

# 病院経営者の意思決定に関する研究

## Research on Decision Making of Hospital Top-Manager

坂 梨 薫  
Kaoru Sakanashi  
安 川 文 朗  
Fumiaki Yasukawa  
戸 梶 亜紀彦  
Akihiko Tokaji

### 要 約

病院の最高管理者である病院長が社会的使命の実現に向けて、どのような問題を課題と考えているのかを明らかにする。さらに、安全性と質向上、経営の効率化と安定という一見相反する課題に対する病院管理に向けて、基準の異なるさまざまな選択肢の中から何を優先し、意思決定を行っているのか、その実態を知ることが目的に調査を行った。まず病院の取り組むべき短期的課題としては“安全管理対策”“顧客ニーズの把握”“他病院との競合・競争状態”と回答した割合が多かった。経営的対応の共感度合いでは“財務の健全化が最優先”を「まったくそのとおりだと思う」と回答した割合がもっとも多く、“医療ミス回避のためには経費比率が上昇しても品質を重視する”は「あまり思わない」と回答した割合が多かった。安全管理の仮想的成果に対する複数プランの選好では、もっとも安全対策として望ましいオプション6の順位づけでは一般医療法人の病院長が公的病院や特定医療法人の病院長より下位の選好者が多いという傾向がみられた。

以上の結果から、病院長は医療の安全性に対する保証の必要性は十分に理解しているが、安全性が第一義ではなく、それを実行するための経営の安定・効率化の基盤固めが先決であると考えていることが示唆された。

キーワード：病院経営、病院長、意思決定、医療の安全性、医療の効率性

### はじめに

わが国は、世界的にも例をみない急速な少子高齢化が進展し、医療・福祉サービスを必要とする高齢者市場が大幅に拡大したため、老人医療をはじめとする医療費が年々増加している。しかし、経済環境においては1990年代初めのバブル崩壊以降、わが国の経済は低迷を続けており、経済の低迷によって医療・福祉を賄う財源である保険料が逼迫するという医療保険財政上きわめて厳しい状況が続いている。さらに、患者からは自らが受ける医療を選びたい、医療についての情報を知りたいといった要求が高まるなど、消費者の態度は受身から権利への主張へと変化してきている。また、昨今続発する医療事故問題に対して、病医院は選

ばれる医療機関となるべく医療の質に対する改善・確保に取り組むことが急務となるなど医療を取り巻く環境は大きく変貌を遂げている。

そのような中、2002年4月の診療報酬改定に絡む医療制度改革では、患者の自己負担増、被用者の保険料引き上げ、診療報酬の2.7%引き下げという財政調整中心ともいえる「三方一両損」が決定された。

病院経営の悪化が叫ばれている中、2002年度の診療報酬改定は従来以上に経営引き締めを病院に課していた。そのうえ、診療報酬の改定には安全対策に対する動機付けが誘導されており、病院は経営の効率化に向けた改善の必要性と、消費者が望む安全かつ質の高い医療を提供することが改めて求められている。2004年の診療報酬改定

では、診療報酬の定額払い方式（詳しくは診療報酬制度の項で述べる）に伴う病床区分による治療の標準化や病院機能の流れが明確になることも予想されている。

こうした流れの中、病院は財政面やその存在理由から、どのような形態で存続していくべきかという大きな岐路に立たされている。消費者ニーズの拡大に対応するためのサービスの充実、経営効率と質の向上の達成など、いま、病院が急務とする課題は多岐にわたる。この現実をどのように受け止めて対応していくのか、病院が健全な形で存続していくために要求されることの一つが病院の最高管理者である病院長の意思決定であり、病院の将来を左右する一つの要因と考えられる。

そこで、本稿では病院長が医療の安全性と質向上、経営の効率化と安定に向けて、基準の異なるさまざまな選択肢の中から何を優先し、意思決定を行っているのか、病院長の考え方について実際に調査を実施し検討を行った。

しかし、病院は一般企業と異なるさまざまな面を持つため、病院組織の特徴を明らかにした上で議論することが必要と考えられる。さらに日本の病院は設立制度や診療報酬制度など欧米の病院と異なった面もみられる。そこでまず、日本の病院が一般企業や欧米の病院と比べてどのような特徴をもつのかを検討する。そのうえで、今回実施した調査結果の分析をもとに、病院長の意思決定の実態と課題について考察していく。

## I. 病院組織の特徴

日本の医療機関は医療の関係法規によってさまざまな規制を受けている。この章では、医療機関の設立制度と組織の特徴を挙げ、欧米の医療機関や一般企業との違いを明らかにしていく。ここでは、病院を医療法第一条の二で示されている病床が20床以上あるもの<sup>1)</sup>に限定して議論する。

