

0.359($p < 0.01$)で有意に一般病床数と階層数(この場合、医師の階層数で代表されている。以下同じ)。ほぼ、第一因子に関する項目とは、同じ傾向である。

しかし、第二因子については、療養型病床数とは-0.151、平均在院日数とは-0.158 でマイナスの有意な関係がある。病床利用率とは、有意な関係がない。意味するところは、療養型では日常の介護が重視され、むしろヒエラルキーが発達しないということである。

なお、病棟数とは、有意な相関はない。

5. 2. 2 医長や課長という職種

サイズとともに、ピロクラットとしての役割の明確化があり得る。同じく、一般病床数でサイズ変数を代表させて、医長や科長という職位を設定しているかどうか、の有無との間で、サイズ変数の平均に関する有意性の検定を行う。「している」が、521 病院で、一般病床数の平均は 257.5、「していない」は 44 病院で、81.3 である。t 値は 5.629($F = 563$, $p < 0.01$)で差は有意である。

5. 2. 3 院長補佐職の設置

一般病床数と院長補佐職の有無の関係は、「ある」が 346 病院で、病床数の平均は 286.62、「ない」が、219 病院で、平均は 178.65 である。t 値は 6.29(自由度は 563, $p < 0.01$)で、補佐職をおいているほうが、有意に病床数は多い。

5. 2. 4 経営企画室の設置

一般病床数と経営企画室の設置の有無との関係は、「ある」が 208 病院で、平均は 291.03、「ない」が 335 病院で、平均は 218.12 である。t 値は 4.066(自由度は 541, $p < 0.01$)で、設置しているほうが、病床は多い。

サイズとともに、院長補佐をおいたり、経営企画室を設置したりということで、経営の役割が大きくなるというよい。

5. 2. 5 職務規定

一般病床数と職務規程の制定との関係について、規程が「ある」のは 531 病院、病床数の平均は 250.99、「ない」のは 30 病院で、平均は 142.67 である。t 値は 2.823(自由度 559, $p < 0.01$)であり、サイズとともに、役割の明文化、そして、文書化の必要が増すことを示唆している。

以上のことから、概して言えば、サイズとピロクラタイゼーションは大いに関係があると言ってもよいであろう。

5. 3 管理過程変数

5. 3. 1 会計の公開

サイズ変数をすべて使用することは、分析を冗長にする。それに一般病床数を代表させて、会計変数との関係を以下で考える。

最初は、財務情報を公開することとサイズの関係である。

一般病床数と地域住民に財務情報を公開することについての相関は、0.212($p < 0.01$)、患者に対して公開とは、0.149($p < 0.01$)、不特定多数に対しては、0.153($p < 0.01$)、職員に対して公開との相関係数は、0.254($p < 0.01$)である。基本的には、サイズとともに、財務状況については公開の方向に傾いている。しかし、顕著とはいえないが、概しては、ピロクラタイゼーションとともに会計を重視するようになる。

5. 3. 2 情報公開

仮説としては、サイズとともに、情報公開の必要性を認識するようになるのではないと考えられる。サイズ変数

を一般病床数で代表させ、それと情報公開の重要性との相関を見ると、地域に向けての情報公開(健康教育)の重要性との相関は、0.213($p < 0.01$)、不特定多数に向けて情報公開(健康教育)との相関は、0.149($p < 0.01$)、患者に向けて診療情報の提供との相関は、0.171($p < 0.01$)、地域に向けて情報公開(自院の情報)との相関は、0.163($p < 0.01$)、不特定多数に向けて情報公開(自院の情報)との相関は、0.159($p < 0.01$)である。

さらに、この結果を補強するために、常勤看護師の人数との相関を示した。それと情報公開の重要性との相関を見ると、地域に向けての情報公開(健康教育)の重要性との相関は、0.214($p < 0.01$)、不特定多数に向けて情報公開(健康教育)との相関は、0.153($p < 0.01$)、患者に向けて診療情報の提供との相関は、0.178($p < 0.01$)、地域に向けて情報公開(自院の情報)との相関は、0.157($p < 0.01$)、不特定多数に向けて情報公開(自院の情報)との相関は、0.162($p < 0.01$)と、ほぼ同じような結果である。

それぞれ数字としては、非常に高いとはいえないが、有意な相関である。基本的には、サイズが大きくなると言うことは、経営体としてのプレゼンスが大きくなり、社会的な責任を自覚して、情報公開への関心を深めると読みとってよいであろう。

しかし、これだけでは、それを必ず促すであろうという因果の関係を想定することは難しい。

5. 3. 3 将来の方針の策定

方針との策定との関係は有意ではない。増改築の予定はあるかとは、多少の相関はある(0.088、 $p < 0.05$)程度である。

5. 3. 4 財務状況

財務状況のよい・悪いの評価との相関は有意ではない。つまり、サイズが大きいということは、現実の組織の評価とは関係がないということである。

なお、第2因子、第3因子の項目との相関は、ほとんどない。あるとしても低い相関である。

概していえば、サイズは社会的なプレゼンスを高め、それに対応したマネジメントを必要とさせる方向に舵を切らせることは疑いないといってよいであろう。

6. 論点整理

病院におけるサイズの効果について概観すれば、1 つは、サイズによって、ビュロクラタイゼーションはあり得るかということであり、もう1 つは、そのビュロクラタイゼーションは成果を得ているかということである。

前者についていえば、サイズが、ビュロクラシーの程度を規定していることは、明らかである。また、プレゼンスが大きくなり、社会的な責任も果たす方向にある。具体的にいえば、チェーン化を進めたり、それほどでなくとも、ベッド数を各段に増やす、それに対応して医師や看護師を多く雇用すればするなどすれば、マネジメントのためにはビュロクラタイゼーションは必至のことである。それができなければ、組織としての体裁が維持できなくなる。

しかし、本論文では、その現象を示しただけであり、その仮説が、因果関係を含めて十分に証明されたとはいえない。なぜ、どのようにについては、さらなる議論が要るであろう。要因関係を仮説として明確に示して、実証的な議論の展開が待たれる。今後の課題としたい。その際、直接的な要因関係ではなく、仲介する要因を考えなければならない。

サイズが即ビュロクラシーに繋がるほど、組織の構成は単純ではないからである。マネジメントが関わることによ

って、大きくなっても硬直を避けることはできる。病院という組織をフレキシブルにするのは、マネジメントの役割である。プロフェッショナルの組織としての病院は、本来、単純にビュロクラシーではあってはならない。サイズに伴う組織変化をむしろ、どのように活かすかということである。

実際的には、サイズとビュロクラシーよりも、サイズとマネジメントの関係がむしろ真剣に議論されるべきである。

引用文献

- i) Blau, P.M., Schoenherr, R.A., 1971, *The Structure of Organizations*. New York: Basic Books.
- ii) Bluedorn, A.C., 1993, Pilgrim's progress: Trends and convergence in research on organizational size and environment. *Journal of Management* 19(2):163-191.
- iii) Daft, R.L., Becker, S.W., 1980, Managerial, institutional, and technical influences on administration: A longitudinal analysis. *Social Forces* 59(2):392-413.
- iv) Kimberly, J.L., 1976, Organizational size and the structuralist perspective: A review, critique and proposal. *Administrative Science Quarterly* 21(4):571-597.
- v) Tao, M., 2003, Organizing of grassroots associations: The case of Japan. *The Kyoto University Economic Review* 72(1/2):23-34.

