

特別寄稿

砂川市立病院22年の軌跡

砂川市立病院名誉院長 小熊 豊
 (公益社団法人全国自治体病院協議会会長)
 Yutaka Oguma

平成30年3月末で砂川市病院事業管理者を退任し、砂川市立病院名誉院長の就任にあたり、平成30年6月1日に全国自治体病院協議会近畿・東海ブロック会議で講演した「砂川市立病院22年の軌跡」について投稿いたします。

院長皆さん、こんにちは。並みいる諸先輩のいる前で話にくいなというふうにも思っているのですが、実は私は今年3月に砂川市立病院を退職いたしました。平成8年に院長になりまして、26年まで一部適用で病院長、26年から全適用になりまして、1期4年間事業管理者を務めました。その間の22年間、どのようなことをしてきたのか、自分でまとめてみるのもいいかなと思ってスライドにしてみました。

(スライド1) 砂川市立病院は1940年に開院しまして、火事で焼けたりもしましたが、一番上が平成22年に新しくなった建物です。

(スライド2) 砂川市は札幌と旭川のちょうど中間にあり、人口はわずか1万7000人です。北海道には三次医療圏が6つありますが、そのうちの一番中核となる道央三次医療圏に属しております。二次医療圏は人口約11万人の中空知二次医療圏というところなんです。広さは東京と同じですけども、そこに11万人しかいないという状況でございます。

(スライド3) これが当圏の地域医療構想に基づく将

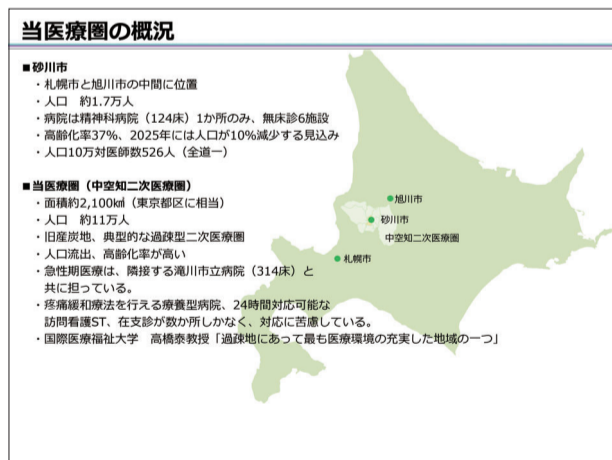
来予想図です。既に医療需要はピークを越えていると言われております。介護需要のピークが2025年。将来、11万人が6万数千人に減るだろうということなんです。

(スライド4) 将来的なことからいいますと、高度急性期病床が124床なくてはいけないと言われていたのですが、圏域には当院の26床しかありません。一方、急性期、慢性期はご覧のように過剰であるというような状況でございます。

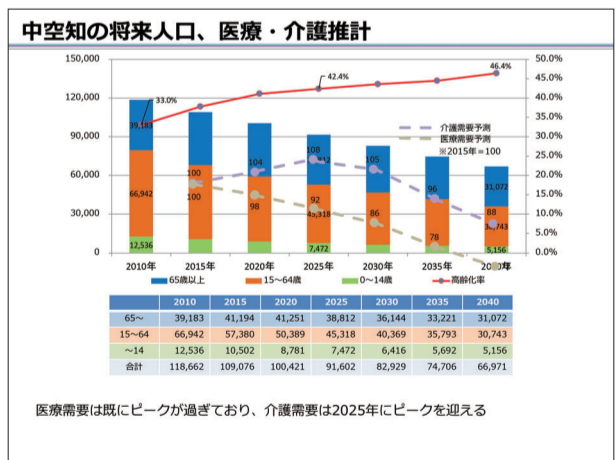
(スライド5、6) 簡単に病院の軌跡をお話しします。昭和62年に私の前の院長の南須原先生のもとで自



(スライド1)

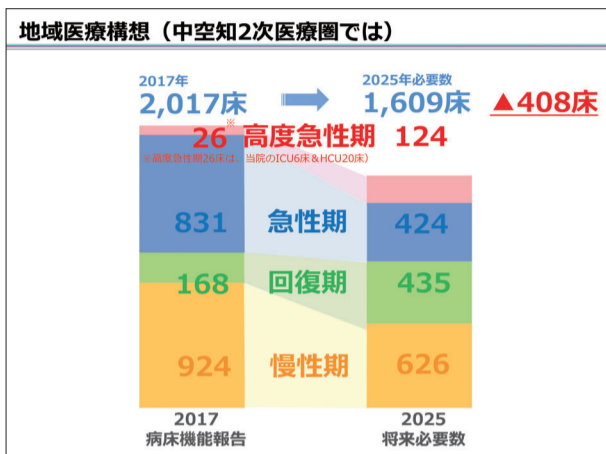


(スライド2)



(スライド3)

砂川市立病院 名誉院長
 Honorary Director, Sunagawa city Medical Center



(スライド4)

軌跡（H20～H24）

年度	イベント	病床数	備考
H20	新病院改築工事着工 PACS稼働		
H21	DPC対象病院 放射線治療科、放射線診断科、病理診断科開設		
H22	救急科開設 北海道認知症疾患医療センター指定 10月 新本館開院 電子カルテ稼働	521	-408 精103 結6 感4
H23	10月 南館開院 地域救命救急センター指定 精神科15床減床	506	-408 精88 結6 感4
H24	院内保育所開設 10月立体駐車場完成、全改築事業終了		

(スライド6)

軌跡（H8～H19）

年度	イベント	病床数	備考
S57	地域センター病院指定	466	-308 精104 結54
S58	新棟増築、形成外科開設	566	-408 精104 結54
S62	自治体病院優良病院表彰（自治大臣）		
H8	小熊第4代院長就任		
H9	災害拠点病院指定 循環器科開設、結核34床減床	532	-408 精104 結20
H11	第2種感染症指定医療機関指定	536	-408 精104 結20 感4
H15	へき地医療拠点病院指定 単独型臨床研修病院指定 神経内科開設		
H16	産婦人科センター化、 地域周産期母子医療センター指定 精神科1床減床	535	-408 精103 結20 感4
H17	地域がん診療連携拠点病院指定 オーダリングシステム稼働		
H19	結核16床減床	519	-408 精103 結4 感4

(スライド5)

軌跡（H25～H30）

年度	イベント	病床数	備考
H25	歯科（口腔ケアセンター）開設 ドクターカー運行開始		
H26	地方公営企業法全部適用 小熊病院事業管理者、 平林第5代院長就任 ハイブリッド手術室稼働 地域包括ケア病棟（44床）設置 精神科8床減	498	-408 精80 結6 感4
H27	Z-project始動		
H28	乳腺外科開設 緩和ケア病床（10床）設置 入退院支援センター開設 改革プラン策定	498	-408(うち地域包括44) 精80 結6 感4
H29	BSC（バランスト・スコアカード）始動 小熊初代病院事業管理者退任		
H30	平林第2代病院事業管理者、 田口第6代院長就任 小熊豊名善院長就任		

(スライド7)

