

論 説

病院経営分析の着眼点

奥 村 陽 一

目 次

- I. 病院経営分析の着眼点
 - II. 赤穂中央病院の事例分析
 - III. 相澤病院の事例分析
- 結びにかえて

I. 病院経営分析の着眼点

1. 病院経営の現状

戦後わが国の医療法人は、1948年に制定された医療法において非営利が前提とされ、剰余金の配当禁止等の制約が課されてきた。1958年に診療報酬体系にもとづく出来高払い制度ができ、1961年に国民皆保険制度が完備されたことにより、「だれでもいつでも自由に医療機関で受診できる」というフリーアクセスがわが国医療の原則となった。国民皆保険制度は「世界に冠たる」と評されるように、平等で質の高い医療サービスを広くあまねく国民に提供してきたといえる。この社会制度は経済成長が続く時代は上手く機能し、「低負担」「高保障」の医療を実現してきた。しかし、高齢化による医療費の増大、経済成長の鈍化に伴う国・自治体の財政難が深刻になってきた今日、もはやその両立は困難になっている。

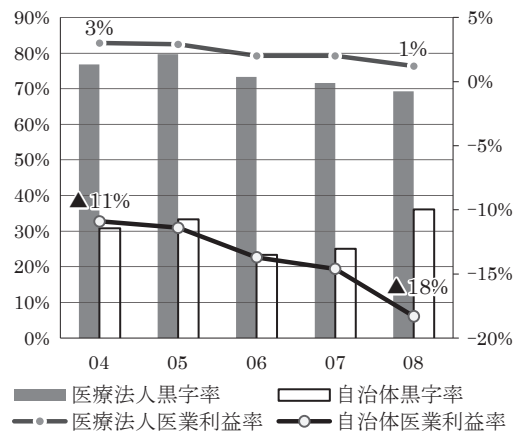
1985年に始まる一連の医療法の改正は、従来の供給量拡充政策を抜本的に見直し、わが国の医療体制の効率化を図ろうとするものであった。わが国の医療体制の歪みとして、人口当たり病床数、及び入院日数が先進諸国に比べて著しく多いことがあげられる（長坂〔2010〕、36頁）。新薬開発や日帰り手術の普及のような医療技術の進歩により先進諸国では入院日数の短縮が進んでいるのにたいして、わが国では社会的入院や医療・介護の地域連携の遅れが、病床数・入院日数の増大を招いている。これは医療資源（医師・看護師）の拡散をもたらし、急性期医療の現場に資源不足と超過勤務という弊害を生んでおり、この歪みを解消し医療体制の効率化を図ることが求められている。

他方、財政面でも、わが国の医療制度は限界を迎えている。高齢化の進展や医療の高度化により国民医療費は34.8兆円（2008年度）を超えており、今後も毎年1兆円の自然増が見込まれている。2000年に介護保険が導入され高齢者の長期入院等が同保険の対象分野に移管されたものの、当該支出もすでに7.2兆円を超えている。国民医療費の財源は、公費が37.1%、保険が48.7%（事業主20.4%、被保険者28.3%）、本人負担等が14.2%である。保険財政のひっ迫から、

もはや公費が3分の1を超えており、2000年代に入って各方面で医療費抑制策が展開されてきた。主なものは、①患者負担の引き上げ(2003年に3割負担に)、②診療報酬の引き下げ、③病床数の削減、④出来高払制から定額制へ(DPCの導入)、⑤薬価の抑制、⑥医師数増加の抑制である。なかでも診療報酬については、2002年に初のマイナス改訂(▲1.3%)が行われていらい、2004年(0%)、2006年(▲3.2%)、2008年(▲0.82%)と一貫した抑制策がとられてきた。

こうした窮状に対して医療関係者は、わが国の人口当り医師数と医療費(GDP対比)が主要先進国(G7)で最下位であるとの指摘を行っているが、「国民の大多数は良質な医療を平等に受けることを求め、格差医療・混合診療には強く反対している反面、医療者・医療機関に対して強い不信を持っており、医療の質の引き上げに不可欠な公的医療費の総枠拡大には否定的」(二木[2007], 14頁)である。この「不信」の一因として上げられるのが、公立病院等における病院経営の不在である。

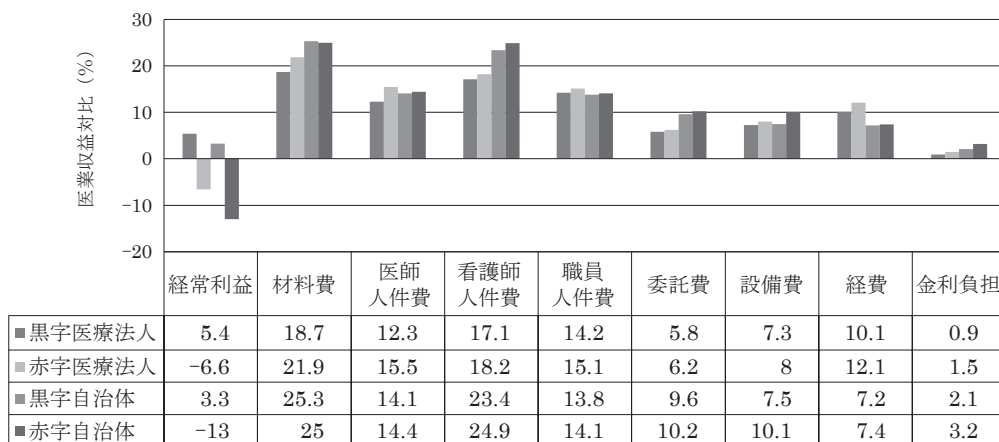
そこで病院経営の現状(本稿では考察対象を一般病院に限る)を見てみると、経営力の違いによる収益格差が浮き彫りになる。図I-1から分かるように、医療法人立の病院の黒字比率は76.7%(2008年度)と過去5年間で減少を続けている。診療報酬の低下を反映して、医業利益率も3%から1.2%に低下を続けている。同様に自治体立の病院を見ると、黒字比率は36.1%と医療法人立を大きく下回り、20~30%台を一進一退している。その医業利益率は5年間で▲18.3%にまで一貫して低下を続けている。



(出所) 厚生労働省[2010], 11-12頁より作成。

図 I-1 黒字率(左)と医業利益率(右)の推移

黒字と赤字を分けている要因は何か、医療法人立と自治体立とは何が違うのかについて見ていこう(図I-2参照)。同じ民間の医療法人において、黒字病院(経常利益が3期連続黒字)と赤字病院とで12.0%もの経常利益率の差がある。設備投資の時期に起因する分1.3%(=設備費率(8-7.3)%+金利負担率(1.5-0.9%))を別とすれば、①材料費3.2%、②医師人件費3.2%、③経費2.0%という格差が原因である。材料費や経費という節減可能な費目が相当な格差を生んでおり、経営力の違いが格差を生んでいると考えられる。医師人件費については、経営力の格差がいかに立地・ブランドによる格差も考えられる。次に、医療法人と自治体病院の黒字法人どうしの格差(2.1%)を見ると、自治体病院の方が医療法人よりも、①材料費(6.6%)、②看護師人件費(6.3%)、③委託費(4.1%)において余計な費用がかかっていることが分かる。



〔出所〕厚生労働省〔2010〕, 143-144頁より作成。

図I-2 設置主体別・黒字赤字別の採算状況

材料費や委託費のコントロールができていないという意味で、両者には経営力の違いがあると考えられる。看護師人件費の格差は、自治体の給与水準に規定された賃金格差及び集患につながらない手厚い配置がその原因と考えられる。いずれの比較においても経営力の違いが利益率の差を生んでおり、病院経営への取り組みが大きな格差につながっていることが分かる¹⁾。

2. 病院経営の課題

市川〔2010〕は、自治体病院における経営の現状を次のように整理している。①需要に対して供給が過大（＝豪華な建物と設備のコスト負担が重い）、②病院の魅力の低下（＝ミッション・ビジョンが不明確で働き甲斐がない）、③ガバナンスの欠如（＝交代が多いため経営を担う専門人材が育たない、議会の介入も妨げになる）、④公の役割が不明確（＝一部介護施設への転換を図ろうにも、それを公が担うべきかどうか不明）という事情が重なって経営が滞っており、たんなるコスト削減に走った場合はスタッフの士気低下を招き、収益悪化の悪循環に陥るといふ。

「病院経営における先見性と院長の責任」として、西村周三教授が述べるところによると、「(自治体病院の経営危機の)大部分は、地域の財政事情を見通すことができなかったことのツゲが回っているといえる。ただ、公的病院の多くに関しては、院長の『当事者能力の欠如』がもつと顧みられてよい」(西村〔2008〕, 1-2頁)という。民間病院なら医師不足は直ちに経営問題であり、院長は必死に医師確保の努力をする。公的病院の院長は名誉職であったり、数年後に交代することから無責任体制が生じやすい。さらに、院長の責任について次のようにいう。「ただ私は、

1) 松山幸弘「経済教室：公立病院の構造改革 地域単位で経営統合を」『日本経済新聞』（2010/11/26 付け）では、公立病院と社会医療法人の採算比較をつうじて、公立病院の不採算理由として挙げられる①政策医療、②診療報酬引き下げが、的を射ていないと指摘している。

これからの院長の責任は、こういった医師確保の努力のみにとどまらなないと考える。地域自体を、市長や市町村議会議員とともに再生するといった手腕も求められる。すなわち、外へ出て行く院長が求められている」と、リーダーシップのあり様を説いている。高齢化のもとで病院の医療需要が伸びる反面、若年人口減少や自営業者・農家の衰退によって地域の住みやすさが損なわれ、医師や看護師など地方での人材確保が困難になっている。それゆえ院長は地域の経済再生に積極的に関わっていかないと、自らの拠って立つ基盤が損なわれるというのである。また、「一部の地域では、……、住民のうちで糖尿病患者の家族に対して訪問栄養食事指導を行ったりしている例があるが、こういった運動をきっかけに、地域住民との積極的な交流も望まれる」とし、地域密着により先を見越した手を打つべきであると論じている。