IV 病院におけるボランティア受け入れの戦略的意図

東京福祉大学 桜井政成

1. はじめに

1.1 病院ボランティアの現状

わが国の病院でのボランティア受け入れは、近年急激に広がっている。中山(1998)が1996年に333の大学病院及び臨床研修指定病院を対象に行った調査によれば、ボランティアの導入状況は、導入済み 43%、導入検討中 23%、未導入・未検討 34%であった。特に、大学病院、国立病院に比べ、地方自治体立病院、その他の病院での導入率が有意に高いことが認められた。

わが国での病院ボランティアの始まりは1960年代にさかのぼる。1962年に淀川キリスト教病院が3人の美容師をボランティアとして受け入れたことがその端緒であったとされている(日本病院ボランティア協会 2001、中山 1998)。近年の病院ボランティアの急激な広がりには次の2つの背景が存在していると中山(1998)は指摘する。1点目は、1995年の阪神・淡路大震災によるボランティア活動に対する社会的認識の高まりである。その後の1998年の特定非営利活動促進法の成立などもその認識の高まりに拍車をかけていると言えるだろう。2点目は、患者が医療へ求めるものの変化である。近年患者は、医療に対してより高度な医療技術のみならず、よりよいアメニティを求めるようになってきている。すなわち、病院は現在、地域住民がボランティア活動をしたというニーズへ対応することが求められており、さらにはそのボランティアを活用することで、患者サービスを向上

させることも求められているのである。¹²

1. 2 病院がボランティアを受け入れる視点

しかしながら、安易なボランティアの受け入れは病院にとってもボランティアにとっても良い結果を生まないことが多い。ボランティアに対しては、一般的な従業員とは異なった組織的対応やマネジメントが必要とされている。田尾(1999)は、ボランティアのモチベーション管理に関して、「通常の会社組織に比べると、その折り合うところは、自主性や自発性に重心を移すようなことがあり得る。しかし、まったくその方向だけに傾くことはない」と、企業の従業員とボランティアの管理の違いについて言及している(田尾 1999: 37)。Pearce(1993)によれば、ボランティアは組織から「予想以上の成果を生む存在」という積極的な評価と、「不安定で十分に期待できない存在」という消極的な評価の二通りの評価を受けることがあるが、これは両方ともボランティアの持つ「相当な程度の自由性」から起因しているという。ボランティアを受け入れる病院では、このようなボランティアの特徴を理解し、活動のよりよい成果に向けてボランティアという人的資源のメリットを最大限活かし、デメリットを最小限に抑えていく努力が求められる。

病院がボランティアを受け入れる上で重要なことは、何よりボランティアをどのような人的資源と位置づけるかという、「ボランティア受け入れの戦略性」を明らかにしておくことである。できれば明文化しておき、ボランティア、病院スタッフの双方が共通的に理解できるようにしておくべきであろう。ボランティアにとってはその病院がどのようなスタンスでボランティアを受け入れているのかを理解できるし、病院スタッフもボランティアに対してどのような対応を取ればよいのか、判断に迷わずにすむ。

ところが、こうした「ボランティア受け入れの戦略性」は、たとえ明文化されていても、それをそのまま鵜呑みにできない場合もある。文章では美辞麗句を並べていても、その現実は大きく異なっているということはままたあることである。Mintzberg(1973)が述べるように、経営戦略とは意識的・明示的に策定されるものではなく、一連の意思決定の結果として形成されるものとして理解しなくてはならない。このため、病院におけるボランティア受け入れの戦略性についても、いかなる要因の影響によってその決定がなされているのかを考察する必要があると考える。ここでは、昨年度、本研究プロジェクトで行った調査データを用いて、病院のボランティア受け入れに対する諸要因の影響について明らかにしたい。

2. 調査の概要と分析

2. 1 調査の概要

本研究で用いられるデータは、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月に行った調査結果に基づいている。同調査は日本病院会加入病院2,621施設に対して、各病院の院長宛に1

1日本の病院ボランティア活動の発展に、「日本病院ボランティア協会」の活動が少なからず寄与していることは見過ごしてはならないだろう。同協会は1974年に病院ボランティアの健全な発展と推進のため、ボランティアグループの連合組織として34病院が加盟して発足した(日本病院ボランティア協会編, 2001)。2001年現在では140を超える病院が加盟している。

2 Wymer, Jr.(1999)の調査結果によれば、病院ボランティアは他の分野で活動するボランティアに比べて、次のような特徴を有していたという。それは、年齢層が高く、活動する団体へのコミットメントが高く、宗教心に富み、自尊心が高いといった特徴である。こうした病院ボランティアの特徴に関する調査分析は日本ではまだみられない。

通ずつの調査票を送付している。なお有効回答は 593 件である(回答率 22.6%)。

表 1 病院母体によるボランティア受け入れの有無

病院母体	ボランティアの受け入れ		計
	している	していない	
国	28	6	34
地方自治体	83	58	141
日本赤十字	19	3	22
済生会	9	17	26
厚生連	11	10	21
社会保険団	10	10	20
公益法人	14	12	26
医療法人	37	133	170
学校法人	4	3	7
会社立	4	8	12
持ち分がない医療法人	5	5	10
財団法人	7	17	24
特定医療法人	5	22	27
特別医療法人	0	2	2
個人	1	11	12
総計	237	317	554

表 2 病院母体によるボランティア受け入れ人数

病院母体	受け入れているボランティアの人数				計
	1人～9人	10人～49人	50人～99人	100人以上	
国立	4	8	4	4	20
地方自治体立	13	35	10	4	62
日本赤十字	3	7	2	3	15
済生会	3	3	0	0	6
厚生連	0	7	0	0	7
社会保険団	2	6	1	0	9
公益法人	2	5	0	2	9
医療法人	7	11	1	2	21
学校法人	0	1	1	0	2
会社立	0	1	1	0	2
持ち分がない医療法人	2	2	1	0	5
財団法人	1	2	0	0	3
特定医療法人	0	3	1	0	4
特別医療法人	0	0	0	0	0
個人	0	0	0	0	0
総計	37	91	22	15	165

2.2 ボランティア普及状況と平均人数

調査対象病院におけるボランティア受け入れの状況を把握するために、ボランティア受け入れの有無と受け入れているボランティアの平均人数³について、病院母体および許可病床数による違いをみておきたい。

まず、病院母体によるボランティア受け入れの有無と、受け入れているボランティアの平均人数についての違いである(表1、2)。

調査結果からは、概してボランティアを積極的に受け入れている病院母体は、日本赤十字(86.4%)、国(82.4%)、地方自治体(58.9%)であった。逆にボランティア受け入れに消極的な病院母体としては、特別医療法人(0%)、個人(8.3%)、特定医療法人(18.5%)、医療法人(21.8%)が目立っている(ただし、特別医療法人についてはサンプル数が少ないことに注意する必要がある)。

病院母体別の受け入れボランティア人数については表2の通りである。それぞれの病院母体における病院数が表1の「ボランティアを受け入れている」病院数と一致しないが、それは無回答の病院があったためである。表2より、病院母体の違いに関わりなく、多くの病院では受け入れているボランティアの人数は10～49人の間であることが理解できる。

表3 許可病床数によるボランティア受け入れの有無

許可病床数	ボランティアの受け入れ		計
	している	していない	
～100	11	84	95
101～250	75	153	228
251～500	111	79	190
501～1000	52	10	62
1000～	9	1	10
計	258	327	585

続いて、許可病床数によるボランティアの受け入れ状況の違いについて見てみたい(表3)。

本調査のサンプルにおいては最も病院数が多い区分帯は許可病床数101～250のところであった。しかしそれとは関係なく、ボランティア受け入れは、概して許可病床数が増えるほど、受け入れている病院が増える状況にあることが分かった。

表4 許可病床数によるボランティア受け入れ人数

許可病床数	受け入れているボランティアの人数				計
	1人～9人	10人～49人	50人～99人	100人以上	
～100	3	4	2	0	79
101～250	16	23	5	3	40
251～500	20	41	10	8	6
501～1000	3	24	8	5	181
1000～	0	5	1	0	0
計	42	97	26	16	

しかし、では許可病床数が増えれば増えるほど、受け入れているボランティアの人数も増えるのかというと、単純にそうだとはいい難い。許可病床数区分帯別のボランティア受入人数については表4の通りである。また、許可

