

# 福岡県の病院における組織の変遷

浅川 哲郎

1. はじめに
2. 米国における病院の歴史と規模の推移
3. 病院組織の類型
4. 二次的組織
5. 日本における医療システム整備の単位：  
保健医療圏について
6. 飯塚病院について
7. 聖マリア病院について
8. 病院における原価計算システム
9. 終わりに

## 1. はじめに

厚生労働省は平成23年9月29日、国民が平成21年度1年間に使用した医療費の総額を示す国民医療費の統計を発表した。それによると国民医療費は平成21年度に前年度比3.4%増の36兆67億円となり、過去最高を更新している。高齢化の進展と医療技術の進歩によるコスト増が医療費を押し上げており、一人あたりの医療費は若年層を含む全世代で増加した。同省によると平成25年度に国民医療費は50兆円を越す見込みであるという<sup>1)</sup>。日本における医療費の高騰は以前より指摘されていたが、それを裏づけるデータが発表されたと言えよう。

目を海外に向けても同じことが言えそうである。米国においても医療費の高騰は社会問題化しており、これが大手自動車会社のゼネラル・モーターズが2009年に連邦倒産法第11条を申請する、財務状況悪化の原因とされた。米国の場合は、健康保険制度が、民間保険会社が提供する健康保険商品によって支え

られ、その保険料は多くの場合、雇用者が負担することになる。よって医療費の高騰は企業経営に大きく影響するのである。

医療サービスを適切な品質、原価にて提供するには、どのようなシステムが適当であるかは、病院組織、健康保険制度など数多くの場面で議論されるところであろう。本稿では、病院組織を中心に考察したい。まず米国における病院組織の類型を明らかにし、その後、福岡県における2つの大病院の組織の変遷を分析することにする。

## 2. 米国における病院の歴史と規模の推移

まず、表-1をご覧ください。米国における病院規模と収入の推移の表である。米国において病院の規模は、日本と比較して大きく、2009年における平均の病床数は、806床である。従って病院そのものの数は5,008と、日本と比較すると少なく感じられる<sup>2)</sup>。それにも増して、目を引くのがこの10年間の患者収入の伸びで、入院患者収入、外来患者収入、ともに2倍以上、増加している。この10年間に、米国社会において際立った人口の増加などはなく、ただ自然に増加した結果である<sup>3)</sup>。米国では65歳以上の高齢者はメディケアという公的保険に加入することになるが、2011年以降、いわゆる第二次世界大戦後に誕生したベビー・ブーム世代が対象になり、またオバマ政権の国民皆保険政策も2014年以降、実行される。従って、むしろ今後、医療費の著しい伸びは予想される訳で、不断の医療システム改善は強く要請されるところであ

表一 米国における病院規模と収入の推移

年	1950	1970	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
病院数	6,788	7,123	5,384	4,915	4,908	4,927	4,895	4,919	4,936	4,927	4,897	5,010	5,008
床数 (単位: 千床)	1,456	1,616	927	824	826	821	813	808	802	803	801	808	806
入院患者数 (単位: 千人)	18,483	31,759	31,181	33,089	33,814	34,478	34,783	35,086	35,239	35,378	35,346	35,761	35,527
入院患者収入 (単位: 百万ドル)	N/A	N/A	N/A	481,754	544,088	622,963	721,920	792,899	868,755	939,460	1,013,169	1,090,598	1,154,085
1人当りの入院患者収入 (単位: ドル)	N/A	N/A	N/A	14,559	16,091	18,068	20,755	22,599	24,653	26,555	28,664	30,497	32,485
外来患者数 (単位: 千人)	N/A	181,370	301,329	521,404	538,480	556,404	563,186	571,569	584,429	589,553	603,300	624,098	641,953
外来患者収入 (単位: 百万ドル)	N/A	N/A	N/A	255,130	289,606	338,185	392,060	446,498	510,149	570,421	632,728	711,919	802,893
1人当りの外来患者収入 (単位: ドル)	N/A	N/A	N/A	489	538	608	696	781	873	951	1,049	1,141	1,251
正規従業員数 (単位: 千人)	1,058	2,537	3,420	3,911	3,987	4,069	4,109	4,148	4,257	4,343	4,465	4,550	4,585
1病院当りの入院患者数 (単位: 人)	2,723	4,459	5,791	6,732	6,890	6,998	7,106	7,133	7,139	7,180	7,218	7,138	7,094
1病院当りの外来患者数 (単位: 人)	N/A	25,463	55,967	106,084	109,715	112,930	115,053	116,196	118,401	121,687	123,198	124,570	128,186
1病院当りの正規従業員数 (単位: 人)	156	356	635	796	812	826	839	843	862	881	912	908	916

出所: Hospital Statistics 2006および2011, American Hospital Associa より筆者作成

ろう。

### 3. 病院組織の類型

本稿は病院組織について議論していく訳であるが、その組織構造を分析しよう。一般的に、企業体の組織は、機能別組織と部門別組織、マトリックス組織の3つに分類される。各組織の性格についてであるが、病院が各組織を採用する場合には、機能の分化とプログラムの統合との観点から、図-1のように示すことができる。

ここで機能による区分とは専門性や機能の特性から組織を分割することを意味し、その対極にあるプログラムの統合とは異なる診療科や機能における業務を統合することを意味する。実際の病院では要素の多少はあるがその両方が必要とされている。通常、組織論においては、機能別組織と部門別組織、マトリックス組織の3つが基本構造とされる<sup>4)</sup>。これらは部門の存在を前提として構成されているものである。また以下に詳述するパラレル組織やプログラム組織は医療における品質向上などを目的としてマトリックス組織に修正を加えていったものであると考えられる。3つの基本構造の組織形態を基礎に、プロジェクト・チームや機能横断的委員会などを加味した組織を二次的組織 (Collateral organization) と呼ぶ研究者もいる<sup>5)</sup> が、パラレル組織やプログラム組織はまさに二次

的組織ということができよう。ここでは、まず3つの基本構造の組織の病院における具体例を紹介しよう<sup>6)</sup>。

#### a. 機能別組織 (Functional Design)

機能別組織は、労働力が機能分野ごとに分けられる場合に用いられる。例えばナースング・ホームや慢性病施設、もしくは病床数が100床以下の小規模の病院で、入院部分が治療部門と分かれる場合などに利用されている。経営管理の視点では、機能別組織は機能職階を基準とした中央集権的な管理を可能にする。また部門長は、普通、組織の中から登用され当該部門に関しては深い知識を有する人材が就任する。

機能別組織は、組織が拡大し多様化した場合には部門間の調整機能を持たない、という短所が存在する。実際、この組織の病院は1983年メディケア制度改革法前には良く用いられたが、その後の病院組織の大規模化、複雑化には対応できていなく、最近ではあまり用いられていない。

#### b. 部門別組織 (Divisional Design)

部門別組織は、事業部制組織ともいわれ教育医療施設 (academic medical centers: 以下「AMCs」と略す) のような医学校と研究所との間の研究活動が分けが必要で、同じ組織にすると不都合な場合に用いられる。またこの組織は多くの製品を大きな市場で販売している医薬品会社などでも見られる。部門別組織は組織の中に明確な部門を設けること

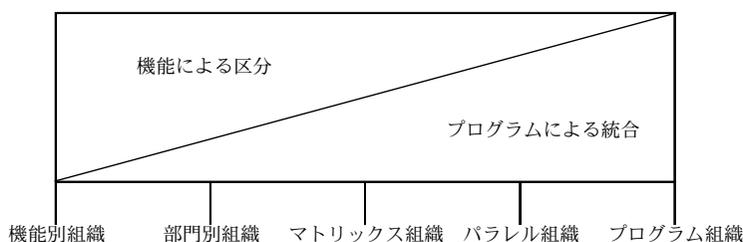


図-1 各病院組織の特性

出所：Charnes M. and Smith- Tewksbury L. J (1993), *Collaborative management in health care*, Jossey-Bass, p. 28.

