

中小規模病院に特化した病院経営変革に関する研究

学生番号：201383

氏名：谷 祐児

指導教員：玉井 健一 教授

平成 27 年度提出

【目次】

第1章 本研究の目的及び背景	1
1-1 本研究の目的	1
1-2 本研究の背景	1
1-3 我が国における医療機関の概要	5
1-4 病院を取り巻く外部環境	7
1-5 病院経営の現状	10
1-6 本研究の意義	14
1-7 本研究の構成	16
1-8 参考文献	19
第2章 先行研究に関する考察	20
2-1 病院経営に関する先行研究レビュー	20
2-1-1 マクロ視点における病院経営に関する研究	21
2-1-2 会計的視点における病院経営に関する研究	23
2-1-3 組織マネジメントに関する研究	23
2-1-4 検証を主とした病院経営に関する実証研究	24
2-1-5 諸外国における病院経営に関する研究	24
2-1-6 これまでの病院経営に関する研究の課題	25
2-2 コンティンジェンシー理論の適応	26
2-3 組織および組織変革における基礎理論	28
2-4 戦略における基礎理論	35
2-5 規模における考察	37
2-6 理論考察から導かれる中小規模民間病院経営変革に向けた大きな方向性	38
2-7 参考文献	41
第3章 フレームワークの設定	45

3-1	フレームワーク設定に向けた仮説設定	45
3-2	フレームワークの適応可能性	48
3-2-1	本稿における背景	50
3-2-2	調査方法	53
3-2-3	フレームワークの設定	53
3-2-4	分類結果	57
3-2-5	考察	60
3-2-6	本稿の限界と今後の方向性	61
3-3	参考文献	63
第4章	アンケート調査（フレームワークの検証）	65
4-1	アンケート調査の目的	66
4-2	アンケート調査の対象	66
4-3	アンケート調査項目	66
4-4	アンケート調査回答結果	69
4-4-1	施設概要および経営状況について	69
4-4-2	経営計画について	72
4-4-3	組織体制について	73
4-4-4	外部連携について	74
4-4-5	マーケティング活動について	75
4-5	各経営パフォーマンス関連指標間の相関分析	76
4-6	経営パフォーマンス代表指標と各要素の相関分析	77
4-7	外部環境への適応度による要素比較分析	84
4-8	アンケート調査分析結果からの本研究に対する考察	91
4-9	参考文献	94
第5章	ケーススタディー調査	95

5-1	インタビュー調査による情報収集の概要と方法	95
5-2	ケース1 A病院	103
5-3	ケース2 B病院	115
5-4	ケース3 C病院	125
5-5	ケース4 D病院	135
5-6	インタビュー調査からの考察	146
5-7	参考文献	154
第6章 中小規模民間病院経営変革に向けた事例の提案		155
【論文】ARIMAモデルを利用した医療機器更新による収益性の検討		
6-1	諸論	156
6-2	目的	157
6-3	方法	158
6-4	結果	160
6-5	考察	164
6-6	結論	166
6-7	参考文献	169
第7章 全体考察		170
7-1	理論的考察	170
7-2	フレームワークの設定からの考察	171
7-3	アンケート調査からの考察	172
7-4	インタビュー調査からの考察	173
7-5	本研究における考察	174
7-5-1	内部志向・戦略的アプローチ	175
7-5-2	内部志向・組織的アプローチ	176
7-5-3	外部志向・戦略的アプローチ	177

7-5-4	外部志向・組織的アプローチ	177
7-5-5	中小規模民間病院における経営変革	178
7-6	参考文献	180
第8章	本研究の結論	181
8-1	本研究の結論	181
8-2	本研究のインプリケーション	184
8-3	本研究の課題	185
8-4	今後の展望	185
8-5	参考文献	186
	謝辞	187
付録1【論文】	中小病院経営における会計基準に関する考察	188
付録2	(アンケート調査集計結果)	205

第1章 本研究の目的及び背景

1-1 本研究の目的

昨今、医療機関の経営は困難さを増してきている。これは、相次ぐ診療報酬のマイナス改定や、顧客である患者の意識変化など医療機関を取り巻く環境が大きく変化してきているためである。これら外部環境の大きな変化に加え、医療機関が安定した経営を行う上で必要な収益を確保するためには医療の質を担保させる必要がある。これを実現するためには、優秀なスタッフの確保や高額な高度医療機器の導入などが求められ、人件費や医療機器に対する設備投資をはじめとした関連コストの高騰を招くこととなり収益性を確保することが困難となってきている。また、大規模病院であれば採算性や収益性が高い診療科や部署が、採算性や収益性が低い診療科や部署をカバーすることにより全体としての収益性を確保することが可能であるが、医療現場の最前線を担っている中小規模病院においてはその規模のため多くの診療科をカバーすることは実質的には難しい。このような状況において、特に中小規模の病院が安定した経営を行っていくためには、それぞれにおいて明確な経営戦略や施策の立案及び実行や、さらに各医療機関の状況に即した組織マネジメントが必要となる。最近では、大規模病院や一部の中小規模病院においてこれらのマネジメントが実行されつつあり、これに関する書籍や報告も徐々にではあるが行われ始めている。しかし、いまだ多くの中小規模病院においては明確なビジョンすら打ち出されていないのが現状である。これは、各医療機関、特に中小規模病院に多く見られる旧態依然とした古い経営体質に由来するものであり、以前のような医療機関にとって有利な経営環境であればそのような漫然とした経営体質でも組織を存続させることが可能であったが、昨今の外部環境の変化により経営環境が悪化している現状においては組織を存続させていくだけでも困難を極めている。また、今後必要となる意識変革やマーケティングなどそれまでの方法を大きく変えなければならない状況においても、変革を行うこと自体が難しいことが多い。このため、中小規模民間病院において経営変革を行っていくための変革に必要な体系を明らかにすることで、このような変革をスムーズに行うための経営変革ロジックの構築、経営戦略の立案や実行における重要要件の抽出などにより中小規模病院の経営変革に対して貢献することを目的として本研究を行った。

1-2 本研究の背景

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。

平成 12 年度に向けた全国厚生関係部局長会議資料では「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の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に福利厚生の実施を目的とした病院内設備の拡充など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」（全国公私病院連盟 2010）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（日本政策投資銀行他 2010）¹。

¹日本政策投資銀行他 2010 pp.3~80.

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 1-1 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、過去最高の年間 59 件という倒産件数を記録し負債額も 300 億円に近づく勢いであった（帝国データバンク 2013）。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（全国公私病院連盟 2010）も公表されている（図 1-2 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減少分の大部分を 200 床未満の病院が占めている（厚生労働省 2012）（図 1-3 参照）。

また、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 200 床未満を中小規模病院、②200 床以上を大規模病院と分類する規模分類が多用される。

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 200 床未満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（民間）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。

以上のことから、各医療機関、特に 200 床未満の中小規模民間病院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。

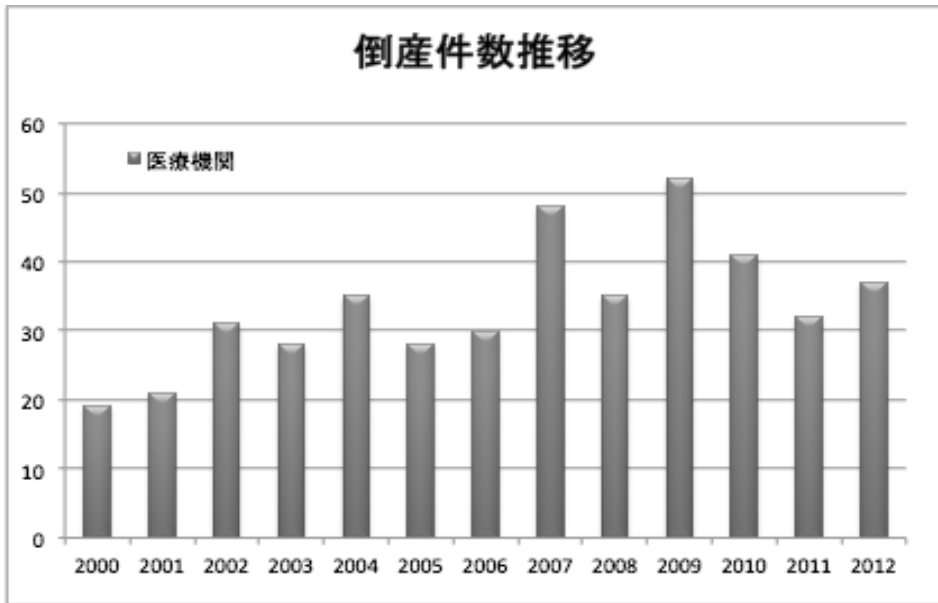


図 1-1 医療機関倒産件数推移

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

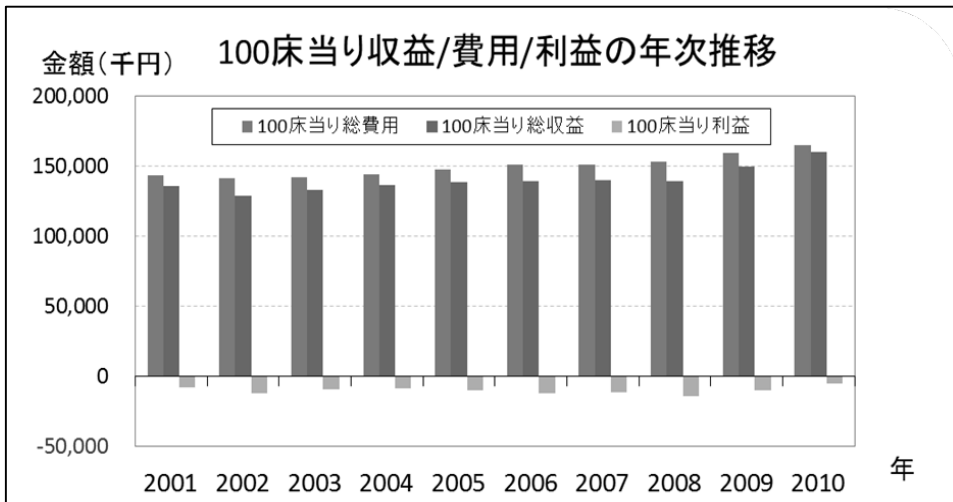


図 1-2 100床当り収益/費用/利益の年次推移

(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

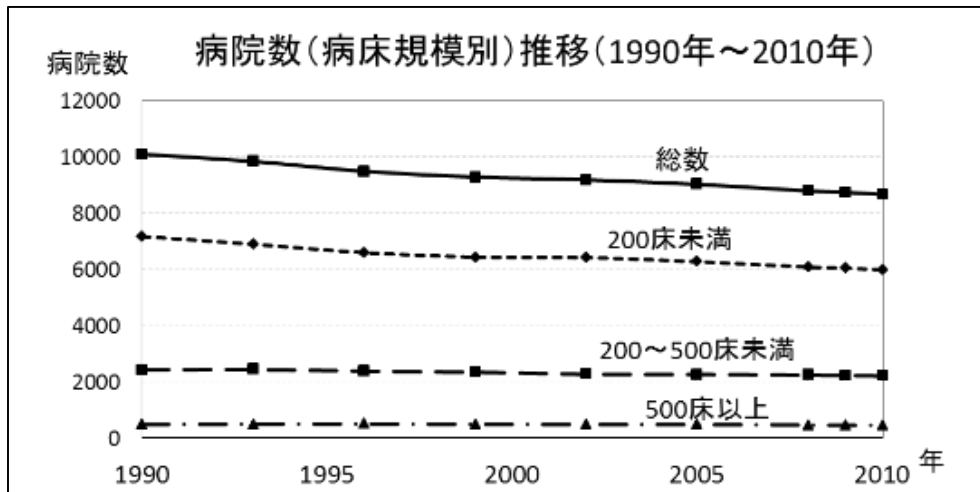


図 1-3 病床規模別病院数推移 (1990 年～2010 年)
(出所) 厚生労働省 医療施設動態調査病院報告 2012 より抜粋

1-3 我が国における医療機関の概要

前述の通り、病院規模に着目す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 경우가多く、その分類には①病床数 20 床以上 200 床未満を中小規模病院、②200 床以上を大規模病院と分類する規模分類が多用される。

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 200 床未満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 (民間) 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。

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、医療機関の経営に永続性を付与し、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、医療法においては、第 39 条で医療法人とは、「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には以下のものがある。（大坪 2004）

1). 財団医療法人：

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。その財産を基に設立者の意思に従って運営され、設立者には出資持分はなく、持分不払い戻し請求および残余財産請求権は認められていない。

2). 社団医療法人：

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である。社団医療法人には現在以下の3種類の社団医療法人が存在する。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。

① 持分の定めのある社団医療法人（出資額限度法人）：社員に対しその退社時の持分払い戻し請求権及び解散時の残余財産分配請求権が認められている社団医療法人のうち、残余財産分配請求権が払込み済み出資限度額を限度としている。

② 持分の定めのある社団医療法人（その他）：社員に対しその退社時の持分払い戻し請求権及び解散時の残余財産分配請求権が認められている社団医療法人のうち、残余財産分配請求権を払込み済み出資限度額に応じて認めている。

③ 持分の定めのない社団医療法人（基金拠出型法人）：社員に対しその退社時の持分払い戻し請求権及び解散時の残余財産分配請求権が認められていない社団医療法人。解散時の残余財産の帰属先は、原則国・地方公共団体などの中から選定する。

3). 特定医療法人：

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

4). 社会医療法人：

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いる。また、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。

各医療法人数の推移を表 1-1 に示す（全国公私病院連盟 2013）。

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。

1-4 病院を取り巻く外部環境

病院を取り巻く外部環境としては様々なものが考えられるが，特に影響が多きいものとして二つ考えらえる。

一つ目は，国や監督官庁である厚生労働省による我が国の医療政策である。そして，二つ目は医療機関の収入源のほとんどを占める診療報酬制度である。

診療報酬を含めた我が国の医療政策は，国や政府の方針のもと，経済状況や社会情勢をもとに医療費を勘案して厚生労働省が政策を決定する。各医療機関は，この政策の下に医療サービスの提供を行っているため，これらの医療政策の影響を大きく受けることとなる。また，診療報酬制度は，保健医療機関および保険薬局が保健医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬であり，厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）における経済状況や社会情勢などを踏まえた議論を参考に厚生労働大臣告示として決定される公定価格制度のことである（厚生労働省 2012）。病院は，提供した医療サービスの価格をこの診療報酬に基づいて計算し，国による皆保険制度のもと患者本人から本人自己負担（通常は全医療費の 3 割）を受け取り，残り 7 割を国民健康保険や社会保険といった保険者に対し診療報酬請求（レセプト請求）を行うことで収入を得ている。

診療報酬制度は，医科・歯科・調剤の 3 種類があり，その内容は，技術・サービスの評価および，物（医薬品・医療材料）の価格評価が含まれ，これらは 2 年に一度内容を見直され改定が行われる。医療機関のほとんどは，自身が提供する医療サービスの対価として保険者に診療報酬請求を行うことで収入を確保しており，この診療報酬改定により収入が大きく影響を受けることとなる。

また，従来は出来高払い制度のもと，各医療機関が行った医療行為すべてに対して診療報酬請求が原則可能であった。しかし，この制度は病院が行った医療行為に対してすべて請求することが可能なため，各保険者による審査はあるもののすべてを審査することは現実的ではなく，結果的に多くの診療報酬が支払われ医療費の高騰により国の財政圧迫など

の問題が見られた。これらを背景に、2003年からは包括払い制度が導入された。包括払い制度は、疾病により支払われる診療報酬が実際に行われた医療行為に関わらず原則定額支払いとなる制度であり、各病院にとってはその対応に迫られている。

表 1-1 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						
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)

1-5 病院経営の現状

昨今、医療機関を取り巻く経営環境は、診療報酬のマイナス改定傾向や利用者の受診控えといった外部環境の変化による収入の減少、スタッフの必要人員確保のための人件費の増加や設備投資の必要性といった内部環境の変化による支出の増加などの影響により厳しさを増している。これにより、図 1-1 に示す通り 2000 年以降、医療機関の倒産は増加傾向にありここ数年は落ち着いてきた傾向はみられるものの、依然年間 30 件以上が倒産している。また、これには他の医療機関への吸収合併や営業譲渡は含まれていないため実質的にはさらに多くの医療機関が経営的に厳しい状況になっていると推測される。

病院全体の 68.8%の病院が赤字経営である²（日本政策投資銀行他 2010）というデータもあるがこれをもう少し詳しく見ていくこととする。

表 1-2 に、一般病院の病床規模別 100 床あたりの収支金額の推移を、表 1-3 に病床規模別の黒字病院および赤字病院の割合を示す（全国公私病院連盟 2013）。

総数は赤字傾向であるにもかかわらず、私的（＝民間）病院全体としてはほぼ黒字傾向であるのが見て取れる。これは、赤字病院の割合が総数としては 6 割であるのに対し、私的病院では 6 割以上が黒字であることでもわかるとおり、私的病院以外の自治体病院や公的病院の多くが赤字を抱えていることに影響されているためと考えられる。これだけを見ると私的病院の経営状況はさほど悪くない印象を得るかもしれない。しかし、病床規模別にみていくと 200 床未満のいわゆる中小規模の私的病院の黒字割合が低くなっており、さらに 100 床あたりの収支金額を見ても赤字であることから、200 床未満の私的病院の経営状況はかなり厳しい状況であることが容易に推測される。これは言い換えると病床規模が小さくなると医業利益率が低い傾向になると考えられる。

この理由として、1 病床あたりの収入単価はさほど大きな開きがないとしても、総病床数が少ない中小規模私的病院では、大規模病院と比較して 1 床当たりの設備投資割合などの固定費負担割合が大きくなり、その結果、経営効率が悪くなる傾向になるためであろうと推測される。加えて、日本の医療機関の特徴として CT 装置や MRI 装置といった高額な医療機器を備えている中小規模私的病院が多くその費用的負担も大きくのしかかっていることも考えられる。そもそも、これらの高額医療機器を中小規模病院をはじめとした多くの病院で導入する必要はあるのかという議論はあるが、現実問題としてそれらを備えていなければ患者集客上不利にならざるを得ない状況にあることは確かである。

² 日本政策投資銀行他 2010 pp.3~80.

そのため、これら高額医療機器を導入する必要性があり、新規導入あるいは耐用年数経過後の機器のリプレースの際に、自己資金のみでこれらの数千万円以上の高額な費用を負担できる医療機関は前述の経営状況を見る限りそれほど多くないと考えられる。

また、一般的に医療機関は一種のサービス業と考えることができるが、サービス業では人的資源（Human Resource）が、提供するサービスの品質に大きな影響を与えることは周知の事実である。高品質な医療サービスを提供するためには、医師や看護師などの優秀なスタッフが必要となることはそのサービス提供スキームからも当然であり、そのためには職場環境の整備といった設備投資なども必要となってくる。そのための資金も決して少額ではないであろう。

特に中小規模私的病院においては、一般社団法人日本病院会が行った「中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告書」でも示されている通り、医師・看護師の確保が中小規模病院の最大の課題であり、ついで建築施設や医療機器のリニューアルなどが大きな問題と認識されていると報告されている（日本病院会 2013）³。となると、その原資は外部に頼ることになりその多くが金融機関による融資に代表される借入（長期資金）に頼らざるを得ない状況であろう。

³日本病院会 2013 p.135

表 1-2 100床あたりの収支金額推移（一般社団法人全国公私病院連盟 平成23年度病院経営実態調査報告 2013より抜粋して筆者作成）

100床当たりの収支金額 (千円)											
		総数					私的				
		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
総費用		151,349	153,237	159,520	165,303	172,405	137,460	137,683	144,508	155,381	161,451
	医業費用	146,904	148,698	155,337	161,315	168,315	134,330	134,745	141,704	152,436	158,556
	医業外費用	3,715	3,455	3,455	3,443	3,391	2,389	2,249	2,261	2,469	2,208
	特別損失	730	1,084	728	545	699	741	689	543	476	687
総収益		140,440	139,327	149,743	160,180	167,000	139,539	136,408	146,498	160,380	167,338
	医業収益	137,561	136,089	146,534	157,191	163,593	136,756	134,089	144,008	158,005	164,784
	医業外収益	2,273	2,409	2,706	2,546	2,649	2,428	1,961	2,241	2,221	2,008
	特別利益	606	829	503	443	758	355	358	249	154	546
	(総収益)－(総費用)	▲ 10,909	▲ 13,910	▲ 9,777	▲ 5,123	▲ 5,405	2,079	▲ 1,275	1,990	4,999	5,887
	(医業収益)－(医業費用)	▲ 9,343	▲ 12,609	▲ 8,803	▲ 4,124	▲ 4,722	2,426	▲ 656	2,304	5,569	6,228

20～99床 100～199床 (千円)											
		20～99床					100～199床				
		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
総費用		110,899	113,409	114,047	121,250	118,565	121,215	124,688	125,845	127,632	129,048
	医業費用	108,460	110,909	111,465	118,941	116,496	118,107	121,339	123,232	125,042	126,179
	医業外費用	2,091	2,086	2,328	2,051	1,934	2,656	2,897	2,415	2,385	2,501
	特別損失	348	414	254	258	135	452	452	198	205	368
総収益		95,917	97,142	99,334	108,380	105,424	111,572	112,464	117,010	121,790	122,188
	医業収益	93,387	94,374	96,952	105,779	102,635	109,360	110,264	114,712	119,579	118,673
	医業外収益	1,941	1,824	1,686	1,792	1,645	1,887	1,735	1,992	1,885	2,614
	特別利益	589	944	696	809	1,144	325	465	306	326	901
	(総収益)－(総費用)	▲ 14,982	▲ 16,267	▲ 14,713	▲ 12,870	▲ 13,141	▲ 9,643	▲ 12,224	▲ 8,835	▲ 5,842	▲ 6,860
	(医業収益)－(医業費用)	▲ 15,073	▲ 16,535	▲ 14,513	▲ 13,162	▲ 13,861	▲ 8,747	▲ 11,075	▲ 8,520	▲ 5,463	▲ 7,506

表 1-3 病床数別の赤字および黒字病院の割合

(一般社団法人全国公私病院連盟 平成 25 年度病院経営実態調査報告 2013 より抜粋して筆者作成)

(%)

		総数		医療法人	
		黒字	赤字	黒字	赤字
一般病院	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
再掲					
	20～199床	32.1	67.9	66.2	33.8
	200床～	43.0	57.0	66.0	34.0

1-6 本研究の意義

本研究の意義は以下の六点である

まず一点目として、病院経営を経営学の視点から行った研究ということである。

これまで、病院はある種特殊な組織として取り扱われてきた。それは病院の持つ社会的意義、つまり人の命を扱っているためである。また、現在の民間病院の多くは個人診療所が組織を拡大したことにより病院となったものがほとんどである。さらに、医療法人の理事長は原則的に医師に限定されている。このような背景から、これまで病院経営は主に医師の手により取り行われてきた。しかし、医師は医学に関する専門教育を受けた医学の専門家ではあるものの、経営というものを系統立てて学習あるいは研究はしていない。

このため、病院経営を経営学の視点で研究を行った例は、管理会計分野など一部の例を除いてほとんどない。本研究では、この点に着目し病院経営を経営学の視点で行った研究という点で意義があるものである。

二点目として、民間病院にフォーカスした点である。

これまでの、病院経営に関する研究は前述の通り医療という視点で行われてきた。しかし、その対象は、主に大学病院や自治体病院に関するものであった。これは、自治体病院や大学病院はその規模が比較的大きく、またその病院が持つ公的な性格から継続性が強く求められる。そのため、産科や小児科などに代表される採算性が低い診療科の運営も求められることから、その経営についてはこれまであまり言及されることは少なかった。しかしながら、昨今の国や自治体の税収減少により、これらの病院も採算性を求められるようになったことから注目されはじめ研究も行われることになった。これらの病院は、その公的な側面より財務データや種々の経営関連データも公表されていることから比較的研究が進みやすかった背景がある。一方、民間病院においては医療サービスの提供という点においては社会的な意義を有するものの、その経営は各病院に任されている。また、制度的には医療法人は財務諸表を年に一度、監督官庁に提出を義務付けられており⁴その閲覧も可能となっている。しかしながら、その内容については、病院会計準則⁵に基づいて作成するように

⁴ 医療法第 52 条において定められており「医療法人は、毎会計年度ごとに貸借対照表及び損益計算書を作成しなければならない」とされている。

⁵ 「病院会計準則」は、その第 1 で「病院会計準則は、病院を対象に会計の基準を定め病院の財政状態及び運営状態を適正に把握し、病院の経営体質の強化、改善向上に資することを目的とする」と定めている通り、病院の経営状況を把握するための会計情報を作成するための基準を示している。また、第 2 において「病院会計準則は、病院ごとに作成される

推奨されているものの強制力はない。（※詳細については、付録「中小病院経営における会計基準に関する考察」を参照のこと）

このため、経営分析に必要な情報が欠落している場合も散見される。また、制度的には閲覧が許されているものの、各都道府県の厚生局において閲覧時間や閲覧件数などの制限がなされており、実質的には閲覧が困難であり情報の確保という点において研究目的としては大変な労力を必要とする。これらの理由により、これまで民間病院経営の研究は進んでいないと考えられる。また、我が国の医療制度が年々変わっていく中で医療に対する社会的ニーズも変化し、そのニーズも多様化している。この多様化したニーズに対応していくためには、大学病院や自治体病院だけでは困難であり、その病院数からも民間病院の役割は大きいと考えられる。

本研究においては、これらの点に着目し民間病院経営にフォーカスした点は意義があるものである。

三点目として、中小規模病院にフォーカスした点である。

前述の理由により、本研究では民間病院経営に対してフォーカスしているが、我が国の病院は前述の通りその多くである全体の約7割が200床未満の中小規模民間病院が占めている。これらの中小規模民間病院は、医療の最前線を担っているにもかかわらず経営効率が悪いと考えられるのは前述の通りである。しかしながら、これら中小規模民間病院はその継続性が求められることから経営変革の必要があることは言うまでもない。

本研究では、この点に着目し民間病院の中でも特に中小規模病院にフォーカスしており、これはこれからの医療提供の継続性を勘案すると意義深いものである。

四点目として、直接病院に対してアンケート調査およびインタビュー調査を行い財務データ以外のデータを収集した点である。

これまでの病院経営研究では、経営分析指標の比較や管理会計など主に財務データをもとに行われていた。これは、前述の情報の確保の困難性や病院組織の閉鎖性に起因するものと考えられる。本研究ではこの点に着目し、アンケート調査やインタビュー調査を通じて財務データ以外のデータを収集しこの点を分析している点は、これまでの研究とは異なり意義あるものである。

財務諸表の作成基準を示したものである」と記されている通り、マニュアルとしての意味合いが強い。

五点目として、中小規模民間病院経営変革に対する新たな独自のフレームワークを提案した点である。

このフレームワークは、①経営変革アプローチの方向性および②経営変革アプローチの内容の2軸に分け経営変革に重要な要素を検討していくものであり、中小規模病院における経営変革の礎となるものである。なお、本稿におけるアプローチとは“目的を達成するための道筋”として捉えている。

経営変革アプローチの方向性については、経営変革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（内部志向）、あるいは、当該組織の外部に対して向けられているのか（外部志向）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を表している。また、経営変革アプローチの内容については、各組織における経営変革アプローチが、組織内外の人的機能などに代表される活動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、経営変革のアプローチの内容を表している。

六点目として、簡便な経営パフォーマンスを表す指標として外部環境の適応力を示す指標を設定した点である。本指標は、診療報酬改定前後における対前年度比売上に着目し①前年より売上が伸びる場合（対前年度比売上がプラスの場合）、②売上が前年度より落ちるが落ち幅は最低限にとどめる場合（対前年度比売り上げが限りなくゼロに近い場合）、③経営が良好であるため診療報酬改定前年度の対前年度比売り上げはプラスでなければならない、という条件設定の下以上の諸条件を表現できる指標を直近の診療報酬改定の前後である2013年度および2014年度の対前年度比売上の和を取り、その結果から外部環境適応度を判断する簡便な指標である。このような簡便にも関わらず、経営パフォーマンスを示す指標を設定した点は意義深い。

1-7 本稿の構成

本稿は、以下の通り8章にて構成されている。

第1章は、本研究の研究目的および病院経営に関する背景について俯瞰する。

第2章では、先行研究レビューを行う。先行研究レビューとして、まず病院経営に関する先行研究レビューを行いこれまでの病院経営研究における課題を把握する。次に、その問題点を解決するために必要な経営学における研究についてレビューを行い、これらを通して現状の中小規模民間病院における課題を考察する。

第3章では、第2章において把握した中小規模民間病院経営における課題を解決するために必要なフレームワークの設定を行うことにより中小規模民間病院経営変革における方向性の仮説を提示する。

第4章では、第3章にて設定したフレームワークによる中小規模病院経営変革における方向性の仮説を検証するためにアンケート調査を実施しその結果分析から検証を行うことで、中小規模民間病院の経営変革に必要な要素の特定を行う。

なお、アンケート調査は、北海道の中小規模民間病院を中心とした329病院に対してA3見開き2ページ(A44ページ分)全60項目からなるアンケート調査用紙を郵送し、回答用紙を返送してもらう形で実施した。

第5章では、第4章で得られた結果の不足部分を補完する目的で、実証研究としてのインタビュー調査を実施した。対象病院は、アンケート回答病院の中から経営状況の良い条件として、直近の診療報酬改定前後の対前年度比売上を利用して設定した外部環境適応力指標が高い病院の中から選択した4病院とした。この4病院の事務長に対して、各病院のアンケート回答結果をもとにインタビュー調査を行い第4章の結果を補完することで、さらに中小規模民間病院の経営変革に必要な要素を特定する。

第6章では、これまでに得られた経営変革に必要な要素の事例提示として、病院経営における新たな視点を提供する。これは、中小規模民間病院における設備投資としては大規模な投資である高額画像診断機器装置のリプレース時における採算性の考察として、従来までの機器単独の採算性ではなく病院全体の活動を見据えた視点での採算性の検討の必要性を提案する。

第7章では、これまでの研究結果を踏まえて、中小規模民間病院の経営変革に関する考察を記述する。

さらに、第8章では本研究の結論として、本研究における結論とインプリケーションおよび本研究の限界と今後の展望を記述する。

図1-5に本稿の構成を示す。

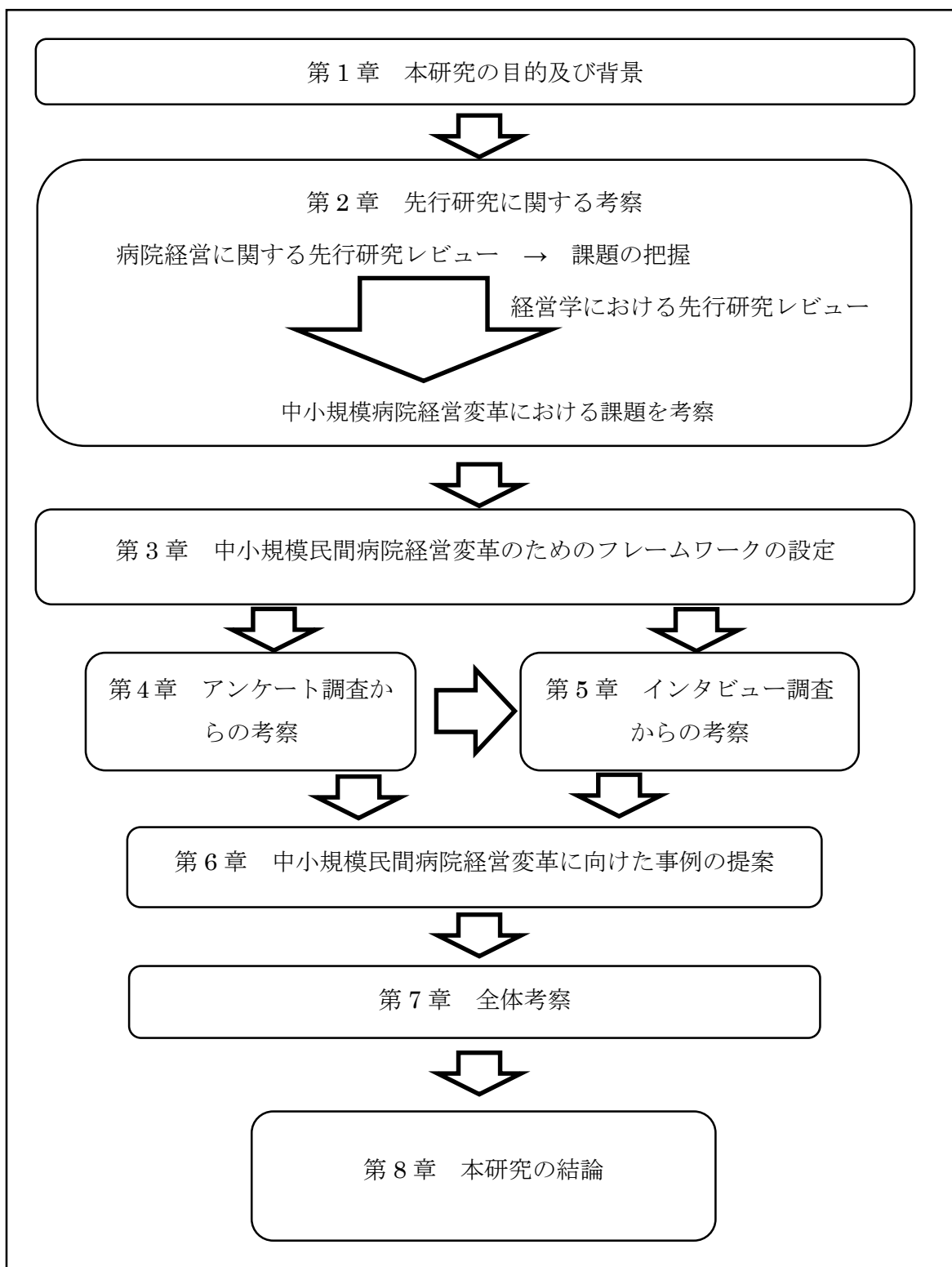


図 1-5 本稿の構成

1-8 参考文献

【参考文献】

- 大坪宏至 「我が国病院会計基準の特徴」『経営論集』東洋大学経営研究所 第 62 号 2004
角瀬保雄 「わが国の医療制度と医療法人制度改革」 『経営志林』 第 43 卷 4 号 2007

【参考資料】

- 厚生労働省 『2012 年医療施設動態調査病院報告』 2012
厚生労働省 『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 2013
厚生労働省 診療報酬制度に関する資料
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/dl/01b.pdf>
(平成 28 年 1 月 9 日 最終確認)
日本病院会 『中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告書 平成 24 年度事業報告書』 2013
㈱日本政策投資銀行・㈱日本経済研究所編, 『病院業界事情ハンドブック』 2010
帝国データバンクプレスリリース 2013/2/8
全国公私病院連盟 『平成 22 年度病院経営実態調査報告』 2010
全国公私病院連盟 『平成 25 年度病院経営実態調査報告』 2013

第2章 先行研究に関する考察

本研究を進めるにあたり、以下の項目について検討することとする。

我が国において、医療機関は医療サービスを提供する特殊なサービス業としてとらえられている。通常サービス業においては、製品や商品を製造販売する製造業とは異なり様々なサービスを提供しその対価として代金や料金を受け取る場合が多い。今回の研究対象としている中小規模民間病院においても、広く国民に医療サービスを提供することによりその対価としての診療報酬を主な収入源として組織を運営している。つまり、診療報酬を収入源とした組織活動を行っていることから、医療サービスを提供する当該病院を国民いわゆる患者が選択し受診することにより収入が確保される。このため、患者をある程度確保することができなければ収入を得ることをできず、結果、組織運営が困難となり病院経営が頓挫してしまうこととなる。そして、患者を確保するためには提供する医療サービスの質の担保はもちろんであるが、安定した経営基盤を持つことにより医療サービスの質の担保を実現することができる。

これらがうまく機能せず、病院経営が立ちいかなくなった病院は経営変革を行う必要があり、そのためには組織的、戦略的な分析から当該組織における課題を抽出し、それらの課題に対し戦略的に対応すること、またそのために必要な組織変革を実現することにより経営変革が可能であると考えられる。

本章では、まず病院経営の先行研究レビューを行うことによりこれまでの病院経営に関する研究における課題を把握する。次に、その課題を解決するために必要な経営学における先行研究をレビューする。さらに、経営変革を行う場合において組織および戦略を変革する必要性について考察を行う。これにより次章以降におけるフレームワークの設定および実証研究へとつなげていくものである。

2-1 病院経営に関する先行研究レビュー

前章で説明したごとく、昨今は医療機関を取り巻く環境は年々厳しくなっており、これに伴い病院をはじめとした医療機関の経営環境は厳しくなっている。

このような流れの中で、医療機関の経営に関して注目され始めこれに対する研究も行われ始めている。大学病院や自治体病院をはじめとした公立病院はその社会的責任や社会的責務により強く継続性が求められる背景から経営変革に関する研究も比較的多く見られる（総務省 2010）。しかしながら、我が国の医療の最前線を担っている中小規模民間病院に

フォーカスした経営変革に関する研究は、実務的なものを除くとほぼ存在しないというのが現状である。

本研究では、この中小規模民間病院にフォーカスした経営変革に着目している。

経営変革を行っていくということは、それまでの経営活動における問題点を解消するために当該組織の組織行動を何らかの目的のために変えていくことであり、このためには組織変革や戦略変革が必要となってくる。

我が国における、これまでの病院経営における研究を分類すると主に、①マクロ視点での病院経営に関する研究、②会計的視点における病院経営に関する研究、③組織マネジメントに関する研究、④検証を主とした病院経営に関する実証研究に大別される。

本節では、各分類における先行研究レビューを行い最後に先行研究における問題点に関して考察する。

2-1-1 マクロ視点における病院経営に関する研究

マクロ視点における病院経営に関する研究として、まず厚生労働省の医療施設経営安定化推進事業における研究がある。これは、平成13年度からスタートした事業であり、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。なお、本事業における各研究は、その研究内容を勘案した委託先を選出し委託先による研究結果を厚生労働省のホームページ（医療法人・医業経営のホームページ⁶⁾）等にて公表しているものである。

表2-1にこれまで実施された研究内容の一覧を示す。

⁶⁾厚生労働省 医療法人・医業経営のホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyau/igyoukeiei/anteika.html>

（平成28年1月9日 最終確認）

表 2-1 厚生労働省 医療施設経営安定化推進事業 委託研究一覧

(厚生労働省 医療施設経営安定化推進事業ホームページを参考に筆者作成)

年度	事業名
13	患者満足度調査導入による病院の経営改善に係る調査研究
	「病院におけるアウトソーシング等の活用について」
14	「在宅医療、介護分野を重視した中小病院経営に関する研究」
	中小病院経営改善ハンドブック作成及び普及事業
15	医療機関の経営評価方法に関する調査研究
	医療機関の経営安定化に資する経営管理手法に関する調査研究
16	病院経営をはじめとした非営利組織の経営に関する調査研究
	地域での医療に係る機能分化・連携が与える医療施設経営への影響 調査研究
17	病院経営管理指標(病院経営指標、病院経営収支調査年報、主要公的医療機関の状況)改正のための調査研究
	第三者機関による評価が与える病院経営の影響調査研究
18	病院経営管理指標に関する調査研究
	良質な医療提供体制の構築に向けた今後の中小病院の役割に関する調査研究
19	病院経営管理指標及び中小病院の経営の方向性に関する調査
	医療機関における資金調達のための調査
20	各都道府県の新たな医療計画にかかる調査研究
21	病院経営管理指標及び医療施設の未収金に関する調査研究
	医療施設経営管理部門の人材開発のあり方等に関する調査研究
22	病院経営管理指標及び施設・設備への投資による病院経営影響調査
	出資持分のない医療法人への円滑な移行に関する調査研究
23	病院経営管理指標及び医療施設の医業外事業による本体業務への経営的影響に関する調査研究
	近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究
24	病院経営管理指標及び経営適正化に関する調査研究
	医療機関の経営支援に関する調査研究
25	医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究
	医療法人の適正な運営に関する調査研究
26	病院経営管理指標及び医療施設におけるコンプライアンスに関する調査研究
	持分によるリスクと持分なし医療法人への移行事例に関する調査研究

これらの研究は、様々な分野を対象としているため病院経営に関して全体を俯瞰するという意味では参考になるが、各病院における病院経営を考えた場合どれほど有用かは不明である。

また、本事業における研究は民間病院（医療法人病院）を対象としているもののその病院規模（＝病床数）に関する配慮は一部を除いて行われていない。

また、西田は医療・福祉の経営原理や経営管理論、事業経営論といった医療経営全般に関する内容の自身の研究をその著書において記述しており、マクロ的な視点で病院経営全体を対象としている（西田 2001, 西田 2011）。

同様に、木村は病院経営に関する入門書という視点で、医療政策や医療・福祉事業経営、病院経営、病院組織、診療報酬の仕組みから、品質向上を進める手法・品質の測定と評価やサービス効率を高める手法などを自身の研究をもとに解説をしている。（木村 2012）

これらは、各病院における病院経営に対する示唆を与えるというミクロ的な視点ではなく、あくまでも病院経営全体に対するマクロ的な視点での研究である。つまり、わが国の医療システムの状況などから一般的な病院経営に関する議論であり各病院レベルまでブレイクダウンはされていない。このため、これらの研究をもとに今回対象としている中小規模民間病院の経営を議論することは難しい。

2-1-2 会計的視点における病院経営に関する研究

一方、会計に関する報告は比較的多く見ることができる。

会計分野に関する研究は、主に DPC 分析などを中心とした財務会計に関する研究、コスト構造や原価計算などを中心とした管理会計に関する研究、資金調達に関する研究、病院会計に関する研究などに大別される。

財務会計に関する研究では、DPC 分析をもとに病院経営に影響が大きい診療行為を探索する研究（林 2011、瀬古口 2008）、あるいは経営指標に関する研究（河口 2005）などが報告されている。

管理会計に関する研究では、原価計算をもとにした予算作成など予算管理に関する研究（坂口 2015）、病院への ABC など原価計算の適応（中田 2002）、コスト構造が病院経営に与える影響（下村 2011）などの研究が報告されている。

資金調達に関する研究では、私的病院（民間病院）の資金調達におけるスキームと課題（河口 2000、真野 2003、安川 1997）などが報告されている。

病院会計に関する研究では、病院会計準則や病院会計基準（大坪 2004、玉置 2011、廣橋 2013、谷 2014）などが報告されている。

これらの研究は、今回の対象である中小規模民間病院の経営変革に参考となる研究も存在する。しかしながら、これらの研究は会計に特化した研究でありこれだけでは病院経営変革に直結する内容ではない。また、その病院規模については配慮されていないためすべてをそのまま中小規模民間病院の経営変革に対して適応できるものではない。

2-1-3 組織マネジメントに関する研究

病院における組織マネジメントに関する研究では、人材マネジメントなど人的資源管理に注目した研究（谷口 2004、栗原 2005、西野 2012）などが報告されている。また、病

院運営における組織マネジメントやリーダーシップ論に関する研究（松尾 2009, 瀬古口 2014）が報告されている。また、これらの内容も、今回の研究対象である中小規模民間病院の経営変革に対して参考になる部分も見られるが、病院規模や設立母体などの違いにより直接これらの改革などを中小規模民間病院に対して適応することは困難である。

2-1-4 検証を主とした病院経営に関する実証研究

検証を主とした病院経営に関する研究としては、中小企業診断士協会における研究（中小企業診断協会埼玉県支部 2011, 中小企業診断協会北海道支部 2011）や北海道立病院経営改善支援業務受託コンソーシアム、坂梨らによる報告では、病院の現状を検証しているものの各病院にフォーカスしているものではなく、あくまでも一般論に関するものである（北海道立病院経営改善支援業務受託コンソーシアム 2012, 坂梨 2001）。また、これらの報告はあくまでも現状を検証しているものであり、今後に対しての具体的な知見は見られるものではない。

2-1-5 諸外国における病院経営に関する研究

諸外国における病院経営に関する研究は、我が国における研究を先行しておりその分野も我が国における病院経営に関する研究と同様に、会計に関する研究や組織マネジメントに関する研究が数多くみられ、我が国の病院経営に対して参考となる研究も多い。

病院経営全般としては、Kiran らは、イギリスを中心としたヨーロッパにおける医療システムをもとに、ヘルスケアサービス、組織、リーダーシップにわけこれらの中で病院組織がとる行動や活動についての指針を病院経営を含めて考察を行っている（Kieran 2011）。また、Peter らは病院経営に関して戦略論および組織論を軸に考察を行っている（Perter 2013）さらに、David らや Bita らは、病院が戦略変更を実施する際のリーダ主導による各職員の行動変化への意識付けの重要性について報告している（David 2008, Bita 2014）、加えて、病院組織の経営変革における Kotter の変革モデルの適応に関する報告もある（Cambel 2008）。

その他にも、管理会計における原価計算に関する研究などは我が国でも諸外国の研究を我が国の病院へ適応させる研究（荒井 2013, 荒井 2007）なども含めて、多々病院経営に関する研究報告は数多く見られる。しかしながら、医療保険制度をはじめとした医療システム自体が諸外国と我が国では根本的に違い、各病院の置かれている状況や経営システム

などが根本的に違うこと、また病院自体の位置づけが各国毎に異なり、わが国ではフリーアクセスの原理により患者は自分が選択した病院へ自由に受診することが可能であるが、多くの諸外国では各国の医療制度による制限から受診病院が限られている。さらに、病院規模に関してもわが国では中小規模病院が多くを占めるが、諸外国においては大規模病院とホームドクターをはじめとしたクリニックが医療提供者の中心となっている。このため、根本的に医療提供者である病院の経営環境が大きく異なることから、経営変革に対するアプローチも大きく異なってくるのは当然のことである。

以上のことより、これら諸外国の研究は我が国の病院経営に対する示唆は得られるものが多いが、直接的な参考となるものはほとんどないのが現状である。

2-1-6 これまでの病院経営に関する研究の課題

以上、我が国および諸外国における病院経営に関する先行研究をレビューすると、中小規模民間病院の経営変革に対して参考になる内容も多く見ることができる。

しかしながら、中小規模民間病院の経営変革を考えていく中で、これらこれまでの病院経営に関する研究を適応するためには以下の課題が考えられる。

① 会計に関する研究における対象制限

会計に関する研究は、財務会計および管理会計どちらにおいても財務データや会計データなどの内部データを必要とする。このため、大学病院をはじめとした大規模病院、あるいは財務諸表が一般に広く公開されている自治体病院を対象としている場合がほとんどである。しかしながら、中小規模民間病院においては、これらの内部データがほとんど公開されていないことから、これらの研究自体が行われていないのが現状である。

② 病院規模に関する無関心

一般的に大規模企業と中小企業では、その活動内容や経営管理手法は当然のごとく違ってくる。病院においてもまた然りであり、大規模病院と中小規模病院では、経営資源や診療科目などが大きく異なることにより病院経営変革に対するアプローチや改革方針などが異なってくる。このため、本来は病院規模によりこれらの議論を分けて考えていかなければならないが、これまでの研究では規模に関する言及はほとんどなく、その多くが大学病院や自治体病院を主とした大規模病院を対象としており、民間病院に対する研究はほとんど行われていないのが現状である。

③ 対象分野別の研究

これまでの病院経営に関する研究では、会計分野（財務・管理）、組織分野（行動・変革）、戦略分野（管理・変革）など、それぞれ個別の分野で研究が行われてきた。しかしながら、経営変革を考えた場合、各分野が単独で動く場合ではなく複合的に絡み合い作用していくものであると考えられる。このため、経営変革を前提とした場合、各分野を複合的に研究した研究の必要性が考えられるがこれまでの研究ではこの点はカバーできていないのが現状である。

④ 実務的な調査内容

先行研究では、実証研究も散見される。しかし、これまでの実証研究はあくまでも現状調査の域を出ていない。つまり、病院経営に関して経営管理手法や組織行動など、より具体的な内容を調査しているものの、それらの理論的な考察や課題の抽出などに言及しているものはほとんどなく現状調査報告がほとんどである。このため、経営変革のために必要な具体的な改革についての言及がなされていないのが現状である。

⑤ 医療者の視点での病院経営研究

先行研究では、病院経営を医療者の立場から研究を行ってきたものがその主流である。これは、病院の経営を行う管理者がその組織の特性上ほぼ医師に限定されていることに起因するものであると考えられる。このため、病院経営を経営学の視点で研究を行った例は管理会計分野など一部の例を除いてこれまでほとんどないのが現状である。

以上の理由から、現状の研究だけでは今回の研究の対象としている中小規模民間病院の経営変革において、参考にはなるものの直接的な示唆を与えるものではなくより具体的な研究が望まれることから、本研究の必要性が確認された。そこで、本研究では中小規模民間病院の経営変革についての研究を行っていくうえで、これらの課題を解決していくという点において本研究の新規性が担保される。

2-2 コンティンジェンシー理論の適応

まず、本研究のメインテーマである中小規模民間病院の経営変革を考えていく中で一番に配慮しなければいけない点は、病院経営はその規模や経営主体に関わらず外部環境の変化に大きく影響を受けるということである。

ここで言う外部環境の変化とは、大きく分けて2つ考えられる。

一つ目は、国や監督官庁である厚生労働省による我が国の医療政策である。そして、二つ目は医療機関の収入源のほとんどを占める診療報酬制度である。

診療報酬を含めた我が国の医療政策は、国や政府の方針のもと、経済状況や社会情勢をもとに医療費を勘案して厚生労働省が政策を決定する。各医療機関は、この政策の下に医療サービスの提供を行っているため、これらの医療政策の影響を大きく受けることとなる。また、診療報酬制度（厚生労働省 2012）は、保健医療機関および保険薬局が保健医療サービスに対する対価として保険者から受け取る報酬であり、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）における経済状況や社会情勢などを踏まえた議論を参考に厚生労働大臣告示として決定される。その内容は、技術・サービスの評価および、物（医薬品・医療材料）の価格評価が含まれ、これらは2年に一度内容を見直され改定が行われる。医療機関のほとんどは、自身が提供する医療サービスの対価として保険者に診療報酬請求を行うことで収入を確保しており、この診療報酬改定により収入が大きく影響を受けることとなる。このため、各病院は如何にこれらの外部環境の変化に対応していくかがその経営に大きな影響を与えることとなる。

これらの外部環境の変化に対する対応は、コンティンジェンシー（条件適応）理論に当てはめて考えることができる。コンティンジェンシー理論は、1967年にハーバード大学の Paoul R. Lawrence と Jay W. Lorsch により提唱された理論であり、「組織が直面する不確実性に対する適応のあり方」を示しているとされている。また、金井らは、「組織は内部環境および外部環境すべてを合わせた環境に適合できる組織は存在せず、そのような意味では現代に有用な理論はすべてコンティンジェンシー（条件適応）理論である」⁷（金井 2004）と、コンティンジェンシー理論の有用性を主張している。

このコンティンジェンシー理論を、医療という業態、あるいは病院という組織で考えてみると、国や厚生労働省による医療政策、さらに2年に一度の診療報酬改定などといったコントロール不可能な外部環境は、非常に短いスパンでの社会の動きや政策の変化を反映しており非常に不確実性が高く、各病院組織は規模によらずこれらへの適応や対応を求められていることから本理論の適応が考えられる。

また、医療という業態、あるいは病院という組織にとっては、これら外部環境は非常に不安定であり不確実性が高いことから、病院組織にはこれら外部および内部を含めた環境変化への対応を可能とする柔軟な組織構造と分散化された意思決定が必要とされている。

⁷ 金井ら 2004 pp.2~26.

