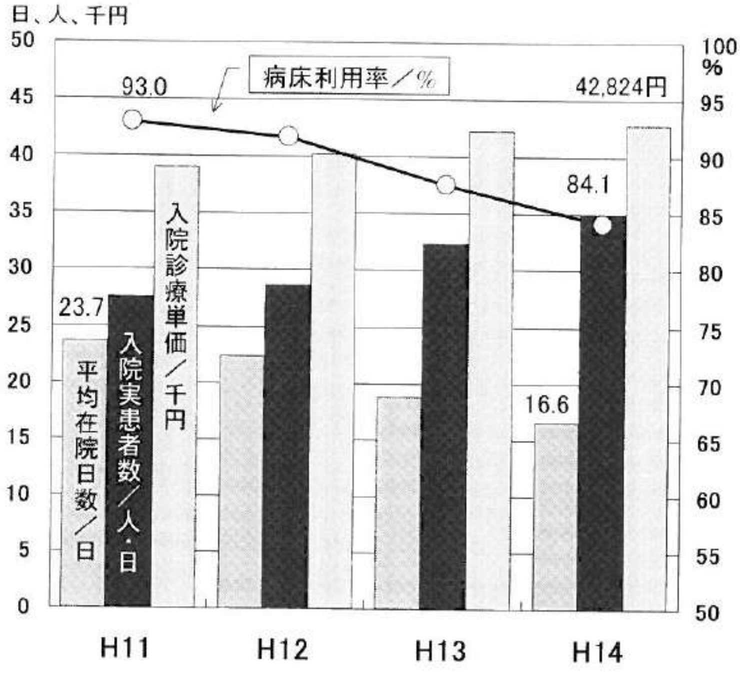
スー31

ＩＣＵの利用状況



ス－32

経営指標の推移



（百万円）

区　分	H11	H12	H13	H13-H11
入院収益	9,695	9,824	9,869	174
総収支	187	84	86	▲101
実質総収支	▲2,467	▲2,453	▲2,298	169

（実質総収支＝総収支－繰入金）

ス－33

経営のV字回復 – 改革の全貌を明らかに –

地域住民が必要とする病院をめざして

院長　望月　泉

要旨

地域住民が必要とする病院とは、地域になくてはならない病院である。いつでも診てもらう（24 時間救急対応）ことができ、かつ治りが良く、親切であたたかい病院のことを言うのかもしれない。医療の質と経営の質、両者の Double Winner が条件となるであろう。岩手県立中央病院は 1987 年 3 月、現在地に新築移転、県立病院のセンター病院として高度・先進医療に取り組むと同時に、断らない救急を病院のミッションとしてかかげ、全診療科参加型の救急医療をおこなう（全科オンコール）体制を作り上げてきた。また医師不足が深刻な地域の公的病院へ医師を派遣するとともに臨床研修指定病院として医師の養成や県内医療従事者を対象とした研修・教育にも取り組んできた。一方、累積損益は 1998 年がピークとなる大きな欠損金をかかえていたが、目標をさだめ全職員が同じ方向を向きトップダウンとボトムアップの手法で種々の業務改善に取り組み、黒字転換した。今後の当院の 2 大テーマは、ひとつは地域包括連携の構築、病院完結型医療から地域完結型医療への転換である。高齢者の看取り、在宅医療を視野に入れたシームレスな地域包括ケアの構築である。また、すぐ近くにある岩手医科大学付属病院が矢巾地区に移転することが 2019 年 9 月に予定されている。盛岡医療圏としての入院体制、通年使用できるヘリポートの整備などを含めた救急医療体制の整備が急がれる。

Key Word：医療の質　経営の質　業務改善　救急医療　地域医療支援

はじめに

地域住民が必要とする病院とは、地域になくてはならない病院であると言い換えることができる。住民目線では、いつでも診てもらう（24 時間救急対応）ことができ、かつ治りが良く、親切であたたかい病院のことを言うのかもしれない。医療の質と経営の質、両者の Double Winner が条件となるであろう。

1950 年 11 月、「無医村に医療のともしびを」「県下にあまねく医療の均てんを」といった高邁な創業精神のもとに岩手県医療局が発足、67 年目を迎えた。岩手県立中央病院（以下当院）は 1987 年 3 月、現在地に新築移転、県立病院のセンター病院として高度・先進医療および特殊・専門医療に取り組むほか、医師不足が深刻な地域の公的病院へ医師を派遣するとともに臨床研修指定病院として医師の養成や県内医療従事者を対象とした研修・教育にも取り組んできた。一方、累積損益は 1998 年がピークとなる大きな欠損金をかかえていたが、種々の業務改善、職員が一丸となった改善にて黒字転換した。本稿では医療の質、経営の質、両者の Double Winner を目指した当院の取り組みを報告する。

