

規制が病院経営に及ぼす影響について

－資源ベース・アプローチを中心とした考察－

羽田 明浩（立教大学大学院）

1. はじめに

本研究の目的は、典型的な規制業種に属するわが国の病院経営において各種の規制が病院経営に及ぼす影響についての理論的考察を行うことにある。

日本の病院経営は典型的な規制業種に属している。規制には経済的規制と社会的規制があり、経済的規制とは、参入を制限して独占を認めるかわりに料金を定めたりする需給調整規制を指し、医療保険に公定価格が定められていることが相当する。社会的規制とは、消費者等の安全・健康の確保、環境保全を目的として、商品の質に一定の基準を設定し制限を加えるなどの規制を指し、病院の人員配置基準が相当するとしている（真野, 2006）。

経済的規制の具体的事例には、次のようなものがある。診療の対価として支払われる診療報酬額は公定価格であり、全国一律でどこでどのような診療を受けても、個々の病院による価格差が無い。病院経営は非営利とされており、営利企業は参入出来ない。医療法人の出資持ち分は配当禁止であることが挙げられる。

社会的規制の具体的事例には、次のようなものがある。医療法人の理事長職は原則医師である。医療圏毎に基準病床数が定められており、それを上回る病院の増床が不可である。病院の医師・看護師等医療職は免許制度によ

る資格要件があること等を挙げることができる。（図表1参照）

このように様々な規制が設けられていることは、医療サービスには、「不確実性」「情報の非対称性」「外部性」の存在によって、取引を市場原理に委ねても効率的な資源配分が行われず市場が機能しない「市場の失敗」が存在することに起因する。医療サービスの「不確実性」は、いつ病気に掛かるかの予測の困難性と、治療にいくら費用が掛かるかの予測の困難性がある。そのため、被保険者集団間で医療費負担リスクを分散させる医療保険が必要になる。医療サービスの「情報の非対称性」は、医師と患者の医学的知識の格差に起因する。そのため不要な医療サービスを抑制することから、医療保険が公定価格となっている。

そして医療サービスの「外部性」は、感染症予防や治療によって疾病が蔓延しないように周囲の経済主体に便益を与えることを意味する。そのために予防や治療を個人の意思に委ねずに医療保険の存在で患者の自己負担を抑制しているのである（真野, 2006；遠藤, 2007）。

わが国の病院経営は、有効に市場が機能しないことによる「市場の失敗」を有するという規制産業に属しながら、一方では、患者が自由に病院を選ぶことが出来るというフリーアクセス¹の存在によって市場競争にさらされていると言う矛盾を有する存在である。こ

の矛盾を有する市場競争によって、日本の病院の個別の業績²を見ると、黒字病院と赤字病院に分かれている。

このような日本の病院経営は次のような特徴を有している。

社会的規制や経済的規制の存在が病院経営に制約を及ぼしているものの、経営の失敗による損失までは補填されない。

十分な設備投資による医療サービスの質と安全を維持・向上するための、財政基盤の確立が求められており、赤字経営を続けることは、医療サービスの低下を招き、結果として地域医療に対して負担をもたらすことになる。

医療経営に必要な医療従事者を中心とした人的資源は、各人の自由意思によって入退職するため、魅力的な病院には人的資源が集まり、魅力に乏しい病院からは人材が流出し、診療機能の低下を招き、患者離れからやがて

は廃院に繋がることになる³。

本稿は、このような特徴を持つわが国の病院経営において、社会的規制と経済的規制が、病院経営における医業利益で表される業績に及ぼす影響について経営戦略論のうち特に資源ベース戦略論を背景とした理論的考察を行う⁴ことを目的とする。

資源ベース・アプローチは、企業の生産資源の束は個々の企業によって大幅に異なり、同一の企業であっても根本的に異質な存在であることを前提としている。本稿は、根本的に異質な存在である病院の経営資源に社会的規制と経済的規制が、どのような影響を及ぼしているのかを考察する。

尚、本研究は、規制の存在が、病院経営に及ぼす影響についての理論的考察を行うものであり、規制緩和等わが国の医療政策に係わる提言を行うものではない。

図表 1 病院経営上の規制具体例

病院経営上の規制	規制の内容	具体的な規制内容
経済的規制	価格設定に関する規制	診療報酬価格は公定価格である
	非営利性に関する規制	剰余金の配当禁止
社会的規制	組織運営に関する規制	理事長資格要件 必要人員と必要設備の具備
	開設・増床に関わる規制	病床過剰地域は病院新設・増設不可
	専門職種別免許制度による規制	専門職による業務独占規定と名称独占規定

出所：筆者作成

II. 3つのレベルの模倣障壁

企業間の収益格差を決定する要因として、「参入障壁」、「移動障壁」、「独自障壁」の3つのレベルの模倣障壁がある（Collis &

Montgomery, 1998；根来・稲葉, 2009）。

この3つのレベルの模倣障壁は、一般企業同様に病院経営においても存在しており以下で説明する。（図表 2 参照）

1. 参入障壁

「参入障壁」は、産業レベルの模倣障壁であり、ある業種への他企業の新規参入を妨げる、その業界固有の特性で、規模の経済性・製品差別化・業者変更コスト・コスト上の利点・流通チャネルとの関係・資金力・政府の方針等がある (Porter, 1980)。

