事例No.	503
公表年度	H29
団体の属性	一般市
団体名	北海道苫小牧市

事例区分	公営企業

タグ	・病院事業 ・（行政改革）業務の効率化

事例種類	その他

事例内容・タイトル

地域に求められる医療を考える～苫小牧市立病院のこれまでの取り組み～

出典

雑誌「公営企業」先進事例紹介（平成29年５月号）

先進事例紹介



地域に求められる医療を考える
～苫小牧市立病院のこれまでの取り組み～

苫小牧市立病院　事務部長　椿　勇喜
経営管理課長　那須哲也
医事課長補佐　小林泰賀

1. はじめに

苫小牧市立病院は 1946（昭和 21）年 10 月 1 日、苫小牧町立病院として内科、外科、小児科、耳鼻科の四科、26 床で診療を開始しました。

その後、診療科の増設と増床により規模を拡大しつつ市民の健康を守ってまいりましたが、建物の老朽化を狭隘化が進んだため新築移転が決定され、開院から 60 年の節目となる 2006 年（平成 18 年）10 月に新病院が完成しました。

新病院は、高度医療にも充分対応できるよう充実した医療機器と設備を備えた病院となり、さらに当時最新の電子カルテシステム導入によって院内のみならず地域の医療機関とも情報の共有をはかり、地域の二次医療機関として安全で質の高い医療の提供が可能になりました。

しかしその一方で、地域の急性期医療、小児周産期医療という一般的に不採算と言われる医療の維持をしていかなければならず、経営と地域医療との両面での改革の必要性が求められております。

平成 28 年 10 月で新築移転から 10 年が経ちました。現在は病床数 382 床、23 診療科、医師数 81 名と近年、医師確保が難しいと言われている中では充実した環境の下で病院運営ができております。病院経営は労働生産性が高い企業であり、人材の確保が非常に大切になってきます。しかしノーライセンスの事務職員は医療行為を行うことはできず、直接収益に関わる医師、看護師、部門を支える裏方でなければなりません、医療職が効率よく効果的に行うためにどのような改革を行ってきたかお話ししたいと思います。

2. 新築移転してからの経営状況

平成 18 年 10 月に現在地（清水町）に新築移転して経営を行っておりますが、平成 18 年度においては、病院移転のため患者数が大幅に減少し、多額の損失を計上するとともに不良債務の発生となりました。また、移転後は入院単価・外来単価ともにアップし、医業収益も大幅な増収と

なったものの、新病院建設費、医療機器整備費の企業債償還や病院運営経費の増加により純損失を計上しました。さらに旧病院の取り壊し建物や一般会計に無償譲渡した南棟の残存価格の損失計上が多額にのぼり、累積欠損金が大幅な増加となり、平成 19 年度決算においては、地方公共団体の財政の健全化に関する法律に基づく資金不足比率（医業収益に対する資金不足額の比率）が 21.3%となり、公営企業の経営健全化基準である 20%を超えることとなりました。しかし、病院事業の不良債務を計画的に解消するため、平成 20 年度に限り、不良債務を長期債務に振り替える国の「公立病院特例債」の制度を活用し、9 億 5 千 8 百万円の借り入れを行い不良債務の解消を図りました。

平成 21 年度からは経営改善を進め、平成 24 年度には一般会計からの支援により、特例債を繰上げ償還し、不良債務を解消しました。平成 25 年度決算においては、移転時購入の医療機器の企業債償還が終了したこともあり、経常収支均衡、単年度資金収支 1 億 5 千万円の黒字、累積資金収支は 2 億 7 千万円の黒字となりました。