1．累積赤字 57 億円からの改革が始まった 2000 年

当院の単年度損益と累積損益の推移を示す（図 1）。

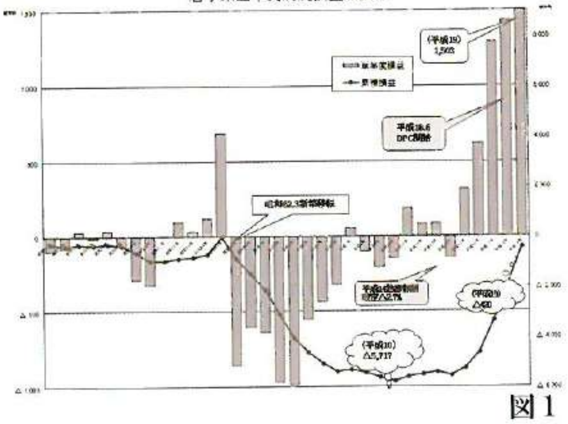


図 1

経営状態は新築移転から 10 余年を経過した 1999 年、累積赤字は増大し 3 年連続赤字決算（1996 ～ 1998 年）、累積欠損金は 57 億円となり、県立病院全体の約 70%をしめるようになっていた。在院日数は長く、病床利用率は高いまま推移、忙しいが収支改善に結びつかない状態であった。2000 年 7 月には、前年に民間会社に依頼していた「経営診断結果」が示された。職員意識の課題として病院としてのビジョンがないことが指摘され、目標設定は同規模病院のなかでも最高値であるにもかかわらず入院収益は停滞しており、1 日患者数や在院日数も停滞気味である、といったことが挙げられた。またスタッフは確保しているが生産性向上に結びついていない、職員の 1 人当たりの収益が非常に低い、病歴管理や空床管理が不徹底で査定対策委員会が機能していない、薬剤請求漏れが多い、材料の廉価購入ができていない、といった厳しい結果をつきつけられた。診断結果をグラフ化した（図 2）。500 床以上の自治体病院の平均値を 100 とした場合に、当院がどのような状況にあるのかを示している。

図 2

平均を超えているのは、平均在院日数と病床利用率くらいで、このうち、平均在院日数は他院よりも長いという意味なので、決してよいことではない。逆に、平均を大幅に下回っているのが、100 床あたりの外来医業収益や入外患者比率などで、医療収支比率も 100 に対して約 95 と低い数字であった[1]）。

この診断結果を受け、トップダウンによる意識改革とボトムアップによる改善活動が始まった。2000 年 11 月、病院長、歴代医局長、その他 7 名で先進病院を視察、急性期病院として取り組まなければならないことを学んできた。2001 年 4 月、経営改善計画を策定した。80 歳になっても自分の歯を 20 本以上残そうという「8020（ハチマルニマル）運動」に習って、「3020（サンマルニマル）計画」と名づけた。紹介率 30%以上、平均在院日数 20 日以内を目標としたもので、病床管理の徹底（医師は病棟を、看護師は患者を選ばない）、平均在院日数の短縮（後方連携の強化・拡大）、救急医療の充実（救急車を断らない）、紹介率 30%以上、逆紹介の推進（地域医療連携機能の創設と充実）など急性期高機能センター病院をめざした。さらに、手術件数の増加や請求漏れの防止、査定減の縮小、服薬指導の拡大などによって収入アップを図るとともに、薬品の整理統一や在庫圧縮、SPD の導入、廉価購入などによって費用削減に取り組みはじめた。2001 年 11 月には、東北地方では先駆けとなる地域医療連携室を開設、地域医療連携室では FAX による診療予約や、紹介状がある方の電話予約、かかりつけ医への返書送付など、先進病院を見学して学んだ事を早速実行した。総合受付には窓口を 2 つ作り、紹介状持参優先診察室を設置するなど、紹介状持参の患者さんを優先する仕組みを設けた。これらの対策が奏功し、前方連携が強化され、取り組んで 1 年もたたず、紹介率 30%、在院日数 20 日以内をクリアし、急性期病院加算を算定できるようになった。

さらに、顔の見える診療をめざして、医師の顔写真を掲載した診療案内を各診療所の先生方に配布した。その後、「連携室だより」の発行や、呼吸循環器セミナーなどのレクチャーを増やしたことも、顔の見える診療を実現するための対策の 1 つである。この「連携室だより」は、2003 年 11 月に創刊して、現在では県内の全医療機関に配布している。紹介率

30%以上、在院日数20日以内を目標とした通称「3020（サンマルニマル）計画」に沿って取り組みを始めてから、救急車の搬入件数は右肩上がりに推移した。（図3）。平成10年には救急車は年間1,500台程度だったが、取り組みを始めてからたった2年間で倍の3,000台となった。また、平成10年には20%未満だった紹介率も、平成13年には30%を超え、平成14年には36%、平均在院日数も、平成9年には23.4日であったが、平成14年には16.5日までに短縮した。

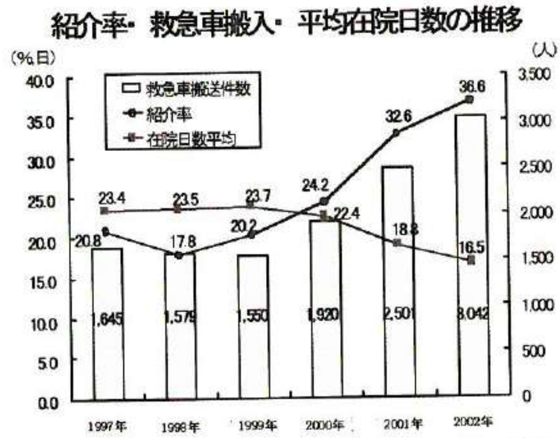


図3

2．「経営の質・医療の質」の“Double Winner”を策定した2004年

2002年には、「3017（サンマルイチナナ）」計画、つまり平均在院日数17日以内に目標を修正変更した。そして2003年2月には外来化学療法室を開設し、地域がん診療連携拠点病院の指定を受けた。2004年に策定した当院独自で策定した経営5ヵ年計画のテーマがまさに「経営の質・医療の質」の“Double Winner”であった。①高度医療・がん診療連携拠点病院、②政策医療（救急（小児）医療・感染症対策）、③地域医療支援、④人材育成・研修医育成、⑤経営健全化と、大きく5つの視点から目標設定を行った。医療の質が大切であることはもちろんだが、経営の質が揺らいでは病院の存続が危ぶまれるので、両者を両立することが大切と考えた。

Double Winnerを達成するための5ヵ年計画を策定し、2004年度から2008年度までの年度別の目標設定をA3用紙1枚にまとめて、職員全員に配布した。（図4）。

