

.....

日本医療経営学会・総会 第一回年次学術集会

— 抄 録 —

2002年12月7日(土)

砂 防 会 館

.....

.....

目 次

日本医療経営学会役員	1
日本の医療制度と医療経営の問題点	2
日本医療経営学会会長 廣 瀬 輝 夫	
独立行政法人下の国立大学附属病院のあり方	4
国立大学医学部附属病院長会議常置委員長 千葉大学医学部附属病院長 伊 藤 晴 夫	
医療制度「抜本改革」は幻想、必要・可能なのは 制度の「部分改革」と医療者の自己改革	6
日本福祉大学教授、大学院社会福祉学研究科長 二 木 立	
医療制度改革の問題点	8
日経メディカル開発顧問 盛 宮 喜	
岡山市民病院の経営改善	10
岡山市病院事業管理者 榊 原 宣	
如何にして顧客に支持され共感を得る？	12
医療法人若弘会理事長 川 合 弘 毅	
データに基づき検証できる運営	14
医療法人河北総合病院理事長 河 北 博 文	
病院淘汰時代の経営戦略	16
秀明大学医療経営学科教授 松 浦 清	

.....

日本医療経営学会役員

理事長	廣 瀬 輝 夫	秀明大学医療経営学科長
理 事	井 出 義 雄	医療法人雪ノ聖母会副理事長
理 事	岩 崎 榮	日本医科大学常務理事
理 事	大 道 久	日本大学医学部教授
理 事	開 原 成 允	国際医療福祉大学副学長
理 事	川 原 邦 彦	川崎医療福祉大学教授
理 事	佐 藤 潔	東京都江東高齢者医療センター院長
理 事	高 木 安 雄	九州大学大学院医学研究院教授
理 事	高 橋 進	日本大学大学院教授
理 事	田 中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
理 事	谷 修 一	国際医療福祉大学学長
理 事	中 田 將 風	広島国際大学医療福祉学部長
理 事	西 村 昭 男	医療法人社団カレスアライアンス理事長
理 事	松 浦 清	秀明大学医療経営学科教授
監 事	白 髪 昌 世	広島国際大学医療経営学科教授
監 事	寺 崎 仁	日本大学医学部講師

.....

日本の医療制度と医療経営の問題点

日本医療経営学会会長
廣瀬輝夫

日本の国民皆保険の社会保険制度は昨年迄は世界で最も効率的であったが、10年来の経済不況のために、診療費支払切り下げと自己負担の増加により国民の社会保障費負担率は悪化した。殊に列国が医療費増加を施行しているのに反して、今回制度始まって以来の切り下げは医療機関及び関連産業に対する影響は甚大である。又国民の医療費3割負担は既に奉仕料、病床差額等で医療費の1割を負担しているので、実質上4割となり、又老人の2割負担は社会保証金が減少して居り、金利が殆んどない状態なので苛酷である。健康保険経営破綻の最大原因である老人保健拠出金を統べて租税で補う事と、老人の個人負担をなくす事が必要である。先進国の保険制度では、通常個人負担に5%前後で、最高である米国のメディケアでさえ20%である。

又保険支払いのマルメ支払いの導入と診療費支払い点数の低減、再診療支払い切り下げ及び治療費削減に加えた薬価切り下げで、診療所病院共に5%前後の減収が見られ、自己負担増加による診療回数の減少でも5%以上の減収が予想されるので、医療機関の経営状態は悪化し、閉鎖機関及び病床の減少が予想される。更に老健施設、医療機関、製薬会社、医療器具会社、商業臨床検査所の経営も順調とは言えず、又医療経営に対する専門家が不足しているので、その急遽養成及び経営建直しが必要である。日本経営学会は此等の問題点に対する検討を、各界の権威者と共に行って、危機に瀕している日本医療界の再建に寄与したいと思う。

.....

独立行政法人下の国立大学附属病院のあり方

国立大学医学部附属病院長会議常置委員長
千葉大学医学部附属病院長
伊藤晴夫

国立大学病院の使命と役割は、基本的には医療提供、教育研修、研究開発の3つである。後者に関しては先進的な医療はほとんどが国立大学病院からスタートしていることからその役割は明らかである。前2者に関しての問題点をあげるとすれば、その運営が必ずしも効率的には行われていなかったこと、教育や診療が研究ほどには重要視されて来なかったこと、医療安全への取り組みが必ずしも万全ではなかったことなどがある。

国立大学病院長会議常置委員会は2002年3月に「国立大学附属病院の医療提供機能強化を目指したマネジメント改革について（提言）」を発表した。この提言では真に国民のためになる医療提供機能を充実・発展させるための改善方策を述べた。病院長のリーダーシップの強化と支援体制の改革など運営体制の在り方について6点である。

なお、総医療費における国立大学病院（歯科を含む）の割合は1.99%のみであるが、健全経営に更に努力すべきである。

教育研修に関しては、2001年12月に「国立大学附属病院卒後臨床研修必修化へ向けての指針」を発刊した。厚生労働省の卒後臨床研修改革案の研修プログラムは上記の指針を基本としている。大学病院においては卒後臨床研修方法の改善に積極的に取り組んでおり、国立大学医学部学生（5年次）を対象に行ったアンケート結果においても6割弱の学生は大学病院での研修を希望している。国立大学病院は良き医療人の育成に務める責務がある。

医療安全については同じく常置委員会より2001年6月に「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）」を刊行した。基本的な考え方から事故発生時の対応まで詳しく述べられている。診療記録の開示など踏み込んだものである。

高度の医療を提供し、未来の医療を開拓するという使命を持つ国立大学病院は、さらに機動性を高め、患者様にとって快適で信頼性の高い病院に変わってゆく必要がある。

.....

医療制度「抜本改革」は幻想、必要・可能なのは 制度の「部分改革」と医療者の自己改革

日本福祉大学教授、
大学院社会福祉学研究科長
二 木 立

わが国では、1997年以来、医療（保険）制度「抜本改革」（医療ビッグバン）が必要・必至と声高に叫ばれてきた。しかし、国際的・国内的経験に照らすと、それは幻想である。1980年代以降、先進国の一部（イギリス、アメリカ、オランダ等）では医療（保障）制度の「抜本改革」が試みられたが、結果的にすべて「部分改革」に終わっている。わが国の戦後医療の57年間を振り返っても、「抜本改革」と言えるのは1961年の国民皆保険制度実現だけであり、これも4年間で計画的に達成された。

実は、厚生労働省も、昨年3月以降、医療保険制度に関しては、「抜本改革」という表現を意識的に使わなくなっている。本年8月に成立した健康保険法・老人保健法等改正は、「部分改革」そのものである。

それに対して、医療提供制度改革に関しては、昨年以降、2種類の「抜本改革」が叫ばれるようになってきている。一つは医療提供制度への市場原理導入論（株式会社の病院経営参入による医療の効率化論）であり、もう一つは「一般病床半減説」である。しかし、前者が全面的に実現する可能性はほとんどないし、それにより医療が効率化される可能性もない。後者は厚生労働省の方針の方針・願望の単純な読み間違いにすぎない。

現在求められているのは、浮ついた「抜本改革」論に惑わされずに、個々の医療機関レベルの「自己改革」と、個々の医療機関の枠を超えた法・制度の「部分改革」を合わせて行うことである。私は、前者のポイントは①個々の医療機関の役割の明確化、②医療・経営両方の効率化と標準化、③他の医療・福祉施設とのネットワーク形成または「保健・医療・福祉複合体」化、後者のポイントは①医療・経営情報公開の制度化、②医療の非営利性・公共性を高めるための医療法人制度改革、③専門職団体の自己規律の強化、だと考えている。

医療制度改革の問題点

日経メディカル開発
盛 宮 喜

およそ社会サービスを捉えるには①法制度 (institutional)、②提供組織 (organizational)、③提供方法 (functional) の3次元の思考を必要とする。これらにサービスの受け手の利益 (outcome) の視点を加えると、サービスの良し悪しが判定できる。医療サービスについても同じことが言える。

医療制度改革については従来、ややもするとinstitutionalな側面にばかり目を向けがちであった。医療提供システムの運用に当って、institutional、organizational、functionalの各次元は、立方体の縦、横、高さの関係にも似て、三位一体、不可分のものである。その中で問題点を見出すとすれば、outcome→functional→organizational→institutionalの順で点検していけば、手取り早いのではないかと考える。

施設間連携に例を取ってみよう。これは利用者の利益にかなっているだろうか。そうだとすれば、単独診療よりも診療期間が短かく、質は高く、医療費が安くて、利用者の満足度も高くなければならぬ。現実には機能分化、役割分担の大義名分のもと、病々、病診、診々のキャッチボールに陥り、保険者と利用者の負担が増えるだけに終わっていないだろうか。同様に、医薬分業や医療と介護の関係についても、利用者の利益にかなっているかを検討してみたい。

医療制度改革に際しては、改革が最終的なアウトカムを増大させるか否かを検証する必要がある。施設間連携に関しても、それが患者にとってのアウトカムを増大させるか否かを評価する仕組みを医療システムに組み込む必要があるように思われる。

医療経営者には顧客である患者の利益に重きを置いて考える、逆転の発想を望みたい。

岡山市民病院の経営改善

岡山市病院事業管理者
榊原 宣

岡山市立の病院は3つあり、いずれも赤字で累積欠損金をかかえた状況にある。演者は平成12年4月、嘱託管理者に、ついで7月、地方公営企業法全部適用による岡山市病院事業管理者に就任した。

就任時の市立病院の実態はまさに転落のスパイラル構造ともいべき状態で、赤字ゆえに職員の退職補充もままならず、医療機器の更新、新規購入も認められない中、職員の士気も低下しており、そのことがさらに経営の悪化を招くという状況にあった。

