

公立病院における組織形態・内部環境・ マネジメント手法と財務・非財務業績との関連性 －経営形態に基づく分析－

中 田 範 夫

Summary

It has been pointed out that the financial performance of public hospitals is poor. Therefore, we analyzed from the date obtained by the actual mail survey what factors affect the financial performance and non-financial performance.

第1節 はじめに

本稿の目的は、公立病院における組織形態・内部環境・マネジメント手法と財務・非財務業績との関連性を明らかにすることである。換言すれば、どのような要因が病院の財務業績および非財務業績に対して影響を及ぼしているかを明らかにすることがその目的である¹⁾。

別稿（「公立病院における組織形態・内部環境・マネジメント手法と財務・非財務業績との関連性：規模に基づく分析」、中田範夫・城下賢吾責任編集『東アジアにおける医療福祉制度：持続可能性を探る』（中央経済社、平成30年3月）の第7章担当部分）では上記の分析を公立病院の種類と規模の観点から行った。本稿では、公立病院種類である市町村立病院・都道府県立病院・組合立病院について経営形態別、すなわち指定管理者制度・地方公営企業法一部適用・地方公営企業法全部適用の区分をした上で各種の分析を行う。

そのためにも、本稿の表題で使用されている用語の意味について説明する。組織形態とは経営管理組織を対象にしているが、この組織が事務職員の

1) 本稿の分析のための基礎的資料は次の論文の中で紹介されている。中田範夫稿、「公立病院改革の現状分析－組織・内部環境・マネジメント手法の観点から－」山口経済学雑誌、第65巻第6号、平成29年3月、pp.45-81。

みで構成されているか否か、そして医師と事務系職員で構成されているか否かによって区分している（2つの要因）。次に、内部環境としては、コンサルタントの利用の有無、電子カルテの導入の有無、看護配置7対1の採用の有無、DPCの採用の有無（4つの要因）を区分している。最後に、マネジメント手法として、バランス・スコアカード（以下、BSCと表記する）の採用の有無、および原価計算の採用の有無（2つの要因）を区分している。

以上の8つの要因がそれぞれ医業費用収益率、在院日数、および病床稼働率に対してどのように影響を及ぼしているかを分析しているのが第2節の「2.1」・「2.2」及び「2.3」である。

次に、第2節の「2.4」では、財務業績指標である医業費用収益率と非財務業績指標である在院日数・病床稼働率との相関関係、および在院日数と病床稼働率の関係についても分析している。

第3節では第2節の分析の中で上述の8つの要因についてそれらを採用しているケースと採用していないケースに分けて医業費用収益率・在院日数・病床稼働率についてのデータが示されているので、それらを利用して8つの要因の中どの要因がより影響力を持っているかを明らかにする。

最後に第4節では、簡単なまとめをして本稿の締めくくりとする。

第2節 病院の種類別・経営形態別データを利用した分析

別稿では、病院種類別・規模別にデータを集計し、分析している。

本稿では、まず、(1) 経営管理組織、コンサルタント、電子カルテ、看護配置、DPC、BSC、及び原価計算といった要因が医業費用収益率・在院日数・病床稼働率に対してそれぞれどのような影響をもたらすかについて病院種類別・経営形態（指定管理者制度病院・地方公営企業法一部適用病院・地方公営企業法全部適用病院）ごとに集計し、次に(2) 病院の経営形態ごとに医業費用収益率と在院日数との関係、医業費用収益率と病床稼働率との関係、および在院日数と病床稼働率との関係を明らかにする。

	市町村立病院				都道府県立病院				組合立病院			
	指定	一部	全部	その他	指定	一部	全部	その他	一部	全部	その他	
大規模	1	16	31	1	1	2	9	0	4	3	1	
中規模	5	10	13	1	0	2	15	0	3	1	0	
小規模	3	49	34	2	1	2	3	4	4	1	3	
合計	9	75	78	4	2	6	27	4	11	5	4	

表1 病院種類・経営形態ごとの病院数

この表1は別稿において規模ごとに集計した病院データ（「公立病院における組織形態・内部環境・マネジメント手法－財務・非財務業績との関連性－規模に基づく分析－」）を、本稿では病院の種類・経営形態ごとにデータを集計するにあたって、規模ごとのデータと経営形態ごとのデータとの関連性を表示したものである。別稿では「独立行政法人病院」についても表示していたが、ここでは表示していない。その理由として独立行政法人はすでに1つの経営形態を表しており、それを細分化する必要は無いからである。

