はじめに

2008年３月に市立伊勢総合病院を退職し、同年４月より当時の松阪市民病院、小倉嘉文院長（現名誉院長）からの要請を受け、松阪市民病院に勤務させていただき12年が経過しました。当時の松阪市民病院の経営状況はどん底状態にあり、言うなれば「崖っぷち自治体病院」でした。しかし、全職員が危機意識を持ち、DPC/PDPSの導入を契機に意識改革とチーム医療により、大幅な経営改善を達成することができました。当院での取り組み方について、依頼があれば全国の病院にて解説し、講演させていただいております。講演会の回数は、主なものだけで2019年10月に300回になりました。

そこで今回、これまでに出版してきた拙著『DPC/PDPS導入を契機にした自治体病院の経営改善』（2011年．株式会社日本医学出版）、『ジョン・P・コッターの８つの変革ステップからみた松阪市民病院経営改善の検証』（2014年．株式会社日本医学出版）の内容を見直し、各病院での講演会では時間の関係で十分に説明できなかった内容を、より詳細にまとめてみました。

医療情勢は年々厳しくなっていますが、経営状態不良の原因を単に医師不足と診療報酬制度のせいにするのは間違っているように感じています。現状のまま、コストをかけなくても、発想の転換だけで経営状況は大きく変貌します。DPC/PDPSが導入されてから15年以上が経過しているにもかかわらず、いまだに昔式のやり方、考え方のままで病院を運営している病院が多くみられます。これでは現在の医療環境の中では通用しません。絶えず最新の医療情勢、国の医療に対する考え方、方向性を早くキャッチし、取り組んでいくことが重要です。

医療の基本は患者・家族に最良・安全な医療を提供することであり、良質な医療を提供するためにも病院経営が安定している必要があります。病院は一般の企業と異なり、自分たちで価格設定はできませんが、赤字状態では良質の医療を提供することはできません。このことを全職員が認識する必要があります。全職員が絶えず勉強し、努力し、汗をかけば、最終的に良い結果が得られるように診療報酬制度は作られています。DPC/PDPSと診療報酬制度を正しく理解し、実践し、継続していくことが基本です。

本書は、松阪市民病院での12年間の取り組みについて、2019年10月より産労総合研究所『病院羅針盤』にて１年間連載した記事をもとに加筆・修正し（特に図表を大幅に追加）、全国の病院での講演会後の懇親会でお話ししている雑談内容も「ちょっと一息、コーヒーブレ

イク」として加え、まとめました。DPCを導入していない出来高算定の病院でも参考になると思います。病院経営の専門である大学の先生や、医療専門のコンサルタントの方々が執筆したものとは異なりますが、現場での生々しい内容であり、その気になれば来週からでもやれることもあると思います。

本書は専門的な内容ではありませんので、医療現場にはじめて勤務する医師、看護師、その他のコメディカル職員、診療情報管理士、医師事務作業補助者の勉強会でも活用できると思います。皆様方の病院で少しでも参考になればうれしい限りです。

なお、診療報酬における点数は、2020年時点のものであることを、お含みおきください。

2021年1月

松阪市民病院 総合企画室 副室長　　世古口　務

第１章

各地の病院での講演会の軌跡

1 講演回数の推移

2009年２月の三重県病院協会にて、DPC 導入後の松阪市民病院の取り組みを報告して以来、2019年10月の東京での原価計算アンケート報告会で公演回数300回を数えました（後に述べるメディカル・データ・ビジョン社（以下、MDV 社）主催の「病院経営戦略セミナー」、「原価計算セミナー」、松阪市民病院主催の「落ち穂拾い作戦はやわかり講座」での基調講演は含んでいません）（図１－１）。診療報酬改定の年は多少、少ない傾向にありますが、年間約40回、北は北海道から南は沖縄県まで各地の病院にお邪魔して全職員を対象とした講演会を実施しています。2020年３月からは新型コロナウイルス感染の影響により講演会は自粛しています。2020年度からは「Zoom」での Web 講演会、セミナー、研修会が主になると思います。新型コロナウイルス感染のおかげで、このような Web を使った講演会、研修会が普及し、時間を有効に活用でき、遠隔地の方々にも経営改善に向けた取り組み方を発信できるようになりました。

各地の病院での講演会を組織形態別に振り返ると、市民病院、県立病院等の公立病院での講演が約70% と大部分を占めているのが特徴です（図１－２）。病院の規模別では、500床以上の大病院よりも、200～499床の病院での講演が約70% を占めています（図１－３）。私自身が大病院に勤務し経営改善の経験がないため（以前勤務していた市立伊勢総合病院は当時419床）、中規模の松阪市民病院での取り組み方が大病院で通用するかどうか自信がないからです。

2 講演会回数増加の理由

なぜ、これほど全国各地の病院からの講演依頼が増加してきたのでしょうか。やっと自治

図１－１　講演回数の年次推移

「経営戦略セミナー」、「原価計算セミナー」、「落ち穂拾いはやわかり講座」にての講演は含まず（昨年は21回）

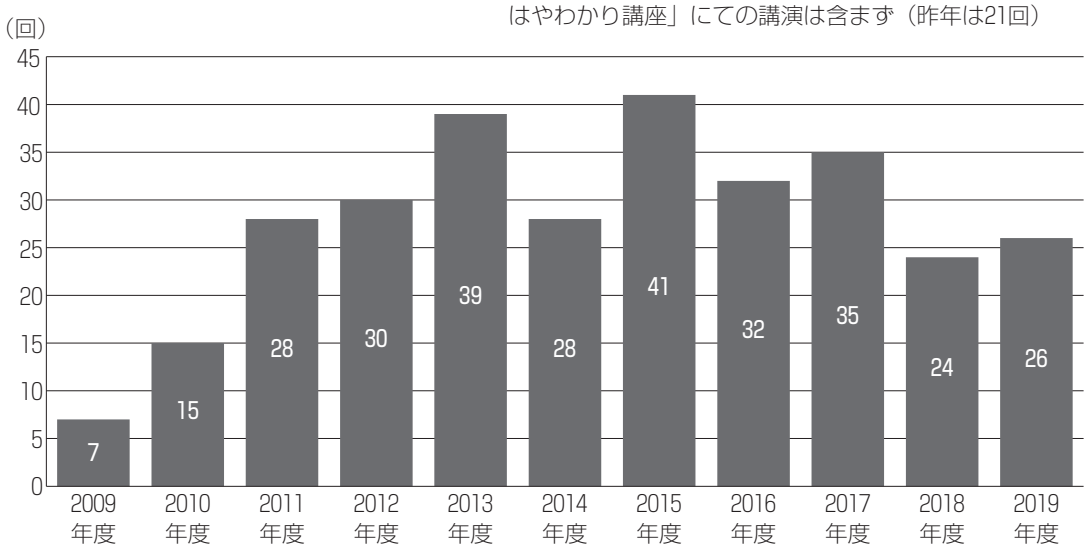
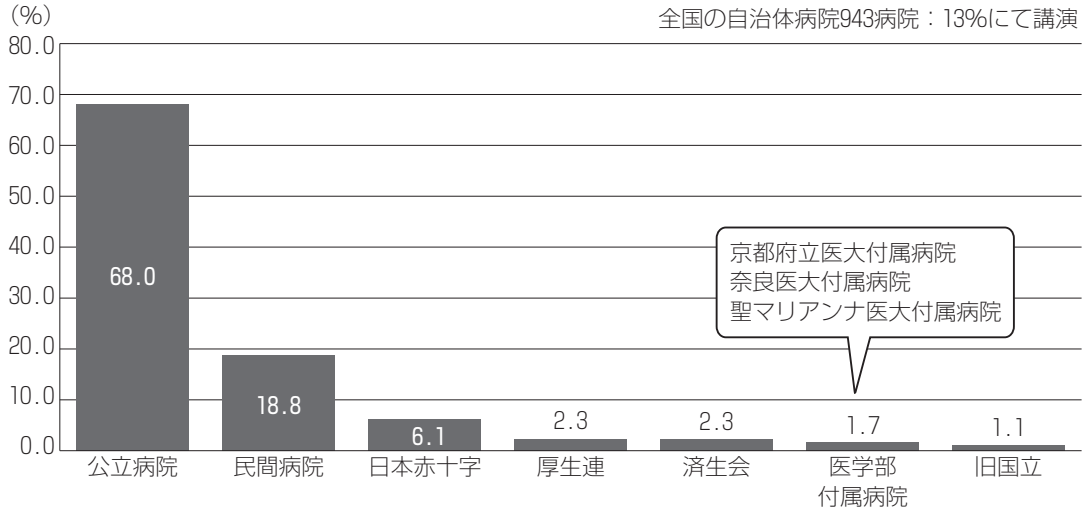


図１－２　開設母体別の病院内での講演会の割合

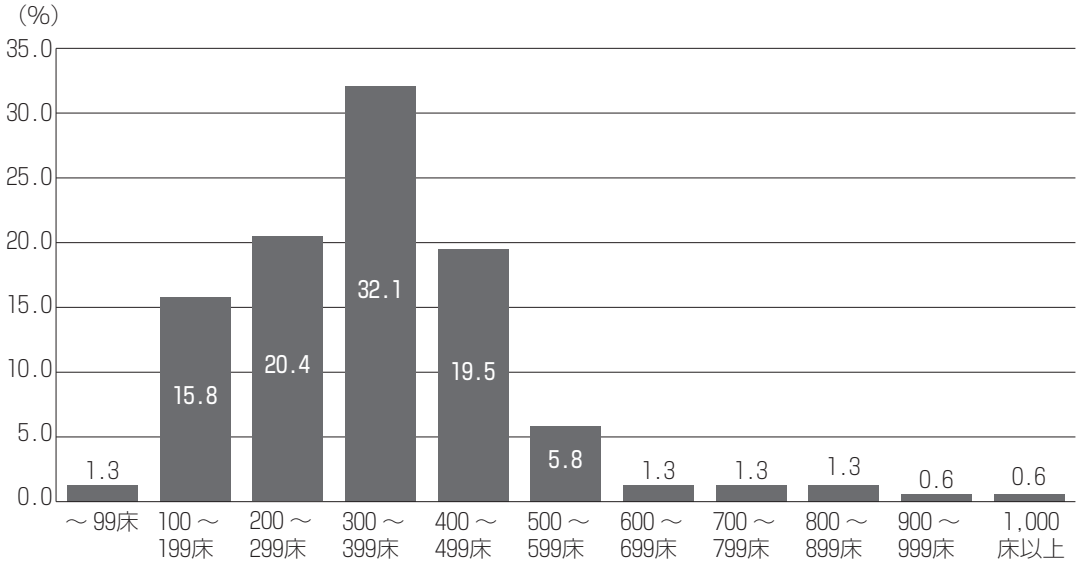
全国の自治体病院943病院：13%にて講演



体病院も近年の医療情勢の厳しさから危機感を持ち、経営改善の必要性を認識し、昔式の出来高制の時代の病院経営手法ではやっていけないことに気づき始めたのだと思います。少し遅いようにも思いますが、まだまだ気づいていない自治体病院も多いのが現状です。

これまで経営状況の良かった病院が焦り出したことも最近の傾向です。これを裏付けるように、大学病院本院やDPC特定病院群病院（旧Ⅱ群病院）、大規模病院からの講演依頼が増えています。これらの大規模病院に共通しているのは、DPCの機能評価係数だけを問題にしており、個々の患者に最良の医療を提供しているかどうか細かくチェックがなされていないという点と、もう１つは「病院は医師、看護師、薬剤師がいればやっていける」という

図１－３　講演会実施病院の病床規模



古い考え方の上層部がいる点です。

いまや「医療の質」を担保するためにも、コメディカル職員の重要性を認識せずに病院経営は成り立ちません。各病院での講演会で話している内容は、医師不足の中規模の松阪市民病院での経験に基づいた内容ですので、地方の病院でも、規模の小さい病院でも、DPC/PDPS を導入していない病院でも、コストをかけることなく全職員の意識改革を実践すれば、短期間で「医療の質」が向上し経営改善につながります。そのことが各病院で実証されてきたため、近年、講演依頼が増加してきたのでしょう。プライドを捨て、松阪市民病院と同様の取り組みをしていただければ、大きく経営改善が達成できると思います。

医療専門のコンサルタントの話はいくら内容がすばらしくても、規模の大きな病院、医師をはじめ医療スタッフが大勢いる病院でしか実現できない場合が多く、実際には取り組みが困難なものです。この点が松阪市民病院での取り組みと大きく異なります。コンサルティング会社と契約する場合には、どこの大赤字の病院（潰れかけの病院、身売り直前の病院）を経営再建し黒字にしたのか、実例を尋ねることをお勧めします。そのような実績のあるコンサルティング会社であれば、契約して力を借りる価値はあるように思います。

3　病院訪問で感じたこと「経営状況の悪い病院の特徴」

経営状況の良い病院はいろいろなケースがありますが、経営状況の悪い病院には、ある共通点があることがわかりました。とりもなおさず、13年前の松阪市民病院の状況と同じであ

り、次のような点です。

①経営状況が悪いのは、「医師不足と診療報酬制度によるもので、病院に勤務する職員に責任がない」と考え、努力する前に諦めています。病院長も病院職員も、規模の大小、医師不足に関係なく（極端に減少した場合は別ですが)、現在の医療情勢を正しく判断し、診療報酬制度と DPC を理解し実践すれば、病院の経営状況は大きく好転することを認識する必要があります。

②「病院経営は理事長、院長、事務長だけが考えるもので、一般の職員が考える必要はない」という考え方が病院内に蔓延しています。理事長、院長が医療の現状を正しく把握していない場合は最悪の状況となります。意外と、いまだに「昭和」の時代の、出来高制時代のままの考え方で病院運営を行っている病院がみられます。

③「医師、看護師が経営（お金）を考えるものではない」という古い考え方の医師、看護師が多いことも特徴です。経営状況の悪い病院では、良質の医療が提供できないことを認識していません。

④病院に勤務している職員が自分たちの部署のことだけを考え、助け合うという真のチーム医療の意識がない病院も多くみられます。「自分たちは一生懸命に働いているのに、他が働いてくれない」という意識、これは特に看護部に多くみられるように感じます。

⑤知恵を出さない、努力をしない、勉強をしない、汗をかかない職員が多いようです。何か新しい取り組みをやろうとしてもやれない理由ばかりを挙げます。逆に経営状態の良い病院は、全職員が絶えずいろいろな知恵を出し、努力をし、勉強をし、汗をかいています。これは一般企業の経営再建を達成する場合も共通する考え方のようです。

逆に、①から⑤までの項目を是正すれば、病院内の意識改革が実現でき、病院経営も改善されると思います。事実、松阪市民病院では、少しずつ全職員がこれらを実践しています。いくら優秀な職員がいても、１人で病院の経営を改善することは無理かもしれませんが、全職員の力を結集し意識改革が実現できれば病院は大きく変貌します。医師不足の病院でも、地方の病院でも、規模の小さい病院でも、現在の診療報酬制度と DPC を正しく理解して実践し継続すれば「医療の質」が向上し、患者・家族から感謝され、最終的に経営が改善されることを認識すべきと思います。

4 「医療の質」と「経営の質」の相関関係

各地の病院を訪問して私なりに感じたことがあります。「医療の質」が悪い病院（病院として患者に対してやるべきことをやっていない病院）は、「経営の質」も悪い（赤字病院)。この逆も成り立つでしょう。すなわち、「経営の質」が悪い病院は「医療の質」も悪い。

