

中小規模病院経営改善における事例研究

— 変革モデルにおける適応可能性 —

谷 祐 児

1 本研究の目的および論点

中小規模民間病院の経営改善の研究を行っていくうえで、すでに行われている事例研究を参考とすることは比較的情報が少ないこの分野における研究では示唆が多いと考えられる。

これを踏まえ、本研究は以下の点に主眼を置いている。理論的視点に基づき経営改善に対するアプローチ分類モデルを形成する。次に、形成した経営改善アプローチ分類モデルを用いて、今回対象としたケーススタディーでの経営改善事例における経営改善アプローチを分類することによりその考察を通して、今回形成したアプローチ分類モデルの適応可能性について考察し、適切な病院経営改善アプローチの方向性を探ることである。

具体的には、理論的視点に基づき経営改善に対するアプローチの方向性を類型化により分類し、その分類結果を考察することにより、病院経営改善に対する独自の変革モデルの方向性を探ることである。今回、厚生労働省「医療施設経営安定化推進事業」で扱われたケーススタディーを用いて、理論的視点に基づいた中小規模民間病院の経営改善アプローチモデルの分類を行う事により本分類モデルの適応可能性について検討する。厚生労働省「医療施設経営安定化推進事業」とは、病院を取り巻く経営関連の制度・環境が病院経営に与える影響等を調査研究し、その結果を各病院に情報提供することにより、病院経営の安定化を支援するため、各種課題について調査研究を実施してきたものであ

る¹⁾。当該事業は、平成13年度より開始されその内容は医療施設経営安定化に関して多岐にわたっている。本研究では、分析対象データとして、厚生労働省平成14年度医療施設経営安定化推進事業「中小病院経営改善ハンドブック作成及び普及事業」(12ケース)²⁾、及び、平成24年度医療施設経営安定化推進事業「医療機関の経営支援に関する調査研究」(11ケース)³⁾にて取り上げられている全23ケースを採用した。

ケース病院一覧を表1に示す。

2 本研究における背景

2.1 背景

従来において医療機関の経営は、国や自治体等によるいわゆる護送船団方式により比較的守られてきた。これは、公的サービスである医療は人命に関わる極めて公益性の高いものであり、その提供のために安定した経営が前提とされているためであると考えられる。しかしながら、昨今においては、医療機関を取り巻く経営環境は大きく様変わりしてきている。これは、度重なる医療制度改革において診療報酬のマイナス改定が続くことにより医業収入の減少傾向が顕著となり、昨今の景気の悪化による収入の減少に併せて医療制度改革による医療費の患者自己負担割合の増加などの影響と考えられる受診控えによる患者数の減少といった外部環境の変化により、多くの医療機関においては医業収入に減少傾向が見られてきた。このため、収益向上を目的とした患者獲得のための医療機関間の競争が激化しているのが現状である。

1) 厚生労働省 医療施設経営安定化推進事業ホームページより引用：<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoukeiei/anteika.html> 平成26年10月16日最終確認

2) 厚生労働省 平成14年度医療施設経営安定化推進事業 中小病院経営改善ハンドブック作成及び普及事業報告書

3) 厚生労働省 平成24年度医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営支援に関する調査報告

表 1 ケース病院一覧

平成 14 年 度				
No.	病 院 名	所 在 地	病床数	病 床
1	医療法人財団朔望会 常盤台外科病院	東京都板橋区	99床	一般
2	医療法人社団杏順会 越川病院	東京都杉並区	34床	一般
3	社会医療法人抱生会 丸の内病院	長野県松本市	199床	一般
4	医療法人社団唱和会 明野中央病院	大分県大分市	75床	一般
5	医療法人社団善仁会 宮崎善仁会病院	宮崎県宮崎市	45/30床	一般/回復期リハビリテーション
6	特定医療法人新生病院	長野県高井郡	36/40/79床	一般/回復期リハビリテーション/その他
7	社会医療法人徳会 佐藤病院	山形県南陽市	48/102/ 60/48床	精神科/精神科療養/精神科救急入院料 1/精神科救急入院料2
8	医療法人財団日届会第一病院	東京都目黒区	30/40床	一般/介護療養
9	医療法人社団白峰会 湖南病院	茨城県下妻市	100/26床	一般/回復期リハビリテーション
10	医療法人大分記念病院	大分県大分市	84/34床	一般/医療療養
11	医療法人明浩会 西大宮病院	埼玉県さいたま市	95/48床	一般/回復期リハビリテーション
平成 24 年 度				
No.	病 院 名	所 在 地	病床数	病 床
1	医療法人財団献心会 川越胃腸病院	埼玉県川越市	40床	一般
2	財団法人操風会 岡山旭東病院	岡山県岡山市	162床	一般
3	医療法人社団 北原脳神経外科病院	東京都八王子市	41床	一般
4	医療法人 萬田記念病院	北海道札幌市	89床	一般
5	医療法人恵友会 津田内科病院	福岡県北九州市	69床	一般
6	医療法人社団和乃会 小倉病院	東京都世田谷区	97床	一般
7	医療法人社団三奉会 井上病院・井上クリニック	東京都足立区	37/29床	一般/療養
8	特別医療法人即仁会 北広島病院	北海道北広島市	50/40床	一般/療養
9	医療法人清翠会 牧病院	大阪府大阪市	50床	一般
10	医療法人社団大浦会 熊本敬愛病院	熊本県熊本市	93床	療養（医療保険）/療養（介護保険）
11	医療法人八女発心会 八女中央病院	福岡県八女郡	100/40床	一般/療養
12	医療法人 三九朗病院	愛知県豊田市	55/56床	一般/療養