言い換えると、これらの組織構造と意思決定システムを有しない場合、外部環境変化に対応できず経営困難に陥ることが考えられる。したがって、Lawrence らが示している通り不確実性の高い環境においても成果をあげることができる組織は、各部門の専門性を高め、これと同時に起こりうる組織全体の調整を推進する機能により対応することができる組織であると考えられる。病院が経営変革を行う上では、これらの対応が必要なことは言うまでもない。

ここで、組織規模に着目すると、中小規模民間病院はその成り立ちから個人診療所から組織転換したものが多い。これは、業界の中では一般企業でいうところの中小企業と同じ位置づけとなる⁸（西田 2011）。組織規模により経営変革をはじめとした組織行動が異なることは周知の事実である（田中ら 2002）。このため、中小規模病院における対応も、大規模病院のそれとは異なるため別々に考える必要がある。ここでもその組織規模を考慮する必要性が確認できる。これにより、病院におけるコンティンジェンシー理論も規模により変化すると考えられる。

このコンティンジェンシー理論において Lawrence らは「環境の変化への対応を可能とする柔軟な組織構造と分散化された意思決定」と示している。

つまり、これらを現代の病院へと当てはめていくと、環境変化の対応が可能な組織、そしてそれらを突き動かすビジョンそして戦略が必要である。

このため、次節以降は組織および戦略における基礎理論を俯瞰し、これに規模における考察を加えることで、これらを病院組織に適応するための課題を検討する。

2-3 組織および組織変革における基礎理論

組織の定義は、種々存在するが Banard が示した「2人以上の人々の、意識的に調整された諸活動、諸力の体系」としたものが代表的である⁹（桑田 1998）。これは、少なくともひとつの明確な目的のために、2人以上の人々が協働してその目的達成のために形成する複合体であるとされている。つまり組織を形成するには明確な目的が必要であるとともに、組織に貢献する意欲や、コミュニケーションが必要であるとしている。一般的には、これらを提供するのが経営者の役割であると考えられている。

⁸ 西田 2011 pp.129-154.

⁹ 桑田ら 1998 pp. 19~40.

そのような組織の中での、経営者の役割としてコミュニケーションシステムの維持（指揮・命令系統の明確化）・必要な活動を確保（個々のメンバーの貢献を確保）・目的を定式化（目的のために行われる組織的意思決定）などがあげられる。これらの役割を経営者が果たすことにより、組織が有機的に動いていくと考えられる。しかしながら、組織は経営者の行動のみに縛られるものではなく、その組織が持つミッションやビジョン、あるいは組織構造によりその行動も大きく変わっていくものである。ここで、組織構造に着目してみる。

組織構造的な分類としては以下のように分類されている¹⁰（榊原 2002）。

職能制組織：トップマネジメントの意思がミドルを経てボトムに伝達され作業者に至るタテの命令系統が直線的に貫かれた組織形態である。

事業部制組織：製品別、地域別、あるいは顧客別に関連職能を束ねた独立性、自立性が高い部門である事業部を構成単位とする組織形態である。

マトリックス組織：部門編成の基準として職能と事業の二つの軸が同時に使われている組織であり、職能性組織と事業部制組織のハイブリットタイプの組織形態である。

機能性組織は、主に各組織に属する個人の機能に焦点を当てた組織構造である。一方、事業部制組織は、当該組織が提供する製品または市場に焦点を当てた組織構造である。マトリックス組織は、これら機能性組織と事業部制組織を組み合わせ発展させたものと考えられる。ここで挙げた組織形態は、いずれも当該組織の内部に向けた組織内部調整システムという観点で分類されており、各組織が持つミッションの達成のために行われる業務において、一定の条件下での効率性を重視したものでありまさにオープンシステムであると考えられる。これらの組織構造は、その組織が持つミッションや組織行動プロセスにより選択される。また、同様に組織規模によっても構造が変わってくる。

一般的に、大組織では事業部制が好んで選択される。これは、大組織においてはその組織の構成要員が多く個人の機能に焦点を当てた職能性組織では管理が複雑となり困難を極めるためと考えられる。しかし、中小規模組織においてはその組織要員数の違いから職能性組織が多くみられ、また少人数により複数の業務を兼務するような組織においてはこれらの分類によらない構造も考えられる。これらの考え方は、病院組織においても当てはまる。

¹⁰ 榊原 2002 pp.97~140.

大規模病院では、提供する医療サービスの種類や組み合わせにより部署あるいは病棟単位での組織形態が見られ各部署は独立している。これは、主に国公立病院などにおいて良くみられる一方、中小規模の公的病院や自治体病院にも一部見られる組織形態である。

一方、中小規模民間病院においても、大規模病院と同様に部署あるいは病棟単位での組織形態を基本としているが、実際にはその構成要員数の少なさから複数の部署や病棟の業務を兼務している場合がほとんどであり大規模病院と比較するとフレキシブルな対応が求められる組織である。しかし、これらの対応は決して明確化されているものではなく、また、すべての中小規模民間病院において共通するものではない。いわゆる暗黙知であるコンテクスト要因として、各中小規模民間病院において形成されているものである。

このような組織が、前述のコンティンジェンシー理論により環境に適応していくために必要なことは、その環境に適合できるような形で組織変革を行っていくことである。

松田によると、「社会変動は社会構造の変動である」¹¹（富永 1981）、「組織変動とはある組織構造と機能更新の過程」（野中他 1978）といった定義から、組織変革の上位概念として社会変動と組織変動を説明されてきているとしている。

さらに、組織は人を行動させるシステムとも考えられ従業員の意識や行動を変革することによって現状の関係やシステムを改善する事が可能となる。従って、松田は「組織変革とは組織成果の向上を目的として、組織及び個人レベルの関係の改善を対象とし、変革推進者もしくは介入者を中心として意図的に組織が行う行動あるいはその過程に見出される組織現象である」と定義した¹²（松田 2011）。これは、人の行動や意識、組織のシステム等が組織変革に大きく関与している事を示しており、言い換えると組織変革のためにはこれらが重要なポイントであるともいえる。

このような組織変革を行う上で考えていかなければならないのがプロセスモデルである。組織変革におけるプロセスモデルは、組織変革においてその進行のプロセスを明らかにし、それを説明することを可能にするモデルであると説明されている（松田 2011）。このモデルを明らかにすることにより、組織変革を行う際に何がどのように変化していくかを明らかにすることができ、それをもとに実際の組織変革を行う際の礎になるであろうと期待される。本稿においては、このプロセスモデルの中で最も古典的な Lewin の 3 段階変革プロ

¹¹ 富永ら 1981 p.232.

¹² 松田 2011 pp.13~31.

セスモデルと、それを発展させたより実践的な Kotter の 8 段階変革プロセスモデルについて着目する。

この組織変革における変革プロセスモデルとして最も基本と考えられており、その後の変革プロセスモデルの基本となっているのが、古典的な社会心理学モデルである Lewin の変革プロセスモデルであろう (Lewin 1947, 松田 2011, 古田 2013)。

表 2-2 に Lewin の 3 段階変革プロセスモデルの概要を示す。

表 2-2 Lewin の 3 段階変革プロセスモデル
(Lewin 1947, 松田 2011, 古田 2013 を参考に筆者作成)

第 1 段階	解凍	現在の行動を支持している均衡状態を流動的にする段階 変革の必要性を理解させ、既存状態の打破と変化への準備
第 2 段階	移行	心理的緊張を解くための情報探索が始まる段階 均衡状態から新たな行動や意識などを組織内に浸透させる
第 3 段階	再凍結	新しい変革をすでに組み込まれている組織の仕組みや心理関係の中に統合する段階 変革後の新しい状態を定着させる

第 1 段階「解凍」は、現在の行動を指示している均衡状態を流動的にする段階とされており、これまでの行動から新たな行動へ移行するまでの不安定な状況で、変革の必要性を組織内部に理解させ既存状態の打破と変化への準備を行うとされている。

第 2 段階「移行」は、心理的緊張を解くための情報探索が始まる段階とされており、新たな行動や意識を達成させるために情報を探索、処理、利用することで利用できる様々な選択肢を検討するとされている。

第 3 段階「再凍結」は、新しい変革をすでに組み込まれている組織の仕組みや心理関係の中に統合する段階とされており、新しい行動を安定化させるとされている。

古田は、この Lewin の 3 段階変革プロセスモデルについて、環境の変化などによって組織変革の必要性を認知すること、組織変革後の状態を組織に備え付けること、さらに組織

変革の必要性と組織変革後の状態の維持を強調するモデルであると説明している（古田 2013）。

この Lewin の 3 段階変革プロセスモデルを発展させ、数多くの実証研究により提示されたのが Kotter の 8 段階変革プロセスモデルである（Kotter 1996, 東 2006, 松田 2011）。

この Kotter の 8 段階変革プロセスモデルは、組織変革を行う上でより具体的な内容を示しており非常に理解しやすいモデルの代表である。表 2-3 に Kotter の 8 段階変革プロセスモデルの概要及び Lewin の 3 段階変革プロセスモデルとの比較を示す。

表 2-3 Kotter の 8 段階変革プロセスモデルの概要及び Lewin の 3 段階変革プロセスモデルとの比較（Kotter 1996, 東 2006, 松田 2011 を参考に筆者作成）

段階	活動		Lewin との対比
第 1 段階	危機意識を高める	組織内において変革意識が芽生える	解凍
第 2 段階	変革推進のための連帯チームを築く	変革を先導する力のあるチームを編成し互いに協力する	
第 3 段階	ビジョンと戦略を生み出す	変革を先導するチームが適切なビジョンと戦略を掲げる	
第 4 段階	変革のためのビジョンを広くコミュニケーションする	様々な方法で周囲に変革を認知させ、周囲が行動を起こす機会を与える	
第 5 段階	広範囲の人材をエンパワーメントする	周囲にビジョンに基づいて行動できると感じさせ実際に行動する	移行
第 6 段階	短期的成果を実現する	短期的成果の実現に向けて実際に動き出し短期的成果を生み出す	
第 7 段階	成果を統合し更なる変革を推進する	短期的成果をまとめ変革の波をさらに推進する	
第 8 段階	新しい企業文化を定着させる	優れたリーダーシップにより業績向上を実現させ定着させる	再凍結

第1段階：危機意識を高める

これは、市場と競合相手の状況を見極め、脅威や機会を発見し検討する段階とされており、組織内において危機意識が共有され始め変革意識が芽生え始める段階である。

第2段階：変革推進のための連帯チームを築く

組織変革を先導するために十分なパワーを備えたチームを結成し、このチームを支持し共鳴する人々を増やしていく段階である。

第3段階：ビジョンと戦略を生み出す

変革を先導するチームが組織変革を導くための適切なビジョンと戦略を掲げる、このビジョンを実現するための経営戦略を創り出す段階である。

第4段階：変革のためのビジョンを広くコミュニケーションする

様々な方法を活用することで、継続的に新しいビジョンと経営戦略をコミュニケーションし、チームのメンバーが協力して周囲に対して変革を認知させ自らがモデルとなって周囲が行動を起こす機会を与える段階である。

第5段階：広範囲の人材をエンパワーする

組織変革にとっての阻害要因を排除し、周囲にビジョンに基づいて行動できると感じさせ実際に行動することで組織変革に抵抗する既存のシステムや組織構造を実際に変革すると同時に、リスク回避や以前に実施されていない新たなアイデアや行動を実施する段階である。

第6段階：短期的成果を実現する

短期的成果を生む計画をたて、実際に短期的成果を実現することで、業務上で目に見える改善を現実のものとしその成果に貢献した人たちに報いる段階である。

第7段階：成果を統合しさらなる変革を推進する

複数の短期的成果をまとめることにより変革の波をさらに推進する段階であるとともに、変革になじまないシステムや組織構造などに対して人々が抱いている不安や不満などに対処することでさらに変革を推し進める段階である。

第8段階：新しい企業文化を定着させる

優れたリーダーシップにより業績向上を実現させ新しい企業文化に基づく行動を組織に定着させる段階である。また、新たな方法と変革実現との関係を明確にし次の変革へとつなげていく段階でもある。

Kotter の 8 段階変革プロセスモデルはより実践的な組織変革モデルである。特に Lewin の 3 段階変革モデルとの対応では、第 1 段階から第 4 段階までが「解凍」に相当し、第 5 段階から第 7 段階までが「移行」に相当、第 8 段階が「再凍結」に相当する。特に、Lewin の「移行」段階については第 5 段階から第 7 段階まで細かく具体的に提示している。（松田 2011）

また、このような大変な作業を経て様々な犠牲を払いながら組織変革を成功させたとしても、その後の人員配置に対して配慮を欠いたためにそれまでの変革の成功を無にしてしまう企業も少なくないといわれている（Nadler 1998）

これは、組織変革の難しい作業を進め、人的な犠牲を払い、広範囲に組織を崩して勝利を得ても、無計画な人事配置をしたためにそれを台無しにしてしまう会社があまりにも多いということであり、このことより、組織変革の実行とともに重要なのは適正な人員配置でありこれに対しても十分な配慮を払う必要があると考えられる。

組織とは、明確な目的を持ったものでありその目的や規模によりその組織構造は変化していくものである。そして、組織を取り巻く環境というのは常に変化していくものであり、この環境の変化に対応できなければ組織は継続することができなくなってしまう。しかしながら、これまでと同様の行動をしていては環境の変化に対応できるものではなく、環境の変化への対応のためには何らかの形で組織を変革していかなければならない。この過程を示したものが組織変革プロセスモデルである。しかし、これにより組織変革が成功したとしてもその後の対応に間違いがあればその成功が無になってしまう。そのために、組織変革と同様に適正な人員配置には十分に配慮する必要がある。

ここで重要なことが、組織は明確な目的を持つ必要があるということである。組織が明確な目標を持つということは、その組織が進むべき方向性を示すことであり、つまりビジョンを持つことである。しかし、ビジョンを持つだけでは組織はその方向にどのように進んでいけば良いかがわからない。その方法を示すものが戦略である。これは、Chandler の「組織は戦略に従う」（Chandler 1962）という言葉にも裏付けられる。

つまり、環境の変化に対して対応するためには組織変革が必要であるが、その進むべき方向に向かうための方法を示すものが戦略であり、これも重要であることは言うまでもない。次節では、この戦略論の基礎理論について俯瞰する。

2-4 戦略における基礎理論

戦略 (strategy) はもともと軍事用語であり、経営学の概念として登場したのが 60 年代のアメリカであり、その後 70 年代には我が国でも使われるようになった。

この戦略の定義は、様々なものが存在するがその概念を最初に提示したのは Chandler といわれている (柳 1998)。Chandler は経営戦略の概念を「企業の基本的長期目標、目的の決定、取るべき行動方向性の採択、これらの目標遂行に必要な資源配分」と定義している (Chandler 1962)。その後、様々な定義がなされており、例えば Barney は戦略を「如何に競争に成功するか、ということに関して一企業が持つ理論」と定義している¹³ (Barney 2003)。これは、戦略の中でも競争戦略に属するものである。

この競争戦略をより具体化したのが、Porter である。Porter は自社が業界内でのポジショニングを確立するための有用な競争方法を探求するために、5 つの要因 (新規参入の脅威、業界内の敵対関係、代替品の脅威、売り手の交渉力、買い手の交渉力) を用いて業界内の収益性を決定する業界構造分析を提案した (Porter 1982)。

図 2-1 に業界構造分析の概念図示す。

各項目は以下のようにあらわされる。

- ① 新規参入の脅威：競争市場へ新規参入のしやすさを表したものである。
- ② 業界内の敵対関係：業界内での競争の激しさを敵対関係の強さで表したものである。
- ③ 代替品の脅威：自社や競合他社が提供している商品やサービスの代替品の出現の可能性を脅威の程度で表したものである。
- ④ 売り手の交渉力：川上の供給業者の交渉力の程度を表したものである。
- ⑤ 買い手の交渉力：顧客の製品やサービスの購買に対する交渉力の程度を表したものである。

¹³ Barney 2003 pp.2-41.

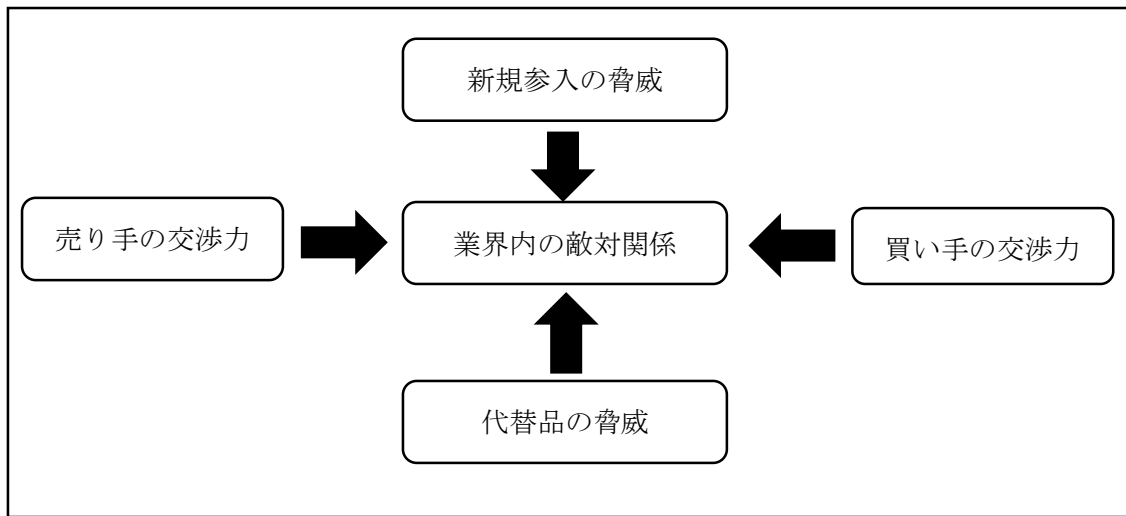


図 2-1 業界構造分析概念図 (Porter 1982 を参考に筆者作成)

さらに、Porter はこの業界の中で5つの要因に対する対処として競合他社と競争していく中で基本戦略を提案した。これは、ターゲットのセグメンテーションの程度、および戦略的優位性から、3つの基本戦略である①コストリーダーシップ戦略、②差別化戦略、③集中戦略を提唱した。また、集中戦略はその優位性によりさらにコスト集中戦略と差別化集中戦略に分けられる (Porter 1985)。

図 2-2 に基本戦略の概念図示す。

それぞれの戦略は、以下の通り説明できる。

- ① コストリーダーシップ戦略：競合他社よりもコストを下げ低コストで製品やサービスを提供することにより価格における優位性を担保する戦略である。
- ② 差別化戦略：競合他社と違ったユニークな独自の製品やサービスを提供することにより顧客価値を高め、ブランド形成などにより差別化を図る戦略である。これは成功すると高価格な製品やサービスの提供が可能となる。
- ③ 集中戦略：特定のセグメントを定め、そのセグメントに対して経営資源を集中的に投下することによりコストあるいは差別化による競争優位性を担保するものである。

		ターゲット	
		広い	狭い
競争優位	コスト	コストリーダーシップ	コスト集中
	差別化	差別化	差別化集中

図 2-2 3つの基本戦略 (Porter 1985 を参考に筆者作成)

いずれの競争戦略を選択するにしても、その源泉はドメインを定義し、資源配分を決定し、ポジショニングを行うことである。これは戦略立案を行っていく上でも基本的なこととは言うまでもない。

前節において、環境変化への対応のためには組織変革が必要であるということが確認された。また、この組織変革を成功するためには明確な目的が必要であり、その目的に向かって組織が邁進するには戦略が重要である。本節では、戦略とは如何に競争に成功するかを意識したものでありそのために必要なのが競争戦略であることが確認できた。

経営変革において、競争優位性が必要となるのは当然のことでありその意味では競争戦略は組織変革とともに重要である。しかし、これらは一般的な概念であり、これらを中小規模民間病院に適応するためにはその規模に関する考察も必要となると考えられる。

次節においては、この規模に関して考察を行う。

2-5 規模の差による視点の違い

これらの組織論や組織変革論、そして戦略論は一般的な概念でありそこには規模的な要素はあまり関与しない。しかし、中小規模民間病院の経営変革を考えていく中で、この規模の要素を考慮する必要があるのは前述の通りである。そこで本節ではこの規模に関する考察を行っていく。

中小規模民間病院は、その規模や成り立ちから中小企業と類似する点が多い。このため、本節ではすでに研究が進んでいる中小企業を例に規模による考察を行っていく。

田中らは、中小企業存立には次の様な要因があると指摘している。

環境変化へ迅速に適応する活動や、個人的な注意を必要とし顧客の気まぐれに対処しなければならない活動などある種の活動は大企業には不向きで中小企業によって行われるものである（田中ら 2002）。

このため、中小企業においては大企業と違った戦略が経営変革において必要であると考えられる。この点は、中小規模民間病院においても同様である。中小規模民間病院も中小企業と同様、その経営変革においては大規模病院とは違った戦略が必要となる。具体的には、外部環境変化に対する迅速な対応や、より地域に密着した戦略の策定などが考えられる。

中小製造業経営が抱える基本的な課題としては、他とは差別化できる高付加価値企業への転換が必要であるということである。環境変化に成功してきた例では、その経営者たちの新たな環境・競争に対する創意工夫が示されている。中小規模民間病院においても全く同様で有り、自院の特徴を活かした他院との差別化が必要で有り、そのためには明確な戦略策定が必要不可欠であろう。

さらに、中小製造業の経営変革における経営変革の成功要因として、経営変革の KFS (Key Factor of Success) は、戦略的な経営理念の確立と遂行、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である¹⁴（田中ら 2002）。

これは、中小規模民間病院においても全く同様で有り、そのための組織づくりや組織変革、戦略策定は経営変革のための必要条件であると考えられる。

2-6 理論考察から導かれる中小規模民間病院経営変革に向けた大きな方向性

組織行動論及び中小企業の組織論などの先行研究を参考に中小規模病院の組織を考えると、中小規模病院における組織形態及び組織運営は大規模病院のそれとは大きく異なると考えられる。これは、大企業と中小企業との違いに通ずるものがあると考えられる。また、Nadler による組織変革の作業を行っていく上での人材の適材適所を考えた人員配置の重要性の提案 (Nadler 1998) や、木村らによる病院における人的資源管理の重要性 (木村 2012) 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いることから人的資源を含めた組織行動や組織論は、中小規模民間病院経営変革における重要なポイントの一つであると考えられる。

¹⁴田中ら 2002 pp.81~104.

その具体的な例として、谷は中小規模病院における医療情報システム導入に伴う職員のモチベーションの醸成を例として、中小規模病院特有の組織運営に関して考察を行っている（谷 2014）。これにより、医療情報システムなどに代表される数千万～数億円規模の中小規模病院にとっては大規模な大型の設備投資において、その導入手法により設備の活用度や有用性が大きく変わってくることが考えられ、これに対し現場の当事者意識を生みモチベーションを醸成することが有用であると報告している。

また、木村や松原をはじめとした医療経営に関する文献（松原 2004, 木村 2012）でも述べられているが、現状の中小の医療機関においては通り一辺倒な Vision や理念を抱えている病院は多くみられるが、明確な中長期ビジョンや経営戦略などを打ち出している病院は少ない。これでは、激変する外部環境に対応することはもとより、今後の厳しい経営環境を生き延びていくことは困難を極めると考えられる。また、これらの経営戦略を確立していくことで経営変革を推進することが出来ると考えられるがそのためには、組織変革も重要なアプローチであると考えられ、Lewin の 3 段階変革プロセスモデルに代表される組織変革プロセスの基礎的理論などに代表されるプロセス論が参考になる（Lewin 1951）。同様に、大崎らも病院経営における経営戦略の重要性を報告している（大崎 2012）。

ここまでの議論をもとに、中小規模民間病院における経営変革に必要な 2 つの大きな方向性を考えると、戦略と組織における変革論であると考えられる。これは、組織を外部環境に適応させるために柔軟な組織変革を行いその目的を達成するために、適切かつ明確な戦略が必要となってくるためである。さらに、ここで、堺らによる「経営戦略をシンプルにするための 2 つの視点」を整理することで次章のフレームワークの設定につなげていく¹⁵（堺ら 2013）。

まず、一つ目の視点として外への経営戦略を考えることである。

これは、いかに自分の病院を都合（条件）のよい環境に位置付けるかということを強く意識する考え方でありポジショニングアプローチと呼ばれ、これはポーターの競争戦略が中心となっている。

一方、二つ目の視点として内への経営戦略を考えることである。

これは、成功の要因は病院経営システムや能力の高い人材による知識や技能の蓄積によるという視点であり資源アプローチと呼ばれ、コアコンピタンスが中心となってくる。これ

¹⁵ 堺ら 2013 pp.113~135.

らの視点は、これからの中小規模民間病院における経営を考えていく上で重要な視点となる。

以上のことから、中小規模民間病院での経営変革を考えた場合、組織と戦略、さらに内への戦略（内部志向）と外への戦略（外部志向）をという視点で検討することにより、病院経営変革に向けた仮説を検討することとする。

2-7 参考文献

【参考文献】

Bitu Arbab kash, Aaron Spaulding, “Christopher E.Jhonson et.al, Success Factors For Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators’ Perspective”, *journal of healthcare management* , Vol.59 No.1, 2014

Chandler A., *Strategy and Structure*, Cambridge, MA, MIT Press 1962

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

David F. Caldwell Jennifer Chatman Charles A. O’Reilly III et al. “Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness” *HealthCare Manage Rev*, Vol.33,No.2, 2008.

Jay B. Barney 岡田正大訳, 『企業戦略論』【上】基本編, ダイヤモンド社 2003

Kieran Walshe, Judith Smith, *HealthCare Management Second edition*, OpenUniverscity Press, 2011,

Kotter J. P. *Leading Change*, Havard Business School Press, 1996 (梅津祐良訳『企業変革力』日経 BP 社 2002

Lewin K, “Forntiers in Group Dynamics”. *Human Relations*, Vol.1, No.5 1947

M. E. Porter 『競争の戦略』, ダイヤモンド社, 1982

M. E. Porter 『競争優位の戦略』, ダイヤモンド社, 1985

Peter M.Ginter, W.Jack Duncan, Linda E. Swayne. *Strategic Magement of Healthcare Organaizations seventh edition*, JISSEY-BASS, 2013

Robert James Cambel, “Change management in Health Care”, *The HealthCare Manager* Vol.27, No.1. 2008

東俊之「組織認識論における変革概念」, 『京都マネジメント・レビュー』 Vol.9, 2006

荒井耕『医療原価計算—先駆的な英米医療界からの示唆』, 中央経済社, 2007

荒井耕『病院管理会計—持続的経営による地域医療への貢献』, 中央経済社, 2013

古田成志「組織変革論におけるプロセス研究の変遷」, 『商大研究科紀要』 Vol. 77, 2013

- 羽田明浩 「病院間の業績格差要因についての考察」, 『立教ビジネスデザイン研究』 第6号, 2009
- 羽田明浩 「病院組織の発展段階モデルの検証-聖路加国際病院の事例研究-」, 『ビジネスクリエイター研究』, Vol. 1, 2009
- 羽田明浩 「経営戦略論から見た病院経営の持続的競争優位の源泉の研究」, 『経営学論集』, Vol. 83, No. 5, 2012
- 林孝俊 「DPC 分析による病院経営改善に関する研究」, 『商大ビジネスレビュー』, Vol.1, No.1, 2011
- 廣橋祥 「医療法人の会計情報に関する一考察—会計情報の提供者と利用者の立場から—」, 『Informatics』, Vol. 6, 2013
- 一戸真子 『ヘルスケアサービスの質とマネジメント』, 社会評論社, 2012
- 金井壽宏, 高橋潔, 『組織行動の考え方』 東洋経済新報社, 2004
- 河口洋行 「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. 10, No. 3, 医療科学研究所, 2000
- 河口洋行 「多変量解析を利用した民間病院の経営指標のベンチマーキング手法: 経営要素の抽出と特性に応じた病院類型化」, 『医療と社会』, Vol. 15, No. 2, 医療科学研究所, 2005
- 木村憲洋+医療現場を支援する委員会『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, 2012
- 桑田耕太郎, 田尾雅夫, 『組織論』, 有斐閣, 1998
- 栗原誠一郎 上野佐保 「病院における人材マネジメントのあり方」, 『UFJInstituteREPORT』, Vol. 10 No. 4, 2005
- 松尾睦『学習する病院組織-患者志向の構造化とリーダーシップ-』, 同文館出版, 2009
- 松原由美『これからの中小病院経営』, 医療文化社, 2004
- 松田陽一『組織変革のマネジメント』, 中央経済社, 2011
- 真野俊樹「医療機関の資金調達の実態と課題」, 『季刊・社会保障研究』, Vol. 39 No. 2, 2003

- 中島和人「中小病院における社会的課題解決のドメイン設定」, 『政策科学』, Vol. 12-1 Sept., 2004
- 中田範夫「病院における ABC 適応に関する研究」, 『山口経済学雑誌』, Vol. 50, No. 3, 2002
- 西田在賢『医療・福祉の経営学』, 薬事日報社, 2001
- 西田在賢『ソーシャルビジネスとしての医療経営学』, 薬事日報社, 2011
- 西野正人「医療の質と病院経営の質の関係性についての研究: 済生会病院における実証分析」, 『商大ビジネスレビュー』, Vol.2, No.1, 2012
- 野中郁次郎, 加護野忠夫, 小松陽一ほか『組織現象の理論と測定』, 千倉書房, 1978
- 大坪宏至「我が国病院会計基準の特徴」, 『東洋大学経営論集』, 第 62 号, 2004
- 大崎美泉「病院経営における経営戦略の展開について」, 『大分大学経済論集』, Vol.64, 2012
- 柳在相「経営戦略理の体系化および統合化への試み」, 『新潟国際情報大学情報文化学部紀要』, Vol. 1, 1998
- 堺常雄, 高橋淑朗『病院経営のイノベーション』, 建帛社, 2013
- 榊原清則『経営学入門 第 2 版』, 日本経済新聞出版社, 2002
- 坂口博政, 渡邊亮, 荒井耕「医療機関における責任センター別原価計算に基づいた予算管理に関する考察」, 『医療と社会』, Vol. 25, No. 1, 2015
- 坂梨薫, 安川文朗, 水流聡子他「広島県における医療経営変革の実態」, 『人間と科学』, Vol. 1, No. 4, 2001
- 下村欣也, 久保亮一「病院経営におけるコスト構造の定量分析」, 『日本医療・病院管理学会誌』, Vol. 48, No. 3, 2011
- 白木秀典「複合型経営の中小医療法人の経営」, 『保健医療経営大学紀要』, No. 5, 2013
- 瀬古口勉「DPC 導入を契機にした自治体病院の経営変革」, 『医療アドミニストレータ』, August, 2008
- 瀬古口務『「ジョン・P・コッターの 8 つの変革ステップ」からみた松坂市民病院経営改善の検証』, 日本医学出版, 2014
- 田中道雄, 白石善章, 佐々木利廣『中小企業経営の構図』, 税務経理協会, 2002

- 谷祐児「中小病院経営における会計基準に関する考察」, 『道都大学紀要』, Vol.13 2014
- 谷祐児「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～」, 『経営学論集』, vol.85, No.6 2015
- 谷祐児「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～」, 『商学討究』, Vol.65, No.4, 2015
- 谷祐児, 「病院情報システム導入時におけるモチベーション醸成施策に関する考察」, 『北海道放射線技術雑誌』, Vol.76, 2014
- 谷口和夫, 野澤亮平, 小池大輔他「病院経営におけるリスクファクターの分析」, 『川崎医療福祉学会誌』, Vol.14, No.1, 2004
- 玉置賢司「病院会計に関する一考察」, 『大阪経大論集』, 第62巻第3号, 2011
- 安川文朗「民間病院の資金調達について」, 『医療と社会』, Vol.7, No.3, 1997
- 安田三郎, 塩原努, 富永健一, 吉田民人編「社会変動の基礎理論」, 『基礎社会学 第V巻 社会変動』所収, 東洋経済新聞社 1981
- 吉原博幸「経営分析データによる病院経営改善の試み」, 『医療情報学』, Vol.23, No.5, 2003

【参考資料】

- 社団法人中小企業診断協会埼玉県支部 病院における経営支援に関する調査研究, 報告書, 2011
- 社団法人中小企業診断協会北海道支部 北海道における中小病院に関する調査研究, 報告書, 2011
- 北海道立病院経営改善支援業務受託コンソーシアム 道立病院の経営改善を図るための調査分析報告書, 2012
- 厚生労働省 診療報酬制度に関する資料, 2012
- <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken01/dl/01b.pdf> (平成28年1月9日最終確認)
- 総務省 公立病院経営改善事例集, 平成22年1月

第3章 フレームワークの設定

3-1 フレームワーク設定に向けた仮説設定

前章において、本研究における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変革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、大規模病院と違った戦略の必要性、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の必要性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 Porter もその著書の中で言及している（Porter 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、大規模病院と違った戦略を考える必要性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 KSF（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）。

以上のことを踏まえ、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、仮説として経営変革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。経営変革アプローチタイプは、(1)経営変革アプローチの方向性、および(2)経営変革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)経営変革アプローチの方向性

経営変革アプローチの方向性については、経営変革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（内部志向）、あるいは、当該組織の外部に対して向けられているのか（外部志向）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する。

(2)経営変革アプローチの内容

経営変革アプローチの内容については、各組織における経営変革アプローチが、組織内外の人的機能などに代表される経営変革に向けた活動に対する戦略的アプローチなのか、あるいは組織体制などに代表される経営変革に向けた組織形態に対する組織的アプローチなのかを分類する。

表 3-1 に、仮説としての経営変革アプローチのタイプ別分類の概要を示す。

それぞれの内容については以下の通りである。

- ① 内部志向戦略的：経営変革活動の中でも内部志向に着目したもので、その活動の対象主体が組織内部を向いている戦略的活動を対象としている。経営変革に向けて新たな戦略の立案やそれに伴う施策の立案などがその対象となる。
- ② 外部志向戦略的：経営変革活動の中でも外部志向に着目したもので、その活動の対象主体が組織外部を向いているものを対象としている。いかに自分の病院を都合（条件）のよい環境に位置付けるかということ強く意識する活動で、マーケティングなどがその対象となる。

- ③ 内部志向組織的：経営変革活動の中でも内部志向に着目したもので、その活動の対象主体が組織内部を向いている組織的な活動を対象としている。組織体制の再編や組織体制の強化などがその対象となる。
- ④ 外部志向組織的：経営変革活動の中でも外部志向に着目したもので、その活動の対象主体が組外部を向いている組織的な活動を対象としている。外部組織とのネットワーク構築や外部組織とのネットワーク強化などがその対象となる。

表 3-1 仮説としての経営変革アプローチのタイプ別分類の概要

アプローチの方向性	内部志向	外部志向
戦略的	経営変革に向けた戦略的活動 新たな戦略・施策の立案など	外部に向けた主体的な活動強化 マーケティング活動など
組織的	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

以上のことより、中小規模民間病院における経営変革を行うためには、これらフレームワーク内の4つの経営変革アプローチへの対応を実施することが必要であるという仮説を設定した。

次節においては、厚生労働省「医療施設経営安定化推進化事業」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変革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フレームワークの適応可能性について検討する。

3-2 フレームワークの適応可能性¹⁶

以上の仮説を受けて病院経営変革に対するフレームワークの設定および適応可能性の検討を行う。

中小規模民間病院の経営変革¹⁷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、本稿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変革に対するアプローチ分類モデルを形成する。次に、形成した経営変革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変革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、適切な病院経営変革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変革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、病院経営変革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変革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（厚生労働省）。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。本稿では、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）（厚生労働省 2002）、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）（厚生労働省 2012）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3-2に示す。

¹⁶ このフレームワークの設定による研究成果として学会報告（日本経営学会北海道支部会・日本経営学会第88回大会報告）および論文投稿（論文：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～，商学討究，Vol.65, No.4, 2015 pp.235-256.）を行っている。本節ではこの論文を用いてフレームワークの設定および適応可能性を整理する。

¹⁷ 投稿論文においては、経営改善としていたが本稿においては経営変革と記述する

表 3-2 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	社会医療法人公徳会 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	医療法人財団日扇会第一病院	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

3-2-1 本稿における背景

3-2-1-1 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おり、これは、度重なる医療制度改革により医業収入の減少傾向が顕著となり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現状は第1章 1-2 背景で述べた通りである。

これらの影響を色濃く受けここ10数年においてはこれら医療機関の倒産が、第1章 図1-1に示した通り増加傾向にあり、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（全国公私病院連盟 2010）も公表されている（第1章 図1-2参照）。昨今の医療機関経営が厳しい状況であるなかで、我が国の医療機関のうち病院数は過去20年間で総数の約1割が減少しており、その多くを200床未満の病院が占めている（厚生労働省 2012）（第1章 図1-3参照）。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床以上を大規模病院と分類する規模分類が多用される。

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。

3-2-1-2 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あり、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、医療機関の経営に永続性を付与し、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¹⁸、及び社団医療法人¹⁹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人²⁰、社会医療法人²¹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）。種類別医療法人数の年次推移は、第 1 章 表 1-1 に示した通りである。

¹⁸ 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

¹⁹ 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

²⁰ 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

²¹ 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

3-2-1-3 本稿の対象

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（全国公私病院連盟 2013）（図 3-1 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（全国公私病院連盟 2010, 2013）。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、本稿の対象としては除外した。このため、本稿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

赤字病院と黒字病院の割合 (%)

	総数		医療法人		
	黒字	赤字	黒字	赤字	
全体	38.4	61.6	65.1	34.9	
中小病院	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
大病院	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 3-1 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

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、本稿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稿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稿の対象とする意義は大きいと考える。

なお、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変革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稿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、本稿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は本稿の対象とはせずあくまでも単独での経営変革を対象とするものである。

3-2-2 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、経営変革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変革のための方向性を探ることで考察を行う。本稿で取り上げるケース病院の概要を表1に示す。本ケースでは、単独で経営変革を行った事例を取り上げているものであり本稿の対象としている中小規模医療法人病院の経営変革の事例としては適していると考えられる。

3-2-3 フレームワークの設定

本稿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変革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、大規模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（Porter 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、大規模病院と違った戦略を考える必要性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変革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。

経営変革アプローチのタイプとして、各ケース病院の経営変革アプローチ手法をその内容により、(1)経営変革アプローチの方向性、および(2)経営変革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)経営変革アプローチの方向性

経営変革アプローチの方向性については、経営変革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（内部志向）、あるいは、当該組織の外部に対して向けられているのか（外部志向）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)経営変革アプローチの内容

経営変革アプローチの内容については、各組織における経営変革アプローチが、組織内外の人的機能などに代表される戦略的²²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的²³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3-3に示すLewinの3段階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3-4に、経営変革アプローチのタイプ別分類の概要を示す。

戦略的アプローチは、マネジメント・ポイントに対して焦点化しており、Lewinの3段階変革プロセスモデルの中での移行(moving)に相当すると仮定した。また、組織的アプローチは、組織形態や運営形態に対して焦点化しており、3段階変革プロセスモデルの中での再凍結(refreezing)に相当すると仮定した。

²² 投稿論文では、質に対すると記述していたが、本稿では戦略的と記述する

²³ 投稿論文では、組織形態に対すると記述していたが、本稿では組織的と記述する

表 3-3 Lewin の変革プロセスモデル

<p>①解凍 (unfreezing)</p> <p>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</p>	<p>②移行 (moving)</p> <p>認知構造の再構築</p> <p>様々な概念の意味付けの変更, 概念の拡大</p> <p>新しい価値判断基準の醸成</p>	<p>③再凍結 (refreezing)</p> <p>変革を支援する風土, 規範の醸成</p> <p>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</p>
--	---	--

(出所) Lewin, 1951 をもとに筆者作成

表 3-4 経営変革アプローチタイプ別分類

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

以上のことを踏まえ、各ケースを経営変革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。

3-2-4 分類結果

今回設定した経営変革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変革アプローチタイプ別分類結果を表 3-5 および 3-6 に示す。

3-2-4-1 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変革アプローチは、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。利益率が逡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。

【実施した主な変革アプローチ】

ア.地域密着を実現する多角化戦略の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、内部志向戦略的に分類した。
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志向組織的に分類した。

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。

【実施した主な変革アプローチ】

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志向組織的に分類した。

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志向組織的に分類した。

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が 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，本格的に経営変革に取り組む必要に迫られた。

【実施した主な変革アプローチ】

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志向組織的に分類した。

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志向組織的に分類した。

表 3-5 経営変革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	戦略的	組織的	戦略的	組織的
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	社会医療法人公德会 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 3-6 経営変革アプローチタイプ別分類結果 2

アプローチの方向性	内部志向	外部志向
戦略的	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
組織的	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)

3-2-4-2 経営変革アプローチの方向性

経営変革のためのアプローチの方向性については、内部志向に対するものが大多数分類され外部志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志向に分類されたが、24年度ケースにおいては外部志向が数多く分類された。

3-2-4-3 経営変革アプローチの内容

経営変革アプローチの内容の分類結果については、戦略的アプローチと比較して組織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なく比較的バランスよく分類された。

3-2-5 考察

3-2-5-1 経営変革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変革アプローチの方向性は、内部志向のみならず外部志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志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志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 14年ケースではほとんど分類されることがなかった外部志向であるが、24年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。

3-2-5-2 経営変革アプローチの内容について

戦略的アプローチと組織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)

3-2-5-3 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

今回設定した経営変革アプローチのタイプ分類モデルにおいて, 経営変革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, 経営変革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ビンの3段階変革プロセスモデル(Lewin 1951)における過程(解凍⇒移行⇒再凍結)との比較について考察を以下に述べる。

- ① 移行: 戦略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: 組織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。

これらはともに, 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変革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変革アプローチは, 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段階プロセスモデル(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組織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戦略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変革アプローチは企業変革モデルに対しても適合性を担保しており説明が可能であると考えられる。(図3-2参照)

3-2-6 本稿の限界と今後の方向性

最後に, 本稿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, 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、各対象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いけないためである。このため、本稿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、経営変革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があると考えられる。

これを受けて、本稿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変革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。

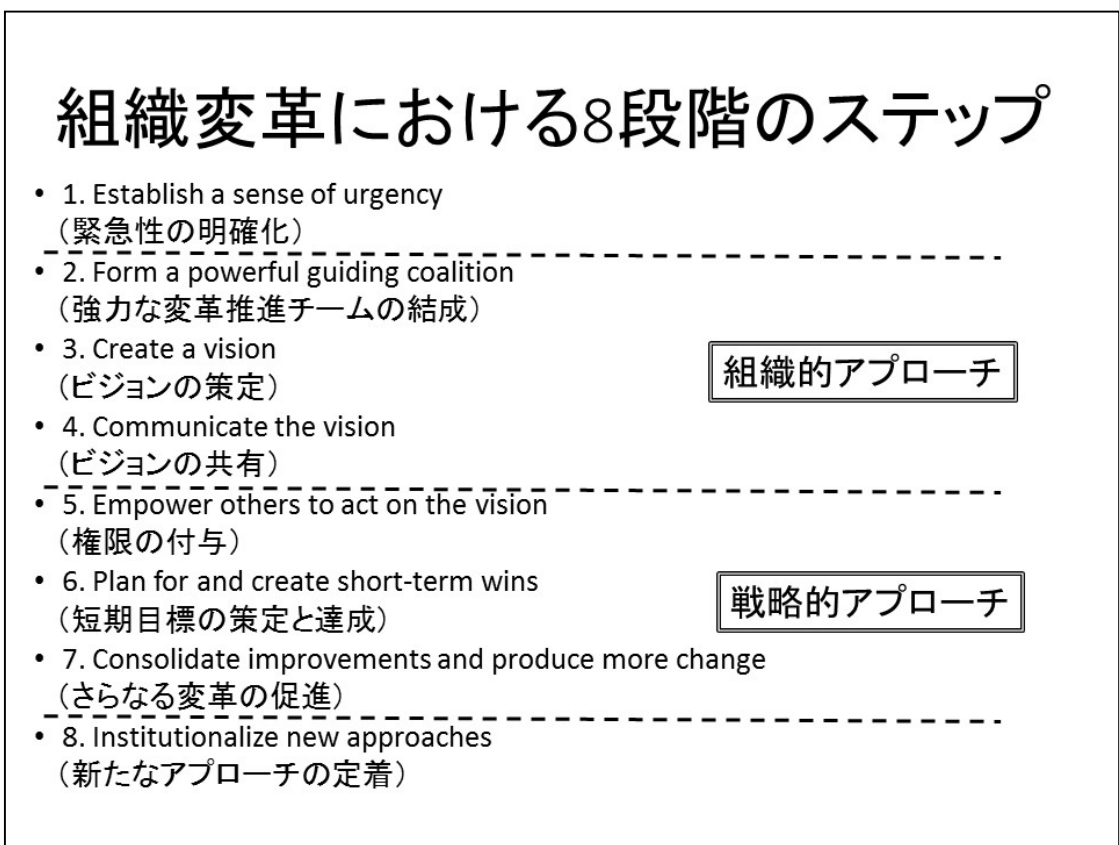


図 3-2 John P. Kotter の企業変革 8 段階プロセスモデルにおける適合性
(出所) John P. Kotter (2007.1), Leading Change -Why Transformation Efforts fail-を基に筆者作成

3-3 参考文献

【参考文献】

Beckhard, R.. *Organization Development: Strategies and Models*, Addison-Wesley, Reading, MA. 1969

Beckhard R. Harris R., *Organizational Transitions: Managing Complex Change*, 1987

John P. Kotter, *Leading Change –Why Transformation Efforts fail–*, Harvard Business Review 2007

Lewin, K., *Field Theory of Social Science*, Harper & Brothers, 1951.

