
自治体病院経営セミナー

～ 新たな経営改革に向けて ～

平成18年6月



DBJ

日本政策投資銀行
Development Bank of Japan

財団法人
日本経済研究所
The Japan Economic Research Institute

はしがき

本資料は平成 18 年6月 27 日、日本政策投資銀行と(財)日本経済研究所が共同で開催致しました「自治体病院経営セミナー ～新たな経営改革に向けて～」の議事録です。

当セミナーは、厳しい経営環境や医師不足といった問題を抱える自治体病院の経営を巡る諸課題とその対応について、自治体病院の経営実態を把握しつつ、官民パートナーシップ (PPP; Public Private Partnership) を活用した経営改革等を踏まえ、今後のあり方を議論し、指針提言を行ったものです。

セミナーのプログラムは、日本政策投資銀行と(財)日本経済研究所からの現状報告、埼玉県での病院改革を現場でご経験なされた城西大学経営学部助教授 伊関 友伸氏のご報告、その後、国際医療福祉大学教授 阿曾沼 元博氏、城西大学経営学部助教授 伊関 友伸氏、(株)メディカル・プリンシプル社事業企画本部長 松本 洋氏、日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章、日本経済研究所調査局研究主幹 高橋 啓によるパネルディスカッションを行いました。

本資料が自治体病院の経営に携わる関係者のみならず病院事業に係わる民間事業者等も含め多くの方に役立つことを願っております。

また、本セミナーの開催にご支援、ご協力を賜りました関係機関および関係者の方々にこの場を借りまして心より御礼申し上げます。

日本政策投資銀行
財団法人 日本経済研究所


目 次

当日プログラム	1
日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章ご挨拶	2
報告 1 : 「自治体立病院の経営状況」 日本政策投資銀行政策企画部課長 吉田 秀一	3
報告 2 : 「公立病院への P P P 導入」 (財)日本経済研究所調査局調査第 5 部長 吉田 育代	7
報告 3 : 「埼玉県立 4 病院の経営改革」 城西大学経営学部助教授 伊関 友伸	12
パネルディスカッション	
参加者 : 国際医療福祉大学教授 阿曾沼 元博 城西大学経営学部助教授 伊関 友伸 (株)メディカル・プリンシプル社事業企画本部長 松本 洋 (財)日本経済研究所調査局研究主幹 高橋 啓	21
コーディネーター : 日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章	

当日プログラム

自治体病院経営セミナー

～ 新たな経営改革に向けて ～



DBJ

日本政策投資銀行
Development Bank of Japan

財団法人
日本経済研究所
The Japan Economic Research Institute

プログラム (敬称略)

13:30～13:40	開催挨拶	日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章
13:40～14:00	報告1:自治体立病院の経営状況	日本政策投資銀行政策企画部課長 吉田 秀一
14:00～14:15	報告2:公立病院へのPPP導入	日本経済研究所調査局調査第5部長 吉田 育代
14:15～14:45	報告3:埼玉県立4病院の経営改革	城西大学経営学部助教授 伊関 友伸
14:45～15:00	<休憩>	
15:00～16:30	パネルディスカッション	国際医療福祉大学教授 阿曾沼 元博 城西大学経営学部助教授 伊関 友伸 (株)メディカル・プリンシプル社事業企画本部長 松本 洋 日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章 日本経済研究所調査局研究主幹 高橋 啓

日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章ご挨拶


本日は、自治体病院を中心とした経営のあり方について少し議論できればということで本セミナーを私ども政策投資銀行と、グループのシンクタンクである（財）日本経済研究所の共催という形で企画させていただきます。

ご存じのように、我が銀行自体は産業金融というのが主体でございましたので、病院自体を、例えば融資をさせていただくとか、経営を見させていただくというのは、経験はあまりないのが正直なところです。平成17年12月に「自治体立病院の現状と動向について」を公表させていただきましたが、公営企業年鑑の公表データから我々なりに様々な加工をし、専門家の方々に意見を聞いた上で、ようやくここまで作ったというのが実態であります。ただ、その中で、自治体病院がいろいろな課題を抱えていらっしゃる。特に、私どもの銀行というのは地域でいろいろなお手伝いをさせていただいて、自治体の方々ともお付き合いが深いものでございますから、そういう中で、特に、自治体病院というものが、なくてはならない存在でありながら、いろいろ課題があるのだろうなということで、今回、このような企画をさせていただきました。

前半は、講演主体でございまして、基礎的なことも多いかと思っておりますけれども、自治体病院の現状ということをお話をさせていただき、後半は、パネルディスカッションの形で、病院の経営に携わっている方、自治体において直接病院の経営改革に携われる方、あるいは、最近問題になっておりますけれども、お医者さんが足りない、そういった観点からお仕事をされている方、こういった方々をお招きして、少し自由に語っていただき、今後の方向性が少しでも出せればと考えております。

報告 1 : 「自治体立病院の経営状況」

日本政策投資銀行 政策企画部課長 吉田 秀一



自治体立病院の現状と動向について
～地方公営企業病院の個別データ等から～

平成18年6月27日
日本政策投資銀行
政策企画部課長 吉田秀一

なぜ自治体立病院か

日本の約9千の病院のうち1千を超える自治体立病院

- 自治体立病院の経営は厳しい状況にある

経営主体別病院の収支状況(全収入全支出)	全収入	全支出	収支差額
国家	210,834	185,095	25,739
地方公共団体	318,244	351,179	-32,935
民間	8,211	3,333	4,878
計	537,289	539,507	-2,218

- 自治体財政の悪化一病院事業への継続支援が困難に
- 自治体合併の進展
- 自治体立病院についても「官から民へ」の流れ(医療法人制度改革)
- 施設の老朽化

昨年度、私どもが調査・研究いたしました「自治体立病院の現状と動向について」の概要をご説明申し上げます。

現在、我が国には約9千の病院がありますが、その中でも、1千を超える自治体立病院の経営はかなり厳しい状況にあります。自治体立病院は、離島などの僻地医療、高度医療や特殊医療といった採算性の低い政策医療を担っており、赤字経営がやむを得ない事情もありますが、財政が厳しさを増す中、市町村合併も後押しするような形で、病院経営のあり方が自治体の大きな課題になりつつあります。また、老朽化し、建て替えが差し迫っている施設も少なくありません。

調査・研究の内容

自治体立病院の経営のあり方を検討する際の手掛かりとして、自治体立病院のうち、平成15年度末現在1,003(建設中含む)存在する**地方公営企業病院のデータ**(地方公営企業年鑑)および**設立自治体の財政状況等のデータ**(都道府県・市町村決算状況調査等)を加工することによって、

- 自治体立病院(個別)の経営状況、
- 設立自治体の財政負担等を整理

併せて、

- 自治体立病院PPP(Public Private Partnerships)の事例
- その担い手にも言及

本調査・研究は、自治体立病院のうち、地方公営企業病院について、経営改善や経営のあり方を検討する際の手がかりとして、総務省から公表されている地方公営企業年鑑のデータを加工し、個別病院の経営状況を時系列で把握するとともに、自治体の財政負担の度合いを推し量るなど、その現状を整理したものです。また、併せて、自治体立病院における民間との協働、いわゆるPPP、Public Private

Partnerships の事例、そして、その担い手にも言及しています。

自治体立病院を取り巻く環境

- 地方公営企業とは、社会公共の利益を目的として自治体が直接経営・運営する公営企業・事業

事業別	職員数	収入	支出	収支差額
地方公営企業	40,000	3,500	5,500	-2,000

地方公営企業とは、社会公共の利益を目的として自治体が直接経営・運営する公営企業、公営事業です。平成15年度末の地方公営企業全体の職員数は約40万人で、地方公務員総数約300万人の10数%を占めています。この中でも、病院事業は、754の自治体、一部事務組合等による建設中の3病院を含め、1,003病院で、職員数は23万6千人と、地方公営企業全体の6割弱、地方公務員総数に対し

でも8%弱と、その位置づけは相当大きなものになっています。さらに、病院事業全体の収支状況を見ると、診療行為等によって得られた料金収入が3兆4,500億円ある一方、他会計から収益的収入として5,500億円の繰入、内部補填があるにもかかわらず、純損益は1,000億円の赤字になっています。また、長期債務である企業債の現在高も4兆円と、料金収入の規模を上回っています。

地方公営企業病院(個別)の経営状況を示す指標

- ①修正医業収支比率(武弘道川崎市病院事業管理者の考え方に倣い)
 - ・医業活動に要する費用である医業費用を、医業活動で得た収入である医業収益から自治体の普通会計等からの内部補填である他会計繰入金を控除した修正医業収益で賄うことができるかを示す指標
 - ・企業会計の営業損益段階に相当、医療機関としての実質的な経営状況を見るために他会計繰入金を控除
- ②簡易な営業キャッシュフロー
 - ・データの制約から目安として、他会計繰入金を控除した、簡易な営業キャッシュフローも試算

7

個別の地方公営企業病院の経営状況については、自治体立病院の経営改善で著名な武弘道先生の考え方に倣い、医業活動に要する費用である医業費用を、医業活動で得た収入である医業収益から自治体の内部補填である他会計繰入金を控除した修正医業収益で賄うことができているかを示す指標である修正医業収支比率を算出し、それによって評価を試みました。他会計からの繰入は、政策医療を担っている負担に対して、地方公営企業法等に基づいて行われているものですが、医療機関としての実質的な経営状況を横並びで比較するという観点で控除したものです。なお、データの制約から、目安にすぎませんが、他会計繰入金を控除した、簡易な営業キャッシュフローも試算いたしました。

地方公営企業病院(個別)の経営状況(結果)

- ①修正医業収支比率
 - ・平成15年度に医業収支段階で他会計からの繰入がなくとも自立可能な修正医業収支比率100%以上の病院はわずか82病院。
 - ・100%以上の病院数は11年度88病院、12年度101病院、13年度104病院、14年度65病院で推移。
 - ・上位50病院をみると、病床数は50から956と散らばっているなど、経営状況のよい病院の姿は様々ではない。
- ②他会計繰入金控除後の簡易な営業キャッシュフロー
 - ・平成15年度にキャッシュフローが黒字の病院は1割強の139。残りの多数の病院は自力ではキャッシュフローすら生み出せていない。

8

その結果、医業収支段階で他会計からの繰入がなくとも自立可能な修正医業収支比率100%以上の病院は、平成15年度には、建設中を除く1,000病院のうち、わずか82にすぎませんでした。ちなみに、上位50病院を見ると、病床数は50から956と散らばっているなど、その姿は必ずしも一様ではありません。この修正医業収支比率100%以上の病院数の時系列推移を見ると、11年度の88から101、104と増えていきましたが、診療報酬の本体が初めて引き下げられた14年度には65に大きく減少しています。今年度もそれを上回る診療報酬の引き下げとなっていますので、経営は、より厳しさを増しているものと思われます。また、他会計繰入金控除後の簡易なキャッシュフローを見ても、黒字の病院は全体の1割強の139にとどまっており、残りの多数の病院は自力ではキャッシュフローすら生み出せていない状況にあります。

自治体の負担を示す指標

- ①フロー面:他会計繰入金の標準財政規模比
 - ・収益的収入/他会計繰入金/標準財政規模
- ②ストック面:累積剰余金・欠損金、債務残高の標準財政規模比
 - ・累積剰余金・欠損金/標準財政規模
 - ・債務残高/標準財政規模

※標準財政規模とは地方公共団体の経常的一般財源(用途が特定されない)の規模で、自治体の規模を示す基礎的な数値。自治体の規模にかかわらず横並びでの比較を可能とするため、標準財政規模に対する比率のみをみた。
※一部事務組合等については、便宜的に構成自治体の標準規模の合計(県と市町村で一部事務組合等を構成している場合は構成市町村のみ合計)をもって一部事務組合等の標準財政規模とみなした。
※債務残高=企業債、他会計借入金(固定負債、借入金本金)+一時借入金-現金・預金

といえるものです。

まず、フロー面の負担である他会計繰入金のうち、収益的収入の標準財政規模比を見ると、15年度の単純平均は3.4%になっています。上位と下位の幅は大きく、下位については、病院事業が他の行政事務事業を相当圧迫しているのではないかと懸念されるところです。

個別の地方公営企業病院の経営状況については、自治体立病院の経営改善で著名な武弘道先生の考え方に倣い、医業活動に要する費用である医業費用を、医業活動で得た収入である医業収益から自治体の内部補填である他会計繰入金を控除した修正医業収益で賄うことができているかを示す指標である修正医業収支比率を算出し、それによって評価を試みました。他会計からの繰入は、政策医療を担っている負担に対して、地方公営企業法等に基づいて行われているものですが、医療機関としての実質的な経営状況を横並びで比較するという観点で控除したものです。なお、データの制約から、目安にすぎませんが、他会計繰入金を控除した、簡易な営業キャッシュフローも試算いたしました。

その結果、医業収支段階で他会計からの繰入がなくとも自立可能な修正医業収支比率100%以上の病院は、平成15年度には、建設中を除く1,000病院のうち、わずか82にすぎませんでした。ちなみに、上位50病院を見ると、病床数は50から956と散らばっているなど、その姿は必ずしも一様ではありません。この修正医業収支比率100%以上の病院数の時系列推移を見ると、11年度の88から101、

104と増えていきましたが、診療報酬の本体が初めて引き下げられた14年度には65に大きく減少しています。今年度もそれを上回る診療報酬の引き下げとなっていますので、経営は、より厳しさを増しているものと思われます。また、他会計繰入金控除後の簡易なキャッシュフローを見ても、黒字の病院は全体の1割強の139にとどまっており、残りの多数の病院は自力ではキャッシュフローすら生み出せていない状況にあります。

次に、自治体の財政負担については、フロー面とストック面に分けて推し量りました。多少乱暴な試算かとは思いますが、各指標は、自治体の規模等にかかわらず横並びでの比較を可能にするために、標準財政規模に対する比率で見ました。標準財政規模とは、自治体の歳入のうち、標準的な状態で通常収入されるであろう用途が特定されない経常的一般財源の規模で、自治体の規模を示す基礎的な数値

自治体の負担(結果)

①他会計繰入金(収益的収入)の標準財政規模比(フロー)

- 15年度の単純平均は3.4%
- 上位には病院事業の経営状況が良好な自治体とともに、財政規模が大きいが逆に相応の負担をしているにもかかわらず相対的に負担の小さな自治体
- 下位は、病院事業の経営状況が厳しい上に、自治体の規模が小さいために相対的な負担の重い自治体が多いようである

②累積剰余金・欠損金、債務残高の標準財政規模比(ストック)

- 15年度末に累積欠損金を抱える自治体は75%の569
- 標準財政規模比8.9%の累積欠損金を抱えているというのが全体の単純平均
- 15年度末の債務残高の標準財政規模比の平均は23.3%

ただし、財務的には身軽でも施設の老朽化が進み、建て替えが進んでいる場合もあり、将来にわたって、当該病院、自治体がいかなる負担を余儀なくされるのか、様々な角度から分析することも重要。

10

次に、ストック面について、累積剰余金・欠損金の標準財政規模比を見ると、15年度末に累積剰余金を抱える自治体は、わずか177にすぎず、欠損金を抱える自治体が全体の75%の569にのぼっています。標準財政規模比8.9%の欠損金を抱えているというのが全体の単純平均です。中には、標準財政規模に匹敵する累積欠損金を抱える自治体もあります。また、債務残高の標準財政規模比を見ると、平均は2割強です。債務残高が標準財政規模を上回っている自治体が28。中には、3倍以上の自治体もあります。

地方公営企業病院(個別)の経営状況及び自治体の負担(散布図の作成)

個別病院や自治体の位置づけを把握すべく、病院経営に係る各種指標と修正医業収支比率の関係等の散布図を作成

(例)

11

なお、病院経営に係る各種指標等における個別病院の相対的な位置づけを把握するために、各種指標と修正医業収支比率との関係等を示す散布図を30種類ほど作成しました。ここにお示ししたのはその一例で、修正医業収益に対する職員給与費の比率と修正医業収支比率の関係を示す散布図です。一般の病院においては、医業収益の50%を超えると人件費が高いとかと、よく言われていますけれども、

自治体病院の場合には、ご覧になっていただきますと分かるように、平均が62%で、50%を下回っているという病院はそんなに多くはありません。しかし、そういった病院の中には、修正医業収支比率100%を超える病院もあり、概ね職員給与費対修正医業収益と修正医業収支比率とは関係がみられるようです。

このような経営状況、財政負担状況にある自治体立病院ですが、地方財政支出の抑制は急務であり、自治体立病院もその例外ではありません。しかしながら、自治体立病院の地域における役割等から、経営状況が厳しいこと、あるいは財政負担が重いことをもって、一般の産業のように単純な統廃合を行うことは困難であると思われます。そのような中、病院内部での経営努力や地方公営企業法の財務規定等のみを適用する一部適用から、病院事業管理者を設置して人事権等の権限を管理者に移譲する全部適用への変更等のほか、民間との協働によって負担を軽減しようとする動きが活発になっています。

