

課題解決への羅針盤

経営課題 Q & A 2019年度版

その3 運営課題に対する対応

事業承継、病院の建て替え、電子カルテの導入……。病院を運営するなかで、それぞれの病院でさまざまな課題が浮上してきます。

今号では、病院を運営していくうえで課題となる代表的なものについて、回答を掲載します。

回答者

「運営と課題に 対する対応」

山田コンサルティンググループ株式会社
経営コンサルティング事業本部
ヘルスケアコンサルティング事業部

部長 増井浩平
シニアコンサルタント 海内志保

運営と課題に対する対応

回答者

山田コンサルティンググループ株式会社
経営コンサルティング事業本部

ヘルスケアコンサルティング事業部 部長 増井浩平
シニアコンサルタント 海内志保

Q 1

理事長・院長は、しばらくは現役を続けられるのですが、そう遠くない将来、息子を跡継ぎにする方針です。その場合の事業承継について、院内でどのように進めていったらいいのでしょうか（ケアミックス 200床未満）

A 1

現理事長が在職中に事業承継を進めるための3つポイントがあります。

第1に、理事長候補である子息を病院経営に参画させるということです。医師は臨床に関する知識は学びますが、経営について学ぶ機会は学生時代にはありません。病院経営は厳しさを増していることもあり、早いタイミングで経営感覚を身につける必要があります。

第2に、新理事長をサポートする経営幹部を育成するという点です。特に、次世代の事務長候補を早い段階で目星をつけ、新理事長の右腕となれるように期待をかけて育てる必要があります。現事務長は、現理事長に仕えてきたこともあり、新理事長を

支える新しい経営幹部として、事務長も将来交代することを見据えて育成、または外部から登用する必要があります。現事務長は、理事長候補を息子という位置づけで見えてきたこともあり、場合によってはその立ち位置が経営管理において阻害要因になる可能性もあるためです。

第3に、理事長交代後は、現理事長は経営に対して口出しをしないことも重要です。少なくとも、職員の前では、新理事長の経営方針について異論を唱えたりすることは避けなければなりません。そうしなければ、職員はいつまでも現理事長のほうを向き、経営権が渡った格好にならないためです。現理事長としては歯がゆいかもしれませんが、見守るという姿勢が重要です。

Q 2

一部の病棟が老朽化してきており、新築・改築を考えています。老朽化した病棟には給食部門と透析部門が入っているので、その機能を維持しながら新築・改築しなければならない状況です。隣接地の土地買収は難しいのですが、どのように進めたらいいのでしょうか（ケアミックス 200床未満）

A 2

ここ数年、建て替えに関する基本構想立案の相談を定期的に受けています。都市部において最も悩ましいのが、土地の確保が難しいことです。場所の制約があり、離れた場所への移転もできないため、現在立地している場所、およびその周辺スペースを活用した現地建て替えは一つの選択肢です。

現地建て替えは、ローリング方式と言われる手法がよく用いられます。現在の建物を壊しながら新しい建物を建てる方式です。取り壊しと建設を繰り返すことで、運営を止めずに建て替えることができます。

病院の運営を止めることは患者の利便性、職員の雇用、財務への影響等、あらゆる観点で不都合であり、診療を継続しつつ建て替えを行える点が、この手法の最大のメリットです。

現地建て替えは新しい用地を購入する必要がないため、投資額を抑えられることも利点です。また、場所が変わらないため、現在通院している患者にも変化を与えず、

加えて、他の医療機関や介護施設等との関係性も維持されます。

しかし、デメリットも指摘されています。1つは工期が移転建て替えに比べて長期に及ぶことです。ほかの選択肢がない場合は致し方ないですが、工期が延びることで追加的な投資支出が発生します。仮設建物が必要になる場合、やはり投資額が嵩むこととなります。

なお、計画どおりに進まない、当初想定していない事態が発生し、病床稼働が想定以上に低下することがあるため、注意が必要です。

筆者の経験では、工事中のにおいや振動といった影響が患者受け入れのマイナス要因として働き、病棟を一部閉鎖する期間が発生した事例がありました。この場合、計画外の収支悪化となるため、資金繰り計画に狂いが生じ、追加的な資金調達に対応に追われることになりました。不測の事態に備え、数値計画は保守的に作成しておくことが望ましいかもしれません。

Q 3

当院では、会議に出席しない医師がいます（複数人）。結果的に重要な決定事項や連絡事項が伝達されず、院内運営に支障を来しています。どう対応するのがよいでしょうか（ケアミックス 200床以上）