Michael E. Potter, 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「我が国病院会計基準の特徴」『東洋大学経営論集』第 62 号 2004

河口洋行「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.10, No.3 2000

角瀬保雄「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 2007

木村憲洋＋医療現場を支援する委員会『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 2012

山倉健嗣『組織間関係』有斐閣 1993

田中道雄『中小企業経営の構図』税務経理協会 2002

松原由美『これからの中小病院経営』医療文化社 2004

【参考資料】

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

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

厚生労働省 医療施設動態調査病院報告 2012

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』2013

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/igyokeiei/anteika.html> 平成 26 年 10 月 16 日最終確認

(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

帝国データバンクプレスリリース 2013/2/8

全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 2010

全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 2013

第4章 アンケート調査（フレームワークの検証）

前章にて、仮説として経営変革に対するアプローチを設定した。経営変革アプローチタイプは、(1)経営変革アプローチの方向性、および(2)経営変革アプローチの内容を軸として4分類を行ったが、各軸の分類基準は以下の通りである。

(1)経営変革アプローチの方向性

経営変革アプローチの方向性については、経営変革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（内部志向）、あるいは、当該組織の外部に対して向けられているのか（外部志向）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)経営変革アプローチの内容

経営変革アプローチの内容については、各組織における経営変革アプローチが、組織内外の人的機能などに代表される経営変革に向けた活動に対する戦略的アプローチなのか、あるいは組織体制などに代表される経営変革に向けた組織形態に対する組織的アプローチなのかを検討した。

本章においては、仮説として設定した本フレームワークの有用性とその重要要素の特定のために、実際の中小規模民間病院に対してアンケート調査を行った。

4-1 アンケート調査の目的

昨今、医療機関を取り巻く環境が大きく変化してきており医療機関の経営は困難さを増してきている。これは、相次ぐ診療報酬のマイナス改定や、顧客である患者の意識変化などが大きく影響しているものと考えられる。これらの外部環境の大きな変化に加え、医療機関が安定した経営を行う上で必要な収益を確保するためには、医療の質を担保させる必要性があり、これを実現するためには優秀なスタッフの確保や高額な高度医療機器の導入などが求められる。これにより、人件費や医療機器に対する設備投資をはじめとした関連コストの高騰を招いており、収益性を確保することが困難となってきた。また、大規模病院であれば採算性や収益性が高い診療科や部署が、採算性や収益性が低い診療科や部署をカバーすることにより全体としての収益性を確保することが可能であるが、中小規模病院においてはその規模による様々な制限からこれを期待することは難しい。さらに、競合施設が多く存在する都市部においては各医療機関の特徴を打ち出した病院運営を行わ

なければ一般における認知度が向上せず、これらが病院の収益ひいては病院経営を悪化させることへと直結することとなってしまふ。このような状況において、特に中小規模民間病院が安定した経営を行っていくためには、各中小規模民間病院において経営戦略や施策の立案及び実行、さらに各医療機関の状況に即した組織マネジメントが必要となる。昨今では、大規模病院や一部の中小規模民間病院においてこれらのマネジメントが実行されつつあり、これに関する書籍や報告も徐々にではあるが行われ始めている。以前のような、医療機関にとって有利な経営環境であればそのような従来の経営手法でも組織を存続させることが可能であったが、昨今の外部環境の変化により経営環境が悪化している現状においては組織を存続させていくだけでも困難を極めている。また、今後必要となる志向変化やマーケティングなどそれまでの方法を大きく変えなければならない状況においても、各病院における経営変革を行うこと自体が難しいことが多い。このため、このような変革をスムーズに行えるために、その変革ロジックの構築や経営戦略の立案や実行における重要要件の抽出などにより中小規模病院の経営に対して貢献することを主眼とし、これらの基礎資料とするために現状調査を目的としたアンケートを実施するものである。

4-2 アンケート調査の対象

アンケート調査は、北海道内に設置されている病院（505施設）のうちベッド数200床未満の民間病院310施設、平成14年度厚生労働省医療施設安定化推進事業ケーススタディー病院11施設および平成24年度ケーススタディー病院12施設から重複分を除いた総計329施設を対象に平成27年6月に郵送によるアンケート調査を行った。

4-3 アンケート調査項目

アンケート調査は、大きく5つのブロックに分け設問を設定し作成した。

調査項目は、以下の通りである。なお、回答方式は選択式・記述式・リッカート尺度式（5点法）を用いた。

調査項目

① 施設概要

- 1) 回答者属性
- 2) 病院種類：一般，精神，結核，特定機能
- 3) 組織形態：社団医療法人（持ち分有・無），財団医療法人，社会医療法人，個人
- 4) グループ組織：無（単独経営），有（独立採算制，同一法人内，別法人グループ）
- 5) 標榜診療科
- 6) 病床数：一般，回復期，療養
- 7) DPC 実施状況
- 8) 救急告知
- 9) 開院年数：30 年以上，20 年，10 年以上，5 年以上，5 年未満
- 10) 職員数：総数，医師，看護師，薬剤師，診療放射線技師，理学療法士，作業療法士，言語療法士，MSW（社会福祉士），管理栄養士，病棟助手，事務職員，
- 11) ホームページ開設：有無

② 経営状況

- 1) 直近 5 年間対前年比売上：-5%,-2%,0%.2%.5%
- 2) 直近 5 年間対前年比経常利益：-5%,-2%,0%.2%.5%
- 3) 平均患者数：昨年度実績（外来・入院）
- 4) 経営状況の印象（直近 5 年間）：良くなってきている，変わらず，悪くなってきている
- 5) 経営状況予測：（今後 5 年間）：良くなる，変わらず，悪くなる
- 6) 借入金（負債）状況（直近 5 年間）：増加，横ばい，減少
- 7) IT 設備導入状況：病院情報システム，電子カルテ，オーダーリング，自動受付器，PACS，経営分析システム，DWH
- 8) 経営上の課題：経営計画，医療の質，広報・マーケティング，職員の意識改革，職員教育，財務体質，外部（他院，他組織）との連携，設備・施設の充実，コスト対策

③ 経営対策

- 1) 経営対策について（内部志向・戦略的）
 - ① 事業計画の作成の有無
 - ② 事業実績分析の有無
 - ③ 年度予算作成の有無

- ④ 年度予算実績分析の有無
 - ⑤ 自院の経営分析
 - ⑥ 自院成長のための取り組み
 - ⑦ 他院との差別化要因分析
 - ⑧ 患者に対する施策（集客に対する取り組み）：高額医療機器導入，設備拡充，患者満足度調査，患者用投書箱の設置
 - ⑨ コスト対策（業者交渉，ジェネリック，ITシステム導入）
 - ⑩ トップ営業への取組
 - ⑪ 医療の質向上への取り組み
 - ⑫ 病院における経営と診療の分離（人的）
 - ⑬ 診療報酬改定に関する情報収集：積極的，消極的
 - ⑭ 診療報酬改定に関する対策：積極的，消極的
 - ⑮ ツールの活用（BSC）
- 2) 組織体制について（内部志向・組織的）
- ① 経営理念周知への取組
 - ② 運営マニュアルの作成状況
 - ③ 運営マニュアルの活用状況
 - ④ 経営改善に向けた組織再編の取り組み
 - ⑤ 権限委譲への取組
 - ⑥ 職員に対するモチベーション向上に対する取り組み（報酬制度，昇格制度）
 - ⑦ 職員獲得に対する取り組み（外部業者利用）
 - ⑧ 経営専門職員の採用（経営企画など）
 - ⑨ 職員教育システムの有無
 - ⑩ 職員研修制度の有無
 - ⑪ 職員意識調査，個人面談などの実施
 - ⑫ 外部委託（アウトソーシング）の有無
- 3) 外部連携について（外部志向・組織的）
- ① 病病連携/病診連携に向けた外部機関に向けた働きかけ
 - ② 外部コンサルタントの利用
 - ③ 外部企業との連携への取組
 - ④ 地域連携システムへの参加状況
 - ⑤ M&A について
 - ⑥ 他院の事業継承について
- 4) マーケティング（外部志向・戦略的）
- ① ホームページ開設状況
 - ② 患者満足度調査の実施

- ③ 地域に向けた活動
- ④ サテライトクリニックの開設
- ⑤ 患者送迎の実施
- ⑥ 診療実績の公開
- ⑦ 病院家璞状況の公開
- ⑧ マーケティング専門部署の設置

なお、本アンケート調査用紙の作成には以下の資料を参考に作成した

- (1). 日本病院会 平成 26 年度病院運営実態分析調査票
- (2). 中小企業診断協会北海道支部 北海道における中小病院に関する調査研究
- (3). 中小企業診断協会埼玉県支部 病院における経営支援に関する調査研究
- (4). 中小企業診断協会佐賀県支部 医療期間（歯科医院）のマーケティング戦略の実際と提言

4-4 アンケート調査回答結果

4-4-1 施設概要および経営状況について

本アンケート調査への回答は、合計 75 施設からの回答が得られ、回収率は 22.8%であった。

本アンケート調査の回収率 22.8%は、厚生労働省をはじめとした他の組織による調査における回収率²⁴と比較しても高い回収率であり、郵送式アンケート調査では比較的高い回収率であると考えられる。

表 4-1 に、回答施設の形態別分布を、また、表 4-2 に職位別回答者数を、表 4-3 に回答施設の診療科分布を示す。なお、アンケート調査用紙および集計結果は付録に示す。

²⁴ 厚生労働省の医療経営安定化推進事業において行われた平成 25 年度病院経営管理指標に関する研究における調査では、医療法人における回収率は 13.6%であり、公的病院を含めた全体的な回収率でも 19.1%と 20%に満たない回収率であった。

表 4-1 法人形態別回答施設数

医療法人形態	社団(持分有)	社団(持分無)	財団	特定	社会	個人	一般財団
度数	48	7	1	3	11	4	1
パーセント	64.0%	9.3%	1.3%	4.0%	14.7%	5.3%	1.3%

表 4-2 職位別回答者数

回答者職位	院長/理事長	事務長	その他
度数	10	52	13
パーセント	13.3%	69.3%	17.3%

表 4-3 診療科別分布（複数回答）

診療科	内科一般	内科呼吸器	内科循環器	内科消化器	内科腎臓	内科代謝	内科血液	内科その他	内科透析
度数	45	5	18	22	3	3	1	1	2
パーセント	60.0%	6.7%	24.0%	29.3%	4.0%	4.0%	1.3%	1.3%	2.7%
外科一般	外科呼吸器	外科心臓血管	外科乳腺	外科消化器	外科その他	外科胸部	整形外科	脳神経外科	神経内科
17	2	3	1	7	0	1	21	14	9
22.7%	2.7%	4.0%	1.3%	9.3%	0.0%	1.3%	28.0%	18.7%	12.0%
皮膚科	形成外科	アレルギー科	小児科	精神科	耳鼻咽喉科	眼科	産科婦人科	麻酔科	放射線科
3	2	1	7	11	1	4	3	16	10
4.0%	2.7%	1.3%	9.3%	14.7%	1.3%	5.3%	4.0%	21.3%	13.3%
口腔外科	肛門科	その他	リハビリテーション科	泌尿器					
3	4	2	14	4					
4.0%	5.3%	2.7%	18.7%	5.3%					

アンケート回答施設の施設概要を以下の通りである。

法人形態別では、最も多かったのが社団医療法人でありその大多数を占めていたのが持分有であった。次いで、社会医療法人、社団医療法人（持分無）、個人病院であった。また、64%とその多くが単独経営の病院であり、次いでグループ病院が占めていた。

標榜診療科においては、半数以上の病院で一般内科を標榜しており、一般外科は28%のみであり、全体的に内科系の診療科目を標榜している病院が多かった。

病床数においては、一般、療養ともに73床前後であり、対して精神はほぼ倍の134床であった。また、DPCに関しては、実施中および準備中を合わせても30%に満たず、多くが予定なしであった。また救急告知においては、一次救急・二次救急併せて4割程度であり外科系の病院の多くが救急告知を行っていた。

開院年数に関しては、30年以上が約7割とその多くを占め、20年以上まで含めると9割弱と多くの病院が比較的長い歴史を持っていることがうかがい知れる。

職員数の平均は、133.05名と平成27年度調査（全国公私病院連盟 2014）の100床当たりの職員数の全国平均および前述の病床数、病床規模別一般病院における100床当たりの職員総数から勘案するとほぼ全国平均と同水準と考えられる。

また、他の職員についても同様に100床当たりの各職員数から勘案すると、理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション系職員、病棟（看護）助手および事務職員の職員数が多い傾向が見られた。

経営概況については、対前年度比売り上げは全体としては平均値および中央値からみると毎年0.5～1.0%程度の増加となっていた。また、対前年度比経常利益でも全体としては平均値が年度により多少の変動はあるものの-0.3～0.75%程度であり中央値は0%であることから変動は大きくない結果となった。

一日あたりの外来患者数および入院患者数では、前述の平成27年度調査と比較すると外来患者数・入院患者数ともにやや少ない傾向にあった。

直近5年間の経営状況の印象を尋ねたところ、“悪い”および“やや悪い”が45.3%と半分弱を占めた一方、“やや良い”および“良い”が26.7%ほどであった。また、今後5年間の経営状況の予測を尋ねたところ、“良くなる”という病院は0であり、“悪くなる”あるいは“悪い傾向”と答えた病院が、44%と半数弱の病院が悲観的であった。

直近5年間の借入金（負債）の状況を尋ねたところ、“増加”および“やや増加”と回答した病院が17.3%と少数であり、“やや減少”および“減少”とした病院が53.4%と半数以上を占めたことから新たな設備投資などを控えている様子が見られる。

IT設備導入については、以前の診療報酬改定における電子保存加算により導入が進んだと考えられるPACSシステムが7割弱の病院で導入されている一方、オーダーリングシステムが4割弱、電子カルテシステムが3割弱といまだあまり導入が進んでおらず全国調査における平均（飯田 2007）とほぼ同様の導入率となっていた。また、経営分析システムやデータウェアハウスなどの経営に関するシステムは1割以下と導入が進んでいない結果となった。

経営上の課題としては、職員の意識改革を経営上の課題として挙げていた病院が半数以上あった。次いで、経営計画、職員教育が4割以上と続き、設備・施設の充実、外部（他院・他組織）との連携、コスト対策、医療の質が3割以上と続いていた。

4-4-2 経営計画について

事業計画については、年度毎の事業計画を立案している病院は全体の6割強であり、2～5年間の中期計画を立案している病院はその半数の3割強、6～10年間の長期計画まで立案している病院は1割弱であった。一方、2割弱の病院が事業計画を立案していなかった。

しかし、年度毎に事業分析を実施している病院は8割以上と事業計画を立案している病院よりも多くなった一方、1割の病院が実績分析をしていない結果となった。

また、年度予算作成および年度予算実績分析を実施している病院はともに8割弱であった。また、自院の経営分析を行っている病院は、内部分析および外部委託合わせて8割弱である一方、分析未定が15%弱、分析の必要なしと考える病院が3%弱という結果となった。

自院成長のための取組を行っている病院は半数弱と、取組みを行っていない病院が半数を上回った結果となった。具体的な内容としては、経営戦略に関すること、自院組織体制に関すること、外部連携に関することなどが挙げられていた。

他院との差別化要因分析については、内部分析および外部委託合わせて3割弱であり、また、分析未定と分析の必要なしを合わせると6割以上と自院の差別化要因分性については消極的であるとの結果であった。

患者様集客に対する施策を実施している病院は7割程度であり、内容としては患者用投書箱の設置が半数以上の病院で実施されており、次いで患者満足度調査、設備の拡充、高額医療機器の導入と続いた。また、コスト対策を実施している病院は9割を超えており、内容としては業者との価格交渉を筆頭として、ジェネリック医薬品の導入が続いた。

トップ営業の取組としては、事務長対応がほぼ半数であり、次いで院長対応が約3割、看護部長対応が2割という結果であった。

医療の質向上の取組は、内部および外部委託合わせると6割弱の病院が実施している一方、4割弱の病院が取り組んでいない結果となった。具体的な内容としては、外部研修への参加や勉強会の開催など教育に関するものが多く、次いでスタッフの充実や委員会の設置など組織体制に関するものが多かった。

病院組織における経営管理者と診療管理者の分離については、“分離すべきではない”と回答した病院が6割弱であった一方、“分離すべき”と回答した病院が3割強であった。

2年に一度実施される診療報酬改定に関する情報収集については、積極的に実施および一部実施を合わせると8割以上であった。具体的な収集方法は、各種研修会や勉強会、取引企業、業界団体、インターネットなど多種多様であった。

また、診療報酬改定に対する対策については、7割以上の病院がなんらかの対策を実施している一方で、2割以上の病院が実質対策を行っていない状況であった。具体的な対策としては、診療報酬にあった診療体制の確立、医療機器や施設基準の獲得などがある反面、病院の方針は変更しないや診療報酬に左右されない病院構造への転換など根本的な対策を検討している病院も見受けられた。

バランスドスコアカードなどの経営改善ツールの活用については、積極的に実施および一部実施併せて2割強であり、ほとんど行っていないおよび未定を合わせると7割強であることから、あまり活用されてはいない結果となった。

4-4-3 組織体制について

経営理念の周知への試みについては、積極的に実施および一部実施合わせて6割強であり経営理念の周知について力を入れている病院が比較的多い。一方、3割の病院がほとんど行っていないと回答していた。周知の具体的な内容については、会議や朝礼など各種場面における周知、職員証や名札の裏をはじめ院内などに掲示などによるものであった。

運営マニュアルについては、7割強の病院で作成しておりその大部分が業務において全部あるいは一部で活用していると回答した。一方、2割強の病院が運営マニュアルを作成しておらず、3割弱の病院が運営マニュアルを活用していないという結果であった。

運営マニュアルを活用している具体的事例としては、医療安全対策や感染症対策など医療法により指針の策定を義務付けられている事をはじめとして、その他病院機能評価やISO取得のための整備、新入職員への初期研修、電話対応や接遇など事務部門などで活用しているとのことであった。

経営改善に向けた組織再編の取り組みについては、積極的および一部実施病院が5割弱である反面、半数強がほとんど行っていないや未定であった。

具体的な実施の事例としては、各種委員会の設置や人事制度の見直し、組織図の見直しや人員配置、企画部門の設置などがあった。

部署・中間管理職への権限委譲の取組については、積極的に実施している病院は1割弱ではあるが、一部実施と合わせるとほぼ半数であった。しかし、ほとんど行っていないお

よび未定の病院もほぼ同数であった。具体的な事例としては、業務権限や一定額までの決裁権限、人事採用や人員配置権限の委譲などであった。

また、職員のモチベーション向上に対する取組については、6割強の病院が積極的あるいは一部実施しており、ほとんど行っていないおよび未定の病院は3割程度と少数であった。具体的な内容としては、人事考課や報奨制度、学会活動やスキルアップに対する支援、昇格や昇給、福利厚生の充実などであった。

職員獲得の取組は、7割以上の病院が積極的および一部実施していた。具体的には、紹介会社などの外部仲介業者の利用をはじめ、求人誌やハローワークの活用、ホームページによる募集、学校訪問や実習生への勧誘などであった。またほとんど行っていない病院も2割強見られた。

経営企画専門職員の採用は予定なしと回答した病院が7割弱と多数を占めたものの、採用済みおよび採用予定の病院が16%、検討中の病院が12%との回答であった。

職員教育システムの有無については、7割弱の病院が何らかの形で職員教育システムを有しており、その内容は、教育委員会など教育担当部署の設置やプリセプター制度の導入などを実施していた。

また、職員研修制度については、85%と多くの病院で積極的および一部実施していた。その内容は、マネジメント研修や新人研修などをはじめとした外部や内部の各種研修会の実施、学会や外部勉強会への参加支援などであった。一方、1割強の病院では職員研修をほとんど行っていなかった。

職員意識調査や個人面談の実施については、積極的に実施および一部実施している病院が7割弱であった。具体的な内容は、定期的な部署面談や個人面談、職員満足度調査などがその多くを占めていた。

また、9割弱の病院で何らかの業務を外部委託していた。

4-4-4 外部連携について

病病連携や病診連携に向けた外部機関への働きかけを実施している病院は、積極的に実施および一部実施を合わせると7割弱であった。具体的な内容としては、定期的な訪問や地域医療機関へ向けた講演会の開催、地域連携室の活用、合同カンファレンスなどであった。

外部コンサルタントは、半数以上の病院が予定なしとしているものの、4分の1の病院が利用中であった。

医療機関以外の外部企業との連携への取組については8割弱の病院が行っていないとの結果であった。しかしながら、2割の病院で積極的あるいは一部実施していた。

また、地域連携システムへの参加は半数以下であり、3割の病院が検討中であるものの、2割の病院は予定なしという結果であった。

自法人による病院以外施設の開設については、4割弱の病院で開設中であった。また、検討中を含めると半数程度であった。開設施設は、訪問介護施設が最も多く、介護老人保健施設、訪問介護施設、サ高住と続いていた。

M&Aや他院の事業継承に関しては8割以上の病院が予定なしとしていたものの、実施中がともに2.7%であり、過去に実施した病院がM&Aが2.7%、事業継承が4%、検討中の病院がM&Aでは10.7%、事業継承が6.7%と少数ながらも存在していた。

4-4-5 マーケティング活動について

ホームページは、内製および外注合わせて96%と大半の病院が開設をしていた。また、8割の病院が広告活動を実施しており、その手法は雑誌広告、街頭広告、交通機関広告の順に多かった。

患者満足度調査は、実施している病院が5割強、実施を検討中の病院が1割強であるが、実施予定がない病院も3割弱あった。

また、市民公開講座など地域に向けた活動では、6割弱の病院が何らかの形で活動を行っているが、予定がないとした病院も3割強存在した。実施している具体的な内容については、市民公開講座や健康相談、講演会や出張講座、コンサート（音楽イベント）などであった。

サテライトクリニックの開設では、予定なしが8割弱で最も多く、実施中、検討中がともに1割弱であった。

また、患者送迎車両（バス・タクシーなど）は3割以上の病院で実施しているが、予定なしとした病院も6割強であった。

診療実績の公開では、4割弱の病院が何らかの形で診療実績の公開を行っている反面、半数以上の病院が予定なしとしている。具体的には、ホームページや院内掲示、雑誌などにより、手術件数や検査件数実績などを公開している。

また、病院経営状況の外部公開については、何らかの形で公開しているとした病院は1割強に程度にとどまり、検討中の病院が1割程度あるものの8割弱の病院が予定なしとしている。公開内容としては、決算書を希望者や病院経営調査、会社年鑑などに公開していた。

マーケティング専門部署の設置に関しては、設置中の病院は4%とごく少数であるが検討中の病院が1割程度であった。8割強の大半の病院においては予定なしであった。

4-5 各経営パフォーマンス関連指標間の相関分析

これらアンケート調査結果により得られたデータを分析することにより、病院経営に関する重要な要件の抽出を試みる。

本節では、まず全体的な分析として今回収集したデータの中から経営のパフォーマンスを代表する指標を決定する。その後、その定めた経営のパフォーマンスを代表する指標に対して、その他の収集したデータとの相関分析により、経営のパフォーマンスに相関する要素の抽出を試みる。これにより、経営変革に必要な要素の特定に至る。さらに、別な角度のアプローチから経営変革に必要な要素の抽出を試みる。

なお、分析にはIBM社製 SPSS Statistics Ver.19 および Ver.21 を使用した。

まず、経営のパフォーマンスを代表する指標を定めるために、今回アンケート調査の項目から経営のパフォーマンス状況を反映する指標として、直近5年間対前年度比売上、直近5年間対前年度比経常利益、一日あたり平均外来患者数、一日あたり平均入院患者数、直近5年間の経営状況印象、今後5年間の経営状況予測、直近5年間の借入金（負債）状況を選択し、それぞれにおいて相関分析を行った。

相関分析は、ピアソンの積率相関により有意水準 $\alpha=0.05$ と設定し分析を行った。また、一部データについては回答から欠損値を除外しているため項目によりデータ数が異なっている。

表 4-4 に相関分析結果を示す。

対前年度比売上については、各年度間対前年度比売上、同年度の対前年度比経常利益および直近5年間の経営状況印象との相関に有意性が見られたものの、その他の年度の対前年比経常利益、一日あたり平均外来患者数、一日あたり平均入院患者数、今後5年間の経営状況予測、直近5年間の借入金（負債）状況との相関に対しては一部を除いて有意性が見られなかった。

対前年比経常利益については、2011年度を除いたその他の年度において直近5年間の経営状況印象と、同年度を含む一部年度の対前年度比売上、一部年度の対前年度比経常利益との相関に有意性は見られたものの、その他の指標に対する相関では一部を除いて有意性は見られなかった。

一日あたり平均外来患者数および一日あたり平均入院患者数においては、直近5年間の経営状況印象と対前年度比売上および対前年度比経常利益の一部の年度に対する相関に有意性が見られたものの、その他の指標に対する相関では有意性は見られなかった。

直近5年間の経営状況印象については、2011年度対前年度比経常利益を除いたその他のすべての指標に対する相関に有意性が認められた。

今後5年間の経営状況予測については、直近5年間の経営状況印象を除いたその他の指標に対する相関で有意性が見られなかった。また直近5年間の借入金（負債）状況についても同様に直近5年間の経営状況印象を除いたその他の指標に対する相関で有意性が見られなかった。

以上の相関分析の結果より、相関係数に関しては一部それほど高くないものが含まれるものの、直近5年間の経営状況印象が対前年度比経常利益2011年以外のすべての指標に対する相関で有意性が見られた結果より、直近5年間の経営状況印象を経営のパフォーマンスを代表する代表指標として設定した。

4-6 経営パフォーマンス代表指標と各要素の相関分析

代表指標と設定した直近5年間の経営状況印象を被説明変数として各アンケート調査項目に対する相関分析を行った。相関分析は、前節と同様にピアソンの積率相関により、有意水準 $\alpha = 0.05$ および小サンプル数を考慮した参考有意水準として $\alpha' = 0.1$ を設定して本分析を行った。

対象とした要素は以下の通りである。なお（ ）内は細目を示す。

- 1). IT導入設備状況（HIS、電子カルテシステム、オーダーリングシステム、自動受付機、PACSシステム、経営分析システム、DWH）
- 2). 経営上の課題（経営計画、医療の質、広報・マーケティング、職員の意識改革、財務体質改善、外部連携、施設・設備の拡充、資金調達、コスト対策）
- 3). 事業計画立案（短期、中期、長期、総合）

- 4). 事業実績分析実施（毎年，数年，総合）
- 5). 年度予算立案
- 6). 年度予算実績分析の実施
- 7). 経営分析の実施（内部，外部，総合）
- 8). 成長への取り組み
- 9). 差別化要因分析の実施（内部分析，外部委託，総合）
- 10). 患者に対する集客施策の取組（高額医療機器の導入，設備の拡充，患者満足度調査の実施，患者用投書箱の設置）
- 11). コスト対策の有無（業者との価格交渉，ジェネリック医薬品の利用，ITシステムの導入，業務の外部委託，その他，総合）
- 12). トップ営業の実施（院長/理事長，看護部長，事務長，総合）
- 13). 医療の質向上のための取組（内部対応，外部委託，総合）
- 14). 診療報酬改定に関する情報収集（積極的に実施，一部実施，総合）
- 15). 診療報酬改定に向けた対策の実施（積極的に実施，一部実施，総合）
- 16). 経営改善ツールの活用（積極的に実施，一部実施，総合）
- 17). 組織内への経営理念周知への取組（積極的に実施，一部実施，総合）
- 18). 業務運営マニュアルの作成（積極的に実施，一部実施，総合）
- 19). 業務運営マニュアルの活用（積極的に実施，一部実施，総合）
- 20). 業務改善に向けた組織再編への取組（積極的に実施，一部実施，総合）
- 21). 部署・中間管理職への権限委譲への取組（積極的に実施，一部実施，総合）
- 22). 職員のモチベーション向上に対する取り組み（積極的に実施，一部実施，総合）
- 23). 職員獲得に対する取り組み（積極的に実施，一部実施，総合）
- 24). 経営企画専門職員の採用
- 25). 職員教育システムの有無（積極的に実施，一部実施，総合）
- 26). 職員研修制度の有無（積極的に実施，一部実施，総合）
- 27). 職員意識調査，個人面談など ES 調査関連への取組（積極的に実施，一部実施，総合）

- 28). 外部委託（アウトソーシング）の有無（事務部門（受付）、給食部門、検体検査部門、清掃）
- 29). 病病/病診連携に向けた外部期間（他院）への働きかけ（積極的に実施、一部実施、総合）
- 30). 外部コンサルタントの利用（積極的に実施、一部実施、総合）
- 31). 医療機関以外の外部企業連携への取組（積極的に実施、一部実施、総合）
- 32). 地域連携システムへの参加状況（参加中、過去に参加、総合）
- 33). 病院以外施設の開設
- 34). M&A の実施について
- 35). 他院の事業継承について
- 36). HP 開設の有無（無）
- 37). 広告の実施
- 38). 患者満足度調査の実施（年複数回、年1回、2年に一回、3年に一回、総合）
- 39). 地域に向けた活動の実施（積極的に実施、一部実施、総合）
- 40). サテライトクリニックの開設（実施中、総合）
- 41). 患者送迎バス（タクシー）の実施（実施中、総合）
- 42). 診療実績などの外部公開（積極的に実施、一部実施、総合）
- 43). 病院（法人）経営状況の公開（積極的に実施、一部実施、総合）
- 44). マーケティング専門部署の設置（設置中、総合）

なお、各要素は実施に対してダミー変数として分析を行っている。

表 4-5 に各要素の経営状況印象との相関分析の結果一覧を示す。

まず、経営上の課題のうち、経営計画、財務体質改善、資金調達、コスト対策に対して有意に負の相関を示した。特に、財務体質改善と資金調達に対しては、強い負の相関を示す結果となった。これは、直近 5 年間の経営状況印象が悪い病院ほど財務体質改善や資金調達といった財務会計に関する課題を抱えていることがわかる。このため、直近 5 年間の経営状況印象が悪い病院の資金繰りの悪化を示唆するものであると推測される。

と同時に、これらの経営状況印象が悪い病院ほど経営計画とコスト対策の問題を抱えており、経営変革にはこれら経営計画、財務体質改善、資金調達、コスト対策に関する課題を解決する必要性が示唆された。

一方、緩い相関であるが正の相関が見られた項目が、短期事業計画立案、職員のモチベーション向上に対する取り組みの積極的な実施、職員獲得に対する取り組みに対する積極的な実施であった。これは、短期事業計画立案を実施している病院ほど直近5年間の経営状況印象が良いことを示しており、また、中期事業計画立案も参考有意水準で有意となっていることから、病院経営のパフォーマンスと事業計画立案の相関がみられる結果となった。加えて参考レベルではあるが施設・設備の拡充といった患者に対する集客施策の取組が有意となっておりこれも事業計画の必要性を支援しているものと考えられる。

これらのことより、病院経営変革には事業計画立案をはじめとした経営戦略の明確化が必要であることが示唆された。また、モチベーション向上施策および職員獲得施策の積極的な実施が有意となった。これは、経営状況印象が良い病院はこれらの施策の実施に積極的であることを示していると考えられる。これらのことから、病院経営変革には組織体制の充実化の必要性を示唆しているものである。さらに、参考レベルではあるが、医療機関以外の外部企業連携への取組の積極的に実施、マーケティング専門部署の設置が有意となっている。これは、これまで医療機関は病院や診療所をはじめとした比較的同じ業態組織との連携を行ってきたが、それに加えて医療機関以外の外部企業連携への取組の可能性を示しており、更に自院以外の組織や顕在的および潜在的な患者や地域社会に対するアプローチ対策としてのマーケティング部署の設置への取組の必要性が示されているものと考えられる。これらのことより、病院経営変革へ向けた外部へのアプローチの実施と充実化の必要性を示唆している。

以上のことから、本分析により病院経営変革に対しては以下の各項目の必要性が示唆された。

- ① 経営戦略の明確化のための経営計画立案の必要性
- ② 組織体制充実化のためのモチベーション向上施策および職員獲得施策の積極的な実施の必要性
- ③ 外部へのアプローチの実施と充実化のための外部企業との連携やマーケティング部署設置へ向けた取り組みの必要性

これらの結果は、第3章 フレームワークの設定にて提示した外部・内部志向および戦略的・組織的の各セグメントに対して、経営戦略の明確化のための経営計画立案の必要性が内部志向戦略的に、組織体制充実化のためのモチベーション向上施策のおよび職員獲得施策の積極的な実施の必要性が内部志向組織的に、外部へのアプローチの実施と充実化のための外部企業との連携が外部志向組織的に、マーケティング部署設置へ向けた取り組みの必要性が外部志向戦略的にそれぞれ対応するものであり、フレームワーク自体の有効性も確認することができた。

これらのことから、提唱したフレームワークを活用して病院経営変革の方向性を4つの視点からのアプローチを検討することは有用であることが確認されたとともに、これまであまり重要視されてこなかった組織外部に対する働きかけの重要性も示唆された結果であった。

表 4-4 各経営パフォーマンス関連指標間の相関分析結果

		相関係数														
		対前年度売上 _2014年	対前年度売上 _2013年	対前年度売上 _2012年	対前年度売上 _2011年	対前年度売上 _2010年	対前年度経常 利益_2014年	対前年度経常 利益_2013年	対前年度経常 利益_2012年	対前年度経常 利益_2011年	対前年度経常 利益_2010年	一日あたり平 均外来患者数	一日あたり平 均入院患者数	直近5年間の 経営状況印象	今後5年間の 経営状況予測	直近5年間の借入 金(負債)状況
対前年度売上 _2014年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	1 .026 72	.262* .026 72	.305** .009 72	.324** .006 70	.262* .028 70	.455** .000 68	.126 .305 68	-.099 .424 67	-.259* .037 65	.203 .106 65	.041 .760 59	-.120 .373 57	.368** .003 65	.196 .114 66	-.006 .961 66
対前年度売上 _2013年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.262* .026 72	1 .026 72	.358** .002 72	.330** .005 70	.245* .041 70	.030 .809 68	.559** .000 68	-.064 .606 67	-.246* .048 65	.222 .076 65	.463** .000 59	-.002 .986 57	.444** .000 65	.209 .092 66	-.154 .216 66
対前年度売上 _2012年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.305** .009 72	.358** .002 72	1 .000 72	.438** .000 70	.341** .004 70	.233 .056 68	.218 .074 68	.460** .000 67	-.109 .387 65	.102 .419 65	.234 .075 59	.225 .092 57	.543** .000 65	.188 .130 66	-.162 .193 66
対前年度売上 _2011年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.324** .006 70	.330** .005 70	.438** .000 70	1 .003 70	.347** .003 70	.147 .238 66	.078 .534 66	-.071 .575 65	.404** .001 65	.252* .043 65	.177 .187 57	-.035 .801 55	.365** .003 63	.044 .733 64	-.177 .161 64
対前年度売上 _2010年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.262* .028 70	.245* .041 70	.341** .004 70	.347** .003 70	1 .003 70	.131 .293 66	.418** .000 66	-.001 .992 65	.353** .004 65	.666** .000 65	.196 .143 57	.036 .794 55	.350** .005 63	-.153 .227 64	.033 .795 64
対前年度経常利益 _2014年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.455** .000 68	.030 .809 68	.233 .056 68	.147 .238 66	.131 .293 66	1 .000 68	-.115 .352 68	.073 .557 67	-.107 .397 65	.009 .941 65	-.039 .775 57	.088 .521 55	.351** .005 63	.227 .071 64	.319* .010 64
対前年度経常利益 _2013年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.126 .305 68	.559** .000 68	.218 .074 68	.078 .534 66	.418** .000 66	-.115 .352 68	1 .000 68	-.040 .745 67	.405** .001 65	.483** .000 65	.321* .015 57	.066 .632 55	.377** .002 63	.076 .583 64	.168 .184 64
対前年度経常利益 _2012年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	-.099 .424 67	-.064 .606 67	.460** .000 67	-.071 .575 65	-.001 .992 65	.073 .557 67	-.040 .745 67	1 .639 65	-.059 .403 65	-.106 .403 65	.099 .468 56	.203 .141 54	.251** .049 62	.014 .913 63	.052 .686 63
対前年度経常利益 _2011年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.259* .037 65	.246* .048 65	.109 .387 65	.404** .001 65	.353** .004 65	-.107 .397 65	.405** .001 65	-.059 .639 65	1 .639 65	.480** .000 65	.068 .623 54	.156 .270 52	.240 .065 60	-.096 .463 61	-.078 .550 61
対前年度経常利益 _2010年	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.203 .106 65	.222 .076 65	.102 .419 65	.252* .043 65	.666** .000 65	.009 .941 65	.483** .000 65	-.106 .403 65	.480** .000 65	1 .000 65	.243 .077 54	.016 .908 52	.257** .048 60	-.006 .961 61	-.016 .903 61
一日あたり平均 外来患者数	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.041 .760 59	.463** .000 59	.234 .075 59	.177 .187 57	.196 .143 57	-.039 .775 57	.321* .015 57	.099 .468 56	.068 .623 54	.243 .077 54	1 .742 59	-.044 .014 59	.317** .068 57	.239 .082 59	.315* .015 59
一日あたり平均 入院患者数	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.120 .373 57	-.002 .986 57	.225 .092 57	-.035 .801 55	.036 .794 55	.088 .521 55	.066 .632 55	.203 .141 54	.156 .270 52	.016 .908 52	-.044 .742 59	1 .014 57	.323* .014 57	.082 .545 57	-.094 .487 57
直近5年間の 経営状況印象	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.368** .003 65	.444** .000 65	.543** .000 65	.365** .003 63	.350** .005 63	.351** .005 63	.377** .002 63	.251* .049 62	.240 .065 60	.257** .048 60	.317** .014 59	.323* .014 57	1 .000 68	.535** .000 68	.429** .000 68
今後5年間の 経営状況予測	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	.196 .114 66	.209 .092 66	.188 .130 66	.044 .733 64	-.153 .227 64	.227 .071 64	-.076 .553 64	.014 .913 63	-.096 .463 61	-.006 .961 61	-.239 .068 59	.082 .545 57	.535** .000 68	1 .000 69	-.148 .226 69
直近5年間の 借入金(負債)状 況	Pearsonの相関係数 有意確率(両側) N	-.006 .961 66	.154 .216 66	.162 .193 66	.177 .161 64	.033 .795 64	.319* .010 64	.168 .184 64	-.078 .686 63	-.078 .550 61	-.016 .903 61	.315* .015 59	-.094 .487 57	.429** .000 68	.148 .226 69	1 69

*: 相関係数は 5% 水準で有意(両側)です。□ 相関係数は 1% 水準で有意(両側)です。□

表 4-5 経営状況印象との相関分析結果

	IT設備導入								経営上の課題									
	HIS	電子カルテ	团ーダリング	自動受付機	PACS	経営分析	DWH	経営計画	医療の質	広報ロケティング	意識改革	職員教育	財務体質改善	外部連携	設備・施設	資金調達	コスト対策	
Pearson の相関係数	.059	.141	.064	.146	.164	.019	.041	-.260*	-.180	-.093	-.011	-.125	-.409**	.040	-.117	-.409**	-.248*	
有意確率 (両側)	.631	.252	.606	.236	.181	.879	.879	.032	.142	.452	.930	.309	.001	.746	.340	.001	.042	
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	
	事業計画			事業実績分析				年度予算	年度予算実績分析	経営分析		成長への取り組み	差別化要因分析					
	短期	中期	長期	毎年	数年			内部	外部	経営分析	経営分析	内部分析	外部委託					
Pearson の相関係数	.334**	-.228	.111	.125	.007	.041	.091	-.173	.002	.113	-.188	.009	.094	.058	.111	.120		
有意確率 (両側)	.005	.062	.366	.310	.954	.741	.462	.158	.987	.361	.124	.941	.446	.636	.369	.328		
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68		
	集客施策				コスト対策				トップ営業			医療の質向上						
	高額医療機器	設備拡充	患者満足度調査	患者用投書箱	価格交渉	ジェネリック	IT導入	外部委託	その他	院長	看護部長	事務長	内部	外部委託				
Pearson の相関係数	.013	.211	.181	.101	-.110	-.030	.098	-.003	-.103	-.047	.176	-.033	-.025	.053	-.060	-.123	-.109	
有意確率 (両側)	.919	.084	.140	.415	.374	.807	.424	.983	.405	.701	.152	.788	.841	.669	.624	.316	.378	
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	
	診療情報収集			診療報酬改定対策			経営改善ツール		経営理念周知		運営マニュアル作成		運営マニュアル活用					
	積極的	一部		積極的	一部		積極的	一部		積極的	一部		運全業務	一部業務				
Pearson の相関係数	.063	-.106	-.080	.153	-.143	.047	.163	-.029	-.125	.070	-.153	-.052	.119	-.162	-.064	.120	-.087	.011
有意確率 (両側)	.608	.388	.525	.213	.245	.706	.185	.812	.310	.570	.212	.676	.335	.186	.603	.331	.483	.928
N	68	68	66	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
	組織再編			権限委譲		モチベーション向上			職員獲得		経営企画職員	職員教育システム						
	積極的	一部		積極的	一部	積極的	一部		積極的	一部	積極的	一部						
Pearson の相関係数	-.018	.030	.016	.117	-.037	.030	.250*	-.031	.193	.261*	-.162	.065	.137	.109	-.055	.030		
有意確率 (両側)	.886	.806	.894	.343	.766	.807	.040	.799	.115	.031	.186	.596	.266	.377	.656	.806		
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68		
	職員研修制度			ES調査		外部委託				他院連携		外部コンサルタント						
	積極的	一部		積極的	一部	事務	給食	検査	清掃	積極的	一部	利用中	過去に利用					
Pearson の相関係数	.070	-.054	.018	.089	-.014	.106	.129	-.009	-.184	.036	.036	-.017	.017	.064	.039	.083		
有意確率 (両側)	.571	.664	.886	.470	.911	.388	.297	.945	.134	.774	.770	.891	.891	.603	.753	.501		
N	68	68	68	68	68	68	67	68	68	68	68	68	68	68	68	68		
	外部企業連携			地域連携参加		病院以外施設	M&A	他院事業継承	HP_無	広告	患者満足度調査							
	積極的	一部		参加中	過去に参加						年複数回	年1回	2年に一回	3年に一回				
Pearson の相関係数	.234	-.077	.002	-.033	.a	-.033	-.135	-.021	.128	-.151	-.099	.080	.021	.114	-.074	.111		
有意確率 (両側)	.055	.532	.984	.788	.788	.788	.273	.865	.297	.218	.422	.519	.868	.354	.549	.367		
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68		
	地域活動			サテライト		患者送迎		診療実績公開		経営情報公開		マーケティング専門部署						
	積極的	一部		実施中		実施中	積極的	一部	積極的	一部	設置中							
Pearson の相関係数	.001	-.188	-.004	-.125	.036	-.128	-.176	.150	-.045	.070	.085	-.171	.013	.041	.204			
有意確率 (両側)	.995	.126	.975	.309	.773	.297	.152	.222	.718	.569	.491	.164	.919	.741	.095			
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68			

*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。
 **. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

4-7 外部環境への適応度による要素比較分析

前節において、全体的な分析として経営のパフォーマンスを代表する指標を定め、その指標と相関する要素の抽出を試みた。

その結果、第3章 フレームワークの設定にて提示した外部・内部志向および戦略的・組織的の各セグメントに対して、経営戦略の明確化のための経営計画立案の必要性が内部志向戦略的に、組織体制充実化のためのモチベーション向上施策のおよび職員獲得施策の積極的な実施の必要性が内部志向組織的に、外部へのアプローチの実施と充実化のための外部企業との連携が外部志向組織的に、マーケティング部署設置へ向けた取り組みの必要性が外部志向戦略的にそれぞれ対応するものであり、フレームワーク自体の有効性も確認することができた。

外部環境の変化が激しく、それにより影響を受けやすい病院経営において、外部環境への適応力の高さは重要である。本節では、前節と違ったアプローチにより病院経営変革に必要な要素の抽出を試みる。

今回のアンケート調査にて得られたデータをもとに外部環境への適応力の高さの指標を定め、その指標により外部適応力の高い病院と外部適応力の低い病院にクラスタリングを行い、それらの比較により経営変革のために必要な要素の抽出を試みた。

まず、外部環境の適応力を示す指標を設定する。病院にとって、最も影響力のある外部環境の変化としては、2年毎の診療報酬改定が挙げられる。そこで、今回は外部適応力を判断する指標として診療報酬改定の前後における対前年度比売上に着目した。

当該病院の適応力が高いとすると診療報酬改定前後の対前年度比売上は以下のいずれかの条件に該当する必要がある。

- ① 前年より売上が伸びる場合（対前年度比売上がプラスの場合）
- ② 売上が前年度より落ちるが落ち幅は最低限にとどめる場合（対前年度比売上げが限りなくゼロに近い場合）

また、そもそも外部環境変化に対する適応力が高い場合、経営が良好であるため診療報酬改定前年度の対前年度比売上げはプラスでなければならない。

以上の諸条件を表現できる指標を今回のアンケート調査内容の調査項目を用いて作成する。直近の診療報酬改定は2014年4月である。このため、2013年度および2014年度の対

前年度比売上を用いて指標を設定することとし、本指標を外部適応力指標とした。前述の諸条件を満たすために、2013年度および2014年度の対前年度比売上を用いて指標を検討すると以下の(1)式により表すことができる。

$$\text{外部適応力指標} = \text{2013年度対前年度比売上} + \text{2014年度対前年度比売上} \quad \dots (1)$$

これにより、各病院の外部環境に適応力を判断することができる。

また、諸条件を加味してクラスタリング条件を以下のように定義する。

外部環境適応力の高い病院：2014年度対前年度比売上+2013年度対前年度比売上 > 1.0

外部環境適応力の低い病院：2014年度対前年度比売上+2013年度対前年度比売上 < 1.0

また、外部環境適応力の高い病院は前述の諸条件を満たすため経営状況が良い病院と考えられる。これを確認するために、本指標と前述の経営のパフォーマンス状況を反映する指標とした直近5年間対前年度比売上、直近5年間対前年度比経常利益、一日あたり平均外来患者数、一日あたり平均入院患者数、直近5年間の経営状況印象、今後5年間の経営状況予測、直近5年間の借入金（負債）状況それぞれにおいて、ピアソンの積率相関により有意水準 $\alpha = 0.05$ と設定し相関分析を行った。

相関分析の結果を表4-6に示す。

その結果、2013年および2014年の対前年度比売り上げについてはもちろんのこと、その他の年の対前年度比売上、および、先ほど経営のパフォーマンスを代表する代表指標として設定した直近5年間との経営状況予測とも高い相関を有意に示していることから、この外部適応力指標は経営状況を反映していると判断した。

本指標は、手法も簡便でありまた経営状況を反映している事から有用な指標であると考えられる。

この外部環境適応力指標を用いて、クラスタリング条件により今回のアンケート調査回答病院をクラスタリングしたところ、外部環境適応力の高い病院が 43 病院、外部環境適応力の低い病院が 32 病院と分類された。

これらのクラスタリングした病院同士を、以下の要素により比較分析を行った。

なお、分析は χ^2 乗分析を用い有意水準 $\alpha=0.05$ として、また、前節同様、小サンプル数を考慮した参考有意水準として $\alpha'=0.1$ を設定して本分析を行った。

対象とした要素は以下の通りである。なお（ ）内は細目を示す。

- 1). 直近 5 年間の借入金（負債）状況
- 2). IT 導入設備状況（HIS, 電子カルテシステム, オーダリングシステム, PACS システム, 経営分析システム）
- 3). 経営上の課題（経営計画, 医療の質, 広報・マーケティング, 職員の意識改革, 財務体質改善, 外部連携, 施設・設備の拡充, 資金調達, コスト対策）
- 4). 事業計画立案（総合）
- 5). 事業実績分析実施（総合）
- 6). 年度予算立案
- 7). 年度予算実績分析の実施
- 8). 経営分析の実施（総合）
- 9). 差別化要因分析の実施（内部分析, 外部委託）
- 10). 患者に対する集客施策の取組（総合）
- 11). コスト対策の有無（総合）
- 12). トップ営業の実施（総合）
- 13). 医療の質向上のための取組（総合）
- 14). 診療報酬改定に関する情報収集（総合）
- 15). 診療報酬改定に向けた対策の実施（総合）
- 16). 経営改善ツールの活用（総合）
- 17). 組織内への経営理念周知への取組（総合）

- 18). 業務運営マニュアルの作成 (総合)
- 19). 業務運営マニュアルの活用 (総合)
- 20). 業務改善に向けた組織再編への取組 (総合)
- 21). 部署・中間管理職への権限委譲への取組 (総合)
- 22). 職員のモチベーション向上に対する取り組み (総合)
- 23). 職員獲得に対する取り組み (総合)
- 24). 経営企画専門職員の採用
- 25). 職員教育システムの有無 (総合)
- 26). 職員研修制度の有無 (総合)
- 27). 職員意識調査, 個人面談など ES 調査関連への取組 (総合)
- 28). 外部委託 (アウトソーシング) の有無 (事務部門 (受付), 給食部門, 検体検査部門, 清掃)
- 29). 病病/病診連携に向けた外部期間 (他院) への働きかけ (総合)
- 30). 外部コンサルタントの利用 (総合)
- 31). 医療機関以外の外部企業連携への取組 (総合)
- 32). 地域連携システムへの参加状況 (総合)
- 33). 病院以外施設の開設
- 34). M&A の実施について
- 35). 他院の事業継承について
- 36). HP 開設の有無 (無)
- 37). 広告の実施
- 38). 患者満足度調査の実施 (総合)
- 39). 地域に向けた活動の実施 (総合)
- 40). サテライトクリニックの開設 (総合)
- 41). 患者送迎バス (タクシー) の実施 (総合)

42). 診療実績などの外部公開（総合）

43). 病院（法人）経営状況の公開（総合）

44). マーケティング専門部署の設置（総合）

なお、各要素は実施に対してダミー変数として分析を行っている。

χ^2 乗分析の結果を表 4-7 に示す。

IT 設備導入については、PACS システムで有意に差が見られた。また、参考レベルとしては、HIS（病院情報システム）、オーダーリングシステムにおいて見られた。

この理由については、①経営状況が良いため設備投資が可能となり各システムを導入した、②外部環境の変化に対する対応のため設備投資により効率化を図っている、の 2 点が考えられる。いずれにしても、外部適応力の高い病院においては IT 設備導入が進んでいることを示している。