### 1. 日本の病院の設立制度の特徴

#### (1) 営利性の禁止

日本の医療機関は営利を目的としてはならない

とされている（医療法第7条5項）。医療機関が営利性をもつことを禁止することへの配慮から、病院は一般企業と異なり、株主やオーナーに利潤配分をしてはいけないため、株式会社などの会社組織による経営を認めていない<sup>2)</sup>。さらに、同じ非営利組織であるボランティアなどのNPOは主に寄付金や会費からの資金調達で行っているが、病院は医療サービスを提供しその報酬を資金源として賄っているところが異なっている（必要な資金すべてを賄うことはできないので、補助金や負債、寄付金などの外部資金の調達で不足する資金を補っている）。また、非営利組織は営利の獲得を第一目的にしてはいけないが、禁じられているわけではない。むしろ、病院には必要な医療機器の購入や優秀な人材の雇用、教育の費用などを保証する収入の確保が求められており、営利-非営利の二分法自体に意味があることなのかは疑問な点でもある。

米国の場合は、営利目的の病院の開設が許されてはいるが、諸外国の中でみると米国の方が特殊であるといえる。

#### (2) 開設主体による病院組織の違い

病院は開設主体によって、個人が経営している個人病院、形式的には法人であるが実際には個人病院の延長で経営されていることの多い医療法人病院、日本赤十字社や済生会のように、厚生労働省から「公益」を追求することを目的にしていると認められた公益法人病院、国や地方自治体が運営している国立・公立病院などが存在している。国立・公立病院の割合は少なく、約8割が民間病院であり、病院の約70%が200床未満の小病院で占められている（厚生省、2003）。これには開設にあたって、開設者が非営利性の条件、人員・施設の構造設備の条件を満たし、都道府県知事に届け出れば承認される自由開業医制度がとられていることが影響しているといわれている。

税制面からみると公益法人病院は優遇措置がとられているが、医療法人病院は一般企業とほぼ同じ法人税率が課せられている。

1) 一般に「病院」というと有床診療所も含んでいると思われるが、診療所とは19床以下のベッド数を持つ医療組織をさす。ベッドを有しない無床診療所を除いたものが有床診療所である。

2) 政府の構造改革特別区域推進本部は2003年2月27日、「構造改革特区の二次提案に対する政府の対応方針」で、懸案となっていた株式会社の医療参入を自由診療に限定して特区で認めることに決着した。

### (3) 診療報酬制度

病院経営の収入のほとんどは保険償還に依存している。保険医の診療行為には健康保険で定められた、それぞれに1点10円で換算された公定価格がつけられている。病院は診療に要した行為の総点数を計算して診療価格として保険者に請求する。これが出来高払い方式と呼ばれるものである。この出来高払い制度では、病院は医療サービスを提供すればするほど保険収入は増加するしくみになっているため、コストや効率といった意識よりサービス料の拡大を図る強いインセンティブがはたらき、必要以上の検査や投薬が行われるなどの過剰・濃厚な医療サービスを誘発する可能性が一般的に指摘されている。実際に、医療費は年々高騰の一途を辿っている。

そこで、医療改革における医療費抑制の一環として2002年の診療報酬改定では、①入院基本料基本点数の引き下げ、②平均在院日数要件の短縮、③再診療・外来診療料の月内低減制、④医療安全管理体制未整備減算、⑤褥瘡対策未実施減算、⑥老人一般病棟入院管理料における包括範囲の拡大（リハビリテーション：集団指導、画像診断費用）など平均改定幅は「1.3%引下げ」（薬価などの「1.4%引下げ」を含めると「2.7%引下げ」）と過去最大幅の値下げが行われた。

さらに、診療報酬制度を出来高払いからある一定の要件（疾病や日数、件数など）に対して償還額を事前に決めておくという定額払い方式へと徐々に拡大する動きがみられている。2000年には老人医療を中心に定額払い方式の対象範囲が拡大されていたが、急性期入院医療においても、国立病院および社会保険病院の10施設で1998年11月から「日本版DRG/PPS（Diagnosis Related Group/Prospective Payment System）」が5年間施行され、2003年4月から特定機能病院82病院の急性期病院に、医療機関別包括評価が導入された。この定額支払い方式はDPC（Diagnosis Procedure Combination）と呼ばれる診断群分類に基づいた1日あたりの包括評価である。定額払い方式は、患者の疾病などの要件によってあらかじめ償還される金額が決まっているので、医療サービスを提供しないほど収益は上がることになる。今までの出来高払い方式とはまったく逆転したインセンティブがはたらくわけである。この方式の下では、いか

