

6. 医療法人クオラ

法人合併・救済統合型；医療法人京整会 始良整形外科病院

鹿児島市のベッドタウンである始良（あいら）市にある医療法人京整会 始良整形外科病院（60床）は、経営状況は良かったが後継者難のため譲渡を決意し、同県薩摩郡さつま町にある医療法人クオラが平成20年12月に吸収合併した。

医療法人クオラ（以下「クオラ」という。）はクオラリハビリテーション病院（一般57床、療養96床（うち回復期リハビリテーション58床））のほか診療所や介護老人保健施設等の複数事業を運営しており、他都市への進出を検討していた。

(1) 鹿児島県、始良・伊佐2次保健医療圏及び川薩2次保健医療圏の医療環境

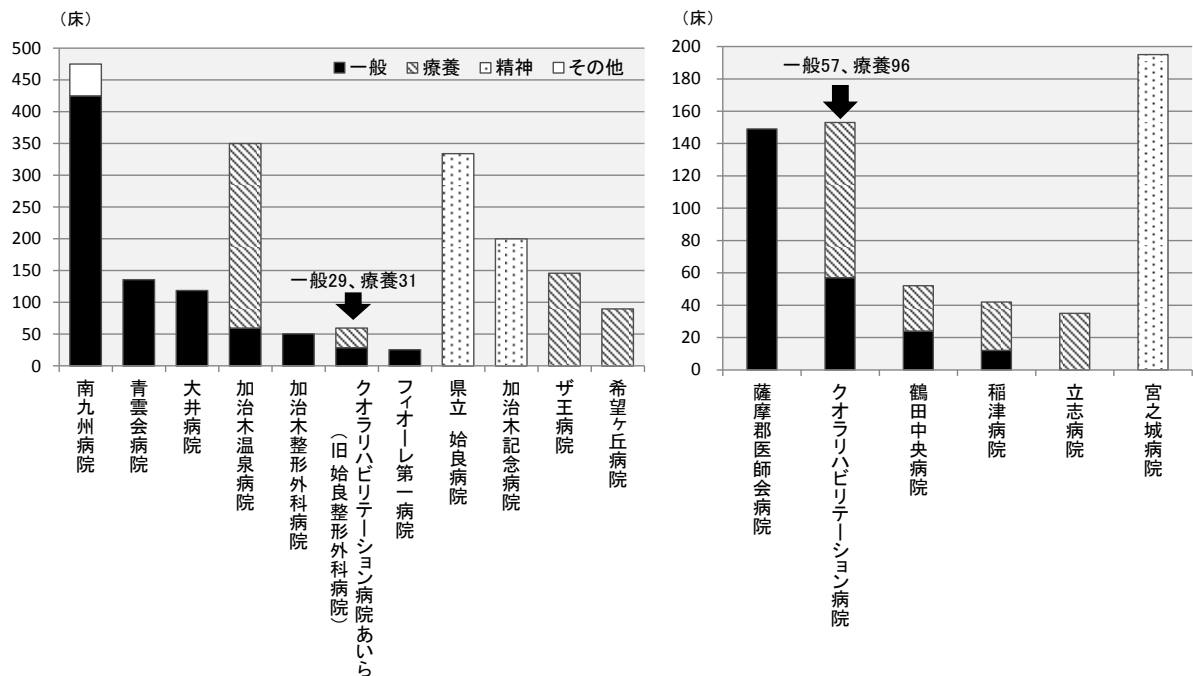
鹿児島県、始良整形外科病院が属する始良・伊佐保健医療圏及びクオラの本部が属する川薩保健医療圏の医療環境は下記のとおりである。