自治体立病院における民間との協働(自治体立病院PPP)

- PFI・・・高知医療センター等
- 公設民営
 - 新設施設の民間委託・・・川崎市立多摩病院等
 - 既存施設の民間委託・・・横浜市立みなと赤十字病院等
 - 国立病院の自治体移譲に伴う民間委託・・・共立済病院(静岡県)等
 - 院内開業方式・・・戸田市立戸塚病院
- 民間移譲
 - 市町村合併に伴う民間移譲・・・旧佐賀県町立国保病院等
 - 自治体負担軽減のための民間移譲・・・旧石和町立国保峡東病院等

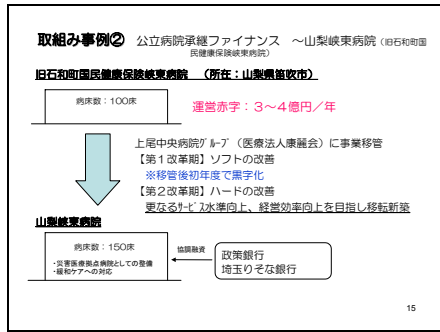
12

自治体立病院における民間との協働

- 自治体立病院PPPを進めていくには引受先が不可欠
- 引受候補先
 - 社団法人地域医療振興協会
 - 日本赤十字社
 - 社会福祉法人恩賜財団済生会
 - 社会福祉法人聖隷福祉事業団
 - 学校法人国際医療福祉大学
 - その他学校法人
 - 地元医師会
 - 医療法人・・・現在医療法人制度改革で検討中の「公益性の高い医療サービスを提供する新たな公益性の高い医療法人(社会医療法人)が今後の検討次第では期待される

13

自治体立病院PPPについては、PFIや公設民営、民間移譲等の事例、中には、職員が引受先の民間の医療法人に転籍した例も出てきているようです。



皿として期待されているところです。

最後になりましたが、日本政策投資銀行では、今回の調査・研究に併せて、自治体立病院の経営に関わる皆様からのお問い合わせへの対応が可能となるよう、全ての地方公営企業病院のデータを随時展開できるデータベースを構築いたしました。その特徴は、個別病院の主要な勘定科目や経営指標等が平成11年度から16年度速報ベースまで時系列で把握できることです。

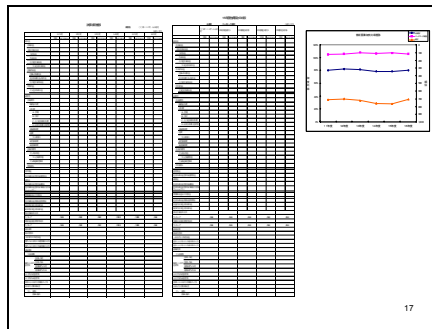
また、16年度速報ベースのみではありませんけれども、同規模の他の病院との経営状況の比較

地方公営企業病院経営状況等データベース

全ての地方公営企業病院、設立自治体について随時展開可能
 (自治体立病院関係の皆様からのお問い合わせに対応致します)

①地方公営企業病院の経営状況
 ・11年度から16年度(速報ベース)までの時系列データ
 ・同規模他病院との比較
 ・主要な項目の時系列折れ線グラフ
 ・修正医業収支比率・実業収益対経常費用比率・経費用・職員給与費
 ・材料費・減価償却費・経費・医業外費用・企業債利息
 ・健全計繰入金控除の関係と営業キャッシュフロー
 (比率又は実績と順位についての5年間の推移と同規模上位平均値の推移)

②自治体の負担状況
 ・15年度のみであるが、フロー、ストック両面における個別自治体の負担状況の作成が可能



も可能です。15年度のみになりますけれども、自治体の財政負担の状況を示す表の作成、提供も可能になっています。さらには、個別病院の経営に係る各種指

自治体の負担状況

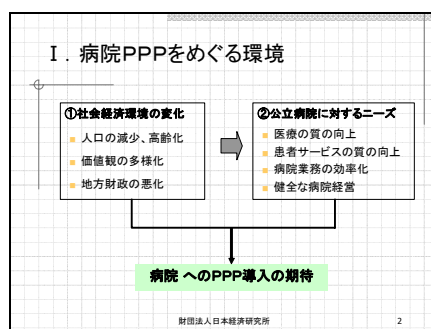
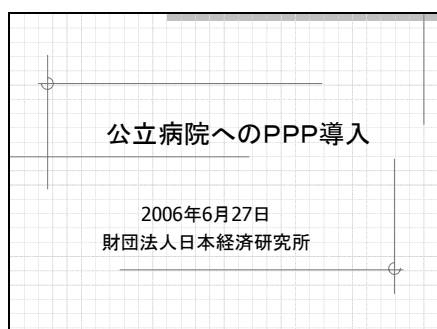
自治体別、○◎黒×××× (単位:千円、%)

項目	金額	比率	ラットグラフ
収支差		△ 754	
資本的収入		-----	
計		△ 754	
国庫補助金等交付金		-----	
国庫補助金等交付金のうち 国庫補助金		-----	
国庫補助金等交付金のうち 国庫補助金		△ 754	
国庫補助金等交付金のうち 国庫補助金		△ 754	
修正医業収支比率(%)		ラットグラフ	△ 754

標と修正医業収支比率との関係等を示す散布図に、当該病院の位置づけをプロットしたもののご提供も可能になっています。お気軽にお問い合わせくださいますよう、お願い申し上げます。

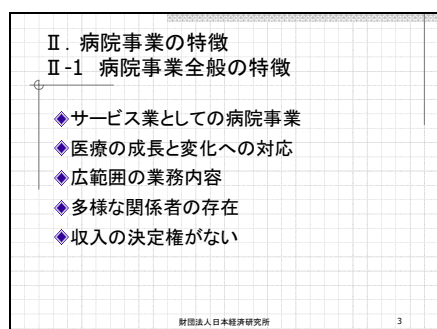
報告 2 : 「公立病院へのPPP導入」

(財)日本経済研究所調査局調査第5部長 吉田 育代



本日は、「公立病院へのPPP導入」と題しまして、公立病院への民間活力導入の基本的な考え方をご紹介させていただきたいと思っております。

まず、病院PPPをめぐる環境ということで、どういう環境に置かれているかということをお話させていただければと思います。ここに挙げさせていただいておりますのは、社会経済環境の変化、そして、これに伴う公立病院に対するニーズの変化といったものです。具体的には、人口の減少、高齢化に伴いまして疾病構造が変化してきており、その結果、医療の質の向上といったものが求められるようになってきているということ。また、価値観の多様化ということから、個人のニーズも変わってきており、医療に対するニーズも多様化、個別化しています。そのような中で、患者サービスの質の向上というのが求められるようになってきているということ。加えて、最近、景気は上向きになってきているわけですが、依然、地方財政は厳しい状況にあり、そうした中で、病院としては、病院業務の効率化、健全な病院経営、こういったものが公立病院として求められるようになってきていることが現状かと思っております。こうした背景のもと、昨今、病院へのPPP、民間活力の導入が期待されているという状況にあると考えております。



では、その病院事業にPPPを導入していくとした時、そもそも病院といったものは、他の公共事業と比べまして、どのような特徴があるのか、ここに5点ほど挙げさせていただきました。

まず、病院事業は、サービス業としての病院事業という面があるということです。これは、サービスを提供する病院の意向というものもありますし、サービスを受ける患者様のほうの視点に立って業務を展開していかなくてはいけない、といった特質を持っているということです。

2つ目に、医療の成長と変化への対応ということですが、診療報酬制度の改定やDPCの導入ですとか、日々変化していく医療技術、情報技術、こういったものについて、いろいろと病院を取り巻く環境が変化しています。そうした中で、迅速な対応が必要になってくるということです。

3つ目として、広範囲な業務内容を挙げさせていただきましたけれども、病院事業を構成す

る業務というのは複雑多岐にわたっており、とりわけ運營業務は他の公共事業に比べ非常に幅が広く、複雑になっているという特徴が考えられます。また、その広範囲な業務内容に照らして多様な関係者が存在しているというのも、特徴といえます。

こうした中で、最大の収入である診療報酬の決定権というものを病院自体が持っていないという点も特徴といえます。

II-2 自治体病院事業の特徴	
◆	公共性と経済性の両立
◆	経営手法の多様化
◆	手厚い財政措置

財団法人日本経済研究所 4

以上のような特徴を持つ病院ですが、中でも自治体病院について、民間活力を導入するということを念頭に置き、さらにその特徴を挙げてみますと、ひとつとして、公共性と経済性の両立ということが考えられます。病院事業は、当然、企業としての経済性の追求といったものが求められます。その一方で、公共的な目的のために病院事業として施策を行っていく必要があります。この両者の均衡の上に

経営しなければならないといった点が大きな特徴であります。

2つ目としては、地方独立行政法人化の動きであったり、地方公営企業法の全部適用の話であったり、PFIの導入であったり、指定管理者制度の導入であったりというようなことで、経営手法が多様化しつつあります。これは、現在の自治体病院におけるひとつの特徴であると考えられます。

3つ目といたしまして、手厚い財政措置ということです。他の公共施設と比較しますと、地方交付税や起債といった面で、手厚い財政措置になっていることが挙げられます。一方、三位一体改革の中で、国庫補助金の廃止など、財政措置の面でも厳しくなりつつあるというのが現在の状況ではないかと思っております。

III. 民間活力導入手法				
III-1 各手法の概要				
	業務委託	PFI	指定管理者	独立行政法人
内容	個別の事務または業務の執行の委託	民間資金、経営能力等を活用し、効率的かつ効果的に公共サービスを提供	管理主体範囲を民間事業者等に広げることで、住民サービスの向上、行政コストの削減を図る	公共が直接実施する必要がなく、民間に委ねることが難しいものを効率的・効果的に実施
建設	公共	民間	公共	独立行政法人
資金調達	公共	民間	公共	独立行政法人
所有	公共	公共/民間	公共	独立行政法人
管理運営	公共が管理運営を実施。但し、政令8業務を中心に個別に業務委託	診療業務は公共、民間は維持管理業務、政令8業務その他周辺業務	指定管理者は診療業務の実施が可能	独立行政法人
その他		債務負担行為および契約締結時に議決	指定手続きおよび管理基準等の条例制定、指定管理者の指定の議決	地方独立行政法人法に基づく項目および定款の議決

財団法人日本経済研究所 5

実際に民間活力導入手法として、ここでは4つの手法を並べて整理しております。業務委託というのは、従来型の病院におけます、一部の業務を民間に委託するという方法です。

PFIは、民間の資金、経営能力等を活用して効率的かつ効果的に公共サービスを提供していくもので、病院の施設を建設する、資金を調達する、場合によっては病院を所有する、こうしたことについて民間が主体的に行うというものです。また、管理運営の部分につ

きましては、診療業務は公共で行うわけですが、維持管理業務や政令8業務、その他周辺業務については民間に委ねていく、そういった方法で進めていくものがPFI事業です。

次に指定管理者ですが、指定管理者の場合は、PFIと比較いたしまして、建物を建てる、資金を調達する、所有する、これらについては公共が行っていくこととなりますが、管理運営については、PFIとは異なり診療業務を含めて指定管理者が担っていくことが可能であるというものです。

次の独立行政法人ですが、こちらは、公共が直接実施する必要がなく、加えて、民間に委ね

ることが難しいといった事業を効率的、効果的に実施していくときに、地方独立行政法人化とすることが考えられるわけです。

手法	事例	備考
業務委託	公設公営の病院	
PFI	近江八幡市民病院 ◎ 高知医療センター 八尾市立病院 島根県立こころの医療センター 郡立多摩広域基幹病院(仮称)及び 小児総合医療センター(仮称) 独立駒込病院 ◎ 等	実地方計公表は7事例 開院は2事例
指定管理者	横浜市立港湾病院 川崎市立多摩病院 精華町国民健康保険病院 船橋市立リハビリテーション病院 等	医療法人、医師会、(社)地域医療振興協会等への指定
独立行政法人	大阪府立精神医療センター ◎ 独立行政法人国立病院機構 等	

財団法人日本経済研究所 6

では、このような各手法について、どのような事例があるかということ、PFIにつきましては、例えば、近江八幡市民病院等、現在、実施方針公表ベースで7事例ほどがあります。そのうち、高知医療センター等、開院している病院が2事例あります。

一方、指定管理者につきましては、横浜市立港湾病院や川崎市立多摩病院等がありますが、どのようなところが指定管理者の指定先になっているのかということ、医療法人もありますが、地元の医師会や地域医療振興協会などが目立つところであり、独立行政法人につきましては、大阪府立精神医療センターが地方独立行政法人化に移行したというような事例があります。

◆業務委託	<ul style="list-style-type: none"> 経営改善に向けては強力なリーダーシップ等が必要
◆PFI	<ul style="list-style-type: none"> 提案範囲の明確化、マネジメント能力の発揮
◆指定管理者制度	<ul style="list-style-type: none"> 現職員の処遇、受け皿の確保、運営補助金的な支出の考慮
◆地方独立行政法人	<ul style="list-style-type: none"> 不良債務の解消、退職給与引当金必要額の計上

財団法人日本経済研究所 7

こうした手法と事例が実際にあるわけですが、各手法を導入していくにあたり、どのようなことを留意していく必要があるのか、各手法を行っていく上でのポイントを簡単に挙げさせていただきました。まず、ひとつに、業務委託についてですが、従来型の手法であることから昨今の自治体病院を取り巻く環境の変化に対応していくためには、経営改善に向けての強力なリーダーシップが必要になってくるのではないかと考えております。

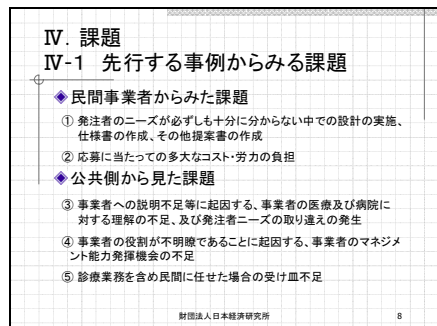
大きく経営改善していくためには、それ相応の大きな改革が必要になってくるということで、ここが、ひとつポイントになるのではないかと思います。

2つ目としてPFIですが、診療は公共が行い、民間が行う部分は、政令8業務とその周辺業務ということになるわけですが、病院としては公共と民間で協働して業務を行っていくという部分もあります。そういう意味で、公共と民間の境界線上にある業務について、どちらがどのように分担していくのか、そういった点が、実際に事業を動かしていく段階になってくると非常に気をつけなくてはならない点になります。なるべく混乱を少なくするためには、提案範囲の明確化ということが重要になってきますし、また、民間で行う業務の部分につきましても多数の関係者が存在しているわけですから、病院の意向を正しく理解して、病院の要求を満たすことが必要であり、そういうことをできるようにするためには、マネジメント能力の発揮といったことが求められてくると思っております。

続きまして、3つ目、指定管理者制度ですけれども、①PFIと違いまして、診療業務を含めて業務を行うことになりますので、現在病院があれば、当然、そこで働いている医師の方、看護師の方など現職員に対する処遇をどのように考えていくのかという点、②診療業務を含めて、病院経営全体を担える主体が存在するのかどうか、そういう受け皿の確保の問題、③民間の病院とは異なって公共的な施策という部分もあるので、委託費をお支払いしていくときに運営補助的な支出といったものを考慮しなくてはならないであろうといった点、がポイントとし

て考えられるかと思っております。

地方独立行政法人につきましては、地方独立行政法人に移行するにあたり、不良債務の解消、退職給与引当金必要額の計上、こういうことについて十分に検討していく必要があると考えております。



では、いろいろな民間活力導入の手法がある中で、現在、PFIや指定管理者制度の事例が先行的に進められているわけですが、先行する事例からみる課題を簡単にご紹介させていただければと思います。

まず、民間事業者からみた課題という点ですが、民間事業者の立場で考えますと、提案書を出す前の段階は、公共側、病院側と思うように接触することが難しい部分もあり

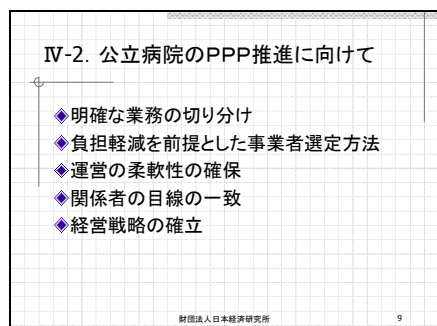
ます。発注者のニーズを必ずしも十分に把握できない中で、設計をしたり、仕様書を作ったり、そして提案書を作成したりということになってきます。ここら辺が、民間の事業者からすれば、「これでいいのだろうか」と不安に思うところではないかと思えます。

