

論 説

病院経営の三公準から見た経営課題

— 経営実態調査と医療意識調査から —

平 井 孝 治・福 田 真 也

山 本 友 太・下垣内 俊 策

目 次

はじめに

第 一 章 調査の枠組みの設定

第 二 章 経営実態調査から見る病院の実状と課題

第 三 章 国民医療意識調査から見る国民の医療意識と課題

おわりに

は じ め に

現在、診療報酬の改定を主とした医療制度改革により病院経営は不確実性の下にあるといつて過言ではない。また国民の医療意識は変化してきていることから病院の提供する医療サービスの内容もより多様化が求められている。このような状況の下で病院という組織がどのような視点をもって経営を行っているか、また他方で国民の健康観や医療制度に対してどのような関心を持っているかを把握することは、今後の病院経営の在り方を議論する上で非常に重要であると考えられる。よって本論文では、病院の経営実態を調査するとともに、国民の医療意識を調査し、そこから得られた知見を紹介する。

第一章 調査の枠組みの設定

第一節 病院経営の三公準とは

第一章では、これら調査をするにあたり病院経営の三公準を紹介し、そこから導きだされる Lemma (補題) を提起する。この Lemma から調査の枠組みを定めることとする。公益経営の三公準¹⁾では、第 16 代アメリカ合衆国大統領エイブラハム・リンカーンがゲティスバーグ演説で用いた「Government of the people, by the people, for the people」という有名な一説から説き起こし、主権 (of) や経営主体 (by)、経営の対象 (for) の変遷を論じた上で、私益の時代から公益の時代へと時代のパラダイムがシフトしていることを示した。このような時代にあつて、営利組織や非営利組織と行った組織の枠組みを超え、公益という視点抜きには経営が成り立たなくなつてきている。そこで公益に資する経営、つまり公益経営の必要性がますます

1) 『公益経営の三公準と病院経営』(山本友太, 平井孝治ほか) 立命館経営学第 45 巻第 6 号

拡大していることを述べた。

そこで、公益経営を議論する上での出発点として「公益経営の三公準」を設定した。これを病院経営に援用し、以下のように「病院経営の三公準」を設定した。

第一公準「病院を構成する職員に付与する価値の公益性」(by)
 第二公準「患者に給付する安全・安心な医療の公益性」(for)
 第三公準「病院自身が目指す価値の公益性」(of)

第一公準には、公正な雇用、労働環境の整備や自己実現できる組織風土の構築などが含まれる。病院では 24 時間絶えること無く患者の状況を把握し、患者が急変した場合、即刻対応するために医師や看護師、あるいはコ・メディカルスタッフが常駐している。そのため日勤や夜勤など交代制のシフトを組んで対応しているが、緊急で搬送されてきた患者は待ってられないこともあり、生活は不規則になりがちである。そこで特定の職種にのみ過剰な負担のかからないようにすることや働きやすい職場づくりをすることなどが、第一公準の意図するところである。

続いて第二公準には、医療や投与された薬が安全・安心なものであること、あるいは医薬品の適切・適量投与、インフォームドコンセントなどが含まれている。現在の医療制度では多くの病院が出来高によって診療報酬を得ている²⁾。この方式では、過度に処置が行われる可能性があり、それは患者に対して必要以上の負担をかけてしまうことになる。よって患者に対して必要以上の負担をかけないために適切な医療行為、適量の投薬をすることが必要であり、そういった取り組みを通じて患者に対して価値を提供することがこの公準の意味するところである。

最後に第三公準では、病院の連携など戦略的な位置付け、診療科の改廃、地域医療・予防医療、若手の医療スタッフの養成などが含まれる。大学病院のように先端医療の研究や若手医療スタッフの教育を担っている病院もあれば、地域の中核を担う病院として老人介護施設や健康保険センターを有している病院もあり、病院によって目指している方向性は異なっている。このような病院の位置づけや役割を認識し、医療を提供して行くことがこの公準に含意していることである。

これらの公準の関係を示す図が「図 1 三公準の構造」である。この各領域を A, B, C, $A \cap B$ とすると C は集合論でいう Universe である。そこで A は第一公準と第三公準が重なり合う部分であり、B は第二公準と第三公準が重なり合う部分である。 $proper\ C = C \setminus (A \cup B)$ は、

2) 病院によっては入院の一部疾病を対象とした DPC (Diagnosis Procedure Combination 診断群分類別包括システム) を導入している病院もある。

固有な第三公準である。A ∧ B は、三公準の全ての公準に関わる領域であり、給付系（場やプロセス）の公益性を表す領域である。これには、例えば診察室の雰囲気や患者との接遇、また電子カルテや SPD など「医療を提供するより良い環境を整えること」が含まれている。

また図中の矢印の意味は、当該組織において「by」である構成員の活動が（Input）、A ∧ B の場やプロセスを経て（Throughput）、「for」である対象としている顧客へ給付物を提供する（Output）流れを表している。ここで「of」である第三公準が全てを包含する形で図示されているのは、当該

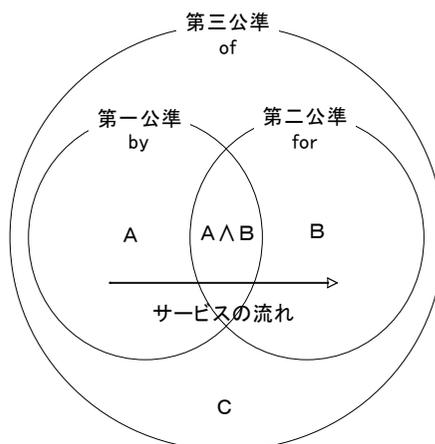


図1 三公準の構造

組織における Input や Throughput, Output の全てが、「組織の価値」の構成要素に含まれるからである。

このように病院経営の三公準を設定し、その構造を示してきたが、これらを通じて価値判断を行うことで、公益という視点を踏まえた病院経営を議論することができる。また次節では、これらの三公準を設定することで得られる補題（Lemma）を述べる。

第二節 三公準から導きだされる Lemma

病院経営の三公準より、様々な Lemma が導出される。例えば、公準の相互関係を見ると、医療専門職は単に技術面の研鑽だけでは第二公準の「患者に給付する安全・安心な医療の公益性」を満たすことはできない。この公準を満たすためには、患者に対する精神面のケアや接遇を良くするといったことが必要になる。よって挨拶やチームワークなどの接遇面も人材育成する必要が出てくる。

そして医療専門職も含めた全ての構成員を指揮する「アドミニストレーター」の存在も不可欠である。一般的にアドミニストレーターと言うと管理者、あるいは行政官といった意味であるが、公準から公益性の担保が必要不可欠であるため、単にそれらの意味のみでなく、ここでは病院の持つ公益的な使命を達成する存在でなければならない。

また多くの病院が教育研究事業・介護福祉事業・地域貢献事業のいずれかを行っている。これらの事業は病院にとって必ずしも行わなければならないわけではないが、不足している部分は、他病院や介護福祉施設とコミットを取って行っていかなければならない。これらのことは第三公準の関係から窺える。

当然ながら、構成員の雇用や対象としている人々への給付物を担保すること、そして組織自

身の目指す価値を実現する (=三公準を全とうする) ためには、「組織の継続性」も導き出される。特に病院においては、診療報酬の改定による赤字経営問題が深刻化しているが、採算が合わないからといって簡単に診療科の改廃や倒産はできない。つまり病院は、当該組織が目指す価値の公益性との関係で継続性が問われることは間違いない。このように三公準から様々な Lemma が導かれ、それぞれについて論ずることは病院経営にとって不可欠であることが分かる。

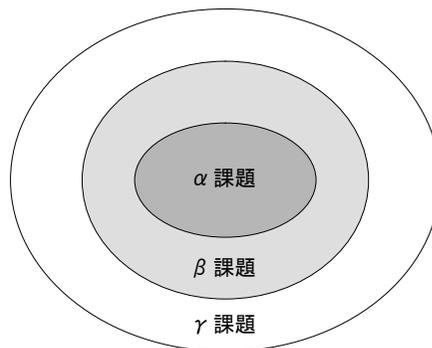


図2 病院経営課題の構造

第三節 病院経営の実態を把握する必要性

病院経営の三公準から Lemma を導き出したが、これらの Lemma より医療サービスを提供する側である病院の動向を調査する一方で、他方では医療サービスを受け取る側である国民の医療制度や医療経済に関する関心を調査し、数値的な解析を施すことで病院経営の実態を把握する必要があると考えられる。

これを行うにあたり病院に対しては、病院経営がうまくいっているかどうかということと三公準との関係がどのようになっているのかを中心に調査を試みた。

そこで「図2 病院経営課題の構造」のように、病院経営に関する課題を待ち時間など患者にも分かるγ課題と、DPCなど構成員に分かるβ課題、診療科の改廃など経営層の専決事項となるα課題との3層に分けた。これらの分類と三公準の関係は、α課題が三公準の全領域と、β課題が第一公準と、γ課題が第二公準とほぼ対応していると考えている。

なお本稿では、α課題の部分を経営実態調査として行った結果を「第二章 経営実態調査」で取り上げ、「おわりに」では病院原価計算の展望を紹介したい。

また「図3 医療制度・経済と三公準」のように、病院経営の三公準は常に医療制度や国民の医療経済に取り巻かれている。近年では、医療費の抑制を行うため、医療制度改革が施行されているが、これによって病院経営のあり方は大きく変化してきている。このように医療制度や国民の医療経済は病院経営の三公準に大きく影響していると考え

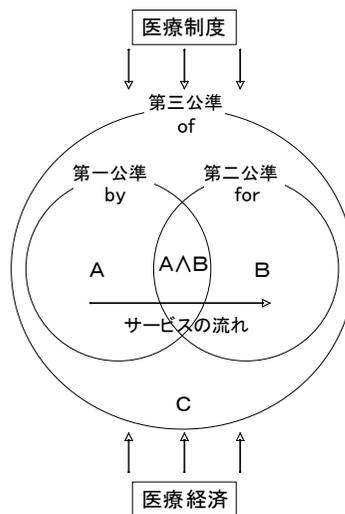


図3 医療制度・経済と三公準

られ、病院経営を行う際、医療制度や国民の医療経済の関係は無視することはできないのである。そこで医療政策、医療経済に対するコミットメントの方向性を探るために、国民に対して医療政策や医療経済への関心を調査した。これに関して、本稿では「第三章 国民医療意識調査」で取り上げることとする。

第二章 経営実態調査から見る病院の実状と課題

第一節 当該調査と本論文の関わり合い

病院の経営者から見ると現在の病院の経営課題をどのように捉えているのであろうか。病院の院長、もしくは事務長、事務職員に回答していただくこと前提にし、病院経営の課題を明らかにしたい。

第二節 調査設計の概要

第一項 この調査は「医療制度の改革が進行する中での、病院の現状と経営方針を尋ね、経営課題のソリューションを探求する」ことを目的とし行った。調査対象者として主に、近畿地域の病院、+全国の済生会病院+病院経営研究会 in 京都で関係のある病院を取り上げた。

- ・ サンプル回収方法、回収数、変数の数
 郵送調査、108の有効サンプルを回収した。変数の数は465変数。
- ・ 実施期間
 2006年 5/28日発送の6/16〆切予定
- ・ 時代の認識
 - a : 少子高齢化社会が医療制度に影響を与える
 - b : 医療費抑制政策（圧力）が病院経営に影響を与える
- ・ 調査対象者の位置付け
 - a : 国民は納税者であると共に被保険者である
 - b : 国民は元来、医療制度に影響を及ぼし及ぼされる存在である
 - c : 国民は元来、病院や医療内容などの選択者である
- ・ 調査仮説
 - a : 「医療と事業と経営の分離・統合」を意識することで、病院の経営課題が明確になる
 - b : 診療別部門原価を明確にする事で、戦略的意思決定が容易になる
 - c : 地域や規模、機能によって、病院の戦略的な位置付けや抱える経営課題が異なる
- ・ 用いる分析方法
 クロス分析、主成分分析、重回帰分析

第二項・調査票 ラベル表と数値化³⁾

第三節 調査結果の概要

第一項 単純集計

<属性>

A-1) 開設者では医療法人と済生会など社会福祉法人、地方自治体病院の割合が抜けているが、**A-5) 許可病床数**では0床以上～100床未満が20.4%、100床以上～250床未満が34.3%、250床以上～400床未満が30.6%、400床以上が14.8%とある程度満遍なく取れていた。

<診療科の改廃や病床比率の変更>

A-3) 改廃・新設では縮小方向が10.4%で、変更無しと、拡充方向が共に40%を超える数字であり、現状では診療科の拡充方向の動きが強いことが分かる。**A-6) 病床比率（一般⇔療養）**では一般病床の比率増加が36%と療養病床比率の増加の2%を大きく上回る。制度による療養病床数の削減の影響を大きく受けていると考えられるであろう。

<外部との関係>

A-7) 派遣の有無では事務・管理、一般・労務の割合が多く、患者と直接接することの少ない業種が派遣されていることが分かる。**A-7) 非常勤率**では全く非常勤を雇っていないところから10%の間で約80%をしめている。**A-8) 外部評価**では医療機能評価機構を受けている病院が半数以上を占める。最近話題の個人情報関係のプライバシーマークはほとんど受けている病院がないことが分かる。**B-3) アウトソーシング**は全く行っていない病院は無く、清掃、洗濯・リネン、寝具設備、検査はほとんどの病院がアウトソーシングしていることが分かる。

<委員会の設置>

病院経営の三公準の中でも公益の意味を強く受ける**A-9) 委員会設置**では医療安全対策、院内感染対策は、ほぼ全ての病院が設置しているのに対し、医療廃棄物適正処理は25.7%の病院が設置していない。ただ薬品など、環境に多大な影響を及ぼす廃棄物が多いためにアウトソーシングに頼っているところがある、と解釈できるであろう。

<診療科毎費用把握>

B-4) 科毎費用把握では、全く診療科別に費用を把握していない病院が約35%あり、人件費は約60%、診療材料費は約55%把握している病院があるが、それ以外の費用は半数以上の病院が把握していない。

<意思決定権と病院における経営トップ>

3) 資料 A-1～A-16

C-1) 意思決定権では約45%の病院では、各病院の病院長が最終的な意思決定権を有していると返答。理事長、開設者と続いている。しかし**C-2) 経営者像**では約75%の病院が経営トップとして経営のノウハウを持つものを求めている。今現在、日本の病院では医師が病院長であるにも関わらずである。これは各病院が「医療と経営の分離」を志向しているということであろう。

