

A市民病院のよみがえり(Reborn)戦略

大井 克之

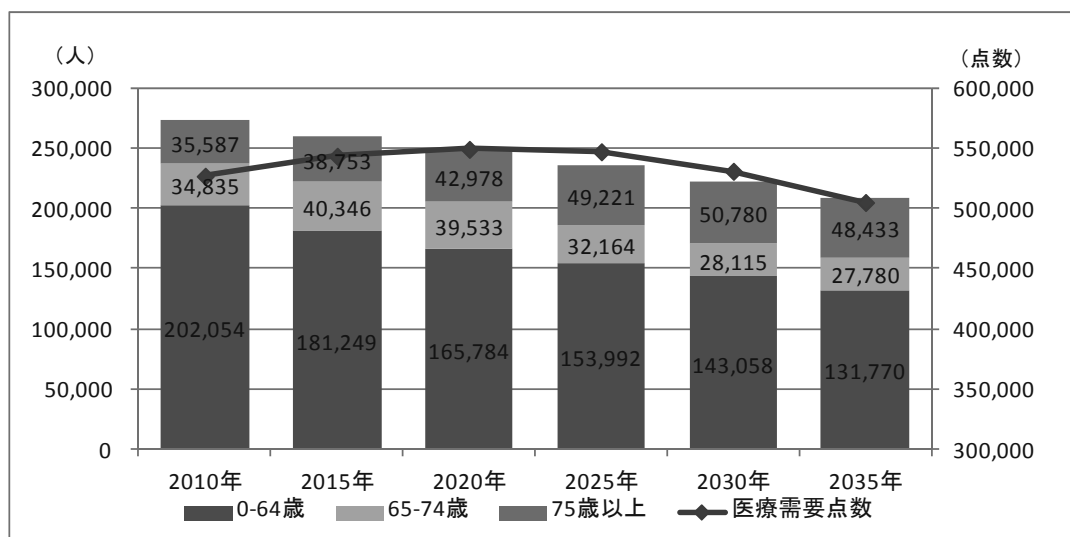
キーワード：自治体病院、経営形態、病院事業管理者、2次医療圏、リーダーシップ

1. はじめに

A市民病院は、兵庫県西播磨医療圏の中核病院であり、高度専門医療、救急医療、災害医療、がん診療、へき地医療など多分野における拠点病院としての役割を果たしている。「良い医療を、効率的に、地域住民とともに」の基本理念のもとに病院経営がなされ、西播磨医療圏でのナンバー1病院を目指してきた。

しかし、1947年の病院開設から増加傾向であった入院患者数は2004年度、外来患者数は2001年度をピークにその後は減少傾向が続いており、また経常収支は2005年度以降、7期連続して赤字が継続している。

そのような中で、図1の将来の人口予測、医療需要予測をみると、西播磨医療圏では2010年から2030年の20年間で約20%の人口減少が予測されており、また、医療需要点数も、2020年をピークにその後は減少に転ずると考えられている。



(出所：ウェルネス 2次医療圏サマリーデータ Ver. 4.0.1 データより作成)

図1：西播磨医療圏の人口予測と医療需要予測

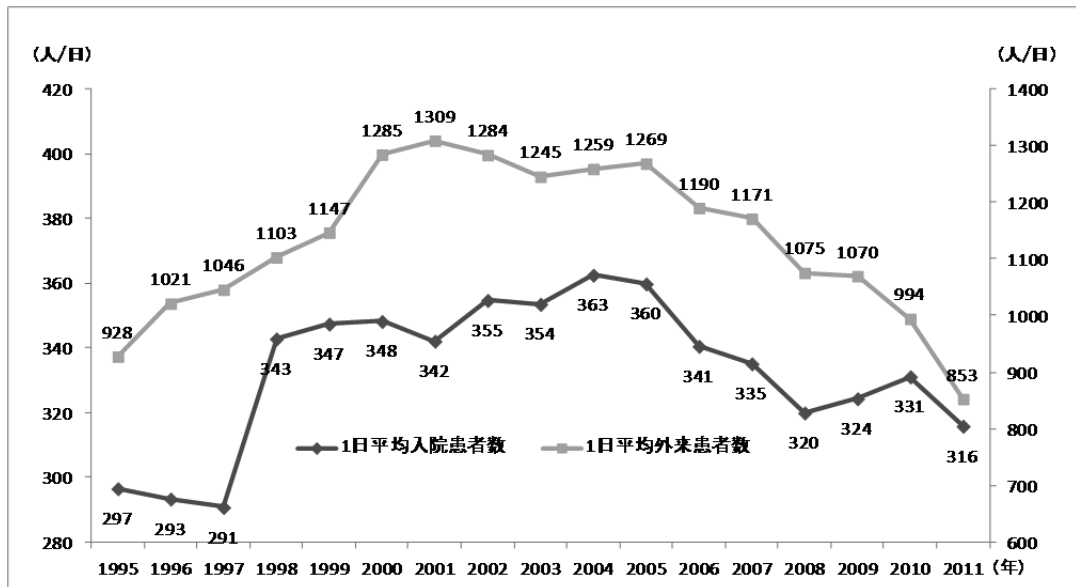
これらの要因を考慮すると、これまでと同様の拡大戦略を取り続けても、経営が行き詰まることは容易に想像でき、病院の存続および経営状況の安定のためにも思い切ったイノベーションが必要とされる。しかし、現状では有効な対策が打たれておらず、経営の状況を好転させるには至っていない。