②としては、応募に当たって、多大なコスト・労力がかかる点。通常のPFI、病院以外の公共施設のPFI事業であっても、1件あたり数千万円のコストがかかるといわれている中で、病院PFIは、それと比較しても大幅なコスト・労力がかかっていると聞いており、民間にとって、これが大きな負担になっているということが課題としてあります。

公共側からみた課題では、これまで公共側が病院及びそれを取り巻く環境について説明不足だったということもあり、民間事業者が発注者側のニーズを取り違えてしまうということがあります。そのような点も課題のひとつとして挙げられます。

④としては、事業者の役割が不明瞭である点。これに起因して、民間事業者のマネジメント能力、またこれに対する重要性を民間事業者に十分に理解してもらっていないところが課題であると考えております。

あと、⑤としては、むしろ指定管理者のケースですが、診療業務を含めて民間に任せる、もしくは、診療業務でなくても非常に複雑な業務を広範にわたって任せるため、その受け皿となる民間事業者の存在そのものが課題になってくると考えております。



では、こうした課題がある中で、公立病院のPPP推進に向けて、どのようなことに気をつけていかななくてはいけないのか、5つほど項目を挙げさせていただいております。ひとつには、明確な業務の切り分けを行うことが重要です。どこまでが民間の業務で、どこからが公共の業務であるかについて、実際に運営をしていく中でいくら切り分けをし

っかり行っても、やはり隙間の部分というものが発生します。これは、短期ではなくて、長期であれば長期であるほど病院の業務が変化していくので、その隙間が発生しやすくなります。こうした中で、どのようにして隙間を発生させないよう発

注方法を工夫していったら良いか、こういったところがひとつポイントになってきます。

2つ目として、応募する民間の負担が非常に大きくなっているのです、負担軽減を前提とした事業者選定方法を考えていく必要があります。例えば、2段階で選定をしていくなどの工夫が必要になります。

3つ目として、運営の柔軟性の確保という部分で、当然長期契約についてはメリットもあるわけですが、その一方で、病院というのは、成長と変化への対応といった面で、柔軟性を確保することが長期契約の中では課題になってくると考えられます。この課題への対応ということで考えていきますと、将来的に発生するであろう変化に対応できるような調整メカニズムを事業スキーム全体の中に組み込んでおくということ、変化に対応し得る能力を持った事業者を選定するということが必要になり、そのための工夫をしていかななくてはなりません。

4つ目として、関係者の目線の一致というものがあります。患者にやさしい病院とスタッフにやさしい病院が必ずしも一致するわけではないし、また、自治体、病院側の考え方と、業務を委託する民間事業者側の運営の考え方がまったく一致するわけではないので、目線がずれるということも当然考えられるわけです。そうした中で、PFIにしても、指定管理者制度にしても、性能発注方式を導入して事業者を選定していくということを考えた場合に、お互いにズレが生じる可能性があります。従って、なるべく関係者の目線を一致させる努力をしつつ事業者を選んでいく、事業者が選ばれた後でも、開業までにいろいろ準備をする期間があるわけですが、その段階で目線を一致させて、ズレをなるべく小さくしていくための工夫をしていかななくてはならないということです。

その上で、こうしたPPPを導入していくということであれば、PPP導入を機会に経営戦略を見直していくということが望まれるのではないかと私どもは考えております。

報告3：「埼玉県立4病院の経営改革」

城西大学経営学部助教授 伊関 友伸

きょうは「埼玉県立4病院の経営改革」ということでお話しますが、私自身、17年ほど埼玉県の職員として勤務しておりました。ちょうど退職の間際の時期に、県立病院課と現場の精神医療センターに勤め、埼玉県立4病院の改革に関わったということで、その経験についてお話しさせていただきたいと思えます。

今は城西大学にお世話になっておりますが、私の研究テーマ自体は、行政評価とか行政経営がメインです。ただ、最近、自治体立病院の経営の方が関心領域になってきて、現在仕事の7割くらいが自治体立病院の仕事が占めています。

最初に、埼玉県立4病院がどういう病院かについてご説明させていただきます。埼玉県立4病院は、4つの専門病院で構成されています。循環器・呼吸器病センター、がんセンター、小児医療センター、精神医療センター、それぞれ昭和40年以降にできた新しい病院で、駅前の立地のいいところにはありません。県内では、南のほうに3つ、北のほうに1つ立地しています。

埼玉県立4病院

名称	所在地	病床数
循環器・呼吸器病センター	大里郡江南町	319
がんセンター	北足立郡伊奈町	400
小児医療センター	さいたま市岩槻区	300
精神医療センター	北足立郡伊奈町	200
合計		1219

お礼とご報告

平成15年度の埼玉県病院局の決算は、6月1日に委員監査が終わり、6月4日に記者発表になりました。

同封の各紙記事に書かれているとおり、この3年間で55億円の収支改善がなされ、24億円あった累積欠損金が一掃され、その上7億円余りの利益剰余金を生み出すことが出来ました。

この成果は現在の病院局職員の努力だけではなく、平成13年、14年度に頑張って仕事をされた皆様方の力の結集であり、ここにその成果を報告するとともに、病院経営改善計画初期の難しい時期に各病院を回り、病院職員の意識改革に努められたことに改めて厚くお礼申し上げます。

いま、皆様はそれぞれ異なった職場でご苦労されていることと存じますが、埼玉県の発展のため、ますますその力を発揮されますことを祈念しております。

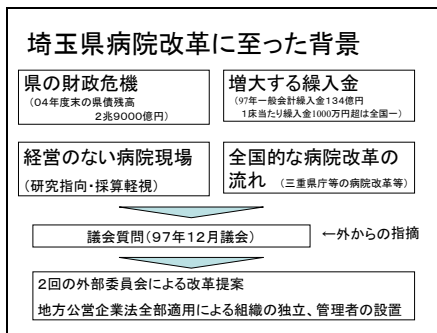
平成16年6月18日

埼玉県病院事業管理者 武弘道

埼玉県の改革は比較的成功した事例といわれていますが、私が県立病院課から異動した後、埼玉県の病院事業管理者の武弘道先生からこういう手紙を頂きました。

平成15年度の埼玉県病院局の決算は、6月1日に委員監査が終わって、記者発表になった。3年間で55億

円の収支改善が行われた。24億円あった累積欠損金が一掃されて、7億円余りの利益剰余金を生み出すことができた。そういう結果についての改革のお礼の手紙でした。



県立病院の累積赤字が解消に至った経緯ですが、埼玉県の病院改革に至った背景は幾つかあります。まずは、県の財政危機。今、埼玉県だけでも3兆円近く、県債残高がある。これは、もう返せない金額になってきている。病院は公共性が高いので一般会計から繰出金を出していましたが、繰出金もあまりに巨額では埼玉県ももたない。繰入金も非常に増えてきて、97年の一般会計

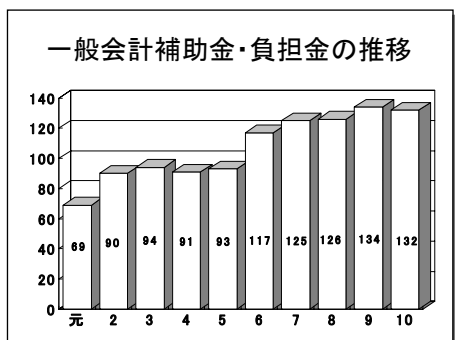
の繰入金の合計が134億円。1床当たりの繰入金が、当時1,000万円を超えていました。これは、47都道府県で全国一番でした。その当時、病院現場は、やや、研究指向で、採算は全く軽視されていました。当時、県立病院課の職員が、病院の院長さんに経営という話をしたら、「経営なんていう言葉を使うな」と言われたということを知っています。その中で、ちょうど全国的な病院改革の流れが起きつつあり、三重県が北川前県政の中で病院事業庁を起こして、新たに改革を始めていた。埼玉県は、その後が続くという形で病院改革を行うことになりました。

直接のきっかけは、97年の12月議会での質問です。質問者は、議会選出の監査委員を経験した自民党の県議会議員でした。質問の内容は、繰入金1床1千万円を超えて、これは全国にもない。国のキャリア官僚が、衛生部長になって、この繰入金の大きさにたまげて、たいていはやり過ぎて、すぐ異動していく。これは問題ではないかということ指摘された。当時、知事は、土屋義彦知事だったのですが、寝耳に水で、そんなに繰入金が多いのかということ、これは改革せねばならないということになりました。その後、2回の外部委員会による改革提案が行われました。その中で、地方公営企業法の全部適用による組織の独立とか、経営をする管理者を設置するというような流れになってきました。

1997年度 埼玉県立4病院の決算状況

収益的収入及び支出(3条)			
医業収益	180億円	医業費用	292億円
医業外収益	125億円	医業外費用	14億円
<small>(うち一般会計繰入金 122億円)</small>			
資本的収入及び支出(4条)			
一般会計繰入金	12億円		
<small>医業収支比率(医業収益/医業費用) 180億円/292億円=61.7</small> <small>一般会計からの繰入金(3条+4条) 122億円+12億円=134億円</small>			

97年度当時の、一番悪い時期の決算状況です。3条の収益的収入が180億円でした。費用が292億円です。さらに、医業外収益で、一般会計の繰入金が122億円。4条の繰入金が12億円で、当時の医業収支比率が61.7。100円支出するのに61円しか稼げなかった。また、繰入金が122+12で134億ということで、非常に採算的にはよくありませんでした。



平成元年からだんだん一般会計からの補助金・負担金が増えてきましたが、これは、埼玉県が次々と病院を新設や増床をしてきたという経緯もあります。平成2年に、私が勤めていた精神保健総合センターを作った。もうひとつ、循環器・呼吸器病センターというものを平成6年に、元の結核療養所から作った。あと、がんセンターを平成9年に100床増床しました。

埼玉県の県立病院改革の歴史

第1期 改革の始まりの時代	97年	12月議会で病院経営について質問
	98年	1月「埼玉県立病院経営健全化推進会議」設置
	99年	3月提言「県立病院のあり方と経営健全化の方向」が出される 3月埼玉県立病院経営健全化計画策定
第2期 外圧による改革・反発と葛藤の時代	00年	1月「埼玉県立病院改革推進委員会」設置 4月埼玉県職員、鹿児島市立病院事業管理者武弘道氏にヒアリング 8月「県立病院改革推進委員会緊急提言」 ⇒一般会計繰入金を03年度に99年度比の4分の3の90億円に 10月緊急提言についての病院説明会、改革に関して、現場職員の意見、提言募集
	01年	4月寄居こども病院（一般会計で運営）廃止 4月県立4病院における総長、副総長職の廃止 8月健康福祉部参事に武弘道氏を招聘 9月毎日各病院からの入院患者数、外来患者数の報告 9月より月例で県立病院経営会議を開催 12月議会において全会派一致で地方公営企業法全部適用の議決 (01年度の病院決算、15億8000万円の収支改善。27年ぶりの黒字決算に)
	02年	4月病院管理者として武弘道氏就任 4月外来診療の時間を15分繰り上げ8時45分に 4月薬品・診療材料の共同購入実施 管理者と職員の対話／職員向け改革メールマガジン発行／職種ごとの改善提案 6月小児医療センターの医師、看護師を増員、24時間の小児救急医療体制の確立 12月医師の勤務実績によるボーナス支給開始
	03年	4月一般会計繰入額89.1億円、予算ベースでは提言の目標をクリア (03年度の決算、純利益15億円。99年に36.5億円あった累積欠損金を一掃)
	04年	9月精神医療センター80床(急性期50床、児童精神30床)増床工事着工
	05年	3月武弘道病院事業管理者退任、後任に伊能善健康福祉部長 05年 4月一般会計繰入額83.1億円(予算)
第3期 経営意識の芽生え		

埼玉県立4病院の改革の歴史について、私は3つの時代に分けています。そろそろ4つ目になると思うのですが、その辺、4つ目が、芽生えから定着になっているかどうか、今、慎重にウォッチしているところです。第1期は「改革の始まりの時代」、第2期が「外圧による改革・反発と葛藤の時代」、第3

期が「経営意識の芽生え」。もうそろそろ安定になってきているのかなという感じもしています。

第1期 「改革の始まりの時代」

- ・97年12月議会で病院経営について質問
- ・98年1月「埼玉県立病院経営健全化推進会議」設置
- ・99年3月提言「県立病院のあり方と経営健全化の方向」が出される
- ・99年3月埼玉県立病院経営健全化計画策定

第1期の「改革の始まりの時代」。先に述べたように、97年の12月議会で質問があり、当時の知事は大変驚き、「なんとかしろ」ということで、もう1月には、埼玉県立経営健全化推進会議という会議がパッとできた。これはトップダウンの強さだと思います。1年かけて「県立病院のあり方と経営健全化の方向」という提言が出されました。三重県の計画を参考にした報告書が出されました。さらに

は、病院の健全化計画を出しました。ただ、この頃は反発が非常に強くて、経営健全化推進会議といっても、勝手にやっておけばというように現場は非常に冷めていたと聞いています。

第2期 「外圧による改革・反発と葛藤の時代」

- ・00年1月「埼玉県立病院改革推進委員会」設置
- ・00年4月鹿児島市立病院事業管理者武弘道氏ヒアリング
- ・00年8月「県立病院改革推進委員会緊急提言」
- ・00年10月緊急提言についての病院説明会、改革に関して、現場職員の意見、提言募集
- ・01年4月寄居こども病院（一般会計で運営）廃止
- ・01年4月県立4病院における総長、副総長職の廃止

決定的に変わってきたのは、2番目の委員会になります。「外圧による改革・反発と葛藤の時代」と呼んでいます。2000年1月に病院改革推進委員会の報告書が出たのですが、実際に動くかということ、なかなか動かない。2回目の会議を開いて、別な委員会を作り、まるっきりメンバーも変わっています。そのなかで外部の方、3人、かなり厳しい方が委員になっています。1人が公認会計士の長隆

先生。それに、当時東大の教養学部の教授だった大森彌先生。あと、越谷の市長の島村慎市郎さんという、元市長さんです。この人もなかなか経営的にするどい方です。お三人、鼻っ柱の強い人で、ガンガン事務局や病院に対して物を申した。非常に厳しいことを言われて、自分たちで報告書も書かれたようです。

鹿児島市立病院事業管理者 武弘道氏の意見

- 2000年4月、埼玉県庁県立病院課職員が、鹿児島市立病院に出張
- 武弘道鹿児島市立病院病院事業管理者に、病院経営のあり方、埼玉県立4病院の課題について意見をもらう
- 武氏の意見は改革委員会の報告書に反映された

I 平成14年度に、病院事業に 地方公営企業法を全部適用

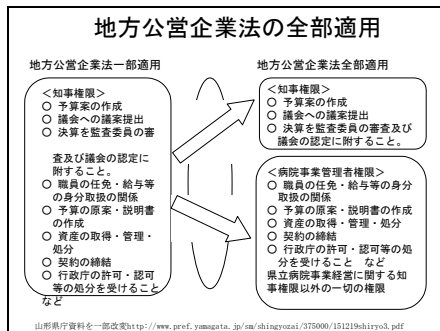
- 知事に代わって病院を経営する管理者を新たに置くこととする
- 管理者が全責任を持って病院経営を行うこととなる(責任の明確化)

当時（2000年の4月）武弘道先生は鹿児島市立病院の病院事業管理者をされておられました。そこに話を聞きに行き、埼玉の県立病院はこうあるべき

だというご提言をいただきました。その結果8月には緊急提言という形で、かなり厳しい提言が出されました。10月には説明会等をやり、病院のほうは大反発が起きました。同時に、一般会計の行政病院としてあった寄居こども病院を廃止しました。その後、県立4病院における総長、副総長職の廃止の動きもありました。

先ほどお話ししました改革推進委員会は、7回、会議をやりました。通常だったら、提案は事務局が作って、委員が勝手なことを言って、文字を少し修正するだけです。しかし今回は委員が事実上提案するような形で、通常だったらできないようなかなり厳しい提案が出されました。提案には武弘道先生の意見がかなり反映されていました。

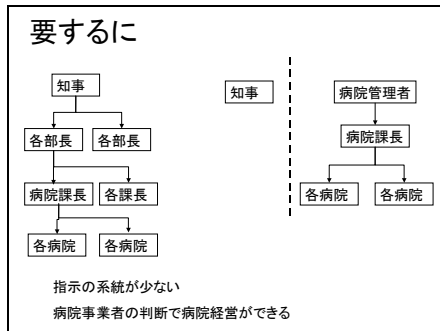
内容は、平成14年度に、病院事業に地方公営企業法を全部適用する。要は、当時は知事が



管理者として運営していたのですが、新たに組織を分離して、病院を経営する経営者、管理者を置くということです。管理者を置いて責任を持って病院経営をする。責任の明確化をするものです。

今の、一般の一部適用の病院というのは知事の権限が非常に強い。組織が分離していないので、知事が事実上、病院の経営の全てを見るという形になります。

それが全部適用になったことで、知事の権限は予算案と議会への議案提出、監査委員の審査及び議会の認定に附することなどに限定されます。そのほかの職員の任免、予算の原案の作成、資産の取得・管理、契約締結、こういうものが全て病院事業管理者の権限になる。この分、病院事業管理者は、責任、権限を持って経営を行うことになります。



