

準を上げるしかない。

図6 被扶養率・老人加入率変動

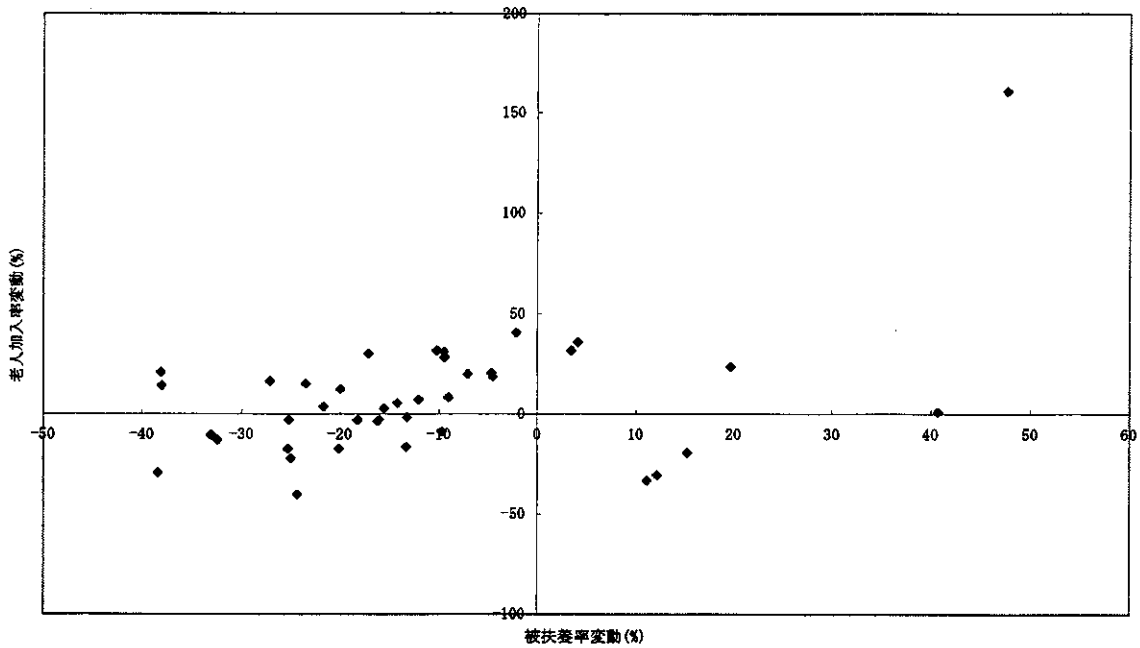
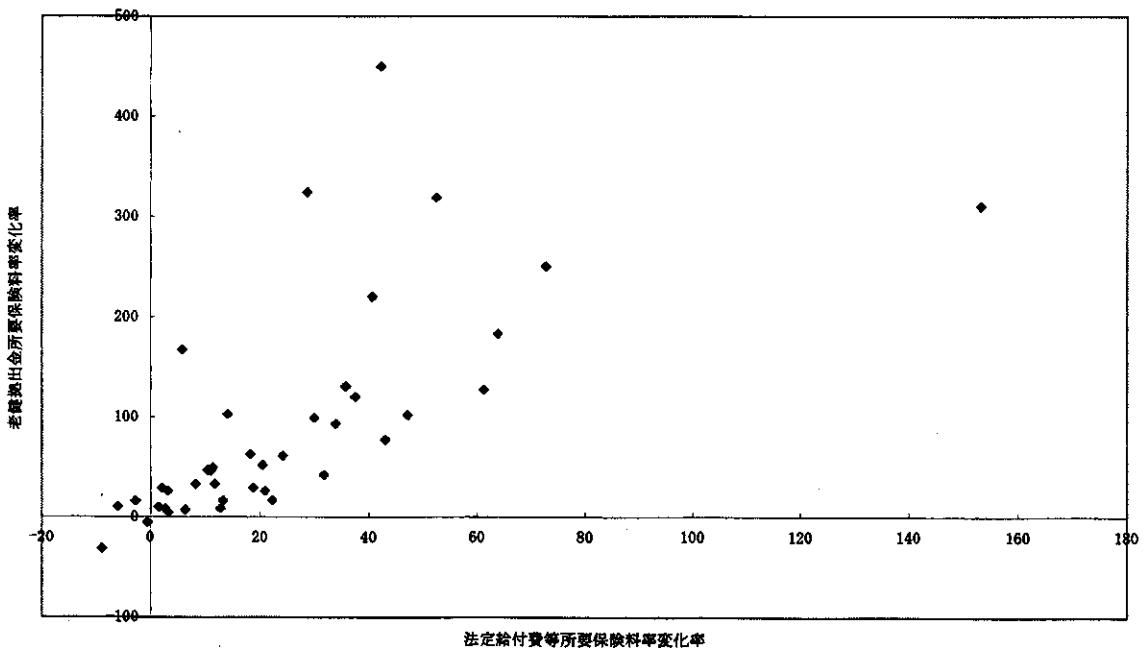


図7 法定給付費等所要保険料率変化率及び老健拠出金所要保険料率変化率



ところが、図8では標準報酬については30%程度まで上昇している組合があるものの、保険料変化率については0%の伸びの組合が多い。これは保険料率の上限(95/1000)に到達してしまい、保険料の引上げ余地が無かった組合であると考えられる。このため、名目の