ができ、独立した機能を持たせることができる場合に適している。AMCsでは伝統的に医療の専門性、例えば、内科、外科などの括りで部門を設けていたが、ごく最近ではそういう伝統的な部門をまたがる製品ライン、つまり疾病予防部門、リハビリテーション部門のような患者側のニーズに合わせた部門を設定する傾向にあるとしている。

部門別組織は、意思決定に必要な専門性を有する各部門に委譲することが必要で、個々の部門は治療や財務的な判断に関しては独自に行う。ただし部門別組織においては部門同士の情報交換が乏しいため、必要な資源が不足した場合に不都合が生じる。また部門間で権限等を巡り、組織内で衝突が起こる要素も含んでいることが指摘されている。

#### c. マトリックス組織 (Matrix Design)

機能別組織や部門別組織の短所を克服するため、病院組織にも参加型の業務フローを実現するために組織の横断的調整を可能にするマトリックス組織が用いられるようになった。マトリックス組織は二重の権限構造を持つことが特徴で、看護や給食などの機能面のマネージャーと鬱病担当やアルツハイマー病担当などのプログラム面のマネージャーが存在し、それぞれが共通の上長に業務状況を報告し、共通の部下に対しては権限を行使する。マトリックス組織は研究開発型の高度に専門性を有する組織に適しており、それぞれの専門家が交流することによりその能力を引き出すことができる仕組みである。

マトリックス組織の短所は二重の権限構造により、二人のマネージャーの上長を持つ部下が判断に迷うことがあること、また、二人のマネージャーの打ち合わせに時間と費用を消費することなどがある。しかしマトリックス組織は、現在では複数の専門分野を提供する、より患者治療に焦点を当てた病院には一般的な組織構造になっている (図-2)。

これらの組織と病院経営戦略との関係であるが、機能別組織、部門別組織、マトリック

ス組織の基本的組織と、病院の経営戦略との適合性は表-2のように示すことが可能である。

組織本来の長所からすると機能別組織の方が原価管理の面で他の組織より優れているが、大規模な組織の管理を行う必要性から部門別組織やマトリックス組織への移行が進んでいる。

## 4. 二次的組織

1980年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化は特に医療品質の劣化をもたらし、損なわれた品質を回復するために病院の組織も患者の高い品質への要求に柔軟に対応できるように自主的判断を行うことが求められるようになった。このような組織を自律的組織と呼ぶことができる。次のパラレル組織とプログラム組織は自律的組織の部分、つまり従業員参加の仕組みを持つものである<sup>7)</sup>。

## 福岡県の病院における組織の変遷

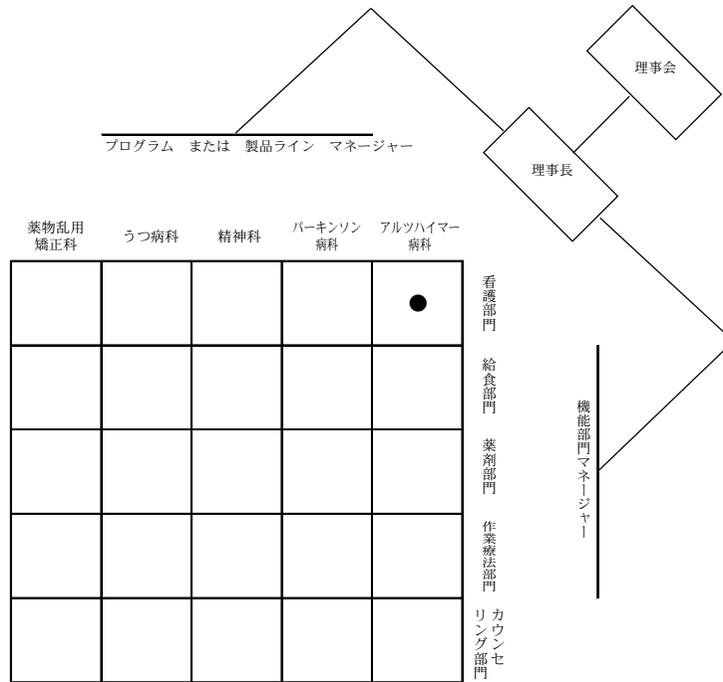


図-2 マトリックス組織

出所：Leatt, Prggy., Baker, G. Ross. and Kimberly, John R.(2006), *Organization Design*, in(ed) Shortell, Stephen M. and Kaluzny, Arnold D., *Health Care Management, 5th Edition*, Thomson Dearing, p.332.

表-2 必要とされる戦略と組織構造

	高い 標準化	←	→	高い 柔軟性
必要とされる戦略	機能別組織	部門別組織	マトリックス組織	
高度な調整	×			
高度な標準化	×			
分野/機能の専門性	×			
効率性	×			
高度な管理	×			
ゼネラル・マネージャーの育成		×		×
高度の治療の自律性	×			
市場に連動した分権化した意思決定		×		
サービスを患者に応じて変更する必要性		×		
一環したイメージ	×			
地域に応じた調整の必要性		×		
類似技術を用いた治療				×
高度の創造性や革新の必要性		×		×
高度の安定性	×			
新しい技術を開発する必要性				×
コスト面で優位に立つ必要性	×			
サービスが多様である必要性		×		
組織の規模が大きい		×		

出所：Swayne, Linda E., Duncan, W. Jack. and Ginter, Peter M.(2006), *Strategic Management of Health Care Organizations, 5th Edition*, Blackwell Publishing, p.390.