また、年度予算立案、患者に対する集客施策の取組が有意に差があるという結果となった。併せて参考レベルも見てみるとこれに事業計画立案、コスト対策の有無が加わる。

この結果より、外部適応力が高い病院は年度予算策定や患者集客への取り組みを行っていることがわかる。併せて、事業計画立案およびコスト対策の実施についても示唆された。これらのことから、外部適応力を高い病院は、経営戦略の明確化を行っていることが判明した、このため、病院経営変革にはこれら経営戦略の明確化が必要であると考えられる。

一方、職員獲得に対する取り組み、職員教育システムの有無、職員研修制度の有無などにおいて有意差が見られた。また、参考レベルとして経営企画職員の採用および事務部門（受付）の外部委託において有意差が示唆された。これはつまり、組織体制の充実化を示しているものであると考えられる。したがって、外部適応力の高い病院ほど職員獲得に対する取り組みや職員教育システム、職員研修制度に対して力をいれることで組織体制の充実化を図っていると考えられる。以上のことから、病院経営変革にはこれら職員獲得に対する取り組みや職員教育システム、職員研修制度といった施策による組織体制の充実化が必要であると考えられる。

さらに、サテライトクリニックの開設および診療情報公開の有無において有意差が見られた。これは、外部適応力の高い病院はサテライトクリニックを開設している場合が多く、また診療情報を公開しているということを示しているのである。これは、これまでの患者

が来院するのを病院で待っているのではなく積極的に外部に対するアプローチを行う事の必要性、そして、外部に対する積極的な情報公開を推し進めることにより信頼性の向上が期待できるものであると考えられる。このため、病院経営変革においても、外部に対する戦略を明確にする必要があることが示唆された。

以上のことから、本分析により病院経営変革に対しては以下の各項目の必要性が示唆された。

- ① 経営戦略の明確化のための年度予算や事業計画立案といった経営計画立案の必要性
- ② 組織体制充実化のための職員獲得に対する取り組みや職員教育システム、職員研修制度の充実化の必要性
- ③ 外部に向けた経営戦略の実施と情報公開の必要性

これらの結果は、第3章 フレームワークの設定にて提示した外部・内部志向および戦略的・組織的の各セグメントに対して、経営戦略の明確化のための年度予算や事業計画立案といった経営計画立案の必要性が内部志向戦略的に、組織体制充実化のための職員獲得に対する取り組みや職員教育システム、職員研修制度の充実化に必要性が内部志向組織的に、外部に向けた経営戦略の実施と情報公開の必要性が外部志向戦略的にそれぞれ対応するものであり、フレームワーク自体の有効性もまた確認することができた。

これらのことから、前節での分析結果と同様に提唱したフレームワークを活用して病院経営変革の方向性を4つの視点からアプローチを検討することは有用であることが確認されたとともに、これまであまり重要視されてこなかった組織外部に対する働きかけの重要性も示唆された結果であった。

表 4-7 外部適応力指標と各経営パフォーマンス関連指標間の相関分析結果

		相関係数							
		対前年度売上 2014年	対前年度売上 2013年	対前年度売上 2012年	対前年度売上 2011年	対前年度売上 2010年	対前年度経常 利益 2014年	対前年度経常 利益 2013年	対前年度経常 利益 2012年
外部適応力	Pearson の相関係数	.573**	.678**	.331**	.324**	.259*	.132	.307*	.024
	有意確率 (両側)	.000	.000	.004	.006	.030	.282	.011	.847
	N	72	72	72	70	70	68	68	67

		対前年度経常 利益 2011年	対前年度経常 利益 2010年	一日あたり平 均外来患者数	一日あたり平 均入院患者数	直近5年間の 経営状況印象	今後5年間の 経営状況予測	直近5年間の 借入金(負債) 状況	経営効率
外部適応力	Pearson の相関係数	.263*	.171	.344**	-.003	.416**	.169	.048	1
	有意確率 (両側)	.034	.174	.007	.983	.000	.166	.694	
	N	65	65	61	59	68	69	69	75

*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。□ 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。□

表 4-6 外部適応力指標クラスタリング間比較による χ^2 乗分析結果

Pearson のカイ 2 乗	借入金	IT設備					経営上の課題								
		HIS	電子カルテ	オーダーリング	PACS	経営分析	経営計画	医療の質	広報・マーケティング	意識改革	財務体質改善	外部連携	設備・施設	資金調達	コスト対策
値	.979 ⁴	3.331 ⁴	1.279 ⁴	3.629 ⁴	11.447 ³	.232 ⁴	.707 ⁴	.875 ⁴	.031 ⁴	2.252 ²	2.346 ⁴	.433 ⁴	.032 ⁴	2.611 ⁴	.288 ⁴
自由度	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
漸近有意確率 (両側)	0.913	0.068	0.258	0.057	0.001	0.630	0.400	0.350	0.861	0.133	0.126	0.510	0.858	0.106	0.592

Pearson のカイ 2 乗	事業計画	事業実績分析	年度予算	年度予算 実績分析	経営分析	差別化要因分析		集客施策	コスト対策	トップ営業	医療の質向上	診療情報収集	診療報酬 改定対策	経営改善ツール	経営理念周知
						内部分析	外部委託								
値	3.271 ⁴	2.317 ⁴	6.599 ⁴	2.403 ⁴	2.412 ³	1.398 ⁴	.539 ⁴	7.276 ⁴	3.524 ⁴	.187 ⁴	2.496 ⁴	.047 ⁴	.009 ⁴	1.084 ⁴	.145 ⁴
自由度	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
漸近有意確率 (両側)	0.071	0.128	0.037	0.301	0.120	0.237	0.463	0.007	0.060	0.665	0.114	0.828	0.925	0.298	0.703

Pearson のカイ 2 乗	運営マニュアル作成	運営マニュアル活用	組織再編	権限委譲	モチベーション向上	職員獲得	経営企画職員	職員教育システム	職員研修制度	ES調査	外部委託				他院連携
											事務	給食	検査	清掃	
値	1.125 ⁴	.776 ⁴	.819 ⁴	.135 ⁴	2.172 ³	8.285 ⁴	3.159 ⁴	4.493 ⁴	4.762 ⁴	2.032 ³	3.306 ⁴	1.696 ⁴	.039 ⁴	.020 ⁴	1.908 ⁴
自由度	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
漸近有意確率 (両側)	0.289	0.378	0.366	0.713	0.141	0.004	0.076	0.034	0.029	0.154	0.069	0.193	0.843	0.888	0.167

Pearson のカイ 2 乗	外部コンサルタント	外部企業連携	地域連携	病院以外施設	M&A	他院事業継承	HP 無	広告	患者満足度調査	地域活動	サテライト	患者送迎	診療情報公開	経営状況公開	マーケティング 専門部署
															値
自由度	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
漸近有意確率 (両側)	0.460	0.815	0.975	0.665	0.476	0.120	0.761	0.358	0.350	0.167	0.018	0.764	0.010	0.485	0.546

4-8 アンケート調査分析結果からの本研究に対する考察

昨今の外部環境の変化により経営環境が悪化している現状においては組織を存続させていくだけでも困難を極めている状況においても、各病院における経営変革を行うこと自体が難しいことが多い。このため、このような変革をスムーズに行えるために、その変革ロジックの構築や経営戦略の立案や実行における重要要件の抽出などにより中小規模病院の経営に対して貢献することを主眼とし、これらの基礎資料とするために現状調査を目的としたアンケート調査を実施した。

本章では、これらのアンケート調査結果を分析することにより、これからの病院経営変革に必要な要素の抽出などを通して、前章において設定したフレームワークと照らし合わせその有効性の確認と、病院経営変革に必要な要素の同定を行った。

アンケート調査は、北海道内に設置されている病院（505施設）のうち病床数200床未満の民間病院310施設、平成14年度厚生労働省医療施設安定化推進事業ケーススタディー病院11施設および平成24年度ケーススタディー病院12施設から重複分を除いた総計329施設を対象に平成27年6月に郵送によるアンケート調査を行った。アンケート回答は、合計75施設からの回答が得られ、回収率は22.8%であった。

まず、各要素の分析を始める前に経営のパフォーマンスを代表する指標を定めた。

これは、今回アンケート調査の項目から経営のパフォーマンス状況を反映する指標として、直近5年間対前年度比売上、直近5年間対前年度比経常利益、一日あたり平均外来患者数、一日あたり平均入院患者数、直近5年間の経営状況印象、今後5年間の経営状況予測、直近5年間の借入金（負債）状況を選択し、それぞれにおいて相関分析を行い、その結果、直近5年間の経営状況印象を経営のパフォーマンスを表す代表指標として定めた。

次に、代表指標と設定した直近5年間の経営状況印象を被説明変数として各アンケート調査項目に対する相関分析を行い、その結果、病院経営変革には①経営戦略の明確化のための経営計画立案の必要性、②組織体制充実化のためのモチベーション向上施策のおよび職員獲得施策の積極的な実施の必要性、③外部へのアプローチの実施と充実化のための外部企業との連携やマーケティング部署設置へ向けた取り組みの必要性が判明した。

次に、外部環境の変化が激しくそれにより影響を受けやすい病院経営において、外部環境への適応力の高さは重要であることから、外部環境の適応力を示す指標を設定し、その指標により外部適応力の高い病院と外部適応力の低い病院にクラスタリングを行い、それらの比較により経営変革のために必要な要素の抽出を試みた。

まず、外部環境の適応力を示す指標を設定では、外部適応力を判断する指標として診療報酬改定の前後における対前年度比売上に着目し①前年より売上が伸びる場合（対前年度比売上がプラスの場合）、②売上が前年度より落ちるが落ち幅は最低限にとどめる場合（対前年度比売上げが限りなくゼロに近い場合）、③経営が良好であるため診療報酬改定前年度の対前年度比売上げはプラスでなければならない、という条件設定の下以上の諸条件を表現できる指標を直近の診療報酬改定の前後である2013年度および2014年度の対前年度比売上の和を取り、その結果から外部環境適応度を判断する簡便な指標である。

本指標は、手法は簡便ながら経営パフォーマンスを表す指標との相関も見られ有用な指標である。本指標を用い、1を境にして外部適応力の高い病院と低い病院にクラスタリングを行い、 χ^2 乗分析により各要素の比較分析を行った。その結果、本分析により病院経営変革に対して、①経営戦略の明確化のための年度予算や事業計画立案といった経営計画立案の必要性、②組織体制充実化のための職員獲得に対する取り組みや職員教育システム、職員研修制度の充実化に必要性、③外部に向けた経営戦略の実施と情報公開の必要性が判明した。

以上2通りの分析により判明したこれらの結果は、第3章 フレームワークの設定にて提示した外部・内部志向および戦略的・組織的志向の各セグメントに対して、それぞれ対応するものであり、フレームワーク自体の有効性もまた確認することができた。

これらのことから、病院経営変革においては、本論文で提唱したフレームワークを活用して病院経営変革の方向性を4つの視点からアプローチを検討することは有用であることが確認された。と同時に、これまであまり重要視されてこなかった組織外部に対する働きかけの重要性も示唆された結果であった。

内部志向における戦略的においては、事業計画立案や年度予算策定といった項目から戦略立案の必要性が示唆されていた。これは、経営状況が芳しくない病院における経営上の課題である経営計画によっても裏打ちされた結果であった。

また、患者集客施策やコスト対策といった要素は経営戦略が明確化していないと対応が難しいものであり、また、小手先の施策で行えるものではなく病院全体として戦略を定め実行していく必要がある。この戦略としては、中小規模病院の保有するリソースの制限を勘案して考えた場合大きく2つの方向性に分けられるであろう。

1つは、診療科単科または少数でかつ高度医療を提供している病院において選択されるべき高度技術特化型病院であろう。これは、自分たちの病院の強みを的確にとらえ、その強みを最大限に活用することで病院経営変革を行っていくものである。

2つ目は、複数の診療科を有し特定の技術に特化せず他の病院や診療所との連携を重視したネットワーク対応型病院であろう。これは、自分たちの病院で提供できるサービスと外部で補完するサービスを的確にとらえ、外部とのネットワークを最大限活用することにより病院経営変革を行っていくものである。これらの改革を実施するためには、次の組織的な対応も欠かせないものである。

内部志向における組織的においては、職員獲得への積極的な施策の実行、その後の職員の意識改革や職員教育システムの強化、職員研修制度の充実など、病院における最大のリソースである人材を最大限活用することで前述の戦略を実行、実現することが可能になるであろう。

外部志向における戦略的においては、これまでの受け身的な戦略や戦略の方向性を自組織内にとどめるのといったことから発展し、病院においてはこれまであまり実行されてこなかったマーケティングや、病院の顧客である顕在的および潜在的患者に対する直接的あるいは間接的なアプローチの実施が必要となってくるであろう。

外部志向における組織的においては、厚生労働省が推し進めている施策である病病連携や病診連携、あるいは地域包括ケアによる他病院あるいは診療所との連携の重要性は今後さらに高まっていくであろうと予測される。また、自院の強みの活用を考えた場合、病院組織との連携だけではなく介護施設や一般企業との連携も視野に入れてネットワークを構築強化する必要があるであろう。

本稿で設定したフレームワークの各視点では以上のようなことが期待される。

しかし、本章のアンケート調査の結果では、本稿で設定したフレームワークでの各視点は病院経営変革の対する方向性として確認することはできたものの、その要素の特定までにはサンプル数の制限から至っていない。

そこで、次章では、その要素の特定のための情報補完を目的としたインタビュー調査を実施し、その分析によりこれらの要素特定を行う。

4-9 参考文献

【参考文献】

飯田修平, 永井肇, 長谷川友紀 病院情報システム導入の手引き, (株)じほう, 東京 2007

【参考資料】

全国公私病院連盟 平成 26 年病院経営実態分析調査の概要 (平成 26 年 6 月調査)

第5章 ケーススタディ調査

5-1 インタビュー調査による情報収集の概要と方法

前章において、北海道内を中心とした中小規模民間病院を対象に実施したアンケート調査結果より、第3章にて設定したフレームワークに対する各視点における方向性について考察した。

内部志向戦略的においては、事業計画立案や年度予算策定といった項目から戦略立案の必要性が示唆された。これは、経営状況が芳しくない病院における経営上の課題である経営計画によっても裏打ちされた結果であった。また、患者集客施策やコスト対策といった要素は経営戦略が明確化していないと対応が難しいものであり、また、小手先の施策で行えるものでは無く病院全体として戦略を定め実行していく必要がある。この戦略としては、中小規模民間病院の保有するリソースの制限から、①診療科単科または少数でかつ高度医療を提供している病院において選択されるべき高度技術特化型病院、②複数の診療科を有し特定の技術に特化せず他の病院や診療所との連携を重視したネットワーク対応型病院、の大きく分けて2つの可能性が考えられた。内部志向組織的においては、職員獲得への積極的な施策の実行、その後の職員の意識改革や職員教育システムの強化、職員研修制度の充実など、病院における最大のリソースである人材を最大限活用することで前述の戦略を実行、実現することが可能になるであろう。外部志向戦略的においては、これまでの受け身的な戦略や戦略の方向性を自組織内にとどめるといったことから発展し、病院においてはこれまであまり実行されてこなかったマーケティングや、病院の顧客である顕在的および潜在的患者に対する直接的あるいは間接的なアプローチの実施が必要となってくるであろう。外部志向組織的においては、厚生労働省が推し進めている施策である病病連携や病診連携、あるいは地域包括ケアによる他病院や診療所との連携の重要性は今後さらに高まっていくであろうと予測される。また、自院の強みの活用を考えた場合、病院組織との連携だけではなく介護施設や一般企業との連携も視野に入れてネットワークを構築・強化する必要があるであろう。しかし、今回のアンケート調査の結果では、本研究で設定したフレームワークでの各視点は病院経営変革に対する方向性として確認することはできたものの、その要素の特定までにはサンプル数の制限から至っていない。

そこで本章では、これまでの理論的考察およびアンケート分析結果を踏まえ、その要素の特定のための情報補完を目的とした実際の病院へのインタビュー調査を実施し、その要素の特定のための情報補完から中小規模病院の病院経営変革における重要要素特定を行う。

検証方法として複数・部分的ケーススタディ（Yin 2009）を採用し、インタビュー調査と回答されたアンケート結果および公開された資料から情報を収集した。また、統計調査後のヒアリング調査の有用性については高橋により報告されている。（高橋 1993）

インタビュー調査は、前章にて設定した外部適応力指標によりクラスタリングした外部環境に対する適応力の高い病院 43 病院のうち返信用封筒への病院名の記載等により施設名を確認できた病院の中から選択した 4 病院に対して実施した。これは、今回実施したアンケート調査は原則無記名アンケートであり、その個別情報保護の観点からこのような措置により実施した。

病院選択のための経営状況の判断は、アンケート調査における質問項目の中で「対前年度比売り上げ」「対前年度比経常利益」「直近 5 年間経営状況」「直近 5 年間借入金」の回答結果を加味して総合的に判断を行った。

今回実施したインタビュー調査は、1 時間 30 分から 2 時間程度を想定し半構造化インタビューによる手法を用いて行った。インタビュー内容は、アンケート調査に回答いただいた内容をもとに病院経営に関する項目に対するヒアリングをおこなった。

なお、質問項目についてはインタビュー対象病院に対して事前に郵送にて提示を行っている。また、インタビューに際して次ページ以降の説明を行い書面にて同意を得た。

「中小規模病院の経営改善に関する研究に関する研究」にご協力いただける方へのご説明

標記の研究への参加について、下記の事項にしたいがい、十分な説明をいたしますので、よくご理解されたうえで、あなたの自由意志により参加するか否かをお決めください。

なお、本研究に関する質問にはいつでも応じますし、いったん同意いただいた後でも取り消すことは可能です。また、本研究への参加はあくまでも任意であり強制ではございません。本研究に参加しなくても不利益を受けることはありません。

【本研究の目的】

昨今の経営環境の変化により各医療機関において、今後必要となる意識変革やマーケティングなどそれまでの方法を大きく変えなければならない状況においても、変革を行うこと自体が難しいことが多いため、このような変化をスムーズに行えるために、その変革ロジックの構築や経営戦略の立案や実行における重要要件の抽出などにより中小規模病院の経営に対して貢献することを目的としております。

【方法および時期】

事前に北海道内を中心とした200床未満の中小規模病院に対して実施いたしましたアンケート調査結果をもとに2時間程度のインタビューを行います。インタビュー中は、内容の確実性を図るために録音させていただきますが、不利益が予想される場合など回答したくない場合は、回答を拒否することができます。加えて、インタビューを途中で中止することも可能です。インタビューさせていただいた内容は、後日ご確認いただくことが可能です。なお、ヒアリングはアンケート調査ご協力病院の中から、返信用封筒への病院名の記載などにより回答を確認できた病院の中から選ばせていただきました。

また、調査期間は平成27年末まで、分析期間は28年3月末までを予定しております。

【個人情報の保護】

インタビューの内容は、研究以外で使用することはありません。また、本研究に関わる成果は、他の関係する方々に漏えいすることのないよう慎重に取り扱い、分析前に氏名・所属などの個人情報を削除することにより、個人・所属が特定できない形にしたうえで分析を行います。

【研究結果につきまして】

本研究の成果は、個人情報明らかにならないようにした上で、学会発表や学術雑誌などで公表いたします。また、本研究が、皆様方にすぐに有益な情報をもたらす可能性は高いとはいえません。しかし、この研究の成果は、今後の病院経営研究の発展に寄与することが期待されます。

また、インタビューにおける質問内容は各病院に多少の相違はあるものの、概ね以下の通りである。

【インタビュー内容】

1. 施設概要についての質問事項は以下の通りである
 - ✓ 他院と比較した場合の貴院の特徴をどのように考えているか
 - ✓ 貴院の強み/弱み（道内、市内、地域における）をどのように考えているか
 - ✓ 他院との差別化要因などをどのように考えているか
2. 経営概況と経営対策についての質問事項は以下の通りである
 - ✓ 過去5年間における経営指標（医業収益、医業費用、利益、負債など）の動きについての概要とご意見、方針などをどのように考えているか
 - ✓ 設備投資の現状と計画をどのように考えているか
 - ✓ 経営上の課題についてと要強化点をどのように考えているか
3. 内部志向の施策についての質問事項は以下の通りである
 - ✓ 事業計画、実績分析に対する考え方と実施をどのように考えているか
 - ✓ 患者集客に対する取り組みをどのように考えているか
 - ✓ 過去・現在・未来の重点施策をどのように考えているか
 - ✓ 組織理念の周知についてをどのように考えているか
 - ✓ 組織再編への取り組みをどのように考えているか
 - ✓ 職員に対する施策について（報奨制度、モチベーション、教育など）をどのように考えているか
4. 外部志向の施策についての質問事項は以下の通りである
 - ✓ 外部リソース（外部協力者）の活用についてをどのように考えているか
 - ✓ プロモーション状況（広告・宣伝状況、患者に対する施策、プロモーションに対する考え方）をどのように考えているか
 - ✓ 他院との連携について（内容、方針など）をどのように考えているか

- ✓ 他施設（訪問・介護・福祉など）の開設についてをどのように考えているか
- ✓ 病院情報の外部公開について（内容，方法，方針など）をどのように考えているか

次ページに，今回のインタビューガイドを示す．

インタビューガイド

研究テーマ：中小規模病院の経営改善に関する研究

小樽商科大学大学院商学研究科現代商学専攻

博士後期課程 谷祐児

【想定時間】

インタビューの想定時間は1時間～2時間程度を予定している

【インタビュー形式】

インタビュー形式は、半構造化インタビュー形式にて実施する

【インタビュー内容】

1. 施設概要についての質問事項は主に以下の通りである
 - ✓ 貴院の特徴をどのように考えているか
 - ✓ 貴院の強み/弱み（道内，市内，地域における）をどのように考えているか
 - ✓ 他院との差別化要因などをどのように考えているか
2. 経営概況と経営対策についての質問事項は主に以下の通りである
 - ✓ 過去5年間における経営指標（医業収益，医業費用，利益，負債など）の動きについての概要とご意見，方針などをどのように考えているか
 - ✓ 設備投資の現状と計画についてどのように考えているか
 - ✓ 経営上の課題についてと要強化点についてをどのように考えているか
3. 内部志向の施策についての質問事項は主に以下の通りである
 - ✓ 事業計画，実績分析に対する考え方と実施についてどのように考えているか
 - ✓ 患者集客に対する取り組みについてどのように考えているか

- ✓ 過去・現在・未来の重点施策についてどのように考えているか
- ✓ 組織理念の周知についてどのように考えているか
- ✓ 組織再編への取り組みについてどのように考えているか
- ✓ 職員に対する施策について（報奨制度，モチベーション，教育など）どのように考えているか

4. 外部志向の施策についての質問事項は主に以下の通りである

- ✓ 外部リソース（外部協力者）の活用についてどのように考えているか
- ✓ プロモーション状況（広告・宣伝状況，患者に対する施策，プロモーションに対する考え方）どのように考えているか
- ✓ 他院との連携について（内容，方針など）どのように考えているか
- ✓ 他施設（訪問・介護・福祉など）の開設についてどのように考えているか
- ✓ 病院情報の外部公開について（内容，方法，方針など）どのように考えているか

5-2 ケース1 A病院

下欄にA病院の概要および経営概況状況の概略を示す。

A病院は、札幌市内に30年以上前に開院した外科系単科診療科を有する病院であり、病床数は100床未満、法人形態は社会医療法人である。

経営概況状況では、対前年比売上において2011年にマイナス成長をしたものの、その他の年度ではプラス成長をしている。特に、直近の診療報酬改定前後の2013年および2014年ではともに対前年度比5%以上のプラス成長をしている。

直近5年間の経営状況印象では、やや悪い印象であるとの回答であった。また、今後5年間の経営状況予測では悪い傾向と回答しているものの直近5年間の借入金状況は横ばいであった。

【病院概要】

病院開設場所：札幌市 診療科：外科系単科 病床数：100床未満

組織形態：社会医療法人 開院年数：30年以上

【インタビュー相手】

病院事務長 様

【経営概況状況】

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
対前年比売上	5%以上	-4%	0.5%	5%以上	5%以上
対前年比経常利益	5%以上	-5%以上	-5%以上	-5%以上	5%以上

- 直近5年間経営状況印象： やや悪い
- 今後5年間経営状況予測： 悪い傾向
- 直近5年間借入金状況： 横ばい

【ご提供資料】

病院開設記念誌、決算推移表、病院沿革および経緯資料、院内報、患者満足度調査票、患者満足度調査集計結果

【ヒアリング概要】

1). 経営概況について

A病院における直近3年間の対前年比売上の伸びについては、外部要因である診療報酬改定が大きく影響していた。これは、高額医薬品の発売に伴い当該医薬品の使用頻度増加による売上の増加が主な要因であると事務長は考えている。加えて、26年の診療報酬改定でA病院の診療科にとって有利な改定がなされたことも要因の一つであると分析していた。しかしながら、高額な医薬品の使用頻度増加による売上増加があったとしても利幅はさほど大きくないため利益に対しては大きく影響することは少ない。そのような意味でも、A病院の病院経営においては売上より利益をメインに考えているとのことであった。

一方、外部要因だけではなく内部要因も関係していた。内部要因としては院長の勤務体制変更が影響している。それまでは、院長の執刀による手術件数が多かったが、病院内の世代交代を考え、院長が手術から手を引き外来中心の診療へとシフトした結果、外来のスループットが上がり、更に検査件数が順調に増加していった。また、院長の手術件数が減少したに伴い、他の比較的若い先生が手術の中心となったことで手術件数が年間100件程度増加したことも売り上げを押し上げた要因となっていた。

対前年度比経常利益について着目すると、2013年に対前年度比売上が向上しているにもかかわらず利益が落ち込んでいた。これは、長期にわたり勤務していた職員が退職した事による退職慰労金の支払いの影響が大きかったとのことであった。高額な退職慰労金などの突発的に大きな支出がなければ十分な利益は確保できているとA病院では考えている。逆にいうと、退職慰労金のような突発的な高額出費に備えてある程度の内部留保を確保していくうえでも利益確保の必要性があると考えていた。

このような理由から、A病院では売上志向よりも利益志向である必要性がある。

また、ここ数年は社会医療法人化による税軽減や収益事業による効果が大きく利益に影響していた。医業利益自体は特定医療法人化以前と比較しても減少しており、税軽減や収益事業による収益により底上げされていた。このため、A病院ではあまり昨今の動きを楽観視することはできないと考えていた。なお、今後5年間の経営状況予測では、悪い傾向と回答していたが、これはA病院の主力医師が自身の開業のために退職が予定されていることに起因するものであり、あくまでも個別の事情であってあまり外部要因に起因するものではなかった。

また、A病院自体は、大学病院や札幌市内の大規模病院を含め同診療科の病院を競合として意識することはあまりしていない。これは、A病院の診療科が単科でありその診療科に特化することで特有のポジションを確立することができているためであり、このため他院や大規模病院との棲み分けができていると考えていることから特に意識はしていない。

A病院では、経営において売り上げはもちろん重要であるが原則的には**利益を主体**に考えている。これは、そもそも医療機関の利益幅は他業界と比較してもさほど大きいものではなく、退職金などといった突発的な支出により大きく影響されてしまうことが多いことから、その影響を少しでも小さくすることを念頭に置いているためである。また、**社会医療法人化**による法人税の軽減措置や収益事業などにより経営が安定していることも大きな特徴の一つである。

2). 経営戦略について

A病院においては、経営戦略や施策の決定、あるいは医師の採用など重要な意思決定が必要な場合は理事会を中心として意思決定をおこなっている。

経営戦略案を立案するための情報収集は、勤務医師が関連団体の役員となっていることから比較的早いタイミングで医療政策関連の情報を入手することが可能であった。しかし、仮に診療報酬改定などの情報をいち早く入手することができたとしても、それに対して簡単に対応できるものではないと考えている。このため、診療報酬を増加させることばかりを意識するよりも、当診療科に関しては病院内ですべての治療を完結できるような環境を作っていくことが必要であるということを基本方針としている。また、高度医療に特化するという意味でも手術の症例数を増やすことも必要であると考えている。

A病院の診療圏は、開院当初は同診療科の病院が少なかったこともあり広く北海道内から患者が来院していたが、10年程前に来院患者の地域調査をした結果においては、札幌市内および近隣エリアからの来院が中心となっていた。勿論、他の地域からの紹介もあることはあるが、現在は札幌市内および近郊が診療の中心であり他院からの紹介も多く現在の紹介率は30%前後であった。

地域医療に関しては、社会医療法人の認定要件でもある僻地医療の提供を行っており北海道内の地方へ医師を派遣している。また、札幌市内の病院の場合は、応援に行

くより A 病院へ紹介してもらう形で対応を行っている。このため、各医療機関へのトップ営業を含めた営業活動は積極的には行っていない。これは、他院への営業活動を行う事で他の医療機関から脅威ととらえられるのを懸念しているためであり、そういった意味では他院との関係性を重要視している。同様に、A 病院では札幌市内の介護施設などからの患者は直接 A 病院へ来院してもらうことを前提としており往診などの対応は現在行っていない。これは、以前に複数の老健施設にヒアリングを行ったところ往診の希望はあったが、各老健施設ではすでに提携医療機関があり必要があれば各提携医療機関から紹介があるであろうという判断から訪問診療を行っていないということであった。

同診療科における他院との競合については、札幌市内の大規模病院および公的病院を競合関係として意識してはいる。しかし、両病院とも A 病院と診療圏の重なりが少ないことからあまり競合は起こらず棲み分けができていると A 病院では考えている。

機械設備などの投資に対しては、基本的には医師などからの要望に極力応えるような形で対応してきた。また、それらの設備投資に対する費用対効果は減価償却費用や機器の耐用年数を考慮し、納入価格をベースとした支出と、診療報酬などをベースとした収入とのバランスから判断しているとのことであった。その際の検討資料となる収支予測シミュレーションは、機器の納入業者に作成を依頼している。これは、A 病院の診療科に対応できる納入業者は、比較的少数でありおのずと取引業者が決まってくるためである。この取引業者とは、機器のみならず消耗品を含め多くの取引を行うため、他社との相見積もりを含めた価格交渉も当然行ってはいるが、数円単位の細かい価格交渉を行うよりは納入効率などを優先させているのが現状であるとのことであった。A 病院では、これにより取引業者とは良い関係を保てていると考えている。

A 病院では、これからの病院経営はいかに患者単価を上げていくかがポイントとなってくると考えている。その実現のためには、他院ではやらないあるいはできない高度な医療を提供することであり、それにより他院との差別化を実現することができると考えている。と同時に、新しい医療を積極的に取り入れていく必要があり、そのためには講習や試験など外部環境に対する迅速な対応が必要となってくると考えている。

A 病院における経営戦略の特徴として、**自院の診療科に特化した高度医療の提供**が挙げられる。これにより、**独自のポジショニングを確立**することにより特別な営業活動を行う事なく患者集客に成功している。また、ポジショニングの確立により知名度が向上し他院からの紹介も増加するなど**良い形のスパイラルを形成**している。しかし、

現状を維持させていくだけではなく、そのポジションを維持していくためには常に新しい医療を取り入れる必要があり、そのための体制を整えていることにより、**外部環境の変化に対しても迅速に対応**していることも大きな特徴の一つであろう。また、価格面での理不尽な要求をしないなど取引業者との良い関係性を保つことで医療材料の仕入れなどを効率よく行っておりこれも一種の**外部リソースの活用**であると考えられ、これらがA病院の経営戦略の特徴であった。

3). 組織体制について

A病院における理念およびビジョンは、個人診療所から個人病院、医療法人、特定医療法人、社会医療法人へと組織形態を変えていく中で、理事長が各職員に対して都度説明を行っており、それにより伝達できていると考えている。これは、一般企業でのトップがビジョンを語ることに相通じるものがある。また、病院機能評価審査の受審をきっかけにこれまで以上にさらに深く病院の理念やビジョンについて考えるようになっていった。それからは、院内で徐々に先々のことを考えていく風土が形成されたと事務長は感じている。加えて、A病院では理事会での決定事項や今後の方針の詳細などの重要な事柄の伝達手段として院内報²⁵を活用して全職員に対して伝達している。これは、現事務長が着任した際に院内の情報伝達がうまくいっていないことを実感したことをきっかけとして始められた。A病院では、これにより各職員への情報伝達はうまくいっていると考えている。これらのことと、経営的な安定が合いまって組織内部の方向性のベクトル合わせがうまくできているとA病院の事務長は考えている。

しかし、一方で各職員の意見の吸い上げに関してはオフィシャル、アンオフィシャル双方において苦労している現状がある。A病院では、運営会議²⁶や拡大運営会議²⁷を実施しているが、当初は拡大運営会議により各職員の意見の吸い上げを狙っていたが残念ながらうまく機能していないのが現状である。これは、会議の場の雰囲氣的にも難しいものがあるためである。また、職員面談は各部署長が行っており医師についても院長が実施しておりここでの情報収集は行っているが、所属長に対する不満もあり

²⁵ 事務長により作成され3週に一度程度発行されている

²⁶ 理事を中心としたメンバーで月一回開催

²⁷ 運営会議構成メンバーを主任クラスまで広げ月一回開催

大方の意見を吸い上げることは出来ていない。この点においては今後強化していきたいところでありそのために何らかの対策を実施したいと事務長は考えている。

しかしながら、個人病院から法人化や法人形態の変更など組織規模が大きくなってきていることにより、昨今は現場の医師にも余裕が出てきたことにより院長をはじめとしたマネジメント層との意見の相違が見られるようになって来た。これは、一度余裕のある状態になれてしまうと状況が変化した場合に再び元に戻すことが困難であるという点からもマイナス要素であり、注意していかなければならないとA病院では考えている。

各部署間の連携については、大きく2つのことにより円滑化を図っている。

一つ目は、入職時の全部署ローテーションである。これは、A病院での業務に関して一通り把握してもらうことが目的で行っている。

二つ目は、各種委員会制度である。全体の部署間調整の場としては拡大運営会議があり全体のすり合わせとしてはこれがうまく機能している。しかし、診療プロセスなど複数の部署がかかわるものの全体に大きく影響しないものについては拡大運営会議では扱われない。このため、当事者である関連各部署の現場担当者による委員会を立ち上げ調整を行っている。これは、現場で実際に業務を担当する人間が主体となって調整を行うため部署間コミュニケーションの促進に加えて、自分たちの仕事のやり方を自分達で決めることができることによるモチベーション向上などの効果も期待している。一例として、病院のホームページや患者さん向けの広報誌などは広報委員会に一任しておりそのほとんどを広報委員会が独自に作成している。オブザーバとしてマネジメント層が1名各委員会に所属している形になっているが、大きな方向性の修正を行う必要がある場合を除いては特に口出しをすることはない。このような活動を継続させていくことにより、自主的に活動するような土壌も形成されていった。

A病院における組織のマイナス面の特徴として、社会医療法人に移行したことにより公的な色が強くなってきていることがある。個人病院から社団医療法人への組織変更時には、同族経営的な色が強くある意味自由度が大きかったため色々なチャレンジもしやすかったが、社会医療法人化した現在はその自由度は狭まってきていると事務長は感じており、この点は、A病院の強みである反面弱みでもあると事務長は考えている。また、同族経営的な色が薄く成ることにより組織の核(Core)はなくなってきているが、社会医療法人としての使命やミッションが取って代わると事務長は感じていた。しかし、それだけではなくさらに一歩進めていく必要があると考えている。

なお、A病院ではこれまで、幾度か組織形態変更を実施してきたが、組織内部においては特段大きな組織変革は経験していない。

A病院では、人材教育は積極的に行っている。医師に限らずそれ以外の医療スタッフや事務部門の職員に対しても、学会への参加や外部研修の受講を推奨しており、更に外部講師を招聘した院内研修会も定期的の実施している。また、看護部では機器メーカーとの共同開発なども行っており学習することに対する環境や土壌はできているとA病院では考えている。

また、A病院では以前病院機能評価により事例集を参考に人事考課制度を試行したが、その結果医療機関では人事考課はそぐわないという結論に至った。これは、実際に行ってみると評価者により評価結果が大きく異なり一次評価と二次評価の結果の整合性が取れない場合が多く効果の妥当性が明確ではないのに、それにより評価をすることが、特にマイナス評価の場合に組織にとってプラスになるかどうか疑問であったためである。それよりも、業績によりプラス評価を考えた方が有益であると考えている。このため、A病院では人事考課制度は現在実施していない。ただし、業務において顕著な貢献を行った職員に対しては金一封などの報償は実施している。

A病院における組織体制の特徴として、**情報伝達システムの確立**が挙げられる。これによりトップをはじめとしたマネジメント層の考えや、組織の方向性や戦略などを現場レベルまで浸透させることができ組織が一丸となって目標に向けて邁進する土壌を形成している。しかしながら、トップからボトムへの伝達システムはほぼ確立しているが、逆にボトムからトップへの吸い上げについては今後強化すべきポイントであろう。また、経営戦略として診療科特化による高度な医療の提供と常に新しい医療技術の取得を挙げているが、これを実現するために学会や外部研修参加への推奨など**人材教育に力をいれている**。また、業務プロセスに関連した委員会制度を活用することにより**部署間コミュニケーションを促進**するとともに、委員会に対する権限委譲などにより**モチベーションを向上させる施策の実施**などによりそれを支援することを行っている。

4). マーケティングについて

A病院において実施しているマーケティング活動は、市街広告、雑誌掲載広告、医師会主催の無料検診、マスコミからの要請対応などである。

病院広告としては、公共の交通機関での広告やアナウンスなどを実施している。

これは、病院の認知度向上というよりは場所や来院方法の周知のためとA病院では考えている。このため、費用対効果についてはその効果のほどはわからないため特に効果測定は実施していない。また、雑誌についても、新聞社の病院特集号に掲載依頼があった場合に掲載することがあるが、これはどちらかというところ付き合いで掲載しているところが多い。また、マスコミからの要請対応については、各医師レベルでの対応であり病院としての対応は行っていない。さらに、現在市民講座などは実施しておらず、今後も開催等については検討していない。

外部コンサルタントは、法人形態の変更など特殊なイベントがある場合に依頼しているが通常時は利用していない。これは、当該イベントに関する情報収集やアドバイスをもらうためである。

一方、患者満足度調査は年一回接遇委員会により実施しており、それらの結果については、患者に対しては院内掲示、職員に対しては院内報で公表している。調査結果は、年度ごとの大きな変動はあまり見られず満足度も比較的高い結果となっている。しかし、お褒めもいただくが最近では職員に対する厳しい意見も寄せられるようになっておりいただいた意見は業務改善の検討材料として利用している。

A病院におけるマーケティング活動の特徴としては、前述の経営戦略の部分でも触れてはいるがあまり力をいれていないところである。しかし、外部コンサルタントを必要に応じて活用するなど**外部リソースをうまく活用**しているところは特徴的である。

5). 考察点

A病院のアンケート回答結果やインタビュー調査から得られた、これからの中小規模民間病院経営変革に対する知見は以下の通りである。

① 利益志向による経営

売上（医業収入）をどれだけ増加させても、その分の経費が増加しては経営変革にはあまり意味をなさない。このため、やはり利益を念頭に検討するべきであろう。また、どんなに売上を増加させても、利益が増加していなければ次への投資行動や不測の事態への対処のための内部留保の増加にはつながらない。

これまでの医療経営特に中小規模民間病院の病院経営においては、収入が診療報酬によるものが大半であることにより利益よりも売上をメインに考えている医療機関が多い。しかし、医療材料原価やコスト削減などを念頭に考えると利益をメインに考えた方が経営に寄与するであろうことは明白である。A病院においても、売上は増加しているにもかかわらず経費が増加したため利益が低下していることもあり利益をメインに考えているとのことであった。

② 社会医療法人化

社会医療法人は、各都道府県の医療計画に記載された法定事業（救急医療・災害時医療・僻地医療・周産期医療・小児医療の5種）にかかる業務を行う設備や体制を整え実績を持つことなど一定の要件を満たすことにより、医業収入に対しては非課税、収益事業を行うことが可能となるなど優遇措置が得られるものである。A病院でも、僻地医療の提供により社会医療法人を取得することで、法人税の優遇措置を受けていた。これにより、利益を大きく確保することが可能となり経営の安定化に寄与していた。

③ 診療科特化による高度医療の提供（独自のポジションの確立による差別化）

診療科が単科の病院の場合、高度な医療を追求することにより当該診療科領域において独自のポジションを獲得できる可能性がある。しかし、そのためには病院全体の戦略として推し進める必要からビジョンを明確化し、さらに、明確化したビジョンを組織全体にブレイクダウンさせる必要がある。また、高い医療技術を必要とすることから人材教育システムや研修制度の充実も必要である。A病院の場合は、これらをすべて確保できていることから専門性の高い高度な医療を提供することに成功していた。

④ 外部環境に対する迅速な対応

病院業界は、2年に一回改定される診療報酬改定をはじめとした厚生労働省の方針転換など、また医療技術の発達など外部環境の変化が激しい業界である。そのような中で、如何に他院では行わないような高度の医療を提供していくか、あるいはそのためにどのようなことが必要かを判断し実行していくためには、これらの外部環境の変化に迅速に対応していく必要がある。それには、組織が常にそのような行動を実現できるような体制であることが必要であり、具体的には、組織行動の迅速さのための組織

内コミュニケーション、高い技術を習得・維持していけるような人材教育システムや外部研修制度などが必要であろう。A病院は、運営会議や拡大運営会議、各種委員会制度などを通じて必要な組織内コミュニケーションを実現している。また、研修制度や学会参加推奨など各人が勉強をしていくという文化が醸成されておりこれらを実現していると考えられた。

⑤ 情報伝達システムの確立

新たな戦略を実行するためには、トップの考え、組織のビジョンや方向性を職員全体で共有する必要がある。そのためには、これらを各職員に伝達する手段を確立し活用していく必要があり、これにより新たな戦略を成功に導いていくことが可能となる。A病院においては、運営会議や拡大運営会議がこの役割を担っており、それらがうまく機能していると病院側も考えていた。

⑥ 各部署間連携（全部署ローテーション・複合部署による委員会制度）

病院組織において、組織的な行動を行っていく上で一番障害となるのが部署間コンフリクトをはじめとした部署間コミュニケーションのミスマッチである。病院内には、国家資格を有する職員が大半であり各自の仕事に対する意識が高い。それ自体は、仕事の質を高める上でも重要なことであるが、反面他の職種や部署のことを軽んじてしまう傾向も否めない。また、これらは自分以外の部署の仕事が見えていないことに起因するところも大きい。しかし、これを解決できないと組織全体のことを考えた行動をとることは困難となってくる。A病院においては、入職時に実施している新入職員の全部署ローテーションにより、各職員が全部署の仕事を把握することを可能にしていた。また、部署をまたがった複合部署による委員会制度を活用することにより、部署間コミュニケーションの促進を図っていた。

⑦ 充実した人材教育システム

高度な医療の提供のみならず、良質な医療を提供することを考えると人材教育は非常に重要である。また、人材教育システムを充実させることにより向上心の醸成といった二次的な効果を期待することもできる。さらに、医療機関においては教育システムが充実している病院に若い人材や優良な人材が集まる傾向が高いといわれている。A

病院においても、人材教育システムを充実させていることにより高度な技術を継承・維持することが可能となっており、また優秀な人材の確保にも一役買っていた。さらに、研修制度や学会等への参加の奨励などが下支えしており、高度な医療の提供に貢献していた。

⑧ モチベーションの向上施策（各種委員会制度・報奨制度・マイナス評価の不採用）

充実した人材教育システムと並んで高度で安定した医療を提供するためには職員のモチベーションの向上と維持が必要となってくる。医療現場は、その仕事の性質から過剰労働の傾向が見られる場合がまま見受けられる。これは、病院で働く医療職の高い仕事意識によるところが非常に大きいといわれている。しかしながら、どんなに高い意識を持っていたとしてもそれが常態化してしまえば、モチベーションの向上やモチベーションの高い状態での維持は望めないであろう。そのため、職員のモチベーション向上や維持に対する施策は重要であると考えられる。A病院では、各種委員会制度が実施されていた。これは、業務プロセスにおける調整が必要になった場合に、関係各部署の現場担当者間で調整を行う制度である。現場の業務の実態に即した調整が行えるといったことのほかに、現場担当者にとっては自分達の業務を自分達で決定することによる業務への取組意識の向上からモチベーションアップに寄与するものであると考えられた。また、業務において顕著な業績を上げた職員に対しては報奨制度により表彰と金一封を授与するということがモチベーションアップに貢献していると思われた。さらに、基本的に人事考課制度を採用していないがそれはマイナス評価をしないという基本方針によるところが大きく、このマイナス評価をしないという点が、モチベーションの維持を下支えしていると考えられた。

⑨ 外部リソースとの関係構築

中小規模民間病院は、その規模ゆえ必要なリソースをすべて有している場合はまれであろう。したがって、何らかの方法でそれらの不足しているリソースを補完しなければならない。その補完の方法として一番現実的なのが外部リソースの活用である。病院は、医療材料を自院で製造することはできない。また、人材教育についても内製化するための専門的な人材確保や継続的な雇用は困難な場合が多いであろう。このような場合、必要に応じて必要な時だけ外部リソースを活用するのが一番効率的である

と考えられる。これは、何も中小規模民間病院に限ったことではないが、その効果は大規模病院よりも大きいと推測することができる。A病院では、医療材料卸会社との良好な関係性により医療材料の仕入れ時間の短縮など効率化を実現していた。また、通常は、コンサルタントを利用しているわけではないが必要に応じて必要な場面でコンサルタントを利用しているなど効率的に外部リソースを活用していた。

A病院のケースからは、以上9点が中小規模民間病院経営変革に対する示唆であると考えられる。

5-3 ケース 2 B 病院

下欄に B 病院の概要および経営概況状況の概略を示す。

B 病院は、札幌市内に 20 年以上 30 年未満前に開院した外科系単科診療科を有する病院であり、病床数は 100 床未満、法人形態は持ち分有りの社団医療法人である。

経営概況状況では、対前年度比売上では直近 5 年間すべてプラス成長で推移しており、対前年度比経常利益においても同様にプラス成長で推移し、特に 2014 年は 4%と大きく成長していた。

直近 5 年間の経営状況印象では、良い印象であるとの回答であった。また、今後 5 年間の経営状況予測でも良い傾向と回答しており、直近 5 年間の借入金状況は減少傾向とのことであった。

【病院概要】

病院開設場所：札幌市 診療科：外科系単科 病床数：100 床未満

組織形態：社団医療法人（持ち分あり） 開院年数：20 年以上～30 年未満

【インタビュー相手】

病院事務部長 様

【経営概況状況】

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
対前年比売上	2%	2%	2%	2%	2%
対前年比経常利益	2%	2%	2%	2%	4%

- 直近 5 年間経営状況印象： 良い
- 今後 5 年間経営状況予測： 良い傾向
- 直近 5 年間借入金状況： 減少

【ご提供資料】

2015 年法人各部署目標シート，2015 年度法人目標説明資料

【ヒアリング概要】

1). 経営概況について

対前年度比売り上げが順調に増加したのは、入院において10対1入院基本料看護基準を取得できたこと、病床数が決して多くないB病院においてDPC係数が上がったことによるところが大きいとB病院では分析している。また、内部要因として勤務医師数を増員したことにより、B病院診療科の専門性がより向上し手術数も1,100件から1,400件、そして1,500件と年々順調に推移していることも売上を押し上げている大きな要因であった。

また、B病院では、他院からの紹介率も増加傾向にあり、それに加え大学病院からの紹介件数および紹介頻度ともに増加していることから今後も期待をしているところである。

さらに、B病院のメインターゲットが高齢者であり、人口動態も高齢化にシフトしていること、北海道内でもB病院の技術力は高いと自負しておりこのようなことから総患者数も増加傾向にあり今後もその傾向が続くであろうと予測している。

B病院では、医療サービスの生産活動に着目して病院運営を検討していることから、売上よりも利益に重きを置いて経営を行っている。

B病院では、これまで**診療科に特化した高度医療の提供**を行ってきたが、医師の増員や外部環境の変化を機会としてとらえ自院の強みを生かしていることから順調な経営を実現している。また、**医療サービスの生産活動に着目しているところから利益に重みを置いて**病院経営を行っている。

2). 経営戦略について

B病院では、経営戦略自体は理事、診療部長、診療支援部長、事務部長、看護部長にて構成している理事会戦略会議において検討および決定をしている。

具体的な手法としては、SWOT分析による課題点の抽出、クロス分析による戦略立案を通して、長期目標～中期目標～戦略テーマの柱を作成する。メインツールとしてバランススコアカード（以下BSC）を使用している。また、長期目標はだいたい10年