① 医療供給体制

始良市には国立病院機構南九州病院を基幹病院として11の病院があるが、南九州病院以外は100床台以下の一般病院と療養型病院や精神科病院である。

一方、クオラの本拠地であるさつま町は医師会病院が基幹病院であり、クオラリハビリテーション病院以下は療養型ないしは精神科主体である。

図表 3-6-1 鹿児島県始良市（左）とさつま町（右）の病院別病床の種類

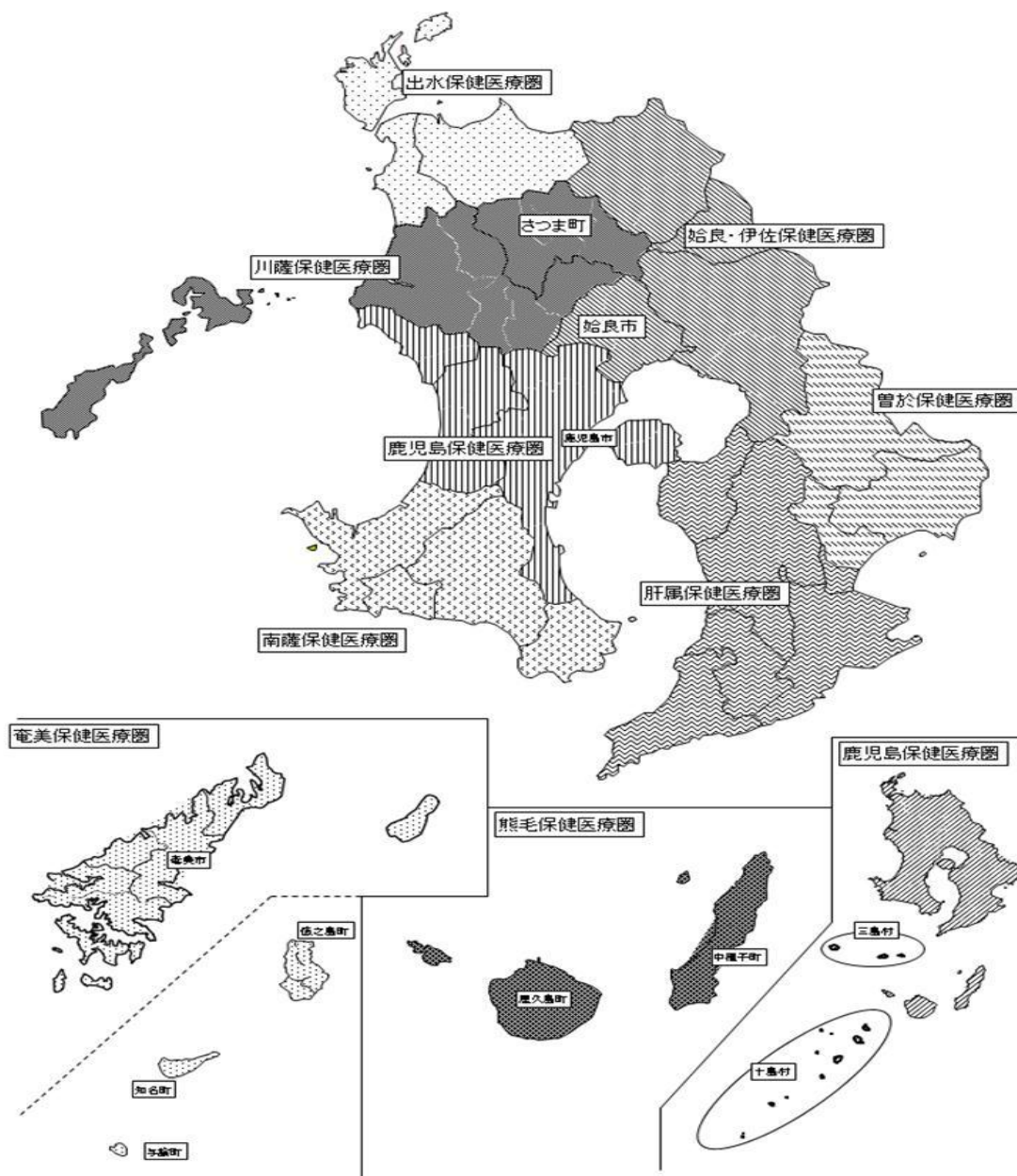


資料；九州厚生局「届出受理医療機関名簿（平成23年12月7日現在）」を基に作成

② 始良・伊佐 2 次保健医療圏と川薩 2 次保健医療圏

鹿児島県内は 9 つの 2 次医療圏が設定されている。始良・伊佐保健医療圏は、始良市、霧島市、伊佐市及び始良郡湧水町の 3 市 1 町で構成され、鹿児島県全体の面積の 15%、人口の 14% を占めている。川薩保健医療圏は、薩摩川内市、さつま町の 1 市 1 町で構成され、鹿児島県全体の面積の 11%、人口の 7% を占めている。

