

2. 情報分析

1) 分析における基本的考え方

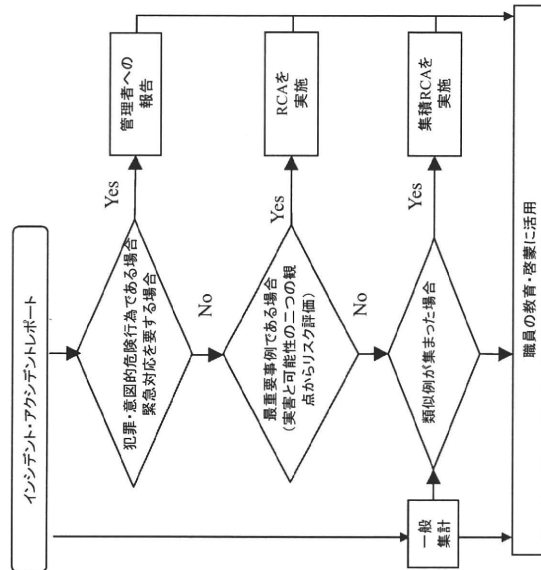
- (1) 分析の目的は、インシデント・アクシデントの未然防止・再発防止である。
- (2) 詳細な分析は、優先度の高い事例を抽出して行う（重点志向）。
- (3) 詳細に分析する必要がある事例は、再発防止であれば主に根本原因分析（Root Cause Analysis：RCA）、未然防止であれば主に故障モード影響解析（Failure Mode and Effects Analysis：FMEA）を用いる。

2) RCA

(1) 分析対象の選定方法

- ① すべての事例を分析することはできないため、対象事例は慎重に選定する。  
選定方法には大きく2通りある。
  - ・ 院管理者（院長）が、総合的にみて分析が必要と考える場合
  - ・ 安全管理者あるいは安全管理委員会が、インシデント・アクシデント報告の内容等から必要と考える場合
- ② インシデント・アクシデントレポートを参考にする場合には、以下のような考え方や評価基準を用いて選定する。

<分析事例を抽出する際の考え方>



<患者の重症度で判定する場合>

- ① 傷害を伴わないレベル
- ② 軽度の傷害（擦傷、挫傷等）があるが在院日数の延長が生じないレベル
- ③ 中等度の傷害（縫合等）があるが在院日数の延長が生じないレベル
- ④ 重度の傷害があり、在院日数、病状・治療方針に影響を与えるレベル
- ⑤ 超重度の傷害があり、後遺症発生もしくは死亡に至るレベル

<有害事象の損害・傷害の大きさと発生頻度で判定する場合>

リスク評価マトリックス (RAM：Risk Assessment Matrix)

|             | 最重要事故 | 重要事故 | 中程度の事故 | 軽微な事故 |
|-------------|-------|------|--------|-------|
| 即座に再発、月1-2回 | 3     | 3    | 2      | 1     |
| 1-2年に数回     | 3     | 2    | 1      | 1     |
| 2-5年に時々     | 3     | 2    | 1      | 1     |
| 5-30年に時々    | 3     | 2    | 1      | 1     |

注) 米国退役軍人病院 (VA) の SAC (Safety Assessment Code) を改変したリスク評価マトリックス (RAM：Risk Assessment Matrix)。RAM 3 点は RCA を行う。実際に患者に傷害がない場合でも可能性として RAM 3 点に該当する場合は RCA を行う。

重要度評価表

米国退役軍人病院 (VA) 事故報告制度 2001.11 (改変)

| 患者    | 最重要  | 重要   | 軽度  |
|-------|--|--|---|
| 訪問者   | 死亡または身体機能の永続的損失 (感覚・運動・生理的・精神的) で、もともと病状の自然経過および基礎疾患に関連しないもの (やっただために発生しなかったために発生しても)  | 死亡または身体機能の永続的損失 (感覚・運動・生理的・精神的) で、もともと病状の自然経過および基礎疾患に関連しないもの (やっただために発生しなかったために発生しても)  | 身体機能の永続的障害 (感覚・運動・生理的・精神的) で、もともと病状の自然経過および基礎疾患に関連しないもの (やっただために発生しなかったために発生しても)      |
| 訪問者   | 転倒/転落、24時間体制の治療中の無断退院、暴行・犯罪、などによる傷害の結果を含む。または以下のいずれか<br>・自殺 (入院/外来)<br>・レイプ<br>・輸血による溶血反応<br>・誤った患者への手術/誤った部位への手術<br>・乳房摘出/乳房の間違った家族への引き渡し | 転倒/転落、24時間体制の治療中の無断退院、暴行・犯罪、などによる傷害の結果を含む。または以下のいずれか<br>・自殺 (入院/外来)<br>・レイプ<br>・輸血による溶血反応<br>・誤った患者への手術/誤った部位への手術<br>・乳房摘出/乳房の間違った家族への引き渡し | または下記のいずれか<br>・傷が残ること<br>・手術が必要な状態<br>・3人以上の患者の入院長期化<br>・3人以上の患者のケア水準の引き上げ<br>1-2人の入院 |
| 職員    | 死亡または3人以上の入院   | 死亡または3人以上の入院   | 1-2人の入院<br>または3人以上の時間的喪失/職務障害<br>10000万円相当以上の損害                                       |
| 設備/機器 | 初期段階を超えた全ての火災  | 初期段階を超えた全ての火災  | 10000万円相当以上の損害  |
| 火災    | 初期段階を超えた全ての火災  | 初期段階を超えた全ての火災  | 10000万円相当以上の損害  |
| 患者    | 1-2人の入院の長期化/ケア水準の引き上げ  | 1-2人の入院の長期化/ケア水準の引き上げ  | 傷害/入院期間の延長/ケア水準の引き上げなし  |
| 訪問者   | 1-2人の診断と治療 (外来)  | 1-2人の診断と治療 (外来)  | 診断しても、治療なし (または治療拒否)  |
| 職員    | 1-2人の医療費支出/時間的喪失/職務障害  | 1-2人の医療費支出/時間的喪失/職務障害  | 初期治療のみで、時間的喪失/職務障害なし  |
| 設備/機器 | 100万円以上1000万円未満の損害   | 100万円以上1000万円未満の損害   | 100万円未満の損害/電気ガス水道などの損失  |
| 火災    | 初期段階以下   | 初期段階以下   | 100万円未満の損害/電気ガス水道などの損失  |

### (2) 分析手順

具体的な分析手順については、「RCAの基礎知識と活用事例（日本規格協会）」を参考にする。

### 3) FMEA

#### (1) 分析対象の選定方法

RCA同様、すべての業務を分析することはできないので、分析対象事例を慎重に選定する必要がある。

- ・ 現場で安全の視点から改善すべきと考える場合
- ・ 安全管理者あるいは安全管理委員会が、インシデント・アクシデント報告の集積から、FMEAの対象と考える場合（被害の有無や、影響・範囲の大小といった結果だけではなく、重大な被害を引き起こす可能性があるか否かという点も勘案）
- ・ 病院管理者（院長）、安全管理者あるいは委員会が、業務の変更あるいは新規の業務を導入する際に、必要と認める場合

#### (2) 分析手順

具体的な分析手順については、「FMEAの基礎知識と活用事例（日本規格協会）」を参考にする。

### 4) 対策の評価・見直し

#### (1) 追跡評価

対策実施後は、効果について評価することが重要である。また、一度、良い評価を得た対策であっても、かつて適切だった対策が時間の経過に伴って適切でなくなることもあるため、継続的な見直しが必要である。そのためには、対策に追跡評価の実施を含めることが肝要である。これは、継続的な質向上をする上で必須である。

#### (2) 水平展開

一部の職種や部署で試行的に実施した対策が、本来、全組織に展開すべきものである場合は、追跡評価の結果が良いことを確認したうえで、全組織に展開する必要がある。特定の職種や部署で機能しても、他の職種や部署では機能していない/できないことがわかった場合は、対策を修正し、一般化させる必要がある。

### 3. 情報の周知・教育

#### 1) 周知

- (1) インシデント・アクシデントレポートの内容およびそれへの対応状況、RCA・FMEAの結果およびそれへの対応状況など、医療安全に関わる情報は、職員に広く周知する必要がある。
- (2) インシデント・アクシデントレポートの仕組みが有効に機能するためには、本仕組みが、個人の過ちを非難・追及したり、人事考課・懲罰したりするためではなく、業務の仕組みの欠陥（弱点）を特定・分析・改善するために存在していることを、全職員に周知する必要がある。

#### 2) 教育・訓練

職員に必要な能力を身につけさせるため、または維持させるため、適切な教育及び訓練を実施する。この場合の教育及び訓練は次の事項を含む。

- ・ 医療安全管理の重要性及び知識に関する事項
- ・ 問題解決能力に関する事項
- ・ 危険予測、危険予知能力に関する事項

### 4. 記録の保管

- 1) 医療安全に関わる記録は、院長、安全対策委員長、診療部長、看護部長、事務部長の許可した者が閲覧できる。記録の保管は、事務部長が行う。個人を特定できない形にした記録の保管期限は10年とする。
- 2) インシデント・アクシデントレポート原紙・コピーは、看護部長、質保証室が保管する。個人情報と同定できるインシデント報告は6ヶ月以内に破棄し、その旨を事務部長に連絡する。

## V. 緊急時の対応

### 1. 99 コールの使い方

危険な状態である場合は、99コール等で職員を集める。

#### ● 平日日勤帯

- a. 火災、震災以外において各部署にて異常事態が発生し、緊急に職員の応援が必要となった場合、部署の責任者（責任者がいないときは次席の者）は事務長（事務長がいないときは次席の者）に報告し、事務部が、『職員にお知らせします。99 ナインテーン ナイン 99 ナインテーン ナイン、部署・場所名』を2度放送する。
- b. 放送を聞いた職員はその部署に駆けつける。  
※対象者が限定されない時は、原則 医師・看護師 とする。  
※対象者が限定される時には、放送で付け加えることもある（「男子職員」等）。

#### ● 休日日勤帯

- a. 施設課日直者に連絡し、上記緊急放送を行い、職員は現場に駆けつける。
- b. 必要に応じて、緊急連絡網を使い、全所属長に連絡する

#### ● 夜間帯

- a. 夜間受付に連絡し、夜間受付は上記緊急放送を行い、当直者は現場に駆けつける。
- b. 必要に応じて、緊急連絡網を使い、全所属長に連絡する

### 2. 院内暴力発生時の対応

患者の安全と同様、職員が安全に、安心して働けることも重要なことである。不幸にも職員が患者から暴力、あるいは危険な行為をうけた場合は、必要に応じて上述の99コールを使うほか、以下に示すように組織的に対応する。

#### 1) 緊急対応

##### (1) 暴力への対応

<暴力行為が持続し、即刻対応が必要な場合>

- a. 110番をする。
- b. 現場責任者（師長、科長、等）は、事実を確認し警察に通報する（夜間帯の場合は夜間受け付けを担当する職員が警察に通報する）。
- c. 警察到着時、速やかに経過報告できるように準備する。

