

## II ケーススタディ

図表 II ケーススタディ一覧

No.	法人・病院名	概要	ケースの着眼点
1 P. 13～	社会医療法人三栄会 中央林間病院 所在地：神奈川県大和市 病床数：109床 ・一般（10対1）：75床 ・地域包括ケア病棟入院料1：34床	平成23年、地域経済活性化支援機構（REVIC）の支援を契機として救急医療体制の見直し等により経営改善し、社会医療法人の認定を受けるに至った。	従来からの地域における強み（例：二次救急対応等）が十分に発揮されず経営難に陥った。REVICの支援を契機として経営改善し、強みを軸に地域医療に取り組み経営改善した。
2 P. 28～	社会医療法人ささき会 藍の都脳神経外科病院 所在地：大阪府大阪市 病床数：80床 ・一般（7対1）：35床 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料：6床 ・回復期リハビリテーション病棟入院料1：39床	平成23年、80床の病院を第三者承継し、診療科・病床を転換。脳神経外科専門病院として地域に密着した垂直統合モデルを構築した。	平成23年に開院した当院は専門分野に特化し、スタートアップの苦難を乗り越え専門病院としての立ち位置を確立した。平成27年にはサービス付き高齢者向け住宅を開設する等、脳卒中を軸にした急性期から在宅までの垂直統合モデルを構築した。
3 P. 40～	医療法人仁成会 高木病院 所在地：東京都青梅市 病床数：180床 ・一般（10対1）：120床 ・地域包括ケア病棟入院料1：60床	平成15年の新築移転後、計画通りの病床稼働率が維持できないなどして経営悪化。新築移転後の経営危機を脱し、平成29年から新体制により継続的に経営改善を果たした。	平成15年の新築移転で病床数を50床増床したものの、計画通り入院患者を確保できなかった。一時持ち直すも再び病床稼働率が低下するなどして収支が悪化。平成29年から新院長のもと経営改善に取り組んでいる。
4 P. 57～	医療法人一葉会 佐用共立病院 所在地：兵庫県佐用郡佐用町 病床数：90床 ・一般（13対1）：75床 ・地域包括ケア入院医療管理料1：15床	昭和42年に開院。隣接する土地に平成13年に50床の病院（療養病床）を開院する。入院・外来ともに患者数が減り続ける。地域と調整しつつ、病床転換・経営改善を図った。	本院は急性期、分院は慢性期と役割分担を図るものの本院の稼働率が低下し法人の経営状態が悪化。地域の人口減少により入院・外来とも患者数が減り続け、分院を介護医療院に転換することで法人の病床数削減と病床再編を意思決定。地域医療構想調整会議等に諮りつつ、病床転換・経営改善を進めている。

### ○平成24年度「医療機関の経営支援に関する調査研究」経営改善病院の追跡調査事例

No.	法人・病院名	概要	ケースの着眼点
5 P. 71～	医療法人社団杏順会 越川病院 所在地：東京都杉並区 病床数：46床 ・一般（7対1）：12床 ・緩和ケア病棟入院料：34床	昭和33年に産婦人科医院として開院。昭和51年に病院となる。平成13年に現院長が事業承継し医療法人化。診療科も内科・緩和医療に転換し、一般7対1で緩和医療を提供。	平成13年に院長が事業承継した後、順次診療科転換を行うなど、戦略の転換を図った。平成27年に新築移転し緩和ケア病棟を算定。

### ○グループ病院の傘下となり、経営改善した事例

No.	法人・病院名	概要	ケースの着眼点
6 P.84～	医療法人社団瑞心会 杉並リハビリテーション病院 所在地：東京都杉並区 病床数：101床 ・回復期リハビリテーション 病棟入院料1：101床	不採算による赤字体質が続いていたが、グループ病院の傘下に入り、診療科・機能を絞り込む。機能転換により経営改善した。	昭和43年開院後、脳神経外科と産婦人科の急性期医療を中心に幅広く地域医療に対応していたが、不採算による赤字体質に陥る。平成16年にグループ病院の傘下に入り、平成19年から全床回復期リハビリテーション病棟に転換し、収支が改善した。

### ○診療所の事例

No.	法人・診療所名	概要	ケースの着眼点
7 P.93～	医療法人社団閑谷会 下野内科外科・歯科 所在地：岡山県備前市	昭和50年に診療所を開業し、平成2年に医療法人化。平成6年に診療所の同一敷地内に介護老人保健施設を開設した後、認知症への取り組みを前面に打ち出して次々と老健等を展開した。	平成6年に診療所の同一敷地内に老健を開設した後、平成19年までに計4施設を開設。平成27年に社会福祉法人を設立し、平成29年地域密着型特別養護老人ホームを開設。並行して理事長の2名の子（医師、歯科医師）への事業承継を進める。
8 P.100～	医療法人（診療所）の介護事業からの撤退事例	平成2年に整形外科診療所を開業。その後、医療法人として介護老人保健施設を開設した。最終的には経営が難しくなり、老健を他の医療法人に承継し、現在では個人診療所の院長として診療を続けている。	平成2年に診療所を開業。平成10年に老健を開設。利用率は順調に推移するも、東日本大震災の影響で通所リハビリテーションの利用率が低下するなどして運営が難しくなった。医療法人全体として資金繰りが厳しくなり、老健から撤退し、現在は個人開業医として診療を続けている。

# 1 社会医療法人三栄会 中央林間病院（神奈川県大和市, 109 床）

地域経済活性化支援機構の支援を契機として救急医療体制の見直し等により経営改善し、社会医療法人の認定を受けるに至った事例

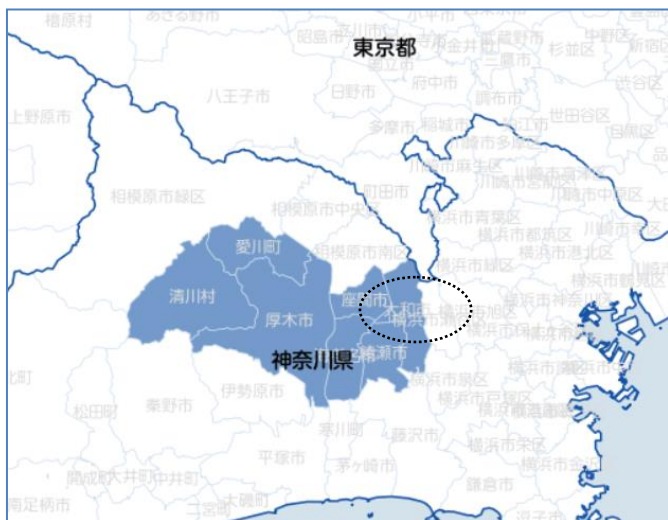
## (1) 病院の外観



## (2) 概要

### ① 所在地

図表Ⅱ-1-1 県央医療圏と大和市



図表Ⅱ-1-2 当院の周辺地図



\* 出所：日本医師会 地域医療情報システム

### ② 県央医療圏（地域医療構想区域と同一）の状況

中央林間病院（以下、「当院」という。）の位置する大和市は人口約 23 万人の自治体である。大和市は県央医療圏の最東端にあり、北里大学病院のある相模原市、横浜市等と接する。市内はほぼ平坦で、徒歩や自転車での円滑な移動が可能である。当院は東急田園都市線、小田急江ノ島線中央林間駅から徒歩 2～3 分圏内にありアクセスが非常によい。近隣は住宅地であり、857 戸のマンション建設が進んでいるが、それ以外は目立った再開発の予定はない。東急田園

都市線が開通した30年ほど前から住み始めた住民が多く今後の高齢化が見込まれている。

県央医療圏の将来人口推計は図表Ⅱ-1-3のとおりである。65歳以上人口は2015年の19.9万人から2040年には25.7万人まで増え続ける。75歳以上人口は2030年頃に頭打ちとなり、以降は減少傾向となる。入院医療需要は2035年頃まで伸び続ける推計となっている。

県央医療圏の救急医療の状況は、二次救急患者の81.0%が区域内で完結している。県内の医療圏で唯一、三次救急医療機関がなく（平成30年1月現在）、隣接医療圏の大学病院等との連携により対応している。

図表Ⅱ-1-3 県央医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成27)	2020年 (平成32)	2025年 (平成37)	2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	2040年 (平成52)	15⇒40年 増加率
総人口	842,419	837,098	823,140	802,232	776,143	747,152	-11.3%
(再掲) 65歳以上	198,501	217,388	222,568	228,614	240,795	256,862	29.4%
(再掲) 75歳以上	81,418	107,537	132,921	139,676	135,525	135,904	66.9%
高齢化率	23.6%	25.9%	27.0%	28.5%	31.0%	34.4%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

平成28年度の病床機能報告（図表Ⅱ-1-4）によると、6年後に急性期・慢性期がやや減少、回復期に転換する予定の病院がある。大和市内の病院には6年後の転換予定はない。

図表Ⅱ-1-4 県央圏域の病院の状況（大和市のみ抜粋、単位：床）<sup>8</sup>

No	医療機関名称	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
県央圏域（全体）		5,395	61	3,252	854	1,037	183
		5,395	118	3,133	967	986	183
1	当院	116		116			
		116		116			
2	大和市立病院	403	12	391			
		403	12	391			
3	医療法人徳洲会大和徳洲会病院	199		199			
		199		199			
4	医療法人哺育会桜ヶ丘中央病院	171		45	86	40	
		171		45	86	40	
5	みどり野リハビリテーション病院	118			118		
		118			118		
6	大和成和病院	99	10	89			
		99	10	89			
7	医療法人沖縄徳洲会大和青洲病院	49				49	
		49				49	
8	南大和病院	140		100	40		
		140		100	40		
9	愛育病院	51		51			
		51		51			

\* 出所：神奈川県ホームページ

<sup>8</sup> 神奈川県「平成28年度病床機能報告制度による神奈川県における医療機能ごとの病床の状況」より抜粋。上段：平成28年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況、下段：6年後の予定

### ③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-1-5 概要

理事長・院長	木山 智
開設・許可等	昭和 55 年：個人開設 平成 16 年：法人に組織変更 平成 27 年：社会医療法人認定
診療科目	一般内科・消化器内科・一般外科・消化器外科・循環器内科・整形外科 糖尿病/代謝内科・脳神経外科・泌尿器科・腎臓内科・呼吸器内科・神経内 科・乳腺外科・肛門外科・皮膚科・人工透析内科・リハビリテーション科・ 放射線科・麻酔科（ペインクリニック）・胸部外科
病床数	109 床 ※平成 30 年 1 月 4 日現在 ・ 一般病棟入院基本料 10 対 1（75 床） ・ 地域包括ケア入院医療管理料 1（34 床）
入院診療単価	39,646 円（平成 28 年）
平均在院日数	17 日（平成 28 年）
病床稼働率	83.1%（平成 28 年）

図表Ⅱ-1-6 法人の沿革

年次	概要
昭和 55 年	中央林間駅前に「中央林間病院」として開設 病床数 65 床（9 月）
昭和 62 年	病床数 128 床に増床（8 月）
平成 7 年	開放型病院施設の基準取得（5 床）（10 月）
平成 15 年	神奈川県より救急医療精励表彰受賞（9 月）
平成 16 年	医療法人社団三栄会の設立により中央林間病院を法人化（6 月） 理事長に木山保氏が就任（6 月）
平成 17 年	同一法人内に外来透析専門の中央林間じんクリニックを開設（4 月）
平成 18 年	病院機能評価認定取得（8 月）
平成 21 年	理事長に木山智氏が就任（4 月）
平成 23 年	亜急性期病床設置に伴い、一般病床 121 床に減床（4 月）
平成 24 年	地域経済活性化支援機構 <sup>9</sup> （以下、「機構」という。）の支援決定（4 月） 日本消化器内視鏡学会 指導施設登録（12 月）
平成 25 年	機能訓練室拡大に伴い、一般病床 116 床に減床（4 月）
平成 26 年	機構の支援終了（9 月）
平成 27 年	神奈川県知事より社会医療法人として認定（4 月）
平成 28 年	内視鏡センター竣工 オープン（3 月）
平成 29 年	電子カルテシステムを導入（2 月） 院内保育所「なないろ保育園」を開園（4 月） 地域包括ケア病床を 34 床へ増床（6 月）

<sup>9</sup> 株式会社地域経済活性化支援機構（REVIC）。「株式会社企業再生支援機構法」に基づき、平成 21 年 10 月に株式会社企業再生支援機構が設立。平成 25 年 3 月、法改正とともに、商号を株式会社地域経済活性化支援機構に変更した。有用な経営資源を有しながら過大な債務を負っている事業者について、事業再生計画に基づき、過大な債務の削減等を通じた財務の再構築や事業内容の見直しによる十分な事業利益の確保、競争力の回復と事業再生を支援する業務を行っている。

図表Ⅱ-1-7 主な経営指標の推移

(単位：百万円)

	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
医業収益	1,956	1,992	2,101	2,133	2,264	2,236
人件費	1,166	1,218	1,223	1,300	1,383	1,419
人件費比率	59.6%	61.1%	58.2%	60.9%	61.1%	63.5%
医薬品費	194	188	181	182	170	169
医療材料費	51	61	53	58	72	62
減価償却費	29	26	26	28	26	35
減価償却費比率	1.5%	1.3%	1.2%	1.3%	1.1%	1.6%
医業利益	-72	-58	115	35	49	10
医業利益率	-3.7%	-2.9%	5.5%	1.6%	2.2%	0.4%
医業外収益	41	39	45	43	51	48
医業外費用	19	17	19	17	14	14
経常利益	-50	-35	142	61	86	43
経常利益率	-2.6%	-1.8%	6.8%	2.9%	3.8%	1.9%

### (3) 改善前の状況

#### ① 改善前の当院

当院の前身は、中央林間駅のひとつ隣のつきみ野駅で現理事長の父である保氏が開業した診療所であった。当時から、救急車受入れや手術を行い、「地域に密着した急性期医療」を実践していた。近隣の生活圏には救急病院が減少しており、大和市や周辺地域が救急過疎地域となっていたからであった。また、職員が一体となってまとまる雰囲気が開設当初からあったという。その診療所が昭和 55 年に中央林間病院として衣替えして再スタートする。平成 15 年には神奈川県から「救急医療精励表彰」を受賞するなど、救急への対応が強みであった。

現在でも、脳・心臓・精神疾患以外の救急は断らないように努めており、消化器外科が専門の医師もジェネラルに外科全般を診療し、救急を幅広く診る組織風土になっている。理事長は病院を代表する医師として率先し、救急車の受入れはまず断ることがなく、自身の当直時に一晩で 9 台の救急車を受け入れたことがあった。

このように、医療に真摯に取り組んでいたものの、医療制度改革に沿った病院運営、医療連携を臨機応変に行えず、徐々にその強みを生かしきれない診療体制となっていた。平成 23 年以前の当院の強み・弱みを整理すると図表Ⅱ-1-8 のとおりである。

図表Ⅱ-1-8 当院の強み・弱み（平成 23 年以前）

強み	外部環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>近隣の生活圏に救急病院が減少し、大和市やその周辺地域の救急過疎地域となっていた。平成 15 年に神奈川県から救急医療精励表彰を受賞するなど、救急への対応が強みであった。</li> </ul>
	内部要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員が一体となってまとまる雰囲気が開設当初からあった。</li> <li>人材面では恵まれており、理事長の医療への真摯な姿勢や人脈などから医師やその他の医療スタッフも必要数は充足していた。例えば、河野診療部長は、当院への着任までの経緯を「現理事長が当院に戻るときに非常勤での勤務を促され、非常勤で勤めたのちに理事長の声がけがあって入職。理事長の人柄に惚れて決めた。手術をするか否か、診断等業務を任せてもらえる。カルテを細かくチェックはされているようだが、細かい指示はなく、満足感がある。」と述べる。</li> </ul>
弱み	内部要因	<p>&lt;経営管理&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>コスト意識が低く、交渉力もなかった。委託費は事業者の言い値であった。</li> <li>財務内容の悪化などから、銀行融資が受けられず、高いリース契約をするしかないなど経営上の選択肢も限られてきていた。</li> <li>経営悪化の要因として、大きな経営危機があったというよりも、収益を上げる体制構築や意識改革が行われずに、“じり貧”の状況に陥っていた。</li> <li>大きな経営危機があったわけではなく、賞与の遅配はあったが減額にまでは至らず、当院の経営が危ないとまで感じた職員は少なかった。</li> </ul> <p>&lt;医療連携&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>院内の連携不足により、救急患者の受入れが円滑ではなかった。例えば、医師と検査部門の連携不足により、検査不可のための入院断りが多かった。救急への取り組み姿勢も院内外に打ち出せていなかった。</li> <li>病院として“連携”を重視していなかった。連携室が事務部門にあり病棟との連携も機能していなかった。連携室が自院の PR をできない状態で、急性期病床を持ちながら急性期病院からの転院相談を断ることも多かった。</li> <li>慢性透析の患者入院が常時 40 名程度おり、近隣の療養病床に紹介するなどして徐々に減らしたものの、その分の空床が埋まらなかった。</li> </ul>

平成 21 年から 23 年にかけて、入院患者の退院促進等による病床稼働率の減少を主因とした減収が続いた。平成 23 年の病床数削減も追い打ちをかけ経営状況が悪化した。医業損失をカバーするために、賞与資金など運転資金名目での追加借入、関連施設の開設や病棟の改修、システム導入などの設備投資により、有利子負債が拡大していった。平成 24 年にははいよいよ資金ショートを起こす状態となり、機構の支援を受けることが決定した。

また、創業家と病院（法人）の取引を整理することも課題であった。先代理事長が取得した土地の評価額と比べて債務が多く残っており、法人単体のバランスシートはそれほど悪くなかったが、個人を含めると非常に大きなマイナスとなっていた。

## ② 機構の支援決定（平成 24 年 4 月）

当院は、機構の支援を受ける以前から、外部のコンサルティング会社による再生支援を受けていたが、改善策は奏功せず経営は上向かなかった。そこで、メインバンクは平成 24 年に機構への支援を要請した<sup>10</sup>。

法人の社員・理事の構成の変遷は図表Ⅱ-1-9のとおりである。機構の支援決定後、厚生労働省の政策意向も踏まえて持分は放棄し、持分なし医療法人へ移行した。最終的には理事長以外の親族は社員・役員から外れることとなった<sup>11</sup>。

図表Ⅱ-1-9 改革前後の社員・理事構成の変遷

	改革前	改革初期	平成 27 年
社員	理事長ほか創業家（3名） 病院関係者（3名） その他（4名）	理事長 機構 その他	理事長 副理事長 学識経験者 その他
理事	社員と同一	理事長 先代理事長 機構（3名） その他（2名）	理事長 副院長（2名） 病院関係者（7名）

## ③ 機構の支援に関する職員の受け止め方

院内で機構の支援決定が発表された際、機構の前身である企業再生支援機構が JAL を再生させたことなどを知っていた職員には、当院も倒産するほど悪かったのかというショックが広がったという。一方で、当時を振り返り、河野診療部長は「期待感を持った」、茂木看護部長は「師長には、機構が入れば倒産はないという安心感を持った者もいた」と述べる。前出のとおり、当院はもともと人間関係がよかったこともあって、機構の介入を理由として離職した職員はいなかった。茂木看護部長は、以前に前出の別のコンサルティング会社から支援を受けていたことで、その時の改革は奏功しなかったものの、機構の介入を受け入れやすい素地ができていたと感じていた。

<sup>10</sup> 一般的には、メインバンクの債権放棄が前提となるため、メインバンクの株主への説明責任等を踏まえると、機構の支援時に経営陣が責任を取ることが多い。機構への支援要請は銀行が行うものであり、病院が直接相談できるようなシステムではない。

<sup>11</sup> 厚生労働省の通知により、医療法人の役員は利害関係のある営利法人等の役職員の兼務が原則できない。機構からの支援を受ける場合の機構から派遣される事業再生の専門家は、例外として認められている。



後述する副看護部長のように改革したいという思いの職員もいたが、これまでは具体的に進めることが難しかった。そういった職員にとっては好機と受け止められた。不安を持つ職員については、機構は経営改善にあたって「困ったことはないか」と丁寧にヒアリングし、当初の不安も次第に解消され、不安は「変わるかもしれない」という期待感に変わっていった。

#### (4) 経営改善の成果

図表Ⅱ-1-10は機構支援前後の業績比較である。救急件数の増加と入院診療単価の増加により大幅な増収となった。退院支援等の取り組みにより病床稼働率はやや減少したものの、入院診療単価の増加が大きく、給与費を削減せずに増収によって利益を出していった。

入院診療単価の内訳をみると、入院料が平成24年の19,847円から平成26年には23,105円と大幅に増加、その後も伸び続け平成28年には25,526円となっている。伸び率が大きかったのは理学療法で、平成24年の459円から翌年は1,307円へと増加した。改革前、理学療法士は1名のみでほとんどリハビリがなされていなかったため、療法士を全体で9名（平成30年1月現在）にまで増員していった。

経費としては、設備関係費が削減された。従来、賃借料を支払っていた病院の土地（前理事長所有）を買い取ったことによって、病院の賃借料が減少した。

図表Ⅱ-1-10 機構支援前後の業績比較

		平成24年 (支援前)	平成26年 (支援完了時)
収支の状況 (単位：百万円)	医業収入	1,956	2,133
	医業費用	2,028	2,098
	(再掲) 給与費	1,166	1,300
	設備関係費	232	151
	医業利益	-72	35
	経常利益	-50	61
運営状況	救急件数	1,092台	1,385台
	(うち夜間休日)	576台	876台
	救急からの入院	456人	576人
	病床稼働率	92%	86%
	入院診療単価	34,661円	38,834円
	平均在院日数	19日	17日

機構の支援が入ったことによって社員総会・理事会における親族割合が低下し、また、経営上も経費の負担が減るなどの効果があった。一方で、先代理事長から続く救急医療への取り組みなどの医療面の一貫性は維持され、より強化された。

(5) 経営改善の取り組み

① ポジショニングの再確認

機構は当時、当院を図表Ⅱ-1-11のように分析している。

当院は初代、現理事長が消化器外科医であり、消化器系専門の医師が多く、上部・下部消化器内視鏡検査と手術を診療の柱に据えている。外部環境としては、地域には東急田園都市線の開発によって30年くらい前に転居してきた住民の高齢化が進んでいた。一人の患者を長いスパンで診療することが多くなり、入院も長引く傾向にあった。

改革にあたり、今後の地域におけるポジショニングを議論した。まず、急性期医療への取り組みについては、当院に外科系の医師が多かったこともあり異論はなかった。次に、診療領域を消化器に絞るかどうかが議論されたが、理事長は、長い目で見て高齢化により消化器疾患のみの患者は減少すると見込み、全人的に診療できる“小回りの利く医療”体制が望ましいと考えた。

図表Ⅱ-1-11 支援決定についての機構の考え方（抜粋）

- ・ 神奈川県大和市内で消化器系疾患を中心に扱う内科・外科に加えて、循環器内科、整形外科、泌尿器科、人工透析を主軸とした医療を提供している一般病床121床（当時）を運営する医療法人で、高い公共性を有する事業である。
- ・ 特に内視鏡を含む消化器領域は地域でトップクラスのポジションであり、内視鏡を活用したがん検診を実施し、地域のがん予防に貢献している。
- ・ また、二次救急告示病院として大和市の救急医療の一役を担っている。
- ・ 以上から、対象事業者の地域社会への貢献は大きい。また医療施設は大和市の中心部で駅に近く（東急田園都市線・小田急江ノ島線（神奈川県大和市）徒歩圏内に所在）、病院機能の維持・発展に不可欠な医師・看護師など医療従事者を相当数確保しており、有用な経営資源を有している。
- ・ 一方、対象事業者が破綻に陥り、医療サービスを提供できない状況に至った場合には、入院患者をはじめとする施設利用者に多大な影響を与え、地域社会における影響は計り知れないものがある。

\*出所：企業再生支援機構（当時）プレスリリース

「医療法人社団三栄会に対する支援決定について」（平成24年4月5日）より

この方針を踏まえて、後述する救急医療への取り組み強化と、地域の軽度から中度の急性期への対応を行うべく病床を再編した（図表Ⅱ-1-12）。機構の支援前から亜急性期病床を27床設けていたが、平成25年に整形外科医が退職したこともあって22床に減床した。その後、平成26年4月に地域包括ケア入院医療管理料を算定（22床）。平成29年6月に34床に増床した。

図表Ⅱ-1-12 病棟構成の推移

病棟	入院料	23年4月	24年4月	25年4月	26年4月	29年6月	30年4月
A病棟	10対1	49床	49床	49床	49床	50床	50床
B病棟	10対1	29床	33床	38床	38床	25床	地域包括 54床
	亜急性期	31床	27床	22床	地域包括 22床	地域包括 34床	
合計		109床	109床	109床	109床	109床	104床

② 救急医療への取り組み強化

イ 救急受入れ状況の分析

従来から当院にあった救急受入れ時のいわゆる“メモ”を「救急車要請記録」(図表Ⅱ-1-13)として改め、運用を開始した。救急車要請記録は、外来の担当者(看護師・救急救命士)が救急隊からのコールを受けながら記載し、翌日外来師長が取りまとめて経営管理部長へ報告する。経営管理部長は日次で「受入/断り」の状況を確認した上で、月次で「受入件数/断り件数/主な断り要因」などを整理して、会議で報告した。このように原因を特定し、一定のサイクルで改善していく試みを始めた。

図表Ⅱ-1-13 救急車要請記録

救急車 要請記録				カルテ用	
				救急隊員名	
要請日時	年	月	日 ( )	時	分
(本・北・西・南・柳・座・綾・相・町)			来院までの所要時間		分後
氏名:	男・女		年齢	歳	
生年月日	年	月	日		
初診	再診	カルテNo.			
V/S	BP	P	KT		
	SPO <sub>2</sub>	R	瞳孔 R / L		
症状					
既往・現病 {				付添 { 有 } { 無 }	
ADL ( ) 施設名 ( )					
意識:	有	無	歩行:	可	不可
受入:	可	不可(理由:	)		
受入後転帰: 入院 ・ 帰宅 ・ 死亡 ・ 転送					
受入不可理由分類:			医師		
<input type="checkbox"/> :手術中・患者対応中			看護師		
<input type="checkbox"/> :ベッド満床			確認		
<input type="checkbox"/> :処置困難					
<input type="checkbox"/> :専門外					
<input type="checkbox"/> :医師不在					
<input type="checkbox"/> :初診(かかりつけ医なし)					
<input type="checkbox"/> :その他					

救急「受入不可理由」の分析結果が図表Ⅱ-1-14である。平成24年7～9月の3か月間で依頼297件に対し、受入れ212件(受入れ率72%)であった。断り87件の理由は、「専門外」が最も多く32件(37%)、続いて「ベッド満床」(16%)、検査対応不可(15%)などであった。

図表Ⅱ-1-14 受入不可理由の分析

受入れ不可理由	平成 24 年 7～9 調査		平成 26 年 1～3 月調査	
	件数	比率	件数	比率
専門外	37	37%	53	49%
ベッド満床	14	16%	23	21%
手術中・患者対応中	13	15%	16	15%
検査対応不可	13	15%	0	0%
不明・その他	15	17%	17	16%
合計	87	100%	109	100%
(受入れ)	212	72%	358	76%
(救急依頼合計)	297	-	471	-

#### ロ 救急受入れ不可理由への対応

同調査によって、常勤医師の救急受入れ率は 83%、非常勤医師は 50%という結果が分かったため、非常勤医師による救急対応そのものを減少させた。従来、非常勤医師で対応していた土日の救急対応に常勤医師 3 名が交替で月 1 回の土曜当直を務めることとした。さらに、当直手当に加えて、救急車受入れ、夜間入院に対するインセンティブ制度を設けた。

看護部においては夜勤看護師を配置、また、看護師免許を持たない救急救命士を採用し看護業務の補助を担当させた。救命救急士は救急当番指定日に配属した。看護師が行う点滴穿刺はできないものの、点滴前の輸液の準備等を担わせることで、看護師の業務負担のみならず心理的な負担の軽減にもなったという。

次に、「受入不可理由」の 15%を占めた「検査対応不可」への対応として、検査体制を充実させた。医師にとっても、必要な時に検査ができないというストレスになっていた。夜間の検査対応は、近隣に住んでいる放射線技師によるオンコール対応だった。オンコールはたとえ 2 回であったとしても職員には大きな負担であった。改革の議論の中で、鈴木診療技術部長は「検査対応不可」という理由による断りをゼロにする決意を示した。具体的にはオンコール体制を 5～6 人による宿直体制に改め、24 時間 365 日の検査体制を整えた。検査対応が宿直体制に変わり、医師から見て「救急の受けやすさは格段に変わった」（河野診療部長）という。労働基準監督署の助言で当直は週 1 回に抑えている。また、定年退職した 70 歳代の放射線技師が事務当直をしており、緊急時に対応してもらえることも大きい。

総括すると、救急受入れに関する現状分析により課題を特定し、各部門が課題を改善することによって、結果的に医師がストレスなく働ける環境も実現することができた。

前出の図表Ⅱ-1-10 のとおり、これらの取り組みの結果、救急の受入れ件数は、平成 24 年（機構支援前）の 1,092 台から平成 26 年（支援完了）には 1,385 台にまで増え、その後も増加傾向が続き、平成 28 年には約 2,000 台となっている。

### ③ 組織再編

従来からあった当院の医療への真摯な姿勢を明文化するために、理事長は平成 25 年 9 月に「誠実な良匠たれ」という病院職員の行動理念を策定し、院内各部署に加えて、患者などにも見える場所に掲示した。理念や方向性については、月 1 回の朝礼（その時に参加可能な職員 50 名程度）で、当院が担う役割や、今後の方針、医療への思いなどを“院長スピーチ”として、

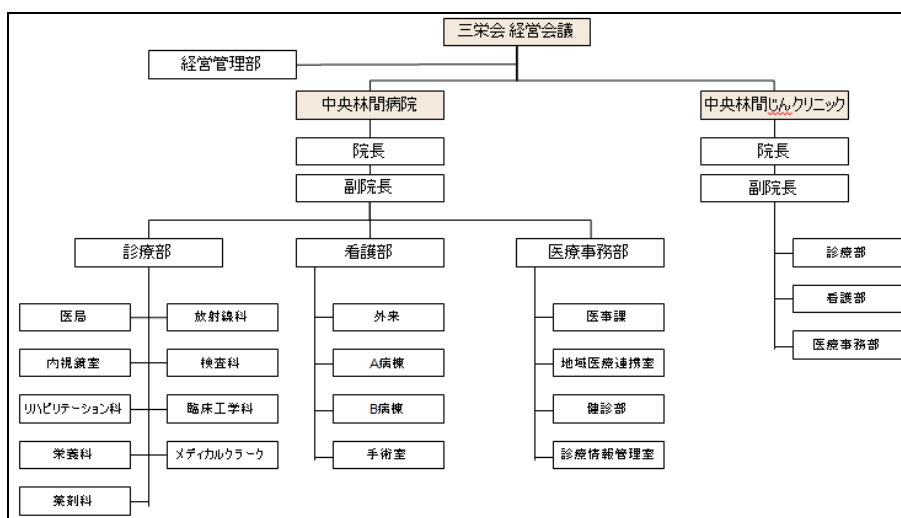
職員へ伝達している。

あわせて、次のような各部長・室長が柱となる組織再編を行った。

## イ 法人全体の組織再編

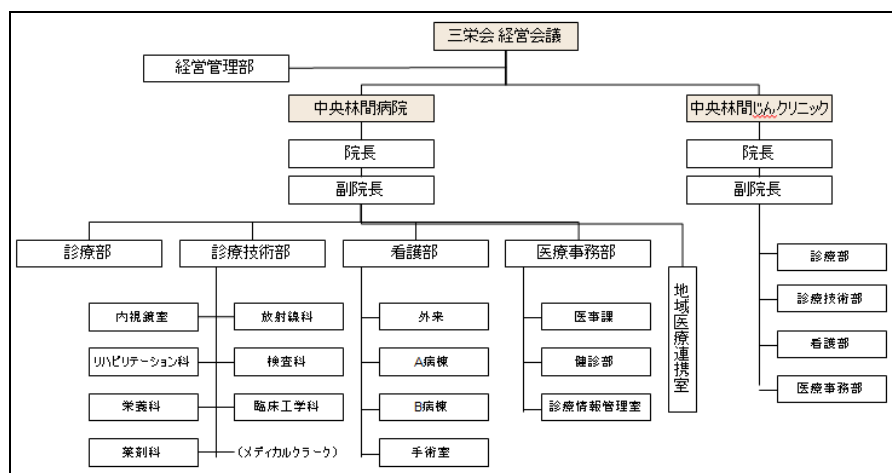
組織再編（再編前：図表Ⅱ-1-15、再編後：図表Ⅱ-1-16）には、3つのポイントがあった。第一に、診療部の責任明確化であった。指示命令と権限・責任が不明瞭、コメディカル各部署で連携が取れておらず業務改善と体制安定化が必要と認識されていた。第二に、地域医療連携室の位置づけである。第三に、じんクリニックの業務運営体制であった。

図表Ⅱ-1-15 法人組織図（再編前）



再編後（図表Ⅱ-1-16）は、診療部と各コメディカル部門が分離した。コメディカル部門は一括して「診療技術部」となり、部長には放射線技師が就任した。地域医療連携室は医療事務部内から独立し横串の組織として法人全体を見渡せる立ち位置となった。