A 3

筆者はクライアントの会議に参加することがありますが、医師が参加者でありながら無断欠席するケースは確かにあります。やむを得ず、急患の対応等で途中退席や遅刻、もしくは連絡もなく欠席することは仕方がないかもしれませんが、参加の可否を自分で勝手に決め、欠席す

るようであれば何かしらの対応が必要でしょう。

まず、参加不要と判断している理由を確認しましょう。筆者自身の経験では、わざわざ集まるほどではない、という会議は確かにあります。例えば、情報共有・伝達が目的のケースです。

会議は目的に応じていくつか種類があり、協議や判断を要する場合は、参加者が集まって処理することが適切であることが多いです。他面、情報共有や連絡が目的の場合、他の手段で処理するほうが有効なことがあります。物理的、時間的に多人数が集まるのはコストが発生していることを認識し、もっと効率的・効果的な方法はないか、検討してみましょう。

例えば、グループウェアを活用するという方法です。グループウェアとは、組織内のコンピューターネットワークを活用した情報共有のためのシステムソフトウェアで、情報交換・共有を適時に行うことができます。

緊急性等が求められない場合、グループウェアに情報を掲載することで、参加者は

自分の都合でその情報を確認することが可能です。関係者の時間を拘束することが不要になり、コストを節減できることに加え、会議の参加有無で情報の伝達漏れを回避できるようになります。

また、情報を確認した足跡も確認できますので、情報管理者側は誰が情報を確認していないのか、トレースも可能です。

会議の主催者側は、医師を含め参加する必要があると判断して参加者を選定しています。しかし、参加者側も必要性を判断しています。「自分が出る必要はない」と思っている参加者に対しては、会議参加の必要性を説くということとあわせて、そもそも会議をなくし、ほかの手段で代替できないかを検討してみたいかがでしょうか。

Q 4 単回使用の診療材料について、他施設はどのように運用しているか教えてください。特に、眼科手術で使用するチップやスリーブを単回使用にすることにより、コストが上がってしまっています（ケアミックス 200床以上）

A 4 眼科に限らず、診療材料の運用方針は病院の経営者次第でさまざまです。ディスポーザブル中心か、リユース中心か、その混合かについては現場にどの程度の裁量権を委ねているか、協力を仰いでいるかにより運用状況が異なります。

特に、治療を行っている医師の当該診療材料に対するこだわりが強い場合、コストメリットでの切り替えインセンティブは低く、単回使用からリユースへの切り替えで製品の変更を伴う場合は抵抗される可能性があります。製品の安全性は同等程度で

あったとしても、メーカーごとの使いやすさ、相性のよさがあるためです。

コストを優先して現場の反発を招くだけでなく、治療への不安を生じさせることは避ける必要があり、製品の切り替えには現場の協力と慎重な検討が不可欠です。

ともあれ、コストを見直す機会ともなりますので、経営者として方針を打ち出すとともに、医師に理解を得ながら複数製品を比較検討しつつ、段階的にリユースへ切り替えることがポイントになります。

Q 5

親しくする病院経営者から「経営コンサルタントに相談して改善できた」、「経営コンサルタントにIT導入を手伝ってもらった」などと聞くことが多くなっています。当院にはアウトソーシングして解決の助言をしてもらいたい課題があります。そこで、全国の病院はどのくらい経営コンサルタント業者を活用しているのか、また、経営のどのあたりまで介入するのかを教えてください（ケアミックス 200床未満）

A 5

筆者は医療機関向けに経営支援を行うコンサルタントであり、年々ご相談をいただく件数が増加しています。

医療関連サービス振興会が行っている調査では、病院のおよそ2割が医業経営コンサルティングを活用し、その委託率は年々上昇しています。

コンサルティングの分野は多岐にわたります。戦略立案、マーケティング、会計・財務、営業・広告、人材活用・研修、人事制度、事業承継・M&A等です。

テーマによって関与度合いはケース・バイ・ケースですが、近年では経営環境が厳しいため、戦略の見直しといった経営の根幹部分に関する相談が増えています。

医療業界再編の必要性が叫ばれているところですので、経営に深く入り込む必要のある課題に、いかに聖域なく取り組むことができるのかが、重要になってきていると考えられます。

経営の深い部分まで入り込む必要がある

ため、当然、医療の特性や業界・制度動向、加えて、従事する医療職の特性に関する理解など専門性が求められます。したがって、コンサルタントも専門特化しなければ、十分な付加価値を提供できないと思われます。どのようなコンサルタントに相談するか、見極めが必要です。

