事例No.	514
公表年度	H29
団体の属性	一般市
団体名	大分県国東市

事例区分	公営企業

タグ	・病院事業 ・福祉・介護 ・組織改革

事例種類	地域包括ケアシステム

事例内容・タイトル

オンリーワンの地域包括ケアシステムの構築を目指して

出典

雑誌「公営企業」先進事例紹介（平成29年９月号）

先進事例紹介



オンリーワンの地域包括ケアシステムの構築を目指して

大分県・国東市民病院院長
籾井眞二

1. はじめに

国東市民病院（図 1）は昭和 32（1957）年 5 月に陸の孤島といわれていた大分県国東半島の東国東郡安岐町に誕生した 35 床の安岐町国民健康保険病院に始まる。したがって今年は創立 60 周年の節目の年となり、先日記念誌を発刊したところである。

開院当時の国東半島は陸の孤島と言われ、結核の巣窟であり、肺ジストマ（肺吸虫症）などの患者も多かった。国東半島はほぼ円形でその中心に標高 721 メートルの両子山をいただき、放射線状に尾根と谷が交互する特殊な地形をしており（図 2)、谷あいの住民が買い物や通院する際にはいったん海岸線に出て海岸沿いの道路を移動することがほとんどだ。平成 18 年に旧 4 町が合併して誕生した国東市は半島の東三分の一を占め、当院はその南端にある（図 3)。当院から 2 キロの海岸沿いに大分空港があって大分・別府市からの自動車専用道路はあるものの市内に鉄道はない。JR も国道 10 号線も高速道路も国東半島の付け根部分を横切っており、公共交通機関は路線バスのみだ。その路線バスも皮肉なことに道路が整備されるのと反比例して本数が減少した。特に谷あいで運行されるバスの本数は激減し、国東市は谷あいの交通弱者のために福祉バスを

図 1

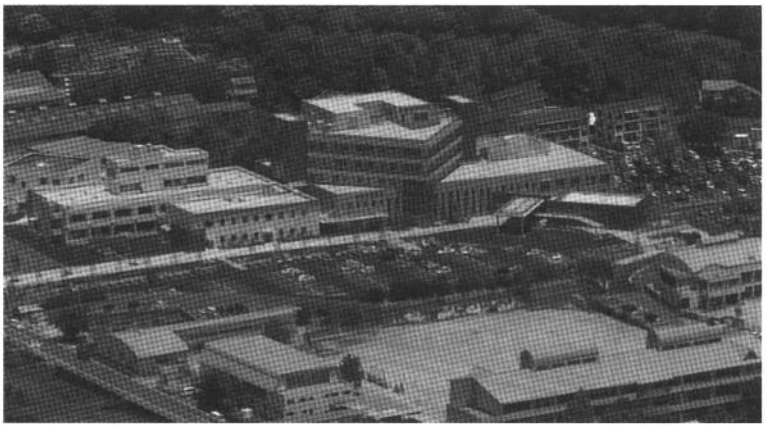


図2

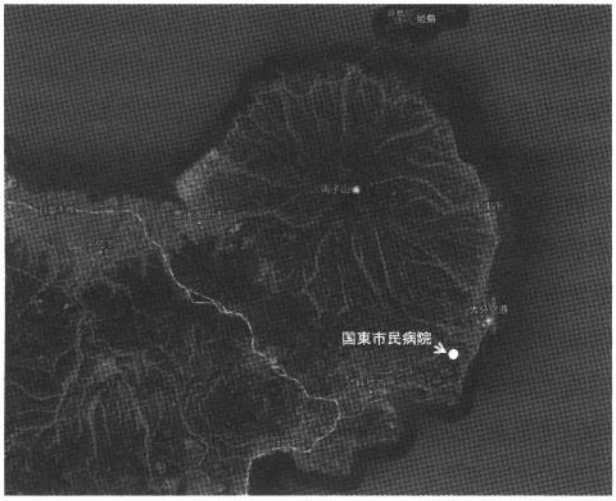
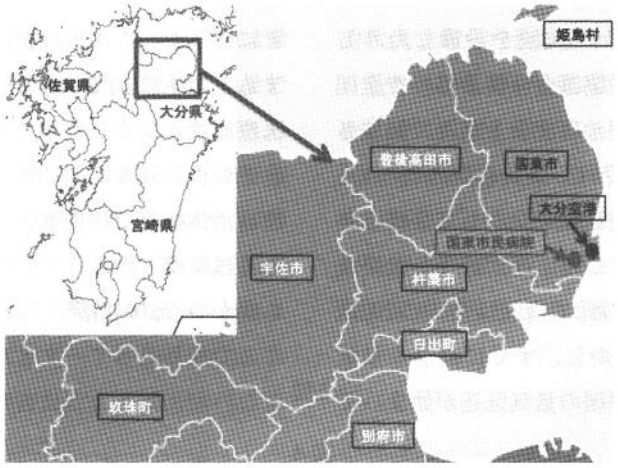


図3



運行している。そんな国東市の人口は直近の 5 年間で 1 割減少して 3 万人を割って高齢化率は 40%となり、最北部の旧国見町では 50%を超えた。国東半島は今でも陸の孤島なのである。

開院時の町立国保安岐病院は一般 25 床、伝染病床 10 床の計 35 床で、初代院長は当時 31 歳であった筆者の父、真美である。安岐町長の再三の要請に九州大学第一外科が副医局長の父を建築中の病院に派遣したのだが、筆者はその時生後 4 ヶ月であった。安岐病院は毎年のように増築を続け、昭和 44 年には総病床数 219 床（一般 89 床、結核 100 床、伝病 30 床）となった。病棟編成から当時の国東地域の疾病構造の特異性が理解できるだろう。

ところが、219 床となった直後の昭和 44 年 5 月に看護師の夜勤を 2 名以上で月に 8 日以内にするよう要求する二八（ニッパチ）闘争が全国の自治体病院を襲う。安岐病院にも赤旗が立ち、看護師のデモ行進、団体交渉が行われ、家庭的だった