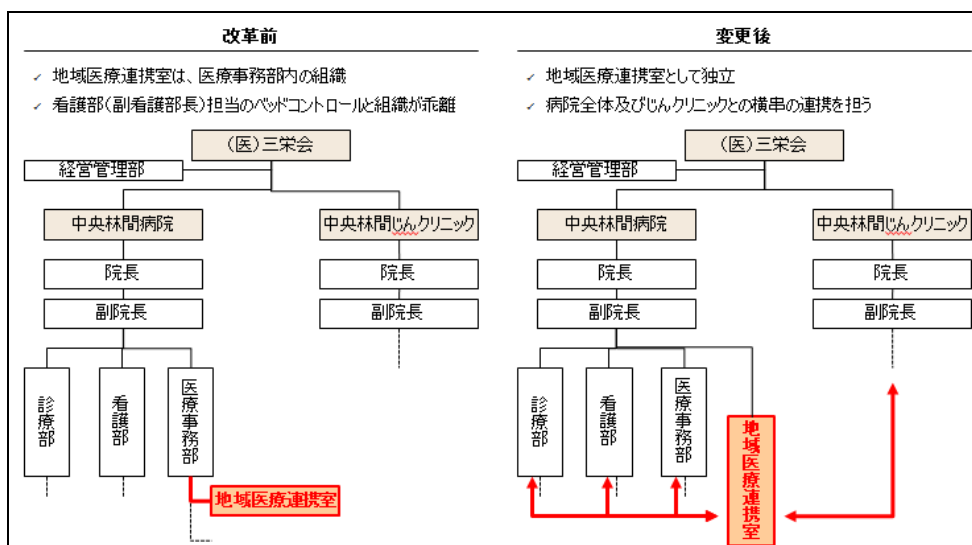
図表Ⅱ-1-16 法人組織図（再編後）



## □ 地域医療連携室の再編

再編前の地域医療連携室は本院（看護部）とは物理的に離れたビルの医療事務部にあり、病床コントロール担当の溝口副看護部長からは相談員3名の動きが見えづらかった。副看護部長は組織の再編を求めている。状況が動いたのは機構が支援に入ったタイミングである。理事長や看護部長に働きかけるとともに、機構のヒアリングにおいて連携体制の不備を指摘した。機構の支援もあって、組織改編（図表Ⅱ-1-17）が行われ、副看護部長が地域医療連携室長を兼務し、病床コントロールと地域連携を一体的に行う体制が整った。

図表Ⅱ-1-17 連携室の再編（改革前後）



副看護部長は、病床コントロールを担当していた立場から、高稼働を維持しながら新入院患者を確保することを両立させたいとずっと考えていた。

地域医療連携室を立ち上げてから、溝口副看護部長はこれまで行われていなかった患者紹介を分析した。ABC分析により、紹介先と件数を把握した（図表Ⅱ-1-18）。さらに、紹介元は地図にマッピングしたうえで、距離・場所・診療科等を見てアプローチ先をピックアップしている。グループ別に対応を検討しており、Aグループは引き続き関係強化し、B・Cグループの施設は院長と相談しながら対応していった。また、Aグループの病院・診療所を中心に、当院の広報誌の「地域ネットワーク」コーナーで紹介している。

特に重視したのは、紹介状の返書管理であった。紹介患者について電子カルテを確認し、返書を書かない医師については、地域医療連携室がチェックして管理するようになっている。診療所の医師は地域包括ケア病床などの病床機能に詳しくない場合もあるので、その際にPRを兼ねて説明している。

図表Ⅱ-1-18 紹介元の構成（平成28年4月～平成29年3月）

グループ	紹介数	割合	累計割合	施設数・紹介数	備考
A	826	70%	70%	病院：13施設 192件	病院は大和市立病院が最多(37件)
				診療所：30施設 574件	Aグループトップ10に7診療所
				その他：5施設 60件	介護2施設(32件)
B	242	20%	90%	—	—
C	119	10%	100%	—	—
合計	1,187	100%	100%		

#### ハ コメディカルを統括する診療技術部の創設

従来、コメディカル各部門の横の連携が十分に取れておらず、例えば透析部門からの検査依頼に対して、検査科が対応できない日があるなど、連携がちぐはぐであった。改革後、診療技術部門からコメディカルの代表を経営会議に参画させることになり、理事長からの推薦で鈴木放射線技師長が部長に就任した。

現在は月1回の診療技術部門会議を開いている。内容は異なるが、例えば栄養科であれば栄養指導件数、薬剤師は服薬指導件数を、件数とともにどのような努力をして伸ばしているかを報告、共有する。これが相互に良い刺激となっている。

#### ④ 会議の再編と財務等の情報公開の効果

前出のとおり人材は揃っており、理事長の人柄から院内の雰囲気は決して悪いものではなかった。しかしながら、方向性の共有や方針の徹底がなされていなかった。会議も行われていたが、方針の議論や決議事項の実施がおろそかだった。そこで機構介入ののち、会議体が再編された。

理事会の直下に「経営会議」が置かれ2時間程度の会議が月2回開催されるようになった。さらに、経営会議の下には「拡大管理会議」（経営管理部が所管）が置かれ、全医師と全部署長に簡易財務情報・病棟運営状況（月単位・直近24か月間の実績値）が伝達・共有される（図表Ⅱ-1-19）。

図表Ⅱ-1-19 拡大管理会議で報告される項目例

項目	指標
入院	病棟別の入院患者数・病床利用率・入院診療単価等
外来	外来患者数、外来診療単価
透析	じんクリニック延べ患者数・実患者数、診療単価等
救急	救急車（依頼件数、受入件数（内、夜間／休祝日）、受入率、入院患者数）、時間外の受入件数・入院患者数
紹介	受入件数、入院数
手術	診療科別件数
内視鏡	実件数、検査（部位別）、治療（部位別）件数等
放射線	CT・エコー件数等
検査	心電図件数
リハビリ	実施単位数（合計）、職員1人1日平均単位
薬剤	服薬指導件数
栄養	栄養治療計画、栄養指導件数
健診	健診・ドック別人数

拡大管理会議で通達された内容はそのまま部署長を通して職員全員に周知される。なお、資料の読み取り方や伝え方については特段の指示はしていない。

医師に対しても**図表Ⅱ-1-19**の各種指標が伝わるようになってきている。理事長は直接医師に対して指標の細かいことには言及せず、医局会で大きな方針や要望（救急への積極的な対応など）を伝えることに留めている。さらに、理事長は年1回全医師と個別面談を行っており、医師への具体的な要望を直接伝達している。例えば救急の受入れ、紹介元への返書の記載、職員へ指示する際の言葉遣いなどについてである。

収支が院内で明確に見えるようになり、経営的視点で業務に臨むということも職員に伝えていたが、このことは職員にはプラスに働いた。具体的には、「救急や入院を1件でも多く受入れることで病院の経営が良くなる」という認識が職員の間を広まった。つまり、数字がある意味でのコミュニケーションツールとなっている。

数値を開示するだけでなく、職員に関心をもってもらうためのインセンティブ制度も設けた。満床（1日でも）、入院180人、稼働率94%のいずれかの条件を満たせば全職員（非常勤も含む）が対象となる。

改革前はコスト意識が薄く、声の大きいところに投資が回ったりして、投資すべきところでできていなかった。例えば医療機器についても、極端に言えば“動かなくなるまで使い、動かなくなったら考える”という姿勢であった。当然、業務効率には弊害であった。数値の公表によって、投資する場合も、投資が却下される場合もいずれも根拠が示されることになったので、意思決定にメリハリができ納得感も出た。河野診療部長は「医療機器を購入する際に収支の試算が小野木副理事長から提示され、経営の考え方を理解していった。」と述べる。

コスト削減としては医療材料卸会社の提案なども活用している。平成28年頃から、5施設（4病院、1診療所）が連携して、使用頻度の少ない手術の手袋や透析ダイアライザーなどの在庫を同社に置き、必要になった施設が必要数のみ使用するという取り組みを始めている。

## (6) 人材確保

改革にあたって、当院は人員が充足していた点は幸運であったと、関係者は振り返る。先代理事長から救急医療に真摯に取り組んできた積み重ねがあり、職員は医療に対しての思いが一致していた。職員数の推移は**図表Ⅱ-1-20**である。

常勤医師は、平成23年の11名から、9～12名前後で推移している。

**図表Ⅱ-1-20 職員数の推移（常勤・非常勤（常勤換算後）別、単位：人）**

	平成23年9月		平成27年1月		平成30年1月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
医師	9.0	3.7	11.0	4.1	10.0	5.0
看護師	51.0	11.6	54.0	9.3	55.0	12.0
准看護師	16.0	1.9	8.0	0.9	8.0	0.9
看護補助者	21.0	1.0	23.0	2.2	20.0	2.5
薬剤師	3.0	0.9	5.0	0.9	5.0	0.9
管理栄養士・栄養士	1.0	—	3.0	0.0	8.0	0.6
放射線技師	4.0	0.3	5.0	0.0	7.0	0.0
理学療法士	1.0	—	7.0	0.0	6.0	0.0
作業療法士	0	—	1.0	0.0	1.0	0.0



経営改善にあたり経営幹部が育成されてきている。当初、機構から指導に入った小野木氏は、平成 26 年 9 月に機構を離れ、当法人副理事長・経営管理部長として着任した。改革前後の流れを熟知し、職員へこまめにヒアリングをしてまわった小野木氏が、さまざまな経営的な考え方や経営管理手法を持ち込み、各部長を中心とした経営会議で議論し、方針を統一させる手法を定着させたことが改革に寄与した。

また、溝口副看護部長が地域医療連携室長を兼務し、さらには診療技術部が創設され医師ではなく診療放射線技師が部長に就任し、部門横断的に管理するようになった。鈴木診療技術部長は、当院での職歴が長く、以前からコメディカル各部門間の連携上のトラブルが発生した際にこまめに対処していたという。理事長が普段から現場や人材の状況を把握しており、今回の組織再編にあわせて診療技術部長に抜擢したことにより、コメディカルの意見が経営層に届くようになった。

## (7) 今後の展望

病床機能としては、平成 30 年 4 月に D P C 病院に移行するにあたり、病床を 5 床削減し、一般 50 床、地域包括ケア病床 54 床の体制となる。現状、地域包括ケア病床への入院経路は、ほとんどが院内の一般病棟から転棟であり、自宅等からの直接入院は少数である。D P C 移行に伴う病床再編と、平成 30 年度診療報酬改定に伴い、地域包括ケア病床への直接入院を増やす計画を立てている。

改革後、救急医療体制の強化、内視鏡センターの設立、社会医療法人認定、電子カルテの導入など、数々の取り組みを行ってきた。これらの成功体験によって、河野診療部長は「内視鏡と救急の目標を達成した今、次の挑戦を考えることが楽しい」という。

一方で、一連の取り組みがひと段落した今、また緊張感が緩みかねないのではと危惧する向きもある。改革時には一定の役割を果たしたインセンティブ制度についても、全員一律ではなく、異なった用途にしてはという意見も出てきている。

今後は、老朽化した病院の建替えが課題である。理事長の方針として、現在の患者への診療を継続できるよう中央林間駅から徒歩圏内であること、救急車が速やかに搬送できるよう広い通りに面していることを条件としている。現在は、資金の確保とともに、この条件に見合う用地の探索に努めている。

## 2 社会医療法人ささき会 藍の都脳神経外科病院（大阪府大阪市, 80 床）

80 床の病院を第三者承継し、脳神経外科専門病院として地域に密着した垂直統合モデルを構築した事例

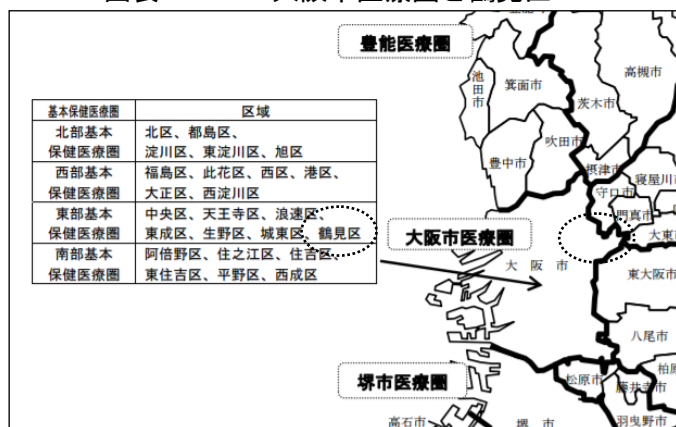
### (1) 病院の外観



### (2) 概要

#### ① 所在地

図表 II-2-1 大阪市医療圏と鶴見区



図表 II-2-2 当院の周辺地図



\* 出所：大阪府地域医療構想

#### ② 医療圏の状況（大阪市医療圏）

大阪市医療圏（地域医療構想区域と同一）は、総人口約 268 万人と、大阪府域人口の約 3 割を占める極めて人口が多い区域である。従来から 4 つの基本保健医療圏に区分されており、藍の都脳神経外科病院（以下、「当院」という。）がある鶴見区は、東部基本保健医療圏に区分される。東部基本保健医療圏の人口は約 72 万人、鶴見区は約 11 万人である。

各基本保健医療圏とも道路が十分に整備されているとともに、鉄道、バスが運行し各基本保健医療圏を細かく結んでいることから、区域内の移動がしやすいという特徴がある。

図表Ⅱ-2-3 大阪市医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成27)	2020年 (平成32)	2025年 (平成37)	2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	2040年 (平成52)	15⇒40年 増加率
総人口(人)	2,663,783	2,618,842	2,553,167	2,474,447	2,386,625	2,291,714	-14.0%
(再掲) 65歳以上	701,416	729,928	726,306	735,442	763,368	810,394	15.5%
(再掲) 75歳以上	339,804	394,183	448,358	452,739	437,857	442,134	30.0%
高齢化率	26.3%	27.9%	28.4%	29.7%	32.0%	35.4%	-

\*出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

図表Ⅱ-2-4 大阪市圏域の病院の状況（鶴見区のみ抜粋、単位：床）<sup>12</sup>

No	医療機関名称	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
大阪市圏域（全体）		31,277	5,326	15,804	2,515	7,366	296
		30,911	5,696	15,241	2,825	7,149	-
1	当院		41		39		
			41		39		
2	医療法人仁和我 和田病院			46		20	
				46		20	
3	医療法人津樹会 城東病院					46	
						46	
4	三和病院					53	
						53	
5	社会医療法人盛和会 本田病院			40	30	30	
				40	30	30	
6	生活協同組合ヘルスコープおおさ か コープおおさか病院			58	108		
				58	108		
7	医療法人正和会 新協和病院			96		52	
				96		52	

\*出所：大阪府ホームページ

### ③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-2-5 概要

理事長・院長	佐々木 庸
開設・許可等	平成23年7月1日：開設・法人設立 平成29年6月16日：社会医療法人認定
理念	私達藍の都は、脳卒中急性期患者様に24時間体制の医療を提供し、地域社会の皆様の健康を全力でお守りします。
診療科目	脳神経外科、神経内科、循環器内科、糖尿病・代謝内科、内科、リハビリテーション科
病床数	80床 ※平成30年現在 ・ 一般病棟入院基本料7対1（35床：2階病棟－①） ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（6床：2階病棟－②） ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1（39床：3階病棟（13対1））
入院診療単価	56,727円（平成28年）
平均在院日数	23.9日（平成28年）
病床利用率	84%（平成28年）

<sup>12</sup> 大阪府「大阪府保健医療計画・大阪府地域医療構想・病床機能報告」ホームページより抜粋。上段：平成28年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況、下段：6年後の予定。

図表Ⅱ-2-6 法人の沿革

年次	概要
平成23年	医療法人啓光会 藍の都脳神経外科病院として開設（7月1日）
平成24年	脳卒中ケアユニット（SCU（Stroke Care Unit））を開設し脳卒中センターを稼働（11月）
平成25年	回復期リハビリテーション病棟を開設（6月）
平成25年	一般病棟入院基本料7対1（7月）
平成27年	脊椎・脊髄センターを開設（4月）
平成27年	彩りの都デイサービスセンター開設（9月）
平成27年	サービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」という。）「彩りの都」開設（10月）
平成29年	社会医療法人の認定、法人名をささき会と改称（6月16日）
	SCUを6床に増床（6月）
平成30年	脳卒中リハビリ特化型 彩りの都デイサービスセンター城東永田開設（1月4日）
	訪問看護を開始（1月11日）

図表Ⅱ-2-7 主な経営指標の推移

（単位：千円）

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医業収益	790,502	1,293,394	1,528,882	1,466,561	1,946,505	2,151,899
人件費	434,819	645,019	785,538	814,527	1,010,311	1,108,142
人件費比率	55.0%	49.6%	51.3%	55.5%	51.9%	51.4%
医薬品費	91,408	143,591	151,576	147,221	159,951	137,295
医療材料費	169,368	148,322	145,213	125,844	215,529	204,714
減価償却費	23,170	223,374	152,446	141,956	162,368	165,828
減価償却費比率	2.9%	17.2%	11.7%	9.6%	8.3%	7.7%
医業利益	-146,113	-166,142	12,813	-47,771	16,610	146,952
医業利益率	-18.4%	-12.8%	0.8%	-3.3%	0.9%	6.8%
医業外収益	7,449	10,545	9,478	9,815	10,985	12,084
医業外費用	12,421	14,075	11,856	16,789	14,417	44,910
経常利益	-151,085	-169,671	10,435	-54,745	13,179	114,126
経常利益率	-19.1%	-13.1%	0.7%	-3.7%	6.8%	5.3%

### (3) 改善前の状況

#### ① 理事長が脳神経外科病院を開院するに至った経緯

理事長の祖母は、東京女子医専（現東京女子医大）を卒業後、北海道大学小児科で研修した医師であった。祖母が夜遅くに出向く小児科往診に、まだ幼少期であった理事長も随伴することがあり、患者が病気になる時間は患者が選ぶことができないことを教えられた。祖母が診療中に脳卒中で倒れた当時、正確な診断、救命に至る治療ができず、ほとんど何もできないまま1週間で亡くなったという。理事長はこの経験から“地域に根付く救急医療にニーズがある”と思うようになっていった。のちに「24時間365日体制で脳卒中の救命治療を提供できる医療施設を創りたい」という当院開院に至った強い動機につながった。

理事長は、医学部卒業後に北海道札幌市の医療法人医仁会中村記念病院（現社会医療法人医仁会中村記念病院）において脳卒中超急性期治療の臨床に従事し、日本脳神経外科学会専門医を習得した。その後、神戸市立医療センター中央市民病院において脳血管内手術治療専門医を習得する。理事長が中村記念病院を選んだ理由として、当時、開業を前提とした将来展望を持っていた理事長を受け入れてくれる唯一の病院だったことを挙げる。当時の同院では手術とマネジメントを30代のうちに教え込み、北海道内で開業させるという取り組みをしており、理事長の希望がかなう病院であった。

理事長はその後、徳島県にある実家の病院を平成9年10月に脳神経外科病院に転換させることとなり、現在の事務次長とともに経営改善に取り組んだ。最終的には同院は親族に任せ、理事長は新たな脳神経外科病院を立ち上げることになった。

#### ② 承継することになった前病院への対応

理事長は、大阪では脳疾患の回復期の病院が競争過多である一方、急性期医療では空白地帯があると分析していた。10程度の候補から、価格面などの条件が折り合った承継前の病院（以下、「前病院」という。）を第三者承継した。前病院を運営する法人の理事長が逝去し、親族の後継者に医師がいなかったこともあり、交渉は比較的スムーズであった。

前病院は80床の一般病院（15対1）で、生活保護者の入院も多い長期入院型の病院であった。入院期間は2か月を超え、職員も高齢化しており看護職員の多くが65歳以上であった。このような状況から、承継は自治体にも歓迎された。

### (4) 経営改善の成果

#### ① 老人病院の承継と脳神経外科専門病院の開院（平成23年7月）

前病院は、当院から約500m離れた場所にあった。承継にあたり前病院を廃し、新病院を建設する形となった。現在の病院敷地には以前スーパーがあったが、スーパーの土地の賃借契約期間が満了となるタイミングだったため、当院が賃借することができた。前病院の跡地には現在、平成27年10月に開設したサ高住（後述）が建っている。

理事長は承継にあたり一般企業のようにドライに臨むことは医療職として望ましくないと考え、職員は原則として全員引き継いだ。管理職などの主要メンバーは全員面接し、新病院に残るかどうかの判断を各人に委ねた。前病院では労務規定も整備されていなかったため、理事長はいったん退職金を精算することにし、平成23年6月30日付で全職員に退職金を支払った。

しかしながら、長期入院の前病院から新たに高度急性期へと転換することとなったため、高齢の職員を中心としてほとんどが自主的に（高齢のためこの機に引退という形で）退職していたという。前病院から継続雇用された職員は最終的には 10 名程度で、現在も在職しているのは 3 名である。うち 1 名は後述する 5 名の理事長補佐になっており、もう 1 名は 3 階回復期リハビリテーション病棟担当の副師長である。

開院当初の職員 40 名は前病院からの 10 名程度に加えて、理事長の実家の法人からの出向者 8 名程度（最終的には実家の法人に戻る）が参画し、残りは募集により新規採用した。

## ② 脳卒中治療の垂直統合体制を約 7 年で構築

理事長は新病院開業時、大阪東部地区の脳卒中患者に最先端の急性期治療を提供し、在宅・社会復帰できるようにしたいと考えた。脳卒中患者には医療保険から介護保険に移行する患者が多く、医療法人としても医療と介護の垂直統合が行いやすい。機能分化して回復期以降を他施設と連携する方法もあるが、理事長はその場合、責任が明確化されないと考え、治療の継続性を重視して法人で一貫して行うこととしている。

病棟構成は図表Ⅱ-2-8 のように、一般病床（15 対 1）の前病院を引き継いだ後、徐々に人員配置を手厚くしていった。平成 24 年に 3 床の脳卒中ケアユニットを開設（のちに 6 床に増床）するとともに、平成 25 年 6 月には一般病棟入院基本料 7 対 1 に格上げした。あわせて脳卒中後の患者の在宅復帰を促進するために回復期リハビリテーション病棟を開設した。

図表Ⅱ-2-8 病棟構成の推移

病棟	病床数	当初	23 年 10 月	24 年 6 月	24 年 11 月	25 年 6 月	29 年 6 月
2 階	41 床	13 対 1	13 対 1	10 対 1	7 対 1（38 床）		7 対 1（35 床）
					SCU（3 床）		
3 階	39 床	13 対 1	13 対 1 （亜急性期）	10 対 1：30 床		回復期リハ：Ⅲ（25 年 6 月）⇒ Ⅱ（12 月）⇒Ⅰ（26 年 6 月）	
				13 対 1：9 床（亜急性期）			
合計	80 床						

開院以来、診療分野として脳卒中を基軸とし、年間 100 件の手術を行い、血栓溶解療法（t-PA 治療）は年間 39 例（平成 25 年実績）と東部ではトップクラスの実績を誇り、症例数を積み重ねている（図表Ⅱ-2-9）。加えて、新たな柱として平成 27 年に脊椎脊髄センター、痙縮治療センターを開設、さらに全身血管系疾患の治療のために循環器内科を充実させている。

図表Ⅱ-2-9 大阪市医療圏 東部基本保健医療圏における病院別脳卒中診療実績

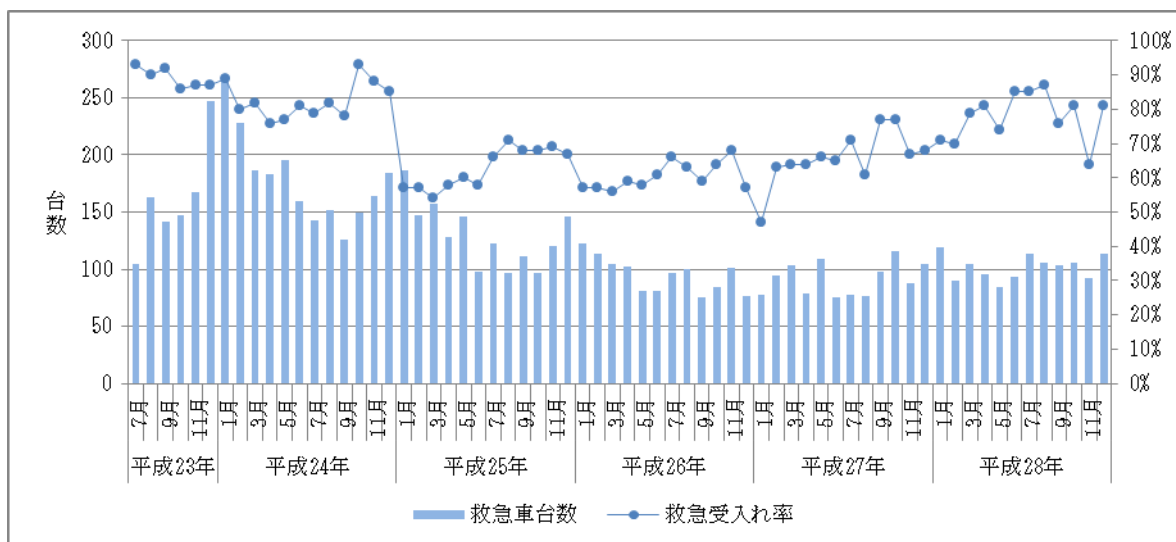
区	病院名	病床数			急性期医療				
		ICU	HCU	SCU	頭蓋内 血腫除 去術	脳動脈 瘤根治 術	クリッ ピング 術	脳血 管内 手術	t-PA 実施数
鶴見	当院（平成25年）			3(3)	27	28	15	47	39
	当院（平成28年）※			3(3)	19	19	10	56	17
中央	国立病院機構大阪医療センター	14(14)		6(6)	42	11		26	6
中央	大手前病院			0(4)	4	6	6		5
中央	日本橋病院				16		5	13	5
天王寺	大阪赤十字病院	8(12)		3(3)	28		4	22	8
天王寺	大阪警察病院	18(18)	16(16)		56	1	49	21	18
浪速	富永病院			16(16)	56	255		106	13
東成	矢木脳神経外科病院		18(18)		38	31		36	17
東成	大阪府立成人病センター				1	2	1	1	
生野	育和会記念病院	0(3)					2		2
生野	村田病院	0(4)			15	1	20	2	5
城東	済生会野江病院	4(4)	4(4)		10		24		8

- ・ 病床数の数字は診療報酬上施設基準を満たす病床数。（ ）内数字はその機能のある病床数
- ・ 大阪市医療機能調査（平成25年度実績、病床数は平成26年12月1日現在）
- ・ ※は病院資料に基づき加筆

\* 出所：大阪府保健医療計画より作成

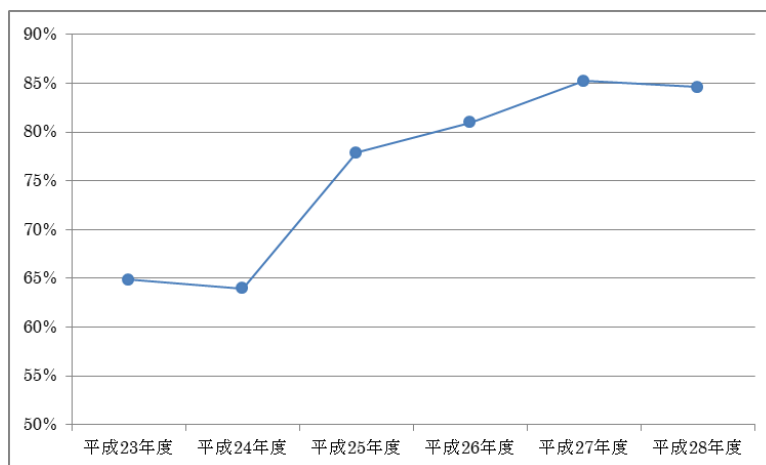
救急車台数と受入れ率の推移は図表Ⅱ-2-10のとおりである。開院当初は当院が扱う診療分野以外の領域の患者も救急搬送されたこともあり、一時月間250台に達した。その後、当院の役割が地域にも浸透することで徐々に収斂していき、月間100台前後で推移している。

図表Ⅱ-2-10 救急車台数等の推移



病床稼働率は、立ち上げ当初2年間は50%台を推移したが、その後人員の充実とともに上昇し現在では85%前後を推移している（図表Ⅱ-2-11）。

図表Ⅱ-2-11 病床稼働率の推移



法人としては、平成27年にサ高住「彩りの都」(20戸)を開設した(図表Ⅱ-2-12)。在宅維持期のレベルを上げることを目標としており、サ高住では「リハビリテーション特化型」「在宅復帰特化型」を打ち出している。脳外科手術後の患者が入居し、継続して通所リハビリテーションを受け、訪問リハビリテーションやデイサービスへ卒業という流れとなる。回復期リハビリテーション病棟の約半数の患者は在宅復帰可能であるが、もう半数は在宅復帰までに時間を要する場合が多い。そのような患者の受け皿の一部としてサ高住を位置づけている。本院に受け皿施設として2～3床のバッファーがあることは非常に大きい。稼働状況としては20戸のうち15～17程度の入居があり、夏期は満室になる。

図表Ⅱ-2-12 「彩りの都」利用料概要

費目	料金(税込)	概要
家賃	72,000円	
共益費(光熱費込)	23,500円	ガス・電気・水道代、防災カーテン、施設内設備利用料
食費	45,360円	
生活支援サービス費	27,000円	24時間の緊急対応、ゴミ出し、健康医療相談、介護タクシーや民間救急の手配、宅配便の発送、介護保険サービス外の家事援助、身体介護(5分程度の簡単な支援及び介護の提供。基本的には介護保険サービスを優先)
寝具貸出	1,640円	
月額基本料合計	169,500円	

また、平成30年1月11日から訪問看護を開始した。看護師長の土海氏の提案をもとに在宅に興味がある病棟看護師を中心に企画したものであった。理事長は提案を受けて即決し、発案から2か月で開始することになった。2か月間に、勉強会参加や見学により情報収集した。土海師長は「理事長の意思決定にスピード感があり、やりやすいと感じている」という。

このように、24時間体制の充実した救急医療体制に加え、在宅復帰を強く意識したリハビリテーションや在宅後を支えるデイサービスなど一貫したサービス提供を行っている。



## (5) 経営改善の取り組み 新病院を軌道に乗せる

理事長は、新病院の目的に沿って運営を軌道に乗せるために院内の体制整備を行った。

### ① 特化により目的を明確化

理事長は、診療領域を絞りシンプルな運営を心掛けたことが立ち上げ初期の職員のモチベーション向上にプラスに働いたと考えている。当院が目指す医療を実現するためには、専門医やMR I撮影のための放射線技師のほか、24時間対応可能なチームを構築する必要があった。そのため、理事長は脳卒中患者を受け入れていくことを法人理念に明示するだけでなく、実際の医療現場でもさまざまな形でメッセージとして打ち出した。

救急医療に対応する看護師の多くが脳神経外科の未経験者で、当初は不安になりがちであったが、“新しいことを学びたい”という姿勢は強かった。医師とともにt-P Aの開始時間の短縮を自発的に目標設定するなど、モチベーションの誘導は行いやすかった。結果として来院後1時間以内の実施が実現できている。一方で、雰囲気になじめない職員は退職していった。

### ② チームワークを重視し不和の原因を摘み取る

理事長は、脳卒中診療に重要な“チームワーク”を重視した。患者がER室へ救急搬送され、MR I検査でいち早く正確に診断したうえで、t-P A治療や場合によっては緊急的脳血管手術を行う。その後はSCUで厳重な看護管理を看護師、薬剤師、看護助手などの協力のもと行い、さらには早期リハビリテーションを療法士が連携して実施する。異なる専門職種がチームとなって診療にあたるため、人員体制の充実とチームワークが重要であった。したがって理事長は、院内の不調和が起こるとすぐに対策を行った。

一例として平成27年2月に職員の訴えでパワハラ事例が発覚し、関連した離職が発生した。パワハラボックスを設けるなどして内部調査を行い、原因を特定した結果、理事長は職種間の特性に由来する部分もあったと考えた。具体的には、患者を良くするという目的は相違がないものの、敢えて一般化すれば、医師は画像診断、看護師はケアの安全性、リハビリ職は離床させることに興味がいきがちだと感じている。このような経験、問題意識のもと理事長は、医師同士のコンフリクト（例：抗生剤のわずかな量の違いなどの意見の相違）、医師とコメディカルのコミュニケーション不足によるトラブルに自身が直接介入し、事態が悪化することを防ぐよう努めている。理事長は現場をよく歩き、気軽に職員と話すようにしている。

## (6) 人材確保

### ① 脳神経外科未経験者を戦力化

新病院を軌道に乗せるためには、人材の充実が課題であった。前病院から残った10名弱の職員の他に、開設当初に新たに採用した職員は二つのグループに分けられる。一方は、大阪の著名な脳神経外科病院や公的病院での臨床経験を持つ者で、もう一方が病院勤務経験はあるが脳神経外科での臨床経験がない者である。人数割合は前者が10%、後者が90%であった。

5年経過すると、前者の10%はほとんど離職していった。診療体制が確立された病院での経験が、新病院を立ち上げるという段階にある当院に必ずしもマッチしなかった。これを振り返り土海看護師長は他院の脳神経外科経験者は“立ち上げの流れに合わなかった”と表現する。

代表的な例が、看護部長である。開院から数年のうちに、外部から招聘した看護部長が4名交代した。いずれも自身のこれまでの看護管理経験を当院に導入しようとした。ある看護部長は、80床の当院において大病院のような数十の委員会を設けようとし職員の反発を招いた。こういった経緯を踏まえ、理事長は、内部昇格で相応しい職員が現れるまで看護部長職を空席とすることにした。看護職員も、過去の経緯から無理に外部から招聘する必要はないと感じている。