(出所) 平成14年度「中小病院経営改善ハンドブック作成及び普及事業」報告書及び平成24年度「医療機関の経営支援に関する調査研究」報告書より筆者作成

平成12年度に向けた全国厚生関係部局長会議資料において「近年、国民の医療に対するニーズの多様化、高度化が進む中で、昨今の経済の低迷等により、医療機関はその安定的な経営を脅かされる状況にある。加えて、介護保険の導入や医療法の改正など、医療機関をとりまく状況が変化していくなかで、それらが医業経営に与える影響についても調査・研究していく必要がある」と述べられている事からもわかるであろう。

これらの外部環境の変化に対応するために、また各医療機関は減少傾向にある患者の獲得をより有利とするために、自身が提供する医療の質を向上させ、また医療の質を充実させる必要性があった。このためには、医療スタッフは最低スタッフ数の確保は勿論のこと必要人員確保にとどまらず、加えて医療技術にすぐれた医師や看護ケア技術に優れた看護師をはじめとした優秀なスタッフの確保が必要となりそれが人件費や関連経費の高騰を招いている。また、患者獲得のために有利と考えられている、さらに患者や社会から期待されている最新の画像診断機器をはじめとした高額医療機器の導入や、患者サービス向上あるいは優秀なスタッフ確保のための院内福利厚生充実のための病院内設備の拡充を目的とした多額の設備投資の必要性が増してきており、このような内部環境の変化が起こっている。このため、外部環境の変化による収益の減少に加え、内部環境の変化による支出の増加などにより経営状態が悪化する医療機関も少なくない。

これは、全国公私病院連盟及び社団法人日本病院会による平成21年6月期を対象に行われた「平成21年病院経営実態調査報告」において報告されている、病院全体の68.8%の病院において赤字経営であるという事実からもうかがい知れるであろう⁴⁾。

以前では考えられなかったことだが、これらの影響を色濃く受けた医療機関が倒産するケースも散見され、ここ10数年においてはこれら医療機関の倒産が図1に示す通り増加傾向にあるのも事実である。2009年においては、過去最高

4) (株)日本政策銀行・(株)日本経済研究所編 病院業界事情ハンドブック2010

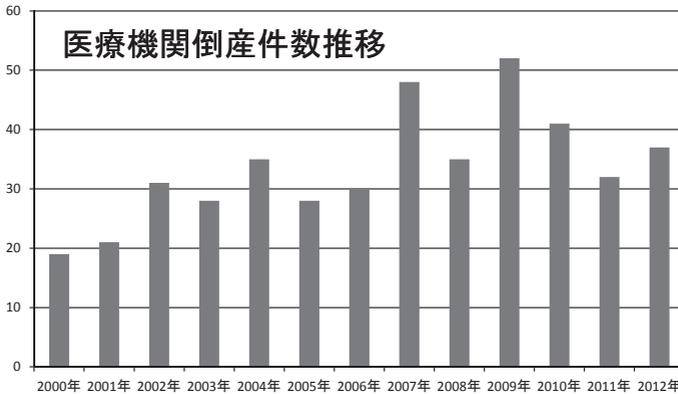


図1 病院倒産件数推移

(出所) 帝国データバンクプレスリリース 2013/2/8の資料を元に筆者作成

の年間59件という倒産件数を記録し負債額も300億に近づく勢いであった⁵⁾。さらに、100床当たりの医業収益から医業費用を差し引いた医業利益は、10年連続マイナスで推移している調査結果⁶⁾も公表されている(図2参照)。これらのことから、昨今の医療機関経営が厳しい状況であることが推察されるであろう。以上の様な状況下で、我が国の医療機関のうち病院数は2013年10月1日現在で8,565施設(うち一般病院は7,493施設)であるが、過去20年間で総数の約1割が減少しており、その多くを200床未満の病院数が占めている⁷⁾(図3参照)。

このため、各医療機関においては適切な医療の提供は勿論のこと、適切な医療を提供する基盤の確保として安定した経営による運営が求められている。

一方、病院規模に着目してみると、我が国では一般的に病床数により病院規模を分類するケースが多く、その分類には①病床数20床以上199床以下を中小規模病院、②200床以上を大病院と分類する規模分類が多用される。