また、総務省が2007年に策定した公立病院改革ガイドラインにおいては、2008年度中に改革プランを作成し、経営状況を改善することなどを求めているが、その際、「同一地域に民間病院が立地している場合には、民間病院並みの効率性を目指すことが望ましい」と記されている。A市には同等な役割を果たしているとは言えないものの、効率性の高い民間病院が存在するため、A市民病院は同程度の高い効率性を目指す必要がある。

そこで本稿では、A市民病院をさまざまな角度から分析し、病院のマネジメント手法の問題点を見だし、かつての医療的にも経営的にも全国から注目された頃のような公立病院として「よみがえる」ための解決策を提言する。

2. A市民病院の概要・経営状況

A市民病院は兵庫県の西播磨医療圏に位置する、A市が開設している自治体病院である。A市は南を海に、東・西・北を山に囲まれているため、1980年代から、市内で発生した傷病者が山を越えて他の病院に搬送されなくても治療を完結できる地域にす



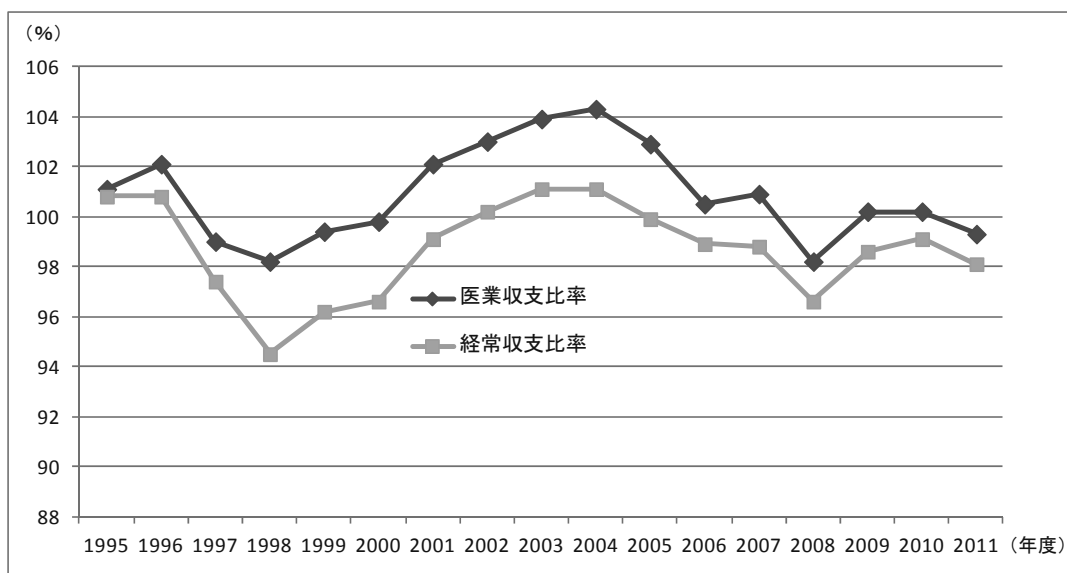
(出所：A市民病院誌のデータより作成)

図2：1日平均入院患者数（左目盛）・外来患者数（右目盛）の推移

ることを目標として運営されてきた。その努力がみのり、診療科数、医師数は2006年まで増加を続け、医療の質も相当に高いものとなったため、逆に東・西・北から山を越えて来院する患者も増加してきた。

しかし、図2に示すように入院患者数は2004年度、外来患者数は2001年度をピークにその後は減少傾向であり、救急車搬送人数も、2006年度をピークにその後は一進一退である。

その結果、図3に示すように2001年度以降100%以上を確保できていた医業収支比率（ただし2008年度を除く）は、2011年度には99.3%に低下した。また2002年度から2004年度まで100%以上であった経常収支比率は、2005年度以降7期連続で100%未満となっている。



(出所：総務省公営企業年鑑及びA市民病院誌のデータより作成)

図3：医業収支比率と経常収支比率の推移

3. 類似自治体病院との比較分析

A市民病院の経営状況を分析する1つの手法として、同規模の類似自治体病院と比較検討を行った。対象は全国自治体病院協議会の会員施設情報から300～420床の病院で、精神病床を有していない病院をすべて選択し、その中からがん、循環器、神経、こどもなど特定の治療対象を定めている病院を除き、さらに地方独立行政法人、財団法人立病院、指定管理者制度採用病院を除いた96病院とした。

この96病院のデータを総務省の平成23年度公営企業年鑑から取得し、その中からA市民病院より病床運営規模が小さいと考えられる、1日平均入院患者数210人未満の23病院を除いて、最終的に73病院を選択した。

