



三菱商事のグループ企業です。

NIHON HOSPITAL SERVICE

NHSニュース

2009.08.31 Vol.5

NHS NEWS



医療・経営の質向上への方策を探る いかに「選ばれる病院」となるか

株式会社日本ホスピタルサービスは7月24日・25日、東京都内で「第10回 病院の経営を考える会」を開催しました。

25日は東京国際フォーラムを会場に、真野俊樹氏（多摩大学医療リスクマネジメントセンター教授）、福井次矢氏（聖路加国際病院院長）、田中延善氏（福井県済生会病院院長代理）の3氏を講師に招き、医療機関が今後いかに「経営の質」「医療の質」を向上させていくかということについて学びました。講師と参加者との質疑応答も活発で、関心の高さがうかがえました。



第10回 病院の経営を考える会
(2009年7月24日・25日開催)

賞によりナンバーワンを選ぶのではなく、切磋琢磨するグループを作る

財団法人日本生産性本部では、今年3月、医療機関が継続的に経営の質を高めていくことを目的に、経営の質を評価する認証制度を伴った新たな組織「日本版医療MB賞クオリティクラブ（JHQC）」を発足させました。JHQCの運営委員長を務める真野俊樹教授に、その背景と内容について詳しくご説明いただきました。



多摩大学総合リスクマネジメント研究所
医療リスクマネジメントセンター教授

真野俊樹 氏

プロセスを評価するMB賞

よい医療とは、医療の質と経営の質の両面からなり、経営の質が医療の質を支えることとなります。両面がそろって患者満足につながるのですが、患者満足は知覚品質とも称され、患者さんの主観的な受け取り方に大きく左右されます。たとえばエビデンスのある医療を行い、クリニカルインディケータなど客観的な指標に優れていても、多様化する患者さんにそう受け取られるとは限らず、ときには訴訟の懸念さえ起きてきます。そこで、知覚品質はトップや従業員の意識改革から始まるきちんとしたプロセスがなければありえないというのが、米国の経営品質賞（MB賞：The Malcolm Baldrige National Quality Award）の考え方です。

MB賞は、1980年代に品質管理の徹底で国際競争力を伸ばした日本企業を研究して1987年に米国で創設されたもので、「顧客の認める品質中心の経営システム」ということが特徴です。

地域医療を担う病院に適合

1995年にはMB賞の日本版といえる日本経営品質賞が設けられました。そのアセスメント基準は、経営幹部のリーダーシップ、経営における社会的責任、顧客・市場の理解と対応、戦略の策定と展開、個人と組織の力向上、顧客価値創造のプロセス、情報マネジメント、活動結果の8項目にわたり、合計1000点となります。評価項目や配点は、社

会の流れを反映してほぼ毎年変わります。基本理念は、顧客本位、独自能力、社員重視、社会との調和です。独自能力というのは、他組織と同じことを行うのではなく、他組織とは異なる見方、考え方、方法による価値実現を目指します。顧客満足に偏らず、社会の一員としての視点も盛り込まれています。

米国では差別化や経営改善に役立つとして、2002年頃からMB賞に取り組む医療機関が増えました。受賞組織は先端的な有名病院というよりは、地域医療への貢献度の高い中小病院であり、MB賞は非営利の医療機関の評価に優れているということが分かってきました。

組織プロフィールで自院を知る

日本版医療MB賞の導入にあたり、シンガポールの例を参考に、病院に対してナンバーワンを認める賞を出すのではなく、同じフレームワークのもとに戦略や方向性を同じくして切磋琢磨するグループを作ろうということになりました。新しいことにチャレンジしていく体制を目指すのですが、新しい医療技術を意味しているわけではありません。たとえばITの仕組みを充実させる、QC活動で新しいアイデアをどんどん出すなど組織横断的に行うことも想定。改善・改革に組織をあげて戦略的に取り組んでいけば、どんな環境の変化が起きても対応できます。

JHQCは日本生産性本部に事務局をおいて、会員を募り、毎月勉強会を

開いています。具体的に自病院の経営課題を明らかにするゼミや、MB賞受賞病院など米国の事例を訪問調査する活動も行います。クオリティクラブ認証として、経営品質向上プログラムを活用した経営の質向上に取り組み、成果をあげる医療機関を認証する制度を設けました。本年度は長野県松本市の相澤病院をはじめ8病院に、Aクラスを認証。今後、上位クラスの認証を検討しています。

Aクラス認証への申請には、日本経営品質アセスメント基準書に沿って組織プロフィールとして、自院の経営状況を提出します。組織が目指す理想的な姿としてビジョンやミッション、顧客、競合相手となる病院、自院の強み、ビジョン達成に向けた経営課題や戦略、財務など組織情報の記載が求められます。ちなみに今回認証した中には、赤字病院も含まれています。

私は運営委員長なので評価に当たる立場ではありませんが、クオリティクラス評価委員会には、嶋口充輝氏（慶應義塾大学名誉教授）をはじめとした優れた先生方に入っていました。会員となり、勉強会に参加し、組織プロフィール提出ということですから、認証のハードルはそう高くはありません。非営利団体ですから費用もかきません。是非、多くの医療機関に関心を寄せていただきたいと思います。

クオリティインディケーターの導入で 職員の行動が変わりEBM促進

聖路加国際病院では、電子カルテを活用して2005年から質の向上を測るクオリティインディケーターを導入しています。EBMによる具体的な目標値を定め、時には病院をあげてのキャンペーンを行い、数字で見える形で医療の質向上を図っています。クオリティインディケーターの導入に際しての工夫と成果をお話いただきました。



聖路加国際病院 院長
福井次矢氏

数字で改善の動機付け

院長の仕事とは、正しい情報を仕入れてタイミングよく提供し、職員に行動を変えてもらうことだと思っています。職員の行動を変えることで、診療の質が変わってきます。

5年前、24年ぶりに当院に戻って院長に就任したとき、マスコミが「いい病院」として取り上げるためか職員のプライドが高いと感じました。そこで私が問いかけたのは、本当にいい病院か誰の目にも見えるような証拠があるのかでした。これがクオリティインディケーター導入につながりました。

医療の質とは、根拠に基づいた医療（EBM）をどう現場に持ち込むかに尽きます。20年前に比べ、診療ガイドラインは格段に進歩し、信頼に足るものです。ところが、診療現場がガイドラインに追いついていかないためにエビデンスプラクティスギャップが生じます。クオリティインディケーターによってこのギャップを知ることができ、知れば改善しようと努めることになりました。標準的医療や他の医師と比べることができるので、医師が自分の位置を知り、改善の動機付けになります。

問題点を明らかにする

2005年5月、診療情報解析システムワーキンググループを発足。当院は2003年の途中から電子カルテになっていますので、2004年からのデータをフルで出すことができます。予定手術の

執刀1時間以内に予防的抗菌薬投与した割合、退院後1週間以内の予定外の再入院率、大腸手術患者の感染率、職員の非喫煙率、コミュニケーション・接遇に関するクレーム件数など約100項目のデータをフォローしています。

データは小冊子にまとめて全職員に配り、病院全体として改善に役立てます。たとえば、市中肺炎の患者さんが来院4時間以内に抗菌薬を投与された割合は、2005年の70.8%が07年は76.0%に向上しました。糖尿病患者の血糖値コントロールについて、その年の最後のHbA1cの測定値を少なくとも7%以下という目標を立て、達成できた患者さんの割合は04年の46%が05年には50%に向上。医師ごとの成績もグラフ化しました。患者の重症度が違うので、医師の臨床能力だけに左右されるわけではありませんが、このグラフを皆で底上げしようと、内分泌・代謝科部長に何度もレクチャーしてもらい、この数年さらに数値が上がっています。一方、もともと重症でコントロールが難しい患者さんを他の医療施設に紹介することで成績を上げるという副作用も考えられます。しかし、逆紹介の患者さんのデータを調べてみると、院内の患者さんよりずっと数値がよく、重症者を逆紹介しているのではないことが分かりました。

データを解析していくと、数値を改善するための問題点が浮き上がってきます。たとえば心筋梗塞患者のPTCAは来院90分以内が目標ですが、90分を

大きく超過した何例かでは救急部の医師が心電図のわずかな異常に気がつくのが遅れたことが分かり、この後、循環器科と救急部の医師と一緒に毎月カンファレンスをするようになりました。

エビデンスに基づくシステム必要

医療事故・医療過誤が個人の問題とされた時期もありましたが、現在は、組織・システムの問題として防止策を講じるようになってきました。人間は間違いを犯す生き物ですから、間違いを犯そうと思っても犯せないフルプルーフ、たとえ間違いを犯しても患者さんに危害が及ばないフェールセーフのシステム作りが必要です。医療の質については、医師個人に任せきりで時代遅れの処方が野放しにされがちですが、ちょっとしたことで医師にアラートが出れば適切な処方ができます。そのようなシステムをより多く組み入れていく必要があります。医師個人にパフォーマンスのフィードバックを繰り返すことが、医療の質の向上につながると思います。

なお、クオリティインディケーターの項目選定については、トップダウンでは反抗も予想されます。医療情報解析室の職員が各部署でうまくヒアリングを進めてくれたおかげで、予想された抵抗はなく、脳外科手術後の死亡率まで自発的に出されたくらいです。

職員の笑顔を引き出すために 感動を共有するプログラム

福井県済生会病院では、済生会クオリティマネジメントシステム（S Q M）によって医療の質と経営のレベルアップをはかり、患者満足（C S）の高い病院を目指しています。同時に職員満足（E S）が不可欠と考え、感動を共有するために済生会ホスピタリティ賞を創設。院長就任を控えた田中延善氏にご講演いただきました。



福井県済生会病院 院長代理

田中延善氏

3つのシステムを融合

当院は「患者さんの立場で考える」ことを理念としています。C Sの高い病院を目指して、済生会クオリティマネジメントシステム（S Q M）を構築し、医療の質と経営のレベルアップを図っています。S Q Mはバランスト・スコアカード（B S C）、I S O 9001、ワークアウト（W O）の3つのマネジメントツールを融合させたものです。

飛行機に例えれば、B S Cはコックピットに当たります。個人・部署・病院の現状ならびに目標を4つの視点（財務・患者・業務・職員）でとらえて目的を明確化し、改善の進捗を評価するものです。戦略マップによって改善目標の意味と実行過程が見えるので、職員は納得して改革を進めることができます。エンジンに当たるI S Oは、それぞれの目標に向けてP D C Aサイクルを回すことにより継続的に改善し、病院全体を管理運営します。改革は止まらないということです。管制塔に当たるW Oは、問題解決を現場に権限委譲し、迅速かつ集中的に改善。チームワークを育成し、みんなの意見で病院が変わるという意識が生まれます。

2002年度に第1期3カ年ビジョンが始まり、現在第3期3カ年ビジョンが進行しています。この間C Sは向上し、連携医のアンケートからも当院の評価が高まっていることがわかります。しかし、07年の年間総括であるマネジメントレビューでは、E Sが若干低下し

ていました。職員が疲弊したのでは、C SはありえないのでE S向上に注力することになります。

SQM活動にES向上の仕組み

もともとC S向上のためのS Q M活動には、E S向上に役立つ取り組みがあります。日常の問題を自己分析して業務改善するサービスレポートでは、職員が自己主張することができ、ある意味ではガス抜きにもなります。S Q Mインタビュー（内部監査）では、他の職場を訪問して業務改善の進捗状況を審査することで、病院全体を眺めることが可能となり、業務改善の参加意識と誇りを持つことができるようになりました。職員は非常に喜んでいました。全員がマネジメントレビューに参加することによって、経営者意識を持つことができるようにもなりました。それまで会議では何も発言しない人がいましたが、W Oを行うことによってファシリテーターが常に皆から意見を引き出し、全員の合意を得て結論を出す形になりました。W Oのメンバーになると、それまで寡黙だった人がイキイキと語り、リーダーになっていくというケースがよくありました。

職員が認め合い、高め合う

加えてE S向上のために創設したのが、済生会ホスピタリティ賞です。忙しいばかりで何か足りない、足りないのは感動というわけです。感動を共有するプログラムとして、感激レポート、

グッドアイデアレポート、ベストスタッフレポートを設け、病院の理念にかなった模範的な行動を取った職員や病院の改善に対するアイデアを出した職員を高く評価しています。08年度は3人がホスピタリティ賞を受賞し、2人にリッツカールトンのペア宿泊券が贈呈されました。

09年1月からは職員の情報共有のためにポータルサイトを開始。すべての文書管理を行うので、全委員会の議事録、マニュアル、D P Cのデータ、福利厚生の情報も漏れなく閲覧できます。出張届けや休暇届けも出すことができ、上司の承認は印鑑ではなくクリックひとつです。

09年度に新人研修をがらりと変えました。当院の歴史と、バリュー（変革、前向き、使命感、やさしさ、チームワーク）を語り、100人の新人にもてなしの心をこめてウエルカムカフェを開催しました。花と飲み物と菓子を用意した4人テーブルで、職種も年齢も違う新人がコミュニケーションについて話し合います。皆にこにこ笑顔で、去年までの新人研修は何だったのかと思ったほどです。事前に各自に招待状を出し、事後には各自の笑顔の写真を送りました。「楽しかった」「対話の大切さを体感した」「自ら参加できた」「他の人と知り合いになれた」などの感想が寄せられています。

これからの病院経営をキーワード別に議論

BSC、DPC、原価計算、経営戦略

7月24日は三菱ビルコンファレンススクエア エムプラスと丸の内パークビルディングの4会場で、これからの病院経営について「BSC」「DPC」「原価計算」「経営戦略（病院長のあり方）」の4つのキーワード別に希望者によるワークショップが開かれ、熱気あふれる議論が展開されました。



テーマ1

バランスト・スコアカード(BSC)の現実と課題 ～BSCを戦略的マネジメントツールとして使いこなす～

これからの病院は、制度に追われた帳尻あわせの経営から脱却し、科学的で根拠と検証を行いながら「全体最適」を目指す経営をしなければなりません。各診療科や看護部、事務部などの部分最適ではなく、病院全体の最適を目指すのです。そのためにBSC（バランスト・スコアカード）は非常に有効です。特にこれからの急性期病院ではBSCとDPCがポイントとなるでしょう。

BSCでは「戦略マップ」と「スコアカード」が車の両輪と言えます。戦略マップは、戦略を記述するためのフレームであり、病院の無形資産を顧客や財務の視点の成果に転換する因果関係を示すもので、スコアカードで戦略目標、重要成功要因、成果尺度、目標値、先行指標、アクションプランや優先業務課題などを示し、実行するための目的手段関係として示すことで戦略マップとスコアカードは関係性をもって構築される必要があります。戦略マップがないスコアカードはBSCではありません。戦略マップとスコアカードは最初はばらばらかもしれませんが、運用していくうちに一体化し、BSCとして運用されるようになります。

BSCで特に重要なのはビジョンが明確であることです。ミッションやビジョンはありきたりだと思われるかもしれませんが、「3年後、5年後にはこのような病院になりたい」とビジョンが明確になれば、それに向かっていかに現状とのギャップを埋めていくかという「変革のシナリオ」を作ることができます。BSCは基本的にはトップダウンで進めますが、現場がそのトップの考えを理解して創り上げることがポイントです。現場が理解し創り上げたものだからこそ、現場は納得して取り組むことができるのです。ビジョンが明確で



日本大学商学部教授
日本医療バランスト・スコアカード研究会会長
高橋 淑郎 氏

なかったり、その理解がスタッフ部門と現場でかい離したりしている場合もありますが、「財務」「顧客」「プロセス」「技術」「職員」を総合的に幹部が議論しビジョンを決めればよいし、SWOT分析後にも再確認すればよい。

いし、SWOT分析後にも再確認すればよい。

BSCの基本である「SWOT分析」は是非取り組んでほしい。SWOT分析で組織の強み・弱み・脅威をあぶり出せば、ビジョンを実現するために病院が直面しているさまざまな問題がリストアップされるのです。その経営課題を緊急度と重要度で並べ直し、その中でBSCで優先的に考えなければならぬことは何かを選び出します。それを絞り込み、戦略テーマごとに戦略マップを作っていきます。戦略マップは、今後1～2年の重点課題に対してどうしていくかを示すもので、病院のすべての戦略を網羅している必要はありません。

BSCを使いこなすには「スコアカードの顧客は院長や理事など経営幹部である」と認識することが重要です。さらに「経営者がBSCの導入活用に参加していない」「BSCの教育に時間をかけていない」どの場合は失敗する確率が高い。経営するのはトップであり、あくまでもBSCはその経営のための道具（ツール）です。BSCは戦略経営実践の枠組みであり、マネジメントツールとして使いこなすには、「BSCをやるだけの価値がある」と信じるトップの強いリーダーシップと現場のリーダーの存在、そしてBSCはツールであるという認識が重要です。

DPCデータの活用 ~診療プロセスの見直し・改善~

周知の通り国策レベルで大幅な病床削減の方向性が示されています。患者増のもとにさらなる効率化が求められ、病院はその役割・機能を明確にして専門特化と連携を進めることが一層求められます。こうした中で、患者増下の病床数減に直結する効率化の指標が在院日数です。使い古された感もありますが、依然として重要性を持ちます。病院間での在院日数は大きくばらつき、DPCの分布の違いをO/E値により統計的に補正しても、かなりのばらつきがあります。その原因には、患者の状態の違いのほか、医師・医療チームの診療方針、病院の役割・機能それに応じた病院レベルでの診療・経営方針、地域における医療へのアクセスや施設間連携などがあります。

適正な在院日数は、地域性や役割・機能など個別の状況によって異なります。我々の行った57病院の調査結果では、クリニカルパス使用頻度8割以上かどうかで約12日、地域連携パスの有無で約15日、地域の病院間の情報共有システムの有無で約11日といった在院日数差がみられました。平均在院日数適正化のためには、個々の臨床的努力のみならず、「特化と連携のシステム作り」が重要です。

医療の経営環境は益々厳しくなり、専門特化と連携は、外部環境と自らの強み弱みを把握しながら、経営者自らの明確な意思によって主体的に進めていく必要があります。そのあ



京都大学 大学院医学研究科
医療経済学分野 教授

今中 雄一 氏

り方に全国共通の正解はありません。ある病院は近くの病院を説得して回復期病棟を作っていたり、ただき強固な連携をもって退院後の受け皿を確保し、自院の高度な機能を拡充しています。あ

る病院では後方病院がないという認識に立ち、入院中のリハビリを早期に集中的に行って自宅に早期退院させ、充実した訪問リハビリで対応しています。

また、DPCデータから診療の評価やプロセスに関わるデータもどんどん出てくるようになります。多施設比較の中で、病院長はじめ経営陣において各診療科のおよその立ち位置が見え、各診療科は科外から「評価」されうる状況になります。しかし、診療の世界にもともとそのような文化は根付いていません。データを契機に改善を行うためには、その趣旨の理解と相互に信頼できる環境・組織文化の確立が重要です。さらに、良きにせよ悪きにせよ、情報公開や医療保険との関連が出てくることになります。各病院や各診療科には、内外で説明責任を益々求められる時代となっていくでしょう。それに耐えうる院内体制や組織文化を、データをもってフラックに議論しながら構築していくことが、今、求められています。

これだけは知っておきたい、部門別原価計算のポイント

原価計算は管理会計であり、外部へ報告する財務会計とは違い経営管理者が意思決定や業績の管理などに使います。したがってその報告は、過去・現在だけでなく、シミュレーションなどによる「未来」も対象に入ります。

病院における原価計算は、一般企業の製造原価と販管費といった区分に基づく製造原価計算という形で行われていない実態があります。

そこで、診療報酬策定における原価計算は「総原価」、部門別業績評価のための原価計算は「医療原価」、現場の業務改善のための原価計算は「直接原価」というように、原価計算の目的によって原価の範囲を定義して使用する必要があると思います。例えば当院では、組織を予防医療センター、病院、



聖路加国際病院
事業管理部財務経理課マネージャー

渡辺 明良 氏

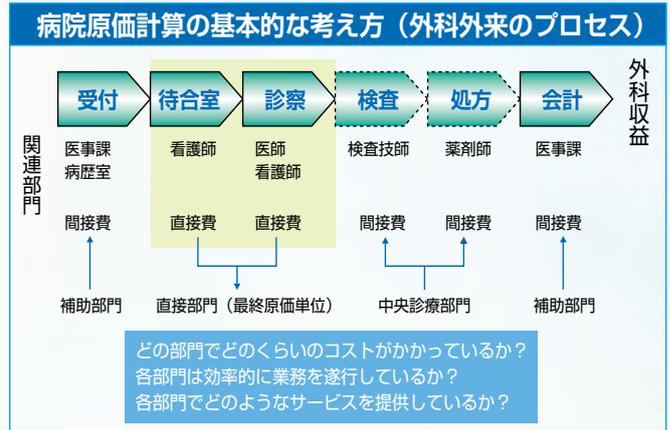
教育・研究センター、医療情報センター、事業管理部というように、事業単位に変更した結果、予防医療センターと病院は「医療原価」、それ以外は「販管費」というように、原価の

範囲を整理することができました。このように原価計算を考える場合、時には病院の組織図を見直す必要もあるのです。

病院原価計算の基本的な考え方は、【図】のように直接費だけでなく、受付や検査、会計などの間接費があります。こうした間接費は各部門に「配賦する」のが一般的です。「配賦」

はなじみの薄い言葉なので、「共通的に使っている費用を各診療科に割り当てました」と説明するのがいいかもしれません。配賦の第一のポイントは「納得性をどう担保するか」です。また、▽配賦基準をどこまで精緻に考えるか▽配賦基準のデータを抽出できるか▽作業時間とコストを考えることも、配賦のポイントになります。

一方、原価計算は、来年は何をしようかという「事業計画」、それを実行するだけのお金はあるのかという「資金計画」、それを行ったら良い結果になるのかという「採算計画」といった3つの計画を展開する時の手法としても活用します。この3つの計画のバランスを常に考慮することが大切です。また、どの範囲まで事業計画を予算化するかは、▽採算性の改善、患者サービスや安全性、質の向上、業務効率化や省力化につ



ながるか否か▽将来に向けたシステムや人材への投資であるか、といった視点で優先度を決めます。「欲しいもの」ではなく、「必要なもの」を買うということです。

テーマ4

病院長のあるべき姿 ～病院経営の戦略～

私個人が院長として大切にしているのは、「是々非々」「一貫性」「今日を否定する」の三つです。また病診連携を進め、行政や産業界はじめ地域の人々と情報交換して、病院を理解していただく地域活動を進めてきました。私が院長に就任した1999年は医業収益約85億円、入院単価も3万7000円の赤字病院でしたが、現在はそれぞれ120億円、5万6000円となり、V字回復を果たしたと称されています。



埼玉県済生会川口総合病院
院長
原澤 茂氏

2005年に病院の現地建替えを行い、80億円を借り入れ、この4年で10億円を返済しました。公的資金借り入れには法人本部の許可が必要ですが、法人本部からは建替えの条件として人員削減と賃金改定を迫られました。そこで事務系職員を大幅削減し、医師・看護師以外は退職しても補充せず、2度の賃金改定を行いました。現在約45%の人件費比率で推移しています。

労働組合の強い当院に人事考課制度を導入するには、「目標設定に伴う評価制度」と名を変えて02年に試行し、じっくり意見を聞いた上で翌年稼働、07年に医師にも導入しました。

SQM（済生会クオリティマネジメント）活動として、ISO9001とBSCを合体させたものを運用しており、PDCAサイクルを回して継続的改善を図っています。来年2月には、現在取得している認定を更新するべく、ISO9001：2008年版と同時に日本病院機能評価（Ver6.0）の認定を取得する予定です。

済生会の病院は独立採算制で、運営は院長に任されています。院長が職責を全うするには、それなりの年限が必要ですから、院長に定年はありません。リーダーシップを発揮する

ために、私が就任当初にしたことは、挨拶とコミュニケーションです。職員の目を気にするのではなく、職員の目をこちらに向けねばなりません。建替えと賃金改定がクリアできなければ、私は2年で去るとも公言しました。このころ、麻薬の誤投与が起り、院内に隠そうとする動きもあったのをいち早く情報開示し、マスコミに騒がれはしましたが、問題発生時の対処を示す一つのいい機会になりました。

自分流を通しがちな医師に対して、SQM立ち上げ時のマネージメントリーダーには一番影響力のある診療部長を任命。その後、是々非々をはっきりさせ、理想主義的な性格の別の部長を抜擢しましたが、これは適任でした。医師の意識改革を図るために、年功序列を崩して、診療科の責任者を変えたこともあります。がんばる意識のある人が上に立つことで、科の雰囲気が変わります。

財務状況がよくなってから、風が変わったのを感じます。しかし現状維持ではなく、今日を否定していくことで改善の継続を肝に銘じています。