

論 説

公益から見た病院経営の現状
— 公的病院の赤字経営を中心として —山 本 友 太
平 井 孝 治

目 次

- I 今なぜ病院経営を研究するのか
- II 病院の種類と医業収支率
- III 病院のガバナンスと人材
- IV 「病院経営論」の確立に向けて

I 今なぜ病院経営を研究するのか

国民の医療費負担をめぐって国会を始め各界で様々な議論がなされている。他方、税金や年金など公的な資金で維持されている公的病院や、医療法人、福祉法人等が開設する民間病院など個別病院の経営も今や社会的な問題となりつつある。そこで我々経営学を研究するものが何故この問題に挑戦するのか、それを先ずはいくつかの側面に分けて明らかにしたい。

1 時代認識

i) 少子高齢化と病院経営

近年、「少子高齢化」が一つのキーワードとなり、それにいかに対処していくかということが各方面で議論されているが、それは医療分野においても例外ではない。医療分野、とりわけ病院経営に具体的にどのような影響を与えるのかというと、以下の二点が挙げられる。

一つは、国民医療費の問題である。出生率の低下と平均寿命の伸びによる少子高齢化により、制度上の「支える側」である若年層と、「支えられる側」である高齢層との比率が大きく変化してきた。高齢者の生命や健康を支える高度な医療技術や進歩する医療内容などの需要増と、それらの財源となる保険料や税収入が、少子化により減少に向かう今日、医療制度を改革する動きが顕著である。その中で病院は、後に述べる診療報酬の改定や患者負担の増額などの制度改革に起因する収益面で多大な影響を受けることになる。

今一つは、医療だけではない高齢者の「介護・福祉」面での需要が急速に高まっていることである。病院は、治療中心から、療養や介護・リハビリなど高齢者特有の需要に対応した医療サービスも提供しなければならない。

このような少子高齢化による収益面や利用者の需要の変化を受け、更には診療報酬の切り下げの結果、現在病院は、既存の経営を見直す転換期にある。

ii) CSR の浸透

昨今、粉飾決算や耐震偽装など、企業の不祥事が相次いで発生している。CSR (Corporate Social Responsibility) は、企業の社会的責任と訳され、法令遵守や従業員雇用、環境保全などの領域で、組織がその社会的な責任を行動で全うすることが課せられている。これを情報公開 (Discloser)、説明責任 (Accountability) に続く文脈の中で捉えると、まさに CSR は今日「行動責任」とでも訳すべき組織の行動規範である。

それでは病院の社会的な責任とは何なのか、HSR (Hospital Social Responsibility) の意味する行動規範を明らかにしなければならない。それは、「医療の質と量を担保し、人の健康や成長に資すること」に尽きる。そのためには病院経営そのもののサステナビリティ (維持・存続) が問われている。病院は、院内感染など不祥事による業務停止はもとより、赤字に起因する診療科目の廃止など、到底許されるべきものではない。後者のように、他の業界では当たり前認められることであっても、公益の観点、具体的には人の命や健康を扱っていることから、HSR は CSR よりさらに高度の規範が要求されている。

病院の収益の大半は保険診療収入であり、その財源は国民の医療費である。しかし、後述するように、国立大学の附属病院を始め公的病院の多くは医業収益を上回る医業費用を支出しており、存続が問われる赤字状態である。これは、健康保険組合の主権者である国民に対して、経営責任がしっかりと果たせていない病院が多いということでもある。

また、度重なる医療ミスや医療廃棄物の不法処理問題など、病院のサービスの質や信頼に関する問題が昨今数多く指摘されている。これはつまり、利用者に対して安心できるサービスを提供する責任を果たせないでいるということでもある。加えて過重労働による看護師の燃え尽き症候群など、雇用の問題＝従業員に対する責任がある。このような様々な病院の利害関係者に対する問題が多々あるにも拘らず、医療経済などマクロな議論に対し、ミクロな病院の社会的責任の議論は比較的少ない。しかし個別の病院にはこの HSR を果たすための経営が可及的に要求されている。

また、開設者や規模によってその使命や対象範囲も変わってくる。例えば国立大学附属病院は、地域の病院に医者や看護師を供給するための人材育成や、高度な研究を進める使命がある。また病院の規模が大きくなればなるほど対象とする人は増え、地域における役割が高度化して

くる。昨今の流れとして、地域の病院間で、急性期対応、療養期対応と機能が分化し、その上で連携を図る動きがでてきた。これによって小病院の担当医師が地域の大規模病院に患者を送り込み、当該病院で自ら執刀手術することもごく普通に考えられるようになってきた。かかる事態も送り出し、受け入れ双方の HSR の具現であると考えられる。

iii) 生命観・健康観の変化

病院経営にかかわる時代認識の一つに変遷する生命観や健康観がある。装置による生命維持や臓器移植、ES 細胞を用いた治療など、生命観や健康観にかかわる事象や選択には事欠かないぐらいである。これを射水病院に見られるような生命維持装置を例に議論の主体を国民、政府、病院に分けてみておくことにする。

生命維持装置を用いて命を保っている患者の家族が、その装置をいつまで使い続けるか否かを決定することは容易ではない。こういう場合の費用を始めとした家族の負担は精神面にまで及ぶ。当該患者が従前にその意志を表明しておいたとしても、その決定は容易ではない。この背景には医療の高度化があることを見逃すわけにはいかない。

国家ないし政府は医療の高度化と国民医療費の高騰を前にして、このような場合でも政策的な決定をせざるを得ないが、定めた政策はそのままで生命観ないし健康観の表明となる。他の産業では技術などが高度化し当該 GDP が増えるのは歓迎されるのだが、医療に関連する分野のみは財政に負担を強いるので歓迎されない。すなわち医療費総額の内訳はそのまま政府の生命観や健康観を具現していることになる。

そこでこれら国民ないし政府の生命観や健康観が病院経営にどのような影響を及ぼすのかという点である。病院ないし医師はたとえ患者やその家族にとって最善策だとしても、自らの意思だけで生命維持装置を勝手に外す分けにはいかない。ましてや収益の増大や費用の逡減を第一義にして治療方針を決定するわけにはいかないのである。このように病院における生命観や健康観のイニシアティブは素人である患者やその家族にあり、彼らの自己決定権も病院経営に結果として影響を及ぼすこととなる。