5) 帝国データバンクプレスリリース 2013/2/8

6) 全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 2010

7) 厚生労働省 医療施設動態調査病院報告 2012

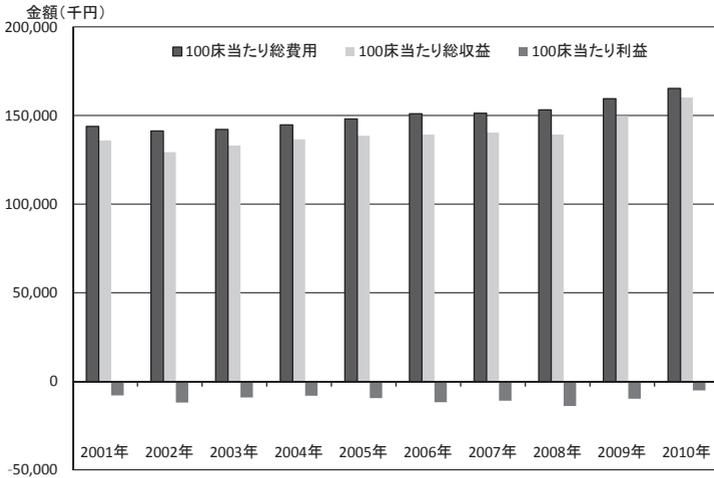


図2 100床当り収益 / 費用 / 利益の年次推移

(出所) 全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告2010 より抜粋

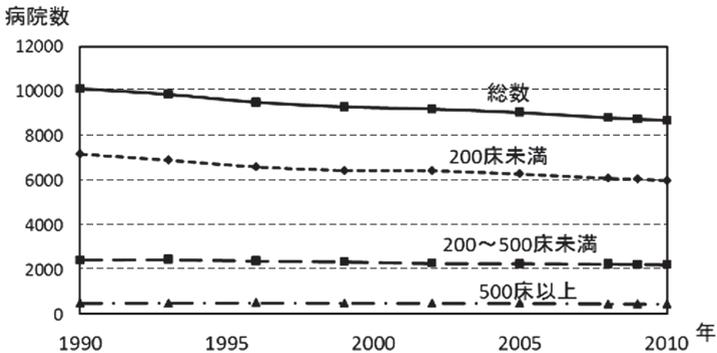


図3 病床規模別病院数推移 (1990年～2010年)

(出所) 厚生労働省 医療施設動態調査病院報告 2012より抜粋

加えて我が国における医療機関は、病院8,565施設中5,709施設(66.7%)が医療法人で構成されており、更に前述の199床以下のいわゆる中小規模病院が全体の68.9%を占めていることから、これらの中小規模医療法人病院が医療現

場の最前線を担っていると言っても過言ではない。

2.2 医療法人制度

ここで、我が国の医療現場の最前線を担っている民間病院の経営形態について解説する。

我が国における民間の医療機関は、その多くが医療法人という形態をとっている。この医療法人とは、病院といった医療機関そのものを指すものではなく法的な所有・経営主体を指す法人格で有り、病院などはその中身を構成する事業体として位置づけられる。医療法人制度は、昭和25年の医療法改正により設けられ、これにより「医業経営と私的な家計を明確に分離し医業の非営利性を損なうことなく法人格取得により資金調達を容易にし、医療機関の経営に持続性を付与し、もって私人による医療機関の経営困難を緩和することを目的としている」とされている（厚生労働省、2013；角瀬、2007）。

また、医療法第39条においては、医療法人とは「病院、医師もしくは歯科医師が常時勤務する診療所または介護老人保健施設を開設しようとする社団または財団」と定めている。このような医療法人の種類は、大きく分けて財団医療法人⁸⁾、及び社団医療法人⁹⁾に分類される。さらに、社団医療法人には現在、①持分の定めのある社団医療法人（出資額限度法人）、②持分の定めのある社団医療法人（その他）、③持分の定めのない社団医療法人（基金拋出型法人）が存在する。昭和25年の医療法改正により、個人診療所から医療法人へと組織変更した多くが個人財産拋出による医療法人設立の経緯より①または②の持分の定めのある社団医療法人の形態をとっている。なお、平成19年の第5次医療法改正に伴い平成19年4月1日以降は持分の定めのない社団医療法人のみ新設が認められる。そのほか、上記分類によらない特別な位置づけとして特定医療法

8) その設立にあたり設立者が必要な財産を無償で寄付することにより設立された法人

9) 社員たる構成員の人的結合を主体として形成され民主的運営を可能にする組織としての法人

人¹⁰⁾、社会医療法人¹¹⁾が存在する。

平成25年3月31日現在、医療法人総数48,820施設のうち社団医療法人が48,428施設(99.2%) (持分の定めなし:6,526施設(13.5%), 持分の定め有り41,903施設(86.5%)), 財団医療法人が392施設(0.8%), 社会医療法人が201施設(0.4%) (平成25年4月1日現在) 認可されている(河口, 2000)。

表2に種類別医療法人数の年次推移を示す。

表2 種類別医療法人数の年次推移

	医療法人						特定医療法人			特別医療法人			社会医療法人		
	総数	財団	社 団			一人 医療法人	総数	財団	社団	総数	財団	社団	総数	財団	社団
			総数	持分有	持分無										
昭和45年	2,423	336	2,087	2,007	80		89	36	53						
50年	2,729	332	2,397	2,303	94		116	41	75						
55年	3,296	335	2,961	2,875	86		127	47	80						
60年	3,926	349	3,577	3,456	121		159	57	102						
61年	4,168	342	3,826	3,697	129	179	163	57	106						
62年	4,823	356	4,467	4,335	132	723	174	58	116						
63年	5,915	355	5,560	5,421	139	1,557	179	58	121						
平成元年	11,244	364	10,880	10,736	144	6,620	183	60	123						
2年	14,312	366	13,946	13,796	150	9,451	187	60	127						
3年	16,324	366	15,958	15,800	158	11,296	189	60	129						
4年	18,414	371	18,043	17,877	166	13,205	199	60	139						
5年	21,078	381	20,697	20,530	167	15,665	206	60	146						
6年	22,851	381	22,470	22,294	176	17,322	210	60	150						
7年	24,725	386	24,339	24,170	169	19,008	213	60	153						
8年	26,726	392	26,334	26,146	188	20,812	223	63	160						
9年	27,302	391	26,911	26,716	195	21,324	230	64	166						
10年	29,192	391	28,801	28,595	206	23,112	238	64	174						
11年	30,956	398	30,558	30,334	224	24,770	248	64	184						