改善にあたって、まず『官僚主義の打破』を取り上げた。官僚主義は「不言・不実行・熟慮・不断行・先例主義」であり、これの打破なくして経営の再建はないと考えた。

次に、スピード。地方公営企業法全部適用に向けては、通常半年程度かかる移行準備を3ヶ月足らずで実施した。

また、現場主義が重要であり、現場で直接指示をするなかで、老朽化の進む病院の雨漏りの補修、暗く、古びた院内の壁の塗り直し、使いにくいトイレの改修などを行った。

診療開始に遅刻する医師を入れ替え、当院の不採算部門の人工透析を中止する一方、それまで施設はあったものの医師や看護師の配置が出来なかったICUに麻酔科、外科の医師を採用し、看護師を配置することで施設基準を充足させ、一ヶ月あたり1,000万円余りの収入増となった。さらに24時間全科対応の救急医療体制の整備と相俟って、病床利用率の向上にも良い相乗効果を上げている。このほか医療材料費の値引、経費の節減に努めた。

これらの取り組みの結果、10～11年度に毎年約10億円はあった赤字は12年度に約4億6千万円縮小し、13年度はさらに前年度比で約3億9千万円の赤字縮小を達成しえた。これらの経験について報告したい。

如何にして顧客に支持され共感を得る？

医療法人若弘会理事長
川合弘毅

日本の医療提供システムの問題点は、①「情報の非対称性」解消の努力に乏しい、②適正な医療技術評価の欠如、③市場原理の欠如、④自己責任の忘却、⑤コスト意識の欠如、などを列挙できる。この問題点を見据えて、これからの病院経営の目標は医療サービス利用者の視点に立った病院の近代化・効率化を図り、顧客に支持され共感を得ることである。

1. 医療サービスの質を高める

医療サービスの質を高めるためのキーワードは①標準化②評価③選択（競争）である

2. 家業から事業（企業）への脱皮

3. 医療情報の公開：医療の質～組織構成～財務状況（財務諸表の公開）

4. コアコンペタンスの確立（総合からの離別）

5. 費用対効果（質とコスト）の重視

6. アウトソーシングの活用

7. イコールフィッティング

特別行政法人法実施・地方特別行政法人法創設を迎えた節度ある競争を通じた効率化

8. 間接金融から直接金融への拡大（法改正も含めた将来的課題）

データに基づき検証できる運営

医療法人河北総合病院理事長
河北博文

病院淘汰時代の経営戦略

秀明大学医療経営学科教授
松 浦 清

日本における「医療ビッグバン」はまさに新たな医療提供体制を生み出そうとしている。「顧客中心主義」に則ったグローバルスタンダードへのパラダイム変換である。少子高齢化による疾病構造の変化、生活・価値観の多様化、医学・生化学・科学技術の進歩発展、バブル経済の崩壊などの要因は、外圧、諸医療制度・規制改革、国民医療費抑制政策といったプレッシャーの中で拡散され、医療におけるビッグバンを引き起こしている。地域における包括的医療・介護提供体制における中核的役割を果たす病院の定義が大きく変わろうとしている。機能分化の促進により社会的入院患者は療養施設に移り、病院は急性期患者に特化した入院施設に変わろうとしている。平均在院日数短縮、紹介率の向上と入院・外来比率の設定、医療の質確保のための退院指導計画、診療録管理体制、リスクマネジメントなどが病院経営上不可欠なものとなってきている。

厚生労働省は現存する120万床の一般病床を50～60万に減らすと発表した。つまり、一般病床を持つ8,200の病院は、機能分化と平均在院日数短縮の政策誘導により、この10年の間に5,200の病院が淘汰され、3,000位しか勝ち残れないことになる。

勝ち残るための経営戦略であるが、“Integrated Healthcare Delivery Network”、要するに、地域における包括的医療体制における中核病院への志向であろう。地域性を十分マーケットリサーチした上で、診療体制を需要動向に合わせて見直し、一般産業で見られる経営効率化手法や広報渉外活動を取り入れ、顧客及び職員満足度を向上させる。他地域における中核病院との提携、チェーン化を目指したマルチ・ホスピタル・システムズの構築・適用など、将来の戦略の柱となるであろう。

中長期の展望に基づき、設備投資を活性化し、競合優位の差別化を図るが、新たな資金調達方法を検討する必要がある。つまり、従来病院の資金調達は社会福祉医療事業団からの融資、土地・建物などを担保にした銀行からの借り入れ、及びリース契約といったdebt financeに限られていたが、医経分離を促進させ、経営の専門法人（場合によってはPFI的なコンソーシアムを編成）を組成し、そこに出資者の資金を注入し、当法人が病院を資金と経営面でサポートするという新たな形態も視野に入れていく必要がある。そういったことが可能になる時代がすぐそこにやってくる。