加えて、医療機関の経営者は特定・単一のテーマだけでなく、複数の経営課題に対して同時に対応することが迫られていることが多いようです。したがって、限定された経営課題のみに対応するだけでは十分に役に立てないことがあると感じます。専門特化している会社のほうが当該サービスの品質は高いかもしれません。

しかし、多くの病院経営者は複数の課題に対して、何が本質的課題であるかを特定し、優先順位をつけることから始める必要があります。そこで、多様な専門性を有し、包括的に対応できるコンサルティング会社に相談するのがいいでしょう。

Q 6

盤石な経営体制維持を考えると、医療の質向上と経営基盤の安定、さらに職員のモチベーション維持のバランスをどのようにとっていけばよいでしょうか（主に急性期 200床以上）

A 6

例えば、病床稼働率や診療単価の向上により収益を確保することに対して、医師をはじめとする医療職が、その必要性を正しく理解できる情報提供と対話が必要です。経営基盤の安定化を図る必要があること、言い換えると、安定できない場合はどうなるかについて、正しく理解してもらう必要があるでしょう。

収益を上げること＝儲けることであり、患者のためにはならない、という図式で理解される人がいます。これに対しては、経営基盤の安定を図ることが患者のためになる、ひいては医療の質の向上につながるという整理で理解を求めることが大事です。

例えば、救急の断りを改善することは、結果として入院患者の新規確保につながります。他面、これまで、もし理由もなく（改善できる原因により）患者の受け入れを断っていたとすると、患者から見ると不便な状態です。場合によっては、対応が遅れることで症状が悪化することもあるでしょう。

こうした状態は、現場から見ても速やかに改善すべきです。現場への情報発信の仕方、コミュニケーションのとり方次第で協

力を得られることがありますので、工夫してみてください。

加えて、職員のモチベーション維持に必要なための取り組みが必要です。職員側としては、すでに十分現場は頑張っているという認識を持っていることが多く、さらなる負担は、理解が得られなければ不満の蓄積や退職の懸念へとつながります。

伝え方で留意すべき点として、他の類似機能の病院と比較して改善に取り組むことが妥当であることを、客観的データを用いて強調することです。改善活動による追加的な負担を嫌がって仮に退職したいと言っても、他病院でも同じ程度の活動量であるため、理解を得られるように発信することが重要です。

加えて、十分な成果が得られた場合、評価や報酬で還元することを検討しましょう。頑張った分だけ自身や自部署に対し何かしらの形で報いることを約束することが、モチベーションアップには必要です。患者や組織への貢献だけでなく、職員への還元も果たすことが、設問にあったバランスをとるうえで必要です。

Q 7

病院の経営環境は決して明るいものとはいえない時代ですが、事務方としてようやく予算の申請から承認までが行えるようになりました。予算管理のプロセスと、有効に管理統制する方法をご教示ください（部門別原価計算は実施していません）（ケアミックス 200床未満）

A 7

予算管理プロセスとは、いわゆるPDCAサイクルを回すことです。大きくは予算策定（Plan）と執行（Do）とモニタリング（Check／Action）に分かれ

ます。本項では策定段階におけるポイントについて解説します。

策定段階ではアプローチが重要です。つまり、誰を巻き込んで予算づくりを行って

いくつかです。大別すると、トップダウンアプローチとボトムアップアプローチに分かれます。

トップダウンは経営幹部と予算策定部門（多くは経理／財務課や経営企画室）といった一部の職員だけで素案を作成する方法です。あるべき利益目標等から作成しますので、達成できた場合は新たな設備投資や新規事業の展開といった経営方針の実現に直結させることができます。他面、現場職員を巻き込んでいないことがあると、医師や看護師の理解が得られない可能性が高く、計画実現に懸念が生じます。

他方、ボトムアップは現場の各部署からの積み上げで予算を編成する手法です。現場職員が自ら作成するので、予算に対する当事者意識が芽生え、実現可能性を上げる効果が期待できます。しかし、経営的な観点から目標が設定されないことが多く、現実的な視点にとどまるため、あるべき利益水準に届かないケースがあります。