この「参入障壁」である産業レベルの高収益は、新たな競合企業がその産業に参入することを困難にすることによって保たれる (Collis & Montgomery, 1998)。

わが国の病院経営における「参入障壁」の具体例として、以下があげられる。医療法人は「剰余金の配当をしてはならない (医療法第 54 条)」の定めを根拠に営利法人による病院経営は不可となっている。医療法制定 (1948 年) 以前には、企業立病院も設立されていたが、同法制定以降に企業立病院は設立出来ないことは、強く「参入障壁」の存在の証左としてあげられる。

そして、社会的規制による、二次医療圏毎の病床規制によって、新たな病院開設が出来ないことは典型的な「参入障壁」である (遠藤, 2007; 印南・堀・古城, 2011)。

その他に、病院長は医師である事 (医療法第 10 条)、専門職種別免許制度による規制 (医師法、保健師看護師助産師法等) の存在によって、他産業が病院経営に簡単に参入できないことが「参入障壁」に相当する。

2. 移動障壁

「移動障壁」は、業種内における戦略グループ間の模倣障壁であり、戦略グループ間の移動を制約することで、戦略グループ間の収益格差が維持される (Porter, 1980)。

わが国の病院経営における「移動障壁」は、社会的規制による、二次医療圏毎の病床規制によって、病院の病床が増加出来ないことで、規模の拡大を図れず、中小病院が大規模病院へ移行することが出来ないことが相当する。

3. 独自障壁

「独自障壁」は、「各個別企業を特徴付ける資源」として、産業レベルの模倣障壁や、戦略グループ間の模倣障壁に対して、「同一事業間の模倣障壁」であり、他企業に対し持続的競争優位を保持することを可能にする資源障壁である (根来・稲葉, 2009)。

この「個別企業レベルの模倣障壁」を、Rumelt (1984) は「隔離メカニズム」(isolating mechanism) と呼び、持続可能な競争優位を取り囲む防御壁になるとしている。

同様に Wernerfelt (1984) は、「資源ポジション障壁」(resource position barrier) 説を唱え、資源を既に有する企業が、後発企業に対して有利な地位を保つ状況において、資源を保有する企業は「資源ポジション障壁」に保護されているとしている。

病院経営における、各病院を特徴付ける病院レベルの「独自障壁」「隔離メカニズム」「資源ポジション障壁」は、各病院が有する内部経営資源や組織能力の違いによって、持続的競争優位を保持することが相当する。

病院経営においても、一般企業同様に内部経営資源や組織能力の違いによって、個別企業間レベルの「模倣障壁」は存在する。個別企業が有する持続的な競争優位は、資源の希少性と、模倣の困難性がもたらすものであり、他社が容易に模倣可能なものは、持続的な競争優位の源泉とは言い難い。

Collis&Montgomery(1998)とBarney(2002)が述べるように、「隔離メカニズム」・「資源ポジション障壁」による、模倣の困難性は、資源が物理的に複製不可能であること、時間を掛けなければ獲得できない経路依存性があること、因果関係不明であること、独自の歴史的条件があること、によってもたらされる。

病院経営における「隔離メカニズム」・「資源ポジション障壁」による、模倣の困難性は、物理的に複製不可能なものとして、病院の立地そのものがある。経路依存性は、診療現場における診療手順、看護手順等が相当する。独自の歴史的條件は、病院開設から今日までの経過年数の違いや、病院設立背景の違いが相当する。

図表2 3つのレベルの模倣障壁

参入障壁	Porter(1980)	産業レベルの模倣障壁	新規参入を妨げる業界固有の特性
移動障壁	Porter(1980)	業種内の戦略グループ間の模倣障壁	戦略グループの移動を制約することで収益格差が維持される
独自障壁	Rumelt(1984)	「隔離メカニズム」	持続可能な競争優位を取り囲む防壁となる
	Wernerfelt(1984)	「資源ポジション障壁」	資源を既に保有する企業は後発企業に対する有利な地位を有する
	根来・稲葉(2009)	「資源障壁」	同一事業間の模倣障壁、他企業に対する持続的な競争優位を保持する

出所：筆者作成

(1) 内部経営資源

内部経営資源は、いわゆる「ヒト」「モノ」「カネ」があり、先行研究のレビューによって有形資源、無形資源、人的資源等に分類が可能である。(図表3参照)

Penrose(1959)は、会社は生産資源の集合体であり、内部資源によって企業成長がもたらされるとして、有形資源に、工場、設備、土地、原料、在庫等があり、その他の人的資源があるとしている。

Barney(1991)は、内部経営資源を、物的資本、人的資本、組織資本、に分類し、物的資本は、企業内で用いられる物理的技術、企業が所有する工場や設備等をあげており、人的資本は、人材育成訓練、個々のマネージャー

や従業員が保有する経験・判断・知性・人間関係・洞察力等が含まれる。組織資本は、企業内部の組織構造、公式非公式の計画、管理調整システムなどをあげている。

Collis & Montgomery(1998)は、内部経営資源の有形資源は、企業のバランスシートに記載される資源として不動産、生産設備、原材料などが含まれ、無形資源を会社の評判、ブランドネーム、文化、技術的知識、特許や商標、蓄積された学習や経験として競争優位や企業価値に重要な影響を及ぼすとしている。

