

前回の分析まとめ

外部要因

- 医師確保問題
 - 新臨床研修医制度による医師不足
- 診療報酬マイナス改定
- 公立病院改革ガイドライン
- 小児医療問題
 - 利益上がらない
- 外来報酬が低い

内部要因

- 院長のマネジメント能力不足、リーダーシップ不足
 - 経営感覚がない、方向性を出せない
- 周辺市との協力体制不足
- 市側の提案不足
- 小児科を主体とする病院コンセプト
- 施設老朽化

財務

- 人件費高騰化
- 病床稼働率低い
- 材料費少ない
- 未収金多い
- 非常勤職員の支払いが多い
- 入院・外来単価が低い

展望と対策

- 小児医療を県全体で
- 小児中心の病院コンセプトを変える
- 医師会との協力関係
- 正規雇用を増やす
- 周産期も行う

S市立病院のケースを振り返って ～公立病院経営改革～



国際医療福祉大学大学院

武藤正樹

目次

- パート1
 - 公立病院経営の危機の背景
- パート2
 - 公立病院経営の悪化
- パート3
 - 公立病院経営改革ガイドライン
- パート4
 - 地域連携から地域統合へ



パート1

公立病院経営の危機の背景



公立病院とは？

- **公立病院**とは、地方公共団体がが経営する医療機関、**自治体病院**ともいう
- 地方独立行政法人へ移行した医療機関や公立大学法人の付属病院等も、慣習上、公立病院と呼ばれることが多い
- 厚労省によると、都道府県や市町村などの自治体が運営する医療機関(病院・診療所)は、全国で4,578施設となっていて、地域医療の中核をなす

公立病院の特徴

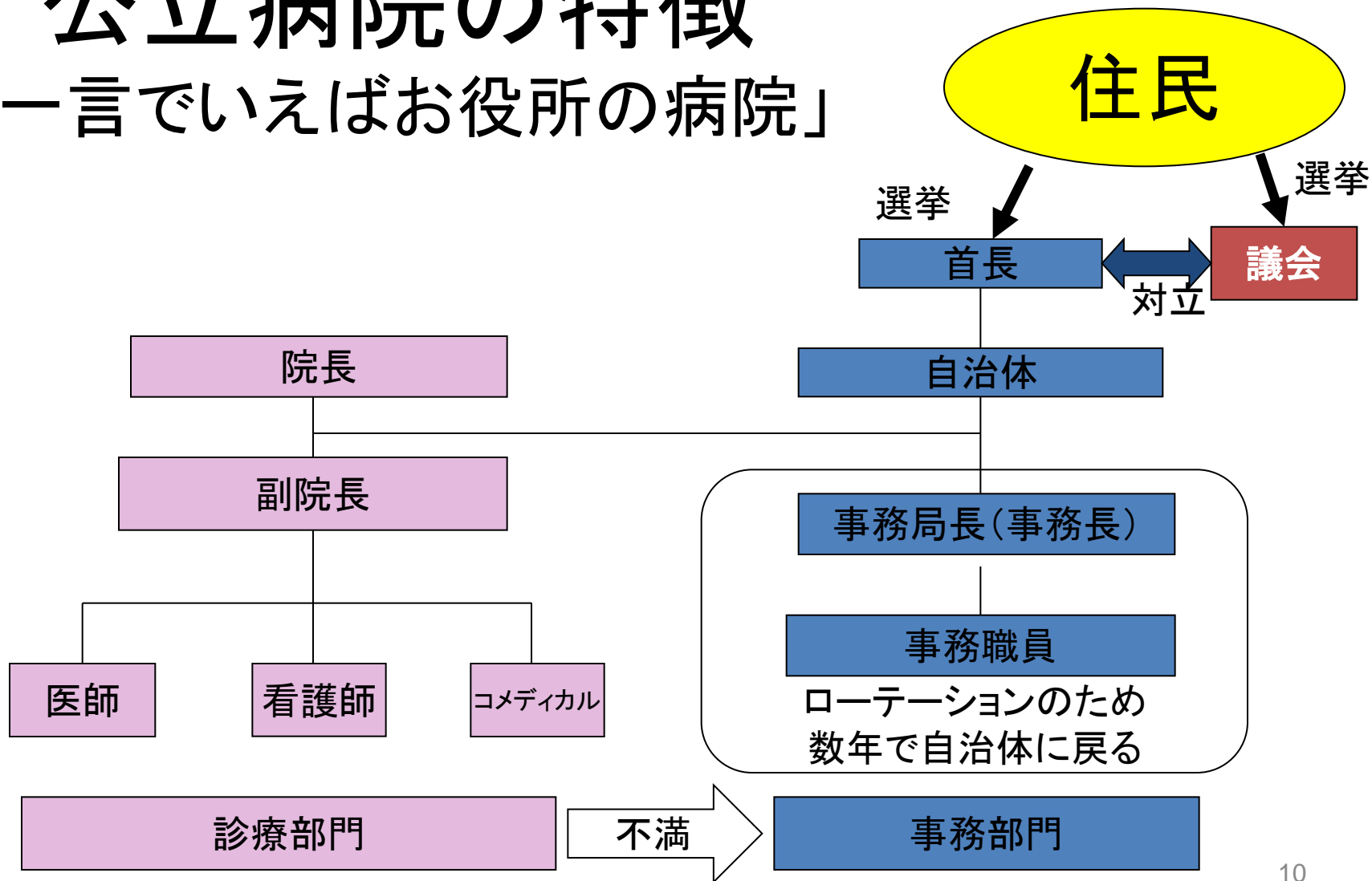
- 施設の直接の管理・運営責任者は施設長、開設者としての最高責任者は首長となっている場合が多い。
- 病院の予算、決算は、自治体の他の事業と同じように、議会の承認が必要であり、条例に基づいて執行される。
- そのため、調達や工事等の契約は、地方自治法に基づき財政を取り扱う場合の一般競争入札、指名競争入札、随意契約の事務と同じである。
- 自治体直営の病院のスタッフの身分は、医師、看護師、薬剤師などを含め地方公務員である(ただし、指定管理者、下請事業者等の従業員は除く)が、非公務員型の地方独立行政法人の病院の職員は公務員ではない。

公立病院の特徴

- 公立病院は、しばしば首長選挙の争点になることがある
- 住民は病院の診療科が廃止されたり、病床が縮小されることに反対
- 住民のコンビニ受診が公立病院の医療従事者を疲弊させることも問題になっている