以上 i), ii), iii) の 3 点が病院経営に関する我々の時代認識である。

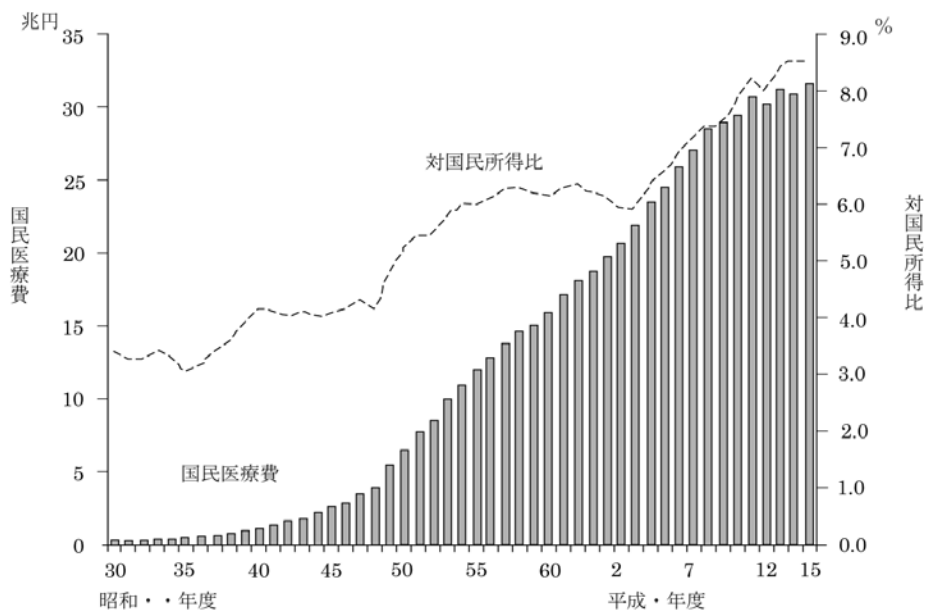
iv) 国民総生産 (GDP) との関係

2003 年度の国民医療費は 31 兆 5375 億円であり、国民一人当たりの国民医療費は 24 万 7100 円となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は 8.55% となっており、近年 GDP の伸びがゆるやかになっているのに対して、2025 年には「政府の見解によれば、国民医療費は（現在の 2 倍以上の）65 兆円となる」（『朝日新聞』2005 年 12 月 15 日）とも言われており、国民医療費の伸びは大きくなっている（図 1 参照）。

このような状況の中で問題となるのは、一つは、国民医療費の伸びに国民の生産力が追いつかない、という財政上の問題である。国民医療費の増加原因としては、上述した高齢化の問題や医療の高度化などが挙げられるが、こうした要請に応えるだけの生産力が追いついていない。

もう一つは、国の生産力と医療業界との宿命ともいべき関係である。医療分野は、他の営利企業や非営利企業とは異なる特殊な環境にある。いつでも・どこでも・何度でも・質の高い医療サービスを提供して欲しいという国民の needs に応えることが、人々の健康を保障し各人の生産力に資することとなるが、結果としては国民医療費高騰の原因につながる。極端な見方をすれば、医療の高度化や技術進歩など医療サービスの質や量を向上させることは望まれるが、それ自体の成長は財政上の問題により望まれないという、もともと矛盾した分野なのである。医療分野は、資本主義とは相容れることがない。つまり、競争原理とは別の次元で個別病院の経営をどのように行うのか、という問題が出てくる。

図1 国民医療費用と対国民所得比年次推移



出所) 厚生労働省統計情報部「国民医療費」2003年

2 制度面の改革

以上、病院経営における時代の認識を整理したが、そのような時代背景を基にして、次に病院経営と深く関係する主な医療制度改革について触れておきたい。i) ii) は主に国民医療費の抑制を目的とした制度改革であり、iii) は公的病院である国立大学附属病院との関係から検討する。

i) 診療報酬の改定

この間の診療報酬の改定に関する大きな動きとして、二点挙げられる。一つは、定額払い制度の導入である。2001年7月の総合規制改革会議で、医療費の総額抑制を目的とした出来高払いの診療報酬を一部定額払い制度に改めることを決定した。個々の診療行為や医薬品等に価格を付け、提供したサービスの総額を支給する「出来高払い」が現在でも中心であるが、定額払いは診療行為の実施の有無などとは独立に、入院一日当たり、疾病別（あるいは登録別）に、いくらかが決まる算定方式である。

いわゆる出来高払いは医業収益を稼ぐため一部で検査漬け、薬漬けを引き起こしたが、逆に定額払いは医業費用を低減するため治療の内容を薄める危険性を秘めている。後者の場合、一定の収益で医療の質を担保するには、病院でも原価計算を始めとした管理会計の手法を導入せざるを得ないが、このことが今日、病院経営を研究する大きなきっかけとなり、因みに筆者平井は2005年4月に「病院経営研究会 in 京都」を立ち上げている。

二つ目は、治療や薬の公定価格である診療報酬の改定である。2006年2月に厚生労働省が示した基本方針では、過去最大の3.16%の引き下げを掲げており、初診料や再診料を下げることになった。一方、医師が不足している小児科に手厚くしたほか、新たに心臓などの脳死移植を保険適用の対象とするなど、配分にめりはりをつけることになった。同年4月から新しい診療報酬が適用されることとなる。

ii) 患者負担の増額

2003年に被用者保険の本人三割負担が導入されたが、さらに2006年2月には、政府は高齢者を中心とした患者負担の引き上げなどを柱とする医療制度改革関連法案を閣議決定した。これは75歳以上からも保険料を徴収する一方、新たな高齢者医療制度を設けるなどして、高齢化で膨らむ医療給付費を抑える狙いがある。これら高齢者医療費（や年金負担）を抑制するには、負担率の変更だけではもはや手に負えなくなりつつある。抜本的な解決には定年延長か、定年後の再雇用しかありえないのでは無いかと思われる。

iii) 国立大学の法人化

国立大学は法人化に伴い2004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。中でも附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求められている。次の表は東京大学のそれで、損益計算書に倣って業務費用を業務収益で回収するかのごとく表示されている。

表1 開示すべきセグメント情報

(単位：千円)

区 分	大 学	附属病院	消去又は全社	合 計
業 務 費 用	117,589,803	46,665,452	7,586,744	171,842,000
業 務 収 益	118,668,763	49,117,393	9,333,590	177,119,747
運営費交付金収益	63,611,831	15,071,290	7,497,546	86,180,669
学生納付金収益	16,005,489	—	184,878	16,190,367
附属病院収益	—	29,956,901	—	29,956,901
外部資金	26,080,770	2,813,876	571,445	29,466,092
その他	12,970,671	1,275,325	1,079,720	15,325,717
業 務 損 益	1,078,959	2,451,941	1,746,846	5,277,747
帰 属 資 産	1,071,515,648	136,643,240	90,738,805	1,298,897,694