10) 租税特別措置法に基づく財団又は持分の定めのない社団の医療法人であって、その事業が医療の普及及び向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ、公的に運営されていることにつき国税庁長官の承認を受けたものであり、法人税の軽減税率19% (通常は25.5%) が適用される

11) 第5次医療法改正により新設された、救急医療など公益性および公共性の高い医療サービスを提供することが求められる代わりに、収益事業、および社会医療法人債(公募債)を発行することが認められており医療業には法人税が課税されず収益事業には軽減税率(22%)が適用されるなどの優遇措置がある

12年	32,708	399	32,309	32,067	242	26,045	267	65	202	8	2	6			
13年	34,272	401	33,871	33,593	278	27,504	299	65	234	18	3	15			
14年	35,795	399	35,396	35,088	308	28,967	325	67	258	24	5	19			
15年	37,306	403	36,903	36,581	322	30,331	356	71	285	29	7	22			
16年	38,754	403	38,351	37,977	374	31,664	362	67	295	35	7	28			
17年	40,030	392	39,638	39,257	381	33,057	374	63	311	47	8	39			
18年	41,720	396	41,324	40,914	410	34,602	395	63	332	61	10	51			
19年	44,027	400	43,627	43,203	424	36,973	407	64	343	79	10	69			
20年	45,078	406	44,672	43,638	1,034	37,533	412	64	348	80	10	70			
21年	45,396	396	45,000	43,234	1,766	37,878	402	58	344	67	6	61	36	7	29
22年	45,989	393	45,596	42,902	2,694	38,231	382	51	331	54	3	51	85	13	72
23年	46,946	390	46,556	42,586	3,970	39,102	383	52	331	45	2	43	120	19	101
24年	47,825	391	47,434	42,245	5,189	39,947	375	49	326	9	1	8	162	28	134
25年	48,820	392	48,428	41,903	6,525	40,787	375	50	325	0	0	0	191	29	162

(出所) 厚生労働省資料および全国公私病院連盟病院経営実態調査報告2013を元に筆者作成
 平成8年までは12月31日現在、9年以降は3月31日現在数を記載

2.3 本研究の対象

前述の病院における赤字割合を、病床規模別及び経営母体別に見てみるとさらに特徴が明確となってくる¹²⁾(図4参照)。病院全体としては、総数の約61.6%が赤字となっている。しかし、民間病院である医療法人に限ってみると病院全体とは裏腹にその65.1%が黒字となっているのがわかる。これは、裏を返せば医療法人以外の病院、つまり国立病院や自治体病院をはじめとした官公立病院の多くが赤字であることを示しており、多くの官公立病院は自治体などからの財源繰り入れにより運営しているのが現状である。¹³⁾これら赤字病院の多くは、その赤字の理由として経営母体の公共性により、民間では敬遠されがちな救命救急外来や小児科など比較的採算性が悪い、いわゆる不採算部門の運営を行っているためとしている場合が多く見られる。しかし、公共性により不採算部門を運営するのであれば本来は政策的に再分配を行うべきであり、これらの事柄は公共政策や医療政策に色濃く関係し、経営内容の適正な把握が困難であると考えられるため、本研究の対象としては除外した。このため、本研究

12) 全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 2013

13) 全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 2010及び2013

		(%)			
		総数		医療法人	
		黒字	赤字	黒字	赤字
中小病院 大病院	全体	38.4	61.6	65.1	34.9
	20～99床	25.2	74.8	66.1	33.9
	100～199床	36.4	63.6	54.2	45.8
	200～299床	39.7	60.3	72.0	28.0
	300～399床	35.8	64.2	60.0	40.0
	400～499床	44.9	55.1	62.5	37.5
	500～599床	51.4	48.6	66.7	33.3
	600～699床	50.0	50.0	100.0	0.0
	700床～	60.6	39.4	100.0	0.0

図4 病院総数および医療法人病院の規模別赤字病院と黒字病院の割合

(出所) 全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 2013を元に筆者作成

では民間の医療機関である前節にて示した医療法人病院に限って議論を進める事とする。

また、平成26年度より進められる病床機能報告制度、さらに平成27年度より進められる地域医療ビジョンの策定により、今後厚生労働省主導のもと地域医療提供者の機能分化や統廃合がより促進していくと考えられる。このような状況下において、本研究の対象としている中小規模医療法人病院はこの政策のまっただ中におり、今後の生き残りをかけて地域医療におけるイニシアチブを獲得するためには、安定した医療提供環境の構築が必須である。このためには、安定した経営環境及び経営基盤の構築が必要と考えられることから本研究の必要性が考えられる。さらに、医療法人病院のなかでも中小規模病院において赤字病院が多い傾向にあり経営状況が芳しくないことから本研究の対象とする意義は大きいと考える。

なお、民間医療法人の中にはずさんな経営のみならず提供する医療の質を担保できていないなどにより存続する必要性が感じられない病院も少なからず存在することは考えられる。しかしながら、そのような病院は経営改善するまで

もなく厳しい経営環境の中では自然淘汰されることが容易に想像されるため本研究の対象外とすることは言うまでもないことである。

さらに、本研究においてはあくまでも中小規模医療法人病院を対象としているため、大規模病院や複数病院を有する規模が大きい医療法人が行う経営統合やM&Aは本研究の対象とはせずあくまでも単独での経営改善を対象とするものである。

3 調査方法

前述の厚生労働で実施されている「医療施設経営安定化推進事業」において平成14年度「中小病院経営改善ハンドブック作成及び普及事業」で取り上げられた12病院のケース、及び、平成24年度「医療機関の経営支援に関する調査研究」にて取り上げられた11病院のケースに対して、ケーススタディー分析を通して、経営改善に対するアプローチという観点から、設定したフレームワークにより変革理論に基づくタイプ別分類を通して経営改善のための方向性を探ることで考察を行う。なお、本研究で取り上げるケース病院の概要についてはすでに表1に示した。本ケースでは、単独で経営改善を行った事例を取り上げているものであり本研究の対象としている中小規模医療法人病院の経営改善の事例としては適していると考えられる。

4 フレームワークの設定

本研究のフレームワークを設定するうえで、中小企業における経営改善アプローチを参考に検討した。その理由として、田中らは中小企業は環境の変化、細部にわたる個人的注意、顧客の気まぐれに迅速に対応する必要がある等の要因があるとしている（田中，2002）。これに対して、中小規模病院も全く同様な要因を有していると考えられる。具体的には、大病院と違った戦略が必要、外部環境変化に対する迅速な対応の必要性、より地域に密着した戦略の策定な

ど中小企業におけるそれと非常に似通っている。なお、医療提供者における新たな戦略や体制の可能性や必要性についてはポーターも言及している(Poter, 2009)。さらに、中小企業経営が抱える基本的な課題に対して田中らは、中小企業が環境変化の適応に成功してきた例として、その経営者たちの新たな環境・競争に対する創意工夫が必要であるとしている。これは、中小規模病院がこの厳しい経営環境の中を生き残っていく道として自院の特徴を最大限に活かして他院との差別化を図る必要性があることから考えても共通点が多いと考えられる。加えて、大病院と違った戦略を考える必要があるという点においても、中小企業が大企業が行わない事業分野を推し進める必要があるという点と共通するものである。

このように、中小規模病院と共通した特徴を持つ中小企業において、田中らは経営変革のKFS (Key Success Factor) として、戦略的な経営理論の確立と遂行、教育システムの整備と主体的な取り組みの動因、変革を状態と考える意識の持続を挙げている。これは、外部変化に適応可能な明確かつ適切な戦略の必要性及び外部変化に適応可能な組織変革の必要性を表しているものと考えられる。また、組織の変革は個人の変革と組み合わせることにより有効に働くことから、人的資源管理の側面も持つと考えられる (Beckhard, 1969; Weick, 1999; Beckhard, 1987)。

さらに、ナドラーは組織変革の作業を行っていく上では人材の適材適所を考えた人員配置の重要性を提案している (Nadler, 1998)。

病院における人的資源管理の重要性は、その提供する医療サービスの源泉が人的資源に大きく関与しており、そのマネジメントや組織におけるリーダーシップの重要性についてはすでに木村により言及されている (木村, 2012)。

加えて、山倉は「組織は自らを取り巻く環境の中で存続し、成長していかなければならないが、その場合、他の組織は重要な環境である。そこで組織は、他組織との関係を如何に調整するかが問われなければならない」としている (山倉, 1993)。つまり、中小企業が生き残っていくうえでは、他組織との関係性を考慮する必要性を示しているものと考えられる。これも、経営資源が限られて

いる中小規模医療法人病院においても同様であろう（松原，2004）。

以上のことを参考に、さらに中小規模病院における特徴である、①中小規模病院の最大の資源は人的資源であること、②経営資源が限られている中小規模病院では単独での戦略は限られること、③厳しい経営環境に対応するためには明確な戦略とそれを実行できる組織体制が必要であることなどを鑑みて経営改善に対するアプローチを以下のアプローチタイプにて設定した。

経営改善アプローチのタイプとして、各ケース病院の経営改善アプローチ手法をその内容により、(1)経営改善アプローチの方向性、および(2)経営改善アプローチの内容を軸として4分類を行った。各軸の分類基準は以下の通りである。

(1) 経営改善アプローチの方向性

経営改善アプローチの方向性については、経営改善アプローチがどこに対して向けられているかに着目し、それが当該組織の内部に対して向けられているのか（内部指向）、あるいは、当該組織の外部に対して向けられているのか（外部指向）を分類することにより改善アプローチの主体性のよりどころについて検討した。

(2) 経営改善アプローチの内容

経営改善アプローチの内容については、各組織における経営改善アプローチが、組織内外の人的機能などに代表される質に対するアプローチなのか、あるいは組織体制などに代表される組織形態に対するアプローチなのかを分類することにより、組織変革のプロセスに区分する研究の基礎的理論である表3に示

表3 Lewinの変革プロセスモデル

①解凍 (unfreezing) 現状および現在の諸々の期待の否定、危機感の醸成、不安の学習、心理的安堵への誘導と組織変革に向けた動機付け	②移行 (moving) 認知構造の再構築 様々な概念の意味付けの変更、概念の拡大 新しい価値判断基準の醸成	③再凍結 (refreezing) 変革を支援する風土、規範の醸成 メンバーのパーソナリティとフィットした変革の方向づけ
--	---	--

(出所) Lewin, 1951をもとに筆者作成

すLewinの変革プロセスモデル (Lewin, 1951) のどの部分に焦点化 (Focus) しているかを検討した。

表4に、経営改善アプローチのタイプ別分類の概要を示す。

質に対するアプローチは、マネジメント・ポイントに対して焦点化しており、Lewinの3ステップモデルの中での移行(moving)に相当すると仮定した。また、形態に対するアプローチは、組織形態や運営形態に対して焦点化しており、3ステップの中での再凍結(refreezing)に相当すると仮定した。

以上のことを踏まえ、各ケースを経営改善に対するアプローチという観点より、タイプ別分類による分析を通して変革理論の適応可能性を検討した。

表4 経営改善アプローチタイプ別分類

アプローチの方向性	内部指向	外部指向
質 的	内部機能 人員配置 人事考課制度 部分的な強化	外部に向けた主体的な活動強化 ※外部組織に対するものは除く
形態的	組織内部体制の再編 組織内部体制の強化	外部組織とのネットワーク形成 外部組織とのネットワーク強化

5 分類結果

今回設定した経営改善アプローチ分類モデルフレームワークを用い、各ケース病院の経営改善アプローチタイプ別分類結果を表5および6に示す。

表5 経営改善アプローチタイプ別分類結果

平成14年度ケース		内 部		外 部	
No.	病 院 名	質 的	形 態 的	質 的	形 態 的
1	医療法人財団朔望会 常盤台外科病院	●	●		
2	医療法人社団杏順会 越川病院		●		●
3	社会医療法人抱生会 丸の内病院		●		

4	医療法人社団唱和会 明野中央病院	●	●		
5	医療法人社団善仁会 宮崎善仁会病院	●	●		
6	特定医療法人新生病院		●		
7	社会医療法人徳会 佐藤病院	●	●		
8	医療法人財団日扇会第一病院	●	●		
9	医療法人社団白峰会 湖南病院		●		●
10	医療法人大分記念病院		●		
11	医療法人明浩会 西大宮病院		●		
平成24年度ケース					
No.	病 院 名				
1	医療法人財団献心会川越胃腸病院	●			
2	財団法人操風会 岡山旭東病院	●	●		
3	医療法人社団 北原脳神経外科病院	●	●		
4	医療法人 萬田記念病院	●	●		
5	医療法人恵友会 津田内科病院	●	●	●	●
6	医療法人社団和乃会 小倉病院		●		●
7	医療法人社団三奉会 井上病院・井上クリニック		●		
8	特別医療法人即仁会 北広島病院	●	●		●
9	医療法人清翠会 牧病院		●		●
10	医療法人社団大浦会 熊本敬愛病院		●		
11	医療法人八女発心会 八女中央病院	●	●		
12	医療法人 三九朗病院	●	●		●

表6 経営改善アプローチタイプ別分類結果2

アプローチの方向性	内部指向	外部指向
質 的	14-1, 14-4, 14-5, 14-7, 14-8, 24-1, 24-2, 24-3, 24-4, 24-5, 24-8, 24-11, 24-12	24-5
形態的	14-1, 14-2, 14-3, 14-4, 14-5, 14-6, 14-7, 14-8, 14-9, 14-10, 14-11, 24-2, 24-3, 24-4, 24-5, 24-6, 24-7, 24-8, 24-9, 24-10, 24-11, 24-12	14-2, 14-9, 24-5, 24-6, 24-8, 24-9, 24-12

※ (ケース年度) - (ケース番号)

5.1 ケースにおける典型例

今回のケース分析による分類に於いて、典型例と考えられる3ケースを以下に示す。なおケース番号は、(ケース年度)-(ケース番号)を表しており、記述している経緯及び実施した主な改善アプローチは、ケースの記述を元に筆者が概要を要約したものである。

① ケース14-1

医療法人財団朔望会 常盤台外科病院 (東京都板橋区): 一般99床

【経緯】昭和61年から平成3年頃まで続いた経常赤字の状態を脱し、借入金も順調に返済できており、安定経営の局面に入ったと当時の経営陣は感じていた。一方、平成2年から平成7年頃まで、医業収益は約15億円前後で頭打ちとなっていたが、人件費は伸び続けていたため人件費比率が平成4年の48.8%から平成7年に54.0%まで上昇。利益率が遞減傾向で人件費対策を講じなければ、5年程度で再び赤字経営に転落する恐れがあると認識されつつあった。

【実施した主な改善アプローチ】

- ア. 地域密着を実現する多角化戦略を実施するアプローチについては、組織戦略を見直すことにより内部機能に対するアプローチを行っていることから、内部指向/質的に分類した。
- イ. 優秀で積極的な職員を責任者に任命したアプローチについては、組織内部の組織体制の再編を行っていることから内部指向/形態的に分類した。