自治体病院優良病院自治大臣表彰をいただきました。その後、私が引き継いだときから平成20年ぐらいまでずっと、経常収支も黒字で、その間、申請すれば再度優良病院として表彰されたかもしれないのですが、再度申請できるようになったということを知らなかったのでもしませんでした。今はもう全く経常収支は赤字ですので、申請も出せないという状況です。

平成8年に私が院長になりまして、災害拠点病院、へき地医療拠点病院となり、平成16年に産婦人科のセンター化をしました。これは札幌-旭川間の産婦人科の医師を当院に集約化した道内で初めての事例となりました。

私が院長になったときは、実は経営的にはまあまあだったものの、今でいうと粗診・粗療といいますか、お年寄りのドクターが、好きなように患者を診ているというようなレベルでした。それを何とか同じ急性期でもレベルの高いものにしたいと思い、努力しました。

まず何をしたいかといいますと、医師の意識改革をすすめたり、看護部の体制を変えました。いわゆる大奥には口を出さないというのが私の原点なのですが、その原点を破って、看護部と体制のあり方を検討してい

ただきました。看護部長も私がこの人ならと思う人を選びました。それで相当病院も波に揺れたのですが、私がこういう医療をやりたいということに賛同してくれる人を病院の中核に据えていったということでもあります。

私が院長になったのは48歳ぐらいでしたが、当時医者の派遣元だった北海道大学と札幌医大の各科の教授は、私より年上の先生ばかりでした。その先生方がそれぞれの大学からリタイアして、私とほぼ同期の者が教授について、彼らといろいろ話をして、少しずつ若手のやる気のある医者を当院に引っ張ってくるのができました。その効果が少しずつ出てきたのが平成15年頃で、その頃から病院の機能が高まってきたことになります。

例えば、先ほど言いました産婦人科のセンター化ですが、私の1期下の者が北海道大学の教授になりましたので、よく打ち合わせをして実現しました。少しずつそういうふうに医療のレベルを、急性期ですけれども上げていき、平成22年には救急科を開設しました。これは北海道大学の救急から来てもらったのですが、北海道庁の方からは地域救急救命センターにするという心配りをしていただきました。道の会議で自治体病

院の北海道の支部長としていろいろ意見を申し上げたりしてきていたので、そういったこともプラスの方向に働いたのかもしれない。

(スライド7)平成26年にハイブリッドのオペ室、それから地域包括ケア病棟をつくりました。ところが平成26年はなぜか非常に経営的に悪くて、入院患者さんと外来患者さんが減って、赤字が急増しました。

平成27年に、これは私どもが命令したわけではないですが、うちの事務職員、医療技術職員が、Z-projectというのを自分たちで協議してつくりました。これは後ほどご説明しますが、もう後がないZとか、増収を図るという意味であります。

その後少し回復しまして、今はBSCを行い、今後の目標を定めて、それに基づいてやるというふうに決めました。

(スライド8)まとめますと、平成15年頃までは、医療のレベルを上げて、患者さんと一体化した地域に求められる医療をおこなう準備段階。16年頃になりますと、高度急性期、急性期、専門的な医療などを実践しました。地域センター病院でもありましたので、ピーク時には566床のベッド数でしたが、徐々に減らして今は498床でございます。

病院機能の考え方の歩み	
昭和20年代には、東洋高圧北海道工業所(現三井化学)、火力発電所が建設された。これに伴いS33年、人口がピークを迎え(3.1万人)となり、以降緩やかな減少に転じる。S43年には病院を改築し、以降、診療の拡大を図った	
～ H16年	
<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 急性期 地域包括 専門的医療 政策的医療 	<ul style="list-style-type: none"> 災害拠点病院 へき地医療拠点病院 単独型臨床研修病院 地域周産期母子医療センター
<ul style="list-style-type: none"> 地域センター病院として、拡大を続ける(S58 最大病床数566床) 中空知二次医療圏での急性期を中心とした役割を担う 老朽化・狭隘化のため改築を検討 地域住民は、病院があることが当然、高度急性期や政策的医療を受けられることが当然と思っている 	
H17年～H21年	
<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 急性期 亜急性期 専門的医療 政策的医療 予防医療 認知症医療 訪問看護 外来抑制 	<ul style="list-style-type: none"> 地域がん診療連携拠点病院 DPC対象病院
<ul style="list-style-type: none"> 都会とは違い、人口減少、高齢化率上昇が顕著となる。同時に病床利用率低迷 「もっとリハビリがしたい」、「もっと長い間入院したい」、「市立病院なのにすぐ退院させられる」などの声があがり始める 	
<ul style="list-style-type: none"> → H17年 亜急性期病床開設 H20年 病院改築工事開始 	

(スライド8)

病院機能の考え方の歩み	
H22年～H25年	
<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 急性期 亜急性期 専門的医療 政策的医療 予防医療 認知症医療 訪問看護 外来抑制 	<ul style="list-style-type: none"> 北海道認知症医療センター 地域救命救急センター
<ul style="list-style-type: none"> 病院改築工事完了 療養環境・就労環境の改善、電子カルテ 多彩なモダリティ 従前の機能を維持しつつ、ICU、HCU、健診センター、認知症病棟を新設 地方公営企業法全部適用検討(柔軟でスピーディーな運営が可能) 	
H26年～	
<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 急性期 地域包括 専門的医療 政策的医療 予防医療 認知症医療 訪問看護 外来抑制 	
<ul style="list-style-type: none"> 地域医療ビジョン、社人研の人口動態が注目され始める 高齢化率37%近く、亜急性期病床満床、退院・転院に苦慮する患者増加 ケアミックス型医療に再構築 地方公営企業法全部適用 診療報酬改定、「地域包括ケア病棟入院料」新設 道内の自治体病院で初めて1病棟(44床)を地域包括ケア病棟に転換 	

(スライド9)

また、16年頃までは、住民は、病院があることが当たり前、砂川市立病院に行けばいつでも何でも診てもらえるというのが当たり前という感じでした。この頃には様々な指定も受けましたが、平成17年から21年頃までにだんだん人口が減って、高齢化率が上昇してきました。それから、急性期病院ということで、入院患者さんの在院日数が短縮し、病床利用率が下がってきました。患者さんからは、もっとリハビリがしたいとか、市立病院なのになぜ長く入院させてくれないのか、という不満の声が結構聞かれた時期でもありました。この時期には、がん診療連携拠点病院になり、そのために亜急性期病床をつくったのですけれども、整形の患者とか脳外の患者が入院して、稼働率は良いのですが急性期の患者で占められているというような状態でした。

(スライド9)平成22年から新しい病院が着工となり、基準に合致したICUとかHCU、あとは予防ということで健診センターもつくりました。それから、精神科の女医さんが認知症をやりたいということで、認知症病棟をつくりました。

26年以降は、現在、高齢化率が37%となっておりますので、もう将来を見据えて、急性期オンリーではなくて、もっとケアミックス型医療にシフトするというで、今でいう地域包括ケア病棟をつくりました。実はそれが地域住民から非常に良いと評価をいただきました。砂川市内には療養型の病院もありませんし、回復機能の病院もないので、いつも周辺の病院や、札幌、旭川の病院に後方連携をお願いしていましたが、ここに書いてありますように道内の自治体病院で初めての地域包括ケア病棟になりました。