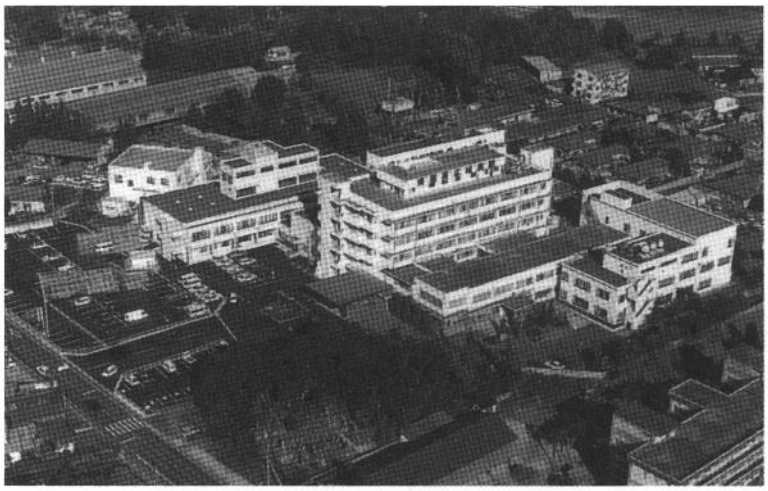
病院の人間関係は崩壊、断続的に 2 年続いた闘争は医師、特に内科医 3 名全員辞職という結果となって病院経営は行き詰った。内部留保資金は底をつき、借金先を探す事態になったという。このような経営不振が続く中で、町立病院のままでは事態は打開できない、東国東郡全域の住民が利用するのだから郡立病院であるべきだとの構想が昭和 47 年に院長から提案され、紆余曲折を経て昭和 51 年 4 月に町立安岐病院は東国東郡 5 町村による広域町村圏立の東国東地域広域国保総合病院として現在地に新築・移転し生まれ変わった。

広域病院としての船出は順調で、右肩上がりの経済成長の波に乗って次々に増築を行ない、全国に先駆けてデイケア施設を設置したりした。全国国保診療施設協議会（国診協）や全国自治体病院協議会の現地研究会も当院で開催され、自治大臣表彰も受ける優良病院となった。初代院長は 37 年間の院長職を全うして平成 6 年に退職。在職中に始まった工事が終了した平成 8 年には 2 代目院長の元で当院は最大の 292 床となった（図 4）。しかし、すでにバブル景気は崩壊しており、我が国の景気低迷が始まっていた。それでも 2 代目院長は開学 20 年を迎えようとする大分医科大学から医師派遣を受けて耳鼻咽喉科、麻酔科、眼科、脳神経外科、放射線科と次々に診療科を常勤化して拡大路線を進めた。平成 12 年には介護保険制度の施行に合わせて病棟を一部改築して療養病棟に転換、総病床数は 285 床となり、平成 14 年 8 月にはオーダリングシステムを導入、平成 15 年 5 月には院外処方を開始した。しかしこの時期には長引く景気低迷が病院経営にも波及し、黒字を出し続けることが難しくなっていた。

平成 16 年 4 月に筆者が院長を拝命したのだが、就任直後に前年度の経常収支が 1 億 6 千万円の赤字と判明し、議会への説明に追われることになった。この年は新医師臨床研修制度が始まるとともに国立大学が独立行政法人化され、医療崩壊が始まった年でもある。

その後これまでの 13 年半の間に、へき地中規模自治体病院で国保直診（国保診療施設）でもある当院がどのように医療崩壊・経営問題に立ち向かい、地域包括ケアに取り組んできたのか、ここで振り返って一文とする。先進事例とは言えないが、同じように苦しんでいる自治体病院の

図 4



ご参考になるならば幸いである。

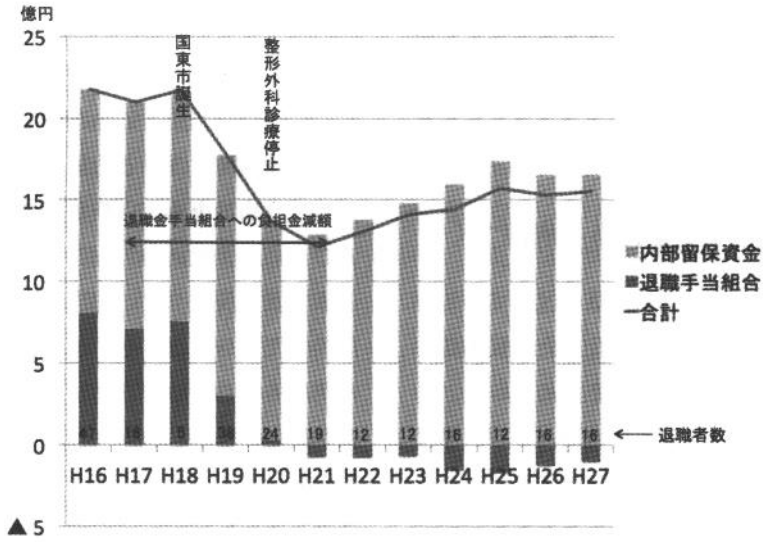
2. 医療崩壊

平成 16 年 4 月に筆者が院長に就任した時の当院は 13 対 1 一般病床 240 床、療養病床 45 床の計 285 床、常勤医師数 25 名であり、平均在院日数は 20 日前後だった。前述のように前年度の大赤字が明らかになり、黒字の間は病院に無関心だった広域議会から「どうするのか、経営改善策を示せ」と迫られた。病院運営協議会を開催して対応に追われるとともに、職員の意識改革、住民へのアピール、地域連携強化、検診業務の充実、訪問系サービスの拡充などに関して具体的な改善策を示して実行。平成 16 年度の経常損失は 5 千万円に圧縮できた。だが、その後は常勤医師が年々減少して思うような収益改善はできなかった。

これまでで最大の危機は平成 20 年 9 月末で整形外科診療が停止する事態となった時で、この年度の経常損失は約 3 億円。翌年には元技師長の在職中の収賄が発覚して職員のモチベーションは更に低下することとなり、結果的に平成 21 年度経常損失も約 2 億円であった。実は、合併時に大分県退職手当組合に 5 億円以上の余剰金が発生しており、合併後 5 年をかけて余剰金解消を行うために年間 1 億円の支出が減額されていた。したがって、本来の退職引当が行われていれば当時の赤字は毎年 1 億円多かったことになる。それでも合併時に約 400 億円の債務を抱え、全国でもワースト 10 に入ると言われた国東市からの財政的な支援は全くなかった。当院内部留保資金に退職積立金も含めた場合、国東市誕生時の平成 18 年度末に約 21 億 7 千万円であったのが、平成 21 年度末には 12 億円と 10 億円近く減少しており（図 5）、この時期がいかに危機的状況であったかが分かる。

整形外科診療停止の事態に対して、市民病院を、地域医療を守ろうという人たちの思いが当院の命運を変えた。当院 OB で市内唯一の整形外科開業医から「大腿骨頚部骨折のお年寄りまで別府に送ったらいけない。別府に通うことになる家族も大変だし、僕が行くから一緒に手術をしよう」

図５



という申し出をいただき、診療停止後 4 ヶ月足らずで大腿骨頸部骨折骨接合術を行って手術を再開。引き続いて大分大学教授のご配慮で当院勤務経験者による非常勤診療が始まり、その医師も徐々に手術を行ってくれるようになった。術前術後管理と助手を若手外科医が行う非常勤体制ながらも平成 23 年度からは年間約 200 例の手術を行っている。また、少なくなった病院医師が外来診療に忙殺されないよう、病院から「かかりつけ医」受診を推進するよう市民に広報し、積極的に逆紹介を行って外来患者数の削減に努力した。そうすると医師会も病院を擁護するようになって開放病床も設置できた。