<暴力行為を受けた直後の場合>

#### ● 日勤帯

- a. 暴力を受けた職員は、現場責任者に報告する。
- b. 現場責任者は事実を確認する。
- c. 現場責任者は事務長に報告する。看護部の場合は看護部長にも報告する。
- d. 職員に警察に訴える意思がある場合は、事務部長が警察に通報する。

#### ● 夜間帯

- a. 当直責任医、または看護部管理当直者の判断で警察に通報する。
- b. 当直医、看護部管理当直者は、事務部長・看護部長に報告し、指示を受ける。

※暴力を受けた職員は、治療の有無、後遺症および本人の意思を確認の上、診察を受けることができる。

※労働基準法に従い個別の対応を考慮する。

##### (2) 暴言・セクハラへの対応

#### ● 日勤帯

- a. 業務遂行が著しく困難、あるいは危険が予想される場合は、現場責任者に報告する。
- b. 現場責任者は事実を確認し、本人に危険行為をやめるように話す。
- c. 療養生活に協力がえられない場合は強制退院の措置も考慮する。危険な状態に進展する可能性がある場合は「警察に通報する」旨話をして、事務部長・看護部長に報告し、警察に通報する。

#### ● 夜間帯

- a. 当直責任医、または、看護部管理当直者の判断で通報する。
- b. 師長、科長が不在の場合はそれらに準ずる者（次席）が対応する。
- c. 判断困難な場合は、事務部長、看護部長、あるいは医療安全推進委員長に報告し指示を仰ぐ。





## ② 院内における報告の方法

正式な報告は、文書により行う。ただし、緊急を要する場合は、前項のとおり、直ちに口頭で報告し、その後、文書による報告を速やかに行う。報告書の記載は、事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には当該本人、その他の者が事故を発生させた場合には、発見者とその職場の長が行う。

## 3) 患者・家族への対応

- ① 患者に対しては誠心誠意説明し、治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。
- ② 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応し、状況に応じ、事故を起した担当医又は看護師等が同席して対応する。

## 4) 事実経過の記録

- ① 医師及び看護師等は、患者の状況、処置の方法、処置の内容、患者及び家族への説明内容（家族に連絡した時間、説明者、時刻、説明を聞いて家族、質疑応答の内容）等を診療記録、看護記録等に記載する。

## ② 記録に当たっては、以下の事項に留意する。

- a. 初期対応が終了次第、速やかに記載すること
- b. 事故の種類、患者の状況に応じ、経時的に記載を行うこと。
- c. 事実を客観的かつ正確に記載すること。（想像や憶測に基づく記載を行わない）

## 5) 警察への届出

- ① 死体検案を行い、異状死体又はその疑いがある場合には、医師は病院長に報告すると共に速やかに警察署、東京都医療安全課（5320-4432）に届出を行う。
- ② 刑事事件と考えられる場合には、職員は上司および病院長に報告すると共に速やかに警察署に届出を行う。
- ③ 警察署への届出を行う場合には、原則として、事前に患者、家族に説明を行う。

## 6) 公表

公表の有無・時機については、管理会議で検討し、病院長が最終決定をする。

## 7) 医療事故に関与した職員への対応

- ① 人の責任を追及することなく組織としての問題点として、RCAで検討する。
- ② 人的にさらに学習・研修が必要とみなされるときは、積極的にその機会を設ける。
- ③ 直属の上司が中心となり、事故に関与した職員の精神的ケアを行う。必要に応じ精神科医に相談できるように便宜を図る。

## VI. 病院管理者（病院長）による計画・評価・見直し

## 1. 計画・評価

- 1) 療安全管理に従事する職員（療安全推進委員長、療安全管理者、薬品管理責任者、療機器管理責任者）の役割に応じた教育計画（必要な能力を獲得するための教育計画）を設定する。
  - ・ 定期的に次の次項について評価する。
  - ・ 療安全管理体制（教育体制を含む）の有効性
  - ・ 療安全管理体制に関する是正・改善の有効性

## 2. 見直し

療安全管理体制を維持し適切性及び有効性を改善するために、適宜及び定期的に療安全管理体制・基本方針を見直す。見直した結果は、適切に文書化する。



# 医療機関トップマネジメント 研修コース

## 目次

|                     |    |
|---------------------|----|
| 第一章 はじめに            | 3  |
| 第一節 高齢者医療をめぐる政策の変遷  | 3  |
| 第二節 包括評価導入の概要       | 3  |
| 第二章 永生会の概要          | 5  |
| 第一節 八王子地域の概要        | 5  |
| 第二節 永生会の概要          | 6  |
| 第三章 これまでの永生会の経営     | 6  |
| 第一節 経営理念とそれに基づく医療提供 | 6  |
| 第二節 患者の入院経路と連携      | 7  |
| 第三節 病床種別の推移         | 9  |
| 第四節 アウトカム評価への取り組み   | 10 |
| 第五節 職員の採用・教育方針      | 11 |
| 第四章 2006年診療報酬改定への準備 | 14 |
| 第五章 2006年診療報酬改定の影響  | 15 |
| 第一節 医療区分・医療処置数等の推移  | 15 |
| 第二節 収益への影響          | 26 |
| 第三節 医療区分導入後の職員への影響  | 26 |
| 第六章 今後の展望           | 28 |
| 【参考文献】              | 31 |
| 【資料】                | 32 |

## 慢性期医療における病院経営 永生病院のケース

執筆者：

慶應義塾大学医学部 医療政策管理学教室 池上直己  
慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科

高木安雄、小林英丘、影山雅香、田川洋平

### ■ディスカッションのポイント [ケースのねらい]

- 永生病院は、医療政策に対応してどのように発展してきたか。
- これまでの経営方針で見直すべき点はあるか。
- 医師に対する対応、処遇をどう評価するか。
- 看護職員と介護職員の処遇の違いは適切か。
- 2006年の医療区分の導入に対する病院の対応は適当であったか。
- 医療療養病棟にはどのような展開が予測されるか。
- 理事長の将来構想の課題と評価はどうか。



第一章 はじめに

第一節 高齢者医療をめぐる政策の変遷

1973年に老人医療が無料化され、その結果、高齢者の入院が劇的に増えていった。当時の診療報酬は出来高払いのみであり、ケアに対する補償が乏しかったため、収益を確保するために行った投薬・検査に対して、薬・検査責けという批判が起きた。これに対応するため、1986年には老人保健施設が創設され、はじめに包括払いが導入され、患者全員に対して原則的に同じ報酬が支払われることとなった。その際、1床当たり8㎡の基準が設定され、また当時慣行になっていた付き添い看護が人員配置基準により禁止された。

1990年には介護力強化老人病院に対して、包括払いの入院医療管理料が創設された。その後、これを受ける形で1992年には療養型病床群が医療法に規定された。ここで1床あたり6.4㎡の施設基準が示され、この基準達成のための診療報酬上の誘導がなされた。

2000年には介護保険制度が創設され、当時20万床あった療養型病床群の全部が移管することが予定されていたが、実際には医療保険から介護保険に移管したのは半数にとどまった。2003年には、医療法改正により、「その他(旧一般)病床」を「療養病床」と「一般病床」に分けることが決まり、療養病床への経済誘導が加速した。その効果もあり、療養病床は現在38万床となっている。「療養病床」対「一般病床」の比率は、全国平均では3対7であるが、地域差があり、高知県では1対1、山形県では1対4となっている。一方、療養病床における「医療保険」と「介護保険」の比率は、全国平均で6対4であるが、これも地域差がある。

このような状況にあった療養病床は、2005年の12月に突如、2011年度末までに38万床を15万床に削減し、介護療養病床については廃止が発表された。そして、療養病床の廃止を盛り込んだ介護保険法の改正が、医療制度改革関連法の一環として2006年6月14日の参院本会議で可決・成立した。

第二節 包括評価導入の概要

これまでの包括化による診療報酬の支払いでは、医療ニーズへの対応する報酬がなかったため、医療保険の療養病床と、介護保険の療養病床とで、ほとんど差がなかった。そこで、医療ニーズを反映した包括評価方式を導入することによって、医療療養と介護療養の機能分化を図り、医療ニーズの高い患者は医療療養、低い患者は介護療養に再編されることが期待された。当初の目的は、医療費の抑制ではなく、医療ニーズの高い病床は増収、低い病床は減収になるような再配分にあった。慢性期包括評価分類案の作成は、患者の病態・処置等の特性とケアコ



スト等のデータに基づいて、中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織の慢性期入院医療の包括評価分科会で行われた。

分類案の作成には、3,538人の患者データが用いられ、医療区分3に該当する病態、処置を定め、該当しない場合、医療区分2、それにも該当しない場合は、医療区分1とされた。そして医療区分に分類した後に、介護を要する程度を評価するために、ADL区分1～3に分ける仕組みとなった。

包括評価導入の目的は医療費の削減ではなかったが、診療報酬のマイナスイ改定に加えて、小児医療や産科医療等をプラス改定としたため、また療養病床の大幅削減の目標を達成するために、療養病床は大幅に引き上げられることとなった。医療区分1は不採算となり、特にADL区分1・2の入院基本料Eは老人保健施設の要介護度1よりも低い報酬となった(表1-1、表1-2)。さらに、医療療養病床で医療ニーズの低い患者の受け皿として考えられていた介護療養病床も2011年度末に廃止も決まったので、療養病床を有する病院にとって危機的な状況となっている。

今後の課題としては、医療療養病床の役割を改めて考えること、また、廃止が決まった介護療養病床13万床、削減目標となった医療療養病床の10万床の患者の受け皿をどうするかという点がある。厚生労働省は、移管先として老健施設を中心とした、有料老人ホーム等の特定施設を提示している。

表 1-1：医療・介護病床の報酬比較

| 医療療養           | 介護療養          | 経過型      | 介護老人保健施設 |
|----------------|---------------|----------|----------|
| E<br>764点/日    | 1<br>782点/日   | 782点/日   | 781点/日   |
| D<br>885点/日    | 2<br>892点/日   | 892点/日   | 830点/日   |
| C<br>1,220点/日* | 3<br>1,130点/日 | 1,000点/日 | 883点/日   |
| B<br>1,334点/日  | 4<br>1,231点/日 | 1,091点/日 | 937点/日   |
| A<br>1,740点/日  | 5<br>1,322点/日 | 1,182点/日 | 990点/日   |

※1～5は要介護度

表 1-2：医療区分・ADL区分と入院基本料の関係

| ADL区分  | D<br>885点 | B<br>1,334点  | A<br>1,740点 |
|--------|-----------|--------------|-------------|
| ADL区分2 | E<br>764点 | C<br>1,220点* | 1,740点      |
| ADL区分1 |           |              |             |
|        | 医療区分1     | 医療区分2        | 医療区分3       |