<医療と事業の分離度合い>

C-6) 事業・経営面と**C-7) 事業・会計面**を見ると、トップの在り方や会計面において最も分離がなされていると考えられるのは介護・福祉事業である。それに対し教育・研究事業と地域貢献事業は意思決定権に関しては、病院のトップと同じ人物が所有しているが会計面では、約半数が費目によっては区分している、もしくは区分していると返答している。

<病院経営において今後重視していること>

D-1) 重視・運営方針の上位を見ると地域医療・医院との連携、人材の確保、救急医療、専門医療分野の強化、医療政策の予測対応、と三事業よりも上位に戦略的な意思決定を必要とする事業戦略がずらりと並ぶ。**D-2) 重視・病院経営**をみるとそれを裏付けるように事業戦略が23.9%と最も大きな割合を占めている。病院がアドミニストレーターを必要としていることが分かる。次いで、医療が労働集約的な産業であるため組織人事管理が大きな割合を占めている。

<地域の役割意識>

D-3) 重視・利害関係者と**D-5) 地域・役割意識**を見ると分かるように地域社会に対する責任感や役割意識が高いことがうかがえる。

<構成員の意欲>

E-1) 構成員・意欲では約80%の病院が肯定的に答えており、**E-2) 研究会参加**でも90%弱が肯定的に答えている。病院構成員の意欲や向上心は総じて高いといえる。

<システムや情報機器の導入状況、期待度、現状>

F-1) 導入状況では導入に向けて肯定的な回答が50%を超えるものにはチーム医療、SPD、オーダーリングシステム、医薬分業、人事評価制度が含まれる。**F-2) 期待度**では前問に比べて原価計算の順位があがっている事に注意したい。**F-3) 現状**では情報機器のオーダーリングシステムや電子カルテが機能しているという実感があるが、原価計算や人事評価制度は比較的機能していない。

<時代変化>

G-1) 時代変化を見ると行政主導の医療制度に対する関心の高さがうかがえる。医療制度の改革、診療報酬の改訂が共に約23%を占めている。やはり公的病院の赤字経営の現状を考えると、収益構造が大きく変化する可能性を持つ医療制度関係を無視することはできない。次いで、地域医療計画や医療安全の確保と医療そのものの範囲や質に対する関心が高いようである。

<戦略的意思決定の際の不確実性要因>

G-2) 不確実性要因を見ると先ほどの時代変化と同じように医療制度改革と、診療報酬の改訂が大きな割合を占めている。次いで、医師の確保や看護師の確保と人材の確保が挙げられている。これらはどれも、診療点数にだけでなく、病院の機能分化に関わる大きな問題であるといえ、これらの結果次第では病院は事業戦略そのものの見直しを迫られることになる。

<チーム医療>

G-3) 初期医療提供方法を見ると約 85%の病院が現在は受付が診断し、案内する体制をとっているが、約 90%の病院は理想としてはプライマリケア医をおいたチーム医療を理想としていることが分かる。**G-7) コミュニケーション機会**を見ると約 82%が肯定的な回答を寄せているにもかかわらず実現の障害となるものとして**G-8) チーム医療障害**を見ると、構成員の意思統一や、人材の不足、科を超えたコミュニケーションなどソフト面にあることが分かる。

<看護師離職率>

G-5) 看護師離職率を見ると、約 42%の病院では一年間に 10%の看護師が入れ替わっているという計算になる。これは他の業界ではほとんど見ることのできない、医療業界がもつ現象の一つだと考えられる。

<構成員の不満と不満に対応する仕組み>

G-10) 構成員不満を見ると構成員の不満は、縦横の人間関係よりも、過酷な労働条件のわりに低い給与と解釈することができるであろう。それに対し**G-9) 不満対応仕組み**を見ると、約 40%が否定的な回答をしており、不満に対する仕組みが充実しているとはいえない。

<電子カルテ>

G-11) 電子カルテ位置付けを見ると、内部・情報共有促進が 25.6%，診療情報の管理が 23.5%，業務効率の向上が 22.5%を占めている。これらはいくまで内部のことで、まだ提携施設とのクリニカルパスの共有など、外部との情報共有促進という使用法までは成熟していないと考えられる。

<DPC>

G-12) DPC 取り組みと**G-13) DPC 期待**を見比べると、肯定的な意見と否定的な意見の比が等しくどちらも肯定的な回答が 67.5%，否定的な回答が 42.5%となっている。これは期待していない病院は導入していないと考えられる。**G-14) DPC 原価意識**を見ると原価意識が DPC の導入によって高まると肯定的な回答が約 73%を占めた。また**G-15) DPC 導入意義**では原価計算の機能を高めるものだという回答が最も多かった。次いで、診療報酬の確保、機能分化の判断材料となっている。

<人事評価制度>

G-17) 人事評価適用では医師、院長等・経営層に対しては実施している割合が下がるものの、

事務職，看護師，コ・メディカルは約 45%が実施されている。

<原価計算>

H-1) 計算必要原価では診療科別原価計算が最も **H-2)** 原計導入目的と **H-4)** 原計役立ちでは共に、経営分析と診療コストの低減が大きな割合を占めている。**H-6)** 原計意思決定参考では投資案の評価や診療科の改廃など、戦略的な意思決定に資する情報が原価計算に求められていると考えられる。

<経営課題>

I-1) 課題・医療ではチーム医療と医療設備の充実が課題と感じているようで、これらは共に機能分化や、戦略的意思決定に関係する項目である。**I-2)** 課題・構成員では、構成員のやる気が最も大きな課題としているのに対し、それらは超過勤務や、燃え尽き症候群の問題ではないと考えられる。**I-3)** 課題・スペースでは、診察室・病室・検査室と受付に課題を感じているようで、これは直接患者と構成員が向き合う場所だからと考えられる。**I-4)** 課題・患者関係をスペースの問題とセットで考えると受付での待ち時間、診察室・病室・検査室でのインフォームド・コンセントに課題を感じていると考察できる。

<病院経営自信>

J-1) 病院運営では肯定的な回答が 79%を占めているのに対し、**J-2)** 時代変化対応では肯定的な回答は約 57%にまで下がる。これは現状上手くいっているが、将来的にはどうなるかわからないという不安の現れであると考えられる。

第二項 統合目的変数の作成

病院経営が上手くいっている総合指標作成のために、4つの変数、**D-5)** 地域・役割意識、**E-1)** 構成員・意欲、**J-1)** 病院運営、**J-2)** 時代変化対応を主成分分析にかけ、それぞれの変数に掛ける係数を自動決定した。**B-1)** の会計データが欠値が多かったために使用できないのが悔やまれる。

主成分 1 <固有値 (λ): 2.02 寄与率 (%): 50.53 累積寄与率 (%): 50.53 >

係数が全て同方向に出ているため、総合指標になりうると判断し、これを統合目的変数「病院経営充実実感」とする。また、主成分得点の高いものから、A, B, C, D, E の 5 つにランクわけを行った。

第三項 解析枠の設定

この調査では、サンプル数が調査設計の変数よりも少ないので主成分分析にかけることができない。その為、第一章に記載した「病院経営の三公準」(図 4) のそれぞれ A, B, C, A 八

B の領域に該当する調査変数を集め、**解析枠 A, B, C, A ∧ B**とした。また別個に会計枠を設け、合計 5 つの解析枠で主成分分析を行う。また 5 つの解析枠にはそれぞれ分析しやすくするために、統合目的変数とした 4 変数も入れ、主成分分析を行った。

第四項 主成分分析

解析枠 A 主成分 1 「人事評価制度適用度」 <固有値 (λ) : 5.81 寄与率 (%) : 13.83 >

表の右側 (+) に「人事評価適用」が全て並んでいることから、主成分 1 を「人事評価制度適用度」とした。組織人事管理を重要と位置づけている。人事評価制度を適用しているほど「看護師の離職率」は高まるが、「A-7) 常勤+常勤換算・看護師/病床数_許可」が右に振っていることから、看護師の密度は高く、看護師の回転の速い病院が右側に出る。また、人事評価制度(組織人事管理)がしっかりしているほど、病院経営が上手くいっている実感があるようだ。しかし人事評価制度を導入している病院では、構成員は作業環境や労働時間に不満を抱いており、経営課題として構成員の燃え尽き症候群も取り上げられている為、構成員の不満に対応する仕組みの構築が必要である。

逆に左側は「D-1) 重視・運営方針_7. 人材の確保」や「G-10) 構成員不満_3. 休暇制度」から人材の総数が病床数のわりに少なく、人材の回転率が低い病院と考えられる。

解析枠 A 主成分 2 「病院経営充実実感度」

<固有値 (λ) : 3.74 寄与率 (%) : 8.90 累積 (%) : 22.73 >

右側 (+) に統合目的変数に取った 4 変数が集まっていることから「病院経営充実実感度」と名づけられる。充実実感の高い病院は診療科内外とのコミュニケーションが頻繁であり、病院側も意図的にコミュニケーションの機会を設けている。「A-7) 常勤+常勤換算・看護師/病床数_許可」が高く、構成員にやる気がある。また、医師や院長など経営層にも人事評価制度を適用しているのが特徴である。

逆に一側は「研究会参加」最も大きくふっており、構成員にやる気があるように見えるが、「構成員不満」その下に並んでいることから、人事評価のための頑張りか、自主的な活動によるキャリアアップを目指している、もしくは研修医の可能性があり、その在籍している病院にとってのやる気のある行動とは解釈できない。もしくは病院側に情報のフィードバックがうまく行われていないと言えるだろう。

解析枠 A 主成分 3 「病院構成員が抱える問題 (モラル⇔燃え尽き)」

<固有値 (λ) : 2.75 寄与率 (%) 6.54 累積 (%) 29.27 >

右側 (+) に「G-10) 構成員不満_5. 労働時間」「I-2) 課題・構成員_3. 超過勤務」が大きく利いており、左側 (-) にも「I-2) 課題・構成員_1. やる気」「I-2) 課題・構成員_2. 個々の持つ能力」など両辺に構成員に対する課題や問題が大きく利いていることから、「病院構成

員が抱える問題（モラル⇔燃え尽き）」と捉えることができる。右側は、強い地域役割意識を持っているが燃え尽きた状態を示している。構成員に燃え尽き症候群がみえ、人材の不足を強く認識している病院はアウトソーシングに力点をおいていることが分かる。左側は構成員のモラルが低い状態を表している。経営層や、医師に適用せず、その他の職種だけの人事評価制度の活用は、対人関係からくる構成員のモラルの低下を招く恐れがあることが分かる。

解析枠 B 主成分 1 「病院経営充実実感度」 <固有値 (λ): 3.74 寄与率 (%): 10.68 >

右側に統合目的変数に取った 4 変数が集まっていることから「病院経営充実実感」と名づけられる。この表の右側からは、「F-1) 導入状況_チーム」「G-6) チーム医療不可欠_個数合計」などから、チーム医療に対する取り組み、意識が高いほど病院経営充実実感が高いということが分かる。また、救急医療や診療科の新設をし、積極的な医療を展開しているところほど病院経営充実実感が高いことが分かる。そして、「A-9) 委員会_1. 医療安全対策」が効いていることから、「医療の質や安全性」に目を向けている病院ほど「病院経営充実実感」が高い。左側は、患者のニーズや接遇に過剰な反応をしており、患者満足度経営に陥っている状態と考えられる。

解析枠 B 主成分 2 「医療スタンス (安全⇔仕組み)」

<固有値 (λ): 2.67 寄与率 (%): 7.62 累積 (%): 18.30 >

まず統合目的変数に取った 4 変数が左右に分かれていることを確認したい。右側 (+) には救急医療やチーム医療などの様々な仕組みを持って医療を展開しようという医療スタンスが見える。反対の左側 (-) は医療安全性を第一に考えた医療を行う病院と考えられる。左右は目指す医療の相違がある。よって、「医療スタンス (安全⇔仕組み)」と名付けた。右側の医療スタンス (仕組み) はチーム医療や救急医療など、医療を提供する仕組みや体制の構築に意欲を見せている。地域の役割を意識している病院といえるであろう。左側の医療スタンス (安全) は医療安全対策委員会が機能しており、院内感染の対策や、過剰な医療行為に課題意識を持っている。「J-1) 病院運営」「J-2) 時代変化対応」「E-1) 構成員・意欲」や「D-2) 重視・病院経営_9. 来院者接遇」が効いていることから、組織の状態が安定しており、ソフトが充実していると考えられる。

解析枠 B 主成分 3 「機能分化 (専門⇔プライマリケア)」

<固有値 (λ): 2.22 寄与率 (%): 6.33 累積 (%) 24.63 >

左側 (-) は患者の消費者的傾向 (選ぶ事) や医療の高度化に対して高い関心を持っており、専門医療分野の強化に力を入れていることから専門的分野をもった病院を目指していると考えられる。右側 (+) は運営方針として安全な医療と、プライマリケアを目指していることから、幅広い分野で患者を診察できる病院を目指していると考えられる。このことからこの主成分は

「機能分化 (専門⇔プライマリケア)」名づけることができる。左側 (－) は、先端医療に関心があり、救急医療など急性期志向である。また、患者対応を課題であると意識しており、チーム医療を行うことによって医療の質が下がることを懸念している。逆に右側は構成員のモラルが高く、来院者接遇も重視している。

解析枠 C 主成分 1 「地域貢献志向度」 <固有値 (λ): 4.64 寄与率 (%): 10.54 >

右側 (+) は地域連携や役割意識を重視した変数が多く、左側 (－) は最も利いているのは「運営方針重視・介護・福祉事業」であるが、その下からは「地域内での占有率の分析」や、「診療報酬の改定」や「利害関係者・行政」等、地域に対する役割認識や連携の色が薄い。よって「地域貢献志向度」と名づけることができるであろう。右側 (+) は構成員の意欲が高く、三事業も積極的に行っている。また、連携を重視した地域医療計画を必要としており、政策コミット経路は複数持っているものの、利害関係者としては地域社会を重視している事が分かる。