(スライド10)それで、今度は市内の訪問看護ステーションが規模を縮小してきたり、市内で近隣の個人病院が閉院したり、分娩を取りやめたり、医師の引き上げがあって規模を縮小したりして、何から何まで当院でやらなければならない状況になってきました。特に

病院機能の考え方の歩み	
現在	
<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 急性期 地域包括 専門的医療 政策的医療 予防医療 認知症医療 訪問看護 外来抑制 	
<p>地域住民と共に、地域密着型、雑貨店式多機能ケアミックス型病院を目指している</p> <ul style="list-style-type: none"> 市内訪問看護ST、24時間対応取りやめ → 訪問看護ST設置 市内・近隣市町個人病院閉院、分娩取りやめ 近隣自治体病院、医師引き上げ、新専門医制度 → 当院に外来・入院患者集中、医師疲弊 → 内科・循環器内科の外来抑制を実施 (①初診時選定療養費値上げ、②内科午後新患中止、③逆紹介推進) <p>窮地を切実に訴えることにより、患者は一定程度理解を示してくれた</p>	

(スライド10)

砂川市立病院22年の軌跡

内科と循環器がオーバーワークになって、昨年は初診時選定療養費を値上げし、午後の外来を中止することを提案しました。特に後期研修医の負担がとて大きかったのが、それをアナウンスして、何とか住民の方にはご理解いただいて、少し緩和されました。

(スライド11) これが新しい病院です。

(スライド12、13) これが古い病院で、南館と称しているところはもともとあった建物をちょっと拡張して、これは耐震になっていたものですからそのまま広



(スライド11)

改築前

昭和43年建築
耐震性能基準外
増築を重ね迷路状
狭隘・拡張余地なし
新たな医療展開不可能

(スライド12)

平成22年10月28日 本館開院
平成24年10月28日 立体駐車場完成
平成23年10月28日 南館開院

(スライド13)

げていったわけです。あと、古い病院があったところに立体駐車場をつくるという申請を出したら、なぜこんなに土地があって人もいないのに立体駐車場をつくるのだという、国から見にられました。

隣が市役所です、ほろほろでございます。今、やっと病院の方の方向性が見えたので、市役所の建てかえを市は検討しているようです。

(スライド14) 当時、一般的な補助金としては中心市街地活性化というもの、耐震の建物をつくるということでした。それに加えて、何とんでも大きかったのは、日本で初めて過疎債を病院の建物に適用していただきました。それで、200億かかったのが、自分の方の本当の借金としては100億で済んだという状況であります。それでも100億を今返すのにあっぱあっぱしております。単価はここに書いてありますように、総務省に一応はお褒めの言葉をいただきました。今はこれが50万か60万になっているのではないかと思います。

(スライド15) 今は診療科が25科、病床数は498床となっております。

(スライド16) 職員の総数は964名、常勤医師が98名、うち初期研修医が20名、病床利用率が82.7%でありま

病院改築事業

新本館（隣接地に移転改築）
南館（増改修）
（S58建築）
新耐震基準
市道を跨ぐ
遊り廊下で接続

立体駐車場（周囲河川あり、平場が無い）

事業費内訳 (単位：千円)

総費用	金額	財源内訳	金額
調査・測量費	11,718	補助金	1,586,975
設計管理費	295,323	起債	16,631,000
建設工事費	13,341,867	病院事業債	8,287,400
医療機器整備費	4,185,320	過疎債	8,193,600
情報システム構築費	975,737	市場公募債	150,000
事務費	339,340	一般財源	1,053,323
移転引越等	121,993		
計	19,271,298	計	19,271,298

①過疎債の不採算地区要件緩和
改築に過疎債適用（全国初）、
交付税率22.5%から46.25%へ

②補助金
・中心市街地で建替（中心市街地活性化
基本計画→道内で初認定）13億
・耐震性能が劣る建築物の建替 3億

※単価 315千円/㎡
※改築事業に対する市からの繰入金無し

(スライド14)

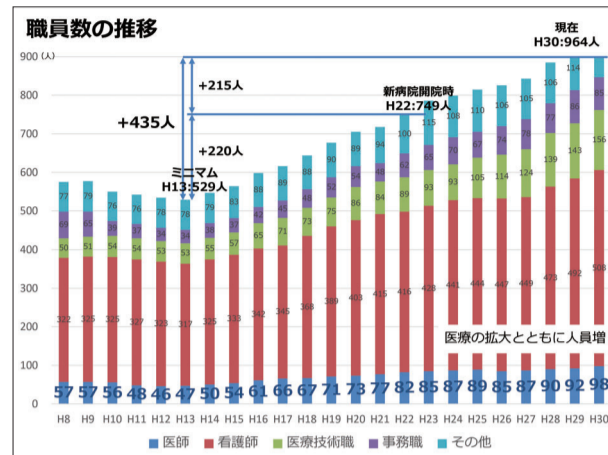
砂川市立病院の概要(1)

- 地方公営企業法全部適用 (H26.4移行)
- 診療科目 25科
内科(総合内科 呼吸器科 消化器科 血液科 糖尿病・脂質代謝科)
精神科 神経内科 循環器内科 小児科 消化器外科 乳癌外科 緩和ケア外科
整形外科 形成外科 脳神経外科 心臓血管外科 呼吸器外科 皮膚科
泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 麻酔科 救急科 放射線治療科
放射線診断科 病理診断科 リハビリテーション科 歯科口腔外科
- 病床数 498床 (一般408床(うち地域包括44床) 精神80床 結核6床 感染4床)
- 看護単位 14単位
- 入院基本料の施設基準
一般・結核 7:1、精神 13:1
ICU(6床) 2:1、HCU(20床) 4:1、地域包括ケア病棟(44床) 13:1

(スライド15)

砂川市立病院の概要(2)	
■ 職員数 964名 (H30.5.1)	常勤医師数 98名 (うち初期臨床研修医 20名)、看護師・看護教員 519名、その他 347名
■ 一日平均 入院患者数 409.5人 (H29)	外来患者数 1,056.0人 (H29)
平均在院日数 一般 13.0日、精神 60.7日	病床利用率 一般 82.7%、精神 76.7%
D P C係数 1.4322 (H30.4.1~)	
■ 主な指定の状況	中空知地域センター病院 地域救命救急センター へき地医療拠点病院 災害拠点病院 地域がん診療連携拠点病院 地域周産期母子医療センター 北海道認知症疾患医療センター 第2種感染症指定医療機関 N S T稼働施設 病院機能評価認定(Ver6.0) D P C対象病院 臓器の移植に関する法律に基づく臓器提供施設 北海道D M A T 指定医療機関 日本輸血細胞治療学会 I & A 認証施設 総合内科医養成研修センター

