

# 自治体病院経営者の経営上の裁量と その阻害要因に関する研究\*

尻無濱 芳 崇\*\*  
(神奈川大学経営学部准教授)

## 梗 概

本稿では、経営上の裁量 (managerial discretion) という概念を通じて、日本の自治体病院の経営者 (事業管理者・病院長) がどの程度の裁量を持つかを定量的に明らかにするとともに、経営上の裁量を阻害する要因を解明することを目指した。

本研究では、自治体病院経営者を対象にした質問票調査を行った。その結果、次の三点が判明した。第一に、自治体病院の経営者が経営効率化に関する様々な領域に関連して持っている裁量の大きさが把握できた。経営者は収入増加・確保対策、医師等の医療スタッフの確保・育成、経常的な医業費用の削減・抑制については大きな裁量を持つ。しかし、給与・手当等の報酬制度の見直し、事務職員の人材開発の強化、事業規模・事業形態の見直し、民間的経営手法の導入、経営感覚に富む人材の登用についての彼らの裁量は制限されていることがわかった。特に、給与・手当等の報酬制度の見直しに関する裁量は強く制限されていた。

第二に、自治体病院の経営者の裁量が、どのような要因にどの程度制限されるのかも明らかとなった。法的制約や診療報酬制度からの影響が大きいと評価する経営者が多かった。経営効率化に関する各領域の裁量と裁量の制限要因について、相関関係の分析も行った。その結果、院内事務方、首長部局、首長が経営者の裁量を広範かつ強く制限している可能性が示唆された。

第三に、地方公営企業法の一部適用と全部適用の違いにより、経営者裁量に大きな違いは見られないことが明らかになった。分析の結果、地方公営企業法の全部適用が裁量に影響を与えている可能性が示されたのは、給与・手当等の報酬制度の見直しに関する裁量だけであった。他の阻害要因と全部適用の有無を説明変数、裁量の総合的な大きさを被説明変数にした重回帰分析からは、全部適用によって裁量の総合的な大きさに影響があるとはいえず、首長、首長部局、院内事務方からの負の影響が大きい可能性が示された。

2019年8月30日受付 2020年1月28日掲載決定

\* 調査にご協力くださった自治体病院経営者の皆様に深く感謝申し上げます。また、草稿にコメントくださった梅田由先生 (高崎経済大学)、齋藤貴生先生 (前田川市病院事業管理者)、阪口博政先生 (金沢大学)、関谷浩行先生 (北海学園大学)、並びに黒木淳先生 (横浜市立大学) をはじめとする公会計研究会に参加の先生方、匿名の2名のレフリーの先生方に感謝申し上げます。なお本稿は、平成29年度地方公営企業連絡協議会調査研究事業およびJSPS 科研費 JP18K12889 による研究成果の一部である。

\*\* 2004年4月-2008年3月 筑波大学第二学群生物資源学類、2008年4月-2010年3月 一橋大学大学院商学研究科修士課程会計・金融専攻、2010年4月-2013年3月 一橋大学大学院商学研究科博士後期課程会計・金融専攻、2013年4月-2013年10月 一橋大学商学研究科特任講師、2013年11月-2016年3月 山形大学人文学部法経政策学科講師、2016年4月-2017年3月 山形大学人文学部法経政策学科准教授、2017年4月-2020年3月 山形大学人文社会科学部准教授。2020年4月より現職。所属学会は、日本会計研究学会、日本原価計算研究学会、日本管理会計学会、European Accounting Association, Association for Research on Nonprofit Organizations and Voluntary Action。主な著書は『公会計テキスト』(黒木淳編著、第6章および第9章担当、中央経済社、2019年)。

## 1. はじめに

自治体病院を取り巻く経営環境は年々厳しくなっており、総務省は自治体病院に対して経営改革するよう強く迫っている。具体的には、平成19年に「公立病院改革ガイドライン」(以下、旧改革ガイドライン)、平成27年に「新公立病院改革ガイドライン」(以下、新改革ガイドライン)を総務省は公表し、改革プランの作成とそれに基づく経営改革を自治体病院に要請してきた。

各病院は改革プランに基づき経営改善に努めているが、赤字病院の数はいまだに多い。なぜ、自治体病院では業績改善が思うように進まないのだろうか。自治体病院の業績改善が進まない要因として、新・旧の公立病院改革ガイドラインで、経営の効率化に向けた取り組みが十分ではない、病院の再編・ネットワーク化が進んでおらず非効率的な医療提供体制になっている、経営者に十分な経営上の裁量がなく民間的な経営手法の導入が進んでいないといった点が示唆されている(総務省, 2007, 2015)。本稿ではこれら諸要因の中でも、経営者の裁量に焦点を当てる。その理由は、民間的な経営手法の導入に加えて、経営の効率化の進展にも、経営者の裁量が大きな影響を持つと考えられるからである<sup>1)</sup>。経営者に裁量を与えることで「より自律的な経営が可能となる」(総務省, 2007, 11頁)ため、経営者の裁量の範囲内で迅速に経営効率化の取り組みが進展すると期待される。逆に、自治体病院の経営者である病院長・事業管理者の経営上の裁量が制限されている場合には、病院長や事業管理者が経営改善を図ろうとしても、思うように経営改善ができないことが指摘されている(齋藤, 2012)。

自治体病院の経営者が持つ裁量に関する研究は事例研究が多い(齋藤, 2012; 伊関, 2014)。その一方で自治体病院経営者の裁量の実態は定量的に把握されてこなかったし、裁量を阻害するとされる要因についても定量的な実態把握は進められてこなかった。本稿では、経営上の裁量(manual discretion)という概念を通じて、日本の自治体病院の経営者がどの程度の裁量を持つかを定量的に明らかにするとともに、経営上の裁量を阻害する要因を解明することを目指す。経営上の裁量とその阻害要因を定量的に把握することで、自治体病院の経営に関する学術研究に貢献することを目指す。

本稿の構成は以下の通りである。まず次節で、日本の自治体病院が直面している経営環境について説明する。第3節では、経営上の裁量に関する国内外の先行研究を整理し、リサーチ・クエスチョンを示す。第4節では研究方法を紹介する。本研究では、質問票調査を主要な研究手法として採用する。第5節で調査結果についてまとめ、考察を行う。最後に結論と今後の課題を示す。

## 2. 日本の自治体病院が直面している経営環境と自治体病院改革ガイドライン

自治体病院は平成29年度時点で927病院(都道府県198, 市町村627, 地方独立行政法人102)あり、病院数ベースでは全病院のうち11.0%, 病床数ベースでは全病床のうち14.4%を占めている(厚生労働省, 2018)。自治体病院には、民間病院と異なる使命がある。それは、「地域において提供されることが必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること」(総務省, 2007, 1頁)である。

病院界では診療報酬抑制政策の中、病院間の競争が激化し、自治体病院にとっては特に厳しい経営環境となっている(河北・田崎 他, 2015)。自治体病院の中でも地方(特に山間へき地・離島)にある病院は

<sup>1)</sup> 自治体病院の再編・ネットワーク化は、個々の自治体病院の経営者の経営上の裁量を拡大しただけでは進展せず、住民を含めた様々な利害関係者間での交渉・調整や合意形成が必要となる(総務省, 2017)。

都市部にある民間病院と比べて医師や看護師といった医療職を採用するうえで大きなハンデを抱えている。医師や看護師は、都市部にある民間病院に集中する傾向があるためである（伊関，2017）。さらに、自治体病院は救急・小児・周産期等の不採算とされる医療の提供を行わないわけにはいかず（総務省，2007，2015），構造的に採算確保が難しい状況に置かれている。

このような厳しい経営環境に直面している自治体病院は、長年赤字での経営を行ってきた（伊関，2015）。いくら自治体病院が地域において重要な役割を担っているといっても、赤字のままでは持続的に医療を提供していくことはできない。そこで総務省は旧改革ガイドラインを示し、自治体病院に（1）経営効率化、（2）再編・ネットワーク化、（3）経営形態の見直し、という3つの観点から改革プランを作成し、経営改革するよう迫ったのである（総務省，2007）。その結果、改革プラン策定前の平成20年には約3割であった経営収支黒字の病院の割合が、改革プラン策定・実施後の平成25年には約5割程度まで改善するという成果が得られた（総務省，2015，16頁）。