図表 3-6-2 鹿児島県の 2 次保健医療圏



資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

③ 医療施設数と病床数

鹿児島県は全ての医療圏が過剰病床地域である。基準病床の49%は、鹿児島保健医療圏に属しており、始良・伊佐保健医療圏は14%である。

鹿児島県の人口10万人当たりの病院数は全国平均より2倍程度多く、小規模病院が多いことが窺える。

図表 3-6-3 医療圏の基準病床・既存病床

2次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差 引
鹿児島保健医療圏	9,143	11,040	1,897
始良・伊佐保健医療圏	2,688	3,531	843
南薩保健医療圏	1,453	2,546	1,093
肝属保健医療圏	1,732	2,182	450
川薩保健医療圏	1,052	1,662	610
奄美保健医療圏	978	1,775	797
出水保健医療圏	940	1,117	177
曾於保健医療圏	482	1,019	537
熊毛保健医療圏	207	483	276

資料；鹿児島県保健医療計画（平成20年3月）

図表 3-6-4 人口10万対病院数・病院－病床の種類

	病院総数	一般病院 総数	地域医療 支援病院	救急告示 病院	療養病床を有 する病院	一般病床を有 する病院
全 国	6.8	5.9	0.2	3.0	3.1	4.7
鹿 児 島	15.6	13.4	0.7	5.0	8.4	9.4

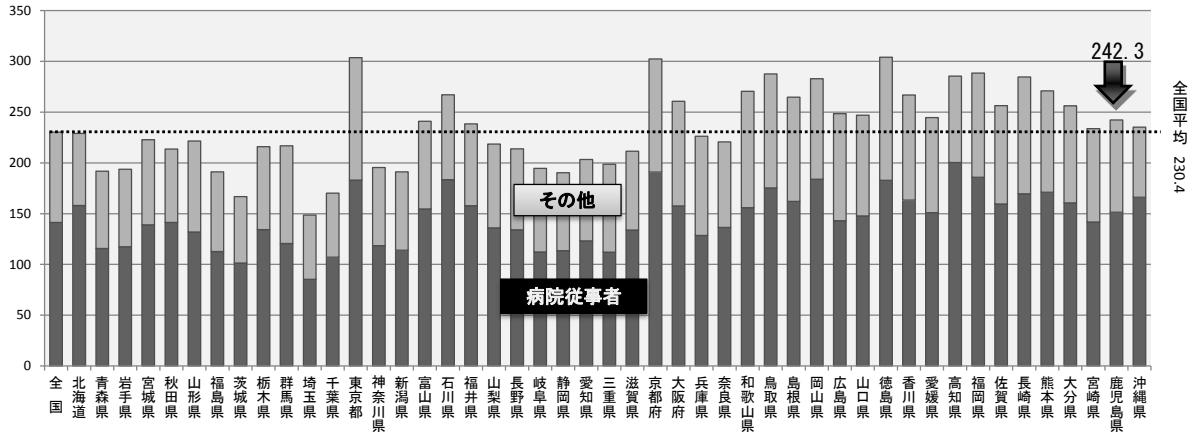
資料；厚生労働省「平成22年医療施設（動態）調査」

④ 医師の供給状況

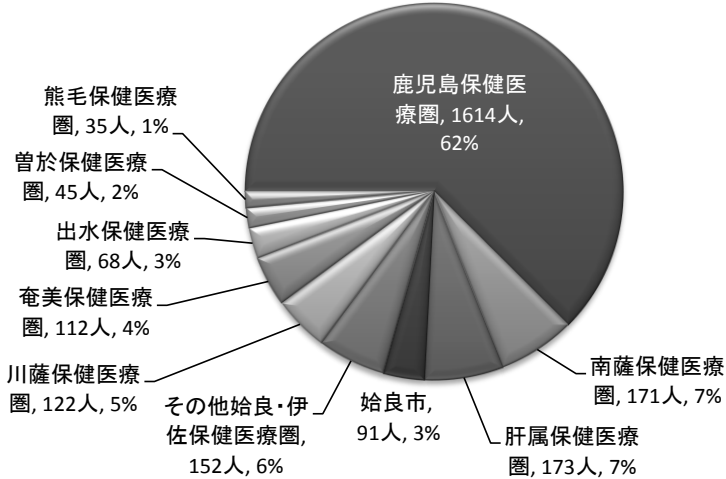
鹿児島県の人口10万人対医師数は全国平均をやや上回っている（図表3-6-5）。病院従事医師の62%が鹿児島保健医療圏に集中し（図表3-6-6）、専門医の鹿児島保健医療圏への集中も著しい（図表3-6-7）。