スパン、中期目標は5年スパン程度を基本として作成し、BSCにおける戦略マップは2年仕様で作成し利用している。

昨年度（平成26年度）の重点目標としては、学習と成長の視点、業務プロセスの視点、顧客の視点で3つのテーマを設定しその下に財務の視点を置いた。

BSCは、事務部長が医療版BSCに関する活動を積極的に行っていた関係から利用しており、施策や目標と結果や実績との因果関係が見やすいことから利用している。しかし、あくまでもツールとして利用しているのであり、BSCに固執しているわけではなくさらに良いツールがあれば積極的に採用していく方針である。

B病院でもそうであるが、原価計算などの管理会計はこれまで病院特に中小規模民間病院などの医療機関ではあまり実施されてこなかった。しかし、経営分析や事業計画策定において財務状況をしっかり把握する必要があり、薬剤や医療材料など高額な在庫を抱えているにもかかわらずその点に鈍感な病院も少なくない。これからは、管理会計的な視点も重要になってくると考えており、その方面に明るくなる必要があるとB病院では考えている。これは、そのような人材をどう育てるかといったことにもつながっていくため、そのための人材教育や組織文化の醸成などを継続的に行っていく必要がある。

戦略を考えていく上で、他病院との違いについて意識している点は高度な医療技術であり、そのために必要なことはそれら高度な医療技術の継承である。

B病院では、これまで理事長しか実施できない高度な医療技術が多かったが、教育に重点を置いてきた結果、他の医師もそれらの高度な医療技術を習得することが可能になり、新たな先進技術を取り入れることが可能になってきた。

また、B病院が提供する診療分野は、当診療科全般というわけではなくいくつかの疾患の治療分野に特化しており、その部分の継続性に力をいれている。この継続のためには、やはり医師のリクルートが非常に重要となってくるため、医師が勤務しやすかつ勉強しやすい環境を戦略的に整備していくことが重要であるとB病院では考えている。

戦略的に重要なことは、これからの時代の変化にどう対応していくかということであり、従来の病院経営の方法では基本消えてしまう厳しい状況下であり、高度な医療技術に特化して独自のポジションを確立できる場所はそれを推し進めていく必要がある。しかし、それが困難である場合は、病院をはじめとした医療機関あるいは、薬

局などの関連企業といった他の組織と連携していけるような組織や体制づくりが重要であろう。これまでのような自院で完結するような医療の提供は、これからの時代ますます困難になっていくことが予想されることから外部組織との連携体制の構築などが重要であり、それらを前提とした改革が必要であると考えている。

B病院においては、高度な医療技術の提供により近隣はもとより北海道内各地の病院などから患者の紹介があり、原則要請があった場合はすべて受け入れること、そしてB病院での治療が終了した患者さんは紹介元医療機関へ戻すことを基本に他院との良好な関係を構築している。なお、老健施設など医療機関以外の施設に対しては、B病院が急性期でいくつかの疾患に特化し広い範囲の対応は難しいということもありあまり積極的に働きかけは行っていない。

B病院における経営戦略面での特徴としては、自院の診療科の中でもいくつかの疾患の治療に特化することで**高度な医療の提供を実現**し、それにより他院との差別化を図っていることである。また、これを継続させるために高度な医療技術の継承に重きを置いている。そのために、医師が勤務しやすくかつ勉強しやすい**環境を戦略的に整備**しているところである。また、自院で提供する医療の分野を絞っているため**他院との連携にも注力**している

3). 組織体制について

B病院においては、理念やビジョンを各職員レベルまでブレイクダウンさせる手段として以前はクレドを作成して実施をしていた。しかし、クレドでは職員全員が常に目にすることが困難であるという問題点があった。このため、現在はBSCを利用した目標管理により実現している。これにより組織全体から個人レベルまでベクトルを合わせる事が可能になると事務長は考えている。

これらの目標管理を行っていく中で、各部門や個人に提出してもらう目標などのチェックや管理職会議での発表を通して各部門や個人と病院全体との方向性、理念やビジョンとの整合性や浸透の度合いを測っている。

また、効果測定は病院全体ではKPI (Key Performance Indicators) を設定し目標達成度測定を行っている。しかし、個人レベルではそこまで落とし込んでおらず、各個人単位での評価にとどめているのが現状であった。しかし、個人レベルでの目標達成度の評価は具体性に乏しいのでなかなか難しいと考えている。これらは、事務部長が

着任してから行うようになったもので、それ以前は、病院機能評価取得のための理念であった。

目標管理を開始した当初は、なかなか職員には受け入れられなかったため多少の組織変革が必要となった。この際の組織変革は基本的にはトップダウン形式で行った。

まず、トップである理事長に対して目標管理やそれを実行するための組織変革の必要性を説明し理解を求めるところから始めた。その後、トップ主導のトップダウン形式で実行していった。この際、ボトムアップを優先して現場主導で変革を行うと方向性を間違ってしまう危険性があるので注意が必要であるとB病院では考えている。

実際に実行していくには、時間をかなり必要とした。はじめは病院全体の方向性を説明するところから始めたものの、当初はとりあえず目標を立てることだけで手一杯で、その方向性のチェックや評価まではなかなか行うことができていなかった。部門レベルまで落とし込み始めたのはここ数年のことであるとのことであった。

これらは、非常に時間を要するため即効的な効果を期待することはなかなか難しいが、組織文化を変えることを通して行っていくことだと考えている。

しかし、組織文化を変えることはそう容易に出来るものではなく、理解を得られない職員の退職なども起こった。その中には、優秀な人材が含まれることもあり痛みが伴うものでそれに対する対処はなかなか難しいものではある。しかし、基本的には目的が重要であり、手段は多様であると考えておりそこに対して固執することはなく臨機応変に変えていくことも大切ではないかとB病院事務部長は考え実行している。

前述の通り、戦略として高度な医療技術の提供を掲げており医師に対しては技術獲得のためのシステムを強化している。しかし、この戦略の実現には医師だけではなく他の医療従事者の技術向上も重要である。このため、他の職種の人材教育にも注力をしており、院内の勉強会を2か月に3回程度実施しているほか、学会や外部研修会などにも積極的に参加をするように職員に促している。

また、人材教育という点では患者接遇もB病院では力をいれている分野の一つである。システムとしては、人事評価制度とリンクさせ接遇委員会や規律ルール分科会などを併設させており、考課者がチームとなって教育に当たるというシステムを構築している。加えて、接遇研修は従来外部講師を依頼して年1回希望者に対して実施していたが、今年度からは、昨年より院内で育成していた接遇インストラクターの資格を取得した職員を講師として職員全員参加の研修をスタートさせた。内容も工夫し、こ

れまでの座学のみからグループワークを含めた形で実施することにより文化として浸透させようと考えている。具体的な効果としてはまだ現れていないが、まだ取り組みを始めたばかりなので、継続して経過を見ていきたいと考えており、組織文化として形成しつつある段階であると感じている。

これまでのB病院での組織変革を振り返ってみると、若い職員の登用を始めた頃より変革のスピードが上がってきたと事務長は感じていた。部署とは別に、担当部門制度により部署での部門長と同様なマネージャーおよび副マネージャーを配置し、ある程度の権限移譲と比較的高額な手当を与えた。この背景は、当院が比較的小さな組織であったため役職者のポスト数自体が少なく、なかなか若い人が活躍できる場所がないということであり、その場を今回のマネージャーおよび副マネージャー制により提供している。これにより職員のモチベーションアップも狙っている、また、部門としての活動を通して事務部長の考えなどを伝え伝道者の育成としての機能も持たせている。活動を続けていくなかで、部署長と部門のマネージャーとの間にコンフリクトが起こる場合もあるが、そのための対策としてさらに上の階層の部長間による調整機能を持たせており、これまで特に大きな問題となったことはない。

B病院では、人事考課制度を開始から5年が経過しているが現在もシステムは発展途上である。B病院の人事考課制度は、人事評価委員会で実施しており全員が各職員の情意考課表と目標管理シートを共有しており、その評価理由についても公表している。それにより、多面的な評価を促し、透明性や公平性を担保した形で最終的な評価を行っている。これにより、可能な限り不公平をなくした形で運用している。

組織体制におけるB病院の特徴としては、**経営ツールであるBSCの活用**であろう。B病院ではBSCをマネジメントレベルではトップマネジメントツールとして、各部署や各職員レベルにおいては目標管理ツールとして活用している。また、それらを実現するために**痛みの伴う改革を行った点**も特徴的である。また、高い医療技術を支えるための**人材教育や研修制度の充実などに注力**している。さらに、マネージャー制により若い人材を登用することで**各職員のモチベーションアップを図っている点**も特徴的である。また、B病院では病院業界で比較的珍しい人事考課を独自の手法で実施している点も特徴的である。

4). マーケティングについて

B病院では、広告手段として雑誌、テレビ広告、ホームページにより広告を行っているが広告に関してはあまり積極的には考えていない。多くが付き合いのために実施している。また、テレビ広告については作成自体に確かに費用がかかるが、別の視点で考えると院内広告用のビデオにも利用可能であり、そのようなコンテンツとしての二次利用も考えると作成費用自体はそれほど高額ではないとB病院では考えている。また、広告の費用対効果についてもあまり意識していない。

そのほか広報活動として、市民講座などを積極的に行っている。対象地域としては、病院所在地の近隣を中心に実施していく方針である。これは、患者さんがどの地域から来院しているかを把握しその地域を対象として周知活動を行っているためである。

患者満足度調査については、年複数回実施しているがその結果については院内の業務改善に利用しており、現状は外部への公開を行っていないが将来的には公開を検討している。一方、従業員満足度調査は現在のところ実施していないがストレスチェックとの関連もあり将来的には実施していきたいと考えている。

一般的に、中小規模民間病院では自組織内にとどまる傾向にあり、あまり他院をはじめとした外の世界からの情報収集を実施しているところは少ない。しかし、これでは戦略も凝り固まったものしかできず客観性も担保することができない。このため、様々な施策に活用できるような有益な情報を取得するために、外の世界に積極的に出て情報収集することは非常に重要であるとB病院では考えている。

B病院におけるマーケティングの特徴としては、**制作したテレビ番組をコンテンツとして2次利用している点**である。また、市民講座などを積極的に実施することにより周知活動を行っている点である。この市民講座は来院患者の地域分析を行いその地域を対象に実施することで効率的に行っている、また、一般的に自組織内にとどまることが多い中小規模病院であるが、B病院では積極的に外の世界に出ることによって**様々な有益な情報収集を実施している点や、戦略の客観性を担保している点**などが特徴的であると考える。

5). 考察点

B病院のアンケート回答結果やインタビュー調査から得られた、これからの中小規模民間病院経営変革に対する知見は以下の通りである。

① 時代への適応と外部連携の強化

医療業界は、厚生労働省の政策の影響を色濃く受け、また医療費の急激な増加により抑制のための財務的な影響も大きい。このような医療業界で生き残っていくためには、時代の変化を的確にかつ迅速にとらえ、自分たちの立ち位置を設定する必要がある。B病院では、高度な医療提供に特化することで自院のポジショニングを確立し外的要因の影響をなるべく受けないようにするとともに施策の方向性である地域医療連携に向けても迅速に自院のポジションを確立しつつある。これらを実現するために、他の医療機関との連携を強化し紹介率を向上させるなどの施策を実践していた。

② 外部組織との連携強化

厚生労働省の施策では、今後地域包括ケアを推し進めていく方向性が打ち出されていることもあり、他の病院や診療所をはじめとした地域の各組織と連携をしていかなければならないのは事実であろう。B病院では、患者さんの紹介を通して他の病院や診療所との信頼関係を構築することで連携に対する強化を図っていた。

③ 目標管理と評価の重要性

組織が一丸となって活動していくためには組織のビジョンや目標に対する組織内部のベクトル合わせは欠かせない。B病院では、目標管理を通して病院のビジョンや目標と各部署あるいは各職員の目標とのベクトル合わせができているかの確認調整を行っていた。また、それらの目標を立てるだけでなくきちんと評価することによってより効果を確認することができ仕組みを構築していた。

④ 若い人材の積極的な登用

若い人材は、ある意味変革を行う上でもそのバイタリティーやモチベーションの高さからも最適であると考えられる。また長年勤務してきている職員と比べると既存の業務への執着が少なく、また、新しいことへの適応も早いことが考えられる。B病院においては、若い職員を登用し始めたあたりから変革のスピードが上がっていった。これは、まさに前述の理由によるものであると考えられる。これに対して、職位や報償を伴わせることにより更なるモチベーションアップなどを狙い、さらに細かなフォローアップをすることで組織に対する信頼度を向上させていったものと考えられた。

⑤ 人事考課制度と透明性

病院組織において、人事考課制度は検討には上がるものの実際に各病院での実施など浸透するまでには至っていない。これは、人事評価が医療を提供する医療従事者にとって受け入れにくいという背景からであろう。B病院においては、これらを解決し人事考課制度を活用するために、①原則マイナス評価をしない、②評価の透明性を担保する、という方法により実施していた。これらは、一見単純で簡単そうに見えるが評価の透明性を担保するために各個人の評価を公表することは一般の組織にとってもかなりハードルが高い。しかし、これにより透明性と公平性を確保することが可能となり人事考課制度を行えるようにしているものと考えられた。

⑥ ツールの活用

経営などの組織運営においてツールの活用は効率性を上げる意味でも非常に重要である。B病院では、BSCを病院経営における管理ツールとしてと、各部署および各職員の目標管理ツールとしてうまく使い分けることにより効率性を向上させていると考えられた。病院経営においては、戦略マップを策定し各施策に対してKPI(Key Performance Indicators)を設定することでより明確な戦略評価や目標達成度を把握することが可能となり、次への戦略としても盛り込むことができるように利用していた。一方、部署や各職員に対しては病院全体のビジョンや目標との整合性を図るためのツールとして活用していた。

⑦ 外部に出たの情報収取や人脈づくり

一般的に病院、特に中小規模民間病院はあまり積極的に外部に出る機会は少なく自組織内で何事も完結させようとする傾向にある。しかし、これでは外からの情報を得ることができず井の中の蛙になってしまう危険性が高い。B病院では、事務長をはじめとして外部の研修や病院経営関係者の勉強会などに積極的に参加することで、自院にとどまっては得られないような情報や他の病院で行われているすぐれた手法などを知ることができ、この中から自院に合うものを選択し実行していくことでより自院のパフォーマンスの向上に役立てていけるものであった。

B病院のケースからは、以上7点が中小規模民間病院経営変革に対する示唆であると
考えられる。

5-4 ケース3 C病院

下欄にC病院の概要および経営概況状況の概略を示す。

C病院は、札幌市内に20年以上30年未満に開院した外科系複数科診療科を有する病院であり、病床数は100床以上、法人形態は社会医療法人である。

経営概況状況では、対前年比売上では2011年および2013年にマイナス成長をしたものの、その他の年度ではプラス成長をしている。特に、直近の診療報酬改定後の2014年ではともに対前年度比5%以上のプラス成長している。

直近5年間の経営状況印象では、やや悪い印象であるとの回答であった。また、今後5年間の経営状況予測ではやや良い傾向と回答しており直近5年間の借入金状況は横ばいとのことであった。

【病院概要】

病院開設場所：札幌市 診療科：外科系複数科 病床数：100床以上

組織形態：社会医療法人 開院年数：20年以上30年未満

【インタビュー相手】

病院事務長 様

【経営概況状況】

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
対前年比売上	-5%以上	2%	-3.5%	1%	5%以上
対前年比経常利益	5%以上	5%以上	-5%以上	-5%以上	-5%以上

- 直近5年間経営状況印象： やや悪い
- 今後5年間経営状況予測： やや良い傾向
- 直近5年間借入金状況： 横ばい

【ご提供資料】

特になし

【ヒアリング概要】

1). 経営概況について

C病院における直近3年間の対前年度比経常利益の減少傾向については、DPCによる変化が大きく影響しており、利益幅が縮小していることがその大きな要因であった。昨今は、入院基本料の看護基準を7対1から10対1へと変更しているところも少なくないが、そうすると売上が上がっても利益幅はどんどん小さくなりさらに人件費が上がっていることで経営状態を悪化させている病院が増加傾向にあると事務長は分析している。

原則的には、売上が上がれば利益も出るはずである。しかしながら、経費（費用）の扱いを間違えると利益が一気になくなってしまう。そのために、利益はもちろんであるが売上や費用も含めて全体を十分に見ていく必要があるとC病院では考えている。その中で、費用に関する意識は非常に重要ととらえており、C病院では医療材料仕入れなどをメインとした費用の低減に関してかなり厳しく対応している。医師から、特定の医療材料使用希望の依頼があった場合は、事務部でメーカーや納入業者との価格交渉を行っているが価格交渉のための情報などは全国規模のコンサルタントを利用して入手している。また、医療材料などの在庫に関しては診療科の特性上緊急の対応が多くなるため、数量的には他院と比較するとかなり多く在庫している状態である。在庫数に関しては定数在庫ではなく、使用予測により在庫数を決定しているのが現状であった。

C病院では、今後厚生労働省が推し進めている病床再編も視野に入れ高度急性期医療を柱にこれからの時代に生き残りをかけて邁進していこうと考えている。そのための設備投資も今後積極的に行っていくが、設備投資をするうえで採算性の検討は、資金調達の関係から外部の会計事務所に依頼しかなり厳密に計算をしている。

C病院での経営に対する基本的なスタンスは、**外部環境への積極的な対応**であるとみられる。これまで、他の病院ではあまり行われることの少なかった取引業者との**価格交渉のための情報収集**や、**設備投資の際の採算性の検討を外部リソースに依頼**するなどがその代表例であろう。また、当然利益を注目しているものの、それだけではなく売上と費用も同時に注目し**全体像の把握**に努めているところも特徴的である。

2). 経営戦略について

C病院の主力診療科は、他の診療科と比較しても患者単価が非常に高いのが特徴である。約30年前の開院当時と比較すると、病院数が増えたことにより利益は当時と比較すると減少傾向ではあるものの、依然患者単価は高いところをキープしているとのことであった。

C病院のビジョンは、3大疾病の治療を提供する高度急性期病院となることであり、その実現のために数年以内に病院を新築移転する予定である。

新病院では、高度急性期医療を提供するために複数の手術室や高度画像診断機器、高度治療用機器などをそろえていく予定である。これにより、この地域における地域包括ケアの基幹病院としての役割を担っていきたいと考えている。そのためには、まずは足元を固めるという意味でも、現在C病院がある区での基盤を固めている段階である。具体的な施策としては、C病院が中心となり同区内の民間病院協議会を立ち上げ、勉強会や交流会などを通して各病院間の関係性の強化を図っている。それにより、病病連携などの地域連携が進めていきたいと考えており、将来的には地域包括ケアも視野に入れた関係性を構築している段階である。また、最近では病院に加え診療所やクリニックとの交流も開始した。これは、厚生労働省の方針でもある地域包括ケアを念頭に入れた地域密着を重要視しての戦略で様々な取り組みをある。ある程度基盤が固まったところで、札幌市内全域からの集客を強化する目的で3年～5年計画で札幌市内に数ヶ所サテライトクリニックを開設することを検討している。

また、他院との合併により病床数が増加するが、これを本院を含めた複数の病院に亜急性期・回復期・慢性期と割り振ることで、各病院の役割を明確化させそれにより高度急性期から慢性期まで総合的な医療を提供できる環境を整備していくことを予定している。

C病院では、**時代にあったビジョンを定義**しそれに向かって、様々な取り組みを実施しており、また、**外部環境の変化に対しても鋭敏**となりそのための対応を実施しているところが特徴的であると考えられる。高度な医療の提供という意味では、一見すると前述のA病院やB病院と似ているように見えるが、C病院の場合は複数の診療科にまたがりこれを行おうとしていること、また、C病院単独の戦略ではなく地域の他の医療機関を巻き込んだ戦略を立てているところから、**ネットワーク重視型の戦略**と考えられるところも特徴的であろう。

3). 組織体制について

C病院において理念やビジョンの浸透は、週一回開催される理事、事務長、看護部長などを構成員とした定例会議、さらに月一回開催される定例会議のメンバーに各部署の責任者が加わった責任者会議において主に行われている。また、法人本部との経営会議も月一回定期的に開催しており、これらも浸透を図る一端を担っている。

責任者会議においては、すべての部署の目標を年度初めに発表する事になっており、これにより病院の全体方針と各部署目標のベクトルが同じ方向を向いているかどうかを判断し、方向性が違っていれば調整を行っている。また、この責任者会議は職員の意見の吸い上げの場という役割も担っている。会議の雰囲気も、あまりかしこまった会議という形ではなくざっくばらんに色々な意見を交わせる会議とのことであった。さらに、各種委員会を必要に応じてスクラップ&ビルドを行い、これにより業務の円滑化や各部署のコミュニケーションの促進を図っていた。各委員会での活動も、前述の責任者会議で報告しており、この点においても全体での情報共有を図っている。一方、各職員レベルまでの浸透の度合いについては、業績での実績の数字や院内事故やインシデントの発生を見ることによって病院の方針との整合性を判断していると事務長は語っていた。

このような様々な情報共有を下支えするインフラとして、C病院では院内情報伝達システムを構築している。院内情報伝達システムは運用を開始してからすでに10年以上経過しており、この院内情報伝達システムの導入によりC病院では以前の紙ベースでの情報伝達から院内メールをメインとした情報伝達システムへの転換を実施した。

この運用のために、C病院では各所属長以上の職員にPCを貸与している。これを利用して、各所属長にまず院内メール配信システムを介して連絡事項を伝達する。その後、各所属長から各職員へと伝達される仕組みである。このシステムに移行してからは、伝達ミスは発信側のミスを除いてはこれまでほぼ起こっていないとのことであった。また、このシステムを利用してマネジメント層に対しては、前日の来院患者数や入院患者数などといった診療実績を配信しておりこれらも病院運営に非常に活用されていた。

C病院では、組織運営を考えたうえでも情報共有や情報伝達は非常に重要であることを強調していた。そのため、このようなシステムは細かいトラブルはあるものの情報共有や情報伝達の重要性や確実性を考えた場合構築する必要があると考えていた。

情報共有といった意味では、C病院では院内における医療事故やヒヤリハット報告も病院を挙げて徹底して行っており報告数もかなりの数になっている。報告のあったものについては、毎月職員へ発表会などの形で定期的にフィードバックすることにより問題意識や危機意識を共有する仕組みを構築している。このような仕組みに、C病院の持つ医療技術の高さと相まってこれまで技術的な医療事故はほとんど起こっていない。

また、C病院の組織的な特徴として、勉強に対する意識が非常に高いことが挙げられると事務長は考えている。これは、以前事務長が勤務していた他院と比較して診療科に依存している側面も考えられるが院内勉強会をはじめとした勉強会や研修会など非常にまじめに勉強をするという文化が院内に根付いていると感じているとのことであった。これに合わせて、各職員は院外での研修会や学会に参加した場合、月一回開催される院内発表会での報告を義務付けられており、この報告会に対しても職員全員が非常に真剣に取り組んでいる。これらのことは、職員自身の知識やスキル向上はもちろんのこと、当該研修会や学会に参加していない他の職員に対してもフィードバックが可能となる。このような形で各職員レベルでの意識改革が進んでいけば、病院としても費用をかける意味が出てくると思われる。

C病院では、医療事故の発生防止という意味でもそうであるが、これからの病院はより社会的責任が大きくなっていくことが予想されることから人材教育をもっと大切にしていかなければならないと考えている。そのため、C病院では職員教育システムとして職種に限らず積極的に外部研修会や学会への参加を推奨し、併せて外部講師を招聘する院内講習会も積極的に開催している。全体研修としては、外部のコンサルティング会社へ依頼し職員全員を対象とした研修会を年4回実施している。外部に委託することは、確かに費用がかかることではあるが内部で実施するだけでは内容的にも質的にも限界があり、外部のリソースをうまく活用していくことが研修効果を考えたうえでも必要であると事務長は考えている。

また、外部リソースの活用といった意味では、C病院では外部コンサルタントを必要に応じて活用しており、それにより全国規模での情報収集を行っている。自院だけの情報収集では非常に狭い範囲での情報しか収集できずおのずと限界が出てきてしまう。確かに費用はかかるもののそれ以上の効果を期待してC病院では利用しているとのことであった。具体的には、医療材料納入価格情報などといった情報収集、研修会や勉強会の委託に加えて、DPC分析や来院患者の地域分布分析などの経営分析も必要に応じて依頼していた。

組織的な変革については、何度か法人形態の変更などを経験してはいるがそれによる組織体制の大きな変更はなかった。しかし、法人形態を変更していく中で特に検討が必要であると感じたことが2点あったそうである。

一点目が、持ち分ありの社団医療法人からの転換の重要性である。持ち分あり社団医療法人の場合、社員退社時の請求権が出資割合に応じて発生する。これが相続や事業継承の場合、法人から社員（出資者）への莫大な支払いが生じる可能性をはらんでおり、この出資金問題が法人存続の大きな障害となることが予想される。多くの社団医療法人はその点をよく検討するべきであり、組織の存続性を考えた場合でも、今後は持ち分あり社団医療法人は減少していくのではないかと事務長は予測している。

二点目としては、社会医療法人への転換である。いくつかのハードルはあるにせよ医業収入に対して非課税となることは非常に大きかったと事務長は感じていた。他の病院ももっと社会医療法人化を真剣に考えるべきではないかと提案している。

C病院での組織的な取り組みとしては、職員のモチベーション向上の施策として福利厚生の実施を図っている。これは開院以来実施していることであり、入職後5年以上経過した職員に対して海外研修を実施している。開始当初は、看護師の離職率も高かったため離職対策の意味合いもあったが、今は看護師の定着率も良く福利厚生の一環として機能している。組織として、職員を大切にするといった意味でも福利厚生は重要であり、福利厚生に力をいれている病院は経営が良いと考えて実行しているとのことであった。

C病院における組織体制の特徴は、いくつか挙げられるがそのなかでまず**情報共有を重要視**していることが挙げられる。そのためのシステムも構築しており情報共有に対するC病院の力の入れ具合がわかる。情報共有を推し進めることは、組織の理念やビジョン、戦略などを共有することを可能とすることから重要なことであると考えられる。C病院では、様々な事柄でこの情報共有を図っており特徴的であると考えられる。

また、職員教育システムにも力をいれているのは特徴的であろう。事務長も述べているが診療科に依存するところはあるものの、これからの医療の高度化や事故やヒヤリハットの防止などを考えた場合、教育は非常に重要になることを見越して継続的に注力しているのは中小規模民間病院としてはそう多くはないであろう。

さらに、**福利厚生の実施**は組織として職員を大切にすることであり医療に限らず組織運営を行っていく上では重要である。平成元年前後の病院建設ラッシュの時代にはこ

のような福利厚生は多くみられたが、現在も継続させているのはそう多くないであろう。そのような意味でもC病院の特徴として挙げられる。

4). マーケティングについて

C病院では、広告活動についての費用効果などは特に測定しておらずどちらかという必要経費として考えている。広告内容も、あまり積極的に行っているわけではないとのことであった。各広告を見ていくと、マスコミ広告は患者さん関係のお付き合いでの依頼、雑誌広告は病院特集への掲載程度でとのことであった。ただし、ホームページは2~3か月に一度程度内容を見直しており掲載内容が古くならないように工夫しているとのことであった。

患者満足度調査は、3年に一度実施している。その結果は、責任者会議で各職場責任者へ伝達を行い院内の運用体制の見直しや改善に活用している。しかし、患者さんなど外部に対しての公開は今のところ考えてはいない。

一方、職員に対するストレス度チェックには力をいれており5年ほど前から衛生委員会の発案により実施しているとのことであった。ストレス度チェックの結果は院内で公表しており、これも運用体制の見直しや改善に活用している。

C病院のプロモーションの活動の特徴は、対外的なイベントの実施であった。

各大学や専門学校などからの実習の受け入れは積極的に行っており、これは人員確保の側面からも推奨している。また、地域密着の観点から、近隣の中学校や高校の体験学習や区役所などからの講演の依頼などにも積極的に対応している。

さらに、院長の発案で全国的に実施されている将来の医学生を対象としたブラックジャックセミナーを年一回開催している。そのほか、地域住民を対象とした健康イベントを年一回開催し、無料で講演会や健康診断の機会を提供している。

このようにC病院のマーケティング活動は、外部からの依頼に対しては積極的に対応しており、併せて自院からの情報発信もイベントやホームページなどを活用して積極的に行っている。これにより、地域住民への認知度の向上を考えている。

C病院でのマーケティングにおける特徴としては、対外的なイベントの実施であると考えられる。関係各所からの講演依頼や実習依頼の受け入れはもちろんのこと、地域からの依頼にも積極的に対応している。また、受け身だけではなく健康イベントの開

催など自院からの積極的な発信も行っており他院と比較しても特徴的であると考えられる。

5). 考察点

C病院のアンケート回答結果やインタビュー調査から得られた、これからの中小規模民間病院経営変革に対する知見は以下の通りである。

① 外部環境への積極的な対応

医療業界は、診療報酬制度に加え厚生労働省の施策に大きな影響を受けるなど外部環境の変化が激しい。C病院では、このような外部環境の変化に対して病院がこれから進むべき道を明確に定め邁進していた。他の病院においても、これは基本的なスタンスとするべきでありむしろこのような対応が取れない病院はこれからの時代に生き残っていくことは困難であろう。

② 外部リソースの活用

中小規模病院が持っているリソースはその規模ゆえ非常に限られている。そのため自身が保有するリソースだけで経営を順調に行っていくのは困難であると考えられる。C病院でも、このような事情は一緒であるが、これを解決するために必要に応じたコンサルタントの活用を実施していた。院内研修をはじめとして自院だけで有意義なものを行うのは困難であると考えられる場合、あるいはより迅速なかつ全国レベルなど広い範囲での外部の情報収集などにおいて、外部のコンサルタントに依頼することで効率性を担保していた。このように、特に中小規模病院においてはこのような外部リソースを活用することにより費用や時間の節約にも結び付き効率性の向上も期待できる。

③ 情報共有における IT の活用

組織全体が同じ目標に向かって邁進していくためには、そのための情報共有が非常に大切になる。情報共有がなされないと職員はどちらの方向に進んでよいかわからなくなる、進むためのインセンティブが生まれえないなどマイナス要因となってしまう。また、いまだ、中小病院において IT を利活用できている病院はインフラ構築を含めそ

う多くないであろう。これはインフラ構築に費用がかかるもののその効果が目に見えづらいためであろう。C病院では、この情報共有に対して力をいれることで病院全体と各職員レベルまでのベクトル合わせを行っていた。また、それを実現するためのツールとしてITを活用し、それにより情報伝達の確実性を担保しかつ効率性も実現していた。

④ 人材教育の重要性

昨今病院は、以前とは大きく変わり社会からの厳しい目に絶えずさらされている状況である。これは、患者をはじめとした社会全体の意識変化によるものである。特に医療事故や医療過誤に対しては当然のことではあるが厳しい状況であり、C病院においても例外ではない。しかし、これら医療事故や医療過誤に対する対策は実現すべきものであるため、このための方法として人材教育の強化を図っている。事故の発生防止はもちろんのこと、各職員の意識改革やスキル向上など目的としており、それにより人材教育に対して費用をかける意味が出てくるものと考えていた。

⑤ 学会や研修参加へのフォローアップの徹底（勉強会報告）

外部研修や学会参加などは、ただ参加するだけあるいは自分の発表以外ではあまり他人に対するフィードバックも少なく費用対効果が薄いものである。これに対してC病院では、研修や学会参加者には参加後の院内での発表を義務づけることにより学習の効果をより高め、かつ得られた知識やスキルを他の職員に対してフィードバックできるようなシステムを構築している。これにより、人材教育にかかる費用の対費用効果を最大限にしていた。

⑥ 福利厚生の充実

職員にとっては、福利厚生の充実が組織がどれだけ職員を大切にしているかを図る一つの指標でもある。と同時に、職員を大切ににすることは、病院に限らず組織運営を行っていく上では非常に重要である。また、福利厚生を充実させることにより職員に対して大切にしているというメッセージであり、これが職員に伝わることにより職員のモチベーションアップも期待でき組織運営を円滑にするものとなる。

⑦ 組織転換の重要性

我が国の医療法人の多くは、個人病院から法人化した病院が多くを占めるため持ち分あり社団医療法人がそのほとんどを占めている。しかし、相続や事業継承などを考えた場合に非常に高額の支払いが発生する危険性を常にはらんでいる。これは下手をするとそれだけで法人が解散となる危険性も懸念される。このため、それら持ち分あり医療法人は、病院の存続や継続性を考えた場合なるべく早期に法人転換を検討すべきであろう。

⑧ 情報発信

病院は、患者さんに認知してもらえないと患者を確保することできない、そのためには積極的な情報発信が必要であると考えている。C病院は地域からの依頼に対してはなるべく受けるようにしており、これがニュースなどの報道でテレビ放映されることにより、より認知度が上がるものと期待していた

C病院のケースからは、以上8点が中小規模民間病院経営変革に対する示唆であると考えられる。

5-5 ケース4 D病院

下欄にD病院の概要および経営概況状況の概略を示す。

D病院は、札幌市外で30年以上前に開院した内科系複数診療科を有する病院であり、病床数は100床以上、法人形態は持分有社団医療法人である。

経営概況状況では、対前年比売上では2012年にマイナス成長をしたものの、その他の年度ではプラス成長をしている。特に、直近の診療報酬改定後の2014年では2%のプラス成長をしておりさらに対前年度比経常利益は5%以上のプラス成長をしている。

直近5年間の経営状況印象では、やや悪い印象であるとの回答であった。また、今後5年間の経営状況予測では悪い傾向と回答しているものの直近5年間の借入金状況は減少しているとのことであった。

【病院概要】					
病院開設場所：札幌市外 診療科：内科系複数科 病床数：100床以上					
組織形態：社団医療法人（持ち分あり） 開院年数：30年以上					
【インタビュー相手】					
病院事務長 様					
【経営概況状況】					
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年
対前年比売上	0.5%	1%	-1%	-0.5%	2%
対前年比経常利益	-4%	-5%以上	-5%以上	-5%以上	5%以上
➤ 直近5年間経営状況印象： やや悪い					
➤ 今後5年間経営状況予測： 悪い傾向					
➤ 直近5年間借入金状況： 減少					
【ご提供資料】					
2015年度事業計画書，外来患者満足度調査資料，職員満足度調査資料					

【ヒアリング概要】

1). 経営概況について

対前年度比経常利益において昨年の低下は、理事の退職に伴う退職慰労金の支出によるものであった。D病院では、売上はある程確保出来ている中で利益も通常時では特に問題はないが、今回のような突発的な支出の増加により利益を圧迫するのはある意味財務的基盤の脆弱さを表しているのではないかと考えている。そのため、本来はさらなる利益を確保できる状況を作っていかなければいけないと考えている。

以上のことから、D病院では経営的に利益をメインに考えている。しかし、職員への情報公開を重視している関係上、あまり利益を前面に出すわけにもいかず施策などにおいては売上をメインに検討しているとのことであった。これは、職員全体には財務情報は公開していないためであり仮に一般職員へ利益を公開した場合、利益が出ていない場合は経営上の厳しさが伝わるので効果的があるが、反面利益が出ている場合はその利益分配を要求されるなどの危険性もはらんでおり諸刃の件であることから、最終的な決算での概要発表以外では公開していない現状がある。

事務長個人としては、キャッシュフローの重要性も考えており売上はもちろんであるが、利益をきちんと確保していき突発的な事態への対処や次の事業への投資のための内部留保を確保していきたいというのが本音であった。

設備投資に関しては、基本的には画像診断機器など診療報酬による収入が見込める医療機器に関しては収入源にもなるのであまりけちらずに必要なものを導入していく方向で考えている。その際の費用対効果については、現状はあまり細かく検討はしておらず採算性の検討程度までである。最低限度の採算性は考慮しつつ現場の意見を参考に検討しているとのことであった。

D病院でも、A病院と同様突発的な支出により利益が大きく圧迫されたという事実があった。これは、大きな支出が利益を圧迫するのは当然ではあるものの、そもそも利益の大きさにより影響度合いが変わってくるものであり、大きな影響が出ない程度の利益や内部留保を確保したいということであった。また、他の病院では、あまり意識されない**キャッシュフローを意識**しているのはD病院の特徴であると考えられる。売上や利益は現状を即座に反映させるのは難しいため、現状を把握するといった意味でもキャッシュフローへの着目は重要であると考えられる。

2). 経営戦略について

D病院において経営戦略を立案するまでのプロセスは以下の通りである。

まず各職員に当院の5年後の姿などをアンケートにより調査をし、それをもとに病院経営ビジョンとして3本の柱に集約する。それを理事長による承認を通じて病院全体のビジョンとしている。それと並行して、経営方針を理事長からトップダウンで打ち出してもらい、双方を上手く組み合わせて経営戦略として各職員へと落とし込んでいく。これらの実務的な作業は、事務部企画課にて行っている。

さらに、事業計画書（行動計画書）により病院全体および各部署において5年毎のマスタープランおよび毎年のアクションプランを作成して共有する。なお、マスタープランはBSCの4つの視点をもとに作成し、財務の視点を一番下層に配置している。

またこれらを補完するといった意味あいでは、まず主任クラス（ローアからミドルマネジメント層）を対象とした役職者研修にて病院の現状把握と課題の洗い出しを行う。その後、それをもとにして年一回開催される医師全員および課長職以上を対象とした幹部研修にて、次年度の課題解決のために重点課題の洗い出しとそれに対する取り組みを検討する。なお、双方の研修においては、情報共有として理事長から経営概況の説明を行っている。このような職員への経営状況の情報公開については、当初理事長も難色を示していたが、ある程度のキーパーソンには現状を数字として理解してもらわないと、何を努力すればいいかわからなくなるため事務長からの強力なプッシュもあり現在のように公開することになった。

経営戦略を推し進めていく上でも、経営情報公開は非常に重要であると事務長をはじめとしてD病院では考えている。経営変革が進んでいない病院は、経営情報を公開する姿勢が見られず危機意識を共有する術を自ら断っており、そこを解決するためには経営側の意識を変えていく必要がある。また、経営情報を公開し経営上の課題を病院全体で共有することにより病院全体で目標に向かって進んでいこうという意識が生まれるとD病院では考えている。

先の作成した病院のアクションプランは、毎月の経営会議で進捗を確認し、各部署のアクションプランについては毎月企画課で進捗状況を集約し運営会議にて報告している。併せて、院内グループウェアを通じて院内にも配信を行っている。

これらの進捗状況は、実績として数字で追えるものについては数字で、行動に関する分析については現場の目標達成度によって判断をしている。以前は、すべてにおい

てBSCでKPIを設定し数字で判断をしていたが、結果の数字ばかりを意識して追いかけることで数字を作ることが目的となってしまったことがあり、現在はその反省を生かし判断基準を分けている。そのため、年々簡素化していつているのが現状であった。

事務長は、経営側は経営戦略を立案するうえで、自院はどのような機能が弱くどこを強化すればよいかを明確になっていなければならないと考えており、D病院でも、これまでは医療に特化してきたが今後の展開を考えると介護分野へも進出していかねばならないと考えている。これは、国や厚生労働省の施策の方向性を踏まえたうえで、その実現のためにも他組織との連携や場合によってはM&Aなども視野に入れて積極的に拡大路線を推し進めていこうと考えている。

他の病院や診療所また医療機関以外の施設や企業など自院以外の外部組織との連携はこれからますます重要になってくると考えている。具体的には、さまざまな情報を得るためには、自院だけの活動では不可能で外部との連携や他院の見学など外に目を向けていくことが必要となる。他院の見学などは、百聞は一見に如かずの言葉通り実際に見ることも重要であり先進的な取り組みをしている医療機関など実際に見学に行き、また、そこで人間関係を構築することもその後の展開に重要な役割を果たすとD病院では考えている。事実、D病院で行っている幹部研修なども、事務長が済生会熊本病院で2か月間研修した際に参考になったことをD病院にあった形にアレンジし理事長への直談判を経て実施し始めたものであり、現在はこれがD病院で重要な役割を果たしていると考えている。また、病院以外の企業との各種プロジェクトにおける連携も刺激になり、少なくとも経営に携わる人間は外部との関係を構築し活用するべきであるD病院特に事務長はと考えている。

D病院の経営戦略の特徴として、**経営戦略立案のプロセス**が挙げられる。病院運営と病院経営を上手く組み合わせることによりマネジメント層だけでなく**病院全体を巻き込んだ経営戦略**となっているところが特徴的であると考えられる。また、**職員に対する経営情報の公開**も特徴的であろう。経営変革のためにも内部に対する経営情報の公開は重要であるにもかかわらず、医療業界においてはなかなか進んでいないのが現状である。さらに、他病院や診療所また医療機関以外の施設や企業など**外部組織との連携の重要性を意識**しているところもD病院の特徴であると考えられる。これは、厚生労働省が推し進めている地域連携からさらに一步進んだ展開を考えたいうえでのことと考えられる。また、済生会熊本病院の例を参考にした幹部研修など**他院の良いところを積極的に取り入れていく姿勢**もD病院の特徴であると考えられる。

3). 組織体制について

D病院において、個人病院から医療法人病院へと転換した際に一番問題となったのが職員の意識であった。個人病院時代は、経営陣、職員双方の意識がすべて受け身であった。そのため医療法人化した組織として経営を考えていく中で、また、医療を提供する体制を整えていく中で各職員が何をすれば良いかわからなかったことが一番の問題であった。これにより、職員の意識改革の必要性が認識されはじめ徐々に自主性が生まれていき組織に根付いていったと事務長は感じていた。また、このような変化によりそれまで部署ごとの行動であったものが、部署を超えた横の連携へとつながっていった。その際にキーとなったのが、組織の大枠としてのルール作りであった。これは、各職位の役割の明確化とそれを組織に定着させることであり、D病院においてはこのルール作りと組織への定着化を担ったのが企画課であった。この施策を推し進めたことにより、組織のビジョンや目標を職員全員で考えていく文化が生まれ、それにより目標を明確化し全体のベクトルを合わせることが可能となっていったと事務長は考えている。

D病院の組織体制の中で特に特徴的なのがこの経営企画部門である企画課の存在であった。病院として立案したビジョンや目標を、現場レベルまで浸透させることで組織に定着させPDCAサイクルが回る仕組みを作る役割を担っている。そのために、しっかりとした目標を作れるような環境（大枠やルール）を作成し、それを現場レベルまで落とし込み年度末の全職員対象の行動計画発表会にて各個人に意識付けさせる仕組みを形成している。

また、もう一つの特徴が、メディカルスタッフ部門の組織体制の強化である。

他院、特に中小規模民間病院ではメディカルスタッフの部門長は医師が就任している場合がほとんどである。しかし、実務を考えた場合医師は多忙であり状況の適正な把握難しい部門長ではうまく現場が回らない。そこでD病院では、メディカルスタッフの中から部門長（部長職）を選出し部門の意見を集約させ、経営幹部に伝達できるような体制を整えている。現在は部長に臨床工学技士、副部長に診療放射線技師と臨床検査技師が就任している。これにより横のつながりを強化できるとともに、各職員へ部長職への道が開けることにより仕事に対するモチベーションアップも狙っている。これも、事務長が他院での見学の際の経験からD病院にあった形で導入を検討し実行したものであった。

さらに、部署間の調整については、経営戦略の部分で取り上げた事業計画書(行動計画書)でのアクションプランに、自部署の企画とは別にコラボ企画(他部署との共同企画)を取り入れることで連携の強化を狙っている。これは、コラボレーションする部署に制限はなく自部署以外の任意の部署と協力して企画を立案し実行していくものであり、その過程の中で部署間の連携が自然と強化できる仕組みである。

このような様々な仕組みに加えてルール作りなどの体制を整えていくことで、D病院の組織体制として役割分担が非常にうまくできていると事務長は考えている。

D病院では、これらを実行するにあたってまず手始めとして、組織変更をする際に役職を整理した。それまでは組織規模が小さいため役職ポストが少なかったことを補うために無駄に役職が多くその弊害として各職位の業務が明確化していなかった。このため役職を整理し各職位の業務を明確させることで権限を集約し組織をスリム化していった。さらに、事務部門の強化を図った。これは、医師やメディカルスタッフなどの医療スタッフは診療業務に注力してもらい、その他の業務においては事務部門が様々なサポートをすることで双方がパフォーマンスを上げることができるような仕組みを構築することを目指したものである。これにより、他院では事務部門は医師やメディカルスタッフの下請け的な部署である印象が強いが、D病院ではこの仕組みを実現したことにより事務部門は他院とは異なったある意味様々な権限を持って仕事にあたっている。これにより、役職と同様に診療部門と事務部門の棲み分けが明確化し共同で病院運営を行っていくことができる地盤が整っていった。

また他のケース病院と同様に、D病院でも教育や研修、研究費には潤沢に費用をかけている。学会や外部研修への参加、あるいは他院の見学なども可能な限り推奨している。これにより職員のスキルアップや技術向上はもちろんのこと、それによる各職員のモチベーションアップや意識改革など複合的な効果も狙っていた。さらに、D病院の特徴としても挙げている外部組織との連携などにおいても、様々なプロジェクトを計画し現場の職員にプロジェクトに参加してもらうことで各職員のモチベーションアップや意識改革など同様の効果を狙っている。また、これらの結果などは人事考課制度にて評価を行い報酬にもフィードバックすることで、参加した各職員に目に見える形での成果としている。

D病院での組織体制におけるポイントと考えられるのが、経営企画部門の存在である。一般企業では良くみられる部署であり、昨今は大規模病院においても設置されはじめた部署ではあるが中小規模病院において設置されている病院は少ない。この経営企画

部門が病院運営のカギとなっている点、またこれにより各部署の役割分担がより明確化している点も特徴的であると考えられる。加えて、メディカルスタッフ部門の統括は通常医師が配置される場合が多いが実務がこなせないなど弊害も多い。D病院では、メディカルスタッフ部門から統括する人員を配置するなど人事配置においても特徴的である。

他のケース病院同様、職員教育システムに注力しておりさらにこれに外部プロジェクトなどを組み合わせてモチベーションアップや意識改革に活用している点も挙げられるであろう。

4). マーケティングについて

D病院においても他のケース病院同様現状のところ広告に関しては効果をほとんど期待していない。多くが広告会社との付き合いによるものであった。しかし現在は、今後を見据え効果測定を念頭に入れた患者アンケートにより、病院認知ルートや来院動機ルートを調査することで、より効果的な広告戦略を立てていこうと考えていた。

また、D病院で最も重要と意識していることは、病院自体を様々な場面で露出させることにより認知度を向上させることである。そのため、広告のみにこだわるのではなく各種イベントなどを通してパブリシティなどを活用し始めた段階であり、体感的には一般的な広告より効果が高いと事務長は感じていた。D病院では、今後プロモーションに関して選択と集中を推し進めていく予定である。

患者満足度調査は、外来部門、入院部門ともに年一回実施している。集計結果については、院内には部署長以上には結果を公開し業務改善やこれからの運営の資料として利用しているが、患者さんなど外部に対しては公開をしていない。

D病院では、以前はマーケティングをあまり重要視していなかった。しかし、病院の認知度アップや集客効率の向上を考えると、やはり重要であると昨今意識し始め、力をいれ始めたところであった。具体的には、市内の人口動態や死亡率、地域別集客状況などを調査し、これからの新たな事業戦略を考えていく上での情報として活用していくことを考えていた。

また事務長は、病院として専門性がその地域で確立してしまうと、ある意味明確な競合がいなくなってしまう、外部を意識する必要性が薄くなっていくことから情報収集をはじめとしたマーケティングが弱くなっていくと考えている。しかし、それでは

それ以降の成長が困難となるため、そこから脱却し更に一步進めようという意識の下マーケティングに力をいれたところであった。さらにD病院では、原価計算の必要性も考えアメーバ型原価計算を取り入れようとしており、現在プロジェクトを設置し新たな取り組みを始めたところであった。

D病院のマーケティングにおいて特徴的なのは、**パブリシティの活用方法**である。通常、病院でも医療相談や医療関連記事などでパブリシティを活用する場面はあるが、D病院では自院のイベントなどを取材してもらうことで認知度向上を狙っており、他院とは方向性が違っているものである。**地域マーケティング**も大規模病院などでは実際に行われているが中小規模病院の場合はマンパワーの点からも難しい。しかし、D病院では経営企画部門により地域マーケティングをはじめとした**マーケティング活動を活発**に行うことが可能であり他院と比べて特徴的であると考えられる。

5). 考察点

D病院のアンケート回答結果やインタビュー調査から得られた、これからの中小規模民間病院経営変革に対する知見は以下の通りである。

① キャッシュフローを意識

D病院では、他のケース病院同様経営的には利益をメインに考えている。しかし、全職員に対しては利益を公開していない関係上施策などにおいては売り上げをメインに検討している。また、売上や利益は現状を即座に反映しづらい面があるためD病院ではキャッシュフローを意識している。現金の出入りを把握することにより現状を正しく把握することが可能となるため、キャッシュフローの把握はこれからの病院経営においても必要となってくるであろう。

② 病院全体を巻き込んだ病院戦略立案

D病院では、職員アンケートをもとにした病院経営ビジョンと理事長が作成した経営方針を合わせて病院全体のビジョンを作成している。これにより、職員は自分達の意見が病院経営に反映されていることにより病院経営を自分たちのこととしてとらえる

事が出来ると同時に、自分たちの目標へも反映させやすくなることが期待できる。これにより職員としての病院へのロイヤリティの向上が期待できる。

③ 職員への経営情報公開

組織の問題点や課題を共有してもらうためには、ある程度の情報を提供しなければ共感は得られないであろう。D病院においても同様であった。このため各職員により問題意識や課題解決のためのモチベーションを持ってもらうために、ローアマネージャー以上にはある程度の経営状況を公開することとした。これにより、各職員が問題意識を持つことにつながっていると考えられる。

④ 外部の情報取得のための外部組織との連携強化

自院の中にとどまっているだけでは、外部の情報を取得するのは困難であることは明白な事実である。そのためには、外部組織との連携を強化することにより情報を取得するか、自分たちが外部へと出ていくことによりそれらを担保するかのどちらかである。D病院では、これを両方実現することにより情報取得を可能なものになっている。様々な立場の職員が、他の病院への見学会や研修により得られた外部からの情報を病院へとフィードバックしている。併せて、厚生労働省以外の省庁のプロジェクト参加による情報収集、商社やメーカーなどとの共同プロジェクトなどによりさまざまな情報取得に成功していた。一般的な病院ではここまでの行動は困難であるかもしれないが手段としては検討する余地があるだろう。

⑤ 人的ネットワークの構築

前項の外部研修や他院見学などをきっかけとした人的ネットワークの構築も病院経営には欠かせないものであろう。D病院においても病院見学や研修をきっかけとした人的ネットワークの構築により、その後の情報収集や戦略策定、組織変革などに役立っていた。

⑥ 職員の意識改革

より能動的な組織を作るためには、各職員のやる気やモチベーションは欠かせない。しかし、自発心を促すのはなかなか困難である。D病院においては、個人病院から法人化させた時にこの問題に直面し、徐々に職員の意識改革を行う事でこれらを実現していった。これにより、より能動的な組織を形成することができたと考えられた。

⑦ メディカルスタッフ部門の組織体制強化

一般的には、特に中小規模病院では看護部を除いて部門の統括は医師が就任することが多い。しかし、医師が部門を統括する部長となってもその多忙さから実質的に統括業務を行うことはまれである。そのため、職位と業務の乖離が起りモチベーションが下がってしまう。D病院では、これを解決するために、メディカルスタッフ部門を統括する部長はメディカルスタッフから選出している点が特徴として挙げられる。これにより、業務と職位の乖離を防ぐだけでなくより部門の声を集約し上申することによる業務環境の整備や、昇進の道を作ることによりモチベーションアップを狙っている。

⑧ 経営企画部門の設置と事務部門の強化

現在病院で、経営企画部門を設置しているところは少数であり中小規模民間病院に至ってはまずないであろう。これは人員的な制限があることも要因の一つであろう。D病院においては、理事長主導の下経営企画部門を設置することにより、経営の補助としての役割担わせるとともに病院運営をより円滑に進めることを実現している。とともに、事務部門を強化することにより医療スタッフを診療業務へ注力することを実現していると考えられた。

⑨ マーケティングへの注力

ある程度、専門に特化しポジショニングを獲得すると外部変化の影響を受けにくくなり情報を収集するインセンティブがなくなってしまう。しかし、D病院ではそこに安心することなく、そこからの脱却と更なる進歩を求めて新たな戦略策定のためにマーケティングに力を入れ始めた。いくら専門性を担保し独自のポジションを確保で来ているとしても、外部環境は絶えず変化しており、また更なる発展を行う上でもマーケティングによる情報収集は重要であると考えられた。

D 病院のケースからは, 以上 9 点が中小規模民間病院経営変革に対する示唆であると
考えられる.