解析枠 C 主成分 2 「病院機能 (急性期⇔慢性期)」

<固有値 (λ): 3.03 寄与率 (%): 6.88 累積 (%): 17.42 >

右側 (+) は最も医療制度改革に影響を受け、介護・福祉事業を行っており、病床比率 (一般⇔療養) が強く効いてきているため、右側を慢性期型の病院と判断できる。左側 (－) は救急医療に重点を置いており、提携病院とのデータ共有にも力を入れ、診療科の新設を行っていることから急性期型の病院と考えられる。よって「病院機能 (急性期⇔慢性期)」とネーミングすることができる。急性期側は、利害関係者として取引先を重視しており、診療報酬確保のために DPC の導入も進めている。また、個人情報への取組みも積極的である。慢性期側は医療政策に対する関心が非常に高く、事業戦略を重視しており、他病院の動きを気にしていることから、機能分化を図っていることが分かる。

解析枠 C 主成分 3 「病院経営充実実感度」

<固有値 (λ): 2.54 寄与率 (%): 5.77 累積 (%): 23.19 >

右側 (+) に統合目的変数に取った 4 変数が集まっていることから、「病院経営充実実感度」と分かる。但し、地域役割認識がほとんど効いていなく、左側に、運営方針・地域貢献やなど、地域貢献に関することが多数出ている為、右側はやや独りよがりな感はいなめない。右側は診療報酬の改定にともなう診療報酬の確保を考え、急性期に病院をシフトさせているところだということがわかる。また、流通戦略や、地域内での占有率の分析を意識しており、地域病院や医院との連携も重視しながら、機能分化を図っている感がある。それに対し左側は地域中核病院のように、地域での役割を考慮しつつ、事業戦略や政策とのコミットを重視しており、これからどのように経営していくべきか、非常に困難な状況である。

解析枠 A Ⅷ B 主成分 1 「医療機器・設備充実度」 <固有値 (λ) : 5.04 寄与率 (%) : 12.60 >

右側 (+) はシステムや仕組みの導入状態が良いことが顕著である。左側 (-) は建物の構造の問題などが挙げられるので「医療機器・設備充実度」と名づけることができる。医療機器・設備が充実していると感じている病院は目的変数としている 4 つの変数が右側にきいていることから病院充実実感も高い。一側には、障害として建物の構造、人材を育てる仕組みの欠如があがるなど、ハードや仕組みに対する不満が多い。

解析枠 A Ⅷ B 主成分 2 「情報システムのやらされ感」

<固有値 (λ) : 2.90 寄与率 (%) : 7.25 累積 (%) : 19.84 >

右側 (+) は個人情報の取り扱いなどを行っている情報システムが固まっているのだが、左側 (-) は構成員の意欲と情報システムに対する期待度が表記されているため、この主成分は「情報システムのやらされ感」とネーミングできる。やらされ感の高い病院では、人材を育てる仕組みを必要としており、個人情報の管理や、情報システムの確立を非常に重視している。左側は構成員の意識も高く、情報システムをあくまで、医療や経営を補佐するもの、業務効率を高めるものとして位置付けている。病院内の雰囲気や医療の安全性、院内感染対策、廃棄物適正処理の 3 つの委員会を重視することで、リスク管理への意識を高めることで何が必要かを実感させる事により、結果的にシステムや情報機器に対する抵抗が弱まる。

解析枠 A Ⅷ B 主成分 3 「病院経営スタンス (地域⇄一人勝ち)」

<固有値 (λ) : 2.74 寄与率 (%) : 6.84 累積 (%) : 26.68 >

左側 (-) は地域役割意識や情報システムの共有などにより地域を意識した経営をおこなっていることがわかる。逆に右側 (+) は情報システムの確立などに力を注いでいる一方地域に対する役割認識などが全くきいてこないのので、「病院経営スタンス (地域⇄一人勝ち)」とネーミングすることができる。地域志向では電子カルテを、提携病院とのデータ共有と位置づけているのに対し、一人勝ち志向では、業務効率の向上と位置づけている。また、情報システムや機器の導入状況はこちらのほうがよいが、地域志向の方が期待度が大きい。

解析枠 会計 主成分 1 「BSC 期待度」 <固有値 (λ) : 6.10 寄与率 (%) : 17.94 >

右側に BSC に関する変数が固まっており、左側に BSC 位置付け _ 関係ないが出ている為この主成分を「BSC 期待度」とネーミングした。BSC 期待度の高い病院は、減価償却を他の病院よりも行っており、原価計算に対する意識も高い。また、BSC をフルに活用しようとしており、F-4) BSC 位置付けが全て右側に振っているのが特徴である。

解析枠 会計 主成分 2 「病院経営充実実感度」

<固有値 (λ) : 2.74 寄与率 (%) : 6.84 累積 (%) : 26.68 >

右側に統合目的変数に使用した 4 つの変数が効いてきている為、この主成分を「病院経営

充実実感度」とネーミングした。病院経営充実実感どの高い病院は、管理会計、原価計算に対する意識が高く BSC に対する取り組みも行っている、ただ BSC 位置付けがどれも効いてきていないことが、気にかかるところである。また、左側を見ると C-7) 事業・会計が目立つ。これは構成員にやらされ感がある可能性がある。また、患者の満足や医療の質を高める目的で BSC を導入することは「病院経営充実実感度」に一に効いている事が気にかかる。

解析枠 会計 主成分 3 「医療原価意識」

<固有値 (λ) : 2.74 寄与率 (%) : 6.84 累積 (%) 26.68 >

今現在、サービス原価という概念は存在していない。原価とは Input が各プロセス (Throughput) を通じ、最終的な製品 (Output) になるまでに吸収した価値のことを指し、原価計算は主に、財務諸表作成目的、継続的なコスト削減目的、価格設定目的に使用される。病院も分類するとサービス業の分野に入るが、医療には Input として、構成員の人件費、施設・設備維持費、医薬品費などが上げられ、スループットに診察・医療行為、Output に治療された患者という概念が考えられる。このことからうまく設定すれば、サービス業でありながら医療原価という概念が確立できると考えられるし、今の公的病院赤字の時代には必要なものである。ここで注意したいのは原価計算の使用目的の中にもあった価格の設定である。通常の製造業では原価を測定することで価格を設定し売上高とつきあわせ、価格の再設定などを行うなど、価格の決定権が生産側に存在するが、医療の場合は完全に制度価格であり、自分たちで価格の設定ができず、レセプトによる診療点数の申請で収益を得る。レセプトは診療部門別に作成されるために、医療原価も診療部門別で計算し、そこでつきあわせるのが良いと考えられる。よって、原価計算を行う為に必要なのは、きちんとした減価償却を行い、診療部門別の原価を明らかにすることである。右側に B-5) 減価償却個数、H-1) 計算必要原価_診療科別原価がきいていることから、この主成分を「医療原価意識」とネーミングした。左側を見ると、DPC を原価意識を高めるものとして位置づけていることや、DPC を導入することで原価意識が高まることから、原価計算に対する関心の高さがわかる。右側を見ると、J-1) 病院経営や J-2) 時代変化対応があることから、原価計算は病院経営がうまくいっていないと感じている病院ほど必要としていることがわかる。

第五項 重回帰分析

目的変数に統合目的変数「病院充実実感」をとり、解析枠 A, B, C, A ∧ B, 会計の 5 つの解析枠でそれぞれ重回帰分析を行った。

解析枠 A <決定係数 (R^2) = 0.511 自由度修正済み決定係数 (Q^2) = 0.485 >

G-7) コミュニケーション機会、A-7) 常勤+常勤換算・看護師 / 病床数_許可、G-10) 構成員不満_3. 休暇制度の 3 つの変数が+側に出ている。「病院経営充実実感」をよくするため

には、科をこえたコミュニケーションをとる機会を経営層側から、意図的に設けるなど増やすこと、つまり職種間の関係を密にすることが最も重要であることがわかる。また、一病床に対する看護師の割合を高めることが必要だ。それには診療報酬との関係もある。だが、闇雲に人員を増やせばよいというものでもないということは、G-10) 構成員不満_3. 休暇制度が+側に出ていることをみるとわかる。つまり患者と看護師が親密な関係を築けるような仕組みが必要であるといえるだろう。

逆に研究会参加が-に出ているということは研究会に参加することが、組織内の連携に悪影響を及ぼしているということを示している。しかし研究会に参加することそれ自体を悪く捉えてはならない。大切なのは研究会に参加することによって得られた情報の内部へのフィードバックであり、職種間を超えて共有する仕組みを構築することといえるであろう。

解析枠 B <決定係数 (R^2) = 0.498 自由度修正済み決定係数 (Q^2) = 0.453 >

最も+側に影響しているのがA-3) 改廃・新設であり、診療科を新設し、提供する医療の幅を広げることが「病院経営充実実感」に良い影響を与えている。またF-1) 導入状況_チーム医療、G-3) 初期医療_現状が+側に出ていることから、チーム医療を目指し、また機能していることが重要であるといえる。そのためには職種間や科を超えたコミュニケーションが必要である。A-9) 委員会_1. 医療安全対策から、いかに組織として医療リスクを避ける仕組みを構築できているかが重要だといえる。

逆に-側に出ているのがG-8) チーム医療障害_1. 医療の質の低下とG-2) 不確実性要因_3. 患者のニーズであり、医療の質を上げるためのチーム医療であるのに、それによって医療の質が低下することを考えているようではいけないことがわかる。必要なのはどうやってチーム医療を機能させるかを考え、実行することだ。また、患者のニーズに気を取られすぎることでも病院経営充実感に-に作用する。ニーズよりも安全で質の高い医療の提供が必要であることを示している。

解析枠 C <決定係数 (R^2) = 0.518 自由度修正済み決定係数 (Q^2) = 0.421 >

C-4) 教育・研究_個数合計が最も+側に利いてきており、地域社会や組織価値において重要であることがわかる。また、G-15) DPC 導入意義_5. 診療報酬確保、G-2) 不確実性要因_1. 診療報酬の改定、G-15) DPC 導入意義_4. 医薬品・医療材料の流通戦略が+側に出ていることから、健全な経営を行う姿勢が必要であることがわかれ、そのために政策に対しコミットする必要がある。但し、D-3) 重視・利害関係者_5. 行政機関を見るとわかるように、利害関係者として行政を位置づけてはならない。あくまで政策に対するコミットと位置づけることが重要で、地域社会、取引先を利害関係者として重視する姿勢を持つことが重要である。また地域の医療を考慮し、医療の幅を広げつつも機能分化を進めることが重要と考えられる。また、個人情報と時代の変化と認識し、意識することは大切だが、過度の反応は逆影響を及ぼす。

解析枠 A ∧ B <決定係数 (R²) = 0.468 自由度修正済み決定係数 (Q²) = 0.429 >

統合目的変数「病院経営充実実感」を目的変数にするとうまく重回帰分析ができなかったため、「F-2) 期待度_SPD」「F-2) 期待度_電子カルテ」「F-2) 期待度_オーダーリングシステム」の3変数を主成分分析にかけ係数を決定し、統合目的変数「システム期待度」を作成し、この変数を目的変数とし重回帰分析を行った。また、「病院経営充実実感」を説明変数の中に入れた。

G-12) DPC 取り組み、G-13) DPC 期待が強く+側に出ていることから、様々なシステムに対して積極的な病院ほど DPC に対する取り組みが積極的で、期待度も高い。I-4) 経課・患者関係_4. 待ち時間の短縮がきいているのは、病院側が待ち時間の長さを経営課題であると感じており、様々なシステムは待ち時間の短縮に効果的であると考えているということであろう。また、あまり関係がないと考えられる院内感染対策委員会が強くでているのは面白い知見である。病院経営充実実感が高い病院ほど、システムに期待し、新しいことに意欲的に取り組んでいると考えられる。

解析枠 会計 <決定係数 (R²) = 0.618 自由度修正済み決定係数 (Q²) = 0.588 >

統合目的変数「病院経営充実実感」を目的変数にするとうまく重回帰分析ができなかったため、「B-5) 減償対象_個数合計」「F-2) 期待度_原価計算」「H-1) 計算必要原価_2. 診療科別原価」の3変数を主成分分析にかけ係数を決定し、統合目的変数「医療原価志向度」を作成し、この変数を目的変数とし重回帰分析を行った。また、「病院経営充実実感」を説明変数の中に入れた。更にマルチコ防止の為、H-1) の数値化を 0.1 処理し、H-1) 計算必要原価_3. 入院・外来別原価と H-1) 計算必要原価_4. 病棟別原価を統合し「Input 原価」、H-1) 計算必要原価_5. 医師別原価と H-1) 計算必要原価_6. 患者別原価を統合し「Throughput 原価」、H-1) 計算必要原価_7. 疾病別原価と H-1) 計算必要原価_8. サービス別(行為別)原価を統合し「Output 原価」とネーミングした。B-5) 減償対象_2. 建物等が標準偏回帰係数の絶対値が最も大きく、影響力が大きい。これは、+側に出ていることから建物の減価償却をきちんとこなすことが医療原価志向度を高めることがわかる。また、医療原価志向度が高いほど病院経営充実実感も高く、BSC を含め、原価計算に関心が高いことがうかがえる。逆に D-2) 重視・病院経営_10. 管理会計が-に出ているのは、今病院経営に原価計算を活かせていない為にこれから重要視し取り掛かろうとしているか、管理会計を理解できていないことを意味している。

第六項 クロス分析

統合目的変数「病院経営充実実感」を分母または分子に取り集計した。

< A-3) 縮小⇔拡充 >

充実実感が高い病院は、変更なしか診療科の拡充方向に動いていることがわかる。逆に充実

実感の低いところほど診療かは縮小方向に向かっている。

< A-5) 許可病床数 >

規模の大きな病院のほうが充実実感が高いことがわかる。これは地域中核病院や地方の病院が非常に経営に困難な状況であることを示している。

< B-4) 科別費用計算 >

病院経営充実実感が最も高い病院と、低い病院が科別費用計算をしている費目が少ないことがわかる。前者は余裕があるために行っておらず、後者は行うほどの診療科目がないか、どのようにして行い施策を立案すれば良いかわからない状態であるといえるであろう。

< B-5) 減価対象 >

病院経営充実実感がよいほど減価償却をきちっとこなしているとはいえない。このことから、各病院によって、会計の基準がばらばらであることがうかがえる。

< C-1) 意思決定権 >

意思決定権を開設者や上部期間に比べ病院長が有しているほうが、病院経営充実実感が良い。これは常に現場におり、内部の状態を把握できている為と考えられるだろう。

< D-1) 重視・運営方針 >

病院経営充実実感よって大きな差がみられるのは、まず介護・福祉事業と救急医療である。介護・福祉事業を重視する療養型は病院経営充実実感が低く、救急医療を重視する九世紀型は病院経営充実実感が良い。また、人材の確保と地域病院・委員との連携はどの病院でも同程度に大きく重視されていることがわかる。

