

---

# 公立病院におけるマネジメント・システムの研究（1）

## 青森県立中央病院が直面する諸問題<sup>1)</sup>

松木智子・佐々木俊介・阿部敏哉<sup>※</sup>

### 1. はじめに

2002年度に診療報酬が2.7%引き下げられて以来、日本の多くの病院は経営の悪化に苦しんでいる。青森県でも市町村立等<sup>2)</sup>の自治体病院全体の業績をみると、平成13年度実績および平成14年度決算見込みは、総費用が総収入を上回っており、平成13年度には累積赤字が約565億円<sup>3)</sup>にのぼるなど厳しい経営状態が続いている。

これまで公立病院には、地域の医療水準確保のために、採算性が低く、民間では対応困難なへき地医療や高度医療などのいわゆる「政策医療」を提供しているために診療にかかるコストが高くなるのは仕方がない、という考え方があったのではないだろうか。しかし近年、各自治体の財政状態も悪化しており、公立病院の慢性的な赤字を容認する余裕がなくなってきた。そのため公立病院は、「政策医療」を提供しながら同時に、効率的な経営を行うことが求められているのである。

本研究は、青森県が設立母体となっている青森県立中央病院のケース・スタディを行い、地域行政・経営・会計の各側面から、公立病院のためのマネジメント・システムの研究を行うことを目的としている。当該テーマについては、今後数回にわたって取り上げていくが、その最初である本稿では、青森県立中央病院に関する諸問題の全体像を示すことにする。

以下では、まず青森県全体が抱える医療上の問題点を概観する。次に、現在、赤字を抱える青森県立中央病院の経営基盤強化の必要性を指摘した後に、行政・会計・経営の各側面から当該病院が直面している諸問題に言及する。

---

1) 本稿は、青森県立中央病院経営改善プロジェクト・チームのメンバーである3人の著者によって作成されたものであり、同プロジェクトは現在も継続中である。このプロジェクトは2003年4月から、青森公立大学佐々木恒男学長をリーダーとして、同大学と青森県立中央病院との共同研究という形でスタートしており、初期の大学側プロジェクト・メンバーは、佐々木恒男学長のほか、本稿執筆者である阿部敏哉、佐々木俊介、松木智子の4名であった。2004年4月からは新たに丁園鎮、佐藤清和の2名が加わって6名となっている。本稿の内容については、佐々木恒男学長とのディスカッションからも多くの示唆を受けている。また、統計データや専門用語、同病院における事実関係については、青森県立中央病院関係者から多くのアドバイスをいただいた。

2) 青森県の自治体病院には、市町村立のほか一部事務組合立の自治体病院があり、全体数は31である。

3) 青森県が発行しているパンフレット「保険医療体制の充実を目指して」より。

## 2. 青森県における医療の現状

### (1) 山積する課題

青森県は、現在、数多くの医療上の課題をかかえている。死亡率でみると、昭和48年以降、青森県の死亡率は常に全国平均を上回っている（図表1）。都道府県別平均寿命の順位をみても、平成12年度における青森県の順位は、全国で最下位である<sup>4)</sup>。また、乳児死亡率<sup>5)</sup>・新生児死亡率<sup>6)</sup>は平成13年にはかなり改善されたが、それでもここ数年、全国平均よりも高い数値を記録している（図表2、図表3）。

また、全国的には医師過剰といわれているが、地方の病院では医師不足が解消されておらず、青森県でも医師不足に悩んでいる。平成11年に全国自治体病院協議会が行った質問票調査の結果をみても<sup>7)</sup>、東北の医師充足率は、北海道の67%に次いで低い78%となっている。これにたいして、関東や関西の医師充足率は90%前後である。青森県だけでみると、平成12年度の医師充足率は86.1%であるが<sup>8)</sup>、その内訳は地域によってかなりのばらつきがある。大学病院がある弘前市では医師充足率が100%を上回っているのにたいし、人口の少ない市や郡部の病院では68.4%となっている。

以上のように青森県では医療上の課題が山積しており、こうした問題にたいして早急な対策が求められている。青森県立中央病院は、県内唯一の県立総合病院として、こうした問題を解決するために中心的な役割を果たすことが期待されている。しかし、同時に安定的な活動を維持していくために、経営的な問題への対応も強く求められているのである。

### (2) 基幹病院としての青森県立中央病院の位置づけと経営基盤強化の必要性

地方自治体が経営する公立病院は、地域医療の大きな柱の一つになっているが、その多くが慢性的な赤字や医師の確保に悩んでいる。これを打開するために、青森県では市町村と協力して、公立病院の機能再編成を推進している<sup>9)</sup>。その根幹となるのが、統廃合も視野に入れた医療機関同士の広域的な機能分担と医療連携である。

青森県立中央病院は、弘前大学医学部附属病院（国立）などとともに、県内における医療機関の機能分担と医療連携の中心である基幹病院として位置づけられている。そのため県立中央病院は、県内の6保健医療圏（図表4）における中核病院よりも、さらに高度な、あるいは特殊な医療、先進的医療などの「政策医療」を担当し、これに加えて地域医療への支援や医師の教育・研修といった地域医療の基盤を支える活動をしている。「政策医療」は一般的な医療収入では賄いきれないため、国や県からの経費補填があるが、県立中央病