標準報酬水準が上昇しているものの、それだけでは法定給付費等所要保険料率と老健拠出所要保険料率の高い伸びに対応できなかったと考えられる。

図8 保険料率変化率と平均標準報酬額変化率

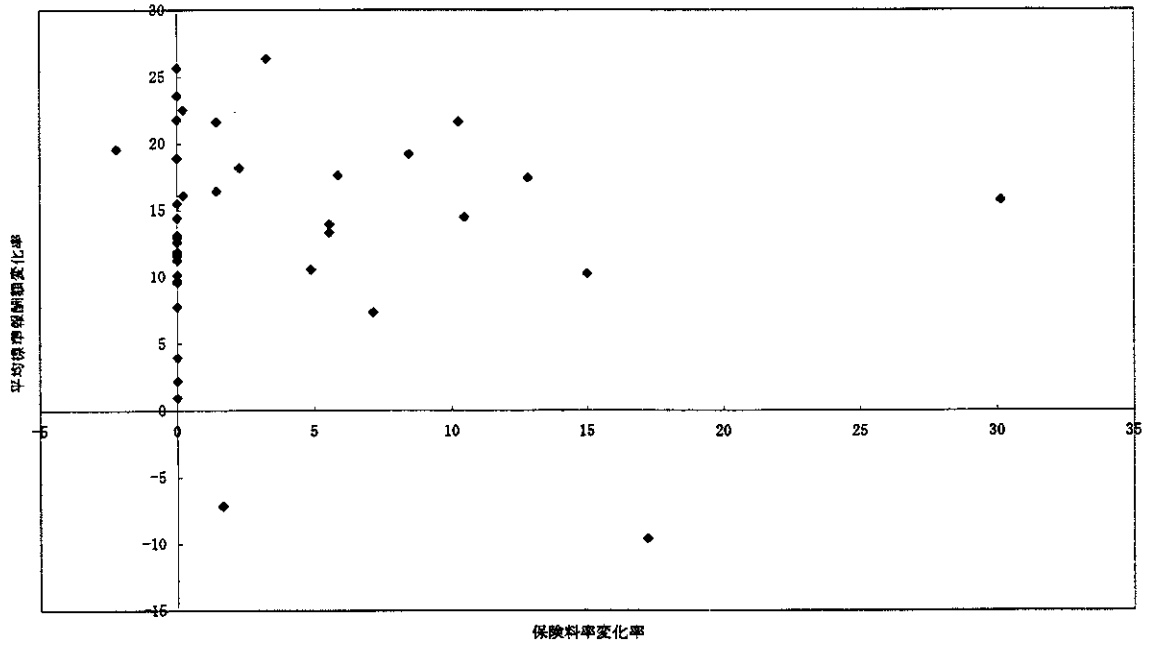
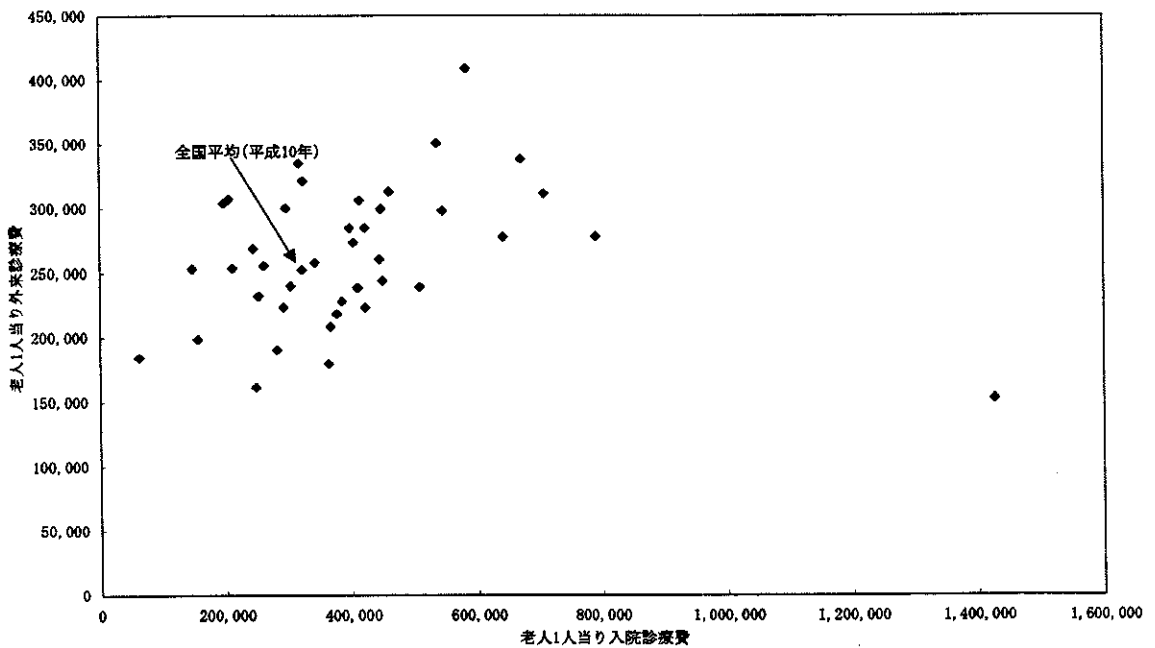
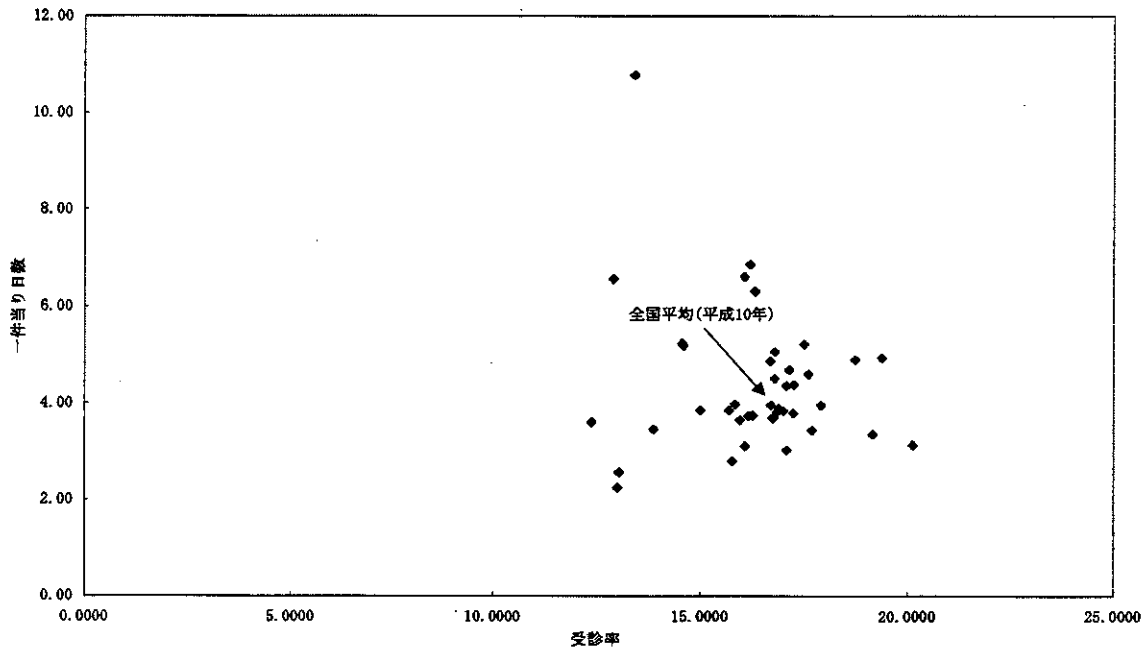


