

3. 病院経営への示唆

以上で7つのケーススタディを見てきたが、以下では、病院経営への示唆として、既述の7事例の中で、積極的に経営の改革として行っている具体的施策を以下に整理する。

第一は、患者本位のサービスの徹底が挙げられる。具体的には、24時間365日、中小病院の機動性、きめ細かな対応力を活かして、ヘルスケアを提供する体制を整えていた。24時間、365日、必要に応じて相談に応じる、在宅に行く、入院・入所も可能という体制を敷くことが、患者の身近なところで利便性、安心感を提供する具体的方法と言える。

また、患者・利用者にとって良かれと思われることは、診療報酬の有無に関わらず実施していた。例えば寿康会病院では、STに点数がつかない時期から、リハビリテーションにSTは不可欠との信念のもと、STを配置したサービスを提供し、かつ在宅支援のため、在宅医療や在宅看護も積極的に提供してきた。

第二に、理念の共有である。患者本位のサービスを提供するという理念が、職員教育、日頃のOJTなどを通し、職員間に共有化されていた。患者主体のサービスを実施し、患者や家族から「ありがとう」と感謝される時の生きがいや充実感、達成感、患者から学ぶ姿勢などが共有され、それが更に患者主体のサービスを生み出していた。

第三に核となる人材が育成され、理念がうまく伝播されていた。中小病院は小回りが効き、経営上アイデアがあれば効果が高いが、アイデアが素晴らしくとも、それを実行する人がいなければ絵に書いた餅になってしまう恐れがある。人を育てるには少なくとも5年はかかると言われるが、アイデアをすぐに実行に移せる人、核となる人物を育てていた。

例えば佐久市のくろさわ病院では、徹底的に議論する、意思疎通の円滑化を図るよう、夏祭りなどの各種イベントをうまく利用することなどを通し、理念の共有を図っていた。更に、これら理念を共有する職員が、利用者の地域に暮らしたい、なるべく在宅にいたいというニーズを満たすには、どうすればいいか、かつグループの経営上プラスになる方法は何かを考え、ケア付住宅を考案・実践していた。

第四は、経営者が経営マインドを有していた点である。経営者が経営を行う上で自覚を持ち、自院は何が得意か、不得意か、地域特性は何かを分析し、明確な経営戦略を持っていた。

ここで注意しなければならないのは、経営マインドを持つとは、営利に走るという意味ではなく、病院経営を健全化させることを意味する。病院経営の健全化は、医療の安定供給に不可欠なものである。

第五は、複合体化⁶を進めていた。7事例中、6事例が介護保険対象の施設を運営し、それら施設を拠点に、サービスの充実に努めていた。地価が高い世田谷区の小倉病院の場合、介護系施設を運営していないものの、訪問看護ステーションを開設し、在宅ケアの充実を図っていた。

第六は、資金を固定化しない工夫が挙げられる。患者本位のサービスの徹底を図るけれども、現在の医療行政は変革期にあるだけに、経営体制をフレキシブルにしておくことは重要である。この意味で、資金の固定化は極力避けなければならない。

佐久市のくろさわ病院の場合、ケア付住宅を賃借で調達し、かつ改修も極力必要最小限に留めていた。

多摩市の天本病院も、新病院は土地を賃借にし、資金の固定化を排除した。

このように資金を固定化しないことは、経営の弾力性、フレキシビリティ（いつでも撤退・進出が出来る）の維持に通じる。特に地方においては5～10年後には高齢者ケア施設の充実が図られてくる結果、需給ギャップが生じる可能性が高いと言われているだけに、固定設備を多く持たない体制が望まれる。

第七は、他機関との連携への積極的な取り組みである。

連携とは、言葉を変えて言えば、機能・役割の分担であり、従来自院が担っていた役割の一部を相手機関に任せることから、経営上の制約が生じるという意味で、その実現は難しい。しかし、本研究で取り上げた病院では、Take and Takeなどという関係では連携は無理だと考え、必ず Give and Take だという認識を持って、連携を促進していた。