4) 厚生労働省（2000）「平成12年度都道府県別生命表の概況」より。

5) 乳児死亡率とは、出生数1,000人あたりの乳児（生後1年未満）の死亡率のことである。

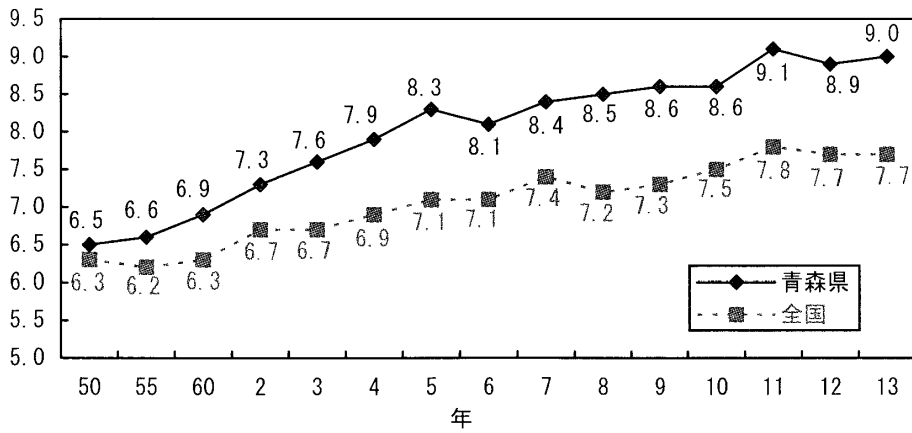
6) 新生児死亡率とは、出生数1,000人あたりの新生児（生後4週間未満）の死亡率のことである。

7) 全国自治体病院協議会（1999）「自治体病院における医師充足状況実態調査結果」より。

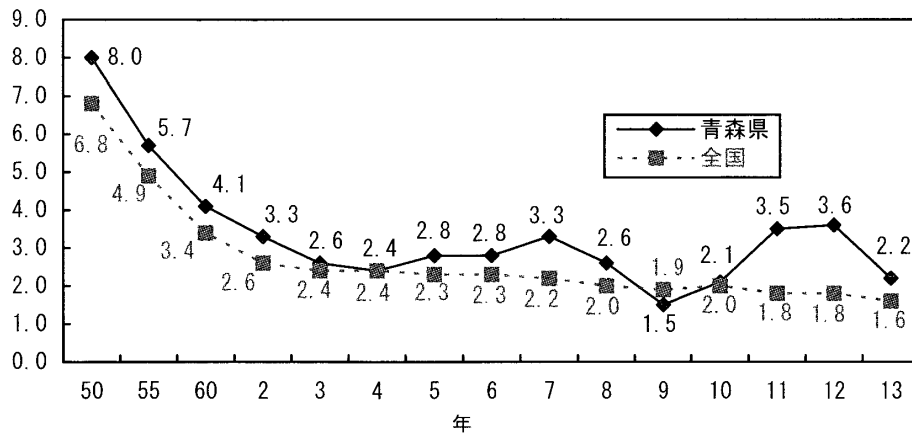
8) 青森県（2002）『青森県の医療』より。

9) 青森県では平成6年以来、病院機能の再編成の取り組みが行われている。平成11年に県が「自治体病院機能再編成方針」を策定したのをうけて、現在、各圏域で開設者、県、大学、医師会が連携しながら再編成計画の具体化に向けて作業が進められている。