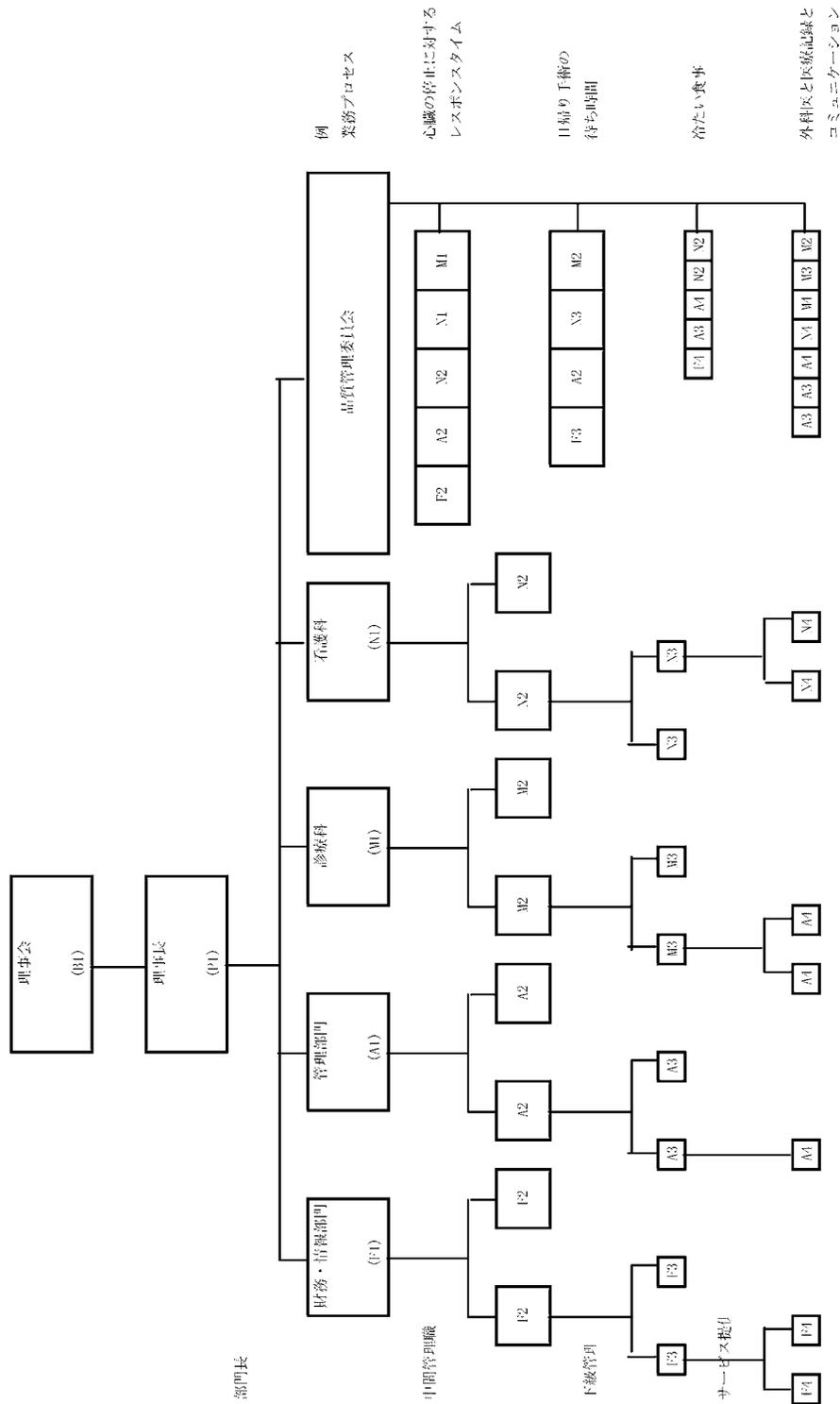


図-3 パラレル組織

出所: Lcatt, Peggy., Baker, G. Ross. and Kimberly, John R. (2006). *Organization Design*, in (ed)Shortell, StephenM. and Kaluzny, Arnold D., *Health Care Management, 5th Edition*, Thomson Delmar Learning, p334.

#### a. パラレル組織 (Parallel Design)

パラレル組織は、ルーティンワークを担当する官僚制組織と複雑な問題を解決する参加型の仕組みを持つ組織（パラレルサイド）との2つの組織構造が平行(Parallel)的に存在する組織である。このパラレル組織は、始めは労働の質を向上させる仕組みとして開発された。パラレル組織は組織の内部と外部の変化に対応できる利点を持つ。

パラレル組織は、通常、品質の持続的改善(Continuous quality improvement: 以下「CQI」と略す)や全病院的品質管理(Total quality management: 以下「TQM」と略す)を導入している組織に採用されている。パラレルサイドは組織の官僚制組織の部分から選任された委員による品質会議(Quality council)によって運営され、同会議がCQI/TQMの必要な部署を識別し、そのサービスの改善を図ることになる。品質会議のメンバーは全ての部署、職位から選任されるためにパラレル組織は、従業員参加型の組織となることができ、実績や品質の向上が期待できる。その反面、短所としては従業員が会議に多くの時間を費やされ運営の費用がかかる、ルーティンワークの意思決定の責任を従業員が負った場合に官僚的組織の色合いが濃くなる、組織の優先順位や資源配分に関して2つの組織構造の間に衝突が起きる可能性がある、などが指摘されている(図-3)。

#### b. プログラム組織 (Program Design)

プログラム組織もしくは製品ライン組織とは、ひとり人間がある製品について全てを担当するもので、製造業や製薬会社などではしばしば採用されている組織である。プログラム組織の形態は図-4に示されているが、ここで製品ラインは損益センターであり、担当者は製品の損益と人事や製品企画も含む製品の提供に関しても責任を負う。このように製品ラインごとに経営管理すると、組織管理に関し効率的でマーケットシェアも拡大できる長所がある。なぜなら関係する製品の間で

損益分析が可能で、冗費が削減できるからである。

病院がプログラム組織を採用する場合には、関係するグループに従来の組織構成とは異なる部分が多いためにグループ・メンバーへの教育が必要であるし、加えて医療サービス(製品ライン)のグルーピングやグループ・マネージャーを選定・教育する場合にも努力を要することになる。これらの作業は病院経営幹部の判断を仰いで行われる必要がある。医療サービスのグルーピングとしては、例えば婦人科、腫瘍病、心臓病、リハビリテーション、薬物中毒などが考えられる。またグループ・マネージャーの人は重要で、製品ラインの専門知識と分析力・交渉力に富んだ人間である必要がある。プログラム組織を効率良く運営するには、診療、財務、患者数のデータを統括する情報システムや会計責任を明確にするため損益を区分できる予算管理システム等が必要とされる。しかしプログラム組織は、ある研究者らが11の病院の調査において示したように、品質向上や能力開発の点で問題があるという指摘もあり<sup>8)</sup>、現在の段階では有効かどうかの評価が定まっていない。

これらパラレル組織とプログラム組織は原価の低減よりもむしろ医療の品質向上に重きをおいた組織といえるが、1983年に出版されたリート(Peggy Leatt)らの改訂前の著書には紹介されていない。従ってこの2つの組織は1980年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化により損なわれた品質を回復のするために考案・実践された仕組みであると考えられよう。

それでは病院組織は今後どのように展開していくのであろうか。この点について、ある研究者は、病院組織の将来像について表-3のように予想している。

この表においても指摘されているように、将来の病院は従来型の外科や内科といった組織ではなく心臓病やリハビリテーション科な

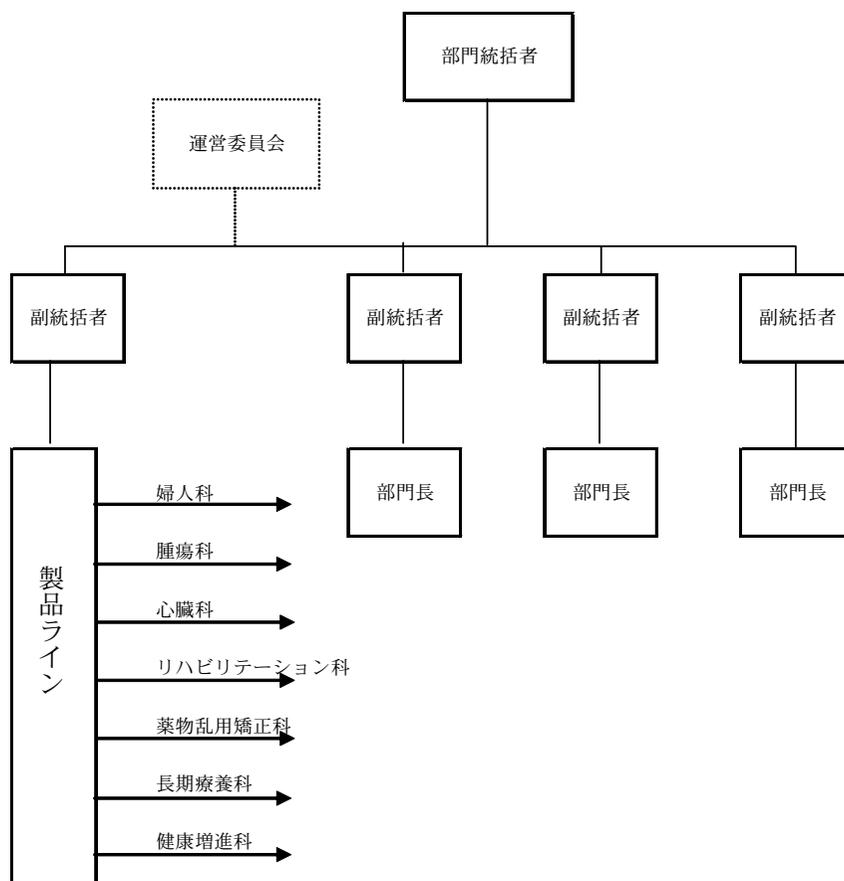


図-4 プログラム組織

出所：Leatt, Peggy., Baker G. Ross, and Kimbery, John R.(2006), *Organization Design*, in (ed) Shortell, Stephen M. and Kaluzny, Arnold D., *Health Care Management, 5th Edition*, Thomson Delmar Learning, p.335.

ど、より患者のニーズにきめ細かく応じた組織になっていくものと予想され、そのための治療体制は固定的なものからネットワークや提携を利用したチーム治療体制へと移行するものと考えられている<sup>9)</sup>。

医療の提供がネットワークや提携を利用したチーム治療体制へと移行すると原価計算システムとしてはどのように変化するのであろうか。病院組織がネットワークや提携を利用したチーム治療体制に移行するに従い、原価部門を詳細に設定することにより正確な原価情報を把握するというよりも、活動ごとの原

価を把握する活動基準原価計算<sup>10)</sup> (Activity-based costing: 以下「ABC」と略す) やさらに進んでマイクロ・コストイング (Micro Costing) の適用がより役に立つと考えられるようになると推測される。マイクロ・コストイングとは、特定の患者もしくは医療サービスによって消費された実際の資源を極めて厳密に調査する手法である<sup>11)</sup>。診療報酬の償還はメディケア制度の運営上、部門を基準になされてきたが、原価管理という視点からは部門など組織的な結びつきを超えてABCなどのように活動を基準にしたより厳密な原価

## 福岡県の病院における組織の変遷

表－3 病院組織の将来像

伝統的モデル	変更の要素	将来モデル
階層型 (Hierarchy) トップ・ダウン	組織 管理	ネットワーク、提携 共有 (Shared)
個人 機能	仕事のデザイン 構造	チーム プロセス
シングル・ループ (Single Loop) コスト	学習	ダブル・ループ (double Loop)
保障	戦略的優位性 個人の要望	サイクル・タイム 成長

注：学習においてシングル・ループとは、現状の治療法を適用していくことによって治療術を修理する法で、ダブル・ループとは、それに加え、その治療法の基礎的な部分をも理解していく学習法であり、ダブル・ループの学習法の方が将来的に応用が利くと考えられている。

出 所：kaluzny, Arnold D. (2000), Cmmentray: Organizational Directions for the Millennium: What Needs to be Done!, *Health Care Management Review*, Winter, p.31.

情報を提供できる他の手法に移りつつあると考えられる。

### 5. 日本における医療システム整備の単位：保健医療圏について

まず日本の医療システムを議論する場合は、保健医療圏の存在について説明しなければならない。この保健医療圏の考え方は昭和60年に医療法で規定され、その後各種関係法規により整備されてきたものである。以降、平成20年3月に策定された平成20年度から平成24年度までが対象である、福岡県の保健医療計画<sup>12)</sup>に基づいて保健医療圏を説明していこう。

保健医療圏は三段階により構成され、一次保健医療圏は、地域住民の日常生活を支える健康相談、健康管理、疾病予防や頻度の高い一般的な傷病の治療など、住民に密着した保健医療サービスを、福祉サービスと一体となって総合的、継続的に提供していく上での最も基礎的な圏域であり、その体制の整備を図るための地域的単位である。一次保健医療圏はおおむね市町村がその運営の単位になっている。

また、二次保健医療圏は、医療法第30条の4第2項第10号に基づき、主として病院及び診療所の整備を図るべき地域的単位として区分する区域として設定するもので、この圏域

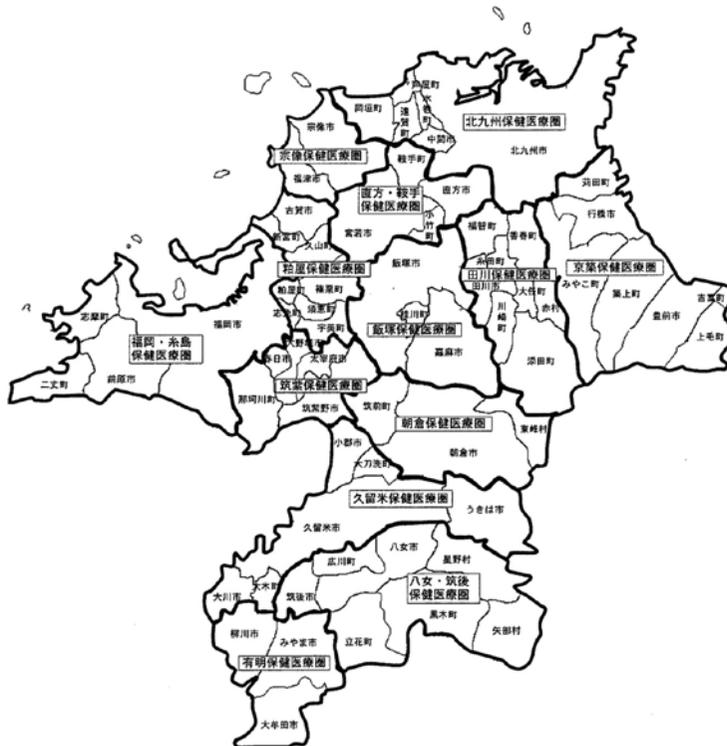
ごとに療養病床及び一般病床を合わせた基準病床を設定する。二次保健医療圏は、高度あるいは特殊な医療を除く一般の入院医療に対応し、医療機関相互の機能分担と連携に基づく包括的な保健医療サービスを県民に提供していくための基礎となる圏域である。現行の保健医療計画において福岡県の二次保健医療圏は13圏域とし、その概要は図－5及び表－4のとおりである。なお、一般に保健医療圏あるいは医療圏と言う場合は、この二次保健医療圏の事を意味していることが多い。

三次保健医療圏とは医療法第30条の4第2項第11号に基づく区域で、特殊な診断又は治療を必要とする医療であって、先進的な技術や特殊な医療機械を必要とするもの、発生頻度が低い疾病や特に専門性が高い緊急医療など、特殊かつ高度専門的な医療需要に対する病床を整備するための圏域であり、福岡県においてはこれらの病床に係る保健医療圏域は全県域と考えている。また、精神病床、結核病床及び感染症病床については、この三次保健医療圏域を定めることとしている。

### 6. 飯塚病院について

まず飯塚病院の組織を考察する上で、その位置する保健医療圏である、飯塚保健医療圏について紹介する必要があるだろう。

図-5 福岡県二次保健医療圏 (13保健医療圏)



