

政府の3ヵ年医療改革に基づく、NHSの医療サービスの強化やインフラ整備は官民協働なしでは成し遂げることは不可能である。それどころか、民間医療機関の影響力が拡大しつつある。特に、民間医療保険加入者の増大によって多くのNHS患者が民間医療機関に移行しているため、民間部門の医療供給量が増大しつつある。つまり、NHSにおける医療サービス供給と全体の医療サービス供給、両面において民間医療機関の役割が拡大しているのである。この改革で、民間医療機関は待機時間の短縮・待機簿の削減・サービス運営コストの削減に大きく貢献するだけでなく、NHSの基本原則である、普遍的で質の高い医療サービス提供に貢献すると考えられる。

一方で、政府が民間医療保険加入を奨励することは、国民が新たな国民保健を支払うことに相当する。つまり、国民や企業の負担がさらに重くなることを意味する。経済状況の変化で保険の支払い状況・給付状況が大きく変動するリスクが考えられる。従って、景気が底にある時期はNHS患者が再び増大してNHSの医療サービスの質・供給力が低下する可能性がある。政府はこの状況に対処できる戦略を練る必要があるだろう。また、政府は民間医療機関の限界を十分に理解したうえで、NHS自身の役割を再考しなければならない。官民協働の名の下で民間依存のNHS改革を行うことは、公的責任を放棄する行為に等しいからである。

## 参考文献

- ・一圓光彌 1999 「国民保健サービス」「私的年金と私的医療—社会保障民営化の実験—」『先進諸国の社会保障 I イギリス』武川正吾、塩野谷祐一(編) 東京大学出版会。
- ・大住莊四郎・長澤美紀子 2003 「福祉財政における政府部門の役割」『福祉財政論 福祉政策の現状と将来構想』齋藤楨、山本栄一、一圓光彌(編) 有斐閣。
- ・近藤克則 2002 「英国の医療制度改革に学ぶ、日本が進むべき道」『ファイザーフォーラム』(66) ファイザー製薬。
- ・砂川知秀、江頭達政 2003 「欧州3ヶ国の医療・介護分野における民間保険市場の最新動向—2000-2001年を中心とする民間保険市場と公的制度との関係」『総研クォーター』42 損保ジャパン総研。
- ・武川正吾 1999 「私的年金と私的医療—社会保障民営化の実験—」『先進諸国の社会保障 I イギリス』武川正吾、塩野谷祐一(編) 東京大学出版会。
- ・武田文詳 1999 「医療保障政策—成功と挫折の交錯—」『現代イギリス社会政策史 1945-1990』毛利健三(編) ミネルヴァ書房。
- ・福島清彦 2002 『ヨーロッパ型資本主義 アメリカ市場原理主義との決別』講談社。
- ・松溪悪雄 1991 「「イギリス NHS とプライベート化」」『龍谷大学社会学部紀要』(2)。
- ・松溪悪雄 1992 「イギリス NHS と健康の不平等」『龍谷大学社会学部紀要』(3)。
- ・松溪悪雄 1993 「サッチャー政権下のイギリス NHS」『龍谷大学社会学部紀要』(4)。
- ・松溪悪雄 1994 「最近のイギリス医療政策に関する一考察」『龍谷大学社会学部紀要』(5)。
- ・森宏一郎 2002 「医師を輸入するイギリス」『リサーチエッセイ』(19) 日医総研。
- ・森宏一郎 2004a 「英国の2004年度国家予算案における NHS の位置づけ」『リサーチエッセイ』(45) 日医総研。
- ・森宏一郎 2004b 「英国 NHS の歴史」『リサーチエッセイ』(46) 日医総研。
- ・BUPA <<http://www.bupa.co.uk/>> (2004年2月1日)
- ・DoH, 2002a, The Government's Response to the House of Commons Health Committee's First Report on the

Role of the Private Sector in the NHS, Cm5567

- DoH, 2002b, Growing Capacity Independent Sector Diagnosis and Treatment Centres.  
<<http://www.doh.gov.uk/growingcapacity>> (2004 年 2 月 27 日)
- Drakeford, M., 2002, *Privatisation and Social Policy*. LONGMAN.
- Guardian, "Q&A: Labour and NHS privatization" <<http://www.guardian.co.uk/guardian/>> (2004 年 2 月 13 日)
- Guardian, "Back in business" <<http://www.guardian.co.uk/guardian/>> (2004 年 2 月 13 日)
- Guardian, March 16, 2003, "Boom Time for as private soars" <<http://www.guardian.co.uk/guardian/>>(2004 年 2 月 13 日)
- Guardian, March 20, 2003, "NHS Patients boost Bupa" <<http://www.guardian.co.uk/guardian/>> (2004 年 2 月 13 日)
- Ham, C, 1999, *Health Policy in Britain (4<sup>th</sup> ed)*. Palgrave.
- HMSO, 2003, *UK 2004-The Official Yearbook of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*. The Stationery Office.
- NHS Private Healthcare Association <<http://www.pha.nhs.uk/public.asp>> (2004 年 1 月 23 日)

### 第3章:アンケート分析 ① ～病院アンケートと統計データから～

#### I 病院経営の現状と財務

新日本監査法人 牧 健太郎

##### 1. はじめに

わが国には9,266の病院が存在している(2000年10月1日現在)。その内訳を簡潔に示すと表1のとおりである。

会社を除けば、ほとんどが非営利的開設主体であるようにも見える。また、会社によって開設されている病院は従業員の福利厚生を目的として認められた経緯があるため、営利を目的として開設されている病院は無いようにも思える。

本稿では、あらためて「営利」「非営利」という視点から病院の開設者を考えてみるとともに、その経営概況を統計資料等により分析してみたい。

表1 開設者別病院シェア

開設者	病院数	100分比
医療法人	5,387	58.1%
公的団体(地方自治体、日赤、済生会等)	1,373	14.8%
個人	1,173	12.7%
公益法人	396	4.3%
国	359	3.9%
その他の法人	282	3.0%
社会保険関係団体	131	1.4%
学校法人	98	1.1%
会社	67	0.7%
合計	9,266	100%

(出典:厚生労働省医療施設調査。)

##### 2. 非営利概念

医療＝非営利という考え方は、比較的多くの人々に直感的に受け入れられているものと想像できるが、非営利とは利益を獲得しないことを意味するわけではない。非営利とは、経済主体の構成員に利益を配分する目的で当該経済主体が活動しないという意味であると考えられる。したがって、非営利の経済主体が利益を獲得しても当然構わないのであり、「医療は非営利だから、赤字が出ても当然である」という説明は何ら論理的なものではない。もし病院経営が赤字であれば、その原因は医療の非営利性にあるのではなく、経営の非効率性など別のところに原因があるはずである。

##### 3. 病院開設主体と営利性

国や公的団体、公益法人、社会保険関係団体、学校法人、持分の定めがない社団医療法人、財団医

療法人は2. の定義によれば非営利と考えられる。一方、持分の定めがある社団医療法人、個人、会社は2. の定義によれば非営利ではないと考えられる。

表1によれば、国と公的団体を合計しても全病院の18.7%に過ぎず、日本の病院の大半が民間によって開設されていることがわかる。その中でも特に高いシェアを占めているのが医療法人である。

