事例No.	519
公表年度	H29
団体の属性	一般市
団体名	広島県尾道市

事例区分	公営企業

タグ	・病院事業 ・福祉・介護 ・地域運営組織

事例種類	地域包括ケアシステム

事例内容・タイトル

「地域包括ケアシステムと公立病院の役割・機能」

出典

雑誌「公営企業」先進事例紹介（平成29年10月号）

先進事例紹介



「地域包括ケアシステムと公立病院の役割・機能」

尾道市・公立みつぎ総合病院
名誉院長・特別顧問　山口　昇

Ⅰ．公立病院を核とした地域包括ケアシステムの構築

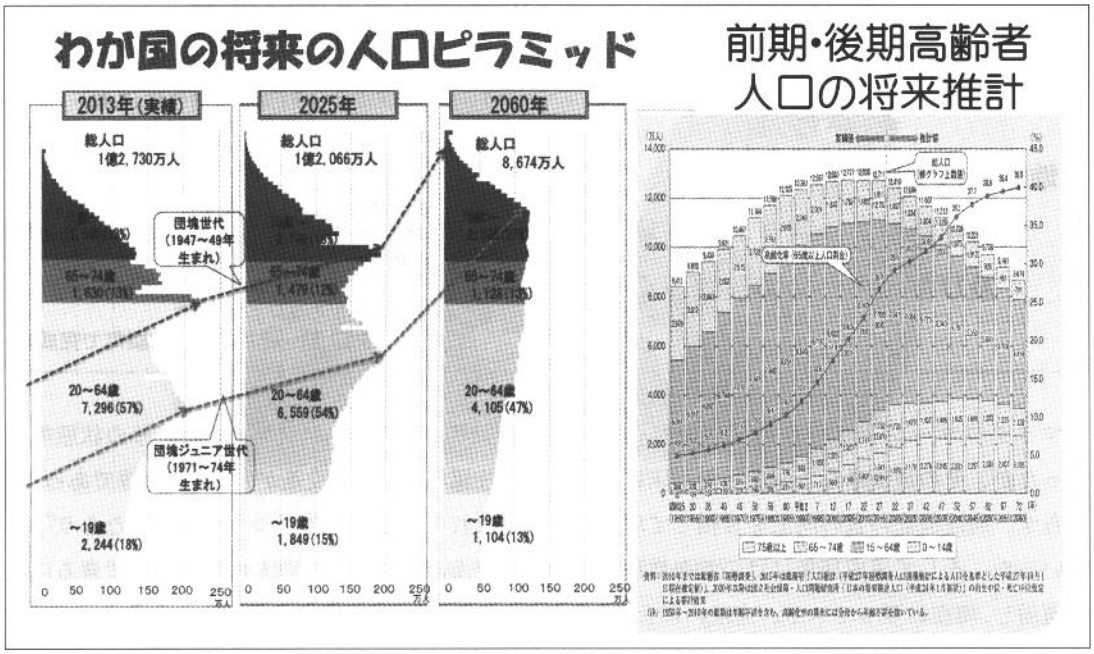
1．はじめに

超高齢社会が到来し、いくつかの課題が浮上している。いわゆる「2025 年問題」である。これらの高齢者は第 1 次ベビーブームで生まれたいわゆる「団塊の世代」で、2025 年には後期高齢者に突入するため、今後介護を必要とするケースが増えていくことが予想される。

一方、介護する若者は減少し、施設や在宅での介護力はダウンしている。現に介護離職や介護難民等の問題が浮上している。一方、国の財政も厳しい状況で、このままでは現在の社会保障制度を維持出来るかどうか、危惧の念がもたれている。このような多くの課題がいわゆる 2025 年問題で、このように社会が変われば医療・介護の世界も同様に変わらざるを得ない（図 1）。

高齢者の特性は“多病”ということである。1 人でいくつもの病気をもっている。現在の専門化細分化した医療では、1 人の患者を診るのに極論すれば複数人の専門医が必要となるケースがあり、ここに総合医を必要とする理由がある。しかし現実には、医療・介護連携や地域包括ケアも必要となる。国も医療法改正をはじめ、介護保険法改正、そして平成 26 年には「地域医療介護総合確保推進法」を成立させ、この中で第 6 次医療法改正を行って、「地域包括ケアシステムに資する在宅医療の推進」をうたっている。又、併せて介護予防の一環として、リハビリテーションの必要性を打ち出している。一方、医療の質も注目され、病院機能評価をはじめ、新公立病院改革プランの策定等が実施に移される。この新改革プランでは、前回の改革プラン①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しに加えて、④地域医療構想をふまえた役割の明確化（地域包括ケアシステムの構築）が 1 つの柱になっている。公立みつぎ総合病院では、前回の改革プランの時からこの④についてもふれ、その状況と病院運営についてもふれたが、

図1



出典：国立社会保障人口問題研究所
「日本の将来推計人口（平成27年12月推計）

今回の新改革プランでは更に両者の関わり等についても述べている。

2. 公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム

(1)　病院の沿革と基本理念

当病院は昭和 31 年、国民皆保険にそなえて開設された国民健康保険病院（直診）である。私が赴任して来たのは昭和 41 年、新病院（40 床、職員数 45 人）がオープンしたのは翌 42 年夏のことである。私は、地域の開業医とも相談し、当院の診療圏域にない病院機能を新病院にもたせることにした。

新しい病院機能は脳外科と“がん”対応であった。当時（50 年前）広島県東部の人口は 100 万人弱であったが、その圏域に脳外科はなく、開頭手術をしている病院は県内では大学病院のみであった。

オープンして 2～3 年して患者数は外来も入院も急カーブで増え続けていたが、経営は設備投資等もあって赤字続きであった。半世紀前の御調町は人口約 10,000 人、財政力も弱い弱小町村で大きな企業もなかった。そういう中で診療圏域人口は急激に増え続けたが、逆に病院の整備は高額な設備費を要するため急速には進まず、3～4 年に 1 回ずつ増床していった。これはある一定規模以上になると黒字に転ずる（当時の診療報酬レベル）と試算していたからである。しかし、議会にはなかなかこれを理解してもらえず議会対策では随分苦労した。しかし、昭和 51 年、100 床規模になってからは黒字に転じ、その後現在までは会計制度が変った平成 26 年度を除いては比較的順調に健全経営を続けている。

一方、増床も順調に繰り返し、昭和 59 年には 240 床の総合病院になり、無菌手術室も整備して

表1

公立みつぎ総合病院
基本理念

【地域包括ケアの実践と
地域包括ケアシステムの構築
及び住民のための病院づくり】

表2

御調で地域包括ケアがはじまった
きっかけとその背景及びその後の展開

1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦(S.49)
→ 退院後在宅で寝たきりとなり、再入院する人が増えた
2 保健・医療・福祉の連携・統合(S.59)
→ 病院と行政のドッキング(行政改革)
3 各種介護施設の併設(S.56)
→ 維持期(生活期)のリハビリセンターを合築
4 住民参画(S.60)
→ 住民組織とボランティア(互助)
5 地域包括ケアシステムの構築
(S.59.国へ提言・ H.1.御調町で完成)

