

病院における経営管理機能についての時点比較

－平成18年調査と平成21年調査－

中 田 範 夫

1. はじめに
2. 平成18年調査と平成21年調査との比較
3. 財務状況、BSCおよび原価計算に関する設問から
4. 財務状況と経営管理機能
5. おわりに

1. はじめに

本稿では平成18年および平成21年に実施した急性期病院に対する経営管理機能調査を比較し、経営管理ツール採用の推移を明らかにする。さらに、経営管理ツールと財務状況との関連についても言及する。

なお、平成18年調査および平成21年調査についてはすでに論文にまとめているので、詳細についてはそれらを参照していただきたい。(注1)

なお、両年度の調査ともに150床以上300床未満の病院と300床以上の病院を区別して調査をしているのであるが、平成21年の調査は回収数が133(発送数440)と少ないという理由からこれを2グループに分けることは不適切だと判断した。したがって、以下の分析は単に平成18年と平成21年という区分で行っている。

平成21年調査(回収数)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	総計
合計	17	16	25	14	10	1	15	26	0	6	3	133

平成18年調査（回収数）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
300床以上	34	33	17	26	10	6	15	38	1	4	0	184
150床以上 299床以下	7	20	64	8	15	2	29	87	6	16	4	258

A：国立（独立行政法人）病院，国その他の病院，

B：都道府県立病院，

C：市町村立病院

D：日本赤十字病院，済生会病院，

E：厚生連・厚生団・社会事業協会・全社連病院，

F：共済組合病院，

G：公益法人病院，

H：医療法人病院，

I：会社病院

J：健康保険組合病院及びその他の法人病院，

K：個人病院，学校法人及びその他の病院

なお、過去の論文ではA，B，C，・・・などの病院分類は必ずしも同一ではなかった。上記の分類は過去の分類を一部再分類し，同一の括りとしている。

2. 平成18年調査と平成21年調査との比較

本節では平成21年調査と平成18年調査との比較を行う。ただし、その比較は厳密なものではない。なぜならば、どちらの調査も150床以上の病床を抱える急性期の病院が調査対象であるが、しかし、その発送先数や回収された調査票に占める病院規模の比率（具体的には150床以上300床未満の病院と300床以上の病院との割合）は異なっている。従って、以下の比較はそれらの相違を恐れずに実施している。ちなみに平成21年調査では規模の記入され

ていない回答が9件見られた。したがって、133から9件を差し引くと中規模病院62そして大機部病院62になるので、丁度半々の比率である。

これに対して、平成18年調査では大規模病院184そして中規模病院258なので、41.6%と58.4%である。

なお、各項目の末に()書きで設問を入れているが、その番号は第4回調査で使用したものである。また、各項目について2つの表が用意されているが、最初の表は病院数を表し、そして2番目の表は回答割合(百分率)を表している。

(1) 病院における経営管理を担当する部署が設けられているかどうかを聞いている。病院長や事務長が個人レベルで管理を担当するのではなく、担当組織が設けられているという回答が次のものである(設問1)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	41	40	52	31	13	4	22	74	7	10	1	295
21年	17	13	19	10	6	1	11	16	0	2	3	98

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	100	75.5	64.2	91.2	52.0	50.0	50.0	59.2	100	50.0	25.0	66.7
21年	100	81.3	76.0	71.4	60.0	100	73.3	61.5	0	33.3	100	73.7

平成18年調査では66.7%であるのに対して平成21年調査では73.68%である。今回の調査の方が経営管理をより組織的に対応しようという仕組みがより整備されていると考える。

(2) 経営管理を担当している部署や組織が事務系職員のみで構成されているという回答が次のものである(設問2)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	31	35	34	17	6	4	7	33	7	6	1	181
21年	10	12	12	7	1	1	7	8	0	2	1	61

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	75.6	66.0	42.0	50.0	24.0	50.0	15.9	26.4	100	30.0	25.0	41.0
21年	58.8	75.0	48.0	50.0	10.0	100	46.7	30.8	0	33.3	33.3	45.9

平成18年調査では41.0%であるのに対して、平成21年調査では45.9%である。それほど顕著ではないが、経営管理組織が事務系職員のみで構成される傾向がより強まっている。

(3) 経営管理について外部コンサルを利用しているかどうかを質問している。下記の回答は外部コンサルを利用している回答数を表している(設問3)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	8	4	16	6	2	3	13	44	1	6	0	103
21年	7	2	7	3	4	0	4	7	0	1	1	36

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	19.5	7.5	19.8	17.6	8.0	37.5	29.5	35.2	14.3	30.0	0	23.3
21年	41.2	12.5	28.0	21.4	40.0	0	26.7	26.9	0	16.7	33.3	27.1

平成18年調査では外部コンサルの利用が23.3%であり、平成21年調査では27.1%である。若干であるが、その利用が増大している。

(4) 電子カルテの導入について質問している。下記の回答は病院全体で電子カルテが導入されているという病院数を表している(設問4)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	6	9	11	6	1	1	10	21	3	3	0	71
21年	5	5	9	4	3	1	2	3	0	1	1	34

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	14.6	17.0	13.6	17.6	4.0	12.5	22.7	16.8	42.9	15.0	0	16.1
21年	29.4	31.3	36.0	28.6	30.0	100	13.3	11.5	0	16.7	33.3	25.6