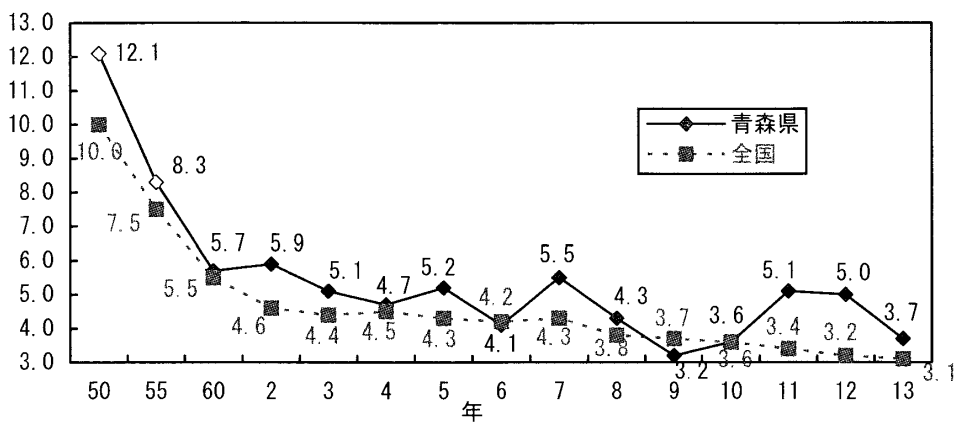
図表1 死亡率の推移（人口千対）



図表2 新生児死亡率の推移（出生千対）

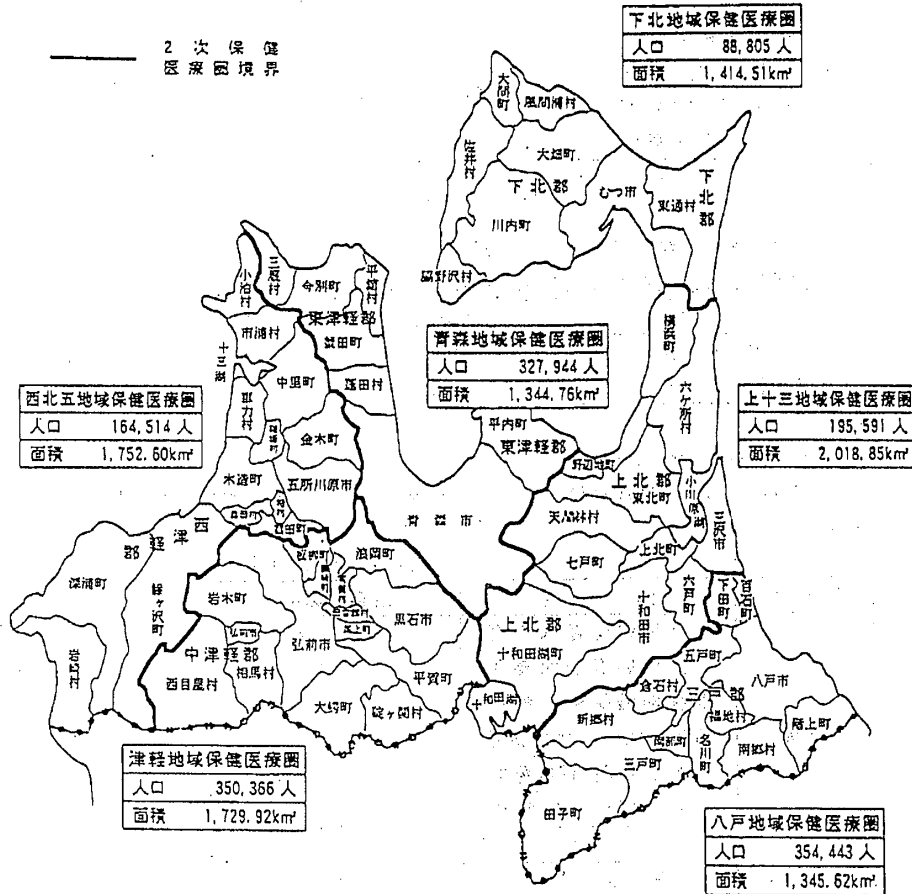


図表3 乳児死亡率の推移（出生千対）



出典：青森県（2002）『青森県の医療』、  
 青森県（2002）「平成14年青森県人口動態統計（確定数）の概況」より。

図表4 青森県内の2次保健医療圏



出典：『青森地域保健医療計画（平成12年3月）』, 35頁より。

図表5 県立中央病院 過去5年間における収支状況

(単位：千円)

科目	平成10年度	11年度	12年度	13年度	14年度
医業収益	12,022,679	12,784,842	12,907,949	13,126,143	13,076,909
医業費用	14,348,801	14,745,329	15,014,202	14,928,341	15,588,291
医業損益	-2,326,122	-1,960,487	-2,106,253	-1,802,198	-2,511,382
医業外収益	1,751,116	1,841,030	1,794,515	1,724,990	1,733,372
医業外費用	794,916	909,080	906,047	906,882	941,266
経常損益	-1,369,922	-1,028,537	-1,217,785	-984,090	-1,719,276
特別利益	444,000	151,000	0	0	0
特別損失	0	0	0	0	0
当年度純損失	-925,922	-877,537	-1,217,785	-984,090	-1,719,276

『平成14年度 青森県立中央病院事業会計決算書』より。

院は収入や経費補填を伴わない基盤的な活動もあって、医師の確保難の中で初期医療や「政策医療」を担う一般の公立病院とはまた異なった経営的問題を抱えている。

現在、県立中央病院では、医業収入から医業費用を差し引いた医業収支の赤字が続いており、国や県からの「補助金」<sup>10)</sup>を含めた経常収支も同様に赤字となっている（図表5）。とくに平成14年度は、当年度純損失が17億円にのぼったため、青森県でもとくに問題となった。こうした流れの中で、「政策医療」や基幹病院としての活動のウエイトが高いとしても、膨大な赤字の免罪符にはならなくなっている。

これまで県立中央病院も含めた公営企業は、住民福祉の向上という公益性と企業性の両立を図るものとされてきた。しかし、事業自体の不振、これを通じた社会負担の増大、社会にたいする経営の説明責任の不十分さなどが指摘されている。国や地方の財政圧迫により、もはや公営企業にたいして、必要性や重要性があれば財政支援が期待できるという環境ではなくなっている。官民分担の見直しや規制緩和の流れのなかで、新しい社会ニーズへの対応や経営の効率化・透明化にむけた大胆な改革が求められている。

社会から求められている改革を進めるためには、従来のように病院全体の収支の分析だけでは不十分で、医療や管理運営などの活動ごとの把握、分析を行わなければならない。これによって問題の所在が明らかになり、果たすべきミッションからみて、何ができて、何ができていないのかが整理され、よりの確な対策が可能になる。それらの対策によって経営基盤が強化されれば、赤字の最大の原因とされる「政策医療」の赤字もカバーされ、将来にわたって安定的に活動していける自立性の高い組織になることが期待できる。