マイクロサージェリー等高度医療も可能になったが、その後は単なる診療科の増床にとどまらず、病院機能の質の向上を目指して増床していった。そして平成 15 年には公営企業法を全部適用し、現在に至っている。当院の理念は「地域包括ケアシステムの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり」である（表 1)。以下、その概要について述べる。

(2)　当病院で地域包括ケアをはじめたきっかけとその背景及びその後の展開

①　きっかけ（退院後のつくられた寝たきりに対する在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦（表 2)

当病院が 10 数年間で 40 床から 240 床の総合病院になったことについては前述した通りであるが、我々はその後、病院の診療圏域内に“寝たきり”が増えていることに気付いた。手術によって救命した患者が最初の 2～3 回は通院してくれるが、その後通院しなくなり、1～2 年後に寝たきりになって大きな褥瘡をつくって再入院してくる。こうして医療やリハビリ等が中断する。このようなケースが相次いだ。調べてみると、その原因は、家庭内の介護力の不足（独居、老老介護等)、不適切な介護（安易にオムツを当てることによる失禁や昼間でもコタツで寝たきりの状態等)、住環境の不備（段差が多いこと）等であった。これらを私は当時“つくられた寝たきり”と呼んだ。つくられたものなら予防できるに違いない。こう考えて、病院の看護師やリハビリスタッフを在宅に派遣することにした。私は当時これを“医療の出前”と呼んだ。今日でいえば訪問診療、訪問看護、訪問リハビリである。昭和 49 年のことであった（写真 1)。

当時は今日のような訪問看護や訪問リハビリ等はなく、介護保険制度もなく、何らの制度もネーミングもなかった時代にこの“出前”をはじめたのである。しかも無料であったため病院経営にとってはマイナスの分野であった。これ以上の赤字は不可である（昭和 40 年代後半)。しかしやらねばならない。医療費の無駄使いにもなっていて、これらは喫緊の課題であった（旧御調町は当時広島県内でも医療費の高い自治体)。私は当時、病院会計と国保会計がバランスのとれた状態が望ましいと考えていた。老人保健法や老人訪問看護制度、ゴールドプラン等の法や制度もなく、今から 42 年前のことである。これら“出前”は 24 時間ケアで行い、しかも最近の活動状況は表 3 の通りで、且つ後述するようにその後の



写真１

表３　訪問看護・訪問リハビリ活動状況（公立みつぎ総合病院）

年度	訪問看護延件数		訪問（在宅）リハビリ		
	病院 保健福祉センター	訪問看護 ステーション	実人数	延件数	住宅改修
平成22	4,099	9,584	453	3,054	126
平成23	3,735	9,048	468	2,980	121
平成24	3,819	8,381	504	2,959	131
平成25	4,104	8,792	551	3,342	124
平成26	4,521	9,022	626	3,831	181
平成27	4,526	9,241	608	3,882	182
平成28	4,528	9,256	588	4,015	134

病院経営にとってはプラスの結果をもたらすこととなった（写真 2)。

病院からの“出前”も最初の 5〜6 年はなかなかうまくいかなかった。田舎の人には「他人に家の中をみられたくない」「人の世話になりたくない」等の考えが根強くあり、又病院スタッフは地域へ出ていくのが今イチ“得手”ではなかった。そこでこれらのスタッフに保健師を加えることにした。保健師は地域へ出ていくことがなかなかうまく、地域住民との人間関係をつくることもうまい。そこで訪問看護のスタッフとして病院保健師をいれたところ、うまくころぶようになった。しかし、保健師は臨床に余り強くない。そこで当院では採用後 2 年間は臨床研修をやってもらい、その後病院保健師として採用するようにしている。当院には包括ケアのために病院保健師が 16 名いるが、この中で 8 人が地域へ出かけて、市町村保健師と同じような仕事をしている。

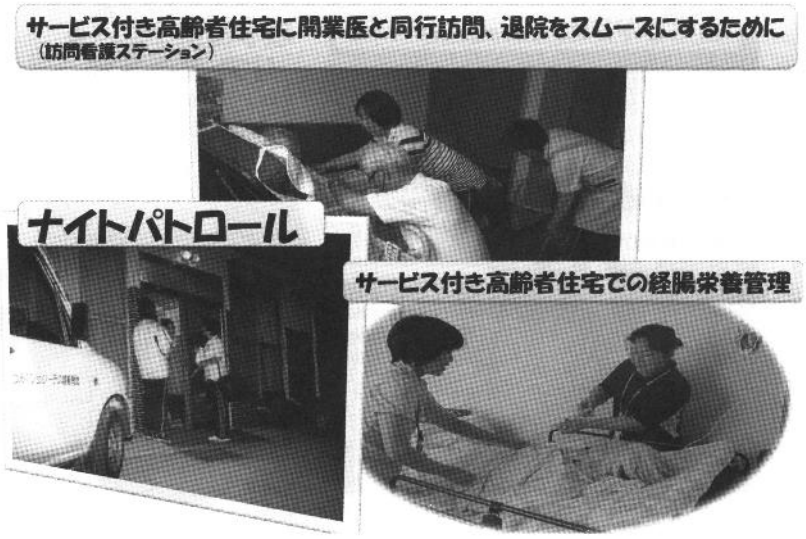


写真２

一方保健師はその他の部署でもいろいろなポストについており、病院の連携室長も保健師である（この点についてはこの８人の保健師に管理栄養士の１人を加えた計９人の給与の1／2を市の一般会計で負担してもらっている。これはこれらの９人が地域活動、公衆衛生活動を行っているからである）。この他、薬剤師による訪問服薬指導、歯科スタッフによる口腔ケア等も行っている。

②　保健、医療、介護、福祉の連携・統合（病院と行政のドッキング）

こうして医療の出前が何とかうまく転び出した頃、我々は次の壁にぶち当たった。それは福祉の壁であった。当時の高齢者福祉はすべて措置制度で、行政に権限があり、当時病院長の私には何の権限もなかった。ヘルパーの派遣にしても、機器の貸与にしてもそうである。これでは保健・医療・福祉の連携は不可能である。そこで私は当時の町長と相談し、行政の保健福祉を役場から病院へ移し、病院の医療と統合し、院長が行政の責任者を兼ねることになった。そこで条例を改正し、病院に国保健康管理センターを設置してここへ役場の行政部門を移した。これが今日の保健福祉センターであり、これはその後尾道市と合併後もそのまま継続されている（写真 3－①）。まさに当時の町長の大英断であった。こうして私は、当時の御調町における病院長であると同時に、保健、医療、国保担当課長でもあり、福祉の一部に関しても行政の責任者となり、その後は介護保険担当課長も兼務した。併せて前述のような問題も解決し、スムーズに連携が行われるようになった。これが当院が 240 床の総合病院になった昭和 59 年のことであった。まさに連携から統合へと移行したわけである。（写真 3－②はそこに併設している保健福祉センターの内部や、地域包括支援センター、当院の介護予防センターである）