平成18年調査では16.1%であるのに対して、平成21年調査では25.6%である。電子カルテの導入が急速に進んでいることがわかる。

(5) 電子カルテを導入していると回答された病院に対して、その導入資金源泉について質問している。下記のデータは「自己資金」と回答された病院数である(設問5)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	9	3	3	2	0	1	3	9	2	0	0	32
21年	4	4	6	4	2	1	1	3	0	1	1	27

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	22.0	5.7	3.7	5.9	0	12.5	6.8	7.2	28.6	0	0	7.2
21年	23.5	25.0	24.0	28.6	20.0	100	6.7	11.5	0	16.7	33.3	20.3

平成18年調査では7.2%であるのに対して、平成平成21年調査では20.3%へと大きく増加している。

(6) 目標管理を採用しているかどうかを質問している。下記のデータは「採用している」と回答された病院数を表している（設問6）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	32	32	21	19	16	6	18	60	6	11	1	222
21年	14	12	8	10	5	1	9	14	0	2	2	77

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	78.0	60.4	25.9	55.9	64.0	75.0	40.9	48.0	85.7	55.0	25.0	50.2
21年	82.4	75.0	32.0	71.4	50.0	100	60.0	53.8	0	33.3	66.7	57.9

平成18年調査では50.2%であるのに対して、平成21年調査では57.9%である。目標管理を採用している割合が増えていることが分かる。

(7) 上記で「採用している」と回答された病院に質問している。下記の表は目標管理で使用されている目標が、「財務的指標と非財務的指標の両方」である、と回答された病院数を表している（設問7）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	27	27	17	18	14	4	15	43	5	4	1	175
21年	10	8	8	6	4	1	8	12	0	1	2	60

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	84.4	84.4	81.0	94.7	87.5	66.7	83.3	71.7	83.3	36.4	100	78.8
21年	71.4	66.7	100	60.0	80.0	100	88.9	85.7	0	50.0	100	77.9

平成18年調査では78.8%であるのに対して、平成21年調査では77.9%である。財務的指標と非財務的指標の両方を利用するという傾向には変化が見ら

れないが、他方で財務的指標のみを利用する病院は僅かだが少なくなっている。

(8) 目標管理を「採用している」と回答された病院に質問している。目標管理を実施している場合、その対象を何にしているかが問題となるが、下記のデータは「診療科や病棟などの単位」を対象にして目標管理を実施している病院数を示している（設問8）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	31	22	17	17	13	6	13	48	5	6	1	179
21年	11	9	7	8	4	1	8	12	0	2	2	64

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	96.9	100	81.0	89.5	81.3	100	72.2	80.0	83.3	54.5	100	80.6
21年	78.6	75.0	87.5	80.0	80.0	100	88.9	85.7	0	100	100	83.1

この設問に対しては複数回答を許容している所以他の設問箇所とは比率の意味は異なるが、平成18年調査では80.6%であるのに対して、平成21年調査では83.1%と僅かに増加している。

(9) 目標管理を採用している病院に対してインセンティブがあるかどうかを質問している。下記の回答は「何らかのインセンティブが与えられる（金銭的および非金銭的なもの）」と回答した病院数を表している（設問9）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	12	6	4	4	7	1	5	23	2	0	0	64
21年	9	4	1	0	1	0	3	6	0	0	1	25

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	37.5	18.8	19.0	21.1	43.8	16.7	27.8	38.3	33.3	0	0	28.8
21年	64.3	33.3	12.5	0	20.0	0	33.3	42.9	0	0	50.0	32.5

平成18年調査では28.8%であるのに対して、平成21年調査では32.1%である。インセンティブを考慮する傾向が僅かだが増大している

(10) 病院にBSC(バランスト・スコアカード)が導入されているかどうかを質問している。下記の回答は「導入している」と回答された病院数を表し

ている（設問10）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	4	14	1	9	1	1	5	14	1	0	0	50
21年	3	6	1	5	1	0	2	5	0	0	0	23

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	9.8	26.4	1.2	26.5	4.0	12.5	11.4	11.2	14.3	0	0	11.3
21年	17.6	37.5	4.0	35.7	10.0	0	13.3	19.2	0	0	0	17.3

平成18年調査では11.3%であるのに対して、平成21年調査では17.3%である。このことからBSCの導入が進んでいることが分かる。

(11) BSCを「導入している」と回答された病院に対してBSC導入の成果について質問している。下記の回答は「期待した成果が出ている」と回答された病院数を表している（設問10-2）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	2	2	0	3	0	0	1	3	0	0	0	11
21年	0	2	0	3	0	0	1	4	0	0	0	10

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	50.0	14.3	0	33.3	0	0	20.0	21.4	0	0	0	22.0
21年	0	33.3	0	80.0	0	0	50.0	80.0	0	0	0	43.5

平成18年調査では22.0%であるのに対して、平成21年調査では43.5%へと大きく増加している。これはBSCの導入後ある程度の期間が経過したことが関連していると思われる。

