

最近の医療政策分野における政策の「振幅」の大きさには、戸惑わされることがしばしばだ。そこには、問題の過度の「政治化」が、混乱を大きくしている面があるように思われる。旧社会保険病院の扱いの問題なども、その典型的な一つの事例だといえるだろう。

そもそも、この問題は、自民党政権時代の、いわゆる公私の「イコール・フッティング」論に端を発している。病院としての機能は何ら民間病院と変わるところがないのに、開設主体が公的ないしは準公的な組織や団体であるというだけで、税制上の優遇措置をはじめとするさまざまな特典を享受しているのは不公平だ、という議論だ。確かにこの議論には肯けるところが多い。開設主体の性格だけで線を引くというのは不公平であるばかりではなく、地域の医療提供体制の実態にも合っておらず、医療政策として不適切な面がある。

そこまでは正論であると思われるが、問題は、それでは社会保険病院を具体的にどうしたらよいか、ということだ。自民党政権下では、とにかく民間移譲を進めていくことが大方針とされた。一方で、社会保険庁の解体に伴い、とりあえず、社会保険病院の設置主体は「独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構」(RFO)に移管された。RFOは設置年限が5年と限られており、その期間に民間移譲を進めようという話だった。しかし、実際には移譲が大して進まないうちに、昨年の政権交代となった。

そして、民主党政権は、一転して、社会保険病院を存続させる方針の下で、そのための新たな受け皿として「独立行政法人地域医療機能推進機構」を設立する法案を国会に提出した。同法案は本年5月末に衆議院を修正通過した後、参議院に付託されたが、結局審議未了・廃案となった。このままでは、RFOの解散(平成22年9月30日)に伴い、社会保険病院は設置主体がなくなるという異常事態に陥ることとなる。このため、本年8月の臨時国会で、とりあえずRFOの存続期間を2年間延長する法案が成立したところである。

以上のような経緯にも見られるように、社会保険病院はこの数年間というもの、さまざまな政治的な思惑

「社会保険病院の行方」

FOCUS



九州大学大学院 医学研究院
おがた ひろや
教授 尾形裕也

等で文字通りもみくちゃにされてきた。当面2年間はRFOが存続することで時間を稼げるというもの、その先の見通しは全く立っていない。そもそも政治情勢そのものの雲行きが怪しく、先行きはきわめて不透明だ。現時点で「社会保険病院の行方」を占うことは無謀な試みであろう。

しかしながら、あえて、この議論の本筋に戻って問題を考えてみると、結局のところ、社会保険病院の「ミッション」は何なのか、という基本問題に帰着するように思われる。民主党政権が強調する「地域医療機能推進」が本当にこれらの病院にふさわしいミッションなのだろうか。そもそも自民党政権時代と比べた最大の環境変化は、政府管掌健康保険(政管健保)が協会けんぽに移行したことであろう。公法人である全国健康保険協会は、「保険者機能の強化」を組織としての重要な目標の一つに掲げている。本来、社会保険病院は、「政管健保のための病院」ということが基本的なミッションだったはずだ。そうだとすれば、政管健保を引き継いだ「協会健保のための病院」というのが、本来の自然な流れなのではないだろうか。「地域医療機能推進」といった、どの病院にもあてはまるような一般的なミッションではなく、これらの病院グループ独自のミッションを確立する必要がある。協会けんぽの「保険者病院」として、その保険者機能の強化に資するという「原点」に立ち返った検討が求められているように思われる。

進む自治体病院の経営改革



平成19年12月に策定された、総務省の「公立病院改革ガイドライン」。病院事業を抱える各自治体の、同プランに沿った取組みが始まって2年が経過しています。各自治体病院では、進捗状況に違いはありますが、それぞれの成果は確実に上がりつつあるといえるでしょう。この特集では、全体の状況を確認するとともに、個別の病院の事例を紹介し、多くの自治体病院にとって参考となる情報を提供していきます。

Part 1 総論 ■ 経営の健全化と地域医療の確保を目指した取り組み

全体の99%超がプラン策定、うち約30%が黒字化

総務省（自治財政局企業経営企画室）は、公立病院改革ガイドラインに基づいた取組みに関して、各地方公共団体にアンケートを行ない、その内容を公開しています（平成22年3月31日段階）。

それによると、都道府県及び市町村合計で650団体、928病院と、全体の99.1%が、改革プランを策定といった状況になっています。その後、22年8月末現在では、茨城県、銚子市が策定済みとなり、未策定は奈良県、神石高原町の2団体となっています。

改革プランで各自治体（病院）が取り組む主な内容は、①経常収支の黒字化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し—の3点に集約されますが、それぞれ表のような状況となっています。

経常収支黒字化目標年度	病院数	割合 (%)
平成21年度（達成済病院含む）	285	30.7%
平成22年度	101	10.9%
平成23年度	210	22.6%
小計	596	64.2%
平成24年度以降	332	35.8%
合計	928	100.0%

平成20年度経常収支黒字化	275
21年度目標に対する達成率	96.5%

再編・ネットワーク化計画の状況	病院数	割合 (%)
平成21年度までに計画策定済み	328	35.3%
検討中	494	53.2%
平成22年度策定予定	92	9.9%
平成23年度策定予定	141	15.2%
平成24年度以降策定予定	261	28.1%
再編・ネットワーク化計画を策定しない	106	11.4%
合計	928	100.0%

経営形態変更に伴う病院の経営状況については、下記の20年度決算とそれ以前を比較すると指定管理者よりやや独立行政法人の改善度合いが高くなっています。総務省の別の資料による評価では、指定管理者は経費節減型、独立行政法人は収益重視

■ 指定管理者制度導入

	変更後 20年度決算	変更前年度決算 (16~19年度)	差し引き	改善 病院	悪化 病院	増減なし 病院
総収支比率	97.2	92.9	4.3	27	16	1
経常収支比率	97.0	95.2	1.9	27	17	0
医業収支比率	90.1	86.4	3.7	26	18	0
他会計繰入金対医業収益比率	11.6	16.3	▲4.7	26	17	1
1床あたり繰入金（千円）	1,623	2,126	▲503	26	17	1

型となっていますが、経営の自由度という観点では独立行政法人が優位にあるため、思い切った経営改革への取組みと積極的な収益改善を生み出していると思われます。

■ 改革は自治体そのものの課題

平成19年のガイドライン策定当時は、総務省が公立病院に対しこのようなガイドラインを示し、改革を促すという、ある種センセーショナルな驚きをもって迎えられていました。なおかつ、経営形態の見直しについて、指定管理者もしくは地方独立行政法人への移行を強調していたと受け止められ、一部の自治体では驚きと混乱もあったと思われます。

自治体の病院事業の健全化は自治体経営そのものの健全化という目的が背景にあり、同時に地域医療の確保という省庁間を跨いだ大きな課題も抱えていました。このガイドライン策定の引き金の一つとなった北海道・夕張市民病院の破綻は、様々なメディアでも報道されていますが、その再生への道は決して平坦ではありません。総務省、厚生労働省ともに所管の施設に関する運営等は別にして、日本全体の医療提供の枠組みに関する議論はできても、個別の自治体における医療提供のあり方についての強制力はありません。

総務省としても、改革プランという仕掛けは行ないましたが、取り組み自体へのサポートや地域の医療提供体制の維持等については、「評価・点検等を、外部の人間を入れ、キチンと実施して欲しい」（地域企業経営企画室・前田室長）と、あくまで自治体の取り組みを見守るといったスタンスです。医師不足への対応や再編等供給体制の整備等については、地域における強力なコーディネーターの出現が望まれています。

ただし、その前提として、「医療、経営、財政の三位一体の取り組み」で公立病院の「再生」を目指すというガイドラインの理念を基に、経営形態の見直しや、それに関連する経営改革の成果を上げていくことが求められているといえるでしょう。

■ 地方独立行政法人化

	変更後 20年度決算	変更前年度決算 (16~19年度)	差し引き	改善 病院	悪化 病院	増減なし 病院
総収支比率	102.4	95.5	6.9	10	1	0
経常収支比率	102.5	95.4	7.1	10	1	0
医業収支比率	103.2	81.1	22.1	10	1	0
他会計繰入金対医業収益比率	18.8	24.6	▲5.8	9	2	0
1床あたり繰入金（千円）	3,835	3,642	193	7	4	0



