



慶應義塾大学ビジネス・スクール

元気会横浜病院（A）

横浜病院は1981年、横浜市郊外の緑区に189床の急性期病院としてスタートした。数年後に経営が悪化したが、北島淳医師が経営を引き継ぎ1988年に特例許可老人病院として経営を再建した。1991年、医療法人元気会横浜病院となり、慢性期医療に特化し黒字経営を継続していたが、その後、北島淳が体調を壊したため、2006年4月、長男の北島明佳（以下、北島）が28歳の若さで理事長に就任した。このとき北島は順天堂大学大学院を卒業したばかりで、病院経営やマネジメントの経験はなかった（資料1、2）。

北島は東邦大学医学部を卒業後、順天堂大学の大学院に進学した。大学院では精神科を専攻し認知症の研究で学位を取得した。横浜病院には大学院生時代から非常勤で勤務していた。理事長に就任する4年前には新しい病棟が建設されており、北島は理事長就任とともに多額の負債を個人保証する立場になった。同じ年に厚生労働省から2012年までに医療保険適用の25万床と介護保険適用の13万床の合計38万床の療養型病床を医療保険適応の15万床のみに削減し介護療養病床を廃止するという政策が突然示され、療養型病院の経営に大きな変化が起ろうとしていた。この当時、横浜病院の病床の80%以上は介護療養病床であった。人口統計によると、横浜市の人口は2020年をピークに減少に転じるが、横浜病院のある北部医療圏（当時の二次医療圏）は2035年まで増加すると推計されていた。横浜市の65歳以上の高齢者人口は今後も伸び続けるが、特に北部医療圏では突出して増加し続けると考えられていた（資料3、4）。北島は「医療制度が変わっても高齢者に対する医療需要はあるはずだ。患者様に選ばれる病院づくりをしていきたい。そのためには変化に対応できるように病院の組織体質を変えなければならない。」と考えた。以来、12年にわたり、「心を元気にする病院」を理念として（資料5）時には崖っぷちを迷走しながら、夢中になって病院経営と組織改革の試行錯誤を繰り返してきた。この間にわが国の高齢者医療・福祉政策も大きな変化を遂げ、介護療養病床の廃止は2023年度末まで延期されることになった。

このケースは慶應大学大学院経営管理研究科 渋谷明隆（E3）が、中村 洋教授の指導により公表資料ならびに元気会横浜病院理事長 北島明佳氏をはじめとする元気会横浜病院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。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール（〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4丁目1番1号、電話 045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp）。また、注文は <http://www.kbs.keio.ac.jp/> へ。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、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 © 渋谷明隆、中村 洋（2019年5月作成）

高齢者医療・福祉制度の変遷

わが国の高齢者医療・福祉制度は、少子高齢化と社会保障給付費の適正化議論を受け、いまなお変化の途上にある。わが国では昭和30年代までは多世代同居が一般的であり、高齢者の世話は家族の仕事と考えられていた。高齢者福祉政策は立ち遅れており、一部の貧しく身寄りのない高齢者を生活保護法に基づいて養老施設に収容保護する程度であった。しかし、高齢者人口が次第に増加し、人口の都市集中に伴う家族形態の変化など、高齢者を取り巻く環境が変わり、行政として高齢者福祉を総合的に推進させる制度が必要となり、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定された。これにより、国と地方公共団体に高齢者の福祉を増進する責務が定められ、その施策として老人福祉施設の設置、健康診査の実施、社会参加の奨励などが盛り込まれた。1970年代に入るところには寝たきり高齢者の増加と家族の負担など生活実態の深刻さが明らかになり、高齢者福祉サービスが一部の低所得者だけでなく、社会全体のニーズとして顕在化してきた。こうした中で、国の施策として1973（昭和48）年に老人医療費が無料化されると、70歳以上の受療率が5年間で約1.8倍になり「不必要な受診の増加と病院待合室のサロン化」が指摘されるようになった。さらに介護サービスを提供する高齢者用施設の未整備を背景に、社会福祉施設に入所するよりも手続きが容易で費用負担が軽い医療機関に入院する、いわゆる「社会的入院」が増えた。当時の医療機関は自由開業制で病床数に制限がなかったことから、我が国の病床数は急激に増加し、高齢者医療費は国民医療費全体を大きく上回るペースで増大した。

わが国の医療保険制度の特徴のひとつは国民皆保険で、被用者保険と国民健康保険（国保）に大別されるが、老人医療費無料化により高齢者の割合の高い市町村国保の財政負担は重くなり、高齢者の医療費の負担の公平化を目指して、老人保健法が1982（昭和57）年に成立し、老人医療費支給制度は幕を閉じた。老人保健法では、老人医療費の一定額を患者が自己負担するとともに各医療保険制度間の負担の公平を図る観点から、全国平均の高齢者加入率に基づいて算出された拠出金を各医療保険者で等しく負担する仕組みが導入された。また、老人保健法の施行に当たり、慢性疾患の多い高齢者の心身の特性にふさわしい診療報酬を設定するという観点から、「特例許可老人病院」が制度化された。特例許可老人病院は、医師及び看護職員（看護師及び准看護師）の配置基準が一般病院より緩い一方、一般病院には定めのない看護補助者（公的資格の不要な介護職員）の配置基準が設けられるなど介護機能を評価したものであった。

我が国の病床数はこの頃まで増加の一途をたどっていたが地域的な偏在が見られ、医療施設の機能分担も不明確であった。そこで1985（昭和60）年に、都道府県ごとに医療計画を策定し地域における体系立った医療体制の実現を目指す医療法の大規模な改正が行われ（第一次改正）、自由開業制に一定の制約が課されることになった。これにより病院病床数の伸びに歯止めがかかることとなったが、一般病院にはなお多数の高齢長期入院患者が存在しており、機能分担は十分に進んでいるとはいえない

状況にあった。そのため、1992（平成4）年の第二次医療法改正では病床の機能分担が制度化され、新たに高度先進的医療を提供する「特定機能病院」と、長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」が制度化された。

2000（平成12）年には社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして介護保険制度が始まり、高齢者福祉と高齢者医療の双方に分かれていた介護サービスが一つの制度として統合された。同じ年の第四次医療法改正では療養型病床群と特例許可老人病院を再編して「療養病床」に一本化し、医師・看護師の配置を厚くした「一般病床」と区別した。さらに「療養病床」は医療保険を財源とする「医療療養病床」と介護保険を財源とする「介護療養病床」に分けられた。このうち介護療養病床については、2006年度の医療保険制度改革にて設置期限が2011（平成23）年度末までとなり、介護老人保健施設（老健施設）等への転換促進が図られた。また、医療療養病床の診療報酬体系は、患者の疾患・状態に基づいた包括払いとなり、「医療区分」（1～3）と、食事、排せつ等の患者の自立度に基づいた「ADL区分」（1～3）による評価が導入された。これにより医療区分が軽症で自立度の高い患者の診療報酬は経営に見合わないほど大幅に引き下げられ、認知症患者も特別養護老人ホームや老健施設などへの移行が進められ、療養病床も稼働率の維持が難しくなってきた。

一方、介護保険の普及により介護サービス利用者は在宅サービスを中心に増加し、2000（平成12）年4月には149万人であったサービス利用者数は、2016（平成28）年4月には496万人と、約3.3倍になった。高齢化がさらに進み、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には、およそ国民の5.5人に1人が75歳以上の高齢者となり、認知症高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加すると推計されている。特に首都圏を始めとする都市部で高齢化が急速に進むとされるなど、高齢化の進展のスピードや地域資源の状況は地域による特徴が顕著になった。そこでそれぞれの地域の事情に応じて高齢者が、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制として「地域包括ケアシステム」の構築が求められるようになった。

しかし、介護療養病床から老健施設等への転換は厚生労働省が当初に企図したほどには進まなかった。その背景には既存の老健施設では対応できない医療ニーズがあった。今後さらに増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応として、2018（平成30）年4月、これまで介護療養病床が担ってきた医療機能と、療養・生活施設の両機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設された。これに伴い、2017年度末まで設置期限が延長されていた介護療養病床はさらに経過措置期間を6年間として介護医療院へ転換が図られることになった。

横浜病院の状況

北島が理事長に就任した2006年当時は慢性期医療のあり方が確立されておらず、一般的に療養型病院は急性期病院と比較して医療水準は低いと考えられていた。そこで勤務する医療従事者は、慢性
5 期医療に対する熱意ではなく給与やワークライフバランスに重きを置く傾向にあった。横浜病院では職員全員にあいさつを徹底し、明るく元気な病院づくりを心掛けていたが、医療の質においてはまだ改善途上であった。看護の手技や手順は標準化されておらず、例えば痰の吸引方法ひとつとってもエビデ
10 ンスに基づいた方法ではなく、昔ながらのやり方を頑なに踏襲するなど看護師個人が「私のやりかた」で業務をこなしていた。介護職員は看護師の手伝い程度に位置づけられ、介護技術も低く専門職としての誇りはなかった。病棟では初歩的なミスや連絡ミスが横行し、院内感染も散発していた。職員のモラルにも問題があり、患者に借金をする看護師、院内で自作の野菜を売ろうとする介護職員、さらには受付窓口の現金を横領する職員もいた。