(12) BSCを導入している病院に対して、BSCの導入の成果に関する評価をどのような観点から行っているかを質問している。下記の回答は「財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む」と回答された病院数を表している（設問10-3）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	2	14	1	6	1	1	4	12	1	0	0	42
21年	3	5	0	5	0	0	2	4	0	0	0	19

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	50.0	100	100	66.7	100	100	80.0	85.7	100	0	0	84.0
21年	100	83.3	0	100	0	0	100	80.0	0	0	0	82.6

BSCはその指標の中に財務的業績指標と非財務的業績指標を含んでいる。したがって、BSC導入の成果をそれら両業績指標に基づき評価するのは当然であろう。2つの調査において大きな違いは見られない。

(13) 病院において原価計算システムが採用されているかどうかを質問している（設問11）。下記の回答は採用している病院数を表している。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	19	9	14	15	6	7	7	39	2	7	0	125
21年	8	3	3	5	0	0	4	5	0	0	0	28

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	46.3	17.0	17.3	44.1	24.0	87.5	15.9	31.2	28.6	35.0	0	28.3
21年	47.1	18.8	12.0	35.7	0	0	26.7	19.2	0	0	0	21.1

平成18年調査の方が平成21年調査に比較して原価計算システムを採用している病院の比率が多い。これは次のことに原因があると思われる。すなわち、平成18年調査では原価の集計を最低1年に1回以上実施していることを条件としたのであるが、平成21年調査では原価の集計を毎月行っていることを条件としたのである。

(14) 原価計算システムを導入している病院に対して、そのシステムが制度的原価計算（簿記の機構と結合している状態）として実施されているか、それとも特殊原価調査（簿記の主要簿とは切り離れた状態）として実施されているかどうかを質問している（設問12）。下記の回答は「制度的原価計算として実施」されている病院数を表している。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	13	4	8	14	4	6	4	29	1	3	0	86
21年	2	1	1	5	0	0	1	3	0	0	0	13

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	68.4	44.4	57.1	93.3	66.7	85.7	57.1	74.4	50.0	42.9	0	68.8
21年	25.0	33.3	33.3	100	0	0	25.0	60.0	0	0	0	46.4

この質問についても平成18年調査の方が平成21年調査よりも高い比率が示されている。この質問についても(13)と同様に原価計算システムの条件が違っていることが比率逆転の理由だと思われる。

(15) 原価計算システムを導入している病院に対して、そのシステムを内部開発したのか、それとも購入したのかを質問している。下記の回答は「外部購入」したと回答された病院数を表している(設問13)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	4	2	5	6	0	2	4	26	1	5	0	55
21年	5	1	0	5	0	0	2	0	0	0	0	13

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	21.1	22.2	35.7	40.0	0	28.6	57.1	66.7	50.0	71.4	0	44.0
21年	62.5	33.3	0	100	0	0	50.0	0	0	0	0	46.4

平成18年調査について44.0%であるのに対して、平成21年調査については46.4%と僅かながら外部購入の比率が高くなっている。ソフトウェア一般については従来から日本企業の場合には既製品を購入するよりも内部開発する企業が多いといわれている。その意味で今回の調査結果には疑いを挟む余地がある。たとえば、「A」病院種類の際に国立病院機構本部で導入したものを各病院へ配布しているが、そのような場合にこれを「外部購入」なのかそれとも「内部開発」なのかを明示していなかった。同じようなケースは系列病院の場合にも該当するであろう。

(16) 原価計算システムを導入されている病院に対して、そのシステムが実際原価計算システムか、それとも標準原価計算システムかを質問している。下記の回答は「標準原価計算システム」と回答された病院数を表している(設問14)。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	5	3	6	7	1	3	4	15	1	1	0	46
21年	6	1	1	4	0	0	3	3	0	0	0	18

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	26.3	33.3	42.9	46.7	16.7	42.9	57.1	38.5	50.0	14.3	0	36.8
21年	75.0	33.3	33.3	80.0	0	0	75.0	60.0	0	0	0	64.3

平成18年調査が36.8%であるのに対して、平成21年調査では64.3%に急増している。以前にも指摘したのであるが、この結果については俄には信じることができない。なぜならば、ほとんどの病院では「診療科や病棟」単位で原価計算が実施されているのだが、その単位で標準原価計算が導入されていることは考えられないからである。それではこの調査結果をどのように解釈すべきであろうか。2つの解釈が考えられる。1つは「診療科や病棟」単位で予定原価が目標値として利用されており、これを標準原価と見なしていることである。もう1つは、DPCなどの疾患種類別にクリティカルパスを設定しそれに標準原価を設定していることである。後者については全ての疾患種類ということではなく、診療科ごとの主要疾患種類について疾患別原価計算を実施している。これら2つのケースを「標準原価計算システム」採用として回答されているのではないかということである。

(17) 採用されている原価計算システムによって算出される原価の集計単位について質問している。下記の回答は「診療科や病棟」と回答された病院数を表している（設問15）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	18	8	14	14	6	7	7	39	2	7	0	122
21年	8	3	3	5	0	0	4	5	0	0	0	28

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	94.7	88.9	100	93.3	100	100	100	100	100	100	0	97.6
21年	100	100	100	100	0	0	100	100	0	0	0	100