**a. 飯塚医療圏**

飯塚保健医療圏は、飯塚市（平成18年3月に旧飯塚市と嘉穂郡の筑穂町、穂波町、庄内町及び顛田町の1市4町が合併して誕生）、嘉麻市（平成18年3月に山田市と嘉穂郡の稲築町、碓井町及び嘉穂町の1市3町が合併して誕生）及び嘉穂郡桂川町の2市1町から構成され、国道200号線及び201号線が交差していることやJR福北ゆたか線等の交通網により福岡・北九州両都市圏への近接性を有する地勢をいかし、大学の人材及び知的資産を活用した情報関連企業の集積を促進するとともに、ITを活用した地域既存産業の活性化や地域のイメージアップが図られている。この地域はかつて筑豊炭鉱の中心地であり、その関連の産業で経済的・文化的に繁栄したところで、現在は石炭産業に代わる産業を育成中の段階と言えるだろう。

**b. 飯塚病院**

飯塚病院は、明治44年（1911年）に、炭鉱経営者であった麻生太吉によって開設されている。当時は筑豊地域には医療設備の整った病院はなく、入院設備の整った大病院の開設は嘉穂郡全体の悲願になっていたという。石炭産業が全盛の頃は、日本の総出炭量の約40%はこの筑豊の地で採掘・出炭されており、麻生太吉が経営していた麻生鉱業も5つのヤマを持ち、従業員は7200人を超えていた。「麻生炭坑病院」と名付けられた病院は、その家族を含めた約3万人を対象としてスタートした<sup>13)</sup>。

その後、麻生の主な事業は石炭からセメントへと展開していったが、同社の中での病院事業は長らく補助事業であったと考えられる。しかし、最近の同社のホームページによると、病院などの「医療・健康」事業は、専門学校運営などの「教育・人材」事業、不動

福岡県の病院における組織の変遷

表-4 福岡県の二次保健医療圏の概要

二次保健医療圏名	構成市郡	圏域人口（人）	圏域面積（Km <sup>2</sup> ）
福岡・糸島	福岡市，前原市 糸島郡（二丈町，志摩町） 【2市2町】	1,524,520	556.72
粕屋	古賀市，糟屋郡（宇美町，篠栗町，志免町，須恵町，新宮町，久山町，粕屋町） 【1市7町】	265,398	206.72
宗像	宗像市，福津市 【2市】	149,908	172.36
筑紫	筑紫野市，春日市，大野城市，太宰府市，筑紫郡（那珂川町） 【4市1町】	416,621	233.36
朝倉	朝倉市，朝倉郡（筑前町，東峰村） 【1市1町1村】	90,026	365.84
久留米	久留米市，大川市，小郡市，うきは市，三井郡（大刀洗町），三潞郡（大木町） 【4市2町】	464,287	467.76
八女・筑後	八女市，筑後市，八女郡（黒木町，立花町，広川町，矢部村，星野村） 【2市3町2村】	139,973	562.29
有明	大牟田市，柳川市，みやま市 【3市】	243,234	263.57
飯塚	飯塚市，嘉麻市，嘉穂郡（桂川町） 【2市1町】	191,196	369.38
直方・鞍手	直方市，宮若市，鞍手郡（小竹町，鞍手町） 【2市2町】	114,857	251.53
田川	田川市，田川郡（香春町，添田町，糸田町，川崎町，大任町，赤村，福智町） 【1市6町1村】	138,218	363.65
北九州	北九州市，中間市，遠賀郡（芦屋町，水巻町，岡垣町，遠賀町） 【2市4町】	1,130,669	569.74
京筑	行橋市，豊前市，京都郡（苅田町，みやこ町），築上郡（吉富町，上毛町，築上町） 【2市5町】	189,937	566.20
計（13圏域）	【28市34町4村】	5,058,844	4,976.12

※圏域人口は，平成19年8月1日現在の福岡県推計人口による。

※圏域面積は，平成17年版「県政概要」による。

産管理や石油販売などの「生活サービス」事業，そしてセメント販売などの「建設資材」事業と並んで事業の柱となっているようである<sup>14)</sup>。最近では，旧国立病院の運営支援なども行っており，同社の中における比重は増しているように感じられる<sup>15)</sup>。

さて，飯塚保健医療圏における救急告示病院等の一覧が表-5である（平成20年3月末現在）。この表にある「独立行政法人労働者健康福祉機構筑豊労災病院」は，平成20年4

月から床数350の「飯塚市立病院」となっている。この地域には100床程度の比較的小規模な病院が多く，地域における飯塚病院の役割の大きさは想像に難くない。

飯塚病院は，以上のような経緯により，麻生太吉が創業した石炭産業を起源に持つ株式会社麻生によって経営されており，全国的に見ても珍しい株式会社による経営の病院で，床数は1,116床（内訳は一般978床，精神138床）である。平成19年9月の組織図は，図-

表一5 飯塚保健医療圏における救急告示病院等

番号	病 院 名	救急告示病院	急患センター等	救命救急センター	がん診療連携拠点病院	周産期母子医療センター	災害拠点病院	地域医療支援病院
①	飯塚病院	○		○	○(地)	○(地)	○	○
②	明治記念病院	○						
③	独立行政法人労働者健康福祉機構筑豊労災病院	○						
④	三宅脳神経外科病院	○						
⑤	飯塚市立額田病院	○						
⑥	嘉麻赤十字病院	○						
⑦	(医)ユーアイ西野病院	○						
⑧	飯塚休日夜間急患センター		○					

※がん診療連携拠点病院の(地)は、地域拠点病院

※周産期母子医療センターの(地)は、地域周産期母子医療センター

6のようになっている。「内科診療部門」や「外科手術部門」など組織の中に明確な部門を設定し、独立した機能を持たせている。また日本における病院の組織形態で最も多いものであると考えられる。

この部門別組織を、平成20年4月に飯塚病院は図-7のような組織に変更している。新しい組織の中心となる考えは「医療者にやさしい組織」ということで、医療者の仕事環境

の整備を図っている。具体的には、「事業部門」という部門と「診療フィールド」という部門を分離したところが大きな変更点である。この変更の発想は、例えば、プロ野球やサッカーのJリーグの様に、選手(医師)の採用を行う部門(「事業部門」と治療を行う部門(「診療フィールド」)を区分し、それぞれの専門化を図るところから来ている。つまり、医師や看護師は「事業部門」で