Part 2 進む自治体病院の経営改革

改革への取り組み事例 1

小松市民病院 石川県小松市

中長期的な視点で 「これなら負けない病院」作りに取り組む

平成20年度に改革プラン策定業務、平成21年度に改革プラン実行支援業務をご提供させていただいた国民健康保険 小松市民病院の川浦院長にお話を伺いました。



■ 地域のがん診療の中心として、 緩和ケア病棟をオープン

—改革プランの初年度を終えた手応え、経営改善の進捗は
いかがでしょうか。

最も大きかったのは「がん治療」の集大成として、4月から緩和ケア病棟をオープンできたことでしょうか。平成19年にがん診療連携拠点病院の指定を受け、地域の中でがん専門病院としての信頼が高まってきたと手応えを感じています。

—救急医療にも非常に力を入られているようですね。

長年取り組んできた成果でもありますが、地域の病院が救急医療を縮小したこともあり、結果的に当院に患者さんが集まっています。救急に関しては、何とか地域で完結させたいと考えています。

—平成21年4月から導入されたDPCの取組み状況は
いかがですか。

医師も非常に協力的で、思っていた以上にスムーズに移行ができました。支援のおかげで現場の理解も進み、薬剤費・材料費等について、年間で約1億円のコスト削減を実現できました。

—収益面は残念ながら若干のマイナスになっていますね。

やはり、DPCの導入で15日前後だった平均在院日数が10月には13日を下回り、収益面にも影響はありました。ただ、救急患者増加に対応する目的もあって、平成21年1月からベッドコントロールを各病棟師長に任せることにした結果、年度の後半には稼働率も安定してきました。今年の7月から7対1も取得しました。

—その他の収益の確保策はどうでしょうか。

■ 生産性支援項目の一例（月次推移）

項目	算定数	4~7月 平均	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	算定数	算定数	算定数	算定数	算定数	算定数	算定数	算定数	算定数	算定数
難病外来指導管理料	100%	97%	98%	104%	90%	143%	139%	110%	140%	
薬剤指導管理料 (2.3)	100%	92%	100%	128%	123%	132%	120%	123%	138%	
退院時リハビリテーション指導料	100%	104%	158%	301%	440%	499%	370%	400%	523%	
個別・リハビリテーション料 (合計)	100%	109%	102%	115%	97%	104%	109%	118%	138%	
栄養食事指導料 (合計)	100%	146%	90%	111%	116%	116%	136%	136%	171%	

医師、看護師、リハビリ部門、医事課の診療報酬請求面も含めて、生産性向上の支援をしてもらった効果は大きかったですね。患者さんへの医療サービスの密度も高まり、新たな費用をかけずに収益を確保できました。

—外部のコンサルタントを活用した効果は期待通りでしたか。

有益だったのは診療科ごとや部門ごとにきちんと評価してもらったことです。今までは、診療単価等が大まかにしか把握できなかったのですが、手術件数や医学管理料の算定件数等、詳細なレベルで他病院との比較をしてもらったことで、各部門の現状や課題が浮き彫りになりました。また、個別具体的なデータが提示されたことにより、現場のスタッフも納得して経営改善に努力をしてくれたものと思います。

—他の経営改善に取り組む自治体病院の参考にして頂きたいので、院長として特に意識されていることがあれば
教えてください。

院長就任後、まず何よりも心掛けているのは職員を大事にすることです。病院を支えているのは職員であり、その職員のやる気を引き出すことが私の一番大きな役割だと考えています。人員確保をすることはもちろん、研修補助制度を新たに導入してスキルアップに取り組むやすい環境も整備しました。また、週に2~3回は、ふらっと各部署に顔を出して様々な不満に耳を傾け、すぐ判断できることはその場で承認し、時間がかかるものはきちんと時間を掛けて対応しています。

もう1点は、「これなら負けない」病院の特長づくりについて、最低1つは目標設定をして取り組んで行くことです。当院の場合は、がん、救急、生活習慣病、小児医療の4つを大きな目標に掲げています。その時々トレンドに飛びつくのは却って危険だと考えています。その前にまず地域の中で、自分の病院で実際に何ができるかをじっくり見極めて、中長期的に取り組んでいくことが必要だと思います。

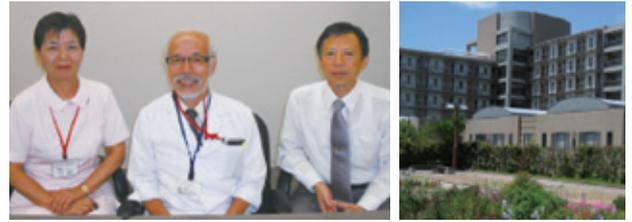
【国民健康保険 小松市民病院の概要】

■石川県小松市向本折町ホ60番地/TEL 0761-22-7111/364床 (一般300、精神50、結核10、感染症4)/災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、石川県肝疾患専門医療施設、開放型病院

地方独立行政法人
大牟田市立病院 福岡県大牟田市

大胆な改革を支えた理念の浸透

平成22年4月から地方独立行政法人化され、その過程で人事制度構築（医師を含む）のご支援をさせていただいている大牟田市立病院を訪問し、中山顯児理事長（院長）を中心に、村上裕美理事（副院長・看護部長）、島内英臣理事（副院長・事務局長）にもお話を伺いました。



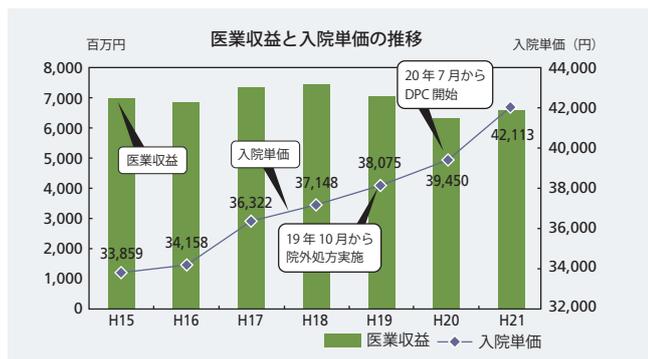
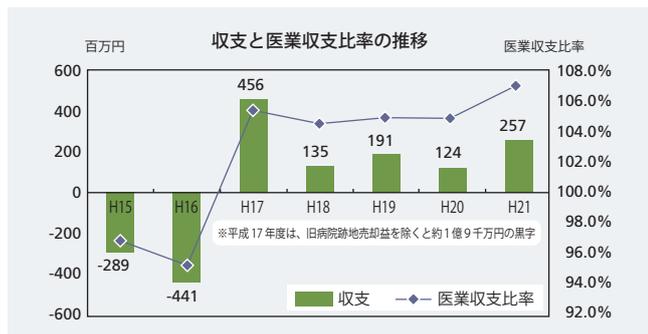
写真左から
 村上裕美・看護部長、中山顯児・院長、島内英臣・事務局長

—独法化という大改革を成し遂げられた訳ですが、半年を経過しての率直な実感をお聞かせ下さい。

そうですね、気持ちを新たに職員一人ひとりが活性化したというのが実感ですね。また、機動性、柔軟性、効率性の向上により、4月には41人の看護師を採用し、念願の7対1入院基本料を5月から取得しました。より手厚い看護体制で良質な医療を提供出来る体制が整ったことの喜びが大きいですね。さらに、この9月にも、新しく職員の募集を行っており、組織全体も活性化してきています。



赤字解消への取り組み



—財務適用後からの決算状況について教えてもらえますか。

昭和39年に地方公営企業法の適用を受け、昭和50年に初めての収支黒字化を達成し、昭和54年には一旦累積赤字を解消しています。その後は比較的に順調でしたが、平成7年の新病院オープンに向けて、投資の開始、患者数の調整等の関係から平成5年から赤字の状態になっていました。

—独法化に至る、今までの経営健全化への取り組みの経緯を教えてください。

今までも経営診断を受けたことがありましたが、今一つ課題が明確にならず、この時に民間病院事務長出身者を経営改善のための専任職（理事）として採用するとともに経営改善対策室を配置し、平成15年度から17年度にかけて、『第一次経営改善3ヵ年計画』を立案、改善に取り組みました。

—具体的にどのような改善を図られたのでしょうか。

その際に導入したのが、目標管理制度と電子カルテです。それまでのスローガ的な目標から、明確な数値目標に基づくアクションプログラムを立案することで、経営改善に取り組みました。この目標管理制度は、現在のBSC（バランストスコアカード）の基礎にもなっています。また、当時は電子カルテ導入の黎明期でもあり、自治体病院での導入事例も少なく、今振り返ると前院長の大英断であり先見の明があったのだと思います。