平成18年調査では97.6%，そして平成21年調査では100%である。病院における原価計算は製造業における部門別計算に相当する「診療科や病棟」別計

算であることが分かる。

(18) 導入されている原価計算システムについての評価を質問している。下記の回答は成功しているか、それとも成功していないかを「判断できない」という回答数を表している（設問20）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	10	3	10	9	2	4	6	19	0	5	0	68
21年	6	2	2	3	0	0	3	2	0	0	0	18

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	52.6	33.3	71.4	60.0	33.3	57.1	85.7	48.7	0	71.4	0	54.4
21年	75.0	66.7	66.7	60.0	0	0	75.0	40.0	0	0	0	64.3

平成18年調査が54.4%であるのに対して、平成21年調査では64.3%である。この結果から病院においては未だ原価計算に対する信頼性が確立されていないことが分かる。極論すれば、信頼性の確立されていない理由は「間接費の適切な配賦基準が認められない」ことにある。適切な配賦基準を発見・設定するためには時間とコストがかかるが、原価計算の効果が確認できないのでそのようなコストをかけることができないという（設問23-2の回答より）。なお、「判断できない」という回答の理由の1つとして「原価計算システム導入後経過年数が少ないので判断できない」ということが想定されるが、導入年度のデータより必ずしもこのような理由での回答は多くないと考える（設問11より）。

(19) 現在、原価計算システムを導入していない病院に対して、近い将来（2-3年以内）において導入の予定があるかどうかを質問している。下記の回答は「ある」と回答された病院数を表している（設問24）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	8	19	28	15	11	0	22	41	3	8	0	155
21年	3	4	6	3	4	1	3	11	0	2	1	38

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	36.4	44.2	41.8	78.9	57.9	0	61.1	48.8	75.0	61.5	0	48.9
21年	33.3	30.8	27.3	33.3	40.0	100	27.3	52.4	0	33.3	33.3	36.2

平成18年調査では49.8%であるのに対して、平成21年調査では36.2%へと減少している（この表の比率計算の資料については、平成18年調査と平成21年調査を参照のこと）。2つの解釈が可能であろう。1つは、平成18年調査時に導入予定があると回答された病院がすでに導入を終えていると解釈すること。他の1つは、原価計算に対する役割期待が減少したことである。

(20) 全ての病院に対してABC(活動基準原価計算)を利用しているかどうかを質問している。下記の回答は「利用している」と回答された病院数を表している（設問25-2）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	2	1	0	1	0	0	0	3	0	1	0	8
21年	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	5

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	4.9	1.9	0	2.9	0	0	0	2.4	0	5.0	0	1.8
21年	0	6.3	0	0	0	0	13.3	7.7	0	0	0	3.8

どちらの調査においても「利用している」という回答は少ない。しかし、僅かに増加している。

(21) ABCを「利用していない」と回答された病院に対して、ABCを知っているかどうかを質問した。下記の回答は「知っている」と回答された病院数を表している（設問25-3）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	4	10	14	10	7	2	11	32	0	3	1	94
21年	1	3	6	4	4	0	2	10	0	3	0	33

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	11.4	20.4	18.4	33.3	31.8	25.0	27.5	28.8	0	18.8	5.0	23.7
21年	5.9	21.4	27.3	28.6	44.4	0	18.2	45.5	0	50.0	0	28.0

ABCを利用してはいないが、「知っている」という病院が僅かながら増加している。しかしながら、今後急速にABCが導入されるような状況にはないと思われる（この表の比率計算の資料については、平成18年調査と平成21年調査を参照のこと）。

(22) 高額医療用機器の共同利用について質問している。下記の回答は自病院の機器を共同利用（他病院間で）している病院数を表している（設問27）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	19	10	18	9	9	2	16	35	3	4	0	125
21年	7	8	6	7	2	1	9	8	0	2	0	50

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	46.3	18.9	22.2	26.5	36.0	25.0	36.4	28.0	42.9	20.0	0	28.3
21年	41.2	50.0	24.0	50.0	20.0	100	60.0	30.8	0	33.3	0	37.6

平成18年調査では28.3%であるのに対して、平成21年調査では37.6%へと増加している。自病院で高額医療機器を購入することが難しかったり、またこのような医療機器を保持していても利用度が低いこともあるが、このような場合には病院間で共同利用が進むことが望ましい。特に、今後地域医療連携が進むにつれこのような傾向が高まると思われる。

(23) 第三者評価（外部評価）について質問している。下記の回答は「日本医療機能評価機構」の評価を受けている病院数を表している（設問29）。

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	18	35	34	28	16	4	24	72	3	12	1	247
21年	10	10	15	11	5	1	9	19	0	3	2	85

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	合計
18年	43.9	66.0	42.0	82.4	64.0	50.0	54.5	57.6	42.9	60.0	25.0	55.9
21年	58.8	62.5	60.0	78.6	50.0	100	60.0	73.1	0	50.0	66.7	63.9

平成18年調査では55.9%であるのに対して、平成21年調査では63.9%へと増加している。我が国ではISO(品質および環境)も取得されているが、その割合は過少である。政府財政の逼迫に伴い国民医療費に対する国民の目は今

後ますます厳しくなることが予想される。このような時代であるからこそ病院は第三者評価による品質保証を必要としている。このような傾向は今後もますます強まることが予想される。

