

大学附属病院の経営とその問題点（コメント）

——経営改善活動の経験から——

豊 田 長 康

目 次

はじめに

1. 三重大学病院“節約委員会”のそれまでの活動
2. “節約委員会”委員長就任と目的・目標設定
3. 目標達成のための方策立案
4. 方策の実施
5. 経営改善活動の成果
6. 経営改善活動の総括と教訓

おわりに

大学附属病院の経営とその問題点（コメント）

—— 経営改善活動の経験から ——

豊 田 長 康*

Some Comments on the Management of University Hospital in Japan :
From our Experience of “Kaizen (Reform)” in Mie University Hospital

Nagayasu Toyoda

はじめに

本稿では、三重大学医学部附属病院（以下三重大学病院）において、以前に私が中心となって行った経営改善活動の経験を紹介させていただく。川渕氏の理論的なお話（本誌第5論文）に、私の実践的な現場での経験談が加わることにより、大学病院関係者の病院経営についてのご理解を少しでも深めていただくことができれば幸いである。

1. 三重大学病院“節約委員会”のそれまでの活動

三重大学病院の“節約委員会”の歴史は古く、昭和58年7月に設立されている。主として薬品費および医療材料費の節約をすることがその役目であった。薬品および医療材料からなる医療品に関わる支出は慣習上“医療費”と呼ばれており、病院の医業総収入に占める“医療費”の割合が“医療費率”と呼ばれるものである。当時は原則として病院医業収入の40%を上限として国から薬品費および医療材料費の予算が配賦されるという制度であった。しばしば年度末に薬品や医療材料を購入する予算が足りなくなり、年度末には購入薬品の制限をし、高額な医療材料や薬品を使う診療は大学病院から外部の病院に紹介をするなどし、やりくりをしていた。

高額な医療材料や薬品を使う診療、例えばペースメーカー装着や抗ガン剤投与等の診療を、わざわざ外部の病院に紹介するようなことは、今から思えばまことにもったいない話である。ペースメーカーや抗ガン剤等の医療費は患者様から支払われるので、病院としては損はせず利益が出るはずなのに、なぜ、大学病院でやってはいけないのか？ 当時の病院の事務の方々と言い争ったことを覚えている。

* 三重大学学長

このように三重大大学の節約委員会の最も重要な仕事は、この“医療費率”を40%以下にすることであったが、長年の節約委員会の努力にもかかわらず、医療費率は恒常的に全国ワースト2の順位であり、私が節約委員会の委員長に任命された平成9年4月当時、42.2%という値であった。

2. “節約委員会”委員長就任と目的・目標設定

そのような状況で平成9年4月から平成11年3月までの2年間の任期で“伝統ある”節約委員会の委員長をお引き受けした。委員会の回数は第90回～102回を担当した。

まず、委員会の目的および目標を改めて明確にした。目的としては「附属病院の目的である“患者本位の高度先進医療”の推進を支援するために病院経営の改善を図る。」とさせていただいた。病院経営の目的はあくまで病院の理念を達成することであり、お金を儲けることが直接の目的ではない、ということを確認に伝達したかったからである。

また、委員会の平成9年度の目標としては、「患者本位の高度先進医療を推進しつつ、医療費率を2%改善する。」とさせていただいた。この「患者本位の高度先進医療を推進しつつ」という条件をつけることが大切であると考えた。「医療費率を2%改善する」という目標だけの場合、“何が何でも医療費率2%の数値目標を達成すればよい”ということになりかねない。そうすると、患者様にご迷惑をおかけするような節減を行ったり、先に述べたような、ペースメーカー装着や抗ガン剤の治療を外部の病院に紹介するというような「患者本位の高度先進医療を推進する」という大学病院の使命に反する医療を行ってしまうことにつながりうると考えたからである。

医療費率（＝医療費支出額／医業総収入）を下げるためには、薬品費や医療材料費を抑えること、および（または）医業総収入を増やすことが必要である。薬品費、医療材料費を抑えるためには、たとえば同じ効能であれば薬価の安い薬品を選択する、過剰な投薬をしない、在庫を少なくする、同様の品質であれば安い医療材料を使う、医療材料を無駄に使わない、等があげられ、医業総収入を増やすためには、病床稼働率を上げる、健康保険請求漏れを防止する、診療単価を上げる（病床回転率を上げる）、差額病床料の請求漏れを防止する、等があげられる。

3. 目標達成のための方策立案

さて、上記のような医療費率を下げるための方法はいわば当然のことであり、従来の“節約委員会”や診療科長会においても、長年にわたって毎回病院長や節約委員長が口を酸っぱくして伝達してきたことである。委員会の席上でのそのような伝達によりある程度効果があったかもしれないが、三重大大学病院の医療費率が長年にわたって一向に下がらなかったことから、このような委員会を今後何回開催しても大きな効果は期待できず、何らかの別の方策が必要であると考えた。そして、以下の4つの方策を実行することとした。

①委員会の工夫

各診療科の代表者が集まる節約委員会の回数を1カ月1回から2カ月1回に減らし、その変わり、現場のコメディカルも含めた教職員を順次集めて伝達する会議を頻繁に開くことにした。代表者にだけ伝達する従来の会議では、構成員の一人一人に委員長の意図が正確に伝達されているかどうか分からないと考えたからである。

②病院管理学あるいは経営学に関する講演会の開催

外部の専門家による病院の全教職員を対象とした講演会を、年1回程度開催することとした。

③経営改善報告制度

これは、QC的な改善活動にヒントを得て考えた一種の提案制度であり、各現場で医師、看護師、職員がいっしょになって、アイデアを出し合い、何をどのように工夫したらどの程度経営改善効果があったか具体的な事例を報告していただくこととした。QC活動の指導経験のある外部のコンサルタントの方に、開始に当たってセミナーを開催してもらった。一定期間毎に全体の発表会を行い、またインセンティブとして、優れたアイデアを出した教職員には、浅く広く、表彰状やテレホンカード等を授与することにした。

④経営指標改善度に応じた追加予算の傾斜配分

病床稼働率、病床回転率、健康保険査定減率、総収入などの経営指標が前年度に比べて改善した診療科に、その成績改善率に応じて、追加予算の一部を傾斜配分することとした。

4. 方策の実施

さて、以上のような方策を立て、それを、担当の事務職員と二人で実施した。経営改善報告用紙を作成し、現場から報告をしてもらった。特に看護師の皆さんには最大限の協力をいただき、経営改善報告を集積した。表1は、周産母子センターの師長からの経営改善報告である。未熟児には鼻から胃の中に通したチューブを介して1日8回ミルクを投与するが、そのチューブに残ったミルクをすべて胃の中に入れるために、さらに生理食塩水をチューブに注入する。その際2.5ccのディスポーザブルの注射器を1日8本使っていたが、それを10ccの注射器1日1本で行うようにした。患者数から計算すると、それだけで1年間に約20万円の節約になるというものである。経営改善報告には私がすべてコメントを書いて返した。

このようなアイデアに対して、私はテレホンカードを差し上げたが、「こんなことは当然のことであり、もっと前からやっていないといけない。」というご批判を何人かの方から頂戴した。しかし、このようなQC改善活動においては、この種の批判は禁句である。そうでないと、現場が一生懸命考えて実行する意欲を失ってしまうことになる。

電気代や文房具などの節約努力の報告も寄せられた。この時の経営改善活動は医療費の節減が目的であり、それ以外の節約は、予算通り使い切ることが善とされていた当時は、あまり意味をなさなかったが、そのような医療費以外の節約努力に対してもテレホンカードをお渡しした。法人化後の今となっては、医療費以外の節約もきわめて大切である。

臨床実習の学生が手術の手洗いに¹⁾つくことをやめさせて、その際の手術着代や手袋代の節約を

表1 経営改善報告用紙

診療科、病棟名	周産母子センター（NICU）
記入者名、日付	〇〇婦長 平成9年5月21日
改善事項	鼻注栄養終了時のワッサー後押し用注射器の節約
改善前の状況	約15名の未熟児・新生児が鼻注栄養を行っており、3時間の鼻注終了時に2.5ml ディスポ注射器にワッサー1ml を吸って鼻注カテーテルから後押ししていた。使用本数は120本/日、840本/週、3600本/月であった。
何をどのように改善したか	1人のベビー専用10mlのディスポシリンジに1日分の後押しワッサー8mlをまとめてつくり、毎回1ml使用するよう、スタッフ全員で申し合わせ、実施した。10mlディスポシリンジは1回/日交換とした。清潔面でも問題がないと判断した。10mlディスポシリンジの使用本数は15本/日、105本/週、450本/月となった。
改善効果	1ヶ月の2.5ml ディスポシリンジの使用材料は22,680円であり、改善後5,576円/月となり1ヶ月17,104円の節約となり、年間では205,248円の節約となる。
節約委員会コメント	すばらしい節約効果ですね。この調子でがんばって下さい。 節約委員長 豊田

表2 収益アップ対策と費用削減対策（川渕孝一氏による）

＜収益アップ対策＞		
■ 患者数↑	→	病院の魅力作り（差別化）
- 病床利用率	→	空床管理の徹底、病診連携の促進、高額医療機器の購入
- 外来患者数	→	診療科の充実、駐車場の確保、専門・特殊外来の設置
- 検診事業	→	人間ドックの設置、フォローアップの充実
- 在宅事業	→	訪問看護ステーションの設置、「救急時はいつでも」の体制
■ 診療単価↑		
- 入院単価	→	平均在院日数の短縮、賢明な看護料の選択
- 外来単価	→	請求もれ対策、伝票・帳票制度の改善
- 特定療養費	→	患者サービスの向上
＜費用削減対策＞		
■ 変動費（医薬品費、診療材料費、給食材料費、消耗品費など）		
- 質の良いものをなるべく安く買う		
- 大切に使う		
- 在庫はなるべく少なく		
■ 固定費		
- 職員給与費	→	適正人員の算出、給与単価のコントロールパート化、外注化、残業の削減、柔軟な勤務体系の導入
- 経費	→	節約努力
- 減価償却費	→	過剰投資を避ける

するアイデアが出されたが、この種の改善提案は、教育を行うという大学病院の使命に反することであり、却下した。

経営指標の改善度に応じた診療科への一部追加予算の傾斜配分に際しては、かなりの不平不満が続出し、担当の事務職員は矢面に立たされてつらい思いをした。これは、外部のコンサルタントの方からは、成果（結果）によってお金を傾斜配分する場合には、よほど評価基準を単純明快なものにしておかないと紛糾するものになるので注意をした方が良く、とアドバイスを頂いていたのであるが、案の定、紛糾を招いたわけである。しかし、途中で撤回するわけにはいかないので、最後まで続行した。

病院経営に関する講演会として、平成9年12月18日に川渕孝一氏を講師に招いた。当時話題になっていた DRG²⁾ に関する話とともに、収益アップ対策、費用削減対策等、病院の経営に関してもお話をいただいた。表2は当時の川渕氏の講演資料の一部である。

また、節約委員会の活動は、単なる節約にとどまらないことから、平成10年4月より“経営改善委員会”と改名することを提案した。当時は“経営”という言葉に一種のアレルギーがあり、診療科長会において“経営”よりも“運営”という言葉が適切であるという反対意見もあったが、了承された。

5. 経営改善活動の成果

2年間の経営改善活動の最終的な数値上の成果は表3に示した通りである。107.7億円であった総医業収入は1年目4.4億円増、2年目1.2億円増、2年間で合計5.6億円増となり、113.3億円となった。42.2%であった医療費率は1年目0.9%減、2年目1.3%減、2年間で合計2.2%減となり、40.0%となった。総医業収入から医療費を差し引いた62.3億円の“利益”は、1年目3.5億円増、2年目2.2億円増、2年間で5.7億円増となり、68.0億円となった。ちなみに、この“利益”は、医療費が変動費とほぼ等しいと考えられるので、収入から変動費をマイナスした「限界利益」にほぼ等しいと考えられる。

表3 経営改善活動の数値上の成果

	平成8年度	平成9年度	平成10年度
附属病院収入額（A）	107.7億円	112.1億円	113.3億円
医 療 費（B）	45.4億円	46.3億円	45.3億円
医 療 費 率	42.2%	41.3%	40.0%
A－B（ 限界利益）	62.3億円	65.8億円	68.0億円
医療費率全国平均	39.3%	39.5%	39.0%

限界利益は、診療現場での管理会計上有用な指標であると思われる。その理由は、医療費率を強調しすぎると、先に述べたように、高額な医療材料や薬品を使う診療、例えばペースメーカー装着や抗ガン剤投与等の診療を、わざわざ外部の病院に紹介するようなことが生じてしまう。限界利益を最大にすることを診療現場の指標にした場合には、このようなことは起こりえない。ただし、限

界利益を診療科毎に算出しようとする、診療科毎の医療材料費を算出できるシステムが不可欠である。

また、経費の節減には、変動費の節減と固定費の節減の両方があるが、今回の経営改善は、主として変動費の節減を診療現場中心に行ったことになる。固定費の節減も重要であるが、例えば代表的な固定費である人件費の節減等については、診療現場に決定できる権限が与えられている病院は少なく、病院執行部が決定をする事項であると考えられる。

総収入が1年目は4.4億円伸びたにも関わらず、2年目が1.2億円と伸びが鈍った理由については、十分な分析をしたわけではない。総収入に影響する要因は数多く考えられ、上に記載した病床稼働率、健康保険請求漏れ、診療単価（病床回転率）、差額病床料の請求漏れの他にも、健康保険の診療報酬の改定等により特に収入増を意識しなくても自然に増加する場合もあるし、人気のある医師の採用・転出や医療事故の影響等による患者数の増減もありうる。また、今回、病院経営指標の改善度に応じて各診療科に対する一部追加予算の傾斜配分を行った効果が1年目では大きく現れたが、2年目になると早くもマンネリ化してインセンティブとしての効果が働かなくなり、その反動が現れた可能性も否定はできないと考えている。

2年目の半期の収入が目標収入額を大幅に下回ったことから、病院長の指示で緊急措置がとられることとなった。そのために院外処方箋の率を低下させることが、経営委員会とは別のところで決定された。院外処方箋発行率を下げて院内処方箋で薬品を出すことにより、医療費率は上昇するが、売上げが増える。当時の病院の事務は、期首に文部科学省に届け出た収入目標と医療費率を達成するための調整の道具として、院外処方箋発行率を位置付けていたと思われる。経営委員会としては、それまで院外処方箋発行率を上昇させることを目標として号令をかけてきただけに、この方針転換は、執行部に対する不信感、診療現場での混乱、そして院外薬局に多大の迷惑を招いてしまった。数値目標達成のために、姑息的な手段を用いて辻褄を合わせることは、やってはいけないことであると痛感した。

一方、経営改善活動による医療費節減については、1年間で2%低減という当初の目標達成は遅れたものの、2年間にわたって着実に約1%ずつ減少し、約2億円の純利益増をもたらしたことは評価されるべきであろう。法人化以前の“利益”という概念のない非営利公的機関においても、このような改善活動は、ある一定の効果をもたらすということであると思われる。

私が経営改善委員長を辞めた後、経営改善活動は下火となり、医療費率は再度上昇した。改善活動の成否は、それを継続的に行って組織の風土となるまで定着させることができるかどうかにかかっていると思われる。トップの信念がゆらぎ、熱心に取り組む働き蜂がいなくなれば、継続することは困難である。

6. 経営改善活動の総括と教訓

2年間務めた経営改善委員会委員長を辞めるに当たって平成11年3月に経営改善報告集をまとめたが、その際の経営改善活動の総括として記した前文の抜粋を以下に掲げておく。

- 最近の医療情勢は厳しさを増しており、国立大学病院といえども、経営を真剣に考えざるをえない状況である。5年後には大学が独立行政法人化されるかどうかの結論が出されるものと思われるが、その時には今よりもさらに厳しい状況におかれることになる。その時になって泣き言を言わなくてもよいように、今から職員全員の意識改革を進め、逆境に強い経営体質を涵養しておくことが大切である。
 - 最も大切なことは、アイデアを出すだけではなく、それを実行し、ルーチンの業務として定着化させることである。定着化しなければどんなすばらしいアイデアであっても、何の意味もなさないのである。
 - 今までの経営改善委員会の活動は、主として経費節減に主眼をおいたものであった。しかし、経費節減と同時に収入アップにも取り組まなければならない。そのためには、他の病院ではできない高度先進医療を開発するとともに、心温まる患者サービスを提供し、患者さまにもう一度この病院にかかりたいと思っていただける大学病院にすることが肝要である。ほんのちょっとした不用意な言葉使いでも、こちらが気がつかない間に相手の心を深く傷つけていることはよくあることである。常に患者さまの立場に立って考えるとともに接遇のノウハウも知っておかなければならないと思う。
 - この経営改善報告集は三重大学医学部附属病院のすべての部署のすべての職員の努力の結晶であり、大切な宝物であると思っている。改善活動は一部の人たちだけがやっても成功しない。医師、看護師、薬剤師、栄養士、技師、事務職員等、すべての部署のすべての職員が力を合わせて初めて成功するものである。このような全職員を巻き込んだ改善活動によって、私どもの病院の行く手に立ちはだかる難局を立派に乗り越えて、すばらしい大学病院に発展することを願ってやまない。
 - 経営改善活動を推進するに当たって必然的に生じるさまざまな苦情の矢面に立って頂いた関係事務職員各位の労をねぎらいたい。
- また、2年間の経営改善委員会の経験から私が出た、甚だ独断的な教訓を表4に列挙しておく。

表4 経営改善活動から得られた教訓

- 人を集めて経営改善の訓辞を垂れるだけでは効果はない。
- 現場中心の改善活動は、非営利組織であっても、やれば必ず効果が上がる。
- 診療現場を動機づけるための管理会計指標としては、診療科毎の“限界利益”が最も合理的であると思われる。
- ただし、経営改善活動はお金儲けが目的ではなく、あくまで、理念達成のための経営基盤の確立が目的である。
- 数値目標達成のために、姑息的な手段によって辻褃合わせをすることは避けるべきである。
- 現場から出てきたアイデアに対して、どんなに小さなアイデアでも「そんなことは当たり前」という言葉は禁句である。
- 改善活動を定着化し、組織風土にまで持っていくことが大切である。
- 改善活動の報償は浅く広く。成果（結果）主義によるお金の傾斜配分は評価基準を明快なものにしておかないと紛糾を招く可能性がある。
- トップの信念が揺らぎ、熱心に取り組む働き蜂がいなくなれば、改善活動は容易に崩壊する。

おわりに

効率化と経営改善が求められている法人化後の国立大学附属病院においても、経営改善活動は有効と思われ、ぜひ試みていただきたい。しかし、地域社会や国民が期待している国立大学附属病院の理念を曲げてはいけない。理念を曲げなければならないほどの、あるいは他部局の教育研究に支障を来すほどの採算性が大学附属病院に求められるのであれば、それは制度設計そのものに問題がある。ただし、今後、国立大学附属病院の理念達成のための金額（非採算部分等）として、どの程度公的な資金の投入が妥当かという難しい課題が残される。

注

- 1 手洗いにつく：術者と同様に手指を消毒し、滅菌した術衣や手袋を着用して、手術台の直近に立って手術の見学や補助操作を行うこと。
- 2 DRG：diagnosis related group（疾患別関連群）の略。医療資源の必要度から、10,000以上ある診断名を整理して500程度のグループに分類し、包括支払方式と組み合わせて、医療コストの管理に用いられる。