—第一次経営改善計画の成果はどうだったのでしょうか。

実は、民間方式の進め方や最新の電子カルテ導入、在院日数の短縮等の矢継ぎ早の改善活動への不安などにより、平成15年度から16年度に多くの退職者があり、看護師不足となりました。また、入院患者数の減少等から新病院建設の際に苦労して増床した病床を50床削減しましたが、そのスペースには腎センターの増設、健診コーナーの開設、外科外来の移設をしました。病床数に拘らずにあの時にダウンサイズした決断は今考えても正しかったと考えています。この結果、看護師の平均年齢は平成15年度40歳から現在35歳まで引き下がり、平均在院日数も18.6日から平成17年度15.8日、平成21年度は13.4日まで短縮されました。医療の機能面、経営管理面と同時に人材面でも戦える土壌になり、平成17年度の決算は黒字を達成しました。



改善から改革へ

一十分な成果があったにも関わらず、第二次経営改善計画（平成18年度～20年度）に移られた理由はなんでしょうか。

第一次計画で成し遂げた健全化はあくまで“改善”であり、本当の意味で病院を健全化するためには“改革”が必要と考えたからです。看護部は常に定数問題に頭を悩ませ、3交替で多くの時間外勤務が発生していました。今までの地方公営企業法の一部適用という枠の中での経営は、病院長の権限と責任が明確でないことや、市の給与制度と同様の成果に基づかない給与体系、十分に看護師等を配置した質の高い医療を提供するなどの課題があり、それを解決するためには、経営形態の変更しかないと考えました。したがって、第二次計画は経営形態の変更がスタートであり、ゴールでした。

一具体的にどのように進められたのでしょうか。

平成19年に、市民代表を含む7名の外部メンバーからなる「大牟田市立総合病院経営形態検討委員会」を設置してもらいました。私たちの希望だけで進める訳に行かないので、市民病院として各方面からの意見や要望を受け止めることを最大限配慮し、様々な意見が出るような関係者、そして市民代表（2名）にもメンバーに加わってもらいました。

一検討委員会の答申内容は意外なものだったようですね。

正直なところ想定以上の厳しい内容でした。全部適用どころか公務員型の独法化も選択肢にはありませんでした。結論は『指定管理者制度の導入』とされ、移行が困難な場合には、『地方独立行政法人化（非公務員型）』という選択肢もあわせた提言を受けました。

一検討委員会を設置する際、病院の経営陣には特に希望する答えがあったのでしょうか。

運営に関する自由度が高い経営形態にしたい、患者中心の医療を提供したいというのが、根本であり、特に心に決めたものではありませんでした。

今、振り返ってみると、「自分たちで自立（自律）して運営する」というのが検討委員会、ひいては市民の励まし声だったと受け止めています。

人事制度の整備について

一さて、答申後は具体的にどのように進められたのでしょうか。

答申を受けて、大牟田市としては「指定管理者制度」について検討しましたが、結果的には経営基盤を安定させ地域に必要な質の高い医療を今後も継続して提供できること、また、行政及び議会の関与、病院スタッフの確保等を考慮し「地方独立行政法人（非公務員型）」が最適であるとの方向性を決定するとともに、病院内にも検討会を設置し、院内承認、議会への説明を経た後、平成20年12月25日

に市長と組合での最終合意に至りました。労使ともに大英断だったと思います。

一まず、医師の賃金・評価制度を導入されましたが、退職等のご心配はありませんでしたか。

正直なところ、医師は、きちんとした説明（ロジック）とデータ（エビデンス）があれば納得をしてくれるので、あまり心配していませんでした。給与水準や時間外手当等の現状について、きちんとしたデータや法律に基づいた分析を指摘してもらって、具体的な対策を打つことができました。医師に対しては、この病院は大学と違って、地域医療を学ぶための教育機関だと伝えています。

一医師を他職種が評価する多面評価の仕組みも導入されたようですね。

医師は様々な場面で即断即決が求められる専門職であり、上司・部下の関係だけでは評価しきれないために他職種の評価を受ける仕組みも導入しました。まだ、試行的な段階ですので、処遇にまでは反映させていません。あくまで育成（気づきのツール）の視点で、面接の材料として活用しているのですが、さすがに看護職・師長以上6名、メディカル職・部長以上6名、事務職・課長6名で評価をすると、かなり正確に本人の課題を捉えられるのではないかと感じています。

一一般職員についても、組合との合意形成について工夫されていますね。

一般的な方法かどうかは分かりませんが、能力主義に移行するに当たって基本的な人事・給与制度の検討会には組合の執行部も最初からプロジェクトメンバーとして入ってもらっています。もちろん、最終的には組合交渉というプロセスを踏みますが、独法化に当たって「決して職員を誰一人として見捨てない」というのが私の決心・信念ですので、組合執行部にも自分たちの問題として最初から参加してもらいました。

一人事考課制度も行動評価という比較的新しい概念で実施されていますね。

基本は、「職員としてこうあって欲しい、こういう風な医療提供や仕事の進め方をして欲しい」という期待像（期待水準）を、職員に明確に示し、人材育成を図ることを目的として整理していったものです。もちろん、公平・公正な評価制度の運用に当たっては、全職員の理解と協力が不可欠であり、今後は制度移行に当たっての十分な説明会が課題です。しかしながら、病院全体のマネジメントシステムとして継続して取り組んでいる目標管理・アクションプランの達成度とも緩やかに連動するように考えていますので、職員にとっては馴染みやすいものではないかと思っています。

「オンリーワンの病院を目指して」

「今回の取り組みで職員の動揺はありましたか。」

独法移行に際して3月末での退職者は4人で、1人は定年退職、残りの方は個人的な事情であり、独法化そのものが理由の退職者は1人も発生しませんでした。退職者が出ることに對する懸念は、特に看護師を預かる看護部長の中では消えなかったとは思いますが、取り越し苦労に終わりました。

「1人の退職者も出さずに独法化を終えた理由はどこにあったとお考えですか。」

先にもお話ししましたが、まず、第一次経営改善計画の際に、健全な経営を行わないと良質な医療を提供することはできなくなるという職員の意識改革がなされていたことがあると思います。あの時に残ってくれた職員は本当に人員が少ない中、苦勞を共にしてくれましたし、自分たちで裁量を持って病院を運営して行きたいと言うのは総意であったと思っています。もちろん心配がない訳ではなかったですが、特に看護部長は、病棟閉鎖になるまで人材確保に苦勞する中でも、「質の高い医療をするためには手厚い看護体制を」、「そのためには病院の方も変わっていく必要がある」ということを一貫して発信してくれており、それに職員が応えてくれたのだと思います。

「そのように職員の気持ちを一つにしていく工夫、特別な秘訣があれば教えて下さい。」

特別なことは何もしていませんし、秘訣や魔法の道具はないと思っています。ただ、私たち経営を担う立場の者が大切に行っていることは、やはり市立病院の主役は、患者さんと地

域の住民であるということを忘れないということです。病院が存在し、ここで医療が提供できるのは地域の住民のお蔭であり、これは経営形態に関係ないものだと思います。そういう意味で、このことを常に全員が意識できるように、独法化の中期計画を胸ポケットに収まるサイズに製本して、委託職員にまで配付しています。その中期計画の前文には、病院の基本理念として「良質で高度な医療を提供し、住民に愛される病院を目指す」としています。この信念がぶれないことが一番重要だと考えています。

独法化はあくまで方法論であり、今年スタートしたばかりですが、独法化のメリットである、機動性、柔軟性、効率性を発揮していく必要があります。

当院の地域における役割である救急、がん診療、母子医療を今後も充実していくとともに、地域がん診療連携拠点病院のみならず、地域医療支援病院や救命救急サブセンターといった地域の基幹病院の役割を担える病院を目指していきます。

今後も地域に必要な病院であり続けるという高い理念を持ち続け、またそこから目を逸らさずに継続的に改善と改革を繰り返していくことが必要だと思います。市立病院は、ナンバーワンの病院になる必要はありません。この地域で望まれるかけがえのない病院、オンリーワンの病院になることが大切だと思います。

【地方独立行政法人 大牟田市立病院の概要】

福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番地1 / TEL0944-53-1061 / 350床 (全床一般) (ICU2床、CCU2床)、入院基本料7:1、地域がん診療連携拠点病院、厚労省臨床研修指定病院、災害拠点病院、開放型病院