注) 1. セグメントの区分方法

本学の業務に応じてセグメントを大学と附属病院に区分し、各セグメントに配賦しない業務損益及び資産は「消去又は全社」に計上しております。

2. 業務費用のうち、「消去又は全社」(7,586,744千円)は配賦しなかった費用及び配賦不能の費用であり、その主な内容は本部の職員人件費及び一般管理費で、それぞれ3,513,362千円、2,262,656千円であります。

3. 帰属資産のうち、「消去又は全社」(90,738,805千円)は各セグメントに配賦しなかった資産であり、その主な内容は本部の建物、建設仮勘定、投資有価証券、有価証券、預金でありそれぞれ14,885,639千円、17,682,605千円、6,010,002千円、8,042,580千円、42,847,640千円であります。

4. 各セグメントにおける損益外減価償却累計額及び引当外退職給付増加見積額は以下のとおりであります。

区 分	大 学	附属病院	消去又は全社	合 計
損益外減価償却累計額	10,149,961	15,378	1,821,719	11,987,060
引当外退職給付増加見積額	688,763	△170,194	309,737	828,306

大学によって異なるが一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。

病院経営について、筆者らはかねてから「医療と事業と経営の分離と統合」を唱えているが、多くの病院は「教育・研究、介護・福祉、地域貢献」の事業に何らかの関わりを有している。これら三事業は元来行政の責任で賄うべき(予算責任)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病院の役割は甚大である。

しかし法人化後の国立大学病院は年々2%(6年間)の経費削減が義務付けられており、滋賀医科大学などの附属病院でも原価計算が緒についたところである。これは国立大学でも管理会計を不可欠とすることの証左に他ならない。

3 病院の現状

以上、病院を取り巻く環境の変化を見てきたが、市町村立病院の建物等減価償却費に問題なしとはしないが、ここでは公的病院自体の現状を見ていきたい。

i) 赤字経営

ここでは病院の現状を、厚生労働省「医療施設（動態）調査 2004年9月末」を参照にして論じていく。同調査によれば、自治体やその他公的病院、社会保険関係団体立病院の医業収支率は以下のようになっている。

表2 自治体やその他公的病院、社会保険関係団体立病院の医業収支率

医業収支率	病院数	(%)		病院数	(%)
70.0%未満	113	8.3%	赤字病院	1072	78.3%
70.1%～75.0%	60	4.4%			
75.1%～80.0%	82	6.0%			
80.1%～85.0%	120	8.8%			
85.1%～90.0%	178	13.0%			
90.1%～95.0%	233	17.0%			
95.1%～100.0%	286	20.9%	黒字病院	297	21.7%
100.1%～105.0%	241	17.6%			
105.1%～110.0%	48	3.5%			
110.1%～115.0%	8	0.6%			
計	1369	100.0%		1369	100.0%

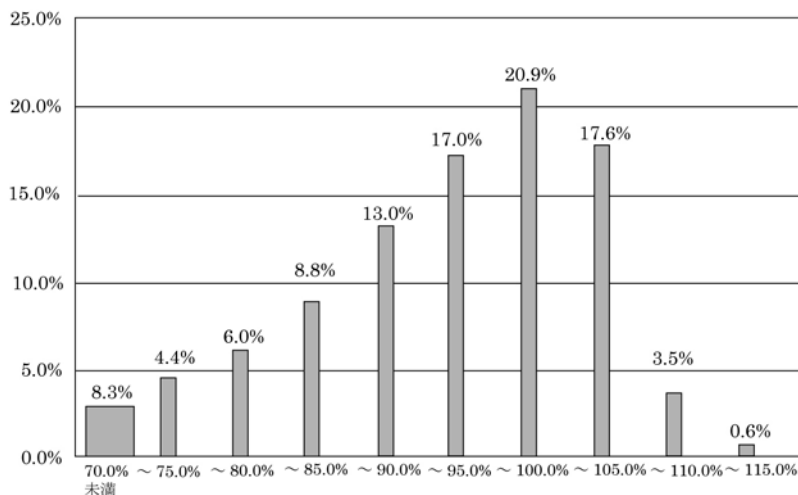
「医業収支率」は医業収益を医業費用で割ることで算出される指標であり、医業費用を医業収益でどの程度回収しているかを表している。この指標を医業利益の段階で見ると、医業収支率が100%以上の時は黒字で、100%未満の時は赤字ということになる。このようにして見ると、公的病院の80%近くが赤字病院となっていることが分かる。

同調査をさらに細かく見ていくと、自治体では892病院(91.9%)が赤字であり、わずか79病院(8.1%)しか黒字を達成できていない。この実態の背景には、100年に3回ぐらいの建物本体の立替を税金に依存しているため、医業費用の約7%を占めている建物や構築物の減価償却費を医業収益で回収するという志向が希薄であるという事実がある。

自治体以外のその他公的病院や、社会保険関係団体立病院においても、50%弱の病院で赤字となっているが、これを全体の層別として眺めると、次頁のような図になる。

また、東京医科歯科大学大学院・川渕孝一氏の著になる独立行政法人経済産業研究所ディスカッションペーパー「変革を迫られている国立大学附属病院（法人化によってどう変わるか）」によれば、全国の国立大学附属病院の医業収支率は全て100%を下回っており、全て赤字病院であると指摘している。

図 2 医業収支率で層別に見た病院数



このように、全国の公的病院の現状は厳しい状況にあり、さらに上述した診療報酬の改定など外部環境のさらなる変化が目下の課題としてある現在、赤字経営を立て直すことは急務である。公的病院が赤字であるということは、つまり赤字を交付金などの名目で税金（や年金）で補填するということであり、国の財政問題として取り上げられることとなる。

ii) 医療の高度化・多様化

医療の高度化・多様化ということとは、ただ単に医療機器や新薬が開発される、ということだけではない。ハードな医療機械や設備機器、医薬品はもとより、ソフトな病院の仕組み、そして個々人の力量や職務内容も同様に高度化・多様化している。

後者の病院の仕組みについていえば、内外において「連携」が一つのポイントとなっている。外部との連携では、地域において医療機関の機能に応じた役割分担と緊密な連携関係を、機関間相互のネットワークとして形成する「医療施設連携」の仕組みが展開されている。また内部では、医師と看護師、およびそれ以外の各種専門職がチームとなって患者に医療を提供する仕組みである「チーム医療」など、より高度な、そして多様な仕組みが構築されている¹⁾。

