

## いかにコスト減を図るか

出席者 (50音順/敬称略): 医療法人三和会東京東病院事務長

名古屋第二赤十字病院管理局長兼業務部長

有限会社ドゥーダ代表取締役

〔司会〕株式会社サイプレス代表取締役

在 原 右  
池 上 健二  
番 場 省吾  
伊 藤 雅教

池上 健二氏



伊藤 雅教氏



番場 省吾氏



在原 右氏

**伊藤** 本日は、「医療収支改善の3つの戦略」の第3弾として、「医療機関のコスト減」についてご議論いただきます。まずは、簡単に自己紹介をお願いします。

**池上** 名古屋第二赤十字病院の管理局長・業務部長をしている池上です。当院は今年で創立103年目を迎え、伝統的に、救急医療や高度医療、地域医療連携、教育研修、災害医療、国際救援などを担っています。病床数は一般810床、第一種感染病床2床の812床で、DPCⅡ群病院です。

**在原** 東京都江戸川区・東京東病院の

在原です。当院は今年で9年目という新しい病院です。一般と療養のケアミックス型で、三和会としては老健と特養を有していて、老健は病院に併設しています。「医療・介護福祉・保健」を一体として提供できるよう、取り組んでいます。

**番場** ドゥーダで代表取締役を務めている番場です。当社はコスト削減を専門にしているコンサルティング会社です。設立14年目ですが、設立メンバーのほとんどは医療材料商社の出身者です。以前は医療材料を専門にしていたのですが、最近ではコスト

全般にわたる実行支援型、協業型のスタイルでコンサルティングを行っています。職員の方と一緒に作業しながら、職員にコスト意識を定着させることを最終目的として活動しており、実は、東京東病院ともお仕事をさせていただいております。今後は、増収、業務改善のコンサルティングも展開したいと考えています。

**伊藤** サイプレス代表取締役社長の伊藤です。経営改善のコンサルティング会社として、収入増加、コスト削減、組織の活性化、パスの見直しなど、管理支援等を行っています。

## 1 コスト削減のための取組み

## 1 ベンチマークによる価格交渉

**伊藤** まずは、コスト削減の取組みについてうかがいます。実際にどのような活動をして、どのような効果が出たのか、お話いただけますか。

**在原** 当院では、医事課の職員を財務係として配置して、償還価格を見ながら、材料等の仕入れ値が高いか低いかを確認して、メーカーに交渉しました。メーカーにただ安くしろと言うだけでは話は進まないで、そういう根拠をもとにした交渉を第1弾として行いました。

その後、番場さんのドゥーダさん

と知り合う機会があり、もっと深く深いコスト削減を進めることになりました。ドゥーダさんがベンチマークをもっていたので、それをもとに比較検討を行い、一緒にメーカーとの交渉等を行ってきました。

**伊藤** ベンチマークを使って専門家とともに価格交渉を行ったという点は効果があったでしょうね。

**在原** そのほかには、人件費に関するコスト管理の取組みを行っています。新しい病院ですので、看護師を集めるのに相当苦労しましたが、看護師がいないと病棟が開けられないので、高い人件費をかけて採用することに

なり、それが当初の問題でした。

看護師がそろってきて問題となったのは、中途入職のスタッフと以前から在籍するスタッフの給与格差です。私が入職した頃も事務長はいたのですが、明確な給与規程はなく、中途入職者には前職の給与に2~3万円プラスした額を保障するような、どんぶり勘定のやり方でした。

その後、私が引き継ぐわけですが、このまま放置するわけにはいかないので、指標作りをすることにしました。参考にしたのは、総務省統計局が公表している職種別・年齢別賃金のデータです。それをもとに、院内

の給与の仕組み作りを進め、今はほぼそれに準拠させて運用しています。結果として、人件費の削減につながったと思います。

また、最近、エレベーターの運用コストを年間200万円ほど削減しました。大病院では大した額ではないでしょうが、当院規模の病院では大きな金額です。

**伊藤** 人件費の削減額はどのくらいになりましたか。

**在原** 削減額について明確な数字は出ていませんが、当初、収入が低く、人件費が高かったので、人件費比率は70～80%という水準でした。今では収入も上がって、人件費も安定していますから、人件費比率は55～60%に落ち着いていますね。

## 2 組織が一体となって“高費用体質”の改善を図る

**池上** 当院では、DPCの導入当初、看護師などスタッフを多く配置して、収益アップを図ろうと考えていました。2006年4月時点の職員数は1309人でしたが、年々スタッフを増やし、2014年4月には1851人になりました。そこで問題となってきたのが人件費比率の上昇です。