医療法人とは、医療法第39条により設立が認められる法人であり、社団医療法人(社員、すなわち人の結合体)と財団医療法人(一定の財産の結合体)がある。社団医療法人は、さらに、持分の定めがある社団医療法人と持分の定めがない社団医療法人に分類できるが、持分の定めがある社団医療法人の社員には、退社時の出資持分払戻請求権と医療法人解散時の残余財産分配請求権が認められている。

図1のように医療法人は3つの類型に区分することが可能であるが、持分の定めがある社団医療法人が医療法人全体の約97%を占めており、通常「医療法人」というときにはこの類型を想定すればよい。このような医療法人のことを「非営利」法人と呼ぶこともあるが、持分の定めがある社団医療法人は当該法人の財産を退社時または解散時に出資者に配分(配当)する方途を用意しているという点において厳密な意味で「非営利」とは言い難い。一般に医療法人を「非営利」と称するのは、医療法第54条において医療法人の決算配当が禁止されているからである。

医療法人と個人による病院シェアが70%を超えていることと、医療法人の大半が持分の定めがある社団医療法人であることを考慮すると、わが国の病院の多くは非営利ではない主体により開設されているといえることができる。

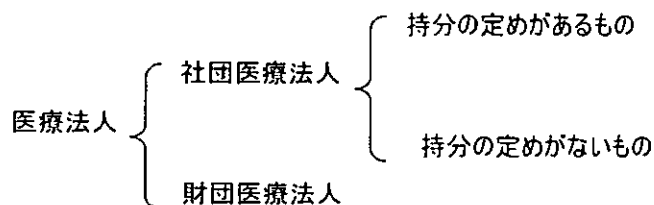


図1 医療法人の類型

#### 4. 病院の経営概況

さて、2. と3. では病院開設者の非営利性について考えてみたが、ここでは病院開設者ごとの経営状況を概観してみる。

病院の経営概況を分析するにあたっては、何らかの統計資料が必要となる。わが国において病院の経営概況を財務的に調査した資料としては「病院経営実態調査報告」(公私病院連盟)と「医療経済実態調査報告」(中央社会保険医療協議会)が代表的である。両調査とも、詳細かつ広範な統計資料が収録されているが、介護保険事業に係る収入がない医療機関を中心に分析を行う場合には「医療経済実態調査報告」が有用である。本稿では、病院そのもの(その中でも特に一般病院)の経営概況を分析対象としたいため、平成13年6月の「医療経済実態調査報告」を主として利用する。

以下に示すデータは特に断りがない限り同調査報告に記載された『介護保険事業に係る収入のない一般

表2(金額単位:千円) 一般病院財務概況(平成13年6月)「医療経済実態調査報告」中央社会保険医療協議会

	医療法人			公立			公的			社会保険関係法人			その他			個人			全体
	40,695	41,426	41,426	40,695	41,426	41,426	40,695	41,426	41,426	40,695	41,426	41,426	40,695	41,426	41,426	40,695	41,426	41,426	
I 医療収入	115,387	115,292	357,714	340,803	340,946	403,888	514,046	623,187	308,335	444,897	251,707	292,182	55,598	62,901	176,359	217,562	176,359	217,562	
1. 入院収入	75,108	73,175	272,187	266,649	208,332	268,448	318,554	390,235	165,185	239,892	158,861	188,884	34,814	34,981	110,879	142,625	110,879	142,625	
2. 特別の療養環境収入	1,461	1,365	1,731	2,045	3,701	3,623	5,335	9,976	5,353	4,983	5,305	6,046	619	529	2,312	2,483	2,312	2,483	
3. 外来収入	35,514	38,077	83,693	70,024	118,797	125,032	175,953	213,364	101,752	150,595	81,122	88,723	18,707	26,458	57,595	67,222	57,595	67,222	
4. その他の医療収入	3,304	2,675	103	2,085	10,110	6,885	15,204	19,612	36,046	49,427	8,419	8,549	1,457	933	5,573	5,231	5,573	5,231	
II 医療費用	111,018	109,945	368,026	335,717	372,137	460,159	495,220	599,756	297,088	431,385	252,201	290,275	52,438	58,406	177,708	222,493	177,708	222,493	
1. 給与費	59,082	58,111	208,158	194,651	189,948	233,884	248,703	288,730	165,181	235,240	130,029	153,238	27,462	27,352	92,495	116,137	92,495	116,137	
2. 医薬品費	16,362	15,014	64,829	61,457	74,476	79,907	113,416	136,936	59,876	83,742	48,164	50,756	7,433	8,389	32,330	38,089	32,330	38,089	
3. 給食用材料費	1,747	1,530	7,121	6,653	3,788	4,098	4,966	4,491	3,437	4,787	2,729	3,472	1,077	838	2,274	2,656	2,274	2,656	
4. 診療用材料費・医療消耗品備品	7,160	7,933	25,852	31,122	28,459	40,427	41,751	55,547	21,308	33,335	20,620	26,870	2,117	2,909	12,829	18,700	12,829	18,700	
5. 経費	15,168	15,054	45,807	28,187	25,701	33,191	34,001	38,009	21,300	32,806	23,202	26,235	9,184	12,365	17,830	21,090	17,830	21,090	
6. 委託費	6,010	6,441	9,996	10,773	23,241	33,446	21,685	35,997	16,527	23,920	13,322	15,342	3,196	4,273	9,814	13,381	9,814	13,381	
7. 減価償却費	4,526	4,413	4,156	1,883	24,463	31,184	25,098	30,305	6,251	13,147	10,956	11,532	1,644	1,532	8,685	10,166	8,685	10,166	
(再掲)建物減価償却費	2,155	2,235	2,086	873	10,476	15,219	9,078	10,294	2,613	2,167	4,144	4,089	913	578	3,731	4,607	3,731	4,607	
(再掲)医療機器減価償却費	1,228	1,124	2,070	913	11,189	14,803	10,645	13,884	4,451	8,605	3,755	5,776	404	431	3,344	4,383	3,344	4,383	
8. その他医療関連費用	965	1,450	2,306	990	2,062	4,021	5,598	9,741	1,209	4,808	3,177	2,809	325	749	1,452	2,244	1,452	2,244	
III 医療収支差額(I-II)	4,369	5,347	-10,311	5,086	-31,192	-56,172	-18,826	23,431	11,247	13,512	-493	1,907	3,160	4,495	-1,349	-4,931	-1,349	-4,931	
IV その他の医療関連収入	2,771	2,897	2,911	2,277	60,373	64,973	14,729	15,824	10,653	10,829	9,700	6,894	807	710	12,767	14,305	12,767	14,305	
V その他の医療関連費用	3,071	2,761	3,095	6,601	17,552	16,540	13,389	13,720	12,794	6,960	8,027	6,283	1,211	1,137	6,097	6,044	6,097	6,044	
VI 総収支差額(III+IV-V)	4,069	5,483	-10,496	762	11,629	-7,739	20,166	25,536	9,105	17,381	1,180	2,518	2,756	4,067	5,321	3,330	5,321	3,330	
延べ数	464	246	11	43	143	89	37	18	16	11	88	43	153	63	912	513	912	513	
平均病床数	131	115	468	383	256	287	347	387	235	275	216	234	76	68	164	184	164	184	