③　介護施設群とリハビリセンターの併設

次いで我々は広島県と相談し、高齢者の介護施設群を併設することを実施に移した。先ず



写真３－①



写真３－②

特別養護老人ホームとリハビリセンターからなる広島県立「ふれあいの里」が昭和 56 年オープンし、その運営を公立みつぎ総合病院が県より委託を受けた。高齢者にはリハビリテーションが必要で、介護予防のためにもリハビリが不可欠である。この点を当時の広島県知事にはよく理解していただいた。その後、これらの土地や施設が県から当病院に移管されたため、そこに老健施設をはじめ、グループホーム、デイサービスセンター、ケアハウス等を併設していった。リハビリセンターは入院機能をもたせて 19 床の有床診療所とし、維持期（生活期）リハビリテーションの機能をもたせた（写真 4)。

④　住民参画

我々は最後に住民も参画する体制をつくった。システムをつくるのに住民が参加し、しかも企画の段階から参画するか否かで、システムが



写真４

うまく機能するかどうかが決まってくる。自助、互助、共助、公助の中の互助である。今後の超高齢社会では、要介護高齢者だけの問題でなく、元気高齢者をつくらねばならない。そのためには健康づくり、介護予防に加えて、元気な時に他人を助け、社会のために自分に出来ることをやる元気高齢者が必要で、これがまさに“互助”である。

御調町にも今から 10 数年前までは、福祉バンクというボランティアの仕組みが存在していた。元気な時に要介護者の面倒をみて、1 時間 1 点という点数制、それを貯蓄しておいて、自分が倒れたらその分だけ面倒見てもらうという時間貯蓄性（メリットシステム）であり、登録会員も 2,000 名近くに達していた。それが事務局を社協においていたため、11 年前の市町村合併後になくなってしまった。当時の尾道社協にはこういう経験がなかったために、返上されることになったのである。しかし、その後少しずつ回復しつつあり、旧御調町だけは今後これを元のように近づけたいと思っている。この他、御調町には保健福祉推進員制度や、介護保険推進員制度、食生活改善グループ、在宅看護職者の会、ホスピスボランティア、病院ボランティア、施設ボランティア等々がある。これらが一体となって住民参画の核になってもらいたいと考えている。

⑤　公立病院を核とした地域包括ケアシステムの構築

御調町では昭和 61 年、以上のような経緯を経て地域包括ケアシステムが構築された。その概要は（図 2－①、②）の通りである。

御調町における地域包括ケアシステムのハードは①病院②保健福祉センター、そして③保健福祉総合施設（介護施設群及び維持期のリハセンター）である。システムのソフトは、専門職を確保しての寝たきりゼロ作戦（介護予防）、在宅ケア（訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルプ、口腔ケア、訪問栄養指導、

図２－①

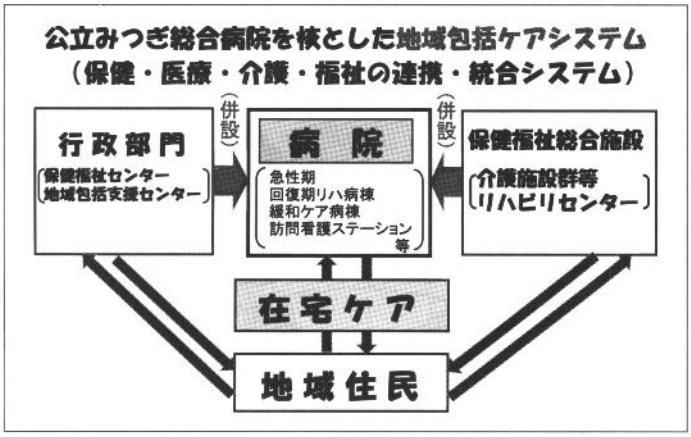
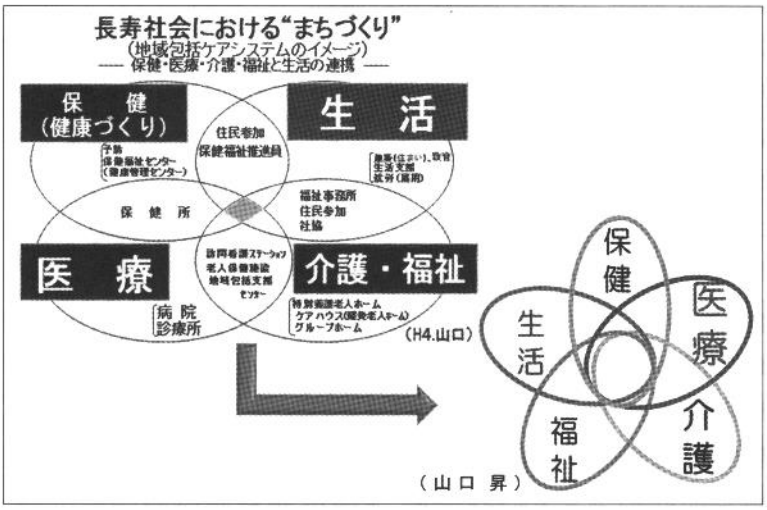


図２－②



訪問服薬指導)、更にケアマネジメント等である。これらの施設ケアと在宅ケア、ハードとソフトがそれぞれ連携して機能している。これらは国の研究会報告にある地域包括ケアシステムのイメージ図と類似しており、両者が同じ考えであることが分る（図２－③)。

⑥　システムの成果と課題

成果はあれ程多かった寝たきりが減少して来たこと、更に県平均より高かった医療費が下がって来たことである(図 3)。この他地域包括ケアシステムは病院運営に資すると考えられる(後述)。

更に課題としては、㋐．多職種連携が必要なこと。この場合は専門職間の相互理解が不可欠である。㋑．首長と住民の理解と協力があること。首長の理解の有無が、行政スタッフのモチベーションにもつながっていく。㋒．住民参画については前述した通りである。