\*認知症加算で5点

## 第二章 永生会の概要

このような制度の変更を受けて、病院はどのように経営戦略に基づいて対応してきたか。東京都八王子市の医療法人社団永生会 永生病院（以下、永生病院と略）をケースとして取り上げる。

## 第一節 八王子地域の概要

八王子市は、東京都の西部・多摩地域の中核都市であり、JRの中央線・横浜線・八高線、京王線が乗り入れる鉄道の要所となっている。また、道路交通においても、国道は16号線（東京環状）甲州街道（20号線）、中央高速が走る要所となっている。二次医療圏としては、南多摩地区保健医療圏を構成している。

八王子市の人口は増加傾向にあり、1995年に人口は50万人を超え、2006年には約54万人となっている（図2-1）。65歳以上の人口も増加しており、その中でも一人暮らし老人の割合も増えている（表2-1）。なお、全人口に占める65歳以上の割合は、2005年の16.5%から2018年には23.5%に達すると予測されている。

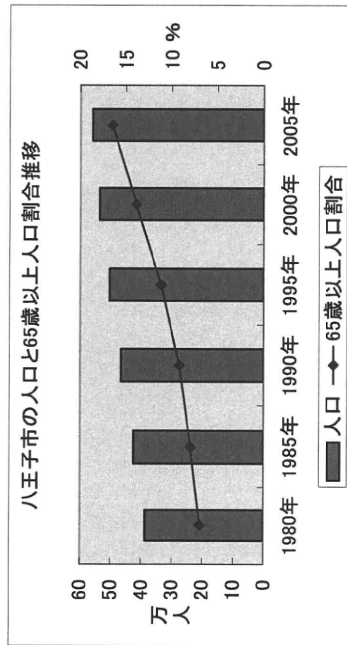


図2-1：八王子市の人口推移（1955年～2000年）

八王子市資料、(財) 東京市町村自治調査会資料より作成

表2-1：八王子市における高齢者の状況（各年4月現在）

|         | 2001        | 2002        | 2003        | 2004        | 2005        |
|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 65歳以上人口 | 77,660(100) | 81,879(100) | 82,164(100) | 85,824(100) | 89,976(100) |
| 一人暮らし老人 | 4,769(6.1)  | 5,440(6.6)  | 5,905(7.2)  | 6,803(7.9)  | 7,212(8.0)  |
| 独たきり老人  | 837(1.1)    | 732(0.9)    | 732(0.9)    | 792(0.9)    | 601(0.7)    |

八王子市統計資料より作成

## 第二節 永生会の概要

永生病院は、東京都八王子市に1961年4月に21床の内科の個人病院として開設され、現在ではリハビリテーションを中心に精神科、内科の重急性から一般病棟、また老人医療などの慢性期医療を主体として複合的に提供している。

永生病院は、京王線めじろ台駅から徒歩で8分程度、タクシーで数分の距離にあり、住宅地に囲まれたアクセスの良い場所にある。特に、1967年の京王高尾線の開通によりアクセスが飛躍的に向上した。関連事業所としては、クリニック、老人保健施設等があり（26ページの資料参照）、中核となる永生病院では、療養病棟のほか、精神、一般、回復期リハビリ病棟を擁している（直近の病床数の推移は、8ページを参照）。

法人の運営理念は、『人々に質の高い、安心な、安らぎにあふれたヘルスケアサービスを提供します』である。この理念には次の3つの背景がある。

- ① 安全な医療：事故の無い医療
- ② 医療の質の向上：経験や勘だけに頼らないデータに基づいた医療を行うということ。
- ③ わかりやすい医療：インフォームド・コンセント（説明と同意）を重視

## 第三章 これまでの永生会の経営

## 第一節 経営理念とそれに基づく医療提供

永生病院では、これまでどのように地域のニーズに応え、かつ度重なる制度改革に対応してきたか。

安藤高朗理事長は、当初八王子に来たときに、「どうしてこれほど精神病院や老人病院しかないのだろうか」と思ったという。そこで、地域に欠如していたと考えた一般病棟を作った。当時は、リハビリテーションには診療報酬上何も評価がなされていたため、採算から見ると問題があったが、リハビリのために東京から山梨の温泉病院にまで行かなければならないという状況は、患者・利用者のために良くないと、安藤理事長は考えた。

リハビリを始めた後の経過としては、「当初は、理学療法士が一人だったが、だんだんと患者さんが集まり始めて、幸いなことに点数もよくなってきた。そのうち整形外科領域の対応が必要になってきて、その対策も行っているうちに、だいたいのおへばはできるようになった。」（安藤理事長）

このような取り組みを地道に行ってきた結果、永生病院は2003年7月に、東京都より「地域リハビリテーション支援センター」に指定された。東京都で3件目、民間としては初の指定となった。

これに対して、療養型病床群への転換の際には、周辺が住宅地であることが関係し、土地を広げることが難しくなったので、大変だったという。

病院本体以外にも、法人として国の政策に沿って事業を積極的に展開し、老健施設としては「イマジン」を1997年、「マイウェイ四谷」を2005年、訪問看護ステーションとしては「とんぼ」を1999年、「めだか」を2002年、「ひばり」を2006年、また「ケアプランセンターえいせい」を2000年にそれぞれ開設した。これらは、老健施設「マイウェイ四谷」を除いて、病院に隣接しているか、周辺に設置されている。

なお、「マイウェイ四谷」設立には3つの目的があった。まず、老人保健施設が都心に少ないので、都市型老人保健施設としての進出を目指したこと。次に、もともと都心から永生病院への入院患者が多かったので、在宅への退院に向けての昔でいうところの中間施設としての位置づけである。最後に、渋谷にある関連施設の明生会セントラル病院（安藤明子院長）の受け皿としての機能である。しかしながら、次節で明らかのように永生病院との相乗効果は必ずしも十分に発揮されていない。

## 第二節 患者の入退院経路と連携

入院手順としては、入院問い合わせから、入院相談、医師（医局の担当医師）による確認を経て、病棟管理室で最終的に入院が調整される。病棟管理室は、総合支援室の中にある。総合支援室は10名で、室長は境野副院長（医師）、構成員の内訳は、専任の看護師1名（総合支援室長代理）、事務職1名、MSW5名、渉外3名となっている。

入院の問い合わせ経路としては、直接来院が1割、電話問い合わせが8割、紹介状受理が1割となっている。受け入れの判断にあたっては、外来受診後に入院不可となる場合、相談室で入院相談をした後に、医師の判断で不可となる場合もある。患者受け入れが出来ない事例としては、次のような事例がある。

「脊髄損傷があり、両手つえ、歩行練習中という患者さんが国立のリハビリセンターから来た。どうしてもリハビリを続けたいということだったが、復帰の機会を逸してしまおうという理由から、家に帰るべきだと医師が判断してお断りした。

このように、受けてしまおうと患者さんが逆に不利益をこうむる場合は、患者さんに申し訳のない結果になってしまうので断ることもある。

他には、人格障害があり、自殺企図などがあった患者さんは精神科専門病院で、1対1で24時間管理が必要であるため、当院の機能とはマッチせず、お断りするケースに該当する。」（飯田院長）

医療保険の場合は相談室から一般病棟の医師に流れ、そこで医師が難しいというコメントを記載した場合でも、入院の可否について院長が判断する。判断基準としては、環境があうかどうか、ハード・ソフト両面を考慮に入れる。また飯田院長は「患者さんにはある程度選ぶ時間が必要だと思うので、患者さんの選択肢を用意することが必要である。」と、受け入れには患者、病院の双方の準備やタイミングが重要であると指摘する。

患者紹介の経路が以前とは異なってきたおり、昭和の時代は9割が都内からの紹介だったが、1995年頃から地域に根ざす取り組みを強化して、現在では地元が70～80%になった。特に2003年には①地域連携コーディネーター、②医療相談員（MSW）、③入院係（ベッドコントロール担当）から構成される総合支援室を設置し、このうちの①の地域連携コーディネーター（社会福祉士保有者の場合も）が、渉外担当（“PR部隊”とも呼ばれる）として他の病院に行き、また逆に他の病院がどのような動きをしているかの情報収集を行っている。さらに病院長自らが連携室のスタッフと年に数回、八王子近隣の急性期病棟の院長・MSWのトップ、および紹介の多い診療所を中心に訪問している。

次に、入退院経路から連携についてみると、表3-1の通りである。入院経路のうち最大の割合を占めるのは永生クリニックからであり、入院総数の31.8%を占め、整形外科は手術を必要とした症例、内科は廃用症候群や肺炎の症例が多い。このうち内科については、定期通院している患者のほか、同クリニックに一旦紹介してから入院する近隣の診療所からの患者が多い（永生病院は外来を完全に分離し、外来はクリニックのみ）。

一方、退院については「自宅」がトップで55.3%を占めているが、これは永生クリニックを介して診療所から紹介された場合でも、直接、当該診療所に紹介した患者がほとんどであることによる。

最後に、法人内の連携についてみると、入院患者の紹介患者の受け入れ窓口となっている永生クリニック以外は大きな割合を占めておらず、併設している老健「イマジン」は入院で33名（2.7%）、退院で25名（2.0%）に過ぎず、都心の老健「マイウェイ四谷」からの入院は3名、退院は1名に留まっている。「家族の事情が許せば、患者をマイウェイ四谷から八王子の永生病院に移して療養していたら」（事務局長）という意図であったが、ほとんど実現されていない。さらに、同老健は入所待ちがあるにも拘わらず、入所者が急変して急性期病院に入院した場合には、その間、病床を確保しなければいけないために常に7～8床が空床となっている。「都心部でも、急性期病院から老人保健施設・介護保険施設につなぐ、急性期ではないが十分な医療提供ができる施設、即ち療養病床が少ない」と事務局長は話すが、遠隔地との一体的運営の難しさを物語っている。

なお、法人は居宅介護サービス、特に訪問看護ステーションを次々と開設して



いるが、これらの居宅サービス事業者との連携についてのデータは未整備である。

表 3-1：入院・退院紹介先トップ10 (2006年4月～2007年1月)

| 順位 | 紹介元       | 人数    | 順位 | 退院先       | 人数    |
|----|-----------|-------|----|-----------|-------|
| 1  | 永生クリニック   | 392   | 1  | 自宅※1      | 694   |
| 2  | A 急性期大病院  | 76    | 2  | 死亡        | 285   |
| 3  | B 急性期大病院  | 52    | 3  | イマジン      | 25    |
| 4  | イマジン      | 33    | 4  | C 中小病院    | 22    |
| 5  | C 中小病院    | 31    | 5  | A 急性期大病院  | 15    |
| 6  | D 急性期大病院  | 24    | 6  | B 急性期大病院  | 8     |
| 7  | E 中小病院    | 16    | I  | I 中小病院    | 8     |
| 8  | F 急性期大病院  | 15    | J  | J 中小病院    | 7     |
| 9  | G 急性期大病院  | 13    | K  | K 精神病院    | 6     |
| 10 | H 急性期大病院  | 12    | L  | L 中小病院    | 4     |
|    | 総入院数      | 1,231 | M  | M 中小病院    | 4     |
|    | (マイウェイ四谷) | 3     | N  | N 中小病院    | 4     |
|    |           |       | O  | O 急性期大病院  | 4     |
|    |           |       |    | 総退院数      | 1,256 |
|    |           |       |    | (マイウェイ四谷) | 1     |