Grant(2007)は、内部資源は、有形資源と無形資源と人的資源の3つに分類しており、有形資源として、財務資源の現金、有価証券、借入能力と物理的資源の工場、設備、土地、

鉱量と、無形資源の技術（特許・著作権・企業秘密）と評判、企業文化と、人的資源として、従業員の技能、ノウハウ、意思伝達、協働能力、動機などをあげている。

内部経営資源は、Penrose、Barney、Collis

& Montgomery、Grant が述べるように幾つかに分類が可能と捉えられる。本稿は、内部資源を有形資源、無形資源、人的資源等に分類し、後述する病院経営において、規制の存在が内部資源に及ぼす影響を考察する。

図表 3 内部資源の説明

	有形資源	無形資源	人的資源	組織資本
Penrose(1959)	工場、設備、土地、原料、在庫	-	従業員他	-
Barney(1991)	工場、設備	-	マネジャー、従業員の保有する経験・技術	組織構造、管理調整システム
Collis&Montgomery(1998)	不動産、設備、原材料	会社の評判、ブランドネーム、特許・商標、経験・学習	-	-
Grant(2007)	資金、有価証券、工場、設備、土地	技術(特許、著作権、企業秘密)企業文化	従業員の技能、ノウハウ、意思伝達、協働能力、動機	-

出所：筆者作成

(2) 組織能力

組織能力は、個々の組織特有の能力であり、学習や経験によって得られる組織ルーティンの束と捉えられる。組織能力は、現場スタッフが経営資源を活用する組織能力と、経営全般に関わる組織能力に分類されるものと捉えることが出来る。(図表 4 参照)

Teece (2007) は、変化の速いビジネス環境の元で持続的競争優位を得るには、模倣困難な資産を保有する以上のダイナミック・ケイパビリティが必要であるとしている。ダイナミック・ケイパビリティは、機会・脅威を感知し、機会を活かす能力と、企業の有形・無形資源を向上し、必要時に再構築することで、競争力を維持する能力があり、概して企業のトップマネジメントが行うものとしている。

一方で、現場の管理者が責任を負うオペレー

ションやルーティンは基本的な管理機能であり、優れたオペレーションは競争優位に繋がるとしており、組織能力には、トップマネジメントが行うものと、現場の管理者が行う階層レベルがあると述べている。

Grant (2007) は、組織能力を、定期的で予測可能な活動様式である組織ルーティンが大半の組織能力の基礎をなすとして組織の競争優位の源泉と見なしている。

そして組織能力には階層が存在するとして、専門化された組織能力と、専門化された組織能力を横断して統合する能力が能力の一番上に存在すると述べている。

具体的事例として、病院の心臓疾患の治療の組織能力に、専門化された組織能力として、健康診断、患者の診断、手術前後の看護があり、統合する能力として、病院経営およびサポー

ト機能に関わる組織能力をあげている。

藤田（2007）は、経営資源と組織能力は概念的に区別するべきで、経営資源は既に獲得されたものに対して、組織能力は経営資源を活用するものであり、行為等として把握される概念として、組織能力は経営資源を蓄積・統合・活用して、製品・サービスを生み出す力としている。そのうえで、組織能力には、機能別あるいは事業部門別の組織能力を意味する「個別的組織能力」と、「個別的組織能力」の総合力である「総体的組織能力」という階層レベルが想定出来るとしている。

組織能力には、Teece、Grant、藤田が述べるように階層レベルが存在する。

病院組織は、オペレーションの主役が、専門的訓練を受けたプロフェッショナルであり、作業プロセスの多くはスキルの標準化により実現する専門職組織（Mintzberg, 1981）である。専門職組織では、知識はそれぞれの目的のために生み出され、適用され、維持され、伝達される（Etzioni, 1964）。

羽田（2011）は、藤田の組織能力の階層レベ

ルの存在に基づき、病院組織における専門職である医師、看護師、コ・メディカルスタッフ他の診療スタッフが治療・診療の現場において経営資源を活用する組織能力を「個別的組織能力」と捉え、病院組織において、企画、予算、人事等の経営全般に関わる組織能力を活用する組織能力は「総体的組織能力」と捉えている。

本稿は、Teece、Grant、藤田、羽田の分類を参考に、病院組織の現場において、医療スタッフが現場オペレーション、ルーティンとして治療・診療において経営資源を活用する専門化された組織能力⁵を「オペレーション能力」と捉える。一方で、病院長等のトップマネジメントが担う組織能力と、専門化された組織能力を横断し統合する組織能力である、病院組織の経営全般に関わる、企画、予算、人事等で組織能力⁶を活用するものを「マネジメント能力」と捉える。

病院経営における規制と影響において、このような「オペレーション能力」と「マネジメント能力」の果たす役割を考察する。

図表4 組織能力の説明

	オペレーション能力	マネジメント能力
Teece(2007)	現場の管理者が責任を負うオペレーション、ルーティン	企業のトップマネジメントが行う
Grant(2007)	専門化された能力、健康診断、患者の診断、手術前後の看護	病院経営、サポート機能
藤田(2007)	個別的組織能力 (機能別能力、事業部門別能力)	総体的組織能力 (個別的組織能力の総合力)

