

# 東京都支部主催 地域研究交流会

東京都支部 研究会成果発表  
抄録集

【日時】 平成30年2月2日（金）

【会場】 ホスピタルプラザビル2F



# テーマ:地域包括ケアシステムのための円滑な連携を支える MSW の役割

平成 30 年 2 月 2 日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
中小病院研究会 田中 律子

## I. はじめに

独居高齢者や認知症患者が増加する中、地域医療連携室では、退院支援、療養中の相談、社会復帰援助、受診・受療援助、経済的問題の解決、調整援助、地域活動などの業務が求められる。MSW (Medical Social Worker) が主となるが、その役割は不明瞭である。

本研究では退院支援を担う人員、特に MSW の業務や知識と病床稼働率や在宅復帰率など経営面との関係性を把握する。

## II. 方法

### (1) 文献調査

(2) アンケート調査 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会会員 (東京) など 130 病院 (回収数: 20 病院)

(3) ヒアリング 「共有」「地域医療連携室 10 人以上」「在宅復帰率 85%以上」の 2 病院

## III. 結果

### (1) 文献調査結果

MSW の相談業務のうち「退院後」や「在宅ケア」が高齢者に特徴的である。この 2 つは 1 件当たりの相談時間が長く高齢者の相談は、他世代よりも処理時間を多く要し、高齢化により業務量の増加が予測される。「退院後」「在宅ケア」相談業務の効率化は MSW の機能強化に繋がる可能性がある。相談時間の短縮には、地域資源の円滑な入手と情報の「共有」が必須であると予測される。

### (2) アンケート調査結果

回復期リハ専門病院は、4 病院だけであり、その他は、一般病床、回復期、療養病床など複数の病床機能を有する。平均 190.1 床。4 病院を除き約 60 床から 200 床。退院支援担当は、社会福祉士 59.8%、看護師 15.2%、事

務 8.9%、精神保健福祉士 5.7%、介護支援専門 2.6%、医師 4.0%。組合せや割合は多様。

退院支援担当は 1 病院当たり 2~12 人 (平均 6.27 人)、平均 30.47 床に 1 人配置。社会福祉士は平均 50.9 床に 1 人で分散傾向。

MSW の 6 つの業務のうち「退院援助」は 48.5%。「障害者総合支援法・制度 (65.0%)」「近隣自治体の各種助成制度 (65.0%)」「連携先のサービスの実際の質 (60.0%)」の情報不足。社会資源の入手方法は、「地域の各種会合への参加 (85.0%)」「連携先からの来院による情報入手 (70.0%)」「医療機関及び事業所への訪問 (60.0%)」、院内からは少ない。

連絡先の管理方法は、「担当ごとに管理し、共有 (以下、「共有」) (65.0%)」、退院支援担当の職員数は比較的多いが、人数との関係とは言い切れない。退院支援担当の業務(「共有」)は、病床稼働率は関連性が確認できなかったが、在宅復帰率は関係する可能性が高い。

### (3) ヒアリング調査結果

#### ①リハビリテーション病院

開業 4 年。在宅復帰率 91.1%、連携室 1 人当たり病床数 24.4 人、社会福祉士 1 人当たり病床数 27.5。社会福祉士 7 人 (うち 1 人は事務長)、事務 1 人、看護師 1 人、計 9 人。事務長を含む社会福祉士が中心。

情報入手先	方法
①院内	病棟ラウンド、朝礼・夕礼、病棟カンファ、回診同行。
②院外	(1) 対医療機関 開業より近隣の急性期病院の医師およびコメディカルを含む各職種対象の講習会を定期的に開催、特に症例検討会を中心に実施。
	(2) 対介護事業所 会合参加、来院時の見学対応の整備。
	(3) 対地域 マラソン大会など地域行事参加。地域医療機関との関係作りを組織的に実施。

患者は広域にわたるが社会資源は近隣対象に開業時の一覧表を担当者ごとに更新し共有。入院時から MSW が関与、多職種共有を前提。

## ②総合病院

開業 80 年（地域医療総合支援センター設置から 3 年）。在宅復帰率 85.0%、連携室 1 人当たり病床数 32.2 人、社会福祉士 1 人当たり病床数 80.5。社会福祉士、事務各 4 人（うち 1 人は事務次長）、看護師 2 人、医師 4 人（兼務のみ）、計 14 人。

情報入手先	方法	
①院内	病棟ラウンド、朝礼、病棟カンファ。	
②院外	(1) 対医療機関	在宅療養後方支援患者を対象として「あんしん連携カード」を発行、元勤務医が近隣に開業、紹介元となる。
	(2) 対介護事業所	会合参加、来院対応。訪問など顔の見える関係を重視。
	(3) 対地域	創業80年の実績より地域密着型として地域に浸透。

医事課の延長から地域医療連携室に拡大。事務は、他医療機関からの紹介患者、看護師は 65 歳以上の緊急入院患者、MSW は療養病床、回復期リハ病床の患者を担当。判断に悩むケースは、医師の助言を得る。

## IV. 考察

地域資源情報の活用までは、①知る、②調べる、③確かめる、④マッチング、⑤調整、⑥活用の 6 段階を経ると定義できる。

業務	段階	目的
ネットワークと情報の整理 (広く・浅く・間接的)	① 知る	情報の『存在』を知る
	② 調べる	情報の『機能』を知る
	③ 確かめる	情報の『信頼性』を知る
調整と事務手続き (狭く・深く・直接的)	④ マッチング	情報との『相性』を知る
	⑤ 調整	情報との『タイミング』を知る
	⑥ 活用	情報の活用

①～③は広く、浅い、間接的関係により情報を得る段階。特に③の段階では、多くの関係機関との接点を持つことにより浅い関係で双方の存在を確かめる段階。対象が多く情報の整理が必要となる。この段階を組織的に行えば、ネットワークの拡大スピードを速め信頼性が高まり継続性が担保され、MSW が患

者に紹介する選択肢が拡大する。

④～⑥は狭く（限定的）、深い、直接的関係により業務を行い、患者への紹介先を選定する段階。患者の状態やニーズ、必要な時期への適合を見極めることが必要。関係機関や患者との調整と事務手続きが求められ、事務処理の簡略化や事務職との分担が重要となる。

MSW は、地域の医療機関、医療機器、自治体の各種助成制度、介護事業や福祉用具、障害者総合支援法など多様な地域資源を駆使し、退院支援を行う。MSW が全ての知識を深く持つことは難しく、疾病や医療機器、福祉用具に関しては院内の医師や看護師、理学療法士などに助言を得る必要がある。

組織的ネットワーク作りと院内連携、事務職との役割分担を行うことが、地域資源を駆使した MSW の専門性をより生かせる環境を整え、円滑な退院支援を導くと想定される。

## V. おわりに

MSW の業務はヒアリング能力や柔軟な発想など、高度な専門的な能力が求められる。近年、人力的な問題も含めて看護師のみの退院支援では難しい時代であり、地域社会との繋がりの大きい MSW の役割がさらに必要とされている。信頼の高く、かつ迅速な対応を可能にするためにも MSW の役割が組織内で明確になり、退院支援などに関して組織的な取り組みが行われることに期待したい。