**伊藤** そのときの人件費比率はどのくらいでしたか。

**池上** 2006年度は37.6%であったのが、2014年度には41.1%に上がりました。院内処方医療機関の人件費比率は平均40%くらいですから、当院はひどく高いわけではありません。しかし、上昇傾向にあったので対策が必要でした。

以前は、急性期の診療報酬を手厚くするという国の方針もありましたし、人を配置すれば収入がアップしていきました。しかし、診療報酬が実質マイナス改定になってからは状況が変わりました。

1800人以上の職員を抱えていると、増員しなくても定期昇給、ベースアップの額だけで毎年、2億円程度上がりますが、病院の収入増はそれに追いつかなくなって、2013・2014年度には医業収支が逆転するような状況になりました。

特に2013年度は、減価償却費が25億6000万円にも及び、会計監査でも公認会計士に高費用体質を指摘されるようになりました。当院には内部留保が十分あり、財務的にはまったく問題なかったのですが、この体質を今改善しないと、近い将来、高度急性期の機能を展開していくのはきびしくなるだろうと危機感を持ちました。

**伊藤** 高費用体質は人件費以外にもあったのですか。

**池上** 診療単価が高いということは、当然、高い医療材料を使って高度医療を行っているということです。結果、材料費の比率が38%台に達していました。

**伊藤** それは高いですね。

**池上** 人件費、諸経費と合わせたコスト、医業費用が医業収益を上回る年度が2年続きました。

**伊藤** そうすると、人件費の抑制と、医療材料や薬剤など変動する経費の削減が大きなテーマになりますね。

**池上** そうですね。まずは人件費と減価償却費、材料費をどうするかということで、2014年に幹部中心の経営改善委員会をつくり、その下に増収プロジェクト、コスト削減プロジェクトを立ち上げ、現場とのやりとりを重ねました。組織的に取り組むのが第一と考えたわけです。

**伊藤** 委員会等をつくる時、そこに推進力をもたせるために行った工夫などはありますか。

**池上** 経営改善委員会のリーダーを院長が務めました。当院では通常、院

長が委員会のリーダーになることはありませんが、強いリーダーシップを発揮しなければ経営改善は達成できないという理由で院長が自らリーダーとなりました。

そして、重要なメッセージがある場合は、「院長メッセージ」として、職員全員がイントラネットで見られるようにしました。

重要なメッセージとしては、「病院始まって以来の経営危機」「増収主義からコスト削減に経営方針をシフトする」というフレーズで危機感を植え付けるようにしました。実際には財務的に問題はなかったのですが、高費用体質が続けば赤字になるという認識を共有してもらいました。

**伊藤** トップダウンで危機感を植え付けるという方法ですが、職員がなかなか危機感を理解しないということもあります。病院のなかでその危機感をきちんと活動に転化するために、どうされましたか。

**池上** 院長メッセージを出す前に、副部長以上が集まる管理会議でパワーポイントの資料を作成して、このままでいくと2013年度は赤字になるということ、早い時期に管理職に根回ししておきました。全職員が一つにならなければ乗り越えられないということ、そのためには現場に我慢を強いることになるかもしれないが、それが改善されれば状況は良くなるので、一緒に頑張ってもらいたいという話をしました。

**伊藤** 先に管理職員側に根回ししておいたということですね。

**池上** 管理会議のほか、係長以上が集まる業務連絡会議でも伝えました。いずれも月1回行われる会議ですが、そこでの根回しは効果があったと思います。

**伊藤** そういうことは組織一体的に行わないとうまくいきませんよね。



●番場 省吾 氏 (ばんば しょうご)

有限会社ドゥーダ代表取締役

大学卒業後、医療機器ディーラー・メーカー、SPD 商社を経て、2003年、有限会社ドゥーダの設立に参画。2017年、代表に就任。関連企業であるダリ・マネージメント株式会社の代表も兼務。認定登録・医業経営コンサルタント(登録番号 7579号)。

在原さんのところはいかがですか。

**在原** 基本的には同じです。コスト管理のような組織改革を伴うことは、組織が一体となって取り組まないとうまくいきません。特にトップの院長と医事部門の役割は重要です。

当院が少し独特なのは、院長が私に様々な権限を与えてくれていることです。大病院ではむずかしいと思いますが、当院のような小規模の場合は、個人に権限を委譲してもらうことで、全体のコントロールがしやすくなります。

例えば、医師が私に「こういう処置を行ってもいいのか」と、医療を提供する前に聞いてくれるため、コスト削減とは直接関係ありませんが、診療報酬に則った医療を提供することにより薬剤や医療材料等の査定による病院負担額が減少し、結果、収支改善に寄与しています。

また、スタッフも意思統一をして同じようなコスト意識をもっています。私はスタッフの採用面接にも加わりますが、医師に対してもコストの話をするようにしています。

**池上** 当院はこれしか使えないという

話をするのですか。

**在原** そこまでは言えませんが、なるべくこちらが指定する材料を使っていただくようにしています。

面接時には、職員がコスト意識をもち一丸となってコスト削減に取り組んでいることを伝え、ご理解いただいた医師しか採用していません。これも組織で一体感を出すためには必要だと思っています。

