

病院組織と医療費

——日米比較の視点から——

西 村 周 三

I はじめに

近年の医療費の上昇は、病院においてもっとも顕著であり、この傾向は発展した国々の共通の現象である。この hospital cost inflation の要因には、世界各国に共通した要因があり、これについては経済理論的視点から多くのモデル分析による検討が行われている。しかしながら、モデル分析と共に重要なのは、医療費問題を組織論的に検討することである。本稿ではこの点についての若干の試みを行いたい。

日本および欧米の営利企業の代表的な組織として、株式会社組織があり、各国のこの組織には、各国のそれぞれの社会的、文化的背景の差異を反映した顕著な差異が見られる¹⁾。経済学や経営学では、近年この差異を理論的、実証的に研究することが盛んである。しかしながら、なんといっても株式会社組織をとる企業は、利潤を追求するという点で共通の目標を持っており、各国の企業組織を共通の一般的な理論的分析でとらえることの有効性は依然として損われていない。

これに対し、病院組織は、各国の歴史的、文化的、社会的背景の差異を反映して、きわめて多様である。おそらく企業組織のあり方の各国の差異よりも、はるかに多様なあり方の病院組織が各国に見られるとよい。

ところが、病院組織の国際比較研究は、企業組織のそれと比べてはるかに遅れている。日本を除く各国では、国内における病院組織の研究の蓄積がきわめ

1) この点後述する注7に注意されたい。

て多いにもかかわらずである。たとえばやや古いが、Glaser [1963] はアメリカの研究者として、ヨーロッパの病院組織を見聞し、後述するクローズド・システムを新鮮、素朴な眼でありながら、きわめて初歩的な驚きの眼で見ている。そしてその後の研究の推移を見ても、英米の病院組織の比較研究の若干の進展が見られる以外は、顕著な研究の進展が見られていないのが現状である。

おそらく病院組織の目標だけをとっていても各国の各種のその間で相当程度異なっている。営利的な組織もあれば非営利的な組織もある。しかしながら、たとえば「営利」と「非営利」の区別をしても、国が異なればその組織の行動はかなり異なってくる。ある国の非営利病院の方が、別の営利病院よりはるかに営利を追求している、といった想像がつくことさえあるのである。

したがって病院組織の制度間比較を行うにしても、単に表面上の国立、公立、私立といった分離だけでは、ほとんど実態を明らかにできないことが多い。

そこで本稿では、各国の表面上の制度の差異を比較することをせず、問題をとくに次のような点に限定して議論を進めていくことにする。すなわちアメリカのコミュニティ病院をわが国の私的病院との差異、という視点から検討する。この二つの組織を比較することの意義は以下の議論の随所で触れていく予定である。

II オープンシステムとクローズドシステム

わが国やヨーロッパの大部分の病院では、医師は一つの病院組織に専属する一員であるが、アメリカやカナダの北米諸国では、医師は、大部分が特定の病院に勤務することをせず、自らオフィスをもってそこで開業し、しかも同時に、一ないし二、三の病院と契約を結んで、必要に応じて適宜契約病院を利用する。

例外はいくつもあり、たとえばイギリスでは GP (general practitioner) が特定の病院と契約を結んで必要に応じて病院施設を利用する試みが奨励され、かつ実際に増加してきている²⁾。またわが国でも近年このような試みを行って

2) この点については、たとえば Pritchard [1978] を参照。

いる病院が増加しつつあり、また日本医師会はかなり以前から医師会立病院をいくつか設立して、オープン化の試みを行っている³⁾。

広い意味では、オープンシステムとクローズドシステムの差異は、上記したようなニュアンスでとらえられているが、狭義にオープンシステムという場合には、アメリカの病院の大部分を占めるコミュニティ病院のシステムを指していると考えべきである。

このさい、具体的に注目すべき点は、オープン・システムのもとで、医師は原則として、経営的に、また組織的に、病院と独立している点である。医師は自らのオフィスでの診療に関しても、また病院施設を利用しての診療に関しても、病院とは独立して、患者、保険者、ないし公的医療については政府に対して、フィーを請求する。他方で、特定の医師が施設を利用して患者を診療した場合、病院は医師とは独立して入院料、検査料などのホスピタル・チャージを請求する。

このようなオープン・システムのもとにある医師を、オフィス・ベースドの医師というが、この比率は、1980年現在全医師の64%に達する。この値は、習練中の医師であるレジデントを含むが、レジデントを除けばこの比率は84%にも達する。ちなみにレジデントは、フィーを請求せず、病院から給与を受けとる。

なお近年のアメリカでは、病院と物理的に独立した場所にオフィスを持つ医師の数は次第に減少しつつある。代わって病院が施設内に外来部門を設け、ここにオフィス施設を設置し、これを医師にリースする、という例が増加している⁴⁾。この割合は、アメリカ病院協会 (American Hospital Association) の調査をまとめた Kessler & Ashby [1979] によれば、第1表のようにになっているが、この場合でも、病院が医師から賃貸料を取ってリースしていることに注意すべきである。国立病院、州立病院には、フィーを直接患者に請求せず病院

3) 医師会立病院に関しては、日本医師会が各種の報告書を公表している。概略については、たとえば『社会保険旬報』1981年9月11日号のレポートを参照。

4) この理由は、病院と離れた場所での診療が技術進歩によって次第に困難になってきていることを反映している。なおこれはプライマリケアの減退とも関連している。

第1表 医師にオフィスをリースしている病院 (1975年, 1977年, アメリカ)