連携推進のための具体策としては、第一に自分のところはここが強いが、こちらは弱い、この部分は出来るがこれは出来ないといった、情報公開を行った。

第二に、信頼関係を醸成する努力を行った。紹介された患者は、極力診療所に返すようにしていた。また、交流会を主催したり、医師会の集まりなどを利用して、「顔の見える連携」に努めていた。

第三は、連携間での質の同一性確保のため、勉強会を頻繁に開催した。

第四は、ソーシャルワーカーを積極的に活用した。医師や看護師が他の病院に行けば、偵察に来たのかと身構えられるが、ソーシャルワーカーであれば、比較的病院へ自由に出入りして、自分の病院は今ベッドが空いてる、このような新しい取り組みをしているなど、自院の病院のPRをし、相手の病院の情報も掴んでくるのが可能である。これらが得意なソーシャルワーカーを配置し、スムーズで効率的な入退院調整を図っていた。

第五は、ソーシャルワーカーにばかり連携を任せるのではなく、理事長自らの他機関訪問も行った。理事長自らが菓子折りを持って、自分達の病院の仕組みなどを

⁶ 二木 立「保健・医療・福祉複合体」医学書院 1998

説明し、患者を紹介してもらいやすい環境を整える努力をしていた。

第六は、病診連携においては、どちらかという一般的な病院の方が診療所よりも上という意識があるため、病院の方から頭を下げる態度を示すよう努めていた。例えば理事長が高齢すぎて上記活動が出来ない、性格的に頭下げられないという場合、それに代わる人材の採用や活用も一考であろう。

第七に、介護事業者との連携にも取り組んでいた。介護事業者は、医療機関にとり潜在的な患者を持つ。この介護事業者との連携・提携は、スムーズなケア連携の実行の意味でも、将来の患者予備軍を掴む意味でも重要と思われる。

4. おわりに

おわりに、本研究の過程で感じられた課題について若干述べる。

第一は、機能分化に関する問題である。

機能分化は医療供給の効率化や、医療の質向上に不可欠なものであるが、一方で、従来は何でも対応していた医療機関が、対応範囲を限定することで、患者、特に高齢者のアクセスの障害が生じる可能性が考えられる。また、機能分化が進めば、連携も進むと考えられ、患者・利用者への紹介先は常に連携先機関が優先されがちとなることが想定される。この結果、患者に選択権があるとはいえ、実質的には、最初にかかる医療機関で、次に紹介される機関が事実上決まり、競争抑制の可能性を内包していると思われる。こうしたマイナス面に対する検討も必要であろう。

第二は、全ての中小病院が生き残れる訳ではなく、それら生き残れない中小病院のソフトランディング対策の問題である。例えば病院を撤退するにも撤退資金は必要であり、それらについて、何らかの支援を実施する、地域に混乱を招かないスムーズな撤退について検討する必要がある。

第三に、中小病院経営者の今後の対応に対する情報提供が望まれる。本研究でヒアリングを実施したところ、危機感を強く感じているものの、どのように対処していいか定まらないケースが少なくなかった。既存の医療資源を有効活用するためにも、中小病院のおかれている実態や今後の行政の方向性なども含め、中小病院経営者に対し、経営の示唆となるような情報提供が必要と言えよう。

最後に、病院産業は地域産業と言われているが、地域特性と経営との関連での研究は十分とは言えない。今回本研究において、実験的に病院経営から見た、地域特性分類を試みたが、それも十分ではない。そもそも病院の持つべき機能は、地域特性といった環境と、自院の特性の両面から決まるため、地域特性分類からのみ、病院の方向性を決めることは出来ない。しかし、これら地域特性分類から、どのような経営タイプが求められるか 例えば連携のあり方 - など、今後は、病院経営者が経営判断するための資料として、更なる地域特性と病院経営との関係に関する分析が必要であろう。