改革への取り組み事例

3

地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター

東京都板橋区

改革の基本は「入りを量りて、出ざるを制す」

平成21年度から独法化した東京都・健康長寿医療センターにおいて、民間病院経験者として経営改善に取り組みされている中村彰吾理事(元・聖路加国際病院 事業管理部長)に、1年間の経過を伺いました。



「公も民も経営の基本手法は同じ」

「独法化に当たり経営担当理事として手腕を揮われて、手応えは如何ですか。」

9月の中旬には決算の議会承認も受けますが、できることから一つずつ改善を積み上げてきて、経営成績は随分良くなってきたと感じています。経営の基本は公も民も同じで、「入りを量りて、出ざるを制す」ということと、「達成目標値をタイムリーにモニタリングし、意識改革を図る」ということ

でしょうか。

「それでは「入り」、収益面の改善から教えていただけますか。」

健康長寿医療センターは、都立老人医療センターと財団法人老人医学研究所を統合してできた法人です。まず、研究部門にも人事評価制度を導入して、意識改革を図ってもらいました。研究部門は、日本の長寿社会を支える機関として大切な役割を担っているのですが、その研究の中身についてはそれぞれが最先端の専門家ですから私自身も評価



できません。そこで、それぞれの研究者がどれだけ外部から評価を受けているかを評価の対象としました。具体的には厚生労働省、民間企業等から、どれだけの研究が認められて研究助成を受けているかを評価の対象とした訳です。研究助成の総額は従来と比較して3倍程まで伸び、その中で色々な試薬や機器を購入して自由な研究ができる環境が整いつつあります。

一通常の診療部門は如何でしょうか。

まず、DPCの導入に伴って、入院で行っていた化学療法を外来に移行しました。ただ、これだけでは病床稼働率が低下しますが、他の患者を入院させることができました。7対1看護取得により、在院日数を短縮する必要があり、各診療科の部長クラスに呼びかけています。

一本当にそれだけで病床稼働は確保できたのでしょうか。

簡単にはいきませんでした。従来までは患者数の実績等をまとめた資料を作成し経営改善会議を行ってきたようですが、まったく医局員に情報が行き渡っていないことが分かってきたのです。そこで、診療科別に医師個人別の患者数実績の資料を作成し、こちらから出向いていくことにしたのです。医局員たちは今まで診療科の数字も見たことがなかった訳ですから、あつと言う間に意識が変わってきました。「見られている」という意識を持ってもらうことで、現場の若い医師が随分活気づいてきました。例年、稼働率が落ち込む7、

8月も、今年度は90%を切らない水準まで上がってきています。DPCについても、独法化直前に日本経営さんに分析してもらっていた内容を下地に、医師2名が中心となってどんどん改善を進めてくれている状況です。

一その他の取組みは如何でしょうか。

外来の採血・採尿開始時間を早めてもらい、その結果、診療開始時間を早めています。採血・採尿の結果が出るのには約1時間ですが、独法化前までは9時からの開始であり、医師は結局10時からしか診療を開始できていませんでした。これを平成21年には8時30分から、そして今年の7月からは8時ちょうどからとして、医師が9時から診療を開始できるようにしました。検査部門からは当初は時間外手当の要望がありましたが、患者の待ち時間短縮、サービス向上の趣旨をきちんと話し、交代勤務制で対応してもらいました。

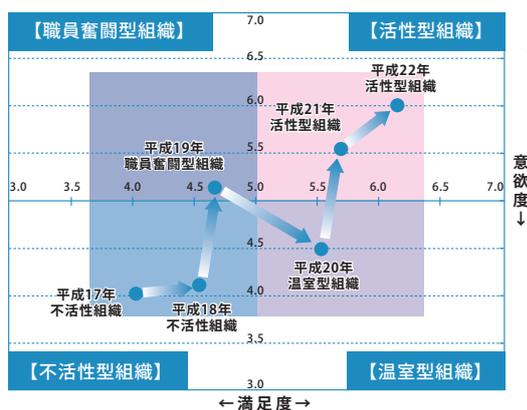
一「出ずるを制す」、費用面は如何でしょうか。

給食の委託を見直しました。元々、看護助手の定数枠がなかったものですから、病棟業務の範疇で「配膳・配茶業務」を外委託していました。しかし、病院の関係者ならお分かりだと思いますが、定時の業務時間ではこの体制では昼食しか対応できません。結果として、朝食、夕食も別の業務委託を行っていたのです。方や給食業者は、各病棟まで食事を運んでいる訳ですから、配膳業務も含めて一括で給食業者をお願いすることにしました。

不満探しの職員アンケートで十分ですか？ 組織活性化要因を把握できる職員アンケートシステム NAVIGATOR

貴院・貴施設の組織活性度を分類
(意欲 × 満足)

6つのカテゴリーごとに、貴院・貴施設の
活性化に影響を与えている項目を測定



一般的な職員アンケートは、質問項目ごとに職員の満足度が「高かった、低かった」ということを把握し、その満足度の高さに一喜一憂してしまいがちです。しかし、不満を改善したからといって、組織が活性化するとは限りません。弊社ではもっと深いところ、活性化の源泉である「職員の意欲や満足に影響を与えている要因」自体を把握することにより、組織活性化につながる職員アンケートが必要だと考えました。「NAVIGATOR (ナビゲーター)」は、あなたの組織の活性化要因を探し出すことができます。ただの不満探しではない、組織活性化につながる職員アンケートを一度試してみませんか？

会員登録 初回特典
ナビゲーター会員実施価格
95,000円 (税込) → 初回のみ **無料**

お問合せ先：日本経営戦略人事コンサルティング
TEL：06-6868-1161 FAX：06-6865-2502
※ナビゲーターについてのお問い合わせとお伝えください

—そういう状況ですと、見直しをする領域も非常に多かったのでは。

そうですね、売店業務についても見直しをしました。売店の年間売上は約7,000万円ありましたが、その家賃は少額で、ちょっと民間では考えられないような水準でした。また、患者さんからも、もう少し利便性の高い売店をという声が寄せられたので、これを機会に公募をしました。公募の主な条件として、①銀行ATMの設置、②21時までの営業時間延長、③病棟へのワゴンサービスの実施、の3点を設定し、その上で販売手数料について提案を受けました。結果として、患者さんの利便性向上はもちろん、未収金の低減、職員の銀行振込等の外出負担の軽減、そして病院の収益向上も実現できました。

■ 改革に不可欠な「時計とコンパス」

—診療に近い領域ではどんな取り組みをされましたか。

1つはPACSの（医療用画像管理システム）導入です。初期の導入費用はかかりますが、年間のフィルム購入費の範囲内であり、更に診療報酬としても加算（増収）となりますので、すぐに導入を決めました。また、医療機器購入についても、今までは購入申請（予算化）、入札、単年度で使い切りという感覚が強かったのですが、必ず導入後の毎年のメンテナンスフィーも含めて申請してもら

うようにしました。また、申請に関してもその導入レベル、範囲について、Aランク＝診療上必要最低限のレベル、Sランク＝最新の診療を行えるレベル、と2つに分けて交渉をしてもらいました。1回の入札で終わらせることなく、再三の交渉を行うことで、予算化していた金額の範囲内で、ほとんどがSランク＝最新の診療を行えるレベルまで導入することもできました。

—非常に参考になる取組みをご紹介頂き、ありがとうございました。今後の更なる取組みについて教えてください。

やはり、独法職員の採用、人材育成、評価の仕組みを構築していくことでしょうか。人事制度としては平成23年度中を目途としています。また、法人としての中期計画・中期目標を実現していくための仕組みづくり、すなわち「時計とコンパス」の整備ですね。法人の目的・意義、方向性は明確になったので、これに対して、6W3H（What、When、Where、Who、Why、Whom・How、How much、How many）を明確にした具体的行動計画を作成し、取り組んで行きたいと考えています。

【地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センターの概要】
東京都板橋区栄町35-2/TEL03-3964-1141/579床（一般539床 7:1、精神40床 13:1）/臨床研修指定病院

Part 3 ガイドライン策定メンバーに聞く

社会医療法人財団慈泉会
相澤病院
相澤孝夫理事長



■ ガイドラインに関わって

—公立病院改革懇談会のメンバーになられた経緯と印象についてお聞かせ下さい。

総務省の方から突然お電話を頂き、自治体病院の窮状等の趣旨説明と就任依頼がありました。自治体病院に関して元々問題意識があり、特に私に対しては、地方の、また、民間病院の意見が欲しいとの要望でしたので、多少なりとも解決にお役に立てればと考え、思い切ってお引き受けしました。また、設置主体別の財務状況を見ると、日赤、済生会等の