図9 入院診療費と外来診療費



所要保険料率が上昇した結果、健康保険組合が破綻したと考えられるのであるが、老健拠出金を決定付ける要素が実際には破綻時にどの程度の水準であったのかをみたのが図 9 及び図 10 である。図 9 は破綻時の老人 1 人当り入院医療費と外来医療費をプロットしたものである。平成 10 年時点の全国平均よりも高い組合もあれば低い組合もある。老人医療費が安くても破綻する危険性は存在するのである。

図10 受診率と一件当り日数



また、老人医療費を決定付ける受診率と一件当り日数について(それぞれ入院と外来を合算して)計算したものをプロットしたのが図 10 である。これも全国平均よりもそれぞれ高い組合もあれば低い組合もある。このため、老人医療費の適正化に成功している組合でもそうでない組合でも破綻する可能性が存在する。

結局保険料収入と法定給付費の伸び及び老健拠出金伸びによって破綻の可能性が決定されると考えられる。この点を見たのが、図 11 及び図 12 である。図 11 は保険料収入と法定給付費の伸び率を比較しているものである。これからわかることは法定給付費の伸びは全国平均よりも小さく、伸び率がマイナスである組合は破綻健保の中でも多い。しかしながら、保険料収入の伸び率が全国平均より高い組合は破綻健保の中にはほとんど無い。

図 12 は保険料収入の伸びと老健拠出金の伸びを見たものであるが、構造は図 11 と同様である。保険料収入の伸びが全国平均よりも高い組合はほとんどない。ただし、老健拠出金の伸びが小さくともマイナスとなる組合は無い。

図11 保険料伸び率と法定給付費伸び率

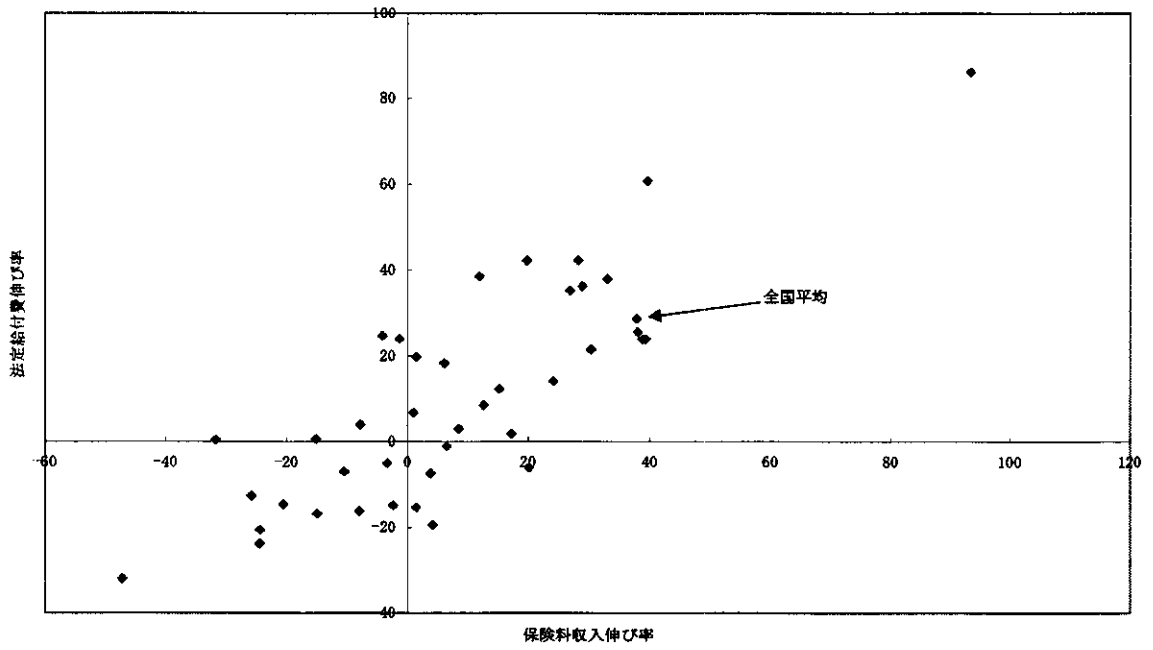
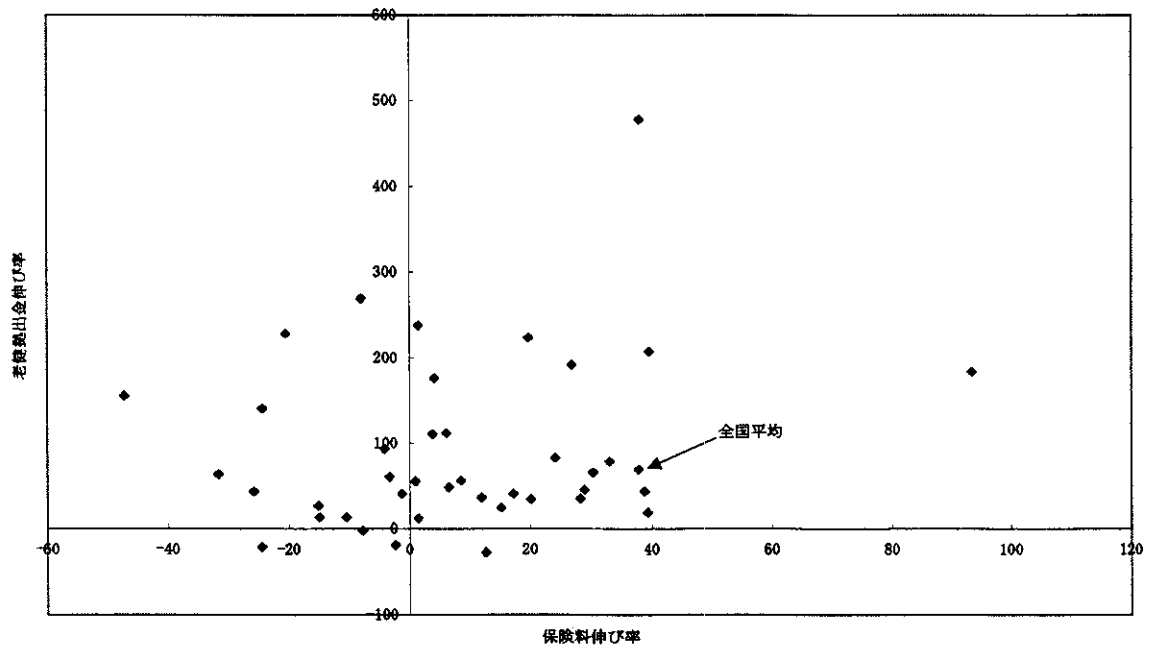