※1 永生クリニックを含むが、紹介元の診療所への患者は「自宅」としてカウント

※2 幹線箇所は法人内施設を示す

### 第三節 病床種別の推移

表 3-2 に 2003 年 10 月以降の病床種別の推移をまとめた。一般病床は 3 病床 136 床あり、内科が 2 病床 94 床、整形外科が 1 病床 42 床となっている。内科の 2 病床は 2004 年 6 月より障害者施設等入院基本料の 13 対 1 入院基本料(※)を算定している。回復期リハビリテーション病棟は、医療療養病棟から 2003 年 10 月に 1 病床、2004 年 9 月にさらに 1 病床転換し、現在では 2 病床 100 床である。

精神病床は現在 109 床である。1999 年に、もともと 4 病床あった精神病床のうち、2 病床については 6.4 m<sup>2</sup>等の療養環境を確保し、療養病棟へ転換した。これは、収益率によりよい療養病棟を選択したためである。

療養病床については、医療療養は 2001 年には 412 床であったが、現在では 1 病床の 54 床に留まり、残りは介護療養病床 258 床と、前述の回復期リハビリテーション病床 100 床にそれぞれ転換されている。

2003 年前後からの病棟再編の経緯については、春日井事務局長によると次の通



りである。「まず、当時は病院としては、東京都の動きなどを見ても、政策的に療養病床は全部介護保険になると考えていた。ただし、生活保護受給者や若い患者等介護保険病棟では対応困難の患者のために、医療療養病棟は必要であると判断し、1 病床を残すこととした」。医療療養病棟を残すことの意義としては、生活保護受給者が介護保険病棟に入院すると基準枠が低く設定されているため、生活保護が打ち切られる場合があること、また、65 歳以上ではないが療養が必要である若い患者がいることなどを考慮した。

表 3-2：永生病院の病床種別(※)の推移

| 病床種別           | 2003 年 |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|----------------|--------|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|-------|
|                | 10     | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |       |
| 一般(内科)3A(50床)  |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |
| 一般(内科)3B(54床)  |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |
| 一般(整形)3C(42床)  |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |
| 回復期 2A(60床)    |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |
| 回復期 5A(40床)    |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | 回復期→  |
| 介護療養 4A(54床)   |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ●介護保険 |
| 医療療養 4B(54床)   |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| 医療療養 2S(48床)   |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ●介護保険 |
| 介護療養 2N(50床)   |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ●介護保険 |
| 介護療養 3S(58床)   |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ●介護保険 |
| 介護療養 4S(48床)   |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ●介護保険 |
| 精神(痴呆) 5S(57床) |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |
| 精神(痴呆) 5N(52床) |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |
| 合計(667床)       |        |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | ▲     |

※ 障害者施設等入院基本料：障害者施設等一般病棟で算定する。児童福祉法に規定する肢体不自由児、重症心身障害児や、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者や難病患者を主として入院させる病棟。

※※ 「病床種別」は、2006 年 11 月現在調査時のもの。2004 年 12 月以降は変更がないため、上記 2004 年 12 月までを記載。また、病棟種別名に付されている記号(4A 等)は院内で使用されている病棟の呼称。

### 第四節 アウトカム評価への取り組み

慢性期医療の臨床指標開発に安藤理事長が熱心であり、「医療必要度」・「ADL」・「介護度」から、きちんと患者状態を把握することが必要と従来から考えられてきた。

組織体制としても、看護部、診療情報管理室などで、さまざまな診療録情報や、



アウトカム情報を収集しており、調査・分析を行う体制が整っている。診療情報管理室には、常勤の診療情報管理士がおり、情報の収集・分析にあたっている。

永生病院では全日病の主として急性期の病院を中心として用いられている指標を、2006年より慢性期医療の病院で測定している。これらの臨床指標は毎月、院内LANを使って全部署に報告され、職員に見える形になっている。また、関連する委員会では、臨床指標をもとに、その数値の原因と改善への対策を検討している。具体的には、病棟ごとに集計している指標の中で、変化したものがあれば色をつけるなどして現場にフィードバックし、職員が指標を見る習慣をつけるように努力している。そして2007年度には、TQMセンターで看護部が新規褥瘡発生率をゼロにする等の年度目標を掲げている。

<臨床指標の例>

- ① 口腔ケア評価点
- ② 誤嚥性肺炎発生率
- ③ 褥瘡入院中新規発生率
- ④ 褥瘡保有率
- ⑤ 転倒・転落発生率
- ⑥ 誤薬率
- ⑦ 死亡率
- ⑧ 抑制率
- ⑨ 有熱者率
- ⑩ 抗生剤使用率

このうち死亡率については、診療情報管理室において、診療情報管理士が飯田院長と協議の上、新たな分析に取り組んでいる。例えば、院内でのケアに問題があったのか、紹介された時点での患者の状態で死亡はやむをえないことであったのかなどを、「初回入院の死亡数」「初回入院のうち30日以内の死亡数」等の視点から、入院診療録とカルテとつき合わせて分析を試みている。

また、この臨床指標に関しては、老人の専門医療を考える会にて、委員会を立ち上げ、日本の慢性期医療における標準化を計るべく検討を開始した。

## 第五節 職員の採用・教育方針

### ① 医師の採用への対応

医師の採用にあたっては、一般病棟もあるケアミックスであり、老人病棟だけではないということ、めじろ台から近いという立地であることが有利になっている。

さらに機能や立地だけではなく、さまざまな工夫がなされている。地方の急性期病院から来た医師について、月に何度かだけでも、本格的な急性期病院に非常勤として派遣し、腕を落とさたくないという医師のニーズに応えている。これを理事長は「バイト輪旋などもサポートした、就業体系のケアミックスのようなののである」と説明する。急性期病院から開業までの間、永生病院に勤務するという医師もおり、医師に対して柔軟に応じている。

永生病院には、例えば次のようなキャリア・パターンの医師が勤務している。  
「大学院を卒業した後、都内の国立大学の医局に入りました。そこでは呼吸器を専門として、気管支ファイバーなどを習得しました。ま

父の引継ぎで2年くらいクリニックに勤務し、その後永生病院に入职して、13年目になります。」(境野副院長)

「私立大学を卒業後、医局のローテーションでさまざまな病院を回ってきました。その間、痴呆病棟や精神科を回りました。神奈川県内の市立病院時代に当院で、アルバイトに週1回入るようになり、それがきっかけとなり、永生病院に入職しました。現在、当院での在籍は15年目になります。」(内科医師)

## ② 看護師のモチベーション向上への対策

永生病院における看護師の離職理由として、急性期でやりたい、精神科単科の病院で専門的な経験をしたいという職員が多いという。入職前に、「療養病棟」というと仕事はハードではないのでは」という印象を持っている看護師は入職してもすぐに退職してしまう傾向がある。療養病棟も、重症化によって業務量が増え、時間内に終わらないことが増えているためである。また、看護師にもオムツ交換を行わせている。宮澤澤代子看護部長はこういった入職前後の業務量や業務の質に対する認識ギャップの解消を課題と考えている。また、離職防止のために、管理職と病棟看護師が業務について話し合う機会を月に一回設けたり、教育や研修を支援したりすることを重視している。退職の申し出のあった看護師については、「病棟を異動させるなどして、できるだけ退職させないよう工夫している」(宮澤看護部長)。

職員へのスキムアップ支援の例として、例えば2006年には、看護助手や介護士の26～27人の職員に対し、看護師資格を取得するために通学することを支援している。その結果、元々その病棟で働いていたケアワーカーが准看護師になったり、准看護師が正看護師になったりして、キャリアアップして戻ってくるようになる。そのため、「看護師としての経験は浅くても病棟の流れを知っている人が多いので、忙しくても対処できるし、新卒看護師の就職者数が少なくても、そこまで深刻な人手不足にはならない」(医療療養4B病棟・看護師・看護師)という感想を抱く看護士もいる。

これは理事長の方針でもあり、「外部から人を募集しても簡単には集まらない。だから、院内のスタッフのキャリアアップに力を入れることも大切だ」(安藤理事長)という戦略でもある。

介護職員は10年ほどの勤務では准看護師の初任給を上回ることはない。したがって、入職2～3年目の介護職員が准看護師となれば、事実上10万円程度の昇給となる(図3-1)。

#### 第四章 2006年診療報酬改定への準備

2006年診療報酬改定、特に医療区分の導入については、院内では厚生労働省の2005年の実態調査に協力し、それを契機に院内で対策をしなければという雰囲気が高まった。理事長、病院長、事務部長、事務部長代理を中心として、診療報酬に詳しい内科医師を巻き込んで対策が行われた。事務部門としては理事長企画室も関与した。なお、準備・対策は通常の職制や会議体を通じて主に行われ、医療区分導入のための特別なプロジェクト等は特に立ち上げていない。

医師に対する説明としては、月次の収支を医局会で開示しており、医師も診療報酬改定等の厳しい経営環境と、それに対処しなければいけない永生病院の方針については理解を示しており、協力的である。

医療区分導入となる2006年7月の3～4ヶ月ほど前から、病院独自で介護療養病棟も含めてすべての患者の医療必要度を再調査し、2006年6月頃から、医療療養病床における「医療区分1」の患者と、介護療養病床やその他の病床から、医療療養病床へ「医療区分2、3」の患者の交換を行った。具体的には、医療区分2の患者については6月2名、7月3名、8月2名、医療区分3については8月に1名の移動を行った。また、一般内科病棟から6月3名、7月5名、8月2名が医療療養病棟へ転棟している。医療区分導入による影響として、宮澤看護部長は「医療区分は発熱等があればすぐ変動する。また、検査等をこれまで以上にしっかりとやるようになったということはあるかもしれない」と述べている。

入院患者の管理と病棟の調整については、総合支援室の中にある③入院係りの機能を強化し、2006年6月に専任の看護師を室長代理に充てた。同看護師はもと一般内科病棟(3A病棟)の主任であったが、本人の希望もあって実現した。専任の看護師の配置により、入院患者の窓口となる部門と、病棟とのやりとりが非常にスムーズになり、また外部からの紹介についても、医療区分を意識するようになった。

看護部においては、全病棟長から構成される看護部会、療養病床の病棟長から構成される療養会議等で対策の検討を行った。また、看護・介護職員に対して、2006年7月頃から準備的な研修を実施した。具体的には、週に2～3回、朝1時間程度をとり、病棟の主任、副主任が講師となって行われ、医療区分2や3に該当する疾病の病態や、ケア・観察の仕方についての説明がなされた。

