

「非営利・協同」の医業経営における管理会計活用の必要性

Need for Practical Use of Management Accounting in 'Not-for-Profit and Cooperative' Healthcare Organizations

足 立 浩
Hiroshi ADACHI*

Abstract

Recently, managers in healthcare organizations are driven by necessity for more productive and efficient management. As a result, troubles about wages and working conditions between the management and the labor happen in some healthcare organizations, particularly in so-called 'not-for-profit and cooperative' healthcare organizations. In this paper, the author tries to propose the practical use of management accounting for more efficient management and settlement of the troubles.

目 次

- . 本稿の課題
- . 人件費問題をめぐる「民主的」労使間の対立
 1. 経営の現状および人件費の位置・比重と労使間対立
 - (1) 人件費比率の現状とその意味
 - (2) 経営側の危機意識と対応方針
 - (3) 労働組合の「反発」
 2. 「民主的」労使間の対立をどうみるかの前提
- . 「医療費右肩上がり時代」の「民主的医業経営」
 1. 医療制度・政策面での要求・運動と内部マネジメントの今日的課題
 2. 「民主的経営」意識による「労使協調」とマネジメント水準
 - (1) 黒字病院・赤字病院間の差異とマネジメント水準
 - 1) 「収益性」・各種費用比率からみたマネジメント水準の差異
 - 2) 「機能性」・「生産性」からみたマネジメント水準の差異

* Professor, Faculty of Healthcare & Business Management, Nihon Fukushi University

- (2) 民医連加盟の赤字事業体におけるマネジメント問題
 - 1) T保健生活協同組合
 - 2) T勤労者医療会
 - (3) 利益率目標との関連でみたマネジメント問題と上記2事例の「典型性」
 - (4) 民医連加盟事業体の資金・労働条件
- ・「非営利・協同」の医療経営の当面する危機の性質と「内的要因」
- 1. 「外的要因」による環境悪化と「内的要因」としての弱点の顕在化
 - 2. 「長期的に闘える経営体質づくり」の不可避性と「内的要因」=弱点の真摯な分析・克服の必要性
- ・マネジメント強化の一環としての管理会計活用の必要性
- 1. 企業におけるマネジメント思考・方法の科学的・進歩的要素に学ぶ必要
 - (1) レーニンとテイラー・システムおよびトヨタ生産方式
 - 1) レーニンとテイラー・システム
 - 2) テイラー・システムとトヨタ生産方式
 - (2) カトリック・ヘルスケア・ウェスト・南カリフォルニア(CHWSC)
 - 2. 財務会計適正化による健全化の追求から管理会計活用によるマネジメント強化の追求へ
 - (1) 民医連事業体における1990年代の経営構造変化
 - 1) 赤字から黒字への改善という前界面
 - 2) 主に外的要因に依存した改善という限界面
 - 3) 課題としての事業活動による利益蓄積と自己資本増強
 - (2) 民医連新統一会計基準の意義と限界
 - 1) 新統一会計基準の意義と役割
 - 2) 財務会計基準としての新統一会計基準の限界
 - 3) 受診抑制・診療報酬削減のもとでの経営・財務の改善課題と管理会計の必要性
- ・ 結び

・ 本稿の課題

本稿の課題は、いわゆる「非営利・協同」の医療事業が今日直面している経営上の重要問題の一端にふれつつ、会計学的視点からとくに管理会計の活用を軸とした内部マネジメント強化の必要性・重要性を指摘・強調することにある。

その際、主な対象として「なにより『いのち』を大切にし、平和と人権を守る非営利・協同組織の一員」⁽¹⁾を自認する全日本民主医療機関連合会（以下、原則として民医連と略称）に加盟している医療事業体を念頭に置いている。民医連加盟の事業所数は、2004年1月末現在で、病院

(1)「全日本民医連第36回定期総会 運動方針」（以下、第36期運動方針と略称）全日本民医連ホームページ（<http://www.min-iren.gr.jp/search/01syokai/koryo/housin36.html> 以下、全日本民医連hpと略称）p.38/56（2004年5月19日現在）。運動方針案段階では『民医連新聞』号外、2004年1月22日付、p.12参照。なお、数値データは運動方針案に添付の「総会方針案の資料集」『民医連新聞』同前号外によるものもある。

152, 医科診療所 511, 歯科施設 113, その他 803 で, 第 4 次医療法に基づく病床届出は一般 73.9%, 療養 26.1% (全国平均は一般 72.7%, 療養 27.3%), 両病床数合計で全国の 2.0%を占めている。法人数としては 2002 年度末で 164 である⁽²⁾。その規模別内訳, 黒字・赤字法人数の推移等については「表 1」を参照されたい。また, やや古いが 2001 年 7 月時点の民医連加盟医療機関の法人形態別数は, 公益法人が 17 (財団 8, 社団 9) で構成比 10.4%, 医療法人が 44 (財団 13, 社団 31) で同 27.0%, 特定医療法人が 6 で同 3.7%, 生活協同組合が 94 で同 57.7%, 人格なき法人が 1 で 0.6%, 個人が 1 で同 0.6%となっており, 医療生活協同組合が約 6 割 (ちなみに日本生協連 < 日本生活協同組合連合会 > 医療部会加盟単協は 120 生協。民医連加盟率約 78%) を占めている⁽³⁾。したがって, 医療生協の多くも事実上の対象となる。民医連加盟の医療機関を主たる対象とするのは, 医療事業一般についていわれる「非営利」(not-for-profit) だけでなく「協同」(cooperation, cooperative) の理念をも掲げている点に注目するからである。また, 筆者の勤務する日本福祉大学の卒業生が少なからず民医連関連の事業体に勤務していることも理由の一端である。なお, 「協同」という点では厚生連 (厚生農業協同組合連合会) も共通するが, ここではとくに対象とはしない。

ここで, 本稿の要点をあらかじめ簡潔に述べておきたい。筆者は, 民医連加盟事業体を事業経営体として概観した場合, 仮説的な認識として次のような特徴を指摘できるとみている。すなわち事業概念を広く捉えて医療制度・政策等に国民要求を反映させる課題・運動をも重要な事業目的に位置づけ, そのために経営・財務的な協力・支援関係をも可能にする全国組織と独特の共同組織など, 一般の医療事業体にはない事業理念・目的 (いわゆる業界要求・目的ではないという意味) とそれに対応する組織的基盤・力量とを有する面 (個別事業体としての外部的側面または「理念・運動面」) では事業体として優れた特徴を有する一方, 経営体としての内部マネジメント面 (個別事業体としての内部的側面または「経営管理面」) ではなお, 事業経営上不可欠な「厳しさ」において多分に問題点と課題を残しているということである。従来の「医療費右肩上がり時代」には, 民医連事業体に限らず医療事業体の多くが経営上の「厳しさ」に迫られることはさほどなかったものの, 「医療費抑制政策」推進下では事情は明らかに異なる。それゆえ, 今後は民医連加盟事業体においても改めて内部マネジメント強化に真摯に取り組むことが不可避の課題となろう。その重要な一環として管理会計の活用を積極的に図る必要があるというのが, 本稿の主旨である。

なお, 民医連加盟事業体を主対象にするとしても, 2002 年度の診療報酬のマイナス改定や保険制度改定に伴う受診抑制など医業経営が以前に比べ非常に厳しくなっているもとの, 経営上直面している問題や課題等は民医連以外の医療機関におけるそれらとほぼ共通していると考えられ

(2) 全日本民医連 hp, p.6 / 56. 『民医連新聞』同前, pp.3, 26, 30.

(3) 全日本民医連経営委員会「NPO 法人・法人合併問題の基本的視点」『民医連医療』No.351, 2001 年 11 月, pp.60, 65.

る。その意味で、本稿で検討・提起する問題・課題等は、今日の医療事業経営全般に共通するものと思われる。

表1 民医連加盟の黒字・赤字法人分類別推移

*年度途中開業規格変更法人を含む

		A 法人	B 法人	C 法人	D 法人	E 法人	合 計
黒 字	1993	29	21	10	13	26	99
	1994	45	25	7	19	32	128
	1995	42	21	8	14	33	118
	1996	48	24	6	19	39	136
	1997	34	19	2	18	33	106
	1998	49	22	4	22	34	131
	1999	51	17	4	18	32	122
	2000	53	23	4	22	28	130
	2001	53	21	3	22	33	132
	2002	53	21	4	23	29	130
赤 字	1993	24	14	4	7	14	63
	1994	9	8	3	2	11	33
	1995	12	10	2	7	12	43
	1996	9	9	3	5	8	34
	1997	24	13	5	9	14	65
	1998	9	10	3	8	10	40
	1999	10	13	1	11	12	47
	2000	8	8	1	6	6	29
	2001	10	7	2	7	4	30
	2002	10	6	2	7	9	34
1993 年度黒字率		54.7	60.0	71.4	65.0	65.0	61.1
1994 年度黒字率		83.3	75.8	70.0	90.5	74.4	79.5
1995 年度黒字率		77.8	67.7	80.0	66.7	73.3	73.3
1996 年度黒字率		84.2	72.7	66.7	79.2	83.0	80.0
1997 年度黒字率		58.6	59.4	28.6	66.7	70.2	62.0
1998 年度黒字率		84.5	68.8	57.1	73.3	77.3	76.6
1999 年度黒字率		83.6	56.7	80.0	62.1	72.7	72.2
2000 年度黒字率		86.9	74.2	80.0	78.6	82.4	81.8
2001 年度黒字率		84.1	75.0	60.0	75.9	89.2	81.5
2002 年度黒字率		84.1	77.8	66.7	76.7	76.3	79.3

A～Eの法人の分類

A 法人...150床以上の病院を含む統一経営

B 法人...149床以下の病院を含む統一経営

C 法人...単独病院

D 法人...診療所だけの統一経営

E 法人...単独診療所

(出所) 全日本民医連「第36回定期総会議案 運動方針案 総会方針案の資料集」『民医連新聞』号外、2004年1月22日、p.30.

また、医療事業の経営問題に論及する場合、他の事業とは異なるその特殊性への配慮が求められるが、それについてもあらかじめ以下の2点を断っておきたい。

医療事業の特殊性については概ね以下のことが指摘される。その第1は、医療行為（医療サービス）の価格は診療報酬制度によって公定されており、市場原理によるわけではないことである。第2に、病院などでは配置すべき人員基準が法的・制度的に規制されているため、民間企業でいうような「リストラ・合理化」等によって人員体制の縮小を図り、収益に対する人件費比率の低下を図ることには限界があることである。第3に、保健診療を中心とした収益で経営の採算と一定の利益を確保しなければ医療事業の継続が困難な民間医療機関と、税金等による補填により毎年相当な赤字を出しても医療事業の継続が可能なお施設・設備の更新時にはさらに別枠の予算措置が講じられる国公立病院とが同じ土俵で活動しており、看護師確保など労働市場等において民間医療機関には相対的に不利な事情もあることである⁽⁴⁾。これらに照らせば、マネジメントすなわち主として経営管理の問題を医療構造・医療管理問題と切り離してそれ自体として論ずることは困難で、当を得ない虞もある。しかし、今日の医療経営における焦眉の課題の1つはまさにこの経営管理面の強化であり、その意味で本稿では医療構造・医療管理問題との密接な関係に留意しつつも、経営管理としてのマネジメント強化の面に議論の焦点を定めていることが第1点である。

第2点は、上記の第1点を民医連加盟事業体について考える場合、医療管理面ではすでに「管理運営のあり方が社会的に問われる状況が生まれており、管理運営の考え方の見直しが迫られて」いることが指摘されているが⁽⁵⁾、今日、経営管理面でも基本的に同様の「見直しが迫られて」いるのではないかということである。医療管理面では、「普通の病院でも行われているような医療管理が、川崎協同病院や京都民医連中央病院できちんとは行われていなかったのではないか？」という疑問にも関連して、民医連加盟事業体の幹部自身から「私は、いま民医連の中では世間一般で行われている当然のことさえ行われていない状況があることを認めます。管理の常識が理解されていない状況もあるでしょう」という認識が示され、「まず、普通の病院で行われているような常識的な医療管理や集中は民医連でも当然に行われるべきだ、ということ」が課題として指摘されたりしている⁽⁶⁾。しかし、この認識は医療管理面だけでなく、経営管理面についてもとくに今日、重視されるべきことと思われる。「民医連組織の中では、実態として管理労働に対する評価が正当に行われていない」傾向が窺われ、「管理労働の正当な評価をしていないことが、管理職の管理責任を厳しく追及することができない原因の一つにもなっている」ことが指摘されているが⁽⁷⁾、管理労働の正当な評価の欠如は経営管理そのものの正当な評価の欠如をも意味しよう。

(4) 岩本鉄矢「『民医連における院所の民主的な管理運営の今日的課題』の今日的検討」『民医連医療』No. 382, 2004年6月号, pp.16-17.

(5) 同前, p.14.

(6) 八田英之（全日本民医連顧問・千葉勤医協専務理事）「[岩本論文を読んで] いまこそ民主的管理運営の旗を」『民医連医療』No.384, 2004年8月号, pp.54-56.