このように一定の成果は得られたが、赤字の病院はなお多く、厳しい経営状態の中で存続が危ぶまれている病院も多い（総務省，2015）。そこで総務省は新改革ガイドラインを示し、平成32年度までを対象とした新改革プランを作成し経営改革を進めるよう自治体病院に要求した。新改革ガイドラインでは、従前の3つの観点に加えて、地域医療構想を踏まえた役割の明確化という新たな視点も含んだプランを作成することが要請され（総務省，2015），各病院は経営改善に努めている。

しかしながら、全体の傾向としては平成25年度から顕著な改善は見られず、平成29年度は59.9%の自治体病院が赤字であった（総務省，2019）。各病院が改革プランを定め経営改革に努めてきたにもかかわらず、なぜ十分な財務業績の改善が見られていないのだろうか。

財務業績の改善が進んでいない原因の1つとして、病院経営者の裁量が制限されていることが指摘されている（齋藤，2012）。自治体病院では、その大半を占める地方公営企業法全部適用の病院と一部適用の病院（後述）において、それぞれ事業管理者、病院長が経営者を務める。事業管理者には医師以外が就任することもできるが、現状は医師が大多数を占める。病院長はすべて医師である。自治体病院経営者は首長により任命され、予算や人事に関しては議会の議決を経なければならないことも多く、経営者の裁量は制限されることが多い。経営者の裁量が制限されている場合、経営改善が思うように進まないという。

そこで本研究では、自治体病院の経営者の裁量に注目する。次節では経営者裁量に関する経営戦略論分野の先行研究を整理したうえで、日本の自治体病院に関する経営者裁量の先行研究を検討し、本研究のリサーチ・クエスチョンを示す。

### 3. 経営上の裁量に関する先行研究

経営上の裁量<sup>2)</sup>とは、Hambrick and Finkelstein (1987) によって経営戦略論研究に導入された概念である。経営上の裁量が意味するところは、経営活動の自由範囲 (latitude of managerial action) だという。つまり、経営者が自由に経営活動を行える程度に関する概念である。Hambrick and Finkelstein (1987) は、経営上の裁量が大きく異なる例として、中規模のマイクロコンピュータ企業と人口の増減がほとんどない町の公営企業を比較している。彼らによると、マイクロコンピュータ企業の経営者には価格設定、広報活動、生産技術、製造場所、販路、ジョイントベンチャーの設立、営業担当社員へのインセンティブ設定などに大き

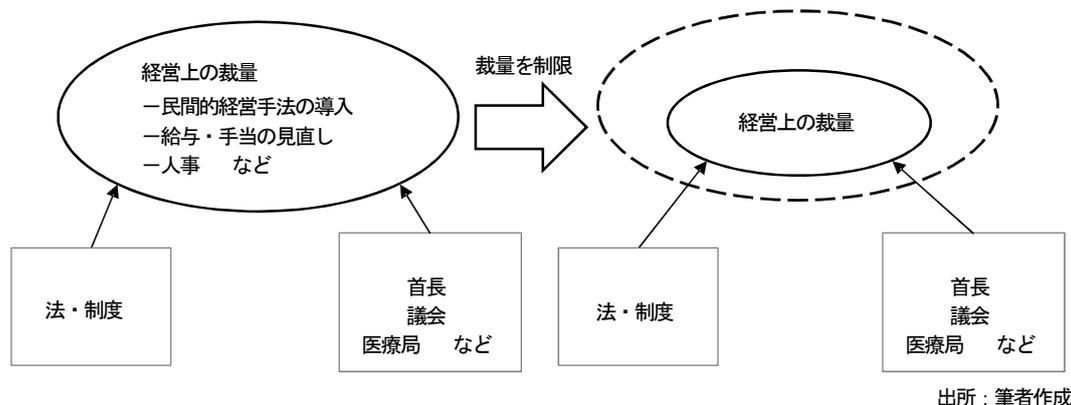
<sup>2)</sup> 経営上の裁量に関連する類似の概念として、行政管理分野におけるエージェンシーの自律性という概念がある（飯塚・稲継，2019）。今後、2つの概念の関係を整理し、経営における自律度や自由裁量に関する研究を進めていく必要がある。

な自由度がある。その一方で、公営企業の経営者は上記の領域についてかなり裁量が制限されているか、裁量が全くないという。このような経営者の裁量の大きさは、企業が置かれている環境だけで決まるわけではなく、経営者自身の特性や、組織自体の特性からも影響を受けるとされる。

経営上の裁量の違いは企業の業績の違いに影響を与えることがこれまでの戦略論研究から明らかにされている。特に、CEO や CFO などの組織の上層部が組織のアウトプットに大きな影響を与えるとする上層部理論 (upper echelon theory) に基づく研究では、経営上の裁量が経営層の特性と組織業績を結ぶ調整変数 (moderator) の1つとしてとらえられ、実証研究が蓄積されている (Carpenter and Golden, 1997; Caza, 2011; Chang and Wong, 2003; Crossland and Hambrick, 2011; Finkelstein and Hambrick, 1990; Hambrick, 2007; Hambrick and Abrahamson, 1995; Key, 1997, 2002; Wangrow, Schepker et al., 2015)。

経営上の裁量という概念を日本の自治体病院に適用する前に、本稿における裁量の意味を明確に定義しておこう。本稿では、経営上の裁量は、経営に関する諸領域 (民間的経営手法の導入、給与・手当の見直し、人事等) について、経営者が決定権・影響力を持つ程度をいう。何も制限がなければ経営者は経営上の判断・意思決定について完全な決定権・影響力を持つが、自治体病院の場合には地方公営企業法などの法・制度によって、経営者の裁量は影響を受ける。それに加えて、首長や議会、自治体の医療局などの様々な利害関係者からの干渉を受け、裁量が制限される (図1)。先行研究に基づき、自治体病院の経営者の裁量を制限する諸要因について以下で検討する。

図1 自治体病院の経営上の裁量とその制限



日本では自治体病院の経営者が持つ裁量について、海外の戦略論研究と関連付けられることなく進められてきた。主要な研究の1つである齋藤 (2012) は、自治体病院特有の問題点の1つとして行政による自主性の抑制があると指摘している。齋藤 (2012) は自治体病院の経営者が持つ裁量を規定する要因の1つとして、自治体病院に対する地方公営企業法の適用に注目している。地方公営企業法が一部適用の場合、病院経営者である病院長が持つ権限はかなり小さい<sup>3)</sup>。地方公営企業法を全部適用し事業管理者を置くと、事業管理者に人事・予算をはじめとした権限が与えられ、経営上の裁量が増すとされている (総務省, 2007)。そのため、新・旧改革ガイドラインでは全部適用への経営形態の変更が1つの方法として推奨されている。

全部適用の病院の事業管理者は、具体的にどの程度、経営上の裁量を持つのだろうか。地方公営企業法は第二章において、事業管理者に与えられる権限を示している (表1)。第八条に示されている通り、管理

<sup>3)</sup> 経営形態別間の裁量の比較は、総務省 (2016, 323頁) および齋藤 (2012, 97-109頁) に詳細に示されている。

者は、予算の調製や議案の提出などを除く、「地方公営企業の業務を執行し、当該業務の執行に関し当該地方公共団体を代表する」（地方公営企業法第八条第一項）とされている。予算に関しては、第九条第三項・第四項に明確に示されているように、原案および説明書の作成が認められている。さらに、第九条第一項では必要な分課を設けることが認められている。第九条第二項では、職員の任免や給与等に関する事項についてとりまとめを行うことができるとあり、第十五条では、企業職員の任免は管理者の権限であること、企業職員は管理者が指揮監督するとある。第十条には、組織を管理するための管理規定を制定することも管理者の権限であることが明記されている。このように、事業管理者に与えられている権限は大きく、この権限の範囲内においては経営者が自分の裁量で自由に経営を行うことができると予想される。