また、以下の分析では市町村立病院と都道府県立病院の「その他」についてはデータを提示しない。その理由は、「その他」には「一部」（地方公営企業法一部適用病院）、「全部」（地方公営企業法全部適用病院）、「指定」（指定管理者制度病院）などのような特徴的な経営形態がみられないこと、及びその数が比較的少ないことである。ただし、組合立病院においては、「その他」を表示している。それは、その数が組合立病院の総数との関係で無視できない比率を占めているからである。

2.1 医業費用収益率に対する影響要因

表2は8つの要因が医業費用収益率に対してどのような影響を及ぼしているかを表記している。たとえば、「BSC」という要因は、「都道府県立病院」の「一部」の「採用」では68.15%そして「非採用」では75.98%である。次に同じく「BSC」という要因は、「都道府県立病院」の「全部」の「採用」では81.89%そして「非採用」では77.84%である。前者の場合は「採用」の方が「非採用」よりも比率が低いので、BSCという要因がプラスに影響していないと解釈する。これに対して、後者の場合には、「採用」の方が「非

要因	経営形態		市町村立病院						都道府県立病院						組合立病院					
	指定		一部		全部		指定		一部		全部		一部		全部		その他			
	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用		
採用・非採用																				
医師と事務職員の管理組織	88.60	96.04	78.14	84.17	85.53	89.14	/	84.40	75.87	70.87	72.70	80.42	88.10	91.24	88.60	89.40	95.70	86.45		
事務職員のみ管理組織	94.00	93.00	85.03	81.16	89.08	87.90	84.40	/	76.20	71.95	81.60	72.93	95.40	86.46	97.10	81.30	86.45	95.70		
コンサルタント	/	93.25	87.17	81.75	92.05	87.36	/	84.40	101.20	67.80	85.12	77.08	89.40	92.46	/	89.20	95.70	86.45		
電子カルテ	93.25	/	85.13	80.14	90.30	81.05	/	84.40	80.55	59.00	80.59	58.96	94.44	82.73	89.20	/	95.30	78.00		
看護配置7対1	95.55	92.48	88.74	79.53	93.92	84.94	/	84.40	88.65	65.73	83.60	70.12	98.29	87.77	89.65	88.75	95.70	86.45		
DPC	94.55	91.95	93.00	78.70	94.31	83.13	/	84.40	88.65	65.73	83.95	70.91	95.80	86.06	97.10	81.30	95.70	86.45		
BSC	/	93.25	86.78	82.74	90.88	88.43	/	84.40	68.15	75.98	81.89	77.84	102.28	89.67	90.70	88.70	/	89.53		
原価計算	/	93.25	95.50	81.69	93.73	88.05	/	84.40	/	73.37	80.00	78.89	92.05	90.65	90.70	88.70	95.70	86.45		

表2 医療費用収益率に対する影響要因 (単位: %)

採用」よりも比率が高いため、BSC という要因がプラスに影響していると解釈する。

この表2では、8つの要因の中、「看護配置7対1」と「DPC」の8カ所において採用の方が非採用よりも医業費用収益率が高い。これに対して、「医師と事務職員の管理組織」では僅か2カ所だけが採用の方が非採用よりも高率となっている。

ただし、この表2だけでは8つの要因のうちどの要因が医業費用収益率に対してより強く影響を及ぼしているかについて明示することはできない。その理由は、各要因を採用した方が採用しない場合よりもその比率が高率であっても、その程度が様々だからである。したがって、第3節ではこの点を配慮した一つの試論を試みている。

経営形態	市町村立病院			都道府県立病院			組合立病院		
	指定	一部	全部	指定	一部	全部	一部	全部	その他
平均値	93.25	83.01	88.72	84.40	73.37	78.93	90.93	89.40	89.53
分散	101.66	203.75	124.79		245.83	211.98	60.54	146.05	99.92
標準偏差	10.08	14.27	11.17		15.68	14.56	7.78	12.08	10.00

表3 費用収益率の平均値，分散，標準偏差（単位：％）

表3より、次のことがわかる。すなわち、市町村立病院と都道府県立病院において平均値は、「指定」→「全部」→「一部」の順番で高く、同時に標準偏差は同じ順番で低いということである。平均値順位の理由に関して、「指定」が一番民間病院に近いこと、そして「一部」よりも「全部」の方が人事権などにおいて裁量が大きいことが平均値の高い理由であろう。組合立病院に関しては、平均値の値は3種類の経営形態間でほとんど変わらず、しかも高率である。その標準偏差に関しては、平均値の高い順に低い値になっている。