5-6 インタビュー調査からの考察

本章のインタビュー調査は、前章までの理論的考察およびアンケート分析結果を踏まえ、病院経営変革において設定したフレームワークにおける重要要素の特定のための情報補完を目的とした。また、インタビュー調査病院の選択は、前章のアンケート調査にて本研究で新たに提案した外部適応力指標によりクラスタリングした外部環境に対する適応力の高い病院 43 病院の中から選択した 4 病院に対して実施した。

インタビュー調査結果は、ケーススタディー形式でまとめインタビュー内容から各病院における特徴を 1). 経営概況について、2). 経営戦略について、3). 組織体制について、4). マーケティングについての各項目で抽出した。その後、抽出項目をもとに各病院におけるアンケート回答結果およびインタビューから得られた、これからの中小規模民間病院経営に対する知見をまとめた。

今回のアンケート結果およびインタビュー調査で各病院から得られた中小規模民間病院経営変革に対する知見は以下の通りである。

① A 病院（9 項目）

- ① 利益志向による経営
- ② 社会医療法人化
- ③ 診療科特化による高度医療の提供（独自のポジションの確立による差別化）
- ④ 外部環境に対する迅速な対応
- ⑤ 情報伝達システムの確立
- ⑥ 各部署間連携（全部署ローテーション・複合部署による委員会制度）
- ⑦ 充実した人材教育システム
- ⑧ モチベーションの向上施策（各種委員会制度・報奨制度・マイナス評価の不採用）
- ⑨ 外部リソースとの関係構築

② B 病院（7 項目）

- ① 時代への適応と外部連携の強化

- ② 外部組織との連携強化
- ③ 目標管理と評価の重要性
- ④ 若い人材の積極的な登用
- ⑤ 人事考課と透明性
- ⑥ ツールの活用
- ⑦ 外部に出での情報収取や人脈づくり

③ C 病院（8 項目）

- ① 外部環境への積極的な対応
- ② 外部リソースの活用
- ③ 情報共有における IT の活用
- ④ 人材教育の重要性
- ⑤ 学会や研修参加へのフォローアップの徹底（勉強会報告）
- ⑥ 福利厚生の実
- ⑦ 組織転換の重要性
- ⑧ 情報発信

④ D 病院（8 項目）

- ① キャッシュフローを意識
- ② 職員への経営情報公開
- ③ 外部の情報取得のための外部組織との連携強化
- ④ 人的ネットワークの構築
- ⑤ 職員の意識改革
- ⑥ メディカルスタッフ部門の組織体制強化
- ⑦ 経営企画部門の設置と事務部門の強化

⑧ マーケティングへの注力

これらの各項目を設定したフレームワークに当てはめると表 5-1 の通りとなる。

表 5-1 ヒアリング調査知見のフレームワークへの割り当て

	内部志向	外部志向
戦略的	A-①利益志向による経営 A-②社会医療法人化 A-③診療科特化による高度医療の提供 A-④外部環境に対する迅速な対応 B-①時代への適応と外部連携の強化 B-③目標管理と評価の重要性 B-⑥ツールの活用 C-①外部環境への積極的な対応 C-③情報共有における IT の活用 C-⑦組織転換の重要性 D-①キャッシュフローを意識	C-⑧情報発信 D-⑧マーケティングへの注力
組織的	A-⑤情報伝達システムの確立 A-⑥各部署間連携 A-⑦充実した人材教育システム A-⑧モチベーションの向上施策 B-④若い人材の積極的な登用 B-⑤人事考課と透明性 C-④人材教育の重要性 C-⑤学会や研修参加へのフォローアップの徹底 C-⑥福利厚生 of 充実 D-②職員への経営情報公開 D-⑤職員の意識改革 D-⑥メディカルスタッフ部門の組織体制強化 D-⑦経営企画部門の設置と事務部門の強化	A-⑨外部リソースとの関係構築 B-①時代への適応と外部連携の強化 B-②外部組織との連携（強化） B-⑦外部に出たの情報収集や人脈づくり C-②外部リソースの活用 D-③外部の情報取得のための外部組織との連携強化 D-④人的ネットワークの構築

第3章 フレームワーク設定における調査と同様に、内部志向戦略的および組織的なアプローチが多くみられる結果となった。また、外部志向組織的アプローチも比較的多くこれも外部環境の変化を受けた結果と解釈することができる。一方、現在外部環境の変化に対する適応力が高い4病院においても外部志向戦略的なアプローチは半分の2病院の各一種類のアプローチにとどまった。このセグメントは、マーケティングに関するアプローチであり、マーケティング自体がまだ病院に対して浸透していない結果であると考えられる。

表5-1の各アプローチを要素でまとめると以下の通りとなる。

1). 内部志向戦略的アプローチ

- ① 経営指標の適正な把握（売上、費用、利益、キャッシュフロー）
- ② 外部環境変化への迅速な対応
- ③ 適正な法人形態の選択
- ④ 経営戦略の明確化（診療科特化型／ネットワーク連携型／複合型）
- ⑤ 目標管理と評価制度（ツールの活用）
- ⑥ 院内での情報共有（IT利活用）

内部志向戦略的アプローチにおいては以下の要素が抽出された。

経営変革のためには、まず適正な経営状況の把握が必要であり、そのためには基本的な経営指標の把握は必須である。この基本的な経営指標には、売上（医業収入）、費用（医業経費）、利益（医業収益）、キャッシュフローなどが含まれる。また、医療業界は、国の政策の影響を色濃く受ける。これは、最も大きな収入源である診療報酬の改定や医療政策の変更によるものである。そのため、これら外部環境を的確にとらえ適正かつ迅速な対応を行っていかなければならない。そのよう外部環境の変化に対する迅速な対応のためには自院に経営戦略を明確化しその戦略における目標を定め進捗を適正に評価していくことで、組織を目標に向かって導いていくことが可能となる。また、組織のベクトルと各職員のベクトルを合わせるためには情報共有のための良好なコミュニケーションが重要であり、ITツールを整備し利活用することでこれらをスムーズに行うことが可能となる。

経営戦略の明確化には3つのルートが提案された。一つは、自院の診療科に特化し高度な医療を提供する診療科特化型、もう一つは外部組織とのネットワークを効果的

に活用することで自院のポジショニングを確立するネットワーク連携型、そしてこの2つを複合的に行う複合型の3ルートである。診療科特化型は単科でかつ手術を行うなど外科系の病院に対して、ネットワーク連携型は比較的多くの中小規模民間病院に対して、複合型は比較的診療科が多く規模も中小規模民間病院の中では比較的大きい100床以上の病院で選択されるであろう。

2). 内部志向組織的アプローチ

- ① 情報共有・伝達システムの構築
- ② 部署間連携施策
- ③ 職員教育システムの充実化
- ④ 情報の共有（経営情報、業務情報など）
- ⑤ 職員の意識改革施策
- ⑥ 組織体制の整備・強化
- ⑦ モチベーション向上施策

内部志向組織的アプローチにおいては以下の要素が抽出された。

内部志向戦略的アプローチの部分でも取り上げられたが、組織的アプローチにおいても良好なコミュニケーションを実現するためには、情報共有・情報伝達システムの構築は必須であろう。これにより、各種経営情報や業務情報の共有が可能になる。これまで、特に中小規模民間病院ではあまり行われてこなかった経営情報の公開は、職員が積極的に病院運営に関わることができるような意識改革を推し進める上では必要であろう。併せて業務情報の共有も部署間連携や意識改革のための材料となる。

また、これまでの組織体制から各病院が推し進める経営戦略にあった組織体制の整備や強化を行うことは外部環境の変化に迅速に対応するためにも必要であろう。高度な医療の提供や、医療事故・ヒヤリハットのリスクを減らすうえでもこれからの病院には人材教育システムの充実化が望まれる。また、それと並んで高度で安定した医療を提供するためには職員のモチベーションの向上と維持が必要となり、そのための組織設計や報奨制度などの施策が必要である。

3). 外部志向戦略的アプローチ

① マーケティング施策

外部志向戦略的アプローチにおいては以下の要素が抽出された。

このセグメントは、マーケティングに関するアプローチであり、この項目の知見が少ないことはマーケティング自体がまだ病院に対して浸透していない結果であると考えられる。しかしながら、これからの病院経営においては、外部の状況を見極めそこに対して的確なアプローチが必要となってくる。このため、中小規模民間病院の経営変革においてマーケティングはより重要な要素となってくると考えられる

4). 外部志向組織的アプローチ

① 外部リソースの利活用

② 外部ネットワーク構築（人的・組織的）

③ 外部組織との連携構築・強化

④ 外部からの情報収集

外部志向組織的アプローチにおいては以下の要素が抽出された。

中小規模病院は、その組織規模から保有するリソースにはおのずと限界がある。しかし、自組織で保有していなくとも外部組織との連携により自組織が保有していないリソースを外部リソースで補完、活用することは可能である。これによりさらに組織行動などに幅を持たせることが期待できる。また、厚生労働省の政策でも推し進められている病病連携・病診連携を前提とした他病院や診療所との連携はこれからもさらに必要となってくる。戦略的にネットワーク型を選択した場合に限らず、高度医療型を選択した場合においても紹介患者の増加を目論むためには他の医療機関との連携は欠かせない。さらに、今後各自治体レベルで進められる地域包括ケアを念頭に置いた場合においても他の病院や診療所との連携、更には介護施設など医療機関以外の施設との連携も押し進めていく必要がある。また、外部情報の積極的な取り込みや他の地域の同業者間のネットワークなどを活用することにより自施設だけでは考え付かなかった施策やヒントなどを得ることができることから今後は積極的に行っていくべきであろう、

本章では、これまでの理論的考察およびアンケート分析結果を踏まえその要素の特定のための情報補完を目的とした実際の病院へのインタビュー調査を実施し、その要素の特定のための情報補完から中小規模病院の病院経営変革アプローチにおける要素特定を行った。

その結果、1).内部志向戦略的アプローチにおいては、①経営指標の適正な把握（売上、費用、利益、キャッシュフロー）、②外部環境変化への迅速な対応、③適正な法人形態の選択、④経営戦略の明確化（診療科特化型／ネットワーク連携型／複合型）、⑤目標管理と評価制度（ツールの活用）、⑥院内での情報共有（IT利活用）の6項目が、2). 内部志向組織的アプローチにおいては、①情報共有・伝達システムの構築、②部署間連携施策、③職員教育システムの充実化、④情報の共有（経営情報、業務情報など）、⑤職員の意識改革施策、⑥組織体制の整備・強化、⑦モチベーション向上施策の7項目が、3). 外部志向戦略的アプローチにおいては①マーケティング施策の1項目が、4). 外部志向組織的アプローチにおいては、①外部リソースの利活用、②外部ネットワーク構築（人的・組織的）、③外部組織との連携構築・強化、④外部からの情報収集の4項目がそれぞれ特定された。

これらをまとめたものを表5-2に、また、今回のケース4病院のアプローチマップを表5-3に示す

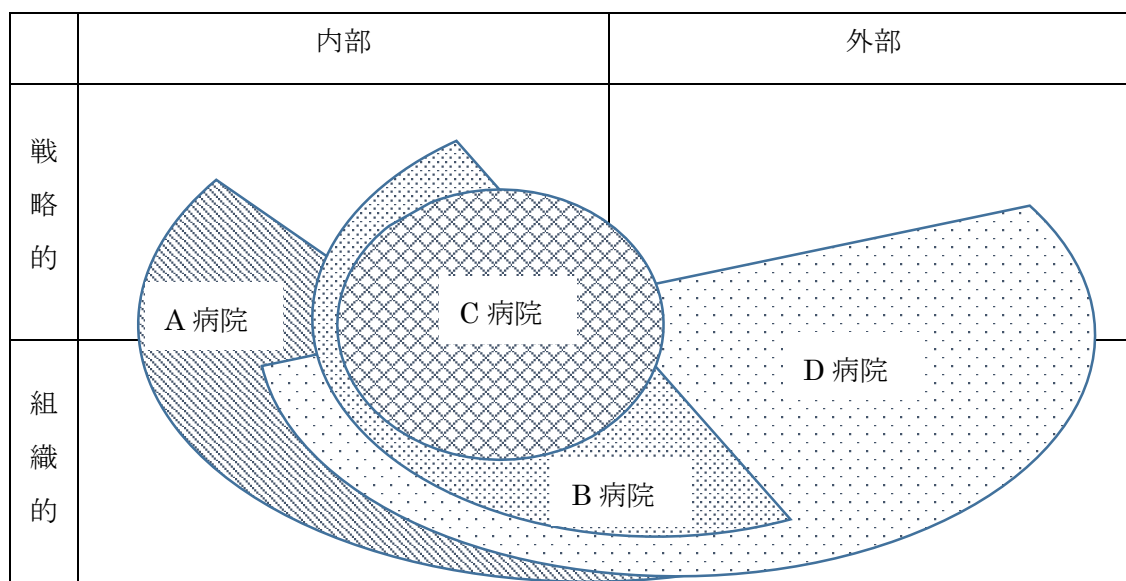
A病院とB病院は、ほぼ同様なアプローチマップを示している。これは、どちらも診療科特化型の戦略を選択しているため、同様なアプローチマップになったものと考えられる。また、C病院は複合型の戦略を選択しているため、戦略的および組織的アプローチがバランス良く分布している。D病院はネットワーク連携型の戦略を選択しているため組織的なアプローチに重きを置いているのがわかる。

次章では、今回特定された中小規模病院の病院経営変革アプローチにおける要素の中から経営指標（利益）の適正な把握・外部環境変化への迅速な対応に着目し、利益志向への転換と意識改革に向けた戦略的な事例の提案として、本研究の研究成果の一つである【論文】“ARIMAモデルを利用した医療機器更新による収益性の検討”を提示する。これは、高額医療機器への設備投資の際の導入プロセスを見直すことにより、機器のみの採算性の視点から病院経営全体の視点へと変革することによる病院経営に対する貢献を考えた事例である。

表 5-2 中小規模病院の病院経営変革アプローチにおける要素

	内部	外部
戦略的	<ul style="list-style-type: none"> ① 経営指標の適正な把握（売上，費用，利益，キャッシュフロー） ② 外部環境変化への迅速な対応， ③ 適正な法人形態の選択 ④ 経営戦略の明確化（診療科特化型／ネットワーク連携型／複合型） ⑤ 目標管理と評価制度（ツールの活用） ⑥ 院内での情報共有（IT 利活用） 	<ul style="list-style-type: none"> ① マーケティング施策
組織的	<ul style="list-style-type: none"> ① 情報共有・伝達システムの構築 ② 部署間連携施策 ③ 職員教育システムの充実化 ④ 情報の共有（経営情報，業務情報など） ⑤ 職員の意識改革施策 ⑥ 組織体制の整備・強化 ⑦ モチベーション向上施策 	<ul style="list-style-type: none"> ① 外部リソースの利活用 ② 外部ネットワーク構築（人的・組織的） ③ 外部組織との連携構築・強化 ④ 外部からの情報収集

表 5-3 ケース病院のアプローチマップ



5-7 参考文献

【参考文献】

高橋伸夫, 「統計調査を用いた組織研究の方法-事後ヒアリング調査の有用性-」, 『社会科学紀要』 1993

Robert K. Yin, (近藤公彦訳) 『新装版 ケーススタディの方法』, 千倉書房 2011

第6章 中小規模民間病院経営変革に向けた事例の提案

前章において、中小規模民間病院経営変革アプローチにおける要素特定を行った。

各要素は、1).内部志向戦略的アプローチにおいては、①経営指標の適正な把握（売上、費用、利益、キャッシュフロー）、②外部環境変化への迅速な対応、③適正な法人形態の選択、④経営戦略の明確化（診療科特化型／ネットワーク連携型／複合型）、⑤目標管理と評価制度（ツールの活用）、⑥院内での情報共有（IT利活用）の6項目が、2). 内部志向組織的アプローチにおいては、①情報共有・伝達システムの構築、②部署間連携施策、③職員教育システムの充実化、④情報の共有（経営情報、業務情報など）、⑤職員の意識改革施策、⑥組織体制の整備・強化、⑦モチベーション向上施策の7項目が、3). 外部志向戦略的アプローチにおいては①マーケティング施策の1項目が、4). 外部志向組織的アプローチにおいては、①外部リソースの利活用、②外部ネットワーク構築（人的・組織的）、③外部組織との連携構築・強化、④外部からの情報収集の4項目がそれぞれ特定された。

本章では、中小規模民間病院経営変革に向けた事例の提案として、中小規模民間病院経営変革アプローチにおける要素の中から、内部志向戦略的アプローチにおける経営指標（利益）の適正な把握・職員の意識変革に着目し、利益志向への転換と意識改革に向けた戦略的な事例の提案として、本研究の研究成果の一つである【論文】“ARIMAモデルを利用した医療機器更新による収益性の検討”（医療情報学第35巻2号 2015 pp.55-61.）を提示する。本論文は、従来売上中心であった病院会計に対して、管理会計の視点より売り上げ中心の考え方の問題点に着目し具体的な事例から利益中心の考え方の必要性を確認することで利益志向へと意識改革をおこなうべき重要性について考察したものである。

各医療機器の新規導入時においては、本来であれば管理会計に基づいて間接費などの配賦をも含めた収益性を検討すべきであるが、簡易的に医療機器本体購入費用や稼働のための人件費などの費用に対して、当該検査の診療報酬等の医業収入を用いて計算されるものにより当該部門のみを対象とした医業収入に着目した採算性の検討を行っている。これは、医業収入に対して部門毎の採算性のみに着目しており言い換えるとこれは部分最適化の視点であると考えられる。また、従来は既存医療機関における画像検査装置を初めとした医療機器のリプレース時においても、新規導入時と同様な医療機器本体購入費用や稼働のための人件費などの費用及び診療報酬収入を元にした採算性の検討が行われてきた。しかし、実際には医療機器リプレース時において既に旧機器の減価償却が終了したことにより利益が発生していることが予想される。これらの利益は経営的視点に於いて考えると当該部門

以外の事業資金となっていることも十分考えられ、当該医療機器リプレース時においてはこの利益を考慮した収益性を検討すべきであり全体最適化の視点が必要となる。本稿では医療機器導入における採算性及び収益性といった経済性を明らかにすることを目的として、経営的視点による管理会計の考え方をベースとした具体的な事例を対象にシミュレーション分析を利用し、医療機器導入時における収益性の検討を行った。これにより、新規導入時における医療機器単体での採算性や収益性のみの検討だけではなく、それに加えてリプレース時における旧機種との収益性や採算性の比較による導入効果の検討が可能となる。

6-1 緒論

昨今、医療機関を取り巻く経営環境は厳しさを増してきている。この理由としては、医療費削減を目的とする度重なる診療報酬のマイナス改定や、社会の不景気感が主要因と考えられる利用者の受診控えといった医療機関にはコントロールできない外部環境の変化による収入の減少が考えられる。それに加え、各医療機関にはその社会的責任から適切かつ高度な医療の提供が望まれているなか、これらの外部環境の変化に対応することや充実した医療の提供を目的とした医療スタッフの必要人員はもちろんのこと優秀な医療スタッフの確保による人件費の増加や、高額医療機器の導入や設備充実のための設備投資の必要性といった、各医療機関においてコントロール可能ではあるが必要性に迫られた内部環境の変化による支出の増加などの影響に依るものである。

事実、昨今は経営状態の悪化による医療機関の倒産も増加傾向にあることが示されており、平成 21 年 6 月期では病院全体の 68.8%の病院が赤字経営であることからその厳しさが推測できる²⁸（日本政策銀行 2010）。

しかし、適切かつ高度な医療の提供を実現していくためにはこれらの厳しい経営環境に耐えうる安定した経営基盤が必要となるのは当然の事であると考えられる。

また、2008 年のアメリカ・リーマンブラザーズの経営破綻に端を発する世界的金融危機の煽りをうけた長期にわたる不景気により市場経済の閉塞感が広がり、国内各企業においても設備投資に対する慎重感が根強くなってきており、これが医療機関にも影響していることも考えられる。

²⁸ 日本政策銀行 2010 pp.3~80.

6-2 目的

筆者の調査では、これまで各医療機関に於いて導入するあるいは導入した医療機器の採算性を検討した先行研究は、病院経営における管理会計分野に一部見られる（今村ら 2006, 橋本ら 2011, 増原ら 2013）ものの、実際の各医療機器における採算性の検討をおこなった、あるいは採算性の検討方法に言及した報告はこれまでほとんど無い。

また、実務的には各医療機関が医療機器メーカーの助言などを参考に独自に採算性を検討している場合が多いと推測される。この場合、医療機器本体購入費用や稼働のための人件費などの費用に対して当該検査の診療報酬等の医業収入を用いて計算されるものが多いであろう。

各医療機器の新規導入時においては、本来であれば管理会計に基づいて間接費などの配賦をも含めた収益性を検討すべきであるが、簡易的には直接費及び一部の間接費のみを考慮した前述の方法により当該部門のみを対象とした医業収入に着目した採算性の検討でも参考になる。これは、医業収入に対して部門毎の採算性のみに着目しており言い換えるとこれは部分最適化の視点であると考えられる。

また、従来は既存医療機関における画像検査装置を初めとした医療機器のリプレース時においても、筆者の経験などから前述の新規導入時と同様な医療機器本体購入費用や稼働のための人件費などの費用及び診療報酬収入を元にした採算性の検討が行われてきた。

しかし、本来経営的視点においては、開業等における新規導入の場合とは異なり、医療機器リプレース時においては既に旧機器の減価償却が終了し、それを元にした医業収入と経費（＝医業支出）との差額である利益が発生している状況が考えられる。これらの利益は経営的視点に於いて考えると当該部門以外の事業資金となっていることも十分考えられる。従って、当該医療機器リプレース時においてはこのリプレース前の利益を考慮した収益性を検討すべきであり、言い換えると全体最適化の視点が必要となると考えられる。つまり、経営的視点においては最低でもこれまでの収益性を確保できなければ機器リプレースによるメリットは減少してしまうと判断することが考えられる。

そこで、今回我々は医療機器導入における採算性及び収益性といった経済性を明らかにすることを目的として、経営的視点による管理会計の考え方をベースとした具体的な事例を対象にシミュレーション分析を利用して、医療機器導入時における収益性の検討を行った。これにより、新規導入時における医療機器単体での採算性や収益性のみの検討だけ

ではなく、それに加えてリプレース時における旧機種との収益性や採算性の比較による導入効果の検討が可能となる。

6-3 方法

6-3-1 シミュレーション方法

2012年度診療報酬改定に伴い、対象病院磁気共鳴画像装置（Magnetic resonance imaging 装置、以下 MRI 装置）を現行である旧機種 0.5 テスラ MRI 装置から新機種 1.5 テスラ MRI 装置へとリプレースを行った場合を想定し、旧 0.5 テスラ MRI 装置を継続的に利用した場合及び新装置に更新した場合の収益性について、シミュレーションを行いその結果を比較検討した。

6-3-2 比較検討項目

今回の収益性に関する比較検討項目としては以下の3点について検討を行った。

- ① 現行装置の継続使用及び新装置へのリプレースの各シチュエーションにおける利益による収益性の検討
- ② 機器リプレースを想定した場合の 0.5 テスラ MRI 装置から 1.5 テスラ MRI 装置へのリプレースに伴う診療報酬単価増加による医業収入の増加分により、新規導入機器の初期費用及び維持費用の増額分を負担吸収可能であるかどうかの検討
- ③ 医業収入の増加分による負担吸収が困難な場合、検査件数を現状の検査件数と比較してどの程度増加させる必要があるかの検討

6-3-3 シミュレーションにおける前提条件

今回のシミュレーションを行う前提条件は以下の通りである。

医業収入である診療報酬は、表 6-1 に示すとおり 2012 年 4 月改訂後の 0.5 テスラ MRI 装置及び 1.5 テスラ MRI 装置の診療報酬点数（社会保険研究所 2012）を利用し、計算においては 1 点につき 10 円を乗じた金額を使用した。

なお、MRI における診療報酬点数は検査部位に限らず同月内の場合は、初回と 2 回目以降の場合の診療報酬が異なる。このため、対象病院の検査実績より算出した値である、初回

検査を月内総検査数の85%、2回目以降検査を月内総検査数の15%に設定した。なお、この比率についてはあくまでも対象病院における実績より算出した数値であるため、他院で使用する場合は各施設における実情に合わせる必要がある。

表 6-1. MRI 検査における診療報酬点数

	0.5 テスラ MRI 装置 (現状)	1.5 テスラ MRI 装置 (新規)	検査数比率
初回	950 点	1,350 点	85%
2 回目以降	760 点	1,080 点	15%

参考資料 5). より抜粋して作成

また、シミュレーション期間は高額医療機器の法定減価償却耐用年数である6年間（大蔵省 1963）に設定をし、これに合わせて初期導入費用の回収期間も同様に6年間に設定した。なお、初期導入費用については機器購入費用及び付帯設備工事費用を想定している。

また、費用については建物の減価償却費用、機器電気費用、操作人件費、保守費用などを計上した。なお、建物の減価償却費用については年間の建物減価償却費用を検査装置（スキャンルーム、操作室、前室、機械室）の床面積割をしたものを使用した。

シミュレーションには、統計分析ソフト R (Ver. 2.15.2) により過去データを用いて構築した Auto Regressive Integrated Moving Average (以下 ARIMA) モデル（谷 2012）による将来6年間（2012年4月～2018年3月の72ヶ月間）分の予測データを使用した。なお、ARIMA モデルによる予測データ作成には2002年4月より2012年3月までの過去10年間の実績値を用いて計算を行った。

なお、対象病院の概略は以下の通りである。

- 札幌市中心部に位置する医療法人病院
- 診療科は整形外科を中心とする単科病院
- 急性期病棟及び回復期リハビリ病棟を有し病床数80床
- 一次救急指定病院

6-4 結果

6-4-1 シミュレーションによる検査数推移

図 6-1 上段に、今回のシミュレーションのモデル作成に使用した MRI 過去検査数データ時系列グラフを、下段には ARIMA モデルより作成した予測検査数データ時系列グラフを示す。

なお、今回使用したデータについては事前に成分分析及び自己相関関数（ACF）、偏自己相関関数（PACF）よりトレンド成分が含まれていることを確認したため、前期階差及び季節階差処理を行い弱定常性とした後 ARIMA モデルを作成している（谷 2012）。また、今回使用した ARIMA モデルとパラメータを図 6-2 に示す。モデルの各パラメータは、簡便性を重視し自動推定により決定した。なお今回は、原系列データに季節性が含まれていると考えられたため通常の ARIMA モデルに季節性を考慮した Seasonal ARIMA（以下 SARIMA）モデルを使用した。

過去検査数は、時期により変動が大きく前半部分と比較すると後半部分は減少気味ではあるものの、全体的な傾向としては平衡～微増傾向にあった。また、SARIMA モデルによる予測データでは過去データの傾向を反映して平衡～微増傾向にあった。

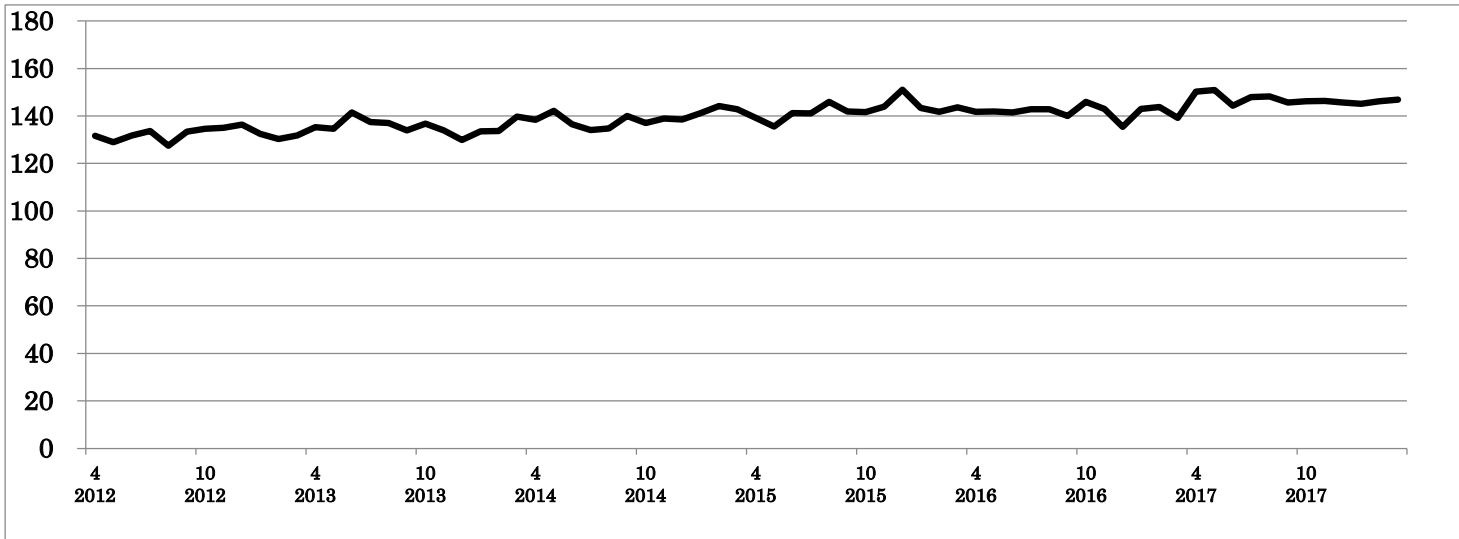
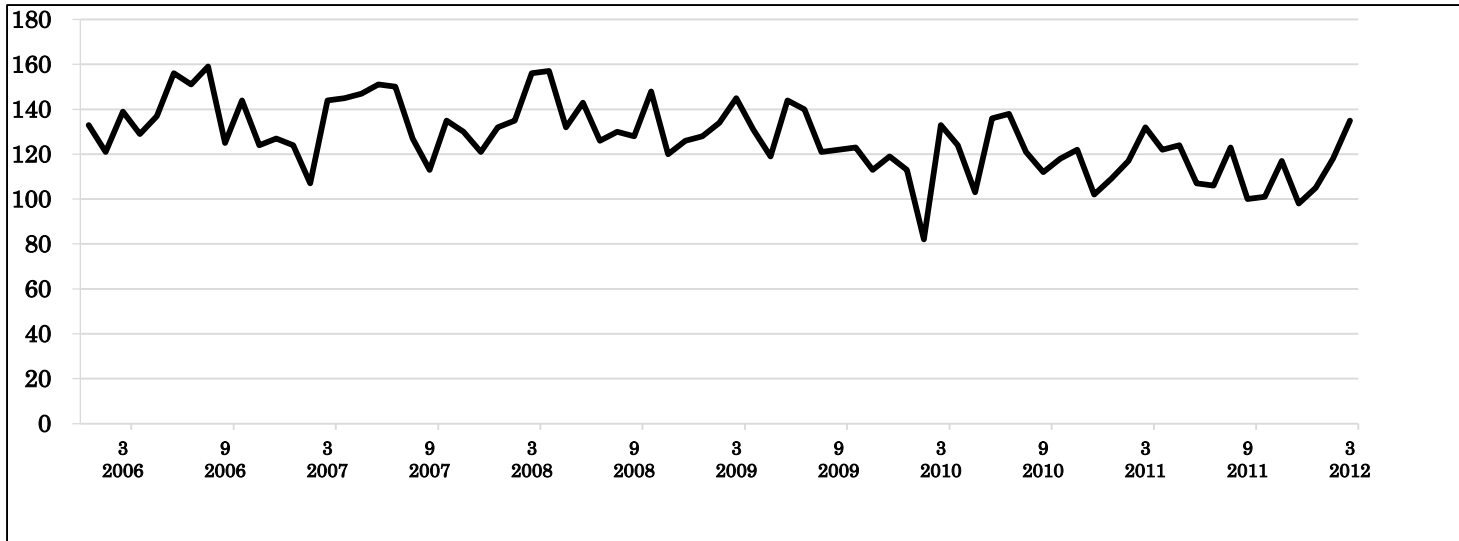


図 6-1 上：過去検査数データ時系列グラフ 下：予測検査数データ時系列グ

SARIMAモデル及びパラメータ

SARIMA(0,0,2)(2,0,1)

Coefficients:				
ma1	ma2	sar1	sar2	sma1
-0.6288	-0.0967	0.0818	-0.1719	-0.8637
s.e. 0.1028	0.1019	0.1663	0.1391	0.2675

sigma² estimated as 149.9: log likelihood=-440.91
AIC=893.81 AICc=894.63 BIC=910.02

図 6-2 今回使用した SARIMA モデル及びパラメータ

6-4-2 現行装置の継続使用及び新装置へのリプレースの各シチュエーションにおける利益による収益性の検討

図 6-3 に旧機種である 0.5 テスラ MRI 装置と新機種である 1.5 テスラ MRI 装置の費用構造の概略を示す。各装置の費用構造については、建物の減価償却費用、機器電気費用、操作人件費においては大きな違いは無かったが、1.5 テスラ装置において機器導入費用が新たに発生したこと、及び磁場強度があがったことにより保守費用が増額していることから費用が増大した。なお、機器導入費用には機器購入費用及び設置費用、付帯設備工事費用などを含んでいる。これにより、0.5 テスラ装置から 1.5 テスラ装置へのリプレースにより MRI 検査の診療報酬単価の増額により医業収入が増加したとしても、費用も増加することにより結果として利益が減少する事となった。

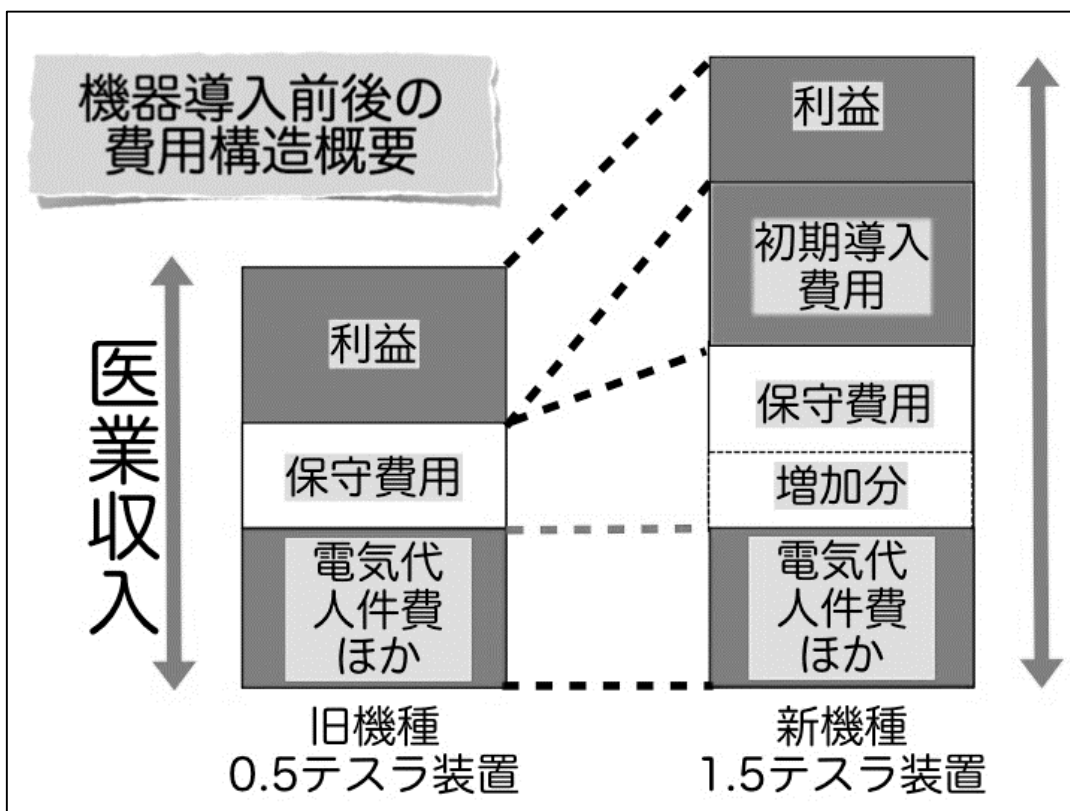


図 6-3 装置導入前後の医業収入と費用構造の概要

6-4-3 機器リプレースを想定した場合の医業収入の増加分による費用増額分を負担吸収可能であるかどうかの検討

図 6-4 に、予測検査数を用いた場合のシミュレーションによる新規導入時の利益額、及び検査数を 10%から 70%まで増加させた場合の利益額変動のグラフを示す。1.5 テスラ装置導入に伴う診療報酬単価の増加により医業収入は増加するものの、初期導入費用や保守費用等の費用もこれまでと比較して増加するため、従来の検査数から予測した検査件数を想定した場合では結果的に利益額は大幅に減少した。このため、この検査数では費用の増加分を医業収入の増加分で負担吸収は不可能であった。

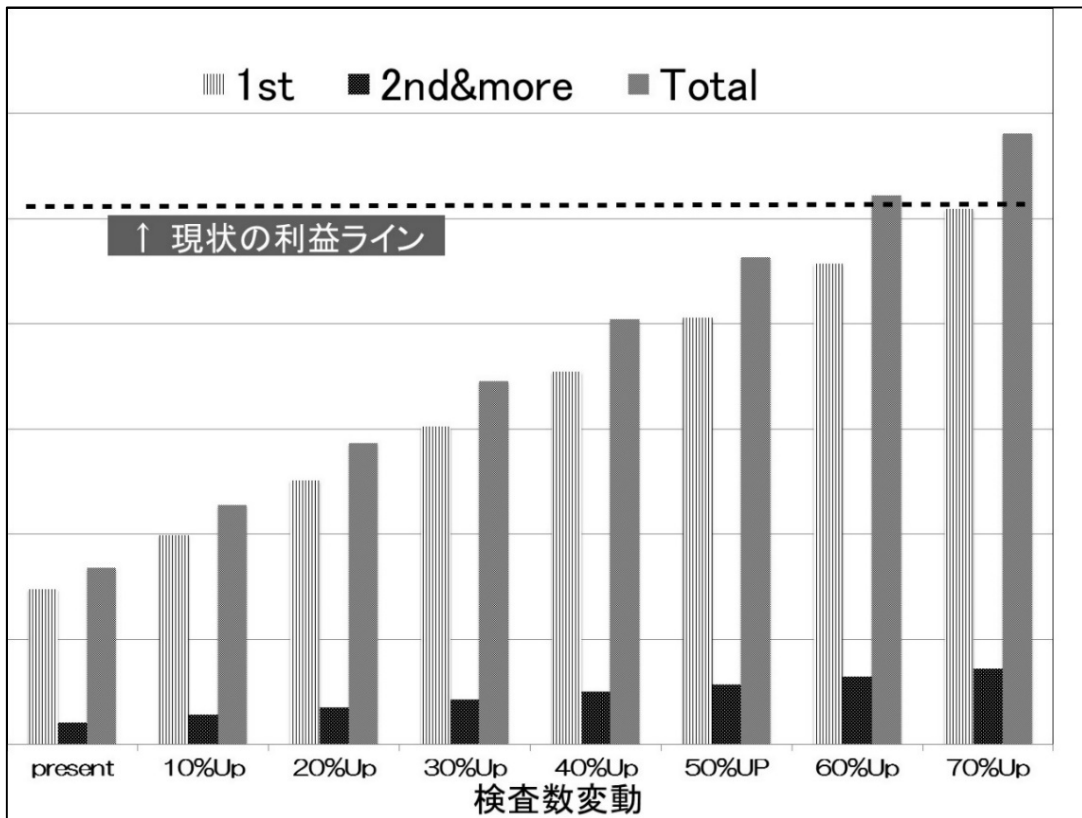


図 6-4 検査件数変動による利益変動グラフ

6-4-4 検査件数をどの程度増加させる必要があるかの検討

図 6-4 において点線は従来の利益ラインを示している。

現状の利益を確保するために検査数をモデルによる予測より 10%から 70%まで増加させた場合、検査数を予測の 60%増加、つまり 1.6 倍まで増加させると現状の利益を確保することが可能となることがわかった。

6-5 考察

6-5-1 現行装置の継続使用及び新装置へのリプレースの各シチュエーションにおける利益による収益性の検討

リプレースによる新規機器導入において、検査単価が増加することにより医業収入は増加する。しかしながら、それに伴い機器初期導入費用や磁場強度が上がることによる保守費等の費用も増加することにより、結果として利益が減少したと考えられる。

このため、これまでの実績検査数を元にした予測検査数においては、機器リプレースによる機器導入費用や保守費等の費用増額分を磁場強度が上がることによる検査単価増加による診療報酬増額分で負担吸収することは困難であった。

この背景としては、これまで検査内容を重視していたことにより対象病院におけるMRI検査一件当たりの検査時間を30分～60分程度と比較的長く設定していたことから検査数自体が抑制気味であったことが大きく関係していると考えられる。

このため、見込める実績検査数が多い場合においては一検査当たりの費用増加負担も軽くなるとは考えられる。しかしながら、従来における検査数が多いとその分従来の利益も多くなることを加味する必要があると考えられる。

以上のことにより、対象病院における現状の検査数を基にした予測検査数では、機器リプレースに伴う費用増加分を診療報酬収入増加分で吸収することは困難であると考えられる。

6-5-2 機器リプレースを想定した場合の医業収入の増加分による費用増額分を負担吸収可能であるかどうかの検討

前項の通り、検査単価の増加を加味しても実績を基にした予測検査数では費用増加分を負担吸収することは困難であった。

しかし、対象病院の現状においては検査時間の都合によるこのような比較的抑制気味の検査数においても利益が確保できていることを考えると、リプレース後も同様な利益確保が望まれるのは、経営上当然のことであると考えられる。

また、現在の装置は17年前の平成9年に導入した装置であることを考えると、新装置では装置自体の機能や性能も向上し、また磁場強度が上がることで一検査当たりの検査時間短縮も期待できる。このため、今回の場合においては検査数の増加を検討することは比較的ハードルは低いと考える。

6-5-3 検査件数をどの程度増加させる必要があるかの検討

図6-4において、点線は従来の利益ラインを示している。

図6-4からも分かるとおり、現状の利益を確保するために検査数を、実績を基にした予測検査数より10%から70%まで増加させてシミュレーションを行った結果、実績

を基にした予測検査数の60%増加、つまり1.6倍まで増加させると現状の利益を確保することが可能であった。対象病院の場合は、前述の理由により旧装置での一検査当たりの検査時間が比較的長めであるが、新装置では機器の進歩や性能アップにより一検査当たりの検査時間の短縮が期待できるため検査数を増加させる事は比較的ハードルが低いと考えられる。加えて、装置のリプレースを機会として検査時間を長くしている主要因でもある検査内容を再検討することにより、検査内容の最適化を図ることですらなる検査時間短縮が期待できると考えている。併せて、一検査当たりの検査時間短縮により、検査予約枠の単位時間の最適化など検査予約システムの改善も見込まれることから対象病院の今回の場合においては検査数を増加させる事については十分対応可能であると考えられた。

以上のことより、経営的視点において今回の対象病院におけるシミュレーションでは機器リプレース後においても現状と同程度の利益を確保するためには、現状から予測する検査件数のままでは困難であり、現状の利益を確保するためには現状より増加させる必要があった。しかし、機器のリプレースにより同時に業務改善などの検査効率の向上が期待できること、さらに、直接的な利益以外にも新たな検査手法の導入、MRI検査画像の画質や検査のスループットの向上などといった他のbenefitを考慮することにより利益低下分をカバーできると考えられる。

しかしながら、検査技術やスループットの向上などの業務改善の度合いを定量評価することはなかなか困難であると感じている。これらのbenefitをどのように定量評価を行い指標として落とし込むかが今後の課題であると考えている。また、今回はシミュレーション期間を減価償却期間と設定したため、過去10年間の実績データを基に将来6年間の検査数予測を行っている。しかし予測を行う場合は長期になれば様々な要因により予測数と実測数が大きく異なってくることも懸念されることからこの点についても今後改善を行っていきたいと考えている。

6-6 結論

今回、医療機器リプレースによる収益性について、業績予測によるシミュレーションを用いた機器導入前後の比較による検討を行った。シミュレーションの結果、機器リプレースにより診療報酬収入は増加するが、それに伴い初期導入費用や保守費用などのコストも増加した。このため今回のシミュレーションでは、従来の検査数を基にした予測検査数では収益性が低下し、コスト増加分の回収を前提とした場合においては、検査件数を現状の

実績を基にした予測検査数の1.6倍以上にする必要があった。これは、新規導入機器においてはリプレースにより新たに機器購入費用や導入に関わる工事費用などイニシャルコストが新たに発生することに起因するためである。このため、検査数の増加を考慮しなければ収益性は悪化するものと考えられる。しかしながら、実際の導入においては直接的な収入である診療報酬の増加以外にも、検査画像の画質、装置の性能の向上、これらによる検査スループットの向上による検査の効率化など他のbenefitも期待できることから、最終的にはこれらのこと含めた総合的な検討が必要であり、各施設における状況や今後の戦略に合わせた導入計画が必要となってくると考える。ただし、これらのbenefitをどのように定量評価していくかは今後の課題である。

また、今回リプレース前の検査数をもとにした予測検査数では利益が大きく減少するのが明確となった。これ自体は、導入費用が発生するためごく当たり前に思えるかもしれないが、実際の臨床の場ではこれらのことが考慮されることはまずない。しかしながらこれにより、利益が大幅に減少し病院経営に影響が出るのは明らかである。

このような利益やコストといった経営指標に対して配慮できるような体制を作っていかなければ病院経営を変革することはできない。このため、一部分だけを見るのではなく全体を俯瞰できるような視点でこれらの検討を戦略的に行っていくべきである。

なお、本章で用いた手法は、医療機器にかかわらず各種の設備投資全般に応用させることが容易であり応用性も高く有用である。

本研究の概要は、2013年11月神戸にて行われた第33回医療情報学連合大会にて報告した。

本章では、経営における戦略的な施策の事例として、本研究の研究成果である【論文】“ARIMA モデルを利用した医療機器更新による収益性の検討”（医療情報学第 35 巻 2 号 2015 P55-61）を提示した。本論文は、中小規模民間病院経営変革に向けた事例の提案として、中小規模民間病院経営変革アプローチにおける要素の中から、内部志向戦略的アプローチにおける経営指標（利益）の適正な把握・職員の意識変革に着目し、利益志向への転換と意識改革に向けた戦略的な事例の提案として、従来売上中心であった病院会計に対して、管理会計の視点より売り上げ中心の考え方の問題点に着目し具体的な事例から利益中心の考え方の必要性を確認することで利益志向へと意識改革をおこなうべき重要性について考察したものである。

本事例で着目した売上志向から利益志向への転換のように、一般的な企業では当然のごとく行われている考え方が、病院特に今回の対象である中小規模民間病院においてはまだまだ行われていなのは前述の通りである。経営環境が厳しくなっていく中で、中小規模民間病院がこれからの生き残りをかけ経営変革を行っていくためには、本事例のようにそれまでの病院業界に於いて当然のごとく行われてきた活動が、実際には経営的にマイナス面を産んでいる点を明確に把握して行くことから考えていかなければいけないだろう。また、今回対象としたのは高額医療機器の場合であるが、本章で提示した考え方は高額医療機器に関わらず設備投資をはじめとした投資行動すべてに当てはめて考えることが可能である。

本章で提示した事例は、病院経営の中でも比較的多く遭遇する事例でありこのようなところから意識改革をスタートさせ、それらを拡大していく過程で経営変革へとつなげていくことが重要であると考えられる。

次章では、これまでの本研究における仮定とアンケート調査結果からの考察、およびインタビュー調査結果からの考察を総合的に判断し、本章で提示した事例も踏まえこれからの中小規模民間病院における経営変革について考察する。

6-7 参考文献

【参考文献】

橋本千代, 別所俊一郎. 「MRI 導入と利用: アンケート調査による検証」 『季刊・社会保障研究』. Vol. 47, No. 2, 2011

今村恵子. 「画像診断分野の医療経済ならびに関連する状況について」. 『医学物理』. Vol. 26, No. 3, 2006

増原宏明, 小西幹彦, 丁井雅美他. 「医療経営における費用配賦の統計学的考察: 観察不可能な費用と有限混合分布モデル」. 『日本医療経営学会雑誌』 Vol. 7, No. 1, 2013.