### 3 人件費・材料費比率を下げ

**伊藤** 具体的なコスト削減の取り組みを教えてください。

**池上** 人件費削減については、採用計画のなかで、2015年4月に職員を一気に減らしたいという考えもあったのですが、激変は不可能なので、まずは増員を停止しました。そして2016年4月には事務系職員を中心に26.8人減らしました。採用人数も抑制して、退職者が出ても原則不補充という方針で取り組みました。現場からは、「欠員の補充をしたい」「この業務のための増員をしてほしい」という要望が出るのですが、我慢してもらうように説得しました。

**伊藤** 人件費比率は現在ではどのくらいになったのですか。

**池上** 2015年度は少し下がって、40.4%になりました。

**伊藤** 病院の人件費比率としてはかなり低いほうですね。

**池上** そうだと思います。ただ、2016年6月までは院内処方でしたので、一概に院外処方の病院とは比較できません。また、材料費比率が高く、利益率も低い。職員からはもっと人を増やしてほしいという要望もありますが、高コスト体質であることや今後の経営安定化、経営安定後のス

タッフ増員などの説明をして、我慢してもらうようにしました。

**伊藤** 人件費の伸びはいかがですか。

**池上** 以前は毎年数%ずつ伸びていましたが、2015・2016年度は0.9%の伸びにとどめました。その一方、医療収益はそれ以上に増加したので、収益増で人件費増を賄うことができました。

**伊藤** 次は材料費の38%をどうするかですね。

**池上** そうですね。医師は、メーカーなどから安く購入しているはずだと思っていますが、実際はベンチマークをしないとわからないので、コンサルティング会社を使って、全国の病院でどの材料をいくらで購入しているかを比較調査したところ、数量は多いが、購入価格が平均より高い品目がいくつか出てきました。

**伊藤** 診療部長にその実態を見せて、診療部長も価格交渉に加えるようにしたのですか。

**池上** 医師には実態を見せて説明しますが、医師は具体的な価格交渉はしません。しかし、その一言は非常に大きいので、メーカーやディーラーに一言だけ言ってもらうようにして、そのあとの具体的な交渉は担当の管材課が行うようにしました。そうした取り組みの結果、2015年度は材料費だけで年間8000万円程度のコストダウンを達成できました。

### 4 後発医薬品使用の推進

**伊藤** 薬剤についてはいかがですか。

**池上** DPCの機能評価係数Ⅱに、後発医薬品係数がありますが、当院はその取組みに乗り遅れてしまい、2015年当時の数量シェアは20~30%でした。当初は後発品に切り替えることに現場の反対もかなりありましたが、それを説得して進めて、今では80%を超えています。機能評

係数は上限の評価になりました。

**伊藤** 具体的にはどのような活動をされたのですか。

**池上** 薬剤の採用を決定する薬事委員会が、病院の方針に基づいて、外来で使用する薬剤の見直しをしました。掲示物等により後発品に切り替える方針を患者さんにも周知して、後発品に変えていきました。

**伊藤** 病院では、外来の薬剤を後発品にすると収入も減るので、外来ではなく、入院の薬剤を後発品にすることが多いと思いますが、どのようなお考えで外来薬剤の後発品化を推進したのでしょうか。

**池上** 外来のほうが切り替えやすいという考えはありました。もちろん薬価差益の関係で利益は圧縮されますが、昔のように薬価差益で利益を上げる時代ではなくなっています。

一番大事なものは、後発医薬品係数です。2015年度は0.00184というおこぼれ程度の数字で、2016年度は0.00704まで上げ、さらに継続して入院でも抗生物質や造影剤を切り替えていった結果、2017年度は0.00904まで達しました。

**伊藤** そのほかに、薬剤費削減のために行った取組みはありますか。

**池上** 昨年の7月に院外処方にしたことですね。収入は減ったのですが、その分、調剤の薬剤師を病棟薬剤業務のために回すことができました。現場は、病棟薬剤業務実施加算の要件を満たすために様々なやりくりをしていたのですが、調剤の人員を回すことによってスムーズに回るようになり、労務管理も改善しました。

薬剤師の人員削減はあまりできなかったのですが、医療安全や感染対策、NSTのために薬剤師を配置することができたので、医療の質向上にはつながりました。また、投薬や退院時の指導料等で年間4000万円程

度の収入増にもつながりました。

**在原** 当院での後発品シェアは95%前後です。当院は出来高請求ですが、療養病床は包括点数なので、以前から後発品使用を推進するためのプロジェクトを行っています。

薬には使用期限があり、急性期病床は先発品、療養病床は後発品と分けると在庫管理がむずかしくなるので、全部後発品に変更することにしたのです。これは診療報酬上の評価ができる前から取り組んでいて、結果的にあとから診療報酬がついてくるかたちになりました。