図12 保険料収入伸び率と老健拠出金伸び率



4.終わりに

これまでの議論をまとめると破綻健保組合の特徴は以下のとおりであろう。破綻した健保組合の財務状況を平成2年時点(好景気の余韻が残っていた時期)にさかのぼって確認すると、①規模が小さい組合が多い。②扶養率や老人加入率については特段の特徴が見られない。③保険料水準や標準報酬水準について高い組合もあれば低い組合もある。④老健拠出所要保険料率及び法定給付費等所要保険料率はこの時点(平成2年時点)で既に全国平均を上回っている組合が多い。平成2年から破綻時点までの変化を追うと次のように特徴付けられる。⑤加入者数が減少する。⑥老健拠出金所要保険料率及び法定給付費等所要保険料率が急騰する。⑦保険料率の引上げ余地が無い。⑧老人医療費については破綻時でも特徴的ではない。⑨老人の受診傾向も破綻時においても特徴的でない。⑩保険料の伸びよりも老健拠出金の伸びが高い組合が多い。

この結果、破綻に向かう組合は、やや老健拠出金の占める割合が高いことを除けば一見ごく平均的な財務体質であったが、リストラなどを契機に加入者数の減少及び保険料収入の伸び悩みから、拠出金の伸びに耐えられず積立金を取り崩しつくして破綻に向かう、というストーリーをたどっている蓋然性が高いことがわかる。拠出金の伸びについては1人当り老人医療費は極めて高いという事実が観察されないので、老人数の伸びという外部環境によって規定されていたと考えられる。

このことから、今後拠出金の伸びが保険料収入の伸びを上回れば多くの組合が同じストーリーによって破綻に向かうことになる。ひとつの問題点は老人保健拠出金の算定根拠のひとつである老人1人当り医療費が平均を下回っても、伸び率自体が保険料収入の伸び率を超えるために財務体質の強化に結びつかない可能性である。このため、医療制度改革を行ってもそれ以前に健康保険組合が破綻する可能性は高い。それゆえ、医療制度改革を成功させるためには老健拠出金の伸びを抑える必要があるが、拠出金制度の廃止・停止は解とはならない。老人の医療費は結局は(老人を含めて)誰かが負担しなければならないからである。問題は老健拠出金の伸び率が老人数の伸び率と老人1人当り医療費の伸びによって規定されていることと保険料収入の伸び率が経済成長によって規定されており、それらが一致する可能性が低いことを認知すべきであること、そして老人数の伸び率と保険料収入の伸び率の乖離は保険者が対応すべきリスクではないこと、を前提としなければならないのである。

ひとつの解決策は、老健拠出金制度は継続するという前提で、保険料収入を規定する経済成長と医療費を規定する老人数の伸びをコントロールするメカニズムをシステムに内在化させる方法である。保険者は老人保健拠出金のうち、健保組合(社保の保険者)は自己の加入者の標準報酬の伸び率に応じて拠出することとし、老人数の伸び率が上回っている場合にはその部分について追加的な公費負担を行うこととする。

この場合の重要な点は、ひとつは、将来的に標準報酬の伸び率が老人数の伸びを上回った場合にも標準報酬の伸び率に応じて支払うこととすることである。標準報酬の伸び率が

老人数の伸びを上回った場合には追加的な公費投入は行わず、それまでの追加的な公費投入分を回収することとする。これにより一旦は公費投入で回避した破綻状態を数(十)年単位で収支均衡させるのである。経済成長の伸びと老人数の伸びが乖離するリスクを政府が再保険する形態である。

もうひとつの重要な点は老人一人当りの医療費の伸びは完全にコントロールできるということがこの老健拠出金改革方法の前提である。この部分は保険者機能が発揮されるべき部分である。保険者機能を発揮する方法のひとつとして国民皆保険制度の戦略的運営に関して述べた西田・橋本論文が指摘している内容がある。彼らの指摘するように医療サービスを傷病ごとにセグメントに分類し、効率的な医療提供体制を構築することによって伸び率を完全に抑制するか、もしくはコスト低減させることが保険者自体によって保障されねばならない。

この意味で西田・橋本論文が提起した内容は標準報酬の伸びと老人数の伸びのリスクを政府が再保険する方法とセットで考えれば老人保健拠出金のコントロール方法を提示したものとも言えるであろう。

医療機関のガバナンスに関する考察

分担研究者 尾形裕也 九州大学大学院医学研究院教授

1. 問題の所在及び本稿の目的

国民皆保険制度の戦略的・効率的運営に関する本研究における1つの重要な考察対象として、医療供給側（プロバイダー）の問題がある。わが国のような現物給付を中心とする医療保険制度の究極の目的は、良質な医療サービスを効率的に供給することにあると考えられる（注1）。そのためには、保険制度の仕組み方の問題と並んで、医療供給側（プロバイダー）をどのように効率的なシステムとして構築するかが重要な課題である。この点が、社会保障制度のもう1つの柱である公的年金制度が、所得保障＝現金給付を中心としており、その結果、年金をめぐる政策論議が、給付水準、保険料水準、さらには支給開始年齢等の制度設計の問題に終始していることとの大きな相違であるといえる（注2）。

その場合、医療供給側には、さまざまな種類のプロバイダーが含まれる。病院、診療所（有床診療所を含む）、歯科診療所等の他、老人保健施設、さらには在宅医療まで含めれば、訪問看護ステーション等の介護保険関係施設もある。これらさまざまな種類のプロバイダーから成る医療サービス供給側のシステムをどのように効率的なものとして仕組むかというのが、ここでの主たる問題関心である。

中でも、医療サービスの提供において中心的な役割を担っている病院をはじめとする医療機関のシステム設計の問題は重要で

ある（注3）。医療機関の組織形態については、近年のわが国における規制改革論議の中でも大きな問題として取り上げられ、活発な議論が行われてきている。教育や福祉等と並んで、「医療」は、小泉内閣における「聖域なき構造改革」路線の重要なターゲットの1つとなっている。医療関係団体や厚生労働省の強い反対を押しきる形で、先ごろ、いわゆる規制改革特区において自由診療部分に限って営利企業の医療機関経営を認める方針が決定されたことは記憶に新しい。

しかしながら、これらの論議を通じて、医療機関の効率的な組織形態のあり方の問題について認識が深まったようには見えない。一方にいささか「原理主義」的な「市場主義論者」による営利企業優位論があるのに対し、他方には、これまた劣らず「原理主義」的な「医療の非営利性」死守論者がいる、といった具合で、議論は一向にかみ合っているようには思えない。営利・非営利の医療機関のパフォーマンス等について実証的な観点から比較検討した研究も、わが国においてはきわめて限られている（注4）。

本稿においては、こうした現状を踏まえ、医療機関のシステム設計の問題を、組織運営の「ガバナンス」という観点から取り上げることを目的とする。一般企業に関しては、「コーポレート・ガバナンス」の問題は、国際的な企業改革の流れの中で、商法改正等ともあいまって、きわめて今日的な課題の1つであるが、医療機関に関して、

こうした観点から検討した研究はきわめて限られている（注5）。こうした点にも、この分野におけるわが国の議論がきわめて「原理主義」的で、実証的なアプローチが不足している現状がよく表われているように思われる。

本稿は、この問題に関する実証的なアプローチの展開に向けた1つの「試論」にすぎない。今後、こうした分野の研究がさらに進展し、医療機関という、わが国の経済社会においてきわめて重要な役割を果たしている組織のあり方について理論的、実証的な認識が深まることが期待される。

2. 分析のフレームワーク

(1) わが国の現状

はじめに、わが国の医療機関の組織形態の現状について概観しておこう。表1は、開設主体別に見たわが国の医療機関の状況である。これを見ると、2001年10月現在の病院総数9,239のうち医療法人が5,444（58.9%）、個人が1,

085（11.7%）を占めている。これらの合計は70.6%であり、わが国の病院のうち70%以上は医療法人立または個人立の民間病院によって占められていることがわかる。また、一般診療所についても、総数94,019のうち、医療法人が25,418（27.0%）、個人が53,322（56.7%）を占めている。病院の場合と比べて個人立の比率が高いが、医療法人立と合わせた民間診療所の割合は83.7%に上っている。

このように、わが国の医療機関の大宗は民間医療機関によって占められていることがわかる。一方で、国民皆保険体制という、きわめて「公的」なfundingの仕組みが取られているのとは対照的に、医療供給に関しては民間主導型となっているというのが、わが国の医療制度の大きな特徴の1つである（注6）。医療機関の「ガバナンス」の問題を考察するに当たっては、まず、これらの民間医療機関、とりわけ病院においてその6割近くを占めている医療法人のあり方について考察することが重要であるといえる。

<表1>開設主体別医療機関数

開設者	病院実数	病院構成比	一般診療所実数	診療所構成比
国	349	3.8%	575	0.6%
公的医療機関	1,376	14.9	4,217	4.5
社会保険団体	130	1.4	828	0.9
医療法人	5,444	58.9	25,418	27.0
個人	1,085	11.7	53,322	56.7
その他	855	9.3	9,659	10.3
病院総数	9,239	100.0%	94,019	100.0%

（出典）厚生労働省統計情報部『平成13年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』より作成

(2) 分析のフレームワーク

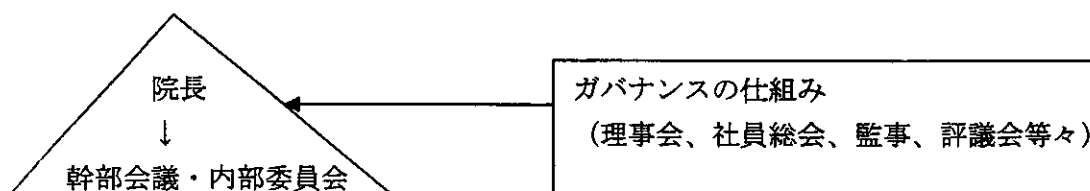
ここで、「ガバナンス」論に基づく分析の基本的フレームワークについて検討しておこう。しばしば誤解され、混同されていることであるが、組織の「ガバナンス」と「内部組織」とは同じものではない(注7)。むしろ、後者がうまく機能するよう(外部から)コントロールする仕組みこそが、「統治構造」ないしは「統治機構」と訳されることもある「ガバナンス」の果たすべき役割に他ならない。

これを、医療機関の場合に当てはめて考えてみれば、概念的には、図1のようになろう。すなわち、医療機関の日常的な意思決定、業務執行に当たるための内部組織(部長会や経営会議等の幹部会、院内感染対策委員会、リスクマネジメント委員会をはじめとする各種委員会等)が一方にある。また、他方に、これとは一応別箇の存在として、理事会、社員総会、さらには監査役会等の組織の統治機構としての「ガバナンス」の仕組みがある。組織の重要な戦略的意思決定(医療機関の新規開設や改廃・統合を含む大規模な投資計画、事業計画等の決定)

は、最終的にはこれらの統治機構によって行われ、また、そうした意思決定の適否についての監査が行われる。これらは、日常的な日々の業務執行とは別の、当該組織の存立に関わる戦略的な意思決定及び経営監視行動である。最近の商法改正のフレームワーク(委員会等設置会社)で言えば、前者が執行役に、後者が取締役(会)に相当するといえよう。

もちろん、以上は、概念上の区別であり、実際の医療機関組織においては、これら2つの機能は融合ないしは重複している場合も多いものと思われる。特に小規模な医療機関においては両者がきちんと分かれていることの方がむしろ例外的であると言えるかもしれない。ただ、これら2つの機能を区分して考えておくことは、単に分析の便宜のためだけではなく、後述するように、現行の医療法人制度の評価との関連でも重要であると考えられる。この辺りを明確化しておかないと、たとえば、近年流行りの営利企業の参入問題等を考えるに当たっても、いたずらに議論が混乱するものと思われる(注8)。

<図1>分析のフレームワーク概念図



(3) 医療法人制度の現状（「ガバナンス」論から見た現行制度）

ここで、わが国の現行の医療法人制度について、「ガバナンス」という観点から検討してみよう。医療法人については、医療法によって基本的な事項が規定されている。それによれば、医療法人には、原則として、役員として、理事3人以上及び監事1人以上を置かなければならないこととされている（理事のうち1人を理事長とし、理事長は、医療法人を代表し、その業務を総理することとなっている）。また、その開設する病院、診療所等の管理者を理事に加えなければならない。さらに、監事は、理事または医療法人の職員を兼ねてはならないこととされている。

以上は医療法上の規定であるが、民法の規定の準用規定（医療法第68条）により、監事の職務、社員総会等については、民法法人の規定が準用されることになっている。また、医療法人については、設立認可をはじめ、定款または寄附行為の変更の認可、決算の届け出、報告及び検査等、医療法上、都道府県知事の監督に関する諸規定が置かれている。

このように、現行法上、医療法人のガバナンスに関する規定は、民法法人に準ずる形でそれなりに整備されていると考えられるが、問題は、果たしてそれらが実効性ある形で現実に機能しているかどうかである。この点に関しては、表面的な法令上の文言だけではなく、これらの規定に基づく現実の医療法人の組織及び運営の実態を把握して、そのガバナンスの実効性を検討する必要がある。

