

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

地域医療構想の達成のための病院管理者向け
組織マネジメント研修プログラムの開発研究

平成 31 (2019) 年度～令和 2 (2020) 年度

総合研究報告書

令和 2 (2020) 年 3 月

研究代表者 福田 敬
(国立保健医療科学院)

目次

I. 総合研究報告書

地域医療構想の達成のための病院管理者向け組織マネジメント研修プログラムの開発研究	1
--	---

福田敬

(資料1) ケースメソッド教材「独立行政法人山形県・酒田市病院機構の改革プラン」	7
--	---

(資料2) 「地域医療構想の実現・働き方改革の推進に向けた病院管理者研修」プログラム	29
--	----

(資料3) 分担研究報告書（令和3年度繰越分）	31
公的・民間病院の再編統合後の事例に関する計量テキスト分析 ..	31
病院幹部に対する参加型オンライン研修の工夫	37
地域医療構想の達成のための病院管理者向け研修の企画と評価 ..	45

II. 研究成果の刊行に関する一覧表	50
--------------------------	----

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
総合研究報告書

地域医療構想の達成のための病院管理者向け
組織マネジメント研修プログラムの開発研究

研究代表者 福田 敬 (国立保健医療科学院)

研究要旨

本研究は、昨今の医療政策における重要課題の1つである「地域医療構想の達成」に資する病院管理者向け人材育成プログラムを開発・評価することを目的として実施した。研究事項としては、(1) 医療機関の再編統合事例に関する現地調査・オンライン調査、(2) 病院の再編統合に関する計量テキスト分析、(3) ケースメソッド法による医療機関の再編統合事例の教材開発、(4) 病院幹部職員の人材育成プログラムのあり方、(5) 地域医療構想の達成のための病院管理者向け研修の企画と評価、を実施した。

地域医療構想の達成のためには、自治体職員だけでなく実際に医療サービスを提供する病院等の医療機関が、当該医療政策の意義やねらいについて正しく理解し、実践する必要がある。とくにトップである病院長が、政策の推進に向けて具体的な検討・意思決定を行うことが、地域医療構想の達成において欠かせないものと思われる。また医療政策の理念をどのように具体的な行動へ落とし込むかは、重要かつ難しい課題であり、病院管理者向け研修についてその内容・実施方法を継続して改善する必要がある。

研究分担者 所属機関名・職名

赤羽 学 (国立保健医療科学院・医療・福祉サービス研究部・部長)
種田憲一郎 (国立保健医療科学院・国際協力研究部・上席主任研究官)
小林 健一 (国立保健医療科学院・医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官)
柿沼 倫弘 (国立保健医療科学院・医療・福祉サービス研究部・主任研究官)
佐藤 大介 (千葉大学医学部附属病院・特任准教授)
橋本 廸生 (公益財団法人日本医療機能評価

機構・執行理事)

笥 淳夫 (工学院大学・教授)
渋谷 明隆 (北里大学・客員教授)

A. 研究目的

近年のわが国の医療政策の重要課題として、都道府県における地域医療構想の策定がある。地域医療構想は、地域における病床の機能分化・連携を推進しつつ、医療・介護サービスの提供体制を確保するものである。

一方で、サービス提供者である病院においては、人口高齢化に伴う医療ニーズの変化、医療技術の進歩等による業務内容の変化などから、病院職員の負担増が課題となっている。

これについては、業務の効率化・合理化等による負担軽減、勤務環境の改善など、医師をはじめとする病院職員の働き方改革が、国の施策として進められているところである。

このような医療機能分化や働き方改革等の施策に対応し、かつ安定した病院経営を行っていくためには、各病院の幹部職員の役割が大変重要である。しかしながら、経営管理・組織運営・施設管理などといった病院の事業継続のための人材育成については、病院の自助努力に任されているのが実態である。そこで本研究では、病院の幹部職員を対象とした体系的な研修プログラムを開発・提示することを目的として研究を行った。

B. 研究方法

本研究では下記（１）～（５）の研究課題を実施した。

（１）医療機関の再編統合事例に関する現地調査・オンライン調査

地域医療構想の議論の中で、地域もしくは医療機関の状況によっては、近隣の別医療機関と再編統合する事例がある。そこで再編・統合を達成した医療機関および関連自治体を対象に、再編・統合に至った背景・経緯および再編・統合の基本計画・組織体制ならびに再編統合後の医療機能・病院経営の状況等に関するヒアリング調査を実施した。

（２）病院の再編統合に関する計量テキスト分析

３つの医療機関の再編統合事例について、各々の状況の相違によるキーワードの出現の特性と共起関係について明らかにするため、インタビュー調査のテキストデータを用いて計量テキスト分析を実施した。

（３）ケースメソッド法による医療機関の再編統合事例の教材開発

医療機関の再編統合について、現地取材およびケースライティング技法について参照しながら、「独立行政法人山形県・酒田市病院機構の改革プラン」と題したケースメソッド法で用いる研修用教材を開発した。

（４）病院幹部職員の人材育成プログラムのあり方

地域医療を支える医療機関の長である病院管理者は、医師として臨床には長けているが、管理者としては、多くの場合、体系的に組織マネジメントについて学習する機会がなく、その研修プログラムが求められている。とくに研修対象者である病院幹部職員が多忙でかつ成人であるという観点から、研修プログラム開発における効果的かつ効率的な人材育成のプログラムのあり方について検討した。

（５）地域医療構想の達成のための病院管理者向け研修の企画と評価

上記（１）～（４）までの研究成果等を踏まえて、①病院の再編統合、②医師の働き方改革、の２つを重点テーマとした病院幹部職員向け研修プログラムを開発し、国立保健医療科学院において実際に研修を実施することにより、地域医療構想の達成のために必要な病院管理者向け研修の企画と評価を行った。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報や人、動物を被験者等として扱う研究ではないため、倫理上の問題は生じない。

C. 研究結果

C-1. 医療機関の再編統合事例に関する現地調査・オンライン調査

本研究では佐賀県、山形県米沢市、千葉県、兵庫県川西市、奈良県、徳島県阿南市において現地調査およびオンライン調査を実施した。

ヒアリングにおいて聴取した意見の概要を示す。

(1) 地域医療構想実現に向けての状況

- ・ヒアリング先においては、統合病院の病院長同士と首長がキーパーソンとなっていた。また、当該地域の医師会と良好な関係性を築けていることにより、統合が順調に前進しているケースもあった。

(2) 双方の医療機関の機能分化の状況

- ・再編統合のきっかけの一つとして、病院の老朽化による建替えが挙げられた。
- ・再編統合を進める際のキーパーソンは1人というわけではなく、市内の医療体制に危機感を持った複数人によって再編統合の話が進んだケースもあった。
- ・立地や診療科の選定にあたっては、自治体が置かれている状況（代替医療機関の存在、大学からの医師派遣の可能性）が検討材料となっていた。
- ・再編統合にあたって、事務局として関連する病院や自治体から職員を派遣し、開設準備室といった組織が形成されていた。

(3) その他

- ・再編統合にあたって、「地域性」が非常に影響を与えていることが、今回のヒアリングから判明した。歴史的経緯による地域間の対抗意識、協力関係が地域医療構想調整会議の進展にも影響を及ぼしていた。
- ・設立主体が異なる医療機関の再編統合では、処遇問題が労働組合との争点となり得る。

C-2. 病院の再編統合に関する計量テキスト分析

上記C-1のヒアリング調査において得られたテキストデータを用いて計量テキスト分析を実施した。

各事例で共通して多く出現した語は、「病院」

であった。病院の再編統合が決定している事例同士では、「入る」、「考える」が共通する語であった。インタビュー対象が病院関係者同士の事例では、医師派遣大学、医師会、医師、患者が出現回数として共通して多い特徴がみられた。共起関係をみると、インタビュー対象により県としての役割が分類として抽出された点、病院の再編統合が決まっている場合では医師会との関係性、病院の再編統合に至っていない場合では財源が共起関係の群として抽出されたと解釈可能であった。

C-3. ケースメソッド法による医療機関の再編統合事例の教材開発（資料1）

本研究で開発する教材では、学習目標を、①ガバナンス・組織行動、②地域分析と財務分析、③ステークホルダーとの連携・交渉、④人的資源管理、⑤その他ワークフロー・システムおよび医療の質、の5つに定め、「独立行政法人山形県・酒田市病院機構の改革プラン」と題したケースメソッド法で用いる研修用教材を開発し、国立保健医療科学院「地域医療構想・働き方改革のための病院管理者研修」で使用した。

C-4. 病院幹部職員の人材育成プログラムのあり方

成人を対象とした研修プログラムとして、本邦において国レベルで開発され実践されている「医師臨床研修制度における指導ガイドライン」、グローバルなレベルで開発された「WHO 患者安全カリキュラムガイド（多職種版）」、そして、米国連邦政府が開発し、米国を含む複数の国々で推進されているチームトレーニングプログラムである「チーム STEPPS」をレビューした。いずれのプログラムにおいても、単に「何を教えるべきか（何を学習す

べきか)」だけでなく、効果的な人材育成とすべく「どのように教えるべきか」、そのための準備・実施方法・評価方法なども示されており、病院管理者など成人に対して効果的な教育を実施するための参考となる多くの示唆が得られた。

C-5. 地域医療構想の達成のための病院管理者向け研修の企画と評価（資料2）

以上のC-1～C-4から得られた成果を踏まえて、①病院の再編統合、②医師の働き方改革、の2つを重点テーマとした病院幹部職員向け研修プログラムを開発し、国立保健医療科学院において実際に研修を実施することにより、地域医療構想の達成のために必要な病院管理者向け研修の企画と評価を行った。

D. 考察

地域医療構想の達成に向けて、病院管理者が学習すべきテーマは、自院が存続すればよしとするような経営哲学ではなく、地域全体を持続可能とする考え方が求められている。この考え方は、これまでの病院管理研修での優先課題とは異なるものであり、今日的な課題であると思われる。

本研究では、医療機関の再編統合をテーマとしたケースメソッド教材を開発したが、教材を監修した学識経験者らの意見として、これからの病院管理者には、地域の医療需要の的確なデータと将来予測、経営学的な知識、医師の働き方に関する労務管理の知識など、医師の専門性とは異なる事項が求められることが指摘された。さらに、これらの事項を効率的に思考・学習するための方法として、ケースメソッドは有効なものであり、唯一の正解ではなく多様な意見について議論することの重要性が指摘された。

本研究ではこのケースメソッド教材を活用する場として、地域医療構想と医師の働き方改革という2大重要施策について企画した研修プログラムの実施・評価を行ったが、その内容については引き続き検討・改善を講じる必要がある。とくに、研修受講者の設定および多数希望者があった場合の選定基準と、演習パートの内容について改善を図り、受講者自身の課題を解決する演習プログラムを充実させることが今後の課題と考える。

さらに、今般の新型コロナウイルス感染症に対応する形でオンライン形式による研修を企画・実施したところであるが、オンライン形式研修は大きな可能性を持っていることが分かった。すなわち、これまで業務多忙のため研修参加日程の確保が困難であった医療者にとって、勤務先等から簡便に参加できるオンライン研修の利便性が高く評価される結果となった。今後の病院管理者向け研修のあり方として、集合形式だけでなくオンライン形式を積極的に活用することの重要性が示唆された。

E. 結論

医療政策にはさまざまな課題があるが、自治体職員だけでなく実際に医療サービスを提供する病院等の医療機関が、当該医療政策の意義やねらいについて正しく理解し、実践する必要がある。とくにトップである病院長が、政策の推進に向けて具体的な検討・意思決定を行うことが、地域医療構想の達成、医師の働き方改革の推進において欠かせないものと思われる。医療政策の理念をどのように具体的な行動へ落とし込むかは、重要かつ難しい課題であり、研修内容・実施方法についてPDCAサイクルを継続して改善を図ることが重要と考える。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし。
2. 学会発表 該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし。
2. 実用新案登録 該当なし。

Yamagata Sakata Hospital Organization: Public Hospitals Reform Plan

独立行政法人山形県・酒田市病院機構の改革プラン

平成 23 年 10 月。独立行政法人山形県・酒田市病院機構（以下、病院機構）理事長の栗谷義樹は、「ちようかいネット開設記念特別講演会」への出席を終え、自宅へ向かう車中でまどろんでいた。講演会は、庄内の医療・介護・福祉関係者が 100 名近く集う盛会であった。

——外科医として生き、酒田で院長になってから 13 年。

平成 20 年から病院機構で進めてきた統合再編・改革プランは申し分ない成果を上げ、講演や取材の依頼が全国から絶えなかった。一方で、夜の肌寒さが増すこの頃、翌年 1 月に発表を控えた第 2 期中期計画の作成が佳境を迎えていた。

統合・再編の背景

山形県・庄内二次医療圏

庄内二次医療圏は、山形県の酒田市、遊佐町、庄内町、鶴岡市および三川町の 2,405.28k m²をカバーする。山形市・新潟市・仙台市といった周辺の大都市までは陸路で 2～3 時間前後の距離にあり、通院圏域はおおよそ庄内圏内で完結していた（主な医療機関・通院圏域の図は Exhibit 1 参照）。域内の人口は 300,409 人、高齢化率（65 歳以上人口割合）は 28.4%であり（平成 20 年）、基準病床数 2,982 床、既存病床 2,821 床（うち自治体病床数 1,654 床）、人口 10 万人あたり既存病床数は 880 床であった（平成 15 年時点）。¹

急速な少子高齢化・人口減少により、庄内地域では平成 17 年以降、人口減少が見込まれていた（Exhibit 2）。庄内二次医療圏における医療機能は平成 18 年時点で一定の水準を保持していたが、平日夜間についての夜間急病診療所や救命救急センターの設置がされておらず、心筋梗塞や脳卒中、頭部外傷等の重症患者に対する医療の充実が大きな課題となっ

このケースは国立保健医療科学院 小林健一・佐藤大介、東京大学医学部森川敬太、横浜市立大学医学部吉川薫、群馬大学医学部手代木秀太が、北里大学渋谷明隆教授の指導により公表資料ならびに独立行政法人山形県・酒田市病院機構理事長をはじめとする独立行政法人山形県・酒田市病院機構関係者へのインタビューに基づいて作成した。このケースは経営の巧拙を例示するものではない。

本ケースは令和元年度厚生労働科学研究費「地域医療構想の達成のための病院管理者向け組織マネジメント研修プログラムの開発研究（研究代表者・福田敬）」にて作成するものであり、国立保健医療科学院の許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 福田敬、小林健一、種田憲一郎、佐藤大介、柿沼倫弘、渋谷明隆、森川敬太、吉川薫、

手代木秀太（2019 年 10 月作成）問い合わせ先 sato.d.aa@niph.go.jp



ていた⁵。臓器移植や特定疾患医療等の高度・専門医療機能、災害医療や感染症医療などの政策医療は、県立日本海病院が中核として担う形となっていたが、他の地域より高いがん死亡率や1人診療科の存在が問題視されていた。このほか、結核患者や重症心身障害児の入院病床の設置、災害拠点病院としての機能充実に向けたヘリポートの整備も課題として挙げられていた²。