病院分類	1977年		1975年から77年 への増加率
	総回答数	医師にオフィスを リースする割合	
コミュニティ病院	4,846	30%	13%
6～99床	2,219	26	7
100～199	1,167	30	28
200～399	968	34	21
400～499	222	38	14
500床以上	270	38	-13
教育病院	772	37	-9
6～199床	107	25	0
200～399	274	38	-8
400～499	153	41	3
500床以上	238	39	-18
非教育病院	4,074	28	21
6～99床	2,191	26	7
100～199	1,088	30	28
200～399	694	33	42
400床以上	101	32	61
非大都市地域	2,418	27	19
大都市地域	2,428	32	9
民間, 短期・一般病院	2,896	35	17
州立, 公立病院	1,472	19	17
営利病院	478	33	-16

〔出所〕 Kessler & Ashby [1979]

から給与を受け取る医師が多いが、ここでも医師にオフィスを貸与する場合はある。(第1表)⁵⁾。

III アメリカの医師のフィー

さて、ここで少し本稿の議論から脱線するが、アメリカの医師のフィーにつ

- 5) なお大学付属病院(多くは教育病院(teaching hospital))に勤務する医師でもフィーをとる。ただしこれは場合によっては大部分がプールされて、研究資金に向けられることがある。この種のフィーと給与との組合せによって大学に勤務する医師は所得を得るわけであるが、この取り決めは多様である。

いて説明しておこう。アメリカの医師のフィーの決定方式は、近年急激に変化をとげてきているので、最近年までの経過を歴史的に追ってみる。

個々の診療行為（例えば特定の外科手術、特定の検査の読み取り）について、医師は、わが国のように一律の料金を請求することはない。この点は現時点でも変わっていないが、歴史的にはかなりの変遷をとげてきている。1930年代頃までは、大部分のフィーが患者の自己負担によって支出されていたために、医師は患者の所得、資産状況などに応じて差別的なフィーを設定していた。もちろんこの時点で、医師にとっての競争状況、すなわち近隣に他の医師がいて競争状態にあるか、といったことも部分的にフィーに反映していた⁶⁾。

1940年代にはいって、ブルー・シールド (Blue Shield; 医師のフィーに関する保険制度、なおブルー・クロス (Blue Cross) はホスピタル・チャージに関する保険制度である。) が普及すると、保険支払上の圧力もあって、次第にフィーは画一化するようになってくる。

しかしながら、その後もブルー・シールドは州別、地域別に運営され続けてきたために、地域間のフィーの格差は必ずしも縮小せず、最高は、最低の約3倍程度にまでなるといった状態が続いている。

特定地域内でも、ブルー・シールドは一応加入会員となった医師との間でフィーに関する画一料金表を協定しているが、次のような形での例外が設定される場合も多い。すなわち、画一料金による場合には、ブルー・シールドから直接フィーが支払われるが、医師が希望すれば、画一料金を上回るフィーを患者に請求し、画一料金相当額のみを患者がブルー・シールドから償還を受ける、ということも可能である。

大部分の地域で、画一料金に完全に従ってフィーが設定されるということはなく、このような状態を、UCR 規準, usual, customary, reasonable な規準に従ってフィーが設定される、という。ちなみに1975年現在のフィーの一例は、

6) 以下の記述は Delbanco *et al.* [1979] に負っている。なおあわせて、Dyckman [1978] による詳細なフィーの調査も参考にした。

第2表 アメリカの医師のフィー (1975年9月～1976年9月)

			部分乳房 摘出術 (Partial Mastec- tomy)	半月軟骨 摘出術 (Menis- cectomy)	扁桃 全摘出術 18才以下	扁桃全 摘出術 18才以上	虫垂切除 術 (Appen- dectomy)
					(Tonsillectomy)		
都 市 地 区	ニューヨーク市 (マンハッタン地区)	上位	350 ^{ドル}	1,000	350	400	750
		90%値 中位値	300	800	250	300	580
	ミネアポリス市 (セントポウル地区)		143	475	150	163	340
			125	395	125	135	300
非 都 市 地 区	ボルチモア市を除く メリランド州		246	455	200	250	400
			150	385	150	175	275

〔出所〕 Dyckman Z. Y, *A Study of Physicians' Fees*, Staff Report prepared by the Council

第2表のようになっている。

民間のものであるとはいえ、非営利団体の運営するブルー・シールドという保険がかなり普及した現在でも、フィーにかなりの程度の格差が残っているのは、わが国の慣習からいえば奇異に見えるが、アメリカではこの点は当然のこととして受けとめられているようである。アメリカでむしろフィーに関して問題となるのは、各々の診療に応じてフィーのぼらつきが生じるのではなく、平均的なフィーの水準が上昇していく点である。この問題について考察を加えている Delbanco et al. [1979] は、上記の画一料金の設定が、UCR 規準に準拠して上昇していくことの問題点を指摘している。

IV 病院の内部組織

上記の2つの節で述べたことを前提として、まずアメリカの病院の内部組織をよりくわしく見ることにしよう。以下の概略はいずれもコミュニティ病院に関するものであるが、一部はアメリカの病院全体に妥当するものである。