青森県立中央病院は、重要ながら収益性が低い「政策医療」を担いつつ、将来にわたって安定的に活動していけるような、自立性の高い組織となることが強く期待されている。そのためにも抜本的な改革を進め、経営基盤を形成、強化していかなければならない。

### 3. 青森県立中央病院が取り組むべき問題の所在

青森県立中央病院が、今後、経営基盤を強化していくためには、解決すべきいくつかの問題点がある。以下では、行政・会計・経営の各側面から、同病院が直面している問題点を抽出していく。

#### （1）行政面の問題

##### ①ミッションの具体化と評価基準の設定

へき地医療と高度医療などの「政策医療」を行う病院にたいしては、国や地方自治体か

---

10) 医療に対する国や地方自治体からの「補助金」は、通常「負担金」「繰入金」「繰出金」と呼ばれており、任意的な財政援助を意味する「補助金」とは、用語上、区別するべきであるが、本稿では医業収入によって得た収入ではなく、外部から補助された収入であるということを分かりやすく表現するために、「補助金」という用語を使用している。

ら「補助金」が交付されるが、その「補助金」のほとんどは、おもに高度医療にたいして支出されている。その高度医療の主たる担い手となっているのが公的病院であり、そのなかで最も数が多いのが公立病院である<sup>11)</sup>。

しかし公立病院に交付される「補助金」にたいしては、その給付の根拠が不明確であるという批判がある。『病院のあり方に関する報告書 [2002年版]』は、公立病院にたいして「民間病院との役割分担が不明瞭なまま非効率な運営が行われ、かつ公的資金援助により現状が維持されていることが多い」（社団法人全日本病院協会病院のあり方委員会，2002，27頁）と公立病院の非効率な経営体質を批判している。

現在、県立中央病院でも、「政策医療」にたいする「補助金」の支給を受けているが、「政策医療」に係わる経営が非効率かどうかの判断を明確にできないのが現状である。「政策医療」の範囲や具体的な内容は、医療の複合性や医療技術の進歩、医療機器の普及などで特定しがたく、また実際の医療行為の中で政策医療部分と一般医療部分が混在し、実態としても疾患別などの把握がなされていないためである。しかし、病院経営の効率化、透明化のためには、「政策医療」と一般の医療の区別を明確にすることが不可欠であり、診療科別、疾患別の原価把握や医療の高度性評価に努めていく必要がある。

現在の県立中央病院がかかえる膨大な赤字の背景には、それが果たすべきミッションが、定性的には掲げられているが具体性の点で十分でなく、そのこともあって、やるべきことの優先順位が明確にされていないことがあると思われる。いまいちど、自らのミッションを問い直し、その優先順位を整理することが必要である。

果たすべきミッションが明らかになれば、次はこれらの活動を評価するための評価基準が必要になる。評価基準は、青森県立中央病院が果たすべきミッションからの評価と、財務面での評価の両方から設定する必要があるが、とくにミッションにかかわる評価基準については、医療という分野であるだけに、定量的な基準だけでは計りきれない定性的な基準もはいつてくるであろう。

医療の評価基準を設定するためには、社会からの外部評価も欠かせないが、当初は仮説をたて、評価結果を公開することで、徐々に社会的な合意形成を図っていくしかない。

いずれにしても県立中央病院の経営改善には、ミッションと機能の確認→それらを果たすための具体的な医療活動の明確化→各医療活動の実態把握→評価を受けての活動への反映、という実際のながれと、ミッションと機能の確認→評価基準の設定→各医療活動の評価（内部）→評価結果の公開→外部評価、という活動評価のながれがある。その活動と評価の相互作用の過程で、経営や医療活動の改善や向上が図られていくことが期待できる。まずは、ミッションと機能の明確化と、評価基準の設定をすることが急務である。

## ②医療連携の問題

資源を有効に活用して、効率的に医療サービスを提供するためには、ひとつの病院だけ

---

11) 池上・キャンベル (1996) によると、公的病院とは、国公立病院、日赤病院や済生会などの公的性格を持つ病院、社会保険団体等が設立した病院を指しており、そのなかでも公立病院は全体の56%を占めている。

の取り組みには限界がある。医療の充実と経費の削減のためには、病院・診療所間の連携が欠かせない。

医療機関のなかには、効率的な設備活用のために、高額な医療設備を複数の病院・診療所間で共同使用するという取り組みを始めたところもある。高額な医療設備を複数の医療機関で効率的に使用することによって、経費削減が可能になるが、いまのところ、県立中央病院ではこうした取り組みは行われていない。病院は設備産業であるということを考えれば、こうした取り組みを検討することには意味があるだろう。

しかし、それ以上に求められるのは、医療機関相互の役割分担である。現在、大学病院やその他の大規模な病院には患者が集中し、待ち時間が長いのに比べて診療時間が短いという「3時間待ちの3分診療」が問題となっている。プライマリケアを行う病院と専門医療を行う病院の間での役割分担がすすめば、こうした状況も改善されると思われる。また、大規模な病院への患者の集中が緩和されれば、大学病院や基幹病院が所有する高額な医療機器の共同使用も可能になると考えられる。

