

# 目次

本書に寄せて……………	日本病院会 会長 相澤孝夫
はじめに……………	小松本悟

## 第1章 足利赤十字病院における実績と人材への投資

1 病院経営とは……………	2
足利赤十字病院の紹介……………	2
病院経営の目標とは何か……………	4
「目に見えない付加価値」と「お金で表せる付加価値」……………	5
2 病院経営における付加価値・人的資源……………	9
付加価値と「シーソー：seesaw」……………	9
付加価値額の年次的推移……………	10
付加価値率と労働分配率について……………	11
足利赤十字病院のデータによる付加価値率と労働分配率……………	14
職員数変化率と付加価値率との関係……………	15
3 病院経営がめざすもの……………	17
病院経営における「ビジョン」と「ゴール」とは何か……………	17
<b>Coffee Break</b> 美しき不思議国オマーン紀行……………	19

## 第2章 私の考えるリーダーシップ論

1 医師主導の病院経営……………	26
医師主導、院長のリーダーシップによる病院経営……………	26
病院経営を数学する……………	27
病院全体を俯瞰したリーダーシップとガバナンス……………	29
リーダーに最も必要なものは「神の評価」である……………	31

リーダーに求められる「地域に残れる病院」創り .....	32
<b>2 リーダーシップを学ぶ .....</b>	<b>34</b>
「入るを量りて出ざるを為す」リーダーシップとは .....	34
リーダーシップは天性のものか .....	35
リーダーに求められる「恕」とは .....	38
リーダーは歴史に学ぶ .....	39
雪印の崩壊から学ぶリーダーシップ .....	41
<b>3 リーダーの役割 .....</b>	<b>43</b>
リーダーに求められる持続的変革と破壊的変革とは .....	43
リーダーたるものは「私の病院だ」と思え .....	45
<b>Coffee Break</b> 「恕」と「堪忍」 .....	<b>46</b>

### 第3章 Genba マネジメント20のメソッド

#### <目標・ドメイン>

1 目標と現状とのギャップを埋める .....	50
2 心に響く理念（ドメイン）で人は動く .....	53
3 患者志向を肝に銘じる .....	57

#### <組織>

4 ヒエラルキーから Genba のパラダイムへ .....	60
5 権限の委譲 .....	63
6 下位ほど厚く .....	67
7 時間と場のマネジメント .....	70

#### <コミュニケーション>

8 あいさつ運動 .....	74
9 感謝のメッセージ .....	77
10 入院患者への手紙／新人看護師への手紙 .....	80
11 職員一人ひとりに感謝の気持ちを伝える .....	82

＜働きやすさ・職員志向＞

12	研究研修費は病院が負担	86
13	医師の処遇改善	91
14	医師の負担軽減	94
15	育休からの早期復帰支援制度	98
16	医師の子育て支援	101

＜職員モラル醸成＞

17	割れ窓理論をもとにモラル醸成	104
18	損失／破損を届け出る文化	106
19	QC活動で機材の扱いに変化	110
20	コスト意識の醸成	113
<b>Coffee Break</b>	チャンス教授の思い出	117

第4章 経営環境が変化しても存続していくために

	クロス・マニユファクチャリングについて	120
	病院におけるサプライチェーンマネジメントに関連して	123
	患者満足度アウトカムについて	124
	病院の集合写真からわかること	126
<b>学びの窓</b>	上杉鷹山に学ぶ経営学	129
<b>学びの窓</b>	小倉昌男に学ぶ経済学	132
<b>Coffee Break</b>	コロナ禍と籠城	135
	おわりに	137

---

---

# 第1章

足利赤十字病院における実績と人材への投資

---

---

# 1

## 病院経営とは

### ◆ 足利赤十字病院の紹介

足利赤十字病院は1949年に栃木県県南部に設立された。当初は無床ベッドの診療所形態からスタートし、その後わずか20年で615床の総合病院となった。当時の足利赤十字病院は、増改築を繰り返し、4人部屋や6人部屋が主体の病院となっていたが、新たなIT施設の敷設は難しい状況であった。そこで、2011年（平成23年）7月1日に全面移転をすることとなった。（図表1-1）

敷地面積が57,000㎡で、周りに30,000㎡の公園があり、総面積87,000㎡の敷地に病院を建設した。病院の鳥観図（ちょうかんず）を示したも

図表1-1 病院概要

**開設年月日**：昭和24年7月1日（平成23年7月1日全面移転）  
**病床数**：540床（一般：500床、精神：40床）  
**患者数**：外来 278,952人【1日平均1,037人】  
：入院 191,649人【1日平均 524人】  
**病床利用率**：全体 96.3%【一般：97.3%、精神：91.7%】  
**診療科**：28診療科  
**職員数**：1,280人

- ・ 栃木県南西部の足利市に位置し、両毛保険医療圏の中核病院
- ・ 臨床研修病院 55学会の教育研修認定施設
- ・ 独立採算性にある赤十字病院の中で、継続して黒字経営を続けている
- ・ 2015年2月、医療施設の国際的な認証機関であるJCI（Joint Commission International）の認証を取得。赤十字病院として初めて、国内では9番目に認証を取得した病院となる。
- ・ 2017年1月Japan International Hospitalに推奨される
- ・ 2017年2月臨床検査室に特化した国際規格「ISO15189」を取得
- ・ 2019年1月JMIP（Japan Medical Accreditation for International Patients）の認証を取得

図表 1-2 病院の鳥観図

分棟型建築



ホスピタルモールを軸に分棟として構成され、将来の増築・改修に柔軟に対応する。「成長と変化」に対応できる病院  
次世代型グリーンホスピタル

のが図表 1-2 である。垣根がなく、地域に開かれた病院を目指した。病床数は540床で、全室個室の病院を実現した。正面玄関を入ると、170 mのホスピタルモールがあり、このホスピタルモールを軸として外来棟、管理棟、9階建ての病棟及び講堂のそれぞれをモジュールとして、ホスピタルモールに連結させた。いわゆる分棟型構造である。宇宙ステーションのモジュールをイメージするとわかりやすいかと思う。これは、成長と変化に対応した病院形態といえる。中央診療棟はMRIやCTなどの大型医療機器があり、耐用年数が約5年と短い、その時期が来て建て替えが必要となった時、別の場所でモジュールを連結させることが可能となる。足利赤十字病院ではサイバーナイフを導入した。ホスピタルモールの西側に敷地があるのでサイバーナイフ用の別のモジュールをホスピタルモールに連結する工事を行った。

一方、9階建ての病棟は耐用年数が40年～50年と比較的長いことより日々メンテナンスをして綺麗に使えば改築の必要性は少ないと思う。ここまで「成長に対応できる病院」について述べた。もう1つ「変化に対応できる病院」について述べてみたい。

今、国は第8次医療計画を実施している。その中で外来機能の報告制度が400床以上の病院に義務付けられるようになった。高度な医療資源を投入する外来機能とその他の外来、いわゆるかかりつけ機能を持った外来とも差別化をしようとしている。そうすると近い将来400床以上の地域中核病院群においては、外来機能を高度な医療資源を投入する外来のみにしなくてはならなくなる。そしてかかりつけ医機能にかかっていた患者を地域の診療所に逆紹介をし、地域中核病院は外来を縮小せざるをえないことになってきた。このようにダウンサイジングが求められるようになってきたとき、足利赤十字病院ではモジュールとしての外来棟を別の機能に転化できるように基本設計がされている。この点は、最終章でも述べるが、今後の経営環境の変化にも対応できる病棟が設計できたのではないかと思われる。一方で、都心の多くの病院は地価が高く、敷地面積も狭いことより、基壇型構造となっている。1階が外来棟、2階が診療・検査棟、3階以上は病棟となり、各階各部署を別の機能に転化することが大変厳しいのが現状だろう。

## 病院経営の目標とは何か

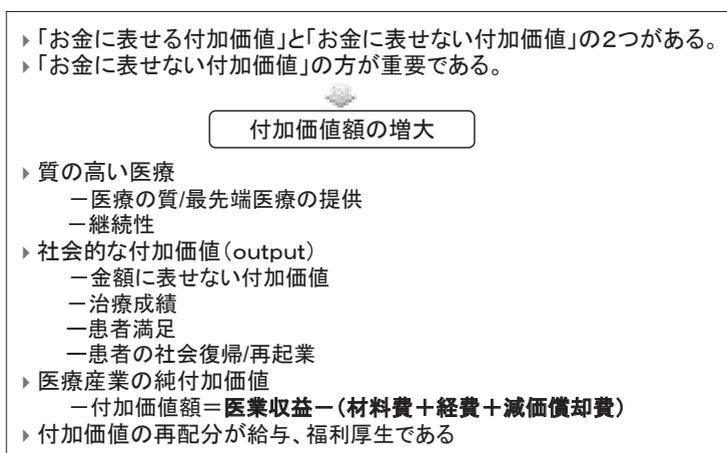
病院経営の目標とは何かと問うと、多くの病院経営者は、医療収益における黒字といい、いわゆる「お金」に言及することが多い。また、多くの病院ではバランススコアカード（Balance Score Card）を経営指標として導入している。収益に関する項目をKPI（Key Performance Indicator）としていることが多い。多くの病院管理者は、医業収益に直接的に関係するインジケターを重要視しているのであろう。しかしながら、病院経営の目標は「医療における付加価値の増大」であると私は日々考えている。我々病院管理者は、患者に対して質の高い医療を継続的に提供し、高い患者満足度を得ることが肝要である。

## 「目に見えない付加価値」と「お金で表せる付加価値」

医療経営の目標は、医療における付加価値の増大であると考えている。そのことを説明したのが図表1-3である。我々医療機関は質の高い医療を提供することが重要である。我々医療機関に対しては、医療の質を担保しつつ、その継続性が問われるのである。そして、患者が、提供された医療サービスに満足するようにしなければならない。患者が治療効果に満足し、感謝して帰ることによって目に見えない付加価値が生まれるのである。お金で表せない社会的付加価値が大切であり、健全な病院経営の継続がお金で表せないほどの付加価値の創生に繋がることを知ってほしい。そしてその効果としてお金で表せる付加価値額が継続的に生まれてくるのである。この事実を多くの職員が認識しなくてはならない。

DPCではアウトカム評価が求められることになり、医療資源などの投入、即ちインプットは問われなくなり、アウトカムが問われることと

図表1-3 医療の付加価値

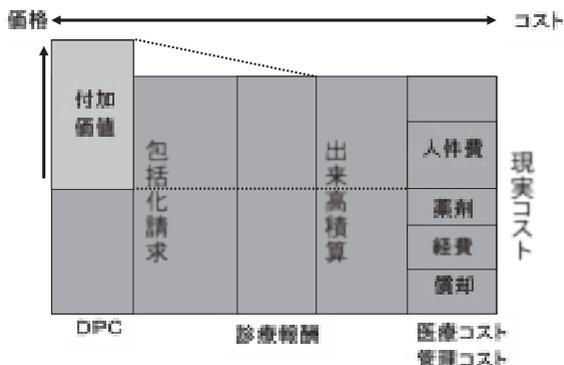


なった。DPCにおけるアウトカム評価について示したのが図表1-4である。アウトカム評価については、経済的アウトカム、臨床的アウトカム、機能的アウトカムと満足度アウトカムの4項目がある。アウトカム評価には、平均在院日数、病床稼働率などの臨床的アウトカムと、ADL、感染率、再入院率、死亡率などの機能的アウトカムがある。それらのアウトカムはDPCの中で機能評価係数Ⅱに反映されるようになった。DPC導入前の出来高請求の時代は、医療資源の導入はほぼそのまま、診療報酬で請求することができた(図表1-5)。我々医療側

図表1-4 アウトカム評価

医療提供体制(DPC)はoutput, outcomeが問われるようになった。Inputは問われない。	
1. 経済的アウトカム	病床単位・平均在院日数・病床稼働率 医療連携満足度 連携パス達成度
2. 臨床的アウトカム	平均在院日数
3. 機能的アウトカム	ADL 感染率 再入院率 死亡率
4. 満足度アウトカム	患者満足度 スタッフ満足度

図表1-5 医療コスト・価格の対応関係



付加価値額の再配分が職員の給与であり、福利厚生に反映され、給与・福利厚生が職員の生活の糧となることを認識してもらうことが大切である。

## 第1章 足利赤十字病院における実績と人材への投資

は、コスト意識が根底にあった。しかし、DPC 導入となり、患者の主病名と副病名で決まるコーディングにより包括請求となり、DPC コード14桁で疾患ごとに決まった値（価格）という意識が強くなった。コストから価格と180°変わったのである。

そこで、付加価値額とは何かを考えてみたい。付加価値の意味は、明鏡国語辞典によると2つあり、1つは「生産過程で新たに付け加えられた価値、売上高から原材料費や減価償却費を差し引いたもの」とあり、もう1つは、「商品やサービスで他の同種のものにない価値。「一を付けて売り出す」とある。ここでいう前者は「お金で表せる付加価値」のことであり、後者はお金に表せない「目に見えない付加価値額」のことである。

医療とは違う Genba での例で、「お金で表せる付加価値」と「目に見えない付加価値」について話す。

高級ホテルや高級ゴルフ場では、130円のペットボトルが300円、500円で売られている。雰囲気、差別化されたサービス、徹底された接客などが顧客に満足感を提供し、500円であったとしても、購入するのである。500円から原価の130円を差し引いた370円が顧客満足という付加価値額なのである。一般的には、付加価値額は図表1-6に示してあるように、医業収益から材料費、経費、委託費と減価償却費を差し引いたものである。この付加価値額から引かれていくもので一番大切なものが、職員の給与である。職種により傾斜配分された号俸表により職員の給与

図表1-6 付加価値額

付加価値額は以下の式で算出される。

$$\text{付加価値額} = \text{医業収益} - (\text{材料費} + \text{経費} + \text{委託費} + \text{減価償却費})$$

即ち、付加価値額とは医業収益から材料費、経費、委託費と減価償却費を差し引いたもので表せられる。

が決まるのである。次に福利厚生費に使われる。このように付加価値額から職員給与と福利厚生費が引かれた残額が医療機器購入に充てられるのである。ということは、この付加価値額が大であればあるほど給与と福利厚生費が適切に配分されることとなる。そして十分な職員満足度が得られることとなる。また、減価償却が終わりそうな医療機器で、更にアップグレードした先端医療機器が購入可能となれば、患者に提供する医療の質が高いレベルで担保できることとなる。また、医師のモチベーションの向上にも繋がる。

付加価値額について検討する際に付加価値額に減価償却費を含めるか否かは議論の多いところである。一般の病院では病院の増改築を含めた建築費及び医療機器購入費などを含めて多額の減価償却費が発生する。特に生産性指標の年次分析を行うときには付加価値額計算式に減価償却費を含めた方が的確ではないかと考える。建築から間もない年や医療機器購入当初は多額の減価償却費が計上され、その後年次に渡り徐々に減少するため付加価値額は下降傾向となり、継時的推移をみることが出来る。一方、減価償却費はキャッシュフローに現れない費用項目であることも知っておかねばならない。

2

病院経営における付加価値・人的資源

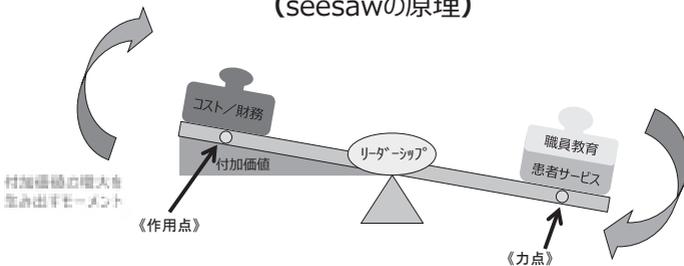
付加価値と「シーソー ; seesaw」

次に病院経営管理における付加価値とは何かをもう少しわかりやすく示したのが図表1-7である。そこでシーソーを使って考えてみたい。

シーソーの右側の板の端に患者サービス、職員教育という2つの重い分銅が載っているとしよう。さらに、シーソーの左側にコストという分銅が載っているとしよう。健全な医療経営の場合は、右側の患者サービスと職員の教育という2つの分銅の合計の方が、左側のコスト分銅より重いことが求められる。そして、その様な場合には、シーソーは右側に傾いており、左側のコストの分銅の下に三角形ができていくことがわかる。この面積が付加価値額に相当する。我々病院管理者は、このシーソーが日々右側に回転するようなモーメントを生み出すよう努力しなくてはならない。そのためには、職員教育と

図表1-7 病院経営のマネジメント

(seesawの原理)



私の考えるリーダーシップとは患者サービス、職員教育力点に投入した資源(コスト)よりも大きなものを生み出す生産体(付加価値)を作用点に作ることである。

患者サービスを充実させなくてはならない。一方でコスト削減にも励まなくてはならない。そうすることによって、付加価値額の示す三角形の面積が日々増大し続けることとなる。

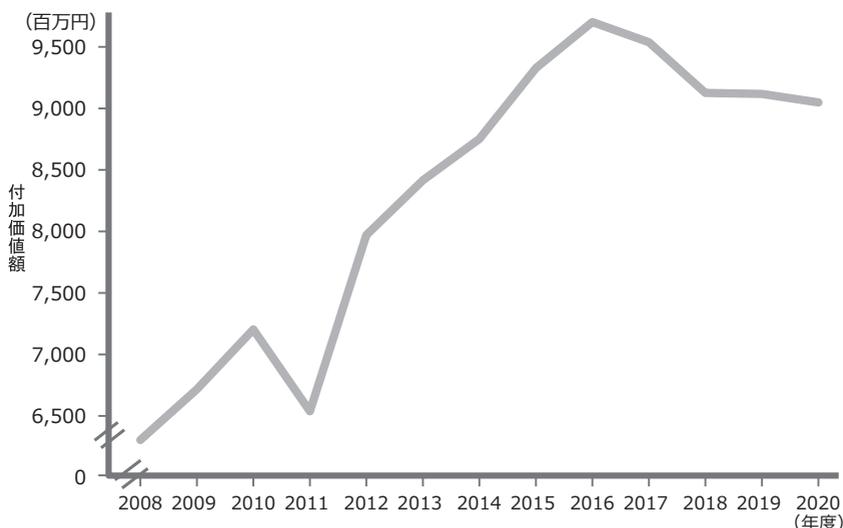
しかし、ひとたび、このシーソーが左向きに回り始めるとシーソーの左側の下の三角形の面積は小さくなり付加価値額は減少し始めることとなる。そのようになると医師をはじめとして職員に十分な給与は支払うことが出来なくなり、患者サービスが低下し始めるのである。結果的には医業収支は赤字に傾き始める。一度、赤字方向へのモーメントが働き始めると、そのモーメントの量は徐々に大きくなり、負の付加価値額の値は増加するのである。そのため、左向きへのモーメント量が少ないうちにコストを減らし、患者サービスの分銅を重くしなくてはならない。負のモーメントが働き始めた初期段階で全職員がこの努力をしないといけないのである。そのまま放置しておくとも負のモーメント量は加速的に増え、元に戻すのは不可能となり、恒常的に赤字経営に陥るのである。

## 付加価値額の年次的推移

ここで、足利赤十字病院における付加価値額の2008年から2020年の年次推移をみてみたい（**図表1-8**）。付加価値額は2007年には63億円であり、2009年もほぼ同額の67億、2010年は72億となった。その後、徐々に増加傾向を示している。2011年度は全面移転の為減価償却費が22億円発生したため、前年度に比し7億円減少し、65億となった。しかしその後徐々に増加に転じ80億円（2012年）、84億円（2013年）、88億円（2014年）と80億円台に達した。2015年に入ると付加価値額は90億円を超えるようになった。

2008年の63億円と比較すると、新事業を介して、2015年以降は1.4倍に押し上げたこととなる。

図表1-8 付加価値額の年次推移



## ◆ 付加価値率と労働分配率について

足利赤十字病院においては2008年から2020年頃に向けて確実に付加価値額は増大した。それに伴い大幅な職員数の増員をはかり、電子カルテの更新、新規医療機器の導入を行った。その時々々のニーズに対応し、年次計画を綿密に立て、物的、人的資源の導入がバランスよく行われなくてはならないが、その時々々の経営指標としてもっとも信頼のおけるものとして付加価値率と労働分配率の2つがある。

付加価値率は図表1-9で説明してあるように、次の式で表せる。

$$\text{付加価値率} = \frac{\text{付加価値額}}{\text{医業収益}} \times 100 (\%)$$

付加価値率は医業収益に対してどれだけ付加価値額を生み出したかをみる指標である。病院が医業を行う上で材料を投入し高度医療機器を駆使し質の高い医療を提供した結果、医業収益のなかからどのくらいの