一般に病院組織を特徴づけるものとしては「権威の二つのライン (two lines of authority)」という指摘が組織論においてなされる。(Smith [1955],

上位90%値およびメディアン値

直腸S状結腸鏡検査 (Protosig-moidoscopy)	胆のう切除術 (Cholecystectomy)	鼠径ヘルニア一側面 (Hernia: inguinal Unilateral)	精管切断 (Vasectomy)	子宮拡張および掻爬 (Dilation and Curettage)	子宮全摘出術 (Total Hysterectomy)	出産 (Total Obstetrical)	平均上位90%値中位値
50	1,200	750	250	350	1,400	800	1.31
35	900	600	200	250	1,000	650	
32	600	345	135	145	570	300	1.20
25	462	280	125	120	480	248	
35	634	390	193	183	750	400	1.46
25	425	275	100	135	500	300	

on Wage and Price Stability. 1978.

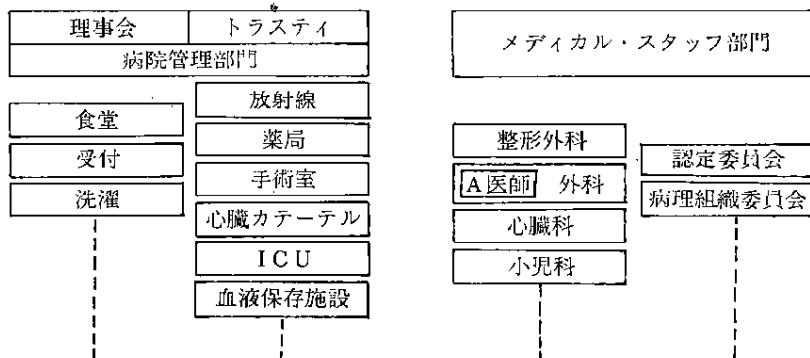
Georgopoulos [1972] 参照) すなわち、病院には、二つの指揮命令系統があって、一方で専門職者としての医師が診療という職務を遂行するためのラインがあり、他方で経営や人事管理などを行うラインが病院管理者 (hospital administrator) を頂点に存在する、という意味である。

第1節に述べたことから容易に想像されるように、日本と異なりアメリカでは、管理者に医師以外の者が任ぜられる。

この場合、当然のこととして病院内部組織では、二つのラインの間の調整 (coordination) が問題となってくる。Harris [1977] によると、アメリカの場合、この種の調整のために、各種の部門が一定の独立性を保つような形で組織変革が行われてきたという。この部門というのは、具体的には第1図のような、放射線部門、薬局部門、食堂部門などのことである。これらの部門が混在する場合には、指揮命令に混乱をきたすので、図のような部門をそれぞれ独立させ、部門を単位として調整を行うのである。

一般的には、この種の部門の独立性は、病院規模が大きくなるにつれて高まってくる。一人の開業医が、一人の看護婦と一人の事務員を雇って独立診療 (solo practice) を行う場合には、診療と事務管理とはいずれも開業医の管理

第 1 図 米国の病院組織の概略図



〔出所〕 Harris [1977]。なおアメリカの病院の組織の詳細を知るには、概略的には、Wilson & Neuhauser [1976] が筆者の知る限りもっともすぐれている。また具体的な諸問題を知るには、多くの大学の病院管理学のテキストに使用されている、Rakich & Darr [1978] がよい。

のもとにおかれるが、各種の機器が導入されると、そこにたとえば新たに放射線ないし検査技師が雇用されるようになる。この場合、X線フィルムの購入と、フィルムの保存とは医師の手から離れ、放射線技師の管理のもとにおかれるようになる。さらに分業が進むと、フィルムの管理は放射線技師のもとにおかれるが、購入に関しては事務職員が関与する、というようになる。

企業組織の場合でも、規模が拡大するにつれこの種の分業が進むのが通例であるが、病院の場合に企業組織と根本的に異なる点は、Harris [1977] が第1図に示すように、図の左側の補助部門と、右側の診療部門とが併立する点である。

さて、Harris [1977] は、病院の組織上のこのような特徴から、医療費上昇問題に対する興味深い洞察を行っている。少しく論点を広げて、まず Harris [1979] の指摘に耳を傾けよう。

アメリカでの医療費の上昇には、各種の外部からの規制が試みられている。しかしながら、Harris は、病院費用の上昇を抑制し、かつ質の高い医療を確保

するための方策は、外部からの規制よりも、病院の内部組織に注目し、内部規制のあり方を改めることが必要である、と説く。Harris の指摘は以下の通りである。

上記のように、技術の高度化や規模の拡大に伴って、病院内部組織の二つのラインの分離が顕著になってきた状況のもとでも病院のヒエラルキカルなしくみは、結局メディカル・スタッフ部門が上位に位置せざるを得ない。この点は、Harris の次のような具体的な指摘が説得的である。

たとえば、補助部門の一つである血液保存施設 (blood bank) は、診療を補助する一部門であるが、同時に病院全体の事務、経営管理の統制を受ける一部門でもある。組織上の当然の要請として、診療補助だけではなく、できるだけ効率的な経営管理を行うことも必要とされる。必要以上に血液を保存して無駄にしてしまうことは避けなければならない。