< D-2) 重視・病院経営 >

どの病院経営充実実感の病院でも、事業戦略が非常に重視されていることがわかる。また、財務会計や、組織人事管理も非常に大きな割合を占めている。

< D-4) 医療連携 >

病院経営充実実感が高いほど、前方も後方も連携を重視している。

< G-1) 時代認識 >

どの病院経営充実実感の病院でも、診療報酬の改定と医療制度改革に非常に注目していることがわかる。また、地域医療計画と、医療安全の確保はどの病院経営充実実感の病院も同程度に重視しているようだ。A, B, C, D, E のランク順による規則性は見られない。

< G-2) 不確実性要因 >

診療報酬の改定と医療制度改革、医師の確保がどの病院経営充実実感の病院でも注目されている。A, B, C, D, E のランク順による規則性は見られない。

< 看護師離職率 >

A, B, C, D, E のランク順による規則性ははっきりとは見られないが、比較的 A は看護師

離職率が低い。E が 20% 以上と 5% 以下に大きく見られるのは、経営状態や組織風土がうまくいっていないことの離職率の高さと、地方の病院で構成員の回転が少ないことが原因と考えられる。

< G-9) 不満対応仕組み >

A, B, C, D, E のランク順による規則性が顕著に見られ、病院経営充実実感が高い病院ほど、構成員の不満を受け止める仕組みがあるという回答になっている。

各分母に対し、統合目的変数「病院経営充実実感」を分子にとり平均点を集計した。

< 導入状況 (SPD, オーダリングシステム, 人事評価制度, 原価計算) >

SPD, オーダリングシステム, 人事評価制度, 原価計算は導入している病院は病院経営充実実感が高く、導入していない病院は病院経営充実実感が低いという結果が出た。

< DPC >

DPC に関して、期待を持っており、DPC によって原価意識が高まると考えている病院は病院経営充実実感が高い。

< 人事評価制度 >

人事評価制度は適用している病院は病院経営充実実感が高いのだが、単純集計を見ると、他の職種に比べ、医師と経営層は適用されている割合が低かったので、クロス集計を取ってみた。すると医師と経営層は適用に適用している病院とさも無い病院では病院経営充実実感に非常に大きな差があることが見て取れた。適用しているほうが病院経営充実実感が高い。

第四節 考察

地域に対する診療圏のことを考慮しつつ、チーム医療を目指し診療科の幅を広げながらも、地域の病医院と連携を行い、機能分化を志向している病院が、現在経営充実実感が高い病院であるといえるであろう。

構成員に目を向けると、診療報酬の問題もあり、人材の確保が行われることが重要な課題といえるであろう。また、構成員に対する人事評価制度の適用範囲も一つのポイントといえそう。だが最も重要であると考えられる事は、職種内外でのコミュニケーションを深めることだと考えられる。人事評価制度にしても、あくまで病院の収益との対応関係と、スムーズな連携を可能とする組織風土を築くことに力点を置くべきであろう。

情報機器は便利で業務効率の改善など大切であるが、それを使用することによってやらされ感が出ないようにする工夫が必要であろう。その為には、なぜ必要でどう便利なのかをリスク管理を通じ実感させる必要があるだろう。医療そのものでは、チーム医療への取り組みが重要であり、そのためにも職種内外のコミュニケーションが必要となる。逆に患者ニーズや満足度

を志向しすぎるのは危険である。また内部の構成員のコミュニケーションだけではなく、他病院や取引先、施設との連携も非常に重要である。診療報酬の改定や医療制度改革は、どの病院も不確定要因と感じていることであり、重要視している。そのため政策を先読みする力や政策にコミットすること、それらを踏まえた事業戦略を展開することが必要である。今見ただけでも、医療の問題はどれも深く関係しており、病院内部だけでなく、地域や制度もひっくるめた総合的なマネジメントを展開することが必要である。その為にはきちんとした原価計算を基にした施策・立案や経営状態の見直しが大切であり、「医療と事業と経営の分離、統合」を図れる病院アドミニストレーターが必要不可欠である。

第三章 国民医療意識調査から見る国民の医療意識と課題

第一節 当該調査と本論文の関わり合い

前章で導いた病院経営の三公準から、様々な Lemma が導き出される。第三公準「病院の目指す価値の公益性」には国（政府）の医療政策や国民とのコミットメントの必要性が含まれている。そこで本調査は、前章の時代認識にあげている生命観・健康観の変化や、政策への参画意欲など、「国民は現在の医療をどう捉えているのか」ということ、そしてこれからの医療に対する考えを探ることを目的とした調査である。

尚、当該調査に関しては、立命館大学経営学研究科の授業「調査設計法」において、当該研究科の院生が中心となり、設計・解析に当たっている。

第二節 調査設計の概要

第一項 調査目的

一重に「医療」と言っても、それは制度、政策、財政など国（政府）に関することや、病院の経営及び提供する医療、国民の「医療観」といった部分まで幅広い。これを国民側の視点から見てみると、少子高齢化や国の医療政策、医療ミスや診療科の改廃など病院の経営問題が昨今ひっきりなしに議論されている中、国民は今「医療」に対して最も敏感になっていることは間違いない。つまり国民に対する調査を設計する際には、この「国（政府）」と「病院」という二つの要因を考える必要がある。国民が国の医療政策をどう評価しているのか、また患者として病院の提供する医療や経営をどのように見ているのか。またその二者にどのような影響を及ぼされ、及ぼすのか。それを探る調査として、調査目的を「少子高齢化や医療制度改革を背景とした、国民の医療に対する意識調査を通じて、病院経営や国の医療政策に資する基盤資料とする」と設定した。

第二項 時代の認識

a: 「少子高齢化や医療（技術）の多様化・高度化が医療経済（財政、需要⇔供給）に影響を与える」は、「国」と「国民」との関係＝医療経済に関する認識である。この背景には少子高齢化・医療の高度化が見逃せず、それが医療財政や国民の需要、そしてそれに応える供給面に影響を与えていることは間違いない。

b: 「国の歳出削減と医療制度改革が病院の戦略的課題に影響を与える」は、「国」と「病院」に関する認識である。病院の赤字や不祥事・問題などその経営が昨今注目を集めているが、その背景には国（政府）の歳出削減に関する各種政策、及び診療報酬改定などの医療制度改革が見て取れる。これが赤字の解消や人的資源の獲得など、「病院経営」の戦略的課題を浮き彫りにさせている。

c: 「医療制度改革や医療（技術）の多様化・高度化により、患者の自己選択意識が顕在化している」は、国（政府）や病院と、国民（患者）との関係に関する認識である。政府による各種医療制度改革や患者自己負担の増額など、またハード・ソフト面で高度化する医療により、国民の「病院や医療を選択する」こと、及び延命医療などに代表される「医療を決定する」部分が増えてきていることが見逃せない。

第三項 調査対象者の位置付け

ここでは、調査対象者である国民はどのような存在であるか、以下の三点で整理した。

a: 「国民は納税者であると共に被保険者である」

b: 「国民は元来、医療制度に影響を及ぼし及ぼされる存在である」

c: 「国民は元来、病院や医療内容などの選択者である」

a はその意味の通りである。b は、医療制度改革によって様々な影響を及ぼされることは前述している。一方、少子高齢化など現象的に制度に影響を及ぼす部分もあり、また選挙や署名などでも影響を及ぼすことができるが、それが実際に行われておらず「元来」とした。c は時代認識 c で述べた内容とほぼ相違ない。しかし現在でこそ顕在化してきている部分はあるが、実際には容易ではないため、これも同様に「元来」とした。

第四項 調査仮説

以上から、a: 国民⇔国（政府）+病院, b: 国民⇔国（政府）, c: 国民⇔病院, という三つの調査仮説を設定した。

a: 「医療に関する様々な事象が、患者の志向を多様化させている」は、各種医療制度改革、及び医療の高度化や病院不祥事などにより、患者自身の医療に対する消費者的な志向や延命医療・代理母に代表される生命感・健康観の変化など、志向の多様化が見て取れることから、この仮説を設けた。

b:「国の医療政策に関するアカウンタビリティなど、条件が整備されれば、政策への国民の参画（協働）意欲が高まる」は、現在新聞等において国の医療政策に関する話題は尽きず、それゆえ国民の生活にも影響が出てきているが、その政策にコミットすることは現実には少ない。それはアカウンタビリティ等条件面の整備がされていないことに問題があると考えた。

c:「病院は、国民の属性によって病院ニーズが異なるため、それに対応していかなければならない」は、少子高齢化の時代と、aでも述べた通り患者の志向の変化が現実として顕在化している中で、それに対応する病院経営を行う必要があると考え、仮説として設定した。

これらの調査仮説を基にして、被験者の「属性」及び通院頻度などの「事実」、また満足度や選択要因などの「病院」、及び医療費の負担感や医療政策への意見など「国（政府）」に関するものに調査項目を分類した。創り込む主成分として「医療関心度」「政策参画意欲」「消費者の志向」の三つを念頭に項目を設計した結果、変数は $p = 117$ となった。

第五項 調査表 ラベルと数値・数量化⁴⁾

各変数の意味を端的に表すラベル、及び集計と多変量解析に用いる際の数値・数量化に関しては、資料を参照してもらいたい。用いる分析方法としては、主成分分析・重回帰分析の多変量解析、及びクロス集計による分析を行っている。また分析手法ではないが、単純集計による知見も整理した。

第六項 調査の実施

当該調査は、2006年7月中旬から8月下旬の間に、近江八幡駅での来街者調査（約150サンプル）と、調査班親族（約40）、BKC学生・院生・教員（約30）、及び医療関係者や病院周辺業者（約70）⁵⁾を対象に実施し、直接回収と郵送回収により、有効サンプル数 $n = 290$ を回収した。

第三節 調査結果の概要

以下、調査結果を紹介していくが、分量が多すぎるため興味深い結果が得られたものを中心に紹介したい。

第一項 単純集計

①属性関連

<1>性別は、男性55%、女性45%と偏りなかった。<2>年齢は、20代が30%、30代

4) B-1～B-4

5) 日本福祉大学教授であり精神科医である田原孝先生の関係者、及び病院の清掃・リネンなど医療事務関係を扱うワタキューセイモア株式会社の社員の方々。

が 25% と若年層が半数を占めているが、60 代が 7%、70 代以上が 8% と高齢層のサンプルもある程度集めている。＜3＞職業は、正社員が 38% と最も多く、次いで学生 17%、医療機関従事者 8% となっており、パート・アルバイト、契約・派遣社員の非正規雇用者は 11% となっている。＜4＞住まいは、その他が 58% と最も多いが、これは調査班の親族＜札幌や会津若松など＞や協力して頂いた医療関係者・病院周辺業者＜福岡など＞のサンプルが半数を占めていたためである。次いで京都市が 27% となっている。＜7＞子供の有無は、無しが 53% で、有り_15 歳以下が 14%、有り_16 歳以上が 33% となっている。＜11＞保険の種類は、国民健康が 48%、組合健康が 22%、政府管掌健康が 15% となっており、日雇は 0 であった。このように、被験者の属性に関してはある程度ばらつきを確保している。

②＜14＞信頼医者の有無

信頼する医者（かかりつけ医）がいる・いないともほぼ半々の結果であった。

③＜15＞情報源

制度情報源、病院情報源を比較すると、共に「新聞」が占める割合が大きかった。制度では次に多かったのが「テレビ・ラジオ」、そして「インターネット」と続き、最近のニュースなどでよく医療問題が取り上げられている影響が出ていると考えられる。一方、病院で最も多かったのが「口コミ」である。地域の人々が持つ口コミのネットワークの影響力を非常に感じる結果となった。また病院では、「家族」、及び「医療機関や関係者」といった人づての情報源が重要視されていることも分かる。「医療関係書籍」や「広告」、「雑誌」は、制度・病院共に低かった。

④＜16＞病医院充実度

「とても充実している」「ある程度充実している」という回答が 78% を占めており、全体で見れば肯定的であるが、22% が「充実していない」と答えており、これも見逃せない。

⑤＜19＞医療知識

1 つだけ知っている人が 21% と最も多く、そして知っている数が多くなるにつれて段々と割合が小さくなっている。しかし、「全部知っている」という 8 つが 13% と大きく、これは被験者の中に医療に関係する方が含まれていることが影響していると考えられる。

⑥＜20＞健康意識

何もしていない人が 23% と最も割合が大きく、次いで 2 個、3 個、1 個と続く。全部行っている人は 3% と意外に少なく、全体では自身の健康にあまり気を使っていないことが分かる。

⑦＜21＞重要項目、＜23＞要望項目

重要項目として最も選ばれていたのは「医療技術」であり、やはり提供される医療が確かなものかどうか最も重要視されている。次いで「アクセス・立地」、「院内雰囲気」、「待ち時間」など、医療と直接関わりがない部分も大きい。要望項目では逆に「待ち時間」が最も大きな割合を占めるが、次いで「医療技術」、「医療の安全性」、「構成員の対応」となり、医療に直接的

な部分に対して要望が大きいことが分かる。資料では、重視一要望のギャップを表す図を紹介しているが、ギャップが大きかったのは「アクセス・立地」、「院内雰囲気」、「医療技術」、「待ち時間」であり、重視・要望とも多く選ばれていたものにギャップが見られることが分かる。

⑧＜22＞病医院満足度

「満足」「ある程度満足」が54%と過半数ではあるが、「不満」「少々不満」が46%と多く、現在の提供されている医療に対する不満が見て取れる。

⑨関心点や医療費抑制対策

＜24＞政策関心点では、「医療費の高騰」が最も多く次いで「高齢者負担」、「介護・福祉制度」が選ばれており、被験者のうち高齢層は勿論のこと、若年層も将来的な先行きの不安があり、このような結果になったと考えられる。また「従事者、診療科の不足」に関しても少なからず選ばれている。しかし公的病院の赤字はあまり知られていないのか、さほど問題とならなかった。＜27＞医療費抑制では、「歳出削減」や「病院経営の改善」、「予防医療の進展」など、直接本人に影響の無いものから順に並んでいることが分かる。一方「国民の健康生活」、「少子化対策」、「国民負担の増加」が12%、10%、9%と少なく、医療費問題の解決にはあまり効果的ではない、または素直に受け入れられない、ということが読み取れる。