結果的に、90%の脳神経外科未経験の職員が定着し中心となっていった。理事長は、この層から内部昇格させることを基本に据え、病院の将来を担う幹部を見出していった。

理事長は人材採用にあたり“ハートのある職員”を理想の人材像とした。柔軟で患者第一に物事を考えるということである。理事長は次のように例える。「お腹が痛い」という患者を目の前にしたとき、ある看護師は“お腹をさする”。一方で“検査結果も異常がないので問題ないですよ”というだけの者もいる。「私は前者のような医療職を採用したい。」(理事長)。理事長は、自身の技術習得やキャリアを中心に据えている人物に後者のタイプが多いと感じているという。ハートがあれば、臨床経験は後から積み重ねることができる。理事長は、脳神経外科に特化したことで症例数も多くなり、他院では10年くらいかかる症例数を当院であれば2年程度で経験させる自信があった。

医師の採用は人材リクルート会社を活用している。理事長は、大学医局人事であれば安定はするものの、反面、院長権限が限られてしまうため望ましくないと考えた。当院には非常勤から常勤に定着した医師が3名おり、当院のコア人材になっている。

理事長は、海外からの患者獲得とともに人材採用も視野に入れている。アジア医療貢献室を設け、中国語対応職員として中国人4名を含めた5名(看護職員4名、リハビリ職員1名)を配置し、訪日医療に対応できるよう体制を整えている。将来的には日本における人材採用が厳しくなる時代にも備えている。

理事長は教育には“知識の開放”が重要だと考えている。そのためには、学会発表や地域の専門職の会合などに参加させるだけではなく、日常業務(例：病棟の申し送り等)においても日頃から意識して指導している。

学会発表については、当初は中心的人物に取り組みさせていたが、職員の中にも不公平感を感じる者がいた。君浦リハビリテーション科長は初期に学会発表を行ったが、当初は発表の準備で他に支障がでないよう工夫を凝らしたという。学会発表も増え、院内でも徐々に自信を持つ者が増えたため、現在では学会発表にチャレンジしたいという職員が自発的に参加している。予演会、個別のリハーサルにも理事長が参加して指導するなどして、徐々に情報発信することが風土になっていった。職員の情報収集に必要な見学や研修には積極的に行かせた。なお、学会発表実績などを給与に反映することはしなかった。あくまで自然な形で根付かせたかった。

## ② 経営幹部の育成

### イ 承継を早期に意識

理事長自身は、医学生の間から実家の医療法人の理事を務めていたことから、経営指標にも触れる機会があった。当時の第1次医療法改正など、医療法人経営に影響を与える行政動向に関心を持っていた。そういった情報は、医学部の同級生(開業医の子息ら)から入手し

たことが多かったという。理事長自身ものちに経営大学院を修了しており、大学院では、組織を運営するうえで複数の選択肢の中から最適解を導いていく考え方を習得したという。

理事長は、当初から当院の理念・方向性の継続性を重視している。現在、理事長の長男は医学部入学前ではあるが、医師に育てたいと考えている。自身が祖母から受けた経験に基づく医療への動機付けを振り返ると、理念や医療のあり方についての認識を、時間をかけて共有ができる医師が継いでいくことが最適だという。

## ロ 経営幹部を早くに見出し抜擢

理事長は、病院の幹部候補として早くから人材を見出し抜擢していった。平成27年頃、「理事長補佐」として5名を任命した（うち2名は法人理事）（図表Ⅱ-2-13）。理事長は、各科の部長は45歳程度で就任させ、部長職は同時に法人理事にも任命、法人運営の目線を持たせたいと考えている。理事長の世代を第一世代とすると、10歳若い第二世代のグループから幹部候補を育成している。開院3年目程度までは、同世代の複数の副師長、主任がおり明確に抜擢するという事は難しかったが、徐々に候補は絞られていった。4年目から幹部候補者にも自覚が芽生えてきたと理事長は感じている。

理事長補佐の5名は、理事長も参加する週1～2回の「理事長会議」を開いている。図表Ⅱ-2-13のとおり各補佐はそれぞれ複数の部署・チームを担当しており、経営幹部に多職種が参画しているため部署の垣根を越えた協力が起きやすい。一例として、放射線部の職員が退職した際に、各部門から（診療放射線技師が行う業務以外の部分の）ヘルプ人員を派遣することで放射線部の一時的な人員減少による他の部員へのしわ寄せを回避することができたという。理事長は中小病院には“隙間の仕事”が多く、これを見て見ぬふりするのではなく、お互いにカバーしあうことが円滑な運営の秘訣という。

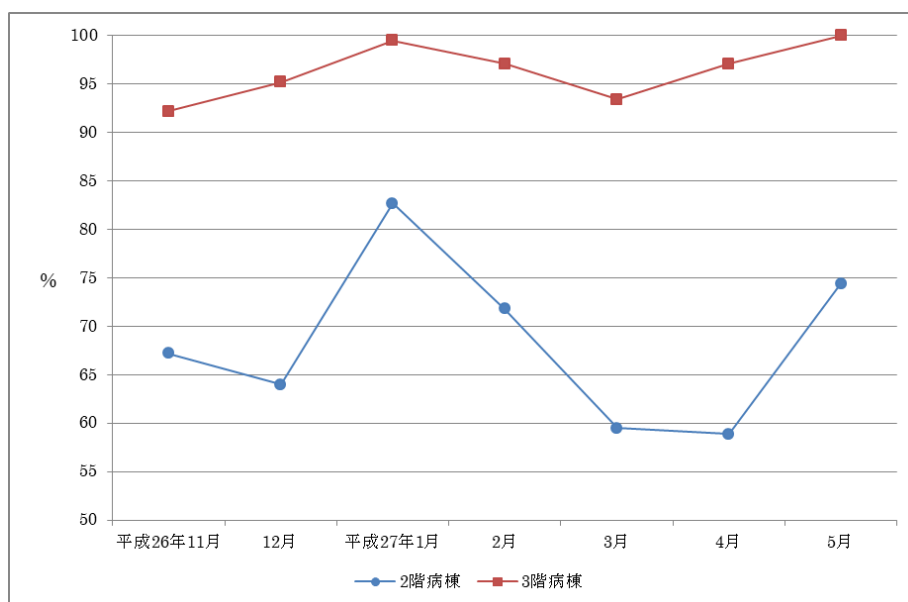
図表Ⅱ-2-13 理事長が抜擢・育成した5名の理事長補佐

名前	病院（法人）の役職	担当部門	略歴
奥谷智博 氏	事務次長・放射線部部長（理事）	医局、放射線部、理事長総務室	理事長実家の病院時代から理事長とともに経営に従事。新病院開院前後は事務の統括を担当した。現在、関西大学大学院の医療経営プログラムに通学。
石田ひとみ 氏	総務室室長（理事）	人事、総務、経理、財務	徳島では人材関係会社の代表を務めていた。開院とともに入職。
矢野千寿子 氏	薬剤部科長・医療情報室室長	薬剤部、事務部（医事課、医療情報室、診療情報管理室）、コメディカル部門全般（放射線部・リハ部を除く）	前病院で薬剤部門の統括とともに事実上の事務長業務に従事していた。新旧病院引継ぎ時にも医療材料等の提案を任される。
土海由紀 氏	看護部師長・地域連携室室長	看護部（SCU・急性期病棟担当）、ER、地域連携室	複数の急性期病院勤務後、診療所の立ち上げに関わる。診療所の経営が軌道に乗ったのち、当院に一般看護師として入職。入職後、理事長から看護職以外の職種との協働経験も注目される。
君浦隆ノ介 氏	リハビリテーション部科長・彩りの都介護事業部統括責任者 ※新規事業担当	リハビリテーション部、彩りの都介護事業部（サービス付き高齢者向け住宅等）	開院6か月後に入職。経営幹部にリハ職が少ないことに問題意識を持ち、病院の構造を変えたいと考え、幹部候補として入職できる病院を探していた。

看護部は、師長―副師長―主任―副主任というラインの指示命令系統になっている。師長と副師長は、それぞれ、SCU・急性期病棟（2階病棟）、手術室、回復期病棟（3階病棟）を担当する。看護部門は開設当初2年目までは定着が芳しくなかった。当時の師長も退職することがあり、中小病院を新たに立ち上げることの困難さを、土海師長も痛感していた。

土海師長は、平成26年頃に師長として大きな試練に直面する。部下の主任・副主任3人（開院当初に入職した脳神経外科経験者で、優秀ではあった。）が、当時在籍していたある医師と結託し、その医師と主任らが認めた職員以外に仕事をさせないなど、排除する雰囲気が出てしまい、2階病棟職員のモチベーション低下につながった。平成26年の冬、夜勤にも入っていた当該主任ら3人が突如退職し、つられて退職した1名も加えると夜勤5名のうち4名が欠け、夜勤体制の維持が厳しくなった。結果として、2階の1病棟41床のうち20床程度を運営できなくなってしまい（図表Ⅱ-2-14）、1病棟を閉鎖するか、派遣看護師で埋め合わせをするかの選択を迫られた。

図表Ⅱ-2-14 病床稼働率の推移



辞意を胸に理事長・事務次長との打ち合わせに臨んだ土海師長は、理事長からの思わぬ言葉に救われ、以降、「当院に骨を埋める決意をした」という。理事長は、「当院の方向性に沿わない職員を無理に説得して病棟を続けるよりも、病棟を一旦閉鎖して再出発してはどうか。私が最終責任を負うので気に病む必要はない。」と述べた。その後、徐々に新規採用と新陳代謝を繰り返すことで職員を増員し、一時入院患者を受け入れられなかった20床分も再開することができた。

#### ハ 垂直統合型の多角事業展開により職員の活躍の場を創出

理事長が意図した垂直統合型の多角化は、拡大再生産の経営サイクルともいえ、職員の活躍の場を創出することにつながった。現在、介護部門を法人の「彩りの都介護事業部」として事業部化し、責任者として君浦リハビリテーション科長が就任。新たに立ち上げたデイサ

ービス事業所の責任者は君浦科長の後任として、すでに3階病棟の副師長に引き継がれている。理事長より10歳若い“第二世代”のさらに次の世代への現場運営の引き継ぎと人材育成も行われており、その活躍の場を多角化によって生み出しているともいえる。

## (7) 今後の展望

理事長は、第一に有料老人ホームの開設、次に5年程度で回復期リハビリテーション病棟もしくは地域包括ケア病床の増床を考えている。大阪では2020年後半まで介護需要が伸びる予測であり、2030年～2055年には高齢疾患への対応ニーズが高まるため、理事長は法人全体で介護事業のウェイトを高めたいと考えており、社会福祉法人の設立も視野にある。

病院の増改築については、近隣にある築50年の社員寮に目星をつけ、移転計画などを情報収集しており、タイミングよく移転後の土地・建物を確保できれば100床程度の分院の建設もありうる。その場合は回復期リハビリテーション病床の増床が選択肢となる。一方で、このプランが進みそうにない場合、80床ほど本院に地域包括ケア病棟を増築することになる。平成30年には、両プランに共通する部分について取り掛かる予定である。

### 3 医療法人社団仁成会 高木病院（東京都青梅市, 180 床）

新築移転後の経営危機を脱し、継続的に経営改善を果たした事例

#### (1) 病院の外観



#### (2) 概要

##### ① 所在地

図表Ⅱ-3-1 西多摩保健医療圏と青梅市



図表Ⅱ-3-2 当院の周辺地図



\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」

##### ② 医療圏の状況（西多摩保健医療圏）

西多摩保健医療圏（地域医療構想区域と同一）は、総人口 391,847 人（平成 28 年）で、65 歳以上人口割合は 26.9% である。比較的地域完結型の地域である一方、療養病床や精神病床が多く存在し、全都から患者を受け入れている。医療機関や介護施設での連携により現状はうまく対応できている。青梅市は東京都の西北部、都心から西へ 40～60 キロメートル圏に位置し、平成 30 年 2 月現在人口は 135,083 人である。市の中央部を鉄道（JR）が走り、都心へのアクセスが良い。圏央道青梅インターチェンジがあり、道路も整備されている。

図表Ⅱ-3-3 西多摩保健医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成27)	2020年 (平成32)	2025年 (平成37)	2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	2040年 (平成52)	15⇒40年 増加率
総人口(人)	387,580	376,128	361,840	345,528	328,012	310,059	-20.0%
(再掲) 65歳以上	104,849	111,177	111,621	111,995	113,805	116,918	11.5%
(再掲) 75歳以上	47,972	56,935	66,326	68,705	66,482	65,710	37.0%
高齢化率	27.1%	29.6%	30.8%	32.4%	34.7%	37.7%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

図表Ⅱ-3-4 西多摩保健医療圏域の病院の状況（青梅市のみ抜粋、単位：床）<sup>13</sup>

医療機関名	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
当院	180	0	180	0	0
	180	0	120	60	0
医療法人社団 葵会青梅今井病院	120	0	0	0	120
	120	0	0	0	120
青梅慶友病院	496	0	0	0	496
	496	0	0	0	496
医療法人社団三秀会 青梅三慶病院	124	0	0	32	92
	124	0	0	32	92
青梅市立総合病院	512	184	328	0	0
	512	184	328	0	0
医療法人社団和風会 多摩リハビリテーション病院	199	0	24	13	162
	199	0	24	13	162
医療法人社団長生会 長生病院	120	0	0	0	120
	120	0	0	0	120
武蔵野台病院	395	0	0	0	395
	395	0	0	0	395

\* 出所：東京都ホームページ

<sup>13</sup> 東京都ホームページ「平成28年(2016年)報告 西多摩二次保健医療圏における医療機能ごとの病床の状況(許可病床)」より抜粋。上段：平成28年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況、下段：6年後の予定。

### ③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-3-5 概要

理事長	高木 直
院長	南 明宏
開設・許可等	昭和 30 年：高木病院開設（結核病院）（44 床） 昭和 47 年：法人設立
理念	地域に密着した医療を
診療科目	整形外科、外科、内科、泌尿器科、皮膚科、消化器内科、消化器外科、肛門外科、リウマチ科、麻酔科、リハビリテーション科、呼吸器内科、循環器内科、神経内科、放射線科、【専門外来】リウマチ専門外来、膝専門外来、脊椎専門外来
病床数	180 床 ・ 一般病棟入院基本料 10 対 1（120 床） ・ 地域包括ケア病棟入院料 1（60 床）
職員数	常勤 277 名（非常勤を加えた常勤換算 380 名）※平成 29 年 12 月 常勤職員数：医師 15 名、看護部 160 名（看護師 78 名、准看護師 20 名、看護補助者 44 名、救命救急士 5 名など）、その他医療専門職 71 名、事務部門 37 名など。
平均在院日数	19.3 日（平成 29 年 12 月）
病床稼働率	94.0%（平成 29 年 12 月）

図表Ⅱ-3-6 法人の沿革

年次	概要
昭和 30 年	高木病院開設（結核病院）（44 床）
昭和 47 年	法人開設（一般病院）
昭和 50 年	新病院完成（67 床）
昭和 58 年	中災防公認健康管理センター併設（地域医療の健診事業開始）
昭和 61 年	増床工事（106 床）
平成 5 年	新町クリニック開設
平成 6 年	増床工事（130 床）
平成 7 年	126 床 新看護体系へ移行（A-3 対 1 無 6 対 1 看補）（5 月）
平成 9 年	MR I 撮影装置導入 新看護体系変更（一般 3 対 1 B 加算 6 対 1 看補）（6 月）
平成 11 年	（財）日本医療機能評価機構一般病院種別 A を取得（3 月）
平成 12 年	入院基本料 I 群 2 一般 10：1 に移行（5 月）
平成 14 年	地域医療連携支援室開設（4 月） 理学療法（Ⅱ）取得（6 月）
平成 15 年	病床種別（一般病床）届出（180 床） 青梅市今寺に新病院移転開院（11 月 25 日） MR I（1.5T）撮影装置新規導入（12 月）
平成 17 年	新町クリニック 仁成会より分離（11 月 30 日）
平成 19 年	青梅膝関節センター設立（1 月） DPC 準備病院（4 月）
平成 21 年	DPC 対象病院（4 月）
平成 22 年	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）取得（6 月） CT16 列マルチスライス導入（11 月）
平成 23 年	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）取得 放射線科を標榜科目へ追加
平成 26 年	青梅脊椎外科センター 設立（10 月）
平成 28 年	地域包括ケア病棟開設（12 月）
平成 29 年	MR I（1.5T）撮影装置新型導入（1 月）



図表Ⅱ-3-7 主な経営指標の推移

(単位：千円)

	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度	平成 18 年度
医業収益	2,215,930	2,554,263	3,394,831	3,653,036	3,354,686
人件費	1,341,326	1,577,468	1,967,196	1,776,824	1,661,830
人件費比率	60.5%	61.8%	57.9%	48.6%	49.5%
医薬品費	138,393	177,249	257,445	289,516	294,831
医療材料費	189,173	224,749	311,239	385,572	391,682
減価償却費	53,480	55,179	118,126	181,140	147,655
減価償却費比率	2.4%	2.2%	3.5%	5.0%	4.4%
医業利益	-25,705	-241,245	-310,169	107,250	124,442
医業利益率	-1.2%	-9.4%	-9.1%	2.9%	3.7%
医業外収益	26,029	36,910	19,600	28,402	30,103
医業外費用	66,607	116,416	76,892	90,396	67,710
経常利益	-66,284	-320,751	-367,461	45,256	86,835
経常利益率	-3.0%	-12.6%	-10.8%	1.2%	2.6%

	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
医業収益	3,341,633	3,417,534	3,291,173	3,357,573	3,482,997
人件費	1,716,392	1,753,546	1,792,405	1,903,257	1,987,562
人件費比率	51.4%	51.3%	54.5%	56.7%	57.1%
医薬品費	283,085	318,418	245,475	254,982	246,404
医療材料費	379,937	414,678	360,622	349,439	339,356
減価償却費	135,889	125,851	87,331	165,022	158,866
減価償却費比率	4.1%	3.7%	2.7%	4.9%	4.6%
医業利益	50,532	75,836	60,610	65,472	76,607
医業利益率	1.5%	2.2%	1.8%	1.9%	2.2%
医業外収益	35,435	35,040	58,313	76,851	51,472
医業外費用	70,029	70,072	57,011	52,283	48,294
経常利益	15,937	40,805	61,912	90,040	79,784
経常利益率	0.5%	1.2%	1.9%	2.7%	2.3%

(単位：千円)

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
医業収益	3,480,585	3,615,450	3,658,157	3,875,764	3,697,696
人件費	2,033,337	2,017,471	2,141,821	2,218,453	2,196,475
人件費比率	58.4%	55.8%	58.5%	57.2%	59.4%
医薬品費	236,911	233,906	221,637	278,056	238,926
医療材料費	360,888	419,205	443,810	495,183	477,141
減価償却費	138,169	123,433	107,225	101,012	83,265
減価償却費比率	4.0%	3.4%	2.9%	2.6%	2.3%
医業利益	42,839	109,660	-24,241	20,612	-49,800
医業利益率	1.2%	3.0%	-0.7%	0.5%	-1.3%
医業外収益	58,363	56,343	58,407	53,568	34,634
医業外費用	36,863	31,362	28,595	30,820	28,353
経常利益	64,340	134,641	5,571	43,360	-43,519
経常利益率	1.8%	3.7%	0.2%	1.1%	-1.2%

### (3) 改善前の状況

#### ① 新築移転（平成 15 年）以前の当院の状況

当院は、昭和 30 年に結核病院として開設、結核患者中心の療養所として運営されていた。

青梅市の人口は昭和 30 年代の 5 万人台から、昭和 40 年代後半から平成初頭までの間に大きく増加し、13 万人台となった（平成 17 年 11 月に、最も多い 140,922 人となり、その後減少に転じる）。医療提供体制としては、昭和 32 年、当院の近隣に青梅市立総合病院が開院した。昭和 39 年の東京オリンピックの頃には、交通事故の患者が増えるなどしたため、理事長の専門分野である整形外科診療の割合が高まり徐々に診療内容が広がっていった。整形外科医療機関があまりなかったため、当時から地域住民の間で「整形なら高木病院」と言われていた。

人口増加に伴い、患者数も増加し一般内科や外科を次々と増設して幅広い診療に対応していった。当院は米軍横田基地の 4 km 以内であり、当時、病院や保育所建設に 8 割の補助金が出ていたという（のちに昭和 48 年の第一次オイルショックの影響で、補助率は 2 割に減額）。こういった補助金も活用して、当院でも昭和 50 年に病院を新築し、その後も 2 度にわたり増築し病床数が増加、平成 6 年には 130 床となっていた。その頃、アメニティの向上が謳われるようになり一般病床の施設基準が 6.4 m<sup>2</sup>に拡大されたため、対策として 4.3 m<sup>2</sup>の病室を 6.4 m<sup>2</sup>に改修するには、130 床を 78 床に減床させる必要があった。

そこで、新築移転のために新たな土地を探し始めた。購入できた土地は 180 床分の広さがあり、さらに医療計画上も一般病床を増床できたことから、180 床の新築移転計画を進めた。増床する理由としては、当時の経営陣には「(現状の) 130 床という規模では多少病床稼働率が上下するだけでも経営が不安定化しかねない」という意識があった。

当院は、理事長の人望が厚く、移転直前の平成 14 年に当院に着任した南明宏・現院長は、「(医師として) 仕事がしやすかった。検査・CT・MRI などの体制が整っており、迅速にオーダーに対応してもらえた。また、休暇が取りやすかった。」と振り返る。

一方で、診療報酬右肩上がりの時代の名残があり、地域の医療ニーズに次々と対応していったものの、経営計画等の精査は足りていなかった。

#### ② 新築移転により経営状況が悪化

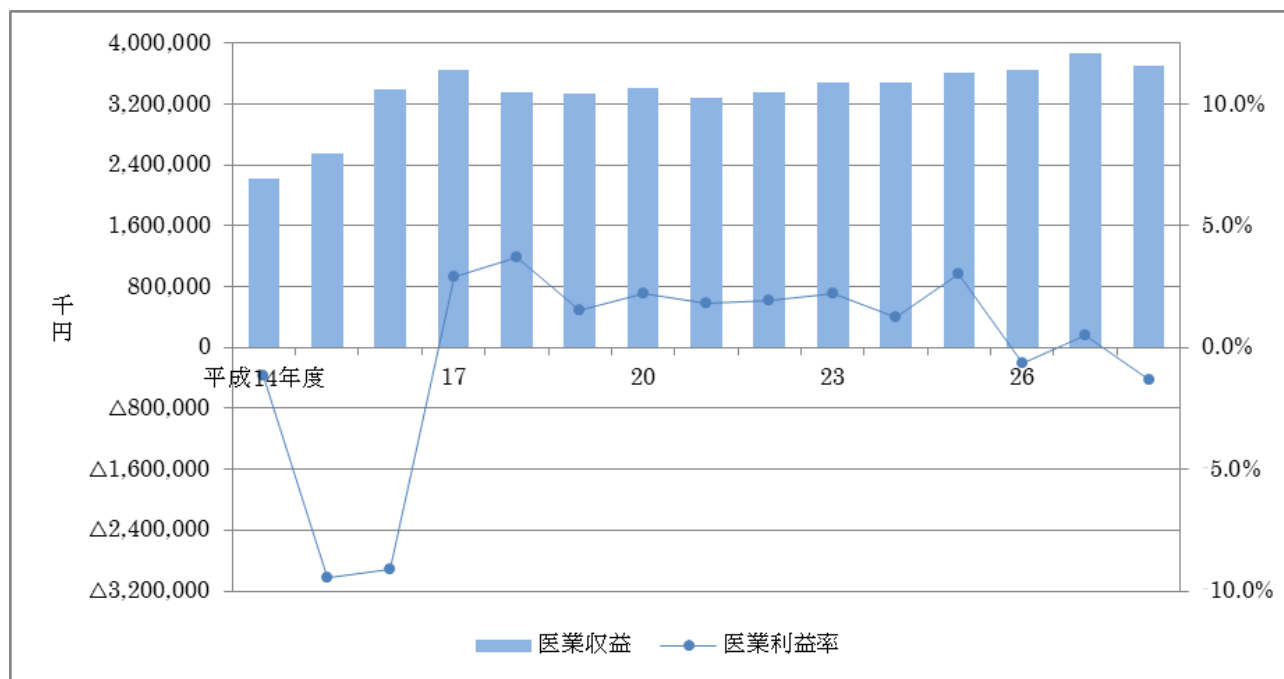
##### イ 移転後の経営計画の甘さ

平成 15 年に新築移転した地で新たにスタートを切ることとなったが、規模の拡大に運営が追いつかず収支が悪化した。130 床から 180 床に増床した分だけの患者確保計画の見通しが甘く病床が埋まらず、100 床程度の入院患者しか確保できないこともあった。追い打ちをかけるように、小泉政権下で平成 14 年から 3 回続いた診療報酬マイナス改定があった。平成 14 年度以降の経営指標は図表 II-3-8 のとおりである。移転後の平成 15・16 年度から急速に悪化していった。診療報酬のプラス改定が前提で計画が立てられていたため、収入増の見込みが外れたという点でも甘い計画だった。

さらに、旧病院の建物をそのまま活用し「新町医院」として外来診療のみを行ったことも赤字要因となった。平成 15・16 年度決算では、借入の返済原資を捻出できず、平成 17 年度以降数年間、地元金融機関と福祉医療機構からの借入返済が厳しくなった。役員報酬を平成 16 年度から平成 19 年度までに約 10 分の 1 まで大幅に減らすなどして緊急の対応も行った。

現場の状況も、病床の拡大に人員（業務）体制が追い付かず、看護職員の給与体系が不明瞭であったこともあり不公平感が生まれ、看護職員の離職率は平成16年度に30%に達した。結果として、一般病棟入院基本料10対1が算定できなくなり、平成18年度に13対1にダウングレードすることになり、平成18年度は対前年比で3億円近い減収となった。

図表Ⅱ-3-8 新築移転前後の法人の収支の状況



図表Ⅱ-3-9 病棟構成の推移

病棟	病床数	15年11月	16年4月	16年7月	17年5月	17年7月
3階病棟	60床	1群2	10対1：52床	10対1：44床	10対1：56床	10対1：56床
			亜急性期8床	亜急性期16床	亜急性期4床	亜急性期4床
4階病棟	60床	1群2	10対1：52床 亜急性期8床	10対1：60床		
5階病棟	60床	1群2	10対1	10対1	10対1：56床	10対1：60床
					亜急性期4床	

病棟	病床数	18年4月	19年5月	28年12月
3階病棟	60床	13対1	10対1	
4階病棟	60床	13対1	10対1	
5階病棟	60床	13対1	10対1	地域包括ケア

## ロ 職員の給与体系の不存在による不公平感

看護職員の離職率は平成 16 年に 30%、平成 17 年に 25.7%に達し、看護職員の定着が課題となっていた。給与体系は特に設定されておらず、当時の事務長が看護職員の入職時に都度面談で一人ひとり給与を決めていた。近隣病院の相場と比較して基本給が低いことは知られており、また、職員によって同じ手当の金額が異なっていたため、職員の満足度は極めて低く、院内で不公平感を抱く職員が多くなっていた。

## (4) 経営改善の成果

平成 15 年の新築移転による経営悪化は、財務面でのリストラや看護部の定着率向上などにより当面は凌ぐことができた。

しかしながら、当院の経営は「どんぶり勘定」から本質的に脱することができず、再び赤字傾向に陥った。平成 29 年 1 月に院長に就任した南院長が救急医療受入れ体制の強化や施設基準の見直しに取り組んだ結果、平成 29 年に病床稼働率などの運営状況が良くなり、同年後半から収支も改善されてきている。

## (5) 経営改善の取り組み（第一段階）

### ① 当院の位置づけの確認

当院では、理事長の専門分野である整形外科に強みがあり、前出のとおり地域でも「整形なら高木」と認識されていた。また、救急医療には従来から取り組んでいる。急性期医療を中心としながら、入院、在宅、療養まで対応する地域密着型を目指し、予防や看取りにまで対応したいと考えている。

### ② 経営陣の刷新と不採算事業の廃止

平成 18 年にはこのままでは破たんするとまで評されるまでになっていた。金融機関の助言もあり、経営陣の刷新を図り、当時の院長は退任（その後、平成 29 年に南院長が就任するまで理事長が兼務）、事務長も退職した。

経営改善の第一歩として、財務的に重荷となっていた事項を解消した。新町医院を閉院し、医院が入っていた旧病院建物を不動産会社に 4 億円で売却した。その後の経営改善に向けた「重荷を外す」（理事長）ことができた。

### ③ 看護職員の定着策

平成 18 年に看護部長に就任した山崎あゆ子氏は、平成 9 年に高木病院に入職した。以前は武蔵野赤十字病院などに勤務しており、体系的な看護や給与体系を経験していた。また、看護部長は認定看護管理者でもあり、東京都看護管理者連絡会などから情報を得た。さらには、経営に関するアンテナを高めるために、一般企業の経営者と交流する場に参加しているという。

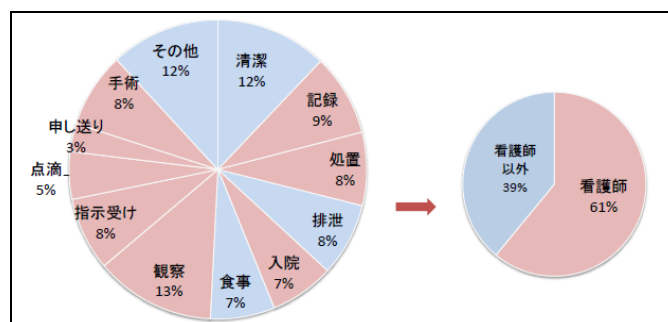
看護部長は、平成 18 年以降、看護部の改革に向けて次々と改善策を打ち出す(図表Ⅱ-3-10)。13 対 1 にダウングレードしたこともあって、経営陣は看護部の状況に敏感であり、理事長や院長からは裁量をもって看護部の改革を行えるよう任されていた。

図表Ⅱ-3-10 平成17年以降の看護部改革

年次	部の体制強化・看護体制改善	人事管理	勤務環境改善
平成17年	看護部規約作成 業務量測定	給与改定(1)	就学児童休暇 短時間労働者雇用制度 24時間365日保育
平成18年	夜勤人数見直し		4週9休制導入 7日間連続休暇 保育リフレッシュ券
平成19年	固定チームナーシング導入 申し送り廃止	給与改定(2)	10日間連続休暇
平成20年	復職支援事業参加		
平成21年	看護評価の指標表作成 地域連携部門への看護師配置 外来部門分科(診療・救急・検査内視鏡)		
平成22年	労働実態調査/業務量測定 救急救命士採用		
平成23年		給与改定(3)	
平成24年	看護部地域連携科独立 入院説明部門設立 夜勤専従者採用	目標管理導入 職能会議	WLB事業参加
平成25年	男性看護師の会発足(平成29年男性看護職の会に改称)	給与改定(4)	
平成27年	看護外来(ストーマ)の開設 災害支援ナース登録 新規1名(平成29年までに計6名) 看護師認知症対応力向上研修Ⅰ受講者83名、以降継続		
平成28年	地域ケア会議への参加 「熊本地震への支援」災害支援ナース派遣 看護師認知症対応力向上研修新たに研修Ⅱ受講者7名、研修Ⅲ受講者1名		
平成29年	地域包括支援センターとの連携会議開催 シニアの会(仮)発足 訪問看護科新設 入院部門新設		

平成17年には看護部の役割明確化のために部の規約を作成した。さらに、役割分担のために業務量を測定した(調査はその後も継続)。病棟看護師62名に、調査日(平成22年10月25日～31日)の業務と時間を記載させた。調査結果は図表Ⅱ-3-11のとおりである。左の円グラフは業務区分別の割合、右は看護師が行う業務とそれ以外に整理したものである。看護師以外に移譲できる業務が約4割あることが分かった(日勤・夜勤での差はなかった)。

図表Ⅱ-3-11 看護部 業務量測定の結果



これを受けて業務を移譲するために、看護補助者等を増員（例：平成 22 年に救命救急士採用）（図表Ⅱ-3-12）し、外部委託業者を積極的に採用した、看護師が看護に専念できる環境構築に努めた。

図表Ⅱ-3-12 看護補助者等の人数推移（単位：常勤職員数）

職種	平成 22 年	平成 29 年
救命救急士	1	5
看護補助者	38	44

続いて、看護部の給与体系を構築した。事務長とあらゆる病院の給与水準を調べたうえで、給与表を作成した。もともと給与水準が低かったため、改定にあたって給与が下がる職員はおらず、院内の調整もスムーズであった。当院の看護職員は中途採用がほとんどを占めているため、年齢給の要素は少なく、経験年数で給与表を作成している。

平成 19 年の給与改定では非常勤職員にも賞与を支給することにした。また、管理職に就任時に給与が減らないよう、役職手当として夜勤手当見合い分を基本給に上乘せした。