谷祐児, 小笠原克彦. 「放射線部門における自己回帰和分移動平均 (ARIMA) モデル構築による業務データ分析の試み」. 『日本放射線技術学会雑誌』. Vol. 68, No. 10, 2012

【参考資料】

㈱日本政策投資銀行・㈱日本経済研究所編. 『病院業界事情ハンドブック 2010』 2010

減価償却資産の耐用年数等に関する省令. 昭和四十年三月三十一日大蔵省令第十五号 最終改正: 平成二四年一月二五日財務省令第一〇号.

[<http://law.egov.go.jp/htmldata/S40/S40F03401000015.html> (cited 2013-Nov-20)]

社会保険研究所. 『医科点数表の解釈 平成 24 年 4 月版』. 2012.

第7章 全体考察

本章では、理論的考察および仮説設定、アンケート調査からの考察およびインタビュー調査からの考察を鑑みて、本研究での考察をまとめる。

7-1 理論的考察

第2章では、まず病院経営の先行研究レビューを行うことによりこれまでの病院経営に関する研究における課題を把握した。次に、その課題を解決するために必要な経営学における先行研究のレビューを行った。さらに、経営変革を行う場合において組織および戦略を変革する必要性について考察を行った。

病院経営に関する先行研究レビューにおいて、これまでの病院経営に関する先行研究での課題として①会計に関する研究における対象制限、②病院規模に関する無関心、③対象分野別の研究、④実務的な調査内容、⑤医療者の視点での病院経営研究といった課題が浮き彫りとなった。これらの課題から、中小規模民間病院の経営変革に関する研究の必要性が明確となった。病院経営の特徴を考えた場合、外部環境の変化に大きく影響を受けるという特徴から、経営変革を考える上での基礎的な理論としてコンティンジェンシー理論が考えられた。この、コンティンジェンシー理論を病院経営に当てはめて考えていく中で重要となってくるのが環境変化への適応を考える上で必要となる組織変革であった。この組織変革を進めていく上で、組織プロセス論をもとに組織変革を考えた場合、成功要因として必要となるものが明確な戦略策定であった。これにより、組織が一丸となって行動することが可能となる。

以上のことから、中小規模民間病院における経営変革に必要な2つの大きな方向性を考えると、戦略と組織における変革論であった。これは、組織を外部環境に適応させるために柔軟な組織変革を行いその目的を達成するために、適切かつ明確な戦略が必要となってくるためである。また、2つの視点として外へのアプローチおよび内へのアプローチを考えることは、これからの中小規模民間病院における経営を考えていく上で重要な視点となる。このため、中小規模民間病院での経営変革を考えた場合、組織的および戦略的、あるいは内部志向および外部志向という視点で検討することにより、病院経営変革に向けた仮説を検討することができる。以上のことを踏まえ、中小規模民間病院にフォーカスしたことにより経営変革に対する課題および仮説が明確になったことからフレームワークの設定が可能となった。

7-2 フレームワークの設定からの考察

第3章では、理論的視点に基づき経営変革に対するアプローチ分類モデルを形成し、形成した経営変革に対するアプローチ分類モデルを用いて、今回対象とした厚生労働省「医療施設経営安定化推進化事業」で扱われたケーススタディーでの経営改善事例における経営変革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た。

経営変革アプローチの方向性については、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内部志向のみならず外部志向アプローチも数多く存在すると考えられるが、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志向アプローチへの、平成24年度ケースにおいては外部志向アプローチへの分類が多くなる傾向があった。これには、

- 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 경우가少ないことに起因する
- ② 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ことに起因する

と考えられた。

経営変革アプローチの内容については、戦略的アプローチと組織的アプローチがバランスよく分類されたことは、変革管理においては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、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た。

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では、今回設定した経営変革に対するアプローチ分類のタイプ分類モデルに対する利用の有用性が示唆され、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ビンの3段階変革プロセスモデルとの間には、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変革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、これらの中小規模民間病院の経営変革アプローチは、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段階プロセスモデルとの間においても、これら中小規模民間病院の経営変革アプローチは適合性を担保しており説明が可能であると考えられた。

7-3 アンケート調査からの考察

第4章では、第3章において仮説として設定したフレームワークの有用性とその重要要素の特定のために、実際の中小規模民間病院に対してアンケート調査から、中小規模民間病院における経営変革をスムーズに行えるためのその変革ロジックの構築や経営戦略の立案や実行における重要要件の抽出などにより中小規模病院の経営に対する貢献を目的として考察を行った。

まず、代表指標と設定した直近5年間の経営状況印象を被説明変数とした各アンケート調査項目に対する相関分析の結果から、病院経営変革には①経営戦略の明確化のための経営計画立案の必要性、②組織体制充実化のためのモチベーション向上施策のおよび職員獲得施策の積極的な実施の必要性、③外部へのアプローチの実施と充実化のための外部企業との連携やマーケティング部署設置へ向けた取り組みの必要性が判明した。

次に、外部環境の適応力を示す指標を設定しその指標により外部適応力の高い病院と外部適応力の低い病院にクラスタリングを行い、それらの比較により経営変革のために必要な要素の抽出を試みた。その結果、病院経営変革に対して、①経営戦略の明確化のための年度予算や事業計画立案といった経営計画立案の必要性、②組織体制充実化のための職員獲得に対する取り組みや職員教育システム、職員研修制度の充実化の必要性、③外部に向けた経営戦略の実施と情報公開の必要性が判明した。

以上2通りの分析により判明したこれらの結果は、フレームワークの設定にて提示した外部・内部志向および戦略的・組織的志向の各セグメントに対して、それぞれ対応するものであり、フレームワーク自体の有効性もまた確認することができ、病院経営変革においては、本研究で提唱したフレームワークを活用して病院経営変革の方向性を4つの視点からアプローチを検討することは有用であることが確認された。と同時に、これまであまり重要視されてこなかった組織外部に対する働きかけの重要性も示唆された。

内部志向戦略的においては、事業計画立案や年度予算策定といった項目から戦略立案の必要性が示唆されていた。これは、経営状況が芳しくない病院における経営上の課題である経営計画によっても裏打ちされた結果であった。さらに、病院全体として明確な戦略を定め実行していく必要があり、中小規模病院の保有するリソースの制限を勘案して考えた場合大きく2つの方向性に分けられるであろう。

1つ目は、診療科単科または少数でかつ高度医療を提供している病院において選択されるべき高度技術特化型病院であり、自分たちの病院の強みを的確にとらえ、その強みを最大限に活用することで病院経営変革を行っていくもの、2つ目は、複数の診療科を有し特定の技術に特化せず他の病院や診療所との連携を重視したネットワーク対応型病院であり、自分たちの病院で提供できるサービスと外部で補完するサービスを的確にとらえ、外部とのネットワークを最大限活用することにより病院経営変革を行っていくものである。これらの改革を実施するためには、次の組織的な対応も欠かせない。

内部志向組織的においては、職員獲得への積極的な施策の実行、その後の職員の意識改革や職員教育システムの強化、職員研修制度の充実など、病院における最大のリソースである人材を最大限活用することで前述の戦略を実行、実現することが可能になるであろう。

外部志向戦略的においては、これまでの受け身的な戦略や戦略の方向性を自組織内にとどめるのといったことから発展し、病院においてはこれまであまり注目されてこなかったマーケティングや、病院の顧客である顕在的および潜在的患者に対する直接的あるいは間接的なアプローチの実施が必要となってくるであろう。

外部志向組織的においては、厚生労働省が推し進めている施策である病病連携や病診連携、あるいは地域包括ケアによる他病院または診療所との連携の重要性が今後さらに高まっていくであろうと予測される。また、自院の強みの活用を考えた場合、病院組織との連携だけではなく介護施設や一般企業との連携も視野に入れてネットワークを構築、強化する必要があるであろう。

しかし、今回のアンケート調査の結果では、本研究で設定したフレームワークでの各視点は病院経営変革に対する方向性として確認することはできたものの、その要素の特定までにはサンプル数の制限から至っていないため、5章のインタビュー調査を実施した。

7-4 インタビュー調査からの考察

5章では、これまでの理論的考察およびアンケート分析結果を踏まえその要素の特定のための情報補完を目的とした実際の病院へのインタビュー調査を実施し、その要素の特定のための情報補完から中小規模病院の病院経営変革における要素特定を行った。具体的には各ケース病院へのアンケート結果およびインタビュー調査から得られた知見を3章で設定したフレームワークにあてはめ各項目を要素でまとめることにより考察を行った。

その結果、1).内部志向戦略的アプローチにおいては、①経営指標の適正な把握（売上、費用、利益、キャッシュフロー）、②外部環境変化への迅速な対応、③適正な法人形態の選択、④経営戦略の明確化（診療科特化型／ネットワーク連携型／複合型）、⑤目標管理と評価制度（ツールの活用）、⑥院内での情報共有（IT利活用）の6項目が、2). 内部志向組織的アプローチにおいては、①情報共有・伝達システムの構築、②部署間連携施策、③職員教育システムの充実化、④情報の共有（経営情報、業務情報など）、⑤職員の意識改革施策、⑥組織体制の整備・強化、⑦モチベーション向上施策の7項目が、3). 外部志向戦略的アプローチにおいては①マーケティング施策の1項目が、4). 外部志向組織的アプローチにおいては、①外部リソースの利活用、②外部ネットワーク構築（人的・組織的）、③外部組織との連携構築・強化、④外部からの情報収集の4項目がそれぞれ特定された。

7-5 本研究における考察

本研究では、フレームワークによる仮説設定、アンケート調査、インタビュー調査により設定したフレームワークの有用性および各要素における重要事項の抽出を行った。

第2章でこれまでの病院経営に関する先行研究での課題として、①会計に関する研究における対象制限、②病院規模に関する無関心、③対象分野別の研究、④実務的な調査内容、⑤医療者の視点での病院経営研究といったことを考察した。これらにより中小規模民間病院にフォーカスした病院経営変革研究の必要性が確認された。

病院経営を考えた場合、その規模や経営母体に関わらず病院経営に大きな影響を与える要因として外部環境の変化が考えられる。具体的には、国や厚生労働省などによる我が国の医療政策に関する方針変更、診療報酬の改定、国民意識の変化、社会的経済要因等である。この外部環境の変化に大きく影響を受けるという特徴から、経営変革を考える上での基礎的な理論としてコンティンジェンシー理論が考えられた。コンティンジェンシー理論の有用性は金井らにより報告されている(金井 2004)。このコンティンジェンシー理論を、病院という組織で考えてみると、前述の外部環境は、非常に短いスパンでの社会の動きや政策の変化を反映しており非常に不確実性が高く、各病院組織は規模によらずこれらへの適応や対応を求められていることから本理論の適応が考えられる。また、病院組織にはこれら環境変化への対応のために柔軟な組織構造と分散化された意思決定が必要とされている。したがって、Lawrence らが示している通り不確実性の高い環境においても成果をあげることができる組織は、各部門の専門性を高め、これと同時に起こりうる組織全体の調整を推進する機能により対応することができる組織であると考えられる。これらを実現す

するためには、組織変革が必要でありこの組織変革を進めていく上で、組織プロセス論をもとに組織変革を考えていった場合、成功要因として必要となるものが明確な戦略策定であった。これにより、組織が一丸となって行動することが可能となる。

以上のことから、外部環境の変化に対する対応を考えると組織変革を前提とした組織的な施策の必要性、それらを有効に実施するために必要な戦略を前提とした戦略的な施策の必要性が考えられた。これにより、中小規模民間病院における経営変革に必要な2つの大きな方向性を考えると、戦略と組織における変革論であると考えられる。これは、組織を外部環境に適応させるために柔軟な組織変革を行いその目的を達成するために、適切かつ明確な戦略が必要となってくるためである。また、2つの視点として外へのアプローチおよび内へのアプローチを考えることは、これからの中小規模民間病院における経営を考えていく上で重要な視点となる。このため、中小規模民間病院での経営変革を考えた場合、組織的および戦略的、あるいは内部志向と外部志向という視点で検討することにより、病院経営変革に向けた仮説を検討することができる。以上のことを踏まえ、中小規模民間病院にフォーカスしたことにより経営変革に対する課題および仮説が明確になったことからフレームワークの設定が可能となった。

このフレームワークは、経営変革アプローチの方向性から内部および外部志向、経営変革アプローチの内容から戦略的および組織的の設定を行い検討を行ったところ、経営状況が良いと考えられる中小規模民間病院は4つのフレームでのアプローチのうち、3つのフレームでのアプローチが重要であることが確認された。また、残り1つの外部志向戦略的アプローチは主にマーケティング活動を示しているが、これまで中小規模民間病院ではあまり注目されてこなかったアプローチであるためこのような結果が得られたと考えられる。ここで、各フレームのアプローチをそれぞれ考察していくこととする。

7-5-1 内部志向戦略的アプローチ

組織が活動していく中で、戦略が非常に重要なことは言うまでもない。これは、Chandlerの「組織は戦略に従う」という言葉にも裏付けられる。しかしながら、病院においても戦略が重要であることには変わりはない²⁹(Porter 2009, 田中 2009, 木村 2012, 大崎 2012)。しかし、現状多くの中小規模民間病院は戦略どころか理念すら掲げているだけの病院が多い。今回の結果においては、事業計画立案や年度予算策定といった項目から戦略立案の必

²⁹ Porter 2009 pp.225~226.

要性が示唆されていた。これは、経営状況が芳しくない病院における経営上の課題である経営計画によっても裏打ちされた結果であった。また、患者集客施策やコスト対策といった要素は経営戦略が明確化していないと対応が難しいものであり、また、小手先の施策で行えるものでは無く病院全体として明確な戦略を定め実行していく必要がある。この戦略としては、中小規模病院の保有するリソースの制限を勘案して考えた場合大きく2つの方向性に分けられるであろう。

1つ目は、診療科単科または少数でかつ高度医療を提供している病院において選択されるべき高度技術特化型病院であろう。これは、自分たちの病院の強みを的確にとらえ、その強みを最大限に活用することで病院経営変革を行っていくものである。

2つ目は、複数の診療科を有し特定の技術に特化せず他の病院や診療所との連携を重視したネットワーク対応型病院であろう。これは、自分たちの病院で提供できるサービスと外部で補完するサービスを的確にとらえ、外部とのネットワークを最大限活用することにより病院経営変革を行っていくものである(白木 2013)。これらの改革を実施するためには、次の組織的な対応も欠かせないものであり、今回ターゲットとしている中小規模民間病院の経営変革において、明確な戦略は必要不可欠なものであり必ず検討すべきものである。

また、場合によってはこの2つを組み合わせた複合型も考えらえる。これは、中小規模民間病院の中でも比較的規模が大きい150床以上の病院でかつ診療科を複数有している高度急性期医療を提供している病院などは、高度技術特化型で高度な医療を提供しつつ、他院とのネットワークを構築し役割を補完し合うことでより病院としての効率性を向上させるとともに自院を中心とした医療ネットワークを構築するものである。

7-5-2 内部志向組織的アプローチ

一般的な組織と同様、病院組織においても組織体制は非常に重要である。病院組織の特徴として、国家資格を保有した専門職が多いことから部署間の交流が薄い縦割れ組織となる場合が多く見受けられる。しかしながら、業務においては各部署に相互依存性があり、またビジョンを共有できるようなシステムも必要とされ、さらに組織を先導するリーダーシップも重要であるといわれている (Porter 2009, 木村 2012)。さらに、一戸は①患者安全、②評価・基準、③教育・研修が重要な因子でありこれらの各因子が影響し合い、ベストプラクティスにつながっていくと述べている³⁰ (一戸 2012)。中小規模民間病院の経

³⁰ 一戸 2012 pp.328-331.

営変革についても例外ではなく、職員獲得への積極的な施策の実行、その後の職員の意識改革や職員教育システムの強化、職員研修制度の充実など、病院における最大のリソースである人材を最大限活用することで前述の戦略を実行、実現することが可能になることから、中小規模民間病院の経営変革において必要となると考えるべきである。

7-5-3 外部志向戦略的アプローチ

インタビュー調査においても確認できたが、これからの中小規模民間病院においては戦略を立案するうえでもこれらマーケティングは重要であることは中小企業と同様である³¹ (田中 2002)。このような、医療におけるマーケティングの重要性は、昨今とみに注目されるようになり Kotler をはじめとして経営学者も医療機関のマーケティングの重要性を提唱している³² (Kotler 2002)。また、病院経営においても同様に指摘され始めている³³ (Herzlinger 2000, 石井ら 2006, 今村ら 2006)

外部志向戦略的においては、これまでの受け身的な戦略や戦略の方向性を自組織内にとどめるのといったことから発展し、病院においてはこれまであまり注目されてこなかったマーケティングや、病院の顧客である顕在的および潜在的患者に対する直接的あるいは間接的なアプローチの実施が必要となってくるであろう。これからの中小規模民間病院の経営変革においては必ず必要となってくると考えるべきである。

7-5-4 外部志向組織的アプローチ

一般的な組織論においても、組織が成長し存続していく中で他の組織は重要な環境の一つであり、組織間関係の調整が大切であるといわれている³⁴ (山倉 1993)。また病院においても、自身が持ちえない機能がある場合他の医療機関へのスムーズな連携は不可欠だといわれている³⁵ (一戸 2012)。特に中小規模民間病院の場合、保有しているリソースは限られているため他の医療機関との連携は必要不可欠である (若林 2013, 野中 2013)。さ

³¹ 田中 2002 p.23.

³² Kotler 2002 pp.1~28.

³³ Herzlinger 2000 pp.3~22.

³⁴ 山倉 1993 p.86.

³⁵一戸 2012 pp.25-50.

らに、厚生労働省が推し進めている施策である病病連携や病診連携、あるいは地域包括ケアによる他病院あるいは診療所との連携の重要性は今後さらに高まっていくであろうと予測される（井上 2002）。また、自院の強みの活用を考えた場合、病院組織との連携だけではなく介護施設や一般企業との連携も視野に入れてネットワークを構築強化する必要があるであろう。これからの中小規模民間病院の経営変革においてはこれまで以上に重要となってくると考えるべきである。

7-5-5 中小規模民間病院における経営変革

本研究の考察を総括すると、これからの中小規模民間病院の経営変革に必要なことが明確となる。

組織が活動していく中で、戦略が非常に大切なのは言うまでもない。これは、Chandlerの「組織は戦略に従う」という言葉にも裏付けられる。しかし、現状多くの中小規模民間病院は戦略どころか理念すら掲げているだけの病院が多い。経営変革を実施するためには、明確な戦略は必要不可欠なものであり必ず考えていくべきものである。これは組織変革を行っていく上でも明確な事実であろう。また、一般的な組織と同様、病院組織においても組織体制は非常に重要である。それは、病院における最大のリソースである人材を最大限活用することで前述の戦略を実行、実現することが可能になることから、中小規模民間病院の経営変革において必要となると考えるべきである。また、これからの中小規模民間病院においては戦略を立案するうえでもこれらマーケティングは重要である。このような、医療におけるマーケティングの重要性は、昨今とみに注目されるようになり Kotler をはじめとして経営学者もマーケティングの重要性を提唱している（Kotler 2002）。これまでの受け身的な戦略や戦略の方向性を自組織内にとどめるのといったことから発展し、病院においてはこれまであまり注目されてこなかったマーケティングや、病院の顧客である顕在的および潜在的患者に対する直接的あるいは間接的なアプローチの実施が必要となってくるであろう。これからの中小規模民間病院の経営変革においては必ず必要となってくると考えるべきである。また、中小規模民間病院は保有しているリソースは限られているため他の医療機関との連携は必要不可欠である。さらに、厚生労働省が推し進めている施策である病病連携や病診連携、あるいは地域包括ケアによる他病院あるいは診療所との連携の重要性は今後さらに高まっていくであろうと予測される。

本研究により、これからの中小規模民間病院の経営変革には、本研究が提示したフレームワークにおける4つのアプローチが必要であることが明らかとなった。そのアプローチ

とは、①内部志向戦略的アプローチ、②内部志向組織的アプローチ、③外部志向戦略的アプローチ、④外部志向組織的アプローチである。これらのアプローチは、どれか一つを実行すれば良いというわけではなく4つのアプローチを各病院の置かれている環境や、各病院が保有する経営資源、弱みや強みに合わせて実施する必要がある。

また、各項目で最も重要となる要素は、①内部志向戦略的アプローチでは明確なビジョンや経営戦略の決定、②内部志向組織的アプローチでは職員の積極的な獲得と教育研修システムの充実、組織的な職員の意識改革、③外部志向戦略的アプローチではマーケティング活動の強化、④外部志向組織的アプローチでは病院以外の組織も含めた他組織とのネットワークの構築と強化である。もちろん、これらの具体的な内容は各病院の置かれている環境や、診療科、病床数などにより異なってくるものではある。しかしながら、これらのことを病院毎に適切な内容を実施することにより経営変革が望めるであろうと考える。

7-6 参考文献

Michael E. Porte, 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

Philip Kotler, Thomas Haye, Paul N. Bllom, *Marketing Professional Service Second edition*, 白井義男監修, 平井祥訳, 『コトラーのプロフェッショナル・サービスマーケティング』, ピアソンエデュケーション, 2002

Regina Herzlinger, “Market-Driven Health Care”, 岡部陽二監修, 武田悦子訳, 「医療サービス市場の勝者」, 『シュプリンガー・フェアラーク東京』, 2000

石井友二, 杉本浩, 『ブランドな病院尾時代』, アスカビジネスカレッジ, 2006

一戸真子 『ヘルスケアサービスの質とマネジメント』 社会評論社 2012

井上淳子, 富田健司, 「地域医療機関とのネットワーク構築: 亀田総合病院の事例から」, 『医療と社会』 Vol.11, No.3 2002

今村知明, 康永秀生, 井出博生, 『医療経営学第2版』, 医学書院, 2006

木村憲洋+医療現場を支援する委員会, 『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]』 日本医療企画 東京 2012年

金井壽宏, 高橋潔, 『組織行動の考え方』 東洋経済新報社, 2004

野中博, 「地域連携と中小病院 医師会の立場から」, 『病院』 Vol.72, No.3, 2013

大崎美泉, 「病院経営における経営戦略の展開について」, 『大分大学経済論集』, Vol.64 2012

白木秀典, 「複合型経営の中小医療法人の経営・収益性を考えるフレームワーク仮説」, 『保健医療経営大学紀要』 No.5 2013

田中滋, 古川俊治, 『MBA の医療・介護経営, 医学書院』, 2009

田中道雄, 白石善章, 佐々木利廣, 『中小企業経営の構図』 税務経理協会 2002

若林隆久, 勝又壮太郎. 「戦略的提携ネットワークの形成要因: 産業要因か, 企業要因か, ネットワーク要因か?」. 『組織科学』. Vol47, No.1, 2013

山倉健嗣. 『組織間関係』, 有斐閣, 1993

第8章 本研究の結論

8-1 本研究の結論

昨今、医療機関の経営は困難さを増してきたなか、医療機関が安定した経営を行う上で必要な収益を確保するためには医療の質を担保させる必要性がある。しかし、これを実現するためにはコストの高騰を招くこととなり収益性を確保することが困難となってきた。大規模病院であれば採算性や収益性が高い診療科や部署が、採算性や収益性が低い診療科や部署をカバーすることにより全体としての収益性を確保することが可能であるが、医療現場の最前線を担っている中小規模病院においてはその規模のため多くの診療科をカバーすることは現実的には難しい。このような状況において、中小規模民間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にも関わらず、過去20年間で全国病院総数の約1割が減少しておりその減少分の大部分を200床未満の中小規模病院が占めている(厚生労働省 2012)。

特に中小規模の病院が安定した経営を行っていくためには、各病院において明確な経営戦略や施策の立案及び実行や、さらに各医療機関の状況に即した組織マネジメントが必要となるが、いまだ多くの中小規模病院においては明確なビジョンすら打ち出されていないのが現状である。昨今の外部環境の変化により経営環境が悪化している現状においては組織を存続させていくだけでも困難を極めており、また、今後必要となる意識改革やマーケティングなどそれまでの方法を大きく変えなければならない状況においても、変革を行うこと自体が難しいことが多い。このため、中小規模民間病院において経営変革を行っていくための変革に必要な体系を明らかにすることで、このような変化をスムーズに行うための経営変革ロジックの構築、経営戦略の立案や実行における重要要件の抽出などにより中小規模病院の経営変革に対して貢献することを目的として本研究を行った。

その手法として理論的考察から導かれた中小規模民間病院経営変革に向けた独自のフレームワークを既存のケーススタディーを利用して仮説として設定し、その有用性をアンケート調査およびインタビュー調査により確認した。さらに、アンケート調査およびインタビュー調査より中小規模民間病院の経営変革に必要な要素の特定を行った。

フレームワークは、経営変革アプローチの方向性から内部および外部志向、経営変革アプローチの内容から戦略的および組織的と設定を行い検討を行ったところ、経営状況が良いと考えられる中小規模民間病院は4つのフレームでのアプローチのうち、3つのフレーム

でのアプローチが重要であることが確認された。また、残り1つの外部志向戦略的アプローチは主にマーケティング活動を示しているが、これまで中小規模民間病院ではあまり注目されてこなかったアプローチであるためこのような結果が得られたと考えられる。

組織が活動していく中で、戦略が非常に重要なことは言うまでもない。これは、Chandlerの「組織は戦略に従う」という言葉にも裏付けられる。しかしながら、病院においても戦略が重要であることには変わりはない（Porter 2009, 田中 2009, 木村 2012）。しかし、現状多くの中小規模民間病院は戦略どころか理念すら掲げているだけの病院が多い。内部志向・戦略的アプローチにおいては、事業計画立案や年度予算策定といった項目から戦略立案の必要性が示唆されていた。これは、経営状況が芳しくない病院における経営上の課題である経営計画によっても裏打ちされた結果であった。また、患者集客施策やコスト対策といった要素は経営戦略が明確化していないと対応が難しいものであり、また、小手先の施策で行えるものでは無く病院全体として明確な戦略を定め実行していく必要がある。この戦略としては、中小規模病院の保有するリソースの制限を勘案して考えた場合大きく2つの方向性に分けられるであろう。1つ目は、診療科単科または少数でかつ高度医療を提供している病院において選択されるべき高度技術特化型病院であろう。2つ目は、複数の診療科を有し特定の技術に特化せず他の病院や診療所との連携を重視したネットワーク対応型病院であろう。これらの改革を実施するためには、次の組織的な対応も欠かせないものであり、今回ターゲットとしている中小規模民間病院の経営変革において、明確な戦略は必要不可欠なものであり必ず考えていくべきものである。また、場合によってはこの2つを組み合わせた複合型も考えらえる。

一般的な組織と同様、病院組織においても組織体制は非常に重要である。病院組織の特徴として国家資格を保有した専門職が多いことから部署間の交流が薄い縦割れ組織となる場合が多く見受けられる。しかしながら、業務においては各部署に相互依存性があり、またビジョンを共有できるようなシステムも必要とされ、さらに組織を先導するリーダーシップも重要であるといわれている。（Porter 2009, 木村 2012）

さらに、一戸は①患者安全、②評価・基準、③教育・研修が重要な因子でありこれらの各因子が影響し合い、ベストプラクティスにつながっていくと述べている（一戸 2012 P328-331）。中小規模民間病院の経営変革についても例外ではなく、内部志向組織的アプローチにおいては、職員獲得への積極的な施策の実行、その後の職員の意識改革や職員教育システムの強化、職員研修制度の充実など、病院における最大のリソースである人材を

最大限活用することで前述の戦略を実行、実現することが可能になりことから、中小規模民間病院の経営変革において必要となる。

これからの中小規模民間病院においては戦略を立案するうえでもこれらマーケティングは重要である。このような、医療におけるマーケティングの重要性は、昨今とみに注目されるようになってきた。

外部志向戦略的アプローチにおいては、これまでの受け身的な戦略や戦略の方向性を自組織内にとどめるのといったことから発展し、病院においてはこれまであまり実行されてこなかったマーケティングや、病院の顧客である顕在的および潜在的患者に対する直接的あるいは間接的なアプローチの実施が必要となってくるであろう。一般的な組織と同様に、また病院においても自身が持ちえない機能がある場合他の医療機関へのスムーズな連携は不可欠だといわれている³⁶（一戸 2012）。外部志向組織的アプローチでは、中小規模民間病院においては保有しているリソースは限られていることから他の医療機関との連携は必要不可欠である。さらに、病病連携や病診連携や地域包括ケアによる他病院あるいは診療所との連携の重要性は今後さらに高まっていくであろう。また、自院の強みの活用を考えた場合、介護施設や一般企業との連携も視野に入れてネットワークを構築強化する必要があるであろう。これからの中小規模民間病院の経営変革においてはこれまで以上に重要となると考えるべきである。

これからの中小規模民間病院の経営変革には、本研究で提示したフレームワークにおける4つのアプローチが必要であることが明らかとなった。そのアプローチとは、①内部志向戦略的アプローチ、②内部志向組織的アプローチ、③外部志向戦略的アプローチ、④外部志向組織的アプローチである。これらのアプローチは、どれか一つを実行すれば良いというわけではなく4つのアプローチを各病院の置かれている環境や、各病院が保有する経営資源、弱みや強みに合わせて実施する必要がある。

また、各項目で最も重要となる要素は、①内部志向戦略的アプローチでは明確なビジョンや経営戦略の決定、②内部志向組織的アプローチでは職員の積極的な獲得と教育研修システムの充実、組織的な職員の意識改革、③外部志向戦略的アプローチではマーケティング活動の強化、④外部志向組織的アプローチでは病院以外の組織も含めた他組織とのネットワークの構築と強化である。

³⁶ 一戸 2012 pp.25-50.

もちろん、これらの具体的な内容は各病院の置かれている環境や、診療科、病床数などにより異なってくるものではある。しかし、これらのことを病院毎に適切な内容を実施することにより経営変革が望めるであろうと考える。

8-2 本研究のインプリケーション

本研究のインプリケーションは、以下の通りである。

1点目として、中小規模民間病院にフォーカスし中小規模民間病院における経営変革に対する新たな独自のフレームワークを提案し、そのフレーム内の各アプローチにおける要因を明らかにした点である。

我が国の病院は前述の通りその多くである全体の約7割が200床未満の中小規模病院が占めている。民間病院は医療サービスの提供という点においては公的な病院同様社会的な意義を有するものの、その経営は各病院に任されており、これらの中小規模民間病院は、医療の最前線を担っているにもかかわらず経営効率が悪いと考えられる。しかしながら、これら中小規模民間病院はその継続性が求められることから経営変革の必要があることは言うまでもない。本研究では、この点に着目し民間病院の中でも特に中小規模病院にフォーカスして経営変革のためのフレームワークを提案し、そのフレームの各アプローチにおける要因を明らかにしたことにより、中小規模民間病院の経営変革への貢献が期待できる。

2点目として、簡便な経営パフォーマンスを表す指標として外部環境の適応力を示す指標を設定した点である。本指標は、診療報酬改定前後における対前年度比売上に着目し①前年より売上が伸びる場合（対前年度比売上がプラスの場合）、②売上が前年度より落ちるが落ち幅は最低限にとどめる場合（対前年度比売り上げが限りなくゼロに近い場合）、③経営が良好であるため診療報酬改定前年度の対前年度比売り上げはプラスでなければならないという条件設定の下、以上の諸条件を表現できる指標を直近の診療報酬改定の前後である2013年度および2014年度の対前年度比売上の和を取り、その結果から外部環境適応度を判断する簡便な指標である。このような簡便に求めることができる経営パフォーマンスを示す指標を設定したことは、中小規模民間病院の経営変革への貢献が期待できる。

8-3 本研究の課題

本研究の課題としては、主に2点考えられる。

一点目は、データ収集の限界である。

本稿は、アンケート調査およびインタビュー調査より得られたデータを分析することにより研究を行っている。一般的に、民間病院は自治体病院などの公立病院とは違い、財務データはもとより経営に関連するデータは量的、質的に限らず入手が困難である。今回の研究においても例外ではなく、経営に関する直接的な財務データは入手が困難であったため、間接的な財務データとして対前年度比データを収集し分析を行った。しかし、この間接的データでは時系列的な動きはわかるものの相対的な値であり、どの程度の収益性かを判断するのが難しい。この点は注意すべき点である。

二点目は、サンプリングバイアスである。

本研究におけるアンケート調査は、北海道を中心に約330病院に対して実施し回収率が約23%であった。郵送アンケートであることを考えると回収率は決して低くない数字であるものの、絶対数としてのサンプル数は分析を行う上では少ない印象をぬぐえない。このため、当初予定していた分析手法（主成分分析、因子分析、共分散構造分析）などはそのサンプル数による制限のためと考えられるがに結果が収束しなかった。また、アンケート調査において一部の項目で全国的な調査結果と大きな相違がないこと確認してはいるが、サンプルが北海道に偏っていることによる地域的なバイアスを産む可能性は否定できない。併せてインタビュー調査が北海道内の病院に限定されたことも地域的なバイアスを産む可能性を否定できない。この点においても注意が必要であると考えられる。

8-4 今後の展望

我が国の中小規模民間病院は、約4,000病院存在する。今回の研究では、その予算規模からすべての中小規模民間病院を調査することは不可能であったため、1割弱の北海道を中心とした病院を対象とした調査により研究を進めていった。その結果、一定の成果は得られたものの、今後はその対象を全国の中小規模民間病院へと拡大しより一般的な理論を構築していきたいと考えている。

8-5 参考文献

【参考文献】

Michael E. Porte, 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 pp.225-226.

Philip Kotler, Thomas Haye, Paul N. Bllom, Marketing Professional Service Second edition, 白井義男監修, 平井祥約, コトラーのプロフェッショナル・サービスマーケティング, ピアソンエデュケーション, 2002 pp.1-28.

Regina Herzlinger, Market-Driven Health Care, 岡部陽二監修, 武田悦子訳, 医療サービス市場の勝者, シュプリンガー・フェアラク東京, 2000 pp.3-22.

石井友二, 杉本浩, ブランドな病院尾時代, アスカビジネスカレッジ, 2006 pp.30-50.

一戸真子 ヘルスケアサービスの質とマネジメント 社会評論社 2012

今村知明, 康永秀生, 井出博生, 医療経営学第2版, 医学書院, 2006 pp.125-137.

木村憲洋+医療現場を支援する委員会, 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] 日本医療企画 東京 2012年 p.39

田中滋, 古川俊治, MBAの医療・介護経営, 医学書院, 2009

山倉健嗣. 組織間関係, 有斐閣, 1993

【参考資料】

厚生労働省 医療施設動態調査病院報告 2012

【謝辞】

本研究を進めるにあたり、多くの方々に御世話になりました。ここに深く感謝の意を表します。

研究活動全般にわたり格別なる御指導と御高配を賜りました小樽商科大学 玉井健一教授および伊藤一教授に甚大なる謝意を表します。

先生方の指導を賜ることにより博士論文を完成することができたことを心より感謝いたします。

また、貴重な御教示を賜りました職場の上司でもあり偉大な先輩でもある北海道大学 小笠原克彦教授に心より感謝申し上げます。先生の御助言により研究を進めることができました。誠にありがとうございました。また、併せてご助言をいただきました小笠原研究室の皆様にも感謝申し上げます。

博士課程に進学にあたり応援してくれた妻 千環子そして 娘 未都 ，修了直前に急逝した大学教員の大先輩でもある父 吉雄，様々な場面で応援頂いた母 礼子に深く深く感謝いたします。

本研究にとどまらずこれからも精進を続け、皆々様のご期待に沿えることをここに表明し、これまでのご厚意に重ねて厚く謝意を表し、謝辞といたします

付録 1

【論文】

中小病院経営における会計基準に関する考察（道都大学紀要 第 13 号 2014 年 3 月）

1. はじめに

昨今、医療機関を取り巻く経営環境は、診療報酬のマイナス改定傾向や利用者の受診控えといった外部環境の変化による収入の減少、医療スタッフの必要人員確保のための人件費の増加や、高額医療機器の導入や設備充実のための設備投資の必要性といった内部環境の変化による支出の増加などの影響により、経営状態の悪化による医療機関の倒産も増加傾向にあることや、平成 21 年 6 月期では病院全体の 68.8%の病院が赤字経営であることからわかるように厳しさを増してきている¹⁾。

そのような医療機関にとって厳しい経営環境の中で、医療機関の経営に直結する「会計制度」や「資金調達」に関して注目が集まり、関連する論文もいくつか発表されている^{2)~8)}。「資金調達」に関しては、平成 13 年の厚生労働省「医療機関開設資金調達に関する研究」でも示されている通り、長期資金が必要と考えている医療機関は 6 割に達するがそのうち 4 割が不足しているという結果からもわかるように苦勞している医療機関は少なくない。

一方、病院規模に着目してみると、一般的には病床数により病院規模を分類するケースが多く、病床数が 199 床以下を中小規模病院、200 床以上を大規模病院と分類するケースが多い。我が国における医療提供者である医療機関は、2011 年現在、病院 8,565 施設中 5,709 施設（66.7%）を医療法人が占めており、さらに病床数でみると、199 床以下のいわゆる中小病院が全体の 68.9%を占めている。つまり我が国における医療は、中小規模医療法人病院がその多くを占めていることになり、これら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いっても過言ではない⁹⁾。このような状況下でありながら、先の医療機関における「会計制度」や「資金調達」を論じている論文において、その議論の対象を医療機関の「規模」について言及している論文は筆者が調査した限りでは皆無である。その多くは、公的病院や大学病院、200 床以上の大規模病院を前提として議論をしている場合もまま見受けられ、その規模に関しては考慮されていない場合がほとんどである。

本稿では、この「規模」という点に着目し、先行研究の議論に、特に我が国の医療機関の多くを占める中小規模医療法人病院を対象にした分析を加えたうえで、「資金調達」

をはじめとした経営上の課題の把握のための、医療機関における「会計制度」の重要性と必要性を議論する。

本稿の構成として、まず2節において、医療機関における資金調達の現状について俯瞰する。また、民間病院の多くが医療法人という形態をとっており、これが会計制度にも影響を及ぼすことから3節では医療法人制度について概要を把握する。

さらに、4節では厚生労働省が病院の会計制度の基準として示している「病院会計準則」について俯瞰するとともに問題点を考察し、5節においてはその問題点のポイントとなる医療機関と情報開示について考察する。以上の事を踏まえた上で、6節において医療機関における「会計制度」の重要性と必要性について中小規模医療法人病院に関する視点を加えて考察する。

2. 医療機関における資金調達の現状

度重なる診療報酬の改定や世の中の不景気感が高まる中、それまで安泰であった医療機関にとっても厳しい経営環境の波が押し寄せている中で、医療機関の経営に直結する「会計制度」や「資金調達」に関して注目が集まり、関連する論文もいくつか発表されている²⁻⁸⁾。これらの論文でも一部触れられているが、平成13年の厚生労働省「医療機関開設資金調達に関する研究」における長期資金が必要と考えている医療機関は6割に達するがそのうち4割の病院で長期資金が不足しているという調査結果からもわかる通り資金調達に苦勞している医療機関は少なくない。

我が国では、中小規模医療法人病院がその多くを占めている現状で、多くの病院で入院収入が医業収益の大半を占めていることからわかる通り、その病床規模により経営資源の効率性の影響から各医療機関の経営状況が大きく変わってくる。特に、我が国の医療機関の多くを占める中小規模医療法人病院では医業収入に対する設備投資などの割合も相対的に大きくなり、それにより財務諸表上は過剰投資と捉えられ金融機関からの融資が獲得できない場合も十分考えられる。しかし、例えば医療機器などはそれ自体が医業収入を増加させるだけでなく、診療の質の向上にも貢献することで当該医療機関の経営に大きく寄与することが考えられる。勿論これには、医療スタッフの質に資するところも大きい。

このように、資金調達の苦勞の背景には、医療機関の財務状況をはじめとした様々な経営状況を、金融機関をはじめとした債権者に対して正しく伝えることが出来ていない

事があるということも十分考えられる¹⁰⁾。無論、この問題は病床規模に関係なく起こりうることではあるが、特に中小規模医療法人病院において影響が大きいと推測できる。

「会計制度」や「資金調達」が切実に必要かつ重要なのは、これからの医療機関戦国時代を生き抜くうえでも優秀な人材確保や高性能な医療機器をはじめとした設備投資などが必要であり、そのための「資金調達」を行っていかねばならない中小規模医療法人病院ではないだろうか。

これら資金調達を考える上で、資金調達者である医療機関の組織形態を踏まえなければならない。そこで、次節においてこの医療法人制度について解説する。

3. 医療法人制度

我が国における医療機関は、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
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、医療機関の経営に永続性を付与し、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¹¹⁾¹²⁾。医療法では、第 39 条で医療法人とは、「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には以下のものがある⁷⁾。

- (1) 財団医療法人：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。その財産を基に設立者の意思に従って運営され、設立者には出資持分はなく、持分不払い戻し請求および残余財産請求権は認められていない。
- (2) 社団医療法人：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である。社団医療法人には現在以下の 3 種類の社団医療法人が存在する。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。
 - ① 持分の定めのある社団医療法人（出資額限度法人）：社員に対しその退社時の持分払い戻し請求権及び解散時の残余財産分配請求権が認められている社団医療法人のうち、残余財産分配請求権が払込み済み出資限度額を限度としている。

- ② 持分の定めのある社団医療法人（その他）：社員に対しその退社時の持分払い戻し請求権及び解散時の残余財産分配請求権が認められている社団医療法人のうち、残余財産分配請求権を払込み済み出資限度額に応じて認めている。
 - ③ 持分の定めのない社団医療法人（基金拠出型法人）：社員に対しその退社時の持分払い戻し請求権及び解散時の残余財産分配請求権が認められていない社団医療法人。解散時の残余財産の帰属先は、原則国・地方公共団体などの中から選定する。
- (3) 特定医療法人：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。
- (4) 社会医療法人：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いる。また，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。

各医療法人数の推移を表 1 に示す。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²⁾。

表1 種類別医療法人数の年次推移（参考文献14より抜粋して作成）

	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						
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

厚生労働省資料より作成，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

4. 「病院会計準則」と「会計制度」

次に、病院に対する会計基準として示されている「病院会計準則」について俯瞰する。

厚生労働省は、昭和40年に「病院会計準則」を制定し、昭和58年及び平成16年に2度の改正を行っている。この「病院会計準則」は、その第1で「病院会計準則は、病院を対象に会計の基準を定め病院の財政状態及び運営状態を適正に把握し、病院の経営体制の強化、改善向上に資することを目的とする」と定めている通り、病院の経営状況を把握するための会計情報を作成するための基準を示していると考えられる。しかし、第2において「病院会計準則は、病院ごとに作成される財務諸表の作成基準を示したものである」と記されている通り、マニュアルとしての意味合いが強い。これは、医療法第52条において定められている「医療法人は、毎会計年度ごとに貸借対照表及び損益計算書を作成しなければならない」とされており、またこの財務諸表については債権者保護の観点から、債権者はいつでも閲覧することができることとされているために、その開示のための標準的なフォーマットを示していると考えられる。すなわち、当初の目的はそれぞれの病院が財務諸表を作成するときの基準を示しているに過ぎない³⁷⁾。これは、昭和40年に病院の財政状態や経営成績を報告する財務諸表の様式や作成方法さらに評価方法などに関する会計基準の必要性から、病院施設に関する会計基準として制定されたことに加え、準則では損益計算書及び貸借対照表の様式を別表として示したもののそれらの本質的規定や利益処分計算書の規定もなく付属明細書の用語すら示されておらず、その性格が基本的な処理基準であることはその体系を見れば明らかであることからわかる。その後、病院機能の変化や企業会計原則の改正の影響により財務諸表及び勘定科目の見直し、そして現金主義から発生主義へと移行し、さらにキャッシュフロー計算書が追加された³⁸⁾。

しかし、時代の流れとともに病院の規模や形態は千差万別となり、その多くが中小規模医療法人病院であることや、医療法人制度改革後の医療法人の多様化を考慮すると「厚生労働省 病院会計基準に関する研究³⁷⁾」でも示されている通り、医療法人特に情報開示があまり進んでいない中小規模医療法人病院においては、医療・介護事業における公益性の側面を考慮した場合、債権者保護という観点は勿論であるが、利用者保護などといったより広い観点から会計情報に関する開示要請についても検討が必要となってくると考えるのが自然である。

³⁷⁾ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/houkoku/16houjin.html>
(平成26年1月15日最終参照)

医療法人に対する一般利害関係者の関心は、その医療法人の規模に関わらず単に運営状況や財政状態にあるというよりは、医療施設を利用するという立場等からその事業の継続性、医療水準の維持・向上に関する情報、複数の事業を営む場合の各事業の状況、利用者の利便性に関する情報等と幅広い要求となっている。また、病院開設主体に対しては、公的保険制度を通じて間接的には税金が投入されていることから、事業の効率性のみならず不採算の場合には事業自体の必要性にまで利害関係者の関心が寄せられるものと考えられる。このような幅広い利害関係者を対象とした場合、会計情報の開示水準が問題となるが、本研究においては概括性、明瞭性に重点をおき、分かりやすい会計情報であることが重要であるとの結論に至ったと述べられている。

つまり、それまでの医療法人の規模や形態を考慮していない十把一絡げのような会計情報ではなく、各医療機関に即した債権者をはじめとした利害関係者に対する情報提供のツールとしての会計情報が求められていると考えられる。

加えて、会計情報を財務状況の把握として考えた場合、これまでは債権者などの外部に対する報告を主眼として作成されている。しかし、財務状況の把握は外部に向けてと共に内部において活用すべきものであることは当然であり、各医療機関の経営状況を客観的に評価するためには、ベンチマークとしての他の医療機関などとの比較が必要となる。しかし、医療機関と一口に言ってもその診療科や診療内容などの違いにより適正と考えられる財務状況も変わってくる。これは、一般企業においても業種により適正な財務状況が変わってくるのと同様である。しかし、現状の会計情報だけではその比較の際に、ただ単に数字のみの比較となってしまう本質的な経営状況を見落としてしまう恐れがある。特に、中小規模医療法人病院においては、診療科の種類や、診療科を複数有する病院においてはその診療科の組み合わせが多岐にわたる事によりこの影響が大きい。これは、一般企業において他業種どうしの中小規模企業を比較しているのと同様であり、比較そのものは可能であるが詳しい分析は困難であると考えられる。また、医療機関の運営において、特に重要なのは優秀な医師や看護師など医療スタッフであり人的資源がその経営に大きな影響を与えるのは周知の事実である。

しかし、現在の病院会計準則では、定量的な財務状況のフォーマットを提供しているだけであり、定性的な情報を開示するフォーマットは提供されていない。これらを解消するためには財務情報に加え非財務情報などの定性的な情報を提供できるようなシステムが必要となってくるのではないだろうか。