図4

3．DPC対象病院になった2006年

DPCに対しての取り組みは比較的早く、2004年10月にはDPC調査協力病院に手上げした。2005年にはセカンドオピニオン外来の新設、緩和ケア、NSTなど、組織横断的なチームを立ち上げ、活発に活動を開始した。そしていよいよDPCの運用が開始されたのが2006年6月である。DPCに対する取り組みは、2004年10月にDPC協力協力調査病院として厚生労働省に届け出を行うと同時に、DPCのプロジェクトチームを発足させた。電子カルテ導入が2011年11月であるので、当時は「紙カルテのままで、EファイルやFファイルを作成できるのか？」という戸惑いを抱きながら、「とにかくやるんだ」とうい院長命令の下に始まった。最初に2ヵ月分の様式1、Eファイル、Fファイルを非常に苦労しながら厚生労働省に提出した記憶がある。DPCを導入するには医事課職員のレベルアップが必要であるが、同時に医師が非協力的な状況では全く進まない。そのため、「DPCがなぜ必要なのか？」ということを医師に理解してもらうために、DPCの勉強会を何回も開催した。最初の頃こそ、「やらされている」という感覚があったようだが、次第に「やらなければならないんだな」とわかってくれたように感じる。

このほか、東芝住電の電子サマリシステム「TS-Yahgee」の導入、情報提供体制の整備、クリティカルパス（以下パス）の整備を行い、

DPCの導入に備えた。パスは、段階的に対象疾患を拡大し種類を増やしていった。グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン（GHC）社に協力してもらい、ベンチマーク分析による医療の質の確認を取り入れ、全国のDPC対象病院と疾患別に比較した結果に基づいてパスの見直しを行った。ベンチマーク分析によって、自分たちの診療行為が他院とどのように異なるのかがわかれば、医局の先生方のモチベーションが上がり、パスの見直し・評価につなげるという取り組みは現在も引き続き行っている。具体的には、クリティカルパスの見直しにより、計画的・標準的な医療の提供をめざし、包括算定部分（投薬、点滴、処置、検査、画像診断）の回数、量、種類の見直しを行った。入院で実施している検査、処置、手術等のうち、外来で実施可能なものは外来で行うようにした。さらに現在は、地域連携クリティカルパスの整備・充実に向けて進んでいる。また、2006年には地域医療支援病院の認可も受け、2007年にはようやく7対1入院基本料を算定できるようになった。

4．さらに連携強化し在院日数短縮へ2012年以後

2012年4月、著者が病院長となり、今日まで5年6か月間病院運営の舵取りを行ってきた。「Change（変革）」と「Yes,We Can（我々はできる）」というキーワードを常に脳裏に浮かべながらことにあたってきた。岩手県立病院のセンター病院として、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院としてさらに質が高くかつ安心、安全な医療の提供をめざし、いかなる困難があろうとも職員が一体となってチーム医療を推進し、「変革」、「我々はできる」をキーワードに医療の質の向上を追求して行ければと願いながら運営してきた。何かを実現しようとしたとき、できない理由はいくらでもあげることができる。忙しいとか人が足りないとか時間がないとかである。しかし、何かを実現するためにはどうすればよいかとポジティブに考えていくことが大切だと常に思い、ことにあたってきた。月に一度、看護部長・事務局長と全病棟、全部署を回診して、ベッドコントロール、地域連携など毎月テーマを決め、ソフト、ハードの両面にわたり、解決していかなければならない問題点を抽出し、解決に向けて職員全体で「変革」と「我々はできる」の精神で取り組んだ。また2012年5月、院長になってすぐに病院職員が同じ方向を向いて行動できるようにと願い、トップダウンとボトムアップの手法から8つのプロジェクトチームを立ち上げ、多くの職員にチームに参加して議論してもらい、7月に発表会を行った。①院内コミュニケーションを進めるために。②院内研修教育について。③高齢者医療にどう取組むか。④地域包括連携の構築。⑤ベッドコントロールをどうするか。⑥高機能急性期病院と当院の進むべき方向。⑦医療の質を高めるためには。⑧勤務環境の整備

以上8つのチームで、中堅どころの医師をチームリーダーとし、1チーム10～15人、テーマによってそれぞれの職種が参加し、2か月間議論し、全職員の前で発表会を行った。その成果の一端として、ともにあいさつをかわす職員が増えてきたように思う。また地域包括連携の構築プロジェクトの成果と思うが、平均在院日数は2006年から5年間13日をきれなかったが、約1日以上短縮され12.0日となり、病床利用率は90%を割り88.4%と入院ベッド運用がきわめて楽になった。病床利用率が90%を超えていた頃は、入院が必要と思ってもなかなか入院ベットがなく、入院ベットを巡って職員同士の軋轢を生じることもあった。以前は入院ベットはとにかく満床にすればよいという発想であったが、現在はベット回転率が大きな指標となってきた。同時に新入院患者数は2014年には1日46.4人と過去最高となった（図5）。　このプロジェクトチームで議論された内容は、それぞれ該当する委員会に引き継がれ、今後とも病院運営の基本となっていくであろう。