しかしながら、平成 26 年度から支出の増加に見合う収入の確保に至らず、再び不良債務が発生し、経営面では厳しい状況が続いておりますが、今後も医療の質を維持するために必要となる医療従事者を確保しながら、医業収益増加の取組として DPC データの積極的な活用や医師、看護師、医療技術スタッフ、事務が連携し、診療報酬の算定漏れをなくし、入院期間の短縮を行うなどの様々な取組を実施することにより高い診療報酬を目指しています。経費節減につきましては、エネルギー使用量や光熱水費を低減させることを目的とする、省エネルギー診断業務委託の実施や医療材料費等コスト削減コンサルティング業者と契約し、医療材料の取引業者との交渉で病院経営にメリットとなる有利な条件を提示してもらうなど効率的で効果的な取組を行っています。これらにより、経常収支の改善や着実な不良債務の解消に努め、より安定的な経営の継続に向けて職員一丸となって取り組んでいるところです。

3. 医師確保に向けた取り組み

当院の医師数につきましては、平成 18 年の移転改築時には 50 名でしたが、積極的に医師確保に取り組んできた結果として、現在 81 名となっております。

臨床研修医が 3 名から 14 名に増え、歯科医師を除いた医師数も 44 名から 64 名と増加し、医局のスペースについては、移転時には若干の余裕があったものの、年々増える医師数にレイアウトの変更を繰り返して来ましたが、これ以上入らないというところまできています。

当院は、北海道大学からの医師派遣が大部分を占めています。小児科、麻酔科、眼科については、札幌医科大学からの派遣を受けております。

毎年、2 回以上院長が直接大学医局を訪問して、大学側に医師派遣について理解を求めております。

しかし、未だ必要な病理医や放射線治療医、神経内科医などについては常勤化が難しい状況であり、出張医の形でつないでおりますが、できるだけ早期に常勤化を実現したいと考えております。

院内における取組としては、勤務医等負担軽減委員会を設置し、その下部機関として作業部会を設けて、定期的に医師の負担軽減や処遇に関することについて検討をしております。具体的な

活動としては、アンケートによる満足度調査や医局入口に意見箱を設けて、医師が不満や不便に思っている点をできるだけ早く察知して、早期に改善できるものについては素早く実行しております。これまでも、医局内の自動販売機の設置や医局内における作業用電子カルテの増設、当直医師の休憩スペースにおける加湿器の設置などを実現してきました。

平成 20 年からは、医師業務の負担軽減のために医師クラーク制度を導入して、診察室内での次回予約の説明や検査の日程や内容説明を行うことで、医師が純然たる医師業務に集中してもらうことで、外来診察の負担軽減と効率化を図っています。

また、診断書作成システムを導入することにより、手書き診断書の件数を極力減らし、診断書作成時に医師クラークの補助を行うことで医師の業務軽減を図ってきました。

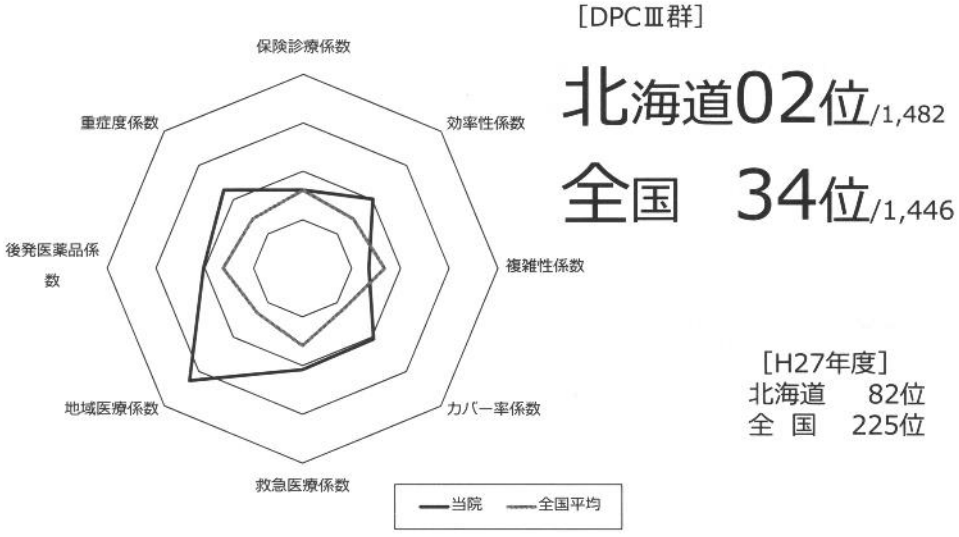
チーム医療の根幹をなす医師を病院全体として支え、気持ちよく働いていただくことにより、病院に来ていただける医師を大切にし、医師確保につなげております。