特に中小規模病院においてはこの点が強調される。

5. 医療機関と情報開示

昨今、医療機関を取り巻く経営環境は、診療報酬のマイナス改定傾向や利用者の受診控えといった外部環境の変化による収入の減少、スタッフの必要人員確保のための人件費の増加や設備投資の必要性といった内部環境の変化による支出の増加などの影響により厳しさを増している。これにより、2000年以降、医療機関の倒産は増加傾向にありここ数年は落ち着いてきた傾向はみられるものの、依然年間30件以上が倒産している。また、これには他の医療機関への吸収合併や営業譲渡は含まれていないため実質的にはさらに多くの医療機関が経営的に厳しい状況になっていると推測される¹³⁾。

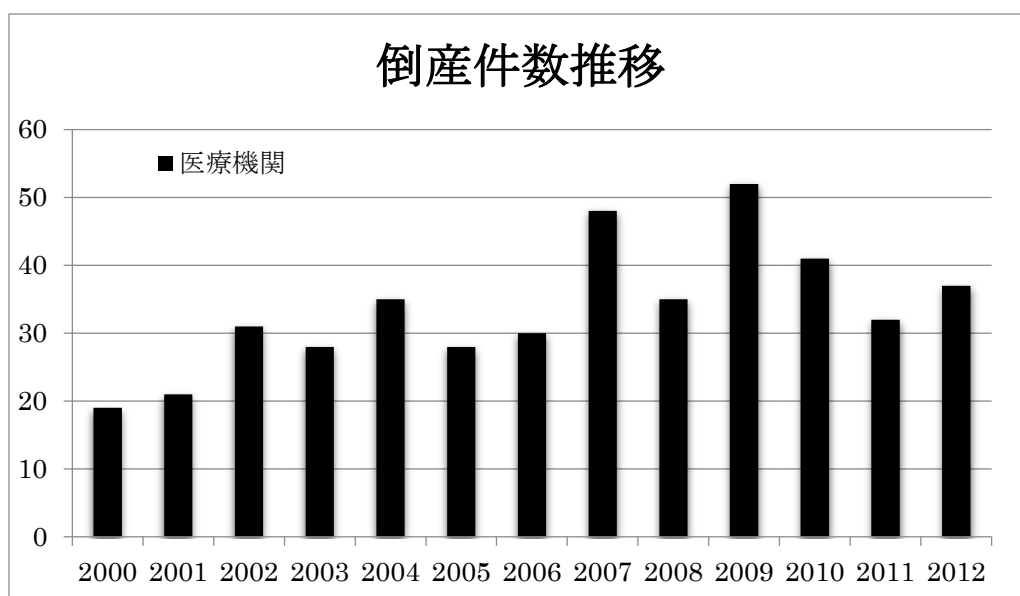


図1 医療機関倒産件数推移（参考文献13の提示データより作成）

病院全体の68.8%の病院が赤字経営である¹⁾というデータもあるがこれをもう少し詳しく見ていくこととする。

表2に、一般病院の病床規模別100床あたりの収支金額の推移を、表3に病床規模別の黒字病院および赤字病院の割合を示す¹⁴⁾。

表2 100床あたりの収支金額推移（参考文献14より抜粋して作成）

		100床当たりの収支金額					(千円)				
		総数					私的				
		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
総費用		151,349	153,237	159,520	165,303	172,405	137,460	137,683	144,508	155,381	161,451
	医業費用	146,904	148,698	155,337	161,315	168,315	134,330	134,745	141,704	152,436	158,556
	医業外費用	3,715	3,455	3,455	3,443	3,391	2,389	2,249	2,261	2,469	2,208
	特別損失	730	1,084	728	545	699	741	689	543	476	687
総収益		140,440	139,327	149,743	160,180	167,000	139,539	136,408	146,498	160,380	167,338
	医業収益	137,561	136,089	146,534	157,191	163,593	136,756	134,089	144,008	158,005	164,784
	医業外収益	2,273	2,409	2,706	2,546	2,649	2,428	1,961	2,241	2,221	2,008
	特別利益	606	829	503	443	758	355	358	249	154	546
	(総収益)－(総費用)	▲ 10,909	▲ 13,910	▲ 9,777	▲ 5,123	▲ 5,405	2,079	▲ 1,275	1,990	4,999	5,887
	(医業収益)－(医業費用)	▲ 9,343	▲ 12,609	▲ 8,803	▲ 4,124	▲ 4,722	2,426	▲ 656	2,304	5,569	6,228

		20～99床					100～199床				
		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
総費用		110,899	113,409	114,047	121,250	118,565	121,215	124,688	125,845	127,632	129,048
	医業費用	108,460	110,909	111,465	118,941	116,496	118,107	121,339	123,232	125,042	126,179
	医業外費用	2,091	2,086	2,328	2,051	1,934	2,656	2,897	2,415	2,385	2,501
	特別損失	348	414	254	258	135	452	452	198	205	368
総収益		95,917	97,142	99,334	108,380	105,424	111,572	112,464	117,010	121,790	122,188
	医業収益	93,387	94,374	96,952	105,779	102,635	109,360	110,264	114,712	119,579	118,673
	医業外収益	1,941	1,824	1,686	1,792	1,645	1,887	1,735	1,992	1,885	2,614
	特別利益	589	944	696	809	1,144	325	465	306	326	901
	(総収益)－(総費用)	▲ 14,982	▲ 16,267	▲ 14,713	▲ 12,870	▲ 13,141	▲ 9,643	▲ 12,224	▲ 8,835	▲ 5,842	▲ 6,860
	(医業収益)－(医業費用)	▲ 15,073	▲ 16,535	▲ 14,513	▲ 13,162	▲ 13,861	▲ 8,747	▲ 11,075	▲ 8,520	▲ 5,463	▲ 7,506

総数は赤字傾向であるにもかかわらず、私的（＝民間）病院全体としてはほぼ黒字傾向であるのが見て取れる。これは、赤字病院の割合が総数としては6割であるのに対し、私的病院では6割以上が黒字であることでもわかるとおり、私的病院以外の自治体病院や公的病院の多くが赤字を抱えていることに影響されているためと考えられる。これだけを見ると私的病院の経営状況はさほど悪くない印象を得るかもしれない。しかし、病床規模別にみていくと200床未満のいわゆる中小規模の私的病院の黒字割合が低くなっており、さらに100床あたりの収支金額を見ても赤字であることから、200床未満の私的病院の経営状況はかなり厳しい状況であることが容易に推測される。これは逆にいうと病床規模が小さくなると医業利益率が低い傾向になると考えられる。

表3 病床数別の赤字および黒字病院の割合（参考文献14より抜粋して作成）

		総数		医療法人	
		黒字	赤字	黒字	赤字
一般病院	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
再掲					
	20～199床	32.1	67.9	66.2	33.8
	200床～	43.0	57.0	66.0	34.0

この理由として、1病床あたりの収入単価はさほど大きな開きがないとしても、総病床数が少ない中小規模私的病院では、大規模病院と比較して1床当たりの設備投資割合などの固定費負担割合が大きくなり、その結果、経営効率が悪くなる傾向になるためであろうと推測される。加えて、日本の医療機関の特徴としてCT装置やMRI装置といった高額な医療機器を備えている中小規模病院が多くその費用的負担も大きいのしかかっていることも考えられる。そもそも、これら的高額医療機器を中小規模病院をはじめとした多くの病院で導入する必要はあるのかという議論はあるが、現実問題としてそれらを備えていなければ患者集客上不利にならざるを得ない状況にあることは確かである。そ

のため、これら高額医療機器を導入する必要性があり、新規導入の場合、あるいは耐用年数経過後の機器のリプレースの際に、自己資金のみでこれらの数千万円以上の高額な費用を負担できる医療機関は前述の経営状況を見る限りそれほど多くないと考えられる。

また、一般的に医療機関は一種のサービス業と考えることができるが、サービス業では人的資源（Human Resource）が、提供するサービスの品質に大きな影響を与えることは周知の事実である。高品質な医療サービスを提供するためには、医師や看護師などの優秀なスタッフが必要となることはそのサービス提供スキームからも当然であり、そのためには職場環境の整備といった設備投資なども必要となってくる。そのための資金も決して少額ではないであろう。

特に中小規模病院においては、一般社団法人日本病院会が行った「中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告書」でも示されている通り、医師・看護師の確保が中小規模病院の最大の課題であり、ついで建築施設や医療機器のリニューアルなどが大きな問題と認識されていると報告されている¹⁶⁾。となると、その原資は外部に頼ることになりその多くが金融機関による融資に代表される借入（長期資金）に頼らざるを得ない状況であろう。

しかし、平成13年の厚生労働省「医療機関開設資金調達に関する研究」でも示されている通り、長期資金が必要と考えている医療機関は6割に達するがそのうち4割が不足しているという結果からも「資金調達」に苦勞している医療機関は少なくない。この理由として一番考えられるのは、各医療機関の経営状況を財務諸表などの数字のみで判断しているためではないだろうか。というのも、資金調達者である医療機関と資金提供者である金融機関の間には多くの情報ギャップが存在²⁾しており、そのために財務諸表といった客観的資料のみで主に経営状況を判断しているため¹⁷⁾であろう。特に、金融機関が医療サービスの品質や医療機関の経営能力、投資の必要性や妥当性といったことを判断するためにはその専門性に依存するところが大きいため困難であると考えられる。その結果、その代理指標として財務諸表などの過去の活動結果を基に判断することになっているのではないかと予測する。

この影響を特に大きく受けるのが、「会計情報」をはじめとした情報開示があまり進んでいない中小規模病院であることは明白であろう。

では、はたして財務諸表などの「会計情報」のみでその医療機関の状況を正しく評価することは可能なのであろうか。

財務諸表と行った「会計情報」に加え、昨今の医療機関を取り巻く環境の変化や繰り返される診療報酬のマイナス改定により経営状況が悪化している病院の増加等が影響していることは容易に推測できる。

また、特に中小規模病院においては、他業種と比較して財務諸表の整備状況が乏しく信頼性が低いと考えられる点、診療と経営分離がうまく進んでいない点（診療を優先させることにより経営悪化を招くなど）、業界内の経営に関する標準的なデータが不足しているため比較可能性が低い¹⁷⁾18)点なども大きく影響していると考えられる。

例えば、医療機器導入の効果はそれらを活用する医療スタッフの質にも影響される。ところが、この医療スタッフの質といった定性的な情報は、「病院会計準則」で定められているフォーマットには含まれておらず、利用されていないかあるいは利用されていたとしても各医療機関独自で作成されているため、評価といった観点での比較可能性が非常に低く、融資を行う債権者としても利用可能性が低くなってしまう。これらの問題は、厚生労働省の指導の下現在多くの病院で利用されている財務諸表を作成するときの基準を示しているに過ぎない¹⁹⁾20)「病院会計準則」のままではなかなか解決することが困難であろう。

このため、これまでの財務情報に加えこれらの非財務情報などを含めることが可能な新たなフォーマットが必要ではないだろうか。これまでの財務情報といった過去の経営実績情報のみならず、人的資源の活用などをはじめとした非財務情報など将来性を含んだ情報を提供することによって、より正しくその医療機関を評価することが可能となり、これにより情報ギャップが多少なりとも解消する事が期待できることによって金融機関との関係性もより強固なものとなり、提供側あるいは利用者側双方にとって有用ではないだろうか¹⁷⁾と考えられる。

また、提供側である医療機関においても、これらの資料を作成するためには内部的にも人的資源を含めた経営資源の正しい把握や近隣周辺の競合医療機関などの分析などが必要となってくる。これらの情報を内部的にも整理することにより、組織内部の現状把握と補強点の洗い出しなど将来に向けた戦略策定にも有用であると考えられる。

6. 中小規模医療法人病院における会計基準の必要性

一般的に大規模病院は、財務担当職員の雇用や外部監査により各医療機関内部にて財務状況のある程度は把握できていると考えられる。しかし、中小規模医療法人病院にお

いては、財務担当職員を雇用する、あるいは外部監査を依頼する余裕がある医療機関はその財務状況から考えてもそれほど多くないであろう。このため、決算などの会計処理や財務諸表などの作成は顧問税理士などに委託している医療機関が多いと推測される。

一般的に、財務状況を把握・分析するためには自社の財務諸表を把握し、業界内のベンチマークと比較することが必要となり、これらを行うためには財務や経営分析に関する知識を有する必要がある。これらは、会計情報が持つ意義、①債権者に対する現状の財務状況の周知、②業界内ベンチマークとの比較、③資金調達のための情報開示等から考えても妥当性が高い。医療機関特に中小規模医療法人病院において経営判断を行うのは理事長である医師の場合がほとんどであるが、医師はこのような経営分析に必要な知識は、医学部教育で行われていないこと、その本来業務（診療業務）の多忙さなどからもわかる通りあまり有していないであろう。従って、医療機関内部では財務状況を的確に判断できる人材はあまり多くないと推測できる。

しかし、前述したような資金調達を目的とした場合、「会計情報」を作成するためには組織内部に財務情報のある程度把握できる専門的な知識を有した人材の配置が期待される場所であるが、特に中小規模医療法人病院においては、厳しい経営状況の中そのような人材を配置することは困難であると考えられる。であるならば、本来「会計情報」を作成する指針である「病院会計準則」でそれを担保すべきではないだろうか。

現状の「病院会計準則」は、前述のとおり、あくまでも財務諸表の作成基準を示したマニュアルでしかなく一般的に病院に対して求められる基準を示しているだけで有り、その規模や状況は一切考慮されていないのが現状である。さらに、「会計情報」の作成という観点では示唆が少ないといわざるを得ない。

中小企業においても同様な問題が見られ、中小企業が簡単に利用できる会計ルールは今までなかった。そこで、平成 22 年には「中小企業の会計に関する基本要領（案）」が公表され、平成 24 年には中小企業の実態を考えてつくられた新しい会計ルールとして、「中小企業の会計に関する基本要領（中小企業要領）」が中小企業庁より公表されている。

であるならば、中小規模医療法人病院の場合も同様に、中小規模医療法人病院の実態と必要性などを考慮した、よりわかりやすい、必要な内容を報告するための「会計基準」が作成する必要があるだろう。また、併せてそれらがただ単に会計報告のみに利用するのではなく、外部のみならず組織内部の運営者や医療スタッフなどのステークホルダーに対する情報公開のツール、あるいは経営分析のツールとなりうるような会計報告作成

マニュアルが必要となる。この会計報告作成マニュアルを整備されれば、経営状況の情報開示がなかなか進まない中小規模医療法人病院においても情報公開が促進され、資金調達の困難さが少しでも緩和されることが期待できる。併せて、経営状況を組織内部の人材が把握しやすくし、より適切な経営を進めていくことも期待できる。これらのことが、日常的に可能となれば、たびたび変わる医療政策への対応も迅速にすることが出来、ひいては経営リスクに立ち向かうことが可能となるであろう。

7. まとめ

現在、我が国では、病院の経営状況を把握するための会計情報を作成するための基準として、厚生労働省により昭和40年に「病院会計準則」が制定され、その後昭和58年および平成16年と2度の改正を経て現在に至っている。しかし、時代の流れとともに病院の規模や形態は千差万別となり、その多くが中小規模医療法人病院であることや、医療法人制度改革後の医療法人の多様化を考慮すると「厚生労働省 病院会計基準に関する研究」でも示されている通り、医療法人、特に情報開示があまり進んでいない中小規模医療法人病院においては、医療・介護事業における公益性の側面を考慮した場合、債権者保護という観点では勿論であるが、利用者保護などといったより広い観点からも「会計情報」に関する開示要請についても検討が必要である。特に、「会計情報」の開示水準は概括性、明瞭性に重点をおき、分かりやすい「会計情報」であることが重要である。

本稿では、医療機関の「規模」という点に着目し、先行研究の議論に、特に我が国の医療機関の多くを占める中小規模医療法人病院を対象にした分析を加えたうえで、「会計制度」の重要性と必要性を議論した。

現状の「病院会計準則」は前述のとおり、あくまでも財務諸表の作成基準を示したマニュアルであり、病院に対して求められる基準を示してはいるが医療機関の規模や状況については一切考慮されていない。加えて、資金調達者である医療機関と資金提供者である金融機関の間には多くの情報ギャップが存在²⁾しており、そのために財務諸表といった客観的資料のみで経営状況を判断せざる¹⁷⁾を得ず、その資金調達の目的などは考慮されず、結果として、「資金調達」が思い通りに進まない大きな要因となっていると考えられる。このため、「会計情報」の作成という観点では示唆が少ないといわざるを得ない。

このような問題は、厚生労働省の指導の下現在多くの病院で利用されている財務諸表を作成するときの基準を示しているに過ぎない^{6)~8)}「病院会計準則」のままではなかなか解決することが困難であろう。このような問題の解決には、これまでの財務情報に加え、医療機関では特に重要な人的資源の評価といった非財務情報などを含めることが可能な新たなフォーマットが必要とされている。これにより、これまでの財務情報といった過去の経営実績情報のみならず、人的資源の活用などをはじめとした非財務情報など将来性を含んだ情報を提供することによって、より正しくその医療機関を評価することが可能となり、情報ギャップが解消する方向に向かう事が期待できることから金融機関との関係性もより強固なものとなり、情報提供側及び情報利用者側双方にとって有用なツールとなるであろう¹⁷⁾。

また、情報提供側である医療機関においても、これらの資料を作成するためには内部的にも人的資源を含めた経営資源の正しい把握や、近隣周辺の競合医療機関などの分析などが必要となってくる。これらの情報を内部的にも整理することにより、組織内部の現状把握と補強点の洗い出しなど将来に向けた戦略策定が可能となり経営的にもインパクトが高い。

これらの問題は、何も医療機関に限ったことではなく一般の中小企業でも見られた。そのため、中小企業庁は、中小企業の実態を考えたつくられた新しい会計ルールとして、「中小企業の会計に関する基本要領（中小企業要領）」を公表している。これに見習い、中小規模医療法人病院の場合も同様に各中小規模病院の実態と必要性を考慮した、よりわかりやすい必要な内容を報告するための会計基準が作成される必要があるであろう。また、併せてそれらをただ単に会計報告のみに利用するのではなく、外部のみならず内部の運営者や医療スタッフといったステークホルダーに対する情報公開のツール、あるいは経営分析のツールとなりうるような会計報告作成マニュアルが整備されれば、経営状況の情報開示がなかなか進まない中小規模医療法人病院においても情報開示が促進され、資金調達の困難さが少しでも緩和されることが期待できる。併せて、経営状況を組織内部の人材が把握しやすくし、より適切な経営を進めていくことが期待され、たびたび変わる医療政策への対応が迅速となることによって経営リスクに立ち向かうことが可能になるであろう。

わが国の医療政策は、今後、その財源確保の問題からこれまでと同様に大きな方向性として診療報酬は削減する方向で進んでいくであろう。これにより、医療機関を取り巻く環境はこれまで以上に厳しいものとなっていくこと予想される。このような厳しい状

況下で各医療機関，特にその多くを占める中小規模医療法人病院がこれからの厳しい時代を生き残っていくためには，経営に対するアプローチをこれまで以上に大切にすべきであろう。

「会計情報の把握」は，外部に対する情報開示のみならず，内部的な情報活用により，今後の経営方針へも大きく影響するものである。しかし，一般的な中小規模医療法人病院ではなかなか対応することが困難であるのが現状であるため，これらを活用できるようなフレームとしての会計報告作成マニュアルが整備されれば，多くの中小規模医療法人病院で活用することが出来るであろう。

最後に，本稿では，様々な制約から特に中小規模病院で重要と考えられる定性的な情報の内容について整理するところまでは至っていない。加えて，これらを如何に定型化されたフォーマットとして会計情報に組み込んでいくかなど，まだ問題も多いと考えている。今後の課題として，これらのことをさらに探求していく所存である。

【謝辞】

本稿を執筆するにあたり，ご多忙の中適切なかつ重要な助言とご支援をいただいた小樽商科大学 商学部 商学科会計学講座 教授 坂柳 明先生にこの場を借りてお礼申し上げます。

【参考文献】

- 1). (株)日本政策投資銀行・(株)日本経済研究所編，病院業界事情ハンドブック 2010 pp.3-80.
- 2). 河口洋行 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.10, No.3 医療科学研究所 2000
- 3). 河口洋行 経済学的な非営利原則と新たな資金調達手法の親和性について 厚生労働科学特別研究事業 医業経営の非営利性に関する調査・研究 平成 15 年度総括・分担研究報告書 2004 pp.12-33.
- 4). 牧健太郎 医療法人による様々な新しい資金調達方法と非営利性の両立に関する研究—医療法人における資金調達方法の多様化とその問題— 第 4 回医業経営の非営利性等に関する検討会資料 2004 年 pp.85-98.

- 5). 真野俊樹 医療機関の資金調達の実態と課題 季刊・社会保障研究 Vol.39, No.2
2003 pp.155-163.
- 6). 大坪宏至 我が国病院会計基準の特徴 経営論集 東洋大学経営研究所 第 62 号
2004
- 7). 廣橋祥 医療法人の会計情報に関する一考察—会計情報の提供者と利用者の立場から
— Informatics Vol.6 明治大学 2013
- 8). 玉置賢司 病院会計に関する一考察 大阪経大論集 第 62 巻第 3 号 2011 年 9 月
- 9). 平成 24 年(2012)医療施設(動態)調査・病院報告, 厚生労働省
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/>) (平成 26 年 1 月 15 日最終参照)
- 10). 平成 15 年度厚生労働省 医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価に関する
調査研究報告書 2004 pp.7-55.
- 11). 厚生労働省 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 2013
- 12). 角瀬保雄 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 2007
- 13). 帝国データバンクプレスリリース 2013/2/8
- 14). 一般社団法人全国公私病院連盟 平成 23 年度病院経営実態調査報告 2013
- 15). 平成 24 年度 厚生労働省医政局委託 医療施設経営安定化推進事業平成 23 年度 病院
経営管理指標
- 16). 中小病院が生き残るための今後の病院経営の課題アンケート調査 中間報告書 平成
24 年度事業報告書 一般社団法人日本病院会 2013 p.135
- 17). 週刊医学新聞 第 2733 号 2007 年 6 月 4 日
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02734_01 (平成 26 年 1 月 15 日
最終参照)
- 18). 決算書から読み解く病院倒産 デジタルヘルスオンライン 2012/01/10 日経ヘルス
ケア <http://www.nikkeibp.co.jp/article/dho/20120104/295292/?P=1> (平成 26 年 1 月
15 日最終参照)

「中小規模病院の経営改善に関する研究」に関するアンケート調査

集計結果

調査期間：調査期間：平成 27 年 5 月～7 月

小樽商科大学大学院博士後期課程 谷 祐児

アンケート調査結果

「中小規模病院の経営改善に関する研究」に関するアンケート調査

調査期間：平成 27 年 5 月～7 月

アンケート調査用紙発送病院数：329 施設 回答病院数：75 施設 回答率：22.8%

(1) 貴院の施設概要をお聞かせください

- (ア)ご回答者様：理事長／院長先生(13.3%) 事務長(69.3%) その他経営幹部(17.3%)
- (イ)病院種類：一般(85.3%) 精神(14.7%) 結核(0%) 特定機能(0%)
- (ウ)組織形態：社団医療法人/持ち分有(64.0%) 社団医療法人/持ち分無(9.3%)
財団医療法人(1.3%) 特定医療法人(4.0%) 特別医療法人(0%)
社会医療法人(14.7%) 個人(5.3%) 一般財団(1.3%)
- (エ)グループ：無/単独経営(64.0%) グループ独立採算制(8.0%) グループ同一法人内(20.0%)
グループ別法人(2.7%)
- (オ)標榜診療科：内科：一般(60.0%) 呼吸器(6.7%) 循環器(24.0%) 消化器(29.3%) 腎臓(4.0%)
(複数回答) 代謝(4.0%) 血液(1.3%) 透析(2.7%)
外科：一般(22.7%) 呼吸器(2.7%) 心臓血管(4.0%) 乳腺(1.3%) 消化器(9.3%)
胸部外科(1.3%)
整形外科(28.0%) 脳神経外科(18.7%) 神経内科(12.0%) 皮膚科(4.0%) 形成外科(2.7%)
アレルギー科(1.3%) 小児科(9.3%) 精神科(14.7%) 耳鼻咽喉科(1.3%) 眼科(5.3%)
産科・婦人科(4.0%) 麻酔科(21.3%) 放射線科(13.3%) 口腔外科(4.0%) 肛門科(5.3%)
リハビリテーション科(18.7%) 泌尿器科(5.3%)
- (カ)病床数：一般(平均73床) 療養(平均72.46床) 精神(平均134.27床)
結核(一床) 感染症(一床)
回復期リハビリテーション(一般：平均43.67床 / 療養：平均51.86床)
- (キ)DPC実施状況：実施中(14.7%) 準備中(12.0%) 予定なし(72.0%)
- (ク)救急告知：一次救急(8.0%) 二次救急(30.7%) 三次救急(0%) 無(61.3%)
- (ケ)開院年数：30年以上(68.0%) 20年以上～30年未満(18.7%) 10年以上～20年未満(12.0%)
5年以上10年未満(0%) 5年未満(1.3%)
- (コ)職員数：総数(平均133.05名)
- 【内訳】
- ・医師 (7.98名)
 - ・看護師 (58.53名)
 - ・薬剤師 (3.32名)
 - ・診療放射線技師 (3.32名)
 - ・理学療法士 (10.00名)
 - ・作業療法士 (6.21名)
 - ・言語療法士 (4.09名)
 - ・MSW(社会福祉士) (2.17名)
 - ・管理栄養士 (1.49名)
 - ・病棟(看護)助手 (19.11名)
 - ・事務職員 (15.83名)
- (サ)ホームページ開設：有(92.0%) 無(8.0%)

(2). 貴院の経営状況の概要をお聞かせください.

(ア)対前年度比売上

2014年度	平均±標準偏差	0.96±3.08%	中央値	: 0.75%
2013年度	平均±標準偏差	0.63±3.60%	中央値	: 1.00%
2012年度	平均±標準偏差	0.46±2.68%	中央値	: 0.00%
2011年度	平均±標準偏差	0.51±2.72%	中央値	: 0.00%
2010年度	平均±標準偏差	0.78±3.12%	中央値	: 0.00%

(イ)対前年度比経常利益

2014年度	平均±標準偏差	-0.32±4.06%	中央値	: 0.00%
2013年度	平均±標準偏差	0.00±6.41%	中央値	: 0.00%
2012年度	平均±標準偏差	0.05±4.01%	中央値	: 0.00%
2011年度	平均±標準偏差	-0.12±4.55%	中央値	: 0.00%
2010年度	平均±標準偏差	0.75±4.29%	中央値	: 0.00%

(ウ)一日平均患者数(昨年度実績): 外来(平均 119.22±107.21)名 入院(平均 82.91±42.15)名

(エ)直近5年間(2010~2014年)の貴院経営状況の印象をお聞かせください.

悪い	: 12.0%
やや悪い	: 33.3%
変わらず	: 16.0%
やや良い	: 18.7%
良い	: 8.0%

(オ)今後5年間(2015~2019年)の経営状況の予測をお聞かせください.

悪くなる	: 13.3%
悪い傾向	: 30.7%
変わらず	: 25.3%
良い傾向	: 20.0%
良くなる	: 0.0%

(カ)直近5年間(2010~2014年)の貴院の借入金(負債)の状況をお聞かせください.

増加	: 13.3%
やや増加	: 4.0%
横ばい	: 21.3%
やや減少	: 22.7%
減少	: 30.7%

(キ) 貴院における IT 設備導入状況をお聞かせください。

病院情報システム(HIS) (10.7%) 電子カルテシステム(25.3%) オーダリングシステム(37.3%)
自動受付器(18.7%) PACS システム(68.0%) 経営分析システム(8.0%)
データウェアハウス(DWH) (2.7%) その他(1.3%)

(ク) 貴院における経営上の課題ととられている事柄をお聞かせください。(複数回答)

経営計画(41.3%) 医療の質(34.7%) 広報・マーケティング(24.0%) 職員の意識改革(50.7%)
職員教育(40.0%) 財務体質改善(22.7%) 外部(他院, 他組織)との連携(38.7%)
設備・施設の充実(38.7%) 資金調達(9.3%) コスト対策(34.7%) その他(10.7%) 特にない(2.7%)

(3). 貴院における経営対策の現状についてお聞かせください。

(ア) 経営計画について

- ① 事業計画の作成状況：短期計画(1年)(64.0%) 中期計画(2~5年)(33.3%)
(複数回答) 長期計画(6~10年)(6.7%) 無(18.7%)
- ② 事業実績分析： 毎年(84.0%) 数年(2~5年)(4.0%) 無(10.7%)
- ③ 年度予算作成： 有(76.0%) 無(24.0%)
- ④ 年度予算実績分析： 有(76.0%) 無(24.0%)
- ⑤ 自院の経営分析： 内部分析(57.3%) 外部委託(21.3%) 分析予定(2.7%)
 未定(14.7%) 必要無(2.7%)
- ⑥ 自院成長のための取り組み：有(46.7%) 無(54.0%)

有の場合の具体的な内容：

事業拡大・合併検討, 外部委託と連携, 医療の質向上, 職員教育, BSC, 若手術者の育成, 最先端機関での手術見学, BSC等活用, 専門性, 医業収益の増加, 地域包括ケア, 研修の充実, 公認会計士により各種アドバイスを各部門長へその取り組みを説明, 理事長を中心に向こう5年間の長期計画を立案中, 介護保険事業の拡充, 地域連携・リハビリの強化, コスト削減(人件費など), 病棟再編, 医師確保計画, 地域密着型ケアミックスの強化, 職員意識の強化など, 収益部門への優先的な経費投資, 質の良い医療を提供して患者さんに来ていただくことしかありません, 連携室の活性化, 医療の質, 医師及び職員の教育, 在宅医療の拡充, 特定医療法人化, BSC・外部評価(第三者), 検討委員会の設置など, 介護・在宅分野の拡大

)

- ⑦ 他院との差別化要因分析：内部分析(18.7%) 外部委託(5.3%) 分析予定(10.7%)
 未定(45.3%) 必要無(17.3%)

分析済の場合の具体的な内容：

診療科特化, 外部委託と連携, 地域連携の強化, 透析と回復期リハを併せ持つ病床機能, 医療機器の装備, 夜間・土日診療, 個人の整備, 決算比較分析, 公認会計士による分析, 手術中心, 毎月院内会議で分析, (あえて) 専門特化をしない救急として振り分け機能を強化する, 診療科別損益の同規模病院との比較, 医療原価・人件費・一人当たり収益率など

- ⑧ 患者様に対する施策（集客に対する取り組み）：有(70.6%) 無(29.4%)
 有の場合の具体的な内容：高額医療機器導入(20.0%) 設備拡充(25.3%) 患者満足度調査(34.7%)
 (複数回答) 患者様用投書箱(52.0%) その他(8.0%)
- ⑨ コスト対策の有無： 有(92.0%) 無(8.0%)
 有の場合の具体的な内容：業者との価格交渉(66.7%) ジェネリック医薬品の導入(52.0%)
 (複数回答) ITシステムの導入(17.3%) 外部委託(20.0%) その他(5.3%)
- ⑩ トップ営業への取り組み：院長(29.3%) 看護部長(20.0%) 事務長(50.7%) その他(8.0%) 無(40.0%)
- ⑪ 医療の質向上への取り組み：内部による分析(52.0%) 外部委託(6.7%) 無(36.0%)

有の場合の具体的な内容；

全日病質向上活動参加・ISO（過去）、グローバルヘルスに依頼、院内教育委員会の新規設置、日本病院会のQIプロジェクト、京都大学大学院のQIP参加など、職員教育・研修の強化、医療安全対策室の設置、病院機能評価更新、組織図とは別のチーム制度の実施、研修など、委員会、研修会の充実、自主チェックや業界紙のチェック、各種委員会、手術件数を増加させる、研修・勉強会、医局検討会、院内勉強会・研修会の定期的開催（毎月各一回）、病院機能評価取得・更新、新しい人員の確保・医師確保、医療機器の入れ替え（買い替え）、臨床に強い病院、いかに臨床に強いのか、各メディカルスタッフによる委員会など、医療機能評価受審など、医師の充実、コメディカルスタッフの充実、院内ワーキンググループ、ISO認証、インサイレントの活用、病院機能評価など、各種委員会に置ける職員研修、安全対策・感染対策の組織的活動

- ⑫ 病院組織における経営管理者と診療（運営）管理者について：
 分離すべき(32.0%) 分離すべきではない(58.7%) 無回答(9.3%)
- ⑬ 診療報酬改定に関する情報収集：積極的に実施(54.7%) 一部実施(30.7%)
 ほとんど行っていない(8.0%) 未定(4.0%)

実施している場合の具体的な内容：

研修会・資料収集・他院から情報収集、全国説明会、関係外部に依頼、外部セミナー・コンサルによる情報、ネットワークを強化した情報収集、業界役員として当院医師を派遣、Web・雑誌（定期刊行物）など、業界紙・同業者の情報、インターネットですべての情報を収集、外部による説明会への参加、出入り業者からの情報が主、外部勉強会・セミナーへの参加、研修参加・業者からの情報収集、各種セミナーへの参加、診療報酬に関するセミナーや研修会への参加、厚労省に関する情報の収集、ネット・全日病・医師会・勉強会（セミナー等）ほか、各種研修やコンサルタントの利用、中医協審議内容など、加入団体からの通知、厚労省ホームページ、製薬会社からの情報提供、セミナー・経営誌・コンサルタント、厚労省との意見交換

- ⑭ 診療報酬改定に関する対策：積極的に実施(45.3%) 一部実施(26.7%) ほとんど行っていない(17.3%)
 未定(8.0%)

実施している場合の具体的な内容：

可能な対応幅が少ない、勉強会、委員会を設置、関係外部に依頼、診療報酬改定に対応した院内体制の強化、診療報酬上効率的な入退院を実施、業界紙・同業者の情報、経営分析、ランクアップ、外部による説明会への参加、講習会出席、院内勉強会の中で対策・対応を検討している、医師・看護師・事務担当者に

て検討会，先々のシミュレーション実施，検査項目などの見直し，医療機器導入の検討，基準確保への取り組み，新しい基準の取得，病棟再編，施設基準申請（基礎基準），点数改定でコストが上がるからといって病院の方針は変更しない，自院の特性強化のために対策する，各種研修やコンサルタントの利用，施策立案，施設基準の見直し，自己分析，具体的に新旧の点数置き換え作業，施設基準取得の検討，改定に左右されない病院構造への転換を目指している，各種加算算定など

⑮ BSC（バランスドスコアカード）等の経営改善ツールの活用について：

積極的に実施(12.0%) 一部実施(10.7%) ほとんど行っていない(54.7%) 未定(17.3%)

実施している場合の具体的内容：

経営指針書を作成し各部署の目標設定から結果などまでPDCAで25年間運用している，目標管理制度にBSCを活用，法人目標から個人目標まで落とし込んでいる，年度計画策定

(イ) 組織体制について

① 経営理念周知への試み：積極的に実施(37.3%) 一部実施(25.3%) ほとんど行っていない(32.0%)
未定(1.3%)

実施している場合の具体的内容：

ネーム裏に記載・院内掲示，院内会議にて周知，他職員に回覧，各種場面での周知強化，朝礼や研修などでトップメッセージごとに発信，院内掲示・全職員の名札裏に記載，会議・クレド，集会・朝礼など，研修など，職員証に明記，理念の唱和を毎月実施，職員採用時に文書で周知している，毎月一回全体朝礼で周知，院内数か所に掲示，ネームプレート裏面に印刷，内外への配布など，所属会議を定期的に行う，組織図の在り方と人員配置，職員研修，やさしい精神医療の充実，新入職員教育，全体ミーティングの開催，毎朝理念の唱和を行っている，各科に経営理念を配布，朝礼での読み上げ，ホームページ・パンフレット，朝礼や理事長講和など，管理職会議で周知，朝礼での唱和

② 運営マニュアルの作成状況：全業務で作成(26.7%) 一部業務で作成(45.3%) 作成していない(25.3%)

③ 運営マニュアルの活用状況：全業務で活用(18.7%) 一部業務で活用(49.3%) 活用していない(29.3%)

活用している場合の具体的内容：

医療法で定められている業務，規定・手順書の周知と運用強化，医療安全対策・感染対策・暴力対応・害対策，他院と同様，電子カルテにて掲載，看護部で運営マニュアルを作成し看護職員へ配布，毎年4月全員対象のオリエンテーションで活用方法の徹底，各種マニュアルの完備・伝達，電話対応・接遇（事務部門），医療部門は法的規制のものすべて，医療職者は各種マニュアルあり，連絡・指示の徹底（医療ミスを起こさない），連絡・指示の徹底（医療ミスを起こさない），看護・検査部門，ISOにて，医療安全・院内感染防止，各種委員会作成のマニュアル，新人職員入職時など

④ 経営改善に向けた組織再編の取組：積極的に実施(13.3%) 一部実施(33.3%)
ほとんど行っていない(38.7%) 未定(12.0%)

実施している場合の具体的内容：

事業拡大による異動，外部依頼，改善に資する組織の再編，委員会の設置，人事制度の見直し，看護師長ヘッドハント，部署異動，救急体制確保（時間外について）など，組織図の見直しなど，連携室・退院支

援 Ns の配置, 介護事業, ISO にて, 病棟利用率の目標設定, 入院調整会議, 特定医療法人の継続, 企画部門の設置

- ⑤ 部署・中間管理職へ権限委譲の取組 : 積極的に実施 (9.3%) 一部実施 (40.0%)
ほとんど行っていない (38.7%) 未定 (9.3%)

実施している場合の具体的内容 :

主任制度の充実, 診療報酬請求業務, 検査業務などは部署に任せている, 購入金額で 50 万円以下は中間管理職決済としている, 医療職中間管理職の決済を一部認めるなど, 採用時の決定権移譲など, 採用・配置, 人事, 責任者会議, TQM 委員会など. 人事・予算など全権委譲はしていないが大部分現場の意向を反映させるようにしている

- ⑥ 職員のモチベーション向上に対する取組 (例 : 表彰制度, 昇格制度など) :
積極的に実施 (24.0%) 一部実施 (38.7%) ほとんど行っていない (30.7%) 未定 (2.7%)

実施している場合の具体的内容 :

ポジティブフィードバックカード, 4 月に昇格者を実施, 永年勤続者の表彰, 人事考課の活用, 表彰制度, 学会活動, 研究発表会, 貢献度顕著者に一時金, 目標管理制度導入, 給与面, 資格取得費用補助, 永年勤続表彰 (5・10・25 年), 5・10 年手当, 全職員の賛同があると実施, 毎年 1・6 月の昇格人事実施, 勉強会優良発表の表彰, 国家資格取得支援 (正看護師), 昇格推薦制度, 人事考課にて全職員を運営している, 研修参加など, 昇格・賞与の人事考査, 昇給時の人事考査, 福利厚生など, 注力すべき課題, 昇格, 給与制度改革, リフレッシュ休暇の導入, 親睦会等の活動支援, 超過勤務削減の取り組みなど

- ⑦ 職員獲得に対する取組 (リクルート活動, 外部業者利用など) :
積極的に実施 (24.0%) 一部実施 (46.7%) ほとんど行っていない (22.7%) 未定 (2.7%)

実施している場合の具体的内容 :

リクルート活動, 外部業者利用, 職安・求人誌など, 紹介会社の活用, 派遣社員・実習学生の中から正職員を選ぶ, HP などの広報, 職員からの紹介, 合同就職説明会参加, 特に看護職員については外部人材紹介会社も利用中, 外部の人材紹介業者を利用している部署有, 応援 Ns 制度, 紹介 (知人), Ns の進学費用全額補助など, ハローワーク・求人誌, 医師に関しては紹介業者の活用・その他は学校訪問・ただし看護は何もしていない, 人材派遣会社の活用, 学校訪問, 外部業者利用, エージェントを活用

- ⑧ 経営企画専門職員の採用 : 採用済み (14.7%) 採用予定 (1.3%) 検討中 (12.0%) 予定無し (68.0%)

- ⑨ 職員教育システムの有無 : 積極的に実施 (17.3%) 一部実施 (52.0%) ほとんど行っていない (22.7%)
未定 (4.0%)

実施している場合の具体的内容 :

看護部教育, 院内教育委員会の新規設置, 薬のメーカーさんの提案により研修会の実施, 定期的な院内研修会・勉強会の実施, 新人看護師に対しては教育担当者を決める, 毎月実施 (ワークショップ含む), 業務の中で (OJT), 職に応じた外部研修への参加, 外部研修会へ参加, 院内勉強会の活用・外部講師による研修会を定期的開催, ラダー研修等各種研修会の実施, プリセプター導入 (看護部), 理念・安全・メンタルヘルス, 学会や研修会への積極的参加, 月一回職員勉強会の開催, 院内研修会 (製薬会社・納入業

者の専門部署), 主に看護部のみ, 各部署のプリセプター制度, 入職オリエンテーション, 3か月研修, 3年次研修, 5年次研修, 役職者研修など, 新規採用者研修, 各種研修講座への参加など

- ⑩ 職員研修制度の有無 : 積極的に実施 (33.3%) 一部実施 (52.0%) ほとんど行っていない (10.7%)
未定 (1.3%)

実施している場合の具体的内容 :

毎月研修会・報告会を実施, 外部研修に参加, 薬のメーカーさんの提案により研修会の実施, 定期的な院内研修会・勉強会の実施, マネジメント研修・新人導入研修など, 安全対策・感染対策・接遇・個人情報保護など, 法定内容+α, 職に応じた外部研修への参加, 外部研修会へ参加, 業務内容にあった研修へ参加, 学会・研修会参加規程に基づき参加機会を与え支援している, 各部門の研修会への参加, 外部業者を招いて院内研修会を毎年複数回実施, Ns部の勉強会・指導職者の向上研修を前年度実施, 年間一人30万円まで研修費用支出, 医療安全・感染対策・褥瘡対策, マナー研修, 階層別研修, 業者依頼, 学会や研修会への積極的参加, 月一回職員勉強会の開催, 部門ごとに定期的(全国または地域)研修会の実施, 外部講習会への職員派遣, 各部署内研修, 学会参加・発表支援, 新規採用者研修, 各病棟職員研修(毎月)

- ⑪ 職員意識調査, 個人面談などの実施 : 積極的に実施 (20.0%) 一部実施 (46.7%)
ほとんど行っていない (28.0%) 未定 (4.0%)

実施している場合の具体的内容 :

個人面談(院長), 都度個人面談, 個人面談を実施, 定期的に調査・面談の実施, 医師・看護師・事務など部署ごとに実施, 目標管理制度がある, 看護部長による面談(定期), 目標評価に対する中間・最終面接, 看護部において人事異動を行うため個人面談を行いその際に意識調査を実施, 一部の部署で実施されているがまだ50%程度, 職員満足度調査実施, 目標管理制度面接, 個人面談・所属長面談, 人事考課制度にて全職員は面談実施(毎年), 人事考課制度の導入, 年2回の人事考課, 育成面接, 年に数回各部責任者による個人面談, アンケートや面談, 個人面談・人事考課, 看護職員の面談,

- ⑫ 外部委託(アウトソーシング)の有無 : 有 (89.3%) 無 (10.7%)
有りの場合部署 : 事務部門(受付) (14.7%) 給食部門 (73.3%) 検体検査部門 (70.7%)
(複数回答) 清掃 (22.7%) その他 (21.3%)

5) 外部連携について

- ① 病病/病診連携に向けた外部機関への働きかけ :
積極的に実施 (28.0%) 一部実施 (40.0%) ほとんど行っていない (26.7%) 未定 (2.7%)

実施している場合の具体的内容 :

札幌市西区病診連携, 入退院などの連携, 地域連携カンファレンス, ネットワークの強化, 定期的な訪問・会への参画など, 診療所向け学術講演, 医療連携室が活動, 医師とMSWが病病/病診連携を行っている, 連携室の強化と他院との情報交換, 病診・病病とも積極的に行っているつもりです, 診療所の在宅部門と施設, 地域連携会議などへの参加, 連携室の開設, 市内医療機関との連携, 高額医療機器の共同利用(MRI・CTなど), 病院間や合同カンファレンス開催, 地域機関を対象にしたセミナー開催

- ② 外部コンサルタントの利用：利用中(25.3%) 過去に利用(10.7%) 検討中(6.7%) 予定無し(54.7%)
- ③ 医療機関以外の外部企業との連携への取り組み：積極的に実施(2.7%) 一部実施(17.3%)
行っていない(77.3%)

実施している場合の具体的内容

老人ホームなどとの連携、給食業務、検診ドック・産業医、OPE室に1名常駐する形でOPEの原価計算などを行っている、経産省事業への参画(商社との連携)

- ④ 地域連携システムへの参加状況：参加中(46.7%) 過去に参加(0.0%) 検討中(30.7%) 予定無し(20.0%)

参加している場合の具体的内容：

札幌市西区病診連携、美唄市他職種ネットワーク、南空知脳卒中パス、晴れやかネット(医療情報ネットワーク)、MRI・CT等、ネットワークの強化、医師会のシステムに参加、地域包括ケアシステム、地区で開催している研修会へ参加、札幌市脳卒中地域連携パス協議会、国立病院との連携、情報交換会への積極参加、第2次医療機関、町および特養・グループホームその他、たいせつ安心(医療ネット)、ネット連携など・救急システム、大腿骨警部骨折地域連携パス、後方支援医療機関、北十勝・TOMA-NET、脳卒中、大腿骨骨折、がんなどの連携パス、大雪安心ネット、地域連携パス

- ⑤ 病院以外の施設の開設について：開設中(37.3%) 過去に開設(0.0%) 検討中(11.0%)
予定無し(53.3%)

開設している場合の具体的内容：介護老人保健施設(13.3%) 訪問看護施設(20.0%)

(複数回答) 訪問介護施設(12.0%) サ公住(6.7%) その他(20.0%)

- ⑥ M&Aについて： 実施中(2.7%) 過去に検討(2.7%) 検討中(10.7%) 予定無し(82.7%)
- ⑦ 他院の事業継承について：実施中(2.7%) 過去に検討(4.0%) 検討中(6.7%) 予定無し(84.0%)

6) マーケティング活動について

- ① ホームページ開設：自院による作成(29.3%) 外部委託(66.7%) 無(5.3%)

- ④ 広告宣伝状況： 有(80.0%) 無(20.0%)

有りの場合その方法：街頭広告(29.3%) 雑誌広告(36.0%) テレビ広告(4.0%) ラジオ広告(2.7%)

(複数回答) バス・地下鉄広告(10.7%) その他(25.3%)

- ① 患者満足度調査の実施について：定期的実施(38.7%) 不定期に実施(17.8%) 検討中(12.0%)
予定無し(29.3%)

定期的実施の頻度：年間複数回(10.7%) 年一回(24.0%) 2年に一回(2.7%) 3年に一回(1.3%)

- ② 地域に向けた活動について(地域住民公開講座など)：

積極的に実施(28.0%) 一部実施(30.7%) 現在検討中(12.0%) 予定無し(30.7%)

実施している場合の具体的内容：

公開講座、市民講座、医師による講座(医師会主宰)、転倒予防教室など、地域の健康相談、講演会・勉強会、三か月に一度セミナーを開催、緑内障無料検診、地域住民への公開講座を実施、老健施設に対する出前講座(院長・リハ職員・管理栄養士など)、医療講演会開催、医師会主催講演会、大学からの住民公

開講座，認知症疾患医療センター，音楽イベント（コンサート），健康教室・スーパーでの健康チェック，無料の健康教室の開催，週3回の一般の方自由参加の医学講座，認知症に関する講演など依頼を受け出前する，健康教室，緩和ケア，市民講座（年2回），院内セミナー

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------|
| ③ | サテライトクリニックの開設について：実施中(9.0%) | 過去に実施(4.0%) |
| | 検討中(8.0%) | 予定無し(76.0%) |
| ④ | 患者送迎バス（タクシーなど）について：実施中(33.3%) | 過去に実施(0.0%) |
| | 検討中(5.3%) | 予定無し(61.3%) |
| ⑤ | 診療実績などの外部公開について：積極的に公開(16.0%) | 一部公開(22.7%) |
| | 検討中(10.7%) | 予定無し(50.7%) |

実施している場合の具体的内容：

ホームページ・院内掲示，医療情報誌，手術・分娩数 etc，ホームページに年間手術実績を掲載，ホームページ・雑誌によるランキング，疾患別患者数をホームページで公開，手術件数の年間実績，手術数・感染率等，月一回発行の各科のリーフレットの配布，連携医療機関へ，検査件数・手術件数

- | | | |
|---|------------------------------|-------------|
| ⑥ | 病院経営状況の外部公開について：積極的に公開(5.3%) | 一部公開(8.0%) |
| | 検討中(9.3%) | 予定無し(77.3%) |

実施している場合の具体的内容：

決算書の外部公開，希望者に決算書を公開（ほとんど希望なし），決定範囲で，病院経営調査や会社年鑑など調査依頼に情報提供

- | | | |
|---|------------------------------|-------------|
| ⑦ | マーケティング専門部署の設置について：設置中(4.0%) | 過去に設置(0.0%) |
| | 検討中(10.7%) | 予定無し(85.3%) |

以上