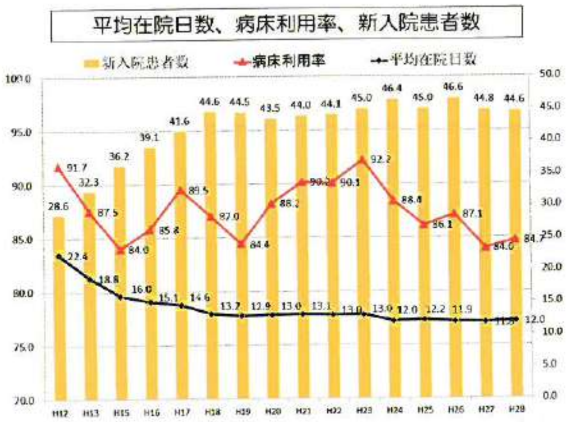
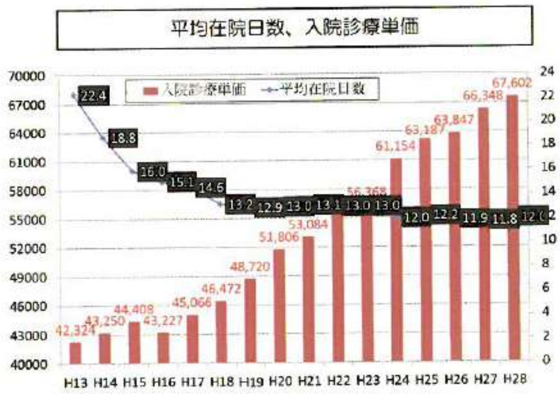


図 5

図 7

平均在院日数と入院診療単価をグラフにした（図 6）。2012 年度は平均在院日数が 1 日短縮し、入院診療単価が 6 万円を超えた。診療報酬改定の影響もあると思うが、やはり在院日数短縮が大きな要因であると思われる。



その後平均在院日数は 11 日台に入り、入院診療単価も瞬間的ではあるが 7 万円を超える月も出てきた。

当院は断らない救急を病院のミッションとしてかかげ、全診療科参加型の救急医療をおこなう（全科オンコール）体制を作り上げてきた。ベッドコントロールが楽になると救急患者を含めた入院患者の受け入れがよりスムーズになり、救急車の搬送台数、救急患者数、救急入院件数ともに増加傾向にある（図 7）。

2012 年度は救急車が 6,000 台前後、救急患者数は 22,000 人、2016 年には救急車搬入件数が 6,357 件に達した。さらに、ヘリポート建設、救急室の拡張、ER 病棟の新設工事を予定している。2000 年度の夜間・休日救急車搬入状況は盛岡医療圏の約 4 分の 1（23%）であったが、2016 年度は 55% と半数を超えた（図 8）。

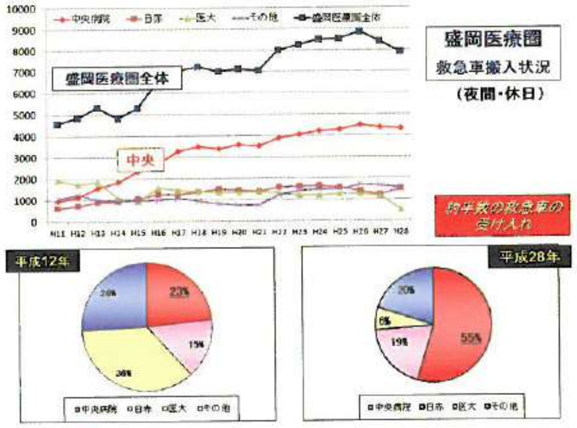


図 8

次に当院のミッションのひとつである地域医療支援は、2016 年度は 3,096 回となり、医師不足の県内公的病院にレジデント、各科専門医を派遣している（図 9）。1 日平均 8 人の医師が土日や当直を含め地域に出ていく計算になる。当院では 1987 年「地域医療支援部」を設置、病院の基本理念、行動指針に地域医療支援の必要性を掲げ、県内の公的病院からの診療支援要請に対応している。要請がきた場合、まず地域医療支援部で支援内容について検討し、依頼された専門診療科の意見を聞

いて調整し、最終的には医局会で説明して院長の承認を受けて診療支援を開始する、という手続きをとっている。

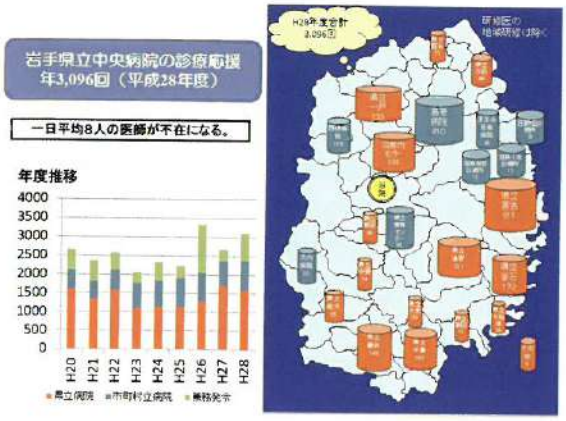


図 9

ただでさえ忙しい医師に診療支援にいってもらうのは非常に難しいものの、当院が担う重要な役割の１つと認識している。大学病院が行っているいわゆるアルバイトとは全く性格が異なり、謝礼は基本的にはわずかな出張手当のみである。初期臨床研修における地域医療研修の充実は必須と考えており、後期研修医採用の際の条件と実績への評価を行っている。後期研修医（レジデント）は2004年度から正規医師として採用、雇用の条件に年間３か月間の地域医療支援を行うことを明確に書き込んである。実際は１ヵ月間の地域病院勤務（兼務発令）、平日のプライマリーケア診療応援、土日・休日当直応援で、残りの２か月間の義務を果たす形になる。専門医（指導医）の地域医療支援に対する役割、指導を明確化するとともに、地域医療支援の重要性については、新たに当院に赴任してきた専門家の医師には赴任当日オリエンテーションを行っている。