医師にも大きな問題があった。現在でも慢性期を志す若手医師はほとんどいないが、当時の医師獲得はより困難で、医師斡旋業者などを通じて医師を採用していたが、さまざまな病院を渡り歩いて横浜
15 病院にたどり着いたような医師を雇用せざるを得ないことが多かった。そうした医師たちの医療レベルは低く、社会人としての常識を疑わせるような医師もいた。介護保険主治医意見書を「書きたくない」と言って丸めて捨ててしまう医師、受持ち患者が少しでも増えると報酬アップを要求する医師、気に食わない
20 ことがあると「街宣車を回すぞ」と脅す医師、診療は丁寧だが毎日発熱して2時間以上遅刻する医師、患者のお菓子を盗み食いする医師、海外に1か月もゴルフ旅行に出かけてしまう医師、むやみに投薬が多すぎる医師などさまざまであった。さらには東日本大震災の当日、多くの人々が帰宅困難になっ
25 ているときに自分にタクシーを呼ばなかったと怒り出す医師までいた。こうした医師たちは概ね数ヶ月～1年で退職するので、病院として医療を継続するためにどんな医師でも次々雇用せざるを得ない状況が続いていた。

環境整備の導入

当時、院長には昭和大学藤が丘病院元院長の飯野史郎が就いていたが高齢でもあり、理事長である北島が実質的な指揮をとることになった。介護療養病床が廃止、医療療養病床は削減されるという政
30 策の流れのなかで、病院としての生き残りをかけて組織体質の改善は急務であった。北島は診療で院内を回るなかで、処方箋などの書類や医薬品集など物品の配置が病棟ごとに異なっていることに気付いた。物品の配置の違いだけではなく、業務手順、さらには病棟ごとに文化にも違いがあり、そもそも職員が共通に目指す方向が存在していなかった。こうした病棟のありさまをみて、北島は企業で導入

されている「環境整備」という組織運営のノウハウの導入を決めた。環境整備とは、要らないものを捨てる「整理」、ものの置き場所を決めて補完する「整頓」により仕事場の環境を整え備えることである。医療では医師、看護師、薬剤師など資格による業務独占があるが、掃除なら資格はいらない。職場をきれいにするに反対はないはずだ。全職員で取り組むうちに掃除を通して組織が一体化され、生産性や安全性が高まり、患者の信頼を得ることもつながるはずと考えた。職場環境を整えるだけでなく、環境整備の実践を通じて組織として決めたことを守るという規律・規範を作ることが真のねらいであった。

環境整備は2008年4月より毎日20分、北島も一緒に掃除をすることから始めた。最初は掃除の時間に病棟に行っても誰も掃除を始めていなかった。「今日の環境整備の場所はどこ？」と北島が職員に尋ねると、「今、道具を用意します」とようやく掃除を始めるありさまであった。どの部署でも同じような状態であったが、北島はしつこく各部署通いを続けた。さらに環境整備の評価基準を決めて月1回部署ごとに環境整備の評価を行い、年間で上位3部署を表彰し賞与にも反映させた。北島は根気よく現場を回り、環境整備を一緒に行い、朝礼ではみんなで病院理念（資料5）を唱和した。環境整備を通じた業務改善を推進し、改善すべき点を見つけたら専用用紙に記入し提案することを奨励し、全職員で共有した。また、医療安全や感染対策などの職員向け勉強会を強化し、出席者には必ず感想文を書かせた。当初は感想文どころか文字を書くことすら嫌う職員が多かったが、北島はすべての感想文に目を通して押印し、押印がたまると職員に報奨金を出した。こうして職員が感想文を書き続けるうちに次第に内容がレベルアップしていった。

北島はそれまで規則や規律が緩やかだった組織に急速に規則を浸透させようとしたが、こうした組織改革の取り組みに反発する職員も少なくなかった。環境整備についても、「掃除は掃除の人の仕事でしょ、忙しいのになんで私たちがやらなきゃいけないの」との愚痴が聞かれ、「理事長は新興宗教に染まったのではないか」との噂まであった。患者の周辺環境がきれいになる一方で、現場の職員には環境整備の目的が十分に伝わらず、改革活動を受け入れられない職員が続出し、ついには職員250人中140人以上が退職するという事態に陥った。特に介護職の離職率はその年に入職した職員を含めると90%に上った。このままでは人手不足で業務が回らず、病院が年を越せないのではないかと非常に危機的な状況であった（資料6）。さらに薬剤師同士が業務中に喧嘩をして、1名が突如退職し薬剤師が不足したため、北島自身が薬剤課の業務を手伝う状況にまでなった。

介護開発室の設置

こうした事態を打開するため、2009年より北島は介護職について大学新卒の採用に踏み切った。それまで介護職員は随時中途採用していたが、応募者には他病院や介護施設での経験者もいれば介護未経験の主婦もあり、バックグラウンドがさまざま、価値観を共有することが難しかった。この年はおりしもリーマンショックの影響もあって、介護職の希望者として大学の新卒10人を採用することができた。しかし新卒者は社会経験も介護も未経験である。それまでは現場の人手不足もあり、介護職員を採用後すぐに病棟に配属し、病棟ごとに先輩からの「口伝」により介護のやり方を教えていた。これでは未熟な介護技術のまま現場に出ることになり、業務についていけないばかりか、腰痛などによる早期退職が絶えなかった。そこで北島は、新卒採用を機に介護職員の教育部門として、介護開発室を新設し、新人を最初の2～3か月配属させて体系的な介護技術を教育することにした。介護開発室には外部から介護技術の教育者を招聘し、新人に統一した介護技術を習得させ、一定基準の試験に合格した介護職員のみを各病棟に配置した。病棟からは人手不足なので介護職員を早く配置して欲しいと強い要望が出ていたが、介護開発室で専門職として体系化した介護教育を施し、介護技術の標準化を図ったのである。実際には新卒採用者への教育の前に、病棟の看護師やベテラン介護職にもこうした介護技術の専門教育を行ったが、なかなか浸透しなかった。しかも、ベテラン介護士の中には体系化された介護技術ではない「私のやりかた」に固執する者も多く、足を引っ張る看護師もいた。その結果、病棟のベテラン介護職と介護開発室で教育を受けた大卒新人の介護技術の間にギャップが生じることになったが、粘り強く病院としての標準的な介護技術を浸透させた。さらに、横浜病院では介護職員が自分の職業に誇りを持って働いてほしいと考え、介護職の呼称を院内で募集し、その名を「ケアキャスト」と称して看護職とは独立した専門職として位置づけた。今では国家資格である介護福祉士の取得支援を強化するために実務者研修を院内で受講できるようにしている。

日本版医療 MB 賞への挑戦

2009年、北島は経営の勉強を通じて日本版医療マルコム・ボルドリッジ (MB) 賞クオリティクラス (JHQC) の存在を知った。JHQCは経営品質向上プログラムに基づき医療機関の経営を評価する機関である。このプログラムの特徴として病院の組織成熟度が点数化されるため、経営が客観的に評価される。北島は経営を体系的に学び、自分の経営者としての立ち位置を知りたいという想いでJHQCにチャレンジすることにした。手始めに病院として標準化した看護・介護のマニュアル作成にとりかかった。それまで横浜病院の看護・介護マニュアルは病棟ごとにばらばらであった。横浜病院では正看護師と准看護師の比率が2:8(現在は6:4)と准看護師が多かった。正看護師は数が少ないうえに誰もが

5
10
15
20
25
30

役職に就くことを嫌がりマネジメントに向かない人材もいたため、准看護師を師長にせざるを得なかった。そのため、人柄はいいが看護計画を立てた経験がなく、体系だった看護ができない看護師長がいる状況であった。さらに看護師長を束ねる看護部長に適当な人材が見つからず、北島自身が看護部長を兼務した。こうしたなかでなんとか看護・介護マニュアルを完成させた。さらに、経営品質向上プログラムに基づき病院が大切にしている価値観を組織全体に浸透させ、今後の経営課題を明確化し、経営計画書を活用して組織変革を推し進めていった結果、2010年には医療版 MB 賞プロフィール認証を得るところまで到達した。