図２－③

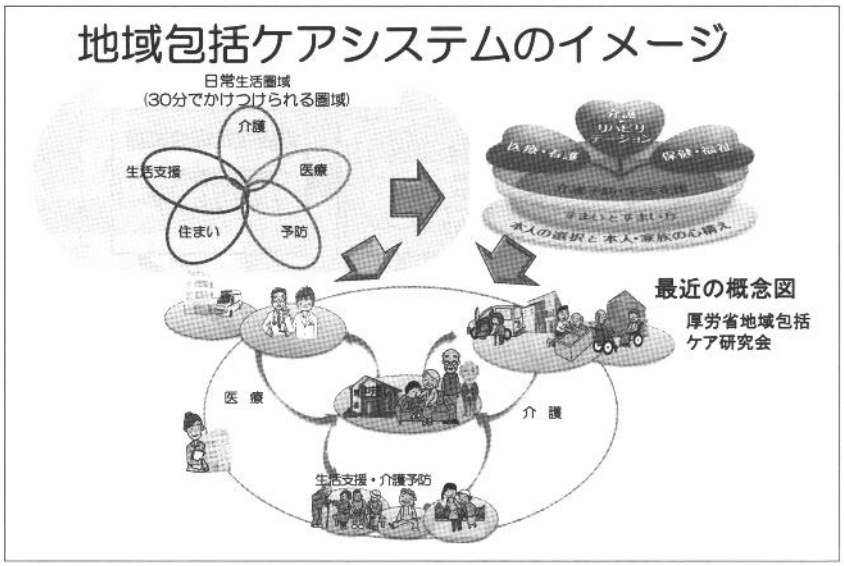
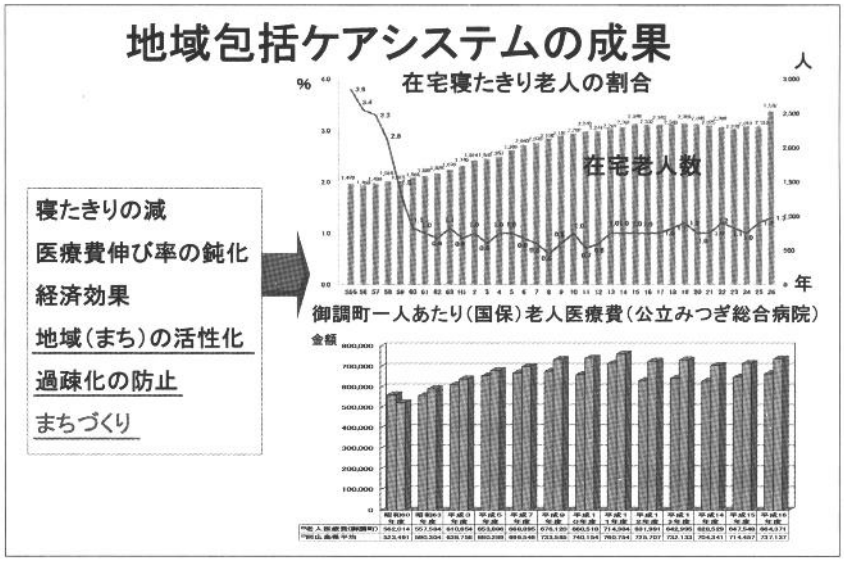


図３



3．地域包括ケアシステムとは

(1)　定義

①　著者（山口）の定義

○地域に必要な包括ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民（高齢者）が住みなれた場所で、安心して一生その人らしい自立した生活が出来るように、その QOL の向上をめざすしくみ

○包括ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、多職種連携、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、

地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア
　○換言すれば保健（予防）・医療・介護・福祉と生活の連携（システム）である
　○地域とは単なる Area ではなく Community を指す

②　厚労省の定義

「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」

③　広島県の定義

「地域包括ケアシステムとは、高齢者などの生活上の安心、健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、サービス利用者の選択に基づき、日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できる体制をもつシステム」

この 3 者の定義はよく類似しており、3 者の共通語は「生活」の視点であり、その目指すところは同じといえる。「地域リハビリテーション」にしても同様である。

(2)　システム構築の手法

システム構築の手法はその地域の特性を生かし、その地域に見合ったものでなければならない。大きく分けると次の通りとなる（表 4)。

表 4

地域包括ケアシステム構築の手法

- ○ 都　市　型
- ○ 大　都　市　型
- ○ 団　地　型
- ○ 中 山 間 地 域 型
- ○ 島 嶼 ・ 沿 岸 型
- ○ その地域に見合ったシステムを構築

①　都市型→都市部は保健所も福祉事務所もあり、人口、交通、経済、マンパワー等も比較的潤沢、唯周辺部は中山間地域型が多い。

②　大都市型→政令指定都市等に多く、各区毎に都市型を行う。

③　団地型→千里ニュータウンや多摩ニュータウン等に代表されるが、最近は普通の都市部でも団地が多く建設されている。こういう所は当初より高齢者医療、介護、施設、交通、生活等を視野に入れた団地型が望まれる。

④　中山間地域型→御調町は人口 7,000 人、高齢化率 36％で、ここでのシステムは典型的な中山間地域型であるが、専門職のマンパワーは人口規模に比して豊富（現在、600 人の病院スタッフがいる)。

⑤　島嶼・沿岸型→島嶼部は対岸の沿岸部の資源を活用し、連携を強化すべきである。

地域によってはこれらの類型の混合型も見受けられる。広島県は人口 280 万人、日常生活圏域が 125 あるが、これら 125 の圏域に 125 通りの地域包括ケアシステムを構築する予定である。一方システム構築の手法は多様化しており、決してすべての地域がこの類型化の分類通りに 1 つのタイプとしてすべてが当てはまるものではない。中には前述の通り複数のタイプの混合型も見受けられる。

(3)　シームレスな「面」の連携

図４

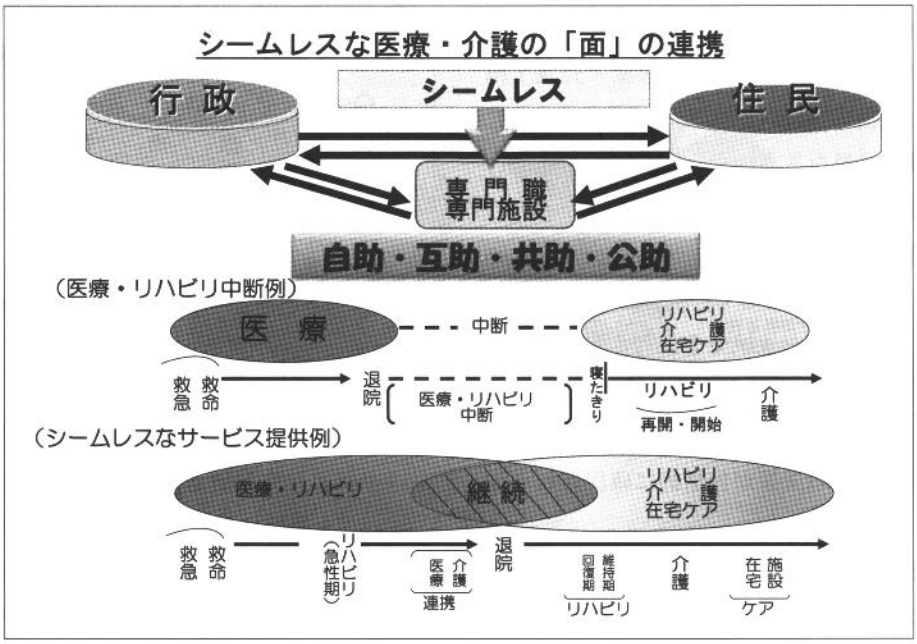
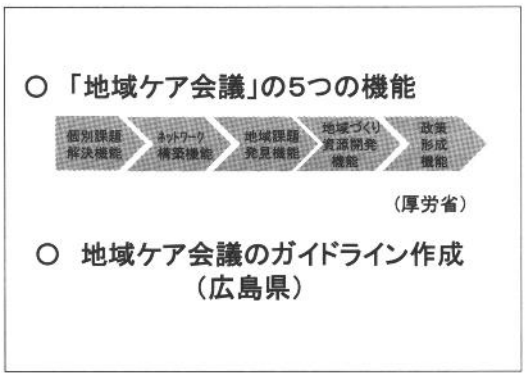