臨床研修の充実に関しては、35年以上前から計300名を超える研修医を育成しており、確かな実績と伝統があり、「病院全体で研修医を育てる」整った環境は大きな特徴である。すなわち現在の新臨床研修制度に先がけ1987年からスーパーローテート方式を採用、伝統と実績に裏付けられたプログラムを構築し、屋根瓦方式による厚い指導体制の『救急医療研修』と地域医療研修による『総合診療（プライマリ・ケア）能力の習得』を重視、初期研修修了後の各後期研修コースも準備（1年、専門医（5年）、総合診療）している[2)]。2017年4月の時点で、1年次研修医が18人、2年次研修医が19人、さらに後期研修医（レジデント）が25人、計62人と若い医師が良医をめざして勉強している（図10）。一方、後期研修への移行率は40～65%で推移しており、新医師臨床研修制度が始まってからの7年間の平均移行率は54%となる。初期研修医の半数以上が当院で後期研修医としてさらなる修練を積んだことになる[2)]。しかし、後期研修医をそのままスタッフとして抱え込むことはなく、院長（著者）の基本的姿勢は、専門医取得を目指しながらも、大学病院等でリサーチマインドを培うことは医師のキャリアパス形成上大切であると考えており、機会を見つけながら研修医に対して話をしている。2018年4月から開始されることが決定した専門医制度への対応であるが、外科、内科をはじめ6科で基幹型プログラムを整備したが、外科をのぞき応募が少なく懸念材料である。

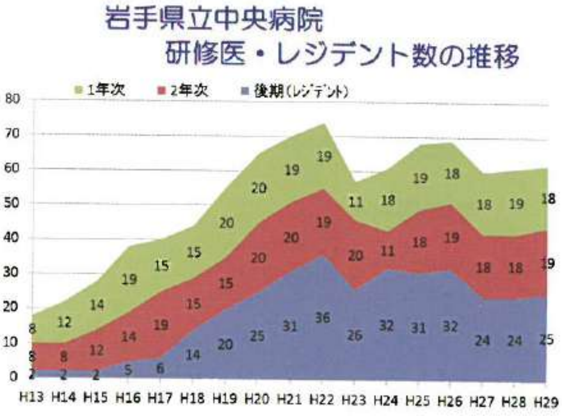


図 10

5．DPC II 群の維持と医療の質

平成24年4月、診療報酬改定により役割や機能に着目した３つの医療機関群別の基礎係数が設定された。すなわちDPC病院 I 群（大学病院本院）。DPC病院 II 群（大学病院本院

に準じた機能を有する病院)。DPC 病院Ⅲ群(Ⅰ・Ⅱ群以外の病院)の3つに区分けされた。当院は、全国に90ある急性期病院のひとつとしてDPCⅡ群病院に認定された。重症者の受入と高度な治療が行われている。多くの臨床研修医が在籍している。難易度の高い手術を数多く実施している。以上3つの条件を満たしたことによる。2年ごとに見直しが行われるが、実績要件は4つあり、Ⅰ．診療密度。Ⅱ．医師研修の実施。Ⅲ．高度な医療技術の実施。Ⅳ．重症者に対する診療の実施となっている。診療密度は1日当たり包括範囲出来高平均点数であるが、やはりできるかぎり在院日数を短縮すると点数が増加する傾向にある。DPCⅡ群のなかで一番ハードルが高いのが、実績要件Ⅲa：手術1件当たりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)だと言われている。外保連が定義した医師技術度の代替指数で、協力医師数と手術時間が加味されたことにより各術式の実施困難性(難易度)とも考えられる。Kコードがついている手術が対象となり、内視鏡的大腸ポリープ切除術あるいは白内障手術のように、外来でも可能な手術は医療安全上問題なければ外来に移行することにより手術1件当たりの外保連手術指数は増加する。内視鏡的大腸ポリープ切除術の入院・外来実施状況を示す(図11)。

内視鏡的大腸ポリープ切除術実施状況

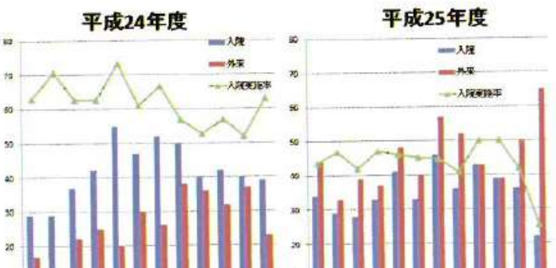


図 11

入院実施率が徐々に低下、外来施行率が増加、外保連手術指数は増加傾向にある。

医療の質については、その評価法、評価指標はきわめて難しく、なかなか数値化することは困難である。当院は平成22年度から日本病院会QIプロジェクト(QI推進事業)、平成26年から開始となった全国自治体病院協議会医療の質の評価・公表等推進事業に参加登録し、患者満足度や死亡退院患者率、手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率など32項目にわたり毎年データーを提出してきた。病院間の質の評価を目的にするのではなく、経時的にデーターを公表しながら、自院の医療の質の向上のための努力をし、結果として医療の質を改善していこうとするものである。質の指標を数値で公表することにより、病院は徐々に変わっていくと思われる。

おわりに

当院は平成12年、累積赤字57億円という多額な負債の中、改革を行ってきた。医療の質と経営の質のDouble Winnerを達成すべく、目標をさだめ全職員が同じ方向を向きトップダウンとボトムアップの手法で改善してきた。平成28年度も16億円余の黒字決算となり、累積黒字は平成12年とは逆に117億円余となる計算ではある(図12)。