酒田市立酒田病院

酒田市立酒田病院は、昭和22年米陸軍第8軍山形軍政部の命令により設置され、開院以来山形県・北庄内地域の二次医療機関として高度医療や専門医療を提供し、地域住民の健康を支える中核的役割を担ってきた（沿革および概況はExhibit 3参照）。昭和51年には400床規模まで拡大していたが、平成5年の山形県立日本海病院（後述）開院以降は患者が減少し、病床利用率の低下や医師の大量退職によって病院崩壊の噂が流れる危機的状況に陥っていた。平成10年に院長となった栗谷は、各職域との会議や地域医療連携室の設置・業務改善といった経営改善の手を尽くし、平成12年には実質的な黒字化に成功した。平成17年には市町村合併を契機に累積欠損金をゼロとし、平成19年には約50億円の内部留保を積み上げるに至った。劇的に黒字経営が可能となったものの、昭和44年に建造された病棟は老朽化が著しく、ICUやCCUなどの集中治療室がなく、ハイブリッド手術室等の増設も難しいために高度急性期医療を提供する施設基準を満たすことができず、改築の必要性に迫られていた。

山形県立日本海病院

庄内地方には三次救急医療を担える医療機関がなく、県による病院の設置を望む声が寄せられていたため、平成5年に設立されたのが日本海病院である（沿革および概況はExhibit 4参照）。平成17年時点で25科・528床の規模となり、政策医療でも中核的な役割を担っていたものの、救急医療機能の整備は2.5次に留まり、わずか2kmの距離にある市立酒田病院と主な診療科がほぼ全て競合する関係にあった。より高度な診療活動を見れば市立酒田病院と違いはあったものの、病床稼働率や外来患者数に大きな差はなかった。さらに、施設整備に伴う元利償還は年約20億円にも及び、開院以来赤字経営が続き、平成18年度末には累積欠損金約106億円、資金不足に相当する不良債務約24億5,000万円という状況に追い込まれていた。

統合の決定

急速な少子高齢化・人口減少のほか、平成16年に開始された臨床研修制度による若手医師の都市部集中、診療科偏在による医師不足が加速し、自治体病院の経営環境は多難な状況であった。



経営改善を遂げた市立酒田病院の次なる課題である改築に関して、新病院建設プランを盛り込んだ「市立酒田病院第二次マスタープラン」が策定された。だが、地元医師会や県の検討会では、このまま改築を進めれば県立日本海病院との共倒れとなるとの危機意識が共有されていた。また仮に改築するとしても、予算の都合上既存の 400 床を保つことは難しいが、それ以下では経営が困難であった。平成 17 年 6 月、酒田市は外部有識者による「市立酒田病院改築委員会」を設置したところ、同委員会は日本海病院との統合再編が望ましいとする報告書を平成 17 年 10 月、酒田市に提出した。

平成 17 年 12 月、委員会報告を受けた酒田市は県に対して県立日本海病院・市立酒田病院の統合再編を申し入れ、協議が開始された。この半年後に出された県立 5 病院の外部監査の報告を受け、平成 18 年 9 月に知事・市長で再編統合の合意が成立した。酒田市長と県知事をトップとする山形県・酒田市病院統合再編協議会が設置された。

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

その後、山形県・酒田市病院統合再編協議会で設置団体と経営形態について協議された。旧県立日本海病院と旧市立酒田病院はそれぞれ設置主体が山形県と酒田市であるが、統合再編後の病院については、経営を一体的に行うことから、新たなる設置主体となる団体を設立する必要があった。設置団体として地方公共団体が設置主体となることができる地方独立行政法人または一部事務組合が対象として検討された（設置団体の組織図は Exhibit 5 参照）。また地方独立行政法人または一部事務組合を設置団体とする場合、地方独立行政法人の経営形態としては特定地方独立行政法人と一般地方独立行政法人が、一部事務組合の経営形態としては地方公営企業法の一部適用、全部適用、指定管理者制度の導入が検討された。

平成 19 年 7 月、同協議会で再編後の経営形態を「一般地方独立行政法人」とすることが決定された（主な経営形態の比較は Exhibit 6 参照）。実のところ、協議会にて経営形態が決定される 1 年以上前から、栗谷は当時の山形県知事に一般地方独立行政法人にしたいと訴えていた。その理由をこう語った。

「一般地方独立行政法人」は法人格自体が、地方公共団体と別のものになり、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、予算・財務・契約・職員定数・人事など多くの点で自律的・弾力的な経営が可能です。公立病院の経営形態としては最もふさわしいと思います。その分、管理者である理事長の責任は重くなりますが。³

平成 20 年 3 月には県および市で第 1 期中期目標・関連条例が議決され、基本計画が決定された。4 月 1 日、設置団体である「地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構」が発足



し、山形県立日本海病院は「日本海総合病院」、市立酒田病院は「日本海総合病院酒田医療センター」となった。知事・市長の合意から1年半での法人設立であった。

再編・統合のスケジュール

両病院の医療機能分担は、平成20～22年度までの3年間の移行期間を経て実行されることが予定された。病床数は、施設整備に合わせて段階的に変動させることとなった（施設整備のスケジュールはExhibit 7、病床数の推移はExhibit 8参照）。

新しい2病院の基本機能と規模

第1期中期計画・病院改革プラン策定の方針

病院機構より示されたプランでは、将来の医療需要を視野に入れ、両病院の持つ急性期医療の資源集約によって、地域住民の期待と信頼に応えるとする理念・基本方向が定められていた。救急医療・急性期医療・高度医療は日本海総合病院に集約する一方、酒田医療センターは回復期・亜急性期の医療を担いながら、在宅復帰への支援を行うこととされた。第1期中期計画の計画期間は、平成20～23年度までであった。

新病院のプラン

統合後に必要な病床数は両病院で計758床と予想された（算定方法はExhibit 9参照）。平成21年2月に病院機構が示した改革プランでは、日本海総合病院は25科648床の規模が想定され、急性期医療・政策医療・周産期医療・地域連携における基幹的な役割を果たすことが期待された。一方、酒田医療センターは東棟を改修し、回復期・亜急性期の医療のほか、回復期リハビリテーションを行う110床程度の療養病床への移行が計画された（新病院の機能比較はExhibit 10参照）。これには急性期医療から在宅・介護・福祉への橋渡しとなる病床を用意することで、急性期病床での長期入院を避ける狙いがあった。また北庄内では一般病床に占める療養病床の割合が全国平均の半分以下であり、療養病床への移行は地域のニーズに適った形でもあった。

財務状況の概要

統合・再編にあたっては、財務調整・運営費負担金の負担割合を調整する必要があった。旧県立日本海病院には統合再編決定時に約25億円の不良債務があったが、独立行政法人化のためにはこの解消が必須事項であった。そこで山形県の公立病院特例債（出資債）を導入し不良債務を解消し、また累積欠損金に関しては、「土地や建物等については経営主体が変更されたときの資産再評価額をもって解消できる」というルールで処理を行った。運営費負担金は、統合前の両病院の病床数比を参考に、山形県と酒田市が57:43の割合で負担することとなった。統合再編の影響で、薬品や診療材料の共同発注・在庫減・効率運用が可能となり、初年度で材料費は2億2,000万円削減された。また総務省による公立



病院再編に係る財政支援も追い風となり、交付税の5年間現額維持・借換債の繰上償還・公立病院特例債等により財務安定化が図られた（統合前後における財務構造変化の詳細はExhibit 11 参照）。

ステークホルダーとの調整

病院の統合再編に当たり、各ステークホルダーからの協力は不可欠であった。交渉の相手方は地域医師会や地域住民、大学医局、自治体と多岐に渡った。しかし各々の事情が統合再編における障壁となる可能性もあり、各ステークホルダーとの交渉のもと、理解を得るための努力が求められた。

地域医師会との関係性、地域の診療所との連携の構築

栗谷は医師会との連携をかねてから重視していたため、地域の開業医からの信頼も厚く、地区医師会の役員、県医師会の副会長も務めていた。また、日ごろの臨床を通じて地域の開業医とは顔が見える関係にあり、紹介・逆紹介に資する安全管理や医療の質向上の取り組みが評価されていた。旧市立酒田病院は再編前には400床であり、この規模の公的病院長が医師会の要職を務めることは極めてまれであった。⁴

さらに地域連携を推進する上で、新規入院患者数・紹介率・逆紹介率の上昇を図った。そのためには地域医師会と診療所の協力を得て、平成19年1月に病診連携のあり方に対する酒田地区医師会会員の意向を調査するアンケートを実施した。調査対象の98診療所のうち50診療所がアンケートに回答し、統合後の病診連携強化を求める意見が多く寄せられた。その後、酒田地区医師会への説明会を計2回開催し、65名が参加した。

大学との交渉・ポストの采配

病院再編統合に当たり、両病院における医師の配置構造も大きく変わるようになった。そのため医師派遣に協力する各大学との調整も必要であり、当時の様子を栗谷は以下のように語った。

当時、山形大医学部長の嘉山氏に統合再編までの人事凍結を直訴したところ、二つ返事で受け入れてくださった。大学が全面協力してくれたことは大きかったです。

2つの病院が統合されるということは、要職のポストが減ることを意味する。この点については、山形大、東北大、旧市立病院の栗谷院長と旧県立病院の新澤陽英院長（当時）が膝を突き合わせ、一つ一つ決めていった。その際に重視したのが「そのポストにふさわしい実力を持っているかどうか」という原理原則である。大学側の全面協力もあり、ポストをめぐる医師の争いはほとんどなかったという。⁵



地域住民の理解・反応・対応、国・県・市との協議

平成 18 年 12 月に両病院の入院・外来患者を主な対象として統合再編に対する意見を調査するアンケートを実施したところ、529 名の回答者のうち、44 名（8.3%）が統合再編に関する反対意見を述べた。具体的には「担当医師が変わる不安」「統合再編により医療レベルが低下する不安」「待ち時間が長くなる不安」「職員の対応・レベル低下の不安」「入院できなくなる不安（ベッド数の減少）」といった意見が寄せられた。その後、住民からの理解を得るために、統合再編協議会等による協議・検討の内容に関して幾多の説明会や情報提供を実施した。

労働組合・職員との調整

栗谷は病院機構への統合にあたって、事務を除く旧市立酒田病院側職員と病院医師全員をその正職員とした。一方、旧県立日本海病院の医師及び医療職(事務を除く)に対しては、移行期間中、県からの派遣職員という待遇にした。旧県立日本海病院医療職は 3 年間の移行期間中に、病院機構に移籍するか、県職員として復帰するか選択を可能とするのである。山形県内には他に 4 つの県立病院が存在し、庄内地区の県立病院は精神科単科病院一箇所であるものの、庄内地区以外の職員も多数在籍していたため、県への復帰は充分可能であった。県職員・市職員への病院機構への移籍に関する意向調査・同意確認は平成 22 年まで毎年行われた。統合直後の県派遣の看護師に対する意向調査では 90%が移籍せず、県職員として復帰すると回答した。病院の経営体が地方独立行政法人となり、非公務員型になることから、職員組合の反発が予想された。ある県派遣看護師はこう語った。

私達は県の公務員のはずよ。独法なんていう、訳の分からないものに移籍することは絶対に希望しません。移行期間が終わったら県の職員として復帰したいわ。

栗谷は職員組合との間で、統合時の職員の身分及び移行期間中の人事異動の方法、給食部門など現業務の直営廃止と移籍を希望する職員の採用について、県と市で異なる労働条件・給与等に関して調整を行った。病院機構での新しい給料表は国立病院機構に準拠するものとしたが、これは旧県立日本海病院及び旧市立酒田病院の給与体系と大きな差がなかったため、不満は生じなかった。一方、手当、調整数及び昇給・昇格については両病院間で違いがあったため、栗谷は組合との調整に尽力する必要があった。

地方独立行政法人の新病院とその組織、職員の身分に関して栗谷は延べ 6 回の職員向け説明会を通じて具体的な説明を繰り返した⁶職員向け説明会への参加者は 805 名に及んだ。このような地道な説明活動に加えて、両病院間職員の融和を図るため、サマーカーニバルやスポーツ大会といった職員交流事業も実施した。

さらに栗谷は独立行政法人化したメリットを職員に実感してもらうために、理事長の経営



責任の増加と引き換えに得た利点を積極的に活用し職場環境の改善にあたった。自立的経営を行う地方独立行政法人では、新しい職員を理事長の判断で容易に雇用できる。栗谷は診療情報管理士・医療クラークなど専門知識を必要とする事務系職員や看護補助者の大量採用を行った。これは電子カルテの入力等、医療職の専門外業務の負担減をもたらした。さらに副産物として、専門知識を持った事務職員の配置で診療報酬申告漏れが減少した。栗谷は職場環境改善の促進を期して、業務改善委員会や労働組合からの意見の吸い上げも積極的に行った。さらに業績手当を創設し、職員一人一人に地方独立行政法人職員としての経営参画意識を根付かせた。

こうした努力により、年を経る毎に病院機構への移籍希望割合が増加し、平成 22 年 6 月には 409 名中、266 名と約 7 割が病院機構への残留を希望するようになった。これら両病院からの移籍組に加え、地方独立行政法人では移行期間の始まった平成 20 年以降、毎年 40 名程度の正職員を採用している。平成 22 年には病院運営に必要な人員を確保する為、4 月採用に加え、7 月、10 月の中途採用を行った。さらに県からの看護職員の派遣期間が 2 年間延長となったことも相まって、看護職員の入れ替えはほぼ混乱なく行うことが出来た。これにより日本海総合病院(旧県立日本海病院)においては 7 対 1 看護基本料が確保されている⁷(独法化による看護師構成の推移は Exhibit 12 を参照)。

院内の調整と委員会体制

栗谷は旧市立酒田病院及び、旧県立日本海病院の再編統合にあたって必要な医療資源の活用と機能分担、両病院の機能分化、移行期間の調整を担う部会を設置した。部会は計 3 部会があり、「医療機能部会」は新病院の病床数・診療科目・地域連携・医師確保等の検討を目的に、「施設部会」は施設規模・配置・建設計画等の検討を目的に、「総務管理部会」は経営・管理・運営・各種調査・広報等の検討を目的に設置された。

さらに栗谷は部会の下にワーキンググループを設置した。「医療機能部会」の下には各診療科間の調整を行う第 1 から第 3 までのワーキンググループに加え、救急・手術部・内視鏡関連・看護部・薬剤部・放射線科・臨床検査部・リハビリテーション部の各部門調整を行う 12 ワーキンググループを、「総務管理部」の下には栄養管理、物品管理、医事・総務、医療情報を所管する管理ワーキンググループを設置した。

再編統合に当たっては、両病院のシステムの統合も必要であった。幸いにも旧市立酒田病院及び、旧県立日本海病院は同じ財務システムを採用していた為、財務システム統合は混乱なく行うことが出来た。

栗谷は診療科の日本海総合病院(旧県立日本海病院)への集約に際して、移行期間中は、整形外科・消化器内科・神経精神科・産婦人科・麻酔科等の一部診療科を酒田医療センター(旧



市立病院)に残し、それ以外の診療科を先に日本海総合病院(旧県立日本海病院)へ集約化させることにした。この集約化に伴って、各診療科の物理的距離が離れることから、移行期間中の急性消化管出血への対応に関する消化器内科と外科の連携、肺塞栓・深部静脈血栓症のある患者の整形外科手術後管理に関する問題、診療科の跨る救急患者への対応を検討することが必要となった。栗谷はそれぞれ県内での各インシデントの発生頻度調査と大学教授への意見聴取を行い、当該インシデントの発生頻度は低いと判断し、集約化を実行に移した。内科・リハビリテーション科の2診療科を除く全ての診療科の日本海総合病院(旧県立日本海病院)への集約は予定より前倒しとなり、平成22年9月に完了した。