□共同研究者

石井秀明、小野田昭弘、折笠勉、栗原誠、小林和子、白木秀典、鈴木孝典、森原緑、横田等悟、小川 純、加藤仁志、道下洋夫、藤本功二、下川芳史、坂田信及、渡辺孝浩、北島亜紀、大谷勇作、飯塚博、小林直樹、山下靖人、平岡卓、松岡浩正、鶴飼耕一郎、吉田朋子、遠藤真人、佐伯嘉昭、林賢二、山下徳康、関こころ、松田祐晴、高橋溪介、吉崎隆

## テーマ:「看護必要度の見える化ツール」の開発

平成 30 年 2 月 2 日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
DPC 実践研究会 畑山宏大、吉崎隆

### I. はじめに

皆さんは、DPC データを提出している病院が全国に現在どのくらいあるかご存じだろうか。2016 年 7 月時点で、3,255 の病院が DPC データの作成と提出を行っている(中医協「主な施設基準の届出状況より出典)。

3,255 病院のうち、DPC/PDPS 制度に加入している「DPC 対象病院」の数はおよそ半数(1,664 病院)に過ぎず、残り 1,591 病院は「出来高病院(非 DPC 病院)」が占めている。DPC データを提出している出来高病院が全国に数多く存在しているといえる。

出来高病院が DPC データを提出している背景として、2014 年度以降の診療報酬改定が関係している。2014 年度以降、DPC データの提出が一部の病棟に「義務化」されたのである。一般病棟の「7 対 1」または「10 対 1」を届け出ている病院(10 対 1 については一般病床 200 床以上の病院が対象)、あるいは「地域包括ケア病棟」を届け出ている病院について DPC データの提出が義務化された。

さらに、2018 年度の改定では、「回復期リハビリテーション病棟」や「療養病棟」を有する病院についても、DPC データの提出を義務化する方向性が示されている。これまで DPC データは「急性期病院」を対象としたものという認識が一般的であったが、今後は DPC データを提出する病院は、「回復期病院」や「療養病院」にも広がっていくことになる。将来的に DPC データの提出が日本の病院全体へと拡大していく日もそう遠くはないかもしれない。

さて、DPC データを取り巻く環境が大きく変わる中、今回の研究では DPC データのひ

つつ「看護必要度データ」を使用して、病院の看護必要度を「見える化」することをテーマに研究を実施した。

### II. 研究の目的

看護必要度は、急性期の病棟を対象に導入されている施設基準のひとつである。

具体的には、一般病棟 7 対 1 を取得するためには、「看護必要度の該当割合:25%以上」という基準を満たす必要がある(2016 年度改定時点の基準)。仮に、看護必要度該当割合が 25%を下回ってしまった病院では、7 対 1 を取り下げて、10 対 1 に変更しなければならず、病院の入院収入が大幅に低下する事態となる。

そのため、「看護必要度該当割合:25%以上」という基準を安定的に維持するために、7 対 1 病棟を有する各病院では、「何が課題なのか」を分析し、「改善に向けた方策」を立案するというプロセスが求められている。

本研究では、看護必要度が見える化する「ツール」を開発するとともに、あるモデル病院を対象に、看護必要度該当割合を高めるための方策について検討を行った。

### III. 方法

まず、本研究では、見える化ツールを開発するため、「QlikSense (クリックセンス) (QlikTech International AB.) と呼ばれる分析ソフトの無償版を活用した。

QlikSense に、DPC データの「H ファイル(看護必要度データ)」と「D ファイル(レセプトデータ)」を読み込ませ、データを色々な角度からビジュアライズできるツールを作成した。

本ツール(看護必要度に見える化ツール)の特長として、「仮説⇒検証」という分析のプ

ロセスを即座に回すことができ、かつ、IT にあまり詳しくない人でも扱いやすいという点が挙げられる。

今回は、本ツールを使用して、あるモデル病院（X 病院）の DPC データを分析し、X 病院の課題と、改善の方向性について検討を行った。

#### IV. 結果

以下に、X 病院の看護必要度を見える化した結果について述べる。

X 病院の看護必要度該当割合を疾患別に見た場合、「呼吸器系疾患」や「循環器系疾患」では該当割合が高いものの、「神経系疾患」などでは該当割合が低い傾向が見られた（図表 1）。では、神経系疾患のうち、どの疾患で該当割合が低いのか、さらに掘り下げて分析すると、X 病院で患者数の多い「脳梗塞」について該当割合が 25%を下回る水準であることがわかった。

そこで次に、脳梗塞の患者について、「入院経過日」ごとに該当割合の変化を調べた（図表 2）。その結果、入院 4 日目までは該当割合が 25%を超える水準にあるものの、5 日目以降は、該当割合が 25%を下回ることが明らかとなった。すなわち、脳梗塞で 5 日間で以降入院している患者の多くは、看護必要度の基準に該当しておらず、X 病院の該当割合の低下の一因になっていると考えられた。

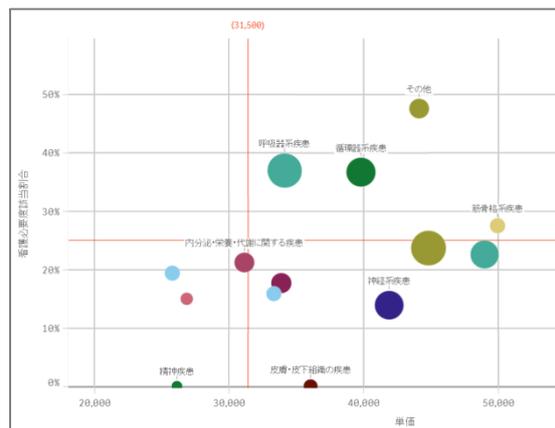
#### V. 考察

X 病院の脳梗塞の患者について、該当割合が入院 5 日目以降低くなるというのは、その期間、「急性期的な患者」が減って、「回復期的な患者」の構成が増えることを意味する。

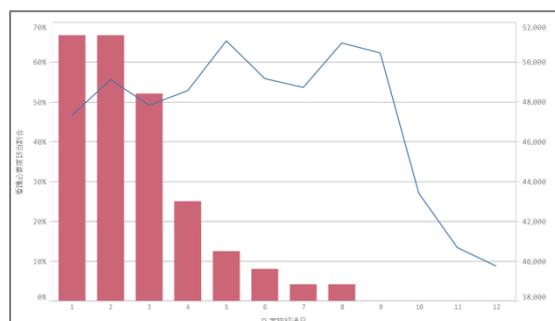
そこで、X 病院の看護必要度該当割合を改善するための方向性のひとつとして、脳梗塞の患者に対する「リハビリテーション治療や退院支援」を、一般病棟ではなく「回復期機

能の病棟」で行う仕組みへと切り替えるという方が挙げられる。そのために、X 病院の病棟構成や後方連携を再検討し、回復期の患者にリハビリテーション等の適切な治療が提供されるような対策が X 病院には求められるといえる。