公的病院と比較しても、経営状態が良くないことは明らかでした。経営する上で何が問題で、何を改善すれば良いかの目標（ハードル）と目安（数字目標）、そして計画（タイムスケジュール）がまとめられればと考えました。

—ガイドラインをまとめるにあたって懇談会で特に議論になった点をお聞かせ下さい。

病床利用率70%の数字目標はもちろん、取り上げる経営指標にも色々な議論がありました。私としては、経営の継続性、すなわち財務の側面からも地域・患者からの支持の側面からも、85%は必要ではないかと意見をしました。色々な立場の方から、政策的な医療を担っている、地域住民が困ってしまう、現場は一生懸命に経営している…等の意見がありましたが、病床利用率の視点で言えば、私は根本的に医療の提供スタイル自体を変えるべきと思います。

—ガイドラインの効果について、今振り返ってみられていかがでしょうか。

先に厳しいことを言いましたが、元々、赤字の状況を示す財務データだけしかなかったことを考えると、前向きに進めることができたのではないかという印象です。ガイド



ライン策定の意図は、自治体や国が何とかしてくれるという意識に対して“イエローカード”を提示することでした。各病院が、やるべきことは何か、どのような計画で改善するか等、自分たちの問題であるという意識を持ってもらうきっかけ作りにはなっただと思っています。

今後の自治体病院に向けて

一もう少しどういう視点だったとお考えですか。

やはり、その病院が長期的に、その地でどんな医療を提供していくかについて、もっとしっかりとした議論が必要だと思えます。それには、住民が具体的に何を必要としているかと、その病院で獲得・確保できる資源についての裏づけが必要になります。それを経営管理の視点で言えば、理念とビジョンと計画です。住民を守る、役に立つというのは、官も民も、医療である以上当たり前のことであって、もっと個別具体的な内容にすることが必要です。先ほどの話の続きでいえば、この理念やビジョンを明確にしない病院はレッドカードです。

一もう少し具体的に教えて下さい。

もっとシビアに、現状認識を行うということです。病院の財務状況以外に、人口の動態、道路などの社会インフラの変化、その病院の診療科別患者数の推移、地域からの流出患者の現状等について、最低5年分ぐらいのデータ分析が必要でしょう。日本経営がそうだとはいいませんが、コンサル会社に頼んだという割にはその報告書でも、これらの現状についてきちんと分析されていないものも散見されます。地域に根ざした人でないと分からない部分はたくさんあり

ます。一定の繰入を行った上での黒字化であれば、民間から見ればそう難しいことではありません。ただ、黒字化というゴールに合わせて短期的な帳尻合わせをしても、きちんとした長期計画に向けた現状認識を行った上での計画がないと、10年、15年という継続性には疑問が残ります。

一その他、今後の自治体病院改革にかかる長期的課題や期待についてお願いします。

経営形態についての本質は経営の一元化の一点に尽きると思います。医療の問題や課題は現場で起きている訳で、現場に年1回も来ない人が経営できる事業ではありません。現場にいる院長や管理者で意思決定できるようにすべきであり、首長は事後的にチェックする評議員的な立場で十分だと思います。これは独立行政法人でも指定管理者制度でも同じで、問題の所在と責任の所在を明らかにする必要があります。

また、経営の一元化を図った上で、意思決定の補佐の体制、すなわち経営管理・事務スタッフの確保の問題もクリアすべき点です。聞くところによると2～3年で人事異動があるようですが、病院や医療のことがある程度分かるのに5年は必要です。更に、経営の意思決定に意見を出し、関与するレベルには8年～10年はかかると思います。

これらの根本的、根元的な課題に手をつけずに、長期的に花が咲くことはありません。一旦、改革プランの策定は終了した事になっていますが、総務省も各病院の策定プランをきちんと評価し、またその結果をモニタリングして、指導・援助していく必要があると思います。一過性の活動に終わらせず、各関係者が地域医療を真剣に考え、今以上によいものとなるように努力されることを願っています。

収益改善や人事制度構築に関する詳しい資料のご請求やお問合せ先は

- 大阪本社：06-6868-1161（担当：小畑）
- 東京支社：03-5259-7171（担当：笹）

<http://www.nkgr.co.jp>

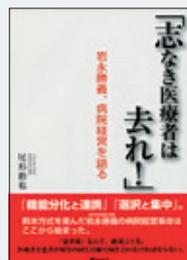


戦略的 病院人事制度改革

(株)日本経営編著
B6判 190P 1600円(税込)

人事担当者必読!
戦略的かつ強い病院組織に
変貌させる1冊!

- 第1章 人事制度の基本的考え方
- 第2章 病院人事制度の設計図
- 第3章 等級制度設計
- 第4章 人事考課制度設計
- 第5章 医師の人事考課
- 第6章 報酬制度設計
- 第7章 人事制度運用



志なき医療者は去れ! 岩永勝義 病院経営を語る

尾形裕也著(九州大学大学院教授)
A5判 180P 2800円(税込)

お申し込みは下記まで

TEL03-5259-7171 FAX03-5259-7172

(株)MASプレーン出版事業部



医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
理事長 富永 雅也氏

佐世保中央病院

九州の西、長崎県の北部に位置する佐世保市。
人口26万人の中都市佐世保市で市立総合病院、共済病院、労災病院など、
公的病院と伍して民間で急性期医療を担うのが佐世保中央病院である。

父親の死、あわただしく理事長へ就任

— 富永先生が、理事長に就任されたのは平成11年でした。

富永 ええ。入院していた父が亡くなるその日に、理事長に就任しました。理事長を引き継いだ当初は、何も考える余裕がなかった。ほとんど現在の規模に近い白十字会という組織を任されたわけですから、職員の家族を含めると何千人の生活を守らなければいけません。毎日が無我夢中で、日々を振り返る余裕すらなかったですね。

— 理事長（経営者）であることを実感したのはいつでしょう。

富永 最初の決算の時です。父親から引き継いだ分もありましたが、事業の結果を決算書という数字を通して確認できて、ようやく「自分は理事長なんだ」と。

数字で現実を把握させる

— ところで、日本経営との出会いは平成12年、人事制度改革からでしたが、4社のコンペでした。

富永 理事長という立場になって職員を見たときに、やはり頑張ってくれている職員を処遇したいという気持ちになったことと、医師に違った視点を提供しなきゃいけないと。コンペという手法をとったのは、いろんな考えを聞かせて貰いたかったからです。

— それで、日本経営を選択いただいた決め手は何だったのでしょうか。

富永 末永（現在：副社長）さんですね。プレゼンの時に他の会社は「うちではこういう進め方です」という押し付け型の提案でしたが、末永さんは「何が問題ですか？ どうしたいですか？」という問いかけをしてくれました。他とはまったく違う。この方は信頼できると感じました。

— 人事制度改革は、後に医師にも導入されましたね。

富永 私も消化器の専門医でもあるから分かるのですが、やはり医師というのは自分の腕に自信があるし、自分が一番、病院に貢献しているという自負がある。もちろん、そういう気持ちで取り組んで貰うことはとても大切です。しかし、多面的に評価されることで自分を客観視することが大事なことだと考えていました。

— その後、部門別原価計算の取り組みもされました。

富永 人事制度改革と同じ意図、流れです。繰り返しますが、医師というのは自負心が強いし、実際、医師の働きが病院の経営を左右します。しかし、その一方で、どれだけ売上を上げて、それに対しどれくらいのコストが発生しているのか。それぞれの診療科で、収支という観点から誰もが状況を確認できるようにしたいと考えたからです。

— その後、さらにSDS（収益改善）を導入いただきました。

富永 人事制度、部門別原価計算に取り組んでいる過程で、ご提案いただいたものです。診療報酬の仕組みを実に良く理解されていて、職員にも新しい視点を提供していただいたと思います。

逆算の視点で育成に取り組む

— これからの白十字会を支えていく人材の育成について、どんな視点で取り組まれますか。

富永 一つは狭い社会に閉じ籠らないようにすること。専門的な情報を集約して、より高度な医療サービスの提供につなげていくことも大事。しかし、そこで完結するのではなく、より広い視野で物事を判断できるような人材を育成したい。例えば、希望する若い職員には、ロータリークラブのローターアクト（18歳～30歳まで）やJC（～40歳まで）に参加させ、一般の視点からもものを見ることができるよう機会を作りたいと考えています。