第2期中期計画の立案

改革プラン・中期計画の評価

改革プラン・中期計画の達成度は病院機構の評価委員会により点検・評価が行われ、年度ごとに意見が公表される事となっていた。

改革の成果

地方独立行政法人化により、より長期的な視野での弾力的な経営が可能となり、臨時職員の活用・業務改善・経費節減が次々と進んだ。3年間の移行期間のうち、施設整備は前倒しで完了することができていた。第1期中期計画で定めた平成20～23年度までの4年間で、病院機構全体での医業収支比率は95%を超え、経常収支は目標の100%を超えた。統合初年度の平成20年度より病院機構全体の純利益は1億2,000万円～2億5,000万円で推移し、平成23年には単年度で3億1100万円に至ったが、これは4年間で計4億800万円の目標を大幅に上回る結果であった。平均在院日数は日本海総合病院で統合前の17.3日(平成19年)から11.7日(平成23年)へ、酒田医療センターでは15.5日(平成19年)から68.5日(平成23年)へと変化を遂げた。平成23年度以降は、酒田医療センター単体で見れば赤字となる計画であったものの、日本海総合病院の黒字がこれを補い、病院機構全体では黒字経営となる見込みであった。また、両病院の機能分担が進み医療技術が集約した影響で、病院機構全体の手術件数は5227件(平成19年)から6,098件(平成23年)へ伸びた。病院機構全体での常勤医師は平成20年の103人から平成23年に119人まで増え、翌年からは山形大学の臨床実習学生受け入れも決定されていた(統合前後の指標推移はExhibit 13を参照)。

「ちょうかいネット」

平成22年5月、酒田地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか、5つの病院・診療所と県・市の行政部署及び酒田市ケアマネ連絡協議会等で地域協議会が設置された。地域医療連携体制のシステム構築、地域医療連携パスや介護連携が検討され、平成23年4月より医療情報ネットワーク「ちょうかいネット」の稼働が開始された。



「ちょうかいネット」は、ID-Link と呼ばれるシステムを用いて、診療録や放射線画像、地域連携パスのファイルといった情報を共有するネットワークである。患者は1枚の同意書で複数の医療機関に情報開示を許可でき、運用する病院・診療所は患者固有のIDで情報を検索可能なしくみであった。緊急時には連携施設の診療情報を開示可能なEMS機能のほか、国民健康保険加入者の健康診断結果を参照できる機能も搭載されていた。システムは病院・診療所のみならず、訪問看護ステーションや薬局、介護・福祉施設でも利用可能であった。平成23年9月末時点で2病院43施設が利用し、登録患者数は1,000名を越えようとしていた（ちょうかいネット記念講演資料）。またこれに並行して、日本海総合病院の紹介・逆紹介率も統合時よりそれぞれ9.8、12.3%上昇していた。

今後の課題

栗谷は、このまま行けば第1期中期計画・病院改革プランの成果には相応の評価が与えられると予想していた。その一方で第2期の4年間では、旧組織から集まったスタッフの業務統一やさらなる効率化、優秀な職員の確保と福利厚生、地域住民の病院へのアクセス手段の整備、PET-CTの導入を含む高度医療の計画的な充実、施設改修・整備、「ちょうかいネット」の拡大など、新たな課題が山積していた。そして究極的には、高齢化・過疎化の進展により現在の運営スタイルに近い将来行き詰まりを迎えることも予測していた。地域全体で、この「壮大な撤退戦」を乗り越え、地域住民・次世代にとっての価値に根ざした医療・介護・福祉の仕組みを残したい——。自宅に着き車を降りた栗谷は、10月の夜風に吹かれながら、次週に迫る中期計画の検討会に想いを寄せた。

当時はまず職員を守ることしか頭にありませんでした。医療機関の設置主体ごとに評価が公平でなく不透明がまかり通っていることに対する憤りもありました。でも感情に基づく判断では物事は前に進まないもので、自分たちのことだけでなく地域を守るための方法を考えるようになりました。急性期医療の提供には、多額の費用と多くの人材が必要で、限られた資源を分散するやり方は限界です。適切な集約化は経営改善にも医療の質向上にも繋がります。医師確保についても新専門医制度を始めとした若手キャリアに対応可能な整備をしないと地方に医師は集まってきません。再編統合によるスケールメリット、地域医療構想を先取りした病床機能の分化・機能転換を行ったことは決定的でした。私がやったのは、誰に任せれば地域の中で自主的に動けるかということが人よりは多少マシに分かっていたということと、関係者に敬意を払い、自分を捨てることができたということだと思います。最初は負け戦だと思った部分もありましたし、頭を下げたり大変な思いもしました。でも物事は歴史的転換点のように急に進むこともあります。これから取り組む病院長へ応援のメッセージを送るならば、地域の歴史の中で病院長としてどういう役割を果たすべきかを考えてほしい、ということです。そのキーワードは医療を通じた信頼関係だと思います。

—山形県・酒田市病院機構理事長 栗谷義樹



References

1. 「国勢調査」(総務省)「保健医療福祉計画」(各都道府県)より各年度の数値を抜粋。
2. 酒田市総合計画策定に向けて一検討資料—酒田市の現状と課題[案] 平成18年7月3日酒田市総合計画審議会資料
3. 2019年2月 ケーススタディ試行研修 議事録 国立保健医療科学院
4. 特別企画 公立病院改革対談(前編) 山形県酒田市の病院統合が成功した理由 日経メディカル
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t255/201512/545144.html>
5. 「合併後に自分の居場所がなくてもよい」キーマンがそう思えるか否かが合併の鍵—日本海総合病院
<https://www.medwatch.jp/?p=2192>
6. 特別企画 公立病院改革対談(前編) 山形県酒田市の病院統合が成功した理由 日経メディカル
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t255/201512/545144.html>
7. 平成23年度 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 改革プランの点検・評価結果について
http://www.nihonkai-hos.jp/pdf/reform_plan_check_2011.pdf

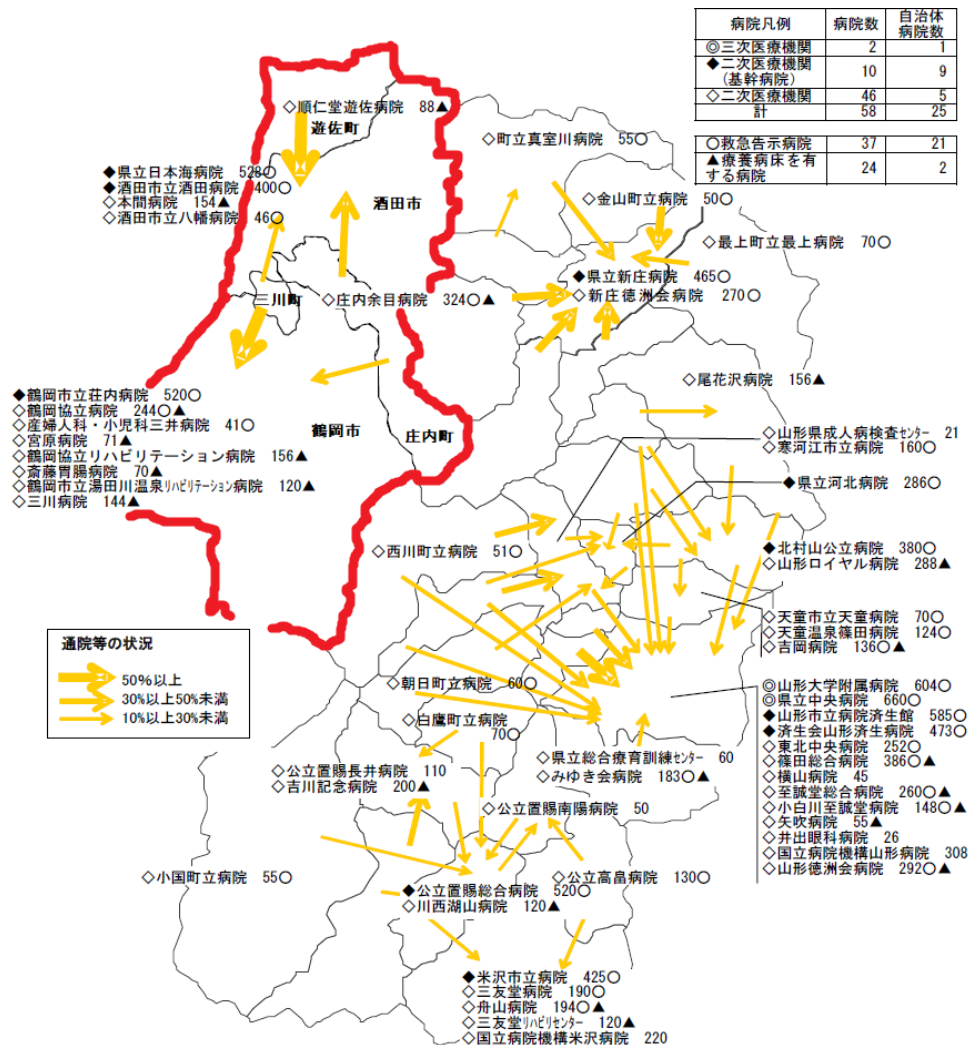


Exhibits

Exhibit 1 酒田市の地理および山形県内の通院圏域（平成 17 年）



（地理院地図より抜粋、空路便数は令和元年 9 月時点。平成 20 年時点では 1 日 4 便。）

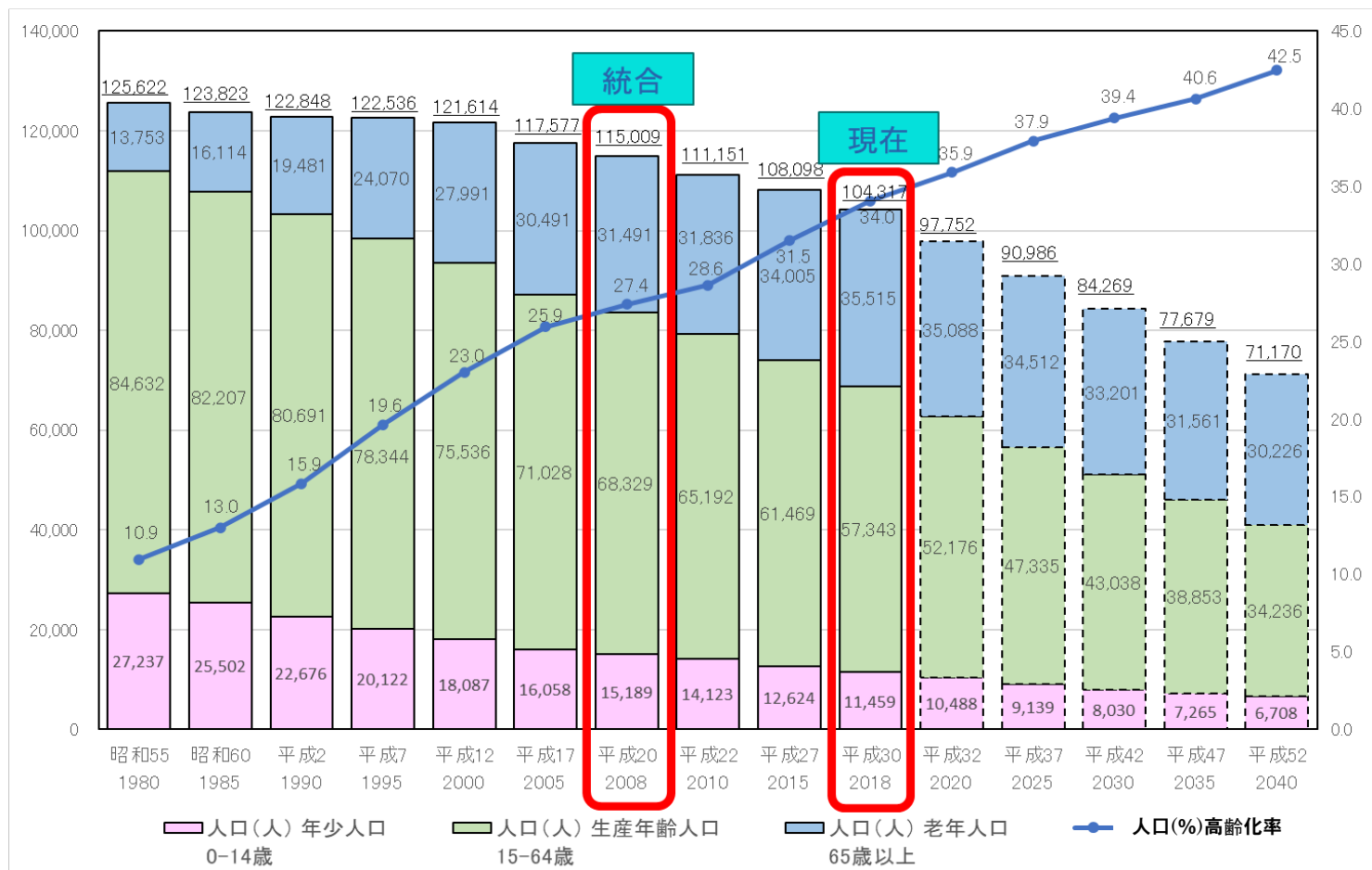


山形県健康福祉部『山形県患者調査』（平成17年）
太線内は庄内二次医療圏を示す。一部市・町名を補った。



Exhibit 2 酒田市の人口推移・推計

酒田市人口推移(1980-2040)



参考 (総務省)住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 (酒田市)酒田市まち・ひと・しごと創生総合戦略



Exhibit 3 県立日本海病院および市立酒田病院の沿革

日本海総合病院

- | | |
|--|---|
| H5.4 山形県立日本海病院開設 | H12.6 院外処方を全面実施 |
| H5.6 開院病床数 207 床、診療科目 12 科
(内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、理学診療科、放射線科、麻酔科) | H13.4 消化器科、呼吸器外科、こう門科及び気管食道科開設 (合計 25 診療科) |
| H5.10 救急告示病院に指定 | H14.5 地域医療連携窓口を設置 |
| H6.4 神経内科及び皮膚科開設 (合計 14 診療科)、107 床増床 (合計 314 床) | H15.4 地域医療室を設置 |
| H7.4 歯科開設 (合計 15 診療科)、99 床増床 (合計 413 床) | H15.5 (財) 日本医療機能評価機構に認定 (一般病院種別 B) |
| H7.4 院内保育所開所 | H16.1 リハビリテーション室増築工事完了 |
| H8.4 精神科及び形成外科開設 (合計 17 診療科)、115 床増床 (合計 528 床) | H16.12 へき地医療拠点病院に指定 |
| H8.5 集中治療室 HCU 部門使用開始によりフルオープン体制となる | H18.8 地域がん診療連携拠点病院に指定 |
| H9.11 災害拠点病院に指定 | H19.3 電子カルテシステムが稼動 |
| H10.4 心療内科、心臓血管外科及び歯科口腔外科開設 (合計 20 診療科) | H20.4 市立酒田病院と経営統合し、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構日本海総合病院として新たに開院 |
| H11.1 循環器科開設 (合計 21 診療科) | H20.10 重症心身障がい児(者)短期入所事業指定 |
| H11.4 臨床研修病院に指定 | H21.4 DPC を用いた入院医療費の定額支払い制度を導入 |
| H11.10 病院ボランティアを開始 (日本海病院への移管) | H21.12 3 階東病棟に LDR2 室設置 |
| H12.4 院外処方を試行実施 | H23.4 救命救急センター開設 認知症疾患医療センター開設 |



酒田医療センター

- S22.11 「公立酒田病院」として旧西荒瀬村大字豊里（現 酒田市豊里）に開設病床数 150 床、診療科目 3 科（内科、外科、婦人科）
- S35.4 「市立酒田病院」（旧「社会保険酒田病院」（現 酒田市千石町一丁目）を本院、旧「公立酒田病院」を豊里分院）として発足
- S44.9 現在地（酒田市千石町二丁目）に（現 西棟を）新築、移転 病床数 400 床（一般病床 350 床、結核病床 50 床）、診療科目 12 科（内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻いんこう科、眼科、神経科、放射線科、麻酔科）
- S51.9 結核病床を廃止病床数 400 床（一般病床）
- S56.3 放射線棟が竣工
- S63.3 東棟が竣工病床数 400 床（一般病床 西棟 238 床、東棟 162 床）
- H2.1 MR I 棟が竣工
- H17.11 「酒田市立酒田病院」と改称 1 市 3 町（酒田市、八幡町、平田町、松山町）の合併による新酒田市誕生に伴い、名称を変更
- H20.4 「日本海総合病院 酒田医療センター」として新たに開院病床数 235 床（一般病床）
- H22.11 一般病床から医療療養型病床へ転換病床数 114 床（医療療養型病床）

Exhibit 4 再編前の 2 病院の概況

再編前の県立日本海病院と市立酒田病院の状況		
H17再編計画時点		
項目	県立日本海病院	市立酒田病院
現病棟の利用開始	平成5年6月	昭和44年9月
病床数	528床	400床
診療科	25科	15科
1日平均の外来患者数	954人	868人
1日平均の入院者数	439人	333人
病床利用率	83.9	83.3
患者一人あたり診療収入(外来)	8,328円	7,393円
患者一人あたり診療収入(入院)	36,255円	36,047円
純損益	△170,306千円	211,855千円
欠損金	△10,678,053千円	0千円

市立酒田病院の累積欠損金(1,367,366千円)は、公営企業法施行令第15条により処理したもの



Exhibit 5 設置団体の組織図

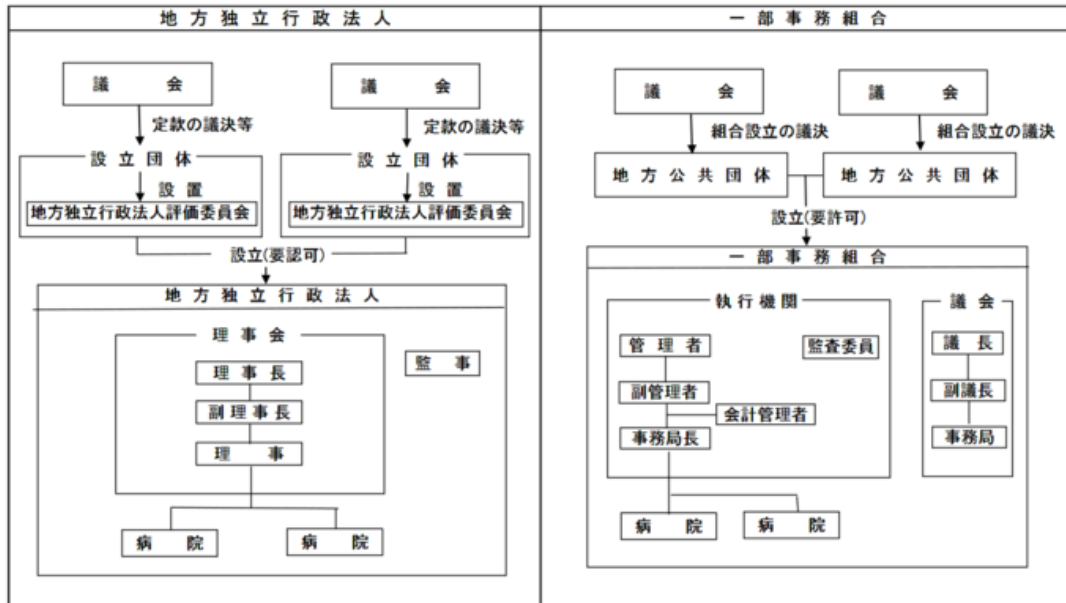


Exhibit 6 主な経営形態の比較 (別紙参照)

区分	地方公共団体		地方独立行政法人		指定管理者
	一部適用(代行)	全部適用	公営企業型 別当地方独立行政法人 (公営企業)	公営企業型 一般地方独立行政法人 (非公営企業)	
法人格	地方公共団体の一部	地方公共団体	あり	あり	地方公共団体
設立団体の関係	地方公共団体の一部 設置条例により設置及びその経営の基準を定め、その他については地方公共団体の長の議決等によって決定	地方公共団体の一部 地方公共団体の議会の議決を経て設置 地方公共団体の長の議決等によって決定	あり - 中期目標の策定、指示 - 中期計画の認可、変更命令 - 年度計画の編成 - 業務実績評価(毎年度・中期目標期間) - 中期計画終了時の検討、報告等、立入検査、報告命令 - 経営者の任命 - 地方独立行政法人の設立 - 定款の作成・変更 - 中期計画の作成・変更(料金を含む)	あり - 中期目標の策定、指示 - 中期計画の認可、変更命令 - 年度計画の編成 - 業務実績評価(毎年度・中期目標期間) - 中期計画終了時の検討、報告等、立入検査、報告命令 - 経営者の任命 - 地方独立行政法人の設立 - 定款の作成・変更 - 中期計画の作成・変更(料金を含む)	地方公共団体 - 指定管理者の指定 - 毎年実施する事業報告書の受理 - 指定管理者が定める中期計画の承認 - 指定業務又は経営状況の報告等 - 事業運営状況の評価 - 指定取消、指定業務停止命令
議会の関係	- 予算の議決 - 決算の認定 - 料金を定める条例制定	- 予算の議決 - 決算の認定 - 料金を定める条例制定	- 中期目標の策定、指示 - 中期計画の認可、変更命令 - 年度計画の編成 - 業務実績評価(毎年度・中期目標期間) - 中期計画終了時の検討、報告等、立入検査、報告命令 - 経営者の任命 - 地方独立行政法人の設立 - 定款の作成・変更 - 中期計画の作成・変更(料金を含む)	- 中期目標の策定、指示 - 中期計画の認可、変更命令 - 年度計画の編成 - 業務実績評価(毎年度・中期目標期間) - 中期計画終了時の検討、報告等、立入検査、報告命令 - 経営者の任命 - 地方独立行政法人の設立 - 定款の作成・変更 - 中期計画の作成・変更(料金を含む)	- 指定の承認、管理の基準、業務内容等の条例制定 - 指定業務(指定業務)の報告、資料を提出する責任 - 指定にかかわる議決 - 執行料金の基準の制定(執行料金を含む場合)
事業管理の責任	地方公共団体の長 地方公共団体の長が任命	地方公共団体の長 地方公共団体の長が任命	地方独立行政法人 理事長 - 設立団体の長が任命 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 理事長 - 設立団体の長が任命 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体 指定管理者(指定業務)の報告、資料を提出する責任
職員	地方公共団体の長が任命 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体の長が任命 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 理事長 - 設立団体の長が任命 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 理事長 - 設立団体の長が任命 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体 指定管理者(指定業務)の報告、資料を提出する責任
職員の身分	地方公共団体の職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体の職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体 指定管理者(指定業務)の報告、資料を提出する責任
職員の給与	地方公共団体の職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体の職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方独立行政法人 職員 - 任期は4年以上 - 理事長、監事以外の内部組織は理事長が定める	地方公共団体 指定管理者(指定業務)の報告、資料を提出する責任
地方自治法の附随規定の適用	あり - 予算の承認手続	あり - 予算の承認手続	なし	なし	なし
会計関係	地方公共団体の会計 - 予算の承認手続	地方公共団体の会計 - 予算の承認手続	特別会計制なし	特別会計制なし	特別会計制なし
経営方針の策定	地方公共団体の長が策定して議会に提出 - 中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	地方公共団体の長が策定して議会に提出 - 中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	地方公共団体 指定管理者が事業計画を作成し、地方公共団体と協議する
予算編成	地方公共団体の長が策定して議会に提出 - 中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	地方公共団体の長が策定して議会に提出 - 中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	中期計画に基づき、年度毎の業務計画に関する年度計画を定め、設立団体の長に提出する	地方公共団体 指定管理者が事業計画を作成し、地方公共団体と協議する
目標による管理	目標管理制度なし	目標管理制度なし	目標管理制度なし	目標管理制度なし	目標管理制度なし
業績評価制度	評価制度なし	評価制度なし	地方独立行政法人評価委員会による評価	地方独立行政法人評価委員会による評価	指定業務の評価委員会による評価



Exhibit 7 再編に係る施設整備のスケジュール

施設整備に関するスケジュール

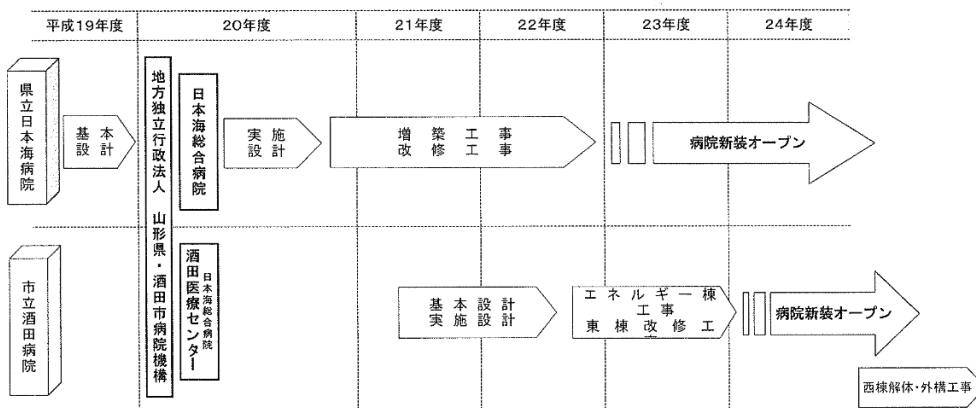


Exhibit 8 両病院の病床数の推移

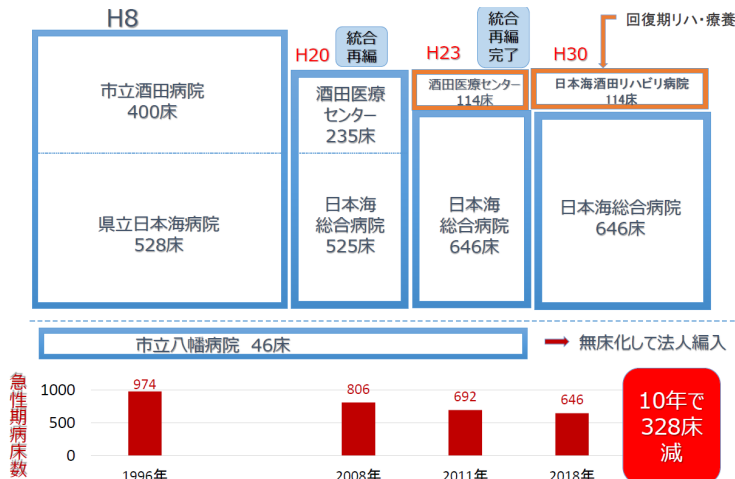


Exhibit 9 病床数算定にあたっての考え方

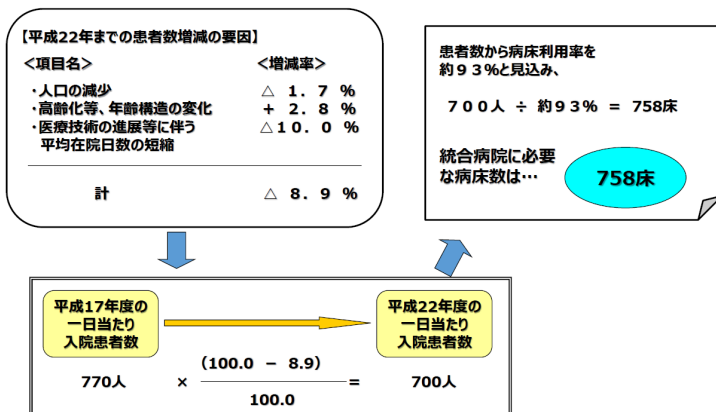




Exhibit 10 再編後の2病院の機能予定

日本海総合病院の機能

規 模	648床程度
診 療 科 (25科)	内科、循環器内科、消化器内科、内視鏡内科、精神科、神経内科、小児科、外科、乳腺外科、小児外科、心臓血管外科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、リハビリテーション科、皮膚科、産婦人科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、救急科
施 設 基 準	一般病棟
特殊診療機能	ICU HCU 周産期施設 未熟児室 感染症病床 放射線治療 外来がん化学療法センター セカンドオピニオン外来 緩和ケア 人工透析（急性期） 人間ドック 地域医療室（地域連携・在宅療養支援など）
併設診療機能	救命救急センター（新型）
そ の 他	病院間移動用ワゴン車、 院内保育所（24時間対応）

○酒田医療センターの機能

規 模	110床程度
診 療 科	内科、リハビリテーション科
施 設 基 準	一般病棟
特殊診療機能	総合リハビリテーション 地域医療室（地域連携・在宅療養支援など）
そ の 他	病院間移動用ワゴン車



Exhibit 11 統合前後における日本海総合病院の財務構造指標

日本海総合病院財務指標比較

	平成19年度	平成23年度	比較	第3期中期計画目標値
病床数 (稼働病床数)	528(床)	646(床)	121(床)	
☆医業収支比率	91.7%	107%	+15.3%	100%
☆経常収支比率	97.5%	109.2%	+11.7%	100%以上
入院単価	39,373(円/日)	55,052(円/日)	+15,679(円/日)	
外来単価	8,957(円/日)	11,165(円/日)	+2,208(円/日)	
☆人件費率	59.5%	45.0%	△14.5%	52.0%
☆材料費率	28.2%	24.0%	△4.2%	28.0%
不良債務	25(億円)	0	△25(億円)	0
☆減価償却費	3.37(億円)	13.57(億円)	10.20(億円)	
病床利用率	85.4%	86.0%	+0.6%	80%
病床回転率	176.3%	260.7%	+84.4%	
☆平均在院日数	17.3(日)	11.7(日)	△5.6(日)	