表 1 地方公営企業法に規定されている管理者の権限

<p>第八条 管理者は、次に掲げる事項を除くほか、地方公営企業の業務を執行し、当該業務の執行に関し当該地方公共団体を代表する。ただし、法令に特別の定めがある場合は、この限りでない。</p> <p>一 予算を調製すること。</p> <p>二 地方公共団体の議会の議決を経るべき事件につきその議案を提出すること。</p> <p>三 決算を監査委員の審査及び議会の認定に付すること。</p> <p>四 地方自治法第十四条第三項並びに第二百二十八条第二項及び第三項に規定する過料を科すること。</p> <p>2 第七条ただし書の規定により管理者を置かない地方公共団体においては、管理者の権限は、当該地方公共団体の長が行う。</p>
<p>第九条 管理者は、前条の規定に基づいて、地方公営企業の業務の執行に関し、おおむね左に掲げる事務を担当する。</p> <p>一 その権限に属する事務を分掌させるため必要な分課を設けること。</p> <p>二 職員の任免、給与、勤務時間その他の勤務条件、懲戒、研修及びその他の身分取扱に関する事項を掌理すること。</p> <p>三 予算の原案を作成し、地方公共団体の長に送付すること。</p> <p>四 予算に関する説明書を作成し、地方公共団体の長に送付すること。</p> <p>五 決算を調製し、地方公共団体の長に提出すること。</p> <p>六 議会の議決を経るべき事件について、その議案の作成に関する資料を作成し、地方公共団体の長に送付すること。</p> <p>七 当該企業の用に供する資産を取得し、管理し、及び処分すること。</p> <p>八 契約を結ぶこと。</p> <p>九 料金又は料金以外の使用料、手数料、分担金若しくは加入金を徴収すること。</p> <p>十 予算内の支出をするため一時の借入をすること。</p> <p>十一 出納その他の会計事務を行うこと。</p> <p>十二 証書及び公文書類を保管すること。</p> <p>十三 労働協約を結ぶこと。</p> <p>十四 当該企業に係る行政庁の許可、認可、免許その他の処分で政令で定めるものを受けること。</p> <p>十五 前各号に掲げるものを除く外、法令又は当該地方公共団体の条例若しくは規則によりその権限に属する事項</p>
<p>第十条 管理者は、法令又は当該地方公共団体の条例若しくは規則又はその機関の定める規則に違反しない限りにおいて、業務に関し管理規程（以下「企業管理規程」という。）を制定することができる。</p>
<p>第十四条 地方公営企業を経営する地方公共団体に、管理者の権限に属する事務を処理させるため、条例で必要な組織を設ける。</p>
<p>第十五条 管理者の権限に属する事務の執行を補助する職員（以下「企業職員」という。）は、管理者が任免する。但し、当該地方公共団体の規則で定める主要な職員を任免する場合には、あらかじめ、当該地方公共団体の長の同意を得なければならない。</p> <p>2 企業職員は、管理者が指揮監督する。</p>

出所：地方公営企業法

裏を返せば、一部適用の場合に現場で経営を担う病院長の経営上の裁量は、全部適用病院の事業管理者と比較すると様々な面で制限されているということである。第八条に示されているように、現場のトップは病院長であっても、管理者の権限は首長にある。そのため、予算原案の作成・説明書の作成は病院長の権限にはない。病院内に必要な分課を設けることも独自にはできず、職員の任免、給与等にとりま

とめも行うことができない。資産の取得・管理・処分、契約の締結についても病院長の権限外である。企業管理規定の制定も、病院長が自身の裁量の範囲内で行うことはできない。企業職員の任免や指揮監督もできず、首長や首長部局の意向に事務職員の人事が大きく左右されると考えられる。

齋藤(2012)は一部適用病院と全部適用病院の比較を通じて、法的制約が2つの間でどの程度異なるか、すなわち一部適用病院から全部適用病院になることで、どの程度経営者の裁量が拡大するかを検討している。それに加えて、齋藤(2012)は自身が一部適用病院と全部適用病院の両方を経営した経験に基づき、一部適用病院では相当に経営者(病院長)の裁量が制限された一方で、全部適用病院では法律的な観点から予測した以上に経営者(事業管理者)の裁量が拡大したことを説明している。

このように、齋藤(2012)の研究では主に一部適用病院と全部適用病院という比較の中で、自治体病院経営者の裁量の大きさと経営改善について論じている。ここで気を付けなければならないのは、齋藤(2012)は法的制約を緩和しさえすれば経営者の裁量が拡大し、自由に経営改革を行うことができるといっているわけではないということである。全部適用病院であっても、経営改革を進めていくためには「病院事業管理者と首長をはじめ、首長部局、病院局、病院の幹部職員との忍耐強い協議と相互理解が欠かせない」(齋藤, 2012, 204 頁)という。これは裏を返せば、全部適用病院であっても、首長や本庁事務方、病院の職員からのサポートを得られなければ改革が思うように進まず、経営者がその裁量を十分にふるうことができないということを意味する。

経営改革を阻害する要因として、首長・議員・自治体職員の影響を指摘しているのが伊関(2014)である。伊関(2014)によると、「自治体病院は、選挙でえらばれる首長や議員を含め、ほとんどの関係者が医療や病院経営について素人である。病院のかなめとなる事務職員は二〜三年で異動してしまう。病院外の人事や財政担当者が人の採用や予算の権限を握っていることが多い」(伊関, 2014, 553 頁)と指摘している。このような状況のため、医療スタッフを増やすことで収益が増加することが明らかな状態であっても、自治体関係者がそのメリットを理解せず、職員を採用することができなかつた事例を紹介している。

以上のように、齋藤(2012)や伊関(2014)をはじめとして自治体病院の経営者の裁量が制限されていることや、その裁量を制限する要因を指摘する研究は存在するが(他にも伊関, 2011 など)、ほとんどは限られた事例に基づいた研究である。自治体病院全体の経営者裁量の状況を定量的に明らかにしているわけではない。また、自治体病院の経営者の裁量を制限する要因として法的制約、首長、議会、首長部局、病院職員などが挙げられているが、それぞれがどの程度経営者裁量に影響を与えるかは不明である。経営者の裁量を制限する要因は、ここに挙げたもの以外にもあるだろう。

経営者裁量の実態把握とその阻害要因の影響の強さの評価は、自治体病院の経営改革を進めていくうえで有用な知見を得ることにつながる。経営者の裁量が制限されているために経営改革が進まないとすれば、裁量を制限する要因を特定し、その要因の影響を減じればよい。そのための施策を練るのに必要な知見を、本研究では提供できる可能性がある。そこで本研究では、以下のリサーチ・クエスチョンに取り組む。

RQ1: 自治体病院の経営者は、どの程度の裁量を持つのか?

RQ2: 自治体病院の経営者の裁量は、どのような要因にどの程度制限されるのか?

この2つのリサーチ・クエスチョンに加えて、地方公営企業法の一部適用病院と全部適用病院の比較を行う。地方公営企業法の適用の程度は、RQ2でとりあげた経営者の裁量に影響を与える法的・制度的要因の1つである。また、経営形態の変更による病院経営者の権限拡大と経営改革の加速は、新・旧改革ガイ

ドラインにおいて重要な論点の1つである(総務省, 2007, 2015)。しかし, 2つの経営形態について, 経営者裁量がどの程度異なるかは定量的なデータに基づいてこれまで比較されておらず, 実際にどの程度差があるのか不明である。そこで, 裁量の制限要因の中でも地方公営企業法の適用程度に注目し, 第三のリサーチ・クエスチョンを示す。

RQ3: 地方公営企業法の一部適用と全部適用の違いにより, 経営者裁量に違いは見られるか?

## 4. 研究方法

本研究では, 上記のリサーチ・クエスチョンにこたえるために, 自治体病院経営者を対象にした質問票調査を行った。本研究で調査対象とした自治体病院は, 平成28年度地方公営企業年鑑(調査時点で最新)の個票に記載があるもののうち, 地方公営企業法全部適用もしくは一部適用の都道府県・市町村・一部事務組合・企業団立の病院である。なお, 平成29年度時点で地方公営企業法全部適用の病院は386, 一部適用の病院は391あるとされる(総務省, 2019)。地方独立行政法人によって経営される病院については調査対象とはしていない。

平成29年12月から平成30年6月まで自治体病院経営者に対してインタビューを行い<sup>4)</sup>, その結果と先行研究(Carpenter and Golden, 1997; Chang and Wong, 2003; Hambrick and Finkelstein, 1987; Wangrow, Schepker et al., 2015; Zhao, Chu et al., 2010; 齋藤, 2012; 阪口・荒井 他, 2016; 総務省, 2015)をもとに質問票を作成した。2名の病院経営者にパイロットテストを依頼し, コメントを受けて質問票を修正した。平成30年7月から12月にかけて質問票調査を配布・回収した。1度目の配布のあと回答がなかった病院に対しては, 質問票を再送した。一部適用病院については病院長, 全部適用病院に対しては病院長および事業管理者の両名に質問票を送付した。全部適用病院について事業管理者と病院長の両方を対象としたのは, 事業管理者が院内の経営管理にあまり携わっていない事例があることをインタビューから学んだためである。919通(うち一部適用病院経営者410名, 全部適用病院経営者509名)を送付し, 307通の回答を得た。そのうち, 病院長・事業管理者もしくはそれに相当するもの以外からの回答を除く298通を用いて, データ分析を行った(回収率33.4%, 有効回答率32.4%)。なお, 非回答バイアスの影響を評価するために, 回答者が経営する病院と調査対象全体の医業収益の平均値を比較したが, 平均値に統計的に有意な差は見られなかった。したがって, 非回答バイアスの問題は大きくないといえる。