表1は73病院の経営形態を比較したものである。地方公営企業法の下に運営されている自治体病院には、地方公営企業法の一部すなわち財務規定のみが適用される地方公営企業法一部適用（一部適用）の病院と、地方公営企業法の全部が適用される地方公営企業法全部適用（全部適用）の病院がある。一部適用の病院は地方公共団体の長が管理責任者を務めるが、全部適用の病院は病院事業管理者を定め、運営にあたらせることができる。ただし全部適用であっても条例で管理者をおかない旨を定めることができ、その場合は管理者の権限は当該地方公共団体の長が行うことになっている。選択した73病院中、「全部適用管理者あり」は34病院、「一部適用管理者なし」は38病院、そして、「全部適用管理者なし」は73病院中1病院、A市民病院だけであった。全部適用ではあるが、病院事業管理者非設置であるため、事実上の一部適用と同じであり、機動性がきわめて乏しい実態であると考えられる。

表1：73病院の経営形態

		管理者あり	管理者なし
経営形態	全部適用	34病院	1病院(A市民病院)
	一部適用	—	38病院

(出所：平成23年度公営企業年鑑のデータより作成)

次に主な指標について、選択した73病院の平均値と標準偏差を算出し、A市民病院のデータについては73病院中の順位と偏差値（数値が大きいほど高い）を計算した。その結果を表したものが表2である。

まず、経常収支比率は98.1%であり73病院中56位で偏差値44.2であった。医業収支比率は99.3%で29位、偏差値54.0であった。経常収支に比べて医業収支の方が、順位も偏差値も上位になっているのは、他会計繰入金、他会計補助金などの医業外収益が他の病院に比べて少ないためと考えられる。

次に減価償却前医業利益率を比較した。減価償却前医療利益が医業収益の10%以上の病院は73病院中7病院であり、当該比率が9.9%のA市民病院は73病院中9位であった。A市民病院は1998年に新築移転しており、移転後13年経過しているにもかかわらず、減価償却費率は10.6%と非常に高い数値であった。A市民病院より後に新

築移転した病院でも減価償却費率は福知山市民病院を除きA市民病院より低くなっていた。病院施設延面積は23,205㎡であり、73病院中48位と広いとは言えないのが現状であった。

表2：A市民病院と類似自治体病院とのデータ比較（収支・費用・施設面積）

項目	73病院の平均	A市民病院			
		データ値	順位	偏差値	
経常収支比率（％）	100.5	98.1	56	44.2	
医療収支比率（％）	97.0	99.3	29	54.0	
医業収益に対する費用比率（％）	職員給与費	52.2	40.3	72	29.0
	減価償却費	7.1	10.6	11	60.6
	委託料	9.3	7.7	51	44.3
	医療材料費	22.6	28.3	5	66.1
	うち薬品費	11.6	14.7	8	61.6
	職員給与費＋委託料	61.6	48.0	72	27.8
	医療材料費－薬品費	11.0	13.6	9	61.4
減価償却前医業利益率（％）	3.6	9.9	9	62.0	
病院施設延面積（㎡）	25,853	23,205	48	44.4	

（出所：平成23年度公営企業年鑑のデータより作成）

表3：減価償却前医業利益率上位9病院

病院名	医業費用/医業収益（％）	減価償却費率（％）	減価償却前医業利益率（％）	病院新築年
福知山市民病院	99.4	12.7	13.3	2007
近江八幡市立総合医療センター	97.6	9.0	11.4	2006
岩手県立磐井病院	93.4	4.2	10.8	2006
公立藤岡総合病院	95.6	6.2	10.6	2005
鹿児島県立大島病院	93.9	4.0	10.1	1984
公立藤田総合病院	98.1	8.2	10.1	2004
大和高田市立病院	94.4	4.5	10.0	1999
国保水俣市立総合医療センター	95.4	5.4	10.0	1989
A市民病院	100.7	10.6	9.9	1998

（注：国保水俣市立総合医療センターの減価償却前医業利益率は10%未満であるが、四捨五入により10.0%の表記となっている）

（出所：平成23年度公営企業年鑑のデータより作成）

また、上記の減価償却前医業利益率上位9病院から個々の病院別貸借対照表が地方公営企業年鑑に掲載されていない2つの県立病院を除いた7病院の貸借対照表を比較すると、A市民病院のみ償却資産勘定（減価償却前）が200億円を超えており、7病院中最も高くなっていた（表4参照）。

さらに、職員給与費率は40.3%、73病院中72位と2番目に低く、偏差値は29.0であった。委託料を人件費として考え、職員給与費に委託料を加えたものを比較しても44.3%となり、同様に72位、偏差値は27.8であった。医療材料費率についてはA市民病院の2011年度の院外処方率が約65%であったにもかかわらず28.3%であり73病院中5位、偏差値66.1であった。薬品費率のみに限っても14.7%であり73病院中8位、偏差値61.6であった。医療材料費率と薬品費率の差が診療材料費率にほぼ等しくなると考えて計算したところ、73病院中9位、偏差値61.4であった。