このような洞察から、こんにちの病院経営の課題が明らかとなる。①病院事業は、自院の立地と商圏内でのポジションによって需要の限界が決まる。それゆえ、地域の将来需要に対する正しい見通しを持つことが決定的に重要である（→将来見通し）。②地域における自院の役割についてビジョンをもち、自院のミッションをスタッフと共有することが大切である。病院経営を担う医療スタッフが働き甲斐と誇りをもって働くことができなければ、高品質の医療サービスを顧客に提供できない。病院事業の最大の費用は人件費であり、人材を生かすことによって収益を得ていることを忘れてはならない（→人材マネジメント）。③法人理事長は自院のステークホルダーの利害を調整し、自院のポジショニングについて果敢な意思決定を行わなければならない（→ポジショニング）、④地域の健康・医療・福祉の水準を引き上げるため必要な連携に取り組み、自院のポジションを確固たるものにしななければならない（→地域連携）。これら4点がしっかりしておれば、有意な成果が得られると思われる。

3. 病院経営分析の着眼点

P.F. ドラッカー『非営利組織の経営』では、「決算書のない決算」という表現を用いて病院のような非営利組織の経営を特徴づけている。「企業には、財務の決算書がある。もちろん、損益だけでは成果を判定するに十分とはいえないが、少なくともそれは、具体的な何かを表す。したがって、経営者の好むと好まざるとにかかわらず、利益が、成果を測定する尺度として使われる。しかし、非営利機関の役員は、リスクを伴う決断を迫られたとき、まず、実現すべき成果から考えなければならない。その後、成果や結果を判定する手段を決定することになる。したがって、非営利機関の効率的な運営を心掛ける役員は、『成果をどう定義するか』という問題に、まず答えなければならない」（ドラッカー [1991], 133 頁）。非営利組織は、決算書上の利益だけでは経営成果を判定できない。利益とは別に、「実現すべき成果」を定義し、これにもとづく判定基準をもつ必要があるという。

では、成果をどのように定義すればよいのか。非営利組織は企業のように直接的な顧客の満

足だけを成果と考えるわけにはいかず、多種多様な関係者と支持者（これを「支援してくれる顧客」（P.F. ドラッカー・G.J. スターン編著〔2000〕, 20 頁）と呼ぶ）を満足させることが重要であるという。たとえばコミュニティ・ホスピタルを例にとれば、顧客たる患者だけではなく、従業員のために治療費を払う地域企業、老人医療費を払う連邦政府、さらに高度専門職として訓練された病院で働く人々をも満足させる必要があるという。それゆえ、「非営利機関のトップにとって最初の、しかも最も難しい仕事は、その非営利機関の長期目標は何であるかということについて、関係者の同意を得ることである。こうした多種多様な関係者を統合するには、長期的な目標を中心とするしかない。短期的な結果に焦点を合わせようものなら、それぞれのグループが別々の方向に飛び跳ねることになる」（ドラッカー〔1991〕, 137 頁）からである。このように、組織の使命（理念）にもとづいて、多種多様な関係者の声をすり合わせて長期目標（ビジョン）を立てることが重要である。そして、それを計画（中期計画）化して初めて、成果を定義することができるのである。

成果を正しく定義するだけでは十分ではない。成果が出るように経営しなければならない。「非営利機関には、正しいことだからという理由だけで限られた資源を浪費するのではなく、成果の出るところに資源を振り向けるという義務がある。」また、「非営利機関は人間を変革する機関でもある。したがって、その成果は、つねに人間の変化の中にある。すなわち成果は、人間の行動、環境、ビジョン、健康、希望、そしてなかならず人間の能力と資質に現れる。…（中略）…最終的には、ビジョン、基準、価値、責任、そして人間の能力をどれだけ創出したかによって、自らを判定しなければならない」（ドラッカー〔1991〕, 139-140 頁）というのである。このように使命・長期目標と計画遂行とのかかわりの中で成果（利益は事業上の成果を表す 1 指標）をとらえることが、非営利機関における「決算書のない決算」というわけである。

病院経営分析は、このように採算の向こう側にあるもの——顧客の満足（患者・地域連携先・保険支払者・政府）、医療の質の高度化、スタッフの能力向上と成長、これを追求する戦略構築や経営トップのリーダーシップに着目する必要がある。本稿では、赤穂中央病院と相澤病院という急性期医療を担う民間の医療法人の事例を分析する。両者とも 1990 年代に逆境を迎え、その克服過程で経営力量を高めて急速な成長を遂げ、地域の中核病院として不動の地位を固めている。赤穂中央病院の古城理事長は、「利益はお客様へのプレゼント」「成長とは目的ではない。経営理念達成の手段である」というのが口癖だし、相澤病院の相澤理事長は、「24 時間 365 日の救命救急」「全人的医療」「自立と自律」を繰り返し唱えられる。その強調される場所は、まさに病院経営における「決算書なき決算」である。

II. 赤穂中央病院の事例分析

1. 地域包括型医療法人への展開

赤穂浪士で知られる播州赤穂駅（兵庫県）から歩いて程なく、医療法人伯鳳会の拠点である赤穂中央病院に巡り会う。伯鳳会グループは、1962年古城外科（診療所）として発足し、いらい順調な発展を遂げ、1984年には赤穂中央病院（120床）と改称する。1994～95年に訪問看護ステーション、老人保健施設伯鳳会プラザ（入所70名）を相次いで開設して、地域包括医療法人へと舵を切り始める。1998年頃、赤穂中央病院は全265床という現在につながる体制を確立するが、経常赤字を計上し自己資本比率7%台という資金繰りの危険ラインに陥る。ちょうどそのおり、初代理事長に代わって現経営者の古城資久氏が2代目理事長に就任する。いらい経営再生と地域包括医療法人としての陣容を整える成長戦略が展開される。2001年に人事考課制度を導入、2003年に外来を分離して赤穂はくほう会病院を開設して、2004年にはDPCへの参加と経営効率化に向けた取り組みが展開される。介護福祉施設も次々と建設される。他方で、2005年に明石はくほう会病院（明石市）、2007年に小国病院（姫路市）、そして2010年に

表 II-1 医療法人伯鳳会グループ (2009年度)

(収入：百万円，人員：常勤換算)

	名 称	立地	開設	収益	人員
医療系事業	①赤穂中央病院 (265床/一般223床, 回復期リハビリ42床)	赤穂市	1962	4,492	298
	②赤穂はくほう会病院 (医療療養28床)	〃	2003	2,204	127
	③明石はくほう会病院 (87床/一般20, 療養43, 回復期リハビリ24)	明石市	2005	925	71
	④産科婦人科小国病院 (一般39床)	姫路市	2007	757	45
	⑤赤穂中央病院附属ジャスコ診療所	赤穂市	2000	78	2
	⑥生活習慣病管理 パワーハウス赤穂	〃	2007	22	3
	⑦生活習慣病管理 パワーハウスかみかわ	神河町	2009	9	2
介護系事業	⑧介護老人保健施設・伯鳳会プラザ (98床)	赤穂市	1994	476	50
	⑨特別養護老人施設・玄武会ヒルズ (62床)	〃	2005	272	37
	⑩介護老人保健施設・かみかわ (入所46名)	神河町	2009	223	35
	⑪グループホーム「坂越の家」(18名)	赤穂市	2008	83	10
	⑫いきしまデイサービス (40名)	〃	2001	116	16
	⑬伯鳳会デイサービス (60名)	〃	2003	142	19
	⑭身体障害者デイサービス・げんぶ (20名)	〃	2006	12	2
	⑮身体障害者デイサービス・生活はくほう	〃	2009	17	3
	⑯小規模多機能型居宅介護「塩屋の家」(25名)	〃	2007	62	9
	⑰小規模多機能型居宅介護「惣門の家」(25名)	〃	2008	59	8
	⑱高齢者専用賃貸住宅 二見の家 (29部屋)	明石市	2009	44	12
	⑲訪問看護 伯鳳会在宅ケアセンター	赤穂市	1994	137	24
他	⑳西はりま医療専門学校 (理学療法士40, 作業療法士40)	〃	2005	121	8
	㉑セントラルメディカルサービス (CMS)	〃	2005	119	4
	㉒たんぼぼ保育園	〃	1992	8	8
全体	医療系事業			8,457	546
	介護系事業			1,650	232
	伯鳳会グループ連結			10,390	806

(出所) 赤穂中央病院内部資料より作成。

は大阪暁明館病院（大阪市）と M&A を敢行し、伯鳳会グループの他地域への展開を図っている。伯鳳会グループの構成（2009 年度）は、表Ⅱ-1 のとおりである。

グループ中核の赤穂中央病院（①）は、急性期の短期入院患者を主要顧客としている。一般病床は 223 床だが、月 346 名（数値は 2009 年度、以下同様）の入院患者を迎えている。地盤の赤穂市、竜野市、佐用市などの西播磨いがいに、姫路市など中播磨や岡山県備前市など東備地域から急性期医療の需要がある。赤穂はくほう会病院（②）は①の外来機能を担当しており、月 8,372 名の外来患者を迎えている。ジャスコ診療所（⑤）は①の小児科診療機能を外部化したもので、子育て層にプライマリーケアの利便性を提供している。パワーハウス赤穂（⑥）、パワーハウスかみかわ（⑦）は医療法上のメディカル・フィットネスである。明石はくほう会病院（③）、小国病院（④）は前者がケアミックス、後者が産科・婦人科の専門病院である。介護系事業を行う施設のうち、⑧～⑪は介護入所施設、⑫～⑰は通所施設、⑱は高齢者専用賃貸住宅、⑲は訪問事業である。さらに、理学療法士・作業療法士を養成する専門学校（⑳）、福祉用具販売貸与・清掃・リネンリースなど病院・介護施設をサポートする事業（㉑）、職員の福利厚生を担う保育園（㉒）が加わる。

