

3 社会医療法人抱生会 丸の内病院（長野県松本市，199 床）

専門領域の特化・高度化を図り、病床機能再編を成功させた病院

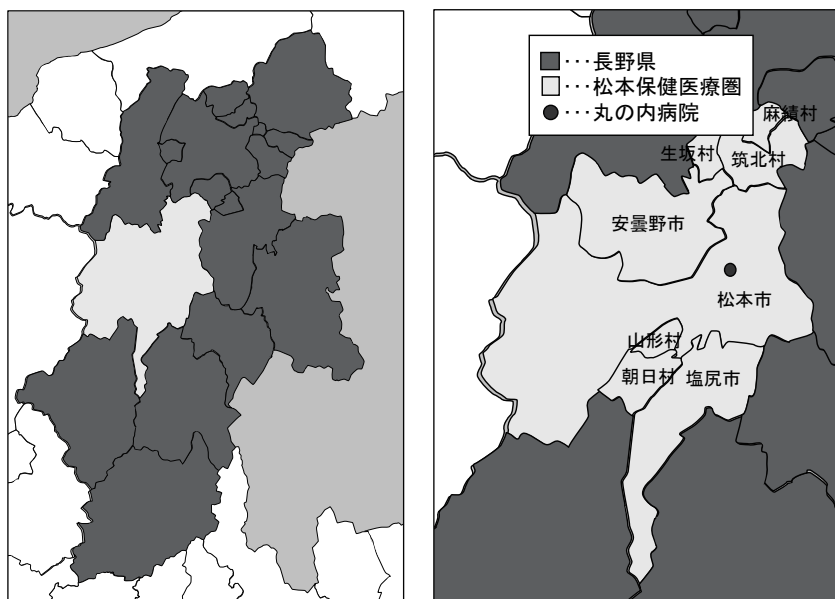
(1) 病院の外観



(2) 概要

① 所在地

図表Ⅱ-3-1 長野県・松本保健医療圏



② 医療圏の状況

丸の内病院（以下「当院」という。）のある長野県松本市は松本保健医療圏に属している。当院はJR松本駅から車で10分程の場所に位置し、半径約10km圏内には三次救急を担う信州大学医学部附属病院（700床）及び社会医療法人慈泉会相澤病院（以下「相澤病院」という。）（471床）がある。同医療圏の27病院のうち17病院が松本市にある。近隣には、当院とほぼ同規模の松本協立病院、松南病院、城西病院がある。

また、同医療圏は19床の病床過剰となっている。

図表Ⅱ-3-2 松本保健医療圏の状況

	人口 (総数)	65歳以上 人口	高齢化率	基準病床	既存病床	病院数	診療所数
				(一般・療養)			
長野県	2,152,449	569,301	26.4%	19,815	19,614	133	1,553
松本保健 医療圏	430,447	105,407	24.5%	3,935	3,954	27	363

図表Ⅱ-3-3 松本保健医療圏 人口推計

	2010年 (平成22)	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)	10⇒35年 増加率
0歳以上65歳未満	325,040	306,858	293,169	281,681	268,559	252,307	▲22%
65歳以上75歳未満	50,421	56,056	54,264	46,697	45,744	49,599	▲2%
75歳以上	54,986	59,008	64,504	71,961	73,375	71,708	30%
高齢化率	24%	27%	29%	30%	31%	32%	

③ 法人・病院の概要

図表Ⅱ-3-4 病院 概要

理事長	佐藤 忍
院長	中土 幸男
住所	長野県松本市渚1丁目7番45号
病床数	一般病床199床(うち亜急性期病床55床)
平均在院日数	11日(平成23年)
病床利用率	88.3%(平成23年)