また、人工透析機器や臓器移植の進歩などの医療機器・医療技術の高度化と、それに伴う機器を扱う技術士など個々人の職務の高度化、複雑な手術の進歩による個々人の力量の高度化も見逃せない。つまり、医療を巡る様々な「高度化・多様化」に対して、個別病院がそれらをどう取り入れ、そしてどう活かすのかについて、病院でも不確実性下における戦略的な意思決定

1) 日本医業経営コンサルタント協会『医業経営用語辞典』P204。

がまさに問われているのである。

通常の産業においてはイノベーションによるGDP増大への貢献は歓迎されるものであるが、医療業界だけは財政との関係でそういうわけにはいかない。医療の高度化などによる国民医療費の増大だけは歓迎されず、抑止を求められるマクロな事情がにわかにはマイクロな病院経営の研究を促している一因となっている。

iii) 構成員の問題

また、病院で働く構成員の問題も押さえておかなければならない。特に看護においては、患者の死や毎日の激務などから燃え尽き症候群（バーンアウト）に陥り、心のケアを必要とする看護師が昨今増えている。看護師がこのような状態では、患者への医療サービスにもマイナスの影響を与えるのは当然で、こうした事態に対して一部の病院では「ナースのナース」が登場するまでに至っている（『朝日新聞』朝刊、2006年2月17日）。

また、医療現場における手術・投薬などの「ひやり・はっと」（医療ミス）も後を絶たない。これら「構成員の問題」に共通することは、人の生死に携わる職業としての精神的なストレスや、不定時な仕事時間、現場の人員不足に起因する過密労働などが挙げられる。こうした「人」にまつわる問題も病院経営の課題として考えなければならない。即ち、構成員の問題に対して取り組むことが、医療サービスの質そのものを担保することになる。

II 病院の類型と医業収支率

本章では、数ある病院がどのように分類できるのかを見ていき、そこにどのような位置づけの違いがあるのかを明らかにする。

1 開設者別

厚生労働省「医療施設（動態）調査 2004年9月末」により、全国の病院を開設者別に分類すると、国、公的機関、社会保険関係団体、医療法人、個人、その他に分類される。これら開設者をさらに細かく見ると、国には厚生労働省や独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構などの運営する病院が属しており、いわゆる国立病院や国立大学附属病院、労災病院といった病院が含まれる。

公的医療機関には、都道府県や市町村などの自治体、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会が運営する病院が含まれる。

次に社会保険関係団体に属する病院を詳しく見ると、社団法人全国社会保険協会連合会、財団法人厚生年金事業振興団、財団法人船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及

びその連合会，国民健康保険組合が運営する病院が含まれる。ここまでの国，公的医療機関，社会保険関係団体が公的病院である。

ここで，表3を参照すると，公的病院は全体の病院の約2割，病床数では約3割を占めているが，私的病院，つまり医療法人や株式会社などが開設する病院は，全体の施設数の約8割，全体の病床数の約7割を占めていることがわかる。私的病院の中には前記2者のほか，開設者が公益法人やさらには個人があるが，なかでも医療法人が開設している病院は5,643病院で総施設数の62.16%，病床数は830,600床で，総病床数の50.91%を占めている。このように施設数・病床数ともに開設者が医療法人である病院が公的病院よりもはるかに多い。

表3 開設者別にみた施設数及び病床数

(平成16年9月末現在)

開設者	施設数		病床数	
国	304	3.3%	127,083	7.8%
厚生労働省	22	0.2%	13,177	0.8%
独立行政法人国立病院機構	154	1.7%	60,620	3.7%
国立大学法人	49	0.5%	32,897	2.0%
独立行政法人労働者健康福祉機構	38	0.4%	14,680	0.9%
その他	41	0.5%	5,709	0.3%
公的医療機関	1,378	15.2%	355,771	21.8%
自治体	1,074	11.8%	254,246	15.6%
都道府県	312	3.4%	87,201	5.3%
市町村	762	8.4%	167,045	10.2%
その他公的病院	304	3.3%	101,525	6.2%
日赤	92	1.0%	39,116	2.4%
済生会	78	0.9%	21,518	1.3%
北海道社会事業協会	7	0.1%	1,955	0.1%
厚生連	123	1.4%	38,290	2.3%
国民健康保険団体連合会	4	0.0%	646	0.0%
社会保険関係団体	128	1.4%	36,778	2.3%
全国社会保険協会連合会	52	0.6%	14,747	0.9%
厚生年金事業振興団	6	0.1%	2,252	0.1%
船員保険会	3	0.0%	816	0.1%
健康保険組合及びその連合会	18	0.2%	3,423	0.2%
共済組合及びその連合会	47	0.5%	15,094	0.9%
国民健康保険組合	2	0.0%	446	0.0%
公益法人	402	4.4%	94,540	5.8%
医療法人	5,643	62.2%	830,600	50.9%
学校法人	100	1.1%	52,194	3.2%
社会福祉法人	168	1.9%	29,850	1.8%
医療生協	77	0.8%	12,188	0.7%
会社	59	0.6%	13,006	0.8%
その他の法人	59	0.6%	10,025	0.6%
個人	760	8.4%	69,465	4.3%
総数	9,078	100.0%	1,631,500	100.0%

出所) 厚生労働省 医療施設動態調査 平成16年9月末概数より

公的病院は施設数では約2割に止まるが、例えば国立病院と国立大学附属病院が先駆的にDPC²⁾を導入し、国立大学附属病院は地域の病院に医者や看護師を供給するなど、その位置づけは日本の医療を規定する存在であり、主導的な立場として日本の病院のあり方を規定している。加えて、上述した財務上の経営問題も深刻なことから、本論文では数ある病院の中でも「公的病院」に的を絞って考察している。

2 規模別(20床, 100床, 400床), 機能別(急性期, 療養期)

ここでの分類は、20床未満を一般診療所、20～99床を小病院、100～399床を中病院（地域中核病院）、400～999床以上を大病院（教育・研究病院）、1000床以上を超大病院とする。同様に厚生労働省「医療施設（動態）調査 2004年9月末」を参考すると、20床未満の一般診療所は14,765施設あり、全体の約61.9%を占め、20～99床の小病院が3,616施設（約15.2%）、100～399床の中病院が4,630施設（約19.4%）、400床以上の大病院・超大病院が831施設（約3.5%）となっている。

さらに機能別区分では患者の様態に合わせて、病院を急性期、療養期のそれぞれに対応して分類する。このような規模と機能による分類は、病院を開設している地域と自らの戦略的な位置づけに依存している。そこで病院の規模と機能は、取り組む事業との関わり（救急等）やさらには赤字など財務との関係を考察することが重要となるが、ここでは分類とその内訳を明確にするに止め、類型別の病院経営に関する考察は今後の課題としたい。