⑩医療費負担と負担増

＜25＞医療費負担感では、若年層と高齢層による差異はあるが、「負担である」「負担でない」が約半数ずつ占めていた。一方＜26＞国民負担増・意見では、否定的な意見が過半数を占めており、賛成はほぼ0であった。しかし38%の人が「仕方ない」と捉えている。

⑪政府のアカウンタビリティと参画意欲

＜28＞アカウンタビリティは、「思わない」「あまり思わない」という否定的な意見が86%であった。一方＜29＞政策参画意欲も、「思わない」「あまり思わない」が64%と否定的な意見が多かった。国の国民に対する情報の開示・提供と国民とのコミットにおいて、問題が見て取れる。

⑫医療に関する関心度

＜31＞統合医療関心度は、「関心がない」という否定的な意見は25%で、75%が「関心がある」として肯定的であった。上の参画意欲との関係で考えると、関心はあるが参画はしたくない、という状況が見られる。＜32＞医療危機意識・財政、人材は、両方共に危機感を強く感じているようである。財政面は昨今の議論の中で、高齢者負担の増加などの背景として知られているためか、特に危機感が強かった。

⑬＜33＞延命医療意見

延命医療に対する意見は、「必要ない」が30%、「必要である」が10%であり、否定が肯定を上回っている。「どちらとも言えない」が最も多かったのは、延命医療が適用される対象が

自分なのか、親なのかという立場によって変わりうるからだと考えられる。

第二項 主成分分析

○第一主成分「医療関心度」〈固有値 (λ) : 11.14 寄与率 (%) : 10.22〉

図の右上 (ベクトル係数が正) を見ると、「医療危機意識 (財政) (人材)」、「統合医療関心度」が当該主成分に対してポジティブに大きく作用している。また、「政策関心点」関連など、医療に対する関心を表す変数が多く、係数の値も大きい。一方、左下 (ベクトル係数が負) には「政策関心点_特に無い」がある。このことから、第一主成分は医療に対する総合的な関心度を表していることが分かり、「医療関心度」と名付けた。

「年齢」「独立子供有無」などがプラスに大きく作用していることから、老年層は特に医療関心度が高いことが分かる。医療関心度が高い人は、政策関心点として「介護福祉制度」や「高齢者負担」の問題に強い関心を持っている。また現在の病院が提供する医療に満足しており、国の政策への参画意欲も高いことが分かる。一方、病院を選択する際には「院内雰囲気」「医療機器」を特に重視しており、「医療安全性」「医療技術」を改善するよう要望していることも分かる。

逆に医療関心度の低い人は、「アクセス・立地」や「待ち時間」といった、本来の「医療」以外の部分で病院に対して重視・要望していることが分かる。また「子供有無_無し」、「正社員」、「契約・派遣」が負に作用しており、このことから若壮年層は関心度が低いと言える。一方、病院情報源に「新聞」を用いる人や、病院・制度情報源に「IT」を用いる人、及び医療費抑制対策に「病院経営の改善」が必要だとする人は、総じて関心度が低いことも分かる。

○第二主成分「医療との接点 (若壮年層⇔高齢層)」

〈固有値 (λ) : 5.82 寄与率 (%) : 5.34 累積寄与率 (%) : 15.56〉

図の右上を見ると、「年齢」、「年金_受取」、「独立子供有無」が当該主成分にポジティブに大きく作用していることから、年金などの制度に支えられる高齢層を表わしている。一方、左下には「政策関心点_小児科不足」や、「子供有無_無し」があることから、支える側である若壮年層だと理解できる。また、右上には「通院頻度」「信頼医師の有無」があり、左下には制度情報源として「医療書籍」、「IT」や「学校・職場」、病院情報源として「学校・職場」「IT」があることから、この主成分は「医療との接点 (若壮年層⇔高齢層)」と名付けた。

「重視項目_医療機器」がプラス側にあるように、高齢層の医療との接点は実際に医療行為を受けることが中心であるのに対して、マイナス側には制度・病院の情報源、及び「重視項目_院内雰囲気」「アクセス立地」、「要望項目_アフターケア」があることから、医療そのもの以外において接点を持っていることが分かる。

○第三主成分「病院志向（労働者⇔非労働者）」

<固有値（λ）：4.29 寄与率（%）：3.93 累積寄与率（%）：19.49 >

図の右上を見ると、「年金_支払」や「職業_正社員」、「子供有無_15歳以下」が当該主成分にポジティブに大きく作用していることから、壮年層である労働者を表わしていることが分かる。一方、左下には「職業_学生」や「年金_支払・受取無し」、「年金_受取」があることから、若年層及び高齢層の非労働者を表わしている。また、左右共に「要望項目」「重視項目」が多く挙がっているため、「病院志向（労働者⇔非労働者）」と名付けた。

プラス側には重視項目・要望項目の「待ち時間」があることから、労働者は仕事の都合上でこのような結果になったと考えられる。また「医療費負担」があるように、負担を強く感じているせいか、「医療費抑制_歳出削減」「病院経営の改善」といった、医療費の抑制対策には他人任せのところがある。

一方、マイナス側には「医療満足度」があり、非労働者は今まで受けてきた医療に満足していることが分かる。また、「医療費抑制_予防医療」や「健康意識度」があり、「大病になる前に防ぐ」ことが医療費抑制対策として有効だとしている。しかし「国民負担増・意見」があるように、負担増には反対の姿勢である。また、重視項目や要望項目に、「医療機器」「医療安全性」「アフターケア」などの医療そのものと、「院内雰囲気」や「バリアフリー」などの医療に直接関係しない部分の両面で病院に対して重視・要望していることが分かる。

第三項 統合目的変数の設定

公準 C との関係で、「制度や政策に関する関心度」、「国民自身の健康意識」、また公準 B との関係で、「病院（医療）接遇重視度」の計三枠を、統合目的変数として設定した。

①「**統合医療関心度**」 医療制度や政策に対する関心度の総合指標を作成する為に、< 19 > 医療知識、< 31 > 統合医療関心度、< 32 > 医療危機意識（財政）、< 32 > 医療危機意識（人材）の 4 変数を統合し、それぞれの変数にかける係数を自動決定した。結果、第一主成分の係数が全て正にふっているため、総合指標になりうると判断し、これを統合目的変数「**統合医療関心度**」とした。

②「**統合健康意識**」 自身の健康に関する総合指標を作成するために、< 13 > 通院頻度、< 17 > 病医院使用基準、< 20 > 健康意識度 という「自身の健康に対する意識」を表わす 3 変数を統合し、「**統合健康意識**」とした。

③「**病医院に対する機能評価**」 病医院を選択する際の重視項目として、< 21 > 重視項目_院内雰囲気、医療機器、アフターケア、バリアフリー の 4 変数を統合し、「**病医院に対する機能評価**」とした。

第四項 重回帰分析

前項で導き出した三つの統合目的変数をもって、重回帰分析を行った。

①「統合医療関心度」 <決定係数 (R^2) = 0.674 自由度修正済み決定係数 (Q^2) = 0.662 >

図の右側の、目的変数「統合医療関心度」に対してポジティブに作用している変数を見ていくと、< 29 >政策参画意欲が最も大きいことが分かり、参画意欲が高い人は総じて医療制度に対する関心度も高いことがわかる。一方、< 25 >医療費負担や、< 22 >医療満足度がポジティブに作用していることも興味深い。< 2 >年齢が高い人ほど関心度が高いことが分かるが、これは高齢者や療養型の入院に対する医療制度の改革の影響もあるであろう。< 10 >時間外診療経験がある人は関心度が高いのは、重い病気やケガなどにより、「医療」に深く関わったからだ考えられる。< 23 >要望項目_医療安全性がポジティブに作用しているのは、昨今院内感染や医療ミスなどの医療事故がメディアを賑わしている為、それを通して関心度が高まっていると考えられる。< 21 >重視項目_院内雰囲気は、院内感染の問題や病院の建て替えなどが関係していると考えられるが、面白い知見である。また、< 3 >職業_医療従事者は、やはり関心度が高かった。

逆に、左側のネガティブに作用している変数を見ると、< 11 >保険_国民健康、< 15 >病院情報源_新聞が挙がっており、これも興味深い。

②「統合健康意識」 <決定係数 (R^2) = 0.517 自由度修正済み決定係数 (Q^2) = 0.500 >

目的変数「統合健康意識」に対してポジティブに作用している変数を見ていくと、< 2 >年齢が最も大きいことが分かる。さらに< 1 >性別もあり、年齢が高い人ほど、そして女性のほうが健康意識が高いことが分かる。また< 14 >信頼医者の有無、< 16 >病医院判断から、信頼できる医者がいる人や、病気・ケガをした場合どの病院・診療所やどの診療科に行けばよいか的確に判断できる人は、総じて健康意識が高いことが分かる。ゆえに、重視項目_要望項目_開設診療科がポジティブに作用する結果になったと考えられる。< 32 >医療危機意識(人材)、< 15 >制度情報源_TVIRD が挙がっているのも面白い。

一方、左側にはここでも< 15 >病院情報源_新聞が挙がっており、①の統合医療関心度と合わせて当該変数がネガティブなファクターであることが分かる。

③「病医院に対する機能評価」

<決定係数 (R^2) = 0.432 自由度修正済み決定係数 (Q^2) = 0.412 >

目的変数「病医院に対する機能評価」に対してポジティブに作用している変数を見ていくと、< 23 >要望項目_医療機器、バリアフリーが大きく、比較的係数が小さいがアフターケアも挙がっている。当該目的変数には、重視項目としてそれら三変数が統合されていることから、現実と理想の乖離が見られることが分かる。また< 20 >健康意識度、< 9 >入院経験の二変数から、自身の健康について意識している人は総じて機能評価が高いことが分かる。さらに

< 25 >医療費負担が大きいと感じている人や、< 15 >制度情報源を家族から取り入れている人も高い。機能評価には、< 21 >重視項目として医療技術、及び規模もポジティブに作用することになる。

一方、左側にはここでも< 15 >病院情報源_新聞が挙がっている。①②③から、病院の情報を新聞から取り入れている人は、制度に対する関心度も、自身の健康意識に対しても、病医院の評価に対しても、ネガティブであることが分かる。これの意味するところを今後詳しく調べる必要がある。

第五項 クロス集計

本項では、単一変数で集計したものと、第四項で導き出した統合目的変数「統合医療関心度」を用いて集計したものの二つで分析する。

①単一変数

< 22 >医療満足度を分子にとり、以下の各変数を分母にしてクロス集計を行った。

1. < 2 >年齢

医療満足度を年齢別に見ると、強い正の相関は無いが、年齢が高くなるにつれて満足度が高くなる傾向が読み取れる。特に60代以上の高齢層は8割近くが（ある程度）満足していることが分かる。

2. < 3 >職業

医療従事者が最も満足度が高く、且つ8割以上が満足していることが興味深い。次いで無職、学生と続き、両者とも過半数が満足している。また、正規雇用・非正規雇用の「働いている人」の満足度が低い傾向にあることが読み取れる。

3. < 15 >病院情報源

病医院の情報源として新聞を用いている人は、用いていない人に比べて満足度が低い。また医療機関や機関の関係者から病院の情報を得ている人は、そうでない人に比べて満足度が高いことが分かる。

4. < 21 >重視項目

病医院の選択要因として医療機器を重視している人は、総じて満足度が高いが、待ち時間を重視している人は満足度が低い結果となっている。医療行為を目的としている人と、そうでない人との差が読み取れる。

5. < 26 >国民負担増・意見

政府の各種政策による国民の負担増に対する肯定・否定で見ると、仕方ないというある種肯定的な意見の人は満足度が比較的高く、反対の人は約半数が満足している。一方、何も思わない人は8割以上が不満である、という結果になっている。

②統合変数

以下では、「統合医療関心度」の主成分得点を分子にし、分母に属性・事実関係を用いてクロス集計を行った。

1. <属性>

<1>性別を見ると女性のほうが男性よりも医療制度に対する関心度が高いことが分かる。また<2>年齢から、40代以上の人は関心が高く、40代未満は低いというように、40歳を堺にきっぱりと分かれる。これは、その年代から親の健康を考え始める時期であり、また自身も将来的にその制度によって医療や介護を提供されることから、今後の政策に関心を持つ時期でもあることから、このような結果になったと考えられる。また、<3>職業を見ると、非正規と正規社員共に医療制度に対する関心が低いことが分かる。医療従事者はやはり関心度が高かった。一方、<12>年金を見ると、年齢との関係で受け取っている人の関心が高い。また、学生納付特例制度を使い、支払っていない人は特に関心が低い。

2. <事実関係>

<13>通院頻度では、月に1度以上の頻度で通院している人は医療制度に関心があることが分かる。<14>信頼医者の有無では信頼できる医師がいる、いないでは制度に関する関心度がまったく違い、いる場合は関心度が高い。このことから患者として病院と関わっている度合いや頻度は、統合医療関心度に大きく影響するといえる。

以下では、「統合医療関心度」の主成分得点の高いほうから標準偏差 σ でもってA, B, C, D, Eの5段階に分割し、分母に用いてクロス集計している。

3. <15>制度情報源

医療制度に対する関心度が高い人ほど、医療制度に関する情報を医療機関や関係者から得ていることが顕著に表れている。

4. <15>病院情報源

医療制度に対する関心度が高い人は、口コミで情報を得ていることが傾向として読み取れる。一方、Eの層の関心度が最も低い人は、新聞から情報を得ていることが分かるが、これに関しては第四項でも述べた通り今後サーベイする必要がある。

5. <21>重視項目、<23>要望項目

関心度が高い人は、総じて病院選択の際に院内雰囲気重視していることが分かる。また、同様に関心度が高い人は、医療の安全性を改善してほしいと考えていることも読み取れる。両方とも、関心度の低いEの層ではほとんど選ばれていない。

6. <27>医療費抑制

顕著に差が見られるのは、病院経営と歳出削減である。関心度が高い人は、医療費抑制対策

として国の歳出削減が最も効果的だと考えているが、低い人は病院経営の改善が最も効果的だとしており、共にその割合が関心度と共に大きく／小さくなっていく傾向が読み取れる。

7. < 29 >政策参画意欲

関心度が最も低い E の層は、参画する意欲がない。しかし、関心度が高くなればなるほど、政策に対する参画意欲が高くなるのが、顕著に読み取れる。

第四節 考察

本章の第一節・第二節でも述べたが、各種医療制度の改革、医療の高度化・多様化、病院の医療問題などにより、国民は現在「医療」に対する今後の動向に非常に敏感になっていることは間違いない。そこで今回の調査で特に顕著だったのは、医療制度に対する関心度、及び病院に対する考え、自身の健康意識において、その結果が高齢層と中年層、壮年層、若年層の四つに分かれるということである。