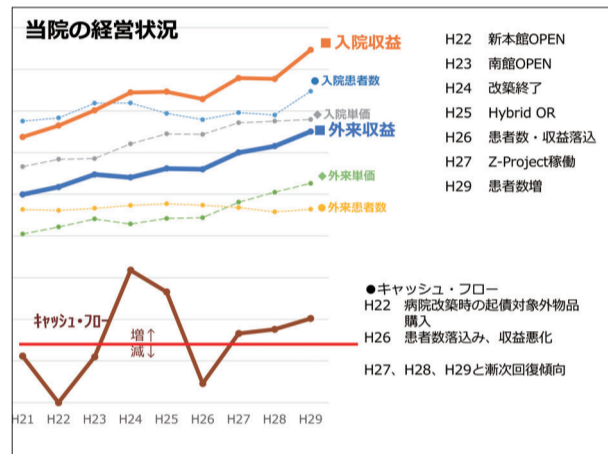
(スライド16)



(スライド18)

職員数内訳 (H30.5.1)							
職種	正職	臨時	計	職種	正職	臨時	計
医師	75	23	98	事務員	47	37	84
うち初期臨床研修医		20	20	うちMSW・PSW	10		10
助産師・看護師	476	32	508	うち医師事務作業補助	2	24	26
医療技術職	142	13	155	その他	33	73	106
薬剤師	30		30	介護福祉士	18	2	20
放射線技師	26	1	27	看護・医療助手	11	41	57
臨床検査技師	27	5	32	調理員等	3	26	35
PT・OT・ST他	30		30	医療安全対策監		1	1
視能訓練士	2		2	看護学校	12	1	12
CE	19		19	事務員	1	1	2
栄養士	6	4	10	教員	11		11
臨床心理士	2		2	合計	785	179	964
歯科衛生士		3	3				

(スライド17)



(スライド19)

す。平成29年に入院患者がなぜか非常に増加しまして、97~98%まで行ったときもありました。それまでは70%前半から半ばぐらいの利用率だったのですが、医療ピークを過ぎているはずなのにどうしてなのか分析しようとしているのですが、どうもよくわからない。

1つだけわかったことは、うちの病院から退院していただくとうすると、それを受けるはずの側が受けてくれない。この患者さんの状態では私どもの病院なり施設では引き受けられませんかというところが多くなって、その分退院までの時間がかかって、入院患者さんが増えているという事実はつかんだのですが、それだけでは説明できないということで、今、その解明を病院中でやろうとしているのですが、まだやりきれないという状況です。

(スライド17) 平成8年に院長に就任しまして、いろいろあって、46~47名まで一旦減りました。そこからだんだん増えてきてまして、今は98名。全体では964名ほどの職員がおります。

(スライド18) これは野放図に増やしていくということではなくて、例えば各部門と次年度の採用者はどうしようという話を必ずします。今うちの病院に欠けて

いる部分を補うとか、どういう機能を担うためなのかということに沿った形で採用してきました。でも、もうそろそろ各部門もこれが限界かなというような感じで話し合いが進み出しています。

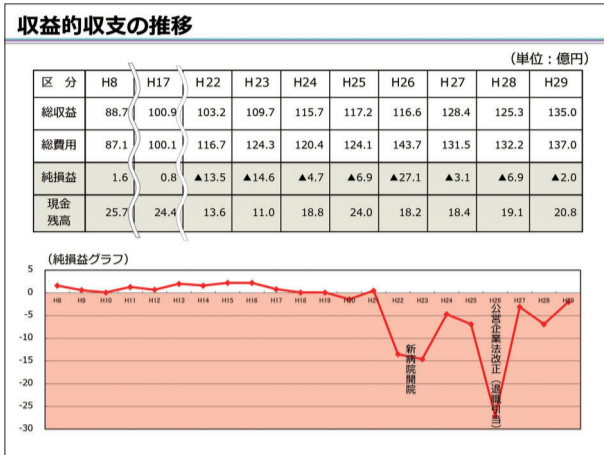
(スライド19) 先ほど言いましたように、平成26年のときにキャッシュ・フローが6億円ぐらいの赤字になりまして、その後、平成27年、28年、29年とキャッシュ・フローが少しずつ上がってきました。あと、入院患者さんが28年までずっと減ってきたのが、29年で急に増えたということがどうも原因がわからないということでもあります。

一時30億ぐらい現金を持っていたのですが、市に10億ぐらい貸しまして、減って、病院を建てたときにも減って、最近ちょっと貯まってきたというような状況であります。

(スライド20~22) 昨年は総収益が135億、医業収益が120億。平成8年のときは総収益が89億ですから、患者数は減ってきていますけれども、医療のレベルアップをして改善してきたということでもあります。

(スライド23) 基本的には、人口が減って、高齢化率が上がる一方、近隣の公立病院が縮小しているので、診療対応が増えてきますから、効率的、効果的な急性

砂川市立病院22年の軌跡



当院の基本的な考え方

- 当地域では人口が減少し、高齢化率増大、在院日数短縮化
- 近隣の公立病院が医療規模を縮小し、当院に医療機能が集中している
- 日常診療圏の拡大に伴い、診療対応が増大している
- 回復期、慢性期療養型医療の不足

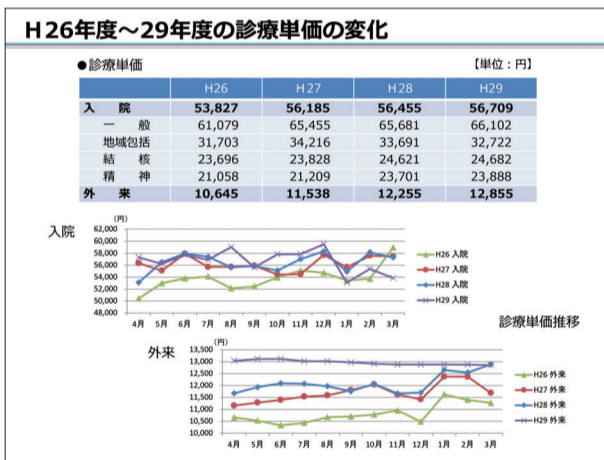
↓
このような状況の中で

- 効率的、効果的な急性期診療体制の確保
 - ・ DPC、クリニカルパス、病病・病診連携、病床管理委員会
 - ・ 地域救命救急センター、ドクターヘリ、ドクターカー、医療安全
- 高度専門化する医療への対応
 - ・ がん対策、移植、各種専門的医療技術職・機器
- 過疎地における周産期から高齢期までの総合的・全人的医療
 - ・ 周産期センター、認知症疾患医療センター、総合病院機能、地域包括ケア病棟

(スライド23)



- ### 砂川市立病院の対応
- ・ 地域の中で自院が果たすべき役割、目標を見つめ直す
 - ・ 地域に必要とされる医療、地域に貢献する医療を提供
 - ・ 地域包括ケア病棟の活用、回復期機能の充実
 - ・ 職員の就労環境の改善、業績評価、モチベーション発揚
 - ・ 増収・算定漏れ対策 (Z-Project)、改革プラン・BSC
チーム医療の推進 → 医療の質、安全性向上
 - ・ 在宅医療の推進
- (スライド24)



- ### 果たすべき役割・目標 (病院理念・基本方針)
- 病院理念**
良質の医療、心かよう安心と信頼の医療を提供する病院
地域に根ざし、地域に愛され、貢献する病院
- 基本方針**
- 1 患者さんの人権を尊重し、患者さん本位の人間性あふれる医療を展開します
 - 2 事実に基づき、安全で効果的な質の高い医療を実践します
 - 3 患者さん、ご家族、医療者がともに納得できる医療を目指します
 - 4 地域センター病院として快適で機能的な診療体制を保持し、高度医療、救急医療から在宅医療まで、幅広い医療を展開し、地域医療の充実を図ります
 - 5 教育研修機関として人材を育成し、医学の進歩とともに発展、成長する機能を果たします
 - 6 自治体病院としての倫理・公共性を発揮して、地域の医療・介護・保健・福祉と連携し、多職種チーム医療の実践、地域包括ケアの推進に努めます
 - 7 合理的で健全な経営を推進し、職員一人ひとりが働き甲斐のある環境を整備します
- 職員のモットー**
誠実 ・ 信頼 ・ 的確 ・ 納得 ・ 発展
- (スライド25)

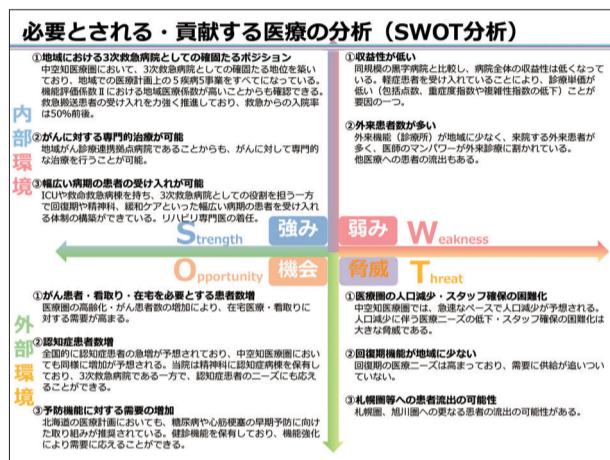
期を続けて、がんを中心として高度専門から腎移植までもやらなければいけないということです。特徴としては、過疎地において周産期から老年期までの全人的医療を実践するために、認知症疾患医療センター、地域包括ケア病棟等で対応しています。(スライド24、25) このように、地域の中で自分の病院が何をしなければいけないか。住民が何を求めている、地域に必要とされる医療とは何か。この2つに集約される。これを求めて職員と22年間一緒にやってき

たということではないかと思います。(スライド26) 最近SWOT分析をしまして、「弱み」と「将来何が問題になるか」について対策を立てるように職員に伝えていきます。「強み」はこのまま伸ばしていきなさい。「オポチュニティー」は、これを活用していきなさいというような話し合いをしております。(スライド27～29) 先ほど言いましたように、最近では、BSCに基づいて職員の満足度を上げることに努め

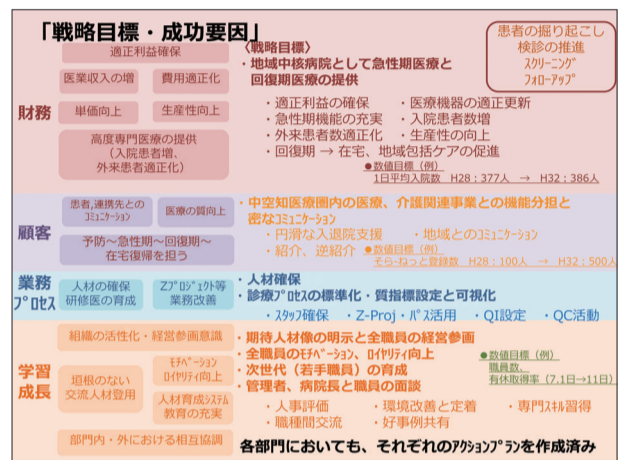
ています。職員の満足度が上がれば、職員が定着して、専門職員も増えるだろう、効率もよくなるだろう。医療の質が上がれば、患者さんも満足して、病院の機能も高まるだろうと考えました。そういうことでビジョンを示して、どういう行動をしたらいいか考えなさいと。各部門で目標を設定して、自分たちでそれがうまくいっているかどうか検証して、日々知恵を働かせなさいというふうに言っております。

(スライド30、31) 医師に関していえば、平成8年か

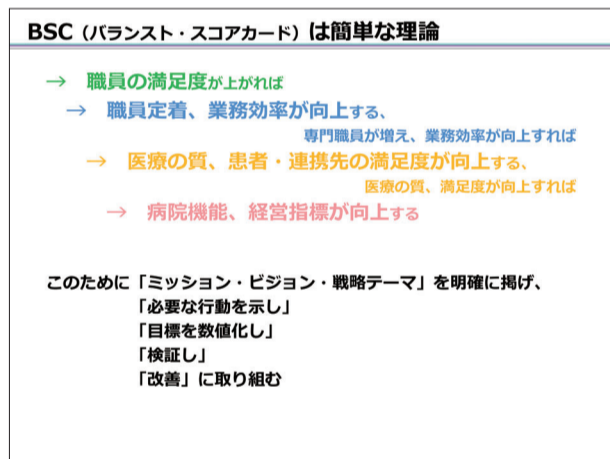
ら26年に事業管理者になるまで、時間外手当ではなく医師手当という形で出していたのですが、いろいろ問題がございまして、新しい病院になってから、カードリーダーで出勤の管理ができるというようになりましたので、時間外手当をやるかということを検討しました。時間外勤務の実績を見てみますと、当院の場合、1人のドクターが一月平均60時間になるのです。この60時間を見込んで時間外手当を支給し、管理職医師は給料が下がらないように管理職手当を上げるとい



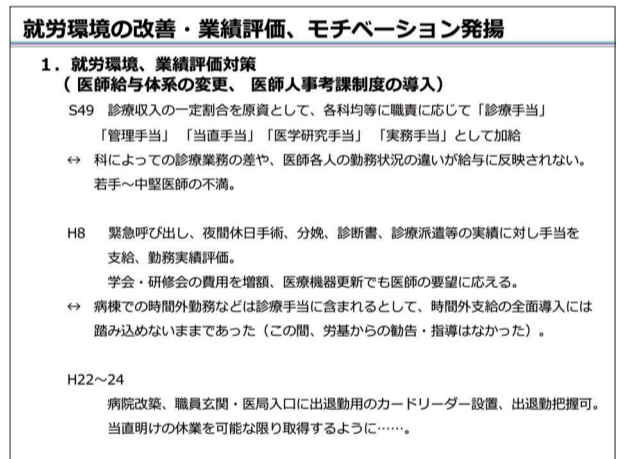
(スライド26)



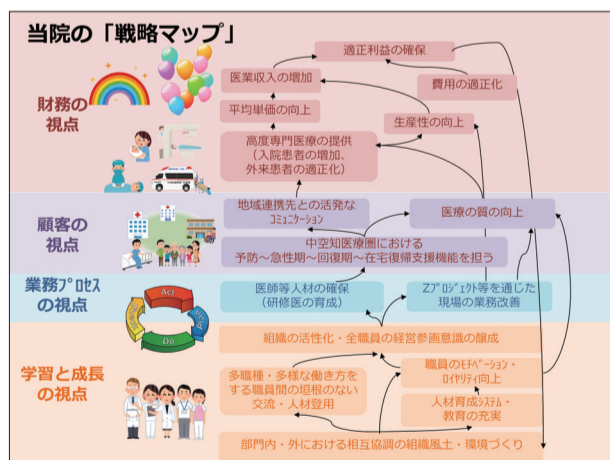
(スライド29)



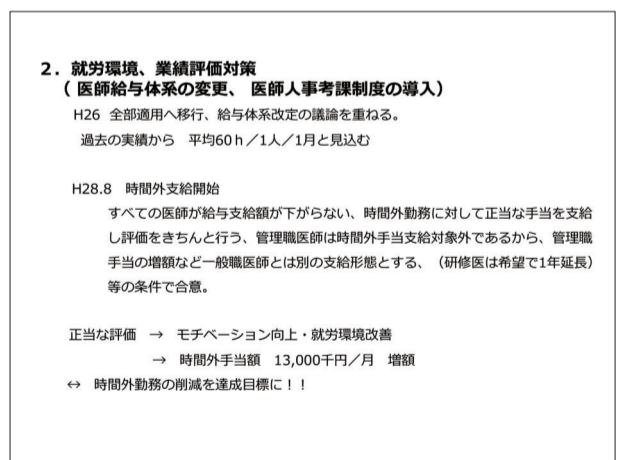
(スライド27)



(スライド30)



(スライド28)



(スライド31)

3. その他の就労環境、業績評価対策

- 職員ポストの増設、任用（栄養士、調理員、薬剤師（主任）、技師（主任））
- 医師事務作業補助者、介護福祉士等の増員、処遇改善、常勤化
- 認定・専門看護師、医療技術者の育成 → 処遇改善の検討
- 病児・病後児保育の開始
- 「幹部へのご意見箱」の設置
- 看護学生学資金免除制度再開、助産師学資金の創設
- 福利厚生会による新入職員歓迎パーティ

4. 経営意識の向上

- 医師面談
- 医局会議をはじめ、各種会議で診療情報、経営情報の発信、Z-project報告
- 院長座談会の開催（ざっくばらんなトーク、役付き前中堅職員対象）
- 院長から全職員対象に「当院が目指すべき姿」をレクチャー
→ 「目標がはっきりした」「器は揃った（建物・機器・人材（財））」「経営意識が芽生えつつある」「職員全員が頑張ろう！！」「職員ファーストでいく！！」
- 改革プランとBSCの導入

(スライド32)

増収対策（Z-project）の取り組み

- ・ H26年度に患者数、収益落ち込み
- ・ 各部署・多職種が協力し、医療の質向上、経営効率の改善、増収を図ることが目的
- ・ 松坂市民病院 世古口先生「落穂ひろい」をお手本にH27から開始
- ・ 院長がプロジェクトリーダーとなり、現在11のWG、年1回全院報告会実施

「入りを量りて出るを制す」+「医療の質の向上」

※Z：「増収のZ」「後がないZ」「Z旗のZ」→ 職員の自発的立上げ

- 病院が破綻すれば市・地域が崩壊する
- 知恵のある者は知恵を、汗を出す者は汗を出せ
- コストをかけずに手間をかけて

(スライド33)

ような体制をつくりました。そうしますと、きちんと正しく評価してくれるということで、モチベーションが少し向上しまして、大体、月に1,300万ぐらい手当が増えたということですが、その分やる気を出してくれればいいだらうと思っています。

(スライド32) それ以外には、田舎ですから、調理員とか医師事務作業補助者などは、募集してもなかなか来ないので、一部優秀な人を正職化したりポストをつくったり、また、各々の専門で資格を取る者を優遇するような体制をつくりました。

それと、先ほどから言っていますように、事務職をはじめ看護職も医療技術職も、自分たちのところで、こうすれば経営意識につながるというような話を会うたびにするようにしています。医師についても面談をするようにして、そういう話し合いをしています。

(スライド33) 先ほど少しお話ししましたが、Z-projectというのは、平成26年に赤字になったとき、松坂市民病院の世古口先生の「落穂ひろい」を見習って事務職員と技術職と看護職とで始めたものです。私どもが命令したわけではなく、自分たちでつくって、「増収のZ」か「後がないZ」か「Z旗のZ」かわか

りませんが、Z-projectという名前をつけて私どもに持って来ました。

(スライド34) こういう内容で、今11部門あるようですけれども、これによって少しずつ無駄を省いて、どうすれば経営につながっていくかという意気込みが職員の間広がってきているということです。

(スライド35~38) 地域包括ケア病棟については、先ほどから言っていますように、急性期の病棟からはすぐ追い出されるという住民の不満がございまして、病

Z-project WGの増収効果（H29年度）

(単位：千円)

WG名	指標	対前年増収額
退院支援 WG	退院調整加算（一般・精神） 地域連携加算	198
診療情報提供WG	診療情報提供料（I）診療情報添付加算	466
薬剤指導 WG	薬剤管理指導料・療養管理加算・ 退院時薬剤情報指導管理料	13,837
血中濃度WG	特定薬剤治療管理料	▲929
特食・栄養指導 WG	入院・外来栄養指導料	2,549
退院時リハ WG	退院時リハ指導料 リハ総合計画評価料	2,274
周術期口腔ケア WG	周術期口腔機能管理料・計画決定料	2,924
精神専門WG	精神科急性期医師配置加算 精神科リエゾンチーム加算 認知症ケア加算	30,017
健診WG	人間ドック・オプション健診	818
コーディング・査定WG	適正DPCコーディング、査定対策	1,380
合計		53,534

(スライド34)

地域包括ケア病棟新設の背景

- 当地域では人口が減少し、病院機能としては在院日数の短縮が進んでいる
- 近隣の公立病院が医療規模を縮小し、当院に医療機能が集中している
- 日常診療圏の拡大に伴い、診療対応が増大している
- 回復期、慢性期療養型医療の不足

↓
このような状況の中で

- **亜急性期病床新設（H17）**
主に整形領域の患者に使用、DPC対策からも、早期退院、外来リハ施行せざるを得ない状況で、院内各科のベッド利用率も不均衡が目立ち、病室再配分の必要性を強く感じていた。
- **病院政策（H22）**
地域救命救急センター、へき地中核拠点病院、地域センター病院として、主に2次～3次の急性期機能を担ってきた。
- **乏しい医療資源**
市内に回復期、療養型病床、有床診等が無いことから、急性期以降の患者対応は、近隣の他市町村、札幌・旭川市内の医療機関、介護施設等との後方連携に頼らざるを得なかった。
- **住民の声**
「病院に置いてくれない」、「すぐに病院を出される」という不満の声も聞かれた。

(スライド35)