始良市・伊佐保健医療圏には9%、川薩保健医療圏には5%の医師が従事している。

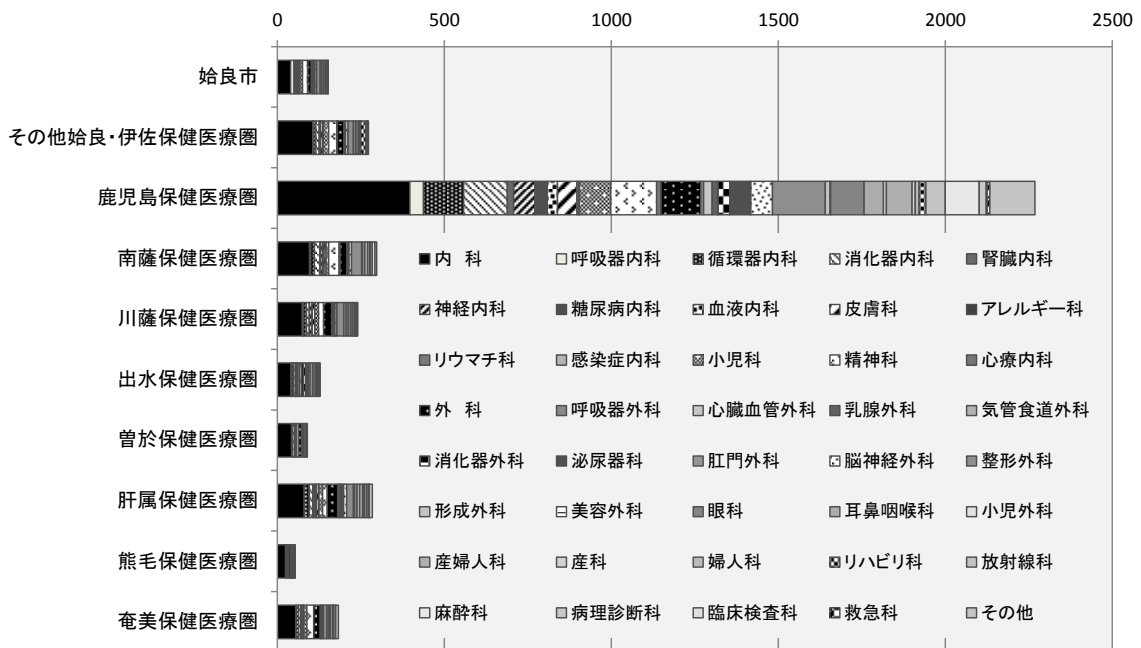
図表 3-6-5 人口 10 万人対医師数



図表 3-6-6 病院従事医師の勤務地



図表 3-6-7 医療施設（病院・診療所）に従事する医師の主たる診療科



資料；いずれも厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

⑤ 医療圏間の入院患者の流れ

始良・伊佐保健医療圏の入院患者の自己完結率は約 85%である。患者の流入数は鹿児島保健医療圏に次いで多く、また、県内に流入してくる県外の患者の 32%を占める。

川薩保健医療圏は自己完結率 75%で、鹿児島保健医療圏への流出が多い。

図表 3-6-8 県内入院患者の流出・流入状況

		患者の住所地の属する二次保健医療圏										合計
		鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	県外	
病院の所在する二次保健医療圏	鹿児島	9,468 (93.1)	588 (16.1)	433 (19.3)	66 (5.0)	607 (14.1)	82 (6.6)	296 (10.9)	279 (33.1)	191 (8.0)	199 (38.0)	12,209 (41.5)
	南薩	303 (3.0)	3,017 (82.5)	6 (0.3)	4 (0.3)	19 (0.4)	3 (0.2)	21 (0.8)	5 (0.6)	10 (0.4)	34 (6.5)	3,422 (11.6)
	川薩	100 (1.0)	4 (0.1)	1,672 (74.6)	105 (8.0)	20 (0.5)	1 (0.1)	1 (0.0)	-	-	14 (2.7)	1,917 (6.5)
	出水	4 (0.0)	-	11 (0.5)	1,107 (84.7)	3 (0.1)	1 (0.1)	-	-	-	13 (2.5)	1,139 (3.9)
	始良・伊佐	284 (2.8)	40 (1.1)	118 (5.3)	25 (1.9)	3,653 (84.6)	128 (10.3)	191 (7.0)	35 (4.2)	52 (2.2)	169 (32.3)	4,695 (16.0)
	曾於	-	-	-	-	8 (0.2)	848 (68.2)	47 (1.7)	-	-	67 (12.8)	970 (3.3)
	肝属	11 (0.1)	6 (0.2)	-	-	8 (0.2)	181 (14.5)	2,158 (79.5)	1 (0.1)	2 (0.1)	10 (1.9)	2,377 (8.1)
	熊毛	1 (0.0)	-	-	-	-	-	-	523 (62.0)	-	4 (0.8)	528 (1.8)
	奄美	1 (0.0)	-	-	-	-	-	-	-	2,129 (89.3)	14 (2.7)	2,144 (7.3)