●図表 1 疾患別の看護必要度該当割合



●図表 2 入院経過日別の該当割合（脳梗塞）



#### 《当研究会の活動方針》

- ①DPC データ等に関する見識を深める。
- ②DPC データ等を使用した調査・研究を行う。
- ③DPC データを活用する人を増やしていく。

運営責任者：吉崎隆（東京都支部 理事）

yoshizakitakashi@gmail.com

#### 《当研究会の構成員》

コンサルタント業、税理士、医療機器メーカー、製薬会社、広告会社など 17 名。

#### 《当研究会の学会発表実績》

- ・2013 年度 秋田大会（学会最優秀賞）
- ・2014 年度 東京大会（優秀論文賞）
- ・2015 年度 大阪大会

## テーマ：医療機関の運営におけるブランディングの有用性に関する考察

平成 30 年 2 月 2 日

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
メディカルブランディング研究会 池田 利彦

### I. はじめに (実務・研究の背景・目的)

メディカルブランディング研究会は 2017 年 4 月に発足し 2018 年 1 月現在までに 8 回程度研究会を開催した。『医療機関のブランディング』と言った比較的新しい概念に対して、その本質や要素、手法、実務への導入可能性について、様々な視点から調査・研究に取り組んできた。

全国に医療機関が 17 万 9 千軒（医療施設動態調査 2017 年 10 月時点）ある中で、集患機能が果たしている医療機関と、そうでない医療機関が存在する。すでに地方では高齢化とともに人口減少が始まり、受診する患者が減少してきていると聞く。今後は一部の大都市を除き、全国的に医療の供給過剰な状況が発生することは必至とみられる。

「ブランディング」によって地域で競合する医療機関との差別化を図ることで、自院の絶対的な価値を生み出し、患者の心理的な評価を高めて、優位に存在感を確立させるための手法を開発することで、存続の危機に瀕しているクライアントの医療機関を支援することを目的に、調査・研究を進めているところである。

### II. 方法 (実務・研究に関する手法)

本研究会では、『医療機関のブランディング』について、研究会活動において会員同士の意見交換により多角的な視点から考察した。また、「ブランド」の概念、「ブランディング」について、インターネット、書籍、雑誌等により情報収集・分析した。様々な医療機関のウェブサイト等を閲覧し、「ブランド」として評価されると考えられる事案や「ブランディング」を意識していると思われるサービスや

活動等について注目し定量化を試みた。その他、個別の医療機関について、会員から提供された各種資料により建築物、設備、内装、医療機器、動線、医療提供体制、職員配置等を調査し、「ブランディング」手法を探索した。実際に医療機関を支援した事案には及ばないが、他のコンサルタントによる支援事例を題材として、その手法や効果を検証した。

### III. 結果 (実務・研究の結果・成果)

研究会員同士の情報交換や自由討議により、『医療機関のブランディング』には、様々な「要素」が存在することが確認された。ビジョンや理念、建築物、職員、待遇、医師、専門性、雰囲気、ロゴマーク、連携、診療実績、立地、居心地、福利厚生等、また、内容についても有形・無形、ハード・ソフト、医師・職員等の資質、また職場の待遇など、その切り口は多様であり、有意差が顕著であった。

実際の「ブランディング」事例については、事業拡大などにより組織運営が困難となった状況や職種間の壁により業務が円滑に機能しにくくなった場合において、「ブランディング」により組織が活性化されるとともに、職員間の交流が促進され、モチベーションが向上したケースがみられた。支援内容については、月 1～2 回、1 回 2 時間程度で部門の若手スタッフ数名により概ね 6 ヶ月間程度ミーティングを継続した。その際、院長や医療機関の管理職は介入せずに、若手スタッフが自由に発言できる環境を演出した。

最初に、職員間の相互理解を促し、目的やゴール設定を明確化した。次に、地域分析や 3C 分析等により、自院の強みや競合の状況、患者のニーズ等を明確化した後、参加者全員

が合意できる「ブランドアイデンティティ」を構築した。そして「ブランドアイデンティティ」に基づき、「推奨規定」、「禁止規定」を策定する。その際特に重要なのは、企業理念や経営方針などの理解と共有である。各部門が経営理念等に沿った「ブランドアイデンティティ」を常に意識して業務に取り組む事で、組織内ばかりでなく自院の魅力を地域へ発信する広告塔として機能することが期待される。また、「ブランド要素」や「ブランド体験」を発信する際には、①一貫性があること、②意図的な広報活動、そして③継続性のある実践、が必要である。また、支援事例のひとつに、KPI、KGI等を設定した「報告書」を作成し、職員が常時携帯して進捗状況が確認できるように工夫したケースも存在した。なお、確立された「ブランド」は知的財産となり、資産として企業の価値になり得るものである。

#### IV. 考察（結果の考察・評価）

『医療機関のブランディング』を実践するにあたり、院長や医療機関の管理職を介さず、参加者が自由に発言できる環境を創出した点は有意義と考えられる。また、医療従事者は患者を中心とした連携が重要となるため、製造業等における組織構造と比較して「ブランディング」による組織力の向上は、高い効果が得られる可能性があると考えられる。

ブランド戦略においては、医療機関内部や協力企業等に対して働きかける「インターナルブランディング」と、患者・家族や地域に対して行う「エクスターナルブランディング」の2通りの考え方で整理したい。今回の事例は「インターナルブランディング」の実践となるが、経営理念やビジョン等に基づいて、地域における医療提供体制、医師、医療従事者等、全職員が一体的にブランディングされた医療サービスを提供することにより、患者

がその医療機関のファンとなり、更に口コミ等の波及効果を及ぼすことで、集患に対する投資を抑制し、更に「ブランディング」したことによって、職員の統合された行動変容をもたらし、職員のモチベーションの向上と高い定着率が実現されることを、我々メディカルブランディング研究会において検証したい。

また、「エクスターナルブランディング」については、地域連携、建築・設備、医療機器、ファシリティ・マネジメント、ライフ・サイクル・マネジメント等、その専門性が必要となるため、今後更に調査・研究を進めていくこととする。

#### V. おわりに（結論）

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年問題を控え、医療機能の分化、連携の必要性がさまざまなメディア等で言及されている。連携の手段として提示されているのが、「地域医療連携推進法人制度」であり、そこで検討されるのが病床の適正化である。また、「地域包括ケアシステム」の構築により、かかりつけ医と在宅療養が推進されている。すなわち、入院受療にせよ外来受診にせよ、患者にとっては受療機会が減少するというところで、その際に、患者から選ばれた医療機関は勝ち残り、残念ながら選ばれなかった医療機関は淘汰されることになる。「ブランディング」が、患者から選ばれる医療機関になるための有効な手法として積極的に活用され、また医業経営コンサルタントの支援方策として効果的な手段のひとつとなるために、今回考察された事業構想に対して具体的な行動計画を策定し、「ブランディング」手法を更に進化させて、実地経験において検証を積み上げていきたい。