### 4.1. 質問項目

質問票には, 回答者の職位, 性別, 年齢, 医師としての経験年数, 病院経営者としての経験年数といった個人の特性に関する質問と, 経営者の裁量に関する質問項目が含まれている。裁量の関係では, (1) 病院経営の効率化に関する経営上の裁量の大きさ, (2) 経営上の裁量を制限する要因の影響, (3) 裁量を制限された経験に関する自由記述, が調査項目にある<sup>5)</sup>。

(1) 病院経営の効率化に関する経営上の裁量に関する質問項目は, 質問票調査を用いて経営者裁量の測定を試みている先行研究であるChang and Wong (2003) や Zhao, Chu et al. (2010) で用いられた尺度を参考

<sup>4)</sup> インタビューはその後も引き続き行い, 平成31年3月にかけて45病院の経営者を対象に計47回行った。インタビュー調査の結果については, 紙幅の関係から稿を改めて詳細に検討したい。

<sup>5)</sup> 他にも, 経営知識・スキルを習得した手段, 管理会計手法についての知識, 管理会計手法の経営上の利用の有無などに関する質問項目などが質問票には含まれている。これらの質問項目や自由記述の詳細な分析結果に関しては, 紙幅の関係から稿を改めて検討したい。

に、新改革ガイドライン（総務省，2015）や齋藤（2012）を参考にして新たに開発した。病院経営の効率化に関する9つの領域，具体的には①民間的経営手法の導入，②事業規模・事業形態の見直し，③経常的な医業費用の削減・抑制，④施設・設備整備費の抑制，⑤収入増加・確保対策，⑥医師等の医療スタッフの確保・育成，⑦経営感覚に富む人材の登用，⑧事務職員の人材開発の強化，⑨給与・手当等の報酬制度の見直しについて，どの程度の裁量を持っているかを5点リッカートスケールで回答してもらった。1点が「全く裁量がない」，3点が「どちらともいえない」，5点が「完全な裁量がある」である。

(2) 経営上の裁量を制限する要因の影響に関する質問項目は，齋藤（2012）で指摘されている要因に加えて，インタビュー調査において言及があった要因を加えることで新たに作成した。具体的には，回答者の経営上の裁量が以下の8つの要因にどの程度制限されているかを聞いている。8つの要因とは，①公立病院に課せられている法的制約，②首長からの影響，③議会からの影響，④首長部局（本庁）からの影響，⑤院内事務方からの影響，⑥院内医療専門職からの影響，⑦大学医局からの影響，⑧診療報酬制度の影響，である。5点リッカートスケールで回答を得ており，1点が「裁量を全く制限していない」，3点が「どちらともいえない」，5点が「非常に強く裁量を制限している」である。

(3) 裁量を制限された経験に関する自由記述については，回答者のこれまでの経験の中で，経営上の裁量が制限されたために経営改革に大きな労力を要した，時間がかかった，改革ができなかった，不十分に終わってしまった経験について回答してもらった。次節では，(1) や (2) の分析結果を解釈する際に，自由記述の内容を紹介する。

## 5. 分析結果

ここでは，アンケートの集計結果を(1) 回答者の属性，(2) 経営者自身の経営上の裁量の大きさ，(3) 経営上の裁量を制限する要因の影響，の順に示す。経営上の裁量に対してそれを制限する要因がどの程度影響するかを，相関関係の分析と重回帰分析を通じて示す。さらに，(2) については，一部適用病院と全部適用病院を比較した結果を， $\chi$ 二乗検定の結果とともに示す。分析結果の解釈を行う際に，裁量の制限に関する自由記述回答についても紹介する。なお，すべての表は筆者が作成したものである。

### 5.1. 回答者の属性<sup>6)</sup>

表2 回答者の職位

職位（295名回答：複数選択可）	事業管理者	病院長	事業管理者かつ病院長	その他
回答者数	84	232	25	2
%	28.5%	78.6%	8.5%	0.7%

回答者の職位を見ると，8割弱が病院長であり，3割弱が事業管理者である。合計すると100%をこえるが，これは事業管理者かつ病院長の回答者が存在するためであり，両方を兼ねる回答者は8.5%程度である。

回答者の平均年齢は約62歳だった。最も若い経営者で32歳，最高齢の経営者で79歳であった。回答者のうち30代は3名，40代は10名しかおらず，大半は50代，60代である。医師としての経験年数は，約

<sup>6)</sup> ここに示した回答者の属性（年齢，病院経営者としての経験年数，医師か非医師か）は，経営上の裁量の大きさと裁量を制限する要因の両方に影響を与えられ考えられる。実際にクロス集計や $\chi$ 二乗分析，重回帰分析を行い，回答者の属性の影響を示唆する結果を得ている。この点については，別稿で詳細に検討する。

35年が平均値だった。事務方出身の非医師の経営者（事業管理者）も少ないながら存在していた（7名）。病院経営者としての経験年数は、平均が約6年半である一方で、最小は1か月、最大は32年と幅が大きかった。回答者のほとんどが男性であり、女性の自治体病院経営者は8人、3%弱しかいなかった。

表3 回答者の年齢、医師としての経験年数、病院経営者としての経験年数

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	294	61.73	62	6.4	32	79
医師としての経験年数	292	35.11	37	8.65	0	51
病院経営者としての経験年数	291	6.61	5	5.86	0.08	32

なお、地方公営企業法の一部適用病院経営者からの回答は129件（43.3%）、全部適用病院経営者からの回答は169件（56.7%）であった。

## 5.2. 経営者自身の経営上の裁量の大きさ

表4 病院経営の効率化に関する経営上の裁量の大きさ

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	裁量の程度	裁量の程度				
						全く裁量がない	どちらともいえない	完全な裁量がある		
						1	2	3	4	5
1. 民間的経営手法の導入	295	2.79	3	1.14	回答者数	54	53	105	68	15
					%	18.3%	18.0%	35.6%	23.1%	5.1%
2. 事業規模・事業形態の見直し	293	2.72	3	1.11	回答者数	52	64	102	64	11
					%	17.7%	21.8%	34.8%	21.8%	3.8%
3. 経常的な医業費用の削減・抑制	294	3.40	4	0.91	回答者数	9	36	100	125	24
					%	3.1%	12.2%	34.0%	42.5%	8.2%
4. 施設・設備整備費の抑制	295	3.29	3	0.94	回答者数	13	39	116	104	23
					%	4.4%	13.2%	39.3%	35.3%	7.8%
5. 収入増加・確保対策	294	3.64	4	0.81	回答者数	3	19	94	144	34
					%	1.0%	6.5%	32.0%	49.0%	11.6%
6. 医師等の医療スタッフの確保・育成	295	3.41	4	1.05	回答者数	19	32	90	118	36
					%	6.4%	10.8%	30.5%	40.0%	12.2%
7. 経営感覚に富む人材の登用	295	2.81	3	1.20	回答者数	49	73	83	66	24
					%	16.6%	24.7%	28.1%	22.4%	8.1%
8. 事務職員の人材開発の強化	295	2.68	3	1.12	回答者数	47	90	83	59	16
					%	15.9%	30.5%	28.1%	20.0%	5.4%
9. 給与・手当等の報酬制度の見直し	294	2.10	2	1.15	回答者数	117	85	50	31	11
					%	39.8%	28.9%	17.0%	10.5%	3.7%