	合計	10,172 (100.0)	3,655 (100.0)	2,240 (100.0)	1,307 (100.0)	4,318 (100.0)	1,244 (100.0)	2,714 (100.0)	843 (10.0)	2,384 (100.0)	524 (100.0)	29,401 (100.0)

資料；鹿児島県保健医療計画（平成 20 年 3 月）

(2) 法人の概要

① 統合側；医療法人クオラ

クオラは、昭和 33 年に開院した紫尾診療所を母体とし、昭和 48 年に 50 床の病院となり、昭和 58 年に現在の 153 床規模に拡張した。当時は、松下温泉病院と称し、1 日当たりの外来患者が 5 名程度のいわゆる老人病院であった。

現理事長は鹿児島大学病院リハビリテーション科に勤務していたが、病院を引き継ぐために帰郷した。ちなみに、大学病院のリハビリテーション科は、私立大学では慶應義塾大学や川崎医科大学、産業医科大学等の附属病院で開設されていたが、国公立大学では鹿児島大学附属病院が初めて開設した歴史がある。

温泉病院のままでは生き残れないとの考えからリハビリテーション機能を強化し、現理事長就任 4 年後の平成 8 年に MK リハビリテーション病院に改称した。また平成 17 年に法人名を”Quality Of Life”Partner に由来するクオラに変更した際に、病院名もクオラリハビリテーション病院と改称して現在に至っている。

クオラは、入院、外来、通所、訪問の形態でリハビリサービスを提供している。クオラリハビリテーション病院は、鹿児島大学の術後リハビリテーション病院として指定されている。周辺では隣接の薩摩川内市の市民病院等もリハビリテーションに注力しているが、スタッフ層はクオラリハビリテーション病院が圧倒的に充実している。

クオラリハビリテーション病院は、一般 57 病床のうち亜急性期 26 床を除く急性期病床が平均在院日数 12 日未満である。外来患者は、泌尿器科を新設したこともあって毎月増加しており、直近では月間 270 人程度になった。一般病棟とリハビリテーション病棟は 10 対 1 看護、療養病棟は 13 対 1 看護だが、介護スタッフ配置が充実している。クオラリハビリテーション病院の職員数は、常勤職員 210 名、非常勤職員 46 名である。

また、前理事長時代に設立した社会福祉法人で特別養護老人施設と保育園を運営していたのを引き継ぎ、デイサービスセンター、在宅介護支援センターを新たに開設した。

[医療法人クオラの施設]

クオラリハビリテーション病院 (鹿児島県薩摩郡さつま町；153 床 (一般 57 床、療養 96 床 (うち回復期リハ 58 床)))

クオラクリニックせんだい (鹿児島県薩摩川内市；一床)

介護老人保健施設クオリエ (さつま町；定員 100 名)

クオラリハビリテーション病院あいら※

(鹿児島県始良市；60 床 (一般 29 床、療養 31 床 (回復期リハ 31 床)))

クオラクリニックあいら※ (鹿児島県始良市)