60代以上の高齢層は、制度関心度、医療満足度、健康意識の三点とも高い結果となった。この層は最も病院と接する機会が多いと言えるが、医療満足度が高いことに驚かされた。また、40代・50代の中年層は、親の医療や介護に直面していることと、自身の今後の生活に関わるため医療制度の関心度が非常に高い。一方、30代に代表される正規雇用・非正規雇用の壮年層は、統合医療関心度、医療満足度共に低い。普段の生活において、病院（医療）と接する機会が比較的少なく、接するとしても多忙な限られた時間で病院に行くため満足度が総じて低くなるのであろう。しかし、今後も医療制度を長年支える層において関心度が低いこのような状況では、今後の医療制度の先行きが非常に不安である。最後に、学生に代表される若年層は、病院・制度共に「医療」に直接的に関係することがほとんどないので、ほぼ関心度も満足度もニュートラルであるが、健康意識が低い。

国民医療からの要請として、予防・早期医療はもはや避けられない。それは国民医療費の抑制は勿論のこと、患者本人の経済的、身体的、精神的負荷の低減にも繋がる。しかし国民は、国の医療財政問題や自身の健康を、若壮年の時分から自らの問題として捉え、行動しているとは言いがたいということが本調査から分かった。その意味では、国は医療制度の改革にこのような国民医療意識の状況を把握し政策に反映する、そして国民を参画させる必要がある。また病院も同じく国民医療意識の状況や医療の要請を把握し、その要請を受け具体的に実践する場であることを認識し、且つそれをもって国の医療政策に対する切り結びを担わなければならない。しかし、逆に我々国民側からすれば、一人一人が「公益的な視点を持って」健康に生活し、病院を選択し、国の政策にコミットする必要があるとも言えるだろう。

本調査をもって「日本の国民の医療意識はこうだ」と断定するには当然無理があるが、今後全国的に意識調査を展開する際の基盤資料としては、十分に資する知見が得られたと史料される。

おわりに

・病院原価計算の展望

第一章で述べたように、病院は公益経営の三公準を遵守した経営を行わなければならないことは明白である。特に第二公準の患者・家族など、関係者に提供する医療の公益性では、安全・安心と信頼が寄せられる医療の構築や、疾患を治すだけでなく、早期の社会復帰を目指す保健の社会的担保、ターミナル・ケアの充実など様々な側面で課題がある。しかもそれらの課題を国民医療費の抑制という国家財政の維持と同時進行で達成していかなければならない。

ではまず、国民医療からの要請として具体的に何があるかを整理しておきたい。

i) 予防・早期医療の徹底・浸透

これからの医療は予防・早期医療といわれている。予防・早期医療が徹底・浸透する事によって、医療財政、患者、病院構成員の三つの視点で効用が期待できる。医療財政の視点では、疾患の予防、早期発見による高額医療機器の使用頻度、手術等の減少による国民医療費の抑制が考えられる。患者の視点では、手術の回避による経済的負担の低減、身体への負担の低減、患者本人だけでなく、家族も含めた精神的な負担の低減の三つの患者負担の低減が考えられる。病院構成員の視点では、手術や高度医療の減少による診療ストレスの低減が考えられる。

ii) 病院の戦略的位置付け

各病院が赤字の減少を目指すうえで必要となってくるのが、病院の戦略的位置付けである。病院・病診間の連携や診療科の改廃・新設など様々な戦略的な意思決定の為には、その医療圏を前提とした診療科別の連結原価計算が必要となる。赤字だからといって、診療科や診療補助部門をむやみに閉鎖しない為にも、病院経営者の意思決定に資する、明確な意図を持った病院原価計算が要請されている。

iii) 教育・研究の予算主義

国立大学は法人化に伴い 04 年度から「国立大学法人会計基準」及び同注解によって、企業会計原則に準拠した決算を実施し、財務諸表を公開している。中でも付属病院を抱える国立大学では「開示すべきセグメント情報」として、当該セグメントの会計情報の開示が義務付けられている。

大学によって異なるが一部ないし全部の人件費がセグメント情報に含まれておらず、かつ業務収益に「運営費交付金」が計上されているため、見かけ上の「業務損益」は黒字であっても、大学病院の経営実態は慢性的な赤字であると思われる。これは主として教育・研究事業によるものと考えられる。

多くの病院は「介護・老健、教育・研究、地域貢献」の事業に何らかの関わりを有している。これら三事業はいずれもないがしろに出来ないもので、とりわけ医師や看護師などの人材を養

成し難病等の研究に従事する大学付属病院の役割は甚大である。このような教育・研究は憲法第 25 条に規定される「国民の生存権」を担保するために必要なもので、よって各病院の診療報酬ではなく、国や地方自治体の予算で賄うべきものである（予算主義）。この予算主義は大学付属病院だけではなく、金額の多少はともかくといて一般の病院にも適用されてしかるべきである。

・チーム医療と共に地域医療へ

今、各病院では医療の質を担保するためにチーム医療に対する取り組みが進んでいる。その動きは今後も促進すべきことであるが、その上で各病院は自らの戦略的な位置づけを行っている。だがその意思決定が患者満足度の向上などの競争戦略的な志向だけでは、国民医療費抑制の抜本的解決にはなりえず、更に現在のような地域画一的な診療報酬制度では、医療圏によっては医療行為が不足する事態になりかねない。

病院経営の三公準と国民医療からの要請を共に充足する為には、医療という概念そのものの再構築が必要であろう。それは医療を個々の病院が提供するという概念から、医療圏内の病院が連携して地域の医療を担うという概念への昇華である。

最近では紹介を主にした病院、病診間の地域連携が進んでいる。この動きは診療報酬確保の為でもあるが、医療の枠が個々の病院から地域医療へと変遷している過程であると捉えることができる。またその背景に情報機器の発達があげられるが、今後は病院内部の診療部門間や職種間にとどまらず、病院、病診間での円滑な情報共有が必要であり、地域システムとしての情報インフラの普及と発達が求められる。

予防・早期医療が徹底・浸透すると、国民医療費の抑制の観点から設備投資や、人材配置の関係で病院の機能分化に拍車がかかる。疾患の予防と、早期発見を主な役割とするプライマリケア医を配属した病院や診療所と、高度な医療機器や専門的な医療分野を持った救急病院に分かれていくであろう。検査部門を病院間で共有することも考えられる。だが、このように病院間の機能分化

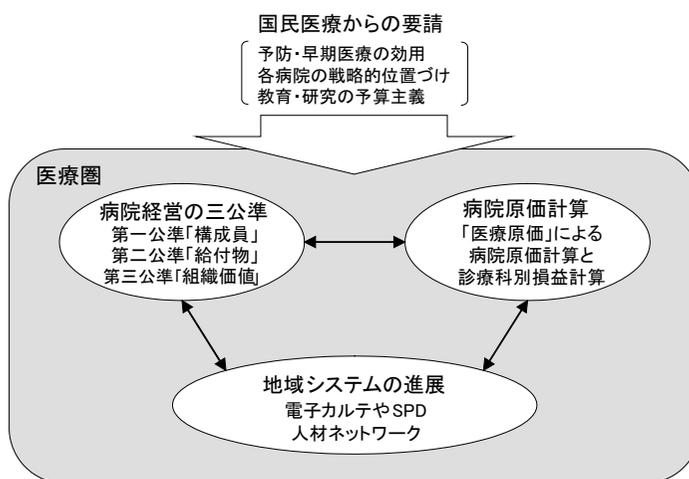


図4 「病院原価計算」思索のスキーム

が促進すると、従来の診療報酬でどうしてもまかなえない病院や、診療部門が出てくる。過剰に供給されている診療部門であれば赤字を理由に閉鎖しても構わない。しかし、その医療圏に当該診療部門が欠落する事は防がねばならない。

そこで必要となってくるのが地域連結原価計算である。そのためには、「医療原価」の概念を確立し、医療圏内の病院で医療部門別原価計算と診療科別損益計算を連結する必要がある。とりわけ後者の診療科別損益計算では検査部や看護部の部門費を診療科別に配賦する規準が焦点となる。この配賦基準の理念として、計算目的によっては負担できる能力のある診療科には、より多く配賦するという考え方も必要である。というのも医療圏を前提とすれば、どの診療科もどこかの病院が開設せざるを得ないからである。このような能力者負担の原則で診療科別損益計算をすることによって、例えば小児科の無い医療圏を無くす事が可能となる。またこの為には病院・病診間での円滑な情報共有のために地域システムの普及と進展が必要である。

・地域医療が目指す「人・モノ・政策」

医療圏を前提とした地域医療の促進は「人・モノ・政策」の三つの側面に及ばざるを得ない。「人」の側面については、医師や看護師など医療専門職のみならず、調剤薬局の薬剤師や、病院食を病院に給付する管理栄養士などにも及ぶ。これらの人材が当該医療圏において過不足なく且つ、各病院や各事業所において最適に配置されると共に、連携や相互補完が達成される事が可能となる。また、「モノ」の側面では高額な医療機器を特定の病院が購入し、他の病院が共同利用することによって、経済的な負担を医療圏内の病院間で平準化する事ができる。更に緊急時に要する特定血液の相互融通など、診療材料を医療圏で共同して備蓄するなど地域による担保が可能となる。

「政策」の側面では、医療圏における予防医学の普及だけでなく、病院職員間の連携による医療政策の立案や行政に対する提言もまた重要な機能である。現行の医療制度の不備を医療圏から洗い出したり、とりわけ診療報酬の在り方を見直し、必要な人材や医療機器を当該医療圏で充足する必要がある。「国民の生存権」は今や全国一律の診療報酬では担保し難い。これを担保するには病院職員の政策立案の能力を不可欠としている。正に医療と経営を両立し統合する「要」の力量が病院職員に求められているのである。

※ページ数の関係で資料を調査票とラベル表示以外を掲載することができません。単純集計、主成分分析、重回帰分析、クロス集計に興味のある方は、

平井研究室：077 - 561 - 4634

まで連絡下さい。データを提供します。

最後になりましたが、調査に協力して下さいました病院、街頭の人々に感謝いたします。

病院（経営層）アンケート

貴病院の属性を記入して下さい。

病院名	〒			
所在地				
連絡先	電話番号	Fax 番号	可	否
ヒアリング	訪問	電話	可	否
回答者 No.	部署 (役職)		氏名	
1.				
2.				
3.				
4.				

A：貴病院の概要についてお尋ねします。

A-1) 貴病院の開設者について、次の選択肢から当てはまるものに○を付けて下さい。

1. 国	2. 地方自治体	3. 日赤・済生会・厚生連など
4. 社会保険関係団体	5. 公益法人	6. 医療法人
7. 学校法人	8. 社会福祉法人	9. 医療生協
10. 会社	11. 個人	12. その他の法人 ()

A-2) 貴病院が開設している診療科目に全てチェックを記入して下さい。

総合診療科	内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科
循環器科	小児科	精神科	泌尿器科	神経科
神経内科	肝臓科	腎臓科	糖尿病科	内視鏡科
内分泌科	心臓内科	血液内科	脳神経内科	代謝内科
老人科	脳神経外科	リハビリ科	形成外科	外科
整形外科	泌尿器外科	形成外科	美容外科	膠原病科
心臓外科	呼吸器外科	消化器外科	腹部外科	胸部外科
小児外科	皮膚分科	皮膚科	泌尿器科	性病科
肛門科	産婦人科	産科	婦人科	眼科
耳鼻咽喉科	器官食道科	放射線科	手術部	輸血部
救命救急科	歯科口腔外科	麻酔科	産科	矯正歯科
小児歯科	リハビリ科	その他 ()		

A-3) 貴病院では今後、診療科の改廃や新設についてどの様に考えていますか。次の選択肢から当てはまるものに○を付けて下さい。

1. 縮小方向で検討している	2. 変更するつもりは無い	3. 拡充方向で検討している
----------------	---------------	----------------

A-4) 貴病院の救急指征について、次の選択肢から当てはまるものに○を付けて下さい。

1. 救急指征に認定されていない	2. 初期救急指征医療機関
3. 第二次救急指征医療機関	4. 第三次救急指征医療機関

A-6) 貴病院の病床数を記入して下さい。(記入目現在)

許可病床数	実働病床数
一般病床	床
その内 ICU	床
その内 NICU	床
療養病床 (医療型)	床
療養病床 (介護型)	床
精神病床	床
その他の病床	床

A-6) 貴病院では今後、一般病床と療養病床のどちらの比率を高めたいと考えていますか。

次の選択肢から当てはまるものに○を付けて下さい。

1. 一般病床の方を高めたい	2. 変更するつもりは無い	3. 療養病床の方を高めたい
----------------	---------------	----------------

A-7) 貴病院の構成員の人数を記入して下さい。(記入目現在)

	常勤	非常勤 (嘱託を含む)		派遣の有無
	人数	常勤換算	人数	
医師	人	人	人	有・無
看護師(助産師含む)	人	人	人	有・無
薬剤師	人	人	人	有・無
その他のコ・メデ・イ・カ	人	人	人	有・無
一般・労務	人	人	人	有・無
事務・管理	人	人	人	有・無

A-8) 貴病院ではどのような外部機関の評価を受けていますか。次の選択肢から当てはまるものに○を付けて下さい。

1. ISO9000 シリーズ	2. ISO14000 シリーズ	3. プライバシーマーク
4. 医療機能評価機構 (Ver.)	5. その他の外部評価 ()	

A-9) 院内での委員会の設置状況について (= 3 項目) お尋ねします。次の回答欄に、下記の選択肢から当てはまるものを選び○を付けて下さい。

回答欄	1. 医療安全対策	1. 2. 3.
各	2. 院内感染対策	1. 2. 3.
備	3. 医療従事者適正処理	1. 2. 3.