※第3期中期計画目標値:全国全自病500超以上の黒字病院を目標

Exhibit 12 独立法人化に伴う看護師構成の推移

看護師職員数の推移

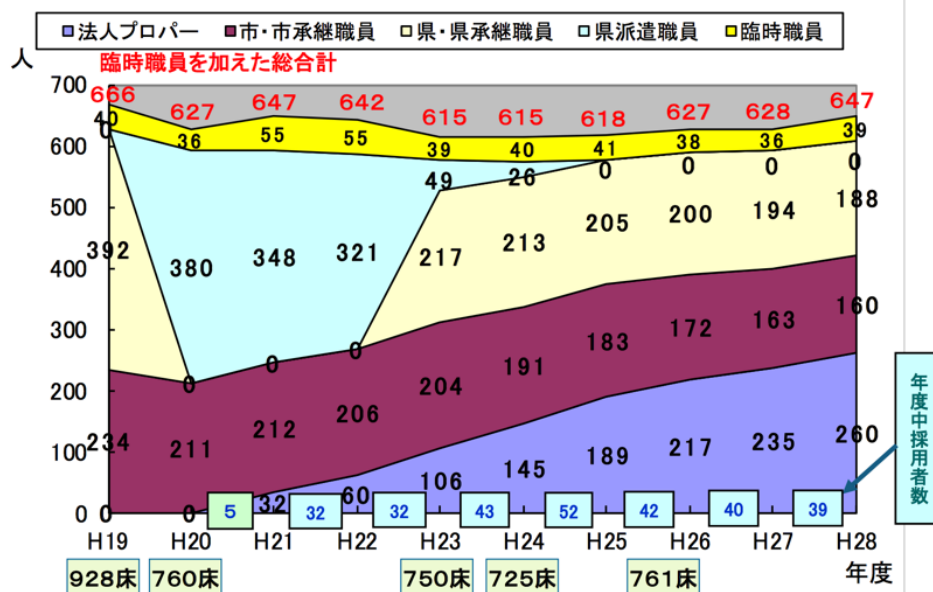
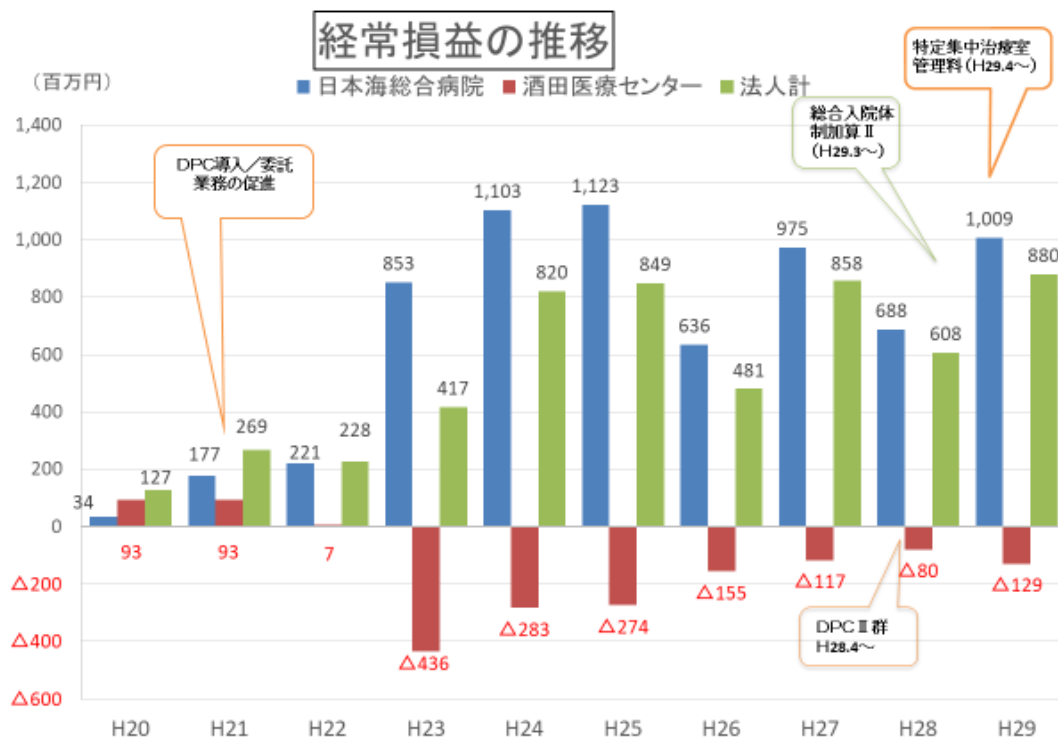
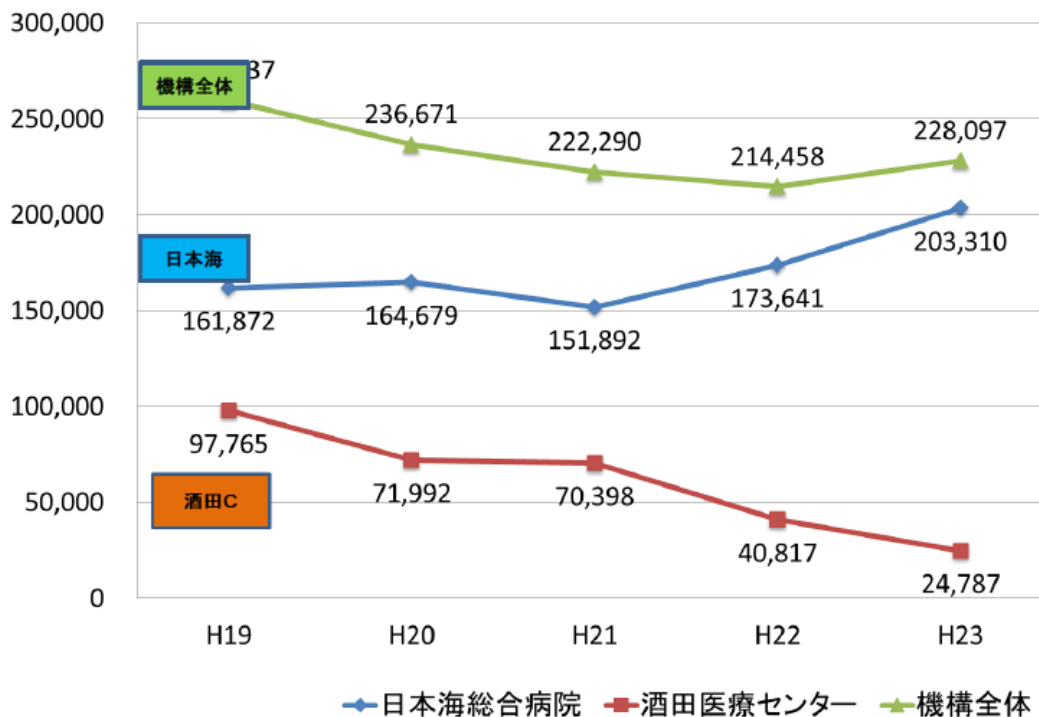




Exhibit 13 統合前後の各種指標の推移

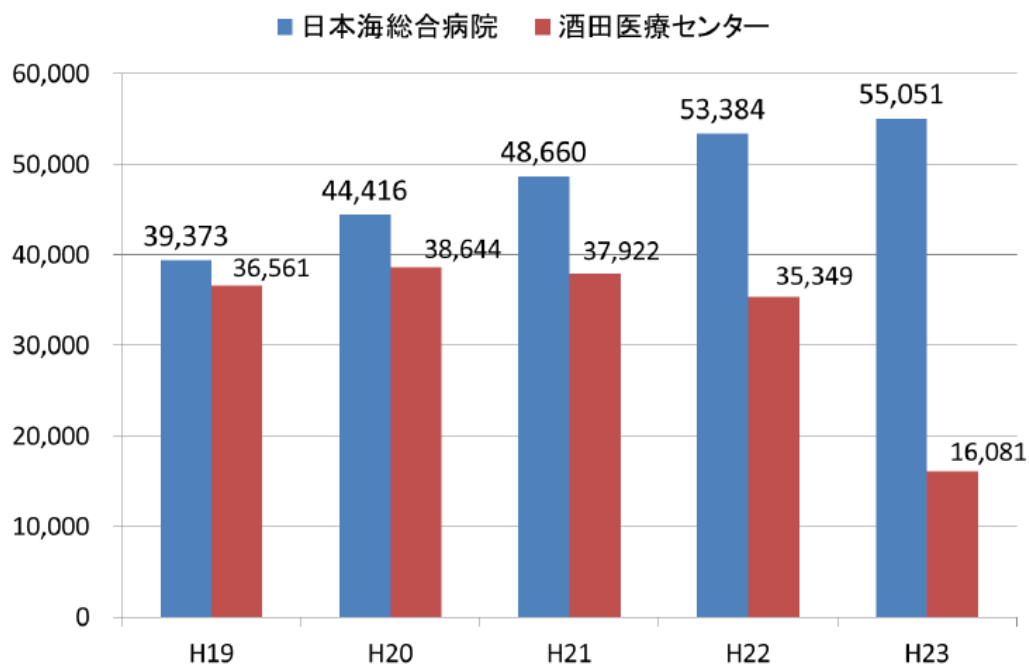


延入院患者数

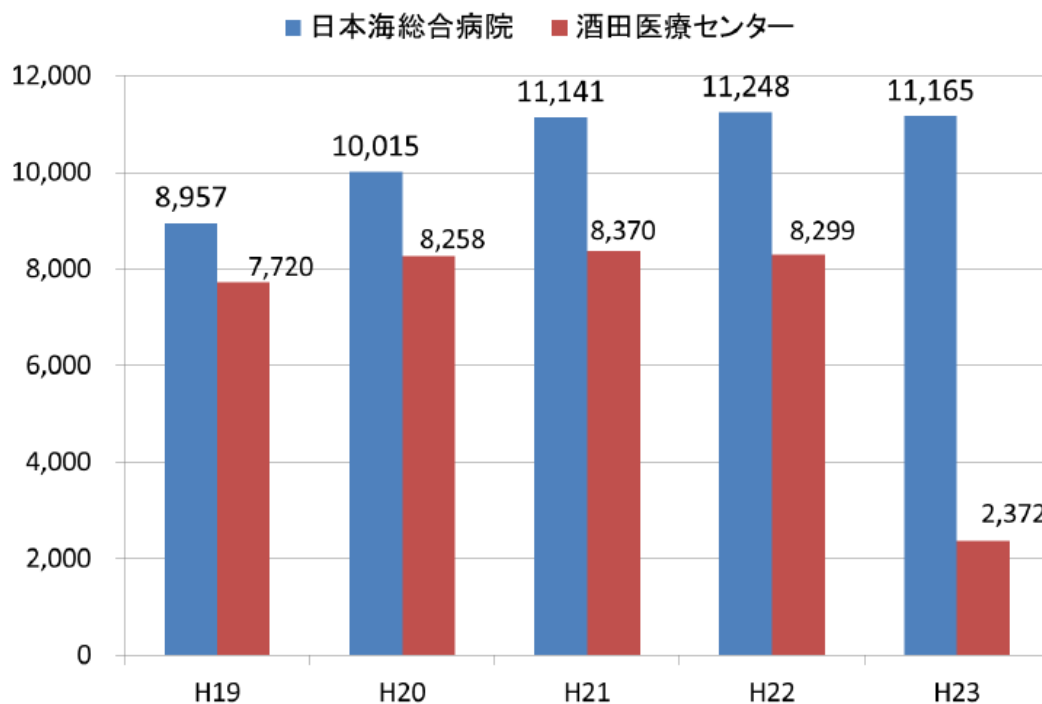




患者一人当たりの入院単価/日(円)



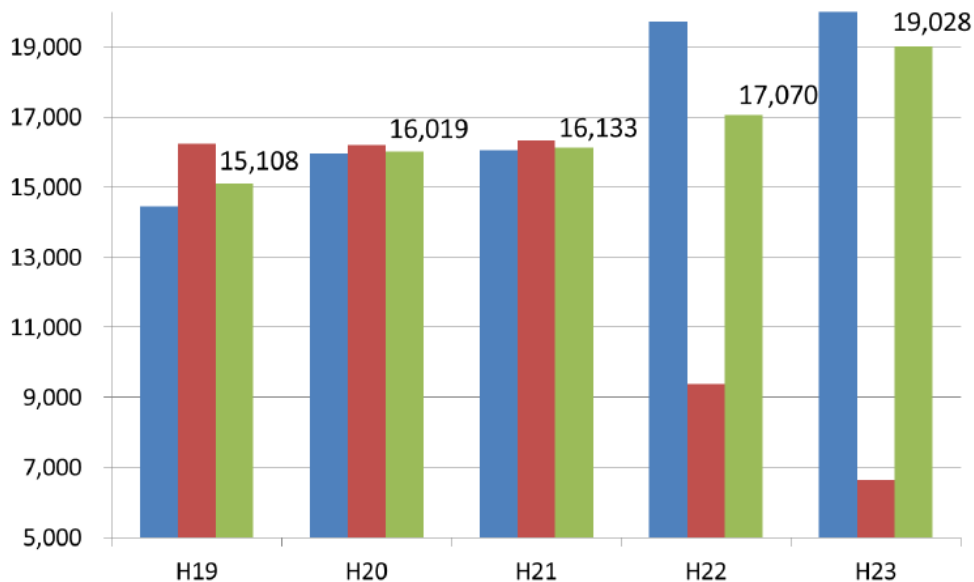
患者一人当たりの外来単価/日(円)



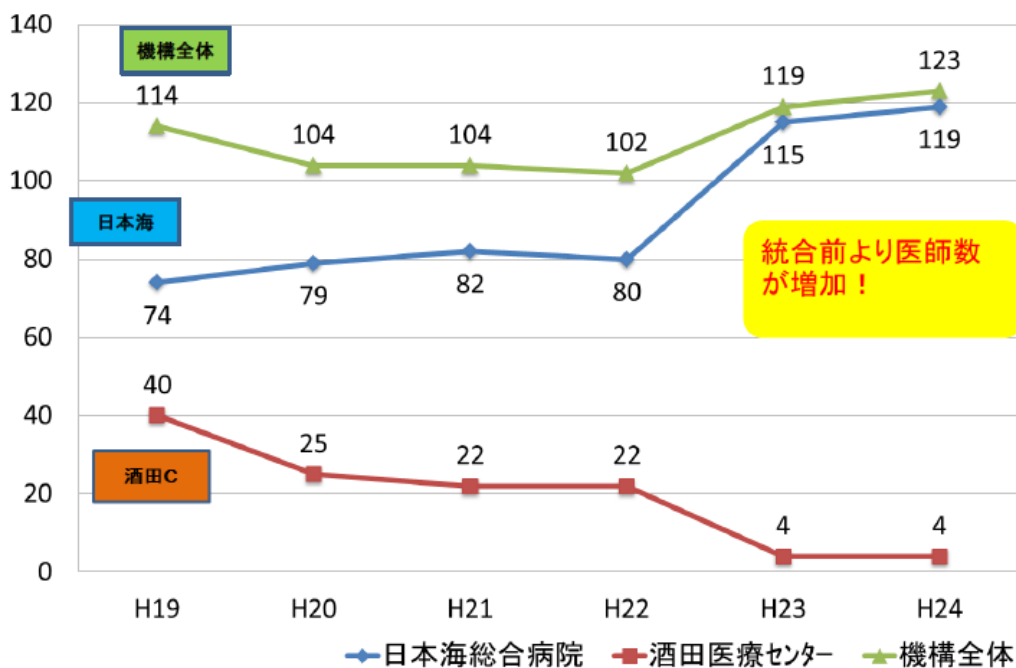


職員一人当たりの年間医業収益(単位:千円)

■ 日本海総合病院 ■ 酒田医療センター ■ 機構全体

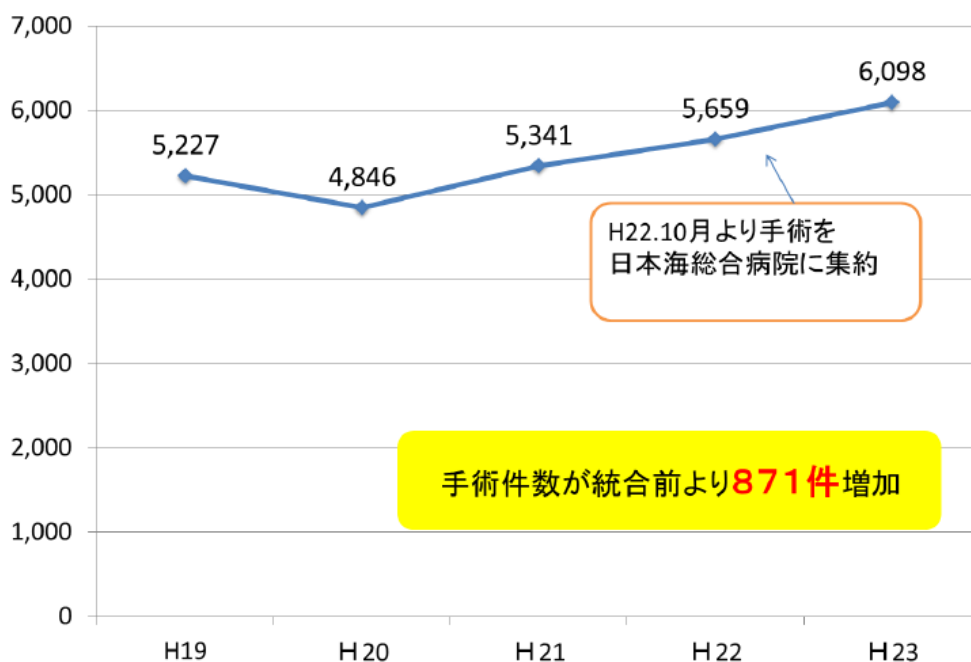


医師数(4.1現在・初期研修医含む)

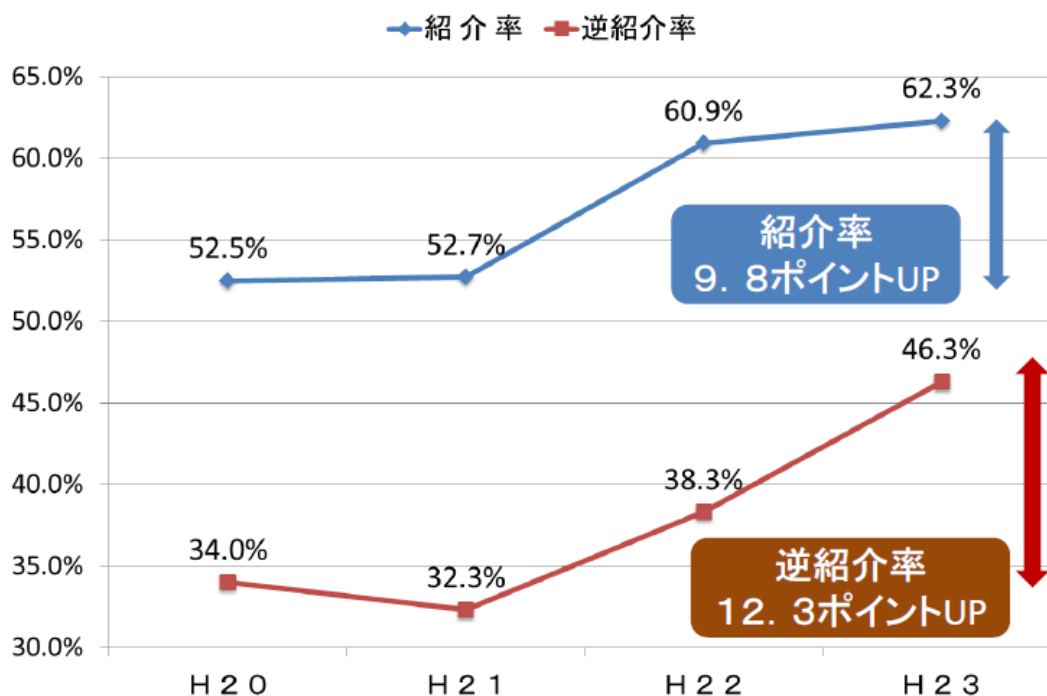




機構全体の手術件数



日本海総合病院の紹介率・逆紹介率



令和3年度 地域医療構想の実現・働き方改革の推進に向けた病院管理者研修 プログラム

〔日程〕 (第1回) 2021年12月14日(火)～12月15日(水) 2日間

(第2回) 2022年1月18日(火)～1月19日(水) 2日間

〔会場〕 Zoomによるオンライン開催(放送スタジオを国立保健医療科学院に設置)

〔対象者〕 1. 都道府県が推薦する病院管理者または幹部職員
2. 1と同等の職位であると院長が認める者

〔定員〕 50名(都道府県から2名を上限として推薦)

〔ねらい〕 地域医療構想による医療機能の分化・連携を行うことの一助となるよう、医療制度、診療報酬制度、病院再編・統合、人的資源管理、リーダーシップ、組織行動、医療安全等、体系的な組織マネジメントに関する手法を修得する

1. 地域医療構想に係わる政策動向について説明できる。
2. 地域医療構想において自医療機関が果たす機能とその実現に向けた病院管理者としての役割について説明できる。
3. 自医療機関の地域における医療機関の再編統合の実現に向けた病院管理者として実行力を習得する。

〔時間表〕

日	時		研修科目	講師	
1 日 目	12:30	～ 13:00	30分	受付 (Zoom入室開始)	
	13:00	～ 13:40	40分	開講式／オリエンテーション	国立保健医療科学院
	13:40	～ 13:45	05分	休憩	
	13:45	～ 14:15	30分	(演習) 事前課題に基づくグループワーク	国立保健医療科学院
	14:15	～ 14:30	15分	休憩	
	14:30	～ 15:00	30分	(講義) 地域医療構想の現況について	厚生労働省
	15:00	～ 15:15	15分	休憩	
	15:15	～ 17:15	120分	(ケーススタディ) 医療機関の再編統合について (途中10分休憩)	院外講師
2 日 目	13:00	～ 14:00	60分	(講義) 地域医療分析	院外講師
	14:00	～ 14:15	15分	休憩	
	14:15	～ 14:55	40分	(講義) 医師の働き方改革について	厚生労働省
	14:55	～ 15:10	15分	休憩	
	15:10	～ 16:00	50分	(講義) 働き方改革に関する事例報告	院外講師
	16:00	～ 16:10	10分	休憩	
	16:10	～ 16:40	30分	(演習) 働き方改革に関するグループワーク	国立保健医療科学院 院外講師
	16:40	～ 16:50	10分	休憩	
	16:50	～ 17:30	40分	(演習) 課題解決に向けてのグループワーク	国立保健医療科学院
	17:30	～ 17:45	15分	閉講式	国立保健医療科学院

(注) プログラム内容、時間、講師等は変更となる場合があります。

事前課題 (予定)

- ・ 地域医療構想の現況について (厚生労働省) 講義 事前視聴
- ・ 医師の働き方改革について (厚生労働省) 講義 事前視聴
- ・ 各医療機関の現状と課題 (受講者各自で作成)
- ・ ケース教材 (教材の読み込み)

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
地域医療構想の達成のための病院管理者向け
組織マネジメント研修プログラムの開発研究
分担研究報告書（繰越分）

公的・民間病院の再編統合後の事例に関する計量テキスト分析

研究分担者	柿沼 倫弘（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
	小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
	種田憲一郎（国立保健医療科学院 国際協力研究部）
	福田 敬（国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター）
	赤羽 学（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）
研究協力者	中西 康裕（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）

研究要旨

持続可能な医療提供体制を構築していくためには、医療機関の機能分化と連携は重要であり、これまでもその必要性については指摘され続けてきた。新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、その重要性は増しており、地域医療全体における医療機関の役割の明確化が求められている。本研究では医療機関の再編統合（ダウンサイジングや機能分化と連携を含む）に関する事例に関する頻出する用語、用語同士の共起関係の特性について明らかにし、再編統合に関する示唆を得ることを目的とする。本研究では公的病院と民間病院の2つの病院の再編統合から約3年が経過した病院の幹部職員へのインタビュー調査を通じ、調査から得られたテキストデータを用いて計量テキスト分析を実施した。

2つの病院の再編統合における課題であった「医師」、「病院」、「医師の派遣元の大学名」、が頻出語として多くみられた。また、「救急」は頻出語の上位で、「医師」と「医師派遣元の大学」と同一の分類で共起していた。本研究により、頻出語と用語同士の共起関係から人口減少地域での病院の再編統合に関する課題の一端を定量的に把握することができた。これらの課題の解決のためのアプローチ方法をより詳細に検証することで、再編統合に関する示唆を得られる可能性があると考えられる。

A. 研究目的

持続可能な医療提供体制を構築していくためには、医療機関の機能分化と連携は重要であり、これまでもその必要性については指摘され続けてきた。新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、その重要性は増しており、

地域医療全体における医療機関の役割の明確化が求められている。そのなかで医療機関の再編統合（ダウンサイジングや機能分化と連携を含む）は選択肢の一つである。本研究では医療機関の再編統合に関する事例に関する頻出する用語、用語同士の共起関係の特性に

について明らかにし、再編統合に関する示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

B.1. 分析対象

本研究の分析対象は、厚生労働省医政局地域医療計画課との協議を踏まえ、構想区域の人口規模が 20 万人未満の地域を中心に医療機関等の再編統合に取り組んでいる医療機関を分析対象の候補として検討した。候補の医療機関にインタビュー調査を依頼し、了承の得られた医療機関を分析対象とした。

B.2. 分析方法

本研究では、医療機関等の再編統合に関するインタビュー調査の内容を分析した。インタビューは半構造的面接でオンライン形式により実施した。インタビュー内容は、調査対象者の了承を事前に得て IC レコーダーに録音し、文字起こししたデータの計量テキスト分析を行った。インタビュー項目は地域医療構想の実現に向けての状況、医療機関の機能分化の状況、地元の医師会や病院協会等との協力体制構築の状況、医師の派遣元となる大学との連携状況、看護師等の医療従事者の確保状況、労働組合との関係性、双方の医療機関の財政状況等であった。分析には KH Coder を用いて計量テキスト分析を実施した。

頻出する用語を抽出する際の形態素解析に用いる品詞は、名詞、サ変名詞、形容動詞、固有名詞、組織名、人名、地名、ナイ形容、副詞可能、未知語、タグ（強制的に抽出する語を指す）、感動詞、動詞、形容詞、副詞、名詞 C（漢字一文字の語）とした。また、強制的に抽出した語は、インタビュー内容に関する具体的な病院名、地名、組織名等である。一方で、文末に頻出した「思う」は分析対象から除外した。

また、病院名や組織名を省略した用語については KWIC コンコーダンスで原文を確認し、正式名称への表記の統一を行った。また、「2 つの病院」、「2 病院」、「両病院」、「両方の病院」も同様に原文を確認し「2 つの病院」に統一した。

用語同士の共起関係の分析には、共起ネットワークを用いた。共起ネットワーク分析の対象となる語は最小出現数を 5 とし、1 回の発言を集計の最小単位とした。共起ネットワーク図に反映させる語は、Jaccard 係数を用いた。Jaccard 係数は、0 から 1 の間を範囲とし、用語と用語の関連性の強さの程度をあらわしている。1 に近いほど関連が強い。共起ネットワーク図へ反映させる Jaccard 係数の基準は、0.2 とした。Jaccard 係数は、絶対的な尺度ではなく、研究対象により相対的に判断される。共起ネットワークのなかで用語と用語を結ぶ線が濃い場合、共起関係が強いことを意味している。共起ネットワーク図に出力された用語についても KWIC コンコーダンスにより原文の確認を行い、分類の意味について確認を行った。

B.3. 倫理的配慮

本研究は病院幹部職員を対象としたインタビュー調査のため研究倫理面に関する事項はないが、匿名化した。

C. 研究結果

C.1. 分析対象の選定と属性

厚生労働省医政局地域医療計画課と協議を行い、候補の医療機関に依頼した結果、A 病院（公的）から協力を得ることができた。A 病院は B 病院（公的）と C 病院（民間）の 2 病院が再編統合した病院である。この医療機関が所在する構想区域の人口規模は、インタビュー実施時に 10 万人以上 20 万人未満の構

想区域であった。A 病院が開院して約 3 年が経過している。

C.2. インタビュー調査の概要

本研究のインタビュー調査において頻出した用語のうち、出現回数が 10 回以上のものについて表 1 に示した。

表 1 抽出された用語の頻出順位

順位	抽出語	出現回数
1	医師	38
2	病院	30
	医師の派遣元	
3	の大学名	24
4	救急	18
	A 病院所在市	
5	町村名	17
6	2 つの病院	12
7	状況	11
8	医療	10
8	多い	10
8	統合	10
	A 病院所在都	
8	道府県名	10

異なり語数：600

出現回数の平均：2.72

出現回数の標準偏差：5.73

「医師」、「病院」「医師派遣元の大学」の順に多くみられた。A 病院の事例では、分析対象の語が 600 種類であり、それらの出現回数の平均が 2.72 回であったことを意味している。

C.3. 共起ネットワーク図

図 1 にはインタビュー調査から抽出された

用語の共起ネットワーク図を示している。

Subgraph に示されているように 7 つの分類がなされ、図中の①～⑦の番号に対応している。

図中の①の分類は A 病院が所在している地域の医療の状況、②が B 病院の経営状況、③が医師派遣と救急医療、④が A 病院の所在する医療圏と隣接する医療圏の状況、⑤が職員の退職、⑥が A 病院の所在する医療圏の状況、⑦が 2 つの病院の再編統合と位置付けることができた。

D. 考察

医療機関の再編統合については、わが国の人口減少を前提とすれば、地域によっては喫緊の課題であると考えられる。複数の病院が再編統合する場合には、たとえば公立病院同士のみではなく、本研究のように異なる開設主体同士でのケースが増えていく可能性がある。特に、わが国の医療提供体制の特徴から民間病院が関わるケースが多いと考えられる。A 病院の構想区域と同じ人口規模が 20 万人未満の構想区域は 339 の構想区域のうち 159 区域で 46.9%と約半数を占める¹。再編統合に関するキーワードの可視化は今後の議論の参考になる部分があると考えられる。

頻出した用語は、「医師」、「病院」、「医師派遣元の大学」であったこと、共起ネットワーク図から、この再編統合事例においては医師の派遣が大きなテーマであったことと考えることができる。図 1 をみると、③の分類では「救急」が「医師」と「医師派遣元の大学」と同一の分類で共起している。「救急」は頻出用語でも上位であり、医師派遣が救急医療、すなわち分析対象の構想区域の急性期医療のあり方と関連していると考えられ、KWIC コンコーダンスによる原文からも確認することができた。

また、①の分類では自治体や医師会がこの再編統合におけるステークホルダーであったこと、②の分類では再編統合前の病院の経営状況や施設基準が関連することがわかる。④の分類は隣接医療圏の状況に関するものであったが、このことは再編統合が当該構想区域のみではなく、より広い視点で地域をみる必要性を示唆しているともいえる。さらに⑦の分類では再編統合が難しいこと、再編統合する異なる組織の看護師の研修が重要なテーマであることも示唆されている。用語、機器等のみではなく組織文化が異なるので、その相違を小さくすることが課題となっていると考えられる。

このように再編統合に関するインタビューに頻出する用語と用語同士の共起関係から、その事例における質的に重要なテーマを定量的に可視化することができると考えられる。医療機関等の再編統合のプロセスはみえにくい。他の地域でも同様の課題を有している可能性があるため、そのような課題を抱えていた病院がどのように解決を図っていったのか等を掘り下げることで参考とすることができると考えられる。

E. 結論

本研究から公的病院と民間病院の2つの病院の再編統合事例に関する頻出語と共起関係が判明し、その特徴や課題について定量的に把握することができた。これらの課題の解決のためのアプローチ方法をより詳細に検証することで、再編統合に関する示唆を得られる可能性があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

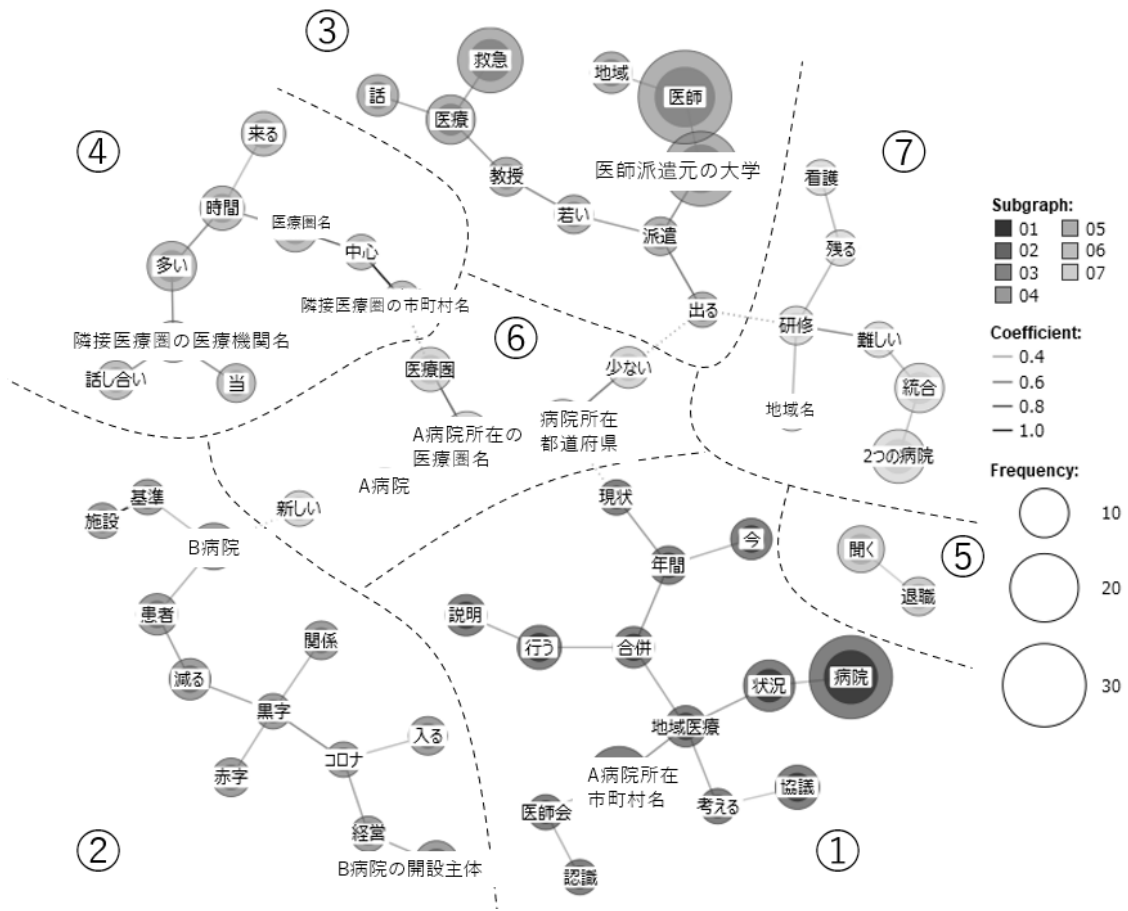
なし

I. 参考文献

1. 厚生労働省. 人口 100 万人以上の構想区域に係る分析について. 第 31 回地域医療構想に関するワーキンググループ. 2021

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000737489.pdf>

図1 公的病院と民間病院の再編統合に関する共起ネットワーク図



令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

地域医療構想の達成のための病院管理者向け

組織マネジメント研修プログラムの開発研究

分担研究報告書（繰越分）

病院幹部に対する参加型オンライン研修の工夫

研究分担者 種田憲一郎（国立保健医療科学院）

研究要旨

本研究は地域医療構想の達成のための研修プログラムを開発することを目的としているが、2021年度も新型コロナウイルス感染症による影響で、その感染拡大防止のために対面での集合研修は困難となり、多くの対面集合研修が中止・延期、またはオンライン上での研修となった。そこで本分担研究においては、オンライン研修であっても、より効果的な研修とするためにはどのような研修方法の工夫が必要であるか、研究分担者が実施したオンライン研修をレビューして検討した。その結果、完全なオンライン研修であっても、インタラクティブな参加型集合研修を実施することで、ほとんどの受講者が気づきを得て、業務に役立つ学びとなり、評価の高い研修を実施することが可能であった。「参加型」である研修の特徴は、主に以下の2つの要素が実施されている状況である：A) 受講者が語る、B) 受講者が作業をする。そして、このとき一緒に受講している仲間と共に学ぶことが特徴であり、複数の受講者が集合して学ぶ必要性・意義がある。今後感染の再拡大が避けられない状況においては、オンライン研修の実施は不可欠であるが、本研究で示唆された研修方法の工夫を実施することで、オンラインであってもより効果的な研修となることが期待される。

A. 研究目的

医療を取り巻く環境は大きく変化しつつあり、地域の医療を支える医療機関においても、その変化に適切に対応し、かつその変化を予測し、戦略的に対応し続けること、すなわち戦略的組織マネジメントが求められている。その地域の医療を支える医療機関の長である病院管理者は、医師として臨床には長けているが、管理者としては、多くの場合、組織マネジメントについて体系的に学習する機会がなく、その研修プログラムが求められている。

さらに個々の病院においては、人口高齢化に伴う医療ニーズの多様化、医療技術の進歩等による業務内容の専門分化と複雑化、診療科の特徴や地理的条件等による医療人材の確保が困難となるなど、病院職員の負担が課題となっている。これらについては、医師をはじめとする病院職員の働き方改革など、勤務環境の改善などが、国の施策として進められている。

このような医療機能分化や働き方改革等の施策に対応し、かつ安全で質が高く治療・ケアを効果的・効率的に提供するためには、各

病院の幹部職員の役割が極めて重要である。しかしながら、経営管理・組織運営・施設管理など病院の事業継続につながる人材育成については、病院の自助努力に任されており、病院の管理者を対象とした教育機会も限られている。このことから、地域の医療提供体制を確保するための地域医療構想を推進する上で、病院の幹部職員を対象とした体系的な研修プログラムを開発・提示する必要性が高まっている。

(新型コロナ感染症と研修体制)

一方で 2021 年度も新型コロナ感染症による影響で、その感染拡大防止のために対面での集合研修は困難となり、多くの集合研修が中止または延期となった。当該研究者の所属する国立保健医療科学院においても、2020 年 4 月から予定していたほとんどの研修において、対面での集合研修を中止し、可能な範囲で、オンライン上での研修として実施した。

通常の対面での集合研修の成果の一つは、研修後にも相談できる仲間づくりである。院内の集合研修においても、自身の所属部署を超えた組織横断的な、相談しやすい組織づくりが研修の成果の一つであると考えている。しかしながら、感染拡大に伴い、受講者同士の接触を制限するためにオンラインでの研修、とくにオンデマンドの個人での学習が急速に普及しており、そのような研修では、なかなか「お土産」を得ることが容易ではない。

また対面集合研修であっても、一方的な講義ではなく、インタラクティブな参加型の研修で、受講者が互いに多くの意見交換をする機会を設けて、何らかの気づきを得て、腑に落ちる学びを得て、翌日からの何らかのアクション・行動変容につなげられるよう、研修を企画・運営することが必要である。しかし

ながら、このような研修は「密」になりがちで、従来の対面集合研修が実施できない医療機関、団体が多くある。

(本研究の目的)

そこで、本研究は、地域医療の中心的役割を担う病院の幹部職員(病院長・事務部長・看護部長等)を対象とした人材育成のための研修プログラムを開発することを目的としているが、本分担研究においては、研修対象者(病院幹部職員など)が、対面集合に限らず、コロナ禍のオンライン研修であっても、どのような方法であれば、効果的な集合研修が実現できるのかを検討する。

B. 研究方法

当該研究者が 2021 年度に実施した研修(主催は国立保健医療科学院、某病院団体など)の実施方法とその研修評価をレビューした。これらの研修において、より効果的な研修が期待される研修方法として、一方通行の講義のみでなく、可能な限り、参加型でインタラクティブな方法で研修を試みた。

(倫理面への配慮)

本研究は承認された研修そのものを対象とし、個人を対象とせず、研修に参加した個人が特定されないよう得られた情報は匿名化されており、研究倫理面に関する事項はない。

C. 研究結果

2021 年度に実施した研修のうち、代表的な研修として、国立保健医療科学院において実施した病院幹部を対象とした研修(テーマは地域医療連携マネジメント)の評価を記載する。

研修受講者(13名):

- －医師 7 名（うち病院長 3 名、副病院長 3 名）
- －看護師 6 名（うち看護部長 1 名、副看護部長 4 名）

受講者の所属病院の規模：

約 70 床から約 600 床

研修期間：5 日間（約 34 時間）

研修体制：オンライン（Zoom）

研修方法：

- －事前課題（受講者の医療機関の課題把握）、
- －講義
- －グループワーク（1 グループ 3 から 4 名）
- －ビデオ視聴
- －ロールプレイ
- －Zoom 機能の活用（投票機能、チャット、ホワイトボードなど）
- －質問紙（戦略に関して）の回答・意見交換
- －課題解決のための取組み案のまとめ・発表
- －研修ふり返り（毎朝、最終日に川柳・短歌）

研修全体の評価：

（1）満足度

- とても良かった 10名 (76.9%)
- 概ね良かった 3名 (23.1%)
- どちらかという良かった 0名 (0.0%)
- 良くなかった 0名 (0.0%)
- 無回答 0名 (0.0%)

（2）業務に役立つか

- とても役に立つ 10名 (76.9%)
- 概ね役に立つ 3名 (23.1%)
- どちらかという役に立つ 0名 (0.0%)
- 役に立たない 0名 (0.0%)
- 無回答 0名 (0.0%)

（3）カリキュラム全体の構成

- とても良かった 6名 (46.2%)
- 概ね良かった 7名 (53.8%)
- どちらかという良かった 0名 (0.0%)
- 良くなかった 0名 (0.0%)
- 無回答 0名 (0.0%)

（4）カリキュラムの割合

- | | 講義の割合 | 演習の割合 |
|---------|------------|-------------|
| ● 多かった | 2名 (15.4%) | 2名 (15.4%) |
| ● 良い | 9名 (69.2%) | 11名 (84.6%) |
| ● 少なかった | 2名 (15.4%) | 0名 (0.0%) |
| ● 無回答 | 0名 (0.0%) | 0名 (0.0%) |

（5）開催期間・日数について

- 現状で良い 12名 (92.3%)
- 長い 0名 (0.0%)
- 短い 1名 (7.7%) (7日間希望)
- 無回答 0名 (0.0%)

（6）開始・終了時間について

- 現状で良い 13名 (100.0%)
- 時間変更が必要 0名 (0.0%)
- 無回答 0名 (0.0%)

自由記載：

- －「他のグループの発表、活発な質問を通し、多くの学びがありました」
- －「それぞれの課題を共有するとともに、解決へのステップの考え方等に学ぶことが多かったです」
- －「発表される方の企画書がしっかりとできていて、こういう風に作成するんだよというところが分かったような気がします。参考にして、自分でも作っていただければと思います。企画書の作成など全くしたことがなく、今後、

自分で何かを達成したいということへの対処法として、活かしていければと思います」

－「各々の立場、置かれた環境で、工夫して、連携を推進していくことが、大事だと感じました。5日間楽しく過ごせました」

－「地域医療連携についての地域包括ケアシステム等、基本的な考え方が理解できました。自施設の立ち位置を確認し、地域医療を推進するためのやるべきことや将来の計画策定の考え方について学ぶことができました」

－「地域病院の院長として、とるべき方向、その方法など 骨格をご指導いただいた」

川柳・短歌（研修全体のふり返り）：

- 人々中心 その人らしく 生きられる社会
- 医者不足 幸福連携 これにあり
- 改革に 抵抗勢力 当たり前 絶えざる変化も 心地よきかな
- 患者中心 改めて感じる 難しさ
- Zoomでも 感じる熱意 地域へと
- そろそろか 介護認定 我が人生！
- 地域への 参画急げ 時間ない！
- 顔が見え 上手くいきます 連携よ

- 地域とは 連携なくして 成り立たず
- 見る視点 変えると見える 解決策
- 地域のため みんなで目指そう フレッドを！
- ノーノーに ノーノー言わせぬ 戦略設計

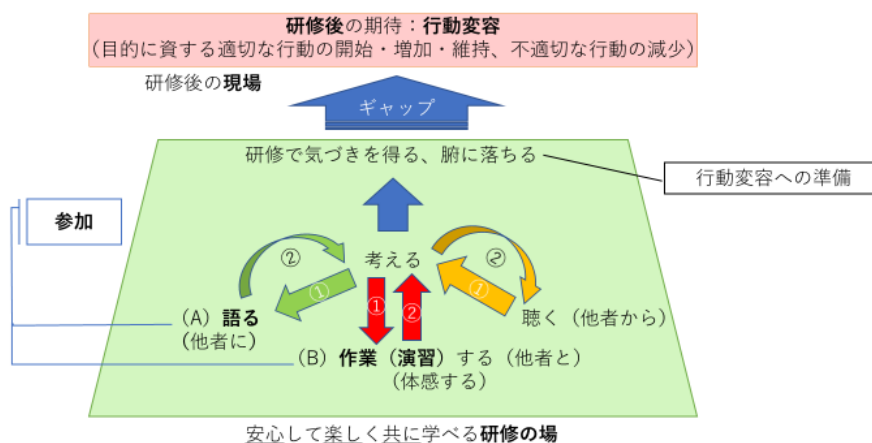
D. 考察

オンライン研修においても、従来の集合研修と同様に、参加型でインタラクティブな研修の工夫を実施することで、ほとんどの受講者が気づきを得て、業務に役立つ学びとなり、評価の高い研修を実施することが可能であった。あらためて、業務に役立つ参加型で集合して実施する研修の目的・特徴について、以下に考察する。

1) 参加型集合研修の目的（図）

受講する受講者の貴重な時間を拘束する集合研修において、可能な限り「楽しく学ぶ（楽しく+学ぶ）」機会とし（単に楽しいだけではなく）、受講者の一人ひとりが何らかの気づきを得て、研修終了後には、研修の目的に資する何らかの行動変容につなげることが期待され

図) 参加型集合研修の目的・特徴



る。ここでいう行動変容とは、研修目的に資する何らかの行動を（まだ実施していない行動であれば）新たに開始すること、既に実施している行動であればその行動の頻度を増加・維持すること、そして逆に不適切な行動を減少させる・止めることである。

しかしながら「安心して楽しく共に学べる研修の場」と「研修後の現場」との間には、期待される行動を実践する観点からは、大きなギャップがある。即ち、研修の場では実現できると考えられた行動を、実際の現場では実践することが困難となることがある。このギャップを埋めるための行動変容は、受講者が単に一方的な講義を聞くだけの受け身の研修では実現が困難と思われる。研修のテーマに関して受講者が主体的に考える機会が多い「参加型」であることがより効果的である。即ち、考えることで、何らかの気づきを得て、腑に落ちる学びとなり、研修後の行動変容への準備ができ、現場での行動変容が起きる可能性が高まると考えられる。そして行動変容の準備のために考慮しておくべきことは、「安心して（psychological safety）楽しく学べる研修の場」を創る様々な工夫と配慮である。更に、研修後に学びを実践する現場においても、行動変容の実現を高める現場での工夫と支援も必要である。

2) 参加型集合研修の特徴 (図)

それでは、行動変容を高める「参加型」である研修方法の特徴について考察する。講師が教えたこと（教えるべきと考えたこと）を一方的に伝える「講師中心」ではなく、受講者が主体的に考え、気づきを得る「受講者中心」の研修である (図、表)。そして参加型の研修では、主に以下の2つの要素が実施されている

状況である。このとき一緒に受講している仲間と共に学ぶことが特徴であり、複数の受講者が集合して学ぶ必要性を示している。

A) 受講者が語る：

受講者が自分の意見等を語る（記載する）機会をつくる。語るために受講者は考え、受講者は自分の意見等を語り（または記載し）言語化・可視化することによって、自分の意見等を整理し、自ら気づきを得ることができる（コーチングでは「オートクライン」とも呼ばれる）。また、同じ立場である受講者の誰かが、その場において語るため、同時に他の受講者は、強制されることなく、必然的にその意見等をより関心をもって聴く機会となる。演題の上から話す専門家（受講者の立場とは異なる）の講師の一方的な講義を「聞く」（または聞かされる）こととは異なり、「そんな考えもあるのか」など、仲間と共に学ぶことで新たな気づきを得て、より行動変容を促進する機会となる。このことは、いわゆる「ナッジ」の考え方が応用されているとも考えられる。

B) 受講者が作業する：

受講者は何らかの作業（演習）を課されることで、自ら考えることが必要となり、何らかの気づきを得る機会となる。実際に手を動かす作業だけでなく、クイズなどの問いかけをして、自ら考えさせる演習も気づき得るよい機会となる。また、作業（演習）には、1人で実施できること、2人組みで実施すること、そして3人以上で実施することなどの工夫ができる。それによって、他の受講者と共に学び、受講者が語る機会がさらに増え、またより楽しく学ぶ機会となる。

これらの2つの要素を満たす作業を介して得られた気づきは、自分自身の考えであり、行動変容にもつながりやすいと考えられる。

3) 参加型集合研修の特徴（講義との比較）（表）

いわゆる一方的な講義と比較して、参加型集合研修（以下、参加型）の特徴を整理し、考察した（表）。講義は会話の方向性がしばしば一方向である。そのため講義では、講師の話術による影響が大きく、一部の講師を除けば、講師の多くは内容の専門家であっても、必ずしも上手く話す訓練を受けていないので、往々にして講義は一方的に「教える」という学びのスタイルであり、受講者にとっては聴覚的・視覚的な刺激が単調・限定的で、聞かされている・眺めるという状況となる。更に、自らの意見等を語る・作業するという機会もないので、徐々に居眠りをする受講者が見られることも少なくない。その結果、受講者が考えること、気づきを得る機会も少なく、楽しい経験が得られず、むしろ講義が苦痛となり、時に新たなことの学びへの抵抗が増し、行動変容の準備・期待がほとんど持てない状態となる。

これに対して参加型では、会話の方向性が講

師と受講者との双方向であり、更に複数の受講者同士を含めて多方向となる。「ともに学ぶ」学びのスタイルであり、そのための工夫・仕掛けをすることで、講師の話術の影響は小さくなる。即ち、講師の話術に左右されず、受講者は他の受講者の発言に対して関心を持って聴き、観察し、聴覚的・視覚的な刺激が増す。その結果、受講者が自らの意見等を「語る（表出する）」機会が増え、また作業（演習）をすることで、受講者が考えること、気づきを得る機会が多くなり、楽しい経験が得られることも多くなると考えられる。これによって、新たなことの学びへの抵抗は減少し（unfreezing（解氷）された状態）、行動変容の準備がより高まることが期待される。

これらの特徴は、オンライン研修に限らず、対面集合研修においても同様である。

E. 結論

オンラインの研修であっても、参加型でイン

表) 参加型集合研修の特徴（講義との比較）

	(いわゆる) 講義	参加型集合研修
会話の方向性	一方向 	双方向～多方向 
学びのスタイル	教える	ともに学ぶ
講師の話術の影響*	大	小
聴覚への刺激	0～(++)* 聞く（聞こえる、聞かされる）	+～+++ 聴く（関心をもって聴く）
視覚への刺激	0～(++)* 見る（見える、眺める）	+～+++ 観る（観察する）
語る（表出する）	0	+～+++
作業（演習）する	0	+～+++ 
考える	0～(++)*	+～+++ 
気づき	0～0	0～000
楽しい	0～(++)*   	+～+++  
学び（変化）への抵抗	不変～むしろ増加、ときに減少	減少（unfreezing 解氷）
行動変容の準備・期待	0～+	+～+++

タラクティブな研修の工夫を実施することで、ほとんどの受講者が気づきを得て、業務に役立つ学びとなり、評価の高い研修を実施することが可能である。

「参加型」である研修の特徴は、主に以下の2つの要素が実施されている状況である：A) 受講者が語る、B) 受講者が作業をする。そして、このとき一緒に受講している仲間と共に学ぶことが特徴であり、複数の受講者が集合して学ぶ必要性・意義がある。

病院幹部を対象としたオンラインの参加型研修の評価からは、オンデマンドの単独での研修では得られない、また一方的な講義を聞くなどでは達成できない、効果的な研修であるエビデンスが示唆されている。

また、昨年度（令和2年度）の研究においては、オンライン研修を一人で実施することは困難であるが、オンライン研修の特徴を理解し、複数の人員でチームとして取り組むことで、完全なオンライン研修であっても、楽しく学べて、業務に役立つ、他人に推薦したいと感じる研修を実現できることを示した。

今後も感染の再拡大が避けられない状況においては、オンライン研修の実施は不可欠であるが、本研究で示唆された研修方法の工夫を実施することで、オンラインであってもより効果的な研修となることが期待される。

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

地域医療構想の達成のための病院管理者向け

組織マネジメント研修プログラムの開発研究

分担研究報告書（繰越分）

地域医療構想の達成のための病院管理者向け研修の企画と評価

研究分担者 小林 健一（国立保健医療科学院）

研究要旨

本研究は、近年重要な医療施策として進められている地域医療構想の達成に資するために、病院管理者を対象とした人材育成プログラムを開発・実施・評価することを目的としている。

地域医療構想にはさまざまな要素が含まれているが、すでにいくつかの地域で事例が出てきている医療機関の再編統合は、重要なテーマだと思われる。一方で、地域医療構想とは別の文脈ではあるが、医師をはじめとする医療従事者の働き方改革についても、重要な施策として進められている。とくに医師の働き方改革は、各病院が提供する医療サービスに大きな影響を与えることから、地域医療構想との関連は大きいものである。

そこで本研究では、①病院の再編統合、②医師の働き方改革、の2つを重点テーマとした病院幹部職員向け研修プログラムを開発し、国立保健医療科学院において実際に研修を実施することにより、地域医療構想の達成のために必要な病院管理者向け研修の企画と評価を行った。なお今年度も令和2年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響のため、すべてのプログラムをZoomによるオンライン形式で研修を実施した。

A. 研究目的

本研究は、地域医療構想の達成に資するために、病院管理者を対象とした人材育成プログラムを開発・実施・評価することを目的としている。地域医療構想にはさまざまな要素が含まれているが、すでにいくつかの地域で事例が出てきている医療機関の再編統合は、重要なテーマだと思われる。とくに人口減少が予測される地域においては、医療従事者の確保や、医療機関の施設（再）整備にかかる財源確保は、喫緊の課題であるといえる。

一方で、地域医療構想とは別の文脈ではあるが、医師をはじめとする医療従事者の働き

方改革についても、重要な施策として進められている。とくに医師の働き方改革は、各病院が提供する医療サービスに大きな影響を与えることから、地域医療構想との関連は大きいものである。

そこで本研究では、①病院の再編統合、②医師の働き方改革、の2つを重点テーマとした研修プログラムを開発し、国立保健医療科学院において実際に研修を実施することにより、地域医療構想の達成のために必要な病院管理者向け研修の企画と評価を行った。

B. 研究方法

国立保健医療科学院では、自治体職員や病院職員を対象とした研修を実施しているが、地域医療構想をはじめとする喫緊の医療政策推進に直接的に資する研修は存在しない。そこで本研究では、厚生労働省医政局地域医療計画課、同医療経営支援課と緊密な連携をとりつつ研修プログラムを開発した。この研修プログラムは、これまでに本研究班で実施した調査結果から得られた知見をもととして開発したものであり、受講者からのフィードバックや関連政策の進捗状況に応じて随時見直しを行う前提で設計されている。今年度は前年度に引き続き、地域医療構想における医療機関の再編統合を重点事項として位置づけ、再編統合を題材としたケースメソッド方式による演習を中心に据えて研修プログラムを構成した。

研修の告知と受講者の募集については、厚生労働省医政局地域医療計画課から都道府県の地域医療構想担当課あてに事務連絡を发出し、受講者の推薦を依頼した。都道府県からの受講推薦者リストを国立保健医療科学院において受領し、その後の事務連絡等は国立保健医療科学院において行った。研修は2回実施したが、その内容は同一である。

研修受講者からのプログラムに対する評価をアンケートにより実施し、地域医療構想の実現・働き方改革の推進に資する研修のあり方について検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報や人、動物を被験者等として取扱う研究ではないため、倫理上の問題は生じない。

C. 研究結果

令和3年度には病院管理者向け研修を、第1回(令和3年12月14日～15日の2日間)、

第2回(令和4年1月18日～19日の2日間)の計2回開催した。

所属病院の設立主体別にみた修了者数は下表の通りであった。

受講者所属病院の設立主体	第1回	第2回
公立	5	6
日本赤十字	3	4
大学病院	2	2
(独法) 国立病院機構	1	1
(独法) 労働者健康安全機構	2	1
(独法) 地域医療機能推進機構	1	0
その他(医療法人、国民健康保険等)	10	15
計	24	29

職種別にみると、第1回は医師17名・事務7名であり、第2回は医師18名・看護師1名・事務10名であった。職階では病院長の参加が最も多かった。

C. 受講者による研修の評価

研修の全体的な評価について、研修終了後のアンケートから抜粋する。

(1) 満足度について

第1回研修

1. とても良かった	13名(54.2%)
2. 概ね良かった	7名(29.2%)
3. どちらかという良かった	4名(16.7%)
4. 良くなかった	0名(0.0%)
無回答	0名(0.0%)

第2回研修

1. とても良かった	8名(27.6%)
2. 概ね良かった	20名(69.0%)
3. どちらかという良かった	1名(3.4%)
4. 良くなかった	0名(0.0%)
無回答	0名(0.0%)

全体的な満足度については、「とても良かった」と「概ね良かった」を合わせると80%を超えており、高評価であった。

(2) 業務に役立つか

第1回研修

1. とても役に立つ	17名(70.8%)
2. 概ね役に立つ	6名(25.0%)
3. どちらかという役に立つ	1名(4.2%)
4. 役に立たない	0名(0.0%)
無回答	0名(0.0%)

第2回研修

1. とても役に立つ	9名(31.0%)
2. 概ね役に立つ	19名(65.5%)
3. どちらかという役に立つ	1名(3.4%)
4. 役に立たない	0名(0.0%)
無回答	0名(0.0%)

業務への役立ち度については、第1回研修では「とても」71%と高かったのに対して、第2回研修では31%と総体的に低かった。プログラム内容は同一であるので、受講者の知識・技術の状況によって研修に対する評価が異なったものと考えられる。

(3) 研修内容についての個別意見

研修プログラム内容について自由記載いただいた個別意見を抜粋する。

【第1回】

・エリアがバッティングしないからこそ本音で語れる場作りが ZOOM でこそ実現できた研修だと感じております。この研修のような議論が地域医療構想調整会議でも出来ると良いのでしょうか…。

・今回の2つのテーマにおいて、各病院の規模や設立母体の違いなどで比較するのは非常に難しいと感じました。特に、地域医療構想

は、各々の医療機関の医療圏における役割がちがうので、難しいです。

・地域医療構想等がメインなので、高度急性期病院や急性期病院の話が中心であることは理解していたが、当院のような回復期病院が参加する必要性があったのかどうか、疑問。最初から高度急性期病院・急性期病院限定対象の研修にした方が良かったのではないかと、考える。

・地域医療構想や働き方改革についての理解が深まりました。両日とも密度の高い研修だったと思います。欲を言えば、参加者との意見交換する時間が欲しかったです。参加された医療機関の規模や地域の実状がわからず、グループワークしても聞き手に伝わりにくいのではないかと思います。

【第2回】

・地域医療構想、働き方改革ともまだまだ先は長いと思います。今後複数回参加できる機会があるとありがたいと思います。Web 研修であれば比較的容易にできるのではないのでしょうか？Web 研修は大人数になるとやや散漫になりますが、スモールグループディスカッションならリアルと大差ないように思います。なお、その場合は最初から最後まで全員ミュートは外して参加するのがよいのではないのでしょうか。

・参加する病院の規模において、同程度のグループで検討する機会があればよいと思います。500床以上・医師数百人の大病院と、200床未満・医師2、30名の中小病院では、問題に対するアプローチも全く違ってくると思われます。

・人口の多い地域と少ないところでは、かなり条件が違うので、その辺り、考え方の良いモデルなり、示して貰えれば話し合いが進むように思います。

今年度の研修受講者からの自由意見では、受講者の病院の病床規模や設立主体、医療機能についての意見が目立っていた。地域医療構想や医師の働き方改革は、すべての病院が関連する施策であるものの、高度急性期・急性期病院が地域医療構想の議論の中心であるので回復期病院（自院）には関係ない、という受け止めも見られた。

また令和4年度も昨年度に引き続きオンライン形式で研修を実施したが、厚生労働省の講義（地域医療構想、働き方改革）を動画撮影して遠隔教育システムに掲載し、事前に視聴しておくことを義務づけて、研修日には質疑応答と補足講義を行った。この方法は多忙な病院幹部職員にとって利便性が高く、また動画視聴とともに質問を事前に提出してもらったことで、より効果的な学びとなったと考える。

D. 考察

地域医療構想と医師の働き方改革という2大重要施策について企画した本研修は、満足度・役立ち度ともに一定の評価を受けたものとする。ただし研修受講者の選定方法や、研修プログラム内容について、引き続き検討・改善を講じる必要がある。

（研修受講者の選定について）

研修受講者の選定については、地域の状況がさまざまであることから、都道府県の医療政策（地域医療構想）担当課に一任したが、地域における基幹病院の長を推薦した自治体と、機能の見直しが必要な病院の長を推薦した自治体が混在していた。また地域医療構想アドバイザーが受講すべきであるとの意見も複数みられた。

現時点においては、研修受講の選定要件を画一的に定めるのではなく、選定の自由度を残すことが求められると考えられるが、今後の地域医療構想の策定状況に応じて、受講者の選定要件を絞り込むことも選択肢として考えられる。

（研修プログラム内容について）

施策説明の講義はオンデマンド動画配信により受講する方法は、多忙な病院長にとって利便性が高いものとして高評価であった。また科目としては、データの分析手法、ケースメソッドによる医療機関の再編統合に関する演習、働き方改革に関する講義と演習については、とくに高い評価を得ることができた。

一方で、受講者の病院およびその地域が抱える課題をもとにした演習を充実させてはどうかとの意見もみられた。

E. 結論

医療政策にはさまざまな課題があるが、自治体職員だけでなく実際に医療サービスを提供する病院等の医療機関が、当該医療政策の意義やねらいについて正しく理解し、実践する必要がある。とくにトップである病院長が、政策の推進に向けて具体的な検討・意思決定を行うことが、地域医療構想の達成、医師の働き方改革の推進において欠かせないものと思われる。医療政策の理念をどのように具体的な行動へ落とし込むかは、重要かつ難しい課題であり、研修内容・実施方法についてPDCAサイクルを継続して改善を図ることが重要と考える。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし。
2. 学会発表 該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし。
2. 実用新案登録 該当なし。

研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし