

地域医療支援病院へ向けたA病院のマネジメント課題

加藤 博史

キーワード：地域医療支援, 看護師の離職, 非紹介患者

1. はじめに

A病院は、K市N地域の中核病院として高度医療、救急医療、結核医療を担う目的で1994年8月1日に開設された。設立母体はK市とK市医師会の共同出資による財団法人であり、第三セクター方式で運営されている。設立趣旨は高度化・多様化する市民の医療ニーズに対応し、健康づくりから診断・治療、リハビリテーションに至る包括的な医療供給体制を確立し、市民が適切な医療を身近な地域で受けられるよう、K市における地域医療のシステム化を図り、市民の健康と福祉の増進に寄与することを目的としている。

前述より、A病院は基幹病院として、高齢化の進むK市N地域の地域医療を支援し続けるため、地域完結型の医療システムを構築しなければならない。しかし、2009年度の紹介率は46.1%、逆紹介率27.2%とその役割を十分に果たしているとは言えない。よりスムーズな連携のためには情報の電子化が必要であり、そのために電子カルテの導入を進めている。一方、2009年度における年間手術件数は5,444件となり、なお増加している。そのため手術室拡充が必要であり、それによる手術件数増加と入院患者の増加に対応するため、旧結核病棟の再開も必要となっている。A病院はK市N地域の地域完結型医療を構築するためにこれらの投資を持続的に行う必要があり、経営の安定と効率化が命題である。

そこで本稿では、K市N地域の地域医療が維持発展できるよう、地域医療支援病院を目指すA病院の経営改善策について検討する。

2. 事業および施設の概要

A病院の事業概要は(1)地域医療システムの調査研究および運営(2)地域医療システム化を推進するための普及啓発(3)地域医療システムを推進するための医学研究

及びその助成並びに医療従事者の研修(4) 地域医療システム化を推進するための医療施設の設置及び運営である。

次に病院理念は、「K市N地域の中核病院として、地域社会から信頼され、開かれた病院を目指すとともに、生命と健康を守るため安全で良質な医療の提供に努めます」と謳われている。

そして基本方針は、(1) 急性期病院として高度医療、救急医療、および結核医療を提供(2) 地域医療機関、保健福祉機関、市民病院群との連携を推進(3) 患者さんを中心としたチーム医療を行い、心温かな医療サービスを提供する(4) 職員一人一人が経営感覚を持ち、持続発展できる経営体制を確立する(5) 公的病院として、災害時の医療に対応することとなっている。最後に施設概要は、表1のとおりである。

表1 施設の概要

項目	内容
病床数	500床(一般病床400床、結核病床100床)
病棟	12病棟(一般:7、救急:1、小児:1、周産期:1、結核:2)
標榜科目	21診療科目
各種指定医療機関	22
各種学会認定施設	39
臨床研修医	研修医1年次:9名 2年次:9名
職員数	医師:123名、看護師:428名、コメディカル:77名、事務48名

3. 現状分析

3-1. 患者動向

2009年度は新型インフルエンザ患者を受け入れたため、救急外来の閉鎖により入院患者が減少した(一般病床利用率88.2%)。しかし、過去5年間の平均(一般)病床利用率は93.1%であり、平均在院日数は11.3日(一般病床)となっており、高回転率かつ高稼働である。また、外来患者は一日平均1800人以上受診しており、外来患者対一般病床率は4.6となっている(表2参照)。2009年度の紹介率は46.1%と低迷しているが、これは地域連携が機能していないわけではなく、紹介状を持たない外来患者が多すぎるためであり、地域医療支援病院を目指す上での課題となっている。

表 2 患者統計

		2007年	2008年	2009年
外 来	1日平均外来患者数(人)	1883.5	1854.0	1811.0
	1日平均初診患者数(人)	213.6	207.2	217.5
	1日平均外来患者数対一般病床率	4.8	4.8	4.6
	平均通院日数(日)	8.8	8.9	8.3
入 院	平均在院日数(日・結核)	40.6	45.7	40.9
	平均在院日数(日・一般)	13	12.2	11.3
	1日平均入院患者数(人)	402.7	399.8	370.5
	平均在院日数病床利用率(結核)	68.6%	73.1%	53.2%
	平均在院日数病床利用率(一般)	94.5%	93.1%	88.5%

3-2. 診療圏分析

主な医療圏であるN区、S区、T区の人口を合計すると約637,000人となり、3区からの入院・外来患者が全入院・外来全患者数の80%以上を占めている。今後、3区の人口は緩やかに減少し、2020年には70歳以上の人口比率が2010年に比べ平均約11%上昇すると予想されている(図1参照)。また、1患者当たりの年間受診回数は70歳以上が18.95回/年と最も多く、医療圏住民の高齢化と共に高齢者の単純外来がさらに増加すると考えられる(図2参照)。