通所リハ クオラ i、通所介護クオラ i、訪問看護・リハ クオラ u、通所介護・リハ クオラ i せんだい、通所リハ クオラ i あいら※ ほか

グループホームアリエ (さつま町；定員 18 名)

[社会福祉法人クオラの施設]

特別養護老人ホームマモリエ (さつま町；定員 100 名)

さつま町在宅介護支援センター クオラ
 保育園クオラキッズ
 特別養護老人ホームマモリエあいら（始良市;定員 100 名）
 ※印は被統合法人である医療法人京整会より譲渡

② 被統合側；医療法人京整会 始良整形外科病院

京整会は、鹿児島市のベッドタウンである始良市（当時は市町村合併前の始良町）で始良整形外科病院（60 床）のほか門前診療所を運営していた。

病院は、毎年数千万円の黒字があり経営状況は良好であったが、子息が循環器科の医師で帰郷の意思もなかったことから後継者がいなかった。

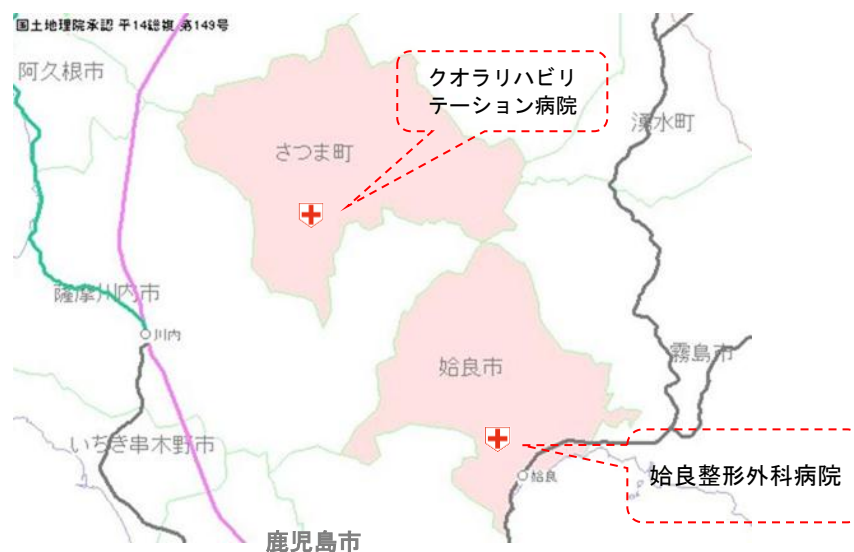
クオラリハビリテーション病院とは 40 kmほど離れており車で 1 時間弱かかる。

[医療法人京整会の施設]

始良整形外科病院（始良町;60 床（一般 29 床、療養 31 床））

始整クリニック（始良町）

図表 3-6-9 両病院の立地状況



(3) 統合に至るまでの経緯・背景

クオラの現理事長は、ある程度の規模がないと事業継続が難しいとの考えから診療所やグループホームを開設するほか、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の事業を拡大してきた。しかし、医療計画上、病院の増床はできず、また、さつま町は人口減少地域であり、同町で規模を拡大してもいずれ集患に限界が来るため、より規模の大きな都市への進出を検討していた。

クオラは、病院経営には特徴・強みが重要であるとの考えからリハビリテーション機能を強化し、当グループの各事業では、外来、入院、通所、訪問においてリハビリテーションを提供している。

クオラリハビリテーション病院には理学療法士・作業療法士等が70名程度おり、社会福祉法人事業を含めてグループ全体で120名程度の理学療法士等を擁している。介護老人保健施設等にも理学療法士等がいることで病院でのリハビリテーションとの相乗効果がある。訪問リハビリ件数は、月間約780件と国内でも多い部類である。訪問先は、さつま町内が400件、薩摩川内市が350件前後の内訳である。

病院のリハビリテーションは、当初、診療報酬上の恩恵が少なかったが、脳梗塞後から運動疾患（整形）、小児（発達障害、行動障害）へと対象を広げてきた。平成12年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟入院料が新設され、また、早期リハビリテーション加算の引上げ、総合リハビリテーション施設基準の緩和等のリハビリテーション診療点数の大幅改定が行われる等、徐々にリハビリテーションに対する診療報酬が加算された。その後、平成22年診療報酬改定で休日加算、充実加算等が創設され、現在ではリハビリテーション加算だけで年間5億円の収益を上げている。