数値は平成13年6月の1ヶ月に係る「施設当たり」のものである。

「特別の療養環境収入」は室料差額を指す。

「国立」は国立病院、国立療養所、労災病院、逓信病院である。

「公的」は日赤、済生会、厚生連である。

「社会保険関係法人」は全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、健康保険組合およびその連合会、共済組合およびその連合会である。

「その他」は公益法人、社会福祉法人、医療生協である。

「個人」の「総収支差額」には開設者報酬を含む。

表3(金額単位:千円) 一般病院財務概況(100床当たり換算)

	医療法人		国立		公立		公的		社会保険関係法人		個人		全体	
	40,695	41,426	40,695	41,426	40,695	41,426	40,695	41,426	40,695	41,426	40,695	41,426	40,695	41,426
I 医療収入	88,082	100,254	78,435	88,983	133,182	140,762	140,140	161,030	131,206	161,781	73,155	92,501	107,536	118,240
1. 入院収入	57,334	63,630	58,160	69,621	81,380	93,536	91,226	98,252	70,291	87,233	45,808	51,443	67,609	77,514
2. 特別の療養環境収入	1,115	1,187	370	534	1,448	1,262	1,826	2,578	2,278	1,812	814	778	1,410	1,349
3. 外来収入	27,110	33,110	17,883	18,283	46,405	43,565	50,707	55,133	43,289	54,762	24,614	38,909	35,119	36,534
4. その他の医療収入	2,522	2,326	22	544	3,949	2,399	4,382	5,088	15,339	17,973	1,917	1,372	3,398	2,843
II 医療費用	84,747	95,604	78,638	87,655	145,366	160,334	142,715	154,976	126,420	156,867	68,997	85,891	108,359	120,920
1. 給与費	45,101	50,531	44,478	50,823	74,198	81,493	71,672	74,607	70,290	85,542	36,134	40,224	56,399	63,118
2. 医薬品費	12,490	13,056	13,852	16,046	29,092	27,842	32,685	35,384	25,479	30,452	9,780	12,337	19,713	20,706
3. 給食用材料費	1,334	1,330	1,522	1,737	1,480	1,428	1,431	1,160	1,463	1,741	1,417	1,232	1,367	1,443
4. 診療材料費・医療消耗品・備品	5,466	6,898	5,524	8,126	11,117	14,086	12,032	14,353	9,067	12,122	2,786	4,278	7,823	10,163
5. 経費	11,579	13,090	9,745	7,360	10,039	11,565	9,799	9,821	9,064	11,857	12,084	18,184	10,872	11,462
6. 委託費	4,588	5,601	2,136	2,813	9,079	11,654	6,249	9,302	7,033	8,698	4,205	6,284	5,984	7,272
7. 減価償却費	3,455	3,837	888	482	9,556	10,866	7,233	7,831	3,511	4,781	2,163	2,253	5,296	5,536
(再掲)建物減価償却費	1,645	1,943	446	228	4,092	5,303	2,616	2,660	1,112	788	1,201	850	2,275	2,504
(再掲)医療機器減価償却費	937	977	442	238	4,371	5,158	3,068	3,588	1,894	3,129	532	634	2,039	2,388
8. その他の医療関連費用	737	1,261	493	258	805	1,401	1,613	2,517	514	1,676	428	1,101	885	1,220
III 医療収支差額(I - II)	3,335	4,650	-2,203	1,328	-12,184	-19,572	-5,425	6,055	4,786	4,913	4,158	6,610	-823	-2,680
IV その他の医療関連収入	2,115	2,519	622	595	23,563	22,639	4,245	4,089	4,533	3,938	1,062	1,044	7,785	7,774
V その他の医療関連費用	2,344	2,401	661	1,723	6,856	5,763	3,859	3,545	5,444	2,531	1,593	1,672	3,718	3,285
VI 総収支差額(III + IV - V)	3,106	4,768	-2,243	199	4,543	-2,697	5,812	6,598	3,874	6,320	3,626	5,981	3,245	1,810
平均病床数	131	115	468	383	256	287	347	387	235	275	76	68	164	184
数値は表1を100床当たり換算したものである	100,254	100,254	78,435	88,983	140,762	140,762	140,140	161,030	131,206	161,781	73,155	92,501	107,536	118,240
	50.4%	50.4%	57.1%	57.1%	46.3%	46.3%	46.3%	46.3%	52.9%	52.9%	43.5%	43.5%	53.4%	53.4%
	21,284	21,284	17,883	18,283	43,565	43,565	50,898	50,898	34,657	34,657	17,847	17,847	32,313	32,313
	21.2%	21.2%	29.1%	29.1%	30.8%	30.8%	31.6%	31.6%	27.4%	27.4%	19.3%	19.3%	27.3%	27.3%
	3.8%	3.8%	0.6%	0.6%	7.7%	7.7%	4.9%	4.9%	4.0%	4.0%	2.4%	2.4%	4.7%	4.7%

病院(精神病院以外)』の統計資料によっている。

#### 4.1 一般病院の収支概況

一般的な統計資料では貸借対照表が示されておらず、また損益計算書の費目も細かい部分が不明のため、統計資料から病院の経営状況を分析するためには別のアプローチが必要となる。

一般病院の収支概況を把握するために、「医療経済実態調査報告」から平成11年6月と平成13年6月の数値を比較形式で並べてみる(表2参照:数字はいずれも1施設1ヶ月当たりのものである)。また、表2では異なる規模の病院を比較しているため、同一病床規模で比較を実施するために表2を100床当たりで換算したものが表3である。

表3を概観すると公立病院において顕著な特徴が見られる。すなわち、公立病院においては、「Ⅳ その他の医業関連収入」により「Ⅲ 医業収支差額」の赤字が補填されている構造が見える。これは、地方自治体立病院では一般会計からの繰入収入(赤字補填金)が「Ⅳ その他の医業関連収入」に表示されているためと推測される。

これを前提とすると、医療機関の経営概況は(「Ⅵ 総収支差額」ではなく)「Ⅲ 医業収支差額」で判断することが適当であろう。

そこで、まず表3における「Ⅲ 医業収支差額」までの計算過程の数値(平成13年6月)をもとにいくつかの経営指標を算定してみる。

表4 主要経営指標

開設者	① 医業収支率	② 給与費率	③ 材料費率	④ 償却費率
医療法人	95.4%	50.4%	21.2%	3.8%
国立	98.5%	57.1%	29.1%	0.6%
公立	113.9%	57.9%	30.8%	7.7%
公的	96.2%	46.3%	31.6%	4.9%
社会保険関係	97.0%	52.9%	27.4%	3.0%
その他	99.3%	52.4%	27.8%	4.0%
個人	92.9%	43.5%	19.3%	2.4%
全体	102.3%	53.4%	27.3%	4.7%

$$\text{① 医業収支率} = \frac{\text{医業費用}}{\text{医業収益}}$$

$$\text{② 給食費率} = \frac{\text{給食費}}{\text{医業収入}}$$

$$\text{③ 材料費率} = \frac{\text{医薬品費} + \text{給食用材料費} + \text{診療材料費} + \text{医療消耗品備品費}}{\text{医業収入}}$$

$$\text{④ 償却費率} = \frac{\text{減価償却費}}{\text{医業収入}}$$

国立には、労災病院・通信病院を含んでいるためこれらの減価償却費は反映されていると推定されるが、厚生労働省の国立病院特別会計に属する病院(いわゆる国立病院)や文部科学省の国立学校特別会計に属する病院(国立大学医学部附属病院)では減価償却費が計上されていないため償却費率が低く算定されているものと推定される。また、個人の場合には、オーナー所得が当期利益に相当するため、給与費にはオーナーの所得が含まれておらず、給与費率が低く算定されている。個人立病院では相対的に看護基準が高くないことも給与費率が低い原因であろう。