3 三事業別(教育・研究型, 介護・福祉型, 地域貢献型)

病院がどのような事業に重点を置くかは、開設者の考え方によって異なってくる。病院は、大きく分けて「医療」とそれに付随する「事業」とを経営していて、医療のみという病院はむしろ稀である。それぞれについて詳しくは後述するが、ここで言う「事業」とは、教育・研究事業、介護・福祉事業、地域貢献事業の三つである。

介護・福祉事業とは、主に介護老人保健施設、指定介護療養医療施設などの介護保険施設を持ち、医療だけではなく介護や療養面での事業をも行うタイプである。教育・研究事業とは、医者や看護師などの教育・人材育成や、医療に関わる各種研究など、医療以外のところでも人々の健康や生命に資する事業を行うタイプであり、大学病院がその代表例として挙げられる。また、地域貢献事業とは、地域の学校などへ出向いての検査・治療、地域の予防医療、救急医療など、地域の住民の健康に資する事業を行うタイプである。

このような病院のタイプ＝型は、病院のミッションや経営方針によって変わってくる。つま

2) 急性期の入院を対象とした包括支払い方式で、包括部分については疾病別に一日当たり定額になっている。

り、当該病院にはどのような役割があるのか、地域とどのような関係を持っているのかということが、自ずと病院のタイプを規定するのである。例えば、当該地域における医療の質や量を分析した結果、ある病院においては地域政策的に購入せざるを得ない機器が出てくることもある。「地域に貢献する」ために高額な機器を購入することや、新しい医療サービスを提供するといった意思決定を行うのである。

また何度も例に挙げているが、国立大学附属病院は地域の病院へ医師・看護師を供給する役割も担っており、これら医療従事者の育成を社会から要請されている。こうした事例は、その地域や社会に資する＝公益性が非常に高いことであるがゆえに、行政による支援が不可欠で、また行政の政策次第でその支援のあり方が変わってくる。つまり、ここで重要なのは当該病院が戦略的にどこに重点を置いているのか、どのような役割を担っているのかということと、経営状態（とりわけ赤字）との関係である。

上記に挙げた事業は「使命」として病院が取り組むものではあるが、その費用を個々の病院で全てをまかなうことは事実上不可能である。これを単なる「運営費交付金」という赤字補填ではなく、国や地方自治体など行政がしっかりとした「予算責任」を持ち、それぞれの事業を支援する必要がある。国立大学附属病院の場合は「運営費交付金」で補填しているが、事業ごとに予算を立て費目を明確にして予算責任を遂行すべきである。

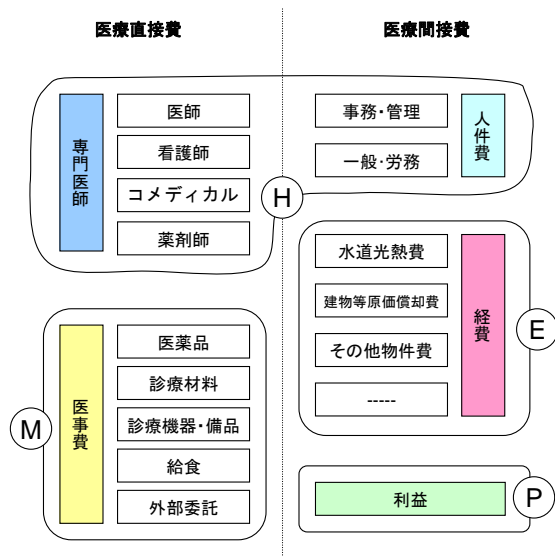
<病院の取り組む三事業>

- ★教育・研究 ←————→ ★教育・研究重視型
- ★介護・福祉 ←————→ ★ケアセンター型
- ★地域貢献 ←————→ ★地域密着型

<病院のタイプ (型) >

5 医業費用の構成とその回収

中央社会保険医療協議会（中医協）が平成 17 年 11 月に実施した「第 15 回医療経済実態調査」によれば、病院における医業費用の構成は、給与費（職員の給料、賞与、退職金、法定福利費）、医薬品費、材料費（給食用材料費、レントゲンフィルムやガーゼなどの診療材料費、注射針などの医療消耗器具備品費）、経費（福利厚生費、消耗品費、水光熱費など）、委託費（検査、患者用給食、医療用廃棄物



などの委託費），減価償却費（建物，医療機器など），その他の医業費用（研究研修費など）に分けられる。開設者別・規模別・機能別にみても，1施設あたりの医業費用に占める比率において給与費は50%前後となっており，最も高い値を示している。

表4 医業費用想定標準

	標準割合	修正割合
H0 看護師	22.0%	23.6%
H1 医薬師	14.0%	15.0%
医師	13.4%	14.4%
薬剤師	0.6%	0.6%
H2 コメディカル	6.0%	6.5%
H3 間接人件費	6.0%	6.5%
事務・管理	3.6%	3.9%
一般・労務	2.4%	2.6%
M1 医事費	32.0%	34.4%
医薬品	14.4%	15.5%
診療材料	15.6%	16.8%
給食	1.3%	1.4%
外部委託	0.7%	0.8%
M2 医療機器	6.0%	6.5%
E 間接経費	14.0%	7.5%
E1 水光熱など物件費	7.0%	7.5%
E2 建物等減価償却費	7.0%	
P 医業利益		
総計	100.0%	100.0%

誤差は1%以内

再掲

極限費 (H0+M1)	54.0%	58.0%
最小費 (H0+H1+M1)	68.0%	73.0%
人件費	48.0%	51.5%
間接費 (H3+E)	20.0%	14.0%

注1) 三定：医薬分業を前提

注2) 100床あたり医師14人，看護師65人，その他41人，計120人を想定

注3) 修正割合は建物等減価償却費を除いて算定（市町村立など）

ここで，医業における費用を直接費と間接費に分けると，医業直接費は専門職人件費（医師，看護師，コメディカル，薬剤師）と医事費（医薬品，診療材料，診療機器・備品，給食，委託）に分け

られる。これに対し医業間接費としては、その他職員人件費（事務・管理，一般・労務）と，経費（水光熱，その他物件費，建物等減価償却）に分けられる。医業直接費と医業間接費を合わせた医業費用を医業収益で回収できたら残りは医業利益となる。しかし，通常の損益計算書にみられる「医療（売上）原価」を計上し，「医療利益」を算定する機能がない。