地域包括ケア病棟新設の背景

- **人口減少、超高齢化社会が始まる**
今後の人口動態を考えると、急性期機能を維持したまま回復期、ポストアキユート、在宅まで病院機能を拡充し、地域に密着したケアミックス型医療（雑貨店型多機能病院）に再構築し、地域に不足する医療を提供できるならば、地域貢献、経営面、ベッドの効率的利用、いずれにおいても有効であると考えた。
- **2014年診療報酬改定、地域包括ケア病棟入院料新設**
- **地域包括ケア病棟転換速断**
90日を超えて入院する患者（転院、退院に苦慮する患者）が、一般病床で6%以上あり、亜急性期病床もほぼ満床であった。
2014年11月、北海道内の自治体病院として初めて1病棟（44床）を地域包括ケア病棟に転換、併せて病棟の再配分を実施した。

(スライド36)

地域包括ケア病棟設立時の検討

- 地域包括ケア病棟の整備（病棟リハ対応）
地域包括ケア病棟内にリハスペース設置、電子カルテ追加
- 地域包括ケア症例検討委員会の開催
・毎週水曜日の朝（8：30～9：00）
・メンバー：事業管理者、院長、看護部長、副看護部長、各病棟部長、地域医療連携室部長、MSW、リハビリ技師、医事課職員で構成
・事前に選出された患者について、ベッド状況、DPCにおける入院期間、リハ単位数等、各委員の視点で検討し、地域包括ケア病棟転床患者を決定
・決定後は、転床の日程・タイミングは包括ケア病棟部長と各部署部長が調整

→ 病院幹部とはあまり接する機会が無かったリハスタッフ、各病棟部長、医事課、地域医療連携室職員が毎週顔を合わせ、診療内容や病棟内の多くの状況を双方向で伝え合うことができるようになった



(スライド37)

スタッフの声（看護師、リハ技師、MSW）

- ・他病棟から様々な疾患を抱えた患者を受け入れるため、看護全般の知識や技術力が向上した
- ・多職種間での会話が増え、情報共有により「在宅復帰」という統一の目的に向かっていくことが可能に
- ・多職種カンファレンスの重要性を認識した
→ これまでは「患者情報の共有」「退院支援」「リハの進行状況確認」といったカンファレンスというには一方的であった
→ 患者・家族とのかかわりの中で、「必要なことは何か」「調整しなければならないことは何か」「今必要な看護は何か」など考えられるようになり、看護計画を検討、多職種から助言、活発な意見交換を实践できるようになった。
- ・患者・家族が療養への不安を失くし、生活の場への復帰を支援することが、当病棟の役割ではないかと感じた

(スライド38)

入退棟の状況 (H26.11~H29.3)

受入経路

自院急性期病棟 (ポストアキュート)	1,071人
直接入院 (サブアキュート)	74人
短期滞在手術	142人
合計	1,287人

退棟先

自宅	811人
在宅	13人
介護老人福祉施設	13人
社会福祉施設	90人
在宅外	111人
転院	111人
介護老人保健施設	43人
自院転棟	43人
計算対象外	18人
60日超過	18人
死亡	30人
短期滞在手術	142人
合計	1,287人

平均在棟日数 28日

(スライド39)

院としてもきちんとやらなければいけないと考えて、平成26年11月から始めました。それで、私と私の後任の平林院長、看護師、事務職、医療連携をするメンバーが集まって話をするようになりました。そうしますと、ふだんはあまり話をしない人同士、リハビリのスタッフも含めていろいろ話ができるので、なかなか貴重な会議になりました。スタッフとしては、急性期を減らすことになりにかなり抵抗のような者もいたのですが、実際にやってみると、これは非常に良いというこ

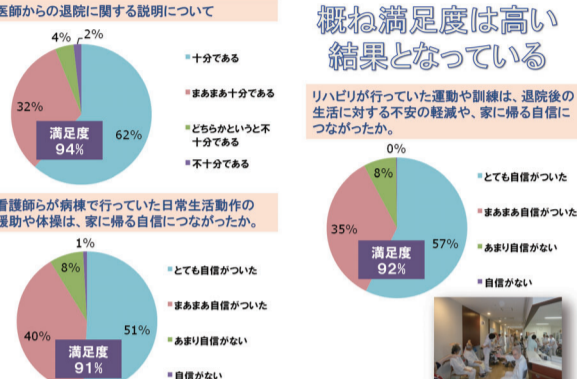
患者満足度 (患者アンケート調査結果) 期間:H27.1~H29.3 N=560

医師からの退院に関する説明について

概ね満足度は高い結果となっている

リハビリが行っていた運動や訓練は、退院後の生活に対する不安の軽減や、家に帰る自信につながったか。

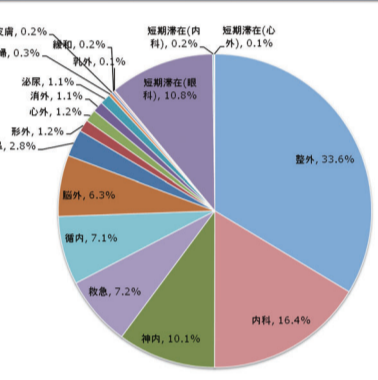
看護師らが病棟で行っていた日常生活動作の援助や体操は、家に帰る自信につながったか。



(スライド40)

診療科別利用状況 (H26.11~H29.3)

診療科	患者数
整形外科	433人
内科	211人
神経内	130人
救急	93人
循環内	91人
脳外	81人
耳鼻	36人
形外	16人
心外	16人
泌尿	14人
泌尿	14人
産婦	4人
皮膚	3人
緩和	2人
乳外	1人
短期滞在(眼科)	139人
短期滞在(内科)	2人
短期滞在(心外)	1人
合計	1,287人



(スライド41)

地域包括ケア病棟の収益比較 (H27.4~H28.3)

【単位：千円】

区分	一般病棟 (DPC請求) で計算	地域包括ケア病棟で計算	増減
H27. 4月 38名退院	15,245	17,536	2,291
H27. 5月 35名退院	14,160	16,400	2,240
H27. 6月 36名退院	13,119	18,831	5,712
H27. 7月 33名退院	13,883	16,611	2,728
H27. 8月 40名退院	19,979	21,770	1,791
H27. 9月 39名退院	16,711	18,291	1,580
H27. 10月 47名退院	18,899	21,170	2,271
H27. 11月 51名退院	13,384	17,014	3,630
H27. 12月 51名退院	15,323	17,427	2,104
H28. 1月 39名退院	11,041	12,807	1,766
H28. 2月 44名退院	13,702	17,061	3,359
H28. 3月 45名退院	15,906	18,166	2,260
合計 439名退院	181,352	213,084	31,732

(スライド42)

とになっております。
 (スライド39) 受入経路は1,287人で、当院の場合、ポストアキュートが多く、平均在院日数は28日となっています。
 (スライド40) 患者の満足度は、「ほぼ満足」が90%を超えていて、患者さんやご家族に非常に喜ばれています。
 (スライド41) これは診療科別の利用状況です。
 (スライド42) それまでですと、うちからよその病院