出所：筆者作成

Ⅲ. 病院経営における規制と影響

1. 病院経営における規制について

一般企業経営は、最適な経営資源を配分して組織目標遂行に向けた活動を行う。組織は、その時々需要にうまく応えるために既存の経営資源を結集する仕組みを有し（Chandler, 1962）、意思決定メカニズムによって資源と能力を配分する（鈴木, 2006）。

規制業種である病院には、一般事業会社と異なる各種の規制があり、経営上の制約となり、人的資源の配置や、具備が必要な病院設備の設置等において、最適な資源配分を制限し病院の業績に影響を及ぼしている。（図表5参照）

医療を取り巻く様々な規制について、遠藤（2007）は、医療経済学の見地から、医療分野には安全性の確保を目的とした経済的規制と社会的規制が存在すると述べている。

そして、真野（2006）は、経済的規制には、参入制限と料金を定める需給調整規制等があり、医療保険による公定価格がある。社会的規制は、消費者の安全等を目的として一定基準を設定し制限を加える等の規制があり、病院に人的配置基準を定めることが相当するとしている。

わが国の医療制度を定める法規である「医制」は1874年に公布されている。「医制」は、

衛生行政機構、西洋医学に基づく医学教育と医師開業免許制度、医薬分業などの医療・衛生行政に関する幅広い事項が含まれており、わが国の医療行政を司っていた。

戦後のわが国の医療提供体制は医療法によって定められている。医療法は、医療を提供する体制の確保を図り、国民の健康の保持に寄与することを目的として制定されており、営利を目的として病院、診療所等を開設することを否定している。そのため営利法人による医療経営は認められず、医療法人において営利性は否定されており、この考えに基づき剰余金の配当禁止が明確に法律に規定されている（厚生省健康政策局, 1990）。

医療法により、病院の開設は都道府県知事の許可が必要であり、病院の開設者は医師でなければならず、医師・看護師他医療従事者の必要人数も定められており、また病院の各施設の広さ等も決められている。さらに数年毎の医療監視によって経営内容はモニタリングされている。

1985年の第一次医療法改正は、都道府県に地域医療計画の策定を義務付け、二次医療圏毎に必要な病床数を定め、病床過剰地域では、都道府県知事は開設・増床の中止の勧告が出来るという病床規制の導入が図られ（島崎, 2011）、参入規制が導入されるようになっている。

図表5 病院経営上の規制

病院経営上の規制	規制の内容	具体的な規制内容	病院経営への影響
経済的規制	価格設定に関する規制	診療報酬価格は公定価格である	非価格競争による競争
	非営利性に関する規制	剰余金の配当禁止	営利法人の病院経営参入不可
社会的規制	組織運営に関する規制	必要人員と必要設備の具備	人件費削減と設備投資削減の制約
	開設・増床に関わる規制	病床過剰地域は病院新設・増設不可	参入障壁と移動障壁が発生
	専門職種別免許制度による規制	専門職による業務独占規定と名称独占規定	一般企業同様の経営管理手法は通じない

出所：筆者作成

2. 価格設定に関する規制と影響

わが国の医療経営における経済的規制として、病院は営業収入における約9割以上を保険収入に依存しており、病院事業における大部分のサービスの価格は、診療報酬制度に基づく公定価格である診療報酬点数によって決められている。この診療報酬点数は厚生労働大臣と厚生労働省下に設置された諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」の間において決定され（健康保険法 第82条）、個別の病院において独自の価格設定は出来ない⁷。

印南・堀・古城（2011）は、地域保険ともいえる国民健康保険の導入（1938年）、職域保険である職員健康保険法、船員保険法、労働者年金保険法等の社会保険制度の整備に伴い、保険医の強制指定が導入され、診療報酬は厚生労働大臣が定めた公定の診療報酬点数の単価表により、厚生労働大臣から医師に支払われる仕組みに変更され、1944年の診療報酬のあり方を関係者等が議論する場として社会保険診療報酬算定協会の設置により、現在まで続く公定価格としての診療報酬体系の基礎が確立したとしている。

この公定価格である診療報酬点数は2年毎に改定があり、診療報酬点数の改定による点数配分は病院経営に多大な影響は多大を及ぼしている⁸。

他の規制業種である、例えば鉄道事業者やガス事業社や電力会社は規制緩和により価格設定に市場価格が反映されるようになっている。しかし、依然として診療報酬価格は公定価格であり市場価格に移行することは考えられない。

その理由として、遠藤（2005、2007）が

指摘するように、診療報酬は公的医療保険制度により保険償還価格を公定化していることで、患者の自己負担が軽減されている事が根底にあるからである。

市場が効率的であれば、同一の財・サービスは同一価格になるべきである。診療報酬価格は公定価格であることから、個々の診療行為は同じ点数であり同一価格となる。そのため、名医と言われる医師の診療行為の価格と、臨床研修医師の診療行為が同一価格となるという事象が存在する。

このように、医療経営においては公定価格の存在によって、価格競争は発生しない。そのため売上げ（医業収入）を伸ばすには、患者数を増やし、より多くの診療実績を増やすことが必要になり、医療現場における「オペレーション能力」が問われる事となる。一方、売上げが増加した以上に人件費をはじめとするコストが増加しては、医業利益の増加には繋がらない。そのため、効率的な経営によって、人件費等をはじめとするコスト削減をどのように行うかが病院の業績に反映されることになる。このことから、「オペレーション能力」以上に、個々の病院が有する組織能力のうち、特に病院経営全般に係る「マネジメント能力」の違い⁹が病院間に赤字病院と黒字病院となる業績格差をもたらすことに繋がるのである。