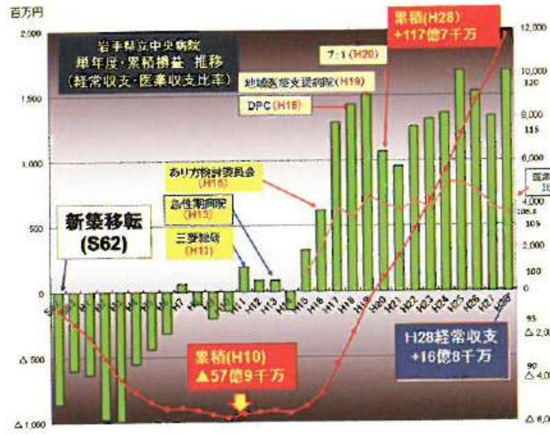


図 12

しかし、累積損益は県立病院全体で一つの財布となるので、県立病院全体の累積損益は経常収支で200億円ほどの赤字となっている。今後の当院の2大テーマは、ひとつ

は地域包括連携の構築、病院完結型医療から地域完結型医療への転換である。高齢者の看取り、在宅医療を視野に入れたシームレスな地域包括ケアの構築である。また、すぐ近くにある岩手医科大学付属病院が盛岡中心部からから約12㎞南の矢巾地区に移転することが平成31年9月に予定されている。盛岡医療圏としての初期診療・入院体制、通年使用できるヘリポートの整備などを含めた救急医療体制の整備が急がれる。

文献

1) 望月　泉。「岩手県立中央病院の取り組み」。医療の質と経営の質―病院の本質と病院の基盤。日本医学出版：P21-45，2009
2) 望月　泉。「研修医の確保・養成」に関する当院の取り組み
全国自治体病院協議会雑誌
vol.51,11:38-42,2012

全国自治体病院協議会雑誌　第56巻第10号(平成29年10月発行)

特集

医師の業務とその支援

～医師事務作業補助をはじめとする医師への支援業務とその課題～

当院における医師事務作業補助者の活躍と課題

岩手県立中央病院
院長　望月　泉

はじめに

高齢化社会の進展、医療技術の進歩、平均在院日数の短縮、今までの医療では観点のなかったインフォームドコンセント、詳細な同意書、医療安全、パスなどによる病院業務の増加と複雑化により、病院勤務医の業務は益々増加している。平成20年度診療報酬改定から医師事務作業補助体制加算（入院初日）が提示された。本年4月に出された「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告書でも、医師の業務を他職種に移管するタスク・シフティングの推進などによって医師の業務負担を最適化すること、1人の患者を複数の医師が担当するグループ診療を活用することなどが提言されている。本稿では医師の業務負担軽減を図るため、当院の取り組みの変遷を主に事務的な業務について直接的に補助する医師事務作業補助者の導入、業務、導入効果、課題について述べる。

1．医師事務作業補助者導入（平成20年4月）

平成19年12月28日、医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第1228001号）の通知がなされた。医師の指示で事務作業の補助を行う専従者が医師事務作業補助者で、医師の指示の下に行う補助業務であることを明確化し、診療報酬請求業務（いわゆる、病院内の医事課で行うべき業務）や看護職員の指示の下に行う業務又は看護業務の補助に携わること等のないようにすることが明示された。同時に平成20年度診療報酬改正にて医師事務作業補助体制加算（入院初日）が提示された（図1）。

当院は平成20年4月から75対1＝130点／入院初日の体制を取ることにし、採用人数＝10人（医療局配当定数）、診療報酬は年間約2,000万円の増収になるが、10人の人件費は診療報酬の増収だけでは賄えず差額は病院持ち出しとなった。任用形態＝試験採用等日額臨時職員、採用期間＝1年以内の雇用で最長3年間、採用日は4月1日とし、採用期間終了日が重複しないようにした。試験内容は論文試験と面接試験を行い、採用した。10名の配置は、手術室に1名を配置、その他の診療科に入院患者数に応じて9名を正担当として割り振りした。採用者の研修計画は採用日から2週間、病院職員としての基本的な研修を行い、看護部接遇インストラクターやプロジェクト委員が講師を担当、また診療科毎にクラーク指導担当医を決定し個別業務指導を行うことにした。医師事務作業補助者の所属は業務企画室（事務部門）とし、担

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関※	×	○	○	○

図1　病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係

当副院長（望月）が統括した。業務は各診療科からの調査結果に基づいて協議し、共通業務の絞り込みを行なった。現在医師が担当している業務の中で各科の共通業務を当初の業務とし、一定期間経過後において、各科オプション業務を担ってもらうことにした。各科共通業務の内容を示す。

1）診療事務業務

①患者説明・同意書関係：医師が手術等の同意書の説明と同意取得の際、医師が説明した内容を入力し、プリントアウトし、サインをしてもらう。

②検査結果報告伝票類・紹介状や返書・サマリーのカルテ添付。入院時必要伝票の準備と伝票記入補助（日付等の記入やエンボス実施等）。がん検診結果のデータ整理補助

③医師の指示を受けて診療録・処方箋の記載代行および医療情報システム（予約等）の代行入力。

2）文書管理業務

①各種診断書・退院証明書・退院サマリー・退院時説明の作成補助（医師が話したことの代行入力を含む)。診療情報提供書（紹介状）の代行入力。紹介入院患者の返書の手配・宛名書き等作成補助と作成の確認。転院時に必要な添付書類の準備。借用フィルムの管理、返却。

②介護保険主治医意見書の作成補助。訪問リハビリ・訪問看護指示書の作成補助

③地域連携パスの作成補助

3）秘書業務

①クリニカルインジケータ入力関係：臨床研究やインディケーターに必要な入院医療統計の入力・出力補助。脳卒中登録・癌登録の登録補助と実施の確認。各学会が指定した書式での臨床指標の入力。

②講演・学会・カンファレンス関係：症例検討会や臨床研究に必要なカルテと写真類の呼び出し・準備。学会等発表ポスターやパワーポイントの作成補助。カンファランスの準備

部門庶務関係：スケジュール管理。学会日程、学会締め切りの把握。図書への文献検索依頼や文献コピー等

③各種会議資料作成等

以上代表的な業務内容を列記し、各診療科医師に提示した。もちろん診療報酬請求業務、診療の補助、院内の物品の運搬･補充、患者の検査室等への移送診療補助、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等はやってはいけない業務と位置づけた。また、医師事務作業補助体制加算の施設基準では、医師事務作業補助者を新たに配置してから６ヶ月間（研修期間内）に32時間以上の研修が義務づけられており、関連法規の概要、個人情報の保護に関する項目等講義を行った。