かかりつけ医と専門医の役割分担を進めるために、現在はいくつかの方針を打ち出している。まず患者の側にたいしては、紹介状を持たないで大規模な専門医療機関を訪れた場合には、紹介状を持ってきた場合よりも高い初診料を請求される。専門医療を提供する病院にたいしては、3割以上の紹介率<sup>12)</sup>を達成していなければ、今後、実施する高度医療にたいして診療報酬が引き下げられることになった。こうした方針によって、専門医療を行う大規模な病院に患者が集中することを解消し、医療費の削減をめざしているのである。

現在、青森県立中央病院における紹介率は約4割であり、紹介率は年々増加の傾向にある。こうした傾向を維持し、今後さらに紹介率を上げていく必要がある。そのためには、より一層、県立中央病院と地域の病院あるいは診療所との連携が重要になってくる。さらに、「紹介」だけでなく、急性期の治療を終えた患者を、再び地域のかかりつけ医に戻すための「逆紹介」も進めていく必要がある。

青森県立中央病院では、こうした医療連携を進めるために、いくつかの取り組みをはじめている。紹介状を持たない患者にたいしては、「非紹介患者初診料」として1,575円を請求し、患者にたいして紹介状を持参するよう促している。また、平成9年からは病院内に「医療連携室」を設置し、他の医療機関からの紹介に関する問い合わせ窓口としている。また、他の医療機関の医師が県立中央病院の医師に患者を紹介しやすいように、同病院に所属する各診療科の医師の写真や情報を掲載した冊子を作成し、県内の医療機関に配布している。

こうした取り組みは以前にくらべて大きな進歩であるが、さらに改善の余地がある。たとえば、現在、青森県立中央病院の「非紹介患者初診料」は1,575円だが、これが同病院へ

---

12) 紹介率とは、他の医療機関から文書により紹介された患者および救急車で搬送された患者の数を、初診患者（診療時間以外に受診した6歳未満の初診患者を除く）の数で割った比率のことである。つまり、紹介状を持ってきた人と救急車で運ばれてきた人の数を合計して、それを初診患者の数で割った比率と考えればよい。

の患者の集中の抑制となっているかどうかは疑問が残る。非紹介患者に対する初診料は、各病院が独自に徴収金額を設定できるようになっており、もう少し高い金額を設定している公立病院もある。かかりつけ医との役割分担を進めるためには、「非紹介患者初診料」の金額の引き上げの可能性についても、検討の余地があると思われる。

「医療連携室」についても、さらに医療連携業務の充実をはかることが期待される。医療連携を進めるためには、病院対病院の連携だけではなく、医師同士の連携を高めるための施策が重要となる。かかりつけ医が専門医に患者を紹介するときは、その専門医にたいする信頼感があってはじめて、安心して患者をまかせることができる。そのためには、紹介される側の専門医個人についての情報を広く公開することが必要である。それも県内の医療機関にたいしてだけでなく、一般の患者にたいしても積極的に行っていくことが望ましい。そして、県立中央病院としては、他の医療機関の医師にたいする研修や症例検討会を実施するなど、医師同士の連携を強めるための支援活動を行うことが期待される。しかし、一部の医師を除いて、多くの医師は医療連携には消極的なようすである。

県立中央病院は地域の医療連携を促進するためにも、こうした政策を実行に移し、地域医療の中心的役割を果たすことが期待される。

### ③ガバナンス構造の問題

公立病院の組織には、地方公営企業法の「一部適用」を受ける病院と「全部適用」を受ける病院がある。「一部適用」の公立病院は、「自治体などの行政機関の末端の現業部門<sup>13)</sup>」という位置づけであり、公立病院のトップである院長には、人事権や予算権がない。そのため、「最終的な決定は知事の決裁を仰がなければならないので意思決定は遅れる<sup>14)</sup>」傾向があるという問題点がある。

青森県立中央病院も地方公営企業法の「一部適用」をうける公立病院であり、青森県の一現業部門として位置づけられている。県立中央病院の予算は、青森県議会の議決をへて知事の権限において執行され、院長には地方公務員である病院の医師・看護師・職員の任免権がない。給与体系も年功的特徴の強い公務員の給与体系であるため、業績評価の仕組みもなく、働き方によって給与に差をつけることができない。このように、「一部適用」というガバナンス構造の上の制約があるため、病院内部の改革にもさまざまな困難がともなっている。

こうした事情を考えると、県立中央病院を、地方公営企業法の「一部適用」から「全部適用」に変更するということが検討課題の一つとなるだろう。「全部適用」の組織になれば、知事の決裁を仰がなくても、病院職員の人事や給与について組織の長である病院事業管理者が決定することができるようになる。今後は、「全部適用」への移行を含めて、さらに公立病院のガバナンス構造についての検討を続けていく必要があるだろう。

---

13) 池上 (2001) 14頁。

14) 池上 (2001) 14頁。



## (2) 会計面の問題

### ① 診療科別原価計算の必要性

近年、公立病院の多くは慢性的な赤字に陥っているが、その原因は必ずしも明らかになっていない。赤字の原因が明確になっていない理由のひとつとして、内部管理用の診療科別損益計算書が整備されていないことがあげられる。県立中央病院には、外部報告のための損益計算書はあるが、内部管理用の診療科別損益計算書は作成されていない。そのため、どの部門でどのような理由で赤字が発生しているのかが明確ではないのである。