■ 共同研究者

須田 稔、伊藤 正、森田 仁計、藤井 眞澄

奥野 美代子（敬称略）

## テーマ:医療機関での「健康経営」と「健康経営アドバイザー資格」について

平成30年2月2日

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
業務改善・収益改善・人材育成研究会 古梶剛士

### I. はじめに

業務改善・収益改善・人材育成研究会では、今年度の研究テーマとして「健康経営に関する調査研究」、「健康経営アドバイザーの資格取得」を目的として活動した。今年度は、健康経営について、医療機関での取組、健康経営アドバイザー資格について報告する。

### II. 「健康経営」

「Health Affairs」(Worksite Wellness Study 2010)によれば、従業員の健康に1ドル投資することで病欠日数の減少や、生産性の向上、医療費の抑制効果が見られ、その価値は3ドルに相当するとされている。また、ジョンソン&ジョンソン社は従業員に1ドル投資すると4ドルのリターンがあることを経験した。

また、ACOEM(米国職業環境医学会)が健康な企業と評価した企業の株価は、S&P500の株価平均を4割上回っている。健康を重視する企業の価値がマーケットでも高まる中、米国では従業員の健康に配慮すること＝「健康経営」に取り組むことが経営者の至上命題ともなっている。

本邦でも2006年にNPO法人健康経営研究会(岡田邦夫理事長)が発足し、日本型健康経営の研究・取り組みが始まった。

労働力不足、医療財政の逼迫に対応するための予防医療の重要性が高まる中で、「健康経営」は「働き方改革」、「株価刺激策」という安倍政権の重要政策とマッチし、経済界を中心に普及するようになった。2015年には経済産業省、東京証券取引所により、「健康経営銘柄」

22社が発表され「健康経営」の概念は経済界で認知されることとなる。

「銘柄」は東京証券取引所全33業種の中から各業種ごとに条件を満たした上位1社しか選定されないため、2016年、第2回の銘柄選定を迎える頃には、選から漏れながらも優秀な取り組みをしている上位企業、また非上場企業、各種団体に対しても公的評価を求める機運が高まった。呼応する形で2017年、健康経営銘柄24社に加えて、「健康経営優良法人(ホワイト500等)」が設定され、非上場企業や団体、中小企業、医療法人もお墨付を受けることとなった。2017年の評価の申請は人気を博し、これまで健康経営に取り組みながらも、その活動をPRすることのなかった先験的な医療法人が手を挙げた。

### III. 医療機関の労働環境の特性

経済界で「健康経営」が一つのトレンドになる中で、丸の内を潤歩するサラリーマン以上に、人材不足、業務改善が迫られるのは医療・福祉業界であることは明白であった。その労働環境を確認しておきたい。

- ①人命に関わる専門職集団であり、多くの国家資格者が様々なミッションを抱えている。
- ②医師を筆頭に診療行為の指揮命令が存在し、救命や病棟当直のシフトなどが優先されるため、残業時間や勤務日数など一般的な労働管理が後回しにされがち。
- ③経営トップは医師であり、医療のプロであっても経営、労務管理の能力とは別物。
- ④業界そのものが慢性的労働力不足であり、「働き方改革」の機運にない。

これら複雑な労務管理を強いられる中で、職員満足度(ES)を向上させることで収益拡大を図ろうとする医療機関も存在する。本研究では、「健康経営優良法人(ホワイト500)」認定を取得した法人の事例を通じ、医療機関の健康経営を考察する。

#### IV. 事例報告 (詳細は研究発表にて)

2017年2月、第1回の選定では、認定番号順に(財)京都工場保健会=京都、(財)淳風会=岡山、(医)同友会=東京、(特医)博愛会=福岡、(財)芙蓉協会=静岡、(財)北陸予防医学協会=富山。以上6つの団体がホワイト500の認定を取得した。これら団体は認定を受けたことで、職員のヘルスリテラシー、企業イメージの向上に加えて、金融機関の支援(金利低減)や入札、「ホワイト企業である」というお墨付を得て採用にも優位となっている。

#### V. 考察 (当研究会の見解)

医療法人、社会福祉法人、民間の調剤薬局など、当研究会メンバーの顧問先や取引先での反応をみると、「健康経営」が初見である場合は「働き方改革」について触れてから

「健康経営」の説明をするとスムーズなことが分かった。

「健康」を(商品として)提供するこの業界にあっては、「自らの健康」について考える機会に乏しく、改めて気づきを与えることができるのが「健康経営」と考える。

単に働きやすい職場にするだけではなく、従業員が心身ともに健康になることで、離職率の逓減や、地域でのイメージアップの他に、金融支援、採用が有利に働くなど、日々の課

題解決に向けて、まさに「経営に効くリターンを求める」ことが、健康経営の真骨頂であると期待している。

#### VI. おわりに

##### (健康経営アドバイザー資格について)

「健康経営」の取り組みを企業に広め、導入を促す役割を担うのが今回当研究会メンバーが取得した健康経営アドバイザー(初級)資格である。2016年に設置された初級の役割は「企業の人事・総務担当者らが健康経営について学び、アドバイザー資格を取得し、その中心人物となって、自社内で健康経営を推進する」ことである。

現在1万人のアドバイザーが活躍している。今後、上級資格を設けて、他社へ、また(社会保険労務士、中小企業診断士を中心に)顧問先へアドバイスをすることが期待されている。上級資格の取得条件としては、現在のところ社会保険労務士、中小企業診断士、保健師等とされているが、我々、医業経営コンサルタントにおいても、医療・福祉分野の事業所を顧客と想定し、上級資格取得の機会が得られることを期待して取り組んでいる。

業務改善・収益改善・人材育成研究会  
齋藤勝美、大澤範恭、古梶剛士、小菅素彦、  
谷進二、手塚浩通、中神雄次郎、源川達也、  
森山幸一、山田忠宏【敬称略】

## テーマ：調剤薬局における地域との関わりについて

平成 30 年 2 月 2 日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
調剤薬局研究会 横田 克彦

### ■はじめに

東京都支部 調剤薬局研究会は 2012 年 4 月に発足し、翌年より「薬局経営者に対する固有の問題」、「店舗運営に関する諸問題」、「調剤薬局における在宅医療への取り組み支援」、そして昨年は「健康サポート薬局と医業経営コンサルタントとの協働の可能性について」のテーマにて昨年は長野大会で報告をしてきた。

この間、調剤薬局の置かれている環境は、国策としての医療費削減の流れから、調剤報酬の引き下げや薬価差益縮小に加え、医薬分業率は既に 70%に達し成熟期を迎えた。また、業界では大手企業による M&A がさらに加速していくと考えられる。一方、慢性的な薬剤師不足や後継者問題、異業種参入による競争の激化等、今後においても調剤薬局業界では大きな変化が続く事が予想される。

現在、厚生労働省を中心に、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいることは良く知られているところであるが、先般改正された薬剤師法でも、「薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、患者または現にその看護に当たっているものに対し、必要な情報を提供し、必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない」とされ、服薬指導義務が明確化されるなど、重要な役割が期待されている。