3 ここでのボランティアの人数とは、調査において「全ボランティア数」という形で尋ねた回答の値を用いている。

病床数区分帯別のボランティア受入数の差異について、F 検定(一元配置分散分析)によって分析した。その結果、 $p < 0.05$ の有意水準を満たす結果は得られず、従って許可病床数によって受け入れているボランティアの人数には違いがみられないことが分かった。

2.3 活動の内容

次に、各病院で取り組まれている具体的なボランティアの活動内容について調査結果を分析する。自由回答によって得られた記述を、同様な活動内容毎にまとめ、その数をカウントした。その結果は表 5 の通りである。

表 5 病院ボランティア活動の内容(複数回答)

活動類型	活動内容	団体数	全受け入れ団体のうちの割合
代替活動	院内環境の整備	71	27.5%
	看護・介護	31	12.0%
	送迎・移動介助	45	17.4%
	受付・案内	98	38.0%
補助活動	事務	7	2.7%
	レクリエーションやイベントの補助	19	7.4%
	患者サービス・手伝い	25	9.7%
	図書サービス・読み聞かせ	31	12.0%
独自活動	専門職ボランティア	36	14.0%
	交流	26	10.1%
	患者の代弁活動	1	0.4%

最も多くの病院で行われているボランティア活動内容は「受付・案内」の活動であった。これは診察申込書の記入の補助や、外来予約機の操作方法の案内や、外来受診者の院内案内などが含まれる。2 番目に多くの病院で行われている活動は「院内環境の整備」であった。これには院内の清掃、院外の園芸作業、洗濯や衛生材料の制作などが含まれている。その他、「送迎・移動介助」(外来の送迎や車いす介助)や、「専門職ボランティア」(各種療法の講師、理容ボランティア、ロビーコンサート等)も比較的多くの病院で取り組まれている活動内容であった。また、ユニークな活動内容として「患者の代弁活動」というところも 1 ヶ所みられた。

また、これらの病院ボランティアの活動内容は、病院職員の業務との関係性から次のような類型化が可能ではないかと考える。それは「代替活動」、「補助活動」、「独自活動」という 3 類型である。

「代替活動」とは、本来病院職員が行うべき業務をボランティアが肩代わりしている(させられている)活動内容を指す。この類型には「院内環境の整備」、「看護・介護」のボランティア活動が含まれる。こうした活動が取り組まれる理由には、病院があまり積極的にボランティアを戦略的な人員と捉えておらず、むしろ人員不足を補うための「無償の労働力」としてボランティアを利用する意向が強いことが考えられる。

「補助活動」とは、病院職員が行っている業務をボランティアがフォローしている活動である。この類型には「送迎・移動介助」、「受付・案内」、「事務」(チラシ作り、事務補助など)、「レクリエーションやイベントの補助」、「患者サービス・手伝い」(患者の身の回りの世話など)が含まれる。こうした活動が取り組まれる理由には、病院が患者へのサービス向上を目指し、よりきめ細やかな対応をボランティアによって実現しようとする意向があるのではないかと考える。

「独自活動」とは、病院職員が行っている業務からは独立してボランティアが独自の活動を展開しているものである。この類型には「図書サービス・読み聞かせ」(外来患者向け移動図書、患者用図書室の管理、小児病棟での絵本の読み聞かせなど)、「専門職ボランティア」、「交流」(患者の話し相手、小児病棟での勉強指

導や遊び相手など)、「患者の代弁活動」が含まれる。こうした活動が取り組まれる理由には、病院がボランティア活動のメリットを理解し、病院職員では行うことのできないサービスを、ボランティアを通じて患者に提供するねらいがあるものとする。

以上、本調査の結果からは、病院で取り組まれているボランティア活動は非常に多岐にわたっているが、その活動内容をつぶさに分析すると、病院によるボランティア受け入れの戦略性の違いによって、その活動展開にも違いがみられることが明らかとなった。

2.4 ボランティア受け入れ人数に影響を与える要因

病院がボランティアを積極的に受け入れる要因を明らかにするために、病院が受け入れているボランティアの人数を従属変数とした重回帰分析を行った。独立変数として用いた項目は、一般的に非営利組織の戦略策定に強い影響を与えているとされている「利害関係者」(外的要因)と「組織の規模と業績」(内的要因)の2種類である。

小島(1998)や小柳(2001)が明らかにしたように、非営利組織は利害関係者からの影響を経営戦略の設定や実行に色濃く受ける組織である。すなわち他の組織類型に比べ非常に環境依存度の高い、オープン・システムズの組織であるといつてもよいかもしれない(田尾 1999:151)。また、小柳(2001)はその非営利組織の資金提供者とサービス受給者が重複している場合、戦略の設定や実行にそのサービス受給者の意向が強く影響することをその調査結果の分析より言及している。このため、第一の仮説として、「病院のボランティア受け入れ戦略はステークホルダーの意向を強く受けている」という仮説を立てることができる。この仮説を実証するために、「ステークホルダーという概念を知っているか」、「地域への健康教育の重視」、「不特定多数への健康教育の重視」、「患者への診療情報公開の重視」、「地域への自院情報公開」、「不特定多数への自院情報公開」という6項目の質問を用意した。それぞれの項目は1から5までの5段階で、得点が高いほど組織が重視していることを表している。

また、戦略の策定を大きく左右するもうひとつの重要な要因として、組織の規模と業績が考えられる。Hasenfeld & Schimid(1989)が述べるように、ヒューマンサービス組織においてはそのライフサイクルに応じて、組織の戦略を革新させて、環境適応を図っていくことが重要となる。この仮説に基づいて、組織の規模と業績の段階を図るためのいくつかの質問項目を用意した。それは「許可病床数」、「療養型病床数」、「平均在院日数」、「病床利用率」、「入院病棟数」、「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」、の10項目である。

この重回帰分析の結果は、表6の通りである。

その結果、「患者への診療情報公開の重視」($p > .005$)と「病床利用率」($p > .05$)の2項目に有意な関係性がみられた。また2つの項目とも正の影響であった。

それぞれの独立変数の影響力についての解釈は以下の通りである。まず、「患者への診療情報公開の重視」の値が高いほど、受け入れているボランティアの人数が多いことについてである。これは、ステークホルダーとしての患者へのアカウンタビリティを重視している病院、すなわち患者へのサービス意識が高い病院ほど、ボランティアの受け入れに積極的であると理解することができるだろう。また、「病床利用率」の値が高いほど、受け入れているボランティアの人数が多いことについては、入院患者が多く忙しい病院であるほど、ボランティアの受け入

れに積極的であると理解することができるだろう。

表 6 重回帰分析結果

	標準化係数	有意確率	VIF
ステークホルダー概念の理解	-.045	ns	1.090
地域への健康教育	.012	ns	1.451
不特定多数への健康教育	-.073	ns	1.888
患者への診療情報公開	.347	***	1.637
地域への自院情報公開	-.184	ns	1.760
不特定多数への自院情報公開	.016	ns	2.048
許可病床数	-.018	ns	3.684
療養型病床数	.001	ns	1.818
平均在院日数	-.086	ns	2.080
病床利用率	.232	*	1.245
入院病棟数	-.100	ns	1.067
外来診療科目数	-.025	ns	1.244
入院診療科目数	-.058	ns	3.457
1日平均外来数	.044	ns	3.223
MRI数	.084	ns	3.018
CT数	.044	ns	2.840
F値	1.436		
R2乗	.158		

注)***P<0.005, **P<0.01, *P<0.05 従属変数: 全ボランティア人数

2.5 病院ボランティアの活動内容とボランティア受け入れ人数に影響を与える要因の関係

重回帰分析で明らかになったボランティア受け入れ人数に影響を与える要因である「患者への診療情報公開の重視」と「病床利用率」が、病院ボランティアの活動内容とどのような関係にあるのかを分析した。