次に医師事務作業補助者（医療クラーク）採用６か月後（平成20年９月)、導入効果を見るために各診療科にアンケートを行った。導入効果として、書類作成作業の軽減。実際、勤務医の労働時間が減少したかどうかは不明であるが、看護師の業務は整理でき、医師は診療に集中する時間が長くなった。新たな業務が可能になり、診療に余裕ができたという声も聞かれた。今後の課題、改善すべき点としては、医療クラークへの業務内容の指導は、各診療科の指導医が担当することとしているが、診療科によっては、日常業務が多忙のため医療クラークへの業務指導まで手が回らない場合もあり、医療クラークの経験業務に差異が生じている。任用形態が臨時的任用職員であるため任用期間に限りがあるが、任用期間が中断することなく長期雇用が可能となるような制度の検討が必要。看護や他の医療職との境界がはっきりしない。業務内容によってはモチベーションの低下があるなどが挙げられた。現在、医療クラークに国家資格は設けられていないが、研修体制を強化することにより、医師と患者とのパイプ役としての役割を期待したい。インフォームドコンセントの際同席し、患者の理解度を補足したり、患者の疑問や要望を医師に伝える役目も期待される。また、現在医師事務作業補助体制加算の75対１補助体制であるが50対１などの上位補助体制を希望する意見が多かった。

2．看護事務補助員から医師事務作業補助者へ

平成21年４月医師事務作業補助者を４名増員し14名とし、50対１補助体制加算取得、平成21年12月にはさらに６名増やし20名とした。当院は県立病院であるため看

護職員の定数がありすぐには増員できないなかで、平成20年４月から一般病棟７対１入院基本料を算定するために、外来部門の看護師を可能な限り病棟へ移動させた。その際、外来で看護師でなくてもできる業務の見直しを行い、看護補助者29名、看護事務補助員21名体制と増員した。また入院・検査説明、書類受け渡し部門をあらたに設置し、委託できる事務作業は委託することにし、少ない看護師で外来業務を遂行できるようにした。

平成22年７月１日、看護事務補助員21名中16名を医師事務作業補助者に職名変更し、医師事務作業補助者計36名となり20対１補助体制加算を取得した。平成22年11月、電子カルテが導入され、電子カルテ代行入力業務が大幅に増加した。しかし診療科によっては、看護事務補助員から医師事務作業補助者に職名変更した者のなかに、医師事務作業補助者としてはふさわしくないと思われる業務を指示されて行っている人も散見され、病院長主導でクラーク業務プロジェクトチームを立ち上げ改めて業務の整理を行い、以下の通達を出した（図２）。

医療クラーク（医師事務作業補助者）には、以下の制限があります

① 医師の負担軽減を目的に配置した職種である（診療報酬対象）
② 上司はあくまで医師で、医師の指示のもとに業務を行わなければならない
③ やっていい業務とやってはいけない業務がある

可能な業務(医師の指示のもと、以下の業務を行う)
①診断書等の文書作成補助
各種診断書、診療情報提供書や返書・サマリーの作成補助、作成状況管理など
②診断に関するデータ整理
臨床研究やインディケーターに必要な医療統計データの入力・出力補助、
臨床試験における治験コーディネーター、臨床試験の制度等説明、データ整理など
③院内がん登録等の統計・調査の補助に関すること
脳卒中登録、NCD、産婦人科学会など各学会指定臨床指標登録事業など
検査・手術数など活動実績（年報データ）等の作成
④医師の教育や臨床研修のカンファランスのための準備作業
症例検討会や臨床研究に必要な資料準備・ポスター・パワーポイント作成、会場予約、会場機器準備・運営、など
⑤救急医療情報システムへの入力
⑥感染症のサーベイランス事業
⑦電子カルテ入力補助
※あくまで代行入力であり、すべて医師の承認（ToDo 機能で実施）行為が伴うこと
⑧健康診断、人間ドックの検査オーダー業務
⑨その他、医師事務作業補助業務
スケジュール管理、学会日程・締切の把握、図書・文献検索依頼や文献コピーなど
禁止業務
①医師以外の職種の指示の下に行う業務
②診療報酬の請求事務（ＤＰＣコーディング含む）
DPC 様式１の情報登録（yahgee への病名・手術情報等）、レセプト症状詳記作成補助、
③窓口・受付業務
AU 受付ブースなどでの受付・患者呼び出し業務など
④医療機関の経営
病院経営のためのデータ収集・会議資料作成等
⑤経営のためのデータ収集業務
手術室利用状況など、収支や業務改善のためのデータ収集・作成、経営指標作成のためのデータ収集・作成
⑥看護業務の補助
検査場所案内（つきそい）、診察・検査・処置の介助など
⑦物品搬送業務等

図２　可能な業務と禁止業務の代表例

以下、可能な業務と禁止業務の代表例

３．医師事務作業補助体制加算１　15対１取得へ

平成26年４月、医療クラーク49名体制とし補助体制加算２　15対１となった。平成28年４月から医療クラーク51名体制とし、勤務時間の８割以上の時間において業務が病棟または外来において行われていることをクリアして、補助体制加算１　15対１＝870点／入院初日を取得でき、現在まで継続している。平成26年４月、医療クラークの組織化を明確化した。医師事務作業補助者の業務は診療に密接に関わるため、事務的な管理だけではその役割を果たすことが出来ないと考え、当院では以下の如く所属は診療部とし、服務等を事務管理とした。

