



医業経営エキスプレス

日本医業経営コンサルタント協会
東京都支部 企画委員会委員
外山和也

2022年10月28日

病院事務職、感性・センスを磨き勝ち残れ

「ピアニストという蛮族がいる」（蛮族＝変人といった意味でしょうか）は、日本を代表するピアニスト故中村紘子さんの名エッセイですが、この国には人の話は聞かないけれども、数字が語ることはよく聞く「医者という蛮族もいる」（蛮族＝社会性がないといった意味でしょうか）ようです。ここではまず、筆者が医療機関に勤務していた当時の経験談を2件紹介します。

経験談その1；医業収益がなぜ前々月より低いのか

当時勤務していた医療機関では、毎週幹部職員が集まって経営会議を開いていましたが、この日は前月の実績報告をする週でした。

医事課からは、前々月よりも病床稼働率、日当点のいずれも高く、全身麻酔手術件数も前々月より多かったとの報告があり、続いて経理課からは月次決算の報告がなされました。

医事課の報告とは対照的に、医業収益、医業利益ともに前々月に比べて低かったとの内容

でした。院長は経理課の報告に対して、「病床稼働率も日当点も前々月より高いし手術件数も多かったのに、何故こういう結果になるんだ！ 本当にこの数字は合っているのか！」と無然としていました。

すかさず事務長が立ち上がり「再度、前月の月次決算内容を検証して改めて来週報告します」と述べてその場を取め、経理課長には前月の月次決算が正しいのか、再チェックすることを指示しました。

翌週になり事務長は経理課長から報告を受けました。「課内で改めて収益も支出もすべてエビデンスと突合できましたので、数字の誤りはありません」という内容ですが、これで院長の疑念が晴れて問題が解決したわけではありません。事務長は、顧問税理士の協力を得て、さらなる検証に乗り出すことにしました。

経験談その2；経営会議は大混乱に、院長も途中退出

これも当時勤務していた医療機関で、経営改善のために診療科別に収支を出して、どこに課題が潜んでいるのかを明らかにしようという機運が高まりました。経理課長をリーダーに医事課長、用度課長、経営企画課長らをメンバーとする、診療科別の収支検討のプロジェクトチームを結成しました。

経理課長は手始めとして医事課長に、収益を診療科別に出せないかと相談を持ちかけました。医事課長からの回答は、レセコンから診療科別の入院・外来の収益データをCSVで吐き出せるとのことです。

これをエクセルで加工して一覧にすれば、直接に収益が計上されない麻酔科や放射線（読影）科など一部の診療科収益の算出方法の検討は必要であるものの、割と簡単に出来る事が分かりました。

一方で費用については、まず経理課長は用度課長に原価の部分（医薬品や診療材料費など）のヒアリングを実施しました。一部の診療材料は特定の診療科のみが使用するため簡単に区分できますが、各診療科に共通の材料費は、どのように配賦するかのロジックを作らなければならないとのことでした。

一般管理費については、経理課と経営企画課で配賦の検討をすることになりました。勘定科目によって「人头割」にするのか、「収益割」にするのか、「面積割」にするのか、配賦基準を決める必要があり、かなりの手間と時間がかかりそうです。

そこでプロジェクトリーダーである経理課長は事務長と相談し、中間の進捗報告として直近の経営会議で、「診療科別医師1人あたり収益(案)」（診療科別の収益÷常勤換算医師数）を発表することになりました。

いざ、経営会議で中間の報告をしたところ、会議は大混乱となってしまいました。「自分のところ(X診療科)は毎日遅くまで働いているのに、定時で帰ってしまうY診療科よりも収益が低いのはおかしい」とか、「当科は当直や早出、オンコール対応で協力したり、研修医の指導に多くの時間を割き、その上(患者を対象とした)健康教室の講師を引き受けて病院の広報にも貢献しているのに、そういうことを病院は認めてくれないのか」などなど、次から次にブーイングが起きてしまったのです。

院長は、「俺はこんなものは知らないぞ」と立腹し、会議を中座してしまいました。会議後に事務長と経理部長は院長室に呼ばれて「なんで事前の相談もなくあんなものを出したんだ。矛を収めるのは大変だぞ」と怒り心頭でした。