今後さらなる経営基盤の強化を目指すためには、内部管理用に診療科別原価計算を行い、診療科別の損益状況を把握して、赤字の発生箇所やその理由を明らかにすることが欠かせない。

これまで県立中央病院において、診療科別原価計算が行われなかった理由のひとつは、各診療科にたいする共通費の配賦が難しかったということである。以前、県立中央病院では、診療科別の原価計算を導入しようとしたことがあった。しかし、共通費の配賦基準に問題があるという理由から全診療科の納得が得られず、原価計算システムの導入は見送られた。

こうした経緯を考えると、診療科別原価計算システムを構築するためには、まず配賦基準を慎重に検討し、各診療科が納得して受け入れられるような原価計算システムを整備することが必要である。

### ② 「補助金」の妥当性の問題

また、診療科別原価計算の導入による効果は、赤字の発生原因を明確にするだけでなく、当該病院に交付されている「補助金」の妥当性を検証するための手がかりともなる。先にも述べたように、公立病院には、へき地医療と高度医療などの「政策医療」を担っているという理由から「補助金」<sup>15)</sup>が交付される。しかし「政策医療」の内容が曖昧にされているために、「補助金」が本当に必要なコストの補助となっているのか、あるいは効率の悪い赤字を補填しているだけなのかという区別が困難となっている。

池上(2001)は、公立病院へ交付する「補助金」の算定方法は、「事項ごとに診療報酬による不採算の程度を算定し、それを積み上げることによって金額が算定されているわけではなく、総額として各病院への前年度の交付額と自治体の財政状況に左右されて決められている」と述べて、「補助金」を交付する根拠が不明確であることを指摘している。

青森県から青森県立中央病院に交付されている「補助金」も、「がん診療部門運営費」や「救急医療の確保に要する経費」など、「補助金」を交付する医療分野は明記されてい

15) 営利を目的とする民間病院であれば負担する必要のない経費の支出(第1号経費、救急医療等にかかる経費をさす)、あるいは、だれが行っても不採算になるが、その地域においてはどうしても必要な医療サービスを提供するためにかかる経費の支出(第2号経費、へき地医療および高度医療、特殊な医療をさす)にたいして国や地方自治体から「補助金」が交付される。

るが、これらも、がん診療部門<sup>16)</sup>や救急医療に実際にかかった経費を計算した結果として算定された金額ではなく、あくまでも概算計算によるものである。

もし、いままでのように「政策医療」の内容が曖昧なままにされ、それにかかる実際の経費も把握されなければ、「政策医療」は赤字になるのが当たり前、という病院側の考えが払拭されず、経営改善への努力を阻害する要因となる可能性もある。経営改善にむけた病院側の意欲を引き出すためにも、やはり、診療科別原価計算などによって現状を把握することが不可欠である。

### (3) 経営面の問題

#### ①インセンティブの不足

マネジメントの観点から考えた場合、現在の県立中央病院で問題と思われる第一の点は、各構成員に対するインセンティブが必ずしも十分でないことである。

公立病院のように、利益の追求以外の使命を期待される組織において、構成員に対するインセンティブとして作用するものにミッションがある。

ミッションというのは3.(1)①でも述べられたように、組織が目指すべき目標、かつそれに照らして意思決定がなされる評価基準であると同時に、それ自体が組織の構成員に対する強烈なインセンティブとなるはずのものである。企業とは異なり、利益といった数値的な指標の設定や上位者による人事評価が実行されにくく、それらがインセンティブとなりにくい病院にとっては、適切なミッションによる使命感や、その達成によって得られる満足感、充実感が構成員にとって重要な意味を持つのである。

現在、県立中央病院では、病院の理念として1. 高度・特殊医療の提供、2. 医療・医学教育、3. 地域医療支援の3つを、さらに経営理念として1. 患者中心の医療、2. 合理性の追求、3. 情報の重視、4. 専門性と協調性、5. 経営参加の意識の5つを掲げ、医師、看護師、職員の全員がこれを印刷したカードを携帯し、病院内のあちこちにもこれらが掲げられている。しかしながら、これらの理念がインセンティブとなり得るような適切なミッションになっているか、さらに医師、看護師、職員といった各構成員の間でそれらが十分に共有されているかといった点には疑問も多い。

ミッションがインセンティブとして機能していないことに加えて、現状においてミッションの共有が十分ではない理由として、第一には各理念と自らの職務の関連性が必ずしも明確になっていない点が上げられる。

つぎに、現在の県立中央病院において問題と思われる第二の点は、上記のようにミッションの達成それ自体が強力なインセンティブになっているとは思えない現状にもかかわらず、それに代わるインセンティブが不足している点があげられる。3.(1)③にもあったよ

---

16) 青森県立中央病院には「がん診療部門」という部門は存在しないことから、この金額は、診療科別原価計算を行った結果として算定されたものではないことが分かる。もし、がん診療にかかる費用を把握しようとするならば、がん診療には複数の診療科がかかわることを考えて、疾病別の原価計算の導入が必要となる。

