

地域情報（県別）

【岐阜】7年間の赤字経営から脱却し黒字化-今井裕一・多治見市民病院院長に聞く◆Vol.1

2022年6月3日（金）配信 m3.com地域版

多治見市民病院（多治見市）は、2010年に社会医療法人厚生会が指定管理者として運営を担うことになった。それから7年間、赤字経営が続いたが、2017年に今井裕一氏が院長に就任し、黒字に転換した。黒字化に向けて行った職員の意識改革と業務内容の見直し、基幹型臨床研修病院への取り組みなどについて、今井氏に聞いた。（2022年5月12日オンラインインタビュー、計2回連載の1回目）

▼第2回はこちら



多治見市民病院院長 今井裕一氏

——医師になろうと思ったきっかけは。

私は中学3年生の時、友人9人と海に泳ぎに行き、横と一緒に泳いでいた友人を亡くしました。その時に、生きるのか死ぬのか、命とは何かをすごく考えました。高校時代はうつ状態で、1年浪人をして、都内の私立大学の工学部に合格し、アパートの契約まで済ませていました。しかし、同時に受験していた秋田大学医学部から思いのほか合格通知が来て、運命あるいは「医師として社会のため、人のため、亡くなったその友人の分まで、頑張り」という神の声（ミッション）のように思いました。

——多治見市民病院の概要を教えてください。

多治見市民病院（多治見市）は、1947年に多治見市診療所として開設され、1974年から市立多治見市民病院として地域医療を担ってきました。2010年4月から運営母体が社会医療法人厚生会に変わり、2012年8月から現在の新病院で、診療を行っています。

2017年に私が院長に就任した時の病床数は212床でしたが、現在の病床数は248床です。診療科は30で、職員は全員で約360人です。



多治見市民病院

——2010年に社会医療法人厚生会が指定管理者になりましたが、その経緯は。

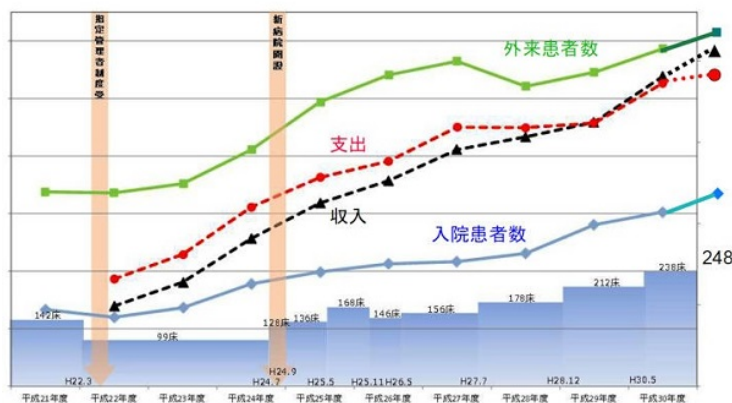
2010年以前の当院の経営状況としては、2007年度が約2800万円、2008年度が約2億5500万円、2009年度が約13億7000万円の赤字を出しており、そのままでは市立病院として存続できない状態でした。現古川雅典市長が市長に就任した時に、仕組みを変えないといけないということで、廃止や近くにある県立多治見病院（多治見市）と統合する案が出ました。

ちょうどその頃、2008年10月に社会医療法人になった厚生会木沢記念病院（現中部国際医療センター）（美濃加茂市）の山田實紘理事長が、「社会医療法人は社会的貢献をしないといけない」という理念のもと、2010年に多治見市民病院の指定管理者を引き受けることになりました（『岐阜・美濃加茂で最先端の陽子線がん治療、米国中流層がターゲット-山田實紘・社会医療法人厚生会理事長に聞く◆Vol.1』を参照）。厚生会木沢記念病院が社会医療法人として全国で初めて指定管理者になり、全国のモデルとして非常に注目されました。しかし、私が2017年に院長に就任するまでの7年間は、ずっと赤字続きでした。

——なぜ赤字が続いたのですか。

指定管理者制度のルールがあいまいで、先行して指定管理者制度を導入した金沢医科大学と氷見市民病院のルールにのっとって運営していました。運営自体は民間で行いますが、建物の建設費も折半、運営費用も折半にするというルールです。さらに、最初の1年目は病院職員の給料や機器の購入費、メンテナンス費などの運営費、約10億円が指定管理者の負担になりました。そこからうまく運営してやっていけば乗り越えていけるという論理ですが、当院の場合、毎年2億～3億円の赤字が出ている状態で、初期投資分を含めて7年間で約24億円の累積赤字を抱えていました。

赤字が継続したのは、市立病院的な運営で医療制度を無視し、補助金で補填するという経営態度でした。しかし、実際には補填されることはありませんでした。そういう赤字病院には駄目なマインドと駄目な雰囲気職員に漂っています。医療の基本構造をよく理解せず、古い市立市民病院の運営方法をそのまま続けているだけでした。



多治見市民病院の収支バランス

——黒字化に向けて、どのような取り組みを行っていったのですか。

私が着任した当時、（1）職員が暗い、他者を傷つけあって自分も傷ついている（2）患者を含め他者の痛みが分からない、同僚意識がない、職種間で対立している（3）各部署で不満が蓄積しており、上から抑えるパワハラ体質で退職者が多い（4）組織の決め事のルールがない、指示系統が不明確で多方面から指示が来る（5）中途採用者が多くなり、自分のやり方が正しいと主張する（6）病院全体の目標設定がなく、現状維持を目標として経費削減を第一に考え

る(7)自分の所属する組織に自信・信頼・愛着がない、という状況でした。この状況を早く解決することが、改革の基本であり原則だと判断し、着任3カ月以内に対策を実行しました。

具体的には、院長と事務長同席で各部署のヒアリングを行い、各部署の目標の設定、各種委員会や運営会議、経営戦略会議の運営方法の決定、「子供メディカルスタッフ体験ツアー」を通して職種間の連携改善、中途採用者の教育プログラム作成などを行いました。看護部では、[愛知医科大学](#)から講師を招いて月に2~4回シミュレーション教育を実施しました。

このような職員の意識改革を行った結果、一体感が生まれ、職種間も仲が良くなり、連携がスムーズになりました。職場の雰囲気良くなると、優秀な職員や医師が集まってきます。医師が増えることで、外来・入院患者が増え、診療収入が増加しました。

もう一つ、業務内容の見直しです。事務部門の採用は、事務の各部門(医事部、総務部、健診部門)で別々に行っており、他の部門の業務に一切関知しない縦割りの組織でした。医師事務作業補助者は看護部付けで、看護部の看護師の下の看護部補助の、さらに下になっていました。医師事務作業補助者間でも上下関係ができて、全く機能しない組織でしたし、指揮系統も曖昧でした。そこで、事務部門を大改革し、事務員として採用したら、医師事務作業補助業務ができるように教育し、それができるようになったら、医療事務あるいは健診部門に移動して、2~3カ所の業務ができるように変更しました。このような人材育成を行うことで、他部門で急に病欠などがあっても緊急対応が可能になりました。お互いに事務職員が協力して業務を行う体制になり、その結果、人員を大幅に増員しなくても患者数の増加に対応できるようになり、事務職員の能力・スキルが大幅に向上しました。

——2017年度から臨床研修医制度に参加していますね。

2017年4月に私が院長に就任して、6月に東海北陸厚生局に行きました。それまで当院は協力型臨床研修病院だったのですが、それを基幹型臨床研修病院にするにはどうしたらよいか相談しました。そこで、「いろいろな条件はあるけど、例えば研修医を2人採用するのなら病理解剖が2件以上必要で、それが最低限のルールです」と言われました。

臨床研修病院の申請は8月末が締め切りだったので、7月1日の医局会で、病理解剖への協力を求めました。すると早々に2件病理解剖を実施できたため、申請に間に合いました。そして2018年2月、国の審議会で認可されました。院長に就任してすぐに申請ができて、本当に良かったと思います。

——臨床研修はどのように進めているのですか。

初期臨床研修医の到達目標(ゴール)を「[高齢者](#)医療を実践できる」にしてあります。2年終了時点で、問診、診察、手技、治療、患者家族への説明、退院調整、[外来診療](#)ができて、研修終了になります。救急外来で入院となった患者さんの入院手続きに始まり、治療計画、検査実施、治療実践、退院調整、退院という一連の流れのなかでスキルアップします。単なる1カ月ごとのローテーション方式(大学病院方式)ではなく、一例一例地道に経験をすることを積み重ねていきます。半年たつと臨床現場で自信がついてきます。