検査部門、薬剤部門についても同様であり、人的資源を含めて遊休資源が存在しないように配慮することが必要となる。血液部門はやや特殊な例であるとしても、他の部門に関しては明らかにこの種の配慮が有効性を持っている。たとえば検査などに関して特にこの点が顕著である。

しかしながら現実の問題として、医師が診療上緊急に血液が必要であるといえれば、血液部門はどうしてもそれに応えなければならず、またそのような事態に備えて十分な血液を用意しておかなければならない。検査部門は、たとえ医師が無駄な検査をすると考えても、診療上の責任は医師にあるのであるから検査の注文に応じなければならない。

このような状況は、新しい技術進歩を体化した ME 機器の導入に関しても同様である。たとえ病院管理者や事務担当者が ME 機器の導入後の利用可能性について経済的効率性という観点から疑いを持ち、その設備が遊休化して採算が合わなくなるという危惧を持って、機器の導入決定の最終的な判断には医師が関与することは間違いがない。

以上のような理由から、Harris は病院において生ずる経済的非効率性の元凶

の根本は、結局のところ、コスト意識を持たない (cost conscious でない) 医師の、専門職者としての行動にある、と指摘する。さらに Harris はこういった状況を生む一つの重要な要因として、病院における原価計算のしくみを取り上げる。アメリカでは上記の第1図に示されるような部門が設定されており、それぞれの部門を単位とした費用計算が行われるのがつねである。血液部門は血液部門で、薬剤部門は薬剤部門で、それぞれに原価計算を行い、収支を計算上するわけである。

Harris の病院の内部組織改善案の一つは、各診療科(第1図の例示では、整形外科、外科など)ごとの原価計算、収支計算を行うことである。このような改善によって、個々の医師が、診療にあたってどの程度の収入と支出を生み出すかについて、より明確に意識することができるようになる、という。

この Harris の改善案の意味を理解するためには、現在のアメリカの病院を取り巻く環境に関して、次の諸点を理解しておくことが重要であろう。第一は、上記したようにオープンシステムのもとでは、わが国の状況から想像される以上に、医師にコスト意識がない、という点である。第二に、オープンシステムのもとでの医師と病院との間での契約が成立する状況の把握が重要である。すなわち、一種の技術崇拜が患者に浸透している時には、医師は患者を引きつけるために、より豪華な設備、機器を有する病院に契約関係を結ぶことを望みがちである。他方で、病院は、よりすぐれた技術を持つ医師と契約関係を結ぶことを望む。これらの相互関係が医療費の上昇に寄与するという面を無視できないのである。

そして第三に重要なことは、このような形で上昇する医療費は、必ずしも質の向上に期待するほどは寄与しないであろう、という点である。現代の医療の進歩は、必ずしも画期的な技術進歩を体化した形でなされているのではなく、限界的 (marginal) にはきわめてわずかの進歩を体化した各種の診療行為の累積である、といってよい。したがってきわめて微妙な、臨界的なところでの医師の、費用拡大的な選択の累積が医療費の急激な上昇を生む。たとえば 500 円

の薬剤と、ほんのわずかにより有効な1,000円の薬剤ととの間の選択に直面した医師の、費用を考慮に入れない選択、といったものの累積が、医療費の上昇の核心であると想像できるのである。

以上説明した Harris [1977] および Harris [1979] の指摘に相前後して、アメリカの病院組織は近年急激な変化を見せはじめている。もっとも顕著な現象は、契約医の病院管理への参加である。(たとえば Fuller & Bcaupre [1979] 参照。) ここではこれらを考察する余裕はないが、この種の今後の動向と意義を理解するうえで重要な、理事会 (Board of Directors) とトラスティ (Board of Trustees) の役割について概略を見ておこう。

V コミュニティ病院の理事会とトラスティ

アメリカのコミュニティ病院は、土地、建物、大型機器など固定費にほぼ相当する部分を、慈善団体や民間からの寄付によって調達し、その他の費用部分をホスピタル・チャージによってまかなっていると考えてよい。(MacLeod & Perlman [1978] 参照。)

病院全体の責任を負う最高責任機関は、理事会であり、それを間接的に統制するものとして、トラスティという機関が存在する。株式会社企業組織との形式的な類推でいえば、理事会が取締役に相当し、トラスティは株主総会に相当するといえよう⁷⁾。ただし非営利組織であるから、トラスティの役割は後述するように、株主総会とはかなり異なると考えるのが適切である。しかし形式

7) 筆者がここで株式会社組織との類推を行うのには理由がある。近年アメリカでもイギリスでも、取締役会や株主総会の役割などを中心として企業像が着実に変化を遂げつつある。これに対応して企業理論——単に経済学のみにとどまらず経営学や法学などの協同作業の成果として——に著しい研究の進展がみられる。あわせて日本と諸外国との企業組織の比較研究も進んでいる。病院組織のあり方や国際比較の研究は、これらの研究から摂取することが多い。また逆に病院組織の研究からも企業理論研究に寄与しうる可能性が大いにある。本稿ではこの点での企業理論の進展からの摂取が全く不十分であるが、今後の研究の一つの手がかりを提供することを期待して、以下若干牽強付会的な類推を行うことにした。なお企業理論の進展についてのやさしい概説は、青木 [1982] を参照されたい。また Dore [1976], Clark [1980] などの日本企業の研究も、本稿の議論に関連している。