3. 財務状況, BSCおよび原価計算に関する設問から

(1) 財務状況について

①今回の調査では平成19年度の医業利益を平成15年度の医業利益との比較で明らかにしていただいている。その結果, 「増大した」のは41.4%で, 逆に「減少した」のは54.9%であった。このうち, 「独立行政法人病院」では70.6%, 「済生会病院」では60%と高率で増大している。これに対して, 「都道府県立病院」や「市町村立病院」では18.8%と24.0%の病院のみが利益を増大させている(設問30)。公立病院の経営が苦しいということを改めて確認した形になっている。

②医業利益が「増大した」と回答した病院に対して, 医業利益増大の理由を質問している(設問30-1)。その結果, 「医業収益増大」が63.7%, そして「医業収益の増大および医業費用の減少」が21.8%であった。ちなみに, 「医業費用減少」は12.7%と少ない。

③さらに, 「医業収益増大」あるいは「医業収益の増大および医業費用の減少」と回答された病院に収益増加に貢献した要因を質問している(設問30-2)。その結果, 「看護配置7対1の導入」が55.3%, 「DPC導入」および「その他」がそれぞれ29.8%と51.1%であった。

④設問30-1で「医業費用減少」あるいは「医業収益の増大および医業費用の減少」と回答された病院に, 医業費用減少に貢献した要因を質問している(設問30-3)。個別の要因としては「人員整理」が26.3%, 「経営管理技法の導入」・「薬剤・消耗品などの大量購入・共同購入など」がどちらも21.1%で大きい。しかし, 最も大きいのは「その他」で42.1%である。その具体的な要因については別稿で上げておいた。

- ⑤設問30-1で費用削減によって利益増大に成功した病院に対して、削減できた費用を質問している（設問30-4）。「薬剤費」、「人件費」そして「経費」の順に47.4%、36.8%、そして31.6%である。
- ⑥設問30で医業利益が「減少した」と回答された病院に対して、医業利益が減少した理由を質問している（設問30-5）。「医業収益減少」、「医業費用増大」、そして「医業収益は増大したが医業費用がそれ以上に増大した」の順に、69.9%、27.4%、そして21.9%である。
- ⑦設問30-5において「医業収益減少」と回答された病院（51カ所）に対して、収益減少の要因を質問している（設問30-6）。この比率は51病院に対する比率であるが、「患者数の減少」が84.3%、「診療報酬点数の引き下げ」が47.1%、そして「その他」が41.2%である。「その他」では医師・看護師不足がほとんどの病院において上げられている。
- ⑧設問30において医業利益が減少した理由として「医業費用増大」と回答された病院（20カ所）に、費用増大がどのような費目で生じているかを質問している（設問30-7）。最も多いのが「人件費」（85.0%）、次に「経費」（45.0%）そして「外注費」（40.0%）と続く。

(2) BSCについて

- ①BSCを採用している23病院に対して、BSCを採用した契機について質問している（設問A）。個別の理由の中多いものは「他病院で採用されていた」（43.5%）、「講演会や研修会で必要性を感じた」（21.7%）である。「その他」も30.4%とかなりの高率である。
- ②23の病院がどのような対象に対してBSCを導入しているかを質問している（設問B）。ほとんどの病院が「病院全体」（78.3%）で採用しており、そのほかに「事務部門を除く病院全体」・「看護部門が中心」（各8.7%）で利用されている。
- ③BSCに関する資料を重要な会議の正式な資料としているかどうかを質問している（設問C）。65.2%が「はい」と回答しており、これは「いいえ」の

30.4%と比較して2倍以上である。

④カプランとノートンの提案した4つの視点通りにBSCを適用しているかどうかを質問している(設問D)。78.3%がそのまま利用している。17.4%が原則的な視点からある視点を削除したり、あるいは新たな視点を加えている。

⑤医師に対して財務の視点を要求しないかを質問している(設問E)。「はい」という回答は13.0%にとどまっている。

⑥BSCの業務改善効果がどのような形で現れているかを質問している(設問F)。順番に「BSCを採用することにより各自が属する部署や各自の業務と病院全体が目指す方向との関連づけができるので、それが各自のやる気の向上に良い影響を及ぼしている」(28.7%),「BSCの導入が、各自の業務品質の向上に役立っている」(25.5%),「BSCを採用することにより専門職間のコミュニケーションがスムーズになった」(24.4%)そして「BSCを採用することにより専門職の仕事をお互いにより深く理解することができるようになり、そのことが仕事に良い影響を及ぼしている」(21.5%)であるが、いずれの業務改善効果にもそれほど偏った数字が現れていない。

⑦設問Fの業務改善効果が現れる職種を質問している(設問G)。「看護師」(43.5%),「ほとんどの職種」(39.1%),「コメディカル・スタッフ」(21.7%),「事務員」(17.4%)そして「医師」(13.0%)の順に多い。

⑧BSCがインセンティブと関連づけられているかどうかを質問している(設問H)。23病院の中「金銭的インセンティブと関連づけられている」(21.7%)と「非金銭的インセンティブと関連づけられている」(8.7%)を合計しても30.4%のみに止まっている。逆に「インセンティブはない」は65.2%に及んでいる。BSC採用病院において従業員の満足度が向上しないという報告が見られるが、BSC採用の次の段階ではインセンティブとどう関連づけるかという課題が生じているように感じる。