## 5 「ローコストオペレーション」により定着化を図る

**伊藤** 実際の病院の取組みを聞かれて、ご意見、アドバイス等がありますか。

**番場** ほぼお話しいただいたのですが、大切なのはスキームですね。プロジェクト体制を組んで、しっかりと院内の意思統一を図り、それから対外的な交渉に臨むというのが王道だと考えています。ただ、性急にやってしまうと、現場からの反発もあります。メーカー側に対しては、きちんとした根拠もなく、ただ下げろというだけでは、一過性で下がることはあっても、リバウンドしてしまうこともあります。

私は医療材料メーカーにいましたが、医療材料等のモデルチェンジは早いので、そのタイミングを狙って営業をかけてくる企業もあります。新しいものが出るから、古いものを一度下げろということを戦略的に行っているメーカーもあるので、医療機関側としては注意が必要です。

それから、これは失敗経験から得



●池上 健二氏 (いけがみ けんじ)  
名古屋第二赤十字病院管理局長兼業務部長  
名古屋第二赤十字病院 (愛知県名古屋市)  
病床数: 812床 (一般810床, 第一種感染病床2床)  
平均在院日数: 11.2日 (2016年度)  
職員数: 1831.2人 (2017年4月)

たものですが、「コスト削減」という言葉自体にネガティブなイメージをもつ医療従事者が多く、うまくいかないことも多いので、我々は「ローコストオペレーション (LCO)」という言葉を使うようにしています。オペレーションですから、仕組み化するというメッセージを含んでいます。大きな病院には必ず材料委員会や薬事委員会などの委員会があります。せっかくいろいろな方が時間をとって議論するので、単なる右から左の議論ではなく、そこにいろいろなテーマや課題を出して、組織として決めていくというかたちが必要で

院長のリーダーシップは当然大事ですが、外科系の医師がトップの場合は、材料等のコスト削減は進めやすいですね。逆に、内科や精神科の医師が院長の場合は、医療材料等のコスト削減を進めるのは大変ですから、そういうときは別の副院長等が統括する委員会に機能と権限を与えて、そこにいろいろサジェスションをしながら組織で決めて、それをスタッフに周知していくというやり方がいいのではないのでしょうか。

## 2 コスト削減のための方法論

### 1 価格交渉の方法

**伊藤** 実際に薬剤でも材料でも、病院は買っているものを安くしたい。メーカーは20～26%程度の利益率(経常利益)がありますが、卸企業は1.0～1.2%程度の利益率ですから、卸企業と一生懸命交渉したところであまり価格を下げることはできません。

そこで、メーカーを相手に、価格をさらに下げのために工夫していることがあれば、教えてください。

**池上** 4年前から術式ごとの原価計算に取り組んでいます。ある企業の手術管理システムを使って、術式ごとにどれだけの利益が出ているかを調べています。そのシステムでは、人件費や材料費はもちろん、間接費も考慮されています。これをもとにした交渉を行っています。

そのシステムで作った術式ごとの原価計算の結果を、院内の外科部長会に諮って、「この材料の数を多くすればもっと安く買えます」「違う製品にするともっとコストが下げられます」などと、理詰めの説明を行います。感情や根性論は通用しませんが、医師たちはデータを使って理詰めで説明すると理解してくれますね。

**在原** あとは、メーカーとの交渉時にコンサルタントに同席してもらうことでしょうかね。コンサルタントもいれば、こちらの本気度が伝わり、「業者を入れて本気になっているのだから、こちらも頑張ろう」という気にさせることができる。

プロの存在感というか、ものを言わず威圧感を与えるだけで、相手の本気を引き出せると感じています。

### 2 退院調整と医療連携

**伊藤** 入院が長期化すると収入が低下し、病院自体のコストマネジメントが求められます。長期入院患者さんの退院促進等についてはどうされているのでしょうか。

**池上** DPC 病院の場合、Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期という入院期間区分がありますが、日当点はだんだん下がっていきますから、退院促進は大事です。当院では、Ⅱ期までに退院する患者の比率を80%にすることが目標です。

Ⅱ期以内の退院促進で、どんどん一般病床のベッドを空けていかないと、ICU、HCUなどのユニット系の病棟から患者さんを出せませんし、ユニット系の病棟のベッドが空かないと、救命救急の重症患者さんを受けられなくなってしまいます。

**伊藤** 今、Ⅱ期までの退院患者比率はどれくらいですか。

**池上** 実際には80%はむしろ高く、高いときでも70%台半ばです。神経内科等の退院調整はむしろ高いので、ならずと70%強というところでしょうか。現場の医師・看護師が患者さんごとに病態をしっかり把握して、スムーズな退院調整につなげていくことが課題ですね。