砂川市立病院22年の軌跡

をお願いしていた人が地域包括ケア病棟に入りますので、経営的にも病院にとってはプラスになったということです。

(スライド43~47) 先ほど申し上げたような需要もあり、当院でもっと地域包括ケアをやらなければいけないということで、今年から看護部の要望で訪問看護ステーションにチャレンジしました。それまでも在宅訪問に看護のプロをお願いされて一部やっていたのですが、周辺市町村の訪問看護ステーションが縮小して

砂川市立病院が地域包括ケアの中で果たすべき役割、ニーズ

■管内医療体制の現状と今後

- 管内にがん終末期患者が入院できる療養型病床が少ない。症状コントロールが不十分のため在宅療養の継続が困難となるケースが多い
→ 当院でのコントロール、在宅療養、入院支援が必要。緩和ケア病室の開設
- 在宅療養を支える診療所が少ない。地域が広域のため訪問診療できる地域が限定される → 砂川市立病院でも訪問診療在宅看取り体制を強化 → 当院訪問看護ステーション設立
- 在宅医の殆どがソロプラクティスなため、医療依存が高い患者の在宅療養は負担 → 地域でネットワークを構築する
- 病・診連携 → 情報共有・ネットワークシステムの構築
(ITみまもりんく、登録患者数 1,081人 参照件数 11,000件【H28年度】)
- ショートステイ、レスパイト入院：地域包括ケア病棟等の活用
- 連携室・地域包括ケア病棟看護師、リハスタッフによる居住環境の確認、整備

(スライド43)

いき、うちでやらなければいけない状況に追い込まれてきていたことと、看護部門からもやりたいという声がありましたので、まだ小規模ですけれども稼働し始めたということです。

まとめますと、地域に必要な医療、住民が必要としている医療をどうやって当院が提供するか、また一方で、経営的に破綻しない方法をみんなで考えてきたということではないかと思えます。

実は、このスライドも、私が「こういうような話をし

H29年度の取り組み

- Z-Projectの継続推進 → 職員に「経営意識」が備わってきた
- 改革プラン (BSC) のPDCA → 各診療科、他部署のヒアリング 各部署での自発的アクションが見られる
- 検体検査管理加算Ⅱ → Ⅳ → 病理医+1名着任 年間3千万増収
- 歯科 (周術期口腔ケア) 拡張 → 2診体制
- 電子カルテ、医事会計システム更新 → 電子カルテ：7年使用、診療・情報システムの改善、会計システム：30年改定対応困難
- 人事考課 → 地方公務員法改正、医師以外の職種開始 インセンティブ??
- 訪問診療・訪問看護の推進 → 総合内科医が欲しい、地域医療連携室、訪問看護担当Nsの増員
- 新電力導入の検討 → 北電が値を下げた 約800万円低減

(スライド46)

砂川市立病院が地域包括ケアの中で果たすべき役割、ニーズ

■訪問看護ステーションの開設

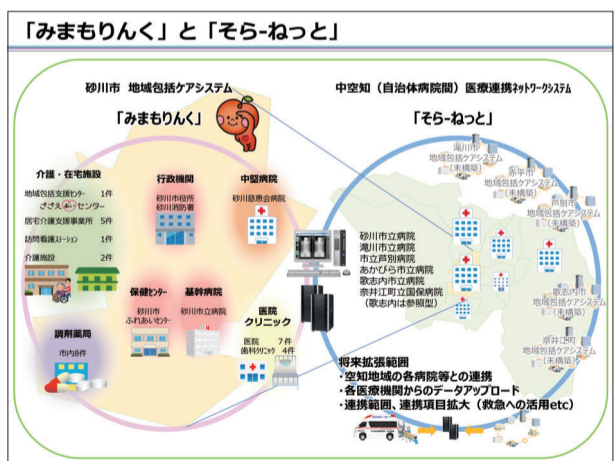
- 訪問診療
 - 市内対応診療所 1か所のみ
 - 当院はH25から在宅看取りと訪問診療実施 (年間15件前後の在宅看取り)
 - H28.10総合内科医退職、訪問診療減
 - H30.4から、小生が月1~2回、訪問診療に従事
- 訪問看護ST
 - 市内1か所のみ H28から人員不足により24時間対応休止
 - がん終末期患者や神経難病患者などの在宅療養が困難となる
 - 当院の訪問看護
 - ・H25：7件5人 H26：4件3人 H27：10件6人 H28：73件23人 H29：424件34人
 - ・主にがん終末期患者で、地域の訪問STと、当院緩和ケア認定Nsとの協働
 - ・H28からは、みなして神経難病やがん終末期患者を対象に医療保険、24h対応で訪問看護実施
 - ・H30 訪問看護ステーション設置、介護保険での訪問看護にも対応できるよう、体制を整備 (常勤Ns2.5人から開始)

(スライド44)

H29 喫緊の取り組み

- 外来、救急、入院患者増 (軽症患者増、夜間・休日受診増、“何でもいつでも診てくれる”)
 - 医師業務量過多、過重労働による疲弊、特に内科系医師への負担大
- 対応 (案)
 1. 過量の需要減、就労環境の改善
 - ・軽症・病状安定患者を近医へ
 - 内科午後新患外来廃止
 - 後期研修医午後外来廃止
 - 初診時選定療養費 1,080円→3,240円へ
 - 逆紹介推進
 - ・内科1人主治医制
 - チーム主治医制へ、初期研修医、屋根瓦方式活用
 - チーム間ミーティング、カンファレンスの徹底
 - ・救急外来対応
 - 頻回の内科医Call
 - ⇒ 入院は必要だが、翌日まで一定治療にて待てる患者は救急対応医、研修医で翌日まで。内科医への引継ぎを翌日に
 - 高齢者肺炎患者の救急当番制 (内科、循環器内科、神経内科、救急科)

(スライド47)



(スライド45)

2014年に考えた現状と展望

	<現 状>	<将来展望>
● 専門診療体制	<ul style="list-style-type: none"> ・医師不足 ・がん診療連携拠点病院 ・地域救命救急センター ・総合内科医養成センター ・認知症疾患医療センター ・地域周産期母子医療センター ・看護師・技師等不足 ・AI「リド」病室 	<ul style="list-style-type: none"> ・各診療科専門医の増員・養成、新たな専門医制度対応 ・総合診療医、病院総合医の増員・養成 ・地域医療支援病院? 総合入院体制加算2? ・認定・専門Ns、技師等の養成・確保 ・ゲ・ゲイ・ゲイ・ゲイ等
● 入院機能	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC 7:1 急性期病棟、精神科 13:1 急性期病棟 ・入退院支援センター ・地域包括ケア病棟 ・長期入院患者 (難病・療養問題) 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別化医療 ・専門的、かつ総合的医療の推進 (雑貨店型機能) ・入退院支援センター機能の充実・拡張 ・クリティカルパス活用
● 外来機能	<ul style="list-style-type: none"> ・1次診療から3次救急まで 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来診療負担の軽減化 ・専門外来特化? ・特定療養費?
● 地域連携 病病・病診連携	<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテ ・医療機器共同利用 ・診療連携 ・みまもりんく、そらねっと 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携ネットワークの推進 ・看護師、リハビリ技師等の派遣、教育体制

青字は実現or実現まであと一歩

(スライド48)