それと、逆算で育成に取り組むということです。例えば、事務長というポジションを例に挙げると、事務長というハードな職責を担えるのは50歳くらいが限界。となると30代後半から40代で事務長に就任してもらうには、20代でどんな取り組みをしてもらうかを考える。事務長を卒業した方には、その人の特性を生かしたポジション、例えば本部長として組織を支えていただく。

— 日本経営へのアドバイスを頂戴できれば。

富永 病院でも介護施設でも、もっと出向の機会を増やされてはと思います。当院でもある看護師が、擬似入院で患

医療法人財団白十字会の概要：病院のみ

<http://www2.hakujuyikai.or.jp/haku/index.html>

- 佐世保中央病院
長崎県佐世保市大和町 15 番地
許可病床数：312 床
- 白十字病院
福岡県福岡市西区石丸3丁目2番1号
許可病床数：466 床（一般：300 床、療養 166 床）
- 耀光リハビリテーション病院
長崎県佐世保市山手町 855-1
許可病床数：330 床（回復期リハビリテーション
病棟 114 床 / 特殊疾患療養病棟
53 床 / 療養型病棟 53 床 / 介護保
険病棟 110 床）

（その他の事業については、上記 URL でご確認ください）



者さんと同じ体験をしたことがあります。ベッドに1日横たわり、鼻腔栄養もやりました。その結果、いかに提供者側の論理で医療提供をしているかに気がついて、いろんな改善ができたという経験があります。相手を知る、理解するというのは私たちも含め、サービスの原点だと思います。

— 今後の白十字会についていかがえますか。

富永 病院は社会資本の1つだと考えています。白十字会も医療法人財団から社会医療法人を目指し、より公益性の高い法人を目指していきます。医療の財源には、保険料や税金が投入されており、我々はその財源を無駄なく活用する義務があります。病院の存在自体も同様であるべきと考えて今後、取り組んでいきます。

— ありがとうございました。（文責：編集部）



佐世保中央病院 事務長 原田 尚志氏



長年の年功序列型の人事制度が、様々な制度疲労を抱え込んでいたこともあり、日本経営さんと制度改革に取り組みました。当法人では医師の人事制度の見直しも行ないましたが、制度構築の過程において、医師主導にて内容検討を行うことにより、法人側からのトップダウンではなく、医師自らの意見を集約する手法でプロジェクトを進めました。

今後の病院経営において事務部門の役割は、車のカーナビにたとえられると思います。エンジンでありドライバーである医師、各種専門職種が走らせる車を間違いなく、あるいは効率的に目的地に誘導していく機能が求められると考えています。

佐世保中央病院 看護部長 平田 俊子氏



最近の傾向だと思いますが、管理職になりたがらない看護師が増えていきます。現場を大事大切にするのは看護師として貴重であると思います。しかし、部下の成長を実感することは大きな喜びであり、その成長は部下だけでなく上司本人の成長でもあることには間違いありません。それは同時に病院組織全体の成長でもあります。当院の看護師に望むことは、考える人間であって欲しいということです。考え、自主的に行動できる人材を育成していくこと、そういった人材育成の風土を作っていくことが私たちの役割だと思っています。



「利益」は社会からの評価指標

1. 介護・福祉施設における

目指すべき経営とは

介護従事者には仕事に対する高い「誇り」や「プライド」を持っている方が多いといった特徴があります。その半面、自分が所属している施設に対する帰属心が薄く、潜在的な転職希望が非常に多いという指摘もあります。これは賃金を含めた処遇面が他職種・他業界と比較して低いことが問題点としてあげられています。そのため、平成21年度介護報酬改定では3%のプラス改定が行なわれ、介護職員の処遇改善が期待されています。しかし、処遇改善は単純な賃金改善に留まるものではなく、経営改善の視点をもって取り組んでいくことが必要です。

経営改善を図る上で重要なことは、組織が目指すべき方向を示す「理念」を現場に浸透させていくことです。この理念の浸透度は、法人（組織体）のサービスレベルと相関関係にあります。なぜなら、理念は事業として追求すべき「目的」であり、果たすべき「成果」とも言い換えられるからです。

これらが明確になれば、現状のサービスレベルとの乖離を見出し、常に改善し続けていくことができます。したがって、法人の価値観を今一度、明確にした上で、浸透に向けた仕組み・ルールを整備し、組織化を図って、サービス力を強化していくことが重要になります。

2. 介護・福祉施設の存在意義として“持続性”を追求する

組織が本来持つ使命の一つが、持続的な発展といえるでしょう。先のような取り組みによって提供サービスの付加価値

を高め、事業の持続性を追及していきますが、大切なことは「事業の持続性は誰のためか」という視点です。その答えは、地域、利用者、地域住民のためといえるでしょう。さらにはサービスを提供している多くの職員の雇用の維持も重要です。介護サービスは、地域にとっては無くてはならない存在であり、今後10年先、20年先も存続が期待される事業でもあります。そのためには地域のニーズに応え続けていかなければなりません。

しかし、現実の世界では組織は潰れるという宿命も持ち合わせています。理念（社会貢献に対する夢や希望=思い）だけでは持続的発展は不可能です。そのためには当然、「ヒト・モノ・カネ、情報、時間」といった経営資源の充実が求められますし、未来に向けた投資が不可欠になります。つまり「カネ」も必要となるのです。

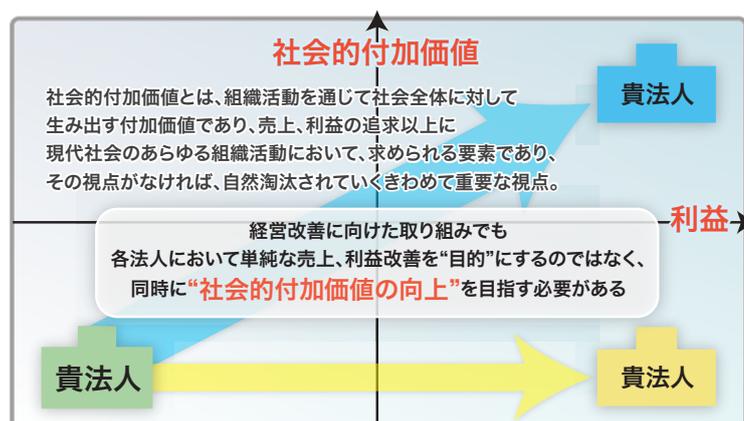
ところで、経営というと「金儲け」を連想する人がいるかもしれませんが、これは正しい認識とはいえません。経営とは、組織を健全に運営していくためにあらゆる工夫や改善をしていくことであり、組織の根本でもあります。

その組織がどのように運営されれば

より効果的、効率的になるのか、またその中で働く人々が高い成果を上げ、金銭的報酬や働きがいが高めるためにはどうすればよいのか、さらにそうした活動を通じて社会にとって有益な存在になるためにはどうすればよいのかを究明し、具体化していく営みが経営なのです。「経営=お金儲け」ではないということをご理解いただきたいと思います。

健全な経営がなければ施設はサービスを提供できなくなります。収益がなければ人も雇えないし、物品も機器も買えません。さらに、その職場にやりがいなければ、職員は離れていってしまいます。世の中に必要とされる施設でなければ、お客様に来ていただけません。良い経営こそが重要であり、その推進者は経営者だけではなく、職員1人ひとりも同じ役割を担っているのです。

社会のニーズに十分応えているのか、その成果を客観的な指標（モノサシ）として明示しているのが「利益」でもあります。自分達が提供しているサービス、追及しようとしている社会的価値に対する「対価」を意識することが必要です。これは、「お金儲け」を意識するのではなく、「理念の徹底度合い」を明確化していく行為ともいえます。