的には、コミュニティが出資した組織であるから、株主代表がトラスティであると類推するのもあながち當を得ていないことはない。

注意すべきは、理事会には近年に至るまでは、医師が参加していなかったか、ないしは、参加していても参加の度合いがきわめて稀薄であった、という点である。この点はたとえば Jorgensen [1970] によって伺い知ることができる。彼が紹介するカンザス州の病院協会に属する 122 病院の調査によれば、1968年時点でわずか13%の病院でしか、医師が理事会に参加していない。オープンシステムゆえに、理事会は大部分が医師でない病院管理者 (hospital administrator) によって構成されていたわけである。

ただし間接的には医師は、少なくとも次の二つの形態で病院管理に関与する。一つは理事会に必要に応じて適宜出席して意見を述べるという形態であり、もう一つはトラスティと医師とが合同で、合同コンファレンス委員会 (Joint Conference Committee) を開くという形態である。

上記のカンザス州の調査では、前者の形態をとるものが約41%、後者の形態をとるものが約59%に達している。前者の形態の場合に興味深いのは、医師が参加する議題の種類である。予算形成や経済的問題には4分の1の病院でしか医師が参加せず、医療補助者の必要性や新しい機器の導入の決定には大部分の病院で医師が参加するという点である。

他方、後者の委員会、すなわちトラスティと医師との合同委員会を組織することが近年増加してきている。(Prybil & Starkweather [1976])

Prybil & Starkweather が暗黙の前提としているように、医師はあくまでもトラスティと同等の立場で間接的に病院の統制に加わるという考え方が定着していた。最近年の動向には若干の変化が見られるが、少なくともわが国と比較する限りは、アメリカでは病院管理はあくまで医師以外の者が行うという分業が成立していたのである。

次にトラスティの役割に眼を転じよう。トラスティの機能を理解するためには、広くはアメリカ社会のボランティアの伝統を考慮に入れる必要がある。

(Burling *et al.* [1956]) アメリカのコミュニティ病院は、しばしば篤志 (voluntary) 病院ともいわれるように、民間の篤志家たちの自発的な奉仕によって設立されてきた。

1975年時点における雑誌 *Trustee* の調査 (*Trustee*, Jan 1975) によれば、トラスティの95%以上が無報酬で地域の病院の維持について彼らの役割を果たしている。この機関の主たる任務は、Burling *et al.* [1956] によれば、伝統的には地域の医療水準を高めることにあり、地域の病院に新しい機器や設備の導入をはかりたいという要請を受ければ、これを受けて審議をし、必要に応じて募金をしたりすることであったという。政府や公共団体による病院の設立を望まず、地域自体の自発的な意思によって病院を維持、運営していくための、地域と病院との媒介機能を果たしていたといえよう。

ところが近年の医療費の上昇と、それにとまなう政府の規制によって、トラスティの役割は次第に低下しつつある。近年のアメリカのコミュニティ病院では固定設備のための資金の調達の問題よりも、むしろ経常的な病院の活動に関して、規制などによる急激な外部環境の変化が生じてきている。トラスティもこれらの経常的な活動に関与しようとしているが、経常的な活動には基本的には理事会が主たる任務を果たすから、トラスティの役割の相対的重要性が低下しているわけである。このことが、近年 Hospital Corporation of America などの営利病院が伸長することとも関連している⁸⁾。

VI 日本の病院組織

わが国では、1980年末現在、9,055の病院があり、合計で約160万の病床が存在している。このうち、精神病院や結核病院などの特殊な病院を除く、一般病院数は8,003であり、そこには、約90万の病床が存在する。

国際比較を行うと、わが国の人口1万対の病床数は、1977年現在129.4と比べて高く、フィンランド、ノルウェーなどと同水準にある。ちなみに、アメ

8) アメリカの営利病院のチェーン化の概略については、福岡ほか [1980] に若干の紹介がある。

リカでは、人口万対、63.0、イギリスは、83.1である。

人口当りの病床数と各国の平均在院日数との間には、正の相関があり、平均在院日数の長さが、病床数の多さに結びついている。国際比較統計のみから単純に推論する限りでは、わが国の病院は過剰気味であり、それは、患者一人当りの平均在院日数が長いことに起因しているといえる。

ところで、わが国の病院数、病床数を経営主体別に見ると、個人、および医療法人の設立になるものが重要な位置を占める。病院数でみると、全体の約37.9%が個人立、約32.0%が医療法人立であり、両者あわせると約70%がこれらの設立になるものである。