**伊藤** DPC の場合、収入は期間で決まっていますが、半分くらいはパスで運用されています。そのパスはきちんと利益が出るように運用する必要がありますが、どのように最適化していますか。

**池上** パスのなかで、このタイミングでこの検査をする必要があるのかどうか、退院後の外来でこの検査をしたほうがいいのか、という見直しはしていますね。

それから、救急医療係数を上げなければならないので、入院後2日間に投入した資源は必ずカルテに記載するようにしています。

**伊藤** 退院調整はどのように行っていますか。

**池上** 電子カルテのイントラ画面のなかで、病棟の患者ごとに、Ⅱ期終了まで残り何日であるかがわかるようにしています。期限が近付いている患者さんについては、看護師10人以上が配置されている退院支援室に連絡する仕組みになっています。

**伊藤** 退院調整には、患者さんの医療・ADL レベル、家族の状況等が関連しますが、退院支援室はどの段階で関わるのですか。

**池上** 入院直後からです。

**在原** 当院も、検査入院の場合は別ですが、ほぼ全例で入院初日から退院支援に関わっています。当院はケアミックス型で、法人内の老健、特養もあるので、患者さんの病態や生活環境等に応じて速やかな転棟・退院がしやすい環境にあります。今のところ、特に問題は感じていません。

**池上** 最終的には在宅復帰につなげていくのですか。

**在原** もちろん、在宅復帰できそうな人は在宅につなげていきます。

ただ、周りの急性期病院が、在宅復帰率や平均在院日数を気にしすぎているためか、退院できない状態なのに退院させている実態もあるように思います。そういう医療区分2・3の重い患者さんを療養病床で受けることになると、在宅復帰はむしろかしくなります。

療養病床は医療区分等で退院可能かどうか判断しますが、実際には自宅に退院できる人はほとんどいな

いので、老健で対応可能かどうか、このまま療養病床に入院してもらうのかという退院調整、マネジメントをしていかなければなりません。

在宅復帰機能強化加算は、うまく退院調整をして在宅復帰率をクリアしないと算定できないものですが、当院ではもともと療養病床の回転率も高く問題なく算定できています。ただ、医療区分2・3の重い患者さんばかりを受けると、在宅復帰率の基準を満たすのがむずかしくなるので、患者さんの選定・調整が複雑化しています。これもコストマネジメントと言えるかもしれません。

**伊藤** 確かに急性期病院が退院促進をすると、医療の必要な人が慢性期に流れていき、日本慢性期医療協会もその部分の改定要求をしていますよね。地域連携というなかでは、地域でコストマネジメントをするという話ですが、簡単ではありません。

それと、地域と言っても、地方と都会では環境がまったく違うし、地方でもそれぞれ状況が異なるので、個々の実状に応じたマネジメントが求められてきますね。

### 3 モチベーション対策

**伊藤** コスト削減については、スタッフのモチベーション維持など、クリアすべき課題もあります。どう対応すればよいのでしょうか。

**在原** スタッフのモチベーション維持のためには、トップの院長から状況を説明してもらうことが重要です。私が「当院は赤字だから頑張ろう」と言っても、誰も言うことを聞かないので、院長が危機感を強く認識していることをトップダウンで伝えてもらうとよいでしょう。院長が直接伝える対象は、当院の場合は診療科長、検査科長、薬剤科長など各科の科長が適任でしょうか。

しかし、その人たちにあまり響いていない場合は、その各部署の核になりそうな人、賛同してみんなを盛り上げてくれる人、ムードメーカーとなる人を巻き込んで啓蒙していくと、モチベーションも上がっていくと思います。

**池上** やはりコスト削減というのは、現場のモチベーションに影響しますし、現場に我慢を強いることが非常に多い。人を増やさないとその最たることですし、欲しいものも買えない、修繕は来年以降に後回しという状況も発生しますから。

強いリーダーシップをもってやらないと続かないのですが、トップダウンだけでは不十分なので、委員会やプロジェクトを作って、そこにキーとなるような現場の人たちを巻き込んでいくことがモチベーション対策になると思います。

ときには労働組合を巻き込むことも必要です。経営が悪化すれば労働組合としても不利益を被るわけですし、労使交渉のなかで労働組合からもコスト削減プランを提案してもらい、良いものは採用するなど、労使協調のかたちで盛り上げていく。福利厚生費も抑制して、2泊3日の職員旅行を1泊2日に変更することなどもしました。そして、結果が出れば職員に何らかのかたちで還元する。