介護・福祉業界への取り組み ①



戦略人事コンサルティング部長
堀田 慎一

弊社は医療機関に特化したコンサルティング会社ですが、実は介護保険制度が導入される以前から社会福祉法人を中心に介護・福祉専属チームを組織し、業務支援をさせていただいています。さらに経営指導だけではなく、関連団体から調査・研究事業等も受託しています。こういった取り組みのきっかけは、介護保険制度の導入以前に開催したセミナーに参加された関西のある法人様との出会いでした。ニーズは公務員に準拠した年功型の人事制度を見直し、職員の能力や頑張りにより報いることができる制度の確立でした。多くの医療機関様で人事制度改革をご支援していましたが、求められることが医療機関とは異なり、これまでの事例やノウハウ等が一切通用しない状態からのスタートとなりました。経営者・経営幹部の方々と打ち合わせや現場ヒアリングを重ねる中で、介護福祉施設が本当に地域社会にとって無くてはならない存在であり、社会的存在価値が非常に高いことを教えていただきました。その一方で組織としては「経営」の視点が語られることは少なく、個々の事業所を措置制度の中で「運営」しているという状況でした。しかし、今後の「流れ」を考えると、各事業所の「経営力」を高めていくことが地域社会にとっても大きな社会的価値を持つと考えました。そのため、あえて介護・福祉チームを立上げて、関連業界への貢献を目指すとい

う志を掲げ、取り組みを進めてまいりました。本年度は、介護保険制度導入から10年目という節目の年を迎えています。各介護・福祉施設の経営課題は各法人によって様々でしょう。しかし、高齢化がさらに進展していく社会では、今後さらに介護需要は拡大し続けていく見込みです。そのような中で業界全体における共通の経営課題として介護人材の育成・定着があげられます。

現場からみると、職員の方々の多くは日々の業務に追われ、仕事に対して疲労感を感じており、当初抱いていた夢や志を維持し続けていくことが難しくなっていることが少なくありません。人材の定着に関して景気に左右されやすい業界ではありますが、おそらく構造上の問題を抱えていると思われます。

この人材の定着は、看護師等の専門職等でもよく議論されるテーマのひとつでもあります。外的要因が大きいと割り切って考える訳にはいきません。先に述べたとおり少子高齢化が進む中で、サービスの利用者はますます増えていくことになります。その一方で、サービスを提供する人材を増やしていくことが求められます。しかし現実には、生産年齢人口も減少傾向にあり、日本国内における働き手も少なくなるのです。

これからの介護・福祉業界における職員の育成・定着化は、超高齢社会への対応を迫られる介護・福祉施設にとって非常に重要な社会的責任といえるでしょう。この社会的責任を果たすためにも各施設における経営改善が必要であり、弊社としては、以下の事業の意義・目的を高く掲げ、お客様の経営改善のご要望にあらゆる視点からご支援できる体制を整え、社会に貢献していきたいと考えています。

日本経営が掲げる介護・福祉事業の意義・目的

日本経営グループの全社的な機能を活用して、日本の介護・福祉経営のスタンダードをつくり、それらのノウハウを全国に提供することで、超高齢化社会での安心・信頼社会の実現に貢献します

基本コンセプト：「業界に対する無限大の貢献とチャレンジを」

患者調査
①

市場の状況を確認できる基本調査

市場確認を行うための基本データとして、創刊号で紹介した厚生労働省・患者調査について、その活用法を2回に分けてご紹介します。

まず、患者調査の基本的な性格について簡単にご紹介します。この患者調査は3年に1回、10月に行われる調査で、病院と診療所を利用した患者の疾病状況等についての全国調査です。直近は平成20年度で、調査対象（無作為抽出）と客体は以下のようになっています。

	施設数	抽出率	客体（患者数）	
			入院・外来	退院
病院	6,543	入院：7.5 / 10 外来：3.9 / 10	204.7万人	95.4万人
一般診療所	5,825	6.4 / 100	28.0万人	1.3万人
歯科診療所	1,266	2 / 100	2.7万人	

上記の規模の抽出調査を行って、全国の患者数を推計しています。病院に関する部分を、もう少し詳しく説明すると、入院患者数は1日（その日）に入院している患者数、退院患者数は1ヶ月に退院した患者数を表しています。実際にこの統計を利用する場合には、後者の退院患者数は、新たに発生する“新入院患者数”とほぼ同じものとして扱います（退院患者数＝新入院患者数）。主に中長期にわたる市場性を検討する際には、退院患者数データを用います。これは1日入院患者数のデータは、医療技術の進歩等により平均在院日数が縮減し、その影響で患者数が少なくなっていく傾向にあるためです。

その他調査データの主な内容は以下の通りです。

項目	内容・定義等
調査項目	性別、出生年月日、患者の住所、入院・外来の種別
集計の単位	患者住所地、施設所在地
住所の単位	入院：二次医療圏、外来：都道府県単位
傷病分類	ICD-10 国際疾病、傷病および死因統計分類)
退院患者平均在院日数	退院した患者の在院日数の平均
受療率	推計患者数を人口10万対で表示
総患者数	その日に受診していない患者を含む継続的に医療を受けている者（入院、外来合計より推計）。

入院医療を考える際、最初に確認するのは「二次医療圏別・疾病分類（大分類）別」のデータです（下巻第30表）。これを確認することにより、病院のある二次医療圏に住む地域住民が、1日当たりでどれぐらい入院医療を受けているのか、また、それはどのような疾病かが分かります。0は500人未満、-（ハイフン）は0人を意味します。

また、入院患者の疾病構成割合を確認すると、二次医療圏ごとに大きな違いがあります。まずは、地域（二次医療圏）と、都道府県、全国の比較は確認しておいた方がよいと考えます。たとえば、札幌二次医療圏で見ると、V. 精神及び行動の障害は、全国と比較して2.0ポイント高くなっています。

この疾病構成割合や受療率に対して影響を与える“地域性”の要素は、年齢、性別、生活習慣、医療機関数等が考えられますが、一般的には年齢・性別の要素が非常に大きいと考えられています。全国の性・年齢別の受療率は閲覧第45表に掲載されており、60～64歳と65歳以上を比べても、人口10万対の入院受療率（全疾病）は1,209人と3,301人で約2.7倍の差があることが分かります。もちろん、疾病別にとると加齢に

よる影響の違いが良く分かります。

病棟編成や病院建替等の中長期の市場性を考える場合は、現在の入院患者数だけでなく、地域の高齢化の推移も合わせて考えることが重要です。

	全国	01 北海道	0101 南渡島	0102 南樺山	0103 北樺山	0104 札幌
総数	1332.6	83.1	6.1	0.5	1.1	31.7
I 感染症及び寄生虫症	23.9	0.9	0.1	0	0	0.3
腸管感染症（再掲）	4.3	0.2	0	0	0	0.1
結核（再掲）	4.6	0.1	0	-	-	0
皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患（再掲）	1.5	0.1	0	0	-	0
真菌症（再掲）	0.7	0	-	-	-	0
II 新生物	155.8	9.5	0.8	0.1	0.1	3.5
（悪性新生物）（再掲）	138.7	8.4	0.7	0.1	0.1	3.1
胃の悪性新生物（再掲）	16.7	0.9	0.1	0	0	0.3
結腸及び直腸の悪性新生物（再掲）	19.1	1.1	0.1	0	0	0.3
気管、気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	20.1	1.8	0.1	0	0	0.9
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5.7	0.3	0	-	-	0.1
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	34.9	2.4	0.2	0	0	0.9
甲状腺障害（再掲）	1.1	0.1	0	-	0	0.1
糖尿病（再掲）	24.7	1.8	0.2	0	0	0.7
V 精神及び行動の障害	299.5	18.8	1.6	0.1	0.2	7.8
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	187.3	10	0.8	0	0.1	4.1
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	28.2	2.2	0.2	0	0	1
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	4.8	0.3	0	-	0	0.1
VI 神経系の疾患	102.4	6.6	0.4	0	0.2	2.4
VII 眼及び付属器の疾患	9.4	0.5	0.1	0	0	0.1
白内障（再掲）	5.4	0.3	0.1	0	0	0
VIII 耳及び乳突突起の疾患	2.5	0.1	0	-	-	0