一方、京整会理事長は、後継者難から譲渡を決意し、同一会計士事務所を利用していたクオラに会計士を通じて譲渡を持ち掛けた。始良市は、鹿児島市のベッドタウンで人口が増えていることから事業拡大の余地があるとの判断により平成20年に吸収合併するに至った。

始良整形外科病院は、整形外科主体の一般病棟29床と療養病棟31床であったのを、統合を機に療養病棟を回復期リハビリテーション病棟に機能転換した。

前経営者（整形外科医）は門前診療所に異動し、副院長（麻酔科医）が院長に昇格した。もう一人の医師の内科医も継続勤務している。前経営者は、都合により半年で退職した。

その他の職員も全員一旦退職の上で再雇用した。前経営者との約束で2年間は現給保障し、3年目からクオラの給与体系に統一した。京整会時代の給与は調整給が多く、基本給が少なかったのを基本給ベースの体系に切り替えた。これによって、月間給与水準は下がり、賞与水準は上がったが、年収は若干下がった。

統合後、すべて10対1看護体制としたため看護師は12名から20名に、理学療法士・作業療法士等は8名から22名に増員した（再雇用した理学療法士等8名は、その後全員退職した）。医師数は、退職した前経営者の代わりにクオラリハビリテーション病院から整形外科医を補充したので3名で増減なく、准看護師は10名から9名に減員となった。

統合後は、療養病床から回復期リハビリテーションに機能転換したのに加え、病床稼働率が従来の80%台からほぼ満床状態に上昇したため利益が倍増した。



クオラリハビリテーション病院



クオラリハビリテーション病院あいら

(4) 経営管理手法

京整会との統合後に行う経営改善を見るに先立ち、クオラグループの経営管理手法を紹介する。

① 職員の経営参画意識の高揚

病院の科長以上、福祉施設の部長以上は毎月の運営会議に出席し、グループ各施設の経営データを開示の上で経営改善策を検討している。運営会議には係長クラスまで出席することもあるが、この会議に出席している 60 名前後は、グループ各施設の利用数と稼働状況、収益等を理解している。その他の職員には経営情報を公開していない。

② PDCA活動

各施設と施設の部門単位で年間事業計画を策定し、3段階の会議で進捗状況を管理している。理事長は全ての会議に出席している。問題点があれば、各施設・各部門が協力し合って、その場で解決策を決定する。特に利用者数、稼働率を注視している。

- ・ 経営会議；理事長、事務長等の経営幹部による経営方針策定や進捗状況管理の会議
- ・ 運営会議；グループ内の各施設の科長、部長以上が出席し、部門ごとに進捗状況把握と経営改善策を検討する会議。毎月 2～3 時間にわたって開催する
- ・ 施設会議；施設ごとに部門の進捗状況把握と経営改善策を検討する会議。多忙な理事長が出席しやすいようにランチョンミーティング形式で開催

なお、クオラリハビリテーション病院には歯科、眼科の不採算の診療科もあるが、地域医療に必要なものは不採算でも提供している。

③ 課題の把握と対応

経営データは、各部署が集計して事務局が取りまとめ、経営会議、運営会議等で課題を把握し、その場で解決策を決定する。病床稼働率が低下することは速いが、取り戻すには長い時間がかかるため、課題の早期発見、早期対応を重視する。例えば、稼働率低下の場合は、当該部門・当該施設が対策を取るのは無論であるが、グループ内の関連施設でも協力するように指示が出る。クオラリハビリテーション病院の病床稼働率は平成 22 年度が

99%、23年度はほぼ満床である。

経営データの分析は、会計事務所の協力を得て運営企画室が当たっている。運営企画室は、グループ全体の経営データ分析のほか、会計、人事、IT等を担当している。

④ コストダウン

医療材料・機器等の発注は病院ごとであるが、価格交渉は本部で対応する。コストダウンは大切と考えるものの、それよりも収益増に注力している。

⑤ 職員研修等の充実

全病院職員を対象とする接遇研修を定期的に行っている。最初は管理職を対象に半年間研修を実施した。その後、職階、職種別に研修を続けて一巡し、現在は新たに3か月コースの研修を実施中である。