さて、総合的な収支概況である医業収支率を見てみると、公立病院の数値が特に悪い。公立病院では、給与費率、償却費率は最も悪く、材料費率も二番目に悪い比率となっている。このような比率からは公立病院において、人員構造・給与水準といった人的要因や、建物や機械への過大設備投資といった物的要因が経営を圧迫していることは容易に想像がつく。しかし、医療法人の経営状況はそれほど悪くない。

そこで、次項では、公立病院と医療法人を代表にあげて、その収支構造の違いを検討することにより、公立病院における経営不振の原因を推測してみる。

#### 4.2 公立病院と医療法人の収支構造

表3において医療法人と公立病院の収支構造を比較すると、その特徴が明確になる。

##### 4.2.1 1施設1ヶ月当たり100床換算の医業収入(平成13年6月)

医療法人の100,254千円に対して、公立病院は140,762千円と大きく上回っている。すなわち、医療法人よりも公立病院の方が診療単価は高く、患者数も多いことが予想できるが、その原因としては次のようなことが推測される。

(入院収入関係)

- ・ 手術件数は公立病院の方が多い。
- ・ 基準看護レベルは公立病院の方が高い。
- ・ 平均在院日数は公立病院の方が短い。

病院開設者別の手術件数を網羅別にまとめたものはないが、平成11年医療施設調査(厚生省)で病床規模別の平成11年9月中の手術件数統計が公表されている(診療所開設者別の手術件数は同調査に含まれている)。同調査によると、200~299床の一般病院617施設では16,458症例、100~149床の一般病院761施設では7,558症例の全身麻酔症例がある。病床規模の単純平均値を計算してそれぞれ249.5床、124.5床とみなすと、両者の1施設1ヶ月当たり100床換算の症例数は10.7件(病床規模:200~299床)、8.0件(病床規模:100~149床)であり、公立病院の手術件数が上回っていることが推測できる。

また、基準看護レベルはほとんどの公立病院がすでに2:1看護を採用しているが、100床前後の民間病院ではまだ3:1看護や4:1看護のところが多いことは一般的によく知られている。

平均在院日数については、平成12年医療施設調査(厚生労働省)の数値が現時点で最も新しい統計資料である。同調査によると、一般病院の平均在院日数は都道府県立病院が23.9日、市町村立病院が21.7日であるのに対して、医療法人立病院は48.5日となっている。

(外来収入関係)

- ・ 同一病床規模当たり一日患者数は公立病院の方が多い。



平成 12 年医療施設調査より公立病院、医療法人の平均病床数を算出してみる。都道府県立、市町村立および医療法人立の一般病院数は表 5 のとおりである。

表 5 一般病院数

病床規模	都道府県	市町村	医療法人
20～29 床	3	12	103
30～39 床	2	26	260
40～49 床	6	38	418
50～99 床	43	184	1,543
100～149 床	36	104	867
150～199 床	31	70	612
200～299 床	40	106	445
300～399 床	43	98	197
400～499 床	22	49	60
500～599 床	18	39	37
600～699 床	7	17	18
700～799 床	7	5	5
800～899 床	7	4	2
900 床以上	4	6	8
合計	269	758	4,575

各病床規模の単純平均値(20～29 床の場合は 24.5 床。900 床以上については一律に 1,000 床とする)を用いて、病床数の加重平均値を出すと、都道府県立病院は 290 床、市町村立病院は 224 床、医療法人立病院では 134 床となる。

一方、平成 12 年病院報告(厚生労働省)では、一般病院の開設者別外来患者延数(年間)が明らかにされているが、それによれば都道府県立病院は 37,017,041 人、市町村立病院は 111,351,094 人、医療法人立病院は 224,521,332 人である。「外来患者延数÷施設数÷平均病床数×100」という計算式で 100 床当たりの外来患者数を出すと、都道府県立病院 47,452 人、市町村立病院 65,581 人、医療法人立病院 36,624 人となる。この結果からは、公立病院に多くの外来患者が集まっている状況が伺える。

(その他)

- ・ 公立病院の検査機器が多い。
- ・ 特定療養費を収受するケースは公立病院の方が多い。

統計的な検証は難しいが、上記のような理由も考えられる。

投資の回収を重要視しなければならない医療法人とは異なり、施設整備費の予算で機器を調達できる公立病院では MRI、CT、マンモグラフィーなど多くの検査機器を保有しているため、その検査に係る診療報酬の請求も多くなるはずである。

また、公立病院の多くが 200 床を超えているため特定療養費を収受している病院が多いものと推測される。

#### 4. 2. 2 1施設1ヶ月当たり100床換算の医業費用(平成13年6月)

医療法人の95,604千円に対して、公立病院は160,334千円と大きく上回っている。医業費用の内訳について、医療法人の医業費用計を100とした場合の比率は表6のとおりである。

表6 医療費の内訳

	i 医療法人	ii 公立病院	ii ÷ i (%)
給与費	53	85	160%
医薬品費	14	29	207%
給食用材料費	1	1	100%
診療材料費等	7	15	214%
経費	14	12	86%
委託費	6	12	200%
減価償却費	4	11	275%
その他	1	2	200%
医業費用計	100	167	167%
(参考)			
入院収入	63	93	148%
室料差額	1	1	100%
外来収入	33	43	130%
その他	3	3	100%
医業収入計	100	140	140%

公立病院では給与費、医薬品費および診療材料費等が医療法人と比較して多いことがわかる。もちろん、医業収入についても公立病院の方が多いが、医業費用の水準を回収できるほどではない。

#### 4. 2. 3 公立病院の経営不振原因

「公立病院では高い看護基準、高度な医療提供体制、救急受入体制の整備など高コストにならざるを得ない要因がある」という考え方もあるが、表2において公的病院、社会保険関係法人を上回る医業費用が公立病院で発生している状況を見ると(しかも、公的病院と社会保険関係法人の方が医業収入も多い)、このような主張を無条件で受け入れることは難しい。

また「公立病院は医療過疎を補っているのであり、低収益性が前提となっている」との考え方も聞かれるが、先に示した100床当たりの外来患者数によれば、都道府県立病院47,452人、市町村立病院65,581人、医療法人立病院36,624人となっており、公立病院は十分な集客性を備えていると考えることが合理的である。

各種の資料から、公立病院では、経営の非効率性が存在することが推測されるが、多くの病院で改善に取り組んでいる次のような項目を分析することで、その経営実態がさらに明らかになる可能性がある。

(給与費で予測される非効率性)

- ・ 人員の過剰配置
- ・ 高い給与水準

- ・ 低い労働生産性

(医薬品費、診療材料費等で予測される非効率性)