参考資料

	当該市区町の属する二次医療圏全体における数値										当該市区町ごとの数値				
	人口 ^(注1) (人)	65歳以上 人口 ^(注2) (人)	高齢化率 ^(注3) (%)	一般病床 充足率 ^(注4) (%)	療養病床 ^(注5) (病院+診療所)		特別養護老人ホーム ^(注6)		老人保健施設 ^(注7)		課税対象 所得 ^(注8) (百万円)	納税義務 者数 ^(注9) (人)	1人あたり 課税対象 所得 ^(注10) (円)	国保1人 あたり 診療費 【一般 被保険者分】 ^(注11) (円)	国保1人 あたり 診療費 【老人 保健分】 ^(注12) (円)
					病床数 (床)	65歳以上 人口10万人 あたり定員 数 (人)	定員数 (人)	65歳以上 人口10万人 あたり定員 数 (人)	定員数 (人)	65歳以上 人口10万人 あたり定員 数 (人)					
長野県佐久市	220,028	51,022	23.2	99.4	256	501.7	870	1,705.1	601	1,177.9	91,430	26,632	3,433,088	320,601	597,510
熊本県熊本市	653,835	111,839	17.1	110.9	4,070	3,639.2	1,222	1,092.6	1,550	1,385.9	895,689	257,530	3,477,999	415,049	910,659
広島県尾道市	275,494	70,032	25.4	108.0	944	1,348.0	933	1,332.2	926	1,322.3	125,641	38,108	3,296,972	515,939	899,711
東京都世田谷区	1,224,009	206,072	16.8	93.7	258	125.2	1,853	899.2	553	268.4	2,007,824	380,583	5,275,653	334,888	766,579
福岡県宮田町	121,695	28,298	23.3	117.0	514	1,816.4	430	1,519.5	550	1,943.6	21,504	7,295	2,947,772	516,671	914,275
東京都江東区	1,225,452	190,888	15.6	100.0	627	328.5	2,322	1,216.4	1,053	551.6	682,288	174,725	3,904,925	336,408	792,991
東京都多摩市	1,280,525	186,526	14.6	100.0	1,762	944.6	4,100	2,198.1	1,908	1,022.9	291,444	62,848	4,637,284	315,436	800,020

(注1) 国土地理協会「住民基本台帳人口要覧」、H14年
(注2) 同上
(注3) 同上資料より作成
(注4) 医療経営情報・増刊号「全国医療データマップ2002-2003」No. 140、第19巻7号、H14年
(注5) 医療施設調査平成12年度版より作成
(注6) WAM NETより作成
(注7) WAM NETより作成
(注8) 総務省統計局編「統計でみる市町村のすがた2002(改訂版)」、H14年
(注9) 同上
(注10) 同上
(注11) 国民健康保険中央会「平成14年度版国民健康保険の実態」、H15年
(注12) 同上

謝辞 -

本研究事業の実施にあたり、ケーススタディー対象医療機関をはじめ、ヒアリングにご協力頂いた方々に厚くお礼を申し上げます。また、研究を実施するにあたり、特別医療法人即仁会北広島病院の竹内實理事長、医療法人禎心会病院の徳田禎久理事長、財団法人宮城厚生協会の村口至理事長、特別医療法人財団董仙会恵寿総合病院の神野正博理事長、財団法人磐城済世会松村総合病院の松村耕三理事長、尾道市医師会の片山壽会長、医療法人社団寿量会熊本機能病院の米満弘之理事長、熊本市立熊本市民病院神経内科部の橋本洋一郎部長から貴重なアドバイスを頂いた。日本福祉大学の二木立教授からは、保健・医療・福祉複合体の先駆的研究者としての重要なご示唆を頂いた。事務局として、これらご教示・ご示唆を十分に生かしきれなかったが、この場をかりて感謝の意を表したい。