4.DPC 制度（DPC／PDPS）を活用した職員の意識改革

病院の収入は社会保障制度により診療報酬改定など国の制度に大きく左右されます、そのなかでも当院が大きく転機を迎えたのは DPC／PDPS（診断群分類別包括支払い制度）の導入です。

DPC 制度（DPC／PDPS）とは、閣議決定に基づき平成 15 年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度です。入院期間中に医療資源をもっとも投入した「傷病名」と入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより

図 1



1 日あたりの診療報酬点数が決まり、在院日数と医療機関ごとに設定された係数（医療機関別係数）に乗じて算出されます。係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱに分類され、機能評価係数Ⅰは主に施設基準の取得、機能評価係数Ⅱは主に効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数にわけられ、前年度の医療期間の診療の実績によって翌年度評価されるものです。医療機関が努力すれば翌年度の係数が高くなる仕組みです。職員ひとりひとりがこの DPC 制度（DPC／PDPS）を理解することが収入増に繋がるのです。

当院は平成 19 年から準備病院となり、平成 21 年 4 月から DPC 請求を開始しました。

他の医療機関とのベンチマークを活用し、診療毎の平均在院日数の短縮や、入院中包括となる薬剤の後発品への切り替え、抗生物質などの術後の使用期間の提案など、医師、看護師、部門を含めて医事課が中心となり毎月カンファレンスを行なっています。

このカンファレンスを継続することにより、医師を含め職員が DPC 制度（DPC／PDPS）を理解し効率的で効果的な診療を目指しています。

これにより、平成 28 年度の苫小牧市立病院の機能評価係数Ⅱは 0.08346 となり、DPCⅢ軍[1]の中で、全国 34 位（1,444 病院中）、北海道では 2 位（82 病院中）という高評価をいただくことができました。（図 1）

5.患者と看護師の負担を考えた「入院支援センター」の設置

医師への負担軽減が必要とされ、チーム医療が推進されているなか、チーム医療が関係する施設基準では、週 1 回のカンファレンスなどの条件があり、看護師を含め医療スタッフの業務は増えてきています。事務的な業務はできるだけ事務職員がカバーする体制をとっておりますが、どうしても看護師でなければできない業務も多く、看護師の業務負担は増すばかりです。しかも年齢的にも立場的にも油の乗ってくる 30 代の看護師は出産などで育休産休や育児短時間を取得するケースが多く、当院では毎年 30 人程度の産休者と、40 人程度の育児短時間勤務者が出てきております。これにより看護師の業務負担がさらに加速し、時間外なども増え問題になっておりました。看護師向けに業務改善に向けたアンケートを実施したところ、入退院時のアナムネ[2]や入院前の同意書等の書類の作成などの負担が多く書かれておりました。これは入院期間の短縮等により回転率があがり入退院に関する業務の増加や医療安全などにより同意書などの書類が増えたことにより負担増となったものでした。

患者さんにとっても、入院前の書類がとても多く説明も短時間なために「入院までに書いてきてください」と説明されても高齢な患者さんはなかなか理解できないことが多くありました。情報収集から療養生活上の問題を把握し、スムーズな入院及び退院後を見据えたサポートを行い看護の満足感や入院中または、退院後の不安解消につなげるという目的のもと医事課内に「入院支援センター」を開設しました。

入院支援センターでは、同意書の説明や手術に関連した説明、問診、患者の基本情報の確認、看護師診断、転棟転落アセスメントなどの病棟の看護師が行なっていた業務の 80％程度を行っています。これにより病棟の業務の負担軽減につながりました、また入院支援センターの担当看護師に育児短時間勤務の看護師を配置することで、