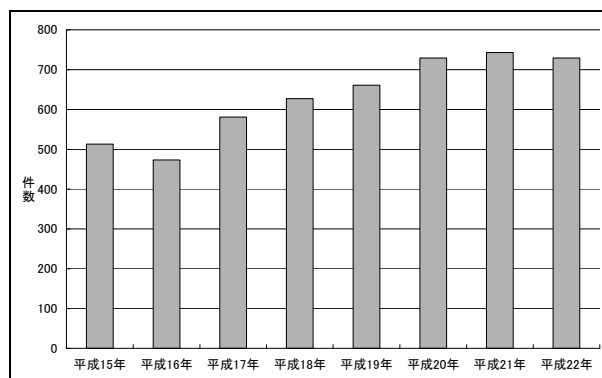
図表Ⅱ-3-5 沿革

年次	概要	備考
昭和20年	石川島芝浦タービン株式会社附属丸の内病院として開設	企業立病院としての開設、31床
昭和26年	医療法人社団抱生会設立	以降、昭和63年まで段階的に226床に増床
平成7年	健康医学センター開設	226床
平成12年	介護療養病床48床運用開始	〃
平成14年	介護療養病床46床とする	199床(現在に至る)
平成18年	10対1入院基本料取得 病院機能評価(ver.5.0)認定取得	
平成19年	中土現院長が入職・副院長就任 病院の新築移転(8月) 介護療養病床を35床に削減 回復期リハビリテーション病棟20床開設	介護療養病床の廃止を決定
平成20年	中土院長就任 7対1入院基本料取得 亜急性期病床28床の運用開始	回復期リハビリテーション病棟を廃止
平成21年	亜急性期病床を55床に増床 小児科標榜許可、母子医療センター開設	介護療養病床廃止
平成22年	消化器病センター開設	
平成23年	病院機能評価(ver.6.0)更新認定取得 社会医療法人認定(12月、周産期にて)	
平成24年	在宅療養支援病院の届出	

※ 参考：周産期医療の実績推移

平成 18 年に安曇野赤十字病院、翌 19 年には（独）国立病院機構まつもと医療センターが分娩取扱いを停止したこともあり、松本地域の他の病院はさらなる引き受けが求められる状況にあった。当院では、引き続き地域における周産期医療を担うため体制強化した。分娩件数は増加、その結果、社会医療法人の要件を満たし、認定を受けることにつながった。

図表Ⅱ-3-6 分娩件数



図表Ⅱ-3-7 病棟構成推移

フロア	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年	
6 階病棟	介護療養 35 床 回復期 20 床	介護療養 35 床 亜急性期 20 床	介護療養 27 床 亜急性期 28 床	亜急性期 55 床
5 階病棟	一般 52 床			
4 階病棟	一般 48 床（一般・女性専用）			
3 階病棟	一般 44 床（周術期）、手術室			

図表Ⅱ-3-8 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	2,550,352	2,512,132	2,798,369	2,900,954	2,951,216
人件費	1,460,911	1,394,150	1,479,503	1,585,760	1,602,016
人件費比率	57.3%	55.5%	52.9%	54.7%	54.3%
減価償却費	140,374	123,344	106,958	106,272	100,891
減価償却費比率	5.5%	4.9%	3.8%	3.7%	3.4%
医業利益	17,982	67,260	111,675	86,673	95,521
医業利益率	0.7%	2.7%	4.0%	3.0%	3.2%
医業外収益	73,057	45,813	45,152	45,266	55,224
医業外費用	79,578	70,017	70,964	66,806	98,993
経常利益	11,461	43,056	85,863	65,133	51,752
経常利益率	0.4%	1.7%	3.1%	2.2%	1.8%

	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	3,196,584	3,718,216	3,930,189	4,494,342	4,741,388
人件費	1,648,066	1,645,548	1,853,169	1,980,102	2,108,911
人件費比率	51.6%	44.3%	47.2%	44.1%	44.5%
減価償却費	309,202	337,508	266,771	228,801	200,426
減価償却費比率	9.7%	9.1%	6.8%	5.1%	4.2%
医業利益	▲212,896	182,203	155,258	429,917	435,076
医業利益率	▲6.7%	4.9%	4.0%	9.6%	9.2%
医業外収益	66,887	88,682	107,895	83,177	84,283
医業外費用	236,197	201,795	196,150	101,334	91,458
経常利益	▲382,206	69,090	67,003	411,760	427,901
経常利益率	▲12.0%	1.9%	1.7%	9.2%	9.0%

(3) 選択した戦略の展開手法・管理

① 取組み前の現状認識

鈴木明夫前院長（以下「前院長」という。）は、平成 19 年に向けた新築移転の計画策定にあたって、医療政策の方向性を分析した。その結果、中小病院の役割は、公的病院等の高度急性期を終えた後の回復期リハビリテーション機能や、地域の診療所と連携した在宅医療の支援拠点機能と考えた。また、前院長は、その当時の病院の現状は、国の政策と照らし合わせて、位置付けが曖昧であると考えていた。

当院の近隣には三次救急を担う信州大学医学部附属病院及び相澤病院がある。また、医療圏における一般病床は既存病床数が基準病床数を上回る病床過剰地域となっていた。このような環境にあつて当院は、199 床という限られた医療資源を最大限に活かすため特色を打ち出す必要があつた。