に効率的な医療サービスを提供し、コストダウンを図るかが要求されており、病院は経営のあり方を根本から見直す必要性に迫られているといえる。

## 2. 日本の病院組織の特徴

### (1) 病院組織

病院は一般に診療部門、診療補助部門、看護部門、事務部門の独立した4つの部門からなり、診療部門・診療補助部門は医師が、看護部門と事務部門は各々部門の長が管理者となっている（図1）。日本の病院の管理責任者である病院長は医師であることが医療法で定められている。しかし、欧米の病院では、院長は理事会の任命で選ばれ、そのほとんどが大学院で病院管理学や経営学を学んだスペシャリストたちであり医師以外の人が院長となっている（高橋、1997）。

また、日本においてはほとんどの場合病院開設者が医師であるので、米国のような経営の専門家と医療の専門家にみられるような対立関係は、医師と事務の間にはみられない。

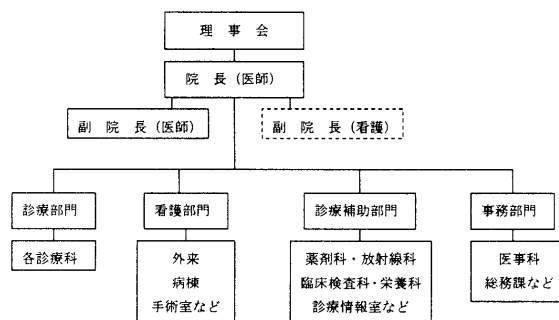


図1 一般的な病院の組織

### (2) 病院組織員の特徴

診療関連の組織員はそれぞれ医師の集団、看護師の集団、コメディカルの集団といったさまざまな専門家集団から構成されている。それぞれの特徴として、教育や研修および用いる専門用語をも異にする国家資格を有する専門家であり、一般企業のような部門間の移動はみられない（図2）。そのため、患者に対するサービスという視点でみると、日常的にはチームで活動してはいるが、専門家集団としての強い自律性によって、一般企業の組織とは異なったセクショナリズムを生み出しやすい。それは職種間のみならず診療部門の異なる医師の間にもみられる。

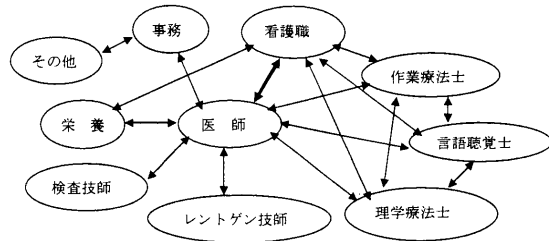


図2 病院内組織における各専門職種間の関係

### 3. これからの病院経営の課題

既に述べたように病院は収入のほとんどは保険償還に依存しているため、医療制度改革に伴う診療報酬のマイナス改定や診療報酬支払制度における定額制の導入は病院経営に及ぼす影響が大きい。病院は、経営をいかに合理化・効率化し、コストの節約を図る手腕によって、将来が左右されるといっても過言ではないであろう。

また、目覚ましい情報化の発達には消費者の医療に対する意識を変化させつつある。これまで医療提供者のみしか手にできなかった情報がインターネットの普及で一般の消費者にも容易に入手可能になったことや、健康・医療をテーマにしたテレビ番組でのさかんな情報提供などから、医療に対して“受身の態度”から“参加し、選択する態度”へと医療消費者の態度が変化してきている。さらには、日常的に取り上げられることの多くなった医療事故や過誤の報道などは、消費者の病院に対する安全性への見方をより厳しくし、医療に対する質の向上や安全性への要求度が増している。

前述したように、これからの病院は医療の経営の安定と効率化、消費者に対する医療の質とサービスの向上および安全性の保証といった目標に向かって進んでいくことが要求されている。このトレードオフの関係にあるそれぞれの目標を達成していくために病院組織としてどのような意思決定を行っていくのか、これこそがこれからの病院の大きな課題といえよう。

## II. 病院長の意思決定に関する調査

これまで、日本の病院の特徴を設立制度や病院の組織から明らかにし、これからの病院経営の課題の概観を述べた。その内容を背景に、この章では、病院組織の最高管理者である病院長が経営の効率と医療の安全に向けてどのような意思決定を行っているのかについて調査した結果を検討し

ていく。

### 1. 調査方法

調査方法は自作質問紙を用いた郵送法によるアンケート調査で、調査対象は大阪府病院協会に所属する130床以上の民間病院198施設および広島県内の200床以上の民間病院50施設、合計248施設である。調査は2002年5月下旬から6月下旬に行った。