うに、現在、県立中央病院は地方公営企業法の「一部適用」を受けている。この状態では赤字が発生しても県からの補填がなされる一方で、黒字が発生してもその余剰を自ら利用することはできず、合理性を追求することにたいする意欲は湧きにくい。また理念に則った活動を行った場合に、自分にどのようなメリットがあるのかも不明確であり、このことが理念の実行を難しくしている。

したがって、こうした現状を踏まえるならば、ミッションの遂行から得られる達成感に代わる（あるいはそれを補完する）ようなインセンティブが必要と思われる。

## ②トップのオーソリティの問題

インセンティブの不足とも関連する第二の問題は、トップのオーソリティの問題である。組織の改革を推し進めるにあたっては、構成員をそれに向かわしめるためのインセンティブだけでなく、先頭に立って改革を推し進めるトップのオーソリティ（権限）が非常に重要となる。しかしながら公立病院においては、この点にも大きな問題がある。それは組織の各構成員の意識のなかで、自分が現在所属している所属集団と、意思決定の際の拠り所となる準拠集団が乖離しているためである。

公立病院の場合、そこで働く事務職員は基本的には県の職員であり、職場ローテーションの一環として公立病院に異動し、そこで事務を担当する。したがって数年後にはまた自分が次の職場へと異動することがわかっているため、現在自分が所属している病院よりも、自分の「本来の」所属である県のスタッフとしての意識のほうが強くなってしまふ。職員がこのような意識をもっている以上、病院トップのオーソリティはきわめて弱いものとなつてしまひ、改革に対するインセンティブも湧かないのは当然であろう。

また一方医師の側も、いわゆる大学の医局制度のもと、自分が勤務する病院は出身大学の指導教官の意向によって決められるため、現在所属している病院はあくまで「一時的な」勤務先であるという認識が強くなってしまふ。さらに、診療科ごとに同じ大学出身の医師たちが集まって病院内に派閥ができることも珍しくなく、いわば公立病院という組織の中に、各大学病院の組織がそのまま持ち込まれた二重構造の様相を呈している。こうした組織内組織は当然のごとく組織の活性化を妨げる要因にもなっている。

したがってこうした事情から、職員同様に医師もトップのオーソリティを受容する意識に乏しく、改革へのモチベーションも低くなりがちである。これは、病院内で円滑な診療活動を遂行するにあたっての医師同士の「横のつながり（院内連携）」がなかなか進まない原因の一つにもなっていると思われる。

以上のことが組織のトップである院長のオーソリティを低下させる原因となっている。それに加えて、公立病院のトップは、既述のように人事や予算の権限を持たないため、そもそもオーソリティの源泉が非常に乏しいことは否めない。

こうした状況はどこの公立病院でも共通に見られる問題であるが、この点をきちんと解決しない限り、病院の改革を成功させることは難しいと考えられる。

### ③組織構造の不明確さ

対外的に公表されている県立中央病院の組織図には、院長、副院長の下に医療局、看護局、事務局という3つの部門が設置されている。各部門の構成員は、医療局は医師と医療技術者、看護局が看護師と看護助手、事務局が事務職員となっており、いわば職能的な分化がなされているといえる。

しかしながら実際は、こうした組織図上の区分とは別に、対外的に診療行為を行う窓口としての診療科と、中央診療部門、病棟という分けも存在している。一見したところ、診療科は外科や耳鼻咽喉科のように各々の疾患に対応した部門であり、中央診療部門は臨床検査部や輸血部といった支援部門のように思われるが、実際は診療科の中にも、放射線科や麻酔科などのように、独自の診療行為を行うだけでなく他科と連携・分担して業務を遂行することが多い部門も含まれている。またそれ以外の診療科も、外来治療のみを行いベッドを持たない（入院患者を受け入れない）科が存在し、一口に診療科といっても、その性格は科によってかなり異なるのが現状である。

組織論的に考えると、対外的な診療窓口としての内科や外科といった区分はいわゆる「事業」に、麻酔や検査といった区分は「職能」に該当すると思われる。したがって現在の県立中央病院の組織は、公式的には職能的な区分がなされている一方で、対外的な区分としては事業を担う部門と職能を担う部門が存在するという複雑な構造を呈している。

しかしながら理論的には、組織を形成するにあたって、事業を中心として組織を構築すればおのずと分権的管理が必然となり、職能を中心として組織を構築すれば、集権的管理が必然となると考えられる。もちろんこの2つの軸を併せ持つマトリックス組織のような組織形態も存在するが、その場合でも分権と集権という2つの異なる組織形成原理の間でいかにしてそのバランスを適切に保つかは大きな問題となっているのが現状である。県立中央病院の場合、明示的にこうしたマトリックス組織が採用されているわけではないので、このような事業と職能の混在した組織形態は組織の管理を難しくする大きな原因となっていると思われる。

### ④患者へのサービス意識の問題

病院は医療サービスを提供するサービス業であるが、これまで医療関係者の間では医療がサービス業であるという意識が必ずしも共有されていなかったのではないだろうか。平成7年度の「厚生白書」の調査によれば、病院のサービスに満足していると回答したのは利用者の約5割であったが<sup>17)</sup>、最近の日本経済新聞の世論調査によると、さらに満足度は約4割弱へと低下している<sup>18)</sup>。こうした背景には、連日報道されている医療事故の問題も