- ・ 高い購入単価
- ・ 過剰な在庫水準
- ・ 過剰な品目数

## 5. まとめ

上記では公立病院を例に挙げて病院の経営状況が厳しい原因を考えてみたが、公立病院に見られる問題はほとんどの病院に共通の経営課題であろう。

医療保険財政の逼迫を受けて、2年毎の診療報酬見直しにおいてもマイナス改訂が続く中、今後も病院の経営環境は厳しい状況が続くものと思われる。

## II 病院財務の規定要因

明治大学短期大学 塚原康博

### 1. はじめに

日本経済は、バブルの崩壊後、不景気に突入し、10年以上の長期にわたり景気の低迷から脱出できずにいる。家計の所得は伸び悩み、政府の累積債務も巨額なものになっている。他方で、高齢化は急速に進行し、医療費が拡大が続いている。このような状況下で、公的医療保険制度は破綻の危機を迎えており、医療費を抑制するために、診療時の患者の自己負担の引き上げ、診療報酬の抑制などの措置がとられている。このような状況の中、民間病院のみならず、政府から補助金を受けている国立病院や公立病院も病院経営の効率化が求められており、財務状況の改善が要請されている。

それゆえ、経営の効率化、その指標としての財務状況を改善するための方策を考えることが必要になるが、そのための前提として、現状の財務状態の良し悪しを規定する要因を明らかにすることが有用だろう。

そこで、本論文では、病院属性の観点から財務状況を規定する要因の分析を行う。本論文では、厚生労働科学研究政策科学推進研究事業による研究プロジェクト「効率的な医療機関の経営母体に関する研究—株式会社病院経営、非営利組織経営論の視点で—」(H14-政策-019)において実施されたアンケート調査から得られたデータを使用して、病院財務の規定要因を分析する。

以下では、まず病院の財務状況を分析した先行研究を概観し、次にアンケート調査から得られたデータを用いて実施した病院財務の規定要因に関する分析結果を報告する。

### 2. 病院の財務状況を分析した先行研究

経営母体の種類別もしくは種類間で病院の財務状況を分析した研究がこれまでなされてきているので、その分析結果をみていくことにしよう。

川淵・候(2003)は、国立大学附属病院の財務状況を分析した。すなわち、2001年度の貸借対照表と損益計算書、および2000年度の「国立大学附属病院経営管理指標」を用いて、全国の国立大学医学部附属病院の医業収支率(医業収入を医業費用で除した比率)に基づき、国立大学医学部附属病院の経営成績の評価を行い、医業収支率の規定要因をステップワイズ法により重回帰分析を行った。この分析によると、1)職員1人1日当たり入院診療収益、2)入院患者1人1日当たり放射線撮影治療件数、3)看護部門職員1人1日当たり外来患者数、4)外来新患率が高ければ高いほど、5)100床当たり年間医業費用、6)固定長期適合率が低ければ低いほど、医業収支率が上昇(改善)した。川淵・候(2003)の分析は、国立大学附属病院のみを対象とした分析であるが、外来患者を数多く確保し、費用を抑制することが、経営改善につながるようである。

小山田(2003)は、自治体病院と民間病院の財務状況を比較分析した。小山田(2003)は、1999年度の自治体病院と民間病院を比較したが、それによると、100床当たりの医業収入は自治体病院のほうが高いが、医業費用が自治体病院のほうが高い。結果として、前者を後者で除して100を乗じた医業収支比率は、民間病院が103.8%(黒字)、自治体病院が91.1%(赤字)である。自治体病院の医業費用が高い原因は、主として給与費や材料費にある。すなわち、平均給与月額と比較では、医師の場合に民間病院のほうが高いものの大きな差はなく、看護師の場合に自治体病院のほうが23%高く、準看護師、事務職員の場合に自治体病院のほうが50%以上高い。自治体病院の職員の勤続年数は長く、年功序列制になっているので、給与費が上昇してしまうのである。薬剤購入費については、自治体病院は購入単価を公開しなければならないので、業者は高く売らず、自治体病院の薬剤購入費は民間病院より高く、薬価差益は少ない。小山田(2003)の分析から、自治体病院の財務状況の悪化は、高費用体質にあり、さらにその原因は高い給与費と材料購入費に求められるようである。

なお、病院の経営母体別に平均給与額を比較した研究は、白髪(1999)によってなされている。白髪(1999)は、「病院経営実態調査報告」を用いて、1994年から1998年までの5年間にわたる常勤職員1人当たりの平均給与月額を、病院の経営主体別(国立・自治体(都道府県・指定都市)・自治体(市町村・組合)・その他(公的・医療法人・個人))に比較した。それによると、医師・歯科医師の給与は、医療法人・個人が高く、看護婦・准看護婦・薬剤師・その他の医療技術員の給与は自治体・国立が高く、事務職員の給与は国立・自治体が高いという結果を得ている。

根岸(2001)は、自治体病院のみを対象に赤字病院と黒字病院の特徴を比較分析した。根岸(2001)は、1999年度における自治体病院を赤字病院と黒字病院の観点から比較したが、それによると、病床利用率については、黒字病院が85.2%、赤字病院が83%であり、赤字病院が下回っていた。患者1人1日当たりの診療収入は、黒字病院のほうが上回っている一方で、医業収益に占める職員給与費は赤字病院のほうが上回っていた。根岸(2001)の分析から、自治体病院の財務改善のためには、病床利用率の引き上げ、職員給与費の抑制などが必要のようである。

野山(2002)は、融資先病院を対象に財務状況の分析を行った。そこでは、社会福祉・医療事業団の1999年度における融資先の病院が赤字病院と黒字病院に分けられ、比較がなされた。それによると、赤字病院は黒字病院より平均病床数、病床利用率、平均在院日数、病床1床当たり医業収益、従業員1人当たり医業収益が小さく、従業員1人当たりの年間給与費、医業収益に占める人件費比率、医療材料費比

率、減価償却費比率が高かった。野山(2002)から、病院を黒字にするためには、病床の有効利用、人件費や医療材料費などの抑制が重要のようである。

### 3. 調査の概要と使用データ

前節では、病院の財務状況を分析した先行研究を概観してきたが、ここからは、本論文のメインテーマである全国の病院を対象にした個票データによる病院の財務状況の規定要因の分析を行うことにする。この分析を行う前に、調査の概要について論じておこう。

アンケート調査は、日本病院会加入病院 2,621 施設に対して、名古屋大学大学院医学系研究科医療管理情報学教室が 2003 年 1 月に行ったものであり、回収数は 593 票(回収率は 22.6%)であった。

質問内容は、病院の株式会社化、ステークホルダーの重要性、会計の重要性、将来の方針、情報公開の重要性、病院組織、他の機関との連携、病院の概要、病院の母体などについて尋ねたものであり、本調査では、病院経営の財務状況についての質問と病院の概要、病院の母体についての質問から得られた回答を使用する。