短時間勤務職員の有効活用になり、また医事課に配置することで、入院費等の患者の不安な部分の相談なども同時に行うことができるようになりました。

患者さんに実施したアンケートでは、「入院前の心配事について」心配が少なくなったという回答が 90.2%と、とても良い成果を得ることができました。

6. 地域包括ケア病棟の設置

団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）に達することで、医療・介護費等の社会保障費の急増が懸念され診療報酬改定にも大きな影響がでてきております。

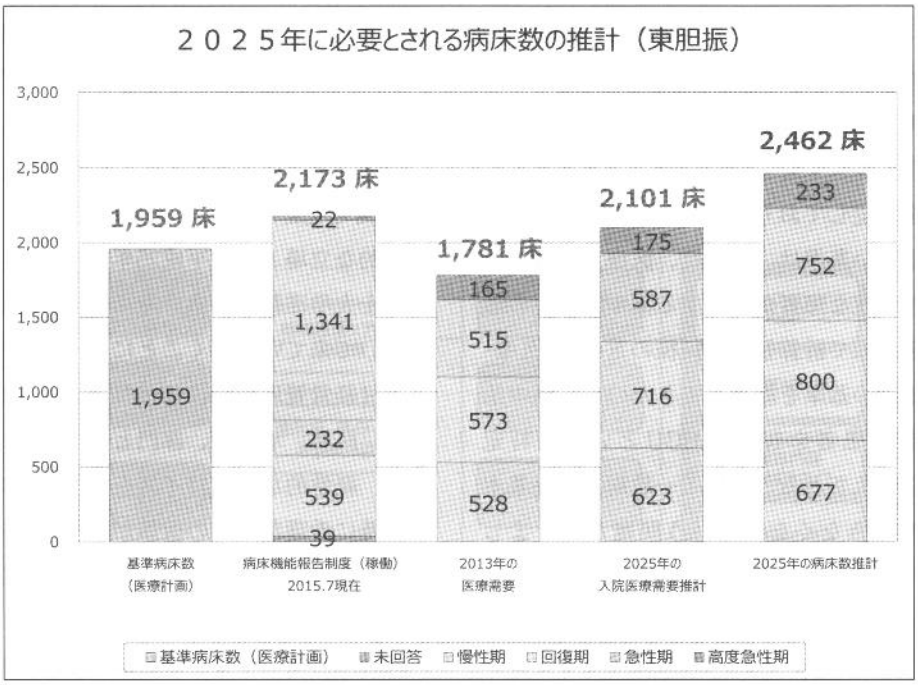
特に 7 対 1 一般病棟入院基本料は施設基準の見直しが行われ、より重症な患者を入院させている割合の重症度、医療・看護必要が 15%から 25%へ、また当該病棟の退院する患者にしめる、自宅等に退院する患者の占める割合が 8 割以上という、在宅復帰率とういう基準が新しく追加されました。

超高齢化社会を迎え、社会保障費が増大していくなかで、重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供させる地域包括ケアシステムの構築を進めています。

平成 26 年の診療報酬改定では、急性期と回復期の中間的な位置にあたる地域包括ケア病棟入院料が新設されました。

当院の二次医療圏である東胆振地区の 2025 年の医療需要予測は、一般病床は患者予測より上回るものの、療養病床は既存病床数が患者数予測を大きくしたまわり、この部分の受け皿をどのようにしていくかが、地域の協議の場で議論し医療計画に反映されてきます。（図 2）

図２



医療を提供する側として、東胆振（二次医療圏）の地域包括ケアシステムの構築にどうのように貢献していくこと必要なのかを考え、平成 28 年 2 月に。1)地域のニーズにあった病床機能の設置。2）7 対 1 入院基本料の維持、3）ハイケアユニット（HCU）の設置、を目的に一般病棟 1 病棟を地域包括ケア病棟へ転換しました。

地域包括ケア病棟入院基本料にも厳しい施設基準があり院内調整がとても大変でしたが、診療報酬改定は 2 年に 1 度あり、国の制度に対応するための先読みとスピード感が重要になります。もちろん地域のニーズもしっかり把握していかなければなりません。