(1) 所属

① 所属　診療部

② 服務等管理　業務企画室（事務室）

(2) 組織

① 担当副院長　武内総括副院長

② クラークリーダー１名（消外阿部）、グループリーダー７名、以下41名　計49名

③ およそAU毎のグループ制（A～Gの７グループ）

④ 各クラークが診療科の担当を持つが、担当科の業務量により日常的に他担当業務の補助をしたり、時期的に業務量が多い業務や、任用切れ期間の代替など、グループ内でお互いをカバーする。

(3) 定期ミーティングの開催について

① グループミーティング（毎朝8：30　5～10分）

1）その日の各人の業務を確認

2）相互援助の打ち合わせ

3）その他連絡事項

② リーダーミーティング（週１回　20分程度）

1）各科の状況、それらに沿ったグループ内の動き、変更等の報告

2）諸問題の抽出

3）グループ枠を越えた業務支援等の調整

4）その他連絡事項

③ 全体ミーティング（月１回30分程度）

1）病院の方針の周知（管理会議のまとめ）

2）各グループの問題点の報告と改善策の検討

3）その他連絡事項

図３　医師事務作業補助者コース（岩手県立中央病院）

４．医師事務作業補助者研修会の開催

平成29年７月15、16日の２日間、一般社団法人日本病院会「医師事務作業補助者コース」を日本病院会岩手県支部が担当して岩手県立中央病院４階大ホールで行った（図３）。本コースは医師事務作業補助体制加算の施設基準の研修時間32時間に沿っており、講義が２日間で14時間、院内研修リポートが18時間、計32時間になるように組み立てられている。参加人数は県内外から81名（当院からは７名）と多くの受講者で関心の高さが伺えた。私も講師を勤めたが盛りだくさんの内容であったが、受講生は疲れたが医療クラークとして必要とされる医療関係の知識を得ることが出来大変有意義な２日間であったたとの声が聞かれた。今後も定期的に研修会は開催していきたい。

５．医師事務作業補助体制加算算定要件に対する留意点

① 医師事務作業補助者の研修について、採用直後約２週間で必要な研修を32時間以上実施し、復命書として記録に残している。（講師は、医事経営課担当者、医療情報管理室担当者、業務企画室担当者、医療クラーク、電子カルテサポート担当者など）

② 医師事務作業補助者が、当該補助者の業務と関係のない業務を行なわないように、院内規定「医師事務作業補助者（医療クラーク）業務管理規定」を定め、医師事務作業補助者が行う業務を明記している。

③ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、電子カルテシステムに医師事務作業補助者が代行入力した後に医師が内容確認することを求められているが、電子カルテシステムの認証機能により、医師の認証について画面上で確認できるようにしている。

④ 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善について、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置が求められている。院内に「勤務環境改善推進委員会」を設置し、年に４回

図4　外来での診察補助（電子カルテ代行入力業務）

程度開催し、医師の業務負担の軽減等について検討を行っている。

⑤　当院は医師事務作業補助体制加算1を届けている。医師事務作業補助者による病棟・外来での業務時間を管理・記録する必要がある。医師事務作業補助者一人一人に、時間単位で行った業務を記録させ、業務日誌として、日々の業務内容（病棟・外来での業務時間8割以上）を確認し、決裁している（図4）。

6．課題と展望

当院は現在51名の医師事務作業補助者が勤務している。全員臨時的任用職員で正規職員ではない。一番長く勤務している医療クラークは平成20年4月からなので9年を超えている。任用期間は1年ごとで1日の中断が入り、3年経過後は16日の勤務中断が入る。経験年数に応じて給与のベースアップはあるが、ある年数で頭打ちになる。定数の関係で正規職員として雇用することは困難で、医療クラークとしてのモチベーションが保たれるか心配はある。また、主任、係長などの職名はなく全員同じ扱いとなる。そこで当院はリーダー制を敷くことにより給与面でも若干差をつけ、少しでも自律的組織になれるよう工夫している。また任用期間が中断する時のカバー体制を構築しておくことも大事で、グループ制とし、ある医療クラークが勤務中断に入ったらグループ内で補完する体制を作り上げた。

病院勤務医の業務は多忙をきわめている。政府が進める「働き方改革実行計画」は、罰則付き時間外労働の上限規制の導入等が想定されているが、医師法に基づく応召義務と労働基準法の遵守の関係や上限規制導入時期など、地方において医師不足が続く現状では、地域医療の崩壊を招く可能性が危惧される。医師事務作業補助者の任用は医師の業務負担軽減にきわめて有効で、いまや日常診療に欠くことが出来ない存在となっている。さらに病院勤務医の業務負担軽減には、チーム医療のさらなる活性化が必要で、看護師、薬剤師、栄養士、検査技師、OT、PTなど職種の業務分担の明確化と連携を進めることが大事である。また欧米にはない日本特有の文化である主治医制は、複数主治医制、グループ制に変えていくことにより、応召義務についても病院として対応していくことが可能になる。もちろん複数主治医制、グループ制の導入に際しては、患者（地域住民）の意識改革、協力、支援も大事である。医師の業務を他職種に移管するタスク・シフティングの推進は今後の大きな課題であり、医師の権限集中を緩和し、NP（Nurse Practitioner）などの専門職域の育成も考慮される。

おわりに

医師事務作業補助者導入は勤務医の負担軽減にきわめて有用である。日本の病院医療は勤務医の献身的な働きと過労によって何とか成り立っている。手術を受ける際、当直明けの睡眠不足の医師に執刀してもらいたくはない。医療安全の観点からも医師の体調管理はきわめて重要である。急性期病院のいわゆる当直は交代制勤務とし、当直明けは休める体制を前提にした医師需給予測が必要である。