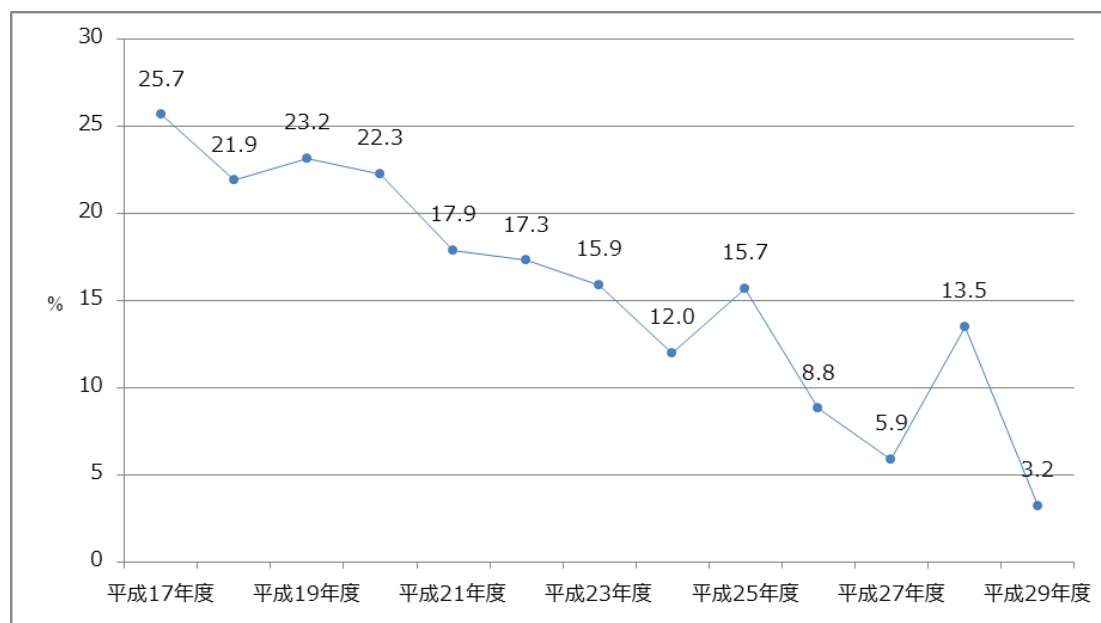
当院では、看護職員の約 70%が子育て中であるという。看護部長は「365 日中、300 日に勤務変更が発生するほど」の感覚であるといい、職場の定着のために多様な働き方ができるようにする必要があった。一例として、平成 18 年に看護職員の勤務を 4 週 8 休から 4 週 9 休へと 1 日増やしてアピールポイントとした。加えて、5 月～翌年 2 月の期間中に夏休み 3 日間と公休として 10 日休みを取る制度を実施している。

平成 25 年には男性看護師の会を立ち上げた。当院の看護師のうち 20%が男性であり、看護部長は、男性ならではの悩みやキャリアプランについて情報交換できる場が必要と考えた。悩みの一例としては、患者から「男性看護師にケアをされるのは嫌だ」と言われることなどがあるという。会では、男性看護師を医療機器のチェックリストの作成に携わらせたり、災害支援ナース<sup>14</sup>を目指して勉強会を開いたりしている。男性看護師が定着すれば、「男性看護師は産休・育休を取ることが少なく、比較的勤務に穴が開きにくい」（看護部長）ため、看護体制の安定に寄与するところが大きいという。

このような取り組みの結果、看護部の離職率は大幅に改善した（図表Ⅱ-3-13）。

<sup>14</sup> 被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職のこと。都道府県看護協会に登録されている。

図表Ⅱ-3-13 看護部 離職率の推移



## (6) 経営改善の取り組み（第二段階）

移転直後の経営危機は当面は回避され、収支も改善していった。しかしながら、従前の経営のあり方は大きく変わらず、収入や費用を精査した上での具体的な対策は行われておらず、平成26年度から再び赤字傾向となる。

平成28年には医師の退職が相次ぎ、内科医が1月に1名、4月に1名退職した。また、泌尿器科の医師も3名おり新聞にも載るほど充実していたが、当時の泌尿器科部長が勤務医の信頼を得られておらず、部長への反発から平成28年、平成29年に相次いで医師が退職していった。泌尿器科が欠けた分の収益を整形外科が補う形になっていた。

### ① 平成29年に就任した新院長を中心に経営改善に取り組む

平成29年に院長に就任した南院長は、平成8年に防衛医科大学校（埼玉県所沢市）を卒業した後、関連病院勤務などを経て、平成14年に当院に着任する。大学と病院は車で1時間以内の距離にあり近く、知人が当院にいたことが縁で、かつ防衛医大の義務年限の勤務がちょうど終わるタイミングであった。

前出のとおり、医師としては当院では仕事をしやすいと感じていたが、移転時期の経営危機を目のあたりにした院長には、当院の経営は「どんぶり勘定」と映っていた。院長はその後、平成16年に内科医長に就任したのち、消化器内科部長（平成20年）、内科統括部長（平成22年）、副院長（平成25年）、統括副院長（平成27年）を歴任し、平成29年1月に院長に就任する。理事長は、兼務していた院長職を南院長に承継したが、「（南院長は）平成15年の移転前後に経営が苦しかった時期も経験しているし、経営のコントロールがうまい。」と述べる。

院長自身の経営感覚は、院長就任後に実践で学んでいる。法人の理事にも加わっているが「昔も今も患者を多く診ているので、経営陣に加わることに特別な感覚はなかった。」という。そのほか、近隣の病院グループで経営に携わっている知人の医師との会話から学ぶこともあった。



当院では、院長が着任した平成 14 年当時から「医局・運営会議」において診療科別の病床稼働率などが医師にも共有されており、情報公開が進んでいた（図表Ⅱ-3-14）。院長は、経営改善にあたって公開情報も活用して、医師の行動変容を促している。また、院内の情報共有のために、毎朝 8 時 30 分から 30 分前後、理事長、院長、看護部長、事務長、事務係長の 5 名での定例会議を実施している。

図表Ⅱ-3-14 「医局・運営会議」で報告される月次の各種指標（実際の資料掲載順）

対象	資料名称	内容
全体	営業成績（速報）※前月分	簡易的な収支
	純売上高推移	入院、外来別
	入院診療単価	
	外来単価	
	支出内訳（対前年同月比）	医療原価及び販管費
	病床利用率・平均在院日数	
	延べ外来数	総数、1 日平均患者数
	時間外来院患者数	救急車搬送台数、時間外患者数
診療科別	各科売上	収入、病床利用率、平均在院日数、新入院数、退院数、総手術件数、全身麻酔件数、入院診療単価
	入院売上	
	外来売上	
	病床稼働率	病床利用率、入院患者数、退院患者数、平均在院日数等の当月の途中経過

## ② 救急医療へ対応しやすい環境整備

院長は、当院の地域における立ち位置として、日本の医療政策にも沿った形で、地域包括ケアと救急医療への対応を中心に据えたいと考えている。

前出のとおり、当院では科別にさまざまな指標が公表されており、救急車の受入れ台数も月次で示されている。院長は医師に対して指標をただ示すだけでなく、院長就任後すぐに救急車対応についてのインセンティブ制度を設けるなどして、当院の方針とあわせて伝えている。その結果、医師の意識も高まり、何も考えずに救急受入れを断る医師はいなくなったという。

院長は、看護部長、担当課長と、救急車の断り理由を「日誌」から把握し、担当診療部長に報告、非常勤の当直医を入れ替えたこともあった。必要があれば院長から医師に対して要望や指導をすることもある。

また、理事長、院長は、若い医師が訴訟を恐れるなどして救急受入れに慎重になる傾向があると感じていた。そこで、医師が安心して働けるよう環境を整備した。院長は、院長就任時も含めて平成 29 年度中に 3 回、当直医向けの救急対応依頼文書（図表Ⅱ-3-15）を発出した。文書では、当院の救急体制を再度周知するとともに、理事長の人脈で顧問を依頼している医療訴訟に強い弁護士名も記載し、不必要に恐れることはない旨も明記している。当院で対応しきれない症例があっても青梅市立病院や徳洲会病院との連携体制があることも示した。同文書の内容は、常勤医師にも医局運営会議で共有している。

図表Ⅱ-3-15 当直医を対象とした文書の記載内容（抜粋）

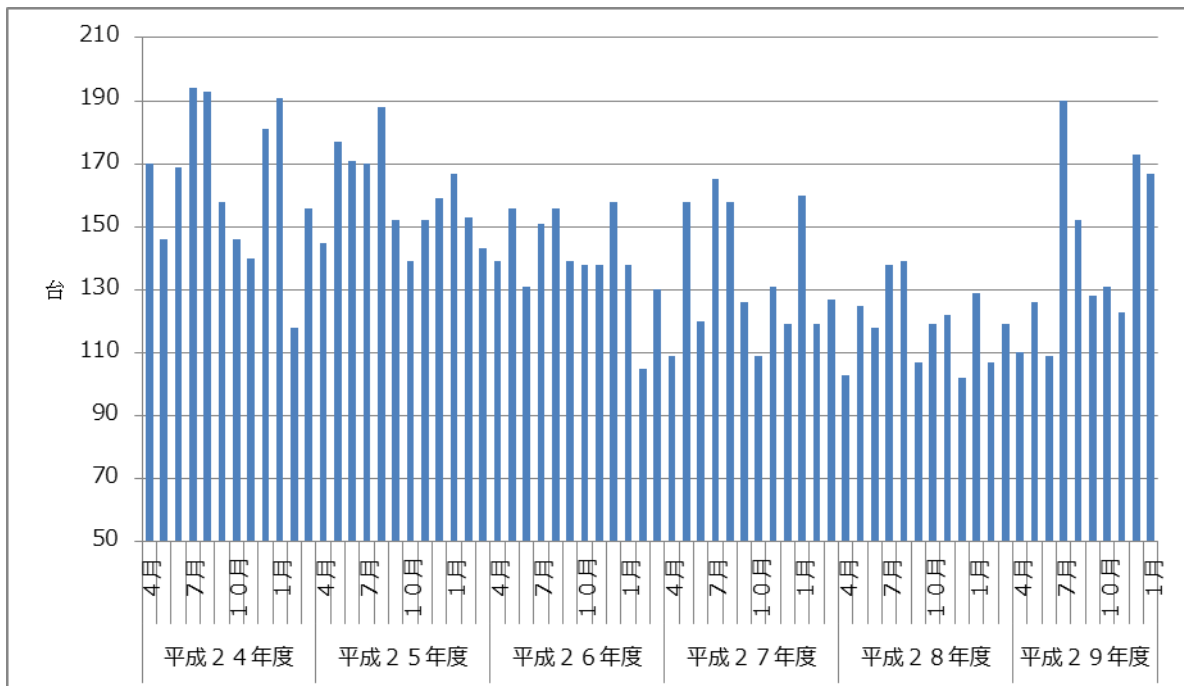
- ・ 当院の救急医療体制（「整形外科診療マニュアル」「救急外来ベッドでの待機」等）
- ・ 近隣の救急患者の特性（高齢者の大腿骨頸部骨折等）
- ・ 当院で受入れ可能な疾患
- ・ 整形外科領域の患者受入れ後の院内の整形外科医との連携体制
- ・ 不必要に不安にならないようなバックアップ体制（法律顧問等）

平成29年4月に看護部内に創設された「入院部門」も救急受入れの円滑化に奏功している。看護部長が残業削減などのために病棟内業務量を調査したところ、緊急入院が50%、予約入院が33%を占めていた。緊急入院は事前に予測できない性質のため、看護師の業務量増加や残業時間の延長につながっていた、そこで、部内に副看護部長2名と訪問看護科長1名が担当する「入院部門」を設けたり、夜間の入院対応に備えて急性期病棟の夜勤看護師を3名から4名に増員したりして体制を整えた。

青梅市は救急指定日が輪番制となっていないことから、多くの夜間の緊急入院がある。従来は、患者の受入れに係る業務は主に当直看護師と病棟看護師が対応していた。「入院部門」は受入れに係る業務（例：各種情報（既往歴、残薬、家族構成、保険証等）の確認、指示受け、アナムネ、入院手続き書類作成、診療情報との窓口処理等、入院カルテ等のセットを整えるまでの業務）が看護業務の負担となっていた。これを「入院部門」で一括して処理し、整理された段階で病棟に情報を引き継ぐように改めたため、病棟看護師は病棟業務に専念することができるようになった。また、「入院部門」を担当する3名の看護師のうち2名は、ほぼ状況が落ち着く毎日21時までを目途に交代で常駐し、ベッドコントロールを図りながら緊急入院患者の受入れが常に可能な体制を構築している。

以上の取り組みの結果、下落傾向が続いていた救急車搬送台数は平成29年度に下げ止まり、同年は前年実績を上回る見込みである（図表Ⅱ-3-16）。

図表Ⅱ-3-16 救急車搬送台数の推移

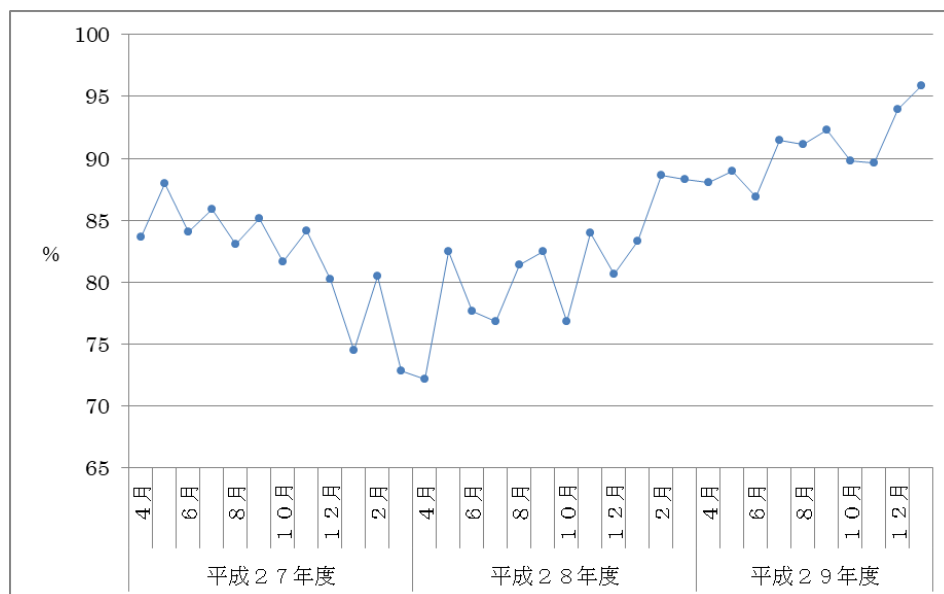


### ③ 方針に沿った人材の適正配置

院長は、理事長とともに医師も例外としない人材の適正配置を推進している。

院長就任後、「空床からは利益は生まれない」をモットーとしている。病床稼働率がかなり低かったので、まずは前項の救急医療への取り組み強化などによって、病床稼働率を改善した（図表Ⅱ-3-17）。その後、手術件数の増加と、組織内の人材適正配置を行った。

図表Ⅱ-3-17 病床稼働率の推移



副院長や診療部長であっても、当院の方針に沿わない、国の政策の方針に沿わない考え方の医師には退職を勧奨した。以前に泌尿器科部長が原因で泌尿器科医が連続退職したことの反省もある。例えば、救急を断らない方針、地域包括ケア病棟で検査をしすぎないことなどが挙げられる。実際に、国の政策に乗ろうとしない外科副院長を降職させたこともあった。

また、院長は地域医療連携支援室（以下、「連携支援室」という。）にもテコ入れをした。当院では「地域に密着した医療活動」を目指しており、平成14年4月には連携支援室を立ち上げていた。当時の連携支援室長はソーシャルワーカーが務めていたが、どちらかという書類業務に向いている者で、接遇には適していなかった。紹介患者の減少要因を特定すると、近隣の施設からの評価が芳しくなかったことが分かった。院長は、当該室長を適性のある業務に配置転換し、自身で連携支援室長を兼務している。配置転換に際しては、院長が把握していた外部からの評価を本人に伝えると、自身から降職を申し出た。

### ④ 地域との連携強化

院長は連携支援室長を兼務したのち、自ら近隣の医療機関・介護施設に電話をかけ当院のアピールをしていった。平成29年の夏頃、青梅市内の診療所をピックアップし、一週間のうち月曜日・火曜日を電話の日と設定した。トータルで100件、1日7～8件の電話をかけたという。電話を入れたのち、事務職員が当院の案内をファックスして、その後の連携体制へつないでいった。

これ以外にも、院長は地域とのつながりを重視し、医師会の会合には必ず参加し開業医とのネットワークを作っていた。平成 30 年 3 月には、開業医を対象としたレスパイト入院に関する勉強会を開催する。また、消防署長との意見交換や定期的な挨拶まわりを行っている。

こういった院長の地域との連携強化の取り組みにより、当院の機能も伝わっていき、現在では、当院の地域包括ケア病棟への直接入院割合は 62.5%と高い水準である<sup>15</sup>。同病棟への直接入院患者の代表的な疾患は、誤嚥性肺炎、脳梗塞、心不全である。

## ⑤ 施設基準の見直し

院長は院長就任前から、施設基準が十分に届出できておらず、特に薬剤・リハビリ関係に見直しの余地があると考えていた。院長はまず、施設基準の見直しに着手した。院長の想定した内容を検証するために、他の病院の動向も踏まえて、外部アドバイザーの助言も得ながら取りかかった。

### イ 病棟薬剤業務実施加算

院長が注目したのは、平成 29 年 6 月時点で 9 名の薬剤師が在籍していたことであった。3 病棟 180 床という当院の病棟編成を鑑みると、施設基準上は「病棟薬剤業務実施加算」が届出できるのではないかと考えた。

ところが、薬剤師は平成 28 年には 11 名おり、退職が重なり 9 名に減っていた。2 名減っていたことで従来の業務が残りの 9 名には負担に感じられていたこともあり、届出に必要な業務体制が構築できずにいた。院長は、薬剤科が「病棟薬剤業務実施加算」に必要となる要件の確認や記録の準備を整えるための打ち合わせに参加し進捗を見守った。1 か月の実績を踏まえたうえで届出を行い、9 月 1 日には算定可能となり、結果として月間 100 万円程度の増収を図ることができている。

薬剤科は当初の懸念を振り返り、院長が「やってみないと分からない」というとおりであり、現在では薬剤科内の従来の業務も円滑に遂行できていると話す。病棟服薬業務について、11 月に行われた立ち入り検査での文書による指摘事項はなかった。

さらに、院長は後発医薬品使用率が低いことにも着目し、後発医薬品使用体制加算の施設基準届出を検討した。後発品のある先発品を洗い出し、納入業者に再見積りを依頼し、後発品へ切り替えることで見込まれる増収やコストの削減を検証した。主に医薬品の使用頻度を基準に、薬価差益率の増加と従前の薬価差益よりも高い差益を重点的に切り替える品目を絞り込んだ。

実際に切り替えるにあたっては診療上の支障がないようにする必要があったため、院長が自ら直接、医師と協議を進め、薬剤審議委員会では円滑に承認されるに至った。平成 29 年 11 月から順次、後発医薬品への切り替えを行っており、今後は後発医薬品使用体制加算の施設基準届出を目指している。

<sup>15</sup> 厚生労働省の調査では、平成 26 年の地域包括ケア病棟入院患者の入院前の場所は自院内での院内転棟が 65%を占めている（中医協総会資料平成 29 年 5 月 17 日）。

## ロ 365 日リハビリの実施

当院では整形外科を専門とする副院長を筆頭に、整形外科手術を月間 80 件超実施している。院長は、患者のためには特に術後に切れ目のないリハビリを実施し、早期回復と退院を促したいと考えていた。看護部からもリハビリの 365 日実施に向け強い要望が出ていた。

ところが、これまで日・祝日が休日の前提で療法士を採用していたため、リハビリテーション科長は、シフト制に変えることで退職者が増えることを懸念した。現場との調整が大きな課題となっていた。

院長は、業務命令として指示するのではなく、職員の納得を得たうえで 365 日稼働としたと考えた。そこで、取り組みの必要性を職員に感じてもらえるために、職員自ら作成していた自院のクリニカルパスと実際のリハビリ提供の状況を比較し、診療計画とのかい離を示す資料を作成した。図表Ⅱ-3-18 は、DPC データから当院のリハビリテーションの実施状況を抽出し、クリニカルパスと比較した表の一部である。上段は、当院のクリニカルパスを示し、下段には患者別のリハビリの実施状況を示した。なお、運動器リハビリテーション料のマーカは入院期間であり、「日」は日曜日を示している。例えば患者 A は、入院 2 日目に手術をし、5 日目は日曜日であったためリハビリは受けておらず、9 日目に退院していることを意味する。

図表Ⅱ-3-18 リハビリテーション実施状況

パス名: 膝前十字靭帯再建術(ST/STG,BTB)クリニカルパス				入院日数(経過日)													
自院のクリニカルパス				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
			関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)		2												
			運動器リハビリテーション料(1)	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
患者別	入院年月日	退院年月日	医療行為	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
患者A			関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)		2												
	2017/3/22	2017/3/30	運動器リハビリテーション料(1)	1	2	3	4	日	6	7	8	9					
患者B			関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)		2												
	2017/3/7	2017/3/13	運動器リハビリテーション料(1)	1	2	3	4	5	日								
患者C			関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)		2												
	2017/3/21	2017/3/29	運動器リハビリテーション料(1)	1	2	3	4	5	日	7	8	9					
患者D			関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)		2												
	2017/3/8	2017/3/18	運動器リハビリテーション料(1)	1	2	3	4	日	6	7	8	9	10	11			

院長はこうした検証結果を職員に示し、術後の運動器リハビリテーション料の算定が行われていないことで入院期間が延び、患者の立場からも望ましくないことを伝え、説得していた。一方で、職員の休日確保の観点から当初は 3 日以上連続のリハビリの提供を試行的にはじめ、職員のシフト状況に応じて段階的に実施していった。

## (7) 人材確保

医師の 3 分の 2 程度は院長の人脈(大学の後輩など)を活用して採用しており、もう 3 分の 1 は人材紹介会社を活用している。院長の人脈は特定の医局とは関係なく、院長が過去の診療等のネットワークで培ってきた。院長は、1 年くらいは非常勤として院内の常勤医師より低めに報酬を設定しており、相互に納得感が得られたのち給与を上げていき平均より少し高めに設定するという。

当院では非常勤から常勤に転じて当院に定着する医師が多い。院長自身が当院に着任した際に感じたように、働きやすい環境(前出の検査体制、病院としての医療訴訟リスクへの備えなど)

を整えていることが奏功している。「当院と比較して労働条件や院内の雰囲気良くない（例えば、診療科によって扱いが違うなど）という噂のある病院から、医師が転職してきた。」（院長）という。

当院は医局人事からは独立しているものの、院長は医局の動向には注意を払っているという。大学医局には、診療科によってアルバイト先が確保できずに困っているところがあるといい、当院の需要とマッチしたことで、当直医を確保することができている。

#### (8) 今後の展望

院長は、今後の当院は日本の医療政策にも則った地域の病院のあり方として、地域包括ケアと救急医療への対応を中心に据え、外科・整形外科の手術数増加を目指している。病床機能報告にも、現在の「急性期 180 床」から 6 年後には「急性期 120 床・回復期 60 床」という配分への転換を報告している。

また、収入源を多様化させる必要があり、保険診療だけではなく、保険外のドックや健診、がんの自由診療などにも対応していきたいと考えている。

## 4 医療法人社団一葉会 佐用共立病院（兵庫県佐用郡佐用町, 90 床）

地域医療構想調整会議における説明等、地域と調整しつつ、病床転換・経営改善を図った事例

### (1) 病院の外観



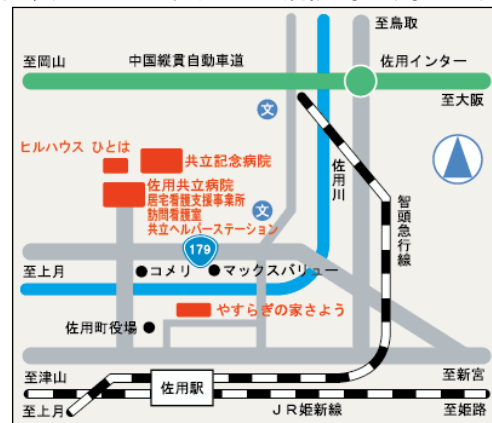
### (2) 概要

#### ① 所在地

図表 II-4-1 西播磨医療圏と佐用町



図表 II-4-2 佐用共立病院等の周辺地図



\* 出所：兵庫県地域医療構想

#### ② 医療圏の状況（西播磨医療圏）

佐用共立病院（以下、「当院」という。）と共立記念病院の位置する佐用町は人口約1万7千人の自治体である。西播磨医療圏（地域医療構想区域と同一）の人口推計は図表 II-4-3 のとおりである。西播磨医療圏には、相生市、赤穂市、宍粟市、たつの市、太子町、上郡町、佐用町が含まれる。圏域の北部・中部は、以前は中播磨と同一圏域であり、兵庫県の地域医療構想においても、日常生活での姫路市方面への自然な人の流れもあるため、圏域内の医療体制の維持・強化とともに、従来からの中播磨圏域との連携の維持・強化を図るとされている。

65歳以上人口は2025年に約8万人で頭打ちとなりその後減少する。75歳以上人口は2030年に約4.9万人になったのちに減少に転じる。

図表Ⅱ-4-3 西播磨保健医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成 27)	2020年 (平成 32)	2025年 (平成 37)	2030年 (平成 42)	2035年 (平成 47)	2040年 (平成 52)	15⇒40年 増加率
総人口(人)	262,832	252,546	240,956	228,702	215,996	203,097	-22.7%
(再掲) 65歳以上	78,752	81,989	80,466	77,691	74,719	74,225	-5.7%
(再掲) 75歳以上	38,088	42,016	48,088	49,569	47,095	43,999	15.5%
高齢化率	30.0%	32.5%	33.4%	34.0%	34.6%	36.5%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

佐用町の病院は図表Ⅱ-4-4のとおりである。医療法人一葉会は、佐用共立病院、共立記念病院の2病院を運営している。

図表Ⅱ-4-4 佐用町の病院の状況(単位：床)<sup>16</sup>

No	医療機関名称	全体	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
佐用町(全体)		171		45		126	
		171		45		126	
1	佐用共立病院	90		90			
		90		90			
2	共立記念病院	50				50	
		50				50	
3	尾崎病院	76				76	
		76				76	

\* 出所：兵庫県ホームページ

### ③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-4-5 概要と沿革

理事長	森 光樹
理念	私たちは、心と心のつながりを大切にしたよりよい地域医療を提供します。
開設・許可等	昭和42年2月：佐用共立病院開院 平成13年11月：共立記念病院開院
診療科目	(佐用共立病院) 内科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・眼科・耳鼻科・ 歯科・婦人科・皮膚科・総合診療科 (共立記念病院) 内科・リハビリテーション科
病床数 ※平成30年2 月現在	(佐用共立病院) 90床(一般病棟入院基本料13対1、うち地域包括ケア病床10床) (共立記念病院) 50床(療養病棟入院基本料2)
入院診療単価	26,904円(平成28年度、佐用共立病院)

<sup>16</sup> 兵庫県ホームページ「病床機能報告(平成28年度)結果 西播磨圏域」より抜粋。上段：平成28年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況、下段：6年後の予定



図表Ⅱ-4-6 法人の沿革

年次	概要
昭和42年	病院開設許可（2月）
昭和43年	看護師宿舎新築（10月）
昭和60年	歯科診療棟完成（10月）
平成5年	理学療法棟完成（10月）
平成8年	全館改装完了・新築棟完成（2月）
	訪問看護ステーション開設（9月）
平成12年	居宅介護支援事業所開設（2月）
平成13年	共立記念病院開院（11月）
平成13年	MR I 導入（12月）
平成15年	理学療法棟増築（3月）
平成17年	光都プラザクリニック開院（12月）
平成19年	マルチスライスCT導入（2月）
平成19年	日本医療機能評価機構認定（8月）
平成20年	小規模多機能型居宅介護事業所「やすらぎの家さよう開所」（2月）
平成27年	サービス付き高齢者向け住宅「ヒルハウスひとは」開設（5月）
平成28年	旧中安小学校の跡地を活用したサービス付き高齢者向け住宅「リバーサイドなかやす」開設（10月）
平成29年	「なかよし園」で病児・病後児保育開始（4月）

図表Ⅱ-4-7 主な経営指標の推移

佐用共立病院

(単位：百万円)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
医業収益	1,214	1,224	1,211	1,230	1,165	957
医薬品費	72	77	70	76	68	52
診療材料等	75	72	74	74	67	53
材料費比率	12.2%	12.2%	11.9%	12.3%	11.7%	11.0%
人件費	790	505	808	807	825	621
人件費比率	65.1%	41.2%	66.7%	65.6%	70.8%	64.9%
減価償却費	63	61	53	62	66	61
減価償却費比率	5.2%	5.0%	4.4%	5.0%	5.6%	6.3%
医業利益	-38	-37	-55	-30	-94	-1
医業利益率	-3.2%	-3.0%	-4.6%	-2.5%	-8.1%	-0.1%
医業外収益	36	37	36	32	36	26
医業外費用	21	23	22	23	22	16
経常利益	-24	-23	-41	-21	-80	8
経常利益率	-2.0%	-1.9%	-3.4%	-1.7%	-6.9%	0.9%

共立記念病院

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医業収益	232	224	229	207	204
医薬品費	3	2	2	2	2
診療材料等	6	5	4	4	5
材料費比率	0.8%	0.6%	0.5%	0.5%	0.6%
人件費	126	132	135	127	125
人件費比率	54.6%	59.0%	59.0%	61.4%	61.2%
減価償却費	9	9	8	8	8
減価償却費比率	4.1%	4.0%	3.6%	3.8%	3.8%
医業利益	47	33	36	26	26
医業利益率	20.1%	14.9%	15.7%	12.7%	12.8%
医業外収益	2	2	2	2	2
医業外費用	4	4	3	3	3
経常利益	45	32	35	25	25
経常利益率	19.6%	14.1%	15.3%	12.2%	12.3%

佐用共立病院及び共立記念病院

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医業収益	1,446	1,448	1,440	1,437	1,370
医薬品費	76	79	72	78	70
診療材料等	81	77	79	78	73
材料費比率	13.0%	12.8%	12.4%	12.7%	12.3%
人件費	917	637	943	935	950
人件費比率	63.4%	44.0%	65.5%	65.0%	69.3%
減価償却費	73	70	62	70	73
減価償却費比率	5.0%	4.8%	4.3%	4.9%	5.4%
医業利益	8	-4	-19	-4	-68
医業利益率	0.6%	-0.3%	-1.3%	-0.3%	-5.0%
医業外収益	38	39	38	34	38
医業外費用	25	26	25	26	25
経常利益	21	9	-6	5	-55
経常利益率	1.5%	0.6%	-0.4%	0.3%	-4.0%

### (3) 改善前の状況

#### ① 開設に至った経緯

当院は、同地区に公的病院がないということから6名の開業医が集まって、昭和43年に開設された病院である。現在の森光樹理事長の先代が当時の理事長を務めた。後に他の医師が引退していくなかで、当院を引き継いだのが現在の森理事長である。

#### ② 系列病院の開設と病院機能の分化

診療報酬等において一般病院での長期入院の評価が厳しくなる一方で、地域には高齢化に伴い慢性期患者の受け皿が必要となっていた。そこで平成13年、当院に隣接する形で、長期入院を主とする共立記念病院を開設した。従前は、兵庫県の所有地に特別養護老人ホームがあり、それを全面改築して病院とした。土地は所有権が県から町に移転し、土地を購入する必要がなく賃貸借契約とすることができ、立ち上げ時に経営を軌道に乗せやすかった。

2病院体制となった法人においては、当院が急性期機能を、共立記念病院が慢性期機能を担う形で機能分化を図った(図表Ⅱ-4-8)。理事長は、各病院でケアミックスの体制を取らなかったのは、将来的にはどちらかの機能を選択するよう迫られ厳しい運営が予想されるため、一方を急性期としておきたかったと考えたためである。

しかしながら、当院が急性期を保つには、コストの負担も重く、入院・外来ともに患者数が減少していくなかで利益率も低下していったが、慢性期である共立記念病院が安定した利益率を保っていたため、総合的に法人の経営状況は良好であった。

図表Ⅱ-4-8 平成28年時点の病棟構成

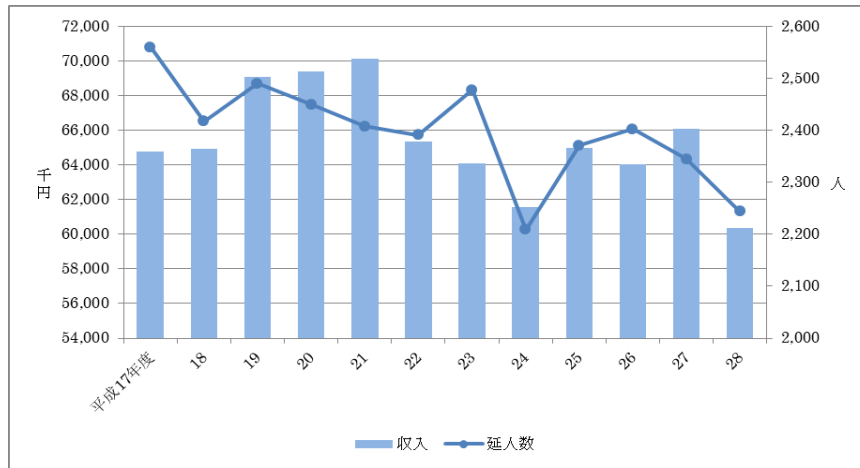
病院名	病棟	施設基準
佐用共立病院	2病棟(45床)	一般病棟入院基本料13対1
	1病棟(45床)	一般病棟入院基本料13対1
共立記念病院	1病棟(50床)	療養病棟入院基本料2(25対1)