3. 医療機関アンケート案

以上のような分析の基本的なフレームワークを踏まえ、わが国の現実の医療機関に関する実証的な分析を進めるために、医療機関に対するアンケート調査案を作成した。作成に当たっては、先進的な医療機関経営を行っている医療法人経営者の会合（そのメンバーを表2に示した）を開催し、そこでの議論を踏まえて原案を改定する形で、別紙のような医療機関に対する具体的なアンケート案を策定した。今後、これを実際に使用し、わが国の医療機関のガバナンスの実態を把握した上で、それに基づいて現行制度の改善を含む政策的な提言に結びつけていくことが考えられるが、これについては、今後の課題としたい。

アンケート調査案の基本的な構成は次のとおりである。まず、フェースシートとして、アンケート対象医療機関の基本的な属性についての質問項目が並んでいる。ここでは、当該医療機関の開設主体、開設年次、標榜科目、病床種別病床数、職員総数、施設数等についての基本的な情報が取られることになる。実際のアンケートを実施するに当たっては、一定規模以上の医療機関（たとえば、病床数200床以上）に限定して調査を行うことが考えられよう。

次に、ファクト・ファインディングとして、理事（長）及び理事会関係、監事関係、社員総会ないしは評議員会関係についての質問が並んでいる。ここが、この調査票の核心ともいえるべき部分であり、役員の構成及び処遇、役員会の開催状況等についての情報が取られることになる。医療法が想定しているガバナンスの仕組みが実際にどの程度機能しているのかが、これらの質問に対する回答を通じ、明らかにされることになる。

さらに、「ガバナンス」という問題に関する医療機関側の意識について、いくつかの質問が追加的に行われる。これらを通じ、

現行の医療機関のガバナンスの制度や組織に対する医療機関側の意識がある程度明らかになることが期待される。

全体を通じ、この調査票案は、医療機関のガバナンスの問題を中心に据え、かなり限定した形で質問項目を構成している。この内容ではいかにも不足であり、さらに追加的な質問項目を付加する必要があるかもしれない。しかしながら、わが国の医療機

関の現状（民間中小病院の占める比率が高く、依然として個人病院も一定の比率を占めている）にかんがみれば、いたずらに調査の負荷を大きくすることは、回答率、回答の精度等の観点からは得策とはいえない。実際の有効な調査実施をにらんだ、ある程度現実的な調査票案として、別紙の内容を提案するゆえんである。

<表2> 医療機関経営者会議メンバー表

東 謙二	医療法人東陽会 東病院 副院長
伊藤 公一	伊藤病院 院長
川崎 誠治	学校法人 川崎学園 副理事長
神野 正博	特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長・院長
佐田 正之	医療法人佐田厚生会 佐田病院 理事長・院長
澤田 勝寛	特定医療法人慈恵会 新須磨病院 病院長
仁科 盛之	財団法人三友堂病院 理事・病院長
中村 康彦	医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 院長
松井 道宣	医療法人同仁会（社団） 京都九条病院 理事長

<注>

(注1) こうした考え方を最初に明示的に示したものとして、厚生省国民医療総合対策本部中間報告(1987)がある。

(注2) その結果、もう1つの帰結として、いわゆる「保険者機能」の問題が、医療保険制度では重要であるのに対し、年金制度ではほとんど問題にならないという点にもつながっている。こうした点については、尾形[2001]を参照。

(注3) 厳密に言えば、「医療機関」とは、医療法上の「医療提供施設」に相当するものである。医療法第1条の2によれば、「医療提供施設」とは、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設であるとされる。

(注4) そのような例外的な研究としては、たとえば、遠藤等を参照。なお、米国においては、こうした実証研究の蓄積がある。近年の代表的な著作として、たとえば、Cutler編著[2000]を参照。

(注5) そのような試みの1つとして、たとえば、真野[2003]を参照。同論文の内容については、首肯しがたい点が多いが、こうしたアプローチの必要性については、本稿と問題意識を共通にしていると考えられる。

(注6) こうしたわが国の医療制度の特徴は、**publicly funded and privately delivered**と概括することができる。この点については、Ogata[2002]を参照。なお、「公的」医療保険といっても、その内実は、行政機関が保険者である市町村国民健康保険及び政府管掌健康保険と、ヨーロッパ大陸型の「疾病金庫」的な健康保険組合等とに2分することができ、それぞれについてのガバナンス論ないしは保険者機能論が必要である。ただ、これらは本稿の目的を超える問題であるので、ここではこれらについて詳しく扱うことはしない。保険者機能論については、山崎・尾形編著[2003]を参照。

(注7) 田村[2002]は、笑い話として、「コーポレート・ガバナンスなら、毎日自分が見ている」と語ったという経営者の言葉を引用している。

(注8) たとえば、総合規制改革会議[2002]は、「株式会社等の経営形態の有するメリット」の1つとして、「取締役会や監査役会等の主体の統治構造(ガバナンス)に優れた面を持つ」として、営利企業の医療機関経営への参入解禁を求めているが、この主張は、少なくとも次の2つの点についてア・プリオリな前提に基づいており、実証的な論拠を欠き、説得的ではないものと思われる。第1に、こうしたガバナンスの問題点ないしは基本的欠陥が米国の不正会計事件等を通じ露呈されている現在、「株式会社という経営形態がガバナンスに優れた面を持つ」と一方的に断言するのは楽観的に過ぎるであろうという点である。また、第2に、仮に株式会社が優れているとしても、現在の医療法人制度(による統治構造)がそれより「劣っている」という点については実証的な研究は行われていない。そうした中で、一方的に「株式会社の方がより優れている」と断ずることは危険であろう。本稿は、特に、この後者の点について、実証的な分析を行うための基礎を提供しようとするものである。

<参考文献>

- 尾形裕也 [2001] 「「保険者機能」に関する考察」『季刊社会保障研究』第36巻第1号所収
- 総合規制改革会議 [2002] 『中間とりまとめ—経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』
- 田村達也 [2002] 『コーポレート・ガバナンス』中公新書
- 真野俊樹 [2003] 「医療・介護におけるガバナンス論」『週刊社会保障』No.2217, 2003年1月13日号所収
- 山崎泰彦・尾形裕也編著 [2003] 『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
- Cutler, David M. ed. [2000] *The Changing Hospital Industry, Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*, NBER, Chicago
- Ogata, Hiroya [2002] *Publicly Funded and Privately Delivered : A Comparative Study on the Health Care Reform in Japan and Canada, Issues for the 21st Century*, Canadian Embassy