病院経営の財務状況についての質問では、回答者に 5 段階の選択肢から回答を選んでもらっている。選択肢は、「1. 良い」、「2. やや良い」、「3. トントン」、「4. やや悪い」、「5. 悪い」の 5 段階である。数値が上がるほど、経営状況が悪化することを示している。ここでいう財務状況は、病院側からみた主観的な評価であり、病院側が感じる財務状況の良し悪しである。本論文で行う重回帰分析では、病院経営の財務状況について回答を被説明変数に用いる。説明変数に用いるのは、病院の概要と経営母体である。病院の概要とは、許可病院数、一般病床数、療養型病床数、1 日平均在院患者数、平均在院日数、病床利用率、入院病棟数、常勤職員総数、常勤医師数、常勤看護婦(士)数、薬剤師数、外来診療科目数、入院診療科目数、1 日平均外来数、MRI 数、CT 数、役職数であり、経営母体の分類とは、国立、都道府県市町村立、日赤、済生会、厚生連、社会保険団、公益法人、医療法人、学校法人、会社立、持分がない医療法人、財団法人、特定医療法人、特別医療法人、個人である。重回帰分析の目的は、病院属性のうちどのような要因が財務状況の良し悪しに影響しているかを明らかにすることである。

### 4. 分析結果

前節で述べたように、被説明変数に病院が評価した財務状況の悪化度を用い、説明変数として前節で述べた病院の概要と病院の母体の種類を用いて、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。被説明変数と病院の概要については、回答で得られた数値をデータとして用い、病院の母体の種類については、ダミー変数に置き換え、公益法人を基準とする 0 と 1 の数値に変換して、それをデータとして用いた。ステップワイズ法は、多くの説明変数の中から説明力のある変数を選択するために採用されたが、変数投入の基準は F 値の確率が 0.05 以下、変数削除の基準は F 値の確率が 0.1 以下とした。この基準は、使用した統計パッケージ SPSS のデフォルト値であるが、残った変数の数と変数の回帰係数の符号条件から適当であると判断されるため、この基準をそのまま採用した。なお、サンプル・サイズは欠損値の存在により、342 である。使用データの記述統計量は表 1 に、推定結果は表 2 に示されている。

表 1 使用データの記述統計量

連続変数	平均値	標準偏差
病院の財務状況(5段階)	3.36	1.207
許可病院数	283.40	208.962
一般病床数	239.26	203.360
療養型病床数	27.23	49.874
1日平均在院患者数	250.14	216.228
平均在院日数	51.01	135.631
病床利用率(%)	85.25	10.134
入院病棟数	12.32	38.831
常勤職員総数	306.35	253.015
常勤医師数	34.10	41.756
常勤看護婦(士)数	162.22	144.846
薬剤師数	8.46	8.288
外来診療科目数	12.50	14.143
入院診療科目数	10.19	6.324
1日平均外来数	606.81	572.793
MRI数	0.85	0.665
CT数	1.26	0.738
役職数	22.77	36.163
名義変数	サンプルに対する比率	
国立	0.0556	
都道府縣市町村立	0.2485	
日赤	0.0439	
済生会	0.0439	
厚生連	0.0322	
社会保険団	0.0322	
医療法人	0.3041	
学校法人	0.0146	
会社立	0.0292	
持分がない医療法人	0.0205	
財団法人	0.0468	
特定医療法人	0.0585	
特別医療法人	0.0058	
個人	0.0146	

表 2 推定結果

説明変数	回帰係数	t値
定数	4.855**	9.351
医療法人	-0.320*	-2.144
都道府県市町村立	0.670**	4.238
国立	0.884**	3.183
会社立	0.795*	2.164
病床利用率(%)	-0.020**	-3.271
平均在院日数	0.001**	2.889
adj.R2	0.143	

注)\*\*、\*はそれぞれ 1%水準、5%水準で有意であることを示す。

表 2 より、ステップワイズ法によって残った説明変数は、医療法人、都道府県市町村立、国立、会社立、病床利用率、平均在院日数の 6 つである。回帰係数の符号から、病院の母体が公益法人の場合と比べ、医療法人の場合には有意に財務状況は改善し、国立、都道府県市町村立、会社立の場合には有意に財務状況は悪化することがわかる。病床利用率については、その利用率が上がるほど、有意に財務状況は改善し、平均在院日数については、その日数は増加するほど、有意に財務状況が悪化することがわかる。

経営母体の観点から、医療法人の財務状況が良く、国立、都道府県市町村立、会社立の財務状況が悪いという結果が得られたが、これは国立と都道府県市町村立が採算のとれない政策医療を担当しているという側面はあるものの、補助金の投入がなく倒産のリスクがある医療法人と比べて、倒産の心配のない国立、都道府県市町村立、会社立は経営の効率化のインセンティブが弱いことが影響していると考えられる。第 2 節で行った先行研究のサーベイから自治体病院などでは、給与費や材料費の多さが財務状況の悪化を招いていると予想される。

病床利用率が高いほど、病院の財務状況が良いという結果は予想通りであり、平均在院日数が長いほど、病院の財務状況が悪いという結果は、在院日数の長期化により入院時医学管理料が逓減するためと考えられる。したがって、病院の財務状況を改善するには、平均在院日数を短くし、病床利用率を上げる必要があるだろう。この分析結果は、長谷川(1999)や小山(2001)の主張を実証的に裏付けるものである。ちなみに、長谷川(1999)は、医療保険制度において入院時医学管理料の在院長期化に伴う逓減や看護料の平均在院日数短縮に伴う増加の仕組みが組み込まれているので、急性期病院の基本戦略は、在院日数を減らして病院回転率を上げ、収入を増やすことであると主張し、小山(2001)は、急性期病院には、平均在院日数 20 日以内、紹介率 30%以上というハードルが用意されているが、勝ち組病院になるには、平均在院日数が短縮しても、利用率は低下しないことが必要であると主張している。

## 5. 病院の財務改善に向けて

最後に、病院の財務改善に向けた提言および動きに言及することにしよう。医療法人を中心とした民間病院については、前節でも述べたように、病床利用率を高い水準に維持したまま、平均在院日数を短くすること、すなわち病床回転率を上げることが要請される。そのための経営戦略が病院管理者に求められるだろう。

前節で明らかになったように、国立、都道府県市町村立、会社立の病院は相対的に財務状況が良くない。会社立の病院は、病院全体に占める比率も小さく、会社立の病院を維持していかは、会社にとっての存続のメリットとデメリットを会社自身が自分の体力との兼ね合いで判断すべき問題である。

国立病院については、依然として政策医療の観点から、1)危機管理(エボラ出血熱など)・国際医療協力・広域災害への対応、2)戦略的医療(ガンなど)、3)民間で対応困難な医療(エイズ、ハンセン病など)、4)国家的医療政策(DRG/PPS、DPC、新薬の治験、電子カルテの実施など)に特化した専門医療を担う役割を負っているものの、病院の財務改善に向けた動きがみられる。すなわち、2004年からの独立行政法人化(エージェンシー化)である。独立行政法人化に伴う大きな変化は、会計制度の官庁会計から企業会計への変更と使用内容を特定しない渡しきり運用交付金である。これにより事前関与から事後評価へと代わり、財務諸表などの公表が義務づけられる。このような情報公開に基づく運営の自由度が経営の効率化をもたらす期待されている。