「この頃はとにかく忙しかった」と北島は振り返る。いいと思われる施策を採用し、試行錯誤を重ねた。離職が多かったため、職員一人ひとりが安心して働ける職場をつくりたいと考え、役職者にコーチングを導入したが、あまり活用されなかった。病院が変化する中で価値観の合わない人が辞める一方で、職員の人数を揃える必要があり、毎日のように採用面接をした。採用活動を通じて、いい職場でないといい人が応募してきてくれないことを実感した。横浜病院では平均より高い給与を提示していたが、お金が目当てで来る人は、お金を理由に辞めていった。北島は横浜病院では急性期病院のように設備投資をしない分だけ人材育成に投資する、教育を病院の付加価値にする、という方針を貫いた。現在でも医療収入の2%前後を教育に投資している（資料7）（全国平均は0.7%程度）。職員教育により医療事故や院内感染を防止するとともに、医療・介護の質の向上を通じて病院の評価を高め、収益増加にもつなげている。当初より北島は職員の教育をブランドのひとつに育て、さらには事業化したいと考えており、現在では一部で外部向けの教育提供を始めている。

組織の再構築

こうして徐々に病院としての体制が整いつつあった2012年、病院の監督官庁である関東信越厚生局による個別指導が入った。病院の保険診療について丸一日かけての立ち入り実地指導である。調査では特に看護専門官の指導が厳しかった。横浜病院では人材不足もあり、北島が看護部長を兼務するなど理事長直轄のフラットな組織構造になっていたが、実地指導では理事長による看護部長兼務は認められない、准看護師の師長も認められない、標準看護計画がないこと、医療・看護の記録が不十分であることなどを細かく指摘され、「横浜病院は医療組織としての体をなしていない」とまで酷評された。保険診療の返還金が1,000万円に上ったうえ、翌年、再度の実地指導が行われることになった。北島はこの時の実地指導を振り返り「自分は病院経営の基本を知らなかった。病院経営を一般企業経営と同じように考え、自由に経営できるというイメージでいた。実際の病院は療担規則の枠のなかで経営が行われていることも知らなかった。」と述懐する。療担規則とは健康保険法により定められた「保険医療機関及び保険医療担当規則」のことで、保険医療を担う医療機関が守るべき基本の約束事である。翌

年の再度実地指導に向けて、組織の再構築と指導に耐えうる記録やマニュアルづくりが急務になった。

組織再構築の目標は理事長一人に依存したモデルからの脱却であった。各部門に責任者としての部長をおいてピラミッド型の組織構築を目指した。しかし、部長職として病院内部に適当な人材がいなかったため、看護部長、事務長、医療技術部長（リハビリテーション課、放射線課、薬剤課、栄養課を束ねる部署長）を外部から招聘した。従来の採用方法はもちろん、知人のつてを辿り、紹介を受け、あるいはこれと思う人物には直接会って説得するなどして病院幹部として採用した。新しく赴任した看護部長はまず全病棟で看護の標準化を図り、看護計画を立てさせ、病院全体で看護の質を高めた。新看護部長によりそれまでの看護は否定され、師長のうち何名かは辞めていった。新看護部長は矢継ぎ早に改革を実行し、横浜病院の看護部は新しいフェーズに入った。しかし、介護に対する考え方で新看護部長と病院の方針に合致しない点が出てきた。従来、横浜病院では介護職も専門職と位置づけていたが、新看護部長は介護の専門性を評価せず、あくまで介護職を看護師の助手として位置づけようとしたため、現場では看護職と介護職の対立が生じた。この時は北島が仲裁に入り、なんとか解決を図ったが、新看護部長はさらに介護職の教育を担う介護開発室を廃止しようとした。横浜病院では看護職、介護職ともそれぞれ専門職として役割を分担し患者に貢献することを基本方針としており、この点での合意が得られなかったのだ。間もなく看護部長は病気を機に退職した。2013年1月、再度の関東信越厚生局の実地指導が入ったが、この時は「1年でよくここまでの組織改革をした」と評価してもらえた（資料8）。

身体拘束ゼロ活動

こうした改革の一環として、2012年に横浜病院は、患者の身体拘束ゼロを5年で実現する事を宣言した。これはある新卒介護職員の「なぜ身体拘束をしなければいけないのか」という言葉がきっかけであった。この介護職員は、患者が身体拘束をしきりに外してほしいと訴える姿を毎日現場で目にしており、身体拘束は介護開発室で教えられた“患者にとって良い介護をする”という法人の価値観に反しているのではないかと、という素朴な疑問を北島に投げかけたのだ。多くの場合、身体拘束は患者の安全を守るという名目で行われている。しかし、身体拘束をすることで実は医療者は無意識のうちに手を抜いているのではないかと。もちろん、いきなり拘束具をなくして「今日から身体拘束を止めます」では病棟が混乱し、隠れ拘束を助長するか、拘束をしなくてもいい患者だけを選んで入院させることになる。北島は環境整備を始めた時はいきなりの導入で現場に混乱を引き起こした教訓から、看護・介護・リハビリテーションの有志5人で「身体拘束廃止チーム」を作り活動を始めた。

このプロジェクトチームでの身体拘束解除のやり方はこうだ。まず、なぜその患者が身体拘束を必要とする行動をとってしまうのかという理由をチームで考える。そしてその理由を解消できる方法を考える。

この患者の身体拘束を解除してどうなってもらいたいのか、目的を明確にする。身体拘束解除は手段であり目的ではないのだ。次にその患者に適した身体拘束解除の計画を立て、職員間で何度も手順を共有し解除のシミュレーションをする。そのうえで手順を踏んで徐々に実際の身体拘束を解除し、途中経過を評価し、再度解除計画を練り直す。精神科の患者のなかには粗暴な患者もいて、投薬のタイミングなどにも工夫が必要になる。例えば経鼻胃管を挿入すれば喉に違和感が生じるため、当然、患者は管を抜こうとする。それならば管をなくして、食事を摂れるようにすればいい。患者に自分で嚥下させるために職員が動く。患者をみて患者の動きに合わせて職員が動けば身体拘束はいらなくなる。こうして手をかけて身体拘束を解除できる実例を1例ずつ積み上げて、徐々に病棟に広めていった。

田頭看護部長補佐の話「この頃、入院患者326人のうち約8割に身体拘束をしていました。理事長からは半年くらい前から相談をうけていましたが、身体拘束ゼロなんて無理だと思いました。入院患者の要介護度は平均4.2、全介助者が8割で自立歩行できるのは2割程度です。病棟からは、身体拘束は安全のために必要があつてしている、現場を知らないのに理想を強いられても困る、身体拘束を外して事故が起こったら誰が責任をとるのだ、との声があがりました。」

藤枝看護師長の話「身体拘束をするにはそれなりの理由があつたし、解除には不安が大きかったです。最初はずいぶん強引に進めているなど思いました。解除には医師を始めとして多職種の協力が必要で、特にリハビリの方には何度も相談をしました。やり始めてみると身体拘束はしなくてもいい、ということが次第に実感できるようになりました。身体拘束の解除とは、看護職や介護職の都合に患者を合わせるのではなく、患者の行動に自分たちが合わせる、という意識の大転換なのです。例えば食事の時間も病院の都合ではなく、患者さんの食べたい時に食べてもらうのを介助します。この活動を通じてチームで相談する文化が醸成されたように思います。」

川人理学療法士の話「リハビリと身体拘束は相反した行為なので、前から身体拘束には矛盾を感じていました。現場からは理想と現実が違う、病棟の大変さを知らないのに、との声もありました。しかし、病棟に張り付いて観察すると、身体拘束をされている患者さんがいる病室は、医療者が病室を訪れる頻度が低いことがわかりました。身体拘束をしていると、医療者が患者を十分に見ていない実態が明らかになったのです。患者をみて患者の動きに合わせて職員が動けば身体拘束はいらなくなるのです。業務優先から患者優先への転換です。他病院での成功例を見学すると、身体拘束を解除すると患者さんの目の輝きが違うのです。他でもできるならうちでも絶対にできるはずだ、としました。」

身体拘束ゼロを目指すと言ったものの、アンケートでは病棟職員の9割以上が身体拘束は必要と答えるなかで、最初の3年間はほとんど成果が得られなかった。プロジェクトチームは他病院の成功事例を見学するなどして研究を重ね焦らずじっくり取り組んだ。すると身体拘束から解放された患者に笑顔が戻り、麻雀をしたいと意欲が出てくる患者も出てきた。成功例を目の前でみることで身体拘束解除活動は病棟から病棟に広がり、4年目からは身体拘束解除できる患者が急激に増え始め、職員からは、「こういう医療や介護をしたかった」という声上がるようになり、やる気も高まった。2016年9月、宣言から4年半でついに身体拘束ゼロを達成した。北島は、「身体拘束ゼロ活動は、無理だという固定観念を持つ現場に理解してもらい、周囲を巻き込み価値観を共有するというプロセスであり、中堅リーダーの育成とチーム医療の形成にも役立った。」と振り返る。現在では社会貢献の一環として、地域の急性期病院や介護施設向けに身体拘束解除のセミナーや介護職向けの身体アセスメントセミナーを行うとともに、横浜病院としてのブランド化を図っている。