日本の医療機関におけるガバナンスに関する研究

フェイスシート

設問Ⅰ 貴医療機関の開設主体を下記の選択枝からお選びください。

- (1) 個人 (2) 医療法人・社団(持ち分の定めあり) (3) 医療法人・社団(持ち分の定めなし) (4) 医療法人・財団 (5) 株式会社 (6) その他()

設問Ⅱ 貴医療機関の開設年次をお答えください。

()年頃

設問Ⅲ 医療法人におたずねします。法人化された年次をお答えください。

()年頃

設問Ⅳ 標榜科目を下記の選択枝からお選びください(複数回答可)。同一医療法人内に複数の医療施設をお持ちの場合は、すべてお答えください。

アレルギー科 内科 呼吸器科 循環器科 胃腸科・消化器科 神経内科 心療内科
精神科 整形外科 形成外科 外科 肛門科 心臓血管外科 脳神経外科 放射線科
小児科 産婦人科 産科 婦人科 耳鼻咽喉科 気管食道科 眼科 皮膚科 泌尿器科
麻酔科 リウマチ科 リハビリ科 歯科 その他()

設問Ⅴ 貴医療機関の病床種別病床数をお答えください。同一医療法人内に複数の医療施設をお持ちの場合は、すべてを合計した病床数をお答えください。

- (1) 精神病床 ()床 (2) 結核病床 ()床
(3) 一般病床 ()床 (4) 療養病床 ()床

設問Ⅵ 職員の総数をお答えください。

()名

設問Ⅶ 同一法人内に次の施設をお持ちの場合、()内に施設数をお答えください。

- (1) 病院 () (2) 診療所 ()
(3) 老健施設 () (4) 訪問看護ステーション ()

設問Ⅷ 関連法人内に次の施設をお持ちの場合、()内に施設数をお答えください。

- (1) 病院 () (2) 診療所 ()
(3) 老健施設 () (4) 訪問看護ステーション ()
(5) 特別養護老人ホーム () (6) その他の福祉関連施設 ()

設問Ⅸ ご回答頂いた方のご氏名と役職をお答えください。

ご氏名 () 役職 ()

日本の医療機関におけるガバナンスに関する研究
調査票Ⅰ（ファクト・ファインディング）

理事会についておたずねします。

設問Ⅰ 理事の数は何名ですか。

- (1) 1～2名 (2) 3名 (3) 4名 (4) 5名 (5) 6名 (6) 7名以上

設問Ⅱ 理事の中に理事長の親族は何名おられますか。(ここで親族とは3親等以内の親族、2親等以内の姻族を言います。具体的には、親・兄弟・子供・おじ・おば・義父母・義兄弟を言います。)

- (1) 1名 (2) 2名 (3) 3名 (4) 4名 (5) 5名 (6) 6名以上

設問Ⅲ 親族以外の理事は理事長とどのような関係の方ですか(複数回答可)。

- (1) 関連施設の管理者 (2) 事務部長 (3) 看護部長 (4) 勤務医 (5) 金融機関出身者 (6) 顧問弁護士 (7) 公認会計士 (8) 税理士 (9) 友人 (10) その他 ()

設問Ⅳ 理事長のお持ちの資格を下記の選択枝からお選びください。

- (1) 医師 (2) 歯科医師 (3) 薬剤師 (4) その他 ()
(5) 特に資格はない

設問Ⅴ 理事長は病院長を兼務しておられますか。

- (1) 兼務している (2) 兼務していない

設問Ⅵ 理事長の年齢をお答えください。

- (1) 30代以下 (2) 40代 (3) 50代 (4) 60代 (5) 70代 (6) 80代以上

設問Ⅶ 理事長は就任以来何年経ちましたか((1)を含む複数回答可)。

- (1) 法人開設以来 (2) 3年以内 (3) 4～10年 (4) 11年以上

設問Ⅷ 理事長の年俸はいくらですか。

- (1) 2000万円以内 (2) 2000万円超～3000万円以内 (3) 3000万円超～4000万円以内 (4) 4000万円超～5000万円以内 (5) 5000万円超～6000万円以内 (6) 6000万円超

設問Ⅸ 理事会は年何回開催されていますか。

- (1) 開催していない (2) 1回 (3) 2回 (4) 3～11回 (5) 毎月 (6) 随時

設問Ⅹ 理事会の議事録は作成されていますか。

- (1) 作成している (2) 作成していない

監事についておたずねします。

設問Ⅰ 監事は何名ですか。

- (1) 1名 (2) 2名 (3) 3名 (4) その他 () 名

設問Ⅱ 監事は常勤ですか。

- (1) 常勤 (2) 非常勤

設問Ⅲ 監事と理事長の関係をお答えください。

- (1) 理事長の親族 (2) 理事長の友人 (3) 弁護士 (4) 公認会計士 (5) 税理士 (6) 金融機関出身者 (7) その他 ()

設問Ⅳ 監事は就任以来何年たちましたか((1)を含む複数回答可)。

- (1) 法人開設以来 (2) 3年以内 (3) 4～10年 (4) 11年以上

設問Ⅴ 監事は理事会に出席されますか。

- (1) 必ず出席する (2) ほぼ出席する (3) あまり出席しない (4) 出席しない

社団の方にお伺いします。

設問Ⅰ 社員総会は年何回開催されますか。

- (1) 開催しない (2) 1回 (3) 2回 (4) その他 () 回

設問Ⅱ 社員の全ては理事ですか。

- (1) 全て理事 (2) 一部理事

財団の方にお伺いします。

設問Ⅰ 評議員会は年何回開催されますか。

- (1) 開催しない (2) 1回 (3) 2回 (4) その他 () 回

設問Ⅱ 評議員は何名ですか。

- (1) 3～5名 (2) 6～10名 (3) 11～20名 (4) その他 () 名

設問Ⅲ 評議員のうち何名が理事ですか。

- (1) 0～3名 (2) 4～6名 (3) 7名以上

日本の医療機関におけるガバナンスに関する研究

調査票Ⅱ（意識調査）

設問Ⅰ 「コーポレートガバナンス」という言葉をご存じですか。

- (1) 十分理解している (2) ある程度理解している
(3) 聞いたことはある (4) 聞いたことがない

設問Ⅱ 病院経営は誰のために行っているとあなたはお考えになりますか。次の選択枝に順位をつけ、()内に順位をお書きください。

- 患者 () 職員 () 出資者 () 保険者 () 地域住民 ()
理事長本人 () その他 ()

設問Ⅲ 経営情報(財務諸表等)を開示することについて、あなたの考えを次の選択枝の中からお選びください。

- (1) 積極的に開示すべきであり、すでに(ホームページ等で)開示している。
(2) 積極的に開示すべきと思うが、まだ開示していない。
(3) 開示すべきではない。
(4) わからない