② ケース14-2

医療法人社団杏順会 越川病院 (東京都杉並区): 一般34床

【経緯】前院長の高齢化とともに経営状態が悪化、院長は予定していたより早く院長職を引き継ぐこととなった。院長は、引き続き産婦人科医療を提供していくことについて、事業承継時の32床規模では対応能力や訴訟リスクに不安を抱いていた。

【実施した主な改善アプローチ】

- ア. 入院までのスピードを重視するアプローチについては、これを実践するた

めに組織内部体制の再編を行っていることから内部指向/形態的に分類した。

イ. 近隣病院とのネットワーク作りによるアプローチについては、組織外部における外部組織とのネットワーク形成を実施していることから外部指向/形態的に分類した。

③ ケース14-9

医療法人社団白峰会湖南病院（茨城県下妻市）：一般/回復期リハビリテーション126床

【経緯】平成15年度から平成18年度にかけて医業収益が頭打ちの一方で、委託費は約1億円も増加し、金融機関から運転資金として追加融資をたびたび受けていたため、平成18年度には短期借入金で31本にまで及んでいたという。平成18年度には医業利益率もマイナスとなり、本格的に経営改善に取り組む必要に迫られた。

【実施した主な改善アプローチ】

- ア. コンサルタントも活用した経費削減策については、外部のコンサルタントを活用してはいるものの、その主眼は組織内部体制の再編と強化によるコスト削減を実施していることから内部指向/形態的に分類した。
- イ. 近隣病院との病病連携と病床転換、患者確保のための送迎バスの導入については、外部組織である近隣病院とネットワーク形成による連携強化、および送迎バス導入による既存患者および潜在的患者に対するネットワークの形成および強化から外部指向/形態的に分類した。

5.2 経営改善アプローチの方向性

経営改善のためのアプローチの方向性については、内部指向に対するものが大多数分類され外部指向への分類はあまり見られなかった。これは、変革管理において組織の変革は個人の変革と組み合わせられ人的側面の管理を含む事に依るところが大きいためと考えられる（Beckhard, 1969）。

また、14年度のケースにおいては、そのほとんどが内部指向に分類された

が、24年度ケースにおいては外部指向が数多く分類された。

5.3 経営改善アプローチの内容

経営改善アプローチの内容の分類結果については、質的アプローチと比較して形態的アプローチに多少多く分類される傾向が一部見られた。しかしながら、全体としてはどちらに偏るのでは無く比較的バランスよく分類された。

6 考 察

6.1 経営改善アプローチの方向性について

一般企業における組織変革を考えた場合、外部との関係性の重要性から経営改善アプローチの方向性は、内部指向のみならず外部指向アプローチも数多く存在すると考えられる（山倉，1993）。しかし、今回対象としている中小規模民間病院の場合では、平成14年度のケースにおいて内部指向アプローチに主に分類される結果となった。一方、平成24年度ケースにおいては外部指向アプローチへの分類が多くなる傾向があった。

これに対しては、以下の2通りの場合が考えられた。

- ① 病院組織自体が、他の一般企業と比較して閉鎖性が高く外部との関係性を重要視する場合が少ないことに起因する。
- ② 平成14年度ケースではほとんど分類されることがなかった外部指向であるが、平成24年度ケースで分類される病院が多くなる傾向を示した。これには、厚生労働省の方針により病病連携や病診連携といった他の医療機関との連携が政策的に色濃くなりそれに対する対応が必要となりこれらが浸透してきたためではないかと考えられた。

6.2 経営改善アプローチの内容について

質的アプローチと形態的アプローチがバランスよく分類されたことについては、変革管理において、組織の変革は個人の変革と組み合わせられ人的側面の管

理を含むため、組織の不満や将来の展望、直近の戦術的な組み合わせが組織内の抵抗より強い場合に意味のある変革が起きるとされている。これにより、分類結果が比較的均等である傾向ができたことが説明できると考えられる (Beckhard, 1969; Weick, 1999; Beckhard, 1987)。

6.3 組織変革プロセスに区分する研究の基礎的理論における過程との比較について

今回設定した経営改善アプローチのタイプ分類モデルにおいて、経営改善アプローチの方向性と内容を実際のケースモデルである厚生労働省のケーススタディーを用いた分類を行った。その結果をもとにした考察において、経営改善アプローチのタイプ別分類モデル利用の有用性が示唆された。このタイプ別分類モデルに対して、組織変革プロセスに区分する研究の基礎的理論であるレヴィンの変革プロセスモデル (Lewin, 1951) における過程 (解凍⇒移行⇒再凍結) との比較についての考察を以下に述べる。

- ① 移行：質的アプローチに相当し、当該組織の内部機能や人的配置、組織構成員に対する直接的な働きかけといった組織の内部に対する変革を実施する事が考えられる。
- ② 再凍結：形態的アプローチに相当し、組織体制の再編などといった組織の外枠に対するアプローチに対してより効果の定着を図ることが考えられる。

これらとともに、同じ過程が見られることから、組織変革論は今回のような中小規模病院における経営改善アプローチに代表される組織・戦略変革にも適応可能であることが示唆された。

