

浜松医科大学「明日の病院運営を考える会」(2011年2月2日、於浜松市)

# 病院経営の要

## -人材を人財に-

東北大学名誉教授

宮城県医療顧問

久 道 茂

# 日本の自治体病院は「ヒト、モノ、カネ」の 三重苦状態

ヒトは医師と看護師の不足  
モノは建物の老朽化、耐震性の問題  
カネは構造的な赤字問題

日本社会の変化、国民の意識の変化、  
医療政策・医学教育の変化、  
医療崩壊の兆し、人心の荒廃、不信と無感謝、品格の低下

# 高齢社会とはどんな社会か？

高齢者が増える社会

病人が多い社会

病気も増える社会

被介護者が増える社会

お金がかかる社会

収入が減る社会

思いやりが必要な社会

# 病院がつぶれていく—何故か？

## 総務省の地方公営企業総点検のまとめ

(平成14年度以降の平成18年11月現在で)

11病院事業が民間へ譲渡

指定管理者制度の導入は38事業

PFI導入は6事業

地方独立行政法人の導入検討は35事業

## 「止まらない病院の倒産」(毎日新聞、2007年11月10日)

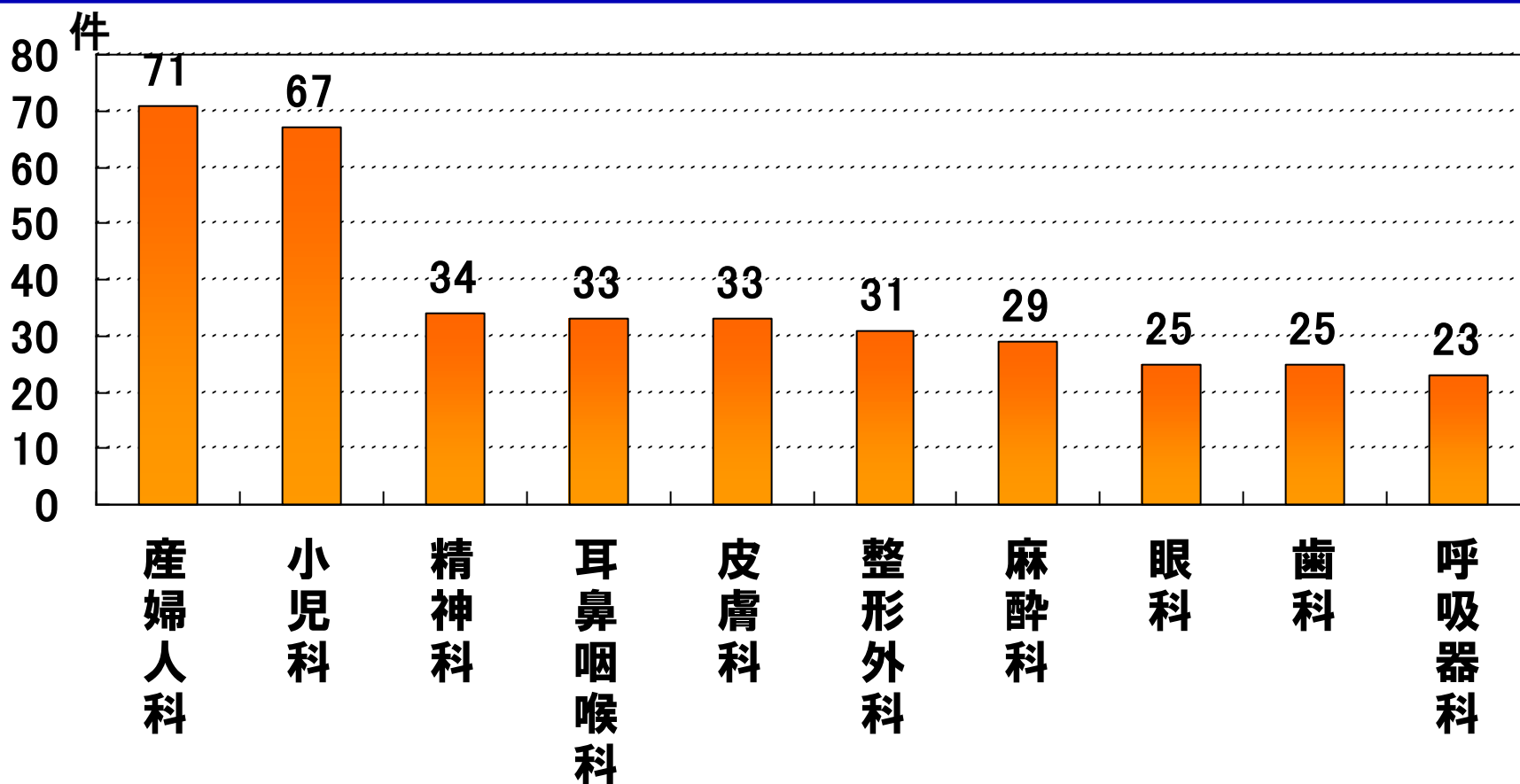
1—10月7件、既に前年の3件を上回る。昨年は、負債総額が3億2200万円だったが2007年では10月の時点で既に46億3100万円となり14倍に増えた