病院経営の効率化に関する9つの領域について、経営者がどの程度の裁量を持っているかを質問した。その結果が表4である。表4を見ると、収入増加・確保対策（平均値3.64）、医師等の医療スタッフの確保・育成（平均値3.41）、経常的な医業費用の削減・抑制（平均値3.40）については大きな裁量を持つと認識している経営者が多いことがわかる。それに対し、どちらかというところ裁量がない（平均値が3未満）と多くの経営者が考えているのは、給与・手当等の報酬制度の見直し（平均値2.10）、事務職員の人材開発の強化（2.68）、事業規模・事業形態の見直し（平均値2.71）、民間的経営手法の導入（平均値2.79）、経営感覚に富む人材の登用（平均値2.81）である。特に給与・手当等の報酬制度の見直しについては、裁量がないと考える人（1もしくは2と回答）の割合が70%近くあり、経営者の大半が裁量を制限されていると感じる

領域だといえる。

多くの経営者が、収入増加・確保対策、医師等の医療スタッフの確保・育成、経常的な医業費用の削減・抑制について比較的大きな経営上の裁量を持っていると回答している理由は、彼らのほとんどが医師であるためだと考えられる。これらは、経営効率化に関する諸領域の中で、日常の医療活動と直結するものである。自治体病院に関わる他の利害関係者と比較して、経営者は医療に関して相対的に豊富な経験・知識を持つために、医療と直結するような経営効率化の領域については他の利害関係者から制限を受けることなく、彼らの裁量が発揮されやすいという面があると考えられる。

経営者が裁量をあまり持っていないと認識している領域は、日々の医療活動と直結しないものが多い。また、給与・手当等の報酬制度の見直しのような、法・制度によって経営者の裁量が相当程度制限されるものもある。それに加えて、議会や首長などの自治体病院の利害関係者からの影響があり、経営者の裁量が制限されていると予想される。個々の裁量の制限要因が各領域の経営者裁量に与える影響の大きさについては、次項で詳細に検討する。

### 5.3. 経営上の裁量を制限する要因の影響

経営上の裁量が 8 つの要因（法的制約、首長、議会、本庁、院内事務方、院内医療専門職、大学医局、診療報酬制度）によってどの程度制限されているかについて経営者に質問し、回答を得た。表 5 はその集計結果である。

表 5 経営上の裁量を制限する要素の影響

変数名	回答者数	平均値	中央値	標準偏差	裁量の 制程度合い	裁量を全く 制限してい ない				
						1	2	3	4	5
1. 公立病院に課せられて いる法的制約	290	3.54	4	1.07	回答者数 %	17 5.9%	26 9.0%	84 29.0%	110 37.9%	53 18.3%
2. 首長からの影響	295	2.92	3	1.14	回答者数 %	33 11.2%	78 26.4%	91 30.8%	67 22.7%	26 8.8%
3. 議会からの影響	295	2.97	3	1.10	回答者数 %	30 10.2%	69 23.4%	99 33.6%	74 25.1%	23 7.8%
4. 首長部局（本庁）から の影響	291	3.15	3	1.25	回答者数 %	33 11.3%	58 19.9%	83 28.5%	67 23.0%	50 17.2%
5. 院内事務方からの影響	293	2.53	3	1.07	回答者数 %	57 19.5%	88 30.0%	94 32.1%	44 15.0%	10 3.4%
6. 院内医療専門職からの 影響	293	2.45	2	1.03	回答者数 %	60 20.5%	96 32.8%	87 29.7%	45 15.4%	5 1.7%
7. 大学医局からの影響	294	3.05	3	1.30	回答者数 %	52 17.7%	45 15.3%	75 25.5%	81 27.6%	41 13.9%
8. 診療報酬制度の影響	295	3.38	3	1.15	回答者数 %	23 7.8%	38 12.9%	89 30.2%	93 31.5%	52 17.6%

表 5 を見てわかるように、法的制約（平均値 3.54）、診療報酬制度（平均値 3.38）が経営上の裁量を強く制限していると考えられる経営者が多い。院内医療専門職（平均値 2.45）や院内事務方（平均値 2.53）からの影響は相対的に小さいと考える経営者が多いようである。首長（平均値 2.92）、議会（平均値 2.97）、大学医局（平均値 3.05）、本庁事務方（平均値 3.15）からの影響は、どちらともいえないと考える回答者が多いようだ（平均値が 3 程度）。

経営効率化に関する各領域において経営者が認識している裁量の大きさと、裁量の制限要因の関係を明

らかにするために、両者の相関関係を検討した。その結果が表6である。経営効率化に関する各領域の裁量を最も強く制限しているとは示唆されるのは、院内事務方である。院内事務方の影響は、収入確保・増加対策 (-0.421)、施設・設備整備費の抑制 (-0.402)、事務職員の人材開発の強化 (-0.397)、経常的な医業費用の削減・抑制 (-0.386)、事業規模・事業形態の見直し (-0.343) という5つの領域(相関係数の絶対値の大きい順に記載。以下同様の記載順)で他の裁量制限要因と比較して最大の負の相関係数を持っている。さらに、経営感覚に富む人材の登用に関する裁量について2番目に大きい負の相関係数 (-0.358) を持っている。加えて、民間的経営手法の導入に関する裁量について、3番目に大きい負の相関係数 (-0.385) を持っている。なぜ、院内事務方の影響はこれほどまでに大きいのだろうか。自由記述に基づいて考察すると、院内事務方の負の影響が大きいのは、院内事務方の医療・病院経営に関する知識が乏しく、病院の経営改善に力を入れずに本庁に早く戻ることを意識して働いている事務職員が一定数存在するためだと考えられる。自由記述によると、自治体病院の事務職員は、自治体の人事異動制度の下で2~3年ごとに交代するケースが多く、事務職員が医療に関する知識も病院経営に関する知識も持っていない場合が多いという。いずれ自治体本体に戻ると考え、在職する数年間に何も変化なく過ごせばよいという考えの事務職員もいるという。非管理職の事務職員だけでなく事務長も同様の姿勢で仕事をしている場合もあるようだ。山之内・石原(2013)も、自治体病院の事務長を対象としたアンケート調査の結果として、自治体特有の人事異動制度が事務職の人材開発を阻害しており、自治体病院にはほとんど経営人材が存在しないことを指摘している。

表6 経営上の裁量の大きさと裁量の制限要因の相関係数

変数名		全適 ダミー	法的制約	首長	議会	首長部局	院内 事務方	院内 医療職	大学医局	診療報酬 制度
1. 民間的経営手法の 導入	相関係数	0.010	-0.261	<b>-0.402</b>	-0.352	<b>-0.402</b>	-0.385	-0.159	-0.037	-0.010
	p値	0.864	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.006**	0.531	0.864
2. 事業規模・事業形 態の見直し	相関係数	0.098	-0.200	-0.285	-0.295	<b>-0.324</b>	<b>-0.343</b>	-0.099	-0.036	-0.047
	p値	0.093	0.001***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.093	0.535	0.418
3. 経常的な医業費用 の削減・抑制	相関係数	-0.004	-0.165	<b>-0.317</b>	-0.309	<b>-0.351</b>	<b>-0.386</b>	-0.268	-0.125	-0.082
	p値	0.939	0.005**	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.033*	0.159
4. 施設・設備整備費 の抑制	相関係数	0.035	-0.111	-0.316	-0.329	<b>-0.376</b>	<b>-0.402</b>	-0.179	-0.017	-0.096
	p値	0.545	0.060	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.002**	0.775	0.101
5. 収入増加・確保対 策	相関係数	0.080	0.026	<b>-0.256</b>	-0.216	<b>-0.280</b>	<b>-0.421</b>	-0.204	-0.114	-0.069
	p値	0.172	0.655	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.052	0.237
6. 医師等の医療ス タッフの確保・育成	相関係数	0.079	-0.115	<b>-0.404</b>	-0.318	<b>-0.347</b>	-0.309	-0.197	-0.112	-0.099
	p値	0.175	0.051	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.001***	0.055	0.089
7. 経営感覚に富む人 材の登用	相関係数	0.093	-0.134	<b>-0.323</b>	-0.315	<b>-0.366</b>	<b>-0.358</b>	-0.152	-0.031	-0.020
	p値	0.110	0.022*	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.009**	0.593	0.729
8. 事務職員の人材開 発の強化	相関係数	0.053	-0.168	-0.298	-0.300	<b>-0.358</b>	<b>-0.397</b>	-0.131	0.006	-0.006
	p値	0.367	0.004**	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.025*	0.923	0.915
9. 給与・手当等の報 酬制度の見直し	相関係数	0.144	-0.207	<b>-0.299</b>	<b>-0.319</b>	<b>-0.320</b>	-0.290	-0.213	0.011	-0.074
	p値	0.013*	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.854	0.206