そもそも、経営情報を開示していなければ、現場として何をどれだけやればいいのかは決められないという問題もあります。

したがって、いずれのアプローチも取り入れた折衷型の予算策定手法が有効です。全体の目標利益水準を定めつつ、部門目標に細分化し、個別に合意を得ていく手法です。

病院においては、各診療科（または病棟）の医師と目標を設定します。理事長や院長といった経営幹部が各診療科の部長と前年度実績やデータ分析を用いて課題認識を共

有し、目標に向けた合意を獲得していくプロセスが極めて重要です。

また、対話を通じて現場で起きている課題や悩みを共感しつつ、目標に対する当事者意識を醸成していく機会となります。人員や医療機器への投資の必要性を伝える機会でもあり、現場側からみても、大事な機会であるといえます。

なお、各診療科との面談は、決して事務方だけに任せず、経営幹部も関与することが重要です。

部門長との面談の際に用いる資料はなるべくシンプルに、かつ、現場感覚のある指標を使用することがポイントです。経営目標は最終的に財務数値で表されますが、各診療科医師は必ずしも財務数値に明るいわけではありませんので、予算を達成するために自身や所属部署がどれだけ活動することが必要なのか、現場感覚がつかみやすい指標を用いて協議し、目標を設定しましょう。

本項では割愛しますが、モニタリング段階において予算統制を図っていく際に、現場感覚のある指標を用いるのは、仮に達成状況が芳しくない場合において、現場から対策等の意見を吸い上げやすくするためです。現場側としては見慣れた指標のため、「何を」、「どれだけ」達成すればいいのか、経験上、難しいのかどうか、実現するためには人員補強が必要となるなどの意見交換を通じて目標のすり合わせができます。経営側と現場の認識を合わせていくことが重要です。

Q 8

電子カルテをはじめとするシステムの導入は、多くのメリットはありますが、システム導入・維持に多大な費用が必要となり、業務効率では費用の捻出は難しくなります。システム導入費用等をどのように考え、計画していけばよいでしょうか（主に急性期 200床以上）

A 8

医療情報の電子化は進んでいます。導入状況を見ると、ここ10年は右肩上がりです。保健医療福祉情報システム工業会の調査によると、電子カルテの普及率は約35%で、500床以上の病院に絞ってみると、80%以上の病院が導入済みです。

電子カルテなどの情報システムの導入・維持は必須となりつつあるようです。理由は大きく分けて3点あります。

第1に、若い医師や看護師はすでに情報システムがある程度整備された病院での勤務経験しかないため、紙媒体での情報処理に不慣れであるということです。電子カルテに慣れてしまっているため、紙媒体だと敬遠されてしまう懸念があります。

第2に、医療情報の電子化は国策として進められ、電子媒体での患者情報管理や活用が今後も進むとみられるためです。

複数の医療機関や薬局を受診することで患者情報は分散してしましますが、情報を一元管理、保存、活用することが進められています。パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）と言われ、その普及が進められています。どの医療機関や薬局を受診しても、過去の診療履歴や薬歴を参照できるため、重複検査や処方を防ぎ、無駄な医療費の削減につなげることができます。

より積極的には、食生活や運動の記録な

どを把握することで、個々人の状況に即した生活習慣の改善に向けた指導も可能となるため、予防や重度化防止にも寄与することが期待されています。ただし、国民の参加率はまだ1%未満、病院30%、診療所10%と低調なようで、普及にはまだ時間がかかると見られています。

第3に、オンライン診療等の、医療情報の電子化を前提にした診療報酬点数が2018年度改定で新設されました。

電子カルテ等の導入は、これまで診療報酬上で評価されることはありませんでした。したがって、当該情報システムの導入は、業務効率化による事務負担の軽減というコストメリットにとどまり、収益的なインセンティブはなかったと見られます。情報インフラの整備が診療報酬で評価されるのであれば、その普及はさらに進むものと思われます。

導入・維持のポイントとしては、何よりも目的の明確化が必要です。加えて、どの程度の予算を設定するか、ということがあります。何のために導入するのかという点を明らかにしていない場合は、不必要な機能などを付加してしまい、結果として導入・維持コストが高くなる恐れがあります。予算を定めることで、必要な機能の優先順位や取捨選択を行うことができ、コストの膨張を防ぐことにつながりますので、目的と予

算を明確に定めておくことをお勧めします。

Q 9

病床数は病院にとって一種のステータスであり、経営面からも病床数削減をネガティブにとらえる職員は少なくありません。ステータスを損なわず、経営面でも問題なくダウンサイジングを進めるためにはどうすればよいでしょうか（主に急性期 200床以上）