2.2 在院日数に対する影響要因

表4は8つの要因が在院日数に対してどのように影響を及ぼしているかを表している。たとえば「DPC」という要因は、「市町村立病院」の「指定」においては、「採用」では14.82日、そして「非採用」では27.48日である。こ

要因	市町村立病院						都道府県立病院						組合立病院							
	経営形態		指定		一部		全部		指定		一部		全部		一部		全部		その他	
	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用
採用・非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用
医師と事務職員の管理組織	18.72	19.85	28.28	19.82	15.42	16.51	/	11.40	35.1	17.00	12.38	14.69	/	15.63	15.80	15.87	14.00	28.75		
事務職員のみ管理組織	13.70	23.09	18.18	24.22	15.53	18.20	11.40	/	13.70	30.17	16.06	12.41	15.22	16.15	13.60	16.60	28.75	14.00		
コンサルタント	/	19.57	16.21	22.88	14.01	17.27	/	11.40	10.30	31.30	12.12	14.94	14.00	16.94	/	15.85	14.00	28.75		
電子カルテ	19.57	/	17.44	26.30	15.16	20.86	11.40	/	12.00	40.10	13.71	17.10	15.70	15.50	15.85	/	24.45	22.60		
看護配置7対1	14.40	22.67	12.27	24.07	12.87	19.08	/	11.40	12.00	40.10	12.36	20.03	14.00	28.75	14.40	17.30	14.00	28.75		
DPC	14.82	27.48	14.32	22.43	13.42	19.53	/	11.40	12.00	40.10	12.75	17.95	14.00	28.75	13.30	18.40	14.00	28.75		
BSC	/	19.57	16.76	21.66	13.87	16.66	/	11.40	17.00	35.10	15.48	13.68	/	23.83	12.70	15.85	/	23.83		
原価計算	14.10	20.35	13.34	22.17	12.33	16.89	/	11.40	/	26.05	11.80	14.28	14.00	28.75	12.70	15.85	14.00	28.75		

表4 在院日数との関係 (単位: 日数)

の「DPC」要因は「市町村立病院」・「都道府県立病院」・「組合立病院」におけるほとんどすべての箇所において（ただし「都道府県立病院」の「指定」ではデータが示されていない）「採用」の方が「非採用」の場合よりも在院日数が少ないことが分かる。このことから、「DPC」要因がほとんどのケースで在院日数の短縮にプラスに影響していると解釈する。

経営形態		市町村立病院			都道府県立病院			組合立病院		
		指定	一部	全部	指定	一部	全部	一部	全部	その他
平均値	一般病床	19.57	21.32	16.39	11.40	26.05	14.17	15.63	15.08	23.83
	精神病床		83.74	115.47	205.45	89.16	158.86			
分散	一般病床	113.29	166.93	37.32		526.49	26.82	9.39	11.91	110.34
	精神病床		277.66	33,539.32	51,552.61	2,775.60	5,400.98			
標準偏差	一般病床	10.64	12.92	6.11		22.95	5.18	3.06	3.45	10.50
	精神病床		16.66	183.14	227.05	52.68	73.49			

表5 在院日数の平均値, 分散, 標準偏差 (単位: 日数)

表5より, 一般病床においては, (1)「指定」の順位は異なるが, 「一部」と「全部」の平均値はすべてのケースで「全部」の方が「一部」よりも低くなっており, そして, (2) 標準偏差の値は平均値が低いほど小さくなっている。ただし, 組合立病院ではそうではない。これに対して, 精神病床においては, (1) 平均値に関して, すべてのケースで「一部」の方が「全部」よりも低くなっており, (2) その標準偏差に関しても「一部」の方が「全部」よりも低くなっている。

2.3 病床稼働率に対する影響要因

表6は8つの要因が病床稼働率に対してどのように影響を及ぼしているかを表している。たとえば, 「原価計算」という要因は, 「市町村立病院」における「指定」の「採用」では70.00%, そして「非採用」では77.16%であり, また「全部」の「採用」では82.40%, 「非採用」では76.49%である。前者の「指定」では原価計算を採用していないケースの方において病床稼働率が高く, これに対して, 後者の「全部」では採用しているケースの方において病床稼働率が高い。したがって, これら2つケースでは, 前者の場合には原価計算という要因がプラスに影響しておらず, これに対して, 後者の場合には