今までは、知事の下に各部長、県立病院の場合健康福祉部長がいて、その下に病院課長がいて、各病院があるような体制でした。全部適用の場合、病院管理者がいて、その下にすぐ、各病院となり、関係が非常に近い。実際、昔、私も精神医療センターの総務職員担当主幹をやっていたのですけれど、もう一つ、一般行政職の健康福祉部精神保健福祉センターの主幹も兼ねていました。ある時、2つの組織にまたがる問題が発生したのですが、病院のほうは、報告したすぐその日のうちに管理者の部屋に入って方針について了解した。優先順位は、とにかく、患者に迷惑をかけないようにと

という指示がパッと来ました。でも、一般行政部門は、健康福祉部の主管課から、「資料をよこせ、資料をよこせ」と言うだけで、1週間たっても、2週間たっても返事が出てこないのです。「どうしたのですか」といったら、「いや、まだ資料が足りない」と。より権限のある人事課に相談して、上まで上げるのに、ものすごく時間がかかる。それが病院管理者は一発で決定する。そのことは全適というのは非常に効果があるなと思いました。

要は、権限を与えて裁量を認めるから、成果を出してくれというもので、病院事業管理者に、自由に経営をやらせる。病院事業管理者には、土屋知事が三顧の礼をもって武弘道先生をお招きしました。武先生にお任せする代わりに、成果を出していただく。成果がでなければ、管理者である武先生は責任を負うことになります。

II 病院事業会計を病院事業に純化

- (1)がんセンターの研究部門を縮小して臨床研究室とするなどし、研究所は廃止する
- (2)精神保健総合センターの保健福祉行政部門(精神保健福祉センター、援護寮)を病院事業から分離し、一般会計で運営する

III 組織体制・人事制度の整備

- (1)組織体制の簡素、効率化
 - ・平成13年度から、現行の総長職と病院長職は一本化する
 - ・副総長職は廃止する。副部長職は削減する。
- (2)組織定数の段階的削減
- (3)非常勤職員の活用等による、実質的な任期制の採用
- (4)事務局長及び医事課職員の配置は、特に、人材と処遇に配慮
- (5)医師の退職勧奨の推進(60歳退職勧奨)

さらに、病院事業会計を病院事業に純化するというので、当時、がんセンターは、かなり研究部門を一所懸命にやっていたのですが、武先生の意見で、「ゲ

ノムの時代に都道府県レベルのがんセンターが研究するのは限界がある。そこは縮小していくべきだ。その分、お金を医療にかけるべきだ。」という提言をいただいて、研究部門を縮小しました。さらには、私がいた精神保健総合センターの保健福祉部門も、通常経費を病院会計でみていたのですがそれをきちっと分離して、病院として精神医療センターの経営をほかと比較できるように純化することになりました。

組織体制ということで、平成13年度から、当時、例えば、小児医療センターとか、がんセンターというのは、どちらかというと経営という意識はほとんどなく、研究センターでした。ミニ国立がんセンター、ミニ国立小児医療センターの意識があったのでしょうか。当時、総長がいて、副総長がいて、その下に病院長がいて、副病院長がいて、部長がいました。それでは病院を経営するのにあまりにも経営をするには人が多すぎるので、総長職と病院長職を一本化しました。今でも、これが正しいかどうか、私自身はちょっと悩んでいるところもありますが、当時の病院の方々は、大変怒りました。総長という名前の方がいらっしゃったわけです。その方を、センター長に名前を変えた。副総長さんもいらしたのですが、参事という名前になった。当時、病院と県立病院課の間が仲良くしてこの経営改善が進んだかという、そんなことはなく、ずっと対立とケンカをしていました。ある病院では地方自治体の組織としてセンター長という職制があり総長という職位がなくなっていたのですが、病院内では総長という言葉が依然使われていて、総長室もちゃんと残っていました。正直、当時の埼玉の改革は、かなり医者に負荷をかけている。同じ医師である武先生だからできた改革であると考えています。

また、組織定数を段階的に削減していく。非常勤職員の活用による実質的な任期制の採用とか、あと、事務局長及び医事課職員の配置は、人材と処遇に配慮しろとか、医師の退職勧奨の推進、当時はそういうことを言っていました。60歳退職勧奨。今は、これは医師不足の現在行っていないはずです。

IV 経営改善のための継続的な対応

- (1) 病院長に病院運営の実質的権限を委譲する
- (2) 職員の意識改革を進める
- (3) 外部委員等の一層の活用を図る

V 以上の改革により、一般会計繰入金を圧縮

- ・平成13年度から平成15年度の目標繰入額は平成11年度比4分の3の90億円に圧縮
- ・平成16年度以降、平成11年度比3分の2以下に圧縮を目指す

経営改善のための継続的な対応。病院長に病院運営の実質的な権限を与える。病院の職員の意識改革を進める。外部委員等の一層の活用を図る。

結局、こういうことをやって、一般会計繰入金が、当時、ピークが134億でしたけれども、11年度比の4分の3の90億円に圧縮しろと。90億円といっても、まだまだ多いのですけれども、当時からすると、ここまで減らすというのは、実現できるのかということで、正直、かなり無理な数字でした。16年度以降、11年度の3分の2以下、80億円を目指すというのは、いつの世界かなという感じも、正直、ありました。

改革推進委員会の提言に対して、病院の現場は激しく反発しました。この内容について当時の県立病院課が説明会を開いたのですが、さながら糾弾集会の様相を呈しました。

ただ、その中で、現場職員の方々にも改革に合わせて意見とか提言を、当時の県立病院課の職員が募集しました。当然提案に対して、反対がものすごくあるのですが、その中でも前向きというか、こういうようなやり方がいいのではないかというような改善提案も結構いただきました。その前向きな提言が、その後、武先生が病院事業管理者に就任後、結構、採用をされました。

同時に、組織の揺らぎとして大きかったのが、4病院とは別にあった県立寄居こども病院の廃止です。元は公務員向けの結核療養所が発祥で、山奥のものすごく便の悪い所にあります。当時は、いわゆる虚弱児の方が入院する病院だったのですけれども、患者さんはおらず、ガラガラの病院でした。人件費を中心に年間5億円の赤字を出していたのですけれども、これを廃止にした。寄居町という町に譲渡して、今は町が民間の医療法人に貸し出しています。この病院を廃止させたというのは現場にとってもものすごくプレッシャーがあった。

第3期 経営意識の芽生え

00年8月健康福祉部参事に武弘道氏を招聘
12月議会において全会派一致で地方公営企業法全部適用の議決
(01年度の病院決算、15億8000万円の収支改善、27年ぶりの黒字決算に)
02年4月病院管理者として武弘道氏就任
03年4月一般会計繰入額89.1億円、予算ベースでは提言の目標をクリア(03年度の決算、純利益15億円、99年に36.5億円あった累積欠損金を一掃)
04年9月精神医療センター80床(急性期50床、児童精神30床)増床工事着工
05年3月武弘道病院事業管理者退任、後任に伊能容健康福祉部長
05年4月一般会計繰入額83.1億円(予算)

第3期、「経営意識の芽生え」。当時の土屋知事が鹿児島市長に直接電話を入れまして、埼玉県病院事業管理者として、武弘道先生を、ぜひ、招きたいということを伝え、武先生と鹿児島市長の了解をいただいて、武先生は埼玉へ来られました。

<p>主な経営改善及びサービス向上策</p> <p>①経営情報の共有化(各病院の患者数を翌日本庁に報告させ、各病院へフィードバック)</p> <p>②各病院長、事務局長、看護部長、管理者及び病院局幹部による経営会議を毎月開催し、4病院共通の経営改善策を検討</p> <p>③優良経営の自治体及び民間病院に事務職員を派遣、病院業界の現状や薬品等の価格交渉術のあり方等を習得</p>	<p>④4病院分の薬品、診療材料を一括で共同購入し、材料費を削減</p> <p>⑤外部委託契約の見直し(医事業務)</p> <p>⑥検査部門の病院間連携を強化するとともに、スケールメリットを生かすために、医事業務等の外部委託を4病院が1社と共同契約。</p> <p>⑦外来の診療開始時間を15分繰り上げ、午前9時から午前8時45分とし、患者増につなげた。</p>
<p>⑧小児医療センターの医師・看護師を増員し、24時間365日小児救急患者の受入を開始し、小児救急医療体制を確立。</p> <p>⑨県民にとって良い病院であるため、医療機器購入費を平成12年度の2.3億円から14年度14.9億円、15年度11.5億円に増額し、最新型の血管造影装置、マルチCT、リニアックなどの高度医療機器を整備。</p>	<p>⑩病院全体を把握し、各診療科を客観的に評価する能力を持った看護師を副院長に登用。</p> <p>⑪医師勤勉手当に勤務実績による評価制度を導入。</p> <p>⑫職員参加による改革メーリングリストの作成。</p>

武先生がやられたのは経営改善とかサービス向上策で、まずは、経営情報を共有化する。これは今から考えると当たり前なのですが、当たり前のことができていなかったのです。毎日の入院の患者数を、当時は、一月貯まったものを県立病院課に報告してもらっていました。それを、毎日、朝の時点で、前日に入院した患者の数、外来の患者の数を看護部長がまとめて県庁に送るようにする。それを4病院まとめた表にして返す。そういうことを始めた。ほかのところに比べると、「うちは低いな」となると、病院ごとの競争意識がありますから、「あそこには負けたくない」という気持ちがあるので、病床を上げるためにどうしようかと、競争意識が出てくる。最初は結構抵抗がありましたが、これが一番最初で、経営改善の効果として一番大きかったかなと、考えています。

さらには、各病院長、事務局長、看護部長、管理者などの経営会議を毎月開催しました。4病院共通の経営改善策を検討しました。これも議論百出で、厳しい会議でした。その中で改革の方向性がだんだん出てきた。

また優良経営の自治体病院と民間病院に事務職員を派遣しました。財政課の経験のある、ものすごく強面の人ですけれども、その人を薬品の値下げの交渉をする担当にして、かなり一所懸命にやられて、それまでは埼玉県立4病院は全国でも一番高い金額で薬品を買っていたらしいのですけれども、それが全国でもかなり安い金額で買えるようになりました。

外部委託の契約を見直した。医事業務について、今までは、開院以来同じような業者に委託していたのですけれども、それを競争入札させ、新しい業者が入った。結果としてかなりのコスト削減になりました。

また、検査部門の病院間連携を強化するとともに、スケールメリットを生かすために、検査部門の検査を1社に共同契約した。これもスケールメリットを生かして、安くなった。

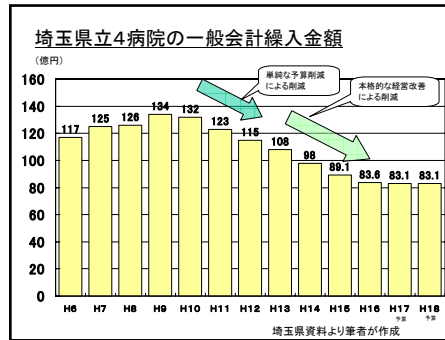
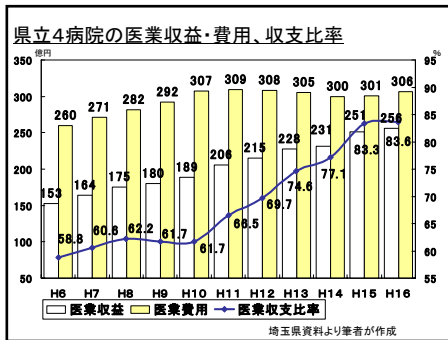
さらには、外来の診察時間を15分繰り上げて、当時、9時診察開始だったが、8時45分として、患者増につなげた。

その一方、医療の質を向上しようと、小児医療センターの医師・看護師を増員しました。医師を7人か8人増員したと思います。それで、24時間365日の小児救急医療の受入れを開始しました。小児の二次救急の輪番が確立していない地域の患者さんを受け入れることで、あくまでも補完なのですが、小児救急医療体制を確立した。

また、医療機器の購入を、それまでコスト削減だということで、医療機器、4つの病院で2.3億円しか購入していなかった。それを必要なものは購入しようということで、14年が14億円、15年が11億円分購入しました。医療の質を高めるには、医療機器もやはり最新のものをやらないといけない。必要な投資はするということをした。これは事務の管理者ではできないことだと思います。

さらには、看護師の看護部長を副院長に積極的に登用し、4病院の部長が全員、副院長になりました。

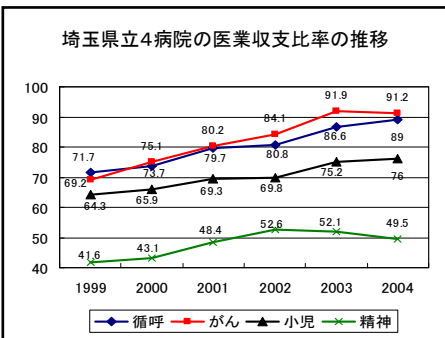
医師勤勉手当に勤務実績による評価制度を導入したり、職員参加による改革メーリングリストを作成したりしました。



その成果が、数字で見ると、平成6年から、医療収益、いわゆる収入のほうは伸びていますが、支出のほうは抑えてきた。医療収支比率は、平成10年から

平成15年までは一気に61%から83%まで上がった。

一般会計の繰入金については、134億円から、今は83億円までできています。平成18年は、精神医療センターが80床（急性期50床、小児・精神30床）を増床しています。その80床の増床を含めて83.1億円ですので、従来でいけば下がった金額になっています。順調に下がってきている。



医療収支比率。私のいた精神医療センターは、どうしても診療単価が低いので苦労しています。他の、がんセンター、循環器・呼吸器病センターは順調に伸びてきている。医療収支比率90%近くまでできている。小児医療センター病院も76%という、不採算で非常に人手がかかる小児医療を行いながら、とても伸びてきたと考えています。

- 病院事業に地方公営企業法全部適用を行った都道府県
- 新潟県 1955年10月
 - 愛媛県 1956年10月
 - 高知県 1957年4月
 - 岩手県 1960年4月
 - 鳥取県 1995年4月
 - 三重県 1999年4月
 - 宮城県 2000年4月
 - 埼玉県 2002年4月
 - 兵庫県 2002年4月
 - 静岡県 2002年9月 (がんセンターのみ)
 - 山形県 2003年4月
 - 群馬県 2003年4月
 - 福島県 2004年4月
 - 千葉県 2004年4月
 - 長崎県 2004年4月
 - 愛知県 2004年4月
 - 神奈川県 2005年4月
 - 徳島県 2005年4月
 - 茨城県 2006年4月
 - 滋賀県 2006年4月
 - 大分県 2006年4月
 - 宮崎県 2006年4月
 - 鹿児島県 2006年4月
 - 沖縄県 2006年4月

埼玉県立4病院の話は、5年以上前の話なので再現性があるか、今の病院改革に使えるかということ、現在でも効果のある部分も多いですが、使えない部分もあると考えています。また、地方公営企業法の全部適用というのは、当時、手法としては、最新でしたけれど、現在では、新しいとい

うわけでもない。実際、全適をしたから経営改善ができるわけではないようです。

今、都道府県立病院だと、地方公営企業法の全部適用というのは大流行りで、47都道府県の過半数を超えるような時代になってきました。ただ、だいたい埼玉と同じか、少し遅れて全適にしたところの経営が良くなってきているかというところ、いいところと悪いところがはっきり分かれています。全適にしたから経営が良くなるわけではないと考えます。

埼玉県立4病院の 経営改善が成功した理由

- ①能力のある病院管理者の招致
- ②首長が、経営者に病院経営を任せ、財政課や人事課も口を出さなかった
- ③病院職員も専門病院として優秀な人材が多かった
- ④優秀な事務職員を配置した

- ⑤病院スタッフの危機感(改革推進委員会提言・寄居こども病院の廃止などの外圧の存在)
- ⑥県庁と病院の厳しい対立はあるものの、収益の重要性については共通認識になった
- ⑦目標の明確化(繰入金・病床利用率)
- ⑧医療の質を上げるための必要な投資を行った

県立4病院の経営改善が成功した理由は何か。今から考えてみると、能力のある病院管理者を招致したというのが、やはり大きいと思います。当時の首長

伊関友伸のブログ

<http://www.pm-forum.org/iseki/>

メールアドレス

iseki@pm-forum.org

が経営者に病院経営を任せました。財政課や人事課も口を出しませんでした。他の都道府県だと、全適と言いながら、病院経営のポイントというところで、管理セッションが足を引っ張るような介入をしているところもあるみたいです。病院職員も、高度な医療を扱う専門病院ですので、正直、優秀な人材が多かった。病院スタッフが外圧によって危機感をものすごく持った。県庁と病院現場の厳しい対立はあったと思います。その中でも、医療を安定的に行うための収益の重要性というのが共通認識になった。目標の明確化で、繰入金と病床利用率というのをかなり意識した経営を行った。医療の質を上げるための必要な投資も行った。