体験談1 考察；「管理会計」の視点が欠落

「収入も支出もすべてエビデンスと突合しました」という経理課長の報告通り、経理課ではエビデンスに基づいて正確に起票し数字を作っていたことは分かりましたが、「**大切な視点が欠落していた**」ことになります。

事務長が顧問税理士と検証した結果、診療報酬のうち自費分は当月分を「発生主義」で計上し、保険者への請求分は当月に入金された金額を「現金主義」で計上していたことが判明しました。

「勘定合って銭足らず」ならぬ「勘定合って院長満足せず」です（正確には収益の計上方法が当月の医療の活動を反映していないので勘定は合っておらず、テクニカルには正確に起票されて勘定が合っていたという意味ですが）。

これでは院長の肌感覚とは合わず、医事課の数字ともリンクしません。**つまり「管理会計」の視点が欠落していた**わけです。

この事実が判明し、事務長は経理課長以下経理課員を集めて、どうしてこのような処理をしているのか問いました。

<課員A>先輩から教えてもらい、今までずっとこのルールでやってきたので、問題があるとは思わなかった。

<経理課長>「発生主義」と「現金主義」が入り組んでいることは分かっていたが、いまままで問題になったことはなく、ルールを変更する必要はないと思っていました。

経験談その2 考察；数字に表れない貢献度をインセンティブに

収益だけを比較すると、脳神経外科や循環器内科、血液内科などが「診療科別医師1人あたり収益」で上位にランクされますが、そこからステントなどの診療材料や血液製剤といった高額なコストを引くと、あまり手元に残らないことがあり、産婦人科や救急科のように診療報酬の構造上不採算となる診療科もあります。

これらの診療科ではその補填のための補助金を受けていれば、当該診療科の収益に組み込んでもいいと思います。また皮膚科や精神科のように医師1人あたりの収益は低くても、高額医療機器への投資はなく、原材料費があまりかからない診療科も存在します。

さらに皮膚科医が入院患者の褥瘡対策に積極的に介入しているとか、精神科医がコロナ禍で疲弊しているスタッフのケアをしているとか、直接の収益にはならなくても間接的には病院に貢献しているケースもあるかもしれません。

その辺もつぶさに観察し、直接数字に表れない診療科の貢献度をインセンティブとして配賦するような試みをすれば、せっかく診療科別の収支計算をするのであれば、「医師も人の子」なので気持ちよく仕事ができる方向にもっていくことが得策なのではないかと思えます。

経験談その1 結び；ゼロベースに立ち返る姿勢が必要

月次決算の例では、「今までずっとこのルールでやってきた」「今まで問題が顕在化したことはなく、ルールを変更する必要はない」という仕事の進め方、思考を一步進めて、医事課の数字との相関が見いだせないのであれば「それはなぜなのか、よく考えて納得がいくまで検証する」粘りが必要です。

また「発生主義」と「現金主義」とが混在していることが分かっていたのであれば、「今まで問題にならなかったからいい」で放置するのではなく、収益の計上の「あるべき姿」に正す勇気というか、ゼロベースに立ち返る姿勢が必要なのではないかと思えます。

経験談その2 結び；院長には会議の前にコンセンサスを得る必要が

診療科別収支では、早くプロジェクトでの成果を発表したいという気持ちは分かるのですが、少々拙速だったようです。少なくとも院長には会議の前に内容を説明し、コンセンサスを得ておくことが必要だったと思います（筆者も同様の失敗で痛い経験をしたことがありました）。

会議の中では、各診療科の（未対応の）収支ではなく収益だけが一人歩きしてしまったことも問題です（冒頭に、医師は「人の話は聞かないけれども、数字が語ることはよく聞くようです」と書きましたが）。

医師は自分や自分が属する診療科の数字については、驚くほど敏感です。経営会議に出す前には、院長や副院長クラスの経営層と十分にディスカッションするとか、経営会議では「部門別の収益は大体固まりつつありますが、費用の配賦にもう少し時間がかかります」と状況報告だけにとどめるという選択肢もあったと思います。

- ・医療機関の事務職は、物事を「ゼロベースで思考すること」
- ・医師にセンシティブな情報を発信する（突きつける）際には、そのプロセスを誤らないこと。

これらは、医療機関で事務職が生き延びるための大切なスキルです。医療機関の事務職は、今まで以上に「感性」や「センス」を磨く必要があるといえます。