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001。相関係数の中で、領域ごとに見た場合に最大の負の係数を持つ組み合わせに**網掛け・太字・下線**、2番目に大きな負の係数に**網掛け・下線**、3番目に大きな負の係数に**網掛け**を行った。

経営効率化に関する各領域の裁量を2番目に強く制限しているとは示唆されるのは、首長部局である。首長部局は、民間的経営手法の導入 (-0.402)、経営感覚に富む人材の登用 (-0.366)、給与・手当等の報酬制度の見直し (-0.320) の3つの領域で最大の負の相関係数を持っている。それに加えて、施設・設備整備費の抑制 (-0.376)、事務職員の人材開発の強化 (-0.358)、経常的な医業費用の削減・抑制 (-0.351)、医師

等の医療スタッフの確保・育成(-0.347), 事業規模・事業形態の見直し(-0.324), 収入増加・確保対策(-0.280)の6つの領域で2番目に大きい負の相関係数を持っている。自由記述には, 経営者が様々な改革を提案しても首長部局の事務方から反対にあう, 説得に時間がかかる, 専門知識もないのに干渉するなどの意見が見られた。

経営上の裁量を制限する要因のうち, 3番目に影響力が大きいと考えられるのは, 首長である。首長は, 医師等の医療スタッフの確保・育成(-0.404), 民間的経営手法の導入(-0.402)の2つの領域で最大の負の相関係数を持っている。また, 経営感覚に富む人材の登用(-0.323), 経常的な医業費用の削減・抑制(-0.317), 給与・手当等の報酬制度の見直し(-0.299), 収入増加・確保対策(-0.256)の4つの領域では3番目に大きい負の相関係数を持つ。首長に関して, 質問票の自由記述では医師確保のための給与増額, 病院の統廃合, 大規模投資などに対して首長の了解が得られなかった, 首長が強く反対したために実現できなかったという意見が見られた。

議会からの影響は, 院内事務方・首長部局・首長と比較すると相対的に小さい。それでも, 給与・手当等の報酬制度の見直しについては2番目に大きい負の相関係数(-0.319)を持っている。また, 施設・設備整備費の抑制(-0.329), 医師等の医療スタッフの確保・育成(-0.318), 事務職員の人材開発の強化(-0.300), 事業規模・事業形態の見直し(-0.295)については3番目に大きい負の相関係数を持つ。議会が経営者に協力的でない場合には, 議会で条例を変更しなければ実現しないような経営改善の取り組みが進まないようである。

法的制約や院内医療職も複数の領域で統計的に有意な負の相関係数を持つが, これまで検討してきた要因と比べると, 経営上の裁量を大きくは制限しないようである。また, 大学医局の経営上の裁量に対する影響はごく小さいことが分析結果から示唆されている。

多くの経営者が診療報酬制度(平均値3.38)について経営上の裁量を強く制限していると考えていたにもかかわらず, 経営の効率化に関する各領域の裁量とは, 統計的に有意な負の相関を持っていなかった。この結果から, 本稿で検討した経営の効率化に関する各領域の裁量は, 診療報酬制度にほとんど影響されないと考えられる。民間的経営手法の導入を例に挙げよう。ある病院経営者が民間的経営手法の導入を行う際に, 診療報酬制度がそれを制限するということは考えづらい。その他の領域についても同様の理由で, 統計的に有意な負の相関関係が見られないと考えられる。

ここまでは個別の領域における経営者裁量の大きさと裁量を制限する要因の関係を検討してきた。ここで, 個々の領域の裁量を総和としてとらえた総合的な経営者裁量とその制限要因との関係も検討しておこう。具体的には, 経営効率化に関する9領域の回答を合計した総合的な経営者裁量の大きさを被説明変数(Y:回答者数=290, 平均値=26.82, 中央値=27, 標準偏差=7.01, 最小値=9, 最大値=45), 経営上の裁量に影響を与える8つの要因(法的制約, 首長からの影響など)と全部適用かどうかを示すダミー変数を説明変数( $X_1 \sim X_9$ )とする重回帰分析を実施した(表7)。重回帰分析に必要なデータがそろっている回答は280だった。なお, 分散拡大係数(VIF)の最大値は議会からの影響( $X_3$ )の2.43であり, 多重共線性に問題はないと考えられる。

分析の結果, 院内事務方からの影響(偏回帰係数 = -2.17), 首長からの影響(偏回帰係数 = -1.06), 首長部局(本庁)からの影響(偏回帰係数 = -0.81)の偏回帰係数の符号は負で, 統計的に有意な値であった。このことは, 院内事務方からの影響, 首長からの影響, 首長部局からの影響が経営者の総合的な裁量を顕著に制限することを示唆している。これは, 先行研究の指摘と合致する結果である(伊関, 2014; 齋藤, 2012)。院内事務方や首長, 首長部局が協力する場合には経営上の裁量は確保されるが, 彼らが協力を拒否

する場合には経営上の裁量が強く制限されるため、このような結果が得られたと考えられる。

法的制約の1つである地方公営企業法の適用状況（全適ダミー）については、次の項でRQ3に取り組む中で詳細に検討する。

表7 総合的な経営者裁量と裁量を制限する要素の重回帰分析

被説明変数：総合的な経営者裁量の大きさ				
説明変数	偏回帰係数	標準誤差	t値	p値
切片	37.76	1.54	24.54	0.000 ***
法的制約	0.31	0.37	0.83	0.407
首長からの影響	-1.06	0.44	-2.39	0.017 *
議会からの影響	-0.69	0.48	-1.42	0.156
首長部局からの影響	-0.81	0.39	-2.05	0.041 *
院内事務方からの影響	-2.17	0.40	-5.37	0.000 ***
院内医療専門職からの影響	-0.08	0.42	-0.19	0.849
大学医局からの影響	0.14	0.30	0.47	0.636
診療報酬制度の影響	0.19	0.33	0.58	0.565
地方公営企業法全部適用ダミー	0.88	0.70	1.25	0.211
回答者数	280			
修正済みR <sup>2</sup>	0.34			
R <sup>2</sup> （分散説明率）	0.36			
F	16.75	***		

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001。

#### 5.4. 全部適用病院と一部適用病院の経営上の裁量の比較

第3節で、地方公営企業法の適用状況によって自治体病院経営者の経営上の裁量は大きく変わることを先行研究に基づき指摘した。しかし、RQ3に示した課題、すなわち「地方公営企業法の一部適用と全部適用の違いにより、経営者裁量に違いは見られるか」という問いは、これまで定量的データを用いた検証は行われてこなかった。ここではこの課題を念頭において、相対的に経営上の裁量が大きいと考えられる全部適用病院の経営者が持つ裁量と、経営上の裁量が制限されていると考えられる一部適用病院の経営者の裁量を比較する。

表6に、地方公営企業法が全部適用されている病院では1を、一部適用病院では0をとるダミー変数と、9つの領域における経営上の裁量の相関関係を示した。全部適用病院の方が経営者の裁量が大きいはずなので、統計的に有意な正の相関関係が見られることが期待できる。しかし分析結果は、ほとんどの領域において地方公営企業法の全部適用が経営者の裁量を拡大するわけではないことを示唆している。9つの中で唯一、統計的に有意な正の相関関係が見られたのは、給与・手当等の報酬制度の見直しであった。一部適用病院では経営者の給与・手当等に関する権限が法的に強く制限されており、給与・手当について経営者の裁量がほとんど存在しない。その一方で、全部適用病院では経営者の裁量で変更できる範囲が広い（齋藤、2012）。このような法的制約の違いが、正の相関関係となって表れているようである。