そこで我々調剤薬局研究会としては、その一端として期待される調剤薬局への経営支援として、今回「調剤薬局における地域との関わり」について調査を実施することとした。

まず、調剤薬局の置かれている状況把握と意識調査を目的としたアンケートを実施、調

査結果より傾向と課題点の分析を行い、調剤薬局における処方箋調剤以外の取り組み事例（実店舗ヒアリング）の紹介、実現が可能な手法を起案報告する。

また、上記について医業経営コンサルタントがどのような役割を果たせるか？について研究会にて協議を行い、仮説検証および考察を行う事とした。その結果の一部の報告を行う事とする。

### ■方法

調剤薬局の現状と薬剤師意識調査については、大手チェーンおよびドラッグストアを除く薬局経営者向けに 12 項目アンケートを実施、集計・分析を行うとともに回答結果から調剤薬局（薬剤師）の課題点や意見に基づく保険外・店舗外の活動についても、研究会参加者にて実現の可能性を協議した。

また、研究会で既に地域との関わりを意識した活動を積極的に行っている調剤薬局の先行事例の紹介および、成功の秘訣や地域との関わりを持つに至った経緯、そしてニーズはあるが実現が困難な事例等についてもヒアリングを実施した。

手法については、潜在的な要望が多いと思われる地域ニーズとアンケートから得られた課題点に医業経営コンサルタントが介入する事で解消が可能と思われる手法を提案する事とした。

上記により仮説立てを行った手法をヒアリング実施店舗に医業経営コンサルタント調剤薬局研究会として提案を行い、その評価を確認する事とした。

## ■結果

アンケート収集先調剤薬局の傾向としては、地域連携の必要性は認めるものの、具体的な実現手段の構築や他職種と人間関係を築く経験に乏しい事が分った。

また、薬局店舗外の活動においても日々の薬局内業務に追われている事や地域における薬剤師の職能に対する理解が低いためか、参加機会が少ない状況が確認出来た。

上記要因としては、地域ニーズや薬局の機能・薬剤師の潜在的な可能性とは別に、現在の調剤報酬上における調剤薬局収益とのバランスや人材的な課題がある事を認識した。

しかしながら、食品やサプリメント等の飲み合わせや健康相談に応需する技能を持ち合わせており、既に独自の手法で実施している薬局が存在する事が分かった。

また、少数ではあるが既に地域との関わりを積極的に持ち、地域包括ケアシステムの一翼を担っている薬局が存在し、そういった薬局が地域から評価されている事実を知り、調剤薬局研究会として店舗訪問ヒアリングを実施した。

同薬局では、医療や介護・福祉だけではなく独自の冊子を使用して日常生活に関連する地域情報を来局患者に提供していた。

また、投薬後に患者宅に電話を掛けるアフターフォローを実施しており、その取り組みが、薬物治療を行う上で、患者からの信頼感を得ることに重要な役割を担っている。しかし、上記の提供には様々なノウハウが必要なことから、まだ多くの薬局が独力で行うにはハードルが高く、特に投薬後の電話フォローを行う事について患者から同意を得ることが最も困難であるという事実を知った。

以上の状況を研究会にて協議した結果、薬局（薬剤師）が患者宅への電話フォローの了

承を得るために使用可能な手引書を作成し、作成した手引書をアンケート回収先およびヒアリング実施先等の複数薬局からの評価の確認を行った。

同じ処方箋応需を主な生業としながらも取り組み内容が対症的な事例に対して、連携手法の提案等、医業経営コンサルタントが介入する事で調剤薬局の可能性を広げるとともに薬剤師の活躍の場を広げる事が出来ると考える。

## ■考察

アンケート収集先、ヒアリング実施先双方の協力先から得られた結果の考察としては、調剤薬局および薬剤師は日々地域住民の健康維持に関わる職能の研鑽に努めてはいるが、発信・実施の機会を得ることに苦慮している事が解った。これを解決する為には既に役割を実現している先進的な事例を学ぶとともに“自局が地域の為に何が出来るか”を考え伝える事が今後、処方箋以外の来局動機を増やす事になり、ひいてはこれからの時代に生き残る事ができる薬局になり得ると考える。

また、今後医業経営コンサルタントが行うべき事として、他職種・他業種に対して調剤薬局の機能（役割）および薬剤師の可能性と啓発活動について研究を進める事も今後重要と考える。

## ■おわりに

今後の調剤薬局は門前型から地域かかりつけ型へシフトする必要があるとあり、薬局においても薬剤師においても患者や家族に対するコミュニケーション能力や医師、介護職多職種との連携力の向上が一層重要となる。医業経営コンサルタントは医療・介護事業者に対して多くの人脈とコンサルティングスキルを持ち合わせていると考えられるため、この強みを

調剤薬局や薬剤師に対しても発揮し、今後変わりゆく薬局に対しても事業支援できる力を備える必要があると結論した。

#### ■参考文献

・薬剤師法 総務省法令データ提供システム  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S35/S35H0146.html>

(2017年7月14日アクセス)

#### ■共同研究者（調剤薬局研究会）

眞鍋 一、池田 利彦、桑原 雅毅、齋藤 到、  
須田 稔、竹本 君江、山田 洋一、  
高橋 洋明、徳田 直人、東 憲治、谷 進二、  
中神 雄次郎、塚前 昌利、手塚 浩通、  
原田 宗紀、宮下 渉、小松 智徳



## テーマ:医療施設のBCP【事業継続計画】について

平成30年2月2日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
病院コンサルタント育成研究会 手塚 浩通

### I. はじめに

日本医業経営コンサルタント協会、東京都支部病院コンサルタント育成研究会は医療機関が抱える経営面のさまざまな課題を採りあげ、

経営改善に向けた実証的研究を行い、認定医業経営コンサルタントとして必要最低限の経営知識を学ぶことを主眼にその「学び」の機会創出の場としている。

また、病院経営の「現場」を理解することにより、会員同士がより大きな問題意識を共有することを目的とし、さまざまな提案をもって医療機関への貢献をすることを重んじて医療機関との連携をはかっている。

今回の研究発表の演題を決めるにあたり、日常業務として医療施設の計画・設計を行っている事から専門分野である医療施設の諸問題について、当研究会の研究員に対して研究発表の演題を以下4項目の提案を行った

1. 医療機関が施設の建替えをする動機
  - ・施設の老朽化、狭隘化・医療施設基準の不備、高度化・震災対策
2. 医療施設建設工事費
  - ・建設工事費の推移・建設工事費の動向・建替
  - え時期の検討・提案
3. 業務設計について
  - ・業務改善計画の策定により業務の効率化をはかりムリ、ムラ、ムダを排除し、働き方の効率化、離職率の改善提案
4. ライフサイクルコスト
  - イニシャルコストの検討・提案及びランニングコストの検討・提案などのほか、ファ