図５



従来の連携はその多くが“点”と“点”を結んだ“線”の連携であったと思われる。病診間の連携、病々間の連携にしても点と点を結んだ“線”の連携である。今後の地域包括ケアシステムにおける連携は、これら専門職間、施設間、あるいは専門職団体との連携に加えて、行政と住民が加わった連携、即ち“面”の連携が望ましい（図 4)。このように今後の連携は“点”から“線”へ、“線”から“面”へと移行していくものと思われる。しかもその連携はシームレスでなければならない。一旦中断すると“寝たきり”になってしまうことは、我々が 40～50 年前に経験した通りである。これらはシームレスな「面」の連携が望ましい。

(4)　地域包括ケアシステムは地域づくり、まちづくりそのもの

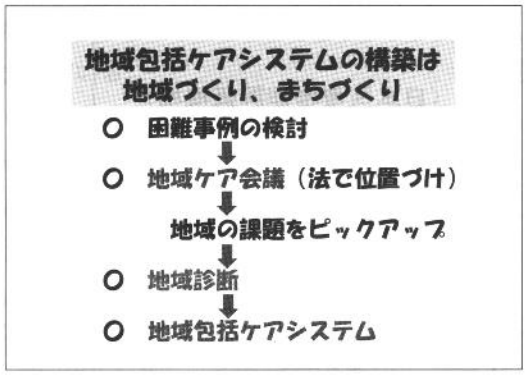
地域包括ケアシステムでは地域とのつながりが大切であり、そのためには地域ケア会議等に於いて、専門職が地域の他の専門職、或は地域住民、行政等、多くの人達との連携が求められる。

地域ケア会議は平成 29 年の国会で介護保険法か改正され、法律上の位置づけが明確にされた。地域ケア会議は単なる困難事例のケアカンファレンスのみではない。困難事例の検討にはじまり、その地域全体の課題をピックアップし、場合によってはその地域の課題を発見し、解決する。このため国は法律で 5 つの機能を明確にしている。①課題解決機能②ネットワーク構築機能③地域課題発見機能④地域づくり、資源開発機能⑤政策形成機能の 5 つである（図 5)。広島県では地域ケア会議のガイドラインを作成し、市や町に地域ケア会議の開催について、これを積極的に



写真５

図６



しかも定例的に開催して地域の課題を発見し、これを解決するように呼びかけている。しかもこうすることにより、地域ケア会議が地域診断につながり、更に地域包括ケアシステムの構築にまでつながっていく。又ケースによっては弁護士が出席することもある（写真 5)。地域包括ケアシステムの構築はまさに地域づくり、まちづくりそのものといえる（図 6)。

Ⅱ．公立病院改革及び新たな病院機能評価をふまえての今後の公立病院の役割・機能

1．今後の公立病院の役割・機能の在り方

超高齢社会の到来により、2025 年問題をはじめいろいろな課題が浮上し、一方では前述したような地域包括ケアシステムの構築が急がれている。社会の変化と共に国の政策も変わり、医療も変わっていく。公立病院の役割・機能も変らざるを得ない。

(1)　日本医療機能評価機構による新たな病院機能評価

日本医療機能評価機構では、平成 25 年、従来の評価のあり方を単なる新しいバージョンに切りかえるのではなく、新しい発想にもとづく評価法に改め、今後の病院機能の方向付けを示した。これが 3rdG. Ver1（図 7）である。ここでは病院の特性に応じた機能種別を設定して、評価内容の重点化を行うこと、更にプロセスを

図7

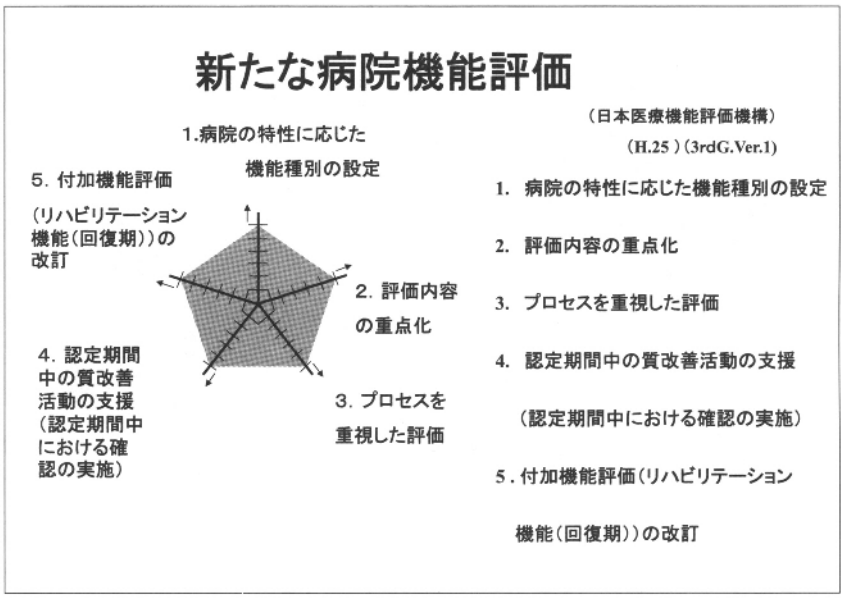
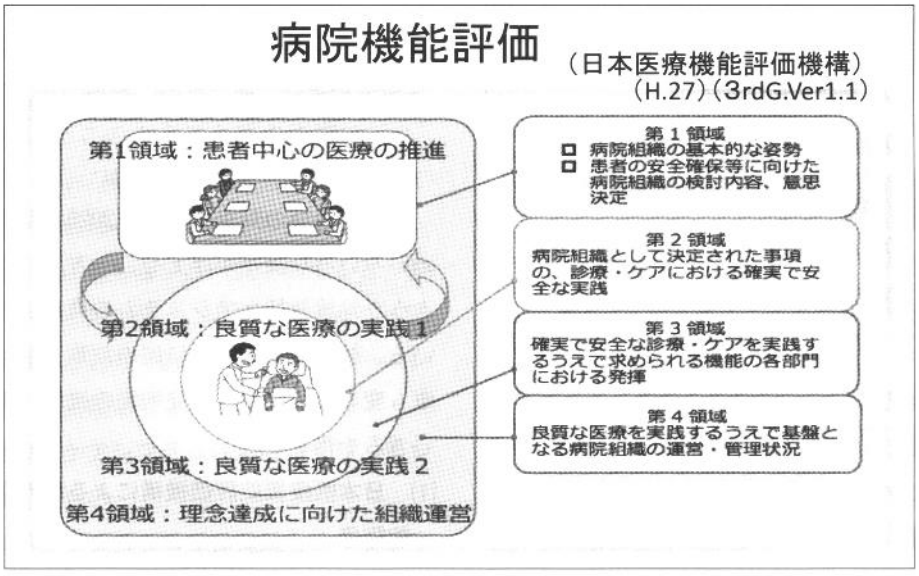
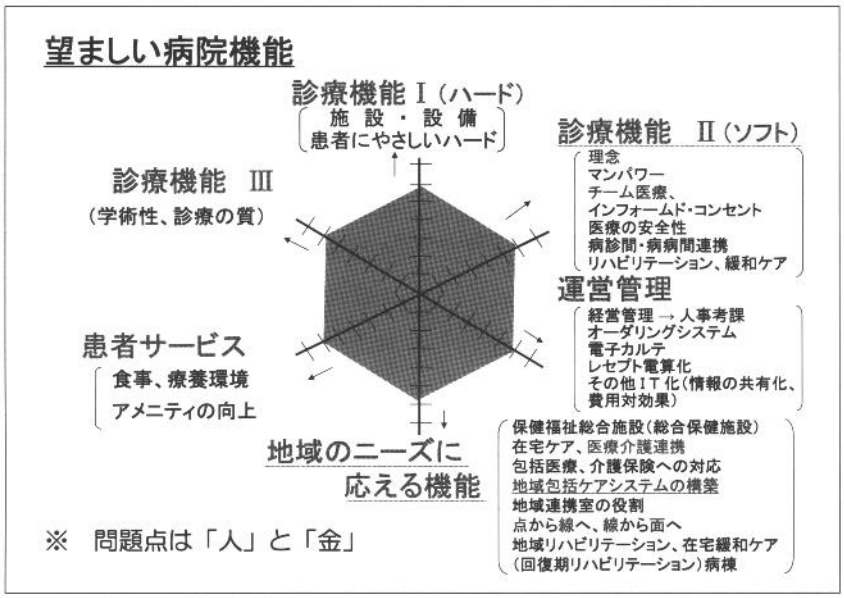