それと、コスト削減とは直接かわりがないかもしれませんが、当院では創立100周年を機に全病院的にコーチングを導入しました。コーチングの良いところは、アカウンタブル（自ら主体的に行動し、その責任を自分でもつこと）な姿勢になることです。また、職場の風土作りにも寄与したと思います。コスト削減を



●**在原 右氏** (ありはら ゆう)  
医療法人三和会東京東病院事務局長  
医療法人三和会東京東病院 (東京都江戸川区)  
病床数: 96床 (一般48床, 療養48床)  
平均在院日数: 一般19.6日, 療養210.5日 (2017年5~7月)  
職員数: 124人 (2017年4月)

実施した時期と重なったことで、自分でアイデアを出して主体的に動いていくという風土が植え付けられたと思います。

**伊藤** 私の経験上、院長がしっかり認識して注目している部分では、スタッフは動きます。

企業には、権限を委譲されて業務を進める「タスク・フォース」という仕組みがありますが、病院にはたくさん委員会はあってもほとんど権限が委譲されていません。単に院長に諮問・提言するだけで、決めることができず、組織が動かないということが長く続いてきました。

ですから、院長のトップダウンでプロジェクトを進めれば結果が出ると思います。注目を浴びればモチベーションも上がりますからね。

それと、コスト削減において大切なことは、削減したあとに投資に回していくことをスタッフにわかるように伝えておくことです。ギブ&テイクがないといけません。

**池上** 絞りに絞って結果が出ないと最悪ですし、それを成功体験にしていけないといけませんね。



●伊藤 雅教氏 (いとう まさのり)

株式会社サイプレス代表取締役

アメリカ・ジョージア大学大学院、アイオワ大学大学院で化学、生化学を専攻。1984年からは外資系企業でマーケティング責任者、コーポレートビジネス責任者、事業部長を歴任。1996年、医業経営コンサルタント協会の認定医業経営コンサルタント取得。2002年、病院経営コンサルティング・ファームである株式会社サイプレスを設立。

## 4 コンサルティング会社の活用

**伊藤** 2病院とも、コストマネジメントのために、外部のコンサルティング会社を活用されていますが、どのようなお考えで導入されたのですか。また、そのメリットをどのように感じていますか。

**池上** 病院経営は、とても複雑です。定価は診療報酬で決まっているし、2年ごとに改定されます。コストも薬価等の償還価格で変わるという特殊な世界なので、プロの目は採り入れるべきだと考えています。

ただ当院の場合、経営全体のコンサルタントはいません。院内ではDPCで行われている医療の評価が不十分で、スタッフは配置したものの収入が追いついていないという現状があったので、診療報酬の算定、機能評価係数の向上等について、個人のコンサルタントから助言をいただいています。

そして、材料の部分はコンサルティング会社に委託しました。一時期入っていただき、ノウハウを習得す

ることができました。

**伊藤** 東京東病院ではいかがですか。

**在原** 私が入職した当時、コンサルティング会社が3社ほど入っていましたが、役割は明確に分かれておらず、経営という大まかな括りで委託されていました。私はずっと医事畑でやってきて、算定・請求業務に携わってきましたので、算定・請求業務に関してはある程度管理・指導できる立場にいましたが、彼らの算定・請求に関するコンサルティングは不十分で、コンサルタントのレベルには不満を感じていました。

やはり現場で算定・請求業務を経験してきた人間のほうがその部分については強いわけです。ですから、算定・請求は、院内で努力する部分だと考えました。

ドゥーダさんに委託をしたのは、探究心が感じられたからです。これまでとは違う方法をご提案いただきましたし、医療材料・薬剤のコスト削減の話が出たので、これまでのコンサルタントとは違うという印象をもちましたね。

**伊藤** 経営という大きな括りではなく、材料・薬剤というポイントを絞った話があったわけですね。

**在原** 当時はそういう営業をするコンサルタントはあまりいなかったもので、興味をもち、院長を説得しました。

**伊藤** 得意分野ではないところにプロを入れるということですね。

**池上** 私もその点は賛成で、ポイントを絞って費用対効果を求めるのがいい使い方だと思います。

**伊藤** コンサルタントを活用する際の“コツ”はありますか。

**在原** こういうことをやったほうがい

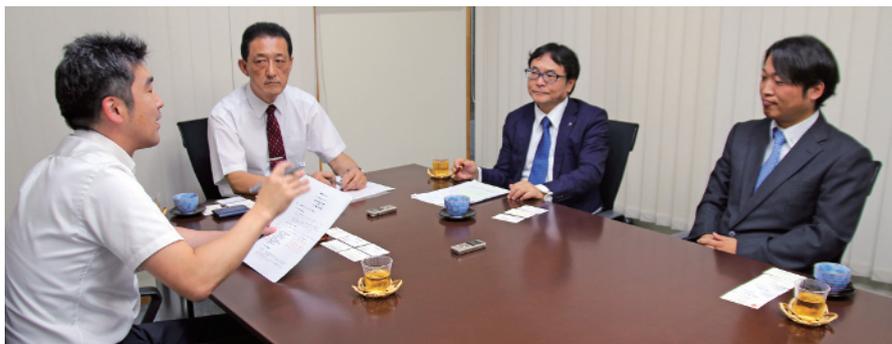
いという指示で終わるコンサルタントは多いのですが、私は、コンサルタントには職員と一緒に業者と会って、しゃばることなくうまく対応してもらうことが必要だと感じています。今後につながるようなかたちでコスト削減・管理を進めて、それを継続していけば、職員自身が外部のノウハウを継承できると思います。