この医業利益ないし医業損失は，通常の企業会計における営業利益に相当するもので，これに医業外収益と医業外費用を加減したものが経常利益となる。

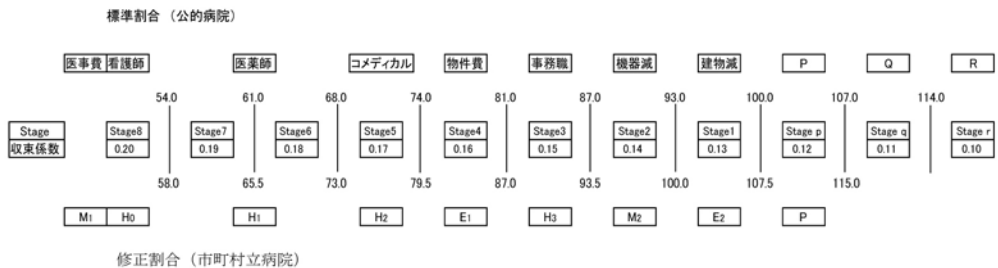
前頁の表 4 は，著者の独自のフィールドから得たデータを基に作成し，費用構成をさらに細かく分けたものであるが，これは中医協の調査とほぼ相違ない。図中，左の「標準割合」の方は脚注のような仮定で算定したもので，右の「修正割合」の方は市町村立の病院のように建物などの減価償却をあまり意識しない場合の費用構成である。

ここで重要となるのは，「医業費用を医業収益でどれだけ回収できているか」という医業収支率である。表 4 の「医業費用想定標準」を参考にして，医業収支率を基に回収状況を Stage ごとに見ていくと，Stage 8 で M1+H0（医事費+看護師費=極限費）が医業収支率 54%，それに H1（医薬師），H2（コメディカル）・・・と足していくことになる。それらを積み上げ，最終的に E2（建物等減価償却費）を足すことにより 100%となるが，まとめると図 3 のようになる。

つまり，医業において最低限必要とされる看護師費・医事費から，医薬師，コメディカル（ここまでが医業直接費），物件費，その他職員費，機器減価償却費，建物等減価償却費（医業間接費）というように，当該病院がどこまでその費用を回収できているか，ということを表した図である。例えば，Stage3 に位置する病院は，機器・建物等減価償却を回収できていない，と考えることができる。また 100%を超えると，当然のことながら黒字ということになる。ここでは論文の趣旨上，公的病院に限って経営状況を区分した。

図 3 公的病院の経営状況の区分

(医業収支率 %)



$$\text{置換率} : \beta = c \frac{H}{R}$$

(c: 収束係数 R: 医業収益 H: 人件費)

こうして見てくると，各ステージの幅は大体 7%前後で捉えられることが分かる。また，この区分と実際の赤字の状態，そして開設者や規模との関係（α課題）は，今後詳しく調査するこ

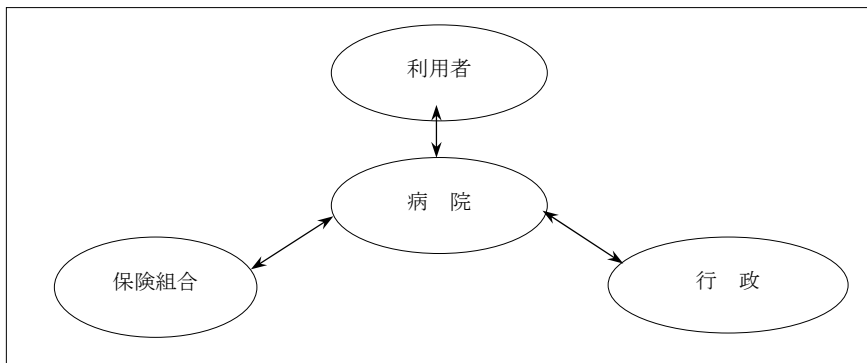
とにより明らかにする。図中の「置換率 β 」と書かれた部分や、「収束係数 c 」など、実際にこの区分をどのように活用していくかについては、次回論文にて詳述したい。

III 病院のガバナンスと人材

1 病院における「公益経営」、三つの視点

以上二つの章において病院経営を論ずる背景と、病院の種類や医業収支率との関係を述べてきたが、これら内容において病院を取り巻く利害関係者は複雑且つ多岐に渡ることが分かる。利害関係者の例を挙げると、病院構成員、国民、利用者、政府、保険組合、取引業者などがある。これを病院経営における意思決定との関係で整理すると、経営者、医療従事者、病院職員などから構成される病院を取り巻く利害関係者は、①診療報酬など制度設計の決定権を有する行政（政府など行政府）、②医療サービスを受ける利用者、そして③病院に診療報酬を給付する保険組合に分けられる。

図4 病院を取り巻く関係者



この図は病院を中心にこれら三つの主体の関係を表したものであるが、実際には保険組合と病院の間に「審査支払機関（支払基金・国民健康保険団体連合会）」が介在する。病院が月ごとに各保険組合にレセプトを出し診療報酬を請求しても、ここで「減額査定」されることがある。病院経営を論じる際には、このような関係性の中で、成り行き管理や、放漫経営に流されること無く、医療主権のありかを明確にし、病院経営者のイニシアティブに言及する必要がある。

2 医療のガバナンス論

経営学では「所有と経営の分離」が唱えられ、「企業は誰のものか」という論題が数多く論じられて来たし、今もまた論じられている。近年の見解としては「出資者である株主のもの」という従来の定説が、前章で述べた CSR との関係で変遷しつつある状況にある。確かに、株主の出資金で企業は経営活動を行うことができ、その対価として配当を支払う仕組みができてお

り、所有という観点に立てば出資者はそれに妥当するだろう。しかし、企業は生産活動や給付物を通じて顧客の生活や、地域・社会の発展に寄与すべき要請を付託されている（換言すれば人であれ地域であれ公益（welfare）に資する）存在である。そういう意味では、企業は顧客のものであり、広く言えば地域・社会のものであると考えられる。つまり、単なる儲け＝私益のための経営ではなく、公のための経営に変遷しつつあるのである。

では、「病院は誰のものか」。上記の企業の例と照らし合わせて考えるならば、病院を設立した開設者が所有者ではある。しかし病院の提供するサービスは、第一章で指摘したように、人の健康や生命に資するということである。それは、企業の提供するサービスとは質が異なるということ、つまり医療サービスそのものの使命が、ダイレクトに公の益に資すべきものであるということは明白である。その意味では、病院は主権を有する国民のものであり、その実務を国が代行していると考えることができる。

さらに極端に言えば、企業は採算の合わない事業においては縮小・撤退をすることが可能であり、また消費者は「買わない」という選択をすることができる。しかし、病院は採算が合わないことを理由に診療科を廃止したり、他方利用者も病気になった場合医療サービスを拒絶するなどということは、とうてい不可能な話である。国民の根源的な医療ニーズに対して、使命を有する病院には診療拒否が法律上も許されておらず、そして治療し続けなければならない。このことから、病院は元来公のための経営を行っていると言える。