図8



重視した評価、認定期間中の質改善活動の支援（期間中における確認の実施）、そして付加機能評価として回復期リハビリテーション機能を改定している。これはまさに当を得たものであるが、平成 27 年には、3rdG. Ver1.1 としてこれらを再改定し、（図 8）のように第 1 領域では病院の理念、病院組織の基本的な姿勢、そして患者の安全確保等、患者中心の医療の推進をうたい、第 2 及び第 3 領域では、良質な医療の実践をうたっている。これらはすべて患者中心の病院の理念、及び医療の質の向上をめざすものといえる。そして第 4 領域では、これらの理念達成に向けた

図９



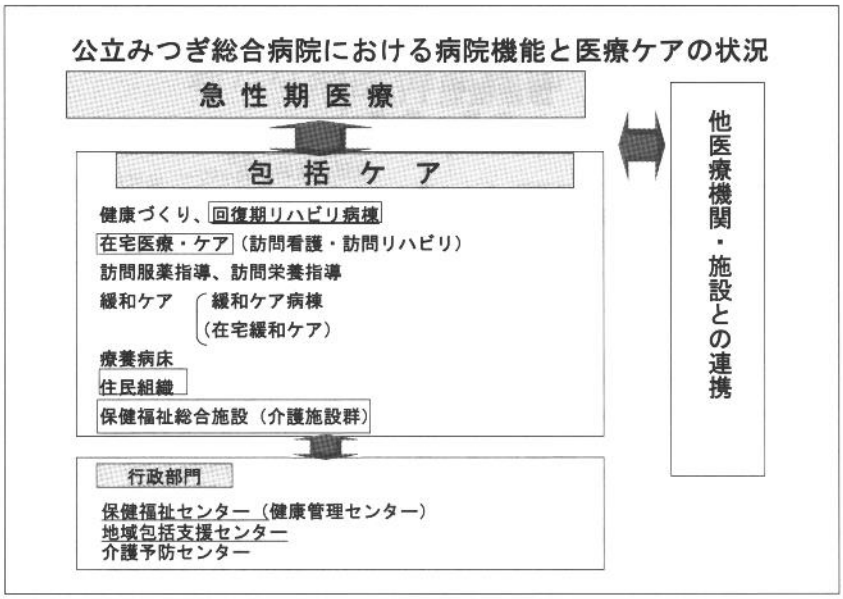
組織運営、そして健全な病院運営を求めている。

公立みつぎ総合病院は、これらのことは当然のこととしても、これらに加えて地域包括ケアの実践という理念を具現化し、既に構築している地域包括ケアシステムを進化させ、病院機能の充実強化を図っていく方向で努力している。更に付加機能としての回復期リハビリ病棟を含めて、リハビリテーションには力を注ぎ、介護予防、地域リハビリにつとめている。この中で最も重要なことは、第４領域の「理念達成に向けた組織運営」であろう。そのための手法として、病院運営に地域包括ケアシステムをどう活用していくか、今後の病院経営戦略としても、これらの活用方策を考える必要があるものと思われる。

我々はこれらをふまえて、今後の望ましい病院機能を（図９）のように考えている。この中で特に重視しているのは、第１に病院の理念、次いで医療の質や安全性、そして第３に地域包括ケアシステムの構築で、あとは新公立病院の改革プランで述べている通りである。

以上をふまえた公立みつぎ総合病院の役割・機能は、急性期医療のみでなく、包括ケア（健康づくりから、回復期、慢性期までの保健、医療、介護、予防、福祉までのサービスを含むもの、更に緩和ケアも又、在宅医療・ケアも含まれる。）、更に中でも力を入れているものはリハビリテーションと緩和ケアであり、回復期リハビリ病棟や緩和ケア病棟は、在宅ケアと密接な連携をとっている。これらが在宅での寝たきりゼロ作戦や在宅緩和ケアとの連携の拠点となっている。この他、行政部門である保健福祉センターを病院に併設しているため地域包括支援センターの活動も活発で、このため地域ケア会議を積極的に且つ定例的に開催し、これらの場で地域の課題を発見してその解決を図り、地域診断、更に地域包括ケアシステムの構築へとつながっている（図 10）。

図10



(2)　新公立病院改革プランと病院の対応

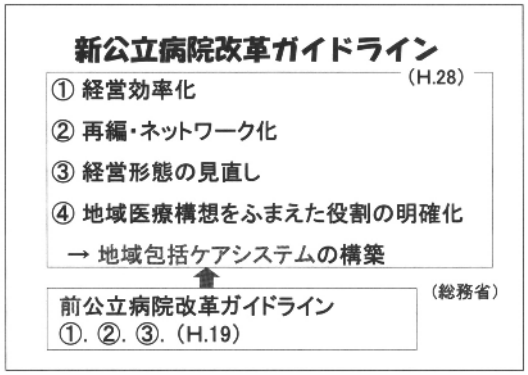
平成 28 年には新公立病院改革ガイドラインが総務省より示され、各公立病院がそれぞれ新改革プランを作成したところである。新改革プランは前述したように①経営の効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し、④地域医療構想をふまえての役割の明確化（地域包括ケアシステムの構築）の 4 項目を大きな改革の柱として打ち出している（図 11)。

今回の新改革プラン（新ガイドライン）が前回（前ガイドライン）（平成 19 年）と異なるところは、4 番目の項目が加えられた点である。当院は、前回の改革プラン作成の際にも、その 4 番目として、地域包括ケアシステムの構築を加え、4 本柱として改革プランを作成した。前述したように当院では 40 年前より地域包括ケアを実践し、30 年前には地域包括ケアシステムを構築して、これらは当病院の基本理念となっている。もちろん、今回の新改革プランでは前述したように、当然これらを含む内容となっており、医療・介護連携はもちろんのこと、在宅医療もリハビリテーションも又緩和ケアも、地域包括ケアの一環として実践しており、それなりの成果も上がっている。これらについては前述した通りである。

2. 経営の効率化をふまえた公立みつぎ総合病院の病院運営・病院経営の概要

この点については沿革のところでも述べたが、ここでは最近の状況と病院の対応について

図11



述べる。

① 医師の確保

当病院の所在地は尾道市の中でも北部の中山間地域であり、この数年間医師不足等に頭を痛めてきた。大学医局よりの派遣も減り、頭数はいてもなかなか定着しない。非常勤医師数がふえても経営的には余りプラスにはならない。しかし、最近はその医師確保の傾向が少し変わり出してきた。まず第1に、基幹型研修病院である当院の研修医をはじめ若い医師たちが、定員をオーバーして多く応募してくるようになったことである。しかも地元の大学よりも県外の大学出身が多い。同じ傾向として医学生の病院見学も増えてきつつある。ある研修医によれば「大学では地域包括ケアが学べない、「みつぎ」へ行って学べ」こういうことが地方大学では話題になっている所もあるという。こういう点から考えれば、初期研修に際しては、地域包括ケアシステムを構築している当院は、いろいろなメニューがあり、研修内容も豊富ということにもつながっているものと思われる。

更に医師確保で変わったことといえば、ある現役の大学の准教授で、内視鏡手術では実績のあるしかも人間性豊かなベテラン医師が、若い医師と一緒に当院に就職してくれたことである。幸い、当院では従前より高度医療が可能な設備があり、これらの設備等をフルに使えることが再び可能となって来た。しかし今後の医師確保は単に数をそろえるのではなく、質を確保することが必要で、その点については、20～30年前に40人の常勤医が定着していた時代に少しずつもどりつつあるような感じがする。いずれにしても以上のようなことから、病院の雰囲気が随分明るい方向に変って来たことは事実である。今後の医療従事者、特に医師に要求される資質は、Science（知識）、Art（技術）に加えてHumanity（人間性）、そしてResearch mindと考えられる。当院はこのような発想で研修医をはじめ若い医師の指導に当っている。

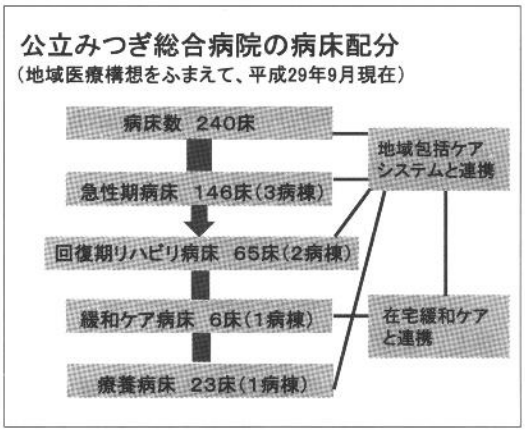
② 病床の転換

当院の診療圏域は、高齢化率が 35～36％に達し、まさに超高齢社会に突入した状態である。しかも年々診療圏域の人口減が続いている。この状態をみれば病床をいかにうまくコントロールしていくか、地域のニーズにどう応えていくかが課題である。そこで今後の地域のニーズ及び地域医療構想をふまえて考えれば、急性期病床の一部を回復期リハビリテーション病床に転換すべきと考え、現在その準備にとりかかっている。本来、当病院は数年前に急性期病床の一部を既に回復期リハビリ病床に転換しているが、この際更にそれ　にもう少し追加して転換しようと考えてい　る。幸い、地域医療介護総合確保基金も何とかメドがついた。これら病床転換も、経営的にはプラスになるものと思われる。現時点の当院における病床区分は次の通りの配分となっている（図12）。この中で急性期だけでなく、リハビリテーション（リハビリスタッフが89人）及び緩和ケア部門は紹介も多く、患者のニーズも高い。

③ 地域包括ケアシステムの活用

当院の地域包括ケアシステムについては先述した通りであるが、これらを病院経営にプラスになるべく活用することが必要と思われる。地域包括ケアシステムが、医療の質の向上に役立っていることは前述したが、各論でいえば次の通りである。

図12



㋐シームレスな医療介護連携にとっては地域包括ケアシステムは不可欠である。㋑利用者（高齢者、患者）のニーズに応えることにもなる。㋒利用者（患者）も状態像に応じたサービスをうけられる。㋓新公立病院改革ガイドラインの中でも 1 つの柱としてうたわれている。

④　しかし、課題もいくつかあるため、これらに留意すべきである。㋐介護の分野は本来“人”がやるものであり、薬等で治す分野ではない。従って人件費率が高い（現在は介護報酬上、少々配慮されてはいる）㋑その代わり材料費は低く、経費もさほど高くない。㋒一方、保健師、リハビリスタッフ等の人件費率にも留意すべきである。㋓この他、経営上の留意点としては、企業債の予算化についても安易に行わず、必要な範疇内にとどめ、且つ元利償還金、減価償却費等にも留意すべき　である。

⑤　公立みつぎ総合病院の経営状況

当院のここ 50 年間の決算状況は（図 13）のとおりある。

昭和 42 年オープンしてから 8 年間は当院は赤字を続けた。脳外科やがん医療を手がけたため設備投資や維持費に費用を要し、且つ非常勤医師も抱えたため人件費が上がったためである。入院患者数のニーズは多かったため、少しずつ増床して規模を大きくしていくより手がなかったことは前述した通りである。