そうした「実態」は経営管理面でも、いわば「事業経営体としてのマネジメントの社会的標準(スタンダード)」に照らして基本的な「見直し」を迫る問題があることを含意するものであろう。その意味でも、医療事業の特殊性や医療構造・医療管理問題とのかかわりを「口実」とすることなく、事業経営体としてのマネジメントの社会的スタンダードに照らして経営管理面でのあり方をそれ自体としても見直す必要があるのではないかということである。

・ 人件費問題をめぐる「民主的」労使間の対立

1. 経営の現状および人件費の位置・比重と労使間対立

(1) 人件費比率の現状とその意味

会計学研究者としては野村秀和氏がすでに指摘しているところであるが、医療・福祉経営における今日の特徴的な問題は人件費比率の高さである⁽⁷⁾。すなわち、地域差や法人による差異はあるものの、事業収益に占める人件費比率は50%台から60%台に及ぶ場合がある。それに対して剰余(利益)は1~2%台であり、赤字事業体も増加している。端的にいえば、人件費比率が数パーセント増減するだけで黒字が赤字になり、逆に赤字が黒字になりうる状態にあるわけである。

(2) 経営側の危機認識と対応方針

2004年2月末の全日本民医連第36回定期総会で決定された「運動方針」(以下、第36期運動方針と略称)でも、2002年度は民医連経営統計史上はじめて外来患者数と事業収益で前年実績を割り込む結果となり、加盟事業所の黒字法人比率はなお8割を超えたものの経常利益率が急落したこと、さらに、受診抑制による患者減、診療報酬マイナス改定による経営悪化が顕著で、2003年度上半期モニター調査(25医科法人)では6割の法人が赤字決算であり、そのまま推移すると史上最悪であった1989年の赤字比率(54.5%)を超える事態となりかねず、「経営を守るとりくみはまったなしの状況」にあると指摘されている⁽⁸⁾。

第36期運動方針はまた、「どんな事態にも耐えうる安定した民医連の経営基盤、経営体質をつくりあげよう」との方針のもと「民医連経営を守る上で重視すべき.....五点」として、経営改善と受療権、療養権の統一、住民の健康を守るとりくみの重視、病院群の経営改善推進、管理水準の引き上げによる「全職員の経営」、県連的な事業と投資計画に見合った資金の結集、を挙げている。そこでは、「医療機関は存立さえ脅かされるような厳しい状況にあり、患者減・収益減の下で医療労働者の労働条件も後戻りを余儀なくされて」いるが、「黒字病院と赤字病院の差は人件費率で5%の差があり、それが経常利益の差に直結して」いることから、「規模に見

(7) 岩本, 前掲稿, p.18.

(8) 野村秀和「診療報酬2002年4月改定の中で奮闘する医療・福祉複合体」『民医連医療』No.362, 2002年10月号.

(9) 全日本民医連, 第36期運動方針, 全日本民医連hp, p.7/56. 『民医連新聞』同前号外, p.3.

合った人的体制に見直していくと同時に、業務の基準化・標準化と管理水準の引上げによる労働効率の改善を実現」する必要があること、「支出構造の見なおしが必要で……中でも支出の60%前後をしめる人件費問題の検討を避けて通ることはできないことを強調している。また、その際には「一時的に赤字を回避するといった短期的発想からではなく中長期の展望を持ち責任ある政策提案を職員、労組に対しおこない、真摯に、粘り強く対話を重ね、納得と合意をかちとっていくとりくみが重要」であることを指摘している⁽¹⁰⁾。

(3) 労働組合の「反発」

他方、こうした状況下で人件費の削減や労働条件の切下げを含む経営側からの様々な「見直し提案」に対して労働組合側では「反発」を強め、東京民医連労組連合会に属する健和会労働組合など中央労働委員会への提訴等を含む「強硬な闘い」を追求するものもある。

第36期運動方針における経営側の状況認識に数年先立つが、京都医療労働組合連合会委員長・鷲見敏夫氏は、2002年の医療労働者の春闘では多くが史上最低の定昇のみに終り、夏季一時金も民医連・医療生協・一般病院を中心に前年を下回る結果に終わったとしつつ、2001年度の黒字基調決算にもかかわらず02春闘が史上最低の結果に終わったのは「ひとえに医療抜本改悪の嵐の中で生き残りを図るためには固定費である人件費を圧縮して利益を確保しなければならないという思想攻撃を許したことに一因があるのではないだろうか」と述べている⁽¹¹⁾。氏は、厚生労働省医政局『平成12年度病院経営指標（医療法人病院の決算分析）』等を参照して病院経営状況の分析・評価を行い、1998～2000年度の「過去3年間にわたって約80%の病院が黒字を計上しており、医療法人の経営状況が悪化しているという状況にはない」としている。また、2000年度の収益性で黒字病院と赤字病院とを比較すると、人件費率5.1%、材料費率1.2%、経費率3.7、委託費率0.2%、減価償却費率0.5%と「全ての面で黒字病院が低く、とりわけ人件費率と経費率の低さが目立っている」ことを強調し、さらに黒字病院では労働生産性を1.3倍に増やしながら労働分配率を0.8%減らしていることを指摘している⁽¹²⁾（「表2」「表3」参照。ただし、2000年度分の委託費率については、氏の引用部分によっても黒字病院の比率のほうが0.2%高く、「全ての面で黒字病院が低」いわけではない。なお、2001年度分は後述との関連で筆者が追加したものである）。

そして、「おわりに」として、診療報酬引下げや医療提供体制再編によって医療機関の淘汰・再編がいつそう加速されるなかで、収支改善や財政健全化を行い、生き残ろうとする経営者がこれまで以上に人件費削減を企図してくるのは明らかで、病院経営も「減収増益」を図る時代になり総額人件費管理が登場してくるが、「こうした人件費抑制を実現するために使われるのが、“病

(10) 同前 hp, pp.46 / 56 - 47 / 56. 同前号外, p.15.

(11) 鷲見敏夫「病院経営の状況と医療労働者」『医療労働』No.445, 2002年10月, p.16.

(12) 同前, pp.20-21.

表2 損益状況の推移

(単位: %)

年 度	黒字病院の比率				赤字病院の比率			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
一般病院	74.1	73.8	82.1	80.5	25.9	26.2	17.9	19.5
療養型(老人)病院	83.3	79.7	86.5	87.3	16.7	20.3	13.5	12.7
精神病院	80.6	79.9	80.7	83.6	19.4	20.1	19.3	16.4

(出所) 厚生労働省医政局『病院経営指標(医療法人病院の決算分析)』平成11, 12, 13年度版より作成
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyuu/igyoukeiei/keieisihyou/13sihyou>
.....2004年10月現在).

表3 損益状況からみた収益性

(単位: %)

年 度	全 体			黒 字			赤 字		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
人件費率	49.2	49.2	49.7	47.9	48.5	48.8	54.0	53.6	54.9
材料費率	24.2	22.8	22.6	24.2	22.7	22.5	24.2	23.9	22.8
経費率	15.3	15.3	15.2	14.6	14.8	14.7	17.8	18.5	17.9
委託費率	3.5	3.7	4.0	3.5	3.8	3.9	3.6	3.6	4.7
減価償却費率	4.1	4.1	4.1	4.0	4.0	4.0	4.3	4.5	4.4
医業収益対 医業利益率	3.7	4.8	4.4	5.7	6.3	6.0	-3.9	-4.1	-4.7
経常収益対 経常利益率	3.8	4.9	4.2	5.4	6.1	5.6	-2.5	-2.6	-3.9
総収益対 総利益率	3.4	4.6	4.1	5.0	5.8	5.4	-2.7	-2.9	-3.7
経常収益対 支払利息率	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.5	1.4	1.3

(出所) 同前. なお、人件費率から減価償却費率までは医業収益に対する各費用比率であり、総収益対総利益率の「総利益」は当期純利益である.

院あつての医療であり、職員の生活である" という思想攻撃であり、国際会計基準等を持ち出して、退職給与の100%引き当てや減価償却引き当ての積み立てによる赤字づくりである。こうしてつくった内部留保は、"患者に選ばれる病院づくり" のために、病院のリニューアルや機器の購入等に使われる。そこには安全で安心できる医療ではなく、いかに効率よく行うかが価値判断の基準になる。この場合の"効率"とは、"労働の効率"と読み替えることが出来る」と述べている⁽¹³⁾。

(13) 同前, p.27.

2. 「民主的」労使間の対立をどうみるかの前提

かくして、人件費のあり方をめぐる労使間の対立はかつてなく厳しいものになっている。もちろん、民医連に限らず、およそ人件費のあり方は労使間の最大関心事であり、それだけに従来も最大の対立事項であったことはいうまでもないが、「民主的」労使間においてもこのような厳しい様相を呈するようになったのは比較的最近のことで、その問題の性質をどうみるかに際しては、大まかにでも従来のありようを振り返る必要がある。

その際、筆者がとくに重視したいのは、医療事業体に必要な安定的経営基盤・経営体質の確立、その重要な一環としての内部マネジメントの強化に従来どれほどの努力が傾注されてきたか、という点である。要点を先にいえば、筆者は「非営利・協同組織の一員」を自認する医療事業⁽¹⁴⁾においては、事業を継続的・安定的に推進する責任を遂行するうえで、安定した経営基盤・経営体質の確立とそのため諸施策、とりわけ内部マネジメントの充実・強化が不可欠であり、しかもそれは「経営側」にのみ課せられる責任ではなく、労使双方が担うべき責任と考えている。もちろん、労働者には労働者としての固有の権利があり、労働組合にはそれを守る責任がある。また経営責任は経営者（経営責任者）が第一義的に担うものであるから、「労使双方が担う責任」といってもこの前提を抜きに無条件的・同質的レベルで「双方が担う」わけではない。しかし、既述のような「非営利・協同」の理念を掲げる医療事業においては、労使双方が何よりもまずその理念の実現を追求することに責任を負うことが求められよう。そして、安定した経営基盤・経営体質の確立は、そうした理念達成を追求するうえで不可欠の前提条件というべきものなのである。

・「医療費右肩上がり時代」の「民主的医療経営」

1. 医療制度・政策面での要求・運動と内部マネジメントの今日的課題

「非営利・協同」の医療事業の特徴は、単に「命と人権」を守る医療を展開するにとどまらず事業概念をより広く運動をも含めて捉え、医療事業が拠って立つ医療制度・政策面に国民要求を反映させる取組み・闘いを追求してきた点に求められよう。命はもちろん患者の権利尊重を含む「患者本位の医療」は民医連や医療生協に限らず、一般の医療事業でも追求されてきたし、サービス業としての意識改革などはむしろ民医連・医療生協以外の一般の病院等でより早く追求されてきたようにも思われるからである。

民医連等とは別に、日本医師会等の諸団体が医療制度・政策面での要求を掲げた取組みを強力に推進してきたが、それらの多くはしばしば「業界利益」の擁護に関連して時々の政権・与党と「連携」し、その支持基盤ともなってきた。その意味で医療制度・政策面に真の国民要求を反映させる取組み・闘いおよびそれを支える独特の組織的基盤・力量は、そうした政権・与党とはむしろ対立してきた「非営利・協同」の医療事業の特徴（特長）といえよう。そのこと自体は高く

(14) その理念については「全日本民医連の医療・福祉宣言」『民医連新聞』同前号外、p.22 参照。

評価され、さらに強化されるべきものである。

ところで、これはいわば医業経営の外部環境の改善を追求する外部的対応の側面である。また、外部環境への対応、その改善の追求という限りにおいては、労使のいずれかまたは双方に「痛み」を伴うことはなく、むしろ双方の要求（利害）は基本的に一致する。そして、外部的対応面（「理念・運動面」）での取組みを特徴（特長）としてきた民医連等「非営利・協同」の医療事業でも、従来の「医療費右肩上がり時代」には一時期（および一部）を除き、とくに「経営危機」を深刻に認識する事態には至らなかったものであり、その意味で外部的対応だけでは限界のある事態に今日「初めて」直面しているのではないであろうか。換言すれば、現在では外部的対応にとどまらず内部的対応＝内部マネジメント（「経営管理面」）の飛躍的強化なしには乗り切れない段階に至りつつあるのではないか、ということである。

これを「優点」と「弱点」という表現を用いてより端的にいうなら、「優点」としての「理念・運動面」での特長の反面として、「経営管理面」としての内部マネジメントの不備・未熟という相対的「弱点」が今日顕在化しつつあるのではないか、ということである⁽¹⁵⁾。

厳しい資本間競争を前提とする民間企業では、外部環境の改善に甘い期待をかけるわけにはいかず、むしろその厳しさの深化を想定して内部マネジメントの強化に邁進する（もっとも、政財官の癒着構造がある領域ではその限りではないが）。他方、医療の分野は営利企業に委ねるわけにはいかないとして様々な制度・政策的枠組みが制定され、それが国民のための医療を保護する面をもつ一方で、医療事業者にとっては競争制限的環境として機能する面をも有し、厳しい競争環境（外部環境）から求められる内部マネジメント強化の課題を意識から遠ざけるものとなっていたのではあるまいか。その意味では、上記のような問題は民医連・医療生協等に限らず一般の病院を含む医療事業全般に該当しうるのである。