指導医に関しては、当院の部長クラスの医師は[愛知医科大学](#)や[岐阜大学](#)から来ています。大学では講師クラスで、学生に教えたり、研修医に教えたりしてきた先生たちですので、指導するノウハウを持っています。研修医たちを指導できる場があると、良い医師が就職してきます。今までの自分のキャリアや経験を教えられる環境は一段違いますが、それぞれの地域の病院が再生していく一番の基本は、教育です。教育がきちんとできる病院には、優秀な指導医が集まります。

きちんと指導してくれる病院には、大学側も医師を派遣しやすいです。私は14年間、[愛知医科大学](#)で、医師を派遣する側にいたので、自分の医局の若い医師をきちんと指導してくれる病院に出します。単純に労働力としてほしいと言われると、派遣の優先順位は低くなります。そのためには、専門医制度を理解し、研修施設(教育病院あるいは教育関連病院)に認定されることが必要条件になります。内科専門医の基幹型プログラムも立ち上げました。その後のサブスペシャリティ専門医も次々と施設認定を取得しています。現在、初期研修医が6人、内科専攻医3人、外科専攻医3人、整形外科専攻医1人の若い病院になっています。

——医師の働き方改革はどのように取り組んでいますか。

当院は、医師が約40人いますが、その7割は、1時間ぐらいかけて通勤しています。そのため、多くの医師は道路の混まないちょっと早めの時間(午前7時半から8時の間)に来て、午前8時半までにだいたい病棟の回診は終わっています。必要があればカンファレンスも行っています。午前8時半から通常業務を始め、当直業務や患者の具合が特に悪くなければ、ほとんどは午後5時で帰宅します。

午後5時から8時までは当直医と研修医とサポート医の3人体制です。一定年齢を超えた医師は当直を免除されますが、午後5時から8時まではサポート医として支援します。午後8時以降は当直医と研修医の2人体制になります。その時、救急車が来れば当然診ます。もし、夜間、病棟で急変した患者が亡くなっても原則的に主治医は呼びません。そ

のために事前に家族に説明がしてあり、当直医が看取りもします。夜間に1時間かけて病院に来ることはほぼゼロです。そのため、当院では時間外労働時間が年960時間を超える医師は一人もいません。

——医師がこのような働き方をするためには、何が重要ですか。

病院は医師が増えなければ、収入は増えません。経営状況が悪い病院になると、総収入が上がらないので、人件費を減らしていきます。そうすると、医師は採用できないし、看護師も事務職員も採用できないことから医師の負担が増大するという悪循環に陥ります。一番大事なのは、医師が疲弊して辞めないことです。医師を疲弊させないことを病院全体、職員全員のコンセンサスにしています。逆に医師には、自分のいない夜間帯は、別の職員（医師、看護師、事務職員）が頑張っていることを説明しています。職種を越えて、お互いを尊重する心が重要です。

このような取り組みが評価され、医師が集まって来るのではないかと思います。また、医師の働き方は看護師にも波及します。緊急入院患者が多くなる時期は別ですが、そうでなければ、看護師もほとんど定時で帰ります。医師の働き方や職員の働き方、患者を助け、職員を育てる病院という魅力をアピールしていくことが大切だと思います。

◆今井 裕一（いまい・ひろかず）氏

1977年秋田大学医学部医学科卒業、同年、国家公務員共済虎の門病院研修医。1979年秋田大学医学部第三内科、1985年米国テキサス州立大学ヒューストン校留学。2002年秋田大学医学部第三内科助教授。2003年愛知医科大学内科学講座腎臓・膠原病内科教授、2009年同大学腎臓・リウマチ膠原病内科教授を経て、2017年社会医療法人厚生会多治見市民病院院長に就任（現職）。日本内科学会認定総合内科専門医、指導医。アメリカ内科学会上級メンバー。日本腎臓学会認定腎臓専門医、指導医、日本リウマチ学会認定リウマチ専門医、指導医。

【取材・文＝紅 義朗（写真は病院提供）】

記事検索

ニュース・医療維新を検索