表4：表3の9病院中7病院の有形固定資産勘定残高

（単位：千円）

病院名	有形固定資産	うち土地	うち償却資産	うち減価償却累計額(△)	うち建設仮勘定
福知山市民病院	17,863,350	5,932,418	19,343,600	7,412,668	-
近江八幡市立総合医療センター	15,057,657	1,752,152	19,196,397	5,892,697	1,805
公立藤岡総合病院	9,628,100	1,525,191	17,521,713	9,418,804	-
公立藤田総合病院	7,658,897	441,399	14,025,937	6,808,439	-
大和高田市立病院	5,334,640	1,410,157	9,813,412	5,888,929	-
国保水俣市立総合医療センター	4,080,018	378,313	9,033,931	5,419,628	87,402
A市民病院	11,541,597	2,707,937	20,248,042	11,419,382	5,000

（出所：平成23年度公営企業年鑑のデータより作成）

以上の分析から、A市民病院の損益計算書・貸借対照表を、類似自治体病院と比較して読み取れる特徴をまとめると、以下の通りである。

- 医業収支比率は比較的高いものの、減価償却費率が高く、経営を圧迫している。
- 有形固定資産中の償却資産勘定が多額であり、これまで投資過剰であったことがうかがえる。
- 人件費率は委託費を人件費と考えた場合、考えなかった場合ともに低い。
- 材料費率は薬品費率も、薬品費を除く医療材料費率も高い。

4. 経時的にみた財務分析

A市民病院の2006年度から2011年度の財務状況を表5～6に示す（表6は医業収益＝100.0）。前節の類似自治体病院と比較して得られた特徴である減価償却費率・材料費率の高値と人件費率の低値が、長期にわたって継続している状況が見て取れる。

しかし、比較的経営の状況が安定していたと考えられる2007年度は減価償却費率、職員給与費率、材料費率のいずれも2011年度より高いにもかかわらず、医業収支はプラスを維持できている。その原因は表5からも明らかのように医業収益は2007年度から2011年度にかけて微減状態にあるのに対して、医業費用は1.5%増加しているからであり、やはり収益と費用の全体をとらえた（つまり、病院全体を眺めた）マネジメントができていないのが根本原因ではないかと考えられる。

表5：A市民病院年度別損益計算書（抜粋）

（単位：千円）

	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
医業収益	8,656,193	8,768,222	8,513,413	8,755,589	8,809,979	8,764,991
医業外収益	358,700	321,909	338,958	361,451	394,481	380,651
経常収益	9,014,893	9,090,131	8,852,371	9,117,040	9,204,460	9,145,642
医業費用	8,608,941	8,691,847	8,667,899	8,739,426	8,790,366	8,824,176
医業外費用	508,725	504,927	500,069	504,117	495,272	498,171
経常費用	9,117,666	9,196,774	9,167,968	9,243,543	9,285,638	9,322,347
医業収支	47,252	76,375	-154,486	16,163	19,613	-59,185
経常収支	-102,773	-106,643	-315,597	-126,503	-81,178	-176,705
累積欠損金	2,500,526	2,606,550	2,939,658	3,084,264	3,178,913	3,368,383

（出所：平成18～23年度公営企業年鑑のデータより作成）

表6：収益費用比率

(単位：%)

	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
医業収益	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
入院収益	60.7	60.1	61.2	61.2	61.4	63.5
外来収益	34.5	35.1	34.3	33.9	33.5	31.6
室料差額収益	2.0	2.0	2.0	1.9	2.0	2.0
医業外収益	4.1	3.7	4.0	4.1	4.5	4.3
経常収益	104.1	103.7	104.0	104.1	104.5	104.3
医業費用	99.5	99.1	101.8	99.8	99.8	100.7
職員給与費	43.5	42.5	40.1	38.9	39.8	40.3
材料費	30.2	30.9	31.0	31.8	30.6	29.4
減価償却費	11.0	11.2	11.6	10.5	10.3	10.6
経費	14.4	14.2	18.6	18.2	18.6	19.9
研究研修費	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
資産減耗費	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3
医業外費用	5.9	5.8	5.9	5.8	5.6	5.7
経常費用	105.3	104.9	107.7	105.6	105.4	106.4
医業収支	0.5	0.9	-1.8	0.2	0.2	-0.7
経常収支	-1.2	-1.2	-3.7	-1.4	-0.9	-2.0
償却前医業利益	11.5	12.1	9.8	10.7	10.5	9.9

(出所：平成18～23年度公営企業年鑑のデータより作成)

5. 患者動向と診療圏分析

外来患者数と入院患者数の推移は前掲図2の通りであり、外来患者数・入院患者数ともここ十数年で最も低い水準となっている。また兵庫県医療審議会保健医療計画部会の資料には、県医療需給調査の結果が記載されているが、その中で「圏域を超えた大きな流動は、太子町を含めた揖龍地域¹から姫路市への流れのみである」とある。加えて表7の通り、2009年と2011年の調査を比較すると域内完結率が1%以上低下しているのは西播磨医療圏のみである。これらを踏まえると、A市民病院の外来患者数・入院患者数の減少は揖龍地域から姫路市への流出、佐用郡佐用町から岡山県津山市への流出により、域内完結率が低下していることも関係していると考えられる。逆に、圏域外から西播磨医療圏への流入（一般病床）は岡山県備前市の患者がわずかにA市に流入しているに過ぎないのが現状である。A市民病院は西播磨医療圏のナンバー1病院を目指すことを目標に運営されているが、病院が圏域内のかなり西端に位置しているという地理的要因もあり、西播磨医療圏全域から広く患者を集めているとは言い難い。