表8 一部適用・全部適用別の経営者裁量の大きさの比較

変数名	一部適用・全部適用	回答者数	平均値	標準偏差	裁量の程度 (%)					χ <sup>2</sup> 乗統計量	p値
					全く裁量がない		どちらともいえない		完全な裁量がある		
					1	2	3	4	5		
1. 民間的経営手法の導入	一部適用	128	2.77	1.18	21.1	14.8	34.4	25.0	4.7	2.725	0.605
	全部適用	167	2.80	1.12	16.2	20.4	36.5	21.6	5.4		
2. 事業規模・事業形態の見直し	一部適用	126	2.60	1.13	22.2	23.0	30.2	22.2	2.4	5.134	0.274
	全部適用	167	2.81	1.08	14.4	21.0	38.3	21.6	4.8		
3. 経常的な医業費用の削減・抑制	一部適用	127	3.41	0.84	1.6	11.8	37.0	43.3	6.3	3.222	0.521
	全部適用	167	3.40	0.97	4.2	12.6	31.7	41.9	9.6		
4. 施設・設備整備費の抑制	一部適用	128	3.25	0.91	5.5	10.2	43.8	35.2	5.5	4.884	0.299
	全部適用	167	3.32	0.97	3.6	15.6	35.9	35.3	9.6		
5. 収入増加・確保対策	一部適用	128	3.56	0.79	0.0	9.4	34.4	46.9	9.4	6.843	0.144
	全部適用	166	3.69	0.82	1.8	4.2	30.1	50.6	13.3		
6. 医師等の医療スタッフの確保・育成	一部適用	128	3.31	1.04	7.8	10.9	32.0	40.6	8.6	3.270	0.514
	全部適用	167	3.48	1.05	5.4	10.8	29.3	39.5	15.0		
7. 経営感覚に富む人材の登用	一部適用	128	2.68	1.18	20.3	22.7	32.0	18.8	6.2	5.799	0.215
	全部適用	167	2.90	1.20	13.8	26.3	25.1	25.1	9.6		
8. 事務職員の人材開発の強化	一部適用	128	2.62	1.16	19.5	29.7	25.8	19.5	5.5	2.359	0.670
	全部適用	167	2.74	1.09	13.2	31.1	29.9	20.4	5.4		
9. 給与・手当等の報酬制度の見直し	一部適用	127	1.91	1.12	48.0	29.1	10.2	9.4	3.1	10.31	0.036
	全部適用	167	2.24	1.16	33.5	28.7	22.2	11.4	4.2		

\* p < 0.05

全部適用病院と一部適用病院の経営上の裁量を別々に集計した結果を表8に示した。クロス集計の結果はパーセント表示で示した。χ<sup>2</sup>乗検定も行い、その結果も示している。相関関係の分析と同様に、クロス集計でも給与・手当等の報酬制度の見直し以外に統計的に有意な差は見られない。給与・手当等の報酬制度の見直しについては、一部適用病院の経営者は約半数が全く裁量がないと認識しているのに対し、全部適用病院の経営者で同じ回答をしているものは3割強である。また、裁量の大きさについて大きい・小さいのどちらともいえないと回答する経営者は、一部適用では10%強、全部適用では20%強であった。全部適用病院の経営者であっても、裁量がある(4, 5)と回答した割合は15%強である。一部適用病院の経営者との間に統計的に有意な差が見られたとはいっても、全部適用の経営者の多くは給与・手当等の報酬制度の見直しに関して大きな裁量を持っているとはとらえていないようである。

個々の裁量の大きさだけでなく、総合的な経営者裁量の大きさについても分析を行ったが(表7)、地方公営企業法全部適用ダミーの偏回帰係数は統計的に有意な値ではなかった。地方公営企業法の適用状況は、給与・手当等の報酬制度の見直し以外の領域の経営者裁量に与える影響が小さいために、このような結果になったと考えられる。

以上の分析結果は、地方公営企業法を全部適用化することは経営者の裁量を確保する十分条件ではないことを示している。自由記述でも、事業管理者でありながら裁量を発揮できないという意見が複数あった。例えば、「当院は、全部適用の病院ではあるが名ばかりで実質一部適用である。管理者も含めて人事権もなければ、もちろん予算権限もない」(自由記述より抜粋)とする経営者もいた。全部適用化だけでは経営者裁量の確保には不十分である。5.3節の分析結果を合わせて考えると、首長・院内外の事務方が及ぼす経営者裁量への負の影響を防ぐことが必要かもしれない。逆にいえば彼らから十分なサポートを受けることが、経営者が裁量を持って経営するうえで必要である可能性が高い。

## 6. 終わりに

本研究は、自治体病院の経営者が持つ経営上の裁量について、3つのリサーチ・クエスチョンに取り組んだ。第一のリサーチ・クエスチョンは、「自治体病院の経営者は、どの程度の裁量を持つのか」であった。質問票調査の結果、経営者は収入増加・確保対策、医師等の医療スタッフの確保・育成、経常的な医業費用の削減・抑制については大きな裁量を持つが、給与・手当等の報酬制度の見直し、事務職員の人材開発の強化、事業規模・事業形態の見直し、民間的経営手法の導入、経営感覚に富む人材の登用についての裁量は制限されていることがわかった。特に、給与・手当等の報酬制度の見直しに関する裁量は強く制限されていた。

第二のリサーチ・クエスチョンは、「自治体病院の経営者の裁量は、どのような要因にどの程度制限されるのか」であった。法的制約や診療報酬制度からの影響が大きいと評価する経営者が多かった。経営効率化に関する各領域の裁量とその制限要因について、相関関係の分析も行った。その結果、院内事務方、首長部局、首長が経営者の裁量を広範かつ強く制限している可能性が示唆された。

第三のリサーチ・クエスチョンは、「地方公営企業法の一部適用と全部適用の違いにより、経営者裁量に違いは見られるか」であった。分析の結果、地方公営企業法の全部適用が裁量に影響を与えている可能性が示されたのは、給与・手当等の報酬制度の見直しに関する裁量だけであった。他の阻害要因と全部適用の有無を説明変数、裁量の総合的な大きさを被説明変数にした重回帰分析からは、全部適用によって裁量の総合的な大きさに影響があるとはいえず、首長、首長部局、院内事務方からの影響が大きい可能性が示された。

本研究の分析結果は、先行研究の指摘と合致する部分が多い。例えば齋藤（2012）は自治体病院において改革を進めるためには首長、院内外の事務方との相互理解、彼らからのサポートが欠かせないことを指摘している。また、伊関（2014）は自治体病院の利害関係者が医療や病院経営について素人であるため、病院の経営改革を阻害することを指摘している。本件研究では質問票調査データの分析を通じて、その裏付けをとることができた。また、総務省は地方公営企業法の全部適用をすることで大幅に自治体病院経営者の裁量<sup>7)</sup>が増加すると指摘している（総務省、2007、11頁；総務省、2015、10頁）。その一方で「制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化に特に意を払う必要がある」（総務省、2015、10頁、下線は引用者による）とも指摘しており、地方公営企業法の全部適用だけでは実質的な経営者の裁量が確保されない可能性を示唆している。経営形態を一部適用から全部適用に変えただけでは経営者の裁量拡大が実現するとはいえないことは、本研究がもたらした重要な知見であり、総務省の指摘とも整合するものである。

本研究から自治体病院経営者の裁量とその阻害要因に関して様々なことが明らかになったが、本研究にはいくつかの限界がある。まず、本稿では利害関係者から種々の干渉を受けることで経営者の裁量が発揮できないという問題に焦点を当てたが、経営者自身がリーダーシップを発揮し、利害関係者と交渉・調整し経営上の裁量を拡大するという面は検討しなかった。今後は、経営者が主体的に経営上の裁量を拡大す

<sup>7)</sup> 総務省自身はガイドライン上では「経営上の裁量」という言葉を使っていない。しかし、新ガイドライン上では10頁で、旧ガイドライン上では11頁で経営者の裁量について記載・指摘している。そこで「経営の自由度」（総務省、2015、10頁）という言葉を使っており、これはまさに、経営戦略論でいわれている「経営上の裁量」の定義と一致するものである（「経営活動の自由範囲」）。また、新・旧ガイドラインは地方公営企業法の全部適用をすることで「事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となる」（総務省、2015、10頁）と説明しているが、法によって裁量の制限の度合いが変化し、経営上の裁量が拡大する、という点も本研究の裁量のとらえ方と一致している。