このように診療体制に関しては徐々に改善が見られるようになったが、職員のモチベーションはなかなか上がらなかった。平成 20 年 9 月末に整形外科病棟を閉鎖した際に、13 対 1 看護体制から 10 対 1 へ変更したのだが、社会的入院を制限することになって患者・家族との軋轢が増加。平成 21 年度には地公法全部適用となるも勤務環境の激変と地元紙の執拗な収賄事件の報道によって院内の雰囲気は悪化した。看護師の負担を減らすべく平成 22 年 1 月に看護部長が病棟看護師の二交代制を導入しようと提案したのだが、組合交渉の場で院長・看護部長批判が行われる始末で看護師の退職者が相次いだ。

3. 病院改築事業と魅力ある病院づくり

当院が収賄事件の報道で意気消沈している平成 21 年夏、市長部局では老朽化した市民病院の改築事業に向けて新たな動きを始めていた。その当時の病院本館は 5 階建てであったが、築 33 年を経て老朽化し、インフラは耐用年数がとうに過ぎていた。何よりも耐震検査で耐震化か必要と判明しており、安全性の問題からも建替えか耐震補強工事かのいずれかが喫緊の課題だった。財政難で無い袖は触れぬという行政の言葉に沈黙を余儀なくされていたのだが、民主党政権下で災害拠点病院耐震化補助事業が発表され、千載一遇の好機に国東市も手をあげたのだ。

平成 21 年 9 月の改築事業決定とともに市長部局は業者を使って国東市の将来人口推計、受療動向等を調査し、当院の必要病床数を 200 床前後と判断した。その上で、旧本館は 150 床前後の新館に建て替え、平成 8 年竣工の 2 階建 57 床の西館は残して改修すると市長部局から提案された。当時は総病床数 285 床を 236 床で運用していたが、社会的入院はまだ減らせると判断して市長部局の提案を受け入れた。なお、病院の大まかな外観と病床数が決定した後の内部設計に関しては全てを病院に任せるということだった。

平成 22 年 1 月から設計作業が始まったのだが、この事業は緊急の景気回復策の一端でもあり、耐震設計の新館建築は平成 24 年 3 月までに終わることという条件がついていた。そのため通常の病院設計は 1 年以上かけて行うものだが、約半年という極めて短い期限が示された。しかし、院長就任時より将来の病棟機能はどうあるべきかを議論していたので迷いはなく、10 対 1 一般病棟は 3 つとし、懸案であった回復期リハビリ病棟を導入、療養病床は大幅に削減することとし、設計時の図面に合わせて病棟配置と病床数を決定した。実際の設計に関しては各部門内で十分に議論し、部門長と主任が設計士と何度も打ち合わせる方法をとった。もちろん、病院幹部が監督しながらであるが、職員みんなで新しい病院を作るのだという意識が生まれ一体感を持って設計作業が進み始めた。

同時期に 2 交代勤務に抵抗を示していた病棟看護師は、試行で 2 交代勤務を経験することで 3 交代よりも夜勤後に長く休みが取れることを実感し、2 交代勤務を受け入れた。このことにより看護部長は看護師から以前に増して信頼されるようになった。さらに平成 22 年度は大分県が行っていた「魅力ある病院づくり事業」に参加し、ワークライフバランスの改善に取り組んで組織活性化を図った。この事業で看護部長が発案した当院独自の取り組みは外部アドバイザーから激賞していただいた。またアドバイザー来院時には看護部のみではなく、他の部門の責任者も同席し、様々な助言と励ましを受けた。筆者は院長就任時からほぼ毎週オーダリング端末の回覧板で「院長室から」と題して、地域包括ケア、経営問題、仕事への取り組みのあり方などを発信してきたが、アドバイザーの発言のほとんどがそれまでの院長の話の繰り返しであった。だが、職員の潜在意識に眠っていた地域医療や地域包括ケアへの想いは外部の人間の新鮮な言葉によって揺り動かされ、あたかも過飽和状態の液体を刺激すると結晶が析出するかのように成果が上がった。このようにして院内に活気が戻るとともに収支は改善し、この年度の内部留保は約 9 千万円増加した。

新本館工事は一部建物を撤去してから行い、平成 24 年 5 月に旧本館から移転して電子カルテが稼働した。この時点での病棟編成は 10 対 1 一般 158 床、回復期リハビリ 29 床、療養 21 床の合計 208 床である。新本館での診療が始まると残りの工事が終了するまでの間、外来部門への通路が何度も変更されることになった。各部門から交代で案内係を出して対応したところ、特に患者に接することの少ない部門の職員にとって新鮮だったようで、接遇レベルが飛躍的に向上するという予期せぬ効果をもたらした。全ての工事が終了した後も止めない方が良いという意見が数多く寄せられ、この案内係は現在も続いている。

残された西館を全面改修するとともに、旧本館を取り壊して外構工事を行い、平成 25 年 3 月末にグランドオープンを迎えた。一方、全職員で取り組んできた改築事業の終了が近づくにつれて、ここで新たな目標を見つけなければ職員の成長が止まってしまうのではないかと考えるようになった。

4. 病院改革と地域包括ケア

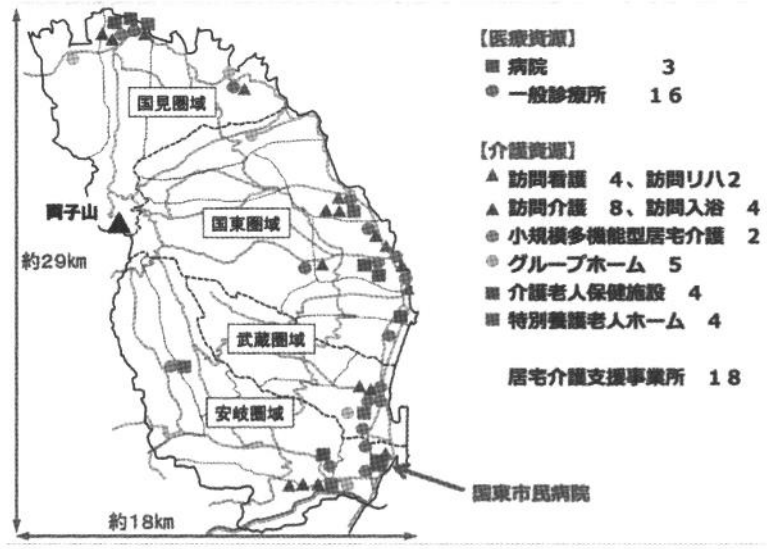
ここで時間をいったん筆者の院長就任直後に戻す。赤字体質に陥っていた病院のソフト面での改革、病院がレベルアップするための取り組みとして、思いつくことは次々に行った。部門ごとに職員全員のヒアリングを行い、それまでの四役会議や部門長会議、主任者会議のあり方を見直した。新たに医療連携係を決めたが、これは後に地域連携室になった。訪問リハビリを行わなければ訪問看護ステーションの黒字化か難しいと耳にすれば、すぐに取り組みを始めた。NST が注目され始めた時期でもあり院内にチームを作ろうと職員に働きかけた。このような取り組みは主として組織改革ひいては経営改善を目指すものであるが、根底に病院としての確固たる理念がなければ効果も取り組む意味も薄い。当院は自治体病院であり、職員は地方公務員である。しかも国保直診だ。国保直診の使命は地域包括ケアシステムの構築と推進であり、それは単なる経営改善を職員に求めるよりも、地方公務員、医療職としての「人の役に立ちたい」という願いを満たすことができ、働きがい、生きがいとなって職員共通の価値観になる。