表7：兵庫県下における2次保健医療圏域内完結率（一般＋療養病床）

（単位：％）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路
23.10調査	83.6	73.0	64.9	80.3	79.6	83.1	70.9	75.2	63.4	85.4
21.10調査	83.8	73.0	65.4	79.0	79.4	83.1	73.5	75.6	62.8	83.4
差	△ 0.2	0.0	△ 0.5	1.3	0.2	0.0	△ 2.6	△ 0.4	0.6	2.0

（出所：兵庫県医療審議会保健医療計画部会、第13回部会 会議資料4より引用）

¹ 揖龍地域とは合併前の龍野市と揖保郡1市4町を合わせた地域の呼称である。2005年に龍野市が揖保郡の太子町を除く3町と合併し、たつの市となったため、現在はたつの市と揖保郡太子町を合わせた地域を揖龍地域と呼ぶ。

6. 戦略分析

表8にA市民病院のSWOT分析を示す。内部環境要因における強みは、西播磨医療圏で最大規模病院であり、研修医も毎年確保できていることなどが挙げられる。弱みは、病床利用率が低い、研修医以外の上級医師の確保が困難であること、10対1入院基本料であることや地理的な要因、経営形態による要因や職員の意識に係わる要因が挙げられる。外部環境における機会は、東備西播定住自立圏を形成していること、反対に脅威は今後の人口減、医療需要の減少や圏域外への患者流出、医療から介護まで包括的にサービスを提供している近隣の民間病院の存在が挙げられる。

表8：A市民病院のSWOT分析

	強み (Strength)	弱み (Weakness)
内部環境分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2次医療圏最大規模病院である ・ 県がん診療拠点病院である ・ 研修医の確保ができています ・ 紹介率、逆紹介率が高い ・ 救急入院数が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病床利用率が低い ・ 医師の確保が困難 ・ 10対1入院基本料である ・ 2次医療圏の南西端に位置しており、全域から患者を引き受ける事が容易でない ・ 全部適用でありながら病院事業管理者がいない ・ 職員の財務に対する意識が低い
	機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
外部環境分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 赤穂市は備前市・上郡町とともに東備西播定住自立圏を形成 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 圏域人口が今後減少 ・ 医療需要が今後減少 ・ たつの市・太子町住民の中播磨圏域への高い流出率 ・ 医療から介護まで包括的にサービスを提供している近隣の民間病院

7. 経営における課題（今後の存続の可能性とよみがえりのための戦略）

これまでも述べてきたようにA市民病院は2011年度の経常収支が約1.8億円の赤字となっている。自治体病院として存続していくためにも、収支の改善は喫緊の課題である。ガバナンス（統治や意思決定のプロセス）が今の体制にマッチしていないこ

とにより、全職員が同じ方向を向いて働くことができていないことが原因の一つとなって、経営状態の悪化を招いている。

A市民病院が「よみがえる」ためには、経営の質を改善することはもちろんであるが、その際に医療の質や看護の質が低下することがあってはならない。医療の質や看護の質を高く維持し、さらに経営の質を高めていくことが最優先される必要があると考えられる。そのために、どのような手順を踏んでいくかを、マーケティング、経営形態、病床数と人員配置、費目別支出の4つの視点から述べる。

7-1. マーケティング

A市民病院は兵庫県の南西端である西播磨医療圏に位置しているのであるが、その医療圏の中で、さらに南西の端に位置する。西はすぐ岡山県との県境であり、人口密度の低い山間部が続く。A市民病院は西播磨医療圏で最大病床数の病院であるが、第5節でも述べたように、西播磨医療圏の東部に位置している揖龍地域の患者は姫路市のある中播磨医療圏への流出率が高く、しかも近年さらにその率は高くなっている。それに加え、圏域北部の佐用郡佐用町からは西に隣接する岡山県への流出も見られ、現状では「西播磨ナンバー1病院」としてその責務を果たしているとは言えない。A市民病院の地域別患者数をみると、A市内の患者数は横ばいから微減であるのに対し、たつの市や、岡山県備前市からの患者数は、病院全体の患者数の減少率を上回って大きく減少している。西播磨圏域の代表としての地位をめざすのであれば、たつの市をはじめ、西播磨医療圏すべての市町の患者を引き受け、さらに岡山県南東部の患者も受け入れるような体制を構築しないといけない。圏域ナンバー1病院を目指すためには、患者を居住地で選別してはならない。逆にA市の住民のためのA市民病院をめざすのであれば、今後はA市の人口も減少し、医療需要も減少すると見込まれることから、ニーズに見合った規模に変更する必要がある。

西播磨圏域の地域医療を発展、充実させるために、地域医療支援病院を目指しているA市民病院であるが、近年は自医療機関のみでは完結した医療を提供できない状況になってきており、他の病院や診療所と連携した経営を考える必要がある。A市や近隣の相生市、赤穂郡上郡町の医師会とは、現在でも比較的良好な連携が行われていると考えられるが、それだけではなく、圏域内のたつの市・宍粟市・佐用郡佐用町の医師会とも連携をはかり、西播磨圏域の全域から広く患者を受け入れる体制を構築することが重要である。また定住自立圏構想の同一圏である岡山県備前市、また備前市に隣接する岡山県瀬戸内市や和気郡和気町の医療機関や医師会とも連携を検討していく