都道府県市町村立病院、すなわち自治体病院は、国立、会社立の病院と比べても、病院全体に占める比率も大きい。自治体病院の財務状況の改善が日本における病院の財務状況の改善に大きく寄与することになる。自治体病院は、国立病院と同様に、高度医療、へき地、不採算地区の医療、精神・結核医療などを担うという公共性と地方公営企業としての経済性が求められるが、自治体病院が他の病院と大きく違うところは、地方公営企業法が適用されるという点にある。この点に関して、地方公営企業法の全部適用をテコにして、病院の財務を改善しようとする動きがみられる。地方公営企業法には、一部適用と全部適用があるが、一部適用では、病院長には財務の権限しか付与されていないのに対し、全部適用では、予算原案の作成、内部組織の設置、職員の任免、給与の取り扱いなどの幅広い権限が首長から管理者に委譲される。管理者は特別職として4年間の任期が約束され、相当の理由がない限り解任されることはない。責任と権限を管理者に集中することで、経営改善に寄与すると期待されている。小山田(2003)は、このようなことから、全部適用を取り入れる自治体が急増しており、岡山市や埼玉県など経営効果をあげている自治体病院もあると指摘している。

自治体立病院の経営の効率化のためのもう1つの動きが、地方独立行政法人制度である。これは、国による独立行政法人制度の導入にならって、地方も地方版の独立行政法人制度を導入しようというものである。不採算部門に対する一般会計による負担以外は、独立採算を原則として経営の効率化をはかる狙いがある。

## 参考文献

- ・岩崎榮、竹内実 1999 「対談・医療提供体制と在院日数」『病院』58(2):114-119。
- ・小山秀夫 2001 「社会の変革と病院経営」『病院』60(9):784-788。
- ・小山田恵 2003 「自治体病院におけるコスト管理の問題」『病院』62(8):647-653。
- ・川淵孝一、候しゆ 2003 「国立大学附属病院の現状と課題—法人化によってどう変わる」『病院』62(9):736-742。
- ・白髪昌世 1999 「国公立病院と民間病院の医療職賃金を比較する」『病院』58(11):1015-1019。
- ・根岸勇夫 2001 「検証・病院経営の現況と問題点」『病院』60(9):769-772。
- ・野山暉男 2002 「病院の増改築における融資審査のポイント」『病院』61(2):111-116。



- ・長谷川敏彦 1999 「日本の病院の平均在院日数」『病院』58(2):120-126。
- ・武藤正樹 2000 「国立病院の経営戦略」『病院』59(8):668-671。
- ・安田充 2003 「自治体立病院の現状と課題」『病院』62(3):182-188。

### Ⅲ 病院組織におけるビュロクラタイゼーション

京都大学 田尾雅夫

#### 1. 問題の所在

組織は一般に大きくなるほど、システムの稼働しなくなるとなる。図体が大きくなれば、いわばネットワークがよくなる。そして、効率的でなくなる。少しでも、その弊を避けるための人為的な工夫が施される。それが、官僚制化、つまりビュロクラタイゼーションである。この場合、ビュロクラシーとは、合理的なマネジメントのための方策として考えるべきで、官僚による支配という意味ではない。それは、上意下達のシステムの明確な構築であり、恣意的な命令や評価の排除、文書による伝達などによって特徴づけられている。少ないコストで便益を最大化させるためには、このシステムが(異論は多いが)もつとも相応しいとされている。

組織規模とビュロクラタイゼーションの関係を、実証的に明らかにした研究は、ブラウ&シェーンハー(Blau & Schoenherr, 1971)を嚆矢として多い。規模が大きくなるほど、管理のためのシステム整備を並行させなければならないのである(Kimberly, 1976、Daft & Becker, 1980、Bluedorn, 1993 など)。組織として未熟なグラスルーツのNPO できても、サイズによって大きくシステムを変化させる(田尾, 2003)。

当然というべきであるが、通常の経営がサイズの影響を避けられないのであれば、病院などのヒューマン・サービス組織も例外ではあり得ない。むしろ、ヒトを相手とするヒトの組織であるために、つまり、労働集約的組織であるために、いっそうサイズによる影響は大きいと考えられる。サイズの管理が、組織の成果に密接に関連しているであろうと考えられる。本論では、病院組織におけるサイズの影響を考えたい。サイズが大きくなることで、経営においてどのような効果を有するかということである。

#### 2. 論点

サイズは、組織という経営体に、なぜビュロクラタイゼーションを促すか。一般的にいえば、サイズが大きくなると、だれが何を、どのようにしているか、経営者や管理者が把握できなくなるからである。つまり、コントロール可能性が低下する。サイズが小規模でも細部の把握は難しく、コントロールが難しいことは多々あることである。まして、大きくなると、細部だけではなく、肝心なところさえも把握できなくなる。肝心を掴め切れなければ、作業過程が可視的に理解できなくなり、したがって、制御できなくなる。細部を捉えきれなくなるということは、サービスの分野、とくに(医療や福祉などのような)対人的な関係では、致命的な問題にいたることがある。マネジメントとして全体を見通せなくなると、細部が勝手に考え判断して、過失や事故などが起こりやすくなる。一般的にいえば、マネジメントのために、規則による統一を行う。それぞれが勝手に判断したり行動したりしないようにしたい。といいながら、通常、大きくなると目が届かなくなる。したがって、文書による伝達などをキチンと行

って文書主義を徹底させる。もし間違っただけをすれば、逸脱するようなことがあれば、それに対する制裁を厳しくする。それらを明細に記述することで、だれがしても同じ結果になるように仕組みをつくるのである。この過程が、ビュロクラタイゼーションである。

逆の論点もある。組織はサイズを大きくしようとする。マネジメントの成功ということは、規模の経済につながっている。コストの節減とは、組織が大きくなることによって可能になる。マネジメントの成功とは、サイズを大きくできること、つまり、顧客を増やし、それに応える人員を増やし、売上高を増やすことである。

しかし、サイズの拡大は、その組織の社会へのプレゼンスを大きくする。目立つようにさせる。目立たないまでも、社会的に果たすべき責任は大きくなる。個人商店、零細企業、中小企業、大企業、グローバル企業にあるほど、単なるサイズとの相関以上に、その社会に与える影響は大きくなるを得ない。社会に対して何を発するかということが、利益を上げるとか収支の黒字など以上に重要になる。メセナとかフィランソロピーなどが喧伝されるのは、このような事情が背景にある。大きくなるほど、そのコストを負担しなければならなくなる。サイズを大きくすることが経営的に成功であるとすれば、社会的責任というコストを積極的に担うべきである。

### 3. 病院におけるサイズの問題

サイズに関する議論は、病院も例外ではない。医療や福祉はいつそうサイズに関する議論は重要である。医療の場合、小さな医院からはじまって、大規模な病院に至り、さらに近年では、それがチェーン化しようとしている。組織として極端に大きい病院もある。その分散は非常に大きい。分散が大きいからこそ、ビュロクラタイゼーションにもさまざまな程度が見られると考えられる。マネジメントの議論も、その程度において工夫が欠かせなくなる。

つまり、大きくなれば、それに相応したビュロクラシーのシステム設定が要る。可視性を増すような、標準化や公式化による工夫が欠かせなくなる。それは、たとえば、役職者の設置であり、院長補佐職を置いたり、企画立案を担当する部門を置いて戦略を練ったり、あるいは当然のことながら職務規定も定めるようにすることである。本格的にシステムとしての整備を真剣に考えざるを得なくなる。勝手主義を放任する経営体であっては困るのは当然である。