#### ③ 病院の経営状況の悪化

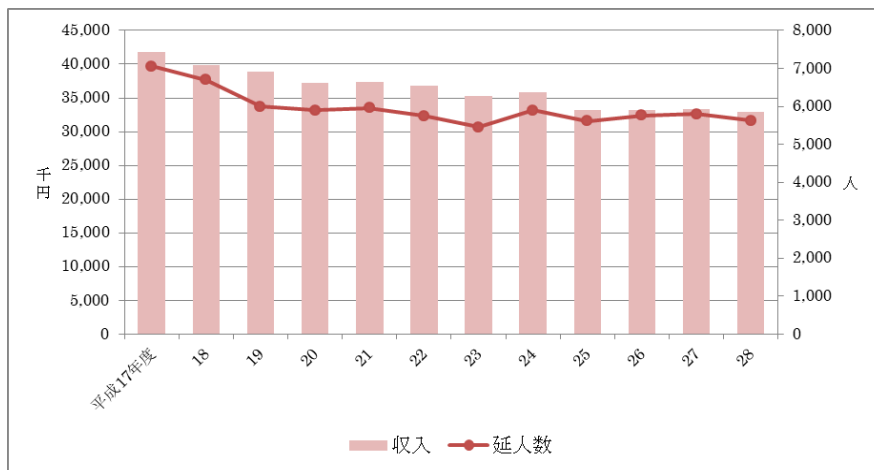
ところが、その後地域の人口減少なども相俟って、当院の入院・外来患者とも減少していき収入は伸び悩み(入院:図表Ⅱ-4-9、外来:図表Ⅱ-4-10)、経営状況が悪化していった。

法人全体でも、平成28年に5,500万円の経常損失となった。主に、当院の経営悪化が大きく響いた。経営悪化の原因としては、入院収入の低下に伴い相対的に人件費の負担が大きくなっていったことがあった。小規模多機能型居宅介護は順調な運営が続けられており、診療所は経常的な損失が続いているものの、法人全体への影響は軽微であり、病院部門の入院収入を改善することが急務となっていた。

図表Ⅱ-4-9 1か月あたりの平均入院延患者数と入院収益の推移（佐用共立病院）



図表Ⅱ-4-10 1か月あたりの外来収益と平均外来延患者数との推移（佐用共立病院）

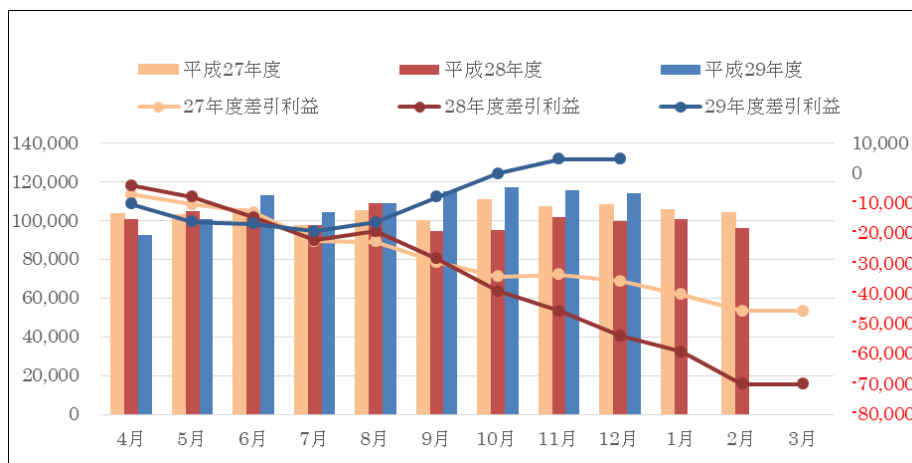


#### (4) 経営改善の成果

当法人では、人口減にともなう当院の入院・外来収入の低下などにより病院の収支が悪化しているが、法人傘下の2病院の病床を削減したうえで機能を再編する方針を立てた。

短期的には、平成29年6月頃から救急受入れを積極的に行うことなどによって病床稼働率が改善し、財務的にも経営状態が上向いている（図表Ⅱ-4-11）。

図表Ⅱ-4-11 収益・利益の推移



(右軸・棒グラフ：収益、左軸・折れ線グラフ：利益)

#### (5) 経営改善の取り組み

##### ① 現状分析

経営改善にあたってまず当院の入院患者を詳細に分析した。地域に数少ない病院として、救急搬送、抗がん剤治療、全身麻酔を要さない手術、集中的なりハビリが必要な急性期患者から、退院が困難な長期入院の慢性期患者まで、多岐に渡る患者層に対応している。地域の在宅患者も受け入れる病院の役割として位置付けていたが、入院機能を厳密に分析してこなかった。

改めて入院患者の状況を見るために平成28年9～11月のレセプトを分析してみると、次の実態が明らかになった。病床稼働率は84%、1日当たりの診療単価は23,000円前後を推移していた。平均単価30,000円未満の患者が約60%を占めていた。

また、入院日数で見ると平均在院日数14日以内の患者が56.3%と最も多かった。特に、短期入院（白内障など）が多く病床稼働率の向上には寄与していないことが分かった。

一方、共立記念病院では、医療区分2・3の患者割合を徐々に上げていた。平成26年度は50%台前半で月によって50%を割り込むこともあったが、平成28年には60%を維持している。割合を維持する必要があったため、病床稼働率が徐々に低下していた。

まとめると、両病院の入院機能は図表Ⅱ-4-12のとおりであった。この結果も踏まえ、収支改善のための短期的な経営改善、そして中長期の病棟再編戦略を立てていくこととなった。

図表Ⅱ-4-12 各病院の入院患者の特徴（分析結果）

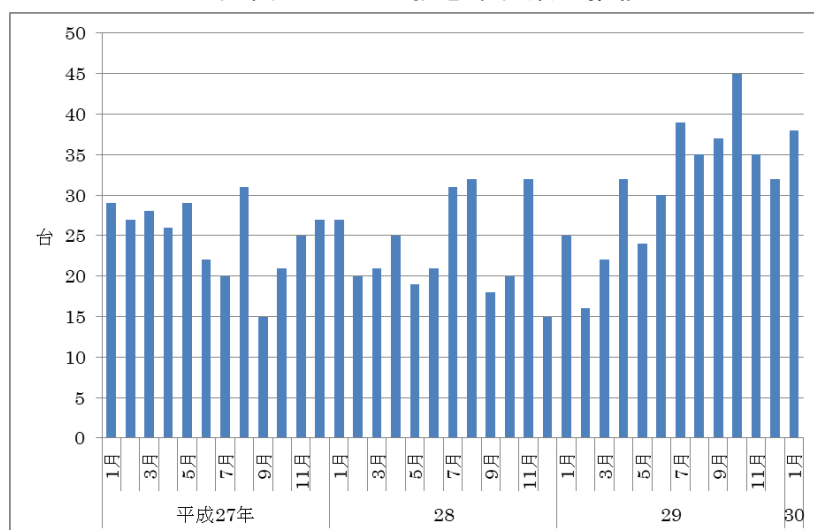
病院	特徴
佐用共立病院	急性期、回復期、慢性期の患者が混在しており、急性期の患者は半分程度
共立記念病院	医療区分2・3割合の維持を考えると、病床稼働率70%が限界

## ② 短期的対応策

### イ 救急受入れの強化

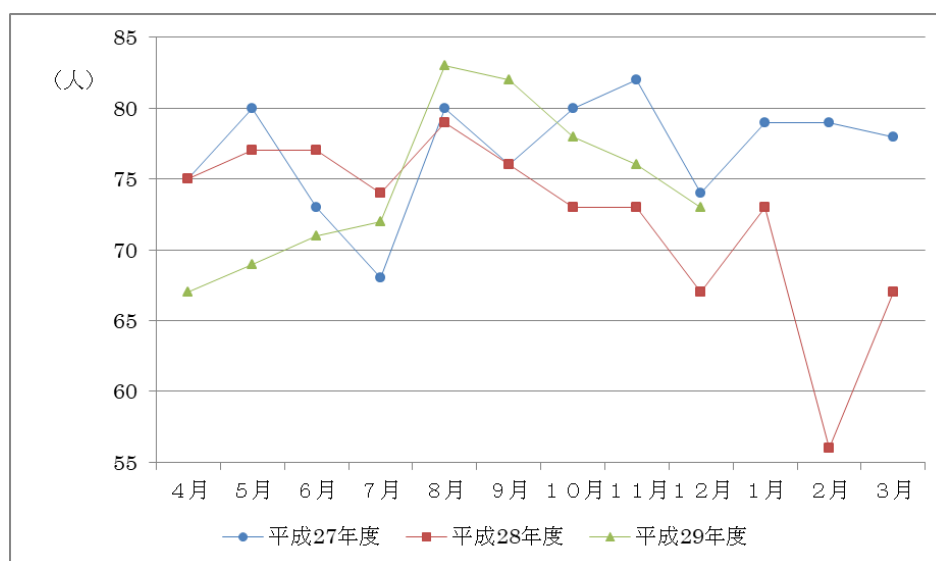
平成 29 年 4 月に当院に着任した森泰宏副院長は、救急車の依頼は原則断らない方針を立てた。もう 1 名の副院長（平成 30 年から院長に就任）と連携して、医局内にも救急を断らない風土を醸成しつつあり、救急車の受入れが進んでいる（図表Ⅱ-4-13）。これまでは、医師が高齢化していたこともあって内視鏡等の検査があまり行われていなかったといい、副院長は細かいところまで見直し、必要がある検査は丁寧に対応するようにしている。

図表Ⅱ-4-13 救急車台数の推移



結果として、平成 29 年 6 月からこういった取り組みを始めることで、入院患者も増えており、8 月から対前年同月の実績を上回る水準を維持している（図表Ⅱ-4-14）。現状では、平成 27 年度の水準は回復できていないが、平成 28 年度を上回る水準で推移しているため、院内では取り組みが奏功したと評価している。

図表Ⅱ-4-14 1日平均入院患者数の推移



## ロ 地域包括ケア入院医療管理料の算定

佐用共立病院の収入を短期的に増加させる経営改善策として、平成 29 年 11 月から地域包括ケア病床を導入した。

そのほか、訪問診療・訪問看護の強化、通所リハビリテーションの開設、法人が運営する診療所の廃止、人員の有効活用などもあわせて検討している。

これらの取り組みの結果、平成 29 年度後半からの収支は改善し、平成 29 年 10 月からは単月で利益が出るようになっている。

## ③ 病院機能の見直しと再編

並行して中長期的な病床戦略を立て、準備をはじめていった。

### イ 地域の人口動態に合わせた運営方針

法人が 2 病院を持ち、急性期である佐用共立病院では早期に退院し、長期入院が必要になれば慢性期である共立記念病院に入院するという運営の流れは、平成 13 年当初は良かったものの、平成 14 年以降の診療報酬改定などもあり、特に、佐用共立病院の運営を維持するには厳しい状況となってきた。施設基準を維持するための在院日数も短くなっていき、周辺の人口減少もある。佐用町の人口推計（図表Ⅱ-4-15）では、2040 年には対 2015 年比で総人口は 37.8%減少する推計となっており、75 歳以上の人口は 2030 年頃まで増え続けるものの、65 歳以上人口で見ると 2020 年以降は減少に転じる。こういった外部環境にも沿った経営に変えていかなければ、病院は生き残れないと理事長は考えた。地域医療構想においても、西播磨圏域の平成 37 年の必要病床数は、急性期・慢性期とも減少する推計となっている（図表Ⅱ-4-16）。

最終的には、法人全体の（医療の）病床数を減らす方針にせざるを得ないと結論づけた。

図表Ⅱ-4-15 佐用町 将来人口推計

	2015 年 (平成 27)	2020 年 (平成 32)	2025 年 (平成 37)	2030 年 (平成 42)	2035 年 (平成 47)	2040 年 (平成 52)	15⇒40 年 増加率
総人口 (人)	17,637	16,181	14,777	13,454	12,200	10,973	-37.8%
(再掲) 65 歳以上	6,669	6,704	6,475	6,116	5,622	5,179	-22.3%
(再掲) 75 歳以上	3,815	3,666	3,833	3,928	3,794	3,510	-8.0%
高齢化率	37.8	41.4%	43.8%	45.5%	46.1%	47.2%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

図表Ⅱ-4-16 地域医療構想に掲げる西播磨圏域の必要病床数（単位：床）

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計
平成 37 年必要病床数	145	708	900	468	2,221
平成 27 年病床機能報告	65	1,552	329	666	2,612
平成 37 年－平成 27 年	80	-844	571	-198	391

## □ 地域医療構想も踏まえた病床転換

一連の検討の結果、平成 29 年 6 月、佐用共立病院をケアミックス型とし、共立記念病院を介護医療院に転換する方針を決めた。転換後のイメージは図表Ⅱ-4-17 のとおりである。なお、平成 30 年 3 月現在では地域包括ケア病床は当初の 4 床から 10 床まで増床している。現在、20 床に増床すべく実績づくりを始めている。

地域包括ケア病床の入院患者は、院内転棟が 11 月に 83%、12 月は 98% とほとんどを占めたが、1 月から院外からの直接入院が増加しており、2 月には院内転棟 53.4%、院外からが 46.6% となっている。代表的な疾患は、骨折、不安神経症、誤嚥性肺炎である。

図表Ⅱ-4-17 病床転換方針

病院名	現行		転換予定
	病棟	施設基準	
佐用共立病院	2 病棟 (45 床)	一般 13 対 1	療養 1 (20 対 1)
	1 病棟 (45 床)	一般 13 対 1	一般 13 対 1 (41 床) 地域包括ケア入院医療管理料 (当初 4 床)
共立記念病院	1 病棟 (50 床)	療養 2 (25 対 1)	介護医療院

転換の準備を進めるために地元の保健所および兵庫県との事前相談を行ったが、平成 29 年時点では介護医療院の制度自体が始まっておらず、施設基準等も決まっていない段階であったため共立記念病院はまだ転換を具体的に進められない状態であった。法人の計画では、佐用共立病院の「2 病棟」を療養病棟に転換し、一時的に療養病床が 2 病院あわせて 50 床から 95 床に増えてしまうことになった。病床種別の変更許可を県から得るためには、将来推計で慢性期は減少する計算を示している県との調整が必要になった。

そこで、当法人では普段から良好な関係を維持している保健所と相談を重ねた結果、今回の一時的な療養病床と、共立記念病院の将来的な介護医療院への転換を組み合わせた計画を説明して周囲の納得を得られれば、病床転換は問題ないとの回答を受けることができた。説明文書を作成し、各所に説明をしてまわり、最終的に病床種別変更について、兵庫県の許可を得ることができた。

図表Ⅱ-4-18 は病床転換に伴い西播磨医療圏の「健康福祉推進協議会医療部会及び地域医療構想調整会議」(平成 29 年 7 月 18 日) で説明した際の資料である。



図表Ⅱ-4-18 病床種別変更（佐用共立病院）趣旨説明資料

平成 29 年 7 月 18 日  
医療法人社団一葉会

病床種別変更（佐用共立病院）趣旨説明資料

（中略）

医療法人社団一葉会は、佐用共立病院（一般病床 90 床）・共立記念病院（療養病床 50 床）の二つの病院において、救急や手術患者・ターミナルを含んだ急性期医療から慢性期医療に対応しています。

本日の説明概要は、この 2 病院を 1 病院へ集約化し 1 病院を介護系施設へ転換したいとの内容でございます。お手元の資料 4 の 3 ページ以降が計画書になっていますが、主に 1 から 2 ページの趣旨説明資料に基づき説明させていただきます。

【現在担っている医療機関の役割】としてですが、

幅広い患者層に対応するため、現在の病床機能の役割は以下のように設定しております。

1. 佐用共立病院（急性期を中心に回復期から慢性期まで幅広く対応）

病棟	病床数	病床機能報告	備考
3 階一般病棟	45 床	急性期	地域包括ケア入院医療管理料 4 床含む
4 階一般病棟	45 床	急性期	

2. 共立記念病院（慢性期医療に対応）

病棟	病床数	病床機能報告	備考
療養病棟	50 床	慢性期	療養病棟入院基本料 2 算定

主に以下の①から⑪のような幅広い入院患者層に対し医療提供を行っています。

- ①救急搬送患者
- ②自宅、老健等の急性増悪患者
- ③整形外科手術患者（頸部骨折等）
- ④短期滞在手術
- ⑤検査目的の患者
- ⑥ターミナル期の患者
- ⑦入退院を繰り返す在宅療養患者（抗がん剤治療を含む）
- ⑧地域包括ケア病床にて在宅復帰を目指す患者
- ⑨地域包括ケア病床以外で在宅復帰を目指す患者（療養病棟扱い：90 日超えてリハ中心）
- ⑩慢性期で治療の必要な医療区分 2・3 の医療療養病床対象患者
- ⑪慢性期ながら医療区分 1 で在宅復帰困難な半年以上の入院

しかし、課題として双方の病院において積極的に在宅復帰を支援していますが、高齢化や独居高齢者の増加などの地域環境の変化により、加療により医療依存度が低くなったにもかかわらず在宅復帰ができない患者様も多く存在しています。

今後、人口構造の変化に伴い、在宅復帰困難な要介護者が更に増加すると予測しており、将来に渡っての当該患者様への対応方法を検討しています。

そこで、

【病床転換を行うことで将来担うことになる医療機関の役割】についてですが、

検討に当たっては「地域包括ケアシステム強化の介護保険法等の一部を改正する法律」により、現状の医療療養病床より介護機能を重要視した「介護医療院」が創設されることを踏まえて、当法人においては、現在の共立記念病院の療養病床 50 床をこの介護医療院へ転換することを検討しています。しかしながらその場合、共立記念病院の病床が介護医療院へ転換することにより、慢性期機能が提供できなくなり、当該慢性期治療を必要とする患者様への入院医療機能提供ができなくなることが懸念されます。

したがって、現状の佐用共立病院の 3 階病床（急性期）45 床、4 階病床（急性期）45 床のうち一つの病床 45 床を慢性期機能へ転換を行い療養病床とすることで、2 つの病棟で急性医療から回復期、慢性期医療まで提供する体制にすることにより、救急からターミナル期までの幅広い患者層への対応を図っていくことを検討しております。

1. 佐用共立病院（急性期を中心に回復期から慢性期まで幅広く対応）

病棟	病床数	病床機能報告	備考
3階一般病棟	45床	急性期	回復期機能についても検討
4階療養病棟	45床	慢性期	

2. 共立記念病院（介護医療院に転換し要介護者に対応）

病棟	病床数	病床機能報告	備考
介護医療院	50床	(在宅)	介護医療院とし病院ではなく介護施設に転換

※下線が現状との変更点となりますが、

病院病床を集約化することで、結果的に急性期機能は45床減少し、慢性期機能は50床から45床になることにより5床減少となります。

そこで、

【地域医療構想との整合性】としてですが、

平成27年度病床機能報告結果では、西播磨圏域の必要病床数等推計結果は以下の通りです。

西播磨医療圏	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	病床数計(床)
H37年必要病床数	145	708	900	468	2,221
H27年病床機能報告	65	1,552	329	666	2,612
差し引き	△80	844	△571	198	391

当該医療圏においては、急性期機能と慢性期機能が過剰であり、高度急性期機能と回復期機能が不足とされています。また、在宅医療需要も不足しており、これらの不足機能は今後より充実を図っていくことが重要であると認識しております。

これらの環境変化は当法人を取り巻く環境と近似しており、当法人が検討すべき将来像も同様であると認識しております。当法人においては、病床転換を図ることで、急性期機能を45床削減、慢性期医療を5床削減、加えて療養病床を介護医療院に転換することにより、在宅医療と考える機能の充足を図ることを検討しており、この方向性は当該医療圏の地域医療構想と整合性を勘案した場合、以上の理由により地域包括ケア構想の実現に向けて全面的な協力を行う所存です。

以上で趣旨説明を終わります。ご清聴ありがとうございました。

平成30年2月現在、1月26日「第158回社会保障審議会介護給付費分科会」で公表された介護報酬の見直し案をベースに、共立記念病院を介護医療院に転換（「I型介護医療院サービス費」(I)もしくは(II)）するための収支シミュレーションを開始している。看護部を中心に、対象の利用者層（認知症や医療処置の有無）の割合を測定するなどして具体的な準備を始めている。平成30年7月頃には転換届出ができるよう、準備を進めている。

## (6) 人材確保

医師の確保も困難で、佐用共立病院の森理事長と副院長以外の医師は、大学からの派遣を頼らざるを得ない。インターネットや人材紹介会社を活用することもあるが、直ぐに退職してしまう医師が多かった。理事長は、不確実な採用方法に頼るよりも、むしろ率直に派遣医師の希望も伝えられる医局派遣のほうが確実だという。当地のような医師確保が難しい地域では、専門医制度がスタートすることで大学に医師が戻り、派遣を受けやすくなるのではないかと期待もしている。

看護師や介護職員の確保も重点課題である。都市部に出て結婚等で戻った看護師が勤務することが多く定着率は良いが、新卒等の若い看護師は確保が難しい。こうした状況から佐用共立病院は13対1の看護配置にせざるを得なくなっており、今回の病床再編は急性期病棟を慢性期病棟に移行することで看護配置を軽くする狙いもある。新たに県に看護学校が設立されることから、実習生を積極的に受け入れ、雇用につなげていく。

法人が運営する事業拠点も増えてきているので、職員の希望にも配慮しながら、全体での人事異動を流動的に行っていきたいとも考えている。具体的には、**図表Ⅱ-4-19**のように、法人では平成27年、平成28年とサービス付き高齢者向け住宅を開設するなど、従前から取り組んでいた在宅医療も含めて、法人トータルで急性期、慢性期、在宅に至るまで患者・地域住民のかかりつけとして関与している。理事長は「地方の地域ならではの役割を果たしたい。」と語る。また、地域住民の雇用先としても大きな役割を担っている。

図表Ⅱ-4-19 新規に設立したサービス付き高齢者向け住宅（再掲）

年次	新規事業
平成27年	サービス付き高齢者向け住宅「ヒルハウスひとは」開設（5月）
平成28年	旧中安小学校の跡地を活用したサービス付き高齢者向け住宅「リバーサイドなかやす」開設（10月）

## (7) 今後の展望

### ① 医療安全・コンプライアンスも含めた経営体制の強化

森泰宏副院長は、経営のあり方を変えていきたいと考えている。副院長は、着任前に京都の病院に勤務しており、当院でも毎週末に当直に入っていた。京都の病院においては、勤務医ながら、同院の経営を重視している姿勢を学ぶことができたという。

副院長は、経営が成り立つような運営を行うことを強く意識しており、従来の経営は住民ニーズには次々対応はしてきたものの、しっかりとした事業の構造が確立されていなかったと考えている。次に、地域住民に安心して利用してもらうためには、コンプライアンスを重視する必要があると考えている。従来、近隣に公的病院がなかったことから、職員には半官半民という意識も一部あったという。副院長は、当院はこれまではやるべきことがやれていなかったとみており、病棟でのトラブルが発生したこともあった。法人内の規律や働き方のルールを決め、安全と安心が確保されて初めて良い医療が提供できるし、これから採用する職員の安心にもつながると副院長は考えている。

## ② 増加する介護需要への対応

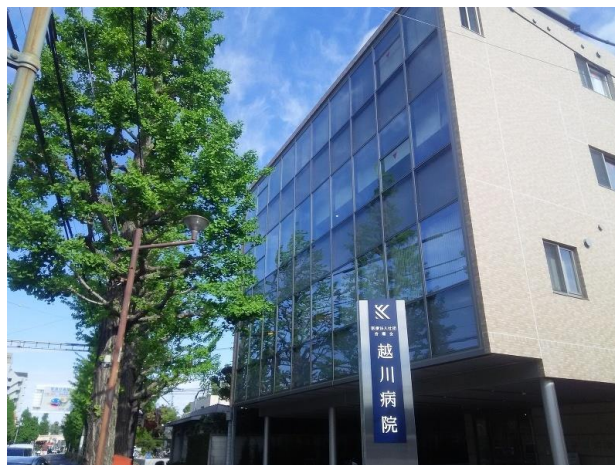
人口減少は避けられないが、高齢者数は 2030 年前後に減少に転じるものの大きな変動はないため、介護需要は変わらないと推計されている。前述のとおり法人では地域医療構想が始まる前から、退院後を見据えて小規模多機能や訪問看護、自宅からの利用が困難な方へサービス付高齢者住宅等を展開してきている。

理事長は、法人としては医療から介護に軸足を移し、町における医療と介護のネットワークを構築していきたいと考えている。今後は、訪問診療を増やすことを考えている。

## 5 医療法人社団杏順会 越川病院（東京都杉並区、46床）

事業承継を機に診療科を転換、緩和医療に特化し経営改善。その後、新築移転・増床した事例

### (1) 病院の外観



### (2) 概要

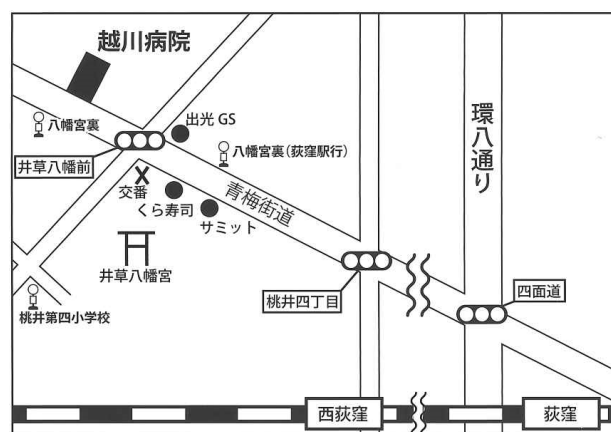
#### ① 所在地

図表Ⅱ-5-1 区西部保健医療圏と杉並区



\* 出所：日本医師会 地域医療情報システム

図表Ⅱ-5-2 当院の周辺地図



#### ② 医療圏の状況

越川病院（以下「当院」という。）は区西部保健医療圏（地域医療構想区域と同一）に位置している。杉並区、中野区、新宿区を横断するJR中央線によって3区間内の移動がしやすい地域である。区西部のがん診療連携拠点病院には、新宿区に慶應義塾大学病院、国立国際医療研究センター病院、東京医科大学病院がある。医療連携の状況としては、在宅復帰が円滑ではなく、入院期間が延長するケースが多い。また、在宅療養を支援するための医療資源や介護資源が不足している地域も多く、2040年に向けて在宅看取りが増えると予想される中、在宅医・訪問看護ステーションが足りないとされている<sup>17</sup>。

<sup>17</sup> 東京都地域医療構想（平成28年7月）「構想区域別の状況（区西部）」

当院は、同一医療圏内及び隣圏（北多摩南部保健医療圏）におけるがん患者の診療が多い病院からのアクセスが良い。緩和ケア病棟を有する病院は杉並区に4病院あるものの、同一医療圏の中野区や隣接する世田谷区、練馬区には1施設もない<sup>18</sup>。

図表Ⅱ-5-3 区西部保健医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成 27)	2020年 (平成 32)	2025年 (平成 37)	2030年 (平成 42)	2035年 (平成 47)	2040年 (平成 52)	15⇒40年 増加率
総人口(人)	1,195,960	1,184,759	1,164,925	1,138,892	1,106,353	1,067,142	-11.0%
(再掲) 65歳以上	284,431	298,258	305,291	321,988	343,813	372,670	31.0%
(再掲) 75歳以上	143,130	162,595	184,325	188,717	189,112	199,846	39.6%
高齢化率	23.8%	25.2%	26.2%	28.3%	31.1%	34.9%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

図表Ⅱ-5-4 区西部保健医療圏域の病院の状況（杉並区のみ抜粋、単位：床）<sup>19</sup>

医療機関名	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
当院	46	0	46	0	0
医療法人財団荻窪病院	252	8	244	0	0
浜田山病院	48	0	48	0	0
社会医療法人河北医療財団 河北総合病院	331	20	311	0	0
河北総合病院分院	76	0	76	0	0
医療法人社団 三成会 河北前田病院	127	0	0	0	127
河北リハビリテーション病院	135	0	0	135	0
医療法人社団静山会 清川病院	111	0	51	60	0
立正佼成会附属佼成病院	336	4	312	0	20
一般社団法人衛生文化協会 城西病院	99	0	50	0	49
医療法人社団親和会 杉並病院	97	0	0	0	97
医療法人社団瑞心会 杉並リハビリテーション病院	101	0	0	101	0
寺田病院	21	0	0	0	21
医療法人財団アドベンチスト会 東京衛生病院	186	0	166	0	20
ニューハート・ワタナベ国際病院	43	8	35	0	0
救世軍ブース記念病院	199	0	52	0	147
医療法人社団和光会 藤村病院	25	0	0	0	25
山中病院	37	0	37	0	0
社会福祉法人浴風会 浴風会病院	250	0	100	50	100
医療法人社団回心会 ロイヤル病院	198	0	0	0	198

\* 出所：東京都ホームページ

<sup>18</sup> 国立がん研究センター「がん情報サービス」サイト

<sup>19</sup> 東京都ホームページ「平成28年(2016年)報告 区西部二次保健医療圏における医療機能ごとの病床の状況(許可病床)」より抜粋。病床数は、平成28年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況

③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-5-5 病院 概要

理事長	越川貴史
院長	越川貴史
住所	東京都杉並区上井草4-4-5
開設	昭和33年(越川医院) 昭和51年(越川病院)
病床数	46床 ・ 一般病棟入院基本料7対1(12床) ・ 緩和ケア病棟入院料(34床)

図表Ⅱ-5-6 沿革

年次	概要	備考
昭和33年	越川医院開設(産婦人科)	※ 杉並区上荻
昭和51年	越川病院開設	
平成13年	医療法人社団杏順会 越川病院開設 ※ 緩和医療への特化開始(診療科変更)。	※ 現住所に移転 ※ 医療法人化
平成17年	訪問看護ステーション開設	
平成18年	7対1入院基本料算定開始 越川ホームケアクリニック開設 (※ 在宅療養支援診療所) 西荻ケアプランセンター開設	
平成27年	杉並区上井草に新築移転、46床に増床。	

図表Ⅱ-5-7 経営指標の推移

(単位：円)

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医業収益	604,075,116	628,327,530	764,813,856	933,031,222
人件費	353,578,267	382,745,954	431,040,470	484,052,690
人件費比率	58.5%	60.9%	56.4%	51.9%
減価償却費	4,818,696	5,237,588	21,994,946	34,444,245
減価償却費比率	0.8%	0.8%	2.9%	3.7%
医業利益	3,038,358	1,862,649	8,271,260	22,547,110
医業利益率	0.5%	0.3%	1.1%	2.4%
医業外収益	554,367	659,343	2,813,884	4,442,481
医業外費用	65,133	291,305	3,013,723	2,920,176
経常利益	3,527,592	2,230,687	8,071,421	24,069,415
経常利益率	0.6%	0.4%	1.1%	2.6%
特別損失			-56,991,734	

### (3) 改善前の状況

#### ① 研修医時代からの問題意識：がん患者のニーズが満たされていないと感じる

越川貴史理事長（以下「理事長」という。）の病院は承継前、産科専門病院であった。理事長は医学生の間から全身管理を行う診療科に進みたいと考えており、産科ではなく内科医を志していた。大学病院での消化器内科の研修医時代に、徐々に医療保険制度の仕組みが理解でき、がん患者が転院する理由などを肌で感じるようになっていった。機能分化の徹底によって退院せざるを得なくなった患者は、緩和ケア病棟には入院までに日数を要し、円滑に転院できない状況であった。在宅生活を支援する仕組みも整っておらず行き場のない患者が多かった。理事長には、転院先の一般病院では質の高い緩和医療が提供されているとは思えず、当時を振り返り「衝撃的ながん医療の現場を目の当たりにしたことで自身の将来が決定づけられた」という。理事長はその後、国立がんセンターの研修生となり臨床経験を積む。理事長は当時から、急性期治療後から疼痛コントロールや分子標的薬などの最新治療を組み合わせることで、生活の質を確保しつつ充実した在宅生活も可能と確信していた。特に、比較的若い世代のがん末期患者の在宅支援の必要性を感じた。

#### ② 承継予定の病院を取り巻く課題

理事長が承継予定の病院は産科専門病院であった。当院の経営状況は前院長の高齢化とともに悪化しており、承継時期を早め理事長は平成 13 年に院長に就任した。当院の規模で可能な事業展開を検討したが、34 床で産科を続けるには訴訟リスクや人材確保の難しさがあると見ていた。救急医療についても同様であった。

#### ③ 理事長が思い描いた将来構想

理事長はかねてからの問題意識である「がん難民をなくす」ために、緩和医療に特化していくことを決めていた。目指す姿は、“緩和ケア”からイメージされるホスピスケアではなく、積極的に治療しつつ、自院で訪問看護や訪問診療も行う病院作りであった。

### (4) 経営改善の成果

理事長は、平成 13 年に病院を承継し、診療科の転換を図った結果、法人全体として医業収益は順調に拡大し、平成 23 年には対平成 13 年比で約 1.5 倍となった。移転後は、緩和ケア病棟入院料の算定ができたこともあり、移転時の平成 27 年前後で約 1.6 倍に増収となった。移転前の 2 年は医業利益率が 0~1%であったが、移転後は適正な利益率を確保できている。

「がん難民をなくす」という使命をもとに、緩和医療に特化して病院を運営した結果、理事長が目指す小さくて強い病院を作ることができた。平成 27 年には新築移転とともに増床し入院収入の増加につながった。入院収入は平成 13 年~15 年まで増加したのちに頭打ちとなり、平成 18 年の 7 対 1 入院基本料算定により再び増加に転じる。平成 20 年以降は 34 床という病床規模の制約もあり伸び悩んでいたが、移転により大きく伸びた。

院長の当初からの理念である在宅がん患者への支援に関して、平成 17 年以降、具体的に取り組み、訪問看護、在宅療養支援診療所の増収により、法人全体で増収した。在宅診療収入は、平成 25 年の約 350 万円から平成 28 年には約 2,243 万円へと大きく伸びている。



(5) 経営改善の取り組み① 承継時に診療科を緩和医療に転換（平成 13 年）

① 承継後に診療科を緩和医療に転換

理事長は自院の方向性として、積極的に治療しつつ、自院で訪問看護や訪問診療も行う病院作りを目指した。在宅支援の充実、病床数の限界をカバーするため経営の観点からも必要であった。外来患者数は承継当時すでに少なく、入院に集中する意思決定はスムーズにできた。