シリティーマネジメント検討・提案以上の内容を研究会にて内容を説明し、当研究会発表の演題について議論・検討をおこなった結果、4項目の中から共通する内容を検討し、自身も先の東日本大震災を医療施設で業務中に経験した実体験を踏まえ、震災対策として医療施設のBCPについての演題とすることとなった。

### II. 方法

日本で発生する地震についての現状と頻度などを、気象庁及びUSGS（アメリカ地質調査所）などのデータを基に改めて把握する。

次に医療施設のBCPについて、どの様な対策があるか検討を行う、その方法としては理解しやすくするために内容を下記の2項目とした

1. 医療施設としての事業継続
2. 医療業務としての事業継続

1の医療施設としての事業継続について、本来建築物は建築基準法第一条に定める通り建築物の敷地、構造、設備及び用途に関する最低の基準を定めて、国民の生命、健康及び財産の保護を図り、もって公共の福祉の増進に資することを目的とする。要約すると建築物が国民に危害を与えてはならないということである。しかし震災時その実態は建築物の崩壊は免れたとしても、建物の内部が崩壊しており通常の業務が行えない状況が分かっている。

そこで多くの震災を経験したのち、対策として検討したのが建物の耐震性能だけではなく、建物内部の崩壊を防ぐ【制振・免震】の考え方である。

そして事業継続のために検討したのが生活及び医療業務や一般業務に必要なインフラ関係、給排水設備・電気・ガス・重油等のエネルギーの供給・医療施設ならば医療ガス及びトリアージスペースの確保が必要となる。

次に2の医療業務としての事業継続については医療行為を継続的に続けるためには医薬品医薬・医療材料・医療機器などが震災発生後は通常より多く必要となることは必至である。

医療業務を継続的に行うためには診療材料等の医療用品を通常使用する量を把握し、震災に備えた量を確保する必要である。

しかし医療材料等の医療用品は使用期限があり、単に備蓄しておいてもコストの面からも負担が大きく、使用しながらの備蓄方法の検討なども必要である。

### III. 結果

医療施設のBCPについては、医療施設の震災対策だけではなく、医療行為を継続的に行うためのインフラ整備及び震災時に必要な医薬品・医療材料・医療機器が途切れることなく供給が必要であることがわかる。

そして何より重要なのは病院運用マニュアルを整備し、病院全体の機能を把握しその中でも災害対策マニュアルを作成整備し、震災時に対応する行動計画【オペレーション】を構築し、常日頃からの医療従事者への啓蒙及び訓練が必要である。またその行動計画【オペレーション】を院内だけにとどめるだけではなく、地域連携の中で検討し構築していくべきものと考えられる。

### IV. 考察

備えあれば憂いなしの格言のとおり震災に対して備えが大切なのはわかる、しかし経営状態が厳しい医療法人に対してコストをかけて一概に震災に対して準備をしましょうと言うのは無責任でありは医業経営コンサルタントとしての資質が問われる。

震災対策として出来る事は何かと問われた場合、医業経営コンサルタントとしては先ず個人的に震災に対して備えるという認識と、出来ることから始めることを啓蒙し、次に医療施設の運用マニュアルを整備し、院内での啓蒙活動と日常訓練を行い、地域との連携及び行政とも連携をはかり、震災時不幸にも負傷した地域住民のための防災拠点としての責務を担うことと、それを表明することにより地域で選ばれる病院としての地位も確立できると考える。

### V. おわりに

企業及び行政のBCP【事業継続計画】に向けた対応施設の増加は、2004年に発生した新潟県中越地震以降、震災後にも機能を保持し継続的に事業を行うことの重要性が認識された、施設の機能保持には制振・免震構造などが有効であることは事実であることも認識された。

その中で重要な防災拠点となる施設のうち、大型病院は、既に制振・免震構造を計画は標準仕様になっているところも多く、少し古いデータではあるが2012年までに425棟の実績があり用途別分類比率も増加している。

さらに、2011年の東日本大震災以降、防災拠点となる行政施設である庁舎・消防署・警察署への適用が増加している。

東日本大震災で被災を受けた庁舎も、既にいくつかは制振・免震構造で建替えられ、さらに、建替え時期を迎えている多くの建物に

制振・免震構造が採用されており、病院と同様に制振・免震構造が標準仕様となってきた。

奥野美代子、ブイティフォンタオ、池田利彦、大賀亮司

以上のことから震災の際に、防災拠点となるのが公共施設であり、その中でも特に医療施設は震災後に地域住民の生命の砦であり防災拠点となることは必定である。

震災に備えて地域住民との連携をはかり、震災後もみんな笑顔で暮らせる未来へ向かえる様に、医療施設に対して、医業経営コンサルタントとして準備を怠らず、啓蒙し続けることが必要である。

#### ◇ 参考文献

免震構造【文部科学省ホームページ】

[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/singi/giji/\\_icsFiles/afieldfile/2016/04/08/1369228\\_6.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/singi/giji/_icsFiles/afieldfile/2016/04/08/1369228_6.pdf) (2017年7月3日アクセス)

「免震」「耐震」「制震」大地震に強いのはどれ？

<http://suumo.jp/journal/2013/01/25/37042/>

(2017年7月3日アクセス)

[免震建物の最近の動向 - 一般社団法人日本免震構造](#)

<http://jssi.or.jp/menshin/doc/keizoku2.pdf>

(2017年7月3日アクセス)

#### ◇ 共同研究者「病院コンサル育成研究会」

眞鍋一、須田稔、塚前昌利、笠井徳子、谷進二、道下洋夫、高橋洋明、三好章樹、中神雄次郎、

桑原雅毅、田岡英明、宮下渉、田岡英明、北島垂紀、山崎裕史、関こころ、長根圭佑、益満美登、山本 大輔、森山幸一、田中幹夫、古野悠也、横田克彦、高梨和子、本間敬孝、

## テーマ：高齢化問題、グローバル時代、そして当協会の未来

平成 30 年 2 月 2 日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
国際医療制度研究会 道下 洋夫

### I はじめに

言うまでもなく我が国の(少子)高齢化問題は深刻の度を増している。

いわゆる団塊世代が後期高齢者に突入する 2025 年に向け、介護需要の伸びが今後も続く見込みである。一方で、職業としての介護の魅力が薄れ、介護に従事する人材は減少の一步をたどっている。すなわち、介護業界は深刻な需要過多に陥っており、世界に誇る我が国の介護システムの根底が揺らいでいる。2025 年という、今年を除外すると介護報酬制度改定でいうとあと 2 回しかなく、事態は重要・緊急を要する。

### II 現状の分析

高齢化の深刻化に対し、介護需要の方は、人数の問題でもあるので致し方ない部分があるとして、問題は介護供給すなわち人材の確保である。

以下、確保先別に考える。

#### (1) 国内人材の確保

##### ① 介護職員勤務環境改善支援事業

医療勤務環境の改善支援については、医療法第 30 条の 13~16 (平成 26 年追加) に基づいて全国都道府県で支援センターを設置・実施されているが、介護職員の勤務環境については、熊本県、宮城県、北海道などでわずかに行われているにすぎない。