また、これらは中小規模民間病院の経営改善アプローチは組織全体と各構成員における変革の組み合わせによるバランスであるといった点において、John P. Kotterの企業変革8段階モデル (Kotter, 2007) における、変革推進チームの形成からビジョンの共有までが形態的アプローチに相当し、自発の促進から更なる変革の促進が質的アプローチに相当すると考えられた。これにより、これら中小規模民間病院の経営改善アプローチは企業変革モデルに対しても適

- 1. Establish a sense of urgency
(緊急性の明確化)
-
- 2. Form a powerful guiding coalition
(強力な変革推進チームの結成)
- 3. Create a vision
(ビジョンの策定) 形態的アプローチ
- 4. Communicate the vision
(ビジョンの共有)
-
- 5. Empower others to act on the vision
(権限の付与)
- 6. Plan for and create short-term wins
(短期目標の策定と達成) 質的アプローチ
- 7. Consolidate improvements and produce more change
(さらなる変革の促進)
-
- 8. Institutionalize new approaches
(新たなアプローチの定着)

図5 John P. Kotter の企業変革8段階モデルにおける適合性

(出所) John P. Kotter (2007.1), Leading Change - Why Transformation Efforts fail - を基に筆者作成

合性を担保しており説明が可能であると考えられる (図5参照)。

7. 本研究のインプリケーションと今後の方向性

7.1 理論的インプリケーション

- ① 中小規模民間病院の経営改善については、これまで会計的な視点での分析や理論形成は行われてきているが、組織および戦略変革にフォーカスしたものは発表されていない。本研究においては、組織及び戦略変革に対して中小規模病院独自の分析フレームの可能性を提示した。
- ② 中小規模病院における経営変革の成功は以下の2つの組み合わせを通じてもたらされることを示唆した。
 - 1) 個人 (質的) + 組織 (形態的) アプローチのバランスが取れた組み合わせ
 - 2) 内部指向アプローチのみでは無く外部指向アプローチとの組み合わせ
これは、中小規模病院という特定タイプにおける組織及び戦略変革アプローチを提示したことで、組織変革論の理論構築に対する一定の貢献を果

たしていると考ええる。

7.2 実践的インプリケーション

本研究で用いた中小規模病院経営改善アプローチ分類のフレームワークを、中小規模民間病院の組織戦略や組織変革分析に対するフレームワークとして活用することにより、各中小規模民間病院における経営改善の方向性が定めやすくなるという点で実践的なインプリケーションを与えると考える。

7.3 本研究の限界と今後の方向性

最後に、本研究の限界と今後の方向性について述べる。

今回利用したケーススタディーにおける分類は、あくまでも厚生労働省事業にて行われた調査の報告書を基にした2次データを利用して行ったものである。このため、各ケーススタディー病院における情報がすべて掲載されているとは限らないと考えるべきであろう。これは、各ケーススタディー病院へのヒアリング時において当該病院の都合等により一般に公表出来なかった情報や、ケース作成時における作成者による情報の選別等が行われている可能性も考えなくてはならないためである。このため、本研究では調査結果をあくまでも設定したフレームワークを用いて分類を試みることで、経営改善された病院におけるフレームワークの適応可能性(利用可能性)について検討したものである。このため、今回設定したフレームワークの有効性をさらに検討していく必要性があると考えられる。

これを受けて、本研究の今後の方向性として、今回設定したフレームワークの有効性について実際に経営改善を実施した病院に対するアンケート調査やヒアリングなどによる一次調査により検討していきたいと考えている。とともに、これらのフレームを用いた病院における変革モデルの構成要素の抽出、現在の定性モデルからより一般化しやすい定量モデルの形成へとつなげていきたいと考えている。

【参考文献】

- Beckhard, R. *Organization Development: Strategies and Models*, 1969 Addison-Wesley, Reading, MA.
- Beckhard R. Harris R., *Organizational Transitions: Managing Complex Change*, 1987
- John P. Kotter (2007.1), *Leading Change – Why Transformation Efforts fail –*, Harvard Business Review.
- Lewin, K., *Field Theory of Social Science*, Harper & Brothers, 1951.
- Michael E. Poter, Elizabeth O. Teisberg. 山本雄士訳. *医療経営の本質-価値を向上させる競争-*. 日経BP社. 2009
- David A. Nadler, 斎藤彰悟鑑訳, 平野和子訳. *組織変革のチャンピオン. ダイヤモンド社*. 1998
- Weick, KE & Quinn, RE. *Organizational change and development*. Annual Review of Psychology, 50, 361-86. 1999.
- 大坪宏至 (2004) 「我が国病院会計基準の特徴」『東洋大学経営論集』第62号
- 河口洋行 (2000) 「私的病院の資金調達問題について：資金需要推計と新たな資金調達スキームの提案」『医療と社会』Vol.10No.3
- 角瀬保雄 (2007) 「わが国の医療制度と医療法人制度改革」『経営志林』第43巻4号
- 木村憲洋+医療現場を支援する委員会 (2012) 『だれでもわかる！医療現場のための病院経営のしくみ [改訂版]』株式会社日本医療企画
- 厚生労働省 (2013) 「医療法人関係の最近の動き」『第29回社会保障審議会医療部会資料』
- 山倉健嗣 (1993) 『組織間関係』有斐閣
- 田中道雄 (2002) 『中小企業経営の構図』税務経理協会
- 松原由美 (2004) 『これからの中小病院経営』医療文化社