必要がある。

7-2. 経営形態

A市民病院は地方公営企業法全部適用であるが、管理者を置いていないため、首長であるA市長が管理者の業務を行っている。第3節でも述べたように、選択した73自治体病院の中でも、全部適用であるにもかかわらず管理者を置いていない病院はA市民病院1病院のみであった。すべての自治体病院の中でも、全部適用で管理者を設置していない病院はわずか10病院しかなく、特に、300床以上の規模の病院ではA市民病院のみである。病院事業管理者を設置している全部適用の病院では、その管理者が病院の人事、給与などについての権限を与えられているため、必要な対策を講じることによって経営の効率化を行うことが可能であるが、A市民病院は全部適用であっても管理者の業務を首長が行っているため、実態は地方公営企業法一部適用の病院と何ら変わらず、必要な改革が十分に行えていない。齋藤(2012)はその著書の中で「自治体病院のもっとも適した経営形態は地方公営企業法全部適用である」と述べているが、A市民病院はそのメリットを十分享受できていないと考えられる。A市民病院改革プランにおいても「経営責任の明確化から現在不在となっている病院事業管理者の設置を検討する」とあるが、未だ実現していない。本来全部適用の病院であれば、病院事業管理者が人事、給与、就業規則などを病院の実態に即したものに改定し、リーダーシップを発揮できるので、経営の改革を進めやすいはずである。そのため、常勤専任の病院事業管理者を設置するという改革案はきわめて重要な選択肢になる。将来的には地方独立行政法人への移行も検討すべき事項ではあるものの、それ以前に全部適用のまま管理者の任命を行い、経営刷新を行い、その成果を評価してからでも遅くはない。

7-3. 病床数と人員配置

A市民病院は2013年度現在、届出病床数は420床であるが、2011年度の1日平均入院患者数は316人である。2012年度はさらに低下しており、2013年3月から1病棟の40床を休床としている。このように、届出病床数を大きく下回った状態が長年にわたって継続しているということは、病院の病床規模が現在の経営実態と大きく乖離していることを意味している。

今後A市民病院に適切な病床数を再設定する必要があると考えるが、その際に取りうる選択肢として二つの方向性が考えられる。第一は現在の建物のうち、病棟に割り

当て可能な面積を考え、それに応じた人員配置を行って、10 対 1 の看護基準のまま、地域ナンバー 1 病院をめざし、亜急性期の患者も広く受け入れて収益増を目指す方向である。第二は、現在の看護職員数から考えた 7 対 1 の看護基準を取得できる規模にまで病床数を減床し、入院基本料のアップを図りつつコンパクトな病院をめざして収益増を目指す方向である。

現在、A 市民病院は地域医療支援病院の承認申請を目指しており、A 市及び近隣からのみでなく、同一の 2 次医療圏であるたつの市、宍粟市、佐用町、揖保郡太子町の患者も広く受け入れることを対外的に公言している。今後、7 対 1 の看護基準の要件が変更される可能性もあわせて考慮すると、後者の選択肢はとりにくい。また現在の看護職員数のまま 7 対 1 の看護基準を取得しようとする、1 日平均入院患者数を 220～230 人程度にまで減少させる必要があり、これでは 7 対 1 の入院基本料を算定できるようになっても、入院患者数の減少による収益減が 7 対 1 取得による収益増を上回るため、全体としての収益増は極めて困難である。他の職種の職員数をすぐに大幅に削減できないことも考えて、入院患者数を制限せずに 7 対 1 取得を目指すというのであれば、看護職員数の大幅増が必須であるが、短期的にはそれも難しい。よって一般病床の機能や方向性が今後さらに変更を加えられる可能性も考慮すると、現状では 10 対 1 の看護の基準のままで、326 床（一般病床 316 床、HCU 6 床、感染症病床 4 床）での運用を行うのが最善と考える。7 対 1 でなければ看護職員が集まらないというのであれば、10 対 1 でも看護職員が集まるような、魅力ある病院づくりを目指せばよい。少なくとも 7 対 1 取得のために、入院患者数を意図的に制限する戦略は選択すべきではない。

326 床であれば、稼働率 95%以上とすることは可能であるし、現在の 6 病棟で一般病床 316 床は確保でき、休床中の病棟は他の用途に転用できる。また、現在は現状とあまりにかけ離れた病床数であるため、A 市民病院では「病床利用率」という概念が職員にまったく浸透しておらず、それも病床利用率低下の一因になっている。より現実的な病床数とすることにより、初めて病床利用率を意識した経営が可能になると考えられる。

7-4. 費目別支出

第 4 節の財務分析でも述べたように、A 市民病院で改善が必要なのは減価償却費と材料費である。職員給与費率については表 2 に示すとおり、決して高いわけではないが、A 市民病院では委託業務が多く、人的委託に多額の費用がかかっていること、ま