##### ② 賃金引上げ

これまでも処遇改善のための介護報酬加算を重ねてきているが、来る同時改定でも勤続 10 年以上の介護福祉士を主な対象とする処遇改善が実施されることになっている。

##### ③ 奨学金制度

各都道府県、各種協会・財団などからの奨学金などもかなり拡充している。

ただし、①~③の対策は効果なしとは言わないまでも、人材不足が改善に向かう結果までは出ていない。

#### (2) 海外人材の確保 (医療については割愛)

##### ① 留学による人材の確保

専門学校などに留学して介護福祉士の資格取得を目指す方法である。取得ができれば、昨年(平成 29 年)の制度改正により新設された在留資格「介護」により事実上永住できることになる。

##### ② EPA プログラムによる人材の確保

①と同様に、専門学校などに留学して介護福祉士の資格取得を目指す方法である。①と違うのは、応募者に高い日本語能力、既存の資格・実務経験を必要とする点、費用負担がない点、受け入れ枠(対象国、受入れ施設、受入れ総人数など)がある点などである。

##### ③ 技能実習生の受入れ

昨年、在留資格「技能実習」に追加された職種「介護」を利用するものである。上記①②と異なり、資格取得を目指さない代わりに最長 5 年で必ず帰国することになる。これは、制度趣旨が「人材獲得」ではなく「海外への技術移転協力」であることによる。来日時に要求される日本語能力が N4 と低めであったり、対象国が 15 ヶ国であったりするなどハードルが若干低めに設定されている。我が国としては、当初ベトナムを中心に年間 1 万人以上の受入れを見込んでいた。

### III 技能実習制度の問題点

日本の介護業界にとっても、海外送出し国の

希望者にとっても期待の極めて高かった技能実習制度であるが、制度が始まって2カ月たっても申請がゼロ件であることが先日報道され衝撃が走っている。

原因はいろいろあるだろうが、特に受入れ側（日本側）の要因としては、受け入れ機関として介護事業者が協同で設立する「事業協同組合」に問題点多く浮かび上がっている。すなわち介護事業者にとっては、

- ① 組合設立のための人材や資金などのリソースがない
- ② 面談・監査を行うリソースがない
- ③ 公益的事業のノウハウがない（cf.営利に走ってはならない）
- ④ 地域に限られる組合（加盟施設のある地域のみ）

という点に難しさがあるものと思われる。実は、今回の介護技能実習制度の実施について、政府は公益法人（財団、社団）を念頭に置いていたが、そのような公益法人からは監理団体としての名乗りを上げてもらえないという読み違いが背後に存在している。

#### IV 解決策

我々研究会としては、この現状を打開できるとすれば日本医業経営コンサルタント協会（以下、当協会という）が技能実習生受け入れに取り組む（監理団体として登録する）こと以外にないと考える。

ここで、当協会が技能実習生の監理団体となることによるメリットを考えてみたい。

- ① 弱いと言わざるを得ない当協会の知名度について、全国の介護施設に大きくアピールすることができる
- ② 医療福祉分野のコンサルティングにつき近年有力な競合がいろいろと現れてきているが、その競合に対して差別化を図ることが

できる

③ 当協会の認定資格について、この資格だけではなかなか仕事にならないという声も大きいところ、監理団体は1カ月に1回の訪問指導が義務付けられるなど、地方会員も含め監査業務が大幅に増えることになる

④ このところ問題化している当協会の会員数の停滞について、技能実習生受入れ希望介護施設は監理団体に会員（既存の法人会員とは別資格になるものと思われる）として加入することになるため、会員数増に結び付く

⑤ 会員の会費や研修費の下げ圧力が強くなっているが、技能実習関連の事業収入、会費収入が増えることによって、中長期的な財務改善が図られ、もって既存会費を下げるのが可能となる

⑥ 介護における技能実習制度が成功すれば、同じく人手不足に悩む医療（ex.看護助手）に制度が拡大することが期待できる。その場合福祉施設だけでなく、医療施設への知名度も向上することになる

⑦ 当協会も、医療福祉のグローバル化に対応していく必要があるが、国際的事業展開への足掛かりとして最適である

#### VI おわりに

以上、当協会が技能実習生受け入れを事業化することは、協会のブランド力向上のまたとないチャンスであるといえる。

また、このことは、協会にとってメリットがあるだけではない。国民、介護施設、政府、海外、そして当協会個々の会員、いずれにとっても極めて大きなメリットが期待できる。こういった事業に先んじて取り組むことによってのみ、当協会は社会に対して存在意義を大きく示すことができると考える。

以上

## テーマ：介護分野での外国人技能実習生の受け入れにおけるコンサルタントの役割

平成 30 年 2 月 2 日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
介護分野研究会 青地記代子

I. 「インドネシア人介護人材の育成と送り出し」国際医療制度研究会 鈴木光一

### 1. インドネシアの概要

インドネシア共和国は、日本の約 5 倍の国土を有するアジアの大国である。人口は 2 億 5,870 万人と日本の約 2 倍であるが、65 歳以上の人口は 1,680 万人であり、日本の約 2 分の 1 である。一方、15 歳から 64 歳までの生産年齢の人口は 1 億 7,410 万人と極めて層が厚い。一人当たり名目 GDP は、2000 年では 1,794 億ドルであったが 2016 年には 1 兆 109 億ドルと 5.6 倍に成長しているが、一人当たり GDP は未だ日本の約 10 分の 1 である。対日感情は非常に良好であり、日本での生活と収入を求めて介護職員として働きたい若者が多数いる。

### 2. 介護職の技能実習制度

昨年 11 月からスタートした介護職の技能実習制度は、総量規制や年度の縛りが無く、3 年間の実質就労期間（滞在期間から日本語研修等の期間を引いたもの）も E P A（二国間経済連携協定）に比べて長いため、受入れ施設にも実習生にもメリットがある。外国人技能実習機構（O T I T）の創設により、日本側の受入れ機関が許可制となり、2018 年 1 月 22 日時点で 114 団体が介護分野の監理団体として許可を受けている。また、インドネシア側の送出し機関は、労働省生産性開発総局（B I N A L A T T A S）の認可を受けた職業訓練学校であり、2018 年 1 月 22 日時点で 120 校存在するが、従来の農業、水産、建設等の分野が主であり、介護を専門としたものは殆ど無いと思われる。

### 3. 今後の展開について

研究発表では、インドネシアの先駆けとなる介護専門の職業訓練校を紹介する。本校は国内の看護師養成学校として発足したが、E P A の開始とともに日本向けの介護人材の訓練学校に方針転換し、全国から看護学校の卒業生を選抜して専ら日本語、日本文化、日本的職業スピリットを教えている。6 か月のコースで年間約 80 人を訓練し、ほぼ全員が E P A に合格している。その他、留学による資格取得コースを実施しており、技能実習生については看護師の資格を持つ質の高い人材を日本の監理団体に送り出す予定である。