病院の経営改革に必要なものは何か？やはり、外圧がないと、なかなか自分から、意識が変わるということはないのかなと考えています。その上で、良い病院経営者、医療を知っていて、病院のあり方について「こうあるべきだ」と言える経営者が必要なのだと思います。その中で、現場の改革リーダーが活躍しなければならない。がんセンターが一番病床率が上がって優秀な病院なのですが、話を聞きますと、現場スタッフの中から優秀な改革リーダーの方が出て、意識をどんどん変えて、経営改善をするような活躍をされたと聞いています。

がんセンターの経営改善で一番大きかったのは、ベッドコントロール権の看護の現場への移譲と考えています。がんセンターというのは埼玉では、非常に人気があって待機患者が多くいた。けれども、ベッドはドクター管理となっていたので、待機患者がいるのだけれども、あるドクターが、例えば、海外出張へ行くとか、学会へ行くと、ベッドは空いている。でも、待機患者がいる状態だった。それを現場の病棟の師長がベッドコントロール権を持って、自由に入れられるようにした。病床率はグッと上がって、どんどん患者が流れるような形になった。でも、医師のベッドコントロール権を看護に持っていくというのはなかなかできないことなので、そここのところを変えていった勇気は、現場の方々がすごく頑張ったなと考えています。

パネルディスカッション

参加者：国際医療福祉大学教授 阿曾沼 元博

城西大学経営学部助教授 伊関 友伸

(株)メディカル・プリンシプル社事業企画本部長 松本 洋

(財)日本経済研究所調査局研究主幹 高橋 啓

コーディネーター：日本政策投資銀行政策企画部長 古宮 正章

古宮

今回のパネルの趣旨は、自治体病院を考えていくにあたり、民営化とか、PPPとか、に目がいくわけですが、一方、公の病院が担うべきものも踏まえ、トータルで考えていかなければいけないのではないかと。

そのような視点から、まず、自治体病院を取り巻く環境について、少しマクロ的なところをどのように皆さんは捉えられているか、コメントをいただければと思います。

阿曾沼

私は、現在、国際医療福祉大学の総合研究所及び大学院での活動をいたしておりますけれども、最近、特に、公的医療機関の経営改善についての支援をするチャンスが大変に多くなりました。

自治体病院の現状の認識というのは、本当に皆認識は一緒なのだなというふうには思います。ただ、これだけ多い自治体が全て、いわゆるベストプラクティスでよみがえられるかという点、必ずしもそうではない。ある意味、ABCランクというのを付けざるを得ない状況になってくるといけないかという危惧を持っています。

もうひとつは、一つひとつの県や、市の病院が、いわゆる極大化をしていく、もしくは経営を良くしていくということが、地域全体の中では、経営主体を超えた多くの医療機関が医療を担っているわけですから、それらのバランスを崩してまで、本当に必要なのかどうかを考えなければならない、非常に難しい局面を迎えていると思います。ご発表のあった、埼玉の場合は、確かに、早く手を打ったので、それなりのいい結果が出てきたということでもありますけれども、今後、そういったものを参考にしながら、身の丈に合った、地域に合った改革をどうしていったらいいのか。百あれば百通りあるような処方箋が必要なのではないかと、大変難しい時代に突入したという感じを持っております。

伊関

最近、ブログを書いています、アクセスが結構増えてきました。コメントなどを見ると病院改革に対して非常に関心が高いのだけれど、みんな、どうしていいのか分からない。特に、自治体立病院についていえば、「改革しなければならん」と、最初に考えるのは事務職です。どうも財政的に厳しい、何とか改革をしなければならんという気はしているのだけれど、ど

う手をつけていいのか分からない。医療職の人も、何かまずいなという気はしているのだけれども、ただ、危機意識はちょっと薄い。結局、改革をしても、見当外れのことをすることも多い。それで病院がますます悪くなることも多い。状況はどんどん悪くなってきて、突然、医者がいなくなるというような事態が突然起きてくる。やはり、事務職や病院スタッフの意識に比べて、外的環境があまりにも変化が激しくて対応できない。国民も方向性を見失っています。あまり考えていないというべきかもしれない。専門家も自治体の経営する病院ということで、分かりにくく、今まで、あまり議論されてこなかったという感じもしています。

古宮

先ほどは、埼玉県はうまくいっている例ということで出されたのですが、ほかは、まだまだ、なかなか例がないという感じですか。

伊関

埼玉県も、全てうまくいっているかどうかというと、やはり難しいところはあると思います。埼玉県自体が、いつ財政破綻するか分からない状況の中で、少なくとも、一般会計の繰入金金が80億円ありますから。それがゼロになっていいとは思わないですけども、現在のレベルの繰入金がいつまでも続くかということ、やはり難しいのだろうなという感じはします。

松本

メディカル・プリンシプル社の松本でございます。あるいは、「民間医局」という名称でご存じの方もいらっしゃるかも知れませんがメディカルドクターのサポート・エージェンシーの会社でございます。

私どもにも地方の病院様から日々、医師紹介依頼が押し寄せている状況でございます。通常、経営資源として人・モノ・金ということがよくいわれます。一般企業の再建の場合は最終的には、人もモノも比較的容易に金で買えるために、負債カットを適正水準で合意できれば概ね再建に向かう例が多いと思います。

しかし、病院の場合は、特にメディカルドクターが人であり生産設備であります、それが必ずしもお金だけでは調達不能な状況になってきております。キャッシュフローの面とメディカルドクターの継続確保の面と両方を併せて措置して初めて病院の再生がなされるという意味で、病院再生プラン作成はより難しい条件下にあると思います。

大都市の場合は、代替する医療機関はたくさんございます。しかし、地方へまいりますと、中核病院は、ほぼ全て自治体病院・公的病院で、地域中核をなすような医療法人があまりないというところがあります。そんなエリアで自治体病院の再生に場当たりの処理を繰り返しますと、あっという間に医療の空白地域が連鎖的に生じかねません。そういう意味で、かなり広範囲な、エリア的な対応・調整も必要になってくるという面でも、難しさがより増していると認識しております。

高橋

日本経済研究所の高橋と申します。私自身は、化学産業の融資担当を永くやっておりましたので、医療分野について専門家というわけではないのですが、PFI、特に病院PFIのアドバイザーというのをさせていただきましたので、医療の分野を外から眺めている、岡目八目ということで発言させていただきます。

実際に現場で、病院の事務局長さんなどとお話をする機会がありますが、そのような立場の方のお話を聞いていて思いますのは、病院経営は非常に難しいということです。先ほど、手前どもの研究所の吉田が、医療は「成長と変化」だということを申し上げましたが、医療には「成長と変化」はあるが、診療報酬改定には「成長はなくて変化だけ」があるという感じです。国の医療保険財政が厳しいということで、それが医療の提供側に対して非常に厳しい圧力になってきていると思います。そういう中で、先ほど、「人・モノ・金」というお話がございました。「人」は、当然のことながら、お金で買えないわけですが、実は、「モノ」＝設備投資も、失敗をしてしまいますとお金では償えないというような事態になってしまいます。特に、必要な投資はやらなければならないのですが、その投資の「必要性」の判断とタイミングの判断が非常に厳しく問われている時代になっていると思います。

古宮

当然、医療を取り巻く環境が変化している。今、成長と変化というお話がありましたが、キーワード的にいえば、需要と供給、両方変わってきていると思います。需要というのは、お医者さんにかかる我々のサイドなわけですが、当然、少子・高齢化というのがありますし、情報なんかは非常に、ある意味では、インターネットなんかでとりやすくなっている。昔以上に薬の情報も分かりやすくなっている。人口の動きという面で見ると、一極集中、地方でも一極集中が起こっている。こういうような需要側の変化があります。供給サイドでいえば、医療制度改革、それから、医者の偏在の問題、技術もどんどん進歩していつている。進歩している中で、医療機関もどういうふうにそれに追いつくか。医者の供給手の一番大きかった大学。国立大学が独法化して、しかも、研修制度も変わってくる。そういう面では、多次元的に変わってきている状況だと思います。

今度は少しミクロ的に見ていただいて、特に注目すべきこと、今回であれば、自治体病院に関わってきそうな事柄というのでしょうか。自治体病院の場合は、どうしても僻地の医療を担うとか、特殊な医療を担う、高度な医療を担うということですから、それだけハンディキャップもあるわけがございます。そういう中で、どういったところに特に着目されているかというのを伺いできればと思います。

阿曾沼

医療を取り巻く環境というのは、誰が論評しても同じような論評になってしまうので、あまり新鮮味はないのではないかなと思います。議論が進んでいく中で、きっと、処方箋で何を

どうしたらいいのかという議論が他のパネリストの方々からも後で出てくると思っていますので、私自身の考え方を導くため先ず環境というものをどう認識しているかということについて少し話をしたいと思います。

先ず第一に、病院の経営を考えていく上で、国の全体最適を目指した政策誘導に乗って本当に自分の病院は生き残れるのかということを考えていかななくてはいけないと思います。自分の病院そのものを生き残らせて活性化していくためには、政策誘導に乗って本当に生き残れるのか、地域のニーズは政策そのものと合致しているのか、という原点をもう一回見据えない限り、病院は生き残っていけないのではないのでしょうか。一貫性のない医療政策を感じている人はものすごいです。今回の診療報酬改訂で、2年前のいろいろな政策誘導はいったい何だったのだということを改めて考えさせられたわけです。

実態にまったく合っていない医師の需給計画、これは平成10年の時期ですけれども、基本的には、開業するインセンティブとか、女性の医師の拡大とか、価値観の変化というようなことを考えていくと、今、需給計画はすぐにでも考え直さなければいけない時期に来ています。医科大学における地域枠の設定とか、いろいろな意味で、いわゆる教育のところから見直していないと、特に人材確保の面では今後益々現場医療はどんどん実態に合わなくなってくる危険性を持っています。

「医師不足、医師不足」といっていますけれど、それは、国の規定でいわれているいわゆる定員に対する不足数ですから、本当に十分な医療をやっていくことの原点に戻ったときに、数字に表われている以上に医師は不足しているのではないかと思います。

もうひとつの問題意識は、地域医療計画における一般病床の病床規制という問題です。さらに、現場の医療者の多くが感じているのがエビデンスレスな診療報酬変更が横行していることです。これは病院の経営そのものを冷遇しているような診療報酬体系ですから、志の高い病院が地域や患者の要望に沿って病床増強したりする自由も制限されたり、病院でも良い医療サービスを拡大しようにもそれに伴う間接部門の増強ができない等、厳しい状況もあるわけです。公的財源は「枯渇、枯渇」といっていますが、一方では未曾有の無駄遣いが行われているわけですから、この辺の行政の手腕とバランス感覚というのが非常に大きな課題となってきているのです。

公的保険中心の国民皆保険制度の根幹である現物給付の原則も、もはや形骸化しています。患者負担は、30%になって、なおかつ、特定療養費の、選定療養の枠組みの中で自費部分が多くなってくれば、これは実質的には3割負担以上のものになってきています。仕組みとか紙に書いてある法律等のつじつま合せはできていても、本来的な制度は形骸化してきているのです。

患者のニーズという側面を考えてみても、最近は情報武装が非常に高度化してきていると思います。非対称性がどんどん縮まっていっています。それから、情報要求社会。我々は物言う患者になってきました。こういう患者力の台頭に対して、病院がこれからどう対応するかも課題です。

最後に、公的病院の経営問題という大きな課題がありますけれども、公私イコールフッティ

ングが医療の世界の中ではまったくできていないということは、これは本質的な大きな課題なのではないかと思います。公立病院は、無税で公費が投入され、一般会計からの繰入も多い、一方、民間病院は一般企業並みに税金を取られ、なおかつ、公的補助も少ないのです。

こういったことを踏まえて、地域の中で公的医療機関というものがどういう役割を担ってやっていくかというのは、これからの大きな課題ですし、政策医療をやっているから赤字なのだという言い訳は、もう一切、通用しないと思っています。

伊関

私は元公務員ですので、役人の視点からなのですけれども、自治体立病院のマネジメントは、やはり非常に弱い。医師不足といわれていて、一番大きく影響が出るのが自治体立病院で、民間病院の経営のいいところは医者を大事にしている、医者がいっぱい集まってきている。けれども、従来の大学医局にただ頼って、医局をお願いをして医者を確保していた自治体立病院というのは、給料も安く、少ない人的リソースで多くの患者を受け持てといった無理難題をこなすことを求めてきます。そのことで、嫌になって辞めていく人が多い。中堅の脂が乗っている人ほどやる気をなくして辞めていくような体制になっている。これは自治体立病院の病院マネジメントの力が決定的に欠けているのだと感じています。

基本的に自治体立病院はお役所立病院なのです。いわゆるお役所の制度で、議会の議決を経た給与の条例だとか、人事や予算も全て単年度で決めなければならない。制度が決まっている以上、外部環境が変わっても、そんな簡単には変えられない。医者の給料を上げなければならんというときに、条例がありますから、条例変更できませんとなって、それで当然と思ってしまうようなお役所意識の中ではこの急激な変化に対応できない。

社会環境の変化に対して、おかしいと思ったことは、すぐに変え、人の知恵を使って機能的に経営をしていく体制が自治体の病院の中にできるのかどうかというのが今の関心意識で、「ちょっと無理じゃないのかな」とも、最近、思いつつあるのが正直なところです。

古宮

今、阿曾沼先生と伊関先生のお話を伺っていると、ある意味で、共通のことを、要するに、制度があったり、政策があったりするのだけれども、それが本来自治体病院が果たすべき役割なり、経営なりとマッチしていない。阿曾沼先生がおっしゃったのは、むしろ、そういうのが本来前向きにいろいろ展開すべき病院のあり方に邪魔しているところもある。伊関先生がおっしゃったのは、もう少し経営のやり方みたいな自由度というのですか、そういう観点だったと思います。

それでは、松本先生にも、また伺いたいのですけれど、どうしても、松本先生のところは、お医者さんの偏在というところに話がいてしまいますが、先ほど、阿曾沼先生からもっと本当は、医者は要るのではないか、というコメントもあったと思いますが、どのようにご覧になっていますか。

松本

医師不足の話にポイントを絞って申し上げますと、今、お医者さんというのは日本で28万人くらいいらっしゃいます。開業医が9万人ほど、勤務医が19万人ほどです。今、「足りない、足りない」とマスコミで騒がれているのは、この19万の勤務医の部分です。勤務医の今の状況がどうかといいますと、医療技術が短期間に非常に進歩したことから1人の先生が診られる診療範囲というのは狭まってきております。高度な専門化が進めば、当然どの業種でも起こることですけれども。そうすると、老人の病気に対して、いろいろなものが複合いたしますと、1人の病人に対応する先生がたくさん要る。一方、地方の病院で限られた人数で繰り返そうとしても、そこに求められる医療の水準と幅が上昇し、少人数でカバーするのは不可能になってきて、多数の勤務医が要る、というところが「足りない」要因だと思います。

医学生は、全国的に毎年約8千人ずつ入学いたします。それが6年後に国家医師免許試験を受けて、ここ10数年、合格率は90%強です。だいたい7千5百人ずつくらい、毎年、医師免許をもらうという状況でございます。その7千5百人が、一次的には勤務医のゾーンに入ってきます。

一方、昨年は1年間に5千人が開業したといわれています。また正確な統計がないのですが、病院に勤めている先生は定年で、開業していらっしゃる先生は自主的なリタイアで臨床の一線から引かれる方が年間で2千人くらいいらっしゃるというふうにいわれております。特に、定年が明確な病院の先生により多いのではないかというふうには推察しております。

あと、20代、30代の勤務医のゾーンですが、ここの女性医師の割合が3分の1近くまで上昇してきております。この先生方が、ある一定の確率で産休をとって、さらに、ある一定の確率で復帰していないという状況にあります。

そうすると、先ほど申し上げたように、勤務医のニーズは、むしろ、医療技術の進歩によって上がっているわけですけれども、「勤務医って増えているの」というところは、実は非常に疑問でして、もしかすると、開業医は増えているけれど、勤務医は減っているのではないかという可能性もあります。これが今の勤務医の絶対数的な状況です。

地方の医師不足という悲鳴のような記事が連日新聞に出ますが、この最大の原因は、先ほど言われたような臨床研修制度の導入という、ここ1、2年の話ではないと思っております。基本的には、東京、大阪等の大都市、あるいは、地方エリアにおける中核都市に向けての若年労働者層の流出は、これは医師であろうがなかろうが一般的傾向として続いております。その一般的傾向に従って若手のお医者さんも中核都市へ集まっている。

これは事実だろうと思えます。九州であれば福岡に集まっております。北海道であれば札幌に集まっているということでございます。ところが、それ以外のところ、例えば、九州であれば宮崎の若年労働者は福岡とか大阪とかに行ってしまうけれども、だいたいお年寄りが残る。