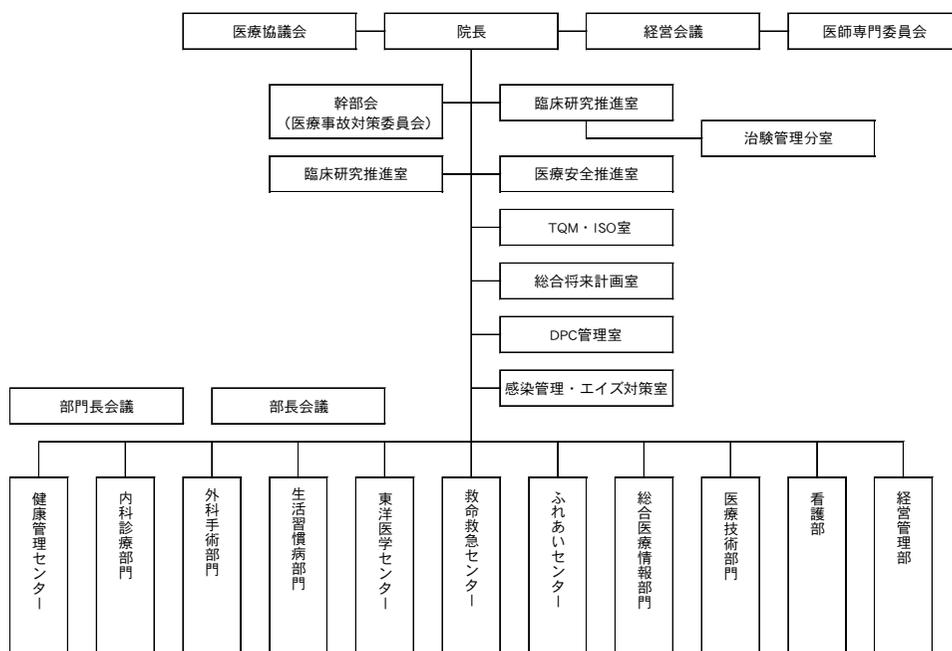
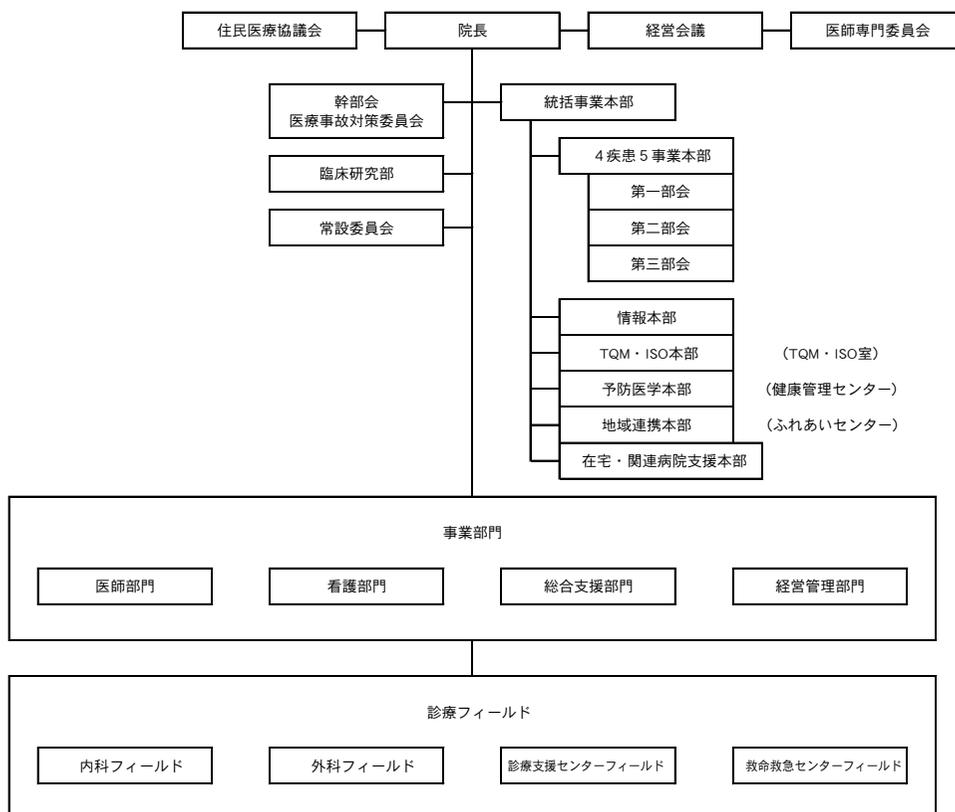


図-6 飯塚病院組織 (平成19年9月)

## 福岡県の病院における組織の変遷



図－7 飯塚病院組織（平成20年4月）

採用され、採用後は、それぞれが専門とする「診療フィールド」で治療に当たるが、治療後は「事業部門」に戻るというプロセスになる。この組織では医療者は採用活動などの雑事に解放され、以前より治療行為や教育活動に集中できると言うメリットを持つ。既述した組織の分類では、品質に配慮したパラレル組織に類似した組織といえるだろう。

では、何故、飯塚病院がこのような組織を取る必要があったのであろうか。これは、平成16年から始まった新医師臨床研修制度による影響が大きい。この新制度は診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならないとされ、大学の医局を人材供給源とした以前からの医師の人事ローテーションを大きく変え、病院における医師不足を引き起こした。病院は医師の職務環境

を以前より充実させる必要が出てきたのである。医師不足の中、飯塚市のような地方都市では、東京などの大都市と比較すると、医師などの専門職が、生活する上での地域的魅力は低下することは否めないであろう。したがって、職務環境を整え、優秀な医療者をより惹きつける組織形態を取ることは、必然的な対策と考えられる。

平成23年度から、飯塚病院は、医師別、施術別、DPC別の原価計算を行っている。その目的は、原価の把握であり、あえて人事考課には反映させることはないとしている。また若い医師の場合は、人件費が安く、原価が低くなり、医師別の原価計算は役に立たない場合が多い。この原価計算の試みが病院組織に与える影響を今後も引き続き検討する必要がある。

## 7. 聖マリア病院について

### a. 久留米保健医療圏

次に久留米市の聖マリア病院の組織の変遷について分析することにするが、ここでもまず久留米保健医療圏について説明しよう。

久留米保健医療圏は、久留米市、大川市、小郡市、うきは市、三井郡大刀洗町及び三潯郡大木町の4市2町によって構成されており、筑後川の中・下流域における沖積平野は肥沃な農耕地帯に位置している。産業面においては、古い伝統を持つ久留米餅をはじめ、ゴム産業、大川の木工業、イ草生産や耳納山麓の果樹園芸など全国的にも名の知れた地場産業がある一方、久留米市では「地方拠点都市法」に基づくオフィス・アルカディア事業の地域に指定されており、地方の発展の拠点となるべき地域として産業業務施設及び住宅団地の整備が図られている。交通では、本圏域の中心地久留米市を軸にJR鹿児島本線・久大線、西日本鉄道天神大牟田線の鉄道網をはじめ、九州縦貫自動車道、九州横断自動車道長崎大分線、国道3号線、国道210号線などの道路網が縦横に交差し、北部九州の要衝となっている。

この久留米保健医療圏は、石炭産業が中心産業であった飯塚市や、より南部に位置する大牟田市と比較して、産業の落ち込みが厳しくなく経済的には比較的安定した地域と言えるだろう。

### b. 聖マリア病院

久留米市に位置する聖マリア病院は、昭和27年（1952年）に開設された。最初は井出医院と言う診療所から始まって、その後、聖マリア病院と発展している。当初は国民病であった結核を主体に取り組んでいたが、救急医療の分野を拡大し現在に至っている<sup>16)</sup>。聖マリア病院は、病院が所属する社会医療法人雪の聖母会を中心に、聖マリア学院大学、保健医療経営大学などの教育事業、財団法人福

岡県すこやか健康事業団などの公衆衛生事業など、多岐にわたる活動を展開し、聖マリアグループを構成している<sup>17)</sup>。

聖マリア病院の位置する久留米保健医療圏における救急告示病院等の一覧が表－6である（平成20年3月末現在）。この久留米保健医療圏には有力な大病院が多い。例えば大川市にある医療法人社団高邦会 高木病院は、506床を有しており、近隣にみずま高邦会病院、全国に見ると東京都に山王病院、福岡市に福岡山王病院など多くの病院を擁している。また国際医療福祉大学など、聖マリアグループと同様に教育事業も手掛けている。医療資源の充実した久留米保健医療圏において、重要な役割を果たしているのは久留米大学病院である。1,098床を擁する大病院であるというだけではなく、近隣の医師が高度医療を学ぶ教育機関の役割も果たしている。また、医療教育の分野で名門である久留米大学医学部は、地元の久留米市を中心に医師の供給源として機能しており、この地域が医療資源である要因の一つである。