平成 14 年に産科を取りやめ分娩室が必要なくなり、続いて平成 15 年には婦人科を廃止した。診療科の転換にあたっての前院長と理事長との合意形成は円滑であった。前院長が高齢であり、病院の業績も好調ではなく、理事長が当初予定していた時期よりも早めに病院を継ぐこととなったためであった。また、平成 14 年頃は産科の入院患者は 1 日平均 1～2 名程度になっており、産科からの撤退は比較的スムーズであった。

利益は充分とはいえなかったが、必ず当院が必要とされる診療報酬体系になると信じて、法人として事業拡大を目指してきた。

② 一般病棟で緩和医療を展開

理事長は、がん末期患者の治療に専念できるように体制を整えた。設備面では旧病院の構造上の制約もあり、緩和ケア病棟ではなく引き続き一般病棟のまま運営した。

理事長は「緩和医療の積極的提供」を理念に掲げ、充実した医療提供には手厚い看護体制が必要と考えていた。承継後から計画的に看護師を増員し、平成 18 年に 7 対 1 入院基本料を取得、正看護師割合も平成 20 年に 100%を達成した（図表Ⅱ-5-8）。大学病院等との連携関係強化のため、がん患者等の状態の重い患者を安心して紹介してもらえるよう意識した。

図表Ⅱ-5-8 職員数の推移（単位：人）

	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
職員数（常勤）	25	29	27	32	32	35	38	38	39	39	43
（再掲）医師	3.8	4.2	4.1	4.2	4.4	4.1	4.1	5.1	5.9	6.2	6.6
助産師	1.4	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
看護師	5.4	8.0	12.7	14.5	16.0	18.0	22.6	22.6	22.0	23.0	24.0
准看護師	10.1	6.5	4.8	4.5	2.0	2.0	1.0	-	-	-	-
看護補助者	6.0	5.3	5.3	4.0	5.0	4.0	4.0	4.0	3.0	3.0	3.0

	H24	H25	H26	H27	H28	H29
職員数（常勤）	43	42	45	45	61	64
（再掲）医師	6.5	6.5	6.5	6.6	6.8	7.8
助産師	-	-	-	-	-	-
看護師	24.0	23.0	25.0	25.0	38.0	39.0
准看護師	-	-	-	-	-	-
看護補助者	3.0	3.0	3.0	3.0	2.0	2.0

③ 在宅支援の実現に向け法人自身で関連事業を順次開始

理事長の理念を実現するため、在宅支援を順次具体化していった。平成 17 年に訪問看護ステーション、平成 18 年に在宅療養支援診療所、ケアプランセンターを次々に開設した。同一法人で設置した狙いは、共通の理念のもとにがん患者の在宅支援を行うことであり、例えば、

訪問看護の職員が入院患者に対して、入院中から病室を訪問し在宅医療に向けた準備をしやすいするためである。在宅復帰支援のマニュアルも作成した。がん患者の予後は予測しにくく、予後を1か月と診断しても結果的に半年以上、場合によっては1年以上生存するケースもあるという。在宅からの一時入院は、疼痛緩和やポート造設<sup>20</sup>目的の短期入院等が多いため、結果的に平均在院日数の短縮にもつながった。入院・救急・在宅支援を兼ね備えて病棟を運営していたため、診療報酬改定で特定除外制度が廃止されても、当院の平均在院日数は短く維持することができた。

平成13年の機能転換の理念・方針は、理事長はさまざまな取り組みを通して院内に示しつづけた。理事長は、理念が十分に浸透したと実感できるまでに6～7年を要したという。

## (6) 経営改善の取り組み② 新築移転と緩和ケア病棟入院料の届出（平成27年9月）

### ① 一般病棟で緩和医療を続けることが限界に

一般病棟での緩和医療提供には、徐々に無理も生じていた。診療報酬改定で7対1の要件改定が相次ぎ、理事長が想定したように早期退院が求められるようになっていったからであった。

患者・家族対応の面からも改善が必要だった。退院調整を充実し在宅で緩和ケアを円滑に受けられるようにしていたが、患者・家族の「自宅に帰ると緊急対応や再入院ができなくなるのでは」という“見捨てられた”ように感じる不安は拭えず、退院に二の足を踏む状況もあったという。在宅での緩和ケア医療を整えるだけでは、患者や家族が自宅に帰ることを選ぶ環境としては不十分であった。

### ② 新病院では緩和ケア病棟入院料を算定

新病院では、緩和ケア病棟入院料を算定できる条件を整えた。緩和ケア病棟を有する病院は、新築移転した平成27年時点でも杉並区内に3病院しかなく、近隣の中野区や世田谷区にはないことから、理事長はニーズが引き続きあると考えた。新築移転後は、緩和ケア病棟入院料の施設基準を充足し、一般病棟12床（7対1）、緩和ケア病棟34床（都内でも最大規模）という病棟構成とした。これまで一般病棟の運営で培ってきたノウハウを活かし、新病院ではさらに時代のニーズに応えていきたいと考えた。

12床の一般病棟では、緊急対応と緩和ケア病棟満床時に待機できる病棟として活用して、入院までの待ち時間を少なくしている。1回限りではあるが転棟することになるので、7対1病棟の平均在院日数は5日程度と短く保たれている。

新入院患者は、直接緩和ケア病棟に入院せずに、一般病棟でまず受け入れ、各種必要な検査を行ったうえで、緩和ケア病棟に転棟する。これまで一般病棟での検査で結核が判明した患者が3名おり、感染症対策にもなっている。

### ③ 移転先の選定

新病院は、旧病院から直接距離で約1.5kmにある。生活圏は同じ区内で変わらず、幹線道路（青梅街道）に面した立地で、荻窪駅からもバスで10分ほどである。新病院の向いに井草八幡宮があり23区内にありながら緑が多く、周囲に高い建物がなく病棟からの展望も良い。

<sup>20</sup> 化学療法のための埋め込み型中心静脈カテーテル

新築移転先の土地を確保するには、約3年半の歳月を要した。23区内の駅前か街道沿いにある500坪の土地は、容易には見つからなかった。移転先は杉並区に限定せずに区西部保健医療圏(杉並区・中野区・新宿区)を中心に世田谷区も視野に入れた。高橋勝三事務長(以下、「事務長」という。)は、あらゆる不動産会社と情報交換したほか、地域のほぼすべてのJA(農業協同組合)事務所にもあいさつ回りをしたという。ある不動産会社から、近隣の土地所有者の多くがJAの組合員になっているという情報を得たからであった。

最終的には、移転先の土地所有者とは第三者の紹介で知り合い、普通借地による賃貸借契約を締結するに至った。土地所有者は当時駐車場を運営していたが、土地を社会的意義のある用途で活用したいと考えていて、コンビニエンスストアやファミリーレストランとの交渉は断っていたという。

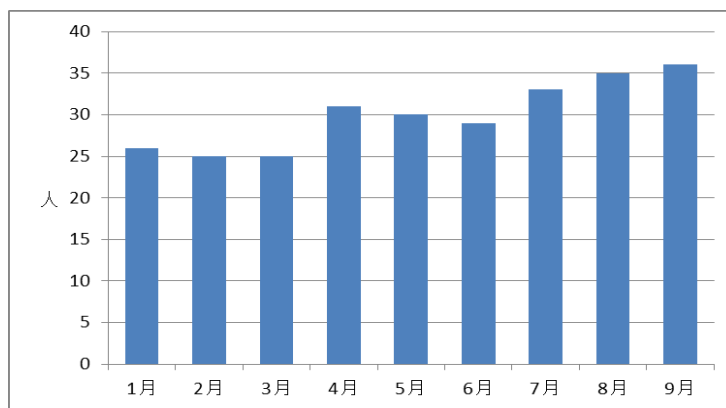
新築移転に関連する借入は、メインバンクを中心としつつ、金利の相見積りを取るなどして交渉を重ね、福祉医療機構よりも良い条件を銀行から引き出すことができたという。土地代も含めて銀行からは融資枠22億円が確保できていた。当院が特徴のある分野に特化して収益性も十分に見込めるとして、事業性については銀行からも太鼓判を押されていた。平成13年に承継した当時から、理事長は自院の病院機能の理念・目的を金融機関に説明し、理念の裏づけとして普段から経営計画や採算性も示すよう心掛けていた。金融機関の担当者が行内稟議を通しやすいよう、必要なデータを積極的に提供するようにしている。

理事長は、移転を振り返り「仮に当院が緩和医療ではなく一般病院であったら、収益性確保のためには相当な増床が必要となり、移転はできなかったかもしれない。都内でそれだけの投資をし、借入返済を見込める収益構造を作ることは難しい。」と述べる。

#### ④ 移転の準備：収益構造は変わらないままに、新病院の人員配置を整える

移転前、平成26年4月から人員の増員等の準備を始めていった。緩和ケア病棟を運営するにあたっての事前の教育、電子カルテのトレーニングやマニュアル作成などが必要であった。平成27年に入ってから、収益構造が変わらないままに人員を徐々に採用し、新築オープン時の平成27年9月28日には看護師が37名(その後すぐに40名に)まで増員していったため(図表Ⅱ-5-9)、この間は経営的に厳しくなった。さらに、緩和ケア病棟の施設基準に求められる病院機能評価の認定取得もあり、理事長も「精神的にきつい時期であった。」と振り返る。

図表Ⅱ-5-9 平成27年の看護師数推移



(7) 新築移転の前後比較

① 入退院患者のルート推移

イ 入院患者の紹介ルート

平成 13 年当時、紹介患者は、国立がんセンターの勤務医時代からの人脈等による紹介が中心であった。その後、地域のがん診療拠点病院等との連携体制を構築していった。平成 24 年には入院患者のうち紹介患者が 40～50%を占めるようになる。大学病院等からいったん自宅に退院し、その後当院に入院となるルートも含めると、広義の紹介患者は全体の 60～70%を占める。

平成 28 年の 1 か月あたりの入院（入棟）ルートをみると、一般病棟には 36 人が入棟のうち 19 名（53%）が家庭からの入院、16 名（44%）が病院や診療所からの転棟である。緩和ケア病棟については入棟患者 25 名のうち 23 名（92%）が一般病棟からの転棟が占めている。なお、入院ルート別の転帰としては、紹介患者の約半数は自宅に戻り、その後再入院する場合には死亡退院となるケースが多い。

紹介件数上位 10 施設は図表Ⅱ-5-10 のとおりである。D病院とは、当院の経営方針などを説明する機会を持ち、連携を深めている。J病院とは、菊地玲子看護部長（以下「看護部長」という。）が平成 22 年の入職後、関係構築を図り、当院が緩和医療に対応できるという認知が形成され、その後も実績を積み、紹介数が増えていた病院である。新築移転後も、個別医療機関の紹介数には増減があるものの、全体の紹介数は順調に増えている。

図表Ⅱ-5-10 紹介数上位 10 施設

順位	病院	平成 21 年	22 年	23 年	27 年	28 年	29 年
1	A 公的病院	4	11	11	94	87	80
2	B 国立病院	15	13	8	41	32	44
3	C 大学病院	17	20	14	38	35	42
4	D 民間病院	30	35	34	68	47	38
5	E 大学病院	10	16	14	49	12	29
6	F 大学病院	-	-	-	22	34	26
7	G 民間病院	10	11	9	40	59	24
8	H 民間病院	-	-	-	19	29	19
9	I 公的病院	0	0	3	12	18	17
10	J 民間病院	0	2	4	17	7	11

※順位は平成 29 年の紹介数、平成 29 年は 4 月～平成 30 年 1 月の 10 か月分

ロ 退院先の状況

平成 28 年の 1 か月あたりの一般病棟の退棟患者 33 人のうち 23 人（70%）が緩和ケア病棟への院内転棟である。緩和ケア病棟の退棟患者 27 人のうち 23 名（85%）が死亡退院しており、その他の 15%は家庭・介護施設へ退院している。

## ② 医療連携体制

### イ 移転前：入院までのスピードを重視：地域連携を院長・看護部長が担当

紹介患者のルートを確保し、紹介患者を確実に入院につなげる仕組みを確立する必要があった。緩和医療に特化している戦略上、院長は、相談から入院までの期間短縮に重点を置いた。患者や家族が、なるべく早く質の高い在宅療養生活を送るために、当院では、できるだけ早く受け入れられるよう体制を整えた。

理事長は、連携室を敢えて設けず、理事長と看護部長が医療連携を担当した。34床という規模であり、全体を見渡せる者が直接、医療連携の窓口を担当すべきと考えたのである。

看護部長は、直通の携帯電話を持っていて、連携病院の連携室から直接電話相談を受けていた。看護部長は病棟全体を見渡すことができるため、対応を即時に判断することができる。電話相談の80%が患者・家族面談につながり、面談後92%が入院に至っていた。

入院とならない事例は、死亡、当院の機能とマッチしない症例（例えば、脳梗塞や認知症での長期入院）などであった。後者の場合は、近隣の療養病床の病院を紹介する。

看護部長は入職当初、連携を担当することは想定していなかったという。実際に医療連携を担当してみると、患者・家族からの電話では悩みの相談も多く、患者の紹介を受けるためだけではなく看護師の役割も同時に果たせていると考えている。

### ロ 移転後

がん末期患者へのスピード感を持った対応のために、旧病院ではあえてケースワーカーを置かず、理事長、看護部長、師長などでベッドの調整を行っていた。移転後の新病院では病床数が増え、緩和ケア病棟を開設したことによって、従来の対応では難しくなったため、連携室を設けた。専従のMSWとがん専門看護師を配置し、医師も加わって患者・家族と面談したうえで入院や治療方針を決めるようになっている。

## ③ トータルの緩和ケアを実現する

移転前から同一法人内で共通の理念のもとに行っていたがん患者の在宅支援をさらに強化する目的で、移転後に「退院支援のフローシート」（図表Ⅱ-5-11）を作成し、入院前から退院後まで同一の主治医が診る体制を構築している。

当院では、在宅に戻す判断をした後、入院中に1週間程度で調整する。例えば、点滴投与をしている患者であれば、家族に点滴の投与方法の指導し、在宅での症状マネジメントをしやすきようにする。薬の種類も在宅で使用可能なものに切り替える。家族に負担をかけないためにシンプルにすることを心がけている。並行してケアプランを家族と話し合いながら調整する。

退院後にはスムーズに訪問看護や訪問診療を開始する。薬剤師には、訪問診療時の処方箋指導も行う。調剤薬局では麻薬の処方できないところもあるため、特に医療用麻薬などについては、どの調剤薬局に備えられているのかなども家族に情報提供している。

図表 II-5-11 退院支援フローシート

退院支援フローシート【記入例】		指導対象者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族ほか( )								
	平成 年 月 日	平成 年 月 日							平成 年 月 日	平成 年 月 日
	入院相談	退院決定							退院前日	退院日
医師	<input checked="" type="checkbox"/> 患者の病状把握 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意向と治療の方向性に関する相談	<input type="checkbox"/> 治療方針の決定 <input type="checkbox"/> 症状マネージメント <input type="checkbox"/> 在宅医療で使用する薬剤の見直しと整理	<input checked="" type="checkbox"/> 病棟内での退院前カンファレンス ( 4/4 ) ・生活状況のアセスメント ・患者・家族のニーズを共有する	<input type="checkbox"/> 必要に応じて病状説明( / )	<input type="checkbox"/> 必要に応じて、退院前拡大カンファレンス( / ) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー参加時は、退院情報提供書を記入する	ケアマネージャーが来院。カンファレンスを行い、患者に対して介護サービス等の情報提供をした場合に記入する。			<input type="checkbox"/> 訪問看護指示書記入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素指示書記入 <input type="checkbox"/> 退院指示書の記入	
看護師 ★ リーダー看護師 ○ 担当看護師 ◎ リーダー・担当看護師	★ 患者・家族の意向の確認( / )  退院方向であることを伝える。	○ 訪問看護師、ケアマネージャーと連絡調整( / ) ★ 情報収集を行い、医療処置指導の計画立案( / )	・医療処置・介護量を見極め、医療連携の必要性を検討する ・症状コントロール	◎ 必要に応じてICセッティング ◎ IC時同席し、内容と患者・家族の反応を確認 ★ 指導項目評価・調整( / )					○ 退院指示書の確認( / ) ○ 看護サマリー内容の確認( / ) ★ 医材表記入し医材の準備( / )	★ 医材を渡すサマリー最終確認 ・記入漏れの有無・封の確認 ○ 次回往診・訪問予定表を渡す。サマリーを渡す ○ 緊急時の連絡方法を渡す
薬剤師		<input type="checkbox"/> 提携薬局に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 薬剤の見直しと整理	退院計画を基にカンファレンスを実施し、指導内容や介護保険のサービスが明確						<input type="checkbox"/> 服薬指導、退院処方の確認 <input type="checkbox"/> 提携薬局への情報提供	<input type="checkbox"/> 退院処方を渡す
ケアマネージャー		<input type="checkbox"/> 介護サービスに関する情報提供 <input type="checkbox"/> 介護サービスの利用希望の確認と調整 <input type="checkbox"/> 患者宅に事前訪問							<input type="checkbox"/> 介護サービスの最終調整 <input type="checkbox"/> 介護福祉用具の設置	<注意> <input type="checkbox"/> CADD使用患者は必ず退院時にロックレベルLL2へ変更する
訪問看護師		<input type="checkbox"/> 病棟看護師の情報提供を受け、医療処置や介護に対する助言							<input type="checkbox"/> 退院直前の患者の情報把握 <input type="checkbox"/> 訪問日の調整	
医事課		<input type="checkbox"/> 患者・家族に在宅医療にかかる費用の説明								

No.	日付	4/4			4/5			/			/			評価	指導習得状況		
		指導対象者			指導対象者			指導対象者			指導対象者				指導対象者		
	指導項目	①妻	②長女	③	①妻	②長女	③	①	②	③	①	②	③		①妻	②長女	③
1	例)フェントス張り替え 指導項目は【△:説明見学のみ ○:看護師と一緒に実施 ◎:全てを行える】で評価する	①・②○													○	◎	
2	例)尿破棄	①・②△			①・②○⇒妻クランプ忘れがちなので注意してみてください。												
3																	
4																	

それぞれの項目の指導終了時担当した看護師が指導の内容と患者やご家族の反応について最終的な評価をする。

指導終了時、指導対象者の指導習得状況を評価する(当院訪問看護が入る場合)

誰にどのような指導を行ったか。結果どのような反応であったかを記載(指導の経過がわかるように)

次回予定や重点的にみて欲しい点なども記載

指導内容や詳しい状況については、カルテ内にフォーカスで記載

平成 30 年度の診療報酬改定では、緩和ケア病棟入院料について「待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、待機期間を踏まえた要件とするなど評価を見直す」とされ、より高い入院料を算定できる「1」が新たに設けられ、新たに「直近 1 年間の平均在棟日数が 30 日未満かつ平均待機期間が 14 日未満であること」「直近 1 年間において、在宅に移行した患者が退院患者全体の 15%以上であること」を満たすこととされた。

当院では平成 24 年時点ですでに約半数の退院患者が在宅移行していたことなどから、この要件は容易に満たすことができ、診療報酬改定を受けて増収が見込まれている。

理事長は職員に対して「従来から考えていたとおりに時代がついてきた」と話し、小さくても強い病院を引き続き目指していくとの決意を示している。

#### ④ 近隣病院・介護施設とのネットワーク作り

理事長、看護部長及び事務長は、従来から定期的に連携先病院を訪問し、当院の目指す方向性や受入れ態勢について理解を得るよう努めている。例えば、ある近隣の療養病床の病院に対して、入院患者に疼痛管理が必要になれば、専門的対応のための当院への一時転院が引き受けられることなどを説明している。

在宅がん患者が急変した際、一般的には救急病院に搬送されるが、搬送先の病院では、患者の在宅での状態等を把握していないため、搬送された救急病院が初期対応した後に当院に転院するケースが従来からあったという。そこで、当院では、近隣の 2 病院と連携の協議を行っている。協議の目的は、在宅から救急搬送されるがん患者の救急対応を救急病院で行い、その後、緩和医療も含めて当院に転院して対応するネットワーク作りである。

移転後は、杉並区内の特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの介護施設との連携も開始している。介護施設では医療用麻薬の調整などが難しいため、がん終末期患者の受入れが拒否されてしまうケースがある。また、介護施設入所者に対する緩和ケアについては行政も実態が把握できていないという。そこで、当院では行政とも話し合いながら連携を進めることで、杉並区に「行き場のないがん患者」をなくすことを目指している。

### (8) 人材確保

理事長の理念を実現するためには、緩和医療を志す医師、看護師の確保がキーとなった。理事長は専門性の高い医療提供を目指し、正看護師の確保を重視した。

#### ① 強みへの特化による評判の形成

当院が“緩和医療に強い病院”という評判が広がり、移転前から就職希望者が増えていた。理事長は東京慈恵会医科大学付属病院本院の緩和ケア診療部所属の非常勤診療医長を務めており、同部ホームページには“顔の見える医療連携先”として紹介されている。

理事長をはじめ医師、看護師が連名で論文を定期的に発表している。平成 18 年には、研究財団から助成を受けて「在宅をはじめの方へのアドバイスブック」等を作成した。

医師は、理事長以下常勤医 7 名（平成 30 年 2 月時点）を確保できている。医師の確保ルートとしては、理事長の出身大学が多いが、緩和医療に特化することでさまざまな関係構築ができ、当院に転職をする事例も過去にはあったという。

## ② 看護体制強化と専門性の追求支援

移転前から、7対1入院基本料を取得することで、より手厚い看護配置を実現していた。看護部長は、一般的には「緩和医療」と聞くと、“ゆったりとしたペースで患者と向き合う姿”をイメージする看護師が多いという。実際には、当院では急性期医療を提供しており、例えば、医療用麻薬による疼痛管理、呼吸困難時の気管切開、腫瘍の圧迫による腎機能障害の改善などが必要な患者を受け入れている。

平成22年に入職した看護部長は、前職は大学教員であった。教え子の同窓会に出席するたびに近況報告を行っている。出席していた看護師が、その際の話覚えていて、緩和医療に興味を持ったとして連絡をしてくることもあるという。

当院には、「がん専門看護師」が1名在籍している。当看護師は専門性を活かし、調査研究を受託、在宅療養を開始する患者向けのアドバイスブックを作成するなどして活躍している。緩和ケア認定看護師も2名在籍している。

新築移転前後には、緩和ケア病棟の運営を見据えて増員しなければならなかったが、看護師の採用には「まったく困らなかった」（理事長）という。若い看護師が多く平均年齢は約29歳（平成30年2月現在）である。

## ③ 病院特性に応じた職員のメンタルケアの推進

当院では、第一に、一般的な緩和ケアのイメージと、入職後のミスマッチが起こらないよう、面接時に留意して説明している。

第二に、看護部長にとって看護師のメンタルケアも重要な業務となっている。看護師は、肝性脳症や脳腫瘍によるせん妄の対応に日常的に追われており、さらに複数の入院患者の死亡が集中する日は、自身が担当患者の看取りの瞬間までベッドサイドにいられないことがあり、これが看護師のジレンマとなっているという。看護部長は、対策として個人ごとの面談表を患者のカルテのように細かく作成し、看護師の勤務時間、業務に関する悩み等を把握するようにしている。看護師のタイムカードは全員分チェックしており、残業が多い職員がいれば、業務分析をし、要因を解明、過度の負担がかかっているか確認している。

看護部長のきめ細やかな職員の状況把握と熱意ある対応について、事務長は「看護部長の前職が教員であったことが活かされている。」という。

## ④ 働きやすい職場環境の整備

当院では、短時間勤務などの働きやすい職場環境を整備している。育児短時間勤務制度について、小学校就学前までの子を養育する職員が利用できるよう独自に対象範囲を拡大するなどしている。このような取り組みが杉並区役所の目に留まり、平成24年度に「杉並区子育て優良事業者表彰 優良賞」を受賞した。



## (9) 今後の展望

理事長は、いまの病院をさらにブラッシュアップしていきたいと考えている。そのためには良い病院を知ることが大事であり、日本国内にとどまらず、海外の病院を定期的に見学するなどして積極的に情報収集したいと考えている。そのために、医師に週1回の英会話スクールに通学させている。

理事長は、あえて制度や仕組みが異なる国に学ぶことで、本質的な発想の転換があるという。アメリカでは、大病院で緩和ケアを受けると1日1,000ドルを超える病院がざらである。そのために長期入院はできずに早期に症状コントロールする必要があり、退院後はナーシングホームで療養せざるを得ない。今の日本も将来こうなる事態もありうると想定して、自院のあり方を常に問い直していきたいと考えている。

## 6 医療法人社団瑞心会 杉並リハビリテーション病院（東京都杉並区, 101 床）

グループ病院のスケールメリットを活かしつつ、機能転換を行って経営改善した事例

### (1) 病院の外観



### (2) 概要

#### ① 所在地

図表Ⅱ-6-1 区西部保健医療圏と杉並区



図表Ⅱ-6-2 当院の周辺地図



\* 出所：日本医師会 地域医療情報システム

#### ② 医療圏の状況（区西部保健医療圏）

区西部保健医療圏（地域医療構想区域と同一）は、平成 27 年の国勢調査では総人口 1,229,987 人、65 歳以上人口割合は 21.0%である。回復期の自構想区域完結率は 56.2%だが、都内隣接区域を含めると 77.5%となる。高度急性期機能や急性期機能に比べ、都内隣接区域を含めた完結率は低い。人口 10 万人当たりの回復期リハビリテーション病床数は、都平均の約 9 割に留まっている。平成 30 年 1 月の地域医療構想調整会議においても「杉並区の回復期リハは不足気味」との意見が出ている。

図表Ⅱ-6-3 区西部保健医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成27)	2020年 (平成32)	2025年 (平成37)	2030年 (平成42)	2035年 (平成47)	2040年 (平成52)	15⇒40年 増加率
総人口(人)	1,195,960	1,184,759	1,164,925	1,138,892	1,106,353	1,067,142	-11.0%
(再掲)65歳以上	284,431	298,258	305,291	321,988	343,813	372,670	31.0%
(再掲)75歳以上	143,130	162,595	184,325	188,717	189,112	199,846	39.6%
高齢化率	23.8%	25.2%	26.2%	28.3%	31.1%	34.9%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

図表Ⅱ-6-4 区西部保健医療圏域の病院の状況(杉並区のみ抜粋、単位：床)<sup>21</sup>

医療機関名	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
当院	101	0	0	101	0
医療法人財団荻窪病院	252	8	244	0	0
浜田山病院	48	0	48	0	0
社会医療法人河北医療財団 河北総合病院	331	20	311	0	0
河北総合病院分院	76	0	76	0	0
医療法人社団 三成会 河北前田病院	127	0	0	0	127
河北リハビリテーション病院	135	0	0	135	0
医療法人社団静山会 清川病院	111	0	51	60	0
立正佼成会附属佼成病院	336	4	312	0	20
医療法人社団杏順会 越川病院	46	0	46	0	0
一般社団法人衛生文化協会 城西病院	99	0	50	0	49
医療法人社団親和会杉並病院	97	0	0	0	97
寺田病院	21	0	0	0	21
医療法人財団アドベンチスト会 東京衛生病院	186	0	166	0	20
ニューハート・ワタナベ国際病院	43	8	35	0	0
救世軍ブース記念病院	199	0	52	0	147
医療法人社団和光会 藤村病院	25	0	0	0	25
山中病院	37	0	37	0	0
社会福祉法人浴風会 浴風会病院	250	0	100	50	100
医療法人社団回心会 ロイヤル病院	198	0	0	0	198

\* 出所：東京都ホームページ

<sup>21</sup> 東京都ホームページ「平成28年(2016年)報告 区西部二次保健医療圏における医療機能ごとの病床の状況(許可病床)」より抜粋。病床数は、平成28年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況

③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-6-5 概要

理事長	上野 聡一郎
院長	門脇 親房
開設・許可等	昭和 43 年 10 月：総合西荻病院開院 平成 16 年 5 月：上尾中央医科グループに編入 平成 19 年 4 月：杉並リハビリテーション病院に名称変更
理念	愛し愛される病院・施設（上尾中央医科グループ理念）
診療科目	内科、リハビリテーション科
病床数	101 床 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
職員数	172.8 名（病院の人員配置、常勤・非常勤合計） 医師 6.5 名、薬剤師 4 名、看護師 43.1 名、准看護師 4 名、看護補助者 26.2 名、理学療法士 44 名、作業療法士 22 名、言語聴覚士 15 名、社会福祉士 5 名、その他 3 名
病床稼働率	97.6%（平成 29 年 12 月）
在宅復帰率	92.9%（平成 29 年 12 月）

図表Ⅱ-6-6 法人の沿革

年次	概要
昭和 43 年	総合西荻中央病院開院（10 月）
平成 16 年	上尾中央医科グループに編入（5 月）
平成 19 年	杉並リハビリテーション病院に名称変更（4 月）
平成 20 年	全床回復期リハビリテーション病棟に転換（8 月）
平成 21 年	病院機能評価認定取得（3 月）
平成 22 年	365 日リハビリテーション提供開始（4 月）
平成 24 年	「くーるみんと保育室」開設（5 月） リハ室を拡充（165 m <sup>2</sup> から 225 m <sup>2</sup> に）（6 月）
平成 25 年	電子カルテシステム導入（8 月）
平成 26 年	「東京ワークライフバランス認定企業」に認定（仕事と育児の両立推進部門）される（11 月）

### (3) 改善前の状況

杉並リハビリテーション病院（以下、「当院」という。）の前身である総合西荻中央病院は昭和43年10月に開設した病院で、脳神経外科と産婦人科の急性期医療を中心としており、脳外科は24時間救急体制を構築、緊急手術も行っていた。経営は脳外科に依存している状態であった。経営効率の面からは101床という規模に比して広範で多様な診療を行っていたため、不採算による赤字体質が数年間続いていた。

### (4) 経営改善の成果

上尾中央医科グループ（以下、「グループ」という。）の方針により承継当初は、当時の機能での継続を試みたが、経営改善はされなかった。そこで、地域のニーズ等を分析した結果、回復期リハビリテーション専門病院に転換することとなった。平成19年4月から1年4か月をかけて全床回復期リハビリテーション病棟に転換した。病床稼働率は常に90%台後半を維持しており、直近では97.6%（平成29年12月）となっている。在宅復帰率は92.9%（平成29年12月時点、直近3か月）である。

回復期に特化したことで患者の在宅復帰という目標が明確になり、職員も、医療職から事務職に至るまで全職員が同じ目標に向かっていることを“強み”のひとつと認識している。

機能転換にあたっては、グループが従来からリハビリテーションの重要性を認識し、質の高いリハビリテーションにグループ挙げて取り組んでいたことが奏功した。他のグループ病院の豊富な実践事例の活用や、リハビリ専門のシステム導入によって他の病院とのベンチマークも可能となった。

これらの経営改善の結果は財務指標にも表れ、改善前の利益率-17.9%から、平成21年には黒字化を果たし13.8%まで改善することができた。

### (5) 経営改善の取り組み

#### ① グループに編入：一部の幹部以外、職員は原則引き継ぐ

当院は平成16年5月にグループに編入された。医療法人瑞心会の理事長は交代し、平成30年2月現在は上野聡一郎氏（上尾中央総合病院上席副院長）が務めている。

グループでは経営の承継にあたりソフトランディングを基本としており、病院長をはじめ職員は原則引き継いだ。後任の看護部長と事務長はグループから派出された。例えば平成19年3月に着任した当時の看護部長は、グループの東大宮総合病院からの転籍であった。事務長はグループから定期的に人事異動している。

グループの管理職人事異動の背景には世代交代がある。平成27年から2年かけて、グループ病院の事務長・看護部長、本部部長96名が異動し、平成29年4月時点で急性期17病院の事務長最高齢は53歳、看護部長も60歳を超える者がいなくなっている。一定の年齢を超えた管理職については、グループの老人保健施設や関連会社の社長、看護学校の校長等に転籍させており、培ったノウハウや経験が生きる第二のキャリアを用意している。

当院の幹部人事もこのようなグループの人事ローテーションに組み込まれている。

## ② グループ編入後の病床再編

グループが譲り受けた病院は、原則独立採算で運営する。したがって、グループは複数の医療法人で形成されており、独立運営路線が基本である。また、当グループではグループ内病床融通を行っておらず、当院についても、従来通りの病床数を維持した。

グループでは、地域の医療ニーズに合致するように診療科も含めた診療機能の再編をはじめとする経営改善策を講じる（図表Ⅱ-6-7）。当院についても平成16年5月にグループに編入してから、従前の機能のままでは経営改善の努力を重ねたが改善は計画どおり進まなかった。東京都内で人口も多く、近隣には大病院も多数あることから、改めて診療機能を再検討し、リハビリテーションに特化した病院とすることになった。

図表Ⅱ-6-7 実行計画の実施事項

①市場調査
②スタッフへの説明、準備委員会の設立
③平成19年4月1日からの病院名称変更
④紹介元、転出先の確保 → 近隣施設への広報・営業活動を実施
⑤院内の改修・用途変更・療養環境の整備
⑥不要機器の洗い出し (MRI、人工呼吸器、内視鏡、手術室機材、アンギオシステム等)
⑦診療科目の見直し、外来診療の大幅縮小
⑧適正人員の割り出しとセラピストの確保
⑨患者家族への説明会実施
⑩職員教育、各種マニュアルの作成、パンフレットの刷新

病床再編は、平成19年から徐々に、しかし職員のモチベーションが下がらないように短期間のうちに進めていった（図表Ⅱ-6-8）。一連の病床再編に先だって、平成19年4月に病院の名称を「杉並リハビリテーション病院」と変更し、当院の方向性を明確化させた。