理学療法士・作業療法士等は先輩が新人をOJTで研修している。特に新卒入職から理学療法士・作業療法士等の資格が取れる6月までの2か月間で徹底的に教育する。新卒時の若い時からの研修が大事であり、一定年齢に達してからの研修では追いつけない。

クオラの理学療法士等は自主的に毎月公開研修をしているが、グループ内からの参加者が50人程度に対して、外部受講者は100人程度集まることから、当グループの理学療法士・作業療法士等のレベルの高さが窺える。

⑥ 組織体制・人事制度

部・課等の縦割り組織体系以外にグループを横断的に管理するマネジメント体系を設け、グループの各事業間を統合的に運営し、かつ協力し合う管理体制としている。

クオラでは業績給を採用しており、法人業績を基に人事考課を反映させて賞与を決定する。人事考課は、上司が4段階評価するものであるが、評価が公平になるように改良すべき余地があると認識している。

社会福祉法人職員は、医療法人職員に対して高給であったため、3年程度をかけて医療法人職員並みに水準を合わせた。

⑦ 職員採用

鹿児島県内でも医師採用は厳しいが、理事長が鹿児島大学医局等との連絡を怠らないため、当法人は医師採用に困っていない。医師を採用するために大切なことのひとつは、医療事故等のリスクを医師に負わさない、リスクは病院で取る姿勢を示すことである。

看護師は、クオラリハビリテーション病院の看護部長がリハビリテーション病院あいらを含めて採用責任者となり、九州一円から沖縄県まで採用に奔走している。看護師の定着率は改善しているが不足感はある。

理学療法士・作業療法士等はクオラリハビリテーション病院のリハビリ部長がグループ全体の採用責任者として採用に奔走している。離職者はグループ120名中毎年10名前後であり、地元に戻る者が多い。

⑧ 医療連携の強化

病床稼働率低下対策の指示が下ると、即座に医療連携室のメディカルソーシャルワーカー（以下、「MSW」という。）が連携先病院等に転院対象者がいないか問い合わせる等の対策を取る。クオラでは連携室のMSWがベッドコントロールの一翼を担っており、患者の入退院は必ず医療連携室MSWと相談することになっている。

⑨ 医療機能再編・設備投資

クオラリハビリテーション病院は、元は老人病院であったのをリハビリ病院に機能転換し、今日では鹿児島大学病院指定病院となる等の実力を持つに至った。統合したクオラリハビリテーション病院あいらもリハビリ機能を強化した病院に機能転換した。

さつま町のリハビリテーション病院や介護老人保健施設が集積する土地は事業拡大とともに後背地の山林等を買増し、現在は 10ha 程度に拡張している。敷地には余裕があり、敷地内の老朽化施設を順繰りに建替えている。

平成 16 年には介護老人保健施設に通所リハビリテーションセンターを増築し、特別養護老人ホームを建替えた。平成 17 年には開設当初の病院施設を建替えたのにあわせて他の病棟等も改装した。今後は保育園等を建替える予定である。

統合したリハビリテーション病院あいらは、築 30 年足らずであるが、リハビリテーション機能を強化する余地がないため、間もなく移転建替え予定である。

(5) 統合上の課題

諸規定はクオラの規定に合わせており、人事制度も 3 年目にクオラ規定に合わせたので、この面での負担は僅少である。

職員の増員や研修には手間をかけているが、混乱もなく粛々と進めている。

唯一の課題は、全ての会議に出席して指示を出す理事長の負担が増加した点である。

(6) 経営統合による効果

① 規模のメリット

病院経営は、ある程度の規模がないと勝ち残れないとの考えから、統合には積極的である。始良整形外科病院を統合する前にも 100 床の病院と統合寸前までいったことがある。複数の病院譲渡案件が持ち込まれており、時機を見ながら規模拡大を図る予定である。始良整形外科病院との統合は規模拡張の第一歩である。

将来はクオラグループが他法人に統合される側に立つかもしれないが、それでも良いと考えている。

② 収益増

始良整形外科病院は、クオラのリハビリテーション機能を導入し、経営管理手法を取り入れることで利益が倍増した。クオラリハビリテーション病院も病床稼働率向上、外来患者増加、通所・訪問リハビリ増強等により利益を拡大し、その利益を源泉に施設建替えや新たな統合を行う好循環を生み出している。