身体拘束ゼロを目指す過程で横浜病院の医療・介護の質は向上していった。横浜病院に入院している高齢者はかつて日本の高度成長期を支えてきた昭和の世代の方々である。横浜病院では栄養課の職員が企画した昔懐かしい「昭和の食事」を提供したり、患者個人の人生の思い出を大切に、病院であってもより良く生きるサポートをしている。あるがん末期の患者は奥様と公園を散歩することを目標に寝たきり状態からリハビリを受けて、大勢の職員が見守る中で奥様との最後の公園デートを実現した。また、入院後、落ち着かない患者がいたが、家では畳にちゃぶ台でご飯を食べていたことを聞き出し、実際にちゃぶ台を作ってベッドをやめたら穏やかに笑うようになった。職員が知恵を出し合い工夫して、患者の「想い」をかなえることに喜びを感じる文化が生まれてきている。もちろん、高齢者医療施設である以上、終末期を迎える患者も多いが、横浜病院には入院患者の家族が頻繁に見舞いに訪れ、最後の貴重な時間をともに過ごす姿が多く見られる。患者家族のコミュニティーができあがり、家族同士が安心して仲良くなり、一緒に食事に行ったりする姿もみられているという。

箱崎院長の就任と医局改革

このように、看護・介護の改革をすすめていたが、肝心の医局改革は手つかずのままであった。そうした中で2014年に箱崎幸也（当時60歳）を病院長として招聘した。箱崎は防衛医大出身の消化器内科医で、長年の間、都内の第一線急性期病院で活躍していたが、縁あって慢性期医療の現場にやってきた。箱崎の就任により、北島は理事長として経営を担い、箱崎は病院長（Chief Medical Officer）として医療の実務に責任を持つという二輪の体制が出来上がった。箱崎は医局改革とともに病院全体の医療の質向上に乗り出した。それまでは個々人の集まりでしかなかった医局で症例カンファレンスを開始し、情報共有と互いに勉強しあう体制をつくった。また、職種横断的な決定

機関として診療運営会議を開き、診療上の方針を職種間で確認するとともに、全体朝礼を復活させた。箱崎は看護職、介護職の教育にも力を入れ、褥瘡や嚥下に対する勉強会も開催した。それまで褥瘡対策は各師長の経験に頼って病棟間で治療方針が異なっていたが、日本で最も評価の高い「古田メソッド」を導入し治療を標準化した。さらに、医師の評価基準を決めて医師別患者死亡率、薬剤使用量なども調査し、医療の質改善につなげた。箱崎はこうした改革を急ぐことなく、現場の受け入れ状況を見ながら段階的に進めていった。改革を受け入れられない医師が次々に退職しても「もう流れ者の医師の採用は止めよう。苦しくても安易な妥協をしないで、いい医師が来てくれるまで頑張ろう」と北島と言いつつ。北島と箱崎のふたりで数多くの患者を担当した時期もあったが、幸い、非常勤または2～3か月の短期アルバイトでいい医師が来てくれたこと、現場の看護師と介護職の協力があった苦境を乗り越えることができた。

箱崎は広島県因島の出身で、高齢の母親を地元の慢性期病院で看取ってもらった経験がある。「慢性期医療は急性期と異なり、治癒がゴールではない。検査がなんでもできるわけでもない。慢性期は病気というより患者の状態で身体機能が異なり、患者それぞれでゴールも違う。患者のフェーズで活躍する職種が異なり、事務を含めた全職種での総合力が必須である。慢性期には医療の原点がある」と言う。新規に採用した医師の中に、出産・育児でしばらく医療の現場を離れていた女医がいた。これからの戦力になると期待して箱崎が熱心に指導すると、医療に自信を取り戻し、他病院に転出してしまった。北島は苦笑いをしながらこうした「リハビリ就職」も容認する。同時に進めていた身体拘束ゼロ活動とともに医療の質が向上し、組織全体で患者の笑顔が職員のやりがいにつながり、次第に病院としての評価が高まるようになると、さまざまな縁で若い医師が横浜病院に集まるようになった。現在の横浜病院の常勤医師は、北島、箱崎に加えて、心臓血管外科、救命救急医、2名の神経内科専門医、認知症専門医である精神科医の7人体制である。

医師でMBAの裴英洙との関係もそうした「ご縁」のひとつである。北島が病院経営に苦心している姿を見ていた母親が、ある日テレビで裴英洙の活躍を知り「この方に連絡をとったらどう？」と言ってきた。早速連絡をとり、裴に医療経営の家庭教師を頼み、ふたりでケースメソッドを中心とした病院経営の個人授業を開始した。現在、この勉強会は裴とその仲間（ハイズ株式会社）による院内の職員向けのマネジメントセミナー（院内MBAと称している）に発展している。さらに裴のネットワークから人のつながりができた。裴の恩師で慶應義塾大学大学院経営管理研究科の田中滋名誉教授にも出会い、聴講生として職員を派遣、田中ゼミの学生の見学も受け入れた。このほか、東京大学、北里大学などからも医療関係者、医学部学生などが多数見学に訪れている。

病院経営の現状と課題

現在、横浜病院の病床数は、医療療養 164 床、介護療養 112 床、精神療養 50 床の合計 326 床、職員数は約 300 人である。病院の経営計画について、当初は北島がひとりで考え決めていたが、現在では病院幹部と経営企画室が計画策定に参画している。毎年 8～10 月に経営企画室が翌年の経営計画の立案準備に入り、11 月に病院幹部を含め 10 名で経営計画の合宿討議をする。12 月までに経営計画をまとめ、翌年 1 月には各部門の役職者が集まり、部門間の整合性を図りながら具体的な実行計画を策定する。2 月～3 月には各課、各委員会の実行計画に落とし込み、3 月には経営計画発表会として横浜市内のホテルに全職員を招いて当年度の結果と翌年度の経営計画を発表する（資料 9）。年度の中でも計画は柔軟に見直し、PDCA サイクルをスピーディーに回す。こうした横浜病院の経営に対する北島の思いは毎年作成し全職員に配布される独自の手帳（経営計画書）に集約されている（資料 10、11）。ここには病院の理念、ビジョンはもちろん、毎年の経営計画、経営目標、部門ごとの戦略、組織体制、委員会や会議体の体制、評価項目、行動計画の KPI などが細かく記載されており、職員に病院の目指す方向性の周知を図っている。このように、医療と介護、経営の質を向上させた結果、経営は安定的に推移しており（資料 12）、2013 年には JHQC の A クラス認証を、2016 年には最もランクの高い S クラス認証を受けるまでになった。北島は、この手帳（経営計画書）に溢れる思いを幹部職員や管理職だけでなく、現場の職員により浸透させ、職員の法人に対するエンゲージメントを高めていくことが重要だと考えている。

現在、横浜病院が直面している経営課題のひとつは継続した介護人材の確保である。高齢者人口が増加し労働人口が減少する中で、介護人材の確保は国全体の問題でもある。2025 年には介護人材の需要は 253.0 万人になるのに対し、供給は 215.2 万人の見込みであり、37.7 万人不足する。2017 年 12 月時点での介護サービス職の有効求人倍率は 4.31 倍に上った。人材採用と広報は元気会の理事でもある北島の妹の佳苗が担当している。佳苗らは価値観を共有できる人材の採用が病院の組織一体化に大きく寄与し、医療現場の変革への出発点であると考えている。横浜病院における介護人材の採用にはいくつかの特徴がある。横浜病院では新卒採用者・大卒者の割合が高く、年齢が若く常勤としての採用が多い（資料 13、14、15）。応募者の見極めは厳しく、採用内定率は 10% 程度である。新入職員の 70% 以上が介護業界未経験者であり、彼らには介護開発室での体系的な教育カリキュラムを提供するとともに、介護福祉士受験など資格取得を支援し、資格手当を含めて安定した給与体系を実施している。こうした人事政策の結果、現在では役職者の 6 割を新卒からの採用者が占め、病院運営のコアに育っている。

佳苗は大学院で病院組織についての研究により修士号を取得、さらに田中滋名誉教授のもとで医療マネジメントや医療・介護政策を学び、厚生労働省の審議会に随行するなど国の政策動向にもアンテ