また、このことは病院に収益を提供する仕組みからも考えることができる。医業収益は、利用者の窓口負担による収益等もあるが、これとて基本的には診療報酬を元に支払われる。診療報酬額は、ごく一部の自由診療を除き、病院の作成するレセプト（Rezept）によって申請され、審査支払機関（支払基金・国民健康保険団体連合会）を通して、保険組合にて査定される。つまり、実際に病院の収益を担保しているのは保険組合であり、最終的な診療報酬額の「決定権」を持っている。

では、その診療報酬の財源は何かというと、保険組合に納付された市民の掛け金であり、納税者の納めた税金である。即ち、病院のほとんどの収益は市民によって支えられているのである。加えて、公的病院における赤字は「運営費交付金」という形で補填されており、ここにも税金が登場する。つまるところ、病院の主権は市民に存することになる。このような考えから、病院ガバナーは、明白に市民であると断定することができる。

ここまでいわば「Of the People」を論じてきたが、次に経営主体の「By the People」に言及する。企業における経営執行者は、資本家→専門家→代理人と変遷してきた。「資本家」とは、その名の通り企業に資本を投じた者であり、過去においてはその出資者である資本家が自ら経営を担ってきた。その後、資本家の意向を受けた「専門家」が登場し、よく言われるように「所有と経営の分離」が一般となった。そして現在では、株主に選ばれた「代表者（代理人）」によ

って経営が行われている。

病院は医者や看護師、技術士などのプロフェッショナルな集団で構成されており、その経営は、日本においては事実上ほとんどの病院において院長が担っている。もとより院長もまたプロの医者であり、本来の意味で経営の専門家でない医者が、病院経営を行っているのである。しかしこれからは医療主権者の意向を挺した病院アドミニストレーターの存立が不可欠となるであろう。プロ野球の選手が球団を経営するのには無理がある。

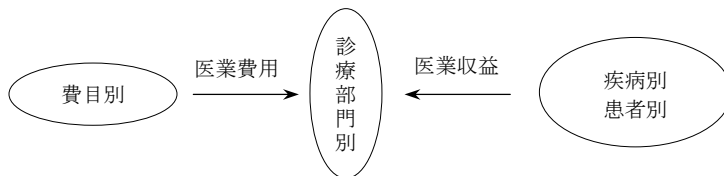
3 制度問題

ここではガバナンスとの関係で、診療報酬の在りようや経営管理ツールとの関係に言及しておきたい。アメリカの診療報酬は保険会社が介在するも原則として市場において決定される。他方、日本のそれはごく一部を除いて制度で決定されている。わが国でもDPC³⁾の導入を契機としてアメリカに習って原価計算を管理に用いる病院が登場してきた。

病院で原価計算を実施すると、その流れはよく知られているように、費目別計算、部門別計算、疾病別・患者別計算となる。しかし筆者らは制度価格が支配的な日本では、このような伝統的な原価計算は特殊原価調査の範囲を出るものではないと考えている。即ち「原価計算制度」を病院の会計システムに取り込んだとしても、さほど意義を有するとは思えない。

更に、商業簿記の本質が商品勘定にあるように、工業簿記のそれは仕掛品勘定にある。ところが病院会計における「仕掛品とは何ぞや」という問題が出てくる。この点に関する論及は、この号の佐藤浩人氏の論文『病院経営における原価計算の現状と意義』に詳しいので譲ることにして、それでは病院における原価計算はどのようにあれば経営に資するのかを次に考察しておきたい。

検査部や医事課のような「直接ないし間接的な補助部門」に対し、病院には内科入院や内科外来のような「診療主部門」がある。更にレセプトがこの診療科・患者別に作成され、診療報酬がそれに基づいて病院に支払われることを考慮すれば、次の図のような計算スキームが最も然るべきだと思料される。



3) Diagnosis Procedure Combination

即ち、疾病別・患者別原価を計算するのではなく、医業費用と医業収益の双方を診療主部門で対応させる原価計算である。これならば会計システムに馴染むことはもとより、経営管理にも資するし、更には利害関係者に対する説明責任を補完するツールとしても十分に機能しうる。たとえば「医薬品」に対する診療報酬が、医者の方と、薬剤師の調剤と、看護師の処置と、さらに材としての剤、などなどの複合報酬であることが明白なため、主部門で費用と収益を対応させる原価計算しか考えられない。

4 公益経営の観点から病院の「人」を見る

病院は、営利目的で経営を行うわけではない。病院が提供する医療サービスは、広く国民の健康や生命、成長に資するものである。このような医療サービスを提供する医療従事者は、国民の健康や生命を支える存在であり、公の益に資する存在だと言える。従って、医療従事者の育成は、「公の益に資する＝国家を支える」人材を育てていることになる。日本国憲法・第 3 章【国民の権利及び義務】、第 25 条【生存権、国の生存権保障義務】は「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」ということを規定している。この条文から捉えると、構成員の教育・人材育成、そして研究の資金は行政が「赤字補填」という形ではなく、予算責任としてしっかりと対応すべきである。

また、ベテランの蓄積された技能（知的 skill）をどのように継承するのか、ということが病院にとって非常に重要な課題である。これは、本論文の冒頭に挙げた少子高齢化と共に、各産業界において大きな問題とされている「団塊の世代退職」との関係で論じなければならない。つまり、技能を蓄積した「職能人」が今後一斉に退職していく中で、次代に継承するための施策をどう構じるのかが、他の産業界と同じく病院にとっても目下の課題である。

医師は手術などの診療行為、看護師は患者の状態把握など、病院における医療従事者の技能は、複雑な技能を要する部分や、ある種感覚で覚えるアナログな部分が重要な要素を占めており、それを機械やコンピュータなどのデジタルな方法で落とし込むには限界がある。つまり、その場の雰囲気や微妙な感覚などは、実際にその行為を側で体感しなければ継承できず、ここに「専門職集団」である医療業界独特の難しさがある。このため医師にあっては、若い医師が初めて執刀を行う際に、ベテランの医師が横でサポートする「前立ち」が行われているが、この例に見られるように、熟練者と未熟者との関係作りを今後も増やす必要がある。

先に明らかにした通り、医療従事者は国民の健康や生命を支える存在である。ゆえに、蓄積された個人個人の技能を次代に継承することは、医療の質の担保は勿論のこと、さらなる技能の高度化にもつながることから、国民国家の課題として急務である。

IV 「病院経営論」の確立に向けて

1 なぜ今まで「病院経営論」が確立されなかったのか

第 I 章で病院経営を研究する理由として、時代認識、制度改革、病院の現状の 3 点を挙げ、それらが今病院が直面している課題や時代の要請であることを指摘してきた。しかし、「医療経済論」が確立され大学でも講じられる一方で、なぜ今まで「病院経営論」に関する研究や教育がさほど進まなかったのか。その背景として、次の 3 点が考えられる。

一つ目は、病院は国民の生命や健康に関わるため、「国が当然支えるもの」として赤字になっても問題にならなかった、ということが考えられる。通常、ある組織において赤字になれば、それを解消するため「経営」という感覚が生まれ、知恵や努力・工夫が必要となる。しかし公的病院においてはどれだけ赤字になっても、上述した考え方が支配的であり、赤字は税金で補填され、これまではさほど問題とはならなかった。

二つ目は、制度上の理由である。病院の収益は診療報酬制度で決められており、とにかく「患者を診れば」収益が確保できる状態にあった。高齢化もあって病院の「顧客」である患者は減る事がないので、コストを下げる経営を考えるよりも、出来高払いの制度下では収益を上げる方に当然目を向けることになる。しかし疾病別と入院日数とによって診療報酬が定まる定額払い（DPC）が導入された今日では、さりとては行かなくなった。

三つ目は、「病院経営」が院長という経営とは元来無関係の専門職によって担われてきた経緯がある。確かに院内感染の防止など個別の「病院管理」にはしかるべき専門職が当たるべきであるが、トータルな意味での病院のアドミニストレーションには固有の知識と力量や見識が要求されている。しかし、専門職たる医師が経営する現状では「病院経営論」は育ちにくい。このことが病院経営の専門職員の社会的地位を高めてこなかった原因にもなっている。

2 医療経済学と病院経営論

「医療」を研究対象とした学問としては、マクロな視点から見た「医療経済学（論）」がある。医療経済学とは、医療保険財政や医療政策など、医療サービスの需要と供給のバランスを論じる内容が中心であるが、対象領域としては個別医療機関の現状分析などにも及ぶ。我々の認識としては、医療経済学はバブル経済が崩壊し始めた 1990 年代から普及しだし、ここ 15 年間で発展し、大学でも講義されるようになってきた比較的歴史の浅い分野である。これは第 I 章で述べた、国民医療費の高騰など医療を取り巻く環境が大きく変化したことと関係している。

また、近年では「医療マネジメント」をテーマとした研究が進んでいる。これは、医療経済学の範囲から出でて個別的な「医療機関の管理」として、患者満足度の向上や、院内感染など医療リスクの管理、薬剤管理、労務管理、オーダーリングシステムなど個別の管理を中心として

論じ展開されている。

このように、現状では「医療経済学」、「医療マネジメント」はあるが、「病院経営論」と呼べるものは数少ない。あったとしても前述した医療マネジメントと内容として同じか、または経営指南書のような内容が多く、病院経営を統合的にとらえる理論的枠組みを構築するには至っていない。今求められているのは、従来の個別管理の枠組みを超えた、統合管理＝経営であり、病院経営論である。これを人的資源の観点で見ると、メディカル・アドミニストレーター（病院経営者）の確保と育成である。

病院経営は、本論文で様々な観点から指摘した通り、非常に複雑で特殊な環境であることを踏まえて考察されなければならない。「診療報酬の改定」「赤字解消」「患者満足」だけでは語れないのである。また、医療に関わる専門的な営為と経営との関係、さらには先に指摘した三事業をどう取り込み位置づけるかという戦略を明確にする必要がある。すなわち医療と事業と経営の分離を行い、その上でそれらを統合することを考えなければならない。

予定している第二論文で病院の経営課題を三段階に分けて列挙し考察するが、利用者（患者とその家族）にもわかる課題だけでも、医療そのもの、病院構成員、対応スペース、病院と患者の四群で、計 20 項目もある。そのいずれもが HSR（病院の社会的責任）との関係で究めることを要する病院の経営課題である。

また、これからの病院経営では既述したように原価計算も必要となるし、不確実性下における意思決定に資する管理会計も必要となる。この分野ではいくつかの先行的な事例や研究があるが、この面の言及については先号の佐藤浩人氏の論文に譲りたい。

3 おわりに換えて今後の研究報告予定

第二論文は経営課題の理論的な整理とその数理的な解析を中心とするが、医業費用のうち約半分を占める人件費を考慮し、医療が労働集約的な産業である点を考慮すれば、人的資源管理の課題を避けて通れない。そこで現在いくつかの病院でいわゆる成果主義が導入されているが、これも当該論文で批判的に言及することになる。

第三論文では病院の構成員から働く意欲を引き出すには、どのような理念の下にいかなる仕組みを構築すべきなのか、という研究に取り組むことになる。この枠組みの核心部分は成果主義を超える「インセンティブ・スキーム」で、筆者らがある病院で実施している仕組みで、他の病院でも関心を呼びつつある。多変量解析など道具立てはいささか込み入ったものではあるが、その仕組みの設計思想と実施結果は病院経営者の欲するところとなった。

この第一論文は以上のようなこの間の病院経営研究の嚆矢と位置づけている。なお、病院に関しては全く門外漢の我々と快く議論に応じてもらった精神科医田原孝氏（日本福祉大学教授）にここで感謝の意を表したい。

参考文献

- 今中雄一『医療の原価計算』, 2003年12月 社会保険研究所
今村知明『医療経営学』, 2006年2月 医学書院
尾形裕也『21世紀の医療改革と病院経営』, 2000年2月 日本医療企画
柿原浩明『入門 医療経済学』, 2004年3月 日本評論社
田原 孝『メンタルヘルスとライフサイクル』, 2005年4月 学校法人日本福祉大学
丹波哲夫『病院・クリニックの地域密着経営の進め方』, 2005年9月 ばる出版
西村周三『医療経営白書』, 2005年9月 日本医療企画
松田晋哉『起訴から読み解くDPC』, 2005年4月 医学書院
松山幸弘『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』, 2005年11月 東洋経済新報社
真野俊樹『21世紀の医療経営』, 2003年7月 薬事日報社
日本医業経営コンサルタント協会『医業経営用語辞典』2003年10月 ジャパンインターナショナル総合研究所
川渕孝一「変革を迫られている国立大学附属病院」, 独立行政法人経済産業研究所ディスカッションペーパー

キーワード

病院の社会的責任, 国民医療費, 医療制度改革, 診療報酬の改定, 医業収支率, 医業費用の構成, DPC, 公的病院, 病院のガバナンス, 診療部門別原価計算