2. 「民主的経営」意識による「労使協調」とマネジメント水準

(1) 黒字病院・赤字病院間の差異と内部マネジメント水準

民医連の医療事業では、「全日本民医連の医療・福祉宣言」にみるように事業理念自体に「人権を守り、ともにつくる医療と福祉」はもちろん「安心して住み続けられるまちづくり」や「憲法と平和、福祉の国づくり」をも掲げており、経営責任者自身が平和・民主主義の課題や、患者はもちろん労働者の権利を含め人権擁護等に高い意識をもつ場合が多い。それ自体は優れた特質である。他方、「民主的経営」と呼ばれるこうした理念や意識が実際の事業経営において、それに不可欠な合理性・科学性、さらには厳密性・厳格性などをいささかなりとも「あいまい」にす

(15) ちなみに、このような視点と必ずしも全面的には一致しないが、1990年の時点で全日本民医連理事会は、「民医連の経営」のもつ「他の医療機関に比して間違いなく優れた本質的な特徴」4点と「克服すべき経営上の弱点」3点を説明している。全日本民医連理事会「全職員の団結した力で必ず経営改善を実現しよう！」（1990年9月15日）全日本民医連経営対策部編『民主医療機関と経営 - 経営構造の転換をめざして -』第4巻1〈第1分冊〉（株）保健医療研究所、1995年、pp.13-15。

る虞をもつとすれば、それはいうまでもなく問題である。

1) 「収益性」・各種費用比率からみたマネジメント水準の差異

この点を検討する前提として、厚生労働省医政局が発表している各年度の『病院経営指標（医療法人病院の決算分析）』における「一般病院」（療養型＜老人＞病院・精神病院除く）中の「黒字病院」と「赤字病院」の差異を参照しよう。「表1」にみた民医連加盟法人における黒字法人・赤字法人の区分と「表2」「表3」にみた厚労省医政局統計における赤字病院・黒字病院の区分とでは、いうまでもなく法人と病院という次元の相違があり、単純・無条件に比較することは適切でないとしても、参照することは十分可能であろう。

既述のように、経営側は2000年度の「黒字病院と赤字病院の差は人件費率で5%の差があり、それが経常利益の差に直結して」いることを問題視し、労働側の鷲見氏も黒字病院では「とりわけ人件費率と経費率の低さが目立っている」ことを重視していた。その限りで両者はいずれも、人件費率のあり方を経営上の今日的焦点として意識しているといえる。そのこと自体は、既述のように人件費率のわずかな変化が黒字か赤字かを左右し、また労働者にとっての最大関心事が人件費であることから当然である。

しかし、ここでとくに留意すべきは、前掲「表3」で2000年度の黒字・赤字病院間の人件費率の差が5.1%であるのに対し、その他（材料費率、経費率、委託費率、減価償却費率）の差の合計が5.2%にも及ぶことである（委託費率は赤字病院のほうが低いので減算。なお、委託費率を除くその他の差の合計は5.4%）。すなわち黒字病院と赤字病院の差は人件費率もさりながら、むしろそれを含む費用全般にわたっていることである。それは、端的にいえば収益の然るべき確保を前提としたうえで原価管理（コスト・マネジメント、コスト・コントロール）を含む内部マネジメント水準そのものの差を反映するものではあるまいか。2001年度にも黒字病院は赤字病院に対し人件費率で6.1%、材料費率で0.3%、経費率で3.2%、委託費率で0.8%、減価償却費率で0.4%、いずれも下回っている。同年度は人件費を除くその他の差の合計比率が4.7%と前年度に比べやや少ないものの、やはり5%近く赤字病院を下回っているわけである。

もちろん、こうした比率値のみによる速断には注意を要する。端的にいえば、減価償却費率は建物・機器の更新・新設等設備投資後には当然高まるが、それは「成長期」にある病院あるいは最新の医療技術水準確保に努力する「優れた」病院等ではしばしば生じることで、減価償却費率の高さがただちに経営上の問題性を反映するわけではない。これが低いことはむしろ、老朽化した建物・機器等の更新が進んでないことを反映する場合もある。

委託費についても、それには事実上の人件費が「紛れ込んで」いる可能性が多分にあり、その比率値の高低自体を云々することは適切ではない。その点で人件費率が相対的に低くても、それが委託費への「置き換え」による場合には、その「低さ」を「評価」できないこともいうまでもない。外部委託（アウトソーシング）問題については、「専門業者への委託によるサービスの質の向上」やそれに伴う「原価節約効果」が喧伝される一方で、その「行き過ぎ」については委託

業務分野における自らの能力・力量低下を招き、長期的にはマイナスになりかねないリスクもありうる。とくに医事・会計業務等の単純な外部委託は、主体的な経営・財務データの集積・分析等に基づく確かな経営戦略設定や随時必要となる適切で柔軟な経営意思決定を困難にしかねない危険性をも孕んでいよう。ちなみに、自治体病院についての委託料比率と経営状況との関係に関する分析事例ではあるが、宮城県病院事業管理者の久道 茂氏によれば、委託料比率が高くなるほど実質収益対経常費用比率（自己収支比率・「(経常収益 - 他会計繰入金) / 経常費用」で計算される比率)が悪くなるという相関関係が認められる。氏は、分析対象の範囲では委託料比率が8%以下であれば実質経常収益対経常費用比率が安定している傾向が認められるところから、「病院経営改善策の1つとして、ぜひ外部委託の再検討を勧めたい」としている⁽¹⁶⁾。そもそもマネジメントには数値や比率のみでは評価しきれない部分・側面があり、とくに比率のみで単純にその適否を評価することには注意が必要である。さらに、この黒字病院・赤字病院はそれぞれの平均像であり、個別の病院には平均像とは異なる実態・事情があることもいうまでもない。

ただここでは、黒字病院と赤字病院との収益性における差は単に「人件費抑制」の成否にのみあるわけではなく、むしろ、然るべき収益確保を前提にしつつも原価管理を含む内部マネジメント力全般の水準に大きく規定されていることを読み取るべきであろう。

2) 「機能性」・「生産性」からみたマネジメント水準の差異

こうした評価の是非をさらに検証する意味で、「収益性」の前提となる「機能性」「生産性」等のデータについても概観しておこう。

「表4」は「病院経営指標（医療法人病院の決算分析）」による「損益状況からみた基礎数値（一般病院）」である。1日平均の入院・外来両患者数で黒字病院は赤字病院を常に凌いでいる。また、黒字病院は入院・外来両患者数ともこの間着実な上昇傾向をみせているのに対し、赤字病院では低迷している。病院の機能や立地条件等の差異から単純な評価は難しいが、マーケティングを含む基本的なマネジメント力量の差を窺わせるものとみられよう。

「表5」は同じく「損益状況からみた機能性（一般病院）」である。病床利用率で黒字病院は赤字病院を常に上回っている。患者100人当たり従事者数では、黒字病院は赤字病院を常に下回っている。また、2001年度にはいずれもそれ以前よりかなり下げている。2002年度の診療報酬切下げや受診抑制による収益減を見越しての対応であろうか。患者1人1日当たり入院収益で黒字病院は赤字病院を常に上回り、患者1人1日当たり外来収益でも同傾向にある。いずれにしても、収益増大と費用（原価）抑制の両面で、当然ながら黒字病院は赤字病院を凌いでおり、前者では病床利用率の高さ、後者では患者100人当たり従事者数の抑制が功を奏しているものとみられる。黒字病院における病床利用率の高さ（＝稼働率の高さ）は1日平均入院患者数の多さを反映し、また患者1人1日当たり入院・外来収益の高さはいわば単価の高さを反映するものといえよう。

(16) 久道 茂『病院経営ことはじめ』医学書院、2004年、pp.62, 95-96.

表4 損益状況からみた基礎数値（一般病院）

区分	集計対象施設数 (病院)	病床数 (床)	1日平均入院患者数 (人)	1日平均外来患者数 (人)
(年度)				
全体				
1999	896	119.4	98.3	189.5
2000	941	124.4	102.8	199.2
2001	963	127.4	105.9	202.4
黒字				
1999	661	123.0	103.1	199.1
2000	773	126.3	105.5	207.9
2001	775	133.4	112.3	211.3
赤字				
1999	235	109.3	84.6	162.6
2000	168	115.7	90.4	159.1
2001	188	103.0	79.3	165.4

(出所) 同前.

収益額を規定する「顧客数」および「客単価」の両面が高い一方で、最大費目の人件費にかかわる患者100人当たり従事者数は少ないわけである。病院の機能や立地条件等の差異から単純な評価は難しいものの、基本的にマネジメント水準・力量の差が反映していることは読み取れよう。

また、「表6」は同じく「損益状況からみた生産性（一般病院）」である。常勤医師1人当たり年間給与と黒字病院は赤字病院を常に上回るものの、常勤看護師1人当たり年間給与では1999年は黒字病院のほうが若干高く、2000、2001年度になって赤字病院を下回り、必ずしも一貫した傾向は窺えない。黒字病院の医師給与水準が赤字病院のそれよりも常に高いのは、それだけ診療報酬点数の高い分野を専門とする「稼ぎのいい医師」を確保するやり方の反映であろうか。それが功を奏しているとみられる現状に照らせば、それも経営・財務的には「優れたマネジメント」

表5 損益状況からみた機能性（一般病院）

区分	病床利用率 (%)	外来/入院 比 (倍)	平均在院 日数 (日)	患者100人当たり 従事者数 (人)	患者1人1日当たり 入院収益 (円)	患者1人1日当たり 外来収益 (円)
(年度)						
全体						
1999	82.3	1.93	35.7	72.5	22,667	8,127
2000	82.6	1.94	35.1	72.6	23,815	7,851
2001	83.1	1.91	34.9	57.2	24,110	7,880
黒字						
1999	83.8	1.93	34.8	71.8	23,091	8,314
2000	83.5	1.97	34.2	71.9	24,252	7,939
2001	84.2	1.88	35.0	56.7	24,163	7,912
赤字						
1999	77.4	1.92	39.4	74.8	21,210	7,483
2000	78.2	1.76	41.0	76.9	21,459	7,318
2001	77.0	2.09	34.0	60.0	23,802	7,708

(出所) 同前.

表6 損益状況からみた生産性（一般病院）

区分	常勤医師1人当たり年間給与(千円)	常勤看護師1人当たり年間給与(千円)	従事者1人当たり年間医業収益(千円)	労働生産性(千円)	労働分配率(%)
(年度)					
全					
体					
1999	14,200	4,740	11,733	6,206	92.9
2000	14,635	4,831	12,035	6,504	91.1
2001	15,016	4,935	15,502	8,384	91.9
黒					
字					
1999	14,361	4,757	12,107	6,493	89.3
2000	14,799	4,829	12,331	6,754	88.5
2001	15,022	4,903	15,688	8,592	89.1
赤					
字					
1999	13,653	4,683	10,498	5,261	107.8
2000	13,729	4,841	10,481	5,192	108.3
2001	14,982	5,099	14,519	7,283	109.4

(出所) 同前。なお、「労働生産性」は従業者1人当たり付加価値で、「{医業収益 - (材料費 + 経費 + 委託費 + 減価償却費 + その他の費用)} / 従業者数」で計算される。

とみられよう。従事者1人当たり年間医業収益、労働生産性で黒字病院が赤字病院を常に上回っている実態に照らせば、経営・財務的にはそうした評価にならう。労働分配率で赤字病院が常に100%を超えているのは、短期的には従業者にとって相対的に「有利」かもしれないが、長期的視点からすれば多分に問題とならう。

なお、ここで「表3」における医業収益対医業利益率、経常収益対経常利益率および総収益対総利益率の3指標に関連して改めて1点補足すると、医業収益対医業利益率における黒字病院・赤字病院間の格差が他の2指標におけるその格差よりも大きいことが注目される。これは民間企業における営業利益率すなわち「本業そのもの」における収益性に相当するが、医業外収益・費用や特別損益を加えた他の2指標における格差よりも「本業そのもの」の収益性において両者の格差が最も大きいことは、「本業そのもの」における両者のマネジメント水準・力量に相当な格差があることを反映するものともみられよう。

以上、収益性およびその前提的諸要素・条件等を併せてみるなら、あくまで「平均像」としてではあるものの、黒字病院と赤字病院との収益性における差は単に「人件費抑制」に成功しているか否かにのみあるわけではなく、むしろ、然るべき収益確保を前提にしつつも原価管理や生産性向上等を含む内部マネジメント力全般の水準に大きく規定されていることを読み取ることができるであろう。

(2) 民医連加盟の赤字事業体におけるマネジメント問題

この点で民医連加盟の事業体をみた場合、とくに赤字法人やいわゆる「要対策法人」についてはいくつか看過できない問題が残されていると思われる。そのいくつかをみてみよう。なお、以下に挙げる2法人は筆者らが訪問調査・資料収集したもののうちのごく一部であるが、ここでは

個別法人・事業体における具体的な経営・財務数値等をも扱うため、その名称（および出典資料）の一部について原則的にイニシャルで略記することとする。

1) T保健生活協同組合（以下、T保健生協と略称）

T保健生協は組合員数約45,000人の医療生協で、2病院（TK病院・O生協病院。合計病床数は一般231、療養<医療>27）、8診療所、4歯科、1老人保健施設（89床）、8訪問看護ステーション、2介護事業所（ヘルパーステーション）その他を擁し、「表1」のA法人に属している。