## II. 研究会の目的

2025 年問題を背景とし、医療の機能分化ならびに地域包括ケアシステムの実現に向けて動き出した中で、介護の役割は年々大きくなっている。しかしながら、医療と介護の役割分担は未だに不明瞭な部分が多く、連携も進んでいるとは言い難い。また介護は、勤務環境や待遇面などの問題から慢性的な人手不足の状態にあり、特に地方ではそれが顕著となっている。これらの状況を踏まえ、これからの介護の位置づけ・医療との連携・介護職の人材確保等について研究を行い、介護関連事業者及びそれらを顧客とするコンサルタントの業務の一助となることを目的とする。

## III. 主要となるテーマ

- ①介護職の待遇改善と定着率を上げるための検討
- ②介護職の新たな人材確保に関する検討
- ③平成 30 年診療報酬・介護報酬同時改定を踏まえた、新たな経営戦略の検討

#### IV. 現在取り組んでいるテーマ

2017年11月より、外国人技能実習制度に介護職種が追加された。これを受け、本研究会では、実習生受け入れ後に現場で発生する問題点とその解決方法について研究を進めていくこととした。

本研究会は発足してまだ日が浅く、3回の研究会を実施したのみであるため、今回は途中経過の報告となる。

# テーマ:BSC の地域医療連携推進法人への適用に当たっての課題の検討

平成 30 年 2 月 2 日  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部  
医療機関 BSC 研究会 田中 仁

## I. はじめに

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人制度が創設された。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制の確保が期待されている。

地域医療連携推進法人も、一般の医療法人や医療機関と同様に、BSC は病院戦略の管理ツールとして有効に機能し得るのか、特に注意をしなければならないポイントはどのようなところなのかについて検討する。

## II. 方法

地域医療連携推進法人制度は、2017 年 4 月 2 日に施行されたばかりの制度で、実際に制度活用されている事例は少ない。また、実証的な分析は今後を期待する。

今般の研究発表はこのような先駆的な内容であることから、地域医療連携推進法人の法的な枠組みを理解するとともに、期待される機能を整理する。その上で、地域医療連携推進法人に BSC を適用した場合の成功の方法を検討する。

## III. 結果

### (1) 地域医療連携推進法人の法的構成要素

地域医療連携推進法人グループは、いわゆるホールディングカンパニーとしての地域医療連携推進法人の下に、参加法人としての医療法人、社会福祉法人、地方公共団体等が運営する医療・介護施設等がぶら下がる形となる。

### (2) 地域医療連携推進法人のガバナンス

地域医療連携推進法人は、一般社団法人の法的形態をとる。よって、最高意思決定機関

は、社員総会であり、その構成員である社員は、

ア. 参加法人

イ. 地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するために必要な者として厚生労働省令で定める者（営利を目的としていないものに限る）である。

イ. に当たるのは、例えば、個人開業医、参加法人以外の法人、行政担当者等である。

このほか、地域医療連携推進法人には、地域医療連携推進評議会を置く必要がある。当該評議会の構成員は、地域の医師会・歯科医師会を代表する者、患者団体を代表する者、医療連携推進区域の自治体の担当者等である。評議会は、社員総会や理事会に具申することができ、当該連携推進法人は、地域医療連携推進評議会の意見を尊重しなければならない。

### (3) 医療連携推進方針

都道府県知事に対して認定の申請をするに際しては、医療連携推進方針を示さなくてはならない。医療連携推進方針に記載すべき事項は、次の 4 つである。

#### ① 医療連携推進区域

② 参加法人が医療連携推進区域において開設する病院等相互間の機能の分担及び業務の連携に関する事項

③ 前号に掲げる事項の目標に関する事項

④ その他厚生労働省令で定める事項

### (4) BSC の基本的枠組み

従来の病院 BSC は、①病院のビジョン・ミッションと現状からそのギャップを埋めるための病院戦略を導き、②戦略テーマ、戦略目標、戦略マップの描写、④スコアカードの

作成といったプロセスを意見を出し合いながら可視化し、戦略実行のためにベクトルを合わせていく一連の管理ツールである。

(5) BSC の導入には相当の困難が予想される。

- ① ビジョンやミッションは、経営トップ（理事長、院長）の意思が明確に示されたものでなければならない。しかし、それ自体が病院職員の意識とのギャップを生むこともあり、その先の戦略がまとまらない。といったことが起きる。参加法人を複数抱える地域医療連携推進法人グループでは言わずもがなである。
- ② 地域医療連携推進法人、参加法人以外の者がガバナンスに強く影響する。外部社員の選任、外部理事の選任、そして地域医療連携推進評議会の委員の存在である。ドクターそれぞれの志向を重視してきた病院経営において、さらに困難な調整要因に直面することになる。
- ③ 病院全体の BSC の作成に変わってグループ全体の BSC を作成しなければならない。医療機関に BSC が取り入れやすい理由の一つに財務指標ばかりでなくその他についても院内に KPI や目標設定になりうる数値が整備されていることが言われる。しかし、参加法人には大病院もあり診療所もあり介護施設もありといった状況の中で、統一的な尺度を決定することに困難が伴うことが予想される。
- ④ 地域医療連携推進法人制度そのものが、「連携よりも強く、合併・統合よりも緩く」と象徴的に表現される。「参加法人の個性・独立性を維持しながら競争から共存・協調へ」というスローガンも聞かれるところである。このような制度の中で、グループ全体の戦略実現のために戦略マップ等を各参加法人の診療部門にまでカスケードしていくこと、ベクトルを一つに合わせていくことの難しさは容易に想像できる。

#### IV. 考察

上述の困難さは、BSC 導入に当たっての課題であると同時に、地域医療連携推進法人グループの経営管理、戦略管理の手法の必要性を示唆するものである。この課題克服に関する方策を考察する。

##### (1) ビジョン・ミッションの作成段階

従来は、理事長・院長等の経営トップの夢を語る場合も多かったが到底、受け入れられるものではなかろう。医療連携推進方針作成の段階で、参加法人のトップ等さらには、評議員等の外部者の意見を慎重に取り入れていく必要がある。

##### (2) BSC 委員会

BSC の中心的組織の人員をどのように選定していくかは求心力との関係で特に重要である。通常 BSC は、経営トップの強力なリーダーシップのもと、揺るぎのない経営方針実現のために組織をまとめて行く。地域医療連携推進法人グループでは、(特に当初は) 相当大規模な委員会の開催を覚悟しなければならない。マトリックス組織のようなものを想定すると分かりやすい。参加法人（あるいは参加施設）ごとに、①経営トップ、②診療科別のトップ、③職種別（看護師、薬剤師、栄養士、技師、その他のコメディカル等）、④管理部門（企画、総務、経理等）等のキーマンを選定し自然淘汰的な形で、時間をかけ権限の委譲を図っていき、委員の数を絞っていくといった方法が必要と考える。BSC は焦ってはいけない。

#### V. おわりに

地域医療連携推進法人はこれからの組織形態であり医業特有の組織である。課題が多いからこそ、我々医業経営コンサルタントが事務局等を担うなど、新たな活動領域として大いに期待できる制度である。