1. 設けていない	2. 設けているがあまり機能していない	3. 十分に機能している
-----------	---------------------	--------------

2006 年 5 月末日
病院経営研究会

B：貴病院の経営状況についてお尋ねします。

B-1) 貴病院の 2005 年度の経営状況について、各項目に該当する金額を記入して下さい。

	千円	医業費用	千円
医業収益			
医師に対する人件費	千円	医薬品費	千円
看護師に対する人件費	千円	診療材料費	千円
薬剤師に対する人件費	千円	給食費	千円
その他のコ・メディカルに対する人件費	千円	医療機器の減価償却費 +維持費	千円
事務職等に対する人件費	千円	外部委託費	千円
(その内事務・管理)	千円	建物等減価償却費	千円
(その内一般・労務)	千円	研究・研修費	千円
※事務職等の内訳は把握している場合のみで結構です		水光熱等物件費	千円
人件費合計	千円	人件費以外の費用合計	千円

B-2) 貴病院の入院・外来それぞれ、1日平均の患者数、診療単価(患者1人・1日当りの診療報酬)、また入院患者における平均在院日数を記入して下さい。(2005年度)

	入院	外来
患者数(1日平均)	人/日	人/日
診療単価	円	円
平均在院日数	日	

B-3) 貴病院でアウトソーシングしているもの全てに○を付けて下さい。

1. 全く行っていない	2. 寝具設備	3. 清掃
4. 洗濯・リネン	5. 患者給食	6. 消毒滅菌
7. 検査	8. 医療事務(レセプト記入無し)	9. 医療事務(レセプト記入有り)
10. その他()		

B-4) 診療科ごとに発生する費用を把握していますか。次の選択肢から把握しているもの全てに○を付けて下さい。

1. 全く把握していない	2. 人件費	3. 医薬品費
4. 診療材料費	5. 給食費	6. 外部委託費
7. 研究・研修費	8. 医療機器の減価償却費+維持費	9. 建物等減価償却費
10. 水光熱等物件費		

B-5) 減価償却費を計上していますか。また計上している場合は減価償却の対象範囲に含まれるもの全てに○を付けて下さい。

1. 計上していない	2. 建物等	3. 付属設備	4. 医療機器	5. その他機器・備品
6. 無形固定資産	7. 車両・船舶等	8. その他()		

B-6) どのような会計基準に準拠して会計処理を行なっていますか。

1. 病院会計準則	2. その他()
-----------	-----------

B-7) 財務諸表の中で一般に公表しているものに全て○を付けて下さい。

1. 損益計算書	2. 貸借対照表	3. キャッシュフロー計算書
4. 連結財務諸表	5. セグメント情報	6. その他()

C：病院経営に対する意識についてお尋ねします。

C-1) 貴病院の経営に関する最終的な意思決定権は誰にありますか。次の選択肢から当てるものに○を付けて下さい。

1. 病院長	2. 事務局長	3. 理事長	4. 上部機関
5. 開設者	6. その他()		

C-2) 病院を経営していく上で、理想的な経営トップはどうあるべきだと考えていますか。次の選択肢から当てるものに1-3つ○を付けて下さい。

1. トップは医師であるべきである
2. トップは経営ノウハウを有する者となるべきである
3. 医師と経営の2人のトップが必要である

以下、C-3)～C-6)までは、病院と関連する介護・福祉・教育・研究、地域貢献の3つの事業についてお答え下さい。

C-3) 貴病院では、介護・福祉事業を行っていますか。行っている場合は当てるもの全てに○を付けて下さい。

1. 行っていない	2. 老人保健施設を開設している
3. 特別養護老人ホームを開設している	4. ケア付マンションを運営している
5. 別組織を設立し、介護・福祉事業を行っている	6. その他()

C-4) 貴病院では、教育・研究事業を行っていますか。行っている場合は当てるもの全てに○を付けて下さい。

1. 行っていない	2. 看護学校	3. コ・メディカルの学校
4. 医療事務の学校	5. 臨床研修医の養成	6. 新卒研修
7. 新薬に関する治験	8. 医療機器の開発	9. 病理そのものの教育
10. 治療法の開発	11. その他()	

C-5) 貴病院では、地域貢献事業を行っていますか。行っている場合は当てるもの全てに○を付けて下さい。

1. 行っていない	2. 各学校への予防接種	3. 各病状のセミナー開催
4. 健康診断	5. 保健所の審査業務	6. その他()

上記3つの事業に關し、経営と会計の2側面(=6項目)についてお尋ねします。
次の回答欄に、下記の選択肢群から当てはまるものを選び○を付けて下さい。

回 答	C-6) 経営者の側面	C-7) 会計の側面
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.

(下記の選択肢を参照して当てはまるものに○を付けてください)

選択肢群

C-6) 経営の側面
1. 当該事業を行っていない
2. 病院のトップが当該事業の経営に関する意思決定権を有している
3. 当該事業の経営に関する意思決定権を持つ者が医療のトップとは別に存在する
4. 当該事業の経営に関する意思決定権は、独立した別の機関が有している
C-7) 会計の側面
1. 当該事業を行っていない
2. 医療と事業の会計を区分けに行っている
3. 医療と事業の会計を費目によっては分けずに行っている
4. 医療と事業の会計を分けて行っている

D: 貴病院の方針についてお尋ねします。

D-1) 病院を経営する上で、今後の運営方針で重視している事項は何ですか。次の選択肢から当てはまるものを**4つ以内**で選択して下さい。

1. 介護・福祉事業の充実
2. 教育・研究事業の充実
3. 地域貢献事業の充実
4. 救急医療の充実
5. プライマリケアの強化
6. 専門医療分野の強化
7. 人材の確保
8. 外部委託の多様化
9. 情報システムの確立
10. 医療政策の予測・対応
11. 診療圏の拡大
12. 地域病院・医院との連携

D-2) 病院を経営する上で現在、特に重視していることは何ですか。次の選択肢から当てはまるものを**3つ以内**で選択して下さい。

1. 財務会計
2. 資金調達
3. 組織人事管理
4. 事業開発
5. マーケティング
6. 物流管理
7. リスク管理
8. 税金関係
9. 采院者後遇
10. 管理会計
11. オーダーリング等情報システム
12. その他 ()

D-3) 病院を経営するにあたって、患者とその家族以外に重視すべき利害関係者を次の選択肢から**3つ以内**で選択して下さい。

1. 関係者	3. 債権者
2. 病院構成員	6. 地域社会
4. 取引先	5. 行政機関
7. 提携病院	8. その他提携施設
8. その他提携病院	9. その他 ()

D-4) 貴病院における医療連携の取り組みについてお聞きします。
前方連携、後方連携それぞれについて、該当するものを**全て**に○を付けて下さい。

項目	前方連携	後方連携
1. 特に連携は行っていない		
2. 地域診療所・病院と積極的に患者の受け入れ・紹介を行っている		
3. 地域診療所・病院と積極的に情報を交換・共有している		
4. 地域診療所・病院と連携したクリニカルパスを作成している		
5. 地域診療所・病院と連携した会計処理を行っている		
6. その他 ()		

D-5) 貴病院を経営していく上で、地域における役割をどの程度意識していますか。次の選択肢から当てはまるものを**1つ**に○を付けて下さい。

1. 全く意識していない
2. あまり意識していない
3. ある程度意識している
4. かなり意識している

D-6) 国の医療政策へのコミットメントとしてどのような経路を考えていますか。次の選択肢から当てはまるものを**全て**に○を付けて下さい。

1. 特に考えていない	2. 日本医師会など職能団体	3. 医師や看護師の学会
4. 上部の開設者	5. 医療審議会の審議委員	6. 健康保険組合ないしその団体
7. 公的病院連盟などの病院の経営団体	8. その他 ()	

E: 構成員の働く意欲についてお尋ねします。

E-1) 病院構成員の働く意欲の現状についてどのよう感じていますか。次の選択肢から当てはまるものを**1つ**に○を付けて下さい。

1. 低い
2. 少し低い
3. ある程度高い
4. 高い

E-2) 医療に関する主要な課題について、医師や看護師、その他職種が外部の研究会・研修会に積極的に参加していますか。次の選択肢から当てはまるものを**1つ**に○を付けて下さい。

1. ほとんど参加していない
2. あまり参加していない
3. ある程度参加している
4. よく参加している

E-3) 貴病院の医師や院長が主催してカンファレンスを年間どの程度行っていますか。
2005年度の開催実績を記入して下さい。

回答欄

2006年 5月末日
病院経営研究会

F: 病院を取り巻く制度やシステムへの導入についてお尋ねします。

次の10個のシステムや制度に関し、導入の状況、期待度、機能の現状(=30項目)についてお尋ねします。次の回答欄に、下記の選択肢群から当てはまるものを選び○を付けて下さい。
【注意】F-3) 機能の現状 に関しては導入している項目についてだけで結構です。

回答欄	F-1) 導入の状況	F-2) 期待度	F-3) 機能の現状
BSC: Balanced Scorecard	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
SFD: Supply Positioning & Distribution	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
経営コンサル	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
チーム医療	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
電子カルテ	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
人事評価制度	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
原価計算	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
フィルムレス	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
医療分業	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
オーダリングシステム	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.

(下記の選択肢を参照して当てはまるものに○を付けてください)

選択肢群

- F-1)** 当該制度やシステムを導入していますか。 3. 導入に向けて準備中 4. 導入している
1. 導入の予定はない 2. 現在検討中
- F-2)** (導入如何に関わらずお答え下さい) 当該制度やシステムが貴病院の経営にどの程度役に立ちますか。
1. ほとんど期待できない 2. あまり期待できない
3. ある程度期待できる 4. かなり期待できる
- F-3)** (導入している項目について) 貴病院が導入した制度やシステムはどの程度機能していますか。
1. 全く機能していない 2. あまり機能していない
3. ある程度機能している 4. よく機能している

F-4) 貴病院では BSC (バランスト・スコアカード) についてどのようなように捉えていますか。当てはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 関心がない
2. 方針管理(目標管理)に代わるもの
3. QCCサークル活動に代わるもの
4. 予算管理や業績評価を包含するもの
5. 院内の経営効率を高めるもの
6. 医療の質を高めるもの
7. 患者の満足度を高めるもの
8. 地域連携の効果を高めるもの
9. その他()

G: 現在の病院を取り巻く状況についてお尋ねします。

G-1) 今後、貴病院の経営に大きな影響を与えると思われる時代の変化を次の中から4-2以内で選択して下さい。

1. セカンドオピニオン
2. 患者の健康・生命観の多様化
3. 患者の消費者的傾向
4. 診療報酬の改定
5. 地域医療計画 (ペスト規制等)
6. 医療制度の改革
7. 医療機器の高度化
8. 医療情報システムの進展
9. 先端医療の開発
10. 個人情報
11. 少子・高齢化
12. 医療安全の確保

回答欄	

G-2) 戦略的意思決定を行うに当たり、どのような点に関わるリスク・不確実性の要因を重視しますか。重要なものから順に2つ、お答え下さい。

1. 診療報酬の改定
2. 医療制度改革
3. 患者のニーズ
4. 他病院の動き
5. 医師の確保
6. 看護士の確保
7. 医療の高度化
8. 新薬開発
9. その他()

回答欄	
1位	2位

コメント (注: 匿名人): やはり他の区分に持っていった方が自然かも。

G-3) 貴病院における現状での初期医療の提供方法と理想とする初期医療の提供方法について、それぞれ回答欄に○を付けて下さい。

1. 受付が患者の症状をある程度推測し、各科に案内する
2. プライマリケア医が症状を診断し、各科に案内する
3. プライマリケア医が診断とともに治療を施し、専門的な治療が必要な場合は、各科に案内する

現状の提供方法	1.	2.	3.
理想の提供方法	1.	2.	3.

G-4) 貴病院の医療事務担当者は医療に関する必要な知識を身に付けていると思いますか。次の選択肢から当てはまるもの1つに○を付けて下さい。

1. 身に付けていない
2. あまり身に付けていない
3. ある程度身に付けている
4. よく身に付けている

G-5) 貴病院における看護士の年間離職率に最も近いものに○を付けて下さい。

1. 5%以下
2. 5%超~10%以下
3. 10%超~15%以下
4. 15%超~20%以下
5. 20%超~25%以下
6. 25%超

チーム医療についてお尋ねします。

G-6) (導入如何に関わらずお答え下さい) チーム医療を行なう上で、その協働に不可欠だと思われる人材に全て○を付けて下さい。

1. 医師
2. 看護師
3. 薬剤師
4. その他コ・メディカル
5. 医療事務職員 (窓口含む)
6. 患者本人 (家族含む)
7. その他()

G-7) 病院内において、科を超えたコミュニケーションをとる機会を設けていますか。
次の選択肢から当てはまるもの1つに○を付けて下さい。

1. 設けていない
2. あまり設けていない
3. ある程度設けている
4. よく設けている

G-8) (導入如何に関わらずお答え下さい) チーム医療の障害になると考えられる問題に○を付けて下さい。

1. 医療の質の低下
2. 人材の不足
3. 人材を育てる仕組みの欠如
4. 構成員の意思統一
5. 費用の増加
6. 科を超えたコミュニケーション
7. 建物の構造
8. 学問の障害
9. 派遣元の医師との関係
10. その他 ()

G-9) 貴病院では、職員の不満を受け止める仕組みがありますか。次の選択肢から当てはまるもの1つに○を付けて下さい。

1. ない
2. あまりない
3. ある程度ある
4. 十分にある

G-10) 構成員が抱えているであろう不満として当てはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 作業環境
2. 給与
3. 充実した休暇制度
4. 福利厚生
5. 労働時間
6. 職位
7. 線の対人関係
8. 横の対人関係
9. 施策や管理に関すること
10. その他 ()

電子カルテについてお尋ねします。

G-11) (導入如何に関わらずお答え下さい) 貴病院では電子カルテをどのように位置付けていますか。次の選択肢から当てはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 特に役立つことはない
2. 業務効率を向上させるためのツール
3. 費用や労力を削減するためのツール
4. 病院内の情報共有促進ツール
5. 他病院とのデータ共有促進ツール
6. DPC のデータ集積に不可欠のツール
7. 患者の診療情報の管理ツール
8. その他 ()

DPC(診療報酬分類別包括評価)についてお尋ねします。

G-12) 貴病院の DPC への取り組みについてお聞きします。次の選択肢から当てはまるもの1つに○を付けて下さい。

1. 導入予定なし
2. DPC の導入を検討している
3. データ提供のための DPC 準備病院として導入している
4. DPC 対象病院になっている

G-13) (導入の如何に関わらずお答え下さい) DPC が貴病院の経営にどの程度役に立つと期待できますか。次の選択肢から当てはまるもの1つに○を付けて下さい。

1. ほとんど期待できない
2. あまり期待できない
3. ある程度期待できる
4. かなり期待できる

G-14) (導入如何に関わらずお答え下さい) 従来の方式から DPC を導入することで、構成員の原価意識が高まると思われますか。次の選択肢から1つに○を付けて下さい。

1. 高まらない
2. あまり高まらない
3. ある程度高まる
4. 高まる

G-15) (導入如何に関わらずお答え下さい) DPC 導入の意義についてどう思われますか。次の選択肢から当てはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 原価計算の機能を高めるため
2. 地域内での占有率の分析のため
3. 診療分化のための判断材料のため
4. 医薬品・医療材料の流通戦略のため
5. 診療報酬確保のため
6. その他 ()

G-16) (導入している場合のみで結構です) 貴病院では DPC はどの程度機能していますか。

1. 全く機能していない
2. あまり機能していない
3. ある程度機能している
4. よく機能している

人事評価制度についてお尋ねします。

以下の点線内の質問には、人事評価制度の導入を実施、準備中、検討中としている場合のみお答え下さい。

G-17) 人事評価制度の適用範囲について、導入を実施している職種と検討している職種をそれぞれ回答欄に記入して下さい。

<ol style="list-style-type: none"> 1. 医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. その他(コ・メディカル・スタッフ) 5. 事務職 6. 院長等、経営層 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">実施している職種</td> </tr> <tr> <td>1. 2. 3. 4. 5. 6.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">検討している職種</td> </tr> <tr> <td>1. 2. 3. 4. 5. 6.</td> </tr> </table>	実施している職種	1. 2. 3. 4. 5. 6.	検討している職種	1. 2. 3. 4. 5. 6.
実施している職種					
1. 2. 3. 4. 5. 6.					
検討している職種					
1. 2. 3. 4. 5. 6.					