ここでは、2003年末に日本生協連医療部会より「経営支援のための要対策会議」を提起されている。2002年度決算では当期剰余は（マイナス）8,000万円、事業キャッシュ・フロー（事業CF）は（マイナス）1億6,000万円であったが、2003年度に入っても上半期で2億円の赤字となり、資金流出が続く状況で、前期末に要対策基準該当1項目であったものが2003年10月末には3項目該当となったことなどによる。「要対策基準」というのは「表7」のとおりである。詳細な数値は省くが、T保健生協では2003年3月末時点で と が、また同年10月末時点で ， が「要対策基準該当項目」となったわけである。

「要対策生協会議」は、経営危機の原因解明と課題の協議、事業キャッシュ・フローのマイナスと現金の過少状態改善に向けた検討、経営管理全般に対する助言と改善支援が目的である。その「検討結果」としての指摘の第1は「従業員の甘えを払拭し、一丸となって経営危機を突破する」である。「現状は、既存施設の収益力低下に開設1年のO生協病院の赤字が加わって資金流出が続く、いつ倒れてもおかしくない状態」であるにもかかわらず、「幹部職員の認識はまだ甘く危機感が薄い」と指摘され、「これまでも赤字を出したがなんとかこなってきた。今回も大丈夫」はもはや通用せず、「事業キャッシュ・フロー2年連続マイナスは事業として成り立たない、言わば“倒産寸前”であることを理事会・幹部職員は厳しく認識し、責任を自覚して行動に立ち上げる必要」があるとも指摘されている。

また、赤字病院の黒字化を図るうえで「職員人件費の削減を実現して経営改善に貢献」する検討が求められている。「全体として職員が多いこと」が指摘され、「それは一つの財産ともいえ」るものの「一方で人件費に見合う事業規模がない限り経営の負担と」なるもので「1事業所当た

表7 日本生協連医療部会「要対策基準」

事業キャッシュ・フロー比率（事業キャッシュ・フロー／事業収益）.....	3%以下
自己資本比率（自己資本／総資本）.....	10%以下
累積剰余率（累積<繰越>剰余金／事業収益）.....	10%以下
流動比率（流動資産／流動負債）.....	80%以下
組合員数，出資金額が2年連続マイナス （ 現預金残高（現預金残高／平均月収））	

（出所）T保健生活協同組合専務理事宛日本生協連医療部会事務局長文書「T保健生活協同組合 要対策生協会議まとめ（案）」（2003年12月17日）より。

りの職員数はぎりぎりまで絞り込んで収益性の向上をはかるとともに、新たな事業・組織展開に投入することも検討」すべきことが提起されている。

「幹部集団づくりとマネジメント強化」については、「赤字垂れ流しの事業所が放置されていることはマネジメントの問題で……事業所の経営責任を明確にして、事業所職員の努力で解決をはかることが必要」であり、「全事業所の日々の患者数・利用者数・計画比を一覧表にして配布すること」で、「職員の自覚」と「競い合い」を促す必要が提起されている。「各事業所が予算を達成する、あるいは現在の赤字を解消するために、一つ一つの部門・職場が何をいつまでにどこまでやるのか、職員一人ひとりが何をいつまでにやるのかを明確にし、月々その進捗を確認する。そうした具体的な目に見えるマネジメントが必要」という次第である（以上は、T保健生協専務理事宛日本生協連医療部会事務局長文書「T保健生活協同組合 要対策生協会議まとめ（案）」<2003年12月17日>による）。

これに対する専務理事文書（「医療部会の報告を受けて」<2003年12月23日>）では、冒頭に「経営の現状に対する認識の甘さを払拭し、組合員に対する責任の自覚を管理者は持つ」ことが掲げられ、「02決算の意味するところを正しく職員に知らせていなかった。……03年予算編成において黒字を確保しなければならないという点での拘りが弱く、各事業所の作成した予算に対してのつめが甘く、赤字予算・赤字継続事業所を容認してきた」ことが反省されている。そして、「各事業所管理部の自事業所の予算に対する認識の甘さはなかったのか、予算未達に対する管理部の責任についてどう認識していたのか、もう一度管理部として論議することが必要」で、「赤字が継続している事業所は事業として成り立つ見通しがあるのか厳しく検討し、事業として成り立つ見通しがないときは、閉鎖をすることも視野に入れることが求められる」とし、「04年度に向けて、各事業所の収益・患者数・体制の検討を行い、最小人員で最大の効果を得られる方策を検討し具体化していくこと」を強調している。

筆者らは2002年10月25日に、センター病院であるTK病院やHS診療所、同歯科等、介護老人保健施設H等を、2004年3月12日にはO生協病院を訪問見学し、専務理事、経理部長、組織部長や病院事務長等からヒヤリングを行った。そこでは、人件費比率は全国的にも最高レベルにあり賃金切下げを正面から考えざるをえないとの認識はあるが、職員数が多い原因については、医事課を中心とする事務職の仕事のあり方が1つの問題で、業務を細分化してそれぞれに担当を決めるとその担当者以外には内容がわからなくなり、業務増加につれて担当が増えることはあっても減らない結果になったことや、新規事業展開で人は増えたがそれに見合う収入の増加がなかったことなどが説明された。複数の診療所事務長の統合案を検討したものの、医師である診療所長に一蹴されて実現しなかったなどを含め、全体として仕事・業務の効率化や人員削減等の課題を本格的に追求してこなかったことが挙げられ、経営管理人材の育成方針もきちんと確立しておらず、いわば場当たりの人材配置が進められる状況であったことなどが説明された。

また、理事会は経営について以前は事務局まかせで報告を受けるにとどまっていたという。他方、労働組合は財務状況説明に対しては「ノーコメント」で、「赤字は良くない。組合も経営に

については考えている」とはいうものの経営改善のための具体的方策への理解は乏しく、「内なる協同が一番困難」な状況である旨の説明であった。こうした現状を上記の「要対策生協会議」に率直に説明し、客観的に解明するようにして以後、ようやく経営上の問題点がはっきりしつつあるということであった。

なお、前出の2002年度決算値との関連でT保健生協2003年度決算値のごく一部のみを挙げると、当期剰余金は（マイナス）9,800万円余、事業キャッシュ・フローは（プラス）6,500万円余となっている⁽¹⁷⁾。また、「2004年度の重点課題 - 経営活動」の1つとして「人件費比率64%を目標にとりくみます」というのが挙げられている⁽¹⁸⁾。

2) T勤労者医療会（以下、T勤医会と略称）

T勤医会は3病院（合計病床数は一般398、精神60、療養<医療>179、療養<介護>663）、7診療所、4歯科、13訪問看護ステーションなどを擁し、「表1」のA法人に属している。

やや古いながら、T勤医会は2000年度の経営結果が全日本民医連「要対策10項目」のうち5項目に該当したことにより全日本民医連の「要対策法人」になった。「要対策10項目」とは、経営危機を未然に防止すべく必要な対策をとるための指標の一環としてそれまでの「要改善8項目」を1989年制定の民医連統一会計基準と相俟って設定し直す形で1992年に設けられたもので、その後さらに「要対策11項目」に改訂されている⁽¹⁹⁾。「要対策10項目」と「要対策11項目（案）」とを対比すれば、「表8」のごとくである（この時点では改訂案）。

具体的数値は省略するが、T勤医会が該当したのは、このうち、
、
、
、
および（ただし、当時は「自己資本比率10%以下」）である。これを受けてT勤医会常任理事会が提示した文書（「全日本民医連『要対策法人』の現状を打破して次の長期計画へ向かって前進しよう」<2001年9月14日>）によれば、1999-2000年度の「2年連続経常利益」の主要な原因はY病院建替え中と直後の困難であり、勤医会経営の現局面を直ちに危機的状況と捉えることは適切ではないものの、「2000年度末の財政状態は20億円の債務超過状態にあり」、さらに「何よりも問題は2001年度に入っても赤字構造が続いていること」である。2001年「8月末の当期累計は、

(17) T保健生活協同組合『第53回通常総代会議案書（第2分冊）』2004年5月30日、pp.14, 17.

(18) T保健生活協同組合『第53回通常総代会議案書』2004年5月30日、p.12.

(19) 都道府県連経営委員長会議「1992年度都道府県連経営委員長会議の報告」（1992年10月）および全日本民医連経営対策部「経営対策のための『要対策10項目』の設定について」（1992年10月）全日本民医連経営対策部編『民主医療機関と経営 - 経営構造の転換をめざして -』第4巻1<第1分冊>（株）保健医療研究所、1995年、pp.131-132, 202-205。全日本民医連会長・経営委員長による各該当県連会長・経営委員長宛文書「2000年度経営実態調査における『要対策項目』該当法人報告書提出のお願い」全民医発（34）第イ-790号（2001年7月25日）。なお、上記最後の文書によれば、この経営実態調査の結果、「要対策10項目」中5項目以上に該当するのは15法人で「深刻な経営危機の状況にある」とされ、3~4項目に該当するのは37法人で「現状のまま推移すれば危機的状況に陥る危険があり」、1~2項目に該当するのは74法人で「経営バランス上の弱点」があるとされている。本稿で取り上げる以外にもかなりの民医連加盟法人で経営上深刻な状況またはそれに近い状況にあることが窺われる。

表8 「要対策10項目」と「要対策11項目(案)」

<改定前>	<改訂案>
要対策10項目	要対策11項目(案)
経常利益で単年度 <u>3%以上の赤字</u>	経常利益で単年度赤字
<u>3年連続赤字決算</u>	<u>2年連続赤字決算</u>
外来患者件数対前年比マイナス	外来患者件数対前年比マイナス
<u>医業収益対前年比マイナス</u>	<u>事業収益対前年比マイナス</u>
(人件費+材料費) 対 <u>医業収益比 85%以上</u>	(人件費+材料費) 対 <u>事業収益比 82%以上</u>
設備関連費用<減価償却+リース料+支払	設備関連費用<減価償却+リース料+支払
利息>対 <u>医業収益比 12%以上</u>	利息>対 <u>事業収益比 12%以上</u>
流動比率 <u>90%未満</u>	流動比率 <u>100%未満</u>
<u>借入金総額が年間収益の 65%以上</u>	<u>借入金÷事業キャッシュ・フローが 10</u>
	<u>(倍) 以上</u>
総資本回転率 0.8 回転以下	<u>フリーキャッシュ・フローが 2年連続マイ</u>
(総資本回転率 = 年間 <u>医業収益</u> ÷ 総資本)	<u>ナス</u>
自己資本比率が <u>マイナス (= 債務超過)</u>	総資本回転率 0.8 回転以下
	(総資本回転率 = 年間 <u>事業収益</u> ÷ 総資本)
	自己資本比率 <u>10%以下</u>

(出所) 根本 守「連載 民医連統一会計基準の実践のために 第8回(最終回) 民医連要対策11項目(案)」『民医連医療; No.345, 2001年5月, p.59. 下線部が改訂前と改訂案との相違点. 医業収益と事業収益は単なる名称変更.

(足立・注) 表中の「減価償却」は「減価償却費」とすべきであろうが, 原表どおり記載した. また, の「自己資本比率 10%以下」は最終的には「(自己資本+地域協同基金) 比率 10%以下」に, またの「借入金÷事業キャッシュ・フロー」は「借入金倍率」の名称になったようである. 各項目の意味と基準値の意義・根拠等は上記論文で説明されている.

収益は予算比 98.4%, 人件費は予算比 99.8%, 経常利益は 2,114 万円で予算比 1 億円, 人件費率 63.6% という結果」で「とくに, 95 年からの抜本転換以降, 60%台から 61%台に改善させてきた人件費率が急激に悪化して」いることが重視されている. そして, 「人員・人件費対策と新規事業の拡充を軸にした対応に法人を挙げて強化することが最重点の課題」と強調され, そのための「緊急改善策を含む当面の課題」では, 1) 新規事業展開, 2) 伸ばせる分野を伸ばす, 3) 人員と人件費対策等が掲げられている.