**伊藤** 重要な視点ですね。一方、受注されるコンサルタントの側としては、どのように感じていますか。

**番場** 我々は、医療材料・薬材の部分しかできないという事情もあったのですが、多くの医療機関に採用していただいたのは、ある部分に特化していたからだと考えています。他とは何か違うことをやってくれるのではないかという期待感があったのではないのでしょうか。

実は、こちらにも確固たる技術や方法論が多くあるわけではないのです。医療機関の皆さんがもっていないベンチマーク等の情報はありますが、そこを売りにしているわけでもありません。ただ、院内の人だけで、正しいステップを踏みながら確実に進めていくのはむずかしいことなので、我々のちょっとした助言や後押しが必要なのです。

いろいろな方法論やツールはありますし、我々のようなコンサルタントもいます。それらをいろいろ組み合わせたとしても、結局、やるのは人です。だから、コスト削減のためには、医療機関の購買担当者の意識づけが課題になっていくと思います。また、公立病院等の場合は、数年スパンで人事異動があって、ノウハウも残りにくいので、病院全体のマネジメント力が問われると思います。ツールはあるにしても、正しい人員配置をしないと効果どころか、逆効果になる可能性もあります。



**伊藤** 貴社が結果を出すために注力しているのはどんなことですか。

**番場** 直接お会いして、数分も話せば、こういう仕事に向く人かどうかだいたいわかるものです。我々がプロジェクトで取り組む期間においては、意識、関心の強い人を担当に充てていただいて、その人に我々のノウハウを提供するようにしています。我々がいなくなってもノウハウが蓄積され、そのまま続いていくのが理想だと思いますから。

私は、我々の活動は経営改善のきっかけにすぎないと思っています。それだけで収支改善になるとは考えてはいないので、活動を通じて人材育成や院内の意識醸成につながることを願っています。

**池上** 確かに、コンサルタントがいると任せてしまいがちです。病院として欲しいのは、コンサルタントの働き以上に、彼らもっているノウハウです。それを我々は蓄積し継承していく必要があります。

材料の価格交渉でもそうですが、どういう交渉の仕方をするか、そのノウハウを学び、それを担当者、管理者が実践して、内部に残していく。これが、医療機関側がコンサルタントに最も期待することです。

**伊藤** 医療機関で重視されがちなベンチマークというツールですが、番場さんとしては、あまり重要視されていないということですか。

**番場** もちろん目標を設定するうえでベンチマークは必要です。例えば、電化製品等を買うときに、価格などを見ますが、それをそのまま交渉に使ってしまう人が多いのです。これが平均なので、その価格までにしてほしい、というやり方は楽なのですが、それでは平均点を指すためのプロジェクトになってしまいます。それでよいのであれば、我々もそこを目指しますが、医療機関の要望が収支で、これくらい改善したいという数字をいただいたのであれば、「目標は平均ではなくて、ここでは

ないでしょうか」とお話しします。そうすると、ベンチマークだけではなかなか進みません。

**池上** 我々は交渉するときに、相手に数字は絶対に見せません。一番大事なことは、全部手の内にあると感じさせることです。説得力のある言い方をする必要もありますね。

**伊藤** コンサルタントとして、利益を最大化させるための秘訣をどのように考えていますか。

**番場** 当然、収入増とコスト削減というのは経営の両輪で、両方やっていたかなければならないのですが、順番としては先にコスト削減をして利益率を上げておかないと、いくら手術等を増やして収入を上げてても疲弊するだけだと思います。

そこを外科医の方々に理解してもらえれば、皆さんが協力してくれるのではないのでしょうか。まずは、関係者の理解・納得を得ることが重要だと考えています。

## 3 今後の展開

### 1 医療機関としての方向性

**伊藤** 来年は医療・介護の同時改定があります。マイナス改定による収入減が予想されるなかで、医療機関ではコストマネジメントがさらに重要な課題になってくると思います。

今後の課題をどう捉えておられるか、お聞かせください。

**池上** 基本的には、これまでのコスト削減の取組みを継続・徹底することですが、来年4月の新専門医制度開始等もあり、医師は若干増えます。

2015・2016年度の2年間、しっ

かりコスト削減の対策を立てて、結果を出してきました。しかし、絞りに絞って利益が出ればそれでいいのか、それだけでいいのかとも思いますが、コスト削減は大切なことですが、病院の役割を果たし、グレードを上げること、医療安全を高めること、