3. 非営利性に関する規制と影響

医療法人は「剰余金の配当をしてはならない（医療法第54条）」という定めがあるので営利法人による病院経営は不可となっている。

この規制について、遠藤（2007）は、出資者の利益配当を禁ずることで、医療現場に利潤追求圧力が及ばないために規制を設けてい

るとしており、その規制の根拠について次のように述べている。営利企業である株式会社は、出資者である株主の求める、株価の上昇と配当の増加に繋がる企業の利潤追求行動を追求する。この利潤追求行動は顧客の求めるものを効率的に生産、供給することで社会的に望ましい市場原理を有する。一方、医療は情報の非対称性の存在や、医療保険制度によって患者の自己負担は常にサービスの実勢価格を下回り、病院の報酬価格は公定価格で硬直的であるという、不完全な市場である。そのため、利潤動機が資源配分を効率化する保証はなく、医療に利潤動機が働くことは、結果として、医療の質低下や過剰医療等の非効率を生じる可能性があるためとしている。

但し、この非営利性について、亀川（2007）は、医療経営は出資者の利潤請求権を認めないだけであり、多様なステークホルダーの要求を満足させねばならず、その結果として魅力的な病院等には経営資源が集まり、環境に適合できない病院等からは、経営資源が流出することに繋がる、と述べており、病院経営において非営利性を謳うことで利潤動機を否定することの誤りを指摘している。

今村・康永・井出（2006）は、わが国の医療経営は、営利を目的としないことと、十分な設備投資によって医療の質と安全を維持・向上する財政的基盤の確立が求められているとしている。

このことは、一見背反するよう思われるが、ここで営利を目的としないということは、出資者へ剰余金の配当がないことであり、医療の質を担保するのに必要な設備投資に備えた適正利潤の追求まで否定するものではない。それにも拘わらず、病院組織は非営利である

ことを誤解して、利潤動機を否定して、結果として業績が芳しくない病院組織もある。

非営利性に関する規制は、医療経営に営利企業が参入出来ないという「参入障壁」を形成することで市場競争は制限されている。一方で、医療の非営利性は適正利潤の追求を否定するものではなく、医療の質を担保するのに必要な設備投資の要求に応える必要がある。

そのため、適切な病院経営を行う組織能力のうち、病院経営全般に係る「マネジメント能力」の向上が強く求められるのである。

4. 組織運営に関する規制と影響

資源ベース・アプローチは、各病院の経営資源と組織能力が異質であることを前提としている。各病院が有する資源の希少性と模倣困難性は、病院経営における持続的な競争優位の源泉となる。

しかし、規制業種である病院には、一般事業会社と異なる規制が、経営上の制約となり、最適な資源配分を制限し、病院の業績に影響を及ぼしている。

病院には安全性の確保を目的とした社会的規制として組織運営に関する規制がある。

遠藤（2007）は規制の根拠として、医療の質を担保する目的で規制しており、本来の医療の過程や結果を直接評価して規制することが難しいため構造他を規制していると述べている。

一般事業会社と異なり、病院の病院長には資格要件がある。病院の病院長は臨床研修を修了した医師でなくてはならない（医療法第10条）。そして、2つ以上の病院長を兼ねることは、都道府県知事の許可を得た場合を除き、不可である（医療法第12条）。この規制

のため、いかに経営能力に優れた人物であっても、臨床研修を修了した医師でない限り病院経営のトップに就任することは不可となっており、経営手腕に優れた人材にとって病院経営における「参入障壁」を形成することになっている。

病院は、定められた人員と施設を有して、記録を備えなければならない（医療法第21条）。病床の種別に応じて医師、看護師、その他の従業者を雇用しなければならず¹⁰、診療室、手術室、処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤室、給食施設、診療に関する諸記録、その他厚生労働省令で定める施設が必要である¹¹。医療法は、最低限必要な人員と診療設備とその診療設備の面積等を定めており、例えば病院経営において人件費削減のための人員削除や、設備費用の圧縮目的での設備削減も限定的にならざるを得ないという特性がある。

病院組織は多くの専門スタッフと事務部門によって運営されている。病院組織の専門スタッフの特徴を先行研究者は以下のように述べている。

病院のオペレーションの主役は、専門的訓練を受け、スキルが高く自分の仕事に対して大幅な権限を委ねられているプロフェッショナル専門職であり、主体性と自立性を持ちたがるため、組織としての管理活動にも非協力的になりがちである（杉，1981；Mintzberg, 1981）。

病院組織は、「専門的組織」として、多くのプロフェッショナルな職種が複合的に合わさっており、スタッフとして専門職である医師と看護職他コ・メディカルスタッフが存在する（Etzioni, 1961、1964；桑田・田尾，

1998）。

そして、専門職を支える事務部門について以下のように述べている。病院組織の、専門職等を支える事務職等のサポート組織の仕事はバラエティに富んでいるものの、多くはプロフェッショナルがやりたがらない単純なルーティン作業である（Etzioni, 1961；Mintzberg, 1981）。