7.重症度、医療・看護必要度とハイケアユニット入院医療管理料

地域包括ケア病棟の設置目的の一つに、ハイケアユニットの設置があります。ハイケアユニットとは特定集中治療室（ICU）と一般病棟の中間にあたる病棟で、非常に厳しい施設基準になっております。当院の集中治療室は機能的には ICU の機能を保持しておりますが、施設基準等により、7 対 1 一般病棟入院基本料での入院料を算定しておりました。

特に厳しい基準は、重症度、医療・看護必要度でより重症な患者が入棟する集中治療室の患者を一般病棟で計算し一般病棟の重症度、医療・看護必要度の基準を維持してきたので、集中治療室の重症患者を ICU や HCU といった特定入院料に計上されると 7 対 1 一般病棟入院基本料が維持できなくなるという問題がありました。

しかし平成 28 年 2 月に地域包括ケア病棟を設置したことにより、逆に一般病棟で計上されていた、重症度、医療・看護必要度に該当しない急性期治療の終わった患者を地域包括ケア病棟へ転棟になることで、一般病棟の重症度、医療・看護必要度の割合を上げることができ、平成 28 年 8 月にハイケアユニット入院医療管理料を届出することが可能になりました。

ハイケアユニット入院医療管理料を算定することで、職員の増、施設の改修等することなく前年度の実績患者数で計算すると年間で約 6,000 万円の増収効果が期待されます。

また、ハイケアユニット、一般病棟、地域包括ケア病棟への病棟管理をコントロールすることでさらなる収益効果を生むことができるのです。

8.経営管理顧問の配置

公立病院は、本庁からのローテンションにより数年で職員が異動になります。
病院という職場は、医師や看護師をはじめとするプロフェッショナルの集団です。本庁からローテーションで配置される職員も即戦力のプロフェッショナルとしての対応を求められます。

医師、看護師の間に入っていただき、他の医療機関の know－how を兼ね備えた、アドバイザー的な立場として平成 25 年 10 月から、高崎健康福士大学准教授の木村憲洋先生を経営管理顧問として来ていただくことになりました。

木村経営管理顧問には毎月 2 日来院していただき、医師、看護師、部門との調整役として介入し、経営的なアドバイスをいただいております。特に看護部からの信頼が厚く、院内環境の改善と職員の育成、意識改革を含めた院内研修の講師もお願いしています。

看護部に関しては、木村経営管理顧問のアドバイスにより

他の地域の医療機関との合同研修や双方の医療機関で、実際に業務をするシャドーイングなどを取り入れるなどの取り組みを実施しております。

経営コンサル業者と契約している医療機関は多くあると思いますが、医師や看護師部門の職員はどうしても“コンサル＝敵”をいう気持ちが先に働いてしまい、改善事項に対して“やらされている感”があり不満をつのるケースをよく耳にします。

しかし経営管理顧問は私たちと同じ職員であり、経営コンサル業者ではありません、同じ目線で話を聞き、各職種の間に入り調整をすることにより効率的に、そして効果的に物事を進めることができます。

入院支援センターの設置についても、看護部と木村経営管理顧問とのミーティングの中で出てきた項目の一つで、提案からわずか2か月で設置できたことも、経営管理顧問の配置したことによる成果だと思います。