古城理事長が経営を引き継いだ 2000 年には病院 265 床、老健 70 床、医業収益は 53 億円であったが、2009 年度には病院 409 床、介護入所施設 224 床、通所施設 241 床、高齢者専用賃貸住宅 30 床、医業・介護収益は 103 億円に成長している。2010 年度には、これに大阪暁明館グループ（暁明館病院、訪問看護・介護、西九条クリニック、西九条デイケア、老人保健施設）の数値が加わり、病院 741 床、介護入所施設 326 床、通所施設 315 床、高齢者賃貸住宅 30 床に達する。医業・介護収益も 144 億円（大阪暁明館の医業収益は約 41 億円）になると見込まれる。

著しい成長ぶりであることは論を俟たないが、その前提には高収益の病院経営がある。表Ⅱ

表Ⅱ-2 伯鳳会グループ各病院の収益構造（2009 年度：2010 年 3 月期）

	グループ連結	赤穂中央病院	赤穂はくほう 会病院	明石はくほう 会病院	産婦人科 小国病院	黒字医療 法人（2008）
タイプ	包括医療法人	一般病院	外来専門病院	ケアミックス	産科専門病院	一般病院
病床数	410	256	28	87	39	132
人員（名）	806	298	127	71	45	
医業収益（億円）	103.9	44.9	22.0	9.2	7.5	
医材料費（%）	19.9	18.5	40.6	12.5	10.1	18.7
人件費（%）	47.3	45.3	46.6	47.1	42.8	51.8
減価償却費（%）	4.8	4.0	1.8	7.7	7.8	3.7
その他経費（%）	14.0	19.0	5.3	8.7	17.2	20.8
医業利益（%）	14.1	13.2	5.8	24.0	22.1	5.0
金利負担率（%）	-1.2	-2.1	-0.3	0	0	-0.9
経常利益（%）	14.1	13.3	5.6	24.8	22.7	5.4
平均在院日数		16.4（2008/4-10 月）				26.7
病床利用率（%）		100.0（2008/4-10 月）			97%	77.2

（出所）伯鳳会〔2010〕、41 頁および厚生労働省〔2010〕、143 頁より作成。

-2 には、2009 年度の伯鳳会グループの各病院の収益構造が示されている。上述のように 4 病院はそれぞれタイプの異なる病院であり、医材料費やその他経費の割合が異なる。その違いが経常利益率に反映しているのだが、総じて人件費率が 40% 台に抑制されている。比較的うまく経営されている黒字医療法人（一般病院、2008 年度、192 病院平均）でも、人件費率は 51.8% に達しているのである。

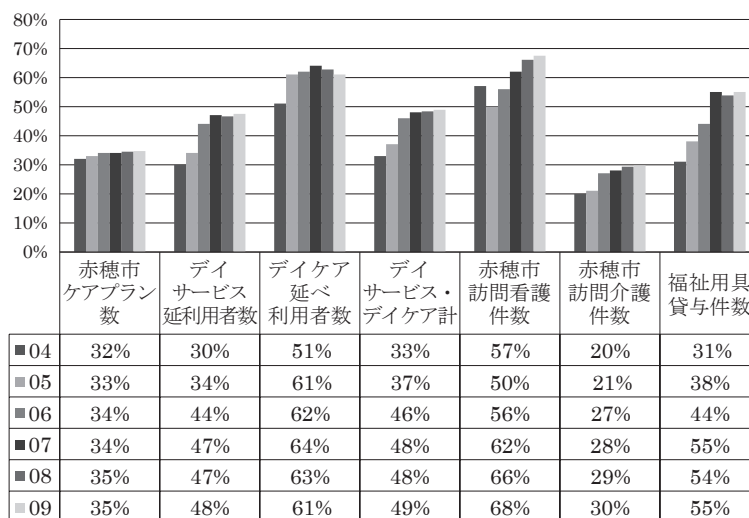
この差は、1 つは赤穂中央病院及び赤穂はくほう会病院の病床利用率が 100% を示しているように、集患努力が成功していることに因る。いま 1 つは、平均在院日数を引き下げ高単価の診療報酬を獲得していることに因る。このような経営努力が最大の費用項目である人件費率のコントロールにつながり、高収益経営を実現しているのである。伯鳳会の傘下に入って間もない明石はくほう会病院や小国病院も、高収益をあげ全体に貢献している。

2. 全分野でシェア 40% 目標

伯鳳会グループが事業展開を行う兵庫県赤穂市は、西播磨 2 次医療圏（赤穂市、相生市、竜野市、赤穂郡、佐用郡、宍粟市等：基準病床 2,988 床：99.5% 充足）の中心に位置し、人口は 51,617 人（2009 年 1 月末）である。同市には自治体立の赤穂市民病院（420 床、一般病床）があり、赤穂中央病院（265 床、一般病床 223・回復期リハ 42）、赤穂はくほう会病院（28 床、療養病床）のほかには、医療法人立の赤穂記念病院（114 床、療養病床）、赤穂仁泉病院（247 床、精神病床）がある。あとは約 40 の有床・無床の診療所（医院）と約 20 の歯科診療所がある。このうち急性期医療に対応できる病院は、赤穂市民病院と赤穂中央病院の 2 つだけである。

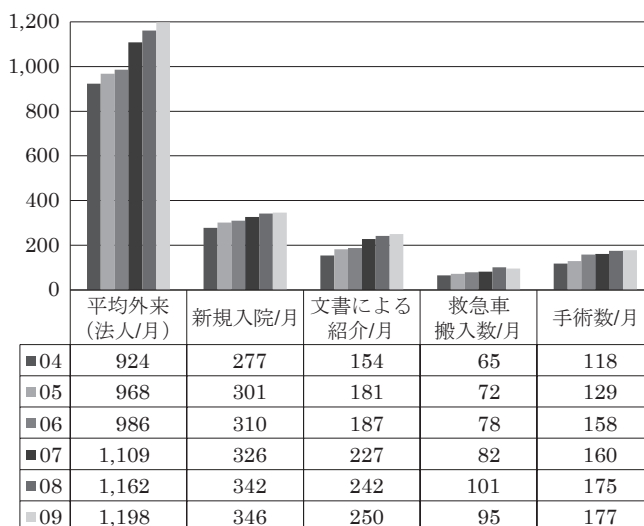
2002 年頃赤穂中央病院では、人口 5 万人の赤穂市で伯鳳会グループの経営が成り立つのかどうか真摯な検討が行われた。当時の国民医療費 31 兆円、介護費用 6 兆円、総じて 37 兆円。これを日本の人口 1 億 2 千万人で割ると、日本の 1 人当たり医療・介護費は約 30.8 万円になる。赤穂中央病院の医業収益は 60 億円弱で、これを 1 人当たり費用 30 万円で割ると約 2 万人、つまり赤穂市の人口 5 万人のうち約 40% の医療・介護需要を常に引き受けることができるならば、採算が成り立つ。人口の限られた医療圏でシェア 40% を引き受けるには、特定診療科に専門特化する訳にはいかない。急性期・亜急性期・回復期リハビリテーション・施設介護・在宅介護にわたるサービスがフルラインで提供できる垂直複合体（地域包括型医療法人）づくりが不可欠である。伯鳳会グループには、特別養護老人ホームや福祉用具販売、グループホームなど当時揃っていない施設が多くあったが、「すべての分野で赤穂市の市場シェア 40% をめざそう」と経営目標を明らかにした。そして、必要な施設建設に迷うことなく投資し、すべての分野でシェア 40% を追求する活動が始まったのである。

古城理事長は、「地域包括型医療は、……、患者・利用者にとってもサービス途絶の不安がなく、医療提供者にとっても倫理観を満たす行動がとれ、ストレスの少ない事業形態である」



(出所) 伯鳳会 [2008], 伯鳳会 [2010] より作成。

図II-3 赤穂市における介護事業のシェア推移



(出所) 伯鳳会 [2008], 伯鳳会 [2010] より作成。

図II-4 赤穂中央病院の患者様数の増加

(古城 [2009], 33 頁) という。「経営主体を超えた 1 地域 1 患者 1 カルテシステム」という地域完結型医療の理想は、言うはたやすいが実現は容易ではない。人口・医療機関の密度の高い都市部はさておき、過疎化の進んだ地方では高齢化が進んでおり、高齢者ほど疾病の治療・管理においてアクセス性が重視される。そのため地方では同一経営主体が患者の一括管理、施設の一括管理を行う方が理想を実現しやすいのである。伯鳳会では電子カルテと法人内 LAN 敷設によって医療介護ユニット間の情報共有を進め、タイムラグのない病棟移動、施設移動、在

宅移動が行われている。「各病棟看護師長は他の機能を持つ病棟の稼働状況を常時把握しており、病院の看護部長、各介護施設の責任者も病院・各種介護施設の稼働状況を把握している。」「相互に声をかけ合ってジャスト・オン・タイムの移動を心がけている」(古城〔2009〕, 30頁)という。事実、2008年4~10月の7ヶ月間に、同法人の各介護施設から赤穂中央病院への入院数が103名、逆に赤穂中央病院から法人内の各介護施設への入所・紹介数が83名と、施設間の移動がスムーズに行われている。これが急性期病床稼働率103.8%、各介護施設平均稼働率75~100%という高稼働率の達成につながっている。先述のように、伯鳳会の高収益経営の秘訣は高稼働の病床利用率にあった。図Ⅱ-3、図Ⅱ-4を見ると、伯鳳会グループが提供する地域包括型の医療・介護サービスに対する市民の支持が年を追って高まっており、目標としたシェア40%を超えて進んでいることが分かる。このように伯鳳会のポジショニングは、サービス面でも収益面でも高い成果に結実している。

3. 経営指針書といきいきカード

「全分野でシェア40%」は、どのように達成されたのか。手元に医療法人伯鳳会の初の『第33期(平成14年度)経営指針書』がある。その冒頭に記された「経営指針書発表にあたって」において、次のように謳われている。「既に実行している経営管理の施策として、平成13年度より開始した職能資格等級制度、人事考課制度がある。是により各個人の課業、目標は確立しつつあるが、既に説明してきたように、この制度は単に給与、処遇を決める制度ではなく、本来の『法人の経営計画』を『個人の行動計画』にまで落とし込み、全職員のベクトルを統一し、最大の効果をあげるための政策である」「『確実な実効』を得るために各人の行動計画である『いきいきカード』へ、この経営指針書を反映していただきたい。経営指針書を弓手に、いきいきカードを馬手に、新年度も伯鳳会は前進を続ける強いチームであり続けよう。」一般にリーダーの仕事は、①組織成員に行くべき方向と時を告げる、②組織成員とのコミュニケーションをつうじて考えを共有する、③組織成員を励まし動機付ける、この3つだといわれている。伯鳳会では経営指針書といきいきカードを用いて、①~③の課題を遂行している。

近年の経営指針書は100頁を超える冊子となっており、毎年3月下旬の経営指針書発表会で全構成員に共有される。前半40頁には、「経営指針書発表にあたって」「経営理念」「経営戦略」「新規事業計画」「今年度重点目標」「経営数値目標」といった中長期・短期の環境変化と法人経営の見通し、戦略と目標、理事長の考えが示されており、トップダウンの骨太な方向付けが説得的に示されている。「私の給料の40%は1月末にこれを仕上げること」といわれるように、古城理事長の渾身のコミットメントが示されている。例えば、『第41期(平成22年度)経営指針書』では、大阪暁明館病棟のM&Aに至った経緯、経営環境と展望、財務計画と行動計画などが10頁のスペースを割いて述べられている。後半には60頁超のスペースを割いて、事業

所別（各病院・介護施設）、診療部門別（外科・内科等）、看護部門別（外来・各病棟）、診療技術部門別（薬局・リハビリ・放射線等）、事務部門別（診療情報・経営情報等）、委員会別（医療安全推進委員会、パス委員会等）の経営計画が、1 頁ずつバランスト・スコアカードの形式で示されている。その様式は、表Ⅱ-5 のとおりである。それぞれの戦略目標ごとに担当部署・担当者名が示されており、担当者欄に名前が記されている管理者は、経営指針発表会にいたる過程で経営陣との間で目標のすり合わせを行いながら経営計画を作りこむ。

表Ⅱ-5 経営指針書の経営計画フォーマット（例示）

事業所 A 病院	理念	「すべては患者様のために」を掲げ、……				
	昨年度検証	病床稼働率は〇%となり、……				
	戦略目標	成果尺度	目標値	実施項目	期限	担当
事業プロセス（医療の質の向上）	病床の有効利用	稼働率	90%以上	地域連携	23.3	××
患者の視点（患者様満足向上）	投薬時間の短縮	薬待ち時間	15 分以内	人数調整	23.3	薬局
学習と成長（教育）	学術評価の向上	学会発表	発表数	部署単位目標	23.3	××
財務	収入の確保	収入	〇〇億円	診療報酬	23.3	院長

（出所）伯鳳会〔2010〕、43-100 頁より抜粋して作成。

さらに、担当者（管理者）は、この戦略目標を個人レベルの行動計画書ともいべき「いきいきカード」と摺り合わせる。「いきいきカード」とは、個人別の業務目標・能力開発目標の設定と達成度についての評価、ならびに規律性・責任性・積極性・協調性にかかわる意欲・態度面での評価を記したシートである。もちろん、これは個人の目標管理・人事考課を行うシートであり、人事賃金制度と直結している。法人の経営計画と個人目標との連携はこのような仕組みをつうじて図られており、いきいきカードは現場を動機づける手段となっている。

現場を励まし動機づける上で重要なことは、各人の仕事ぶりを正しく評価し、それに対応した報酬や処遇が与えられることであり、そのためには人事賃金制度の整備・充実が前提となる。伯鳳会が人事賃金制度を導入したのは、経営危機の脱却が求められた 2001 年であった。それは、①職能資格等級制度、②医師職年俸制度、③業績連動性賞与、④特別賞与制度、⑤昇進基準、⑥顕彰制度という一連の制度から成っている。職能資格等級制度（①）は、納得性の高い課業一覧表や職能要件書の整備を前提として、個人の能力を等級別に評価・把握し処遇するための制度である。伯鳳会では 9 等級を設けて、これを一般職能層、指導監督職能層、管理職能層に区分している。ここで重要なことは、職種間階層意識を払拭・打破することである。院長・副院長・施設長・部長・医長・課長・主任といった管理職への登用は、伯鳳会では医師・看護師・技師・事務職といった職種の壁を越えて適用される。

医師職年俸制度（②）の導入は、もっとも困難な課題である。年俸制は自己裁量権の大きな医師職にこそ適した制度だが、医師職の成果測定には疑念と抵抗が生じる。導入時には、1) 医師の専門性を専門外の人が評価できるのか、2) 医局人事で派遣されてきた者には馴染まな

い、3) 外来患者数、手術数等の物量指標での評価は職業倫理の観点から患者の利益を損ねるのではないかと、という議論が起こった。こうした厳しい議論を経て、半期年俸制が採用されている。職能給部分を基本年俸、成果部分を業績年俸とし、両者の割合が7:3になるように設計されている。それぞれ以下のような算式である。

基本年俸 = 基準賃金 (職能給 + 家族手当 + 役職手当 + 職責給) × 12 ヶ月

業績年俸 = 基準賃金 × X ヶ月 × 業績考課係数 (法人・診療科・個人業績ベース)

法人や診療科別成果は数値目標が明確に与えられているが、個人目標には数値化しにくい事案も含め、要は法人にプラスになることなら何でも目標化してよいことにしている。個人成果を追求するあまり、チーム医療に支障をきたすことをマイナスと考えているからである。

医師の業績年俸と他職種の賞与の合計総額を、業績に連動して決定する業績連動性賞与制度(③)も導入されている。賞与原資が業績に連動するということは、経営の透明性を向上させ職員の経営層への信頼感を増すし、業績不良時の経営リスクを下げる効果がある。具体的には、次の算式が用いられている。

賞与総額 (半期 : 全職員) = 医療総収入 (半期) × A% + 利益 (半期) × B%

医療総収入 × A% : 利益 × B% = 2 : 1

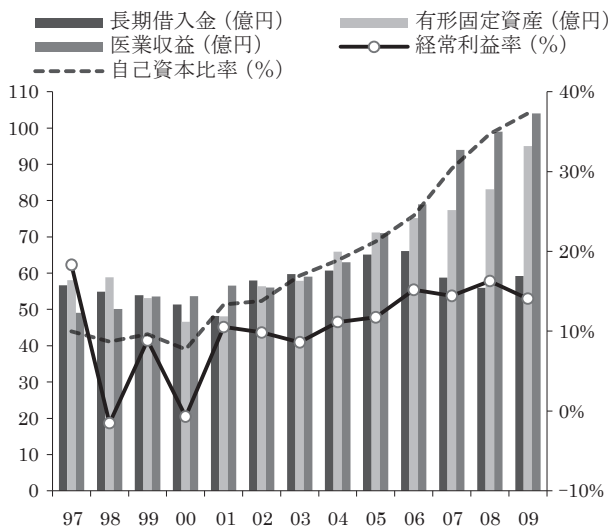
後者の2:1という比率は賞与の後払い給与的側面を考慮して、変動性の低い総収入の割合を大きくし、変動性の高い利益連動部分は小さくという配慮が施されたものである。このようにして賞与原資を決めて、あとは人事考課にしたがって各人に配分される。これとは別に、全員一律に配分される賞与を特別賞与(④)と呼び、経常利益の目標超過額の50%を充てている。

昇進基準(⑤)には、次のような視点が加わる。一般に人事考課点と職能要件書の要件を満たしていると上司が判断すれば上位等級への昇進が認められるが、指導監督層や課長・部長職に就く場合には、面接・論文・グループ討論というハードルが課される。現在の仕事ができることと役職者としての能力はまったく別であるという考えに立ち、いくら仕事ができても「自分最適」の者は昇進させない。「所属部署最適」を優先する者には、主任の資格を認める。課長職には、「法人最適」の優先を求める。その上で、法人の「将来最適」を優先する者だけを、部長職に就く資格があると認める。これ以外にも、顕彰制度(⑥)がある。自薦・他薦、個人・グループを問わず、表彰すべき顕著な働きを評価するもので、「理事長賞」「医療の質の向上賞」「社会貢献賞」「顧客満足賞」の4賞が設けられている。経営指針発表会では、たとえば佐用町で災害復旧支援に駆けつけた職員が表彰されるなど、金銭では測れない仕事の価値を称えようとしている(古城[2005], 192-206頁)。

伯鳳会が基本とする能力主義人事賃金制度は、民間企業では1970年代半ばから普及・定着し、やがて90年代に成果主義に置き換えられていった。そういう意味で「古い」「甘い」といわれているが、人材の流動性の恩恵が容易に受けられない日本の医療界においては、人の成長に

焦点をあてた能力主義人事賃金制度が今なお有効である。とくに医療従事者は職責・報酬などの世俗的動機がいにも、人間としての倫理観，職業人としての使命感を持っており，成長への思いが大きな動機となる。それゆえ人が成長できる環境——1) 経営情報の公開，2) 正しい評価，3) ふさわしい職責，4) 適切な報酬，5) 期待される職能の明示，6) 職能獲得のサポート，7) コンピテンシーの発揮——を整えることが重要であるという。

人の成長にかんする格別な思いを，古城理事長は次のように述べている。「われわれ医療法人伯鳳会は，小さな田舎町の中小医療法人に過ぎない。40年以上にわたり真摯に医療介護に専心してきた自負はあるが，優秀な人材を優先的に雇用できる立場になったことは一度もない。…（中略）…われわれの法人にはドラフト上位指名を受けるようなエリートは一人もいない。全員がドラフト外選手，テスト入団選手ばかりの雑草集団である」（古城〔2005〕，209頁）。地方というだけではなく，大規模な自治体・公的病院があり常に人材獲得において劣勢に立たされる事情は，民間医療法人に共通した思いだろう。だからといって，あきらめるわけにはいかない。確かに「戦力があつた」わけじゃないが，雑草集団が「戦力になっていった。」たとえ個々の力が弱くても，燃える集団・強い組織をつくることによって劣勢を跳ね返すことはできる。「2:6:2の経験則」を打破し，これを「4:5:1」に引き上げることができるというのである。それには，①正しい経営理念（社会性，科学性，倫理性に優れた経営理念），②目標の明確化（経営指針書の成文化），③連帯感の向上（経営情報の全面開示，集団成果主義），④組織の流動化（計画的な配置転換，逆転の人事）が重要である。これらを徹底することで，組織は燃える集団，勝負できる組織に変わることができると，古城理事長は確信をもって言及されている。



（出所）赤穂中央病院決算資料より作成。

図Ⅱ-6 伯鳳会グループの財務数値の推移（億円，%）

4. 経営の古城 —利益はお客様へのプレゼント—

図Ⅱ-6は，伯鳳会グループの財務数値の推移である。古城理事長が赤穂中央病院を継承した2000年は2度目の経常赤字を迎えており，金策に走り回る理事長の姿は鬼気迫るものであったという。当時の7.7%の自己資本比率は今や42%である。経常利益率は14%と，民間企業顔負けの数字である。これは地域包括型医療法人の形成（介護系事業へ

の設備投資）と、赤穂市の医業・介護需要のシェア 40% を獲得することをつうじて達成された数字である。かつて長期借入金に及ばなかった医業収益は、今では長期借入金の 2 倍近い数字に伸びている。ここには、M&A によって伯鳳会グループの傘下に入った明石はくほう会病院、小国病院の数字も含まれている。2010 年には、新たに M&A によって加わった大阪暁明館グループの数字（医業収益約 40 億円）が加算される。

古城理事長は、「自己満足に陥ってはそこが終点、墓場となる」とし、「経営理念の達成に近づくには、更に成長を続けるほかは無いと確信している。世界に羽ばたく医療グループとして、今日こそ脱皮を開始せねばならない。躊躇する事は許されない。成長とは目的ではない。経営理念達成の手段である」（伯鳳会〔2008〕、1-2 頁）と語っている。ここで言われる経営理念とは、伯鳳会が掲げる「平等医療」である。一見どこの病院でも掲げていそうな理念だが、『第 35 期（平成 16 年度）経営指針書』では、これを「医療介護を必要とする方へ、必要な医療介護を、過不足無く、適正な価格で、快適に、適時提供する」（1 頁）ことと定義している。患者様を待たせたり、不要な手間をかけさせたり、不快な思いをさせたりしていないか。常に充実した看護体制を築いているか。公的認可を受けている病床を余らせたり、利益から購入した高額な機器を遊ばせたりしていないか。このように「すべては患者様のために」というコア・ミッションから問い直せば、病院経営の多くの課題が浮かぶ。病院経営は経営理念を達成する創意工夫の中に見出されるものであって、診療報酬は後からついてくると考えているのである。

病院経営において利益など不要だという信念をぬぐえない医療関係者は多いが、古城理事長は「利益はお客様へのプレゼント」と常々言っている。病院経営にとって利益は私的なものではなく、むしろ逆に公的なものである。行政から医療・介護の病床を割り当てられていることは、まさに公的な医療資源を預かっているものであり、これをフルに活用しないと責任を果たせない。これをフル活用するには、保健・医療・福祉を通貫する複合体を築き患者・利用者のトータルな満足をもたらす仕組みが必要であり、これを低コストで賄うにはシェア 40% という市場の独占が不可欠であった。人材についても然りで、雑草軍団の成長を引き出す人事賃金制度の導入で、驚くほどの成果をあげることができたではないか。これが伯鳳会グループの揺るぎない確信となっている。

伯鳳会〔2010〕によれば、西播磨の医療需要は全国より早く 2020 年にピークを迎えるという。赤穂市のハローワークが就職を仲介した人数の約半数が伯鳳会グループへの入職であったというエピソードを上げ、地域の疲弊が著しく進んでいることに警鐘を発している。「西播磨地区に拘泥しては 2020 年以降 45 億円の人件費（医業・介護収益でいけば 90 億円——筆者注）を抛出し、1,000 人（パートを含む）の雇用を守ることはできない」（34 頁）と指摘している。そういう意味で近時買収した大阪暁明館病院は、医療需要のピークアウトがやや先にある大阪市に立地しており、伯鳳会グループで新たに採用した若い医療従事者の雇用と成長の機会を保障

するものである。古城理事長は、広域医療法人という県域を超える法人格を取得し、さらなるM&Aの機会を探りたいと述べている。これが、冒頭に言及した「成長」の意味である。このように古城理事長は医療と地域の未来を洞察し、法人と個人の成長にむけたリーダーシップを発揮されている。そのあり様は、まさに「経営の古城」といわれるに相応しいのである。

なお、「経営の古城」を支える名補佐役がいることを忘れてはならない。赤穂中央病院副院長兼看護部長の山内春代氏と診療放射線技師・経営管理部部長の山本美和子氏である。赤穂中央病院は2010年度に急性期病床7:1看護体制を達成する見込みだが、13:1看護体制の時代から全国を飛び回って看護師を集め育成してこられたのが、まさに山内看護部長である。山本経営管理部部長は、伯鳳会グループの活動を可視化（数値化）し各単位組織が自主管理できるようにするスタッフ職を担ってこられ、ときには金融機関との金利交渉など外部業者との折衝を担っている。兩人とも、経営危機時に金策に走り回っている理事長の姿を見て、看護師・技師という専門職の枠組みを超えて経営に携わったのがきっかけで、人事賃金制度の構築時から経営リーダーシップの一角を担ってこられた。理事長がM&Aのような未来への投資を決定する際、業務や資金の可能性、人材確保やシステム導入のタイムスケジュールなど、その実現可能性を検討して、時には理事長の独走に異議を呈しつつ、課題を実行可能な現実へと落とし込んでいく役割を担っておられる。明石はくほう会病院や大阪暁明館病院に経営システムを移植するポストM&A活動でリーダーシップを発揮されているのも、この両氏である。理事長がいう「チーム経営」とは、こうした経営補佐役の活躍のことを言っているのである。

Ⅲ. 相澤病院の事例分析

1. オンリーワン戦略

上高地、美ヶ原といった人気観光地を含む2次医療圏が、長野県の松本医療圏である。松本駅から歩いて程なく、百年の歴史を超す社会医療法人財団・相澤病院（医業収益154億円、一般病院502床）がある。相澤病院は救急車搬送入院数で第5位、新機能評価計数で第13位に評価される、全国の実進病院である。地域医療支援病院（2001年）、電子カルテ導入病院（2002年）、臨床研修病院（2003年）、新型救命救急センター（2005年）、DPC対象病院（2006年）、7対1看護体制（2006年）、地域がん診療連携拠点病院（2008年）の認定を受け、この10年で急速に評価を高めている。

相澤病院〔2008〕によると、創業期（1908～51年）、開化期（1952～74年）、成長期（1975～93年）、第2創業期（1994～2001年）を経て、現在は飛躍期（2002～08年）であるという。第2創業期から経営を指揮してきたのが、現理事長・院長である相澤孝夫氏である。同理事長が経営を始めた1994年は1990年から続く6期連続赤字の真っ只中であり、当初から改革を掲げた船出となった。1996年メインバンクから塚本建三氏（法人事務局長）を迎え、第1次

長期経営方針を確立した。一連の改革は、① 24 時間 365 日救命救急の体制づくり、② 訪問看護ステーションを拠点とする病診連携、③ 能力主義人事賃金制度の導入、④ 薬品費・医療材料費などの医療原価の削減、⑤ ガンマナイフ・センター、PET など先端機器への投資など、いずれもドラスティックな改革案であり、オンリーワン (= 差別化) をめざす力強い意志にもとづく戦略であった。

続く第 2 次長期経営方針 (2002 年～) では、「地域医療への貢献を基礎として、高度医療の知識・技術を集積し、患者・利用者との医療情報の共有をつうじて、満足度の高い医療サービスを提供する。そのため職員間の協働でチーム医療を実践し、研修・自己啓発により常に医療従事者としての資質を向上させる」という目標を掲げている。ヘリ搬送の受け入れ、電子カルテ、医療連携 IT ネット、初期研修医・後期臨床研修医の育成、がん集学治療センターの開設など際だった取り組みを展開している。また活動を広げるにつれて、多彩な顔ぶれの職員集団が形成されている。2010 年 8 月 1 日現在 1,525 名の職員を擁しているが、その内訳は医師職 136 名、看護職 659 名のほか、診療放射線技師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、管理栄養士、介護福祉士、救命救急士、医療心理士、臨床工学技士、歯科衛生士、視能訓練士、介護支援専門員など多彩な医療技術職 345 名、手術アシスタント、診療アシスタント、カスタマーアテンダント、鍼灸師、保育士、コンシェルジュ、フロアアテンダントを含む事務職 329 名である。

こうした発展を数値 (図 III-1 参照) で裏付けると、次のような特徴を見て取れる。第 2 創業が始まる 1994 年度と比較すると、2009 年度には医業収益が 220%、医業総利益が 302% も伸びている。医業収益の増大は、主に入院診療収益の向上 (構成比 53% → 64%) によるものである。これについては後述するとして、医業利益の 10% を稼ぐようになった保健予防活動収益 (4.6% → 7.5%) について一言触れておく。これは副院長時代に理事長が反対を押し切って着手

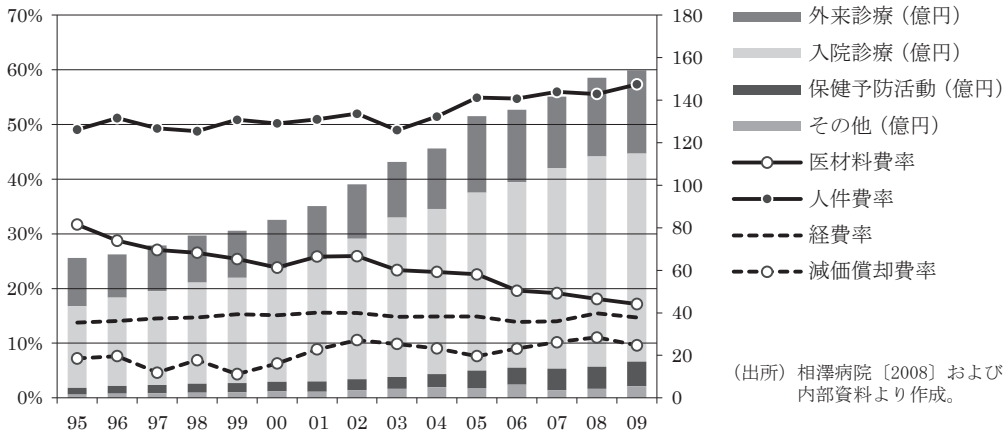


図 III-1 相澤病院の損益の推移 (最近15年間)

(出所) 相澤病院 [2008] および
内部資料より作成。

した人間ドック専用の健康センターである。健康な人を相手にするので「お元気ステーション」と命名し、その扱いは JAL で研修を受けた人々が担当している。食事はフランス料理店に依頼し、宿泊施設の内装にはデザイナーを登用するなどホスピタリティを徹底したものである。結果は見ての通り、今や安定収益源となっている。

医業総利益の伸びは医業原価の抑制によるもので、その主因は薬品費の削減である。2009年度の薬品費は1994年比で82%、医業収益に占める割合で見ると25%から9%へ激減している。1994年当時、薬品卸5社から仕入れていた医薬品をまとめて2社から仕入れることにしたところ、競って値引き競争をしてくれたお陰である。これが奏功して医業総利益がに飛躍的に向上（65%→83%）し、この成果を施設・機器と人材の充実に生かすことができた。人件費は288%（構成比は47%→57%へ）、減価償却費は309%（構成比は7.3%→9.6%）と著しい伸びを示している。表Ⅲ-2は、相澤病院と同一属性（医療法人、一般病院、黒字、400床以上、地域支援病院、救命救急センター）をもつ医療法人の経営管理指標を相澤病院と比較したものである。相澤病院の指標は突出しており、医材料費が最低、人件費率・減価償却費率・金利負担率が最高である。医材料費はほとんど節約し、人材と設備には大胆な先行投資をしていることが分か

表Ⅲ-2 同一属性をもつ医療法人の経営管理指標との比較

開設者：医療法人のみ	相澤病院 (2009)	黒字法人 (2008)	400床以上 (2008)	地域支援 (2008)	救命救急 (2008)
病院種別	一般病院	一般病院	一般病院	一般病院	一般病院
対象病院数	1	192	13	20	6
病床数（2010/9～）	502	132	578	375	544
医業収益（億円）	154.0	—	—	—	—
医材料費率（%）	17.1	18.7	26.6	22.4	20.7
人件費率（%）	57.3	51.8	49.2	52.7	54.0
減価償却費率（%）	9.6	3.7	4.8	4.6	5.9
その他経費率（%）	14.9	20.8	20.3	20.8	19.6
医業利益（%）	1.1	5.0	-0.9	-0.5	-0.2
償却前医業利益率（%）	10.7	8.7	3.8	4.2	5.7
金利負担率（%）	-4.2	-0.9	-1.3	-1.1	-1.2
経常利益（%）	1.1	5.4	-1.4	-0.6	0.2
自己資本比率（%）	11.1	42.2	23.9	8.0	34.4
固定長期適合率（%）	98.0	45.6	40.7	42.0	46.5
借入金比率（%）	75.5	32.2	22.9	47.3	26.7
平均在院日数（日）	13.3	26.7	17.5	15.7	36.7
病床利用率（%）	月 86.4～99.3	77.2	78.4	85.4	85.3
外来/入院比	(2010/3) 1.80	2.62	1.69	1.92	1.20
1床当1日平均入院患者数	(2010/3) 0.99	0.77	0.79	0.86	0.86
1床当1日平均外来患者数	(2010/3) 1.79	1.87	1.35	1.82	1.04
患者1人1日当入院収益（円）	—	36,621	47,641	47,128	45,218
患者1人1日当外来収益（円）	—	10,820	13,585	11,782	12,144
(注1) 「黒字法人」とは、3期連続経常黒字の医療法人。「地域支援」とは、地域医療支援病院の承認を受けている病院。「救命救急」とは、救命救急センターの指定を受けている病院。相澤病院は、これらすべての属性を持つ。 (注2) 「その他経費」には、経費・委託費・減価償却費以外の設備費などが含まれる。 (注3) 「金利負担率」は、支払利息/医業収益。「借入金比率」は、長期借入金/医業収益。 (出所) 相澤病院内部資料および厚生労働省〔2010〕より。					

る。償却前医業利益率が非常に高い(=潤沢なキャッシュフローがある)ので、このように攻勢的な投資ができたのである。長期借入金も活用されているが、固定長期適合率は100%以内にコントロールされている。このような医療サービスの充実によって、平均在院日数を著しく短縮しながら病床利用率を高く維持できており、傑出した1床当1日平均入院患者数を獲得できている。

2. 24時間365日の救命救急

現在松本医療圏は、人口約43万人に対して基準病床3,935床である。27病院がある中で23病院が一般病院であり、さらに7つが200床以上を有する一般病院である。病床の多い順に、信州大学附属病院(660床)、相澤病院(502床)、安曇野赤十字病院(321床)、松本医療センター松本病院(303床)、松本市立波田総合病院(209床)、松本医療センター中信松本病院(200床)、長野県立こども病院(県立、200床)である。実に国公立の病院が多い地域なのである。1990年頃には信大、国立松本、波田がベストスリーで、相澤病院ほかは4番手以降の評価であったという。当時の相澤病院は常勤医が少なく信大のアルバイト医に大きく依拠しており、救急も当番制で特定の曜日に当直医師を配置していただけであった。空きベッドが多くあったため、「相澤に行けばなんとか入院させてくれる」と大学病院のバッファとして利用されており、大学御用達病院といっても過言ではなかった。何の問題意識もなく診療分化を進め、内科は呼吸器内科・消化器内科、外科は整形外科・脳外科へと拡大を遂げていった。病棟に炊事場があるといった急性期も慢性期も渾然一体とした運営が続いており、平均在院日数も1ヶ月程度であった。このように当時はこれといった取り柄のない病院で、ただ漫然と拡大路線を歩んでいる状況であった。

バブル崩壊とともに相澤病院の経営危機が表面化した。資産運用益がなくなるだけでなく、看護師の集団離職事件が起き病棟閉鎖を余儀なくされたのである。これがきっかけとなり6期連続の赤字が続く。漫然とした拡大路線に終止符を打ち、効率的な経営を模索せざるを得なくなったのである。副院長だった相澤理事長は、父親が院長時代に掲げた「患者さん本位の真心の医療」という創業以来の救急医療の精神を思い起こすとともに、癌で入院していた父親が「家に帰りたい」と言っていたことを勸案し、慢性期医療は家のベッドを使うのが理想ではないかと考えた。そこで、救急救命を主眼とする急性期に特化することにし、慢性期・療養病床を止めようという決断に至ったのである。

しかし、家庭にはマンパワーがないし、病院にも往診する文化がない。であるならば、慢性期は地域の開業医の先生に主治医になってもらい往診をしていただく。そして、肺炎とか脳梗塞など急性増悪を起こしたときには相澤病院が引き受ける。このような仕組みが出来れば、開業医にも喜んでもらえるはずである。このような発想から開業医を「顧客」と位置づけ、在宅・

訪問看護ステーションの仕組みづくりに着手したのである。1994年院長に就任した相澤理事長は、「この病院は急性期しかやりません」と宣言し、療養病棟はすべて急性期リハビリ病棟に切り替えた。そして開業医の先生のための施設として、訪問看護ステーションを病院外の敷地に建設したのである。訪問看護部は開業医の先生の所に行き、「訪問看護指示書」の内容をよく聴き、その依頼に従って患者さんの家に行くようにした。このようにして、病診連携の道を開いたのである。これは、こんにち居宅支援・看護・リハビリ・介護といった幅広いサービスを地域に届ける事業展開に発展している。

もう一つの経営効率化策は、外来を減らすことである。当時、入院と外来とでは1人を診る時間は同程度なのに、単価は40,000円と12,000円の開きがあった。相澤病院は入院患者に徹して、急性期を脱した患者や、直接受診しに来たものの急性期ではない患者を、開業医の先生にどんどん逆紹介をすることにした。開業医の紹介のない外来患者には、「別途1,500円をいただきます」として、このような病診連携の姿勢を明瞭に示した。1998年に地域医療連携室を設置し、この考えを粘り強く地域の診療所へ訴え、登録先を拡大していったのである。2008年現在で、登録先医院は422、登録医は484に広がっている（塚本〔2008〕、59頁）。紹介患者のスムーズな受け入れ、高額医療機器の共同利用、症例検討会・勉強会、地域の病院との転院にかんする話し合い、IT技術を活用した医療ネットワークの構築など連携先の意見を聴きながら、病診連携の円滑な発展を築いてきた（相澤病院〔2008〕、161頁、178-9頁、196-7頁）。おかげで、地域医療支援病院紹介率は2009年度で79.1～86.4%の高水準を保ち、逆紹介率も70%台を維持している（塚本〔2008〕、104頁）。

慢性期・療養病床を止め、外来を抑制することで、急性期・入院患者に軸足をおくポジショニングを明確にしたことはひとつの賭けであった。今では「24時間365日の救命救急といえれば相澤病院」といわれるまでに徹底した差別化（オンリーワン）戦略が奏功している。急性期病院として患者からの評価を高めるには、医療の「安全」面だけでなく「快適」面も問われるようになるため、先ず入院病棟の改築を系統的に進めた。1996～2002年の間に、旧6床室を4床室に転換して各室にトイレ・洗面所を設けるなど、全面改装・改築を病棟ごとに進めていったのである。後方ベッドの充実については、HCU（1994年）、ICU（1995年）、SCU（2003年）といった治療室を開設した。先端医療機器への投資は、「建物に4億投資すれば、機械には2億投資する」という投資方針に従って、救命救急のための輸送手段であるヘリポート（2002年）やモバイルER、治療のためのガンマナイフ（2000年）、PET（2003年）、トモセラピー（2007年）など、常に他に先駆けた投資を行っている。その結果、2008年度の年間救急車搬送は5,484台、救急ヘリ搬送は124機。モバイルERも年間50-60件という傑出した実績を上げている。IT投資も惜しみなく遂行し、オーダリングシステム（1999年）から始めて、院内の情報共有・情報分析システムを一巡した後には、地域連携を効果的に進めるためのASP型開業医向け電

子カルテ (2007 年) など, 院外にも情報ネットワークを広げる投資を行っている。

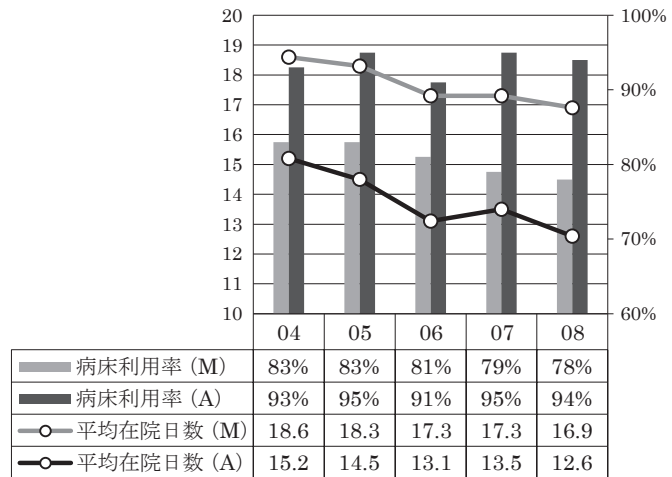
このようなオンリーワン戦略の徹底により, 相澤病院は地域住民から選ばれる病院へと成長を遂げている。図 III-3 を見れば, 松本医療圏の一般病院全体と相澤病院の違いが明瞭である。全体では平均在院日数の短縮が進むにつれて病床利用率が低下しているのに対して, 相澤

病院は在院日数をいっそう大きく短縮させながら高率の病床利用率を維持している。一言でいえば, 松本医療圏の競合のなかで相澤病院が支持されているということである。1 日平均在院患者数で見ると, 相澤病院のシェアは 15.3% (04 年) から 16.7% (08 年) に増えている。なお, 1 日平均外来患者数のシェアも 12.6% (04 年) から 15.8% (08 年) に伸びており, 相澤病院のブランド力が増していることが分かる。

3. 自立と自律の組織マネジメント

オンリーワン戦略の担い手は職員であり, いくら施設・機器を充実しても職員が充実していなければ戦略は水泡に帰す。病院経営において, 最も大きなコストをかけているのは人件費なのである。相澤病院では, とくに飛躍期に職員の増員を強化してきた。2004 年対比では, 急性期リハビリを増強するための医療技術職の拡充が著しい。こうした人材に対する投資は, 労働生産性 (= 1 人当たり医業総利益) の向上がなければ回収が覚束ない。

全国でも希な「24 時間 365 日の救急救命」を実現するには, まずそれに応えることのできる医師を確保する必要があった。相澤病院では夜間の実働手当だけでなく, 夜間の呼び出しに随時対応することを登録するだけで「救急体制維持手当」(塚本 [2008], 112 頁) を出す。夜間も看護師・職員を昼間と同水準で配備し当直負担を過重なものとしないように配慮されているし, 16 時間連続勤務を行えば 32 時間の自由時間がとれる仕組みができています。このような他に類を見ない厚遇は, 意欲的な医師には魅力である。通常雇用の医師いがいにも, 複数年契約による年俸制の医師も認めており, 自由度の高い処遇が行われている。但し, 医師はその対応いかんが相澤病院の評価を決めるため, 入職時には「医師入職時確認資料」の記入をつうじ



(出所) 相澤病院内部資料より作成。

図 III-3 松本医療圏 (M) と相澤病院 (A) の変化

て相澤病院の理念に対するロイヤリティを示すことが求められる。とくに、「全人的医療」「チーム医療」に対する理解が、相澤病院で働く者の心得として求められる。患者の満足度の相当部分が医師の聴く態度と分かりやすい説明で決まるので、入職後にはコミュニケーション研修も実施されている。医療の質にかかわる諸側面は、院内のプロジェクトや委員会への参加をつうじてOJTで身につけていくことになる。2002年に産科小児科の派遣医師が引き上げられた経験から自前の医師養成の必要性を痛感し、初期研修（2003年）、後期研修（2006年）にも力を入れている。シミュレーション・センターや電子図書館など研修医の処遇・教育を格段に充実させており、研修医の中でも評判になりつつあるという。

看護師の募集は苦戦続きであった。まず看護師が辞めないようにチーム医療の徹底を行い、医師とのコミュニケーション不足による診療方針の不徹底（これが看護師の最大のストレスという）が生じないように努めている。求人フェア、看護系雑誌での宣伝、専門学校就職担当者とのネットワークなどあらゆる手立てを行い、①先輩がいること、②上司がしっかりとした評価（＝教育）を行うこと、③自己啓発を自由に認めること（例えば在学研修も勤務年数に含める等）が入職・定着の決め手となることが分かってきたので、これをアピールした活動を行っている。定着には、シミュレーション・センターでの手技の研修、県外出身の看護師にとって切実な仲間づくり、部署・職種を超えた交流・研修など、あらゆる対応にコストをかけている。それだけでなく看護師には本来の仕事に従事してもらうように、1997年から外来メディカルクラーク課を創設し、外来患者の応対や診察の介助・事務処理など、必ずしも看護師が行う必要のない業務は事務職（診療アシスタント等）が行う体制をとっている。こうして相澤ブランドが全国に知れ渡るようになり、今では中国から来た学生の看護師養成も手掛けている。

さて、この間行ってきた人材投資が生産性を発揮するのはこれからである。人材育成に関しては、すでに第2創業期に相澤理事長が心血を注いでそのための仕組みを構築してきた。これ無くして、今日の相澤病院を語ることが出来ないといわれる。6年連続の経常赤字が始まった頃、副院長であった相澤理事長は1日100人を超える外来診療をこなしながらも、なんとか経営を方向付けようと経営理念やロゴマークをつくったりした。しかし、公式会議では、診療部によいことは看護部に良くない、看護部にとってよいことは診療部に負担がいくと、互いに言いたいことをいうだけで、職場はバラバラ、笛吹けど踊らずという状況であった。病院祭をやるおうとしたときも、「時間外手当が出るのですか」と聞いてくる職員がいたほどであった。この経験から相澤理事長は、変革期には民主的リーダーシップではどうにもならない、教示的リーダーシップこそ必要であると考えた。病院経営にwill(意思)を取り戻さなければならない、かつて王貞治選手が「ホームラン王になりたい」と願ったように、自分の意思をミッション・行動計画として現場に伝える必要があると考えたという。

1994年の理事長就任時の所信表明「相澤病院が目指すもの」は、今でも相澤病院のバイブ

ルとなっている。「医療の原点の一つは、病気で困っている人ならば、とにかくまず『助けの手』を差し伸べるといことです。この意味では救急医療はまさしく医の原点であるといえます」と、まず創設時から相澤病院に根付いていた風土を確認し、いかにしてこれを復活させるかを説いている。救急医療といっても医学的興味のある第三次救急だけしか引き受けない病院もあるし、腹痛や風邪の患者を診たくないという医師もいる。これに対して、当院の救急救命は北米型 ER である。患者は自分の身に何が起きているか分からないわけだから、「24 時間 365 日」来るものは拒まず全て診る。これを相澤病院の最大の目的にしたいと、理事長としての意思、強い信念を表明した (相澤病院 [2008], 156-158 頁)。この声明は自院が取り組むドメイン (領域) を明瞭に示し混沌とした現実秩序を与えたが、「設備とマンパワー」「チーム医療」「組織の整備と運用」「人々の意識と態度」といった点で課題は山積であった。高い志とビジョンも現実に皆が動くためには、これらを遂行していく長期経営方針・年度方針が具体的に明らかでなければならない。そこで理事長は、「集中医療センターはこれやって欲しい」「診療部はこうで看護部はこう」「リハビリは総合リハビリをやって欲しい」と、全ての部署にトップダウンで具体的目標を与えていったのである。

1996 年には、人事制度改革に着手する。年功序列・定期昇給・公務員準拠といった医療界に漫然とある仕組みを、10 等級の職能資格制度、複線型人事制度 (降格有り)、人事考課制度、業績連動型賞与、成績反映型賞与、ポイント制退職金、能力開発制度といった一連の能力主義人事賃金制度を導入したのである。プロジェクトチームを立ち上げ、診療部の反発を調整したり、移行措置を慎重に準備したりして、1998 年に医師職、事務職、医療技術職と順次人事考課を導入していった。ところが売り手市場であった看護職への導入では、案の定部長を含む中堅クラスがこぞって退職し、危うく病棟閉鎖の危機に陥るところであったという。

能力主義人事賃金制度の基本は人事考課にあり、人事考課の狙いは組織目標と能力開発目標を設定し、その評価を受けて、自らの成長を図ることである。相澤理事長は、「この制度の最も重要な部分は評価をつうじた教育である」といわれる。相澤病院では、「課題を自ら作り出し、生み出す」ことを「自立」と呼び、「課題解決の PDCA サイクルを自ら回す」ことを「自律」と呼んでいる。病院を自己実現の場として職員一人一人が生き生きと仕事を行うには、この自立と自律が個人レベルでなされることが必要である。人事考課は若い年代層にとっては自立を促される絶好の機会であり、上司にとっては自らの自律につながる。ところが、「自立と自律」を個人に求めていくためには、これまでの教示的リーダーシップではダメである。自分で考え取り組むように適切な指導を行う、参加型リーダーシップに転換することが必要である。そこで相澤理事長が次に取り組んだのは、相澤病院の「救急医療」「全人的医療」「急性期医療」「地域中核病院」「地域医療連携」「医療の質」「チーム医療」などのコアとなるビジョンや概念について、具体的で詳細な定義をすることであった。定義を具体的にしておかないと、コミュニ

ケーションにズレを生じるだけでなく、課題を自主的に発展させることが出来ないからである。たとえば相澤病院が考える「医療の質」は、「患者が求めるよい医療サービスを効率的効果的に提供して、その過程・結果のすべてにおいて患者の安心と満足を得ること」と定義され、それには医療の出発点として、「医療者と患者間のコミュニケーションとインフォームドコンセント」が最重要であると行動に具体化されている。

「自立と自律」を進める上でいま1つの重要なことは、従来の診療部・看護部・医療技術部・事務部といった縦型のピラミッド型組織を、部長を置かないで科長・センター長・課長・室長など部署の経営職と経営トップ（院長）とを直接につなぐ横型のフラット型組織に転換することである。一般にフラット型組織は、ピラミッド型組織における階層間調整を不要にし、問題解決スピードを速くするというメリットがある。調整上の負荷が現場にかからない分、それだけ「自立と自律」を助けるのである。フラット型組織が機能するためには、各部署の長が現場の課題を発見し、問題解決のために部署の目標・計画をつくりメンバーを動かすという、「自立と自律の組織マネジメント」が運用できなければならない。職場のビジョンをつくりトップとの1対1の面談をつうじて、ときには課題実現のためにトップに要請もしなければならない。それゆえ、一定数の経営職の養成が必要であり、相澤病院では時間をかけてこの実現に尽力してきた。理事長が月に120人の部署長（経営職）と面談を行い、粘り強く経営職の育成を図ってきたのである。理事長の超人的努力では追いつかない部分は、一定の部署を塊としてサポートする「院長補佐」（2010年6月現在10名）を置いて経営職を助けたり、職場横断的課題の調整を図っている。いつまでもこの組織形態をとり続けるわけにもいかないが、これまでの蓄積で大きな課題が同時に4～5本は動く組織になってきているという。

4. 理念の相澤 —いざというとき市民が守り救ってくれる病院をめざして—

2008年相澤病院は、創業いらい百年を経て社会医療法人財団の申請をした。本制度創設の趣旨は、救急、災害、へき地、周産期、小児という困難な医療事業に積極的に参画する法人を育成することである。その認定要件は、法人に対する同族支配がないこと、救急医療に対する実績及び救急医療を遂行するにたる構造設備・体制があることである。相澤病院は祖父の代の個人病院を、1951年に理事長の父親が兄弟に財産放棄をさせううえで財団にしたものである。その後公共性・公益性の高い特定医療法人・特別医療法人を経て、2008年に社会医療法人財団になっている。父親は財産をすべて医療に注ぎ込み、自らはずっと借家住まいで何ら蓄財をしない人であり、理事長もこの精神を踏襲されたのである。その父親が唯一悔しい思いを残されていたのは、どれだけよい医療を行っていても官尊民卑の扱いを受けることであった。相澤理事長がオンリーワンの「24時間365日の救急医療」を掲げて実行されてきたのも、「国立大学に負けない医療をしてみせる」という思いであろう。「いざというときに市民が守り救って

くれる」病院を築く強い意志をもって、社会医療法人財団を選ばれたのである。「理念の相澤」といわれる所以であろう。

今日の相澤病院の出発点となったのは、副院長時代の 1991 年に決めた「経営理念」「相澤病院経営方針」、1994 年の理事長・院長就任時の所信表明「相澤病院が目指すもの」である。それらのエッセンスは、1995 年に発表したミッション・ステートメントに凝縮されている。「私たちの病院は、医の本質としての救急医療と医の心としての全人的医療を病院医療の原点と考え、その実践に意を注いでいます。また、急性期医療を担う地域の中核的病院として、新しく良質な医療を行うために、機能的で活力のあるチーム医療を常に心掛け、地域の皆さんから信頼される病院づくりに取り組んでいます。今日のような変化の時代においては、とらわれのない柔軟な発想と積極的に前向きな行動が必要となりますが、また同時に、何事も新鮮にとらえることの出来る豊かな感受性と他を思いやる優しさも大切にしていきたいと考えています。病院を自己実現の場として、職員一人一人が生き生きと仕事を行い、皆でそのエネルギーを結集することにより、私たちの病院を夢と感動と輝きに満ちた病院にしていきたいと思えます」(相澤病院 [2008], 132 頁)。ここで、「医の心としての全人的医療」とは、「病気を見るのではなく病人を診よ」という教えを言う。TBS (2010/7/17) で取り上げられていたのは、脳梗塞で運び込まれた男性が一命を取り止めた直後から必死のリハビリを始めるドキュメンタリーであった。つらいリハビリに耐えているのは、1ヶ月後に控えた娘の結婚式で介添え役を果たそうとする父親の強い意欲である。医療従事者は患者が自ら治ろうとするのを手伝い見守っているだけであるが、それが「相澤病院に運ばれて本当に幸運だった」と言わしめるのである。

結びにかえて

赤穂中央病院ならびに相澤病院は、病院経営が重視される時代が本格的に到来するなかでエクセレントな病院として、つとに知られるようになった。両院の理事長同士で密度の濃い交流を行っておられるという。そこで言われるという両氏の尊称——「経営の古城」「理念の相澤」をタイトルに使わせていただいた。あえて違いを強調しているだけで、その病院経営は根本のところでは共通している。両院は赤穂市民病院、信州大学病院というそれぞれ有力な国公立病院のお膝元に立地し、官尊民卑(ノー・ブランド)の風土の中で自らの存在価値を問うことで躍進を遂げてきた。躍進の原動力は、能力主義人事制度によって引き出された医療スタッフの闘志と創意工夫である。そして決定的なことは、このような戦略と組織のハーモニーを導いた経営トップの志とリーダーシップの発揮である。

両者のパフォーマンスが異なる形態をとっているのは、それぞれの医療圏のあり様と医療・介護資源の違いに因る。赤穂中央病院は自治体病院にまねの出来ない包括型医療法人化を実現して、40%のシェア独占による高稼働・高収益体質を築いた。その結果、西播磨医療圏の住

民は高品質の医療を低価格で享受できるようになった。M&Aはこれを近隣医療圏にもたらし、長期的視点から赤穂中央病院を守る狙いもある。他方、相澤病院は国立病院がまねの出来ない（日本でも希な）「365日24時間の救命救急」を実現して、徹底した病診連携による高稼働システムを築いた。時代を先導するオンリーワン戦略を徹底するため、施設・先端医療機器への先行投資を行い、これを担う医療スタッフには惜しめないコストをかけてきた。その結果、国立病院に勝るとも劣らないハイ・ブランドを築き、松本医療圏の住民に高水準の「安心と快適」をもたらしてきた。

近年、『週刊ダイヤモンド』が、「頼れる病院」なるランキングを公表している。「医療の機能」として、①診療科目数、②医師数／一般病床数、③専門医数／一般病床数、④看護師の配置基準、⑤保有する施設・設備を指標として評価し、「経営状態」として、⑥一般病床利用率、⑦平均在院日数、⑧人件費率、⑨経常収支比率を点数化して、ランクづけしている。その2009年度版（8/15・22号）では、赤穂中央病院が兵庫県第13位にランクづけされており、同20位の赤穂市民病院と比べると専門医数で劣るものの、保有施設・設備、病床利用率、経常収支比率で優れているとしている。他方、2010年度版（8/14・21号）では、相澤病院が長野県第3位にランキングされており、同1位の信州大学病院と比べると医師数、専門医数、人件費率で劣るものの、病床利用率、平均在院日数では上回っていることが示されている。財政自立で経営されてきた民間医療法人が、地元の有力国公立病院に比肩しうる業績を上げている。これは傑出した病院経営の賜といえよう。

本稿は、病院経営の可能性と良質な経営のあり様について理解を深め、これを以て病院経営分析の着眼点を明らかにしたものである。非営利組織の経営は、「決算書なき決算」が求められる。短期的な決算数値だけでは捉えられない経営トップのリーダーシップ、地域におけるポジショニングと連携力、組織マネジメントの水準などが、各種の機能性指標と合わせて適切に評価づけることができたとしたら、病院経営分析は成功したと言えるであろう。

〔謝辞〕 本稿を執筆するにあたって、見学、ヒアリング、資料提供の総てにわたって惜しめない援助・協力をいただいた医療法人伯鳳会・赤穂中央病院の古城資久理事長、山内春代副院長看護部長 山本美和子経営管理部部長、社会医療法人財団・相澤病院の相澤孝夫理事長・院長、塚本建三常務理事・法人事務局長、ほか皆さんに、この場をお借りして深く感謝申しあげます。紙幅の都合上割愛せざるを得なかった諸点については、別稿にゆずらせていただきます。

<参考文献>

- 相澤病院〔2008〕『相澤病院創業 100 周年記念誌』
- 市川剛志〔2010〕「経営志向のガバナンス構築のあり方」(野村證券法人企画部編『病院経営』1-22 頁, 所収, 清文社)
- 厚生労働省〔2010〕『平成 20 年度 病院経営管理指標』(委託先: (株)日本経済研究所)
- 古城資久〔2005〕「もっといける。経営充実度日本一」(斎藤清一編著『甦る病院経営 人事賃金制度改革のすすめ方』192-213 頁, 所収, 医療タイムス社)
- 古城資久〔2009〕「地域完結型医療 VS 地域包括型医療」『病院経営』2009 年 2 月 20 日号, 26-33 頁。
- 塚本建三〔2008〕『患者に医療を取り戻せ ～相澤孝夫の病院改革～』
- ドラッカー〔1991〕上田惇生 + 田代正美訳『非営利組織の経営 ー原理と実践ー』ダイヤモンド社。
(Drucker, P.F. [1990], *Managing the Nonprofit Organization*, Harper Collins Publishers.)
- P.F. ドラッカー・G.J. スターン編著〔2000〕, 田中弥生監訳『非営利組織の成果重視マネジメント』ダイヤモンド社。
- 長坂健二郎〔2010〕『日本の医療制度 その病理と処方箋』東洋経済新報社。
- 二本立〔2007〕『医療改革』勁草書房。
- 西村周三〔2008〕「病院経営における先見性と院長の責任」(『2008 年度版 医療経営白書』所収, 日本医療企画)
- 伯鳳会〔2008〕『第 39 期 (平成 20 年度) 経営指針書』
- 伯鳳会〔2010〕『第 41 期 (平成 22 年度) 経営指針書』