要因	市町村立病院						都道府県立病院						組合立病院							
	経営形態		指定		一部		全部		指定		一部		全部		一部		全部		その他	
	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用
採用・非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用	採用	非採用
医師と事務職員の管理組織	72.55	77.57	77.25	71.24	71.03	77.82	/	70.50	89.00	75.60	62.36	76.72	78.40	59.89	81.70	79.03	84.70	71.90		
事務職員のみ管理組織	74.93	77.06	75.00	67.40	79.57	71.73	77.40	/	79.80	80.20	78.65	62.34	78.88	66.80	85.85	75.37	71.90	84.70		
コンサルタント	/	76.26	65.28	72.71	81.97	75.37	/	70.50	/	80.07	75.53	68.18	73.22	72.46	/	79.56	84.70	71.90		
電子カルテ	76.26	/	71.04	71.04	80.44	65.94	70.50	/	79.80	80.20	72.84	80.01	78.20	60.33	79.56	/	82.75	63.00		
看護配置7対1	73.93	77.66	74.57	70.01	81.05	74.39	/	70.50	79.80	80.20	72.72	61.58	84.57	67.81	83.87	73.10	84.70	71.90		
DPC	75.06	78.27	75.83	69.16	81.37	73.01	/	70.50	79.80	80.20	73.09	62.45	80.78	64.90	85.37	70.85	84.70	71.90		
BSC	/	76.26	76.18	70.68	65.00	77.86	/	70.50	75.60	89.00	72.40	69.36	81.30	71.90	85.50	70.85	70.90	76.17		
原価計算	70.00	77.16	70.85	71.06	82.40	76.49	/	70.50	/	80.07	75.00	69.96	75.10	72.28	85.50	78.08	84.70	71.90		

表6 病床稼働率との関係 (単位：%)

プラスに影響していると解釈する。

経営形態		市町村立病院			都道府県立病院			組合立病院		
		指定	一部	全部	指定	一部	全部	一部	全部	その他
平均値	一般病床	76.26	68.16	77.19	77.40	80.07	73.46	72.84	79.03	76.17
	精神病床		76.87	57.03	70.50	68.45	81.76			
分散	一般病床	92.67	250.65	221.41		77.49	181.49	164.74	122.49	133.82
	精神病床		287.34	466.83	180.50	61.61	70.99			
標準偏差	一般病床	9.63	15.83	14.88		8.80	13.47	12.84	11.07	11.57
	精神病床		16.95	21.61	13.44	7.85	8.43			

表7 病床稼働率の平均値, 分散, 標準偏差 (単位: %)

表7より次のことがわかる。一般病床においては、(1) 市町村立病院と組合立病院においては、「全部」の方が「一部」よりも平均値が高い。ただし、都道府県立病院では、「一部」の方が「全部」よりも値が高い。(2) 標準偏差に関しては、「一部」と「全部」の値は平均値の大きいほど小さくなっている。次に精神病床においては、(1) 平均値の大きさに関しては、市町村立病院と都道府県立病院では「一部」と「全部」の値の大きさが一般病床のケースと逆になっている。(2) 標準偏差に関しては、市町村立病院では平均値の大きさと逆になっており、一方都道府県立病院では平均値の順番通りになっている。

2.4 相関関係

経営形態		市町村立病院			都道府県立病院			組合立病院		
		指定	一部	全部	指定	一部	全部	一部	全部	その他
相関係数		0.1809	-0.4250	-0.3115		-0.6715	-0.4573	-0.4847	-0.8541	0.0618

表8 医業費用収益率と在院日数との相関関係 (相関係数)

この表8から次のことがいえる。全体的には負の相関関係が支配的である。その中でも、組合立全部病院では-0.854という強い負の相関を示している。それ以外でも、都道府県立一部病院(-0.672)、組合立一部病院(-0.485)、都道府県立全部病院(-0.457)、そして市町村立一部病院(-0.425)はかなり負の相関を示している。

経営形態	市町村立病院			都道府県立病院			組合立病院		
	指定	一部	全部	指定	一部	全部	一部	全部	その他
相関係数	0.8646	0.2627	0.7317		-0.1467	0.2520	-0.4063	0.8901	0.9916