G-18) 人事評価の結果は何に反映していますか、または反映しようとしていますか。

1. 反映させていない
2. 給与
3. 賞与(ボーナス)
4. 昇格・昇進
5. その他 ()

G-19) 導入している場合はどのような取り組みを行っているか戦略を教えてください。

H) 貴病院が行っている原価計算についてお尋ねします。

H-1) 今後、貴病院を経営していく上で、経費的に計算する必要があると考えている原価を次の選択肢から当てはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 経常計算の必要原価はない
2. 診療科別原価
3. 入院-外来別原価
4. 病棟別原価
5. 医師別原価
6. 患者別原価
7. 疾病別原価
8. サービスマルチ別(行為別)原価
9. その他 ()

2006 年 5 月末日
病院経営研究会

以下 I-6) まででは、何らかの原価を計算している病院にのみお尋ねします。

H-2) 原価計算を導入した目的・理由は何ですか。次の選択肢から当てはまるものに全て○を付けて下さい。

- 1. 意思決定の支援
- 2. 診療にかかるとコストの低減
- 3. 構成員のコスト意識を高める
- 4. DPC の導入に備えて
- 5. コンサルタントに進められて
- 6. 話題になっているので向となく
- 7. 損益計算書に診療原価を記載するため
- 8. 変動費・固定費の区分把握
- 9. 経営分析のため
- 10. その他()

H-3) 現在貴病院では、どのような原価を計算していますか。
診療科別・患者別・疾病別原価の計算状況について、それぞれ枠内の質問にお答え下さい。

	イ) 経常性	ロ) 計算期間	ハ) 計算開始時期
診療科別原価	1. 2. 3.	1. 2. 3.	年 月 年 月
患者別・疾病別原価	1. 2. 3.	1. 2. 3.	年 月 年 月

イ) 表に根拠した原価を経常的に計算されていますか。

- 1. 計算していない
- 2. 時々計算している
- 3. 経常的に計算している

ロ) 計算されている場合は(ロ、ハ)にもお答えください。

ロ) 計算期間を教えてください。

- 1. 年次
- 2. 月次
- 3. その他()

ハ) もし可能ならば、計算を始めた時期をお教えてください。

他に計算されている原価があれば御記入ください。

H-4) 原価計算はどのようなこと役に立っていると感じていますか。次の選択肢から当てはまるものに全て○を付けて下さい。

- 1. 何の役に立たない
- 2. 診療にかかるとコストの低減
- 3. 意思決定の支援
- 4. 損益計算書へ診療原価を記載する
- 5. 構成員のコスト意識を高める
- 6. 変動費・固定費の区分把握
- 7. 経営分析
- 8. その他()

H-6) 原価の予定配賦ないし「標準原価計算」を行っていますか。

- 1. 行っていない
- 2. 検討中
- 3. 行っている

H-6) 原価計算はどのような意思決定の参考になっていますか。次の選択肢から当てはまるものに全て○を付けて下さい。

- 1. 意思決定の参考とはなっていない
- 2. 診療科の改廃
- 3. 連携における役割分担の検討
- 4. 医療機器等の投資案の評価
- 5. その他()

I: 貴病院が抱える経営課題についてお尋ねします。

枠内の各設問について、貴病院が課題だと考えているものを重要なものから順に 2 つ、お答え下さい。

I-1) 貴病院の医療に関して、何が課題だと思いますか。

- 1. 院内感染への対策
- 2. 過剰な医療行為
- 3. 病院内の雰囲気 (清潔感など)
- 4. 医療設備の充実
- 5. チーム医療

1 位	2 位

I-2) 貴病院の関係者に関して、何が課題だと思いますか。

- 1. 病院構成員のやる気
- 2. 個々の持つ能力
- 3. 超過勤務
- 4. 病院構成員の患者対応
- 5. 燃え尽き症候群

1 位	2 位

I-3) 貴病院の関係者と患者が接する場に関して、何が課題だと思いますか。

- 1. 受付における対応
- 2. 診察室・病室・検査室における対応
- 3. 待合室における対応
- 4. 共有スペース (廊下等) での対応
- 5. 会計窓口・薬局における対応

1 位	2 位

I-4) 貴病院と患者の関係に関して、何が課題だと思いますか。

- 1. 個人情報管理とカルテの個別開示
- 2. インフォームド・コンセント
- 3. 患者からの意見箱やクレームの対応
- 4. 待ち時間の短縮
- 5. 地域社会への情報提供と病院の説明責任※2

1 位	2 位

※1...地域社会への情報提供とは、伝統的や病院で行われるイベント等、地域や社会に対して有益な情報を提供する事。
※2...病院の説明責任とは、病院において有事が発生した時に生じる、社会に対する説明責任など。

J: 貴病院の状況を総括してお答え下さい

J-1) 貴病院の運営はうまくいっていると感じていますか。

- 1. うまくいっていない
- 2. あまりうまくいっていない
- 3. ある程度うまくいっている
- 4. うまくいっている

J-2) 現在、病院は様々な時代の変化に直面していますが、貴病院はそれらの変化に対応していると感じていますか。

- 1. 対応力に不安がある
- 2. 少々対応力に不安がある
- 3. ある程度対応する自信がある
- 4. 対応する自信がある

立命館大学経営学部 平井研究室 国民医療意識調査

【I】あてはまる項目に○または()に記入をして下さい。

- (1) <性別>: 1. 男性 2. 女性
(2) <年齢>: 1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代以上
(3) <職業>: 1. 学生 2. 正社員 3. 契約・派遣社員 4. パート/アルバイト 5. 医療機関従事者
(4) <住まい>: 1. 近江八幡市 2. 草津市 3. 大津市 4. 京都市 5. その他()
(5) <同居人の有無>: 1. 無し 2. 有り
(6) <配偶者の有無>: 1. 無し 2. 有り
(7) <子供の有無>: 1. 無し 2. 15歳以下の子供()人 3. 16歳以上の子供()人
(8) <独立している子供(社会人)の有無>: 1. 無し 2. 有り()人
(9) <入院経験>: 1. 無し 2. 有り【最長()日間・週間・ヶ月間(いすれかに○)】
(10) <入院外診療(救急医療)経験>: 1. 無し 2. 有り
(11) <保険の種類>: 1. 国民健康保険 2. 組合健康保険 3. 政府管掌健康保険 4. 共済組合保険
5. 日雇保険 6. 船員保険 7. その他()

【II】医療に関する事実関係についてお尋ねします。

- (12) 現在、年金を支払っていますか。または、年金を受け取っていますか。
1. 支払いも受け取りもしない 2. 学生納付特例制度を使っている
3. 支払っている(約) 円/月 4. 受け取っている(約) 円/月
(13) ここ2・3年で、病氣・ケガなどで病院に行ったことが何件ありますか。
1. 全くない 2. 半年に一件くらいある 3. 二・三ヶ月に一件くらいある 4. 月一件以上ある
(14) 信賴できる医者(かかりつけ医)がいますか。
1. いる 2. いない
(15) 「医療制度」や「地域の診療所・病院」に関する様々な情報をどこから得ていますか。それぞれについて当てはまるものを全てに○を付けてください。

Table with 2 columns: Information source (e.g., 医療制度に関する情報, 地域の診療所・病院に関する情報) and response options (1-12).

- 15. 新聞 2. 雑誌 3. テレビ・ラジオ 4. インターネット
5. 医療に関する書籍など 6. 家族 7. 口コミ 8. 行政便り
9. 医療機関関係者 10. 学校・職場からの通知 11. 広告 12. その他()

診療所・病院・診療所・病院に関する情報

- (16) あなたがお住まいの地域における、診療所・病院の実業会社についてお尋ねします。
1. 全く充実していない 2. あまり充実していない
3. ある程度充実している 4. とても充実している
(17) あなたは普段、診療所と病院を明確な基準を持って使い分けていますか。
1. 使い分けていない 2. 使い分けている
(18) 病氣やケガをした時、どこを診療所や病院のどの診療科へ行けばよいか的確に判断できますか。
1. 全くできない 2. あまりできない 3. ある程度できる 4. 良くできる

立命館大学経営学部 平井研究室 国民医療意識調査

- (19) 医療知識についてお尋ねします。次の中から知っているものを全てに○を付けてください。
1. チーム医療 2. 電子カルテ 3. インフォームド・コンセント 4. セカンドオピニオン
5. 本人3割負担 6. クリニカル・パス 7. 高齢者負担の増大 8. 看護比率の変更
(20) 健康意識についてお尋ねします。以下の中から当てはまるものを全てに○を付けてください。
1. 特に何もしていない 2. 生活に気を使っている 3. 定期的に健康診断を受けている
4. 適度な運動を心掛けている 5. 規則正しい生活を送っている 6. 十分に睡眠をとっている
7. 煙草・お酒をしない(控えている) 8. その他()

【III】診療所・病院についてお尋ねします。

(21) あなたが診療所・病院を選択する際に、特に重要視することを、以下の中から当てはまるものを全てに○を付けて下さい。

- 1. 医療技術(医者の腕など) 2. 構成員の対応 3. 院内雰囲気(清潔感など)
4. 医療機器(CT、透視など) 5. アフターケアの充実度 6. パリアフリーの充実度
7. 開設診療科の種類 8. 自由診療の料金 9. 待ち時間
10. 医療の安全性 11. アクセシビリティ 12. 規模(個人・総合病院など)
13. その他()

(22) 今まで受けてきた診療所・病院に対して、特に改善や充実して欲しいことを、以下の中から当てはまるものを全てに○を付けて下さい。

- 1. 不満である 2. 少し不満である 3. ある程度満足している 4. 満足している
(23) 診療所・病院に対して、特に改善や充実して欲しいことを、以下の中から当てはまるものを全てに○を付けて下さい。

- 1. 医療技術(医者の腕など) 2. 構成員の対応 3. 院内雰囲気(清潔感など)
4. 医療機器(CT、透視など) 5. アフターケアの充実度 6. パリアフリーの充実度
7. 開設診療科の種類 8. 自由診療の料金 9. 待ち時間
10. 医療の安全性 11. アクセシビリティ 12. その他()

【IV】国の医療政策に関してお尋ねします。

- (24) 医療に関連する事項の中で、以下の中から関心のあるものを全てに○を付けて下さい。
1. 特になし 2. 医療費の高騰 3. 高齢者負担 4. 公的病院の赤字
5. 医療従事者の不足 6. 小児科の不足 7. 介護・福祉制度 8. その他()
(25) 医療及び、介護・福祉にかかる現在の費用(年金、保険料含む)は、あなたの生活にとっての負担になっていますか。
1. 全く負担になっていない 2. あまり負担になっていない
3. 少し負担になっている 4. とても負担になっている

(26) 政府は現在、年々増え続ける医療費の抑制のために、国民の負担を大きくする政策を打ち出しています。このような動きに対してどのように思いますか。
1. 特に何も思わない 2. 反対である 3. 少子高齢化社会のため仕方がない 4. 賛成である

(27) 医療費問題の解決のためには、何が効果的だと思いますか。以下の中から上位二つ以内でお答え下さい。

Table with 2 columns: Rank (1位, 2位) and answer box.

- 1. 国民負担の増加 2. 国民の健康に配慮した生活
3. 病院経営の改善 4. 予防医療の推進
5. 少子化対策 6. 医療費以外での歳出削減
7. その他()

国民医療意識調査

立命館大学経営学部 平井研究室

- (28) 現在、政府は医療政策を国民に知らせる努力をしていると思いますか。
 1. 思わない
 2. あまり思わない
 3. ある程度思う
 4. 思う
- (29) 国の医療政策に対して、コミット (参画) したいと思いませんか。
 1. 思わない
 2. あまり思わない
 3. ある程度思う
 4. 思う
- (30) 現在、日本は国民皆保険制度で医療や介護・福祉を保障しています。この制度についてどう思いませんか。
 1. 増税があっても個人の医療費負担は減らす制度が良い
 2. 現状維持が良い
 3. 所得に反った医療や介護・福祉を受けられる制度が良い

国民皆保険制度第 2 次高齢者の高齢者などの一層を強く全国普及、何らかの形で高齢者に加入するように変更されている。

- (31) 医療や介護・福祉制度の今後について、どの程度関心がありますか。
 1. 全く関心がない
 2. あまり関心がない
 3. ある程度関心がある
 4. 非常に関心がある
- (32) 医療や介護・福祉の今後について、危機感を感じていますか。 **財政、人材のそれぞれについて表**

財政	人材

 1. 全く感じていない
 2. あまり感じていない
 3. 少し感じている
 4. 非常に感じている
- (33) 生命維持装置などの、延命医療についてどう思いますか。
 1. 必要ない
 2. どちらとも言えない
 3. 必要である

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

<その他、医療に関して意見等があれば自由にお書き下さい>