病院ボランティアの活動内容については、既に調査結果より「代替活動」、「補助活動」、「独自活動」の3類型に分類されている。ただし実際には、どれか1つのタイプの活動が取り組まれている場合もあれば、いくつかの類型に含まれる複数の活動内容が1つの病院で展開されている場合もある。このため、3類型を手がかりとしながら、病院のボランティア受け入れのタイプについて、次のような2つのモデル仮説を構築した。

第1のモデルでは、病院のボランティア受け入れを、「代替活動」型、「補助活動」型、「独自活動」型、「代替活動+補助活動」型、「補助活動+独自活動」型、「代替活動+独自活動」型、「代替活動+補助活動+独自活動」型の7タイプに分類した。これは3つの活動類型は並列なものであると考えて行われた区分である。このため、このモデルを便宜上「活動内容並列モデル」と呼ぶこととする。

第2のモデルでは、病院のボランティア受け入れを、「代替活動」型、「代替活動を包含した補助活動」型、「代替活動及び補助活動を包含した独自活動」型の3タイプに分類した。これは3つの活動類型は、「代替活動」よりも「補助活動」が上位的であり、「補助活動」よりも「独自活動」が上位的であると考えて行われた区分である。このため、このモデルを便宜上「活動内容段階モデル」と呼ぶこととする。

4 この結果については、「療養型病床数」や「平均在院日数」はボランティア受入数に有意な影響が見られないことから、回転率に関係なく、入院患者が多い病院であるほど、ボランティア受入数に正に影響していることがいえる。

このような 2 つのモデル仮説に基づき、「患者への診療情報公開の重視」と「病床利用率」を従属変数とする F 検定（一元配置分散分析）を行った。表 7、表 8 は、F 検定の結果及びタイプ別の「患者への診療情報公開の重視」と「病床利用率」の平均値である。

「活動内容並列モデル」による F 検定においては、「患者への診療情報公開の重視」及び「病床利用率」の双方ともボランティア受け入れのタイプによる有意な差異はみられなかった。しかしながら、「活動内容段階モデル」による F 検定においては、「患者への診療情報公開の重視」において、低い F 値ではあるが、差異が有意であった。また、活動内容段階がより上位のタイプになるほど、「患者への診療情報公開の重視」の平均値が高まっていることが見て取れる。このため、患者へのサービス意識が高い病院であるほど、ボランティア活動の内容も職員の補助的な活動ではなく、より多彩な患者満足を高める活動を行っている、と言えるだろう。

表 7 活動内容並列モデル

	「代替活動」型	「補助活動」型	「独自活動」型	「代替活動+補助活動」型	「補助活動+独自活動」型	「代替活動+独自活動」型	「代替活動+補助活動+独自活動」型	F 値	有意確率
患者への診療情報公開の重視	4.89	1.28	1.21	1.36	1.22	1.17	1.16	0.96	ns
病床利用率	85.77	85.63	85.37	86.26	88.99	78.6	87.78	0.78	ns

表 8 活動内容段階モデル

	「代替活動」型	「代替活動を包含した補助活動」型	「代替活動及び補助活動を包含した独自活動」型	F 値	有意確率
患者への診療情報公開の重視	4.89	1.31	1.20	3.40	*
病床利用率	85.77	85.84	86.88	0.23	ns

3. まとめ

本稿で明らかになった重要な点は次の通りである。まず、病院のボランティア受け入れには、「患者への診療情報公開の重視」と「病床利用率」の 2 つの要因が正の影響を与えていることである。この結果より、患者へのサービス意識が高い病院、入院患者が多く忙しい病院において、ボランティアの受け入れは積極的に行われると考えられる。また、活動内容との関係を分析した結果、ボランティア活動の内容として患者重視の活動を行っている病院では、「患者への診療情報公開の重視」の値も高かった。

結論として、患者の顧客満足度を高めようとしている患者サービス意識の高い病院では、ボランティアも積極的に受け入れており、その活動内容もユニークであると言えるだろう。その一方で、患者サービス意識の低い病院では、穿った見方をすれば職員が業務に追われて忙しいために、ただ人員不足を解消するためにボランティアをいよいよ利用しているといえなくもない。どちらの病院の方が、患者にとってもボランティアにとっても満足度が高いのかはいまでもないだろう。また、ボランティアは単なる無償の労働力というだけでなく、地域に住む、潜在的な患者層でもある。ボランティアの満足度を高めることは、病院のイメージ向上と新たな顧客獲得にも少なからずつながっている。病院が顧客の信頼と支持を得ようとしたときには、ボランティアの受け入れと活動内容の充実に力を入れることは大きな意味を持っていると考えられるだろう。

参考文献

- ・Hasenfeld, Y., Schmid, H., 1989, The life cycle of human service organizations: An administrative perspective. *Administration in social work* 13:243-269.
- ・小島廣光 1998 『非営利組織の経営:日本のボランティア』 北海道大学図書刊行会。
- ・小柳宣子 2001 「非営利組織の目標設定と成果評価に利害関係者が及ぼす影響:在宅福祉サービス業を事例として」 『ノンプロフィット・レビュー』1(1):41-51。
- ・Mintzberg, H., 1973, Strategy making in three modes. *California Management Review* 16(2):44-53.
- ・中山博文 1998 「急速に普及しつつあるわが国の病院ボランティアの現状」 『病院』57(4):377-378。
- ・日本病院ボランティア協会編 2001 『病院ボランティア』 中央法規。
- ・Pearce, J. L., 1993, *Volunteers: The Organizational Behavior of Unpaid Workers*. ROUTLEDGE.
- ・田尾雅夫 1999 『ボランティア組織の経営管理』 有斐閣。
- ・Wymer, Jr., Walter, W., 1999 Hospital volunteers as customers: Understanding their motives, how they differ from other volunteers, and correlates of volunteer intensity. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing* 6(2/3):51-76.

V 株式会社等の病院経営参入問題～開設主体による意識の相違～

東海大学 堀 真奈美

1. はじめに

これまで、我が国の医療では非営利性が強調されるあまり、経営主体としての医療機関の健全性・安定性といった議論があまり重視されてこなかった。しかし、経済基調の低下や医療保険財政難を背景とした診療報酬マイナス改定や患者の自己負担増、病床区分の届出といった医療機関をとりまく環境変化の中で、医療機関が経営やマネジメントを意識しないですむという時代は過去のものになろうとしている。

このような中、近年、株式会社等による医療機関への経営参入問題が公の場で議論されるようになっていく。総合規制改革会議¹や経団連²など財界を中心とする肯定派(推進派)が、経営の近代化・効率化やサービスの改善に焦点を当て参入を主張するのに対し、医師会³など否定派(慎重派)は、利潤確保のための医療費高騰の懸念、不採算医療の切捨て(地域の適切な医療の確保への支障)に焦点をあてそれを拒んでおり、両者の議論は平行線のままである。この問題は、今後の我が国の医療提供体制のあり方を左右する重要な問題であり、解決には社会的な合意を得られることが必須であるが、議論のために必要な基礎資料がそろっているとは言いがたく、具体性のない抽象論や感情論も少なくない。

1 <http://www8.cao.go.jp/kisei/>参照。

2 <http://www.keidanren.or.jp/indexj.html>参照。

3 <http://www.med.or.jp/>参照。

そこで、我々は、議論を行う上での基礎資料を得る目的で「医療機関における営利・非営利性問題」を問う探索的な調査研究を行うことにした(実施主体:名古屋大学医療管理情報学)。本稿では、まず、この調査で得られたデータを用いて、営利・非営利性問題について医療機関の開設主体による意識の相違があるかどうかを検討する。次に、医療提供体制を考える上で最も重要であると考えられる「株式会社の病院経営」と「医療法人制度」に対する質問項目に焦点をあて、医療機関の属性やとりまく環境がこれらの回答とどのような関係があるのかを明確にする。最後に、これらの結果をふまえて、株式会社等の病院経営問題について若干の考察を加える。