どうかするとUターンして帰ってくるという状況です。医療ニーズは、今の平均寿命85歳程

度のうち、65歳以上の、最後の20年のところに属する人で全体の約半分を占めます。つまり、若年労働者層が中核都市あるいは大都市に出ていって、その中に医者も含まれますけれども、その人口動態にパラレルには医療ニーズは減らない。どんどんそのミスマッチが広がっていくという状況にあります。これが累積的に地方の医師不足を生んできているというふうに考えております。

先ほども申し上げましたけれども、地方の医師不足の原因を臨床研修制度の導入に結びつける論調が非常に大きいし、私も地方へ参りますと、そういう声をよく聞きます。新聞等でも、北海道・東北の医師不足がしょっちゅう記事になり、しかも、臨床研修制度の導入に結びつけて書かれる場合が多いわけです。

実は統計的に見ると違っておまして、大学医学部を出た、卒後1年生がその県内に何人ともまっているかというデータは厚生労働省から出ております。

平成15年というのは現行の臨床研修制度が導入される前年でございますけれども、北海道では288人、卒後1年生が勤務しました。平成18年度は302人です。増えております。

青森県は、残念ながら、15年度が56人、18年度が50人と微減でございます。岩手県は、同じベースで15年と18年の比較しますと、38人から75人と倍増近くとなっております。宮城県は88人から113人。秋田県は61人から71人。山形県は56人から56人、福島県は79人から82人です。

卒後1年生の数というのは、それぞれの県ごとに若干差はあるにしろ、北海道・東北エリアでいえば確実に増えております。

もっとも、この県内の卒後1年生うち何人が大学病院にいるかというのは、また別問題です。ほとんど大学には残っていない県もありますがその代わり、県内の臨床研修病院、東北の場合は臨床研修指定をとっている医療法人が非常に少ない関係で、自治体病院・公的病院にいらっしやるかと思えます。そこも含めれば研修医を確保しているという状況にあります。臨床研修制度導入によってのみで大都会集中しているわけではないということをご理解いただけたと思います。

先ほど、伊関先生が解説された埼玉県は、卒後1年生が非常に増えています。平成15年に118人いたのが平成18年には216人です。埼玉医科大学も87人から103人と健闘されています。東京は大学医学部数が非常に多いですが、同じベースで15年度に1,707人いたのが、18年度は1,323人と大きく減少しております。必ずしも一様な大都市集中ではないということだと思います。

そうすると、地方から抜けているのは、まさに中核の勤務医だということになります。中核の医師がなぜ抜けるのか。これはいろいろ理由がありますがけれども、基本的には、医療における専門教育が高度化していく中で、一人でマルチプレイヤーを求められる、あるいはワンマンアーミー的な働きを求められることの多い地方での病院勤務に耐えられない高度に専門化した先生が増えているのではないかと。つまり、行かないのではなくて、行けないお医者さんが増えているのではないかと、指導医の先生方の、見解の多くはそのようなことに帰しているような気がいたします。

都道府県別研修医在籍状況一覧（大学・大学以外別）

都道府県名		平成15年度採用数	平成16年度採用数	平成17年度採用数	平成18年度採用数
北海道	大学病院	241	211	164	127
	大学病院以外	47	117	155	175
	計	288	328	319	302
青森県	大学病院	33	22	10	7
	大学病院以外	23	36	39	43
	計	56	58	49	50
岩手県	大学病院	16	20	16	9
	大学病院以外	22	38	49	66
	計	38	58	65	75
宮城県	大学病院	28	9	9	5
	大学病院以外	60	83	94	108
	計	88	92	103	113
秋田県	大学病院	39	29	8	11
	大学病院以外	22	38	55	60
	計	61	67	63	71
山形県	大学病院	41	24	25	22
	大学病院以外	15	18	33	34
	計	56	42	58	56
福島県	大学病院	50	25	22	18
	大学病院以外	29	58	46	64
	計	79	83	68	82
茨城県	大学病院	64	78	61	67
	大学病院以外	21	20	44	50
	計	85	98	105	117
栃木県	大学病院	112	96	99	91
	大学病院以外	7	10	15	22
	計	119	106	114	113
群馬県	大学病院	105	61	46	45
	大学病院以外	14	23	42	53
	計	119	84	88	98
埼玉県	大学病院	87	108	90	103
	大学病院以外	31	87	87	113
	計	118	195	177	216
千葉県	大学病院	194	137	138	152
	大学病院以外	74	106	138	143
	計	268	243	276	295
東京都	大学病院	1,368	927	861	846
	大学病院以外	339	386	429	477
	計	1,707	1,313	1,290	1,323
神奈川県	大学病院	287	309	322	321
	大学病院以外	117	188	223	257
	計	404	497	545	578
新潟県	大学病院	69	46	42	27
	大学病院以外	20	46	49	60
	計	89	92	91	87
富山県	大学病院	48	37	29	29
	大学病院以外	11	19	25	33
	計	59	56	54	62
石川県	大学病院	92	87	48	32
	大学病院以外	3	10	18	23
	計	95	97	66	55
福井県	大学病院	38	19	11	20
	大学病院以外	10	13	20	24
	計	48	32	31	44
山梨県	大学病院	51	29	39	27
	大学病院以外	3	8	7	14
	計	54	37	46	41
長野県	大学病院	69	40	49	39
	大学病院以外	35	50	63	70
	計	104	90	112	109
岐阜県	大学病院	63	6	15	15
	大学病院以外	53	82	71	85
	計	116	88	86	100

静岡県	大学病院	66	73	64	78
	大学病院以外	43	73	82	100
	計	109	146	146	178
愛知県	大学病院	157	117	117	84
	大学病院以外	279	321	365	399
	計	436	438	482	483
三重県	大学病院	31	10	5	3
	大学病院以外	46	55	56	61
	計	77	65	61	64
滋賀県	大学病院	65	36	41	26
	大学病院以外	18	34	38	40
	計	83	70	79	66
京都府	大学病院	326	148	169	159
	大学病院以外	85	120	143	121
	計	411	268	312	280
大阪府	大学病院	480	253	251	263
	大学病院以外	209	325	337	370
	計	689	578	588	633
兵庫県	大学病院	197	114	92	93
	大学病院以外	113	140	190	209
	計	310	254	282	302
奈良県	大学病院	84	42	35	20
	大学病院以外	17	42	36	41
	計	101	84	71	61
和歌山県	大学病院	49	34	41	39
	大学病院以外	19	15	15	21
	計	68	49	56	60
鳥取県	大学病院	43	36	25	19
	大学病院以外	8	16	15	11
	計	51	52	40	30
島根県	大学病院	16	23	15	31
	大学病院以外	14	25	27	29
	計	30	48	42	60
岡山県	大学病院	76	57	39	41
	大学病院以外	70	91	95	101
	計	146	148	134	142
広島県	大学病院	118	41	38	33
	大学病院以外	63	93	105	92
	計	181	134	143	125
山口県	大学病院	66	58	36	31
	大学病院以外	27	12	31	30
	計	93	70	67	61
徳島県	大学病院	60	38	14	20
	大学病院以外	8	21	22	26
	計	68	59	36	46
香川県	大学病院	40	25	17	10
	大学病院以外	10	27	29	36
	計	50	52	46	46
愛媛県	大学病院	55	39	38	23
	大学病院以外	10	32	31	32
	計	65	71	69	55
高知県	大学病院	33	22	16	7
	大学病院以外	14	19	28	29
	計	47	41	44	36
福岡県	大学病院	391	274	225	201
	大学病院以外	155	158	238	268
	計	546	432	463	469
佐賀県	大学病院	53	46	42	28
	大学病院以外	5	11	12	15
	計	58	57	54	43
長崎県	大学病院	89	49	69	53
	大学病院以外	16	25	34	35
	計	105	74	103	88
熊本県	大学病院	103	70	68	44
	大学病院以外	12	30	39	46
	計	115	100	107	90
大分県	大学病院	45	29	39	22
	大学病院以外	9	6	8	19
	計	54	35	47	41

宮崎県	大学病院	47	36	26	23
	大学病院以外	3	11	8	12
	計	50	47	34	35
鹿児島県	大学病院	86	85	59	55
	大学病院以外	5	20	28	32
	計	91	105	87	87
沖縄県	大学病院	52	35	17	32
	大学病院以外	29	104	110	117
	計	81	139	127	149
合計	大学病院	5,923	4,110	3,702	3,451
	大学病院以外	2,243	3,262	3,824	4,266
	計	8,166	7,372	7,526	7,717

(厚生労働省)

古宮

今のお話も結構シリアスですね。結局、先ほどのお話と共通なのかもしれませんが、制度とか、仕組みとかが医療の現場の変化に追いついていないというのが、ひとつ人の面でも出ているような気がいたします。

ちょっと観点を変えて、医療制度改革というのがいろいろ進んでいますけれど、高橋先生のほうで、特に、資金調達だとか、あるいは設備投資とか、その辺のところのコメントをお願いします。

高橋

設備投資に関しては、私は設備投資はやるべきではないということを言っているつもりはさらさらないわけです。医療経済実態調査など見てみますと、サンプル調査ではありますが、病院全体の23%が1974年以前の建築です。今から30年以上前にできている病院というのは、病院としての限界を超えている老朽病院と言ってもよいのではないのでしょうか。そういうところが地域の中核病院になっていて、地震でも来たら、一体どうするのだろうと思います。設備投資が今迫られているという状況ではあると思います。

従来でしたら、公立病院であれば、設備投資資金は、地方債を起債して調達し、その償還には地方交付税で面倒をみてもらう制度があったわけですが、地方債改革とか三位一体改革で地方交付税を見直しましょうという中で、地方債で起債して、その後、地方交付税で面倒をみてもらうという制度の維持が難しくなっているのではないかと思います。したがって、設備投資はやらなければいけないのだけれども、どういう設備投資をするのかという内容の吟味と、どういようにして資金を調達するのかが問題になってくるわけです。従来でしたら自治体の信用力で資金調達できたのですが、早晩それがかなわなくなる時代が来るのだろうなど。それに今から備えておく必要があるということです。

今、公立病院の方は、企業会計ですから自分のところのバランスシートを作られているのだろうと思います。公表資料では、フローの、収入が幾らで、費用が幾らで、どのくらい儲かっているという、そういう数字はあるのですが、なかなかストックと連関させて評価する機会がありません。民間企業だと、ROEといって、自己資本に対してどれくらい利益率があるかというのがその企業の評価指標の一つです。また、ROAといいまして、資産に対してどれくら

い利益率があるかというのも重要な指標です。ROAの場合、資産の回転率と利益率とを掛け合わせたものとなります。そういう意味で、資産の回転率＝固定資産がどれくらい売り上げに貢献するのかということに意識を持っていただく必要があります。

民間の一般病院が、年間に得られるキャッシュフロー（利益と減価償却費）を返済財源として借金を返すとすれば何年かかるかという単純な割り算をしますと、だいたい6年から7年くらいが返済期間になると思います。公立病院の方は、皆さん、自分の病院の数字を計算していただければ、たぶん、もっと長いのではないかなと思います。しかし、通常の企業経営の観点で考えれば、回収に10年を超える投資はちょっと考えられません。診療報酬制度自体もどんどん変わっていきます。それも、増える方向には、たぶん変わらないと思いますので、今までの制度にすがっていつてはいけないわけです。何がこれからの診療報酬のとれる分野になるのか、ある意味で政策ニーズに乗っている投資なのかどうかということの見極めが重要になってくるのだらうと思います。先ほど、いろいろな機械を導入される、10何億というような投資がされたというお話がありました。たぶん、その段階で何らかの投資回収に対する評価というのがなされているのだらうと思います。それぞれの投資内容に応じての判断ですので、一律には言えませんけれども、たぶん、5年も6年も投資回収にかかりますよというような投資を、これからは続けられなくなっているのではないのでしょうか。そういう意味での投資の選別の時代になっていると思います。

ここから先は言い過ぎかもしれませんが、為にする議論をするつもりはないですが、「総て自前でやらなければいけないのか」、という発想も必要だと思っております。先ほどのお話のように、病院の特徴は、いろいろな方がそれぞれ自分の得意とするところをチーム医療でやるというところにあるのですから、ある程度の規模というものは必要なのだらうとは思いますが。しかし、その規模が、どうしても地域の実情で維持できないレベルに達してきたときには、ほかの地元の診療所なり、民間の病院なりと連携をしていくというようなことも選択肢としては考えなければいけないのではないのでしょうか。設備投資を共同で負担するというのではなくても、それぞれ得意な分野での設備投資に特化して相互に連携していくというようなことも選択肢としては考える必要があると思っています。

古宮

それでは、処方箋といいますか、「では、どうするの」というのを少し議論していきたいと思います。

自治体病院というのは地域の非常に重要な役割を果たしていると思いますし、これからも、おそらく、そういう役割はあるだらう。ただ、どういうものが求められるのだらうか。処方箋というのは、経営形態を考えるとか、民営化するとか、いろいろあるわけですけれども、その前に、自治体病院というのはこういうことをやってほしいのだと、あるいは、こういうところは公がやらないと、できないというようなお話があるのではないかと思います。

阿曾沼

処方箋といっても、特効薬的なものがあるわけではありません。とにかく病院の経営というのは、人材獲得力、人事・労務管理力、それに尽きるからです。それ以外のことをいろいろやったとしても、結局は、その根本のところを組織全体できちんと考えていかに実行出来るかにかかっているのです。ですから、例えば地域社会の中で、少子・高齢化で子供が少なくなっているからといって、また小児科は、とにかく医師が集まらないのだといって根をあげていてもダメなのです。例えば、国立熱海病院を我が大学が継承した時に、人口4万人くらいの地域で高齢化が進んでいて小児人口も減少している。しかし地域にとってやはり、小児の医療というのは重要であるわけですから。民間経営であったとしてもやはり地域の要請があれば政策医療という意味合いでやはり小児医療をしっかりとやっていかなければいけない。これは地域との約束でありますからきちっと遂行していかなければいけないということになるのです。300床弱の病院で、実際に我々が継承した時には全体で一桁の医師数しかいなかったわけですが、今は80人の医師を抱えて、しかも、小児科も必死になって人材確保をして頑張っています。小児医療を24時間充実したものにするには、先生たちのローテも考えて差し上げて、少なくとも最低7人か8人はいないと日々のニーズに応えられないということになります。

よく、民間がやると不採算医療というものを切り捨てるのではないかという危惧があります。経営の本質は、不採算だからやらないということではないのです。地域のニーズに合ったものであれば不採算でもやっていくのだという強いビジョンをかかげてやるのが経営です。その不採算な医療でも、継続してやり続けるためには、それを補てんする収益事業をどう行っていくのか？それを徹底的に考えるということが経営の本質なのです。公的病院というのは、いわゆる公的保険の枠の中で保険診療重視、中心ということになりますから、ある程度タガがはめられているかもしれません。民間のいいところは、基本的には保険診療だけではなくて、非保険診療というものをどう充実させて全体的な経営のバランスをとっていくかという自由な選択肢がありますから、そういう意味では自由度があつてめぐまれているのかなと思いますけれども。我々は、とにかく人材の獲得力を組織としてどう上げていくか、日々、頭で考えるだけではなくて、どう行動していけるかが重要なのです。これを継続的にできないと病院の経営はできないという判断なのです。

公立病院では現在、経営改革の処方箋ということで、全適だ、全適プラスPFIだ、指定管理者だ、民間移譲だ、独立行政法人だ、廃止・統合だと、いろいろ議論されていますけれども、これは別段、特効薬でもなんでもないのだと考えています。言い過ぎかもしれませんが、物を書くのに、ボールペンで書くのか、万年筆で書くのか選ぶくらいのことであつて、基本的に私が申し上げたいことは、「もし経営の変革をしたいと言っても、事業管理者として武さんの様な素晴らしい、有能な人材を全ての公立病院が本当に引いてこられますか。なおかつ、5年、10年、20年と継続して人材を確保できますか？また指定管理者制度や民間委譲という方策を取るにしても、引き取ってくれる有能な民間医療法人というのは、本当に希望するだけの数いるのでしょうか。」現実的には受け皿も少ない、人材もない中で、本当にどうしていくかという

大きな命題を本当は突きつけられているのです。私は、公設公営であっても、公設民営であっても、根本治療というのは人材獲得、その確保力ということが非常に重要なのだということを、現場としてはものすごく強く感じています。