平成20年8月、41床の1病棟を転換することで、101床全床が回復期リハビリテーション病棟となった。並行して、療法士を増員して体制を整えていった（図表Ⅱ-6-9）（その後も増員し、平成28年の常勤職員は理学療法士47名、作業療法士22名、言語聴覚士15名<sup>22</sup>）。

図表Ⅱ-6-8 病床再編の推移

病床数	従前	平成19年4月	平成19年6月	平成20年7月	平成20年8月	平成25年2月
60床	一般	療養病棟	回復期		回復期	回復期（Ⅰ）
41床	障害者病棟		一般		回復期	回復期（Ⅰ）

<sup>22</sup> 平成28年6月時点。当院の平成28年病床機能報告資料（東京都ホームページ）より

図表Ⅱ-6-9 職員数の推移

職種	平成 18 年度	平成 25 年度	増減
医師（常勤）	9 名	5 名	-4 名
医師（非常勤）	23 名	14 名	-9 名
放射線技師	4 名	1 名	-3 名
検査技師	3 名	2 名	-1 名
理学療法士	1 名	38 名	+37 名
作業療法士	1 名	21 名	+20 名
言語聴覚士	2 名	8 名	+6 名
MSW	1 名	4 名	+3 名
合計	107 名	179 名	+72 名

### ③ 地域との連携・広報活動

平成 20 年に全室回復期リハビリテーション病棟になったことを踏まえて、各部門で地域とのかかわりを強化している。

リハビリテーション科に設けたワーキンググループでは、平成 25 年から西荻窪周辺の地域包括支援センターと協力し、転倒予防などの健康教室を行っている。地域住民対象の認知症予防をテーマにした健康教室も開催している。

地域連携室では、近隣施設への広報・営業活動として、相談員（医療ソーシャルワーカー）が紹介元医療機関を訪問している。当院が発行する広報誌を持参し当院のトピックスを伝えている。さらに、平成 28 年からは、診療所や居宅介護支援事業所等を訪問先に加え、訪問先を約 2 倍の約 40 か所に増やして地域との連携に務めている。

## (6) グループの一員としてのメリット

### ① グループの概要

上尾市立病院を引き継ぎ「上尾中央医院」として昭和 39 年 12 月に開設された上尾中央総合病院を基幹病院とする上尾中央医科グループは、埼玉県、東京都、千葉県、神奈川県、茨城県、山梨県、群馬県の 1 都 6 県に 27 病院（6,116 床）と 21 介護老人保健施設、診療所等を有し、地域でのハイレベル・トータルケア（保健・医療・介護）の提供を目指している。「愛し愛される病院・施設」を理念とし、理念の実行方法として「地域住民・地域医療機関と密着した医療」などの 5 項目を掲げている。

全 27 病院のうち、15 病院が事業継承により引き継いだ病院である。法人組織としては、グループに 8 医療法人、2 財団法人、社会福祉法人、学校法人などがある。

### ② 1 施設では対応できない事態が発生しても支援が可能

グループ全体の意思統一や連携のための運営会議（図表Ⅱ-6-10）がさまざまなレベルで開かれており、病院の三役（院長、事務長、看護部長）が参加している。グループを 7 つの地域に分けており、病院と老健の連携を図れるようにクラスター事務長会も行っている。仮に 1 施設では対応できない事態が発生しても、迅速に支援する体制を整えている。

図表Ⅱ-6-10 グループ運営会議

会議名称	対象者	開催頻度
院長会	病院長	年4回
施設長会	老健施設長	年2回
運営委員会	事務長 (介護) 看護部長	年3回
病院事務長会	病院事務長	年7回
老健事務長会	老健事務長	年4回
クラスター事務長会	事務長職 (地域別)	年14回
看護・介護部長会	(介護) 看護部長	年4回

### ③ 「医療の質」と「経営の質」との両立

#### イ グループの質管理を担当する組織を創設 (平成16年)

グループでは経営と医療の質を両立させている。医療の質向上への取り組みとしては「医療の質向上委員会」があり、薬剤部やリハビリテーション部でも、グループ全体で連携して取り組んでいる。平成16年9月にAMQ I (上尾中央医科グループ医療の質向上委員会) が設立された。委員会メンバーは病院機能評価サーベイヤーにもなっており、グループ病院に対しての医療の質向上のための提言・教育・研修の実施、病院機能評価受審の推進、医療の質スタンダード・グループ病院のさまざまなデータをもとにしたベンチマーク資料等の作成を行っている。

病院に限らず、老健でも福祉サービス第三者評価を受審している。

#### ロ リハビリテーション部の取り組み

平成12年、診療報酬の特定入院料に「回復期リハビリテーション病棟入院料」が創設され、グループでは平成15年に同入院料を算定する病棟を設置した。以降、リハビリニーズの増加とともに提供単位も増えたので、職員の増員を図っていった。平成18年頃から療法士の大幅増員を計画し、平成18年に医療専門学校を開設した(理学療法士、作業療法士各40名)。近年ではグループ全体で毎年全国から250~300名の療法士を新卒採用している。

さらに、回復期リハビリテーション病棟の管理面での課題を解決するために、療法士が40名を超える病院では、日常業務の効率化を図るために業務管理システムの必要性が高まったため平成17年にシステム開発を開始した。のちに「リハマインドシステム」が平成20年9月にグループ内のリハビリ部門の業務支援システムとして導入された。

同システムでは、各病院においても経営分析等の活用ができるようになっている。具体的には、FIM値を含むアウトカム指標について、グループ平均値をベンチマークとするなど、病院別に比較することができ、経営会議で使用するなどしている。

当院が、回復期リハビリテーション病棟に全床転換するにあたっては、このようなグループの先見性、経営資源を活用できた。

#### ハ 薬剤部の取り組み

医療の質を追求することで、質を上げた業務改善の取り組みに診療報酬が追いついてきている。例えば、上尾中央総合病院においては昭和63年に入院調剤技術基本料を算定して以



来、平成 20 年に I C Uを含むすべての病棟に薬剤師を配置したところ、平成 24 年の診療報酬改定で、病棟薬剤業務実施加算が算定できるようになり、さらに平成 28 年度改定でも I C Uに加算が付き、薬剤師の追加採用を行わなくても算定できている。グループ全体でも薬剤師を積極的に採用してきた結果（平成 29 年現在 431 名）、薬科大学 6 年制化がされた際の卒業生がいなかった空白の 2 年間にも充分に対応できた。

#### ④ グループ経営計画の立案プロセス

傘下の各病院は独立採算が原則であり、年度ごとに以下の手順で事業計画を策定して着実に実施する。まず、年末を目途にグループの基本方針・目標が発信され、各病院が設定目標に即した事業計画書ならびに予算申請書を作成して本部に提出する。それをもとに 2～3 月に各病院とのヒアリングを行い、計画の妥当性・実現可能性等を検討する。設定目標は絶対的なものでなく、病院の実力に合わせて目標を下回る計画でも認められる。

平成 29 年度方針は「先手」というテーマ（平成 30 年度は「改革」）のもと 5 つの柱からなり、それを達成するためのマネジメント目標として次の項目が設定されている（図表 II-6-11）。

図表 II-6-11 マネジメント目標の例

病床稼働率、救急受入れ件数、救急受入れ率、救急入院患者数、新患者数、紹介患者数、リハビリの提供単位数、人件費率、医業収益率、職員離職率など
---

#### ⑤ スケールメリットを活かした各種購入コストの削減

グループのスケールメリットを活かして本部が一括した調達等を行っている。その分野は医療機器、医療器材、消耗品、リースなどに始まり、最近では傘下病院の行事・学会出張等を取りまとめてコスト削減する仕組みを構築している。

共通する点滴等の医薬品、カテーテル等の同種同効の診療材料は標準化し、調達はグループ本部が一括して行う。傘下病院はすべてを標準化して一括購入しているわけではないが、購入元は絞り込んでおり、価格交渉は本部で行っている。

#### ⑥ 職員研修等の充実

グループにはキャリアサポートセンターがありグループ病院は研修を受講し全国的に通用する資格を取得できる。医療職者を対象とした公的（日本看護協会の認定、厚生労働省の認可・委託）な資格認定を受けるための研修や、診療報酬・介護報酬改定に伴う各種加算に必要な資格者養成研修および専門職としての実践能力向上を目標とした研修の企画・運営を行っている。

看護部の研修については、看護局キャリアラダーに基づく認定研修、厚生労働省認定の資格取得に向けての研修を開催している。平成 20 年に民間では初めて開講した日本看護協会認定・認定看護管理者研修ファーストレベル教育課程も現在までに修了生は 730 名を数え、平成 21 年度に開講した厚生労働省・看護学生実習指導者講習会は、現在までに 524 名が受講した。

グループの認定看護師の活動を紹介、共有する機会もあり、当院で平成 28 年に認知症看護認定看護師の資格を取得した看護師が、当院において認知症サポートチームを作り、多職種で認知症ケアに向けた活動を始めたことなどが紹介されている。

## (7) 人材確保：ワークライフバランスを重視

当院では、平均年齢が若いこともあり結婚・出産する職員が増えていたこともあり、ワークライフバランスを重視している。平成 24 年 5 月に院内保育施設として「くーるみんと保育室」を開設、同年 4 月には育休者 6 名が職場復帰し、出産・育児で退職する職員はゼロであった。

平成 25 年には「杉並区子育て優良事業者 優良賞」を受賞、平成 26 年は「東京ワークライフバランス認定企業」に選定されている。

具体的には、ワークライフバランスを考え、仕事と家庭を両立しやすい制度を整えることにより家庭での生活も充実させ、仕事への意欲を向上させることを意識し、「仕事と育児の両立推進」を念頭においている。リハビリ専門の病院であるためリハビリ職も多く勤務している。制度の利用にあたっては職種を限定しないようにした。

具体的な取り組みは、**図表 II-6-12** のとおりである。これらの両立支援制度を含めて、優れた取り組みを実施した事業所として東京都などから平成 26 年度「東京ワークライフバランス認定企業（仕事と育児の両立推進部門）」に当院が選定された。

**図表 II-6-12 「東京ワークライフバランス認定企業」認定時の取り組み内容**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 職員専用保育室の設置（職種に関わらず利用可能、365 日開室）</li><li>・ 夜勤制限正職員制度の導入</li><li>・ 妊娠、出産、育児、職場復帰、就学までのフローと公的制度、院内制度をまとめたリーフレットを配布</li><li>・ 電子カルテの導入や適正な人員配置により業務を効率化</li><li>・ 突発的な休みにも対応できるようなチーム編成</li></ul> |
|---|

## (8) 今後の展望（グループ全体）

平成 30 年度のグループの方針テーマは「改革」である。平成 30 年度は診療報酬・介護報酬改定の年であり、グループとしても改定内容に対して最適な形へと、スピーディーに対応している。平成 30 年度改定については、診療報酬については 3 月中旬までには影響評価を終え、介護報酬については 2 月 14 日には全老健施設の改定の影響をシミュレーションする検討会を実施済である。

法人運営に関しては、傘下医療法人等はこれまでは各法人は個別であったが、平成 28 年に 2 法人 5 病院を合併し、平成 29 年にも 3 法人 4 病院を合併させるなど、体力のある法人づくりを行っている。ゆくゆくは、3～4 の医療法人グループに収斂させていきたいと考えている。

今後も医療・介護業界の情勢を的確にとらえ、グループの組織力を活かし、医療の質・経営の質の両立に取り組んでいく予定である。

## 7 医療法人閑谷会（岡山県備前市，診療所）

早い段階から認知症へ対応し、介護事業の複数事業展開を行っている事例

### (1) 外観

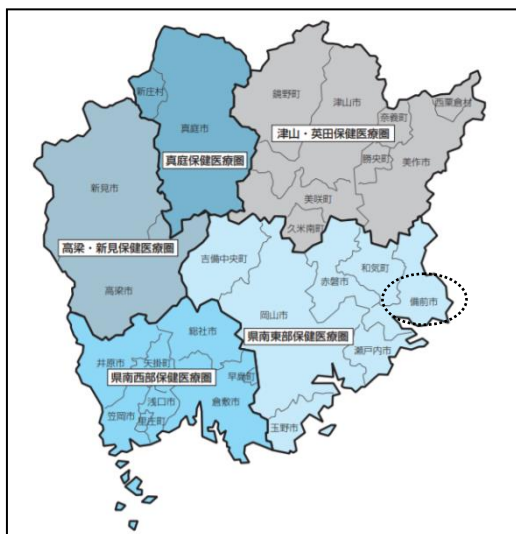


グループで新たに開設した社会福祉法人の地域密着型特別養護老人ホーム

### (2) 概要

#### ① 所在地

図表Ⅱ-7-1 県南東部保健医療圏と備前市



\* 出所：岡山県保健医療計画

図表Ⅱ-7-2 当法人の周辺地図



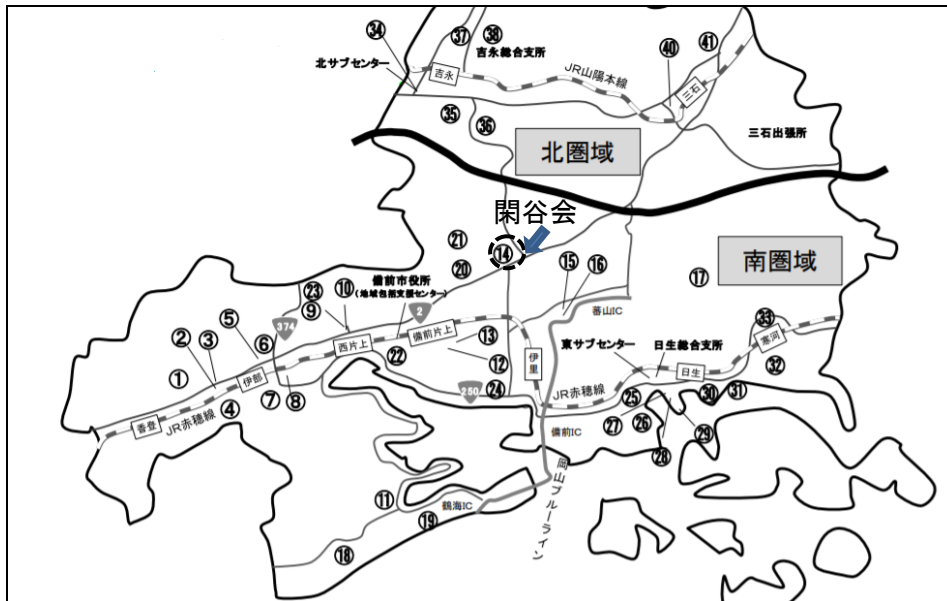
※同一敷地内に診療所、老健、特養（社会福祉法人）が所在

#### ② 医療圏の状況（県南東部保健医療圏）

県南東部保健医療圏（地域医療構想区域、介護保険事業計画の圏域と同一）は、岡山市及び岡山地域（玉野市、瀬戸内市、吉備中央町）、東備地域（備前市、赤磐市、和気町）の5市2町からなっている。医療法人閑谷会（以下、「当法人」という。）が位置する備前市の東備地域は医療圏内のもっとも東側にあり、兵庫県と接している。医療圏内でも人口動態には大きく差があり、岡山市は人口が増加する一方、東備地域は減少の一途を辿っている。備前市の高齢化率は36.0%（平成28年）であり、岡山市の29.2%に比べて高齢化が進展している。

備前市の日常生活圏域は図表Ⅱ-7-3のように北圏域と南圏域に分かれている。当法人は、図表上⑭に位置し、圏域の境目近くに位置している。

図表Ⅱ-7-3 備前市 日常生活圏域と当法人



\* 出所：備前市第6期介護保険事業計画「事業所マップ」

図表Ⅱ-7-4 県南東部保健医療圏 将来人口推計

	2015年 (平成 27)	2020年 (平成 32)	2025年 (平成 37)	2030年 (平成 42)	2035年 (平成 47)	2040年 (平成 52)	15⇒40年 増加率
総人口 (人)	914,823	899,931	879,061	854,781	827,154	796,706	-12.9%
(再掲) 65歳以上	247,172	257,927	259,245	258,028	257,991	267,871	8.4%
(再掲) 75歳以上	119,951	135,768	156,931	160,973	157,535	153,226	27.7%
高齢化率	27.0%	28.7%	29.5%	30.2%	31.2%	33.6%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

図表Ⅱ-7-5 備前市 将来人口推計

	2015年 (平成 27)	2020年 (平成 32)	2025年 (平成 37)	2030年 (平成 42)	2035年 (平成 47)	2040年 (平成 52)	15⇒40年 増加率
総人口 (人)	35,340	32,911	30,350	27,765	25,242	22,851	-35.3%
(再掲) 65歳以上	12,753	12,710	12,042	11,243	10,505	9,879	-22.5%
(再掲) 75歳以上	6,620	7,201	7,689	7,442	6,789	6,184	-6.6%
高齢化率	36.1%	38.6%	39.7%	40.5%	41.6%	43.2%	-

\* 出所：日本医師会「地域医療情報システム」より作成

### ③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-7-6 概要

理事長	下野 國夫
開設・許可等	昭和 50 年：下野内科外科診療所開業 平成 2 年：法人設立
理念	真心を忘れず、良質な医療および介護サービスを提供することで地域社会への貢献と職員の幸福の両立を図ります。
診療科目	内科、歯科

図表Ⅱ-7-7 法人の沿革

年次	概要
昭和 50 年	備前市木谷に下野内科外科（後に歯科診療を追加）を開業（院長 下野國夫氏）
昭和 57 年	現在の土地へ新築移転。標榜科目に歯科を追加
平成 2 年	医療法人閑谷会を設立（理事長 下野國夫氏）
平成 6 年	下野内科外科歯科の敷地内に備前閑谷苑（老健）を開設（5 月）
平成 13 年	神戸日の出苑（老健）開設（5 月）
平成 16 年	播磨高砂苑（老健）開設（4 月）
平成 19 年	東京おり一ぶ苑（老健）開設（9 月）
平成 27 年	備前市地域密着型事業の事業者に選定され、社会福祉法人悠優会を設立（理事長 下野順子氏）
平成 29 年	くまのこ保育園（事業所内保育所）を開園（4 月） 特別養護老人ホーム悠の里（29 床）、老人短期入所事業（9 床）を開業（10 月）

図表Ⅱ-7-8 主な経営指標の推移

（単位：千円）

	平成 18 年度	平成 28 年度
医業収益	69,437	38,556
施設運営事業収益	1,403,556	1,972,282
医業収益計	1,472,993	2,010,838

### (3) 改善（複数事業展開）前の状況

#### ① 昭和 50 年、無医村であった当地に開業

理事長の下野國夫氏は、岡山大学（病理学教室）在学中に地域からの要請を受け、当時無医村であった理事長の出身地である当地に昭和 50 年、診療所（19 床）を開業する。備前市の基幹産業としては窯業が盛んで、耐火煉瓦工場などがあり、若い人口も多く医療ニーズが高まっていた時期であった。開業当初は古い郵便局を改修して使用していたが、昭和 57 年に現在の場所に新築移転する。移転にあわせて、地域の関係者と相談の上、標榜科目に歯科を追加した。

#### ② 平成 2 年から認知症高齢者へのサービス提供に取り組む

その後、地域は徐々に高齢化していき、今でいうところの認知症の高齢者も増えていった。理事長は平成 2 年、診療所の敷地に定員 10 名の養老院を建て、高齢者を預かるようになった。理事長の問題意識としては、介護保険制度もなかった当時、認知症高齢者自身が介助者を雇うと 1 日 1 万円（月額 30 万円）程度の支出となり、重い負担となりかねないということであった。また、制度のサポートがないため、認知症高齢者を持つ家族の苦悩を取り除きたいと考えようになった。

以来、当法人では、医療と介護を両輪として、認知症高齢者とその家族を支えていくことが理念となった。「認知症の患者を持つ家族の苦勞を取り除きたい」ということが今でもモットーとなっている。平成 6 年、初めての老健を診療所と同じ敷地に建設する。当時、認知症だと他の施設では入所を断られることが多かったというが、当施設では積極的に受け入れていった。入所者の内服薬の整理（多剤投与の解消）なども早くから法人の方針としていた。

### (4) 経営改善（複数事業展開）の成果

#### ① 概要

理事長が介護保険制度の開始前から認知症高齢者へのサービス提供を行ってきたため、理事長には様々なところから介護事業立ち上げが要請されるようになった。兵庫県の老健立ち上げは、理事長の出身校があったことが縁であった。理事長は「困っている人がいれば積極的に助けたい」というスタンスで新規事業に取り組んでおり、事業計画を立てて取り組んでいくというよりも、声がかかればすぐに対応したいと考えていた。理事長自ら設計段階から参画するため、事業展開も 3 年ごと程度のペースとなっていた。

当法人は、岡山県備前市を中心に地域の医療・福祉事業に取り組んでいる。昭和 50 年、備前市で下野内科外科を開業したのを皮切りに老人保健施設（以下、「老健」という。）4 事業所を開設した。平成 6 年に同市に「備前閑谷苑」、平成 13 年に兵庫県神戸市に「神戸日の出苑」、平成 16 年には兵庫県高砂市に「播磨高砂苑」、平成 19 年には千葉県松戸市に「東京おり一ぶ苑」を順次開設した（**図表 II-7-9**）。

図表Ⅱ-7-9 順次展開した5つの介護事業

年次	事業	定員		職員数	
		事業所	全体	事業所	全体
平成6年	備前閑谷苑（老健）開設（5月）	97名	97名	62.1人	62.1人
平成13年	神戸日の出苑（老健）開設（5月）	100名	197名	68.5人	130.6人
平成16年	播磨高砂苑（老健）開設（4月）	100名	297名	64.2人	194.8人
平成19年	東京おりーぶ苑（老健）開設（9月）	100名	397名	66.6人	261.4人
平成27年	備前市地域密着型事業の事業者を選定され、社会福祉法人悠優会を設立（理事長 下野順子氏）、特養「悠の里」を開設（平成29年10月）	29名	426名	20.0人	281.4人

※「定員」「職員数（常勤換算数）」は平成30年現在、「全体」は事業所別の数を累積したものの

## ② 経営規模も拡大

当法人は現在、約20億円の事業規模となっている。平成29年に、別法人として特別養護老人ホーム「悠の里」を開設した。理事長の長女順子氏は、この数年間で、患者・利用者の特性やニーズも少しずつ変化しており、特に在宅での生活や在宅復帰が困難なケースが増えてきたなかで、病院や老健の退院・退所者の受け皿となる施設の充実が、この地域には必要だと感じていた。制度上も、平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定において、「地域包括ケアシステムの構築に向けた第一歩」として、在宅復帰支援と予防介護の充実に重点が置かれていた。理事長の長男玄英氏は社会福祉法人悠優会設立を発案した。

平成27年5月に地域密着型介護老人福祉施設2施設が南圏域（図表Ⅱ-7-3参照）で公募され、当法人も応募し、選定された。本事業の整備費補助は、地域医療介護総合確保基金を財源とした岡山県介護施設等整備事業の補助であった。

新設の特養は、地理的には特養の整備が進んでいない市内の中心地に位置し、南圏域はもとより、北圏域からのアクセスも良い。医療法人の老健・診療所と併設しており、医療との連携体制が充分である点をアピールポイントとした。通常の往診は同じ敷地にある診療所の医師が嘱託医として毎週行っている。職員間では毎日短時間、老健と特養合同のミーティングを行い、営業会議も毎月実施している。既存の老健との役割分担としては、老健の新規入所者はリハビリを必要とする患者とし、医療が必要な患者は診療所隣接の特養にと考えている。医療・老健・特養・リハビリを一体的に提供し、さらに地域に貢献できるのではないかと考えている。

## (5) 経営改善（多事業展開）の成果：スケールメリットの享受

事業所が増えるごとに職員数も増加し、医療法人・社会福祉法人合計で職員300名規模になっている。法人のスケールメリットとしては、人材面の効果が大いという。単一施設では人数がそれほどいないため、定期的な研修を開催することは難しかったが、数百人規模になったことで集合研修のカリキュラムが組めるようになった。ただし、千葉にも事業所があるため、交通費などの支出は依然として課題である。平成29年には、管理職・リーダークラス50人前後を対象とした集合研修『経営マネジメント研修「人を育てるマネジメント」』を実施した。経費節減のために外部講師に4か所訪問してもらうことも検討したが、事業所単位では対象者が5～10人前後になってしまい研修の効果が薄いため、集合研修としている。グループ全体で実施することでさまざまな情報共有が行えている。

また、事業所数が増え場所にも余裕ができ、地域の介護専門学校向けに講義場所を提供することで、当施設として地域にアピールでき、同時に職員にも講義を受けさせることができている。

## (6) 人材確保

### ① 円滑な事業承継

理事長の長男玄英氏、長女順子氏はそれぞれ医師、歯科医師となり現在の法人運営に携わっている。母と叔父も法人理事を務めている。玄英氏は、法人運営に関与するきっかけとして、幼いころから家族と過ごすことが多かったことを挙げる。中学・高校生の頃から父（理事長）が環境保全の観点から手掛けていた無農薬野菜の栽培に興味を持ち、家族で畑にいたり、夕食をともしたりするなど、土日も一緒に過ごすことが多かったという。

35年前、海外の難民や重度のぜんそくの子供をベトナムやカンボジアから受け入れ、共同生活を送った際に、家族の結束がより深まったという。その折に関わった「神戸日の出苑」の師長は、現在でも法人理事を務めている。

玄英氏は、医師になることは「人の役に立ちたい」ということから自然の流れであった。岡山医療センター血液内科で抗がん剤治療などを専門として勤務していた玄英氏は、平成22年に当法人に戻る。当初、緩和ケアを専門にしたいと考えていたが、岡山医療センター勤務時の平成21年、地域派遣プログラムにより岡山県北（新見）の地域医療に従事したことが、地域医療に従事したいと思うきっかけとなった。なお、経営には従来から関心を持っていて、医学生時代から法人の決算書に目を通しており、法人の顧問税理士に年に数回相談をしていた。

順子氏は、平成12年に岡山大学歯学部を卒業後、岡山大学予防歯科に3年間勤務した後、平成15年4月1日から法人の診療所で歯科医師として勤務する。平成19年9月1日から約8年間、千葉県松戸市の老健「東京おりーぶ苑」の施設長を務めた。平成27年からは、新たに立ち上げた社会福祉法人悠々会の理事長を務めている。順子氏は当初、経営にそれほど関心はなく、岡山大学に勤務していた頃から、歯科医として診療ができれば良いと考えていた。ところが理事長から「(事業所も増え)大変になるから手伝って欲しい」と依頼され、平成15年に法人の診療所で診察を開始しつつ、経理・労務の実務を覚えていった。

順子氏は自身の歯科医師としての強みを法人で生かし、口腔衛生を重視している。毎週月曜日は法人の診療所で歯科外来対応、その他の曜日は特養に常駐し、利用者に対する口腔ケアを行っている。順子氏は、介護職員が持っている介護に関する知識・技術に比べ、口腔衛生分野のレベルはまだ向上の余地があると感じており、特養開設後、職員全員に歯科健診を受けさせるなど意識づけを図っている。また、老健の施設長や立ち上げを経験し、平成27年から社会福祉法人設立、特養開設を経験するなどして、事業の経験も徐々に積んでいる。

4つの老健の施設長は理事には入っているが、主な仕事は医師としての施設の管理である。法人経営は、理事長のほか、玄英氏、順子氏、神戸の看護師長の3名を中心に行っている。

### ② 法人のあり方について一緒に考える機会が円滑な承継の秘訣

順子氏は、自身の経験を振り返り、医師の家系において、親の事業を円滑に承継するための気持ちとして、法人の理念や強みを守りつつも、子を一人の医師、人間として認めることではないかという。当家では前出のとおり、家族の仲が良かったこともあり、玄英氏は理事長の話



を聞いて育ち「将来のプランを一緒に考えることできた」という。順子氏も「一方的な押し付けではうまくいかなかったのでは」という。例えば、社会福祉法人悠々会の設立は、玄英氏の発案であった。理事長は老健の増設を考えていたが、最終的に玄英氏の案が採用された。玄英氏は、自ら近隣の医療機関等の地域連携室に営業にまわっている。

玄英氏は、承継にあたり複数の事業拠点があったことは、一種の“駆け込み場所”として息抜きになり、円滑な承継にも寄与したと振り返る。仮に1か所の事業所で理事長と診療、そして生活もともにしていたら、「息がつまることもあったかもしれない」という。

### ③ 人材採用と活用

医師（老健の施設長等）は公募で採用している。経営と医療を掛け持ちしない方針にしており、医師には診療を専門に担当してもらっている。

臨時として法人内の他施設に人員応援を出すことはあるが、現地での採用が基本である。新しく設立した特別養護老人ホームにも、グループの老健からの数名の出向で対応している。現時点では、事業所間の人事異動は行っていない。

平成 29 年には「企業主導型保育事業助成」を活用して事業所内保育所「くまのこ保育園」を開園した。

### ④ 給与体系の統一

平成 27 年、法人内で職員の待遇（給与等）を法人内で統一した。従来は、統一前は各事業所の近隣や全国の給与相場を調べて職員の給与を決めており、さらに中途採用時は経歴なども加味したため、統一性のない給与体系であった。

玄英氏は、同じ業務内容であるにも関わらず勤務先事業所が異なることで給与に差が出るという不公平な処遇は解消すべきであり、現状の給与の差を職員に納得のいく説明はできないと考えていた。

給与体系を統一した際には、都市部にある東京おり一ぶ苑の給与水準は下がり、他の事業所では上がることになった。特に、備前閑谷苑の職員給与は改定前後で上げ幅が大きかった。給与改定そのものの影響による東京おり一ぶ苑の離職はでなかったが、千葉では他に新しい施設ができるため、近隣の開業動向によって転職する職員がいるという。新設の施設に入職できれば、今までの経験をもとにリーダー的な立場に立てる可能性があること、新しい環境に挑戦したいと考えることなどが離職理由として考えられるという。

給与体系を統一したことの効果として、中間管理職が評価をしやすくなったという。

## (7) 今後の展望

今後も医療と介護のグループ内の専門性を活かして、地域に還元していくことを当法人の使命として考えている。診療所はかかりつけ医として地域の介護施設と連携を深めていくこと、老健としては病院から在宅復帰に至るまでの「リハビリ中間施設」としての機能が、これまで以上に求められると考え、地域貢献と地域包括ケアの更なる実現に向けて取り組む予定である。

また、職員の働き甲斐も重視している。数年前に導入した人事評価制度が運用できておらず、制度を活用してフィードバックを行い始めるなど人事制度も運用していきたいと考えている。

## 8 医療法人（診療所）の介護事業からの撤退事例

医療法人（診療所）が附帯業務として行っていた介護老人保健施設から撤退した事例

※ 本ケースは匿名を条件にとりまとめた。施設名や地域等が特定されないようにしている。

### (1) 概要

院長は、平成2年に都市部に整形外科診療所を開業した。平成8年に知人から持ち掛けられた介護老人保健施設（以下「老健」という。）事業に進出する。老健の入所利用率は一時期を除くと比較的安定的に推移したが（**図表Ⅱ-8-1**）、通所リハビリテーション利用者の確保に難渋する。東日本大震災のあと通所を1か月休業したところ、その後も利用者は戻らなかった（**図表Ⅱ-8-2**）。介護報酬マイナス改定などもあり、老健事業を負担に感じるようになる。介護報酬改定など、経営の先行きに不安を感じていたことから、子に承継しようという考えもなかった。

その折に、紹介で医療法人（他に老健の運営経験を有する）が当地近隣に進出する意向があると情報が入り、院長と当該医療法人がマッチングされた。院長は、老健を同法人に承継し、自身は診療所のみを継続することとなった。現在は、個人診療所として運営している。

### (2) 老健事業の経営状況の推移

院長は、平成2年に都市部に整形外科診療所を開業した。通院患者は1日180人を超えることもあり、経営は順調に推移していた。

開業後8年程度した頃に知人から老人保健施設の経営を持ち掛けられ、医療法人となったうえで事業を開始することになった。介護保険制度がスタートする前だった。

建設にあたっての資金は、補助金以外は民間金融機関からの借り入れに頼ることとなった。自己資金の問題もあり、福祉医療機構からの融資は受けられなかった。

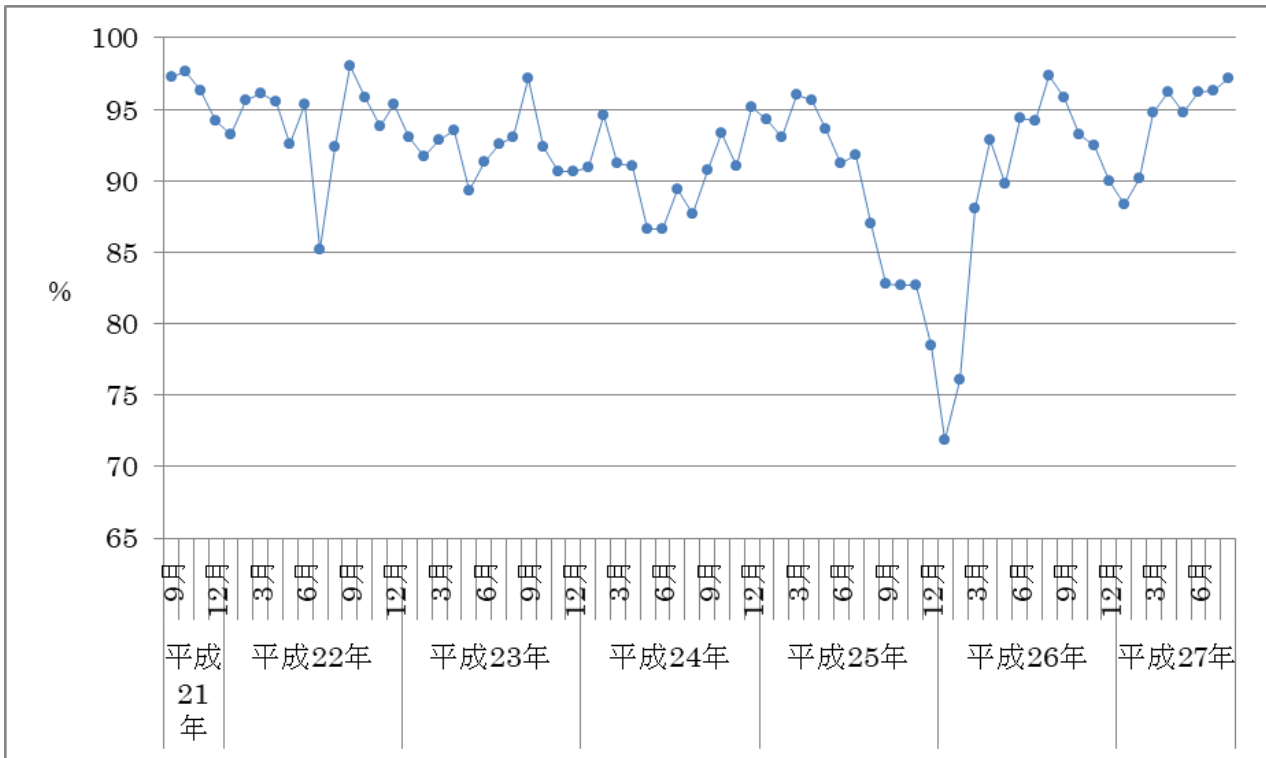
老健の立地は診療所から約25kmの距離にあり、自動車でも最短でも30～40分程度移動に時間がかかる。院長は老健のオペレーションは現場責任者に権限移譲して委ねようとしていた。しかしながら、適材がなかなか見つからずに責任者が定着せず、独断で入所受入れ対応を決めて断ったりするケースもあったという。一般的な老健に比べると定員数が小規模であったため、数人の入所が減るだけで利用率には大きな影響が出た。ただ、入所利用率は比較的高く維持されていた。