### 2. 調査項目の概要

調査票は、①病院の社会的使命や課題と病院経営の関係について、病院における安全管理や医療の質向上と病院経営の関係に対する病院経営者の意識に関する質問と、②安全管理の実施を例にした病院経営に対する具体的な意思決定に関する質問、の二つの部分から構成されている。

前者では、病院の使命や経営目標を確認したあと、「病院の取り組むべき課題」として、人口構造・疾病構造の変化、経済的・財政的環境の動向、他病院との競合・競争状態などの8項目に対して「短期的課題」「中期的課題」「長期的課題」「課題とはいえない」で尋ねた。また、「経営的対応の共感度合い」で、財務状況の健全化、医療の効率化・質の向上・安全管理対策の充実という一見相反するトレードオフの関係にある課題への経営的対応の有無を「まったくそのとおりでと思う(4)」「どちらかといえばそう思う(3)」「あまりそう思わない(2)」「まったくそうは思わない(1)」の4段階で尋ねた。

いっぽう後者は、医療の安全管理の充実に関わる意思決定を行う場合、どのような条件や前提が意思決定に関わるかを検討するために直交表を用いて作成した。本調査では、安全対策のコストと成果のバランスを考慮した、病院管理者による高度な意思決定が重要と考え「安全管理の実行に伴う人件費の増加」「派生的に生ずる収入減」「安全管理で達成される医療リスク削減の成果」「派生的に得られる業務効率の改善」の4つの属性を設定した。4つの属性について、異なる水準(表1)の組み合わせをすべてプロファイル化すると、全部で $3 \times 3 \times 3 \times 3 = 81$ 通りの組み合わせとなるが、81プロファイルすべてを回答者に評価させるのは質問紙調査では困難であるため、直交計画支援プログラム(ORTHOPLAN SPSS)を用いて

81のうち最終的に9つのプロフィールを選出した。回答者には、この9つの選択オプションの中で最も実行可能（あなたが選択してもよい）と思われるものから順に「順位」をつけるよう求めた（表2）。

また、病院長の属性として、「設立特性」である開設主体、病床規模、病院類型（一般病院・療養型病床）、病院長としての経験年数を尋ねた。

表1 調査対象に提示した意思決定の条件・前提

- ①安全管理の実施に伴う人件費の増加率（%）
- ②安全管理の徹底によって派生的に生じる収入減の割合（%）
- ③安全管理で達成される医療リスクの削減の程度（%）
- ④その過程で派生的に得られる業務改善の程度（%）

条件	ケース	最善ケース	中間ケース	最悪ケース
人件費の増加率（現在より）		5%	7%	10%
収入減少の率（対総収益比率）		2%	4%	7%
リスクの発生確率の削減率		82%	47%	25%
業務改善度（現状に比べて）		20%	10%	0%

表2 安全管理の仮想的成果に対する複数プラン

	人件費増加率	収益減少率	リスク削減率	業務改善度
オプション1	5%	2%	82%	10%
オプション2	10%	4%	25%	10%
オプション3	5%	7%	25%	0%
オプション4	7%	7%	47%	10%
オプション5	7%	2%	25%	20%
オプション6	10%	7%	82%	20%
オプション7	10%	2%	47%	0%
オプション8	7%	4%	82%	0%
オプション9	5%	4%	47%	20%

### III. 病院長の意思決定に関する調査結果

指定期日までに返送された調査票は39施設（返送率15.7%）で、有効回答数は33施設（13.3%）であった。

#### 1. 病院長の病院経営に対する考え

##### 1) 対象者の属性

回答者の病院の開設主体は、公的病院5件、一般医療法人病院21件、特定医療法人病院7件であり、病院の形態をみると、一般病院22件、一般と療養型の混合病院7件、療養型病院4件であった。病院長としての平均経験年数は8.3±7.4年（最高：24年、最低：1年）、管理する病院の平均病床数

は323.7±154.8床（最大：607、最小：130床）であった（表3）。

表3 対象者の属性

設置主体		公的病院 (N=5)	一般医療法人・会社 (N=21)	特定医療法人 (N=7)
属性	経験年数			
	5年未満	3人	4人	3人
	5～10年未満	1人	9人	3人
	10年以上	1人	7人	1人
病床規模	200床未満	1人	7人	2人
	200～500床未満	2人	13人	4人
	500床以上	2人	1人	1人
病院類型	一般病床のみ	5人	14人	3人
	療養型病床のみ	0人	3人	1人
	一般・療養混合	0人	4人	3人