筆者の父である初代院長は昭和 59 年～平成 4 年に国診協の会長を務め、当時常務理事であった山口昇先生らとともに国診協の法人化を行い、全国組織としての存在意義を明白にした。もちろん山口昇先生とは地域包括ケアの生みの親である広島県公立みつぎ病院の名誉院長である。筆者は平成 4 年に当院に赴任したが、10 年間は外科医として消化器疾患、乳がん、肺がん等の手術はもちろん、ERCP を含む内視鏡検査・治療も積極的に行い、臨床一筋で過ごした。平成 13 年に外科系副院長に就任したのだが、その年に長野県・諏訪中央病院で開催された国診協の第 15 回地域医療現地研究会に参加する機会を得た。そこで地域包括ケアの実際に触れ、病気を治療するのみではなく予防や介護を含めた地域全体のシステムとして住民を守ろうとする理念に深く感銘を受け、「小医より中医、大医」という言葉を胸に刻んだ。翌年の現地研究会では現国診協会長の押淵徹院長の平戸市民病院を訪問、珍しい苗字なので「籾井先生の息子さん」とすぐに国診協の先輩方に認識されるようになった。

院長に就任すると国診協から総務企画委員に指名され東京での会議に出席するようになり、山口先生をはじめとする先輩たちから地域包括ケアの話を直接うかがった。ますますその重要性を認識するようになった筆者は、国東においても地域包括ケアシステムを構築しようと考えた。だが、公立みつぎ病院の地域包括ケアシステムは病院周囲に保健・福祉・介護に関する全ての施設が揃っており、国東が真似するのは不可能だった。というのも、4 町が合併して誕生した国東市には旧町ごとに様々な施設が海岸線沿いに点在しており、大小合わせると 100 前後、しかもそのほとんどが民間施設である（図 6)。また、国東市の南端にある当院から北端の施設までは約一時間かかるので職員の名前も顔も分からない状態であった。

とにかく連携するしかない、そうすればそのうち何とかなるだろう、いわば集中型ともいえる「みつぎ型地域包括ケア」に対して漠然と「広域型もしくは連携型地域包括ケア」を目指そうと考えた。その後の様々な試行錯誤の結果、

図6



必要となるのは、①病院としてのレベルアップ、②住民・地域に開かれた病院、③地域の顔の見える関係づくり→地域内連携システムの構築、④行政のやる気、と分かってきた。

病院のレベルアップは医療水準や看護技術のみを指すのではない。地域内の保健・医療・福祉・介護関係の皆さんから信頼され、連携していただける病院にならなくてはならない。そのためには職員が変わらなければ病院は変わらない。院長就任後から前述のような様々な取り組みを行うとともに「院長室から」を発信し続けたのだが、臨床一辺倒だった筆者が豹変したかのような発言に最初のうちは職員も面食らったかもしれない。

医師会講演会は医師のみが参加する会であったが、他の医療スタッフも参加できるようにし、職員向けの接遇や教育講演会も開催した。しかし、これでは地域内での顔の見える関係づくりはできないと考え、保健・福祉・介護分野も同じ場で研修できるようにと平成 17 年から仏の里ネットワーク講演会と銘打った講演会を開催し、すでに 54 回を数えている。平成 21 年になって第 18 回の講演会を行った頃に「地域内連携システムが必要だ」という内心待ち望んでいた提案がなされ、3 月の第 19 回講演会の場で市内特別養護老人ホームの施設長から発議をしていただいた。

その準備委員会開催に当たっては医師を交えずに現場の実務者で取り組むように助言し、看護師、保健師、ケアマネ、ヘルパー等が参加した。これは医師が前面に出ると他職種が萎縮すると考えたからだ。平成 21 年 8 月に「くにさき地域包括ケア推進会議（通称ホットネット）」が発足した（図 7）のだが、当院看護部長は「あの時、利用者さんを連れて行ったらこんな目に遭った、こんな事を言われた」などと市民病院に対する様々な不満・苦情をその後も一年近くにわたって我慢強く受け止めた。そのうちに「病院が自分の利益のためにシステムを作ろうとしているのではないことが分かった」との理解が得られるようになり順調にシステムの構築が進んだ。この経験から、医療サイドは無意識にせよ

図 7

■　ホットネットは、「地域住民が安心して暮らせるよう地域全体で支え合う体制づくり」を目的に、平成２２年から国東市内で自主的に活動している団体。
■　構成員は、国東市、姫島村の保健・医療・福祉・介護分野の事業所に従事し、趣旨に賛同する者で、看護師、医療ソーシャルワーカー、セラピスト、栄養士、介護支援専門員、看護師、社会福祉士、介護福祉士など。
■　事務局は国東市地域包括支援センター。



介護サイドに対して上から目線で接しがちなのだと思い知らされた。そして地域包括ケアとは、誰もが対等、平等でなくては成り立たない、誰もがプロフェッショナルとして尊重されなくてはならないのだと実感した。ホットネットは年々活動を活発にしており、「くにさき地域連携マニュアル」「医療・介護・福祉事業所一覧」などの成果物を作成し、市内のほぼ全ての医療、介護施設が使用している。また、病院や介護施設によって提供している食形態の呼称が異なっているため、食形態マップを作成し、利便性を図るようにもした。

行政との関係はというと、当院は 30 年以上にわたって 5 町村の広域圏組合立病院であり行政と 1 対 1 の関係ではなかった。そのため行政には病院とは別物との意識があり、地域包括ケアに対する理解は合併後にもなかなか得られなかった。しかし、きっかけは地域に出かける保健師やリハビリ技士がもたらした。広い国東市で転倒予防教室を続けても効果がないと考え、保健師と当院リハビリ技士が共同して介護予防体操である「いきいきちょるちょる体操」を開発、平成 22 年度からケーブルテレビで放映し、公民館等での普及を図った。

そうしてだんだん行政との距離が近くなってきた平成 27 年度には旧知の県庁職員が国東市に出向して高齢者支援課長となり、2 年間地域包括ケアシステムの構築を担当した。それは国東市が大分県の指導のもとに介護予防事業に取り組み、当院も協力して地域ケア会議等を開催し、成果を上げ始めたころであった。新課長は前年度に立ち上がったばかりの在宅医療推進運営会議の組織化と方向づけを行い、行政主導の運営手法を国東市役所に根付かせた。会議の全体会と 3 つの部会は具体的な目標を決め、「最初から完璧を求めない、できることから始める」と無理のない取り組みを行い、現在の在宅医療介護連携推進運営会議につながっている（図 8、9)。それまでホットネットにより地域内連携がかなりスムーズになってきていたところに、行政が本腰で取り組むことになり、介護分野に偏っていた連携が国東市全体の広域型地域包括ケアシステム構築へと