表9 医業費用収益率と病床稼働率との相関関係（相関係数）

この表9からは次のことがいえる。全体的には正の相関が認められる。その中でも、組合立その他病院 (0.992)、組合立全部病院 (0.890)、市町村立指定病院 (0.865)、そして市町村立全部病院 (0.732) はいずれも強い正の相関を示している。その一方で、組合立一部病院 (-0.406) においてかなり負の相関がみられる。

経営形態	市町村立病院			都道府県立病院			組合立病院		
	指定	一部	全部	指定	一部	全部	一部	全部	その他
相関係数	0.4282	0.0266	-0.0405		0.8081	-0.0271	0.1734	-0.9705	-0.0675

表10 在院日数と病床稼働率との相関関係（相関係数）

表10では次のことがいえる。このケースでは、全体的な傾向ははっきりしない。すなわち、正の相関を示している箇所が4カ所、そして負の相関を示している箇所が同じく4カ所である。その中でも強い正の相関を示しているのは都道府県立一部病院 (0.808) であり、そしてかなり正の相関を示しているのが市町村立指定病院 (0.428) である。これに対して、強い負の相関を示しているのは組合立全部病院 (-0.971) である。他の箇所は、符号の正か負にかかわらず、いづれもほとんど相関がないことを示している。

3種類の指標	相関係数
医業費用収益率対在院日数	-0.7495
医業費用収益率対病床稼働率	0.8888
在院日数対病床稼働率	-0.7626

表11 独立行政法人の各種比率

表11は独立行政法人のデータである。今回収集したデータは18病院であり、大部分は非公務員型独立行政法人であり、公務員型独立行政法人は2病院のみであった。したがって、公務員型と非公務員型に区別して分析することをしなかった。表11を見るとわかるように3つの指標がいずれも強い相関を示していることがわかる。すなわち、医業費用収益率対在院日数が強い負の相関を示しているということは、在院日数が短いほど医業費用収益率が高

いことを示している。医業費用収益率対病床稼働率が強い正の相関を示しているということは、病床稼働率が高いほど医業費用収益率が高いことを示している。最後に、在院日数対病床稼働率が強い負の相関を示しているということは、在院日数が短いほど病床稼働率が高いことを意味している。

第3節 各要因の影響度の評価

この節では、第2節で実施した医業費用収益率、在院日数、および病床稼働率に対する影響要因（経営形態別）分析に基づいて、各指標に対してどの要因がより影響力を有するかを評価する²⁾。

要因	経営形態別分析					
	費用収益率への影響		在院日数への影響		病床稼働率への影響	
	点数と順位	点数	順位	点数	順位	点数
事務職員のみ管理組織	4	(8)	8	(8)	13	(4)
医師と事務職員の管理組織	12	(5)	12	(5)	14	(3)
コンサルタント	13	(4)	14	(4)	8	(7)
電子カルテ	21	(2)	10	(6)	11	(5)
看護配置7対1	19	(3)	23	(2)	16	(2)
DPC	25	(1)	24	(1)	17	(1)
BSC	7	(7)	9	(7)	8	(7)
原価計算	10	(6)	16	(3)	9	(6)

表12 8つの要因別の影響力および影響力の順位

表12において「医業費用収益率への影響」の「順位」を見ると、1位、2位、3位の順番で「DPC」、「電子カルテ」、「看護配置7対1」という要因である。もちろん順位の高いほど影響力のある要因ということになる。次に「在院日数への影響」では、「DPC」、「看護配置7対1」そして「原価計算」の順で影響力が強い。最後に、「病床稼働率への影響」では、「DPC」、「看護配置7対1」、そして「医師と事務職員の管理組織」の順に影響力が強い。以上、この表12の全体を各要因別に見渡すと、全体的に圧倒的に大きい影響

2) 8つの要因の3つの指標に対する影響度を測定するに際しての説明については別稿を参照のこと。「公立病院における組織形態・内部環境・マネジメント手法と財務・非財務業績との関連性：規模に基づく分析」、中田範夫・城下賢吾責任編集『東アジアにおける医療福祉制度：持続可能性を探る』（中央経済社、平成30年3月）の第7章担当部分、pp.99-100。

要因は「DPC」である。そして、次に影響力の大きいのは「看護配置7対1」である。逆に、「事務職員のための管理組織」と「BSC」とは相対的に影響力が弱いことがわかる³⁾。