公立病院の特徴

「一言でいえばお役所の病院」

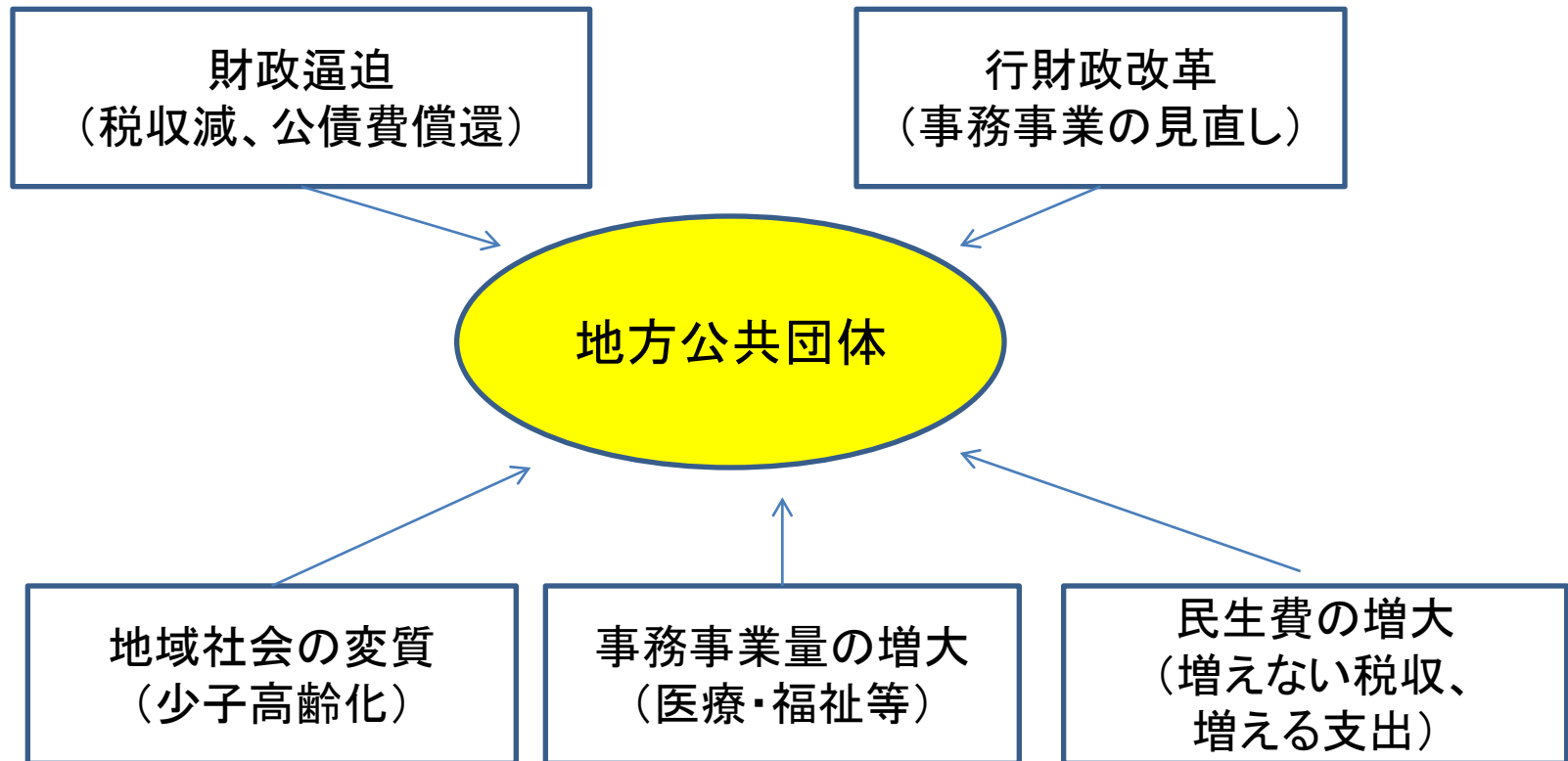


公立病院の経営問題

- 地方自治体の財政難や医師不足などに伴って、自治体病院では統廃合や民間への譲渡などの再編が進んでいる。
- 2011年までの5年間に、全国の施設数は413施設(全体の8.3%)減少した
- また、自治体病院の累積赤字は2009度で2兆1,571億円に上り、その10年前の倍近くに悪化している
- 自治体病院の経営体質は高コストであることが指摘されていて、建設費が民間病院に比べて2-3割高い
- 公務員の給与体系に合わせていることが多いので、職員の人件費も経営上の問題

公立病院の経営問題

- 自治体を取り巻く環境が厳しくなっている



自治体病院を取り巻く環境

少子高齢化(人口減少、高齢者激増、医療ニーズ、介護ニーズの増加と疾病の変化)

医師確保問題、人件費増、市外への患者流出、慢性赤字基調

自治体立病院

老朽化する既存施設と改築需要、しかし財政難

医療の高度化、機能充実化の養成、しかし財政難

救急医療体制の不備
(地域中核病院の機能を果たせない施設が多い)

地方における深刻な医師不足の要因

医師：
都市部以外の中小規模
地方病院の勤務を避ける傾向

- ① 過重労働・勤務をいやがる
- ② 先端的技術・技量のトレーニングを受ける機会がない。医療の進歩に取り残される。
- ③ 地方では新臨床研修に対応できない
- ④ 学会活動に参加する余裕がなくなる
- ⑤ 地方で働くモチベーションがない

公立病院経営を直撃した 新臨床研修医制度

- 新臨床研修医制度以前
 - 公立病院では、大学医局の人事による医師派遣が主であった
 - 公立病院は医局から送られてきた医師を直接雇用し治療に当たってきた
 - 医師の交代などの人事権は派遣大学の各科の医局の一存で決まっていた
 - しかし、医局が機能していたので、それなりに地方の公立病院への医師派遣が行われていた

新臨床研修医制度と医師不足

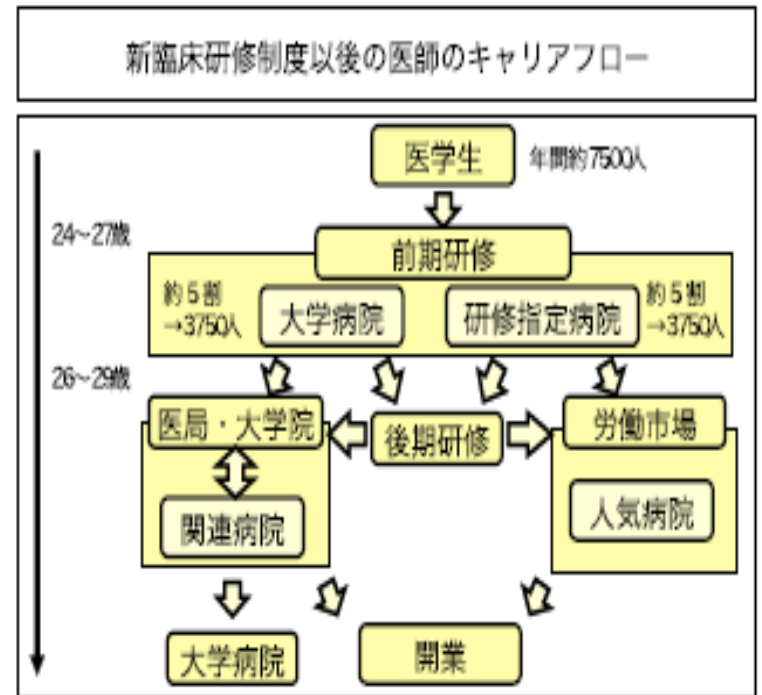
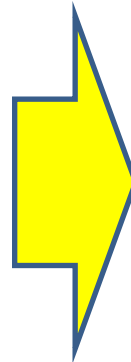
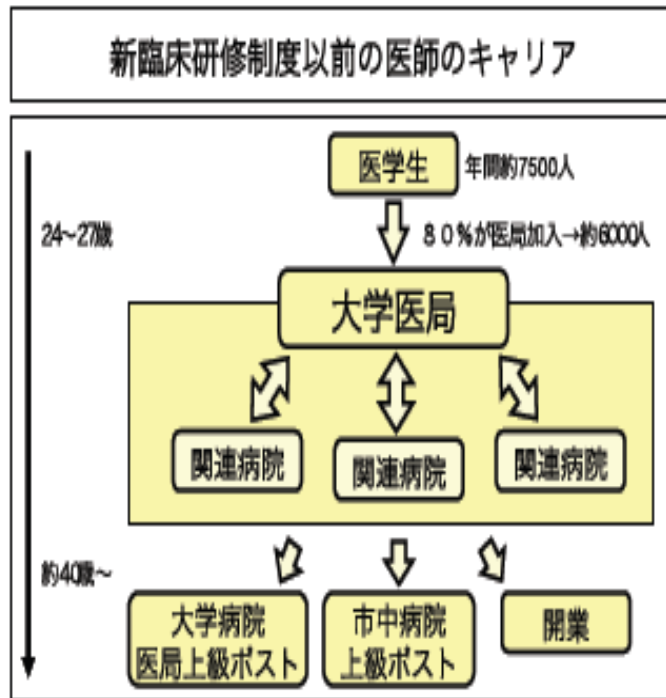
- 2006年の新臨床研修医制度以降
 - 新医師臨床研修制度の開始に伴い、従来、大学病院など特定の病院においてのみ研修が可能であったのが、一般の民間病院においても研修が可能となった
 - 研修医は症例が多い病院を選択する傾向があり、症例の多くない地方の病院や小さな病院での研修や、薄給で直接医療と関係のない下働きが多いとされた大学病院を研修先として避けるようになった

新臨床研修医制度と医師不足

- このため大学病院に研修医が来なくなった
- 大学病院はもともと研修医の労働力で成り立っていたこともあり、大学病院にとっては大打撃
- 大学病院は付属病院の臨床医療を維持するために地方の公立病院に派遣していた医師を引き上げざるを得なかった
- こうして地域の公立病院から中堅の医師が引き上げられたことで、公立病院の診療科が次々と閉鎖に追い込まれる事態が相次いだ
- とくに、300床以下の中小病院、特に公立病院が打撃を受けた。