医師をはじめとする専門職である診療スタッフが医療サービスの提供を行うこと、および病院の医事業務の窓口業務や会計業務等が行うルーティン業務は、組織能力のうち「オペレーション能力」である。一方、病院の企画部門、財務部門等の業務は「マネジメント能力」に相当する。

今日では、事務職による病院組織の全般に関わる組織能力である「マネジメント能力」が病院経営の要諦となっており、病院の業績格差は、「マネジメント能力」の違いが大きく影響を及ぼしている。

5. 開設・増床に関わる規制と影響

病院の開設や増床は病院の都合で自由に行うことは、医療法による規制のため不可となっている。島崎（2011）は、医療法の改正（1985年）により、地域医療計画の策定を都道府県に義務付け、二次医療圏毎に必要な病床数を定めることになり、病床過剰地域では、都道府県知事は開設・増床の中止の勧告することができるとして病床規制の導入が図られたとしている。

医療法は病院の開設・増床を次のように規制している。病院を開設する際は開設地の都道府県知事の許可を受けなければならない（医療法第7条）。

そして、病院の病床数や病床の種別等を変更する際は都道府県知事の許可を受けなければならない（医療法第7条2項）。この際に都道府県が定める「医療計画¹²」において基準病床数に既に達している場合は、病院の開設および病院の増床の認可を与えないことができる（医療法第7条の2）。

これについて、印南・堀・古城（2011）は、医療法第一次改正（1985）で医療圏の設定や地域医療計画の策定がなされたものの、それらは総合的な医療提供体制の整備というよりも病床規制を主とする新規参入規制というべきものであったと述べている。

また遠藤（2007）は、病床規制は、人口当たりの病床数と1人当たりの医療費に相関が見られるため、医療費抑制の視点より病床数を抑制するものであるとし、典型的な参入規制であると述べている。

地域医療計画に基づく、病床規制は、病院の開設や増床を規制するもので、病院経営に参入する際の「参入障壁」であると同時に、中小病院が大病院へ移行することを妨げる「移動障壁」となり、病院の業績に影響を及ぼすものとなっている。

6. 専門職種別免許制度による規制と影響

資源ベース・アプローチは、経営資源である人的資源と、その人的資源によって行われる組織能力は異質であることを前提としている。病院は以下のように様々な資格を有する専門職者が定められた行為を行うところに一般企業と異なる特殊性がある。

病院従事者の職種として、医師、看護師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等があり、病院従事者で専門資格を有さないのは事務職のみと言われている。

これらの職種は異なる資格要件に基づく免許制があり、業務範囲等は個別の法令によって定められている。

たとえば医師は医師法、看護師等は保健師助産師看護師法、診療放射線技師は診療放射線技師法、臨床検査技師は臨床検査技師法、には「免許取得者でない者はこれらの業をしてはならない」等の業務独占規定と「名称を用いてこの業をしてはならない」等の名称独占規定がある。

このうち医師は各身分法に規定する業務独占行為を行えるだけでなく、看護師、理学療法士・作業療法士等のコ・メディカルスタッフは、医師の指示・管理の下で業務を行うという構成になっており、医師はオールマイティの権限を持ち、コ・メディカルスタッフは医師の指揮下に置かれることに、わが国の医療関係の身分法の大きな特徴がある（島崎，2011）。このことは、病院における診療行為と診療報酬の発生は、医師が行うものと、医師の指示・管理の下で業務を行うことに起因しているからである。

最近では、チーム医療¹³の進展によって、患者を取り巻く様々な診療スタッフが協力しながら治療に取り組むようになってきている。そのため、「人的資源」である医師をはじめとするコ・メディカルスタッフが診療現場において活用する「オペレーション能力」の差が病院の診療実績の違いになっている。

一方で「オペレーション能力」によって売上（医業収入）の増加に繋がるものの、費用の配分次第では医業利益の増加には繋がらな

い。そこで病院経営全般に係わる「マネジメント能力」が業績格差の要因となるのである。

IV. まとめ

規制業種に属するわが国の病院は、社会的規制としての地域医療計画による病院の開設・増床の規制によって、新たな病院設立が制限されている。また経済的規制の非営利性に関する規制によって病院経営に営利法人は参入が出来ない。

このような「参入障壁」の存在の結果として、わが国の病院数は、1990年の10,096病院をピークにその後漸減し、現在は約8,600病院となっており、病院数の減少は継続している(図表6参照)。

このことから、規制による「参入障壁」は有効に機能したと捉えられ、既存病院にとって、5fosesの「新規参入の脅威」(Porter, 1980)は軽減されるものとなった。

わが国の病院は、経済的規制である、公定価格の存在によって、価格競争が発生しないため、売上(医業収入)を増やすために、来院患者・入院患者を増やし診療実績を増やすため、医療スタッフが治療・診療において現場オペレーションで活用する「オペレーション能力」の差が問われることになる。

しかし、売上(医業収入)増加以上に人件費をはじめとするコストが増加しては、結果として病院の収益に結びつかない。

そのため適正な利潤の追求のための人件費をはじめとするコストを適正に調整する「マネジメント能力」の差が病院業績に反映されることとなる。

病院組織は前述のように多くの専門スタッ

フと事務部門によって運営されている。

今村ほか(2006)は、病院経営の方向性をもって動かすには、企画、予算、人事が必要であり、組織が何をして将来どうするのかの方針決定(企画)、資金をどのように投資回収していくか(予算)、人をどのように配置するのかが必要になる。と述べ、事務職によるマネジメントの重要性を謳っている。