ナを伸ばしている。「横浜病院の経営について、北島理事長がアクセルの働き、佳苗さんがエンジブレキの役割を果たしているのですか」という筆者の問いに対して佳苗は、「そうではありません。兄が考えて決めた横浜病院の大きな方向性について、私が反対することはありません。兄はじっくり考えて、こうと決めたらしつこくやりきる性格です。環境整備活動の時にも、身体拘束ゼロ活動の時にもそうでしたが、私はどうすれば実現できるかを一緒に考えます。国の医療政策の動向については経営企画会議に報告し、病院経営に活かしています。」と言う。

わが国は本格的な高齢化社会を迎えており、医療政策は地域医療構想のもとで大きな転換点を迎えている。北島らは横浜病院のこれまでの歩みを振り返りながら（資料 16）、介護療養病床が廃止される流れの中でこれからの進むべき方向として病院完結医療から地域完結医療への展開を考えている。具体的には現行の慢性期医療を軸にしなが、横浜病院から退院した患者の在宅あるいは介護施設への訪問診療体制と、地域包括ケア病棟開設による亜急性期患者の受け入れ体制の構築である。地域包括ケア病棟を新たに開設し、在宅患者や介護施設の入所者が誤嚥性肺炎などで一時的に密度の高い医療が必要となったときの受け皿とする計画で、慢性期医療を中心に川上と川下へ半歩ずつ領域を広げる展開である。嚥下障害や褥瘡、認知症など慢性期医療に多い疾患は、急性期病院も老健施設も扱いにくい領域であり、この分野の診療の質向上は横浜病院として差別化要因になりうると考えている。さらに横浜病院は 2018 年度から横浜市認知症初期集中支援事業を受託している。これは家庭を訪問して認知症患者を早期発見・診断し必要な医療や介護につなげるもので、認知症について専門性の高い横浜病院の医療を地域に提供したいと考えている。

こうした中、2018 年に医療機能を内包した施設系サービスとして新たに介護医療院が制度化された。介護医療院はこれまで介護療養型施設が担ってきた日常的な医学管理や看取り・ターミナルケアなどの医療機能に加えて、要介護高齢者の住まいとしての機能を兼ね備えた新サービスである。介護医療院にはⅠ型介護医療院とⅡ型介護医療院の 2 種類がある。前者は現状の介護療養病床に相当する施設で重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるための施設で、後者はそれ以外の容体が比較的安定した者を対象とする施設である。新たな介護医療院設置に伴い、介護療養病床は経過措置期間を 6 年間延長され、この間に介護医療院への転換を促進させるさまざまな政策が示されている。横浜市では高齢者人口の急増に伴い行政としても療養病床の不足が政策課題となっている。特に介護施設では抱えきれない医療区分 1 の患者の受け皿が大幅に不足すると考えられ、介護医療院がその受け皿として期待されているが、現在は既存の医療療養病床や介護療養病床からの転換のみが認められており、今後の整備目標等は決まっていない。

横浜病院では国の医療政策と横浜市の病床整備計画を見極めながら介護医療院への転換のタイミングを検討している。北島は横浜病院の将来計画について、「これからの慢性期病院は急性期病院の下請けではなく、価値観を共有できる急性期病院をパートナーとして互いに手を組んでいく必要がある

と思います。急性期病院も確実に患者を受け入れてくれる質の高い慢性期病院が必要なのです。診療面の質向上と制度への対応を図り、どのような患者でも受け入れられるために医療療養病床だけでなく、地域包括ケア病棟や介護医療院の整備を行い、その体制を支えられる収益構造へのシフトを図りたいと考えています。」と述べ、慢性期医療の次のステージを展望している。

5

10

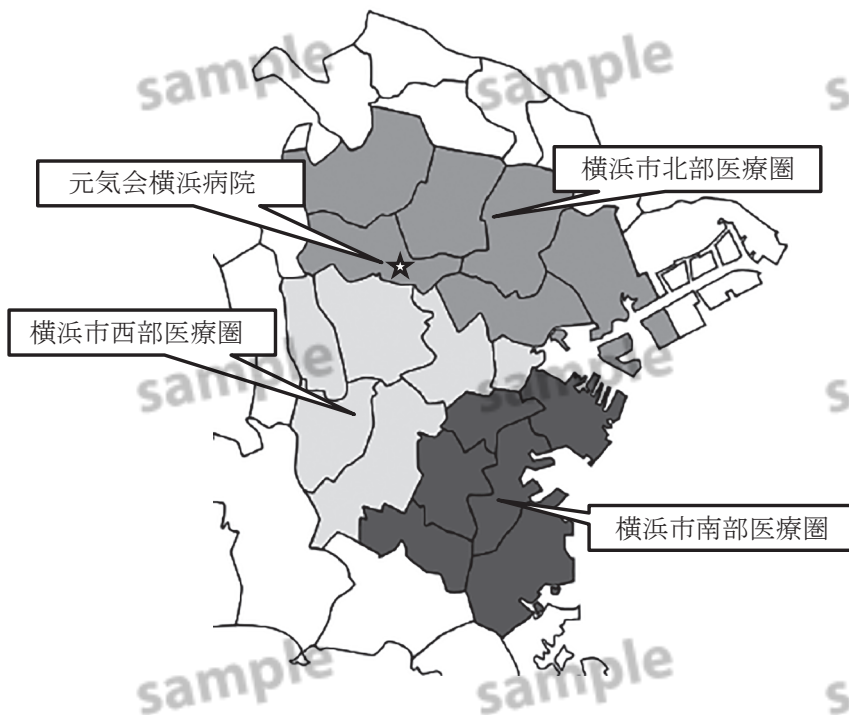
15

20

25

30

資料1 横浜市医療圏(2017年度)