看護師の異動については、今回の医療区分導入に際して一般病棟から、医療療養病棟で必要な医療処置のできる看護師の若干名の異動を行ったものの、病院全体としての採用方針については特に変化はない。異動は基本的に定期的なローテーションによる。

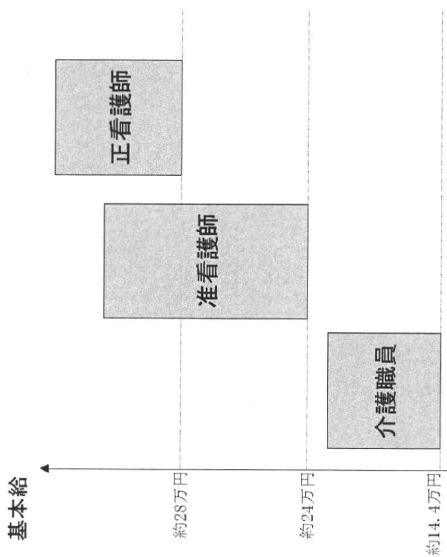


図3-1：看護・介護職員の賃金のイメージ

#### ③ 介護職員の残された課題

永生病院では看護職員よりも明確に優遇している。したがって、介護職員の確保が大きな課題であり、景気の回復でいっそう厳しくなる可能性がある。20年以上、永生病院に勤務している介護職員は、近年の負担の増加について、次のような変化を感じている。

「以前よりも業務が細かくなった。食事やお茶だし、トイレ誘導しているうちに時間がたってしまう。昔はお昼トイレに行っている人も夜はオムツだったし、10人部屋にケアワーカー3人で仕事をしていた、患者の細かいところまでケアすることが出来た。今は細かいところまで手が届かない。重症度もどんどん増して、今は病棟で独立出来る人は2人しかいない。人員の配置基準が低くなくても手をかけなければいけないところは増えている。ペットアップや離床等の自立を促す援助が出来なくなってきた。」(介護療養病棟・介護福祉士)

このような状況に対処して、介護職員が介護福祉士の資格を取得すれば、3万円程度の手当てがつくようになっている。また、八王子地区の他の特別養護老人ホーム等と比較して、交通アクセスが良いという点で有利ではあるが、安藤理事長も介護職員の待遇改善の必要性を感じている。



## 第五章 2006年診療報酬改定の影響

### 第一節 医療区分・医療処置数等の推移

#### ① 医療区分

#### ア. 医療療養病棟の推移

医療療養病棟においては、医療区分2・3の割合を高くする必要があり、気管切開患者を一つの目安として、医療療養病棟の担当医が、一般病棟に赴き、患者の状態像から判断して適切と判断した場合には、医療療養病棟に転棟させている。しかしながら、看護・介護職員の負担も考慮しなければならず、転棟は担当医、看護部長、看護副部長などの調整によって実施される。また、医療療養病棟では、25:1の看護基準を維持するために、医療区分2・3の患者数割合を80%以下に抑える必要があり、そのことは入院の窓口となる病棟管理室の職員にも徹底されている。

医療区分の推移は、図5-1に示すとおり、7月は医療区分1が55%、医療区分2が36%、医療区分3が9%であったものが、8月にはそれぞれ21%、57%、22%と変化した。医療区分2・3割合は、7月は約45%だったものが、8月に約79%となり、以後75%前後で安定している。

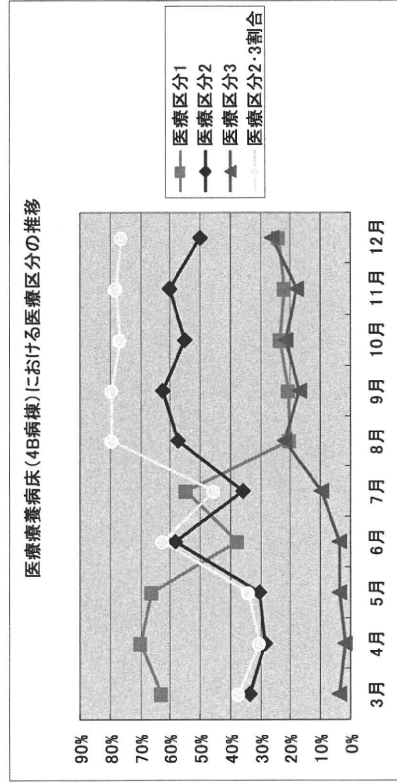


図5-1：医療療養病棟入院患者の医療区分推移（2006年、各月1日現在）

#### イ. 医療療養病棟における7月・8月の医療区分の日次推移

医療療養病棟における医療区分割合の推移について、図5-2は7月中の、図5-3は8月中を表している。

事前準備、対策としての入院患者の医療必要度調査は進んでいたものの、医療療養病棟における対応は必ずしも迅速ではなく、医療区分1の割合は5月時点で

7割近くを占め、6月を通して4割まで低下したが、7月1日から1週間は55%で推移し、7月14日に初めて30%以下になった（図5-2）。そして、8月には常時75%前後で安定するようになった（図5-3）。ケアミックスの病院であるので、他の病棟と患者の交換を行うことは容易なはずだが、他の病棟との兼ね合いも考慮しながら、じっくりと取り組む方針が採られた。また、医療区分2・3に対応する病態・処置が職員に周知され、それに従ってきめ細かく患者を評価し、分類の変更を行うためには時間を要した。

なお、7月27日頃から7月下旬にかけて、医療区分2・3割合が一時90%を超えているが、これは発熱の患者が発生したことが原因であった。医療療養病棟は54床しかないため、一人区分が変われば、割合は2%変動することになる。したがって、医療区分2・3割合が80%を超えても、すぐに調整することには難しい。そのような中でも、患者の状態にあわせて対処することももある。例えば、比較的落ちている患者については、主治医と相談の上、血糖検査の回数を減らすなどの対応をとる場合もある。

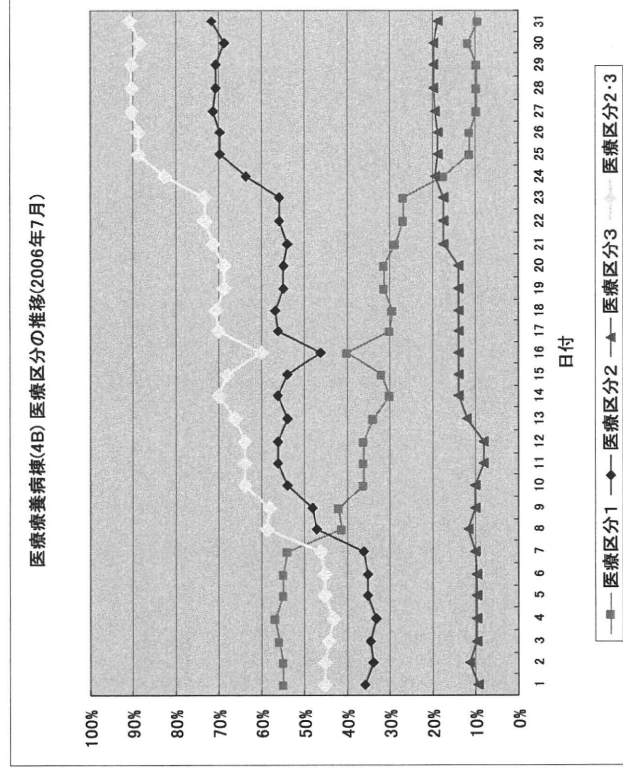


図5-2：医療療養病棟入院患者の医療区分推移（2006年7月中の推移）

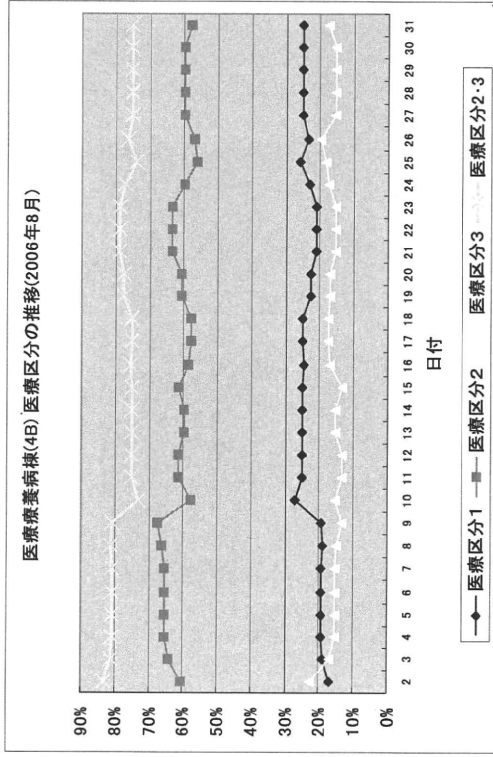


図 5-3：医療療養病棟入院患者の医療区分推移 (2006年8月中の推移)

ウ. 医療療養病棟以外の12病棟における推移

医療療養病棟以外の12病棟の医療区分推移(図5-4)を見ると、医療区分1が上昇傾向にあり、3月には63%であった医療区分1の割合が、11月には75%にまで上昇した。

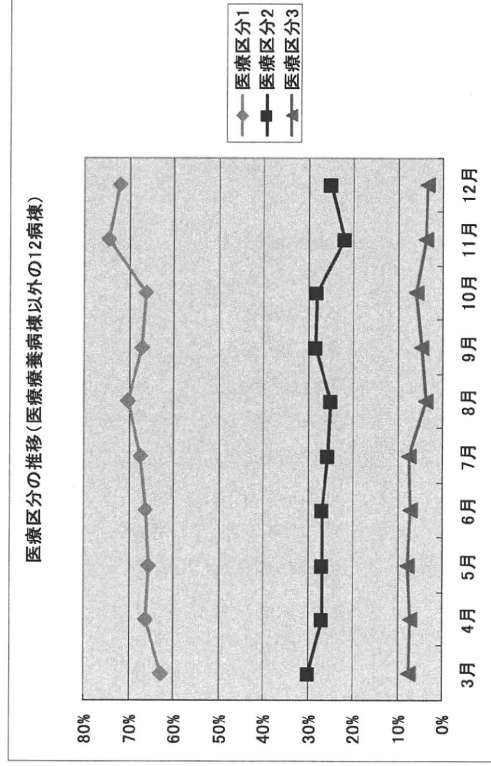


図 5-4：医療療養病棟以外の入院患者の医療区分推移 (2006年、各月1日現在)

介護療養病棟5病棟の医療区分推移は図5-5の通りである。3月時点で医療区分1は67%、医療区分2が29%、医療区分3が2%から、介護療養病棟から、医療療養病棟への医療区分2・3の患者移動、また、医療療養病棟から介護療養病棟への医療区分1の患者移動が行われたことの傍証となる。

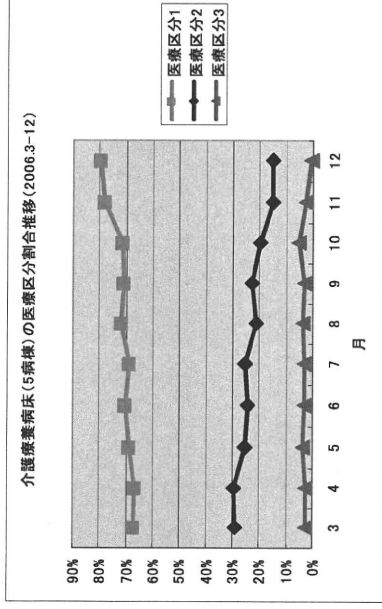


図 5-5：介護療養病棟(5病棟)入院患者の医療区分推移 (2006年、各月1日現在)

② 入院基本料

ア. 医療療養病棟における推移

図5-6は医療療養病棟の入院基本料別患者割合の推移を見たものである。入院基本料A、Bが増加しており、8月には医療療養病棟におけるA、Bの割合は67%に達している。

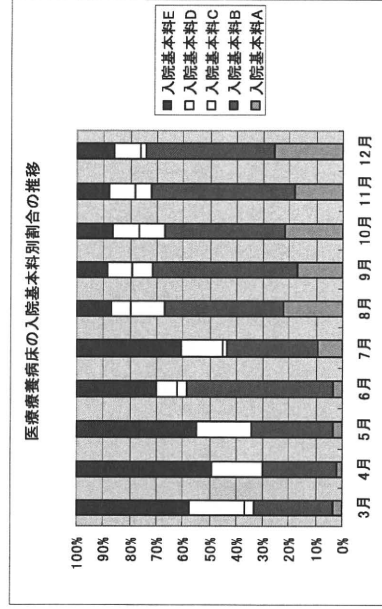


図 5-6：入院基本料別割合の推移 (医療療養病棟・2006年3～12月、各月1日現在)

イ. 医療療養以外の12病棟における推移

図5-7は医療療養病棟以外(12病棟)の入院基本料別の患者割合推移を表しており、7月以降、医療療養病床においては低い算定となる入院基本料E、Dが増加している。

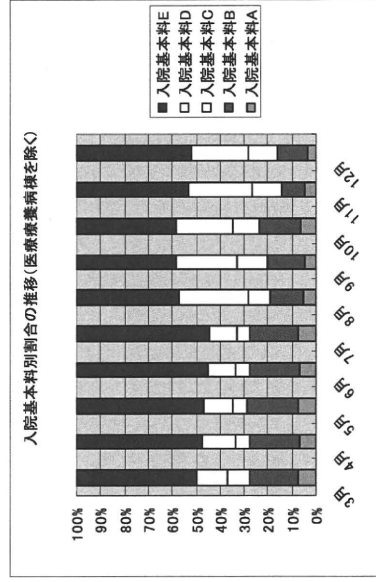


図5-7：入院基本料別割合の推移(医療療養病棟を除く)・2006年3～12月、各月1日現在)

③ 医療処置数

ア. 医療療養病棟における推移

医療療養病棟における、2006年4月から9月までの毎日の医療処置数の推移は、図5-8の通りである。2006年4月1日では、医療処置数総数が66であったものが、8月1日では82へと増加している。「医療処置数」に含まれる処置としては、経鼻、胃瘻、輸液、IVH、褥瘡、バルン、膀胱、気管切開、吸引、酸素吸入、ハーフトモニター、創処置、ネブライザー等がある。

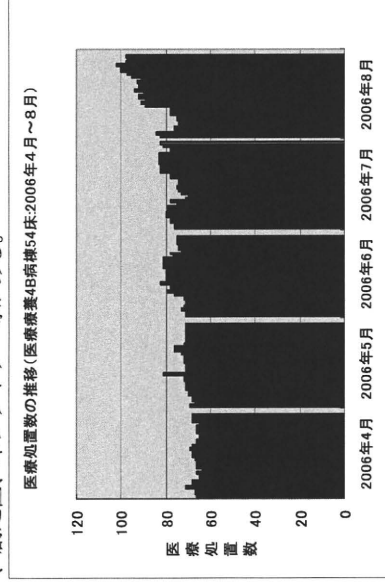


図5-8：医療処置数の推移(医療療養病棟：2006年4月～8月：日ごとの推移)

イ. 全病棟の推移

13病棟全体の医療処置数(図5-9)については、総数は増え続けており、2005年7月1日では全病棟で707であったのに対し、1年後の2006年7月1日には820、同年10月1日では787となっている。

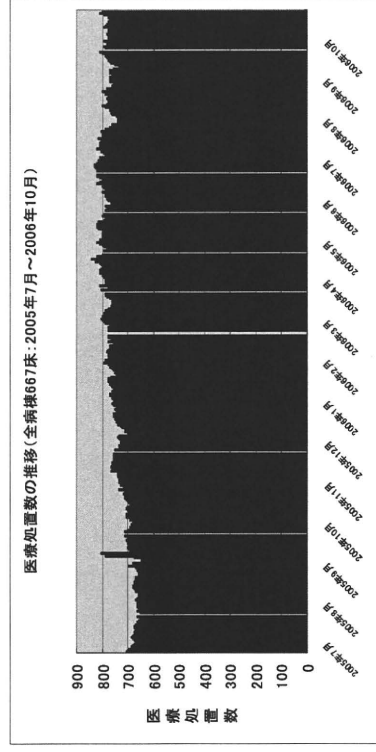


図5-9：医療処置数の推移(全病棟：2005年7月～2006年10月：日ごとの推移)

ウ. 医療療養病棟以外の12病棟における推移

図5-9から医療療養病棟の医療処置数を引き、12病棟の合計を表したものが、図5-10である。図5-8で医療療養病棟の医療処置総数が増加しているのに対し、医療療養病棟を除く12病棟での医療処置数合計はほぼ横ばいもしくは、8月にはやや減少している。

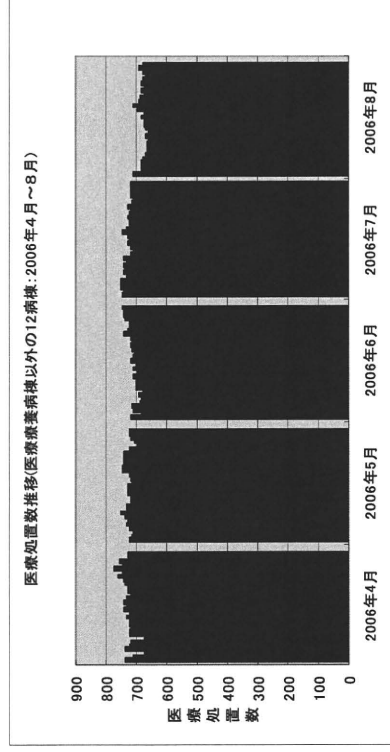


図5-10：医療処置数の推移(医療療養病棟以外12病棟：2006年4月～8月：日ごとの推移)

④ 気管切開患者数

ア. 医療療養病棟における推移

医療療養病棟における気管切開患者数(図5-11)については、大きな変化は見られない。その理由は、気管切開患者が多くなると負担が過大になるという看護部の要望にあり、そのため医療療養病棟における気管切開患者数を一定程度にコントロールしている。したがって、図5-8の示した医療処置総数の増加は、気管切開以外の処置の増加による。

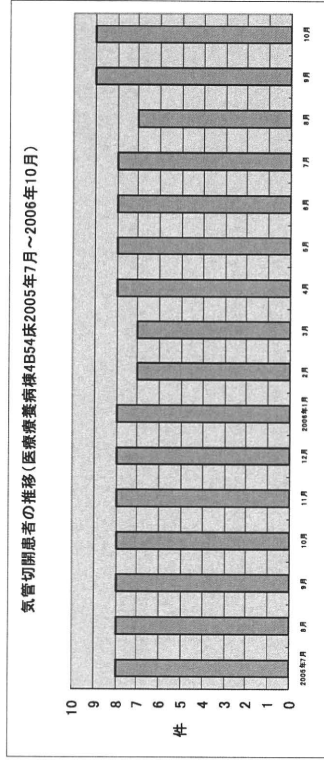


図5-11: 医療療養(4B)病棟の気管切開患者の推移(05年7月~06年10月、毎月第1月曜日の数値)

イ. 全病棟における推移

全病棟における気管切開患者の推移は図5-12のとおりである。2005年と2006年を同月の7月で比べると、17名から32名に倍増している。医療区分導入の決まった2006年3月より徐々に増加しており、5月よりほぼ一定となっている。

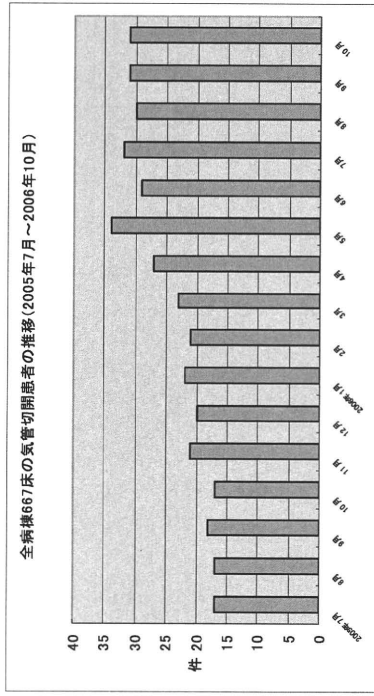


図5-12: 全病棟患者の気管切開患者の推移(05年7月~06年10月、毎月第1月曜日の数値)

ウ. 医療療養病棟以外の12病棟における推移

医療療養病棟の気管切開患者数は特に増加していないため、医療療養病棟を除いた12病棟の気管切開患者数(図5-13)の推移も図5-12と類似した傾向を示す。

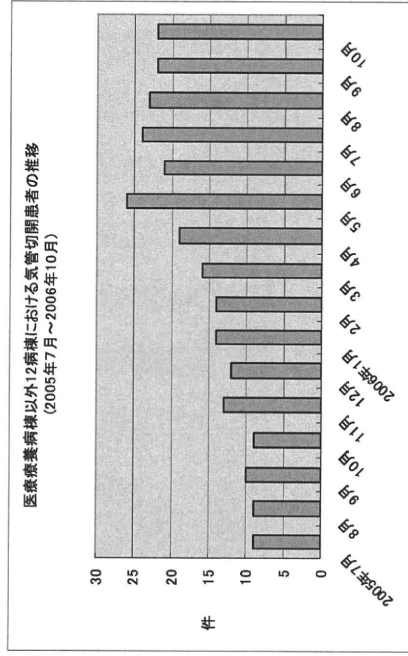


図5-13: 12病棟の気管切開患者の推移(05年7月~06年10月、毎月第1月曜日の数値)

エ. 一般内科2病棟(3A・3B)における推移

気管切開患者の増加は、主に一般病棟(内科)の3A、3B病棟で対応されている(図5-14)。これらの2つの病棟で、増加の約半分を受け入れており、医療療養病棟(4B)は気管切開患者の数が一定数にコントロールされているため、増加には対応していない。これは永生病院への入院は、一般病棟を原則としていることとも関係している。

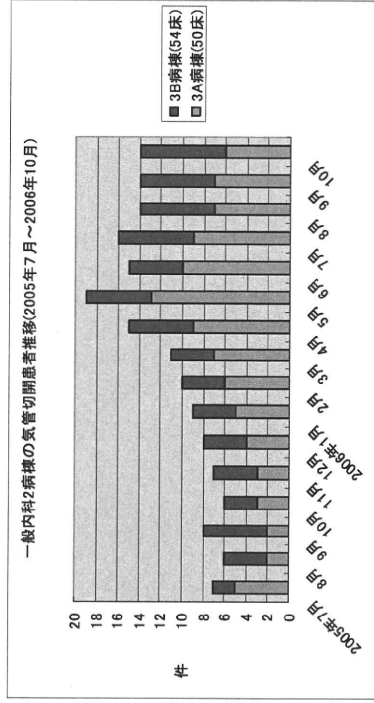


図5-14: 一般病棟の気管切開患者の推移(05年7月~06年10月、毎月第1月曜日の数値)

⑤ 療養病床に入院している要介護度の推移

患者の要介護度推移は図 5-15 の通りである。この期間を見る限り、医療区分 2・3 の割合が増加している医療療養病床では、ADL を反映している要介護度も、連動して上昇している。しかし、介護療養病床では、要介護度の変動は見られない。

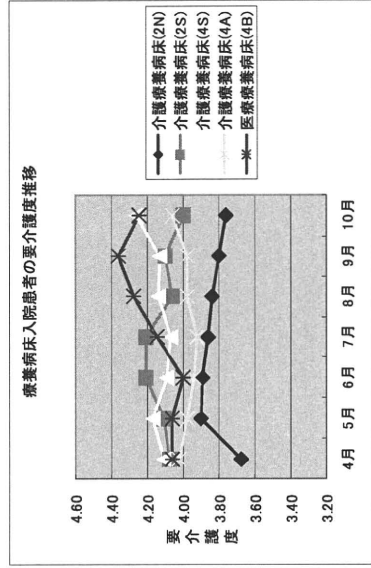


図 5-15：療養病床入院患者の要介護度推移 (2006 年)

⑥ 入院・退院・死亡患者数

ア. 医療療養病床における推移

医療療養病床における 2006 年 3 月～2007 年 1 月までの入院経路別数は表 5-1、退院経路別数は表 5-2 の通りである。入院については、全体では 19 名 (35%) が直接入院、20 名 (37%) が内科病棟、15 名 (28%) が介護療養病床より転棟しており、医療区分導入後に増加の傾向がある。特に直接入院が 3～6 月の 4 ヶ月では 4 人に留まっているのに対して、8～11 月では 10 人に倍増し、また 7 月には内科病棟から 5 人、介護療養病床から 3 人が転棟している。

一方、退院については、死亡が 28 名 (47%) と半数近くを占め、2 名 (3%) が内科病棟、11 名 (18%) が介護療養病床にそれぞれ転棟し、それ以外は自宅退院 7 名、老健への転所 7 名、特別介護老人ホームへの転所 1 名の合計 15 名 (25%) のほか、他院転院が 4 名 (7%) であった。医療区分導入後の入院患者数の増加を反映して退院も増加しており、特に死亡退院は、3～6 月の 4 ヶ月では 7 人に留まっているのに対して、8～11 月では 13 人に倍増している。

患者ごとの流れを分析することはできなかったが、大きな流れとしては、内科病棟に入院してから、医療療養病床に転棟し、同病棟から死亡退院となるケースが多いようであり、こうした傾向は医療区分導入後に顕著になったといえよう。しかしながら、直接入院する割合も 3 分の 1 に達し、また退院については自宅と介護保険施設を合わせると全体の 4 分の 1 に達することにも着目する必要がある。

表 5-1：医療療養病床への入院経路の推移

|            | 2006 |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |        | 2007 |  | 割合 |
|------------|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|--------|------|--|----|
|            | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 合計     | 割合   |  |    |
| 直接入院       | 0    | 1  | 2  | 0  | 1  | 2  | 5  | 2   | 4   | 1   | 19 | 35.1%  |      |  |    |
| 内科病棟から転棟   | 0    | 3  | 1  | 3  | 5  | 2  | 1  | 0   | 3   | 1   | 20 | 37.0%  |      |  |    |
| 介護療養病床から転棟 | 0    | 0  | 0  | 2  | 3  | 3  | 2  | 0   | 2   | 0   | 15 | 27.8%  |      |  |    |
| 合計         | 0    | 4  | 2  | 8  | 8  | 6  | 5  | 7   | 5   | 4   | 64 | 100.0% |      |  |    |

表 5-2：医療療養病床からの退院経路の推移

|               | 2006 |    |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    | 2007   |  | 割合 |
|---------------|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|--------|--|----|
|               | 3月   | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 合計 | 割合     |  |    |
| 死亡            | 2    | 3  | 1  | 1  | 3  | 3  | 4  | 2   | 4   | 1   | 4  | 28 | 46.7%  |  |    |
| 内科病棟へ転出       | 0    | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 1   | 0   | 2  | 6  | 9.4%   |  |    |
| 介護療養病床へ転出     | 0    | 0  | 1  | 0  | 2  | 4  | 1  | 0   | 2   | 0   | 0  | 11 | 17.1%  |  |    |
| 病棟外：自宅        | 0    | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 3  | 0   | 1   | 2   | 0  | 7  | 10.9%  |  |    |
| 病棟外：病院        | 0    | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 3  | 4  | 6.2%   |  |    |
| 病棟外：特別介護老人ホーム | 0    | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 1  | 1  | 1.6%   |  |    |
| 病棟外：老人保健施設    | 0    | 0  | 0  | 0  | 2  | 0  | 2  | 1   | 0   | 0   | 0  | 5  | 7.8%   |  |    |
| 合計            | 2    | 3  | 2  | 2  | 7  | 9  | 6  | 6   | 8   | 2   | 8  | 60 | 100.0% |  |    |

表 5-1 について、各月の医療療養病床への入院患者数内訳および、2006 年 3 月から 2007 年 1 月までの入院患者数 54 を 100 とした場合の累積度数をグラフにしたものが図 5-16 である。6 月より介護療養病床からの入院、および直接入院がそれぞれ増加しており、医療療養病床への入院患者経路が多様化していることがわかる。

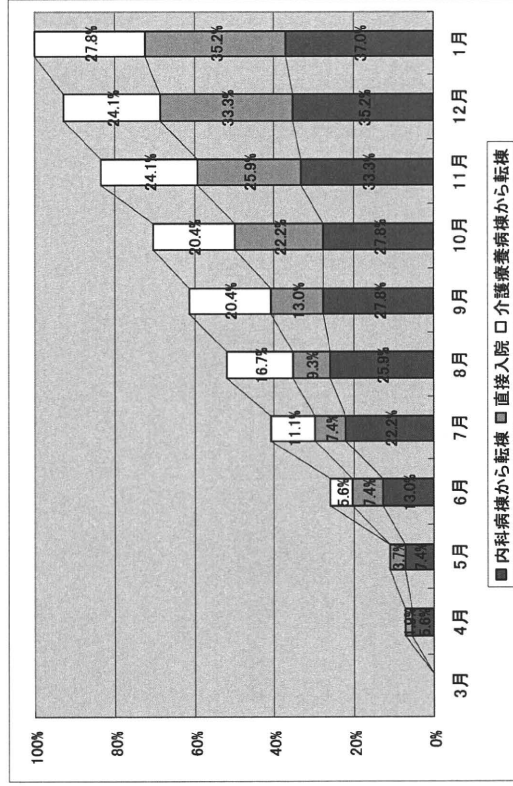


図 5-16：各月の医療療養病床への入院経路(転棟含)内訳および累積度数



同様に表5-2をグラフ化したものが図5-17である。退院数についても、医療区分導入に際して準備を開始した6月から徐々に変化が見られ、死亡退院の割合が増えているが、退院先についても以前に比較して多様化していることがわかる。

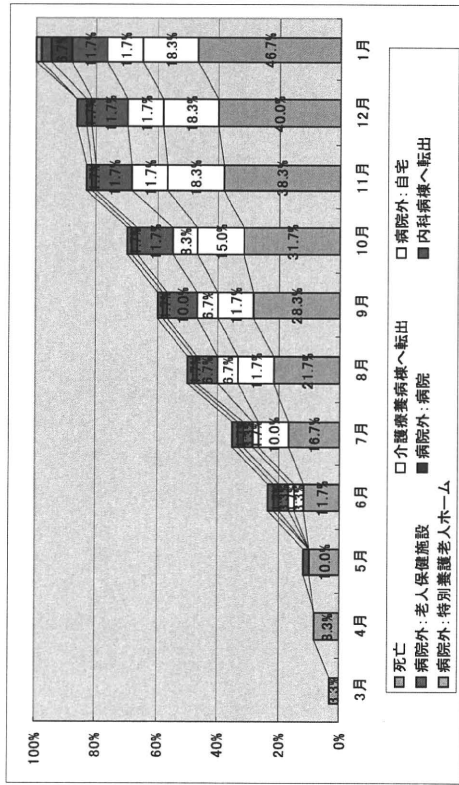


図5-17：各月の医療療養病棟からの退院経路内訳および累積度数

イ. 全病棟における推移

全病棟における入院・退院数、死亡患者数は図5-18の通りであり、医療区分導入前後で特に大きく変わっていない。

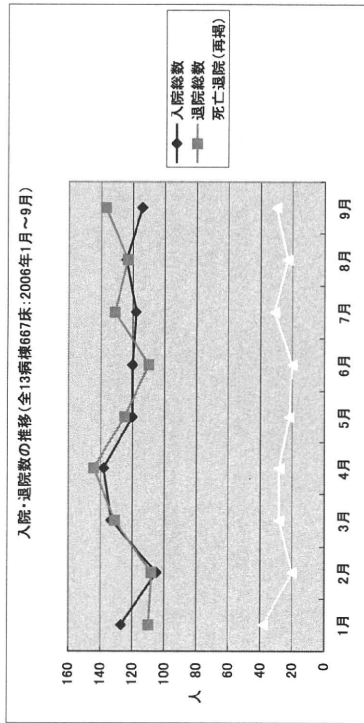


図5-18：入院・退院・死亡退院数の推移（全病棟：2006年1月～9月）

第二節 収益への影響

2006年4月時点では、医療療養病棟の医療区分1患者割合が66%という状態で試算したため、診療報酬改定前と比較し、7月で-24.4%の予想であったが、その予想と比較すると持ち直した、と考えられている。しかし、9月時点でも医療療養病棟は-16.84%となっており、医療療養病棟だけ見れば大きく落ち込んだ。この原因としては、医療区分の導入による影響に加えて、特殊疾患入院施設管理加算が廃止され、ダブルパンチとなったことがある。ちなみに、特殊疾患加算の350点を加えると1,900点ほどであった患者が、加算の廃止により、医療区分3に該当しても1,740点となってしまったからである。

表5-3：医療療養病棟への診療報酬改定の影響（対3月実績比）

|        | 4月予想   | 4月実績  | 7月予想    | 9月実績    |
|--------|--------|-------|---------|---------|
| 医療療養病棟 | -2.78% | -3.9% | -24.44% | -16.84% |

表5-4：項目別の影響（医療療養病棟） 一日当たりの保険点数

|      | 3月    | 4月改定試算         | 4月実績           | 9月実績            |
|------|-------|----------------|----------------|-----------------|
| 入院料  | 1,623 | 1,611 (-0.74%) | 1,614 (-0.56%) | 1,332 (-18.60%) |
| リハビリ | 101   | 94 (-7.09%)    | 71 (-30.24%)   | 72 (-28.70%)    |
| 食事   | 223   | 200 (-10.30%)  | 199 (-10.82%)  | 170 (-23.77%)   |
| 合計   | 1,948 | 1,894 (-2.78%) | 1,894 (-3.90%) | 1,620 (-16.84%) |

第三節 医療区分導入後の職員への影響

医師については、医療区分の導入後、さまざまなことに時間をかけることが増えたとの訴えが見られる。具体的には、日々の区分の変更を配ること、看護師との意見調整、チーム内でのコミュニケーションがあげられる。医療区分2・3の患者が増えたことにより、日々の回診やカンファレンスの交換頻度、検査や観察の頻度が増えた。医師にかかる業務量としては、これらのものを総計すると以前より10%~15%程度増えたのではないかという感覚を現場では持っている。しかし、前述した通り、制度変更の流れについて医師は理解を示している一方で不満はでない。医療療養病棟については、医師が退職したことによって一時的に過重な負担がかかっていたが、これも新たな医師の採用により2007年4月に解消される予定である。

看護師については、離職率を見ると現在のところ大きな変動は見られない。離職率は、病院全体で平成17年度は14.4%、平成18年度は12.5%となっている。また、年間通じてどの時期に離職が多いかについても、特徴的なものが見られない。

い。平成17年は8月に、平成18年は12月にもっとも退職者が多く出ているが、やや傾向として見られるのは賞与の時期前後と、年度末（3月）の退職者が多いという。

永生病院では、痰の吸引は、介護職員には行わせていない。また、夜勤専従看護士については、現在数名いるがさらに受け入れたいと考えており、募集もしているところであるが、なかなか採用できない状況にある。

最近問題となっているのは、4B病棟（医療療養病棟）の空床がわずかながらであるが、常に生じているということである。事務部門および経営サイドとしては、常に空床はない状態にしてほしいという考えを持っているが、病棟側としては、今より以上は看護・介護職員の業務負担の現状から、難しいという姿勢である。

医療区分2・3の割合が80%以上となってしまふと、現状の4B病棟の25:1入院基本料を20:1としなければならぬ。しかし、病院全体から見ると、医療療養病棟の状況よりも、精神病棟における看護士の業務負担状況がより差し迫っており、今回の診療報酬改定、医療区分の導入により4B病棟に係っている業務量の増加のためだけに、経営側として確保できる看護士を、4B病棟に重点的に配置することは困難であるという。

また、空床しておくよりは、どんな患者であっても入院させるほうが良いという考えもあるが、あえて介護療養病棟よりも低い診療報酬となってしまう患者を医療療養病棟にわざわざ移すこともできず、また、一旦入院、転倒させてしまふと今度は、次に移る場所がなくなってしまうため、とりあえず空床を埋めるということもすぐには実行しがたい。

このように、患者の重症度、看護・介護職員の負担、制度改定による経営の情報など複雑な要素が絡み合っており、経営サイドにとって難しい舵取りを迫られている。

実際の職員が感じている負担感については、医療療養病棟を中心に看護師、ケアワーカーなどの職員からは、次のような意見が聞かれました。患者重症度の高まりや、業務量の増加を感じている。

<看護師>

「7月以前は1人で行っていたことの出来る一般浴患者は常に10人くらいいたが、7月以降は2人くらいに減ってしまった。重症度が高くなり、軽い人は転院・転棟している。業務量が増えたと、時間外労働が増えた。」

「以前は夜勤・看護士1人、看護助手2人でも対応できたが、今は病棟で気管切開をしている患者が多く（インタビュー時点では9名）、頻回の吸引が必要。1ラウンドすれば、最初に回った患者の次の吸引が必要な時間になっていく。休憩の時間は3時間あるが、休憩をする時間もないし、何かあったと

きの事を考えると怖いので、安心して休憩に入れない。」

<ケアワーカー>

「動ける患者が減って、職員の負担が増えた。自立患者は転倒してしまうし、体重の重い患者が増えて、腰を痛める職員が増えた。腰痛のため1週間くらい休暇をとる職員もいる。また、業務に追われて、患者とコミュニケーションを取る時間がない。起床・車椅子移動などの移乗援助を行う時間がとれず、患者の病状を維持しようとする関わりが出来なくなり、寝かせきりになりつつある。仕事が忙しい為、以前は月・水・木・土の11時から11時半に実施していたレクリエーションと月一回の誕生会などを病棟のイベントとして行っていたが、7月以降は月に一回の誕生会をやるのが精一杯。病棟の飾り付けを季節感のあるものにするなど工夫しているものの、レクの減少のせいで患者さんが車椅子に乗る機会が減り、意欲の減退を感じることがある。」

## 第六章 今後の展望

永生会の今後の中長期展望は、「永生会中長期ビジョン」にまとめられているが（図6-1）、具体的にどのような方向性が検討されているか。安藤理事長は次のように語る。

「まずは、療養環境をよくしていくために、病院の1床当たりの面積として8㎡以上を確保したい。そのため、同じ医療圏内で別の病院を建てるか、在宅の流れに沿った住居系の施設を作ることを考えている。つまり、メデイカル・マンション、高齢者専用賃貸住宅などをイメージしており、その間にワンリセッションとして、転換型老人保健施設をはさむこともあるかもしれない。

最終的な私の永生会のあるべき理想像としては、リハビリマインドを持った「スーパー慢性期総合病院」というものを目指したい。慢性期の総合病院というイメージで、慢性期救急も行う。慢性期の救急や回復期においては、急性期とはまた患者の状態像が異なる。また、在宅療養支援病院のような形で、診療所ではできない部分を支援していくイメージである。」

具体的な展開としては、入院患者のケースミックス分類を実施し、介護療養病棟の258床から、医療が必要な患者を医療療養病棟に移すことなどにより、現在の医療療養病棟54床を150床程度にする。春日井事務局長も、「医療療養病棟は地域として必要であり、1病棟では少ない、増やしていきたい」と述べている。また、回復期リハビリテーション病棟50床を増やすなどの病床転換をすること候

討されている。その他、いままでに取り組んでいない、ターミナルケアや透析という、新しい取り組みも検討されている。

病院に関しては、慢性期救急というイメージで、在宅で急変した患者、急性期病院からの医療必要度の高い患者、他の病院で困っている患者を、積極的に受け入れていくという方針が根底にある。

現状では、「医療区分1の患者の受け皿となる介護保険施設などが、地域でも満杯であり、制度変更が少し性急すぎるのでは」という気がする。しかし、その中でもやっつけていかなければならない」（春日井事務局長）。

飯田院長は、永生病院の地域あるいは二次医療圏における位置づけとして、次のような取り組みを検討している。現在すでに南多摩地区保健医療圏における地域リハビリテーション支援センターに指定されており、その強みを軸に、さらに地域の様々な機能を担う医療機関と連携し、発展させる形である。

「脳外、神経内科などの領域で、地域連携がどうなっているのか、年に1-2回勉強会を開いて行くこと。その中で、症例検討会を通じて、FIMなどのデータを共有、分析したい。職員同士の交流も大事であると考えている。既に、連携を取りやすくするために、急性期、回復期それぞれの病院、さらに医師会などで医療機関の名簿を作った。来年度（平成19年度）は、脳血管障害の連携パスを作りたい」（飯田院長）

地域連携のイメージとしては、地域住民が「この病気ならどの病院を受診すれば良いか分かる」という状態が理想ではあるが、一方で選択肢があまりに狭まってしまふことは避けるべきだと、飯田院長は指摘する。

安藤高朗理事長は、第13回日本療養病床協会全国研究会の東京大会（2005年11月17・18日開催）で、今後の慢性期医療で生き残っていかうためには、「慢性期力」が問われると述べている。それは、Evidence（科学的な根拠）に裏打ちされた慢性期医療の力であり、療養病床施設のスタッフの力（治療力、看護力、介護力、リハビリテーション力、栄養力、マネジメント力など）、施設の機能、地域との連携などにより患者の本来の治癒力を引き出す総合的な力であるということである。

永生会の今後の事業は、いかにこの「慢性期力」を高めていくことが出来るかということに軸に展開されていくであろう。

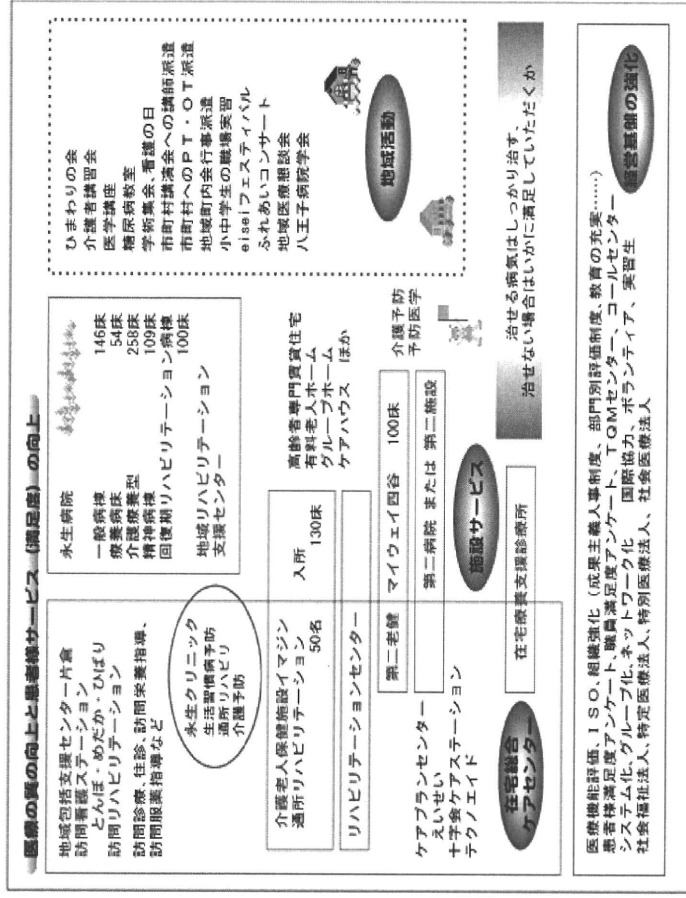


図6-1：永生会中長期ビジョン