A 9

ステータスという点では、医療業界の動向について理解を深めること、自院と同等規模病院の動向を把握して職員に周知することが必要です。つまり、医療業界の環境を正しく理解して価値観の変化を促すことが、ダウンサイジングにネガティブな印象を持たれないようにするためのポイントです。

医療需要が増加傾向にあった時代には、確かに病床規模が経営のステータスであったようです。なお、大病院志向という言葉もあるように、規模の大きな病院がいわゆる良い病院であると見なされる風潮は今もあります。一定の病床規模を有する病院建物は地域で存在感があり、規模に対してこだわりを持つ経営者は少なくないと考えられます。

筆者も、かつて、経営戦略の立案をサポートした案件で、地域の需給環境とその見込を踏まえてダウンサイジングを提案したところ、全く受け入れられなかった経験があります。

しかし、近年では考え方に変化が見られます。病院の再編や統合の事例が各地で報告されているとおり、ダウンサイジングは経営戦略の一手法になりつつあります。

その背景には、外部環境の変化、つまり、

人口減少社会があります。一部の都市部を除き、医療需要は人口構造の変化に応じて中期的に減少傾向です。特に、65歳以下の人口区分が先行して減少するため、急性期医療の需要が先んじて縮小する見通しです。

加えて、医療・福祉に従事する働き手も不足すると推計され、需給双方において、規模を維持することに対してネガティブです。

地域医療構想において、2025年時点の必要病床数が試算されています。多くの構想区域では、現在の病床数に比べ、特に急性期が将来過剰という見方です。病床数の推計・集計手法に議論の余地が指摘されつつも、大勢としては供給過剰であることが定量的に示されたこともあり、マインドの変化に影響を与え、再編・統合事例の増加につながっていると考えられます。

したがって、外部環境や医療業界動向に関する現状認識が必須です。従来の機能・規模を維持するということは、経営リスクになり得ることを関係者で認識、共有することが必要です。

経営面では、まずは建て替えのタイミングで規模縮小の可否を検討しましょう。建物の維持管理コストは病床を縮小しても残ります。

したがって、建物をリニューアルするタイミングが、ダウンサイジングの意思決定をする際において最適です。マーケティング

調査を行い、地域の将来の需給見通しを把握し、どの程度の規模が適当であるかを見定めることが重要です。

Q 10 組織風土を良くするための取り組みについて実施すべき項目には、一般論としてどのようなことが有効か、教えてください（主に急性期 200床以上）

A 10 組織風土はハード的要素とソフト的要素の大きく2つに分類されます。

ハード的要素とは、経営理念や戦略、ビジョン、組織体制、人事制度に代表される経営管理の各種制度など、一定程度明文化、文書化されている要素の集合を指します。

ソフト的要素とは、組織文化や慣習、組織の体質、コミュニケーションのあり方など、暗黙のルールのようにになっている要素のことを言います。

組織風土はこれらハード、ソフトの各種要素が互いに影響し合って構築されている、と言われていています。

組織風土の改善にはハード面、ソフト面いずれの要素へアプローチしていくか、ということがありますが、まずは、どの要素に課題があるのか、要素間の構造はどうなっているのかの現状認識を行います。その際、職員向けにアンケート調査を行い、問題の所在を把握することが有効です。そして定期的に同様のアンケートを行い、分析結果を蓄積していくことで、経年変化をとらえて改善状況を確認するとより効果的です。

組織風土は一朝一夕には構築されません。したがって、変えることも容易ではないという認識が必要です。改善に向けた取り組

みには、何よりも経営トップの覚悟、姿勢を職員に示す必要があります。

アンケート調査を行うと、回答した職員は不満に思っている項目に対して改善される期待を持ちます。仮に、何も状況が変わらない場合、調査に協力しても無駄という新たな風土・慣習が出来上がり、ますます組織風土を変えることが困難となります。したがって、経営トップの強い意思が必須です。言い換えるとトップが範を示し、その姿勢が職員に伝われば、改善に向けた素地が整うこととなります。

ソフト的な要素は目に見えないため、変化を促すこと、変化したかどうかを確認することが難しいですが、ちょっとした意識の変化が連鎖し継続することで、風土の変化へと発展します。

病院は「ヒト」が重要な経営資源であり、職員が満足して働ける組織でなければ事業の永続性は担保できません。ともすると、病院に勤めている有資格者は組織への帰属意識が希薄であると言われてますが、定着度の高い病院も存在します。職員が帰属意識を持てるように、組織風土の改善に向けて、まずはアンケート調査による現状把握から始めてみましょう。