図８

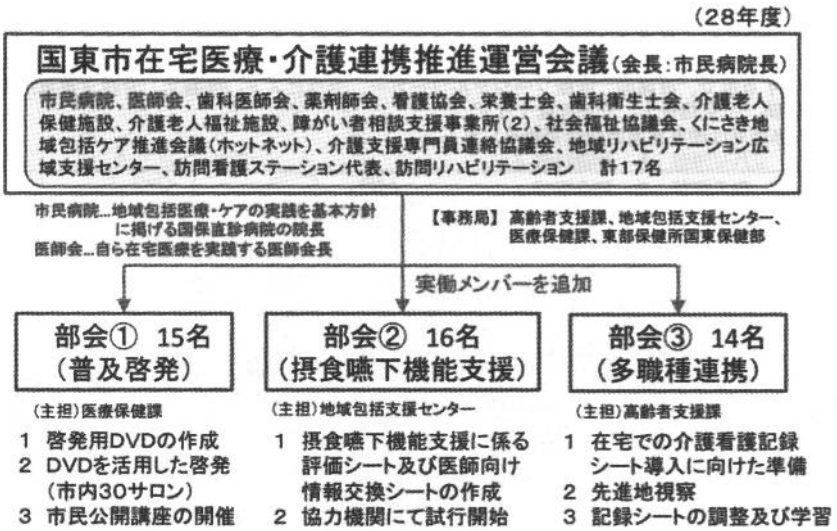


図9

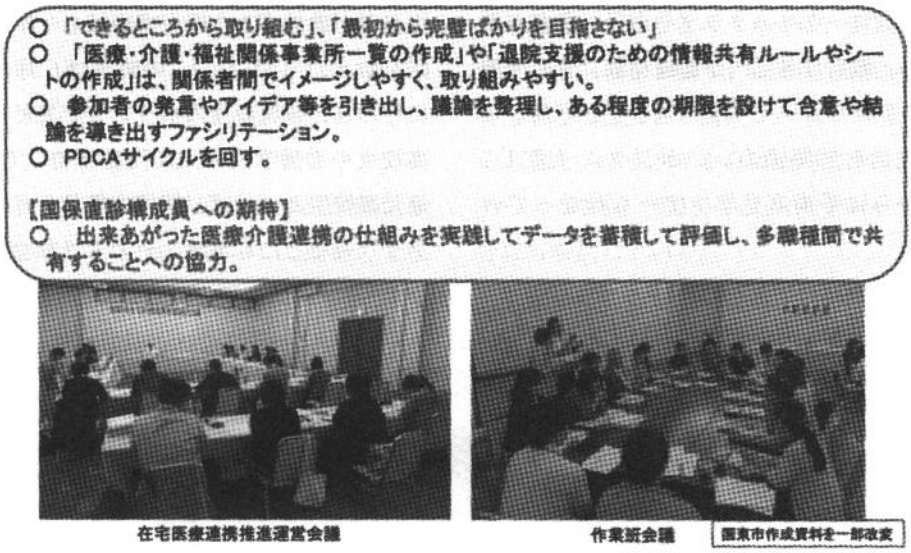


図10



一気に進み始めたと感じている。

5．地域に開かれた病院

院長就任後、病院職員の作品発表の場に過ぎなかった互助会発表会を病院祭とするよう提案、今年度は第 9 回を数えた（図 10）。この病院祭には市民グループが踊り、歌、太鼓、神楽等を披露し、地元中学吹奏楽部や市民吹奏楽団が演奏してくれる。また、国東消防署の協力で

消防自動車や救急車が展示され、BLS の体験もできる。ロータリークラブや市民、業者の露店もある。職員は各部門が健康相談、骨密度測定などの多様なコーナーを用意し、5 年前からは地域包括ケア関係のシンポジウム（図 11)、3 年前からは手術室見学ツアーも行なっている。

病院職員の半数の 160 名程度と消防署、行政担当者が参加する合同災害訓練も今年度は第 9 回を数えた（図 12)。この訓練は 6 月の日曜日に行われ、被災者役のボランティアとして地元高校生や看護学生も 60 人程度参加してくれる。地元高校生といえば、糖尿病患者会とのウォークラリーなどにもボランティアで参加し、高齢者との

図11



図12



交流を楽しんでいる。

クリスマスと七夕の時期には院内でコンサートを開催し、地元小学生やママさんコーラス、職員バンドが出演して患者さんを喜ばせてくれる（図 13)。昨年のクリスマスコンサートでは 2 週間の学生実習に訪れた大分大学医学部ジャズ研 5 年生のメンバーにお願いして演奏してもらった（図 14)。これは今後も恒例になりそうで、将来彼らが当院で働く日も来るだろう。

地域に出かけるという点では、旧町ごとに行われる「ふるさと祭り」に当院看護師や管理栄養士などが参加して健康コーナーを担当している。また、平成 24 年からは市内盆踊り大会に 2 チームが参加（図 15)、リレーフォーライフ大分にも参加している。

依頼に応じる形の出前講座は年間数回しかなかった。

図13



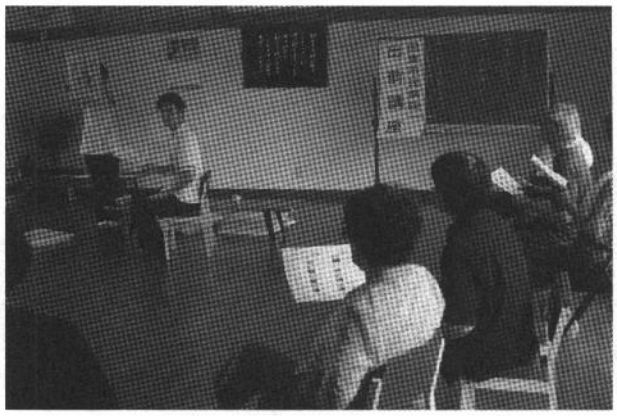
図14



図15



図16



どんな講話を依頼したら良いのか市民には思いつかないのかもと考え、昨年度からメニューを用意した。いわばオンデマンド方式としたところ依頼は急増し、最近では毎週のように地域で出前講座が開催されており、病院と地域の距離を近づける効果を現し始めている（図 16)。

広域型地域包括ケアの弱点は、広域化した地域では住民参加が難しいことだが、こういった開かれた病院、出かける病院という地道な取り組みによって可能になっていくのではないかと考えている。