そういう意味で、民間病院がやっているベストプラクティスな経営手法を吸収して、これをどういう経営形態であったとしても取り入れてやっていくということが重要です。例えば、柔軟な給与体系を構築していくとか、努力に報いる給与体系にしていくとか、ちょっと話がそれますが、公的医療機関というのは、医師・看護師の給与というのは民間に比して別に高いわけではなくて、むしろ相対的に安いと思います。むしろコ・メディカルスタッフとノンメディカルスタッフの給与が退職金を含めてあまりにも民間よりも高すぎるという問題がありますから、例えば、民間病院に移譲するといったときには、そこが職員の方々の継続雇用上一番大きな課題になっていく。これは、民間に移譲するから是正しなければいけないというのではなくて、公設・公的病院で経営を継続するのであっても重要な課題です。実は、民間移譲にしなくてもできる方策というのはいろいろあるわけですから、こういうことを考えていかないといけないわけです。

もうひとつは、年度予算に縛らない資本投下。これは、クイック・レスポンスで決断をして、すぐに投入をしていかなければいけないということがいっぱいあるわけです。例えば、がん診療連携の地域の拠点病院にしたいといったときに、放射線治療の設備を充実したい。リニアックやIMRTを入れたいとの経営判断をしたとします。今回高度先進医療になってIMRTなどは混合診療ができるようになったわけですから、多くの先生たちは鉛筆をなめなめ、患者はこれだけいます。キャッシュフローはこうですと経営陣にアピールして購入予算を獲得できますね。しかし、公設医療機関のほとんどでは、新たにリニアックという機器を購入する経費しか考えず、機器以外の建物改築費用や人材獲得等の周辺整備の為にトータルコストはあまり念頭にありません。しかも、もともと民間と違って土地代も考えず、しかも経営指標上は減価償却前の利益が重要ですから、民間に比べれば全ての投下資本に対する回収をどうしていくかという感覚がないのです。診療報酬で幾らの医業収益が上がるかだけが重要なのです。収入とコストのバランス、そしてコストの積み上げの考え方が大きく相違しますから、こういう金銭感覚で物を買っていいのかという問題があります。更に問題は、自ら患者を集めようという努力をなさない。これも組織としてやっていかなければいけないということになります。

また、高度な医療機器には必ず高度な人材が必要です。例えば、リニアックや、IMRTを入れれば、医学物理士はどうするのですか、診療放射線技師はちゃんとしているのですか。それをどうやって継続的に雇用していくのですか。これはものすごく大きな経営課題です。こういうことを組織として考えていかなければいけない。

更にこれからの病院経営で重要なのは、ケアミックス型の複合経営、地域に根ざしたシームレスな垂直統合を患者・家族の視点でどう実現していけるかということです。自治体の場合は、こういったことに対しては、ある程度タガがはめられています。民間はそれなりの自由度があります。介護老健施設を作るとか、社会福祉法人を設立して特養を作っていくとか、もしくは

有料老人ホームを作っていくとか、いろいろな収益事業実施の自由度があります。しかし、自治体の病院にはそういうことはありません。ですから、経営が民間に移っていった時には民間に出来ることは民間でという考え方でいいのですが、公設公営のままでいくのであるならば、地域の民間病院とどう連携していくのか。ダイナミックな経営主体を超えたケアミックス型の連携型複合経営が、自分たちが本当にできるのかということを考えていく必要があるだろうと思います。

やはり、経営判断の迅速化、スピーディな実行というのは、これは公私関係なく重要でありますね。

また、保険外、混合診療の拡大というのは、今後、ある意味では、患者のニーズがあれば積極的にやっていくんだということを組織的にきちっとやっていけるかが重要であります。人件費率とか経費率を下げるには収入を上げていかなければいけませんから、収入を上げていくという努力を貪欲にどうやっていくという意味で、きちんとした技術やエビデンスに裏づけられ、責任をもって行える混合診療もやっていける体制を整備するということが非常に重要だと思います。

もうひとつは、ブランディングの確立だと思います。特に、自治体病院ということとか、国立病院ということで、今までは何もしなくてもブランドが生まれてきたわけでありすけれども、今後、顧客のロイヤリティを確保して継続的に患者さんとの関係性を維持していくための努力を組織としてどうするか。こういうことを真面目に考えているところというのは、公設公営の病院では非常に実は少ないですね。頭で考えているだけで、対応する組織を作っていない。組織を作っても、行動していない。これを、とにかく、やれることからやっていくということが何にも増して重要な処方箋なのではないかなというふうに思っています。

実は、地域の中でも「お医者さんを確保するのが大変だ、大変だ」といっていますけれども、これは、私がいろいろご教授をいただいている島根県の県立中央病院とか、島根県の地域が、島根で働く医師を呼ぶ、医師を育てる、医師を助けるという号令のもとに、県立病院だけではなくて、大学、そして日赤とか公的な医療機関と連携をしながら、地域全体で医師をプールして派遣をしていくというやり方をとって、今、実績を上げています。これは、考えているところはどこでも考えているわけですが、色々現実的には課題があるにしても島根県ではこれをずっと実行し続けているということが素晴らしいのであります。島根地域医療センターの中で、アカヒゲバンクというのがあって、どこかにいいお医者さんがいる、もしくは島根県に帰りたい、島根の地域医療に非常に興味があるというような医師がいると、島根県の職員の方、ドクターの方、看護師の方が、全国、出張旅費を使って行って、説得にあたって来ていただく努力をやる。なおかつ、そのための予算化をしているんですね。医師獲得部会なるものを組織化してこういった行動を地道に継続することによって、実際にまだまだ不十分ではあるものの、必要な医師確保ができるわけです。これは、頑張ればどこの自治体でも参考になるアクションプランではないかなというふうに思っています。

古宮

伊関先生、まさに自治体病院の建て直しに参画されて、手法としては、公のままやられたということです。おそらく、自治体病院としてやるべきものを何か考えられたと思います。公が担うべき役割というのはどういうふうにご覧になっていたのか。今後、どうそれがあつたらいいのか、というのをお願いできますか。

伊関

私自身は、地域において住民の皆さんが安心して医療にかかることができれば、その医療の提供者が地方自治体である必然性はないと思っています。ただ、あるとすると、民間に任せれば全て質のいい医療が提供できるかというところ、そんなことは全然ないのです。適切な競争を確保するために公的が入っていくことも必要だろう。あと、民間が、手を出していないような僻地の病院とかも公的な部分が出していかざるを得ない。ただ、その形態についても、直営で公務員を雇って、いわゆる給与表の体系を作って、一般職の公務員に準じたような形で、毎年毎年、働く人も働かない人も一律に給料が上がって、退職金も出して、地方公務員法の身分保障が手厚く出るような体制で直接提供するべきかどうかというところ、それもまた疑問に思うところがある。ただ、そういう状況にあっても、うまく経営している自治体立病院はあるわけです。結局、どういう形態であろうと、当事者意識というか、自分たちの病院だという意識を持って本気になって経営をすれば、それはどんな形態でも、いい医療は提供できると考えています。

新大江病院という、かつて大江町立病院という病院だったのですけれど、市町村合併をする際に合併先の自治体から自治体病院としての継続を拒否されたため、職員が全員退職をして、医療法人を作って、病院長が理事長になって、職員全員が、2割から3割給料をカットして新しい医療法人のスタッフになった。町立病院時代の病床利用率が、60%くらいでした。これは、患者さんはいるのですけれども、断っていたらしいのです、面倒くさいと。私も大江町民の方に直接聞いたのですけれども、何かあると「付添看護してくれ」みたいな話で、現場スタッフに面倒なことを受けるのは嫌だというようなところがあったようです。しかし、自分たちの医療法人になったら、患者さんを何でも受けるようにして、病床利用率が90%まで上がった。今まで月1千万円近く赤字が出ていたのが、月1千万円の黒字が出るような体制になった。これは別に民間になったからではないと思って、町立病院だって、本気になればそれができるはずなのです。ただ、それをやる気にさせない何か自治体立病院にはあります。そこをいかに意識を変えていくのかということが重要だと考えます。埼玉も、完璧ではないのですけれども、かなり組織の揺れがあった。その時に、経営を意識していないところから、経営は意識しなければならぬ、ベッドは埋めなければいけないという意識が変わったということが大きかったのかなと思います。

多くの自治体立病院を見ると、まだまだ、うちの病院はつぶれないとか、何とかなるだろうという意識が非常に強くて、変化をするとか、意識を変えるということに対して非常に拒絶感

を持つ人たちが多いのかなという感じがします。その辺をいかに変えていくのかということが重要なことだと思います。それは、いろいろなやり方があると思います。極端な話として民営化もあるかもしれないけれど、直営だってできないことはない。ただ、直営でやればやるほど、いろいろな制度のしがらみや、お役所仕事の病理があるがゆえに、それが変わっていくというのは相当難しいだろうなという感じはしています。

さらに言えば自治体立病院をどう考えるのかということも大事だと思っているのですが、民間と連携をさせて、この医師不足の中でどういうふうに地域の医療を確保していくかを都道府県や市町村はどう考えるのかということが問われてくる時代だと思います。県は、まだ、医療計画があるので、医療政策というのは頭の片隅にあるのですが、市町村レベルだと、病院を作るか、病院がなければ、我が自治体には医療政策はないと考えている所も多い状況です。せいぜい、休日・夜間の診療所を医師会にお金を出して作るかどうかというくらいです。特に医師が大量退職するようなどころというのは、その自治体は、病院に全て休日夜間の医療を丸投げで、休日・夜間の診療所を作っていないかたりします。開業医さんは全然関係なくて、全部直接自治体病院のスタッフが、患者を全部受けてしまう形になる。深夜に軽い症状なのに気軽に病院にやってくる患者さんも全部自治体立病院で受けてしまうから、数が多いし、治療の意味も見つけられず、嫌になって辞めてしまう。本来でいけば、自治体立病院と、地域の開業医そして住民も巻き込んで、医療資源をどういうふうにして、医者全体が疲れないで、いい医療を提供できるかという体制を作るということを自治体のほうで考えなければいけません。そういうことを考えずに、ただ、今までは、大学の医局に頼んで、頭を下げて医師を確保するだけが医療政策でした。各自治体の首長さんや、いわゆる首長部局の職員は医療政策全体を、自治体立病院と民間の病院とをうまく併せてどういうふうに確保していくか。単独の市町村だけではなくて、地域のブロックでの自治体間の協調も必要だろう。その辺の医療政策というのは、実は、あまり強くないと考えます。医療政策が弱い自治体ほど、自治体立病院医療の崩壊の可能性が高いと考えています。

古宮

今、まさに自治体全体でのコーディネートという話になってきたのですが、もう、医局にお願いしてという世界ではないということなのですが、私の感じでいうと、むしろ、自治体こそが医局に代わるコーディネート機能みたいなものを持つべきなのではないかなというふうに勝手に思っているのですが。

松本

私も、県レベルの医療行政当局とミーティングをさせていただいておりますが、医療政策策定の手前の、エリアの医療のデータベースを整備されておられるところが、実はほとんどないのではないかなという印象を持っております。人口が動いている中で、必ずしも医療ニーズというのがパラレルに動いているわけではないわけです。ましてその中で、年齢、あるいは男女と

か、地域性のある疾病とかの医療のニーズが、地方の過疎化のなかでかなりまばらに分布している状況なのですけれども、その濃淡、あるいは、診療科ごとに違うアクセス時間まで含めた濃淡のデータベースがほとんどない。これで本当に地域医療政策が立てられるのか。病院の経営形態は、最後、どうでもいいのです。その地域に対してもはやベストなものではないかもわからないけれど、ベターな医療の機能配置は何なのだという議論をするためのデータベース、これがない。これを作らないと、最後、病院の赤字補填に地方財政が耐えきれなくなった。じゃあ、1つ削るか、2つ削るか、みたいな話にしかならないのではないかという気がいたします。残念ながら、かつて大学医局が全てを支配したような医師の人事体系には、もう戻らないと思います。

先ほど申し上げましたが、必ずしも研修医が集まらないから、地方の医者が足りないわけではなくて、まさに、35~40前半の自治体病院関係者から見れば、一番欲しいバリバリの先生がとれない。それも、金を出してもとれない。そうなるとその周辺をとるしかないということだと思います。子どもの教育環境、家族環境がネックで、なかなか都会から離れない先生が多い中で、結婚前、あるいは子育て期に入る前の若手に焦点を当てる。これが、教育研修制度を充実させて、比較的流動性の高い若手をとって、その過程の中で地縁をつけてもらい、後期研修、あるいは、その後のキャリアプランをそのエリアで描いてもらうという提示をする。そういうプランの提示をする場合、例えば、地方の県立中央病院単独では、大都会の教育機能が非常に充実して研修医たちに人気のある病院と対抗するのは、かなり困難です。置かれた状況が違いすぎます。そこで、キーワードになるのがアライアンスということだろうと思います。地域の病院がアライアンスを組んで若い先生方のキャリアプラン選択肢の幅をできるだけカバーしようとする。あるいは、キャリアプランの先のほうまで描いてあげられるようにする。専門性であったり、ポジションであったり、その多様性を提示する中で若い医師を集める。

これが、たぶん一番成功しているのは沖縄だろうと思います。ご案内のとおり、超僻地ではございますけれども、先ほどのデータでいうと、平成15年の卒後1年が81人いたところが、18年は149人、倍増近くになっております。そもそも、沖縄に大学医学部は1つしかありませんから100人前後しか卒業生はいないわけですが、卒業生の1.5倍近い卒後1年生を集めているということです。ここには、群星という名前の臨床研修プログラム、プロジェクトがございしますが、そこには県立病院を始め、多様な経営母体の病院が、地域の教育熱心な病院が挙げてそこに加盟して、協力病院とともに県内の症例と指導医を動員する格好で教育体制を作って、海外留学も含めた非常に多様なプランを用意している。これに対して東京、大阪の学生がワッと群れて、大変高い競争率になっているというような例もございます。

医学研修の世界で、たぶん、アライアンスというのが今後ますます大事になっていくのではないかと思います。初期研修、その後の後期研修（専門科研修）、初期研修は3年目、後期研修は今年が初年度でございますけれども、市中臨床研修病院と大学病院の比率は6:4くらいです。

初期のほうは、どちらかというと、大学から市中病院へのシフトが大勢でしたが、後期のほ

うは、大学病院でも、非常に集めたところと、まったく集まらなかったところと、市中病院でも、たくさん集めたところと、ほとんど集まらなかったところ、両極端に分化しているようです。たぶん、この構図が今後初期研修のほうへも移っていくのだと思います。

あとは、産休をとっている先生、あるいは長期的に筆筒免許になりかかっている先生、これをどうやって復活していただくのだというところが非常に大事になってくる。ここは、実は、どのくらいの女性医師の方が産休に入られているかというデータがないのです。この先生方をどうやって発掘して、適切な教育プログラム経て一線に復帰していただくかというところが即効性のある絶対数の問題になると思います。医科大学の定員を増やすという議論も、もちろんありますけれど、今から増やして、その人たちが臨床の一線に立つのは最低でも10年以上かかります。人口問題を考えた時に、その10年というところが待てないと思います。そうすると、勤務医不足の問題は偏在の問題を何とかこなしつつ、絶対数の問題というところになりますと、開業医シフトをどうやってマイルド化するか、休んでいる先生をどうやって復活させるかということしか、たぶん、ないのだらうと思います。

例えば、今、東京女子医大で休んでいる先生の復帰教育プログラムを作成していると聞いておりますけれども、そういうものが広く普及するようになれば一助になると思っております。あとは、定年を迎えるシニア層の先生方、60前半だったり、60半ばだったりされると思いますけれども、この方々は、私どもが個別にお会いする範囲ですと、非常に臨床に対する思いが強い方が多いです。全共闘世代と言われた方々だろうと思うのですが、時代の中で、臨床への思いを持ってお医者さんになられて、年回りとともに管理業務のほうへ行かざるを得なくなって、でも、このままで終わりたいくないという先生は、個別には多いのです。

そういう先生をどうやって見つけて引っ張ってくるかというところも工夫が要るのだらうなと思います。それと、先ほど、大学医局が、かつてのようにはならないと申しましたけれども、しかし、それに単一で代わるものはありません。日本の中で、大学医局しか医局機能を持っているのがなかった時代から、大学医局が最大の医局ではありますけれども、いろいろなタイプの医局も並存する時代に移行するように思います。全国展開するグループ病院群は、中央病院は別としまして、地方の病院は医師確保に苦しんでいる状況です。そういうところは、グループの中で何とか医師を融通して埋めたいという指向を急速に強めてきております。

グループ力を生かした教育機能整備を掲げ研修医獲得を図りだしていますが、その先に睨んでいるのは、グループ内の医局をある程度持ちたいという構想だらうと私は思っております。先ほど、ドクターズバンク、アカヒゲバンクの話も阿曾沼先生からご披露いただきましたけれど、雨後の竹の子のようにバンクはできていますが、うまくいっているところは非常に少数です。

島根のように、あるいは長崎もそうですけれども、帰ってくる可能性のある先生がいれば、公費を使って日本中を飛び歩いて、口説き回るというところは相対的に実績は上がっています。ただバンクを作って、登録をボケーッと待っている県は相変わらず一人も来ません。これも、各県工夫を凝らし、ある程度募集実績が貯まってくれば医局機能を持つという話だらうと思