また、他方、サイズが大きくなれば、ビュロクラシーとしての整備に限ることではない。ビュロクラシーのシステム設定と表裏一体の関係にあるといえるが、大きくなれば、社会的なプレゼンスを大きくする。それが何をしているかが問われるようになる。内部へのマネジメント的な対応だけでなく、外部に向けた対応も欠かせなくなる。つまり、病院が果たすべき社会的な責任についても、当然、配慮すべきである。それは、会計を重視し、情報公開にも関心を向けざるを得なくなることとほぼ同じことである。

### 4. 仮説

本論では、病院について、規模、つまりサイズが大きくなるとともに、システムとして整備がなされ、その結果として、マネジメントが必要とされる過程を明らかにしたい。

なお、アンケート項目やサンプルなどの調査法、回収率など結果についての記述など調査の枠組みについては、前回の報告書を参照されたい。

## 5. 分析

### 5.1 サイズ変数

まず、病院におけるサイズとは、どのような概念で捉えられるかについて考えた。サイズとして、以下のような変数を設定した。これらはとくに新しいことはなく、すべてから議論されている変数である(ただし、付加的に言えば、病院という特異な組織でしか議論できないために、ほかの経営体との比較はできない。したがって、普遍的なサイズ変数としては考えられない。しいて言えば、患者数が、一般的な尺度としては、クライアント数として比較可能な尺度になる)。

- ・許可病床数    ・一般病床数    ・療養型病床数    ・在院患者数 1 日平均
- ・平均在院日数    ・病床利用率    ・入院病棟数    ・常勤職員総数    ・常勤医師数
- ・常勤看護師(准を含む)    ・薬剤師数    ・外来診療科目数    ・入院診療科目数
- ・1 日平均外来数・MRI 数    ・CT 数    ・役職数(院長以下部長、課長などの職名をもった人の数)

(追加的にボランティアの数をアンケート項目に入れたが、直接にサイズ要因とはし難いので分析から削除した)

以上の変数は、病院を議論する場合に用いられるサイズ要因としては、通常、使用されているものをほぼすべて網羅している。

以上の変数の相互関係を示したのが表 1 の相関マトリックスである。

表 1 サイズ変数に関する因子分析

	成分		
	1	2	3
B-1-①: 病院の概要: 許可病床数	.917	.164	-.039
B-1-②: 病院の概要: 一般病床数	.960	-.052	-.044
B-1-③: 病院の概要: 療養型病床数	-.235	.685	.101
B-1-④: 病院の概要: 在院患者数一日平均	.847	.230	-.038
B-1-⑤: 病院の概要: 平均在院日数	-.202	.701	-.145
B-1-⑥: 病院の概要: 病床利用率	.146	.634	.101
B-1-⑦: 病院の概要: 入院病棟数	.118	.000	.960
B-1-⑧: 病院の概要: 常勤職員総数	.963	.101	-.019
B-1-⑨: 病院の概要: 常勤医師の数	.937	.004	-.052
B-1-⑩: 病院の概要: 常勤看護師数	.968	.056	-.031
B-1-⑪: 病院の概要: 薬剤師数	.926	.018	-.046
B-1-⑫: 病院の概要: 外来診療科目数	.443	-.116	.075
B-1-⑬: 病院の概要: 入院診療科目数	.841	-.120	.080
B-1-⑭: 病院の概要: 1 日平均外来数	.902	-.085	-.032
B-1-⑮: 病院の概要: MRI 数	.763	-.045	.016
B-1-⑯: 病院の概要: CT 数	.825	-.006	-.027
B-1-⑰: 病院の概要: 役職数	.442	.025	.122

注)主成分分析による。

とくに注目してよいのは、常勤職員数と常勤医師、常勤看護師、薬剤師の相関係数がそれぞれ 0.906、0.945、0.905 であり、事例数が 550～560 であれば、ほぼ同じことであるといつてよい。また、認可された病床数と一般病床数も、相関係数は 0.929、認可された病床数、一般病床数と常勤職員数の相関係数も 0.911、0.918 である。これらもほぼ同じであることを意味している。

以上の相関関係が示唆していることは、病院におけるサイズは、きわめて単純な構造を有しているのではないかということである。

そのことを確認するために、以上 17 変数について因子分析を行った。主成分分析によって、固有値 1 以上の因子は 3 つ抽出された。結果は表 2 のようである。第一因子がほかの因子に比べるとはるかに大きな説明分散を有して (55.2%)、サイズはほとんどこの因子によって説明できるようである。それは許可病床数、一般病床数、在院患者 1 日平均数、常勤職員数、常勤医師数、常勤看護師数、常勤薬剤師数、入院診療科数、1 日平均外来患者数、MR 数、CT 数に大きく負荷し、それについて、外来患者数、役職者数に、多少数値が下がるが、この因子への負荷が大きい。なかでも、常勤看護師数=0.968、常勤職員数=0.963、一般病床数=0.960 の因子負荷量が抜きんでて大きい。これらが、病院という組織を典型的に理解するためのサイズ要因である。いわゆる大きな病院とは、以上のような変数で捉えられることである。病床数が多ければ、在院患者数も多く、医師も看護師も薬剤師も、全体の職員数も多くなる。

相関マトリックスの結果を重ねていえば、病院サイズとは、従来からいわれていたように、一般病床のベッド数であり、常勤職員の員数であるという従来の考えを確認することになった。

なお、外来患者と役職者数は、ほかの変数に比べると、ただちにサイズに関連するとはいえないかもしれない。病床数が増えても、役職者が増えることは増えるが、患者が増えるほどには増えないということである。経営的に判断の余地が残されるということであろう。なお、これらは表 1 の相関マトリックスからも、これらの変数は相互に高く相関し合い、多少は推測できることである。

問題は、それ以降である。第二因子 (説明分散は 8.8%) に高く負荷しているのは、療養型病床数、平均在院日均数、病床利用率である。療養のために在院日数が長くなるということは、療養型の病院に特徴的なサイズ因子で、別個の因子となったことは、これらのサイズは一般病院の特性を代表しないことを示唆している。

また、第三因子は、入院病棟数だけに負荷する因子である。負荷の分散も大きくない (5.9%)。一般的なサイズ要因とも療養型病院の要因とも連動しない、それ自体、マネジメントの裁量で変化するといえる。大きな病棟を建てるか、それとも分散させるかである。とりあえずサイズ要因とは考えないほうがよいであろう。

## 5.2 ピュロクラタイゼーション変数

以下、ピュロクラタイゼーションに関する変数との相関分析を行う。N=452～566 である。以下で有意性の水準の判断は 1% 以下として考える。必要に応じて 5% 水準で記述することもある。

なお、サイズ要因を、冗長さに配慮して、必要に応じてほかの要因と関連させることもあり得るが、とりあえずは一般病床数で代表させる。紙面の都合で割愛するが、ほかのサイズ要因でもほぼ同じような傾向がみられる。また、以下の相関マトリックスの掲載は紙面の都合で割愛した (結果はほぼ同じ傾向を示すので、逐一掲載することは冗長になる)。

### 5.2.1 階層数との関係

サイズが大きくなれば、階層数は大きくならざるを得ないと、一般には考えられている。般病床数と階層数は