2. 調査の概要

2003年1月、日本病院会加入病院2,621施設の院長宛に「医療機関における営利・非営利性問題」の意識を問うアンケート調査票を郵送した。調査項目は、「A1-1.病院の営利・非営利性」から「B4.理事長の医師資格」の有無まで多領域多項目にわたるが⁴、本稿の報告で使用するのは、「A1-1.病院の営利・非営利性(8項目)」、「A1-2.株式会社の病院経営(5項目)」、「A1-3.株式会社のメリット(4項目)」、「A5.情報公開の重要性(5項目)」、「A8.医療法人制度(7項目)」、「B1.病院の概要(17項目)」、「B2~4.属性(各1項目)」の領域に属する項目である(表1)。なお、このうち、B1以外の項目は全て順序尺度ないしは名義尺度でとられた質的データである⁵。また、表1には記載していないが、医療機関の所在地データと地域医療調査等で公開されている病院数、許可病床数を収集し、医療機関をとりまく競争環境を代表すると思われる指標(競争密度、地理アクセス、病床占有率)を作成した⁶。

3. 分析の方法

まず、回答を得た医療機関の記述統計を確認したのち、順序尺度のクロス集計表(L×M分割表)を分析する手法であるクラスカル・ウォリスの順位和検定⁷を行い、各質問項目に対する開設主体による意識の相違の有無を検討した⁸。

4 「A1-1 病院の営利・非営利性」、「A1-2 株式会社の病院経営」、「A1-3 株式会社のメリット」、「A2 ステークホルダー」、「A3 会計の重要性・病院の財務」、「A4 将来方針」、「A5 情報公開の重要性」、「A6 病院組織」、「A7 連携」、「A8 医療法人制度」、「A9 医療について」、「B1 病院の概要」、「B2~4 属性」という領域がある。

5 1.賛成、2.やや賛成、3.どちらとも言えない、4.やや反対、5.反対というように、1が肯定、5(3段階の場合は3)が否定になるように設定。該当するもの全てを選択する質問形式の場合は、0.該当なし(いいえ)、1.該当あり(はい)というようにダミー変数化した。

6 これらの指標を質的データ(順序尺度)に変換したものを分析では使用した。

7 厳密に考えると、本調査のデータは、無作為抽出で得られたサンプルではないため、そもそも統計的な有意差検定を適用できないと考えることも可能である。ここでは、便宜上、無作為抽出と同等であるとみなし分析を行っている。

8 より具体的にどの開設主体とどの開設主体の回答間に差があるかを明らかにするには、多重比較を行う必要がある。ここでは、全体として、有意差があるかどうかを検定し、有意差が見られた項目についての結果表の読み取りをしているにすぎない。

表 1 項目一覧

領域	番号: 質問項目(選択肢)	尺度
非営利・営利性	A-1-1-1: 意識したことがあるか(1~5)	順序
	A-1-1-2-1: 配当がない(0~1)	順序
	A-1-1-2-2: 公共性がある(0~1)	順序
	A-1-1-2-3: 免税がある(0~1)	順序
	A-1-1-2-4: 利益追求でない(0~1)	順序
	A-1-1-2-5: 利益のみを追求しない(0~1)	順序
	A-1-1-2-6: 持分がない(0~1)	順序
	A-1-1-2-7: 株式会社でない(0~1)	順序
株式会社の病院経営	A-1-2-①: 総論として(1~5)	順序
	A-1-2-②: 上場会社の病院経営(1~5)	順序
	A-1-2-③: 非上場会社の病院経営(1~5)	順序
	A-1-2-④: 既存病院の株式会社化(1~5)	順序
	A-1-2-⑤: 病院の株式上場(1~5)	順序
株式会社のメリット	A-1-3-①: 資金調達容易さ(1~5)	順序
	A-1-3-②: 非営利制限が外れる(1~5)	順序
	A-1-3-③: 営利事業への参入の容易さ(1~5)	順序
	A-1-3-④: 他病院との提携、買収の容易さ(1~5)	順序
情報公開の重要性	A-5-①: 地域に向けて健康教育(1~5)	順序
	A-5-②: 不特定多数に向けて(1~5)	順序
	A-5-③: 患者に向けて(1~5)	順序
	A-5-④: 地域に向けて自院の情報(1~5)	順序
	A-5-⑤: 不特定多数に向けて(1~5)	順序
医療法人制度	A-8-1: 医療法人制度について(1~3)	順序
	A-8-2-①: 他の制度がよい(1~5)	順序
	A-8-2-②: 持分を放棄すべき(1~5)	順序
	A-8-2-③: 財団法人になるべき(1~5)	順序
	A-8-2-④: 特定医療法人になるべき(1~5)	順序
	A-8-2-⑤: 医特別医療法人になるべき(1~5)	順序
	A-8-5-⑥: 持分限度額法人になるべき(1~5)	順序
医療(特徴)について	A-9-①: 人間の基本的ニーズ(1~5)	順序
	A-9-②: 情報の非対称性の存在(1~5)	順序
	A-9-③: 情報の非対称性の改善は可能(1~5)	順序
	A-9-④: 必要性の予測が不能(1~5)	順序
	A-9-⑤: 費用予測ができない(1~5)	順序
	A-9-⑥: サービスは無形(1~5)	順序
	A-9-⑦: 取り返しが見つからない(1~5)	順序
	A-9-⑧: フリーアクセスの重要性(1~5)	順序
	A-9-⑨: 価格が安いことへの重要性(1~5)	順序
	A-9-⑩: 質の重要性(1~5)	順序
	A-9-⑪: 機会コストの発生(1~5)	順序
病院の概要	B-1-①: 許可病床数	比例
	B-1-②: 一般病床数	比例
	B-1-③: 療養型病床数	比例
	B-1-④: 在院患者数1日平均	比例
	B-1-⑤: 平均在院日数	比例
	B-1-⑥: 病床利用率	比例
	B-1-⑦: 入院病棟数	比例
	B-1-⑧: 常勤職員総数	比例
	B-1-⑨: 常勤医師の数	比例
	B-1-⑩: 常勤看護師数	比例
	B-1-⑪: 薬剤師数	比例
	B-1-⑫: 外来診療科目数	比例
	B-1-⑬: 入院診療科目数	比例
	B-1-⑭: 1日平均外来数	比例
	B-1-⑮: MRI数	比例
	B-1-⑯: CT数	比例
	B-1-⑰: 役職数	比例
属性	B-2: 病院の機能	名義
	B-3: 病院の母体	名義
	B-4: 理事長の医師資格	名義

次に、「株式会社の病院経営」と「医療法人制度」についての意識と医療機関の属性(開設主体、病床規模、競争環境)との関係を明確にするために、カテゴリカル主成分分析(非線形主成分分析)⁹を行った。なお、得られたデータは、全てEXCELにて集計・加工処理を行い、データ分析には、SPSS(Ver.12)を用いた。

4. 調査の結果

表2 病院の開設主体と病床規模

開設主体	病床規模				合計
	100床以下	～300床以下	～500床以下	501床以上	
国立	2	14	11	4	31
公的	26	80	64	37	207
社会保険	3	8	8	1	20
医療法人	87	58	10	1	156
個人	8	4	0	0	12
その他	23	55	17	11	106
合計	149	219	110	54	532

※欠損値61は除く。

4.1 回答施設の記述統計

調査の回収率は、全体の約22.6%であり、合計593の病院から回答を得た¹⁰。欠損値があるため項目により有効回答数は異なるが、病院の開設主体に対する有効回答532のうち、国立病院が31(約5.8%)、公的病院(公立等含む¹¹)が207(約38.9%)、社会保険関連団体病院(以下、社会保険)が20(約3.8%)、医療法人が156(約29.3%)、個人が12(約2.3%)、その他が106(約19.9%)である¹²(表2)。これは、日本病院会会員の特徴でもあるが、公的病院の比率が実態よりもやや大きくなっている¹³。