6. 新病院での取り組み

筆者が院長に就任した頃は全国の主要な病院が次々と病院機能評価を受審しており、当院も受けるべきかかなり迷った。単に数多くの委員会を整備して形を整えれば良い、プライバシー

保護等のために何らかの改修が必要になる、などといった話を聞くことが多く、機能評価が集患に影響しないへき地国保病院にとってメリットが感じられなかったのだ。そんな時、ある国保病院長から「コンサルタントを 500 万円で雇って委員会を整備してもらい、機能評価を受審した」と聞き、「病院改革につながらない機能評価受審に意味はない、時期が来るまでは受審しない」そう職員に宣言した。

平成 19 年後半には病院経営改革の手法の一つとして BSC（Balanced Score Card）があることを知り、導入したいと平成 20 年 3 月の院内学会の特別講演で取り上げて職員に紹介した。しかし、その後の当院は整形外科診療停止、病棟閉鎖と激動の時期に入り、BSC どころではない状況が続いた。平成 21 年 9 月の定例市議会において病院改築事業が正式に決定し、ハードが新しくなるならソフト面もと、BSC への取り組みを新たにしようと考え、3 名の主任級職員を 11 月に東京で開催された BSC 導入セミナーに派遣。核となる実行メンバーを作ったのだが、急ピッチの改築事業に取り残されるようにまたしても BSC は置き去りにになった。

平成 25 年 3 月末の病院改築事業終了が近づく中で、次の目標として病院機能評価を受けるべきか副院長や看護部長と検討した結果、機能評価方法がプロセス重視に変わっており、受審には大いに意味があると判断、平成 26 年度内の受審を目指して準備を始めた。

一方、経営改善を図るために平成 25 年 9 月には亜急性期病床 12 床の運用を開始したのだが、平成 26 年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設されることが判明。平成 26 年 8 月には療養病棟 21 床を廃止して回復期リハを 50 床とし、10 月には一般病棟 51 床を地域包括ケア病棟に転換した。このような大きく急激な変化を危惧する声もあったが、職員には「できない理由を探すな」と号令をかけた。結果的に回復期リハ病棟も地域包括ケア病棟も、107 床の当院一般病棟からの転棟患者がほとんどであるにもかかわらず、在宅復帰率は 80%を超えている。これは病院だけの努力で成し遂げられることではなく、広域型地域包括ケアシステムのおかげであり、当院の病床数と病床機能は一足早く当院が属する大分県東部医療圏の地域医療構想を実現する結果となっている（図 17、18）。

病院機能評価受審の準備はこのような一連の病棟編成の変更と並行して行うことになり、職員の負担は大きかったが、一丸となって取り組む事で平成 26 年 12 月に受審し、翌年 3 月に認定された。

BSC 導入委員や各部門の担当者の BSC への取り組みの労は、改築後も矢継ぎ早に病院機能やシステムの見直しを行なったために報われない状態が続いていた。平成 27 年度に地元出身で経験豊富な民間病院事務長経験者を特命参与として迎え、強力な指導を受けることができるようになった BSC は平成 27、28 年度と着実に向上して大きな成果が上がり始めた。また、カイゼン委員会も立ち上げてアイデア勝負で業務改善を行うカイゼン活動にも取り組んでいる。

平成 28 年度から全ての地方公共団体において人事評価制度を導入することが求められるようになった。当院でも参与の紹介で平成 27 年に部門長や主任といった評価者が「求められる、あるべき職員像」を具体的に考えて評価基準を作成する行動評価型人事評価システムを構築した。しかし、人事評価制度は最も公務員に馴染まないシステムのようで、なかなか思うような運用には至っていない。今年度後半の最重点課題として取り組みを新たにする。

図17

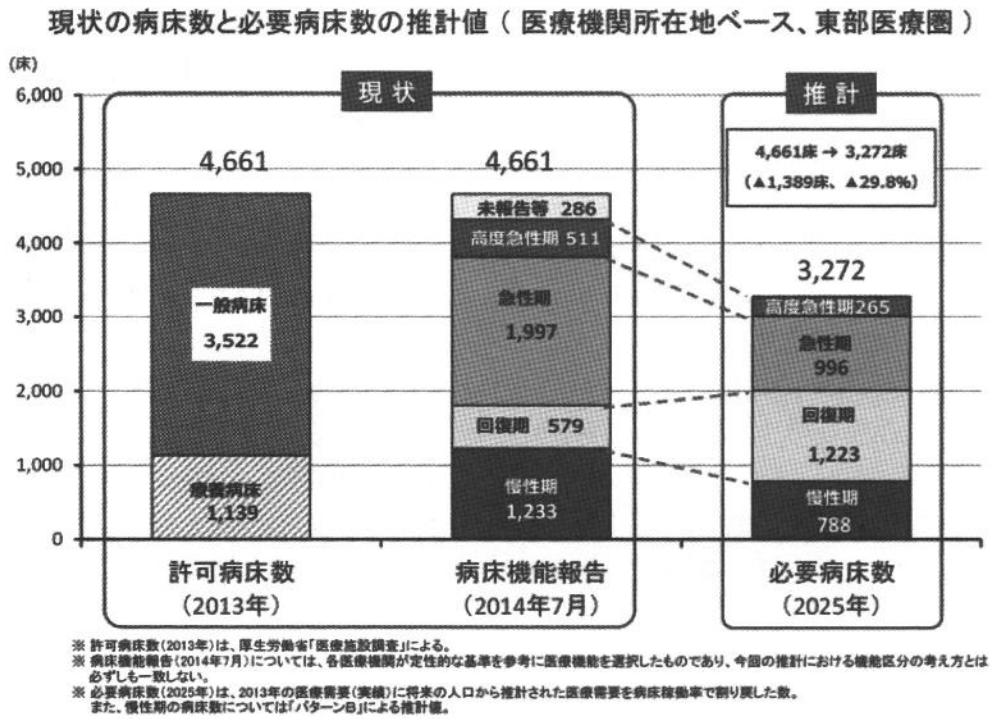
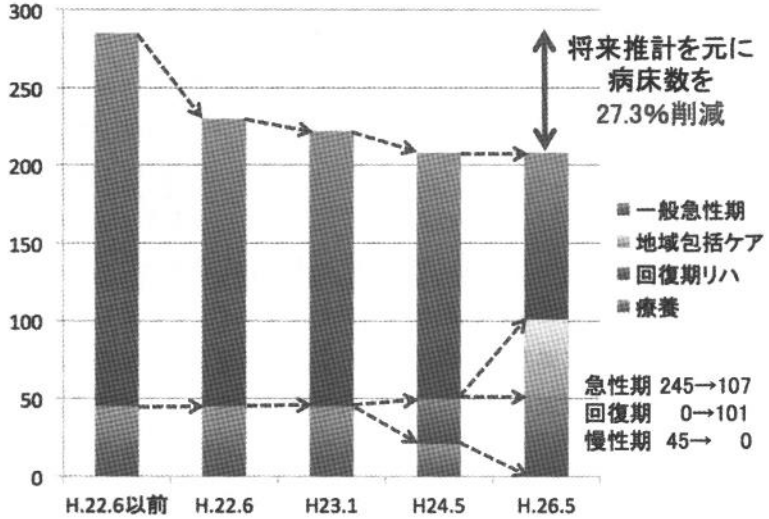