た非常勤医師の給与が職員給与費でなく、経費の報償費の費目に計上されていることを考えると、この程度の職員給与費率の水準も頷ける。職員給与費に委託費と報償費を加えた費用も医業収益の50%程度であり、とりたてて高い水準とは言えない。

7-4-1. 減価償却費

A市民病院は1998年に現在地に新築移転しているが、その際、土地・建物・構築物・器械備品にきわめて多額の投資を行っている。以後一貫して減価償却費は医業収益の10%を超えており、これが現在も継続している。これは他の類似自治体病院と比較しても突出して高い。これまでの投資が減価償却費となって重く職員の肩にのしかかっていると云わざるをえない。

そして、新築移転後も高額な器械備品の購入を継続しているため、2011年度においては器械及び備品減価償却費が建物減価償却費を上回り、そのみで医業収益の5%を超えている。今後、建物減価償却費は徐々に低下していく見込みであるが、これまでと同規模の設備投資を継続していけば、いつまでも病院の収支は改善しないことになる。

7-4-2. 材料費

A市民病院は診療材料費と医薬品費の合計が医業収益に対して30%弱で推移しているが、外来処方のうち約65%を院外処方としている病院としては相当に高いといえよう。類似自治体病院を比較しても相当に高い結果となっている。

以上の考察をまとめると、A市民病院の特徴として、減価償却費率と医薬品費率、診療材料費率が高いが、やはり最大の要因は投資（契約や購入）における意思決定のプロセスにあると考えられる。A市民病院では大きな投資や高額な医療機器、材料の購入決定は医師主導で行われることが多く、事前に詳細な財務シミュレーションなどは行われず。納入業者との契約の際にも、事務職には「医療機器の購入を躊躇すると医師が病院に定着しない」という考えがあり、医師の購入意向を詳細に分析せずに契約に至っている。今後は設備投資や物品に関しては、選択、購入、使用のすべての過程において、病院経営を意識した行動が必要である。経営計画や投資評価などによる詳細な選定、機械的ではなく徹底的なコスト削減を意識した入札、コスト意識を磨いた職員による材料の高効率な利用などが結びついて初めて、経営の質に裏付けられた「質の高い医療」を提供できる組織が構築されよう。

8. 提言

これまで述べたように、A市民病院が今後の安定的、継続的な発展を目指すためには、老朽化したガバナンスを刷新し、未来を見据えた経営戦略を選択する必要があり、そうしてはじめて、看護職員の戦略的配置、適正な病床数、適切な設備投資と適切な材料の購買管理、有効なマーケティングが生み出されるわけである。

病院の経営状態の改善のためには「収益の増加」と「費用の削減」が重要であることは間違いないが、この2点を推し進めても病院全体の組織文化にイノベーションが起きるわけではない。以下に示すような提言を実行してこそ、経営トップの意識変革、病院職員全体の意識改革が起き、はじめてそこから現状の分析に基づいた経営戦略を策定することができるので、その結果が個々の手法改善につながり、結果として経営が改善する方向に向かうわけである。

ここでは、有効な打ち手を検討し、実行に移すための戦略を「よみがえり(Reborn)戦略」と名付け、4つの視点から提言を行いたい。

8—1. 病院事業管理者の公募

先に述べたように、A市民病院は全部適用であるにもかかわらず、病院事業管理者非設置であるために、全部適用化による経営上のメリットを生かすことができず、その実態は一部適用と大差はない。全部適用である利点を最大限に発揮するためには、すぐれたリーダーシップを有し、経営実務に精通した人物を病院事業管理者として首長が任命し、経営を委ねることが不可欠と考えられる。

具体的には、病院の健全経営に向けて尽力する意欲があり、経営の視点を重視しつつ医療の質の向上にも積極的であり、医療と経営の両者を熟知したリーダーシップを持って病院経営にあたる人物を広く全国から公募の上で管理者とする。そして任命された管理者が、職員とともに経営の改善と高い医療の質を確保することの両立を目指すべきであると考えられる。

8—2. 経営会議の徹底

2つめの提言として「経営会議の徹底」を挙げたい。経営改革を積極的に推し進めようとした時に、経営トップが強い理念を持って決断しても、病院内の個々の組織がそれに呼応して活動をしなければ、効果は発揮できない。一般的に経営改善に積極的でない自治体病院の会議においては、医療の質はよく議論されることがあっても、経

営の質がきちんと議論されているケースは少ない。これは個々の職員の経営感覚が十分に磨かれていないことにも起因しており、また「経営の状況」という結果が職員自身の報酬と結びついていない事にも起因する。これでは、職員間で話し合っても、経営改善に結びつきにくく、経営の状態が放置される可能性が高い。院長や病院事業管理者は院内の各々の会議において、医療の質のみではなく、経営の質についても改善するように強く働きかけ、それぞれの会議において、効率性の観点からもさまざまな打ち手を提案するように指示すべきである。