(3) 原価計算について

①原価計算を採用している病院(28カ所)に対してその採用の契機を質問し

ている（設問I）。個別の理由としては「他病院で採用されていた」（17.9%）、「講演会や研修会で必要性を感じた」（17.9%）、「コンサルタントに勧められた」（10.7%）,そして「日本や欧米の文献を通じて必要な知識を得た」（7.1%）の順に多い。ただし、「その他」が50.0%で群を抜いて多い（具体的理由については別稿において記述済み）。

②BSCの設問の中でもDPCが登場したが、ここでは原価計算を導入している病院に対してDPCを採用している理由を聞いている（設問J）。「業務改善効果が期待された」（38.9%）,「経営にとって有利だから」（33.3%）,「政府の方針だったから」（33.3%）そして、「その他」（11.1%）の順に多い。ただし、上位3つの理由はその数値にほとんど差が見られない。

③原価計算の導入時期とDPCの採用時期との関連性を質問している（設問K）。「原価計算の導入時期の方がDPCの採用時期よりも早かった」のは44.4%であり、「DPCの採用時期の方が原価計算の導入時期よりも早かった」のは22.2%であり、そして「両者をほぼ同時に採用した」のも22.2%であった。

④設問Kで「原価計算の導入時期の方がDPCの採用時期よりも早かった」と回答された8病院に対してDPCを採用した際に原価計算に基づく情報を利用したかを質問している（設問L）。「利用した」と回答したのは12.5%のみであり、他の病院は「利用しなかった」（87.5%）と回答している。（注2）DPCを採用した後の期間に毎月継続的に診断群分類別原価計算を実施しているかどうかを質問している（設問M）。「実施している」のは27.8%のみであり、33.3%が「実施していない」と回答し、また16.7%が「必要な場合に実施している」と答えている。

⑤診断群分類別原価計算の結果を重要な会議の資料として利用しているかどうかを質問している（設問N）。「利用している」のは22.2%のみであり、55.6%は「利用していない」という回答である。

4. 財務状況と経営管理機能

ここでは平成21年調査に基づいて財務状況と経営管理ツール採用状況との関係を確認したい。経営管理ツールとしては電子カルテ, 目標管理システム, BSCおよび原価計算システムを考慮する。

なお, 以下の表で使用されている「増大」, 「なし」および「減少」は次の意味である。すなわち, 平成15年度医業利益と比較して平成19年度医業利益が増加している場合には「増加」, 変化がない場合には「なし」そして減少している場合には「減少」と表記している。

(1) 財務状況と電子カルテ

	A				B				C			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
全体導入	3	0	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0
一部導入	9	0	4	0	3	0	7	0	6	0	16	0
導入なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0

	D				E				F			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
全体導入	1	0	3	0	0	0	3	1	1	0	0	0
一部導入	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
導入なし	7	0	2	0	3	1	3	0	0	0	0	0

	G				H			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
全体導入	1	0	1	0	2	0	1	0
一部導入	0	0	0	0	0	0	0	0
導入なし	5	0	8	0	10	3	10	0

	J				K			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
全体導入	0	0	1	0	1	0	0	0
一部導入	0	0	0	0	0	0	0	0
導入なし	2	0	3	0	1	0	1	0

	全体				
	増大	なし	減少	無回答	合計
全体導入	9	0	16	1	26
一部導入	18	0	28	0	46
導入なし	28	4	29	0	61
合計	55	4	73	1	133

電子カルテを導入している（病院全体に導入及び一部導入）のは54.1%である。電子カルテを導入している病院（72件）のうち医業利益が増大しているのは37.5%である。これに対して、導入していない病院（61件）のうち医業利益が増大しているのは45.9%である。さらに、医業利益が増大している病院（55件）のうち電子カルテを導入（病院全体に導入及び一部導入）しているのは49.1%であり、一方、医療利益が減少している病院（73件）のうち電子カルテを導入しているのは60.3%である。

これらの結果から電子カルテの導入は直接的には医業利益の増加に関連していないことが推測される。そして、この感覚は我々が通常感じている電子カルテの導入に関するものと一致しているように思う。電子カルテの採用が現在のように「紙のカルテが電子化されたもの」で止まる限り、電子カルテが医業利益の獲得に貢献することは少ないのかもしれない。しかし、電子カルテを初めとする病院IT化は今後促進すべきであろう。それは、他産業においてFAやCIMなどが導入・促進されていることから推測できる。また、医療環境が例えば医療機関同士の連携、医療機関と福祉機関との連携、医療機関と行政機関との連携、さらには患者・患者家族と医療機関の連携といった方向へ展開することを予想すると、病院のIT化の端緒として電子カルテの整備を急速に進める必要がある。

(2) 財務状況と目標管理システム

	A				B				C			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
採用	11	0	2	1	3	0	10	0	3	0	5	0
非採用	1	0	2	0	0	0	3	0	3	0	14	0

	D				E				F			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
採用	5	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0	0
非採用	3	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0

	G				H			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
採用	2	0	7	0	6	1	7	0
非採用	4	0	2	0	6	2	4	0