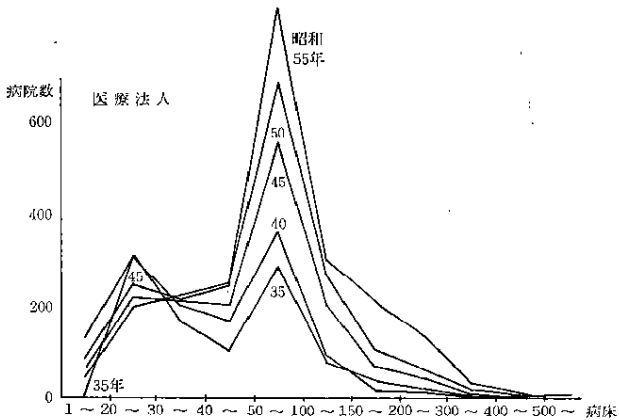
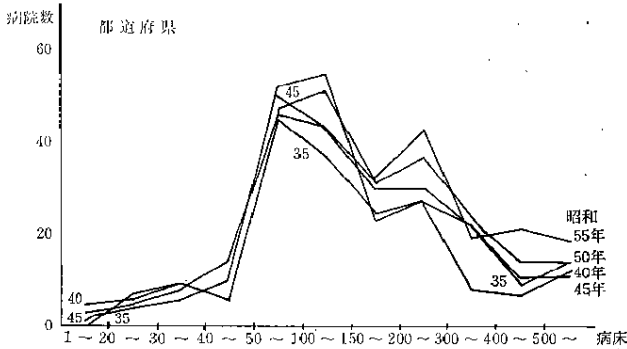
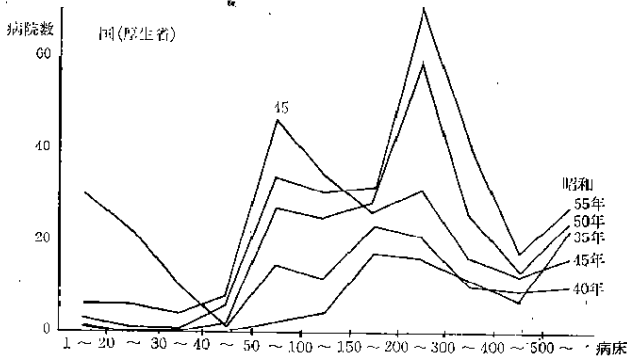
個人、医療法人の設立になる病院は比較的病床数が少ないため、病床数でみた場合のこれらの病院の占めるシェアは少ないが、それでも、これらの病院の病床数は、全体の約半数を占める。

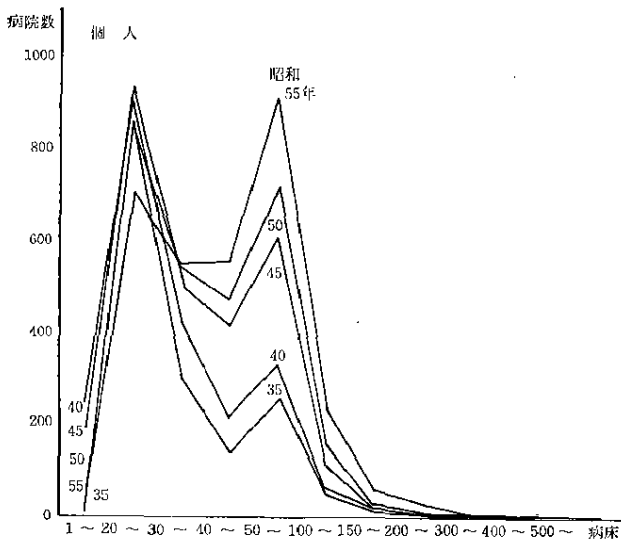
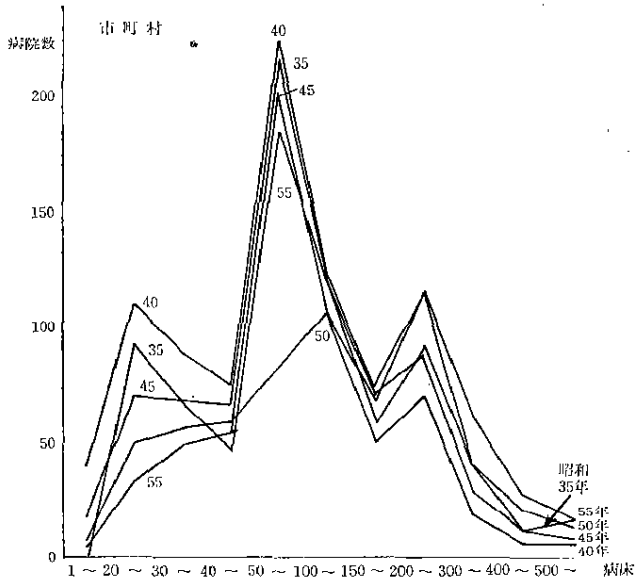
個人および医療法人の設立になる病院の特徴は、病院規模が50~100床という小規模の範囲に集中していることである(第2図)。しかも第2図に示すように、この規模の病院の増加が、過去20年間、もっとも著しい。

個人病院の経営がどのような特徴を持つかについての研究はほとんど行われていないが、わが国では、この個人病院と、医療法人立病院の間で、ほとんど経営形態に大差がないように思われる。

大差がないというのは次のような意味においてである。個人病院というのはあくまで個人の持ち物である。多額の銀行借入金を行うにせよ、これはあくまで間接金融であり、最終的な所有権は個人に帰着する。医療法人は数名による資金の出資を前提とし、株式会社組織と同様有限責任の原則に従うが、この種の差異が問題となるのは倒産の危機に瀕したときのみであり、平常時においては、数名ないし、場合によっては実質的に一名の個人の所有になると、「出資者たちによって」意識されている、という意味において個人立病院と大差がない、というわけである。この点は厳密な検証を経たわけではないが、少なくともアメリカのコミュニティ病院における所有の感覚とは明瞭な差があるとみな