9 カテゴリカル主成分分析(CATPCA)とは、線型モデルの主成分分析を非線形モデルに応用したものであり、カテゴリカル変数を数量化すると同時に、データの次元数を減らすための多変量解析の手法である。代表的な使用目的としては、①得られた数量化と成分負荷を利用することで、各項目に対するカテゴリ間関係を視覚的に表示、②計算されたオブジェクトスコアにより、類似した反応を示すケースを特定することなどがあげられる。本稿では、前者の目的のため使用している。なお、総ての変数が多重名義の場合は、多重コレスpondens分析(等質性分析)と同等である。

10本調査は、回収率が低いため、一般化するには一定の考慮が必要である。

11 ここでは、都道府県市町村立、日赤、済生会、厚生連が含まれる。注12参照。

12調査の段階では、開設主体の種類は、①国立病院、②都道府県市町村立、③日赤、④済生会、⑤厚生連、⑥社会保険団、⑦公益法人、⑧医療法人、⑨学校法人、⑩会社立、⑪持分がない医療法人、⑫財団法人、⑬特定医療法人、⑭特別医療法人、⑮個人と15に区分されているが、分析では、国立、公的(②～⑤)、社会保険、医療法人、個人、その他(⑦⑩～⑭)の6区分に再分類したものをを使用した。

13「医療施設調査」によると、平成14年10月1日現在、我が国の病院は9,187施設である。医療法人が約60%と最も多く、次いで公的医療機関が約15%(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連(JA系)、国民健康保険団体連合会)、個人が10.4%、その他が9.3%(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、そのほか分類に入らない法人)、国3.7%(厚生労働省、文部科学省、労働福祉事業団、その他国の機関)、社会保険関係団体1.4%(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)になっている。

また、病床規模を「100床以下」、「101～300床以下」、「301～500床以下」、「501病床以上」で4区分してみると、病床数100床以下が約28%、101～300床以下が約41.2%、301～500床以下が約20.7%、501病床以上が約10.2%であった(表2)。

4.2 開設主体による意識の相違

4.2.1 営利・非営利性(付録表1～5参照)

まず、「営利・非営利性を意識されたことがあるか」という質問(A-1-1)に対する回答は、「意識したことがある」というものが58.2%と最も多く、開設主体間に有意な差は認められない。

では、「非営利性とはどのようなものか(A-1-2-1～7)」を問うと、全体では、「公共性がある(A-1-2-2)」、「利益のみを追求しない(A-1-2-5)」、「利益追求でない(A-1-2-4)」の順に回答率が高くなっている。これらのうち「公共性がある」については、国立や公的病院が非営利性として認識している割合が高く、開設主体間に有意な差は認められる($p < 0.05$)。しかし、「利益のみを追求しない」、「利益追求でない」については有意な差が認められない。つまり、多かれ少なかれ「利益」を追求しないことが非営利だという認識は、開設主体を問わず共通認識としてもっているといえる。

続いて、「配当がない(A-1-2-1)」、「免税がある(A-1-2-3)」、「持分がない(A-1-2-6)」については開設主体間の回答に有意な差が認められる($p < 0.01$ 、 $p < 0.05$ 、 $p < 0.05$)。例えば、医療法人は、「配当がない」ことを非営利性としてとらえる割合が他の主体より高いが、「免税がある」ことを非営利性としてとらえている割合は個人病院に続いて低い。

4.2.2 株式会社の病院経営、そのメリットについて(付録表16～19参照)

「総論として株式会社の病院経営をどのように評価するか」という質問(A-1-2-①)に対する回答をみると、全体として、「反対である」が最も多く、全体の約5割を占めている。しかし、医療法人、個人病院の中には、積極的評価も少なくない。統計的にも開設主体間に有意な差が認められる($p < 0.05$)。

各論に対する意見(A-1-2-②～⑤)をみると、開設主体間の見解の相違はさらに顕著になる。「既存病院が株式会社化をして病院経営を行う(A-1-2-④)」、「病院が株式を上場する(A-1-2-⑤)」に関しては、個人病院は他の主体よりもやや好意的に捉えており、開設主体間に有意な差が認められる($p < 0.01$)。一方、「上場株式会社企業が病院経営を行う(A-1-2-②)」ことや「非上場株式会社が病院経営を行う(A-1-2-③)」ことには、開設主体を問わず、反対意見が多く、開設主体間に有意な差は認められない。

続いて、「病院が株式会社化したときのメリット」に対する質問項目(A-1-3-①～④)への回答をみると、医療法人や個人病院など私的病院は、「資金調達が容易になる(A-1-3-①)」、「営利事業参入(A-1-3-③)」をあげている割合が高く、開設主体間に有意な差が認められる($p < 0.01$ 、 $p < 0.05$)。一方、「非営利の制限がはずれる(A-1-3-②)」や「他病院との提携、買収が容易になる(A-1-3-④)」ことをメリットとしてあげているのは、開設主体を問わず少なく、有意な差は認められない。

4.2.3 情報公開について(付録表20～26参照)

「診療情報の患者への提供の重要性(A-5-③)」に対しては、医療法人や個人病院が重要であると回答する割合が高く、開設主体間に有意な差が認められる($p < 0.01$)。しかし、それ以外の項目についてはいずれも開設主体間に有意な差は認められない。つまり、「地域に向けての情報公開(健康教育)の重要性(A-5-①)」、「不特定多数に向けての情報公開(健康教育)の重要性(A-5-②)」、「地域に向けての情報公開

(自院の情報)の重要性(A-5-④)」、「不特定多数に向けての情報公開(自院の情報)の重要性(A-5-⑤)」は、開設主体にかかわらず重要であるという認識を同程度もっているということである。

4. 2. 4 医療法人制度について(付録参照)

現行の医療法人制度について評価を問う項目(A-8-1)に対して、国および公的病院は、「現行のままでよい」と回答している割合が相対的に高く、一方で、個人病院、医療法人は、「若干の手直しが必要」として回答している割合が高い。この違いは統計的にも有意なものである($p < 0.01$)。「若干の手直しが必要」および「根本的な改革が必要」と回答した病院に対して、「持分を廃棄すべき」「財団法人になるべき」「特定医療法人になるべき」「特別医療法人になるべき」「持分限度額法人になるべき」(A-8-2-①～⑥)の是非を尋ねたところ、「特定医療法人になるべき」以外の項目に対しては、何れの主体においても「どちらとも言えない」が最も多く、判断が定まっていない様子である。「特定医療法人になるべき」については、開設主体が、医療法人とその他の場合、他の主体と比較すると、積極的な見解をもっているようである($p < 0.05$)。

4. 2. 5 医療について(付録表 27～37 参照)