ところで, マネジメント水準評価の点で注目すべきは, 3) の「人員と人件費対策」のなかで, 「法人経営の現局面は, 一言で言えば『収益対人員のバランスが悪い』ということであり, 予算実践上は人員・人件費を収益の実績にみあったものにしていくことが中心課題」としていること, またその一環として「『カイゼン運動』をすすめます」としつつ, 「最近, 病院の保険請求で, 『レセプトを手でくり(繰り) 足立) 電卓で日数, 点数を計算している』ことが解りました. こうした作業は医事コンピューター導入以前に, 場合によっては夜を徹して行っていたものです. 何故, こうした『無駄な仕事』が医事コン導入から 10 数年来も行われてきたのか, これは例外であって, 他にはこうした無駄はないのかということです. いくつかの職種が行っている業務統計もその多くはコンピューターにデータは蓄積されています. 『今まで』をすべて見直してみな

ければなりません」としている点である。

もちろん、こうした「反省」に立って、「従来の仕事のやり方、働き方を全て見直して、継続するもの、止めるもの、改善するものを一つ一つ明らかに」することや、『職員が仕事のやり方を見直し、仕事の効率化や安全性を向上させる』『この過程を通じて、職員が仕事能力を向上させ、上司は指導・管理能力を向上させ、組織を活性化していく』カイゼン運動を、10月の研修・学習を経て、11月にスタートさせるなどが提起されたほか、「年間予算3億1,300万円の時間外手当を大幅に削減」することや「現在の稼働職員数1,025人を2002年3月に向け1,000人体制をめざ」すことなどが提起された。ただし、人員の現状については、「T病院、Y病院の外来看護体制が医療法上の人員（患者30人：看護1）と大きく乖離した配置になって」おり、具体的には8月度にT病院で看護資格者27.8人に対し外来患者数595.2人（看護1：患者21.4人）、Y病院で看護資格者18.6人に対し外来患者数313.1人（看護1：患者16.8人）になっているとされている。

(3) 利益率目標との関連でみたマネジメント問題と上記2事例の「典型性」

既述のように、2002年度は民医連経営統計史上はじめて外来患者件数と事業収益で前年度を割り込む結果となったとはいえ黒字法人比率は8割を超えており、上記2事業体の事例から全般的なマネジメント状況・水準を速断することには注意が必要である。実際、野村秀和氏が指摘している愛知県・みなと医療生活協同組合のように「決算データとしては、赤字を計上（2001年度）しながら、その実態は、自信を強め、したたかに事業と運動を進め……潜在的なゆとりも感じさせるしたたかなマネジメント」を推進している事例もある⁽²⁰⁾。会計処理のもつ「操作可能性」に照らしてこうした注意が必要であることはいうまでもない。

ただ、従来黒字を確保してきた事業体だからといって、それは必ずしもマネジメント上の不備や弱点がなかったことを意味しないであろう。2001年度黒字決算の愛知県・南医療生活協同組合の成瀬幸雄専務理事が「従来は、右肩上がりの収益に支えられてマネジメント能力の有無にかかわらずなんとかなってきた」旨指摘したように⁽²¹⁾、マネジメント上の不備や弱点があってもそれが明確に顕在化するには至らない背景・条件があったとみられるからである。また、全日本民医連では1990年の経営改善のための理事会声明発表以来、収益比で3%の利益（蓄積可能利益として税引後の当期純利益。日生協医療部会では5%。なお、特別損益および法人税等を考慮すれば当期純利益3%確保のためには経常利益率で5%程度を目標にする必要性も指摘されている。また、自己資本比率目標は20%）達成を目標としているが⁽²²⁾、黒字ではあってもこの目標値に

(20) 野村、前掲稿、p.37.

(21) 2002年11月12日の訪問見学時のヒヤリングより。

(22) 坂根利幸『民主経営の理論と実践』同時代社、1997年、p.134。木村隆一「自己資本20%、経常利益率5%以上を目標（利益零は縮小再生産）ある会計学者への説明メモ（その1）より」『民医連医療』No. 378、2004年2月号、pp.46-49 参照。

は遠く及ばない事業体も少なくないと推察されるからである。

3%の当期純利益率目標の根拠については、技術革新と医療水準の確保、インフレーションへの対処、および経営の健全な保持の保険という3点にそれぞれ1%の利益の蓄積を要するとの考え方が示されているが⁽²³⁾、それは患者本位の医療を担いうる医療機関として存続するうえでいわば最低限の条件であろう。現状に照らしインフレへの対処を除いても、2%程度の当期純利益率が必要ということになる。また「表3」にみたように、1999～2001年度に3つの利益率中最も低い総収益対総利益率（＝総収益対当期純利益率）は黒字病院では5.0～5.8%、全体でも3.4～4.6%のレベルにある。さらに、(株)明治安田生活福祉研究所主任研究員・松原由美氏によれば、旧社会福祉・医療事業団融資先（一般病院）の「金利前医業利益率」（「(支払金利+医業利益)/医業収益」で計算される）は概ね5%前後で推移しており、安定しているところから「経営状態は低位安定型」と特徴づけられている⁽²⁴⁾。その数値レベルは「表3」の数値レベルと概ね匹敵している。これらに照らせば、とくに1%未満の利益率では、たとえ黒字ではあっても真に患者本位の医療水準を今後とも担保しうるかどうかに疑問であり、責任ある医療機関のマネジメントとしては多分に問題を残しているとみられるのである。

その意味では、上記2例は民医連加盟事業体中、とりわけ赤字法人や「赤字スレスレ」の法人におけるマネジメント上の不備・弱点を「代表」するものであり、「例外」というよりむしろ「典型例」（同類のもののうち、その特徴を最もよく表しているもの）として捉える必要があるのではあるまいか。

(4) 民医連加盟事業体の賃金・労働条件

次に、民医連加盟事業体の賃金・労働条件はどのような水準にあるか、2002年度の加盟法人別労働条件調査結果に照らしてみよう。2002年度調査では官庁統計との比較も一定行えるよう改善が図られたとされるが、職種別の平均賃金について厚生労働省の「2002（平成14）年度賃金構造基本統計調査」との比較を示したものが「表9」である。これについて全日本民医連経営委員会労働条件調査プロジェクト・北海道勤労者医療協会本部事務（当時）の富樫博之氏は、すべての職種の平均年齢が厚労省調査より高く勤続年数も長くなっているが、民主経営のもと、働き続けるための労働条件整備の努力が進められていることや、民医連綱領のもとに参画している

(23) 落合広一< = 木村隆一 > 『改訂版 民主的医療経営 入門編』同時代社、1996年、pp.38-47。木村、前掲稿参照。

(24) 松原由美 『これからの中小病院経営』医療文化社、2004年、pp.144-145。『平成15年度厚生労働省医政局委託 医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価方法に関する調査研究 報告書』（委託先株式会社 明治安田生活福祉研究所）平成16年3月、p.21、「表4」。なお、これは、松原「わが国の民間病院における資金調達（上）」『社会保険旬報』No.2155（2002.12.1）p.11、「表4」（厚生労働省が設置した「これからの医業経営の在り方に関する検討会」< 田中 滋座長 > 第7回< 2002年7月17日 > における松原氏の報告< 「医療機関設備資金の資金調達」> で紹介されたもの）に、その後2年分の数値を加えたものである。ただし、前2資料と後2資料とでは「年」が異なっている。

表9 賃金構造基本統計調査との比較 (抜粋)

(単位 千円)

	年	平均 年齢	勤続 年数	所定内 賃金	所定外 賃金	賞与・ 一時金	(+) × 12 +
医 師	民医連	43.1	10.1	830.5	162.6	2,320.3	14,236.6
	厚労省	42.3	6.2	800.9	70.9	1,430.9	11,892.5
	差	0.8	3.9	29.6	91.7	889.4	2,344.1
薬剤師 (医科)	民医連	37.4	8.5	317.0	42.7	1,064.5	5,381.3
	厚労省	36.0	6.9	305.8	26.0	1,000.9	4,982.5
	差	1.4	1.6	11.2	16.7	63.6	398.8
薬剤師 (薬局)	民医連	36.2	7.0	423.4	42.7	1,062.7	6,656.8
	厚労省	36.0	6.9	305.8	26.0	1,000.9	4,982.5
	差	0.2	0.1	117.6	16.7	61.8	1,674.3
看護師	民医連	38.1	8.4	302.6	48.7	1,039.1	5,254.4
	厚労省	34.6	6.8	282.6	36.8	951.0	4,783.8
	差	3.5	1.6	20.0	11.9	88.1	470.6
準看護師	民医連	43.7	12.2	298.4	48.5	1,049.3	5,212.0
	厚労省	40.2	8.7	242.5	29.6	736.7	4,001.9
	差	3.5	3.5	55.9	18.9	312.6	1,210.1
臨床検査 技師	民医連	41.8	14.7	325.3	42.5	1,119.2	5,532.4
	厚労省	36.2	11.4	296.1	30.3	1,147.2	5,064.0
	差	5.6	3.3	29.2	12.2	28.0	468.4
放射線 技師	民医連	39.1	11.8	330.2	50.4	1,084.2	5,650.6
	厚労省	36.2	9.4	328.8	39.0	1,138.2	5,551.8
	差	2.9	2.4	1.4	11.4	54.0	98.8
理学 療法士	民医連	31.7	5.0	272.2	23.1	877.9	4,421.2
	厚労省	30.2	4.6	282.8	11.8	791.3	4,326.5
	差	1.5	0.4	10.6	11.3	86.6	94.7
管 栄 養 士	民医連	38.9	12.9	300.9	30.1	1,026.3	4,998.6
	厚労省	33.3	7.4	227.9	9.8	735.7	3,588.1
	差	5.6	5.5	73.0	20.3	290.6	1,410.5
歯 衛 生 科 士	民医連	32.1	7.6	251.4	30.3	866.0	4,246.4
	厚労省	30.6	5.6	217.8	12.0	502.3	3,259.9
	差	1.5	2.0	33.6	18.3	363.7	986.5
歯 技 工 科 士	民医連	37.4	11.5	300.2	59.2	1,034.2	5,346.5
	厚労省	33.6	8.4	297.9	14.8	489.7	4,242.1
	差	3.8	3.1	2.3	44.4	544.5	1,104.4
調 理 師	民医連	41.4	11.7	271.5	38.0	947.4	4,661.7
	厚労省	40.7	8.2	249.5	15.5	513.3	3,693.3
	差	0.7	3.5	22.0	22.5	434.1	968.4

(出所) 富樫博之「2002年度法人別労働条件調査の結果について」『民医連医療』No.373, 2003年9月, p. 50, 「表2」.

医療従事者集団であることなども要因といえるのではないかとし、また年間賃金はすべての職種で厚労省調査を上回っているが、平均年齢・勤続年数が厚労省調査より高く長いことを考慮すると大差はないと思われる旨述べている⁽²⁵⁾。

こうしたデータと評価に照らせば、現在、給与体系上の個人レベルでの賃金水準は厚労省調査にみられる「全国平均」とおおむね同程度にあることになる。しかし、平均年齢・勤続年数の高さ・長さにより実際の年間賃金水準がすべての職種で高く、したがって人件費総額が高いことは「表9」に照らして否定しようのない事実であろう。経営上負担となるのは実際の年齢・勤続年数が反映する実際の人件費であり、給与体系上個人レベルでは全国平均並みとしても、それ自体は経営上の負担度を軽くするわけではないであろう。

勤続年数の長さは経験年数の長さにも通じ、見方によっては貴重な人的資源要素ともなりうるが、既述のように導入した医事コンピュータ・システムを活用できず「無駄な仕事」に費やされたり、業務の細分化・増加に「仕事・業務の効率化」で対応するのではなく単純に人員増で対応してきた結果にすぎないとすれば、実質的には経営上の負担度を高めているにすぎない。T勤医会における既述の「収益対人員のバランスが悪い」という事態は、経営的には人員・人件費上の無駄・浪費があることを意味するものといわざるをえないのではあるまいか。

「全国平均」に比べて実際の人件費水準が高いことは、受診抑制＝患者減によっても減少しない固定費水準が相対的に高いことを意味し、診療報酬の切下げを加えた事業収益の減少傾向が避けがたい事態のもとでは、経営上きわめて厳しい負担を強いるものとなろう。その意味で、野村秀和氏が「民医連に限らず、サービス事業としてのこの分野では、人件費負担の抑制は経営管理の戦略的課題となる」⁽²⁶⁾ことを強調しているのも当然といえる。

全日本民医連会計顧問・公認会計士の坂根利幸氏も同時期に、2001年度の全日本民医連の平均人件費率が約59.4%（1995年度の56.0%から6年間で3.4ポイントの上昇）で「最悪の大台突入寸前状態」にあることに照らし「今の職員数と労働条件では、経営的に立ちゆかなくなる事態とも成りかねない」と、より厳しく指摘している。そのうえで「各職場ごとでのギリギリの人数体制、定数体制などは必要不可欠となっている。……職場のギリギリの定数配置、そのための積極的な職種転換、委託事業の経営内吸収、民医連的なワークシェアリングなどの検討実施が要請され……この間提起し続けてきた『改善運動』『提案制度』、その他名称のいかんを問わず、労働や協同労働の自主的改善進化が成しとげられることが職場の体制の変革の支えとなり得る」ことを強調している。氏はまた、診療報酬改定後の全日本民医連モニター法人経営成績の「惨たんたる結果」とその「資金繰りへの悪影響」にかかわる諸論点にふれつつ、「このような議論を各民医連の経営理事会などの機関会議で実施したことがある経営は極めて少ないと推察している。もはや、そのような悠長な時代ではない」と指摘し、「80年代後半から経営改善のたたかいに挑

(25) 富樫博之「2002年度法人別労働条件調査の結果について」『民医連医療』No.373, 2003年9月, p.50.

(26) 野村, 前掲稿, p.36.