② 戦略選定理由・市場分析等

前院長は、新病院のコンセプトを設定するにあたって、手術を収益構造の主体に置く必要があると考えた。また、地域密着型病院を志す一方、それだけでは生き残ることは難しいと考え、ハイレベルの技術を提供することも戦略とした。具体的には、整形外科においては人工関節置換術を主体とする四肢の機能再建術を中心に、リウマチなどについては、長野県全域からの患者を見据えた。整形外科は信州大学医学部附属病院との綿密な連携を重視した。内科においては消化器内科を強化、周産期医療は伝統ある歴史を引き継ぎ発展させることとした。当院は、開院以来、継続して分娩を取り扱ってきており、近隣病院の分娩取扱い停止などもあり、その分のニーズを引き受ける方策を採った。

平成 19 年の病院新築後、前院長の後継として就任した中土幸男院長（以下「院長」という。）は、整形外科を強化していくにあたって、整形外科病棟の運用改善のため、介護療養病床であった 1 病棟を亜急性期病床にシフトするという病床再編を平成 20 年 7 月に決定した。

図表Ⅱ-3-9 新病院建築時（平成 19 年頃）の外部・内部環境の整理

			外部環境	
			機会	脅威
内部環境			(マクロ) ・ 7 対 1 入院基本料の創設 (ミクロ) ・ 近隣病院の分娩取扱い停止	(マクロ) ・ 介護療養病床廃止 (ミクロ) ・ 松本保健医療圏における病床過剰 ・ 近隣競合病院の状況
			・ 立地（豊かな自然環境） ・ 整形外科、周産期医療への取組み実績 ・ 職員のホスピタリティに対する高い評価	・ 手術を収益の軸とすべく決定 ・ 整形外科、リウマチ、周産期医療を強化し、地域密着型を志しつつ専門分野を複数構築
	弱み	・ 病院建物の老朽化、狭隘さ	・ 新築移転	

③ 戦略上の目標値・メルクマール

地域密着型病院としての立ち位置を明確にすることで、地域に必要な病院となることを目指した。そのために、消化器内科、整形外科、周産期医療を中心として高度な医療の提供に重点を置くこととした。同時に、院長は、地域に開かれた病院として公益性、公共性を実現することを考えた。地域に必要な病院というコンセプトを、職員が一丸となって考え、自己変革を続ける病院になることを長期的な目標とした。

④ 改善状況に関する管理の主眼

ア 意思決定のスピード重視

院長は、199床の規模を「小回りが利く」と表現し、スピードを重視している。医療制度改革等の際には、自ら東京まで足を運び、最新の情報を入手し、自院で徹底的に最新情報を分析する。意思決定後は、速やかに取組みを開始する。例えば、平成25年に開設予定のサービス付き高齢者向け住宅については、平成24年2月に院長が情報収集を開始し、検討開始を事務方に指示、8ヶ月後の10月には、土地取得まで完了した。

199床という規模であるがゆえ、院長がある程度、現場レベルまで把握できる。その結果、職員と綿密なコミュニケーションを図ることができ、新しいアイデアを拾い上げることも可能にしている。

イ コミュニケーションの充実

当院では、方針の伝達に各種会議体を活用している。院長が率先して情報収集等を行いつつも、意思決定及び実行にあたっては各種会議体にて合意形成を図っている。毎週の経営会議・課長会議では、数値目標等の進捗管理を行っている。

病棟レベルでは、領域別のチーム医療を推進している。特徴として毎日各科の医師が顔を合わせてミーティングを行う。外科系は手術をベースにチーム運営が図りやすいが、内科系については、疾患別の職種横断型チームを編成し、医師のみならず、他職種、特に認定看護師等をチーム医療推進の柱とし、疾患への全体的アプローチを実施している。