2007年の医療機関の倒産は9月までに39件であり、過去最高であった2006年の30件を上回る(日医ニュース、No.1109、2007,11,20)

# 平成16年度以降に休止した診療科(上位10件)

—日本病院団体協議会「病院経営の現況調査」より—

回答のあった2,782病院のうち、439病院(16%)が休止している



# つぶれる原因は？

赤字経営

診療報酬の低さ

医師不足と中途退職

地方財政の悪化

未収金問題

# 赤字経営の現状

総務省の2009年度の地方公営企業決算(病院事業)では、**全国665の自治体が経営する病院(936)の70.8%の470事業が赤字**、額は前年度から約100億円減少し2,075億円。

地方自治体の一般会計から約7,508億円(前年度より547億円増)の資金を繰り入れても、赤字を計上。

# 赤字の定義は

- ・バラバラである
- ・一般会計からの負担金(義務的)をすべて赤字補填と  
いうのはまちがい  
(地方公営企業法第17条の2 ルール化が必要)
- ・退職給与引当金を計上しているか
- ・償却前収支と償却後収支による赤字とは  
(減価償却とは現金の支出を伴わない費用として計上  
され、回って「内留」となる)
- ・剰余金計算書をもて比較しているか



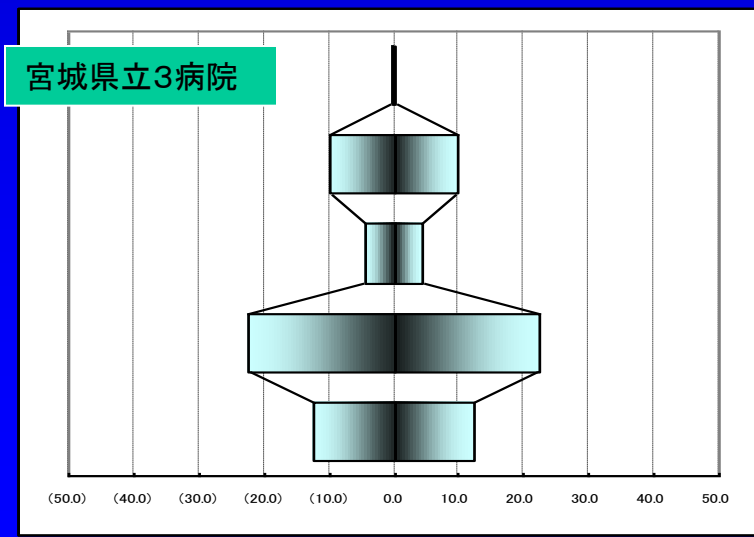
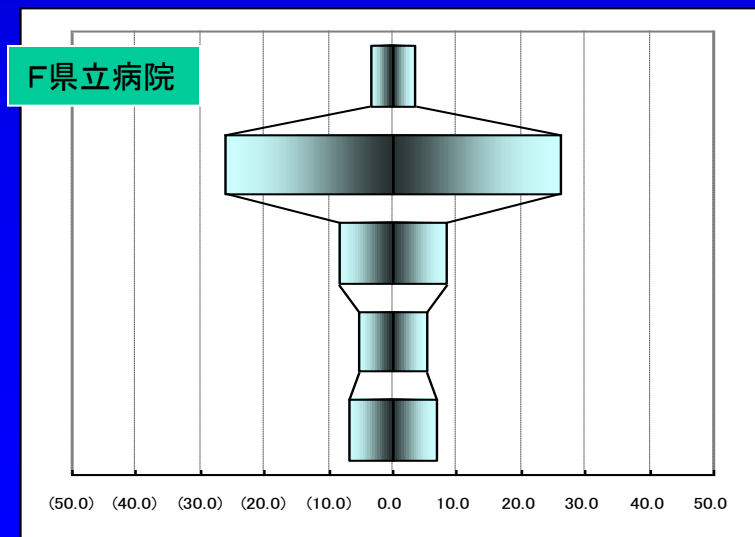
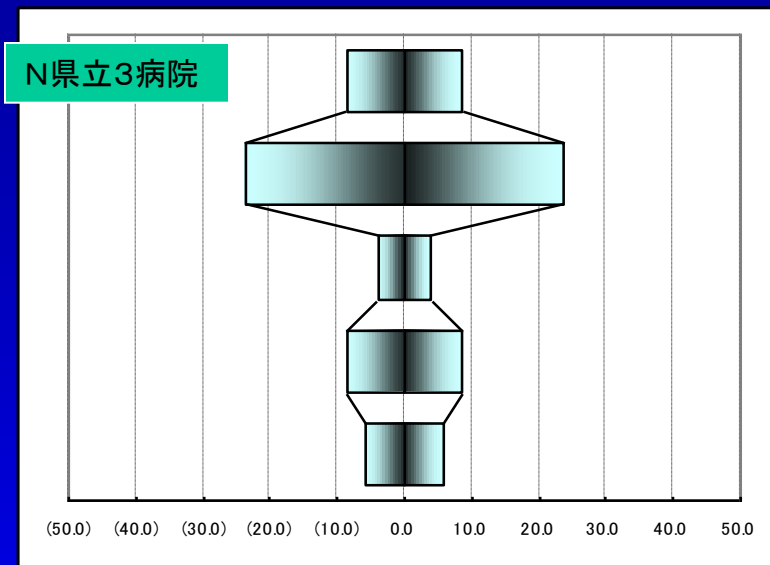
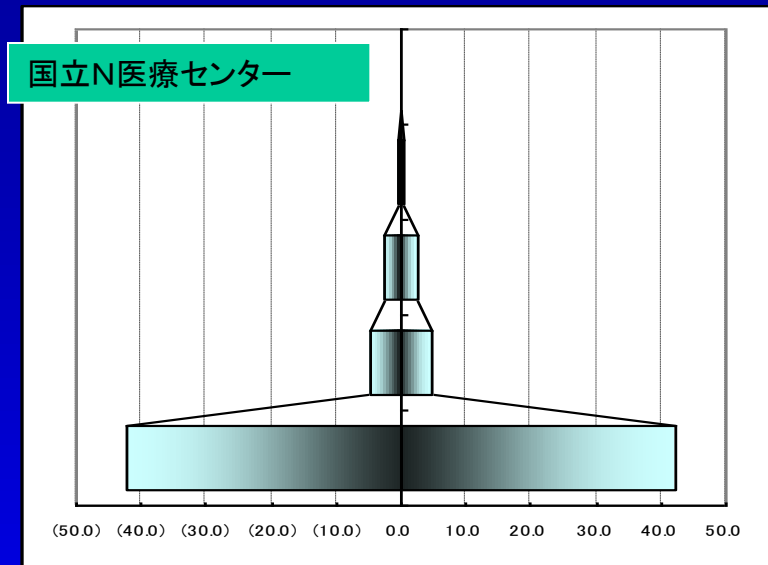
# なぜ赤字決算が続くのか