2年に1度ある診療報酬改定では院内講師として全職員向けにどこよりも早い診療報酬改定研修を実施しています。

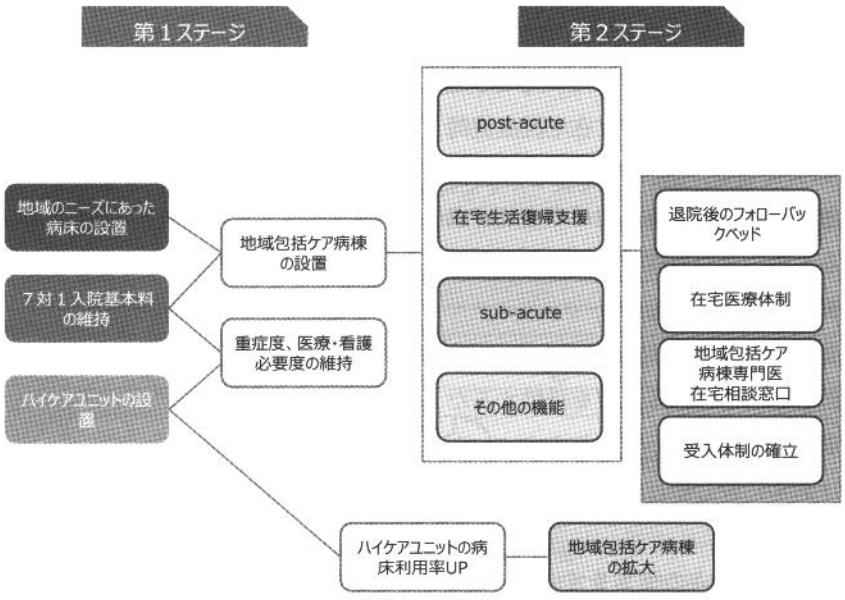
今後も木村経営管理顧問が院内の潤滑油となり、より効率的で効果的な取り組みや、研修会を重ねることで、職員の意識改革を行うことで、医療の質を担保しつつ経営改善を目指して行きます。

9. 地域に求められる医療を提供するために

新病院移転からこれまでいくつもの取り組みを行なってきました。「市民の健康は私たちの願い、真心こめて医療を提供します」という理念のもとで職員一人一人が地域の医療のために病院を良くしたいという思いがあってこそのことだと思います。

当院の中期的企画の第1ステージは、1）地域のニーズにあった病床機能の設置。2）7対1入院基本料の維持、3）ハイケアユニット（HCU）の設置でした。

図3



まだまだ課題はありますが今年度で第 1 ステージは完了し、平成 29 年度は第 2 ステージへ突入します。(図 3)

前段でも述べましたが、東胆振医療圏の一般病床は患者予測より上回るものの、療養病床は既存病床数が患者数予測を大きくしたまわることが予測されております。当院が地域包括ケア病棟を 1 病棟開設しても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける地域の地域包括ケアシステムを確立していくことは難しいと思います。

しかし二次救急などの急性期医療も同時に維持していかなければなりません、二次救急を提供できる医療機関は限られているため、当院の役割としては断固としてこの部分を維持していかなければならないので、地域の療養や在宅を全て補うことはとても難しく、今後の方向性としては、地域の療養や在宅をどうフォローしていくかになってくると思います。バスケットボールで言うところのゾーンディフェンス的なスタイルで、地域の医療を守っていく必要があり、地域の医療機関や介護施設、在宅医療との連携がより重要になってくるのだと思います。それと確立するために平成 28 年 6 月に地域の医療機関や介護施設、訪問看護など在宅医療機関を集めた情報交換会、「egg (エッグ)」[3] を立ち上げて地域包括システム構築へ向けて当院が求められているもの、また当院が求めるものを協議する取り組みを開始しました。

2025 年問題へ向けて国の対策が進んでおり、当院も地域医療に求められる医療を提供するために様々な取り組みを行なっております、しかし経営状態は非常に厳しく日々苦悩しております。

地域包括ケアシステムの構築をするうえで、公立病院の果たすべき役割は非常に大きく、期待されております。そのためには経営の安定化が不可欠であり国からは新改革プランの作成を義務付けられております。いま私たちが行わなければならないことを見極め、地域に求められる医療を効率的に効果的に行うことに診療報酬点数が考えられていると思います、今後とも地域包括ケアシステムの構築へ向けて苫小牧市立病院の役割を果たしていくことが経営の安定化へ繋がると考えています。

注

1　DPC Ⅰ群＝大学病院、DPCⅡ群＝大学病院に準じた病院、DPCⅢ群＝Ⅰ・Ⅱ群以外の病院

2　アナムネ＝患者に対して診療前にとる問診、既往歴や家族構成などの聞き取り

3　e＝everyone（みんなで）g＝genki（元気に）g＝grow（成長する）