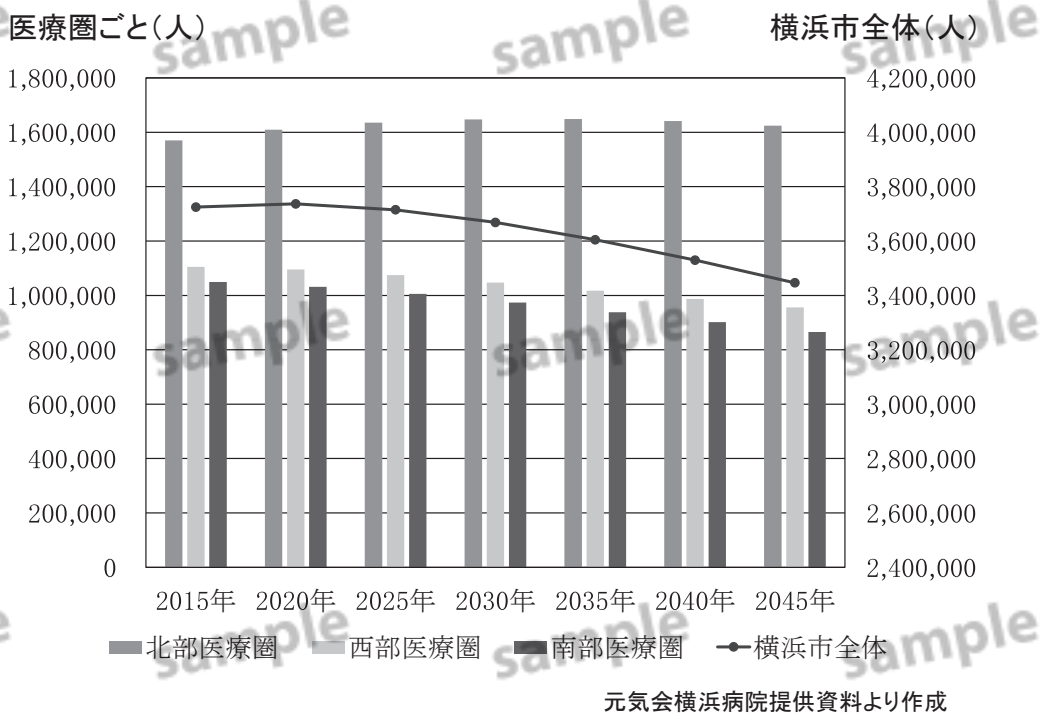


資料2 元気会横浜病院の沿革

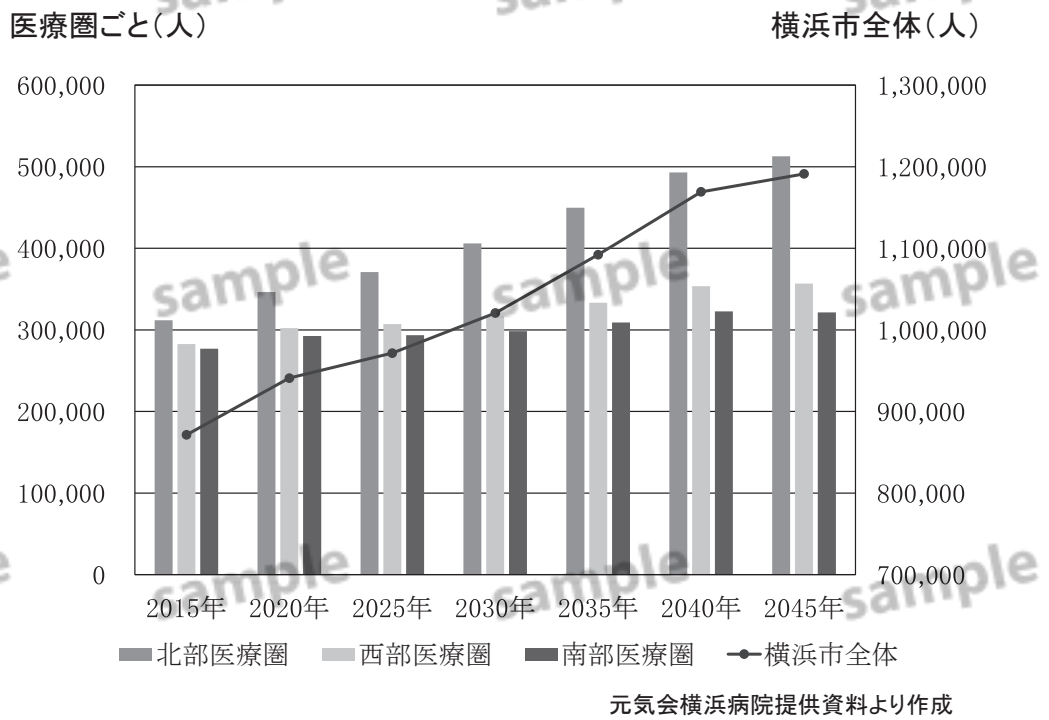
| | 主な出来事 | 病床数 |
|-------|---|------|
| 1981年 | 横浜病院開設 | 189床 |
| 1985年 | 北島 淳 院長就任 | |
| 1989年 | 17床増床 | 206床 |
| 1990年 | 特例許可老人病院へ変更、70床増床 | 276床 |
| 1991年 | 医療法人元気会開設 北島 淳 理事長就任 | |
| 2002年 | 新病棟竣工、介護療養病床276床に転換 | |
| 2003年 | 精神療養病床50床増床 | 326床 |
| 2006年 | 北島 明佳 理事長就任 介護療養病床52床を医療療養病床へ転換(医療52床、介護224床) | |
| 2007年 | 介護療養病床56床を医療療養病床へ転換(医療108床、介護168床) | |
| 2008年 | 経営計画策定、環境整備開始 介護療養病床56床を医療療養病床へ転換(医療164床、介護112床) | |
| 2010年 | JHQC プロフィール認証 | |
| 2012年 | 身体拘束廃止宣言、厚生局個別指導1回目 | 326床 |
| 2013年 | JHQC Aクラス認証 | |
| 2014年 | 厚生局個別指導2回目、箱崎 幸也 院長就任 | |
| 2016年 | JHQC Sクラス認証、身体拘束ゼロ達成 | |

元気会横浜病院提供資料より作成

資料3 医療圏ごとの総人口推計(2015年～2045年)



資料4 医療圏ごとの高齢者人口推計(2015～2045年)



資料5 元気会横浜病院理念

病院理念

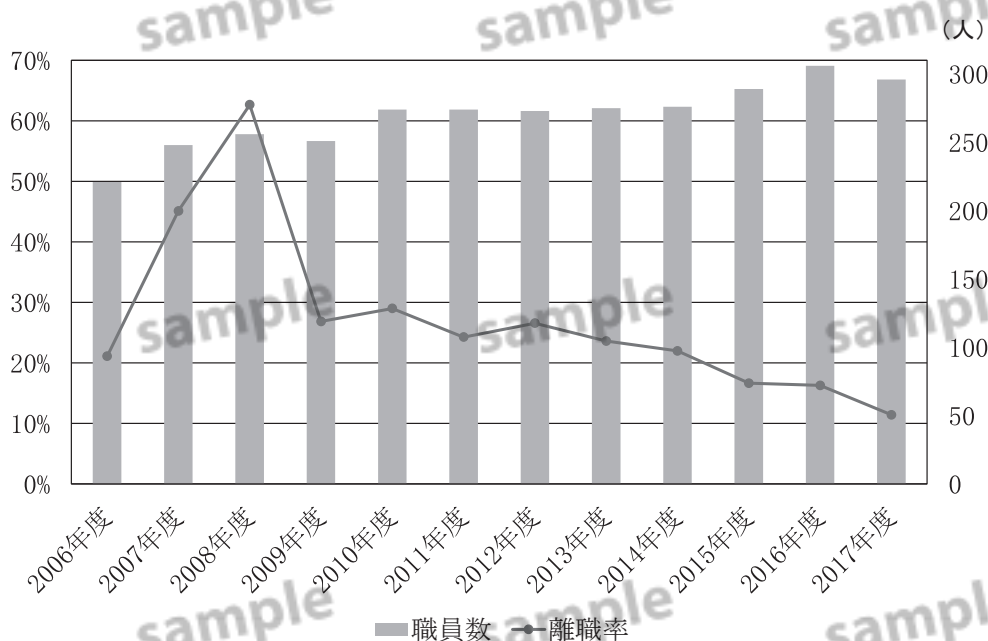
心を元気にする病院
～医療・介護を通じて
みんながしあわせになる社会をつくります～