以上のような方法で、意思決定の伝達と実行状況を把握することに成功している。

⑤ 改善状況の推移

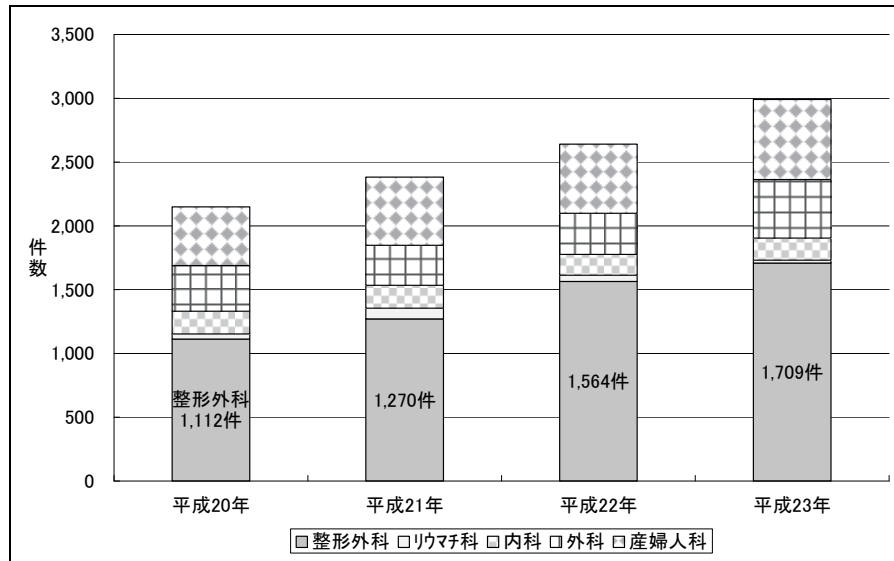
ア 安定的な黒字経営の実現

平成19年度は病院移転のため病床の稼働を制限せざるを得なかった影響により、382,206千円の経常赤字を計上した。その後は、平成20年には7対1入院基本料取得、介護療養病床の転換により、前年度比521,632千円の増収となり、同年の経常利益は69,090千円と黒字化に成功した。

イ 整形外科の実績推移

整形外科の手術件数は平成20年の1,112件から平成23年には1,709件に増加した。特に、膝・股関節を中心とした手術は785件と県下有数の件数を誇っており、患者層は近隣だけにとどまらず、外来患者数の約12%は医療圏外から来院している。

図表Ⅱ-3-10 手術件数の推移



⑥ 実施した改善手法

ア 6階病棟の機能再編

6階病棟の機能再編の経過と目的は図表Ⅱ-3-11のとおりである。介護療養病床の廃止に向けては度重なる患者・家族会を開催し、説明と同意の機会を十分に確保した。病院職員には、病床再編の必要性を十分に説明し、また、入院患者の転院先となる病院への連絡・調整は、院長及び地域連携担当者が中心となって行った。これらの取組みにより介護療養病床は平成20年に8床削減され、平成21年に廃止された。

図表Ⅱ-3-11 病床機能再編（6階）の推移

年次	機能再編	目的
平成19年以前	介護療養病床 45床	・ 介護保険制度の施行に伴い、地域の高齢者医療への対応を図る。
平成19年	介護療養病床 35床、回復期 20床	・ 手術後患者の在宅復帰を目的として回復期リハビリテーション病棟を開始 ・ 平成19年に就任した現院長は、介護療養病床の段階的な廃止を決定する。
平成20年	介護療養病床 35床、亜急性期 20床	・ 回復期の報酬体系が脳梗塞の患者等を重視していると分析、整形外科手術が多い当院にマッチしているかどうか、シミュレーションを実施したうえで、亜急性期病床への転換を結論 ・ 介護療養病床の段階的廃止
平成21年	介護療養病床 27床、亜急性期 28床 亜急性期 55床	

現在の病棟運営状況は次のとおりである（平成23年現在）。

- ・ 3階病棟：整形外科・リウマチ患者が中心であり、患者の約60%が術後2～3週間で亜急性期病棟（6階）へ転棟、残りは退院となる。
- ・ 5階病棟は内科・外科・リウマチ科の混合病棟となっている。紹介元としては、信

州大学医学部附属病院や相澤病院などの急性期病院が多く、脳疾患患者は地域連携パスにより、一之瀬脳神経外科病院、相澤病院からの紹介が多い。年間 30 件程度の緊急入院がある。

- ・ 6 階の 55 床は亜急性期入院医療管理料 2 を算定している。院内の整形外科からの転棟が大部分を占める。整形外科の手術数や稼働率がダイレクトに 6 階の稼働率に影響する状況である。

イ 病床再編にあたってのシミュレーションの実施

平成 20 年 1 月時点において、病床 199 床の内訳は、一般病床 144 床、介護療養病床 35 床、回復期リハビリテーション病棟 20 床という運用形態であった。同年 4 月、診療報酬改定が行われ、亜急性期入院医療管理料が新設、回復期リハビリテーション病棟には質の評価（重症患者割合・在宅復帰率）が新たに導入された。そのため、介護療養病床を今後廃止していくなかで、一般病床の効果的な病床運営を実現するため、6 階病棟の病床機能を、①回復期リハビリテーション病棟の維持、②亜急性期病床導入（回復期リハビリテーション病棟からの転換）のいずれにするか意思決定を迫られていた。院長自らが主導したシミュレーション結果（図表Ⅱ-3-12）に基づき亜急性期病床の導入が決定された。