17) アンケートの結果は、「非常に満足である」2.4%、「まあ満足である」48.5%、「どちらともいえない」25.3%、「やや不満である」19.1%、「非常に不満である」3.0%となっており、「どちらともいえない」という回答を除くと、約3割は病院の医療サービスに満足していないことになる。

18) 2004年1月10日付の日本経済新聞朝刊によれば、2003年12月に全国の有権者3,000人を対象に行った調査の結果、日本の医療に満足しているかという質問に対し、「非常に満足している」3.9%、「多少は満足している」32.8%、「やや不満だ」43.5%、「非常に不満だ」16.1%、答えない3.8%となっている。

関係しており、青森県における調査でも、「医療の質・ミスに不安を感じた人の割合」は全体の3割強<sup>19)</sup>にのぼっている。今後、病院は、医療の技術面と患者へのケアという両側面から、顧客である患者の満足度を向上させるための努力が必要になるだろう。

医療サービスの向上を促す方法として考えられる管理手法の一つが、業績評価システムの整備である。業績評価システムの整備によって、事前管理と事後管理が可能になり、医療スタッフ個人の医療サービスにたいする意識の向上を促進することができる。業績評価システムを有効に機能させるためには、当然、適切な目標と評価指標の設定が必要になる。

しかし、これまで青森県立中央病院では、医療スタッフや職員にたいする業績評価は実質的には行われていなかった。というのも、公立病院で働く職員と医療スタッフは、すべて公務員であるため、年功的特徴の強い公務員の評価報酬体系が適用されていたからである。公務員の報酬を決定する大きな要因は勤続年数であるため、業績を評価する必要がなく、そのため業績評価のシステムも存在しなかったのである。これは公立病院全般にあてはまることである。

これにたいして池上（2001）は、「病院において公務員給与体系が適用されることは管理上きわめて不都合である」と述べている。その理由として、医師や看護師などの「プロフェッショナル」に属する職種では、年功序列的な報酬体系ではなく、医療に関する知識や技能を評価する職能給が望ましいことをあげている。もし報酬体系を職能給に変更するならば、当然、業績評価システムが必要になる。

今後、公立病院の変革をすすめるためには、医師や看護師、あるいは事務スタッフのもつ技能や専門知識を適切に評価し、それを高めるために、業績評価システム導入の検討が必要になることが予想される。

以上のような現状を踏まえて、次回以降では、県立中央病院が直面している問題を一つづつ取り上げて、その調査・分析を行っていくことにする。

（2004年1月13日受付、2004年1月15日受理）

---

19) 政策マーケティング委員会（2003）が2003年度に行った調査による。

## 参考文献

---

- 青森県（2000）『青森地域保健医療計画』.
- 青森県（2002）『青森県の医療』.
- 青森県（2002）「平成14年青森県人口動態統計（確定数）の概況」  
<http://www.pref.aomori.jp/welfare/14kakutei/14gaikyoku.htm> 2004.1.11 download.
- 青森県（2003）『平成14年度 青森県立中央病院事業会計決算書』.
- 池上直己（1998）『ベーシック医療問題』日本経済新聞社.
- 池上直己（2001）「自治体病院の改革：特集自治体病院の経営改革に挑む」『JICPAジャーナル』，550.
- 池上直己・キャンベル，J. C.（1996）『日本の医療：統制とバランス感覚』中公新書.
- 鎌田實（2003）『病院なんか嫌いだ：「良医」にめぐりあうための10箇条』集英社新書.
- 厚生省（1995）「平成7年度 厚生白書：健康に関する一般市民アンケート調査」.
- 厚生労働省（2000）「平成12年度都道府県別生命表の概況」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk00/index.html> 2003.12.07download.
- 自治体病院協議会（1999）「自治体病院における医師充足状況実態調査結果」  
<http://www.jmha.or.jp/index.html> 2003.12.16 download.
- 社団法人全日本病院協会病院のあり方委員会（2002）『病院のあり方に関する報告書 [2002年版]』社団法人全日本病院協会.
- 政策マーケティング委員会（2003）『政策マーケティングブック2002～2003』Ver. 02.
- 田尾雅夫（2001）『ヒューマン・サービスの経営：超高齢社会を生き抜くために』白桃書房.
- ・「明日の自治体病院を考える：自治体病院機能再編成について」青森県パンフレット.
  - ・「保険医療体制の充実を目指して：自治体病院機能再編成について」青森県パンフレット.

## **Abstract**

---

This paper is the first part of the group study about Aomori Prefectural Central Hospital (APCH). Recently, APCH is recording sequential operational losses, which become a part of financial pressure for Aomori Prefecture. The purpose of this paper is to show an overview of management environment APCH faces and clarify the problems for APCH to overcome. We point out a few of problems behind the APCH's operational losses; vague mission, a lack of collaboration with other hospitals, problematic governance structure, a lack of management accounting systems, dysfunction of subsidies, a lack of incentives, a lack of the principal doctor's authority, vague organization structure and a lack of the concept of customer satisfaction. Each of these problems should be discussed more in the succeeding papers.