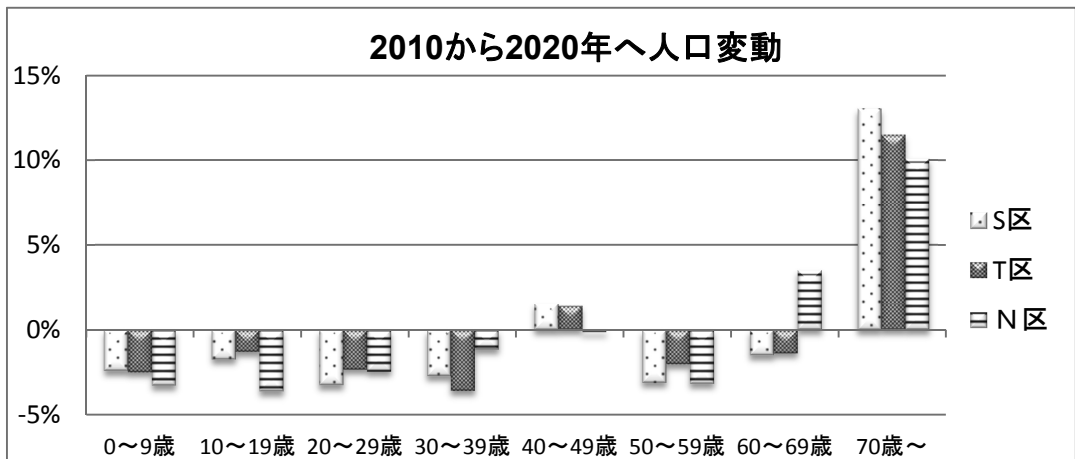


図 1 3区の年齢別人口動態

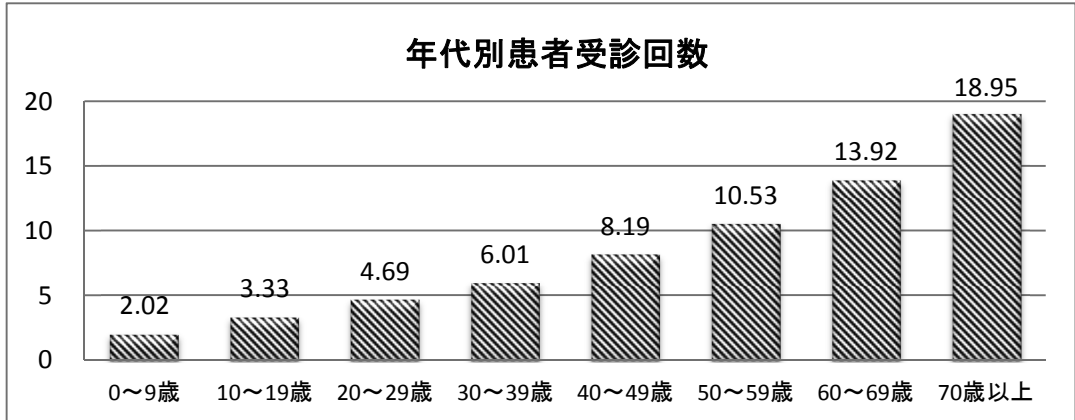


図2 年代別患者受診回数

3-3. 財務状況

開院以来、右肩上がり順調に業績を伸ばしてきたが、2007年9月に院外処方を開始したことにより収益は対2006年度比7.2%減少、2008年度はさらに6.5%減少している。2004年度の当期純利益は過去最高となり、当期純利益対医療収益比率は4.6%であったが、2009年度は1.2%へと低下している（図3参照）。当期純利益はマイナスへ転じることなく推移しているが、地域医療を支える基幹病院として高度な設備や医師確保策に対する投資が必要であり、それらを持続的に行うには、経営改善が必要と考えられる。診療圏分析より、今後さらに高齢患者の外来受診者数が増加すると予想され、現状の想定では外来患者単価の減少は避けられない。

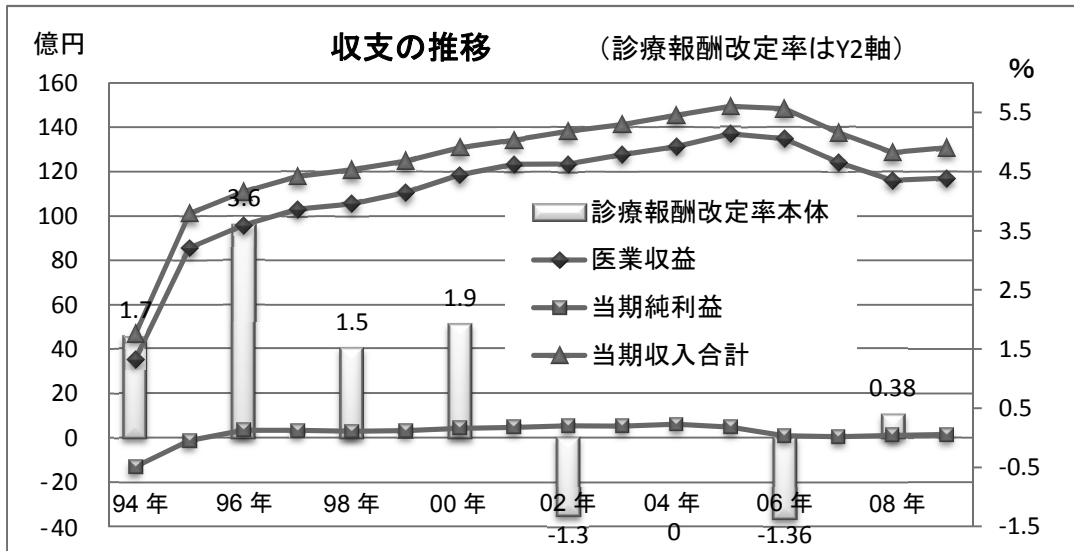


図3 収支の推移

3-3-1. 収益性分析

2009年度医業利益率は-5.2%と病院業界事情ハンドブック2010（400床以上、一般病院、その他公的）の平均値を5.2%下回っているが、K市からの補助金により経常利益率では1.2%と平均値1.0%を上回っている。給与費率は一見42.4%と低いが、経費率が35.6%と際立って多くなっている。これには研修医の給与、非常勤医師の給与、委託費などが含まれているためであり、研修医、非常勤医師の給与を加えると47.9%となり、さらに業務委託も給与費に含めると59.8%（約21億5000万円増）と平均を大きく上回り給与費率が高いことが分かる。A病院は第3セクター方式のために建物がK市の所有物となっており、建物に対する償却費が含まれておらず、減価償却費は主に医療機器に対するものである。また、材料費は、価格交渉によって2006年度以降の材料費払出実績で、年間平均1~3%の削減を達成できている。2009年はPACSを導入したため、レントゲンフィルムが不要になり材料費の減額につながった（表3参照）。

表3 収益性分析の指標

収益性分析	2008年度	2009年度	平均
医業利益率	-4.9%	-5.2%	0.0%
経常利益率	1.2%	1.2%	0.2%
総資産回転率	1.92	1.85	0.89
給与費率	41.9%	42.4%	49.5%
材料費率	27.2%	26.8%	30.3%
経費率	35.4%	35.6%	4.9%
減価償却費率	3.5%	3.9%	5.7%

3-3-2. キャッシュ・フロー分析

表4はキャッシュ・フロー（以下CF）分析の結果を示したものである。これを見ると、まず医業（業務）CF対医業収益比率は医業利益対医業収益比率と比較しても十分高く安定している。また、業務CFにおける減価償却費の割合が2008年2009年共に70%程度と高いことから業務CFの安定性が伺える。しかし、減価償却費以上の利益が計上できていないことを考慮すると、当期純利益対業務CF率を上げるべく、当期純利益の確保を目指すべきである。また流動比率は高いが、当座比率ともいえる業務CF対流

動負債が小さくなっている。その理由は、診療報酬が2か月遅れで支払われるため、診療報酬未収金が生じるためと考えられる。固定負債の返済期間とされる固定負債対業務CFは約1.1年と非常に短く良好といえる。これはA病院に長期借入金がないためである。投資CF対業務CF比率は2008年度で100%を超えている。これは外来部分の大幅な改修工事を行ったためであるが、2009年度には業務CFの範囲内に収まっている（表4参照）。

表4 キャッシュ・フロー分析の指標

CF分析項目	2008年	2009年
医業（業務）CF対医業収益比率	5.2%	5.6%
当期純利益対業務CF比率	18.5%	21.8%
減価償却費対業務CF比率	67.7%	70.0%
業務CF対流動負債比率	26.8%	28.2%
固定負債対業務CF比率	1.07	1.11
投資CF対業務CF比率	115.6%	83.3%

3-3-3. 効率性分析

医師一人当たりの外来患者数は15.1人、看護師一人当たりの外来患者数も4.5人となっており、平均を大きく上回り外来患者の多い点の特徴である。しかし、外来患者の平均患者単価は9,907円と低く、最も繁忙な部署でありながら収益効率は悪い。その理由として、本来かかりつけ医で初診を受けるべき患者が多く来院していることが考えられる（表5、表6参照）。そのため、紹介状を持たない予約外の外来患者（非紹介患者）が多くなり、外来の混雑を招き、待ち時間の延長につながっている。さらに、A病院は地域医療支援病院を目指しているが、非紹介患者の増加によって紹介率が低下しその基準を満たせていない。地域の中核病院として、地域医療支援病院を目指すためにも連携を一層強化し、高度な治療や診療の必要な患者に特化すべきである。

表5 医師・看護師一人当たりの患者数

項目	A病院	平均
医師一人当たりの入院患者数	3.3	4.5
医師一人当たりの外来患者数	15.1	8.2
看護師一人当たりの入院患者数	1.0	1.0
看護師一人当たりの外来患者数	4.5	1.8

表6 入院患者単価・外来患者単価の推移

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
入院患者単価(円)	47,892	49,051	50,376	51,626	55,002
外来患者単価(円)	13,843	13,436	11,017	9,381	9,907

3-3-4. 戦略分析

表7にA病院のSWOT分析を示す。内部環境分析における強みは、ニュータウン内の駅前という好立地、K市からの潤沢な補助金による十分な設備投資、高度医療・救急医療の提供が可能、診療科目が多く専門的医療が行える、稼働率が高いことなどがある。弱みは、看護師の離職率増加やリーダーの不在、人件費が高い、アウトソーシングの多用によるノウハウの低下などである。外部環境分析における機会は、診療圏人口が多いこと（出生率が高い）、競合病院がないこと、診療報酬における若干の追い風である。しかし、同時に競合病院がないことは基幹病院としての負担が大きいことを意味している。脅威には少子高齢化などによる医療費抑制政策、救急外来のコンビニ受診の増加、非紹介患者の増加などがあげられる。さらに、結核病棟を100床抱えているが、結核予防法改正により、結核患者が激減したため、2005年度より50床を休床している。

表 7 SWOT 要因分析

	内部環境分析	
	強み (Strength)	弱み (Weakness)
要因の整理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先端の医療機器と技術(高度医療) ・ K市からの補助金(約10億円)による経営的安定 ・ 潤沢かつ優秀な医師および職員 ・ K市民病院群(K市の病院)である ・ 駅前、ニュータウン内の好立地 ・ 臓器摘出病院・がん診療拠点病院 ・ 専門医療チームによるチーム医療 ・ 手術室拡充・休止病棟再開 ・ 高稼働率を維持 ・ 2次救急・小児救急体制がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師離職率の増加 ・ リーダー不在 ・ 若手医師の吸引力低下 ・ 補助金への依存度が高い ・ 職員のモチベーション、組織コミットメントの低下 ・ 職員の経営に対すり関心が低い ・ アウトソーシングによるノウハウの低下 ・ 外来患者は多いが単価が安い ・ 人件費が高い ・ K市頼みの体質
	外部環境分析	
	機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
要因の整理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 競合病院がない ・ 診療圏人口が多く患者数も多い ・ N区の出生率が高く小児科の需要が多い ・ 地域完結型医療の推進 ・ 地域医療支援病院に対する算定 ・ 7:1看護加算 ・ 4疾病5事業の地域医療連携の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少子高齢化 ・ DPC、診療報酬の削減 ・ 消費税の引き上げ ・ 救急外来のコンビニ受診 ・ 紹介状のない患者が多い ・ 医師の退職 ・ 近隣公立病院の撤退による負担増加 ・ 結核医療の縮小

4. 今後のA病院の経営戦略とシミュレーション分析

4-1. 今後の課題

A病院は、臓器摘出病院、がん診療拠点病院などの指定を受けており、救急病院(2次医療)の告示をうけ小児科救急診療も毎日行っている。補助金の面では、不採算補助金、臨床研修指定病院補助金、新型インフルエンザ補助金なども受けており、その

責任を果たすためこれらに注力せねばならない。A病院は入院・外来ともに高稼働なため、内科系患者の紹介率向上には増床が有効であり、外科系の患者の紹介率向上は増床と手術室の拡充が不可欠である。しかし、これでは看護師の負担が増大し更なる看護師の離職を招くこととなるため、これらへの対応が必要となる。日本看護協会の看護職員配置数の目安算出例において、1か月の勤務時間を160時間と仮定した場合の計算では、一般病棟に看護師を53名増員すべきとの結果が導き出されている。また、A病院は地域医療を担う上からも地域医療支援病院を目指すべきだが、紹介状を持たない外来患者が多いため紹介率の向上が頭打ちとなっている。

4-2. 今後の投資計画

今後の計画には地域医療支援病院の承認、電子カルテ導入、手術室の拡充(2室)旧結核病床の再稼働などがある(図4参照、図中の円の大きさはインパクトの大きさを示す)。電子カルテ導入と手術室拡充に約10億円ずつ合計約20億円が必要であり、固定費が増加する。これをいかに効率的に回収し看護師の確保を行い地域医療に貢献するかが課題である。

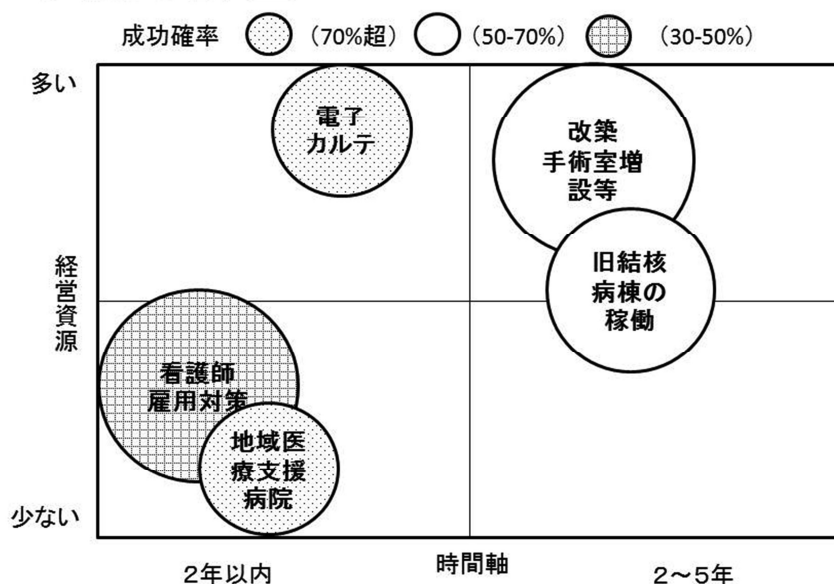


図4 戦略ポートフォリオ

戦略ポートフォリオとSWOT分析からA病院のBSC戦略マップを作製した。学習と成長の視点を投資計画と置き換えて、優先的に取り組むべき課題を明確にした(図5参照)。

優先的に取り組む課題は、地域医療連携を強化し非紹介患者を減らすこと、手術室の拡充と休止病棟の再開、電子カルテの導入、専門・認定の取得を推進し研修への参加を援助する、看護師の離職防止に努め看護師を確保する事などである。これにより、「基幹病院として高度専門医療及び救急医療を安定供給できる患者・職員共に満足度の高い安定した経営」が達成できると思われる。

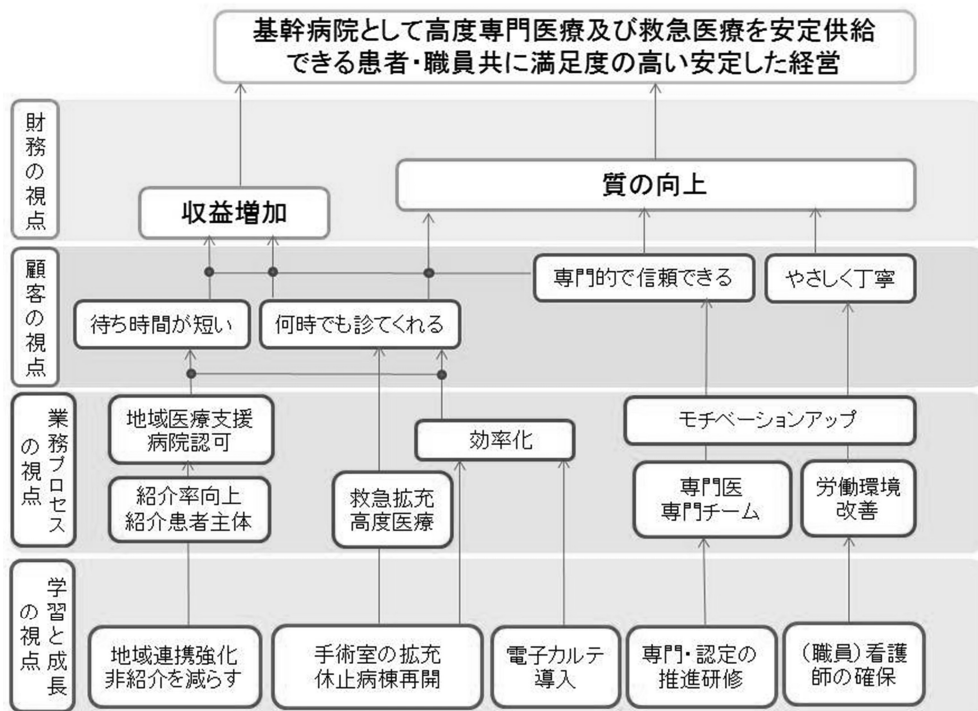


図5 BSC戦略マップ

4-3. 投資効果のシミュレーション分析

4-3-1. 基本プラン

2009年度の損益計算書に、電子カルテの導入と、手術室拡充工事を追加し、次に地域医療支援病院が承認された場合の地域医療支援病院入院加算とそれに伴い増加する患者収益と材料費、経費を加味したものを基本プランとした(表8参照)。外来患者は2009年度のデータを使用した。Y軸を総費用あるいは総収益の金額とし、X軸を病床利用率として、病床利用率75%から100%における総費用と総収益をグラフ化した。ここでは、これを「病床利用率から見た基本プランの損益分析グラフ」と呼ぶ。このグラフにおける2線の交点は収益と費用が均衡し収支がゼロになることを意味してい

る。ここでは、医業収益は入院収益と外来収益に分解し、各科患者数を病床利用率から求め、手術件数、診療科単価、平均在院日数などから各科の入院収益を計算し合計した。手術室拡充に伴う看護師の増員は1室あたり3名とし、休止病棟の再開による看護師定数は現在の一般病棟の定数26名を用いた。電子カルテは5年リース契約で年間2億円とし、手術室拡充費用は10億円とした。

表8 基本プラン

	2009年度	電子カルテ導入	地域医療支援病院	手術室拡張工事
医業収益	11,704,128	0	152,204	0
入院収益	7,103,388			
外来収益	4,342,952		41,114	
手術収益増				
その他	257,788		111,090	
医業外収益	1,373,323			
市補助金	1,127,310			
その他	246,013			
当期収入合計	13,077,451	0	152,204	0
医業費用	12,309,993	0	32,486	33,000
給与費	4,957,828			33,000
材料費	3,137,784		29,361	
経費	4,167,400		3,125	
研究研修費	46,981			
医業外費用	30,196	200,000		66,667
繰入金支出	25,000			
減価償却費	460,067	200,000		66,667
開発費等繰延償却額	69,697			
長期前期払償却費用	37,653			
除却損	1,508			
当期費用合計	12,934,114	200,000	32,486	99,667
当期純利益	143,337	-200,000	119,718	-99,667

4-3-2. 基本プラン+看護師増員プラン

看護師53人の増員プランを基本プランに追加して行った。2009年度プラン同様に病床利用率が75%から100%の総費用線と総収益から損益分析グラフを作成した。Y軸を総費用あるいは収益の金額とし、X軸を病床利用率として、病床利用率75%から100%における総費用と総収益をグラフ化し、これを「病床利用率から見た基本プラン+看護師増員プランの損益分析グラフ」とした。このグラフにおける2線の交点は収益と費用が均衡し収支がゼロであることを意味する。

5. 分析結果

5-1. 基本プランの病床利用率から見た損益分析グラフ

基本プランの損益の分岐点は病床利用率 86.9% で約 135.2 億円となり、総収益の 1 次式は $y = 83,081,838x + 6,299,714,049$ となった (図 6 参照)。

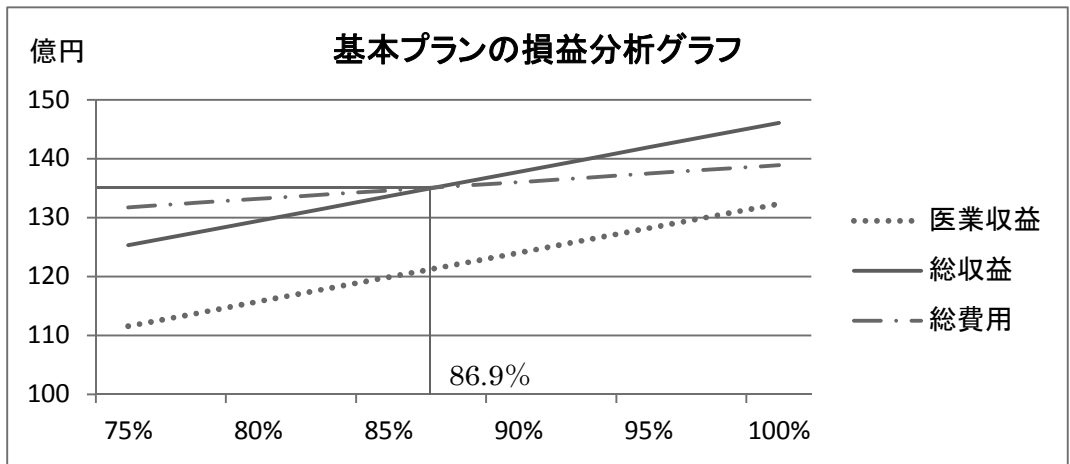


図 6 基本プランの損益分析グラフ

5-2. 基本プラン+看護師増員プランの損益分析グラフ

看護師増員後の損益の分岐点は病床利用率 92.2% で約 139.6 億円となり、総収益の 1 次式は収益構造を同じとしたため基本プランと同じである (図 7 参照)。

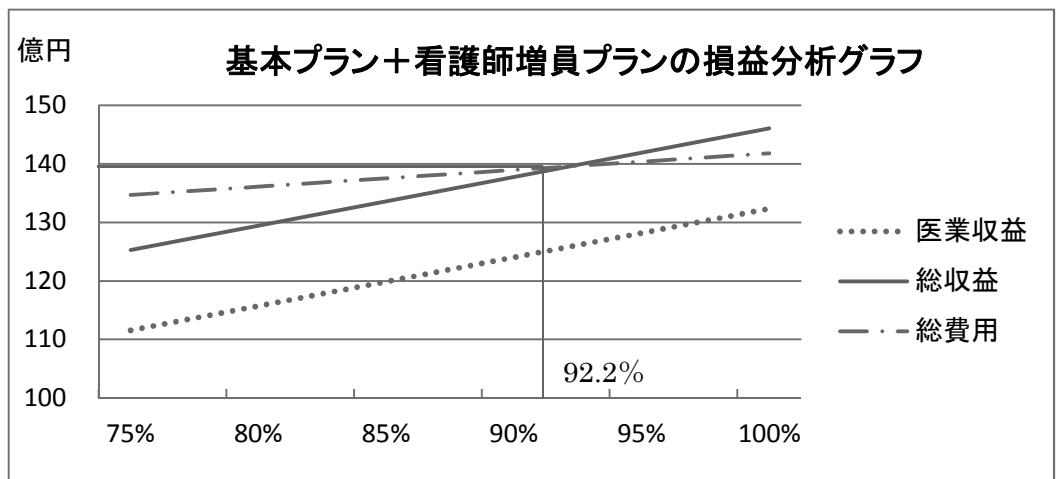


図 7 基本プラン+看護師増員プランの損益分析グラフ

5-3. 考察

各プランの収益効率について考察すると、損益の分岐点が低く、総収益線の傾きが大きく総費用線の傾きが小さいプランの収益性効率が高いこととなる。2009 年度損益

計算書から算出した損益の分岐点は、病床利用率 85.6%で 128.7 億円となる。総収益の 1 次式は $y = 78,076,908x + 6,191,068,000$ となる。2009 年度に比べ基本プランでは手術室および電子カルテへの設備投資と手術室拡充、旧結核病棟再開による看護師増員のため固定費が上がり、患者増加に伴う材料費などの変動費の増加もあわせて、総費用が増加し分岐点が押し上げられる結果となっている。しかし、病床が増加しているため、同じ病床利用率でも 1 日当たりの入院患者数が増加しており、総収益線の傾きも大きくなり、病床利用率当たりの収益性が向上している。

同様に基本プラン+看護師増員プランでは病床利用率当たりの収益性は同じであるが、給与費等の増加に伴う固定費の増加により、分岐点となる病床利用率は 92.2%に上昇した。2009 年までの 5 年間で A 病院の病床利用率は 93.1%となっており、実際に収益を上げることは可能である。しかし、これらの投資課題を実行するに当たり看護師の確保が前提条件であり、基本プラン+看護師増員プランのシミュレーションでは 53 名の看護師が必要となる。離職率が約 17%の A 病院において、看護師の離職を防止し新たに 53 名の看護師を確保することは容易ではない。よって、看護師の離職を防止し、持続的に看護師を確保することが投資課題を成功させる重要な要素であることが分かる。

5-4. 看護師の離職対策

2011 年に A 病院を含む 4 病院合同で行ったアンケート調査では、他の 3 病院に比べ給与に対する満足度が有意に低い結果となった。地方公営企業法適応病院（400 床以上 500 床未満）の平均支給額と比較して、A 病院の給与支給額は 13.1%低く、平均年齢でも 7 歳低い結果となっている。これは、1 つに看護師の離職率が 17%と高いため平均年齢が低下し、それによって平均給与が低下していること、2 つめに K 市の給与水準が引き下げられたため、若い世代の給与が年長者の給与に対して低いことなどを考慮しなければならず、A 病院で働く看護師の給与が低いというわけではない。

一方、看護師の負担という面では、日本看護協会の看護職員配置数の目安算出例において 1 か月の勤務時間を 160 時間と仮定した場合、病棟看護師を 395 名配置すべきとなるが、実際の配置数は 342 名であり 53 名（約 13.8%）少ない結果となった。これに加え、看護師 1 人当たりの外来患者数が多いことや、平均在院日数が短いこと、救急外来のコンビニ受診による患者増、手術室の高回転率なども合わせて考えると、A 病院の看護師は給与に比べ業務が多く、結果として給与が低いと考えていると思わ

れる。そのため、早急に看護師の増員を図りたいところだが、看護師不足のため段階的に増員せざるをえない。周辺の公立病院は1か月の勤務時間が160時間を下回っているため、早急な対策が必要である。したがって、A病院は近隣公立病院と比較して魅力的雇用条件とは言えないため、給与や手当の増額が必要であり、このため給与費の削減は不可能である。

また、A病院では、看護師の定着促進協議会を開催し、看護師離職者が減少しない原因について報告されている。そこでは、(繁忙)高稼働→業務量増加→疲労・不満の増大→離職の増加→中堅世代欠落→教育レベル低下→(繁忙)高稼働と負のスパイラル形成が報告されている。それに対する具体的な対策として、夜勤手当の引き上げや寮費の引き下げ、奨学金の助成制度などが盛り込まれている。しかし、業務の軽減に対する直接的なアプローチはないため、今後も看護師の確保には難渋すると思われる。負のスパイラルから抜け出すには、看護師の離職防止と新たな採用を同時に進行すべきであり、人材紹介事業の活用や看護師のニーズに合わせた採用、就業形態の検討も行う必要がある(表9参照)。これら中途採用者の定着を図るためにも業務の軽減は必要であり、そのためには、看護師の増員が不可欠である。

表9 看護師のニーズに合わせ採用・就業形態

ターゲット		アピールしたいポイント	実施事項
意欲をもって専門性を目指す	新卒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院 (の方向性が明確) 2. 研修制度の充実 3. キャリアアップ可能 4. 努力が評価される 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病院理念・ミッション・バリュー・ビジョンの設定と浸透 2. ターゲット別教育研修? 3. 人事考課の改革
	子育て世代 子育て後	<ol style="list-style-type: none"> 1. 予め就業時間が決まっている 2. 体力的負荷の軽減 3. 休暇取得が可能 4. 労働環境が良い 5. 地域への貢献・立地の良さ(利便性) 6. 復帰研修 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定時終業の保障 2. 複数の勤務形態・雇用形態の多様化 3. 有給取得率公表 4. 労働環境の改善・制度の充実 5. 地域の休職看護師の発掘 6. 復帰研修制度

5-5. 非紹介患者・救急外来患者について

A病院の事業概要は地域医療の推進・支援であり、地域医療支援病院となりその重責を全うしなければならない。そこで問題となるのが非紹介患者への対応である。A病院において、非紹介患者の増加は、外来の待ち時間を延長するだけでなく、医師や看護師の疲弊につながり、患者からの苦情の温床となるため、解消しなければならない。2009年度の紹介率は46.1%（図8参照）と低迷しているが、紹介患者数は18,357人（1日平均75.8人）となっている。紹介率低迷の原因は、非紹介の初診患者が多いことであり、地域連携が機能していないわけではない。2009年度における1日平均の外来患者数は1,811人となっており、そのうち初診患者は218人である。A病院が地域医療支援病院となるためには、紹介率60%、逆紹介率30%を超えなければならず、そのためには、初診患者を1日平均116.6人に減らさなくてはならない。紹介率向上のため現在は、地域の医療機関に向けて地域合同カンファレンスを年間3回開催し、医療機能についての資料を各医療機関に配布している。加えて、市民向けに保健医療講座を年間3回、健康増進教室の開催、医療機関リストマップの配布、かかりつけ医の啓蒙活動などを行っているが、非紹介患者数は減少していない。そのため、本意ではあるが、現在徴収している非紹介患者初診料加算2,100円の増額も検討しなければならない。

他方、救急外来を受診した患者のうち、入院した患者は6.9%と軽症者が大半を占め、いわゆるコンビニ受診が多い。救急外来のコンビニ受診増加は、外来同様に医師や看護師の疲弊を招くばかりでなく、必要な患者に高度医療が提供できない事態を生むこととなる。そこで、外来と同様に、救急外来における時間外加算等の徴取によるコンビニ受診の抑制が考えられる。しかし、これについては、慎重に判断しなければならない。なぜなら、N区は出生率が死亡率を上回っており、今後も小児科救急の要望が高い地域である。加えて、A病院は2次救急輪番体制の中でも医療機能が高いため、安易な救急外来へのアクセス制限は地域住民の混乱を招くことにつながるからである。神戸市全域の救急患者と比較するとA病院は重症者の比率が多いため、救急の必要性は明らかである。

A病院は近隣に高度医療を提供できる医療機関がないため、K市N地域の重要な社会資源であり公共財である。そのため、非紹介患者初診料加算などの対策は、一見、地域住民のニーズに反しているように思われる。しかし、限られた地域の医療資源を必要な患者に供給し続けるには、患者の協力が得られない以上、やむを得ない措置で