み、テンポは速くはないが、おおむね前進基調で世紀末を乗り越えてきた全日本民医連の経営群は、今まさしく正念場にさしかかった。……10年先を見越した経営戦略の検討策定が要請されている。従来の発想と対応の延長では、この厳しい局面を安定して乗り切るとは極めて困難と思量される。『団結してがんばらなければ利益は確保できない!』という命題は普遍的に変わらないが、がんばるだけではふんばりきれない、がんばり方の創意工夫とがんばった後の展望を経営幹部は職員らに示す必要がある」ことを強調している⁽²⁷⁾。

坂根氏の指摘は、次に述べる民主的医業経営における「内的要因」としての弱点が深刻なものであることを示唆するとともに、「がんばり方の創意工夫」の重要な一環としての管理会計の活用を含む内部マネジメント強化の必要性・重要性および緊急性を裏づけるものとも読み取れよう。

・「非営利・協同」の医業経営の当面する危機の性質と「内的要因」

1. 「外的要因」による環境悪化と「内的要因」としての弱点の顕在化

前節では厚労省調査にみる黒字病院・赤字病院の対比から、その「分岐点」が人件費抑制の成否にとどまらず、むしろ全般的なマネジメント能力・水準の差異に起因する旨を指摘した。また、民医連加盟の2つの「要対策法人」のマネジメント状況に照らしてその不備・未熟という弱点を指摘するとともに、そうした弱点は一部を除いて民医連加盟の黒字法人においても「よごと」「他人ごと」とは限らず、共通する虞があるとみられること、とくに実際の人件費水準の高さが受診抑制や診療報酬改定に伴う収益減のもとで固定費としての負担度をいっそう高め、経営に深刻な重圧をもたらしうることを指摘した。

また、民医連がその特徴（特長）としてきた医療制度・政策面への国民要求の反映という「理念・運動面」はいわゆるSWOT分析においては「強み」（S：strength）の一部であり、それは経営の外部環境改善における「労使協調」での取り組み努力の成果であるが、他方で、場合によっては労使のいずれかまたは双方に「痛み」を伴いうる「経営管理面」=内部マネジメントの強化については「労使協調」で回避してきた虞も窺われ、それは事業経営の厳しさからみれば「弱み」（W：weakness）ともいいうるものであることを指摘した。

こうした「強み」「弱み」のうち、「強み」の面にかかわって現在きわめて厳しい「環境悪化」が進められ、経営上の苦境を強いられる状況にある。その意味で現在は、医療費抑制・医療制度改革という「外的要因」による経営環境悪化のもとで、「内的要因」としての内部マネジメント力における従来の弱点が経営上の苦境に反映・顕在化しつつあるともみられよう。「環境改悪」に対しては当然、「強み」の特徴を發揮して「改悪阻止」を追求せねばならない。しかし、他方で「弱み」の面を従来のままに放置していたのでは、もはや有効な対応＝「たたかい」は期しえ

⁽²⁷⁾ 坂根利幸「現在の医療経営のもとでの民医連の課題について」『民医連医療』No.363、2002年11月号、pp.58-60。

ないのではあるまいか。

2. 「長期的に闘える経営体質づくり」の不可避性と「内的要因」=弱点の真摯な分析・克服の必要性

この「環境悪化」の今後の進展については予断を許さないが、二木 立氏が従来から指摘している「3つのシナリオ」すなわち3つの方向・路線のせめぎあいの行方によろう⁽²⁸⁾。

しかし、いずれにしても一時的なものではないであろうから、民医連はじめ「非営利・協同」の医業経営においても「長期的に闘える経営体質づくり」は不可避の課題となる。そのためには「強み」の面を一段と強化するとともに、「弱み」の面の克服すなわち内部マネジメント力・水準の現状を真摯に分析・解明し、弱点を克服することが不可欠となろう。

なお、この課題は労働組合の立場・視点からも積極的に検討されるべきものであることに言及しておきたい。「マネジメント」は本来的には内部的経営管理に主眼を置くが、決して「内部」にのみとどまるものではない。企業のマネジメントについていえば、かつてのコンビナート形成やそれにかかわるインフラ整備について自治体等に影響力を行使するなど「外部環境の意識的整備」や、今日のたとえばサプライチェーン・マネジメント (SCM) などにみられるような企業間関係あるいは企業外部環境のあり方の「意識的整備」なども広義のマネジメントの対象事項といえる。「内部マネジメント」に限定すれば労使間で容易には一致しがたい問題もあろうが、マネジメント概念をより広く捉えれば労使間で一致する課題は少なからずあろうし、実際「非営利・協同」の組織として「労使協同」での取組みも多々進められてきたところであろう。

・ マネジメント強化の一環としての管理会計活用の必要性

1. 企業におけるマネジメント思考・方法の科学的・進歩的要素に学ぶ必要

マネジメント強化の一環としての管理会計の活用を提起するに際して、改めて企業におけるマネジメント思考・方法の科学的・進歩的要素を謙虚かつ柔軟に学び、採り入れる必要性にふれておきたい。それに際して2つの「事例」を参照する。

(1) レーニンとテイラー・システムおよびトヨタ生産方式

1) レーニンとテイラー・システム

1つは、やや古くかつ「定石」でもあるが、科学的管理法の具体的な形態としてのテイラー・システムに対するレーニンの態度が挙げられる。ごく簡潔に言えば、レーニンはテイラー・システムについて、資本主義的利用のもとでは「同一の労働日のあいだに労働者から3倍もの労働を搾り出す」ものであり、「搾取」の強化、圧迫と抑圧を増大させるものと批判する一方で、「社会

Ⓒ 二木 立『21世紀初頭の医療と介護 幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房、2001年ほか。

的労働が資本への隷属から解放されるときには……社会的労働の合理的配置の原則」となりうるものであり、労働時間を短くし労働者の福祉を増大させようのものであることを指摘した⁽²⁹⁾。そして、社会主義建設においては「テイラー・システムのなかの科学的で進歩的なものの多くをとり入れること」⁽³⁰⁾を強調したのである。資本主義経済のもとで「搾取」強化のために生み出されたマネジメント手法における「科学的で進歩的なものの多く」を社会主義建設に活用すべしというレーニンのこの視点は、今日の民間企業において開発・活用されているマネジメント手法における科学的・合理的・進歩的諸要素を「非営利・協同の経営」強化のために活用する必要性にも通ずるものであろう。

2) テイラー・システムとトヨタ生産方式

ところで、レーニンの視点について岩尾裕純氏は、「では……科学的管理法の手法のうち、どのようなものが否定され、どのようなものがとりいれられるのであろうか？」とし、「根本的には標準設定そのものが問題である。これこそがテイラー・システムの独自のものである。それは労働者および職長の作業を分解し、知的労働、管理労働をできるかぎりとりぞき、またできるかぎり分業化・専門化を徹底する。そしてそれぞれの作業の要素別に、一流労働者の最適率を精密な時間研究によってとらえ、これを標準作業量として決定する。そのためには作業諸条件の標準化をきびしく追求する。テイラーのこの論理は、明らかにすすんだ工学的原理の適用の部分であり、これは否定されるどころか、まさに主体的、積極的にとりいれられ、むしろ発展させられるべきもの」としている⁽³¹⁾。これによれば、「とりいれるべきもの」の中心は「標準設定」であり「標準化」の思考ということになる。

これに照らして注目したいのは、いわゆる「トヨタ生産方式」のエッセンスである。筆者らは2004年3月3日に「トヨタ自動車の病院部」（正式にはトヨタ自動車株式会社メディカル・サポート部）に当たるトヨタ記念病院を訪問見学し、同病院におけるマネジメント等について事務長の小野政秀氏より説明を受けた。詳述する紙幅はないが、同病院のマネジメント手法として適用・展開されているMAST（Management-quality Advancement System developed by Toyota-group）は「トヨタグループのマネジメント強化メソッド」であり、そのベースにあるものはトヨタ生産方式である。そして、小野氏の説明では、トヨタ生産方式の「まとめ 3つの法則」として「標準をつくりその差を埋めるためにカイゼンする、標準をあげ問題点を顕在化し継続カイゼンする、コストではなく7つのムダをカットせよ」が挙げられた。ここで「7つのムダ」とは、作り過ぎのムダ、手待ちのムダ、運搬のムダ、加工のムダ、在庫のムダ、動作のムダ、不良をつくるムダである。また、トヨタ生産方式の「本質」として「トヨタ生産方

(29) 岩尾裕純「補論（三）レーニンと科学的管理法」岩尾裕純『新版 経営技術の研究』中央大学出版局、1972年、pp.155,160.

(30) 同前、p.169.

(31) 同前、pp.174-175.

式の本質は、作業工程の改善ではなく「人づくり」にあることが明示された⁽³²⁾。

トヨタ生産方式やそれをベースとした MAST を単純化して表現することには慎重さが必要であるが、標準化思考、標準設定がその基軸に据えられていることは基本的に確認できよう。そして、それこそレーニンが「テイラー・システムのうち科学的で進歩的なもの」として主体的、積極的に採り入れ、さらに発展させるべきとしたものといえよう。

もちろん、今日のトヨタ生産方式は単純に「知的労働、管理労働をできるかぎりとりわけ、またできるかぎり分業化・専門化を徹底する」だけのものではないであろう。「知的労働・管理労働」と「肉体労働」との「分業化」、それぞれの「専門化」の徹底は、いついかなる場合にも必ず合理的とは限らないからである。実際、トヨタのいわゆる「自動化」について、「肝心な点は、機械に人間の知恵を付けることであるが、同時に『作業員＝人間の単なる動きを、いかにニンベンの付いた働きにするか』である⁽³³⁾とされている。そして、「いのち」を扱う医療の現場では、とりわけ「ニンベンの付いた働き」でなければならない。その点をも含めて、「非営利・協同」の医業経営がトヨタ生産方式はじめ企業の様々なマネジメント思考・方法から学ぶべきことは多いというべきであろう。

とくに、「コストではなく……ムダをカットせよ」との「法則」については、まず事業活動における「ムリ・ムダ・ムラの排除」（ムリとは無理すなわち合理性の欠如＝不合理性、ムダとは無駄すなわち役に立たないこと＝無効性、ムラとは斑すなわち不揃い＝不統一性を意味するものと理解している - 足立）に焦点を当てることを意味し、合理性・有効性・統一性（あるいは標準性）を追求するもので、いきなり短絡的なコスト削減・経費節減に走ることを、むしろ戒めるものとも解釈できよう。また、「トヨタ生産方式の本質は……人づくり」にあるという点も注目される。民医連「1993年度都道府県連拡大経営委員長会議の報告」では、1989 - 92年度の経常利益実績に照らし民医連加盟法人中の黒字・赤字法人の固定化傾向を指摘するとともに、黒字・赤字法人間の「主要な違いがどこにあるのか」を探っている。そして、「根本は人づくりと組織運営の問題」として、職員1人当たり人件費率にはほとんど差異がないにもかかわらず職員1人当たり付加価値額では年間60万円の差があることを挙げ、赤字続きの実情を「労働生産性が低い状態が続いてきたことの結果と見ることができ」としつつ「同じ人件費でありながら労働の成果に違いがあることこそ注視しなければならない」旨を指摘している⁽³⁴⁾。同報告にいう「根本は人づくりと組織運営の問題」とはまさにマネジメントの本質的課題そのものといえるが、「トヨタ生産方式の本質」にも率直に学びつつ、それを民医連の理念・目的に照らして意識的かつ創造的に活用していく視点と柔軟性が求められるのではあるまいか。

幸い、T勤医会常任理事会文書における「カイゼン運動」の提起や坂根氏のいう「改善運動」

⁽³²⁾ 小野政秀氏によるパワーポイント説明資料より。

⁽³³⁾ 大野耐一『トヨタ生産方式 脱規模の経営をめざして』ダイヤモンド社、1978年、p.16。

⁽³⁴⁾ 都道府県連拡大経営委員長会議「1993年度都道府県連拡大経営委員長会議への報告」（1993年11月）全日本民医連経営対策部編、前掲書、pp.142-145。

「提案制度」はじめ「名称のいかん」を問わぬ自主的改善進化の取組みの提起など、率直な指摘がなされつつあり、その意識的かつ大胆な学習と実践が求められよう。

(2) カトリック・ヘルスケア・ウェスト・南カリフォルニア (Catholic Healthcare West Southern California)

もう一つの事例は米国のカリフォルニア等3州に展開する非営利ヘルスケア諸組織の親組織であるカトリック・ヘルスケア・ウェスト (CHW) の南カリフォルニア支部に当たるカトリック・ヘルスケア・ウェスト・南カリフォルニア (以下、CHWSC と略称) である。CHW は1998年度当時で48病院 (うちCHWSCが12。以下同じ) 10,122 (4,700) 床、雇用・契約医師8,500 (2,300) 人以上、職員約40,000 (13,000) 人以上、総収益35億1,500万ドルを誇る巨大複合体 (IDS: integrated delivery system) である。筆者は2000年1月、二木氏、野村氏らとともに米国「複合体」現地調査の一環としてCHWSCを訪問し、当時の理事長兼最高経営責任者はじめ幹部役員から丁寧かつ詳細な説明と豊富な資料の提供を受けた。

CHWSCの親組織であるCHWとその設立母体である9教会は、キリストの癒しの聖務 (healing ministry) を目的としており、そのミッションは、慈悲深く良質で安価なサービスの提供、貧困者へのサービス提供とその利益擁護、地域の他者との協調にある。

CHWSCを「学ぶべき事例」として取り上げる理由は、貧者と不遇の人々への無料医療を含む積極的な地域貢献・奉仕をキリストの癒しの聖務として自らのミッションとする一方で、その追求・達成のために経営上の戦略目標・計画に基づく事業目標・計画の設定、その具体化を図るための予算編成、それを受けた業績評価・統制プロセスを「ビジネス・マインド」(「ビジネス・メンタリティ」) をもって厳格に確立・展開している点にある。