第２章

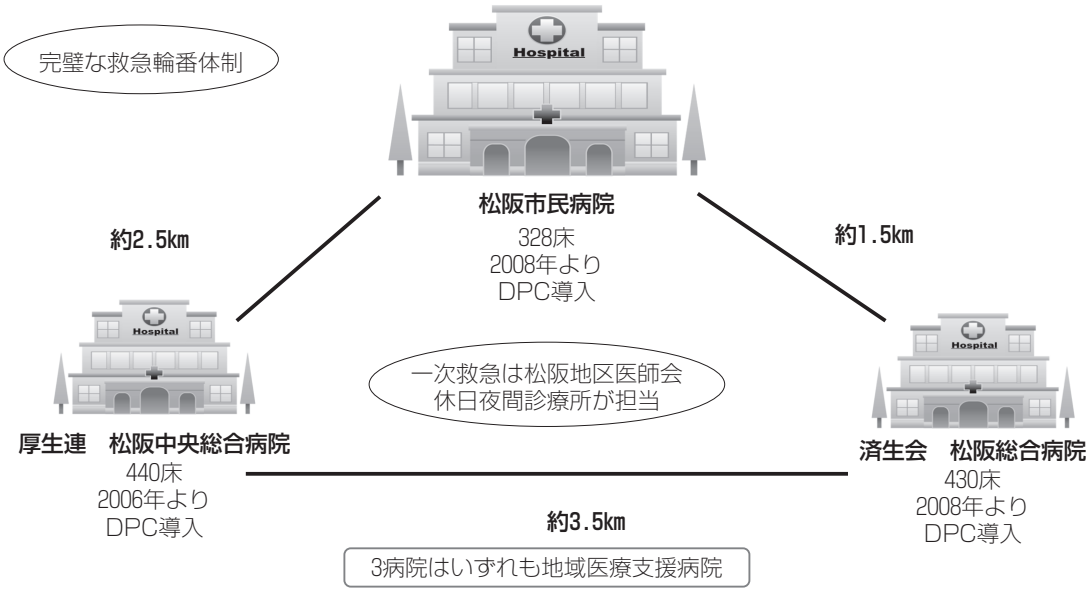
松阪市民病院の概要と11年連続黒字の状況

1　松阪市民病院の概要

当院は、三重県の中部に位置する地方公営企業法の一部適用の自治体病院で、一般病床308床、緩和ケア病棟20床、感染病床２床、地域包括ケア病床39床の合計328床（DPC 導入、急性期一般入院料１（７対１）、地域医療支援病院、院外処方導入）という病床構成です。松阪市の人口は158,622人（2020年８月15日現在）で、近隣の人口を合わせても25万人ほどです。

松阪市内には当院のほかに DPC を導入し、地域医療支援病院である厚生連松阪中央総合病院（440床）と済生会松阪総合病院（430床）が当院を中心に半径５㎞以内に存在し、この３病院で365日の救急輪番体制を維持しています（図２－１）。一次救急は、夜10時までは松

図２－１　松阪市内の医療環境



阪市医師会館内での医師会の先生方の協力を仰いでいます。自院の患者であっても夜間・休日の二次救急対応は、原則として救急輪番当番の病院で対応してもらい、可能であれば翌日に自院に転院するという徹底ぶりです。これにより夜間・休日の当直体制は３日に１回でよく、病院として医師をはじめその他の医療職も効率よく配置することが可能です。なおかつ二次救急患者も市内の３病院のどこかで必ず対応する体制のため、地域の人々にも満足いただいています。

また、隣接した津市久居地区にはやはりDPCを導入し、急性期医療を標榜している国立病院機構・三重中央医療センター（486床）があり、この地域は急性期医療の激戦区となっています。松阪市と同じような地方の都市（当院より狭い医療圏であっても）で、中核となる病院が複数あるにもかかわらず、それぞれの病院で365日、毎日救急医療を実践している病院が存在することには驚かされます。救急医療の基本は自院に勤務する職員のことも考慮しつつ、地域の人々に対して安全・安心な救急医療の場を提供することだと考えます。単に「救急患者の受け入れは病院経営に大きく影響するから365日実施する」という理事長、院長の考え方は間違いではないかと思います（二次医療圏内に中核病院が１つしかない地域では、365日の救急医療の実践もやむを得ないと思いますが）。

2　経営状況の推移

2008年４月に当院がDPCを導入して以後、経営状況がどのように推移してきたのか振り返ってみたいと思います。

（１）12年前の松阪市民病院の状況

2008年４月にDPCを導入したころの松坂市民病院の経営状況は、大変ひどいものでした。午前中の外来診察時間中にもかかわらず、外来ロビーに患者はまばらで暗い雰囲気の病院でした（2020年の新型コロナウイルス感染対策で外来患者が減少していた時には、当時の状況を彷彿しました）。

後に説明するように、医師数は過去最少となり、2007年度は単年度で約10億円の赤字状態で、最悪の経営状況でした。地域の人々からも、地元の医師会からも、大部分の医師を派遣していただいている三重大学医学部附属病院からも見放され、その当時の大学病院の院長からは「松阪市民病院に医師を派遣することは難しい」と言われていました。さらに2008年２月には病院経営状況が不良のために「松阪市民病院あり方検討委員会」が設置され、「公設民営が望ましい」という答申が市長に提出され新聞でも公表されたことから、全職員も「危機意識」を持ったことは疑いようのない事実でした（図２－２）。