聖マリア病院は、平成23年4月現在、1,188床、医師230名を含む従業員数2,058名を擁する大病院である<sup>18)</sup>。図－8が平成15年11月現在の組織である。この組織は、平成11年よりスタートしている。特徴としては、理事長の下に理事会、社員総会、評議員会があり、その下に法人本部がある。法人本部は、企画、総務、財務などの管理機能を担っている。ここで聖マリア病院と関連機関のすべてが把握される。聖マリア病院自体は、直接病院長が指揮を行うが、基本的にはユニット制により病棟を編成している。当初は5つのユニットでスタートしていたが、平成15年11月では、「循環器センター」などのユニットが増え、8つのユニットとなっている。ここには各診療のユニット長が配置され、その下に実戦部隊の医師が配置されている。従って、このユニットが実行部隊である。そして、このユニットを臨床面、運営面で側面支援するユ

福岡県の病院における組織の変遷

表-6

番号	病 院 名	救急告示 病 院	急患セン ター等	救命救急 センター	がん診療 連携拠点 病 院	周産期 母子医療 センター	特定機能 病 院	災害拠点 病 院
①	久留米大学病院			○	○(地)	○(総)	○	○
②	(特医) 楠病院	○						
③	(医) 天神会新古賀病院	○						
④	聖マリア病院	○		○	○(地)	○(総)		○
⑤	弥永協立病院	○						
⑥	(医) 松風海内藤病院	○						
⑦	嶋田病院	○						
⑧	田主丸中央病院	○						
⑨	神代病院	○						
⑩	(医) 社団高邦会高木病院	○						
⑪	福田病院	○						
⑫	(医) 白髭会 足達消化器科整形外科医院	○						
⑬	富田病院	○						
⑭	安本病院	○						
⑮	小郡三井医師会 休日診療センター		○					

※がん診療連携拠点病院の(地)は、地域拠点病院

※周産期母子医療センターの(総)は、総合周産期母子医療センター

※平成20年4月1日から、聖マリア病院を地域医療支援病院に承認予定

ユニットが存在している。従って、部門別の独立採算が可能となっている<sup>19)</sup>。これらの特徴を持つ組織形態は、事業部制組織と言える。

聖マリア病院は、平成21年4月に組織を図-9のように改めている。まず法人本部を経営企画室とし、総務や経理の機能は、職員サービス部門に配置している。これは総務や経理などのルーティンワークの部門と企画部門を分離させ、経営企画室は、建築やITのプロジェクトなどより長期的な事項を中心に担当している。そして以前は、法人本部に位置していた総務や経理などの役割を病院長の監督下に置くことによって、病院長の権限を強化している。次に8つあったユニットを6つの診療統括部門に編成している。そして各診療統括部門には副院長、各診療部長、管理

師長、事務長等で構成される全体会議を設置し意思の疎通を図る仕組みを整えている。ここで特筆すべきなのは、経営企画室から各診療統括部門に事務長が派遣されることで、病院経営に関する情報が各診療統括部門全体会議のメンバーと共有できる構造になっている点である。反対に理事長等の病院経営サイドには各診療統括部門の経営情報が逐次報告されるメリットがある。財務などの情報を共有するという意味では、マトリックス組織に近い形態である。久留米保健医療圏は、医療機関同士の厳しい競争にあり、経営環境に俊敏に対応する必要から考えだされた組織と言える。

聖マリア病院においては、原価計算は課別には行っているが、患者別には行っていない。



福岡県の病院における組織の変遷

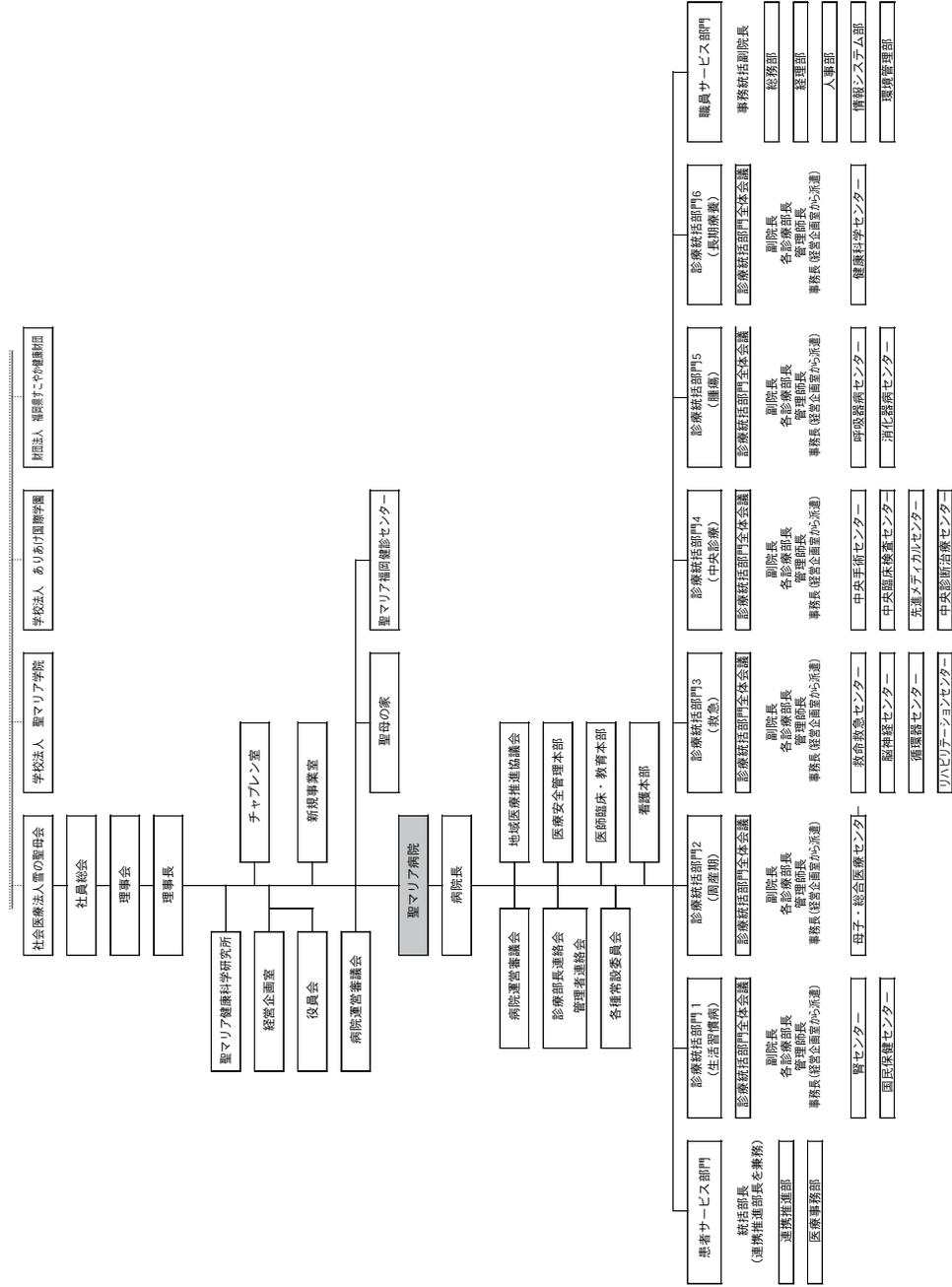


図-9 聖マリア病院組織図 (平成21年4月)

い。また、人事評価にも用いておらず、あくまでも経営資料と言うスタンスである。既述の飯塚病院もそうであるが、米国の病院と異なり、日本の病院では原価計算を厳密に行おうとしているところは少ないようである。これは、米国の場合は基本的に医師と病院は別組織であり、病院経営者は、原価計算をする上で、実際に治療行為を行う医師を除いて考えることができるからであろう。治療を行う医師に対して積極的に原価計算プロセスに巻き込むのは、粗診療の恐れがあると考え、躊躇する人が多い。それでは次に日本の病院の場合、どのような原価計算システムが良いかを考えてみたい。