患者様が「生きていてよかった」
と実感できる場にします

私たちは人生の大先輩から学び、成長します

医療・介護を通じて、世界中の人々が
しあわせになる社会づくりに貢献します

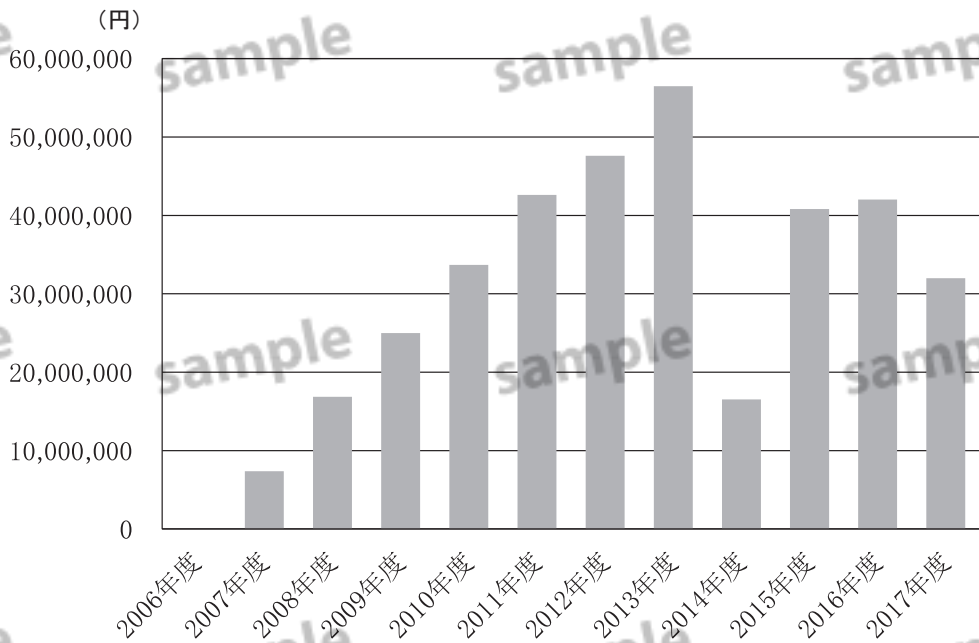
資料6 職員数と離職率の推移



※職員数は常勤換算、離職率は60歳以上の職員を除く

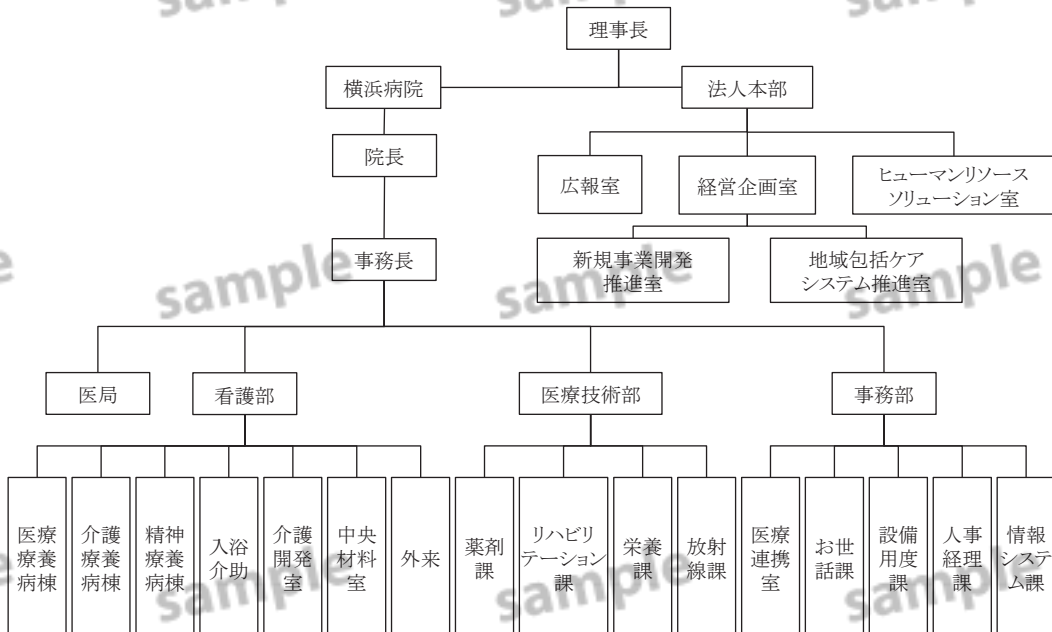
元気会横浜病院提供資料より作成

資料7 元気会横浜病院の教育研修費



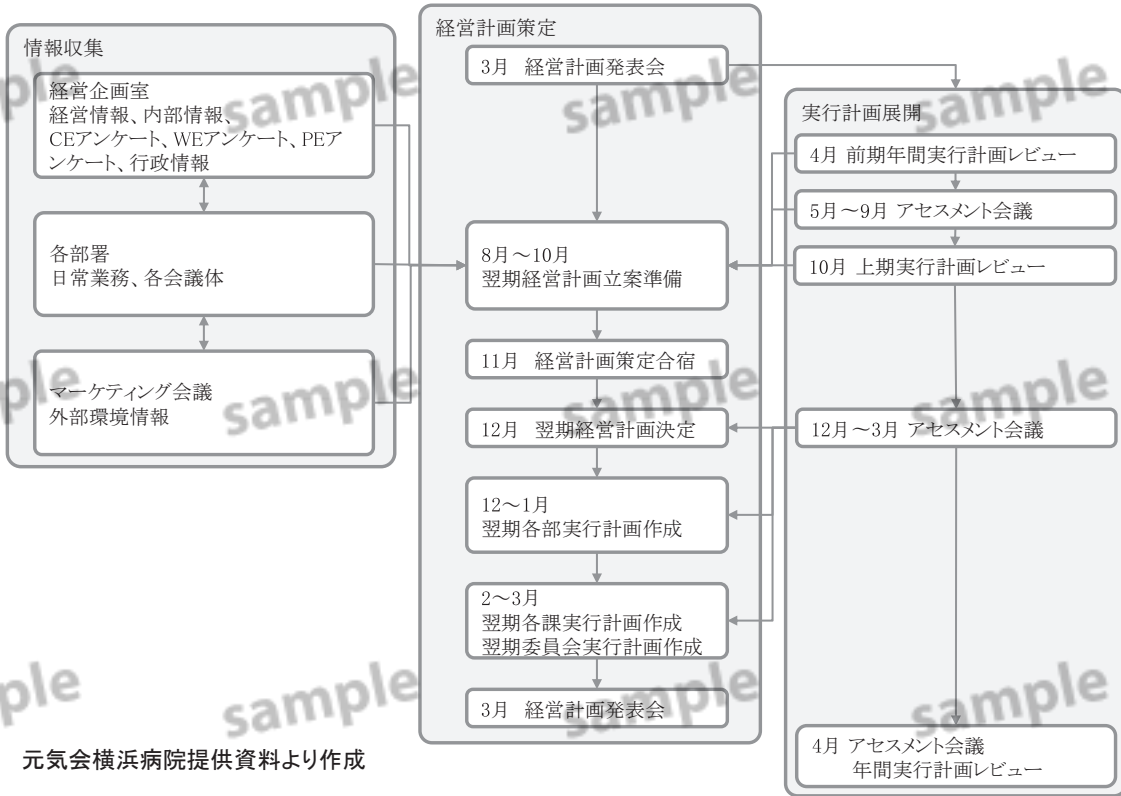
元気会横浜病院提供資料より作成

資料8 元気会横浜病院 組織図



元気会横浜病院提供資料より作成

資料9 経営計画の策定と展開のプロセス



資料10 経営計画書(手帳)



元気会横浜病院提供

資料11 第29期経営計画書（抜粋）

9. 経営基本方針と経営目標

理念・ビジョンを実現するための基本方針として「日本経営品質賞（JQA）」のフレームワークを活用し、「一人ひとりが主役」をコンセプトにした経営を行います。「一人ひとりが主役」とは、患者様には個性を活かした医療・介護を提供し、スタッフは一人ひとりが成長し続けるということです。

そのために、①安全性、②信頼性、③専門性、④迅速性、⑤共感性を指標にします。

- ①安全性：経済的に見合う有用性を維持したレベルで可能な限り危険の排除
- ②信頼性：役割を果たす力
- ③専門性：質の高いサービス提供のための能力、知識、技術
- ④迅速性：対応スピード
- ⑤共感性：相手を理解する力

総合評価指標（今期の経営目標）

| 指標 | 目標値 |
|-------------------------------|-----------|
| ご家族様アンケート（以下CEアンケート）で総合満足度 | 4.3 |
| コアパートナーアンケート（以下PEアンケート）で総合満足度 | 4.0 |
| 従事者意識調査（以下WEアンケート）で総合満足度 | 3.8 |
| 2018年度の決算報告で総収入 | 21億5000万円 |
| 2018年度の決算報告で経常利益 | 8000万円 |

Workforce Engagement System指標

| 指標 | 目標値 |
|-----------------|-----|
| ☆検閲者WEアンケート総合満足 | 4.0 |
| ☆一般職WEアンケート総合満足 | 3.8 |
| 職員定着率 | 88% |

Management System指標

| 指標 | 目標値 |
|------------------------|-----|
| 役職者WE Q1「理念・ビジョンの理解」 | 4.0 |
| PEアンケート総合満足度 | 4.0 |
| CEアンケート、当院への入院を希望する層 | 60% |
| 実行計画 戦略課題目標達成率（各部・課・室） | 90% |
| 実行計画 戦略課題目標達成率（委員会） | 85% |
| 組織成熟度（各部、課） | B+ |
| 組織成熟度（委員会） | B- |

Learning System指標

| 指標 | 目標値 |
|------------------|-----|
| 実行計画 法人戦略課題目標達成率 | 80% |
| 組織成熟度（法人） | A+ |

Customer Engagement System指標（入院プロセス）

| 指標 | 目標値 |
|-------------------------------|------|
| ☆アクション3b以上の件数 | 5件 |
| ☆療養の指定発生率 | 15% |
| ☆療養の治癒率 | 30% |
| ☆経営栄養から少しでも経口摂取可能となった割合（3ヶ月間） | 20% |
| ☆経営栄養から1歳以上経口摂取可能になった割合（1年間） | 5% |
| 身体拘束数 | 0.7件 |
| ☆1ヶ月以内の解除率100% | 100% |
| 感染症集団発生件数 | 0件 |
| ☆医療区分2.3の割合（4.5.6F病棟） | 87% |
| ☆医療区分2.3の数（2.3F病棟） | 40人 |

Customer Engagement System指標（相談プロセス）

| 指標 | 目標値 |
|------------|-------|
| 入院相談 受付件数 | 1550件 |
| 入院相談 相談成功率 | 70% |
| ☆病床稼働率 | 98.2% |