通所リハビリテーションの利用率は**図表Ⅱ-8-2**のとおり推移した。平成23年3月の東日本大震災の直後、ガソリン不足などの要因で一時休業したことで利用率は激減し、その後の営業も奏功せず、震災前の水準に戻ったのは平成27年になってからであった。

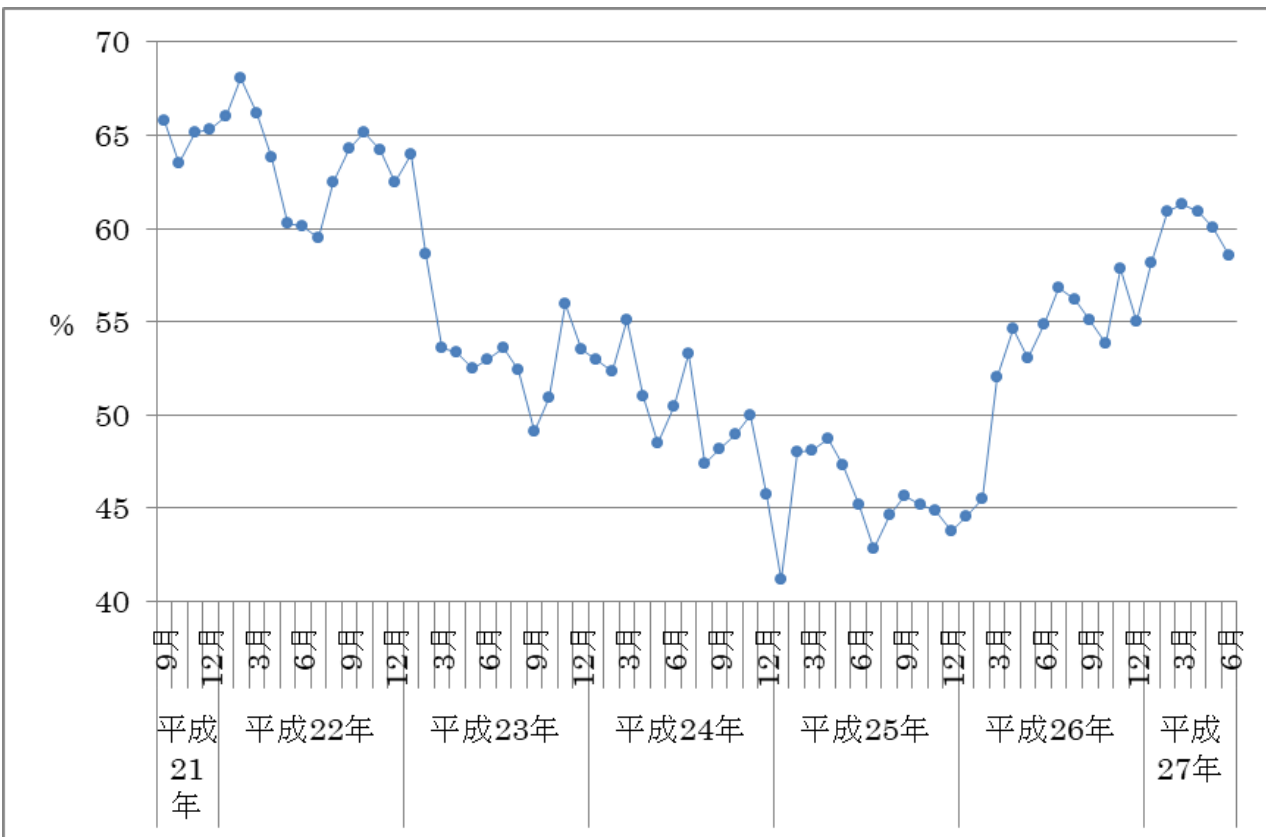
このように、老健の事業は黒字であり年間数千万円のキャッシュフローを生み出していたものの、入所・通所ともに利用率のコントロールが難しく、さらに介護報酬マイナス改定などの業界動向を鑑みると、同時に診療所も運営していた院長には重荷に感じるようになっていた。

平成25年頃に優秀な現場責任者が入職したことから、入所・通所ともに利用率が改善されていた。さらに在宅復帰率が30%を超え、「在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設（加算型）」算定の見通しがつき、年間700万円程度の増収が見込まれるなど、経営は上向きかけていた。

図表Ⅱ-8-1 入所利用率の推移



図表Ⅱ-8-2 通所利用率の推移



### (3) 老健を承継し、診療所のみを継続

診療所は開業してからしばらくは1日180人の外来患者が来院しており経営も順調であった。しばらくすると、レセプト枚数にはあまり変化がなかったものの、再診の回数が徐々に減るようになっていった。近年、診療所の周辺にデイサービス事業者やマッサージ事業者が多くできたことも一因と考えられた。平成26年頃には、外来患者数も1日90人程度まで減っていた。

老健はキャッシュフローを生み出していたが、診療所も含めた法人全体でみると借入金の負担は重かった。老健を自己資金がないまま銀行借入で始めたことが要因のひとつであった。銀行には老健開設の約半年後から利子のみ返済をはじめ、開設後2年半程度してから元金の返済を開始した。法人全体では診療所の借入も含めて相当な借入金があった。金融機関への債務返済計画を作り直すスケジュールの交渉を行うなど、資金繰りが詰まり始めており、院長は年齢的・体力的にも25km離れた2事業を同時に運営していくことが難しいと感じ始めていた。当時をよく知る職員は「院長は経営者として大変だったと思う」と振り返る。

院長は、平成27年に近隣に進出したい医療法人の紹介を受ける。もう数年は老健の事業運営に携わってもよいと思っていたが、ちょうど良い縁に巡り合えたこのタイミングを逸すると次の機会が来るかどうかかわからないと考えたことから、院長は交渉に臨む決断をした。その医療法人の事業意欲と、院長が運営していた老健がうまくマッチングされたことで、交渉開始から約半年で取引は成立する。老健を相手方に承継し、診療所を続けるという形であった。老健立ち上げに付随していた借入金も相手方が引き取る形で合意ができ、院長は個人開業医として再スタートをすることになる。

老健の引継ぎに際して、新しい運営者のもと雇用は継続された。雇用継続には院長もこだわり、職員の経済条件が不利益変更されないよう交渉した。

### (4) まとめ

院長は、今回の承継により借入金をゼロにしたうえで、個人診療所を運営しており、診療所の運営は安定している。院長は、当時と比較して「楽になった」と振り返る。介護事業のサービスの質や人材定着に向けた投資が求められ、介護事業運営の先行きに不安を感じており、いずれは撤退したいという思いを持っていたところ、事業を譲る相手が見つかった。結果として、もとの形（診療所みの運営）に着地することができた。院長は、「診療所という基盤があったから、老健を手放す決断もできた」「一方、ただでさえ院長としての診療所の運営が大変であるのにもかかわらず、必ずしも自分の専門分野ではない老健の介護事業という二足目のわらじまで履くことには無理があった」という。

なお、その後の老健は、運営を引き継いだ医療法人の老健運営経験も活かされ在宅機能強化型老健となり、利用率も高水準を維持している。

### Ⅲ 経営改善に関する考察

本ケーススタディは各病院・診療所（以下、「医療施設」という。）の個別事情のもとで行われた経営改善にフォーカスを当てており、必ずしも普遍的に適用できる内容とはいえないものの、本章では調査対象施設に共通して見られた経営改善のポイントをまとめた。

なお、本章でいう「経営者（複数の場合は「経営陣）」は、経営改善に取り組んだ中心人物を指す。

#### 1 戦略の選択と転換

##### (1) 経営者自身が情報収集し、今後の経営の見通しについて考えを持つ

経営改善に臨んだ新しい経営陣の多くは、経営悪化の医療施設に勤務あるいは承継予定であったため、経営に関する何らかの関心を持ち、独自の情報収集を意識しており（医療政策の方向性や地域の医療施設の状況、経営指標の見方など）、のちの戦略転換の際に有用となった。

また、経営に関する知識に限らず、医師自身の専門領域が今後どうなっていくか（それがどう経営に影響するか）について、例えば研修医の時代に示唆を得、それが今後の医療のあり方について自分の考えを持つ契機となった事例もあった。

#### <No. 2 藍の都脳神経外科病院>

理事長が（研修先として）中村記念病院を選んだ理由として、当時、開業を前提とした将来展望を持っていた理事長を受け入れてくれる唯一の病院だったことを挙げる。当時の同院では手術とマネジメントを30代のうちに教え込み、北海道内で開業させるという取り組みをしており、理事長の希望がかなう病院であった。（31 ページ参照）

理事長自身は、医学生の頃から実家の医療法人理事を務めていたことから、経営指標にも触れる機会があった。当時の第1次医療法改正など、医療法人経営に影響を与える行政動向に関心を持っていた。そういった情報は、医学部の同級生（開業医の子息ら）から入手したことが多かった。理事長自身ものちに経営大学院を修了しており、大学院では、組織を経営するうえで複数の選択肢を設定し、その中から最適解を導いていく考え方を習得した。（36 ページ参照）

#### <No. 3 高木病院>

院長自身の経営感覚は、院長就任後実践で学んでいる。法人の理事にも加わっているが「昔も今も患者を多く診ているので、経営陣に加わるということに特別な感覚はなかった。」という。そのほか、近隣の病院グループで経営に携わっている知り合いの医師との会話から学ぶこともあった。（50 ページ参照）

平成18年に就任した看護部長は、平成9年に高木病院に入職した。以前は武蔵野赤十字病院などに勤務しており、体系的な看護や給与体系を経験していた。また、看護部長は認定看護管理者でもあり、東京都看護管理者連絡会などから情報を得た。さらに、経営に関するアンテナを高めるために、一般企業の経営者と交流する場に参加するようにしている。（47 ページ参照）

#### <No. 4 佐用共立病院>

副院長は、経営のあり方を変えていきたいと考えている。当院に着任前、京都の病院に勤務しており、当院でも毎週末に当直に入っていた。京都の病院においては、勤務医ながら、同院の経営を重視している姿勢を学ぶことができた。（69 ページ参照）

## <No. 7 医療法人閑谷会>

実家の法人経営には従来から関心を持っていて、医学生時代から決算書に目を通しており、法人の顧問税理士に年に数回相談をしていた。(98 ページ参照)

### (2) 自院の置かれた現状を把握

経営悪化の段階においては、旧経営陣が環境変化（例：診療報酬のマイナス改定）に適切に対応できないままに収支が悪化していったケースが多かった。

そこで、経営改善に取り組んだ経営者は、改めて自法人・自院の強みを見直したうえで、近隣の地域ニーズや医療政策の方向性を把握した。

## <No. 1 中央林間病院>

改革にあたり、今後の地域におけるポジショニングを議論した。まず、急性期医療については、当院に外科系の医師が多かったこともあり異論はなかった。次に、診療領域を消化器に絞るかどうか議論されたが、理事長は、長い目で見ると高齢化により消化器単発の患者は減少すると見込み、全人的に診療できる“小回りの利く医療”体制が望ましいと考えた。(20 ページ参照)

## <No. 2 藍の都脳神経外科病院>

理事長は、大阪では脳疾患の回復期の病院は競争過多である一方、急性期医療では空白地帯があると分析した。(31 ページ参照)

## <No. 4 佐用共立病院>

外部環境にも沿った経営に変えていかなければ、病院は生き残れないと理事長は考えた。地域医療構想においても、西播磨圏域の平成 37 年の必要病床数は、急性期・慢性期とも減少する推計となっている。

最終的には、法人全体の（医療の）病床数を減らす方針にせざるを得ないと結論づけた。(65 ページ参照)

(3) 経営戦略を転換し明確化（近隣施設との機能分化と連携）

① 強みを明確化したうえで、強みにあった形で地域との連携強化

経営改善後は、強み（および、できないこと）を明確にしたうえで、地域の医療施設との連携を図っていった。また、事業展開の方法としては次の2パターンに分けられた。

図表Ⅲ 事業展開のパターン

パターン	医療施設名	概要
診療分野を絞り込み、その分野を中心に地域の各機関と連携するパターン	藍の都脳神経外科病院	脳卒中を中心にポジショニングを確立し自法人で高度急性期から在宅までカバー
	越川病院	緩和医療における入院前から退院後までのフローを確立。自法人でトータルに対応
	杉並リハビリテーション病院	脳卒中、産科など幅広く診察していた旧病院から、グループ傘下に入ったのちに回復期専門病院に転換
高齢者を中心に急性期から在宅まで幅広く診療し、地域包括ケアを支えるパターン	中央林間病院	対応できない疾患は明確にしつつ、従来から対応していた救急医療体制を強化。全人的に診療する“小回りの利く医療”を目指す
	高木病院	理事長の専門分野である整形外科に強みがあり、救急医療には従来から取り組む。急性期を中心としながら、入院、在宅、療養まで対応する地域密着型を目指し、予防や看取りにまで対応する
	佐用共立病院	法人としては医療から介護に軸足を移し、町における医療と介護のネットワークを構築していきたいと考えている。今後は、訪問診療を増やしていく

② 強みを軸に複数事業展開（例：垂直統合戦略）

2つの病院において、同一法人（および関連法人）内に複数の事業を持つことによって、経営上の相乗効果を狙った。藍の都脳神経外科病院においては、次期管理職育成の場を垂直統合戦略によって生み出していた。診療所の場合でも、医療法人閑谷会では親族の経営承継の段階において、さまざまな経験を踏む場となっていた。

<No. 2 藍の都脳神経外科病院>

<p>理事長は、大阪東部地区の脳卒中患者に、最先端の急性期治療を提供し、在宅・社会復帰できるようにしたいと考えた。脳卒中患者には医療保険から介護保険に移行する患者が多く、医療法人としても医療と介護の垂直統合が行いやすい。機能分化して回復期以降を他施設と連携する方法もあるが、理事長はその場合、責任が明確化されないと考え、治療の継続性を重視して法人で一貫して行うこととしている。(32 ページ参照)</p> <p>理事長が意図した垂直統合型の多角化は、拡大再生産の経営サイクルともいえ、職員の活躍の場を創出することにつながった。現在、介護部門を法人の「彩りの都介護事業部」として事業部化し、責任者としてリハビリテーション科長が就任。新たに立ち上げたデイサービス事業所の責任者は科長の後任として、すでに3階病棟の副師長に引き継がれている。理事長より10歳若い“第二世代”のさらに次の世代への現場運営の引き継ぎと人材育成も行われており、その活躍の場を多角化によって生み出しているともいえる。(38 ページ参照)</p>
--

#### <No. 4 佐用共立病院>

法人が運営する事業拠点も増えてきているので、職員の希望にも配慮しながら、全体での人事異動を流動的に行っていききたいとも考えている。(69 ページ参照)

#### <No. 5 越川病院>

移転前から、院長は同一法人で平成 17 年に訪問看護ステーション、平成 18 年に在宅療養支援診療所、ケアプランセンターを次々に開設した。同一法人で設置した狙いは、共通の理念のもとにがん患者の在宅支援を行うことであった。移転後に「在宅支援のフローシート」を作成し、入院前から退院後まで同一の主治医が診る体制を構築している。(79 ページ参照)

#### <No. 7 医療法人閑谷会>

長男は、承継にあたり複数の事業拠点があったことは、一種の“駆け込み場所”として息抜きになったことが、円滑な承継にも寄与したと振り返る。仮に 1 か所の事業所で理事長と診療、そして生活もともにしていたら、「息がつかまっていたかもしれない」という。(99 ページ参照)

### ③ 新しい戦略にマッチした入退院ルートの再構築

入退院ルートの確保のために、各医療施設は転換した新しい機能に見合った体制を構築し、近隣医療機関にも PR していった。

体制構築の事例としては、救急医療等に対応する環境整備や連携室の再編である。中央林間病院では検査体制を見直すことで医師が救急への対応をしやすくした。高木病院では、若い医師が過度に不測の事態を恐れないよう、バックアップ体制があることを繰り返し伝えていった。

#### <No. 1 中央林間病院>

(救急)「受入不可理由」の 15%あった「検査対応不可」へ対応として、検査体制を充実させた。医師にとっても、必要な時に検査ができないというストレスになっていた。夜間の検査対応は、近隣に住んでいる放射線技師によるオンコール対応だった。オンコールはたとえ 2 回であったとしても職員には大きな負担であった。改革の議論の中で、診療技術部長は「検査対応不可」という理由による断りをゼロにする決意を示した。具体的にはオンコール体制を 5～6 人による宿直体制に改め、24 時間 365 日検査対応とした。検査対応が宿直体制に変わり、「救急の受けやすさは格段に変わった」。(22 ページ参照)

#### <No. 3 高木病院>

理事長、院長は、若い医師が訴訟を恐れたりして救急受入れに慎重になる傾向があると感じていた。そこで、医師が安心して働くことができる環境整備を行った。理事長の人脈で医療訴訟に強い弁護士に顧問を依頼し、不必要に恐れることはない旨の文書を医師に配布するとともに、当院で対応しきれない症例があっても青梅市立病院や徳洲会病院との連携体制があることを伝え、医師が安心して救急対応に臨めるよう体制を整えている。(51 ページ参照)

外部への PR としては、救急隊員や開業医との関係構築と自院機能の説明である。中央林間病院、高木病院ともに近隣機関との関係を重視し、具体的な対策を行っていった。中央林間病院、杉並リハビリテーション病院では地域の医療機関との連携のために広報誌も活用した。



### <No.1 中央林間病院>

当時の看護部と地域医療連携室は物理的にも離れたビルにある医療事務部にあり、病床コントロールを担当していた副看護部長からは相談員3名の動きが見えづらい状況であった。この状況を改善するために、副看護部長は組織の再編を求めている。状況が動いたのは機構が支援に入ったタイミングである。理事長や看護部長に働きかけるとともに、機構のヒアリングにおいて連携体制の不備を指摘した。機構の支援もあって、組織改編が行われ、副看護部長が連携室長を兼務することと、病床コントロールと地域連携を一体的に行う体制が整った。

副看護部長が特に重視したのは、紹介状の返書管理であった。紹介患者について電子カルテを確認し、返書を書かない医師については、地域医療連携室がチェックして管理するようにしている。返書が出されていた場合でも、返書確認という形で診療所に電話している。診療所の医師は地域包括ケア病床などの病床機能に詳しくない場合もあるので、その際にPRを兼ねて説明している。

紹介数が多い病院・診療所を中心に、当院の広報誌に「地域ネットワーク」コーナーで紹介している。(24 ページ参照)

### <No.3 高木病院>

院長は連携支援室長を兼務したのち、自ら近隣の医療機関・介護施設に電話をかけ当院のアピールをしていった。平成29年の夏頃、青梅市内の診療所をピックアップし、一週間のうち月曜日・火曜日を電話の日と設定した。トータルで100件、1日7～8件の電話をかけたという。電話を入れたのち、事務職員が当院の案内をファックスして、その後の連携体制へつないでいった。

これ以外にも、南院長は地域とのつながりを重視し、医師会の会合には必ず参加し開業医とのネットワークを作っていた。平成30年3月には、開業医を対象としたレスパイト入院に関する勉強会を開催する。また、消防署長との意見交換も行っており、定期的に挨拶まわりを行っている。

こういった院長の地域との連携強化の取り組みにより、当院の機能も伝わっていき、現在では、当院の地域包括ケア病棟への直接入院割合が62.5%と高い水準である。(53 ページ参照)

### <No.6 杉並リハビリテーション病院>

地域連携室では、近隣施設への広報・営業活動として、相談員(医療ソーシャルワーカー)が紹介元医療機関を訪問している。最近では、当院が発行する広報誌を持参し当院のトピックスを伝えている。さらに、平成28年からは、診療所や居宅介護支援事業所等を訪問先に加え、訪問先を約2倍の約40か所に増やして連携に務めている。(89 ページ参照)

## 2 経営改善のためのリーダーシップ

### (1) リーダーシップが発揮されやすいように環境整備

#### ① 経営を承継するパターン

経営を承継するパターンとしては、経営改善に取り組む中心人物が、理事長・院長として経営改善を進めた場合と、経営陣で役割分担を行った場合（例：理事長は診療に集中し、新任院長に経営改善を委ねる）場合があった。前者は藍の都脳神経外科病院、越川病院、後者は中央林間病院、高木病院などが該当し、佐用共立病院、医療法人閑谷会は移行期である。

なお、ここでいう「承継」とは、狭義の事業承継ではなく経営実務の中心を委ねるという意味まで含めている。

#### ② 円滑な経営承継のための準備

民間の中小病院、診療所が地域医療の担い手として存続していくためには、円滑な事業承継がポイントであった。例えば、勤務医を徐々に昇格させて病院長に登用した事例、後継者の親族が定期的に当直に入り院内の状況を把握した事例など、各医療施設がさまざまな工夫により対処していることが分かった。これらの場合はいずれも経営者が医師としての診療実績を持っているため、組織を統率する上で求心力を高めやすかった。

### <No. 3 高木病院>

理事長は、兼務していた院長職を（非同族の）院長に承継したが、「（院長は）平成15年の前後の移転、経営が苦しかったころも経験しているし、経営のコントロールがうまい。」と述べる。（50 ページ参照）

### <No. 4 佐用共立病院>

副院長は、経営のあり方を変えていきたいと考えている。当院に着任前、京都の病院に勤務しており、当院でも毎週末に当直に入っていた。京都の病院においては、勤務医ながら、同院の経営を重視している姿勢を学ぶことができた。（69 ページ参照）

### <No. 7 医療法人閑谷会>

長女は、自身の経験を振り返り、医師の家系において円滑に承継するための承継者からの気持ちとして、法人の理念や強みを守りつつも、承継者を一人の医師、人間として認めることではないかという。家族の仲が良かったこともあり、長男は、（父である）理事長の話を聞いて育ち「将来のプランを一緒に考えることできた」という。長女も「一方的な押し付けではうまくいかなかったのでは」という。

例えば、社会福祉法人悠々会を設立は、長男の発案であった。理事長は老健の増設を考えていたが、最終的に社福設立が採用された。長男は、自ら近隣の医療機関等の地域連携室に営業にまわった。

（99 ページ参照）

## (2) リーダーシップの発揮

選んだ戦略が正しかったとしても、経営者が方向付けを行い、理念や方向性に向けて一致して進むことができなければ、経営改善の成功は覚束ない。新しい経営陣の多くは、院内での勤務等を通じて職員との信頼関係を構築していった。また、経営陣は、リーダーとして引っ張るだけではなく、新しい取り組みが軌道に乗るように側面から支援するなど、さまざまな形でリーダーシップを発揮した。

### ① 院内にもメッセージを打ち出す

経営者は、改革にあたって自院・自法人が目指す方向をさまざまな形で打ち出し、職員に伝えていった。藍の都脳神経外科病院では、折に触れて理事長が自身の臨床実績もベースにして自院のあるべき姿を説得力のある形で職員に提示した。

#### <No. 2 藍の都脳神経外科病院>

理事長は、診療領域を絞りシンプルな運営を心掛けたことが立ち上げ初期のモチベーション向上にプラスに働いたと考えている。当院が目指す医療を実現するためには、専門医やMRI撮影のための放射線技師のほか、24時間対応可能なチームを構築する必要があった。そのため、理事長は脳卒中患者を受け入れていくことを法人理念に明示するだけでなく、実際の医療現場でもさまざまな形でメッセージとして打ち出した。(35 ページ参照)

### ② 旧体制との決別と新たな経営方針に沿う人材の確保

経営改善にあたって、新たな経営陣が理念や戦略を再定義したが、その結果として新しい理念や戦略に共感できない職員が自然退職し、入れ替わる形で新しい人材を補充した。

経営改善後は、理念・戦略の統一を最優先し、一貫性のある組織構築を行った。

#### <No. 2 藍の都脳神経外科病院>

部下の主任・副主任3人(開院当初入職した脳神経外科経験者。優秀ではあった。)が、当時在籍していたある医師と結託してしまい、その医師と主任らが認めた職員以外に仕事をさせないなど、排除する雰囲気が出てしまい、病棟職員のモチベーション低下につながった。結果として、1病棟41床のうち20床程度を運営できなくなってしまい、1病棟を閉鎖するか、派遣看護師で埋め合わせをするかの選択を迫られた。理事長は、「当院の方向性に沿わない職員を無理に説得して病棟を続けることよりも、病棟を一旦閉鎖して再出発してはどうか。私が最終責任を負うので気に病む必要はない。」と述べた。その後、徐々に新規採用と新陳代謝を繰り返すことで職員を増員し、一時入院患者を受け入れられなかった20床分も再開することができた。(38 ページ参照)

#### <No. 3 高木病院>

副院長や診療部長であっても、当院の方針に沿わない、国の政策の方針に沿わない考え方の医師には退職を勧奨した。以前に泌尿器科部長が原因で泌尿器科医が連続退職したことの反省もある。例えば、救急を断らない方針、地域包括ケア病棟で検査をしすぎないことなどが挙げられる。国の政策に乗ろうとしない外科副院長を降職させたこともあった。(53 ページ参照)

### ③ 改革を阻害しないよう院内のコミュニケーションを円滑化

戦略や方針の転換期には組織内のコミュニケーションの行き違いなどが往々にして生じる。経営者はこういったトラブルが改革を阻害しないよう、経営者自身が現場を支援することもあった。

例えば、職種間のコミュニケーションを重視し、職種間の垣根を取り払うよう努力した。具体的には、経営幹部に複数の職種からメンバーを登用、職種間のトラブル要因を分析し防止策を講じるなどであった。

#### <No. 2 藍の都脳神経外科病院>

平成 27 年 2 月に職員の訴えでパワハラ事例が発覚し、関連した離職が発生した。パワハラボックスを設けるなどして内部調査を行い、原因を特定した結果、理事長は職種間の特性に由来する部分もあったと考えた。(理事長は) 医師とコメディカルのコミュニケーション不足によるトラブルに自身が直接介入し、トラブルが悪化することを防ぐよう努めている。理事長は現場をよく歩き、気軽に職員と話すようにしている。(35 ページ参照)

理事長補佐の 5 名は、理事長も参加する週 1～2 回の「理事長会議」を開いている。各補佐はそれぞれ複数の部署・チームを担当しており、経営幹部に多職種が参画しているため部署の垣根を越えた協力が起こりやすい。(37 ページ参照)

#### <No. 3 高木病院>

毎朝 8 時 30 分から 30 分前後、理事長、院長、看護部長、事務長、事務係長の 5 名での定例会議を実施し、院内の状況を共有するようにしている。(51 ページ参照)

院長は、薬剤科が「病棟薬剤業務実施加算」に必要な要件の確認や記録の準備を整えていくための打ち合わせに参加し進捗を見守った。(54 ページ参照)

### 3 外部アドバイザーの活用（公的機関のアドバイザー派遣、金融機関、コンサルタント等）

多くの事例において、何らかの形で外部アドバイザーの助言を受けていた。経営再生段階において、地域経済活性化支援機構と金融機関に定期的にモニタリングを受けたのが中央林間病院であった。

自院内で行ったシミュレーションや試算について、ベンチマーク指標を有するコンサルタント等の第三者に客観的評価を受けた事例もあった。

#### <No. 1 中央林間病院>

当院は、機構の支援を受ける以前から、外部のコンサルティング会社による再生を依頼していた。メインバンクは再生をより強く進めるために平成 24 年に機構への支援を要請した。（18 ページ参照）

#### <No. 3 高木病院>

院長がまず着手したのは、施設基準の見直しであった。院長の想定した内容を検証するために、他の病院の動向も踏まえて、外部アドバイザーの助言も得ながら取りかかった。（54 ページ参照）



#### IV 今後の課題：医療施設の経営改善に必要なこと

本研究の目的は、ケーススタディを通して、経営改善ができなかった事例と経営改善事例の比較等により経営改善のポイントを抽出し、今後の医療施設経営の参考とすることである。

本章では考察を踏まえて、「1 医療機関に役立つ行政情報提供」、「2 経営管理機能強化に向けた職員教育支援」「3 効果的な内外の人材活用」の3点の必要性について、今後の課題としてとりまとめた。

##### 1 医療機関経営に役立つ行政情報の活用

経営改善ができなかった事例では、医療政策の動向、近隣の診療圏・医療圏の状況を十分に活用できず、提供する医療とミスマッチが起これば経営悪化につながっていった。

近年、地域医療構想・病床機能報告や診療報酬の要請により測定・報告すべきデータが増えてきているものの、特に中小病院においてはこれらの情報を十分に活用して経営に活かすことが以前にも増して難しくなっていると考えられる。

今後の課題は、厚生労働省等の行政機関が提供する膨大な一次情報がいかに加工され、医療施設の戦略立案や経営改善に利用しやすい形で提供されるかという点である。例えば、膨大な経営・臨床指標は、自院で分析すると同時に客観的評価を得るためにコンサルタント等の助言を得ながら利用することで、有益なベンチマークが可能となる。二次医療圏等の地域の状況を把握するうえで、地域医療構想調整会議資料などで医療・介護需要、DPC病院に関しては医療圏別にMDC（主要診断群）別患者数などが公表されている。また、日本医師会等から二次医療圏データベースが公開されている。

本報告書ではデータの積極活用に向けて、厚生労働省等が提供している一次情報を巻末「資料編1：参考情報（115ページ参照）」に掲載する。

##### 2 経営管理機能の強化と幹部教育支援

経営改善を担う幹部・管理職を内部から抜擢した場合、経営管理技術の習得に関しては、OJTが中心の事例が多かった。（Off-JTの例としては、事務次長がMBAプログラムを有する経営大学院に派遣される例、看護部長が認定看護管理者を取得した例があった。）

今後の課題としては、医療施設が単独で経営管理者の育成に向けたキャリアパスを構築しうるかどうかという点がある。マンパワーに限界がある法人・施設にあつては、理念や考え方が共有できる法人・施設同士が連携して、キャリアパス・プログラムを構築するなど、共同での研修事業を立ち上げるといった連携の方策は検討すべきと思料する。このようなゆるやかな連携関係の枠組みは、将来的に複数の医療法人（例：地域医療連携推進法人等）による共同での人材確保や、医療機器等の共同購入等に発展すれば、各々の医療施設の経営効率化にもつながるといえよう。

すでに、グループ病院においてはスケールメリットを活かして幹部の人事異動を行い、医療職としてだけでなく、経営幹部としてのキャリアパスも構築されている。

巻末「資料編1：参考情報（121ページ参照）」に、病院団体等が行う、さまざまな職層に向けた管理職研修を掲載する。研修では、同様の悩みを抱えた同じ立場の人的ネットワークができることから、次世代経営者にとっても有益と考えられる。

### 3 経営改善に効果的な内外の人材活用

経営改善にあたっては、中小の医療施設では職員数も限られており、経営課題の専門性によってはいずれかのフェーズで外部人材を活用する事例も多かった。外部人材としては、地域経済活性化支援機構から派遣されたアドバイザー、税理士、金融機関、コンサルタント、などを活用した事例が見られる。

複雑化、多様化する経営改善作業にあたっては、内外の人材を幅広く効果的に活用することが求められ、また、その際には経営陣が強力にバックアップすることによって、スムーズに進むことが考えられる。外部人材を活用する場合は、期待成果を当事者間で共有しておくことが前提となる。

医療施設の安定経営のため、さまざまな人材を徹底的に活用する姿勢が今後も求められる。

最後に、ケーススタディを通じて、各医療施設が医療政策の今後の方向性や、地域の状況を鑑みながら、さまざまな役割を担うよう戦略を立案し、確実に実行していったことを改めて確認したい。診療報酬上も中小病院が地域の患者を中心に、他の病院とも連携しながら在宅医療などを下支えする役割を期待されており、例えば平成 30 年度診療報酬改定では地域包括ケア病棟への在宅からの入院が評価されている。今後も、地域医療における中小の医療施設の果たすべき役割が積極的に議論されることが望まれる。