新臨床研修医制度と医師不足の構造

2006年以降



医師の地域偏在の課題と政策提言、東大公共政策大学院 西部ら

公立病院が最も新臨床研修医制度の 影響を最も受けた

表1: 常勤医師数の推移 厚生労働省: 病院報告より作成

	平成 15 年常勤医師数	平成 18 年常勤医師数	差
総数	136,407	139,820	3,413
国	21,766	21,121	-645
厚生労働省	5,698	885	-4,813
その他の国	16,068	20,236	4,168
公的医療機関	42,458	42,382	-76
都道府県	9,798	9,547	-251
市町村	19,853	19,115	-738
その他の公的医療機関	12,807	13,720	913
社会保険関係団体	5,350	5,523	173
公益法人	7,030	7,439	409
医療法人	34,116	34,954	838
その他の法人	20,813	24,346	3,533

¹⁹ 表中で、国の医師数が減少しているが、これは、この間国立病院の独立行政法人化が進んだためであり、単なる組織変更の影響である。

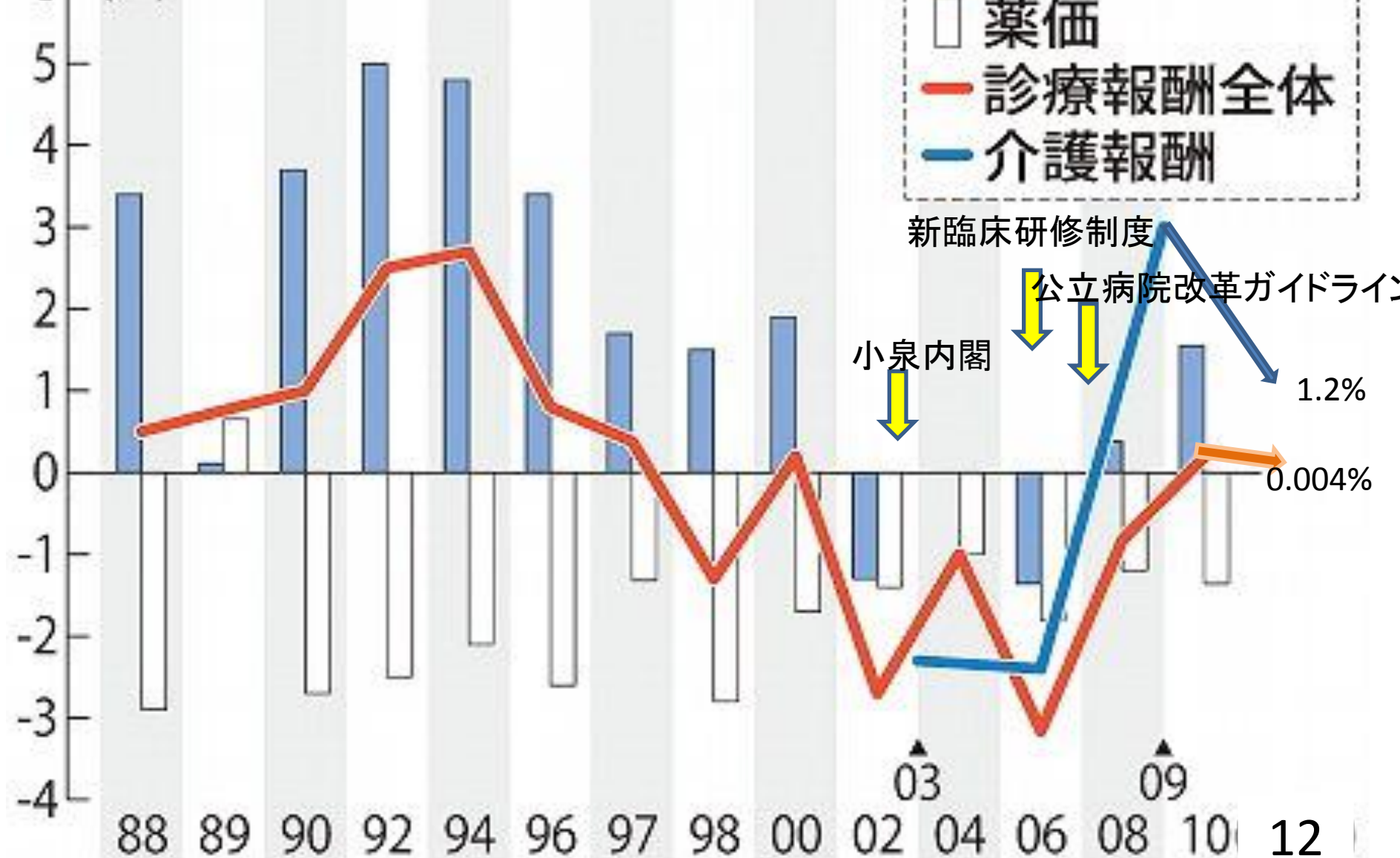
さらに小泉内閣の構造改革路線が 公立病院経営を直撃した！

- 2002年から始まる小泉内閣の医療費削減策
 - 聖域なき改革
 - 毎年2500億円の医療費削減
- 医療崩壊、立ち去りがたサボタージュ



診療・介護報酬 改定率の推移

6 (%)



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

パート2

公立病院経営の悪化



民間病院と公立病院の収支比較

高コスト体質で赤字の公立病院(2008年度データ)

	民間病院	公立病院
1病床当たり収入	13,159千円	16,006千円
人件費率	53.3%	58.5%
材料費率	20.0%	26.8%
委託費率	5.4%	9.3%
医業収支比率	1.4%	-13.7%

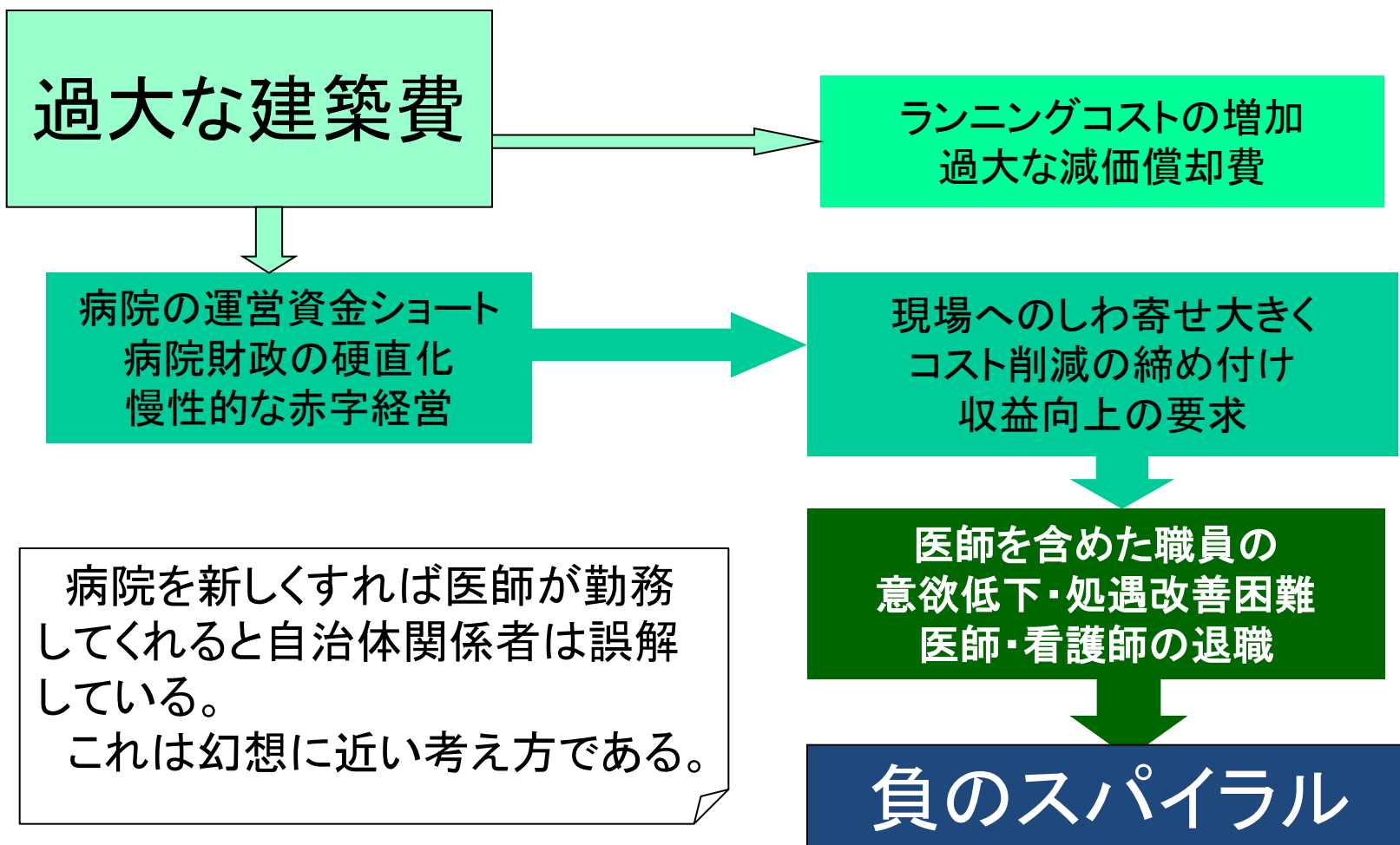
民間病院と公立病院の収支比較

平成20年度データ

【公立病院】

- 病床を多く抱え、1病床あたりの収入も多いが、高コスト体質のため、
- 医業収支（利益）が民間病院よりも低くなっている
- 公立病院は民間病院と比べて、利益を出しにくい体質である

公立病院では、病院建築費用も高額



小樽医師会資料より

容認されてきた赤字

公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち
**採算性等の面から民間医療機関による
提供が困難な医療を不採算医療を提供
することで赤字が容認されてきた**

- 例: ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎 地域の一般医療
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療
- ③がん・循環器等、高度・先進医療
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

公立病院の赤字は分析されてきたか？

公立病院の赤字は下記の2点に分けられる

◆マネジメント不可能な赤字

へき地、救急医療など**公立病院の機能によるもの**、

◇マネジメント可能な赤字

経営努力によって、マネジメント可能なもの

従来、これらが分析されずに議論されてきたのではないか。

◆マネジメント不可能な赤字について、運営資金等の格別の配慮が必要

◇マネジメント可能な赤字について、経営能力を問うべき

赤字を出しやすい公立病院には 共通性がある

【収入面】

- ・経営戦略・戦術が政策の変化によって大きくぶれる病院
- ・経営判断に時間がかかりすぎる病院
- ・経営と運営が分離している(現場の声が届かない)病院

【費用面】

- ・患者数のわりに豪華な建物の病院
- ・目先のコストを下げることに終始する病院
- ・給与体系等肝心なことが曖昧模糊としている病院

パート3

公立病院経営改革ガイドライン

総務省(2007年)

公立病院改革はなぜ必要か？

- ① 自治体病院の経営状態・コスト構造の改革
- ② 地方自治体財政の健全化の要請
- ③ 「民間でできることは民間へ」民営化の流れ
→独立行政法人化・指定管理者制度導入の推進
- ④ 医師不足解消
→研修制度・医師引き上げによる人材不足の影響を公立病院は強く受けた
⇒診療科の閉鎖・廃院に追い込まれる病院も

公立病院改革ガイドライン

- 背景
 - 公立病院経営悪化
 - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
 - 2007年総務省の懇談会スタート
 - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
 - ①経営効率化
 - 3年程度(2010年ごろまで)
 - ②再編・ネットワーク化
 - 5年程度(2012年ごろまで)
 - ③経営形態の見直し
 - 5年程度(2012年ごろまで)

経営の効率化

■ 主要な経営指標について数値目標を設定



- 給与・定員管理の適正化
- 経費の削減合理化
- 収入確保(病床利用率の向上)

再編化 ネットワーク化

■ 地域（二次医療圏）全体での医療サービスの提供



- 基幹病院における医療スタッフの集中化 等
- 日常的な医療を行い機関の再編成
- ※ 都道府県におけるネットワーク構想

経営形態の見直し ※事業形態の見直し

■ 民間的経営手法の導入



- 経営形態見直しにおける選択肢
全適、地方独立行政法人(非公務員型)、指定管理者制度の導入、
民間委譲

公立病院改革プランの3つの柱

- ①経営効率化
 - 経常収支比率
 - 人件費率
 - 病床利用率
 - 3年連続で病床利用率70%未満の場合、診療所への転換や病床削減
- ②再編ネットワーク化
 - 公立病院同士の再編
 - 診療科の再編
- ③経営形態の見直し
 - 地方公営企業法全部適用
 - 独立行政法人非公務員型
 - 指定管理者制度

①経営の効率化

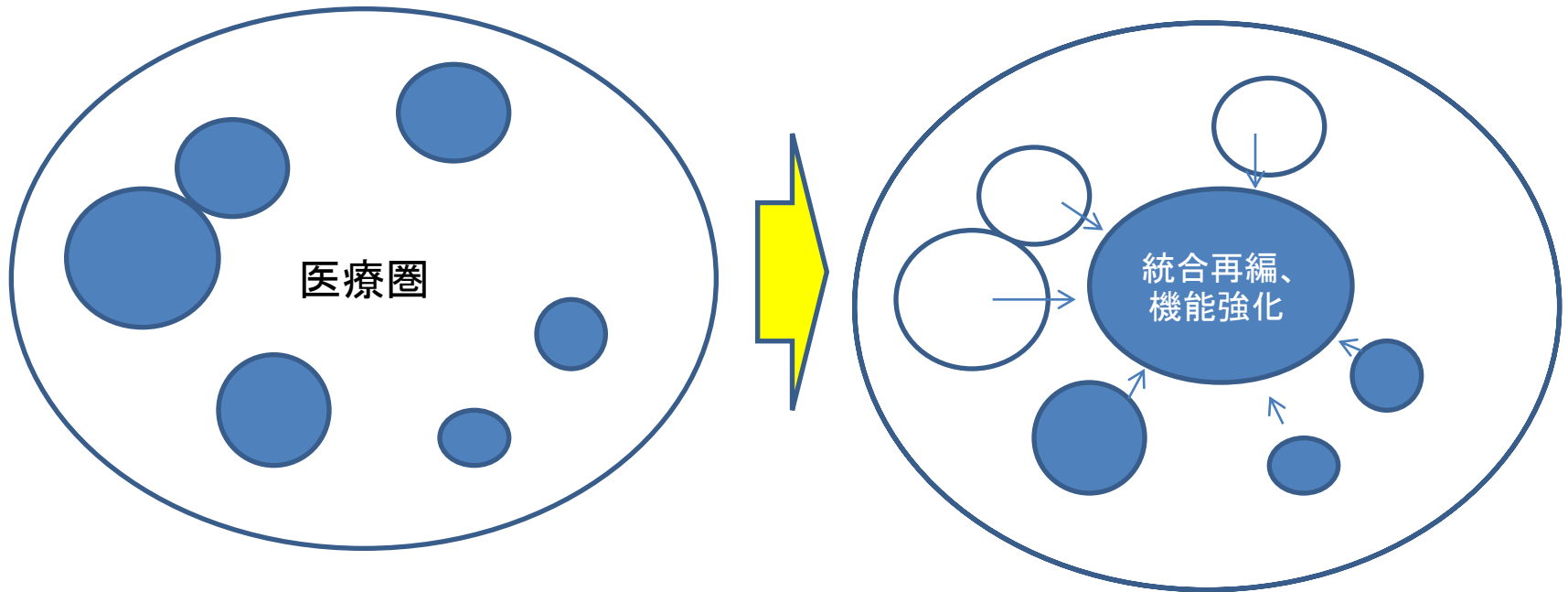
- 経営指標に係る数値目標を設定
 - 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
 - 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途
 - (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
 - 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

②再編・ネットワーク化

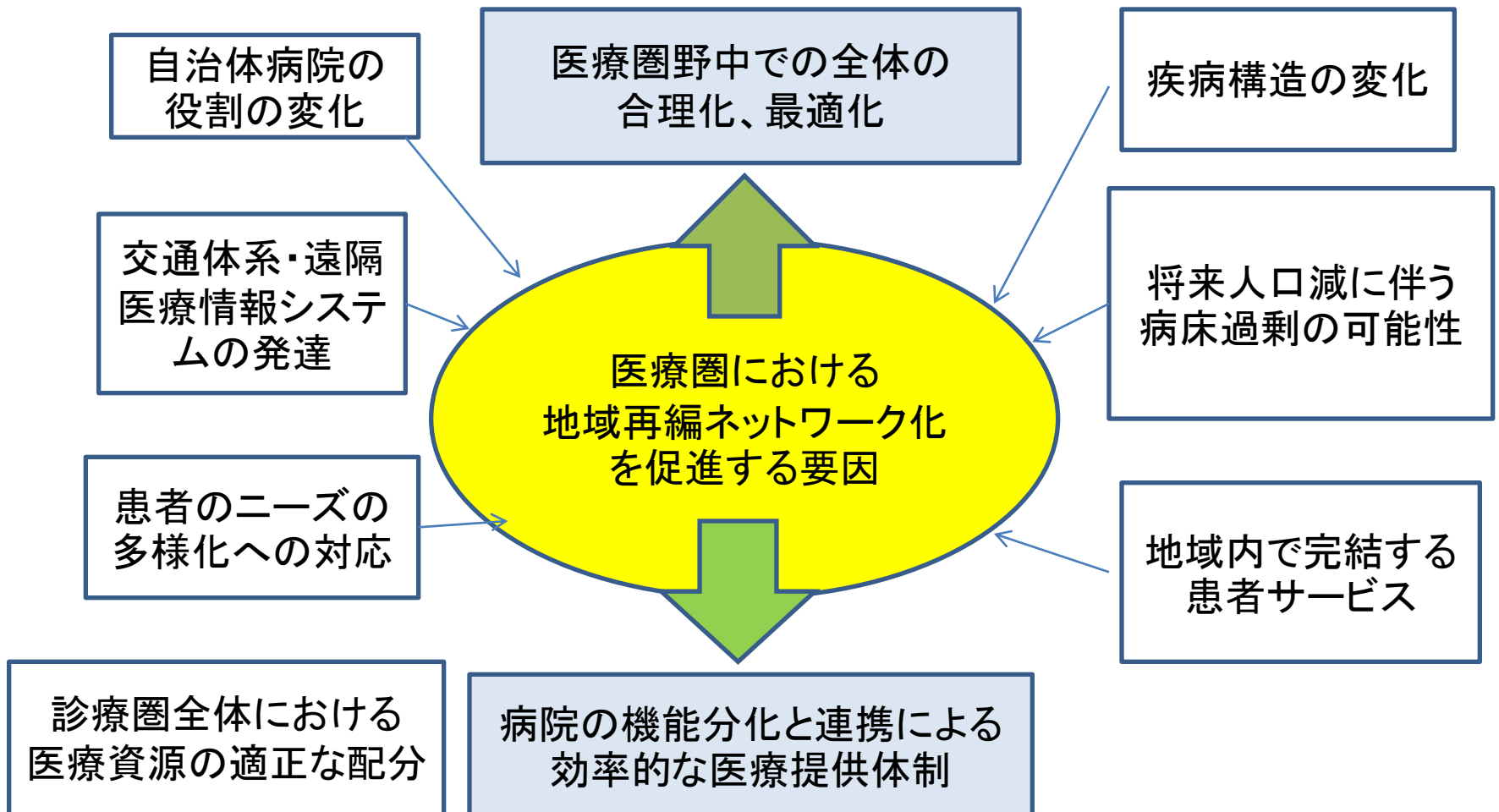
- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

広域における病院の再編・統合、 ネットワーク化

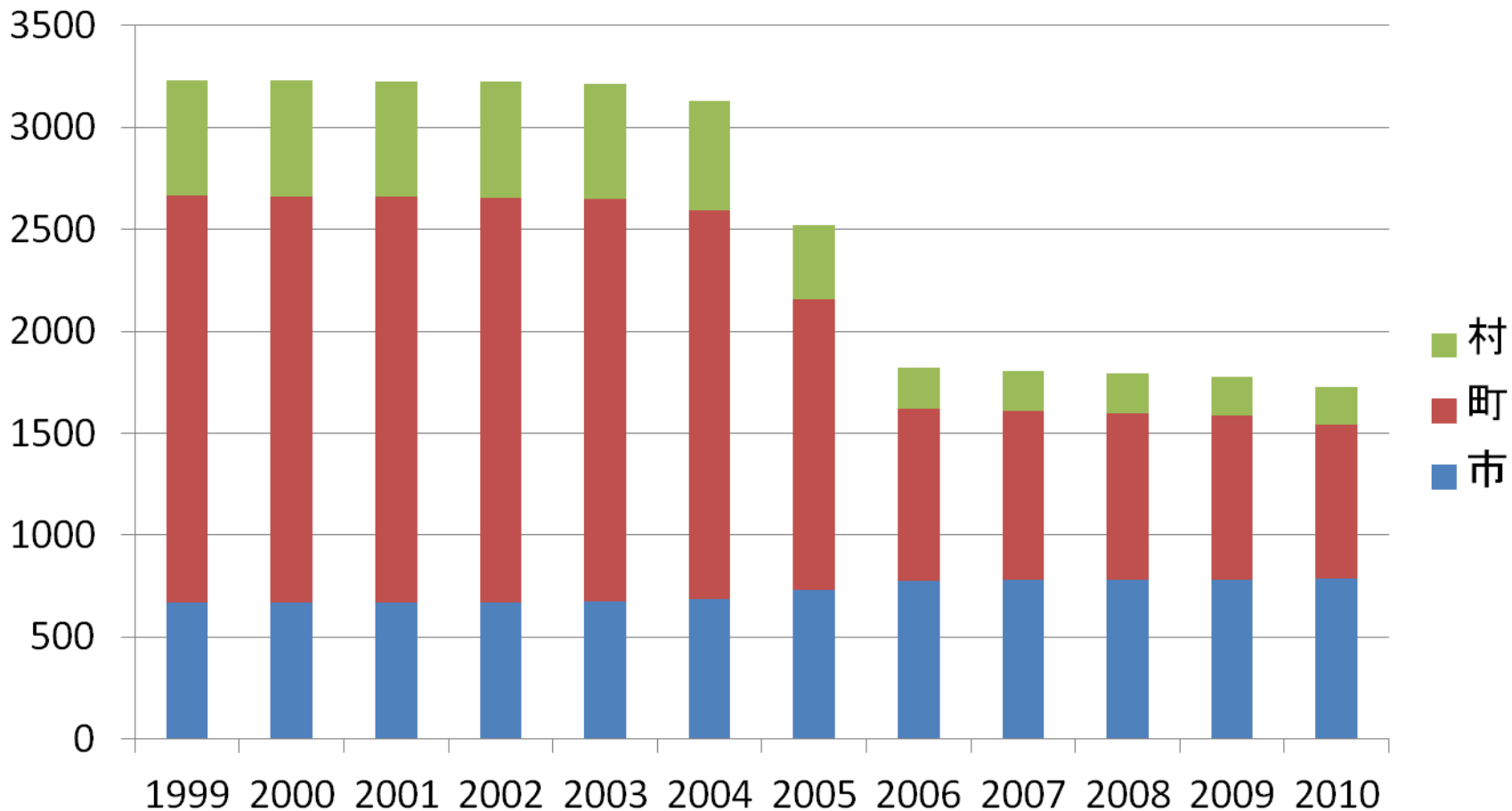
- 医療圏の中でバラバラな病院
- 医療人材の分散化
- 医療機器の重複投資
- 広域における病院の再編・統合、ネットワーク化



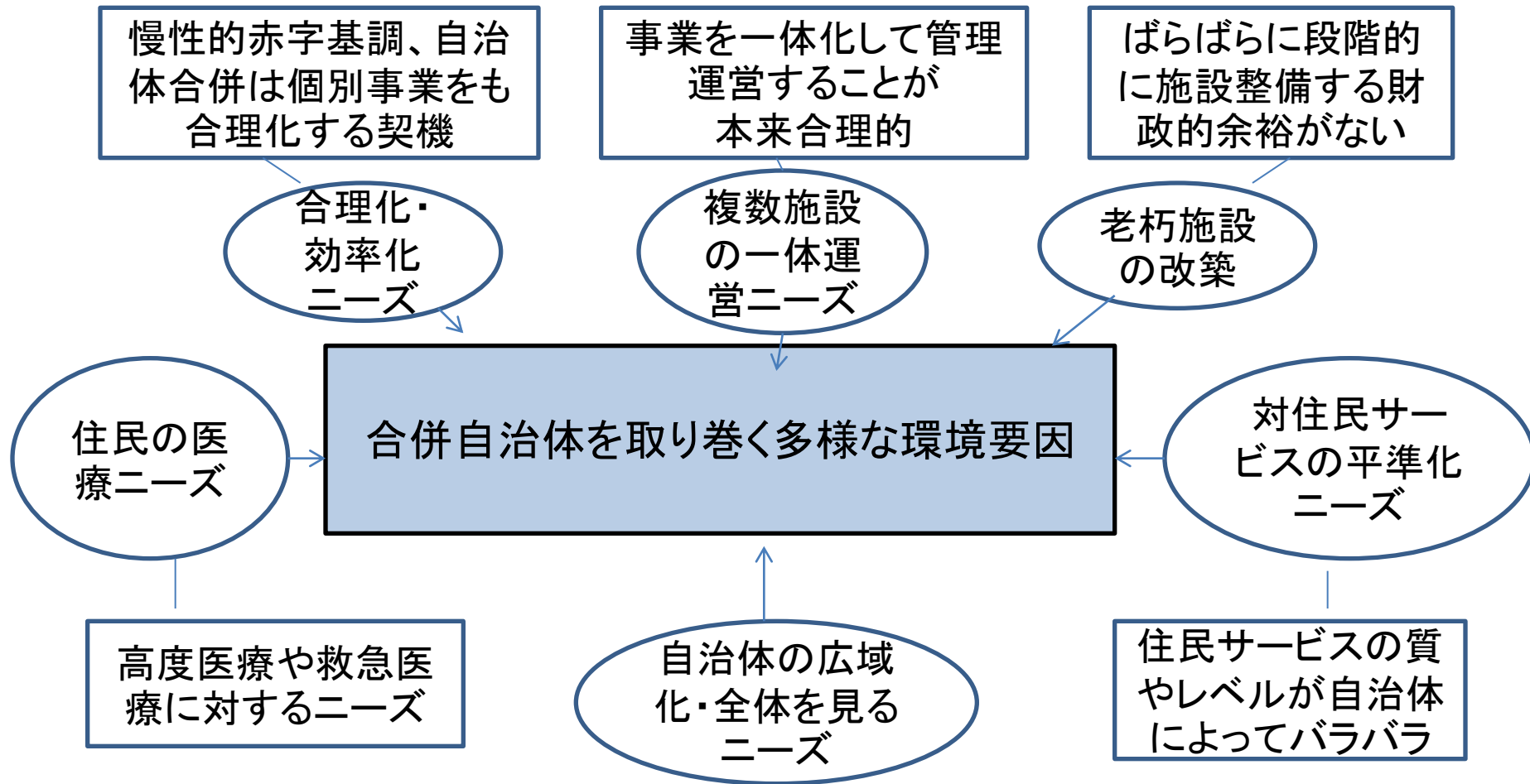
広域再編の要因と背景



平成の市町村大合併が 病院再編のチャンスだった



合併する自治体の場合における環境要因



③経営形態の見直し

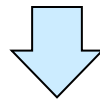
- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

公立病院改革ガイドラインより

経営形態の見直し

地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組み易い側面がある半面、逆に民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであることに留意すべき。また、いずれの経営形態によっても、権限と責任が一体化される予必要がある。

- 地方公営企業法の全部適用 → 効果がない場合は見直しが必要
- 地方独立行政法人化(非公務員型) → 公務員型は認められない
- 指定管理者制度の導入 → 適切な管理者の選定に留意



- ・ 地方公営企業法全部適用による「改革したフリ」はNG。
- ・ 独立行政法人化・指定管理者制度導入等の抜本的な改革が求められる。

参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

地方公営企業法全部適応

- 地方公営企業法一部適応
 - 地方公営企業法とは地方公共団体の経営する企業の組織・財務・職員の身分について定めた法律
 - 水道、工業用水、軌道、自動車運送、地方鉄道、電気、ガスなど
 - 公立病院の多くは地方公営企業法の財務規定の部分だけが適用されている
- 地方公営企業法全部適応
 - 条例で組織や職員の身分規定などすべての条文を適用すること
 - 全部適応で新たに任命される病院事業管理者は予算や職員の人事権を持ち、給料も決められるため、より柔軟な経営ができる。
 - 一方で、経営責任が明確化される。

地方独立行政法人

- 地方独立行政法人化(非公務員型)は、地方独立行政法人法の規定に基づき法人を設立し、経営を譲渡するもの
- 別の法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体の直営事業に比べ、予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自立的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待
- ただし、法人への移行に際しては債務超過状態の解消その他の過大も多く、特に小規模病院での導入に際しては自立的経営維持の観点から、その後の運営に支障が出ないように検討を重ねるべきである。

指定管理者制度

- 指定管理者制度は、地方自治法の規定により、法人その他の団体に公の施設の管理を行わせる制度
- 民間の医療法人等（日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。）を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法の導入が期待される
- 本制度の導入が効果を上げるためには
 - ①適切な指定管理者の選定
 - ②提供医療の内容、委託料の水準等、諸条件について事前に十分に協議し相互に確認
 - ③病院施設の適正な管理のため事業報告書の徴取、実地調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる

公立病院改革ガイドライン 実施状況

2008年～2012年

I. 公立病院改革プランの実施状況等

【調査対象：平成23年9月末現在でプランを策定している635団体[897病院]（地方独立行政法人を含む）】

（平成23年9月末現在）

プラン策定病院数	897
----------	-----

※プラン策定病院のうち、平成23年9月末までに診療所化や民間譲渡等した病院は上記から除いている。

1. 経営の効率化に係る計画

＜平成23年度における経常収支黒字化の実施状況＞

黒字化を見込む病院（=表1①+②+⑤+(C)）	551	61.4%
黒字化を見込めない病院（=表1③+④+⑥+(D)+(E)）	346	38.6%
合計	897	100.0%

（表1）経常収支黒字化に係る実施状況

		※病院数、割合	
21年度に経常収支が黒字の病院	(A)	370	41.3%
H21黒字→H22黒字→H23黒字	①	303	33.8%
H21黒字→H22赤字→H23黒字	②	27	3.0%
H21黒字→H22黒字→H23赤字	③	28	3.1%
H21黒字→H22赤字→H23赤字	④	12	1.4%
22年度に経常収支が黒字の病院	(B)	175	19.5%
H21赤字→H22黒字→H23黒字	⑤	131	14.6%
H21赤字→H22黒字→H23赤字	⑥	44	4.9%
23年度に経常収支黒字化見込の病院	(C)	90	10.0%
小計 ((A)+(B)+(C))		635	70.8%
24年度以降に経常収支黒字化見込の病院	(D)	226	25.2%
24年度に経常収支黒字化見込の病院	⑦	46	5.1%
25年度以降に経常収支黒字化見込の病院	⑧	180	20.1%
経常収支黒字化見込年度が未設定の病院	(E)	36	4.0%
合計 ((A)+(B)+(C)+(D)+(E))		897	100.0%

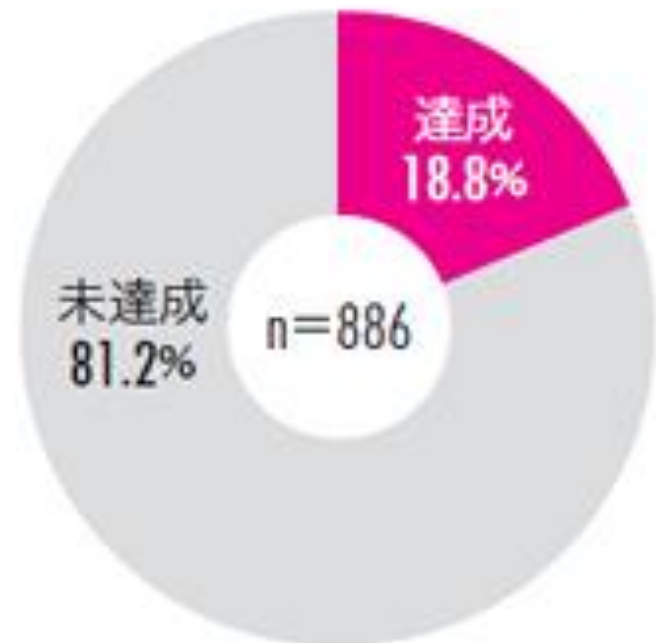
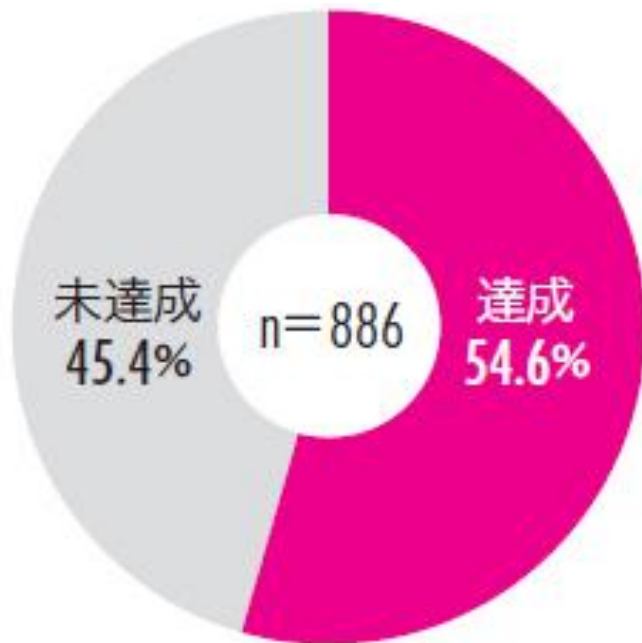
※③④⑥ 21年度又は22年度に黒字であったが、23年度は赤字となる見込の病院（84病院、9.4%）（346病院に対しては24.3%）

※(D) 24年度以降に黒字となる見込の病院（226病院、25.2%）（346病院に対しては65.3%）

※(E) 黒字化見込年度が未設定の病院（36病院、4.0%）（346病院に対しては10.4%）

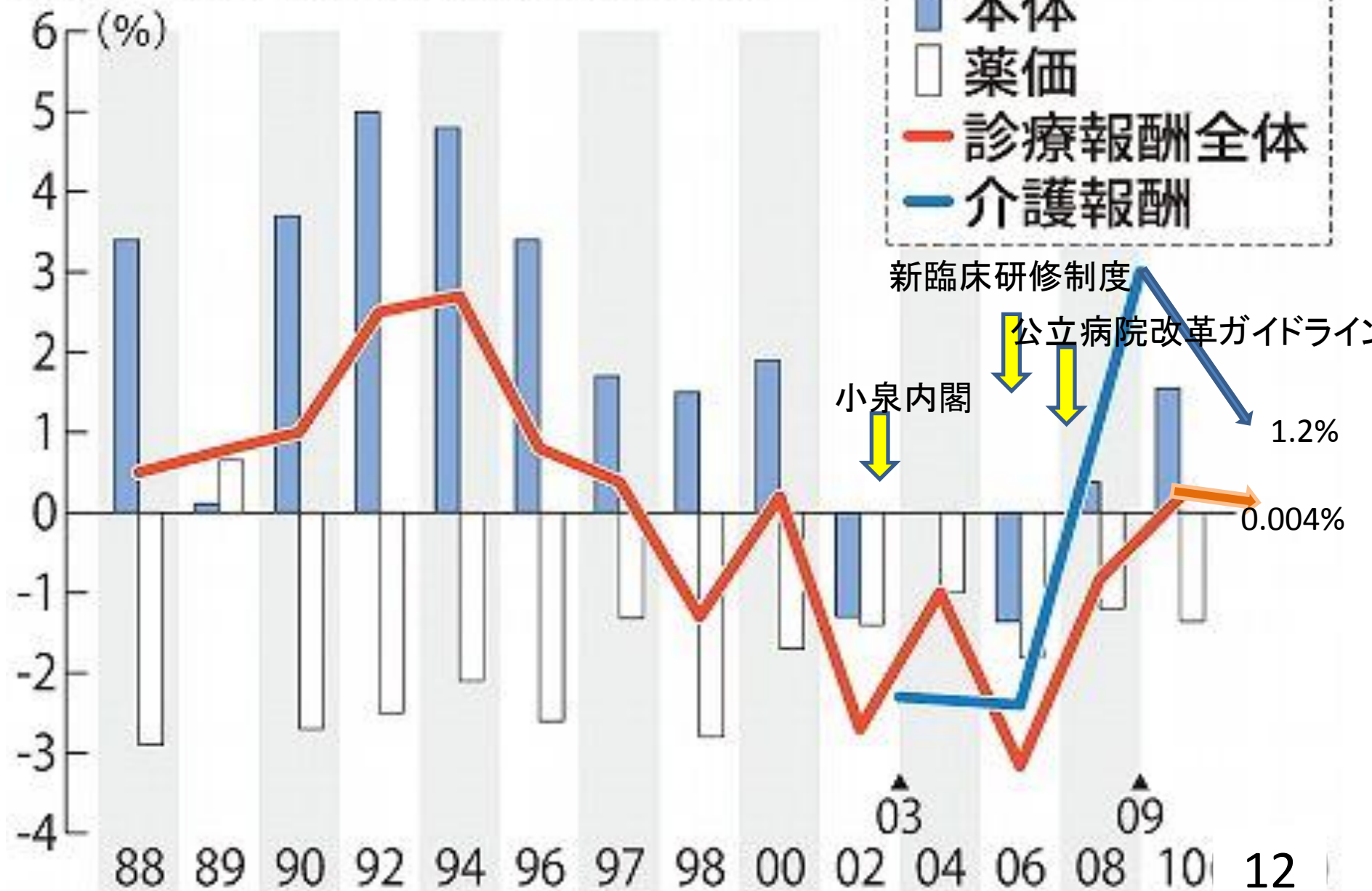
病院改革ガイドライン達成状況

・病床利用率



経常収支比率の目標達成状況(2011年度)

診療・介護報酬 改定率の推移



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

3. 経営形態の見直しに係る計画

<平成23年9月末までの実施状況及び今後の見込み>

(1) 平成23年9月末現在の経営形態見直し計画の状況

※病院数

	平成23年9月末 現在の経営形態	見直し実施 済みの病院	見直し実施 予定の病院	見直し実施 予定なしの病院	
				地方公営企業法 財務適用の病院	地方公営企業法 全部適用の病院
経営形態の見直しを 行っていない病院 (地方公営企業法 財務適用の病院)	439	—	364	75	
既に経営形態の見直し を行っている病院	458	136	135	187	
地方公営企業法 全部適用	345	86	115	144	
指定管理者制度	62	10	20	32	
地方独立行政法 人	51	40	—	11	
合 計	897	136	(※) 499	262	

(2) 平成21年度から平成23年9月末までに経営形態の見直しを実施した病院の見直し後の経営形態

※病院数

	プラン策定時 の経営形態	見直し後の経営形態		
		地方公営企業法 全部適用	指定管理者制度	地方独立 行政法人
地方公営企業法 財務適用の病院	126	92	5	29
地方公営企業法 全部適用の病院	16	—	5	11
合 計	142	92	10	40

(※) 経営形態の見直し実施予定病院のうち、見直し内容決定済み病院の見直し後の経営形態

	平成23年9月末 現在の経営形態	見直し後の経営形態				
		地方公営企業法 全部適用	指定管理者制度	地方独立 行政法人	診療所	民間譲渡
地方公営企業法 財務適用の病院	37	18	8	4	6	1
地方公営企業法 全部適用の病院	11	—	3	5	1	2
合 計	48	18	11	9	7	3