## 赤字の原因

- (1) 設備投資によるもの
- (2) 社会保険診療報酬の制度上の問題
- (3) 人件費率の増
- (4) 地理的条件
- (5) 病院経営のセンスが薄弱
- (6) 医師・看護師不足と標欠病院化
- (7) 住民の過剰な要求(フリーアクセス)

# 看護職給料の比較 —給料表ピラミッドについて—

【医療職給料表(三)級別職員分布表】



# 未収金問題(無銭医療)

2002～2004年度全国6割の病院の未収金額は、約853億円、残りの病院の分も集計すれば1000億円を超えるのではないか。

## (事例)

茨城県立病院(中央、友部、こども)の診療費の未収金額は、平成19年度7月末現在で1億7800万円。滞納の理由は、生活の困窮が82.3%を占める。

浜松市中区の総合病院「県西部浜松医療センター」の累積未収金額は9189万円、「公的な病院だから医療費を払わなくても受診できる」の噂が広まっているためと言う。

## 外部の集金代行業者に委託:

和歌山県立医科大学付属病院が2007年3月末の未納金1億7300万円のうち、分割納入や交渉中のものを除く約7800万円分の徴収を外部の株式会社に委託  
兵庫県姫路循環器病センターも同会社へ事務委託を行った。

# 医師不足の理由は？

そもそも医師養成数の不足

地域偏在

診療科偏在

過重労働

医師の満足度と現実とのギャップ

卒後臨床研修必修化

大学医局の弱体化

過重労働→勤務医の退職→更なる過重労働の悪循環→  
人間関係の悪化→病院全体にゆとりがなくなり→品格がなくなる

# 自治体病院の役割

政策医療と必要な不採算医療を行う責任がある

## 自治体立病院

- i 僻地医療
- ii 政策医療(救急医療、感染症)
- iii 不採算(高度・専門)医療
- iv 災害時医療
- v 法律に基づく精神病院(都道府県)の設置

# 自治体病院の課題

- 不適切な病院配置と病床数による医療資源の無駄の放置
- 高額医療機器の競争的設置
- 専門医の奪い合い
- 使われない医療機器
- 自分達の病院さえ良ければ良いという意識
- 病院建設場所決定の勝手な振る舞い
- 調整役の不在
- なんと云っても勤務医師不足

# なんと言っても勤務医師不足

医療法に定めた標準医師人員の充足率は民間を含む病院で、全国では75%

宮城県は59.7%

(31自治体病院のうち標欠病院は20で、76.3人の不足)

一方、医師需要調査(平成15年)では緊急に必要な医師が55.1人(17病院)、欠員補充に必要な医師数は26.4人(11病院)、診療の充実に必要な医師数は55.4人(17病院)、合計で136.9人が不足

# 標欠病院にならないための病床数(x)は

## 医師法定人員の算出式

$$\text{医師標準数} = 3 + \{1 \text{日あたり平均入院患者数} + (1 \text{日あたり平均外来患者数} \div 2.5) - 52\} \div 16$$



分解すると

$$x = \text{現在の常勤医師数} \times 16 - (1 \text{日あたり平均外来患者数} \div 2.5) + 4$$



# 医師確保対策

各病院が行ってきたこと:

管理者・院長の権限と責任が不明確

自治体が行ってきたこと:

奨学資金、有給の研修制度、病院の再編成、  
地方公営企業法の全適になっても問題がある。

国が行ってきたこと:

全て泥縄式対応、医学系大学医学生募集の地域枠設定、  
地域医療支援中央会議、政府与党検討会議など

最近、世論とマスメディアの影響で少し真剣になりつつあり？

# 病院再編成時代の到来

- 作りすぎたミニ総合病院⇒人材や医療機器等の分散・非効率
- 医療のフリーアクセスの公約と過剰な期待⇒限界を知る
- 医療資源の集約化と再編
  - 「近くにあるが医師がかけている病院」
  - 「少し遠くなるが医師が常勤している病院」 } のどちらを選ぶか

自己(病院)完結型医療から地域完結型医療を目指す。

— 地域医療連携のシステム作りが重要 —

# 病院再編の問題点

医療圏の住民が効率的に受診できる仕組みが必要。  
場合によっては自分のところの病院を他の病院へ  
集約しなければならない自治体が出てくる。

多くの自治体病院は病院施設の改修期が来ており、  
財政危機の中で多額の病院建設費を捻出することも、  
よしんば建設が出来たとしてもそれを回収することは  
容易ではない。自治体病院同士が競合し、医師を  
取り合いしているなどは愚の骨頂

# 再編による競合に呑み込まれないために

最も大切なこと—管理者や院長がどんなミッションとビジョンを持ち、

その戦略をどう策定し実行するか、が問われる—

## 例えば

- 特定の診療科に特化した専門病院(医療)
- 日帰り検査、日帰り手術などの医療技術を駆使する超急性期病院(医療)
- 軽症の患者をいつでも受け入れるコンビ二病院(医療)とかかりつけ医機能
- 慢性疾患のリハビリ医療を中心とする
- 在宅(訪問)医療だけを担当する

⇒これらすべて連携しないとやっていけない。

# 地域医療は誰が担うのか

国の役割

地方自治体の役割

大学の役割

自治体病院の役割

開業医の役割

住民の役割

# 国の役割

厚生労働省に地域医療支援中央会議の設置（2006年12月21日）

設置根拠は、平成18年8月31日の「地域医療に関する関係省庁連絡会議」がまとめた『新医師確保総合対策』による

総務省の「公立病院改革懇談会」がガイドラインを公表(2007年11月12日)

地方公共団体は2008年度内に公立病院改革プランを策定

「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の実施

文部科学省は医師不足解消策(2008年)

大学の地域枠入学、平成20年度から若手医師が将来に不安を持たずに医師不足の医療機関に勤務できる仕組みを構築した大学病院に対して財政支援

医学部新設に関する検討会設置(2010年)

# 医療は社会的共通資本

(宇沢弘文氏、経済学者)

社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置を意味する。社会的共通資本は社会全体にとって共通の財産として、社会的な基準にしたがって管理、運営されるものである。

社会的共通資本は自然環境、社会的インフラストラクチャー、制度資本の三つの大きな範疇にわけられる。大気、森林、河川、水、土壌などの自然環境、道路、公共的交通機関、上下水道、電力、ガスなどの社会的インフラストラクチャー、そして教育、医療、司法、金融制度などの制度資本が社会的共通資本の重要な構成要素である。

医療を社会的共通資本と考えるとき、市民は保健・医療にかかわる基本的なサービスの供与を享受する権利をもち、社会は、このようなサービスを提供する責務を負うことになるわけである。

# 地方自治体の役割

自治体病院が住民に提供する地域医療サービス：

- i 救急医療  
(救命救急センター)(高度な機器施設とマンパワーが必須)
- ii 急性期医療(各診療科の専門医、在院日数の短縮)
- iii 回復期医療(リハビリ施設と理学療法士などのスタッフが必要)
- iv 療養医療(老健施設、介護施設との連携または移行)
- v 日常医療(民間医療機関との連携、有床または無床診療所)
- vi 予防医療(健康診査、保健指導など)
- VII 災害時医療



# 住民の役割

もう少し医療の本質について理解すること:

「医療は、住民にとってきわめて大切な社会的共通資本(宇沢弘文氏)であること」

「医療は不確実なものであること」

「ヒト、モノ、カネを十分使わないで医療のフリーアクセスを望むのは無理があること」

住民がその気になれば、新しい病院も出来るし、医師も集まる。

(例)