## 8. 病院における原価計算システム

医療経営の分野では著名な研究者であるハーバード・ビジネス・スクールのレジナ・ヘルツリンガー (Regina Herzlinger) は効率的な医療システム運営に大きな影響をもたらすイノベーションのフレームワークを示している。それによると医療におけるイノベーションは消費者志向性の分野、技術の分野そしてビジネス・モデルの分野の3つの分野に分類できるが<sup>20)</sup>、これらのイノベーションに影響を与えるのは以下の6つ、つまり医師や患者、保険者などの参加者 (Players)、技術への投資額や投資者 (Funding)、行政による法律・規制 (Policy)、既存もしくは将来に開発される他の技術 (Technology)、患者という受身の存在ではなく医療に積極的に関与する消費者 (Customers)、そして新しい技術が安全で効果があり、しかも費用がかからないという消費者や保険者などへの説明責任 (Accountability) の「6つの力」であった<sup>21)</sup>。日本の場合、米国ほど医療の現場は厳しくないとはいえ、近い将来にイノベーションが必要な場面が訪れると予想される。そのために原価情報などの説明責任手段を整備する必要があるのである。

ではどのような原価計算システムが適当なのであろうか。米国の病院の場合、医療を取り巻く環境が日本より厳しく、また、医師と病院は別組織なので、ABCなどこれまで多様な試みがなされてきた。日本の場合は、医師と病院は通常、同一組織であり、特に最近では医師不足もあって医師を巻き込むABCのようなシステムは採用しづらいという背景もあった。しかし、財務的な情報を得るといふ環境を醸成する必要から、間接費の配賦については相関価値単位法 (RVU: Relative value unit) のような比較的、医療者に負担の少ない方法によって計算するという試みもなされる必要があるだろう<sup>22)</sup>。

## 9. 終わりに

本稿では米国における医療の現状を簡単に分析し、病院の組織形態の変遷を紹介した。その後、福岡県における代表的な民間病院である飯塚病院と聖マリア病院の最近の組織の変遷について分析を加えた訳であるが、日本の場合、米国と比較し医療を取り巻く環境が切迫していなく、原価計算を含めたマネジメントシステムの経験の蓄積は少ないように感じられた。米国はより厳しい経営環境の下、多様な試みがなされて来ており、日本は常にそのシステムの長所・短所を分析していく努力が必要であろう。また、今回、首都圏における病院システムについても調査したが、首都圏の病院の場合、著名な病院であってもその病床数が福岡県において調査した病院と比較して、300~500床と少ない場合が多い。小さな病院の場合、例えば多様な組織形態は検討しづらく、どうしても事業部制など簡略化された組織にならざるを得ないだろう。適正な病院規模と病院形態は今後の課題としたい。併せて、地域の医療システムの充実を図るには、大病院が周囲の診療所等とのネットワークを如何に適切に築くかが重要であろう。その有るべき姿についても研究が必要で

## 福岡県の病院における組織の変遷

あると感じる。

- 1) 平成23年9月30日付 日本経済新聞 朝刊。
- 2) 日本の病院総数は、厚生労働省の統計によると、8,862 (2007年) である。<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/07/toukei02.html> より平成23年12月1日に引用。
- 3) しかし1980年代末以降に強調されたマネジドケア (Managed Care) による医療費抑制に反発が起き、コストがかかる医療の品質重視の動き (Managed Care Backlash) があった時期ではある。
- 4) 沼上 (2004) 20頁。
- 5) Swayne *et al.*(2006) p.389.
- 6) Leatt *et al.* (2006) pp.328-333.
- 7) Leatt *et al.* (2006) pp.333-336.
- 8) Young *et al.*(2004) pp.723-734.
- 9) また、Stevens (1992) は、行政の規制により揺れ動いている米国の病院組織を批判し、意思決定を早くする分権化した組織の必要性を唱えている (pp.90-91)。
- 10) 原価の部門内配賦および米国病院における活動基準原価計算については、浅川 (2006) において検討している。
- 11) Finkler (1987) pp.1-4. なお、マイクロ・コストイングは、通常、業務の進行と同時にコンピューターを用いて実施される。この手法は、意思決定目的のために正確な情報を提供する点では優れているが、データ処理のために多大な時間がかかるため、実際にはあまり用いられていない。
- 12) 平成20年度から平成24年度までが対象である。<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/b02/hoken-iryo-keikaku.html> より平成23年12月1日に引用。
- 13) 麻生 (2007) 17-18頁。
- 14) <http://www.aso-group.jp/history/history.html> より平成23年12月1日に引用。
- 15) 旧国立養所田川新生病院の運営支援内容については、麻生 (2007) 49-69頁に詳しい。
- 16) 「てい談 変革期の病院組織の意思決定をどうするか」『病院』58巻3号1999年3月 29頁。
- 17) <http://www.st-mary-med.or.jp/hospital/group.html> より平成23年12月1日に引用。
- 18) <http://www.st-mary-med.or.jp/hospital/index.html> より平成23年12月1日に引用。
- 19) 「てい談 変革期の病院組織の意思決定をどうするか」『病院』58巻3号1999年3月 31頁。
- 20) Herzlinger (2006) p.59

- 21) Herzlinger (2006) pp.60-61
- 22) 相関価値単位法については浅川 (2008) に詳しい

### 引用・参考文献

- (1) 「てい談 変革期の病院組織の意思決定をどうするか」『病院』58巻3号1999年3月
- (2) 浅川哲郎「米国病院におけるABC」『経済論究』第124号、2006年3月
- (3) 浅川哲郎「米国病院における伝統的な原価計算プロセス」『商経論叢』49巻第1号、2008年9月
- (4) 麻生泰『明るい病院改革—誰も泣かせない新しい経営』日本経済新聞社、2007年
- (5) 沼上幹『組織デザイン』日本経済新聞社、2004年
- (6) American Hospital Association, *Hospital Statistics* 1996-97
- (7) American Hospital Association, *Hospital Statistics* 2011
- (8) Charns, M., and Smith-Tewksbury, L.J. 'Collaborative management in health care,' Jossey-Bass, 1993
- (9) Steven A. Finkler, 'A Microcosting Approach,' *Hospital Cost Accounting Advisor*, Vol. 2, No.12, May 1987
- (10) Regina E. Herzlinger, "Why Innovation in Health Care Is So Hard," *Harvard Business Review* May 2006
- (11) Arnold D. Kaluzny 'Commentary: Organizational Directions for the Millennium: What Needs to be Done!' *Health Care Management Review*, Winter 2000
- (12) Peggy Leatt, G. Ross Baker and John R. Kimberly 'Organization Design' in (ed) Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny 'Health Care Management' 5th Edition, Thomson Delmar Learning, 2006
- (13) Rosemary A. Stevens 'The Hospital as an Organizational Chameleon: New-Fashioned for the 1990s,' *Harvard Business Review*, November-December 1992
- (14) Linda E. Swayne, W. Jack Duncan and Peter M. Ginter, "Strategic Management of Health Care Organizations (Fifth Edition)," Blackwell Publishing, 2006
- (15) Young, G.L., Charns, M.P., and Heeren, T.K. 'Product-line management in professional

浅川哲郎

organizations: An empirical test of competition  
theoretical perspectives,' *Academy of  
Management Journal*, 47(5), 2004