図表Ⅱ-3-12 当時行われた回復期から亜急性期への転換試算（抜粋）

回復期リハ（20 床）の転換オプション		年間収入	対現行比
現行		154,351,008 円	—
転換 試算	プラン 1	155,027,808 円	676,800 円
	プラン 2	148,598,208 円	▲5,752,800 円
	プラン 3	亜急性期 2	175,380,312 円
(2 年目)		181,910,304 円	27,559,296 円

(4) 人材確保

① 目標達成のためにキーとなる人材

院長が採用した特化戦略を遂行するうえでキーとなる人材としては、医師及び整形外科領域の強化にあたってのリハビリ職員が重要であった。

② 人材充実のために採用した手法

ア 医師の採用に関するポリシーの堅持

医療の質を高めていくという方針を堅持するために、院長は、優秀な医師が採用できるまで「我慢強く待つ」ことをポリシーとしている。例えば、長野県という土地柄を動機とした医師からの面接申し入れがあっても、断ることもある。医師であっても、自院の理念・方針に共感を抱き、専門能力を研鑽するスタンスを求めたいと院長は考えている。医師確保の具体的手法としては、院長自身が関連大学等に毎週、積極的な挨拶周りを行っている。

イ 働きやすい環境整備と専門性を向上させる機会の提供

院外研修においては、年間二回までは研修費用を法人が全額負担している。医師の学会参加費は全て法人負担とし、看護部においては、認定看護師を毎年 1 名以上増員させるこ

とを目標としている。

また、全職員が法人所有の保育所を格安の料金で利用可能としていることも、魅力のひとつとなっている。

専門性向上の機会提供、福利厚生充実による勤務環境整備により、職員満足と医療の質を同時に高めている。

ウ 社会医療法人への移行による副次的効果

社会医療法人の認定を受けて以降は、医師からの問い合わせが二週間に一回程度来ている。社会医療法人としての信頼と当院が取り組む医療体制、法人の理念についての共感の声が得られており、人材確保において副次的なプラス要素となっている。このような背景もあり、近年では人材派遣会社の紹介手数料に対しても、当院の交渉力が増している。

(5) 設備投資

設備投資計画は、必要性和定量データに基づき合議によって決定している。また、医療機器に関しては、医療機器選定委員会の購入審議を経て購入の可否が決定される。

大規模な設備投資としては、平成19年の新築移転と、平成23年の土地・建物取得がある。

院長は主体的経営を重視し、改革を迅速に行うため、脱系列化を図った。その第一歩である社会医療法人化は脱系列化のための大義名分となり、続いて、社会医療法人認定を機に、平成23年、従来医療法人が系列会社より賃借していた土地・建物を取得し、自己所有とした。名実ともに、自らの資産を持って医療事業を行う基盤を確立した。

(6) 資金調達

当院では、病院新築やサービス付き高齢者向け住宅の建設といった大型の設備投資は、メインバンクからの借入れによって資金を調達している。さらに、銀行との関係は、融資相談にとどまらず情報収集の機会ともなっている。銀行は幅広い情報網を有しており、例えば、補助金情報や一般的な病院の投資動向、コンサルタント紹介などにおいて貴重な情報がもたらされることが多いと考えている。

(7) その他改善活動に利用したツール等

当院では、自院の専門性と客観性を補完するため、コンサルタント等の外部アドバイザーを活用している。社会医療法人認定の際には、自院には出資者との交渉に必要な法的知識・経験が不足していた。これを補う存在としてコンサルタントの役割は大きかった。

病院機能評価認定取得や部門別原価計算の導入においては、その専門性に加え、客観的立場から、職員への説明資料作成を依頼した。

当院では、第一に当事者が自身の問題を認識、解決策を検討する必要があると考えている。その上で、不十分な専門知識や経験については、コンサルタント等の第三者を活用することにより補うことにしている。

(8) 今後の戦略

入院患者の高齢化により、入院早期からの在宅支援が重要となっており、院内の多職種

連携の重要性が増している。また、高齢患者の術後の状態によって、亜急性期病棟への転棟がスムーズに行われない場合、病床稼働率の低下をもたらす可能性があり、この点については、院内の連携強化のほかに、サービス付き高齢者向け高齢者住宅を附帯業務として行うことを解決策として検討している。

一方で、急性期病院としての機能強化のため、DPC導入及び定着に向けた準備も行われていく予定である。

当院の亜急性期病床入院患者は、整形外科患者が多数を占めており、内科患者の利用が進んでいない。これは、入院患者の退院先確保が不十分であるという点が挙げられる。そのため、内科領域においても、入院から退院・在宅までの一貫した医療提供サービスを提供することを可能とするよう取組みが進められている。