Community System指標

| 指標 | 目標値 |
|------------------|------|
| 法人イベントの地域住民の参加者数 | 500人 |

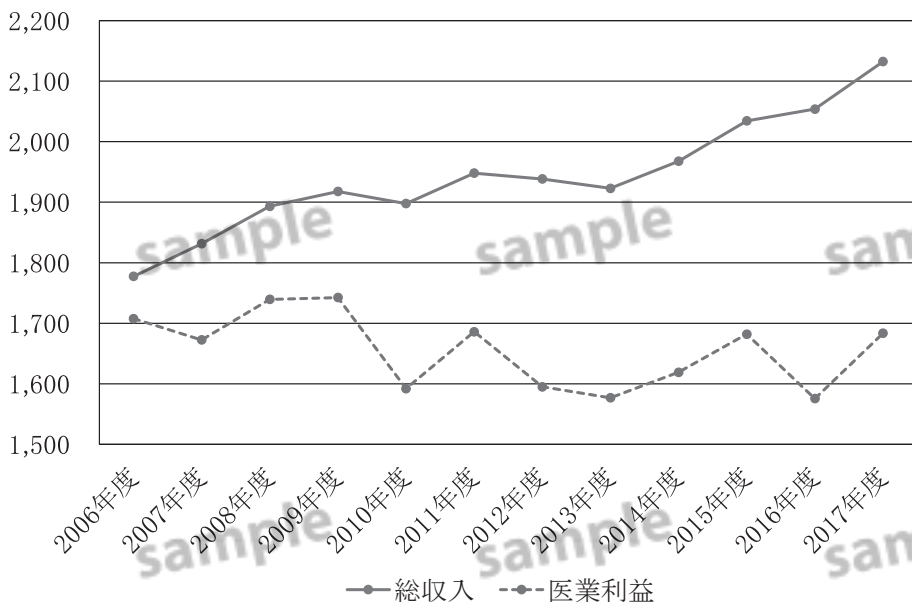
☆は法人戦略課題

元気会横浜病院提供

資料12 総収入と医業利益の推移

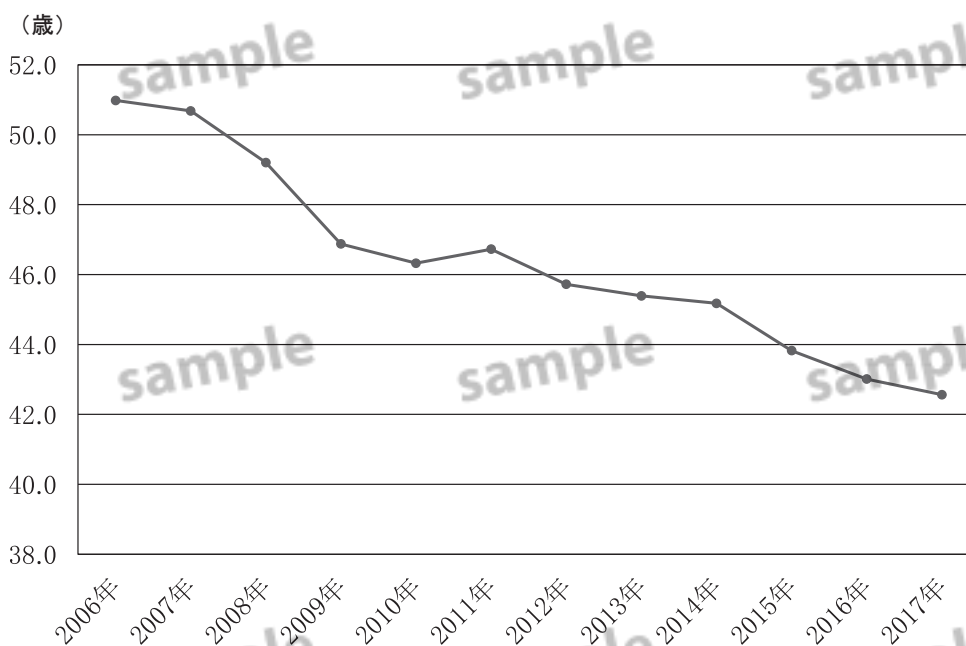
総収入

単位：百万円



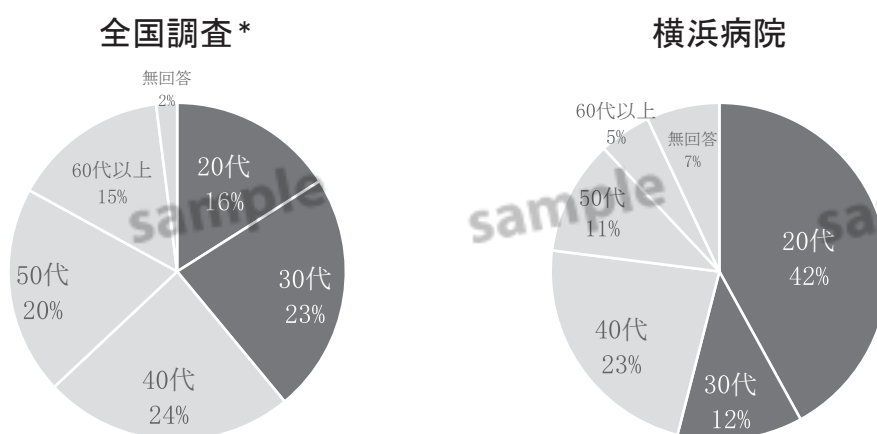
元気会横浜病院提供資料より作成

資料13 職員の平均年齢の推移



元氣会横浜病院提供資料より作成

資料14 介護職員の年齢構成比

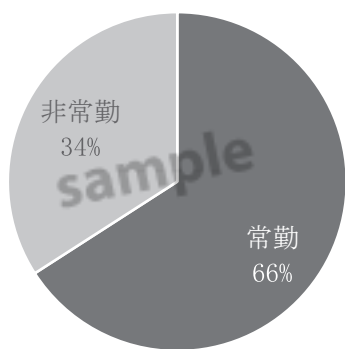


*公益財団法人介護労働安定センター 平成28年度 介護労働実態調査
(全国の介護保険サービスを実施する事業所のアンケート調査)

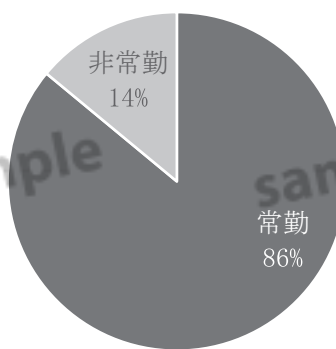
元氣会横浜病院提供資料より作成

資料15 介護職員の常勤の割合

全国調査*



横浜病院



* 公益財団法人介護労働安定センター 平成28年度 介護労働実態調査
(全国の介護保険サービスを実施する事業所のアンケート調査)

元気会横浜病院提供資料より作成

資料16 元気会横浜病院の歩み

| 期間 | 2006.4～2007.10 | 2007.11～2009.3 | 2009.4～2011.3 | 2011.4～2013.3 | 2013.4～2015.3 | 2015.4～2016.11 | 2016.12～2018.3 |
|-------------|------------------------------------|------------------------------|---|--|---|---|--|
| 危機課題 | 介護療養病床の廃止決定 職員が各自の価値観で 独自に行動 | 職員定着率 40%以下 | 役職者の退職と 後継人材の不足 | 行政監査に適合 する組織体制の 不備 | 価値観の合う医師 の採用困難 | | 稼働率の向上 |
| 対応策 | リーダーの覚悟と 率先垂範 | オペレーションの 可視化、標準化 採用力強化 | 経営品質の枠組み に則って経営計画、 実行計画のPDCA フラットな組織づくり リーダーの育成 | 理事長1人モデル からの脱却 新幹部の採用 部門単位の 指示命令系統確立 | 幹部の意思統一 部門間の整合性 診療の質向上 独自能力の形成 | | ダブルループPDCAを回す スピードと質の強化 職員全体の一体化 |
| 取り組み 出来事 | 北島理事長就任 (2006.4) | 経営計画書・発表 会(2008.3) | 新卒採用(2009.4) | 看護・介護マニュ アル整備(2011.4) | 幹部採用・管理機 能の強化(2013.4) | 診療運営会議 (2015.4) | 慶応義塾大学 田中滋名誉教授 来訪(2017.3) |
| | | 環境整備(2008.4) | 経営品質向上 活動(2009.4) | 身体拘束ゼロ宣 言(2012.4) | JHQC Aクラス認 証(2013.9) | メディカルソーシャ ルワーカー向け 病院見学会開始 (2015.6) | 認知症初期集中 支援事業受託 (2017.9) |
| | | 実行計画策定 (2008.4) | 幹部研修(コーチ ング)(2009.8) | 厚生局個別指導 1回目(2012.11) | 厚生局個別指導 2回目(2014.1) | 院内MBA開始 (2016.1) | 身体拘束解除に 向けたセミナー (2017.12) |
| | | 評価制度導入 (2008.4) | JHQCプロフィール 認証(2010.3) | | 箱崎院長就任 (2014.11) | JHQC Sクラス認 証(2016.9) | 病床稼働率平均 98%(2018.3) |
| | | スタンプ帳開始 (感想文)(2008.4) | 介護開発室・介護 研修(2010.4) | | 診療運営会議 (2015.1) | 身体拘束ゼロ達 成(2016.9) | |
| | | | | | 古田メソッド(褥瘡) の導入(2015.2) | 身体アセスメントセ ミナー(2016.11) | |

元気会横浜病院提供資料より作成

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

不 許 複 製

慶應義塾大学ビジネス・スクール