第4節 おわりに

本稿の締めくくりとして、今回の研究のまとめとその限界について述べておく。

本稿では公立病院における組織形態・内部環境・マネジメント手法と財務・非財務業績の関係を明らかにするために、病院の種類別・経営形態別データを利用して8つに区別した要因が財務業績指標・非財務業績指標に影響を及ぼすかどうかを明らかにした。公立病院の経営形態としては、地方公営企業法一部適用、地方公営企業法全部適用、そして指定管理者制度を区別した。

8つの要因としては、組織形態（2つの要因）、内部環境（4つの要因）、そしてマネジメント手法（2つの要因）を考慮している。

次に、財務業績としては医業費用収益率、そして非財務業績としては平均在院日数と病床稼働率を利用した。

このように8つの要因の中どの要因がより大きく3種類の業績指標（医業費用収益率、平均在院日数及び病床稼働率）に影響を及ぼしているかを示すことができた。このことによって、どのような条件を整えている病院（どのような組織形態を利用し、どのような内部環境を整え、そしてどのようなマネジメント手法等を利用している病院）が、より良好な財務・非財務業績を示しているかを明らかにすることができた。

医業費用収益率と在院日数との相関関係から、次のことが分かった。すなわち、全体的には負の相関関係が支配的であった。つまり、在院日数の短い

3) 表12における「点数」と「順位」については注2のような方法で作成した結果である。たとえば、表2をベースにして8つの要因の影響をどのように評価するかに関してはいろいろな考え方があり、どのような考え方を採用するかによって各セルの点数が変動する可能性がある。したがって、表12の「点数」と「順位」は1つの評価方法に止まるものと考えている。

病院ほど医業費用収益率が高いという関係であり、これは常識的な考えを裏付けている。

次に、医業費用収益率と病床稼働率間との相関関係から次のことが分かった。すなわち、全体的にはかなり強い正の相関が認められた。つまり、病床稼働率が高い病院ほど医業費用収益率が高いという関係であり、これも一般的な考えを裏付けている。

最後に、在院日数と病床稼働率との相関関係から次のことが分かった。すなわち、これらの間の全体的な傾向ははっきりしなかった。強い相関を示している箇所として正の個所と負の個所が1か所ずつ見られ、他の個所ではほとんど相関がみられない。経営の観点からの理想は、在院日数が短かく、同時に病床稼働率が高い状態であろう。そのような場合には、1日当たり入院単価が高く、同時にベッドが埋まっているので収益が大きくなることが予想される。しかし、そのような条件はなかなか得られない。したがって、経営的には在院日数が長くなっても病床稼働率を高めようとする。この場合には、1日当たりの入院単価は低くなるがベッドが埋まっているのである程度の収益を確保することができる。ただし、現実的には、多くの公立病院は病床稼働率90%以上を達成することは難しく、そのため在院日数と病床稼働率の両方を考慮した微妙な管理が行われているものと推測される。

独立行政法人病院についても上記の3種類の相関関係を提示した。3種類の相関関係はいずれも強い正または負の相関を示している。これらの相関関係は、一般的な理解を裏付けている。

本研究には2つの限界があると考えている。1つめは、収集しているデータの数に依存する限界である⁴⁾。特に組合立病院の総数が20であり、それを「一部」・「全部」・「その他」に区分しているが、その区分単位での分析のためにはデータ数が少なすぎると思っている。2つめは、第3節で8つの要因が医業費用収益率、在院日数、そして病床稼働率に対してどの程度の影響力

4) 中田範夫稿、「公立病院改革の現状分析－組織・内部環境・マネジメント手法の観点から－」山口経済学雑誌、第65巻第6号、平成29年3月、p.46を参照のこと。

があるかを表12において示しているが、このときの点数化の方法についてはある意味で独善的なものだと考える。別の点数化の方法が採用されると、別の点数が算出される可能性がある。

引用文献

- 1) 中田範夫稿, 「公立病院改革の現状分析－組織・内部環境・マネジメント手法の観点から－」山口経済学雑誌, 第65巻第6号, 平成29年3月, pp.45-81。
- 2) 中田範夫稿, 「公立病院における組織形態・内部環境・マネジメント手法と財務業績・非財務業績との関連性：規模に基づく分析」, 中田範夫・城下賢吾責任編集『東アジアにおける医療福祉制度：持続可能性を探る』（中央経済社, 平成30年3月）の第7章担当部分, pp.88-100。

本研究は平成29年度科学研究費補助金「基盤研究C」の成果である。