（下巻第30表（その1）：病院の推計入院患者数（患者住所地）、二次医療圏×傷病分類別（全国、北海道～静岡）、単位：千人）

	疾病構成割合の地域比較			年齢別の入院受療率（人口10万対）		
	全国	01 北海道	0104 札幌	40～44 歳	60～64 歳	65歳 以上
総数	100.0%	100.0%	100.0%	375	1,209	3,301
I 感染症及び寄生虫症	1.8%	1.1%	0.9%	6	19	57
腸管感染症（再掲）	0.3%	0.2%	0.3%	1	2	10
結核（再掲）	0.3%	0.1%	0.0%	1	4	12
皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患（再掲）	0.1%	0.1%	0.0%	0	2	4
真菌症（再掲）	0.1%	0.0%	0.0%	0	1	2
II 新生物	11.7%	11.4%	11.0%	39	199	369
（悪性新生物）（再掲）	10.4%	10.1%	9.8%	27	182	337
胃の悪性新生物（再掲）	1.3%	1.1%	0.9%	2	20	45
結腸及び直腸の悪性新生物（再掲）	1.4%	1.3%	0.9%	3	24	50
気管、気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	1.5%	2.2%	2.8%	2	28	52
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0.4%	0.4%	0.3%	1	3	14
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	2.6%	2.9%	2.8%	9	30	94
甲状腺障害（再掲）	0.1%	0.1%	0.3%	1	1	2
糖尿病（再掲）	1.9%	2.2%	2.2%	6	25	66
V 精神及び行動の障害	22.5%	22.6%	24.6%	163	418	500
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	14.1%	12.0%	12.9%	124	316	235
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	2.1%	2.6%	3.2%	14	34	55
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	0.4%	0.4%	0.3%	2	3	7
VI 神経系の疾患	7.7%	7.9%	7.6%	35	61	258
VII 眼及び付属器の疾患	0.7%	0.6%	0.3%	2	12	26
白内障（再掲）	0.4%	0.4%	0.0%	0	5	19
VIII 耳及び乳突突起の疾患	0.2%	0.1%	0.0%	1	3	4

（下巻第30表（その1）及び閲覧第45表より作成）

国内唯一のJCI公認アライアンス・パートナーに 医療の質向上への取組みを積極支援

ジョイント・コミッション・インターナショナル（Joint Commission International、以下JCI）は、米国シカゴに本部を置く非営利の医療評価機関で、医療の質と患者安全の向上を目的として世界各国で認定活動を行なっています。2010年6月現在で41カ国、326病院が認定され、日本では医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター様のみがJCI認定を受けています。

2010年7月1日、JCIと弊社は、日本におけるJCI認定支援コンサルティング事業のアライアンス・パートナーシップ契約を締結しました。このアライアンス・パートナーシップ契約に基づき、弊社はJCIと日本におけるJCI認定を達成したい医療機関及びその他ヘルスケア関連組織を支援するコンサルティングを提供します。サービス内容は、JCI普及活動、初期評価、模擬審査、トータルコンサルティングなどJCI認定に向けた支援準備です。

また、同日、医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター様ともJCI認定支援コンサルティングに関する業務提携を結び、今後、

同法人様の全面協力の下、国内唯一のJCI公認アライアンス・パートナーとして、JCI認定支援コンサルティングを行います。

低迷を続ける日本経済の中で、数少ない成長分野として医療への期待が高まっており、経済産業省「産業構造ビジョン2010」や国家戦略室「新成長戦略」でも、医療分野における雇用創出と海外の患者獲得、国際認証取得の推進について明記されています。同じく観光分野でも、健診を含めた国際医療交流（メディカルツーリズム）に注目が集まっています。

今後、日本国内において、医療の国際化への対応としてJCI認定に挑戦する医療機関が増えることが予想されます。

JCI認定への取組みは、国際的な観点から国内医療機関の品質への取組みを評価することでもあり、外国人患者のみならず国内患

者が、居ながらにして世界水準の医療を選択する際の一助となることが期待されています。

今回、弊社が取り組むJCI認定支援コンサルティングが、国内医療機関の「医療の質向上と患者安全の改善」に大きく寄与し、他のサービスと併せ、今後も医療機関の経営、医療の質向上に貢献出来るよう、取り組んでいきたいと思っております。



写真左から 日本経営会長・小池、JCI Executive Director・シェリー・コーフィールド氏、JCIアジア太平洋 Managing Director・ポール・チャン氏、日本経営社長・藤澤

Joint Commission International とは

1. Joint Commission (JC)

■ 1951年に設立されたJCAHO（医療施設評価合同委員会）がJoint Commissionと名称変更し活動／全米で17,000以上の医療機関及びヘルスケアプログラムを認定及び認証／一定の医療の質の水準を満たす組織の品質保証として米国内で認識

2. Joint Commission International (JCI)

■ 1997年にJoint Commission Resources (JCR) の一事業部として設立／JCRは民間かつ非営利のJoint Commission (JC) 関連組織／医療の質と患者安全の改善を目的として、過去15年間、90ヶ国以上における医療機関及び政府機構を支援

3. The International Society for Quality in Health Care (ISQua)

■ ISQuaは、70以上の国々からメンバーが参加している独立した非営利団体／ISQuaは、認定組織の認定者であり、JCIは、2007年9月にISQuaより認定／ISQuaによる認定は、JCIが医療機関の活動を審査するために適用している基準、研修、プロセスが、認定組織のための高度かつ国際的なベンチマーク基準を満たしている事を保証

サービス概要

- JCIに関するセミナー及び教育・研修プログラムの開催…JCI認定に関するセミナー及び教育・研修プログラムを提供します。
- 初期評価／模擬審査…JCI認定の登録審査に近い形式で、初期評価、模擬審査を実施。JCIへの取組み初期段階では、初期評価として実施し、登録審査前の段階では、模擬審査として実施します。
- JCI認定支援コンサルティング…キックオフ・システム構築準備、JCI勉強会、現状分析、システム構築計画（改善計画）、システム構築、システム運用チェック、模擬審査、登録審査、審査是正とJCI認定までの各フェーズに必要なご支援を行います。



アメリカ研修で訪れた転機

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



入社当時の私は、所長の菱村がそうであったように、自分も税理士の資格を取り、いつかは自らが所長となって小池税理士事務所を立ち上げるのだと、毎日の業務に追われながらも希望に溢れた日々を送っていました。しかし、事務所で最古参の所員となってからというもの、一方で会計事務所のあり方について考え込むようになっていました。

現在でもそうですが、一般的な会計事務所は社員数が7-8名、税理士である所長が紹介などで顧問先を増やしていきますが、基本的には所長の仕事量が事務所の規模が決まっていきます。当時は会計事務所の営業行為が今以上に制限されていたので、会計事務所といえば家内工業的な家族経営が相場でした。また、会計事務所に集まる所員も、その多くは仕事をしながら税理士試験に合格し、一国一城の主を目指し独立していくというパターンがほとんどでした。もちろん当初は私もその一人だったわけです。

飛騨高山から大阪に出てきた私は、縁あって会計事務所という仕事に就いたわけですが、会計業務を通してお客様の経営を支援していくことに生きがいを感じていましたし、もっと多くのお客さんに喜んでいただくために事務所の規模ももっと大きくしたいと、私なりに考えていました。そして、転機が訪れてくることになったのです。まったく予測しないような展開でした。

事務所で最古参となった私に、突然、アメリカ研修旅行が命ぜられました。TKCが企画した視察研修ツアーで、参加者は全国の会計事務所の所長さんたちです。本来であれば、菱村所長が参加するところですが、なぜか私に行けというのです。若年でありながら所内のまとめ役を担っていた私への慰労もあったのかもしれませんが、もちろん、全国の所長さんと一緒に行動することで得たいこともあったでしょうし、アメリカで学んで欲しいこともあったのでしょう。しかし結果として、この研修旅行で、私は自分の夢の半分を断念し、もう半分に人生を賭けることとなったのです。人生の岐路というものを、こんなに早く経験するとは思っていませんでした。

研修の行程も半ばに差し掛かった頃でした。何とか同行する所長さんたちと話ができるようになった私は、ある所長さんにこんな質問をしてみました。もちろん、明確な回答が返ってくるとは期待していませんでした。

「先生、私は今の仕事が好きですし生きがいも感じています。だからもっと仕事をしたいと考えています。そのためは、事務所をもっと大きくしたい、今の何倍もの規模の事務所にしたいのですが、どうすれば良いのでしょうか!？」

その答えは実に単純なものでした。

「君が税理士を目指さないことだ」

(続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」

を表現しています。

次号予告

特集：地域医療再生計画を検証する

自公政権の置き土産、地域医療再生計画(基金)。すべての県で再生計画が策定され、取り組みが始まっているが、地域の医療提供体制がどう変わっていくのか。様々な視点で検証する。

その他

FOCUS

クライアントインタビュー

データの読み方生かし方

介護保険施設経営

病院経営 Q&A

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田河町2-11-13
編集部 大阪府豊中市寺内2-13-3
編集人 藤澤功明
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9171
定価 500円(税、送料込)

編集部：大池康礼、新宅雅文 編集協力：武田貴志江

日本経営のホームページ <http://www.nkgr.co.jp>