亀川(2007)は、医療経営には、芸能界におけるタレントとマネージャーのように医療行為と経営の分離が求められていると述べている。優秀なマネージャーはタレントの能力を発揮する仕事を創造するように、大学においても、教授による教育と職員による経営は分離が求められているとして、病院組織における事務職による経営マネジメントの重要性を謳っている。

今村ほかと亀川が述べるように、今日では、事務職による病院組織の全般に関わる組織能力のうち「マネジメント能力」が病院経営の要諦となっている。そのため、病院の業績格差は、「マネジメント能力」の違いによってもたらされるのである。

現在、公立病院は、改革プランの策定が義務付けられ、効率的な病院運営を行う旨の要請が出ている(図表7参照)。

この改革プランの内容は、経営の効率化、再編・ネットワーク、経営形態の見直し、によって効率的な病院経営を行うことが謳われている。そして効率的な運営が出来ない場合は、近隣の病院との再編等により経営内容を見直す他、経営形態の見直しによって、公設民営を含めた経営主体の変更も辞さない内容となっている。

社会的規制の存在によって新規参入の脅威

が無く、経済的規制の公定価格の存在によって価格競争に巻き込まれず、経済的規制の非営利性によって適正利潤の追求を見送っていた公立病院においても効率的な経営が意識されるようになってきている。

そのため、病院経営における、組織能力のうち「マネジメント能力」が強く要求されるようになってきているのである。

本稿は、社会的規制と経済的規制を有する病院経営において、規制の存在が病院経営における影響について理論的な考察を行ったものである。医業損益を目的変数として、病院の各種の経営指標を独立変数とする多変量解析による実証検証による規制の影響に関する研究については、次回試みる予定である。

図表 6 病院数推移

単位 施設数										
1970年	1975年	1980年	1985年	1990年	1993年	1996年	2002年	2005年	2009年	2011年
7,974	8,294	9,055	9,608	10,096	9,844	9,490	9,187	9,026	8,739	8,615

出処：厚生労働省 医療施設調査

図表 7 公立病院改革プラン

改革プラン	内容
経営の効率化	経営指標に係る数値目標を設定（経常収支率、職員給与費率、病床利用率） 「経常黒字」の達成（民間病院並の効率性追求）
再編・ネットワーク化	二次医療圏単位での経営主体の統合推進 病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
経営形態の見直し	地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化 指定管理者制度、民間譲渡を提示

出処：総務省 公立病院改革ガイドラインのポイント

(注)

- わが国は国民皆保険制度によって健康保険証を提示することで患者の希望する病院での受診が可能である。たとえば米国は、患者が加入している医療保険によってはすべての病院に受診することは出来ない。また、イギリスは最初に家庭医の受診が必要である。
- 病院の業績は、例えば手術件数、平均在院日数等の診療実績を表す場合もあるが、本稿は経営戦略論が前提とする競争優位の源泉がもたらす収益を表すものとして、病院会計準則上の利益のうち、特に本業での収益状況を意味する医業利益（企業会計における営業利益）を意味する。
- 医療スタッフがより多く集まる病院はマグネットホスピタルとして、安定した経営を行える反面で、医師・看護師が大量退職したことにより廃院に至った病院もある。
- 本稿は、規制が病院経営に及ぼす影響の理論的考察を行

う。病院の経営指標を用いた多変量解析による実証検証は、羽田(2011)の研究を参考に次の機会に試みる予定である。

- 「オペレーション能力」の具体例には、医師による手術、看護師による看護手順、コ・メディカルスタッフが係るクリニカルパス等が上げられる。これらを表す指標として手術件数、平均在院日数、1人1日当たり点数、クリニカルパス件数がある（羽田、2011）。
- 「マネジメント能力」の具体例には、病院組織の将来どうするかの方針決定（企画）、資金の投資回収方針（予算）、人材の採用配置方針（人事）がある。
- 医療経営人材育成テキスト「経営戦略の構築 制度・政策」p16より。尚、売上高に占める1割以下の差額ベッド代や健康診断・人間ドックなどは、価格設定に関する特別な規定はなく、各病院の裁量によって設定することが出来る。
- 診療報酬点数（医科・薬価等合計）は、前年対比2000

- 年0.2%、2002年－2.7%、2004年－1.0%、2006年－3.16%、2008年－0.82%、2010年0.19%で推移している。
- 9 価格競争の発生しない病院経営にあつては、経費節減が医療損益に強く反映される。しかし、医療法により医療スタッフ配置要件と必要設備具備が定められており、人員削減と設備節減は難しい。また、人件費削減目的による人員削減は、医療スタッフの離反を招き結果として病院運営に支障を来す。適正な人件費率と患者増加による医療収入の増加を図ることは、企画・財務部門等が大きく係わる「マネジメント能力」の巧緻が強く問われる。
 - 10 一般病院の標準人員は、医師は3＋（入院患者＋（外来患者／2.5）－52）／16であり、看護師は入院患者／3＋外来患者／30であり、薬剤師は入院患者／70＋外来患者に係る取扱処方箋／75のように定められている。
 - 11 一般病院の施設構造基準として、病室面積は患者1人当り6.4㎡、片側廊下幅1.8m以上等の定めがある。
 - 12 医療法第30条の4で、都道府県は基本方針に即して地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画を定めており、病院の病床数の設定等を定めている。
 - 13 高橋（2004）によれば、質の高い医療サービスの提供には、スタッフ間の協調は不可欠であり、患者を取り巻くさまざまなスタッフが協力しながら治療に取り組むことをチーム医療と呼ぶ。チーム医療では、スタッフがその専門性や経験を生かし、治療方針を検討している。