第2図 一般病院数〔一般病床の規模・開設者（中分類）・地域別〕





[資料] 厚生省「医療施設調査」各年度版

すのが妥当であろう。なお、ちなみにわが国の医療法人立病院も、アメリカのコミュニティ病院も、利益を計上することは当然法的に認められているが、利益を出資者に配当することは禁じられている⁹⁾。

ところでこのように、わが国で個人ないし実質的に個人の所有になる中小病院がきわめて多い、という点は、いくつかの点で医療資源の効率的な配分上の支障になっていることが指摘されている。第一に、わが国の人口当り病床数が異常に多いことが、この種の中小病院の存在に起因しているという見解である。第二に、そこでの診療が、わが国の医師マンパワー配分上の問題と絡んで一種の非効率性を生んでいるという可能性である。この二点は、いずれも病院と診療所の未分化という問題であるといつてよい。日本の医師会立病院が試みているように、病院のオープン化が推進されれば、地域によって異なるが、50~100床程度の個人病院を縮少して診療所化しても、全体としてより低い費用で質の高い医療を維持しうる可能性は十分にある。

これらはいずれも社会全体としての医療資源配分上の非効率性に関するものであるが、個々の病院についても、上記の中小病院の存在は、非効率性を生んでいる可能性がある。英米の病院の費用関数の規模に関する経済性の推定例によれば、(たとえば Feldstein [1971], Lave & Lave [1970]) 病院の病床規模による最小最適規模は400床程度である、という。もしこれがわが国にも妥当するとすれば、上記の50~100床程度の病院数は、非効率性を生んでいることになる。

ただしこの点がわが国でも妥当するかについては、いくつかの疑問が残っている。第一は、病院の内部組織の形態が諸外国と異なるから、上記の最小最適

9) ここまで述べた日米の非営利病院の異同を、病院組織にのみ固有のものであると考えるのはおそらく妥当ではない。日米の企業組織間でも、取締役会や株主総会の機能には顕著な差異がある。しばしば指摘される点として、株主総会の機能の差異がある。確たる検証はされていないがわが国では、株主の意向は株主総会で反映されるよりも、機関株主からの取締役の意向などを通して行われる、といったことがいわれる。この種の日米比較が行われれば、あるいは日米の非営利病院(とくに日本については医療法人病院)の差異は、本文で述べるような点だけの差異を反映するのではない、という新たな視点が生まれる可能性がある。

規模400床がわが国で妥当するか疑わしい点である¹⁰⁾。第二は、上記の費用関数の推定は、たとえば地域医療への貢献—小さな病院であれ、近くに病院があるといった安心感など—といった無形のサービスが考慮に入れられていない点である。

これらはいずれも量的把握が困難な点であるから推論を一步前進させるために以下では、病院の内部組織の日本の特徴を検討することにしよう。

わが国では、医療法で病院の管理者が医師でなければならないことが定められている。大規模な病院では、この規定にもかかわらず実質的には、第Ⅲ節で述べた「権威の二つのライン」が存在している。中小病院については後述することにして、まず第Ⅲ節の Harris の指摘がわが国の大病院でも妥当するか検討しよう。

結論的にいえば、Harris の指摘は程度の差はあれわが国についても妥当する。わが国の病院はクロズドスタッフ制であり、医師も病院組織の少なくとも比較的永続的な一員である。したがってアメリカのように医師が全く経営に関与しないということはないが、それでも大病院では、一方で診療に関して院長の管理統制のもとにおかれる医師のヒエラルキカルなラインが存在する。院長、各診療科長、各診療副科長、医員、といったラインである。他方で一応は院長をラインの長とする事務管理組織、補助部門の組織が存在する。

二つのラインのいずれの長も院長であるから、「二つのライン」という言い方が適切でないという見解も成り立ち得るが、一応形式的には、二つのラインが形成されていると考える方が適切である。少なくとも形式的には、とくに医療法人などの場合、アメリカ的な組織にならった管理統制システムを採用している病院がある。

しかしながら実質的には、この二つのラインの下方での連絡、調整はアメリ

10) アメリカの病院の費用関数推定例では、フィーはもちろん考慮に入れられていない。なお本文でふれなかったが、わが国の病院のオープン化を考える場合には、それにとまなうフィーのあり方を分析する必要がある。本稿ではこの点に立ち入ることができなかった。

かと比べてはるかに密である。機器の購入や薬剤の購入などにさいして、医師が発言し、経営上の諸問題にも関与する度合は、アメリカよりはるかに多い。

ところがこのような医師の関与は、わが国の場合、これまでどちらかというところ、いかにして取入をあげるかという点を中心になされてきた感がある。わが国でも Harris の指摘にみられるように、医師がコスト意識をもつ (cost-conscious) かどうかについては疑いの余地が多に残っている。いくつかの病院の会計上の計算様式をみても、Harris が指摘するような診療科ごとの原価計算を行っている例は全くみられない。医師がコスト意識を持ち得るための前提としての、的確な情報が与えられているかどうかは疑わしいのである¹¹⁾。

以上結論的には、わが国の大病院の場合、可能性としては内部組織的に見て、医師がコスト意識を持ち得る組織的条件が存在するにもかかわらず、現状はそのような事態になっていないといえることができる。