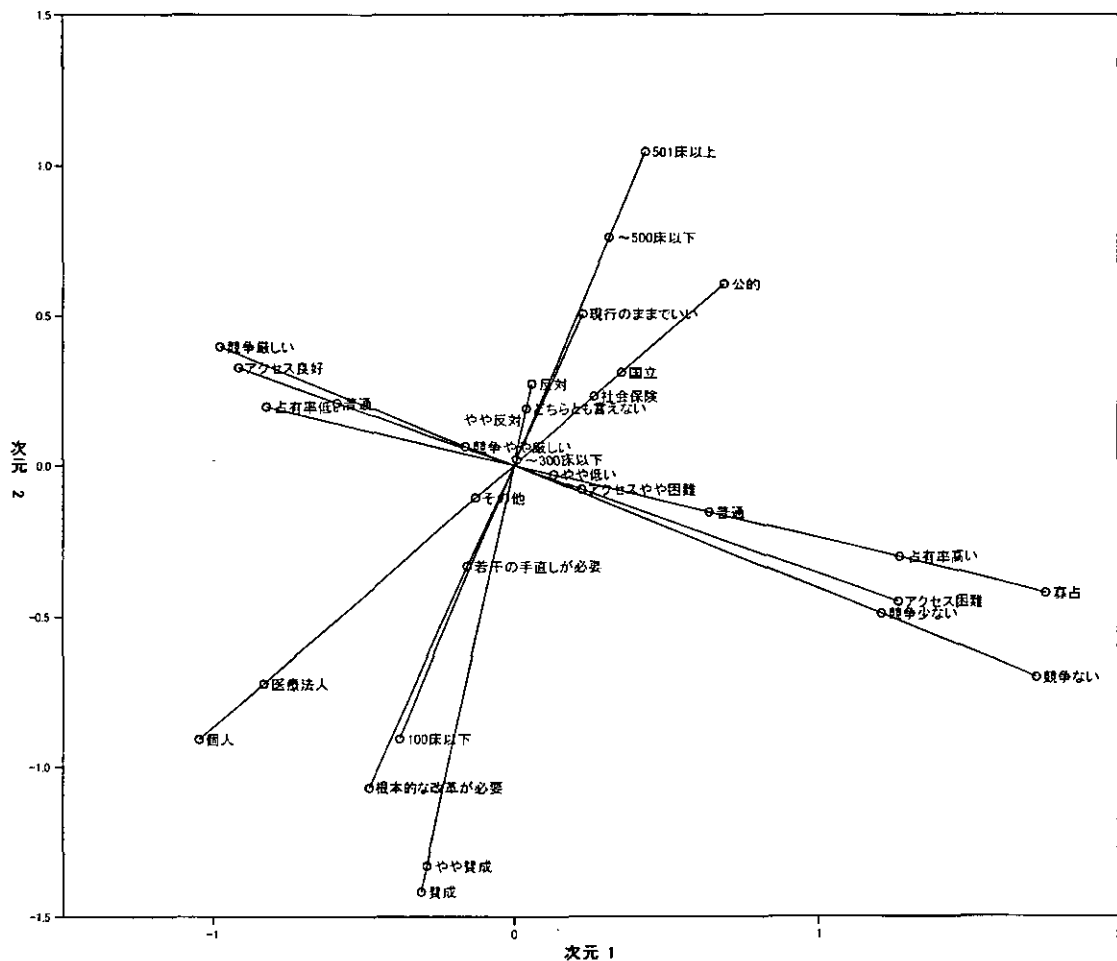
医療とは何かという質問(A-9-①～⑪)に対する考えには、開設主体間で大きな違いは見られない。

4. 3 競争環境と規模、開設主体の関係

図1は、カテゴリカル主成分分析により抽出された2次元軸に対するベクトル座標(成分負荷×数量化)をプロットしたものである。

この図の左下をみると、「個人」「医療法人」「100床以下」「根本的な改革が必要(医療法人制度に対して)」「賛成(株式会社の病院経営に対して)」「やや賛成(株式会社の病院経営に対して)」が比較的近くに布置されている。その対角線上の右上をみると、「反対(株式会社の病院経営に対して)」「やや反対(株式会社の病院経営に対して)」「どちらともいえない(株式会社の病院経営に対して)」「現行のままでよい(医療法人制度に対して)」「公的」「国立」「社会保険」が近くに布置している。一方、右側中央よりやや下は、「寡占」「占有率高い」「アクセス困難」「競争少ない」「競争ない」が、左側中央よりやや上は、「競争厳しい」「アクセス良好」「占有率低い」が近くに布置している。基本的には、各次元を基軸として近くに布置されるほど、類似性が高い項目、カテゴリーだと解釈できる。

また、表5を見ればわかるように、次元1に大きく寄与しているのは、「病床占有」、「地理アクセス」、「競争密度」をカテゴリカル変数化したものであり、次元2に寄与しているのは、「株式会社の病院経営」、「医療法人制度」、「病床規模」についての意識である。このことから、次元1を「医療機関のとりまく競争環境」、次元2を「医療機関の意識と規模」を表す軸と解釈することもできる。このように解釈すると、次元1を軸にしてみると、公的病院は、競争環境が厳しくなく、次元2を軸でみると規模が大きいところに位置することがわかる。一方、個人病院、医療法人は、相対的には、競争環境は厳しく、規模が小さいことがわかる。なお、「やや反対」「競争やや厳しい」「その他」「やや低い」「アクセスや困難」は中央にまとまっているが、次元軸が交差しているところは、情報量は少ないため、重要性は低いと考えられる。



変数主成分の正規化

図 1 カテゴリカル主成分分析結果

表 2 成分負荷

成分負荷	1	2
株式会社の病院経営	0.124	0.576
医療法人制度について	-0.254	-0.564
開設種別	-0.637	-0.553
病床占有率	0.910	-0.217
可住面積当たり病院数	-0.819	0.292
一般病床規模	0.277	0.662
競争病院数	0.880	-0.356

5. 考察

クラスカル・ウォリスの順位検定を用いたクロス集計表の分析により、医療機関の開設主体によって、幾つかの項目に対する意見の相違があることが明らかになった。以下で、有意な差が認められた項目を中心に若干の考察を加える。

まず、「営利・非営利性(A1-1-2-1、A1-1-2-3)」についての意識の相違は、開設主体に対する現行の法規制や税務上の取り扱いの違いが背景にあると考えられる。例えば、医療法人は、「配当がない」ことを非営利性としてとらえる割合が他の主体より高いが、これは、医療法人が、利益の配当を認められていないことに関係するだろう。また、医療法人が他の主体に対して、「免税がある」ことを非営利性としてとらえている割合が低いのは、非営利法人とはいっても医療法人は、税制上、営利法人とほぼ同等の取り扱いがなされており、「免税」になっていないことに由来するだろう¹⁴。また、「公共性」を非営利としてとらえるかどうかは、国立、公的病院でそのようにとらえる傾向が強いが、これは、開設主体が政策医療の実施¹⁵などを求められる公共性の高い組織であると認識しているからであろう。

「株式会社の病院経営(A1-2-1)」については、全体の半数の医療機関が株式会社の病院経営を否定的にとらえているが、積極的にとらえている病院も少なからずあり、医療機関の考え方には一定のばらつきがあることが分かった。特に医療法人や個人病院の中には、株式会社の病院経営を、経営安定化の手段として、積極的に評価している病院があることが明らかになった。特に、「既存病院の株式会社化」や「株式の上場」に対して積極的にとらえる傾向が強い。しかし、「上場株式会社企業が病院経営を行う」ことや「非上場株式会社が病院経営を行う」ことには、圧倒的に反対の姿勢が強く、開設主体間に有意な差は認められない。既存組織の存続を危うくするような外部の新規参入を望ましいと思っていないことが推測される。つまり、病院経営にとって安定化の手段となりえると考えられる場合は、積極的にとらえ、逆に経営を脅かすものと考えられる場合は、否定的にとらえていることが示唆される。

「情報公開の重要性」(A5-3)については、患者に対する情報提供についての意見のみ相違が認められた。個人病院や医療法人といった私的病院は、情報提供することが患者獲得のための有効な手段として考えているからなのかもしれないが、最終結論を導き出すにはさらなる検討が必要である。

「医療法人制度」(A8-1)については、国および公的病院は、「現行のままでよい」と回答している割合が相対的に高く、一方で、個人病院、医療法人は、「若干の手直しが必要」「根本的な見直しが必要である」と回答している割合が高いことが明らかになった。当事者以外の組織が「現行のままでよい」というのは当然であるとしても、当事者である医療法人が現行の医療法人制度の見直しや改革を求めているという事実は重大に受け止める必要があるだろう。