図18



病院機能評価、BSC、人事評価システム等、病院として取り組むべきことはたくさんあり、当院も積極的に取り組んできた（図 19)。ある病院は結果だけを求めてコンサルタント等を利用するだろう。有名、有能とされる事業管理者や事務長を招聘してトップダウンで経営改革を断行する病院もあるだろう。だが、自治体病院や

図19

主な国東市民病院の取り組み

平成16年　4月1日第3代 現院長 就任、新医師臨床研修制度必修化
　　8月地域医療連携室（係）設置　9月訪問リハ開始
平成17年　仏の里ネットワーク講演会開始
平成18年　3月31日国東市誕生、国東市民病院と改称
平成19年　5月創立50周年記念式典
平成20年　10月整形外科診療停止・整形外科病棟休止 13：1→10：1看護
平成21年　4月1日地方公営企業法全部適用
平成22年　1月改築事業に伴う設計作業開始
　　8月くにさき地域包括ケア推進会議設立　魅力ある病院づくり事業
平成24年　5月改築事業による新館運用開始に伴い208床へ
　　（回復期リハ病棟29床、医療療養21床）電カル稼働・フィルムレス
平成25年　3月新病院グランド・オープン
　　9月亜急性期病床12床運用開始
平成26年　8月療養病床廃止し回復期リハビリ病棟50床へ
　　10月地域包括ケア病棟51床運用開始
　　12月病院機能評価受審
平成27年　4月特命参与就任、行動評価型人事評価制度構築、BSC再取組
平成29年　1月サテライト訪問看護ステーション「結」開設

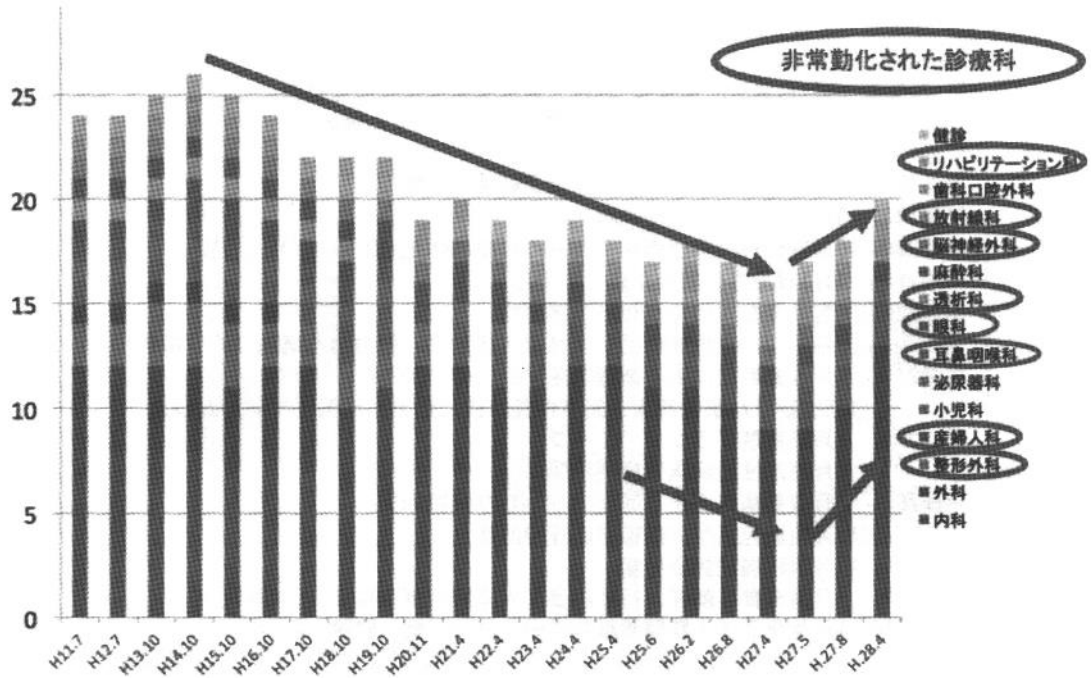
国保直診は未来を見据え、地域包括ケアシステムの中核を担って住民のために存続していかなくてはならない。安易な道は捨て、困難であっても病院の組織風土が変わってしまうような取り組みをしていかなくては意味がないと信じている。

7．終わらない医療崩壊と医師確保の試み

平成 20 年度の整形外科診療停止後も医師数の減少に歯止めがかからなかった。院長就任時に 25 名だった医師数は平成 27 年度 4 月には最低の 5 診療科 16 名（うち歯科医師 2 名）にまで減少した（図 20)。この時に県内国保病院、医師会病院等のデータを収集する機会があり、内科入院患者数、内科医師数、救急患者数、救急車搬入件数等を比較すると当院が最も劣悪な状況にあることが判明した。民間病院である医師会病院は大学医局への多額の寄付行為が可能で医師確保をしやすいことや大学医局の医師派遣と県庁の自治医科大学卒医師の派遣が協議不十分なまま行われていた事などが不公平な医師派遣の原因となっており、大分県地域医療支援センターでもある大分大学地域医療学センター教授や県庁医療政策課に公平な人事を強くお願いした。

整形外科診療停止の事態になった時に感じた事だが、どこかの病院が大学医局に無理な医師派遣を実行させ、結果的にへき地の病院から医師が引き上げられたならば、そのへき地域住民は国東市民と同じ目に遭うことになる。自分さえ良ければ他者はどうなっても構わないというのは医療者として心得違いだ。全県的な医師定着策を考え、その上でデータに基づく公平公正な医師派遣システムの再構築が必要だ。そこで、まずは国保病院を開設している 3 市に働きかけ、3 市における医療・介護資源の分析と将来推計、人材育成を目的として大分大学地域医療学センターと「へき地公立病院地域医療・地域包括ケア研究協議会」を平成 28 年 5 月に設立した（図 21)。