【参考文献】

- Barney, J.B. [1991] “Firm Resources and Sustained Competitive Advantage,” *Journal of Management*, Vol.17, pp.99-120.
- Barney, J.B. [2002] *GAINING AND SUSTAINING COMPETITIVE ADVANTAGE*, Pearson Education, Inc. (岡田正大訳 [2003]) 『企業戦略論』ダイヤモンド社).
- Chandler, A.D. [1962] *STRATEGY & STRUCTURE*, Massachusetts Institute of Technology. (有賀裕子訳 [2004] 『組織は戦略に従う』ダイヤモンド社).
- Collis, D.J. and Montgomery, C.A. [1998] *Corporate strategy*, McGraw-Hill Companies. (根来龍之・蛭田啓・久保亮一訳 [2004] 『資源ベースの経営戦略論』東洋経済新報社).
- Etzioni, A. [1961] *A Comparative Analysis of Complex organizations*, The Free Press of Glencoe, Inc. (綿貫謙治訳 [1966] 『組織の社会学的分析』培風館).
- Etzioni, A. [1964] *MODERN ORGANIZATION*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J. (渡瀬浩訳 [1967] 『現代組織論』至誠堂).
- Grant, R.M. [2007] *Contemporary Strategy Analysis*, Blackwell Publishing Ltd.
- Mintzberg, H. [1981] “Organization Design: Fashion or Fit?,” *Harvard Business Review*, January-February. (『組織設計流行を追うか適合性を選ぶか』DIAMOND ハーバード・ビジネス』1981年6月号).
- Penrose, E.T. [1959] *The Theory of The Growth of The Firm*, Oxford University Press. (末松玄六訳 [1962] 『会社成長の論理』ダイヤモンド社).
- Porter, M.E. [1980] *COMPETITIVE STRATEGY*, The Free Press, A Division of Macmillan Publishing Co., Inc.
- Rumelt, R.P. [1984] “Towards a Strategic Theory of Firm,” in R. Lamb, B.ed., *Competitive Strategic Management*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, pp.556-570.
- Saloner, G., Shepard, A. and Podolny, J. [2001] *STRATEGIC ANAGEMENT*, John Wiley & Sons, Inc.
- Teece, D.J. [2007] “Explicating Dynamic Capabilities: The Nature and Microfoundation of (Sustainable) Enterprise Performance,” *Strategic Management Journal*, Vol.28, No.13, pp.1319-1350.
- Wernerfelt, B. [1984] “A Resource-based View of the Firm,” *Strategic Management Journal*, Vol.5, pp.171-180.
- 今村知明・康永秀生・井出博生 [2006] 『医療経営学』医学書院.
- 医療経営人材育成事業 [2006] 『医療人材育成テキスト Ver.1.0』医療経営人材育成事業ワーキンググループ事務局.
- 印南一路 [1988] 「組織としての病院」『組織科学』Vol. 31, No.3, pp.16-26.
- 印南一路・堀真奈美・古城隆雄 [2011] 『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社.
- 遠藤久夫 [2005] 「診療報酬制度の理論と実際」池上直己・遠藤久夫（編著）『医療保険・診療報酬制度』勁草書房, pp.55-92.
- 遠藤久夫 [2007] 「医療における競争と規制」西村周三・田中滋・遠藤久夫（編著）『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房, pp.123-151.
- 亀川雅人 [2007] 「医療経営の特殊性」亀川雅人（編著）『医療と企業経営』学文社, pp.1-21.
- 桑田耕太郎・田尾雅夫 [1998] 『組織論』有斐閣.
- 厚生省健康政策局指導課 [1990] 『医療法人制度の解説』日本法令.
- 厚生省医務局 [1955] 『医制八十年史』印刷局朝陽会.
- 島崎謙治 [2009] 「公立病院改革の本質と課題」『社会保険旬報』NO.2394. 2009/7/21, pp.6-15.
- 島崎謙治 [2011] 『日本の医療』東京大学出版.
- 杉政孝 [1981] 『病院経営と人事管理』日本労働協会.
- 鈴木秀一 [2006] 『企業組織とグローバル化』世界思想社.
- 高橋泰 [2004] 「病院・福祉施設で働く専門職各部門の業務」国際医療福祉大学医療経営管理学科（編）『医療・福祉経営管理入門』国際医療福祉大学出版, pp. 204-231.
- 根来龍之・稲葉由貴子 [2009] 「事業形態・独自資源と収益率格差との関係」『経営情報学会誌』Vol.18, No.2, pp.113-137.
- 羽田明浩 [2011] 「経営戦略論の見地による病院間の業績要因の検証」『日本マネジメント学会誌』Vol.14, No.2, pp.29-39.
- 藤田誠 [2007] 『企業評価の組織論的研究』中央経済社.
- 真野俊樹 [2006] 『入門医療経済学』中央公論新社.