すでに述べたとおり、医療法人は、非営利法人といっても、税制面では営利法人とほぼ同等に扱われている。そして、多額の補助金や一般歳入からの繰入金のある国公立病院と異なり、医療法人は、医業収入の中から、従業員の給与、管理費、設備費等を払うために一定の収益をあげることが求められている。非営利性を求められながらも実質的には営利法人としての行動が前提となっているわけである。しかし、医療法上は、非

¹⁴現行制度では、国、都道府県市町村、日赤、厚生連合、済生会は、国税、地方税ともに非課税扱いになっている。労災病院、社会保険病院は、地方税の住民税のみ課税対象であるが、その他は非課税である。一方、医療法人は、法人税、登録免許税、住民税、事業税、不動産取得税、固定資産税、都市計画税も課税対象となっている。

¹⁵高度不採算医療や僻地医療、政策医療の実施が一般会計の繰入金の前提となっているが、現実に全ての公立病院が繰出し基準に則しているかは必ずしも明確ではない。

営利法人としての行動が期待されており、附帯業務¹⁶や広告の規制¹⁷、余剰金の配当禁止など様々な規制がかけられている。特に、余剰金の配当禁止は、医療法人の資金調達手段を制限するものとなっている。こうした現行の医療法人制度の矛盾、不合理性が、私的病院の中に、株式会社の病院経営を積極的にとらえる比率が相対的に高いことの背景にあるのではないかと考えられる。

ここまでの分析では、各質問項目に対する開設主体別の意見の相違に焦点をあててきたが、そもそも開設主体は病床規模や競争環境などそれ以外の属性と密接に関連している可能性が高く、それらを考慮する必要がある。そこで、カテゴリカル主成分分析では、「株式会社の病院経営」および「医療法人制度」に対する二つの質問項目の回答パターンと医療機関の属性との関係性を検討した。その結果、明らかになったことは、医療機関への地理アクセスが比較的よいところに医療法人や個人病院が集中する一方で、アクセスが不便なところ、病院数が比較的少ないところに、公的病院が設置されている可能性が高いということである。収益を考えると地理アクセスがよいところに私的病院が集中するのはごく自然のことであるし、アクセスがよくないところに公的病院が設置されるのは政策医療の実施という役割を考へても当然の結果であろう。さらに、医療法人や個人病院の病床規模は小さく、公的病院の病床規模は比較的大きいことが明らかになったが、これも資金調達や人材確保の面から私的病院が公的病院より病床規模が小さくなるのも自然な現象であろう。

質問項目との関係では、医療法人、個人は、「賛成(株式会社の病院経営に対して)」、「根本的な改革が必要(医療法人制度に対して)」の回答パターン、公的病院は、「現行のままでもよい(医療法人制度に対して)」の回答パターン、国立、社会保険は、「反対(株式会社の病院経営に対して)」「どちらでもない(株式会社の病院経営に対して)」の回答パターンとそれぞれ類似性が高いことが明らかになった。

調査実施前に著者は作業仮説として、「競争環境が厳しいところほど、株式会社参入に否定的である」、「規模が大きいところほど、株式会社参入に否定的である」を想定していたが、前者については、想定とは逆の、後者については想定とおりの結果を得た。しかし、すでに述べたとおり、競争環境と規模は、開設主体と相互に関連しているため、厳密に区分することは難しい。つまり、競争環境が厳しいから株式会社の参入に賛成しているのか、競争環境が厳しいところに私的病院が集中するからなのかが明確にできない。これを明確にするには、開設主体別のデータセットを用いて、競争環境、規模の影響を測定する必要があるが、そのためには本調査で得られたサンプルは小さく、全体を代表しているとは言い難い。この問題は、今後の研究課題としたい。

最後になるが、上記の分析により、私的病院は、自己の組織の経営健全化の手段として株式会社の病院経営に少なからず関心をもっている一方で、公的病院は、不採算医療の撤退や、既得権益の侵害を懸念していることがわかった。しかし、株式会社の病院経営は、あくまで国民が納得できる医療提供システムを構築す

16 医療法で列挙された附帯業務は認められているため自由にはできない。しかし、特別医療法人の認可をうければ、駐車場や給食サービス、介護用品販売など周辺の収益事業は、全体収入の20%まで実施できるように規制緩和がはかられている。ただ、①持分の放棄、②非同族による公的運営、③残余財産の帰属が国等になると、認可要件が厳しく、収益事業も限定されており、実際に認可をうけた施設は2003年現在、全国で約30程度にすぎない。また、これとは別に、MS法人という別法人(営利会社)を設置させ、周辺事業を実施している医療機関もある。

17 広告の規制は近年大幅に緩和傾向にある。また、特別医療法人の条件緩和により、病院の兼業規制は大幅に緩和される予定である。

るための一手段であって、それ自身が目的ではない。重要なことは、手段としていかに有効である否かである。私的病院の経営健全化や公的病院の赤字解消が、国民の納得できる医療提供システム構築に欠かせないものであれば、条件付で採用する、ないしは方法論のみ採用することを検討するのは合理的である。

現実的な打開策として、本研究から示唆されることは、地理アクセスが良く、私的病院が集中するエリアでは、株式会社の病院経営を条件付で認めることも考慮されえるかもしれない。そして、地理アクセスが悪く、株式会社参入のメリットを発揮できないと思われるエリアでは、方法論(PFI 等)の採用を検討するというものである。

ただし、最終的な結論を下すには、本稿の分析対象外である診療所を加えて改めて調査検討を行う必要があるだろう。

参考文献

- ・A.J. Culyer, J.P. Newhouse(編)、2000、Handbook of Health Economics、Elsevier Science Ltd
- ・アグレスティ・アラン 2003 『カテゴリーカルデータ解析入門』渡辺裕之、菅波秀規ほか(訳) サイエントリスト社。
- ・石村貞夫 2001 『SPSS によるカテゴリーカルデータ分析の手順』 東京図書。
- ・医療経営白書編集委員会、西村周三(編) 2003 『医療経営白書 2003 年版』 日本医療企画。
- ・医療経済研究機構(監) 1999 『医療白書 1999 年版』 日本医療企画。
- ・医療経済研究機構(監) 2002 『医療白書 2002 年版』 日本医療企画。
- ・医療費地域差研究会 2001 『医療費の地域差』 東洋経済新報社。
- ・漆博雄 1998 『医療経済学』 東京大学出版。
- ・遠藤久雄 1995 「医療・福祉における営利性と非営利性」『医療と社会』5(1):27-41。
- ・遠藤久雄 1996 「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察」『医療経済研究』3:57-71。
- ・太田登茂久 2001 「医療サービス業界の現状と今後の展望」『経営情報サーチ』大和総研:1-15。
- ・尾形裕也 2002 「わが国の医療提供体制の改革と病院経営」『医療と社会』12(1):3-15。
- ・長隆 2003 『医療法人の経営と税務』 中央経済社。
- ・厚生労働省 2002 『医療施設調査』。
- ・厚生労働省 2002 『医療経済実態調査報告』。
- ・厚生統計協会 2000 『地域医療基礎統計 2000 年版』 厚生統計協会。
- ・佐伯胖、松原望 2000 『実践としての統計学』 東京大学出版会。
- ・鈴木玲子 2004 「自治体病院は必要か」『JCER 研究員レポート』日本経済研究センター(29):1-3。
- ・全国公私病院連盟 2003 『病院運営実態分析調査の概要』 全国公私病院連盟。
- ・全国公私病院連盟 2003 『病院経営実態調査報告』 全国公私病院連盟。
- ・高橋淑郎 「病院経営と非営利性」『商学集誌』70(4):1-24。
- ・中央社会保健医療協議会 「平成 14 年病院経営実態調査報告」。
- ・西田在賢 2001 『医療・福祉の経営学』 薬事日報社。
- ・広島医師会 2002 「公的病院の現状と課題について」『広島県医師会速報』(1798):20-26。
- ・堀真奈美 2000 「医療費支払方式が医療システムに与える影響—米国の経験」『公共政策』:1-14。