計画設定プロセスで確定される事業目標・計画のなかには、上位病院とのベンチマーキングの実施や2.5%の営業利益率目標のほか、生産性目標、職員数目標および人件費は純収益 (net revenue) の46%以下とするなどが含まれている。業績評価・統制プロセスでは、月次事業概況評価として物量統計 (諸患者数、在院日数、手術件数、在宅ケア訪問件数その他)、損益計算書諸項目、原価と生産性、収益性 (単位利益と諸利益率) その他について、予算および前年実績に対する当月実績および当月までの年間実績比較をベースとした評価のほか、詳細な費目別明細報告書が同様の比較をベースとして作成され、当月予算と当月実績との差異、あるいは前年同月実績 (または最近6ヶ月平均実績) と当月実績との差異などについて差異の原因および責任の分析・評価・説明とそれに基づく是正・改善措置の提起などが求められる。それらはもちろん、部門・施設別に実施されるが、部門および部門内各グループについてはそれぞれの労務費について予算、目標、実績および差異などが明示され、統制会計のベースとなる責任会計として展開されている。

さらに注目されるのは、収益および費用の両面にわたる是正措置 (対応措置) ないし改善策、それらの責任者、その財務的影響額が明示され、収益増加と諸費用削減 (最大の削減対象は常勤

換算職員数で、予定値を定められた要員削減による労務費削減)のための諸対策とそれによる効果額(目標額)およびその遂行責任者を明確にして各責任者の業績評価・統制が厳格に遂行されていることである。

宗教系非営利組織でも経営改善・安定化に向けてこのように「シビア」な管理が徹底されていることは、経営安定が事業存続の前提条件である以上当然とはいえ、注目に値する。

既述のようにCHW(SC)は貧者と不遇の人々への無料医療など地域貢献・奉仕を癒しの聖務として自らのミッションとしているのであるが、利益獲得については、そのような非営利組織本来の目的(ミッション)追求・達成を財政的に保障するものとして必要であり、またそのためにこそ上記のような合理的かつ厳格な経営が不可欠の課題となる、という説明であった。「ビジネス・メンタリティを備えた非営利組織運営」という趣旨の説明もあったが、日本の非営利事業においても大いに参照されるべき課題ではあるまいか。

さらに付け加えれば、貧者および不遇の人々への奉仕というミッションは、それに忠実であろうとすればするほど、貧者への慈善ケアを必要とさせるような社会的・経済的・政治的構造に対して疑問を覚えさせずにはおかないものであり、そのことを抜きにただ"ひたすら"慈善ケア提供に心を砕くわけにはいかない旨を述べた文書資料も提供されたが、それは、真剣なミッション意識というものが社会構造変革への可能性をも含むパワーを秘めていることを痛感させるものでもあった。また、米国の複合体調査を通じて、営利・非営利を問わず米国の医療事業組織の対社会的なアカウンタビリティ(説明責任)意識の高さ、およびそれに関連して経営・財務諸資料の開示が制度的にも実践的にも充実していることの2点が強く感じられた。CHWSCによる資料提供はその最たるものであったともいえようが、こうした特徴(特長)も大いに参照されるべき課題であろう⁽³⁵⁾。

CHWSCと民医連加盟の事業所とでは背景・環境や規模その他の相違点が多々あり、単純に「ベンチマーキング」というわけにはいかないであろうが、貧者および不遇の人々や地域社会への貢献・奉仕というミッションは基本的に共通し、かつ事業体として存続するために経営を安定させねばならない点でも同じであろう。とすれば、そうした事例における科学的・進歩的な要素・側面等に積極的に学ぶことは不可避の課題といえるであろう。

2. 財務会計適正化による健全化の追求から管理会計活用によるマネジメント強化の追求へ

管理会計の活用を提起するに際してもう1点指摘したいのは、民医連事業体経営の現段階を、その会計システム発展とのかかわりにおいてどのようにみるかということである。

これに関する結論的認識を先に示せば、民医連統一会計基準(1989年)および民医連新統一会計基準(1999年)などいわゆる財務会計基準の策定・改訂に伴う財務会計適正化による健全

⁽³⁵⁾ 詳細については、足立 浩「医療施設複合化の経営的・財務的效果の研究」(1)～(3)『病院』第59巻第10号(2000年10月)第59巻第11号(2000年11月)第60巻第1号(2001年1月)参照。

化については方針・実践とも本格的に追求されつつあるものの、事業経営の効果的・効率的遂行に不可欠な管理会計の活用によるマネジメント強化については、ごく基本的な予算管理や部門別損益管理などの提起⁽³⁶⁾を除いてなお多分に課題を残しており、その本格的な意識的・創造的活用が求められる段階に至っているのではないかということである。

そうした認識に関連して、以下、民医連事業体における1990年代の経営構造の発展内容を概観するとともに、それに照らして今日的課題を検討しよう。

(1) 民医連事業体における1990年代の経営構造変化

この点については全日本民医連事務局次長・岩本鉄矢氏による要点を整理した報告⁽³⁷⁾がある。「表10」は1990年度と1998年度の民医連加盟全法人の比較損益計算書（全法人合計値）である。対象法人数および会計基準に若干の変化があり厳密な比較にはならないものの、変化の特徴は把握できる。

1) 赤字から黒字への改善という前進面

最大の特徴は医業収益合計に対する経常利益率のマイナス0.9%からプラス1.9%への2.8%に及ぶ改善である。医業費用合計の伸び率が医業収益合計の伸び率を下回り、医業外費用がほぼ半減したことによる。内容的には院外処方箋発行比率の拡大、薬価の大幅引下げ、共同仕入の前進による仕入価格の引下げなどによる医薬品費比率の大幅低下に伴う材料費合計比率の低下（-5.1%）と支払利息比率の低下（-3.1%）である。しかし、人件費率上昇（3.6%）と経費率上昇（1.1%、消費税新設と税率引上げによる）がその効果をほぼ「半減」している。これらの結果、医業利益率は0.8%、経常利益率は2.8%改善したわけである。

2) 主に外的要因に依存した改善という限界面

ところで、これらの改善自体は評価されるが、医薬品費率低下をもたらした上記3要因中、薬価の大幅引下げなどは内部マネジメント強化による費用削減として一概に評価しうるかどうか、やや疑問が残る。また、経常利益率の改善は実質的には支払利息比率の低下によるもので、低金利政策という外的要因による恩恵の面が強い。「表11」の比較貸借対照表にみられる負債合計比率の8.2%低下、自己資本比率（「資本合計」比率）の同率分上昇への努力に伴う支払利息負担軽減の意識的追求が功を奏している面はあろうが、低金利がなければ経常利益率の相当な改善ははたしてどれほど可能であったかという疑問は強く残る。

⁽³⁶⁾ 全日本民医連、第36期運動方針、全日本民医連hp、p.7/56。『民医連新聞』同前号外、p.3。

⁽³⁷⁾ 岩本鉄矢「民医連経営の優点を生かした経営改善を」『民医連医療』No.333、2000年5月、pp.19-21。

表10 比較損益計算書

	実金額 (単位 = 百万円)				医業収益 100 対構成比		
	90 年度	98 年度	増 減	増減率	90 年度	98 年度	増 減
入院収益	164,781	240,492	75,711	45.9%	48.4%	49.2%	0.8%
外来収益	166,338	228,422	62,084	37.3%	48.9%	46.8%	-2.1%
保健予防収益	6,286	14,418	8,132	129.4%	1.8%	3.0%	1.1%
その他医業収益	4,636	7,159	2,523	54.4%	1.4%	1.5%	0.1%
査定減	1,570	1,945	375	23.9%	0.5%	0.4%	-0.1%
医業収益合計	340,471	488,546	148,075	43.5%	100.0%	100.0%	0.0%
職員給与	169,867	195,684			49.9%	40.1%	
賞与引当繰入		48,637				10.0%	
退職引当繰入		10,967				2.2%	
適格企業年金		1,513				0.3%	
引当金繰入小計	0	61,117				12.5%	
法定福利費	14,694	25,778	11,084	75.4%	4.3%	5.3%	1.0%
出向人件費	-541	-707	-166	30.7%	-0.2%	-0.1%	0.0%
人件費合計	184,020	281,872	97,852	53.2%	54.0%	57.7%	3.6%
医薬品費	59,978	58,916	-1,062	-1.8%	17.6%	12.1%	-5.56%
診療材料費	20,122	32,435	12,313	61.2%	5.9%	6.6%	0.7%
委託費	8,440	11,751	3,311	39.2%	2.5%	2.4%	-0.1%
給食材料費	4,988	6,154	1,166	23.4%	1.5%	1.3%	-0.2%
材料費合計	93,528	109,256	15,728	16.8%	27.5%	22.4%	-5.1%
経費	38,212	60,023	21,811	57.1%	11.2%	12.3%	1.1%
リース料	3,949	4,405	456	11.5%	1.2%	0.9%	-0.3%
減価償却費	15,381	21,166	5,785	37.6%	4.5%	4.3%	-0.2%
医業費用合計	335,090	476,722	141,632	42.3%	98.4%	97.6%	-0.8%
医業利益	5,381	11,824	6,443	119.7%	1.6%	2.4%	0.8%
医業外収益	8,221	6,521	-1,700	-20.7%	2.4%	1.3%	-1.1%
医業外費用 (内支払利息)	16,732 14,873	9,292 6,081	-7,440 -8,792	-44.5% -59.1%	4.9% 4.4%	1.9% 1.2%	-3.0% -3.1%
経常利益	-3,130	9,053	12,183	-389.2%	-0.9%	1.9%	2.8%
特別収益	2,477	2,800	323	13.0%	0.7%	0.6%	-0.2%
特別費用	2,443	5,650	3,207	131.3%	0.7%	1.2%	0.4%
当期税引前利益	-3,096	6,203	9,299	-300.4%	-0.9%	1.3%	2.2%

(出所) 岩本「民医連経営の優点を生かした経営改善を」『民医連医療』No.333, 2000年5月, p.19.

表 11 比較貸借対照表

		実金額 (単位 = 百万円)			構 成 比		
		90年3月末	98年3月末	増 減	90年3月末	98年3月末	増 減
資 産 の 部	現金・預金	37,161	54,240	17,079	11.2%	11.9%	0.7%
	医業未収金	55,049	77,127	22,078	16.6%	16.9%	0.3%
	棚卸資産	5,380	5,153	-227	1.6%	1.1%	-0.5%
	その他流動資産	5,579	5,398	-180	1.7%	1.2%	-0.5%
	流動資産合計	103,169	141,918	38,749	31.1%	31.0%	-0.1%
	土地	56,734	107,662	50,928	17.1%	23.5%	6.4%
	建物	127,232	268,350	141,118	38.4%	58.7%	20.3%
	器具備品	18,572	87,933	69,360	5.6%	19.2%	13.6%
	車両	421	3,418	2,997	0.1%	0.7%	0.6%
	その他有形固定資産	2,628	23,187	20,559	0.8%	5.1%	4.3%
	減価償却累計 (償却資産小計)	0	207,528	207,528	0.0%	45.4%	45.4%
	建設仮勘定	0	175,360	26,507	44.9%	38.3%	-6.5%
	建設仮勘定	0	4,451	4,451	0.0%	1.0%	1.0%
	有形固定資産合計	205,587	287,473	81,885	62.0%	62.9%	0.9%
	無形固定資産	4,066	5,549	1,484	1.2%	1.2%	0.0%
	その他固定資産	17,420	19,216	1,796	5.3%	4.2%	-1.1%
	固定資産合計	227,073	312,238	85,165	68.5%	68.3%	-0.2%
	繰延資産	1,377	3,111	1,733	0.4%	0.7%	0.3%
	資産合計	331,620	457,267	125,648	100.0%	100.0%	0.0%

		実金額 (単位 = 百万円)			構 成 比		
		90年3月末	98年3月末	増 減	90年3月末	98年3月末	増 減
負 債 の 部	買掛金	19,922	28,661	8,739	6.0%	6.3%	0.3%
	支払手形	11,980	2,353	-9,627	3.6%	0.5%	-3.1%
	未払金	7,858	11,857	3,999	2.4%	2.6%	0.2%
	短期借入金 (内協力債)	24,693	41,194	16,501	7.4%	9.0%	1.6%
	その他流動負債 (内賞与引当金)	16,414	14,611	-1,803	5.0%	3.2%	-1.8%
	その他流動負債 (内未払利息)		27,545	11,131	5.0%	6.0%	1.1%
			13,674	13,674	0.0%	3.0%	3.0%
			2,113	2,113	0.0%	0.5%	0.5%
	流動負債合計	80,867	111,610	30,743	24.4%	24.4%	0.0%
	長期借入金 (内協力債)	190,555	226,030	35,475	57.5%	49.4%	-8.0%
		0	81,528	81,528	0.0%	17.8%	17.8%
	長期未払金	1,623	3,214	1,591	0.5%	0.7%	0.2%
	退職給与引当金	18,872	48,141	29,269	5.7%	10.5%	4.8%
	長期支払手形	1,819	356	-1,463	0.5%	0.1%	-0.5%
その他固定負債	24,284	11,715	-12,569	7.3%	2.6%	-4.8%	
固定負債合計	237,154	289,456	52,303	71.5%	63.3%	-8.2%	
負債合計	318,021	401,066	83,045	95.9%	87.7%	-8.2%	
資 本 の 部	資本金	24,334	61,728	37,394	7.3%	13.5%	6.2%
	資本剰余金	630	4,354	3,724	0.2%	1.0%	0.8%
	積立金・準備金	6,947	13,747	6,800	2.1%	3.0%	0.9%
	前期繰越利益	-14,568	-27,359	-12,791	-4.4%	-6.0%	-1.6%
	当期純利益	-3,843	3,730	7,573	-1.2%	0.8%	2.0%
	利益剰余金合計	-11,464	-9,881	1,583	-3.5%	-2.2%	1.3%
資本合計	13,501	56,202	42,701	4.1%	12.3%	8.2%	
負債・資本合計	331,522	457,268	125,746	100.0%	100.0%	0.0%	

(出所) 岩本, 同前, p.20. なお, 原表では「資本合計」が「資本金合計」となっているが, 校正ミスとみて前者に修正している. また, 原表の「前期繰越利息」も「前期繰越利益」に修正している.