宮城県立こども病院、お母さん達の署名運動、全国から医師が集まる。

兵庫県立柏原病院の小児科を巡り、地域の母親達が結成した「県立柏原病院の小児科を守る会」の運動。

# 自治体病院の今後

—誰のために誰が負担するのかを考えよう—

赤字だからといって病院を廃止したら困る地域もあるが、赤字を放置していいというわけではない。また、一病院だけ、一医療圏だけで効率化するのも限界のある地域がある。

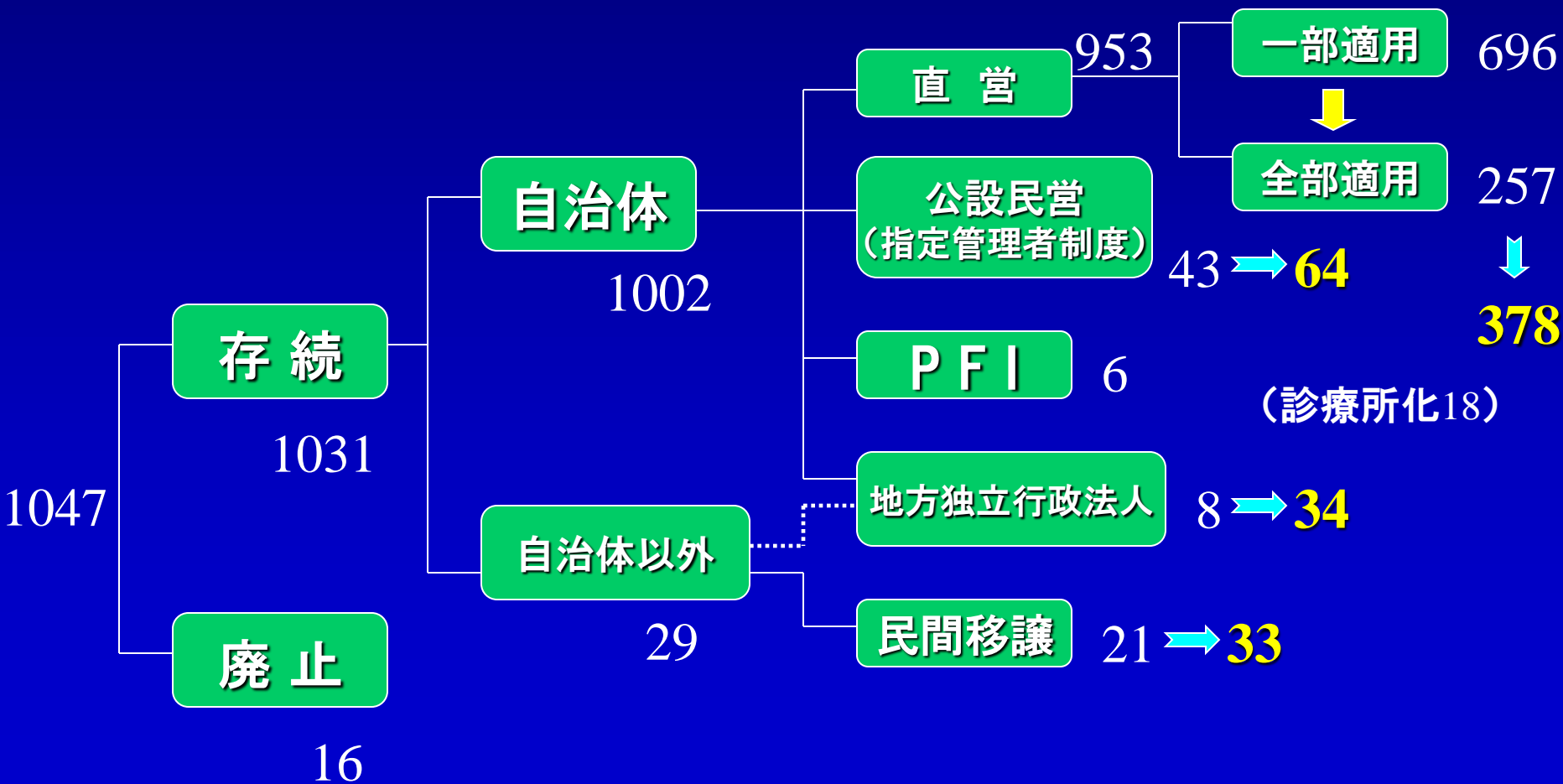
# 自治体病院の方向

存 否

設置主体

経

営



# 自治体病院の設置・運営形態

1. 地方公営企業法一部(財務規定)適用...地方公営企業法上の基本
2. 地方公営企業法全部適用...病院事業管理者を設置
3. 指定管理者制度(代行制・実費支弁方式)  
...診療報酬を地方公共団体が収受
4. 指定管理者制度(利用料金制)...診療報酬を指定管理者が直接収受
5. 特定地方独立行政法人(公務員型)...役員・職員の身分が公務員
6. 一般地方独立行政法人(非公務員型)
7. 民間譲渡

※地方財源措置は、7以外は基本的な公営企業の経営形態  
であるとして、1と同等の措置を講じることとしている。

# 病院経営の要

—人材を人財に—

# 根拠に基づく病院経営とは

PDSAサイクル(Plan計画、Do実施、See評価、Action処置)

ナレッジマネジメント(Knowledge Management)

「知識」から「知恵」が湧く。

「人材」を「人財」に。

ミッションマネジメント(Mission Management)

# ミッションマネージメントとは

「組織（協会）の存在意義・事業・価値観などを表すミッション（活動・経営の意思）を最上位に掲げ、中長期的な戦略ならびに組織目標へと展開し、さらにそれらを実現するための短期的な重点方針・アクションプランを立案、実行していく体系的推進方法のこと」

# ナレッジマネジメントとは

ナレッジとは

データを情報に転換せよ

個人知と組織知の融合が大切



**どこを向いているの？**

**あなたの夢をかなえてくれるのは誰？**

**ヒラメ人間**

# 人事のリスク

**潜在化リスク:**やる気の喪失、投げやりな態度、暗い表情、患者への無関心、配慮のない言葉使いなど

**顕在化リスク:**内部告発、機密漏洩、不正行為、例・志津川病院

**人と人との関係:**2人の関係数は1本だが、30人いると435通りの関係数が生じる。

$$\text{関係数} = \text{人数} \times (\text{人数} - 1) \div 2$$

心のケアが必要

# リーダーの条件と品格

—管理職、十三の大罪—(W・S・ブラウン、1991)

- 1 結果に対して責任を取らない
- 2 部下の育成を怠る
- 3 やる気を起こさせない
- 4 組織内での立場を忘れる
- 5 部下と1対1で接しない
- 6 利益の重要性を忘れる
- 7 問題点に拘り過ぎて目的を見失う
- 8 部下との間に一線を引かない
- 9 目的達成基準を設けない
- 10 部下の実務能力を過信する
- 11 部下のたるみに目をつむる
- 12 成績のよい部下だけに目をかける
- 13 アメとムチで部下を操ろうとする

その他「リーダーにはリーダーシップ酵素が必要」論

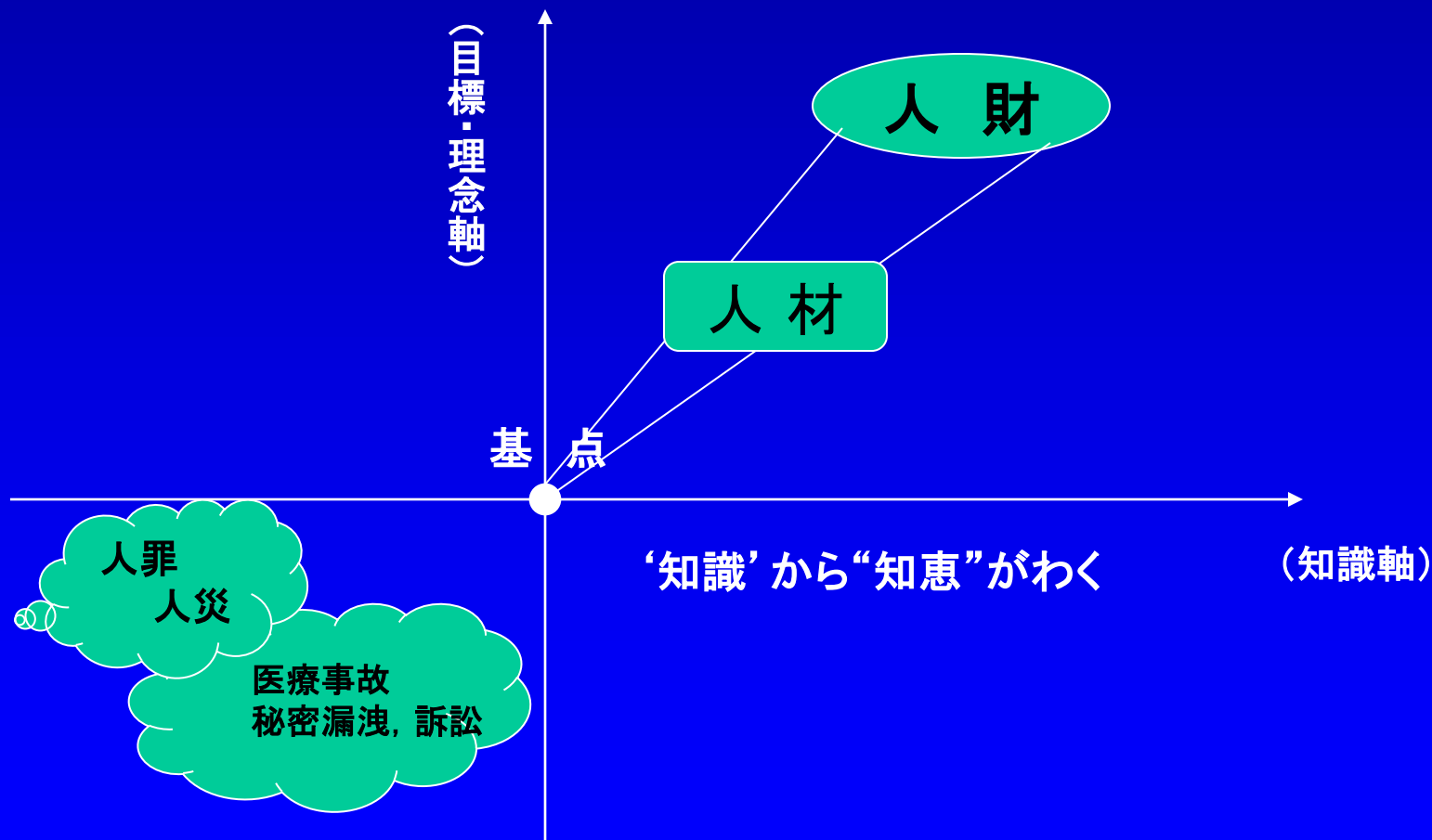
# リーダーの品格

— 権位のライン上の職位が上がれば、  
期待されるのは「専門的能力から  
一般的能力」へ 変化する—

（一般的能力とは、判断力、先見性、調整能力、  
忍耐力、優しさ、交渉能力など）

# FD(Faculty Development)とは

—なぜ研修をするのか？—



薬事  
新日報  
24 書報

医学・医療の品格

久道  
茂

## 日本の医療が崩壊する！

相次ぐ医療関係者の不祥事、地域医療における医師不足の現状、そして市場経済主義による病院経営の台頭など…、かつてないほどの危機に瀕している日本の医学・医療には今こそ「品格」が求められている。

# 病院経営 ことはじめ

久道 茂

医学書院