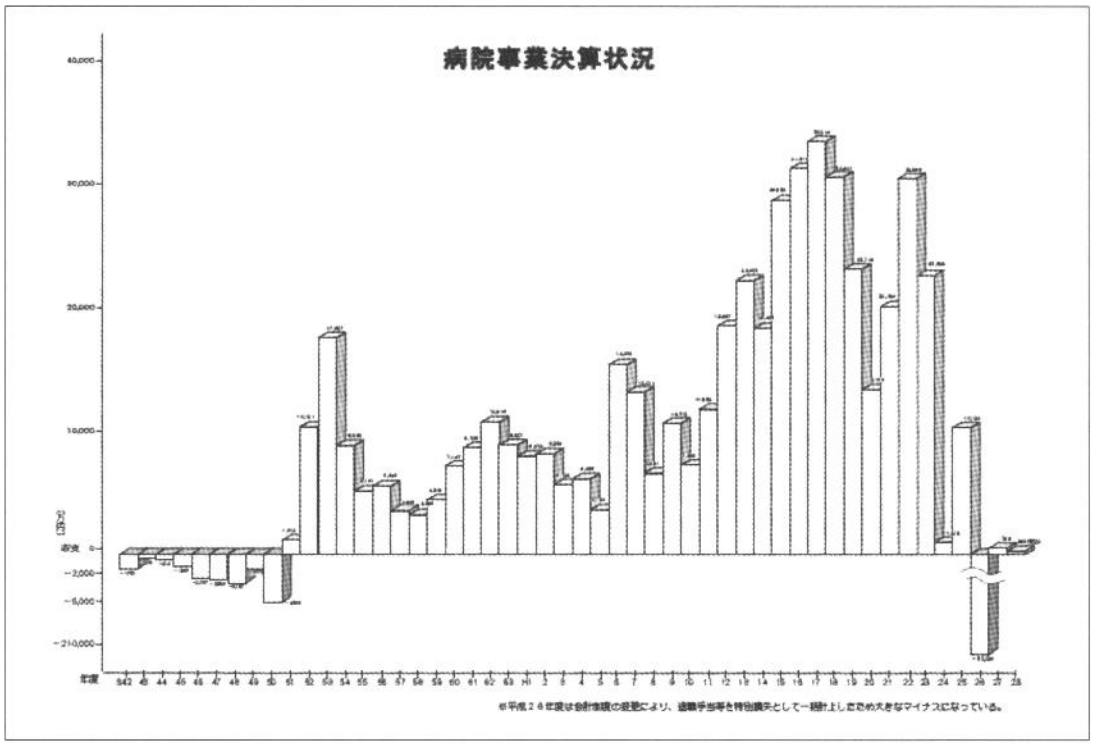
しかし、昭和 51 年黒字に転じてからは、増改築の費用は殆ど病院が負担しながらこれを実現していった。もちろん地域包括ケアを併施しながらである。当時は介護保険制度がない時である。病院の周辺には包括ケアを提供できる病院は殆どなく、開業医の往診がわずかにあるのみであった。しかし、この数年間は医師確保難等により患者数も又、収益もややダウンの傾向がみられるのが、前述したような新たな医師確保により、最近は再び上昇傾向に転じてきつつある。

平成 28 年度は、もし職員宿舎撤去がなければ経常利益（約 5,000 万弱）に近い純利益が上がっていたと思われる。人件費率は他の黒字病院に比べると高い、本来介護部門は人件費率が高く、この点については先述した通りである。保健師を例にとってみると、地域包括ケア、公衆衛生活動には保健師が不可欠で、中でも健康づくり、在宅ケアには保健師の有無で成果が随分違ってくる。当院では人間ドック、健診部門の事後の保健指導は必ず、保健師が行う（このため、人間ドック学会から表彰を受けている）。包括ケアは人が行うものであり、結果として人件費がかかることになる。従ってこれらを他の部門の活用でカバーする必要がある。

⑥　その他の経営状況

当院では前述したように、ベテラン医師を確保し、高度医療も可能になったため平成 29 年度より収益が少しずつ伸びてきた。一方、

図13



人件費率は余り変わらないが、今後一層の努力をしていく所存である。この点については現在の体制になって未だ短期間のため、それだけで判断するのは無理で、拙速は避け、少し長い目でみて行きたい。いずれにしても全体的には収益も上がり、好転しつつあるが、支出も非常勤医師等が増えたためそれなりにふえている。なお人件費率の減に向けての経営努力は続けていきたいと考えている。

当院では病院保健師を 16 人設置し、いろんな部門で活躍している。このうち 8 人は市町村保健師と同じ活動をしており、このためこの 8 人の保健師と栄養指導を行う管理栄養士 1 人、計 9 人の人件費の 1／2 を前述した通り一般会計から繰り入れている。これも市長の理解の賜物と考えている。この点については、そういう意味では一般会計が負担すべき公衆衛生活動費を病院が職員を確保して負担しているため、その分担額の一部を一般会計より繰り入れているともいえる。以上の他、当院の経営の概要等については先述した通りである。全体的には、この数十年間の経常収支はほぼ順調な状況であったが、この 2〜3　年（会計制度が変ってから、及び医師不足の影響もあって）経常利益ダウンの傾向がみられる。これも、この 1 年間をみれば少し持ち直していく可能性が出て来たという感じもする。今後、職員一同一、喜一憂することなく地道に経営努力を続けていきたい。

おわりに

今後の病院は医療の動向に視点をおくことも大切である。現在地域医療構想をふまえた第 7 次医療計画と同じく第 7 次高齢者プランを、各都道府県で策定中である。

これらを視野に入れて、公立病院改革プランを作成すべきと思われる。この点については地域医療・介護総合確保推進法（第 6 次医療法改正）で述べられている通りである。

いずれにしても今後の病院運営にとっては地域包括ケアシステムは不可欠のものであり、且つ適切な活用であれば前述したようにプラスになる面が多い。又地域包括ケアシステムは 1 つの雇用の場でもあり、経済効果も上がり、地域の活性化にも役立っている。こいうことを考えれば、地域包括ケアシステムは病院運営にとっても施設運営にとっても、地域（市町村）にとってもプラス面が大きいといえよう。

但し、この地域包括ケアシステムの構築は地域完結型であることが望ましい。御調で 40 年前に包括ケアを開始した当初は、包括ケアサービスが当病院の圏域内には他にはなく、やむを得ず、当病院がすべてをやり、当初は病院完結型とならざるを得なかったが、現在では公・民合わせての地域完結型となっている。

今後は病院機能評価はもちろん、地域包括ケアシステム自体の評価も必要になってくる。この点については、広島県では現在、医療、介護、予防、住まい、生活支援、ネットワーク構築の有無、行政の関与（連携）、住民参画の 8 つを評価指標として評価を行っているが、平成 29 年からは費用対効果の視点から、要介護度の経年変化（重度化の有無）、医療費、介護費用の動向等の定量的評価を加えて行っている。しかもこれらの定量的評価は市町村単位でなく、日常生活単位でデータが出てくるようになったため（広島県国保連合会のデータ）、地域包括ケアシステム構築の単位と同じとなり、アウトカム評価が非常にやり易くなった。これらについては、今後の動向を見極めたい。又これらの評価に併せて病院機能評価も積極的に受診すべきであろう。これが適切に行われてはじめて病院機能も適切に機能するのではなかろうか。

今後の公立病院にかけられた期待は大きい。