中小病院については、「権威の二つのライン」という問題は生じない。たとえば50~99床の規模の一般病院の医師数は、1978年末現在、平均常勤医師数2.9名、非常勤医師数4.2名であり、うち1名が院長を兼ねるから、この程度の規模の病院では、医師と事務管理上の指揮命令系統との調整とは比較的円滑に行われると見なすのが妥当であろう。

しかしながらこの程度の規模の個人病院の場合には、診療と経営との未分化によって生ずる非効率性が生ずる可能性がある。この規模の病院と大病院との比較を行う場合には、企業組織における株式会社企業と自営業との間の比較による類推が適切である。

一般企業の場合、自営業が株式会社組織と区別される経営上の問題点は、所有と経営の未分離である。この場合個人事業主の資産——人的資本も含めて——と事業それ自体に利用される資産との区別が明確でなく、したがって生産要素に対するサービスの対価の評価が不明確となりがちである。この典型として興味深いのは、医師の給与である。

11) この個所の記述は、筆者による数十ヶ所の病院による聞き取りによる。

一般に病院の経営収支を議論する場合、管理者である医師の、給与をも含めて収支を議論することが多いが、一般企業の場合は経営者の報酬は、経営収支をいったん計上したのちの利益から支払われる。経営状態が良好であればそれに応じて経営者の報酬は増し、悪化すればそれに応じて報酬が減るのが建てまえである。したがってもし院長が病院の管理、経営の責にあるとするならば病院の経営状態に応じた明瞭な形式的操作を経た報酬の決定がなされるべきであるが、この種の操作はわが国の病院においてほとんどなされていない。

「公私病院連盟」などの調査によれば、わが国では中小病院の医師給与は、大病院のそれよりもかなり高く、おそらくそこには管理者、経営者としての報酬が含まれていることもこれの一因であると想像されるが、この点についての分析がなされない限り、病院の経営収支の妥当性を論ずることはできないと思われる。

VII む す び

本稿では日米の病院組織の二、三の点の比較を行いながら、両国の組織上の問題点と医療費の関連について論じた。

とくにわが国に関して、調査や分析が不十分であるために、少数の聞き取り(anecdote)を基礎にした点が少なくない。今後調査研究をもっとも必要とされる大きなトピックスの一つである。わが国についての分析の不十分な点は、筆者自身の課題ともしたい。

【参 考 文 献】

- [1] 青木昌彦 [1982]「新しい企業像を求めて」日本経済新聞『やさしい経済学』6月2日—10日号。
- [2] Burling T., Lentz E. M. & Wilson R. N. [1956] “The Board of Trustees,” Rakich J. S. & Darr K. (eds.) *Hospital Organization and Management*, SP Medica & Scientific Books 所収。
- [3] Clark R. [1979] *The Japanese Company*, Yale University Press.

- [4] Dore R. [1973] *British Factory and Japanese Factory*, University of California Press.
- [5] Dickman Z. Y. [1979] *A Study of Physicians' Fees*, Staff Report prepared by the Council on Wage and Price Stability.
- [6] Delbanco T. L. et al. [1979] "Paying the Physicians' Fee: Blue Shield and the Reasonable Charge," *New England Journal of Medicine*, Vol. 301, No. 24, pp. 1314-1320.
- [7] Feldstein M. S. [1971] "Hospital Cost Inflation: A Study in Nonprofit Dynamics," *The American Economic Review*, Vol. 51, No. 4, pp. 853-872.
- [8] 福岡生穂ほか [1980] 『医療産業』 東洋経済新報社。
- [9] Fuller G. & Beaupre E. M. [1979] "Physicians and Administrators Can Work Together," *Hospital Financing Management*, vol. 8, pp. 14-24.
- [10] Georgopoulos B. [1972] *Organizational Research on Health Institutions*, University of Michigan, Institute for Social Research.
- [11] Glaser W. A. [1963] "American and Foreign Hospitals: Some Sociological Comparisons," Friedson E. (ed.) *The Hospitals in Modern Society*, The Free Press 所収。
- [12] Harris J. E. [1977] "The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications," *The Bell Journal of Economics*, Vol. 8, pp. 467-82.
- [13] Harris J. E. [1979] "Regulation and Internal Control in Hospitals," *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 55, No. 1, pp. 88-103.
- [14] Kessler M. & Ashby S. [1979] "Hospital Office Leasing is on the Rise," *Hospitals*, Vol. 53, pp. 74-76.
- [15] Jorgensen C. J. [1970] "Should Doctors be on Your Board?" *Hospital Administration* Vol. 15, pp. 6-13.
- [16] Lave J. R. & Lave L. B. [1970] "Hospital Cost Functions," *The American Economic Review*, Vol. 60, pp. 379-395.
- [17] MacLeod G. K. & Perlman M. [1979] (eds.) *Health Care Capital: Competition and Control*, Ballinger Publishing Co.
- [18] Pritchard P. [1978] *Manual of Primary Health Care: Its Nature and Organization*, Oxford University Press.
- [19] Prybil L. D. & Starkweather D. B. [1976] "Current Perspectives on Hospital Governance," *Hospital Health Services Administration*, Vol. 21, Fall, pp. 67-75.

- [20] Smith H. L. [1955] "Two Lines of Authority are One too Many," *Modern Hospital*, Vol. 84, pp. 59-64.
- [21] Wilson F. A. & Neuhauser D. [1976] *Health Services in the United States*, Ballinger Publishing Co.