3) 課題としての事業活動による利益蓄積と自己資本増強

他方、岩本氏によれば98年度全法人合計での累積赤字はなお100億円近く残しており、出資増強等による自己資本の引上げは実現しているものの「事業活動での利益の蓄積による資本強化は未実現」⁽³⁸⁾にとどまっている。今後多くの病院等で不可避となる建替え、大規模更新等の設備投資を展望する場合、金融機関からの借入金に頼り、また金利上昇がいずれ避けられないとすれば、支払利息負担増に伴う赤字への再転落も予想される。かくして、「当面の経営課題」として「事業活動の中での利益を確実に確保することと、出資金や基金などの無利息・無期限の大衆資金の急速な結集拡大が必要」⁽³⁹⁾とされることになる。

(2) 民医連新統一会計基準の意義と限界

1) 新統一会計基準の意義と役割

ところで、90年代のこうした変化を経て1999年には民医連新統一会計基準が策定された。

その直接的かつ最大の契機となったものは民医連の大規模法人である同仁会（大坂）の「前倒産」状態という経営危機の顕在化である。経営危機の要因は、直接的には短期資金の運用と金融機関の貸し渋りにあったが、その背後には「民医連統一会計基準の意義と内容についての基本的な理解不足と軽視」に基づく「退職引当金などの引当不足や未収金の処理などで発生主義原則を無視した我流の会計処理」の継続があり、それが「民医連統一会計基準からかけ離れた、真実の経営を反映しない決算書を生み出し、財政基盤の脆弱さを覆い隠し、当然の帰結として経営判断を誤らせる結果」を導いたという⁽⁴⁰⁾。

そこで、新統一会計基準では、「税効果会計」の導入や、退職給与引当金から「退職給付引当金」への変更など、2000年度以降の日本の企業会計制度の様変わりへの対応と同時に、介護保険導入に伴う決算書式の変更、さらに損益計算書、貸借対照表に次ぐ第3の決算書としての「キャッシュ・フロー計算書」、および経営活動の裏付けとなる「事業報告書」の導入によって経営実態のより総合的な把握と経営の公開・透明性をいっそう高めるものとしたわけである。そこでは、「改悪された国税への対応だけでなく、真実の経営を反映する発生主義を貫徹したことが大きな特徴」とされている⁽⁴¹⁾。

その意義と意味については様々な視点での評価が可能であろうが、とくに発生主義会計の徹底、企業会計制度の様変わりへの対応という面が注目される。それは、同仁会およびそれ以外の加盟諸法人における民医連統一会計基準からの逸脱⁽⁴²⁾が経営の実態を適正に反映せず、財政基盤の脆

⁽³⁸⁾ 同前, p.19.

⁽³⁹⁾ 同前, p.20.

⁽⁴⁰⁾ 全日本民医連経営委員会「民医連新統一会計基準の発表にあたって」全日本民医連経営委員会編『民医連新統一会計基準』（株）保健医療研究所、2000年、p.2. 長瀬文雄「民医連における事務幹部の役割を考える（中）」『民医連医療』No.344、2001年4月、pp.47-48.

⁽⁴¹⁾ 全日本民医連経営委員会、同前、p.3.

弱さを覆い隠すものとなっていたことへの反省として、より「真実の経営を反映」し「経営の公開・透明性を高める」とともに、企業会計制度における発生主義を貫徹することによって「経営実態のより総合的な把握」を可能にするものとされる。

ここで、発生主義会計の貫徹による「経営実態のより総合的な把握」とは、もちろん大企業の資本蓄積を可能ならしめた保守主義的会計思考・処理とまではいかないものの、基本的に経営の安全性確保のための「慎重な」会計思考・処理の必要性を提起したものと理解できよう。岩本氏によれば「新統一会計基準の最大の特徴は『将来に矛盾を齎せする路線と決別する』という考え方⁽⁴³⁾にあるが、換言すればそれは、退職給付引当金や未払利息、減価償却費などを発生主義によって適切・着実に費用処理し、それに基づく利益の適正な算定（以前に比べれば「縮小表示」の傾向）によって経営・財務の実態を適正に表示し、将来の退職金や大衆債の元金の支払、および建物その他のリニューアル等設備投資に必要な資金の安定的確保を図ることを重視するものであろう⁽⁴⁴⁾。それは経営実態のより適正な把握・表示によってより適切な経営意思決定を可能にし、民医連事業体の経営が21世紀にも着実に前進するための指針となるという点ではきわめて重要かつ当然の提起であり、またそこにこそ新統一会計基準の意義と役割が認められることになる。

2) 財務会計基準としての新統一会計基準の限界

ところで、新統一会計基準がこのような意義と役割をもつとしても、それ自体は本質的には財務会計上の基準であり、焦点はいわゆる経営成績および財政状態を「いかに適正に把握・表示するか」に置かれるものであって、経営成績およびその結果としての財政状態を「いかに改善するか」に直接の焦点を定めたものでは必ずしもないのではあるまいか。実際、「民医連新統一会計基準 Q & A」でも「あくまでも民医連経営の実態を適正に把握するために提起するもの」であることが強調され、「会計基準というよりは経営施策の提起のように見え」という質問に対しても「経営施策というよりも、経営実態を適正に表現するための指針や考え方を盛り込んでいる」と回答している⁽⁴⁵⁾。

もちろん、発生主義会計の貫徹が利益のより適正な把握・表示（実質的には、以前の“大雑把で甘い”表示に比べて“縮小”表示）を促進し、それが賃金・一時金問題や人員問題等における“大雑把で甘い”経営意思決定を避けてより慎重かつ厳密な意思決定に導きうるという点では、経営成績・財政状態の改善・向上にも貢献しうるものである。経営・財政状態のより慎重な把握・表示が将来に向けての安全性・持続可能性・発展性等にいっそう留意した経営意思決定の前提となるという意味では、財務会計基準であっても経営・財政状態の「改善・向上」に資することは

(42) 坂根利幸・根本 守・鈴木賢二「現地調査に現れた統一会計基準逸脱の実態」『民医連医療』No.328、1999年11・12月合併、pp.77-81。とくにp.81の「表1 この間の経営調査での修正事項一覧」参照。

(43) 岩本、前掲稿、p.20。

(44) 岩本「会計理解の3つのハードルを理解しよう」『民医連医療』No.338、2000年10月、pp.8-13参照。

(45) 全日本民医連経営委員会編、前掲書、p.121。

もちろんである。その意味で、第36期運動方針で「新統一会計基準」の改訂案、「新部門別損益計算および管理要綱案」および「県連決算・会計処理の留意点とモデル様式」等を通じて「退職給付引当金の100%積み増し(15年)、税効果会計の見直しなど、単に会計基準の変更にとどまらない、今後の経営政策の変更という性格をもつ内容」⁽⁴⁶⁾が提起されていることも重要な経営方針提起といえる。

しかし、財務会計基準は本質的には経営・財政状態の把握およびとくに「表示」のあり方に焦点を置くものであって、必ずしもその内容の「改善」に直接の焦点を定めるものではない。それゆえ、21世紀を展望して安全性・持続可能性・発展性等により留意した意思決定の前提条件となり、その必要性を認識させるものではあっても、そのための意思決定のあり方そのものに踏み込んだ指針とは必ずしもなりえないのではあるまいか。

また、安全性・持続可能性・発展性等の実質的保障となる「事業活動での利益」確保とその「蓄積による資本強化」=自己資本増強についても、財務会計基準としての新統一会計基準の遵守は、収益が増加・向上する情勢・状況のもとではそれを可能にしようが、そうでない情勢・状況のもとでは、利益の適正な「把握・表示」を可能にはするもののその「改善・増加」の追求・実現を直接可能にするものとはなりえないであろう。その意味で、新統一会計基準にも財務会計基準としての基本的限界はなお残っているというべきであろう。

3) 受診抑制・診療報酬削減のもとでの経営・財務の改善課題と管理会計の必要性

さて、周知のように2002年4月の診療報酬マイナス改定と患者本人負担の3割への引上げによる受診抑制は医療機関の経営に多大の困難をもたらしている。

岩本氏によれば、それは「まさに適正な経営管理を行っていても医療制度や診療報酬体系の変化によって経営危機に見舞われることが現実」となるような事態で、「収益減の影響が大きいだけに、一点突破で切り抜ける道はあり」えず、「総合的な対策が必要」となる。

具体的には、「受診回数や入院日数など利用の実態を正確に分析して、改定後の診療報酬体系の中で、減少を最小限にとどめるための方策を明らかにし、その方策の実現可能性について組織討議を行うこと。全国及び県連の共同購入組織に結集して、薬品や診療材料の価格引き下げを実現すること。介護保険対応事業や保健・予防事業の新たな展開による収益の拡大の方策を検討すること。あらゆる経費について見直しを行うことなど」が求められ、「最大の事業費用である人件費の問題も避けて通ることはでき」なくなっている。また、賃金問題では今日の営利企業で主流を占める職能賃金体系や業績賃金が民医連の主流である年功賃金体系にも影響を与え始めているが、「年功賃金体系を維持しようとするれば、各年齢層にわたってまんべんなく職員が確保されていること。継続的な能力引上げへの組織的な取り組みが行われていること。個々の業務遂行力量や技術習得力量の差を勘案した労働の組織と管理が適切に行われていること。

(46) 全日本民医連、第36期運動方針、全日本民医連 hp, p.7 / 56。『民医連新聞』同前号外, p.3。

他人の努力にあぐらをかくことを許さない職場モラルが存在していること、等相当の努力が必要」である⁽⁴⁷⁾。

こうした事態は要するに、新統一会計基準に基づく適正な利益の把握・「表示」による慎重・厳密な経営意思決定の「必要性認識」というレベルからさらに一步踏み込んで、収益減少の情勢・状況のもとでも21世紀を展望して必要な利益を確保し資本の蓄積・充実を図ることを可能にする経営構造・経営体質の構築・確立、そのための総合的なマネジメント力量の向上が不可避になっていることを示唆するものである。そして、民医連事業体経営の現段階をその会計システム発展とのかかわりにおいてみる場合、管理会計の活用・展開はまさにそのような課題の中心に据えられるべきものと考えられるのである。

． 結 び

以上、冒頭で触れた本稿の概要における「仮説的認識」を筆者なりに検証しつつその基本的妥当性を確認し、それに基づいて管理会計の活用を軸とする内部マネジメント強化の必要性を強調した。その主眼は、医療制度・政策に国民要求を反映させる課題・運動をも含む事業目的とそれに対応する独特の組織・運動力量という外部的側面での特徴（特長）を有する「非営利・協同」の医業経営の代表的存在ともいべき民医連事業体が、内部的側面において管理会計の活用を軸とするマネジメントの著しい前進・強化にも成功するならば、厳しい情勢のもとでも「長期的に闘える経営体質づくり」は可能であり、またそれこそが今日求められている焦眉の課題であろう、というにある。そして、この外部的側面はともかく、内部的側面における管理会計を含むマネジメント強化の課題は、今日あらゆる医療事業経営体に共通する焦眉の課題であり、「非営利・協同」の医療事業体がこの点で率先しうるなら、外部的側面における特長と合わせてその社会的存在意義をいっそう鮮明にしうるであろう、というにある。そこではまた、現下の医業経営問題における最大の焦点が人件費問題にあることを認識しつつも、その「攻防」にのみ焦点を当てるのではなく、より広くマネジメント全般のレベルアップに意を用いるべきとの提言的認識を込めている（その意味で、管理会計の活用だけで事足りるとするものでは、もちろんない）。さらにまた、こうした課題追求への真摯な姿勢と努力は、株式会社の医療事業参入によって医療サービスの効率化が図れるとする議論の幻想性を明らかにする取組みの一環ともなるものと考えている。

なお、本稿では管理会計活用の「必要性」を明確にすることに主眼を置いており、具体的にどのような管理会計のシステムあるいは手法の導入・活用を検討すべきかにはなお踏み込んでいない。それについては機会を改めて論ずる予定である。

(47) 岩本鉄矢「民医連経営の今日的課題」『民医連医療』No.357, 2002年5月号, p.21.