#### 2) 必要な取り組むべき課題と期間について

取り組むべき課題とその期間に関する結果は以下の通りであった。まず、「短期的課題」の割合として多かった項目を順に挙げると、“安全管理対策”25人（75.8%），“顧客（患者）ニーズの把握”21人（63.6%），“他病院との競合・競争状態”18人（54.5%）であった。「中期的課題」では、“経済・財政的環境の動向”21人（63.6%），“新しい医療技術や機器の整備”20人（60.6%）“立法・規制の動向”18人（54.5%）であり、「短期的課題」・「中期的課題」として意見が割れていたのは“看護師の教育”16人（48.5%）、15人（45.5%）であった。「長期的課題」としては“人口構造・疾患構造の変化”23人（69.7%）が多く挙がっていた。“立法・規制の動向”に関しては4人（12.1%）の病院長が課題ではないと回答していた（表4）。

表4 取り組むべき短期・中期・長期課題

（単位：人）

項目	課題の期間	短期的課題	中期的課題	長期的課題	課題ではない
人口構成・疾病構造の変化		2	6	23	2
経済的・財政的環境の変化		6	21	5	1
立法・規制の動向		10	18	1	4
他病院との競合・競争状況		18	8	3	3 (不明1)
顧客（患者）ニーズの把握		21	10	2	0
看護師の教育		16	15	2	0
安全管理対策		25	5	3	0
新しい医療技術や機器の整備		10	20	3	0

病院長の経験年数と選択期間との関係をみると、2002年の診療報酬の改正を“経営改善への取り組

みの脅威”と答えたのは、経験年数10年以上の病院長が5～10年未満、5年未満より有意に多いという結果であった ( $\chi^2(6)=12.851 p<0.05$ )。

### 3) 病院における安全対策や医療の質向上と病院経営との関係

経営的対応の共感度合いで「まったくそのとおり」の割合が顕著に多かったのは“財務の健全化を通じた経営安定が最優先”の20人(60.6%)であった。また「どちらかといえば思う」の割合が多かったのは“経営の長期改善のためには新規シ

ステムの導入費用を惜しんではいけない”が18人(54.5%)，“顧客確保のためには病院全改築するくらいの費用をかける”が17人(51.5%)，“安全管理に患者の意見や世論に振り回されてはいけない”が15人(45.5%)であり、経営の財務的な内容が多かった。「あまり思わない」は“医療の安全確保は政府の責任で環境整備すべきである”の22人(66.7%)，“医療ミス回避のためには経費比率が上昇しても品質重視”の18人(54.5%)であった(表5)。

表5 経営的対応の共感度合い

(単位：人)

経営的対応	共感度合い			
	まったく思わない	あまり思わない	どちらかといえば思う	まったくそのとおり
財務の健全化が最優先	0	1	12	20
経営の長期改善のためには新規システム導入費用を惜しんではいけない	1	7	18	7
療養病床転換での収入増より人件費の抑制が優先	7	15	11	0
安全は経営安定が前提であり経営効率を高めることが必要	0	13	13	7
顧客確保のためには病院を全改築するくらいの費用をかける	2	6	17	8
医療ミス回避のためには経費比率が上昇しても品質重視	3	18	10	2
安全管理には患者の意見や世論に振り回されてはいけない	7	9	15	2
医療の安全確保は政府の責任で環境整備すべきである	6	22	4	1

病院長の属性と経営的対応の関係を「思う」「思わない」の2段階でみると、“財務の健全化を通じた経営安定が最優先”に関しては「思う」が一般医療法人に多いという傾向がみられた ( $\chi^2(2)=3.958 p<0.10$ )。

### 2. 病院長の具体的な意思決定基準について

「人件費の増加率(現比率より)」「収入減少の率(対総収益比率)」「リスクの発生確率の削減率」「業務改善度(現状に比べて)」の4つの属性から構成された安全管理の仮想的成果に対する9つのプランについての1位の割合をみると、もっとも経営者が好ましいと評価したのはオプション1で、23人(69.7%)の病院長が1位と評価した。しかし、オプション1は「業務改善度」以外は最善ケースの水準であるため、この結果からただちに選好傾向を評価することはできない。そこで、オプション1以外の1位の順位割合をみると、オプション9が6人(18.2%)、オプション6の2

人(6.1%)の順に多かったが、この順位の結果も属性水準の「最善ケース」「中間ケース」「最悪ケース」が微妙に入り組んだ組み合わせになっているため、それぞれの比較を行っても属性が順位に及ぼす影響や選考理由を明らかにすることはできない。

そこで、収入より安全性を重視する内容を示すオプション6(最下位の選好の割合が一番多かった)を取り上げ、その選好順位に影響を及ぼす要因と選好者の経営姿勢についての分析を行い、安全性を重視する病院長の特性を分析することとした。