るプロセスに焦点を当て、研究を進めていく必要があるだろう。質問票についても改善点が見つかった。質問票の設計はインタビューやプレテストなどを通じて慎重に行ったが、回答者に質問項目の意図を正確に伝えることができていないと思われる結果が、一部ではあるが得られた。例えば「給与・手当等の報酬制度の見直し」に関する裁量について、一部適用病院でも「完全な裁量がある」と回答した経営者がいた。給与について法的に裁量が制限されている中で一部適用病院の経営者が完全な裁量を持つとは考えづらく、回答者に質問の意図が正確に伝わっていない可能性がある。今後、より精度の高い質問項目を開発する必要があるだろう。経営者以外からの情報が限定的であったことも本研究の限界である。事業管理者および病院長以外の利害関係者を対象に質問票調査を実施してはいない。その他の利害関係者に対しても調査を行い、自治体病院内で経営上の裁量が阻害されるメカニズムを多角的に明らかにすることも、今後の有望な研究の方向性の1つである。最後に挙げる研究の限界は、経営者の能力に関するものである。経営者の裁量が拡大すれば経営改善が進展し、財務業績が改善されるという想定のもとで研究を行った。ここでは、経営者は経営改善を達成できる十分な知識・経験を持っているということを、暗黙の前提にしている。しかし、経営に関する知識・経験が乏しい経営者の場合には、下手な経営改善への取り組みの結果、かえって業績を悪化させてしまいかねない。齋藤(2012)はこの点について、医師は通常、経営に関する知識・経験が乏しく、病院経営者になってから独学や経験を通じて経営に関する知識を身につけていると指摘している。今後は、自治体病院経営者の経営に関する知識・経験についても定量的に把握・分析し、経営者が経営改善を達成できる十分な知識・経験を持っているかどうかを検証していくことが必要だろう。

## 付録：質問票（一部抜粋）

ご自身に関する以下の質問にお答えください。

お名前			
以下の選択肢の中から、ご自身の役職（職位）をお選びください（複数選択可）。			
① 事業管理者もしくはそれと同等の職位	② 病院長	③ その他 ( )	
年齢			歳
性別			男 ・ 女
医師としての経験年数			年
病院（事業）経営者（事業管理者、病院長等）としての経験年数			年

Q1. 病院の経営改革を進める中で、事業管理者や病院長が自分の裁量を発揮して様々な取り組みを実施しようとしても、実際には裁量が制限されていてそれができない場合があると思われま。これまでの経験の中で、経営上の裁量が制限されたため経営改革に大きな労力を要した・時間がかかった・改革ができなかった・不十分に終わってしまった経験がございましたら、お教えてください。

- 例：医師純増を首長に依頼したが実現しなかった、民間的な経営手法導入（例：戦略経営の導入、医療マーケティングの導入、診療科別原価計算導入）の反対にあった

（自由記述欄 9 行）

Q2. あなたの経営上の裁量は、以下の要因によってどの程度制限されていますか。

経営上の裁量を制限する要因	裁量を全く制限していない		どちらともいえない	非常に強く裁量を制限	
1. 公立病院に課せられている法的制約	1	2	3	4	5
2. 首長からの影響	1	2	3	4	5
3. 議会からの影響	1	2	3	4	5
4. 首長部局（本庁）からの影響	1	2	3	4	5
5. 院内事務方からの影響	1	2	3	4	5
6. 院内医療専門職からの影響	1	2	3	4	5
7. 大学医局からの影響	1	2	3	4	5
8. 診療報酬制度の影響	1	2	3	4	5

Q3. 病院経営の効率化に関する以下の領域について、あなたはどの程度の裁量を持っていますか。全く裁量がない状態とは、あなたがその領域に経営者として全く関わることができないことを意味します。完全な裁量がある状態とは、その領域については完全な決定権・影響力を持つことを意味します。

領域	全く裁量がない		どちらともいえない		完全な裁量がある	
1. 民間的経営手法の導入	1	2	3	4	5	
2. 事業規模・事業形態の見直し	1	2	3	4	5	
3. 経常的な医業費用の削減・抑制	1	2	3	4	5	
4. 施設・設備整備費の抑制	1	2	3	4	5	
5. 収入増加・確保対策	1	2	3	4	5	
6. 医師等の医療スタッフの確保・育成	1	2	3	4	5	
7. 経営感覚に富む人材の登用	1	2	3	4	5	
8. 事務職員の人材開発の強化	1	2	3	4	5	
9. 給与・手当等の報酬制度の見直し	1	2	3	4	5	

## 参考文献

- 飯塚俊太郎・稲継裕昭 (2019) 「独立行政法人の運営状況：サーベイによる実態調査」『会計検査研究』第 59 号, 69-83 頁。
- 伊関友伸 (2011) 「自治体病院の存在意義はどこにあるのか」『病院』第 70 巻 3 号, 174-179 頁。
- 伊関友伸 (2014) 『自治体病院の歴史：住民医療の歩みとこれから』三輪書店。
- 伊関友伸 (2015) 「公立病院改革ガイドラインは自治体病院に何をもたらすか」『病院』第 74 巻 9 号, 638-643 頁。
- 伊関友伸 (2017) 「最近の公立病院政策の変遷と新旧公立病院改革ガイドライン」『社会保障研究』第 1 巻 4 号, 778-796 頁。
- 河北博文・田崎博之・橋本昌仁 (2015) 「自治体病院の経営の問題点」『病院』第 74 巻 9 号, 644-647 頁。
- 厚生労働省 (2018) 「平成 29 年 (2017) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/> (2019 年 11 月 12 日参照)。
- 齋藤貴生 (2012) 『自治体病院の経営改革：原則と実践』九州大学出版会。
- 阪口博政・荒井耕 他 (2016) 「医療管理学におけるマネジメント教育・会計教育についての文献レビュー」『日本医療・病院管理学会誌』第 53 巻 2 号, 141-148 頁。
- 総務省 (2007) 「公立病院改革ガイドライン」[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/071224\\_zenbun.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/071224_zenbun.pdf) (2019 年 6 月 19 日参照)。
- 総務省 (2015) 「新公立病院改革ガイドライン」[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000382135.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf) (2019 年 6 月 19 日参照)。
- 総務省 (2016) 「公立病院経営改革事例集」[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000547215.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000547215.pdf) (2019 年 7 月 4 日参照)。
- 総務省 (2017) 「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会報告書」[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000524147.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000524147.pdf) (2019 年 11 月 9 日参照)。
- 総務省 (2019) 「平成 29 年度地方公営企業年鑑」[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000609038.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000609038.pdf) (2019 年 6 月 19 日参照)。
- 山之内稔・石原俊彦 (2013) 「自治体病院における経営人材育成の意義と課題」『ビジネス&アカウンティングレビュー』第 12 号, 15-34 頁。
- Carpenter, M.A. and B.R. Golden (1997) “Perceived managerial discretion: A study of cause and effect,” *Strategic Management Journal*, Vol. 18(3), pp. 187-206.
- Caza, A. (2011) “Testing alternate predictions for the performance consequences of middle managers' discretion,” *Human Resource Management*, Vol. 50(1), pp. 9-28.
- Chang, E.C. and S.M.L. Wong (2003) “Managerial discretion and firms performance of China's listed firms,” unpublished working paper. [http://www.hiebs.hku.hk/public/working\\_papers/pdf/wp1036b.pdf](http://www.hiebs.hku.hk/public/working_papers/pdf/wp1036b.pdf) (accessed 2019-06-19).
- Crossland, C. and D.C. Hambrick (2011) “Differences in managerial discretion across countries: How nation-level institutions affect the degree to which CEOs matter,” *Strategic Management Journal*, Vol. 32(8), pp. 797-819.
- Finkelstein, S. and D.C. Hambrick (1990) “Top-management-team tenure and organizational outcomes: the moderating role of managerial discretion,” *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35(3), pp. 484-503.

Hambrick, D.C. (2007) "Upper echelons theory: an update," *The Academy of Management Review*, Vol. 32(2), pp. 334-343.

Hambrick, D.C. and E. Abrahamson (1995) "Assessing managerial discretion across industries: A multimethod approach," *The Academy of Management Journal*, Vol. 38(5), pp. 1427-1441.

Hambrick, D.C. and S. Finkelstein (1987) "Managerial discretion: a bridge between polar views of organizational outcomes," *Research in Organizational Behavior*, Vol. 9, pp. 369-406.

Key, S. (1997) "Analyzing managerial discretion: An assessment tool to predict individual policy decisions," *The International Journal of Organizational Analysis*, Vol. 5(2), pp. 134 -155.

Key, S. (2002) "Perceived managerial discretion: an analysis of individual ethical intentions," *Journal of Managerial Issues*, Vol. 14, pp. 218-233.

Wangrow, D.B., D.J. Schepker et al. (2015) "Managerial Discretion: An Empirical Review and Focus on Future Research Directions," *Journal of Management*, Vol. 41(1), pp. 99-135.

Zhao, X., P. Chu et al. (2010) "Perceived managerial discretion and firm performance: The moderating role of market competition," *Social Behavior and Personality an international journal*, Vol. 38(2), pp. 145-158.