ます。そういう意味で、多様な医局が出てくる中で、それぞれの先生方が自分に合ったキャリアプランを選択する時代が来るのだらうと思います。その中で、先生方から見て、どういうキャリアプランを提供できるのだ、そのエリアは、ということが競われていく。それを病院改革と並存してやっていく必要があるのだらうというふうに思っております。

古宮

それでは、皆様のほうからご意見なりご質問があれば、こちらのパネリストの方々からお答えしていただこうと思います。

会場より

このセミナーでは、自治体病院が本当に必要かどうかということをもまず大前提とするコンセプトが皆さんに揃っているかどうかということが分からない。ここに集まってきている自治体病院の先生方は、どうやって自分たちの病院をよくしようか考えておられる。うまくいく例ばかりではないので。どうやったら自治体の、50、100 くらいの小さな病院が、地域でその地域の人たちの健康を守っていくかというためには、どういうふうな経営改革をしたらいいのかということをお伺いしてきたのですけれども。その辺が十分にコンセプトの部分で統一されていなかったもので、いまひとつピンとこなかったのです。

もう何十年間もイギリスはサッチャーの時代から医療政策を直してきているが、まだ直りきらない。今でも、かかりつけ医に行って、狭心症、心筋梗塞、「じゃあ、紹介します」というと半年待ち、そんな状態がイギリスですね。日本が、もう、そういう状態になりつつある。現実について、国の政策が一貫していない。阿曾沼先生のおっしゃるとおりだと思います。そういう中で自治体がどういうふう生きていくかということ、非常に難しい問題で、その辺の、総論的なことではなくて、各論的に実際のところをもうちょっと具体的に聞きたかった。島根とか長崎あるいは沖縄とか幾つか成功した例があるし、ああいう話はお伺いして非常に参考になったと思います。

私も、かれこれ 20 年近く、自治体病院の長をやっていますけれども、いつもケンカするのは、事務方とケンカするのですよね。事務方は 2 年で替わっていくのです。その前は土木部関係に、その前は教育関係にいて、事務長に来て 2 年たったらパツといなくなる。その下の課長も、みんな、そうです。根本は、事務方が一番問題ですよ。医者や看護婦は、毎週、県で統計をとってみますと、残業が 60 時間、80 時間、100 時間ですよ、週に。それに対して、そんなにお金をもらっていないです。

また、そんなに医者は足りていないということですが、10 万対比でいけば東京は 290 何人ですよ。田舎に行けば 100 人ちょっとです。大学で残る人も一桁の大学が幾つか出ている。そういうふうに地域格差がすごく出ているわけです。そういう中から、100 何人しかいない地域の、県の小さな町立病院はどうやって生き残ったらいいのか。そういうことを、きょう、聞き

たかったのです。

自治体病院も官から民へ移せばいいのではないか。そういうふうな発想だったら、ここに来る必要はないわけです。自治体病院として、やはり何か使命があるだろう。ところが、若い先生方は、残業が60時間も70時間も、もう嫌になって、みんな開業していくのです。30代、40代の方が開業して、夜、呼ばれないように。そういう中でもって、もう少し深いところでご意見をお伺いしたいと思いますけれども。

阿曾沼

今の問題意識は、多くの方が持っていらっしゃると思います。自治体病院といっても、県立、市立、町立と本当に千差万別で、一様に議論するということは、実は、あまり意味がないと私も思います。特に、今後、これから医療制度が変わっていった時に、急性期の病院で、100床、150床あたりの病院が本当に生き残っていけるのかどうかというのは、非常に大きい瀬戸際に来ているのだらうと思います。一つの事例ですが、ある町村合併した100床前後の病院が、一時は年間延べ9万人もの患者さんが集まっていたところが、最近では、もう6万を切ってしまった。経営状態は年々悪化の一途を辿っていく。町は、とにかく「経費節減だ、節減だ」といって、何も買ってくれない。また、診療報酬点数表いわゆるミドリ本も分からない医事課長さんがいる。「施設基準って何ですか」と聞かれて、「もう少し勉強しろ」と、こういうふう言いたくするような病院の中で、町長さんなり首長さんは、「いや、もう、この病院はやっていけないかもしれない。もっともっと縮小しなければならない。クリニックにしなければいけない」と、こういう短絡的な議論がある。しかし、地域のニーズ、例えば、患者さんの地域への流入、流出が疾患別にどうなっているのか、今後の地域における人口構成がどうなっていくのか、疾病構造がどうなっていくのか、そういった外部環境をきちんと見て、そして、内部環境もきちんと見てみると確かに、その病院はお医者さんの数は十分ではありませんでしたけれども、一人ひとり議論をしていけば、それなりの思いを持って、情熱を持っている医師や看護師がいっぱいいるわけです。従って、ベストではないのだけれども、よりベターな状況にしていくためにはどうしたらいいのだという処方箋は具体的に出せるだろうと考えたのです。例えば、その病院は、人工透析のベッドを十分に持っており、地域に人工透析はその病院しかありません。しかし、柔軟な運用が出来ていなかったため稼働率も悪く、患者さんが隣の県のほうに流出していることが判明した。皆さんで真剣にそれをどうやって取り戻す必要があるのだといった戦術を具体的に考えていく。それによってちょっと良くなる。ちょっと良くなることを見せると、みんな自信がつく。そういったことの繰り返しをやっていかなければいけないのだと思います。

もうひとついえば、先ほど、医局の問題が出てきましたが、ある県では県内に大きな医科大学が1つしかありませんから、そこが人材の唯一の供給源だと全ての方が思い込んでいて全てを依存してしまい、必要な人材を積極的に獲得するための行動は心情的に控えていたのですが、こんな運動をしてみたのです。1人ひとりの先生がとにかく1人、自分が一緒に働きたいとい

うお医者さんを探すような努力をしましょうという運動です。例えば、大学医局に行った時に、「おまえ、来ないか」と一声かける。学会へ出た時に他の大学の先生方に、「是非我が病院に」といって声をかけるということの積み重ねによって、1人でも2人でも増えていくのです。実は、100床くらいの病院の中で一番問題だというのは、1人診療科なのです。1人診療科は、本来的にその標榜科としての十分な診療が出来ないケースが多々あります。これは、地域の医療にとっては機能不全に陥ってしまう恐れがあります。そういった場合、他の先生の得意技を結集して、例えば生活習慣病院センター等を新設してみるとか、そのような知恵を出すことによって少しずつ良くなっていくということがあろうかと思えます。

ですから、一つひとつ問題意識を持ったときに、この病院を本当にどういう病院にしていくのだということを職員全体が同じ方向を向いて議論することによって、最初は議論が発散するかもしれませんが、発散することによって、ある目標に収束していく。そうしたら、具体的なアクションプランを立てて、本当に小さい一歩でも議論しながらやってみるということで改善をしていくのだらうと思えます。

確かに、こういったシンポジウムの中では、お一人おひとりにきちっとしたオーダーメイドな処方箋というものは提示できないと思えますけれども、知恵を出し合って頑張っている、いろいろな自治体の、意見を吸収しながら、そして新たな気づきを得て頂きながら一緒に考えていくことが大切なのではないかと思えます。先ほど、伊関先生がおっしゃった外圧も大事かもしれません。例えば、院長先生が、自分が思っていることを誰かに言わせてみる、誰に言ったらその組織が動くのだという具体的な戦術も考えながら組織風土を変えていくことも、これからは重要なのではないかなと思っています。

会場

貴重なご講演とパネルディスカッション、大変ありがとうございました。

実は、私は事務方代表で、ちょっと反論するわけではないのですが。私は14年の4月に病院のほうにまいりまして、公立ですので、構成市町村が、今、1市2町1村で組まれております。私が来た時にも2年か3年で戻されるのかという意識がありました。しかし、病院に入りまして、非常におもしろいところだということで、今年で、もう5年目です。

現在の管理者、いわゆる代表は市長なのですが、「俺が市長をやっている間は、おまえ、病院をつくれ」ということで、実は、134年の歴史を持つ病院なのです。全国でも三本の指に入っている古い病院で、明後日、29日に、新しい病院の建築・設計関係の契約までこぎ着けているというような段階でございます。先ほど、先生方、40年、50年というふうな、建物が古くなっておりまして、まずはハード部分を造らなければならぬらうと。

また、今、大変な問題が起きておりまして、医師不足の問題も出ておりまして、うちの病院では来年の3月までに5人が退職になります。全体の人数が25人しかいないところで、5分の1が退職になる。そのうちの3科が8月から閉鎖ということで。昨日も大学病院のほうに足を運んでおりまして、帰ってきたのが、午前2時です。ただやはり、熱い思いで足を運ぶと人の

心も動くのではないかと、自分たちが足で稼げば、何とか答えが出てくるのではないか思っています。それは、先ほど、阿曾沼先生がおっしゃったように、身の丈に合った行動ということで、自分たちも、そんな動きを、今、しておる段階であります。14年に来た時に、病院は、簡単にいえば、障子の穴さえ修繕していなかった病院です。今は、何とか障子の穴は塞いで、ちょっと見られる病院になったかと。そんな中で、新しい病院の建築のほうに動きが出てきている。

最近なのですが、機能評価の指定を受けることができた。その前に、臨床指定病院の指定も受けたということで、ここ4年の間にそんな動きをしております、病院の中の職員が、医師、看護師、コ・メディカル、それから事務職と、同じ方向に向いてきているかなという気がしております。みんなでもって熱い思いで動けば、何とか人の心は動くのではないかというふうな気がしております。

反論ということではないのですけれども、2年で帰る、3年で帰るということではなくて、おもしろい病院だ、おもしろい職場だと思ったら、管理者、市長にその熱い思いを伝えてやると、何とかなるのかもしれませんが。

古宮

先生方、最後に、もし、コメントがあれば。

阿曾沼

社会医療法人という新しい医療法人形態ができていて、これは自治体の今後の病院経営にとってはどう影響を与えるのかというご質問を受けました。まだ、社会医療法人がどういう形態になるかというのは100%はつきりしませんし、税制の問題も未確定であります。先ほど、自治体の病院が多くあって、どういう形態にするかは別にして、もし民営化という選択肢をその自治体をとったときに、本当にその受け皿というのが現実にどれだけあるのかという危惧を抱いているとお話しましたが私はむしろ、地域が受け皿を作っていくことが非常に重要なのではないかなと思ってしまして、そういう意味で社会医療法人がひとつの選択肢になり得るのではないかなと少し期待をしています。例えば、公共性とか透明性の確保や、地域における信頼性の確保という点では、自治体と同じように社会医療法人なら、特に地方においては地域住民からの信頼というものが得られやすいのではないかと思います。起債でいろいろな資金調達を自治体がしていましたけれども、病院債券という公募債が発行可能だということで、起債に準ずる新たな健全な資金調達の手段を持てるわけです。病院側も返済しなくてはならないという点では、株式よりは負担がありますが、ブランド力に自信があれば有効な手段です。

自治体サイドからみれば無税の公立病院が民間医療法人になりますから、残念ながららといってはなんですが非営利なのに20%前後の税金を徴収できるわけです。黒字であれば納税があって税収が拡大していく。自治体にとってもいいわけです。そうすると、税収によって医療の拡大再生産をうまく回せば、医療の高質化にも好循環が生まれてくるわけです。

社会医療法人になれば、自治体の病院ではケアミックス型、垂直展開、水平展開できない等

の地域での競争力が無いといったものも少し解消されて、競争力がアップしていきまし、収益事業も、ある程度の自由度を持てます。地域の他の医療法人や有力者と協力して共同で設立を検討してみてもどうでしょうか。地域全体でこれを支えていくというスキームを考えていく、これは自治体だけではなく、地域の有力者や医師会、民間病院の経営者、更には地域経済を支える有力企業なども加わって、病院経営の輪を広げていく努力をしながら可能性や有用性を見ていくというのも選択肢のひとつなのではないかなと感じております。

松本

医療が提供するサービスの根幹は、ローカルなコミュニケーションだと思っています。簡単に輸入代替できるものではございません。それを踏まえれば地方医療の再生というものは、地域医療資源のネットワーク再編の中でしか果たされないのだろうと思っています。

阿曾沼先生が言われたように、まさに、地域の支持を得られる、あるいは地域の医療資源を総動員できるようなネットワーク体制を作らなければいけない。

それは、大学や医師会もそうですけれども、まず、医療受益者である地域住民が「これは支えざるを得ない」と思うような病院ネットワークをどうやったら作れるかということだろうと思います。それができれば、逆に、そこに協力しない大学、病院、クリニックはもはや、その地域での存在意義を問われます。

では、そういうネットワーク造りをどうやって地域の医療行政マンがリードするか。経営形態を超えて合意をとりつけられるような、地域を挙げた政策リードは、その手前の医療データベースの作成等にもっと力を入れない限り難しい。先ほどの熱い血の部分も、もちろん大事ですが、熱い血のみでみんながやったときに、絶対数不足の中で燃え尽きてしまう問題もありますし、最後、医師の職場選択権はどうなるのだという問題もあります。熱い血だけで全て解決できる状況は、もう超えてしまっているのではと思っています。

行政マンの方々、本日、たくさん来られていると伺っておりますけれども、その辺、負わされた役割は、非常に大きくなってきていると感じております。

伊関

自治体立病院を続けていく観点からお話しさせていただきたいのですが、問題の根本というのは、病院経営に素人の自治体が、病院に素人の事務を使ってマネジメントをしていることが問題かなと思います。しかも、その職員が情熱のある方ならいいですが、情熱がなくて、どちらかという、病院という出先の一番レベルの低いところみたいな意識があって、出来の悪い職員を送るというような状況も結構多い。本気で地域の医療を継続していく。時代が変わって危機の時代ですから、危機の時代に対して医療を継続していくためには、病院職員は当然変わらなければならないと思います。首長さん、事務職も、病院内の事務職だけではなく、庁部局の人事とか、財政とか、あと議会、この辺が最大の問題だと思います。あと、住民、全ての人たちが、自分たちの病院だという当事者意識を持って病院や病院に対する行動を変えて

いかなければいけないと考えています。本当にその病院が必要なのかをちゃんと考えていくべきだ。地方の中核病院というのは、地域において重要な役割を果たしている病院が多いと思います。これが破綻した場合、深刻な影響が出ます。自治体が経営するならば、関係者、病院のスタッフだけではなく、首長さん、議会、職員、住民も全て本気になって、これをどういうふうに維持していくのかということを考えていかなければいけないと思います。一部の一所懸命やられている病院長さんだけが孤立して苦勞しているとか、一部の人間だけが頑張っているという状況であれば、そこは長く続かないだろうと感じています。

高橋

マーケティングという言葉自体に拒否感があるかもしれませんが、マーケティングの観点から考えると、実は、患者さんは病院に来る患者さんだけではないと思います。先ほど、「医療ニーズの濃淡についてのデータベースが地域ではないのだ」というお話がございましたけれども、地域の中で医療サービスを欲している方、あるいは、自分の病院ではなくて、ほかの病院に行かれている患者さんがいらっしゃると思います。それらの患者さんがどういうニーズを持っているのかということ把握することが、ひとつ大きなポイントになると思っております。

弊研究所では、「山武医療センター基本計画」のお手伝いをさせていただきましたが、この計画の中核となっております千葉県立の東金病院を中心とした在宅糖尿病治療支援ネットワークがございます。これは平山愛山院長が中心となって構築したのですが、最初のきっかけは、病院に来る患者さんに、糖尿病が悪化して足を切断しなければならいような「糖尿病壊疽」を起こしている患者さんが異常に多いということに気が付いたことだそうです。「糖尿病が地域で放置されている、これではいけない」ということで、地域の診療所や薬局と糖尿病に関する勉強会、研究会を積極的に行ったそうです。病院の専門医の知識やノウハウを周辺の診療所やクリニックへ移転し、糖尿病の早期発見と在宅での適切な治療を行ってもらおうというわけです。より重症の患者さんは東金病院に紹介してもらおうわけですが、このような地域連携の中で、東金病院の紹介率のアップ、平均在院日数の短縮ができたそうです。これは地域連携のケースですが、同じようなことが他にも病院経営の中にはあると思います。そういう意味で、病院に来ない患者さんはどういうニーズを持っているのかというのが把握されていけば、それは、地域の医療ニーズが把握されていけばということですが、どういうところがマーケティングの対象になり得るのかというのが見えてくるのではないかと思います。

ちくま新書から、「子どもが減って何が悪いか！」という題名の本が出ています。地域の医療ニーズをしっかりと把握して、その上で必要な医療を提供しているのであれば、「赤字になって何が悪いか！」、と言えらると思います。決して開き直りではなくて、必要な部分にはお金がかかるということは、皆さんに積極的にアピールしていく必要があるのだろうと思っております。

古宮

今日は、本当に、たくさんの方々にご参加頂きまして、ありがとうございました。引き続きご意見をいただければと思いますので、よろしく願いいたします。どうもありがとうございました。