選好順位づけで、もっとも安全対策として望ましいコンテキストである、オプション6(収入は減少しても高い割合のリスク削減率やそれに派生して得られる高い業務改善率を選好する)を、上位の1位から3位の10人(30.3%)、中位の4位から6位の2人(6.1%)、下位の7位から9位の21人(63.6%)の3群に分類した。選好順位に影響を及ぼす要因としては、「設立特性」をあげ、

まず財政的基盤の保証に対して影響を受ける開設主体別、病床規模別、病院長としての経験年数（5年ごと）を変数として $\chi^2$ 検定を行った。また、「経営的対応の共感度合い」では、「まったくそうは思わない」から「まったくそのとおりだと思う」の4段階を1～4で点数化し、被説明変数として一元配置分散分析を行った。

設置主体とオプション6の選好順位の間をみると、一般医療法人および特定医療法人の病院長が最下位である9位にした割合は10人（47.6%）、3人（42.8%）が公的病院の1人（20%）より有意に多かった（ $\chi^2(14)=27.222 p<0.01$ ）。また、

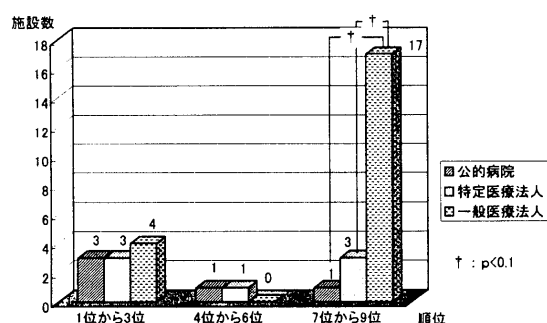


図3 設置主体と選好順位の関係

「経営的対応の共感度合い」と選好順位の間をみると、“経営の長期改善のためには新規システム導入費用を惜しんではいけない”の平均点は1位から3位を選好した病院長が7位から9位の選好者より有意に高く（ $F(2, 30)=4.786 p<0.05$ ），

公的病院の病院長は上位の1位から3位を5人中3人（60.0%）が選好していたが、特定医療法人は7人中3人（42.9%）、一般医療法人においては21人中4人（19.0%）とその割合は少なくなっていた。また、下位の7位から9位の選好者は医療法人の病院長が公的病院や特定医療法人の病院長より多い傾向にあった（ $\chi^2(4)=10.063 p<0.1$ ）（図3）。病院規模においては200床未満の病院に下位の7位から9位の割合が多かったが、病院規模と選好順位には有意な差はなかった（図4）。また、病院類型や病院長の経験年数と選好順位の間もみられなかった。

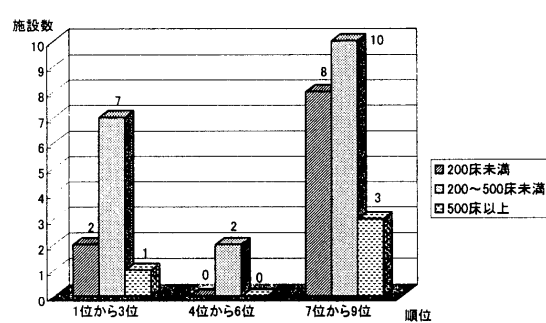


図4 病床規模と選好順位の関係

“安全管理には患者の意見や世論に振り回されてはいけない”に関しては1位から3位の選好者の平均点は7位から9位より有意に低いという結果であった（ $F(2, 30)=5.184 p<0.05$ ）（表6）。

表6 経営的滞欧の共感度合いと選好順位の間

(有意確率)

経営的対応	順位の間		
	1～3位対 4～6位	1～3位対 7～9位	4～6位対 7～9位
財務の健全化が最優先	0.317	0.720	0.285
経営の長期改善のためには新規システム導入費用を惜しんではいけない	0.815	*0.004	0.325
療養病床転換での収入増より人件費の抑制が優先	0.568	0.988	0.563
安全は経営安定が前提であり経営効率を高める必要がある	0.488	0.493	0.325
顧客確保のためには病院を全改築するくらいの費用をかける	0.937	0.288	0.970
医療ミス会費のためには経費比率が上昇しても品質重視	0.883	0.698	0.743
安全管理には患者の意見や世論に振り回されてはいけない	†0.057	*0.009	0.519
医療の安全確保は政府の責任で環境整備すべきである	0.509	0.365	0.428

\*:p<0.05 †:p<0.1

## IV. 考 察

### 1. 病院長の病院経営に対する考え方

必要な取り組むべき課題と期間については“安全対策”を短期的課題とする病院長の割合が多いことが示された。このことは医療事故の問題が日常的にマスコミに取り上げられ、一般の人々のあいだにも医療の安全性への意識が高まり病院に対する視線が厳しくなる中で、病院長は病院の経営者として安全という問題に敏感になっているためと考えられる。そのうえ、厚生労働省も平成12年の診療報酬改正の中で安全管理を推進するため、「医療安全対策評価」を導入し、入院時安全対策実施につき1件1日あたり10点、これを怠ると1件1日あたり15点の減額という罰則のような内容をもりこんでいる。このことも経営者の立場として短期的課題とする誘引になっていると考えられる。しかし、“財務の健全化の最優先や安全は経営安定が前提であり経営効率を高めることが必要”に「どちらかといえば思う」「まったくそのとおりだと思う」と答えた病院長の割合は多く、“医療ミス回避のためには経費比率が上昇しても品質を重視する”という考えには「まったく思わない」「あまり思わない」という消極的な意見が多かった。特に税制の優遇が希薄な一般医療法人の病院長に消極的意見の割合が多くみられた。今回の調査では5施設を除けば私的主体の病院であり、一部の大規模病院を除けば、それらの多くの病院は強固な経営基盤を持っているとは言い難い。病院といえども、十分な利潤を上げなければ事業を継続することは不可能となり、住民に対する社会的使命を全うすることもできなくなる。一般的に病院は非営利であるという伝統的な考え方が根底にあるが、独立採算制に近い私的主体の民間病院には効率的な経営の動機が内在している。そのことを考慮すると、“安全管理”と同様に“顧客（患者）ニーズ把握”や“他病院との競合・競争”が短期的課題として取り上げられ、経営的対応の共感度合いでは、財務の健全化を優先するとした病院長の割合が多かったのも理解できるものがある。病院長は医療の安全性に対する保証の必要性は十分に理解しているが、安全性が第一義ではなく、それを実行するための経営の安定・効率化の基盤固めが先決であると考えていることが推察される。

### 2. 病院長の具体的な意思決定方略について

選好順位づけで、もっとも安全対策として望ましいコンテキストである、オプション6の選好に関する分析結果から、オプション6の順位の下位選好者は一般医療法人に多く、“長期的経営改善のための新規システム導入費用を惜しまない”には消極的な対応が、“安全管理は医療者の専門的な知識と対応が中心であり、患者や世論の意見に振り回されていけない”に関しては積極的な経営的対応があらわれていた。結局のところ、安全対策に消極的な病院長は、長期的には経営改善に繋がる情報システムや電子カルテなどは膨大な金額を要するため設備投資へのインセンティブが低く、安全管理に対しては医療側からの見方を重視し、消費者の声をきく姿勢に乏しいといえる。その背景には、病院個々の経済的基盤の問題から経営的見方が近視眼的になっていることや、医師-患者間の情報の非対称性に起因する医師優位の権威的な考えが前提にあるのではないかと考えられる。安全対策に消極的な病院長の意思決定の方略は、環境の変化に対応する革新的な意思決定はせず、過去とそれほど変わらない意思決定を行う漸進主義的なアプローチと考えられる。

しかし、これはあくまで、仮想的成果の複数プランに対する病院長の意思決定であり、今回の調査での病院長の意思決定を極小化した組織としてみるのか、病院組織運営に関する組織全体の意思決定とみるのか、その点に関する曖昧さが残されている。池上（1992）は、病院長は専門職者が働きやすい環境を提供している限りその地位に留まり、逆に働きやすい環境を提供できれば、専門職者はそれぞれ自分の仕事に没頭する傾向があるので、権限が集まることになる。したがって、病院長の重要な仕事は外部からの圧力に対して専門職者を守ることにありと述べており、病院長の権限は調整権限のみで指揮権は弱いとみなされている。その上、日本の場合、病院長は経営の最高管理者であるが、経営学を学んだ経営のスペシャリストではない。しかしながら、病院組織は強い自立性をもつ専門家の集団であることから、企業と異なり組織内部の意見調整が難しく組織の運営が硬直的になる危険性を孕んでいる。

また、医療法人や公的病院といった開設主体や病床規模によって病院長の権限や裁量権は異なる



ことが考えられ、病院長の意思決定が組織としての病院全体の意思決定に与える影響も大きさやレベルには相違があると推察される。病院組織の中での病院長の指揮権の強さや開設主体の違い、病床規模などを踏まえて再度検討する必要がある。

## V. 結論

今回の調査から以下のことが明らかになった。

1. 病院経営として取り組むべき短期課題としては、安全管理対策、顧客ニーズの把握、他病院との競争・競合状態が多かった。
2. 経営的対応の共感度合いとして“財務の健全化の最優先や安全は経営安定が前提であり経営効率を高めることが必要”に「どちらかといえば思う」「まったくそのとおりだと思う」と答えた病院長の割合は多く、“医療ミス回避のためには経費比率が上昇しても品質を重視する”という考えには「まったく思わない」「あまり思わない」という消極的な意見が多かった。
3. 安全管理の仮想的経過に対する複数プランの中で、もっとも安全対策として望ましいオプション6の選好要因は開設主体であり一般医療法人の病院長に下位の7～9位選好者が有意に多かった。病院規模や病院類型、病院長の経験年数との関連はなかった。

これらの結果から、病院長は安全性の必要は感じているものの、安全性より経営的財務基盤を優先する考えが多いということがわかった。特に、安全性に対する順位を下位とした意思決定が一般医療法人の病院長に有意に多かったことは、日本の病院が私的主体の民間病院で8割が占められているという現状から考えると、日本の多くの病院長は安全性より財務を優先する傾向にあると推察できる。但し、今回は調査データの少なさからそのことを裏づけるまでには至っていない。

## VI. 本研究における課題

本研究の課題は、病院組織の中における意思決定者を病院の最高管理者である病院長としたことである。日本では、医療法上病院長は医師であることが規定されている。病院経営において、果たして医師である病院長個人を意思決定者として位置づけることが適切であったのか、もちろん組織の中の個人には組織人としての意思決定を有して

はいるが、診療者としての立場と経営者としての立場という2つの人格は対立することがある。今回の調査では、病院長がいずれの立場で回答したのか明確な判断ができない。さらに、病院組織の中の意思決定がどのような過程やシステムで行われているのか、それを明らかにするための調査項目が欠落していた。今後は病院が組織として最終的にどのような人々の関わりやプロセスを経て意思決定を行っているのか、病院組織の意思決定の影響要因についての検討を行い、病院組織の意思決定モデルを提示していきたい。

## 【謝辞】

調査にご協力いただいた大阪府病院協会に所属する民間病院および広島県内の200床以上の民間病院の病院長様に感謝申し上げます。

## 引用文献

厚生統計協会 (2003) 『国民衛生の動向』 Vol.50, No.9  
高橋淑郎 (1997) 『変革期の病院経営』 中央経済社  
池上直己 (1992) 『医療の政策選択』 勁草書房

## 参考文献

西村周三編 (2002) 『医療経営白書』 日本医療企画  
西村周三編 (2003) 『医療経営白書』 日本医療企画  
大森正博 (1995) 「日本の医療機関の組織と行動」  
『医療と社会』 第5巻1号, pp.119-159.  
印南一路 (1998) 「組織としての病院」 『組織科学』  
第31巻3号, pp.16-26.  
小島廣光 (1998) 「非営利組織のマネジメント」  
『組織科学』 第32巻1号, pp.4-15.  
遠藤久夫 (1995) 「医療・福祉における営利性と非営利性—民間非営利組織とサービスの質」  
『医療と社会』 第5巻1号, pp.27-42.  
前田泉他 (2003) 『患者満足度—コミュニケーションと受療行動のダイナミズム—』 日本評論社  
M & WBPR 研究会編 (2000) 『病院経営ハンドブック—戦略的経営—』 中央法規  
Harvard Business Review (2001) 『意思決定の思考技術』 ダイヤモンド社  
真野俊樹 (2003) 『医療マーケティング』 日本評論社  
桑嶋健一他 (2001) 『組織と意思決定』 朝倉書店

- 印南一路 (1999) 『すぐれた組織の意思決定』中央  
公論社
- Bell, David E., Howard Raiffa, & Amos Tversky  
(1989) "Descriptive, normative, and prescrip-  
tive interactions in decision making" Decision  
making; New York: Cambridge University  
Press, pp.9-30.
- C. I. バーナード, 山本安次郎訳 (1968) 『経営  
者の役割』ダイヤモンド社
- 占部都美, 坂下昭宣 (1974) 『近代組織論 (II)  
—マーチ=サイモン—』白桃書房
- 河野圭子 (2002) 『病院の内側からみたアメリカ  
の医療システム』振興医学出版社
- 川淵孝一 (2002) 『医療改革—痛みを感じない制  
度設計を—』東洋経済新報社
- P. F. ドラッカー, 田中弥生訳 (2000) 『非営  
利組織の成果重視マネジメント』ダイヤモン  
ド社
- P. F. ドラッカー, 田中弥生訳 (1991) 『非営  
利組織の経営—原理と実践—』ダイヤモンド  
社

(2004年1月8日受付)