ある。非紹介患者初診料加算を実施することは不本意だが、他に有効な対策は考えられない。長期的には、地域住民と医療機関が協力し、かかりつけ医での初診を定着させるべきであり、それには、兵庫県立柏原病院や西脇市民病院のように、「地域の医療を支える」という医療文化の醸成が必要である。

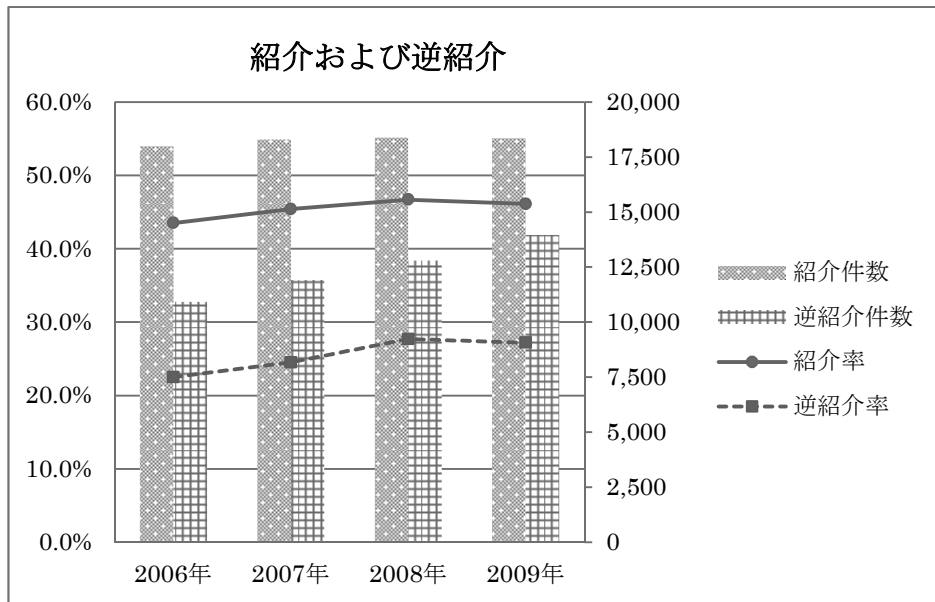


図 8 紹介および逆紹介のグラフ

6. 結び

A病院の現状と、今後の投資課題に対して収益シミュレーションを行った。その結果、手術室拡充や旧結核病棟の再開、電子カルテ導入によって、設備投資と人件費が増加するため、それらの償還を行うには高稼働を維持しなければならず、その場合、損益の分岐点は病床利用率 92.2%であった。2009年までの5年間においてA病院の病床利用率は 93.1%であり、実際に利益を上げることは可能である。

基幹病院として地域医療を支援し続けるために、A病院が抱えるマネジメントの主な課題は、看護師の確保、救急外来患者のコンビニ受診抑制、非紹介患者への対応である。A病院の第4次経営計画(2009年～2014年)では、重点的に取り組む課題を7つあげている。その中でマネジメントに関するものは、(1)地域の医療を守る取り組み(救急車を断らない、コンビニ受診の抑制)(2)地域医療機関との強力な相互連携関係を築き育てる(3)働き甲斐があり、医療者に選ばれる病院となる体制づくりなど

の3つである。このように、第4次経営計画でも、本稿と同様の課題あげ、それに対して対策を講じているが、現時点において、改善に結びついていない。

A病院は地域医療支援病院となり、K市N地域における地域完結型医療を構築しなければならない。投資課題に対するシミュレーションでは、利益の確保が可能であったが、マネジメントには大きな課題が残っている。中でも最も大きな課題は看護師の確保であり、早急な対策が必要である。

参考文献（引用文献含む）

[1] 株式会社日本政策投資銀行・株式会社日本経済研究所 病院経営研究チーム(2010)「病院業界事情ハンドブック 2010」株式会社日本政策投資銀行・株式会社日本経済研究所。

[2] 石井孝宜 (2008)「病院のための経営分析入門」じほう。

[3] 橋口徹 (2010)「病院経営士・中級【一般講座テキスト】8 財務会計/資金調達(1)」株式会社 日本医療企画。

[4] 山崎政昌 (2007)「財務指標の読み方・活かし方がわかる本」株式会社かんき出版。

[5] 東京大学教養学部統計医学教室 (2007)「統計学入門」財団法人 東京大学出版会。

[6] 小塩真司 (2010)「事例研究で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析」東京図書株式会社。

[7] W. チャン、キム、レネ・モボルシュ (2008)「DIAMOND ハーバード・ビジネスレビュー」『Fair Process』、第33巻第8号、PP. 68-83。

[8] Peter Ferdinand Drucker (1993) Innovation and Entrepreneurship (上田淳生訳『イノベーションと企業家精神』ダイヤモンド社、2007年)。

[9] 山内弘隆・上山信一 (2003)「パブリック・セクターの経済・経営学」株式会社シナノ。

[10] 神戸市保健福祉局 (2009)「平成21年度 市立病院年報(第34号)」(有)岸本出版印刷

[11] 国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口(平成20年12月推計)』について

<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson08/5-sai/shosai.html> (2011年6月10日)。

[12]神戸市・人口統計『人口の動き』

<http://www.city.kobe.lg.jp/information/data/statistics/toukei/jinkou/index.html> (2011年6月12日).