図20



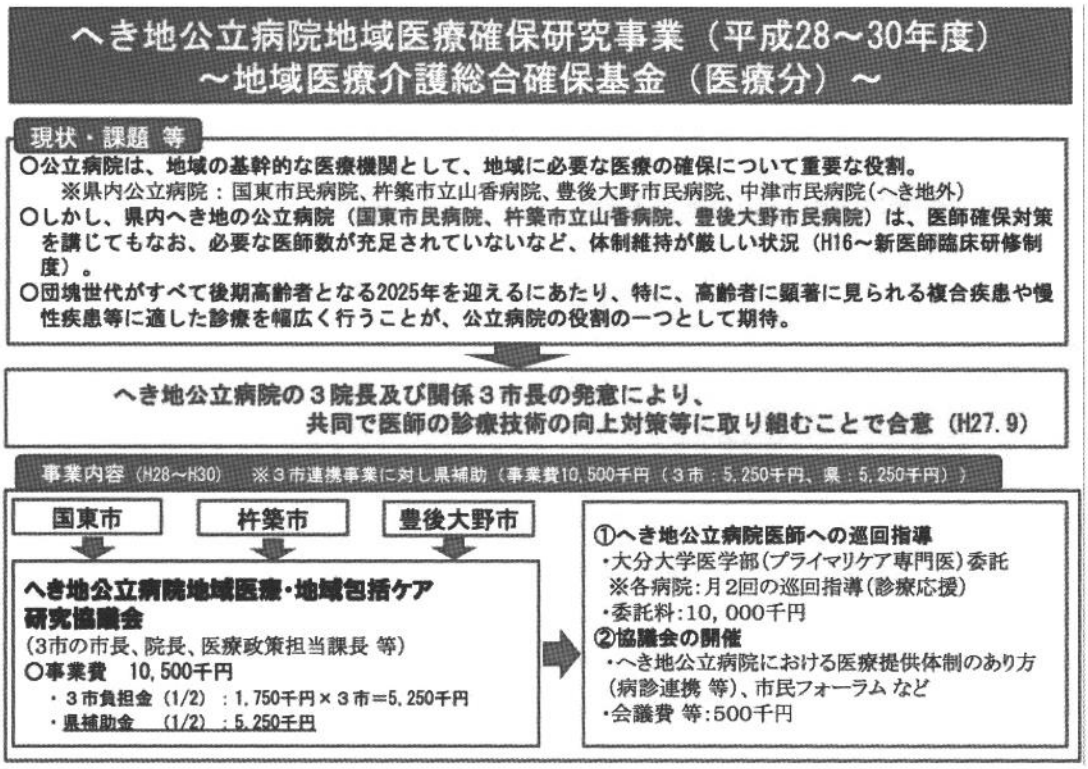
これにより地域枠卒医師の公正な派遣につながるものと期待できる。このような行動を始めたところ、大学や県庁の配慮により内科医数は増加した。大分県と県下市町村は一体となって大学を支援して大分県の医師数が増えるように努力すべきであり、この研究協議会をさらに発展させる方法や新たな医師派遣システムの構築の検討を始めた。

また、医療崩壊に立ち向かうためには市民の意識も変わらなくてはならない。国東市では平成28 年 6 月に「健康づくり及び地域医療の確保に関する基本条例」を県下市町村で初めて制定し、自らの健康と地域医療を守ることを市民の責務とした。このような取り組みを県全体に広げることも医師定着に役立つものと思う。

8. 中山間地国保病院の経営

中山間地の中小病院では予約入院する患者は少なく、体調不良で受診、そのまま入院という場合が大半だ。また、交通弱者が多くて退院は週末に集中しがちであり、病床コントロールが困難である。どうしても行き当たりばったりの経営になりがちだ。その上、当院では病床の数や機能が毎年のように変わったために前年度実績との比較が数年間無意味となって、分析力の不足を痛感することになった。また、平成 26 年度からは新公営企業会計制度が導入されたために、減価償却内赤字は許容範囲というこれまでの経営感覚が通用しなくなった。これまでの 3 年間の収支によると赤字額はほとんどそのまま内部留保資金の減少額となるようだ。中小自治体病院は KKD（勘と経験と度胸）経営だと揶揄されるが、筆者はもう一個の D すなわち「丼勘定」を加え、KKD&D 経営と呼んでいる。自治体病院はそういった経営から脱却して戦略的健全経営を目指さなくてはならない。

図21



だが、公務員である自治体病院事務職は自由に増員できないし、中途採用も難しい。そもそも働き盛りの有能な人材がへき地には乏しい。そこで平成 27 年度から特命参与の指導下に事務長をはじめとする事務部門を活性化、平成 28 年度には経営企画部門を新設し、部署横断的に議論し、経営改善策を検討・提案できる場を設けた。

自治体病院の場合、外部委託によって人件費が削減できると言われ、清掃、医事計算、給食など、どんどん委託されてきた。しかし、見かけ上人件費は削減されるものの、非正規職員として直接雇用した場合よりも高い金額が経費に付け替えられる。議会対策としては有効であっても、病院経営としては妙手とは言えず、地元へのお金の還元としても良くない。当院では医事計算を業者に委託したことがあるが、査定率を気にして迷った時に算定していない可能性がある、接遇に問題があっても直接注意できない、いつも初心者が配属されている、そんな問題があった。地公法一部適用の時代は臨時職員の報酬も市役所の規定に合わせざるを得ず人材確保が困難だったが、全適となり業者への中間マージン分を報酬に上乗せした病院独自の報酬を支払えるようになったので直接雇用に戻した。結果的に当院の人件費率は高くなっているが、外部に対して丁寧な説明をすれば良い。

自治体病院では建築や改修、薬品・医療材料などの仕入れなどの入札において民間よりも割高な価格設定の自治体病院価格は現実に存在している。薬品等の共同購入などの対策を行なっている病院もあるが、へき地の中小自治体病院は

取引規模が小さく提携する仲間も見当たらない。しかも担当者が数年で変わる。値引き交渉は困難で価格は高止まりしがちではあるが、民間の情報を手に入れるなどして粘り強く交渉していくしかない。

当院の一般病棟は、10 対 1 看護体制であるが、入院患者の平均年齢は 80 歳前後であり、認知症患者も多い。3 つあった一般病棟の 1 つを地域包括ケア病棟に転換したところ、一般病棟の平均在院日数が著明に短縮され、16 日以下となった。当然ながら病棟あたりの入退院患者数は増加、重症度・看護必要度は上昇して 10 対 1 の看護師配置では業務過多となり、看護師の疲弊に繋がっている。それなのに手術等の高額医療行為が比較的少ないために収益性が低い。いかに加算を算定できるようにするかが重要だが、専従者が確保困難で限界がある。急性期大病院に有利な診療報酬のままでは中山間地の自治体病院は存続できなくなっており、国診協ではへき地住民を守れるような診療報酬のあり方を厚労省に要望している。

最後に DPC への対応について。中山間地の国保病院の多くが未だに非 DPC 病院であり当院も例外ではない。これまで 3 回のシミュレーションを行ってみたが、大きな経営改善は見込めない結果だった。それでも今後はデータに基づいた戦略的経営を目指すべきであると考え、DPC 準備病院に名乗りをあげることにした。将来的に非 DPC 病院が不利な診療報酬となる可能性もあるし、当院はデータ提出を行なっている回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟を有しているので、DPC への対応はさほど困難ではないであろう。

我々のような中山間地中小自治体病院は住民のために何としても存続し、地域包括ケアを推進しなくてはならない。人、もの、金の全てが不足しているが、知恵と工夫でこれからも「変わることで生き残っていく」つもりだ。