パート4

地域連携から統合へ

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

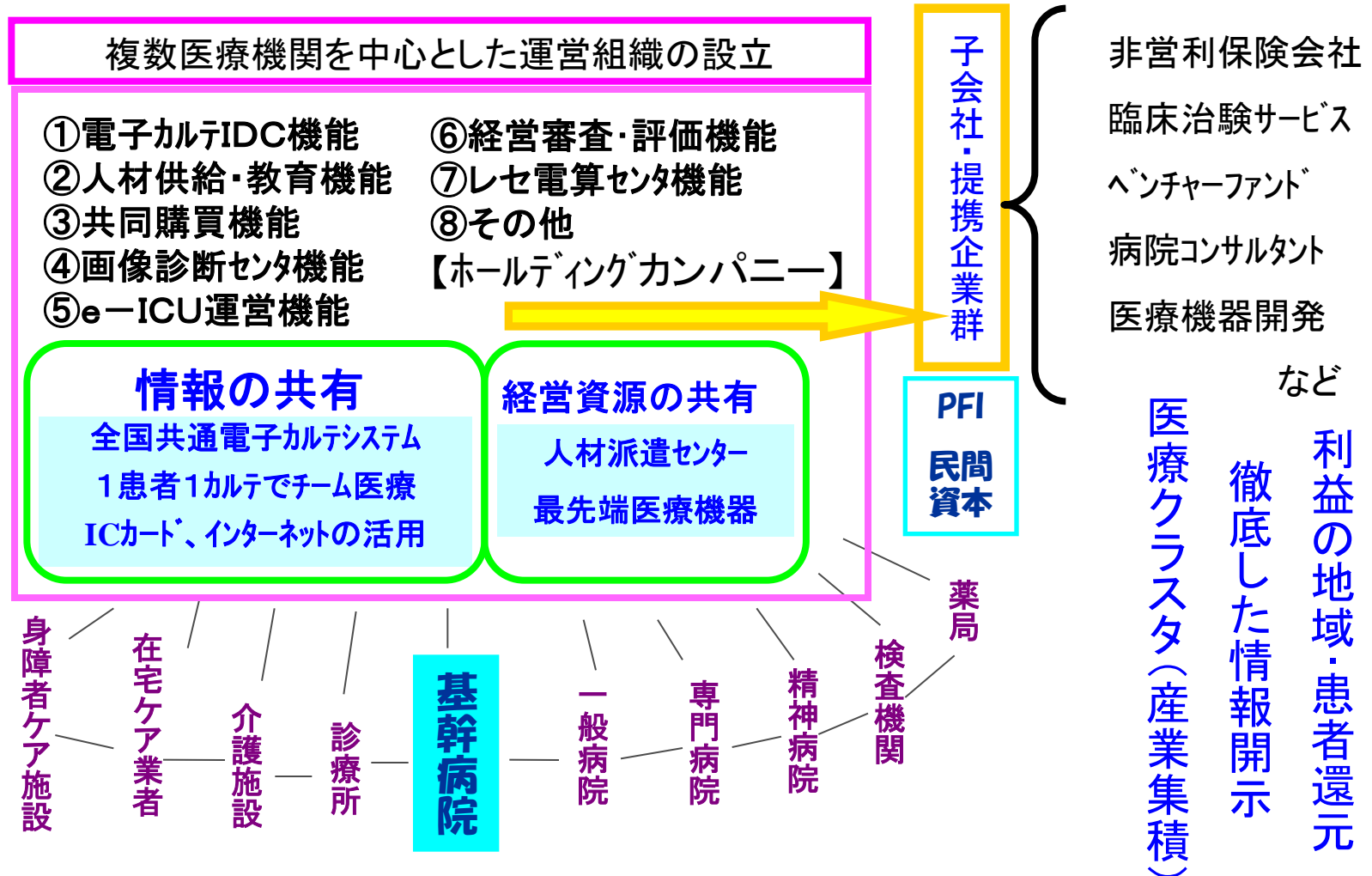
医療法人法の改正



- 経済財政諮問会議（議長：安倍首相）
 - 伊藤元重東大教授
 - 医療法人法の改正（規制緩和）
 - 医療法人同士の合併や権利の移転をしやすいような医療法人制度の規制緩和を進めるべき
 - 新型医療法人
 - 国や自治体が運営する公設病院や健保組合が運営する公的病院などもグループに参加できるような地域経営統合の道を開く

1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



広域医療圏統合事業体

- IHN: Integrated Healthcare Network
 - 「人口数百万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、地域医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する統合医療事業体」
 - 松山幸弘氏、キャノングローバル戦略研究所

IHNモデル

- センタラヘルスケア
 - センタラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
 - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
 - 医科大学を併設
 - 開業医ネットワークとの連携
 - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
 - 規模のメリットを追求



バージニア州 ノースフォーク
センタラヘルスケア

IHNモデル分類

- ①純民間型・1地域密着型
- ②自治体立・1地域密着型
- ③全国展開型
- ④純民間・医科大学業務提携型
- ⑤医科大学主導型
- ⑥完全統合クローズ型。

IHNモデルの成功の秘訣

- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間手法による地域連携から地域統合へ

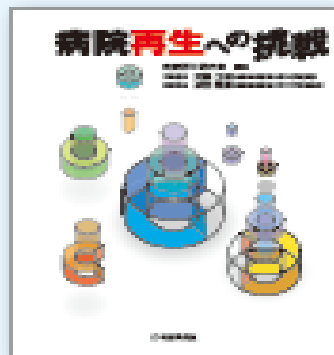
日本版IHN

- 日本版IHN
 - 既存の単独の医療・介護福祉・教育複合体の発展形
 - また先進的な民間病院の連合体構想なども考えられる
 - 今や存続が危ぶまれている公的病院のリストラプロセスの中での地域統合ネットワークも現実的な選択肢

好評発売中！

病院再生への挑戦

●病院再生研究会
 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
 成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授
 ●B5判／122頁
 ●定価（本体価格2,800円＋税）
 ●ISBN978-4-902266-59-7

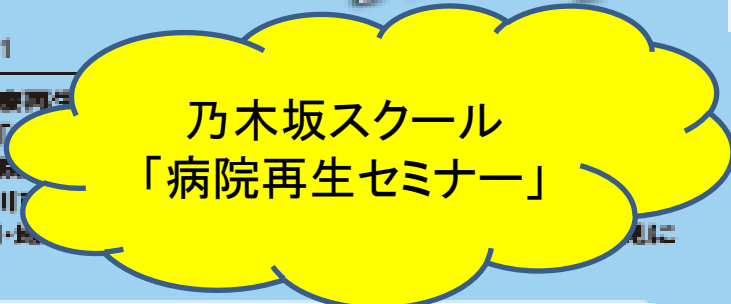


続・病院再生への挑戦

■編集 病院再生研究会
 代表幹事 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
 事務局長 成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授
 ■B5判／98頁
 ■定価（本体価格2,800円＋税）
 ■ISBN978-4-902266-80-1

本書の内容

意欲的に医療再生に取り組む自治体関係者
 本書は専刊「病院再生」の続編として、2012年に国際医療福祉大学大学院で実施された「病院再生セミナー」の事例や地域医療再生基金・ICT活用・地域連携などに
 関するアイディアを紹介。

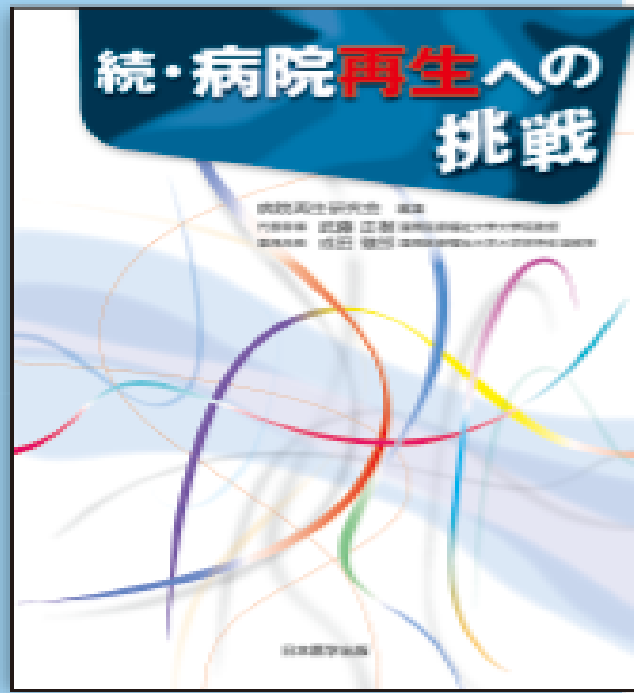


対象

病院経営者・医療従事者・企業関係者・自治体関係者

CONTENTS

- 第1章 病院再生・再編・統合における平成25年問題
 ―改革のキーワード「強」「リーダーシップ」「スピード感」「自主性」―
 東日本税理士法人代表社員 長 隆
- 第2章 地域医療再生とIHN
 キヤンブローバル医療研究所研究室長 松山 幸弘
- 第3章 V字回復の病院事業再生 札幌道都病院の事例
 医療法人社団札幌道都病院経営企画室長 高橋 安昌
- 第4章 十和田市立病院経営改革から考える自治体病院経営のあり方
 ―十和田市病院事業経営評価委員会の議論を中心に―
 元青森県十和田市副市長 小久保 純
- 第5章 豊川市民病院の広域医療連携 ―愛知県東三河の事例―
 豊川市民病院事業管理者 佐々木 徳義
- 第6章 独立行政法人国立病院機構滋賀病院の改革
 独立行政法人国立病院機構滋賀病院院長 井上 修平
- 第7章 病院の経営破綻を招かないために 国際医療福祉大学大学院客員教授 瀬上 清貴
- 第8章 地域医療再生基金について 厚労省医政局看護課医療確保等地域医療対策室長 平子 哲夫
- 第9章 公立病院改革について
 統括者自治財団同埠公営企業室長 松田 浩樹
- 第10章 再生基金とICT活用の先駆的事例 ―佐酒地域医療連携ネットワークの構築―
 新潟県生達佐酒総合病院外科部長 佐藤 賢治
- 第11章 再生基金とICT活用の先駆的事例 ―山形県置賜圏域事例―
 公立置賜総合病院院長 新澤 陽英
 公立置賜総合病院医療連携部長 山田 昌弘
 公立置賜総合病院医療連携・相談室室長 古田 貴海
- 第12章 医療・介護再生への提言 ―医療領域の深層、日本人はなぜ同じ轍を踏んで来たのか！―
 埼玉県済生会栗橋病院院長補佐 本田 宏



まとめと提言

- ・公立病院改革は待ったなし。
- ・新たな公立病院改革ガイドラインが策定されようとしている
- ・地域連携から地域経営統合への流れが加速されるだろう

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp