



高橋教授の

この人に会いたい

Vol.98

ゲスト

阿南英明

氏

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 理事長

全国自治体病院協会によると、2024年度の自治体病院の決算状況は86%が経常赤字で、95%が医業赤字という過去最悪の状況となっている。公立病院の経営の手綱を握り、赤字体質からの脱却を目指す地方独立行政法人神奈川県立病院機構の阿南英明理事長と病院経営や今後の医療の在り方について議論を交わした。

公立病院における経営の在り方とは カギを握る高齢者救急の仕組みづくり

ファイナンシャル・リテラシー持ち経営する

高橋 「最新医療経営フェイズ・スリー」の前号では、映画『フロントライン』が掲げる人道主義について阿南先生にお話を伺いました。今号では、病院経営や今後の医療の在り方についてのお考えをお聞きます。救急で現場をご担当されてきましたが、病院経営の勉強についてはいつなされたのですか。

す。災害時には組織化を図り状況分析から課題を抽出して解決策立案、実行という活動をしますが、事業経営の場合は、同じようなステップを踏みながら厳しい財政的視点が加わります。コロナ禍以前は藤沢市民病院の副院長として財務を含めて経営の勉強に集中して取り組んでいました。経営は、社会との接点の在り方を考えるうえで重要で、私たちが暮らす社会との接点という観点に立ち、大きな社会構造の中においてどのような法律的な仕組みの中で企業や事業体が運営されていくのか、ずっと

と考え続けてきました。とても興味がある問題でした。その仕組みは社会に生きるものとして知っていかざるべきと考えています。しかし、経営についてあまりご存じない医者もいます。損益計算書だけでなく、貸借対照表やキャッシュフロー計算書も理解しておくことをお勧めします。2024年3月、地方独立行政法人神奈川県立病院機構の理事長として私が最初に手掛けたことは、キャッシュの動きの見える化です。経時の変化と将来予測をグラフ化すると、右肩下がり状況が

一目瞭然で近々に資金ショートするリスクが見えるようになりまし。直ぐに県庁幹部との調整を図り、資金ショート回避分として運営費負担金に15・8億円の追加をお願いしてキャッシュアウトを回避しました。

経営することとは、どのような差が出てきますか。つまり、ファイナンシャル・リテラシーの有無で病院経営のパフォーマンスにどの

ような違いが生じるのか、教えてください。

阿南 公立病院と民間病院との明確な違いが、そこにあります。民

間病院の経営者には、ファイナンシャル・リテラシーが絶対に必要です。一方、公立病院の場合、財政的に不足が生じると、補填される仕組みがあります。この仕組みは不採算事業を担う公立病院に必要なことではありますが、単なる甘えの構造になってはいけません。ご質問の回答としては、

の仕事を棚卸し、仕分け作業をまさに進めているところです。

高齢者救急の仕組みを構築する

高橋 今後の医療の在り方を考えるうえで、広域急性期病院と高齢者救急を中心とする地域急性期病院、この二つについてどのようにお考えでしょうか。

阿南 神奈川県立病院機構が運営する5病院のうち、4病院は小児、精神やがんなど専門病院で、1病院は地域の病院です。特に地域医療を担う足柄上病院に関しては先日、病院の幹部を集めこれからの運営方針を示しました。それは、高齢者救急病院になろう、というものです。地域の状況を調べると、今後10年間85歳以上人口が伸び続けることが分かりました。この増え続ける需要の受け皿を担当することが、我々の使命です。現に、85歳以上の救急患者のうち、骨折、肺炎、腎不全で複数回を数える方が既に40%を超えています。この需要は明確に高いですので、ここに注力しようという話をしました。

「きちんと物事を精査して経営すべき」です。必要な出費か否か、現状はその仕分けができていません。神奈川県立病院機構は5病院を運営していますが、県から年間100億円の運営費負担金を注入しても、さらに40億円の赤字の状態が続いています。私は、誠意をもって仕分け作業をするよう命じました。どのような事業に対して県が資金を投入しているかを徹底的にチェックしました。病院のスタッフも意識を変え「大変だ」と無駄を削除し、稼ぐところは稼いで利益を上げようという想いに変化しています。無制限に税金を投入することに正義はありません。赤字なら赤字額を圧縮し、利益を生み出していく。それぞれが自分



撮影=関口宏紀



「救急医療基本法」の立法化に向けた検討を進めています

阿南

高橋 高齢者救急は、広域急性期病院と比較すると単価がずいぶん下がりますね。診療報酬をもっと厚くしても良いように思います。阿南先生はいかがでしょうか。

阿南 上げてほしいと考えています。実は、多角的な方法を重層化する仕組みを考えています。その一つは、地域で最も高齢化率が高い地域には、訪問看護を充実させたいので、医者はオンラインで診療する方法です。身体的負担や免

許返納などの背景から高齢者の通院は家族負担が大きいです。病院に来なくても良質な医療を提供できる仕組みを作ります。加えて少ない医者で多くの患者を診察するために、デジタルが欠かせません。いわゆるMIMP（メデイカル・インフォメーション・プラットフォーム）で、専門病院と連携し、緊急時のバックアップ体制も整えます。この仕組みを整えれば、人件費も抑えられますし、様々な

救急学会では、「救急医療基本法」の立法へ向けた検討を進めており、私が委員長を仰せつかっていています。

高橋 神奈川県は現在、人口当たりの看護師数が日本で一番少ない県です。神奈川県は人口が多いにもかかわらず病院数も少ない。それでも看護師数は下回っていますね。

阿南 看護師の配置数についても同様で、「10対1」「7対1」とい

う計算式を改めることはできないものかと考えています。つまり、看護師が数多くいることが良いことなのかどうかです。この考え方を脱却しない限り、少子化の波は乗り切ることができないと思います。

高橋 医師の数は2040年でも保つことはできるかもしれませんが、看護師の数が持ちませんが、看護師の数が持ちません。この配置数を緩和しない限り、病院の数を減らすしか方法はありませ

阿南 英明

Hideaki Anan
地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 理事長

あなん・ひであき ●1965年生まれ。新潟大学医学部医学科卒業。藤沢市民病院初期研修、横浜市立大学救命救急センター、藤沢市民病院救急部などを経て2012年、藤沢市民病院救命救急センター長・救急科部長。19年、同院副院長（～2024年3月）20年、神奈川県健康医療局技監（医療危機対策統括官）21年、神奈川県理事（医療危機対策統括官）、24年、地方独立行政法人神奈川県立病院機構 理事長に就任。東京科学大学（旧東京医科歯科大学）臨床教授、福島県立医科大学医学部非常勤講師、日本救急医学会救急科専門医・指導医・評議員、日本災害医学会理事・評議員、日本社会医学系専門医・指導医、日本内科学会総合内科専門医・指導医、米国内科専門医会・内科学会(ACP)正会員など。医学博士。

併存疾患を有する高齢者にも対応できます。そのうえで、病棟は地域包括医療病棟を目指します。リハビリのハードルが高いという課題がありますが、ぜひ取り組みたいと思っています。

加えて次の手が「総合診療のメッカ」にすることで。私のところで育てた総合診療医をハブとして、将来の開業や需要を見越したりスキリングなど総合診療医を集めていきます。リピーターが多い高齢の患者の救急としても総合診療医を中心とした体制の構築も重要です。全ての専門家をそろえても患者需要に見合う病院にはなりません。100点満点でなく70

ん。

阿南 代用の手段を認めてほしいと思います。現場にデジタル技術を導入することで、「7対1」などの配置基準を満たさなくても良いと堂々と言うことができる医療にならないかと思えます。そうでないと、見苦しいほどの看護師の奪い合いが続いてしまいます。

高橋 看護師は、年間10万人が看護学校を卒業して新たに誕生しています。うち、2万人は保健師・助産師です。差し引き8万人のうち9割、7万2000人は女性です。つまり、7万2000人の女性が入学しないと看護学校は埋まらないことになります。2024年の出生数は70万人を下回りましたが、半数が女性とすると約35万人。18年後、35万人の女性のう

点が取れる仕組みが大事だと思います。こうした数多くの診療方法を網の目のように組み合わせることで、私たちが目指す高齢者救急の仕組みが構築されるでしょう。この形を実現させたいと考えています。

看護師不足に対する代替手法 手段を現場に入れ込む

阿南 少子高齢化社会においては、人口が増加し続けていた時代の医学医療の考え方を改めるべきだと考えています。その一つが救急です。困っている方がいれば困っている方に手を差し伸べるための仕組みをもっと作るべきだと思います。今後、行き場のないお年寄りの方が都市部で多発するかもしれません。ここにきちんと対応できる救急が必要で、いわゆる2次救急がこちらに大きくシフトしていく必要があります。そのためには、行政と医療団体が強い意志を持って仕組みに落とし込む必要があります。こうした高齢者救急を大きな柱として救急医療体制の転換の重要性を踏まえて、日本

ち7万2000人が看護師になるとは考えられません。定員割れで経営難に陥る看護学校が次々と閉鎖され、看護の崩壊が一気に進むと考えられます。

阿南 2040年には、労働者の5人に1人が医療・介護の仕事に従事する。このような社会は異様です。これでは、日本社会が停滞してしまいます。医療・介護はGDPをあまり引き揚げません。国を富ましにくい産業なのです。いくら縮小社会であっても、GDPを維持し、経済力を担保していくためには、若者は医療・介護以外の労働市場に就いてもらう必要があります。若者を医療・介護に無理に引っ張ってくるようなことはあってはなりません。だからこそ、人手不足を補う、代替手法・手段を医療・介護の現場に徹底的に入れていくべきだと考えます。

高橋 神奈川県が先進事例となり、そのような方法と技術の進歩が相まって、医療・介護に人手が求められます。本日は、どうもありがとうございました。

医療・介護に人手がかからない世界を作るのが重要になる

高橋



高橋 泰

Tai Takahashi
国際医療福祉大学教授

たかはし・たい ●1986年、金沢大学医学部卒業、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2016年9月より21年3月まで安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長を務めた