感染を起こさないことなどのための投資も怠ってはいけません。

病院には使命がありますし、それを果たしていくためには、単年度の収支にとらわれ過ぎることはよくないと思います。将来に生きる投資ならするべきです。

今、JCI（世界基準の医療機関認証機構）の認証に取り組んでいて、模擬サーベイが終わったばかりですが、やはり必要なところにはコストがかかってきます。必要なところには投資をして、削減すべきところはコストを削る。そして、最終的に収支のバランスを取って黒字を確保することだと思います。それが簡単にはできないので苦勞するわけですが(笑)。

**伊藤** コスト削減で得た利益を、将来のための投資に向けていくということですね。在原さんはいかがですか。

**在原** 当院は地域医療を意識していますので、地域特性や進むべき方向性の再確認をしていこうと思っています。医療においては石橋を叩いて渡ることが大切で、患者さんへの治療にもそういう姿勢で臨まないと、離反やクレーム、医療訴訟等にもつながりかねません。

経営も一緒で、新点数を取るためにお金を使おうとはまったく考えていなくて、現実的な医療と地域の需要を第一に考えていきます。

また、感染対策や医療安全対策には力を入れたいと考えています。これらの取組みには大がかりな設備投資は必要ありませんが、医療の質を上げることが患者さんへの良質なサービスにつながるとしています。

**伊藤** 来年はマイナス改定と予想する医療機関が多いのですが、ドゥーダさんはどう考えていますか。

**番場** 医療機関としては、改定前の今からやれることをやっておくことだ

と思います。可能な範囲で改定のシミュレーションをして、診療報酬がこれだけ下がったら、材料費等をこれだけ下げないと赤字になるという部分を数値化して、きちんと院内の関係者に伝えておくことです。改定後すぐに動くための準備期間に使ったらよいのではないのでしょうか。

## 2 事務職員の育成という難題

**伊藤** 最後に医療機関の事務部門の課題について、お話を伺います。

医療機関では事務職員に求められる役割が大きくなり、事務職員の能力を上げておかないといろいろなサポートができない時代になりました。優秀な事務職員がいるところといないところでは経営的にも大きな差がつかねません。であれば、事務職員の育成も今後の大きな課題になりそうですが、いかがですか。

**池上** 赤十字社全体で、病院経営のできる事務職員の育成に取り組んでいます。コンサルタントの指導のもとに取り組んでいる最中ですが、これから勝負どころですね。

当院の事務部門も以前は、総務、人事、会計、購買、医事課くらいしかありませんでしたが、今は経営戦略室に直結する経営企画課と診療情報管理課があります。様々な診療情報を駆使・分析して上層部に諮っていく重要な部署ですので、そこに主要なメンバーをいかに注ぎ込めるかが生命線だと考えています。

**在原** 病院の収入のほとんどは保険診療によるものですから、そこに携わる医事課の役割は重要です。

診療報酬はこれから上がることはないと思いますし、医事課職員の請求能力は経営にも直結するので、そういう細かなところをきちんとやらないと、生き残れないという

思いはあります。

**伊藤** 外部研修・セミナー等を活用することも人材育成の手段となりますが、医療機関で使われている研修費はとても小さいですよ。事務職員等の能力向上が必要な時代なのに、あまり投資されていません。

**在原** 実は、研修先もそれほどありません。医事課の場合、2年に1回の診療報酬改定がありますし、内容も高度なので、こちらが求めるレベルに達していない残念な研修もたくさんあります。有効活用はなかなかむずかしい状況です。

当院には総務、財務、経理、医師事務作業補助等の部署がありますが、すべての事務職員に医事課業務を経験させるようにしています。例えば、財務なら償還価格より低くなるように交渉することや使用した医療材料をもれなく算定すること、医師事務作業補助であれば、算定もれを防ぐような入力を実施することなど、医事課で習得したことが他部門で活かされて、それが経営改善につながっていくと考えているからです。

**池上** 当院は、職員の教育・育成には投資をしているほうだと思います。医師やコメディカルはもちろん、事務職員も、私が業務やその人物のためになると判断すれば行かせるようにしています。ただ、基本的な業務を教える研修というよりは、経営戦略面や実践的なものの見方を教えてくれるセミナー・研修等に行ってもらうことが多いですね。

**伊藤** コスト削減・管理、収支改善のためには、事務部門の果たす役割が大きく、最後は人材の育成・活用が必要というところに行きつきました。これは医療機関にとって永遠の課題と言えそうですね。

ありがとうございました。