8-3. 医療従事者のマネジメント教育

3つめは経営担当者としての知識やスキルを身につけた医療従事者の育成を提言したい。医療従事者は就業前に経営についての教育をほとんど受けておらず、いわば「経営の素人」であるため、自治体病院においては、事務職員が経営に強く関与しているケースが多い。しかし、多くの事務職員は数年で本庁との間で人事異動がなされることが多く、医療については素人であることがほとんどである。病院経営においては、医療、経営、行政の3分野に精通している人材が必要であるが、自治体の事務職員は、経営、行政の知識は豊富であったとしても、医療についてひと通り学ぶのは容易ではない。このため、病院経営には、医療従事者の経営参画が不可欠と考える。この時、医療従事者が経営や行政についてきちんと学ぶことが必要であり、これらを学んで初めて、病院経営において十分な力を発揮できる。病院内の医療従事者に対して、経営や行政についての系統だった教育を行い、病院経営に必要な総合知識を身に着けた幹部職員を育成することが経営改善への近道と考える。

8-4. 地域医療連携の強化

A市民病院は西播磨医療圏で最大規模の病院であるにもかかわらず、圏域の南西端に位置しているために、圏域東部のたつの市・宍粟市・太子町や圏域北部の佐用町とはかなりの距離がある。そのため、より規模の大きな医療機関が集中する姫路市への流出率が高く、西播磨医療圏の圏域内完結率は低下傾向にある。これに加えて、今後の医療需要も減少することや、備前市・上郡町とともに東備西播定住自立圏を形成していることも考え合わせると、A市民病院は西播磨医療圏全域及び備前市、さらにはその西の瀬戸内市や和気町も含めた広範囲の医療機関と連携を図る必要があると考えられる。しかし、現在の地域医療連携室ではこれだけ広範囲の連携システムを強固にするための人材が十分とは言えず、今後地域医療連携室スタッフの増員や、地域医療

連携専任医師の設置も目指すべきである。そうして多地域の医療機関や医師会との連携を強化することにより、紹介率の上昇につながり、結果として収益構造、病床利用率、収支の改善が実現可能となる。

9. おわりに

A市民病院の現状について述べ、現在抱えている問題点を分析した。A市民病院の現在の問題点は、ガバナンスの老朽化とそれによってもたらされる脆弱性によるところが大きく、その脆弱性、老朽化は「地方公営企業法全部適用でありながら、病院事業管理者を設置していないために、戦略的経営が十分に行えず、さらに全職員に経営意識が醸成されていない」というただ1つの原因に起因していると考えられる。そしてその対策として、病院事業管理者の公募、院内会議の徹底、医療従事者のマネジメント教育、地域医療連携の強化の4点を、Reborn 戦略として提言し、それらの遅滞なき実行によって、A市民病院は「よみがえる」ことができると考える。

謝辞

最後に、本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に熱心かつご丁寧な指導を賜りました。厚く感謝いたします。また本稿作成にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコースの多くの教員の先生方、すべての同期生の皆様に多くの教えをいただきました。厚くお礼を申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 浅羽茂・牛島辰男(2010)『経営戦略をつかむ』、有斐閣。
- [2] 小山秀夫(2009)「公立病院の経営革新とNPM」、『病院』、68巻3号、pp. 194-199。
- [3] 小山秀夫(2013)『兵庫県立大学MBA病院運営管理論講義資料』。
- [4] 齋藤貴生(2012)『自治体病院の経営改革 原則と実践』、九州大学出版会。
- [5] 総務省自治財政局編(2006～2011)『地方公営企業年鑑 第54週～第59集』。
- [6] 総務省自治財政局(2007)『公立病院改革ガイドライン』。
- [7] 高木晴夫(2005)『組織マネジメント戦略』、有斐閣。
- [8] 兵庫県健康福祉部健康局医務課(2013)『兵庫県保健医療計画』。
- [9] 開本浩矢(2006)『入門組織行動学』、中央経済社。

引用ホームページ

- [1] ウェルネス 2次医療圏データ
<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/> (2013年8月3日アクセス)
- [2] 近江八幡市立総合医療センター
<http://www.kenkou1.com/> (平成25年8月3日アクセス)
- [3] 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 病院経営ダッシュボード
<http://med-econ.umin.ac.jp/dashboard/index.html>
(2013年8月3日アクセス)
- [4] 公立藤岡総合病院
<http://www.fujioka-hosp.or.jp/> (2013年8月3日アクセス)
- [5] 公立藤田総合病院
<http://www.fujita-hp.jp/> (2013年8月3日アクセス)
- [6] 国保水俣市立総合医療センター
<http://minamata-hp.jp/> (2013年8月3日アクセス)
- [7] 全国自治体病院協議会会員施設情報データベース
<http://search.jmha.or.jp/recommendjmha/hospitalsearch1.html/>
(2013年8月3日アクセス)
- [8] 総務省 病院事業決算状況・病院経営分析比較表
http://www.soumu.go.jp/main_soshiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/
(2013年8月3日アクセス)
- [9] 兵庫県医療審議会保健医療計画部会 第13回部会 資料4
http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw11/hw11_000000152.html
(2013年8月3日アクセス)
- [10] 市立福知山市民病院
<http://www.fukuchiyama-hosp.jp/> (2013年8月3日アクセス)
- [11] 大和高田市立病院
<http://www.ym-hp.yamatotakada.nara.jp/> (2013年8月3日アクセス)