	J				K			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
採用	1	0	1	0	1	0	1	0
非採用	1	0	3	0	1	0	0	0

	全体				合計
	増大	なし	減少	無回答	
採用	34	1	42	1	78
非採用	21	3	31	0	55
合計	55	4	73	1	133

目標管理を導入している病院は58.6%である。目標管理を採用している病院（78件）のうち医業利益が増大しているのは43.6%である。これに対して、目標管理を採用していない病院（55件）のうち医業利益が増大しているのは38.2%である。さらに、医業利益が増大している病院（55件）のうち目標管理を採用しているのは61.8%であるのに対して、一方医療利益が減少している病院（73件）のうち目標管理を採用しているのは57.5%である。

以上の結果から、若干ではあるが目標管理の採用は医療利益の獲得に貢献しているものと推測される。

(3) 財務状況とBSC

	A				B				C			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	3	0	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0
非導入	9	0	4	1	3	0	7	0	6	0	16	0
検討中	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0

	D				E				F			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
非導入	4	0	4	0	3	1	4	0	1	0	0	0
検討中	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0

	G				H			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	0	0	2	0	3	0	2	0
非導入	6	0	7	0	5	3	8	0
検討中	0	0	0	0	4	0	1	0

	J				K			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	0	0	0	0	0	0	0	
非導入	2	0	4	0	2	0	1	
検討中	0	0	0	0	0	0	0	

	全体				合計
	増大	なし	減少	無回答	
導入	10	0	13	0	23
非導入	41	4	55	1	101
検討中	4	0	5	0	9
合計	55	4	73	1	133

BSCを導入している病院（23件）は17.3%である。BSCを導入している病院のうち医業利益が増大しているのは43.5%である。これに対して、非導入病院（110件；検討中を含む）のうち医業利益が増大しているのは40.9%である。さらに、医業利益が増大している病院（55件）のうちBSCを導入しているのが18.2%であるのに対して、一方医業利益が減少している病院（73件）のうちBSCを導入しているのは17.8%である。

以上から、BSCの採用は医業利益獲得に対してほんの僅かしか役に立たないということが推測される。このことはBSCに対する別の設問（設問10-4及び設問10-5）に対する回答からも読み取ることができる。すなわち、BSCの主要な導入目的は「職員全体でビジョンを共有するため」（87.0%）、「戦略計画を実行計画へと落とし込むため」（65.2%）そして「より良い戦略計画を立案するため」（60.9%）にあるのであり、「業績評価を厳格に行うため」（21.7%）にあるのではない。もちろん、業績評価と意思決定は区別すべきものではないが、我が国の病院ではBSC採用の目的は意思決定目的にあることが分かる。

（4）財務状況と原価計算システム

	A				B				C			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	5	0	3	0	0	0	3	0	1	0	2	0
非導入	7	0	1	1	3	0	10	0	5	0	17	0

	D				E				F			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非導入	5	0	4	0	3	1	6	0	1	0	0	0

	G				H			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	2	0	2	0	4	0	1	0
非導入	4	0	7	0	8	3	10	0

	J				K			
	増大	なし	減少	無回答	増大	なし	減少	無回答
導入	0	0	0	0	0	0	0	0
非導入	2	0	4	0	2	0	1	0

	全体				合計
	増大	なし	減少	無回答	
導入	15	0	13	0	28
非導入	40	4	60	1	105
合計	55	4	73	1	133

原価計算を採用している病院（28件）は21.1%である。このうち医業利益の増大している病院（15件）は53.6%である。これに対して、原価計算を採用していない病院（105件）のうち医業利益の増大している病院（40件）は38.1%である。さらに、医業利益が増大している病院（55件）のうち原価計算を採用している病院が27.3%であるのに対して、一方医業利益が減少している病院（73件）のうち原価計算を採用している病院は17.8%である。

これらのことから原価計算の採用が医業利益の増大に貢献していることが推測される。この結果は別の設問（設問16）に対する回答と軌を一にするとと思われる。すなわち、原価計算の提供する情報をどのような目的のために利用しているかを質問したところ89.3%が「診療科の収益性分析」と回答している。もちろん、収益性分析を実施することは直接的に利益増大と結びつくわけではない。しかし、収益性分析の中身は診療科のコスト削減や損益状態を把握・改善することなので、このような分析は医業利益増大の方向へと管理者を向かわせるのに役立つと考える。

5. おわりに

本稿では平成18年調査と平成21年調査とを比較し、病院における経営管理機能の展開について述べてきた。さらに、平成21年調査では財務状況についての調査を追加したので、財務状況と経営管理ツール採用状況との関係を提示した。