設問Ⅳ 貴医療機関において、監事が会計の監査役として実質的に十分機能しているかどうか、次の選択枝の中からお選びください。

- (1) 十分機能している (2) 一応機能している
(3) あまり機能していない (4) 全く機能していない
(5) わからない

設問Ⅴ 営利法人(株式会社)が病院経営に参入できるようにすべきであるという議論がありますが、あなたの考えを次の選択枝の中からお選びください。

- (1) 絶対反対 (2) どちらかといえば反対
(3) どちらかといえば賛成 (4) 大いに賛成
(5) わからない

平成 14 年度厚生労働科学研究補助金

(政策科学推進研究事業)

分担研究報告書

「病院経営におけるリーダーシップ調査」

報告者（研究協力者）

盛 宮喜 日経メディカル開発顧問

文京学院大学大学院客員教授

<研究要旨>

病院経営におけるリーダーシップの認識とその課題を、病院長を対象にしたアンケート調査から解明することを試みた。この調査で最も重視したことは、病院長の方々が重要と考える課題と実際の取り組みの差異、つまり戦略ギャップを把握することである。結果としてこれらリーダーたちが最重要とする課題は患者確保、患者サービスの向上、医療と看護の質の向上であるが、戦略ギャップは大きかった。逆に重要度が低いのは電子カルテ・レセプトの導入、新事業分野の開拓、資金調達などであり、新設備導入、療養環境の改善、病院建て替え・改修、病床選択、院内コミュニケーション改善といった項目も相対的に重要度が低く、かつ戦略ギャップも小さかった。戦略立案については、ギャップは大きいものの、重要度と取り組みの程度は相対的に低かった。これらの結果は、医療における戦略立案に数々の手がかりを与えるものであり、現実に応じたリーダーシップ研究の手がかりになるものと考えられる。

A. 目的

経済界では長引く景気低迷と国際競争力後退の状況下で新たなリーダーシップ論が展開されているが、医療界でのリーダーシップ論議はまだ水面下にあるといえる。そ

の理由は、医療界では行政主導のもとでステップ・バイ・ステップの変化がもたらされ、医療政策に追随しておればさほどの努力、苦勞なく経営が維持できたことと、医師を中心とした組織文化、大学病院を頂点

としたヒエラルキー構造のもとでは、リーダーシップや戦略といった発想はさほど重要なものとは考えられなかったことがあげられる。

医療界には 1990 年代から世紀の変わり目を越えて様々な変化が生じた。バブル経済崩壊後の不透明な社会経済のもとで、高齢化に伴う高齢者医療費の重圧、保険財政の逼迫、診療報酬引き下げ、受診率の低下、患者負担増、競争激化、挙げ句の果てに医療制度抜本改革へと続く。

このような多岐にわたる問題に同時並行して対処していくことは、困難を極めるが、行政当局から相次ぎ発せられる改革の波に洗われながら、一方では自らの発想と責任で新たなゲームを展開する以外に道は開けなくなった。医療機関に戦略とリーダーシップが求められるようになった所以である。

この調査では診療報酬改定対策、従業員確保・人材開発、患者増加策といった日常的な課題と、将来へ向けて、とりわけ医療の質向上や経営戦略にかかわる課題に大分して、リーダーである病院長にリーダーとしての認識や構え・備えを問い、医療の現場からリーダーシップ論を構築する手がかりを探った。

B. 調査方法

対象：岡山大学付属病院関連病院長会議

時期：2002 年 11 月

方法：郵送法

発送：()

回収：104

質問事項：19 問（多肢選択、うち 1 問は自由記入）

C. 調査結果

質問事項は上記のとおり、19 問であるが、自由記入部分は割愛して、多肢選択の 18 問についてその結果を説明し、若干のコメントを加える。設問は日常的な課題に関するものと将来へ向けての課題に大別できるが、最後の 2 問 (Q17、Q18) については、特に民間病院でのリーダーシップの継承という意味から「後継者」にかかわる項目を加えた。

1) 2002 年 4 月診療報酬改定後の取り組み

コスト削減、患者安全、平均在院日数の短縮、組織改革の 4 項目が 40～50%を占めた。平均 2.7%引き下げに対処するためのコスト削減であり、他の 3 項目も直接・間接に診療報酬引き下げにかかわる取り組みである。回答者の 3 分の 1 が「組織改革」をあげているのは意外であるが、これにはドラスチックな改定に合わせて、診療体制を変える動きも読み取れる。

2) 従業員の過不足

不足が目立つのは医師（68.3%）で、看護師は不足、充足半々、事務職は大半（63.5%）が充足している。看護師や事務職にはむしろ過剰（各 3.8%、18.3%）という回答もあった。

3) 残業

「ある」が医師・看護師、事務職ともに95%以上。残業が恒常化しているのは医師について22.2%、看護師8.1%、事務職12.7%となっているが、看護師についてはともかく、医師、事務職に関しては恒常化しているのが常識とする指摘もある。実態把握のためには別途範囲を絞った厳密な調査する必要がある。

4) 従業員の充足率・定着率向上策

パート・人材派遣と教育・トレーニングの機会提供が半数近くを占めた。人材派遣は医師・看護師については現状では不可能なことであり、事務職に限られた対応策である。また教育・トレーニングに関しては成果のほどはこの調査では明らかでない。人材開発の視点で、この点についても別途調査をする必要がある。

5) 医業収入に対する人材育成費用の割合

半数近くが「1%未満」。次いで多いのが「2%～3%未満」（11.5%）。「4%～5%未満」とするものが実数で5件（国立・公的1、医師法人・その他の法人4）あるが、規模はいずれも200床未満。この調査とは別に入手している情報では7%目標といった例もあるが、「実際には使い切れない」とのことである。

6) 患者増加策

地域の健康教育、施設連携、地域の保健活動に参加、インターネットによる情報提供、広報誌や案内書などの項目を掲げたところ、いずれも4～6割台の取り組みがみられた。病床規模の大きな病院では「施設連携」や「インターネットによる情報提供」が他に比べて高い。

次項からは新しい課題、または将来へ向けての取り組みにかかわるものである。

7) 医療の質を知る手段と有効性

医療の質を知るには、周知のとおり、医療のストラクチャー、プロセス、アウトカムをとらえる方法がある。この調査では患者満足度調査、日本医療機能評価機構の認定事業、ISO9001認定事業など第三者評価でその一端をとらえた。患者満足度調査利用54.8%、医療機能評価機構利用28.8%で、ISO9001利用は実数で1件。興味深いのは、その有効性は