最後に本稿における知見についてまとめておく。

(1) 経営管理機能の展開について

- ・経営管理組織；経営管理を担当する組織が増加しており、しかも事務系職員のみで構成されているケースが僅かに増えている。
- ・外部コンサル；経営に対して外部コンサルを利用する割合が若干増加している。
- ・電子カルテ；電子カルテの導入が増加している。またその資金源泉として「自己資金」が増加している。
- ・目標管理；目標管理を採用している病院が増加している。その際に「財務的指標と非財務的指標の両方」を目標としている病院は僅かに減少している。目標管理の対象として「診療科や病棟などの単位」と回答している病院が僅かに増加している。またその際に「何らかのインセンティブが与えられる」と回答している病院の割合が僅かに増加している。
- ・BSC；BSCの採用割合は増加している。その際に「期待した成果が出ている」と回答した病院が大きく増加している。また、BSCの導入に関する評価を「財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む」と回答した病院の割合が僅かに減少している。
- ・原価計算システム；原価計算システムの導入割合は減少している。これには調査内容の変更が影響していると思われる。さらに「制度的原価計算として実施」と回答している割合も減少しているが、これについても同様な理由が考えられる。原価計算システムを「外部購入」した病院の割合は増加している。これについては設問項目に問題があった可能性がある。導入されてい

る原価計算システムが「標準原価計算システム」であると回答された病院割合が激増している。この理由については2つの観点から説明ができることを指摘しておいた。原価計算における原価の集計単位について「診療科や病棟」と回答されている割合は2つの調査においてどちらも100%に近い。導入された原価計算システムが成功しているかどうか「判断できない」という回答割合が増加している。このことから我が国の病院では原価計算に対する信頼性が確立されていないと解釈した。現在原価計算システムを採用していない病院に対して近い将来において導入の予定があるかどうかを質問したところ、「ある」と回答された病院割合は減少していた。

ABC(活動基準原価計算)：ABCを「利用している」と回答された割合はどちらの時点でも少ないが、しかし、僅かに増加している。ABCを利用していない病院に対してABCについて知っているかどうかを質問したところ、「知っている」と回答された病院割合は僅かながら増加していた。

- ・高額医療機器の共同利用；共同利用を実施している病院割合は増加している。
- ・日本医療機能評価機構；その採用割合は増加している。

(2) 財務状況と経営管理ツールの採用状況

経営管理ツールとしては電子カルテ、目標管理システム、BSCおよび原価計算システムを考えた。これらと財務状況との関係があるかどうかを概観している。ただし、この際に財務状況として平成15年度医業利益と平成19年度医業利益の変化のみを考慮している。つまり、平成15年度利益と比較して「増加した」、「変化なし」および「減少した」というとらえ方である。増加や減少の程度を調査することは困難だと考えたからである。このようなとらえ方なので、各経営管理ツールとの関係は大まかなものに限定されている。

以上のような限界を含んでいるのだが、誤解を恐れずに表現するならば次のように言うことができよう。すなわち、原価計算システムの採用は医業利益の増加に最も貢献していると思われる。目標管理システムとBSCの採用は

医業利益の増加に僅かに貢献していると思われる。これに対して、電子カルテの導入は医業利益の増加に貢献していることが認められなかった。

以上、本研究の知見を要約しておいた。

最後に本研究の限界を指摘しておきたい。最初の部分でも述べたように、平成18年調査に比較して平成21年調査はそのデータ数が極端に少ない。データの総数が少ないだけでなく、特定の病院種類についてデータが少なく、それは「F」や「I」において顕著である。サーベイ調査に基づく比較研究を行う際にはこのような状況は大きな限界を持っていることになる。したがって、2つの時点における調査結果を比較する際には、個別の病院種類についてはそれほど説明力がないと考える。ただし、総数としての傾向は説明力のあるデータ数であると考ええる。その際、一般には中規模病院よりも大規模病院の方が優れた経営管理ツールをより多く導入していると考えられる。ここで、今回の比較研究では、平成18年調査において中規模病院の割合が多く、それに対して平成21年調査では大規模病院と中規模病院の比率はおおよそ半々である。この構成割合の違いが調査結果に影響を及ぼしている可能性がある。

次の機会には平成18年調査と同様な病院数(および病院種類)を対象にサーベイ調査を実施するつもりである。

引用文献

(注1) 拙稿「大病院の経営管理機能についての期間比較－平成16年調査と平成18年調査－」山口経済学雑誌, 第55巻第5号, 平成19年3月。拙稿「中規模病院の経営管理機能についての期間比較－平成17年調査と平成18年調査－」山口経済学雑誌, 第56巻第1号, 平成19年5月。拙稿「病院の経営管理機能についての第4回調査－財務状況, BSCおよび原価計算を中心として－」山口老年総合研究所, 年報22号, 平成21年8月。

(注2) 米国の病院では1983年にメディケアの急性期入院医療に対してDRG/PPSが導入された前後に原価計算の導入が促進されたり, あるいは原価計算の精度が向上したが,

我が国ではそのような傾向は確認できなかった。しかし、これについては今後も追跡調査を実施する予定である。次の文献を参照のこと。拙稿「病院に対するABCシステムの適用」山口経済学雑誌, 第48巻第3号, 平成12年5月。拙稿「病院における原価計算の必要性 - DRG/PPSの観点から -」山口経済学雑誌, 第49巻第2号, 平成13年3月。拙稿「DRG/PPSの下での病院原価計算システムの課題 - 『メトロポリタン・シカゴ地区病院の調査』を中心にして -」山口経済学雑誌, 第50巻第6号, 平成14年11月。拙稿「病院における原価計算の利用状況について - 日米比較 -」山口経済学雑誌, 第53巻第5号, 平成17年1月。